

Đánh giá kết quả ghép mỡ sau lấy bỏ vật liệu nhân tạo trên bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật nâng mũi

Evaluation of fat grafting outcomes after artificial implant removal in patients with rhinoplasty complications

Trần Văn Dương và Lâm Quang An

Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Biến chứng sau nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo như nhiễm trùng, lộ sống, co rút bao xơ là thách thức lớn trong phẫu thuật tạo hình. Việc tháo bỏ vật liệu thường để lại hậu quả thẩm mỹ nặng nề như mũi ngắn, da mỏng, sẹo co rút. Ghép mỡ dạng hạt được xem là giải pháp hứa hẹn nhờ khả năng bù đắp thể tích và tái tạo mô. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả thẩm mỹ và độ an toàn của phương pháp ghép mỡ dạng hạt sau khi lấy bỏ vật liệu nhân tạo ở bệnh nhân có biến chứng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca trên 59 bệnh nhân có biến chứng sau nâng mũi vật liệu nhân tạo được điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Quy trình gồm tháo bỏ vật liệu, làm sạch khoang và ghép mỡ tự thân (dạng hạt). Đánh giá dựa trên hình ảnh lâm sàng, siêu âm độ dày da và thang điểm hài lòng ROE (Rhinoplasty Outcome Evaluation) trước mổ, sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình $32,5 \pm 8,4$. Thời gian theo dõi trung bình 6 tháng. 100% ca kiểm soát được tình trạng nhiễm trùng và không có nhiễm trùng tái phát liên quan đến mỡ ghép. Trong số 24 ca có biểu hiện nhiễm trùng (40,7%), có 15 ca được chỉ định cấy dịch mủ để xác định vi khuẩn. Kết quả cấy ghi nhận vi khuẩn thường gặp nhất là *Staphylococcus aureus* (8 ca), *Pseudomonas aeruginosa* (4 ca), và vi khuẩn hỗn hợp yếm khí (3 ca). Độ dày da sống mũi tăng trung bình từ 1.8mm lên 3.5mm sau 6 tháng ($p < 0,05$). Điểm ROE tăng từ trung bình 28,5 trước mổ lên 72,4 sau 6 tháng. Tỷ lệ hài lòng đạt 89,8%. Biến chứng chủ yếu là tiêu mỡ cần ghép bổ sung (10,2%). **Kết luận:** Ghép mỡ tự thân sau tháo vật liệu nhân tạo là phương pháp an toàn, hiệu quả, giúp duy trì dáng mũi, cải thiện chất lượng da và ngăn ngừa co rút, đặc biệt trên nền mũi viêm nhiễm.

Từ khóa: Biến chứng nâng mũi, ghép mỡ tự thân dạng hạt, tháo vật liệu nhân tạo, co rút bao xơ, tế bào gốc mô mỡ.

Summary

Background: Complications following alloplastic rhinoplasty, such as infection, extrusion, and capsular contracture, pose significant challenges. Implant removal often results in severe deformities like short nose, thin skin, and scar contracture. Autologous fat grafting is a promising solution for volume restoration and tissue regeneration. **Objective:** To evaluate the aesthetic outcomes and safety of autologous fat grafting after artificial implant removal in patients with complications. **Subject and method:** A case series study was conducted on 59 patients with complications after alloplastic rhinoplasty treated at Cho Ray Hospital. The procedure involved implant removal, debridement, and autologous fat grafting (macrofat/microfat). Outcomes were assessed using clinical photography, ultrasound measurement of skin thickness, and the Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) scale preoperatively and at 1, 3, and 6 months postoperatively. **Result:** The mean age was 32.5 ± 8.4 years. Mean follow-up was 6 months. Infection was controlled in 100% of cases with no recurrence related to

Ngày nhận bài: 05/01/2026, ngày chấp nhận đăng: 2/3/2026

* Tác giả liên hệ: drduong2001@yahoo.com - Bệnh viện Chợ Rẫy

the fat graft. Dorsal skin thickness increased from a mean of 1.8mm to 3.5mm after 6 months ($p<0.05$). ROE scores improved from 28.5 preoperatively to 72.4 at 6 months. The satisfaction rate was 89.8%. The main complication was fat resorption requiring touch-up (10.2%). *Conclusion:* Autologous fat grafting after implant removal is a safe and effective method for maintaining nasal contour, improving skin quality, and preventing contracture, especially in infected fields.

Keywords: Rhinoplasty complications, autologous fat grafting, implant removal, capsular contracture, adipose-derived stem cells.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo (silicone, ePTFE) là thủ thuật phổ biến nhưng đi kèm nhiều biến chứng như nhiễm trùng, lộ sống, di lệch và co rút bao xơ¹. Các nghiên cứu chỉ ra rằng silicone có thể gây viêm hóa bề mặt và phản ứng bao xơ gây biến dạng mũi theo thời gian². Khi xảy ra biến chứng, chỉ định bắt buộc thường là tháo bỏ vật liệu nhân tạo.

Tuy nhiên, sau khi tháo bỏ vật liệu, bệnh nhân thường đối mặt với tình trạng mũi bị biến dạng, da mỏng, lộ sụn và đặc biệt là co rút mũi ngắn hếch do mất mô đệm và quá trình lành thương xơ hóa³. Các phương pháp truyền thống thường là tháo sống mũi, chờ ổn định 3-6 tháng rồi mới tái tạo, gây tâm lý mặc cảm kéo dài cho người bệnh⁴.

Gần đây, ghép mỡ tự thân được xem là giải pháp hứa hẹn nhờ khả năng làm đầy thể tích và đặc tính tái tạo mô của tế bào gốc trung mô (ADSC) và yếu tố mạch máu đệm (SVF)⁵. Mỡ đóng vai trò như một "lớp đệm" sinh học, ngăn ngừa sự dính của da vào khung xương và cải thiện chất lượng da bị tổn thương⁶. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi áp dụng kỹ thuật này nhằm giải quyết ngay thì đầu vấn đề thiếu hụt thể tích sau tháo sụn. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của phương pháp trên nhóm bệnh nhân có biến chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Đối tượng: 59 bệnh nhân có biến chứng sau nâng mũi vật liệu nhân tạo được phẫu thuật tại Khoa Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân đã nâng mũi vật liệu nhân tạo, có biến chứng (nhiễm trùng, lộ sống, co rút, lệch vẹo...) có chỉ định tháo bỏ.

Đồng ý thực hiện phẫu thuật tháo vật liệu kết hợp ghép mỡ tự thân.

Phương pháp phẫu thuật:

Chuẩn bị mũi:

Sát khuẩn mũi bằng dung dịch betadin.

Rạch da đường mổ mũi kín 1 bên hoặc 2 bên hoặc đường mổ mũi hở.

Bộc lộ mũi, lấy bỏ vật liệu nhân tạo kèm mô viêm, cấy mũ làm kháng sinh đồ nếu có.

Bơm rửa sạch.

Chuẩn bị mỡ ghép:

Sau khi chuẩn bị sạch phẫu trường, sát khuẩn vị trí bẹn hoặc ngay dưới rốn để lấy mỡ ghép.

Chích tê vị trí lấy mỡ ghép.

Rạch da 1cm, bóc tách bằng kelly vào lớp mỡ nông và sâu. Dùng kéo hoặc kelly lấy ra khoảng 2 - 4 ml mỡ hạt, sau đó cắt nhỏ thành các khối kích thước khoảng 3×3 mm bỏ vào bơm tiêm 5cc rồi chuyển vào bơm tiêm 1cc.



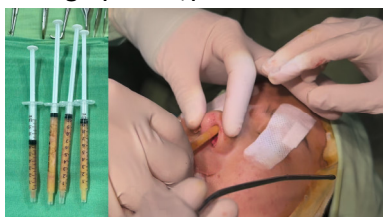
Hình 1. Cách lấy mỡ hạt ghép

Ghép mỡ

Sau khi làm sạch khoang sống mũi, khâu da bằng chỉ Nylon 6-0 để khép gần trọn vết mổ và chừa lại khoảng 0.5cm vừa đủ để nhét đầu bơm kim tiêm 1cc để bơm mỡ

Bơm mỡ đã chuẩn bị đến khi tăng thể tích khoang đặt sống vừa đủ rồi khâu lại vết thương

Sau đó bằng ép và nẹp mũi.



Hình 2. Cách ghép mỡ vào khoang đặt sống.

Theo dõi chăm sóc sau phẫu thuật:

Theo dõi tình trạng nhiễm trùng, chảy máu, tụ máu sau phẫu thuật.

Tháo nẹp mũi sau 5-7 ngày.

Cắt chỉ sau 14-21 ngày sau mổ.

Chỉ tiêu đánh giá:

Đặc điểm lâm sàng, loại biến chứng.

Độ dày da vùng sống mũi đo trên siêu âm trước và sau mổ.

Mức độ hài lòng của bệnh nhân theo thang điểm ROE (Rhinoplasty Outcome Evaluation).

Tỷ lệ biến chứng sau mổ (nhiễm trùng, nang đầu, vô hình, tiêu mỡ quá mức).

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0. Phép kiểm T-test ghép cặp được sử dụng để so sánh các chỉ số trước và sau mổ.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 59 bệnh nhân, tuổi trung bình $32,5 \pm 8,4$ (18 - 55 tuổi). Nữ giới chiếm đa số (54/59 ca, 91,5%). Thời gian mang vật liệu nhân tạo trung bình là 4,5 năm.

Bảng 1. Phân bố loại biến chứng trước mổ (n = 59)

Loại biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng, sưng nề	24	40,7
Lộ sống, mỏng da đầu mũi	18	30,5
Co rút, biến dạng mũi ngắn	12	20,3
Lệch vẹo, dị ứng vật liệu	5	8,5

Biến chứng nhiễm trùng và lộ sống chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp với ý kiến về các biến chứng thường gặp của silicone.

3.2. Đặc điểm nhiễm trùng sau nâng mũi

Trong tổng số 59 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 24 trường hợp (40,7%) được chẩn đoán nhiễm trùng sau nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo. Hầu hết các bệnh nhân xuất hiện triệu chứng nhiễm trùng từ 1 đến 6 năm sau phẫu thuật nâng mũi, với trung bình 3,8 năm.

Triệu chứng lâm sàng ghi nhận gồm: Sưng nề vùng mũi (91,6%), đỏ da (75%), tiết dịch mủ (58,3%), đau nhức tại chỗ (62,5%) và một số trường hợp có kèm sốt nhẹ (16,7%). Vị trí nhiễm trùng chủ yếu ở phần sống mũi và đầu mũi, có xu hướng lan rộng xuống trụ mũi nếu không được can thiệp sớm. Trong 24 trường hợp chẩn đoán nhiễm trùng được lấy dịch mủ để cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, 15 bệnh nhân có kết quả cấy dương tính. Vi khuẩn thường gặp nhất là *Staphylococcus aureus* (8/15 ca, 53,3%), tiếp theo là *Pseudomonas aeruginosa* (4/15 ca, 26,7%) và vi khuẩn kỵ khí hỗn hợp (3/15 ca, 20%). Tất cả 24 các ca này đều được xử trí theo một phác đồ phối hợp: tháo bỏ vật liệu, làm sạch khoang phẫu thuật bằng dung dịch kháng khuẩn, điều trị kháng sinh nhóm Cephalosporine thế hệ 3 và điều trị theo kháng sinh đồ khi có kết quả. Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng tái phát tại vị trí ghép trong suốt thời gian theo dõi 6 tháng.

3.3. Kết quả thay đổi độ dày da sống mũi:

Đánh giá qua siêu âm tại vị trí giữa sống mũi cho thấy sự cải thiện đáng kể về độ dày mô mềm nuôi dưỡng.

Bảng 2. Thay đổi độ dày da sống mũi (ở vị trí dày nhtrên siêu âm)

Thời điểm	Độ dày trung bình (mm)	p (so với trước mổ)
Trước mổ (sau khi lấy vật liệu nhân tạo)	$1,8 \pm 0,4$	-
Sau mổ 1 tháng	$4,2 \pm 0,6$	<0,001
Sau mổ 3 tháng	$3,8 \pm 0,5$	<0,001
Sau mổ 6 tháng	$3,5 \pm 0,4$	<0,001

Nhận xét: Sau 6 tháng, độ dày da duy trì ở mức 3.5mm, tăng gần gấp đôi so với trước mổ, chứng tỏ hiệu quả của mỡ trong việc làm dày mô da.

Kết quả thẩm mỹ và sự hài lòng (Thang điểm ROE):**Bảng 3. Thay đổi điểm ROE trung bình**

Thời điểm	Điểm ROE (Mean $\pm$ SD)	p
Trước mổ	28,5 $\pm$ 10,2	-
Sau mổ 6 tháng	72,4 $\pm$ 12,5	<0,0001

Tỷ lệ hài lòng chung (Hài lòng và Rất hài lòng) đạt 89,8% (53/59 bệnh nhân). Bệnh nhân đặc biệt hài lòng về việc mũi không bị biến dạng co rút sau khi tháo bỏ vật liệu nhân tạo.

Biến chứng ghép mỡ:

Nhiễm trùng: Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng tái phát tại vùng ghép mỡ. Mỡ tự thân cho thấy khả năng đề kháng tốt ngay cả trên nền mô cũ từng bị viêm.

Tiêu mỡ: Có 6 trường hợp (10,2%) bị tiêu mỡ nhiều hơn dự kiến, làm giảm độ cao sống mũi sau 3 tháng, được chỉ định ghép dặm lại.

Nang dầu/Vôi hóa: Ghi nhận 1 trường hợp nang dầu nhỏ, tự thoái lui.



Hình 3. Mũi nhiễm trùng (trước phẫu thuật), sau phẫu thuật 1 tháng và 5 tháng

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 59 bệnh nhân khẳng định vai trò của ghép mỡ hạt tự thân như một phương pháp hạn chế di chứng sau khi lấy bỏ vật liệu ghép nhân tạo ở các trường hợp biến chứng phức tạp sau nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo. Kết quả này không chỉ giải quyết vấn đề loại bỏ dị vật gây viêm nhiễm mà còn đưa ra giải pháp tái tạo mô mềm tức thì, giúp ngăn ngừa sự biến dạng thứ phát - một thách thức nan giải trong phẫu thuật tạo hình mũi.

4.1. Tính an toàn và khả năng kiểm soát nhiễm trùng của mỡ tự thân

Vấn đề gây tranh cãi lớn nhất trong điều trị biến chứng nâng mũi là liệu có nên đặt vật liệu thay thế ngay sau khi tháo bỏ vật liệu nhân tạo đang bị viêm nhiễm hay không. Quan điểm truyền thống thường ủng hộ việc trì hoãn tái tạo từ 3 đến 6 tháng để ổ viêm

ổn định. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc ghép mỡ ngay thì đầu là hoàn toàn khả thi và an toàn. Trong số 59 bệnh nhân, mặc dù có tới 40,7% trường hợp nhập viện với tình trạng nhiễm trùng hoặc sưng nề, chúng tôi không ghi nhận bất kỳ ca nào bị nhiễm trùng tái phát tại vùng ghép mỡ hay hình thành ổ áp xe sau mổ.

Kết quả này có thể được lý giải bởi đặc tính sinh học của mô mỡ tự thân. Khác với vật liệu nhân tạo (silicone, ePTFE) vốn là các dị vật trơ dễ tạo màng biofilm vi khuẩn, mô mỡ là vật liệu sống, chứa phong phú các tế bào gốc trung mô (ADSCs) và phân đoạn mạch máu đệm (SVF). Các thành phần này không chỉ có khả năng kháng viêm, điều hòa miễn dịch mà còn thúc đẩy quá trình tăng sinh mạch máu, giúp tăng cường tưới máu đến vùng mô bị tổn thương, từ đó hỗ trợ cơ thể tự làm sạch và lành thương nhanh chóng⁵. Kết quả này ủng hộ giả thuyết rằng mỡ tự thân có thể hoạt động an toàn ngay cả trong môi trường có nguy cơ nhiễm trùng cao, miễn là quy trình làm sạch khoang và loại bỏ bao xơ được thực hiện triệt để.

4.2. Cơ chế ngăn ngừa co rút và cải thiện chất lượng da

Một trong những nỗi ám ảnh lớn nhất của bệnh nhân sau tháo sụn mũi là biến chứng co rút bao xơ, dẫn đến tình trạng mũi ngắn hếch và biến dạng đầu mũi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hiệu quả rõ rệt của mỡ trong việc ngăn chặn tiến trình này. Sau 6 tháng theo dõi, độ dày da vùng sống mũi tăng trung bình từ 1,8mm lên 3,5mm ($p < 0,001$), và quan trọng hơn, không có trường hợp nào xuất hiện co rút mũi.

Cơ chế của hiệu quả này nằm ở vai trò "lớp đệm sinh học" của mỡ. Khi tháo bỏ vật liệu nhân tạo, khoang rỗng hình thành sẽ kích thích quá trình viêm và xơ hóa, khiến da mũi dính chặt vào khung xương sụn bên dưới, gây co kéo⁵. Việc lấp đầy khoang này bằng mỡ tự thân không chỉ triệt tiêu khoảng chết mà còn tạo ra một lớp mô mềm ngăn cách, giữ cho da mũi có độ đàn hồi và di động. Đồng thời, tác động nuôi dưỡng của tế bào gốc trong mỡ giúp làm mềm các mô sẹo xơ cứng cũ, cải thiện độ dày và sức sống của vật da mũi vốn đã bị bào mòn do áp lực của vật liệu nhân tạo kéo dài. Điều này tương đồng với kết quả của Yang và cộng sự khi sử dụng mỡ để hỗ trợ giãn cơ học trong điều trị mũi co rút nặng⁴.

4.3. Hiệu quả thẩm mỹ và khía cạnh tâm lý người bệnh

Bên cạnh yếu tố y khoa, khía cạnh tâm lý xã hội của bệnh nhân là một thành công lớn của phương pháp này. Sau khi lấy bỏ vật liệu ghép do nhiễm trùng, nếu không thực hiện ghép mỡ thì việc phải mang một chiếc mũi biến dạng trong thời gian dài chờ đợi phẫu thuật thì hai thường gây ra khủng hoảng tâm lý trầm trọng⁶. Sự gia tăng đáng kể điểm số ROE từ 28,5 trước mổ lên 72,4 sau 6 tháng ($p < 0,0001$) phản ánh mức độ hài lòng cao của người bệnh.

Mặc dù mỡ không thể tạo ra độ nét và độ cao sống mũi như sụn sườn hay vật liệu nhân tạo, nhưng nó mang lại dáng mũi mềm mại, tự nhiên và quan trọng nhất là che giấu được các khiếm khuyết khung xương bên dưới. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ưu tiên sử dụng kỹ thuật mỡ hạt cho vùng sống mũi thay vì mỡ trung bì hoặc mỡ vi hạt. So với kỹ thuật ghép mỡ trung bì, ghép mỡ hạt an toàn hơn trên nền mũi có tình trạng nhiễm trùng. Bên cạnh đó, kỹ thuật ghép mỡ hạt, theo kinh nghiệm lâm sàng và đối chiếu với y văn, giúp tăng tỷ lệ sống của mỡ và duy trì thể tích tốt hơn, đặc biệt là tại vùng có áp lực cao và sẹp xơ như sống mũi so với mỡ vi hạt. Tỷ lệ tiêu mỡ cần ghép dặm lại trong nghiên cứu là 10,2%, một con số chấp nhận được và có thể giải quyết nhẹ nhàng bằng thủ thuật gây tê tại chỗ.

Ngoài hiệu quả phục hồi mô, ghép mỡ hạt sớm còn mang lại giá trị đáng kể về mặt tâm lý - xã hội. Việc tháo bỏ vật liệu mà không can thiệp tái tạo ngay thường khiến người bệnh phải sống với chiếc mũi biến dạng trong nhiều tháng, ảnh hưởng nặng nề đến hình ảnh bản thân, gây mặc cảm, lo âu và ảnh hưởng đến hoạt động xã hội. Nhờ kỹ thuật ghép mỡ hạt, bệnh nhân được phục hồi thẩm mỹ tức thì, từ đó nâng cao chất lượng sống và giảm gánh nặng tâm lý. Đây là một khía cạnh quan trọng trong chăm sóc toàn diện mà các nghiên cứu tương lai nên đánh giá sâu hơn, ví dụ sử dụng các thang đo tâm lý chuyên biệt.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Tuy đạt được những kết quả khả quan, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế nhất định. Thứ nhất,

thời gian theo dõi trung bình 6 tháng là đủ để đánh giá tình trạng nhiễm trùng và lành thương sớm, nhưng chưa đủ dài để kết luận về độ bền vững lâu dài của thể tích mỡ ghép, do quá trình hấp thụ mỡ có thể vẫn tiếp diễn. Thứ hai, việc đánh giá độ sống của mỡ chủ yếu dựa trên lâm sàng và siêu âm độ dày da, chưa có các phương tiện chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu hơn như MRI để định lượng chính xác thể tích mỡ còn lại. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hạn (trên 1 năm) là cần thiết để hoàn thiện quy trình này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ghép mỡ hạt tự thân là một phương pháp an toàn và hiệu quả giúp hạn chế di chứng sau khi tháo bỏ vật liệu nhân tạo nâng mũi. Phương pháp này chủ động ngăn ngừa di chứng co rút, cải thiện chất lượng mô mềm và phục hồi diện mạo thẩm mỹ cho người bệnh ngay trong một lần phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choi JY (2020) *Complications of alloplast rhinoplasty and their management: A comprehensive review*. Facial Plastic Surgery 36(05): 517-527.
2. Heilbronn C, Cragun D, & Wong BJF (2020) *Complications in Rhinoplasty: A Literature Review and Comparison with a Survey of Consent Forms*. Facial Plastic Surgery & Aesthetic Medicine.
3. Hudise JY (2022) *Complications of the nasal dorsum reconstruction using autologous or alloplastic grafts*. Braz J Otorhinolaryngol.
4. Yang et al (2023) *Autologous Shuffling Lipo-Aspirated Fat Combined Mechanical Stretch in Revision Rhinoplasty for Severe Contractures*. Aesthetic Plastic Surgery.
5. Saadoun R, Solari MG & Rubin JP (2023) *The role of autologous fat grafting in rhinoplasty*. Facial Plastic Surgery.
6. Rot P et al (2024) *The Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) Questionnaire*. Journal of Clinical Medicine.