

KHẢO SÁT TỈ LỆ TÁI PHÁT CỦA PHẪU THUẬT CẮT MỘNG THỊT GHÉP KẾT MẠC XOAY VÀ GHÉP KẾT MẠC TỰ THÂN

NGUYỄN THẾ HỒ, DƯƠNG TRẦN CÁT TƯỜNG
Bệnh Viện Cấp Cứu Trung Vương

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mộng thịt là một tổ chức tân tạo ở kết mạc nhãn cầu, thường phát triển từ hai góc mắt, có hình tam giác, đỉnh (đầu mộng) xâm lấn dần dần vào giác mạc nông theo hướng từ rìa vào trung tâm giác mạc, có thể tiến đến che lấp diện đồng tử gây kích thích và giảm sút thị lực trầm trọng. Mộng thịt là một bệnh lý thường gặp của chuyên ngành mắt, tỉ lệ hiện mắc thay đổi từ 5 – 20% dân số tùy theo vùng địa lý. Cho đến nay nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh vẫn chưa rõ. Tuy nhiên, người ta thấy rằng tiếp xúc với tia cực tím lâu dài là yếu tố nguy cơ của mộng thịt.

Điều trị mộng thịt chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật. Có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau như: cắt mộng đơn thuần, cắt mộng vùi đầu mộng, cắt mộng thịt ghép kết mạc xoay, cắt mộng thịt ghép kết mạc tự thân. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát của từng phương pháp khác nhau. Theo Youngson RM [10] tỉ lệ tái phát của cắt mộng thịt đơn thuần thay đổi từ 37 – 44%. Theo Gao Lei [5] tỉ lệ tái phát của cắt mộng thịt ghép kết mạc xoay là 1,6%. Theo Mashhoor F et al [8] tỉ lệ tái phát của phương pháp cắt mộng thịt ghép kết mạc tự thân là 8,3%.

Hiện nay tại Khoa Mắt Bệnh Viện Cấp Cứu Trưng Vương đang sử dụng kỹ thuật cắt mộng thịt ghép kết mạc xoáy và cắt mộng thịt ghép kết mạc tự thân. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát là bao nhiêu vẫn chưa rõ đó là mục tiêu chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu

- Khảo sát tỉ lệ tái phát của phẫu thuật cắt mộng thịt ghép kết mạc xoáy và ghép kết mạc tự thân.
- Khảo sát một số đặc điểm dịch tể của mộng thịt.
- Tìm sự liên hệ giữa tỉ lệ tái phát của từng phương pháp với các yếu tố nguy cơ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng.

2. Đối tượng nghiên cứu.

2.1. Đối tượng chọn mẫu: Tất cả các bệnh nhân bị mộng thịt đến khám và điều trị tại Bệnh Viện Trưng Vương từ tháng 10/2008 đến tháng 4/2009

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 25 tuổi, mộng thịt nguyên phát.

Mộng thịt độ II, III tiến triển.

Mộng thịt độ III xơ hoá.

Mộng thịt kích thích nhiều.

Mộng thịt có ảnh hưởng đến thị lực.

Mộng thịt ảnh hưởng đến vận động nhãn cầu.

Mộng thịt ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tăng nhãn áp. Bệnh nhân có tiền căn dị ứng với Steroides nhỏ mắt. Bệnh nhân có những chống chỉ định của phẫu thuật: rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, ĐTĐ không ổn định, suy gan nặng, suy thận nặng...

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đặc điểm dịch tể học

- Hành chính: Tên, tuổi, giới, địa chỉ, trình độ học vấn, nghề nghiệp...

- Tiền sử tiếp xúc với tia cực tím: Nguy cơ cao: khi làm việc ngoài trời ≥ 5 giờ / ngày.

Nguy cơ thấp: khi làm việc ngoài trời < 5 giờ / ngày.

3.2. Các triệu chứng cơ năng: cộm xốn, chảy nước mắt, nhìn mờ, đỏ mắt.

3.3. Khám và phân loại lâm sàng:

- Phân độ

+ Độ I: Đầu mộng xâm lấn vào giác mạc từ 1 – 2 mm.

+ Độ II: Đầu mộng xâm lấn vào giác mạc từ 2 – 4 mm.

+ Độ III: Đầu mộng xâm lấn vào giác mạc > 4 mm, che lấp diện đồng tử.

- Đánh giá mức độ tiến triển

+ Mộng tiến triển (mộng trung gian-thấy một phần mạch máu thượng củng mạc; mộng thân dày – không thấy mạch máu thượng củng mạc): Đầu mộng có nhiều thâm lậu như răng cưa, đám thâm lậu Fuchs ở phía trước, mạch máu cương tụ. ổ loét nhỏ ở biểu mô giác mạc, bắt màu với Fluorescein.

+ Mộng xơ (mộng teo – thấy rõ mạch máu thượng củng mạc): Đầu mộng tròn đều, trắng đặc, không thấy đám Fuchs. Quan sát thấy đường Stocker trước đầu mộng

3.4. Tiến trình phẫu thuật

Phương pháp cắt mộng thịt ghép kết mạc xoáy:

- Tra Dicain 1%.

- Tiêm dưới kết mạc 0,5ml Lidocain 2%.

- Phẫu thuật:

+ Dùng dao 15 lạng khoanh vùng trước đầu mộng vào sâu hết biểu mô màng Bowman và phần nhu mô để tách đầu mộng.

+ Phẫu tích toàn bộ đầu mộng ra khỏi giác mạc và củng mạc, đi rộng ra phía cùng đồ.

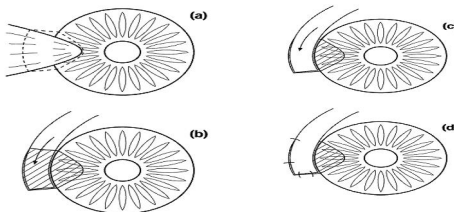
+ Dùng kéo cắt mộng cắt toàn bộ đầu và thân mộng.

+ Cầm máu.

+ Tạo vạt kết mạc có cương ở vùng rìa ở 1/4 trên trong (đối với mộng góc trong) và 1/4 trên ngoài (đối với mộng góc ngoài)

+ Xoay vạt vào vị trí cắt mộng thịt, sau đó khâu vạt 1 mũi vùi vào đầu kết mạc bằng chỉ tan 10.O.

+ Tra pommade Tetracycline, sau đó băng ép.



Sơ đồ kỹ thuật ghép kết mạc xoáy

Phương pháp cắt mộng thịt ghép kết mạc tự thân:

- Tra Dicain 1%.

- Tiêm dưới kết mạc 0,5ml Lidocain 2%.

- Phẫu thuật:

+ Dùng dao 15 lạng khoanh vùng trước đầu mộng vào sâu hết biểu mô màng Bowman và phần nhu mô để tách đầu mộng.

+ Phẫu tích toàn bộ đầu mộng ra khỏi giác mạc và củng mạc, đi rộng ra phía cùng đồ.

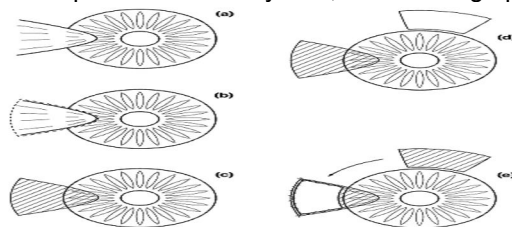
+ Dùng kéo cắt mộng cắt toàn bộ đầu và thân mộng.

+ Cầm máu.

+ Tạo vạt kết mạc rời hình chữ nhật hoặc hình tam giác ở 1/4 trên ngoài.

+ Ghép vạt vào vị trí cắt mộng thịt, sau đó khâu vạt 3 mũi vùi vào đầu kết mạc bằng chỉ tan 10.O.

+ Tra pommade Tetracycline, sau đó băng ép.



Sơ đồ các bước ghép kết mạc tự thân

3.5. Thuốc sau phẫu thuật: cả hai nhóm dùng thuốc 7 ngày theo phác đồ: Nhỏ Dexacol ngày 10 lần + Ciprofloxacin 500 mg (1viên x 2 lần / ngày)

+Prednison 5 mg (4viên uống sáng sau ăn) + Paracetamol 500Mg (1 viên x 3 lần / ngày)

3.6. Ghi nhận các biến chứng (nếu có)

3.7. Dạng bệnh nhân tái khám sau 1 tuần, 1 tháng và 4 tháng:

- Tái phát: khi mộng thịt xuất hiện trở lại.

- Không tái phát: khi mộng không xuất hiện trở lại trong vòng 4 tháng.

4. Xử lý và phân tích số liệu.

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Epilnfo 2002. Dùng phép kiểm χ^2 để tìm sự liên hệ, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ

Từ tháng 9/2008 đến tháng 5 /2009 tại Khoa Mắt Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương, chúng tôi tiến hành phẫu thuật và thu thập được 300 trường hợp đủ tiêu chuẩn chọn mẫu (150 trường hợp phẫu thuật theo phương pháp cắt mộng thịt ghép kết mạc xoay (GKMX) và 150 trường hợp theo phương pháp ghép kết mạc tự thân (GKMTT)).

Bảng 1: Tỷ lệ số bệnh nhân tái khám

	GKMTT	GKMX
Số BN ban đầu	150	150
Số BN tái khám sau 1 tuần (%)	138 (92%)	142 (94,7%)
Số BN tái khám sau 1 tháng (%)	113 (75,3%)	135 (90%)
Số BN tái khám sau 4 tháng (%)	96 (64%)	102 (68%)

1. Một số đặc điểm dịch tễ

Bảng 2: Tỷ lệ phân bố các đặc điểm dịch tễ của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	GKMTT n (%)	GKMX n (%)	p	
Giới	Nam	44 (29,3)	53 (35,3)	0,32
	Nữ	106 (70,7)	97 (64,7)	
Nhóm tuổi	21 – 40	10 (6,7)	15 (10)	0,13
	41 – 60	93 (62)	85 (56,7)	
	61 – 80	41 (27,3)	49 (32,7)	
	> 80	6 (4)	1 (0,6)	
Học vấn	Mù chữ - Cấp 1	24 (16)	26 (17,3)	0,78
	Cấp 2 – 3	121 (80,67)	117 (78)	
	ĐH/SĐH	5 (3,33)	7 (4,7)	
Nghề	Công nhân	8 (5,3)	4 (2,7)	0,23
	Nông dân	100 (66,7)	94 (62,7)	
	CNV/HS-SV	14 (9,3)	11 (7,3)	
	Khác	28 (18,7)	41 (27,3)	
Nơi cư ngụ	Tp.HCM	26(17,3)	29 (19,3)	0,65
	Các tỉnh	124 (82,7)	121(80,7)	
Tổng	150(100)	150 (100)		

Nhận xét:

- Giới: Nữ chiếm tỷ lệ hơi cao hơn nam, và tỷ lệ nam, nữ giữa hai phương pháp khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,32$).

- Tuổi: + GKMTT: tuổi nhỏ nhất 33 tuổi, lớn nhất là 84 tuổi, trung bình 54,32, Std = $\pm 10,03$. Đa số các bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 41 – 60 (62%).

+ GKMX: : tuổi nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất là 87 tuổi, trung bình 52,43, Std = $\pm 11,14$. Đa số các bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 41 – 60 (56,7%).

Tỷ lệ phân bố các nhóm tuổi giữa hai phương pháp trên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,13$).

- Trình độ học vấn: Đa số các bệnh nhân có trình độ học vấn cấp 2 và cấp 3. Sự khác biệt về trình độ học vấn giữa hai phương pháp không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,78$).

- Nghề: Đa số các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là nông dân.

- Nơi cư ngụ: Đa số các bệnh nhân ở các tỉnh.

2. Một số đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu.

2.1 Thời gian làm việc ngoài trời

Bảng 3: Tỷ lệ phân bố thời gian làm việc ngoài trời của mẫu NC

Làm việc ngoài trời	GKMTT n (%)	GKMX n (%)	p
≥ 5 giờ/ngày	111 (74)	118 (78,7)	0,34
< 5 giờ /ngày	39 (26)	32 (21,3)	
Tổng	150(100)	150 (100)	

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có thời gian làm việc ngoài trời ≥ 5 giờ / ngày. Điều này phù hợp với ý kiến làm việc ngoài trời là yếu tố nguy cơ gây mộng thịt.

2.2 Triệu chứng cơ năng của các bệnh nhân trong mẫu NC

Bảng 4: Tỷ lệ phân bố các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	GKMTT n (%)	GKMX n (%)	
Cộm xốn	- Có	145 (96,7)	143 (95,3)
	- Không	5 (3,3)	7 (4,7)
Chảy nước mắt	- Có	123 (82)	141 (94)
	- Không	27 (18)	9 (6)
Nhìn mờ	- Có	114 (76)	103 (68,7)
	- Không	36 (24)	47 (31,3)

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có các triệu chứng cộm xốn, chảy nước mắt và nhìn mờ.

2.3 Thị lực của các bệnh nhân trước khi phẫu thuật

Bảng 5: Tỷ lệ phân bố thị lực của mẫu NC

Thị lực	GKMTT n (%)	GKMX n (%)
$\leq 1/10 - 3/10$	90 (60)	92 (61,3)
4/10 – 6/10	52 (34,7)	49 (32,7)
7/10 – 10/10	8 (5,3)	9 (6)
Tổng	150(100)	150 (100)

Nhận xét: Đa số các BN trước phẫu thuật có thị lực $\leq 6/10$, nhiều nhất là thị lực $\leq 3/10$.

2.4 Phân độ của mộng thịt

Bảng 6 : Tỷ lệ phân bố độ của mộng thịt

Phân độ	GKMTT n (%)	GKMX n (%)	P
I	2 (1,3)	6 (4)	0,06
II	114 (76)	97 (64,7)	
III	34 (22,7)	47 (31,3)	
Tổng	150(100)	150 (100)	

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có mộng thịt mức độ II và III.

2.5 Tiến triển của mộng thịt

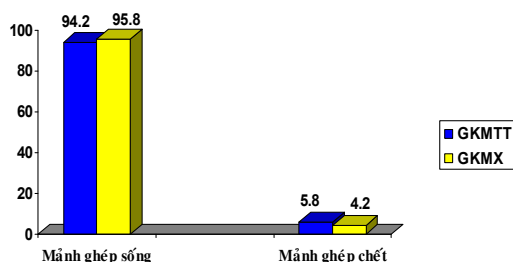
Bảng 7: Tỷ lệ phân bố tiến triển của mộng thịt

Tiến triển	GKMTT n (%)	GKMX n (%)	P
Tiến triển	92 (61,3)	85 (56,7)	0,4
Xơ	58 (38,7)	65 (43,3)	
Tổng	150(100)	150 (100)	

Nhận xét: Số bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển hơi cao hơn giai đoạn xơ.

3. Kết quả phẫu thuật của hai phương pháp

3.1 Tình trạng mảnh ghép sau 1 tuần phẫu thuật.



Nhận xét:- GKMTT: 130 (94,2%) mảnh ghép sống, 8 (5,8%) mảnh ghép chết.

GKMX: 136 (95,8%)mảnh ghép sống, 6 (4,2%) mảnh ghép chết.

Như vậy, số trường hợp mảnh ghép chết của phương pháp GKMTT cao hơn GKMX nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $P = 0,54$.

3.2 Thị lực sau phẫu thuật 1 tháng

Bảng 8: Thị lực trước và sau phẫu thuật 1 tháng.

Thị lực	GKMTT		GKMX	
	Trước PT n (%)	Sau PT n (%)	Trước PT n (%)	Sau PT n (%)
≤ 1/10-3/10	90 (60)	2 (1,8)	92 (61,3)	1 (0,7%)
4/10-6/10	52 (34,7)	12 (10,6)	49 (32,7)	18 (13,3)
7/10-10/10	8 (5,3)	99 (87,6)	9 (6)	116 (86)
Tổng	150(100)	113 (100)	150(100)	135 (100)

Nhận xét: Sau phẫu thuật 1 tháng thị lực của bệnh nhân ở cả hai phương pháp đều cải thiện có ý nghĩa thống kê.

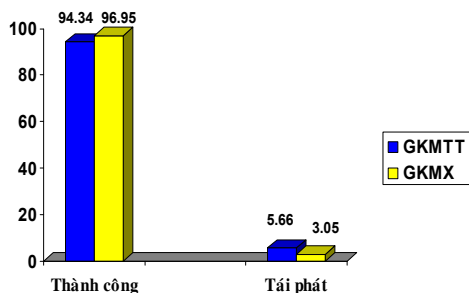
3.3 Các triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 1 tháng

Bảng 9: Các triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật 1 tháng.

Triệu chứng	GKMTT		GKMX	
	Trước PT n (%)	Sau PT n (%)	Trước PT n (%)	Sau PT n (%)
Cộm xốn	145 (96,7)	5 (4,4)	143 (95,3)	7 (5,2)
Chảy nước mắt	123 (82)	0	141 (94)	2 (1,5)
Nhìn mờ	114 (76)	8 (7,1)	103 (68,7)	9 (6,7)
Tổng	150(100)	113 (100)	150(100)	135 (100)

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng cũng cải thiện đáng kể, sự khác biệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($P = 0,0000...$).

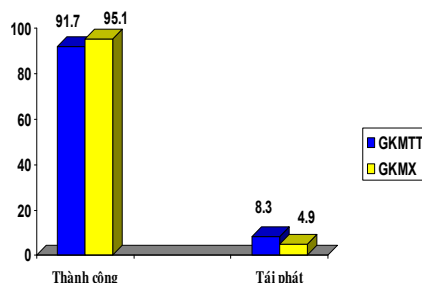
3.4 Tỷ lệ tái phát của hai phương pháp sau phẫu thuật 1 tháng.



Nhận xét: GKMTT: tái phát 6/ 106 (5,66%); GKMX: tái phát 4/131 (3,05%).

Như vậy, sau 1 tháng phẫu thuật tỷ lệ tái phát của phương pháp GKMTT cao hơn GKMX nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P = 0,52$.

3.5 Tỷ lệ tái phát của hai phương pháp sau phẫu thuật 4 tháng



Nhận xét:

GKMTT: tái phát 8/ 96 (8,3%).

GKMX: tái phát 5/ 102 (4,9%).

Sau 4 tháng phẫu thuật tỷ lệ tái phát của phương pháp GKMTT cao hơn GKMX nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P = 0,33$.

100% Các BN tái phát đều có yếu tố nguy cơ là làm việc ngoài trời ≥ 5 giờ/ngày.

BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam, nữ giữa hai phương pháp khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,32$) giúp cho nghiên cứu có tính ngẫu nhiên (bảng 1). Tuy nhiên, tỷ lệ nam nữ chung khá chênh lệch (32%). Trong khi theo các nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt tỷ lệ giới tính trong bệnh lý mộng thị^(4,6,9). Theo chúng tôi, nhiều khả năng do bệnh nhân đến khám điều trị thuộc nhóm tuổi lao động, nên ít nam giới đến bệnh viện hơn. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm tuổi 41 -60 (56,7%) (bảng 2). Điều này phù hợp với công bố của SR Durkin trong 2076 người được khám lọc của một nghiên cứu đã cho thấy có sự khác biệt tỷ lệ giữa các nhóm tuổi trên 40 của bệnh mộng thị có ý nghĩa thống kê ($p < 0.005$)⁽⁹⁾. Trong khi đó, tỷ lệ phân bố các nhóm tuổi giữa hai phương pháp phẫu thuật của chúng tôi khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy đa số bệnh nhân là nông dân và ở các tỉnh (bảng 1.4 và 1.5). Theo Catherine với nghiên cứu 3271 người được khảo sát cho thấy người nông thôn mắc bệnh mộng thị cao gấp 5 lần so với người thành thị⁽⁴⁾.

Qua khảo sát của chúng tôi thấy đa số các bệnh nhân có thời gian làm việc ngoài trời ≥ 5 giờ/ ngày (bảng 1). Điều này phù hợp với y văn làm việc ngoài trời là yếu tố nguy cơ gây mộng thị^(4,6,9). Theo kết quả (bảng 3) đa số các bệnh nhân trước phẫu thuật có thị lực $\leq 6/10$, nhiều nhất là thị lực $\leq 3/10$ (60% và 61,3%). Trong khi đó, tỷ lệ công bố của SD Durkin lại khá thấp chỉ có 0,8 % mộng thị ảnh hưởng đến thị lực⁽⁹⁾. Sự khác biệt này sẽ được giải thích rõ ràng trong

kết quả tỉ lệ phân bố độ mỏng thịt (bảng 4). Đa số các bệnh nhân có mỏng thịt mức độ II và III, trong khi độ I chỉ chiếm 2%. Chính vì thường bệnh nhân đến mổ ở giai đoạn muộn nên thị lực bị ảnh hưởng là điều khó tránh được.

Tình trạng mảnh ghép rất quan trọng trong việc quyết định thành công của hai phương pháp phẫu thuật trong nghiên cứu. Tình trạng mảnh ghép sau 1 tuần phẫu thuật cho thấy 5,8% mảnh ghép chết của GKMTT và 4,2% mảnh ghép chết của GKMx (biểu đồ 3). Sự khác nhau này không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P= 0.54$). Chúng tôi cũng chưa thấy y văn nào khảo sát tình trạng mảnh ghép sau phẫu thuật để chúng tôi so sánh đối chiếu. Kết quả nghiên cứu cho thấy cải thiện thị lực và các triệu chứng chức năng rất rõ rệt sau 1 tháng (bảng 1 và 2).

Sau nhiều năm nghiên cứu cải tiến các phương pháp điều trị mỏng thịt, ngày nay phẫu thuật điều trị đã có những bước tiến tuyệt vời. Hai phương pháp đang áp dụng tại BVCCCTV trong nghiên cứu này đã đem lại hiệu quả hài lòng cho người bệnh. Phẫu thuật nhanh gọn, đơn giản, hiếm tai biến và biến chứng, ít đau và cải thiện tốt thị lực.

Điểm đặc biệt ưu việt của phương pháp phẫu thuật này là tỉ lệ tái phát rất thấp. Theo nghiên cứu của các tác giả trên thế giới về tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật cắt mỏng đơn thuần :

Gao Lei ⁵	Lawrence ⁷	Mashhoor ⁸
37% - 44%	70%	24% - 28%

Tại Bệnh viện CCTV theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tái phát mỏng thịt sau 04 tháng phẫu thuật đối với GKMTT là 8,3% và GKMx là 4,9% (biểu đồ 3.5). Kết quả này thu được từ 96 bệnh nhân của phương pháp GKMTT và 102 bệnh nhân của GKMx do sau 04 tháng, họ không đến đủ theo hẹn. Nhận xét tỉ lệ tái phát của phương pháp GKMTT cao hơn GKMx nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,33$). Cả hai phương pháp đều cho tỉ lệ tái phát rất thấp so với phương pháp cũ. Vì thế hai phương pháp phẫu thuật này gần như thay thế các phương pháp trước đây. So sánh với các tác giả nước ngoài

Nguyễn Thế Hồ	Gao Lei	Lawrence	Mashhoor	William ¹¹
GKMTT : 8,3%		4%	0%	5,3%
GKMx : 4,9%	1-6%	1.6%-5.6%	16%	

Tỉ lệ tái phát của hai phương pháp phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi gần như bằng với các y văn được báo cáo. Tuy rằng tỉ lệ tái của phương pháp GKMTT có cao hơn chút ít so với của họ. Nhiều khả năng do mảnh ghép bị thải trừ gây thất bại và tái phát mỏng thịt.

KẾT LUẬN

Mỏng thịt là một bệnh lý gây ảnh hưởng chức năng thị giác và thẩm mỹ.

Bệnh lý thường xảy ra từ tuổi trên 40, thường gặp ở vùng nông thôn nhiều hơn thành thị, nhất là ở những người làm việc ngoài trời tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời.

GKMTT và GKMx là phương pháp phẫu thuật điều trị tốt cho mỏng thịt do phẫu thuật dễ dàng, ít có tai biến, ít gây khó chịu sau mổ và tỉ lệ tái phát thấp.

SUMMARY

INTRODUCTION: Pterygium is a common disease in Ophthalmology. The prevalence in population varies widely from 5% to 20% depending on geographical areas. The principle treatment for pterygium is surgery. Two surgical techniques mostly used nowadays are the rotation of conjunctival flap (ROCF) and the transplantation of conjunctival autograft (TOCA).

OBJECTIVE: To determine the ratio of recurrent pterygia after surgical treatment with ROCF and TOCA.

METHOD: After operating 150 cases of pterygium with ROCF and 150 cases of pterygium with TOCA at Ophthalmology Department of Trung Vuong Emergency Hospital from 9/2008 to 5/2009, we followed up the patients and collected the ratio of recurrent pterygia at one month and at four months after treatment.

RESULT: The ratio of recurrent pterygia after treatment with ROCA at one month and at four months are 5,66% and 8,3%. As for RCOF are 3,05% and 4,9%.

CONCLUSION: The ratio of recurrent pterygia operated with ROCF is lower than ROCA with no statistically significant difference. Therefore, both techniques can be used for treatment of pterygium.

Keywords: Pterygium, rotation of conjunctival flap, transplantation of conjunctival autograft.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Thị Minh Châu (2004), "Kết mạc", Nhân khoa giản yếu", Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tập 1, tr. 138 – 139.
- Phan Dẫn (2006), "Mổ mỏng", Thực hành nhãn khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 154 – 156.
- Nguyễn Công Kiệt (2007), "Bệnh học kết giác mạc", Nhân khoa lâm sàng, nhà xuất bản Y học Tp.HCM, tr. 74 – 86.
- Catherine A McCarty et al (2000), "Epidemiology of pterygium in Victoria, Australia", *Br. J. Ophthalmol*, 84, pp. 289 – 292.
- Gao Lei (1996), "Surgery for pterygium using a conjunctival pedunculated flap slide", *Br. J. Ophthalmol*, 80, pp. 33 - 34.
- G Gazzard et al (2002), " Pterygium in Indonesia: prevalence, severity and risk factors", *Br. J. Ophthalmol*, 86, pp. 1341 – 1346.
- Lawrence W. Hirst et al (2003), "The treatment of pterygium", *Survey of ophthalmology*, 48, pp. 145 – 180.
- Mashhoor F et al (2002), "Limbal versus conjunctival autograft transplantation for advanced and recurrent pterygium", *American academy of ophthalmology*, 109, pp. 1752 – 1755.
- S R durkin, S Abhary et al (2008), "The prevalence, severity and risk factors for pterygium in central Myanmar: the Meiktila eye Study", *Br. J. Ophthalmol*, 92, pp. 25 – 29.