

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG SƠ SINH BỆNH LÝ ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Nguyễn Thị Kiều Nhi

Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: 1. Mô tả tỷ lệ các loại sơ sinh theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). 2. Xác định một số đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng các bệnh tật theo loại sơ sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 233 trường hợp sơ sinh bệnh lý sau sinh được chuyển từ Khoa sản Bệnh viện Trường ĐH Y – Dược Huế hoặc từ ngoài vào điều trị tại Khoa nhi - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong 12 tháng từ 01/01/2009 đến 30/12/2009. Mô tả các loại sơ sinh theo WHO, mô tả các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của các loại SSĐT, SSĐN, SSGT. **Kết quả:** SSĐN (16.74%); SSĐT (45.5%); SSGT (37.76%); SSĐN: ngạt (43.59%), hạ thân nhiệt (25.64%), nôn (30.77%), vàng da (61.54%), DTBS (17.95%); CRP > 10mg/l (53.85%); Thiếu máu Hb < 15g/dl (12.82%). SSĐT: bú kém (21.7%); sốt (24.53%); CRP > 10mg/l (53.77%); BC máu bất thường (35.85%). SSGT: khó thở (34%); kém linh hoạt (29.55%); nôn (26.14%); cô đặc máu (1.14%); hạ đường máu (22.73%). **Kết luận:** Mỗi loại sơ sinh bệnh lý có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng khác nhau. Mục đích của nghiên cứu này giúp điều trị sơ sinh hiệu quả hơn.

Abstract

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF SICK NEWBORN BABIES TREATED AT PEDIATRIC DEPARTMENT OF HUE UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyễn Thị Kiều Nhi

Objectives: 1. Describe neonatal classification of WHO. 2. Identify some principal clinical and paraclinical signs of term, preterm, post term babies. **Patients and method:** Nobservational descriptive study of 233 newborns hospitalized in neonatal unit at Hue university's hospital was done during 12 months from 01/01/2009 to 31/12/2009 for describing neonatal classification and identifying principal clinical and paraclinical signs. **Results:** Premature (16.74%); Term babies (45.5%); Post term (37.76%); Premature: asphyxia (43.59%), hypothermia (25.64%), vomit (30.77%), jaundice (61.54%), congenital malformation (17.95%); CRP > 10mg/l (53.85%); anemia Hb < 15g/dl (12.82%). Term babies: poor feeding (21.7%); fever (24.53%); CRP > 10mg/l (53.77%); Hyperleucocytes/ Leucopenia (35.85%). Post term: respiratory distress (34%); lethargy (29.55%); vomit (26.14%); polycythemia (1.14%); hypoglycemia (22.73%). **Conclusion:** Each of neonatal type classified by WHO presente different clinical and paraclinical. Signs. The purpose of this research is to help to treat neonatal pathology more effectively.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ vòng sơ sinh là một chỉ số quan trọng đánh giá tình hình chăm sóc sản và sơ sinh của

một đất nước. Trong vài thập niên gần đây, tỷ lệ tử vong trẻ em nói chung ở nước ta đã giảm đáng kể 22% năm 2001, cùng với các nước phát triển.

Tuy nhiên tử vong sơ sinh hầu như không thay đổi: tử vong sơ sinh sớm ở Hải Phòng là 11,9‰ năm 1995 và 11,92‰ năm 1999 (Đình Văn Thúc). Như vậy, muốn đạt được những tiến bộ đáng kể trong việc giảm tỷ lệ tử vong trẻ dưới 1 tuổi, đặc biệt là tử vong giai đoạn sơ sinh ở nước ta phải dành ưu tiên lớn nhất cho việc cứu sống sinh mạng trẻ trong giai đoạn sơ sinh [3]. Ngày 10/10/2003 Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành chỉ thị 04 về việc tăng cường chăm sóc trẻ sơ sinh, nhằm giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh. Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sơ sinh, các cán bộ y tế trực tiếp chăm sóc trẻ sơ sinh cần xây dựng

phác đồ nuôi dưỡng, chăm sóc, điều trị những bệnh lý thường gặp phù hợp sinh lý bệnh từng loại trẻ sơ sinh.

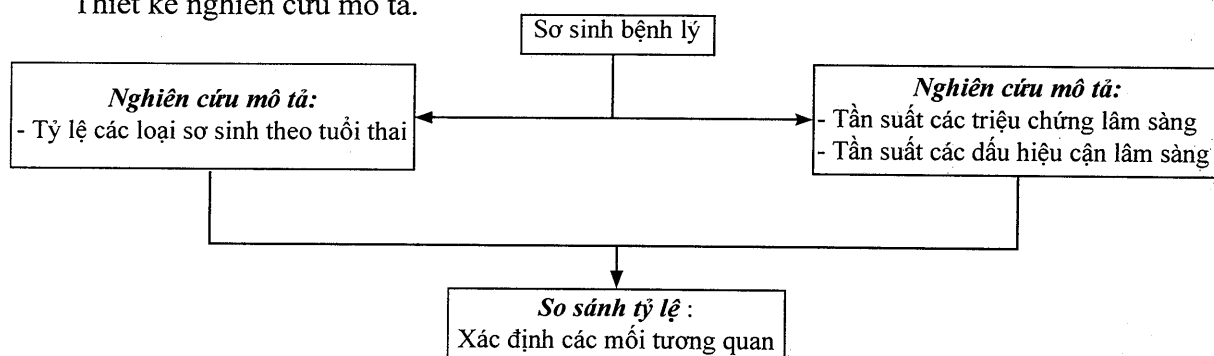
Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng của các loại sơ sinh bệnh lý là cơ sở khoa học cho các cán bộ Y tế thực hiện tốt công tác chăm sóc sơ sinh, góp phần giảm tỷ lệ tử vong. Đề tài đã được thực hiện nhằm các mục tiêu sau:

1. Mô tả tỷ lệ các loại sơ sinh theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).
2. Xác định một số đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng các bệnh tật theo loại sơ sinh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 233 trường hợp sơ sinh bệnh lý sau sinh được chuyển từ Khoa sản Bệnh viện Trường ĐH Y – Dược Huế hoặc từ ngoài vào điều trị tại Khoa nhi - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong 12 tháng từ 01/01/2009 đến 30/12/2009.

Thiết kế nghiên cứu mô tả.



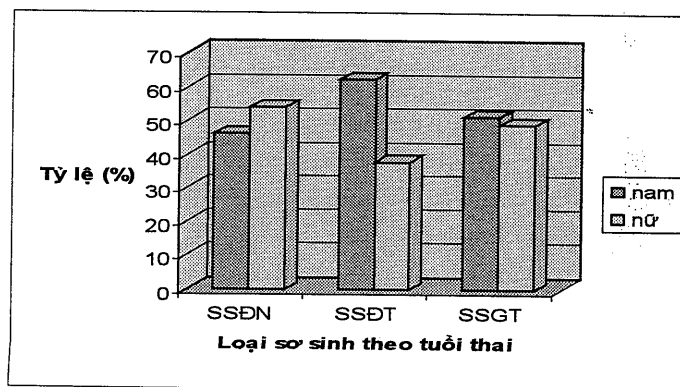
Sơ đồ 2.1 Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 và Excel 2003.

Các tỷ lệ được trình bày dưới dạng phần trăm (%) và kiểm định bằng test chi-square χ^2 .

3. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ các loại sơ sinh theo phân loại của WHO



Biểu đồ 3.1 Sự phân bố các loại sơ sinh theo tuổi thai

Nhận xét: SSĐT chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là SSGT, SSĐN chiếm tỷ lệ thấp nhất. Tỷ lệ nam cao hơn nữ ở loại SSĐT và khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở loại SSĐN và SSGT

3.2. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của từng loại sơ sinh bệnh lý

3.2.1. Các triệu chứng lâm sàng theo loại sơ sinh:

Bảng 3.1. Sự phân bố các triệu chứng lâm sàng theo loại sơ sinh

Ngạt		SSĐN		SSĐT		SSGT		p
		n	%	n	%	n	%	
		17	43.59	13	12.26	17	19.32	
Thân nhiệt	Hạ thân nhiệt	10	25.64	14	13.21	13	14.77	0.038
	Tăng thân nhiệt	2	5.13	26	24.53	13	14.77	
Khó thở	Trung bình	13	33.33	18	16.98	29	32.95	0.032
	Nặng	1	2.56	0	0	1	1.14	
Cơn ngưng thở > 20"		2	5.13	0	0	0	0	0.075
Tần số tim biến đổi		4	10.26	10	9.43	7	7.95	0.0897
Bú kém Nôn		8	20.51	23	21.7	33	37.5	0.028
		12	30.77	20	18.87	23	26.14	0.254
Kém linh hoạt/tăng kích thích		8	20.51	23	21.7	26	29.55	0.368
Vàng da		24	61.54	34	32.08	14	15.91	< 0.01
Xuất huyết		3	7.69	2	1.89	1	1.14	0.082
Tăng trương lực cơ, co giật		2	5.13	1	0.94	0	0	0.046
DTBS		7	17.95	11	10.38	10	11.36	0.499

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở loại SSĐN với tần suất cao hơn SSĐT bệnh lý và SSGT: ngạt, hạ thân nhiệt, nôn, vàng da, DTBS. Tăng thân nhiệt (sốt), bú kém chiếm tỷ lệ cao ở loại SSĐT bệnh lý hơn các loại SSĐN và SSGT. Ở loại SSGT các triệu chứng lâm sàng có tần suất cao hơn là: khó thở, bú kém, nôn, kém linh hoạt/tăng kích thích.

3.2.2. Các đặc điểm cận lâm sàng:

Bảng 3.2. Sự phân bố đặc điểm cận lâm sàng theo loại sơ sinh

	SSĐN		SSĐT		SSGT		P
	n	%	n	%	n	%	
Glucose máu < 2,6 mmol/l	0	0	2	1.89	20	22.73	<0.01
BC máu biến đổi	18	46.15	38	35.8	45	51.14	0.094
CRP biến đổi > 10mg/l	21	53.85	57	53.77	54	61.36	0.528
Bilirubin tự do ở mức bệnh lý	18	46.15	10	9.43	8	9.09	<0.01
Tỷ prothrombin giảm	2	5.13	1	0.94	1	1.14	0.198
Hct < 45%	5	12.82	1	0.94	0	0	
60-65%	0	0	1	0.94	2	2.27	

> 65%	0	0	0	0	1	1.14	0.001
Hb < 15 g/dl	5	12.82	1	0.94	0	0	<0.01
Ca++ < 2 mmol/l	2	5.13	1	0.94	0	0	0.056

Nhận xét: SSGT hạ glucose máu, cô đặc máu chiếm tỷ lệ cao hơn SSĐN và SSĐT. Ngược lại SSĐN CRP tăng, vàng da tăng bilirubin tự do, thiếu máu và hạ calci máu chiếm tỷ lệ cao nhất.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ các loại sơ sinh theo phân loại của WHO

Biểu đồ 3.1 cho thấy trong mẫu nghiên cứu ở loại SSĐT và SSGT có tỷ lệ trẻ sơ sinh nam nhiều hơn nữ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Mỗi một trẻ sơ sinh ra đời tương ứng với một loại sơ sinh theo tuổi thai nhất định gọi là đánh giá sơ sinh theo mức độ trưởng thành [4].

Tại bảng 3.1 cũng thể hiện sự phân bố các loại sơ sinh bệnh lý theo tuổi thai, trong đó loại SSĐT 38-42 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5%, tiếp theo là SSGT 37,76%, cuối cùng là SSĐN. Điều này hoàn toàn hợp lý vì theo sinh lý sức khỏe sinh sản, phần lớn các cuộc chuyển dạ thuộc loại thai đủ tháng [1], [2]. Nhận xét trên đồng thời phù hợp với kết quả thống kê về mô hình bệnh tật của Lê Bá Khánh Trang tại khoa Sản bệnh viện Trường Đại Học Y - Dược Huế (2009): SSĐT có 167/284 trẻ bệnh lý được ghi nhận, tương đương với 58,2% [3].

Sơ sinh đẻ non bệnh lý chiếm 16,74%, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Bá Khánh Trang tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế - 2009 : sơ sinh đẻ non bệnh lý chiếm ít nhất: 44/284 trường hợp: 15,5% [3].

Sơ sinh già tháng bệnh lý chiếm 37,76%, cao hơn so với nghiên cứu của Lê Bá Khánh Trang tại khoa Sản bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế - 2009 (73/284 trường hợp sơ sinh bệnh lý, tương đương 25,7%) vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là sơ sinh bệnh lý điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện Trường Đại

học Y Dược Huế chứ không phải sơ sinh chung tại khoa sản. Một phần của mẫu từ ngoài vào trực tiếp Khoa nhi (không nhất thiết sinh tại Khoa sản của bệnh viện). Do đó, kết quả của tôi mang những đặc thù riêng. Thêm nữa, nghiên cứu của Lê Bá Khánh Trang chỉ thực hiện ở nhóm trẻ giai đoạn sơ sinh sớm mà thôi.

Phần lớn các cơ sở sản khoa trên toàn quốc xác định tuổi thai chỉ dựa trên ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối (KCC) thay vì căn cứ biểu hiện hình thái trẻ sơ sinh. Thực tế lâm sàng thường gặp những trẻ sơ sinh có biểu hiện lâm sàng các mức độ già tháng theo phân loại Cliffort (da bong, móng tay móng chân dài, rốn héo) nhưng tuổi thai tính theo KCC chưa quá 42 tuần nên vẫn không được xếp vào loại SSGT. Khoa sản bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế đã áp dụng mô hình kết hợp sản - nhi (từ năm 2003) trong công tác chăm sóc sơ sinh. Tại đây, các bác sỹ nhi khoa phân loại sơ sinh chủ yếu dựa vào các biểu hiện hình thái của trẻ trên lâm sàng. Do đó mà số lượng loại SSGT được chuyển từ khoa sản lên khoa nhi BV Trường ĐH Y Dược Huế chiếm tỷ lệ cao nhất.

4.2. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của từng loại sơ sinh bệnh lý

Kết quả của bảng 3.1 đã cho thấy sự phân bố các triệu chứng lâm sàng theo loại sơ sinh. Cùng một triệu chứng lâm sàng nhưng chiếm tỷ lệ khác nhau giữa các loại sơ sinh.

** Đối với loại sơ sinh đủ tháng:*

Sơ sinh đủ tháng bệnh lý chiếm 45,5% toàn mẫu nghiên cứu. Trong đó, các triệu chứng của

bệnh cảnh NTSS sớm chiếm tỷ lệ cao nhất (bú kém và kém linh hoạt 21,7%; nôn 18,57%; sốt 24,53%; vàng da 32,08%; thở nhanh 16,98%; biến đổi về bạch cầu 35,85%; CRP tăng 52,75%), tiếp theo là NTSS mắc phải 17,92%, hạ thân nhiệt, ngạt, dị tật bẩm sinh và vàng da tăng bilirubin tự do. Vàng da vừa nằm trong bối cảnh NTSS sớm, vừa gặp trong bệnh lý tăng bilirubin tự do không nhiễm trùng nên chiếm tỷ lệ khá cao. Dù vậy, tỷ lệ các triệu chứng của bệnh lý nhiễm trùng và rối loạn chuyển hóa ở SSĐT vẫn thấp hơn SSĐN và SSGT.

Khi chăm sóc loại trẻ SSĐT vẫn xảy ra một số bệnh tật, đặc biệt là NTSS sớm qua đường mẹ-thai. Nhận xét này thực sự hữu ích cho các nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc trẻ giai đoạn sơ sinh sớm từ 0-6 ngày sau đẻ. Cần tìm hiểu kỹ tiền sử mang thai và chuyển dạ của mẹ để xác định các yếu tố nguy cơ của NTSS sớm qua đường mẹ-thai để chủ động phát hiện sớm bệnh qua các triệu chứng đã nghiên cứu ở trên. Điều trị sớm bệnh lý này sẽ giảm được chi phí cho ngành y tế và giảm được tử vong.

** Đối với loại sơ sinh đẻ non:*

Sơ sinh đẻ non chiếm tỷ lệ thấp nhất trong phân bố bệnh tật giai đoạn sơ sinh 16,74%. Trong đó, nổi bật triệu chứng ngạt 43,59%, suy hô hấp 33,33%, vàng da 61,54%, dị tật bẩm sinh 17,95%. Các triệu chứng của bệnh NTSS sớm vẫn chiếm tỷ lệ cao. Riêng thân nhiệt lại có xu hướng hạ nhiệt hơn sốt. Loại sơ sinh này cũng gặp với tần suất cao NTSS mắc phải và thiếu máu. Điều này phù hợp với sinh lý bệnh của SSĐN.

NTSS ở SSĐN cao hơn các loại sơ sinh khác vì cơ thể trẻ thiếu hụt miễn dịch, thiếu C3, IgA, IgM, đại thực bào, lympho hoạt tính làm thay đổi toàn bộ các giai đoạn chống lại nhiễm trùng. Điều này giải thích bệnh NTSS sớm qua đường mẹ-thai hay tiến triển nặng thêm cũng như trẻ đẻ non thường

bị nhiễm trùng bệnh viện. Phải có chiến lược điều trị bệnh này ngay từ khi bắt rốn một cách có hệ thống. Một nghiên cứu còn chỉ ra rằng: cơ thể mẹ mang thai nhiễm vi khuẩn như E.coli có thể kích thích tế bào ối tiết ra Prostaglandin E2 làm dẫn cổ tử cung và gây chuyển dạ đẻ non. Như vậy, để giảm tỷ lệ NTSS sớm qua đường mẹ-thai ở loại SSĐN cần chỉ định kháng sinh cho mẹ khi cuộc chuyển dạ sinh non chưa xảy ra. Để tránh bỏ sót, hiệp hội sơ sinh học quốc tế đã đưa ra các tiêu chuẩn chính cho phép điều trị kháng sinh ngay sau sinh dù chưa có biểu hiện lâm sàng. Một trong những tiêu chuẩn chính đó là đẻ non tự nhiên < 35 tuần thai [5]. Mặt khác, giữ bàn tay nhân viên y tế vô trùng khi chăm sóc bé là biện pháp dự phòng hữu hiệu nhiễm trùng bệnh viện.

Tần suất vàng da tăng bilirubin tự do rất cao trên lâm sàng đối với loại SSĐN 61,54%. Phần lớn nguyên nhân do nhiễm trùng. Đặc điểm sinh lý bệnh của loại SSĐN giải thích điều này. Triệu chứng vàng da không hoàn toàn tỷ lệ thuận với tần suất NTSS sớm vì vàng da còn nằm trong bối cảnh tăng bilirubin tự do không nhiễm trùng. Khi chăm sóc loại sơ sinh đẻ non bị vàng da cần chỉ định chiếu đèn ngay trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm Bilirubine. Sự chậm trễ điều trị có thể gây di chứng thần kinh cho trẻ sau này.

** Đối với loại sơ sinh già tháng:*

Sơ sinh già tháng chiếm tỷ lệ 37,76%. Trong đó, hạ glucose máu 22,73%, ngạt 19,32%, suy hô hấp 34,09%. Các triệu chứng của NTSS sớm vẫn chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn. Điều này phù hợp với nhận xét của Lê Bá Khánh Trang 2009 [3]. Điều này đặt ra cho đội ngũ trực tiếp chăm sóc trẻ sơ sinh yêu cầu: cảnh giác phát hiện và xử trí sớm bệnh lý này và hạ đường huyết. Loại SSGT có thể tử vong vì bệnh NTSS sớm và hạ

đường huyết trong tuần đầu sau đẻ.

Ngạt ở loại sơ sinh này gặp với tần suất cao vì sự kéo dài thai nghén quá 42 tuần hoặc thai nghén chưa vượt quá 42 tuần nhưng bánh nhau bị thoái hóa, suy chức năng bánh nhau gây suy thai. Bệnh cảnh này được làm nặng thêm bởi tình trạng hít nước ối và cô đặc máu [4].

SSGT có tỷ lệ hạ glucose máu cao hơn các loại sơ sinh khác. Ngoài ra có thể phát hiện hội chứng cô đặc máu (đa hồng cầu). Các bệnh lý khác của loại sơ sinh đẻ yếu có thể tìm thấy khi nuôi dưỡng loại SSGT [6]. Cần chú ý các bệnh lý này để có kế hoạch chăm sóc và điều trị hợp lý loại SSGT.

5. KẾT LUẬN

SSDT chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là SSGT, SSDN chiếm tỷ lệ thấp nhất. Tỷ lệ nam cao hơn nữ ở loại SSDT. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở loại SSDN cao hơn các loại sơ sinh khác là: ngạt, hạ thân nhiệt, nôn, vàng da, DTBS. Tăng thân nhiệt (sốt) chiếm tỷ lệ cao ở loại SSDT bệnh lý hơn các loại SSDN và SSGT. Ở loại SSGT các triệu chứng lâm sàng có tần suất cao hơn là: khó thở, bú kém, nôn, kém linh hoạt/tăng kích thích.

SSGT dễ hạ glucose máu, cô đặc máu hơn SSDN và SSDT. Ngược lại SSDN thường có triệu chứng vàng da tăng bilirubin tự do, thiếu máu và hạ calci máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hà, Trần đình Long (2003), *Nghiên cứu lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh sớm và một số yếu tố liên quan*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. Nguyễn Thanh Trung (2006), “Đặc điểm lâm sàng và một số nguy cơ viêm phế quản phổi sau đẻ trên trẻ sơ sinh non tháng thấp cân”, *Tạp chí Nhi Khoa*, Hội Nhi khoa Việt Nam, 14 (Số đặc biệt), tr. 46-51.
3. Lê Bá Khánh Trang (2008), Nghiên cứu mô hình bệnh tật các trẻ sơ sinh nhập viện điều trị tại khoa nhi bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y – Dược Huế, tr. 34 - 38.
4. Alexopoulos KA. (2004), “Is routine antibiotic prophylaxis needed for the healthy postmature newborn. A study of 236 cases”, *Pediatrics*, 54(18), pp. 1-3.
5. Association of pediatric societies of the south - east Asian region (2002), “Unregistered at birth”, *Bulletin of APSSEAR*, 31(2), pp. 1-2 .
6. Baley J.E. (1991), “Neonatal Candidiasis: the current Challenge”, *Clin perinatal*, 18(2), pp. 263 - 280.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT NGUYÊN PHÁT BẰNG PHẪU THUẬT GHÉP MÀNG ỒI

Phan Văn Năm, Nguyễn Thanh Hải, Phạm Như Vĩnh Tuyên

Bộ môn Mắt, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Nghiên cứu phẫu thuật ghép màng ối điều trị mộng thịt nguyên phát nhằm góp phần điều trị bệnh mộng thịt. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị mộng thịt nguyên phát bằng phẫu thuật ghép màng ối. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Mộng thịt nguyên phát tập trung ở độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ 69,44%. Mộng thịt độ III chiếm 71,15%. Mức độ thị lực tăng không đáng kể và mức độ loạn thị giảm đáng kể sau phẫu thuật. Kết quả đạt tốt chiếm tỷ lệ 93,75%. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật 3 tháng là 2,08%. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép màng ối điều trị mộng thịt có nhiều ưu điểm như có tính thẩm mỹ, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng cao, tiết kiệm kết mạc. Phẫu thuật này có tỷ lệ tái phát tương đương với các phương pháp khác. **Từ khóa:** Mộng thịt, màng ối, tái phát, kết mạc, ghép.

Abstract

OUTCOMES OF PRIMARY PTERYGIUM EXCISION WITH AMNIOTIC MEMBRANE TRANSPLANTATION

Phan Van Nam, Nguyen Thanh Hai, Pham Nhu Vinh Tuyen

The study of primary pterygium excision with amniotic membrane transplantation contribute to the treatment of pterygium. **Objectives:** To evaluate the outcome of primary pterygium excision with amniotic membrane transplantation. **Methods:** Prospective study, clinical case study with no control. **Results:** 69,44% patients with primary pterygia were mainly at the age 20 to 60 years. Pterygia at level III were 71,15%. After surgery visual acuity was not remarkably increased while astigmatism was reduced remarkably. Good result was 93,67%. Recurrent rate at 3 months after surgery was 2,08%. **Conclusion:** Pterygium excision with amniotic membrane transplantation has many benefits like highly cosmetic, meet the patient's demand and saving conjunctiva. This method has the same recurrent rate compare with other methods. **Key words:** Pterygium, amniotic membrane, recurrent, conjunctiva, transplantation.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mộng thịt tuy không phải là nguyên nhân gây mù lòa quan trọng, song ảnh hưởng nhiều đến vấn đề thẩm mỹ, thị lực và gây kích thích khó chịu cho người bệnh. Theo thống kê của Bệnh viện Mắt Trung ương năm 1996 mộng thịt chiếm tỷ lệ 5,24% trong tổng số dân điều tra. Có nhiều phương pháp điều trị mộng thịt đã được áp dụng như ghép kết mạc tự thân vùng

riêng có hoặc không áp chất chống chuyển hóa nhằm hạn chế mộng tái phát [2], [3], [5], [6]. Hiện nay màng ối đã được phổ biến rộng rãi và một số tác giả trong nước đã sử dụng màng ối để điều trị loét Mooren [1], điều trị thủng giác mạc rộng [4]. Việc sử dụng màng ối điều trị mộng thịt cũng đã được nhiều tác giả nước ngoài tiến hành nghiên cứu với các kết quả khác nhau [7], [8]. Xuất phát từ