BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC DƯỢC HÀ NỘI

PHẠM THỊ PHƯƠNG ANH

KHẢO SÁT TỊNH HÌNH SỬ DỤNG THUỘC DIỆU TRỊ BỆNH VIÊM LOẾT GIÁC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẤT THANH HÓA

LUẬN VĂN DƯỢC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP 1

HÀ NỘI 2017
PHẠM THỊ PHƯƠNG ANH

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỰ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LOẾT GIÁC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẶT THANH HÓA

LUẬN VĂN DUỘC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP 1

CHUYÊN NGÀNH: DUỘC LÝ – DUỘC LÀM SÀNG
MÃ SỐ: CK 60720405

Người hướng dẫn khoa học: TS. Vũ Đình Hòa
Thời gian thực hiện: Từ 15/5/2017 đến 15/9/2017

HÀ NỘI 2017
LỜI CẢM ƠN

Đầu tiên, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tôi TS. Vũ Đình Hoà - Giảng viên Bộ môn Dược làm sàng – Người Thầy luôn tận tâm hướng dẫn và诱导 tôi qua từng bước đi quan trọng trong quá trình thực hiện luận văn.

Tôi xin gửi lời cảm ơn sau sức tôi BSCKII. Phạm Văn Dũng - Giám đốc Bệnh viện Mắt Thanh Hóa – Người lãnh đạo của team tinh day bao, ủng hộ và luôn tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong suốt quá trình học tập, làm việc và nghiên cứu.

Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn tôi Ban Giám đốc, các bác sĩ và điều dưỡng tại các khoa làm sàng, các cán bộ Phòng Kế hoạch tổng hợp và các đồng nghiệp của tôi tại khoa Dược - Bệnh viện Mắt Thanh Hóa đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình thực hiện đề tài.

Tôi xin gửi lời cảm ơn sau sức tôi Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo sau đại học và tập thể các thầy cô giáo Trường Đại học Dược Hà Nội, những người đã tận tâm dạy dỗ, trang bị cho tôi các kiến thức và kỹ năng trong học tập, nghiên cứu.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sau sức tôi gia đình, những người thân và bạn bè của tôi. Những người đã luôn ở bên, quan tâm, tin tưởng, đồng hành và chăm sóc tôi trong suốt quá trình học tập cũng như thực hiện đề tài này.

Hà Nội, ngày 12 tháng 9 năm 2017
Học viên

Phạm Thị Phương Anh
MỤC LỤC

DANH MỤC KỸ HÌNH, CHỮ CÁI VIỆT TẤT
DANH MỤC BÀNG
DANH MỤC HÌNH VẼ

DÁT VĂN ĐỂ .............................................................................................................. 1

1. Khảo sát đặc điểm của bệnh nhân viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa................................................................. 1

2. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa................................................. 1

Chương 1. TỔNG QUAN ................................................................. 2

1.1. Giải phẫu, mổ học và chức năng sinh lý của giác mạc ............ 2

1.1.1. Cấu tạo giải phẫu ......................................................... 2

1.1.2. Cấu trúc mổ học .......................................................... 3

1.1.3. Sinh lý giác mạc ............................................................ 4

1.2. Viêm loét giác mạc .............................................................. 5

1.2.1. Yếu tố nguy cơ .............................................................. 5

1.2.2. Đặc điểm lâm sàng ............................................................ 6

1.2.3. Các phương pháp điều trị viêm loét giác mạc .................. 10

1.2.4. Tiến triển ......................................................................... 16

1.3. Giới thiệu về Bệnh viện Mắt Thanh Hóa và bệnh lý viêm loét giác mạc tại bệnh viện .................................................. 16

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIẾN CỨU .................................. 17

2.1. Đối tượng nghiên cứu ......................................................... 17

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn .......................................................... 17

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ .......................................................... 17

2.2. Phương pháp nghiên cứu ..................................................... 17

2.3. Tiêu chí nghiên cứu ............................................................ 17
2.3.1. Khảo sát đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu .............................................17
2.3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc ... 18
2.4. Xử lý số liệu ..................................................................................................19

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .................................................................20
3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu .................................................................20
3.1.1. Đặc điểm theo tuổi, giới tính ...............................................................20
3.1.2. Đặc điểm theo tác nhân gây bệnh nghi ngờ ........................................21
3.1.3. Tỷ lệ các thể bệnh viêm loét giác mạc và thời gian điều trị ..........21
3.1.4. Kết quả điều trị .......................................................................................23
3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc ...... 24
3.2.1. Các phương pháp điều trị bệnh viêm loét giác mạc .........................24
3.2.2. Các nhóm thuốc điều trị tại chỗ .........................................................24
3.2.3. Các nhóm thuốc điều trị toàn thân .......................................................25
3.2.4. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghi ngờ là vi khuẩn ..........26
3.2.5. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghi ngờ là nấm .................27
3.2.6. Các thuốc điều trị tác nhân nghi ngờ là virus .................................27

Chương 4. BÀN LUẬN .....................................................................................28
4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu .......................................................28
4.1.1. Đặc điểm phân bố theo tuổi, giới tính của mẫu nghiên cứu ..........28
4.1.2. Đặc điểm phân bố theo tác nhân gây bệnh nghi ngờ .......................29
4.1.3. Tỷ lệ các thể bệnh VLGM và thời gian điều trị .........................30
4.1.4. Kết quả điều trị ...................................................................................31
4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc ......32
4.2.1. Các phương pháp điều trị bệnh viêm loét giác mạc .......................32
4.2.2. Các nhóm thuốc điều trị tại chỗ .......................................................32
4.2.3. Các nhóm thuốc điều trị toàn thân .....................................................33
4.2.4. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghi ngờ là vi khuẩn ........34
4.2.5. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghi ngờ là nấm ..................35
4.2.6. Các thuốc điều trị tác nhân nghi ngờ là virus............................................. 36
KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ................................................................. 37
KẾT LUẬN...................................................................................... 37
1.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu .................................................. 37
1.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc.... 37
KIẾN NGHỊ...................................................................................... 38
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC
## DANH MỤC KỸ HIỆU, CHỦ CÁI VIẾT TẤT

<table>
<thead>
<tr>
<th>Chữ viết tắt</th>
<th>Chữ giải</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACM</td>
<td>Acanthamoeba</td>
</tr>
<tr>
<td>DD</td>
<td>Dung dịch</td>
</tr>
<tr>
<td>HSV</td>
<td>Herpes simplex virus</td>
</tr>
<tr>
<td>IDU</td>
<td>5 lodo 2 Deoxyuridin</td>
</tr>
<tr>
<td>KBNC</td>
<td>Khoét bỏ nhân cầu</td>
</tr>
<tr>
<td>PCR</td>
<td>Polemerase Chain Reaction ( phân ứng chuỗi polymerase)</td>
</tr>
<tr>
<td>PT</td>
<td>Phẫu thuật</td>
</tr>
<tr>
<td>TFT</td>
<td>Trifluorothymidin</td>
</tr>
<tr>
<td>VLGM</td>
<td>Viêm loét giác mạc</td>
</tr>
</tbody>
</table>
DANH MỤC BÀNG

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới tính ................................................................. 20
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tác nhân gây bệnh nghi ngờ ........................................ 21
Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc các thể bệnh viêm loét giác mạc và thời gian điều trị ... 22
Bảng 3.4. Tỷ lệ kết quả điều trị theo tác nhân gây bệnh nghi ngờ ................................. 23
Bảng 3.5. Các phương pháp điều trị bệnh VLGM ................................................................. 22
Bảng 3.6. Các nhóm thuốc điều trị tại chỗ trong điều trị bệnh VLGM .................. 24
Bảng 3.7. Các nhóm thuốc điều trị toàn thân trong điều trị bệnh VLGM ...... 25
Bảng 3.8: Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghi ngờ vì khâu ......... 26
Bảng 3.9. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghi ngờ là nấm .................. 27
Bảng 3.10. Các thuốc điều trị tác nhân nghi ngờ là Virus Herpes ............. 27
DANH MỤC HÌNH VẾ

Hình 1.1. Cấu trúc mồ hôi của giấc mạc......................................................... 1
ĐÁT VĂN ĐỀ

Viêm loét giác mạc là một bệnh rất phổ biến ở các nước đang phát triển, có thể để lại hậu quả nghiêm trọng như gây mờ đục giác mạc, giảm thị lực trầm trọng. Các bệnh nhân không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn đến mù loa, thậm chí phải bỏ mắt, ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống. Bệnh lý này thường gặp phổ biến ở các nước nhiệt đới đang phát triển trong đó có Việt Nam [4],[6],[20].

Ở nước ta đặc điểm khi hậu nóng ẩm, thuận lợi cho sự phát triển của vi sinh vật, điều kiện môi trường kém, nước sông của phần lớn người dân có thấp, hạn chế về dân trí, việc chăm sóc sức khỏe nơi chung cùng như chăm sóc mắt nói riêng chưa được quan tâm đúng mức. Thêm vào đó, thói quen và kiến thức phòng bệnh trong lao động cũng như trong sinh hoạt chưa được áp dụng phổ biến trong nhân dân. Đặc biệt, việc tự ý dùng thuốc (trong đó có corticoid), không đi khám, chưa kịp thời khi bệnh đang còn ở giai đoạn sớm càng làm tăng nguy cơ mắc bệnh cũng như khả năng làm tăng mức độ trầm trọng của bệnh.

Việc điều trị bệnh viêm loét giác mạc khá đắc thủ cho một bệnh lý chuyên khoa. Hiện tại văn chua có tổng kết về đặc điểm bệnh nhân nhập viện do viêm loét giác mạc và tình trạng thực hành đúng thuốc tại bệnh viện Mắt Thanh Hóa. Do đó, đề là cần cưu cho việc nâng cao chất lượng sử dụng thuốc trong bệnh viện và giảm thiểu các hậu quả để lại, chứng tỏ tiến hành nghiên cứu đề tài: “Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa” nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm của bệnh nhân viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa
2. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa
Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. Giải phẫu, mô học và chức năng sinh lý của giác mạc

Giác mạc chiếm 1/5 trước vỏ bọc của nhãn cầu. Giác mạc là một mô trong suốt, liên tiếp tại vùng ria với kết mạc và cung mạc ở phía sau. Giác mạc bình thường không có mạch máu, được dinh dưỡng chủ yếu nhờ sự thẩm thấu từ vùng ria qua hai cung mạc nóng và mạch máu, nhờ thủy dịch và nước mắt.

Giác mạc được bảo vệ bởi mạng phim nước mắt rất mỏng ở phía trước thông qua hoạt động của mi mắt. Vì vậy bất kỳ lý do nào làm rối loạn thành phần cũng như số lượng nước mắt, sự bất thường của mi mắt (hở mi, lật mi...) làm cho mắt bị khô, nhắm không kín, đều là những yếu tố gây tổn thương giác mạc [4],[6].

Hình 1.1. Cấu trúc mô học của giác mạc

Giác mạc giống như một thụ kinh với một mặt lồi (mặt trước, bán kính cong 7,8 mm) và một mặt lõm (mặt sau, bán kính cong 6,6 mm), hình dạng hoi oval với đường kính dọc 9-11 mm và đường kính ngang 11-12 mm.

Độ dày giác mạc ở trung tâm khoảng 0,5 mm, càng ra ngoài vi càng dày hơn (khoảng 0,7 mm). Công suất hội tụ của giác mạc dao động khoảng 40-44 D (Diopeter) [6],[14],[19].
1.1.1. Cấu trúc mô học

Giác mạc gồm 5 lớp từ trước ra sau: biểu mô, mạng Bowman, nhu mô, mạng Descemet, nội mô

- Biểu mô: Lớp này rất dể, có cấu trúc tiếp xúc với kết mạc và dễ tách ra khỏi mạng Bowman ở dưới. Độ dày của lớp biểu mô khoảng từ 30 μm đến 50 μm. Toàn bộ lớp biểu mô dưa trên một mạng dày mỏng. Biểu mô giác mạc của 3 lớp tế bào là: lớp tế bào nòng, lớp tế bào trung gian và lớp tế bào dày.

Biểu mô dễ bị tổn thương nhưng có khả năng hồi phục, không làm ảnh hưởng đến tính chất trong suốt của giác mạc [6],[19].


- Nhu mô: nhu mô là lớp dày nhất, chiếm 9/10 chiều dày giác mạc. Cấu tạo nhu mô gồm: các sợi tạo keo (collagen), các sợi đàn hồi và các tế bào. Tính chất trong suốt của lớp nhu mô giác mạc được đảm bảo là do:
  - Các sợi collagen có kích thước đồng đều và sáp xếp song song.
  - Chỉ số khúc xạ của các sợi collagen cao hơn chỉ số khúc xạ của mô trung.
  - Khoảng cách giữa các sợi collagen nhỏ hơn chiều dài của bước sóng ánh sáng.

Các tổn thương của giác mạc đến lớp nhu mô khi hồi phục không đảm bảo được cấu trúc bình thường của các sợi collagen và dễ lại sẹo vĩnh viễn [6].

- Mạng Descemet: mạng Descemet gồm các sợi collagen dạng lưới. Mạng chỉ dày 6 μm nhưng rất dai và có tính đàn hồi cao, có thể bảo vệ nhãn cầu cả khi giác mạc bị hoại tử hết nhu mô. Trong trường hợp loét sâu, làm mất tổ
chức ba lớp trên, dưới áp lực của thủy dịch, mạng Descemet có thể bị đẩy phong ra phía trước [6],[20].

- Lớp nội mỏ: Nội mỏ có nguồn gốc trung bi, chỉ có một hàng tế bào đệt hình lực giác dương kinh khoảng 18-20 μm, dày từ 4 – 6 μm, xếp sát nhau với mặt độ khoảng 2500 tế bào/mm2 trải đều khắp mặt sau của mạng Descemet.

Số lượng tế bào nội mỏ giác mạc là hàng dịnh từ khi sinh ra, hầu như không có sự tái tạo. Nếu có một vùng nào đó của nội mỏ bị tổn thương thì các tế bào lân cận sẽ lan ra che phủ vùng đó làm cho mặt độ tế bào bị giảm xuống. Vì vậy có thể sử dụng phương pháp đếm tế bào nội mỏ để chuẩn đoán một số bệnh lý ở mắt.

Tế bào nội mỏ có vai trò quan trọng đặc biệt trong việc điều hòa sự thẩm thấu nước vào giác mạc, giữ cho giác mạc có đảm độ nước nhất định đảm bảo tính chất trong suốt của giác mạc [4],[6],[19].

1.1.3. Sinh lý giác mạc

- Về sinh lý, giác mạc có hai chức năng cơ bản:
  - Chức năng quang học: vùng giác mạc được sử dụng với chức năng nhìn nằm ở trung tâm với đường kính khoảng 4 mm. Công suất hồi tử của giác mạc là 43D đến 45D. Tồn thường vung này dễ chịu chức năng thị giác.
  - Chức năng bảo vệ: cùng với cùng mạc giữ cho nhãn cầu hình dạng ổn định, chống các tác nhân gây hại cho mắt.

- Định đường giác mạc: Giác mạc không có mạch máu, nuôi dưỡng giác mạc chủ yếu dựa vào thẩm thấu từ 3 nguồn: hệ thống mạch máu vùng ria, thủy dịch và nước mắt.

- Thần kinh giác mạc: Các dây thần kinh mi (nhánh thần kinh V) chỉ phối cảm giác giác mạc. Do sự phân bố của các sợi thần kinh, tổn thương giác mạc càng nặng thì các triệu chứng chu quan của bệnh nhân càng nặng [6],[19],[20].
1.2. Viêm loét giác mạc

Viêm loét giác mạc là bệnh lý thường gặp trong nhân khoa vì giác mạc là phần lộ ra của nhãn cầu, tiếp xúc trực tiếp với môi trường bên ngoài. Bệnh thường dễ lại hậu quả hết sức nghiêm trọng, gây mở đặc giác mạc, giảm thị lực nghiêm trọng hơn có thể dẫn đến mù loa nếu không được chữa trị kịp thời.

Viêm loét giác mạc là hiện tượng các tổ chấn của giác mạc bị hoại tử mất chất, tạo thành một tổ loét thật sự [14],[20],[27].

1.2.1. Yếu tố nguy cơ


Ở những nước phát triển và đang phát triển, nhiều báo cáo về VLGM gần đây đều đề cập kinh tế học là yếu tố nguy cơ hàng đầu chịu không phải chấn thương mắt [27]. Việc điều kinh quan đều hay vệ sinh không đúng cách làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Trong khi đó, tỉ lệ này ở Việt Nam chưa cao có thể là do việc dùng kinh tế học còn chưa phổ biến. Tuy nhiên, chứng tỏ không thể có biện pháp nguy cơ kinh tế học vi theo trao lưu thể giới, việc sử dụng kinh tế học, đặc biệt là mang mục đích thẩm mỹ trong giới trẻ đang ngày càng phổ biến. Trong nghiên cứu của Trần Hồng Nhung (2014) [13] có một trường hợp VLGM do sử dụng kinh tế học, chiếm 0,5%.

Một số yếu tố nguy cơ khác gây VLGM như: lồng quấm, khó mắt do thiếu vitamin A, nhiễm mắt không kính đeo mắt kính VII, biến chứng của bệnh mắt hot, các bệnh mạn tính ở bể mắt nhân cầu, sau phẫu thuật tác động lên bể mắt giác mạc. Theo một nghiên cứu ở Ấn Độ [27], các biến lý tại mắt là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ hai sau chấn thương, chiếm 17,7%. Tất
cả các yếu tố này có thể làm tổn hại bề mặt nhăn cauce, do vậy cũng có nguy cơ gây VLGM.

Ngoài ra việc sử dụng thuốc corticoid dài ngày, điều trị bằng phương pháp phẫu thuật khoa học như đánh mông bằng bắp trẻ, đáp các loại thuốc lá lên mặt, các bệnh lý suy dinh dưỡng… làm chậm quá trình liên sêu của vết thương, cũng là một trong số những yếu tố làm tăng nguy cơ gây VLGM [5].

1.2.2. Đặc điểm làm sảng

1.2.2.1. Viêm loét giác mạc do vi khuẩn

- Nguyên nhân: Các loại vi khuẩn thường gặp gây viêm loét giác mạc
- Vi khuẩn G+: *Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus epidermidis, Mycobacterium, Nocardia…*
- Vi khuẩn Gr-: *Pseudomonas aeruginosa, Moraxella, Hemophilus influenzae, …*

- Triệu chứng làm sảng
- Triệu chứng cơ năng:
  + Đau nhức mắt, cộm chói, sọt ánh sáng, chảy nước mắt.
  + Nhìn mờ honor, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.
- Triệu chứng thực thể:
  + Kết mạc cuồng tì ria.
  + Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới không rõ, dây ở loét thương phủ một lớp hoại tử bẩn. Khi nhuộm giác mạc bằng fluorescein 2% ở loét sẽ bắt màu xanh, Nếu ở loét hoại tử nhiều sẽ có màu vàng xanh.
  + Giác mạc xung quanh ở loét bị thẩm lưỡi.
  + Móng mắt cũng có thể bị phù nề, mắt sắc bồng.
  + Đống từ thương co nhỏ, có thể định vào mặt trước thể thủy tinh
- Cần làm sàng
- Bệnh phẩm: là chất nào ở loét.
- Soi tuoi: thấy có vi khuẩn.
- Soi trực tiếp: xác định vi khuẩn gram (+) hay gram (-).
- Nuôi cây vi khuẩn: xác định được các loại vi khuẩn gây bệnh: từ cấu, liên cấu, trực khuẩn mù xanh. Nếu có điều kiện có thể kết hợp làm kháng sinh để xác định kháng sinh điều trị phù hợp [2],[5],[25].

1.2.2.2. Viêm loét giác mạc do nam
- Nguyên nhân: Có nhiều loại nam có thể gây viêm loét giác mạc như Aspergillus fumigatus, Fusarium solant, Candida albicans, Histoblasma, Cephalosporum, ...
- Triệu chứng lâm sàng
  - Triệu chứng cơ năng
    + Đau lúc mắt, còm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.
    + Nhìn mở hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.
  - Triệu chứng thực thể
    + Kết mạc Carolyn tưới ria.
    + Trên giác mạc có một ố loét nhẵn giới rờ, bờ gòn thường có hình tròn hoặc hình bầu dục. Đây ở loét thường phủ một lớp hoại tử dày, dòng thành vò gò cao, bể mắt vò khó ráp và khó bọc.
    + Xung quanh ố loét có thấm lậu, mắt sau giác mạc ở vị trí ố loét có thể có mảng xuất tiết bầm.
    + Tiền phòng có thể có ngắn mù. Mù thương xuất hiện rời mắt đi, xuất hiện nhiều lần như vậy.
    + Mống mắt cũng có thể phù nề, mắt sắc bóng. Đồng tử thương co nhỏ, có thể định vào mắt trước thể thủy tinh, tùy nhiên khó quan sát.
- Can lâm sàng
  - Bệnh phẩm: là chất nào ở loét.
  - Soi tươi, soi trực tiếp: thấy có nam.
  - Nuôi cây trên trường Sabouraud có đường: xác định được loại nam gây bệnh [2],[3],[11],[33],[34].
1.2.2.3. Viêm loét giác mạc do virus herpes

- Nguyên nhân: Do virus herpes có tên khoa học là herpes simplex virus (HSV) thuộc họ Herpes viridae. Herpes có 2 type: type 1 (HSV-1) gây bệnh ở nướu trên cơ thể từ thật lung trở lên (gây viém loét giác mạc), type 2 (HSV-2) gây bệnh ở nướu dưới cơ thể từ thật lung trở xuống. Tuy nhiên, cơ trường hợp HSV-2 gây bệnh ở mắt do mất bị nhiễm dịch tiết đường sinh dục (đặc biệt ở trẻ sơ sinh) nhưng rất hiếm gặp.

- Triệu chứng lâm sàng:
  - Triệu chứng cơ năng
    + Dau nức mắt.
    + Kích thích: cộm chổi, chảy nước mắt, sờ ánh sáng.
    + Thị lực: giảm nhiều hay ít tùy mức độ tổn thương.
  - Triệu chứng thực thể
    + Tôn thương của giác mạc do herpes có đặc điểm: daแดง, hay tái phát, gây giảm hoặc mất cảm giác giác mạc.
    + Loét giác mạc hình cạnh cây: là triệu chứng đặc trưng và điển hình.
    + Loét giác mạc hình đa do.
    + Viêm giác mạc hình đĩa: như mô giác mạc trung tâm thâm lâu lâu làm cho giác mạc phù đầy lên ở phía nội mô, có thể có nếp gấp màng Descemet, tua sau giác mạc.
    + Viêm nhu mô kế: là hình thái năng ngay từ đầu. Trong nhu mô có những đầm thâm lâu lâu màu trắng vắng, ranh giới không rõ (hình phomát). Có thể có vánh phân ứng miền dịch cạnh tổn thương.
    + Viêm màng bô đạo: tôn thương giác mạc do herpes có thể kèm theo viêm màng bô đạo hoặc viêm bán phần trước. Khám lâm sàng sẽ thấy: có tua mắt sau giác mạc, tế bào viêm trong thủy dịch (Tyndall tiên phòng), dòng tink có nho, có thể định vào mắt trước thế thủy tinh. Đây là hình thái năng, khó điều trị.
+ Cảm giác giác mạc: bị giảm hoặc mất.

- Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tế bào học: bệnh phẩm là chất nào bò ở loét, sẽ thấy các tổn thương: Tế bào biểu mô nhiều nhân, hiện tương đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân (đâu hiệu điện hình), có tiêu thế Lipschutz (đầu hiệu đặc hiệu), tế bào biểu mô thoát hóa trở rộng.

- Xét nghiệm PCR: tìm gen của virus herpes, bệnh phẩm là chất nào bò ở loét hoặc thủy dịch. Xét nghiệm có tính đặc hiệu cao [2],[21],[26].

1.2.2.4. Viêm loét giác mạc do amip (Acanthamoeba)

- Nguyên nhân: Acanthamoeba là sinh vật đơn bào (amoeba) có nhiều trong không khí, đất, nước nguồn tự nhiên, tồn tại ở 2 dạng: đang hoạt động (gây viêm loét giác mạc) và đang nang (đang nảy rat bến vùng với môi tác động hóa, lý do đó tổn tại rất lâu trong môi trường). Bệnh thường gặp ở những người đeo kính tiếp xúc không đúng cách, sau sang chấn ở mắt (bụi, que chọc, đắt cắt bán vào mắt).

- Triệu chứng làm sàng

  - Triệu chứng cơ năng

    + Nhìn mơ, chói, chảy nước mắt.

    + Đau nhức rất nhiều (đối khi không tương xứng với tổn thương trên giác mạc).

  - Triệu chứng thực thể

    + Giai đoạn sớm (1-4 tuần đầu): tổn thương không điển hình với những ở viêm quanh rìa. Đối khi có viêm giác mạc chậm nồng hoặc loét giác mạc hình cánh cày (giống viêm loét giác mạc do herpes).

    + Giai đoạn muộn: giác mạc có ở loét toàn hoặc hình bầu dục, xung quanh có vòng thâm lâu dài (áp xe vồng). Có thể có mủ tiến phong.

    + Khi bệnh tiến triển, áp xe lan vào các lớp sau của giác mạc và ra cùng mạc. Có thể lan vào nội nhân.
- Cần làm sàng
- Bệnh phẩm: là chất nạo ở loét.
- Phương pháp nhuộm: Giemsa hoặc Gram.
- Thay hình ảnh nang của acanthamoeba hình sao hoặc đa diện với 2 lớp vỏ, diện tích gần bằng tế bào biểu mô, bất màn do tìm.
- Nuôi cấy: trên môi trường thức nghiệm có thể quan sát được thể hoạt động của acanthamoeba [2],[6],[28],[29].

1.2.3. Các phương pháp điều trị viêm loét giác mạc
1.2.3.1. Điều trị nội khoa
a. Nguyên tắc điều trị:
- Điều trị nguyên nhân: tùy từng nguyên nhân gây bệnh là vi khuẩn, virus hay nấm mà có các thuốc điều trị riêng
- Điều trị triệu chứng: chống viêm, chống dinh dưỡng mệt,...
- Tăng cường dinh dưỡng giác mạc giúp cho quá trình hạn gân tổn thương giác mạc [2],[14],[27]
b. Điều trị nguyên nhân
- Điều trị VLGM do vi khuẩn.
   Việc lựa chọn kháng sinh điều trị VLGM do vi khuẩn tùy thuộc loại vi khuẩn gây bệnh.
   Khi chưa có kết quả xét nghiệm vi sinh vật, nên chọn một loại kháng sinh phổ rộng có tác dụng trên cả vi khuẩn Gram (+) và Gram (-) hoặc sử dụng một kháng sinh được dùng một cách đặc biệt vi khuẩn Gram (+) phối hợp với một loại khác diệt vi khuẩn Gram (-). Phác đồ điều trị da kháng sinh phối hợp (48.56%) được sử dụng với ti lệ tương đương phác đồ điều trị đơn độc một loại kháng sinh (51.44%) [2],[10],[31]
   Nếu có kết quả xét nghiệm vi sinh vật, thì điều tra và do để chọn kháng sinh cho phù hợp. Tốt nhất là do kết quả của kháng sinh do để đưa ra sự lựa chọn thuốc tối ưu cho điều trị.

Thuốc trị mắt tại chỗ:
- Đối với vi khuẩn G(-): tobramycin hoặc neomycin

10
- Đối với vi khuẩn G(+): kháng sinh nhóm quinolon như ofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin...[2],[6]
  • Điều trị VLGM do nấm.
    Những thuốc chống nấm quan trọng là nhóm polyen và nhóm azole, là những thuốc có tác dụng trên mạng tế bào nấm. Ngoài ra, có nhóm pyrimidin ức chế tổng hợp protein của nấm [1],[2],[33].
    - Nhóm polyen: những thuốc chính trong nhóm này bao gồm: polyen lớn (nystatin, amphotericin B) và polyen nhỏ (natamycin).
    - Nhóm azole bao gồm dẫn chất imidazol (miconazol, clotrimazol, ketoconazol...) và triazol (itraconazol, fluconazol...).
    Các thuốc chống nấm thường được dùng phối hợp đường toàn thân và tại chỗ (tiêm mắt, tra, truyền rửa).
    Khi dùng thuốc chống nấm đường toàn thân cần lưu ý đặc tính của thuốc với chức năng gan. Sử dụng thuốc chống nấm đường toàn thân được khuyến cáo trong những trường hợp viêm giác mạc nặng, tồn thuong sau hoặc điều trị đường phong sau ghép giác mạc xuyên điều trị viêm loét do nấm. Thuốc ông thường được dùng là itraconazol 200mg/ngày, vi thuốc có khả năng ngấm rất tốt vào giác mạc, nên uống thuốc một lần sau khi ăn no vào buổi sáng.
    Tai mắt, có thể tiêm dưới kết mạc (fluconazol), tiêm tiêm phòng hoặc tiêm vào nút mỏ (amphotericin B) giác mạc. Tuy nhiên chỉ nên áp dụng cho những trường hợp VLGM nặng, tồn thuong sau vì đặc tính của các thuốc điều trị chống nấm, đặc biệt với tế bào nấm mới của giác mạc.
  • Điều trị viêm loét giác mạc do virus
    Các chế phẩm chống virus:
    - Acyclovir (mỡ, nồng độ 3%) tra mắt 5 lần/ngày. Đây là chế phẩm ít độc tính với biểu mỏ nhất nên có thể sử dụng liên tục 60 ngày, có khả năng thẩm tốt qua biểu mỏ vào sâu trong như mỏ và thủy dịch nên được sử dụng chứa yếu trong hầu hết các trường hợp viêm giác mạc do herpes, đặc biệt là
viêm sầu có tổn hại màng bò đào và các trường hợp biến chứng do sử dụng corticosteroid.

- Trifluorothymidin (TFT – dung dịch 1%) được dùng trong các trường hợp loét giác mạc nồng hình cảnh cây hoặc bàn dolor, cách 2 giờ tra một lần. Cùng giống như acyclovir, TFT có hiệu quả tốt với khoảng 50% các trường hợp, ít có kháng thuốc chéo với các thuốc khác. Tuy nhiên TFT có độc tính với biểu mô kết giác mạc cao hơn acyclovir nên không được sử dụng lâu quá 2 tuần.

- Adenin arabinosid (dung dịch 0.1%, mổ 3%) thường chỉ được sử dụng khi virus kháng lại các thuốc TFT và acyclovir [1],[2],[26],[32].

• Điều trị viêm loét giác mạc do Acanthamoeba (ACM)

Điều trị nội khoa đối với VLGM do ACM gặp nhiều khó khăn vì kỹ sinh trùng có khả năng tồn tại ở cả hai dạng (bào nang và thể hoạt động) khi ở thể nang chúng có khả năng dễ kháng với thuốc hơn ở thể trưởng thành. Hiện nay, các nhà Nhãn khoa đã nghiên cứu và đề ra một liệu pháp nội khoa tương đối hiệu quả bằng việc phối hợp 4 nhóm thuốc: kháng sinh, kháng nấm, thuốc sát trùng và thuốc diệt ACM. Các thuốc này có thể ở dạng tra mắt hay dạng uống.

- Kháng sinh: vai trò của kháng sinh trong điều trị VLGM do ACM chưa rõ ràng. Có vài nghiên cứu cho rằng sử dụng tại đồng thời hay trước đó của vi khuẩn hay virus là những yếu tố thuận lợi cho sử dụng tại và thích nghi ban đầu của ACM, do đó cần đánh kháng sinh để diệt vi khuẩn [29]. Thêm vào đó, trên thực nghiệm thấy rằng kháng sinh nhóm aminoglycosid và nhóm polypeptid có thể diệt được ACM ở thể hoạt động.

- Thuốc chống nấm: các nghiên cứu cho thấy chỉ có nhóm Imidazole là có hiệu quả trong điều trị VLGM do ACM, diệt được ACM ở thể hoạt động nhưng khả năng thấp.

- Thuốc đặc hiệu diệt ACM là nhóm diamidines nhân thom như: propamidin isethionat 0.1% (biệt thuộc là Brolene), dibromopropamidin,
stilbamidine, pentamidin (Pentam) hoặc hexamidine. Các thuốc diệt ACM có tác dụng mạnh đối với thể hoạt động, ngăn sự nang hóa của thể hoạt động, tác dụng thấp đối với nang ACM.

- Thuốc sát trùng: bao gồm polyhexamethylene biguanid 0.02%, chlorhexidin, picloxydin. Nghiên cứu in vitro cho thấy, thuốc sát trùng có hoạt tính chống lại ACM mạnh nhất trong số bốn nhóm thuốc, diệt được cả thể hoạt động và thể bảo nang, bằng cách gia tăng tính thẩm màng bảo tường ở lớp vỏ ngoài cùng. Ngoài ra nhóm thuốc này ít gây độc cho biểu mô giác mạc nhất [2],[4],[29].

c. Điều trị triệu chứng

- Phòng chống dinh dưỡng từ vào mắt trước thủy tính thể: nhỏ mắt dung dịch atropin 0,5% → 4% ngày 2 lần.


- Dùng các thuốc hạ nhanh áp khi có dấu hiệu tăng nhanh áp, thủng hoặc doctr thông [2],[14],[27].

1.2.3.2. Điều trị ngoại khoa

Trong điều trị VLGM có một số phương pháp điều trị ngoại khoa có thể giúp hỗ trợ hoặc làm tăng hiệu quả của thuốc điều trị nguyên nhân như got giác mạc, rửa mắt tiên phòng, hoặc giúp cho quá trình biểu mô hóa tốt hơn trong những trường hợp ở loét đã het tác nhân gây bệnh nhưng khó hạn gần như ghép màng ổ, phù kết mạc, cò mi. Ghép giác mạc được chỉ định khi điều trị nội khoa không có kết quả [2],[19],[20],[24].
a. Gọt bể mặt ở loét

Mục đích của gọt bể mặt ở loét nhằm loại bỏ bớt tác nhân gây bệnh, làm cho thuốc ngâm vào giác mạc tốt hơn và giúp quá trình biến hóa nhanh hơn, đồng thời còn lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tim nguyên nhân trong trường hợp tôn thương sâu trong nhu mô giác mạc.
Phẫu thuật gọt giác mạc thường được chỉ định trong những trường hợp VLGM do nhiễm trùng, tôn thương còn ở nóng trên bể mặt giác mạc.

b. Rửa mủ tiên phòng

Phẫu thuật này được chỉ định khi cần lấy mủ tiên phòng làm bệnh phẩm xét nghiệm tim nguyên nhân, trong trường hợp tôn thương là ở áp xe sâu ở mặt sau giác mạc, hoặc khi mủ tiên phòng nhiều, không có khả năng tiêu được dù đã điều trị nội khoa tích cực, đồng thời lấy bớt tác nhân gây bệnh trong tiên phòng, rút ngắn thời gian điều trị nội khoa, hạn chế sự xâm nhập của tác nhân gây bệnh vào hầu phòng gây viêm nội nhân. Trong khi phẫu thuật có thể dùng dung dịch kháng sinh bom rửa tiên phòng.

c. Khâu phù kết mạc

Phẫu thuật khâu phù kết mạc được chỉ định trong trường hợp VLGM nặng đặc thường hay đã thủng, giúp bảo tồn nhân cầu, loét giác mạc khó hạn gán hoặc áp dụng cho những bệnh nhân không có đủ điều kiện dùng thuốc. Trước khi đặt vật kết mạc, cần lấy bớt tổ chức hoại tử càng nhiều càng tốt.

Hiệu quả về mặt mổ quan và chức năng của phương pháp này kém nên hiện nay ít được sử dụng.

d. Gọt giác mạc có ghép màng ổi

Phẫu thuật này thường được chỉ định khi ở viêm loét đã ổn định (hết đau hiệu viêm nhiễm cấp tính, xét nghiệm không còn tác nhân gây bệnh), tác nhân gây bệnh đã bị loại bỏ nhưng ở loét không được biểu mô hóa trong vòng 1 tuần.
Nghiên cứu tại Trung Quốc (2006) phát hiện việc ghép mảng ối có hiệu quả tốt đối với việc thực hiện hỗ trợ loét không gần, đồng thời khiến tạo lại bề mặt giải phẫu của giấc mạc, cải thiện chức năng thí lực cho bệnh nhân [22].

Ngoài ra phương pháp này cũng được áp dụng cho những trường hợp VLGM đa thừng nhằm bảo tồn nhân cấu cho bệnh nhân bằng cách ghép mảng ối nhiều lớp. Đặc biệt với phương pháp ghép mảng ối rất có hiệu quả trong điều trị loét giấc mạc rồi loàn dinh dưỡng do liệt thân kinh gây nên bởi virus.

e. Cò mi

Chi định phương pháp có mỉ thường được ứng dụng trong những trường hợp loét doa thừng hay đa thừng hoặc hỗ trợ do nhiều nguyên nhân với mục đích bảo vệ, che khuất nhân cấu. Phương pháp này cho kết quả tốt đối với những trường hợp bệnh nhân bị bệnh giấc mạc do dinh dưỡng thân kinh mà thật bại với điều trị nội khoa.

Tuy vậy phương pháp này không thực hiện có hiệu quả khi viêm nhiễm còn tiến triển và có nguy cơ chuyển, khó khăn cho việc chăm sóc và theo dõi sau mổ, đồng thời gây tổn thương bố tử do của mỉ và không giải quyết triệt để được nguyên nhân gây tổn thương giấc mạc.

f. Ghép giấc mạc

Ghép giấc mạc là phương pháp nhằm thay thế tổ chức giấc mạc bệnh lý của bệnh nhân bằng tổ chức giấc mạc lành của người cho m métier. Mảnh giấc mạc ghép có thể chỉ là một phần bề dày giấc mạc (ghép lốp) hoặc cả bề dày giấc mạc (ghép xuyên). Ghép lốp có ưu điểm là không mơ vào tiến phòng nên phần ứng miễn dịch và các biến chứng sau phẫu thuật ít hơn ghép xuyên nhưng trong những trường hợp tổn thương chiếm hết chiều dày giấc mạc thì ghép lốp không loại bỏ được hết tổ chức bệnh lý và kết quả về chỉ lực hạn chế hơn ghép xuyên có mạnh ghép trong.
1.2.4. Tiền tiên

Tiền tiên tốt: giác mạc liên sẻo, sẻo ở vùng ria thường xuất hiện tan mạch trên giác mạc. Tuỷ vị trí và độ dày của sẻo ảnh hưởng ít nhiều đến thị lực.

Tiền tiên xấu: hoại tử giác mạc, phối mạng Descemet, phối móng mắt, thủng giác mạc, viêm mủ nội nhân [4],[6],[20],[30].

1.3. Giới thiệu về Bệnh viện Mắt Thanh Hóa và bệnh lý viêm loét giác mạc tại bệnh viện

Bệnh viện Mắt tỉnh Thanh Hóa được thành lập năm 2005 trên cơ sở trạm mắt tỉnh Thanh Hóa được thành lập từ năm 1964 với quy mô 100 giường bệnh. Trải qua 10 năm hình thành và phát triển đến nay quy mô bệnh viện đã tăng lên 120 giường bệnh với tổng số 162 cán bộ, viên chức. Hiện tại bệnh viện Mắt Thanh Hóa là bệnh viện chuyên khoa hàng đầu của tỉnh trong điều trị các bệnh nội khoa về mắt cũng như áp dụng các dịch vụ kỹ thuật cao như phẫu thuật phaco, phẫu thuật cắt đĩch kính, bong vòng mạc, ghép giác mạc,…

Bệnh lý viêm loét giác mạc là một bệnh lý nội khoa thường gặp nhất trên thực tế làm sáng tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa. Năm 2016, Bệnh viện khám chữa bệnh và điều trị ngoài trừ hàng nghìn bệnh nhân viêm loét giác mạc; hơn 200 trường hợp viêm loét giác mạc phải nhập viện điều trị nội trú với nhiều thể bệnh phong phú và đa dạng ở nhiều mức độ bệnh khác nhau.
2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh án của các bệnh nhân viêm loét giác mạc nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa trong thời gian từ 01/01/2016 đến 31/12/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm loét giác mạc với các tiêu chuẩn chẩn đoán sau:
  - Đưa vào các triệu chứng lâm sàng của từng loại nguyên nhân gây bệnh.
  - Đưa vào xét nghiệm can lâm sàng: xét nghiệm soi tươi, soi trực tiếp bệnh phẩm lấy từ ống loét giác mạc, từ mủ tiền phòng hoặc từ chất gọt giác mạc tương ứng.
- Hồ sơ của bệnh nhân phải có đủ thông tin để khai thác trong nghiên cứu.

- Nếu một bệnh nhân có hơn một bệnh án trong một liệu trình điều trị sẽ tiến hành lấy các thông tin khai thác trên tất cả các bệnh án đó.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các hồ sơ không có đủ các thông tin cần thiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hội chứng. Các bệnh nhân đều được thu thập thông tin theo phiếu thu thập thông tin được lập sẵn (phụ lục 01).

Bệnh án được thu thập dựa vào mã ICD10 là H16.0 trên tất cả các khoa điều trị lâm sàng tại bệnh viện Mắt Thanh Hóa.

2.3. Tiêu chí nghiên cứu

2.3.1. Khảo sát đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

- Đặc điểm phân bố theo giới, tuổi của bệnh nhân.
- Đặc điểm phân bố theo tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi dựa trên kết quả vi sinh và làm sẵn.

Kết quả vi sinh thu thập từ các dữ liệu trong bệnh án gồm có tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm vi sinh, tỷ lệ kết quả vi sinh chính xác tác nhân gây bệnh là năm, vi khuẩn, virus hay họn hợp các tác nhân khác nhau. Do hạn chế của cơ sở bệnh viện chưa phân lập được các chứng vi sinh cụ thể nên sẽ không tổng hợp được kết quả này.

- Tỷ lệ các thể bệnh viêm loét giác mạc với thời gian điều trị.

Chương tôi ghi nhận các thể bệnh viêm loét giác mạc dựa vào chẩn đoán làm sàng của bác sĩ được xác định trong bệnh án. Thời gian điều trị được xác định từ lúc bệnh nhân được chỉ định thuốc cho đến khi ngừng thuốc hoặc ra viện. Chương tôi không ghi nhận thời gian điều trị ngoại trú.

- Kết quả điều trị theo tác nhân gây bệnh ngoài ngỏ.

Kết quả điều trị được ghi nhận tại thời điểm ra viện trong đó việc xác định khỏi hay không khỏi được đánh giá bởi bác sĩ. Các trường hợp khỏi bao gồm điều trị khỏi ra viện, khỏi bệnh nhân câu. Các trường hợp không khỏi bao gồm điều trị do giảm ra viện, không đỡ ra viện, chuyển viện.

2.3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc

- Các phương pháp điều trị.

Các phương pháp điều trị được áp dụng trong điều trị viêm loét giác mạc gồm có điều trị nội khoa và các điều trị can thiệp khác nên có. Các trường hợp có can thiệp được xác định thông qua thông tin ghi nhận trong bệnh án cụ thể gồm có phẫu thuật khỏi bệnh nhân câu, phẫu thuật gọt ổ loét giác mạc, thải khuôn rụa mủ tiền phòng.

- Các nhóm thuốc điều trị tại chỗ.

Các thuốc điều trị tại chỗ được ghi nhận là các thuốc nhân khoa có tác dụng tại chỗ như dùng dịch nhọ mặt, thuốc mỡ tra mặt... Các thuốc điều trị tại chỗ sau đó được phân chia theo chỉ định điều trị cụ thể: các thuốc kháng
sinh, kháng nấm, kháng virus, chống viêm, chống dùng hoặc nước mắt nhân tạo.

- Các nhóm thuốc điều trị toàn thân.

Các thuốc điều trị toàn thân được ghi nhận là các thuốc dùng đường uống, đường tiêm, truyền... Các thuốc điều trị toàn thân sau đó được phân chia theo chỉ định điều trị cụ thể: các thuốc kháng sinh, kháng virus, kháng nấm, chống viêm, hạ nhanh áp, hạ huyết áp, giảm đau, hướng tâm thần và thuốc bọ.

- Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là vi khuẩn.

Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là vi khuẩn là các thuốc đúng tại chỗ hoặc đường toàn thân được phân chia theo nhóm thuốc kháng sinh.

- Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là ký sinh trùng.

Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là ký sinh trùng là các thuốc đúng tại chỗ hoặc đường toàn thân được phân chia theo nhóm thuốc kháng nấm.

- Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là virus.

Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là virus là các thuốc đúng tại chỗ hoặc đường toàn thân được phân chia theo nhóm thuốc kháng virus.

2.4. Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập từ phiếu thu kết quả sẽ được nhận và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Các thông tin về thống kê mô tả được biểu diễn dưới dạng số lượng (tỷ lệ %) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn.
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIỄN CỨU

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Trong mẫu nghiên cứu chúng tôi tiến hành khảo sát tất cả các bệnh án của bệnh nhân mắc bệnh viêm loét giác mạc được điều trị tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa năm 2016. Chúng tôi thu được 213 bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Vì vậy với phân đặc điểm của mẫu nghiên cứu chúng tôi tiến hành mô tả 213 bệnh án.

3.1.1. Đặc điểm theo tuổi, giới tính

Đặc điểm về tuổi, giới tính của mẫu nghiên cứu được thống kê ở bảng sau:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nhóm tuổi</th>
<th>Nam</th>
<th>Nữ</th>
<th>Tổng</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Số BN</td>
<td>%</td>
<td>Số BN</td>
</tr>
<tr>
<td>≤ 18 tuổi</td>
<td>7</td>
<td>3,3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>18-60 tuổi</td>
<td>80</td>
<td>37,6</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 60 tuổi</td>
<td>27</td>
<td>12,6</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Tổng</td>
<td>114</td>
<td>53,5</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td>Trung bình ± độ lệch chuẩn</td>
<td>49,1±16,2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh viêm loét giác mạc đa số ở độ tuổi lao động (18-60 tuổi) chiếm 71,4%; tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi (>60 tuổi) chiếm 23,9%; tỷ lệ trẻ nhỏ và thanh thiếu niên mắc bệnh chiếm 4,7%. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 2 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 93 tuổi. Độ tuổi trung
bình là 49,1 ± 16,2. Trong mẫu nghiên cứu ghi nhận số bệnh nhân nam giới cao hơn so với nữ giới.

3.1.2. Đặc điểm theo tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi

Đặc điểm phân bố theo tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi dựa trên kết quả vi sinh và triệu chứng làm sàng.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi

<table>
<thead>
<tr>
<th>STT</th>
<th>Tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi</th>
<th>Số bệnh nhân</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Vi khuẩn</td>
<td>133</td>
<td>62,4</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Virus Herpes</td>
<td>7</td>
<td>3,3</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Năm</td>
<td>3</td>
<td>1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Vi khuẩn + Năm</td>
<td>23</td>
<td>10,8</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Vi khuẩn + Virus Herpes</td>
<td>38</td>
<td>17,8</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Không</td>
<td>9</td>
<td>4,2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Tổng số</strong></td>
<td><strong>213</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nślẹ́n xẹ́t: Trong 213 hồ sơ nghiên cứu, có 9 trường hợp không tìm ra tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi chiếm 4,2%. Trong các trường hợp còn lại thì tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (62,4%); virus herpes chiếm 3,3%; năm chiếm 1,5%. Trong trường hợp bị nhiễm thì chiếm tỷ lệ cao nhất là vi khuẩn kết hợp virus herpes chiếm 17,8%; vi khuẩn kết hợp với năm chiếm 10,8%.

3.1.3. Tỷ lệ các thể bệnh viêm loét giác mạc và thời gian điều trị

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi tiến hành khảo sát toàn bộ bệnh nhân viêm loét giác mạc điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt Thanh Hóa năm 2016 nên số lượng thể bệnh phong phú, tương đối đa dạng. Liên quan giữa các thể bệnh viêm loét giác mạc và thời gian điều trị được thống kê ở bảng sau:
<table>
<thead>
<tr>
<th>STT</th>
<th>Thế bệnh</th>
<th>Số bệnh nhân</th>
<th>%</th>
<th>Thời gian điều trị ( ngày )</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ít nhất</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Viêm giặc mắc</td>
<td>113</td>
<td>53,0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Loét giặc mắc</td>
<td>80</td>
<td>37,5</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Loét giặc mắc có mủ tiền phỏng</td>
<td>10</td>
<td>4,7</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Loét giặc mắc đa thủng</td>
<td>6</td>
<td>2,8</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Loét giặc mắc đa thủng</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Tổng số</td>
<td>213</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nhan xét: Trong mẫu nghiên cứu, bệnh viêm giặc mắc có số bệnh nhân mắc nhiều nhất 53%; bệnh loét giặc mắc chiếm tỷ lệ là 37,5%; bệnh loét giặc mắc có mủ tiền phỏng, loét giặc mắc đa thủng và bệnh loét giặc mắc đa thủng là những bệnh rất nặng chiếm tỷ lệ thấp tương ứng là 4,7%; 2,8%; 2%. Thời gian điều trị ngắn nhất là 3 ngày; thời gian điều trị dài nhất là 49 ngày; thời gian điều trị trung bình là 11,3±7,9. Thời gian điều trị loét giặc mắc đa thủng nhìn chung là ngắn (8,0±1,8).
3.1.4. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị bệnh viêm loét giác mạc phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó có yếu tố tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi.

Bảng 3.4. Tỷ lệ kết quả điều trị theo tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tác nhân nghỉ ngơi</th>
<th>Kết quả điều trị</th>
<th>Tống số</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Khỏi</td>
<td>Không khó</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SL</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vi khuẩn</td>
<td>124</td>
<td>93,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Virus herpes</td>
<td>7</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Nam</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Vi khuẩn + Nam</td>
<td>9</td>
<td>39,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Vi khuẩn + Virus Herpes</td>
<td>35</td>
<td>92,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Không</td>
<td>8</td>
<td>88,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Tống số</td>
<td>183</td>
<td><strong>85.9</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nhan xét: Trong 213 hồ sơ nghiên cứu thì

- Tỷ lệ điều trị khỏi cao nhất ở nhóm tác nhân nghỉ ngơi do virus 100%.
- Tỷ lệ điều trị không khỏi cao nhất ở nhóm tác nhân nghỉ ngơi do năm 100%.
- Trong trường hợp bị nhiễm thì tỷ lệ điều trị khỏi cao nhất là ở nhóm có tác nhân nghỉ ngơi là vi khuẩn + virus (92,1%), trong khi đó nhóm tác nhân nghỉ ngơi là vi khuẩn + năm có tỷ lệ điều trị không khỏi cao nhất 60,9%.
3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc

3.2.1. Các phương pháp điều trị bệnh viêm loét giác mạc

Bảng 3.5. Các phương pháp điều trị bệnh VLGM

<table>
<thead>
<tr>
<th>STT</th>
<th>Phương pháp</th>
<th>Số bệnh nhân</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Điều trị nội khoa đơn thuốc</td>
<td>193</td>
<td>90,6</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Điều trị nội khoa + PT got ở loét giác mạc</td>
<td>5</td>
<td>2,4</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Điều trị nội khoa + PT KBNC</td>
<td>6</td>
<td>2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Điều trị nội khoa + Rửa mú tién phòng</td>
<td>9</td>
<td>4,2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Tổng số</strong></td>
<td><strong>213</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nhan xét: Trong tổng số 213 hồ sơ nghiên cứu thì đa số bệnh nhân được điều trị nội khoa đơn thuốc (90,6%). Ngoài ra những trường hợp bệnh nặng ngoài điều trị nội khoa phải phối hợp thêm ngoại khoa như phẫu thuật got ở loét giác mạc chiếm 2,4%; phẫu thuật khoét bọt nhân câu 2,8%; rửa mú tién phòng 4,2%.

3.2.2. Các nhóm thuốc điều trị tại chỗ

Bảng 3.6. Các nhóm thuốc điều trị tại chỗ trong điều trị bệnh VLGM

<table>
<thead>
<tr>
<th>STT</th>
<th>Nhóm thuốc</th>
<th>Số lượt bệnh nhân</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Thuốc kháng sinh</td>
<td>213</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Thuốc điều trị nam</td>
<td>22</td>
<td>10,3</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Thuốc điều trị virus herpes</td>
<td>45</td>
<td>21,1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Thuốc chống viêm</td>
<td>127</td>
<td>59,6</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Thuốc chống đính</td>
<td>58</td>
<td>27,2</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Nước mắt nhân tạo</td>
<td>205</td>
<td>96,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng nhóm thuốc kháng sinh dùng tại chỗ. Nhóm thuốc điều trị nấm chiếm 10,3%; nhóm thuốc điều trị virus herpes chiếm 21,1%. Nhóm thuốc chống viêm chiếm 59,6%, nhóm thuốc chống đình chiếm 27,2%. Hầu hết các trường hợp đều được sử dụng nước mắt nhân tạo (96,2%).

3.2.3. Các nhóm thuốc điều trị toàn thân

Bảng 3.7. Các nhóm thuốc điều trị toàn thân trong điều trị bệnh VLGM

<table>
<thead>
<tr>
<th>STT</th>
<th>Nhóm thuốc</th>
<th>Số lượt bệnh nhân</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Thuốc kháng sinh</td>
<td>166</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Thuốc điều trị nấm</td>
<td>26</td>
<td>12,2</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Thuốc điều trị virus herpes</td>
<td>45</td>
<td>21,1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Thuốc chống viêm</td>
<td>202</td>
<td>94,8</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Thuốc hạ nhức áp</td>
<td>95</td>
<td>44,6</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Thuốc bọ</td>
<td>180</td>
<td>84,5</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Thuốc giảm đau</td>
<td>29</td>
<td>13,6</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Thuốc hạ huyết áp</td>
<td>46</td>
<td>21,6</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Thuốc hướng tâm thần</td>
<td>21</td>
<td>9,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nhận xét: Trong các nhóm thuốc điều trị toàn thân của 213 hồ sơ nghiên cứu thì nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là nhóm thuốc chống viêm chiếm tỷ lệ 94,8%; nhóm thuốc kháng sinh chiếm tỷ lệ tương đối cao là 80%; còn nhóm thuốc giảm đau chiếm tỷ lệ thấp nhất là 13,6%.
### 3.2.4. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh ngoài là vi khuẩn

#### Bảng 3.8: Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh ngoài vi khuẩn

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vị trí tác dụng</th>
<th>Thuốc</th>
<th>Số lượt BN</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tai chở</td>
<td>DD moxifloxacin 0.5%</td>
<td>90</td>
<td>42,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DD levofloxacin 0.5%</td>
<td>118</td>
<td>55,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DD tobramycin 0.5%</td>
<td>11</td>
<td>5,2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DD ofloxacin 0.5%</td>
<td>9</td>
<td>4,2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mở tobramycin 0.3%</td>
<td>30</td>
<td>14,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mở ofloxacin 0.3%</td>
<td>111</td>
<td>51,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gentamicin 80mg + ringer lactat</td>
<td>2</td>
<td>1,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Toàn thân</td>
<td>Cefuroxim 0.25g</td>
<td>135</td>
<td>63,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Cefotaxim 1g</td>
<td>15</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ceftriaxon 1g</td>
<td>27</td>
<td>12,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ofloxacin 0.2g</td>
<td>38</td>
<td>17,8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Amoxicillin 250mg</td>
<td>5</td>
<td>2,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Nhận xét:**

Tất cả 213 hồ sơ nghiên cứu đều được sử dụng thuốc kháng sinh tại chỗ, trong đó kháng sinh nhóm quinolon chiếm tỷ lệ cao nhất mà cụ thể là kháng sinh levofloxacin 0,5% chiếm tỷ lệ 55,4%, tiếp theo là kháng sinh moxifloxacin 0,5% chiếm tỷ lệ 42,3%; Mở ofloxacin 0,3% chiếm tỷ lệ 51,1%. Kháng sinh nhóm aminosid là gentamicin 80mg + ringer lactat (truyền rìa tại chỗ) chiếm tỷ lệ thấp nhất 1%.

Trong 213 hồ sơ bệnh án chỉ có 194 trường hợp được sử dụng kháng sinh đường toàn thân. Trong đó nhóm Beta-lactam chiếm chủ yếu cụ thể là
cefuroxim 0,25g chiêm tỷ lệ cao nhất (63,3%), ceftriaxon 1g (12,6%), cefotaxim 1g (7%), amoxicilin 0,25g (2,3%). Kháng sinh nhóm quinolon là ofloxacin 0,2g chiêm tỷ lệ 17,8%.

3.2.5. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghi ngờ là nấm

Bảng 3.9. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghi ngờ là nấm

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vị trí tác dụng</th>
<th>Thuốc</th>
<th>Số lượt BN</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tài chỏ</td>
<td>DD amphotericin B 0,15%</td>
<td>7</td>
<td>26,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DD natamycin 5%</td>
<td>15</td>
<td>57,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Toàn thân</td>
<td>Itraconazol 0,1g</td>
<td>26</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nhận xét: Trong 213 hồ sơ nghiên cứu, có 26 trường hợp có tác nhân nghi ngờ là nấm nhưng chỉ có 22 trường hợp được sử dụng thuốc điều trị năm tài chỏ trong đó DD amphotericin 0,15% chiêm tỷ lệ 26,9% và DD natamycin 5% chiêm tỷ lệ cao là 57,7%. Về đường dùng toàn thân thì 100% bệnh nhân có tác nhân nghi ngờ là nấm đều được sử dụng itraconazol 0,1g.

3.2.6. Các thuốc điều trị tác nhân nghi ngờ là virus

Bảng 3.10. Các thuốc điều trị tác nhân nghi ngờ là virus

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vị trí tác dụng</th>
<th>Thuốc</th>
<th>Số lượt BN</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tài chỏ</td>
<td>Mô acyclovir 3%</td>
<td>45</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Toàn thân</td>
<td>Acyclovir 0,2g</td>
<td>45</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nhận xét: Trong 213 hồ sơ nghiên cứu thì có 45 trường hợp có tác nhân nghi ngờ là virus. 100% các trường hợp này đều được sử dụng thuốc mô tra mô acyclovir 3% và dùng thuốc uống đường toàn thân acyclovir 0,2g.
Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mâu nghiện cứu

Viêm loét giác mạc là một bệnh phổ biến trong các bệnh lý về mắt, dễ lại hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng nặng nề đến thị lực của người bệnh. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi và ở cả hai giới, khởi phát đột ngột một cách tự nhiên hoặc thụ phẩtn sau một yếu tố nguy cơ trên một mắt hoàn toàn bình thường hoặc đã có tổn thương trước đó.

Diễn biến của bệnh phức tạp với những biểu hiện lâm sàng điển hình hoặc không tùy thuộc vào từng thời kỳ của bệnh: từ ố loét nông ở vùng rìa đến ố loét rộng, sau vào nhu mỏ ở trung tâm giác mạc. Bệnh có nhiều hình thái tổn thương khắc nhau tùy thuộc vào nguyên nhân và giai đoạn tiến triển của bệnh.

Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm vi sinh vật, đối khi phải dựa vào những xét nghiệm phân ứng miễn dịch phức tạp mới chẩn đoán được chính xác nguyên nhân gây bệnh.

Diệu trị viêm loét giác mạc nhiều khi rất khó khăn, kết quả điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố như điều kiện khởi phát, nguyên nhân gây bệnh, hình thái lâm sàng, tiền sử viêm loét tại mắt cũng như tình trạng toàn thân, thuốc điều trị trước đó... có khi không bảo tồn được nhân cứu nếu bệnh nhân đến muộn, đa điều trị trước đó bằng những phương pháp phái khoa học, bệnh quá nặng không đáp ứng điều trị.

4.1.1. Đặc điểm phân bố theo tuổi, giới tính của mâu nghiện cứu

Trong số 213 hồ sơ bệnh án được nghiên cứu có 114 bệnh nhân nam chiếm 53,5% và 99 bệnh nhân nữ chiếm 46,5%. Ở các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam mắc cao hơn ở bệnh nhân nữ như nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Đông trong 2 năm (2004 – 2005) với tỷ lệ mắc bệnh ở nam, nữ tương ứng là 54,1% và 45,9% [5]. Trần Thị Chu Quy và cộng sự
(2001) trong số 330 bệnh nhân viêm loét giác mạc thấy tỷ lệ bệnh nhân nam là 57,6% và nữ là 42,4% [15].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn số bệnh nhân trong độ tuổi lao động 18 – 60 chiếm 71,4%, độ tuổi hay gặp các sang chấn tai mắt trong sinh hoạt cũng như trong lao động và khi bị bệnh sẽ ảnh hưởng lớn đến cuộc sống sinh hoạt của bệnh nhân cũng như gia đình họ. Bệnh nhân trẻ nhất là 2 tuổi và già nhất là 93 tuổi. Như vậy, VLGM có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào từ trẻ nhỏ (thường bị sang chấn trong sinh hoạt) đến những người lớn tuổi, những người chịu nhiều di chứng của bệnh mắt hột, quấm, lòng siếc..., đồng thời ở những người hiểu tuổi còn có nhiều nguy cơ hơn do trường lục cơ giảm gây lát mi, sẹo mikan đến hô mi.

4.1.2. Đặc điểm phân bố theo tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi

Trong nghiên cứu, số bệnh nhân VLGM có tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,4% trong tổng số 213 bệnh nhân. Theo y văn thế giới, nguyên nhân VLGM chủ yếu do vi khuẩn, tỷ lệ của VLGM do năm là 6-20%, thấp hơn nhiều so với vi khuẩn [34]. Trong nghiên cứu thì tỷ lệ tác nhân nghỉ ngơi là năm chiếm tỷ lệ thấp 1,5% và trong trường hợp bệnh nhân nhiễm cả vi khuẩn + năm chiếm tỷ lệ 10,8%. Như vậy tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là năm cũng chiếm một tỷ lệ trong số có thể do việc sử dụng kháng sinh không hợp lý, một số nhân viên y tế cũng như phần lớn người dân tự điều trị bằng các thuốc bao vậy khi chưa xác định được nguyên nhân gây bệnh bằng xét nghiệm vi sinh, đặc biệt việc sử dụng corticoid tại chỗ làm cho việc đó bệnh nghi trong hơn. Cũng có thể là vi VLGM do năm không điều trị hon nên những trường hợp này mới được chuyển lên Bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh. Như vậy tỷ lệ VLGM do năm khác nhau tùy từng nơi tuy nhiên chỉ chiếm một phần không nhỏ trong số nguyên nhân gây VLGM.

Số bệnh nhân VLGM có tác nhân nghỉ ngơi là virus herpes chiếm 3,3% và trong trường hợp bệnh nhân vi khuẩn + virus herpes chiếm tỷ lệ 17,8%.
Nhóm bệnh nhân không tìm thấy tác nhân gây bệnh ngoại vi chiếm tỷ lệ 4,2%. Đối với nhóm tác nhân gây bệnh là amip (Acanthamoeba) không xác định được đặc điểm lâm sàng để gây nhiễm lần và điều kiện vi sinh còn hạn hẹp nên có thể bị bỏ sót hoặc chấn đoán nhầm hoặc không tìm thấy tác nhân gây bệnh. Một số tác giả nước ngoài báo cáo tỷ lệ chẩn đoán ban đầu chính xác đối với ACM là 15,4% [29], nghiên cứu của Lê Anh Tâm (2008) là 11,1% [16].

4.1.3. Tỷ lệ các thể bệnh VLGM và thời gian điều trị

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi tiến hành khảo sát toàn bộ bệnh nhân viêm loét giác mạc điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt Thanh Hóa năm 2016 nên số lượng thể bệnh phong phú, tương đối đầy đủ. Trong số đó bệnh viêm giác mạc có số bệnh nhân mắc nhiều nhất 53%; bệnh loét giác mạc chiếm tỷ lệ là 37,5%; bệnh loét giác mạc có mủ tiến phong, loét giác mạc đa thủng và bệnh loét giác mạc đa thủng là những bệnh rất nặng chiếm tỷ lệ thấp tương ứng là 4,7%; 2,8%; 2%. Thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,3±7,9 ngày, trong đó đa số các trường hợp được điều trị tại viện từ 4 ngày đến 30 ngày (94,3%), chỉ có 5,7% trường hợp nằm viện trên 30 ngày là nhóm bệnh loét giác mạc có mủ tiến phong, loét giác mạc đa thủng. So với các kết quả nghiên cứu trong nước chúng tôi nhận thấy thời gian điều trị trung bình tại viện ngắn hơn. Thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu giai đoạn 1996-2007 của Lê Anh Tâm (2008) [16] là 28,6±17,1 ngày và trong nghiên cứu của Trần Thu Hương(2009) [7] là 21,5±13,4 ngày. Chúng tôi cho rằng nguyên nhân của sự khác biệt là do Bệnh viện Mắt trung ương là tuyến cuối cùng nên tiếp nhận trường hợp bệnh nặng nhiều hơn như loét giác mạc đa thủng, loét giác mạc có mủ tiến phong, … nên thời gian điều trị phải kéo dài hơn, cũng có thể do với thời điểm nghiên cứu thì hiện nay có nhiều phương pháp điều trị mới cũng với sự ra đời của nhiều kháng sinh đặc hiệu đã góp phần rút ngắn thời gian điều trị. Thêm vào đó, ý thức của
người dân về bệnh được nâng cao, việc tự điều trị tại nhà giảm giúp cho việc đáp ứng điều trị tốt hơn, đạt hiệu quả nhanh chóng. Thời gian điều trị loét giác mà thường nhìn chung là ngắn (8±1.8) vì bệnh nhân không thực hiện điều trị nội khoa mà được chỉ định ngoại khoa phẫu thuật khoét bỏ nhân cựa.

4.1.4. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ điều trị khỏi cao nhất 100% ở nhóm có tác nhân nghỉ ngơi là virus. Kết quả tương đối tương đồng với nghiên cứu của Lê Anh Tâm (2008) [16] là 97,6%. Điều này đã lý giải do virus có chu kỳ sống ngắn, bệnh tiến triển nhanh, triệu chứng làm sàng đặc trưng khiến cho việc chẩn đoán đúng tác nhân gây bệnh dễ dàng và chính xác, đáp ứng điều trị tốt. Nhóm tác nhân nghỉ ngơi là vi khuẩn chiếm số lượng bệnh nhân lớn nhất (62,4%) trong đó tỷ lệ điều trị khỏi tương đối cao (93,2%). Tỷ lệ này là tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Lê Anh Tâm (2008) [16] 93,1%. Đó là do đa trên triệu chứng làm sàng và kết quả vi sinh nên việc chẩn đoán tác nhân gây bệnh tương đối chính xác. Đồng thời hiện nay có rất nhiều thuốc điều trị tại chỗ có đáp ứng tốt đối với nhóm vi khuẩn nên cho kết quả điều trị tốt. Đối với những trường hợp có tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là nấm tỷ lệ điều trị không khỏi là 100%, trường hợp bởi nhiễm vi khuẩn + nấm thì tỷ lệ điều trị không khỏi cũng tương đối cao 60,9%. Cho nên nay việc điều trị VLGM do nấm vẫn là một vấn đề cần quan tâm đối với các nhà nhân khoa. Nguyên nhân có thể là do việc sử dụng thuốc trước khi nhập viện không hợp lý, mắc đủ được khuyến cáo nhưng trên thực tế các thuốc corticoid tra nho mà vẫn được lưu hành rộng rãi và sử dụng rất tùy tiện. Đồng thời đặc điểm của VLGM do nấm thường tiến triển không rầm rộ làm cho bệnh nhân đến viên muốn cũng là lý do làm cho việc điều trị kém hiệu quả hơn. Ngoài ra do nhóm thuốc điều trị nấm hiện nay khan hiếm khiien cho việc cung cấp gặp khó khăn cũng là một nguyên nhân ảnh hưởng đến kết quả điều trị.
4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc

4.2.1. Các phương pháp điều trị bệnh viêm loét giác mạc

Đa số bệnh nhân trường nghiêng cứu của chúng tôi được điều trị bằng phương pháp nội khoa đơn thuần, chiếm tỷ lệ 90,6%. Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng cho thấy điều trị nội khoa đơn thuần là phương pháp chủ yếu được áp dụng, theo một nghiên cứu trên thế giới [30] tỷ lệ này là 94,4%. Trong nghiên cứu của Trần Thị Phương Linh (2013) [8] tỷ lệ điều trị nội khoa đơn thuần là 90%. Chúng tôi có 20 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 9,4% cần được điều trị hỗ trợ thêm các phương pháp ngoài khoa, trong đó có phẫu thuật gợi loét giác mạc chiếm tỷ lệ 2,4%; rửa mủ tiên phòng 4,2%; phẫu thuật khoét bỏ nhân cấu 2,8%. Nhân thay trong trường hợp nhiễm nấm thì got giác mạc thường được sử dụng do không những góp phần loại bỏ tác nhân gây bệnh mà nó còn giúp thuốc chống nấm có khả năng ngăn sạm sau hom vào giác mạc tốt hơn, đặc biệt đối với trường hợp tình chất của tổn thương gò cao trên bề mặt ngần can sự thấm sâu của thuốc điều trị. Trương hợp loét giác mạc do mủ tiên phòng thường kết hợp phương pháp ngoại khoa là rửa mủ tiên phòng lây bỏ bột tác nhân gây bệnh trong tiên phòng, rút ngắn thời gian điều trị nội khoa, hạn chế sự xâm nhập của tác nhân gây bệnh vào hậu phòng gây viêm nội nhân. Trương hợp bệnh nhân đến viện khi tổn thương giác mạc đã lan rộng, có trường hợp tổn thương toàn bộ bề mặt giác mạc thể hiện mức độ tận hãi tổ chức của giác mạc trầm trọng khiến phải khoét bỏ nhân cấu.

4.2.2. Các nhóm thuốc điều trị tai chỏ

Các nhóm thuốc tai chỏ được sử dụng trong điều trị bệnh VLGM rất đa dạng, phong phú từ cách thức đến số lượng các nhóm thuốc sử dụng, chúng tôi sử dụng tập trong điều trị bệnh.

Đối với từng tác nhân gây bệnh nghi ngờ mà có thể được sử dụng các nhóm thuốc điều trị tại chỏ khác nhau. Theo kết quả nghiên cứu thu được từ tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng nhóm thuốc kháng sinh dùng tại chở
(100%). Trong nghiên cứu của Trần Thu Hương (2009) tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng nhóm kháng sinh điều trị tại chỗ là 100% [7]. Điều này là hoàn toàn hợp lý do ngoại trường hợp VLGM có tác nhân nguy hiểm là vi khuẩn hoặc bởi nhiễm thương cỏ các trường hợp VLGM có tác nhân nguy hiểm là nấm và virus thì cùng phải dùng nhóm thuốc kháng sinh để đề phòng bội nhiễm [2].

Viêm vón là một phần ồng tử nhiên của cơ thể để chống lại các tác nhân bên ngoài. Tuy nhiên, phản ứng viêm nặng có thể làm tiêu hủy như mô giác mạc, dẫn đến sự giảm giác mạc vĩnh viễn, ảnh hưởng đến thị lực. Vì vậy cần phải sử dụng thuốc chống viêm cho bệnh nhân điều trị VLGM. Nhóm thuốc chống viêm được sử dụng với tỷ lệ 59,6%.

Hậu hết các trường hợp đều được sử dụng nước mắt nhân tạo với tỷ lệ 96,2% nhằm mục đích chống khô mắt, giảm kích ứng niêm mạc mắt, tăng sinh biểu mô giác mạc giúp cho quá trình liền sẹo giác mạc diễn ra nhanh hơn, hỗ trợ điều trị triệu chứng.

Nhóm thuốc chống đinh đọng tur được sử dụng với tỷ lệ 27,2% trong các trường hợp VLGM nặng chống đinh lớn mắt.

4.2.3. Các nhóm thuốc điều trị toàn thân

Kết quả thu được từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các nhóm thuốc điều trị toàn thân cũng rất đa dạng và phong phú từ sơ của, chúng loại đến cách thức sử dụng. Có tới 9 nhóm thuốc được sử dụng được toàn thân.

Nguyên tắc điều trị viêm loét giác mạc là điều trị bằng thuốc dùng tại chỗ là chính, có thể kết hợp thêm dùng đường toàn thân.

Theo kết quả nghiên cứu thu được có 91,1% bệnh nhân được phối hợp thêm kháng sinh đường toàn thân để hỗ trợ điều trị. Đối với nhóm thuốc điều trị năm thì có 26 trường hợp có tác nhân nghi ngờ là nấm đều được sử dụng nhóm thuốc điều trị năm toàn thân chiếm tỷ lệ 12,2%. Đối với nhóm thuốc điều trị virus thì có 45 trường hợp có tác nhân nghi ngờ là virus đều được sử dụng nhóm thuốc điều trị virus toàn thân 21.1%.
Thuốc chống viêm đường toàn thân được sử dụng với tỷ lệ cao nhất là 94,8% kết hợp với thuốc chống viêm tại chỗ để giảm phản ứng viêm tại giặc mắc, hỗ trợ điều trị.

Thuốc hạ nhãn áp được sử dụng trong trường hợp loét giác mạc có tăng nhãn áp hoặc loét giác mạc đa thừng, thùng (phòng mạng Descemet). Trong nghiên cứu có 95 trường hợp được sử dụng thuốc hạ nhãn áp chiếm tỷ lệ 44,6%. Phối hợp với uốn Kali chloride 0,6g để tránh mất kali.

Thuốc bổ được sử dụng với mục đích bổ sung dinh dưỡng, chống hoại tử giác mạc với tỷ lệ tương đối cao là 84,5%.

Các nhóm thuốc khác là nhóm thuốc giảm đau, thuốc hạ huyết áp, thuốc hướng tâm thanh được sử dụng để điều trị các bệnh lý mạc kẽm, hỗ trợ điều trị trong trường hợp bệnh nhân có cần thiết ngoại khoa.

4.2.4. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghi ngờ là vi khuẩn

Kháng sinh điều trị tại chỗ là phương pháp điều trị chủ yếu cho bệnh nhân VLGM do vi khuẩn. Phương pháp tốt nhất là điều trị theo kháng sinh đơn. Tuy nhiên do khoa vi sinh tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa chưa phát triển kỹ thuật này nên chưa áp dụng được. Vi vậy các kháng sinh phổ rộng vẫn là lựa chọn tốt ưu cho điều trị.

Các kháng sinh được sử dụng tại chỗ thuộc 2 nhóm là Quinolon và Aminoglycosid. Kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là levofloxacin (55,4%) tiếp theo là ofloxacin chiếm tỷ lệ 51,1%, kháng sinh moxifloxacin (42,3%). Có sự khác biệt so với nghiên cứu của Lê Kiều Ngọc (2003) [12] là moxifloxacin chiếm tỷ lệ cao nhất 75,8%, ofloxacin 39,1% nhưng kháng sinh nhóm Quinolon vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây là những kháng sinh có phổ rộng tăng cường trong vi khuẩn G(+), hoạt lực mạnh, tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn thấp, thường được phối hợp cùng với tobramycin (19,3%) để mở rộng phổ tác dụng. Phác đố điều trị có phối hợp thuốc kháng sinh đúng mới
(65.2%) dùng để tăng thời gian tác dụng, giảm số lần tra nhỏ thuốc, thích hợp sử dụng lúc bệnh nhân nghỉ ngơi.

Với các bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng, gentamicin 80mg được sử dụng pha với dung dịch ringer lactat truyền rửa trực tiếp tại mặt chế phẩm ly để thấp (1%).

Phác đồ điều trị VLGM do vi khuẩn chủ yếu đa và kháng sinh tại chỗ, tùy nhiên kháng sinh toàn thân (dương uống, đường tiêm) vẫn được chỉ định hỗ trợ điều trị [2],[6]. Trong 213 hồ sơ bệnh án nghiên cứu có 194 trường hợp (91,1%) có tác nhân nghỉ ngời là vi khuẩn nên đều được sử dụng kháng sinh đường toàn thân. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh toàn thân trong nghiên cứu của Lê Kiều Ngọc (2003) [12] là 87.6%. Kháng sinh đường toàn thân được sử dụng phổ biến nhất là cefuroxime (63,3%), tiếp theo là ofloxacin (17,8%) đều là các kháng sinh phổ rộng, sử dụng theo đồ phác đồ hướng dẫn điều trị của Bộ y tế [2]. Những trường hợp nhiễm khuẩn nặng như loét giáp mạc có thương lầu sau, loét giáp mạc mú tiêu phế, loét giáp mạc đa thủng, loét giáp mạc đã thủng phải sử dụng kháng sinh đường tiêm như ceftriaxon, cefotaxime.

4.2.5. Các thuốc điều trị tác nhân gây bệnh nghỉ ngơi là nấm

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26 trường hợp bệnh nhân VLGM có tác nhân nghỉ ngơi là nấm. Trong đó có 22 trường hợp được sử dụng thuốc điều trị nấm tại chỗ trong đó thuốc natamycin chiếm 57,7% và thuốc amphotericin B là 26,9%. Tất cả các trường hợp này đều được sử dụng thuốc điều trị nấm toàn thân là itraconazole. Như vậy, có những trường hợp bệnh nhân chỉ được sử dụng thuốc nấm điều trị toàn thân mà không sử dụng thuốc điều trị tại chỗ. Theo phác đồ hướng dẫn điều trị của Bộ y tế điều trị VLGM do nấm phải điều trị phối hợp các loại thuốc kháng nấm đặc hiệu tại chỗ và đường toàn thân. Đối với thuốc tại chỗ, sử dụng natamycin hoặc ketoconazole, ngoài ra có thể phối hợp dùng dung dịch amphotericin B để nhỏ
mặt chủ không phải dùng đอน đọc như các trường hợp trên. Như vậy theo chứng tỏ phải xem xét lại phương pháp điều trị VLGM do nấm để đạt hiệu quả cao hơn trong điều trị.

4.2.6. Các thuốc điều trị tác nhân nghi ngờ là virus

Trong 213 hồ sơ nghiên cứu thì có 45 trường hợp có tác nhân nghi ngờ là virus. Tất cả các trường hợp này đều được sử dụng thuốc mỡ thoa mặt acyclovir 3% và thuốc uống đường toàn thân acyclovir 0.2g. Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ y tế thì việc phối hợp cả 2 đường dùng là hợp lý, đúng pháp độ [2]. Hiệu quả điều trị khối đạt 100% đối với trường hợp nhiễm virus đơn thuần, còn trường hợp bị nhiễm vi khuẩn + virus tỷ lệ khỏi tương đối cao 92.1%.
KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc trên 213 bệnh án viêm loét giác mạc điều trị tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa từ ngày 01/01/2016 đến ngày 31/12/2016 chúng tôi có những kết luận như sau:

1.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu
- Bệnh viêm loét giác mạc có thể gặp ở mọi độ tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 2 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 93 tuổi. Da số các bệnh nhân đều trong độ tuổi lao động (71,4%).
- Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 53,5% nhiều hơn bệnh nhân nữ 46,5%.
- Tác nhân gây bệnh nghi ngờ thường gặp nhất là vi khuẩn (62,4%). Trong các trường hợp bị nhiễm thì tác nhân nghi ngờ bao gồm vi khuẩn + virus chiếm tỷ lệ cao nhất (17,8%). Nhóm tác nhân nghi ngờ là nấm chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,5%).
- Các thể bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa tương đối phong phú, đa dạng. Trong đó bệnh viêm giác mạc chiếm tỷ lệ nhiều nhất (53%), loét giác mạc chiếm tỷ lệ là 37,5%, các thể bệnh nặng chiếm tỷ lệ thấp. Thời gian điều trị ngắn nhất là 3 ngày; thời gian điều trị dài nhất là 49 ngày; thời gian điều trị trung bình là 11,3±7,9.
- Tỷ lệ kết quả điều trị khỏi cao nhất ở nhóm bệnh nhân VLGM có tác nhân nghi ngờ ngờ là virus (100%), tiếp theo là nhóm tác nhân nghi ngờ là vi khuẩn (93,2%). Hiệu quả điều trị bệnh VLGM có tác nhân nghi ngờ là nhắm theo phác đồ đang sử dụng là không cao.

1.2. Đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc
- Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị bằng phương pháp nội khoa đơn thuần, chiếm tỷ lệ 90,6%.
- Các nhóm thuốc tại chỗ được sử dụng trong điều trị bệnh VLGM rất đa dạng, phong phú từ cách thức đến số lượng các nhóm thuốc sử dụng, chúng tôi
sự phục hồi trong điều trị bệnh. Trong đó nhóm thuốc kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 100%
- Kết quả thu được từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các nhóm thuốc điều trị toàn thân cũng rất đa dạng. Có tới 9 nhóm thuốc được sử dụng trong toàn thân trong đó nhóm thuốc chống viêm sử dụng tỷ lệ tương đối cao 94,8%, tiếp theo nhóm kháng sinh chiếm tỷ lệ 91,1%
- Kháng sinh điều trị tại chỗ là phương pháp điều trị chủ yếu cho bệnh nhân VLGM do vi khuẩn. Trong đó kháng sinh levofloxacin được sử dụng nhiều nhất (55,4%). Kháng sinh được toàn thân được sử dụng hỗ trợ điều trị, trong đó cefuroxime được sử dụng nhiều nhất (63,3%)
- Đối với điều trị VLGM do nấm thì tỷ lệ thuốc điều trị nấm tại chỗ còn thấp chỉ 84,6% trong khi thuốc điều trị nấm toàn thân là 100%
- Đối với điều trị VLGM do virus thì 100% bệnh nhân đều được sử dụng thuốc điều trị nấm nên mà và uống toàn thân.

KIẾN NGHIỆM

Từ thực tế khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa, chúng tôi xin đề xuất một số ý kiến sau:
- Cần phải lựa chọn pháp độ điều trị VLGM do nấm cho phù hợp hơn để nâng cao hiệu quả điều trị
- Cần nhắc việc đầu tiên các thuốc điều trị nấm như ketoconazole, thuốc điều trị virus như IDU (5 Iodo 2 Deoxyuridin), TFT (trifluoro Thymidin) đang thuốc mở hoặc nước để đa dạng các nhóm thuốc điều trị đồng thời nâng cao hiệu quả điều trị bệnh tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa.
TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

2. Bộ Y Tế (2015), Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt, Bộ Y Tế.


17. Đặng Thị Bằng Tâm (2006), Đánh giá hiệu quả của thuốc tra mắt Moxifloxacin (Vigamox) trong điều trị viêm loét giác mạc do vi khuẩn, Luyện viên bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại Học Y Hà Nội.


19. Tôn Thị Kim Thanh và cộng sự (2005), Bài giảng nhận khoa bán phân trước nhẫn cầu, NXB Y Học, Hà Nội.


Tiếng Anh


PHỤ LỤC 1
PHIẾU KHẢO SÁT BỆNH NHÂN VIÊM LOỆT GIÁC MẠC
Mã Bệnh Án: ............

I. Thông tin chung
Họ tên: .................................................... Tuổi: ............
Giới: ............
Địa chỉ: ........................................................................................................
Ngày vào viện: ................. Ngày ra viện: .................
1. Chân đoán lúc vào viện: ..............................................................................
2. Chân đoán lúc ra viện: ..............................................................................
3. Thời gian bị bệnh trước khi bị bệnh: ......................................................
4. Triệu chứng lâm sàng
   □ Nhìn mồ đồng  □ Đổ  □ Đau  □ Nhức
   □ Chọi  □ Chảy nước mắt  □ Cộm  □ Khác
5. Thiểu lực khi vào viện: ..............................................................................
6. Thiểu lực khi ra viện: ..............................................................................
7. Thời gian điều trị tại bệnh viện: ............................................................
8. Kết quả điều trị
   □ Khỏi  □ Không khỏi
9. Soi nhướm tìm vi sinh vật
   □ Nấm  □ Vi khuẩn G(+)  □ Vi khuẩn G(-)
10. Điều trị ngoại khoa
II. Điều trị

1. Thuốc điều trị viêm loét giác mạc

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dương động</th>
<th>Tên biệt được</th>
<th>Hoạt chất, nông độ</th>
<th>Liều khởi đầu</th>
<th>Liều duy trì</th>
<th>Số ngày dùng</th>
<th>Ghi chú</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tài chổ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toàn thân</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

2. Thuốc điều trị bệnh mạc kẽm

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dương động</th>
<th>Tên biệt được</th>
<th>Hoạt chất, nông độ</th>
<th>Ghi chú</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tài chổ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toàn Thân</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STT</td>
<td>Họ và Tên</td>
<td>Mã Lưu Trữ</td>
<td>Tuổi</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>--------------</td>
<td>------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Nguyễn Thị H</td>
<td>1136</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Thiều Thị T</td>
<td>1017</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Nguyễn Thị D</td>
<td>1018</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Hoàng Văn T</td>
<td>1013</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Ngô Văn T</td>
<td>962</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Trần Thị B</td>
<td>921</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Nguyễn Thị S</td>
<td>918</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Hà Đình L</td>
<td>889</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Lê Ngọc L</td>
<td>890</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Hà Văn P</td>
<td>739</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Hoàng Văn N</td>
<td>834</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Trịnh Thị C</td>
<td>833</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Trường Văn D</td>
<td>832</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Trường Văn M</td>
<td>838</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Nguyễn Mạnh H</td>
<td>825</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Trần Thị B</td>
<td>827</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Lê Thị L</td>
<td>886</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Lê Thị V</td>
<td>892</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Nguyễn Trần G</td>
<td>891</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Ngô Thị H</td>
<td>1057</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Lê Thị L</td>
<td>1123</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Thiều Thị B</td>
<td>1934</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Lê Đình P</td>
<td>2038</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>#</td>
<td>Họ và tên</td>
<td>Mã số</td>
<td>Điểm</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Mai Thị H</td>
<td>2128</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Lê Thị L</td>
<td>2170</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Đỗ Thị N</td>
<td>2197</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Nguyễn Thị N</td>
<td>2192</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Nguyễn Thị N</td>
<td>2201</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Lê Văn D</td>
<td>2219</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Trịnh Thị K</td>
<td>2217</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Lê Đông H</td>
<td>2228</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Hoàng Thị K</td>
<td>2227</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Trần Xuân T</td>
<td>2222</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>Đỗ Thị X</td>
<td>113</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>Lê Thị L</td>
<td>238</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Hàn Thị D</td>
<td>251</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>Hà Văn A</td>
<td>250</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>Trần Thị L</td>
<td>254</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>Phạm Văn H</td>
<td>270</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>Lạng Thị T</td>
<td>311</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>Lê Thị T</td>
<td>313</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Lê Thị T</td>
<td>317</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>Nguyễn Thị T</td>
<td>386</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Trịnh Thị T</td>
<td>396</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>Nguyễn Thị Q</td>
<td>421</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>Nguyễn Hữu V</td>
<td>519</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>Nguyễn Trung M</td>
<td>487</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>Nguyễn Thị L</td>
<td>495</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Phạm Văn H</td>
<td>494</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>Lê Phú T</td>
<td>551</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Họ và tên</td>
<td>Ngày sinh</td>
<td>Ngày nộp</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---------------------</td>
<td>-----------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>Nguyễn Thị R</td>
<td>557</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>Nguyễn Công T</td>
<td>560</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>Nguyễn Thị H</td>
<td>556</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Hoàng Văn T</td>
<td>589</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Lê Văn T</td>
<td>651</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>Lương Văn H</td>
<td>728</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>Nguyễn Thị S</td>
<td>664</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>58</td>
<td>Bùi Văn M</td>
<td>665</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>59</td>
<td>Nguyễn Thị H</td>
<td>718</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>60</td>
<td>Trịnh Đức C</td>
<td>2948</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>61</td>
<td>Lê Thị Q</td>
<td>2023</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>62</td>
<td>Văn Đình B</td>
<td>2026</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>63</td>
<td>Phạm Văn N</td>
<td>1951</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>64</td>
<td>Nguyễn Xuân Đ</td>
<td>2037</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>65</td>
<td>Hoàng Thị B</td>
<td>2790</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>66</td>
<td>Nguyễn Văn T</td>
<td>2822</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>67</td>
<td>Đỗ Thị S</td>
<td>2874</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>68</td>
<td>Lương Văn C</td>
<td>2876</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>69</td>
<td>Lê Văn H</td>
<td>2923</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>70</td>
<td>Lê Sỹ Q</td>
<td>2918</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>71</td>
<td>Lê Văn C</td>
<td>2917</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>72</td>
<td>Nguyễn Thị L</td>
<td>2947</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>73</td>
<td>Phan Đức C</td>
<td>2954</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>74</td>
<td>Lê Thị Ph</td>
<td>2965</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>75</td>
<td>Mai Thị N</td>
<td>2994</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>76</td>
<td>Dương Thị H</td>
<td>3009</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>77</td>
<td>Nguyễn Văn B</td>
<td>3014</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>#</td>
<td>Họ và tên</td>
<td>Số học sinh</td>
<td>Điểm</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>----------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>78</td>
<td>Nguyễn Văn T</td>
<td>3013</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>79</td>
<td>Doãn Văn P</td>
<td>3016</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>80</td>
<td>Bùi Thị H</td>
<td>1133</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>81</td>
<td>Lê Thị B</td>
<td>7172</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>82</td>
<td>Bùi Thị X</td>
<td>7954</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>83</td>
<td>Trần Văn T</td>
<td>7826</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>84</td>
<td>Lê Chí T</td>
<td>2335</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>85</td>
<td>Trần Thị T</td>
<td>2381</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>86</td>
<td>Bùi Thị L</td>
<td>2382</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>87</td>
<td>Nguyễn Khắc T</td>
<td>2424</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>88</td>
<td>Phạm Thị V</td>
<td>2426</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>89</td>
<td>Lê Văn Y</td>
<td>2462</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>90</td>
<td>Nguyễn Văn Ch</td>
<td>2517</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>91</td>
<td>Lê Đức T</td>
<td>2570</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>92</td>
<td>Lê Thị T</td>
<td>1537</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>93</td>
<td>Lương Thị H</td>
<td>1587</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>94</td>
<td>Hoàng Ngọc C</td>
<td>1773</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>95</td>
<td>Phạm Thị V</td>
<td>1885</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>96</td>
<td>Tống Văn H</td>
<td>1886</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>97</td>
<td>Nguyễn Thị L</td>
<td>2460</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>98</td>
<td>Nguyễn Văn T</td>
<td>2609</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>99</td>
<td>Lê Khắc T</td>
<td>2571</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>100</td>
<td>Lương Thị D</td>
<td>2607</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>101</td>
<td>Hoàng Hữu T</td>
<td>2759</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>102</td>
<td>Trần Quang H</td>
<td>1360</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>103</td>
<td>Trần Quốc D</td>
<td>1457</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>104</td>
<td>Đặng Thị S</td>
<td>1460</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Họ và tên</td>
<td>Số CMND</td>
<td>Ý thức</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---------------</td>
<td>---------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>105</td>
<td>Hà Văn L</td>
<td>1483</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>106</td>
<td>Lê Thị V</td>
<td>1735</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>108</td>
<td>Lương Văn H</td>
<td>1733</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>109</td>
<td>Lê Văn Đ</td>
<td>2264</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>110</td>
<td>Nguyễn Thị M</td>
<td>2309</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>111</td>
<td>Trường Thị X</td>
<td>2310</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>112</td>
<td>Nguyễn Sỹ C</td>
<td>2326</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>113</td>
<td>Hoàng Thị Q</td>
<td>2329</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>114</td>
<td>Lò Thị T</td>
<td>2333</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>115</td>
<td>Trường Thị L</td>
<td>1200</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>117</td>
<td>Lê Thị T</td>
<td>1221</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>118</td>
<td>Trần Thị T</td>
<td>1274</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>119</td>
<td>Lê Ngọc N</td>
<td>1273</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>120</td>
<td>Vũ Đình H</td>
<td>1356</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>121</td>
<td>Lê Văn S</td>
<td>1357</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>122</td>
<td>Lê Văn B</td>
<td>2989</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>124</td>
<td>Nguyễn Công Đ</td>
<td>2957</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>125</td>
<td>Lò Thị V</td>
<td>3033</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>126</td>
<td>Bùi Trang N</td>
<td>3124</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>127</td>
<td>Lê Đức H</td>
<td>2972</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>128</td>
<td>Phạm Văn H</td>
<td>3103</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>129</td>
<td>Đỗ Thị Đ</td>
<td>3074</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>130</td>
<td>Lê Thị N</td>
<td>3032</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>131</td>
<td>Lê Thị B</td>
<td>3392</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Họ và tên</td>
<td>Mã số</td>
<td>Điểm</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>132</td>
<td>Lê Thị T</td>
<td>3401</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>133</td>
<td>Mai Văn C</td>
<td>3570</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>135</td>
<td>Bùi Thị C</td>
<td>3451</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>136</td>
<td>Nguyễn Thị P</td>
<td>3712</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>139</td>
<td>Lê Văn N</td>
<td>3842</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>140</td>
<td>Phạm Thị Y</td>
<td>3663</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>141</td>
<td>Hà Văn V</td>
<td>3812</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>142</td>
<td>Đinh Việt N</td>
<td>3836</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>143</td>
<td>Lục Thị Đ</td>
<td>3996</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>144</td>
<td>Phạm Văn H</td>
<td>3974</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>145</td>
<td>Hoàng Thị H</td>
<td>3885</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>146</td>
<td>Hà Thị T</td>
<td>4156</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>147</td>
<td>Nguyễn Trọng T</td>
<td>4137</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>149</td>
<td>Nguyễn Duy T</td>
<td>4144</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>150</td>
<td>Lê Văn T</td>
<td>3959</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>151</td>
<td>Trịnh Thị A</td>
<td>4241</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>152</td>
<td>Lê Thị H</td>
<td>4269</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>153</td>
<td>Nguyễn Thị H</td>
<td>4358</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>154</td>
<td>Nguyễn Thị G</td>
<td>4497</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>155</td>
<td>Lê Thị D</td>
<td>4526</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>156</td>
<td>Lương Văn L</td>
<td>4284</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>157</td>
<td>Nguyễn Đặng M</td>
<td>4752</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>#</td>
<td>Họ và tên</td>
<td>Số CMND</td>
<td>Ý thức</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>-------------------</td>
<td>--------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>158</td>
<td>Nguyễn Văn Đ</td>
<td>4566</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>159</td>
<td>Ngô Thị H</td>
<td>4914</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>160</td>
<td>Bùi Văn T</td>
<td>4549</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>161</td>
<td>Đình Thị N</td>
<td>4862</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>162</td>
<td>Nguyễn Văn T</td>
<td>5114</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>163</td>
<td>Trần Văn T</td>
<td>4995</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>164</td>
<td>Lê Quang L</td>
<td>5254</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>165</td>
<td>Lê Văn T</td>
<td>5408</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>166</td>
<td>Nguyễn Thị T</td>
<td>5286</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>167</td>
<td>Bùi Thị B</td>
<td>5231</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>168</td>
<td>Hà Văn L</td>
<td>5076</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>169</td>
<td>Lê Thị H</td>
<td>5423</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>170</td>
<td>Nguyễn Thế P</td>
<td>5587</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>172</td>
<td>Mai Hồng P</td>
<td>5894</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>173</td>
<td>Lê Thị H</td>
<td>5736</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>174</td>
<td>Quách Thị V</td>
<td>5714</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>175</td>
<td>Lê Trung T</td>
<td>5848</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>176</td>
<td>Lương Thị T</td>
<td>6201</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>177</td>
<td>Lê Tatical</td>
<td>6203</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>178</td>
<td>Trần Văn V</td>
<td>6135</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>179</td>
<td>Lê Thị H</td>
<td>7023</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>180</td>
<td>Trịnh Thị C</td>
<td>6786</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>181</td>
<td>Nguyễn Văn K</td>
<td>6942</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>182</td>
<td>Nguyễn Thị M</td>
<td>6658</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>183</td>
<td>Viên Đình C</td>
<td>6718</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>184</td>
<td>Nguyễn Văn D</td>
<td>6501</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>#</td>
<td>HỌC SĨ</td>
<td>ĐIỂM</td>
<td>NGÀY LÀM Sprüt</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>--------------------</td>
<td>------</td>
<td>---------------</td>
</tr>
<tr>
<td>185</td>
<td>Đỗ Thị H</td>
<td>6886</td>
<td>04/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>186</td>
<td>Nguyễn Văn H</td>
<td>6153</td>
<td>07/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>188</td>
<td>Hà Thị L</td>
<td>6763</td>
<td>07/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>189</td>
<td>Quách Thị N</td>
<td>6802</td>
<td>08/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>190</td>
<td>Trịnh Thị P</td>
<td>7006</td>
<td>08/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>191</td>
<td>Đỗ Như T</td>
<td>6331</td>
<td>09/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>194</td>
<td>Lễ Thị H</td>
<td>4563</td>
<td>15/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>196</td>
<td>Nguyễn Xuân Y</td>
<td>4680</td>
<td>18/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>197</td>
<td>Dinh Thị L</td>
<td>4561</td>
<td>21/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>199</td>
<td>Nguyễn Thế P</td>
<td>5810</td>
<td>25/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>200</td>
<td>Trịnh Huy H</td>
<td>4722</td>
<td>29/11/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>201</td>
<td>Lê Quang T</td>
<td>4987</td>
<td>02/02/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>202</td>
<td>Hà Thị C</td>
<td>4692</td>
<td>01/12/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>203</td>
<td>Lễ Thị L</td>
<td>4762</td>
<td>06/12/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>204</td>
<td>Ngô Thị Q</td>
<td>4818</td>
<td>09/12/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>205</td>
<td>Lê Thị Mai L</td>
<td>8276</td>
<td>04/05/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>206</td>
<td>Lã Tuấn V</td>
<td>2148</td>
<td>16/07/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>207</td>
<td>Nguyễn Mạnh D</td>
<td>1189</td>
<td>21/08/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>208</td>
<td>Phạm Trung C</td>
<td>2498</td>
<td>29/08/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>209</td>
<td>Lê Đức N</td>
<td>3111</td>
<td>12/09/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>210</td>
<td>Nguyễn Đức M</td>
<td>4122</td>
<td>26/09/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>211</td>
<td>Phan Thị Mỹ Q</td>
<td>4566</td>
<td>19/10/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>212</td>
<td>Triệu Văn V</td>
<td>4950</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>-------------</td>
<td>------</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>213</td>
<td>Trịnh Thị Điều A</td>
<td>5177</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Thanh Hóa, ngày 12 tháng 09 năm 2017.
Trưởng phòng Kế Hoạch Tổng Hợp

Nguyễn Thị Nguyệt
BÁO CÁO SỬA CHỮA LUẬN VĂN DSCK CẤP I
KHÓA 19

Kính gửi:
- Hội đồng chấm luận văn tốt nghiệp DSCK cấp I
- Phòng Sau đại học Trường đại học Dược Hà Nội
- Giáo viên hướng dẫn.

Họ và tên học viên: Phạm Thị Phương Anh.
Tên đề tài: Khảo sát tính hình sử dụng thuốc điều trị bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hoá
Chuyên ngành: Dược lý - Dược lâm sàng
Mã số: CK 60 72 04 05

Đã báo về luận văn tốt nghiệp DSCK cấp I vào hội 13 giờ 30 phút ngày 14 tháng 11 năm 2017 tại Trường Đại học Dược Hà Nội theo Quyết định số 850/QĐ-DHN ngày 17 tháng 10 năm 2017 của Hiệu trưởng Trường Đại học Dược Hà Nội.

NỘI DUNG SỬA CHỮA, HOÀN CHỈNH

1. Những nội dung đã được sửa chữa theo yêu cầu của Hội đồng.

Nội dung trước khi sửa:
- Phân tổng quan trình dẫn nhiều tài liệu tham khảo trên đề mục, chưa có hình về minh họa
- Phân ban luận bổ sung thêm các nghiên cứu trong nước và ngoài nước để so sánh

Sau khi sửa chữa hoàn chỉnh:
- Phân tổng quan đã trình dẫn lại tài liệu tham khảo vào từng phần cụ thể, bổ sung thêm hình về
- Phân b-values bổ sung thêm một số nghiên cứu trong nước và ngoài nước để so sánh từ đó tìm ra vấn đề về sử dụng thuốc

Những nội dung xin báo lưu:

Nội dung yêu cầu: Bổ sung thêm một số chi tiêu nghiên cứu về sử dụng thuốc điều trị bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa

Giải trình lý do. Kết quả nghiên cứu được thu thập trên toàn bộ bệnh nhân điều trị bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Thanh Hóa năm 2016 được lưu tại phòng kế hoạch tổng hợp với 213 bệnh nhân. Trong bệnh nhân phần sử dụng thuốc điều trị viêm loét giác mạc được chia thành phác đồ ban đầu, thay đổi thuốc lần 1, lần 2… Do đó nếu tiến hành nghiên cứu thêm chi tiêu trong điều trị bệnh viêm loét giác mạc cần nhiều thời gian.

Hà Nội, ngày 10 tháng 12 năm 2017

Xác nhận của cán bộ hướng dẫn
  (Ký ghi rõ họ tên)

Học viên
  (Ký ghi rõ họ tên)

Thư ký
  (Ký ghi rõ họ tên)

Chủ tịch hội đồng
  (Ký ghi rõ họ tên)