

# MÔ HÌNH TẬT KHÚC XẠ Ở TRẺ EM 6-10 TUỔI ĐẾN KHÁM MẮT TẠI BỆNH VIỆN MẮT NGHỆ AN NĂM 2024

Trần Tất Thắng<sup>1</sup>, Hồ Hữu Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thủy Quỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Giang<sup>1</sup>, Nguyễn Sa Huỳnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm tật khúc xạ và một số yếu tố liên quan ở trẻ em từ 6-10 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 326 mắt của 163 trẻ 6-10 tuổi mắc tật khúc xạ đến khám tại bệnh viện Mắt Nghệ An từ tháng 2/2024 đến hết tháng 6/2024. **Kết quả:** Hình thái tật khúc xạ phổ biến nhất là cận thị 64,7% trong đó cận thị đơn thuần 17,2%, loạn cận thị là 47,5%; tiếp theo đó là viễn thị 27% trong đó viễn thị đơn thuần 5,8%, loạn viễn thị 21,2%; loạn thị đơn thuần 8,3%. Tỷ lệ trẻ nhược thị là 18,4% trong đó nhược thị mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 9,8%. Chưa thấy có mối liên quan giữa tuổi đến khám, tuổi phát hiện tật khúc xạ, giới tính, tiền sử gia đình với các loại tật khúc xạ ( $p > 0,05$ ). Thời gian sử dụng mắt nhìn gần và thời gian tham gia hoạt động ngoài trời có liên quan với tỷ lệ tật khúc xạ.

**Từ khóa:** Tật khúc xạ, cận thị, nhược thị.

## SUMMARY

### REFRACTIVE ERROR MODEL IN CHILDREN 6-10 YEARS OLD COMING FOR EYE EXAMINATION AT NGHE AN EYE HOSPITAL IN 2024

**Objectives:** Describe the characteristics of refractive errors and some risk factors in children aged 6-10 years. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, on 326 eyes of 163 children 6-10 years old with refractive errors examined at Nghe An Eye Hospital from February 2024 to the end of June 2024. **Results:** The most common form of refractive error is myopia 64.7%, of which simple myopia is 17.2%, myopia is 47.5%; Next is hyperopia 27%, of which simple hyperopia is 5.8%, astigmatic hyperopia is 21.2%; Simple astigmatism 8.3%. The rate of children with amblyopia is 18.4%, of which mild amblyopia accounts for the highest rate of 9.8%. There was no relationship between age at examination, age at detection of refractive errors, gender, family history and types of refractive errors ( $p > 0.05$ ). Time spent using near vision and time participating in outdoor activities are related to the rate of refractive error.

**Keywords:** refractive error, myopia, amblyopia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ (TKX) gia tăng nhanh trong

những năm gần đây, đã gây ảnh hưởng rất lớn đến quá trình học tập, phát triển và sinh hoạt của trẻ em đồng thời tác động không nhỏ đến kinh tế xã hội. Sau thời gian dịch CoVid, chính thời gian cách ly trong nhà quá lâu trẻ sẽ tiếp xúc với các thiết bị điện tử như điện thoại di động, máy tính bảng... để học trực tuyến hoặc ngay cả khi không tiếp xúc với các thiết bị điện tử thì việc ở trong nhà với không gian hẹp quá lâu với tầm nhìn hạn chế cũng khiến cho thị lực bị giảm sút [1] [2]. Trẻ em ngày càng có xu hướng tham gia vào các hoạt động nhìn gần nhiều hơn. Để nghiên cứu rõ hơn đặc điểm tật khúc xạ của trẻ trong bệnh viện và với mong muốn tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tật khúc xạ chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm tật khúc xạ và một số yếu tố liên quan ở trẻ em từ 6-10 tuổi đến khám tại Bệnh viện Mắt Nghệ An năm 2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả trẻ em từ 6 đến 15 tuổi đến khám tại khoa Khám bệnh- Cận lâm sàng bệnh viện Mắt Nghệ An. Được chẩn đoán là tật khúc xạ ở một mắt hoặc 2 mắt mọi mức độ (cận thị khi SE  $\geq -0,50D$ , viễn thị khi SE  $\geq +0,50D$ , loạn thị  $\geq 0,75D$ )

- Hợp tác trong quá trình thăm khám và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ đang sử dụng kính Ortho K.  
- Trẻ có tổn thương thực thể khác tại mắt gây giảm thị lực.

**2.2. Địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Khám bệnh- Cận lâm sàng, bệnh viện Mắt Nghệ An.

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Thời gian thiết kế nghiên cứu: từ 02/2024 đến 06/2024.

#### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

**2.4.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

**2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Áp dụng theo công thức xác định 1 tỷ lệ; Thay vào công thức tính được cỡ mẫu  $n = 323$  mắt.

**2.4.3. Phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ cho đến khi đủ cỡ mẫu cần nghiên cứu theo

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng

Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

tính toán.

**2.4.4. Các biến số nghiên cứu và tiêu chí đánh giá.** Tuổi; Giới tính; Tiền sử gia đình: trong gia đình có ít nhất 1 người (ông bà, bố mẹ, anh chị) bị mắc TKX; Phương pháp điều trị trước đó: chưa điều trị gì, đeo kính, tập nhược thị hoặc dùng thuốc...

Tật khúc xạ theo bảng phân loại.

**Bảng 1. Phân loại mức độ TKX [3]**

Mức độ TKX	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Cận thị	<-3,00D	-3,00D đến -6,00D	>-6,00D
Viễn thị	≤+2,00D	+2,25D đến +5,00D	>5,00D
Loạn thị	<1,00D	1,00D đến <2,00D	≥2,00D

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

**3.1. Đặc điểm tật khúc xạ ở trẻ 6-10 tuổi**

**3.1.1. Hình thái tật khúc xạ**

**Bảng 2. Phân bố tình trạng TKX của nhóm trẻ nghiên cứu**

Hình thái TKX		Số lượng (%)	Tổng số
Cận thị	Cận thị đơn thuần	17,2	64,7
	Cận loạn thị	47,5	
Viễn thị	Viễn thị đơn thuần	5,8	27
	Viễn loạn thị	21,2	
<b>Loạn thị đơn thuần</b>		<b>8,3</b>	

Cận thị chiếm tỷ lệ cao nhất với 211 mắt (64,7%) trong đó cận thị đơn thuần có 56 mắt (17,2%) và loạn cận thị có 155 mắt (47,5%). Viễn thị có tổng số 88 mắt chiếm 27,0% trong đó viễn thị đơn thuần có 19 mắt (5,8%) và loạn

viễn thị có 69 mắt (21,2%). Loạn thị đơn thuần có 27 mắt chiếm 8,3%. Nếu tính chung loạn cận thị, loạn viễn thị và loạn đơn thị thì sẽ có 251 mắt (77%).

Chúng tôi thấy tỷ lệ tật khúc xạ của trẻ em đi khám tại bệnh viện cao hơn ngoài cộng đồng. Vì vậy, chúng tôi thấy được sự phân bố các loại TKX ở trẻ em 6-10 tuổi trong bệnh viện đó là tật cận thị chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là viễn thị và loạn thị đơn thuần có tỷ lệ thấp nhất. Tỷ lệ cận thị cao do ở lứa tuổi này đang là lứa tuổi học đường, trẻ phải tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ như thời gian nhìn gần kéo dài, áp lực học tập quá tải, điều này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trong bệnh viện cùng lứa tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cận thị và loạn thị đơn thuần cao hơn nghiên cứu của Virgilio Galvis và cộng sự (2018) báo cáo viễn thị 32,3%, cận thị 12,9% và loạn thị đơn thuần 2,8% [4]. Một số nghiên cứu khác trong bệnh viện với cùng độ tuổi cũng cho kết quả thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi như Opubiri và cộng sự (2013) nghiên cứu TKX trẻ em 4-15 tuổi tại phòng khám mắt Niger bệnh viện đại học Delta, Nigeria cho thấy tỷ lệ cận thị (13,8%), loạn thị (6,1%) và viễn thị (2,6%) [5]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu khác với kết quả của chúng tôi có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau, tiêu chí đánh giá TKX khác nhau.

**3.1.2. Tình trạng thị lực trước và sau chỉnh kính theo tật khúc xạ**

**Bảng 3. Bảng phân bố theo tình trạng thị lực của trẻ có TKX**

TKX	Cận thị		Viễn thị		Loạn thị	
	Không kính n (%)	Sau khi chỉnh kính n (%)	Không kính n (%)	Sau khi chỉnh kính n (%)	Không kính n (%)	Sau khi chỉnh kính n (%)
Thị lực < 20/200	119(56,4)	2(1,0)	18(20,5)	2(2,4)	4(14,8)	0(0,0)
20/200 - < 20/50	87(41,2)	10(4,7)	55(62,5)	10(11,8)	16(59,3)	3(11,1)
20/50 - < 20/25	4(1,9)	23(10,9)	8(9,0)	8(9,4)	7(25,9)	9(33,3)
≥ 20/25	1(0,5)	176(83,4)	7(8,0)	65(78,8)	0(0,0)	15(55,6)
<b>Tổng</b>	<b>211(100,0)</b>		<b>88(100,0)</b>		<b>27 (100,0)</b>	

Nhóm cận thị khi đo thị lực không kính có 56,4% số mắt có thị lực kém; 41,2% có thị lực trung bình; 1,9% số mắt có thị lực khá. Sau khi chỉnh kính tối đa thì 4,7% số mắt có thị lực trung bình; 10,9% số mắt có thị lực khá và 83,4% có thị lực tốt.

Nhóm viễn thị có thị lực không kính chủ yếu ở mức kém (20,5%); trung bình (62,5%) và khá (9,0%). Sau khi chỉnh kính tối đa có 11,8% số mắt có thị lực trung bình, 9,4% số mắt có thị lực khá và 78,8% số mắt có thị lực tốt. Nhóm trẻ loạn thị tương tự nhóm trẻ cận thị có thị lực

không kính đa phần ở mức độ kém (14,8%) và trung bình (59,3%). Sau khi chỉnh kính tối đa có 11,1% số mắt có thị lực trung bình; 33,3% số mắt có thị lực khá và 55,6% số mắt có thị lực tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thị lực trước và sau chỉnh kính thay đổi rõ rệt. Sau khi chỉnh kính nhóm TL mức độ tốt và khá tăng lên đáng kể. Trong nhóm cận thị, mức TL ≥ 20/25 tăng từ 0,5% lên 83,4% và TL 20/50-<20/25 tăng từ 1,9% lên 10,9%. Nhóm viễn thị, mức TL ≥ 20/25 tăng từ 8% lên 78,8% và TL 20/50-<20/25 tăng từ 9% lên 9,4%. Ở nhóm

loạn thị, mức TL  $\geq 20/25$  tăng từ 0% lên 55,6% và TL  $20/50 < 20/25$  tăng từ 25,9% lên 33,3%. Đối với các nhóm TL ở mức độ trung bình và kém thì sau khi chỉnh kính thì giảm đi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Adhikari và cộng sự (2020) [6] ở bệnh viện Nepal TL sau chỉnh kính tối ưu tương ứng với các mức độ TL tốt và khá là 49,5% và 15,7. Kết quả có sự khác nhau này có thể do số trẻ em phát hiện ra tật khúc xạ sớm nên được bố mẹ đưa đi khám và chỉnh kính ngay nên tình trạng nhược thị có thể ít xảy ra hơn.

**3.1.3. Nhược thị do TKX**

**Bảng 4. Tình trạng nhược thị**

Tình trạng nhược thị		Số lượng (%)	Tổng số
Nhược thị	1 mắt	11 (6,7)	30 (18,4)
	2 mắt	19 (11,7)	
Không nhược thị		133 (81,6)	
Tổng số		163	

Trong số 163 trẻ nghiên cứu, có 133 trẻ không bị nhược thị chiếm 81,6%. Tỷ lệ trẻ nhược thị 2 mắt (8,0%) cao hơn trẻ nhược thị 1 mắt (6,2%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Vũ Thu Hương (2022) có tỷ lệ nhược thị là 14,2% trẻ bị nhược thị, trong đó nhược thị 1 mắt chiếm 8,0% cao hơn nhược thị 2 mắt 6,2%.<sup>55</sup>

**3.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ tật khúc xạ của các đối tượng nghiên cứu**

**3.2.1. Môi liên quan giữa tuổi đến khám, giới tính với tật khúc xạ**

**Bảng 5. Môi liên quan giữa tuổi đến khám, giới tính với tật khúc xạ**

Mức độ cận thị Chỉ số đánh giá	Cận thị	Viễn thị	Loạn thị	p
Tuổi đến khám				
6- <8 tuổi	75(46,0)	10(6,1)	6(3,7)	p>0,05
8-10 tuổi	31(19,0)	34(20,9)	7(4,3)	
Giới tính	Nam	58(35,6)	26(16,0)	p>0,05
	Nữ	48(29,4)	18(11,0)	

Trong cận thị, tuổi đến khám nhóm 6-10 tuổi (46%) có tỷ lệ cao hơn so với nhóm 11-15 tuổi (19%). Trong viễn thị, tuổi đến khám nhóm 6-10 tuổi (6,1%) có tỷ lệ thấp hơn so với nhóm 11-15 tuổi (20,9%). Trong loạn thị, tuổi đến khám nhóm 6-10 tuổi (3,7%) có tỷ lệ thấp hơn so với nhóm 11-15 tuổi (4,3%). Điều này trái ngược với một số nghiên cứu của các tác giả cho rằng tỷ lệ tật khúc xạ sẽ tăng dần theo tuổi như Khalaj và cộng sự (2008) báo cáo tỷ lệ ở trẻ em 7 tuổi là 14% tăng lên 55% khi trẻ 15 tuổi. [7]

Ở nhóm trẻ giới tính nam, tỷ lệ cận thị, viễn thị, loạn thị lần lượt là 35,6%, 16,0%, 3,7%. Trong nhóm trẻ giới tính nữ, tỷ lệ cận thị, viễn thị, loạn thị lần lượt là 29,4%, 11,0%, 4,3%. Sự khác biệt về giới và cận thị, viễn thị và loạn thị

không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Vũ Thu Hương (2022). [8]

**3.2.2. Liên quan trong việc sử dụng mắt nhìn gần với các loại tật khúc xạ**

**Bảng 6. Liên quan trong việc sử dụng mắt nhìn gần với các loại tật khúc xạ**

Loại TKX	Thời gian nhìn gần trong ngày		p
	<8 giờ/ngày	$\geq 8$ giờ/ngày	
Cận thị	30(18,4)	76(46,6)	p>0,05
Viễn thị	19(11,7)	25(15,3)	p>0,05
Loạn thị đơn thuần	6(3,7)	7(4,3)	p>0,05
Tổng số	55(33,8%)	108(66,2)	

Trong 106 trẻ cận thị, nhóm trẻ có thời gian sử dụng mắt nhìn gần <8 giờ/ngày (18,4%) có tỷ lệ thấp hơn nhóm trẻ có thời gian nhìn gần  $\geq 8$  giờ/ngày (46,6%). Sự khác biệt giữa thời gian nhìn gần trong ngày với cận thị không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Trong 44 trẻ viễn thị, nhóm trẻ có thời gian sử dụng mắt nhìn gần <8 giờ/ngày (11,7%) có tỷ lệ thấp hơn nhóm trẻ có thời gian nhìn gần  $\geq 8$  giờ/ngày (15,3%). Sự khác biệt giữa thời gian nhìn gần trong ngày với viễn thị không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Trong 13 trẻ loạn thị đơn thuần, nhóm trẻ có thời gian sử dụng mắt nhìn gần <8 giờ/ngày (3,7%) có tỷ lệ thấp hơn nhóm trẻ có thời gian nhìn gần  $\geq 8$  giờ/ngày (4,3%). Sự khác biệt giữa thời gian nhìn gần trong ngày với loạn thị không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**3.2.3. Liên quan giữa thời gian hoạt động ngoài trời và các loại tật khúc xạ**

**Bảng 7. Liên quan thời gian hoạt động ngoài trời và tật khúc xạ**

Loại TKX	Thời gian hoạt động ngoài trời		p
	<2 giờ/ngày	$\geq 2$ giờ/ngày	
Cận thị	82(50,3)	24(14,7)	p>0,05
Viễn thị	25(15,3)	19(11,7)	p>0,05
Loạn thị đơn thuần	5(3,1)	8(4,9)	p>0,05
Tổng số	112(68,7)	51(31,3)	

Trong 106 trẻ cận thị, nhóm trẻ có thời gian hoạt động ngoài trời <2 giờ/ngày (50,3%) có tỷ lệ cao hơn nhiều so với nhóm trẻ có thời gian hoạt động ngoài trời  $\geq 2$  giờ/ngày (14,7%). Sự khác biệt giữa thời gian hoạt động ngoài trời trong ngày với các mức độ cận thị không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ . Trong 44 trẻ viễn thị, nhóm trẻ có thời gian hoạt động ngoài trời <2 giờ/ngày (15,3%) có tỷ lệ cao hơn so với nhóm trẻ có thời gian hoạt động ngoài trời  $\geq 2$

giờ/ngày (11,7%). Sự khác biệt giữa thời gian hoạt động ngoài trời trong ngày với các mức độ cận thị không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ . Trong 13 trẻ cận thị, nhóm trẻ có thời gian hoạt động ngoài trời  $< 2$  giờ/ngày (3,1%) có tỷ lệ thấp hơn so với nhóm trẻ có thời gian hoạt động ngoài trời  $\geq 2$  giờ/ngày (4,9%). Sự khác biệt giữa thời gian hoạt động ngoài trời trong ngày với các mức độ cận thị không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ . Tại Việt Nam, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả cho rằng những học sinh tham gia hoạt động ngoài trời trên 2 giờ/ngày thì nguy cơ mắc bệnh cận thị giảm 47%. [9]

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 326 mắt của 163 trẻ 6-10 tuổi mắc tật khúc xạ đến khám tại bệnh viện Mắt Nghệ An năm 2024 chúng tôi rút ra kết luận sau:

Hình thái tật khúc xạ phổ biến nhất là cận thị 64,7% trong đó cận thị đơn thuần 17,2%, loạn cận thị là 47,5%; tiếp theo đó là viễn thị 27% trong đó viễn thị đơn thuần 5,8%, loạn viễn thị 21,2%; loạn thị đơn thuần 8,3%. Tỷ lệ trẻ nhược thị là 18,4% trong đó nhược thị mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 9,8%. Chưa thấy có mối liên quan giữa tuổi đến khám, tuổi phát hiện TKX, giới tính, tiền sử gia đình với các loại tật khúc xạ ( $p > 0,05$ ). Thời gian sử dụng mắt nhìn gần và thời gian tham gia hoạt động ngoài trời có liên quan với tỷ lệ tật khúc xạ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asare FA, Morjaria P.** Prevalence and distribution of uncorrected refractive error among school children in the Bongo District of Ghana. Lam LT, ed. Cogent Med. 2021;8(1):1911414".
2. **Progression of Myopia in School-Aged Children After COVID-19 Home Confinement | Ophthalmology | JAMA Ophthalmology | JAMA Network.** Accessed June 20, 2021. <<https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/2774808>>".
3. **Vũ Tuấn Anh** (2021), "Tỷ lệ tật khúc xạ của học sinh tiểu học và trung học cơ sở tại 3 tỉnh Tiền Giang, Đà Nẵng. Hải Dương năm 2017," Tạp chí y học Việt Nam, vol. 502, pp. pp 207-210."
4. **Galvis V, Tello A, Otero J, et al.** Prevalence of refractive errors in Colombia: MIOPUR study. Br J Ophthalmol. 2018;102(10):1320-1323."
5. **Opubiri I, Adio A, Megbelayin E.** Refractive error pattern of children in South-South Nigeria: A tertiary hospital study. Sky J Med Med Sci. 2013;1:10-14."
6. **Liu L, Li H, Tang Z, Huang Z, Yang X.** Prevalence of Refractive Error in School Children in Suining City of Sichuan Province, China: A School-Based Cross-Sectional Study. Appl Bionics Biomech. 2022;2022:e4845713."
7. **Khalaj M, Gasemi M, Zeidi I.** Prevalence of Refractive Errors in Primary School Children (7-15 Years) of Qazvin City. Eur J Sci Res. 2008;28."
8. **Vũ Thu Hương** (2022). Nhận xét đặc điểm tật khúc xạ ở trẻ em tại bệnh viện Mắt Trung ương trong khoảng thời gian 2021-2022, Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Trường Đại Học Y Hà Nội."
9. **Nguyễn Thị Huyền** (2022), "Thực trạng cận thị của học sinh tại một số tỉnh ở Việt Nam năm 2019," Tạp chí Y học dự phòng, vol. tập 30 S4, pp136-146."

## NHIỄM HIV VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN LOÉT SINH DỤC TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TP. HỒ CHÍ MINH

Văn Thế Trung<sup>1</sup>, Trần Lê Mai Thảo<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Loét sinh dục làm tăng nguy cơ nhiễm HIV và nhiễm HIV làm kéo dài thời gian lành vết loét sinh dục. Mục tiêu của nghiên cứu là xác định tỷ lệ nhiễm HIV và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân loét sinh dục khám tại Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện trên bệnh nhân 18 tuổi trở lên được chẩn đoán loét sinh dục (LSD) đến khám tại Bệnh viện Da Liễu TPHCM từ

tháng 01/2022 đến tháng 10/2023. Nguyên nhân LSD được chẩn đoán dựa vào lâm sàng và xét nghiệm PCR cho HSV-1 và HSV-2, xét nghiệm huyết thanh giang mai RPR, TPHA và nhuộm gram tìm H.ducreyi. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HIV khi có 3 xét nghiệm gồm 1 xét nghiệm nhanh và 2 xét nghiệm khẳng định khác nhau đều dương tính. **Kết quả:** Có 179 bệnh nhân loét sinh dục tham gia nghiên cứu gồm 119 bệnh nhân nam (chiếm tỷ lệ 66,5%) và 60 bệnh nhân nữ (chiếm tỷ lệ 33,5%). Tuổi dưới 35 chiếm tỷ lệ 67%. Tỷ lệ LSD do HSV-1, HSV-2 và giang mai I là 16,2%, 31,3% và 24,6%. Loét sinh dục không rõ nguyên nhân chiếm 28,5%. Có 12 bệnh nhân nhiễm HIV (6,7%). Tỷ lệ nhiễm HIV ở bệnh nhân LSD do giang mai I cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ nhiễm HIV ở bệnh nhân LSD do nguyên nhân khác. **Kết luận:** Tỷ lệ đa số nguyên nhân do HSV và giang mai. Tỷ lệ nhiễm HIV chiếm 6,7%, trong đó loét sinh dục do giang mai có tỷ lệ nhiễm HIV cao có ý nghĩa thống

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: trungvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025