

TỶ LỆ MẤT ĐOẠN AZF TRÊN NHIỄM SẮC THỂ Y VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN VÔ SINH NAM ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Lê Anh Nam¹, Trần Thị Thanh Huyền²

TÓM TẮT

Mất đoạn nhỏ trên nhiễm sắc thể Y (NST Y) là bất thường cấu trúc thường gặp nhất tại vùng đặc hiệu nam giới. Các kiểu và vị trí mất đoạn khác nhau sẽ dẫn đến biểu hiện lâm sàng khác nhau. Do đó, việc xác định chính xác phân đoạn bị mất và kiểu mất đoạn có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và tư vấn điều trị.

Mục tiêu: (1) Khảo sát tỷ lệ mất đoạn AZFa, AZFb, AZFc trên NST Y ở bệnh nhân vô sinh nam đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. (2) Một số yếu tố liên quan đến mất đoạn AZF trên NST Y ở bệnh nhân vô sinh nam đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

Đối tượng: nam giới vô sinh nguyên phát được chỉ định xét nghiệm AZF tại phòng Sinh học Phân tử - Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ tháng 1/2024 đến hết tháng 12/2025.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ vi mất đoạn AZF trên nhiễm sắc thể Y là 19,48%. Mất đoạn chủ yếu gặp ở vùng AZFc (84,21%), tiếp đến là AZFbc (15,79%), không ghi nhận trường hợp mất đoạn AZFa. Đa số các trường hợp là mất đoạn đơn độc (13/15) và mất đoạn vùng mở rộng chiếm ưu thế (11/15), trong đó marker sY1291 gặp phổ biến. Mất đoạn AZFbc cho kết quả tinh dịch đồ vô tinh 100% trong khi mất đoạn AZFc có tiên lượng tốt hơn với 76,9% trường hợp còn tinh trùng, chủ yếu là thiếu tinh nặng. Nồng độ FSH và LH ở nhóm có vi mất đoạn AZF tăng cao, trong khi testosterone có xu hướng giảm; đặc biệt, nhóm mất đoạn AZFbc có nồng độ FSH và LH cao hơn so với nhóm AZFc đơn độc, trong khi testosterone không khác biệt rõ rệt.

Từ khóa: AZF, vô sinh nam, vô tinh, thiếu tinh.

SUMMARY

PREVALENCE OF AZF MICRODELETIONS ON THE Y CHROMOSOME AND ASSOCIATED FACTORS IN MALE INFERTILITY PATIENTS ATTENDING HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

² Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Nam

Email: dr.leanhnam@gmail.com

Mã bài: N618

Ngày nhận bài: 5.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.4.2026

Microdeletions of the Y chromosome (Yq) represent the most common structural abnormalities in the male-specific region. Different types and locations of deletions are associated with variable clinical manifestations. Therefore, accurate identification of the deleted regions and patterns is essential for prognosis and genetic counseling.

Objectives: (1) To determine the prevalence of AZFa, AZFb, and AZFc microdeletions on the Y chromosome in infertile men attending Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital. (2) To investigate factors associated with AZF microdeletions in this population.

Subjects and Methods: Primary infertile men who were indicated for AZF testing at the Molecular Biology Department, Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital, from January 2024 to December 2025 were included in the study.

Results and Conclusions: The prevalence of Y chromosome AZF microdeletions was 19.48%. Deletions were predominantly observed in the AZFc region (84.21%), followed by AZFbc (15.79%), with no cases of AZFa deletion detected. Most cases were isolated deletions (13/15), and extended region deletions were predominant (11/15), with sY1291 being the most frequently affected marker. AZFbc deletions were associated with 100% azoospermia, whereas AZFc deletions were associated with a better prognosis, with 76.9% of cases having detectable sperm, mostly severe oligozoospermia. Serum FSH and LH levels were elevated in patients with AZF microdeletions, while testosterone levels tended to be lower. Notably, FSH and LH levels were higher in the AZFbc group compared to the AZFc group, whereas testosterone levels showed no significant difference between groups.

Keywords: AZF, male infertility, azoospermia, oligozoospermia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là một vấn đề sức khỏe sinh sản phổ biến, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của nhiều cặp vợ chồng trên toàn thế giới. Trong đó, vô sinh nam chiếm khoảng 7% nam giới trong độ tuổi sinh sản, là nguyên nhân chính trong 20-30% các trường hợp vô sinh và góp phần tới 40% các trường hợp vô sinh có nhiều nguyên nhân kết hợp. Trong số các nguyên nhân gây vô sinh nam, yếu tố di truyền đóng vai trò

quan trọng và có xu hướng tăng theo mức độ suy giảm sinh tinh, đặc biệt có thể chiếm tới 30% ở bệnh nhân vô tinh.

Mất đoạn trên nhiễm sắc thể Y, đặc biệt tại vùng AZF (azoospermia factor), là bất thường cấu trúc thường gặp nhất ở vùng đặc hiệu nam giới, với tỷ lệ lên tới 15% ở nam giới vô tinh. Các kiểu và vị trí mất đoạn khác nhau có liên quan chặt chẽ đến biểu hiện lâm sàng và khả năng sinh tinh, do đó việc xác định chính xác vùng mất đoạn có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và định hướng điều trị, cũng như tư vấn di truyền cho bệnh nhân.

Nhằm mục đích đánh giá tình trạng mất đoạn AZF và tăng hiệu quả điều trị hỗ trợ sinh sản cho các bệnh nhân vô sinh nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát tỷ lệ mất đoạn AZFa, AZFb, AZFc trên NST Y ở bệnh nhân vô sinh nam đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.
2. Một số yếu tố liên quan đến mất đoạn AZF trên NST Y ở bệnh nhân vô sinh nam đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp nam giới vô sinh nguyên phát được chỉ định xét nghiệm AZF tại phòng Sinh học Phân tử - Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ tháng 1/2024 đến hết tháng 12/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Nam giới bị vô sinh nguyên phát.
- Xét nghiệm tinh dịch đồ và có kết quả thiếu tinh hay vô tinh.
- Các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Các trường hợp vô tinh do tắc nghẽn.
- Các trường hợp thiếu tinh và vô tinh do suy tuyến sinh dục do suy tuyến yên/tuyến dưới đồi thị hoặc do kháng thể kháng tinh trùng.
- Bệnh nhân phát hiện bất thường số lượng NST.

- Bệnh nhân đã có tiền sử bị quai bị, mắc các bệnh lý nhiễm trùng, chấn thương tinh hoàn, bất sản ống dẫn tinh.

- Nam giới vô sinh thứ phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng dữ liệu hồi cứu.

2.2.2. Cơ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Cách thức nghiên cứu: Các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Xét nghiệm mất đoạn AZF được thực hiện bằng kỹ thuật Real-time PCR trên hệ thống 7500 Fast (Thermo Fisher Scientific), sử dụng các marker đặc hiệu cho các vùng AZFa, AZFb và AZFc. Các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, bao gồm: tình trạng tinh dịch đồ, kết quả xét nghiệm AZF, FSH, LH, Testosterone và các yếu tố liên quan.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

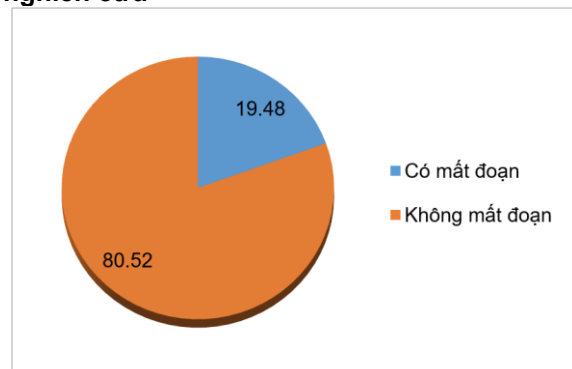
Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được tư vấn đầy đủ về mục đích, quy trình, ý nghĩa, lợi ích và hạn chế của xét nghiệm. Việc tham gia hoàn toàn tự nguyện và mọi thông tin cá nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mất đoạn AZF của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ mất đoạn AZF của đối tượng nghiên cứu

Trong 77 đối tượng tham gia nghiên cứu, phát hiện 15/77 trường hợp mất đoạn AZF chiếm 19,48%.

Bảng 3.1. Đặc điểm mất đoạn AZF được phát hiện

Đặc điểm	n	%	n	%
Đơn độc	13	13.33	15	100
Phối hợp	2	86.67		
Vùng Cơ bản	0	0	15	100
Vùng mở rộng	11	73.33		
Vùng cơ bản và mở rộng	4	26.67		

Trong 15 trường hợp mất đoạn AZF được phát hiện, có 13 trường hợp là mất đoạn AZF đơn độc, 2 trường hợp mất đoạn AZF b+c; 4 trường hợp là mất đoạn cả vùng cơ bản và mở rộng, 11 trường hợp mất đoạn vùng mở rộng đơn thuần (sY1291).

Bảng 3.2. Các vùng mất đoạn AZF được phát hiện

Vùng mất đoạn AZF		n	%	n	%
AZFa	sY84	0	0	0	0
	sY86	0	0		
	sY615	0	0		
AZFb	sY134	2	33.33	6	15.79
	sY142	2	33.33		
	sY127	2	33.33		
AZFc	sY1125	1	3.13	32	84.21
	sY1197	1	3.13		
	sY1206	4	12.5		
	sY1291	15	46.87		
	sY242	4	12.5		
	sY255	3	9.37		
	sY254	4	12.5		
Tổng		38	100	38	100

Trong nghiên cứu, mất đoạn AZFc chiếm tỷ lệ cao nhất (84,21%), mất đoạn AZFb chiếm 15,79%, không phát hiện trường hợp nào mất đoạn AZFa. Mất đoạn 3 marker AZFb được phát hiện với tỷ lệ đồng đều (33,33%). 15/15 trường hợp đều phát hiện mất đoạn sY1291. Mất đoạn các marker AZFc khác phát hiện với tỷ lệ thấp hơn.

3.2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mất đoạn AZF trên NST Y

Bảng 3.3. Kết quả tinh dịch đồ ở những bệnh nhân có mất đoạn AZF đơn thuần và phối hợp

Mất đoạn AZF	Vô tinh n (%)	Thiếu tinh nặng n (%)	Thiếu tinh nhẹ n (%)	Tổng
AZFc	3 (16.67%)	8 (66.66%)	2 (16.67%)	13 (100%)
AZFbc	2 (100%)	0	0	2 (100%)

Mất đoạn AZFbc cho kết quả tinh dịch đồ vô tinh 100%. Mất đoạn AZFc đơn thuần cho tiên lượng tốt hơn với 10/13 trường hợp có tinh trùng. Tuy nhiên trong đó, 8/10 trường hợp là thiếu năng tinh trùng nặng.

Bảng 3.4. Nồng độ nội tiết ở những bệnh nhân có mất đoạn AZF đơn thuần và phối hợp

Chỉ số	n	X ±SD
FSH (IU/L)	AZFc	13 12.5 ± 16.4
	AZFbc	2 15.1 ± 9.0
LH (IU/L)	AZFc	13 9 ± 8.3
	AZFbc	2 19.3 ± 9.7
Testosterone (ng/ml)	AZFc	13 4.3 ± 1.1
	AZFbc	2 5.6 ± 0.2

Nồng độ FSH, LH ở những đối tượng có vi mất đoạn AZF cao hơn bình thường, nồng độ Testosterone thấp hơn bình thường. Trong đó, nồng độ FSH, LH ở đối tượng có vi mất đoạn AZFbc (FSH: 15.1 ± 9.0 IU/L, LH: 19.3 ± 9.7 IU/L) cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân có vi mất đoạn AZFc đơn độc (FSH: 12.5 ± 16.4 IU/L, LH: 9 ± 8.3 IU/L). Nồng độ Testosterone không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm mất đoạn AZFbc và AZFc đơn độc.

IV. BÀN LUẬN

Mất đoạn AZF trên nhiễm sắc thể Y là nguyên nhân di truyền đứng thứ hai gây suy giảm sinh tinh ở nam giới vô sinh sau Hội chứng Klinefelter. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mất đoạn AZF là 19,48% (15/77), tương đương với các nghiên cứu trong nước như Vũ Thị Ngân (2022) với 20,8% [1] và Nguyễn Hoài Bắc (2024) với 19,3% [2]. Các nghiên cứu gần đây ứng dụng kỹ thuật sinh học phân tử hiện đại, đặc biệt là việc mở rộng hệ thống marker STS trong phân tích vùng AZF, đã giúp nâng cao độ nhạy và khả năng phát hiện các vi mất đoạn nhỏ, từ đó có thể làm gia tăng tỷ lệ phát hiện so với các nghiên cứu trước đây. Điều này cho thấy sự cần thiết của việc chuẩn hóa quy trình và lựa chọn phương pháp phù hợp khi so sánh kết quả giữa các nghiên cứu.

Về phân bố kiểu mất đoạn, kết quả của chúng tôi cho thấy AZFc gặp với tỷ lệ cao nhất (84,21%), tiếp đến là AZFbc (15,79%), không ghi nhận trường hợp mất đoạn AZFa. Kết quả này phù hợp với xu hướng chung được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu quốc tế như Raquel L. A (2022) [3] và Ninging Han (2023) [4], cũng như các nghiên cứu trong nước. Điều này có thể được giải thích do cấu trúc vùng AZFc chứa nhiều trình tự lặp lại và các đoạn ampliconic, làm tăng nguy cơ tái tổ hợp không tương đồng dẫn đến mất đoạn.

Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu là tỷ lệ mất đoạn vùng mở rộng chiếm ưu thế (11/15), cao hơn rõ rệt so với mất đoạn vùng cơ bản. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Tuyết Nhung (2021) [5], cho thấy nếu chỉ sử dụng các marker cơ bản theo khuyến cáo ban đầu của EAA/EMQN có thể bỏ sót một tỷ lệ đáng kể các trường hợp vi mất đoạn. Việc bổ sung các marker mở rộng giúp nâng cao đáng kể độ nhạy phát hiện, phù hợp với xu hướng cập nhật trong các khuyến cáo gần đây. Trong nghiên cứu

này, sY1291 được phát hiện mất đoạn ở 100% trường hợp, cho thấy đây là marker có giá trị cao trong sàng lọc ở quần thể người Việt Nam. Điều này gợi ý rằng việc xây dựng bộ kit xét nghiệm phù hợp với đặc điểm di truyền từng quần thể là cần thiết để tối ưu hóa hiệu quả chẩn đoán.

Xét về mối liên quan giữa kiểu mất đoạn và biểu hiện lâm sàng, kết quả của chúng tôi cho thấy mất đoạn AZFbc liên quan đến vô tinh 100%, trong khi mất đoạn AZFc có biểu hiện đa dạng hơn, với 76,9% trường hợp vẫn còn tinh trùng nhưng chủ yếu là thiểu tinh nặng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Văn Ái (2022) [6] và Trịnh Văn Tam (2022) [7], khẳng định rằng mất đoạn AZFa và AZFb thường có tiên lượng rất xấu, trong khi AZFc có tiên lượng tốt hơn. Về mặt cơ chế, vùng AZFb chứa nhiều gen thiết yếu cho quá trình sinh tinh, do đó mất đoạn vùng này dẫn đến ngừng trưởng thành tinh trùng, trong khi mất đoạn AZFc chủ yếu làm giảm số lượng tinh trùng. Nhiều nghiên cứu cho thấy, khoảng 70-72% bệnh nhân mất đoạn AZFc vẫn có thể tìm thấy tinh trùng trong tinh hoàn bằng kỹ thuật TESE, có khả năng thực hiện ICSI. Tuy nhiên, các đột biến này có thể di truyền cho con trai, do đó việc tư vấn di truyền trước điều trị là rất cần thiết.

Về đặc điểm nội tiết, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ FSH và LH tăng ở nhóm có vi mất đoạn AZF, trong khi testosterone có xu hướng giảm. Xu hướng này phù hợp với nghiên cứu của Raquel L. A (2022) [3] và Ninging Han (2023) [4], phản ánh tình trạng suy giảm chức năng sinh tinh và đáp ứng bù trừ của trục nội tiết. Tuy nhiên, sự khác biệt về nồng độ hormone giữa các nhóm mất đoạn chưa rõ ràng, đặc biệt testosterone không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm AZFbc và AZFc. Điều này cũng phù hợp một số nghiên cứu khác rằng các chỉ số nội tiết có giá trị hạn chế trong tiên lượng khả năng sinh tinh do sự biến thiên lớn và chồng lấp giữa các nhóm bệnh nhân [6][8].

Một hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu còn nhỏ, đặc biệt ở các nhóm mất đoạn hiếm gặp, do đó chưa đủ mạnh để thực hiện các phân tích thống kê sâu hơn nhằm xác định mối liên quan giữa kiểu mất đoạn, đặc điểm nội tiết và khả năng sinh tinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần khẳng định vai trò quan trọng của xét nghiệm vi mất đoạn AZF trong chẩn đoán nguyên nhân vô sinh nam, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của việc mở rộng hệ thống marker

nhằm nâng cao hiệu quả phát hiện và hỗ trợ định hướng điều trị, tư vấn di truyền phù hợp cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ mất đoạn AZF trên NST Y ở bệnh nhân vô sinh nam đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

- Tỷ lệ mất đoạn AZF ở bệnh nhân vô sinh nam: 19,48%.

- Các vùng mất đoạn AZF được phát hiện:

+ Mất đoạn AZFc chiếm tỷ lệ cao nhất (84,21%), mất đoạn AZFc chiếm 15,79%, không phát hiện trường hợp nào mất đoạn AZFa.

+ 13/15 trường hợp là mất đoạn AZF đơn độc, 2 trường hợp mất đoạn AZF b+c; 4 trường hợp là mất đoạn cả vùng cơ bản và mở rộng, 11 trường hợp mất đoạn vùng mở rộng đơn thuần (sY1291).

5.2. Một số yếu tố liên quan đến mất đoạn AZF trên NST Y ở bệnh nhân vô sinh nam đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

- **Mất đoạn AZFbc cho kết quả tinh dịch đồ vô tinh 100%.**

- **Mất đoạn AZFc đơn thuần cho tiên lượng tốt hơn với 10/13 trường hợp có tinh trùng. Trong đó, 8/10 trường hợp là thiểu năng tinh trùng nặng.**

- Nồng độ FSH, LH ở những đối tượng có vi mất đoạn AZF cao hơn bình thường, nồng độ Testosterone thấp hơn bình thường.

- Nồng độ FSH, LH ở đối tượng có vi mất đoạn AZFbc cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân có vi mất đoạn AZFc đơn độc. Nồng độ Testosterone không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm.

VI. KIẾN NGHỊ

- Xét nghiệm phát hiện mất đoạn AZF thường quy đối với những trường hợp thiểu năng tinh trùng/ vô tinh để tìm nguyên nhân vô sinh và đưa ra lời khuyên tư vấn điều trị phù hợp.

- Xét nghiệm phát hiện mất đoạn AZF nên bao gồm cả các STS mở rộng để tăng khả năng phát hiện mất đoạn AZF.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Ngân** (2022). Xác định đột biến mất đoạn AZF trên NST Y và mối liên quan với tình trạng vô tinh, thiểu tinh nặng ở nam giới, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Hoài Bắc** (2024). Mối liên quan giữa đột biến mất đoạn AZF và các thông số tinh dịch đồ ở

- nam giới thiếu tinh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 1, 304-308.
3. **Lahoz A. R, Sienes B. P et al** (2023). AZF gene microdeletions in azoospermic-oligozoospermic males. *Med Clin (Barc)*, 160(4), 151-155.
 4. **Han N, Liu X et al** (2023). AZF microdeletion affects semen parameters, sex hormone levels, and chromosome karyotypes in infertile men in Xinjiang. *Cell Mol Biol (Noisy-le-grand)*, 69(13), 106-111.
 5. **Ngô Thị Tuyết Nhung** (2021) Xác định tỷ lệ mất đoạn AZF ở bệnh nhân nam vô tinh hoặc thiếu tinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương bằng phương pháp QF - PCR. *Tạp chí Phụ sản*, 19(4), 58-62.
 6. **Hoàng Văn Ái** (2022). Tỷ lệ vô tinh, thiếu tinh nhẹ, thiếu tinh nặng và nồng độ hormon sinh sản ở bệnh nhân vô sinh có vi mất đoạn AZF tại bệnh viện Nam học Hiếm muộn Hà Nội. *Tạp chí Y dược học Quân sự*, 5, 50-58.
 7. **Trịnh Văn Tam** (2022). Nhận xét một số đặc điểm tinh dịch đồ và nhiễm sắc thể của bệnh nhân vô sinh nam có mất đoạn AZFc đơn thuần hoặc phối hợp tại bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 516 (2), 24-27.
 8. **Nguyễn Thanh Tùng** (2023). Nghiên cứu mất đoạn AZF và nồng độ Hormone sinh dục ở bệnh nhân thiếu tinh và vô tinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 526 (1B), 101-106.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA KHỞI PHÁT MUỘN VÀ SỰ THAY ĐỔI MỨC ĐỘ TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN CĂNG THẺNG SAU SANG CHẤN Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Phạm Thị Ngọc Bích¹, Lê Xuân Hưng^{2,*}, Hồ Thị Kim Thanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) không phải lúc nào cũng khởi phát ngay sau sự kiện gây thương tổn; ở một tỷ lệ đáng kể người bệnh, triệu chứng chỉ xuất hiện sau hàng tháng, thậm chí hàng năm, đồng thời mức độ triệu chứng có thể thay đổi rõ rệt theo thời gian. Những đặc điểm này đặc biệt quan trọng ở người cao tuổi - nhóm có nhiều trải nghiệm sang chấn trong suốt cuộc đời - song bằng chứng từ cộng đồng tại các nước thu nhập thấp và trung bình vẫn còn thiếu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang sử dụng dữ liệu đợt 2 của Nghiên cứu Sức khỏe và Lão hóa Việt Nam (VHAS, 2021-2022), gồm 296 người từ 60 tuổi trở lên có tiền sử phơi nhiễm sang chấn. Triệu chứng PTSD được đo bằng Bảng kiểm PTSD cho DSM-5 (PCL-5) phiên bản tiếng Việt (điểm cắt ≥ 11). Khởi phát muộn được xác định khi triệu chứng xuất hiện ≥ 6 tháng sau sang chấn. So sánh mức độ triệu chứng giữa tháng nặng nhất và tháng vừa qua bằng kiểm định Wilcoxon signed-rank,

giữa hai nhóm khởi phát bằng kiểm định Mann-Whitney U.

Kết quả: 39/296 người (13,2%) đạt ngưỡng triệu chứng PTSD có ý nghĩa lâm sàng, trong đó 11 người (28,2%) có khởi phát muộn. Nhóm khởi phát tức thì có tổng điểm PCL-5 cao hơn rõ rệt ($20,14 \pm 13,77$ so với $10,18 \pm 7,88$; $p = 0,038$), chủ yếu do nhóm lắng tránh ($p = 0,013$). Mức độ triệu chứng ở tháng nặng nhất cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tháng vừa qua trên cả bốn nhóm DSM-5 ($p < 0,05$), lớn nhất ở nhóm kỷ ức xâm nhập (chênh lệch trung bình = 0,43; $p = 0,006$).

Kết luận: Gần một phần ba người cao tuổi có triệu chứng PTSD báo cáo khởi phát muộn. Mức độ triệu chứng biến động đáng kể theo thời gian, cho thấy cần sàng lọc định kỳ và theo dõi dọc ở quần thể già hóa thay vì đánh giá duy nhất một lần.

Từ khóa: rối loạn căng thẳng sau sang chấn, khởi phát muộn, người cao tuổi, sang chấn, tiến triển của triệu chứng, PCL-5, Việt Nam.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF DELAYED-ONSET AND TEMPORALLY FLUCTUATING POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMS IN OLDER VIETNAMESE ADULTS: A COMMUNITY-BASED STUDY

Background: Post-traumatic stress disorder (PTSD) may follow diverse symptom trajectories, including delayed onset and fluctuating severity over time. These patterns are clinically important among

1 Bộ môn Y học Gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội

2 Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng,

Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Hưng

Email: lexuanhung@hmu.edu.vn

Mã bài: N622

Ngày nhận bài: 6.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026