

- 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 THẳNG 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 301 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: 26/301 người (8,6%) đạt ngưỡng triệu chứng PTSD có ý nghĩa lâm sàng, trong đó 22 người (84,6%) 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 né 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: Phần lớn (84,6%) 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 older adults with cumulative lifetime trauma exposure,

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

yet evidence from community settings in low- and middle-income countries remains limited.

Methods: This cross-sectional study used data from the second wave of the Vietnam Health and Aging Study (2021-2022). Trauma-exposed participants aged ≥ 60 years ($N = 301$) were assessed using the Vietnamese PCL-5 (cutoff ≥ 11). Delayed onset was defined as symptom emergence ≥ 6 months post-trauma. Wilcoxon signed-rank tests compared worst-month versus past-month severity; Mann-Whitney U tests compared immediate- versus delayed-onset groups.

Results: Of 301 participants, 26 (8.6%) met the PCL-5 threshold; 22 of 26 (84.6%) reported delayed onset. Immediate-onset cases had significantly higher total PCL-5 scores (20.14 ± 13.77 vs. 10.18 ± 7.88 ; $p = 0.038$), driven by the avoidance cluster ($p = 0.013$). Worst-month severity exceeded past-month severity across all four DSM-5 clusters (all $p < 0.05$), with the largest difference observed for intrusive memories (mean difference = 0.43; $p = 0.006$).

Conclusions: Most symptomatic older adults (84.6%) reported delayed PTSD onset, and symptom severity showed significant temporal fluctuation. Periodic screening and longitudinal monitoring of trauma-related symptoms are warranted in aging populations.

Keywords: *post-traumatic stress disorder, delayed-onset PTSD, older adults, trauma, symptom trajectory, PCL-5, Vietnam.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất liên quan đến trải nghiệm sang chấn, ảnh hưởng đến khoảng 3-6% dân số chung trên thế giới [1]. Theo tiêu chuẩn DSM-5, PTSD bao gồm bốn nhóm triệu chứng: ký ức xâm nhập, né tránh, thay đổi tiêu cực về nhận thức và cảm xúc, cùng tăng kích thích phản ứng [2]. Mặc dù đa số trường hợp khởi phát sớm sau sự kiện sang chấn, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy một tỷ lệ không nhỏ người bệnh chỉ xuất hiện triệu chứng sau nhiều tháng hoặc nhiều năm - hiện tượng được gọi là PTSD khởi phát muộn [1, 3]. Bên cạnh đó, mức độ nặng của triệu chứng không cố định mà có xu hướng dao động theo thời gian, chịu ảnh hưởng của các yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội [4, 5].

Người cao tuổi là nhóm đặc biệt dễ bị tổn thương. Suốt cuộc đời, họ có nhiều trải nghiệm sang chấn - chiến tranh, mất mát người thân, bệnh tật mạn tính - tạo ra gánh nặng tâm lý đáng kể, trong khi PTSD ở người cao tuổi thường ít được phát hiện trong thực hành lâm sàng [6, 4].

Một số cơ chế giải thích cho hiện tượng khởi phát muộn bao gồm: các biến cố tuổi già (nghỉ hưu, mất bạn đời, suy giảm chức năng) có thể tái kích hoạt những ký ức sang chấn đã bị kìm nén; bệnh lý mạn tính tích lũy tương tác với phơi nhiễm sang chấn trước đó làm tăng tính dễ tổn thương; và suy giảm nhận thức liên quan đến lão hóa, đặc biệt rối loạn chức năng điều hành, có thể làm suy yếu khả năng điều hòa cảm xúc [3, 4].

Việt Nam là bối cảnh nghiên cứu mang ý nghĩa đặc biệt. Lịch sử chiến tranh kéo dài, thiên tai liên miên và quá trình chuyển đổi kinh tế - xã hội nhanh chóng đã tạo ra mức độ phơi nhiễm sang chấn suốt đời rất cao ở thế hệ người cao tuổi hiện nay. Nghiên cứu của Kovnick và cộng sự (2021) cho thấy phơi nhiễm bạo lực thời chiến trong giai đoạn đầu đời để lại hệ quả sâu sắc lên sức khỏe tâm thần của người cao tuổi Việt Nam [6]. Thêm vào đó, nền văn hóa Á Đông với tâm lý kỳ thị bệnh tâm thần và xu hướng kìm nén biểu lộ cảm xúc cá nhân có thể khiến triệu chứng bị che giấu suốt nhiều thập kỷ, chỉ bộc lộ khi các cơ chế đối phó suy kiệt theo tuổi tác [7]. Tuy nhiên, bằng chứng về đặc điểm thời gian của triệu chứng PTSD ở người cao tuổi sống tại cộng đồng Việt Nam vẫn còn rất hạn chế.

Vì vậy, nghiên cứu này nhằm: (1) xác định tỷ lệ PTSD khởi phát muộn ở người cao tuổi có triệu chứng trong mẫu cộng đồng; (2) so sánh mức độ triệu chứng giữa nhóm khởi phát tức thì và khởi phát muộn; và (3) đánh giá sự biến động hồi cứu mức độ triệu chứng theo thời gian.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng dữ liệu của vòng điều tra thứ 2 của nghiên cứu Sức khỏe và Lão hóa Việt Nam (Vietnam Health and Aging Study – VHAS). Đây là nghiên cứu thuần tập dọc dựa trên dân số nhằm đánh giá sức khỏe, điều kiện xã hội và quá trình lão hóa ở người cao tuổi Việt Nam. Dữ liệu được thu thập giai đoạn 2021-2022 tại 8 xã thuộc Hà Nội và Quảng Bình (nơi tiếp xúc với chiến tranh ở mức độ thấp nhất và cao nhất) đã chọn ra 45 người/xã theo phương pháp ngẫu nhiên phân tầng theo tuổi, tình trạng tham gia quân đội tỷ lệ với cỡ tầng mỗi xã để có cỡ mẫu 360 người. Kết quả có 309 người cao tuổi tham gia, trong đó có 8 trường hợp bị loại vì cần người trả lời thay, còn lại 301 người.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là những người dân từ 60 tuổi trở lên sinh sống trên địa bàn các xã được chọn, đã tham gia trong vòng điều tra thứ nhất và được tiếp tục tham gia vòng điều tra thứ 2 của nghiên cứu VHAS. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: những người đã mất, di cư, đi vắng tại thời điểm điều tra, những trường hợp chỉ tham gia thăm khám và từ chối trả lời phỏng vấn hoặc có người trả lời thay toàn bộ hoặc một phần bộ câu hỏi có liên quan.

2.3. Công cụ đo lường

Triệu chứng PTSD được đánh giá bằng Bảng kiểm PTSD cho DSM-5 (PCL-5) [8] phiên bản tiếng Việt, gồm 20 mục tự báo cáo tương ứng với bốn nhóm triệu chứng DSM-5: xâm nhập (Nhóm B), né tránh (Nhóm C), thay đổi tiêu cực nhận thức và cảm xúc (Nhóm D), kích thích và phản ứng (Nhóm E). Mỗi mục được chấm trên thang Likert 5 điểm từ 0 đến 4, tổng điểm 0–80. Trong nghiên cứu này, ngưỡng ≥ 11 điểm được dùng để xác định triệu chứng PTSD có ý nghĩa lâm sàng.

2.4. Định nghĩa biến số

Khởi phát muộn: triệu chứng PTSD có ý nghĩa lâm sàng xuất hiện ≥ 6 tháng sau sự kiện sang chấn, theo tiêu chuẩn DSM-5 [2]. Đối tượng được phân thành hai nhóm: khởi phát tức thì (< 6 tháng) và khởi phát muộn (≥ 6 tháng). Biến động mức độ triệu chứng được đánh giá bằng so sánh hồi cứu giữa tháng nặng nhất kể từ sang chấn và tháng vừa qua trước phỏng vấn, thông qua các triệu chứng đại diện từ mỗi nhóm DSM-5.

2.5. Phân tích thống kê

Phân tích được thực hiện bằng phần mềm R phiên bản 4.0. Biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC), biến phân loại dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh đặc điểm sang chấn giữa hai nhóm khởi phát bằng kiểm định chính xác của Fisher. So sánh mức độ triệu chứng giữa hai nhóm độc lập bằng kiểm định Mann-Whitney U. Sự biến động triệu chứng giữa hai thời điểm được kiểm định bằng kiểm định Wilcoxon signed-rank. Ngưỡng ý nghĩa: $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nguyên tắc Tuyên bố Helsinki. Đề cương VHAS được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt (Số 01.18/HMU IRB, 25/01/2018) và Hội đồng Đạo đức Quốc gia – Bộ Y tế (Số 29/CN-HĐĐ, 27/04/2018). Tất cả đối tượng ký cam kết đồng ý tham gia sau khi được giải thích đầy đủ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Cả 301 người cao tuổi tham gia đợt 2 VHAS đều hoàn thành việc đánh giá tình trạng rối loạn căng thẳng sau sang chấn bằng bộ câu hỏi PCL-5. Có 26 người (8,6%) được coi là “có khả năng mắc PTSD” (PCL-5 ≥ 11), trong đó 4 người (15,4%) khởi phát tức thì và 22 người (84,6%) khởi phát muộn. Tuổi trung bình $73,6 \pm 8,0$; phân bố giới gần cân bằng (50,5% nam). Đa số đã kết hôn (70,8%), có trình độ từ trung học cơ sở trở lên (71,4%) và mắc ít nhất một bệnh mạn tính (75,4%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (N = 301)

Đặc điểm	N (%)
Tuổi (năm), TB $\pm$ ĐLC	73,6 $\pm$ 8,0
Giới:	
Nam	152 (50,5%)
Nữ	149 (49,5%)
Hôn nhân:	
Kết hôn/Sống chung	213 (70,8%)
Góa	77 (25,6%)
Khác	11 (3,6%)
Học vấn:	
Tiểu học hoặc thấp hơn	86 (28,6%)
THCS	163 (54,1%)
THPT trở lên	52 (17,3%)
Bệnh mạn tính (≥ 1)	227 (75,4%)
PCL-5 ≥ 11	26 (8,6%)

Ghi chú: TB = trung bình; ĐLC = độ lệch chuẩn; PCL-5 = Bảng kiểm PTSD cho DSM-5. Bảng 1 trình bày toàn bộ 301 người tham gia đợt 2, đồng thời là mẫu phân tích của các bảng sau.

Nhóm khởi phát muộn có xu hướng phơi nhiễm sang chấn nặng cao hơn ở hầu hết các chỉ số: 100% báo cáo phơi nhiễm trực tiếp (so với 71,4% nhóm tức thì), 90,9% gặp sự kiện đe dọa tính mạng (so với 67,9%). Tuy nhiên, không có khác biệt nào đạt ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu nhỏ (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm phơi nhiễm sang chấn theo nhóm khởi phát

Đặc điểm sang chấn	Tức thì (n=4)	Muộn (n=22)	p
Phơi nhiễm trực tiếp	20 (71,4%)	11 (100%)	0,135
Chứng kiến sang chấn	7 (25,0%)	6 (54,5%)	0,128
Sự kiện đe dọa tính mạng	19 (67,9%)	10 (90,9%)	0,216
Chấn thương nặng ở bản thân	10 (35,7%)	5 (45,5%)	0,711
Chấn thương nặng ở người khác	12 (42,9%)	6 (54,5%)	0,720

Ghi chú: Kiểm định chính xác Fisher. $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Nhóm khởi phát tức thì có tổng điểm PCL-5 cao hơn rõ rệt ($20,14 \pm 13,77$ so với $10,18 \pm 7,88$; $U = 88,0$; $p = 0,038$), chủ yếu do nhóm né tránh ($2,50 \pm 2,38$ so với $0,64 \pm 1,50$; $p = 0,013$). Nhóm xâm nhập có xu hướng cao hơn ở nhóm tức thì nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,072$) (Bảng 3).

Bảng 3. So sánh mức độ triệu chứng PTSD giữa hai nhóm khởi phát theo nhóm DSM-5

Nhóm triệu chứng	Tức thì (n=4) TB $\pm$ ĐLC	Muộn (n=22) TB $\pm$ ĐLC	p
Xâm nhập (B)	$10,40 \pm 4,27$	$7,40 \pm 4,62$	0,340
Né tránh (C)	$5,25 \pm 2,94$	$2,00 \pm 2,00$	0,037*
Nhận thức-cảm xúc (D)	$5,80 \pm 4,62$	$3,20 \pm 2,39$	0,216
Kích thích-phản ứng (E)	$6,55 \pm 4,47$	$4,20 \pm 1,92$	0,289
Tổng PCL-5	$26,90 \pm 12,84$	$16,20 \pm 5,67$	0,032*

*Ghi chú: TB = trung bình; ĐLC = độ lệch chuẩn; U = Mann-Whitney. * $p < 0,05$.*

Mức độ triệu chứng hồi cứu ở tháng nặng nhất cao hơn có ý nghĩa so với tháng vừa qua trên cả bốn lĩnh vực triệu chứng. Nhóm Xâm nhập có chênh lệch lớn nhất ($+0,43$; $Z = 2,74$; $p = 0,006$), tiếp theo là Kích thích-phản ứng ($+0,31$; $p = 0,014$), Nhận thức-cảm xúc ($+0,32$; $p = 0,015$) và Né tránh ($+0,25$; $p = 0,020$) (Bảng 4).

Bảng 4. Biến động mức độ triệu chứng PTSD giữa tháng nặng nhất và tháng vừa qua

Triệu chứng (Nhóm DSM-5)	Tháng nặng nhất TB $\pm$ ĐLC	Tháng vừa qua TB $\pm$ ĐLC	Chênh lệch TB	Z	p
Xâm nhập (B)	$1,64 \pm 1,25$	$1,21 \pm 1,17$	$+0,43$	2,74	0,006*
Né tránh (C)	$1,22 \pm 1,31$	$0,97 \pm 1,15$	$+0,25$	2,33	0,020*
Nhận thức-cảm xúc (D)	$0,91 \pm 1,24$	$0,59 \pm 1,02$	$+0,32$	2,43	0,015*
Kích thích-phản ứng (E)	$1,72 \pm 1,53$	$1,41 \pm 1,38$	$+0,31$	2,46	0,014*

*Ghi chú: TB = trung bình; ĐLC = độ lệch chuẩn; Z = Wilcoxon signed-rank. Chênh lệch dương = tháng nặng nhất cao hơn tháng vừa qua. * $p < 0,05$.*

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này bổ sung bằng chứng từ nghiên cứu cộng đồng về đặc điểm thời gian của triệu chứng PTSD ở người cao tuổi Việt Nam sử dụng phiên bản tiếng Việt của Bảng kiểm PCL-5. Nghiên cứu ghi nhận ba điểm đáng chú ý. Thứ nhất, phần lớn (84,6%) người có triệu chứng PTSD báo cáo khởi phát muộn. Thứ hai, nhóm khởi phát tức thì có mức độ triệu chứng nặng hơn, đặc biệt ở nhóm né tránh. Thứ ba, mức độ triệu chứng thay đổi theo thời gian và có xu hướng cao hơn ở thời điểm nặng nhất.

Tỷ lệ 84,6% khởi phát muộn trong mẫu nghiên cứu cao hơn rất nhiều so với ước tính qua phân tích tổng hợp ở quần thể đa tuổi (khoảng 5,6%) và cả các quần thể phơi nhiễm

sang chấn nặng đã được báo cáo, nên cần diễn giải thận trọng [1]. Một số yếu tố có thể giải thích: mẫu gồm những người trải nghiệm nhiều sang chấn suốt đời; thời điểm khởi phát được xác định qua tự báo cáo hồi cứu, có thể chịu sai lệch nhớ lại; và việc dùng công cụ sàng lọc thay vì phỏng vấn chẩn đoán có thể bao gồm cả những trường hợp dưới ngưỡng. Trong bối cảnh người cao tuổi Việt Nam, tâm lý kỳ thị bệnh tâm thần và xu hướng kìm nén cảm xúc trong văn hóa Á Đông có thể khiến triệu chứng bị che giấu suốt nhiều thập kỷ, chỉ bộc lộ khi các cơ chế đối phó suy kiệt theo tuổi tác [6, 7].

Nhóm khởi phát tức thì có điểm PCL-5 tổng và điểm né tránh cao hơn rõ rệt so với nhóm muộn. Kết quả này phù hợp với các báo cáo cho

thấy phản ứng sang chấn tức thì mạnh hơn, cho thấy mức độ triệu chứng nặng hơn [3, 5]. Né tránh nổi bật ở nhóm tức thì gợi ý vai trò chiến lược điều hòa cảm xúc chủ đạo sớm sau sang chấn. Điểm né tránh thấp hơn ở nhóm muộn có ý nghĩa lâm sàng: quy trình chẩn đoán dựa nhiều vào tiêu chí né tránh có thể bỏ sót PTSD khởi phát muộn ở người cao tuổi [4]. Triệu chứng xâm nhập duy trì ở mức tương đối cao ở cả hai nhóm, cho thấy đây là thành phần cốt lõi và bền bỉ của PTSD, có thể kéo dài nhiều năm và tái xuất hiện ngay cả sau khi dường như đã thuyên giảm [3, 4].

Mức độ triệu chứng thặng nặng nhất cao hơn rõ rệt so với thặng vừa qua trên cả bốn lĩnh vực, phù hợp với nhận định rằng PTSD thường diễn biến theo kiểu tái phát-thuyên giảm thay vì quỹ đạo ổn định, và biến động tuổi già là hiện tượng khá phổ biến [5]. Gánh nặng bệnh mạn tính, mất người thân và suy giảm chức năng có thể tái kích hoạt ký ức sang chấn [6, 4]; suy giảm nhận thức thần kinh làm suy yếu khả năng điều hòa cảm xúc [4]. Chênh lệch lớn nhất ở ký ức xâm nhập phù hợp với vai trò trung tâm của triệu chứng này trong các mô hình lý thuyết về PTSD [2, 8]. Đáng lưu ý, rối loạn giấc ngủ duy trì mức cao cả ở thặng nặng nhất và thặng vừa qua, gợi ý đây là triệu chứng dai dẳng cần được can thiệp đặc hiệu.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Cỡ mẫu phân nhóm nhỏ (đặc biệt nhóm khởi phát tức thì, $n = 4$) hạn chế sức mạnh thống kê. Đánh giá hồi cứu thặng nặng nhất có thể chịu sai lệch nhớ lại. Ngoài ra, giá trị tâm trắc của phiên bản PCL-5 tiếng Việt chưa được đánh giá trên mẫu nghiên cứu này, nên kết quả sàng lọc cần được diễn giải thận trọng. Không có phân tích đa biến kiểm soát yếu tố gây nhiễu. Mẫu giới hạn ở hai tỉnh nông thôn, chưa đại diện cho người cao tuổi thành thị. Do thiết kế cắt ngang, nghiên cứu chưa thể xác định mối quan hệ nhân-quả giữa đặc điểm sang chấn và khởi phát muộn.

V. KẾT LUẬN

Trong mẫu người cao tuổi cộng đồng Việt Nam có tiền sử phơi nhiễm sang chấn, 8,6% đạt ngưỡng triệu chứng PTSD có ý nghĩa lâm sàng ($PCL-5 \geq 11$). Phần lớn (84,6%) báo cáo khởi phát muộn. Nhóm khởi phát tức thì có mức độ triệu chứng nặng hơn, đặc biệt ở nhóm né tránh. Mức độ triệu chứng biến động rõ rệt theo thời gian, với mức nghiêm trọng thặng nặng nhất cao hơn thặng vừa qua trên cả bốn nhóm DSM-5. Kết quả cho thấy PTSD ở người cao tuổi không phải là tình trạng cố định mà có sự thay đổi theo

thời gian, nhấn mạnh sự cần thiết của sàng lọc định kỳ và theo dõi dọc thay vì đánh giá một lần duy nhất.

VI. KIẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả, chúng tôi đề xuất:

(1) Lồng ghép sàng lọc PTSD định kỳ vào chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người cao tuổi có tiền sử sang chấn, sử dụng PCL-5 phiên bản tiếng Việt (điểm cắt ≥ 11) làm công cụ sàng lọc cộng đồng.

(2) Triển khai chương trình theo dõi dọc triệu chứng liên quan đến sang chấn ở quần thể già hóa, lưu ý đặc biệt đến hiện tượng khởi phát muộn và biến động triệu chứng.

(3) Không nên dựa quá nhiều vào tiêu chí né tránh để loại trừ PTSD ở người cao tuổi, vì nhóm khởi phát muộn có thể biểu hiện né tránh thấp. Cần cảnh giác khi bệnh nhân có ký ức xâm nhập, rối loạn giấc ngủ hoặc cảm xúc tiêu cực dù không né tránh rõ.

(4) Cần có nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế theo dõi dọc tiến cứu và mở rộng địa bàn đến khu vực thành thị để khẳng định và mở rộng kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Utzon-Frank N, Breinegaard N, et al. Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scand. J. Work. Environ. Health*. 2014;40:215–229.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5) 2013.
3. Andrews B, Brewin CR, et al. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am. J. Psychiatry*. 2007;164:1319–1326.
4. Pless Kaiser A, Cook JM, et al. Posttraumatic stress disorder in older adults: a conceptual review. *Clin. Gerontol*. 2019;42:359–376.
5. Pietrzak RH, Van Ness PH, et al. Trajectories of posttraumatic stress symptomatology in older persons affected by a large-magnitude disaster. *J. Psychiatr. Res.* 2013;47:521–526.
6. Kovnick MO, Young Y, et al. The impact of early life war exposure on mental health among older adults in northern and central vietnam. *J. Health Soc. Behav.* 2021;62:526–544.
7. Nagulendran A, Jobson L. Exploring cultural differences in the use of emotion regulation strategies in posttraumatic stress disorder. *Eur. J. Psychotraumatology*. 2020;11:1729033.
8. Blevins CA, Weathers FW, et al. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *J. Trauma. Stress*. 2015;28:489–498.