

chiếm đa số (97.4%)

V. KẾT LUẬN

Nhiễm MG chủ yếu gặp ở nam giới trẻ tuổi, sống ở thành thị. Nhiễm MG có liên quan đến thói quen sử dụng bao cao su, số lượng bạn tình. Số lượng bạn tình của nam giới cao hơn nữ giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (WHO).** Sexually transmitted infections (STIs). [online] Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)) [Accessed 10 August 2025]
2. **Cazanave C, Manhart LE, Bébéar C.** Mycoplasma genitalium, an emerging sexually transmitted pathogen. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2012;42(9):381-392. doi:10.1016/j.medmal.2012.05.006
3. **Centers for Disease Control and Prevention.** Mycoplasma genitalium - STI Treatment Guidelines. [online] Available at: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/mycoplasmagenitalium> [Accessed 10 August 2025]
4. **Mitjà O, Suñer C, Giacani L, et al.** Treatment of bacterial sexually transmitted infections in Europe: gonorrhoea, Mycoplasma genitalium, and syphilis. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2023;34:100737. doi:10.1016/j.lanepe.2023.100737
5. **Cheng, C., Chen, X., Song, Y. et al.** Genital mycoplasma infection: a systematic review and

meta-analysis. *Reprod Health* 20, 136 (2023). doi: 10.1186/s12978-023-01684-y

6. **Trương Việt, H., & Lê Huyền, M.** (2022). Nhiễm Mycoplasma genitalium trên bệnh nhân đến khám và tư vấn về các bệnh lây truyền qua đường tình dục tại bệnh viện da liễu trung ương. *Tạp Chí Da liễu học Việt Nam*, (37). doi: 10.56320/tcdlhn.37.24.
7. **Nguyễn Thị Huyền, T., Nguyễn Thị Phương, H., Lê Hữu, D., Hoàng Thị, P., Nguyễn Khắc, Q., & Lê Huyền, M.** (2023). Xác định tác nhân nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục bằng xét nghiệm lai phân tử. *Tạp Chí Da liễu học Việt Nam*, (40). doi: 10.56320/tcdlhn.40.104
8. **Baumann L, Cina M, Egli-Gany D, et al.** Prevalence of Mycoplasma genitalium in different population groups: systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2018;94(4):255-262. doi: 10.1136/sextrans-2017-053384
9. **Sonnenberg P, Ison CA, Clifton S, et al.** Epidemiology of Mycoplasma genitalium in British men and women aged 16-44 years: evidence from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Int J Epidemiol*. 2015;44(6):1982-1994. doi:10.1093/ije/dyv194
10. **Zheng B jie, Yin Y ping, Xiang Z, et al.** An epidemiological study of Mycoplasma genitalium infections among males attending a sexually transmitted disease clinic in Guangxi, China. *Jpn J Infect Dis*. 2014;67(1): 17-21. doi:10.7883/yoken.67.17

U THẦN KINH NỘI TIẾT NGUYÊN PHÁT TẠI TUYẾN ỨC: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Hồ Thị Hồng Phát¹, Trần Hương Giang^{1,2},
Lê Phi Long², Nguyễn Đức Duy²

TÓM TẮT

U thần kinh nội tiết tuyến ức (tNETs) là một bệnh lý ác tính hiếm gặp. Việc chẩn đoán thường gặp nhiều thách thức do chồng lấp về đặc điểm hình thái học với các u trung thất khác, đặc biệt là u tuyến ức. Bài báo này trình bày một trường hợp bệnh nhân nữ, 48 tuổi, nhập viện vì đau ngực và khó thở, với chẩn đoán ban đầu dựa trên sinh thiết lõi là u tuyến ức tuýp A không điển hình. Hình ảnh học ghi nhận một khối u lớn ở trung thất trước với đặc điểm bắt thuốc không đồng nhất và có hoại tử trung tâm. Tuy nhiên, chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là u thần kinh nội tiết tuyến ức, độ 3. Chẩn đoán này được khẳng định dựa trên khảo sát vi thể và kết quả hóa mô miễn dịch bổ sung

ghi nhận u biểu hiện các dấu ấn thần kinh nội tiết (CD56, Synaptophysin, Chromogranin A), vốn không được thực hiện trong chẩn đoán ban đầu. Qua đó nhấn mạnh những chạm bẫy tiềm tàng trong chẩn đoán tNETs trên mẫu sinh thiết nhỏ và tầm quan trọng của việc đưa các dấu ấn thần kinh nội tiết vào bộ xét nghiệm ban đầu đối với các khối u trung thất có hình thái không điển hình, nhằm đảm bảo chẩn đoán chính xác, định hướng điều trị phù hợp và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

Từ khóa: u thần kinh nội tiết, tuyến ức

SUMMARY

THYMIC NEUROENDOCRINE TUMOR: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Thymic neuroendocrine tumors (tNETs) are rare malignancies whose diagnosis is often challenging due to morphological overlaps with other mediastinal neoplasms, particularly thymoma. This report presents the case of a 48-year-old female patient presenting with chest pain and dyspnea, who was initially diagnosed with atypical type A thymoma based on a core needle biopsy. Imaging studies revealed a large

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Duy

Email: duy.nd1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

anterior mediastinal mass with heterogeneous enhancement and central necrosis. However, the definitive diagnosis following complete surgical resection of the tumor was a grade 3 thymic neuroendocrine tumor. This was confirmed by a more comprehensive microscopic examination and supplementary immunohistochemical analysis, which demonstrated strong positivity for neuroendocrine markers (CD56, Synaptophysin, Chromogranin A) that were not included in the initial workup. This case highlights the potential pitfalls in diagnosing tNETs from small biopsy samples and underscores the importance of including neuroendocrine markers in the initial diagnostic panel for mediastinal tumors with atypical features. This practice is crucial for ensuring an accurate diagnosis, guiding appropriate therapeutic strategies, and improving patient prognosis.

Keywords: neuroendocrine tumor, thymus

I. TỔNG QUAN

U thần kinh nội tiết ở tuyến ức (neuroendocrine tumors of thymic - tNETs) là một nhóm bệnh lý ác tính hiếm gặp, chỉ chiếm từ 2 đến 5% trong tổng số các khối u có nguồn gốc từ tuyến ức và chỉ 0,4% trong tất cả tân sinh thần kinh nội tiết (1). Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm ước tính chỉ khoảng 0,02 trên 100 000 người, phổ biến ở nam giới hơn so với nữ giới (2). Bên cạnh tần suất bệnh hiếm gặp, tNETs là khối u với diễn tiến sinh học xâm lấn tại chỗ và di căn xa, đưa đến tiên lượng xấu hơn đáng kể so với các loại u tuyến ức khác như u tuyến ức (thymoma) (3).

Trên lâm sàng, thực hành chẩn đoán tNETs đặt ra nhiều thách thức, đặc biệt là trên mẫu sinh thiết trước phẫu thuật. Những thách thức này bắt nguồn từ sự chồng lấp về đặc điểm hình thái học giữa tNETs và các khối u trung thất khác, nổi bật nhất là thymoma, đặc biệt là u tuyến ức có thành phần tế bào hình thoi. Sự thiếu hụt thông tin lâm sàng, các đặc điểm không đặc hiệu trên hình ảnh học và việc không thực hiện đầy đủ bộ xét nghiệm hóa mô miễn dịch trên mẫu sinh thiết ban đầu có thể dẫn đến chẩn đoán sai, ảnh hưởng trực tiếp đến chiến lược điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

Trong bối cảnh đó, chúng tôi báo cáo một trường hợp u thần kinh nội tiết không điển hình ở tuyến ức trên một bệnh nhân nữ. Ca bệnh này ban đầu được chẩn đoán là u tuyến ức tuýp A không điển hình dựa trên mẫu sinh thiết lõi. Mục tiêu của báo cáo này là làm nổi bật những cạm bẫy tiềm ẩn trong chẩn đoán trên mẫu mô sinh thiết nhỏ, nhấn mạnh vai trò của bộ hóa mô miễn dịch ban đầu, từ đó rút ra bài học kinh nghiệm trong tiếp cận và chẩn đoán khối u trung thất trước.

II. BÁO CÁO CA

2.1. Bệnh sử và tiền căn. Bệnh nhân nữ, 48 tuổi, nhập viện vì đau ngực từng cơn trong khoảng 1 năm. Ba tuần trước khi nhập viện, các triệu chứng đau ngực trở nên trầm trọng hơn, kèm theo khó thở nhẹ và giảm khả năng gắng sức. Bệnh nhân đã được khám tại một cơ sở y tế tuyến trước và chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) ngực, ghi nhận một khối u ở trung thất.

Về tiền căn, bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu trên thất cách đây 4 năm và đã được điều trị bằng phương pháp đốt điện. Bệnh nhân cũng đang được điều trị nội khoa viêm loét dạ dày – tá tràng.

2.2. Khám lâm sàng. Bệnh nhân có sinh hiệu ổn, chỉ số khối cơ thể (BMI) trong giới hạn bình thường, không ghi nhận triệu chứng thực thể nào có liên quan trực tiếp đến khối u.

2.3. Chẩn đoán hình ảnh. CT-scan ngực có cản quang ghi nhận ở trung thất trước có khối choán chỗ kích thước 13x9x8cm. Tổn thương chủ yếu thành phần đặc, bắt thuốc mạnh không đồng nhất, giới hạn rõ (Hình 1). Kết luận trên CT – Scan là u trung thất trước nghi ác tính.

Trên hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) ghi nhận trung tâm tổn thương có vùng hoại tử, hóa dịch, hiện diện các nhánh mạch máu tân sinh. Khi khảo sát tương quan với các cấu trúc lân cận trên MRI, tổn thương này dính màng tim, màng phổi trái, tiếp xúc động mạch chủ lớn, chèn ép gây xẹp thân động mạch phổi, động mạch phổi trái, tiếp xúc tiểu nhĩ trái, chèn ép nặng nhu mô phổi và gây xẹp phổi cạnh tổn thương. Không hiện diện hạch lớn vùng trung thất cũng như bất thường thành ngực. Kết luận trên MRI là nghi ngờ u tuyến ức nguy cơ cao, chẩn đoán phân biệt với carcinôm tuyến ức hoặc lymphôm.

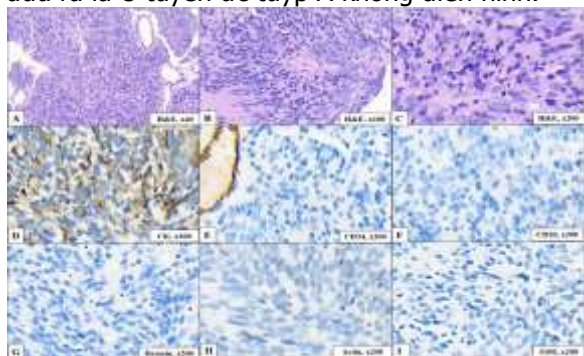
Xét nghiệm máu ghi nhận giảm calci và magie máu.



Hình 1: CT-scan ngực có cản quang ghi nhận tổn thương bất thường không đồng nhất, chèn ép động mạch phổi trái, thân động mạch phổi

2.4. Chẩn đoán trên mẫu sinh thiết. Bệnh nhân được tiến hành sinh thiết u trung thất. Mẫu sinh thiết hiện diện các tế bào hình

thoi với tỷ lệ nhân trên bào tương cao, tập hợp thành các ổ với bờ viền không đều, có vùng tạo cấu trúc dạng hoa hồng (rosette). Mô đệm u thấm nhập rải rác lympho bào nhỏ. Tế bào u dương tính rải rác với CK, âm tính với p63, CD34, CD20, Desmin, Actin, S100 (Hình 2). Dựa trên các đặc điểm hình thái và kết quả hóa mô miễn dịch ban đầu, chẩn đoán giải phẫu bệnh được đưa ra là U tuyến ức tuýp A không điển hình.



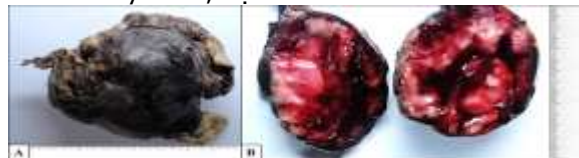
Hình 2: Đặc điểm vi thể mẫu sinh thiết

Mẫu thứ hiện diện các tế bào hình thoi sắp xếp thành các ổ, các đám (Hình A), có vùng tạo cấu trúc hoa hồng (Hình B). Tế bào u dạng hình thoi với nhân tăng sắc, tỷ lệ nhân trên bào tương cao, có vùng nhân bong, hạt nhân không rõ, mô đệm u thấm nhập rải rác lympho bào (Hình C). Tế bào u dương tính với CK (Hình D), âm tính với CD34, CD20, Desmin, Actin, S100 (Hình E-I), âm tính với p63 (không thể hiện).

2.5. Diễn tiến phẫu thuật và chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ. Bệnh nhân được phẫu thuật chế xương ức để cắt bỏ khối u. Trong quá trình phẫu thuật, ghi nhận khối u nằm ở trung thất trước lệch trái, mặt độ chắc, di động kém và dính vào thùy trên phổi trái. Tuy nhiên, khối u không dính vào các cấu trúc quan trọng như màng tim, tĩnh mạch vô danh hay động mạch phổi.

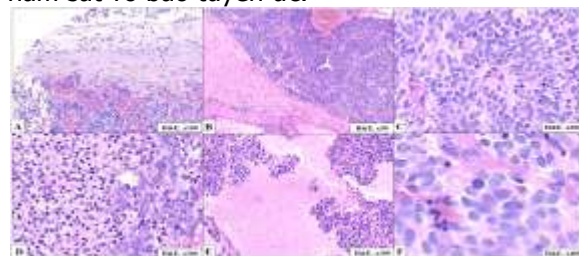
Trên đại thể, khối u có kích thước 95x74x67mm, mặt cắt không đồng nhất, màu trắng, mềm và rải rác nhiều vùng xuất huyết (Hình 3). Trên vi thể, khi khảo sát rộng toàn bộ khối u ghi nhận hình thái tế bào phức tạp hơn. Mô u gồm hai dân số tế bào, dân số thứ nhất là các tế bào dạng biểu mô với nhân tròn, khá đồng nhất, chất nhiễm sắc thô, và dân số thứ hai chiếm ưu thế gồm các tế bào hình thoi có tỷ lệ nhân trên bào tương cao và chất nhiễm sắc thô dạng "muối tiêu". Các tế bào u sắp xếp thành các ổ với bờ viền không đều, có vùng tạo cấu trúc hoa hồng rõ rệt. Hiện diện 7 phân bào trên 10 quang trường lớn và hoại tử u chiếm khoảng 5% khối u. Các tế bào u cách vỏ bao dưới 1mm (Hình 4).

Mô u trên bệnh phẩm phẫu thuật được khảo sát thêm bằng hóa mô miễn dịch. Kết quả ghi nhận cả hai thành phần tế bào đều dương tính mạnh và lan tỏa với các dấu ấn thần kinh nội tiết bao gồm CD56, Synaptophysin, và Chromogranin A. Chỉ số tăng sinh Ki-67 là 30% (Hình 5). Chẩn đoán cuối cùng được xác định là U thần kinh nội tiết của tuyến ức, độ 3.



Hình 3: Đặc điểm đại thể khối u

Mô u có mặt cắt không đồng nhất, màu trắng, mềm, rải rác nhiều vùng xuất huyết. U có giới hạn không rõ với mô tuyến ức xung quanh, nằm sát vỏ bao tuyến ức.



Hình 4: Đặc điểm vi thể

Tế bào u cách vỏ bao dưới 1mm (Hình A), gồm các ổ tế bào với bờ viền không đều, ngăn cách nhau bởi các vách mô sợi (Hình B), có vùng tạo thành cấu trúc rosette (Hình C). Hiện diện hai dân số tế bào u, dân số (1) là tế bào dạng biểu mô với nhân tròn, khá đồng nhất (Hình D, bên trái), dân số (2) chiếm ưu thế hơn là tế bào hình thoi với tỷ lệ nhân trên bào tương cao, nhân bong, hạt nhân không rõ (Hình D, bên phải). Hiện diện hoại tử u (Hình E), phân bào bất thường (Hình F).



Hình 5: Đặc điểm biểu hiện hóa mô miễn dịch của hai thành phần tế bào u, thành phần dạng biểu mô bên trái và thành phần tế bào hình thoi bên phải, hai thành phần tế bào đều dương tính với CD56 (hình A), Synaptophysin (hình B), Chromogranin A (hình C), Ki-67 30%

2.6. Điều trị và diễn tiến điều trị. Sau phẫu thuật cắt bỏ u tuyến ức, bệnh nhân được chụp CT-scan ngực đánh giá lại, ghi nhận không còn mô u.

III. BÀN LUẬN

U thần kinh nội tiết tuyến ức (tNETs) là một tân sinh biểu mô thần kinh nội tiết có nguồn gốc tuyến ức với đặc điểm nhân độ thấp, được phân loại theo hệ thống của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thành hai nhóm chính bao gồm u thần kinh nội tiết điển hình (typical carcinoid, TC) và u thần kinh nội tiết không điển hình (atypical carcinoid, AC, bao gồm u thần kinh nội tiết độ 2 và độ 3). Việc phân nhóm dựa vào số lượng phân bào và sự hiện diện của hoại tử, có ý nghĩa tiên lượng quan trọng (4).

Về mặt lâm sàng, tNET thường gặp hơn ở nam giới, khoảng một phần ba bệnh nhân không có triệu chứng tại thời điểm chẩn đoán và chỉ được phát hiện trên chụp X-quang ngực qua các đợt khám sức khỏe định kỳ (3). Các triệu chứng lâm sàng thường liên quan đến hiệu ứng khối choán chỗ như ho, đau ngực, khó thở, hoặc hội chứng tĩnh mạch chủ trên (2, 3). Khoảng 30-50% các trường hợp có thể liên quan đến các hội chứng cận ung thư do hormone, phổ biến nhất là hội chứng Cushing do tiết ACTH lạc chỗ, thứ hai là tăng calci máu (do tiết PTHrP tại chỗ) (3). Trường hợp ca bệnh của chúng tôi là bệnh nhân nữ, biểu hiện triệu chứng cơ năng do khối u lớn, nhưng không có hội chứng nội tiết rõ ràng, kèm tình trạng hạ calci và magie máu không đặc hiệu.

Trên hình ảnh học, AC thường xuất hiện dưới dạng khối kích thước lớn, giảm tỷ trọng trung tâm do hiện diện hoại tử hoặc xuất huyết, nằm ở trung thất trước. U có bờ không đều, xu hướng xâm lấn cấu trúc xung quanh như màng tim, các mạch máu lớn (2, 3). Ca bệnh của chúng tôi ghi nhận khối u kích thước 13cm ở trung thất trước, tuy nhiên có sự không tương xứng giữa đánh giá xâm lấn trên MRI (đỉnh màng tim) và phát hiện thực tế trong phẫu thuật (không dính), từ đó nhấn mạnh những khó khăn trong việc đánh giá chính xác giai đoạn bệnh trước mổ và tầm quan trọng của đánh giá trên Giải phẫu bệnh để có kết luận chính xác về giai đoạn bệnh.

Các đặc điểm giải phẫu bệnh của tNET bao gồm các tế bào u đồng dạng, nhân tròn nhỏ, chất nhiễm sắc dạng muối tiêu, tạo các cấu trúc dạng hoa hồng, ổ đặc, dạng tuyến hoặc dạng hàng rào (5). Trong AC, u thường hiện diện hoại tử, nhân dị dạng hơn và nhiều phân bào hơn nhưng không đủ để chẩn đoán carcinôm (từ 10 phân bào trở xuống trên diện tích 2mm²) (4). Ca bệnh của chúng tôi là một minh họa điển hình cho các thách thức và cạm bẫy trong việc chẩn

đoán phân biệt tNET với u tuyến ức, đặc biệt là trên một mẫu sinh thiết có sự hạn chế về số lượng mô u. Thứ nhất, tồn tại sự chồng lấp đáng kể về đặc điểm hình thái học giữa hai thực thể. U tuyến ức tuýp A được đặc trưng bởi các tế bào biểu mô hình thoi với nhân đều, không dị dạng và chỉ số phân bào thấp. Tuy nhiên, u thần kinh nội tiết tuyến ức (tNET) cũng có thể biểu hiện biến thể tế bào hình thoi. Ngoài ra, các cấu trúc dạng hoa hồng (rosette) và hiện tượng thâm nhập lympho bào đều có thể được quan sát ở cả hai loại u, làm tăng thêm thách thức cho chẩn đoán dựa trên hình thái học thuần túy. Thứ hai, bộ hóa mô miễn dịch ban đầu còn hạn chế trong khả năng phân biệt hai thực thể này. Các dấu ấn như CK+, p63-, CD34-, CD20-, Desmin-, Actin-, và S100- chủ yếu có giá trị loại trừ các u khác của trung thất, bao gồm u tế bào mầm, lymphôm và u trung mô, nhưng không đủ độ đặc hiệu để phân biệt u tuyến ức tuýp A với tNET. Một thiếu sót quan trọng trong tiếp cận chẩn đoán ban đầu là việc không thực hiện các dấu ấn thần kinh nội tiết đặc hiệu. Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, chẩn đoán xác định tNET chỉ đạt được trên mẫu phẫu thuật cắt trọn, khi phân tích mô bệnh học đầy đủ và bổ sung hóa mô miễn dịch đặc hiệu được tiến hành.

Về mặt lâm sàng và hình ảnh học, cần nghĩ đến u thần kinh nội tiết ở tuyến ức khi gặp một khối u lớn ở trung thất trước, đặc biệt khi có các đặc điểm như bắt thuốc không đồng nhất, hoại tử trung tâm hoặc xuất huyết. Các triệu chứng do hiệu ứng khối choán chỗ như đau ngực và khó thở cũng là những dấu hiệu gợi ý. Trên giải phẫu bệnh, khi khối u có hình thái không điển hình của u tuyến ức như hiện diện tế bào hình thoi kèm dạng hoa hồng, hiện diện phân bào, hoại tử u, và có biểu hiện bất thường trên hóa mô miễn dịch, như dương tính yếu / âm tính với CK và P63, việc đưa các dấu ấn thần kinh nội tiết vào bộ khảo sát hóa mô miễn dịch ban đầu là nên làm, giúp tránh bỏ sót tNETs – một chẩn đoán có tiên lượng khác với u tuyến ức.

Điều trị tNETs độ 3 ở nữ là một thách thức lớn. Phẫu thuật cắt bỏ u là điều trị nền tảng trong bối cảnh bệnh còn khu trú và có thể phẫu thuật được (6). Vai trò của hóa trị và xạ trị cần được cân nhắc kỹ lưỡng, đặc biệt là ở bệnh nhân nữ, do một số nghiên cứu chỉ ra hiệu quả kém hơn và thậm chí là tiên lượng xấu hơn đối với nữ giới khi điều trị hóa trị truyền thống (6). Bệnh nhân của chúng tôi sau phẫu thuật cắt khối u ghi nhận đã giảm các triệu chứng lâm sàng, khảo sát lại trên CT-scan ngực sau phẫu thuật 1

tháng, bệnh nhân không còn u trong trung thất, kèm quá trình phẫu thuật ghi nhận không vỡ u, trên giải phẫu bệnh ghi nhận u chưa xâm lấn qua vỏ bao tuyến ức, bệnh nhân được tư vấn theo dõi và chụp CT-scan ngực đánh giá lại sau 3 tháng tiếp theo và không cần xạ trị bổ sung.

IV. KẾT LUẬN

U thần kinh nội tiết không điển hình là nhóm u có hành vi sinh học diễn tiến ác tính với xâm lấn tại chỗ và di căn xa, tuy nhiên tổn thương này dễ bị bỏ sót chẩn đoán trên mẫu sinh thiết nhỏ. Việc đưa các dấu ấn thần kinh nội tiết vào quy trình chẩn đoán thường quy cho các khối u này là quan trọng để đảm bảo chẩn đoán chính xác, từ đó định hướng chiến lược điều trị phù hợp và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Strobel P, Marchevsky A, Marom E, Pelosi G.** Thymic neuroendocrine neoplasms. Introduction. In: Board WCoTE, editor. Thoracic tumours. 5.

5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2021. p. 389.

2. **Piórek A, Plużański A, Kowalski DM, Krzakowski MJC.** Recent Clinical and Molecular Advances in the Management of Thymic Carcinoids: A Comprehensive Review. 2025; 17(12):1975.
3. **Gaude GS, Hattiholi V, Malur PR, Hattiholi JJNMJ.** Primary neuroendocrine carcinoma of the thymus. 2013;54(1).
4. **Strobel P MA, Nicholson AG, Osamura RY.** Thymic neuroendocrine neoplasms. Neuroendocrine tumours. In: Board WHOCOTe, editor. Thoracic tumours. 5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2021. p. 391.
5. **Fletcher CDM.** Diagnostic histopathology of tumors. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021. Available from: <https://www.clinicalkey.com.au/dura/browse/bookChapter/3-s2.0-C20141049691>.
6. **Cheng Z, Yu F, Chen R, Cui L, Chen Y, Deng C, et al.** Treatment, Prognostic Markers, and Survival in Thymic Neuroendocrine Tumors, with Special Reference to Temozolomide-Based Chemotherapy. 2024;16(14):2502.

MỨC ĐỘ CĂNG THẺNG TÂM LÝ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH XEP ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG TRƯỚC VÀ SAU BƠM CEMENT SINH HỌC

Doãn Ngọc Linh^{1,2}, Phạm Thị Thu Hường², Hoàng Gia Du³

TÓM TẮT

Căng thẳng tâm lý thường gặp ở người bệnh đau, hạn chế vận động cột sống, dẫn đến lo lắng và căng thẳng. Mức độ căng thẳng tâm lý ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của người bệnh xẹp đốt sống sau bơm cement. Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định mức độ căng thẳng tâm lý và các yếu tố liên quan đến mức độ căng thẳng tâm lý trước và sau bơm cement sinh học. Kết quả cho thấy mức độ căng thẳng tâm lý ở 95 người sau bơm cement giảm rõ rệt ở thời điểm 1 và 3 tháng và tương quan với mức độ đau. Các yếu tố giới tính, T-score có liên quan chặt chẽ tới mức độ căng thẳng tâm lý của người bệnh. **Từ khóa:** căng thẳng tâm lý, xẹp đốt sống do loãng xương, tạo hình đốt sống, BSRS-5, yếu tố liên quan.

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND RELATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC VERTEBRAL COPRESSION

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Vinmec Smart City

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hường

Email: phamhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

FRACTURES BEFORE AND AFTER PERCUTANEOUS VERTEBROPLASTY

Psychological stress is common in patients with pain and limited spinal mobility, leading to anxiety and stress. The level of psychological stress affects the recovery process of patients with vertebral collapse after cement injection. The study was conducted to determine the level of psychological stress and factors related to the level of psychological stress before and after biological cement injection. The results showed that the level of psychological stress in 95 people after cement injection decreased significantly at 1 and 3 months and correlated with the level of pain. Gender and T-score factors were closely related to the level of psychological stress of the patients. **Keywords:** psychological distress, osteoporotic vertebral compression fractures, percutaneous vertebroplasty, 5-item Brief Symptom Rating Scale, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng già hóa dân số và sự chuyển dịch mô hình bệnh tật đang đặt ra thách thức lớn đối với hệ thống y tế toàn cầu và Việt Nam. Trong đó, xẹp đốt sống (XDS) là một biến chứng của bệnh loãng xương (LX) ngày càng phổ biến, đặc biệt ở người cao tuổi. Tại Mỹ, tỷ lệ mới mắc XDS do LX ở nam và nữ lần lượt là 5,7 và 10,7/1000 dân.¹ Các nghiên cứu chỉ ra rằng XDS do LX gây suy giảm chức năng vận động, rối loạn hoạt