LÃO HÓA THẬN VÀ CHẨN ĐOÁN BỆNH THẬN MẠN Ở NGƯỜI CAO TUỔI

BS NGUYỄN ĐÌNH LINH-LÃO KHOA

NỘI DUNG:

- Phần 1: lão hóa thận ở người cao tuổi
- Phần 2: một số case lâm sàng

PHẦN MỞ ĐẦU:

Định nghĩa :Lão hóa thận là quá trình thay đổi dần dần về cấu trúc và chức năng thận ,diễn ra theo quy lật tự nhiên trong suốt quá trình lão hóa của cơ thể.

Trong thực tế hàng ngày làm sao người Bs phân biệt đúng giữa giảm GFR do lõa hóa sinh lý với bệnh thận mạn tính là rất quan trọng.

Việc chẩn đoán chính xác giúp người thầy thuốc hiểu đúng và không điều trị quá mức,tránh gây hoang mang lo lắng cho bệnh nhân khi được chẩn đoán" Ô …B bị suy thận mạn !".

Abstract

Senescence or normal physiologic aging portrays the expected age-related changes in the kidney as compared to a disease that occurs in some but not all individuals. The micro-anatomical structural changes of the kidney with older age include a decreased number of functional glomeruli from an increased prevalence of nephrosclerosis (arteriosclerosis, glomerulosclerosis, and tubular atrophy with interstitial fibrosis), and to some extent, compensatory hypertrophy of remaining nephrons. Among the macro-anatomical structural changes, older age associates with smaller cortical volume, larger medullary volume until middle age, and larger and more numerous renal cysts.

Elderly patients with CKD are a growing social and economic problem. Early identification and appropriate treatment of CKD in this population may prevent its future expansion. However, current classifications based on various eGFR formulas in the elderly, are like a fishing trawler that captures a lot of "healthy" elderly patients without overt CKD [48]. Overdiagnosis of CKD contributes to overtreatment in the form of unnecessary referrals to nephrologists and unnecessary surgeries for dialysis vascular access among patients unlikely to progress to ESRD. The consequences of underdiagnosis may range from underuse of preventive therapies to poor preparation for eventual treatment of ESRD, including late referrals for HD vascular access placement, peritoneal dialysis, or kidney transplantation. Finding the right balance between overtreatment and undertreatment is challenging but necessary. [128,129].

The association between CKD and cardiovascular disease seen in many epidemiological studies in the elderly might not be causal but just a consequence of the shared risk factors for both conditions [130,131]. The CKD-EPI equation should probably replace the MDRD equation, but the search for better filtration markers and eGFR equations should not stop. Meanwhile, a wiser cut-off level, may be an eGFR lower than 45 mL/min/1.73m^2 measured by the CKD-EPI equation [129]. Incorporation of proteinuria will definitely increase the sensitivity of the screening for CKD [76,132].

MEDIC

LEMENT TO

kidney® INTERNATIONAL

KIDNEY DISEASE · IMPROVING GLOBAL OUTCOMES®

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease

CURRENT CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) NOMENCLATURE USED BY KDIGO

CKD is defined as abnormalities of kidney structure or function, present for a minimum of 3 months, with implications for health. CKD is classified based on Cause, Glomerular filtration rate (GFR) category (G1–G5), and Albuminuria category (A1–A3), abbreviated as CGA.

KDIGO: Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories

GFR categories (ml/min/1.73 m²) Description and range				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red: very high risk. GFR, glomerular filtration rate.

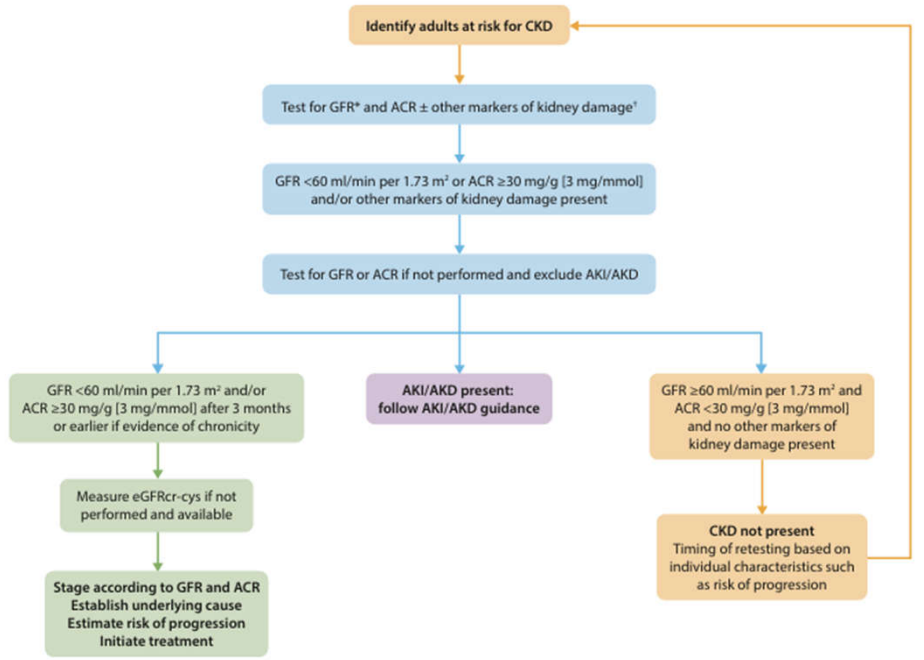


Figure 3 | Screening algorithm for diagnosis and staging of chronic kidney disease (CKD) in adults. Risk factor conditions are listed in Table 5. *For recommended methods to estimate glomerular filtration rate (eGFR), see Section 1.2. †Markers of kidney damage other than albuminuria may also be used to diagnose CKD, but albumin-to-creatinine ratio (ACR) and GFR are still required to determine stage and estimate risk of progression. Acute kidney disease (AKD) is defined by the abnormalities of kidney function and/or structure with implications for health and with a duration of ≤3 months.[28] The orange boxes indicate actions in people at risk for CKD and in whom testing should be performed. The blue boxes indicate testing steps. The green boxes indicate the identification of CKD and its stages and the initiation of treatment. The purple box indicates the identification of AKD/acute kidney injury (AKI). Please also see the Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury.[97]

EQUIVALENT ALBUMINURIA CATEGORIES IN CKD

Category	AER (mg/24 h)	ACR (approximate equivalent) (mg/mmol)	ACR (approximate equivalent) (mg/g)	Terms
A1	<30	<3	<30	Normal to mildly increased
A2	30–300	3–30	30–300	Moderately increased[a]
A3	>300	>30	>300	Severely increased

ACR, albumin-creatinine ratio; AER, albumin excretion rate; CKD, chronic kidney disease.
[a]Relative to the young adult level.

❖ Khi đánh giá chức năng thận ở người cao tuổi cần lưu ý:

Không nên chỉ dựa vào GFR mà cần kết hợp một cách toàn diện giữa các xét nghiệm và hình ảnh học → Xn nước tiểu để tìm Protein niệu hoặc Albumin niệu vì đó là hai chỉ số quan trọng trong đánh giá tổn thương thận. → Siêu âm,CT,MRI thận :đánh giá kích thước và cấu trúc thận → Điện giải đồ và cân bằng acid-base gợi ý bất thường của thận.

❖ Ở người cao tuổi nếu có sự giảm GFR nhẹ,không có protein niệu hoặc không có Albumin niệu và không có bất thường trên hình ảnh thận thì có thể chỉ là lão hóa sinh lý do tuổi .

SUPPLEMENT TO

kidney® INTERNATIONAL

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease

National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

Search PMC Full-Text Archive — Search in PMC

Advanced Search | Journal List | User Guide — New Try this search in PMC Beta Search

Limitations of the present classification system for the elderly

There are various limitations of the present classification system because it leads to over- and misdiagnosis of CKD especially in elderly. It is well known that a decline in GFR occurs with aging, so in the case of the absence of any evidence of a complication of aging, a decline in eGFR below 60 mL/min/1.73m^2 should not be considered as CKD in the elderly [53–55].

Wetzels et al [56] reported that there is a systematic decline in eGFR and mGFR at a level of 7–10 mL/min/1.73m^2 per decade after the age of 30–40 years. In addition, this age dependent decline in eGFR is not associated with the underlying renal morphology [57]. However, findings from a longitudinal study showed that the rate of the decline in GFR with ageing was greater in individuals with hypertension than without [58]. The authors reported a decline in creatinine clearance of 0.75 ml/min/year. However, one-third of subjects enrolled the study had no decline in kidney function and a small number of subjects had even an increase in creatinine clearance [58].

In addition, a moderate decline in GFR with aging may occur as part of "normal aging" [56–58] and for many nephrologists this phenomenon reflects just normal physiology. Although, not all the elderly display a decline in GFR, aged patients with a decline in renal function have probably a genetic predisposition to biological vascular aging and/or increased exposure to cardiovascular risk factors [59]. On the other hand, Gansevoort and Jong [30] suggested that "normal physiology" indicates a kind of benefit and the loss of glomeruli among elderly is not beneficial at all. Moreover, these authors have suggested that there is no strong reason to introduce age-specific cut-off values indicating CKD [30].

Regarding the prevalence of CKD stage 3, around 5–8% of the general population can be defined having CKD stage III (overall higher among elderly), whereas individuals with an eGFR around 45 mL/min/1.73m^2 are at increased risk for all cause mortality in comparison with these with higher eGFR [60,61]. Thus, for many nephrologists it should be better to

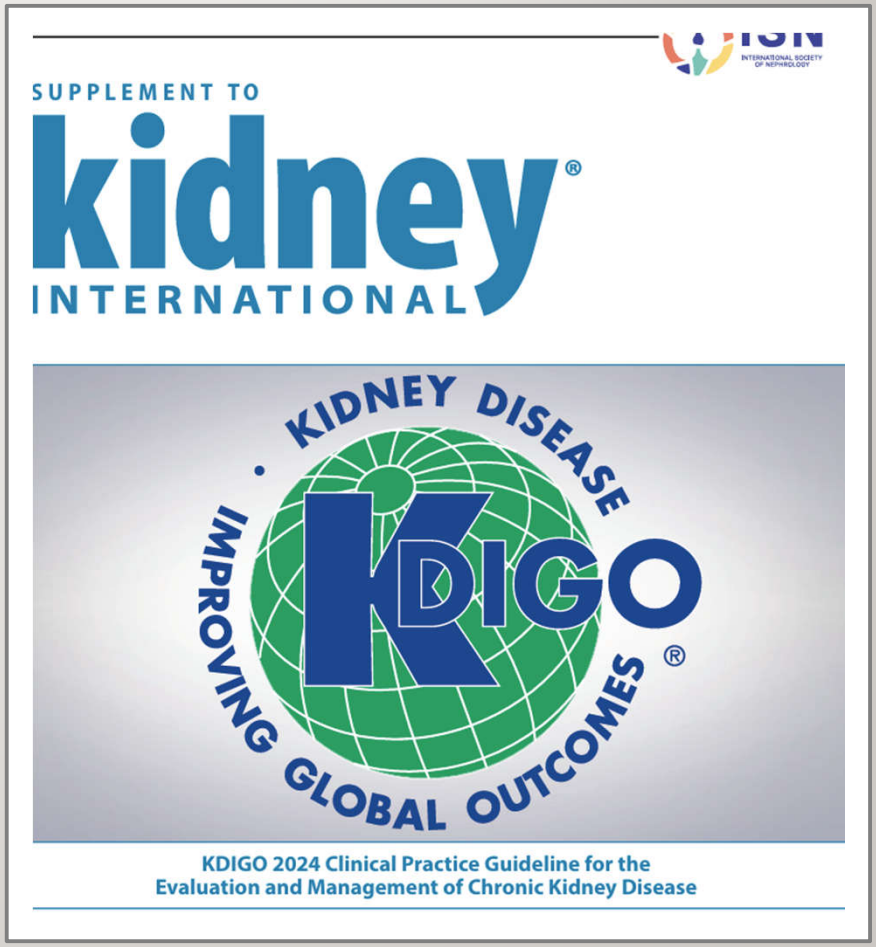
MEDIC

Albuminuria and CKD

The current system for the definition and classification of CKD does not include the presence of albuminuria in stages III–V. Reduced eGFR and/or proteinuria (albuminuria > 30 mg/g of creatinine) indicates a higher risk of kidney failure, cardiovascular disease, cognitive impairment and all-cause mortality in the elderly [65–69]. Moreover, Hemmelgarn et al [70] have investigated the importance of macro-abuminuria on the patients prognosis reporting that proteinuria is a worse prognostic factor in comparison with the reduction of eGFR alone and that there is a synergy between them.

According to the NHANES study, the majority (over 90%) of patients with CKD stages I and II, had only microalbuminuria (30–300 mg per day or 17–250 mg albumin/g creatinine, if men, or 25–350 mg albumin/g creatinine, if female) as a diagnostic criterion [71]. It is well known that microalbuminuria is an independent indicator of cardiovascular disease and morbidity reflecting the systemic endothelial dysfunction [72]. However, microalbuminuria can also be present, or may be influenced by other conditions not necessary "pathological" such as obesity, fever, exercise, aging and inflammation. Recent studies, have shown that patients with microalbuminuria, have an increased risk for ESRD independent of eGFR levels [73,74].

The risk of an elderly person with CKD stage 3 to develop ESRD is around 0.2–0.4% per year and the presence of concomitant proteinuria increases this risk [74]. However, patients with CKD stage 3 without micro- or macro-albuminuria have no increased risk for cardiovascular or renal events [75]. It is important to note that this group of patients constitutes 4–6% of the general population and most of them are elderly. Normoalbuminuric patients with CKD stage 3 have a better prognosis than patients with CKD stage 1 with microalbuminuria [75]. In addition, Tonelli et al [76] in a large cohort study with > 900.000 participants in Canada has reported that heavier levels of proteinuria, regardless of baseline eGFR (low, intermediate, or high), were strongly and independently associated with worse clinical outcomes.



❖ Dưới đây là một số case lâm sàng có thể chỉ là hiện tượng lão hóa thận do tuổi :

(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên: **PHẠM** Phái: **Nữ**
Ngày tháng năm sinh: **1952** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **TỈNH ĐỒNG NAI**
Đơn vị: ***Medic***
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Leucocytes	**Âm tính**	(Âm tính)	
Nitrite	**Âm tính**	(Âm tính)	
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):	.	(particles/µL)	
Red Blood Cells	**11**	(0 - 15)	
Leucocytes	**3**	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	**0**	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	**0**	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	**0**	(0 - 6)	
Uric acid	**0**	(0 - 6)	
Casts	**0**	(0 - 6)	
Epithelial Cells	**8**	(0 - 10)	
Bacteria	**0**	(0 - 130)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC)[1]:	*		*QTSH012*
HbA1c (IFCC)	**38.47**	(20 - 38.80 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	**5.67**	(4.0 - 5.70 %A1c)	
Glucose (mmol/L) (FPG)[1]	**5.82**	(3.90 - 5.60 mmol/L)	*QTSH001*
Glucose (mg/dL)	**104.8**	(70.2 - 100.8 mg/dL)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
hs CRP	***3.65 H***	(≤ 3 mg/L)	*QTSH028*
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum[2]	**1.01**	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	*QTSH027*
eGFR (CKD-EPI)	***59 L***	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)	
LDL Cholesterol[2]	**3.17**	(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	*QTSH093*
	.	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	
Triglycerides[1]	**2.14**	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	*QTSH015*
	.	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
GGT[1]	**25.83**	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	*QTSH004*
SGOT (AST)[1]	**25.99**	(< 35 U/L)	*QTSH005*
SGPT (ALT)[1]	**20.88**	(< 30 U/L)	*QTSH013*
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
Cortisol/Blood/Morning[2] (µg/dL)	**13.40**	(6.02 -18.4 µg/dL)	*QTMD033*
Cortisol (nmol/L)	**369.7**	(166.1 - 507.6 nmol/L)	
TSH u.sensitive (3rd G)[1]	**1.89**	(0.32 -5 µIU/mL)	*QTMD009*
Free T4[2]	**1.58**	(0.71 - 1.85 ng/dL)	*QTMD036*
Troponin-I hs (Abbott)[1]	**10.80**	(M < 34.2 ng/L, F < 15.6 ng/L)	*QTMD011.1*
HBsAg (Định tính, qualitative)[1]	**NEG S/CO 0.550**	(Index <1; S/Co <1)	*QTMD017*
Anti HCV (Định tính, qualitative)[1]	**NEG S/CO 0.051**	(S/Co < 1; Index < 1)	*QTMD018*
V. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST			
HP Test-IgG (Elisa)	**NEG 7.45 U/mL**	(< 20 U/mL: GRAYZONE: 20 - 30)	
HP Test-IgM (Elisa)	**NEG 23.34 U/mL**	(< 30 U/mL: GRAYZONE: 30 - 40)	

Thời gian duyệt: 11:25:14 26/06/2025
Người duyệt: DS.Trần Hoàng Nguyên

In lần 1: 11:25:22 26/06/2025
Trưởng khoa xét nghiệm

TEN XET NGHIEM	KET QUA	KHOANG THAM CHIEU	MA QT
Hb	**12.40**	(12 - 18 g/dL)	
Hct	**36.50**	(35 - 52 %)	
MCV	**91.50**	(80 - 100 fL)	
MCH	**31.00**	(26 - 32 pg)	
MCHC	**33.90**	(32 - 36 g/dL)	
ColonFlag Score	**0.056**	(Nguy cơ thấp < 0.1)	
ColonFlag	**Nguy cơ thấp (Low risk)**		
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:	*		*QTVS044*
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*		
Glucose	**Âm tính**	(mmol/L)	
Ketone	**Âm tính**	(<0.5 mmol/L)	
Bilirubin	**Âm tính**	(µmol/L)	
Urobilinogen	**Âm tính**	(µmol/L)	
Color	**Vàng**		
Clarity	**Trong**		
Spe-Gravity	**1.012**	(1.005-1.030)	
pH	**7.0**	(4.6-8.0)	
Albumin	**Âm tính**	(mg/L)	
Protein	**Âm tính**	(g/L)	
Alb/Creat ratio-ACR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 30 mg/gCr)	
Pro/Creat ratio-PCR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 150 mg/gCr)	
Blood	**Âm tính**	(Âm tính)	

Bn73 tuổi không có tiền sử gì đặc biệt (không cao huyết áp,không tiểu đường),đến khám vì kiểm tra sức khỏe định kỳ hang năm,bn khỏe mạnh tập thể dục thường xuyên/ tiếp xúc tốt.
-eGFR giảm nhẹ sau hai lần khám định kỳ và không tìm thấy bất kỳ dấu tổn thương thận
Khả năng bn này lão hóa thận do tuổi .

www.medic-lab.com/www.medic-lab.com.vn

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên: **PHẠM** Phái: **Nữ**
Ngày tháng năm sinh: **1952** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **TỈNH ĐỒNG NAI**
Đơn vị: ***Medic***
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)[1]	*		
WBC	**9.49**	(4.0 - 10.5)10^9/L	*QTHH019*
% Neu	**65.9**	(40 - 74 %)	
% Lym	**22.4**	(19 - 48 %)	
% Mono	**9.3**	(3 - 9 %)	
% Eos	**1.7**	(0 - 7 %)	
% Baso	**0.7**	(0 - 1.5 %)	
# Neu	**6.25**	(1.7 - 7.0) 10^9/L	
# Lym	**2.13**	(1.0 - 4.0) 10^9/L	
# Mono	**0.88**	(0.1 - 1.0) 10^9/L	
# Eos	**0.16**	(0 - 0.5) 10^9/L	
# Baso	**0.07**	(0 - 0.2) 10^9/L	
RBC	**3.99**	(3.80 - 5.60)10^12/L	*QTHH020*
Hb	**12.4**	(12.0 - 18.0 g/dL)	*QTHH025*
Hct	**36.5**	(35 - 52 %)	

Khoa : **SIÊU ÂM TỔNG QUÁT** - Phòng 6
Máy: **ALOKA -ProSound α6**

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÁU

Ngày ĐK: 26/06/2025 07:40

: **PHẠM** **73** tuổi **Nữ**
Tỉnh Đồng Nai
: VIÊM XOANG,VIÊM DẠ DÀY
: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÁ

Chống to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
ải mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không dãn. Ống mật chủ không
ấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
hấu không u.
nạch chủ bụng không phình.
(L): Không hạch ổ bụng.
tràn dịch màng phổi.

SIÊU ÂM BỤNG CHƯA THẤY BẤT THƯỜNG.

MEDIC

Ngày giờ lấy mẫu: **07:52:00 26/06/2025**
Ngày giờ nhận mẫu: **07:53:00 26/06/2025**

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **NGUYỄN THỊ** Phái: **Nữ**
Ngày tháng năm sinh: **1949** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **ĐỒNG NAI**
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu/H.Thỏ** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
hs CRP	**0.860**	(n 3 mg/L)	QTSH028
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum²	***1.13 H***	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	***50 L***	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)	
LDL Cholesterol²	**1.68**	(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
	-	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	
Triglycerides¹	**1.19**	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH013
	-	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
GGT¹	**13.61**	(M < 55 UI/L; F < 36 UI/L)	QTSH004
SGOT (AST)¹	**23.64**	(< 35 U/L)	QTSH003
SGPT (ALT)¹	**16.72**	(< 30 U/L)	QTSH013
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
Cortisol/Blood/Morning² (µg/dL)	**13.00**	(6.02 - 18.4 µg/dL)	QTMD033
Cortisol (nmol/L)	**358.6**	(166.1 - 507.6 nmol/L)	
TSH u.sensitive (3rd G)¹	**1.39**	(0.32 -5 µIU/mL)	QTMD009
Free T4²	**1.03**	(0.71 - 1.85 ng/dL)	QTMD036
Troponin-I hs (Abbott)¹	**3.20**	(M < 34.2 ng/L, F < 15.6 ng/L)	QTMD011.1
HBsAg (Định tính, qualitative)¹	**NEG S/CO 0.650**	(Index <1, S/Co <1)	QTMD017
Anti HCV (Định tính, qualitative)¹	**NEG S/CO 0.049**	(S/Co < 1; Index < 1)	QTMD018
V. XÉT NGHIỆM ĐẶC BIỆT - SPECIAL TEST			
Test H.Pylori C13 (Breath test)	**NEG 2.3/1000**	(NEG < 4/1000)	

Thời gian duyệt: 11:20:39 26/06/2025
Người duyệt: DS.Trần Hoàng Nguyên

In lần 1: 11:21:13 26/06/2025
Trưởng khoa xét nghiệm

CÔNG TY TNHH Y TẾ HOA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Tìm và tải app "Medic Hoa Hao" để đăng kí khám và xem kết quả khám nhanh hơn

(Qr code kết quả chỉnh bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.)

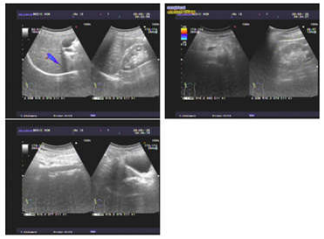
Khoa : **SIÊU ÂM TỔNG QUÁT** - Phòng 6
Máy: **ALOKA -ProSound α6**

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID : Ngày ĐK: 26/06/2025 09:37
Họ và tên : **NGUYỄN THỊ** **76** tuổi **Nữ**
Địa chỉ : . Đồng Nai
Chẩn đoán sơ bộ : VIÊM DẠ DÀY
BS chỉ định : BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không dãn. Ống mật chủ không sỏi, không dãn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- Vùng chậu không u.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN : **SIÊU ÂM BỤNG CHƯA THẤY BẤT THƯỜNG.**

Đề nghị :

Ngày giờ lấy mẫu: **07:52:00 26/06/2025**
Ngày giờ nhận mẫu: **07:53:00 26/06/2025**

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **NGUYỄN THỊ** Phái: **Nữ**
Ngày tháng năm sinh: **1949** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **ĐỒNG NAI**
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu/H.Thỏ** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Hb	***11.50 L***	(12 - 18 g/dL)	
Hct	***33.00 L***	(35 - 52 %)	
MCV	**86.00**	(80 - 100 fL)	
MCH	**29.80**	(26 - 32 pg)	
MCHC	**34.70**	(32 - 36 g/dL)	
ColonFlag Score	**0.112**	(Nguy cơ thấp < 0.1)	
ColonFlag	**Nguy cơ cao (High risk)**		
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:	*		QTVS044
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*		
Glucose	**Âm tính**	(mmol/L)	
Ketone	**Âm tính**	(<0.5 mmol/L)	
Bilirubin	**Âm tính**	(µmol/L)	
Urobilinogen	**Âm tính**	(µmol/L)	
Color	**Vàng nhạt**		
Clarity	**Trong**		
Spe-Gravity	**1.006**	(1.005-1.030)	
pH	**5.5**	(4.6-8.0)	
Albumin	**Âm tính**	(mg/L)	
Protein	**Âm tính**	(g/L)	
Alb/Creat ratio-ACR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 30 mg/gCr)	
Pro/Creat ratio-PCR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 150 mg/gCr)	
Blood	**Âm tính**	(Âm tính)	

Số trang: 2/5

* Đây là kết quả đang sử trả tự động từ hệ thống Medic. Bác sĩ/y, khoa Xét nghiệm đã kí trả kiểm khác
Mã QR phía trên chẩn bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

Ngày giờ lấy mẫu: **07:52:00 26/06/2025**
Ngày giờ nhận mẫu: **07:53:00 26/06/2025**

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **NGUYỄN THỊ** Phái: **Nữ**
Ngày tháng năm sinh: **1949** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **ĐỒNG NAI**
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu/H.Thỏ** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Leucocytes	**Âm tính**	(Âm tính)	
Nitrite	**Âm tính**	(Âm tính)	
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):	-	(particles/µL)	
Red Blood Cells	**5**	(0 - 15)	
Leucocytes	**10**	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	**0**	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	**0**	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	**0**	(0 - 6)	
Uric acid	**0**	(0 - 6)	
Casts	**0**	(0 - 6)	
Epithelial Cells	**1**	(0 - 10)	
Bacteria	**0**	(0 - 130)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC)¹:	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	**45.25**	(20 - 38.80 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	**6.29**	(4.0 - 5.70 %A1c)	
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	**6.61**	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	**119.0**	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
IONOGRAMME²:	*		QTSH067
Na	**138.6**	(130 - 145 mmol/L)	
K	**3.57**	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	**2.55**	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	**100.3**	(96 - 108 mmol/L)	
Uric Acid/Serum¹	***8.56 H***	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **NGUYỄN THỊ** Phái: **Nữ**
Ngày tháng năm sinh: **1949** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **ĐỒNG NAI**
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu/H.Thỏ** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*		
WBC	**7.00**	(4.0 - 10.5)10^9/L	QTH0019
% Neu	**74.0**	(40 - 74 %)	
% Lym	**16.5**	(19 - 48 %)	
% Mono	**7.4**	(3 - 9 %)	
% Eos	**1.9**	(0 - 7 %)	
% Baso	**0.2**	(0 - 1.5 %)	
# Neu	**5.19**	(1.7 - 7.0) 10^9/L	
# Lym	**1.15**	(1.0 - 4.0) 10^9/L	
# Mono	**0.52**	(0.1 - 1.0) 10^9/L	
# Eos	**0.13**	(0 - 0.5) 10^9/L	
# Baso	**0.01**	(0 - 0.2) 10^9/L	
RBC	**3.84**	(3.80 - 5.60)10^12/L	QTH0020
Hb	***11.5 L***	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTH0023
Hct	***33.0 L***	(35 - 52 %)	
MCV	**86.0**	(80 - 100 fL)	
MCH	**29.8**	(26 - 32 pg)	
MCHC	**34.7**	(32 - 36 g/dL)	
RDW	**14.4**	(11.0 - 15.7%)	
PLT	**200**	(150 - 400)10^9/L	QTH0021
MPV	**8.5**	(6.30 - 12.0 fL)	
*ColonFlag	*		
RBC	**3.84**	(3.80 - 5.60)10^12/L	

-Bn76 tuổi không có tiền sử gì đặc biệt (không cao huyết áp,không tiểu đường),đến khám vì kiểm tra sức khỏe ,bn khỏe mạnh tập thể dục thường xuyên,ăn ngủ được.
-eGFR còn 50mm/p mới khám lần đầu nên hẹn bn tái khám làm MSCT bụng +xn đánh giá lại TT thận
-Trước mắt chưa tìm thêm được dấu hiệu khác của TT thận nên tạm thời kết luận giảm eGFR do lão hóa thận

MEDIC

Ngày giờ nhận mẫu: **07:15:00 12/07/2025**

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **1942** Phái: **Nữ**
Số CCCD/Hộ chiếu: Quốc tịch:
Địa chỉ:
Đơn vị: ***Medic***
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*		
WBC	**5.24**	(4.0 - 10.5)10^9/L	QTHH019
% Neu	**53.1**	(40 - 74 %)	
% Lym	**36.0**	(19 - 48 %)	
% Mono	**9.0**	(3 - 9 %)	
% Eos	**1.7**	(0 - 7 %)	
% Baso	**0.2**	(0 - 1.5 %)	
# Neu	**2.78**	(1.7 - 7.0) 10^9/L	
# Lym	**1.89**	(1.0 - 4.0) 10^9/L	
# Mono	**0.47**	(0.1 - 1.0) 10^9/L	
# Eos	**0.09**	(0 - 0.5) 10^9/L	
# Baso	**0.01**	(0 - 0.2) 10^9/L	
RBC	**4.42**	(3.80 - 5.60)10^12/L	QTHH020
Hb	**14.0**	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	**41.6**	(35 - 52 %)	
MCV	**94.0**	(80 - 100 fL)	
MCH	**31.7**	(26 - 32 pg)	
MCHC	**33.7**	(32 - 36 g/dL)	
RDW	**13.3**	(11.0 - 15.7%)	
PLT	**170**	(150 - 400)10^9/L	QTHH021
MPV	**8.0**	(6.30 - 12.0 fL)	
*ColonFlag	*		
RBC	**4.42**	(3.80 - 5.60)10^12/L	

Số trang: 1/4

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
234 Hòa Hảo, KP11, P.Vườn Lài, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao234@medic.com.vn

Tìm và tải app "Medic Hoa Hao" để đăng kí khám và xem kết quả khám nhanh hơn

(Qr code kết quả chỉ có bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.)

Khoa : **Siêu Âm Gan - Mạch Máu D4** - Phòng Mạch Máu 2
Máy: **SuperSonic No3**

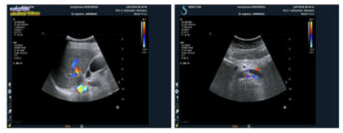
KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID :
Họ và tên : **83** tuổi **Nữ**
Địa chỉ :
Chẩn đoán sơ bộ :
BS chỉ định : BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH BV chỉ định : MEDIC

Ngày ĐK: 12/07/2025 07:36

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc GAN THẤM MỠ NHẸ, NỐT VÔI GAN PHẢI
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không dãn. Ống mật chủ không sỏi, không dãn.
- TUỴ: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước. DÃN TĨNH MẠCH THẬN TRÁI
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- Vùng chậu không u.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN : **GAN THẤM MỠ NHẸ, NỐT VÔI GAN PHẢI**
DÃN TĨNH MẠCH THẬN TRÁI.

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 12/07/2025 08:49
(Bác sĩ đã ký)

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **1942** Phái: **Nữ**
Số CCCD/Hộ chiếu: Quốc tịch:
Địa chỉ:
Đơn vị: ***Medic***
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Blood	**Âm tính**	(Âm tính)	
Leucocytes	**Âm tính**	(Âm tính)	
Nitrite	**Âm tính**	(Âm tính)	
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):	.	(particles/µL)	
Red Blood Cells	**10**	(0 - 15)	
Leucocytes	**0**	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	**0**	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	**0**	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	**0**	(0 - 6)	
Uric acid	**0**	(0 - 6)	
Casts	**0**	(0 - 6)	
Epithelial Cells	**1**	(0 - 10)	
Bacteria	**0**	(0 - 130)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC)¹:	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	**35.08**	(20 - 38.80 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	**5.36**	(4.0 - 5.70 %A1c)	
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	**6.68**	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	**120.2**	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
IONOGRAMME²:	*		QTSH067
Na	**136.0**	(130 - 145 mmol/L)	
K	**3.58**	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	**2.29**	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	**101.2**	(96 - 108 mmol/L)	

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3634 9993
234 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM

PID:
Ngày giờ đăng ký: **07:06:43 12/07/2025**
Ngày giờ lấy mẫu: **07:13:00 12/07/2025**
Ngày giờ nhận mẫu: **07:15:00 12/07/2025**

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **1942** Phái: **Nữ**
Số CCCD/Hộ chiếu: Quốc tịch:
Địa chỉ:
Đơn vị: ***Medic***
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Uric Acid/Serum¹	***6.64 H***	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	**0.970**	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum²	**0.980**	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	***57 L***	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)	
LDL Cholesterol²	**4.03**	(<2.59: Nguỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
	.	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	
Triglycerides¹	**2.12**	(<1.70: Nguỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
	.	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
GGT¹	**27.75**	(M < 55 U/L, F < 36 U/L)	QTSH004
SGOT (AST)¹	**32.41**	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT)¹	**23.45**	(< 30 U/L)	QTSH013
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
Cortisol/Blood/Morning² (µg/dL)	**16.10**	(6.02 -18.4 µg/dL)	QTMD033
Cortisol (nmol/L)	**444.1**	(166.1 - 507.6 nmol/L)	
TSH u.sensitive (3rd G)¹	**0.928**	(0.32 -5 µIU/mL)	QTMD009
Free T4²	**1.54**	(0.71 - 1.85 ng/dL)	QTMD036
Troponin-I hs (Abbott)¹	**4.80**	(M < 34.2 ng/L, F < 15.6 ng/L)	QTMD011.1

Thời gian duyệt: 07:46:07 12/07/2025
Người duyệt: DS.Phạm Văn Đức

In lần 1: 07:46:17 12/07/2025
Trưởng khoa xét nghiệm

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **1942** Phái: **Nữ**
Số CCCD/Hộ chiếu: Quốc tịch:
Địa chỉ:
Đơn vị: ***Medic***
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Hb	**14.00**	(12 - 18 g/dL)	
Hct	**41.60**	(35 - 52 %)	
MCV	**94.00**	(80 - 100 fL)	
MCH	**31.70**	(26 - 32 pg)	
MCHC	**33.70**	(32 - 36 g/dL)	
ColonFlag Score	**0.043**	(Nguy cơ thấp < 0.1)	
ColonFlag	**Nguy cơ thấp (Low risk)**		
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:	*		QTVS044
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*		
Glucose	**Âm tính**	(mmol/L)	
Ketone	**Âm tính**	(<0.5 mmol/L)	
Bilirubin	**Âm tính**	(µmol/L)	
Urobilinogen	**Âm tính**	(µmol/L)	
Color	**Vàng**		
Clarity	**Trong**		
Spe-Gravity	**1.009**	(1.005-1.030)	
pH	**5.5**	(4.6-8.0)	
Albumin	**Âm tính**	(mg/L)	
Protein	**Âm tính**	(g/L)	
Alb/Creat ratio-ACR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 30 mg/gCr)	
Pro/Creat ratio-PCR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 150 mg/gCr)	

Số trang: 2/4

Bn 83 tuổi không có tiền sử gì đặc biệt (không cao huyết áp,không tiểu đường),đến khám vì kiểm tra sức khỏe lần thứ 2 ,bn khỏe mạnh ăn ngủ được ,eGFR không thay đổi so với lần khám trước
Kết luận:bn giảm eGFR do lão hóa thận.

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
DT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Tìm và tải app "Medic Hoa Hao" để đăng kí khám và xem kết quả khám nhanh hơn

(Qv code kết quả chẩn bệnh ảo của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.)

Khoa : **SIÊU ÂM TỔNG QUÁT** - Phòng 3
Máy: **Aloka Anpha 5sv**

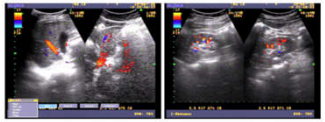
KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID
Ngày ĐK: 30/06/2025 10:16
Họ và tên : **84** tuổi **Nữ**
Địa chỉ :
Chẩn đoán sơ bộ :
BS chỉ định : BS LINH BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc DAY NHE, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không dãn. Ống mật chủ không sỏi, không dãn.
- TUỴ: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước

- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- Vùng chậu không u.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN : GAN THẤM MỠ NHẸ

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 30/06/2025 10:53
(Bác sĩ đã ký)

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **MAI THỊ BA** Phái: **Nữ**
Ngày tháng năm sinh: **1941** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ:
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu/H.Thò** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)[1]	*		
WBC	**5.59**	(4.0 - 10.5)10^9/L	QTH0019
% Neu	**55.5**	(40 - 74 %)	
% Lym	**36.0**	(19 - 48 %)	
% Mono	**5.5**	(3 - 9 %)	
% Eos	**2.7**	(0 - 7 %)	
% Baso	**0.3**	(0 - 1.5 %)	
# Neu	**3.10**	(1.7 - 7.0) 10^9/L	
# Lym	**2.01**	(1.0 - 4.0) 10^9/L	
# Mono	**0.31**	(0.1 - 1.0) 10^9/L	
# Eos	**0.15**	(0 - 0.5) 10^9/L	
# Baso	**0.02**	(0 - 0.2) 10^9/L	
RBC	**4.32**	(3.80 - 5.60)10^12/L	QTH0020
Hb	**13.2**	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTH0023
Hct	**38.1**	(35 - 52 %)	
MCV	**88.2**	(80 - 100 fL)	
MCH	**30.7**	(26 - 32 pg)	
MCHC	**34.8**	(32 - 36 g/dL)	
RDW	**15.1**	(11.6 - 15.7%)	
PLT	**202**	(150 - 400)10^9/L	QTH0021
MPV	**7.1**	(6.30 - 12.0 fL)	
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **MAI THỊ BA** Phái: **Nữ**
Ngày tháng năm sinh: **1941** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **14/3 ẤP 8, X. MỸ HƯNG , H. THẠNH PHÚ, T. BẾN TRE**
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu/H.Thò** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
URINARY ANALYSIS:	*		QTV5044
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*		
Glucose	**Âm tính**	(mmol/L)	
Ketone	**Âm tính**	(<0.5 mmol/L)	
Bilirubin	**Âm tính**	(µmol/L)	
Urobilinogen	**Âm tính**	(µmol/L)	
Color	**Vàng**		
Clarity	**Trong**		
Spe-Gravity	**1.014**	(1.005-1.030)	
pH	**5.0**	(4.6-8.0)	
Albumin	**Âm tính**	(mg/L)	
Protein	**Âm tính**	(g/L)	
Alb/Creat ratio-ACR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 30 mg/gCr)	
Pro/Creat ratio-PCR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 150 mg/gCr)	
Blood	**Âm tính**	(Âm tính)	
Leucocytes	**Âm tính**	(Âm tính)	
Nitrite	**Âm tính**	(Âm tính)	
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):	-	(particles/µL)	
Red Blood Cells	**0**	(0 - 15)	
Leucocytes	**6**	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	**0**	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	**0**	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	**0**	(0 - 6)	
Uric acid	**0**	(0 - 6)	

Bn 84 tuổi không có tiền sử gì đặc biệt (không cao huyết áp,không tiểu đường),đến khám vì kiểm tra sức khỏe ,bn khỏe mạnh ăn ngủ được.#lão hóa thận do tuổi

---

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **MAI THỊ BA** Phái: **Nữ**
Ngày tháng năm sinh: **1941** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **14/3 ẤP 8, X. MỸ HƯNG , H. THẠNH PHÚ, T. BẾN TRE**
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Lầu 1** BS yêu cầu: BS. NGUYỄN ĐÌNH LINH
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu/H.Thò** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Casts	**0**	(0 - 6)	
Epithelial Cells	**1**	(0 - 10)	
Bacteria	**0**	(0 - 130)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC)[1]:	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	**34.32**	(20 - 38.80 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	**5.29**	(4.0 - 5.70 %A1c)	
Glucose (mmol/L) (FPG)[1]	**5.59**	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	**100.6**	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
IONOGRAMME[2]:	*		QTSH067
Na	**136.7**	(130 - 145 mmol/L)	
K	**4.39**	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	**2.47**	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	**103.2**	(96 - 108 mmol/L)	
Uric Acid/Serum[1]	**5.65**	(M: 3.4 - 7.0, F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	**0.810**	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum[1]	**1.00**	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	**56 L**	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)	
LDL Cholesterol[2]	**3.23 H**	(<2.59; Nguỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
	-	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	
Triglycerides[1]	**1.72**	(<1.70; Nguỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
	-	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
GGT[1]	**15.80**	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	QTSH004

KẾT LUẬN:

- Việc phát hiện và điều trị bệnh thận mạn trên người cao tuổi là cần thiết, tránh để bệnh thận tiến triển đến giai đoạn cuối.
- Tuy vậy việc phối hợp chẩn đoán giữa hiện tượng lão hóa sinh lý do tuổi và các tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận hiện tại cần phối hợp nhau để tránh việc chẩn đoán và điều trị quá mức ở người cao tuổi, dễ gây lo lắng cho bệnh nhân.
- Ở người cao tuổi có sự suy giảm nhẹ eGFR<60ml/p/1.73m2 nhưng không tìm ra được bằng chứng tổn thương thận(protein niệu (-),albumin niệu (-),không có bất thường trên hình ảnh thận)thì rất có thể chỉ là sự lão hóa sinh lý do tuổi.

XIN CÁM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE CỦA QUÍ ĐỒNG NGHIỆP

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- https://www.researchgate.net/publication/379470748_KDIGO_2024_Clinical_Practice_Guideline_for_the_Evaluation_and_Management_of_Chronic_Kidney_Disease

- https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3501392/

- **Guppy M, Thomas ET, Glasziou P, et al. Rate of decline in kidney function with age: a systematic review. *BMJ Open*. 2024 Nov 27;14(11):e089783. doi: 10.1136/bmjopen-2024-089783.**