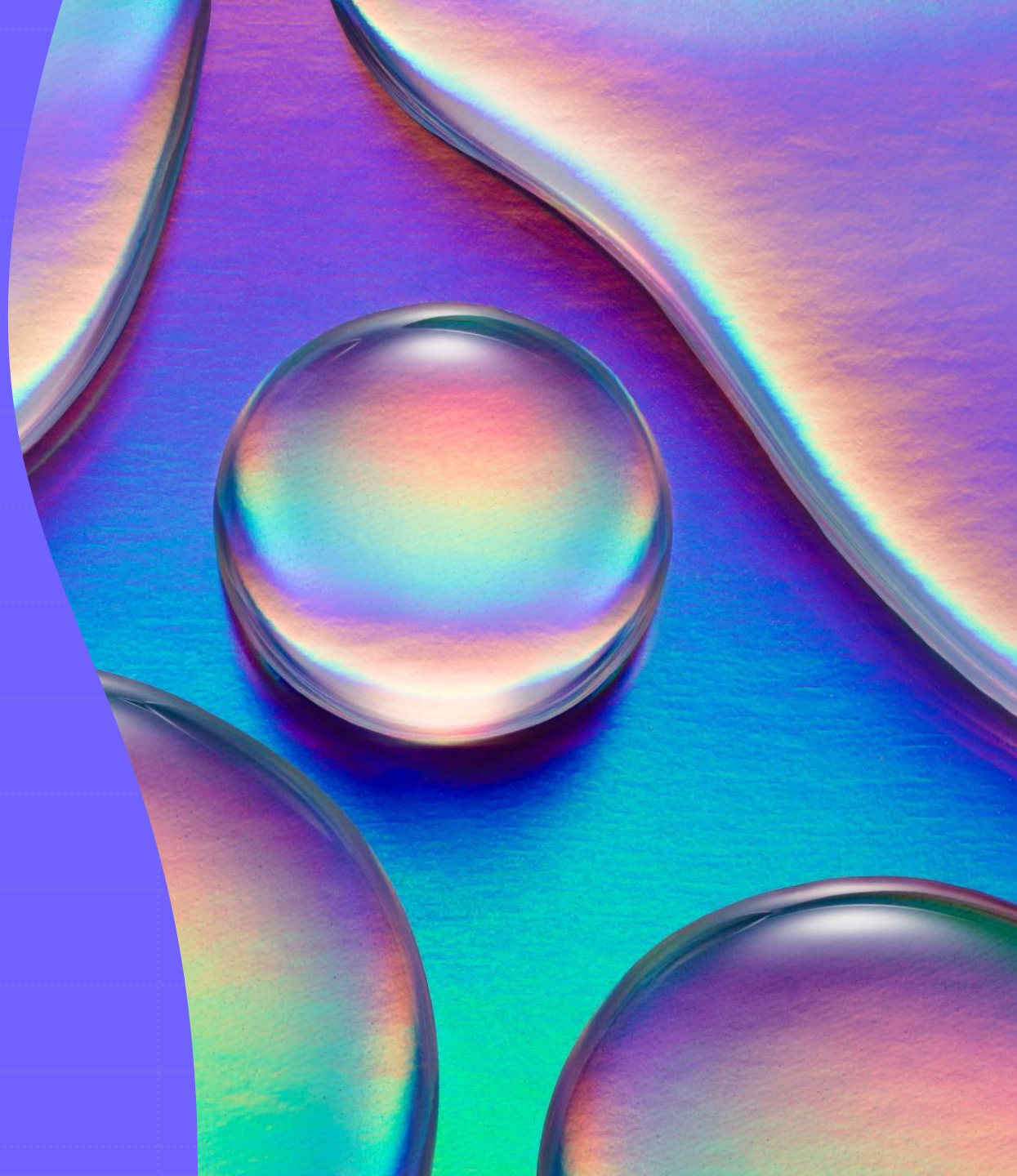




U TUYỂN THỰỢNG THẬN

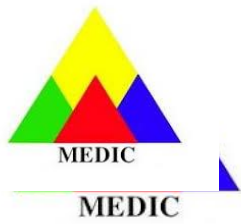
BS Trương Thị Mỹ Hoàng
Khoa Siêu Âm





Ca 1

- Bn: LTXH, nữ, sn 1995, đến khám ngày 17/09/2025
- Quá trình bệnh lý: tiền căn THA sau sinh(cách đây 7 năm) được chẩn đoán THA vô căn tại BV ĐH Y Dược và BV Tâm Đức, đang điều trị Amlodipin 5mg ngày uống 1v, hiện HA chưa ổn. BN thường xuyên nhức đầu chóng mặt, gần đây có nhìn mờ, yếu tay từng đợt thoáng qua.
- Bn đến Medic khám tổng quát pk Thần Kinh phát hiện HA cao nên chuyển Cấp Cứu.



Tại pk Cấp Cứu, Bn không nhức đầu, không đau ngực, không khó thở, tiểu bình thường, tỉnh, tiếp xúc tốt.



CÔNG TY TNHH Y TẾ HOA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, KP11, P.Vườn Lài, 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

QRCode kết quả

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



ĐIỆN TÂM ĐỒ - ĐIỆN TOÁN
(DIGITAL ELECTRO CARDIOGRAPHY)

ID : STT : **121**
Bệnh nhân : Tuổi : **30 Nữ**
Địa chỉ : QUẢNG, H. KRÔNG PẮC, ĐT : **0832717375**
Tỉ
Bác sĩ chỉ định : Ngày ĐK : **17/09/2025 06:00**
Chẩn đoán sơ bộ :

PHÂN TÍCH ECG (ANALYSIS) :

aQRS: **400** Rhythm: **XOANG** Rate: **100** Interval : PR: **0.16** QRS: **0.10** QT: **0.32**
PWave : Ext. Leads **BT**
: Pre. Leads **BT**
QRS Complex : Ext. Leads **BT**
: Pre. Leads **SV1+RV5>35mm**
ST Segments : Ext. Leads **CHÈNH XUỐNG /D2AVF**
: Pre. Leads **CHÈNH XUỐNG /V5V6**
TWave : Ext. Leads **DET/D3AVF**
: Pre. Leads **T BIẾN ĐỘ THẤP /V5V6**
UWave : Ext. Leads **BT**
: Pre. Leads **BT**

KẾT LUẬN : DÂY THẮT TRÁI, TĂNG GÁNH THẮT TRÁI
THIU NẶNG VÀNH
QRS DẪN RỘNG
BỆNH LÝ HẠ KALI /MA'U KẾT HỢP (MỨC ĐỘ NẶNG)

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 17/09/2025 06:58
(Bác sĩ đã ký)

BS. Nguyễn Thị Bạch Tuyết

KẾT QUẢ SIÊU ÂM TIM MÀU

Máy: ALOKA -ProSound α6

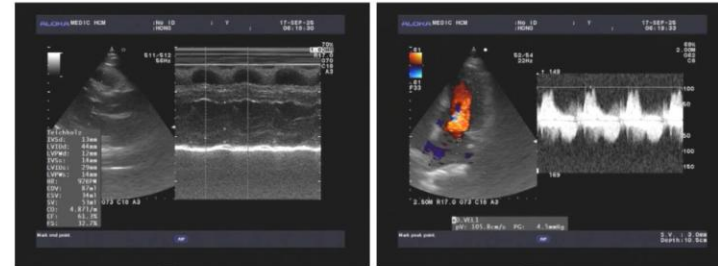
ID : 17/09/2025 06:15
Họ và tên : G 30 tuổi Nữ
Địa chỉ : ảng, H. Krông Pắc, Tỉnh Đắk Lắk -- 0832717375
Chẩn đoán sơ bộ : TĂNG HUYẾT ÁP KHẨN TRƯƠNG

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

1- Thất trái dày trung bình ưu thể thành trước vách, không tác nghẽn buồng tổng thất trái ở trạng thái nghỉ, các buồng tim khác trong giới hạn bình thường LVDd= 44 mm
Vách liên thất vận động nghịch thường. Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn. EF= 61%(Teichholz)
Chức năng tâm thu thất phải bình thường TAPSE= 23mm

2- Van 2 lá hở 1/4. Van ĐMC hở <1/4.
Không tăng áp phổi, PAPs = 25 mmHg.
Động mạch chủ ngực kích thước trong giới hạn bình thường.

3- Không tràn dịch màng ngoài tim.



KẾT LUẬN : THẤT TRÁI DÀY TRUNG BÌNH, CÓ THỂ DO TĂNG HUYẾT ÁP
VÁCH LIÊN THẤT VẬN ĐỘNG NGHỊCH THƯỜNG
HỞ VAN 2 LÁ 1/4, HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ <1/4

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 17/09/2025 06:24
(Bác sĩ đã ký)

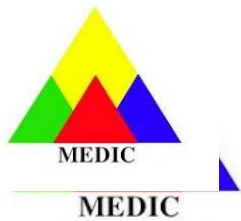
Bs. Nguyễn Minh Qui



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐỒNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*		
WBC	9.78	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	64.8	(40 - 74 %)	
% Lym	22.0	(19 - 48 %)	
% Mono	6.8	(3 - 9 %)	
% Eos	6.2	(0 - 7 %)	
% Baso	0.2	(0 - 1.5 %)	
# Neu	6.34	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	2.15	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.66	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.61 H	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.02	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	5.57	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	13.5	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	40.7	(35 - 52 %)	
MCV	73.1 L	(80 - 100 fL)	
MCH	24.2 L	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.1	(32 - 36 g/dL)	
RDW	15.2	(11.0 - 15.7%)	
PLT	299	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	7.9	(6.30 - 12.0 fL)	
D.Dimer ²	359	(< 500 ng/mL)	QTHH026
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐAM/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	1.007	(1.005-1.030)	
pH	7.0	(4.6-8.0)	
Albumin	150 H	(mg/L)	
Protein	1.0 H	(g/L)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Alb/Creat ratio-ACR (bán định lượng)	300 H	(Bình thường < 30 mg/gCr)	
Pro/Creat ratio-PCR (bán định lượng)	500 H	(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	2	(0 - 15)	
Leucocytes	5	(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	5	(0 - 10)	
Bacteria	0	(0 - 130)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1c (HPLC):¹	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	39.56	(20 - 38.80 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	5.77	(4.0 - 5.70 %A1c)	
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	5.65	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	101.7	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
IONOGRAMME ² :	*		QTSH067
Na	142.7	(130 - 145 mmol/L)	
K	2.43 **	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.28	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	98.30	(96 - 108 mmol/L)	
MICRO.ALB/Urine (Quantitative):	*		QTSH099
Micro Albumine/Creat	692.0 H	(< 30 mg/g)	
Amylase/Blood ²	76.58	(35-115 U/L)	QTSH061
Uric Acid/Serum¹	6.93 H	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	12.72 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Urea/ Serum¹	26.82	(15 - 49 mg/dL)	QTSH002
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.790	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	103	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
LDL Cholesterol ²	5.33 H	(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
	.	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	3/5
HDL Cholesterol ²	1.22	(≥1.55; Ngưỡng: 1.04-1.54 mmol/L)	QTSH084
	.	(Thấp: < 1.04)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Triglycerides¹	0.850	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
	.	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
Cholesterol, Total¹	6.81 H	(<5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L)	QTSH003
	.	(Cao: ≥ 6.22)	
SGOT (AST)¹	19.23	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT)¹	13.57	(< 30 U/L)	QTSH013
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
TSH u.sensitive (3rd G)¹	2.75	(0.32 - 5 µIU/ml)	QTMD009
Free T4 ² (Abbott)	1.15	(0.70 - 1.48 ng/dL)	QTMD036
Troponin-I hs (Abbott)¹ 17/09/2025 06:10:00	37.90 H	(M < 34.2 ng/L, F < 15.6 ng/L)	QTMD011.1
Troponin-I hs (Abbott) ¹ lần 2	41.10 H	(M < 34.2 ng/L, F < 15.6 ng/L)	
Troponin-T hs (Roche)¹ 17/09/2025 06:10:00	16.00 H	(< 14 ng/L)	QTMD016.3
Troponin-T hs lần 2 (Roche) ¹	13.40	(< 14 ng/L)	
BetaHCG/Blood ²	<2.30	(< 5 mIU/mL)	QTMD129
V. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST			
* Aldosterone (Liaison) (ng/dL)	75.80	(ng/dL)	
	.	(Vị thế đứng: 2.21 - 35.3 ng/dL)	
	.	(Vị thế nằm: 1.17 - 23.6 ng/dL)	
* Direct Renin (Liaison) (ng/L)	2.62	(ng/L)	
(Định lượng Renin)	.	(Vị thế đứng: 3.63 - 27.6 ng/L)	
	.	(Vị thế nằm: 1.68 - 23.89 ng/L)	
Direct Renin (Liaison) (µIU/mL)	4.38	(µIU/mL)	
* Tỷ lệ Aldosterone/Direct Renin- ARR	.	* REF: Clinical Practice Guideline	
Aldosterone (ng/dL)/D.Renin(ng/L)	28.93	J Clin Endocrinol Metab, 05/2016, 101(5):1889-191	4/5



Siêu âm bụng cấp cứu

Khoa : SIÊU ÂM CẤP CỨU - Cấp Cứu
Máy: Sonostar

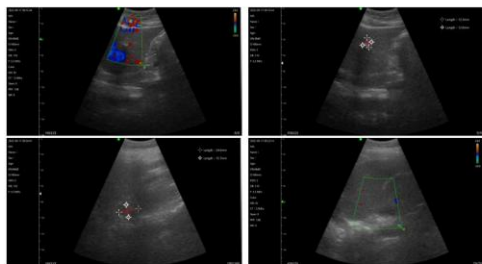
KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID : 17/09/2025 09:31
Họ và tên : 30 tuổi Nữ
Địa chỉ : Ng, H. Krông Pák, Tỉnh Đắk Lắk - 0832717375
Chẩn đoán sơ bộ :
BS chỉ định : BV chỉ định :

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

VÙNG BỤNG

- 3.1. GAN: gan trái có cấu trúc echo dày, $d = 12 \times 12 \text{mm}$, không dấu doppler. Túi mật có polyp $d = 3 \text{mm}$. LÁCH, TỤY: Chưa thấy bất thường.
- 3.2. THẬN: không ứ nước. CỤC TRÊN THẬN PHẢI CÓ CẤU TRÚC ECHO KÉM GIỚI HẠN RÕ, $D = 25 \times 16 \text{mm}$, KHÔNG DẤU DOPPLER.
- 3.3. BÀNG QUANG: Không sỏi.
- 3.4. DỊCH Ổ BỤNG (-). HƠI TỰ DO (-).
- 3.4. ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG: Không phình.
- 3.5. TĨNH MẠCH CHỦ DƯỚI: không giãn, không huyết khối.
- 3.6. ỐNG TIÊU HÓA: không dấu hiệu tắc ruột.
- 3.7. VÙNG CHẬU: Chưa thấy bất thường.

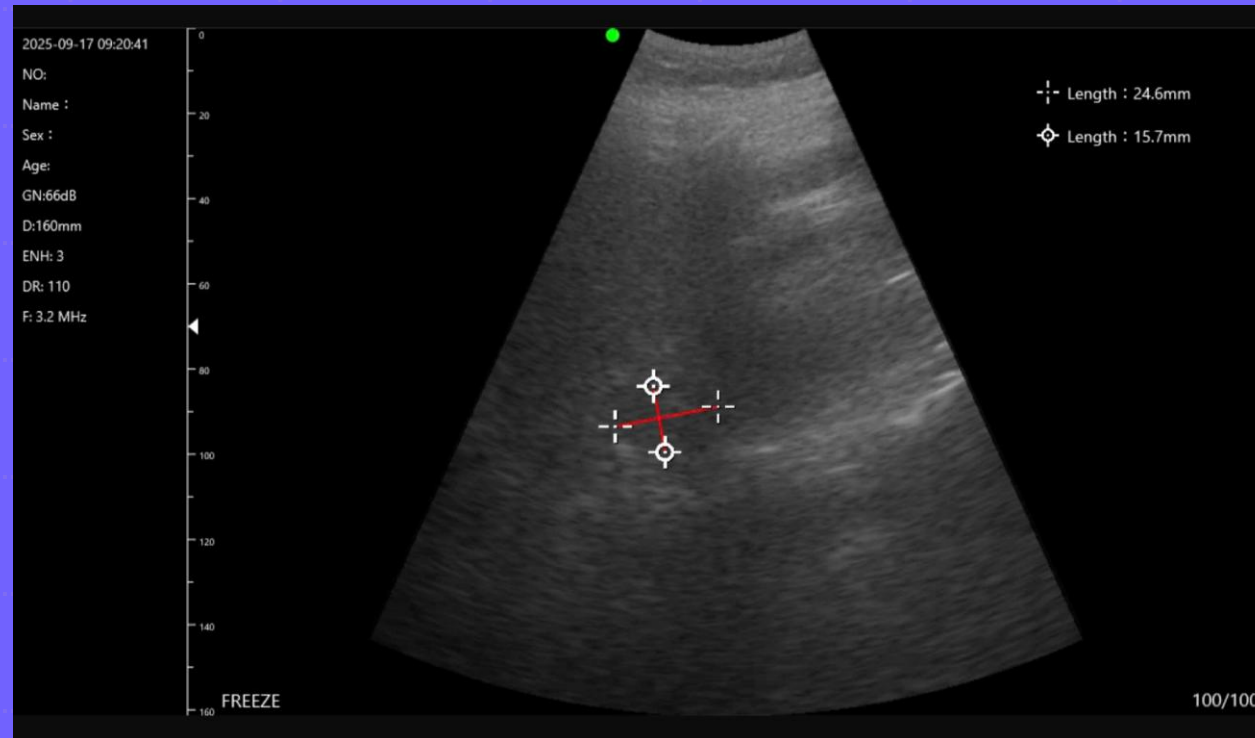


KẾT LUẬN : THEO DÕI U TUYẾN THƯỢNG THẬN PHẢI. CẤU TRÚC ECHO DÀY GAN TRÁI THEO DÕI SỢ CỤ GAN. POLYP NHỎ TÚI MẬT.

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 17/09/2025 09:31
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKI. Trương Thị Mỹ Hoàng



MRI bụng

MEDIC MRI REPORT

STT :
 Bệnh nhân :
 Địa chỉ :
 BS chỉ định :
 Chẩn đoán sơ bộ :
 Vùng :
 Kết quả :

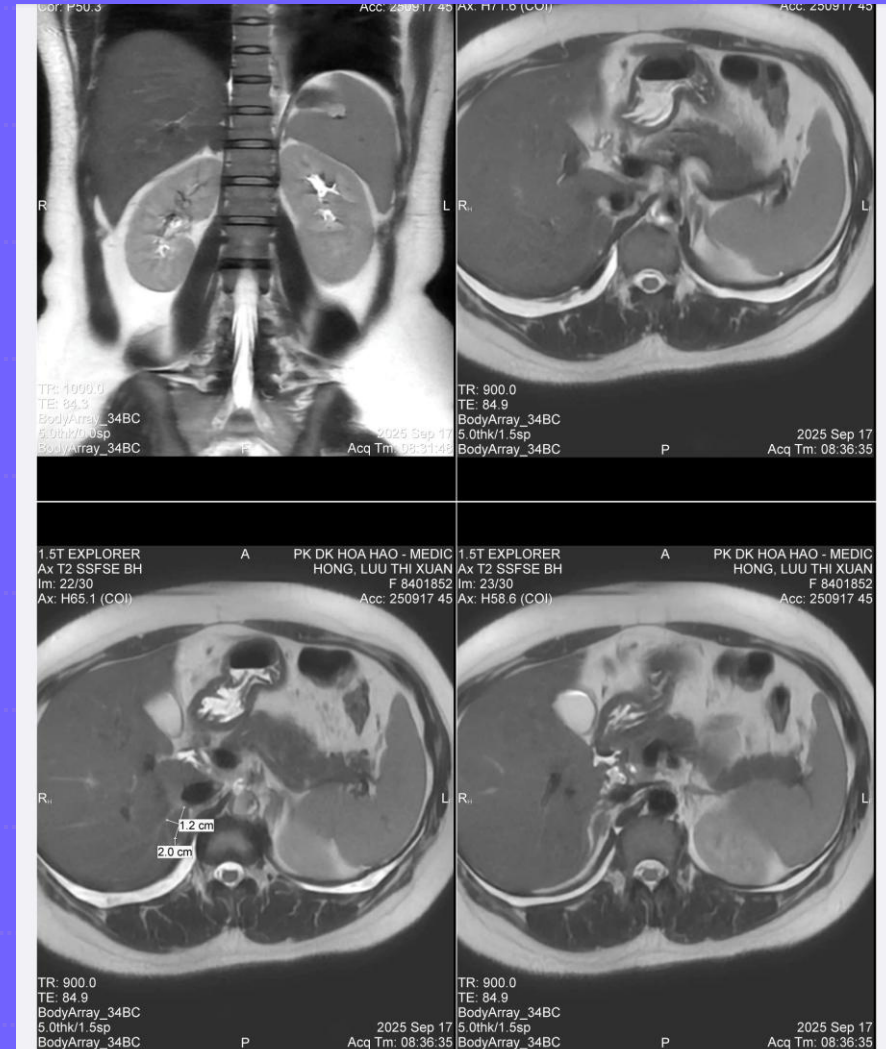
gày ĐK : 17/09/2025 07:55
 Tuổi : 30 Nữ - ĐT : 0832717375
 J, H. Krông Pắc, Tỉnh Đắk Lắk
 BV : MEDIC Khoa : PK
 Tăng huyết áp cấp cứu - theo dõi bệnh cảnh não tăng huyết áp- Hạ k máu - Cường Aldosterol nguyên phát- RL Lipid máu type IIa- Tăng acid Uric máu
 MRI BỤNG Máy : 4 _ GE EXPLORER Tiêm chất tương phản
 Hình chụp vùng bụng với máy cộng hưởng từ 1.5tesla có tiêm thuốc tương phản, các thông số kỹ thuật được in ở các góc mỗi hình

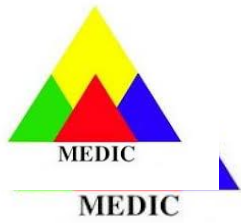
MÔ TẢ
 Mạch máu thận hai bên không hẹp, không tín hiệu bất thường mạch máu.
 Thương tổn dạng u vùng tuyến thượng thận phải kích thước 20 x 12mm, giới hạn rõ, không xâm lấn, trên T2WI có tín hiệu ngang nhu mô gan, thấp hơn nhu mô thận, trên T1WI có tín hiệu ngang nhu mô thận, sau tiêm thuốc tương phản Gado, thương tổn bắt thuốc không đồng nhất .
 Gan nhiễm mỡ.
 Vài sọc gan trái hạ phân thùy IV, giới hạn rõ, KTmax= 20x7mm, tín hiệu thấp trên T2WI, T1WI; không bắt tương phản , không hạn chế khuếch tán.
 Hai thận bình thường về kích thước hình dạng và tín hiệu.
 Không thấy thương tổn tụy.
 Đường mật trong và ngoài gan không giãn, túi mật không to.
 Lách bình thường.
 Không thấy dịch ổ bụng.
***** KẾT LUẬN:**
 U TUYẾN THƯỢNG THẬN PHẢI KÍCH THƯỚC 20 X 12MM
 KHÔNG HẸP ĐỘNG MẠCH THẬN HAI BÊN.
 GAN NHIỄM MỠ.
 VÀI SỌ GAN TRÁI HẠ PHÂN THỤY IV.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 17/09/2025 09:20
 (Bác sĩ đã ký)



BS. CKI. Trần Thị Hồng Vân





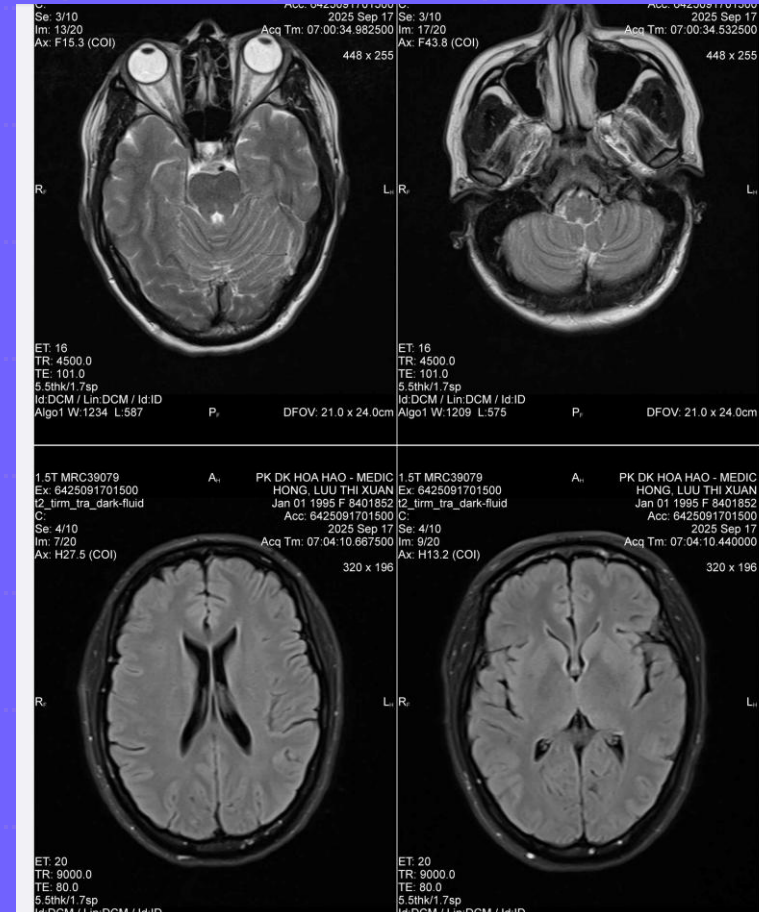
MRI sọ não

MEDIC MRI REPORT

STT : Ngày ĐK : 17/09/2025 06:06
Bệnh nhân : 3 Tuổi : 30 Nữ - ĐT : 0832717375
Địa chỉ : uảng, H. Krông Pắc, Tỉnh Đắk Lắk
BS chỉ định : THỊ ANH HỒNG BV : MEDIC Khoa : PK
Chẩn đoán sơ bộ : Đau đầu
Vùng : MRI SỌ NÃO Máy : 2 _ SIEMEN ESSENZA 2 Không tiêm tương phản
Kết quả : Não bệnh nhân được khảo sát qua các mặt cắt theo những chuỗi xung: Sagittal T1WI, Axial T2WI, Axial T2 FLAIR, DWI.
Không tiêm thuốc tương phản.
XOANG :
- Các xoang hàm, sàng, trán, bướm hai bên sáng đều.
- Vòm hầu và các khoang cạnh hầu hai bên trống.
- Các tế bào chùm hai bên sáng đều.
HÓ SAU :
- Không thấy bất thường tín hiệu nhu mô thân não, tiểu não trên T1WI, T2WI và T2 FLAIR.
- Não thất 4 ở giữa, không giãn.
- Các bể dịch não tủy quanh thân não bình thường.
TẦNG TRÊN LỀU :
- Tổn thương nhỏ ở gó thể chai phải, giảm tín hiệu trên T1WI, T2 FLAIE, DWI, tăng tín hiệu trên T2WI.
- Hệ thống não thất bình thường về hình dạng, tín hiệu, kích thước.
- Cấu trúc đường giữa không lệch.
- Rãnh vò não bình thường.
- Các nhánh động mạch não giữa, não trước, não sau bình thường về kích thước và tín hiệu dòng chảy
*** KẾT LUẬN :
- Không thấy khối choán chỗ nội sọ
- Nhồi máu não cũ, nhỏ ở lõi thể chai phải
- Không có viêm xoang

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 17/09/2025 07:55
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKII. Nguyễn Thị Ánh Hồng





- Bn được chẩn đoán: THA cấp cứu- Hạ Kali máu- Cường Aldosteron nguyên phát theo dõi Hội chứng CONN- U tuyến thượng thận Phải 20x12mm- Macro albumin niệu- Rối loạn lipid máu type IIa- Tăng acid uric máu chưa loại trừ NMCT cấp ST không chênh lên.
- Bn được chuyển viện.
- Đến 31/10/2025 bn đến Medic tái khám kiểm tra sau 4 tuần phẫu thuật u tuyến thượng thận phải(bv Nguyễn Trãi), chẩn đoán sau mổ là U ác vỏ thượng thận Phải. Sau mổ 2 tuần bn được bs BVNT kết luận vết thương lành tốt, tình trạng tiết hormon tuyến thượng thận bình thường, huyết áp bình thường.



Ca 2:

- Bn ĐTT, nữ, sn 1975, đến khám 18/09/2025.
- Nguyên nhân: ktsk. Lần khám trước 2023 không có gì bất thường.

Xn máu

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐỒNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU) ¹	*		
WBC	8.63	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	45.6	(40 - 74 %)	
% Lym	42.9	(19 - 48 %)	
% Mono	10.2	(3 - 9 %)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
% Eos	1.0	(0 - 7 %)	
% Baso	0.3	(0 - 1.5 %)	
# Neu	3.93	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	3.70	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.88	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.09	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.03	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.86	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	14.7	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	44.0	(35 - 52 %)	
MCV	90.6	(80 - 100 fL)	
MCH	30.3	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.5	(32 - 36 g/dL)	
RDW	14.9	(11.0 - 15.7%)	
PLT	301	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	7.7	(6.30 - 12.0 fL)	
*ColonFlag	*		
RBC	4.86	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	
Hb	14.70	(12 - 18 g/dL)	
Hct	44.00	(35 - 52 %)	
MCV	90.60	(80 - 100 fL)	
MCH	30.30	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.50	(32 - 36 g/dL)	
ColonFlag Score	0.006	(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	5.6 H	(mmol/L)	
Ketone	Âm tính	(<0.5 mmol/L)	
Bilirubin	Âm tính	(µmol/L)	
Urobilinogen	Âm tính	(µmol/L)	
Color	Đỏ nhạt		
Clarity	Trong		
Spe-Gravity	1.023	(1.005-1.030)	
pH	5.5	(4.6-8.0)	
Albumin	150 H	(mg/L)	
Protein	0.3	(g/L)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Alb/Creat ratio-ACR (bản định lượng)	150	(Bình thường < 30 mg/gCr)	
Pro/Creat ratio-PCR (bản định lượng)	300	(Bình thường < 150 mg/gCr)	
Blood	Dương tính	(Âm tính)	
Leucocytes	Dương tính	(Âm tính)	
Nitrite	Âm tính	(Âm tính)	
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):			
Red Blood Cells	5472	(0 - 15)	
Leucocytes	53	(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	59 H	(0 - 10)	
Bacteria	160 H	(0 - 130)	

III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC) ¹ :	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	82.84 H	(20 - 38.80 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	9.73 H	(4.0 - 5.70 %A1c)	
Glucose (mmol/L) (FPG) ¹	13.75 H	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	247.5 H	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
IONOGRAMME²:			
Na	135.2	(130 - 145 mmol/L)	
K	3.76	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.33	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	100.4	(96 - 108 mmol/L)	
Uric Acid/Serum ¹	4.61	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	3.17 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH008
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		3/5
Creatinin/Serum ²	0.680	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	106	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
LDL Cholesterol ²	3.95	(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
	.	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	
HDL Cholesterol ²	1.21	(≥1.55; Ngưỡng: 1.04-1.54 mmol/L)	QTSH084
	.	(Thấp: < 1.04)	
Triglycerides ¹	5.88 H	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
	.	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
Cholesterol, Total ¹	6.94 H	(<5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L)	QTSH003
	.	(Cao: ≥ 6.22)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
GGT ¹	29.53	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	QTSH004
SGOT (AST) ¹	16.64	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT) ¹	18.26	(< 30 U/L)	QTSH013
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
TSH u.sensitive (3rd G) ¹	2.45	(0.32 -5 µIU/mL)	QTMD009
Free T4 ² (Roche)	1.14	(0.92 - 1.68 ng/dL)	QTMD036
Troponin-T hs (Roche) ¹ 18/09/2025 04:53:00	<3.00	(< 14 ng/L)	QTMD016.3
HBsAg (Định tính, qualitative) ¹	NEG S/CO 0.444	(Index <1; S/Co <1)	QTMD017
Anti HBs (Định lượng, quantitative) ²	<2.00	(≥ 10 mIU/mL)	QTMD123
Anti HCV (Định tính, qualitative) ¹	NEG S/CO 0.039	(S/Co < 1; Index < 1)	QTMD018



Điện tim + siêu âm tim



KẾT QUẢ SIÊU ÂM TIM MÀU

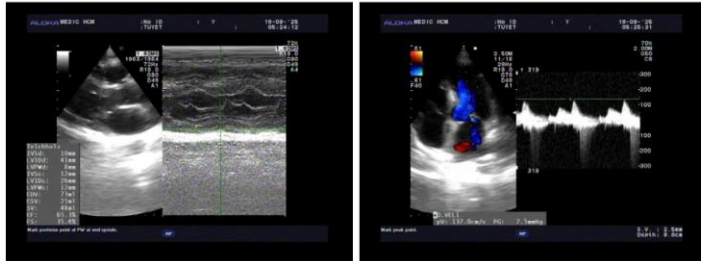
Máy: ALOKA -ProSound α6

ID
Họ và tên
Địa chỉ
Chẩn đoán sơ l

Ngày ĐK: 18/09/2025 05:19
ÉT 50 tuổi Nữ
n Đức, Tỉnh Lâm Đồng -- 0972021996

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

- Các buồng tim trong giới hạn bình thường LVDd= 41mm
Không rối loạn vận động khu trú. Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn EF= 65%(Teichholz)
Chức năng tâm thu thất phải bình thường TAPSE= 22mm
- Van hai lá dày, hở 2.5/4. Van động mạch chủ dày, hở <1/4.
Không tăng áp động mạch phổi, PAPs = 28mmHg.
- Không tràn dịch màng ngoài tim.



KẾT LUẬN : HỞ VAN HAI LÁ 2.5/4. HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ <1/4.

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/09/2025 05:50
(Bác sĩ đã ký)

Bs. Nguyễn Văn Khoa / Bs. CKII Nguyễn Xuân Trình

KẾT QUẢ X QUANG

Họ và tên : Tuổi : **50** Giới : **Nữ** Số KTC : **1**
Địa chỉ : Th 1 Đông - ĐT : 0972021996
BS chỉ định **m**

ID:
Số
Ngày ĐK : 18/09/2025
Giờ ĐK : 05:55 AM KQ : 06:16 AM

Chẩn đoán sơ bộ :

XQ Lồng Ngực Thẳng [Film]

- | | |
|----------------|---------------------------|
| Thành ngực | : Không có ảnh bất thường |
| Màng phổi | : Không có ảnh bất thường |
| Trung thất | : Không có ảnh bất thường |
| Tim | : Không có ảnh bất thường |
| Động mạch chủ | : Không có ảnh bất thường |
| Huyết phế quản | : Không có ảnh bất thường |
| Phổi | : Không có ảnh bất thường |
| Cơ hoành | : Không có ảnh bất thường |

Cảm nghĩ : **KHÔNG PHÁT HIỆN BỆNH LÝ TRÊN PHIM NGỰC**

Đề nghị :

Ngày 18 tháng 09 năm 2025
Bác sĩ X Quang

Bs. Trương Văn Hoa



Siêu âm cổ + vú



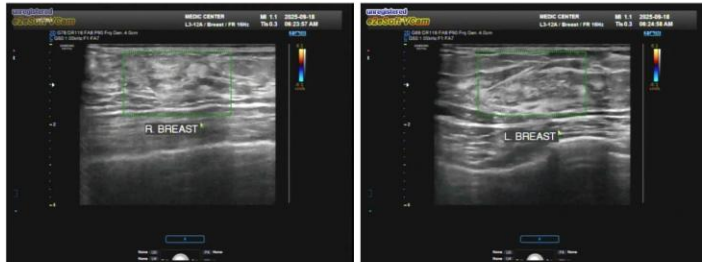
Khoa : SIÊU ÂM 3D - Nhũ - Phòng Nhũ _ 1
Máy: SAMSUNG HS70A

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID : Ngày ĐK: 18/09/2025 05:54
Họ và tên : **YẾT** 50 tuổi Nữ
Địa chỉ : in Đức, Tỉnh Lâm Đồng -- 0972021996
Chẩn đoán sơ bộ :
BS chỉ định : BS. CKII. LY THANH LÂM BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TUYẾN VÚ MÀU

- MÔ TUYẾN VÚ HAI BÊN DÀY TRUNG BÌNH, PHẦN ÂM KÉM KHÔNG ĐỒNG NHẤT.
- KHÔNG U VÀ TỔN THƯƠNG VIÊM.
- KHÔNG DẪN ỐNG TUYẾN.
- KHÔNG HẠCH BỆNH LÝ HAI NÁCH.



KẾT LUẬN : THAY ĐỔI SỢI BỌC TUYẾN VÚ HAI BÊN.

Đề nghị : TÁI KHÁM SAU 6 THÁNG.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/09/2025 06:21
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKI. Trương Thị Mỹ Hoàng

Khoa : SIÊU ÂM 3D - Nhũ - Phòng Nhũ _ 1
Máy: SAMSUNG HS70A

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

Ngày ĐK: 18/09/2025 05:54
YẾT 50 tuổi Nữ
in Đức, Tỉnh Lâm Đồng -- 0972021996
Chẩn đoán sơ bộ :
BS chỉ định : HANH LÂM BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP MÀU

- TUYẾN GIÁP: kích thước bình thường, nền giáp cấu trúc echo dày đồng nhất, phân bố mạch máu bình thường, không nhân giáp. Thùy phải có nang echo trống $d = 2$ mm.
- TUYẾN MANG TAI, DƯỚI HAM, DƯỚI LUỖI: bình thường.
- HẠCH CỔ: không hạch bệnh lý.



KẾT LUẬN : NANG KEO NHỎ THỤY PHẢI GIÁP (TIRADS 1)

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/09/2025 06:20
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKI. Trương Thị Mỹ Hoàng



Siêu âm bụng

Khoa : **SIÊU ÂM 3D - Nhũ - Phòng Nhũ _ 1**
Máy: **SAMSUNG HS70A**
KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID :
Họ và tên : **JYẾT** Ngày ĐK: 18/09/2025 05:54 **50 tuổi Nữ**
Địa chỉ : **Ấn Đức, Tỉnh Lâm Đồng -- 0972021996**
Chẩn đoán sơ bộ :
BS chỉ định : **BS. CKII. LY THANH LÂM** BV chỉ định : **MEDIC**

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc echo dày, giảm âm vùng sâu, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TUY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: có vài sỏi $d=3\text{ mm}$ -> 7 mm , không ứ nước, cực trên thận phải có cấu trúc echo kém, $d=21 \times 23\text{ mm}$.
- THẬN T: có vài sỏi $d=3\text{ mm}$ -> 6 mm , không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướng, vách mỏng.
- TỬ CUNG: ngã trước, DAP= 41 mm , nội mạc = 3 mm , thành sau thân tử cung trong cơ có nhân echo kém $d=22 \times 13\text{ mm}$, không tăng sinh mạch. BUỒNG TRỨNG (P)(T) : không u.
- Động mạch chủ bụng không phình. Ascites (-). Không hạch ổ bụng. Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN: GAN NHIỄM MỜ. SỎI HAI THẬN. NHÂN XƠ TỬ CUNG (L4 THEO FIGO)
MASS CỤC TRÊN THẬN PHẢI THEO ĐÔI U TUYẾN THƯỢNG THẬN PHẢI.

Đề nghị: MSCT BỤNG

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/09/2025 06:23
(Bác sĩ đã ký)



Bs. CKI. Trương Thị Mỹ Hoàng



CT bụng

MEDIC CT SCAN REPORT

STT : Ngày ĐK : 18/09/2025 08:19
Bệnh nhân : Tuổi : 50 Nữ - ĐT : 0972021996
Địa chỉ : ình Lâm Đồng
BS chỉ định : LÂM BV : MEDIC Khoa : PK
Chẩn đoán sơ bộ :
Vùng : CT VÙNG BỤNG Máy : MSCT 640_1 Tiêm chất tương phản
Kết quả : ** KỸ THUẬT:

Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 2mm với máy MSCT Aquilion, không và có tiêm thuốc cản quang.

** KẾT QUẢ:

Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan. Gan nhiễm mỡ nhẹ

Đường mật trong và ngoài gan không dẫn. Túi mật thành mỏng, không sỏi cản quang.

Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.

Hai thận hình dạng kích thước bình thường, có vài sỏi cản quang 2-6mm, không ứ nước. Sỏi cản quang 7mm đoạn khúc nối bể thận niệu quản phải

Thượng thận phải có thương tổn kích thước 24mm. Thương tổn trước khi tiêm thuốc có độ HU=23, thì chủ mô HU=85 và thì trễ HU=36. Thương tổn có giới hạn rõ, không dấu xâm lấn xung quanh.

Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.

Phần phụ bình thường.

Không thấy hạch trong vùng khảo sát.

Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

*** KẾT LUẬN:

ADENOMA TUYẾN THƯỢNG THẬN PHẢI

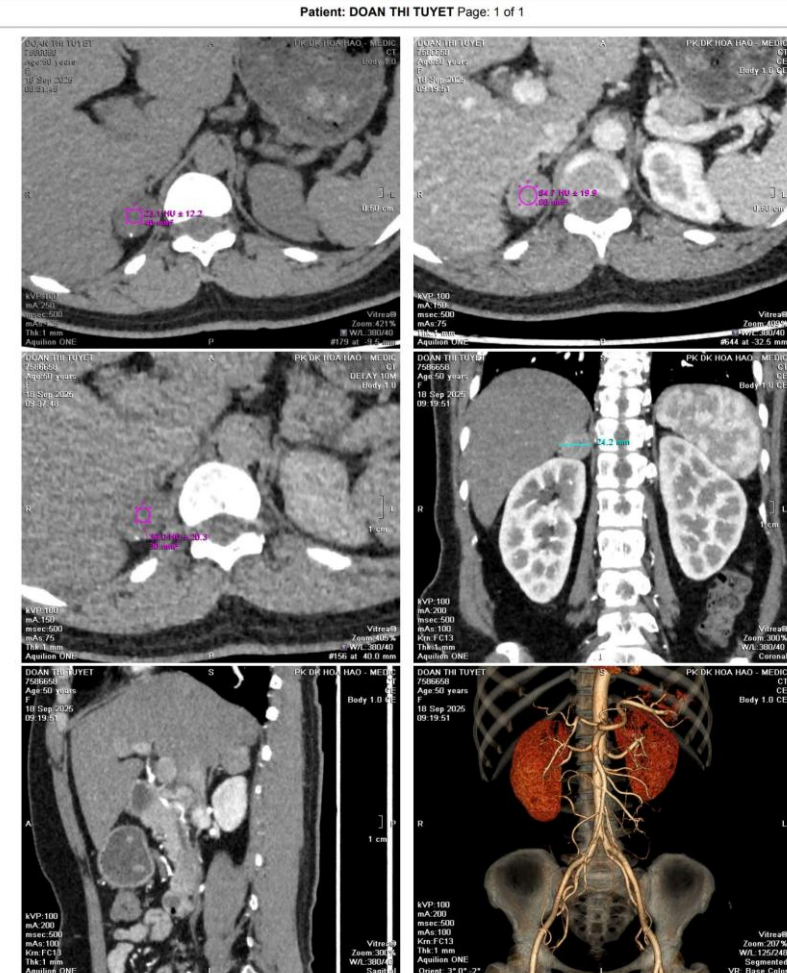
SỎI THẬN - SỎI CẢN QUANG 7MM ĐOẠN KHÚC NỐI BỂ THẬN NIỆU QUẢN PHẢI

GAN NHIỄM MỠ NHẸ

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/09/2025 10:56
 (Bác sĩ đã ký)



Bs. CKII. Võ Nguyễn Thành Nhân





Bệnh lý U tuyến thượng thận

- Triệu chứng lâm sàng & Hội chứng nội tiết
- Đặc điểm hình ảnh trên Siêu âm
- Chẩn đoán & Phân loại trên CT Scan
- Các hệ thống phân độ (Grading Systems)



Tổng quan

- Tuyến thượng thận, dù kích thước nhỏ bé nằm ở cực trên của thận, đóng vai trò trung tâm trong hệ thống nội tiết của cơ thể người, chịu trách nhiệm điều hòa huyết áp, chuyển hóa và phản ứng với căng thẳng (stress) thông qua việc bài tiết catecholamine và steroid.
- Trước đây các khối u thường được phát hiện khi bệnh nhân có tr/ch lâm sàng rầm rộ của h/ch cường hormon hoặc các tr/ch chèn ép do khối u kích thước lớn.
- Hiện nay cùng với sự phát triển của các phương tiện CĐHA -> "u thượng thận tình cờ"(adrenal incidentaloma): là những khối u có kích thước trên 1cm được phát hiện tình cờ trong quá trình thăm khám hình ảnh vì các lý do không liên quan đến bệnh lý tuyến thượng thận.



Tổng quan giải phẫu và sinh lý bệnh

Vùng Vỏ Thượng Thận (Adrenal Cortex) chiếm 80-90% thể tích tuyến, là nơi xuất phát của phần lớn các khối u thượng thận lành tính. Vùng này được chia thành ba lớp tế bào, mỗi lớp chịu trách nhiệm sản xuất một loại hormone steroid đặc thù từ tiền chất cholesterol:

- Lớp cầu (Zona Glomerulosa): Bài tiết mineralocorticoid (chủ yếu là aldosterone), điều hòa cân bằng muối nước và huyết áp. Sự tăng sinh u tại đây dẫn đến Hội chứng Conn.
- Lớp bó (Zona Fasciculata): Bài tiết glucocorticoid (cortisol), ảnh hưởng đến chuyển hóa đường, mỡ, đạm và ức chế miễn dịch. U tăng tiết tại đây gây ra Hội chứng Cushing.
- Lớp lưới (Zona Reticularis): Bài tiết androgen sinh dục. Các khối u tại đây có thể gây ra các biểu hiện nam hóa hoặc dậy thì sớm.

Về mặt hình ảnh học, đặc điểm quan trọng nhất của các tế bào vỏ thượng thận lành tính là chúng chứa một lượng lớn lipid nội bào (cholesterol ester) để làm nguyên liệu tổng hợp hormone. Đặc tính "giàu lipid" này chính là chìa khóa để phân biệt u tuyến lành tính (adenoma) với các tổn thương ác tính trên CT scan và MRI.



Tổng quan giải phẫu và sinh lý bệnh

Vùng Tủy Thượng Thận (Adrenal Medulla) nằm ở trung tâm, chiếm khoảng 10-20% thể tích, bao gồm các tế bào ưa crôm (chromaffin cells) có nguồn gốc từ mào thần kinh. Chức năng chính là bài tiết catecholamine (epinephrine và norepinephrine) để đáp ứng với stress cấp tính (phản ứng "chiến đấu hay bỏ chạy"). Khối u xuất phát từ vùng tủy được gọi là u tủy thượng thận hay Pheochromocytoma. Khác với u vỏ, u tủy thường không chứa lipid nội bào ("nghèo lipid") và có hệ thống mạch máu nuôi vô cùng phong phú, tạo nên hình ảnh tăng quang mạnh đặc trưng.



Triệu chứng Lâm sàng - Nhóm U Vỏ (Cortex)

Đa số u là không hoạt động (không triệu chứng), nhưng cần nhận biết các hội chứng sau:

- **Hội chứng Cushing (Cường Cortisol):**

- Béo phì trung tâm, mặt tròn "mặt trăng", bướu mỡ sau gáy ("bướu trâu").
- Da mỏng, dễ bầm tím, **rạn da đỏ tím** ở bụng/đùi.
- Tăng huyết áp, đái tháo đường, loãng xương.

- **Hội chứng Conn (Cường Aldosterone):**

- **Tăng huyết áp kháng trị** (dùng nhiều thuốc không hạ).
- Hạ Kali máu: Yếu cơ, chuột rút, tiểu nhiều.

-



Triệu chứng Lâm sàng - Nhóm U Tủy & Ác tính

U tủy thượng thận (Pheochromocytoma):

- Do tăng tiết Catecholamine gây "bão giao cảm".
- **Tam chứng kinh điển:** Đau đầu kịch phát + Vã mồ hôi + Hồi hộp đánh trống ngực.
- Huyết áp dao động mạnh (lúc tăng vọt, lúc tụt huyết áp tư thế).
- Cảm giác lo âu, sợ hãi ("sắp chết").

Ung thư biểu mô vỏ thượng thận (ACC):

- Hội chứng hỗn hợp: Vừa Cushing + Vừa Nam hóa (rậm lông, giọng trầm ở nữ).
- Khối u lớn gây đau bụng, sờ thấy khối.

-



Các phương tiện CĐHA

1/ Vai trò & Hạn chế của Siêu âm

• Vai trò:

- Phương tiện sàng lọc ban đầu (sẵn có, không nhiễm xạ).
- Phân biệt u đặc vs u nang.
- Phát hiện khối u lớn hoặc u mỡ (Myelolipoma).

• Hạn chế:

- Khó khảo sát do vị trí sâu, bị che bởi hơi ruột, xương sườn.
- Khó phát hiện u nhỏ < 2cm.
- Không đo được tỷ trọng để xác định bản chất mô học chính xác như CT.



Hình ảnh Siêu âm - Nhóm Lành tính

1/ Adenoma (U tuyến vỏ):

- **Hồi âm:** Giảm âm (Hypoechoic) so với gan/lách.
- **Cấu trúc:** Đồng nhất, mịn.
- **Bờ viền:** Đều, rõ nét, hình tròn hoặc oval.
- **Kích thước:** Thường nhỏ < 3-4 cm.
- **Mạch máu:** Nghèo mạch trên Doppler.

2/ Myelolipoma (U mỡ - tủy):

- **Hồi âm:** Tăng âm mạnh (Dày sáng - Hyperechoic) do chứa mỡ.
- **Đặc điểm:** Giới hạn rõ, có thể gây sai lệch vận tốc âm (tương tự u mạch cơ mỡ tại thận).



Hình ảnh Siêu âm - Nhóm Nghi ngờ/Ác tính

1/ Pheochromocytoma:

- Cấu trúc **không đồng nhất** (Heterogeneous).
- Thường có vùng trống âm do hoại tử/xuất huyết trung tâm.
- Giàu mạch máu nuôi.

2/ Ung thư vỏ (ACC) & Di căn:

- **Kích thước lớn:** Thường > 6cm.
- **Cấu trúc:** Rất không đồng nhất, bờ thùy múi, xâm lấn xung quanh.
- **Dấu hiệu "Đèn pha" (Head light sign):** U di căn 2 bên giảm âm cạnh cột sống.
- **Huyết khối:** Có thể thấy huyết khối ung thư trong tĩnh mạch chủ dưới (IVC).



Phân độ Nguy cơ trên Siêu âm (Đề xuất)

Hiện chưa có bảng phân loại quốc tế thống nhất (như TI-RADS), nhưng có thể chia nhóm:

Nhóm I (Nguy cơ thấp - Điển hình lành tính):

- Khối < 4cm, giảm âm đồng nhất (Adenoma).
- Khối tăng âm mạnh (Myelolipoma).
- Nang đơn thuần (Trống âm).

Nhóm II (Trung gian/Không xác định):

- Khối 4-6 cm.
- Cấu trúc âm hỗn hợp, có vôi hóa hoặc nang hóa một phần.

Nhóm III (Nguy cơ cao - Ác tính):

- Khối > 6cm.
- Bờ không đều, xâm lấn, hoại tử rộng, hạch lân cận.
- Tăng sinh mạch hỗn loạn.



CT Scan - Tiêu chuẩn Vàng chẩn đoán

Quy trình chụp (Adrenal Protocol):

- **Thì không thuốc (Non-contrast):** Đo tỷ trọng cơ bản (HU).
- **Thì tĩnh mạch (60s):** Đánh giá ngấm thuốc.
- **Thì muộn (15 phút):** Đánh giá thải thuốc (Washout).

Nguyên lý:

- Adenoma chứa nhiều **lipid nội bào** -> Tỷ trọng thấp.
- Adenoma thải thuốc **nhanh**.
- U ác tính/Pheochromocytoma thải thuốc **chậm**.



- **Phân loại CT dựa trên Tỷ trọng (HU)**

- *Đo ROI (vùng quan tâm) chiếm 1/2 - 2/3 diện tích u trên phim không thuốc:*

- **Adenoma giàu lipid (Điển hình):**

- Tỷ trọng ≤ 10 HU.

- Độ đặc hiệu 98% cho chẩn đoán lành tính.

- **Xử trí:** Không cần chụp thêm thì muộn, không cần sinh thiết.

- **Tổn thương nghèo lipid / Không xác định:**

- Tỷ trọng > 10 HU.

- Bao gồm: Adenoma nghèo lipid, Pheochromocytoma, Di căn, Ung thư vỏ.

- **Xử trí:** Bắt buộc tính chỉ số thải thuốc (Washout).



Hệ thống Phân loại Adrenal-RADS (Đề xuất)

Hệ thống chuẩn hóa báo cáo hình ảnh:

- **Adrenal-RADS 1:** Lành tính (≤ 10 HU, Mỡ đại thể). -> *Không theo dõi.*
- **Adrenal-RADS 2:** Ổn định (Không đổi kích thước > 1 năm). -> *Theo dõi định kỳ.*
- **Adrenal-RADS 3:** Không xác định (1-4 cm, > 10 HU, Washout không điển hình). -> *Thêm MRI/Nuclear.*
- **Adrenal-RADS 4:** Nghi ngờ cao (> 4 cm, ngấm thuốc mạnh, không đồng nhất). -> *Hội chẩn phẫu thuật.*
- **Adrenal-RADS 5:** Ác tính (Xâm lấn, di căn).
- **Adrenal-RADS 6:** Đã sinh thiết ác tính.



Phân giai đoạn ENSAT (Cho Ung thư Vỏ - ACC)

Thay thế cho TNM truyền thống vì tiên lượng tốt hơn:

- **Giai đoạn I:** $U \leq 5$ cm, nằm gọn trong bao.
- **Giai đoạn II:** $U > 5$ cm, nằm gọn trong bao.
- **Giai đoạn III:**
 - Xâm lấn mô mỡ xung quanh.
 - Hoặc xâm lấn lân cận (thận, gan, tĩnh mạch).
 - Hoặc di căn hạch vùng (N1).
- **Giai đoạn IV:** Di căn xa (Phổi, Gan, Xương...).



Kết luận & Hướng dẫn Tiếp cận

- **Luôn sàng lọc chức năng:** Xét nghiệm Hormone (Catecholamine, Cortisol) cho mọi khối u tình cờ.
- **Quy luật 10 HU (CT):** ≤ 10 HU là chìa khóa khẳng định Adenoma lành tính.
- **Quy luật Washout:** $> 60\%$ (tuyệt đối) hoặc $> 40\%$ (tương đối) giúp cứu vãn chẩn đoán Adenoma nghèo lipid.
- **Quy luật Kích thước:**
 - < 4 cm: Nguy cơ thấp -> Theo dõi.
 - > 4 cm: Nguy cơ ác tính tăng -> Cân nhắc phẫu thuật.
- **Phối hợp đa mô thức:** Kết hợp Siêu âm (sàng lọc), CT (chẩn đoán), MRI/PET (bổ sung) để tối ưu hóa điều trị.



Tài liệu tham khảo

- <https://vjrm.edu.vn/index.php/vjrm/article/download/469/364/871>
- <https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/adrenal-gland/signs-and-symptoms>
- <https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/adrenal-gland/signs-and-symptoms>
- <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cushing-syndrome/symptoms-causes/syc-20351310>
- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5605062/>

Thank You!

