



CÁC HỆ THỐNG TIÊU CHUẨN HÓA TRONG SIÊU ÂM HẠCH (RADS: REPORTING AND DATA SYSTEMS)

Bs Lê Thị Thanh Thảo

Khoa Siêu Âm – Trung Tâm Y Khoa Medic





GIỚI THIỆU

- Hạch bạch huyết: bệnh lý thường gặp.
- Đánh giá hạch bạch huyết: yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến chẩn đoán, quyết định điều trị và quản lý tiếp theo, đặc biệt trong việc phát hiện, theo dõi ung thư.
- Hiện nay:
 - Mô tả hạch chưa được chuẩn hóa.
 - Thiếu một hệ thống chuyên dụng đánh giá chính xác, toàn diện các hạch.



Grid	1	2	3	4	5
Feature					
Shape					
Cortex Irregularity					
Cortex Echogenicity					
Cortex Inhomogeneity					
Borders					
Vascular pattern					

Shape:

- 1 - very long and slim
- 2 - more long than oval
- 3 - oval - proportion 1/2
- 4 - more round than oval
- 5 - round

Cortex irregularity:

- 1 - perfect regular
- 2 - subtle irregularity
- 3 - moderate irregularity
- 4 - strong irregularity, also FCT
- 5 - total infiltration, no hilum

Cortex echogenicity:

- 1 - strong hyperechoic
- 2 - moderate hyperechoic
- 3 - izoechoic
- 4 - subtle hypoechoic
- 5 - strong hypoechoic

Cortex inhomogeneity

- 1 - perfect homogenous
- 2 - homogenous
- 3 - average subtle inhomogeneity (may be due to technical artifacts)
- 4 - moderate inhomogeneity
- 5 - evident inhomogeneity

The margins

- 1 - perfect distinct outline
- 2 - distinct outline
- 3 - subtle borders' blur (may be due to technical artifacts)
- 4 - moderate border's blur
- 5 - evident blur (extracapsular infiltration)

Colour Doppler vascular pattern

- 1 - no visible blood flow
- 2 - hilar flow (small tree)
- 3 - hilar-cortical flow (big tree)
- 4 - peripheral *
- 5 - vascular chaos

* - group 4 includes LNs with peripheral-type vascularization, which can take two forms: the first, where blood flow is present exclusively in the peripheral zone of the node, and the second, where central vessels extend peripherally to the capsule. In both cases, we observed an increased number of malignant LNs.



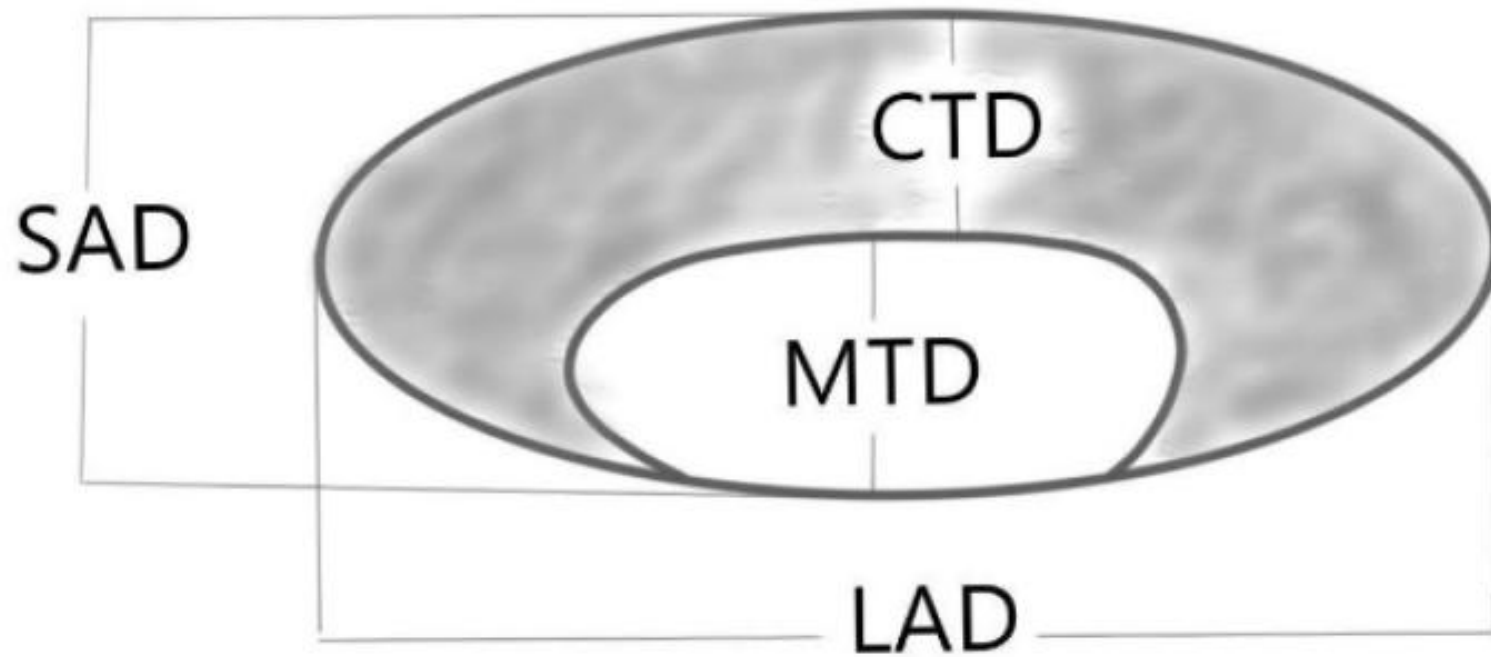
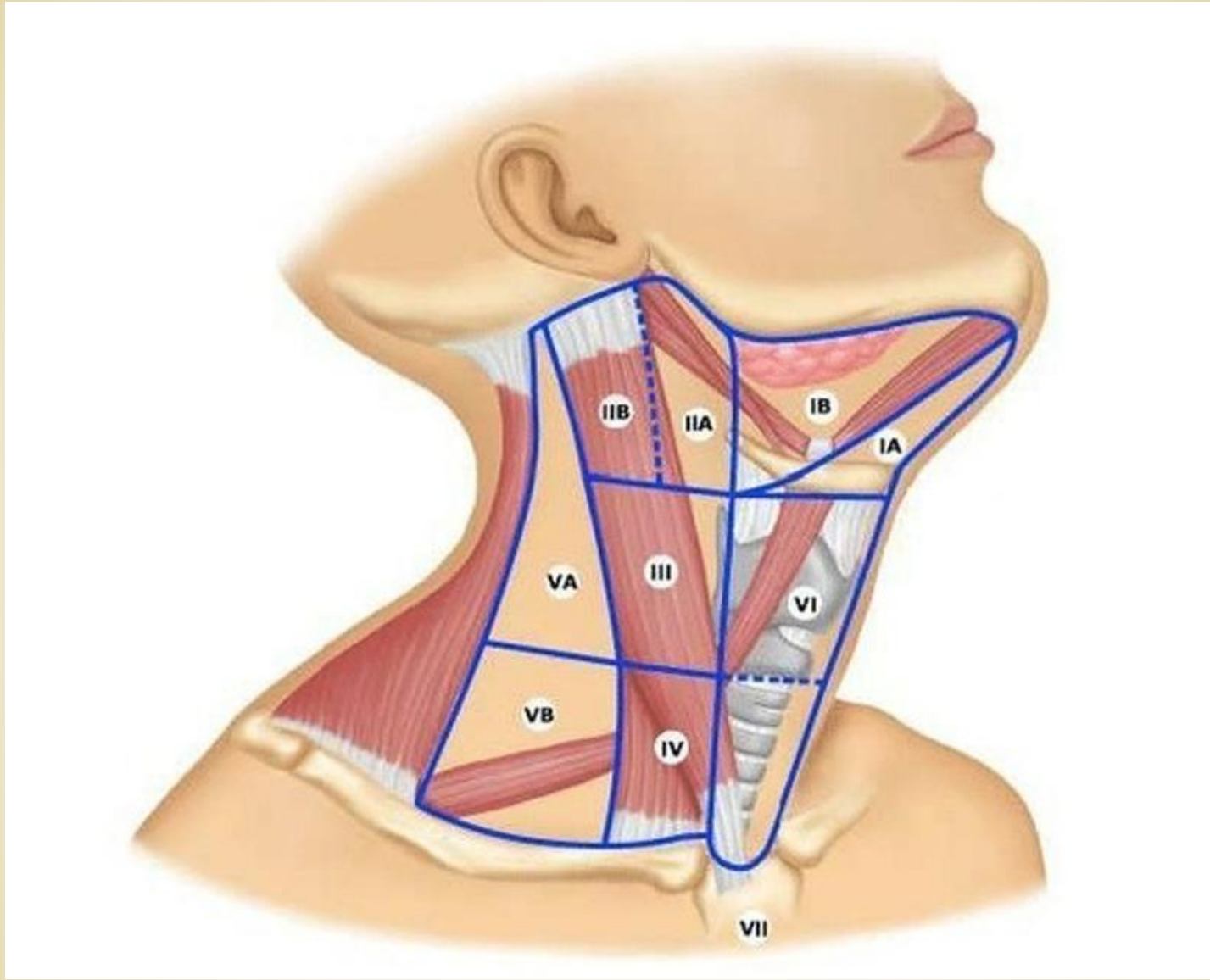


Figure 3. Objective morphological features of LNs.





❖ Các hệ thống phân loại chuẩn hóa (RADS)

- **A-RADS (Adenopathy Reporting and Data System):** Phân loại hạch vùng cổ thành 4 nhóm (bình thường, phản ứng, nghi ngờ/rối loạn hệ bạch huyết, và di căn) dựa trên hình thái siêu âm.
- **Node-RADS:** Hệ thống chuẩn hóa báo cáo cho CT và MRI, phân loại hạch từ mức 1 (khả năng rất thấp) đến mức 5 (khả năng rất cao) dựa trên "kích thước" và "cấu trúc".
- **LN-RADS (Lymph Node Reporting and Data System):** Hệ thống đa tham số dành riêng cho siêu âm hạch nông, chia hạch thành 6 nhóm (từ 1 đến 5, với nhóm 4 chia nhỏ thành 4a và 4b). Hệ thống này giúp ước tính rủi ro ác tính từ 0% (nhóm 1) lên đến 97% (nhóm 5).



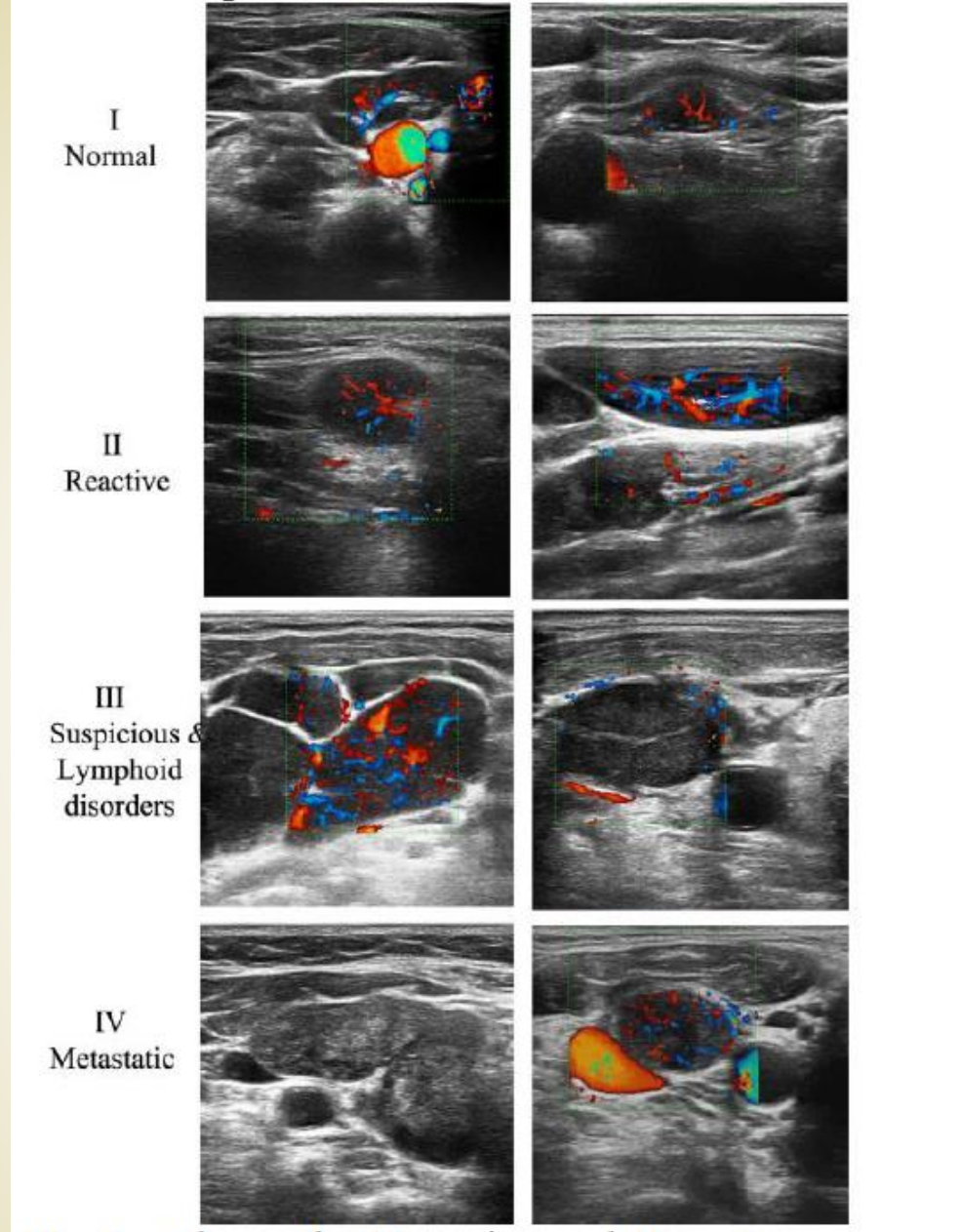
A-RADS

Table 4: Proposed ultrasound classification and diagnostic approach of neck adenopathy.

Ultrasound categories (A-RADS)		Ultrasound appearance		Management
I	Normal	SAD<1cm, hypoechoic, and hilar vessels		None
II	Reactive	SAD=1-1.5cm, hypoechoic cortex, visible hilum, and increased hilar vessels		Follow up
III	Suspicious & Lymphoid disorders	SAD>1cm, hypoechoic cortex, small or invisible hilum, Hilar, non-hilar or decreased vascularity	Unknown origin	CNB
			Known origin	FNA
IV	Metastatic	Iso-echoic cortex and invisible hilum. Non-hilar vessels	Unknown origin	CNB
			Known origin	Treatment
			Post -op of known origin	FNA

- ✓ Normally, there are 1-2 prominent lymph nodes in the Jugulo-digastric area with SAD \approx 10 mm. Others lymph nodes are small, except one in the supraclavicular area. An unexpected prominent lymph node out of this pattern is abnormal.
- ✓ Occasionally, intra-nodal reticulation, conglomeration and necrotic changes in lymphoid disorders and cystic changes in metastatic nodes are seen.
- ✓ Follow up was done for 1 month. if adenopathy resolved, it was called reactive, and if it was stable or increased in size, changed into category III.
- ✓ FNA is used to differentiate metastatic and reactive adenopathy, and CNB is used to diagnose the cause of adenopathy with the help of IHC and PCR. CNB was mainly performed with 14 gauge needles in lymphoid disorders and 16 gauge needles in the metastatic group.
- ✓ Therapeutic neck dissection with primary tumor resection. Occasionally, there are special therapeutic protocols for some tumours, such as nasopharyngeal carcinoma.





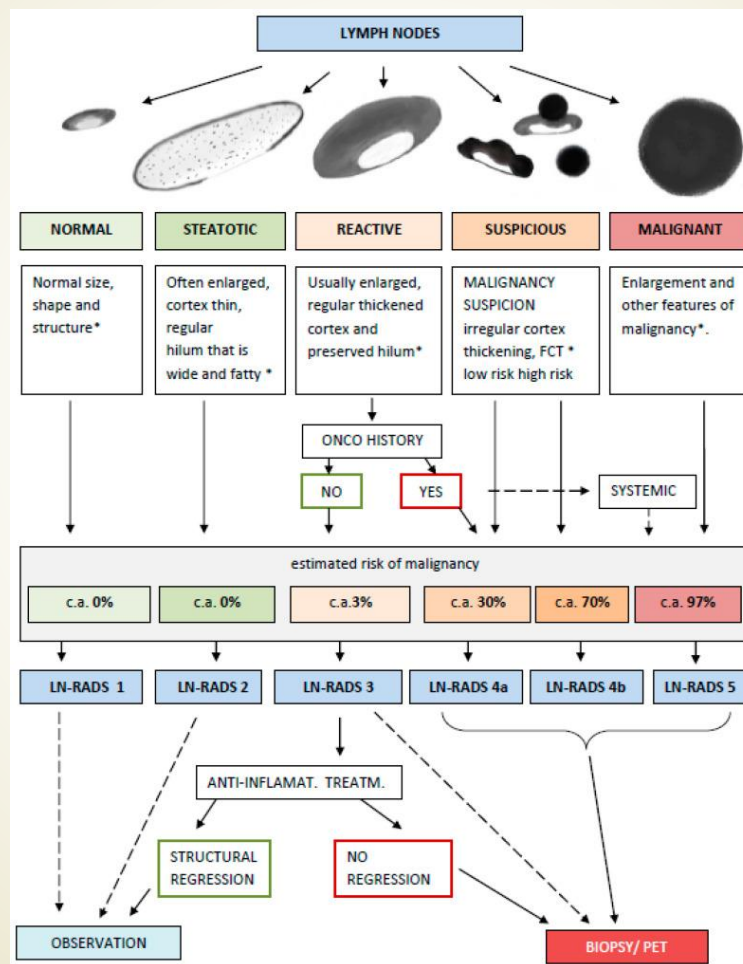
NODE-RADS

Table 2. Proposed Classification System for Ultrasound-based Node-RADS.

Node RADS Classification of lymphadenopathy & Recommendation							
Ultrasound Features	Score	Total Score	Node-RADS	Recommendation			
SAD (Short Axis Diameter)							
Jugulodigastric < 10 mm Other < 8 mm	0	≤1	I Normal	None			
Jugulodigastric ≥ 10 mm Other ≥ 8 mm	2	2	II Reactive	Clinical follow-up ± Treatment			
≥ 16 mm	4						
Echo-texture							
Hypo-echoic cortex	0	3	III Probably Reactive	Repeated Ultrasound in 2-4 weeks			
Invisible hilum	1						
Hyper-echoic cortex	3	4	IV Suspicious	Known Origin	FNA		
Vascularity							
Hilar	0			≥5	V Metastatic / Tumoral	Unknown Origin	CNB
Decreased	1	Known Origin	Treatment				
Non-hilar	4						
Clinical History							
< 2-4 week	0	≥5	V Metastatic / Tumoral	Unknown Origin	CNB		
> 2-4 week	1			Post -Op (Known Origin)	FNA		



LN-RADS



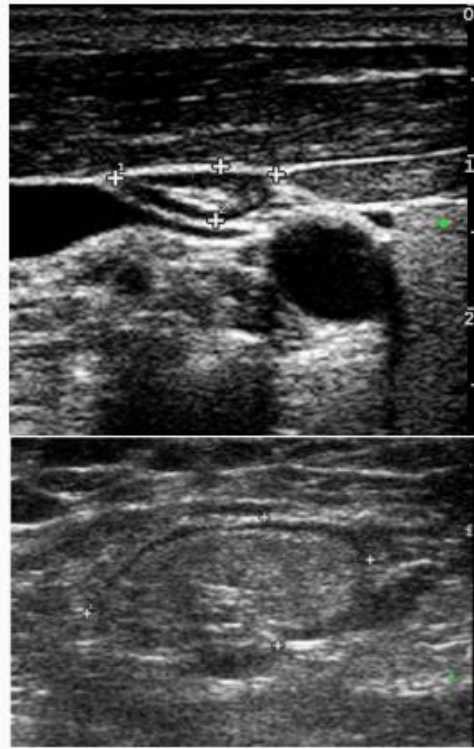


Figure 8a: LN-RADS 1 normal LN 10 mm × 3.5 mm History: Local cervical pain (HP negative).

Figure 8b: LN-RADS 2 - steatotic LN 23 mm × 11 mm. History: Palpable LN enlargement (HP negative).

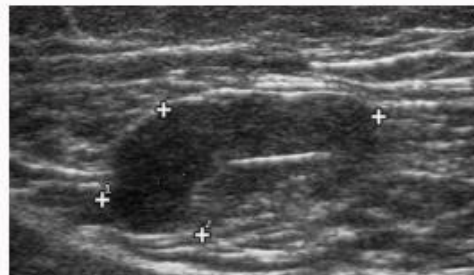


Figure 9: LN-RADS 3 - reactive LN 29 mm × 16 mm; acute laryngitis- (HP negative).

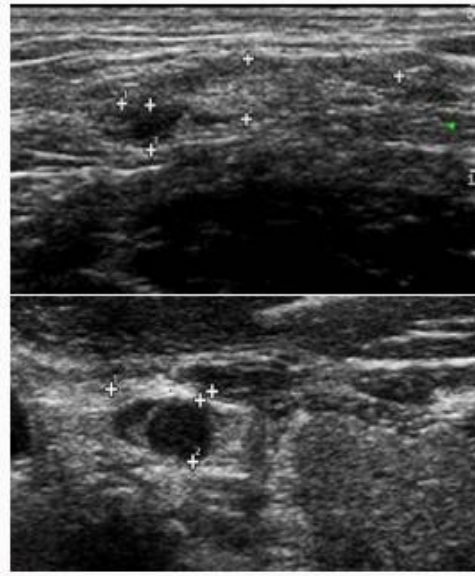


Figure 10a: LN-RADS 4a - low suspicious; 20 mm × 2.6 mm with focal thickening of cortex. History of Melanoma malignum. (HP Melanoma malignum)

Figure 10b: LN-RADS 4b LN 8.5 mm × 4 mm with 4 mm FCT. History: Cervical lymphadenopathy. HP: Non-small cell cancer.

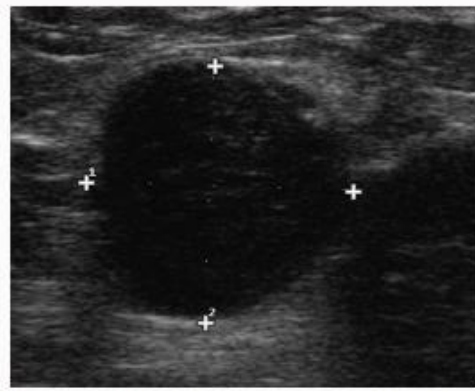
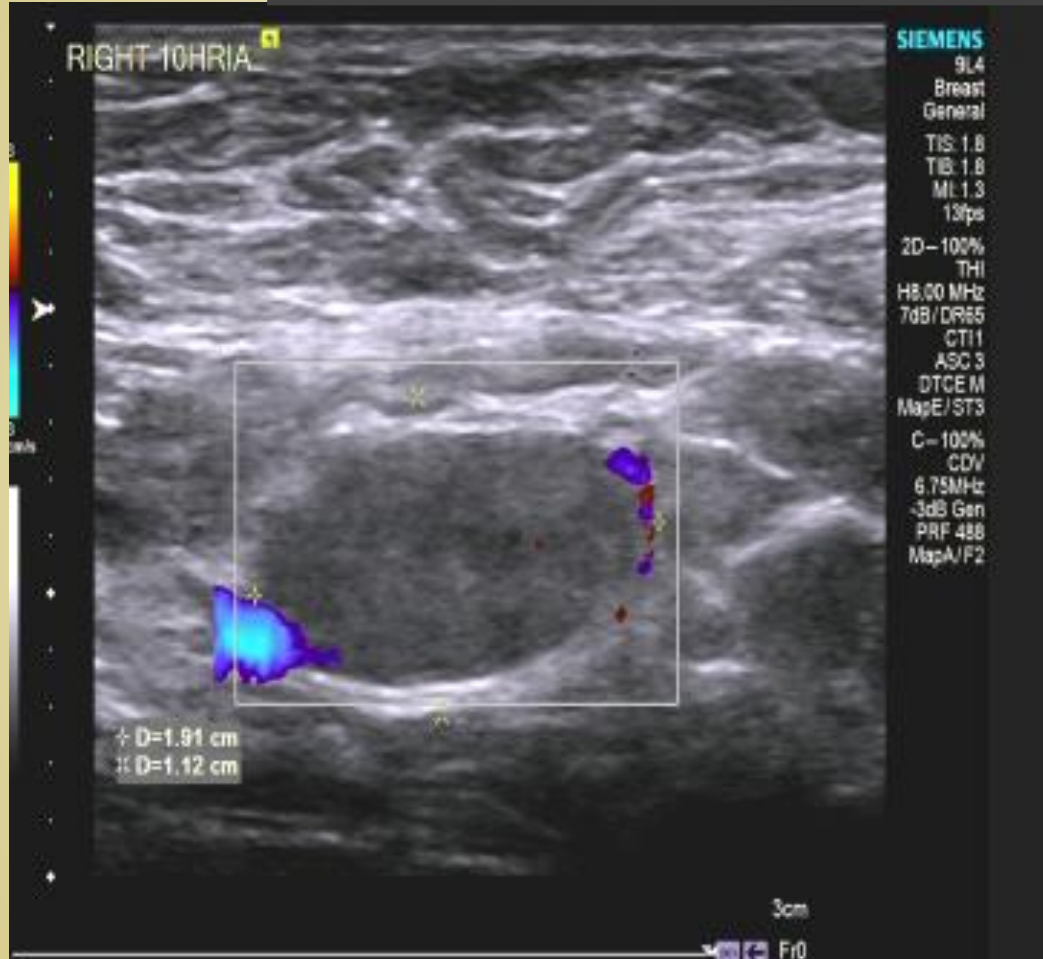
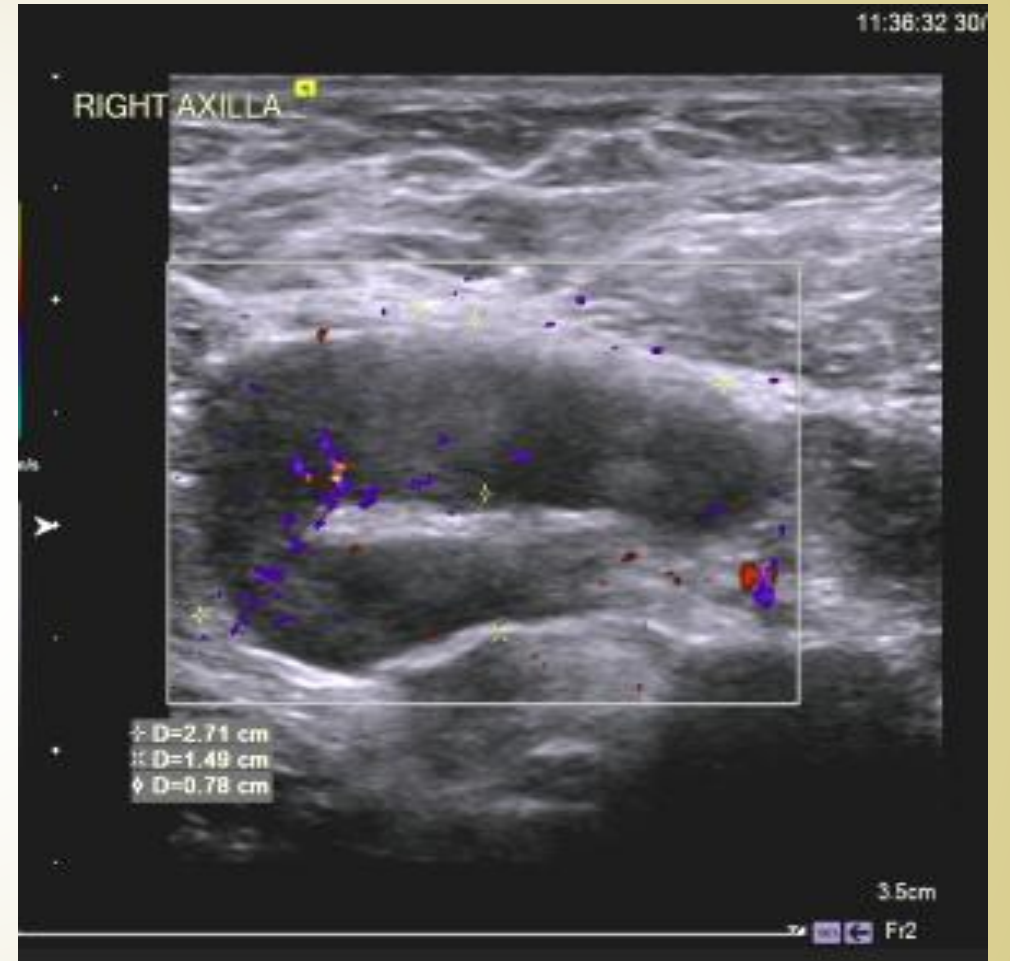


Figure 11: LN-RADS 5 LN 21 mm × 21 mm History: Merkel Cell Carcinoma. HP: Small cell cancer.

CA LÂM SÀNG 1

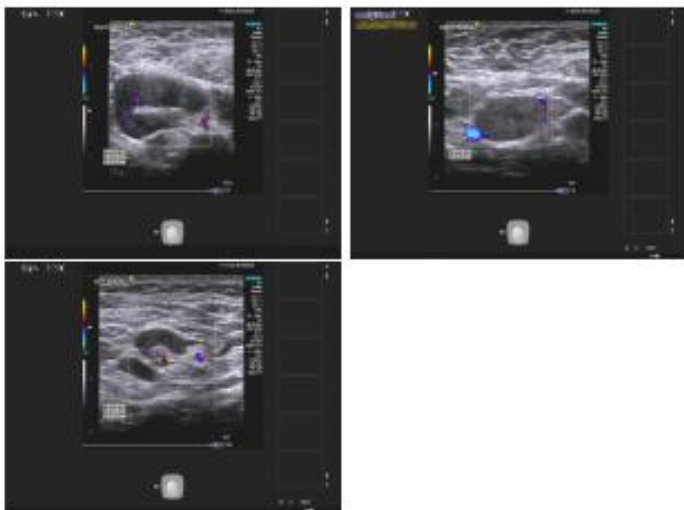


Bệnh nhân nữ 33t
Lâm sàng: Hạch nách phải



VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TUYẾN VÚ MÀU

- MÔ TUYẾN VÚ HAI BÊN DÀY TRUNG BÌNH.
- VÚ PHẢI: VỊ TRÍ 10H RỈA VÙ CÓ NHÂN ECHO KÈM, BỜ ĐỀU, KHÔNG VỎI, TRỤC NGANG, D = 19X11 mm, KHÔNG DẤU DOPPLER.
- VÚ TRÁI: KHÔNG U VÀ TỔN THƯƠNG VIÊM.
- KHÔNG DẪN ỚNG TUYẾN.
- NÁCH PHẢI - TRÁI CÓ NHIỀU HẠCH HÌNH BẦU DỤC CÒN RÓN HẠCH, D= 14X6 mm -> 27X15 mm, TĂNG SINH MẠCH ÍT.



KẾT LUẬN:

U VÚ PHẢI KHẢ NĂNG LẠNH TÍNH (BIRADS 3). HẠCH NÁCH HAI BÊN KHÔNG ĐIỂN HÌNH VIÊM.

Đề nghị:

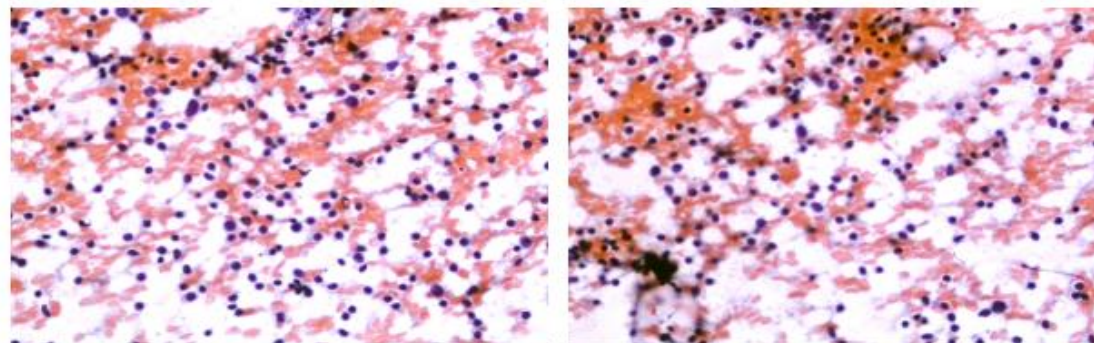
NHŨ ẢNH M4 + FNAC HẠCH NÁCH PHẢI

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 20/10/2023 11:34

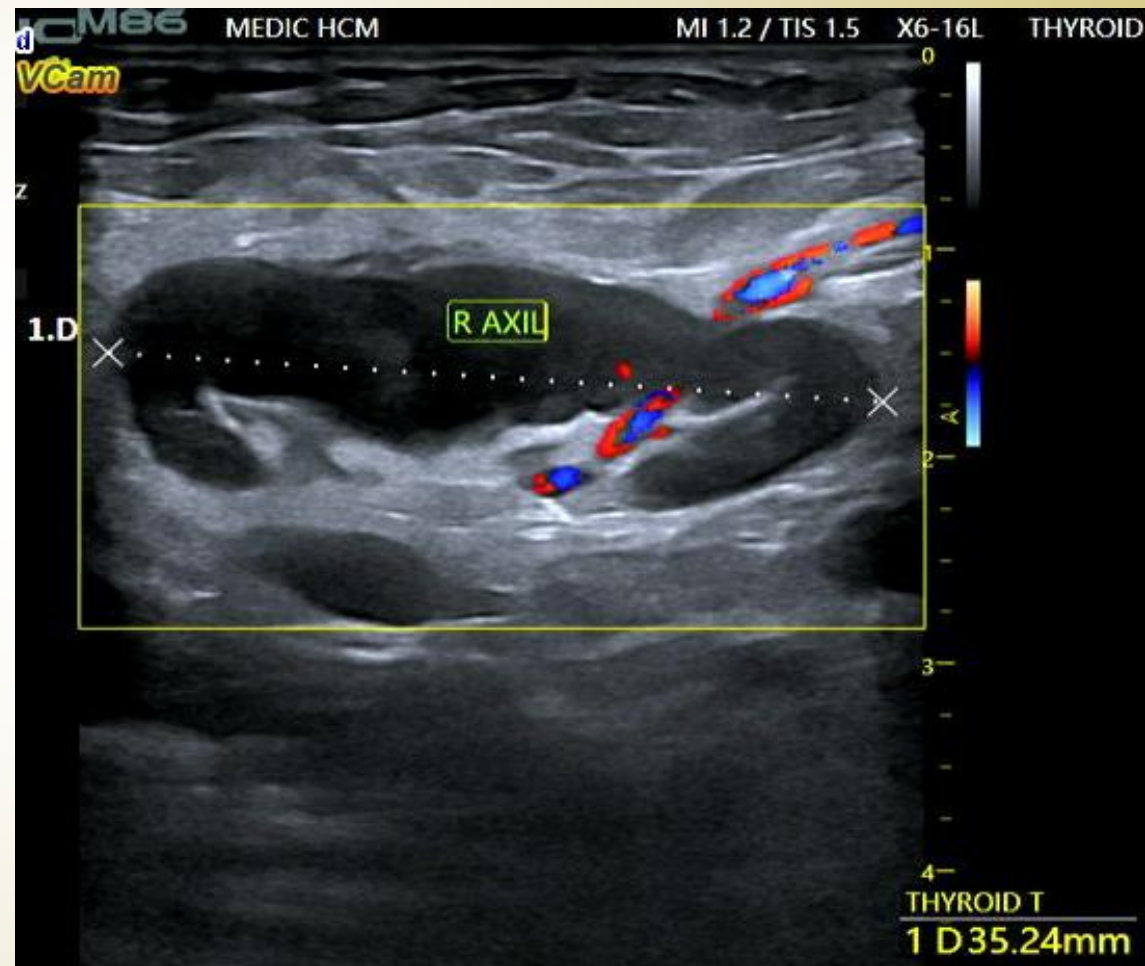
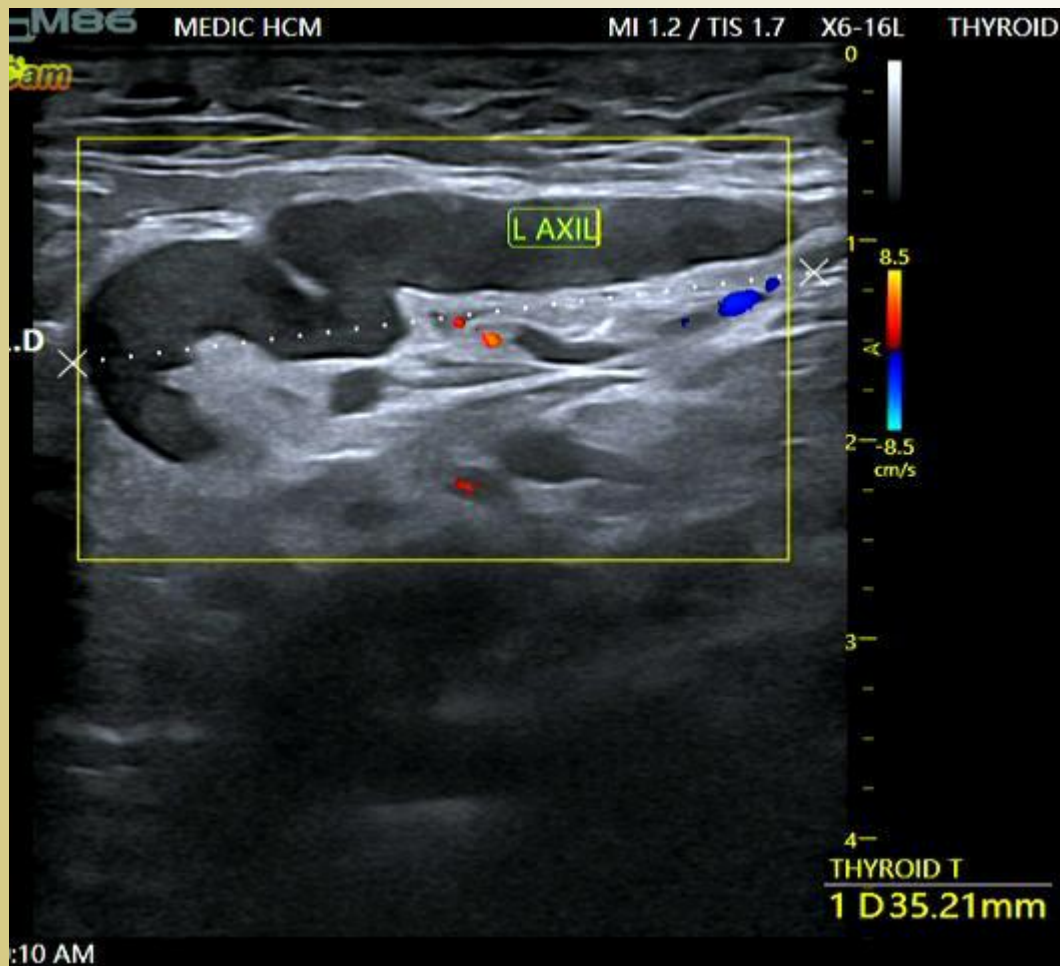
ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO :

Các lam của mẫu thử có các lymphô bào, bạch cầu đa nhân và hồng cầu.

KẾT LUẬN : HẠCH VIÊM MẠN TÍNH

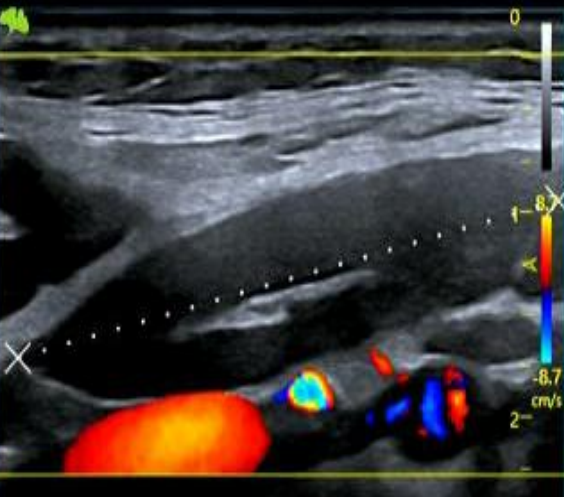
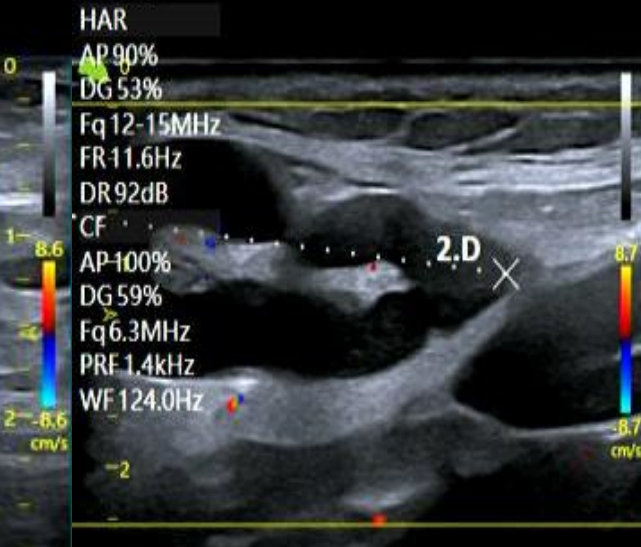
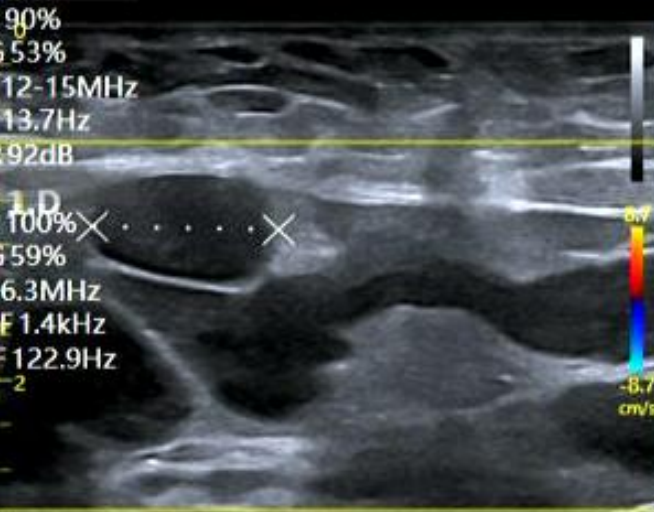


2 NĂM SAU





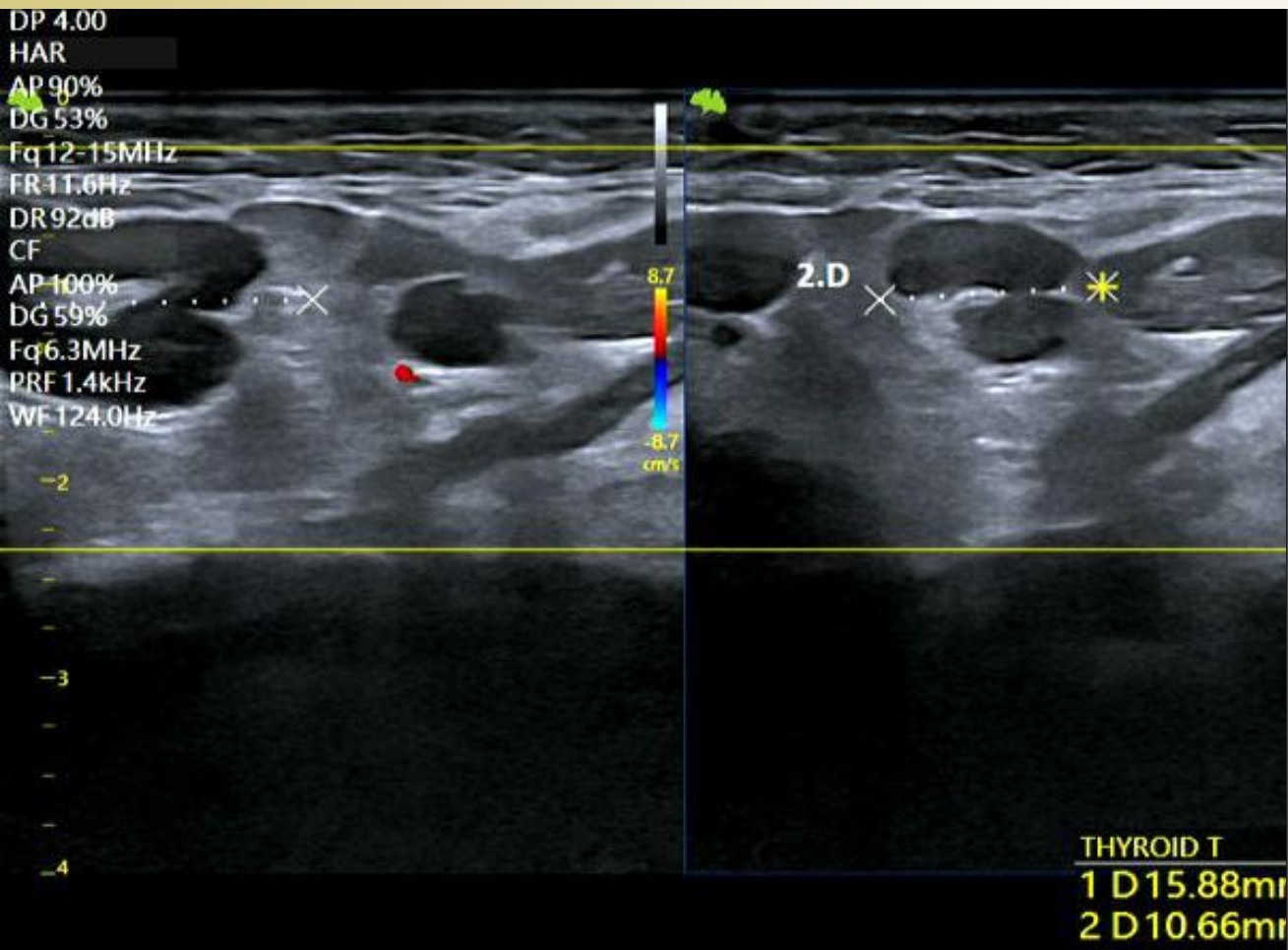
ZeSonn Vcam



THYROID T
1 D 9.72mm
2 D 18.06mm

THYROID T
1 D 31.74mm
2 D 26.24mm



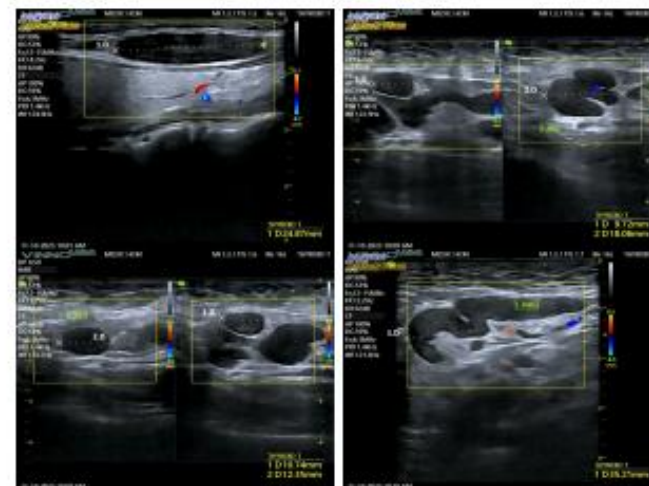


BS chỉ định : BS. CKII. DƯƠNG NGỌC THÀNH

BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM VÙNG CỔ

- TUYẾN GIÁP: kích thước bình thường, nền giáp cấu trúc echo dày, đồng nhất, không nhân giáp, phân bố mạch máu bình thường.
- TUYẾN MANG TAI, DƯỚI HÀM, DƯỚI LƯỠI: bình thường.
- HẠCH CỔ: DƯỚI HÀM HAI BÊN VÀ PHÍA SAU CƠ ỨC ĐỒN CHỦM CÓ NHIỀU CẤU TRÚC ECHO KÈM DẠNG HẠCH, D= 9-->36MM, HÌNH BẦU DỤC, CÓ RỖN HẠCH, VỎ BAO HẠCH DÀY, KHÔNG TĂNG TUẦN MÁU.
- KHẢO SÁT VÙNG NÁCH HAI BÊN: CÓ NHIỀU CẤU TRÚC ECHO KÈM DẠNG HẠCH, D= 9-->35MM, HÌNH BẦU DỤC VÀ TRÒN, CÓ HẠCH CÒN RỖN HẠCH, CÓ HẠCH MẮT RỖN (HÌNH TRÒN), CÓ TĂNG TUẦN MÁU Ở RỖN HẠCH.



KẾT LUẬN:

NHIỀU HẠCH CỔ VÀ NÁCH HAI BÊN CHƯA LOẠI TRỪ LYMPHOMA. CĐPB : 1/ HẠCH VIÊM MẠN. 2/ HẠCH VIÊM LAO.

Đề nghị:

XEM XÉT CĐ SINH THIẾT TRỌN HẠCH NÁCH TRÁI (HOẶC PHẢI)



GPB ĐẠI THỂ : 1,2/ Vài mô 0.3 - 1.2 cm.

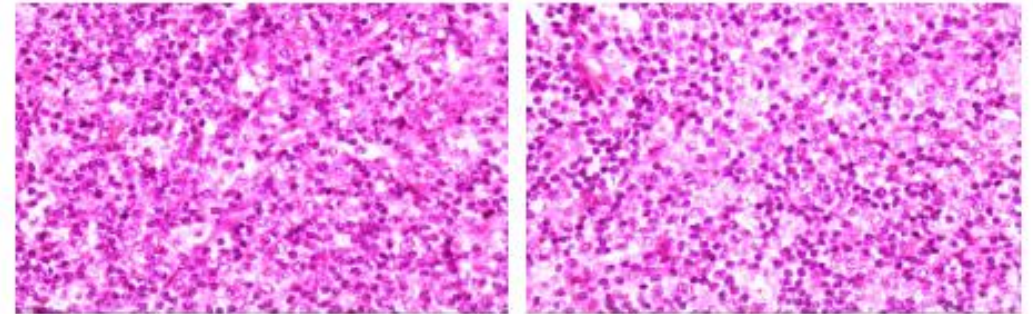
GPB Vi Thể :

Vùng vỏ hạch có các nang limphô thứ phát với các trung tâm mầm có kích thước khác nhau. Các tĩnh mạch tăng sản, tế bào nội mô phồng to. Vỏ bao hạch và các vách ngăn dày, thấm nhập limphô bào và tương bào.

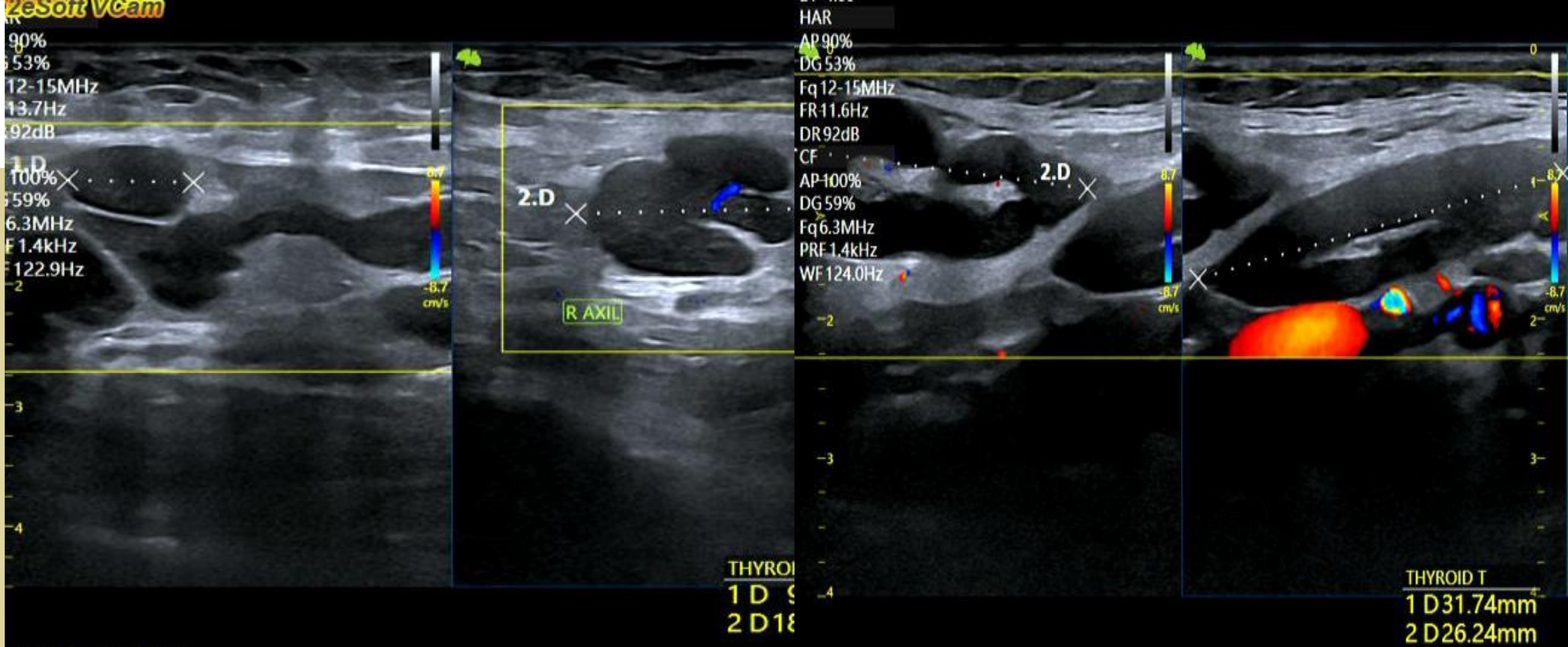
NGHI LYMPHÔM

ĐỀ NGHỊ NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH: CD3, CD20, KI67, BCL2, BCL6, CD10, ĐỂ HỖ TRỢ XÁC ĐỊNH CHẨN ĐOÁN (BLOCK 1)

Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch ngày 17/11/2025: CD3 (+) trên các tế bào phản ứng, CD20 (+) khu trú trên các cấu trúc dạng nang, BCL-2 (-), BCL-6 (-), CD10 (-), Ki67 (+) mạnh trong một số trung tâm mầm.



KẾT LUẬN : SAU NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH: PHÙ HỢP HẠCH VIÊM MẠN TÍNH.
Đề nghị theo dõi và sinh thiết thêm nếu cần.



A-RADS: nhóm II

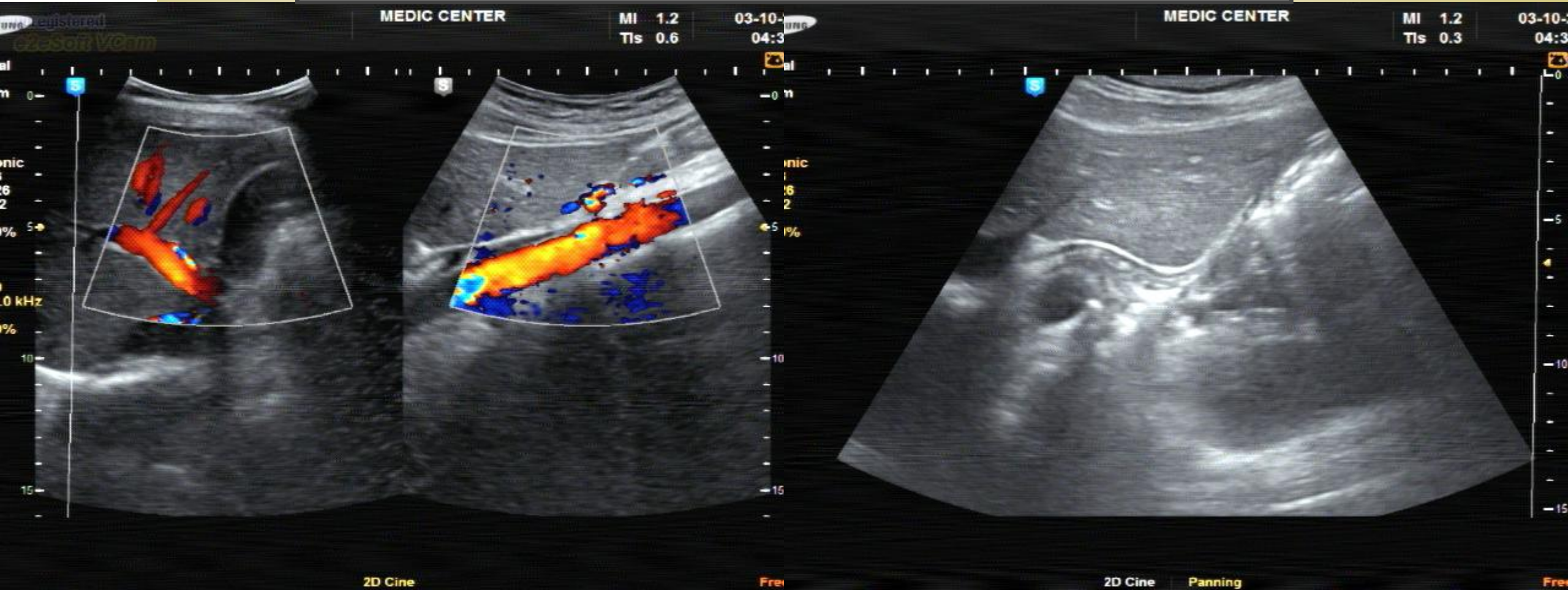
NODE-RADS: nhóm III

LN-RADS: nhóm III





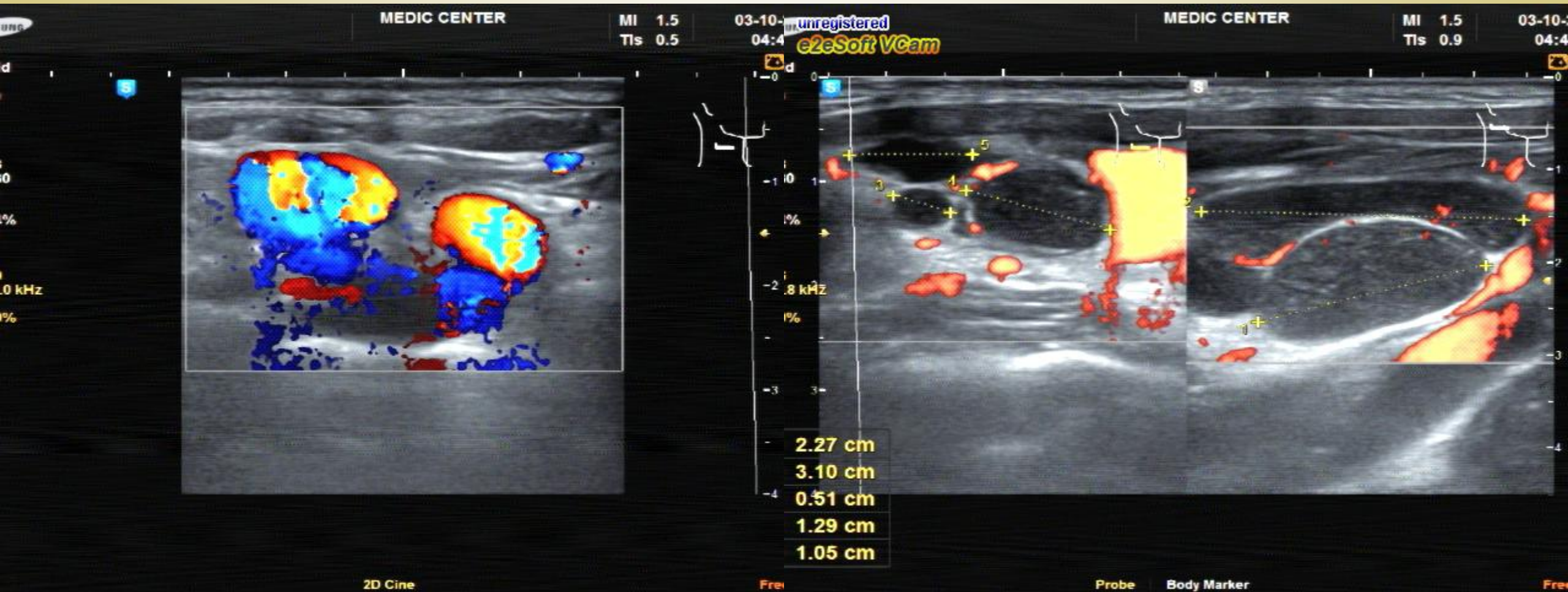
CA LÂM SÀNG 2



Bệnh nhân nữ, 30t
Lâm sàng: sưng góc hàm phải 1 tuần

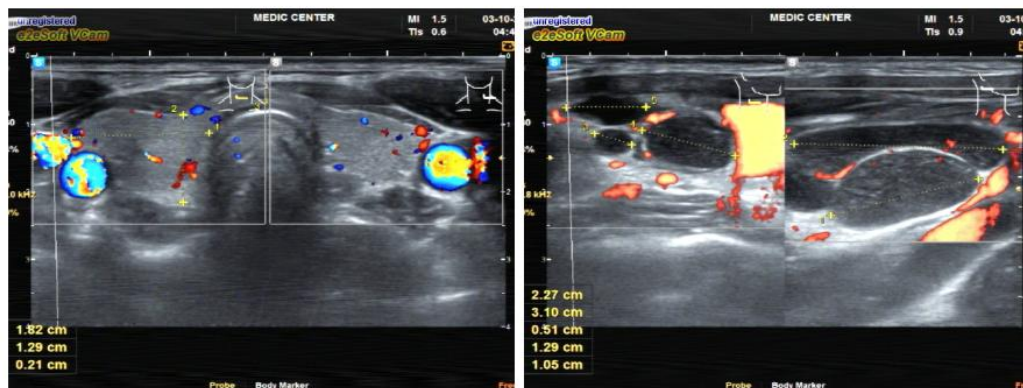






VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM VÙNG CỔ

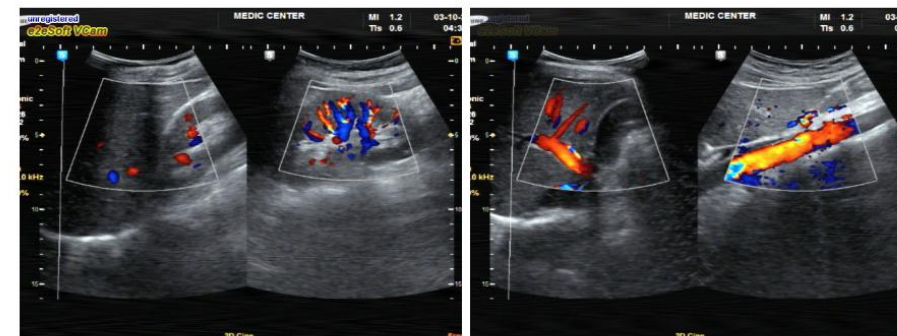
- TUYẾN GIÁP: kích thước bình thường, nền giáp cấu trúc echo dày, đồng nhất, không nhân giáp, phân bố mạch máu bình thường.
- HẠCH CỔ: vùng dưới hàm và dọc cơ SCM bên phải có nhiều hạch echo kém, giới hạn rõ dạng ovale, D # 5 - 31 MM, kết thành chùm, các hạch lớn mất cấu trúc rốn hạch.
- TUYẾN MANG TAI, DƯỚI HÀM, DƯỚI LƯỠI: bình thường.
- PHẦN MỀM CỔ (Da, mô dưới da, cân cơ), THỰC QUẢN CỔ: chưa thấy bất thường.



KẾT LUẬN : NHIỀU HẠCH CỔ PHẢI (NGHĨ HẠCH VIÊM)

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc echo dày, đồng dạng, không sang thương khu trú. Tĩnh mạch cửa không giãn, dòng chảy hướng gan, vận tốc trong giới hạn bình thường.
- 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: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- Tử cung: đồng dạng. Buồng trứng: không u.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN : GAN NHIỄM MỜ ĐỘ I.



4. Chẩn đoán ban đầu:

5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc): Gồm 5 loại thuốc

1. **Lucass 200mg.** (Cefpodoxime proxetil 200mg) **30 Viên**

Ngày uống **02** lần, lần **01** viên (**sáng-tối**)

2. **Cefass 60mg** (Etoricoxib) **30 Viên**

Ngày uống **02** lần, lần **01** viên (**sáng-tối**)

3. **Sopezid 40** (Esomeprazol 40mg) **30 Viên**

Ngày uống **02** lần, lần **01** viên (**sáng tối**)

4. **ALBENDAZOLE 400mg** (Albendazole) **04 Viên**

Ngày uống **02** lần, lần **01** viên (**sáng tối**)

5. **Betadine Gar 1% (SM)** (Povidone-iodine) **01 Chai**

Ngày xuc **01** lần, lần **01** ly (**sáng**)

6. Chẩn đoán khi ra viện: HẠCH CỔ VIÊM

Mã



1 THÁNG SAU

.....
4. Chẩn đoán ban đầu:

5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc): Gồm 3 loại thuốc

1. Lucass 200mg. (*Cefpodoxime proxetil 200mg*) **20 Viên**

Ngày uống 02 lần, lần 01 viên

2. E-cox 60 (*Etoricoxib 60mg*) **20 Viên**

Ngày uống 02 lần, lần 01 viên

3. Sotig-40 (*Esomeprazole 40mg*) **20 Viên**

Ngày uống 02 lần, lần 01 viên

6. Chẩn đoán khi ra viện: HẠCH CỔ PHẢI NGHI LAO

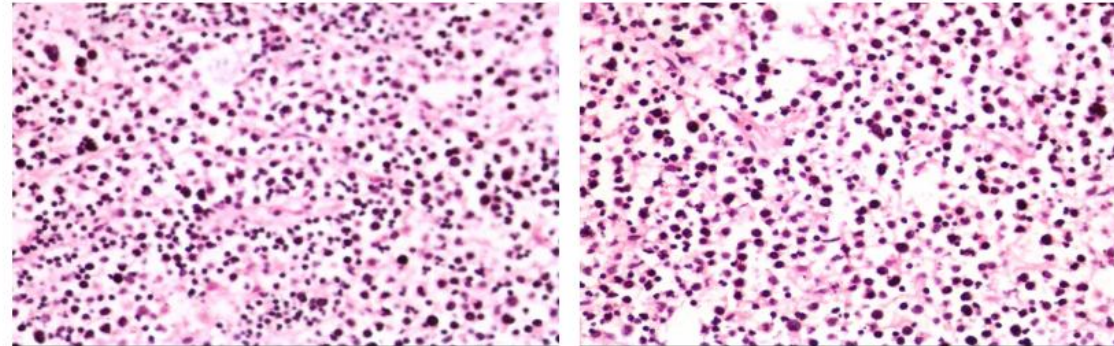
Ngày nhận mẫu : 02/11/2021 Ngày trả kết quả : 03/11/2021

GPB ĐẠI THỂ : Vài mô 0.5-1.2 cm



GPB Vi Thể :

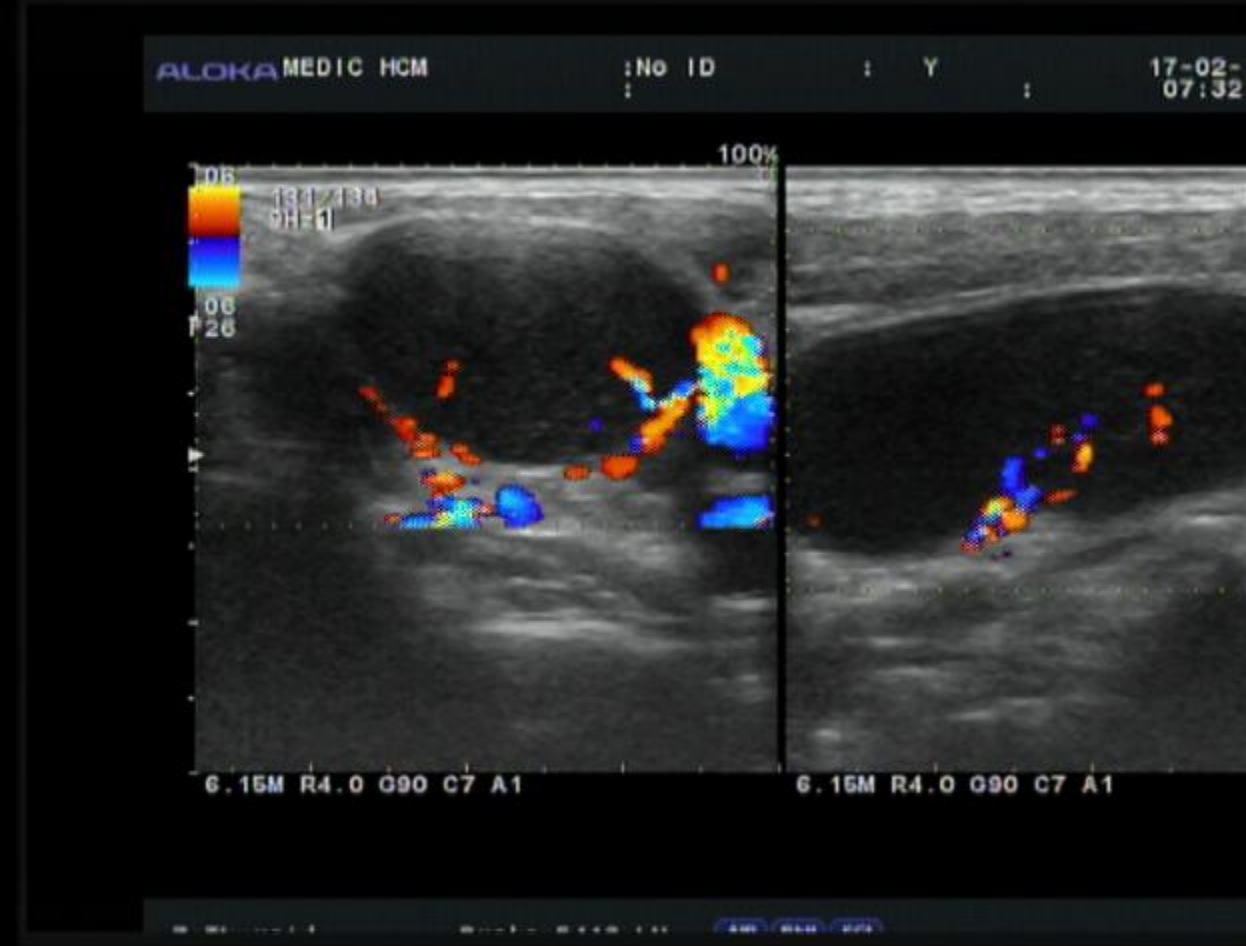
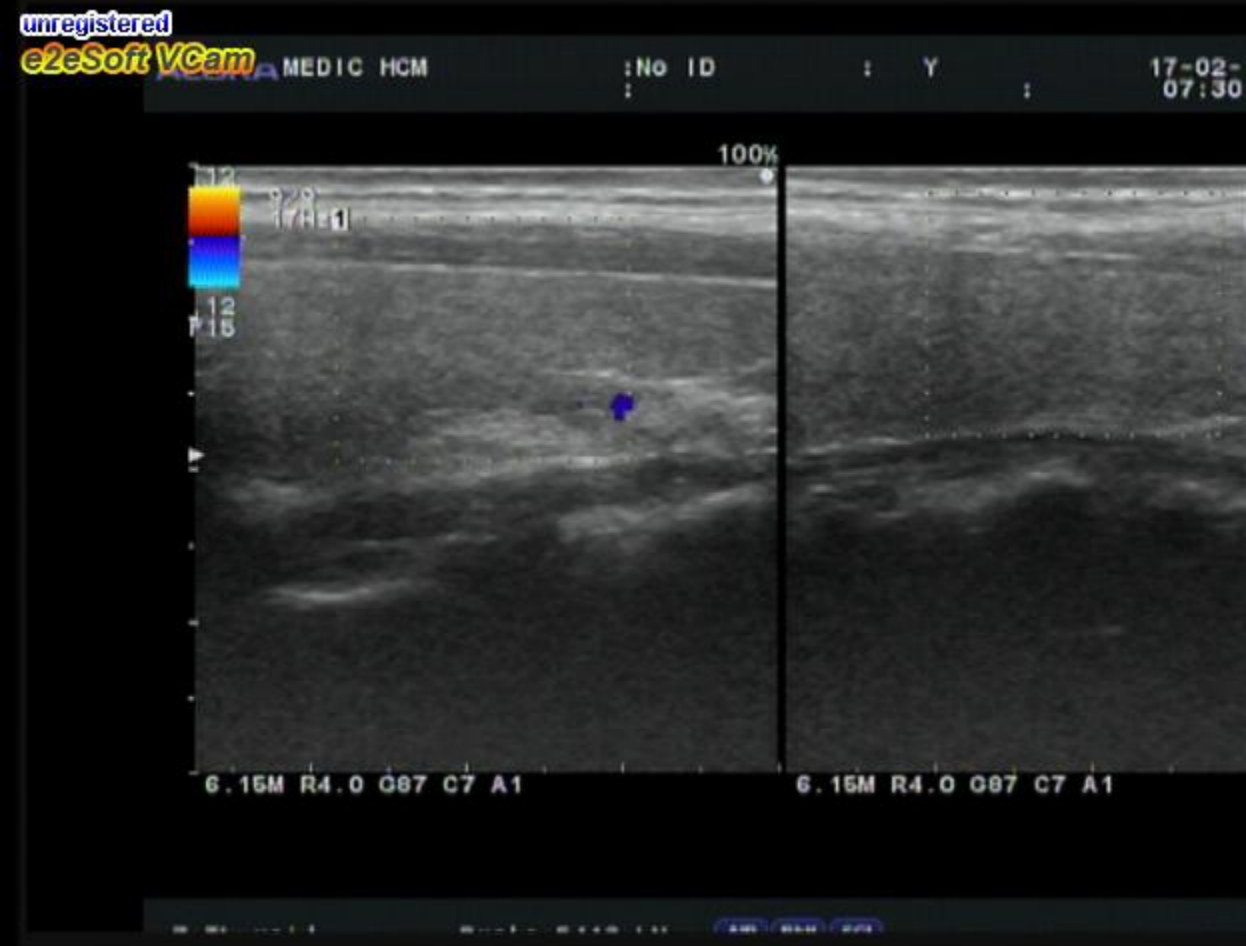
Các xoang hạch dẫn rộng chứa dịch phù, bạch cầu đa nhân và hồng cầu. Các nang limphô tăng sản, có các đại thực bào ở vùng trung tâm nang.



KẾT LUẬN : VIÊM HẠCH CẤP TÍNH.

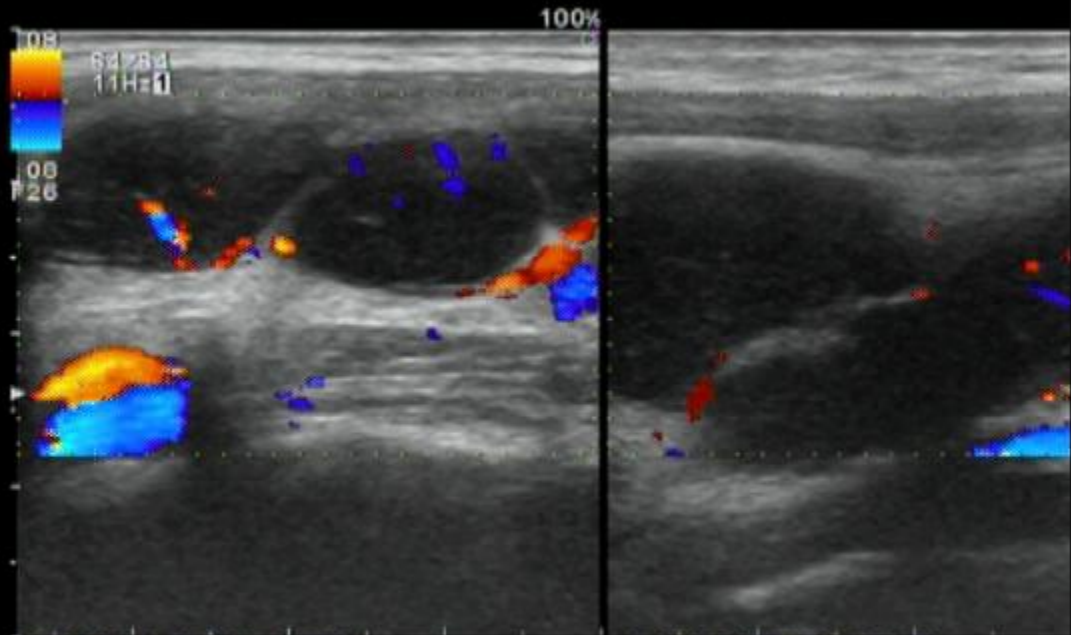


3 THÁNG SAU



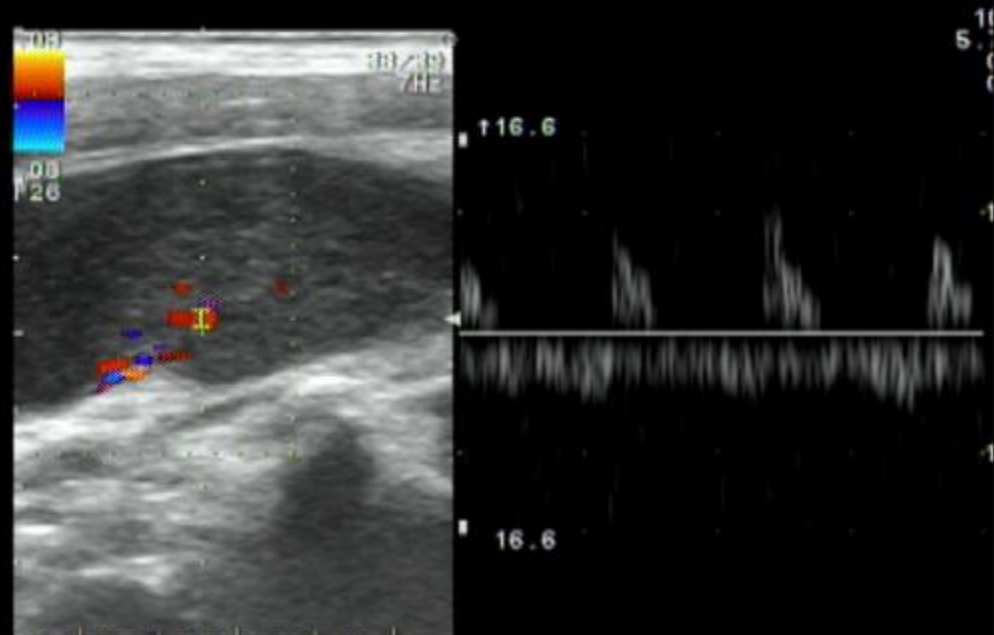


ALOKA MEDIC HCM :No ID : Y : 17-02-07:34



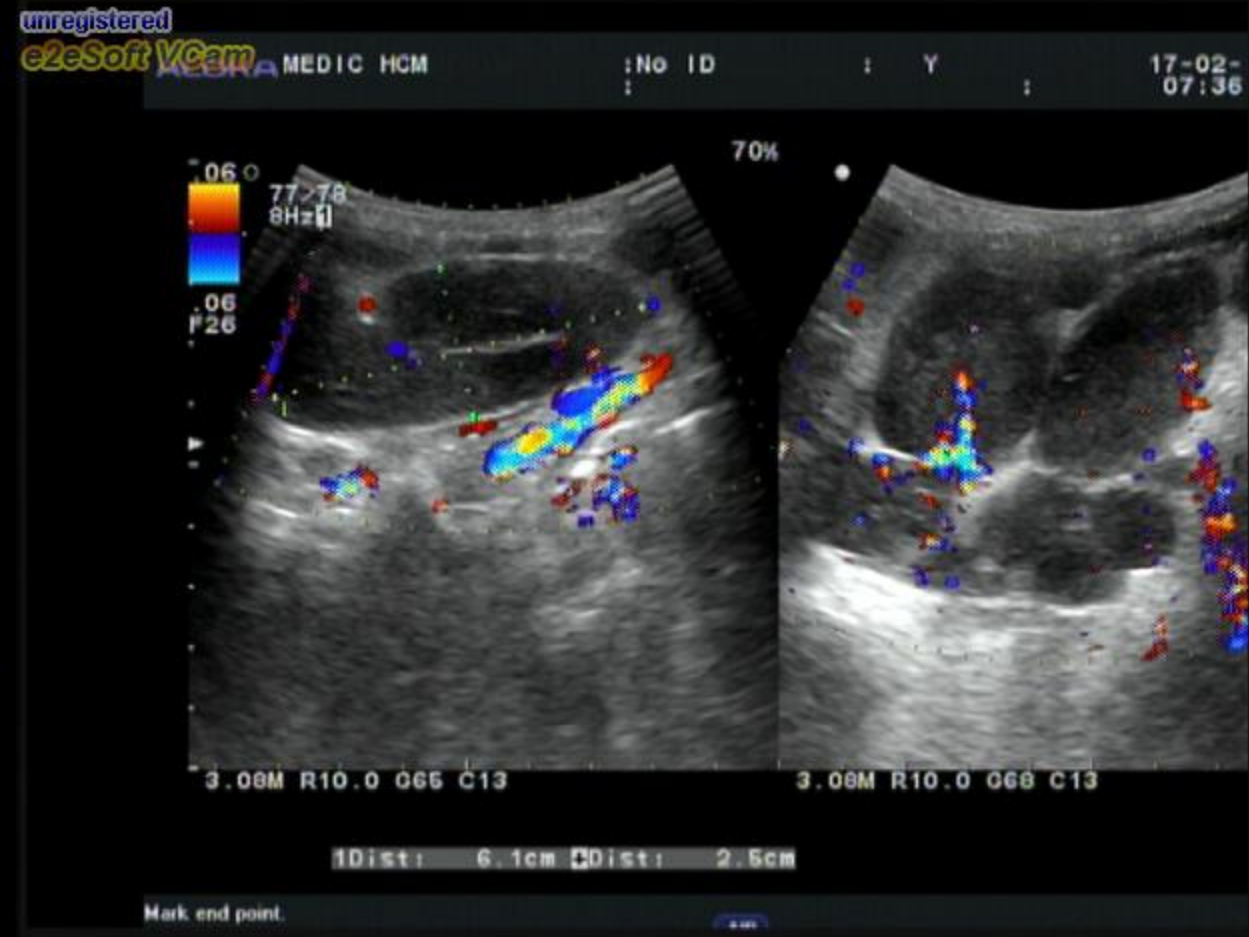
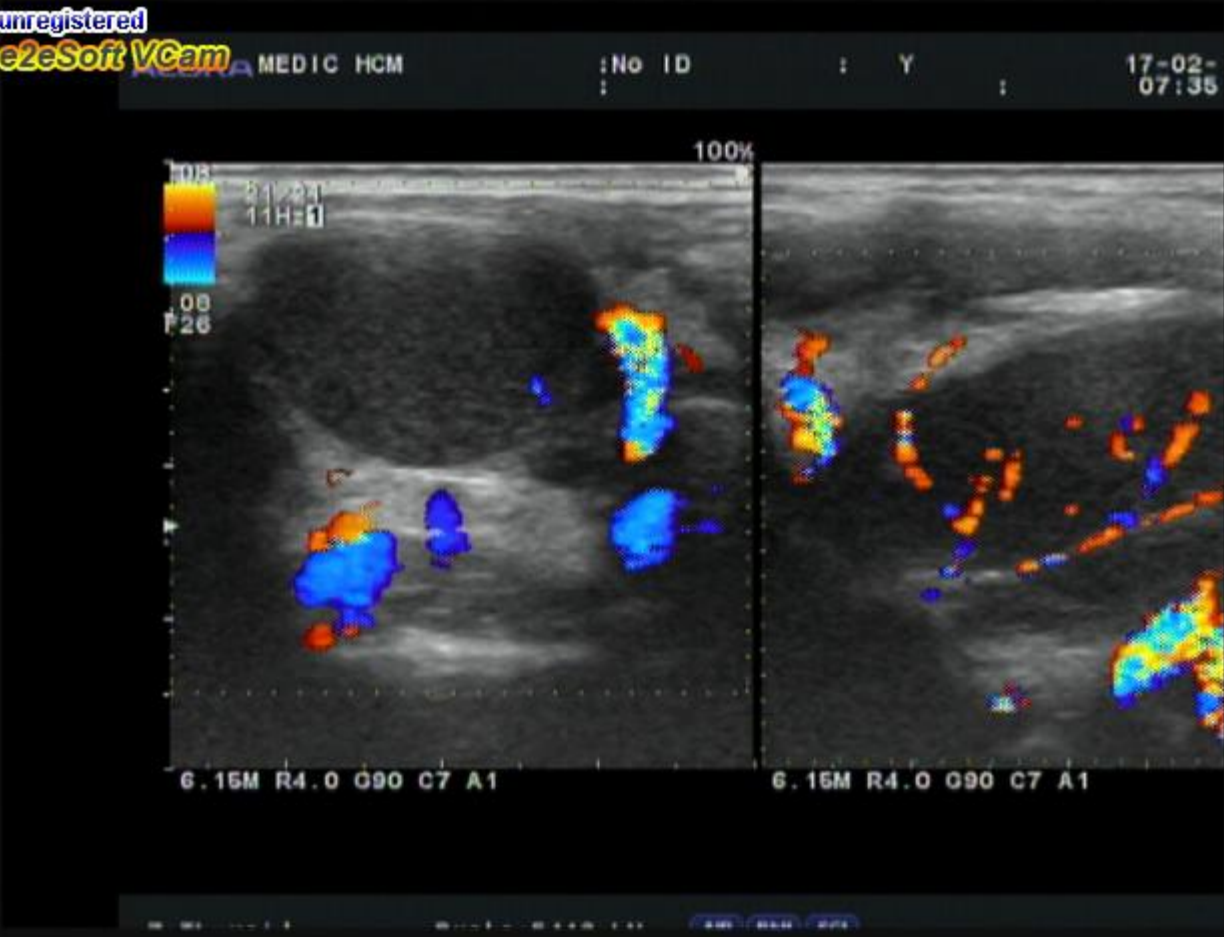
6.15M R4.0 C89 C7 A1 6.15M R4.0 C89 C7 A1

ALOKA MEDIC HCM :No ID : Y : 17-02-07:32



6.15M R4.0 C90 C13 A1







unregistered
e2eSoft VCam

MEDIC HCM :No ID : Y : 17-02-07:41

06
06
F40

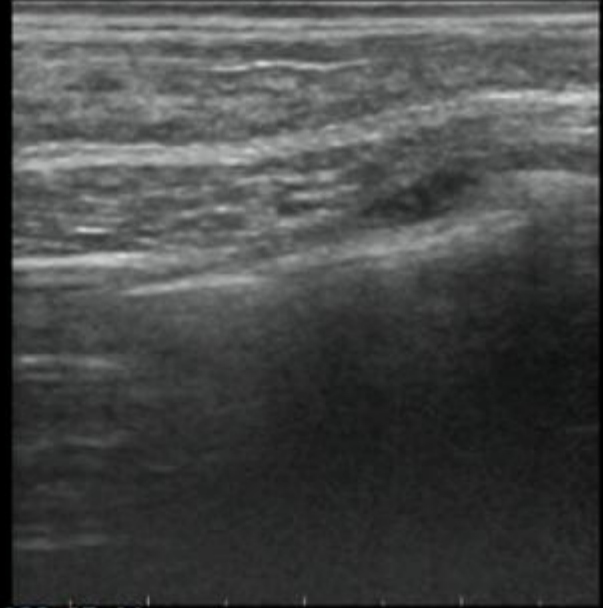


11
14/
11H:

6.15M R4.0 066 C7 A1

unregistered
e2eSoft VCam

MEDIC HCM :No ID : Y : 17-02-07:41



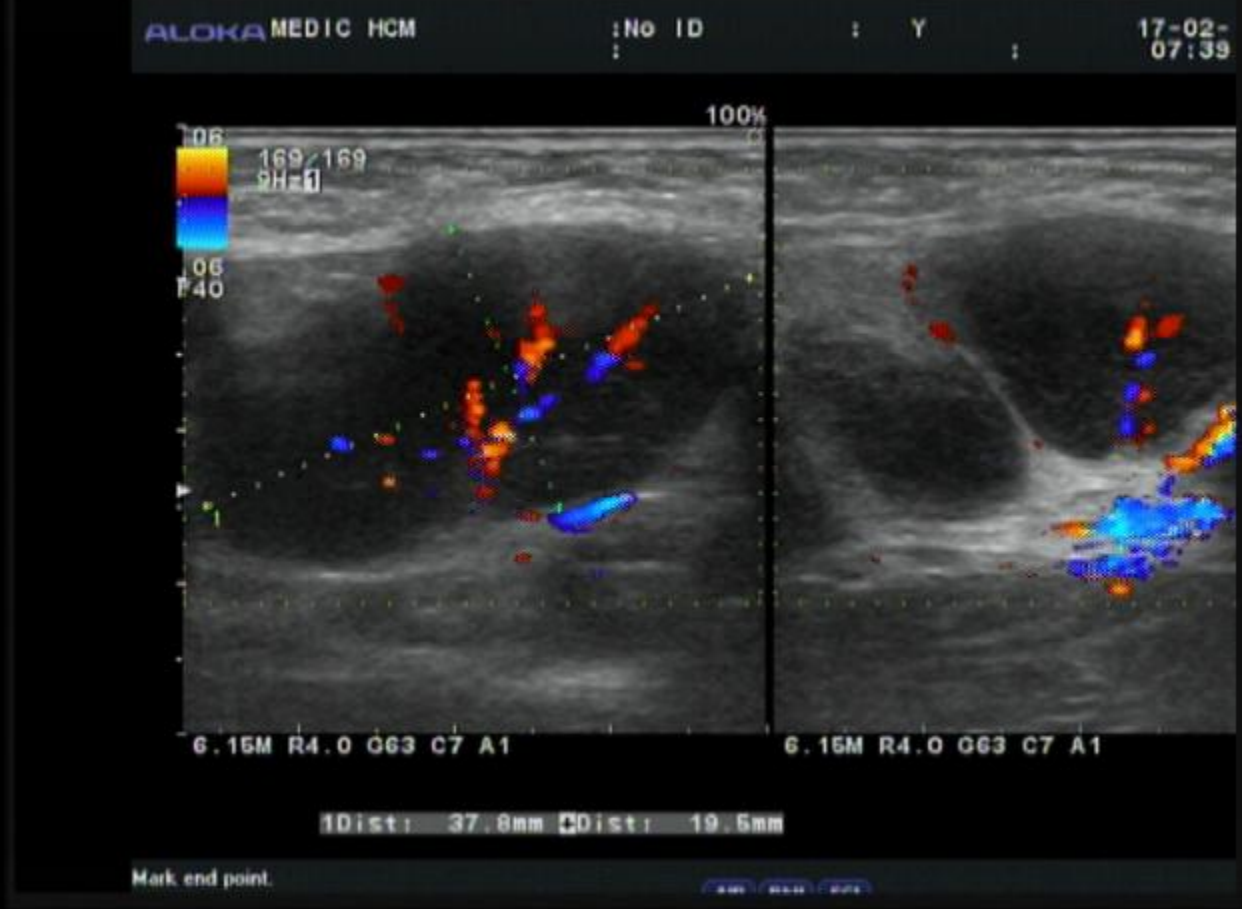
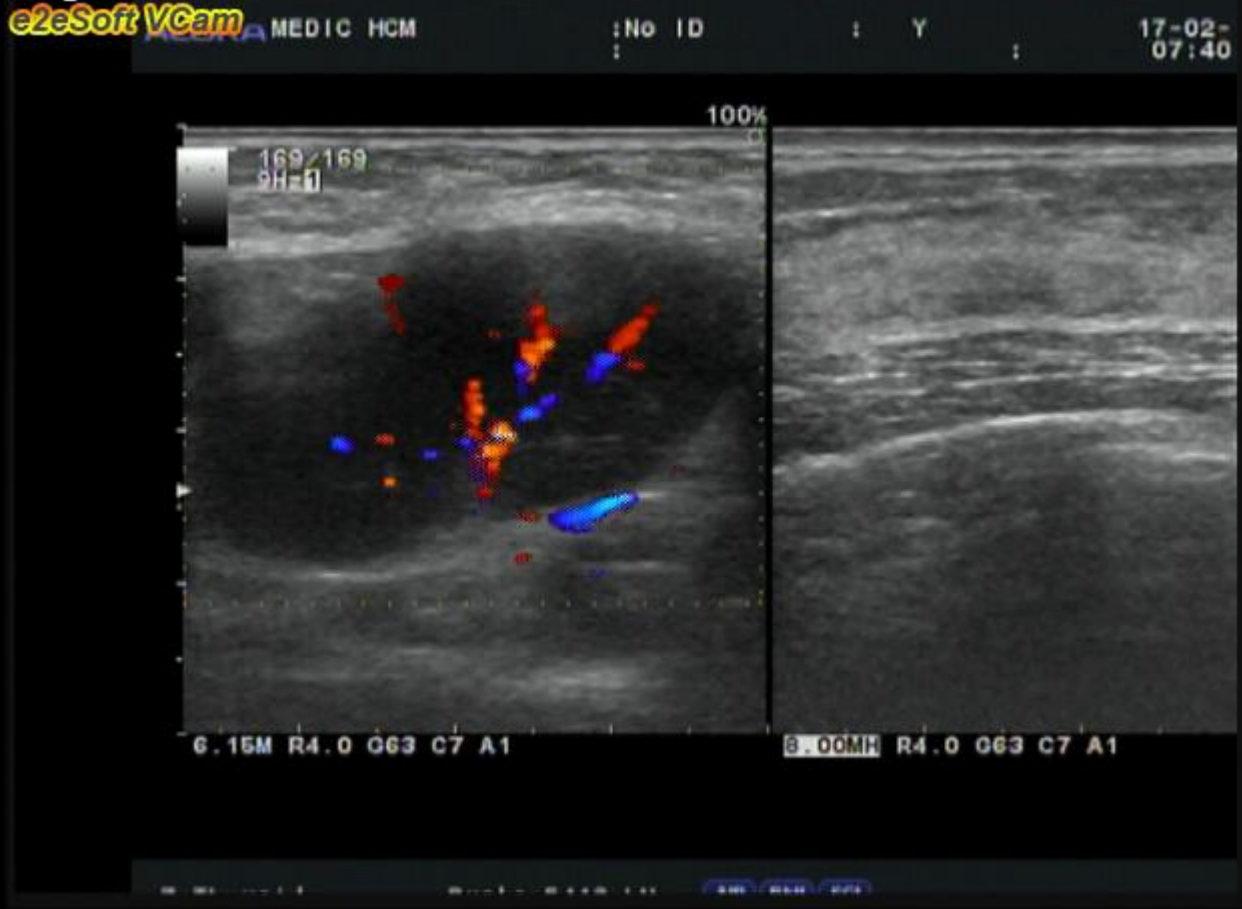
11
116/1
31H:

8.00MH R4.0 066 C7 A1





unregistered
e2eSoft VCam





unregistered
e2eSoft VCam

MEDIC HCM

:No ID

: Y

17-02-
07:44

11

348/3
50H:



2.51MR R16.0 G68 C13

Dist: 9.8cm

Mark end point.

unregistered
e2eSoft VCam

MEDIC HCM

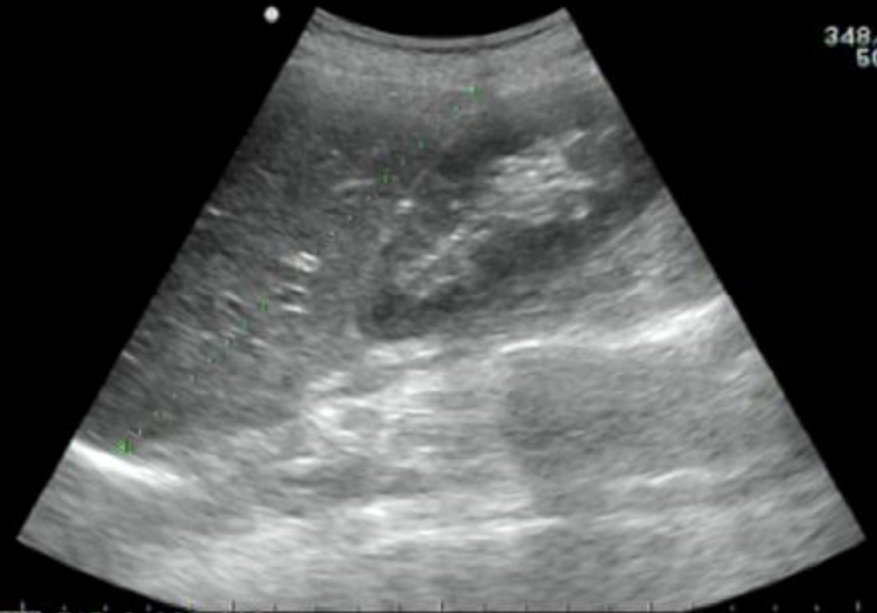
:No ID

: Y

17-02-
07:44

11

348/3
50H:



2.51MR R16.0 G68 C13

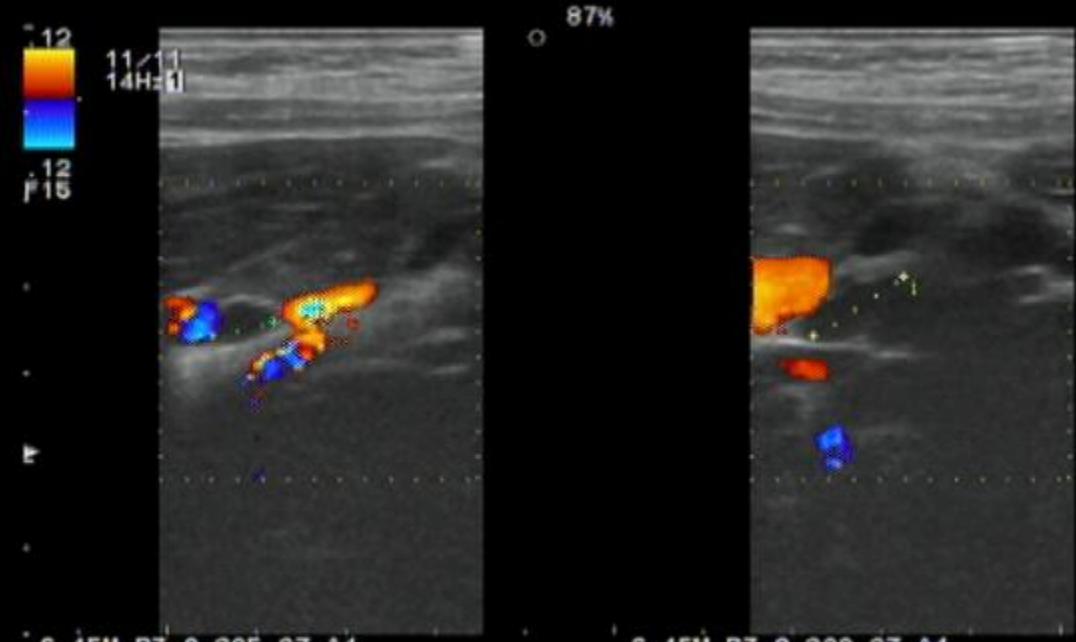
Dist: 12.2cm

Mark end point.





ALOKA MEDIC HCM :No ID : Y : 17-02-07:46



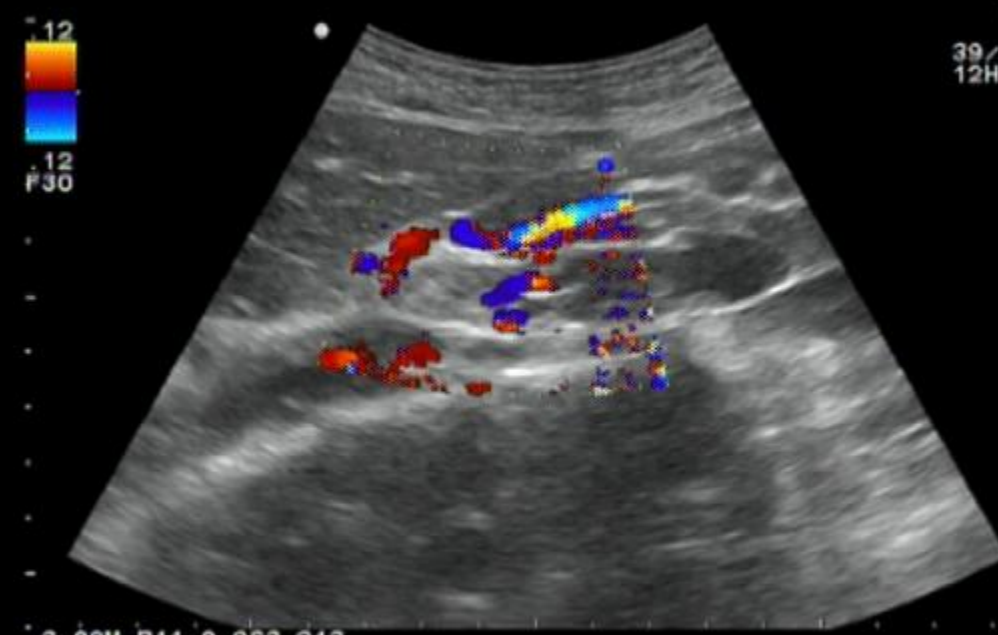
6.16M R7.0 Q85 C7 A1 6.16M R7.0 Q88 C7 A1

Dist: 12.1mm Dist: 7.0mm

Mark end point.

unregistered
e2eSoft VCam

ALOKA MEDIC HCM :No ID : Y : 17-02-07:45



3.08M R11.0 Q63 C13

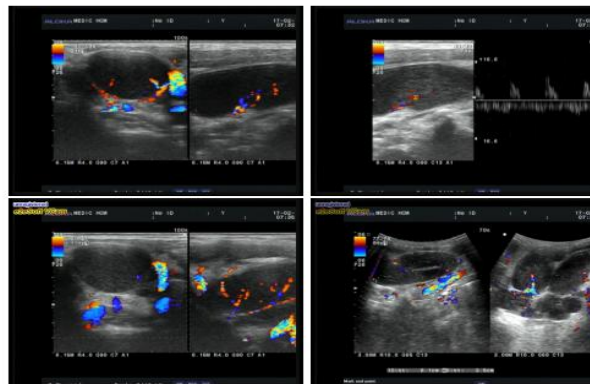






VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM VÙNG CỔ

- TUYẾN GIÁP: kích thước bình thường, nền giáp cấu trúc echo dày, đồng nhất, không nhân giáp, phân bố mạch máu bình thường.
- HẠCH CỔ: vùng cổ hai bên (tập trung nhiều nhất vùng góc hàm) có rất nhiều hạch cứng chắc tập trung thành chùm, echo kém đồng nhất, tính chất các hạch giống nhau, kt max # 61x25mm, oval, đa số mất cấu trúc rốn, không vôi hóa hay hoại tử, tăng sinh mạch máu dạng hình cây.
- TUYẾN MANG TAI, DUỐI HÂM, DUỐI LUỖI: bình thường.
- THỰC QUẢN CỔ: chưa thấy bất thường.

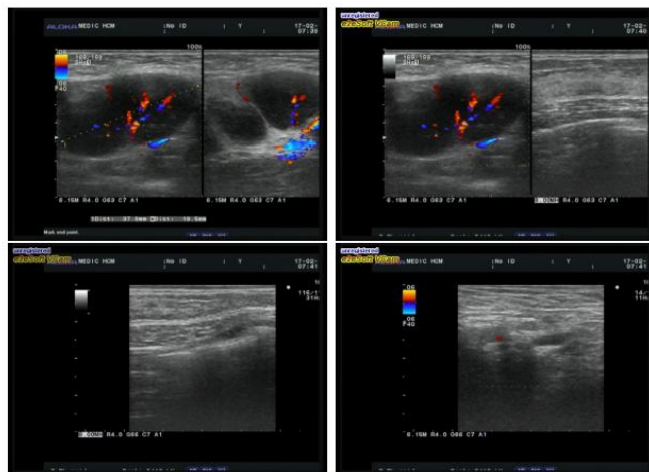


KẾT LUẬN: NHIỀU HẠCH VÙNG CỔ HAI BÊN NGHĨ NHIỀU HẠCH LYMPHOMA.

Đề nghị: SINH THIẾT CHÙM HẠCH GÓC HÀM PHẢI.

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TUYẾN VÚ MÀU

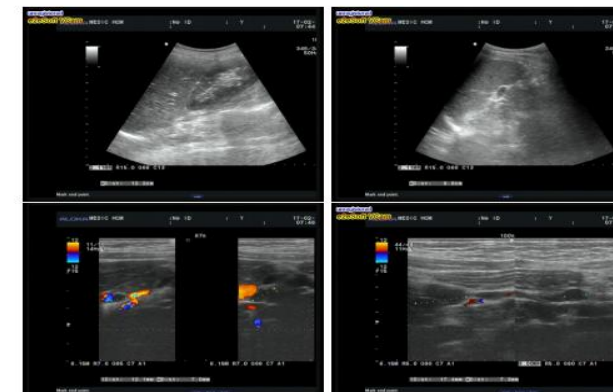
- MÔ TUYẾN VÚ HAI BÊN DÀY TRUNG BÌNH.
- KHÔNG U VÀ TỔN THƯƠNG VIÊM.
- KHÔNG DẪN ỚNG TUYẾN.
- NÁCH PHẢI CÓ NHIỀU HẠCH ECHO KÉM, TÍNH CHẤT TƯƠNG TỰ GIỐNG HẠCH CỔ, KT MAX 38X20MM.



KẾT LUẬN: NHIỀU HẠCH VÙNG NÁCH PHẢI TÍNH CHẤT TƯƠNG TỰ HẠCH CỔ SIÊU ÂM TUYẾN VÚ HIỆN CHƯA THẤY BẤT THƯỜNG (BIRADS 1)

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, P=122mm, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, 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.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, kt 98mm, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bứu, vách mỏng.
- TỬ CUNG - BUỒNG TRỨNG: không u
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không tràn dịch màng phổi.
- Hạch: dọc động mạch chủ bụng và thân tạng có vài hạch echo kém, kt # 17x7mm, oval, một số hạch mất rốn, không vôi hóa hay hoại tử, không tăng sinh mạch.



KẾT LUẬN: VÀI HẠCH DỌC ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VÀ ĐỘNG MẠCH THÂN TẠNG.



GPB ĐẠI THỂ : 1,2/ Vài mô 0.7-1.2 cm



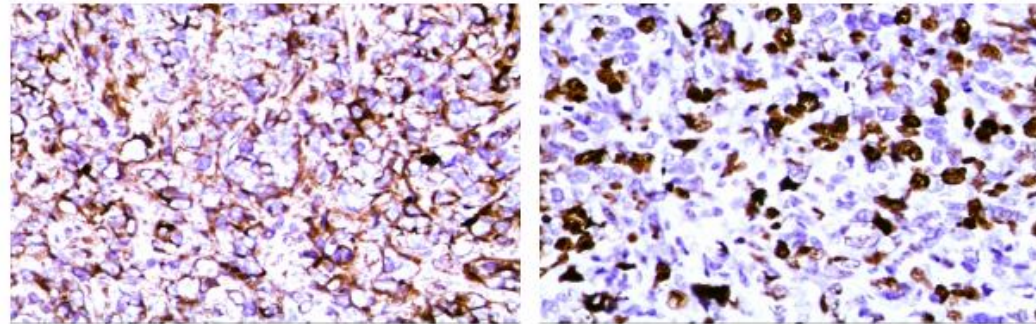
GPB Vi Thể :

Mô hạch tăng sản nhiều tế bào to, kích thước 12-20mcm. Nhân to, sáng, chất nhiễm sắc thưa, hạt nhân lớn, nằm giữa nhân.

NGHI LYMPHÔM

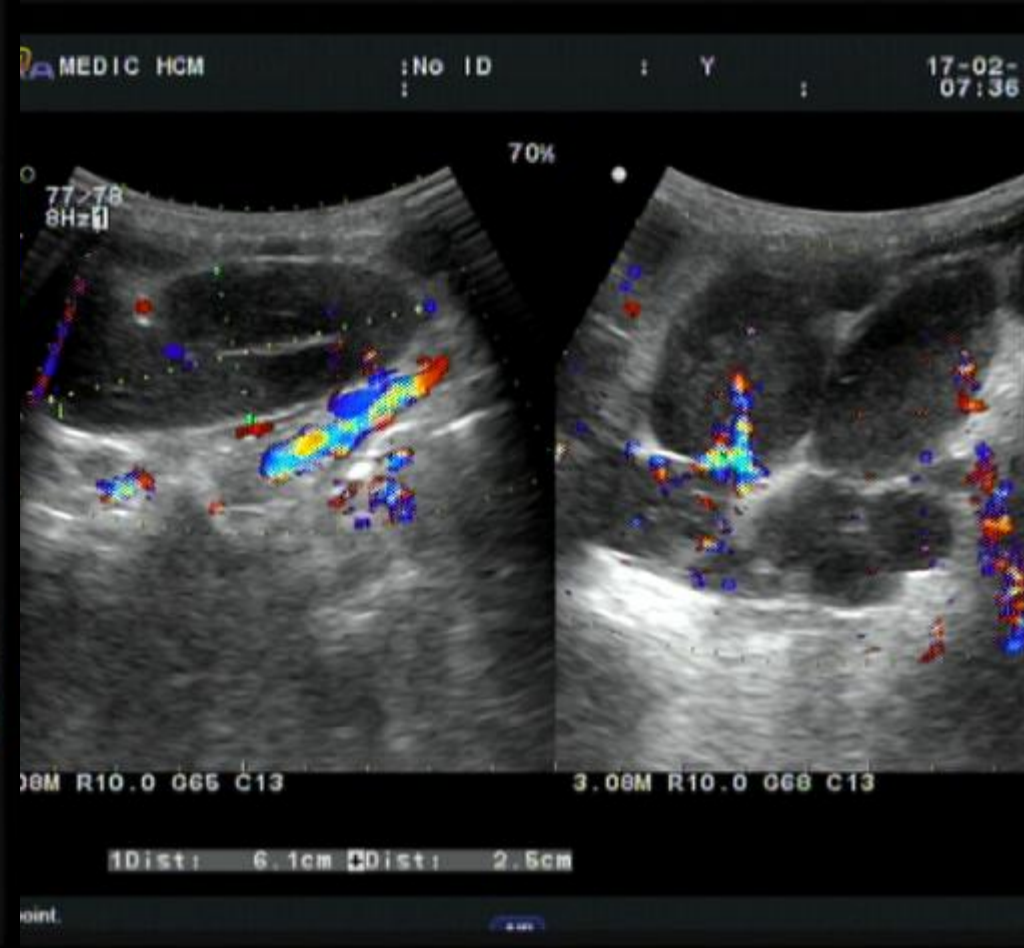
ĐỀ NGHỊ NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH ĐỂ HỖ TRỢ XÁC ĐỊNH CHẨN ĐOÁN: CD3, CD20, KI67 (BLOCK 1)

Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch ngày 25/02/2025: CD3 (+) trên các tế bào phản ứng, CD20 (+) (Hình 1), Ki67 (+) 70% (Hình 2)



KẾT LUẬN : SAU NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH: PHÙ HỢP LYMPHÔM LAN TỎA TẾ BÀO TO, DÒNG B (DIFFUSE LARGE B CELL LYMPHOMA,)(C83)

ĐỀ NGHỊ NHUỘM THÊM HMMD: CD5, CD10, BCL6, CYCLIN -D1, MUM 1 ĐỂ HỖ TRỢ PHÂN SUBTYPE



A-RADS: nhóm IV
NODE-RADS: nhóm V
LN-RADS: nhóm V





CA LÂM SÀNG 3

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	12.73 H	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	68.3	(40 - 74 %)	
% Lym	24.7	(19 - 48 %)	
% Mono	6.2	(3 - 9 %)	
% Eos	0.6	(0 - 7 %)	
% Baso	0.2	(0 - 1.5 %)	
# Neu	8.68 H	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	3.15	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.79	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.08	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.03	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.38	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	12.1	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	36.7	(35 - 52 %)	
MCV	83.8	(80 - 100 fL)	
MCH	27.6	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.0	(32 - 36 g/dL)	
RDW	13.9	(11.0 - 15.7%)	
PLT	403 H	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	8.9	(6.30 - 12.0 fL)	
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:	*		QTVS044
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*		

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân

Số trang: 1/4

Loại mẫu: Máu/N.Tiểu Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Glucose	NEG	(mmol/L)	
Bilirubin	NEG	(µmol/L)	
Ketone	NEG	(<0.5 mmol/L)	
Spe-Gravity	1.012	(1.005-1.030)	
Blood	NEG	(Negative)	
pH	6.5	(4.6-8.0)	
Protein	NEG	(g/L)	
Urobilinogen	NEG	(µmol/L)	
Nitrite	NEG	(Negative)	
Leucocytes	POS	(Negative)	
Color	Yellow		
Clarity	Clear		
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):	.	(particles/µL)	
Red Blood Cells	4	(0 - 15)	
Leucocytes	151 H	(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	15 H	(0 - 10)	
Bacteria	179 H	(0 - 130)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC) ¹ :	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	47.65 H	(20 - 47.5 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	6.51 H	(4.0 - 6.50 %A1C)	

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.
1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2012
2. Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:

Số trang: 2/4

Bệnh nhân nữ, 75t

Lâm sàng: Mệt, ho đàm, đau hạ sườn trái, hạch thượng đòn phải.





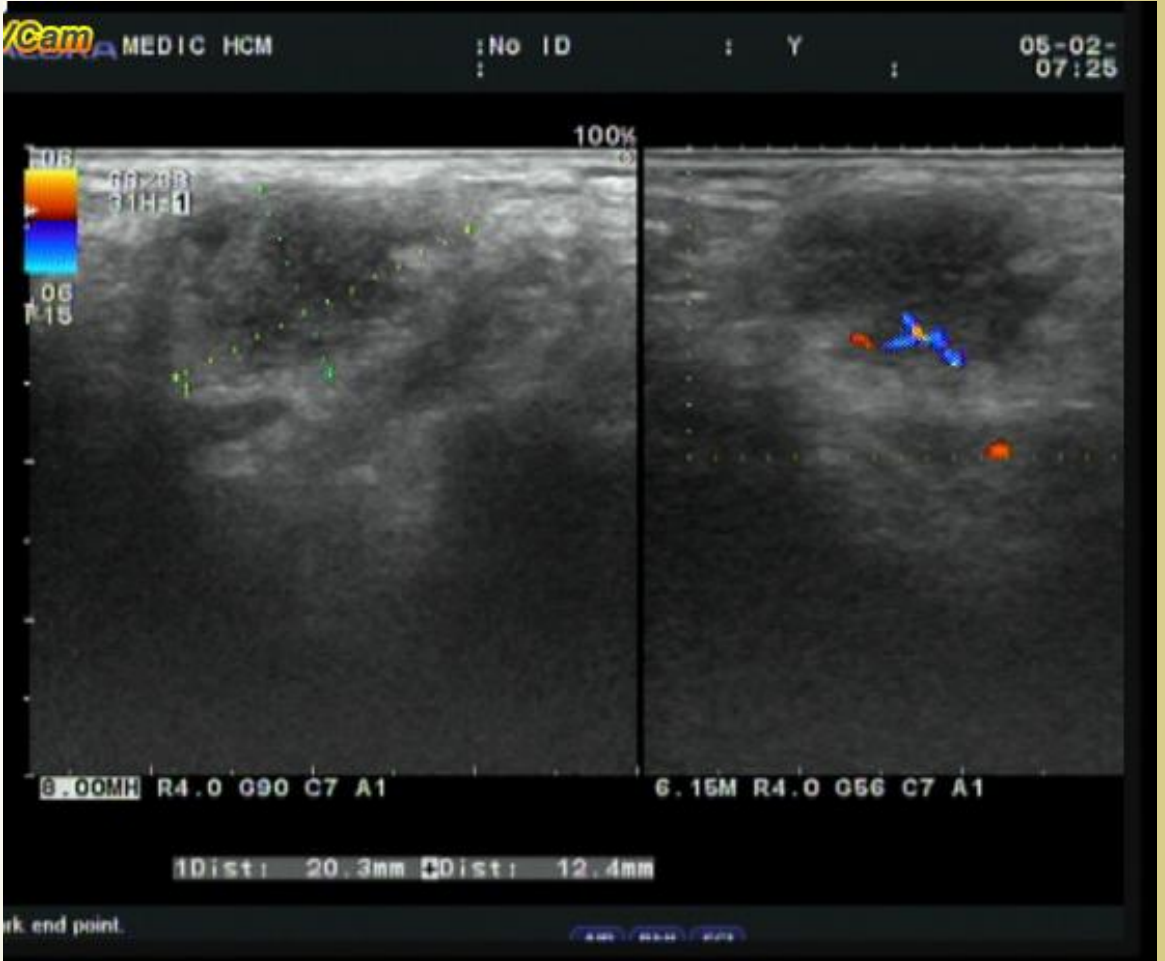
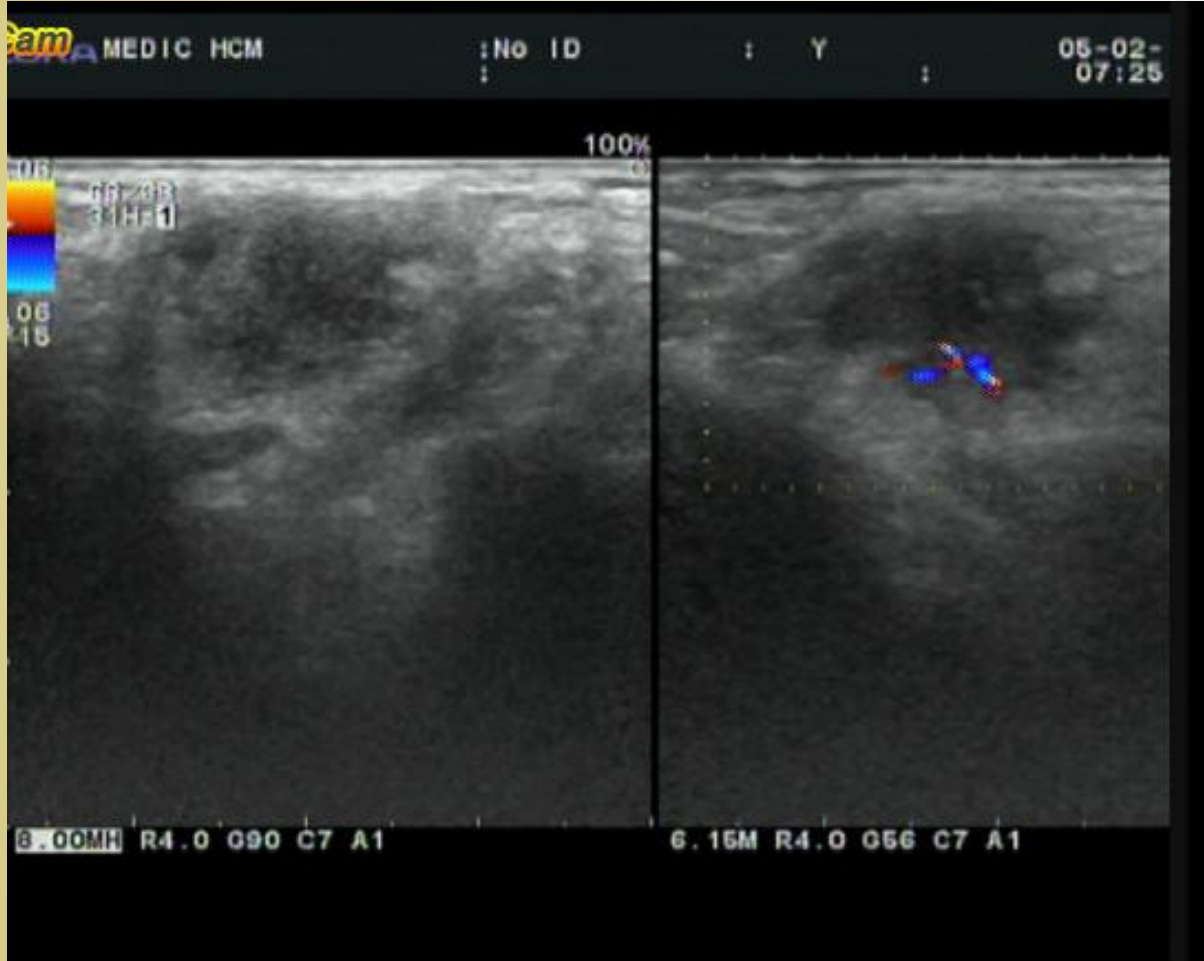
TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Glucose (mmol/L) (FPG) ¹	6.97 H	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	125.5 H	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
IONOGRAMME ² :	*		QTSH067
Na	137.1	(130 - 145 mmol/L)	
K	3.03 L	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.29	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	99.51	(96 - 108 mmol/L)	
Uric Acid/Serum ¹	5.28	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	2.26	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Urea/ Serum ¹	24.39	(15 - 49 mg/dL)	QTSH002
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.876	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	69	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
LDL Cholesterol ²	3.38	(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
	.	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	
HDL Cholesterol ²	1.49	(≥1.55; Ngưỡng: 1.04-1.54 mmol/L)	QTSH084
	.	(Thấp: < 1.04)	
Triglycerides ¹	1.49	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
	.	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
Cholesterol, Total ¹	5.76	(<5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L)	QTSH003
	.	(Cao: ≥ 6.22)	
GGT ¹	48.75 H	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	QTSH004
SGOT (AST) ¹	30.41	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT) ¹	26.49	(< 30 U/L)	QTSH013
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
TSH u.sensitive (3rd G) ¹	3.20	(0.32 - 5 µIU/ml)	QTMD009
Free T3 (Abbott) ²	2.51	(1.71 - 3.71 pg/mL)	QTMD035

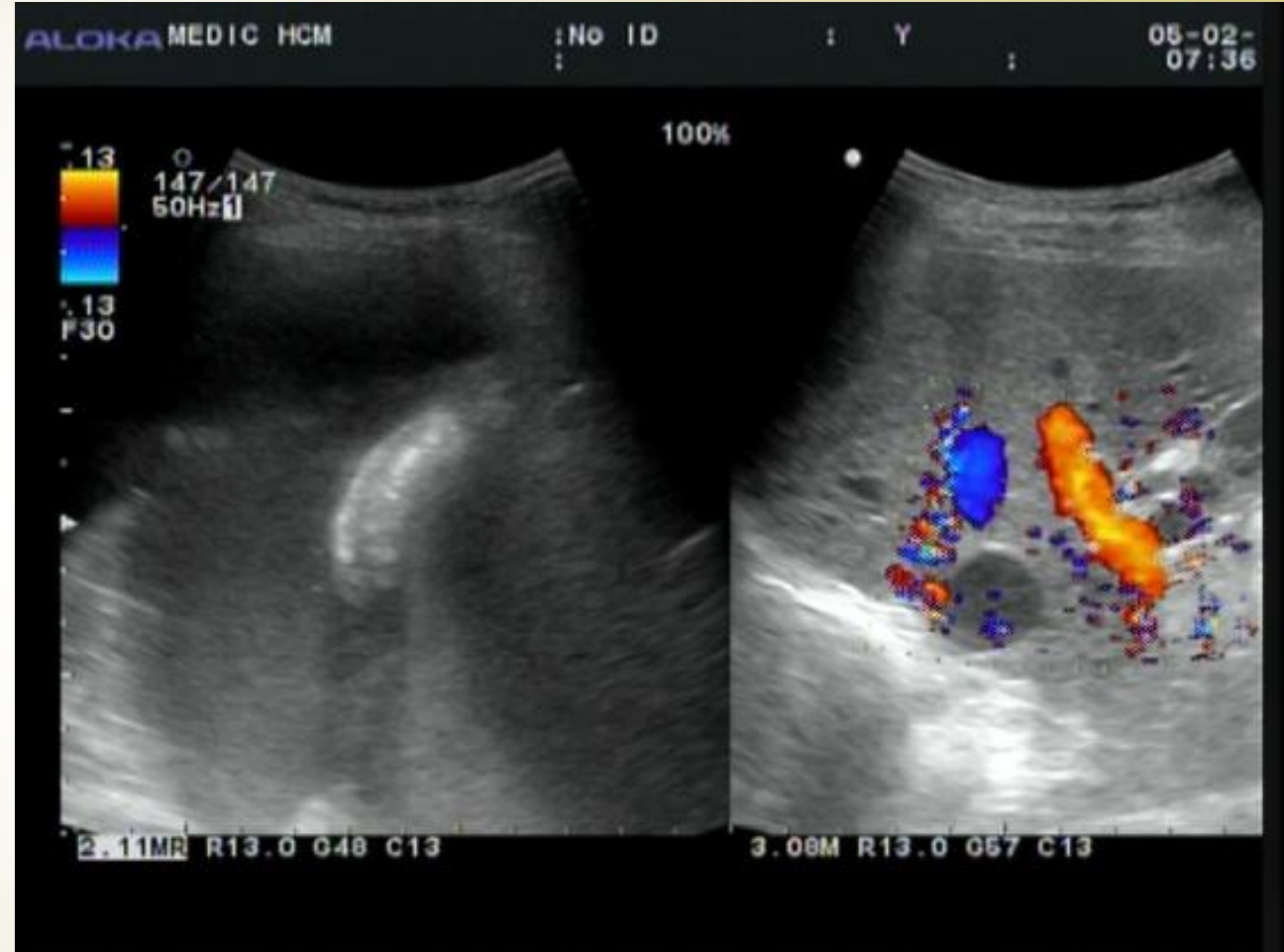
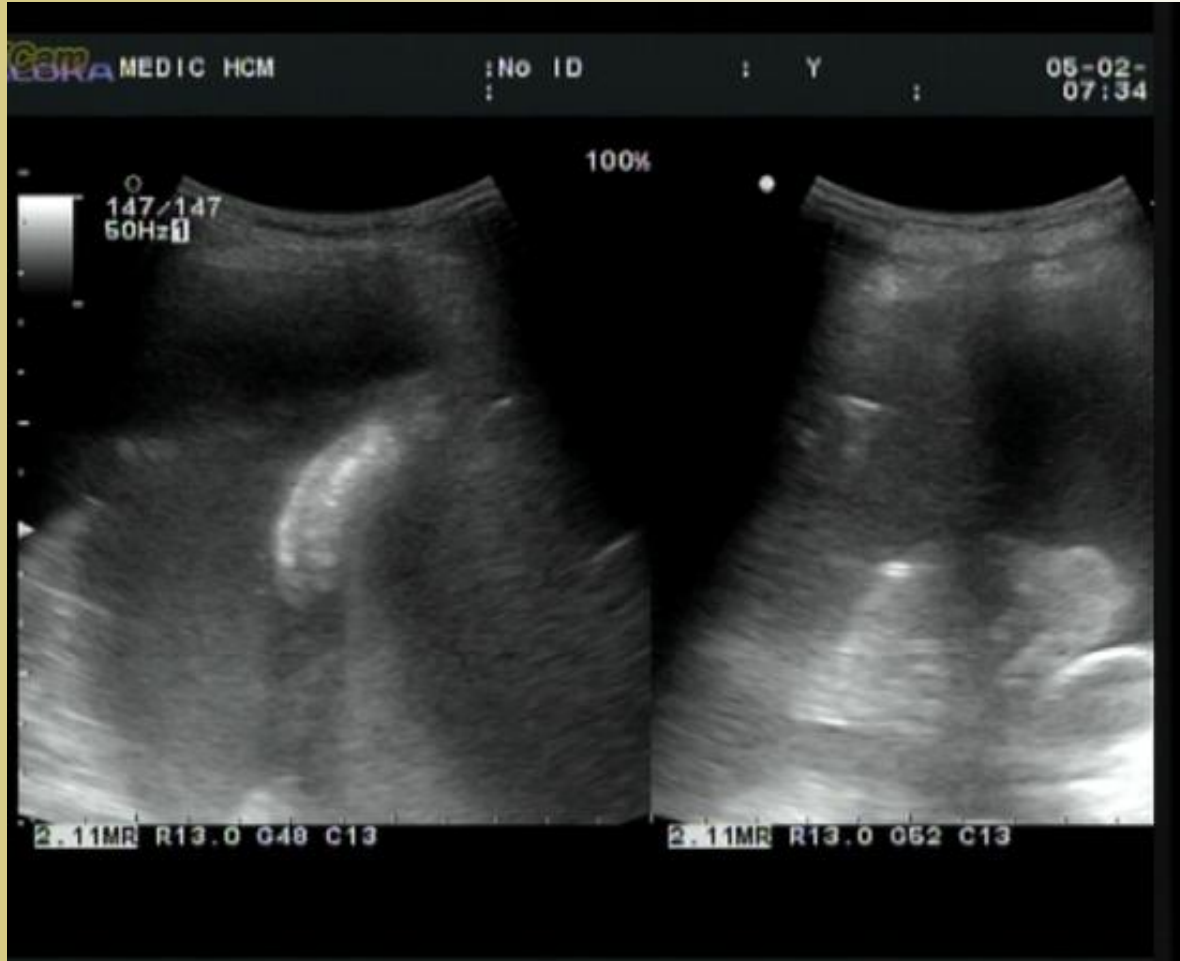
* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.
1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2013
2. Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm

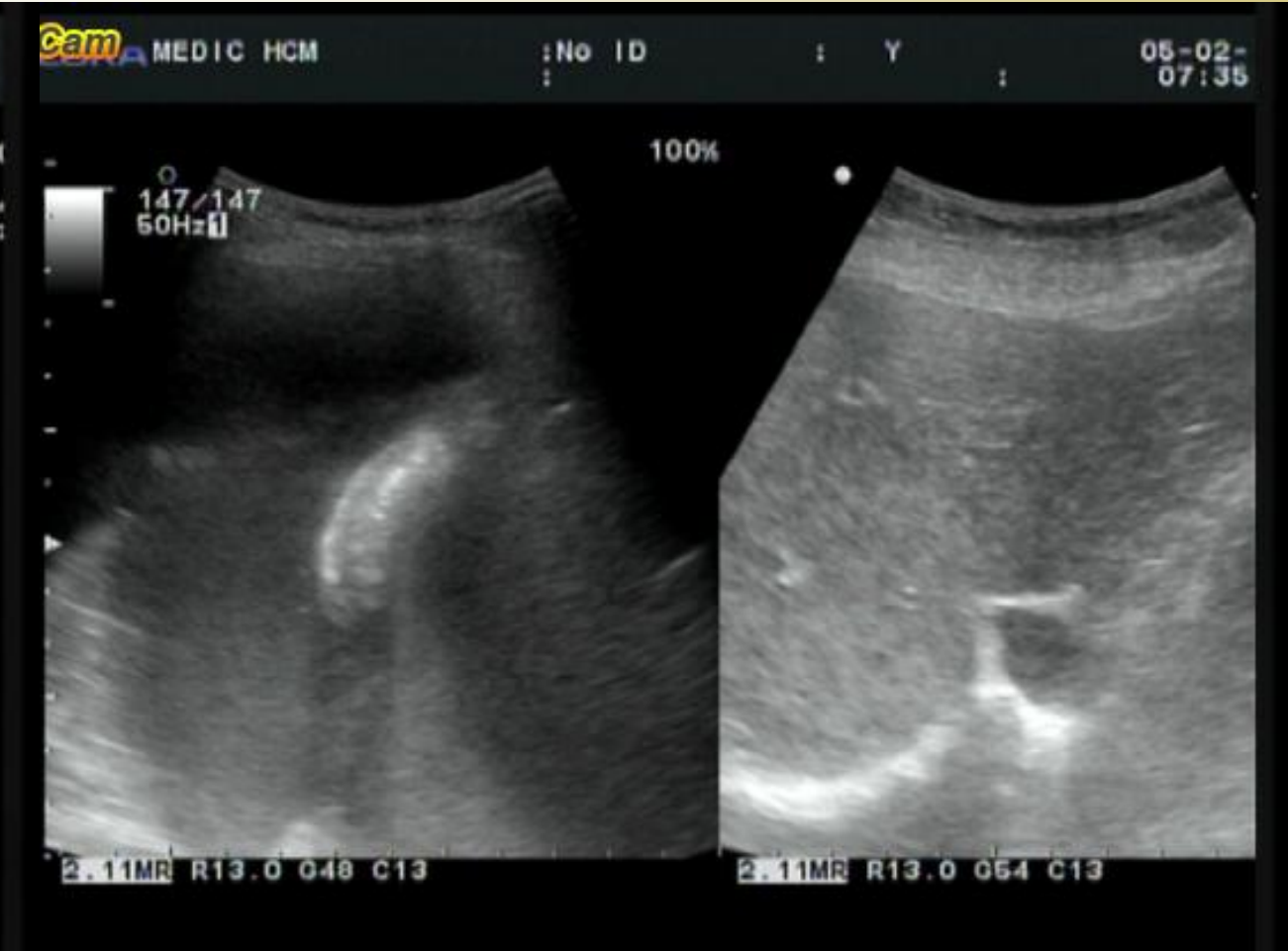
Lấy máu tại nhà: THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
Free T4 ²	1.11	(0.71 - 1.85 ng/dL)
HBsAg (Định tính, qualitative) ¹	POS S/CO 6003	(Index <1; S/Co <1)
Anti HCV (Định tính, qualitative) ¹	NEG S/CO 0.130	(S/Co < 1; Index < 1)
A.F.P ¹	<2.00	(< 20 ng/mL)
C.E.A ¹	606.6 H	(< 5 ng/mL)
C.A 19-9 (Roche) ¹	<2.00	(< 31 U/mL)



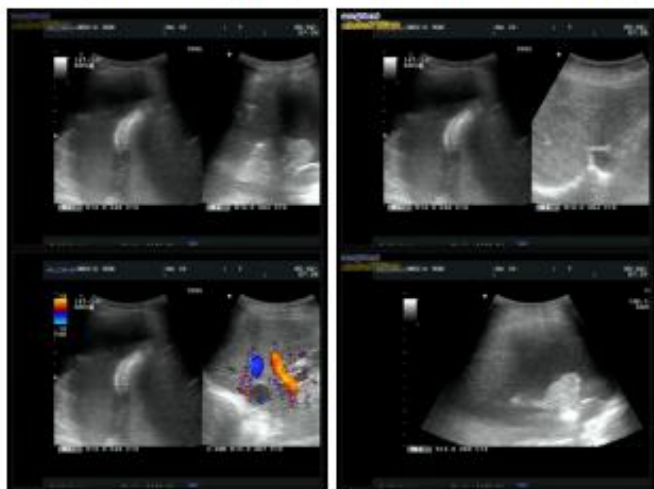






VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- 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 giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TUY: 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.
- Tràn dịch màng phổi trái lượng nhiều, màng phổi phải lượng ít, dịch có hồi âm, không có vách.



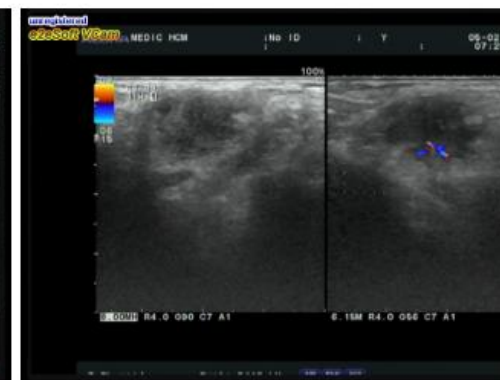
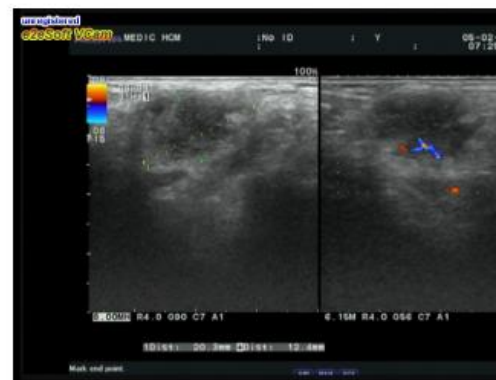
KẾT LUẬN: TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI HAI BÊN (BÊN TRÁI LƯỢNG NHIỀU) DẠNG DỊCH TIẾT SIÊU ÂM BỤNG HIỆN CHƯA THẤY BẤT THƯỜNG

Đề nghị: MSCT NGỰC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM PHÂN MỀM

* PHẦN MỀM VÙNG THƯỢNG ĐÒN PHẢI

- DA, MÔ DƯỚI DA, CÂN CƠ :cấu trúc lớp bình thường, không sang thương khu trú, không bướu, không viêm.
- HẠCH: thượng đòn phải có hạch chủ yếu thành phần hoại tử bên trong, kt # 20x12mm, oval, mất cấu trúc rốn hạch, không vôi hóa, có ít mạch máu ngoại vi.



KẾT LUẬN: HẠCH HOẠI TỬ VÙNG THƯỢNG ĐÒN PHẢI (CĐPB: HẠCH LAO HAY DI CĂN).

R



Chẩn đoán sơ bộ : **kiểm tra**

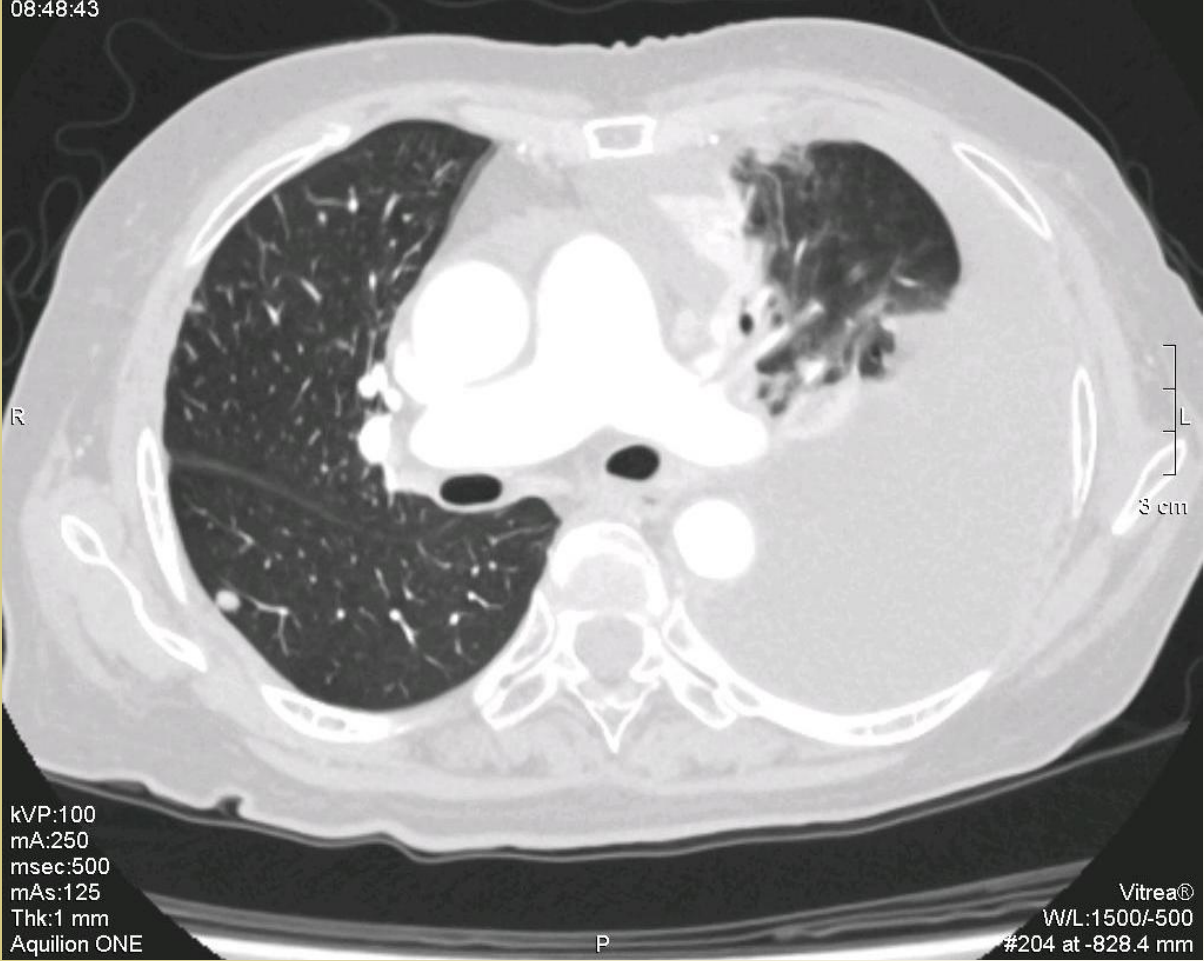
XQ Lồng Ngực Thẳng [Film]

Thành ngực	: Không có ảnh bất thường
Màng phổi	: Mờ góc sườn-hoành T
Trung thất	: Trục khí-phế quản lệch P
Tim	: Không xác định bờ T tim
Động mạch chủ	: Không có ảnh bất thường
Huyết phế quản	: Không có ảnh bất thường
Phổi	: Nốt mờ vùng trên P. Bóng mờ ở thùy trên T. Mờ vùng dưới phế trường T
Cơ hoành	: Mờ bên T

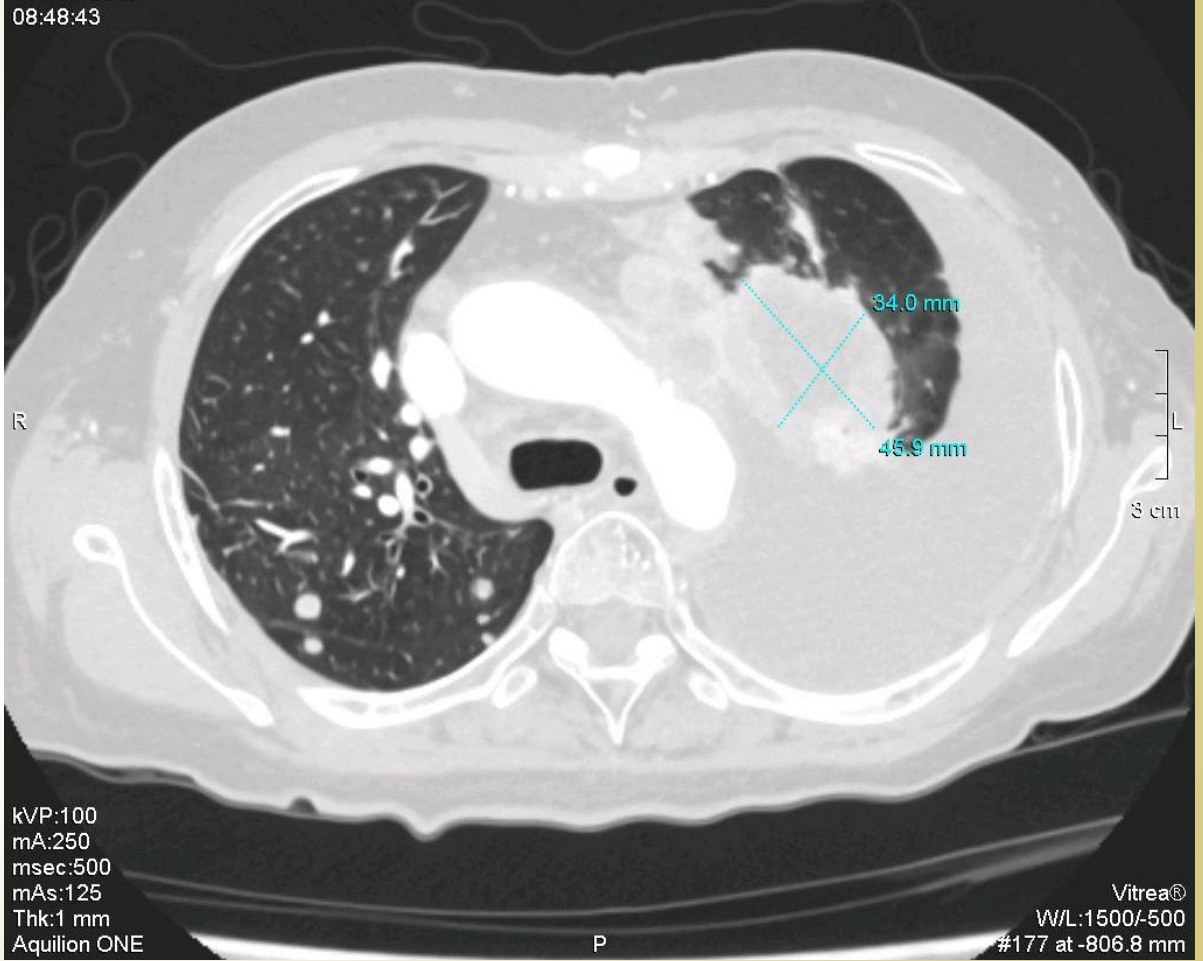
Cảm nghĩ : TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI T LƯỢNG NHIỀU. NGHI KÈM BỆNH LÝ TIM, BỆNH LÝ TÂN SINH Ở THỤY TRÊN PHỔI T

Đề nghị : MSCT

08:48:43



08:48:43



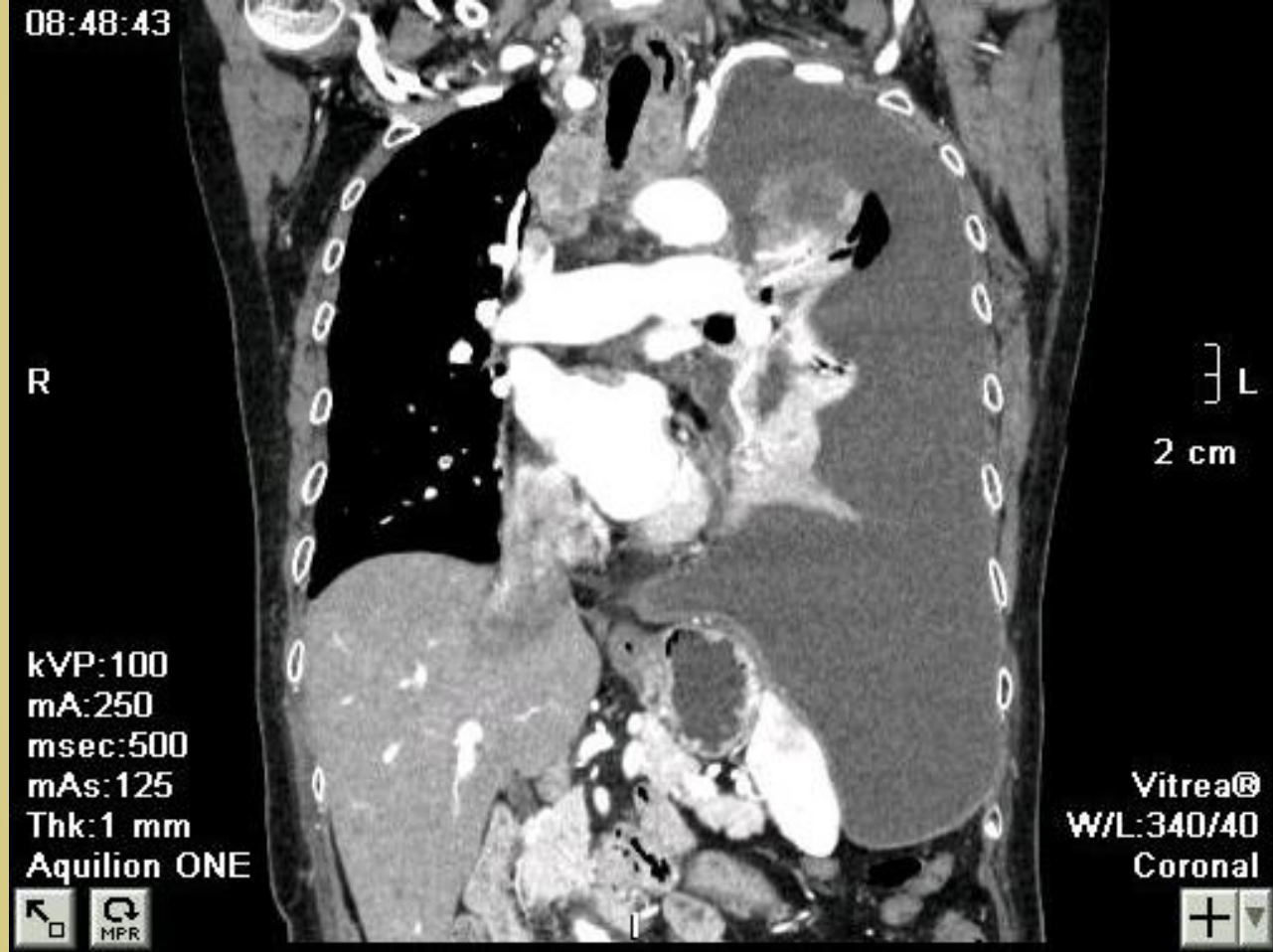
08:48:43



08:48:43

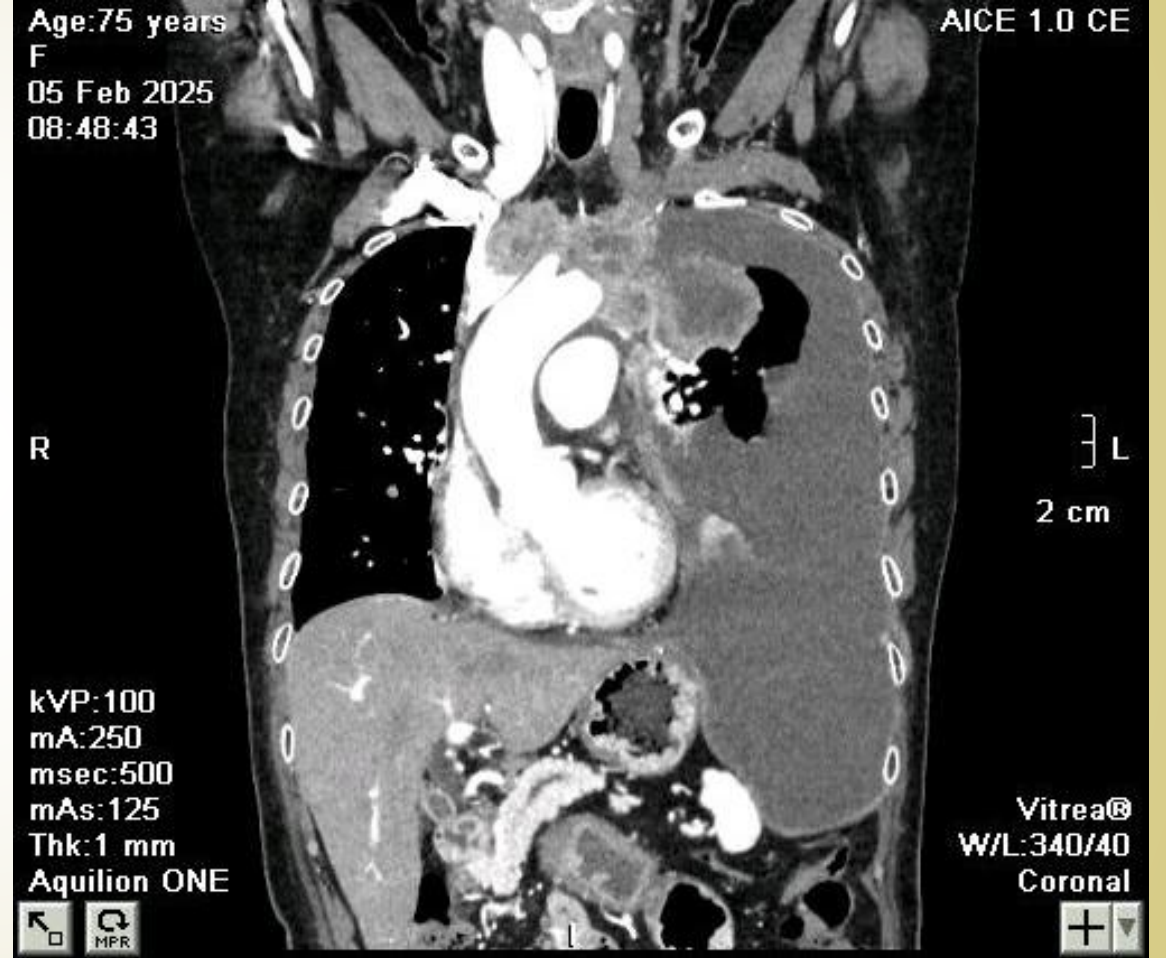


08:48:43



Age:75 years
F
05 Feb 2025
08:48:43

AICE 1.0 CE





Chẩn đoán sơ bộ :

Vùng : CT NGỰC

Máy : MSCT 640 _ 2

Tiêm chất tương phản

Kết quả : KỸ THUẬT:

Các lát hình 1mm qua 2 phổi, không và có tiêm cản quang, khảo sát ở hai cửa sổ: nhu mô, trung thất.

MÔ TẢ:

Mass mật độ mô nằm trong thùy trên phổi trái, d # 5cm, bờ đa cung.

Thương tổn đa nốt trong phổi phải, d # 5 - 15mm, bờ rõ.

Phì đại hạch rốn phổi trái, hạch cửa sổ phổi chủ,, trung thất trước và cạnh khí quản 2 bên, phì đại hạch cổ phải.

Tràn dịch màng phổi trái lượng nhiều.

Khí quản thoáng, không tắc nghẽn.

ĐMC ngực không phình.

Vách thực quản mỏng, không giãn.

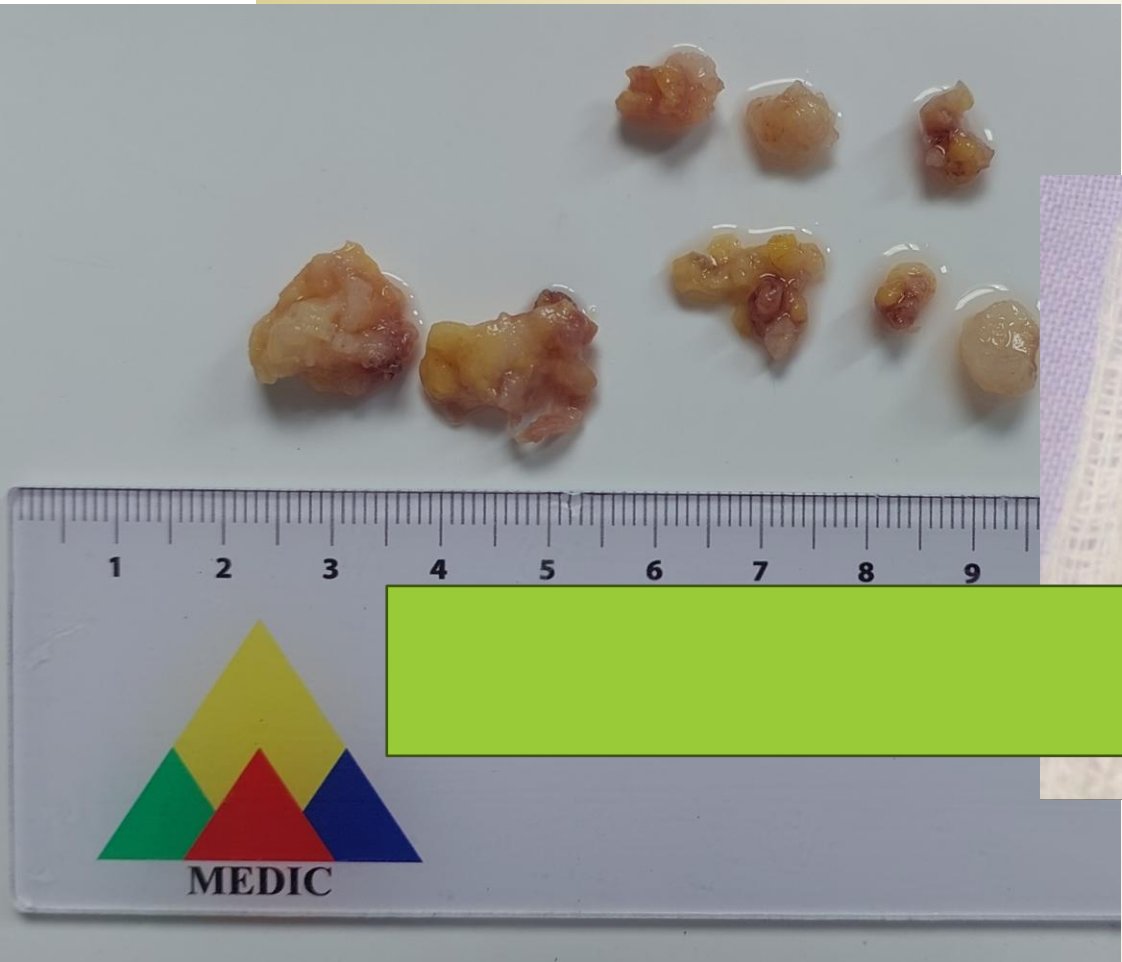
Không thấy tổn thương thành ngực. Không hình ảnh u trong mô tuyến vú 2 bên.

*** KẾT LUẬN:

TD U PHỔI THÙY TRÊN TRÁI DI CĂN HẠCH TRUNG THẤT, HẠCH CỔ PHẢI, DI CĂN MÀNG PHỔI TRÁI VÀ PHỔI ĐỐI BÊN.

CĐPB: LAO.

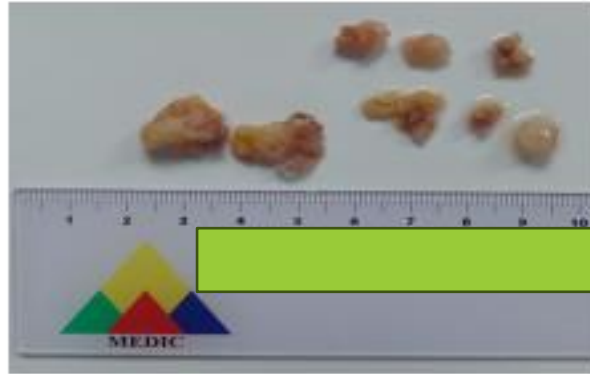




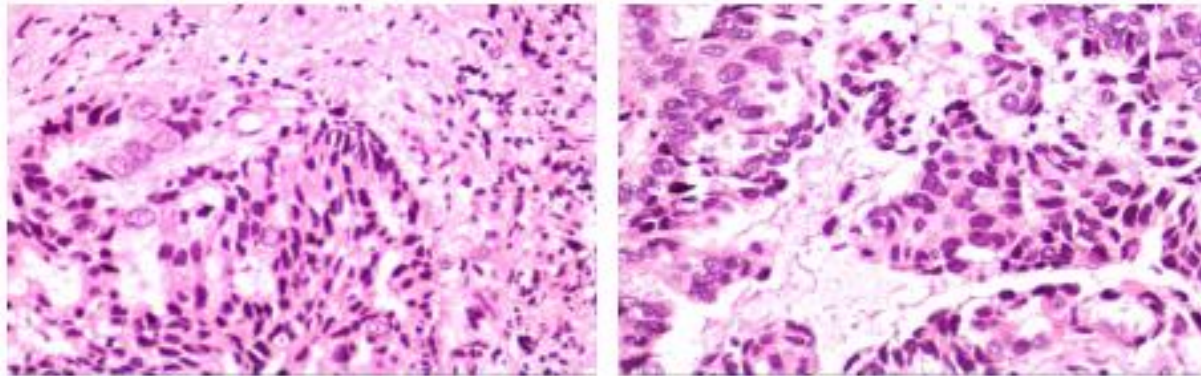
Chẩn đoán sơ bộ : Hạch thượng đòn phải nghi di căn/ U phổi trái
Hạch thượng đòn phải kt # 2x2 cm mất rốn + tràn dịch màng phổi 2 bên trái > phải

Ngày nhận mẫu : 05/02/2025 Ngày trả KQ: 06/02/2025

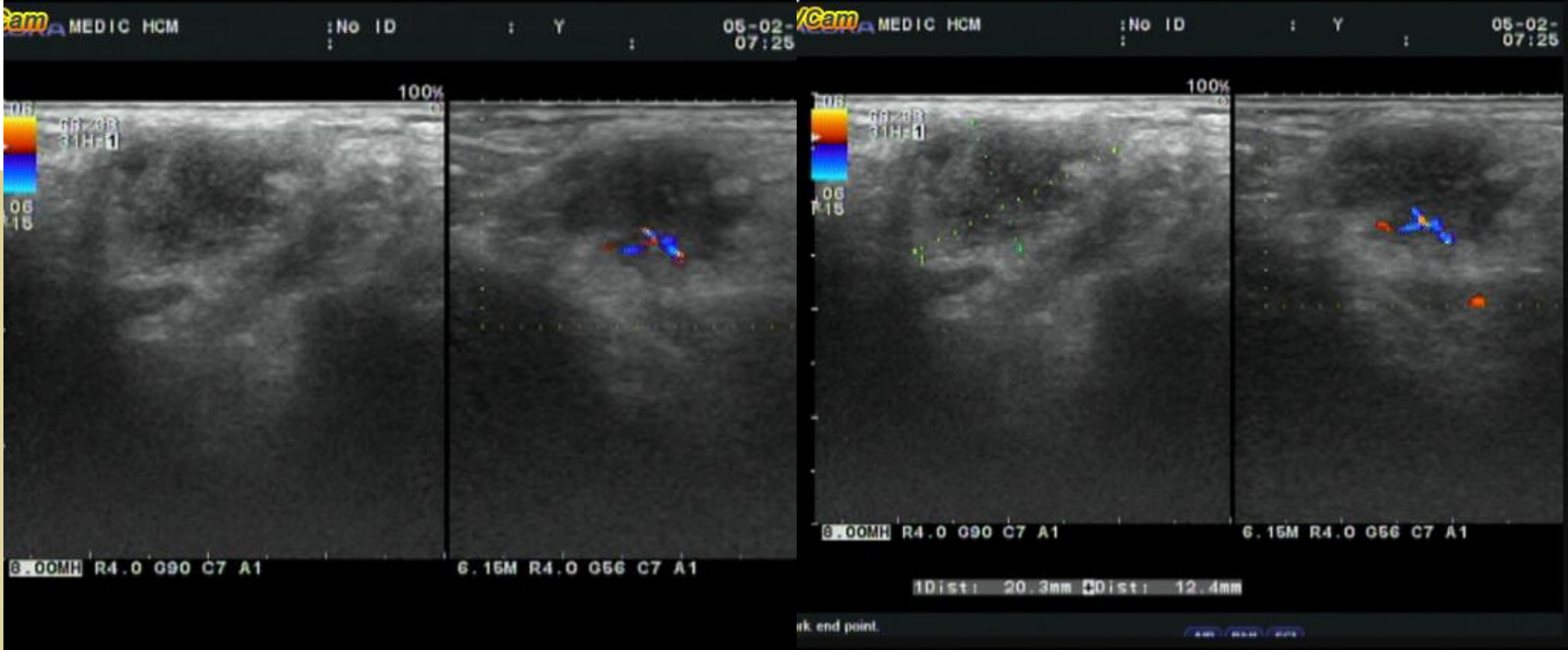
GPB ĐẠI THỂ : 1,2,3/ Nhiều mô 0.4-1.5 cm



GPB Vi Thể :
Mô hạch còn một phần cấu trúc bình thường. Phần còn lại có các tế bào tăng sản dị dạng, nhân dị dạng, nhiều nhân chia. Các tế bào này họp thành dây, bè, thành dạng ống tuyến.



KẾT LUẬN : CARCINÔM TUYẾN DI CĂN HẠCH. (C77)



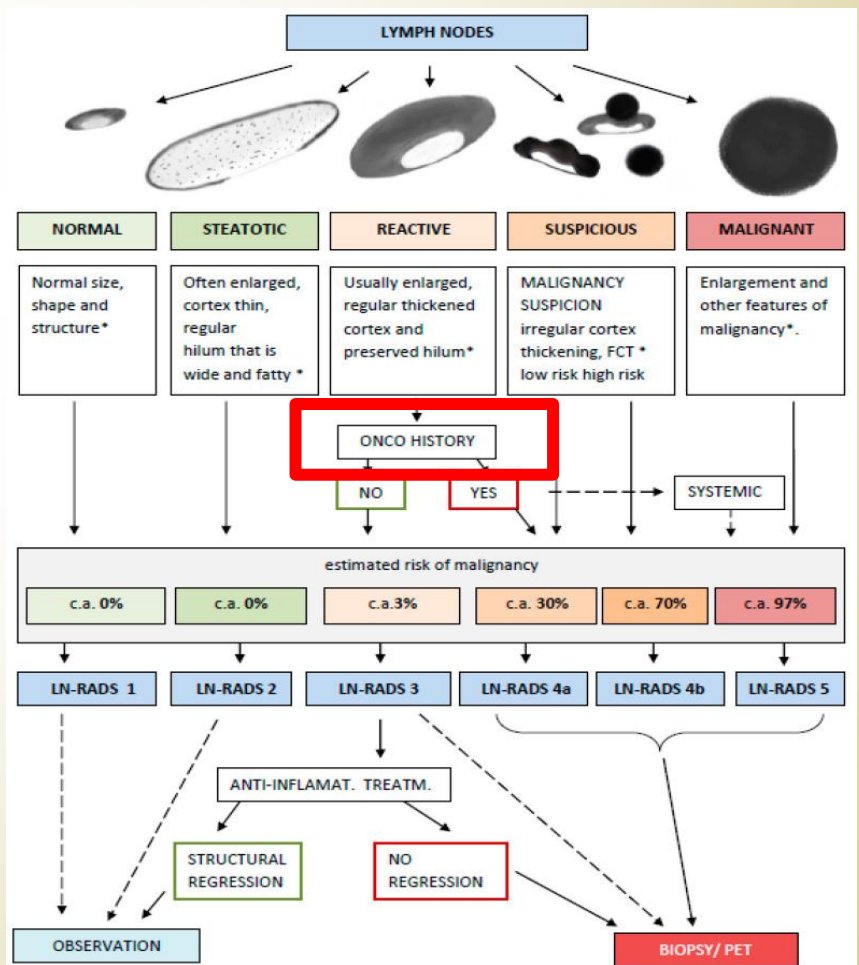
A-RADS: nhóm IV
NODE-RADS: nhóm V
LN-RADS: nhóm V

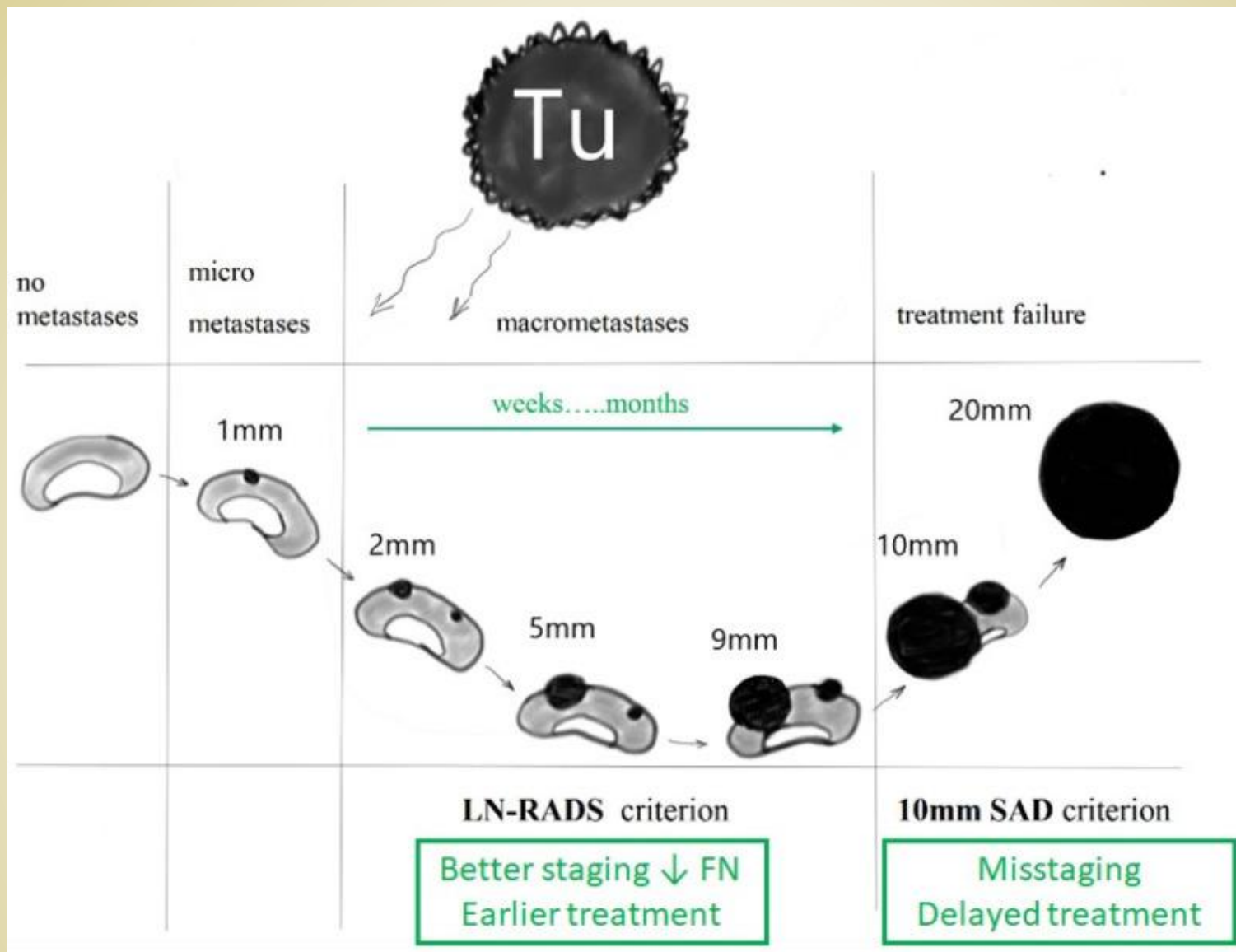




Ultrasound categories (A-RADS)		Ultrasound appearance		Management
I	Normal	SAD < 1cm, hypoechoic, and hilar vessels		None
II	Reactive	SAD = 1-1.5cm, hypoechoic cortex, visible hilum, and increased hilar vessels		Follow up
III	Suspicious & Lymphoid disorders	SAD > 1cm, hypoechoic cortex, small or invisible hilum, Hilar, non-hilar or decreased vascularity	Unknown origin	CNB
			Known origin	FNA
IV	Metastatic	Iso-echoic cortex and invisible hilum. Non-hilar vessels	Unknown origin	CNB
			Known origin	Treatment
			Post-op of known origin	FNA

Node RADS Classification of lymphadenopathy & Recommendation							
Ultrasound Features	Score	Total Score	Node-RADS	Recommendation			
SAD (Short Axis Diameter)							
Jugulodigastric < 10 mm Other < 8 mm	0	≤ 1	I Normal	None			
Jugulodigastric ≥ 10 mm Other ≥ 8 mm	2						
≥ 16 mm	4	2	II Reactive	Clinical follow-up ± Treatment			
Echo-texture							
Hypo-echoic cortex	0	3	III Probably Reactive	Repeated Ultrasound in 2-4 weeks			
Invisible hilum	1						
Hyper-echoic cortex	3	4	IV Suspicious	Known Origin: FNA Unknown Origin: CNB			
Vascularity							
Hilar	0						
Decreased	1	≥ 5	V Metastatic / Tumoral	Known Origin: Treatment Unknown Origin: CNB Post -Op (Known Origin): FNA			
Non-hilar	4						
Clinical History							
< 2-4 week	0						
> 2-4 week	1						





KẾT LUẬN

- Chẩn đoán bệnh ác tính của hạch góp phần quan trọng ở mọi giai đoạn của bệnh, phân loại, điều trị và theo dõi, có tác động sâu sắc đến kết quả chung.
- Theo dõi hạch nên kết hợp tiền sử, thăm khám lâm sàng, tùy thuộc vào các nguyên nhân nghi ngờ để đưa ra xét nghiệm đặc hiệu, hình ảnh và sinh thiết.
- Cần có hệ thống phân loại chuẩn hóa triển khai trong thực hành lâm sàng thường quy để làm cầu nối giữa bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và bác sĩ chuyên khoa khác, hỗ trợ chẩn đoán nhất quán hơn và hướng dẫn các quyết định điều trị tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alamdaran SA, Randian A, Rasoulia B, Jafarian AH, Aminzadeh B, Niroumand S. Correlation of Sonographic Classification of Neck Adenopathy (A-RADS) and Malignancy. Iran J Otorhinolaryngol. 2023 Jan;35(126):39-47. doi: 10.22038/IJORL.2022.67255.3299. PMID: 36721411; PMCID: PMC9872261.
- Chudobiński C, Świdorski B, Antoniuk I, Kurek J. Enhancements in Radiological Detection of Metastatic Lymph Nodes Utilizing AI-Assisted Ultrasound Imaging Data and the Lymph Node Reporting and Data System Scale. Cancers (Basel). 2024 Apr 19;16(8):1564. doi: 10.3390/cancers16081564. PMID: 38672646; PMCID: PMC11048706.
- Chudobiński C, Pasicz K, Hanke M, Kaczmarek A, Pajdziński M, Kołacińska-Wow A, Gottwald L, Kuncman W, Podgórski M, Cieszanowski A. Lymph Node Reporting and Data System (LN-RADS)-Retrospective Evaluation for Ultrasound Classification of Superficial Lymph Nodes. Cancers (Basel). 2025 Jun 18;17(12):2030. doi: 10.3390/cancers17122030. PMID: 40563680; PMCID: PMC12191221.
- Heravi AM, Hataminia F, Rasoulia B, Tavakoli M, Yaghobi NS, Jafarian AH, Alamdaran SA. Ultrasound-based Node-RADS: Introducing a new Scoring System for Ultrasound-based Classification of Lymphadenopathy. Iran J Otorhinolaryngol. 2025;37(4):169-177. doi: 10.22038/ijorl.2025.85674.3883. PMID: 40791834; PMCID: PMC12335667.
- Zhang H, He D, Mao M, Li R, Yin T, Zheng B, Zheng J, Wu T, Ren J and Xu Z (2026) Standardizing cervical lymph node evaluation in papillary thyroid carcinoma: diagnostic accuracy of Node-RADS on ultrasound. Front. Endocrinol. 17:1709522. doi: 10.3389/fendo.2026.1709522



Thank
you

FOR
LISTENING

