

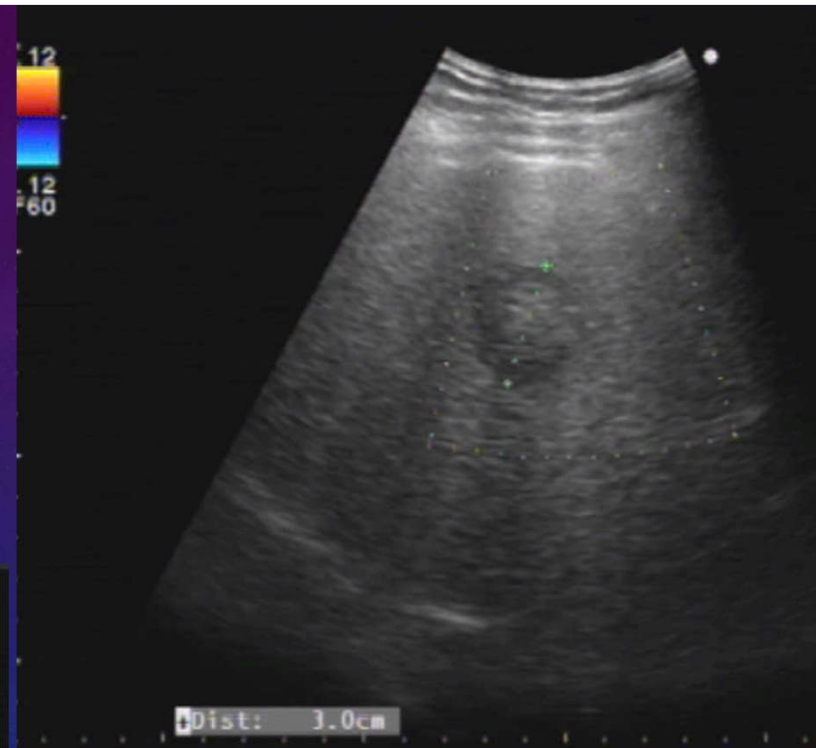
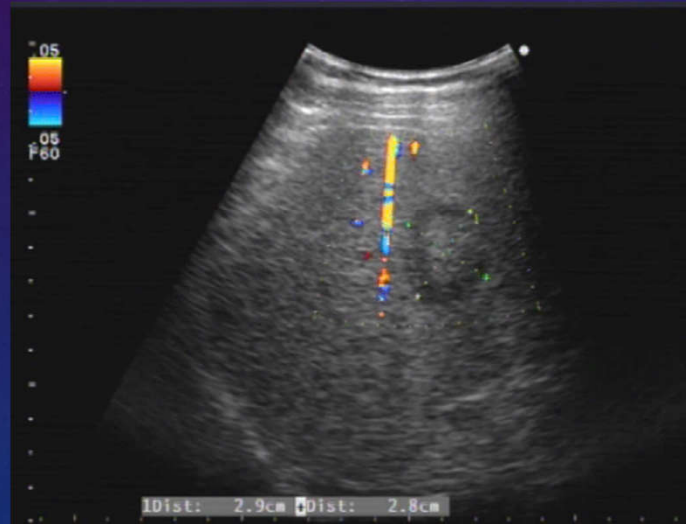
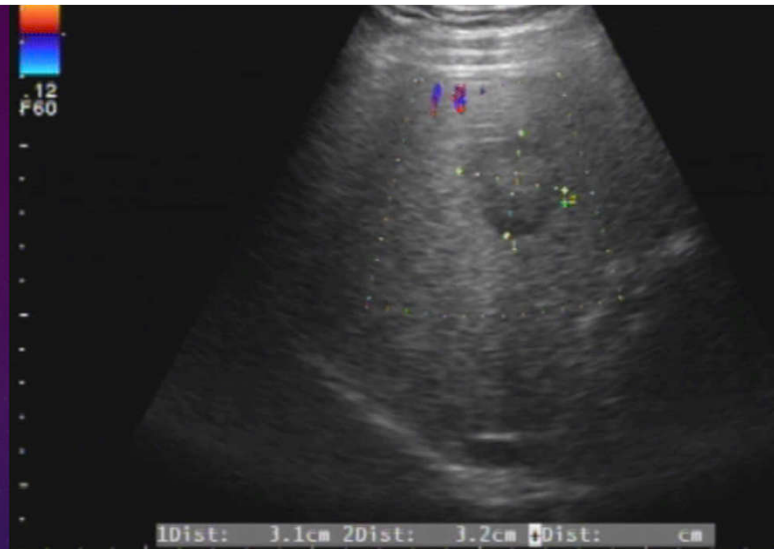


MỘT TRƯỜNG HỢP U GAN

BS TRẦN THỊ BÍCH THÙY

PHÒNG KHÁM CHƯƠNG TRÌNH

BỆNH NHÂN KHÔNG
TRIỆU CHỨNG ĐI KHÁM
SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ
THẤY CÓ U GAN KÍCH
THƯỚC 31x32 MM
TRÊN SIÊU ÂM, CÓ
HALO SIGN, MẤY NĂM
TRƯỚC ĐỀU CÓ ĐI
KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH
KỲ MỖI NĂM SIÊU ÂM 1
LẦN NHƯNG KHÔNG
THẤY U



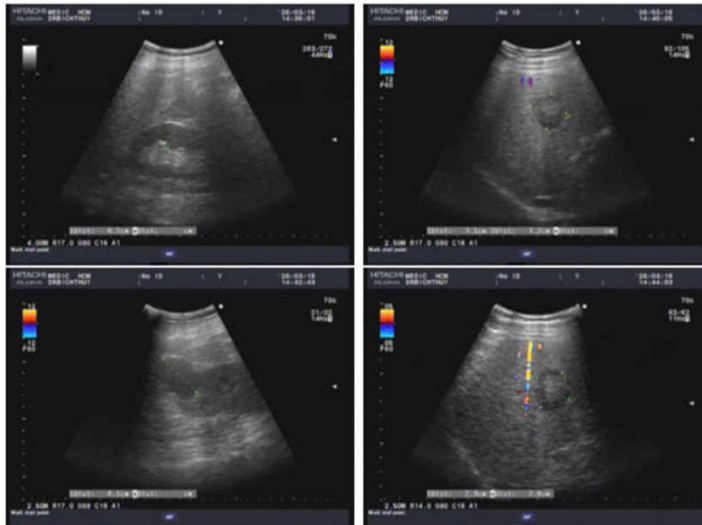


TRƯỚC ĐÂY: BỆNH NHÂN CHỈ CÓ BỊ GAN NHIỄM MỠ,
KHÔNG TIỀN CẢN VIÊM GAN.

SIÊU ÂM CÓ KÈM NANG THẬN PHẢI DẠNG LÀNH
TÍNH

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc THỖ, echo dày, giảm âm vùng sâu, gan phải có cấu trúc echo kém đồng nhất, giới hạn rõ, bờ kém đều, halo sig (+) d= 31x32mm.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không dẫn. Ống mật chủ không sỏi, không dẫn.
- TUY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: CÓ SỎI D = 5MM, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước, CÓ NANG ECHO TRẮNG, D = 41MM.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- TIỀN LIỆT TUYẾN : Không to.
- Động mạch chủ bụng không phình. Ascites (-). Không hạch ổ bụng. Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN:

TD VIÊM GAN/ GAN NHIỄM MỖ - U GAN PHẢI CHƯA RÕ BẢN CHẤT KHẢ NĂNG LÀ HCC - SỎI THẬN PHẢI - NANG THẬN TRÁI.

Đề nghị:

KHÁM CK GAN + SIÊU ÂM ĐỊNH LƯỢNG XƠ GAN + MSCT BỤNG (CE) + SIÊU ÂM VI MẠCH + SIÊU ÂM ĐÀN HỒI + XN: GAAD +

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.998	(Nam: 0.6 - 1.3; Nữ:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	89	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
Thời gian duyệt: 09:01:45 20/03/2026		In lần 1: 09:02:06 20/03/2026	
Người duyệt: BS.Từ Thị Huệ Trang		Trưởng khoa xét nghiệm	


ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn

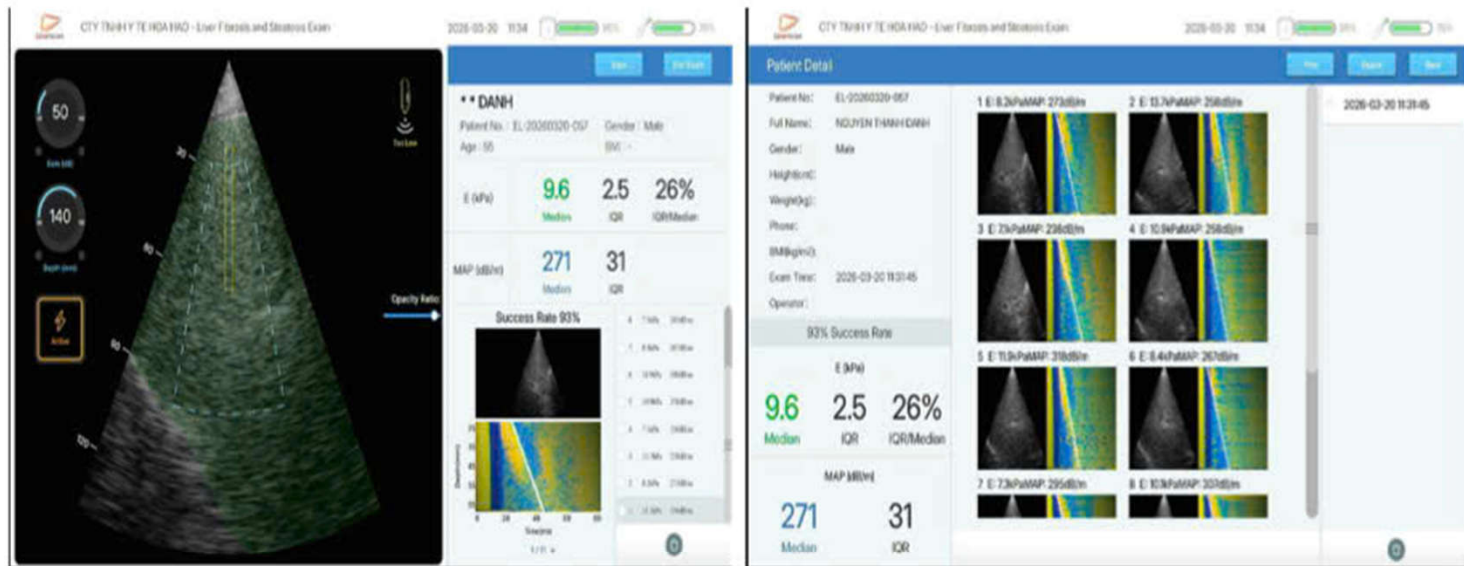
TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
*GAAD (NC)	*		
AFP	5.02	(< 20 ng/mL)	
PIVKA II	25.70	(Nam: <28.6; Nữ: <27.8 ng/mL)	
GAAD Result	Nguy cơ thấp (Low risk)		
GAAD Score	1.37	(Nguy cơ thấp <2.57)	
Anti HBs (Định lượng,quantitative) ²	174.0 H	(≥ 10 mIU/mL)	QTMD123
Anti HCV (Định tính,	Âm tính S/CO	(S/Co < 1)	QTMD018

Chẩn đoán sơ bộ :

BS chỉ định :

BV chỉ định :

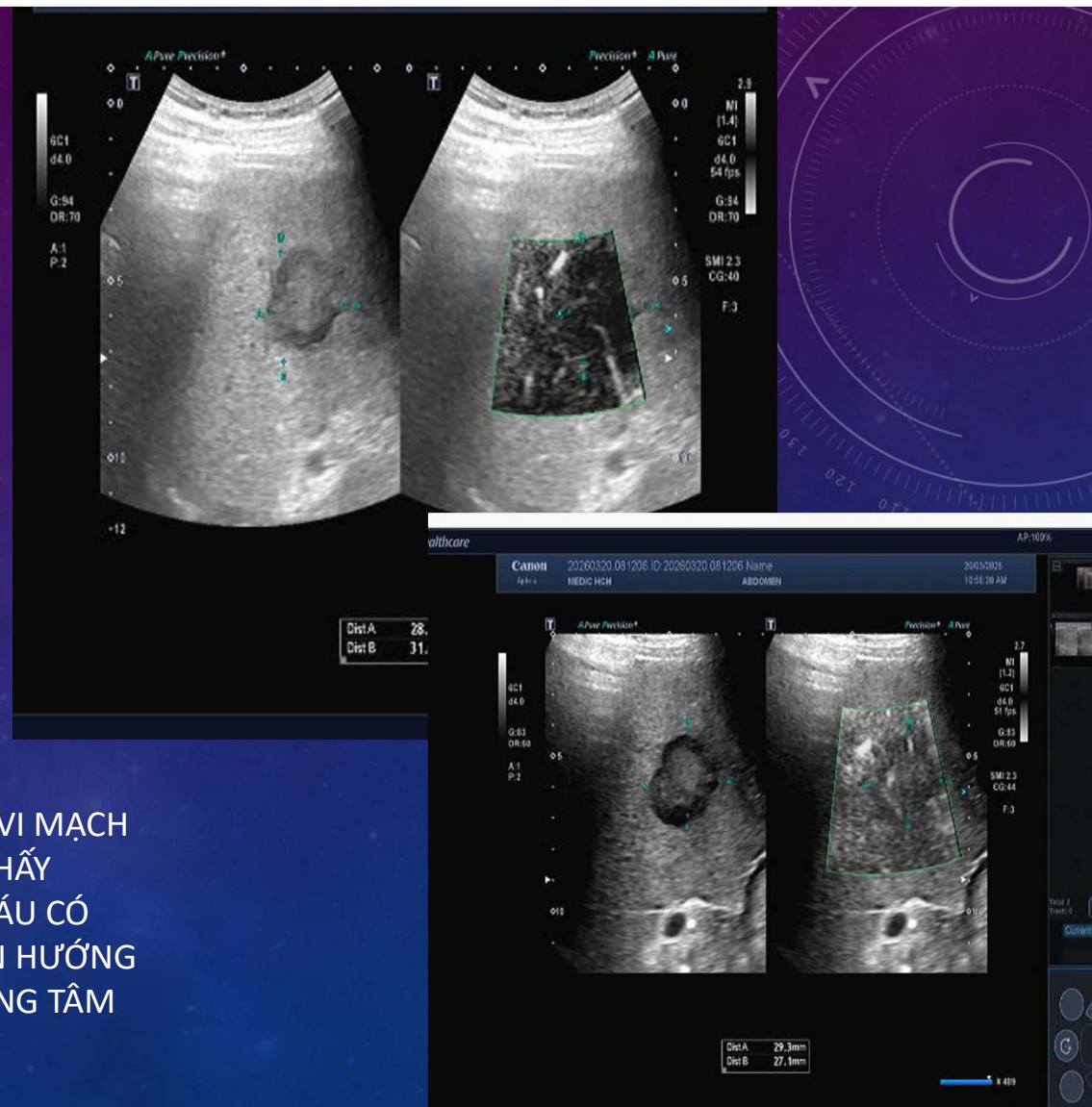
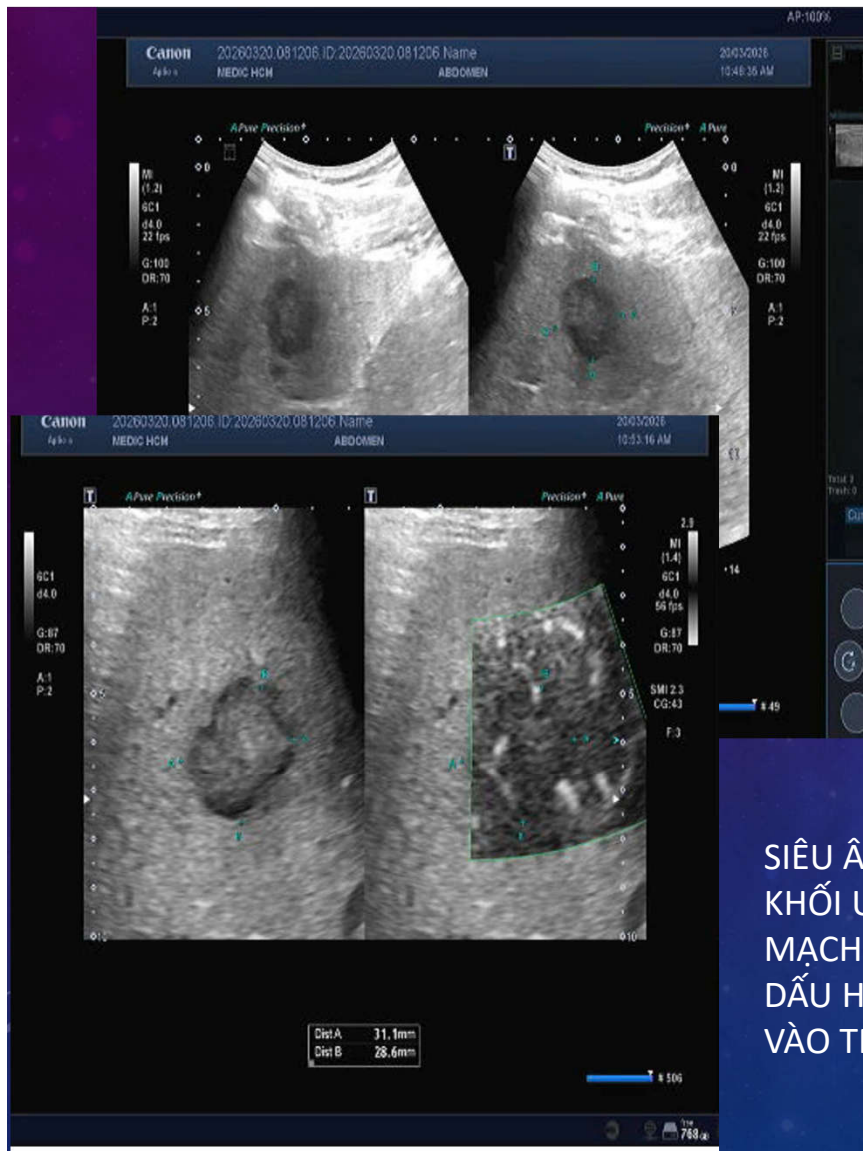
VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM ĐỊNH LƯỢNG XƠ GAN (LIVER SCAN)



KẾT LUẬN: MAP 271 dB/m (S2).
E 9.6 kPa (F2)

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 20/03/2026 11:37
(Bác sĩ đã ký)



SIÊU ÂM VI MẠCH
KHỐI U THẤY
MẠCH MÁU CÓ
DẤU HIỆN HƯỚNG
VÀO TRUNG TÂM

Chẩn đoán sơ bộ :

BS chỉ định : BS THÙY HC

BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, tăng phản âm so với chủ mô lách, đồng nhất, giảm âm vùng sâu, xóa mờ mạch máu và đường mật, u gan phải, dạng " bull-eye" tưới máu kém trên SMI ĐK=31X28mm.



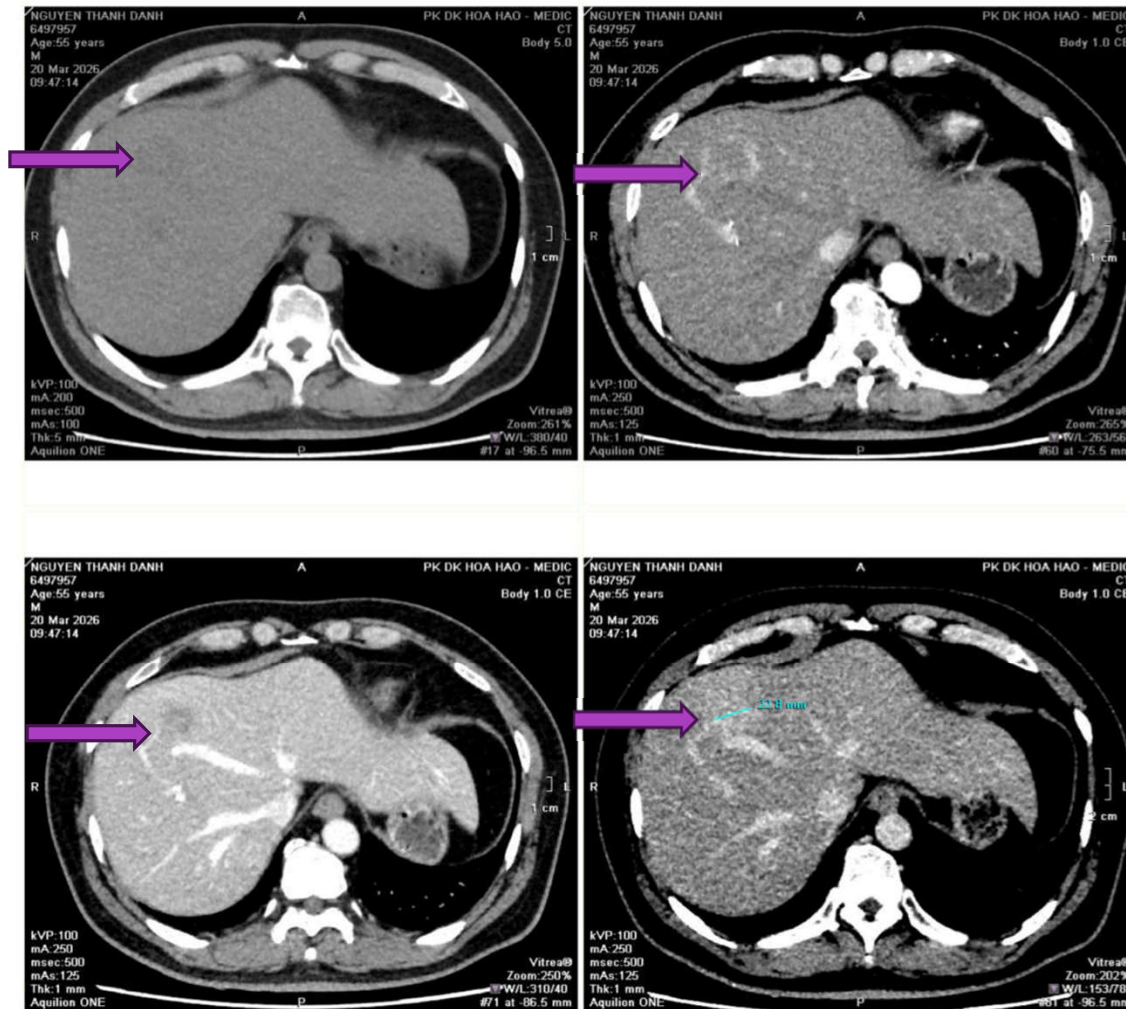
KẾT LUẬN: U gan phải chưa loại trừ metastasis/Gan,tụy nhiễm mỡ lan tỏa, độ II.

Đề nghị:

KẾT LUẬN CỦA BS
SIÊU ÂM VI
MẠCH

Date of Birth: 01 Jan 1971
Gender: M

Scan Date: 20 Mar 2026
Report Date: 20 Mar 2026-11:22AM



HÌNH ẢNH CT
SCAN LÀ MỘT
KHỐI U BẮT
THƯỚC KHÔNG
ĐIỂN HÌNH VỚI
HCC, VÀ KHÔNG
ĐIỂN HÌNH VỚI
U MẠCH MÁU

**** KẾT QUẢ:**

Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Gan nhiễm mỡ. Gan phải có thương tổn giảm đậm độ 25mm. Thương tổn bắt thuốc cản quang chậm có khuynh hướng lấn dần từ ngoại biên vào trung tâm. Ở thì trễ thương tổn có độ cản tia cao hơn nhu mô gan xung quanh.

Đường mật trong và ngoài gan không dẫn.

Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.

Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước.

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

Tiền liệt tuyến không to

Không thấy dày bất thường rõ rệt thành ống tiêu hóa.

Không thấy mass bất thường trong ổ bụng

Không thấy hạch trong vùng khảo sát.

Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

***** KẾT LUẬN:**

THƯƠNG TỔN GAN PHẢI 25MM NGHĨ HEMANGIOMA KHÔNG ĐIỂN HÌNH / GAN NHIỄM MỠ.

CĐPB: U GAN CHƯA RÕ BẢN CHẤT

--> KẾT HỢP LÂM SÀNG - XN MÁU - MRI GAN

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 20/03/2026 11:27

(Bác sĩ đã ký)

**TÓM TẮT BỆNH ÁN ĐẾN
ĐÂY :**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
URINARY ANALYSIS:	*		QTVS044
(Chemistry - Sinh Hóa Nước Tiểu)	*		
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	1.020	(1.005-1.030)	
pH	6.0	(4.6-8.0)	
Protein	Âm tính	(g/L)	
Blood	Âm tính	(Âm tính)	
Leucocytes	Âm tính	(Âm tính)	
Nitrite	Âm tính	(Âm tính)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	5.20	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	93.60	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
BUN	16.20	(7 - 19 mg/dL)	QTSH002
Uric Acid/Serum¹	4.63	(Nam: 3.4 - 7.0; Nữ: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
Urea/ Serum¹	34.66	(15 - 49 mg/dL)	QTSH002
Cholesterol, Total¹	4.54	(<5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L)	QTSH003
		(Cao: ≥ 6.22)	
SGOT (AST)¹	60.45 H	(< 35 U/L)	QTSH005

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	6.83	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	60.0	(40 - 74 %)	
% Lym	29.4	(19 - 48 %)	
% Mono	9.2	(3 - 9 %)	
% Eos	1.1	(0 - 7 %)	
% Baso	0.3	(0 - 1.5 %)	
# Neu	4.09	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	2.01	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.63	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.08	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.02	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.85	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	14.8	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	43.9	(35 - 52 %)	
MCV	90.6	(80 - 100 fL)	
MCH	30.4	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.6	(32 - 36 g/dL)	
RDW	14.9	(11.0 - 15.7%)	
PLT	259	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	7.1	(6.30 - 12.0 fL)	

II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
----------------	---------	-------------------	-------

Glucose	14 H	(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	1.014	(1.005-1.030)	
pH	5.0	(4.6-8.0)	
Protein	Âm tính	(g/L)	
Blood	Âm tính	(Âm tính)	
Leucocytes	Âm tính	(Âm tính)	
Nitrite	Âm tính	(Âm tính)	

III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

Glucose (mmol/L) (FPG)¹	6.89	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	124.0	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
Uric Acid/Serum¹	6.18	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
Urea/ Serum¹	20.66	(15 - 49 mg/dL)	QTSH002
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.940	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	96	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
Cholesterol, Total¹	4.27	(<5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L)	QTSH003
	.	(Cao: ≥ 6.22)	
SGOT (AST)¹	73.40 H	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT)¹	69.59 H	(< 30 U/L)	QTSH013

IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY

C.A 19-9 (Roche)¹	35.20 H	(< 31 U/mL)	QTMD008
-------------------------------------	----------------	-------------	---------

XÉT NGHIỆM 2023 CÓ CA199 TĂNG NHỆ

- TÓM TẮT ĐẾN ĐÂY: Bệnh nhân nam 55 tuổi, không có tiền căn viêm gan. Các năm trước đều có khám sức khỏe định kỳ, siêu âm bình thường, không có u gan, có uống rượu nhưng ít một tuần một lần. không Các kết quả cho thấy siêu âm bác sĩ nghi ngờ HCC hoặc là Metastasis, CT scan, bác sĩ nghĩ Hemangioma không điển hình và các xét nghiệm không thấy có dấu hiệu viêm gan, định lượng xơ gan cũng không thấy có dấu hiệu viêm gan, XN GAAD cũng nguy cơ thấp
- Như vậy khả năng HCC không cao. Nhưng vẫn nghĩ trong trường hợp này là một nguy cơ ác tính bởi vì những năm trước không có bị và hình ảnh khối u trên siêu âm có Halo sign. Đồng thời siêu âm vi mạch thấy dấu mạch máu xuyên vào trung tâm u

Bác sĩ chỉ định: TS BS. Nguyễn Đức Thuận Đơn vị: BN NGOẠI TRÚ
Máy chụp: MRI Magnetom Altea 1,5Tesla Mã xác nhận: RI260327-0117
Dịch vụ: Chụp cộng hưởng từ tăng bụng có tiêm chất tương phản (gồm: chụp cộng hưởng từ gan - mật, tụy, lách, thận, dạ dày - tá tràng...) (gan-mật)
Chẩn đoán: SANG THƯƠNG TRONG GAN HẠ PHÂN THỦY 4A NGHIÃ ÁC TÍNH (D37.6)
Ghi chú lâm sàng:

KỸ THUẬT KHẢO SÁT

Khảo sát gan-đường mật bằng các mặt cắt và chuỗi xung sau:
Coronal TRUFISP; Axial, Sagittal T2W HASTE
Axial T1W in phase, out of phase, T1 VIBE FS
Kỹ thuật dynamic T1FS sau tiêm Gadolinium
Khảo sát đường mật-tụy bằng cộng hưởng từ (MRCP/ MRCholangiopancreatography)

MÔ TẢ HÌNH ẢNH

GAN
- Không lớn, bờ đều. Tổn thương gan hạ phân thủy IV, kt#35x35mm, bắt thuốc kém đồng nhất thì động mạch, lấp dần vào trong các thì sau.
ĐƯỜNG MẬT - TỤY
- Đường mật trong gan phải và trái: Không giãn, không sỏi.
+ OGT= 4mm, OGP= 4mm
+ Các nhánh hạ phân thủy: Không giãn, không sỏi.
- OMC #5mm. Không thấy bất thường tín hiệu bên trong lòng ống.
TỤY
- Không thấy bất thường hình dạng và tín hiệu nhu mô tụy.
- Ống Wirsung không giãn.
TÚI MẬT
- Túi mật không sỏi.
- Ống túi mật #2mm. Không thấy bất thường tín hiệu bên trong lòng ống.
CƠ QUAN KHÁC
- Nang hai thận d≤ 35mm.
- Không thấy hình ảnh bất thường các tạng khác trong ổ bụng.
- Không thấy hạch phì đại, dịch tự do.

Kết luận: - *Tổn thương giàu mạch máu ở gan hạ phân thủy IV, không điển hình.*
- *Nang hai thận.*

Chẩn đoán: SANG THƯƠNG TRONG GAN HẠ PHÂN THỦY 4A NGHIÃ ÁC TÍNH (D37.6)
Ghi chú lâm sàng:

KỸ THUẬT KHẢO SÁT

CT ngực không tiêm thuốc cản quang mở cửa sổ phổi và cửa sổ trung thất

MÔ TẢ HÌNH ẢNH

- **Thành ngực:**
 - Hình ảnh phần mềm thành ngực: Bình thường.
 - Cấu trúc xương sườn, cột sống thành ngực: Bình thường.
- **Màng phổi:**
 - Trần dịch, tràn khí màng phổi: Không phát hiện hình ảnh tổn thương.
 - Không thấy dày dính, choán chỗ, đóng vôi màng phổi.
- **Phổi:**
 - Không phát hiện hình ảnh tổn thương.
- **Khí, phế quản:**
 - Bình thường.
- **Trung thất:**
 - Không phát hiện hình ảnh tổn thương choán chỗ.
 - Không thấy hạch phì đại.
 - Cấu trúc mạch máu: Bình thường.
- **Các tạng thuộc ổ bụng trong trường khảo sát:**
 - Nhu mô gan, lách và đuôi tụy: Không phát hiện hình ảnh tổn thương khu trú.
 - Tuyến thượng thận hai bên: Có hình thái và kích thước trong giới hạn bình thường.
- **Ghi nhận khác:**
 -

Kết luận *Không phát hiện tổn thương phổi, màng phổi nghi ngờ trên hình ảnh CT ngực.*

TẠI BV DDAH Y DƯỢC CHỤP CT NGỰC VÀ
MRI GAN LẠI NHƯNG CHƯA CÓ CHẨN
ĐOÁN CHẮC CHẮN

- BN ĐƯỢC LÀM RFA KHỐI U GAN

 VAN HANH	 BV. ĐA KHOA VAN HANH KHOA NGOẠI	Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
Số: 0008817/26/GRV-BVVH		MS 02/GKV/BV-VH/2025 Số hồ sơ: 56 BA 26065931
GIẤY RA VIỆN		
Họ tên người bệnh:		Nam/Nữ:
Ngày / tháng / năm sinh: (Tuổi);		Nghề nghiệp: Nhân Viên
Dân tộc:		ngày cấp:
Số CCCD/CMND/Định danh công dân/Hộ chiếu:		
Mã số BHXH/thẻ BHYT số (nếu có):		
Địa chỉ:		
Vào viện lúc: 07 giờ 59 phút , ngày 11 tháng 04 năm 2026		
Ra viện lúc: 11 giờ 39 phút , ngày 12 tháng 04 năm 2026		
Chẩn đoán: Ung thư biểu mô tế bào gan, tiểu đường - C22.0;O24.1		
Phương pháp điều trị: Đốt sóng cao tần điều trị u gan dưới hướng dẫn siêu âm		
Ghi chú: Dùng thuốc theo đơn thuốc và tái khám theo hẹn của bác sĩ		
Số ngày nghỉ: 07 ngày (13/04/2026 đến hết ngày 19/04/2026)		
Ngày 12 Tháng 04 Năm 2026		
Thủ-trưởng đơn vị		Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh
 BỆNH VIỆN		

Dịch vụ: (Mẫu vữa) Xét nghiệm và chẩn đoán mô bệnh học bằng phương pháp nhuộm Hematoxylin

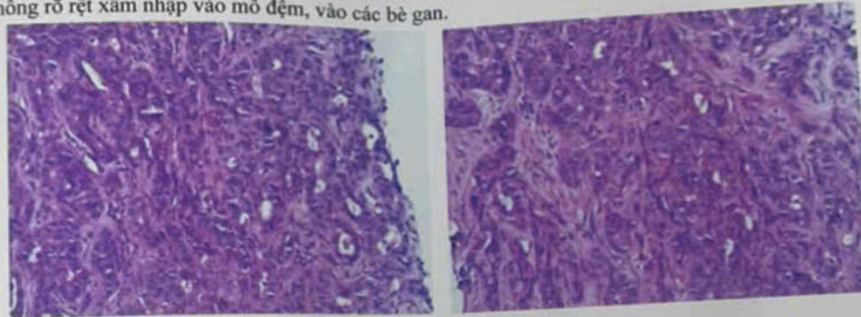
CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

*** Đại thể (Gross Description):**

Mẫu mô d#16x1x1mm, gói giấy, 1(1)h.

*** Vi thể (Microscopic Description):**

Mẫu thử gồm các tế bào dị dạng, nhân quái, nhân tăng sắc. Các tế bào này hợp thành dạng ống tuyến không rõ rệt xâm nhập vào mô đệm, vào các bề gan.



Kết luận (Final Pathologic Diagnosis):

CARCINOM TUYẾN, BIỆT HÓA VỪA, CHƯA XÁC ĐỊNH NGUYÊN PHÁT.

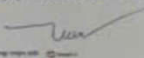
Đề nghị: NHUỘM HÓA MÔ MIỀN DỊCH: CK7, CK20, CK19, GLYPICAN-3, ĐỂ XÁC ĐỊNH NGUỒN GỐC.

KHOA GIẢI PHẪU BỆNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA VẠN HẠNH

Ngày 14 tháng 04 năm 2026

Bác sĩ chẩn đoán

Ký số bởi: BS Lưu Đức Tùng
Ngày ký: 17:00:50 14/04/2026


Trang tiếp: 01

Chữ ký số hợp lệ

ThS.BS Lưu Đức Tùng

Đơn vị gửi mẫu KHOA GMHS (PHÒNG MÔ 2A) Đơn vị chỉ định: KHOA NGOẠI GAN-MẬT-TỤY
PP mô: Cắt gan trái PTV: TS BS. Trần Công Duy Long
Chẩn đoán: Ung thư biểu mô đường mật trong gan hạ phân thùy 4 đã điều trị u gan bằng sóng cao tần (RFA) + sinh thiết (C22.1); Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insuline (E11.9)
Vị trí lấy mẫu: Gan trái
Ngày lấy mẫu: 26/05/2026 Ngày nhận mẫu: 26/05/2026, 12:12
Tên dịch vụ: Xét nghiệm mô bệnh học thường quy cố định, chuyển, đúc, cắt, nhuộm...các bệnh phẩm sinh thiết (bệnh phẩm mổ thận, bàng quang, tuyến thượng thận)

KẾT QUẢ

Người cắt lọc bệnh phẩm: ThS.BS. Nguyễn Hoàng Vinh Ngày cắt lọc: 28/05/2026 Số mẫu nhận: 1 Số block: 6
Phương pháp nhuộm: H&E
Người làm tiêu bản: ThS. Hà Phạm Yến Vy Ngày làm tiêu bản: 29/05/2026
Ghi Chú:

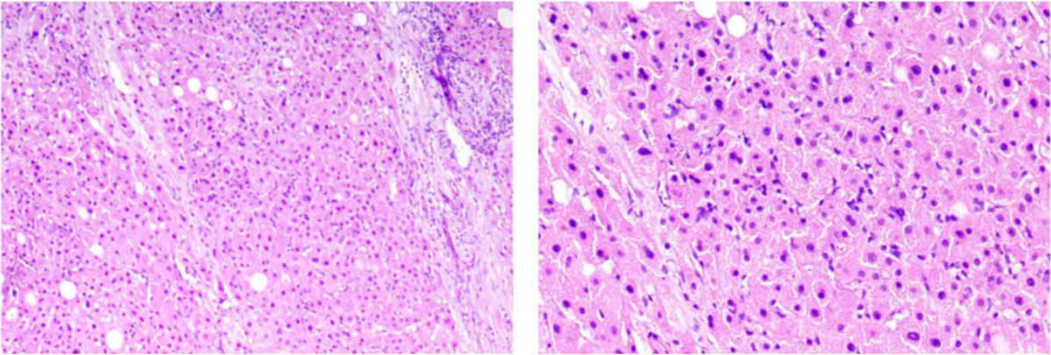
Đại thể: BSNT. Phát cắt lọc bệnh phẩm
Túi ghi Gan trái + Hạch:
Bệnh phẩm gồm mô gan d# 130x110x60mm, đã xẻ qua u, xẻ nhiều lát, bên trong có u d# 55x40x22mm, mặt cắt màu vàng, mặt độ chắc, giới hạn tương đối rõ, hoại tử #40%, cách vỏ bao #3mm, cách rìa diện cắt # 2mm. Đánh dấu mực vỏ bao màu đen, rìa diện cắt nhu mô màu xanh dương.
Block 1/ Mô gan không u: 1 mô trong 1 block - còn mẫu
Block 2,3/ Mô u + Rìa diện cắt: 1 mô trong 1 block - còn mẫu
Block 4,5/ Mô u kèm vỏ bao: 1 mô trong 1 block - còn mẫu
Block 6/ Mô u: 1 mô trong 1 block - còn mẫu
Vị Thê: Block 1/ Mô gan không u: Mô gan có các tế bào phồng, thoái hóa, bào tương sáng, có khi chứa các hạt, thoái hóa mỡ. Ở khoảng cửa và mô đệm có thâm nhập lymphô bào. Không thấy hình ảnh xơ gan.
Block 2->6/ Mô u + Rìa diện cắt: Mô u kèm vỏ bao; Mô u: Toàn bộ mô u hoại tử hoặc thoái hóa, biến đổi do điều trị (RFA). Xen lẫn trong mô hoại tử và mô thoái hóa chỉ có thể thấy được hình ảnh các cấu trúc tuyến không điển hình, tăng sản trên nền mô đệm sợi với các tế bào khá đồng dạng.
Kết luận: Bệnh phẩm phẫu thuật "Gan trái"
* Mô u + Rìa diện cắt; Mô u kèm vỏ bao; Mô u: PHỦ HỢP CARCINÔM ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN LOẠI ỒNG NHỎ
+ Xâm nhập vỏ bao: Không hiện diện
+ Xâm nhập mạch máu - mạch lymphô (LVI): Không hiện diện (-)
+ Xâm nhập thần kinh (PNI): Không hiện diện (-)
+ Hạch:
- KHÔNG DI CĂN TẤT CẢ 08 HẠCH ĐƯỢC KHẢO SÁT (Kết hợp kết quả B26-24903)
+ Rìa diện cắt: Không hiện diện
* Mô gan không u: MÔ GAN VIÊM MẠN TÍNH, THOÁI HÓA MỠ, KHÔNG XƠ GAN.



toán: Ung thư biểu mô đường mật trong gan hạ phân thùy 4 đã điều trị u gan bằng sóng cao tần (RFA) + sinh thiết (C22.1); Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insuline (E11.9)

ấy mẫu: Gan trái
ấy mẫu: 26/05/2026 Ngày nhận mẫu: 26/05/2026, 12:12
h vụ: Xét nghiệm mô bệnh học thường quy cố định, chuyển, đúc, cắt, nhuộm...các bệnh phẩm sinh thiết (bệnh phẩm mổ thận, bàng quang, tuyến thượng thận)

KẾT QUẢ



- Địa chỉ:

- Điện thoại:

- Vào viện lúc: 08 giờ 54 phút, ngày 22/05/2026

Ra viện lúc: 11 giờ 00 phút, ngày 02/06/2026

- **Chẩn đoán:** Ung thư biểu mô đường mật trong gan hạ phân thùy 4 đã điều trị u gan bằng sóng cao tần (RFA) + sinh thiết (C22.1); Đái tháo đường típ 2 (E11.9); Bệnh lý tăng huyết áp (I10); Hạ kali máu (E87.6)

- **Phương pháp điều trị:** Cắt gan trái mở rộng + nạo hạch (D178)

- **Ghi chú:**

Nhóm máu: B Rh(D) DƯƠNG

Bác sĩ điều trị: ThS BS. Võ Quan Thịnh

Tình trạng ra viện: Đỡ, giảm

Lời dặn: Cắt chỉ vết mổ ngày 09/06/2026 tại y tế địa phương
Tái khám chuyên khoa Tim mạch, Nội tiết cùng ngày 16/06/2026
Xin giấy chuyển tuyến khi đi tái khám

Đề nghị nghỉ dưỡng bệnh sau xuất viện 13 ngày, từ ngày 03/06/2026 đến ngày 15/06/2026.

Nhận kết quả Giải phẫu bệnh tại phòng khám (khi tái khám).

Tái khám: Bác sĩ: TS BS. TRẦN CÔNG DUY LONG (A03-051)

Sáng thứ ba ngày: 16/06/2026

Tại PHÒNG KHÁM UNG BƯỚU GAN MẬT VÀ GHÉP GAN

Ngày 02 tháng 06 năm 2026

Ngày 02 tháng 06 năm 2026

I. TỔNG QUAN VỀ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN (INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA - ICCA)

1. ĐỊNH NGHĨA

- I. Tổng quan về ung thư đường mật trong gan (Intrahepatic Cholangiocarcinoma - iCCA)
- 1. Định nghĩa
 - Ung thư đường mật trong gan (iCCA) là ung thư biểu mô tuyến phát sinh từ biểu mô đường mật nhỏ nằm trong nhu mô gan (proximal đến các ống mật bậc hai).
 - Đây là:
 - Ung thư nguyên phát của gan đứng thứ hai
 - Sau HCC
 - Chiếm khoảng **10–15% ung thư gan nguyên phát** và khoảng **20% các ung thư đường mật**.

Tần suất

- Đứng thứ hai sau HCC
- Tỷ lệ mắc tăng rõ trong 20 năm gần đây ở hầu hết các quốc gia.
- Tuổi thường gặp:
 - 55–75 tuổi
- Nam hơi nhiều hơn nữ.

Các yếu tố nguy cơ

Có khoảng 40–50% bệnh nhân không xác định được yếu tố nguy cơ.

Các yếu tố nguy cơ gồm:

- Primary sclerosing cholangitis (PSC)
- Nhiễm sán lá gan (*Opisthorchis viverrini*, *Clonorchis sinensis*)
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Xơ gan
- Gan nhiễm mỡ (MASLD/NASH)
- Nang ống mật chủ
- Hepatolithiasis
- Thorotrast (hiện hầu như không còn gặp)

3. Triệu chứng lâm sàng

Khác HCC, iCCA thường được phát hiện muộn.

Triệu chứng thường gặp:

- đau hạ sườn phải
- sụt cân
- mệt mỏi
- chán ăn
- sốt nhẹ

Nếu u gần rốn gan:

- vàng da
- ngứa
- bilirubin tăng

Khoảng 20–30% phát hiện tình cờ.



4. Xét nghiệm

CEA ↑

CA19-9 ↑

AFP thường bình thường

Điều này rất hữu ích để phân biệt với HCC.

5. Tiên lượng

Đây là ung thư gan tiên lượng xấu.

Nếu:

Không điều trị

Median survival

≈ 6–12 tháng

Có thể phẫu thuật triệt căn

5-year survival

khoảng

25–45%

Có di căn hạch

5-year survival

<20%

Sau ghép gan

Hiện chưa phải chỉ định thường quy, chỉ áp dụng ở nhóm chọn lọc.

6. Điều trị

Giai đoạn còn mổ được

- Cắt gan
- Nạo hạch

Không mổ được

- Gemcitabine + Cisplatin
- Durvalumab (TOPAZ-1)
- Điều trị đích
 - FGFR2 fusion
 - IDH1 mutation
- TACE
- Y90
- RFA/MWA trong một số trường hợp

III. So sánh iCCA và HCC

Đặc điểm	iCCA	HCC
Tần suất	10–15% ung thư gan nguyên phát	75–85% ung thư gan nguyên phát
Bệnh nền	Có hoặc không xơ gan	Chủ yếu xơ gan
HBV/HCV	Có thể	Rất thường gặp
AFP	Bình thường	Tăng
CA19-9	Tăng	Thường bình thường
CEA	Có thể tăng	Ít tăng
Tuổi	55–75	50–70
Tiền lượng	Xấu hơn	Tốt hơn nếu phát hiện sớm
Di căn hạch	Thường gặp	Ít hơn
Xâm lấn đường mật	Thường gặp	Hiếm
Điều trị chuẩn	Cắt gan + hóa trị	Cắt gan, ghép gan, đốt u, TACE

IV. So sánh hình ảnh học giữa iCCA và HCC

Đặc điểm	iCCA	HCC
Siêu âm	Khối giảm âm hoặc hỗn hợp, bờ không đều	Khối giảm âm hoặc tăng âm, thường có vỏ bao
Doppler	Ít tăng sinh mạch	Tăng sinh mạch rõ
CEUS	Rim APHE + washout sớm (<60 s), rõ	Non-rim APHE + washout muộn, nhẹ
CT thì động mạch	Peripheral rim enhancement	Arterial hyperenhancement toàn khối
CT thì cửa	Progressive enhancement	Washout
CT thì muộn	Tăng ngấm thuốc tiến triển do mô xơ	Washout rõ, capsule enhancement
Capsular retraction	Thường gặp	Hiếm
Dilatation đường mật	Thường gặp	Hiếm
Satellite nodules	Thường gặp	Có thể gặp
MRI T1	Giảm tín hiệu	Giảm tín hiệu
MRI T2	Tăng tín hiệu không đồng nhất	Tăng tín hiệu nhẹ
DWI	Hạn chế khuếch tán mạnh	Hạn chế khuếch tán
HBP (gadoteric acid)	Giảm tín hiệu; có thể có "target sign" hoặc "cloud sign"	Giảm tín hiệu; đôi khi giữ thuốc nếu β -catenin
Enhancement MRI	Rim enhancement + progressive filling	APHE + washout + capsule
LI-RADS	LR-M	LR-5



Figure 1a: Images in a 54-year-old man with surgically-confirmed intrahepatic mass-forming type cholangiocarcinoma. **(a, b)** Axial images of contrast-enhanced CT show a lobulated mass in segment VII of the liver. The mass demonstrates peripheral hyper-enhancement on arterial phase **(a)** and peripheral washout on delayed phase **(b)**. Note the capsular retraction (arrow). This mass would be assigned to the LR-M category according to the latest Liver Imaging Reporting and Data System (version 2017). **(c)** On hepatobiliary phase gadoxetic acid-enhanced MR image, the mass has the “gadoteric acid cloud” appearance, which is central hyperintensity and peripheral hypointensity. Note the intrahepatic daughter nodule (arrowhead). **(d)** On diffusion-weighted image (b value = 800 sec/mm²), the mass shows the target appearance, a central hypointensity with peripheral hyperintensity. **(e)** Gross specimen shows a yellowish mass with capsular retraction (arrow). Small daughter nodules (arrowheads) are seen around the main mass.

Joo I. Published Online: June 05, 2018

<https://doi.org/10.1148/radiol.2018171187>



Figure 1c: Images in a 54-year-old man with surgically-confirmed intrahepatic mass-forming type cholangiocarcinoma. **(a, b)** Axial images of contrast-enhanced CT show a lobulated mass in segment VII of the liver. The mass demonstrates peripheral hyper-enhancement on arterial phase **(a)** and peripheral washout on delayed phase **(b)**. Note the capsular retraction (arrow). This mass would be assigned to the LR-M category according to the latest Liver Imaging Reporting and Data System (version 2017). **(c)** On hepatobiliary phase gadoxetic acid-enhanced MR image, the mass has the “gadoxetic acid cloud” appearance, which is central hyperintensity and peripheral hypointensity. Note the intrahepatic daughter nodule (arrowhead). **(d)** On diffusion-weighted image (b value = 800 sec/mm²), the mass shows the target appearance, a central hypointensity with peripheral hyperintensity. **(e)** Gross specimen shows a yellowish mass with capsular retraction (arrow). Small daughter nodules (arrowheads) are seen around the main mass.

DOI: Published Online: June 05, 2018

<https://doi.org/10.1148/radiol.2018171187>

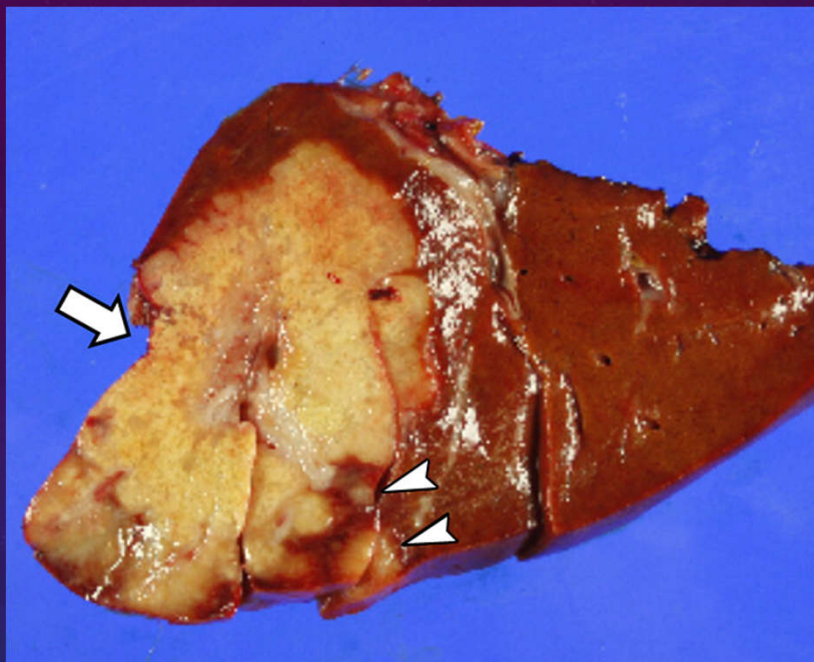


Figure 1e: Images in a 54-year-old man with surgically-confirmed intrahepatic mass-forming type cholangiocarcinoma. **(a, b)** Axial images of contrast-enhanced CT show a lobulated mass in segment VII of the liver. The mass demonstrates peripheral hyper-enhancement on arterial phase **(a)** and peripheral washout on delayed phase **(b)**. Note the capsular retraction (arrow). This mass would be assigned to the LR-M category according to the latest Liver Imaging Reporting and Data System (version 2017). **(c)** On hepatobiliary phase gadoxetic acid-enhanced MR image, the mass has the “gadoteric acid cloud” appearance, which is central hyperintensity and peripheral hypointensity. Note the intrahepatic daughter nodule (arrowhead). **(d)** On diffusion-weighted image (b value = 800 sec/mm²), the mass shows the target appearance, a central hypointensity with peripheral hyperintensity. **(e)** Gross specimen shows a yellowish mass with capsular retraction (arrow). Small daughter nodules (arrowheads) are seen around the main mass.

Joo I. Published Online: June 05, 2018

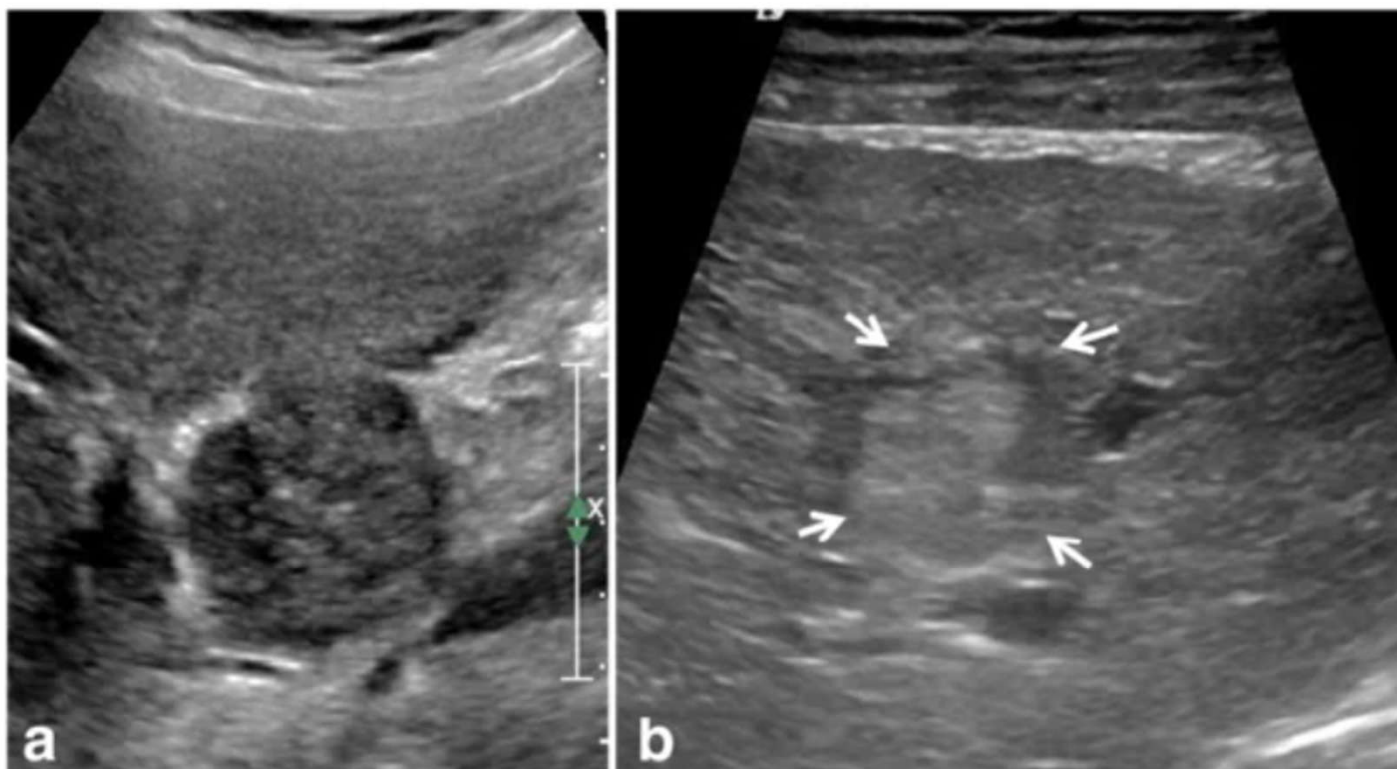
<https://doi.org/10.1148/radiol.2018171187>

Figure 2 - uploaded by [Tiffany Hennedige](#)

Content may be subject to copyright.

Download

View publication



Examples of intrahepatic cholangiocarcinoma (iCCA) on ultrasound in two different patients. Mass forming iCCA may present as a well-defined hypoechoic mass (arrow, a) or as an ill-defined heterogeneous isoechoic mass (arrowheads, b).

BÀN LUẬN 1

**CÂU "THẦN CHÚ" ĐỂ NHỚ
KHỐI U GAN LỚN Ở BỆNH NHÂN
KHÔNG XƠ GAN + AFP BÌNH THƯỜNG
+ CA19-9 TĂNG + RIM ENHANCEMENT
+ NGẤM THUỐC TĂNG DẦN + CO KÉO
BAO GAN + GIÃN ĐƯỜNG MẬT ⇒ NGHĨ
NHIỀU ĐẾN UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT
TRONG GAN (ICCA).**

Các gợi ý nghĩ đến ung thư đường mật trong gan (iCCA)

Nhóm	Dấu hiệu gợi ý ung thư đường mật trong gan
Lâm sàng	Đau hạ sườn phải, sụt cân, chán ăn, vàng da (nếu tắc mật), thường phát hiện muộn
Bệnh nền	Không có xơ gan hoặc xơ gan không điển hình; có PSC, sỏi đường mật trong gan, nhiễm sán lá gan, nang đường mật, viêm đường mật mạn
Xét nghiệm	AFP bình thường hoặc tăng nhẹ; CA19-9 tăng ; CEA có thể tăng; ALP và GGT tăng
Siêu âm	Khối giảm âm hoặc hỗn hợp, bờ không đều, có thể giãn đường mật ngoại vi, co kéo bao gan
CT động học	Peripheral rim enhancement thì động mạch; progressive enhancement ở thì cửa và thì muộn; trung tâm xơ; không có washout điển hình
MRI	T1 giảm tín hiệu, T2 tăng tín hiệu không đồng nhất, hạn chế khuếch tán (target sign), tăng quang viền rồi ngấm thuốc dần, giảm tín hiệu ở thì gan mật (HBP)
Dấu hiệu kèm theo	Co kéo bao gan (capsular retraction), giãn đường mật ngoại vi, hạch rốn gan, xâm lấn quanh mạch nhiều hơn huyết khối tĩnh mạch cửa
Tiên lượng	Thường phát hiện ở giai đoạn muộn, tiên lượng xấu hơn HCC

BÀN LUẬN 2

KHI MÌNH NGHĨ NHIỀU TỚI UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN ĐỂ PHÂN BIỆT VỚI HCC VÀ DI CĂN LÀ YẾU TỐ QUAN TRỌNG BỞI VÌ NÓ ẢNH HƯỞNG TỚI QUYẾT ĐỊNH HƯỚNG ĐIỀU TRỊ CŨNG NHƯ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÌ VẬY CHÚNG TA KHÔNG NÊN BỎ SÓT CÁC GỢI Ý CHẨN ĐOÁN UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[EASL–ILCA CLINICAL PRACTICE GUIDELINES \(2023\) – JOURNAL OF HEPATOLOGY \(FULL TEXT\)](#)

[EASL–ILCA GUIDELINE \(SCIENCEDIRECT\)](#)

[EASL–ILCA GUIDELINE PDF](#)

[IMAGING DIAGNOSIS OF INTRAHEPATIC AND PERIHILAR CHOLANGIOCARCINOMA: RECENT ADVANCES AND CHALLENGES \(RADIOLOGY, RSNA\)](#)

[CROSS-SECTIONAL IMAGING OF INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA: DEVELOPMENT, GROWTH, SPREAD, AND PROGNOSIS \(AJR\)](#)

[CONTRAST-ENHANCED IMAGING IN THE MANAGEMENT OF INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA: STATE OF THE ART AND FUTURE PERSPECTIVES \(CANCER IMAGING, 2023\)](#)

[MULTIMODALITY IMAGING OF INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA \(HEPATOBIILIARY SURGERY AND NUTRITION\)](#)

[DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA: A COMPREHENSIVE UPDATE FOR THE RADIOLOGIST \(CLINICAL RADIOLOGY\)](#)

[EARLY DETECTION OF INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA \(JAPANESE JOURNAL OF RADIOLOGY\)](#)

[PATHOGENESIS, DIAGNOSIS, AND MANAGEMENT OF CHOLANGIOCARCINOMA \(GASTROENTEROLOGY\)](#)

[ADVANCES IN THE TREATMENT OF INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA \(CA: A CANCER JOURNAL FOR CLINICIANS\)](#)



Cảm ơn các bạn đã
lắng nghe!

