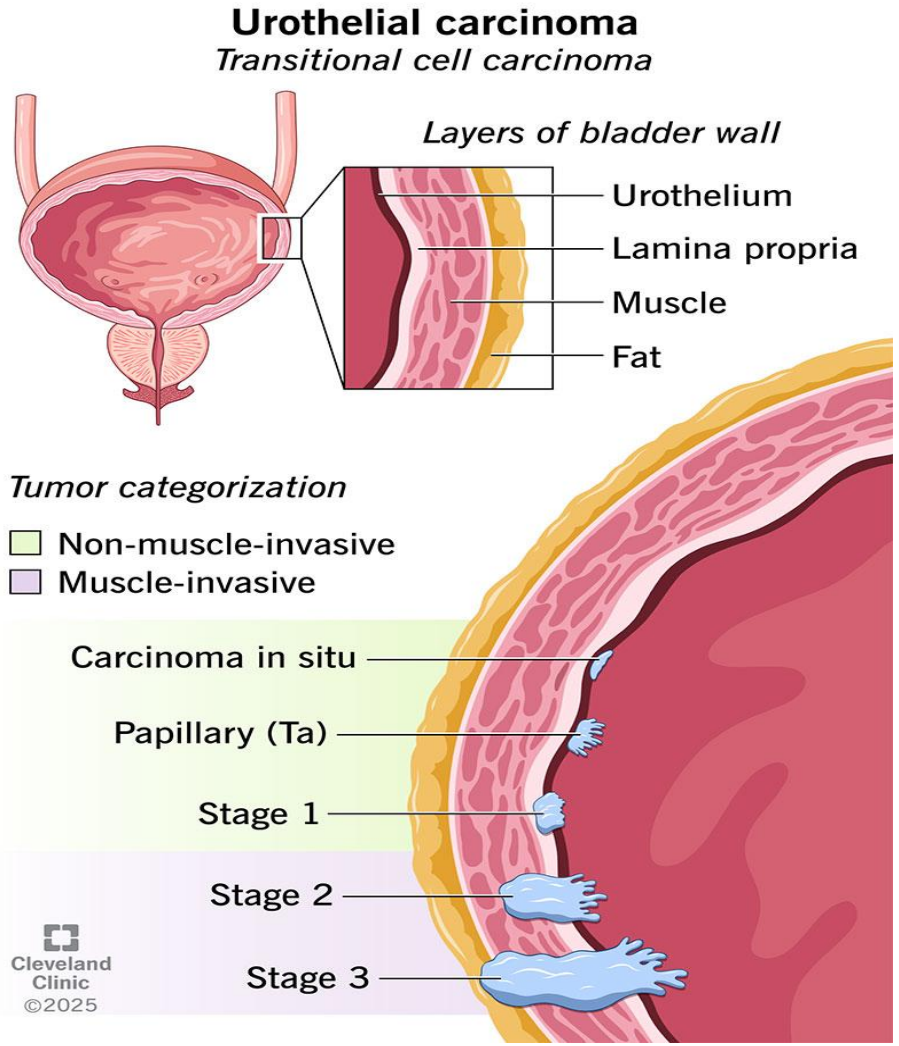
CASE REPORT:
U BÀNG QUANG

BS TRƯƠNG THỊ NGỌC TIẾN
SIÊU ÂM MEDIC TPHCM
MEDIC 5 : 09/07/2026

1. Tổng quan:

- U bàng quang là u thường gặp nhất (97%), bể thận (2-3%), niệu quản (1%).
- Ung thư bàng quang chiếm 4% tổng khối u toàn thân.
- Ung thư bàng quang: xuất phát từ tế bào biểu mô (90%).
- Vị trí: hay gặp tam giác bàng quang.



*** Chẩn đoán phân biệt:**

- Ác: sarcoma, carcinoma xuất phát từ ống niệu rốn.
- Lành: Viêm, Lao, U nhú , U cơ bàng quang.

*** Yếu Tố Nguy Cơ:**

- Giới tính: Nam : nữ là 4:1
- Độ tuổi: >90% độ tuổi trên 55t, 1% bệnh nhân dưới 35t.
- Nhiễm ký sinh trùng và viêm bàng quang mạn
- Thuốc lá
- Hóa chất nghề nghiệp (cao su, nhuộm tóc, sơn…)
- Yếu tố di truyền.

2. Ca lâm sàng :

- Bệnh nhân nữ, 63 tuổi, Đồng Tháp.
- Nghề nghiệp: nội trợ
- Khám ngày: 02/04/2026
- Lý do khám bệnh: đau đầu, chóng mặt.
- Tiền sử: viêm xoang, cao huyết áp.
  + PT cắt thận phải ở Bv Bình Dân khoảng 10 năm
  + Không tiếp xúc hóa chất, không hút thuốc lá.

MEDIC

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, 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 nhanh hơn

QR code chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp QR code cho người khác.

QRCode kết quả

PHIẾU KHÁM BỆNH

PHÒNG KHÁM TỔNG QUÁT - PHÒNG: 3

2104259

Họ tên: [redacted]
Năm sinh: **1963 - Nữ**
Địa chỉ: **Ấp Vàm Láng, X. Gia Thuận, T. Đồng Tháp**
ĐT: **0369035660**
Nghề nghiệp: **nội trợ.**
Số thẻ BHYT:

Huyết áp - Mạch: **157/95-84** Cao: **160** cm; Nặng: **60** kg; Nhiệt độ: **37**°C
Tiền sử bệnh: VIÊM ĐA XOANG , TĂNG HUYẾT ÁP
Lý do đi khám: ĐAU ĐẦU, CHÓNG MẶT.
Lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, không phù - tim T1, T2 đều rõ - phổi trong không rales - bụng mềm - không dấu thần kinh khu trú.

CHỈ ĐỊNH:

1. SIÊU ÂM (4): Siêu Âm Bụng Tổng Quát Màu ; Siêu Âm Tim Màu ; Siêu Âm Tuyến Vú màu ; Siêu Âm Vùng Cổ
2. XQUANG (1): XQ Lồng Ngực Thẳng [In Giấy]
3. ĐIỆN CHẨN ĐOÁN (1): Điện tâm đồ (ECG)
4. MRI-CT SCAN (1): CT Sọ Não
5. KHÁM BỆNH (1): Khám Tổng Quát

XÉT NGHIỆM:

Giờ	Người lấy mẫu
____:____	

TỔNG SỐ XÉT NGHIỆM: 25

hsCRP	Tổng Phân Tích Nước Tiểu	Ion đồ chung	Troponin - T hs
ALT (SGPT)	LDL.C	HBsAg (Định Tính)	Ferritin
HbA1C	Cholesterol Total	Anti HCV (Thế hệ 3)	C.E.A
NFS (C.B.C)	Urea / BUN	Anti HBs	CA 19.9 (Roche)
HDL.C	AST (SGOT)	Free T4	
Creatinine/máu (eGFR)	Glucose (FPG)	TSH (Thế hệ 3)	
Triglycerides	Uric acid	MicroAlbumin/Nước tiểu bất kỳ	

CHỈ ĐỊNH BỔ SUNG:
.....
.....

(Hoá đơn điện tử phát hành tự động. Có sau 5 ngày. Tra cứu trên web hoặc app Medic)

Ngày 02 tháng 04 năm 2026 - 06:45
Bác sĩ

PHÂN TÍCH ECG (ANALYSIS) :

aQRS: **0** Rhythm: **XOANG** Rate: **70** Interval : PR: **0.14** QRS: **0.08** QT: **0.36**

PWave	: Ext. Leads	**BT**
	: Pre. Leads	**BT**
QRS Complex	: Ext. Leads	**BT**
	: Pre. Leads	**BT**
ST Segments	: Ext. Leads	**BT**
	: Pre. Leads	**BT**
TWave	: Ext. Leads	**T (-), DẸT /D3AVF**
	: Pre. Leads	**T BIÊN ĐỘ THẤP /V5V6**
UWave	: Ext. Leads	**BT**
	: Pre. Leads	**BT**

KẾT LUẬN : THEO DÕI THIỂU NĂNG VÀNH

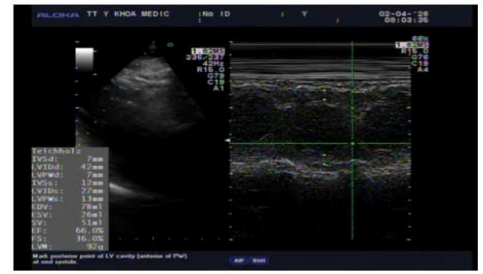
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 02/04/2026 09:10
(Bác sĩ đã ký)

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

1- Các buồng tim trong giới hạn bình thường LVDd = 42 mm
Loạn động vách liên thất và thành dưới. Chức năng thất trái bảo tồn EF= 66 % (Teichholz).
Chức năng tâm thu thất phải TAPSE =20 mm

2- Van hai lá dày, hở 1/4, van đm chủ 3 mảnh, dày, hở 1/4

3- Không tràn dịch màng tim.



KẾT LUẬN : THEO DÕI BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ
HỞ VAN HAI LÁ 1/4, HỞ VAN ĐM CHỦ 1/4

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 02/04/2026 08:16
(Bác sĩ đã ký)

MEDIC

Chẩn đoán sơ bộ :

XQ Lồng Ngực Thẳng [In Giấy]

Thành ngực	:	Gẫy cũ xương sườn 5,6, bên phải
Màng phổi	:	Không có ảnh bất thường
Trung thất	:	Không có ảnh bất thường
Tim	:	Không có ảnh bất thường
Động mạch chủ	:	bung rộng
Huyết phế quản	:	Không có ảnh bất thường
Phổi	:	Không có ảnh bất thường
Cơ hoành	:	Không có ảnh bất thường

Cảm nghĩ : **BỆNH TIM MẠCH DO XƠ ĐỘNG MẠCH VÀ/HAY CAO HUYẾT ÁP**

Đề nghị : **kết hợp siêu âm tim, ECG**

Vùng : **CT SỌ NÃO** **Máy : MSCT 640 _ 2** **Không tiêm tương phản**

Kết quả : XOANG:

- Các xoang hàm, sàng, bướm, trán hai bên sáng.
- Các tế bào chũm và hòm nhĩ hai bên sáng đều.

HỐ SAU:

- Não thất 4 ở giữa, không giãn.
- Không bất thường đậm độ nhu mô tiểu não và thân não.
- Các bể dịch não - tủy ở nền sọ đậm độ, kích thước bình thường.

TẦNG TRÊN LỀU:

- Cấu trúc đường giữa không lệch.
- Hệ thống não thất vị trí, hình dáng, kích thước bình thường.
- Không bất thường đậm độ nhu mô não.
- Rãnh vỏ não bình thường.

*** KẾT LUẬN:

- Không thấy thương tổn não khu trú ở CT scan hôm nay.
- Không thấy xuất huyết não - màng não hay nhồi máu não ở CT scan hôm nay.
- Không thấy khối choán chỗ bất thường nội sọ.
- Không thấy tổn thương các xoang cạnh mũi.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 02/04/2026 08:11

(Bác sĩ đã ký)

MEDIC

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)[1]	*	
WBC	**6.16**	(4.0 - 10.5)10^9/L
% Neu	**49.5**	(40 - 74 %)
% Lym	**36.7**	(19 - 48 %)
% Mono	**11.9**	(3 - 9 %)
% Eos	**1.6**	(0 - 7 %)
% Baso	**0.3**	(0 - 1.5 %)
# Neu	**3.05**	(1.7 – 7.0) 10^9/L
# Lym	**2.26**	(1.0 – 4.0) 10^9/L
# Mono	**0.73**	(0.1 – 1.0) 10^9/L
# Eos	**0.10**	(0 – 0.5) 10^9/L
# Baso	**0.02**	(0 – 0.2) 10^9/L
RBC	**3.89**	(3.80 - 5.60)10^12/L
Hb	**12.1**	(12.0 - 18.0 g/dL)
Hct	**36.1**	(35 - 52 %)
MCV	**92.8**	(80 - 100 fL)
MCH	**31.1**	(26 - 32 pg)
MCHC	**33.5**	(32 - 36 g/dL)
RDW	**13.2**	(11.0 - 15.7%)
PLT	**322**	(150 - 400)10^9/L
MPV	**9.4**	(6.30 - 12.0 fL)

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

URINARY ANALYSIS:	*	
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*	
Glucose	**Âm tính**	(mmol/L)
Ketone	**Âm tính**	(<0.5 mmol/L)
Bilirubin	**Âm tính**	(µmol/L)
Urobilinogen	**Âm tính**	(µmol/L)
Color	**Vàng**	
Clarity	**Trong**	
Spe-Gravity	**1.016**	(1.005-1.030)
pH	**6.5**	(4.6-8.0)
Albumin	**Âm tính**	(mg/L)
Protein	**Âm tính**	(g/L)
Alb/Creat ratio-ACR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 30 mg/gCr)
Pro/Creat ratio-PCR (bán định lượng)	**Bình thường**	(Bình thường < 150 mg/gCr)
Blood	**Âm tính**	(Âm tính)
Leucocytes	**Âm tính**	(Âm tính)
Nitrite	**Âm tính**	(Âm tính)
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):	.	(particles/µL)
Red Blood Cells	**0**	(0 - 15)
Leucocytes	**10**	(0 - 15)
Calcium oxalate monohydrate	**0**	(0 - 6)
Calcium oxalate dihydrate	**0**	(0 - 6)
Amor.Phosphate	**0**	(0 - 6)
Uric acid	**0**	(0 - 6)
Casts	**0**	(0 - 6)
Epithelial Cells	**0**	(0 - 10)
Bacteria	**6**	(0 - 130)

III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

HbA1C (HPLC)[1]:	*	
HbA1c (IFCC)	**33.55**	(20 - 38.80 mmol/mol)
HbA1c (NGSP)	**5.22**	(4.0 - 5.70 %A1c)
Glucose (mmol/L) (FPG)[1]	**5.30**	(3.90 - 5.60 mmol/L)
Glucose (mg/dL)	**95.40**	(70.2 - 100.8 mg/dL)
IONOGRAMME[2]:	*	
Na	**137.6**	(130 - 145 mmol/L)
K	**4.65**	(3.40 - 5.1 mmol/L)
Ca	**2.42**	(2.1 - 2.80 mmol/L)
Cl	**105.4**	(96 - 108 mmol/L)
MICRO.ALB/Urine (Quantitative):	*	
Micro Albumine/Creat	**7.42**	(< 30 mg/g)
Uric Acid/Serum[1]	**5.53**	(Nam: 3.4 - 7.0; Nữ: 2.4 - 5.7 mg/dL)
hs CRP	**1.30**	(≤ 3 mg/L)
Urea/ Serum[1]	**37.82**	(15 - 49 mg/dL)
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*	
Creatinin/Serum[2]	**0.890**	(Nam: 0.6 - 1.3; Nữ:0.5 - 1.1 mg/dL)
eGFR (CKD-EPI)	**73**	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)
LDL Cholesterol[2]	**3.13**	(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L)
	.	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)
HDL Cholesterol[2]	**1.19**	(≥1.55; Ngưỡng: 1.04-1.54 mmol/L)
	.	(Thấp: < 1.04)
Triglycerides[1]	**1.08**	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L)
	.	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)
Cholesterol, Total[1]	**4.83**	(<5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L)
	.	(Cao: ≥ 6.22)
SGOT (AST)[1]	**26.35**	(< 35 U/L)
SGPT (ALT)[1]	**19.32**	(< 30 U/L)

IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY

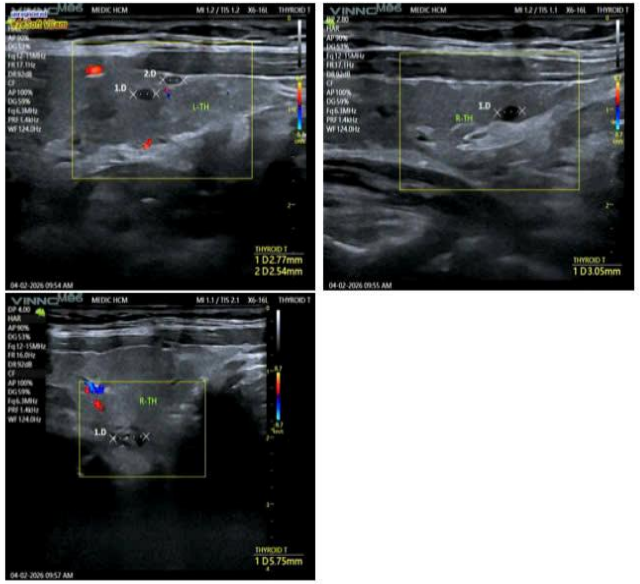
Ferritin[1]	***338.0 H***	(Nữ:10 - 291 ng/mL)
TSH u.sensitive (3rd G)[1]	***5.65 H***	(0.32 -5 µIU/mL)
Free T4[2] (Roche)	**1.37**	(0.92 - 1.68 ng/dL)
Troponin-T hs (Roche)[1] 02/04/2026 06:55:00	**<3.00**	(< 14 ng/L)
HBsAg (Định tính, qualitative)[1]	**Âm tính S/CO 0.692**	(S/Co <1)
Anti HBs (Định lượng,quantitative)[2]	**>1000**	(≥ 10 mIU/mL)
Anti HCV (Định tính, qualitative)[1]	**Âm tính S/CO 0.051**	(S/Co < 1)
C.E.A[1]	**2.18**	(< 5 ng/mL)
C.A 19-9 (Roche)[1]	**24.70**	(< 31 U/mL)

MEDIC

* SIÊU ÂM:

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM VÙNG CỔ

- TUYẾN GIÁP: kích thước bình thường, nền giáp cấu trúc echo dày, đồng nhất, phân bố mạch máu bình thường. Hai thùy có vài nang echo trống d = 2mm, 3mm.
+ THÙY PHẢI CÓ CẤU TRÚC ECHO KÉM, D = 6mm, KHÔNG VÔI, KHÔNG DẤU DOPPLER.
- HẠCH CỔ: không hạch bệnh lý.
- 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 : **PHÌNH GIÁP HẠT THÙY PHẢI (ACR - TIRADS 2).**
NANG GIÁP KEO HAI THÙY (ACR-TIRADS 1).

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 02/04/2026 09:26
(Bác sĩ đã ký)

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TUYẾN VÚ MÀU

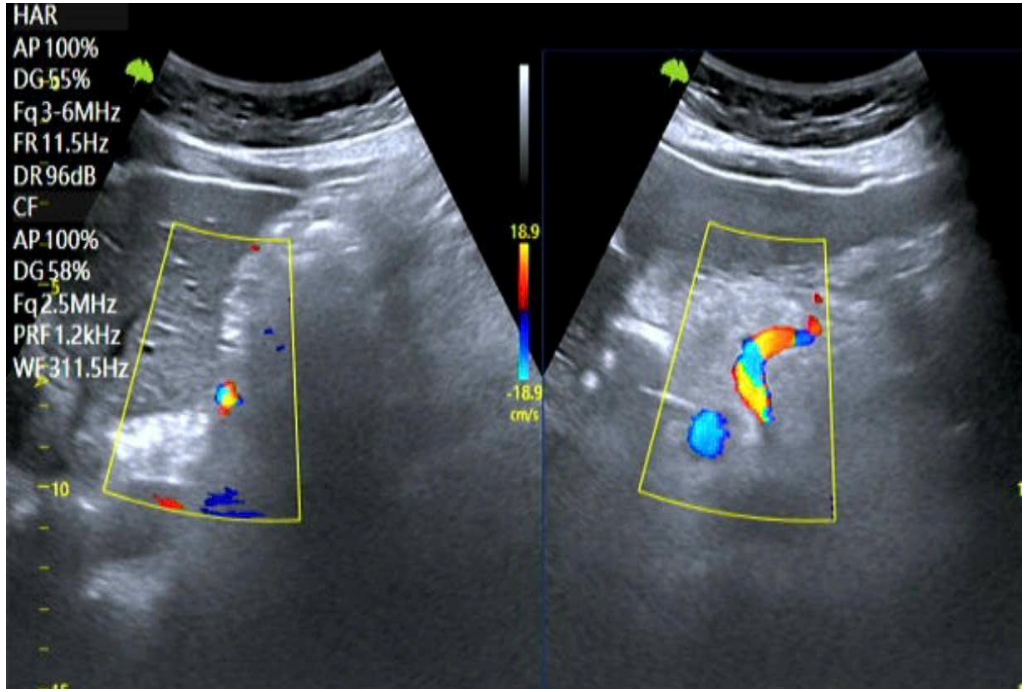
- MÔ TUYẾN VÚ HAI BÊN DÀY TRUNG BÌNH.
- VÚ PHẢI: VỊ TRÍ 10H- 5H CÁCH NÚM 5-7CM CÓ 2 NHÂN ECHO KÉM, BỜ ĐỀU, TRỤC NGANG, D= 12 x 7mm, 6 x 4mm, KHÔNG DẤU DOPPLER.
- VÚ TRÁI: VỊ TRÍ 10H-11H- 3H CÁCH NÚM 3-4-5CM CÓ VÀI NHÂN TƯƠNG TỰ, D= 7 x 4mm, 5 x 3mm, 5 x 2mm, 7 x 5mm.
- DÃN ỐNG TUYẾN HAI VÚ D = 1.6mm-> 2.7mm.
- KHÔNG HẠCH BỆNH LÝ HAI NÁCH.

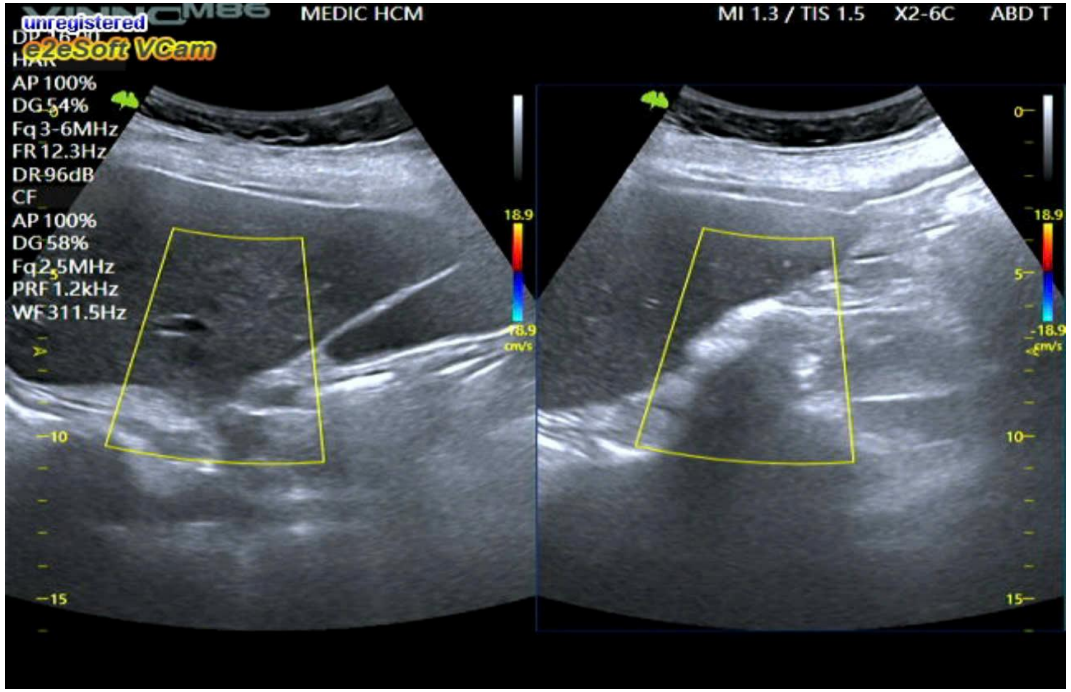
KẾT LUẬN : **ĐA U VÚ PHẢI - TRÁI KHẢ NĂNG LÀNH TÍNH (BI-RADS 3). DÃN ỐNG DẪN HAI VÚ.**

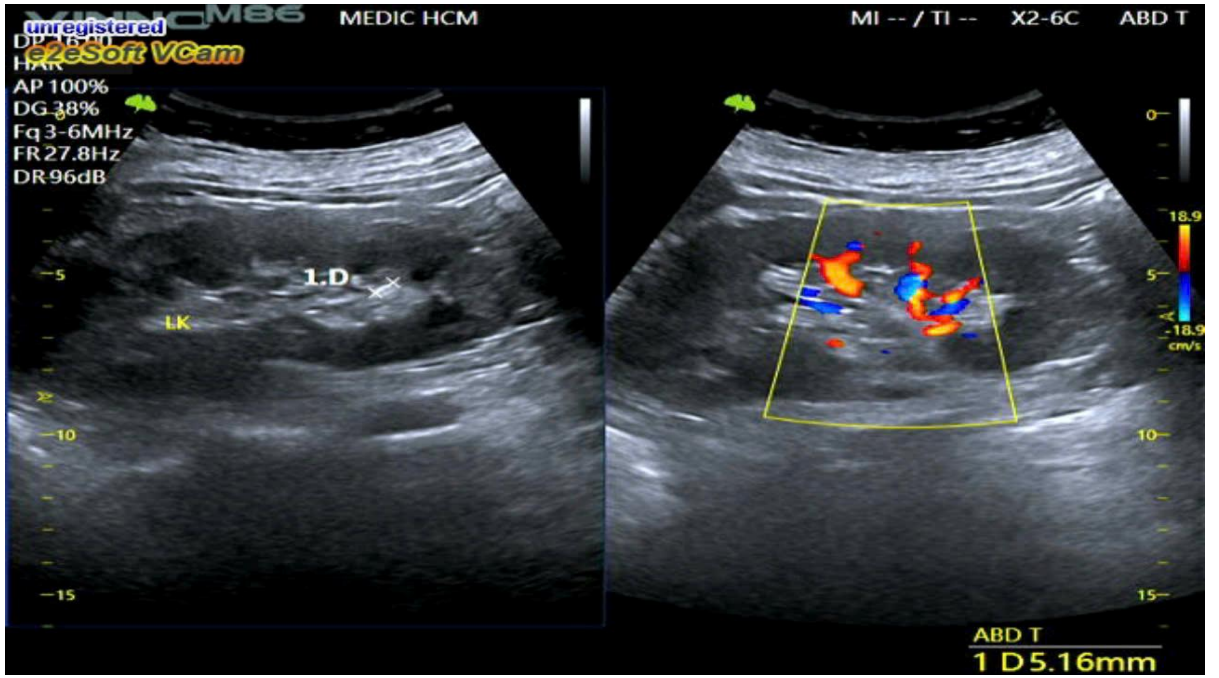
Đề nghị : **TÁI KHÁM 6 THÁNG.**

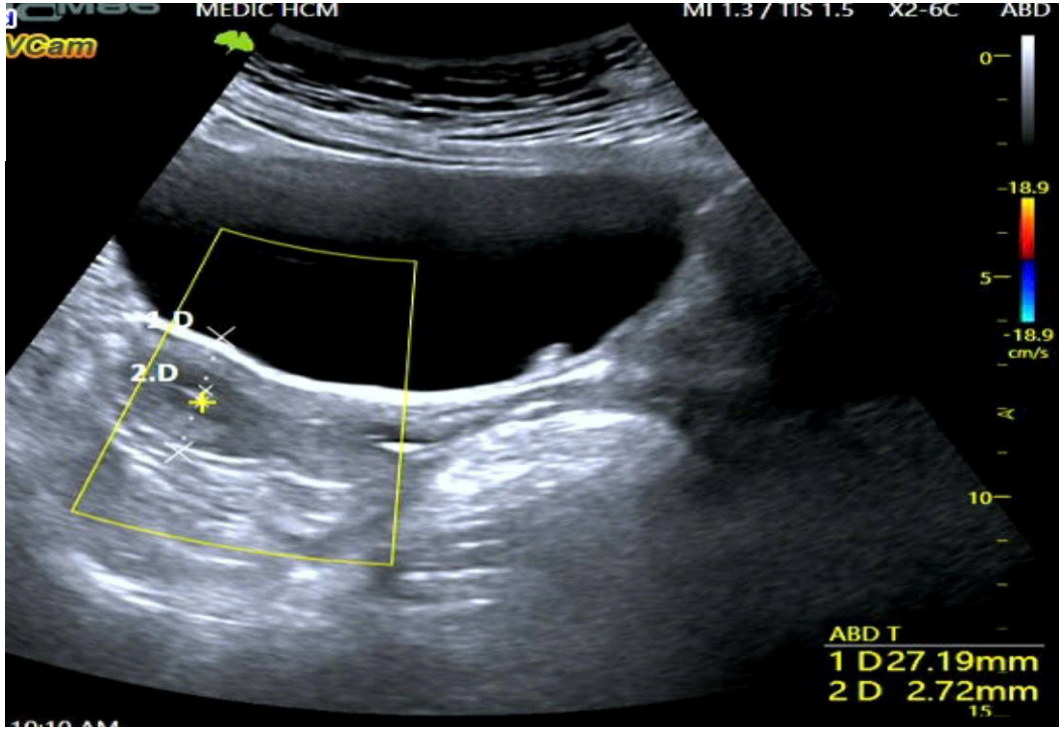
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 02/04/2026 09:29
(Bác sĩ đã ký)

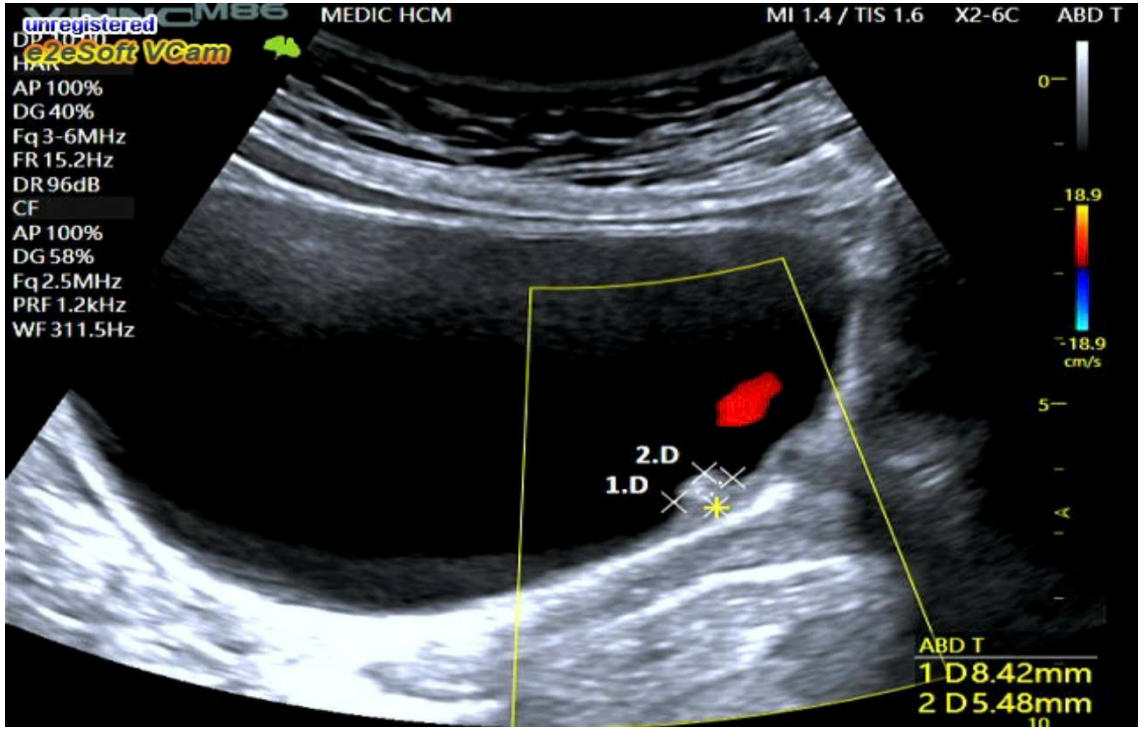
MEDIC

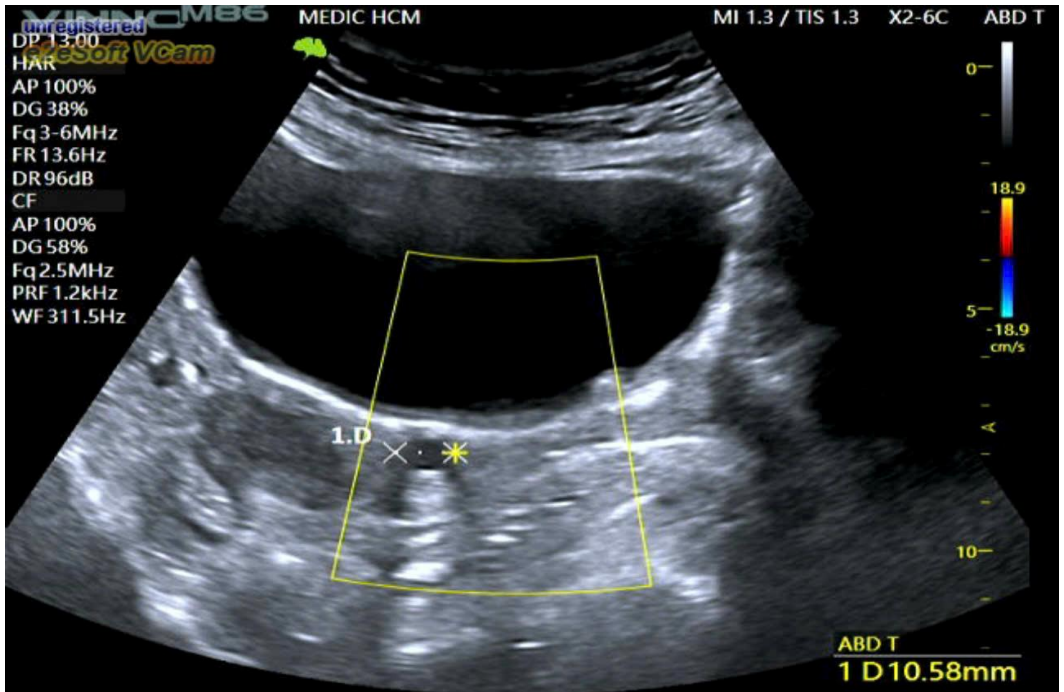

HAR
AP 100%
DG 55%
Fq 3-6MHz
FR 11.5Hz
DR 96dB
CF
AP 100%
DG 58%
Fq 2.5MHz
PRF 1.2kHz
WF 311.5Hz
18.9
-18.9
cm/s

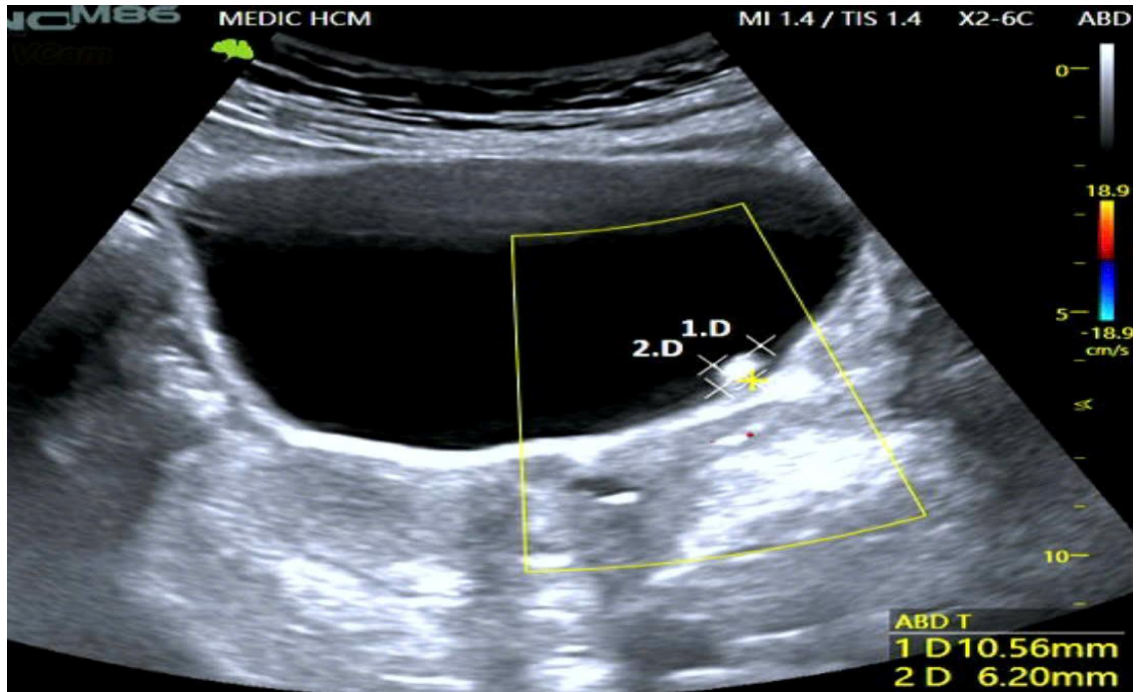

unregistered
e2eSoft VCam
MEDIC HCM
MI 1.3 / TIS 1.5
X2-6C
ABD T
AP 100%
DG 54%
Fq 3-6MHz
FR 12.3Hz
DR 96dB
CF
AP 100%
DG 58%
Fq 2.5MHz
PRF 1.2kHz
WF 311.5Hz
18.9
-18.9
cm/s


unregistered
e2eSoft VCam
MEDIC HCM
MI -- / TI --
X2-6C
ABD T
AP 100%
DG 38%
Fq 3-6MHz
FR 27.8Hz
DR 96dB
1.D
LK
18.9
-18.9
cm/s
ABD T
1 D 5.16mm


MEDIC HCM
MI 1.3 / TIS 1.5
X2-6C
ABD
1.D
2.D
ABD T
1 D 27.19mm
2 D 2.72mm


unregistered
e2eSoft VCam
MEDIC HCM
MI 1.4 / TIS 1.6
X2-6C
ABD T
AP 100%
DG 40%
Fq 3-6MHz
FR 15.2Hz
DR 96dB
CF
AP 100%
DG 58%
Fq 2.5MHz
PRF 1.2kHz
WF 311.5Hz
2.D
1.D
ABD T
1 D 8.42mm
2 D 5.48mm


unregistered
e2eSoft VCam
MEDIC HCM
MI 1.3 / TIS 1.3
X2-6C
ABD T
DP 13.00
HAR
AP 100%
DG 38%
Fq 3-6MHz
FR 13.6Hz
DR 96dB
CF
AP 100%
DG 58%
Fq 2.5MHz
PRF 1.2kHz
WF 311.5Hz
1.D
ABD T
1 D 10.58mm


MEDIC HCM
MI 1.4 / TIS 1.4
X2-6C
ABD
2.D
1.D
ABD T
1 D 10.56mm
2 D 6.20mm

MEDIC

[K]ết Quả | [L]ưu Hình | [X]em Hình | Upl[o]ad Pdf | Bs. CKI. Trương Thị Ngọc Tiến

Mã BN: | Họ: * [D] | Tên: * | Năm Sinh: * 1963

STT: 84 | Địa Chỉ: * Ấp Vàm Láng, X. Gia Thuậ | Điện Thoại: 0369035660 | Nữ | THU PHÍ

[B]ệnh Án | [T]iếng Anh | Đã In KQ | Kết [Q]uả * 2 / 3 | Ngày 02/04/2026 | Sinh thiết | Lần 2-3

BS Chỉ Định: Bs. CKI. Phan Nguyễn Thiện

BV Chỉ Định: MEDIC

Chẩn Đoán Sơ Bộ:

Vùng KS: * SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁ

Phân Loại: Nhấn F3 chọn phân loại

Xem trước khi in | Hội Chẩn [Y]

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không dãn. Ống mật chủ không sỏi, không dãn.
- TUỴ: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: đã mổ cắt. THẬN T: có sỏi d= 5mm, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, vách mỏng, vị trí gần miệng niệu quản đoạn nội thành bàng quang bên trái có cấu trúc echo dày d = 9 x 5mm, bờ kém đều, không di động, không tăng tưới máu.
- TỬ CUNG: ngã trước, dap = 27mm, nội mạc = 3mm, không u. Cổ tử cung có nang d= 10mm. BUỒNG TRỨNG P - T:

Kết L[u]ận: * THEO DÕI U NHÚ BÀNG QUANG .
SỎI NHỎ THẬN TRÁI. THẬN PHẢI ĐÃ MỔ CẮT. NANG NABOTH CỔ TỬ CUNG.

Ghi Chú:

Đề N[g]hị: KHÁM CK NIỆU, NỘI SOI BÀNG QUANG.

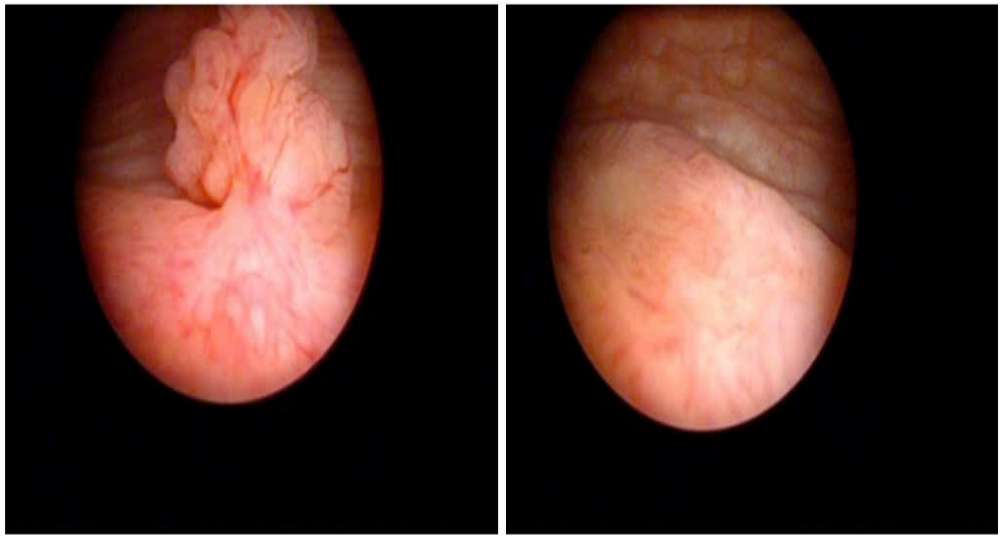
0 / 20 (47) | In [P] | Lưu [N] | In Hình [J] | Lần Khám [I] | ATTT

Chẩn đoán sơ bộ : U BQ

Bác sĩ chỉ định : BS. CKI. DƯƠNG QUANG TRIẾT BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : NS BỌNG ĐÁI NỮ

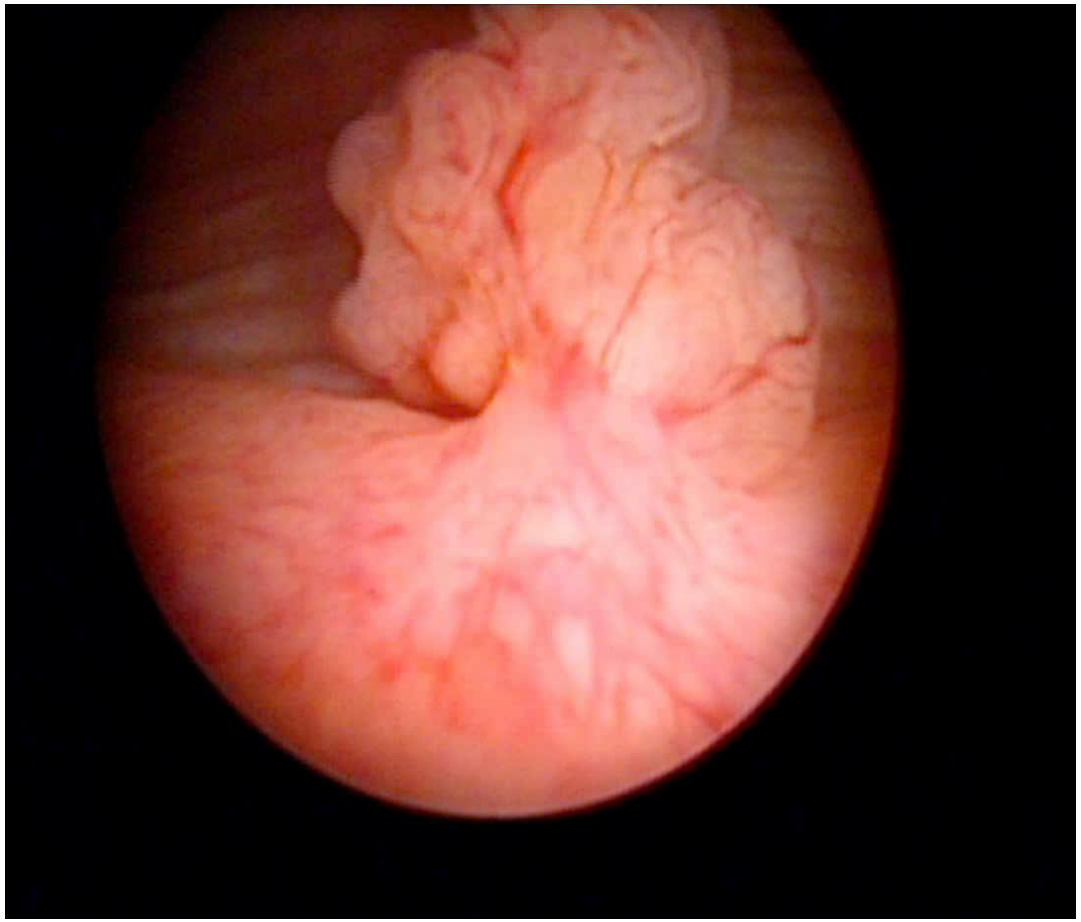
Đặt máy soi dễ, nước tiểu ra trong.
Trương lực bàng quang bình thường.
Dung tích bàng quang 300 ml.
Cổ bàng quang bình thường.
Niêm mạc bàng quang VÙNG TAM GIÁC BÀNG QUANG CÓ SANG THƯƠNG DẠNG CHỒI CUỐNG NGẮN KÍCH THƯỚC KHOẢNG 1,5cm SINH THIẾT 1 MẪU
Hai miệng niệu quản vị trí 4 giờ, 7 giờ.



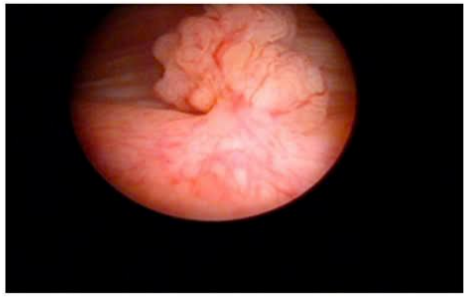
KẾT LUẬN : **BƯỚU BÀNG QUANG**
Đề nghị : **KẾT HỢP GIẢI PHẪU BỆNH**

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 02/04/2026
(Bác sĩ đã ký)

* GIẢI PHẪU BỆNH:

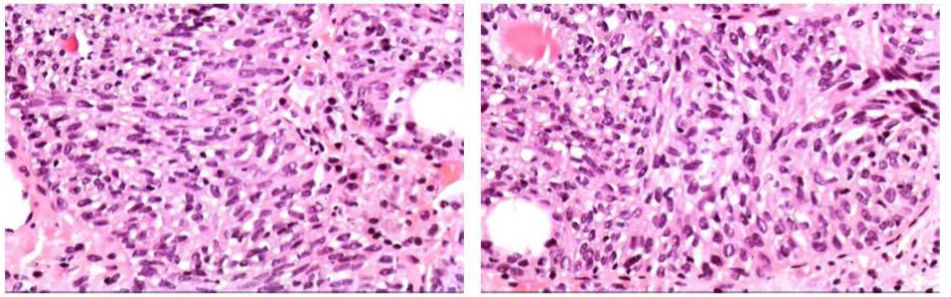


Chẩn đoán sơ bộ : Bướu bàng quang
Ngày nhận mẫu : 03/04/2026 Ngày trả KQ: 03/04/2026
GPB ĐẠI THỂ : Mô 0.3 cm



GPB Vi Thể :

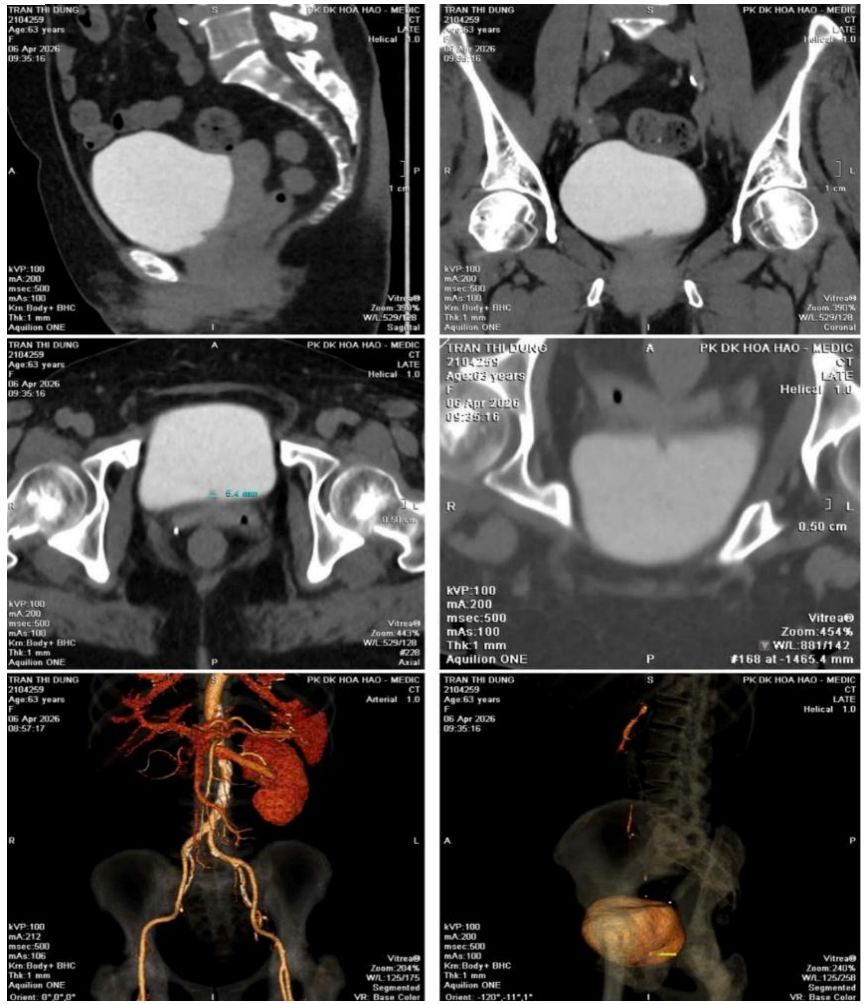
Mẫu thử có các tế bào u với nhân dị dạng, tăng sắc, tỷ lệ nhân/bào tương cao, có phân bào bất thường, tạo nhú. Các tế bào này hợp thành các đám không đều hoặc xếp rời rạc. Không xác định được tình trạng xâm nhập lớp cơ trên mẫu thử này

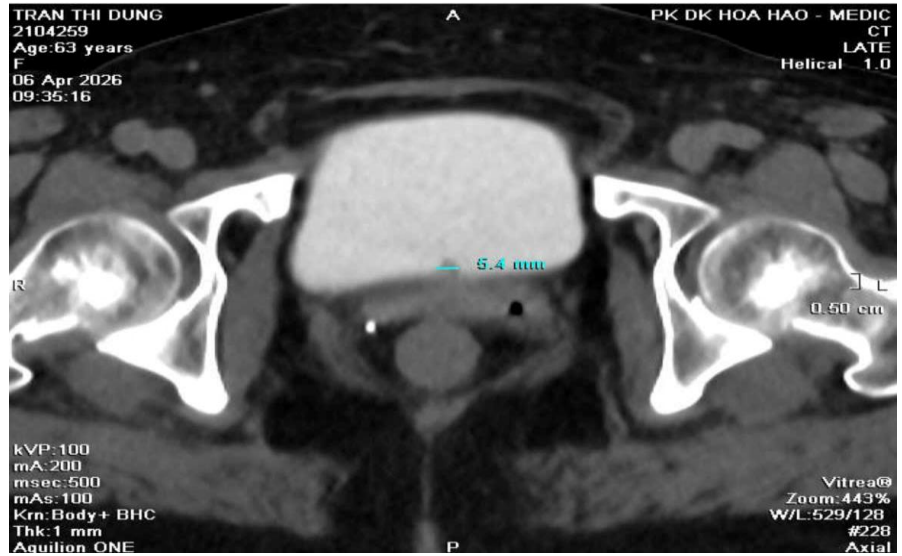


KẾT LUẬN : CARCINÔM NIỆU MẠC DẠNG NHÚ BÀNG QUANG, ĐỘ ÁC CAO (HIGH GRADE, PAPILLARY UROTHELIAL CARCINOMA). (C67.9)

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 06/04/2026

MEDIC





Vùng : **CT VÙNG BỤNG** **Máy : MSCT 640 _ 2** **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.
Đường mật trong và ngoài gan không dãn. Túi mật thành mỏng, không sỏi cản quang.
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.
Đã cắt thận phải
Thận trái hình dạng kích thước bình thường, có sỏi cản quang 3mm, không ứ nước. Vài nang nhỏ thận trái
Tam giác bàng quang có chồi sùi mật độ mô mềm 5mm. Thương tổn bắt thuốc cản quang vừa phải và không dấu xâm lấn xung quanh. Thấy rõ thương tổn ở thì trể với hình ảnh khuyết thuốc cản quang
Phần phụ bình thường.
Vài hạch mạc treo nhỏ dạng oval.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.
Xơ vữa động mạch. Thoái hóa cột sống.
*** KẾT LUẬN:
ĐÃ CẮT THẬN PHẢI
THẬN TRÁI CÓ SỎI CẢN QUANG 3MM, KHÔNG Ứ NƯỚC. VÀI NANG NHỎ THẬN TRÁI
U NIỆU MẠC TAM GIÁC BÀNG QUANG #5MM.
HẠCH MẠC TREO NGHĨ HẠCH VIÊM PHẢN ỨNG

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 06/04/2026 11:29
(Bác sĩ đã ký)

* Điều trị cắt đốt nội soi – GPB:

SỞ Y TẾ TP. HCM
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA HÒA HẢO

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ

PHÒNG KHÁM: NIỆU

Số ngoại trú: 2104259
Số lưu trữ: 13268247

I. HÀNH CHÍNH: Tuổi

1. Họ và tên *(In hoa)*: TRẦN THỊ DUNG — 2. Sinh ngày: 1 9 6 3 — 6 3
3. Giới: 1. Nam ☐ 2. Nữ ☒ — 4. Nghề nghiệp: nội trợ.
5. Dân tộc: kinh — 6. Ngoại kiều: .....
7. Địa chỉ: Ấp Vàm Láng, X. Gia Thuận, T. Đồng Tháp
8. Nơi làm việc: ..... 9. Đối tượng: 1. BHYT ☐ 2. Thu phí ☒ 3. Miễn ☐ 4. Khác ☐
10. BHYT giá trị đến ngày ..... tháng ..... năm ..... Số thẻ BHYT
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....
..... Điện thoại số: .....
12. Đến khám bệnh lúc: 07 giờ 34 phút ngày 07 tháng 04 năm 2026
13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: ..... 1. Y tế ☐ 2. Tự đến ☒

II. LÝ DO VÀO VIỆN: BƯỚU BÀNG QUANG

III. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý: NỘI SOI BÀNG QUANG: BƯỚU BÀNG QUANG

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: ĐÃ CẮT THẬN PHẢI
+ Gia đình: .....

IV. KHÁM BỆNH:

Mạch 98 lần/ph
Nhiệt độ 37 °C
Huyết áp 130/87 mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặng 60 kg

1. Toàn thân: .....
.....
2. Các bộ phận: .....
.....

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng: .....
.....

4. Chẩn đoán ban đầu: .....

5. Đã xử lý *(thuốc, chăm sóc)*: Gồm 1 loại thuốc

1. **BIGEMAX 1G** *(GENMCITABIN 1G)* **10 LỌ**

*Ngày bơm bàng quang **01** lần, lần **02** lọ **(mỗi tuần bơm 1 lần)***

6. Chẩn đoán khi ra viện: BƯỚU BÀNG QUANG- CẮT ĐỐT NỘI SOI Mã ☐☐☐☐

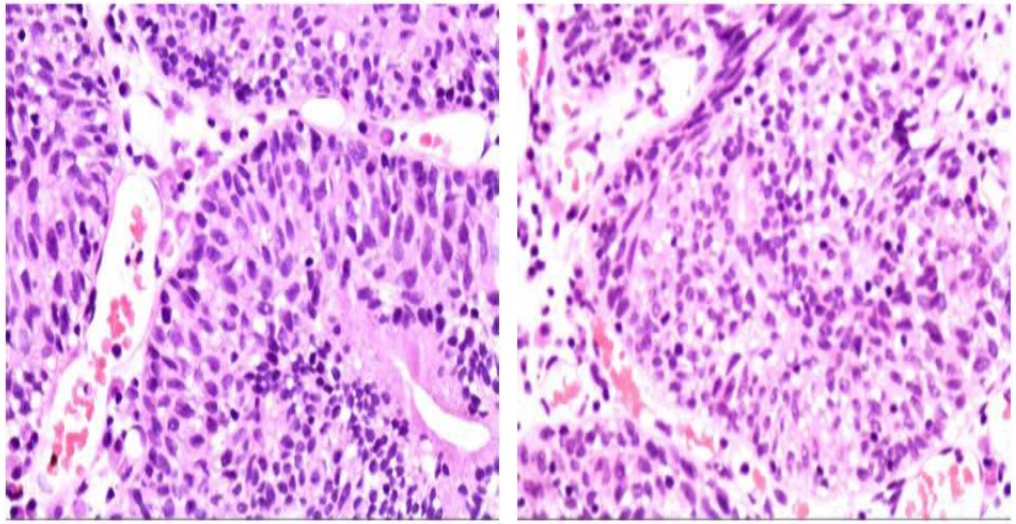
7. Điều trị ngoại trú từ ngày 07/04/2026 đến ngày 07/04/2026

Giám đốc bệnh viện *Ngày 07 tháng 04 năm 2026*

Chẩn đoán sơ bộ : Bướu bàng quang đã phẫu thuật
Ngày nhận mẫu : 08/04/2026 Ngày trả KQ: 08/04/2026
GPB ĐẠI THỂ : Mô 0.5 cm

GPB Vi Thể :

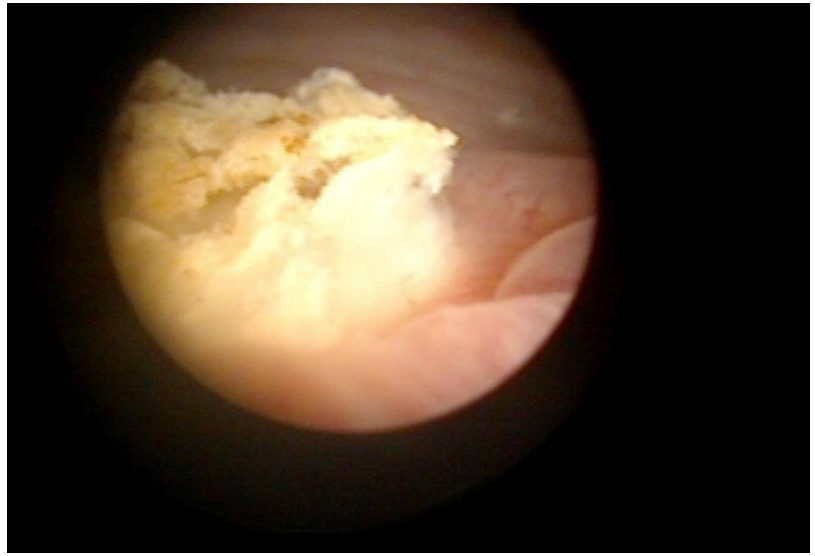
Mô u tăng sản lớp biểu mô chuyển tiếp, tạo các nhú và các mào lấn sâu vào mô đệm liên kết có thấm nhập viêm.



KẾT LUẬN : U NHÚ NGƯỢC (INVERTED PAPILLOMA) Ở BÀNG QUANG.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 09/04/2026

* Kết quả sau điều trị phác đồ bơm rửa bàng quang:

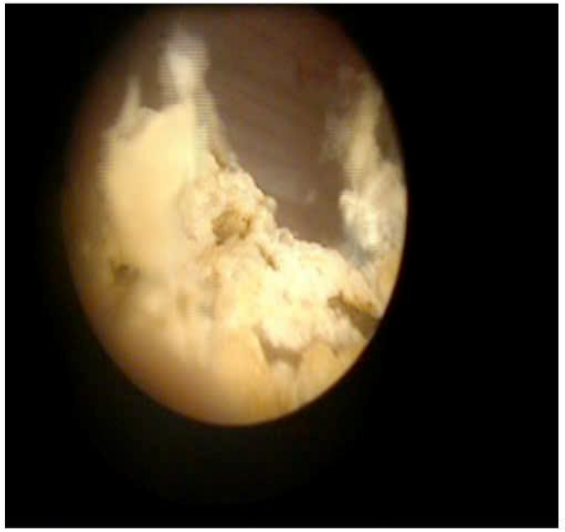


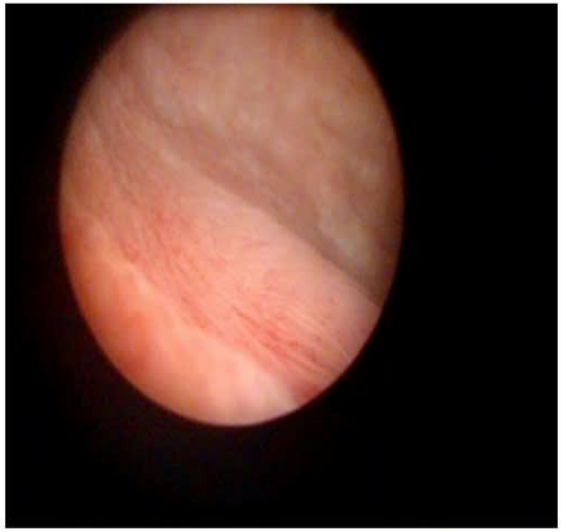
Chẩn đoán sơ bộ : BƯỚU BQ ĐÃ CẮT ĐỐT

Bác sĩ chỉ định : BS. CKI. LÊ TUẤN KHUÊ BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : NS BỌNG ĐÁI NỮ

Đặt máy soi dễ, nước tiểu ra trong.
Trương lực bàng quang bình thường.
Dung tích bàng quang 300 ml.
Cổ bàng quang bình thường.
Niêm mạc bàng quang VÙNG XÀ LIỆN NIỆU QUẢN CÓ SẸO ĐỐT CÓ GIẢ MẠC BÁM.
Hai miệng niệu quản vị trí 4 giờ, 7 giờ, hình khe, phun nước tiểu trong.





KẾT LUẬN : **GHI NHẬN SẸO ĐỐT CÒN GIẢI MẠC. KHÔNG THẤY BƯỚU BÀNG QUANG TÁI PHÁT**

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 28/05/2026

* LƯỢC QUA CÁC CA U BQ Ở MEDIC:

CASES 808-809: BLADDER TUMOR WITHOUT SYMPTOM, Dr PHAN THANH HẢI, Dr PHẠM THỊ THANH XUÂN, MEDIC MEDICAK CENTER, HCMC, VIETNAM

Two cases with bladder tumor without symptom detected by chance by ultrasound.

CASE 1:

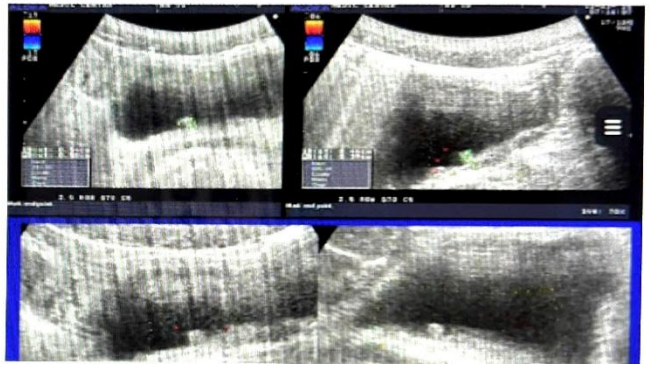
A 51 year-old man with epigastric pain in general check-up.

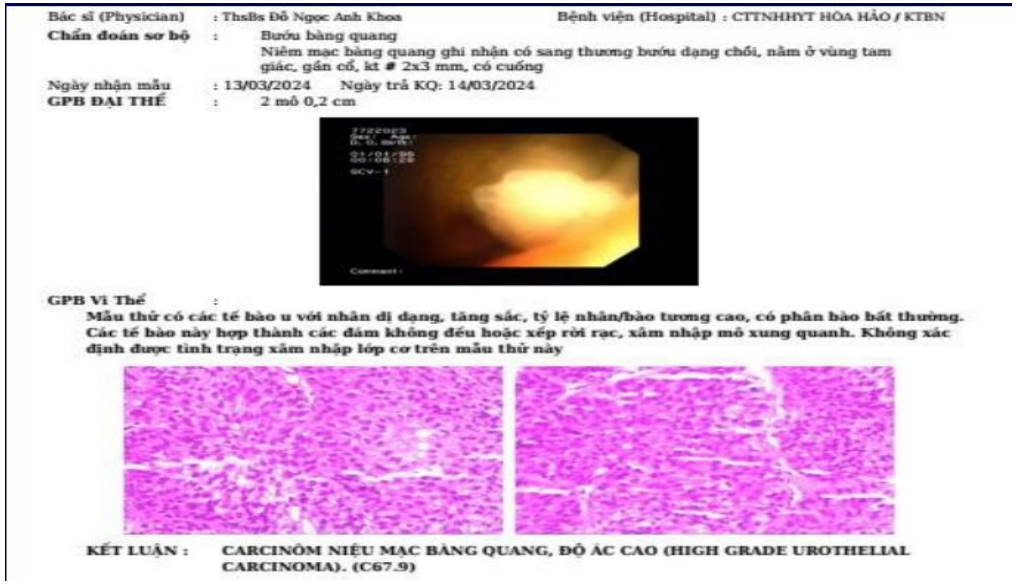
Ultrasound detected a 5.4 mm small tumor nearby the neck of the bladder.

CASE 2:

A 61 year-old man without sign of urinary tract troubles.

But ultrasound detected the 4.6x3.9mm bladder tumor.





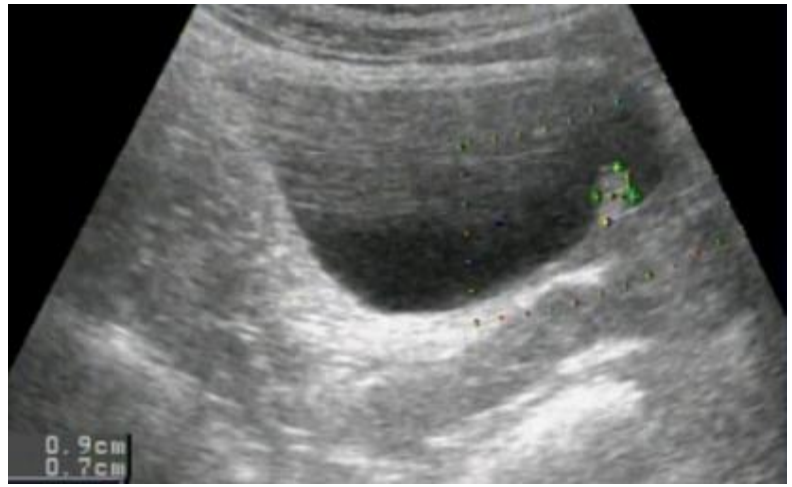
MEDIC

Saturday, 7 September 2024

CASE 780: UROEPITHELIAL PAPILLOMA and IBS, Dr PHAN THANH HẢI, Dr PHẠM THỊ THANH XUÂN, MEDIC MEDICAL CENTER, HCMC, VIETNAM.

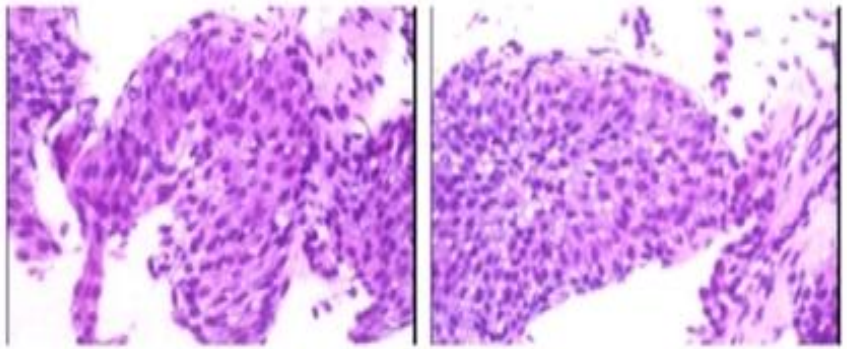
A 69 year-old man with IBS syndrome and dysuria. But he concerned more his colon for 3 months which went through a polypectomy in the past. And the dysuria maybe due to an enlarged prostate of the elderly as in his thought.

Ultrasound revealed a papilloma in the full of urine of the bladder which was not rule out a malignant tumor. And it existed nothing about enlarged prostate also the colon tumor.



GPB Vi Thể :

U gồm các nhú có trục liên kết mạch máu thưa, phủ bởi các lớp tế bào chuyển tiếp giống thượng mô bình thường, vẫn giữ nguyên cực tính, số lớp tế bào < 7, vẫn còn hiện diện các tế bào dù ở bề mặt của biểu mô. Không thấy phân bào trên mẫu thử. Không thấy mô cơ trên mẫu thử này.



KẾT LUẬN : U NHÚ NHIỄU MẠC TIỀM NĂNG ÁC TÍNH THẤP, CHƯA LOẠI TRỪ CARCINÔM TẾ BÀO CHUYỂN TIẾP ĐỘ THẤP.

(D30.3)

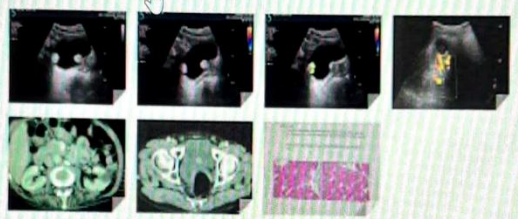
Ghi chú: vì mẫu thử nhỏ khó đánh giá chính xác. Đề nghị sinh thiết thêm nếu kết quả này không phù hợp với lâm sàng và hình ảnh nội soi

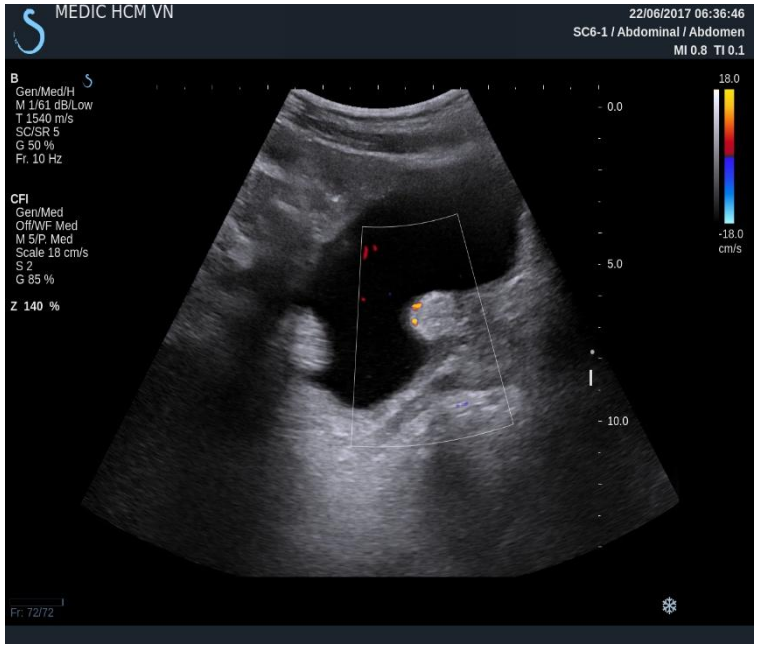
MEDIC

Thursday, 29 June 2017

CASE 439: URINARY BLADDER TUMOR, Dr PHAN THANH HẢI, MEDIC MEDICAL CENTER, HCMC,VIETNAM

69M, tiểu máu

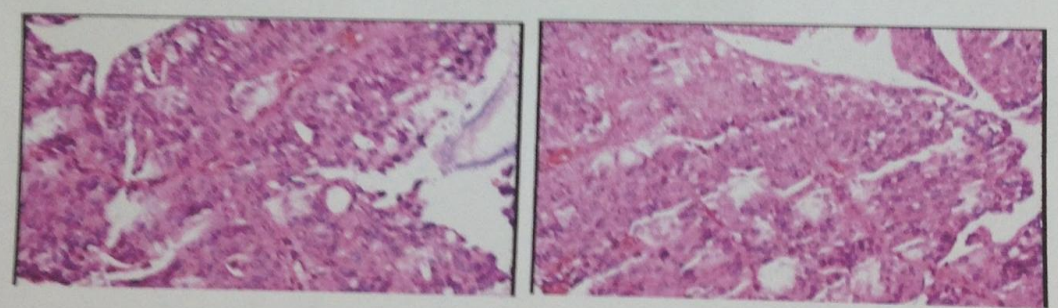


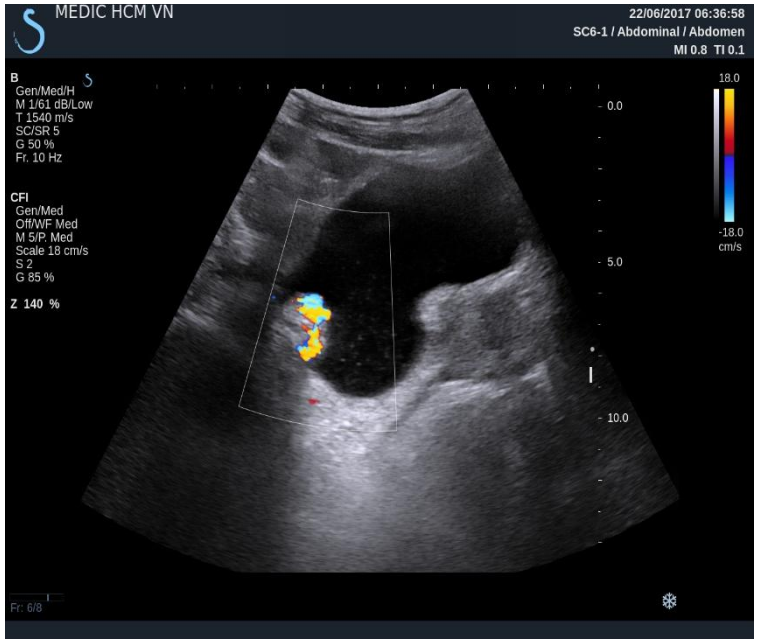


GPB VI THỂ :

Gồm các tế bào thượng mô chuyển tiếp tăng sản ác tính, tạo nhú có trục liên kết mạch máu. Các tế bào ác tính đị dạng, sắp xếp lộn xộn với các lớp nông rời rạc.

KẾT LUẬN: CARCINOM TẾ BÀO CHUYỂN TIẾP BÀNG QUANG ĐỘ ÁC CAO





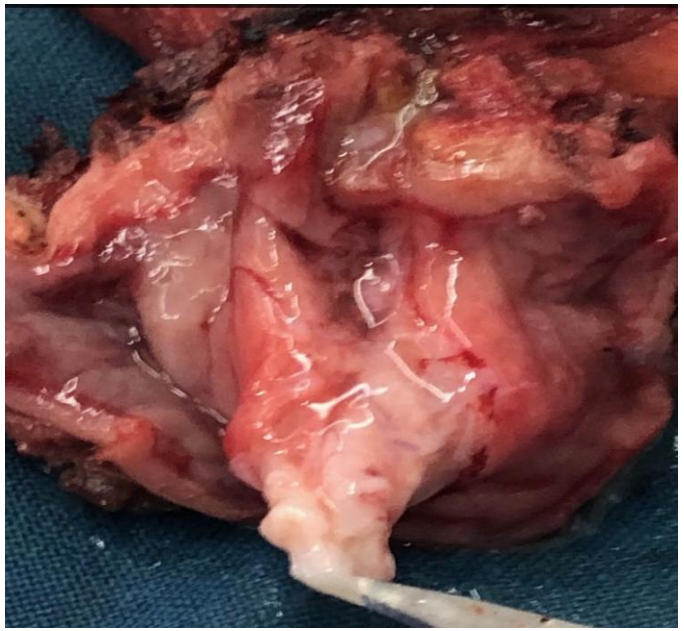
MEDIC

CASE 540: URINARY BLADDER TUMOR, Dr PHAN THANH HAI, MEDIC MEDICAL CENTER, HCMC, VIETNAM.

MAN 32 YO with HEMATURIA.

ULTRASOUND of ABDOMEN.

US 1 : LONGITUDINAL SCAN AT HYPOGASTRIC REGION DETECTED ONE CYSTIC MASS INTRA URINARY BLADDER WALL.

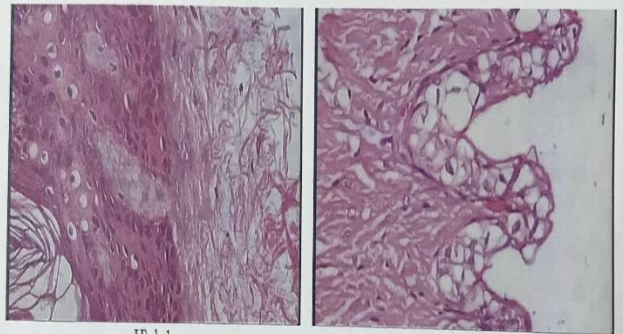


GPB ĐẠI THỂ : Nang vùng đỉnh bàng quang có nhiều vách.

GPB Vi Thể :

Dưới lớp thượng bì bình thường. Trong mô đệm có cấu trúc của một nang, vách nang lót bởi lớp biểu mô giả tầng lành tính. Xung quanh là mô cơ, mô sợi xơ có sung huyết.

KẾT LUẬN : DÂY NIỆU RỐN.



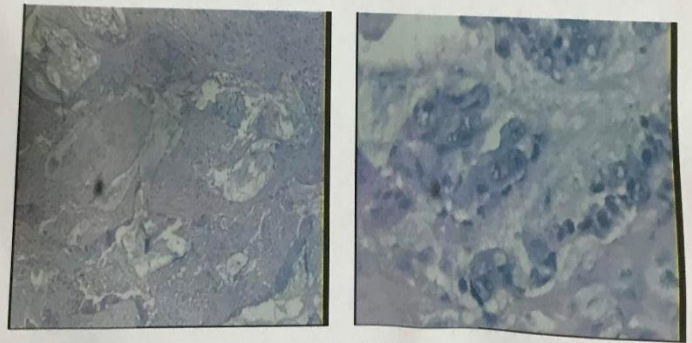
Hình 1 Hình 2

Wednesday, 15 August 2018

CASE 507: URACHUS TUMOR, Dr PHAN THANH HẢI, Dr LÊ VĂN TÀI, MEDIC MEDICAL CENTER, HCMC, VIETNAM.

54M, tiểu khó

GPB vi thể: Trên sinh thiết thấy các tế bào sắp xếp thành ống tuyến. Tế bào ống tuyến hình trụ cao, tăng sắc, dị dạng ,nhân lớn nhỏ không đều, bào tương có không bào chế tiết chất nhầy



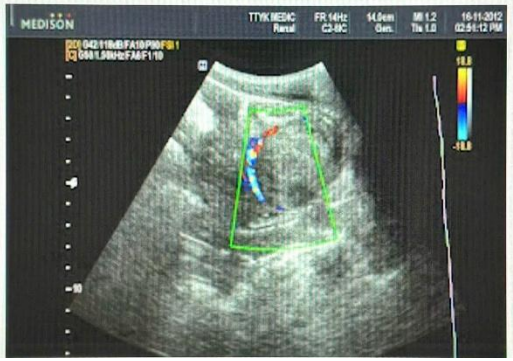
Kết luận: ABCD/CARCINÔM TUYẾN, TIẾT NHẦY, BIỆT HÓA VỪA XÂM LẤN VÁCH BÀNG QUANG.

MEDIC

Sunday, 25 November 2012

CASE 154: URINARY BLADDER TUMOR, Dr PHAN THANH HẢI, MEDIC MEDICAL CENTER, HCMC, VIETNAM

Man 19yo, polyuria. Ultrasound abdomen showed a round tumor of 4cm diameter in the wall of urinary bladder, look like ovary tumor in man.

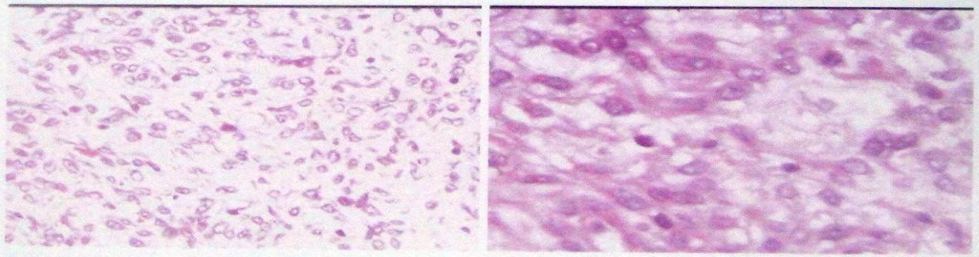


Địa chỉ :
Bác sĩ Chỉ định : GS Chuyên / BS. Phan Thanh Hải Bệnh viện : Bình Dân
Lâm sàng : U bọng đái to / U cơ

GPB ĐẠI THỂ : Mô vụn

GPB VI THỂ :
Mẫu thử có lớp niệu mạc tăng sản lành tính, có lớp cơ trơn gồm nhiều tế bào có nhân dẹt hoặc bầu dục, nhiều bào tương, xếp thành bó theo hướng khác nhau, không có phân bào bất thường.
Nhuộm HMMD tế bào u có: CD 117 (-)

KẾT LUẬN: BƯỚU LÀNH CƠ TRƠN



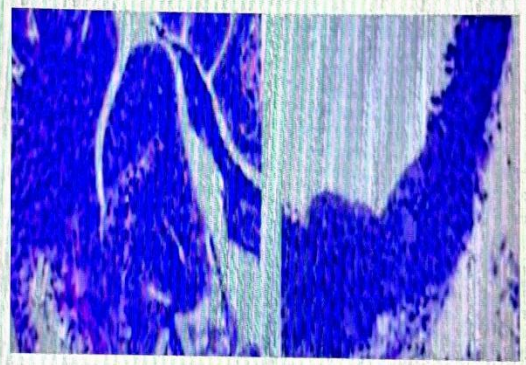
Thursday, 12 October 2023

CASE 707: PSEUDOTUMORAL CYSTITIS, Dr VÕ THỊ THẢO VÂN, MEDIC CẦN THƠ, VIETNAM

A 15 15 year-old male child with dysuria and had been failed in treatment for urinary infections many times in history.

Ultrasound detected a # 4x5 cm solid mass at right anterior face of urinary bladder with a calcified spot inside.

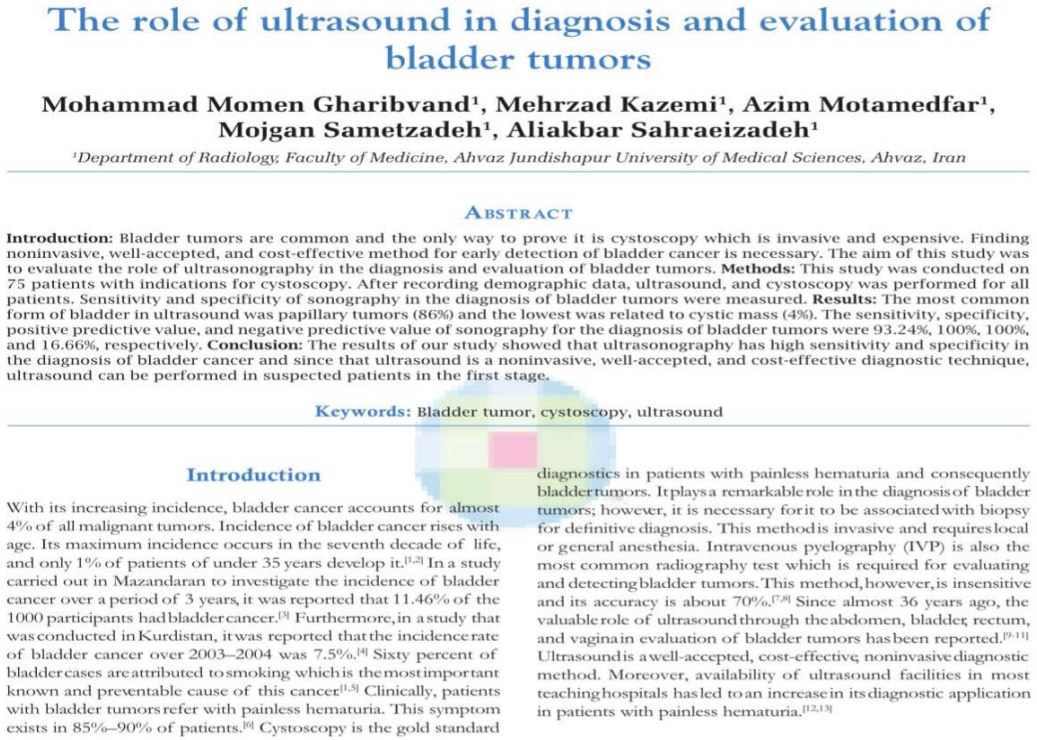
Bladder endoscopy removed the bladder tumor, and microscopic result is glandular cystitis.



3. Bàn Luận:

- Lâm sàng: không TC, hoặc tiểu khó, tiểu máu.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT, MRI...
- Siêu âm : dạng nhú 86%, dạng nang (4%).

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính và giá trị tiên đoán âm tính của siêu âm trong chẩn đoán u bàng quang lần lượt là 93,24%, 100%, 100% và 16,66%.



The role of ultrasound in diagnosis and evaluation of bladder tumors

Mohammad Momen Gharibvand[1], Mehrzad Kazemi[1], Azim Motamedfar[1], Mojgan Sametzadeh[1], Aliakbar Sahraeizadeh[1]

[1]Department of Radiology, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

ABSTRACT

Introduction: Bladder tumors are common and the only way to prove it is cystoscopy which is invasive and expensive. Finding noninvasive, well-accepted, and cost-effective method for early detection of bladder cancer is necessary. The aim of this study was to evaluate the role of ultrasonography in the diagnosis and evaluation of bladder tumors. **Methods:** This study was conducted on 75 patients with indications for cystoscopy. After recording demographic data, ultrasound, and cystoscopy was performed for all patients. Sensitivity and specificity of sonography in the diagnosis of bladder tumors were measured. **Results:** The most common form of bladder in ultrasound was papillary tumors (86%) and the lowest was related to cystic mass (4%). The sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of sonography for the diagnosis of bladder tumors were 93.24%, 100%, 100%, and 16.66%, respectively. **Conclusion:** The results of our study showed that ultrasonography has high sensitivity and specificity in the diagnosis of bladder cancer and since that ultrasound is a noninvasive, well-accepted, and cost-effective diagnostic technique, ultrasound can be performed in suspected patients in the first stage.

Keywords: Bladder tumor, cystoscopy, ultrasound

Introduction

With its increasing incidence, bladder cancer accounts for almost 4% of all malignant tumors. Incidence of bladder cancer rises with age. Its maximum incidence occurs in the seventh decade of life, and only 1% of patients of under 35 years develop it.[1,2] In a study carried out in Mazandaran to investigate the incidence of bladder cancer over a period of 3 years, it was reported that 11.46% of the 1000 participants had bladder cancer.[3] Furthermore, in a study that was conducted in Kurdistan, it was reported that the incidence rate of bladder cancer over 2003–2004 was 7.5%.[4] Sixty percent of bladder cases are attributed to smoking which is the most important known and preventable cause of this cancer.[1,5] Clinically, patients with bladder tumors refer with painless hematuria. This symptom exists in 85%–90% of patients.[6] Cystoscopy is the gold standard diagnostics in patients with painless hematuria and consequently bladder tumors. It plays a remarkable role in the diagnosis of bladder tumors; however, it is necessary for it to be associated with biopsy for definitive diagnosis. This method is invasive and requires local or general anesthesia. Intravenous pyelography (IVP) is also the most common radiography test which is required for evaluating and detecting bladder tumors. This method, however, is insensitive and its accuracy is about 70%.[7,8] Since almost 36 years ago, the valuable role of ultrasound through the abdomen, bladder, rectum, and vagina in evaluation of bladder tumors has been reported.[9-11] Ultrasound is a well-accepted, cost-effective, noninvasive diagnostic method. Moreover, availability of ultrasound facilities in most teaching hospitals has led to an increase in its diagnostic application in patients with painless hematuria.[12,13]

Investig Clin Urol. 2025 May;66(3):207-214.
English.
Published online Apr 17, 2025.
https://doi.org/10.4111/icu.20250068
© The Korean Urological Association

Original Article

Correlation of shear wave elastography with histopathological grade, tumor stage, and microvessel density in bladder cancer

Gokhan Sahin [1], Hakan Gemalmaz [2] and Mustafa Gok [3]

Author information | Author notes

Copyright and License

Abstract

Purpose

To evaluate the pathological correlation and prognostic significance of tissue stiffness measured by shear wave elastography (SWE) in bladder cancer.

Materials and Methods

Patients with microscopic or macroscopic hematuria diagnosed with bladder tumors were included. SWE measurements were performed using a Samsung Medison RS80A Prestige ultrasonography device, with ten valid measurements taken for each tumor. Tumor specimens were collected via transurethral resection

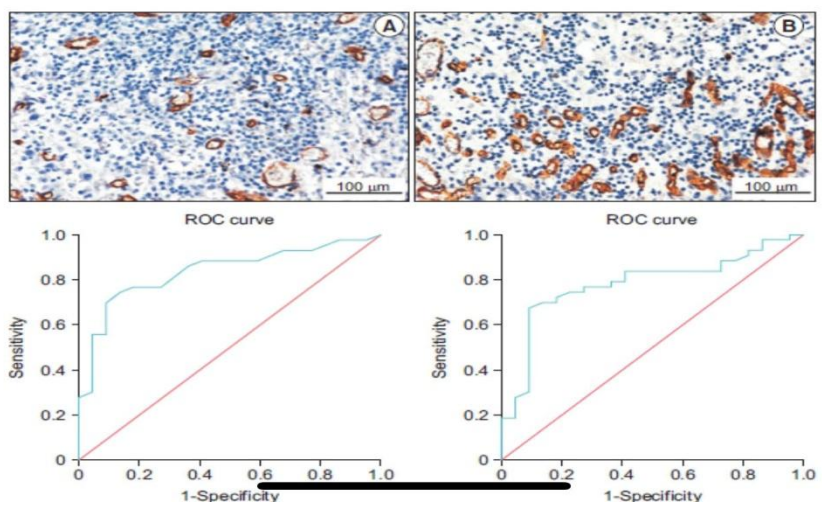
Results

A total of 65 bladder urothelial carcinoma patients were included in the study (43 high-grade, 22 low-grade). SWE and MVD were significantly higher in the high-grade group (p=0.001, p=0.002, respectively). ROC analysis showed SWE could differentiate tumor grades (area under ROC curve=0.837, p<0.001), with a cut-off of 4.25 kPa (74% sensitivity, 86% specificity). Stiffness was also higher in recurrence (p=0.007). A strong positive correlation between SWE and MVD was found (rho=0.767, p<0.001). SWE may be a reliable, non-invasive tool for assessing tumor grade and recurrence risk.

Conclusions

SWE may be a reliable, non-invasive preoperative marker for bladder cancer, aiding in tumor characterization and clinical decision-making.

Graphical Abstract



MEDIC

MENU Radiopaedia SEARCH

Urothelial carcinoma (urinary bladder)

Last revised by Henry Knipe on 19 Dec 2025

+ **Citation, DOI, disclosures and article data** Edit article

Urothelial carcinoma (UC) of the bladder is the most common primary neoplasm of the urinary bladder, and bladder UC is the most common tumor of the entire urinary system.

This article focuses on urothelial carcinomas of the bladder, specifically. Related articles include:

- general discussion: urothelial carcinoma of the urinary tract
- UCs in other locations:
  - urothelial carcinoma of the renal pelvis
  - urothelial carcinoma of the ureter
  - urothelial carcinoma of the urethra
- other histologies:
  - squamous cell carcinoma of the bladder
  - adenocarcinoma of the bladder

MENU Radiopaedia SEARCH

CT

Bladder urothelial carcinomas appear as either focal regions of thickening of the bladder wall, or as masses protruding into the bladder lumen, or extending into adjacent tissues in advanced cases. Care should be taken in assessing bladder wall thickness as this changes with the degree of bladder distension and varies from patient to patient, e.g. patients with bladder outlet obstruction due to benign prostatic hypertrophy. In general, however, asymmetric mural thickening should be viewed with suspicion.

The masses are of soft-tissue attenuation and may be encrusted with small calcifications.

Although unable to distinguish between T1, T2 and T3a (microscopic extravesical spread), CT can distinguish T3b tumors (stranding/nodules in perivesical fat) and T4 tumors (direct extension into adjacent structures/loss of normal fat plane) [4].

Care should be exercised when interpreting stranding or nodularity following transurethral resection or even biopsy, as these changes may be postoperative [4].

Nodal metastases are common in 30% of T2 tumors and 60% of T3 and T4 tumors [4].

MENU Radiopaedia SEARCH

CT or conventional urography

Urography's primary role is in assessing the remainder of the urinary tract for urothelial carcinomas of the renal pelvis or ureter.

When tumors are large, and of papillary morphology, contrast filling the interstices between papillary projections can lead to a dappled appearance referred to as the stipple sign [2].

MRI

MRI is superior to other modalities in locally staging the tumor and is in some instances able to distinguish T1 from T2 tumors on T2 weighted images.

- **T1:** isointense compared to muscle [4]
- **T2**
  - slightly hyperintense compared to muscle
  - useful in determining the low signal muscle layer and its discontinuity when muscle wall invasion
- **T1 C+ (Gd):** shows enhancement

PET

Unfortunately, FDG is excreted into the urine and thus accumulates in the bladder, making it unsuitable for diagnosis of urinary tract tumors. It does have a role to play in the assessment of nodal or distant metastases.

- Nội soi bàng quang – sinh thiết: tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán.

eTable A. World Health Organization/ International Society of Urological Pathology Classification of Bladder Cancer

Epithelial neoplasms (99%)
Urothelial (transitional cell) (90%)
- Invasive urothelial carcinoma: lamina propria or muscularis propria invasion
- Papillary urothelial carcinoma: low malignant potential, low-grade, or high-grade
- Papilloma: flat or papillary

Nonurothelial (9%)
- Adenocarcinoma
- Rare neoplasms
- Small cell carcinoma
- Squamous cell carcinoma

Nonepithelial (mesenchymal) neoplasms (1%)
Benign
- Hemangioma
- Leiomyoma
- Lipoma
- Neurofibroma
- Paraganglioma

Malignant
- Angiosarcoma
- Leiomyosarcoma
- Malignant fibrous histiocytoma
- Osteosarcoma
- Rhabdomyosarcoma

Information from:
Epstein JI, Amin MB, Reuter VR, Mostofi FK; Bladder Consensus Conference Committee. The World Health Organization/International Society of Urological Pathology consensus classification of urothelial (transitional cell) neoplasms of the urinary bladder. Am J Surg Pathol. *1998;22(12):1435-1448.*

Grignon DJ. The current classification of urothelial neoplasms. Mod Pathol. *2009;22(suppl 2):S60-S69.*

* Ung thư niệu mạc bàng quang:

- Bề mặt: 70-80%

Đa phần là dạng nhú (70%).
Ung thư biểu mô tại chỗ độ cao: 30%
- Xâm lấn: 20-30%

* Điều Trị:

- Phẫu thuật cắt đốt khối u, hóa trị,...
- Tái phát: 40% ung thư biểu mô đường tiết niệu trên sẽ phát triển khối u biểu mô ở bàng quang , và ngược lại 2-4% .
- Ung thư biểu mô niệu đạo bàng quang có tỷ lệ sống sót 5 năm là 96% (khối u ở tại chổ), 5% (có di căn)

Table 4. Bladder Cancer Survival by Stage

Tumor stage	*Five-year survival rate (%)*
All	76
In situ	96
Localized	70
Regional	35
Distant	5
Unknown	46

Information from reference 56.

4. Kết Luận:

- Siêu âm hiệu quả trong phát hiện sớm u bàng quang (bàng quang căng nước tiểu)

=> điều trị hiệu quả, tiên lượng tốt.

- Nội soi bàng quang, sinh thiết:

chẩn đoán, phân độ giai đoạn ung thư

=> phác đồ điều trị.

* TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Gaillard F, Silverstone L, Le L, et al. Urothelial carcinoma (urinary bladder). Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 25 Jun 2026) https://doi.org/10.53347/rID-9816
- Gaillard F, Worsley C, Goel A, Urothelial carcinoma grading. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 25 Jun 2026) https://doi.org/10.53347/rID-2199
- Sahin G, Gemalmaz H, Gok M, Correlation of shear wave elastography with histopathological grade, tumor stage, and microvessel density in bladder cancer, Investig Clin Urol. 2025 May;66(3):207-214. English.
- Gharibvand, Mohammad Momen1; Kazemi, Mehrzad1; Motamedfar, Azim1; Sametzadeh, Mojgan1; Sahraeizadeh, Aliakbar1,. The role of ultrasound in diagnosis and evaluation of bladder tumors. Journal of Family Medicine and Primary Care 6(4):p 840-843, Oct–Dec 2017. | DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_186_17

MEDIC

XIN CÁM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE!