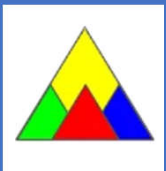


TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

HỘI CHỨNG CONN

BS LÊ HỮU QUỲNH TRANG



TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

- BN Nữ 56 tuổi
- Khám vì mệt khó thở
- Tăng huyết áp 6 năm điều trị địa phương không giảm--> BV TPHCM, chẩn đoán: Tăng huyết áp , phình động mạch chủ lên

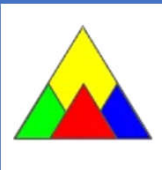
trong toa có NATRIXAM 1.5/5

4 tháng --> mệt hơn--> Khám tim MEDIC

170/110, M87

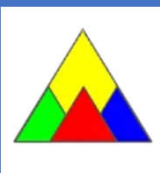
Tình tiếp xúc tốt, không vã mồ hôi

Tim đều, không âm thổi



TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG





TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

PHÂN TÍCH ECG (ANALYSIS) :

aQRS: 15 Rhythm: XOANG Rate: 70 Interval : PR: 0.14 QRS: 0.08 QT: 0.36

PWave : Ext. Leads BT
: Pre. Leads BT

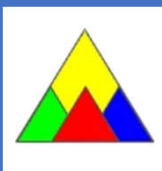
QRS Complex : Ext. Leads BT
: Pre. Leads BT

ST Segments : Ext. Leads CHÉNH XUỐNG /D2AVF
: Pre. Leads BT

TWave : Ext. Leads DỆT/D3AVF
: Pre. Leads T <1/8 R/V5V6

UWave : Ext. Leads BT
: Pre. Leads BT

KẾT LUẬN : THIẾU MÁU CƠ TIM LAN TOÀN
≠ THIẾU MÁU CƠ TIM, NHỒI MÁU CƠ TIM KHÔNG ST CHÉNH LÊN
ĐỀ NGHỊ KẾT HỢP KALI MÁU



Lâm sàng : HỤT HƠI KHÔ THO

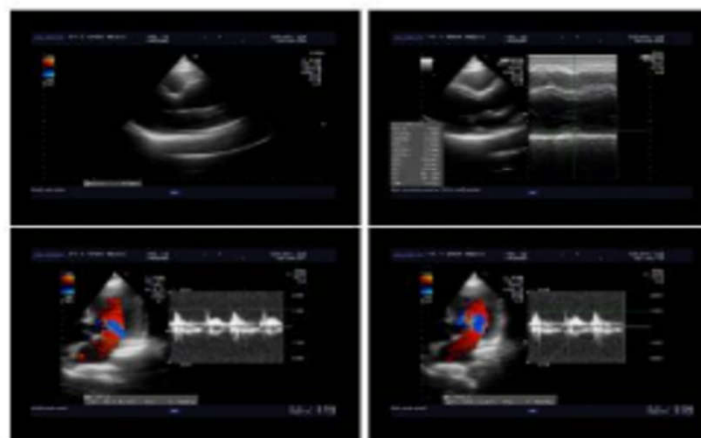
VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

1- Thất trái dân nhẹ. Các buồng tim khác trong giới hạn bình thường LVDd= 55mm
Loạn động vách liên thất và thành dưới. Chức năng thất trái bảo tồn EF=68 %(Teichholz)
Chức năng tâm thu thất phải bình thường TAPSE= 22mm

2- Van 2 lá dày, hở 1/4. Van động mạch chủ dày, hở 1/4
(PAPs=28mmHg)

Động mạch chủ ngực dân phình đoạn lên (d=44 mm)- Không thấy bóc tách.

3- Không tràn dịch màng ngoài tim.

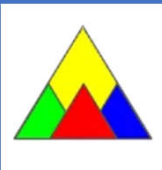


KẾT LUẬN :

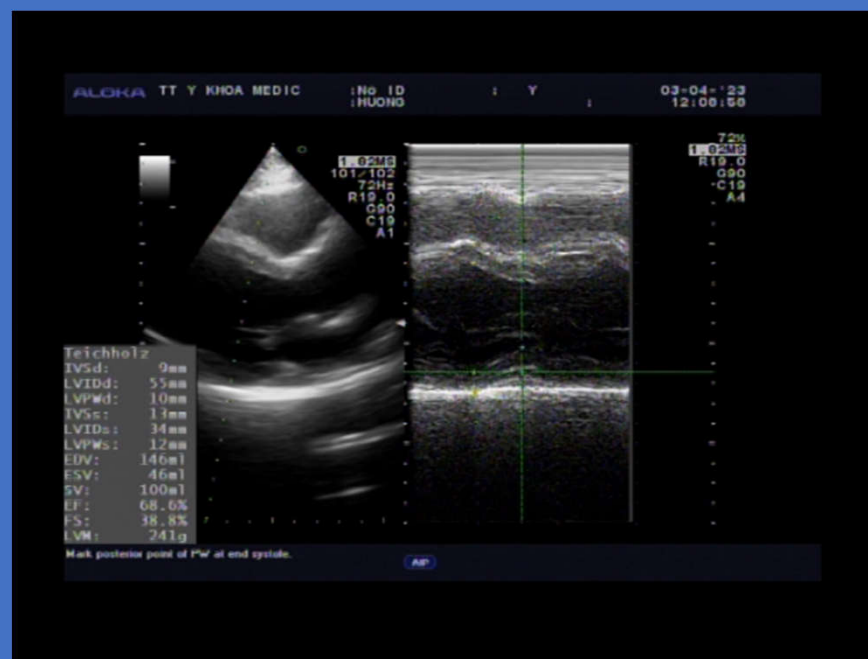
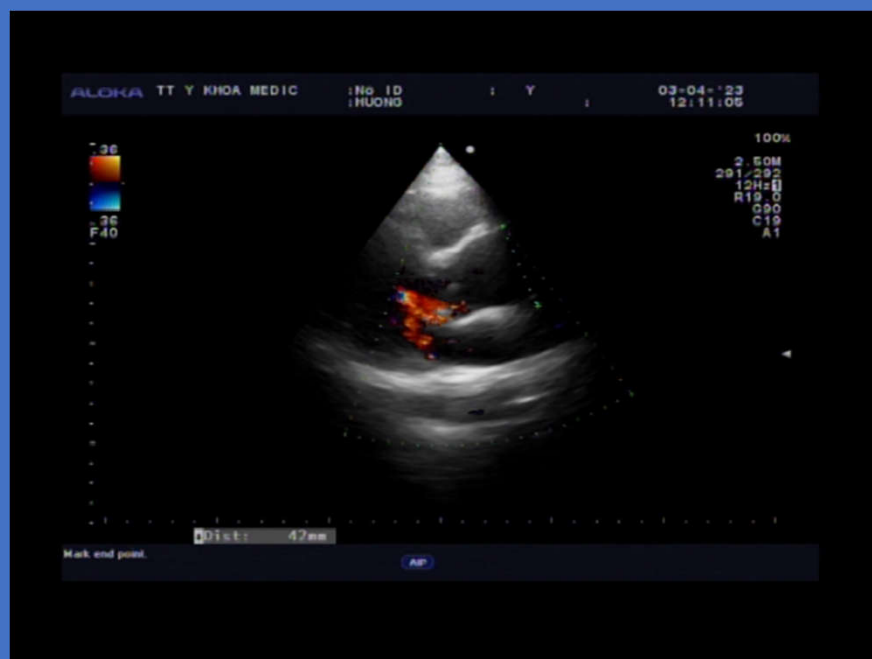
THEO DÕI BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ
HỞ VAN 2 LÁ 1/4, HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ 1/4
DÂN PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC LÊN
THẤT TRÁI DÂN NHẸ BẢO TỒN CHỨC NĂNG TÂM THU

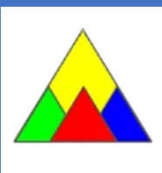
Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 03/04/2023 12:19



TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG





TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

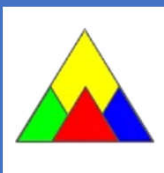
- Hs Tropinon T: 23.7 ng/L (<14ng/L)
- Na:145.4 (130-145 mmol/L)
- K: 1.93 (3.4-5.1 mmol/L)
- Ca 2.23 (2.1-2.8 mmol/L)
- Cl: 90.33 (96-108 mmol/L)
- Creatinin 0.935 (M: 0.6-1.3, F:0.5-1.1 mg/dL)
- eGFR(CKP-EPI): 72 (≥ 90 mL/min/1.7m²)
- Hs Troponin T lần 2 : 21.9 ng/L



TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG



HA 130/95-160/100
K: 3.8
HsTroponin T:>14
Dùng Spironolactone--
> HA, Kali ổn



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC LAB)
Hotline: 028.334.990 - 1900.6097
234 Hòa Hảo - P.4 - Q.11 - TP.HCM
Số ĐKKD: 0310201234 - Mã số thuế: 0310201234
Email: info@hhoa.vn
www.mediclab.vn www.hhoa.vn

PID: 7304659 S.T.T.: 1856
Ngày giờ đăng ký: 08:11:43 22/06/2023
Ngày giờ lấy mẫu: 08:14:00 22/06/2023
Ngày giờ nhận mẫu: 08:17:00 22/06/2023



PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
(BM.TYKX.M.02.1 - Ngày ban hành: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
Ngày th:
Số CCC
Địa chỉ:
Đơn vị: Meadic
Nơi lấy mẫu: Lâu 1
Loại mẫu: Máu

BS yêu cầu: BS. CKII. LÊ HỮU QUYNH TRANG
Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM KẾT QUẢ KHOẢNG THAM CHIẾU MÃ QT

I. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

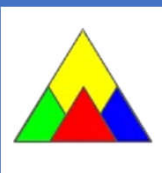
IONOGRAMME ²⁺ :	*		Q7SH067
Na	140.6	(130 - 145 mmol/L)	
K	3.50	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.38	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	104.4	(96 - 108 mmol/L)	

II. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST

* Aldosterone (Liaison):	51.40 H	(V) thể đứng: 2.21 - 35.3 ng/dL (V) thể nằm: 1.17 - 23.6 ng/dL	Q7MD043
* Active Renin (Liaison):	0.704 L	(V) thể đứng: 4.4 - 46.1 µIU/mL (V) thể nằm: 2.8 - 39.0 µIU/mL	Q7MD042
Plasma Renin Activity (PRA)	0.08	ng/mL/h	

Thời gian duyệt: 09:54:58 22/06/2023
Người duyệt: ThS.BS.Nguyễn Bảo Toàn

In lần 1: 09:55:00 22/06/2023
Trưởng khoa xét nghiệm



TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG



CÔNG TY TNHH Y TẾ HOA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
234 Hoa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao234@medic.com.vn

Đăng ký khám trực tuyến :
<http://medic.hnsoft.vn>
Hoặc app: Medic Hoa Hao



Qr code kết quả chữa bệnh in của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

QRCode kết quả



7304639

MEDIC CT SCAN REPORT

STT : 230522101 Ngày ĐK : 22/05/2023 08:47

Bệnh nhân : I

Địa chỉ : I

Bác sĩ chỉ định : I

Bệnh viện : MEDIC

Khoa : PK

LÝ DO KHÁM : TÁI KHÁM

Máy : MSCT 640_1

Vùng : MSCT MẠCH VÀNH - TIM

Tiền chất tương phản

Kết quả :

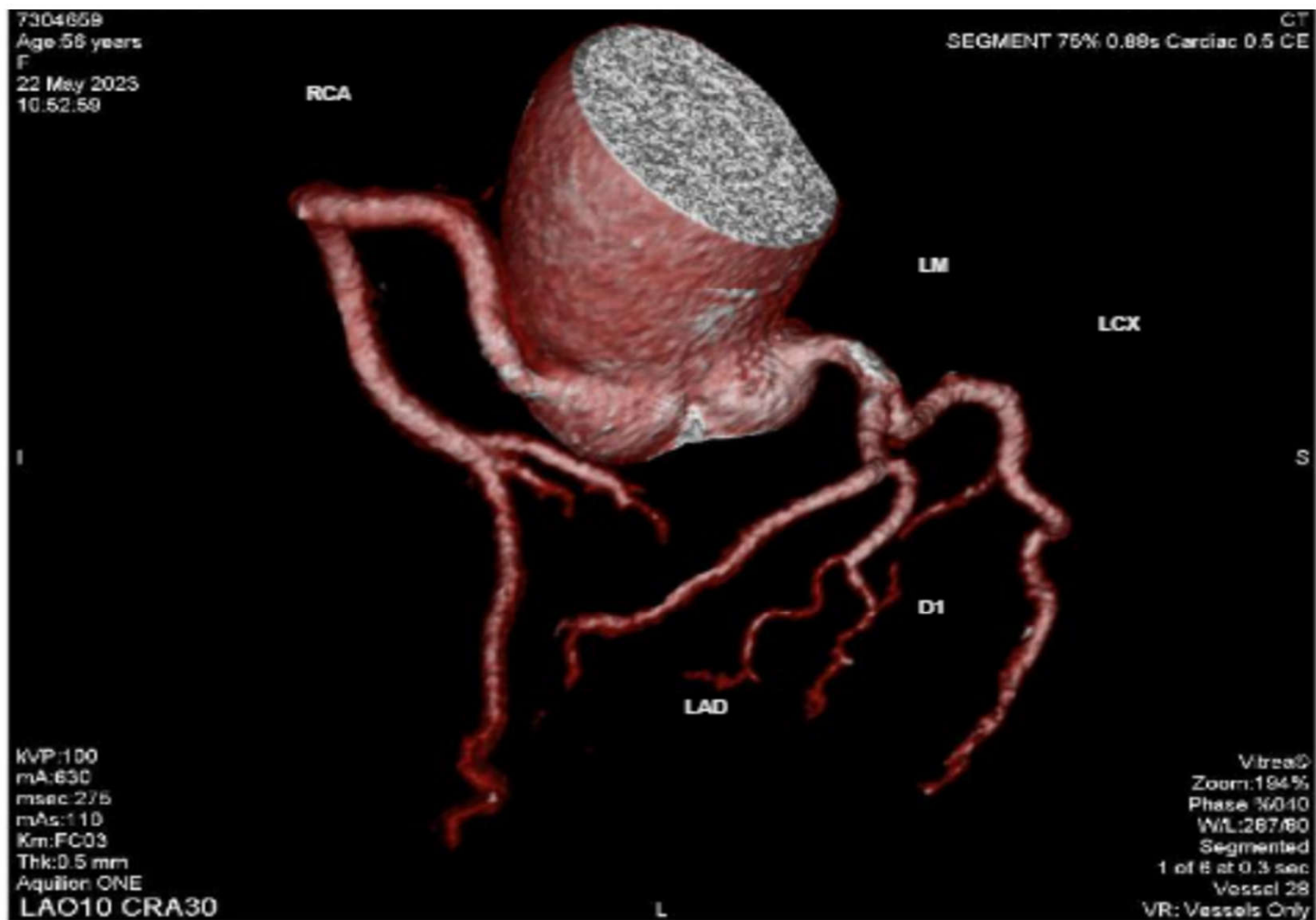
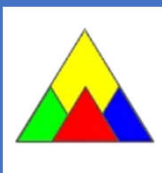
Chụp MSCT mạch vành cân quang với máy 640- Slice MSCT Aquilion One, lát cắt 0.5mm, thuốc cân quang 65ml Ultravist, bơm tĩnh mạch, tốc độ bơm 4.5ml/sec. Liều tia 2.5mSv

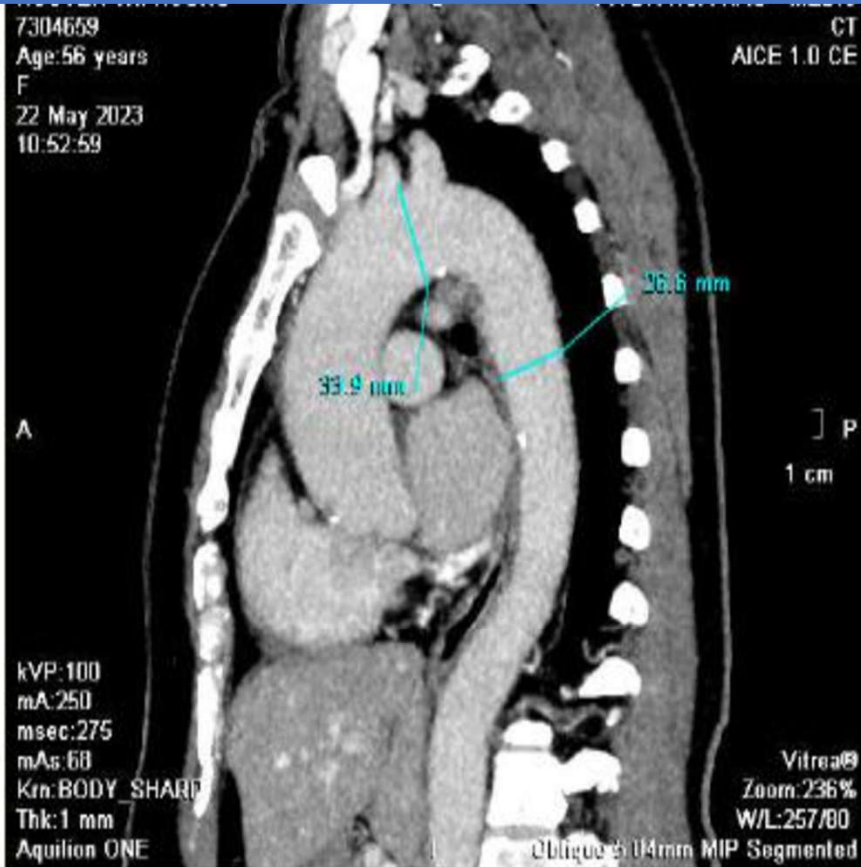
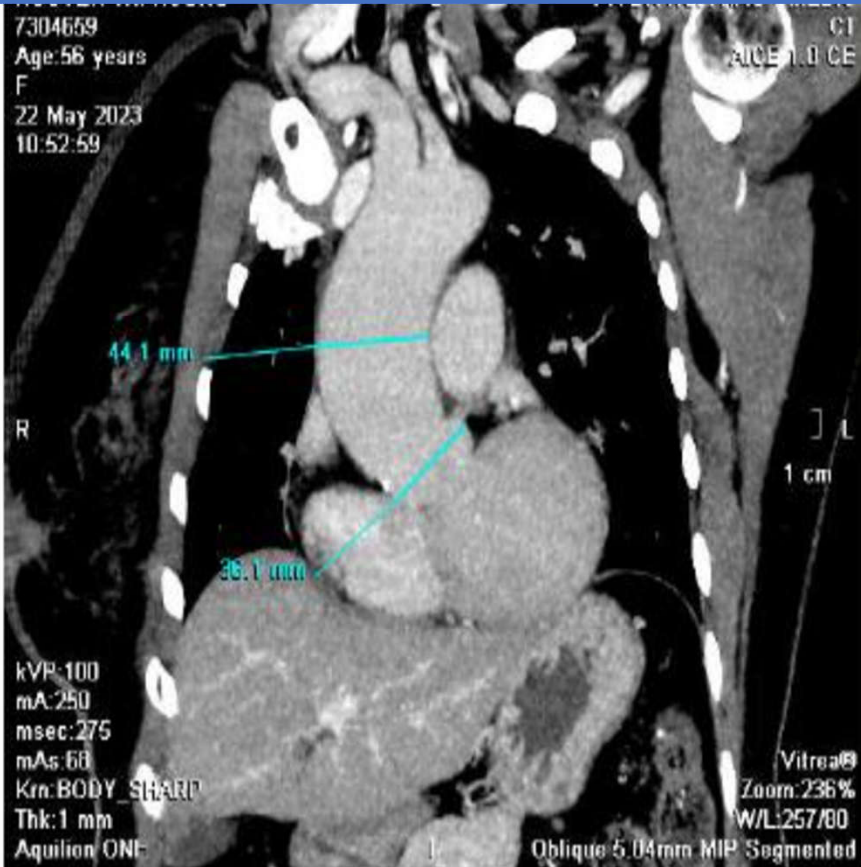
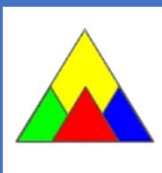
- ĐMV trái chính (LM): Không thấy xo vữa, không hẹp.
- ĐMV trước trái (LAD): Cấu cơ tim nông ở đoạn giữa (dài 25mm) gây hẹp 30% LAD II trong thì tâm thu. Nhánh Diagonal không hẹp.
- ĐMV sau (LCX): Không thấy xo vữa, không hẹp. Nhánh OM không hẹp.
- ĐMV phải (RCA): Không thấy xo vữa, không hẹp. Nhánh PDA và PL không hẹp.
- CHI NHẢY: Động mạch chủ đoạn ngang xoang Valsalva = 36mm, đoạn lên = 44mm, quai = 34mm, chủ xương = 17mm, xo vữa kèm vôi hóa rải rác, không thấy bóc tách. Tuyến thượng thận phải có nốt kt 17x12mm, ranh giới rõ (TD u tuyến thượng thận phải).

*** KẾT LUẬN:

CHỤP MSCT- 640 HỆ MẠCH VÀNH CÓ CÂN QUANG CHO THẤY :
- CẤU CƠ TIM NÔNG GÂY HẸP 30% LAD II TRONG THÌ TÂM THU

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 22/05/2023 12:37
(Bác sĩ đã ký)

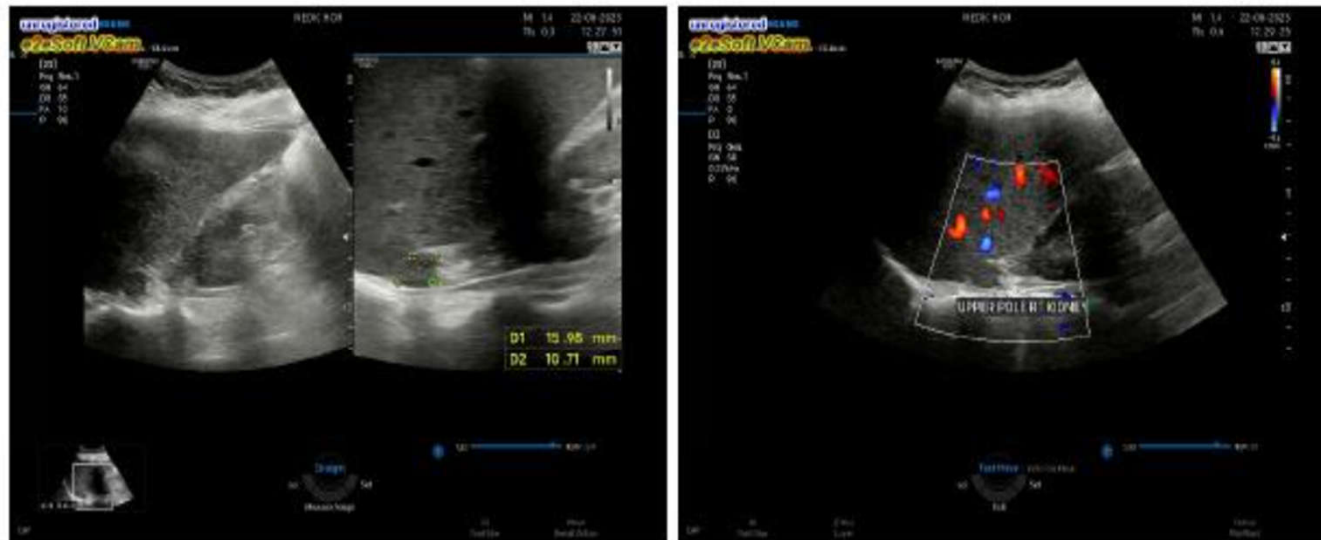






VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- cực trên thận phải có 1 nốt echo kém $d= 16 \times 10 \text{mm}$, vỏ bao rõ, Doppler (-), MVF (-)



KẾT LUẬN : TD u thượng thận phải.



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

Đăng ký khám trực tuyến :
<http://medichh.nthsoft.vn>
Hoặc app: Medic Hoa Hao



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

QRCode kết quả



MEDIC MRI REPORT

STT : 230622040 Ngày ĐK : 22/06/2023 08:36
Bệnh nhân :
Địa chỉ :
Bác sĩ chỉ định :
Bệnh viện : MEDIC Khoa : PK
LÝ DO KHÁM : THA DO U VỎ TT
Máy : SIEMEN AVANTO
Vùng : MRI BỤNG Tiêm chất tương phản
Kết quả : KỸ THUẬT:

Hình chụp vùng bụng với máy cộng hưởng từ 1,5tesla, không và có tiêm thuốc tương phản Gadovist (5ml), chuỗi xung Axial và coronal T2WI fatsat, T1GRE, các thông số kỹ thuật được in ở góc trái mỗi hình MÔ TẢ:

Không thấy có thương tổn hay tín hiệu bất thường vùng gan phải và trái.

Không giãn đường mật trong và ngoài gan. Túi mật không to.

Không thấy huyết khối tĩnh mạch cửa.

Lách cường độ tín hiệu trong giới hạn bình thường.

Tụy tín hiệu bình thường.

Mass vùng thượng thận phải, kích thước: 21x12mm, tín hiệu cao trên T2FS, trung gian trên T1GRE, bắt tương phản thì động mạch, có washout. Tuyến thượng thận trái bình thường. Nang thận trái, kích thước: 9mm. Hai thận không ứ nước.

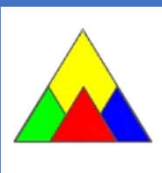
Không hạch ổ bụng. Không thấy tràn dịch ổ bụng.

*** KẾT LUẬN:

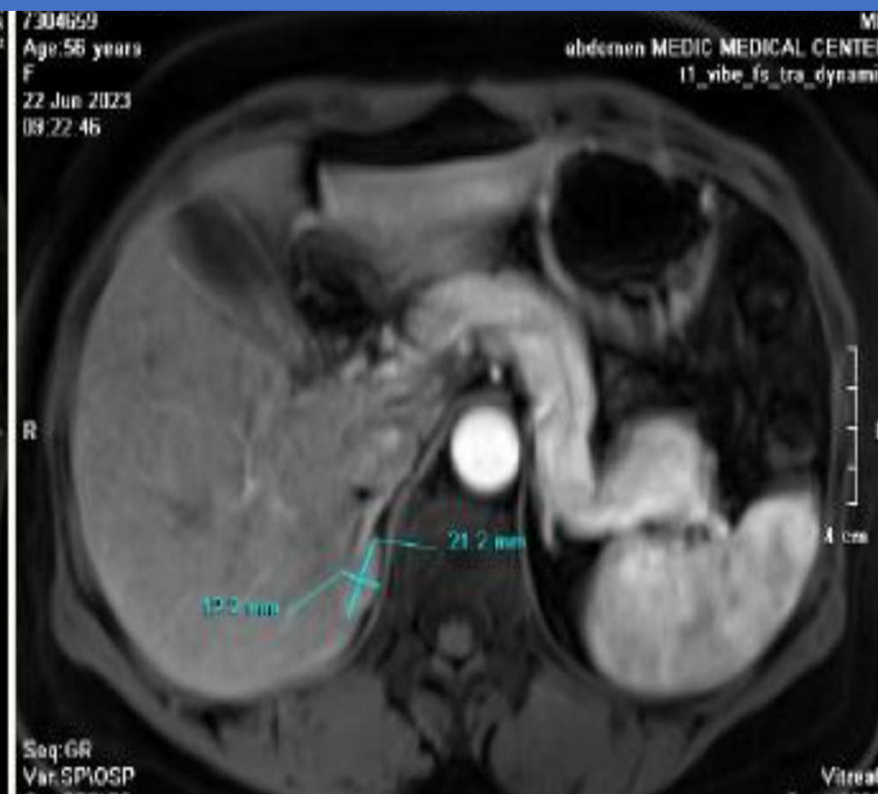
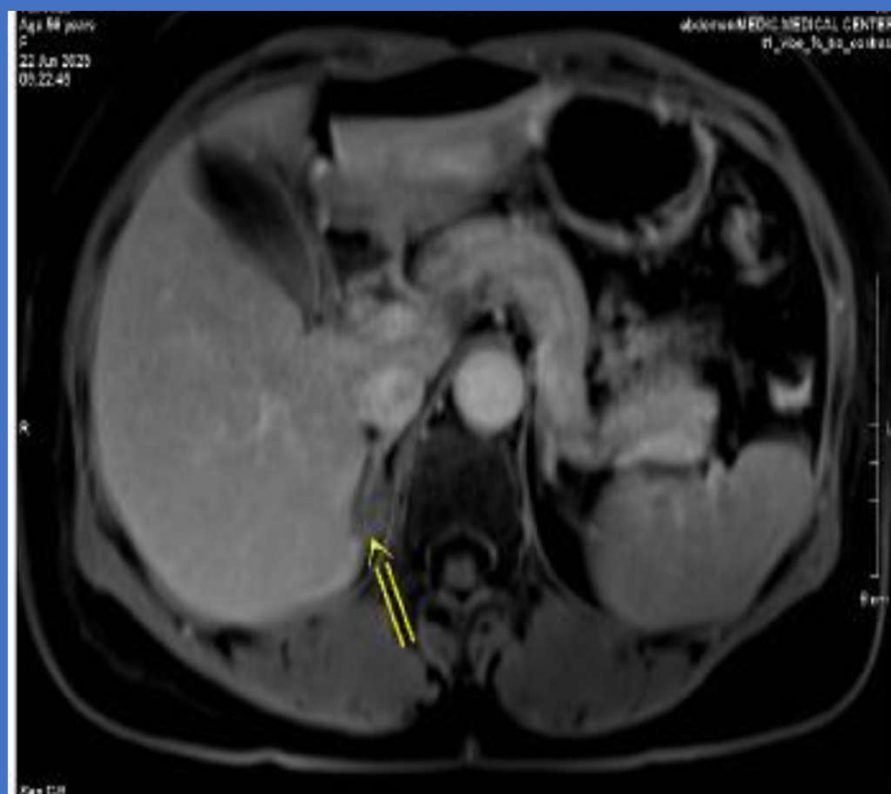
- Khả năng adenoma tuyến thượng thận phải, kích thước: 21x12mm.

- Nang thận trái.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 22/06/2023 10:30
(Bác sĩ đã ký)



TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG





TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

- Tóm tắt:
- 56F

U thượng thận phải 21x12mm

Tăng Aldosterone , giảm Renin

Giảm Kali máu

Tăng huyết áp , dày thất trái, dẫn ĐM chủ lên, Tăng HsTrop

Chẩn đoán: HC Conn, biến chứng tim mạch

$$\text{Aldos/Renin} = \frac{51.4 \text{ (mg/dL)}}{0.08 \text{ (ng/mL/h)}}$$



TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

- Phẫu thuật BV BD: PT nội soi cắt bướu tuyến thượng thận phải

BỆNH VIỆN BÌNH DÂN
Try số chính : 371 Cầu Lộ, Thủ Đức - P.4 - Q.3 - TP.HCM
Khu Điều trị Ngoại Khoa : 408 Cầu Lộ, Thủ Đức - P.11 - Q.10 - TP.HCM
ĐT : (08)38339487 - (08)38330205 Fax : 84.8.38391315
Email : bvd@bvd.com.vn Website : www.bvd.com.vn

Hồ sơ số: 701412230709209
Số lưu trữ:
Họ tên: UBTN
Mã lưu trữ: 2023_11618

PHIẾU CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

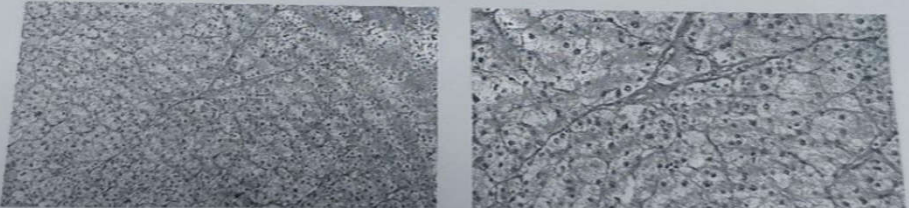
Bệnh nhân :
Địa chỉ :
Bác sĩ CD :
Ngày chỉ định :
Chẩn đoán :
Phương pháp thực hiện :

Ái Bà, Tân Giang
Phân : Nữ Năm sinh : 1967
Nơi gửi : Gây mổ nội soi 3
Ngày thực hiện : 31/07/2023 11:45

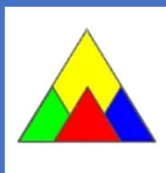
Phương pháp thực hiện : Nhuộm hai màu Hematoxyline- Eosin

MÔ TẢ KẾT QUẢ
GPB đại thể: Tuyến thượng thận kích thước 3 x 2cm, trong vỏ u kích thước 1,8 x 1cm, một cắt màu vàng mềm đồng nhất, vỏ bao u còn nguyên vẹn → ABCD (-).

GPB vi thể: ABCD/ Cấu trúc u gồm nhiều loại tế bào của tuyến thượng thận: xếp bào, đặc bào tầng sản xấp thành chuỗi, đám hoặc dạng ống tuyến, tạo nhú. Thường mô hình vuông hoặc đa diện, bào tương có nhiều hạt, không bào. Các tế bào u có thể không điển hình, có nhân đa dạng. Thang điểm theo hệ thống Weiss cải tiến: 0/7 điểm, bao gồm: >5 phần bào/ 50 quang trường lớn 0dx2; < 25 % thành phần tế bào sáng 0dx2; phần bào bất thường 0dx1; hoại tử 0dx1; xâm lấn vỏ bao 0dx1

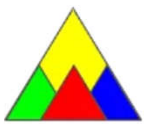


Kết luận: ABCD/ U TUYẾN VỎ CỦA TUYẾN THƯỢNG THẬN (0/7 ĐIỂM THEO HỆ THỐNG WEISS CẢI TIẾN)
(ADRENAL CORTICAL ADENOMA)



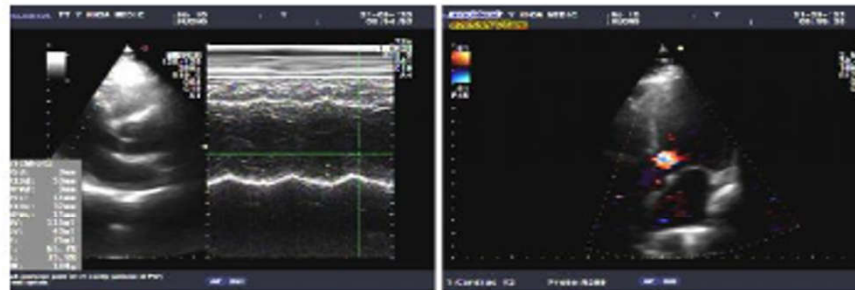
TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

- 2 Tháng sau PT
- HA 160/100 mmHg
(Bn ngưng thuốc huyết áp)
- Hs Tropinon T: 13 ng/L (<14ng/L)
- Na:142 mmol/L (130-145)
- K: 4.1 mmol/L (3.4-5.1)
- Ca 2.6 mmol/L (2.1-2.8)
- Cl: 106 mmol/L (96-108)
- Creatinin 0.85 (M: 0.6-1.3, F:0.5-1.1 mg/dL)
- eGFR(CKP-EPI): 80 (≥90 mL/min/1.7m²)
- Aldosterone : 13.8 ng/dL



VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

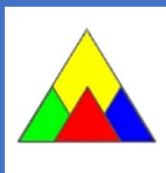
- 1- Các buồng tim trong giới hạn bình thường LVDd= 50 mm
Vách liên thất vận động nghịch thường . Chức năng thất trái bảo tồn EF=65 %(Teichholz)
Chức năng tâm thu thất phải bình thường TAPSE= 22mm
- 2-Van hai lá dày, hở 1/4, van đm chủ 3 mảnh, dày, hở 1/4
Dẫn nhẹ đm chủ ngực lên d= 35mm
- 3- Không tràn dịch màng ngoài tim.



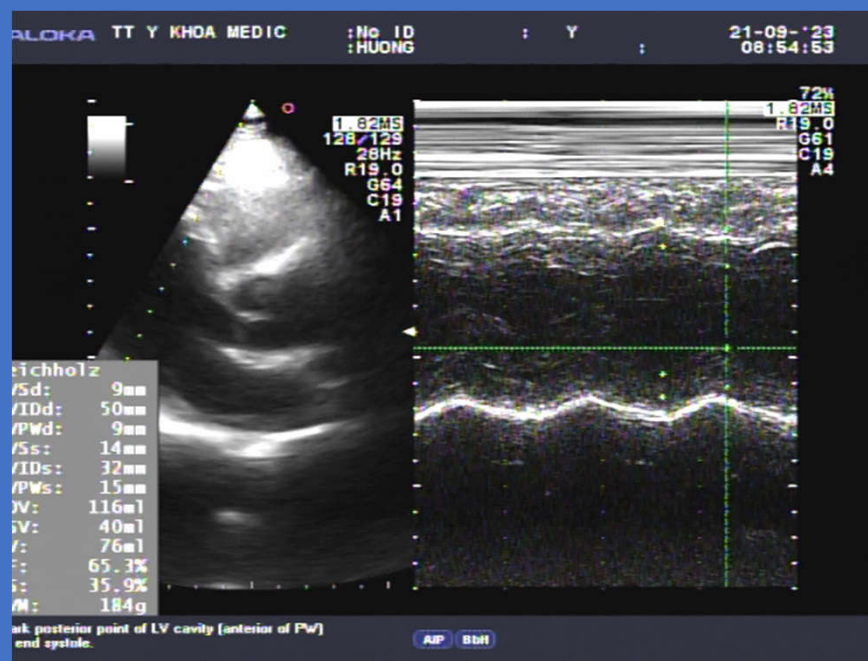
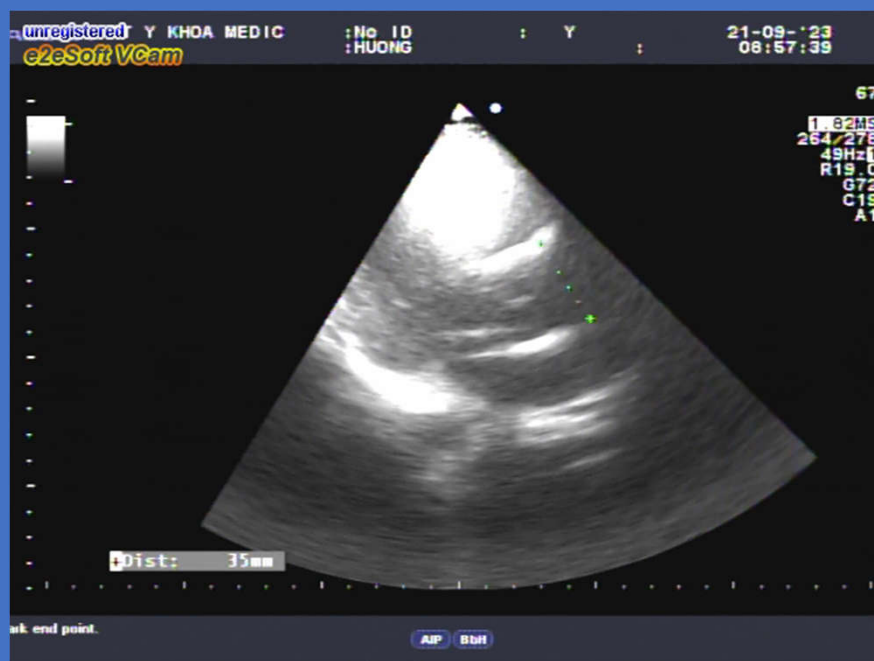
KẾT LUẬN: HỞ VAN HAI LÁ 1/4, HỞ VAN ĐM CHỦ 1/4
GHI NHẬN VÁCH LIÊN THẤT NGHỊCH THƯỜNG
THẤT TRÁI BẢO TỒN CHỨC NĂNG TÂM THU
DẪN NHẸ ĐM CHỦ NGỰC LÊN

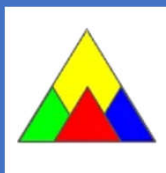
Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 21/09/2023 09:01
(Bác sĩ đã ký)

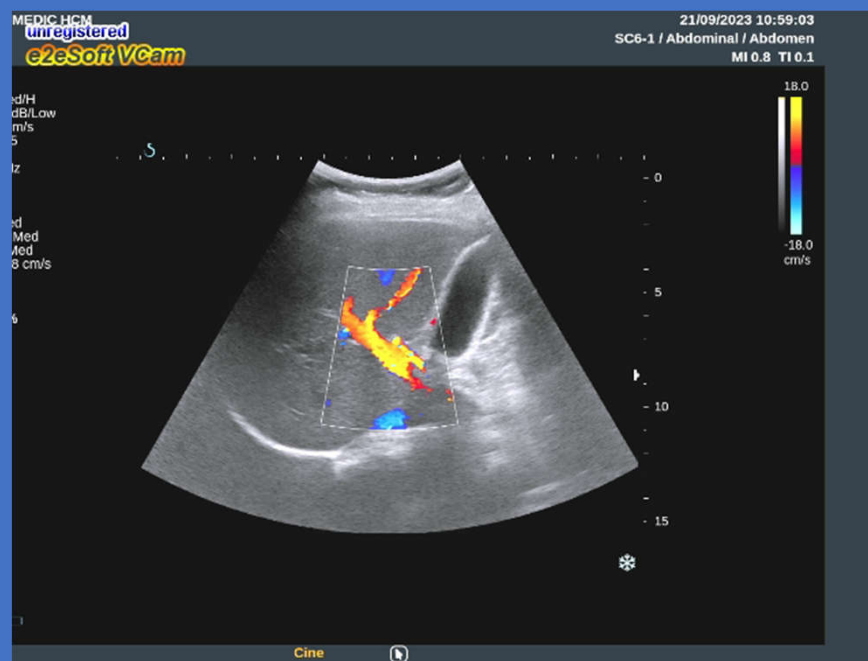
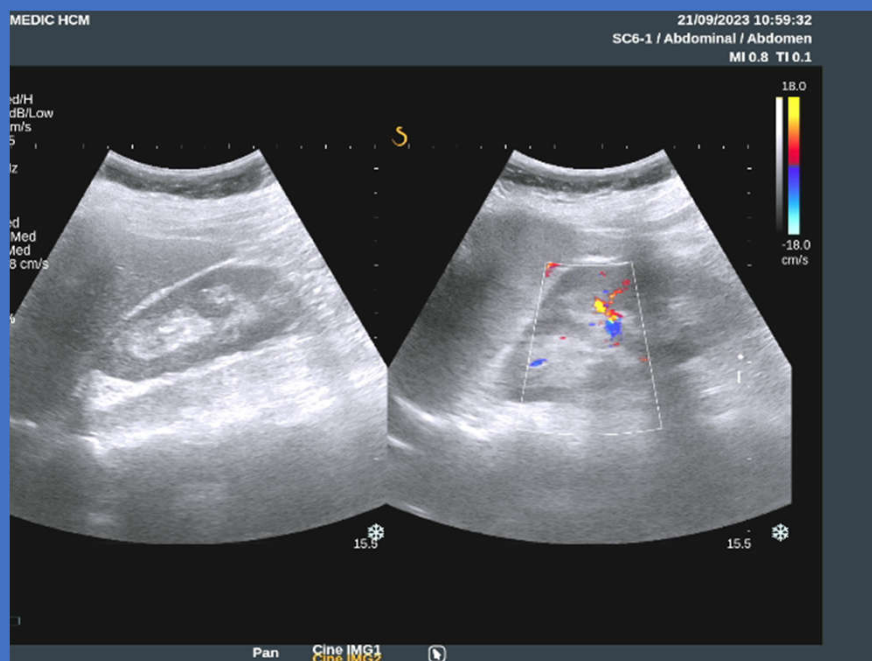


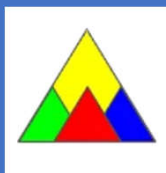
TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG





TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

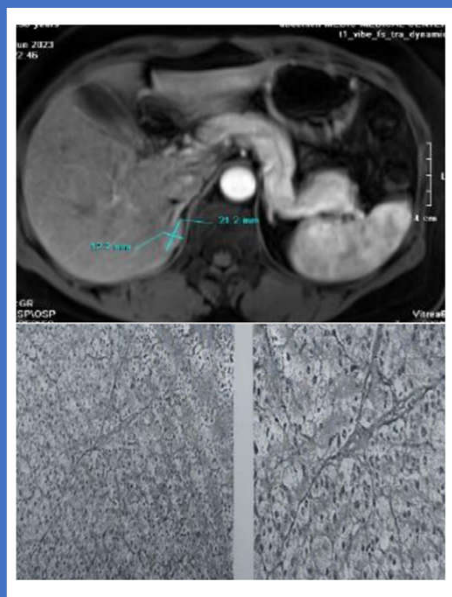




TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

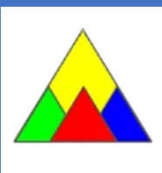
TRƯỚC PT

- Hs Tropinon T: >14 ng/L
- K: ↓
- Aldosterone: 51.4ng/dL
- LVDD=55mm
- AAO=44mm



SAU PT

- Hs Tropinon T: 13 ng/L
- K: 4.1
- Aldosterone: 13.8ng/dL
- LVDD=50mm
- AAO=35mm



BÀN LUẬN

Forms of primary aldosteronism

- "Sporadic"

- Adrenal adenoma: ~50%



- Bilateral hypertrophy: ~50%



- Adrenal carcinoma: <1%



- Familial (1-8%)

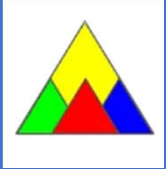
- Types I, II, III



Jerome W. Conn

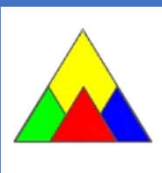
Professor / Michigan University
(1955)

- Benign adrenal adenoma
- 1 bên tuyến thượng thận
- Khối u kích thước 1-3cm



BÀN LUẬN

- Chẩn đoán : LS, XN , CĐ hình ảnh
- XN: ARR > 30
(Aldosterone-Renin Ratio)



Conventional Units	Lower Limit	Upper Limit
Plasma Renin Activity (PRA)	0.7 ng/mL/hr	3.3 ng/mL/hr
Plasma Aldosterone Concentration (PAC)	7 ng/dL	30 ng/dL

Source: University of Michigan

ARR Cutoff Values	Renin (ng/mL/h)	Renin (pmol/L/min)
Aldosterone (as ng/dL)	30	2.5
Aldosterone (as pmol/L)	750	60

Source: The Management of Primary Aldosteronism: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guidelines, 2016

On average for adults, the range of the Plasma Renin Activity runs between 0.7 and 3.3 ng/mL/hr (or 0.7 and 3.3 mcg/L/hr in SI units), and the range of the Plasma Aldosterone Concentration (PAC) goes from 7 to 30 ng/dL (or 190 to 830 pmol/L in SI units).

The ARR compares the amount of aldosterone to that of renin, and the resulting number – a ratio – is then compared with a “cutoff” value currently set at 30 (or 750 when measurements are expressed in SI units). Below this value, the result is considered normal. Above this value, primary aldosteronism is suspected.



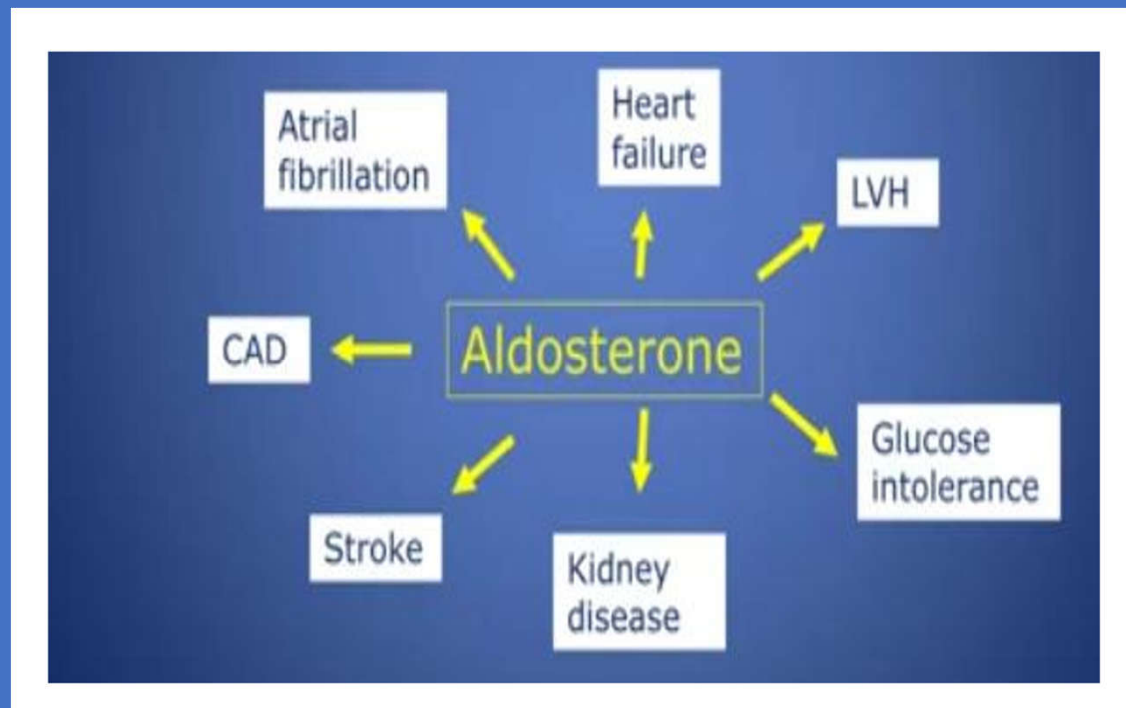
BÀN LUẬN

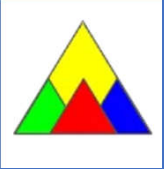
Tầm soát Cường Aldosterone nguyên phát (Guidelines 2016)

- HA >150/100 mmHg dù sử dụng 3 thuốc huyết áp trong đó có lợi tiểu hay 4 loại thuốc huyết áp
- Tăng huyết áp + hạ kali máu
- Tăng huyết áp + u thượng thận
- Tăng huyết áp + hội chứng ngưng thở khi ngủ
- Tăng huyết áp + trong gia đình có người trẻ bị stroke
- Tất cả người thân ở gia đình có người chẩn đoán cường Aldosterone nguyên phát

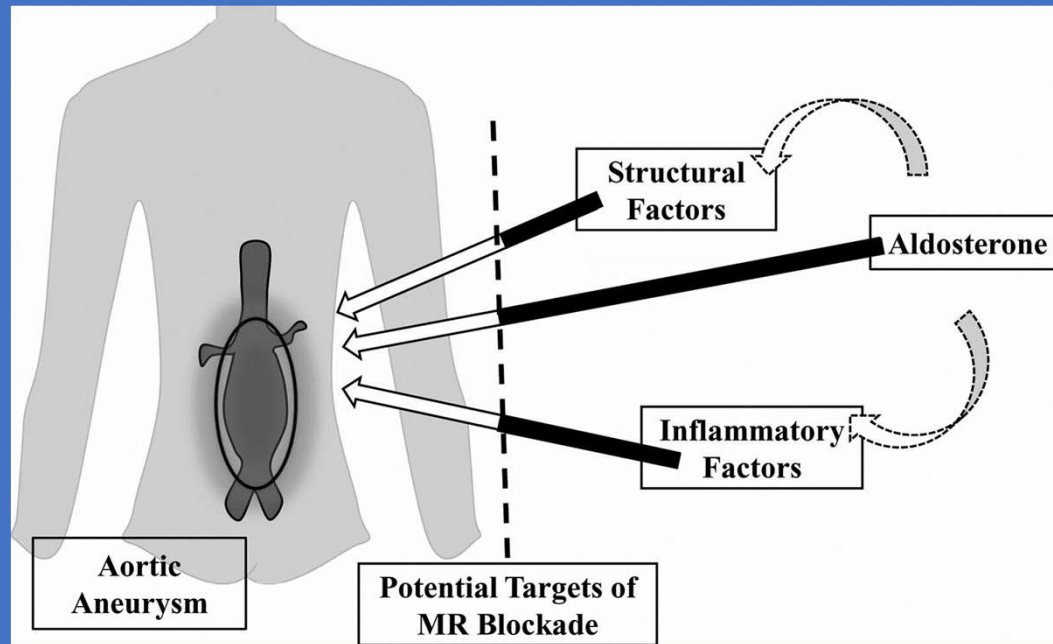
BÀN LUẬN

Cường Aldosterone nguyên phát: Tác động lên tim mạch
Tăng huyết áp + Tăng Aldosterone :



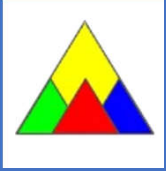


BÀN LUẬN



Suman Srinivasa. Hypertension. Aldosterone and Aortic Aneurysms: the Dissection of a Potential New Mechanism to Prevent Rupture, Volume: 79, Issue: 4, Pages: 747-749, DOI: (10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.18888)

© 2022 American Heart Association, Inc.

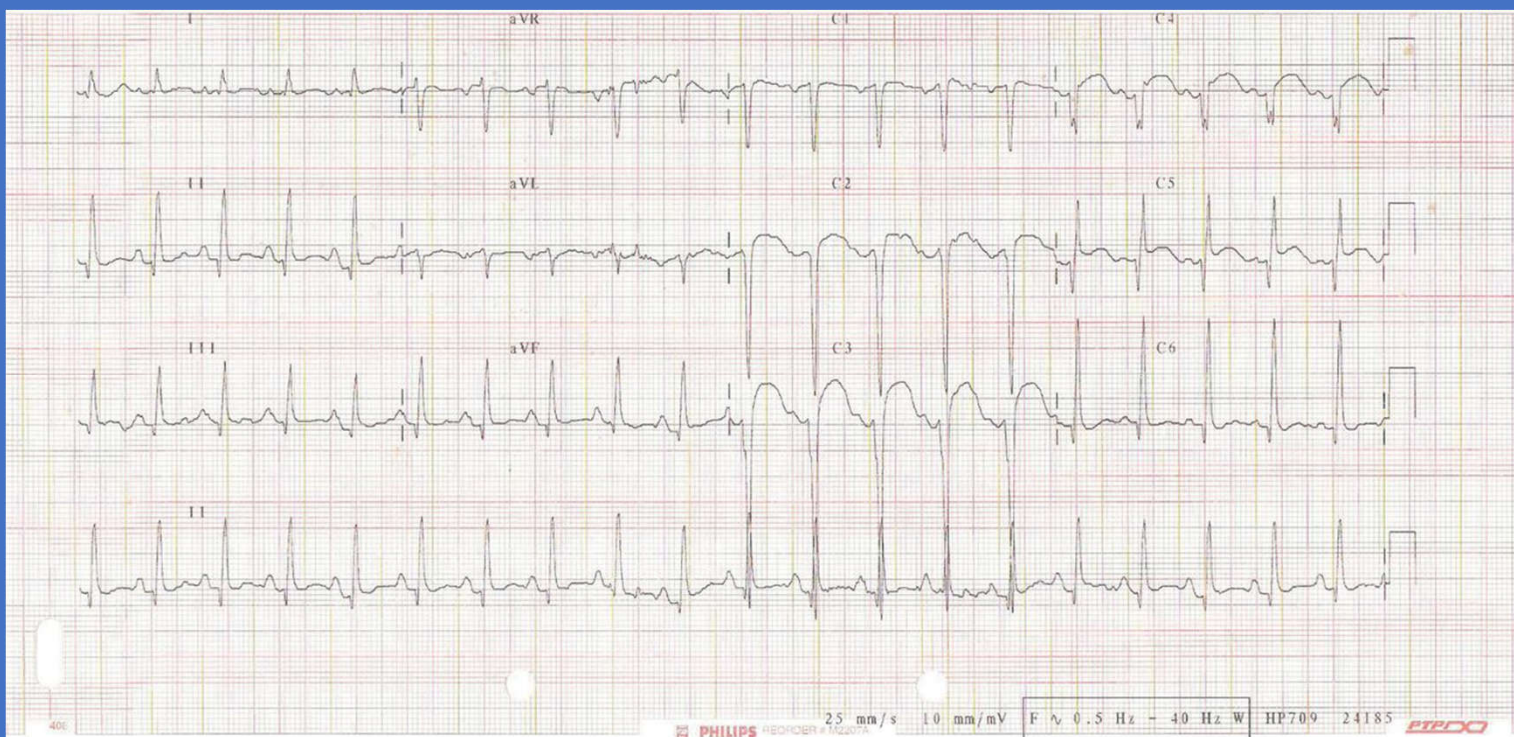


BÀN LUẬN

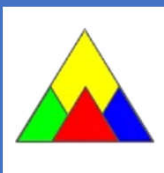
- ECG có ST chênh ngoài nguyên nhân bệnh lý ĐMV còn có nguyên nhân do RL điện giải -> tình huống cấp cứu không điển hình bệnh mạch vành cấp cần có kết quả Ion đồ
- Hạ Kali máu: ST chênh xuống
- Tăng Calci máu: ST chênh lên



BÀN LUẬN



Ca:5.09 mmol/l



BÀN LUẬN

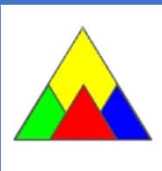
-XN lần đầu không có lon đồ -->
không phát hiện tình trạng hạ Kali
-Dùng lợi tiểu --> Hạ Kali máu
nghiêm trọng hơn

User thực hiện: CN.Nguyễn Vương Quốc Mỹ
Tiền

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: [redacted] Năm sinh: 1966 T/G lấy máu:
Khoa: [redacted] Giới tính: Nữ Người lấy máu:
Đối tượng: [redacted] Thị Lộc T/G nhận mẫu:
Chẩn đoán: Bệnh Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát); ; Loại mẫu:
Địa chỉ: [redacted] Xã Tân Hưng, Huyện Cái Bè, Tiền Giang Chất lượng mẫu:

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Trị số tham chiếu	Thiết bị - Mã QT
Sinh hóa				
Glucose (Enzymatic Color)	6.97	mmol/L	H 3.9 - 6.4	Architect ci 8200-1 - KXN-QTKT SH57
Creatinine (Kinetic Color)	63.9	umol/L	44 - 88	Architect ci 8200-1 - KXN-QTKT SH59
eGFR/MDRD	83.41	mL/min/1.73		
Total Cholesterol (Enzymatic Color)	6.26	mmol/L	H 3.9 - 5.2	Architect ci 8200-1 - KXN-QTKT SH61
LDL Cholesterol	3.84	mmol/L	H <=3.40	Architect ci 8200-1 - KXN-QTKT SH60
Triglycerides (Enzymatic Color)	2.80	mmol/L	H 0.46 - 1.88	
AST (Kinetic UV, IFCC)	20.5	U/L	<31	AU 5800 - KXN-QTKT SH08
ALT (Kinetic UV, IFCC)	14.9	U/L	<31	AU 5800 - KXN-QTKT SH09
GGT (Kinetic UV)	31.8	U/L	5 - 36	AU 5800 - KXN-QTKT SH10

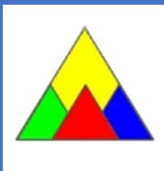


BÀN LUẬN

TABLE 8 - Selected standard laboratory tests for work-up of hypertensive patients^a

- Hemoglobin and/or hematocrit
- Fasting blood glucose and HbA1c
- Blood lipids: total cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol, triglycerides
- Blood potassium and sodium
- Blood uric acid
- Blood creatinine (and/or cystatin C) for estimating GFR with eGFR^a formulas
- Blood calcium
- Urine analysis (first voided urine in the morning), multicomponent dipstick test in all patients, urinary albumin/creatinine ratio, microscopic examination in selected patients

eGFR, estimated glomerular filtration rate; HDL, high-density lipoprotein; LDL, low-density lipoprotein.



BÀN LUẬN

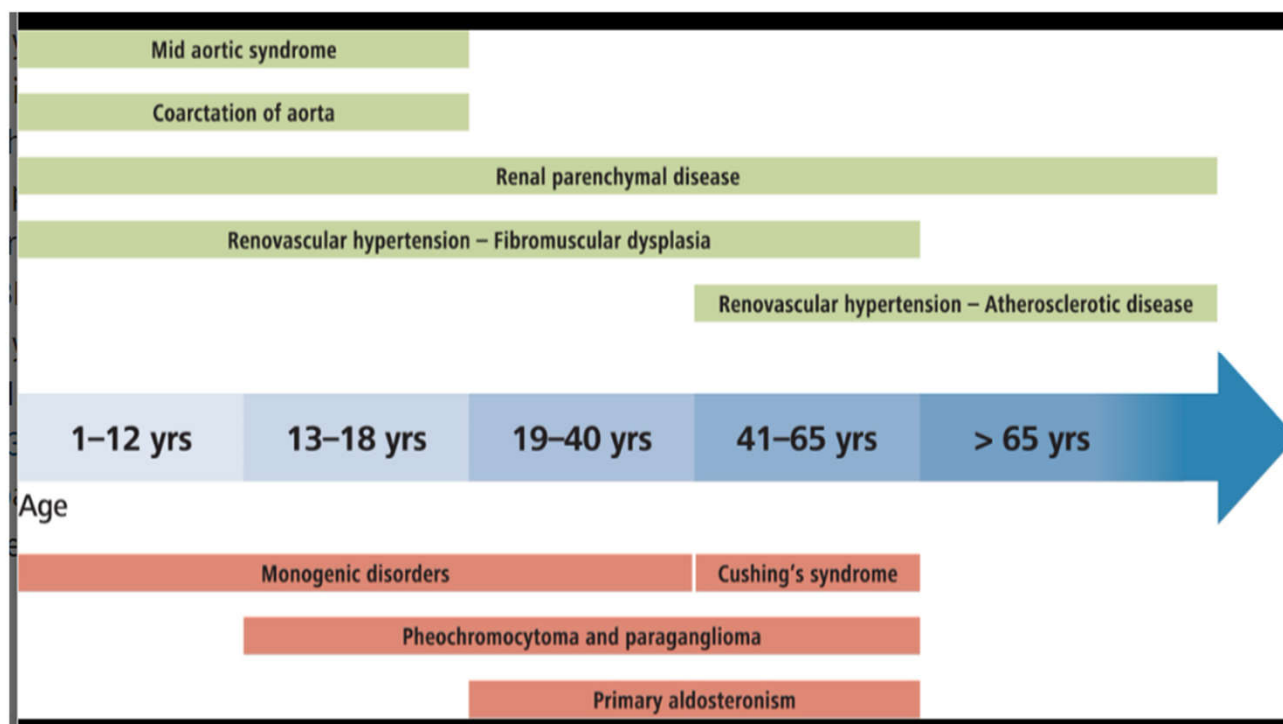


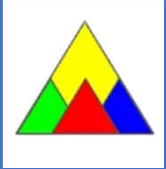
FIGURE 7

Incidence of selected forms of secondary hypertension according to age.

Source

2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension *The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the...*

Journal of Hypertension 41(12):1874-2071, December 2023.



KẾT LUẬN

- ST chênh trên ECG có thể do rối loạn điện giải
- Xét nghiệm máu nên có lon đồ cho bệnh nhân tăng huyết áp
- Tăng huyết áp khó kiểm soát -> tìm nguyên nhân
- HC Conn tác động lên hệ tim mạch do cộng hưởng tăng huyết áp và tăng Aldosterone-> tổn thương cơ tim và mạch máu
- Sau điều trị, bất thường tim mạch cải thiện, huyết áp và yếu tố nguy cơ cần theo dõi điều trị tiếp, thông thường huyết áp có thể về bình thường sau 1 năm .

CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE CỦA CÁC
THẦY CÔ VÀ CÁC ANH CHỊ !

