



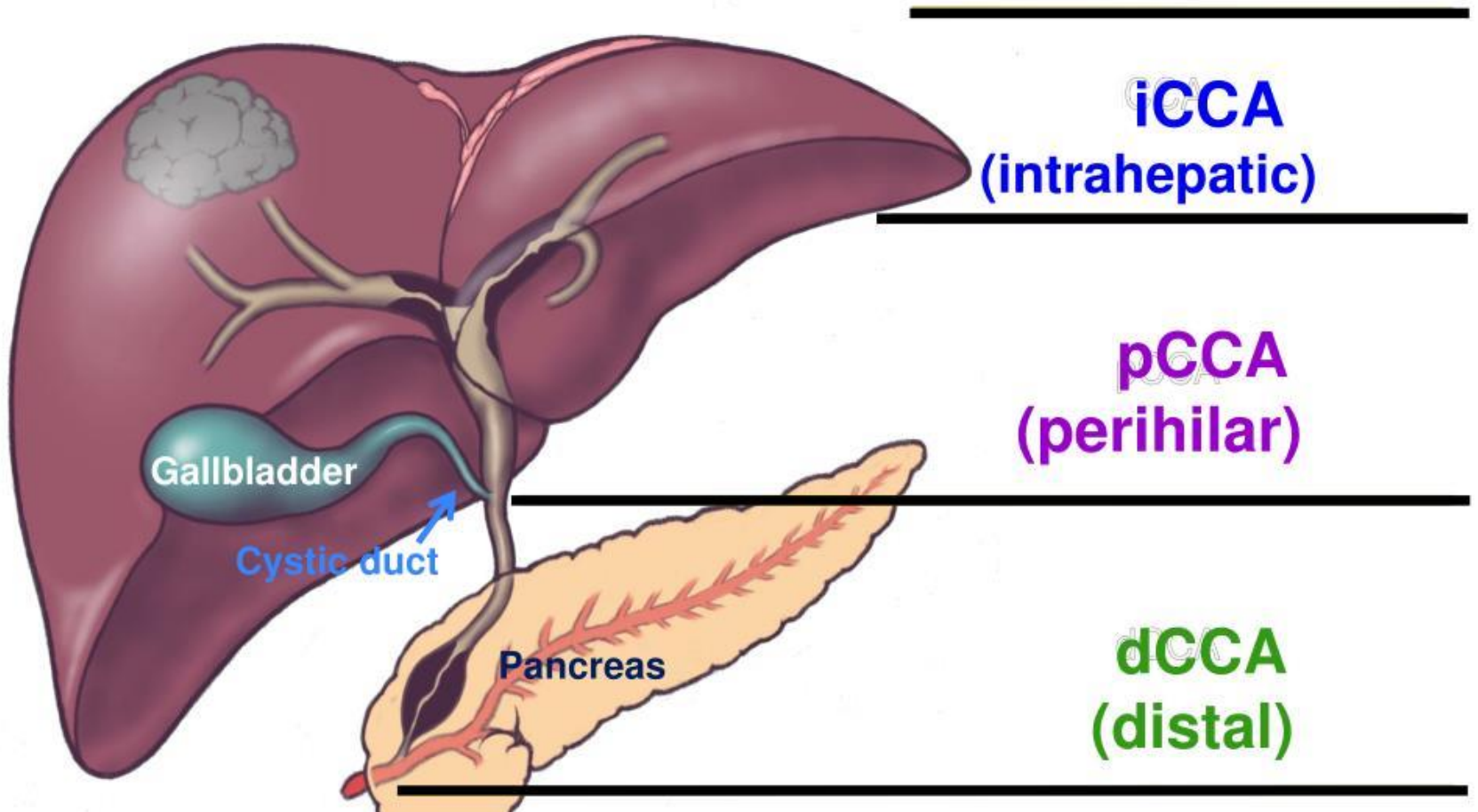
# UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN (INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA)

BS VÕ THỊ PHƯƠNG TRINH  
KHOA SIÊU ÂM – TTYK MEDIC



# TỔNG QUAN VỀ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT

## Classification of Cholangiocarcinoma (CCA)





# HÀNH CHÁNH

- BỆNH NHÂN : NỮ , 43 T
- ID = 4446542 , ĐẾN KHÁM: 22/06/2022
- LÍ DO: KIỂM TRA
- BỆNH SỬ VÀ TIỀN SỬ:
  - mô k giáp cách 5 năm
  - đã đến Medic khám và phát hiện dẫn nhẹ đường mật trong gan tháng 10/ 2022 ( chụp MSCT)



# TIỀN SỬ cách đây 2 năm( tháng 10/2020)

## MEDIC CT SCAN REPORT

STT : 201029041 Ngày ĐK : 29/10/2020 07:24 [Quét QR Code để xem KQ]  
Bệnh nhân : LUONG THỊ CHÂM Tuổi : 41 Nữ  
Địa chỉ : 311A Đoàn Thị Kìa , Kp. Tân Long, P. Tân Đông Hiệp, TX. Dĩ An, T.BÌNH  
DUONG - ĐT : 0974513552  
Bác sĩ chỉ định : BS. PHAN NGUYỄN THIỆN CHÂU  
Bệnh viện : MEDIC Khoa : PK  
LÝ DO KHÁM : ĐAU NGỰC.  
Máy : MSCT 640 \_ 2  
Vùng : CT VÙNG BỤNG Không tiêm 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 gan dẫn nhẹ. Túi mật không to, vách mỏng, không sỏi cản quang. Ống mật chủ không dẫn, không sỏi cản quang  
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường. Không thấy mass bất thường đầu tụy.  
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.  
Phần phụ bình thường.  
Không thấy hạch trong vùng khảo sát.  
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

### \*\*\* KẾT LUẬN:

DẪN NHẸ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 29/10/2020 10:49  
(Bác sĩ đã ký)



Địa chỉ: 311A Đoàn Thị Kìa , Kp. Tân Long, P. Tân Đông Hiệp, TX. Dĩ An, ĐT: 0974513552

T.BÌNH DƯƠNG

Nghề nghiệp: công nhân

Số thẻ BHYT:

Huyết áp: 110/60 Mạch: 73 Cao: 165 cm; Nặng: 74 kg; Nhiệt độ: 37°C

Tiền sử bệnh: mổ K giáp

Lý do đi khám: kiểm tra tổng quát

Lâm sàng: tổng trạng trung bình, tình tiếp xúc tốt, môi hồng, thở không có kéo, tim đều, phổi trong, bụng mềm.

**CHỈ ĐỊNH:**

**1. SIÊU ÂM (2):** SA Bụng Tổng Quát Màu ; SA Tuyến Vú màu

**2. XQUANG (1):** XQ Lồng Ngực Thẳng [Film]

**3. ĐIỆN CHẨN ĐOÁN (1):** Điện tâm đồ (ECG)

**4. NỘI SOI (1):** NS dạ dày - tá tràng

**5. KHÁM BỆNH (1):** Khám Tổng Quát

**XÉT NGHIỆM:**

Giờ	Người lấy mẫu
-----	

--

**TỔNG SỐ XÉT NGHIỆM: 20**

NFS (C.B.C)	hsCRP	AST (SGOT)	Anti HBs
Creatinine/máu (eGFR)	ALT (SGPT)	GGT	TSH (Thế hệ 3)
Glucose (FPG)	Tổng Phân Tích Nước Tiểu	HBsAg (Định Tính)	Free T4
HDL.C	LDL.C	Anti HBc Total	HbA1C
Triglycerides	Cholesterol Total	Anti HCV (Thế hệ 3)	Test H.Pylori C13 (XN Hơi Thở)

**CHỈ ĐỊNH BỔ SUNG:**

Ngày 22 tháng 06 năm 2022 - 06:17

Bác sĩ



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Glucose (mg/dL)	97.38	(70 - 106 mg/dL)	
<b>GGT<sup>1</sup></b>	<b>78.92 H</b>	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	QTSH004
<b>SGOT (AST)<sup>1</sup></b>	<b>19.06</b>	(< 35 U/L)	QTSH005
<b>SGPT (ALT)<sup>1</sup></b>	<b>27.33</b>	(3 - 30 U/L)	QTSH013
hs CRP	<b>18.05 H</b>	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum <sup>2</sup>	<b>0.612</b>	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	<b>111</b>	(≥ 90 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	
LDL Cholesterol <sup>2</sup>	<b>3.03</b>	(< 3.60 mmol/L)	QTSH093
HDL Cholesterol <sup>2</sup>	<b>1.18</b>	(≥ 0.90 mmol/L)	QTSH084
<b>Triglycerides<sup>1</sup></b>	<b>0.699</b>	(0.5 - 2.30 mmol/L)	QTSH015
<b>Cholesterol, Total<sup>1</sup></b>	<b>4.61</b>	(2.6 - 5.2 mmol/L)	QTSH003
<b>IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY</b>			
<b>TSH u.sensitive (3rd G)<sup>1</sup></b>	<b>2.57</b>	(0.32 - 5 µIU/ml)	QTMD009
Free T4 <sup>2</sup>	<b>0.860</b>	(0.71 - 1.85 ng/dl)	QTMD036
<b>HBsAg (Định tính, qualitative)<sup>1</sup></b>	<b>NEG S/CO 0.230</b>	(Index < 1; S/Co < 1)	QTMD017
Anti HBs (Định lượng, quantitative) <sup>2</sup>	<b>0.000</b>	(≥ 10 mIU/mL)	QTMD123
Anti HBc Total (IgG+IgM) <sup>2</sup>	<b>NEG S/CO 0.130</b>	(S/Co < 1, Index < 0.5)	QTMD120
<b>Anti HCV (Định tính, qualitative)<sup>1</sup></b>	<b>NEG S/CO 0.150</b>	(S/Co < 1; Index < 1)	QTMD018
<b>V. SINH HỌC PHÂN TỬ - MOLECULAR BIOLOGY</b>			
Test H.Pylori C13 (Breath test)	<b>POS 11.5/1000</b>	(NEG < 4/1000)	

Ngày: 22/06/2022  
Khoa Xét nghiệm





**TÊN XÉT NGHIỆM KẾT QUẢ KHOẢNG THAM CHIỀU MÃ Q'**  
**I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIỀU	MÃ Q'
<b>HbA1C (HPLC)<sup>1</sup>:</b>	*		QTSH01
HbA1c (IFCC)	<b>32.24</b>	(21.3 - 47.5 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	<b>5.10</b>	(4.10 - 6.50 %A1C)	
<b>NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)<sup>1</sup></b>	*		
<b>WBC</b>	<b>8.68</b>	(4.0-10.0)10 <sup>9</sup> /L	QTHH01
% Neu	<b>61.4</b>	(40 - 74 %)	
% Lym	<b>30.5</b>	(19 - 48 %)	
% Mono	<b>6.0</b>	(3 - 9 %)	
% Eos	<b>1.8</b>	(0 - 7 %)	
% Baso	<b>0.3</b>	(0 - 1.5 %)	
# Neu	<b>5.32</b>	(1.7 - 7.0) 10 <sup>9</sup> /L	
# Lym	<b>2.65</b>	(1.0 - 4.0) 10 <sup>9</sup> /L	
# Mono	<b>0.52</b>	(0.1 - 1.0) 10 <sup>9</sup> /L	
# Eos	<b>0.16</b>	(0 - 0.5) 10 <sup>9</sup> /L	
# Baso	<b>0.03</b>	(0 - 0.2) 10 <sup>9</sup> /L	
<b>RBC</b>	<b>4.59</b>	(3.80 - 5.60)10 <sup>12</sup> /L	QTHH020
<b>Hb</b>	<b>13.2</b>	(12 - 18 g/dL)	QTHH025
Hct	<b>40.6</b>	(35 - 52 %)	
MCV	<b>88.5</b>	(80 - 97 fL)	
MCH	<b>28.8</b>	(26 - 32 pg)	
MCHC	<b>32.5</b>	(31 - 36 g/dL)	
RDW	<b>12.8</b>	(11.0 - 15.7%)	
<b>PLT</b>	<b>222</b>	(130 - 400)10 <sup>9</sup> /L	QTHH021
MPV	<b>10.0</b>	(6.30 - 12.0 fL)	

**URINARY ANALYSIS: \***

**1)Chemistry (Sinh Hóa) : \***

Glucose	<b>NEG</b>	(mmol/L)
Bilirubin	<b>NEG</b>	(µmol/L)
Ketone	<b>NEG</b>	(mmol/L)
Spe-Gravity	<b>1.012</b>	(1.005-1.030)
Blood	<b>POS</b>	(NEGATIVE)
pH	<b>6.0</b>	(4.6-8.0)
Protein	<b>NEG</b>	(g/L)
Urobilinogen	<b>NEG</b>	(µmol/L)
Nitrite	<b>NEG</b>	(NEGATIVE)
Leucocytes	<b>NEG</b>	(NEGATIVE)
Color	<b>Yellow</b>	
Clarity	<b>Clear</b>	

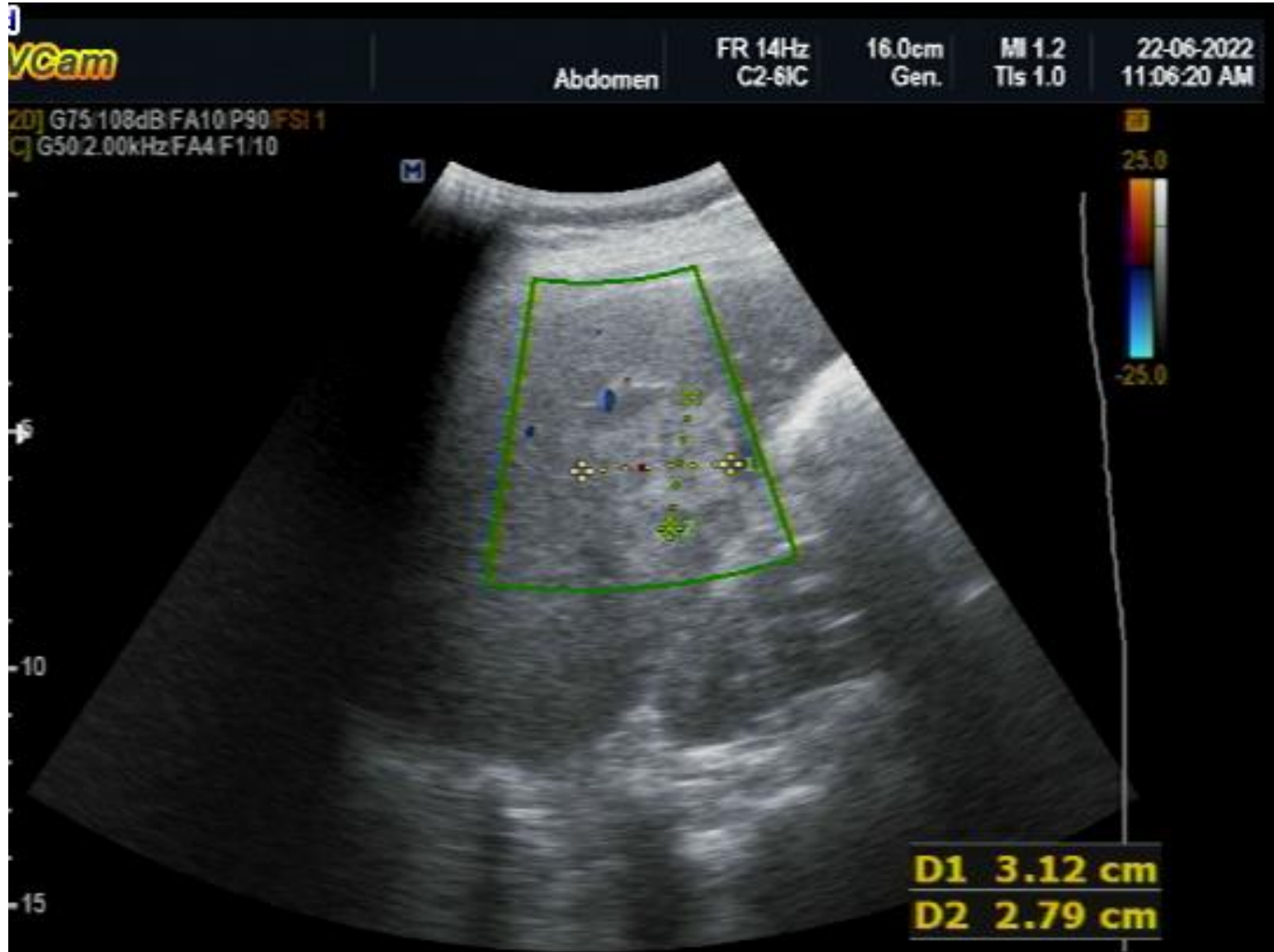
**2)Urine Sediment (Cặn Lắng):**

	.	(particles/µL)
Red Blood Cells	<b>20 H</b>	( 0 - 15 )
Leucocytes	<b>4</b>	( 0 - 15 )
Calcium oxalate monohydrate	<b>0</b>	( 0 - 6 )
Calcium oxalate dihydrate	<b>0</b>	( 0 - 6 )
Amor.Phosphate	<b>0</b>	( 0 - 6 )
Uric acid	<b>0</b>	( 0 - 6 )
Casts	<b>0</b>	( 0 - 6 )
Epithelial Cells	<b>12 H</b>	( 0 - 10 )
Bacteria	<b>22</b>	( 0 - 130 )

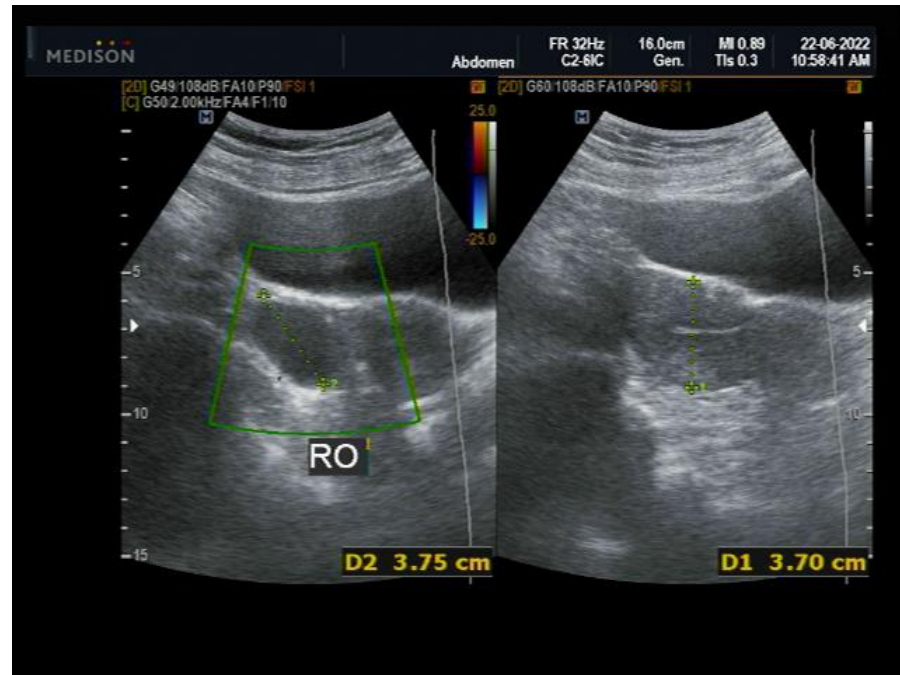
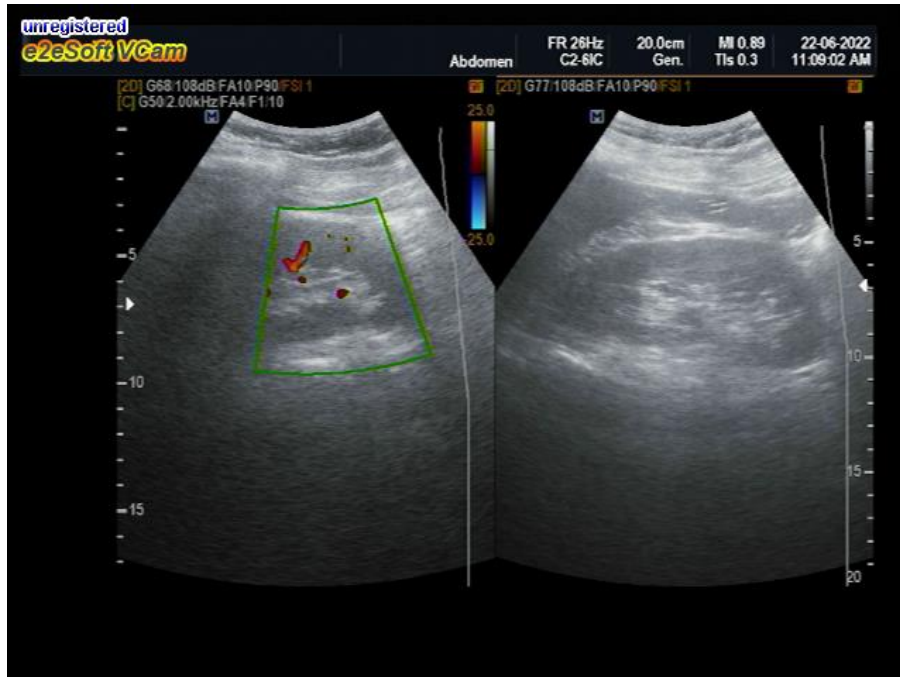
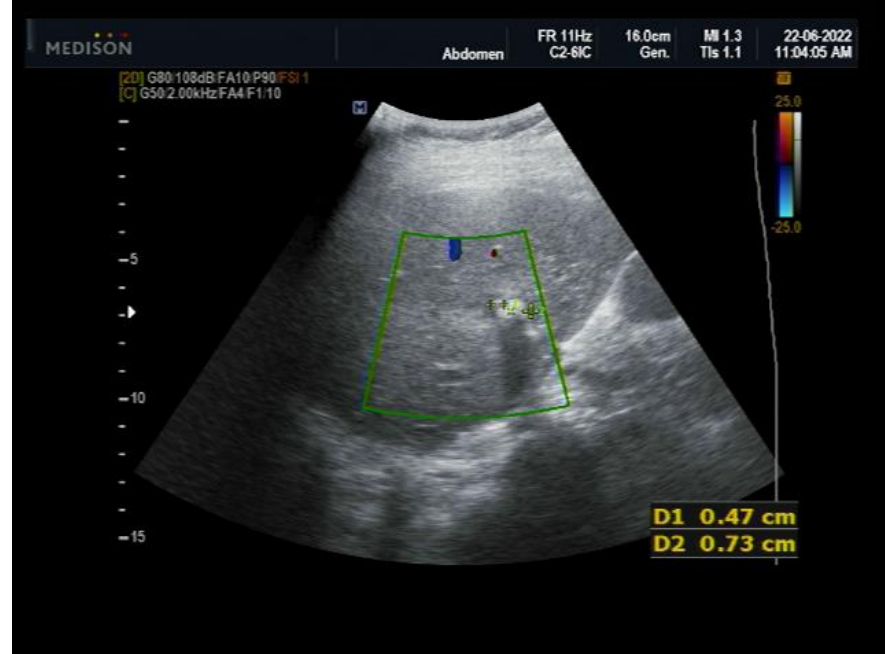
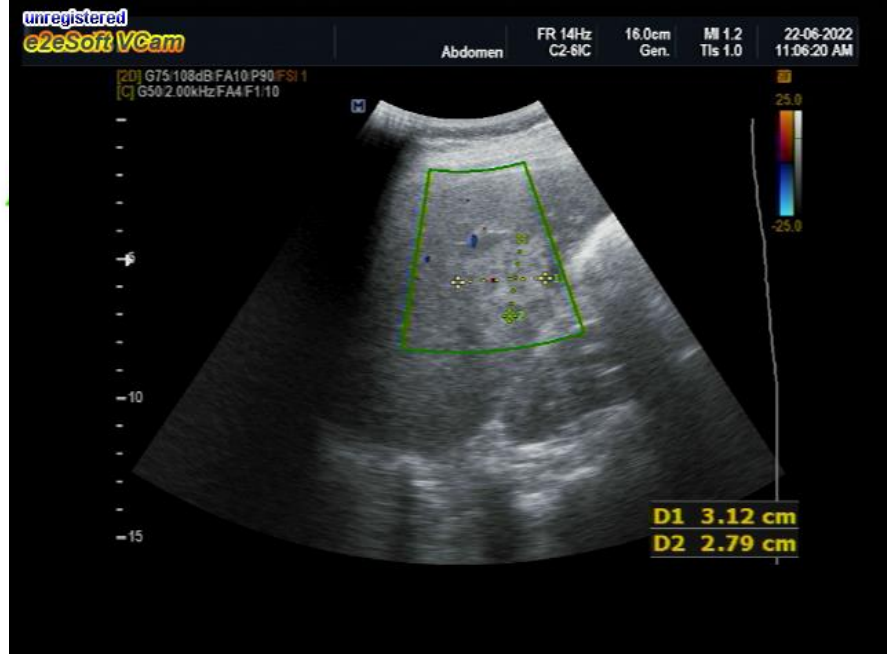
**III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY**

<b>Glucose (mmol/L) (FPG)<sup>1</sup></b>	<b>5.41</b>	(3.90 - 5.90 mmol/L)
---	-------------	----------------------

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









Địa chỉ : 311A Đoàn Thị Kìa , Kp. Tân Long, P. Tân Đông Hiệp, TX. Dĩ An, T. BÌNH DƯƠNG – 0974513552  
Lâm sàng : KIỂM TRA TỔNG QUÁT  
BS chỉ định : BS. CKII. LÝ THANH LÂM BV chỉ định : MEDOC

### **VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU**

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, hạ phần thủy (V) có cấu trúc echo dày không đồng nhất d=31x28 mm, halo (-), không tăng sinh mạch.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan phải có sỏi d =4->7 mm. 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: ngã trước, Dap = 37mm, nội mạc mỏng, không u. BUỒNG TRỨNG (T): không u. BUỒNG TRỨNG (P): CÓ NANG ECHO TRẮNG KHÔNG CHỐT VÁCH, D= 37mm, KHÔNG TĂNG SINH MẠCH.
- Động mạch chủ bụng không phình. Ascites (-). Không hạch ổ bụng. Không tràn dịch màng phổi.



**KẾT LUẬN:** TD TỐN THƯƠNG GAN PHẢI - SỎI ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN PHẢI NANG ĐƠN THỦY BUỒNG TRỨNG PHẢI (O-RADS 2).

**Đề nghị:** XEM KẾT CT BỤNG

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 22/06/2022 11:05  
(Bác sĩ đã ký)

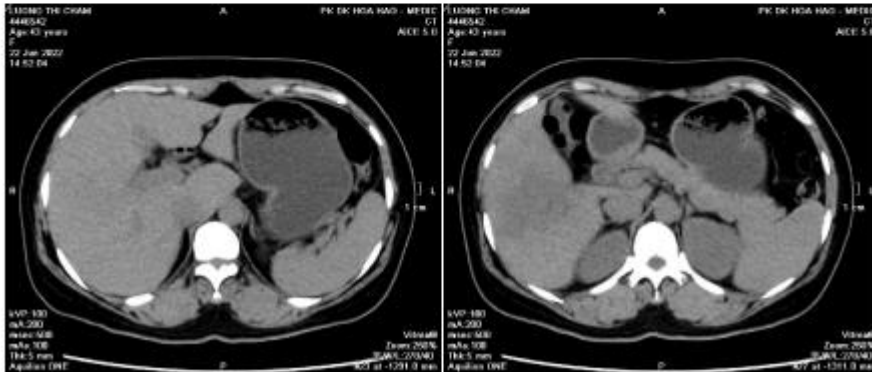
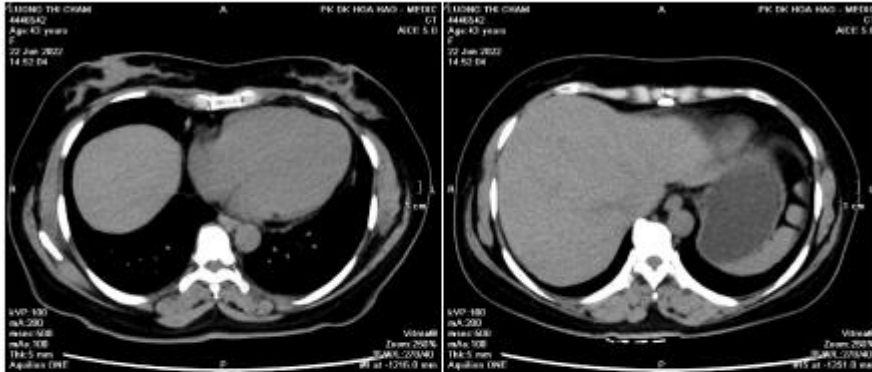
**Bs. Võ Thị Phương Trinh**



## PK DK HOA HAO - MEDIC

Patient ID: 4446542  
Patient Name: LUONG THI CHAM  
Date of Birth: 01 Jan 1979  
Gender: F

Referring Physician:  
Exam Type:  
Scan Date: 22 Jun 2022  
Report Date: 22 Jun 2022-04:30PM

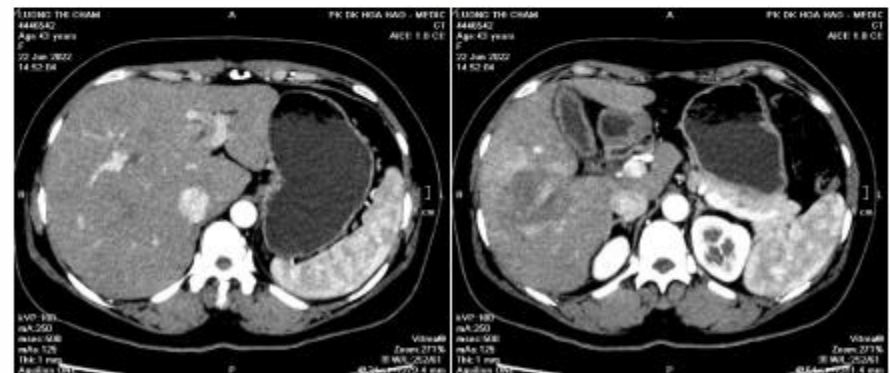
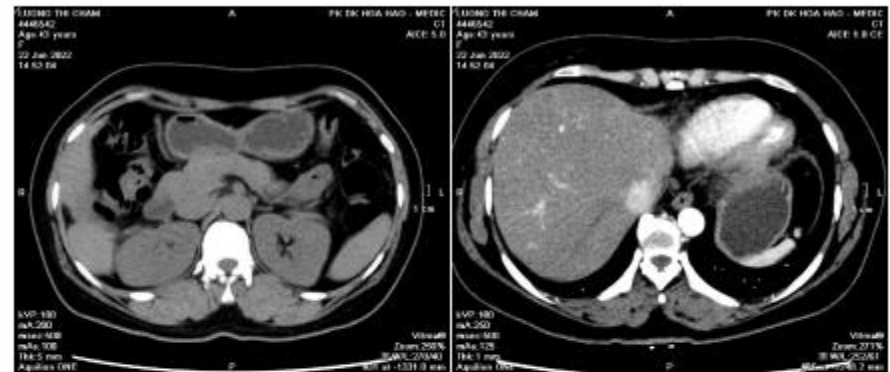


Enter the general comments here.

## PK DK HOA HAO - MEDIC

Patient ID: 4446542  
Patient Name: LUONG THI CHAM  
Date of Birth: 01 Jan 1979  
Gender: F

Referring Physician:  
Exam Type:  
Scan Date: 22 Jun 2022  
Report Date: 22 Jun 2022-04:30PM



Enter the general comments here.





Địa chỉ : 311A Đoàn Thị Kìa , Kp. Tân Long, P. Tân Đông Hiệp, TX. Dĩ An, T.BÌNH DƯƠNG - ĐT : 0974513552  
Bác sĩ chỉ định : BS. CKI. LÝ VĂN PHẢI  
Bệnh viện : MEDIC Khoa : PK  
LÝ DO KHÁM : kiểm tra tổng quát  
Máy : MSCT 640 \_ 2  
Vùng : CT VÙNG BỤNG  
Kết quả : \*\* KỸ THUẬT:

### Tiêm chất tương phản

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. Thương tổn giảm đậm độ ở gan phải, bắt cản quang viền và phù nề mô gan xung quanh, kích thước khoảng 47 x 63mm. Dẫn nhẹ đường mật trong gan hai bên (T>P), không thấy sỏi cản quang

Đường mật trong và ngoài gan không giãn. Túi mật không to, vách mỏng, không sỏi cản quang.

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.

Nang buồng trứng phải # 32mm. Không thấy hạch trong vùng khảo sát.

Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

### \*\*\* KẾT LUẬN:

- THƯƠNG TỔN GAN PHẢI # 47 X 63MM THEO DÕI ÁP XE

- GHI NHẬN DẪN ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN HAI BÊN ( T>P)

- NANG BUỒNG TRỨNG PHẢI

Patient: LUONG THI CHAM Page: 3 of 8

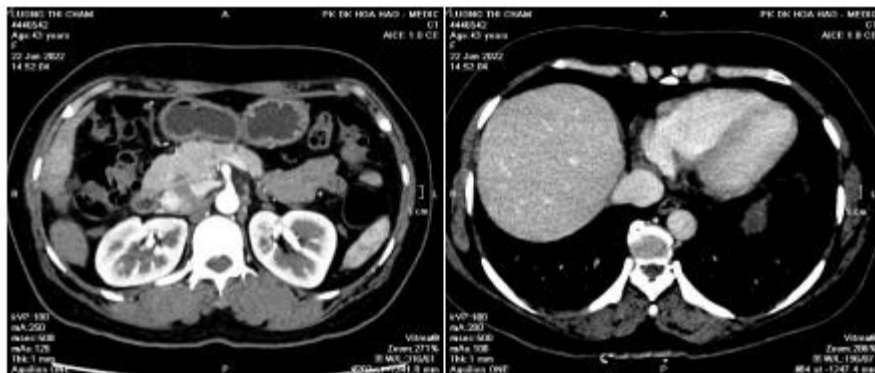
## PK DK HOA HAO - MEDIC

Patient ID: 4446542  
Patient Name: LUONG THI CHAM  
Date of Birth: 01 Jan 1979  
Gender: F

Referring Physician:  
Exam Type:  
Scan Date: 22 Jun 2022  
Report Date: 22 Jun 2022



Tp. Hồ Chí Minh, ngày 22/06/2022 16:43  
(Bác sĩ đã ký)





# KHÁM THÊM CK GAN

Địa chỉ: **311A Đoàn Thị Kìa , Kp. Tân Long, P. Tân Đông Hiệp, TX. Dĩ An, T.BÌNH DƯƠNG** ĐT: **0974513552**

Nghề nghiệp: **công nhân**

Số thẻ BHYT:

Huyết áp: **110/60** Mạch: **73** Cao: **165** cm; Nặng: **74** kg; Nhiệt độ: **36.7°C**

**Tiền sử bệnh:** PARA 2002

VIÊM DẠ DÀY. SUY GIÁP.

**Lý do đi khám:** KHÁM TỔNG QUÁT ---TỔN THƯƠNG GAN ----KIỂM TRA GAN.

**Lâm sàng:** KHÁM LÂM SÀNG GAN HIỆN TẠI CHƯA GHI NHẬN BẤT THƯỜNG.

**Chẩn đoán sơ bộ:** THEO DÕI U GAN NGHI K ĐƯỜNG MẬT

## **CHỈ ĐỊNH:**

MRI Bụng (GADOVIST)

## **XÉT NGHIỆM:**

Giờ	Người lấy mẫu
-----:-----	

--

**TỔNG SỐ XÉT NGHIỆM: 5**

Bilirubin ( T / D / I )	HCC Risk	CA 19.9 (Roche)	
Albumin	C.E.A		

## **CHỈ ĐỊNH BỔ SUNG:**

.....  
.....  
.....

**Ngày 23 tháng 06 năm 2022 - 10:42**

**Bác sĩ**





Địa chỉ: 311A ĐOÀN THỊ KHA , KP. TÂN LONG, P. TÂN ĐÔNG HIỆP, TX. DĨ AN, T.BÌNH DƯƠNG

Đơn vị: *Medic*

Nơi lấy mẫu:

Loại mẫu: **Máu**

BS yêu cầu: HỒ.T.ĐẠT (PK. GAN)

Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
<b>I. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY</b>			
Bilirubin T <sup>2</sup>	<b>0.470</b>	(0.10 - 1.10 mg/dL)	QTSH063
Bilirubin D <sup>2</sup>	<b>0.120</b>	(0.10 - 0.40 mg/dL)	QTSH063
Bilirubin I	<b>0.350</b>	(0.20 - 0.70 mg/dL)	QTSH063
Albumin <sup>2</sup>	<b>4.62</b>	(3.60 - 5 g/dL)	QTSH056
<b>II. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY</b>			
C.E.A <sup>1</sup>	<b><u>16.98 H</u></b>	(< 5 ng/mL)	QTMD007
C.A 19-9 (Roche) <sup>1</sup>	<b><u>&gt;1000 H</u></b>	(< 31 U/mL)	QTMD008.3
<b>III. SINH HỌC PHÂN TỬ - MOLECULAR BIOLOGY</b>			
* HCC Risk (WAKO) <sup>2</sup> :	*		
AFP	<b>1.0</b>	(< 20 ng/ml)	
AFP - L3	<b>&lt;0.5</b>	(0 - 10 %)	
PIVKA II (DCP)	<b>23.27</b>	(< 40 mAU/mL)	

Ngày: 23/06/2022  
Khoa Xét nghiệm



# KQ MRI

**Địa chỉ** : 311A Đoàn Thị Kìa , Kp. Tân Long, P. Tân Đông Hiệp, TX. Dĩ An, T.BÌNH DƯƠNG - ĐT : 0974513552  
**Bác sĩ chỉ định** : **BS. CKI. HỒ TẤN ĐẠT**  
**Bệnh viện** : **MEDIC** **Khoa : PK**  
**LÝ DO KHÁM** : **KHÁM TỔNG QUÁT ---TỔN THƯƠNG GAN -----KIỂM TRA GAN.**  
**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 có tiêm thuốc tương phản Gadolinium, chuỗi xung Axial và coronal T2WI fatsat, Axial T1 GRE, các thông số kỹ thuật được in ở góc trái mỗi hình

## MÔ TẢ

Thương tổn ở gan hạ phân thùy V-VI kích thước 43x54mm, giới hạn rõ, trên hình T2 có tín hiệu cao hơn nhu mô gan và thấp hơn dịch não tủy. Trên hình T1 có tín hiệu thấp hơn nhu mô gan, thương tổn bắt thuốc gado chậm thì trễ, có phù mô xung quanh.

Không huyết khối tĩnh mạch cửa.

Đường mật trong và ngoài gan không giãn

Túi mật không to.

Ống mật chủ không dẫn, không sỏi

Lách không to, cường độ tín hiệu trong giới hạn bình thường

Nang thận phải 8mm.

Không thấy tràn dịch ổ bụng, các hạch vùng rốn gan , KT max 8mm.

## \*\*\* KẾT LUẬN:

**KHẢ NĂNG K ĐƯỜNG MẬT HẠ PHÂN THÙY V- VI KÍCH THƯỚC 43 X 54MM.**

**NANG THẬN PHẢI.**

**CÁC HẠCH VÙNG RỐN GAN .**

**Tp. Hồ Chí Minh, ngày 24/06/2022 09:16**  
**(Bác sĩ đã ký)**



# KQ MRI

## PK DK HOA HAO - MEDIC

<b>Patient ID:</b> 4446542	<b>Referring Physician:</b>
<b>Patient Name:</b> LUONG THI CHAM	<b>Exam Type:</b> abdomen*MEDIC MEDICAL CENTER
<b>Date of Birth:</b> 01 Jan 1979	<b>Scan Date:</b> 23 Jun 2022
<b>Gender:</b> F	<b>Report Date:</b> 24 Jun 2022-07:30AM





BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Khoa Giải Phẫu Bệnh

Địa chỉ: 201B Nguyễn Chí Thanh, quận 5, Tp. Hồ Chí Minh Mã số GPB: 22-20604

Số nhập viện: 2220060317

Nội trú: Khoa Ngoại Gan mật tụy (4B3)



## PHIẾU KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH

Họ tên: LƯƠNG THỊ CHÂM

Năm sinh: 1979 43 tuổi Giới: Nữ

Địa chỉ: Tân Long, Phường Tân Đông Hiệp, Thành phố Dĩ An, Tỉnh Bình Dương

Điện thoại:

Chẩn đoán lâm sàng: u đường mật

Bác sĩ chỉ định: Đoàn Tiến Mỹ

Nơi chỉ định: Khoa PT-GMHS

Ngày lâm sàng lấy mẫu: 06-07-2022

Ngày nhận mẫu: 07-07-2022

### ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH

BS phẫu tích:

KTV xử lý mô:

KTV nhuộm H&E:

KTV vùi mô:

KTV cắt vi thể:

Mô tả đại thể : - Túi 1: Túi mật 8x5x4cm dây 0.3cm A

- Túi 2: Gan 15x10x9cm có u đường kính lớn nhất 6cm mặt cắt màu trắng đặc, cách bờ phẫu thuật 0.3cm, B: bờ phẫu thuật gan, CDE: u

Mô tả vi thể : 1/ Mẫu mô cho thấy hình ảnh tân sản tế bào tuyến, nhân dị dạng ái kiềm, tỉ lệ N/C>1, các tế bào xếp thành tuyến không điển hình, xâm nhập thần kinh.

Nhuộm H&E 2/ Mẫu mô túi mật cho thấy lớp niêm mạc tuyến trụ loét, nề trợt lớp mô đệm, Mô đệm xâm nhập lymphô bào, mô bào và bạch cầu đa nhân trung tính, tăng sinh tế bào sợi

KQ hóa mô :

miễn dịch

Nhuộm khác :

### KẾT LUẬN:

1/ CARCINOMA TUYẾN ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN, XÂM NHẬP THẦN KINH (E).

2/ VIÊM TÚI MẬT MẠN TÍNH

Đề nghị:

Khoa GPB, Ngày 12 tháng 07 năm 2022

Bác sĩ Giải phẫu bệnh

Ths.Bs Phạm Quang Thống





## BIÊN BẢN HỘI CHẨN UNG BƯỞU

(Lúc: 17 giờ 30 phút, ngày 13 tháng 07 năm 2022)

### I. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân: Lương Thị Châm

Năm sinh: 1979      Giới tính: Nữ

Địa chỉ: Bình Dương

Số đ. thoại:

Mã y tế: 079048.228247831

Số phiếu: KUB.2207.0754

Chẩn đoán hiện tại:

ICD: C22

Chủ tọa: TS.BS.Lê Tuấn Anh (GDTT)

Thư ký: Ths.Bs.Đào Nguyễn Hằng Nguyên

Thành viên: Ths.Bs.Nguyễn Thị Minh Huệ, BSCKI.Nguyễn Đăng Thuận An, BSCKI.Nguyễn Lam Giang, ThsBs.Trần Hoàng Hiệp, TS.BS.Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng, ThsBs.Nguyễn Hà Gia Hưng, BSCK2.Vương Đình Thy Hào (PTK), BS.Nguyễn Thị Thu Hằng, Ths.Bs.Nguyễn Thị Bích Liên, ThsBs.Nguyễn Thị Thanh Mai, BSCKI.Trần Minh Mẫn, BS.Nguyễn Tấn Phong, Ths.Bs.Châu Đỗ Trương Vi, BSCK2.Nguyễn Văn Đô (TK), BSCKI.Phạm Phú Đồng

### II. TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỂN BIẾN BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Bệnh sử:

U ÁC ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN ĐẢ PT (6/7/2022). TTPT: U ĐƯỜNG MẬT HPT V, VI CÓ XÂM LẤN SANG HPT VII. PT CẮT GAN HPT V, VI, NỐI ỐNG GAN HPT VII - HỒNG TRĂNG

2. Tiền căn:

3. Khám lâm sàng:

ECOG:

4. Kết quả xét nghiệm chuyên khoa

- Giải phẫu bệnh: CARRCINOMA TUYẾN ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN, XÂM NHẬP THẦN KINH

- Hình ảnh học: MRI BỤNG 24/6/22: KHẢ NĂNG K ĐƯỜNG MẬT HPT V-VI 43x54MM, CÁC HẠCH VÙNG RÓN GAN 8MM

### III. NỘI DUNG THẢO LUẬN THỐNG NHẤT Ý KIẾN

Chẩn đoán xác định: U ÁC ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN ĐẢ PT (6/7/2022)

### IV. KẾT LUẬN

Hướng xử trí: Hóa trị    Xạ trị    Phẫu thuật    Khác

Phác đồ:

Ngày hẹn: 02-08-2022

Ghi chú:

THƯ KÝ

CHỦ TỌA






S

N ĐƯỢC  
H DÂN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**GIẤY RA VIỆN**

MS: 01/BV-01  
Số lưu trữ: 2220060317  
Mã y tế : 228244604



- Họ tên người bệnh: LƯƠNG THỊ CHÂM Năm sinh: 1979 Giới:  Nữ  Nam  
 - Dân tộc: Kinh - Nghề nghiệp: Nội trợ  
 - Mã số BHXH/Thẻ BHYT số: GD 4 74 74 082 88559 - Giá trị thẻ: từ 10/01/2022 đến 09/01/2023  
 - Địa chỉ: Tân Long, Phường Tân Đông Hiệp, Thành phố Dĩ An, Tỉnh Bình Dương  
 - Vào viện lúc: giờ , ngày 4/7/2022 Ra viện lúc: giờ , ngày 14/7/2022  
 - Bác sĩ điều trị: Nguyễn Nguyễn Khôi  
 - Chẩn đoán: C22.1 - Ung thư biểu mô đường mật trong gan ( Ung thư đường mật gan hạ phân thùy V-VI/ cắt toàn bộ tuyến giáp)  
 - Phương pháp điều trị: Phẫu thuật Cắt túi mật, cắt gan hạ phân thùy V-VI, nối ống gan hạ phân thùy VII - hồng tràng Roux-En-Y, dẫn lưu ống mật chủ qua ống túi mật. Kháng sinh, dinh dưỡng, giảm đau  
 - Ghi chú: Uống thuốc theo toa. Cắt chỉ vết mổ 16/07/2022 tại y tế địa phương.

Ngày 14 tháng 7 năm 2022

**GIÁM ĐỐC**  
PHÓ TRƯỞNG PHÒNG KHTH  
BỘ BỆNH VIỆN CHỢ RẪY  
BS. Trương Thế Hiệp  
A23-CR01-0203

Ngày 14 tháng 7 năm 2022

**TRƯỞNG KHOA ĐIỀU TRỊ**  
FGS/BS-PHAN MINH THỊ  
Phó Khoa Ngoại GAN-MẬT-TỤY  
A23-YD-CR-34

miễn dịch  
Nhuộm khác :

**KẾT LUẬN:**

- 1/ CARCINOMA TUYẾN ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN, XÂM NHẬP THẦN KINH (E).
- 2/ VIÊM TÚI MẬT MẠN TÍNH

Đề nghị:



# TỔNG QUAN VỀ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT

## Cholangiocarcinoma

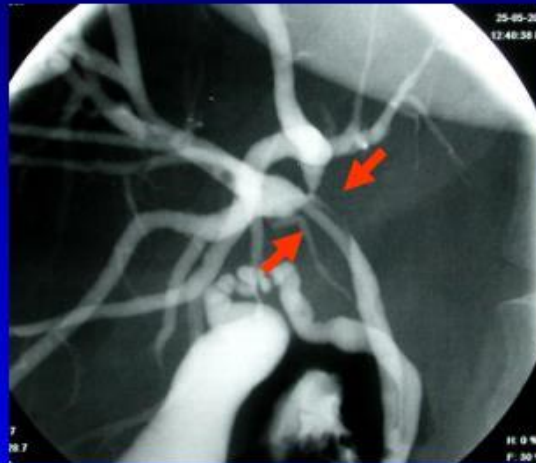
### Location

#### Peripheral



- 7-20%
- Intrahepatic mass
- Cirrhosis uncommon
- Etiology unknown

#### Hilar



- 40-60%
- Biliary confluence
- Most common

#### Distal



- 20-30%
- 10-15% of peripancreatic tumors



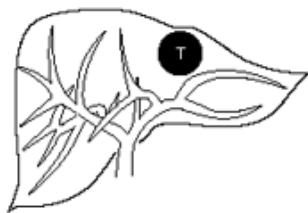
# UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN ( intrahepatic cholangiocarcinoma)

- ❑ là loại ung thư không thường gặp (7-20%), có nguồn gốc từ quá trình viêm nhiễm đường mật trong gan gây quá sản biểu mô đường mật.
- ❑ Các nn thường gặp: viêm chít đường mật, bệnh đường mật bẩm sinh, sỏi trong gan, sán lá gan, kí sinh trùng/ châu á.
- ❑ Năm 1979 Koprowski phát hiện ra chất chỉ điểm khối u là CA 19-9 ( độ nhạy 89% và đặc hiệu 86%) để giúp chẩn đoán và theo dõi sau điều trị, CEA giá trị thấp hơn ( 54%)
- ❑ Hiệp hội ung thư Nhật Bản năm 1997 chia thành 3 loại: thể u , thể thâm nhiễm , thể trong lòng đường mật

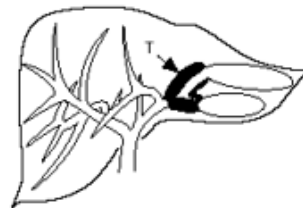


# CÁC HÌNH THÁI UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN (tt)

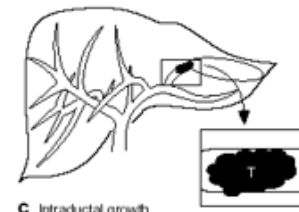
- Thê u: xâm lấn tĩnh mạch cửa, thường có di căn gan đối bên
- Thê thâm nhiễm: tổn thương lan dọc theo cuống glisson -> hay có di căn hạch cuống gan
- Thê trong lòng ống mật: khối u xuất phát từ 1 điểm trên cây đường mật



*Thê u*



*Thê thâm nhiễm quanh đường mật*



**C** Intraductal growth

*Thê phát triển trong lòng đường mật*





# GIẢI PHẪU BỆNH

tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/4038



PDF

Ngày xuất bản: 15/02/2023

Số lượt xem tóm tắt: 380

Số lượt xem PDF: 98

## ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN THEO PHÂN LOẠI WHO 2019 TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2019-2022

Nguyễn Thị Duyên<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thủy Hương<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup> Đại học Y Hà Nội

### Tóm tắt

Ung thư biểu mô đường mật trong gan (UTBMĐMTG) là một nhóm các khối u ác tính không đồng nhất, đứng thứ hai trong các tổn thương ác tính của gan chỉ sau ung thư biểu mô tế bào gan. Năm 2019, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra bảng phân loại mới bao gồm hai nhóm chính là UTBMĐMTG tít ống lớn và UTBMĐMTG tít ống nhỏ và các thứ tít hiếm gặp. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các tít mô bệnh học của ung thư biểu mô đường mật trong gan theo WHO 2019 và đối chiếu hai tít mô bệnh học chính với một số đặc điểm giải phẫu bệnh – lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 34 trường hợp UTBMĐMTG được phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai từ 01/2019 đến tháng 06/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Tít ống lớn chiếm 41.2%, tít ống nhỏ 50.0%, 02 trường hợp UTBM tít tuyến vảy và 01 trường hợp tít dạng lympho-biểu mô. U biệt hóa vừa chiếm 61.8% và kém biệt hóa chiếm 38.2%. pT1 chiếm ưu thế với 73.5%. Tỷ lệ di căn hạch là 26.5%, xâm nhập mạch là 20.6% và xâm nhập thần kinh là 50.0%. UTBMĐMTG tít ống lớn có liên quan đến tình trạng xâm nhập thần kinh cao hơn ( $p=0.020$ ) và nồng độ trung bình CA19-9 huyết thanh trước mổ cao hơn nhiều lần so với tít ống nhỏ ( $p<0.001$ ). Không tìm thấy mối liên quan giữa phân tít mô bệnh học với các yếu tố kích thước u, độ mô học, mức độ xâm lấn của u, tình trạng di căn hạch và tình trạng xâm nhập mạch máu ( $p>0.05$ ). **Kết luận:** Tít ống lớn chiếm 41.2%, tít ống nhỏ 50.0%. UTBMĐMTG tít ống lớn có liên quan đến tình trạng xâm nhập thần kinh và nồng độ trung bình CA19-9 huyết thanh trước mổ cao hơn tít ống nhỏ.





# TLTK

**Siêu âm** là phương tiện chẩn đoán đầu tiên đối với bệnh nhân vàng da. Biểu hiện chính là hình ảnh đường mật bị giãn, siêu âm rất khó nhận biết vị trí của khối u.

**Chụp cắt lớp điện toán (CT Scan)** đánh giá được vị trí u, mức độ xâm lấn của u vào gan và di căn, nhưng CT không thể phát hiện u nhỏ hơn 1 cm.

**Chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP)** có giá trị trong chẩn đoán u đường mật. Thuận lợi lớn nhất của MRCP là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, tránh được tia X, cho phép quan sát được toàn bộ hình ảnh đường mật, tuy nhiên đôi khi MRCP khó phân biệt giữa u và sỏi hoặc bùn mật. Hiện nay, tại nhiều trung tâm y khoa, MRCP trở thành một phương tiện chẩn đoán trước phẫu thuật có giá trị đối với bệnh nhân ung thư đường mật.

**Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), chụp đường mật xuyên gan qua da (PTC) và siêu âm qua nội soi (EUS).** Bác sĩ có thể chọn các kỹ thuật này trong một số trường hợp cần thiết, nhất là khi cần xác định bản chất mô học của u. Tuy nhiên, cho đến hiện nay vẫn chưa có kỹ thuật chẩn đoán nào chính xác 100%, u vẫn có thể bị nhầm là sỏi hay bùn mật trên các chẩn đoán hình ảnh.

**Các xét nghiệm máu:** bilirubin (trực tiếp, gián tiếp, tổng cộng), phosphatase kiềm, men gan, đông máu, đây là các xét nghiệm đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường mật và chức năng của gan. Các xét nghiệm đo nồng độ chất chỉ thị ung thư trong máu như CEA tăng trong 40-60% trường hợp, CA 19.9 tăng trong 80% trường hợp.

**Sinh thiết:** xác định bản chất mô học của tế bào của khối u, có nhiều phương pháp như chọc kim nhỏ qua da, qua nội soi mật tụy ngược dòng, qua siêu âm nội soi... hoặc tìm tế bào ung thư trong dịch mật.

## Điều trị ung thư đường mật

### Phẫu thuật

Phẫu thuật triệt để là phương pháp duy nhất cải thiện thời gian sống còn của bệnh nhân. Tuy nhiên, có trên nửa số trường hợp trong khi phẫu thuật phát hiện có di căn phúc mạc hoặc di căn xa dù các phương tiện chẩn đoán trước mổ cho thấy còn khả năng làm phẫu thuật triệt để.

Do bản chất xâm lấn tại chỗ và do vị trí nên khả năng phẫu thuật điều trị triệt để ít và khó thực hiện. Trong đa số trường hợp, ngoài việc cắt bỏ đường mật có u, bác sĩ phẫu thuật phải cắt luôn phần gan có u xâm lấn. Dự hậu của ung thư đường mật rất xấu, đặc biệt là ung thư vùng rốn gan, nếu không điều trị, bệnh nhân tử vong do suy gan và di căn trong vòng 3 – 6 tháng. Trong nhiều trường hợp được phát hiện, khối u thường đã xâm lấn gan vào các cấu trúc quan trọng lân cận như



# Radiographic features

## Ultrasound

The appearance will vary according to the growth pattern.

**Mass-forming:** tumours will be a homogeneous mass of intermediate echogenicity with a peripheral hypoechoic halo of compressed liver parenchyma. They tend to be well delineated but irregular in outline and are often associated with capsular retraction <sup>2</sup> which, if present, helps distinguish cholangiocarcinomas from other hepatic tumours.

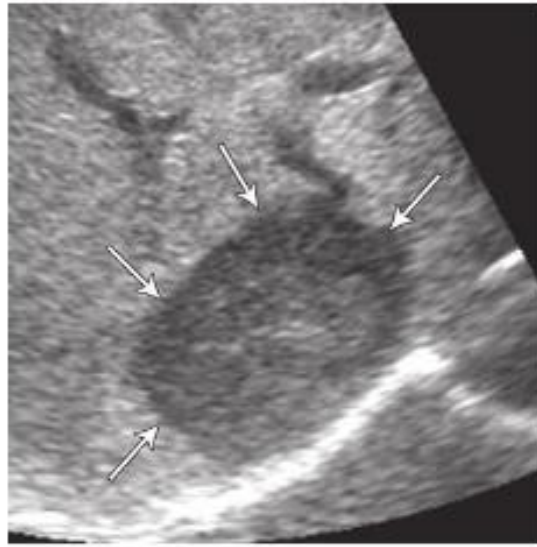
**Periductal infiltrating:** tumours typically are associated with altered calibre bile duct (narrowed or dilated) without a well-defined mass.

**Intraductal:** tumours are characterised by alterations in duct calibre, usually duct ectasia with or without a visible mass. If a polypoid mass is seen, it is usually hyperechoic compared to surrounding liver <sup>2</sup>.

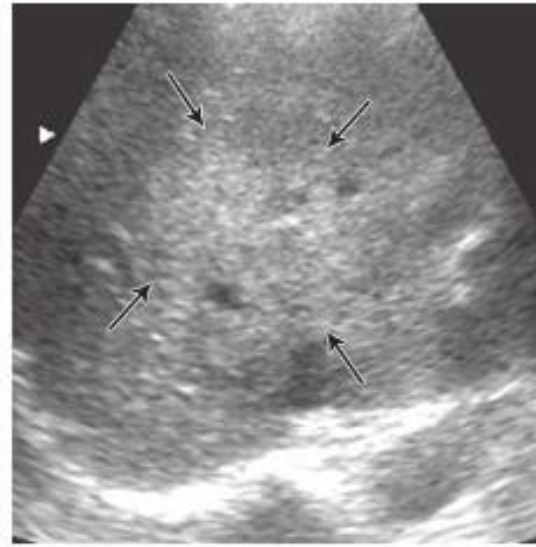
## Contrast-enhanced ultrasound

Contrast-enhanced ultrasound may aid with the diagnosis of cholangiocarcinoma <sup>8</sup>:

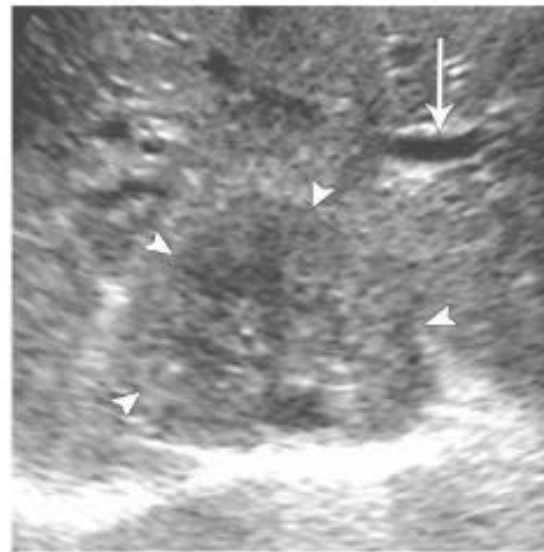
- arterial phase
  - peripheral irregular rim-like enhancement
  - heterogeneous central hypoenhancement
- portal venous phase / delayed phase
  - decreased echogenicity relative to background liver ("wash out")



a.



b.



c.

Mass-forming peripheral cholangiocarcinomas. (a) Transabdominal US image obtained in a 73-year-old woman shows a hypoechoic lesion (arrows). (b) Transabdominal US image obtained in a 41-year-old man shows a hyperechoic lesion (arrows). (c) Transabdominal US image obtained in a 66-year-old woman shows a mixed-echogenicity lesion (arrowheads) with biliary dilatation (arrow).



# TÀI LIỆU THAM KHẢO

VIETNAMESE MEDIC ULTRASOUND

ultrasoundmedicvn.com/search?q=cholangiocarcinoma

Showing posts sorted by relevance for query **cholangiocarcinoma**. Sort by date Show all posts

Saturday, 20 February 2021

**CASE 606: EXTRAHEPATIC MULTIPLE CHOLANGIOCARCINOMA, Dr VÕ HIẾU THÀNH, Dr NGUYỄN THỊ BÍCH NGỌC, Dr PHAN THANH HẢI, MEDIC MEDICAL CENTER, HCMC, VIETNAM.**

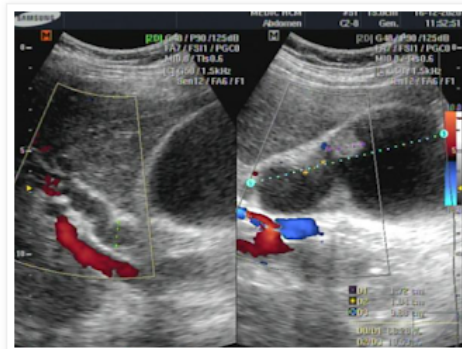
Female patient 31yo, loss of weight, RUQ and epigastric pain for some months with unknown cause of dilatation of intra-extrahepatic biliary tree.

At Medic Center, ultrasound shows a distention of gall bladder #132x62 mm without stone and some 10 - 17mm no vascular sign polyps. Furthermore there was a # 10 mm dilated common bile duct without stone downward to pancreas head. Intrahepatic biliary tree dilated slightly without stone.

About Me

**VIETNAMESE MEDIC**  
**ULTRASOUND DIAGNOSIS**

[View my complete profile](#)





# BÀN LUẬN

- Ung thư đường mật trong gan chiếm tỉ lệ thấp (7->20%), khó chẩn đoán vì không có triệu chứng lâm sàng
- Trên Bệnh nhân này đã có dẫn đường mật trước đó nhưng không có các xn marker và bệnh nhân chủ quan không đi tái khám trong thời gian dài nên khi phát hiện u kích thước đã lớn (4cm)
- Khi siêu âm thấy dẫn đường mật -> nên cho bệnh nhân xn thêm CA 19.9 và cần xem xét MRI để được chẩn đoán sớm hơn.





# BÀN LUẬN (tt)

- Tỷ lệ mắc ung thư đường mật tăng theo tuổi, đây là loại ung thư phát triển chậm, xâm lấn các cấu trúc bên trong -> vì vậy chẩn đoán thường muộn cho đến khi các ống dẫn mật đã bị tắc nghẽn.
- Sỏi mật không phải là yếu tố nguy cơ nhưng sỏi trong gan làm tăng nguy cơ ung thư ống mật
- Những bệnh bẩm sinh làm tăng nguy cơ như Lynch II và hội chứng Caroli.
- Siêu âm là chỉ định đầu tiên nhưng giá trị thấp (45%), CT giá trị cao hơn nhưng còn nhiều hạn chế, dễ bỏ sót khi u nhỏ < 1cm -> MRI là pp tối ưu nhờ độ phân giải mô mềm tốt



# TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng quan ung thư biểu mô đường mật trong gan/ Ung thư học.vn
2. Đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đường mật trong gan/ Tapchihocvietnam.vn
3. Peripheral intrahepatic cholangiocarcinoma /European journal of ultrasound/ page 93->99 , April 1998
4. Case 606/ page medic.com.vn

THANK  
YOU

