

GIẢI PHẪU BỆNH

TÀI LIỆU SƯU TẦM – TỔNG HỢP

[Giới thiệu](#) [Information](#) [Mục lục](#)



BÁCH KHOA Y HỌC 2010

Biên soạn ebook : **Lê Đình Sáng**

ĐẠI HỌC Y KHOA HÀ NỘI

Trang web : www.ykhoaviet.tk

Email : Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com

Điện thoại : 0973.910.357

THÔNG TIN

THÔNG BÁO VỀ VIỆC XUẤT BẢN BÁCH KHOA Y HỌC 2010 :

Theo yêu cầu và nguyện vọng của nhiều bạn đọc, khác với Bách Khoa Y Học các phiên bản trước, bên cạnh việc cập nhật các bài viết mới và các chuyên khoa mới, cũng như thay đổi cách thức trình bày, Bách Khoa Y Học 2010 được chia ra làm nhiều cuốn nhỏ, mỗi cuốn bao gồm một chủ đề của Y Học, như thế sẽ giúp bạn đọc tiết kiệm được thời gian tra cứu thông tin khi cần. Tác giả xin chân thành cảm ơn tất cả những ý kiến đóng góp phê bình của quý độc giả trong thời gian

qua. Tất cả các cuốn sách của bộ sách Bách Khoa Y Học 2010 bạn đọc có thể tìm thấy và tải về từ trang web www.ykhoaviet.tk được Lê Đình Sáng xây dựng và phát triển.

ỦNG HỘ :

Tác giả xin chân thành cảm ơn mọi sự ủng hộ về mặt tài chính để giúp cho Bách Khoa Y Học được phát triển tốt hơn và ngày càng hữu ích hơn.

Mọi tấm lòng ủng hộ cho việc xây dựng một website dành cho việc phổ biến tài liệu học tập và giảng dạy Y Khoa của các cá nhân và Doanh nghiệp xin gửi về :

Tên ngân hàng : NGÂN HÀNG ĐẦU TƯ VÀ PHÁT TRIỂN VIỆT NAM

Tên tài khoản ngân hàng : Lê Đình Sáng

Số tài khoản : 5111-00000-84877

CẢNH BÁO :

TÀI LIỆU NÀY CHỈ MANG TÍNH CHẤT THAM KHẢO nhằm mục đích nâng cao hiểu biết về Y khoa. Tuyệt đối không được tự ý áp dụng các thông tin trong ebook này để chẩn đoán và tự điều trị bệnh, nhất là với những người không thuộc ngành Y . Tác giả ebook này không chịu bất cứ trách nhiệm gì liên quan đến việc sử dụng thông tin trong cuốn sách để áp dụng vào thực tiễn của bạn đọc. Đây là tài liệu sưu tầm từ nhiều tác giả khác nhau, nhiều cuốn sách khác nhau, chưa được kiểm chứng , vì thế mọi thông tin trong cuốn sách này đều chỉ mang tính chất tương đối . Cuốn sách này được phân phát miễn phí với mục đích sử dụng phi thương mại, bất cứ hành vi nào liên quan đến việc mua bán, trao đổi, chỉnh sửa, in ấn cuốn sách này vào bất cứ thời điểm nào đều là bất hợp lệ . Nội dung cuốn ebook này có thể được thay đổi và bổ sung bất cứ lúc nào mà không cần thông báo trước.

GIỚI THIỆU

Bộ sách này được Lê Sáng sưu tầm , biên dịch và tổng hợp với mục đích cung cấp một nguồn tài liệu tham khảo hữu ích cho các bạn sinh viên y khoa, và tất cả những ai có nhu cầu tìm hiểu, nghiên cứu, tra cứu , tham khảo thông tin y học.

Với tiêu chí là bộ sách mở , được xây dựng dựa trên nguồn tài liệu của cộng đồng , không mang mục đích vụ lợi, không gắn với mục đích thương mại hóa dưới bất kỳ hình thức nào , nên trước khi sử dụng bộ sách này bạn phải đồng ý với những điều kiện sau . Nếu không đồng ý , bạn không nên tiếp tục sử dụng sách :

Bộ sách này được cung cấp đến tay bạn , hoàn toàn dựa trên tinh thần tự nguyện của bạn. Không có bất kỳ sự thương lượng, mua chuộc, mời gọi hay liên kết nào giữa bạn và tác giả bộ sách này.

Mục đích của bộ sách để phục vụ công tác học tập cho các bạn sinh viên Y khoa là chính, ngoài ra nếu bạn là những đối tượng đang làm việc trong ngành Y cũng có thể sử dụng bộ sách như là tài liệu tham khảo thêm .

Mọi thông tin trong bộ sách đều chỉ có tính chính xác tương đối, thông tin chưa được kiểm chứng bởi bất cứ cơ quan Pháp luật, Nhà xuất bản hay bất cứ cơ quan có trách nhiệm liên quan nào . Vì vậy, hãy luôn cẩn trọng trước khi bạn chấp nhận một thông tin nào đó được cung cấp trong bộ sách này.

Tất cả các thông tin trong bộ sách này được sưu tầm, tuyển chọn, biên dịch và sắp xếp theo trình tự nhất định . Mỗi bài viết dù ngắn hay dài, dù hay dù dở cũng đều là công sức của chính tác giả bài viết đó. **Lê Đình Sáng** chỉ là người sưu tầm và biên dịch, nói một cách khác, người giúp chuyển tải những thông tin mà các tác giả bài viết đã cung cấp, đến tay các bạn .

Bộ sách này là tài liệu sưu tầm và dịch bởi một sinh viên Y khoa chứ không phải là một giáo sư – tiến sĩ hay một chuyên gia Y học dày dặn kinh nghiệm, do đó có thể có rất nhiều lỗi và khiếm khuyết không lường trước , chủ quan hay khách quan, các tài liệu bố trí có thể chưa hợp lý , nên bên cạnh việc thận trọng trước khi thu nhận thông tin , bạn cũng cần đọc kỹ phần mục lục bộ sách và phần hướng dẫn sử dụng bộ sách để sử dụng bộ sách này một cách thuận tiện nhất.

Tác giả bộ sách điện tử này không chịu bất cứ trách nhiệm nào liên quan đến việc sử dụng sai mục đích, gây hậu quả không tốt về sức khỏe, vật chất, uy tín ...của bạn và bệnh nhân của bạn.

Không có chuyên môn, không phải là nhân viên y tế, bạn không được phép tự sử dụng những thông tin có trong bộ sách này để chẩn đoán và điều trị. Từ trước tới nay, các thầy thuốc ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN chứ không phải là ĐIỀU TRỊ BỆNH. Mỗi người bệnh là một thực thể độc lập hoàn toàn khác nhau, do đó việc bê nguyên xi tất cả mọi thông tin trong bộ sách này vào thực tiễn sẽ là một sai lầm lớn. Tác giả sẽ không chịu bất cứ trách nhiệm gì do sự bất cẩn này gây ra.

Vì là bộ sách cộng đồng, tạo ra vì mục đích cộng đồng, do cộng đồng, bộ sách này có phát triển được hay không một phần rất lớn, không chỉ dựa vào sức lực, sự kiên trì của người tạo ra bộ sách này, thì những đóng góp, xây dựng, góp ý, bổ sung, hiệu chỉnh của người đọc chính là động lực to lớn để bộ sách này được phát triển. Vì một mục tiêu trở thành một bộ sách tham khảo y khoa tổng hợp phù hợp với nhu cầu và tình hình thực tiễn trong lĩnh vực y tế nói riêng và trong cuộc sống nói chung. Tác giả bộ sách mong mỗi ở bạn đọc những lời đóng góp chân thành mang tính xây dựng, những tài liệu quý mà bạn muốn san sẻ cho cộng đồng, vì một tương lai tốt đẹp hơn. Đó là tất cả niềm mong mỏi mà khi bắt đầu xây dựng bộ sách này, tôi vẫn kiên trì theo đuổi.

Nội dung bộ sách này, có thể chỉ đúng trong một thời điểm nhất định trong quá khứ và hiện tại hoặc trong tương lai gần. Trong thời đại cách mạng khoa học công nghệ tiến nhanh như vũ bão như hiện nay, không ai biết trước được liệu những kiến thức mà bạn có được có thể áp dụng vào tương lai hay không. Để trả lời câu hỏi này, chỉ có chính bản thân bạn, phải luôn luôn không ngừng-TỰ MÌNH-cập nhật thông tin mới nhất trong mọi lĩnh vực của đời sống, trong đó có lĩnh vực y khoa. Không ai có thể, tất nhiên bộ sách này không thể, làm điều đó thay bạn.

Nghiêm cấm sử dụng bộ sách này dưới bất kỳ mục đích xấu nào, không được phép thương mại hóa sản phẩm này dưới bất cứ danh nghĩa nào. Tác giả bộ sách này không phải là tác giả bài viết của bộ sách, nhưng đã mất rất nhiều công sức, thời gian, và tiền bạc để tạo ra nó, vì lợi ích chung của cộng đồng. Bạn phải chịu

hoàn toàn trách nhiệm với bất kỳ việc sử dụng sai mục đích và không tuân thủ nội dung bộ sách này nêu ra.

Mọi lý thuyết đều chỉ là màu xám, một cuốn sách hay vạn cuốn sách cũng chỉ là lý thuyết, chỉ có thực tế cuộc sống mới là cuốn sách hoàn hảo nhất, ở đó bạn không phải là độc giả mà là diễn viên chính. Và Bách Khoa Y Học cũng chỉ là một hạt thóc nhỏ, việc sử dụng nó để xào nấu hay nhân giống là hoàn toàn tùy thuộc vào bạn đọc. Và người tạo ra hạt thóc này sẽ vui mừng và được truyền thêm động lực để tiếp tục cố gắng nếu biết rằng chính nhờ bạn mà biết bao người không còn phải xếp hàng để chờ cứu trợ.

Mọi đóng góp liên quan đến bộ sách xin gửi về cho tác giả theo địa chỉ trên. Rất mong nhận được phản hồi từ các bạn độc giả để các phiên bản sau được tốt hơn.

Kính chúc bạn đọc, gia quyến và toàn thể người Việt Nam luôn được sống trong khỏe mạnh, cuộc sống ngày càng ấm no hạnh phúc.

Đô Lương, Nghệ An. Tháng 8/2010



ABOUT

ebook editor: Le Dinh Sang

Hanoi Medical University

Website: www.ykhoaviet.tk

Email: Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com

Tel: 0973.910.357

NOTICE OF MEDICAL ENCYCLOPEDIA PUBLICATION 2010:

As the request and desire of many readers, in addition to updating the new articles and new specialties, as well as changes in presentation, Medical Encyclopedia 2010 is divided into many small ebooks, each ebook includes a subject of medicine, as this may help readers save time looking up informations as needed. The author would like to thank all the critical comments of you all in the recent past. All the books of the Medical Encyclopedia 2010 can be found and downloaded from the site www.ykhoaviet.tk ,by Le Dinh Sang construction and development.

DONATE

The author would like to thank all the financially support to help the Medical Encyclopedia are developing better and more-and-more useful. All broken hearted support for building a website for the dissemination of learning materials and teaching Medicine of individuals and enterprises should be sent to:

Bank name: BANK FOR INVESTMENT AND DEVELOPMENT OF VIETNAM

Bank Account Name: Le Dinh Sang

Account Number: 5111-00000-84877

DISCLAIMER :

The information provided on My ebooks is intended for your general knowledge only. It is not a substitute for professional medical advice or treatment for specific medical conditions. You should not use this information to diagnose or treat a health problem or disease without consulting with a qualified health professional. Please contact your health care provider with any questions or concerns you may have regarding your condition.

Medical Encyclopedia 2010 and any support from Lê Đình Sáng are provided 'AS IS' and without warranty, express or implied. Lê Sáng specifically disclaims any implied warranties of merchantability and fitness for a particular purpose. In no event will be liable for any damages, including but not limited to any lost or any

damages, whether resulting from impaired or lost money, health or honour or any other cause, or for any other claim by the reader. Use it at Your risks !

FOR NON-COMMERCIAL USER ONLY .

YOU ARE **RESTRICTED** TO adapt, reproduce, modify, translate, publish, create derivative works from, distribute, and display such materials throughout the world in any media now known or hereafter developed with or without acknowledgment to you in Author's ebooks.

FOREWORD

These ebooks are Le Dinh Sang's collection, compilation and synthesis with the aim of providing a useful source of reference-material to medical students, and all who wish to learn, research, investigate to medical information.

Just a set of open-knowledge, based on community resources, non-profit purposes, not associated with commercial purposes under any kind, so before you use this books you must agree to the following conditions. If you disagree, you should not continue to use the book:

This book is to provide to you, completely based on your volunteer spirit. Without any negotiation, bribery, invite or link between you and the author of this book.

The main purpose of these books are support for studying for medical students, in addition to others if you are working in health sector can also use the book as a reference.

All information in the book are only relative accuracy, the information is not verified by any law agency, publisher or any other agency concerned. So always be careful before you accept a certain information be provided in these books.

All information in this book are collected, selected, translated and arranged in a certain order. Each artical whether short or long, or whether or unfinished work are also the author of that article. Lê Đình Sáng was only a collectors in other words, a person to help convey the information that the authors have provided, to your hand. Remember the author of the articles, if as in this book is clearly the

release of this information you must specify the author of articles or units that publish articles.

This book is the material collected and translated by a medical student rather than a professor – Doctor experienced, so there may be many errors and defects unpredictable, subjective or not offices, documents can be arranged not reasonable, so besides careful before reading information, you should also read carefully the contents of the material and the policy, manual for use of this book .

The author of this e-book does not bear any responsibility regarding the use of improper purposes, get bad results in health, wealth, prestige ... of you and your patients.

7. Not a professional, not a health worker, you are not allowed to use the information contained in this book for diagnosis and treatment. Ever, the physician treating patients rather than treatment. Each person is an independent entity and completely different, so applying all information in this book into practice will be a big mistake. The author will not bear any responsibility to this negligence caused.

8. As is the community material, these books could be developed or not are not only based on their strength and perseverance of the author of this book , the contribution, suggestions, additional adjustment of the reader is great motivation for this book keep developed. Because a goal of becoming a medical reference books in accordance with general requirements and the practical situation in the health sector in particular and life.

9. The contents of this book, may only correct in a certain time in the past and the present or in the near future. In this era of scientific and technological revolution as sweeping as fast now, no one knew before is whether the knowledge that you have obtained can be applied in future or not. To answer this question, only yourself, have to always update-YOURSELF-for latest information in all areas of life, including the medical field. No one can, of course this book can not, do it for you.

10. Strictly forbidden to use this book in any bad purpose, not be allowed to commercialize this product under any mean and any time by any media . The author of this book is not the “inventor” of the book-articles, but has made a lot of effort, time, and money to create it, for the advanced of the community. You must take full responsibility for any misuse purposes and does not comply with the contents of this book yet.

11. **All theories are just gray**, a thousand books or a book are only **theory**, the only facts of life are the most perfect book, in which you are not an audience but are the main actor. This Book just a small grain, using it to cook or fry breeding is completely depend on you. And the person who created this grain will begin more excited and motivated to keep trying if you know that thanks that so many people no longer have to queue to wait for relief.

12. All comments related to the books should be sent to the me at the address above. We hope to receive feedbacks from you to make the later version better.

13. We wish you, your family and Vietnamese people has always been healthy, happy and have a prosperous life.



MỤC LỤC

1. GIỚI THIỆU VỀ GIẢI PHẪU BỆNH
2. BỆNH BASEDOW
3. BỆNH HỌC TẾ BÀO
4. BỆNH RUỘT NON VÀ RUỘT GIÀ
5. CHỮA TRỨNG

6. LOÉT DẠ DÀY
7. U BIỂU MÔ
8. U LIÊN KẾT
9. U TUYẾN TUYẾN GIÁP
10. U TUYẾN VÚ
11. UNG THƯ
12. UNG THƯ BIỂU MÔ RAU
13. UNG THƯ DẠ DÀY
14. XƠ GAN
15. UNG THƯ GAN
16. UNG THƯ PHỔI
17. UNG THƯ TUYẾN GIÁP
18. UNG THƯ VÚ
19. VIÊM PHỔI

1. GIỚI THIỆU VỀ GIẢI PHẪU BỆNH

PGS. TS. Hứa Thị Ngọc Hà



✘ Hiểu biết quá khứ phát triển của giải phẫu bệnh mới hiểu được hiện tại và dự đoán tương lai của môn khoa học này

✘ Giải phẫu bệnh trải qua nhiều giai đoạn phát triển gắn liền với những sự kiện và những danh nhân y học

1.1. Giai đoạn 1: ☉ *Nguyên thủy, Cổ đại*

✘ Hiểu biết về y học còn hạn chế

không có cơ sở khoa học

✘ Y học Ai Cập cổ đại:

4 nguyên tố căn bản:

KHÍ, HỎA, THỦY, THỔ

tạo nên cơ thể con người

1.1. Giai đoạn 1: ☉ Nguyên thủy, Cổ đại

✧ Kinh Vệ Đà (Ấn Độ) TK IX – III trước CN):

3 nguyên tố

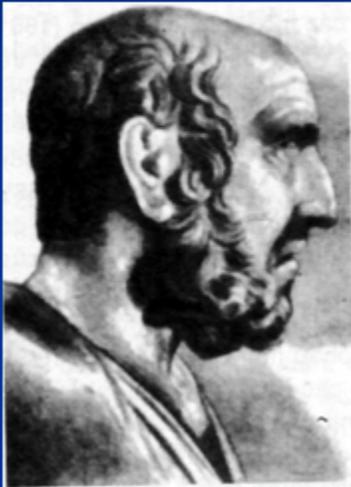
“HƠI”, DỊCH NHẦY, MẬT

cấu tạo nên cơ thể con người

☉ Thế kỷ V - IV trước CN

HIPPOCRATE

(460 - 377 trước CN, Hy Lạp)



- ✧ Đặt một nền tảng duy vật cho y học
- ✧ Việc chữa bệnh phải quan sát các triệu chứng ở người bệnh, không dựa vào khái niệm mơ hồ duy tâm
- ✧ Môi trường và điều kiện sinh hoạt ảnh hưởng đến sức khỏe con người



ANCIENT GREEK VOTIVE STATUETTE (ULCERATING TUMOR OF THE BREAST)

U vú dạng loét ở
tượng người Hy Lạp
Cổ

GALEN (131-210, La Mã)



- ✧ Mổ xác động vật, tử tù để nghiên cứu cấu trúc, sinh lý
- ✧ Hệ thống hóa các kiến thức của nhiều ngành y học (Sinh lý, điều trị, dược lý).
- ✧ Chịu ảnh hưởng của duy tâm \Rightarrow bị tôn giáo lợi dụng



Kết thúc giai đoạn 1

↳ y học tuy đã nảy sinh nhưng đã chìm đắm trong bóng đêm của thời Nguyên thủy và Cổ đại.

1.2. Giai đoạn 2: Thời Trung đại (TK V-XVII)

Andrea VESALIUS
(1514 – 1564, Bỉ)



✳ 1543: sách giải phẫu học đầu tiên “Về cấu tạo cơ thể người” với hơn 300 bức họa hình tuyệt đẹp

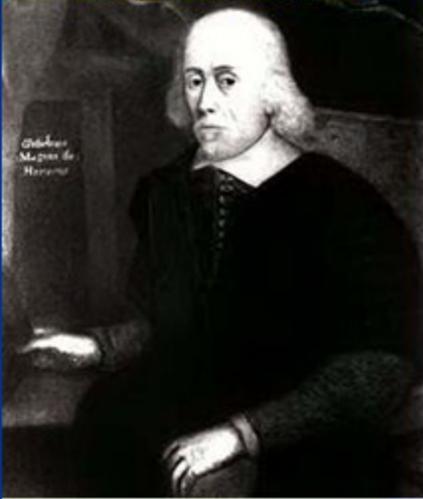
→ giúp con người hiểu rõ cấu trúc bản thân mình

→ làm cơ sở khoa học cho việc hiểu được các tổn thương bệnh tật



NECROPSY SCENE FROM THE FOURTEENTH CENTURY
Reproduced from a MS in the Bodleian Library through the
courtesy of Dr. Charles Singer

William HARVEY
(1578 - 1657, Anh)



1628, tác phẩm “*Hoạt động của tim và máu ở động vật*”

↳ Có những hiểu biết quan trọng về **tuần hoàn máu** ở người



Ambroise PARÉ
(1510 – 1590)

Nhà phẫu thuật đầu tiên



Girolamo FRACASTORO
(1510 – 1590), Ý

Làm sáng tỏ bệnh truyền nhiễm

1.3. Giai đoạn 3: Thời Cận đại (TK XVII- XX)

- ⌘ Thời đại rực sáng của y học và giải phẫu bệnh
- ⌘ Đặt nền tảng cho việc tìm hiểu các tổn thương và rối loạn bệnh tật



**Nhà GPB Giovanni Battista
MORGAGNI**
(1682-1771, Italla)

- ⌘ 1761: quyển sách “Về nguyên nhân bệnh tật”, tổng kết 50 năm hoạt động y học của ông
- ⌘ Giải phẫu bệnh thực sự ra đời với đầy đủ nội dung khoa học
- ⌘ Mô tả tỉ mỉ về mặt đại thể các tổn thương của nhiều loại bệnh ⇒ *Giải phẫu bệnh đại thể*



TUMOR OF THE HUMERUS
From the *De Recondita Abscessuum Natura* of Marco Aurelio Severino, 1632



"POLYP" OF THE HEART
From the *Observationes Medicae* of Nicolaes Tulp, 1641



MARIE-FRANÇOIS-XAVIER BICHAT (1771-1802)
Courtesy of National Library of Medicine



"POLYP" OF THE HEART
From the *Observationes Medicae* of Nicolaes Tulp, 1641



HEAD ILLUSTRATING DISCUSSION OF SYPHILIS
In Marco Aurelio Severino's *De Recondita Abscessuum
Natura* 1632

Anton
Van LEEUWENHOEK
(1632 – 1723, Hà Lan)



- ✘ Tự học, trở thành viện sĩ viện Hoàng gia Anh
- ✘ Chế tạo ra kính hiển vi đầu tiên
- ✘ Nhìn thấy những sinh vật cực nhỏ

ROBERT HOOKE

(1635-1703, Anh)

✦ Cuối TK XVIII: xác định tế bào là đơn vị cấu tạo cơ thể sinh vật

Rudolph VIRCHOW

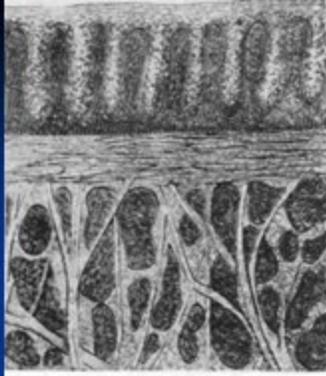
(1821-1902), Đức



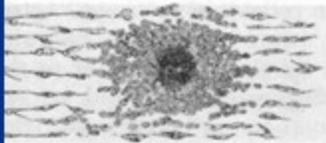
✦ 1856 khẳng định:
“bệnh tật là do những tổn thương, rối loạn của tế bào”

✦ Mở đường cho

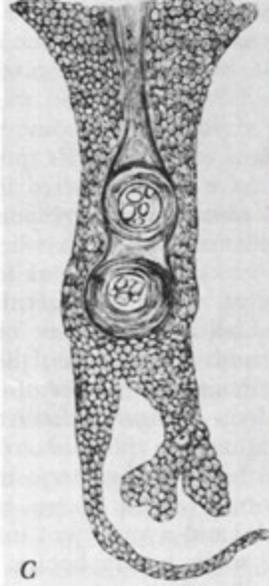
**GIẢI PHẪU BỆNH
VI THỂ**



A



B

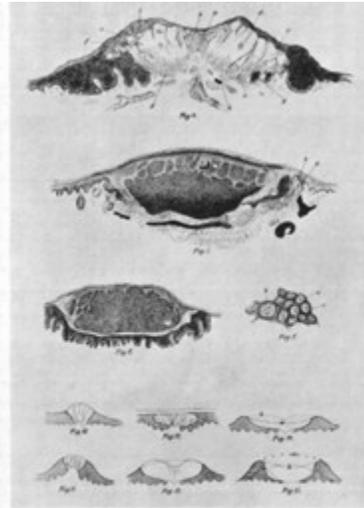


C

A, CARCINOMA OF THE UTERUS. B, A TUBERCLE.
C, CARCINOMA OF THE SKIN.
From the *Cellularpathologie* of Virchow, 1858



CARL WEIGERT (1845-1904)



Hình ảnh vi thể mụn nước của
bệnh đậu mùa, Weigert 1874

↳ Chưa đầy 3 thế kỷ, con người đã hiểu bệnh tật không chỉ là tổn thương rối loạn ở các tạng mà còn ở mức độ mô và tế bào

↳ Y học và giải phẫu bệnh đã tiến được những bước khổng lồ

1.4. Giai đoạn 4: Thời Hiện đại, đầu thế kỷ XX đến nay

- ❖ bắt đầu đi sâu vào bản chất bệnh tật
- ❖ Chú ý các rối loạn của thành phần cấu tạo vi thể, những biến đổi cực nhỏ trong tế bào, những sai lệch nhiễm sắc thể...
- ❖ Thời kỳ mở đầu cho *y học phân tử*
và giải phẫu bệnh siêu vi.

↪ Qua hàng triệu năm, y học và giải phẫu bệnh trải qua nhiều giai đoạn:

⊗ Giai đoạn sau < giai đoạn trước

⊗ Nhiều tiến bộ khoa học hơn

⇒ Giúp con người hiểu rõ thêm bệnh tật

⇒ Phòng chống bệnh hữu hiệu hơn

2. Nội dung

Giải Phẫu bệnh



Giải Phẫu Bệnh

là

Khoa Học Nghiên Cứu

Các Tổn Thương

Các tổn thương có thể ở những mức độ khác nhau:

- * Ở các hệ, các tạng → tổn thương đại thể
- * Ở các mô và tế bào → tổn thương vi thể
- * Ở thành phần cấu trúc của tế bào → tổn thương siêu vi

Quan niệm Giải phẫu bệnh là :

- Chỉ nghiên cứu ĐẠI THỂ ở nhà xác

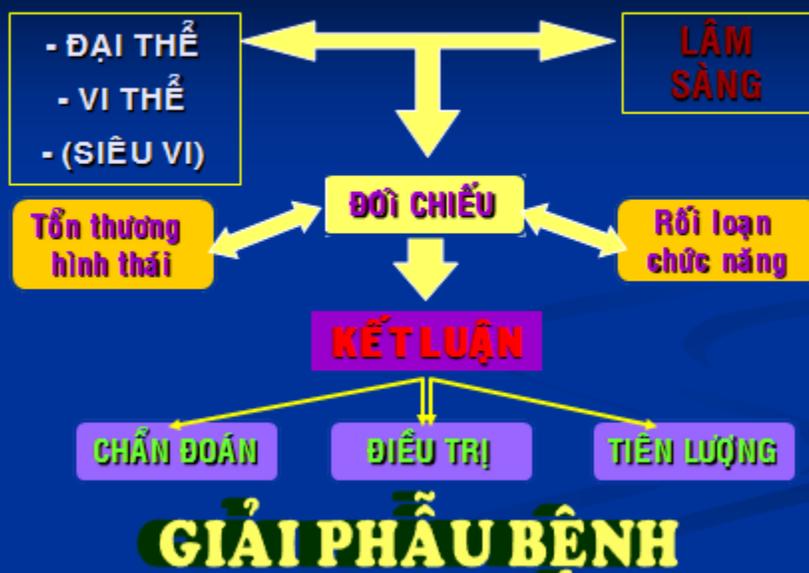
HOẶC

- Chỉ nghiên cứu VI THỂ dưới kính hiển vi



Phiến diện, chưa đầy đủ

Giải phẫu bệnh mô tả tổn thương:



Giải phẫu Bệnh

Giải phẫu bệnh ĐẠI CƯƠNG

- Tổn thương cơ bản của TB và mô
- Rối loạn tuần hoàn
- Viêm
- U

Giải phẫu bệnh TẠNG – HỆ THỐNG

- Bệnh phổi
- Bệnh hệ thần kinh
- Bệnh xương
- Bệnh Hạch limphô
- ...

3. Đối tượng và vật liệu nghiên cứu của Giải Phẫu Bệnh

**GIẢI PHẪU BỆNH NGHIÊN CỨU
BỆNH TẬT VÀ CÁC TỔN THƯƠNG**

**ĐỐI TƯỢNG CỦA GIẢI PHẪU BỆNH:
NGƯỜI BỆNH**

1. SINH THIẾT

2. TỬ THIẾT

VẬT LIỆU

**3. VẬT LIỆU
THỰC NGHIỆM**

4. Phương pháp nghiên cứu của Giải Phần Bệnh

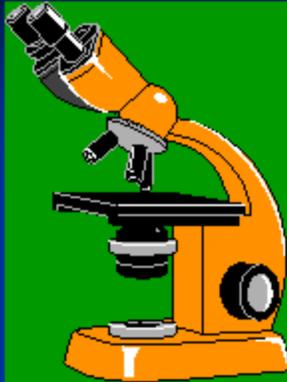


4.1. Quan sát đại thể:

Nghiên cứu tổn
thương bằng mắt
thường:

- * Hình thái,
- * Kích thước,
- * Màu sắc, v.v...





4.2. Quan sát vi thể:

Kính hiển vi:

- * Tổn thương ở mô
- * Tổn thương ở tế bào
- * Tổn thương ở thành phần cấu trúc của tế bào

⇒ Kết luận tính chất của tổn thương

4.3. Đối chiếu GPB – LS

Đối chiếu kết quả quan sát được với biểu hiện lâm sàng trên người bệnh



5. Nhiệm vụ của Giải Phẫu Bệnh



5.1. Phục vụ người bệnh:

- × Giải phẫu bệnh học đóng góp vào việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh
- × Bệnh viện lớn phải có cơ sở giải phẫu bệnh → đủ tiêu chuẩn để phục vụ bệnh nhân và nghiên cứu khoa học

5.2. Đào tạo và huấn luyện đội ngũ cán bộ y khoa có chất lượng cao:

Giúp thầy thuốc:

- * Kiến thức cụ thể về bệnh tật
- * Cách suy luận duy vật trong việc đề phòng và chữa bệnh

5.3. Nghiên cứu y học :

Giải phẫu bệnh giúp các đề tài nghiên cứu:

- * Có tính khách quan
- * Có tính khoa học

5.4. Xây dựng một nền y học dân tộc và khoa học:

Giải phẫu bệnh tham gia vào việc xác định những đặc điểm riêng của y học VN

6. Nhiệm vụ của BS. Giải phẫu bệnh



6.1. Phục vụ người bệnh:

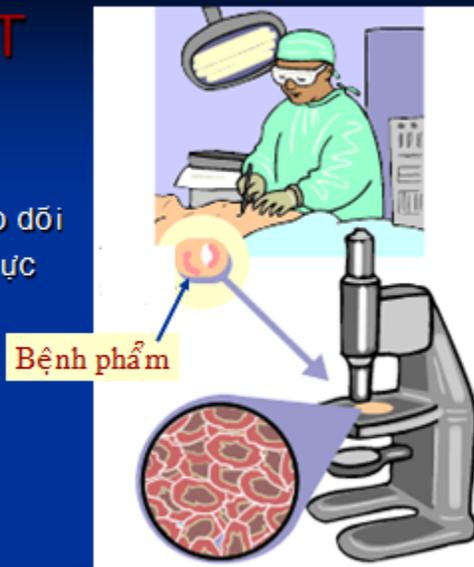
× Chẩn đoán Bệnh dựa trên

* tiêu bản giải phẫu bệnh (sinh thiết)

* tiêu bản tế bào học (phết tế bào dịch cơ thể, chọc hút bằng kim nhỏ, phết tế bào cổ tử cung và âm đạo, dịch rửa phế quản)

SINH THIẾT

- Quan trọng
- Quyết định chẩn đoán
- Hướng dẫn điều trị, theo dõi
- Thấy thuốc lâm sàng thực hiện



SINH THIẾT ???

- Lấy mẫu mô ra khỏi cơ thể để chẩn đoán
- Thường chỉ cần mẫu mô nhỏ
- Tùy trường hợp, có thể:
 - Chỉ cần cạo nhẹ qua một vùng: tế bào cổ tử cung (Pap's).
 - Lấy mẫu mô bằng kềm qua nội soi
 - Bằng kim xuyên qua da: thận, gan...
 - Lấy toàn bộ tổn thương qua phẫu thuật.

SINH THIẾT MỘT PHẦN

- Chỉ lấy mẫu nhỏ nhằm chẩn đoán
- Tổn thương quá lớn
- Tổn thương ở sâu
- Qua ống nội soi, bằng kim

SINH THIẾT TRỌN

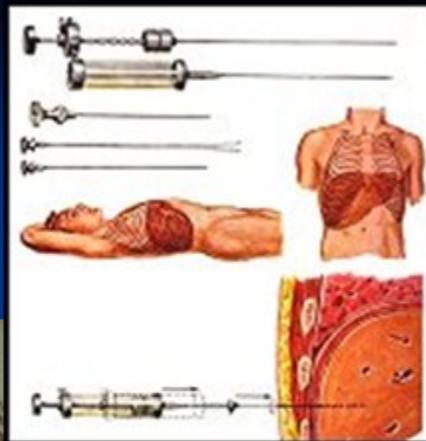
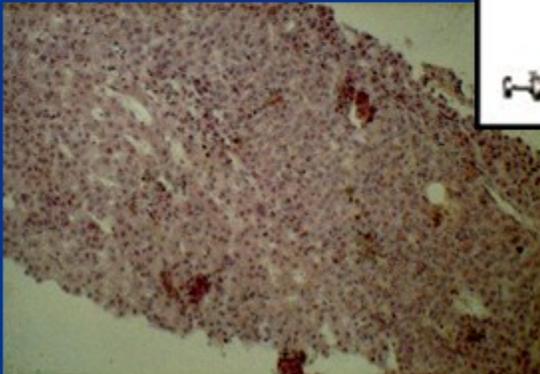
- Chẩn đoán,
- Điều trị đồng thời
- Phẫu thuật nhỏ, lớn

Sinh thiết gan

> 2 lần mẫu mô gan

- Mỗi mẫu: dài > 2cm

- Thời gian: đâm kim, cắt, rút kim chỉ trong 1 phút



Sinh thiết tổn thương của vú

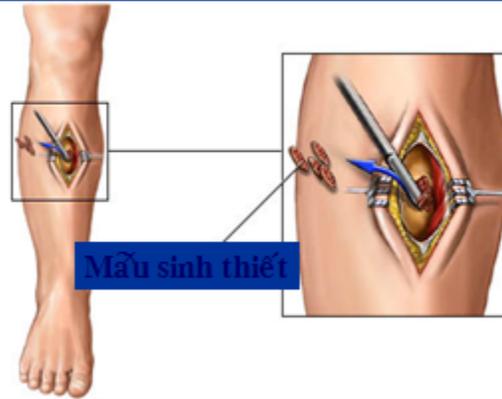
Sinh thiết bằng kim



Sinh thiết trọn
(tiểu phẫu lấy trọn u)

Sinh thiết xương

- **Đường mổ:**
 - Theo trục của chi
 - Trực tiếp từ da, qua cân cơ vào xương
 - Nhiều vị trí, tránh chỗ hoại tử, xuất huyết, mô viêm phản ứng.

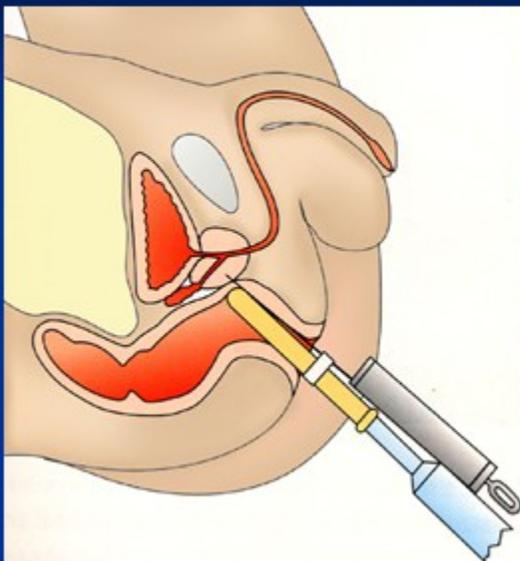


Mẫu sinh thiết

Sinh thiết bằng bàn chải



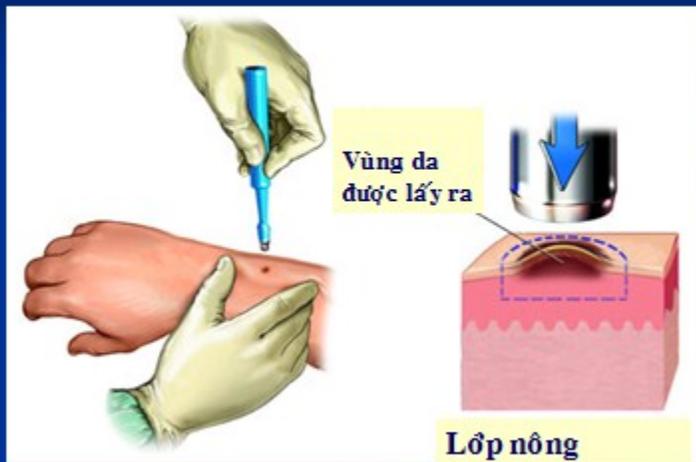
Sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng



Dụng cụ sinh thiết mô mềm

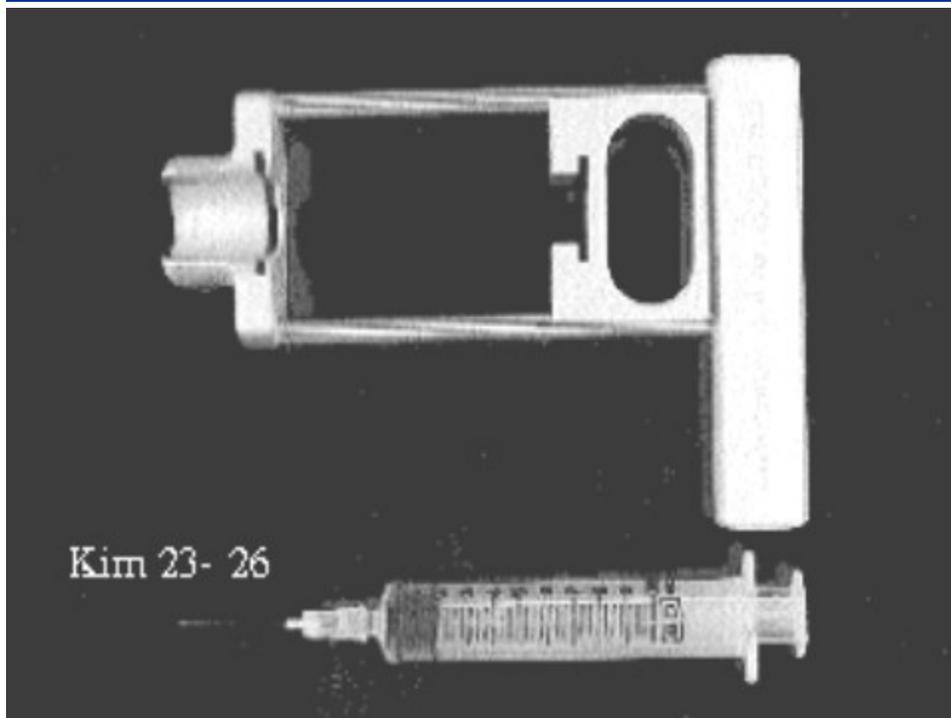


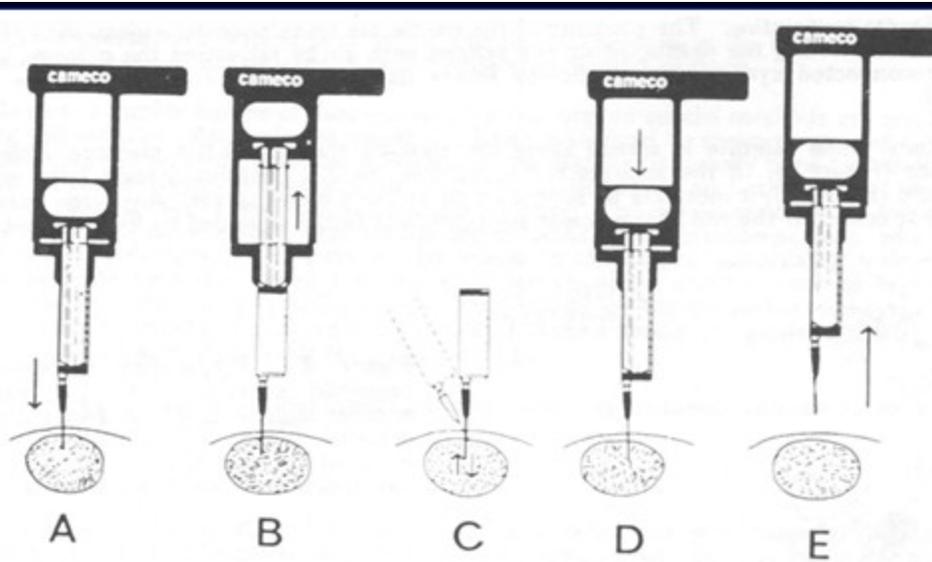
Sinh thiết da



Phục vụ người bệnh:

× Thực hiện thủ thuật FNA (chọc hút bằng kim nhỏ)





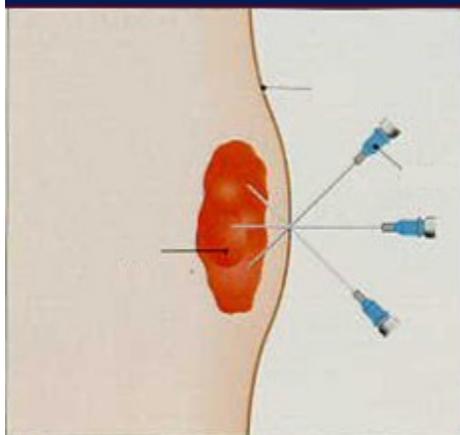
**Đâm kim
vào bướu**

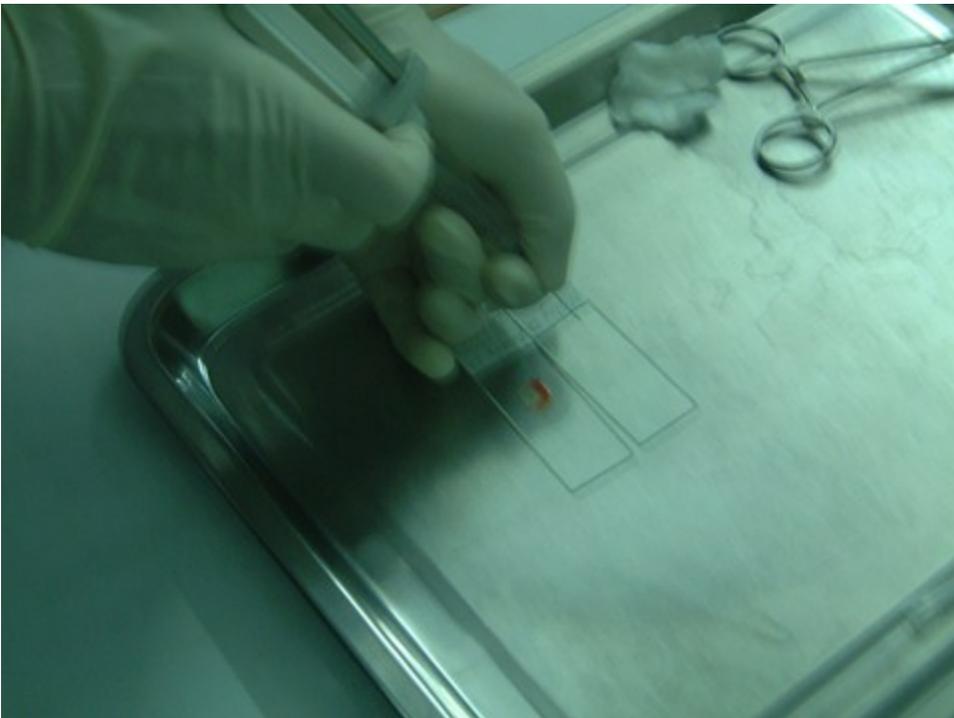
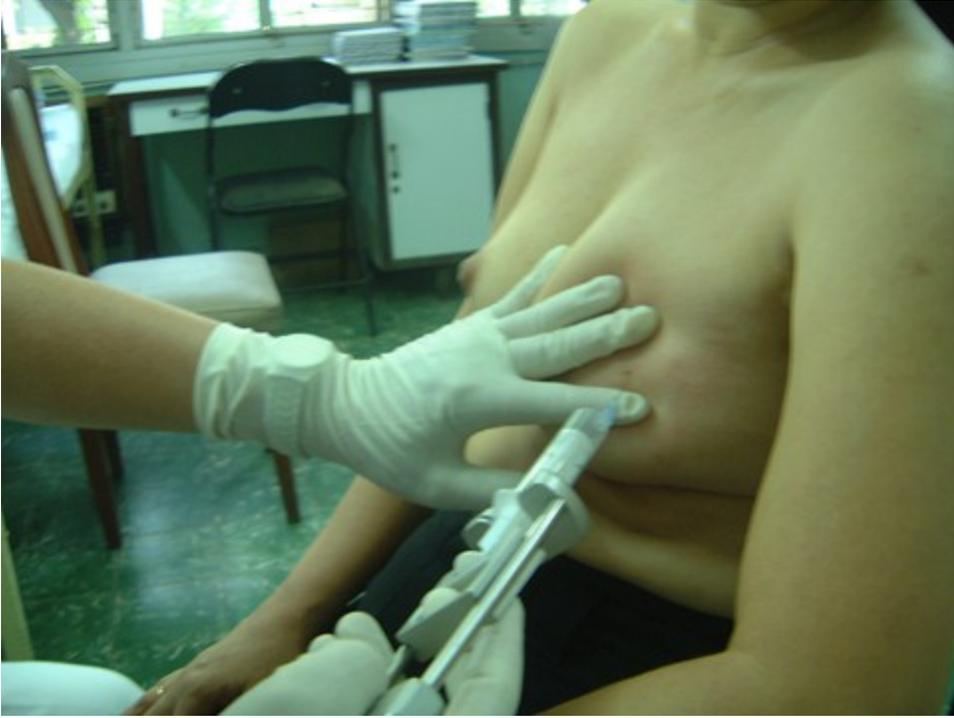
**Kéo piston
lên**

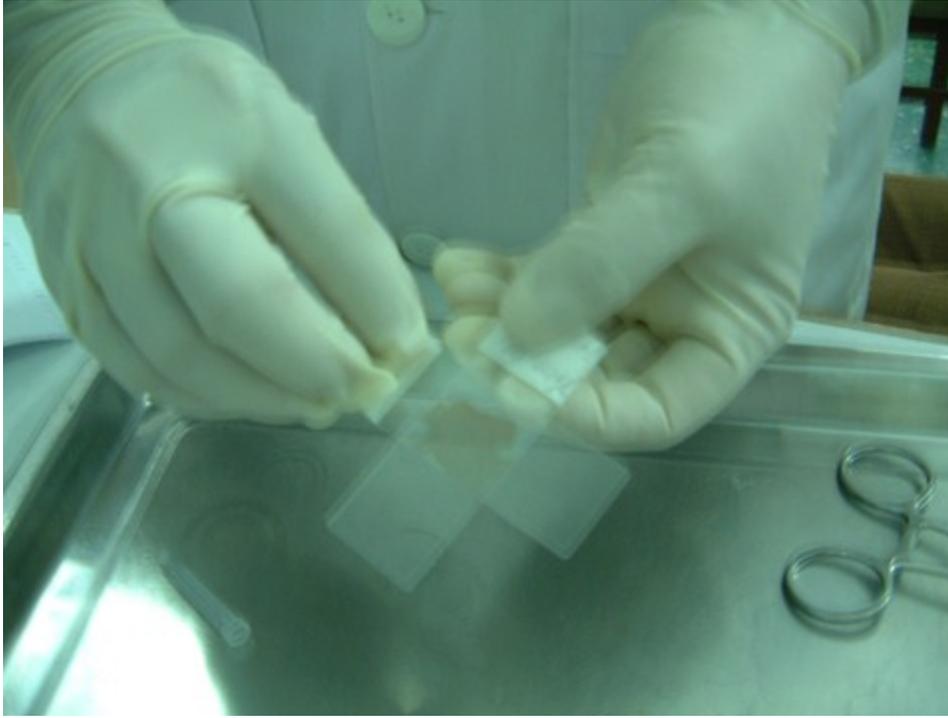
**Di chuyển
kim trong
bướu**

**Trả piston
về như cũ**

**Rút kim
Khỏi bướu**







Vú

Giáp

Hạch

TNB

Khối u nông trên bề mặt



CHỈ ĐỊNH



Tổn thương sâu chỉ thấy bằng siêu âm,
X quang, CT scan..

Phổi

Gan

Tụy

Thận

Sau PM

6.2. Nghiên cứu khoa học :



**? Ai được xem là ông tổ
của ngành Giải Phẫu Bệnh ?**

MORGAGNI

**? Người phát minh
ra kính hiển vi là Ai?**

LEUWEENHOOK

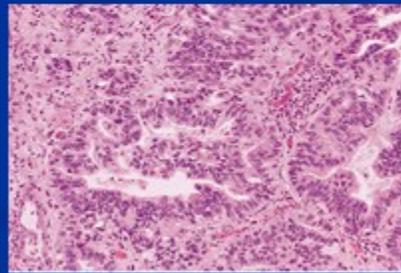
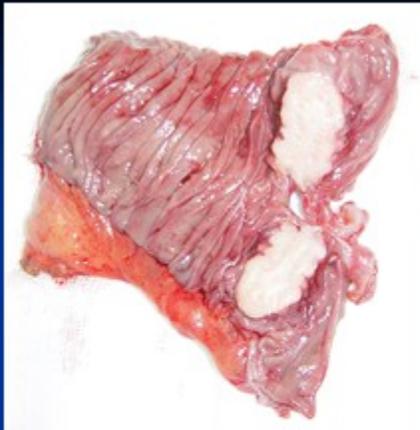
**? Người mở đầu cho
GIẢI PHẪU BỆNH VI THỂ?**

Rudolph VIRCHOW

**? Đối tượng nghiên cứu
của GIẢI PHẪU BỆNH LÀ GÌ?**

NGƯỜI BỆNH

7. Kỹ thuật giải phẫu bệnh vi thể



7.1. Mục đích

- Thực hiện được việc cắt mô thành lát mỏng 3-5 μ , quan sát dưới kính hiển vi.



HAI CÁCH

■ Cắt lạnh



■ Cắt thường

7.2. Quy trình kỹ thuật cắt thương

7.2.1 Cố định bệnh phẩm

- Cố định ngay sau khi lấy ra khỏi cơ thể bệnh nhân
- Dung dịch cố định: Formol 10%, Bouin...
- Thể tích của dung dịch cố định gấp 20 lần thể tích bệnh phẩm.
- Thời gian: tối thiểu 2 giờ – 24 giờ (tùy thể tích bệnh phẩm)

7.2.2 Cắt lọc bệnh phẩm



7.2.3 Xử lý mô



Paraffin ngấm hoàn toàn vào từng tế bào --> **mô cứng**



7.2.4. Vùi nén



7.2.5. Cắt mỏng

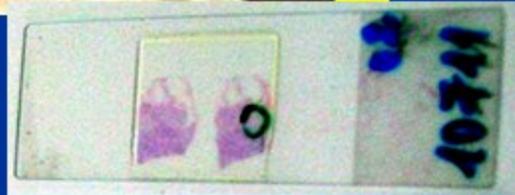


Các lát cắt có độ dày 3-5 μ

SINH THIẾT TỨC THÌ: CẮT LẠNH

- Máy cắt lạnh: -20 – 40 độ C
- Bệnh phẩm tươi (không ngâm formol, alcohol...)
- Thời gian: cắt 5-10', nhuộm 5-10', đọc 5-10'
- Ưu : nhanh, kết quả ngay
- Bất lợi: trang bị đắt tiền, chỉ định hạn chế
- Thường áp dụng: u vú, tuyến giáp, đôi khi mô mềm, hạch, buồng trứng...

7.5. Nhuộm



7.6. Quan sát dưới kính hiển vi



2. BỆNH BASEDOW

(GRAVES' DISEASE)

- Bệnh Basedow là bệnh cường chức năng tuyến giáp với đặc điểm là quá sản lan toả các nang tuyến và tăng chế tiết hormon (T4, T3).

- Biểu hiện lâm sàng: người gày, bướu cổ, mắt lồi, mạch nhanh, tay run, hay hồi hộp lo âu, tăng huyết áp, tăng chuyển hoá cơ bản.

+ Cơ chế bệnh sinh

Là bệnh tự miễn, cơ thể xuất hiện tự kháng thể IgG (LATS: long-acting thyroid stimulator). LATS gắn với các tế bào biểu mô tuyến giáp, hạn chế tác động của TSH, kích thích các tế bào nang tuyến tăng sản và tăng chế tiết hormon T4, T3.

+ Tổn thương Giải phẫu bệnh

Đại thể:

Tuyến giáp to vừa, đối xứng, căng mọng, xung huyết. Mật độ mềm, mặt cắt đồng nhất (thuần nhất) màu hồng đỏ như thịt.

Vi thể:

- Các nang tuyến tăng sản, biểu mô trụ cao, nhiều hàng tế bào, có chỗ tạo thành nhú.

- Các tuyến chứa ít chất keo loãng, nhiều lỗ hút.

- Mô đệm có nhiều mạch máu xung huyết và có xâm nhập nhiều lympho thành đám.

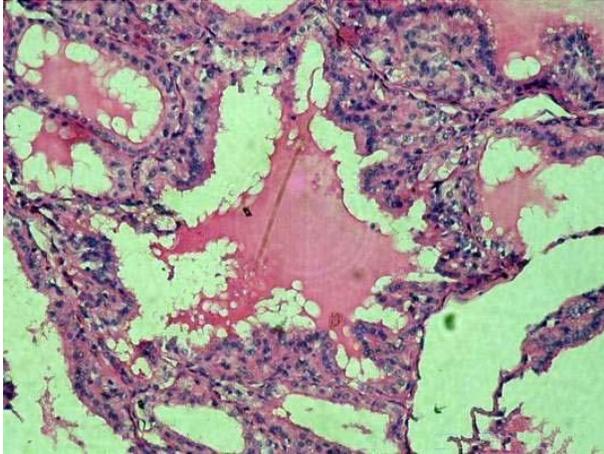
Bệnh Basedow



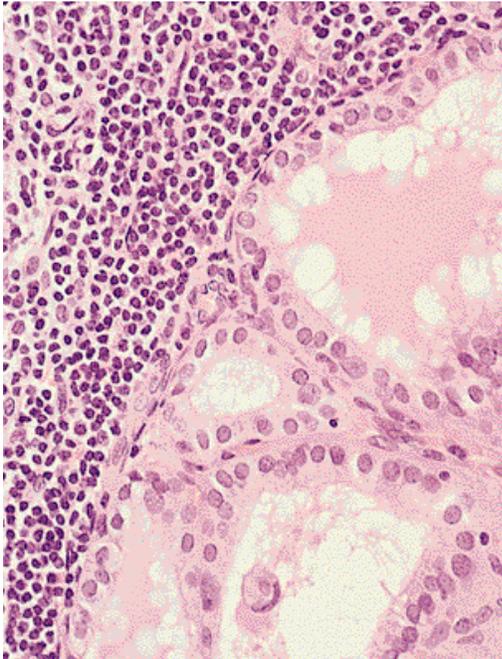
Đại thể, bệnh Basedow



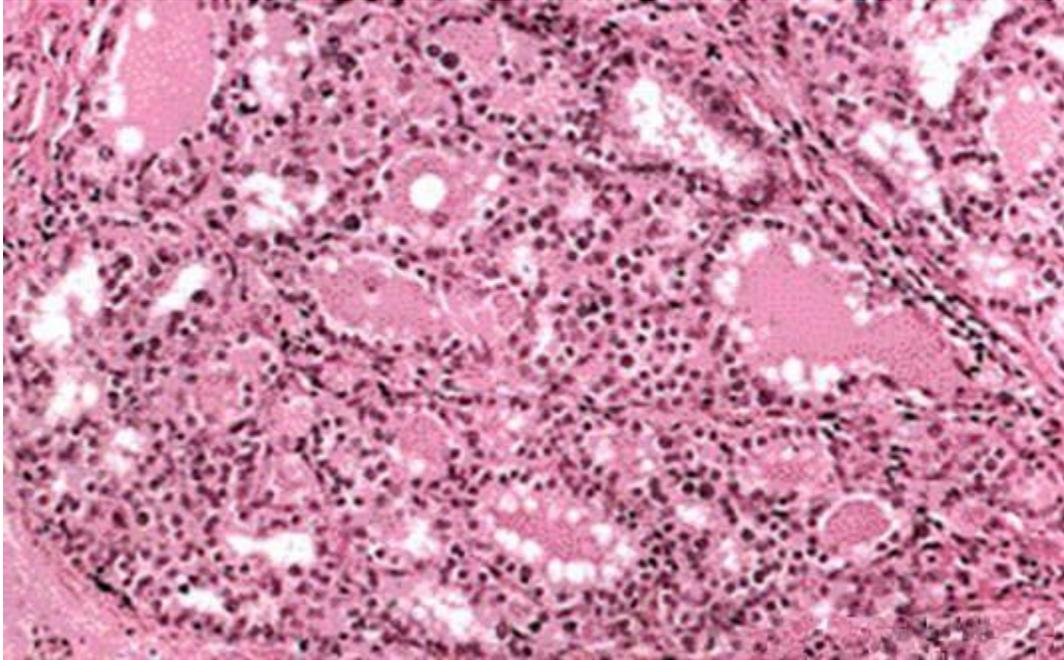
Vi thể, bệnh Basedow



Vi thể, bệnh Basedow



Vi thể, bệnh Basedow



3. BỆNH HỌC TẾ BÀO

TS. Nguyễn Thế Dân

- I. Tế bào - Sự phối hợp chức năng TB
- II. Nguyên nhân tổn thương TB
- III. Những tổn thương cơ bản
 - 3.1. Tổn thương hồi phục được (Thoái hoá)
 - 3.2. Tổn thương không hồi phục được (Hoại tử)
 - 3.3. Tổn thương thích nghi (Adaptation)

IV. Sự già và chết.

1. Tế bào - Sự phối hợp chức năng giữa TB và môi trường

+ Tế bào:

- TB là đơn vị sống cơ bản của cơ thể, TB cấu tạo nên các mô, các mô cấu tạo nên các cơ quan (phủ tạng). Các cơ quan cấu tạo nên cơ thể. Khi các TB bị tổn thương, cơ thể sẽ biểu hiện bệnh lý.

- Để tồn tại và phát triển, TB luôn có sự trao đổi chất với môi trường và phối hợp chức năng giữa các TB trong cơ thể.

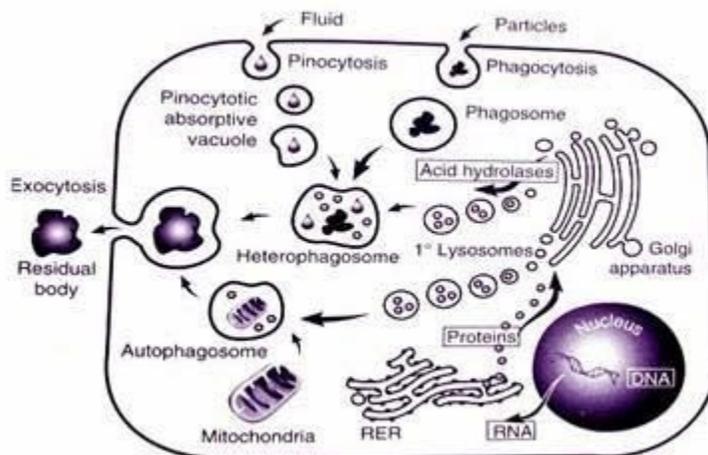
+ Sự trao đổi giữa TB và môi trường:

TB trao đổi với môi trường bằng 2 quá trình đồng hoá và dị hoá.

- Đồng hoá là quá trình TB thu nhận các chất từ môi trường vào trong TB, biến đổi các chất này thành các chất có lợi cho sự tồn tại và phát triển TB.

- Dị hoá là quá trình TB biến các sản phẩm thu nhận từ môi trường thành các sản phẩm chuyển hoá (những yếu tố phát triển, protein, KT...) và giải phóng các sản phẩm đó ra môi trường.

Sơ đồ giải thích quá trình đồng hoá và dị hoá



- Bình thường quá trình đồng hoá và dị hoá luôn ở trạng thái cân bằng

- Khi quá trình đồng hoá và dị hoá không còn ở trạng thái cân bằng. Tế bào sẽ bị tổn thương, cơ thể biểu hiện bệnh lý.

Ví dụ: - TB thu nhận những chất không thể chuyển hoá được dẫn đến tích tụ trong TB (bệnh bụi phổi).

- Ứ đọng nhiều các sản phẩm chuyển hoá trong bào tương TB, ảnh hưởng chức năng TB (ứ mỡ trong TB gan).

+ Sự phối hợp chức năng giữa các TB:

TB có 3 phương thức phối hợp chức năng cơ bản:

- Kích thích tự tiết (autocrine):
- Kích thích cận tiết (paracrine):
- Kích thích nội tiết (endocrine):

+ Kích thích tự tiết (autocrine):

TB tự tiết ra chất kích thích TB hoạt động chức năng.

Ví dụ: Lympho T tiết ra IL-2 (interleukin-2), IL-2 tác động lên các thụ thể (receptor) trên bề mặt TB làm cho các TB này hoạt động chức năng.

+ Kích thích cận tiết (paracrine):

TB sinh ra các chất kích thích TB lân cận cùng hoạt động chức năng.

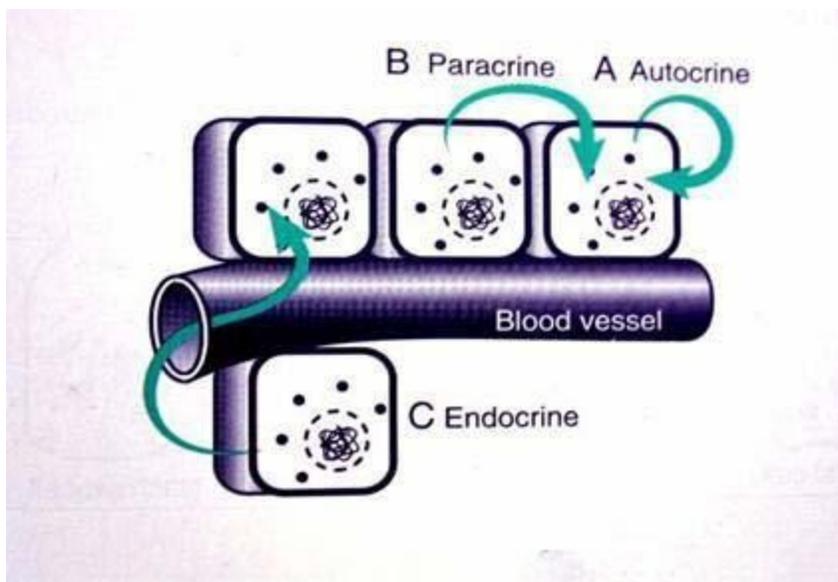
Ví dụ: Trong quá trình tiêu hoá, TB thần kinh nội tiết G ở niêm mạc dạ dày tiết ra chất Gastrine, kích thích các tế bào viền xung quanh tiết ra acid chlorhydric.

+ Kích thích nội tiết (endocrine):

TB sinh ra các chất kích thích, đổ vào trong dòng máu, các chất này đi theo dòng máu đến kích thích các TB ở các nơi khác trong cơ thể cùng hoạt động chức năng.

Ví dụ: TB B tụy nội, tiết ra insulin đổ vào trong máu. Insulin đi đến kích thích các TB gan, cơ, mỡ, làm tăng vận chuyển glucosa qua màng TB và dự trữ dưới dạng glucogen. Như thế, insulin làm hạ đường huyết.

+ Sơ đồ về sự phối hợp chức năng TB



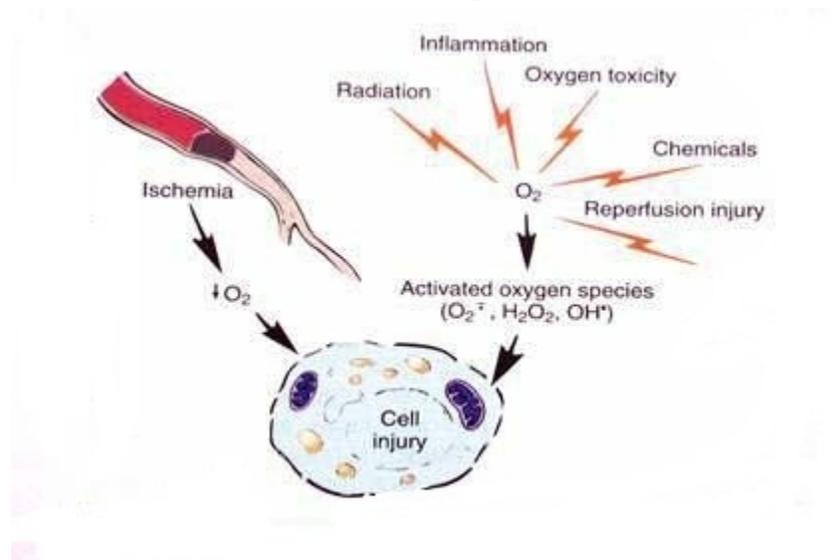
Như vậy:

- Mỗi TB bào là một đơn vị sống cơ bản, nhưng các TB có mối liên quan chặt chẽ với môi trường và có sự phối hợp chức năng giữa các TB.
- Tổn thương cơ bản của TB là các hình thức phản ứng khác nhau của TB trước các tác nhân bất lợi làm biến đổi cân bằng sinh học, ảnh hưởng đến sự sống của TB.

II. Nguyên nhân tổn thương TB:

- Thiếu hoặc giảm oxy
- Các tác nhân vật lý: chấn thương, bỏng, tia xạ
- Các tác nhân hoá học: thuốc, hoá chất
- Các vi khuẩn, virus, ký sinh trùng
- Các phản ứng miễn dịch
- Những bệnh tổn thương gen
- Những rối loạn dinh dưỡng

Sơ đồ minh hoạ NN tổn thương TB:



III. Những tổn thương cơ bản:

Có 3 loại tổn thương:

1. Tổn thương hồi phục được (Thoái hoá)

2. Tổn thương không hồi phục được (Hoại tử)

3. Tổn thương thích nghi (Teo đét - Phì đại - Tăng sản - Giảm sản - Dị sản - Loạn sản)

1. Tổn thương hồi phục được (Thoái hoá)

+ Định nghĩa :

“Thoái hoá là tình trạng bệnh lý làm cho TB có sự thay đổi về cấu trúc và chức năng. Tổn thương chủ yếu ở bào tương TB. Những tổn thương này có thể hồi phục được khi các kích thích bệnh lý giảm hoặc mất.”

+ Phân loại thoái hoá:

Có 3 loại thoái hoá cơ bản:

- Thoái hoá hạt

- Thoái hoá nước (rỗng)

- Thoái hoá mỡ

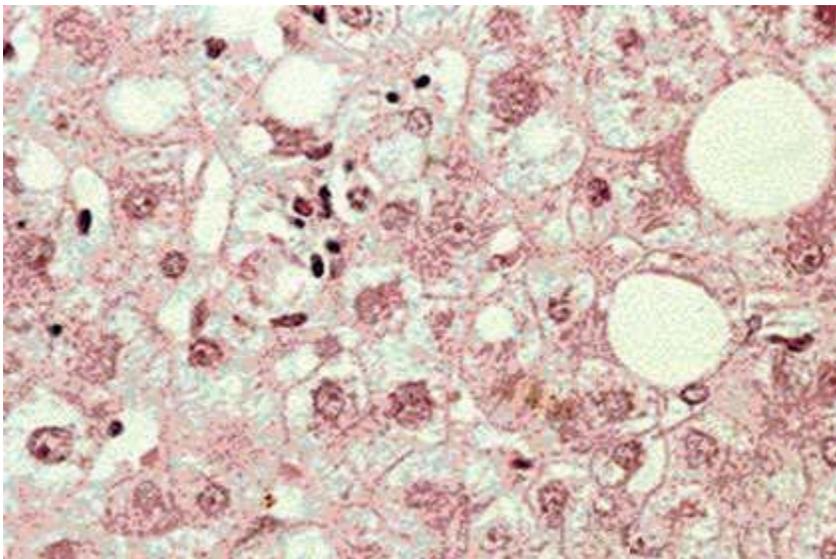
- Thoái hoá hạt (granular

Degeneration):

- Là tình trạng bệnh lý, TB ứ nước trương to, trong bào tương TB xuất hiện các hạt nhỏ, bắt màu đỏ khi nhuộm hematoxylin-eosin (H.E.).
- Các hạt hình thành là do các mitochondrium tổn thương, khi nhuộm bắt màu eosin đậm.
- Hoạt động chức năng của các TB thoái hoá giảm.

Thoái hoá hạt là tổn thương không đặc hiệu, hay gặp trong các TB nhu mô các phủ tạng (TB gan trong suy tim, TB ống thận trong nhiễm độc)

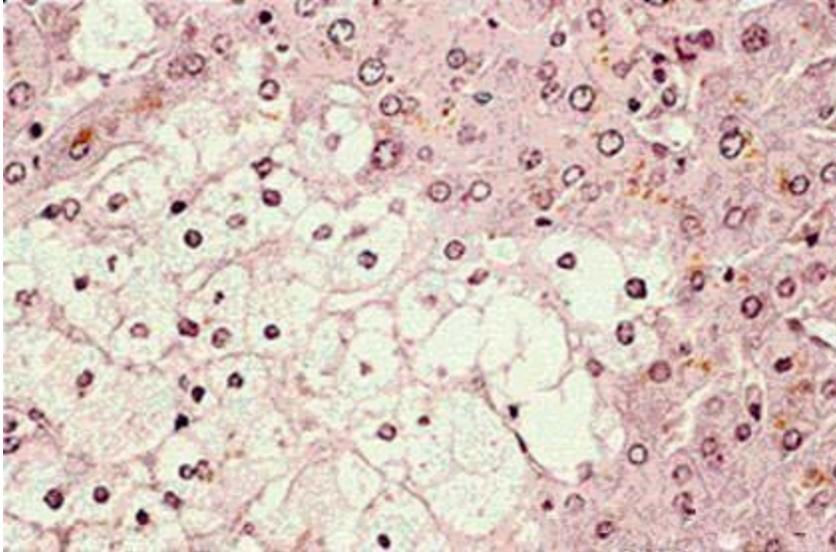
Hình ảnh vi thể thoái hoá hạt



- Thoái hoá nước (hydropic degeneration):
- Liên quan chặt chẽ với thoái hoá hạt.
- TB trương to, nước ứ lại trong các túi lưới nội bào tạo thành các hốc sáng không đều nhau.

Thoái hoá nước hay gặp trong TB bào nhu mô tạng (TB gan, TB ống thận) do thiếu oxy hoặc nhiễm độc

Hình ảnh vi thể thoái hoá nước



- Thoái hoá mỡ (lipoic degeneration):

- Là tình trạng xuất hiện những giọt mỡ trong bào tương TB.

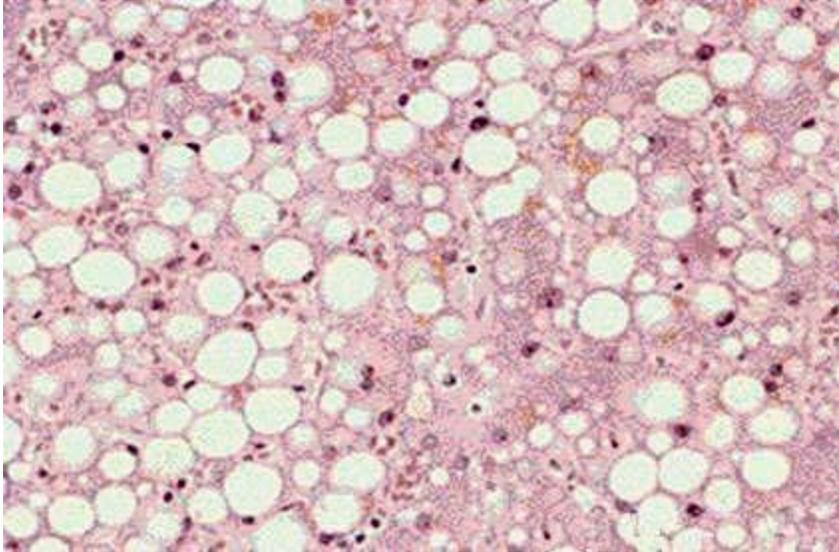
- Thoái hoá mỡ biểu hiện bằng những hốc sáng lớn, tròn đều trong bào tương TB khi nhuộm H.E.. Khi nhuộm thuốc nhuộm mỡ (Sudan III), các hốc chứa mỡ trong bào tương bắt màu vàng da cam.

- Thoái hoá mỡ thường hay gặp ở TB gan, nhất là vùng trung tâm tiểu thùy, do các bệnh rối loạn chuyển hoá (nghiện rượu, sau viêm gan),

HA đại thể thoái hoá mỡ (gan)



Hình ảnh vi thể thoái hoá mỡ



2. Tổn thương không hồi phục được (Hoại tử):

“ Hoại tử là sự chết tế bào và mô xảy ra trên cơ thể sống”.

- Hình ảnh hoại tử thể hiện chủ yếu ở nhân TB.

Có 3 hình ảnh hoại tử TB:

- Nhân đông (pycnosis):
- Nhân vỡ (karyorrhexis):
- Nhân tan (karyolysis):
- Nhân đông (pycnosis)

Nhân TB teo nhỏ, bắt màu đậm, màng nhân tách khỏi chất nhân.

- Nhân vỡ (karyorrhexis)

Màng nhân không còn, chất nhân tụ lại thành những mảnh nhỏ bắt màu đậm.

- Nhân tan (karyolysis)

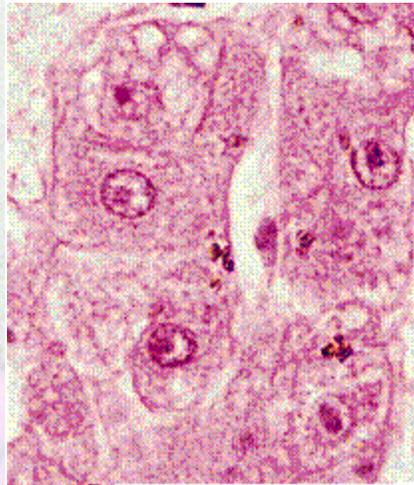
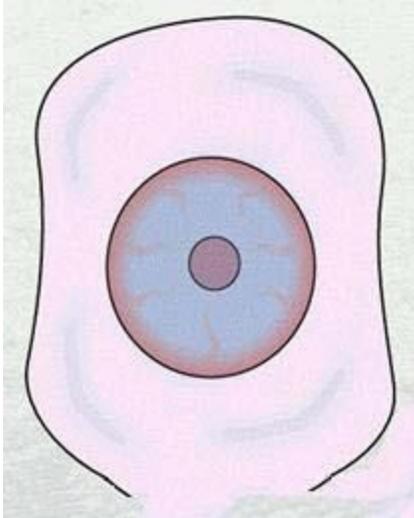
Nhân hoàn toàn mất, chất nhân tản mát trong bào tương, không còn nhận ra hình dáng nhân.

Ngoài tổn thương nhân:

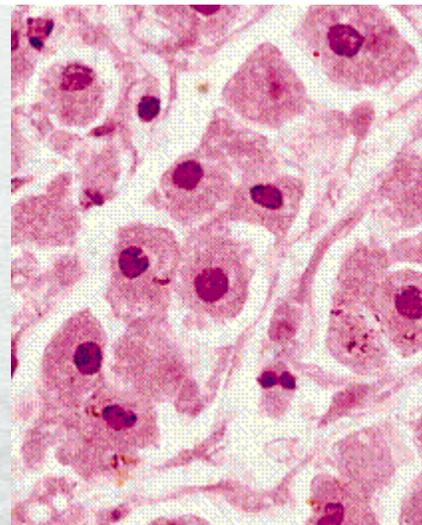
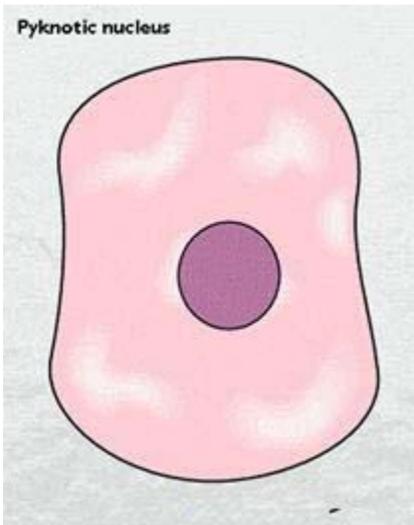
- Bào tương TB bị hoại tử cũng đông đặc bắt màu đậm.
- Màng TB hoại tử thường bị vỡ, các TB trở thành những đám protein.
- Các tế bào hoại tử và những mảnh vụn tế bào kích thích phản ứng viêm.

Vùng hoại tử có thể thành mủ hoặc thành sẹo.

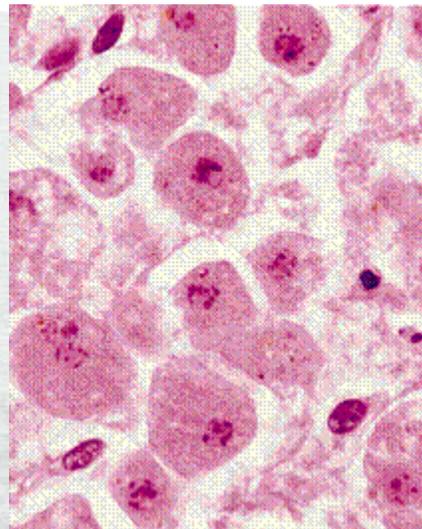
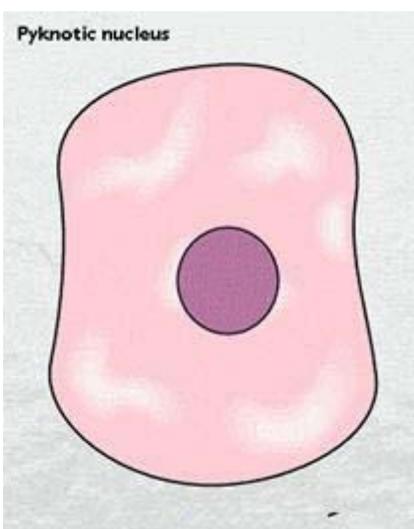
TB bình thường



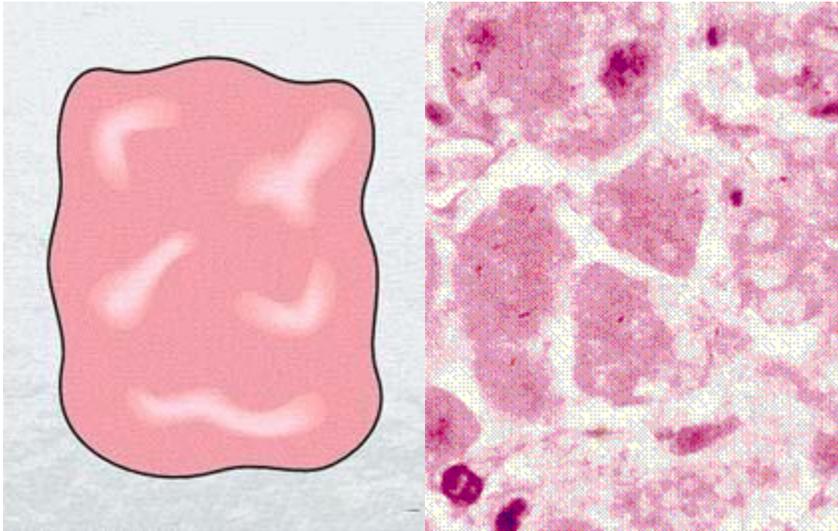
TB hoại tử nhân đồng



TB hoại tử nhân vỡ



TB hoại tử nhân tan



+ Phân loại hoại tử: (5 loại chính)

- Hoại tử đông
- Hoại tử nước
- Hoại tử bã đậu
- Hoại tử mỡ
- Hoại tử dạng tơ huyết
- Hoại tử đông (coagulative necrosis)
- Mô hoại tử có sự đông đặc các dịch trong và ngoài TB, mô hoại tử trở nên rắn bở, màu vàng xám.

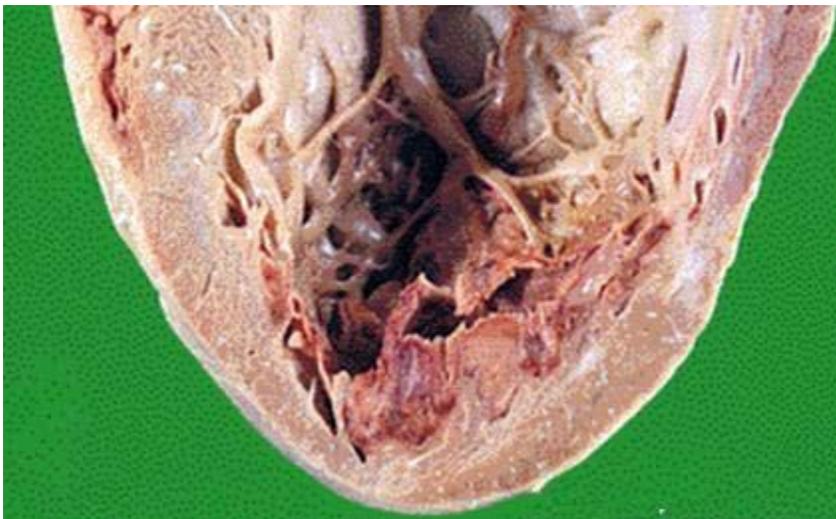
Ví dụ: HT đông thường gặp ở chi, các ngón và hay do bệnh mạch máu (viêm tắc động mạch).

HT đông cũng hay gặp ở các tạng đặc như tim, gan (nhồi máu cơ tim)

HT đông trong nhồi máu cơ tim



HT đông trong nhồi máu cơ tim



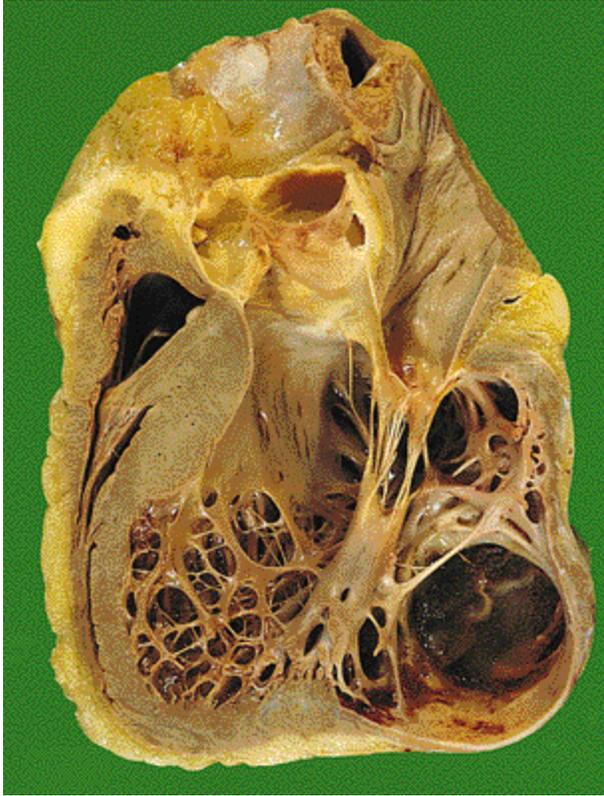
- Hoại tử nước (liquefactive necrosis)
- Mô hoại tử bị hoá lỏng, mềm nhũn, trong mô hoại tử hay có xâm nhập vi khuẩn và có nhiều tế bào viêm.

Ví dụ:

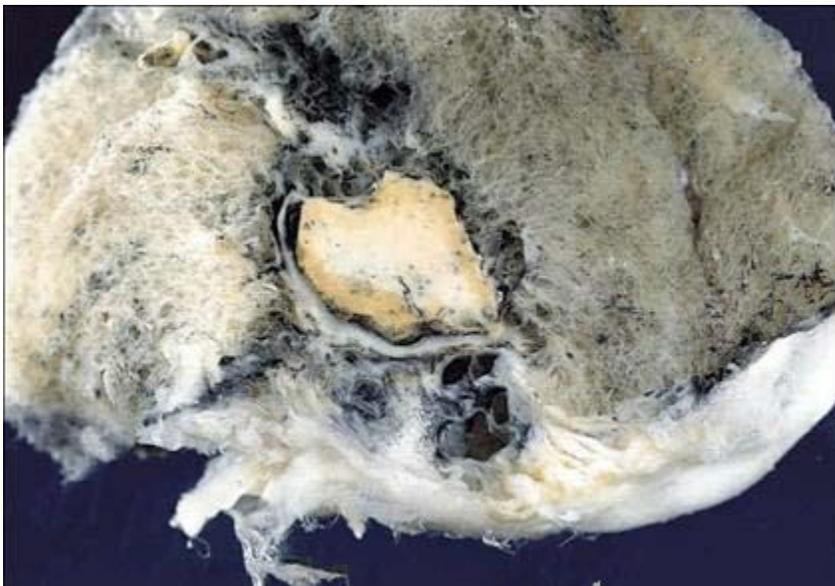
Hoại tử nước gặp trong ổ nhồi máu não (nhũn não). Các TB não mất hình thể, hoá lỏng, não mềm nhũn và cuối cùng trở thành nang chứa dịch.

Trong ổ nhồi máu cơ tim khi có nhiễm khuẩn.

Hoại tử có nhiễm khuẩn (mủ)



Thành cơ tim sau HT



- Hoại tử bã đậu (caseous necrosis)

Mô hoại tử màu trắng vàng, bở, dễ vỡ nát (giống bã đậu) Ví dụ:

- Hoại tử bã đậu hay gặp trong bệnh lao (phổi, hạch). Ổ hoại tử trong bệnh lao gọi là hoại tử bã đậu.

- Hoại tử bã đậu cũng có thể gặp trong các bệnh nấm (histoplasmosis)
HT bã đậu



Hang lao sau HT bã đậu



- Hoại tử mỡ (fat necrosis)

Vùng hoại tử có màu trắng như vết nấn.

Do các enzym tiêu mỡ hoạt động biến mỡ thành glycerol và acid béo tự do

Ví dụ: Hoại tử mỡ trong viêm tụy cấp. Tụy sưng nề, ống tụy tắc, dịch tụy phá huỷ mô tụy và mô mỡ xung quanh tụy tạo thành những vết nấn trong ổ bụng.

- Viêm tụy cấp (hoại tử, chảy máu)



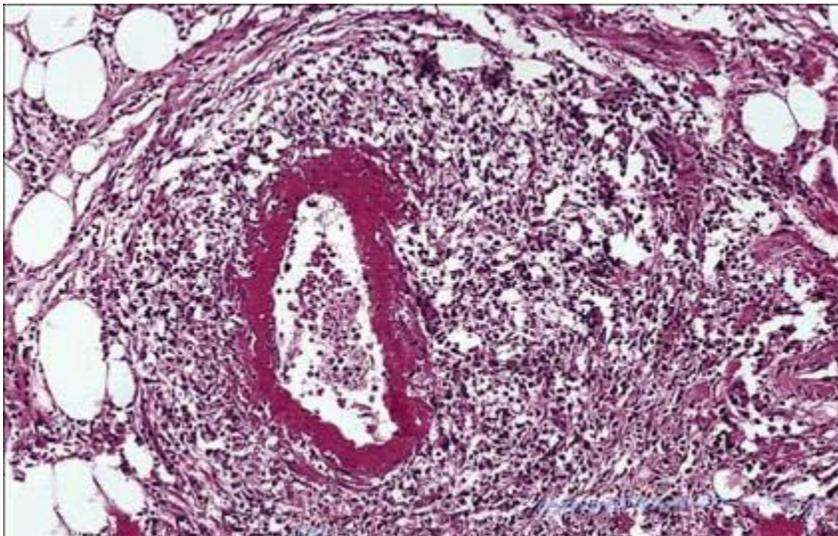
- Hoại tử mỡ trong viêm tụy cấp (vết nấn)



- Hoại tử dạng tơ huyết (fibrinoid necrosis)
- Vùng hoại tử tạo thành một chất bắt màu hồng (nhuộm eosin) lẫn lẫn giống tơ huyết. Hoại tử dạng tơ huyết hay gặp ở bề mặt thanh mạc.

Ví dụ: Viêm màng phổi, màng tim, màng bụng tơ huyết. Bề mặt màng viêm hoại tử thô ráp hay gầy dính (dính màng phổi, màng tim, màng bụng)

- Hoại tử dạng tơ huyết thành mạch máu

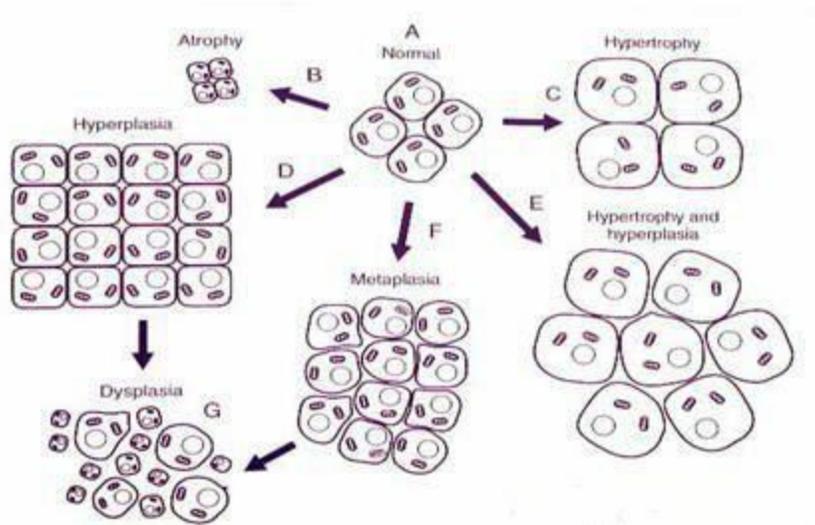


[newpage]

3. Những tổn thương thích nghi:

- Thay đổi kích thước TB: Teo đét (atrophy), Phì đại (hypertrophy)
- Thay đổi số lượng TB: Tăng sản (hyperplasia), Giảm sản (involution)
- Thay đổi tính biệt hoá TB: Dị sản (metaplasia), Loạn sản (dysplasia)
- Thay đổi chuyển hoá TB: Tích tụ, ứ đọng (accumulation)

Sơ đồ về tổn thương thích nghi:



Teo đét (Atrophy):

Là sự giảm kích thước TB, tạng hoặc toàn bộ cơ thể.

TB teo đét, các bào quan nhỏ lại, chức năng

TB giảm sút.

Teo đét có 2 loại:

+ Teo đét sinh lý:

Ví dụ: Teo tuyến ức ở trẻ em

Teo tuyến vú, buồng trứng, tử cung ở phụ nữ mãn kinh.

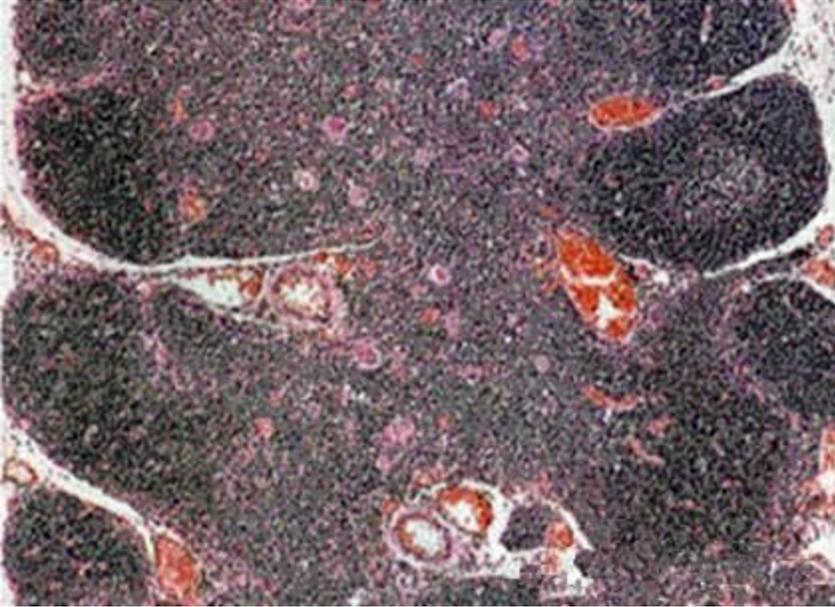
Teo đét ở người già (teo não, teo cơ, teo da, teo tuyến sinh dục...)

+ Teo đét bệnh lý:

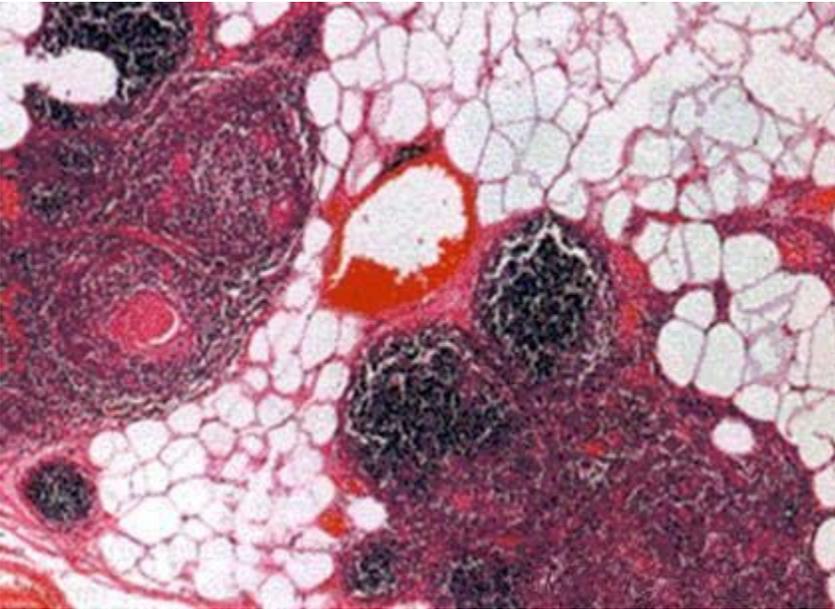
Ví dụ: Teo thận do xơ vữa động mạch thận

Teo cơ do liệt hoặc đứt dây TK

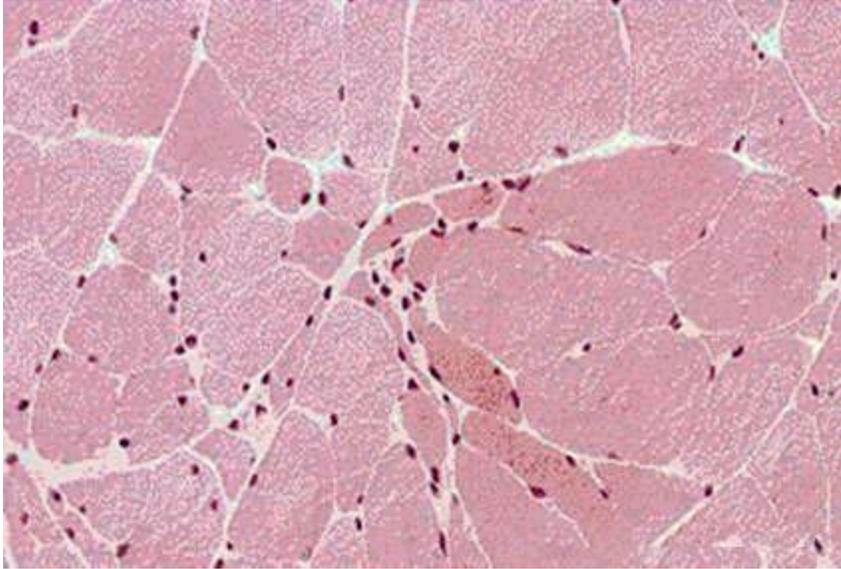
Tuyến ức bình thường



Tuyến ức teo ở tuổi thiếu niên



Teo hết TB cơ vân



Teo thận do xơ vữa động mạch



Teo não do nhồi máu



Phì đại (hypertrophy)

Phì đại là sự tăng kích thước TB, tạng hoặc cơ thể.

TB phì đại, các bào quan to lên tương ứng, TB tăng hoạt động chức năng.

Phì đại có 2 loại:

+ Phì đại sinh lý:

Ví dụ: Phì đại tuyến vú tuổi dậy thì.

Phì đại cơ vân khi luyện tập.

Phì đại cơ tử cung khi có thai.

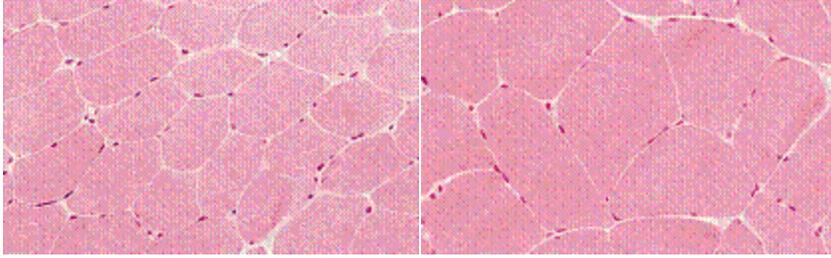
+ Phì đại bệnh lý:

Ví dụ: Phì đại tâm thất trái trong cao HA.

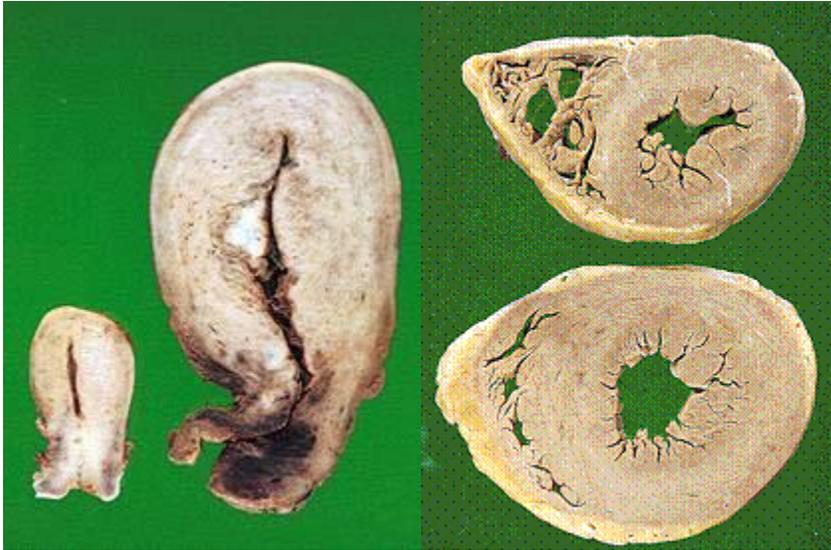
Phì đại thận còn lại do cắt một thận.

Phì đại cơ bàng quang do u xơ tiền liệt.

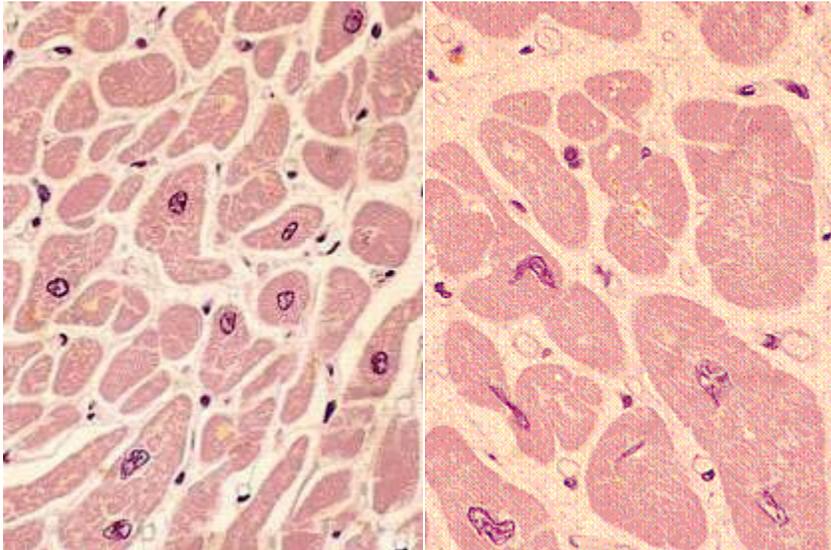
TB cơ vân bình thường TB cơ vân phì đại



PĐ cơ tử cung khi có thai PĐ thất trái do HA cao



Cơ tim bình thường Cơ tim phì đại do cao HA



Phì đại tuyến tiền liệt



Tăng sản (hyperplasia)

- Tăng sản là tăng số lượng TB, tăng sản làm kích thước tạng tăng lên.
- Các TB tăng sản thường lớn, bắt màu đậm, hoạt động chức năng tăng.
- Tăng sản cũng có thể do các kích thích sinh lý hoặc bệnh lý.
- Những tăng sản không rõ nguyên nhân thường là giai đoạn đầu của sự phát sinh u.

Ví dụ về tăng sản:

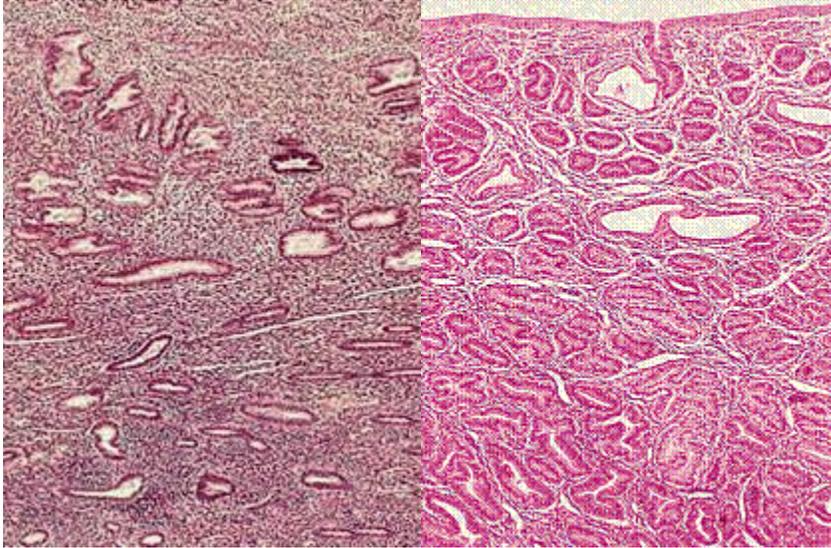
- Tăng sản niêm mạc tử cung do kích thích của estrogen.
- Tăng sản tuyến tiền liệt do giảm androgen ở người già (u xơ tuyến tiền liệt).
- Tăng sản niêm mạc bàng quang, túi mật do sỏi.

Tăng sản thường kết hợp với phì đại

Ví dụ:

- Tăng sản và phì đại cơ tử cung khi có thai.
- Tăng sản và phì đại cơ bàng quang khi có u xơ tuyến tiền liệt.
- Tăng sản và phì đại thận sau cắt một thận.

Tuyến niêm mạc TC Tăng sản tuyến n/m TC



Dị sản (metaplasia)

- Là sự biến đổi một loại TB này thành một loại TB khác. Chức năng TB dị sản bị biến đổi.

- DS có thể do kích thích sinh lý hoặc bệnh lý.

- DS thường trở thành loạn sản, khởi đầu của sự phát sinh u.

Ví dụ về dị sản

- Lớp TB đệm niêm mạc TC dị sản thành lớp

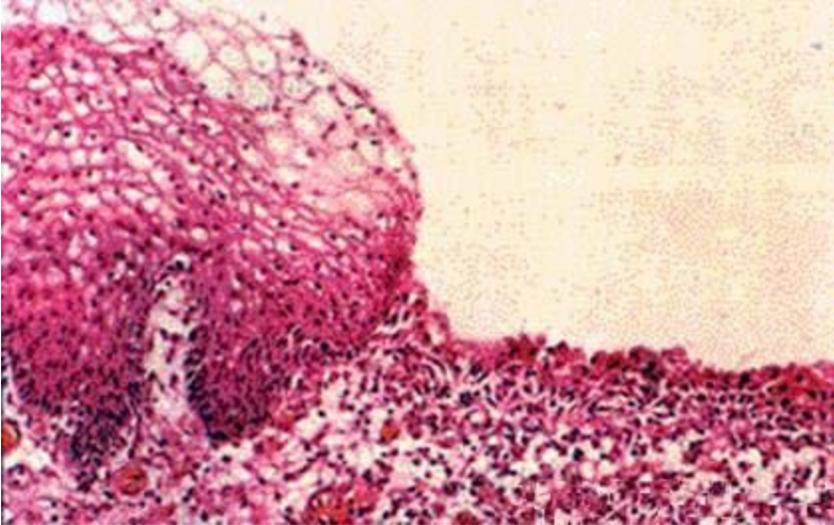
TB rụng khi có thai.

- Sự biến đổi từ nang trứng chín thành tuyến vàng ở buồng trứng (hoàng thể) khi có thai.

- Dị sản biểu mô trụ thành biểu mô lát tầng của niêm mạc phế quản ở người nghiện thuốc lá.

- Dị sản niêm mạc dạ dày thành niêm mạc ruột trong viêm mạn tính.

Dị sản gai niêm mạc Bàng quang do sỏi



Loạn sản (dysplasia)

Là sự phát triển và biệt hoá bất thường của mô trưởng thành, đang tái tạo, đang biệt hoá hoặc từ bào thai.

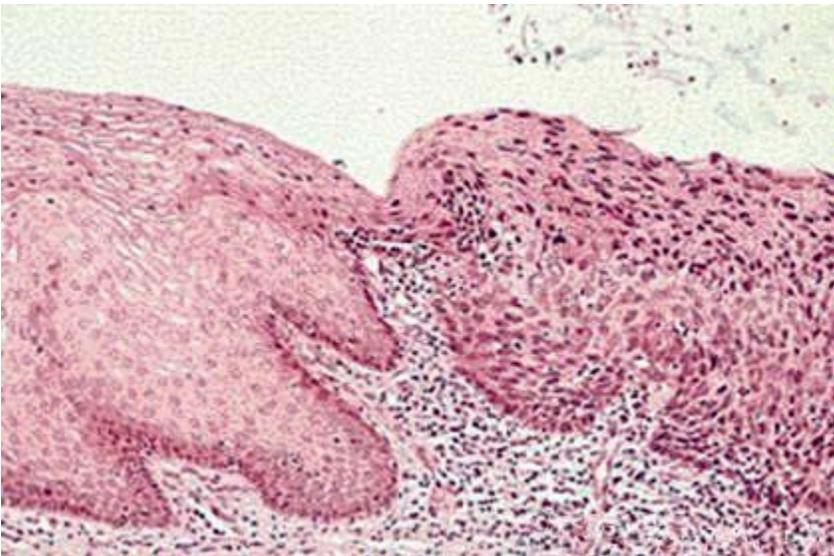
Loạn sản có thể phát triển từ tổn thương dị sản.

Loạn sản thường là giai đoạn đầu của sự phát sinh u.

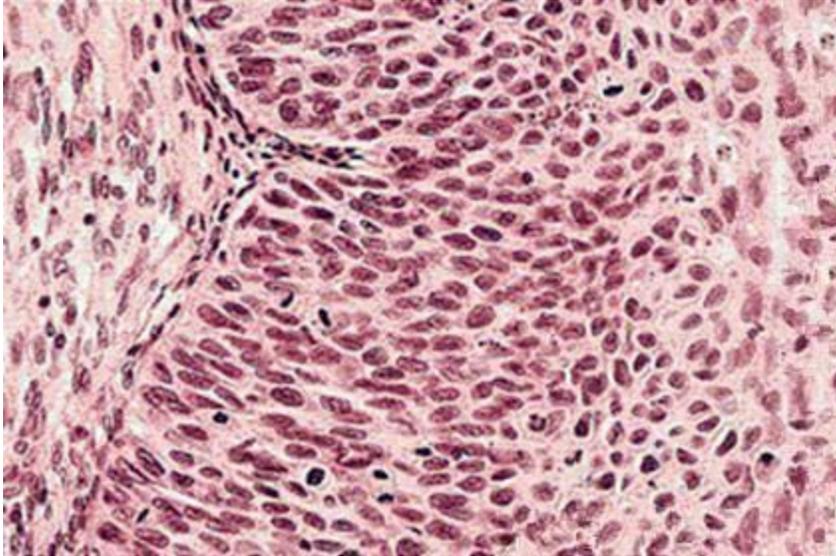
Ví dụ về loạn sản:

- Loạn sản biểu mô gai cổ ngoài tử cung khi viêm mạn tính.
- Loạn sản niêm mạc dạ dày ở bờ ổ loét.
- Loạn sản tuyến ở da núm vú trong bệnh Paget

Loạn sản biểu mô gai n/m cổ TC



Loạn sản và ung thư biểu mô tại chỗ



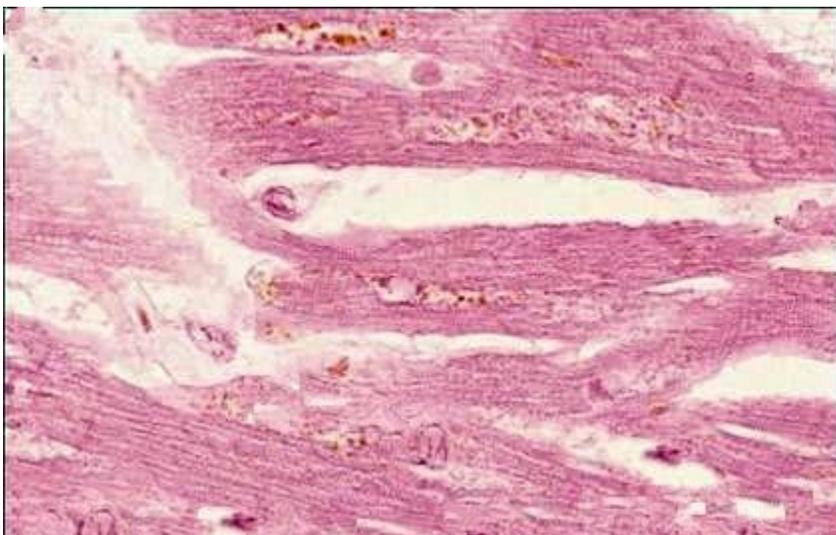
Tích tụ - ứ đọng (accumulation):

- Tích tụ hoặc ứ đọng các chất trong bào tương TB có thể do:
- Rối loạn chuyển hoá, tích tụ nhiều sản phẩm chuyển hoá trong TB.
- Xâm nhập quá nhiều các chất bên ngoài vào trong TB.

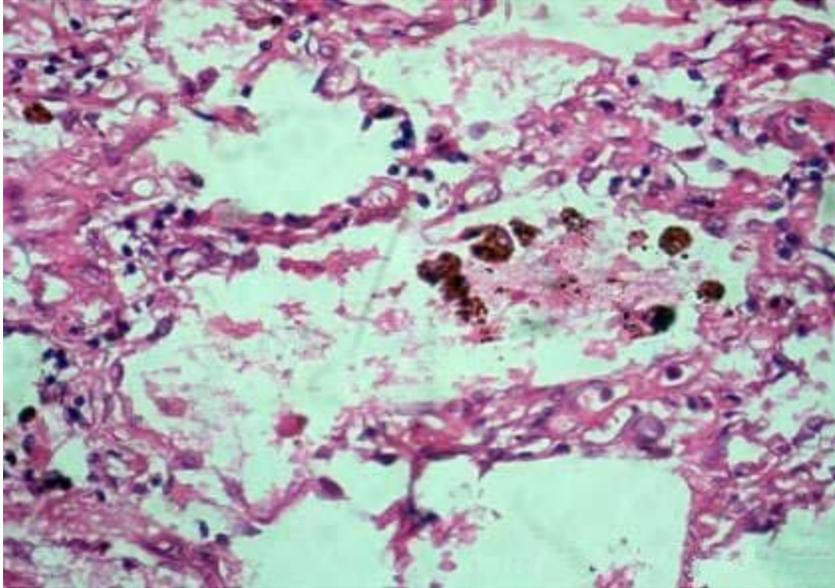
Ví dụ về tích tụ các chất trong TB:

- Bụi than tích tụ trong các đại thực bào vách phế nang (bệnh bụi phổi).
- Tích tụ sắc tố máu (hemosiderin) màu vàng nâu trong bào tương đại thực bào (TB tim) trong suy tim.
- Tích tụ mỡ trong TB gan ở người nghiện rượu.

Tích tụ sắc tố trong TB



Tích tụ hemosiderin trong ĐTB phế nang (TB tim)



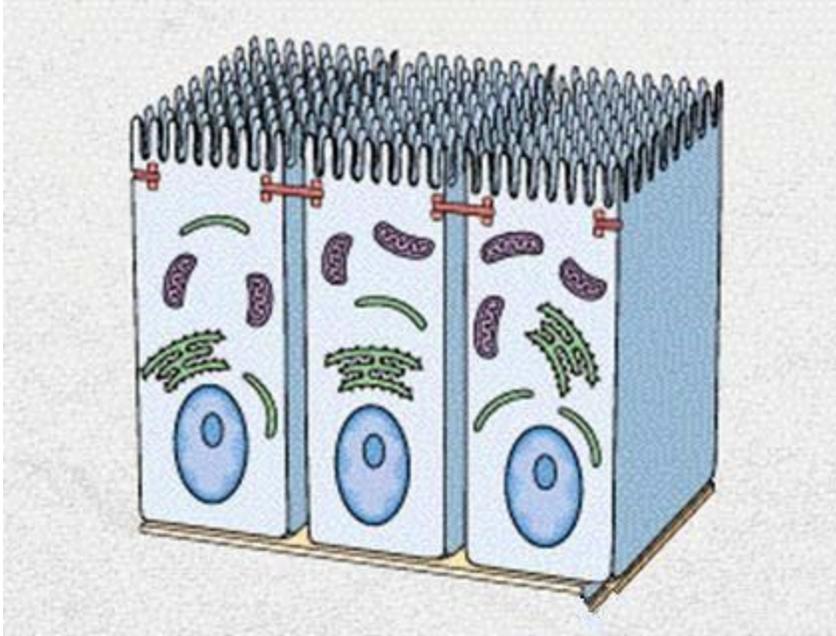
IV. Sự già và chết TB:

- Mỗi TB và cơ thể có một giới hạn sống nhất định. Kết thúc giới hạn đó là sự chết TB và cơ thể.
- Sự chết hàng ngày của TB theo chương trình định sẵn trong nhân TB (programed cell death) gọi là Apoptosis.

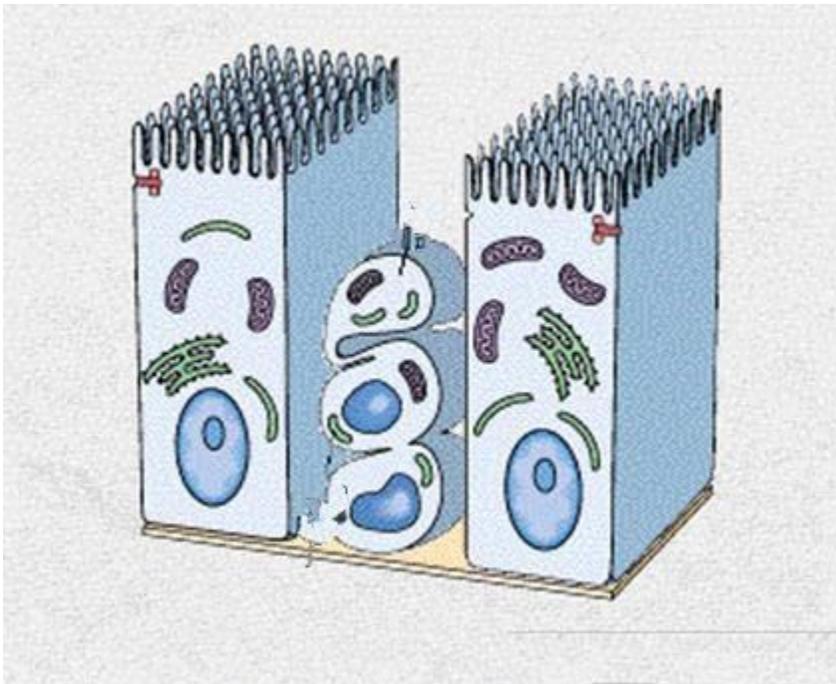
Phân biệt Apoptosis và necrose:

Hình ảnh	Apoptosis	Hoại tử (Necrose)
Ng/nhân	sinh lý hoặc bệnh lý	thường là bệnh lý
Quy mô	từng TB	từng nhóm TB
Màng TB	còn	mất
Hình thái	ngắt từng phần TB	TB trương to, vỡ
P/ư viêm	Không	Có
Tiêu biến	Do các TB lân cận	Do ĐTB và BCĐN

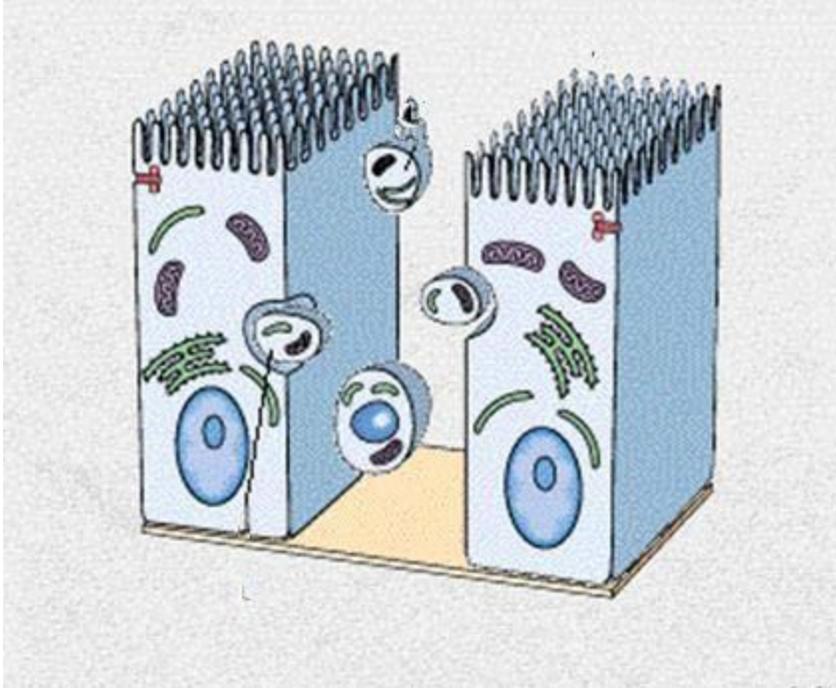
Sơ đồ minh hoạ cấu trúc BM trụ



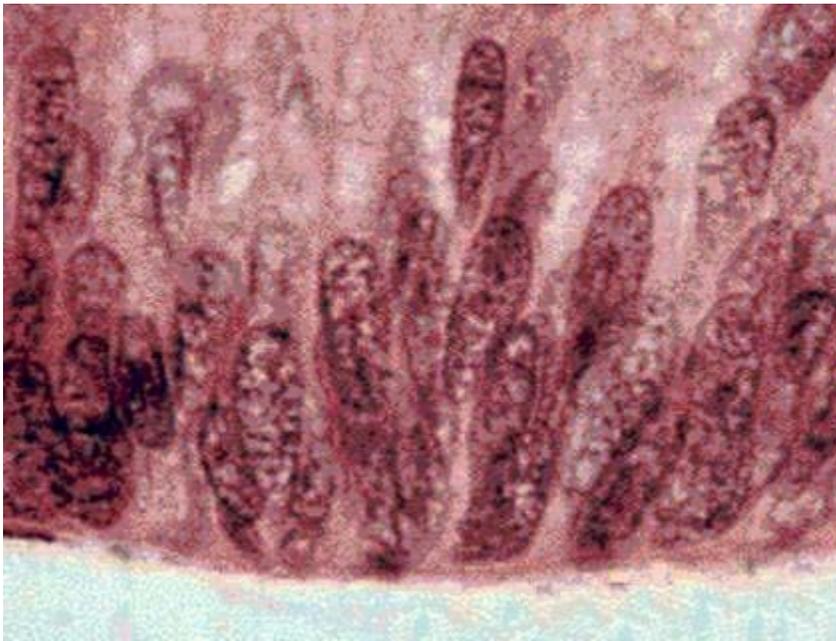
Sơ đồ minh họa hiện tượng Apoptosis



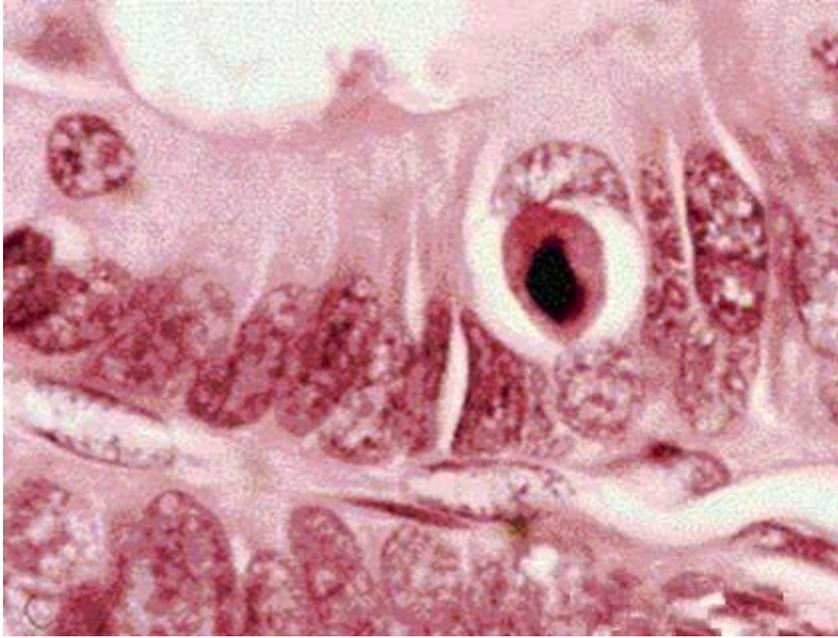
Sơ đồ minh họa hiện tượng Apoptosis



Biểu mô trụ bình thường



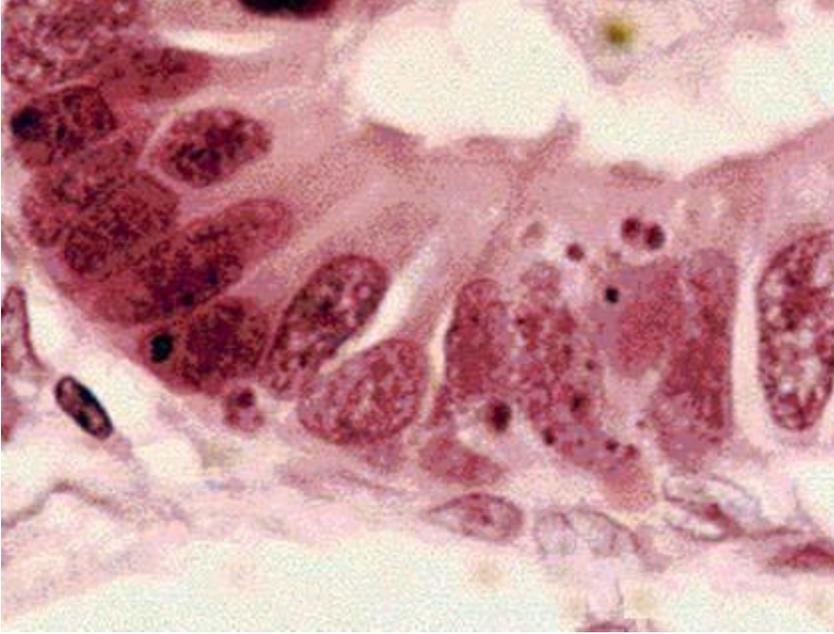
Hình ảnh Apoptosis



Hình ảnh Apoptosis



Hình ảnh Apoptosis



4. BỆNH RUỘT NON VÀ RUỘT GIÀ

Các bệnh nhiễm khuẩn

Ruột có thể bị nhiễm khuẩn do:

- Virus: gây ỉa chảy ở trẻ em và người lớn (rotavirus and norwalk virus).

- Bacteria:

Salmonella typhi gây bệnh thương hàn. Tuberculosis gây bệnh lao (hồi manh tràng).

- Protozoa:

Gardia gây rối loạn tiêu hoá.

Cryptosporidia có thể gây viêm ruột ở người AIDS.

- Nấm (fungi): Hay gây bệnh đường ruột ở người bị AIDS.

- Bệnh giun sán (helminths): Hay gây bệnh đường ruột nhất là ở các nước nhiệt đới.

Cơ chế gây bệnh

1. Một số vi khuẩn gây tổn thương do xâm nhập thành ruột (ly trực trùng, thương hàn, ly amip, E. coli).

2. Một số vi khuẩn sinh các độc tố gây bệnh mà không xâm nhập thành ruột (tả, salmonella).

Bệnh lỵ trực trùng

Lỵ trực trùng là bệnh viêm ruột già cấp tính, lây truyền theo đường tiêu hoá.

Mầm bệnh là nhóm Shigella gram âm (Shigella

shiga, Shigella flexnerie, Shigella boydii, Shigella sonneix), ủ bệnh 1- 8 ngày.

Lâm sàng: sốt cao, đi ngoài đột ngột nhiều lần trong ngày, phân có chất nhầy, mủ và ít máu, hay buồn đi ngoài và đau quặn bụng.

+ Đại thể:

Niêm mạc bị hoại tử bong từng mảng và để lại ổ loét nung ở lớp niêm mạc.

Mặt ổ loét được phủ bởi một lớp dịch rỉ viễm nhiều tơ huyết. Cốc ổ loét cú bờ rừ, ổ loét cú thể nhỏ, nhưng cú thể nhiều ổ loét liền bờ với nhau tạo thành ổ loét lớn.

+ Vi thể:

Niêm mạc ruột phù nề, tăng tiết nhầy và có nhiều mạch máu xung huyết.

Sau đó lớp niêm mạc bị hoại tử bong đi và để lại ổ loét.

ở đáy ổ loét có thể thấy nhiều trực khuẩn lỵ.

Nhiều bạch cầu đa nhân xâm nhập vào thành ruột, quanh ổ loét. Lớp hạ niêm mạc phù dày lên.

ở giai đoạn phục hồi có sự phát triển của tổ chức

hạt. Khi thành sẹo có sự tái tạo của biểu mô nhưng không có tuyến.

Lỵ amip

Là bệnh nhiệt đới, lây theo đường tiêu hoá, ủ bệnh vài tuần.

Bệnh nhân thường có triệu chứng đi ngoài phân có nhầy lẫn máu, dai dẳng hay tái phát. Mầm bệnh là Entamoeba histolytica.

+ Đại thể:

Amip xâm nhập vào lớp niêm mạc, chui vào lòng

tuyến và gây hoại tử biểu mô bằng các men phân huỷ protein, rồi xâm nhập sâu xuống hạ niêm mạc.

Niêm mạc trên ổ hoại tử bị chết và rụng đi để lại

ổ loét. Ổ loét thường có góc gác sâu ở trong hạ niêm mạc.

+ Vi thể:

Ổ loét rộng nhưng không có hoặc có rất ít phản ứng viêm, hay thấy amíp trong ổ loét.

Các amíp có thể theo tĩnh mạch cửa vào gan, lên phổi và não.

+ Biến chứng

- Áp xe gan

- Áp xe phổi

- Áp xe não

- U hạt amíp ở góc hồi manh tràng

Bệnh thương hàn

- Là bệnh nhiễm trùng thành dịch lây theo đường tiêu hoá.

- Mầm bệnh là salmonella typhosa gây tổn thương ruột và cơ quan tạo máu.

- Bệnh nhân có biểu hiện: sốt cao liên tục, mạch nhanh, ỉa lỏng, nôn mửa hoặc táo bón, lách to, xét nghiệm bạch cầu giảm.

+ Đại thể:

Tổn thương ruột và cơ quan tạo máu nên nhiều tạng bị tổn thương:

- Ruột: các mảng Payer sưng phù, hạch mạc treo ruột sưng to, niêm mạc ruột hoại tử tạo thành ổ

loét nông, loét cũng có thể làm thủng ruột. Loét có thể khỏi, thành sẹo.

- Lách: tăng sinh nhiều tế bào thương hàn. Lách to, có thể bị vỡ.

- Cơ: thoái hoá cơ vân (Zenker) gây thoát vị thành bụng.

- Túi mật, gan, tuỷ xương, tim, khớp đều bị tổn thương.

+ Vi thể:

- Trong vùng tổn thương có tăng sinh nhiều thực bào 1 nhân (tế bào thương hàn), có ít hoặc không có bạch cầu đa nhân.

- Vi khuẩn thương hàn có thể thấy trong bào tương tế bào thực bào.

+ Biến chứng

- Nhiễm độc

- Suy tuần hoàn
- Chảy máu ruột
- Thủng ruột
- Vỡ lách.

Viêm ruột mạn tính

- Bệnh Crohn và viêm đại tràng loét là những viêm ruột mạn tính nguyên phát không rõ nguyên nhân. Cả 2 bệnh đều có liên quan với các biểu hiện toàn thân ngoài ruột.
- Bệnh Crohn là một loại viêm hạt tổn thương toàn bộ thành ruột từng đoạn ngắt quãng ở hồi tràng.
- Viêm đại tràng loét là bệnh viêm mạn tính chủ yếu ở trực tràng, nhưng có thể lan ra toàn bộ đại tràng.

Bệnh Crohn

Bệnh thường tổn thương ở hồi tràng (ileuitis), hay gặp ở nữ, 20 – 60 tuổi.

- Niêm mạc và hạ niêm mạc sưng phù, làm mất các nếp niêm mạc. Nếp niêm mạc trông giống như các viên đá cuội xếp cạnh nhau.
- Bề mặt niêm mạc xuất hiện các điểm loét chảy máu, rồi hình thành các đường dò.
- Thành ruột dày, thắt hẹp do phù nề và xơ hoá. Những đoạn ruột bình thường to, mềm mại xen kẽ những đoạn ruột tổn thương cứng chắc, thắt hẹp (skip lesions).
- Các hạch mạc treo ruột sưng to.
- Tổn thương điển hình trong viêm ruột Crohn là tổn thương ở toàn bộ các lớp thành ruột, phù nề nặng ở hạ niêm mạc và hoại tử thành ruột tạo thành các lỗ dò. Sự xơ hoá và tạo sẹo làm thành ruột dày cứng chắc.
- Tổn thương viêm lan rộng ra thanh mạc gây dính các quai ruột, viêm phúc mạc cục bộ.

Biến chứng viêm ruột Crohn

- Hẹp tắc ruột
- Dính ruột
- Thủng ruột gây áp xe trong ổ bụng
- Dò và áp xe quanh hậu môn
- Đoạn ruột viêm dễ ung thư hoá
- Chảy máu do loét ruột

Bệnh viêm đại tràng loét

Tổn thương hay gặp ở trực tràng (proctitis) và các đoạn đại tràng khác.

Tổn thương lan rộng ở niêm mạc, bệnh nhân hay ỉa lỏng, phân có máu, nhày và mủ.

Có 3 hình thái lâm sàng:

1. Viêm cấp tính hoạt động (active acute disease)

2. Viêm mạn hoặc được điều trị (chronic quiescent or treated disease)

3. Viêm hoạt động mạnh (fulminant active disease)

1. Viêm cấp tính hoạt động (active acute disease)

- Bề mặt niêm mạc có nhiều vết loét nông nhỏ, có chảy máu.

- Tổn thương viêm chỉ khu trú ở lớp niêm mạc và mô đệm, không vượt qua lớp cơ niêm thành đại tràng.

2. Viêm mạn hoặc được điều trị (chronic quiescent or treated disease)

- Tổn thương loét không nổi bật, niêm mạc xung huyết đỏ, mỏng, trên bề mặt có những hạt nhỏ.

- Khi sinh thiết niêm mạc có hình ảnh viêm mạn tính.

3. Viêm hoạt động mạnh (fulminant active disease)

- Vết loét niêm mạc lan rộng

- Tổn thương phù, viêm xâm nhập xuống lớp cơ.

- Thành đại tràng giãn rộng (toxic dilatation), đại tràng phình to (acute toxic megacolon).

Biến chứng

Biến chứng tại chỗ:

- Chảy máu và thoát dịch tại ổ loét.
- Giãn phình đại tràng do nhiễm độc và thủng đại tràng.
- Loạn sản và ung thư hoá.

Biến chứng toàn thân:

- Ban đỏ nốt (erythema nodosum)
- Hoại tử mủ (pyodema gangrenosum)
- Viêm kết mạc mắt (iritis)
- Đau các khớp lớn (arthropathy of large joints)
- Viêm khớp cùng chậu (sacroilitis)
- Gù vẹo cột sống (ankylosing spondylitis)
- Bệnh gan mạn tính (chronic liver disease)

Bệnh sinh

- Yếu tố tinh thần (psychosomatic cause): được biết ở một số cá thể
- Nhiễm khuẩn (infective cause): như E.coli
- Yếu tố miễn dịch (immunological cause): nhiều lympho bào trong ổ viêm

Viêm ruột Crohn



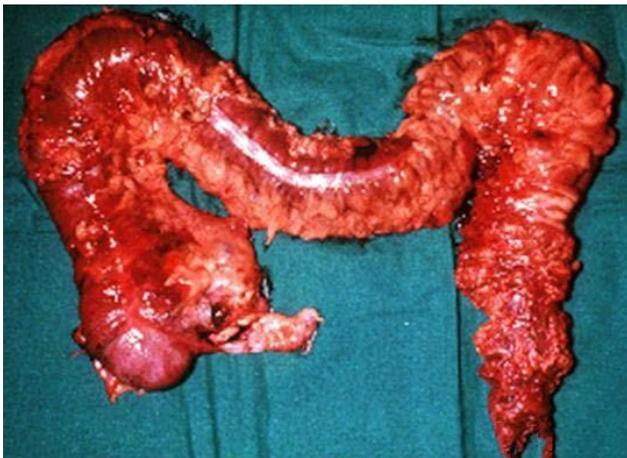
Viêm ruột Crohn



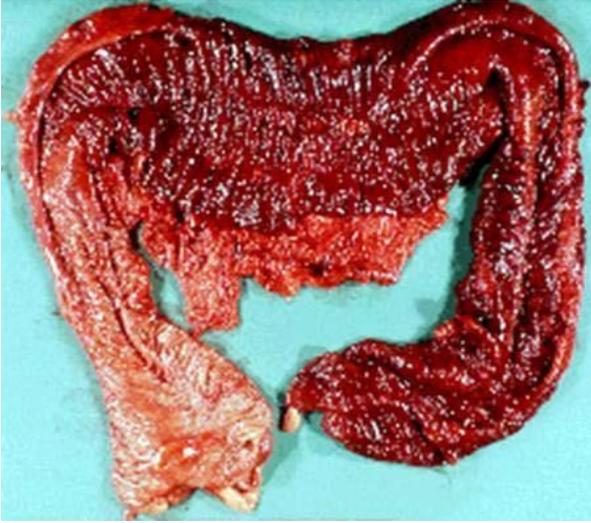
Viêm ruột Crohn



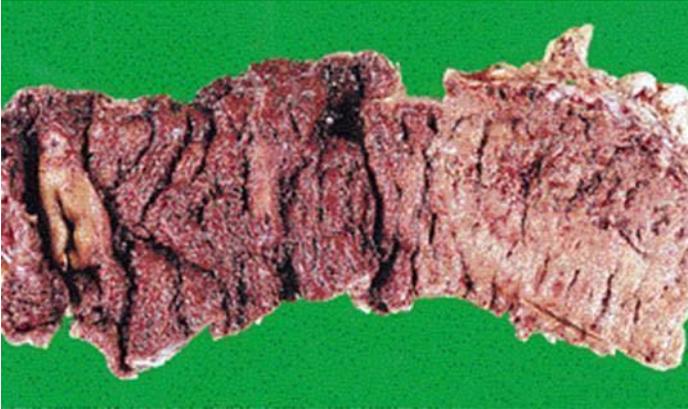
HẢ vi thể (Crohn's disease)



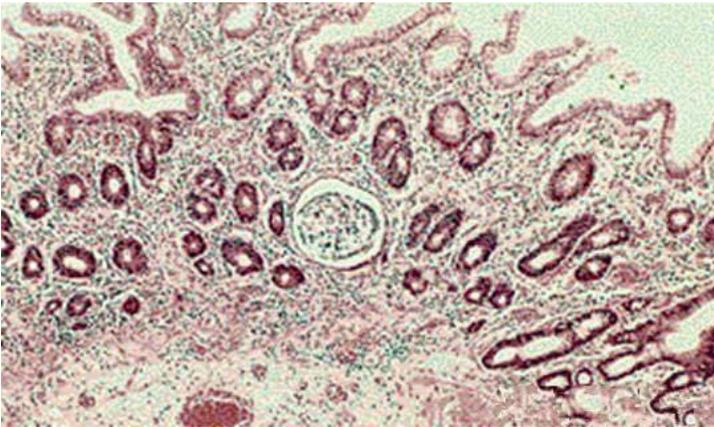
Viêm đại tràng loét



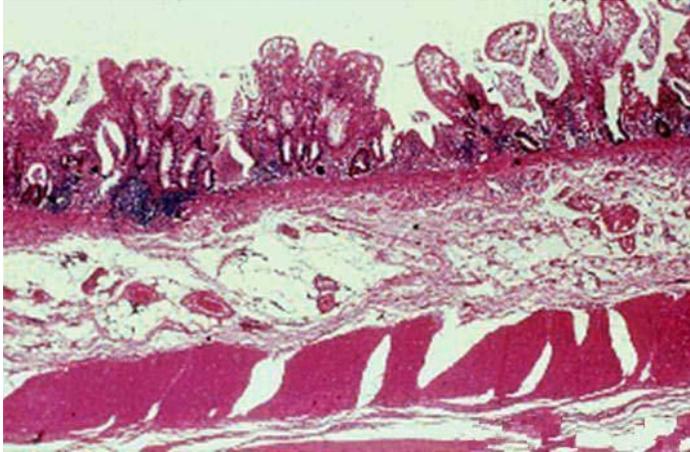
Viêm đại tràng loét



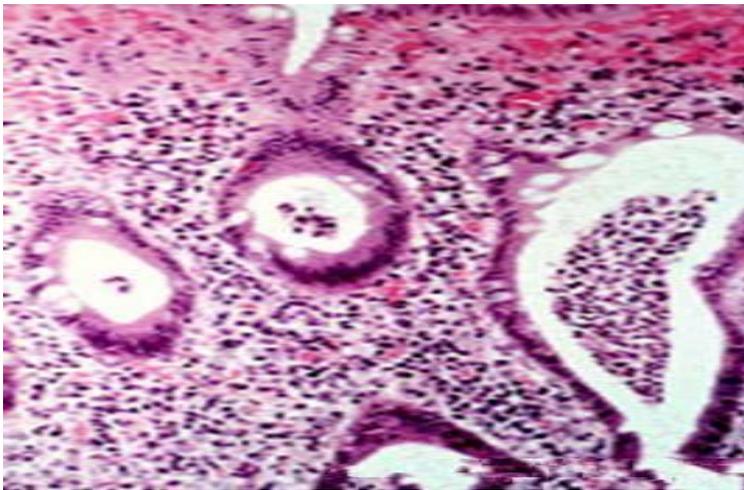
Viêm đại tràng loét



HẢ vi thể viêm đại tràng loét



HẢ vi thể viêm đại tràng loét



5. CHỬA TRỨNG

(hydatidiform mole)

1. Định nghĩa
2. Hình ảnh tổn thương
3. Biến chứng

1. Định nghĩa

“Chửa trứng (hydatidiform mole) là một biến đổi bệnh lý xảy ra trong thời kỳ có thai. Đặc trưng bằng sự thoái hoá nước của các gai rau (hydropic degeneration) và sự tăng sinh của các tế bào biểu mô rau (trophoblastic hyperplasia)”.

- Trong buồng tử cung, thai nhi không còn, các gai rau thoái hoá trở thành những nang chứa nước trông giống như những đám trứng ếch, hoặc như chùm nho, vì vậy gọi là chửa trứng.

Có 2 loại chửa trứng:

- Chửa trứng một phần (partial mole), chỉ một số gai rau trở thành các nang nước, trong buồng tử cung có thể có thai nhi.

- Chửa trứng hoàn toàn (complete mole), toàn bộ các gai rau trở thành nang nước, trong buồng tử cung không có thai nhi.

Cơ chế bệnh sinh

Chửa thường:

Tinh trùng (23X) + Trứng (23X) = 46XX thai nữ, rau thai bình thường.

Chửa trứng một phần (partial mole):

2 tinh trùng (23X và 23Y) + trứng (23X) = 69XXY (triploid) chửa trứng một phần, thai nhi chết dần.

Chửa trứng toàn phần (complete):

2 tinh trùng (23X và 23X) + trứng (không gen) = 46XX (diploid) chửa trứng toàn phần, không hình thành thai nhi.

- Biểu hiện lâm sàng:

Xét nghiệm nồng độ hCG (human chorionic gonadotropin) trong máu và nước tiểu tăng rất cao.

Siêu âm có thể thấy buồng tử cung sáng, có nhiều nang nước nhỏ.

Chửa trứng dễ biến đổi thành ung thư biểu mô rau (choriocarcinoma)

2. Tổn thương

Đại thể:

- Tử cung to bình thường, hay bị ra máu ngay từ khi mới có thai. Trong buồng tử cung không có thai nhi (complete mole).

- Các gai rau thoái hoá, ứ nước hình thành các nang nhỏ giống như trứng ếch hoặc chùm nho (grape like) đầy chặt trong buồng tử cung.

Vi thể

- Các gai rau thoái hoá không còn trực liên kết, biểu mô rau tăng sản bao bọc phía

ngoài (trophoblastic hyperplasia).

- Có hình ảnh các nang nước xâm nhập sâu vào lớp cơ tử cung (10%).

3. Biến chứng

- Chửa trứng xâm nhập (invasive mole).

Gai rau xâm nhập sâu vào lớp cơ và mạch máu thành tử cung, có thể làm thủng tử cung.

- Ung thư biểu mô rau (choriocarcinoma),

có thể gặp sau chửa trứng, các tế bào biểu mô rau tăng sinh bất thường, xâm nhập mạch máu di căn xa.

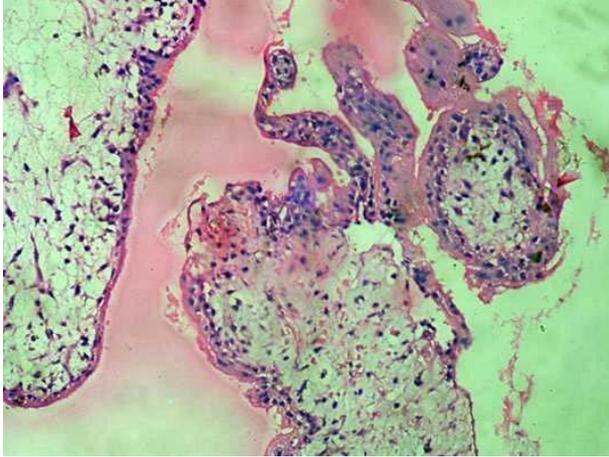
Chửa trứng



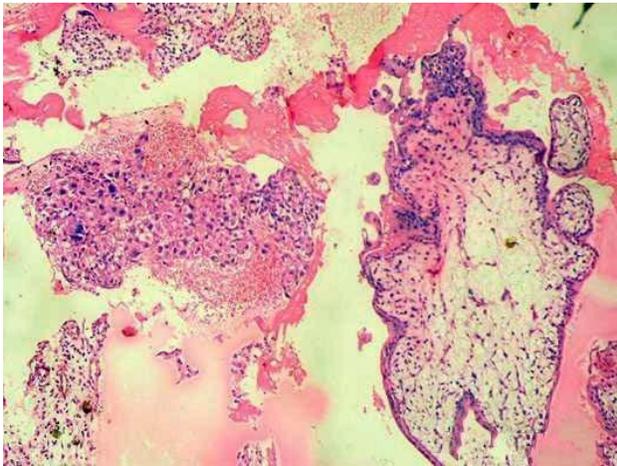
Chửa trứng (đại thể)



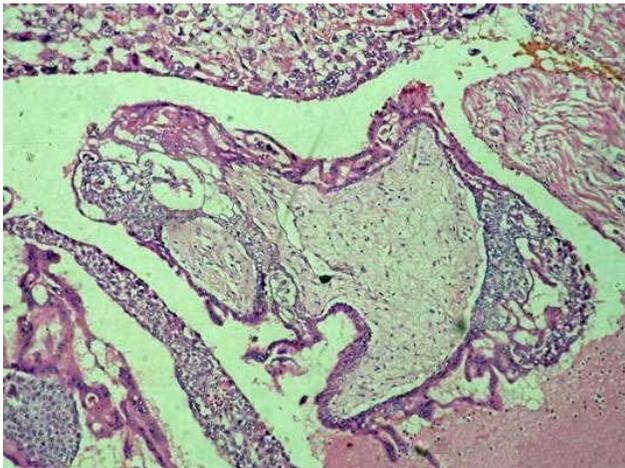
Chửa trứng (HẢ vi thể)



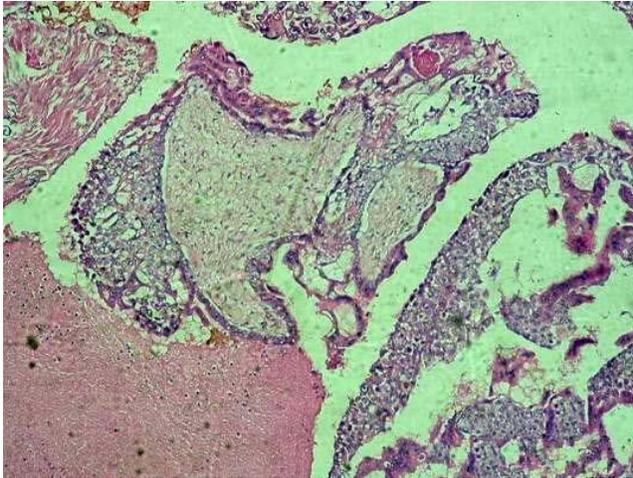
Chửa trứng (HẢ vi thể)



Chửa trứng (HẢ vi thể)



Chửa trứng (HẢ vi thể)



6. LOÉT DẠ DÀY

(PEPTIC ULCER)

Loét là một tổn thương mất tổ chức ăn sâu tại chỗ ở một vùng nào đó của da hoặc niêm mạc.

Loét dạ dày là tổn thương mất lớp niêm mạc ăn sâu qua lớp cơ niêm, hạ niêm mạc hoặc xuống tận lớp cơ thành dạ dày.

Nguyên nhân loét dạ dày:

- Vai trò acid, pepsin.
- Vai trò *Helicobacter pylori*: sinh enzym urease phá huỷ TB niêm mạc dạ dày
- Yếu tố tinh thần
- Yếu tố ăn uống
- Thuốc lá
- Hậu quả của viêm dạ dày mạn tính

Phân loại: 2 loại

- + Loét dạ dày cấp tính
- + Loét dạ dày mạn tính

Loét dạ dày cấp

Nguyên nhân loét dạ dày cấp:

- Thường phát triển từ viêm loét dạ dày cấp (acute erosive gastritis).

- Shock, stress (bỏ nặng hoặc tăng áp lực sọ).

- Dùng nhiều thuốc kháng viêm steroid.

- Say rượu nôn mửa nhiều...

Hình thái ổ loét dạ dày cấp:

- Loét gặp ở bất kỳ vị trí nào của dạ dày, có thể 1, nhưng thường nhiều ổ khắp dạ dày.

- Loét thường nhỏ <1 cm, hình tròn, tổn thương mới đến hạ niêm mạc.

- Niêm mạc xung quanh ổ loét phù nề xung

huyết, ít TB viêm. TB biểu mô phủ tăng chế tiết, không bị teo đét hoặc quá sản.

- Đáy ổ loét có chất hoại tử lẫn máu hoặc chất

nhày, có thể có lớp mô hạt mỏng, ít TB, ít mạch máu tân tạo.

Viêm dạ dày cấp (vết chợt)



Loét dạ dày cấp



Loét dạ dày mạn tính



Loét dạ dày mạn tính

Loét mạn tính thường gặp ở tá tràng hơn dạ dày (3/1).

Loét tá tràng gặp ở đoạn đầu sát môn vị, thành trước tá tràng hay bị tổn thương hơn thành sau.

Loét dạ dày thường ở bờ cong nhỏ, vùng tiếp giáp thân vị và hang vị. Thành trước và bờ cong lớn ít bị hơn.

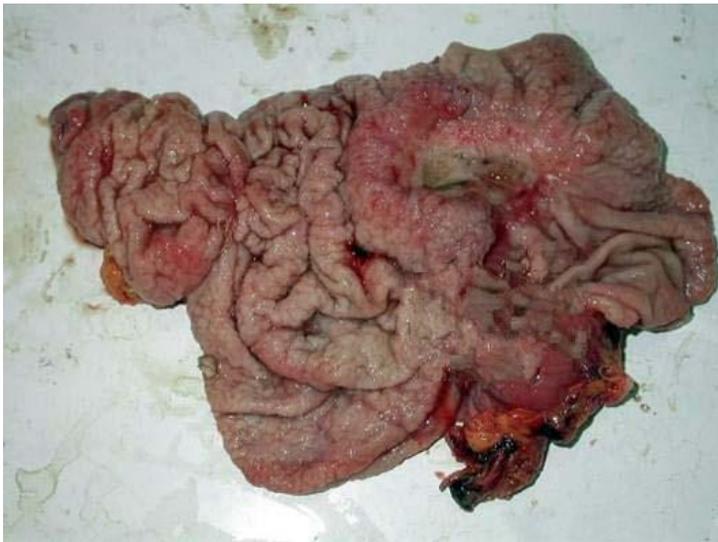
Kích thước ổ loét: <0,3 cm thường là vết chợt. >0,6 cm là loét thực sự. 50% ổ loét <2 cm, 75% ổ loét <3 cm. Loét >4 cm thường loét ác tính ung thư hoá.

Hình thể ổ loét dạ dày mạn tính:

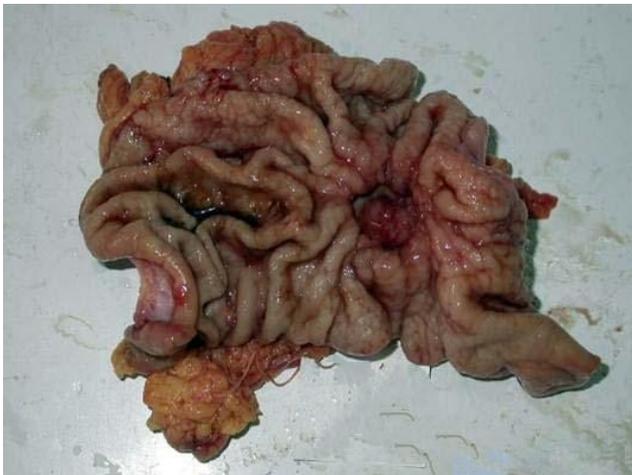
- Hình tròn, bầu dục, bờ gợn, niêm mạc bờ ổ loét tăng sản phủ chờm vào ổ loét.

- Loét mới, vùng rìa ổ loét bằng niêm mạc vùng xung quanh, không có riềm rõ. Ổ loét có hình lòng chảo, mềm do viêm chưa phát triển.
- Loét cũ vài năm, niêm mạc rìa ổ loét nổi gờ cao, bờ thẳng đứng, loét có hình cốc, nắn chắc do xơ phát triển. Niêm mạc xung quanh có xu hướng quy tụ về ổ loét.
- Loét xơ trãi: loét rộng, sâu, bờ thẳng đứng, đáy nhẵn, trắng, rắn, chắc. Niêm mạc nhẵn nhúm, thô. Loét sâu đến lớp cơ hoặc thủng thanh mạc, dính vào tụy, mạc nối.

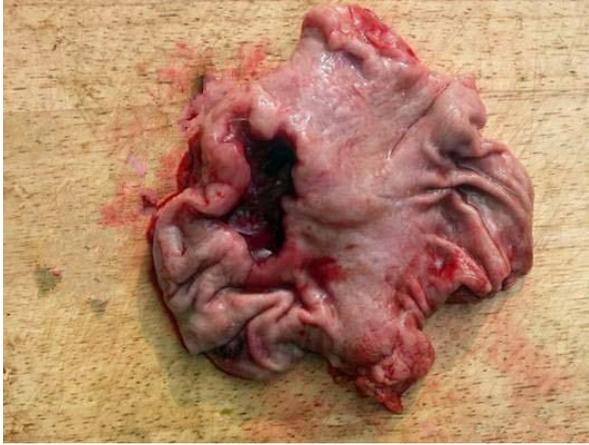
Loét dạ dày mạn ung thư hoá



Loét dạ dày mạn



Loét dạ dày mạn



Hình ảnh vi thể: ổ loét có 4 lớp

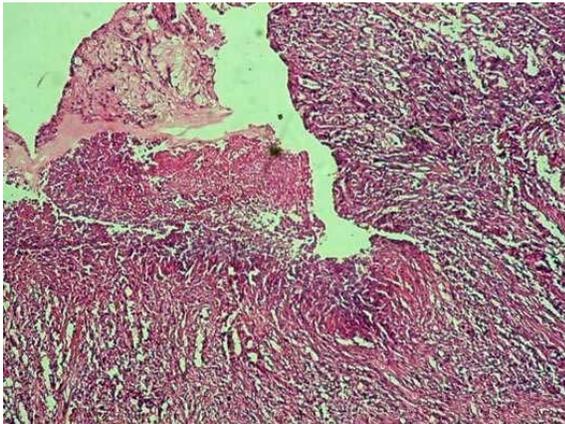
+ Lớp hoại tử: mảnh vụn TB, tơ huyết, BCĐN thoái hoá.

+ Lớp hoại tử dạng tơ huyết: là lớp đặc trưng của ổ loét, có nhiều tơ huyết, BCĐB.

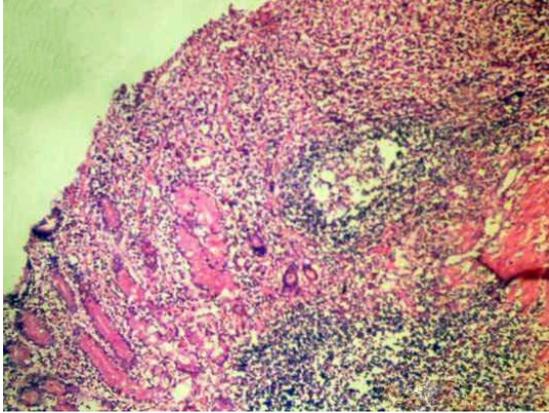
+ Lớp mô hạt: Nhiều TB sợi non, sợi tạo keo, mạch máu tân tạo, các TB viêm.

+ Lớp xơ hoá: nhiều TB sợi, mạch máu thành dày, TB lympho.

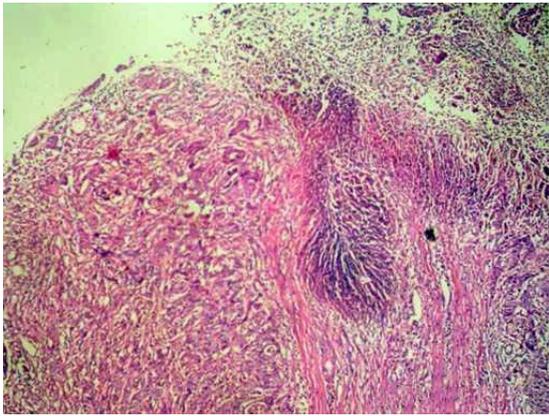
HẢ vi thể loét dạ dày mạn tính



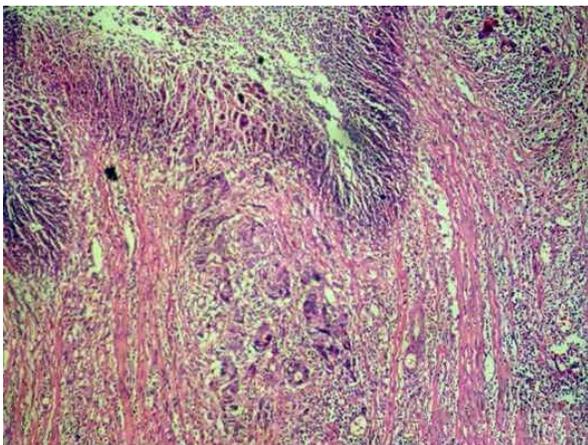
HẢ vi thể loét dạ dày mạn tính



HẢ vi thể loét dạ dày mạn tính



HẢ vi thể loét dạ dày mạn tính



Loét lành sẹo:

- Hoại tử ít dần, mô hạt phát triển lấp đầy ổ loét. Bề mặt ổ loét có biểu mô phủ nhưng không có tuyến.
 - Cơ niêm tăng sinh và bị khuyếch tán, hạ niêm mạc xơ hoá.
 - Xơ phát triển lan rộng, ít TB viêm.
 - Lớp cơ teo đi, bị kéo dúm về phía loét thành sẹo.
- + Biến chứng loét dạ dày:
- Chảy máu: mạn hoặc cấp tính.
 - Thủng dạ dày: gây viêm phúc mạc toàn thể hoặc khu trú.
 - Chít hẹp, biến dạng dạ dày: hẹp môn vị, dạ dày hai túi (hình đồng hồ cát).
 - Ung thư hoá: loét lớn, loét xơ trãi, loét bờ cong nhỏ hay ung thư hoá.

7. U BIỂU MÔ

TS. Nguyễn Thế Dân

1. Định nghĩa.
2. Phân loại.
3. U biểu mô lành tính.
4. U biểu mô ác tính.

1. Định nghĩa.

“ Là những u phát triển từ các TB biểu mô phủ (da, lưỡi, cổ tử cung, âm đạo, bàng quang, niêm mạc dạ dày, phế quản) hoặc biểu mô tuyến (gan, tụy, thận).

- Đặc điểm u biểu mô: Các TB u sắp xếp thành đám, thành dải, đứng sát cạnh nhau, xen kẽ giữa các TB không có mô đệm. Mô đệm liên kết chỉ phát triển xung quanh các đám TB u.

2. Phân loại u biểu mô: có 2 loại

- + U biểu mô lành tính:
 - U nhú.
 - U tuyến.
- + U biểu mô ác tính:

- Ung thư biểu mô gai.
- Ung thư biểu mô tuyến.

U biểu mô lành tính:

- U nhú (papilloma):

“U nhú là u lành tính của biểu mô phủ, các

TB u phát triển thành nhiều dải TB lồi cao trên bề mặt da hoặc niêm mạc”.

Có 2 loại:

- U nhú lát tầng:
- U nhú niêm mạc (polip):
- U nhú lát tầng (papilloma):

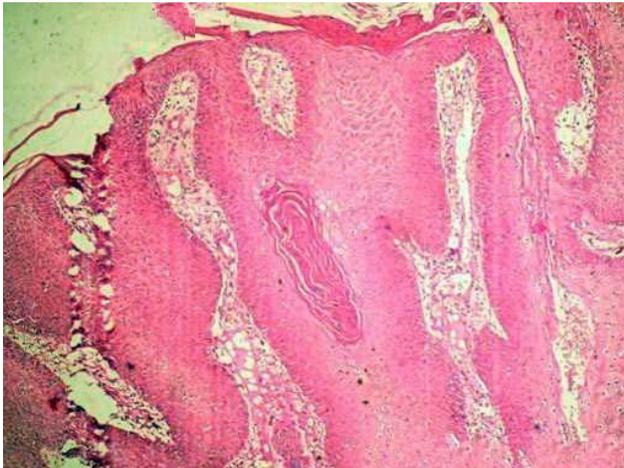
Hay gặp ở da, miệng, cổ tử cung. U phát triển lồi cao thành các nhú. Bề mặt u sần sùi không nhẵn, có thể bị loét, chảy máu.

Cấu trúc u gồm các TB biểu mô lát tầng, hình đa diện đều nhau, phát triển thành nhiều hàng TB phủ lên một trục liên kết huyết quản phát triển lồi cao trên bề mặt da.

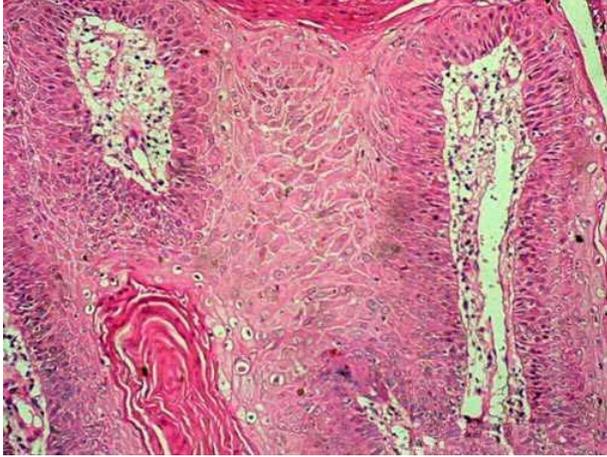
Màng đáy biểu mô còn nguyên vẹn. Mô đệm dưới biểu mô có xâm nhập một số TB viêm mạn tính.

Ví dụ: U nhú ở da

U nhú lát tầng (da)



U nhú lát tầng (da)



- U nhú niêm mạc (polip)

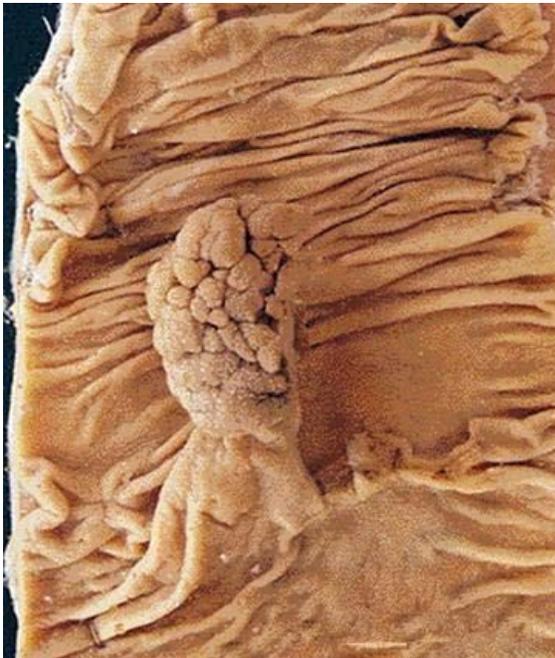
Là u lành tính phát triển từ những TB biểu của niêm mạc ruột, dạ dày, bàng quang thành khối nhỏ (<1cm) có cuống lồi cao trên bề mặt niêm mạc.

Các TB biểu mô phủ trên bề mặt các trục liên

kết huyết quản và tạo thành các hình ống tuyến đều nhau.

Polip là u lành nhưng có một số có thể biến đổi thành u ác tính.

U nhú niêm mạc (polip)



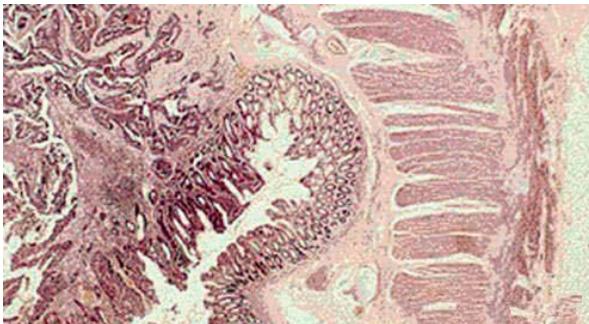
U nhú niêm mạc (polip)



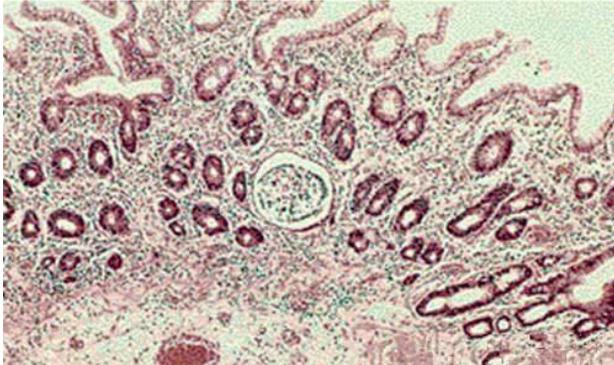
U nhú niêm mạc (polip): Vi thể



U nhú niêm mạc (polip): Vi thể



U nhú niêm mạc (polip): Vi thể



- U tuyến (adenoma):

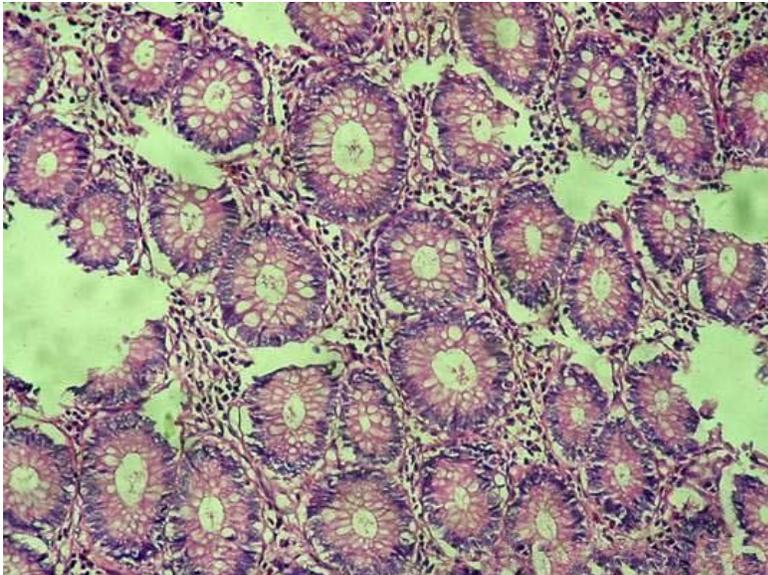
“U tuyến là u lành tính của biểu mô chế tiết hoặc biểu mô tuyến (glandular or secretory epithelium) có kiến trúc giống cấu trúc tuyến bình thường sinh ra nó”
U tuyến thường có vỏ bọc, nằm lọt trong các tạng (gan). Các TB tuyến tăng sinh bắt màu đậm, cấu trúc giống với tuyến bình thường.

Ví dụ: U tuyến của gan.

U tuyến tuyến thượng thận.

U tuyến tuyến vú.

U tuyến lành tính (polip đại tràng)



U biểu mô ác tính:

Ung thư biểu mô gai (squamous cell carcinoma):

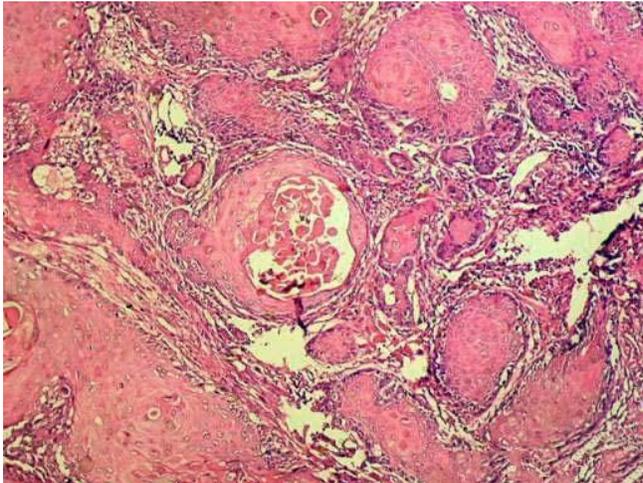
“Là u ác tính phát triển từ các Tb biểu mô gai ở da, lưỡi, thực quản, cổ tử cung...”

Ung thư thường phát triển thành khối lớn ranh giới rõ, trong khối u hay có loét sùi chảy máu.

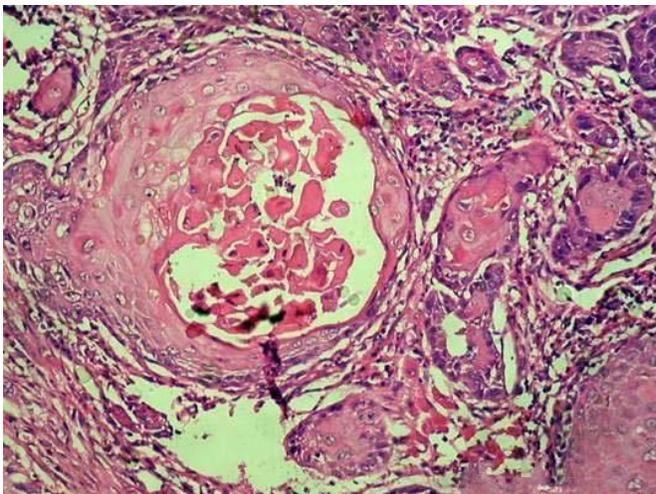
TB ung thư hình đa điện, nhiều hình nhân chia, nhân quái. UT biệt hoá cao, TB u tạo thành các lá sừng đồng tâm nằm giữa đám TB u (hình cầu sừng).

TB ung thư thường phá vỡ màng đáy xâm nhập sâu xuống chân bì, di căn đến hạch và các tạng.

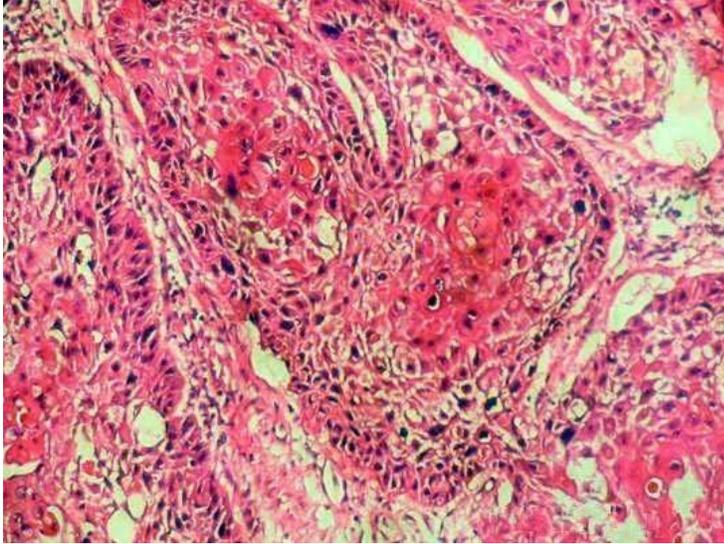
Ung thư biểu mô gai (squamous carcinoma)



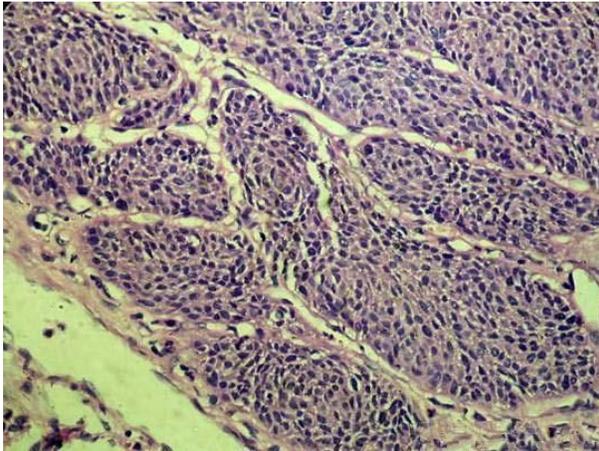
Ung thư biểu mô gai (squamous carcinoma)



Ung thư biểu mô gai (squamous carcinoma)



Ung thư biểu mô đáy (basal cell carcinoma)



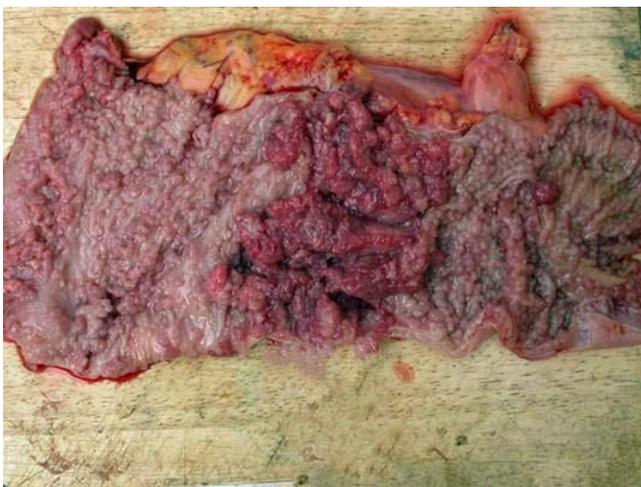
Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma):

Hay gặp ở dạ dày, ruột già, túi mật, tụy, tử cung, vú tiền liệt và các tuyến tạng khác.

Các khối UT thường có ranh giới rõ, hay bị loét, sùi, chảy máu hoặc có nhiều chất nhày.

Các TB UT xếp thành hình ống tuyến, chỗ 1 hàng TB, chỗ nhiều hàng TB, các tuyến to nhỏ không đều nhau, nhiều hình nhân chia, một số ít hình nhân quái.

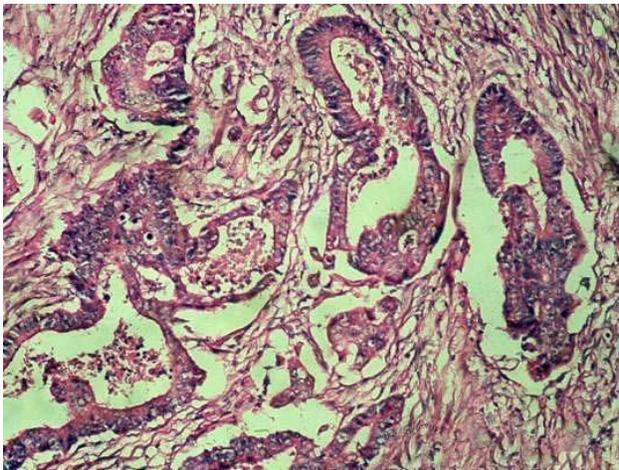
Các tuyến UT thường xâm nhập mô đệm xung quanh, vào lớp cơ hoặc thanh mạc.



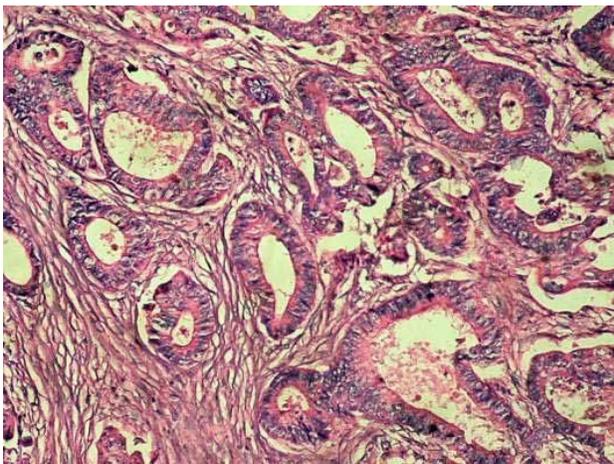
Ung thư biểu mô tuyến ở thận



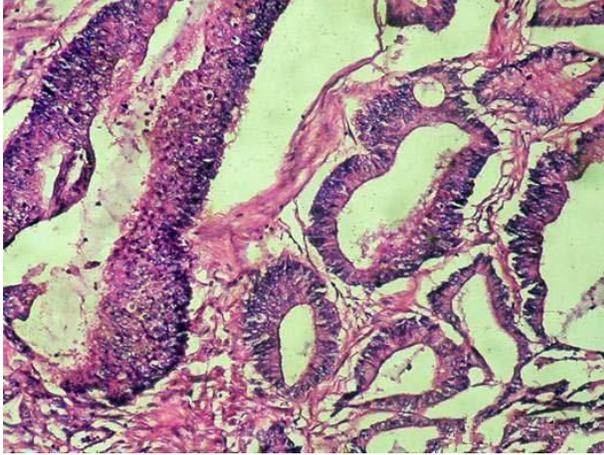
Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma)



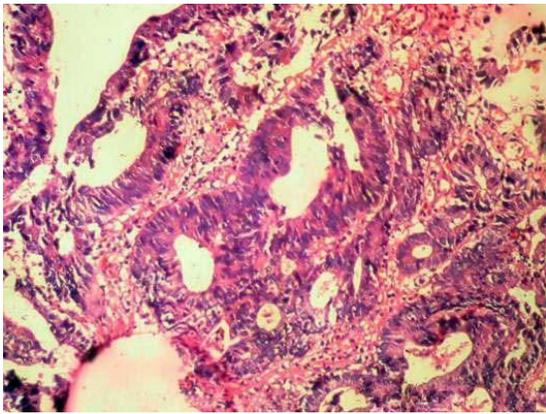
Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma)



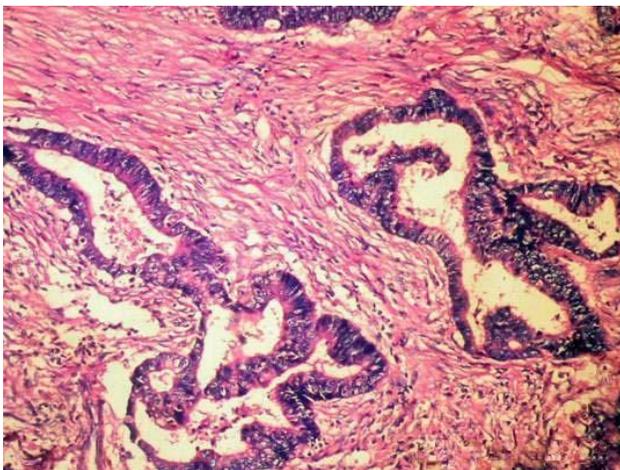
Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma)



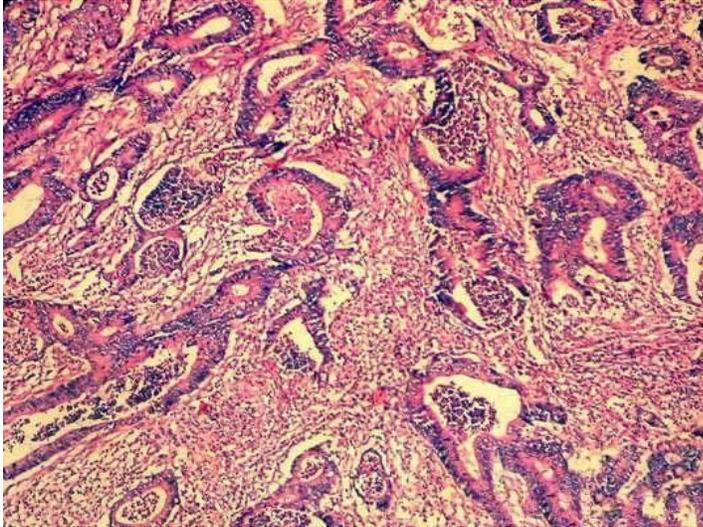
Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma)



Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma)



Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma)



8. U LIÊN KẾT

TS. Nguyễn Thế Dân

1. Định nghĩa.

“U liên kết là những khối u phát triển từ các TB mô liên kết (TB sợi, mỡ, cơ, xương, sụn, lympho, TK)” Đặc điểm u liên kết:

- Các TB u nằm xen kẽ mô liên kết đệm. TB u không rõ như K biểu mô.
- U thường lớn hay xâm lấn xung quanh cắt bỏ u khó khăn.
- U có nhiều mạch máu nên hay xuất huyết, hay di căn theo đường máu đến phổi và các tạng.
- U liên kết ác tính gọi là sác côm (sack: thịt).

2. Phân loại: 2 loại

+ Các u liên kết lành tính:

U xơ, u mỡ, u sụn, u xương ...

+ Các u liên kết ác tính (sarcoma):

Sac côm xơ, sac côm mỡ, sac côm sụn, sac côm xương.

Trong phạm vi bài học giới thiệu: U xơ, sac cô m xơ

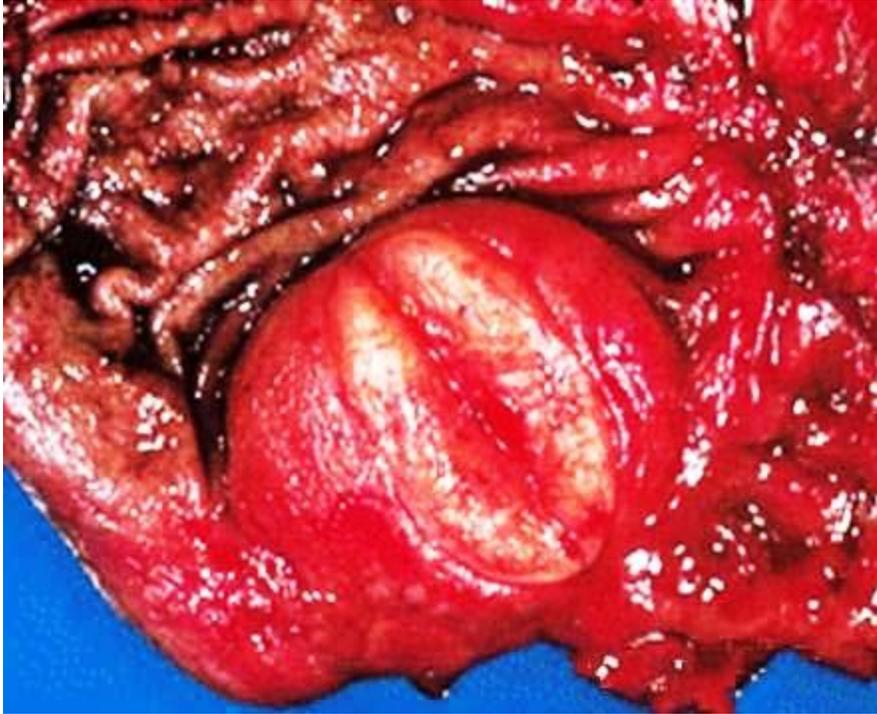
U mỡ nội phế quản (Endobronchial lipoma)



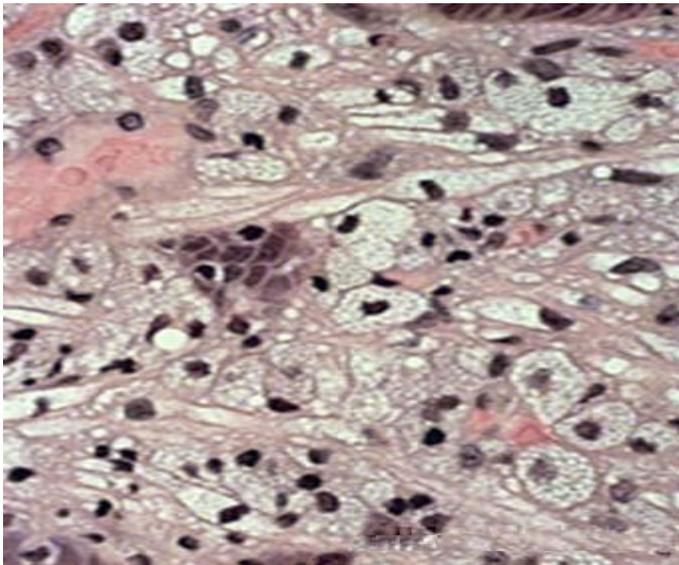
U sụn ở phổi (Pulmonary chondroma)



U mỡ thành dạ dày (đại thể)



U mỡ thành dạ dày (vi thể)



+ U xơ (fibroma)

“U xơ là u lành tính của TB sợi”

U xơ thường gặp ở thành tử cung, thành ống tiêu hoá, thành bàng quang, tuyến vú...

Đại thể: U tròn, có vỏ bọc, chắc, màu trắng, Mặt cắt có những bó sợi chạy bất

chéo nhau.

Vi thể: Những TB u hình thoi, hai đầu có sợi dài, tập trung thành bó, thành dải, chạy theo nhiều hướng khác nhau tạo thành hình xoáy lốc.

Mô đệm giữa các TB u là những sợi liên kết mảnh và một số mạch máu nhỏ.

Ví dụ: U xơ tử cung.

U xơ tuyến vú

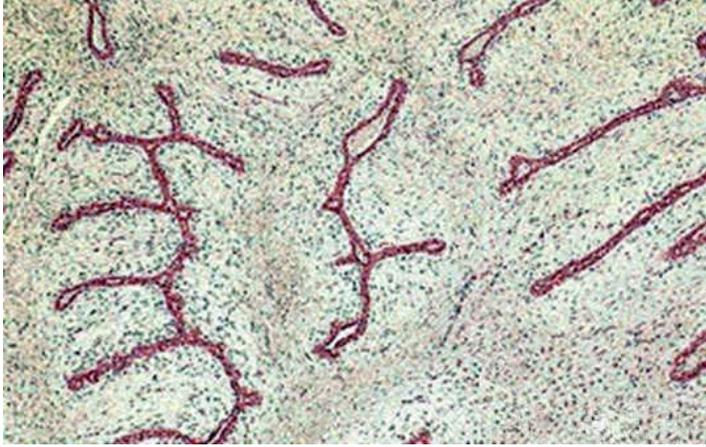
U xơ tuyến vú (đại thể)



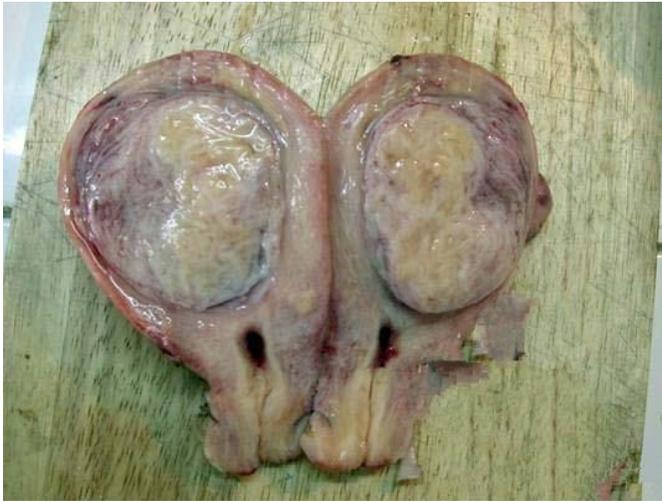
U xơ tuyến vú (vi thể)



U xơ tuyến vú (vi thể)



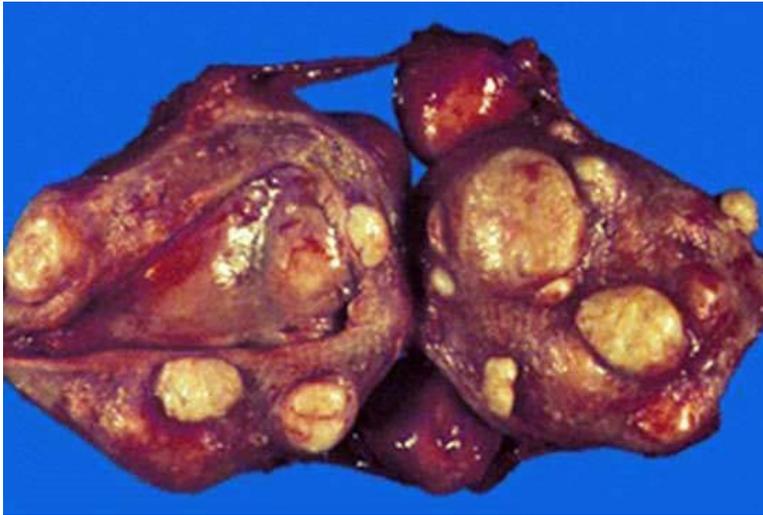
U xơ tử cung (đại thể)



U xơ tử cung (đại thể)



U xơ tử cung (đại thể)



U xơ tử cung (đại thể)



+ Sac côm xơ (fibrosarcoma):

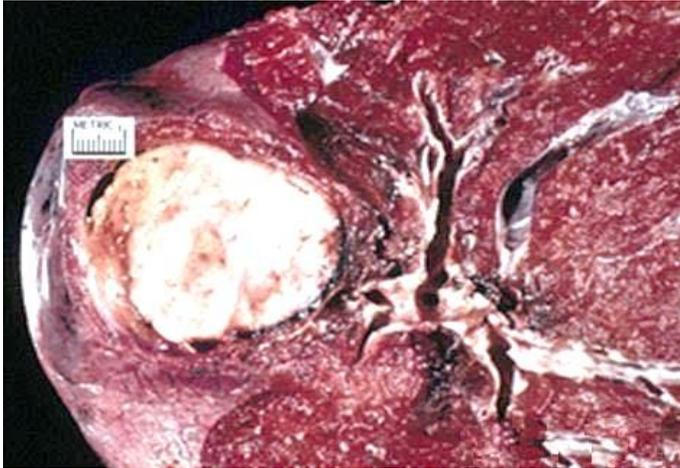
Sac côm xơ là u ác tính của TB sợi. Sac côm xơ cũng hay gặp ở tử cung, thành ống tiêu hoá, bàng quang, tuyến vú, trung thất.

U to gianh giới không rõ. Cấu trúc u giống như u xơ, TB u hình thoi, thường tập hợp thành bó thành dải TB chạy theo nhiều hướng tạo thành hình xoáy lốc. Trong khối u có nhiều hình nhân chia, nhân quái.

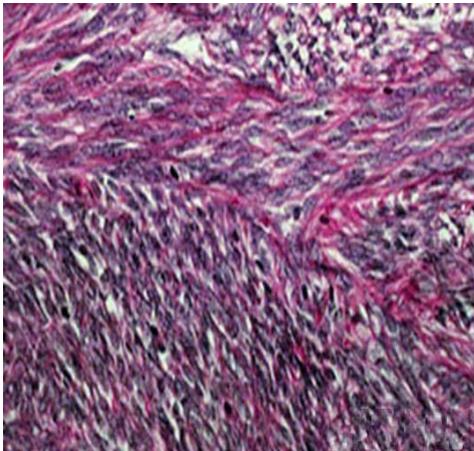
Ví dụ: Sac côm xơ ở phổi

Sac côm cơ trơn thành dạ dày

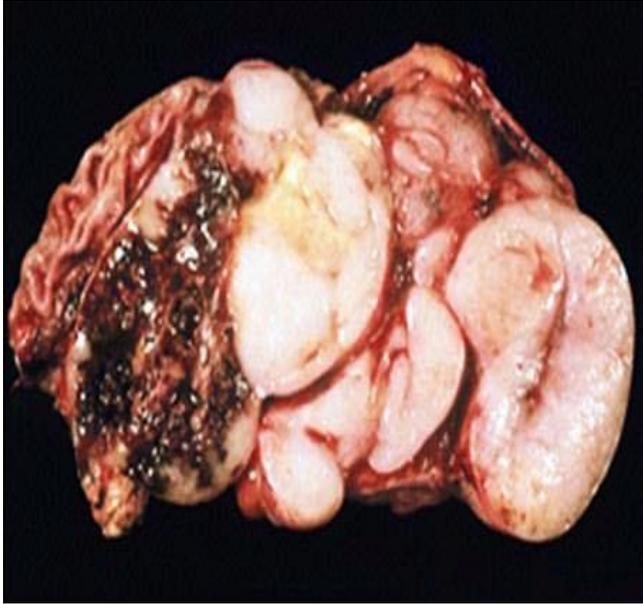
Sac côm xơ ngoại vi phổi (Perypheral fibroarcoma of the lung)



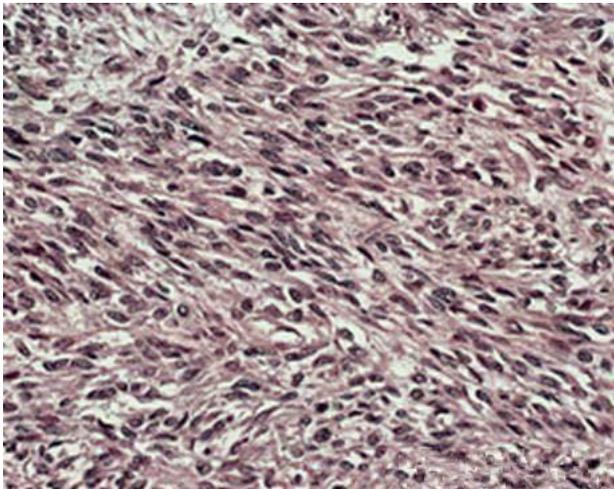
Sac côm xơ ngoại vi phổi (Perypheral fibroarcoma of the lung)



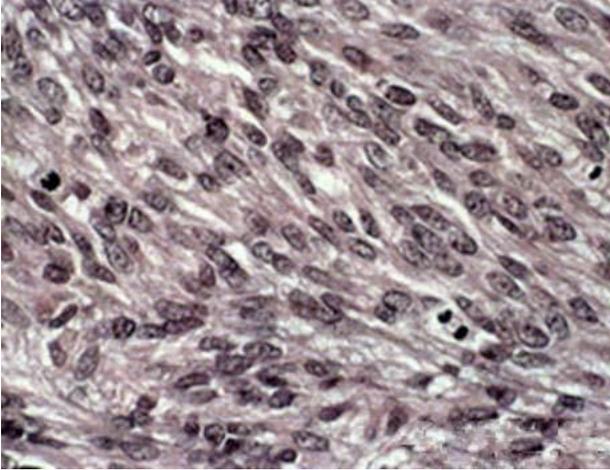
U cơ trơn ác tính thành dạ dày (Leiomyosarcoma of the stomach)



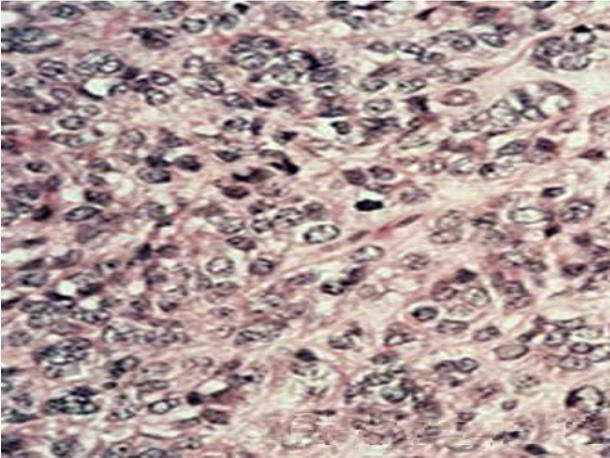
Sac cô m cơ trơn thành dạ dày (Leiomyosarcoma of the stomach)



Sac cô m cơ trơn thành dạ dày (Leiomyosarcoma of the stomach)



Sac cô cơ trơn thành dạ dày (Leiomyosarcoma of the stomach)



9.U TUYẾN TUYẾN GIÁP

TS. Nguyễn Thế Dân

Là u lành tính, nhỏ, tiến triển chậm, thường không biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Đại thể:

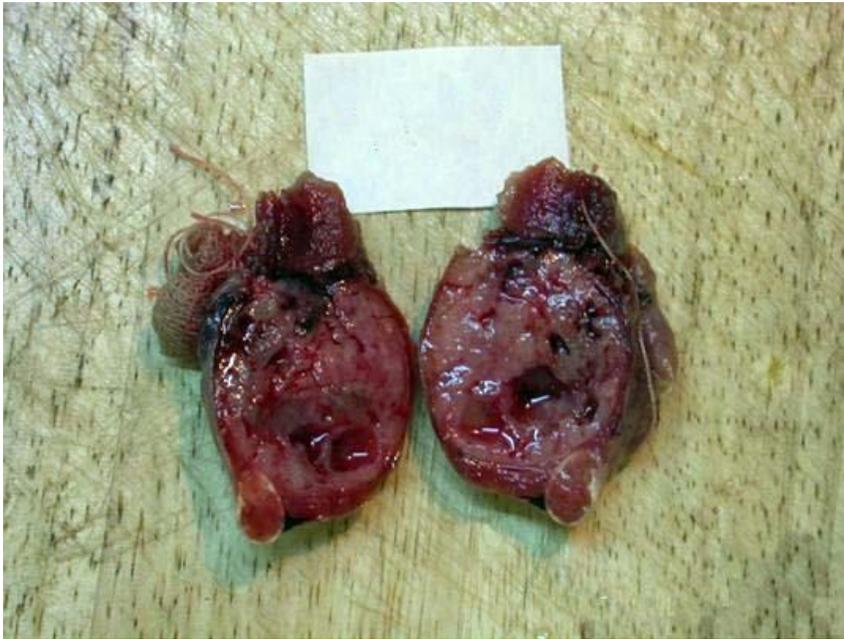
U chắc, nhỏ (<3 cm), đơn độc, hình tròn hoặc bầu dục, có vỏ bọc mỏng. Mặt cắt

thuần nhất, mềm, có thể thấy chảy máu, xơ hoá và thoái hoá thành nang.

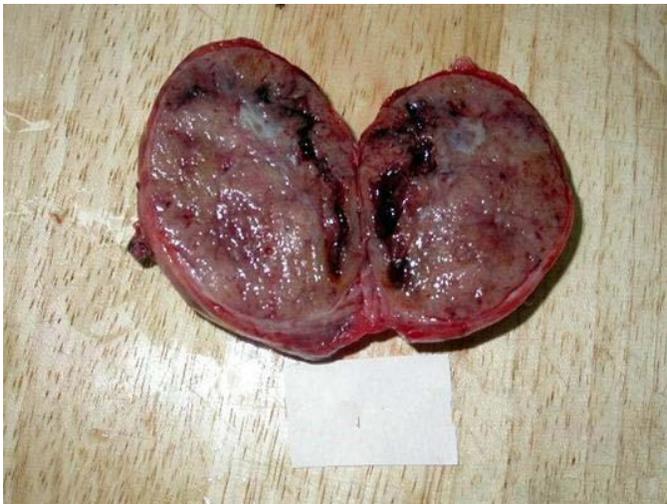
Vi thể:

Cấu trúc u khá đồng nhất, đơn dạng gồm nhiều hình tuyến bắt màu đậm, biểu mô trụ cao, ít chế tiết. Xung quanh các đám tuyến có vỏ xơ phân cách rõ với mô lành.

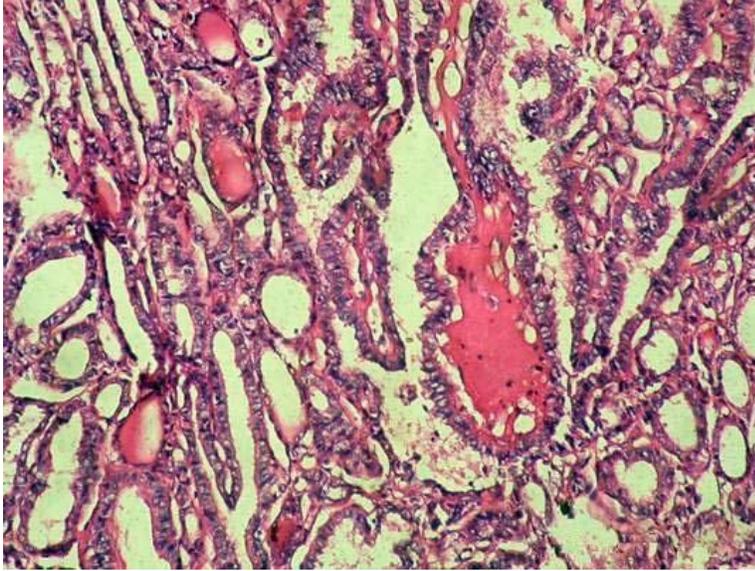
Đại thể, u tuyến tuyến giáp



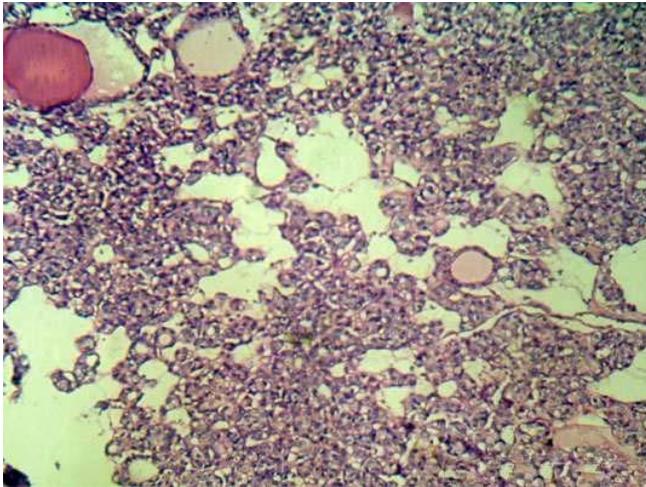
Đại thể, u tuyến tuyến giáp



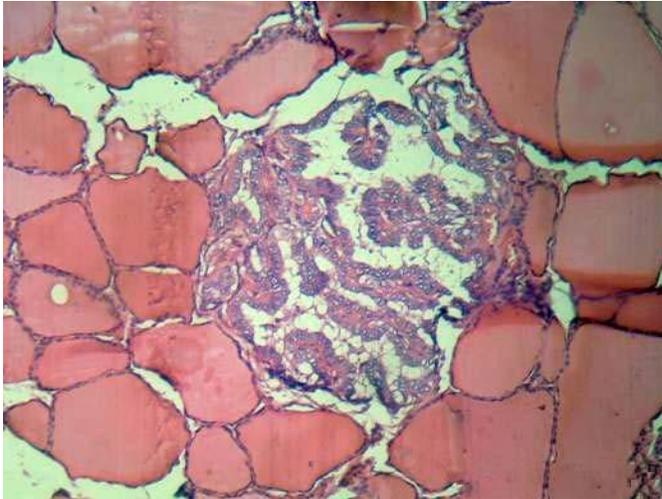
Vi thể, u tuyến tuyến giáp



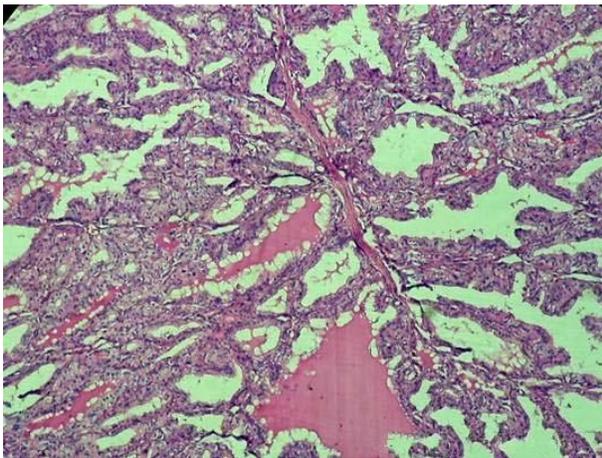
Vi thể, u tuyến tuyến giáp



Vi thể, u tuyến tuyến giáp



Vi thể, u tuyến tuyến giáp



10. U TUYẾN VÚ

TS. Nguyễn Thế Dân

U lành tuyến vú có các loại:

- U tuyến
- U nhú nội ống
- U xơ tuyến
- U dạng lá (phyllodes tumors)

U tuyến vú (adenoma)

U tuyến vú thật sự ít gặp, hay ở người trẻ. U lành tính, ít đau, ít có biểu hiện lâm sàng, ít khi biến đổi thành ung thư.

Đại thể:

Vú có các cục nhỏ, cứng chắc, di động, hay ở trung tâm hoặc gần núm vú.

Vi thể:

Các ống tuyến tăng sinh nhiều, bắt màu đậm, tế bào tuyến hình trụ thấp, không chế tiết, mô đệm xung quanh tuyến ít.

U tuyến ở núm vú, núm vú loét đỏ, dễ nhầm với bệnh Paget (UT núm vú). HẢ chủ yếu là các ống tuyến tăng sinh với mô đệm nhiều sợi collagen.

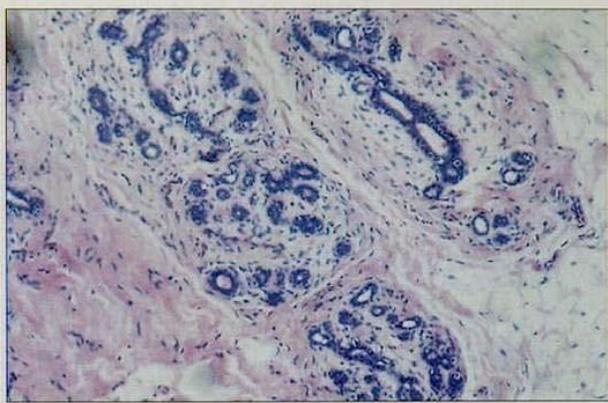


Fig. 8.2 Section of normal breast – H&E x10. This section of normal breast shows lobules and small ducts surrounded by delicate stroma, with denser connective tissue in the background.

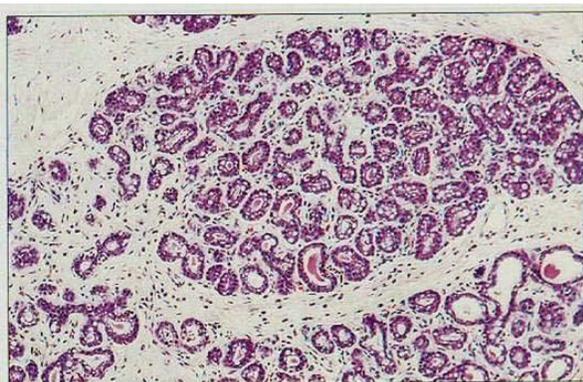


Fig. 8.27 Lactational adenoma – H&E x10. This histological section of a lactational adenoma shows lobules composed of acini lined by vacuolated epithelial cells and containing secretion.

+ U nhú nội ống (duct papilloma)

Là sự phát triển các nhú trong một ống dẫn sữa.

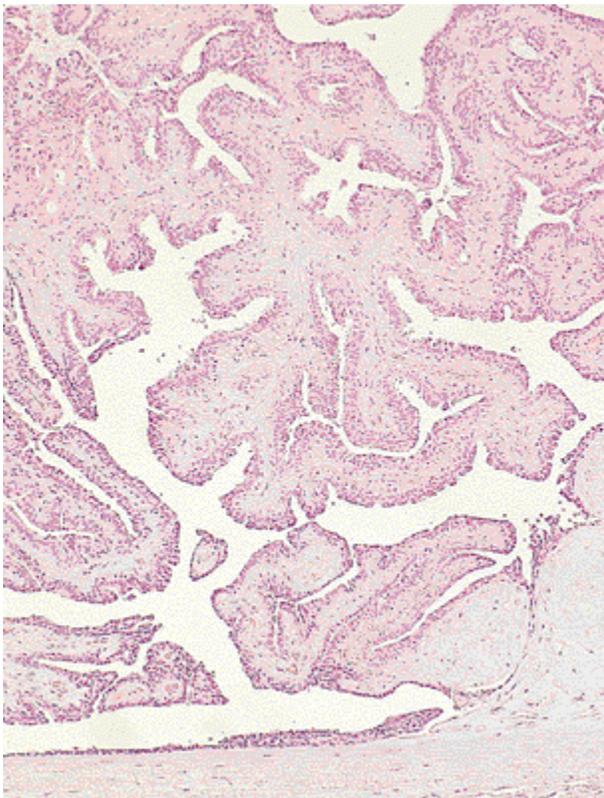
Đại thể:

U nhỏ < 1cm, đơn độc, hay ở ống dẫn sữa chính (trung tâm vú). Nút vú hay có dịch hoặc máu.

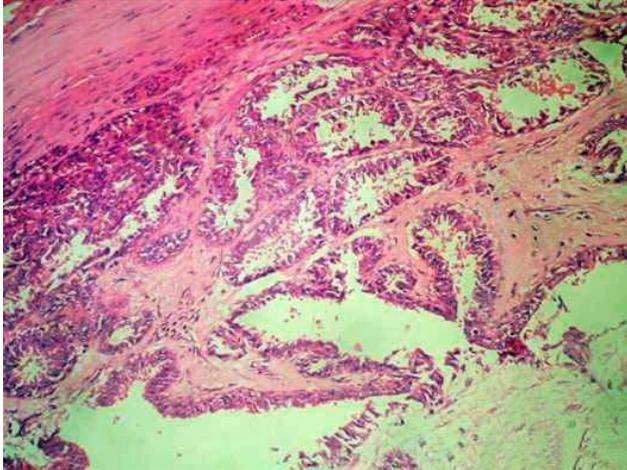
Vi thể:

U có nhiều nhú, mỗi nhú có trục liên kết được phủ biểu mô vuông, trụ hoặc tế bào cơ biểu mô tăng sản.

U nhú nội ống



U nhú nội ống



+ U xơ tuyến (fibroadenoma)

Là u lành tính hay gặp, u gồm cả mô xơ và tuyến. U phát triển trong mô đệm thùy tuyến,

hay ở người trẻ < 30 tuổi. Cuối chu kỳ kinh hoặc khi có thai u hơi to lên.

Đại thể:

U hình tròn 1- 15 cm, hay ở vùng ngoại vi, có giới hạn rõ, di động. Mặt cắt có màu trắng xám, có các khe nhỏ, hơi lồi lên mặt cắt.

Vi thể:

HẢ chủ yếu là mô đệm xơ phát triển bao bọc xung quanh các ống tuyến tản sản hoặc các khe có biểu mô phủ

U xơ tuyến (fibroadenoma)

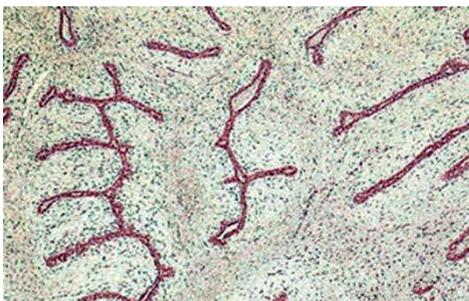
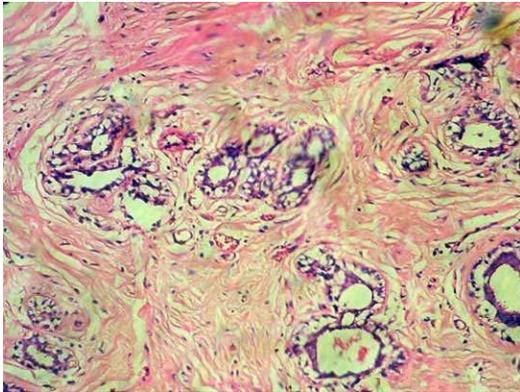




Fig. 8.88 Fibroadenoma – H&E x10. This section of a fibroadenoma shows the two components of this lesion – stromal and glandular. Although there appears to be much stroma, the aspirates are usually very cellular with the duct lining cells being aspirated in sheets.

U xơ tuyến



U dạng lá (Phyllodes tumor)

- U gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp nhất là tuổi 40, u lớn, chắc, u lành nhưng hay tái phát, dễ ung thư hoá.
- Là thể u xơ đặc biệt, u lớn, chắc, trong u có các khe rỗng, giống hình chiếc lá, lợp bằng các tế bào biểu mô. Đây là u dễ chuyển thành u ác tính.
- Mức độ ác tính dựa vào tỷ lệ thành phần mô đệm và biểu mô.
- U phyllod có thành phần mô đệm và biểu mô tương ứng nhau thì lành tính (90%).
- U phyllod có mô đệm nhiều, đa dạng tế bào và nhiều nhân chia thì dễ ác tính (10%).

U dạng lá (Phyllodes tumor)



Fig. 8.108 Phyllodes tumour – H&E x10. This histological section shows the characteristic features of a benign phyllodes tumour, with stromal fragments covered by hyperplastic epithelium.

11. UNG THƯ

1. Định nghĩa

“ Ung thư là u ác tính có quá sản TB nhanh và mạnh, quán sản không giới hạn, nhiều rễ xâm nhập sâu vào mô xung quanh, di căn xa. Cấu tạo mô u chỉ gợi lại hình ảnh mô sinh ra nó, xu hướng không biệt hoá.

TB u phá huỷ, lấn át, huỷ diệt cơ thể sinh ra và nuôi dưỡng nó”.

2. Phân loại ung thư

Có 3 loại chính:

- Ung thư biểu mô
- Ung thư liên kết
- Ung thư khác (máu, lympho, TK...)

3. Tổn thương giải phẫu bệnh

+ Hình ảnh đại thể

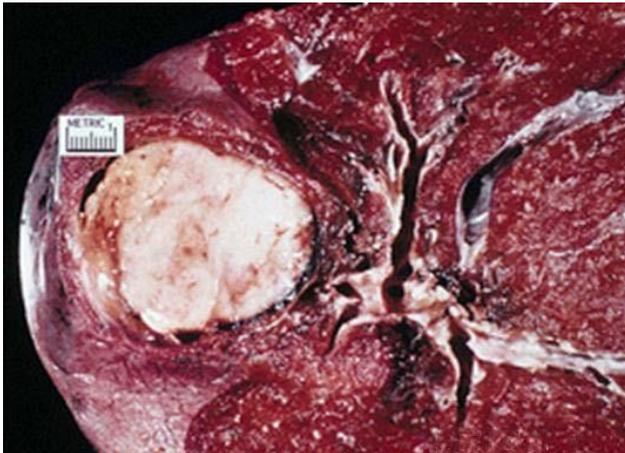
+ Đặc điểm chung mô ung thư:

- Ranh giới không rõ
- Nhiều rễ xâm nhập xung quanh, ít di động
- Dễ hoại tử, chảy máu
- Bề mặt hay có loét, sùi
- Xâm nhập phá vỡ mạch máu, di căn

+ Đặc điểm ung thư biểu mô:

- Mặt cắt không đều, có các ổ cứng chắc nổi lên, xung quanh là mô đệm LK
- It hoại tử chảy máu hơn so với ung thư LK
- Gian giới dễ xác định hơn ung thư LK
- K biểu mô bề mặt hay có 3 hình thái (loét, sùi, xâm nhập)
- K biểu mô tuyến (gan, tụy, vú) thường nằm sâu trong tạng

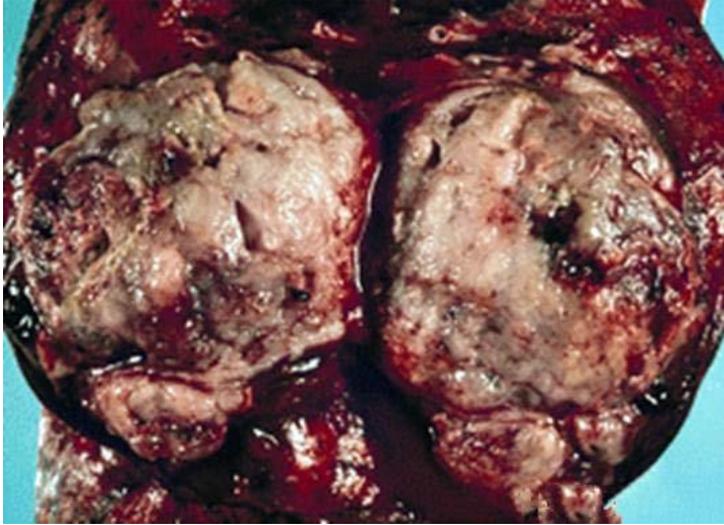
+ Ung thư biểu mô:



+ Đặc điểm chung ung thư liên kết

- Khối ung thư lớn, ranh giới không rõ, nhiều rễ xâm nhập xung quanh
- Hay hoại tử, chảy máu
- Hay xâm nhập mạch máu, ít xâm nhập mạch lympho
- Mặt cắt thuần nhất, không có dải xơ vách xơ

Ung thư liên kết (sarcoma ở phổi)



+ Hình ảnh vi thể

+ Tế bào ung thư:

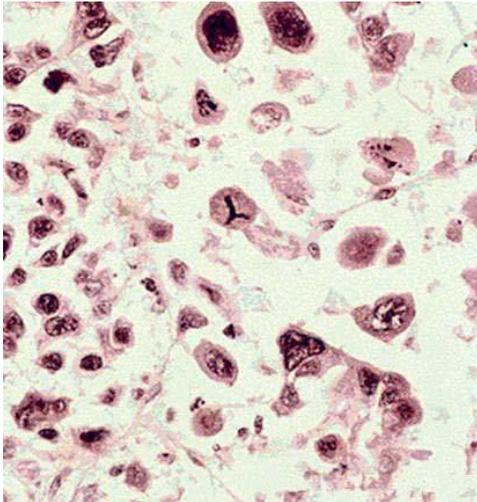
- Hình ảnh tăng sinh tích cực:

Nhân to, đậm màu, hạt nhân rõ Tỷ lệ nhân trên bào tương lớn Nhiều nhân chia bất thường

- Hình ảnh tăng sinh bất thường:

Đa dạng về nhân và TB Có hình ảnh nhân quái

+ Tế bào ung thư:



- Hình ảnh phát triển xâm lấn:

TB dễ bong, không vuông góc màng đáy Xâm nhập phá vỡ màng đáy, mạch máu

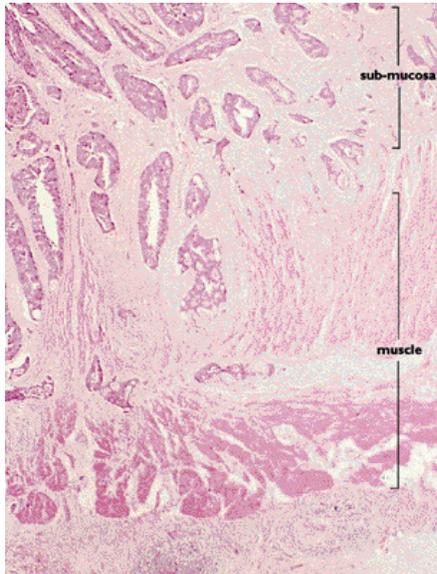
Không xếp thành tuyến, thành bó, lớp TB

- Hình ảnh kém biệt hoá:

Mất các cấu trúc BH (vân, sắc tố, cầu nối) Không sản xuất chất BH (sừng, nhày, keo)

Có 3 mức độ BH (cao, vừa, kém)

Hình ảnh xâm nhập ung thư



+ Mô đệm ung thư:

- Là tổ chức liên kết khung chống đỡ và nuôi dưỡng TB ung thư (gồm mạch máu, sợi liên kết, mạch lympho, sợi TK)

- Mô đệm hay hoại tử, chảy máu, thoái hoá, xâm nhập viêm

4. Lan toả ung thư (Xâm lấn – Di căn)

Ung thư lan toả bằng 2 cách:

+ Phát triển tại chỗ (xâm lấn ung thư)

+ Phát triển xa ổ nguyên phát (di căn)

Xâm lấn: theo 3 cách

- TB K lấn dần ra như vết dầu loang

- TB K mọc ra xung quanh như gieo hạt

- TB K mọc thành dải như chia nhánh

Di căn ung thư:

“Di căn là sự phát triển cách quãng, sinh ra những ổ ung thư thứ phát cách xa ổ nguyên phát”

Các đường di căn: 5 đường

- Đường bạch huyết

- Đường máu
- Đường ống tự nhiên (tiêu hoá, hô hấp, niệu quản)
- Đường hố thanh mạc (khoang màng bụng, màng phổi...)
- Đường cấy truyền (dụng cụ phẫu thuật - vết mổ)

Di căn theo đường bạch huyết:

- TB K phát triển liên tục theo dòng bạch huyết từ ổ K đến hạch lân cận
- TB K phát triển ngắt quãng đến hạch xa
- TB K phát triển tại hạch, phá vỡ hạch, lan ra mô xung quanh Ví dụ: Ung thư dạ dày di căn lên hạch thượng đòn trái (hạch Virchow)

Di căn theo đường máu:

- TB K phá vỡ mạch máu (t/m), vào ống ngực
- Hình thành cục nghẽn có TB K
- Gây tắc mạch do cục nghẽn có TB K
- Hình tại khối K thứ phát tại chỗ tắc mạch

Ví dụ: Ung thư phổi theo đường máu di căn xương

Di căn theo đường ống tự nhiên

- TB k di chuyển theo bề mặt ống tiêu hoá, phế quản, đến vị trí thuận lợi phát triển u thứ phát

Ví dụ: Ung thư phế quản trung tâm vùng rốn phổi, theo phế quản ra ngoài vi Ung thư góc hồi manh tràng di căn xuống đại tràng xigma

Di căn theo hố thanh mạc:

- TB K di chuyển trên bề mặt thanh mạc màng bụng, màng phổi, màng tim...

Ví dụ: Ung thư dạ dày di căn đến bề mặt buồng trứng (U Krukenberg)

Di căn theo đường cấy truyền:

TB ung thư có thể từ dụng cụ phẫu thuật, găng mổ dính vào vết mổ phát triển hình thành ổ di căn

Điều kiện xuất hiện di căn:

- Có phát động, đột biến dòng tế bào di căn
- Có men tiêu (metalloprotein) chất căn bản (collagen IV)
- Có phân tử gắn Fibronectin, Laminin
- Có khả năng chuyển động
- Sinh ra chất tạo mạch (angiogenesis)
- TB K và TB chủ phải có phân tử dính bề mặt

- Tạng di căn có môi trường thiếu men Proteaza và yếu tố phát triển (Growth factor)

Tính chất khối di căn

- Di căn thường có nhiều ổ, ở nhiều nơi
- Kích thước thường nhỏ hơn ổ nguyên phát
- Hình dáng TB và cấu trúc giống ổ ung thư nguyên phát

5. Đánh giá mức độ ác tính K:

+ Giai đoạn K theo hệ T.N.M.

+ Phân độ K theo mô học, tế bào học

Giai đoạn K theo hệ T.N.M. (T: tumor- KT u, N: nodes-hạch, M: metastase-dicăn)

T

T0: Khám không thấy u (u nhỏ)

T1: U < 2 cm

T2: U 2 – 5 cm

T3: U lớn > 5cm (co kéo núm vú)

N

N0: không có hạch di căn

N1: Có 1 hạch di căn

N2: Nhiều hạch, hạch cố định

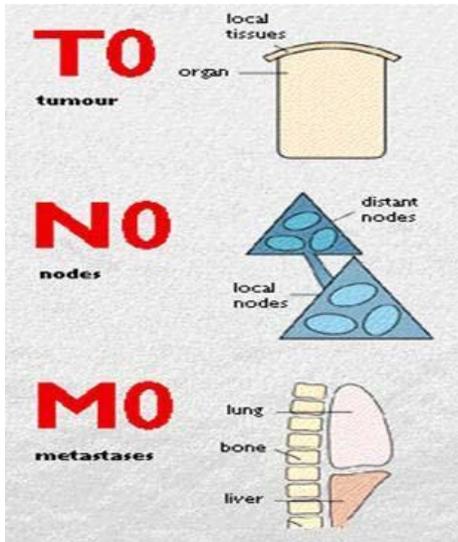
M

M0: Không thấy di căn tạng

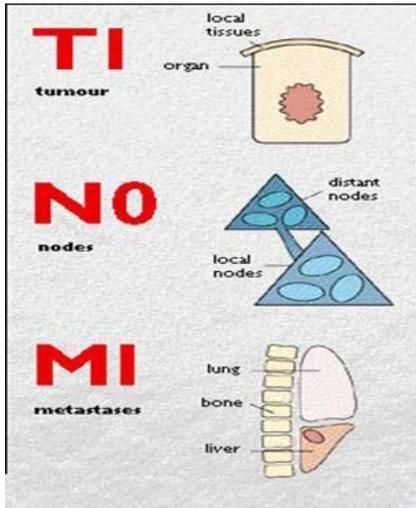
M1: Di căn 1 tạng

Mx: Di căn nhiều tạng

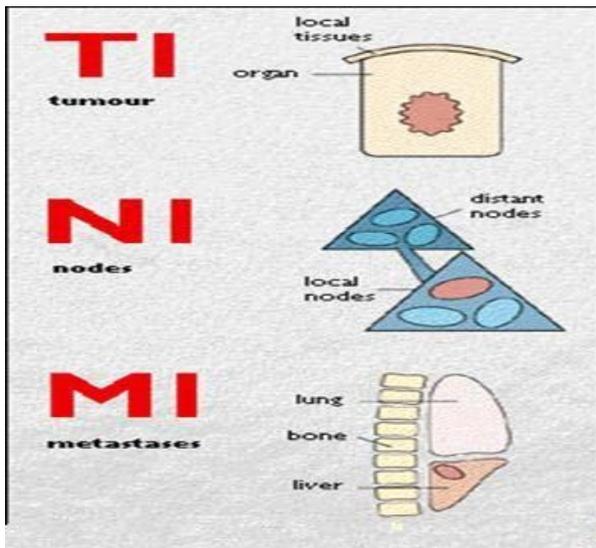
+ Giai đoạn K theo hệ T.N.M.



+ Giai đoạn K theo hệ T.N.M.



+ Giai đoạn K theo hệ T.N.M.



Phân độ K theo mô học và TB học:

+ Mô học:

Độ I: >75% TB biệt hoá

Độ II: 75% – 50% TB biệt hóa Độ III: 50% – 25% TB biệt hóa Độ IV: 25% - 0% Tb biệt hoá

+ Tế bào học

Độ I: Không có TB bất thường

Độ II: TB bất thường, không ác tính

Độ III: TB nghi ngờ ác tính

Độ IV: TB ác tính

Độ V: TB xác định ác tính

6. Đặc điểm sinh học TB ung thư

+ Tính chất hoá sinh:

- Nhân to, chất màu đậm, hạt nhân rõ

- Ít bào quan (mitochondria, lưới nội bào), nhiều ribosom

- Mất chức năng biệt hoá cao (hình ảnh bất thường)

- Đòi hỏi ít o₂, dễ tích tụ acid lactic, glucogen

- Trở lại tính chất TB phôi thai (sản xuất A.F.P., C.E.A...)

+ Khả năng phát triển ở môi trường nuôi cấy:

- TB u cần ít dinh dưỡng, sống lâu (immortal)

- Phát triển không theo trình tự, mọc hỗn độn như nấm

- Ít phân tử dính bề mặt, dễ tách khỏi màng đáy, xâm nhập mô đệm và mạch máu

- Không cần mô đệm chống đỡ, có thể phát triển trong dòng máu chuyển động

- Một số TB u tự chế tiết và sinh thụ thể gắn yếu tố phát triển

- TB u phát triển không giới hạn, không đáp ứng ức chế [newpage]

7. Nguyên nhân sinh ung thư:

+ Các hoá chất sinh ung thư

+ Các tác nhân vật lý gây ung thư

+ Các tác nhân sinh học gây ung thư

+ Các virus gây ung thư

+ Gen sinh ung thư ở người

+ Ung thư di truyền

Các hoá chất gây ung thư

- Những hóa chất trong công nghiệp:

Bụi asbestors (amiăng)

Chất Nahthylamine (thuốc nhuộm anilin)

- Những chất trong môi trường:

Polycyclic aromatic hydrocarbon (khói thuốc lá) Aromatic amines (thuốc nhuộm, cao su) Nitrosamines (thức ăn ôi thiu)

Hormon steroid (buồng trứng, thượng thận, thuốc tiêm) Asenic sulfat nikel sulfat (thuốc trừ sâu, quặng)

- Tác động:

- Tổn thương trực tiếp da, đường tiêu hoá, phế quản, qua gan, bàng quang....

Các tác nhân vật lý gây ung thư

+ Tia xạ (radiation)

+ Tia cực tím (ultraviolet)

+ Tia X quang (Roentgen)

+ Tia alpha, beta, gamma

+ Bom nguyên tử (Hyrishima – Nagashaki Nhật Bản 1945)

Các tác nhân sinh học:

+ Nấm aspergillus flavus

+ Ký sinh trùng (shistosoma haematobium), sán lá gan (clonochis sinensis)

+ Virus (herpes) gây u nhú ở người

+ Virus gây bệnh bạch cầu tế bào T (HTLV – 1 gây leukemia)

Gen sinh ung thư ở người:

+ Những gen sinh ung thư ở người (c- onc: ncogenes):

Trong tế bào luôn có C-onc nằm trong cấu trúc gen tế bào gọi

là tiền gen sinh ung thư (proto-oncogenes)

+ Gen tiền ung thư có thể đột biến theo 4 cơ chế:

- Có xuất hiện điểm đột biến (point mutation)

- Có sự khuếch đại gen (gen amplication)

- Có chuyển đoạn nhiễm sắc thể (chromosom reangement)

- Có sự chèn gen virus vào gen phát động (insertion of the viral genome)

Ung thư di truyền:

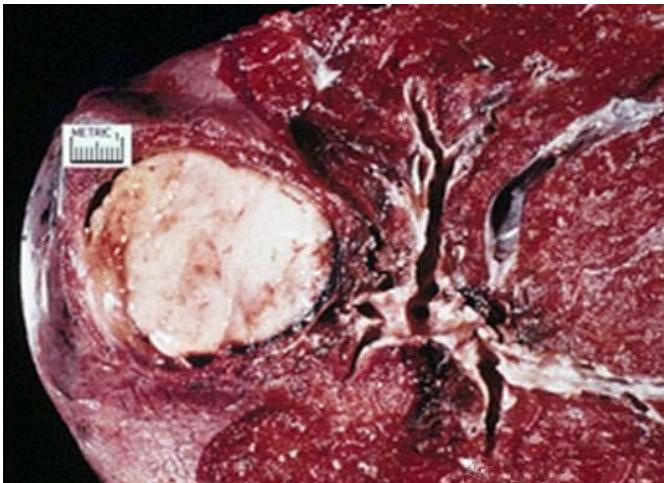
Gen ức chế ung thư Rb-1 và p53 có trong cơ thể

Nếu Rb-1 và p53 bị đột biến chúng không còn khả năng ức chế, cơ thể có thể bị

ung thư (retinoblastoma)
Ung thư phế quản Ung thư thận



Ung thư biểu mô phổi



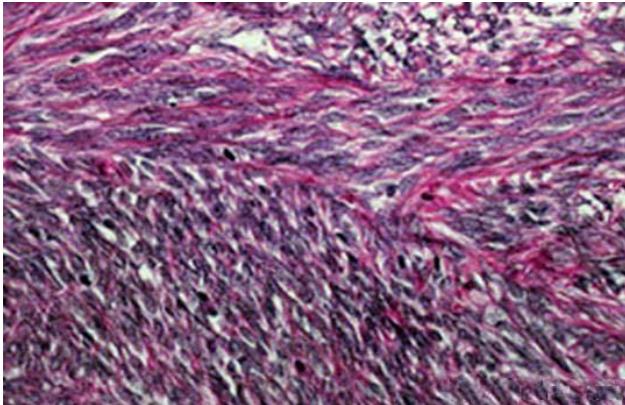
Ung thư liên kết (sarcoma ở phổi)



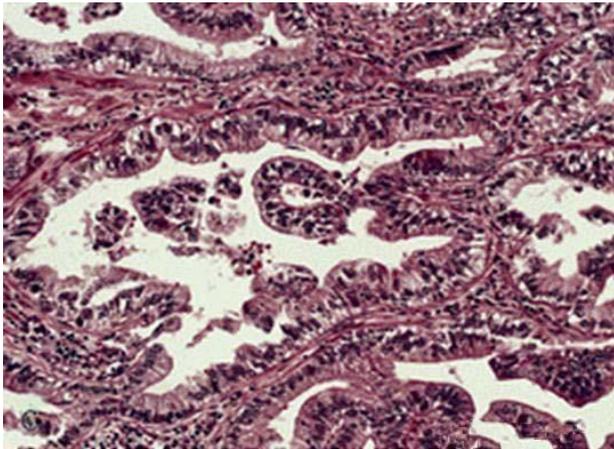
U lympho ở lách (u liên kết đặc biệt)



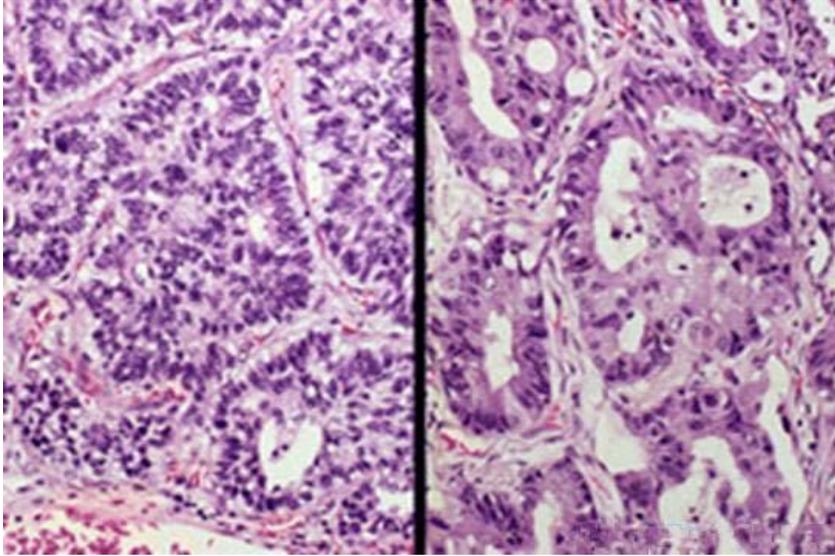
Hình ảnh vi thể ung thư liên kết (sarcom xơ)



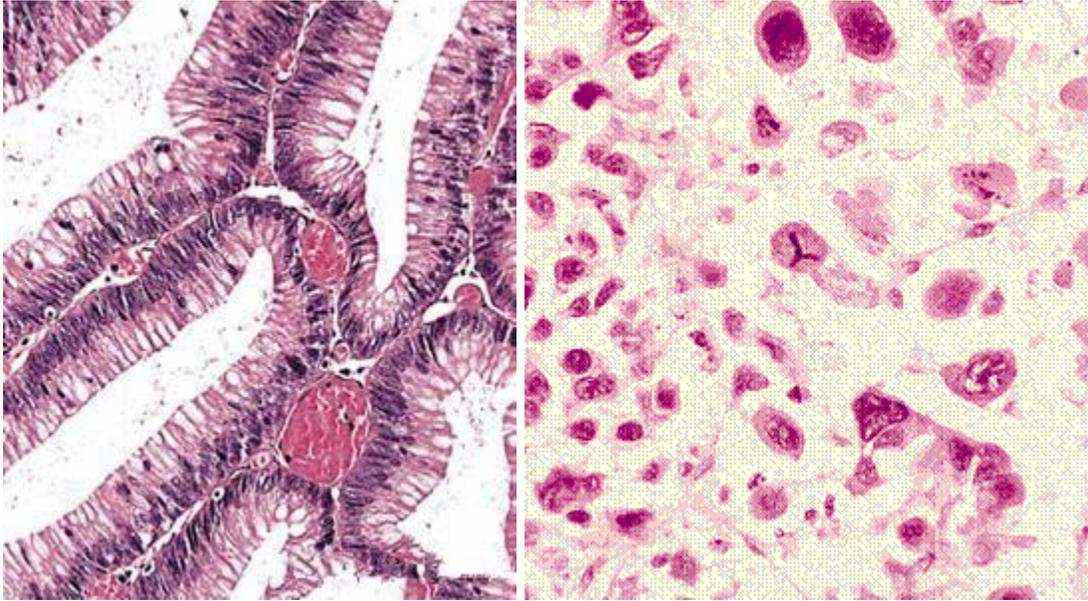
Ung thư biểu mô tuyến



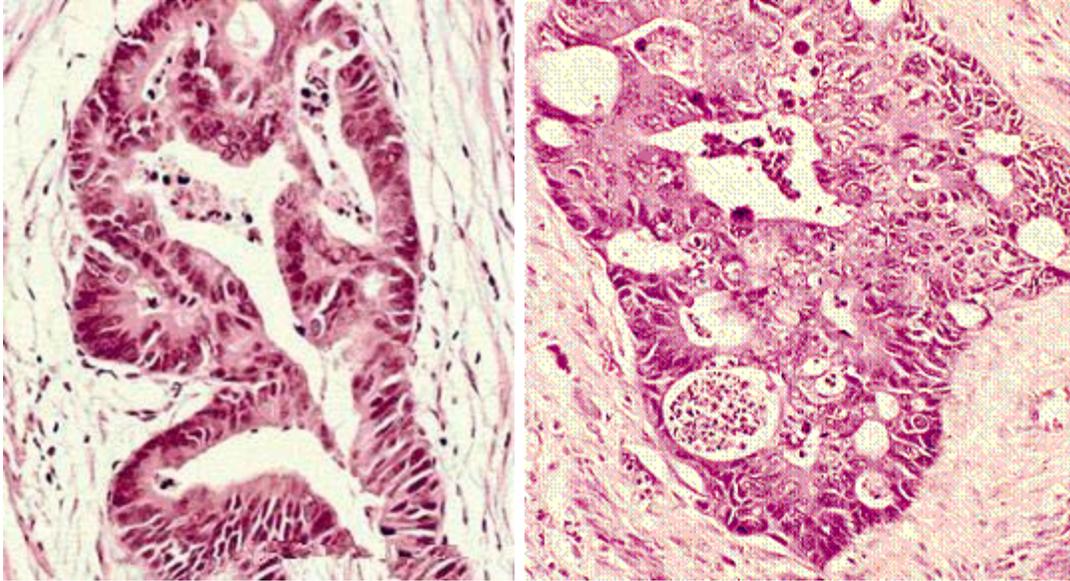
Ung thư biểu mô tuyến



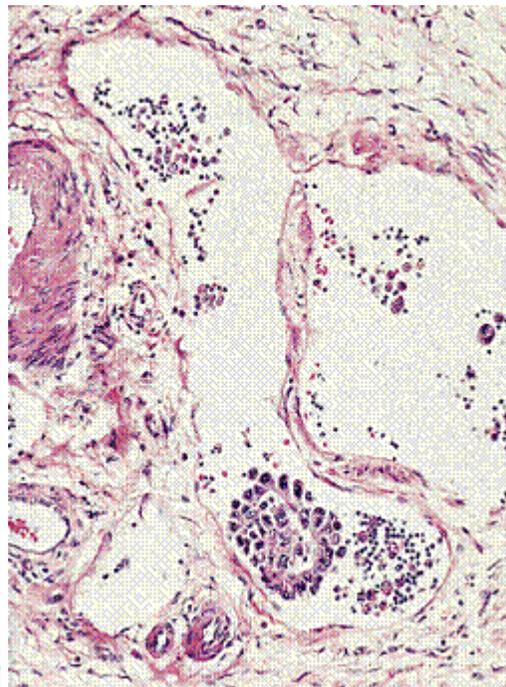
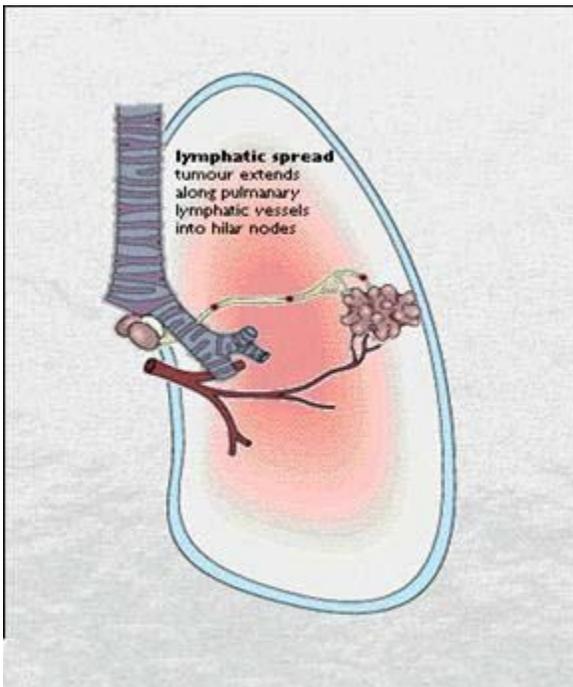
Ung thư tuyến BH cao TB ung thư BH kém



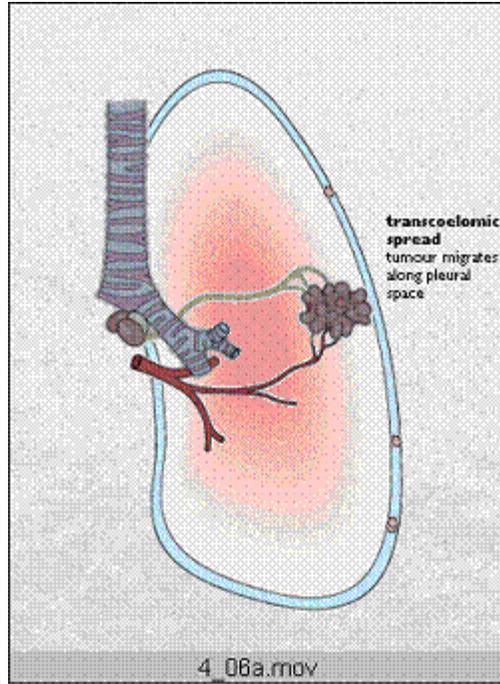
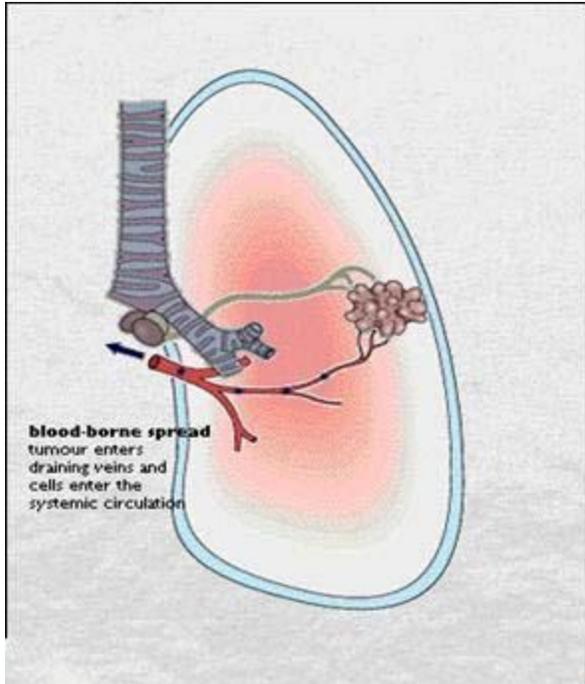
U ác tính BH vừa U ác tính BH thấp



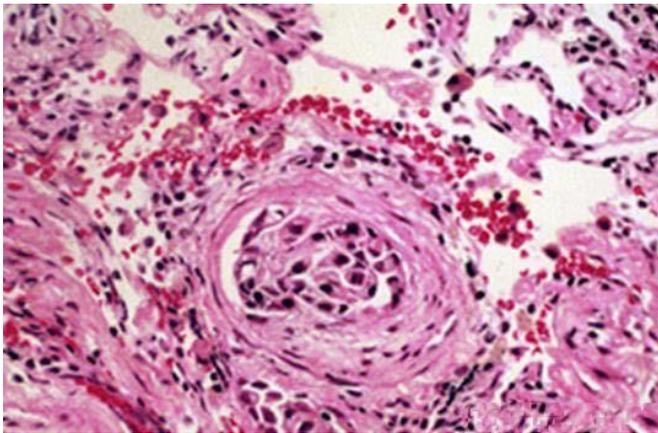
Di căn theo đường bạch huyết



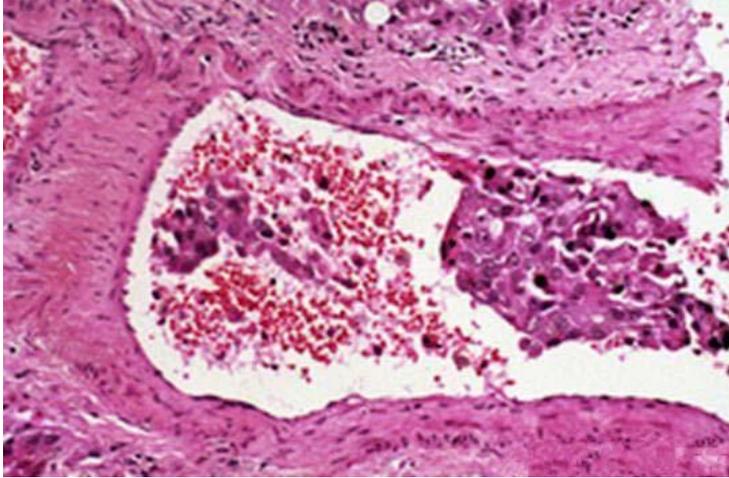
Di căn theo đường máu Di căn theo hố thanh mạc



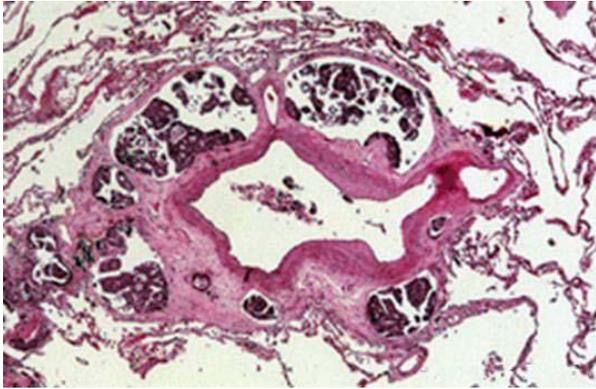
Di căn theo đường máu (TB K trong mạch máu)



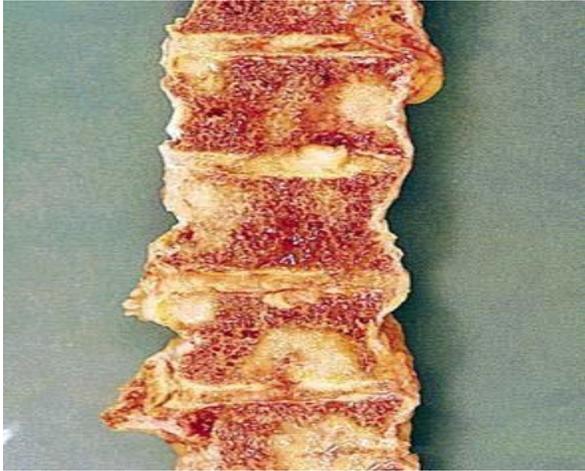
Di căn theo đường máu (TB K trong mạch máu)



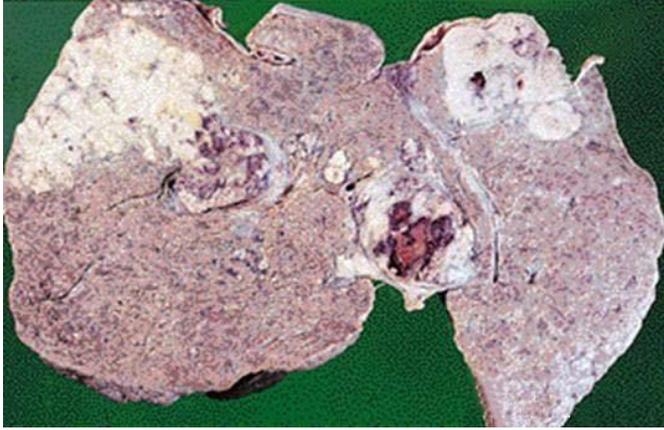
Di căn theo đường bạch huyết



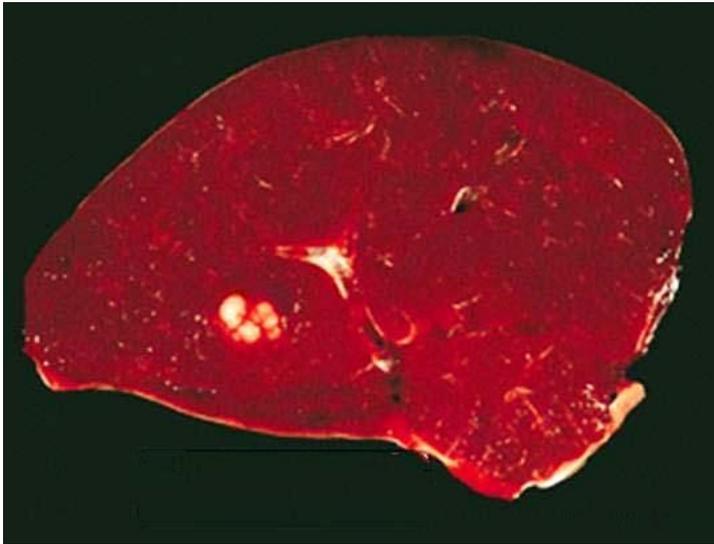
Di căn xương, não, tiểu não



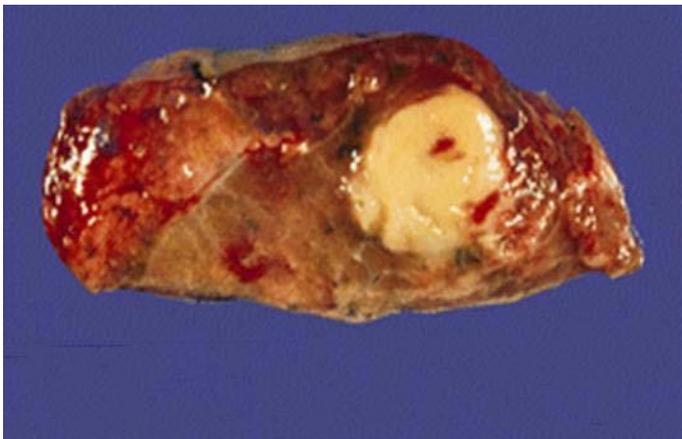
Di căn gan



Ổ di căn ung thư đến lách



Di căn ung thư biểu mô đến phổi



Di căn hạch, gan



12. UNG THƯ BIỂU MÔ RAU

1. Định nghĩa

- Là u ác tính của biểu mô rau gồm nguyên bào nuôi và hợp bào (trophoblastic cells and syncytiotrophoblastic cells).
- Khoảng 50% phát triển từ chửa trứng, 25% do sót rau khi đẻ thường, chỉ 20% sau chửa bình thường.
- Thời gian từ khi có chửa đến khi xuất hiện ung thư rất khác nhau từ vài tháng đến hàng năm.

2. Tổn thương giải phẫu bệnh

Đại thể:

U là một khối trong buồng tử cung, ở xung quanh khối u hay có hoại tử và chảy máu lớn. U xâm nhập thành tử cung và âm đạo.

Vi thể:

Không thấy hình gai rau bình thường.

U gồm những đám tế bào biểu mô rau tăng sản mạnh (cytotrophoblastic cells), xung quanh là các hợp bào rất đa dạng (pleomorphic syncytiotrophoblast).

Những tế bào biểu mô rau tăng sản có thể xâm nhập mạch máu di căn đến tuỷ xương, phổi, não.

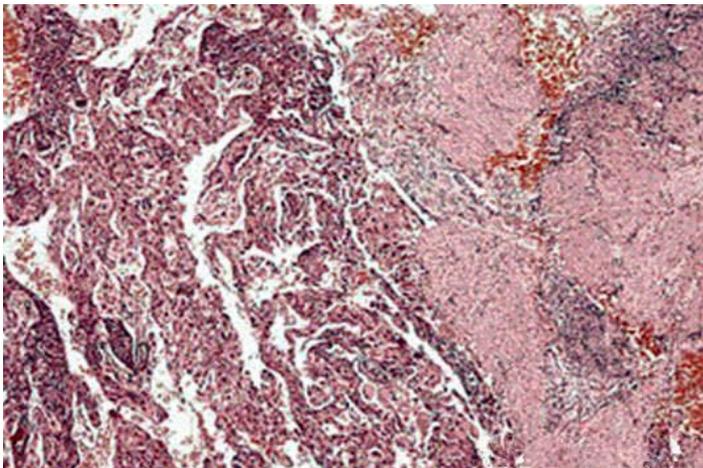
3. Tiên lượng

- Gây hoại tử, chảy máu buồng tử cung.
- K biểu mô rau có thể di căn theo đường máu đến tuỷ xương, phổi, não.
- Điều trị kịp thời, kết hợp hoá trị liệu (metothrexate) tiên lượng tốt.

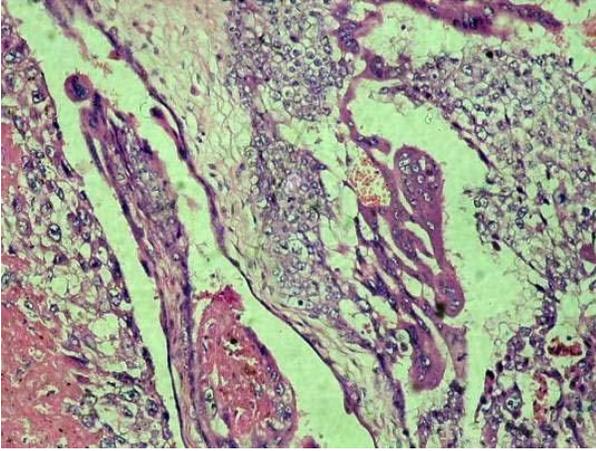
Ung thư biểu mô rau



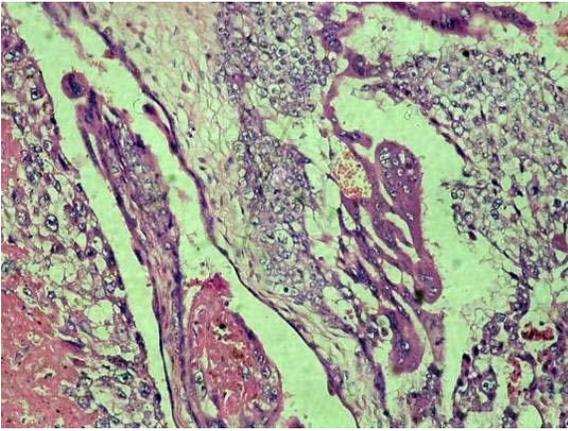
Ung thư biểu mô rau



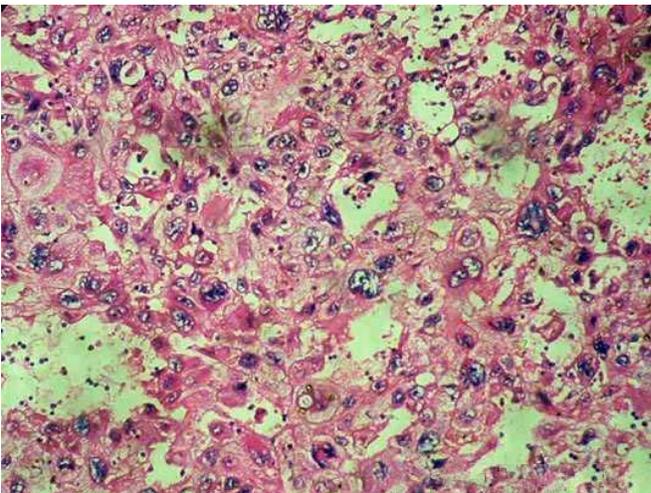
Ung thư biểu mô rau



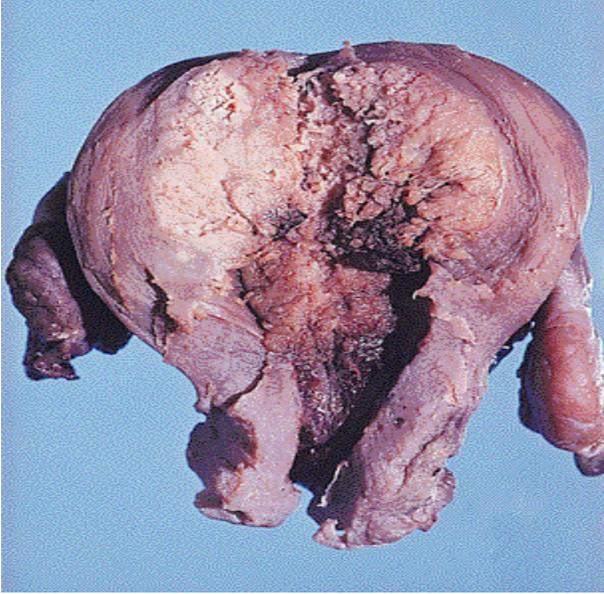
Ung thư biểu mô rau



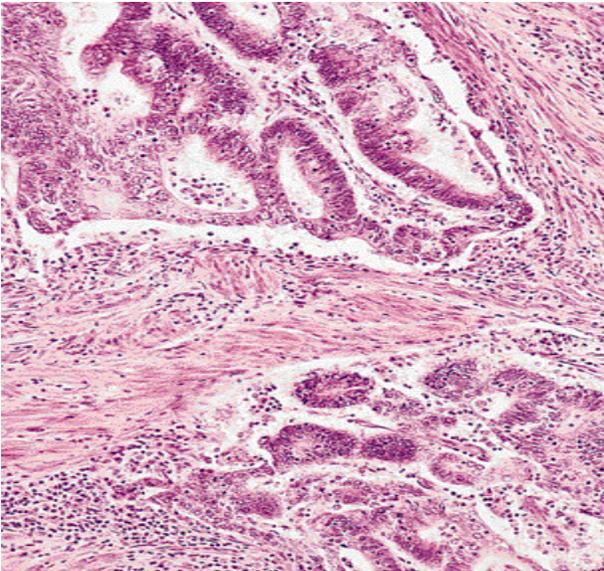
Ung thư biểu mô rau



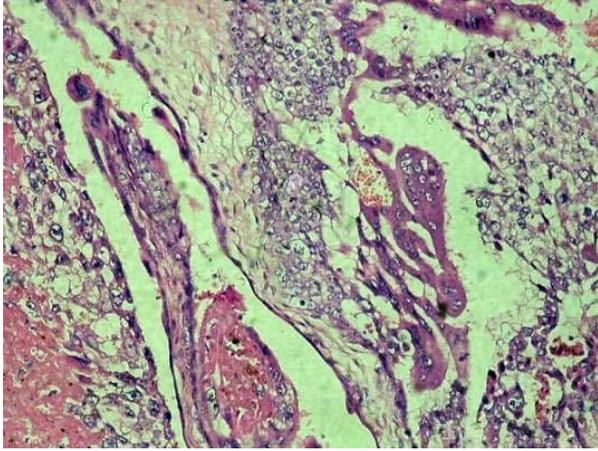
Ung thư tuyến nội mạc tử cung



Ung thư tuyến nội mạc tử cung



Ung thư tuyến nội mạc tử cung



Polip buồng tử cung



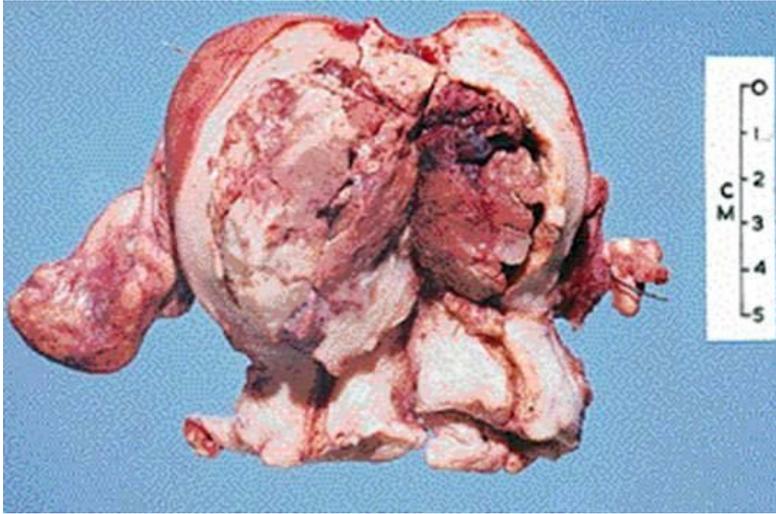
Tăng sản cơ tuyến thân tử cung (adenomyosis)



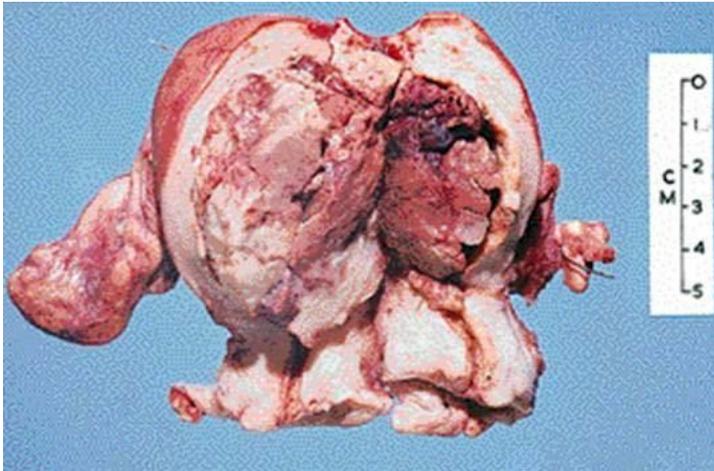
Ung thư cổ tử cung xâm nhập



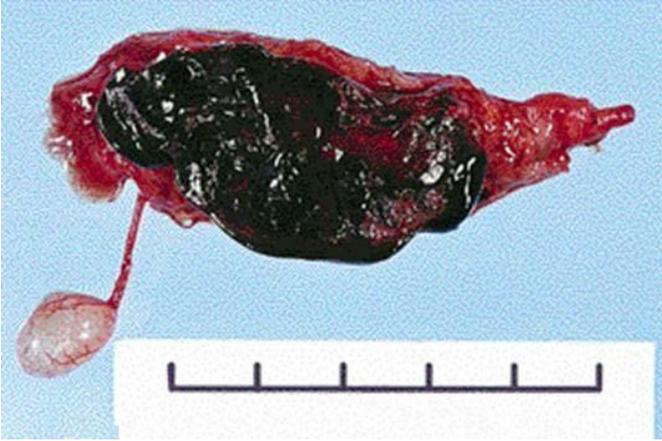
Ung thư nội mạc tử cung (Müllerian Tumor)



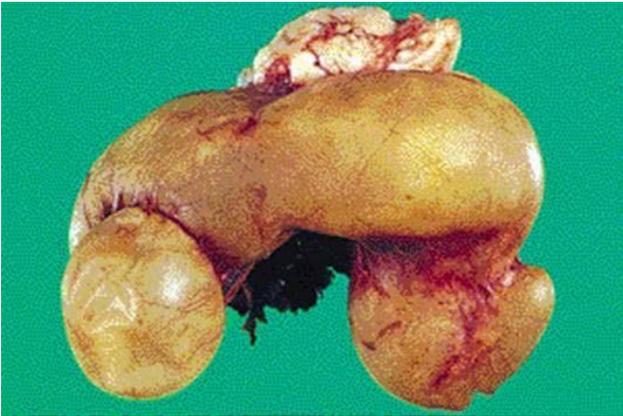
U nang buồng trứng



Chửa vòi trứng



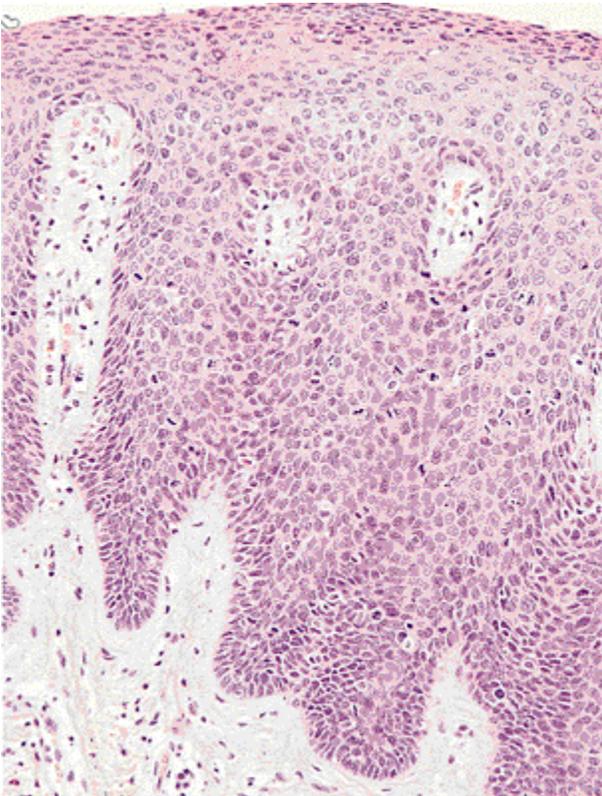
Ứ nước vôi trứng



U xơ tử cung



Ung thư trong biểu mô âm hộ



13. UNG THƯ DẠ DÀY

- Hay gặp, thứ 2 sau K phổi, tỷ lệ phụ thuộc vùng địa lý, thói quen ăn uống (nitrosamine), nam > nữ, > 50 tuổi, nhóm máu A.
- Tiền sử viêm dạ dày teo loét mạn tính, polip tuyến, dị sản ruột, loạn sản niêm mạc, loét dạ dày mạn tính, nhiễm H. pylori.

+ Bệnh sinh:

- Liên quan viêm dạ dày mạn tính teo loét, dị sản ruột, loạn sản niêm mạc dạ dày.
- H. pylori gây teo loét niêm mạc, giảm acid chlohydric, giảm chuyển ion nitrat thành nitric để hình thành nitrosamin (chất gây K).
- H.pylori sinh acetaldehyde phá huỷ niêm mạc dạ dày, tổn thương DNA, sinh nhiều gốc oxy tự do, nitric oxide.
- H.pylori có enzyme urease, sinh nhiều amoniac làm tổn thương biểu mô, dễ có đột biến khi tăng sinh tái tạo TB.
- Trong ung thư dạ dày có: đột biến và mất đoạn gen ức chế K p53, K – ras và APC gen. Tăng sinh quá mức gen sinh ung thư C – myc, erb B-2.

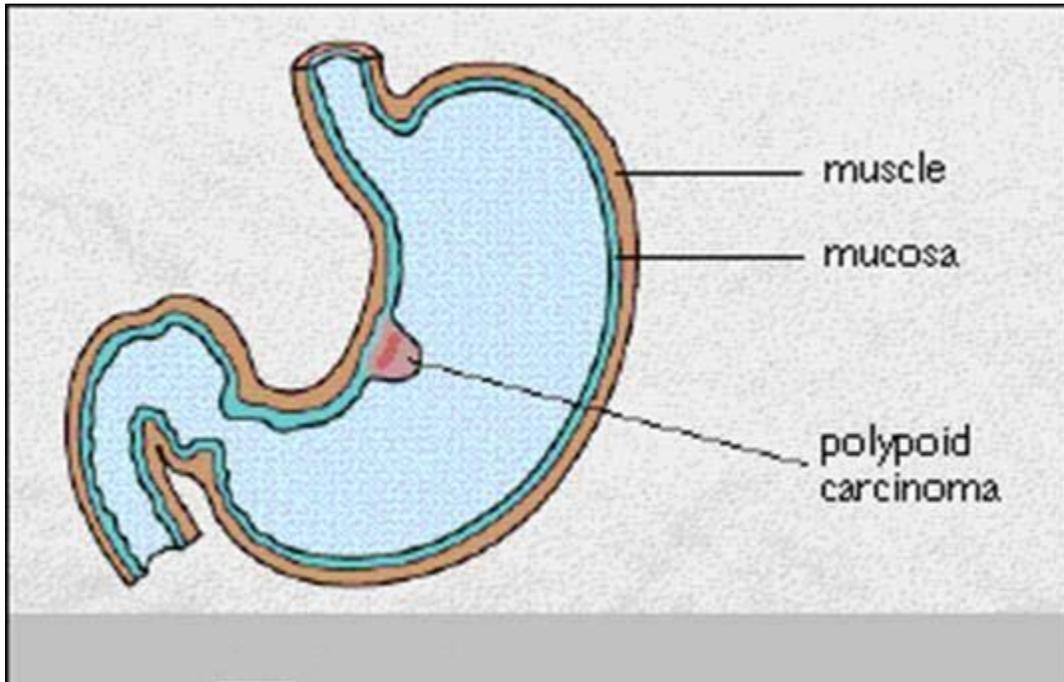
+ Yếu tố thuận lợi sinh UT dạ dày:

- Viêm teo loét niêm mạc.
- Dị sản ruột.
- Nhiễm H.pylori mạn tính.
- Loét dạ dày mạn tính.
- Sau cắt dạ dày.
- Yếu tố gen (nhóm máu A)

+ Đại thể:

- UT dạ dày thể sùi hay thể polip (30% - 50%): U hình nấm, sùi như hoa súp lơ vào lòng dạ dày. Bề mặt u có loét, chảy máu, ít chất nhày.
- UT thể loét hay thể chế nhày (25% - 30%): Bề mặt u có loét lớn, nhiều chất nhày trên bề mặt.
- UT dạ dày thể lan tràn hay thể xâm nhập 15% - 20%): u phát triển lan rộng, thành dạ dày cứng chắc, không phân biệt các lớp.

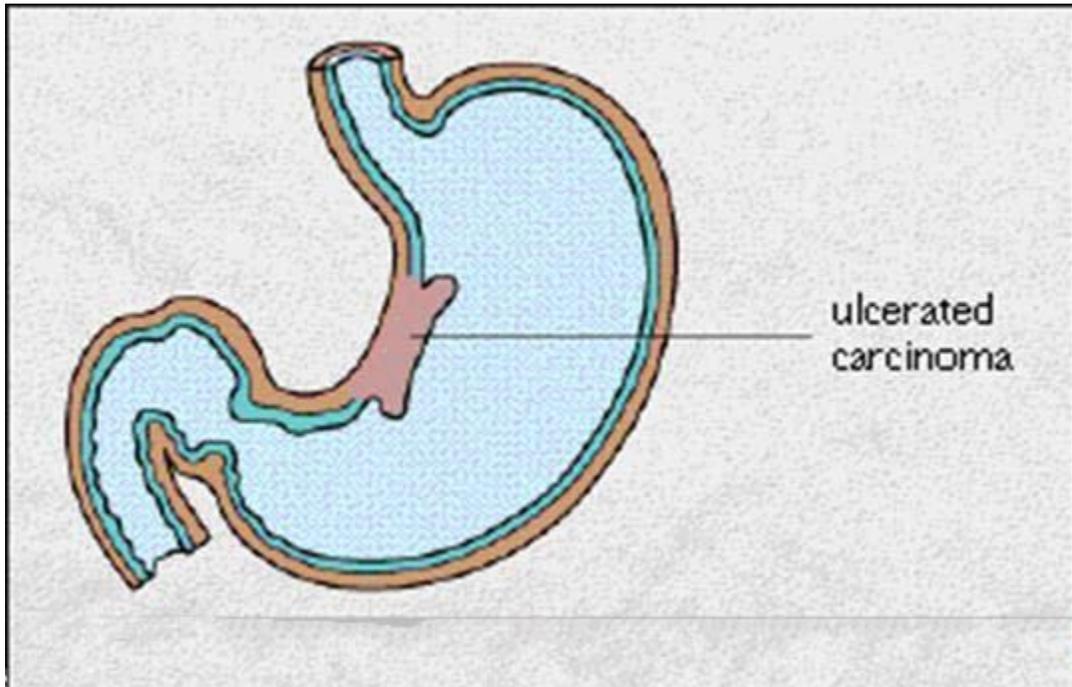
UT dạ dày thể sùi



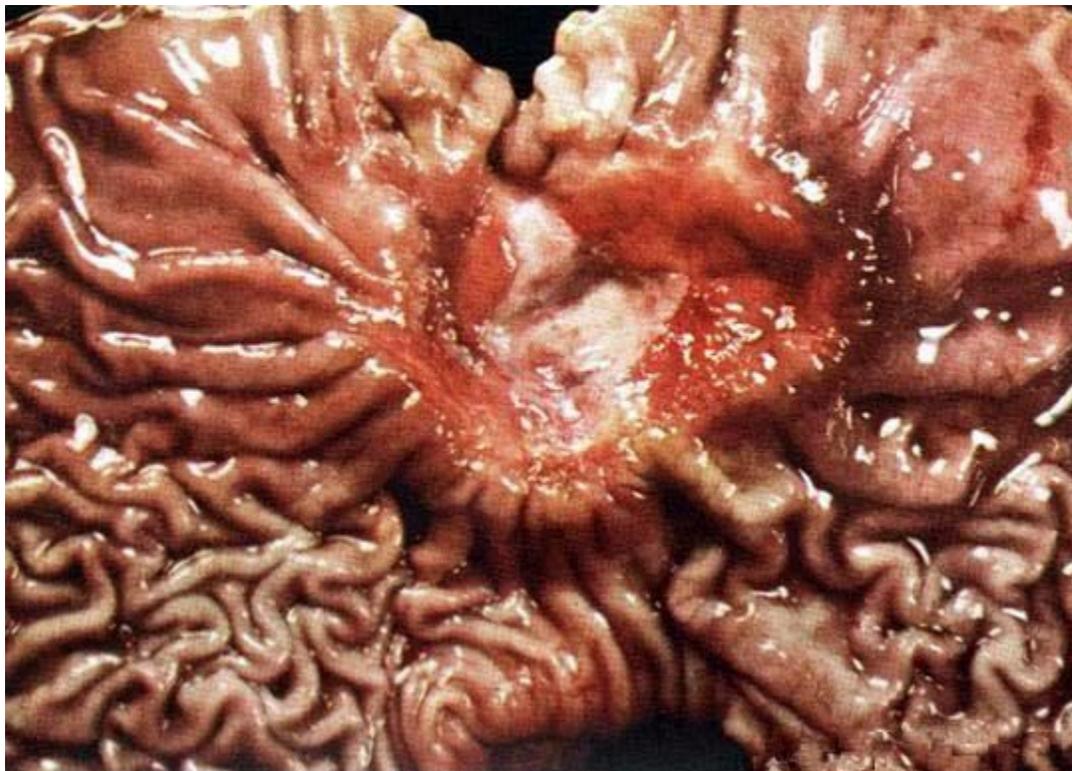
UT dạ dày thể sùi



UT dạ dày thể loét



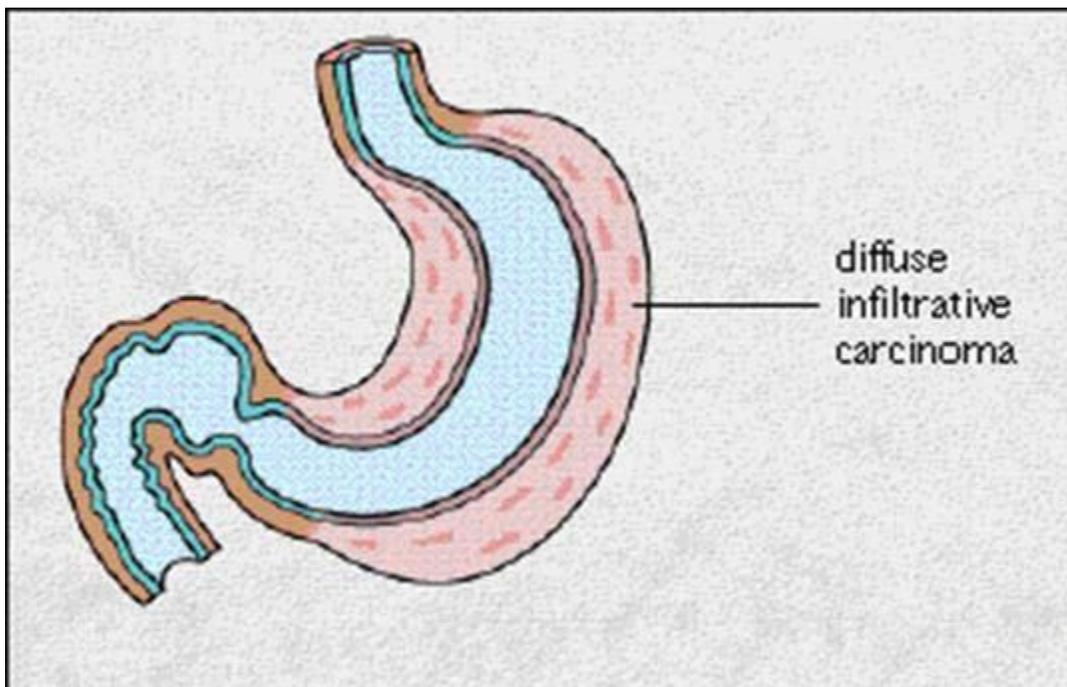
UT dạ dày thể loét



Loét dạ dày ung thư hoá xâm nhập (Advanced gastric cancer ulcerated and infiltrating lesion)



UT dạ dày thể lan tràn (thâm nhiễm)



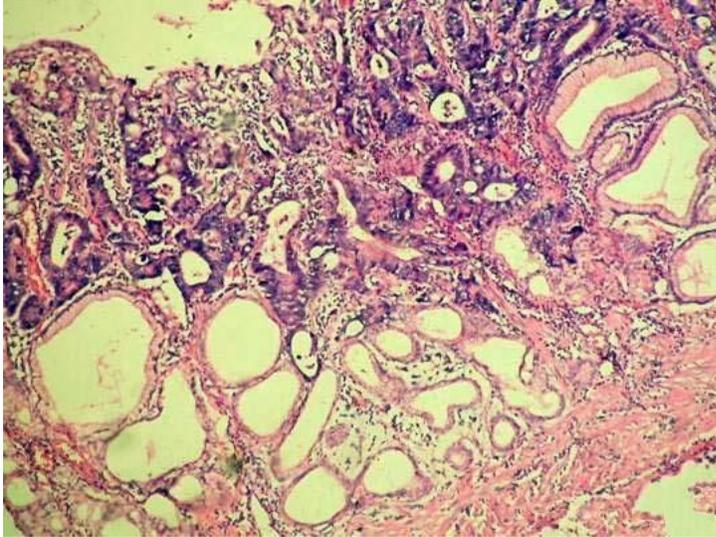
UT dạ dày thể lan tràn (xâm nhiễm)



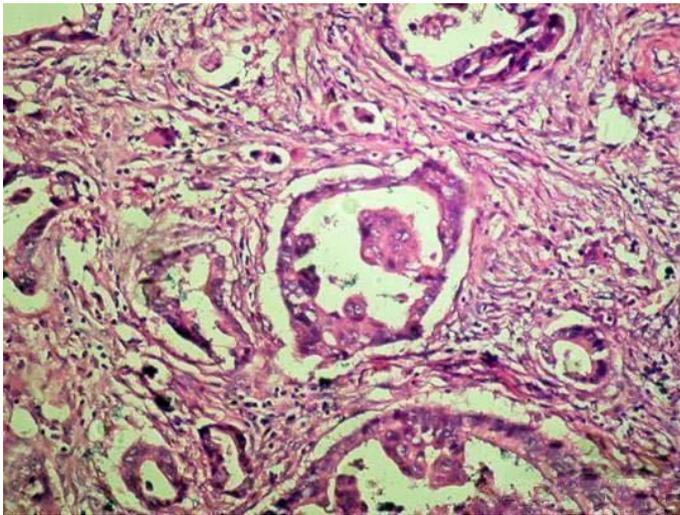
+ Vi thể:

- UT biểu mô tuyến tuyến ống tuyến nhú
- UT tế bào nhẵn (chế nhày)
- UT tế bào vảy
- UT tuyến vảy
- UT kém biệt hoá

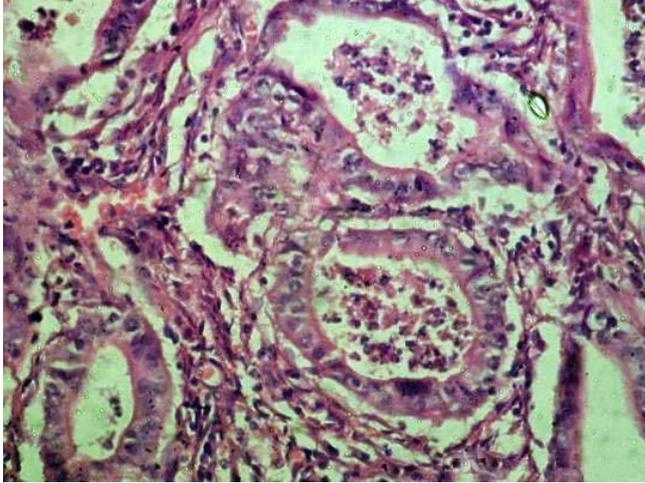
UT tuyến dạ dày (giai đoạn sớm)



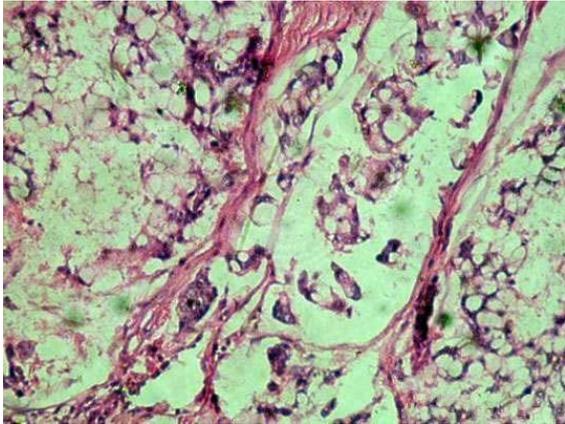
UT dạ dày thể tuyến (nhú)



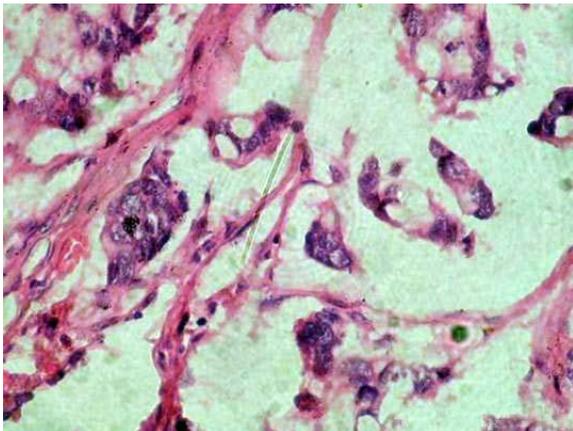
UT dạ dày thể tuyến (ống)



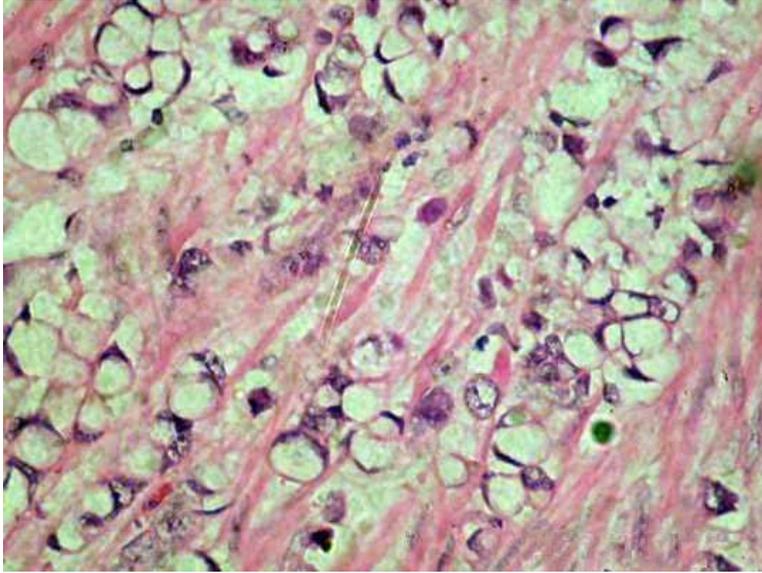
UT dạ dày thể chế nhày (TB nhẵn)



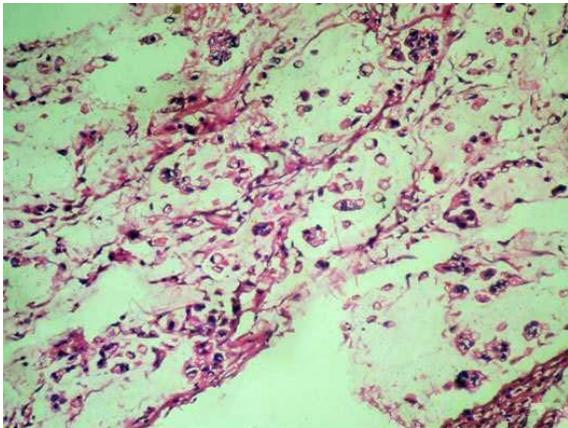
UT dạ dày thể chế nhày (TB nhẵn)



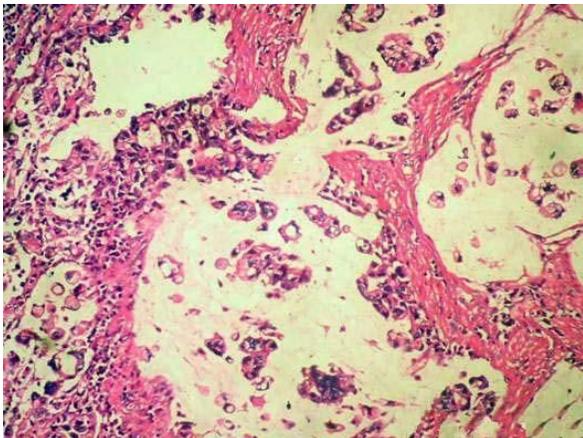
UT dạ dày thể chế nhày (TB nhẵn)



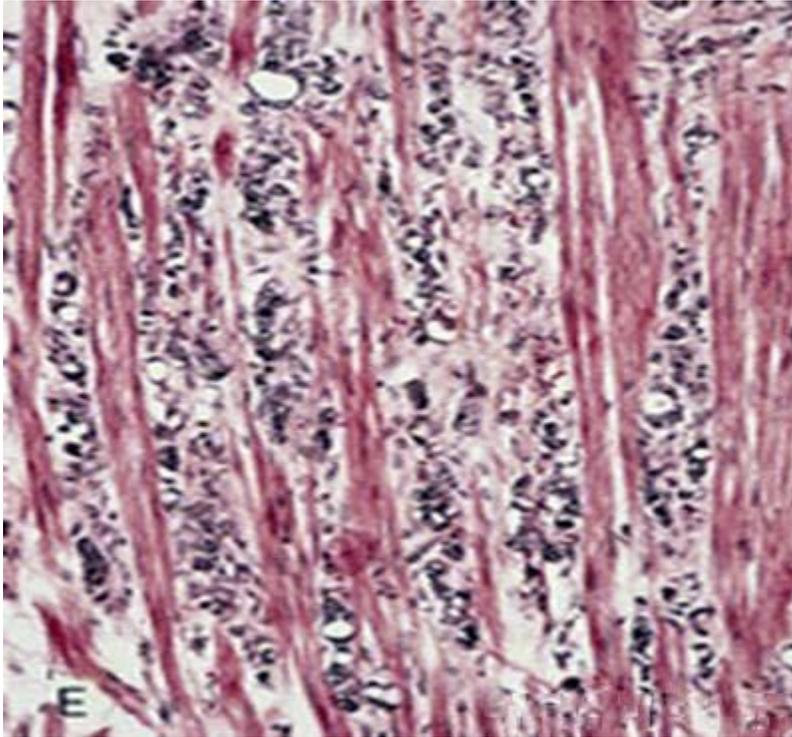
UT dạ dày thể chế nhày (TB nhân)



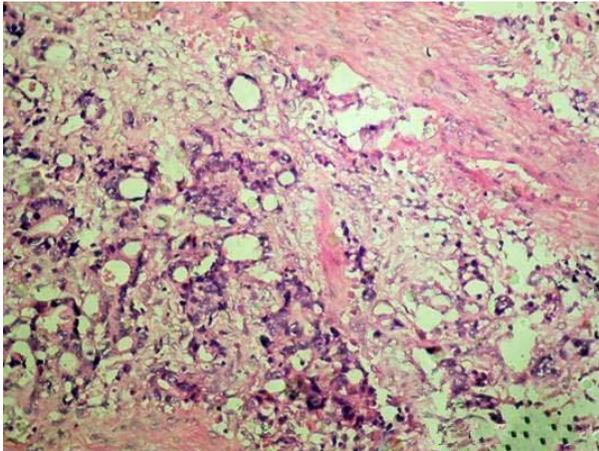
UT dạ dày thể chế nhày (TB nhân)



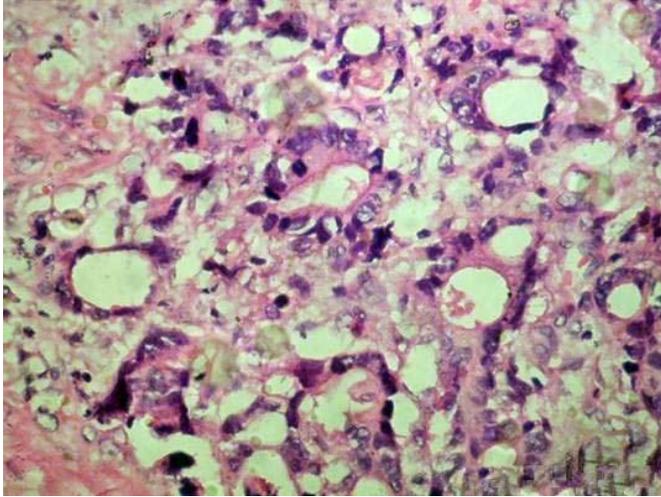
Ung thư biểu mô tuyến xâm nhập lan toả (poorly differentiated diffuse Adenocarcinoma)



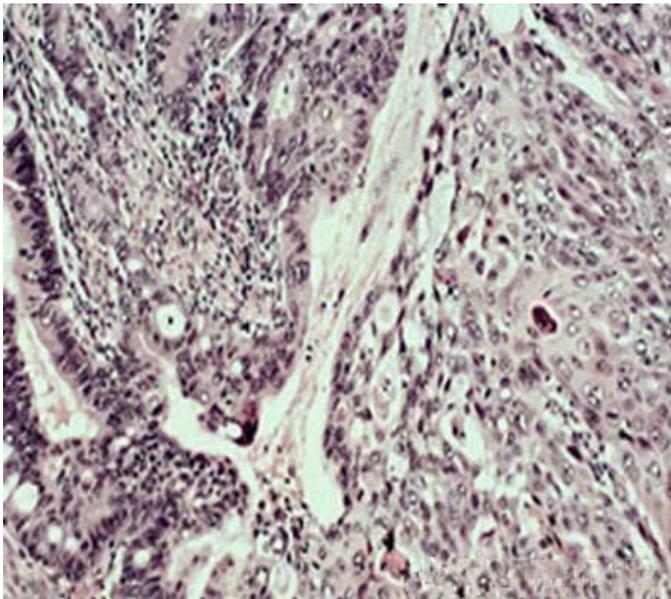
UT dạ dày kém biệt hoá (xâm nhập)



UT dạ dày kém biệt hoá (xâm nhập)



Ung thư biểu mô tuyến vảy (Adenosquamous Carcinoma of the stomach)



+ Di căn:

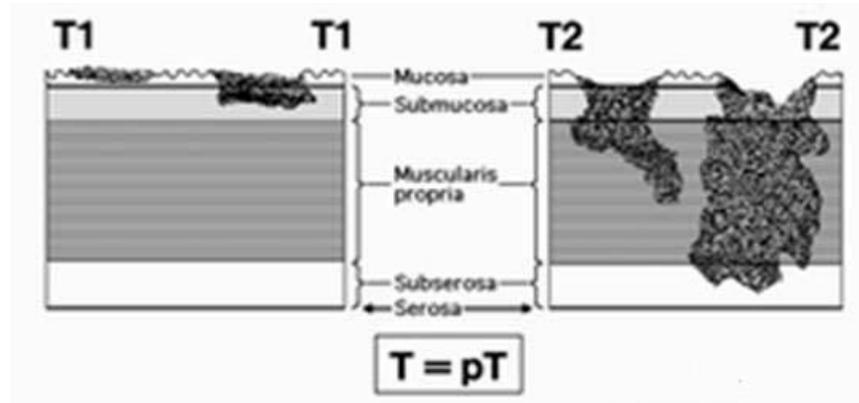
- Di căn theo đường bạch huyết đến hạch lân cận (bờ cong nhỏ, cuống gan)
- Di căn theo đường bạch huyết đến hạch khu vực (hạch thượng đòn - Virchow).
- Di căn theo hố thanh mạc đến 2 bên buồng trứng (u Krukenberg)
- Di căn đường máu đến phổi, gan, xương, não.

+ Biến chứng:

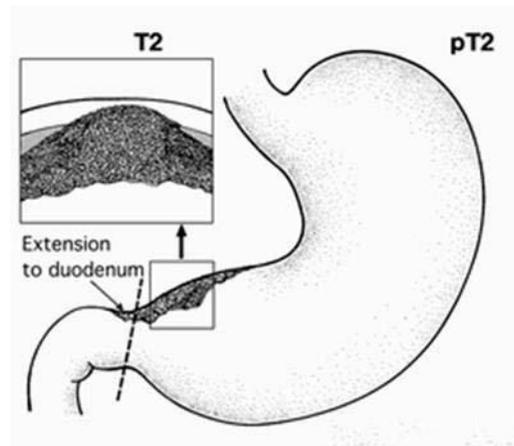
- Chảy máu
- Thủng
- Chít hẹp, tắc.

Thiếu máu suy kiệt

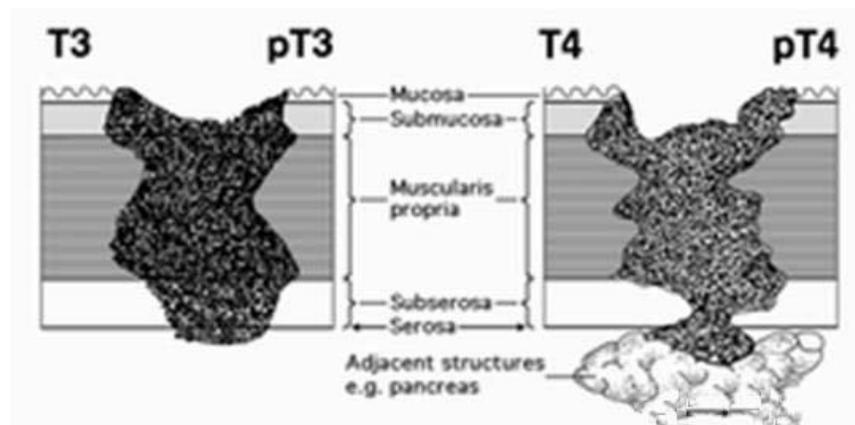
Phân giai đoạn Ung thư theo hệ TNM



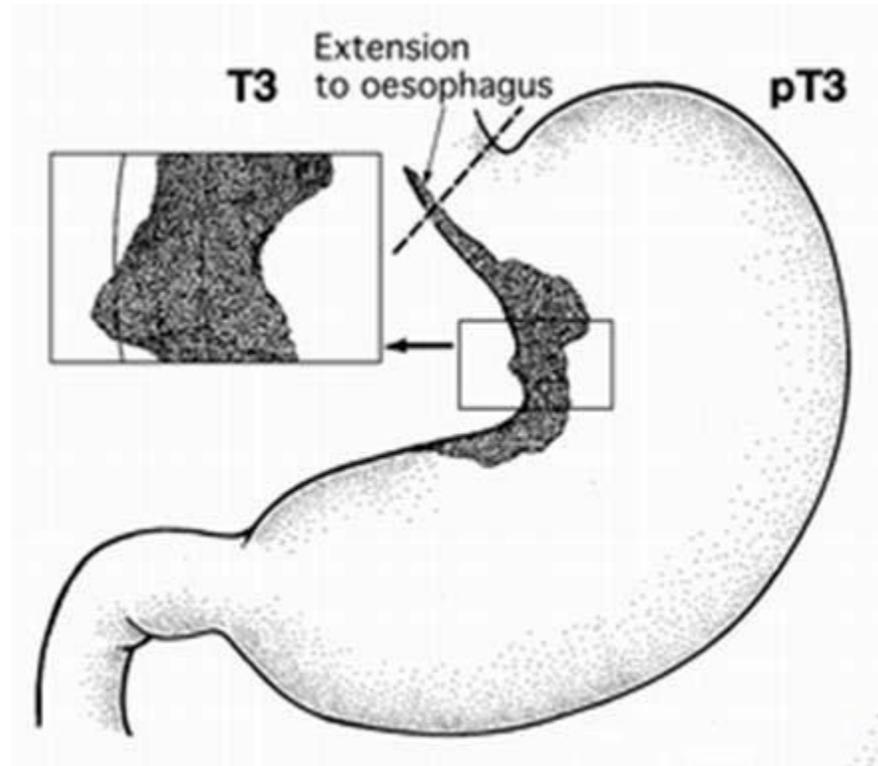
Phân giai đoạn Ung thư theo hệ TNM



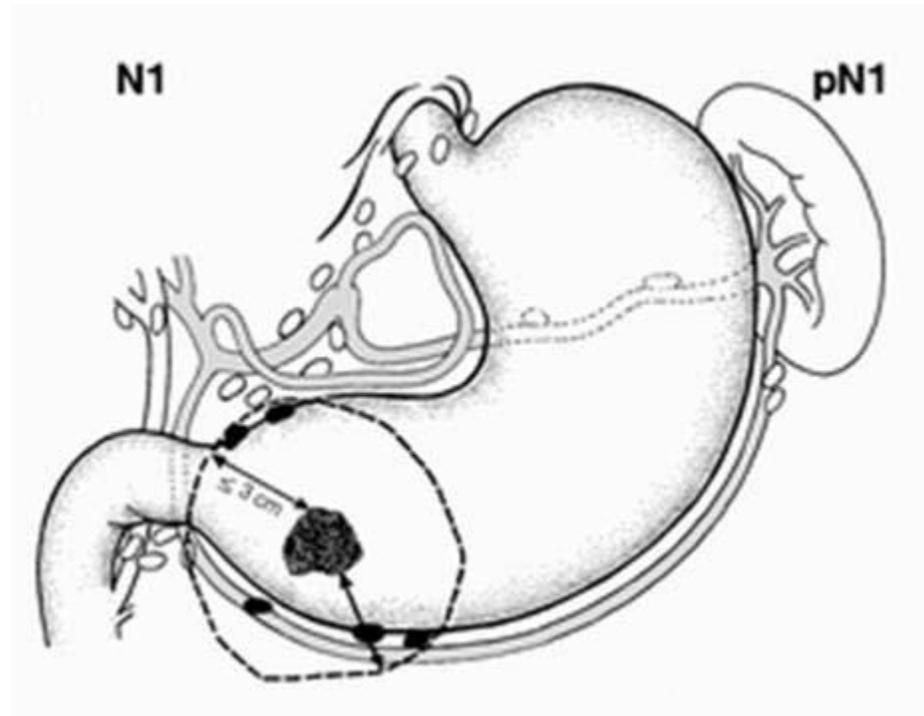
Phân giai đoạn Ung thư theo hệ TNM



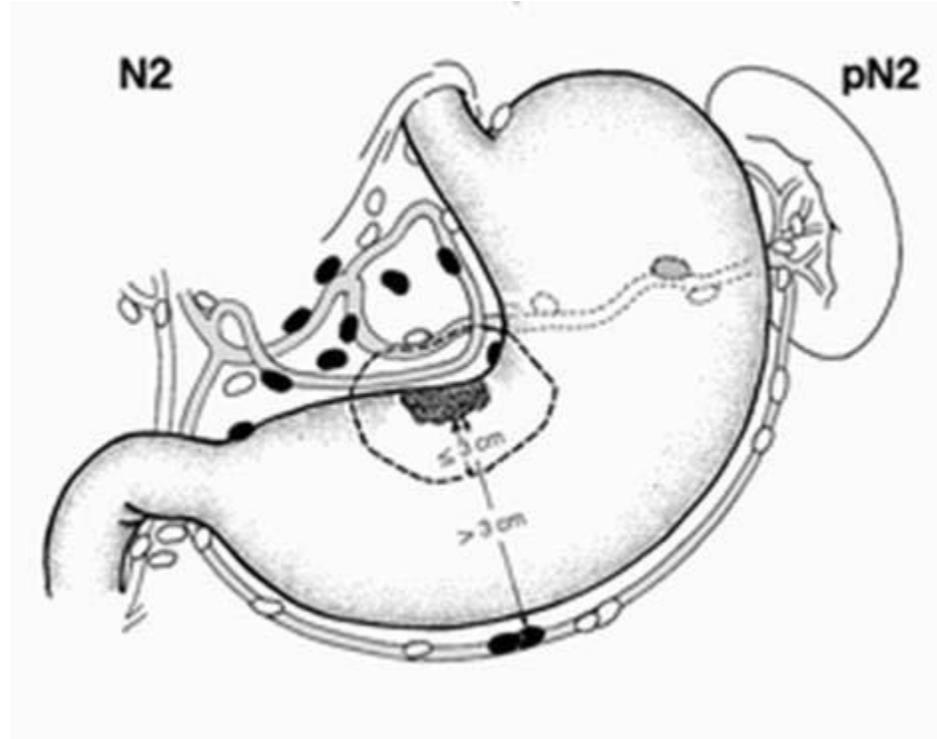
Phân giai đoạn Ung thư theo hệ TNM



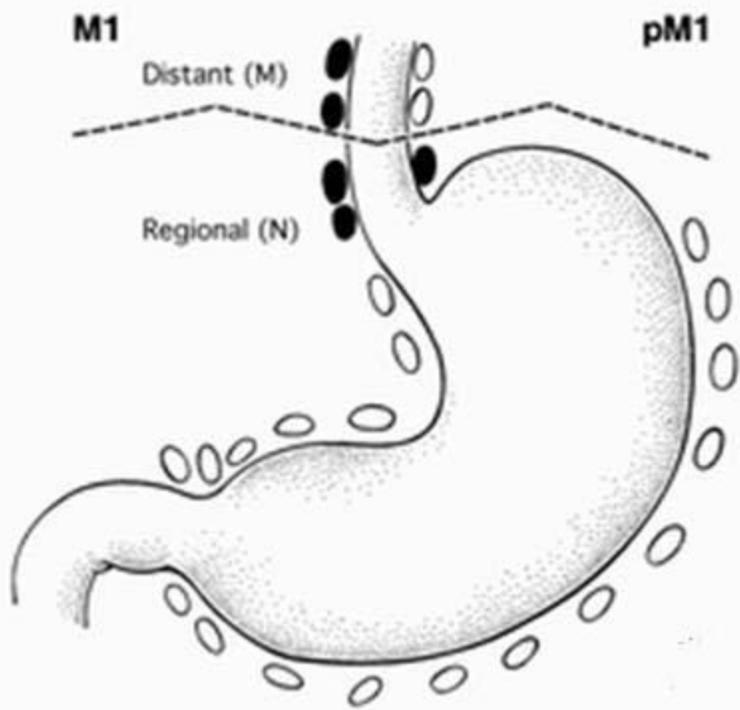
Phân giai đoạn Ung thư theo hệ TNM



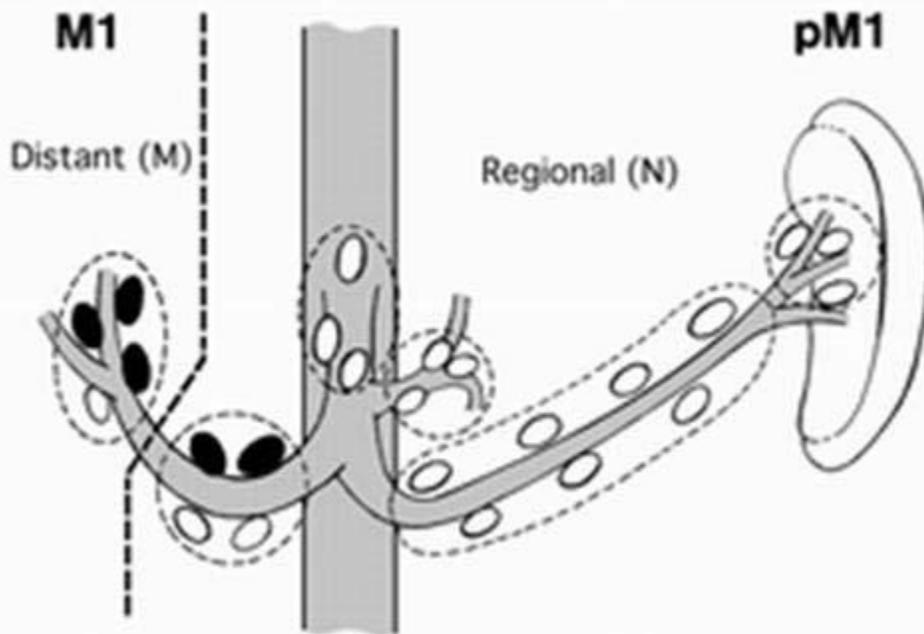
Phân giai đoạn Ung thư theo hệ TNM



Phân giai đoạn Ung thư theo hệ TNM



Phân giai đoạn Ung thư theo hệ TNM



14. XƠ GAN

1. Định nghĩa

“Xơ gan là một bệnh mạn tính, xơ xâm nhập phát triển nhiều làm gan cứng chắc, trên mặt gan xuất hiện những hạt nhỏ như đầu đinh.

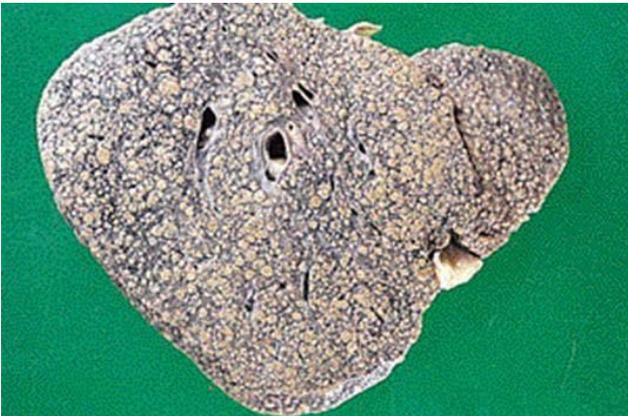
Hình ảnh đặc trưng là nhu mô gan được thay thế bằng tổ chức xơ và những ổ tế bào gan tái tạo. Gan mất đi cấu trúc và chức năng bình thường”.

- Xơ gan đồng nghĩa với bệnh gan giai đoạn cuối, không có khả năng hồi phục, do Laennec mô tả năm 1819.

Xơ gan



Xơ gan (mặt cắt gan)



2. Bệnh sinh

+ Nguyên nhân thường gặp:

- Nghiện rượu
- Không rõ nguyên nhân
- Viêm gan mạn tính (B và C)

+ Nguyên nhân không thường gặp:

- Xơ đường mật bẩm sinh.
- Tắc đường mật mạn tính (xơ gan mật)
- Bệnh xơ nang (cystic fibrosis)

+ Những bệnh hiếm gặp:

- Haemochromatosis. Bệnh Wilson. Bệnh giảm alpha-1 antitrypsin. Galactosaemia. Glycogenosis typ IV. Tyrosiaemia

+ Quá trình phát triển bệnh

Quá trình phát triển xơ gan gồm:

- Tổn thương tế bào gan (thoái hoá, hoại tử)
- Tăng sinh xơ lan toả
- Tái tạo tế bào gan từng ổ

Hậu quả:

- Đảo lộn cấu trúc
- Giảm hoặc mất chức năng gan

3. Phân loại xơ gan

+ Theo nguyên nhân bệnh sinh:

- Xơ gan cửa (vòng, Laennec, xơ gan Banti)
- Xơ gan do rượu
- Xơ gan sau hoại tử
- Xơ gan sau viêm gan
- Xơ gan mật

+ Theo hình thái: (kích thước các hạt trên mặt gan)

- Xơ gan hạt nhỏ < 3mm (micronodular cirrhosis)
- Xơ gan hạt lớn 3 mm – 2 cm (macronodular cirrhosis)

+ Hình ảnh tổn thương chung cho các loại xơ gan:

Đai thể:

- Đa số gan teo nhỏ, cứng chắc, nhạt màu, vàng hoặc màu xanh lá cây (xơ gan

mật)

- Mặt ngoài gan có những ổ TB gan tái tạo, xung quanh có dải xơ bao bọc nổi lên như những đầu đinh không đều nhau.

- Trên mặt cắt gan những ổ TB gan tái tạo, tròn không đều nhau nằm giữa những vành đai xơ trắng, gan chắc, dai, khó cắt.

HẢ đại thể xơ gan



HẢ đại thể xơ gan (mặt cắt gan)



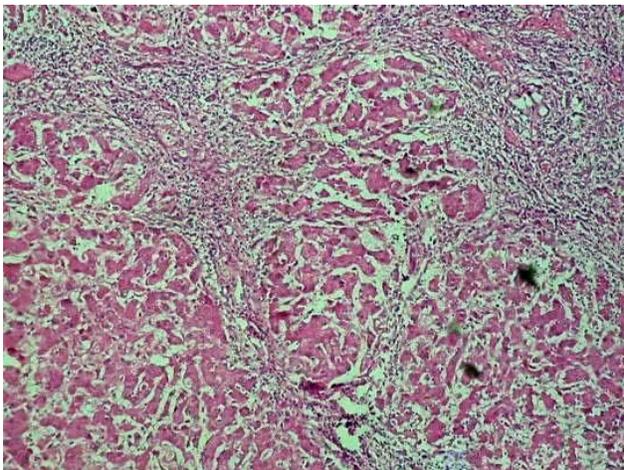
Xơ gan kết hợp ung thư gan



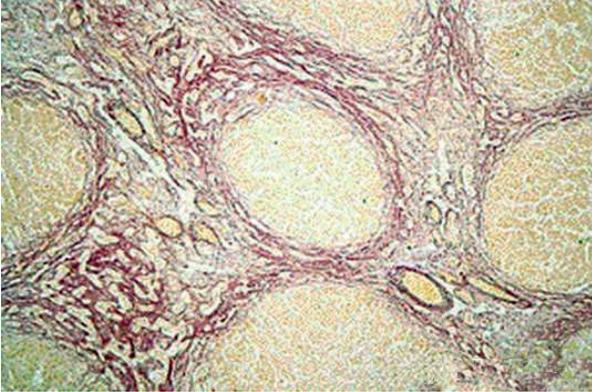
Vi thể:

- Thoái hoá, hoại tử tế bào gan
- Xơ phát triển lan toả, bao vây, chia cắt các tiểu thuỳ gan, có chỗ tạo thành tiểu thuỳ gan giả.
- Tăng sinh nhiều ống mật tân tạo lẫn trong mô xơ.
- Xâm nhập nhiều TB viêm mạn tính trong mô xơ, nhất là vùng khoảng cửa.
- Các tế bào gan tái tạo thành ổ (ổ tế bào gan tái tạo).

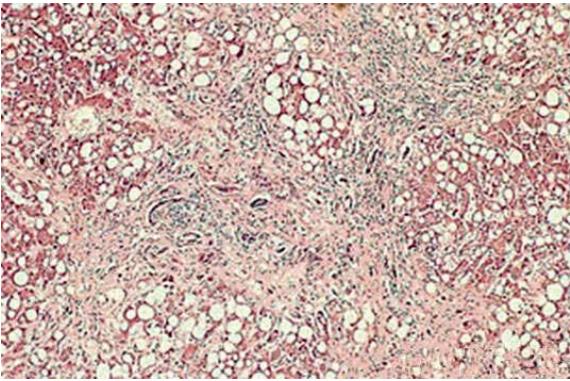
HẢ vi thể xơ gan



HẢ vi thể xơ gan



HẢ vi thể xơ gan



4. Hậu quả xơ gan:

Có 2 hậu quả chính:

- Suy gan (giảm tổng hợp P, chống đông, tiết mật...)
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (cổ chướng, lách to, giãn t/m thực quản, hậu môn, tuần hoàn bàng hệ...)

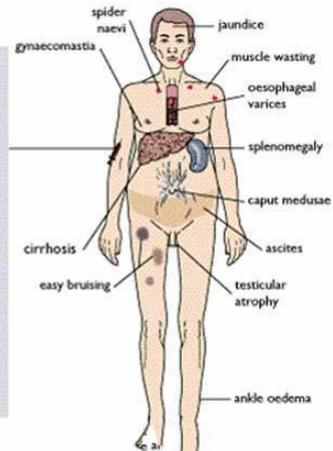
Ngoài ra:

- Giảm khả năng miễn dịch
- Dễ mắc bệnh nhiễm trùng
- Tăng nguy cơ ung thư gan
- Dễ nghẽn tĩnh mạch gan

Những biểu hiện lâm sàng xơ gan

Biochemical abnormalities:

Alkaline phosphatase: may be greatly elevated if the cause is biliary obstruction.
AST and ALT: transaminase levels are elevated, proportional to the activity of liver cell destruction.
Bilirubin: elevated levels, which may be very high in cases caused by biliary obstruction.
Serum albumen: low, as a result of failure of synthesis.
Prothrombin time: prolonged because of failure of synthesis of coagulation factors.



+ Cơ chế bệnh sinh dịch cổ chướng

- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa do xơ gan

- Giảm áp lực keo trong máu do suy gan

+ Xơ gan có thể do tắc đường dẫn mật

Tắc đường dẫn mật có thể do:

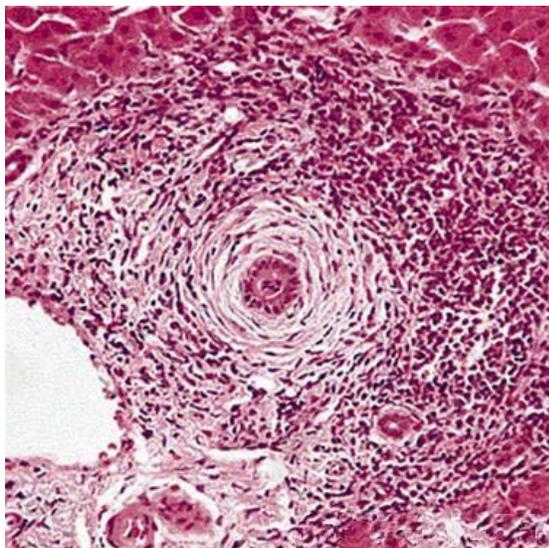
- Xơ đường dẫn mật bẩm sinh (primary biliary cirrhosis).

- Tắc đường dẫn mật ngoài gan (secondary biliary cirrhosis).

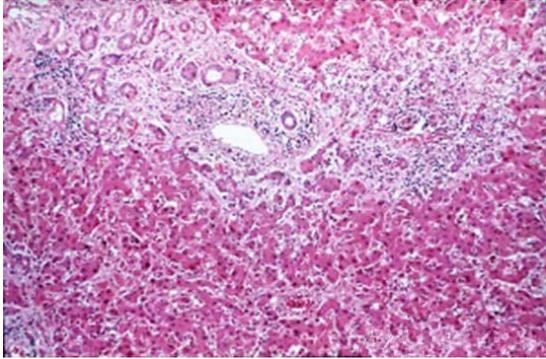
Tắc đường dẫn mật gây:

ứ mật - vàng da - hoại tử TB gan - xơ phát triển - hình thành các ổ TB gan tái tạo.

HẢ viêm xơ hoá ống mật (sclerosing cholangitis)



Xơ đường mật bẩm sinh (primary biliary cirrhosis)



15. UNG THƯ GAN

1. Bệnh sinh

Hay gặp ở tuổi 30 – 50, nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (5/1).

UT hay gặp trên người có xơ gan.

Tỷ lệ cao nhất gặp ở xơ gan sau viêm gan B hoặc C, bệnh ứ sắc tố máu ở gan (hemocromatosis), bệnh giảm alpha-1 antitrysin, xơ gan do rượu, xơ gan nguyên phát khác.

UT nguyên bào có thể gặp ở trẻ em.

2. Phân loại

Ung thư gan có 2 loại chính:

- Ung thư tế bào gan (hepatocellular carcinoma)
- Ung thư đường dẫn mật (cholangiocarcinoma)

Những u hiếm gặp khác có thể là:

- Sac côm tế bào Kuffer.
- Ung thư nguyên bào gan (hepatoblastoma)

+ Ung thư tế bào gan

Có 3 thể:

- Thể xâm nhập lan toả

- Thể khối (lớn chiếm gần hết 1 thùy gan)
- Thể cục rải rác toàn gan

Những khối ung thư chắc, màu trắng ngà hoặc vàng do chứa nhiều collagen và mỡ, màu nâu hoặc xanh do ứ chất mật

Vi thể:

- Thể bè: TB ung thư xếp thành bè thành dải, xen kẽ có khe mạch máu, TB hình đa diện giống

TB gan, có thể có ứ mật trong bào tương.

- Thể tuyến: Các TB ung thư xếp thành hình giống ống tuyến, bắt màu đậm.
- Thể kém biệt hoá: TB ung thư nhỏ, đứng thành đám.

Các TB ung thư thường sinh alpha feto protein (AFP), có thể phát hiện bằng xét nghiệm máu hoặc nhuộm HMMD tế bào ung thư.

+ Ung thư đường dẫn mật

Đại thể:

Mô ung thư thường mềm, mật độ không chắc, hay chứa chất nhày, ranh giới u không rõ, gan có thể ứ mật màu vàng hoặc xanh.

Vi thể:

TB ung thư có nguồn gốc là TB biểu mô trụ ống dẫn mật, xếp thành hình tuyến. Các tuyến to nhỏ không đều, nhiều tuyến giãn rộng lòng tuyến có thể thấy chất nhày.

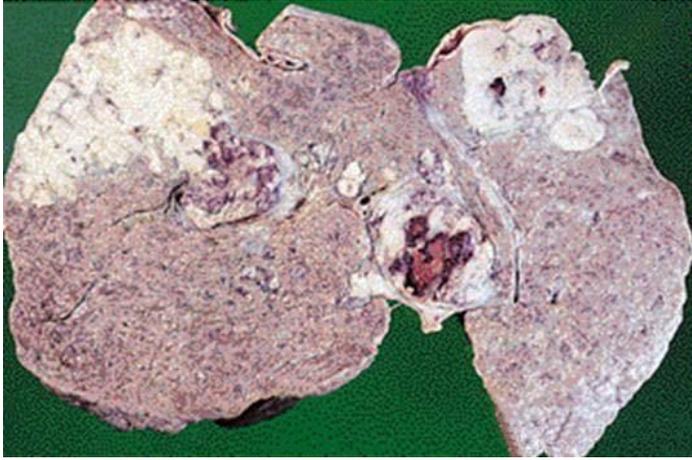
+ Di căn ung thư gan:

- Ung thư gan thường di căn muộn đến hạch, các tạng trong ổ bụng gần gan.
- Di căn theo đường máu thường đến phổi.
- Thời gian sống thêm 5 năm sau chẩn đoán chỉ 10%.

+ Biểu hiện lâm sàng:

- Những biểu hiện không đặc hiệu: kém ăn, mệt mỏi, sút cân, vàng da.
- Gan to, cứng, đau.
- Biểu hiện tăng áp lực tĩnh mạch cửa (tràn dịch, lách to)
- Hay có nghẽn t/m cửa (hội chứng Budd - Chiari).

Ung thư gan thể lan tràn



Ung thư gan thể cục



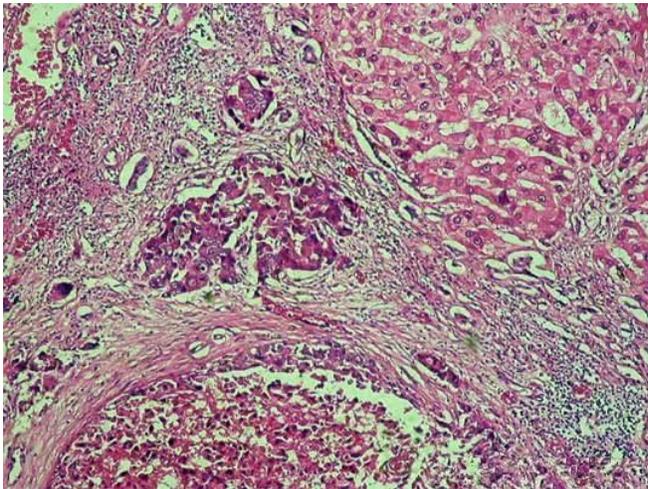
Ung thư gan thể khối



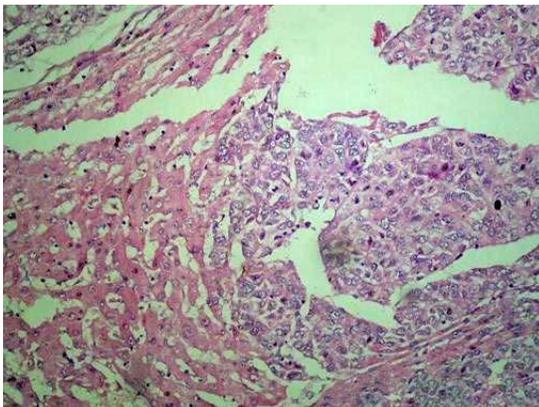
Ung thư gan kết hợp xơ gan



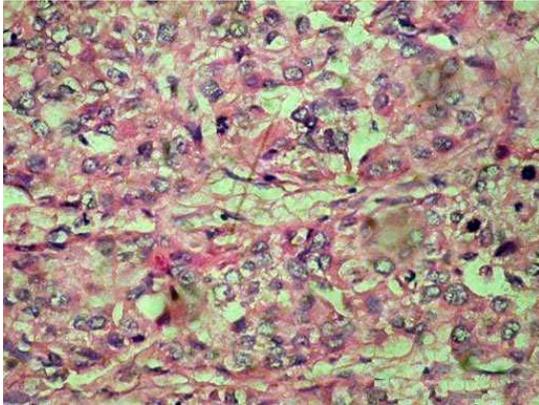
Ung thư gan thể bào



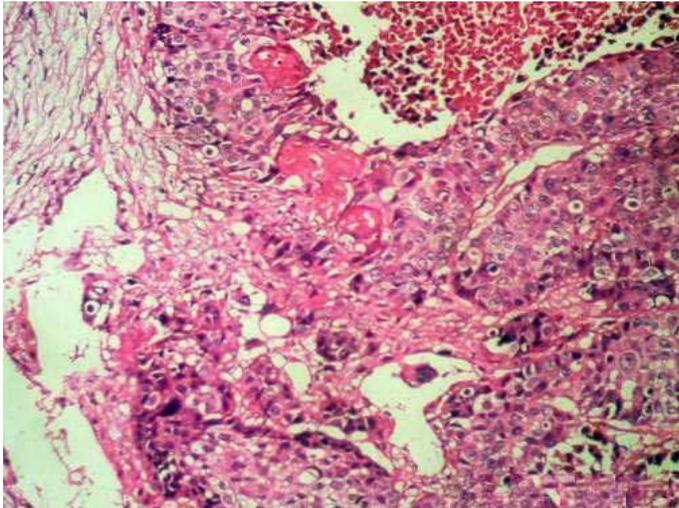
Ung thư gan thể bào



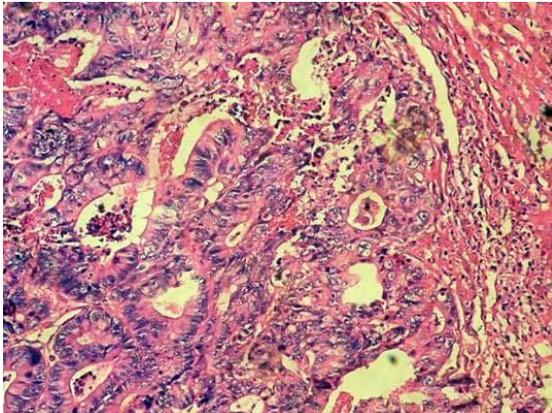
Ung thư gan thể bào



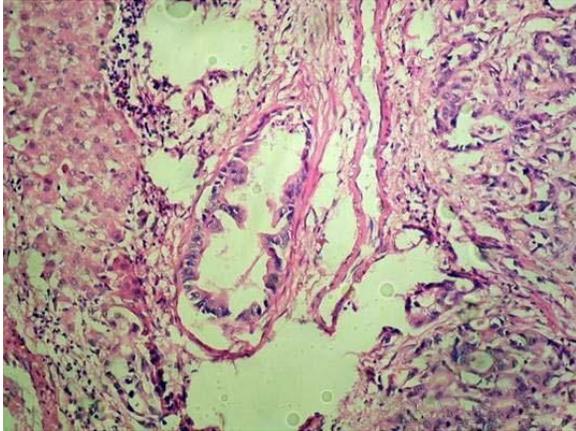
Ung thư gan thể bào



Ung thư gan thể tuyến



Ung thư đường dẫn mật



16. UNG THƯ PHỔI

- Ung thư phổi là bệnh hay gặp, tỷ lệ tử vong cao ở các nước công nghiệp phát triển. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tuổi mắc bệnh 40 – 70 tuổi.
- Tỷ lệ mắc bệnh cao có liên quan hút thuốc lá, những hoá chất dễ gây ung thư, nghề nghiệp và môi trường sống.

+ Đại thể

Trên đại thể có 4 loại:

- Ung thư phổi thể trung tâm (K phế quản gốc)
- Ung thư phổi thể ngoại vi (K phế quản nhỏ và phế quản tận)
- Ung thư phổi thể lan toả (K phế quản tận và phế nang).
- Ung thư màng phổi (mesotheliomas)

+ Vi thể

Chia 4 loại:

- Ung thư biểu mô gai (squamous cell carcinoma) 30%.
- Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) 30%.
- Ung thư tế bào nhỏ (small cell carcinoma) 20%.
- Ung thư tế bào lớn (large cell carcinoma) 10%. Ngoài ra còn các khối u hỗn hợp chiếm 10%.

UT biểu mô gai (squamous cell carcinoma)

- Thường ở phế quản lớn vùng rốn phổi (thể trung tâm). Các TB ung thư là những TB biểu mô trụ bị dị sản gai, thường do hậu quả hút

thuốc lá. Lúc đầu là UT biểu mô gai tại chỗ, sau chuyển thành UT biểu mô gai xâm nhập, dễ gây tắc phế quản.

- Các TB ung thư hình đa diện, có thể có gai nối, đứng thành đám thành dải. Ở những UT biệt hoá cao, giữa các đám các dải TB có thể có hình cầu sừng. Trong khối UT hay có hoại tử chảy máu.

UT biểu mô tuyến (adenocarcinoma)

- Thường ở phế quản nhỏ hay thể ngoại vi.

- TB ung thư có nguồn gốc là những TB trụ của biểu mô phế quản, có khi UT xuất phát từ những sẹo cũ trong phổi (scar cancers).

- Các TB xếp thành hình ống tuyến. Các tuyến to nhỏ không đều, chỗ một hàng TB, chỗ nhiều hàng TB. Các TB K có thể tiết nhày, có hình nhân chia, nhân quái.

- Có 4 hình thái: hình tuyến ống (acinar), tuyến nhú (papillary), tuyến chế nhày (solid carcinoma with mucin production), UT biểu mô vách phế nang (bronchioloalveolar carcinoma).

UT tế bào nhỏ (small cell carcinoma)

- TB UT có nguồn gốc từ các TB thần kinh nội tiết (neuroendocrine cell) nằm ở sát màng đáy, xen giữa các TB biểu mô trụ.

- Các TB K tròn hoặc bầu dục, nhỏ, bào tương ít, đều nhau bắt màu đậm (oat - cell carcinoma), giống TB lympho, đứng thành đám lớn.

- UT TB nhỏ có hình ảnh khác biệt với các thể UT phổi khác nên có tác giả chia UT phổi thành 2 loại: UT TB nhỏ và không TB nhỏ.

- UT TB nhỏ có tiên lượng xấu, di căn sớm, có thể chế tiết hormon và được điều trị theo phương pháp riêng.

UT tế bào lớn (large cell carcinoma)

- UT xuất phát từ TB vách phế nang hoặc phế quản tận, tương ứng thể lan tràn hoặc ở ngoại vi.

- TB UT kém biệt hoá, kích thước lớn, có sự đa dạng về nhân (nuclear pleomorphism). Các TB có thể đứng thành đám hoặc tạo thành hình giống tuyến.

- U phát triển nhanh, tiên lượng xấu.

Di căn UT phổi

Ung thư phổi di căn theo 4 đường:

- Xâm nhập tại chỗ: UT xâm nhập ra mô phổi xung quanh dọc theo phế quản, xâm lấn màng phổi và trung thất.

- Di căn theo đường lympho đến hạch rốn phổi. Hạch di căn đè ép mô xung quanh gây các hội chứng lâm sàng.
- Di căn trong khoang màng phổi gây tràn dịch.
- Di căn theo đường máu đến não, xương, gan, tuyến thượng thận. Di căn xương thường ở xương sườn, cột sống, xương đùi, xương chày. Hay gây gãy xương bệnh lý.

Biểu hiện lâm sàng UT phổi

- + UT phổi ít có triệu chứng sớm
- + Những biểu hiện lâm sàng sau vài năm khi có u, UT TB nhỏ phát triển nhanh nhất, UT tuyến phát triển chậm nhất.
- + Biểu hiện lâm sàng gồm:
 - Ho (80%)
 - Ho ra máu (70%)
 - Khó thở (60%)
 - Đau ngực (40%)
 - Thở rít, thở ngáy (Wheeze) (15%)

UT phổi thể trung tâm



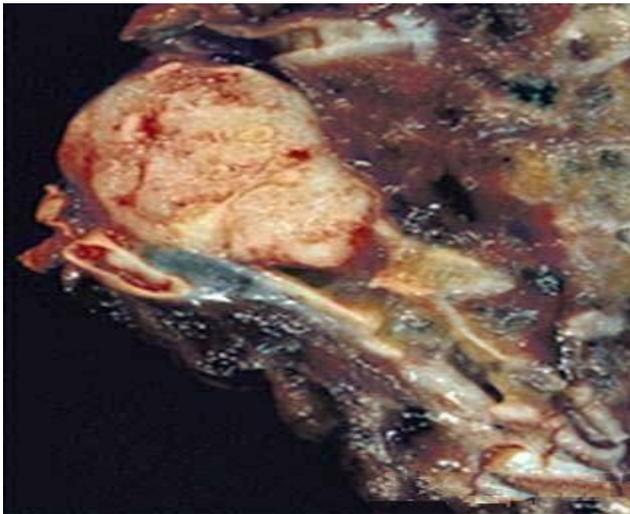
UT phổi thể ngoại vi



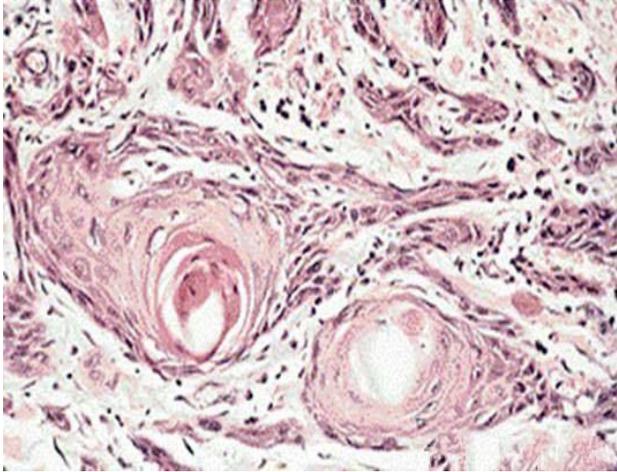
Ung thư biểu mô gai (Squamous cell Carcinoma)



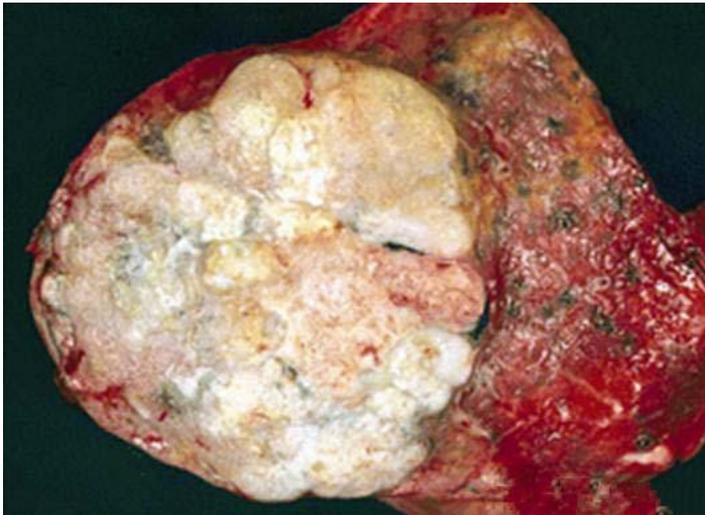
Ung thư biểu mô gai (Squamous cell Carcinoma)



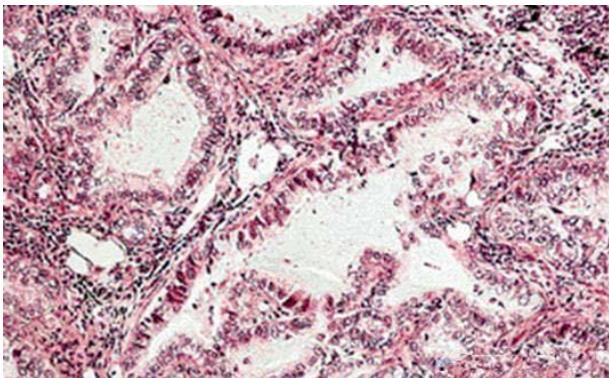
UT biểu mô gai (squamous cell carcinoma)



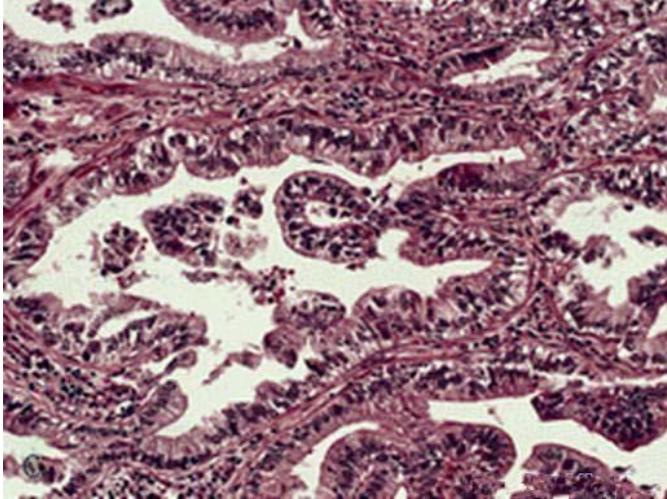
Ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma)



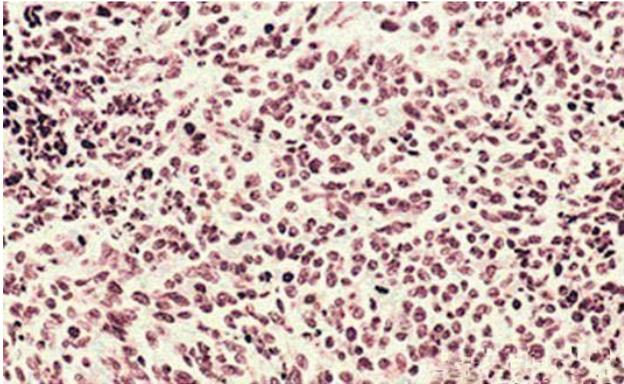
UT biểu mô tuyến (adenocarcinoma)



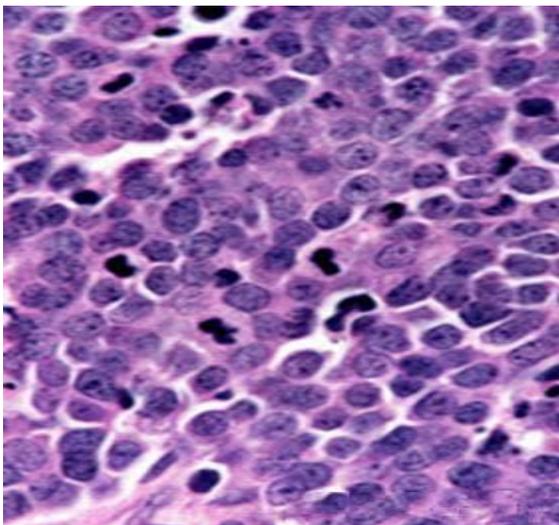
UT biểu mô tuyến chế nhày (Mucinous bronchioalveolar carcinoma)



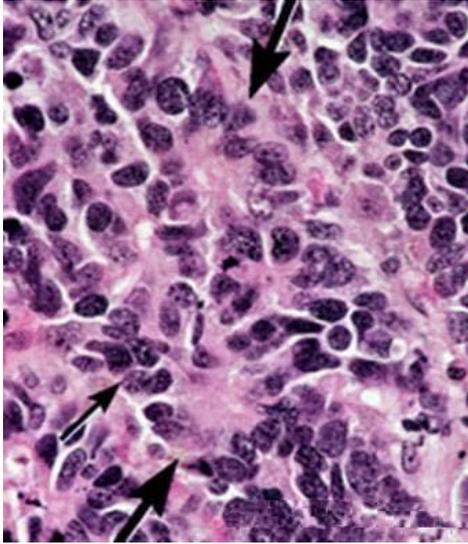
UT tế bào nhỏ (small cell carcinoma)



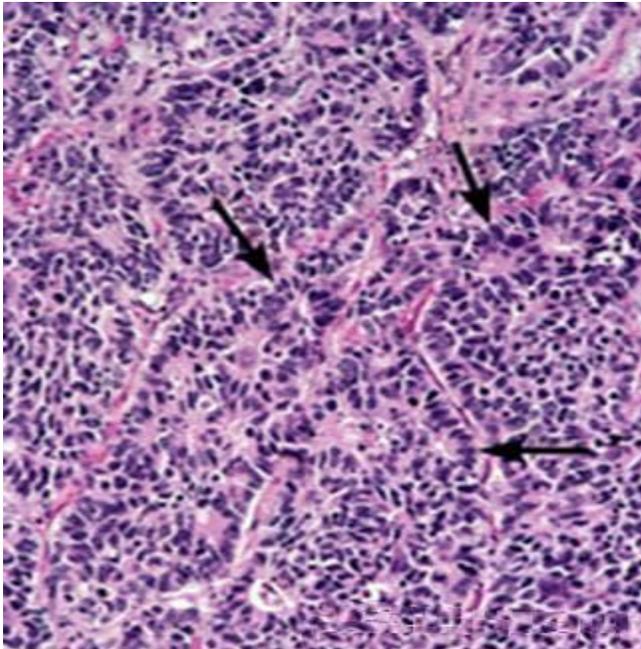
Ung thư tế bào nhỏ (Small cell carcinoma)



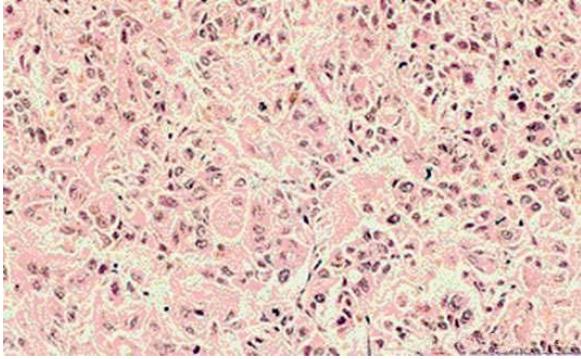
Ung thư tế bào nhỏ (Small cell carcinoma)



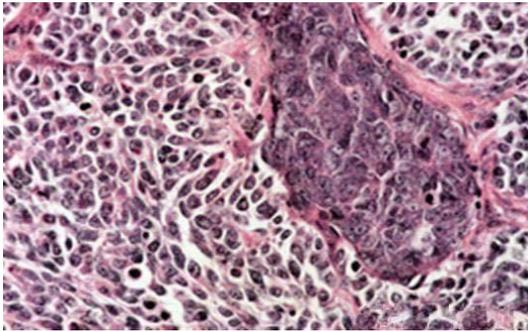
Ung thư tế bào nhỏ (Small cell carcinoma)



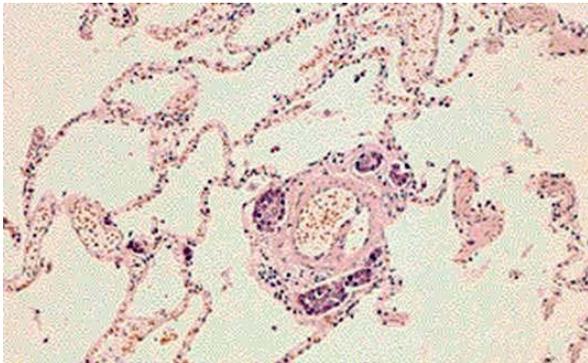
UT tế bào lớn (large cell carcinoma)



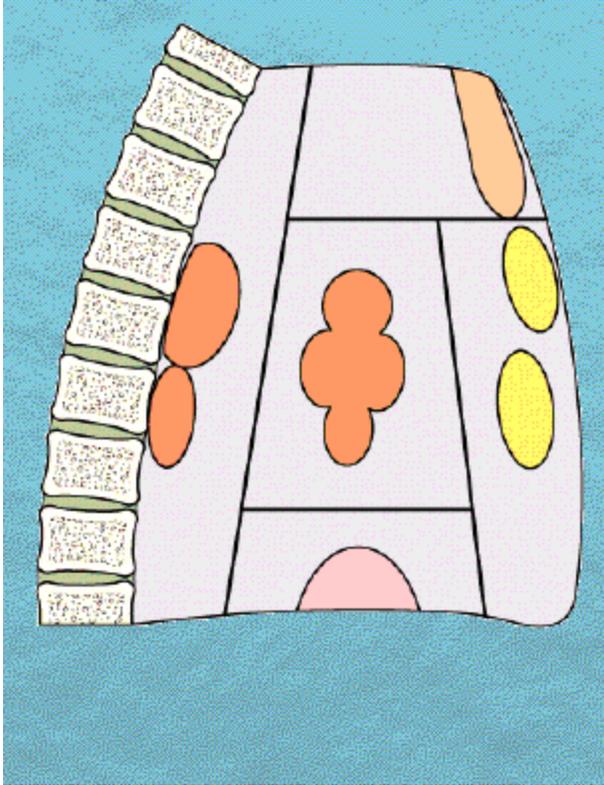
Ung thư tế bào nhỏ, lớn phổi hợp (Mixed small cell/large cell carcinoma)



Tế bào UT di căn trong mạch lympho (lymphangitis carcinomatosa)



UT phổi xâm lấn trung thất



17.

UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Là u ác tính của tế bào biểu mô nang tuyến. Có 4 thể loại khác nhau về diễn biến và tiên lượng:

- UT TG thể nhú (papillary carcinoma).
- UT TG thể nang (follicular carcinoma).
- UT TG thể kém biệt hoá (anaplastic carcinoma).
- UT TG thể tuỷ (medullary carcinoma)

UT TG thể nhú (papillary carcinoma)

Là UT biệt hoá cao, hay gặp ở phụ nữ trẻ (30 – 40). Chiếm 80% các UT tuyến giáp.

UT thường nhiều ổ. Di căn muộn đến hạch lympho vùng cổ.

UT phát triển chậm, tiên lượng tốt. Ít di căn xa.

Đại thể:

UT không có gianh giới rõ, mô u mềm, xốp, có những vùng trắng do xơ hoá.

Vi thể:

Các tuyến UT bắt màu đậm, có nhiều hình nhú lồi vào lòng tuyến. Các nhú có trục liên kết mảnh.

UT TG thể nang (follicular carcinoma)

UT ít gặp (15%), hay gặp ở nữ (75 %) tuổi trung niên, hay di căn theo đường máu đến xương.

BN có thể có dấu hiệu gãy xương bệnh lý do di căn trước khi phát hiện u nguyên phát. Đáp ứng tia xạ tốt.

Đại thể:

Phát triển giống như u tuyến. U đơn độc có vỏ bọc, có gianh giới rõ, nhưng vẫn có thể xâm nhập vỏ và mạch máu.

Vi thể:

UT tạo thành nhiều hình nang tuyến giống nang tuyến bình thường, tế bào trụ cao, nhiều hàng, bào tương sáng, ít chất chế tiết. Có thể thấy hình ảnh TB u xâm nhập mạch máu.

UT TG thể kém biệt hoá (anaplastic carcinoma)

UT hay gặp ở người già, phát triển nhanh, xâm nhập mạnh vào khí quản, mô mềm xung quanh tuyến giáp, thường đè ép khí quản hoặc xâm nhập tĩnh mạch vùng cổ. Tiên lượng xấu.

Đại thể:

U cứng chắc màu trắng ngà, phát triển nhanh, không có gianh giới rõ, đè ép xâm nhập khí quản và phần mềm xung quanh.

Vi thể:

Không thấy hình ảnh tuyến hoặc nhú. Những tế bào u thường nhỏ, kém biệt hoá, dễ nhầm với các tế bào u lympho ác tính (là loại u ác tính gặp ở người già nhưng đáp ứng điều trị tia xạ tốt).

UT TG thể tuỷ (medullary carcinoma)

- Khác với những thể UT TG khác, UT TG thể tuỷ có nguồn gốc từ tế bào C tiết calcitonin. Tế bào UT tiết ra chất calcitonin.

- Vi thể: khối u gồm những tế bào thần kinh nội tiết hình tròn hoặc bầu dục đứng thành đám, thành dải. Chất đậm u chứa nhiều chất dạng tinh bột (amyloid) là chất

có nguồn gốc là calcitonin.

- UT có tính di truyền, thường xảy ra đồng thời với các UT thần kinh nội tiết khác như u tuyến thượng thận (pheochromocytoma), u tuyến cận giáp.

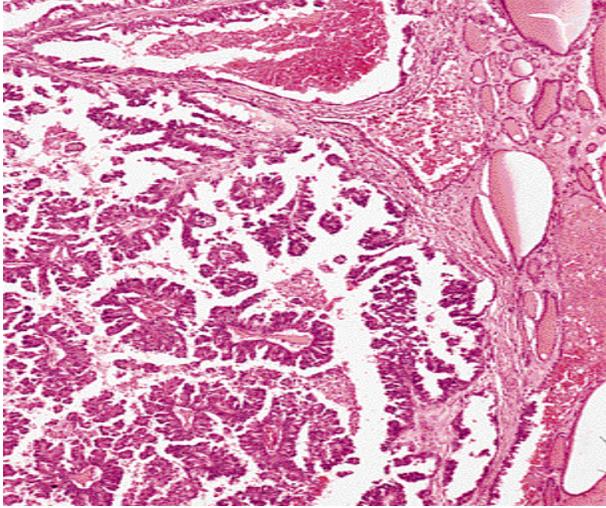
Đại thể, UT TG xâm nhập khí quản và mô mềm xung quanh



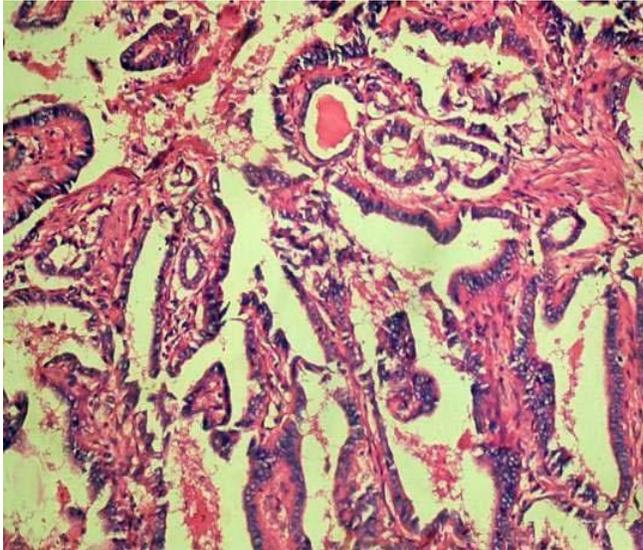
Đại thể, UT TG thể tuỷ



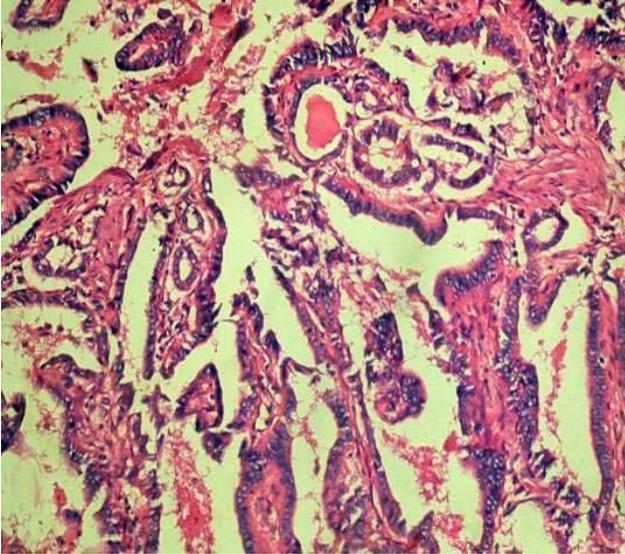
UT TG thể nhú (papillary carcinoma)



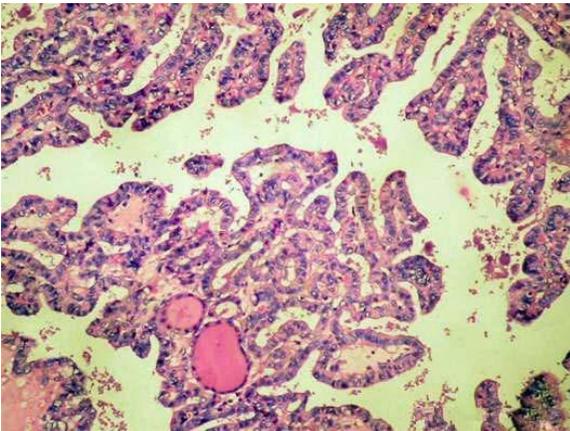
UT TG thể nhú (papillary carcinoma)



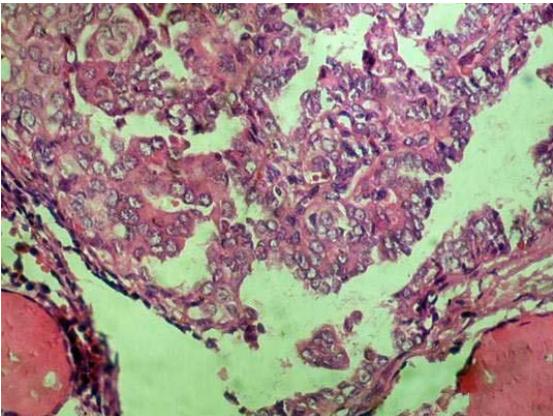
UT TG thể nhú (papillary carcinoma)



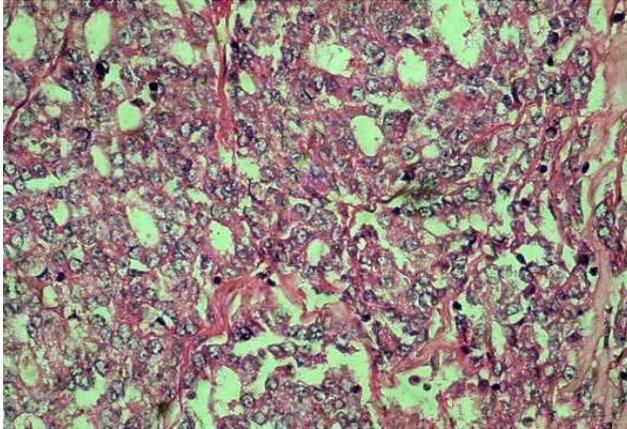
UT TG thể nhú (papillary carcinoma)



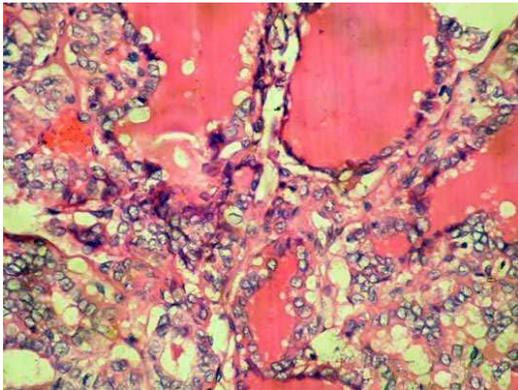
UT TG thể nhú (papillary carcinoma)



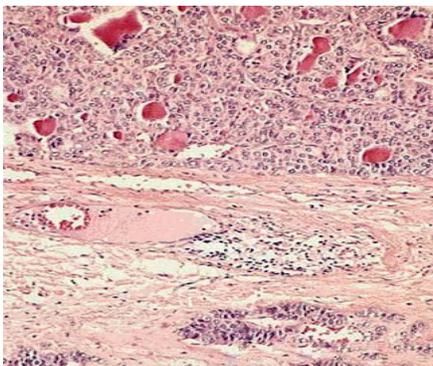
UT TG thể nang (follicular carcinoma)



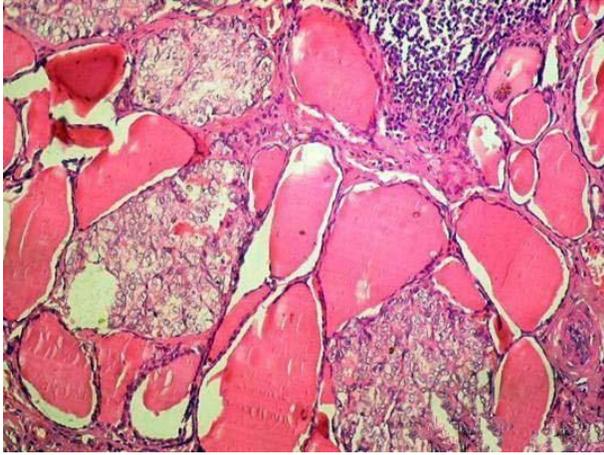
UT TG thể nang (follicular carcinoma)



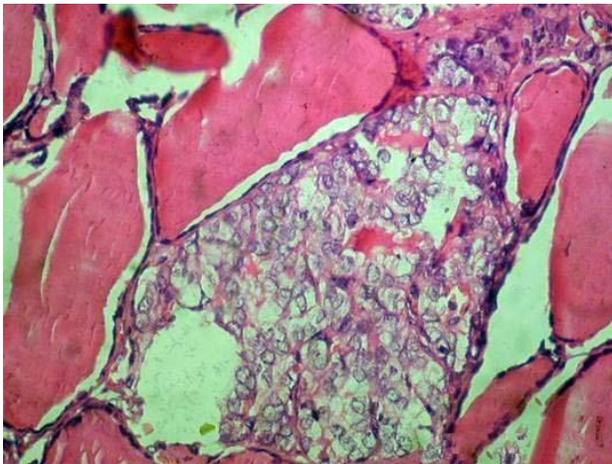
UT TG thể nang, xâm nhập mạch máu



Vi thể, UT tuyến giáp thể tuỷ



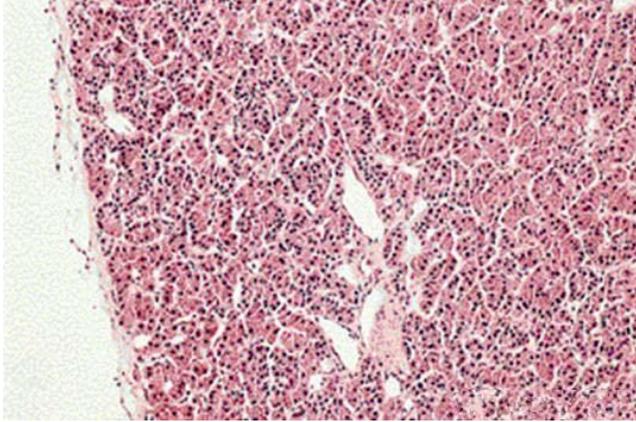
Vi thể, UT tuyến giáp thể tuỷ



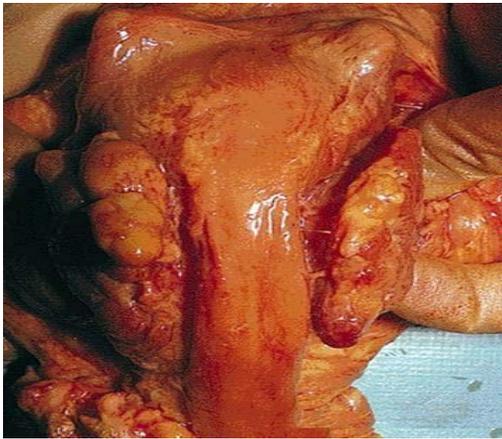
U tuyến cận giáp (parathyroid adenoma)



U tuyến cận giáp (parathyroid adenoma)



Tăng sản tuyến cận giáp (parathyroid hyperplasia)



18. UNG THƯ VÚ

TS. Nguyễn Thế Dân

- UT vú rất thường gặp, chiếm 20% các loại UT ở phụ nữ.
- Hầu hết là UT tuyến xâm nhập (invasive adenocarcinoma) nguồn gốc từ biểu mô ống hoặc biểu mô thùy (invasive ductal carcinoma và intralobular carcinoma).
- UT vú thường có giai đoạn trước xâm lấn gọi là UT tại chỗ (intraduct và intralobular carcinoma)

Ung thư vú (Carcinoma of the breast)

Như vậy UT vú có 4 loại chính:

- Ung thư biểu mô ống tại chỗ
- Ung thư biểu mô ống xâm nhập
- Ung thư biểu mô thùy tại chỗ
- Ung thư biểu mô thùy xâm nhập

Ngoài ra còn có:

- UT biểu mô dạng nhày (*mucinous carcinoma*)
- UT biểu mô thể tuỷ
- Bệnh Paget (UT núm vú)

Phạm vi bài: UT biểu mô ống tại chỗ và xâm nhập.

UT biểu mô thùy tại chỗ và xâm nhập.

Bệnh sinh

- Nguyên nhân chưa biết rõ.
- Những yếu tố nguy cơ được chú ý nhiều là ảnh hưởng hormon và gen.
- UT vú hay gặp ở một số gia đình, mẹ UT vú thì các con gái dễ mắc UT vú.
- Tác động estrogen trong thời gian dài dễ mắc

UT vú (dậy thì sớm mãn kinh muộn).

- Phụ nữ không sinh con nguy cơ cao hơn vì khi có thai, một thời gian dài buồng trứng không tiết estrogen.

Bệnh sinh

- Bề mặt tế bào UT có thụ thể gắn estrogen.

Dùng chất kháng estrogen tổng hợp có thể hạn chế hoặc làm chậm sự phát triển tế bào UT.

- Phụ nữ có UT 1 bên vú, vú còn lại dễ bị UT.

Phụ nữ bị UT sinh dục khác (nội mạc tử cung, buồng trứng) thì dễ UT vú.

- Tổn thương xơ nang tuyến vú, tăng sản nhú nội ống là tổn thương tiền UT.
- UT vú ít gặp ở trước tuổi dậy thì và phụ nữ trẻ, hay gặp từ >35 và tuổi mãn kinh.
- UT vú hay gặp hơn ở phụ nữ phương đông, Nhật, Trung quốc.

Ung thư biểu mô ống tại chỗ (intraduct carcinoma)

UT biểu mô ống tại chỗ là UT phát triển từ tế bào

biểu mô ống dẫn sữa. Các tế bào UT mới chỉ phát triển trong lòng ống, chưa xâm nhập phá vỡ màng

đáy ra mô đệm xung quanh.

UT ít gặp, chiếm 5%, u là cục chắc, nhỏ <1 cm,

hay ở trung tâm vú, có thể phát hiện khi chụp x quang (20%), tuổi mắc thường 40 – 60.

UT hay ở vú trái, 30% tiến triển thành UT xâm nhập. Điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ, tiên lượng tốt.

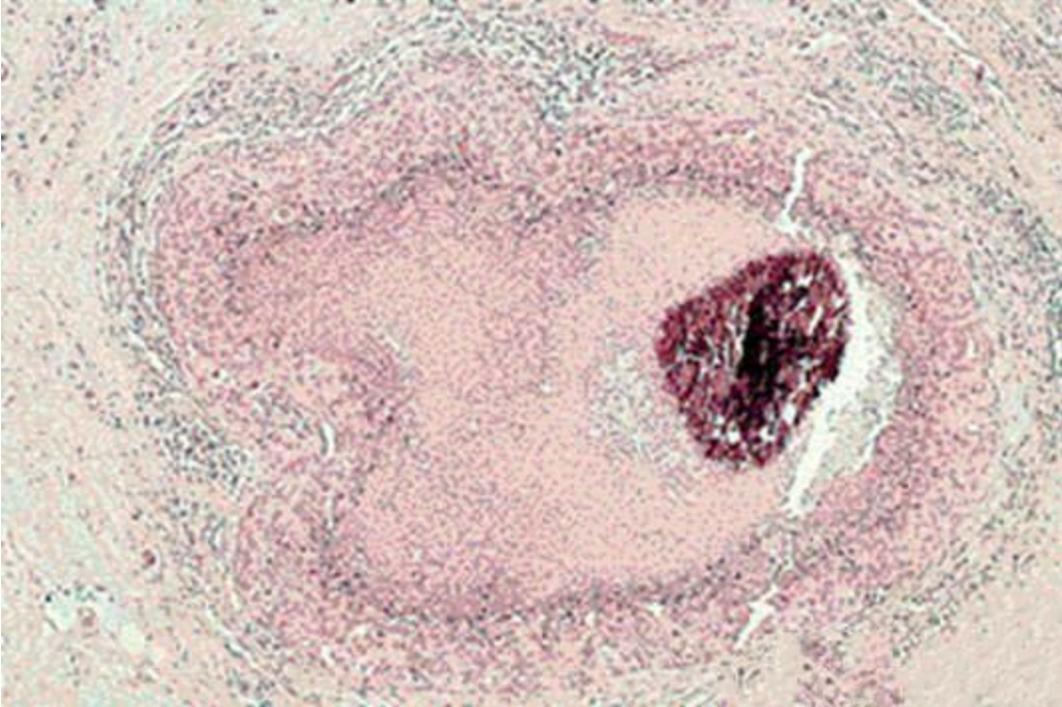
Vi thể: có 4 loại:

- UT chắc đặc (solid), các tế bào UT đầy chặt trong lòng ống.
- UT biểu mô trứng cá (comedo), hầu hết tế bào UT trung tâm ống bị hoại tử, nằm đùn lên như trứng cá.
- UT tuyến ống (cribriform), tế bào UT trong lòng ống tạo thành hình giống các ống tuyến.
- UT vi nhú, tế bào UT tạo thành nhiều hình nhú trong lòng ống (micropapillary).

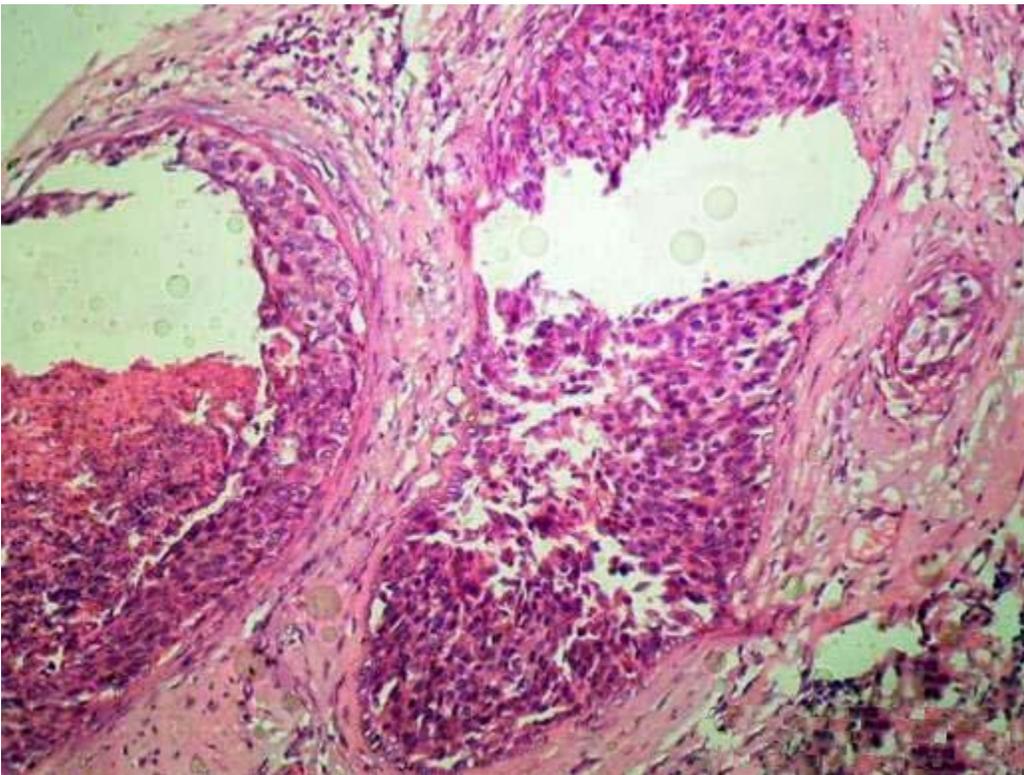
UT biểu mô tuyến vú



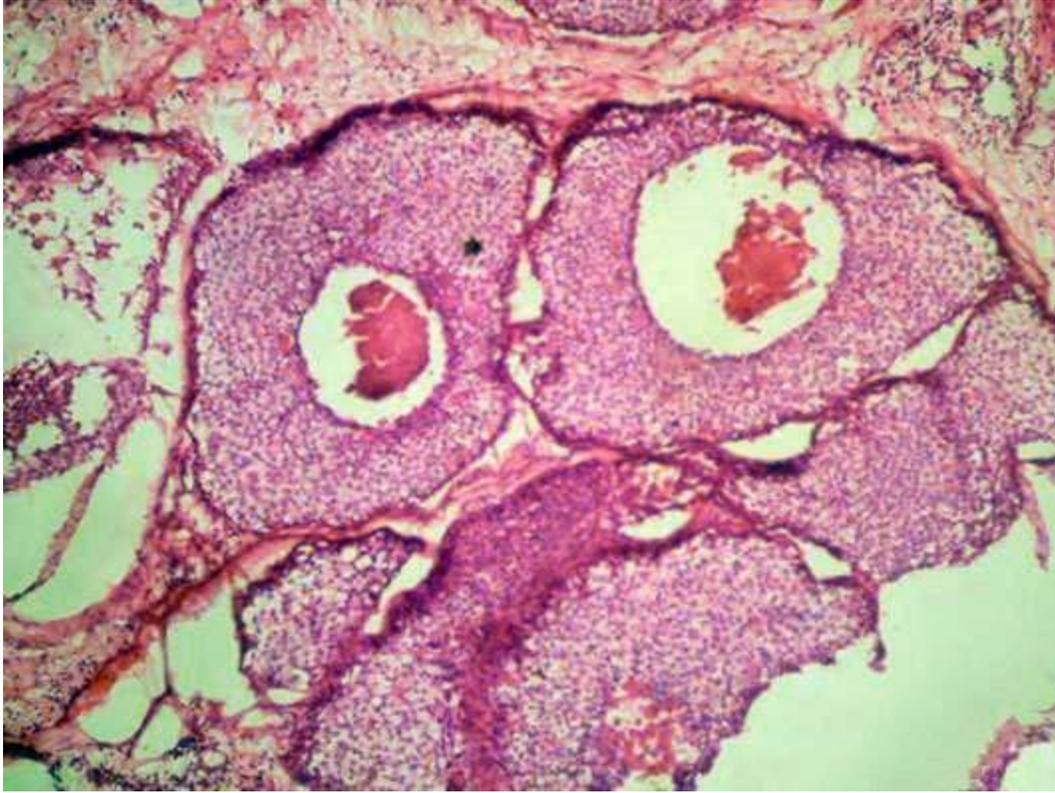
UT biểu mô ống tại chỗ



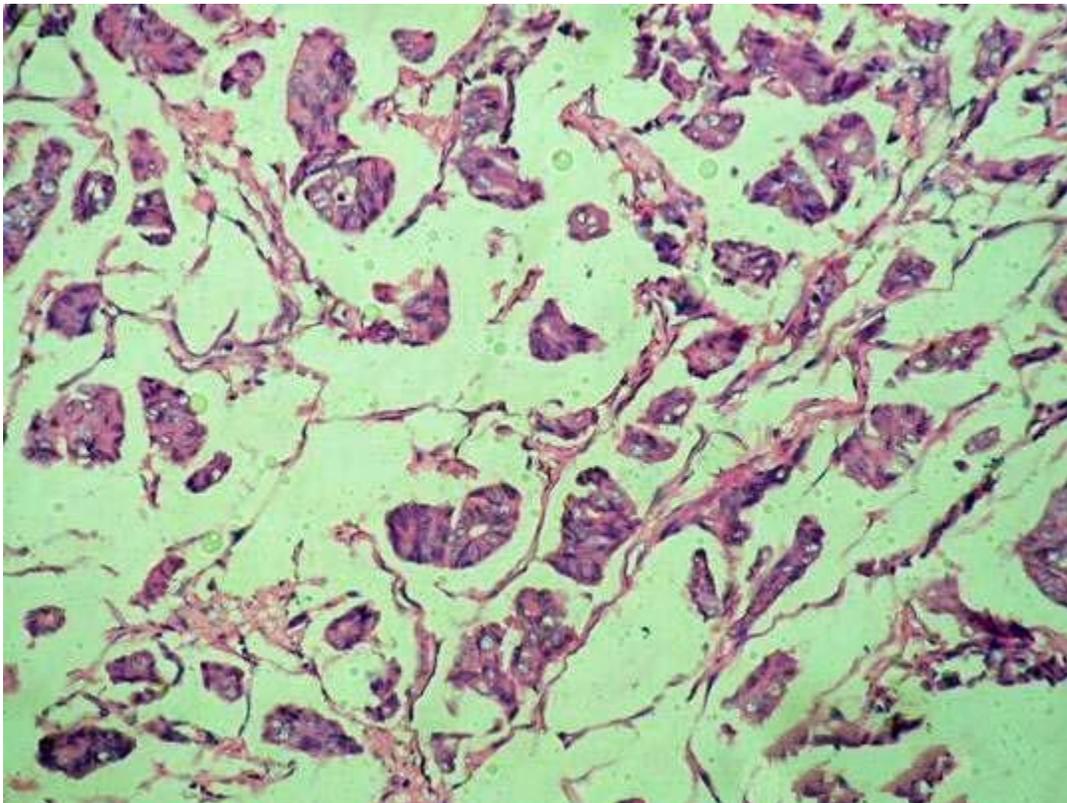
UT biểu mô ống tại chỗ



UT biểu mô ống tại chỗ (comedo)



UT biểu mô ống tại chỗ



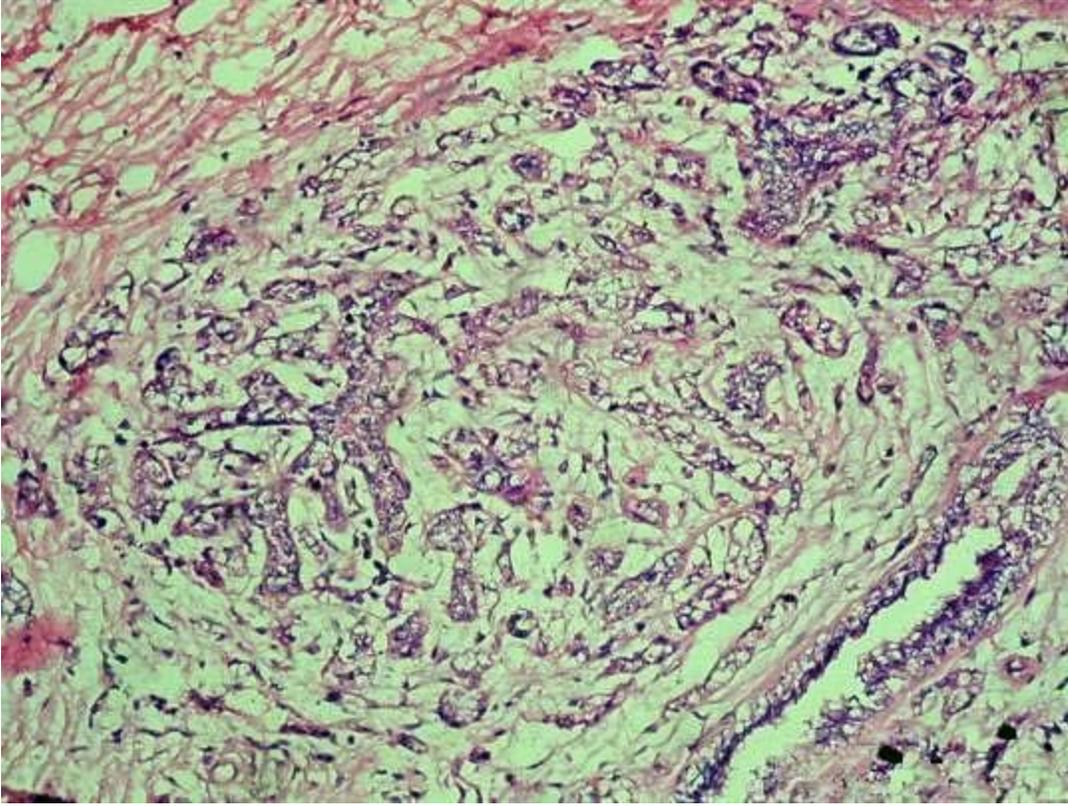
UT biểu mô ống xâm nhập (invasive ductal carcinoma)

- Là thể hay gặp nhất (chiếm 2/3)
- U cứng chắc màu trắng xám. Mô liên kết dày đặc co kéo mô xung quanh, u ở trung tâm vú có thể kéo tụt núm vú xuống.
- Hầu hết u ở ¼ dưới ngoài, 25% là ở trung tâm ngay sát quầng vú.
- Tế bào UT xâm nhập ra mô đệm xơ xung quanh.
- UT biểu mô ống xâm nhập đa số biệt hoá cao, hay kết hợp các loại UT vú khác (UT thùy).

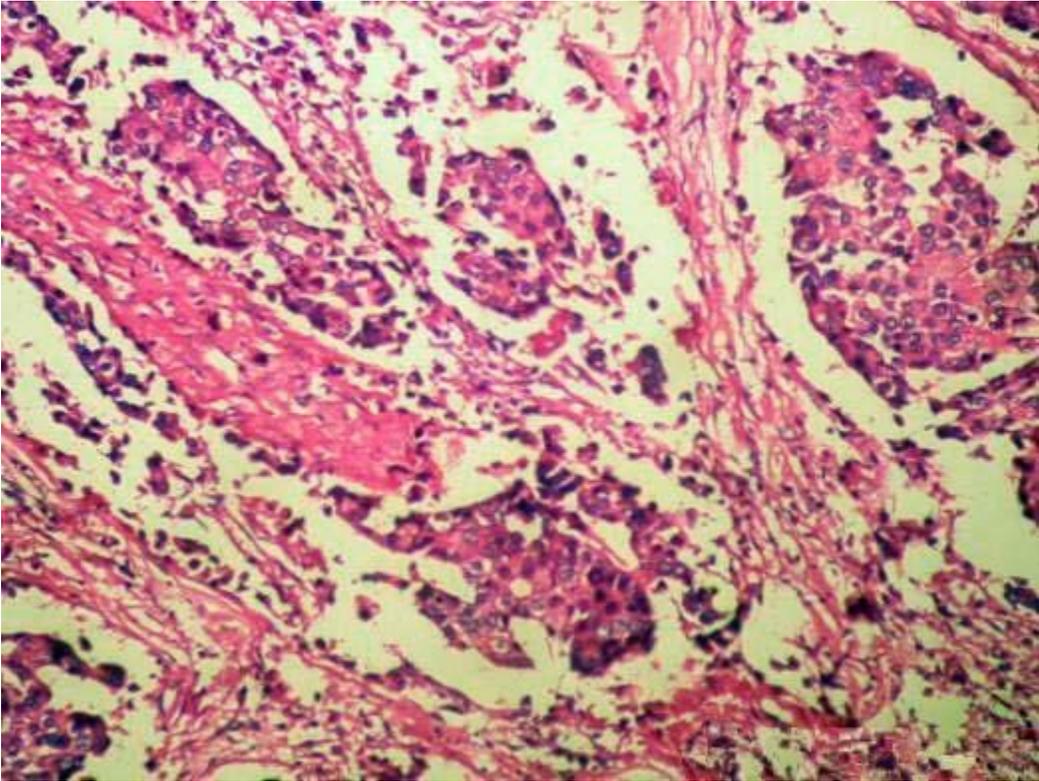
UT biểu mô ống xâm nhập



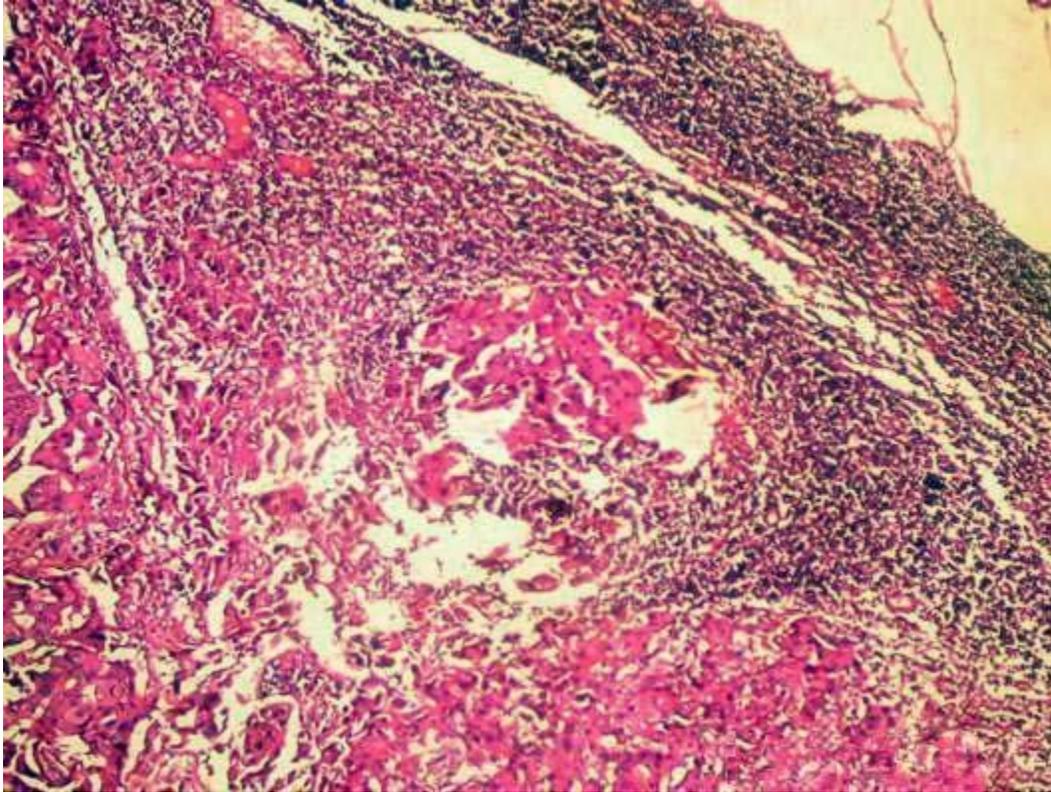
UT biểu mô ống xâm nhập



UT biểu mô ống xâm nhập

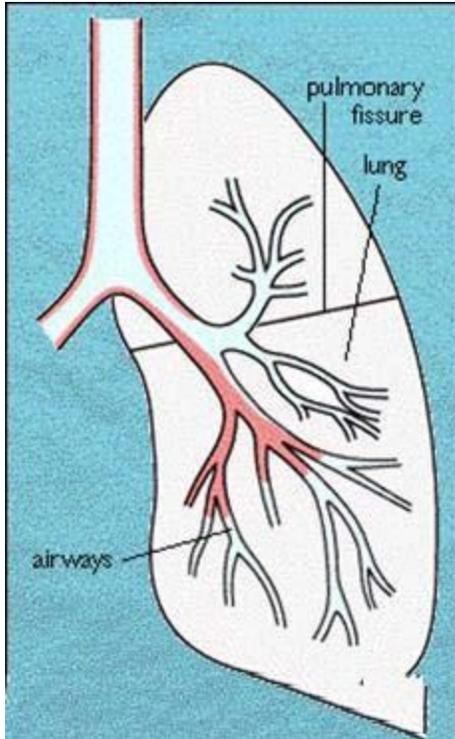


UT vú di căn hạch



19. VIÊM PHỔI

- Viêm phế quản (*bronchitis*)
- Viêm phổi thùy (*lobar pneumonia*)
- Viêm phế quản phổi (*bronchopneumonia*)
- Viêm phổi kẽ (*interstitial pneumonia*)



Viêm phổi thùy (lobar pneumonia)

Viêm phổi thùy là một viêm cấp tính, tổn thương chủ yếu ở các phế nang.

Tổn thương có 2 đặc điểm:

- Tổn thương có kích thước lớn chiếm toàn bộ hoặc gần toàn bộ thùy phổi.
- Hình ảnh tổn thương giống nhau trong khắp khối viêm ở từng giai đoạn

Tổn thương diễn ra theo 3 giai đoạn kế tiếp nhau:

- Giai đoạn xuất tiết
 - Giai đoạn gan hoá đỏ
 - Giai đoạn gan hoá xám
- + Tổn thương ở giai đoạn xuất tiết

Đại thể:

Khối viêm sưng to, màu đỏ tím, ấn tay còn thấy tiếng lạo sạo phế nang, Mặt cắt phổi màu đỏ tím, có nhiều bọt lẫn dịch màu hồng. Cắt miếng phổi thả vào nước thấy chìm.

Vi thể:

Các mao mạch thành phế nang xung huyết, giãn rộng, ứ đầy máu. Lòng các phế nang chứa dịch lẫn hồng cầu, một vài BCDN, các TB vách phế nang bị long, đôi khi

thấy các đám vi khuẩn.

+ Tổn thương ở giai đoạn gan hoá đỏ

Đại thể:

Khối viêm cứng chắc màu đỏ nâu, nắm không còn tiếng lạo sạo phế nang. Khối viêm giống như một tổ chức gan màu đỏ. Mặt cắt khối viêm màu đỏ có nhiều nước đục, hơi đỏ chảy ra.

Vi thể:

Trong khắp khối viêm hình ảnh tương tự nhau. Lòng phế nang chứa nhiều đám tơ huyết có lẫn hồng cầu, một số BCĐN, dịch phù và có thấy những đám vi khuẩn.

+ Tổn thương ở giai đoạn gan hoá xám

Đại thể:

Khối viêm vẫn chắc như giai đoạn trước nhưng chuyển thành màu xám, có khi có những vùng màu nâu.

Vi thể:

Lòng phế nang chứa đầy BCĐN. BCĐN làm tiêu

sợi tơ huyết. Chất tơ huyết tan rã bị tống ra ngoài theo phế quản. Các BCĐN cũng ít dần theo đờm ra ngoài. Lòng phế nang như được rửa sạch. Đa số viêm phổi khỏi hoàn toàn.

+ Tiến triển viêm phổi thùy

- Khỏi.

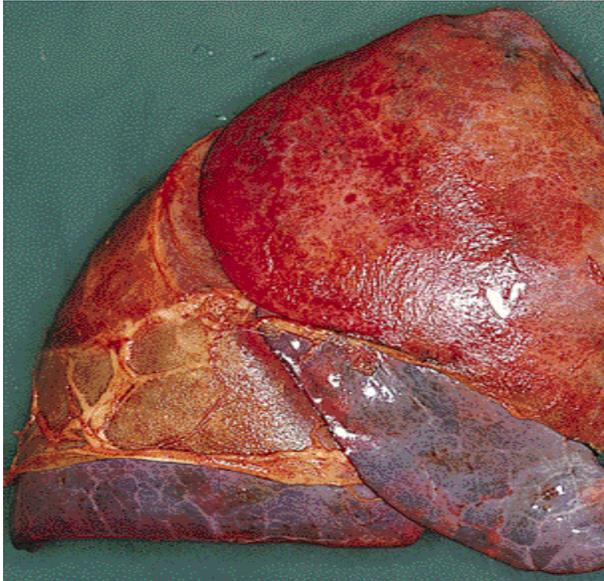
- Áp xe phổi.

- Xơ hoá phổi.

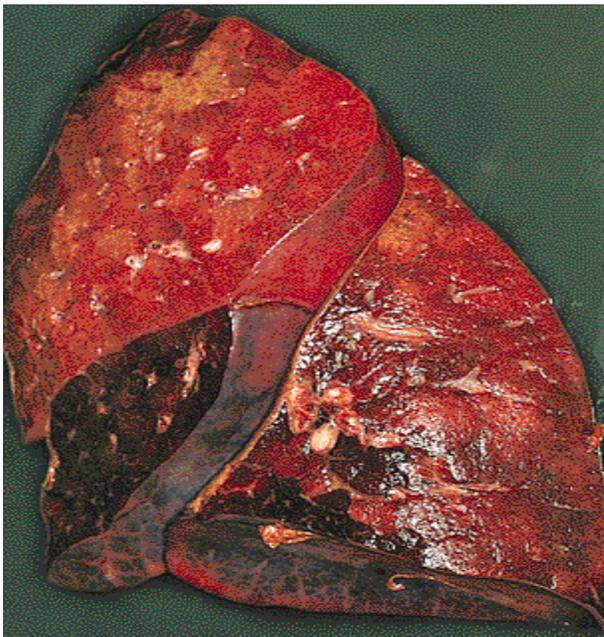
Viêm phế quản cấp



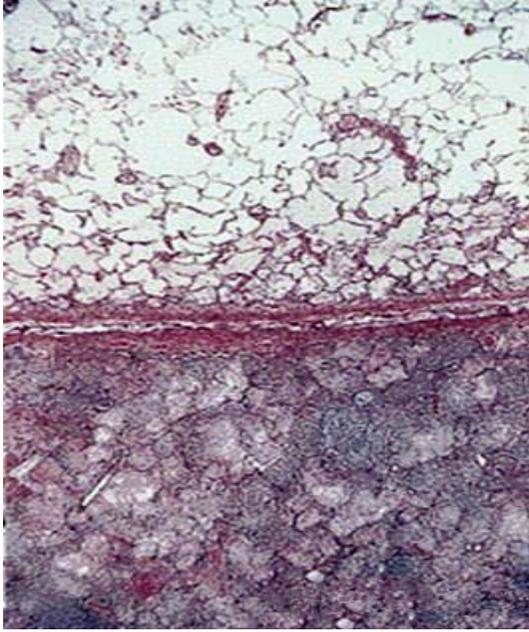
Viêm phổi thùy



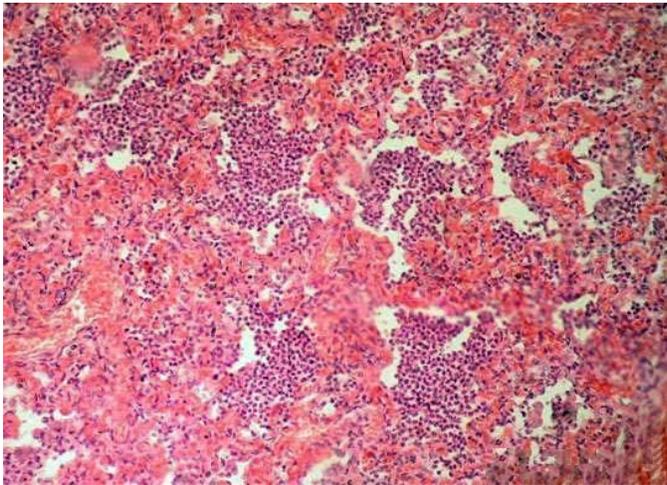
Viêm phổi thùy



HÀ vi thể viêm phổi thùy



HẢ vi thể viêm phổi thùy



Áp xe phổi



Viêm phế quản phổi (bronchopneumonia)

Viêm phế quản phổi còn gọi là viêm phổi đốm, phế quản phế viêm, là loại viêm cấp tính. Tổn thương chủ yếu ở các phế quản rồi lan ra các phế nang.

Viêm phế quản phổi có các đặc điểm:

- Tổn thương thành ổ có giới hạn rõ, phân cách nhau bởi mô phổi tương đối lành mạnh.

Tổn thương xuất hiện dần dần kế tiếp nhau, tiến triển độc lập với nhau, nặng nhẹ khác nhau.

- Ngay trong một ổ tổn thương, hình ảnh tổn thương cũng không đồng nhất mà có từng vùng khác nhau.

- Tổn thương viêm có cả viêm phế quản lẫn viêm phế nang.

+ Đại thể

- Hai phổi phù, xung huyết, có các ổ viêm không đều nhau nằm rải rác khắp thùy phổi.

- Ổ viêm nổi cao, có gianh giới rõ, nắm cứng chắc, kích thước bằng hạt đỗ, hạt lạc màu đỏ sẫm.

- Mặt cắt có nước đục hoặc mủ chảy ra.

Cắt miếng phổi thả vào nước chìm dần.

+ Vi thể

Một ổ tổn thương có các hình ảnh sau:

- Phế quản viêm mủ ở trung tâm ổ viêm

- Các phế nang viêm mủ ở xung quanh

- Các phế nang viêm tơ huyết

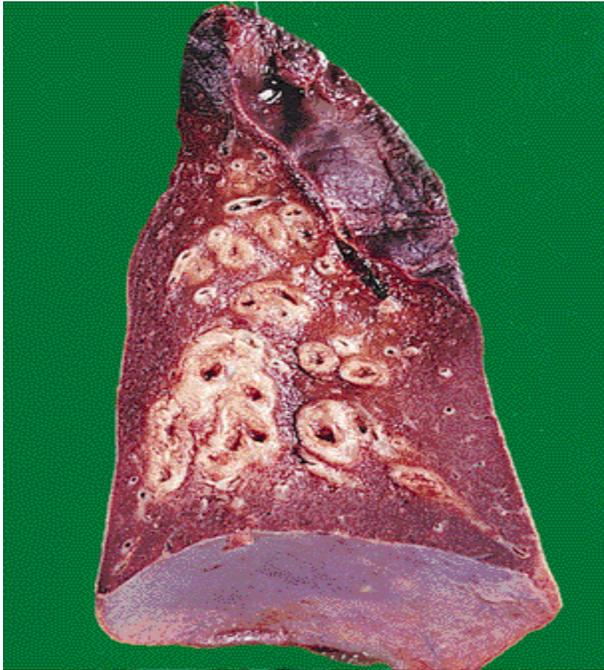
- Các phế nang viêm xuất tiết
- Các phế nang bình thường

Thực tế, giai đoạn muộn, các hình ảnh thường bị pha trộn, khó thấy các hình ảnh tách biệt như trên.

+ Tiến triển

- Khỏi
- Áp xe phổi
- Xơ hoá phổi
- Giãn phế quản
- Xơ hoá, giãn phế quản làm giảm chức năng phổi, dễ mắc lao, bệnh bụi phổi...

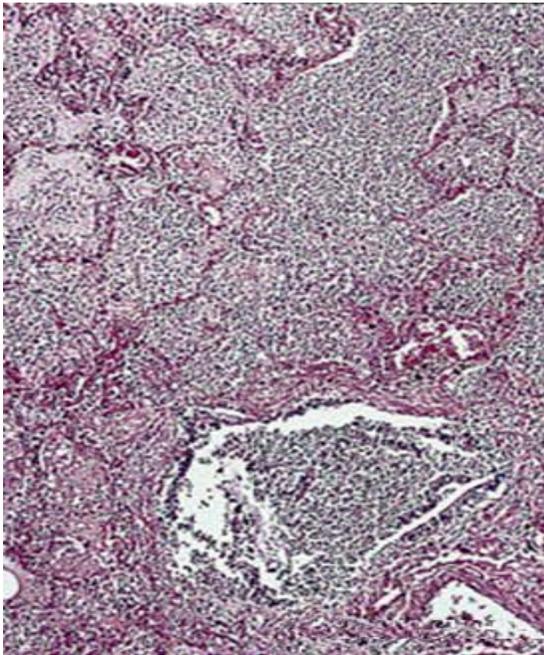
Viêm phế quản phổi



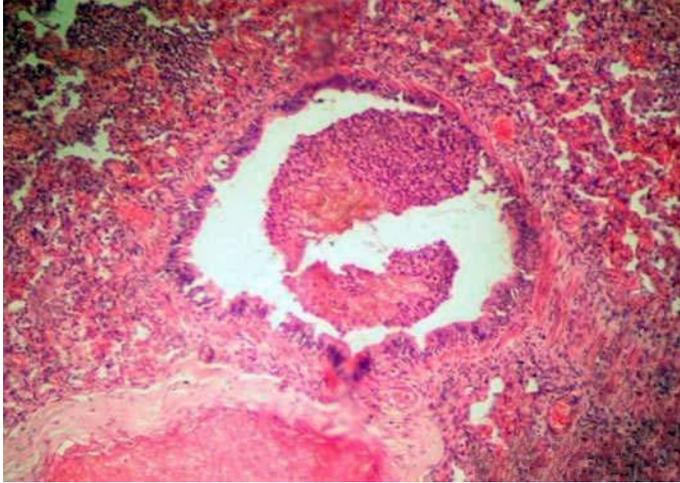
Viêm phế quản phổi



HẢ vi thể viêm phế quản phổi



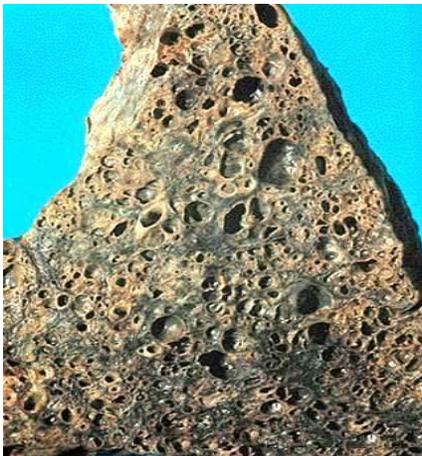
HẢ vi thể viêm phế quản phổi



Viêm phổi kẽ (interstitial pneumonia)

- Viêm phổi kẽ thường do virus xâm nhập vào trong TB lót lòng phế nang gây hoại tử TB và gây phản ứng viêm trong vách phế nang.
- Tổn thương thường lan rộng đối xứng 2 bên phổi.
- Tổn thương chỉ ở vách phế nang, không có dịch rỉ viêm và BCDN trong lòng phế nang.
- Viêm phổi kẽ hay trở thành viêm mạn tính, vách phế nang xơ hoá. Phổi có hình ảnh giống như tổ ong trên film X quang.

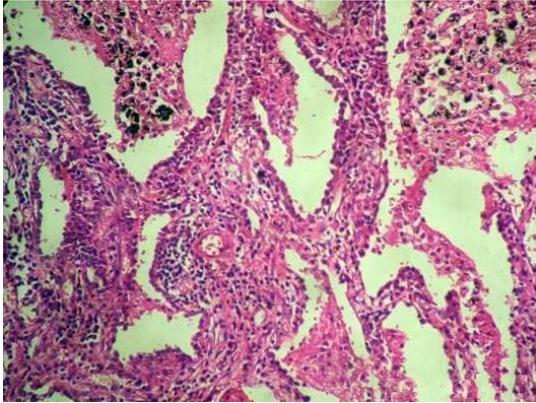
Phổi hình tổ ong do xơ hoá kẽ phổi



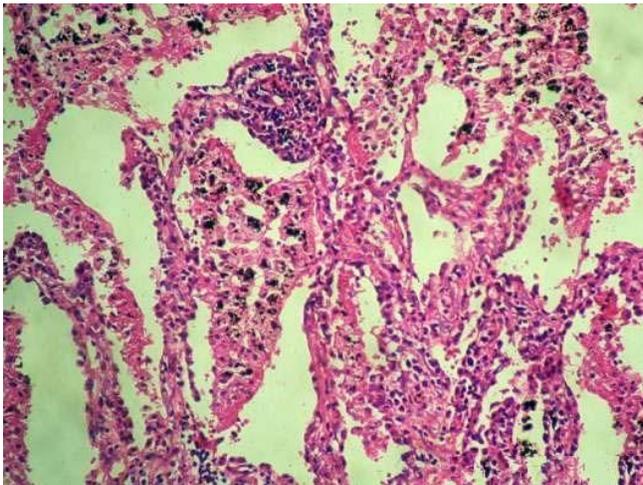
Phổi hình tổ ong do xơ hoá kẽ phổi



Viêm phổi kẽ



Viêm phổi kẽ



Hình thành nang phổi do giãn PQ, PN sau xơ hoá phổi

