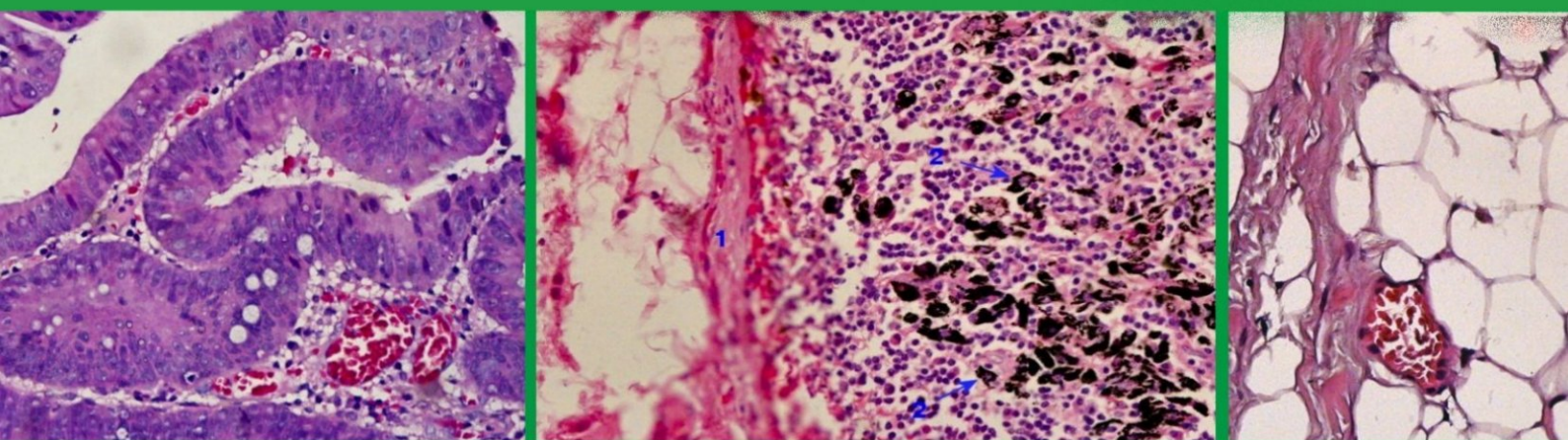


ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Bộ Môn Giải Phẫu Bệnh

Bài giảng - Atlas Thực tập

Giải Phẫu Bệnh



2010 - 2011

Chủ nhiệm bộ môn : **Gs.Ts.Bs. NGUYỄN SÀO TRUNG**

Giảng viên : **Ts.Bs. ÂU NGUYỆT DIỆU**

Ths.Bs. BÙI THỊ HỒNG KHANG

Ths.Bs. HUỖNH NGỌC LINH

Ths.Bs. NGUYỄN ĐÌNH TUẤN

CN. LÊ THỊ THANH HUYỀN

CN. TRIỆU THỊ XUÂN THU

LỊCH GIẢNG THỰC TẬP GIẢI PHẪU BỆNH Y2008A

NĂM HỌC 2010 – 2011

BÀI	NGÀY	BÀI THỰC TẬP
1	05/04/11 - C1 - A 07/04/11 - C1 - B	1. Nốt Tophi bệnh Gút 3. Chuyển sản gai cổ tử cung (CTC) 2. Hạch nhiễm carbon 4. Nghịch sản – carcinôm tại chỗ CTC
2	14/04/11 - C1 - A 15/04/11 - C1 - B	5. Viêm ruột thừa cấp 7. Viêm lao hạch 6. Viêm loét da mãn tính
3	19/04/11 - C1 - A 21/04/11 - C1 - B	8. Sẹo lồi 10. Tăng sản tuyến tiền liệt 9. Tăng sản cục tuyến giáp
4	26/04/11 - C1 - A 28/04/11 - C1 - B	11. Nevi nội bì 13. U mỡ 12. U nhú da 14. U lành mạch máu dạng hang ở gan
5	05/05/11 - C1 - A 06/05/11 - C1 - B	15. Carcinôm tế bào gai của da 17. Carcinôm tế bào đáy của da 16. Carcinôm tế bào gai di căn hạch 18. Carcinôm TB gai không sừng hóa CTC
6	10/05/11 - C1 - A 12/05/11 - C1 - B	19. U tuyến ống ruột già (RG) 21. Carcinôm tuyến RG di căn hạch 23. Carcinôm tuyến RG di căn phổi 20. Carcinôm tuyến RG 22. Carcinôm tuyến RG di căn gan
7	17/05/11 - C1 - A 19/05/11 - C1 - B	Ôn lần 1
8	17/05/11 – C2 - A 19/05/11 – C2 - B	24. Xơ gan 26. Carcinôm tuyến dạ dày mặt nhẵn 25. Carcinôm tế bào gan 27. Carcinôm tuyến mặt nhẵn di căn hạch
9	24/05/11 - C1 - A 26/05/11 - C1 - B	28. Carcinôm TB gai ở phổi 30. Carcinôm tuyến giáp dạng nhú 29. Carcinôm tiểu phế quản phế nang 31. Carcinôm tế bào sáng của thận
10	24/05/11 - C2 - A 26/05/11 - C2 - B	32. Sarcôm sợi 34. Sarcôm xương 33. Sarcôm cơ trơn di căn gan
11	31/05/11 – C1 - A 02/06/11 – C1 - B	35. U lành sợi – tuyến vú 37. Carcinôm ống tuyến vú xâm nhập 36. Biến đổi sợi bọc tuyến vú
12	31/05/11 – C2 - A 02/06/11 – C2 - B	38. U cơ trơn lành tính thân tử cung 40. Nhau nước toàn phần 39. U quái trưởng thành buồng trứng
13	07/06/11 - C1 - A 09/06/11 - C1 - B	41. Hạch tăng sản nang 43. Lymphôm nguyên bào miễn dịch 42. Hạch tăng sản xoang 44. Lymphôm Hodgkin
14	07/06/11 - C2 - A 09/06/11 - C2 - B	Tổng ôn

Thời gian thực tập: C1: 13g30-15g C2: 15g-16g30

THI THỰC TẬP GPB ngày 16/06/2011 lúc 14g

LỊCH GIẢNG THỰC TẬP GIẢI PHẪU BỆNH Y2008B

NĂM HỌC 2010 – 2011

BÀI	NGÀY	BÀI THỰC TẬP	
1	09/05/11 - S1 - A 10/05/11 - S1 - B	1. Nốt Tophi bệnh Gút 3. Chuyển sản gai cổ tử cung (CTC)	2. Hạch nhiễm carbon 4. Nghịch sản – carcinôm tại chỗ CTC
2	11/05/11 - S1 - A 12/05/11 - S1 - B	5. Viêm ruột thừa cấp 7. Viêm lao hạch	6. Viêm loét da mãn tính
3	16/05/11 - S1 - A 17/05/11 - S1 - B	8. Sẹo lồi 10. Tăng sản tuyến tiền liệt	9. Tăng sản cục tuyến giáp
4	18/05/11 - S1 - A 19/05/11 - S1 - B	11. Nevì nội bì 13. U mỡ	12. U nhú da 14. U lành mạch máu dạng hang ở gan
5	23/05/11 - S1 - A 24/05/11 - S1 - B	15. Carcinôm tế bào gai của da 17. Carcinôm tế bào đáy của da	16. Carcinôm tế bào gai di căn hạch 18. Carcinôm TB gai không sừng hóa CTC
6	25/05/11 - S1 - A 26/05/11 - S1 - B	19. U tuyến ống ruột già (RG) 21. Carcinôm tuyến RG di căn hạch 23. Carcinôm tuyến RG di căn phổi	20. Carcinôm tuyến RG 22. Carcinôm tuyến RG di căn gan
7	30/05/11 - S1 - A 31/05/11 - S1 - B	Ôn lần 1	
8	30/05/11 - S2 - A 31/05/11 - S2 - B	24. Xơ gan 26. Carcinôm tuyến dạ dày mặt nhẵn	25. Carcinôm tế bào gan 27. Carcinôm tuyến mặt nhẵn di căn hạch
9	01/06/11 - S1 - A 02/06/11 - S1 - B	28. Carcinôm TB gai ở phổi 30. Carcinôm tuyến giáp dạng nhú	29. Carcinôm tiểu phế quản phế nang 31. Carcinôm tế bào sáng của thận
10	01/06/11 - S2 - A 02/06/11 - S2 - B	32. Sarcôm sợi 34. Sarcôm xương	33. Sarcôm cơ trơn di căn gan
11	06/06/11 - S1 - A 07/06/11 - S1 - B	35. U lành sợi – tuyến vú 37. Carcinôm ống tuyến vú xâm nhập	36. Biến đổi sợi bọc tuyến vú
12	06/06/11 - S2 - A 07/06/11 - S2 - B	38. U cơ trơn lành tính thân tử cung 40. Nhau nước toàn phần	39. U quái trưởng thành buồng trứng
13	08/06/11 - S1 - A 09/06/11 - S1 - B	41. Hạch tăng sản nang 43. Lymphôm nguyên bào miễn dịch	42. Hạch tăng sản xoang 44. Lymphôm Hodgkin
14	08/06/11 - S2 - A 09/06/11 - S2 - B	Tổng ôn	

Thời gian thực tập: S1: 07g30- 09g S2: 09g-10g30

THI THỰC TẬP GPB ngày 17/06/2011 lúc 14g

LỜI NÓI ĐẦU

Tập bài giảng - Atlas thực tập Giải phẫu bệnh được soạn ra nhằm giúp học viên có thể nắm bắt được các mục tiêu thực tập trước khi vào lớp, nhờ vậy có thể tận dụng tối đa thời gian ít ỏi của mỗi buổi thực tập 2 tiết cho việc tìm kiếm và quan sát các mục tiêu này trên tiêu bản. Cuối tập sách này là danh sách tổng kết các mục tiêu thực tập, cũng là đáp án cho 4 dạng câu hỏi của kỳ thi thực tập kết thúc khóa học: *Tế bào gì?, Cấu trúc gì?, Hiện tượng gì?, Chất gì?*. Các hình ảnh đại thể trong tập sách đã được chọn lọc để cho thấy những tính chất tương đối đặc trưng của tổn thương, học viên cần ghi nhớ để trả lời cho dạng câu hỏi thứ năm, *Hình ảnh bệnh lý gì?*.

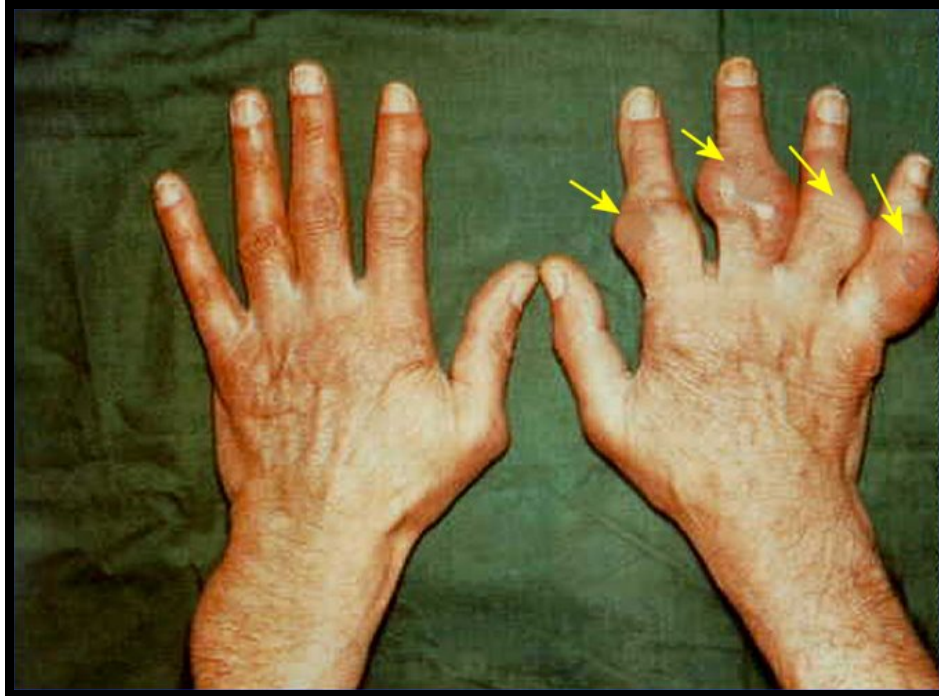
MỤC LỤC

1. Nốt Tophi bệnh Gút	1
2. Hạch nhiễm carbon	4
3. Chuyển sản gai cổ tử cung (CTC)	7
4. Nghịch sản nặng– carcinôm tại chỗ CTC	10
5. Viêm ruột thừa cấp	13
6. Viêm loét da mãn tính	17
7. Viêm lao hạch	20
8. Sẹo lồi	23
9. Tăng sản cục tuyến giáp	25
10. Tăng sản tuyến tiền liệt	29
11. Nêvi nội bì	31
12. U nhú da	34
13. U mỡ	36
14. U lành mạch máu dạng hang ở gan	38
15. Carcinôm tế bào gai của da	41
16. Carcinôm tế bào gai di căn hạch	44
17. Carcinôm tế bào đáy của da	47
18. Carcinôm tế bào gai không sừng hóa CTC	49
19. U tuyến ống ruột già (RG)	51
20. Carcinôm tuyến RG	54
21. Carcinôm tuyến RG di căn hạch	57
22. Carcinôm tuyến RG di căn gan	60
23. Carcinôm tuyến RG di căn phổi	63
24. Xơ gan	67
25. Carcinôm tế bào gan	70
26. Carcinôm tuyến dạ dày mặt nhẵn	73
27. Carcinôm tuyến mặt nhẵn di căn hạch	76
28. Carcinôm TB gai ở phổi	79
29. Carcinôm tiểu phế quản phế nang	82
30. Carcinôm tuyến giáp dạng nhú	85
31. Carcinôm tế bào sáng của thận	88
32. Sarcôm sợi	91
33. Sarcôm cơ trơn di căn gan	93
34. Sarcôm xương	96
35. U lành sợi – tuyến vú	99
36. Biến đổi sợi bọc tuyến vú	102
37. Carcinôm ống tuyến vú xâm nhập	106
38. U cơ trơn lành tính thân tử cung	109
39. U quái trưởng thành buồng trứng	112
40. Nhau nước toàn phần	116
41. Hạch tăng sản nang	118
42. Hạch tạng sản xoang	120
43. Limphôm nguyên bào miễn dịch	122
44. Limphôm Hodgkin	125
Danh sách các mục tiêu thực tập Giải phẫu bệnh	128

NỐT TOPHI BỆNH GÚT

Là 1 tổn thương đặc trưng của bệnh gút, có dạng nốt-cục, thường xuất hiện quanh các khớp nhỏ của bàn tay và bàn chân. Nốt tophi được hình thành do sự lắng đọng ngoại bào của các tinh thể urat trong mô mềm quanh khớp, kích thích mạnh phản ứng viêm mãn tính và hóa sợi. Nốt tophi nằm nông có thể loét ra da và rỉ dịch.

Đại thể: Nốt tophi có dạng nốt-cục, xuất hiện quanh các khớp nhỏ của ngón tay và bàn tay (hình 1)



Hình 1: Nốt tophi quanh các khớp ngón tay

Vi thể:

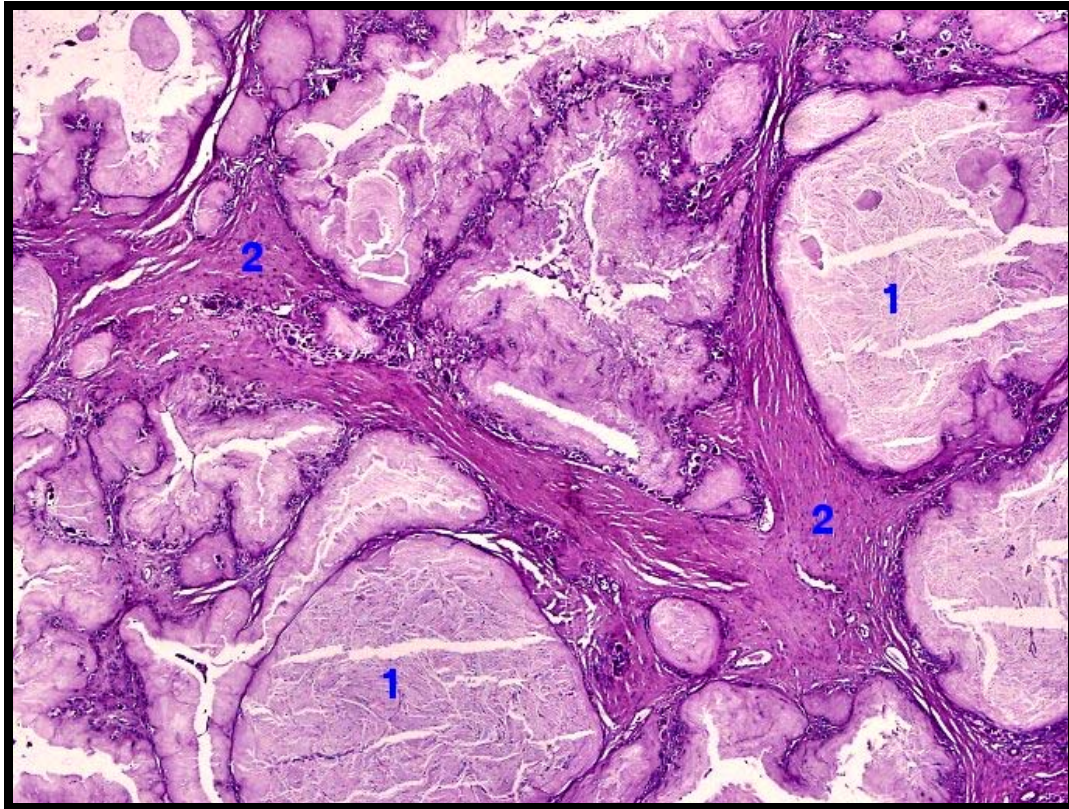
Mục tiêu cần tìm:

1. Các đám tinh thể urat lắng đọng ngoại bào
2. Các tế bào của phản ứng viêm mãn tính xung quanh đám urat: Đại thực bào, limphô bào, đại bào ăn dị vật
3. Phản ứng hóa sợi: nguyên bào sợi, sợi collagen

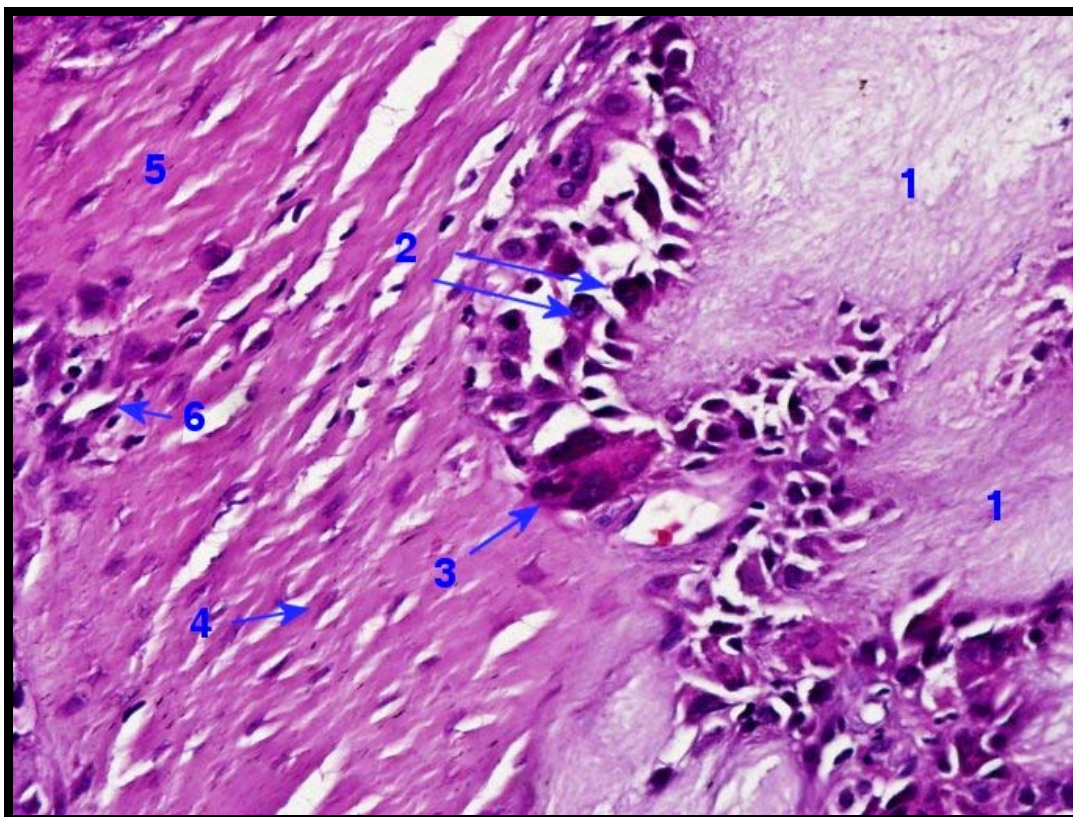
Quan sát tiêu bản với vật kính (VK) 4, nốt tophi gồm các đám tinh thể urat to nhỏ không đều, màu xám- tím nhạt, được bao quanh bởi mô sợi có thẩm nhập các tế bào viêm mãn tính (hình 2).

Với VK 10 và VK 40, ta thấy đám urat được viền bởi các đại thực bào và đại bào ăn dị vật. Đại thực bào có hình đa diện, nhiều bào tương, nhân bầu dục nằm lệch qua 1 bên. Đại bào ăn dị vật có kích thước rất lớn, chứa nhiều nhân hình bầu dục, rải đều trong bào tương. Giữa các đám urat là mô sợi tăng sinh, gồm các nguyên bào sợi là những tế bào hình thoi có nhân hình bầu dục hoặc hình thoi và ít bào tương; phân bố giữa các sợi collagen màu hồng (hình 3).

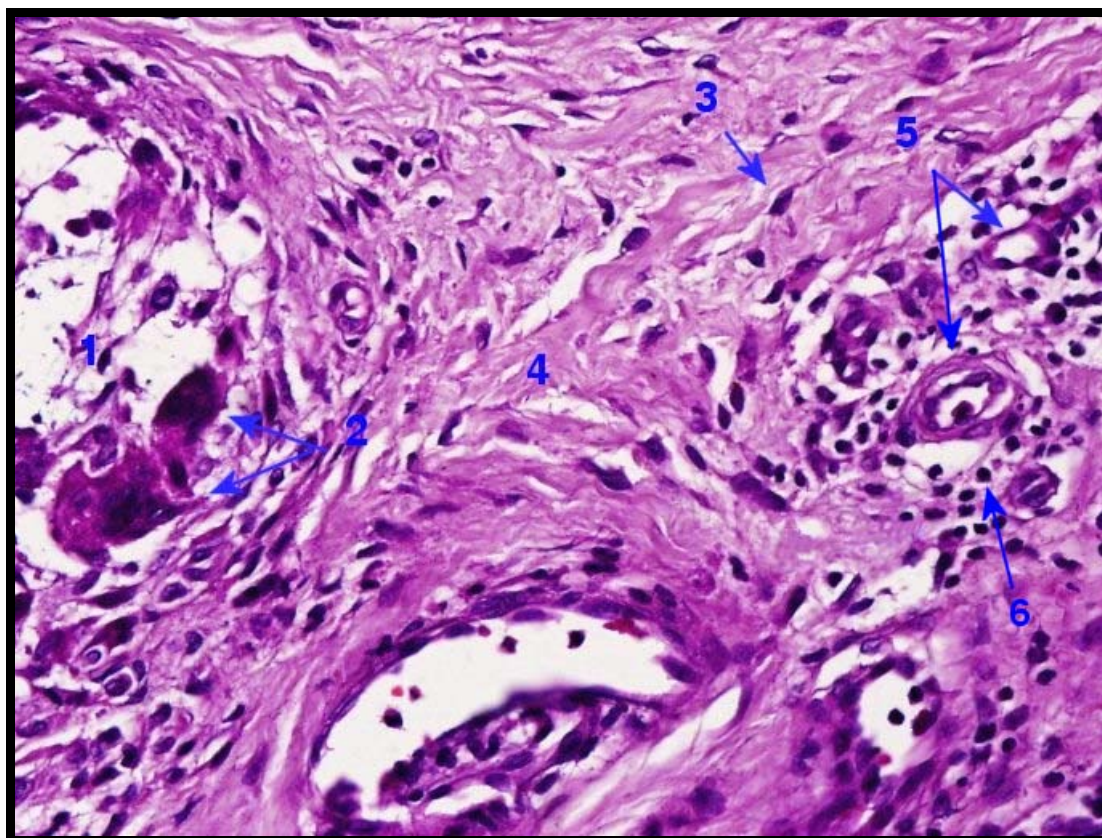
Tìm các tiểu tĩnh mạch trong mô sợi để thấy các limphô bào thẩm nhập từ trong lòng mạch vào mô xung quanh (hình 4).



Hình 2: 1- Các đám tinh thể urát lắng đọng ngoại bào; 2- Mô sợi có thâm nhập tế bào viêm mãn tính.



Hình 3: 1- Đám tinh thể urát; 2- Đại thực bào; 3-. Đại bào ăn dị vật; 4- Nguyên bào sợi; 5- Sợi collagen; 6- Tiểu tĩnh mạch.



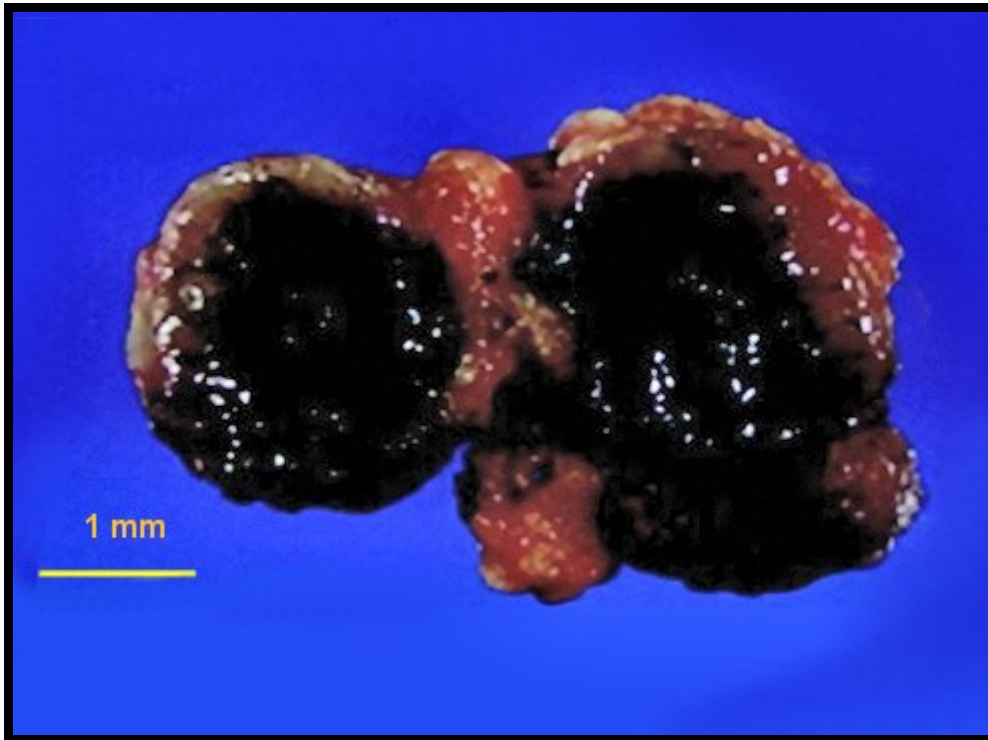
Hình 4: 1- Urát; 2- Đại bào ăn dị vật; 3 -Nguyên bào sợi ; 4- Sợi collagen;
5- Tiểu tĩnh mạch; 6- Limphô bào.

HẠCH NHIỄM CARBON

Là hậu quả của tình trạng hít phải bụi than, thường gặp ở cư dân các thành phố có tình trạng ô nhiễm không khí nặng, người nghiện thuốc lá. Bụi than lọt đến phế nang sẽ được đại thực bào phế nang “ăn”; các đại thực bào ứ đầy bụi than di chuyển ngược lên tiểu phế quản hô hấp, xuyên thành và chui vào mạch bạch huyết để đến các hạch quanh phế quản và hạch rốn phổi.

Đại thể :

Một hạch nhiễm carbon ở rốn phổi có màu đen như hắc ín (hình 1)



Hình 1: Hạch nhiễm carbon ở rốn phổi xẻ đôi cho thấy mặt cắt màu đen như hắc ín.

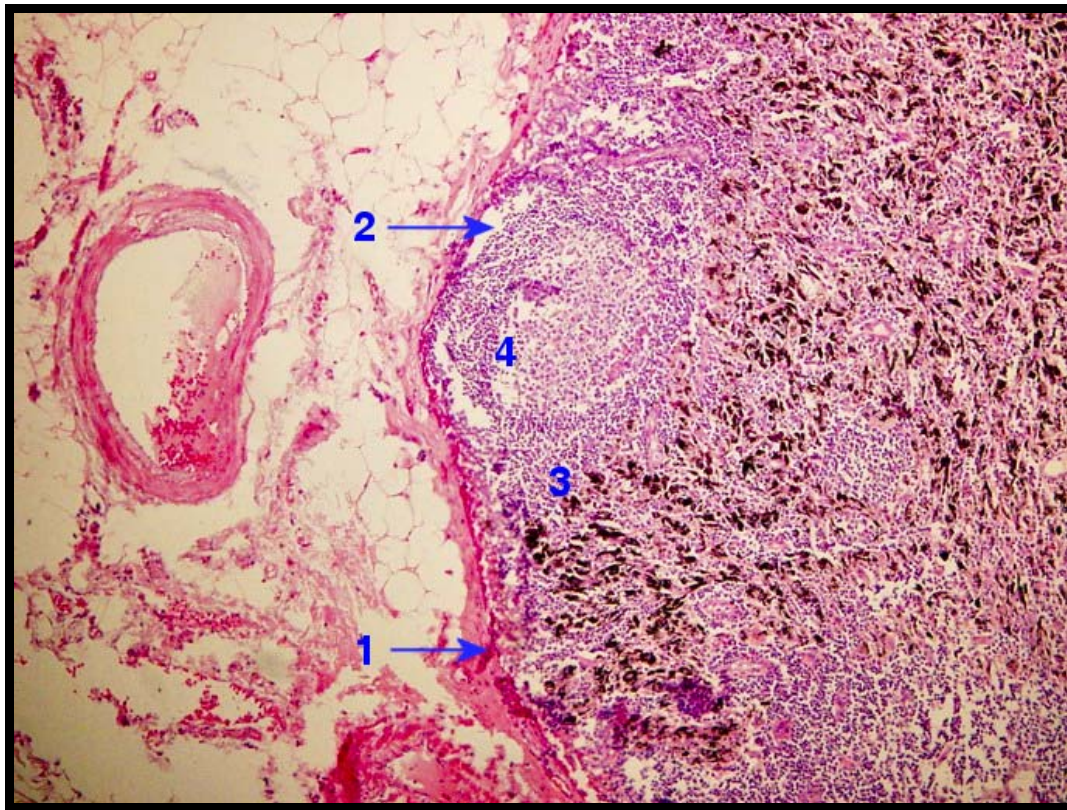
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

1. Đại thực bào ứ đọng carbon, tập trung trong các xoang bạch huyết của hạch (xoang dưới vỏ, xoang quanh nang, xoang tủy).
2. Nang lymphô thứ cấp trong vùng vỏ hạch.

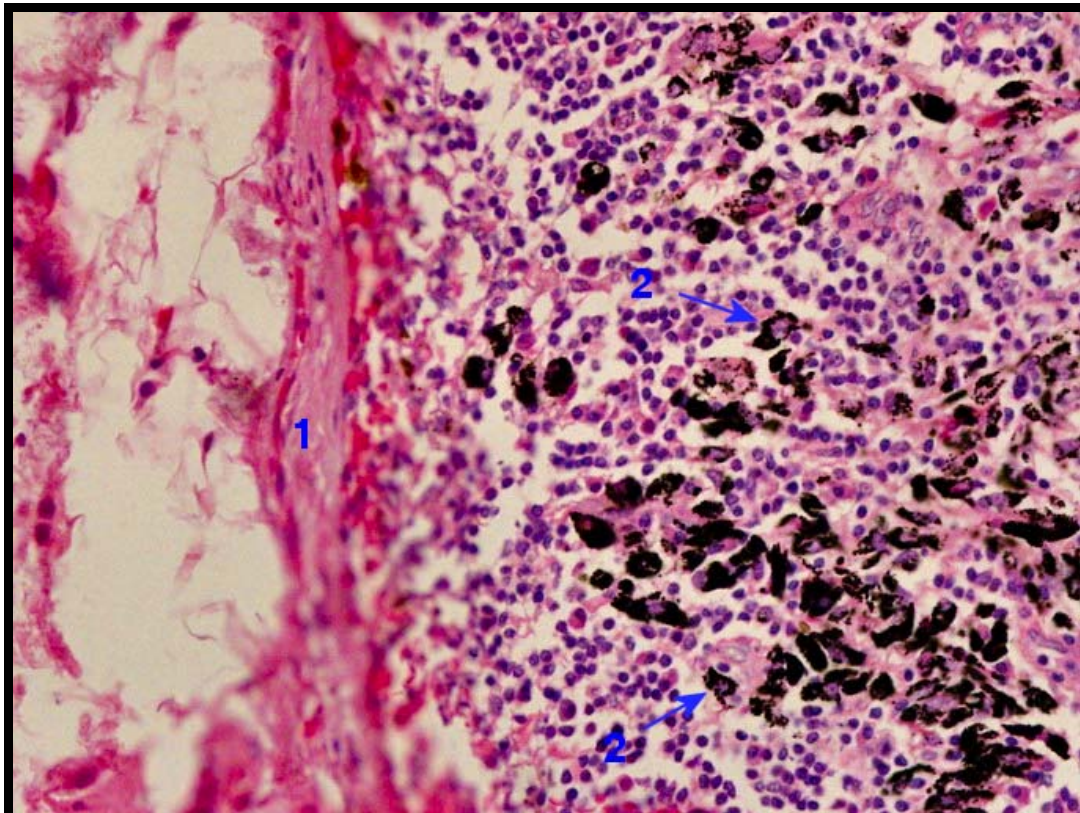
Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của hạch lymphô.

Với VK 4, quan sát các thành phần cấu tạo mô học bình thường của hạch như vỏ bao sợi, vách ngăn sợi vào vùng vỏ, vùng vỏ với các nang lymphô thứ cấp, vùng cận vỏ, vùng tủy, các xoang bạch huyết dưới vỏ, xoang quanh nang và xoang tủy (hình 2).



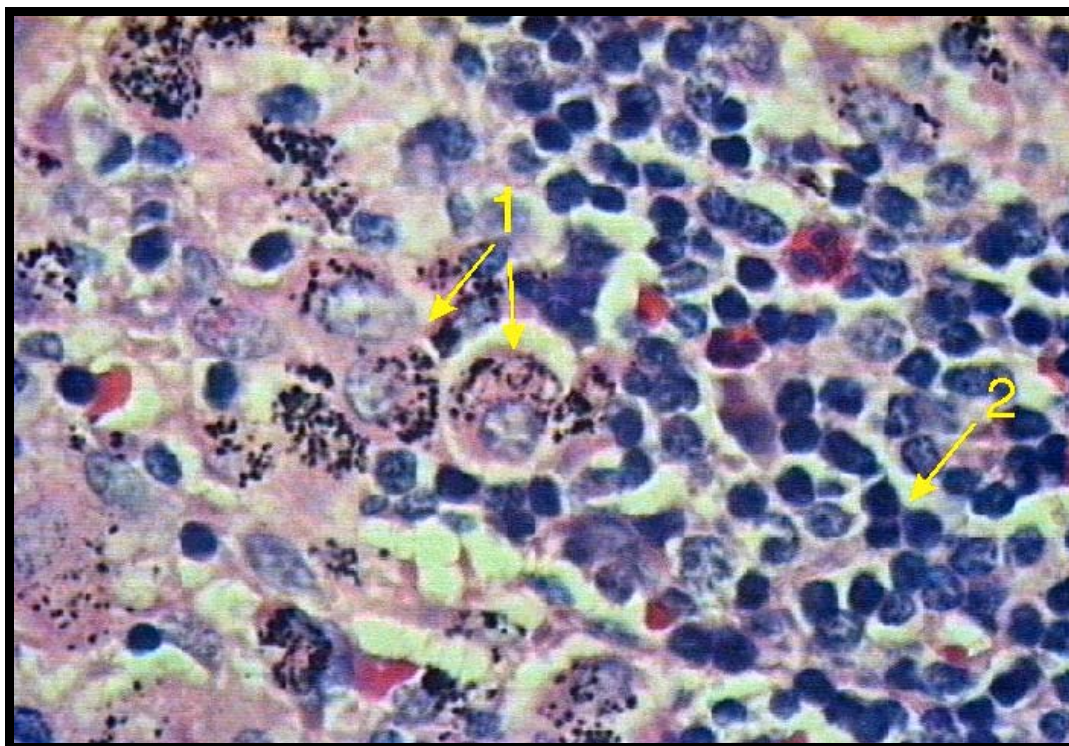
Hình 2: 1- Vỏ bao sợi; 2- Xoang dưới vỏ; 3- Xoang quanh nang ; 4- Nang limphô thứ cấp.

Với VK 10, quan sát trong xoang dưới vỏ và xoang quanh nang thấy có chứa rất nhiều đại thực bào ứ đọng carbon (hình 3) .



Hình 3: 1. Vỏ bao sợi; 2. Các đại thực bào ứ đọng carbon.

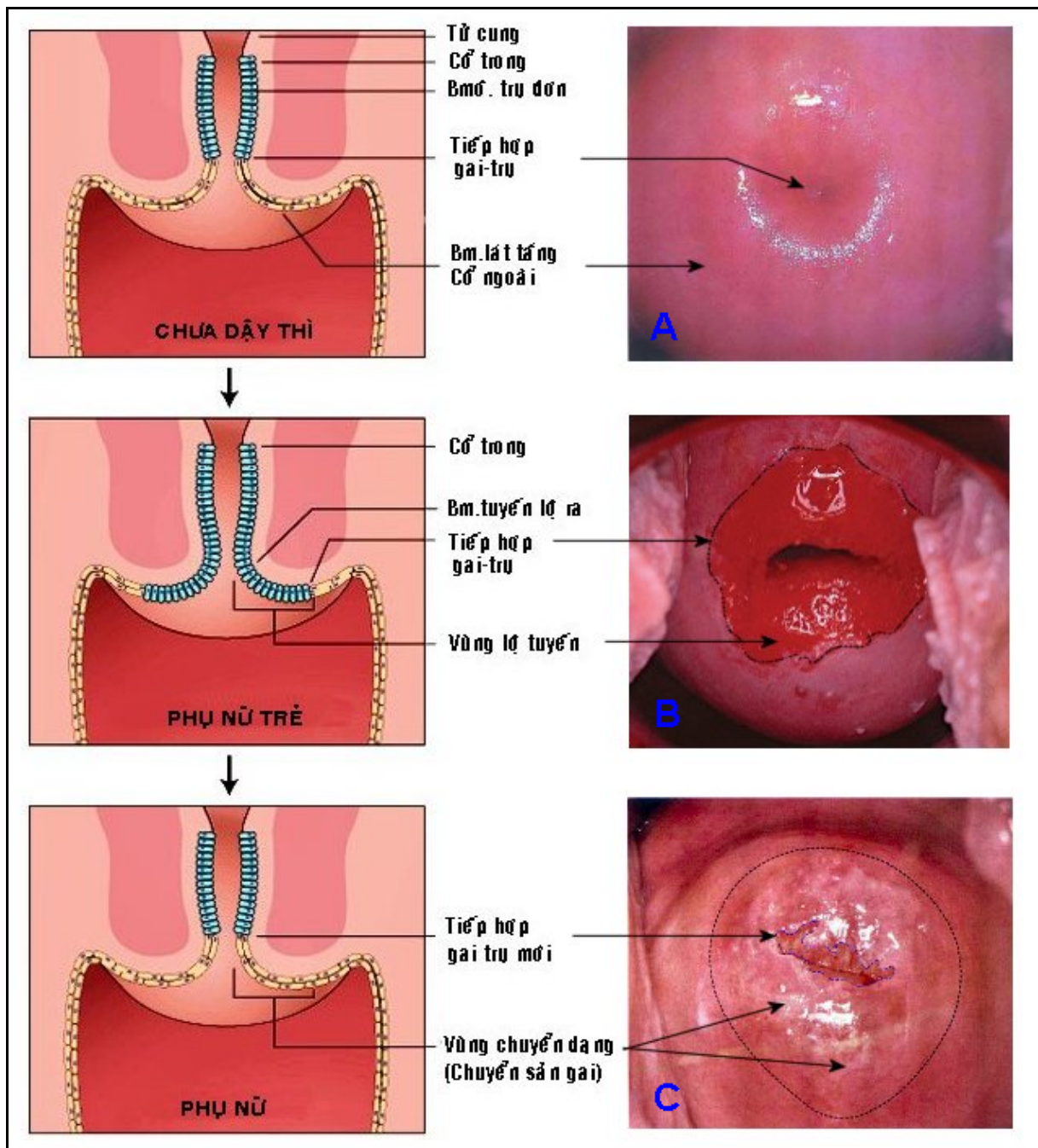
Quan sát với VK 40, đại thực bào ứ đọng carbon là những tế bào lớn, nhân hình bầu dục hoặc hình khía lõm như quả thận, nằm lênh bênh, bào tương nhiều màu hồng nhạt, có chứa các hạt bụi than nhỏ màu nâu đen (hình 4).



Hình 4: 1. Đại thực bào ứ đọng các hạt bụi than trong bào tương; 2. Limphô bào

CHUYỂN SẢN GAI CỔ TỬ CUNG

Cổ tử cung (CTC) gồm cổ ngoài được bao phủ bởi biểu mô lát tầng không sừng hóa, và cổ trong bởi biểu mô trụ đơn tiết nhầy. Nơi nối tiếp giữa biểu mô cổ ngoài và cổ trong được gọi là đường tiếp hợp gai-trụ, nằm ngay lỗ ngoài CTC ở trẻ gái chưa dậy thì. Ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục, sự phát triển của CTC làm biểu mô tuyến cổ trong lộn ra ngoài, tạo ra vùng lộ tuyến CTC, đẩy đường tiếp hợp gai - trụ ra xa khỏi lỗ ngoài CTC. Để thích nghi với môi trường mới có tính axit trong âm đạo, biểu mô trụ đơn trong vùng lộ tuyến sẽ chuyển sản gai thành biểu mô lát tầng nhờ hoạt động tăng sản của các tế bào dự trữ; kết cục tái tạo 1 đường tiếp hợp gai-trụ mới về đúng vị trí ban đầu; vùng chuyển sản gai còn được gọi là vùng chuyển dạng (hình 1).



Hình 1: A- CTC ở trẻ gái chưa có vùng lộ tuyến; B- Sự hình thành vùng lộ tuyến làm đường tiếp hợp gai-trụ bị đẩy xa khỏi lỗ ngoài CTC; C- Hoạt động chuyển sản gai kết cục đã tái tạo ra 1 đường tiếp hợp gai-trụ mới (đường chấm chấm màu xanh) tiến gần đến lỗ ngoài CTC.

Đại thể:

Vùng lộ tuyến cổ trong CTC có màu đỏ tươi, chứa những vùng chuyển sản gai màu hồng lơ lửng tự biểu mô cổ ngoài CTC (Hình 1 C).

Vi thể:**Mục tiêu cần tìm:**

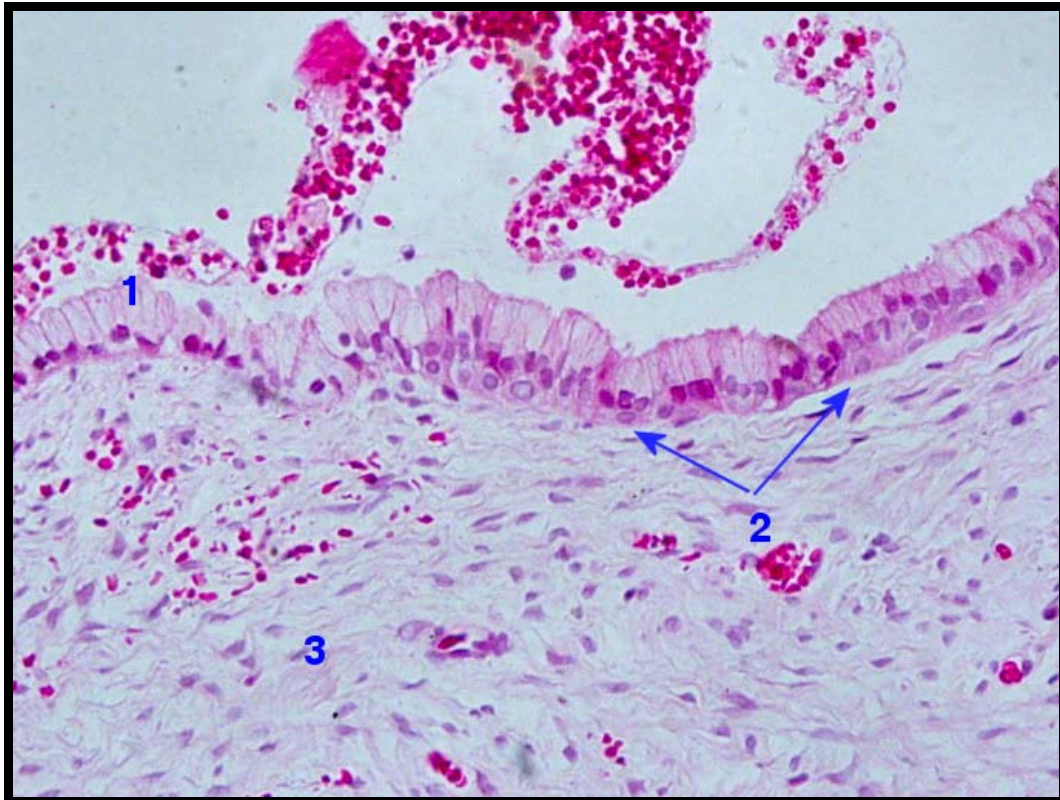
1. Biểu mô trụ đơn của vùng lộ tuyến cổ trong CTC.
2. Biểu mô chuyển sản gai.

Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của cổ tử cung.

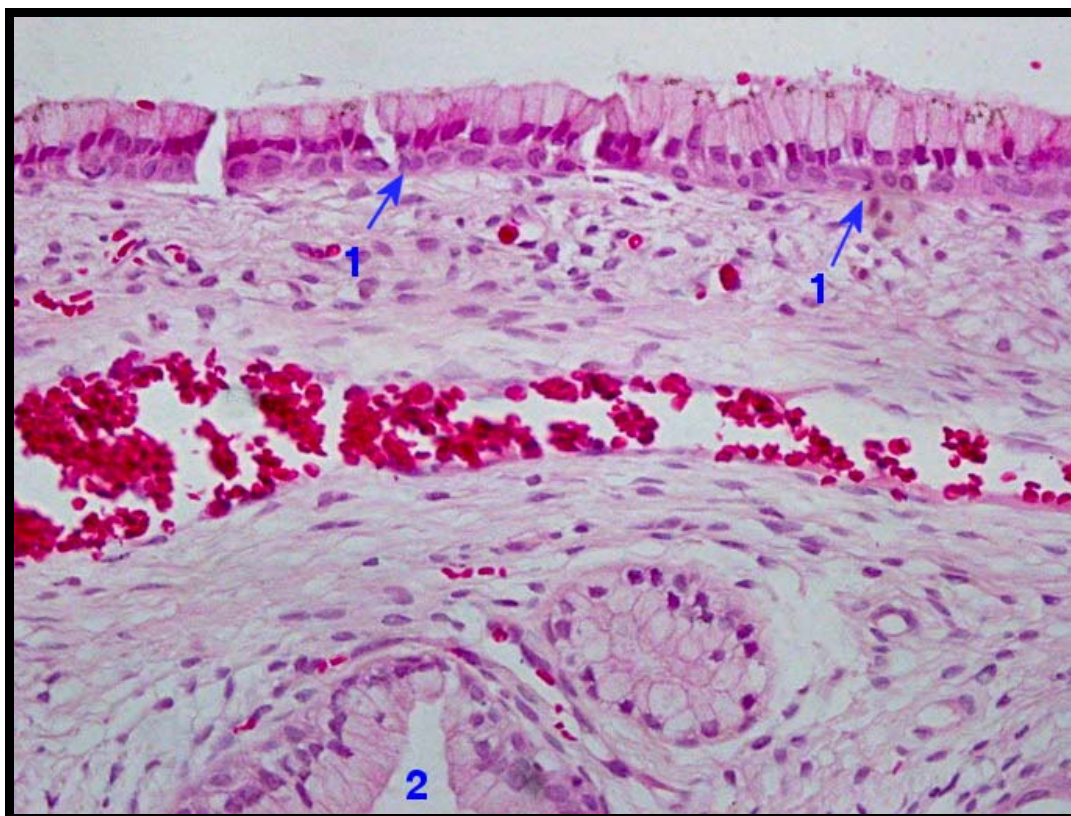
Quan sát tiêu bản với VK 4 và VK 10, biểu mô trụ đơn bình thường của cổ trong CTC ở vùng lộ tuyến là 1 lớp tế bào hình trụ có nhân lệch về cực đáy, bào tương cực đỉnh chứa đầy chất nhầy; biểu mô này gấp nếp sâu xuống dưới mô đệm tạo ra các tuyến cổ trong CTC; giữa lớp tế bào trụ và màng đáy có các tế bào dự trữ phân bố rải rác (hình 2).

Với VK 40, quan sát dọc theo lớp biểu mô trụ đơn bề mặt, ta thấy hiện tượng chuyển sản gai bắt đầu với sự tăng sản các tế bào dự trữ, tạo thành 1 lớp tế bào liên tục (tương ứng với lớp đáy của biểu mô lát tầng) nằm bên dưới lớp tế bào trụ đơn, hình thành 1 biểu mô chuyển sản gồm 2 lớp tế bào (hình 3).

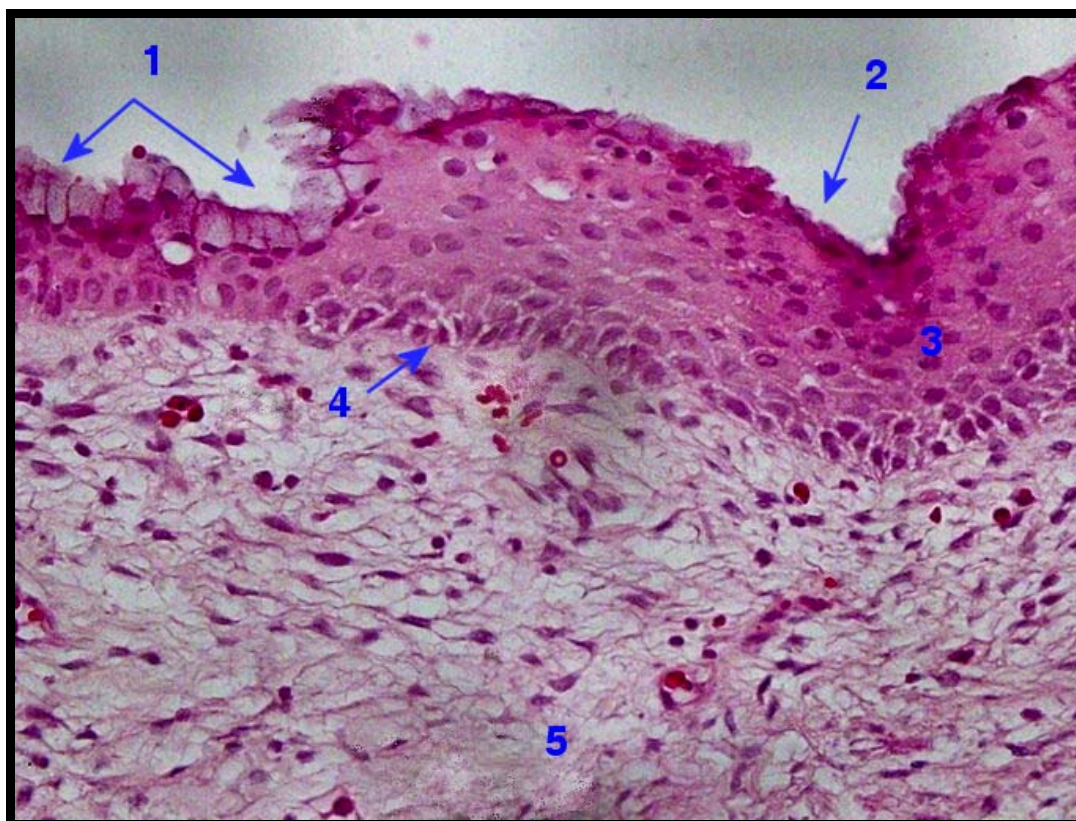
Các tế bào của lớp đáy lại tiếp tục tăng sản, tạo thành các lớp mới tương ứng với các lớp trung gian của biểu mô lát tầng, hình thành 1 biểu mô chuyển sản gồm nhiều lớp tế bào gai (tế bào đa diện, bào tương nhiều và ái toan); lớp tế bào trụ đơn bị đẩy lên trên cùng. Khi các tế bào trụ này bong tróc, sẽ để lại một biểu mô lát tầng giống biểu mô cổ ngoài CTC; quá trình chuyển sản gai từ biểu mô trụ đơn tiết nhầy thành biểu mô lát tầng đã hoàn tất (hình 4).



Hình 2: 1- Lớp tế bào trụ đơn tiết nhầy; 2- Tế bào dự trữ nằm rải rác; 3- Mô đệm.



Hình 3: 1- Tế bào dự trữ tăng sản thành 1 lớp liên tục; 2- Tuyến cổ trong CTC.

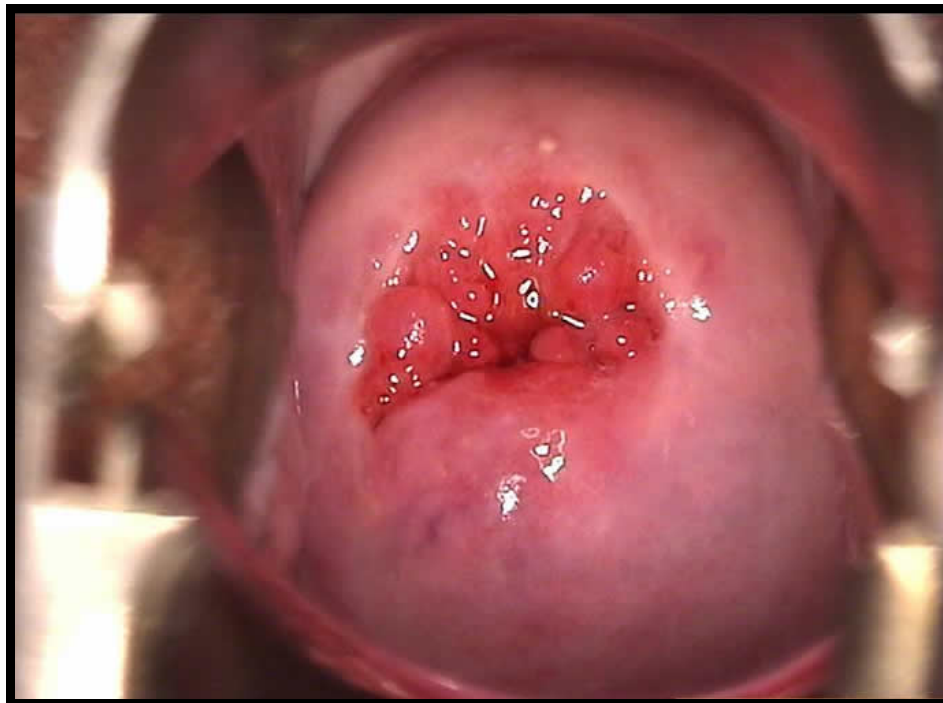


Hình 4: 1- Tế bào trụ đơn bị đẩy lên bề mặt; 2- Tế bào trụ đơn đã bong tróc; 3- Các lớp tế bào gai; 4- Màng đáy; 5- Mô đệm.

NGHỊCH SẢN NẶNG – CARCINÔM TẠI CHỖ CỔ TỬ CUNG (CIN 3)

Tổn thương nghịch sản và carcinôm CTC thường xuất phát từ vùng chuyển dạng là do hoạt động tăng sản và chuyển sản tại đây khiến nó dễ bị tác động bởi các tác nhân sinh u (HPV được xem là nhân tố chính). Nghịch sản là tình trạng rối loạn tăng sinh tế bào, biểu thị bởi sự rối loạn định hướng sắp xếp của các tế bào, thay đổi kích thước - hình dạng của tế bào và nhân, bất thường về vị trí của phân bào. Đối với biểu mô lát tầng, tùy theo các biến đổi nói trên còn giới hạn ở 1/3 dưới, 1/3 giữa hoặc đã lên tới 1/3 trên của chiều dày biểu mô, phân biệt ra 3 mức độ nghịch sản: nhẹ, vừa và nặng; khi toàn bộ chiều dày biểu mô kể cả lớp bề mặt cũng bị biến đổi thì tổn thương được gọi là carcinôm tại chỗ. Nghịch sản được xem là tổn thương tiền ung thư vì nghịch sản nặng có thể chuyển thành ung thư. Ở CTC, nghịch sản nặng và carcinôm tại chỗ CTC được xếp chung vào tổn thương tân sinh trong biểu mô mức độ 3 (CIN 3) và được xử trí giống nhau (cắt bỏ bằng vòng điện, khoét chóp).

Đại thể: Hình ảnh đại thể của CTC có chứa CIN 3 có thể cũng giống như một cổ tử cung bị lộ tuyến chuyển sản gai thông thường; để phát hiện sớm, cần tiến hành tầm soát định kỳ bằng phết mỏng Papanicolaou (hình 1).



Hình 1: Hình ảnh cổ tử cung chứa CIN 3 không khác viêm lộ tuyến chuyển sản gai.

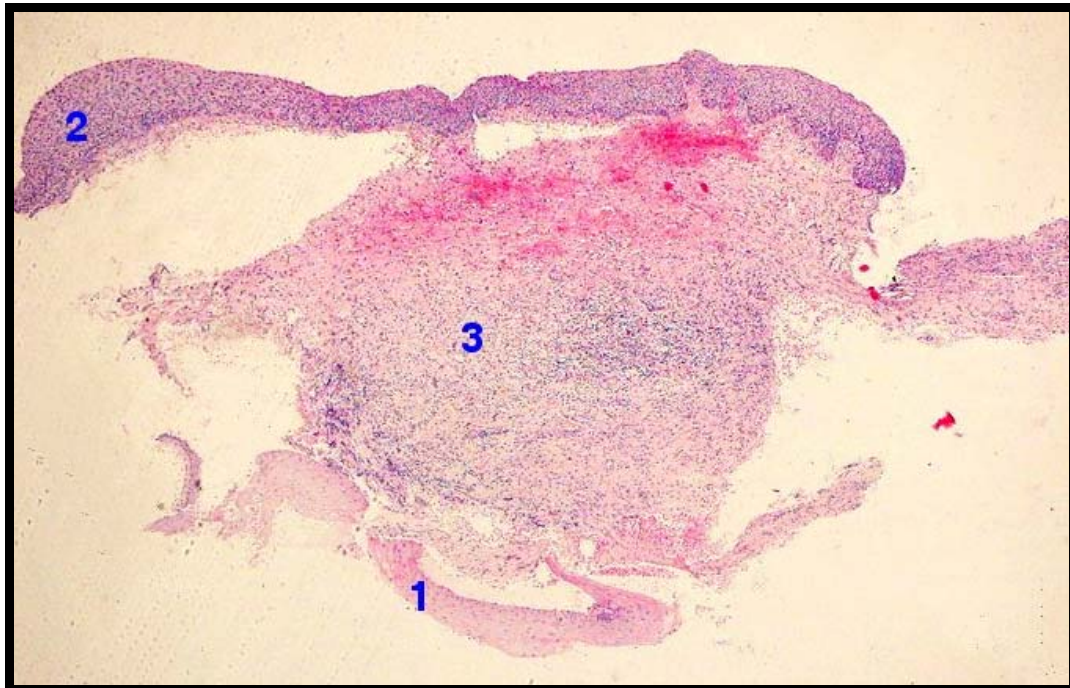
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

1. Biểu mô lát tầng của cổ ngoài cổ tử cung : lớp đáy, các lớp trung gian, lớp bề mặt
2. Tổn thương nghịch sản nặng: hướng sắp xếp của các lớp tế bào trung gian thẳng góc với màng đáy, tế bào có hình dạng và kích thước thay đổi khác nhau, nhân tăng sắc méo mó, phân bào tăng và không còn giới hạn ở lớp đáy, nhưng lớp tế bào bề mặt vẫn có nhân dẹt giống biểu mô lát tầng bình thường.
3. Carcinôm tại chỗ : hình ảnh nghịch sản chiếm toàn bộ chiều dày của biểu mô, lớp tế bào bề mặt có nhân tăng sắc méo mó.

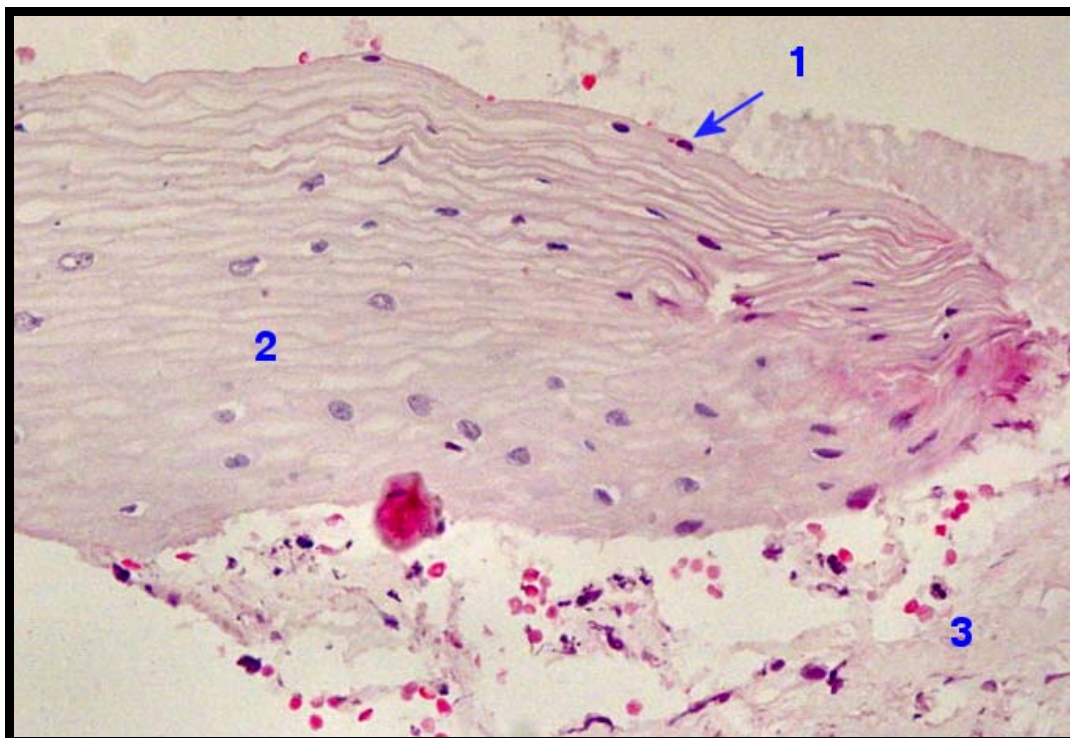
Lưu ý: học viên cần ôn lại cấu tạo mô học biểu mô lát tầng của cổ ngoài CTC.

Quan sát tiêu bản với VK 4, biểu mô lát tầng cổ ngoài CTC gồm lớp đáy, các lớp trung gian và lớp tế bào bề mặt. Vùng biểu mô nghịch sản bắt màu đậm hơn do hoạt động tăng sinh tế bào mạnh, mật độ tế bào cao. Giữa 2 vùng biểu mô là mô đệm sợi của CTC, thẩm nhập các tế bào viêm mãn tính (hình 2).



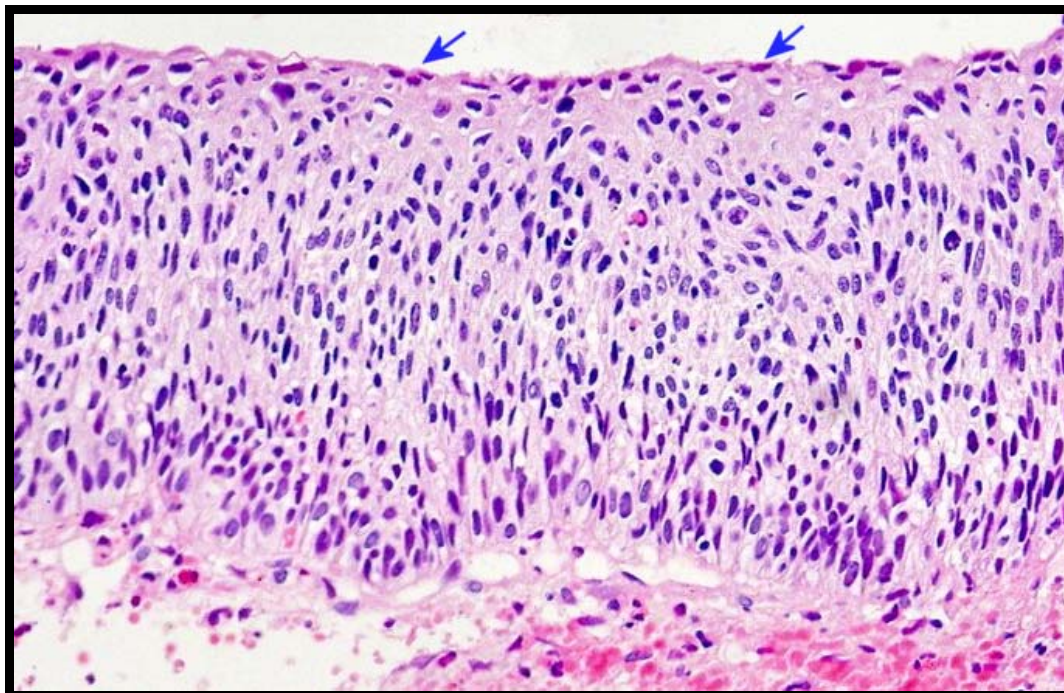
Hình 2: 1- Biểu mô lát tầng bình thường cổ ngoài CTC; 2- Tổn thương nghịch sản nặng - carcinôm tại chỗ; 3- mô đệm sợi CTC thẩm nhập tế bào viêm mãn tính.

Với VK 40, biểu mô lát tầng bình thường cổ ngoài có định hướng sắp xếp của các lớp tế bào trung gian song song với màng đáy; lớp tế bào bề mặt có nhân dẹt (hình 3).



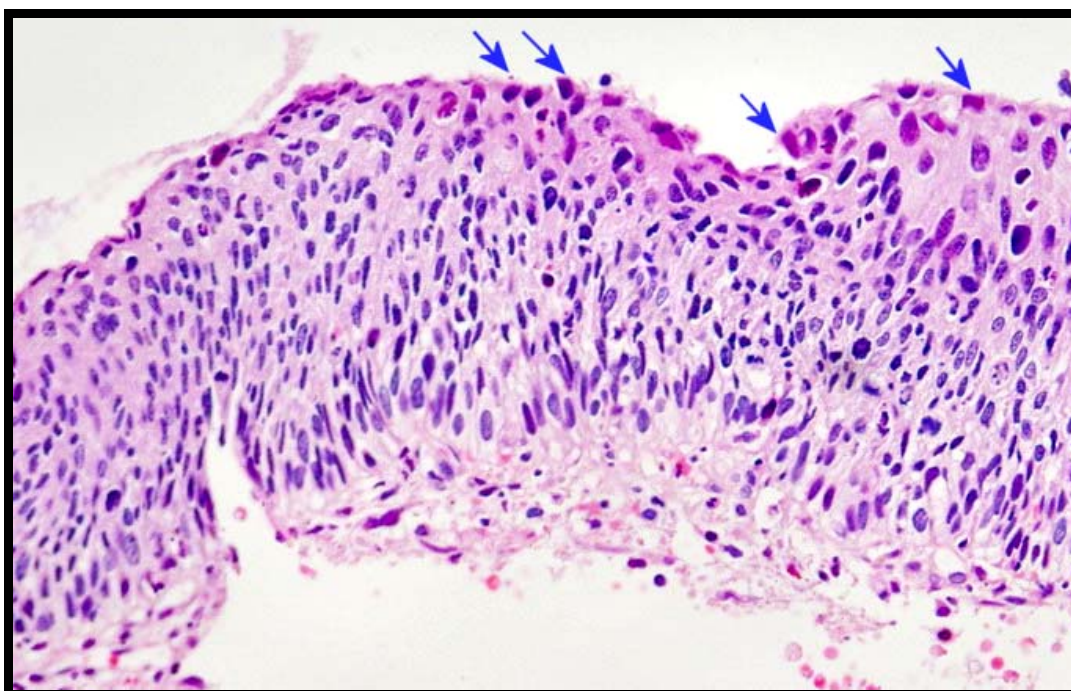
Hình 3: Biểu mô tầng bình thường cổ ngoài CTC. 1- Lớp tế bào bề mặt; 2- Các lớp trung gian; 3- Mô đệm

Vùng biểu mô nghịch sản nặng có định hướng sắp xếp của các lớp trung gian thẳng góc với màng đáy, kích thước và hình dạng tế bào thay đổi, nhân tăng sắc méo mó, phân bào tăng và xuất hiện ở cả 1/3 trên của biểu mô; tuy nhiên lớp tế bào bề mặt vẫn có nhân dẹt giống biểu mô lát tầng bình thường (hình 4).



Hình 4: Nghịch sản nặng CTC, hình ảnh nghịch sản lên tới 1/3 trên của biểu mô nhưng lớp tế bào bề mặt vẫn có nhân dẹt như biểu mô lát tầng bình thường (mũi tên).

Ở vùng carcinôm tại chỗ, hình ảnh nghịch sản chiếm toàn bộ bề dày biểu mô; nhân của lớp tế bào bề mặt cũng tăng sắc, méo mó (hình 5).



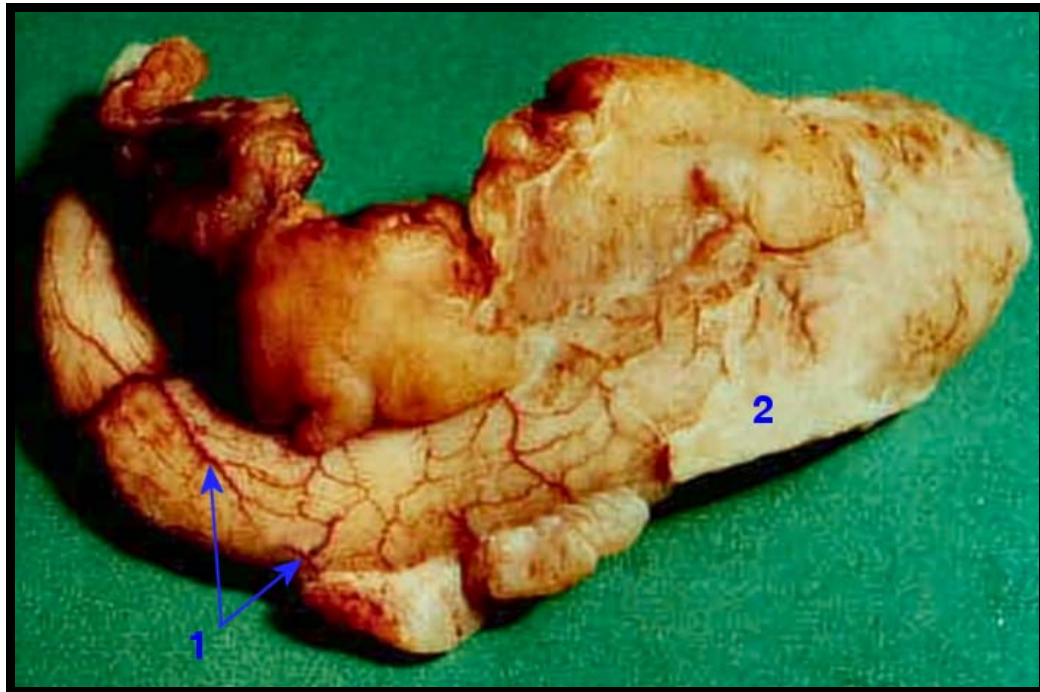
Hình 5: Carcinôm tại chỗ, nhân lớp tế bào bề mặt cũng tăng sắc, méo mó, (mũi tên).

Ta thấy vùng nghịch sản nặng và carcinôm tại chỗ nằm nối tiếp xen kẽ nhau, vì vậy chúng được xếp chung vào tổn thương CIN 3.

VIÊM RUỘT THỪA CẤP TÍNH

Là 1 cấp cứu ngoại khoa thường gặp, cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời để tránh biến chứng thủng gây viêm phúc mạc có thể gây tử vong. Viêm ruột thừa cấp thường xảy ra ở độ tuổi thanh niên, nam nhiều hơn nữ.

Đại thể: ruột thừa sưng to, phù nề, các mạch máu sung huyết nổi rõ dưới thanh mạc, dịch xuất tơ huyết đóng thành giả mạc trên bề mặt thanh mạc; xẻ đôi ruột thừa thấy mủ chảy ra từ trong lòng ruột thừa (Hình 1).



Hình 1: 1- Mạch máu sung huyết nổi rõ dưới thanh mạc; 2- Giả mạc đóng trên bề mặt.

Vi thể:

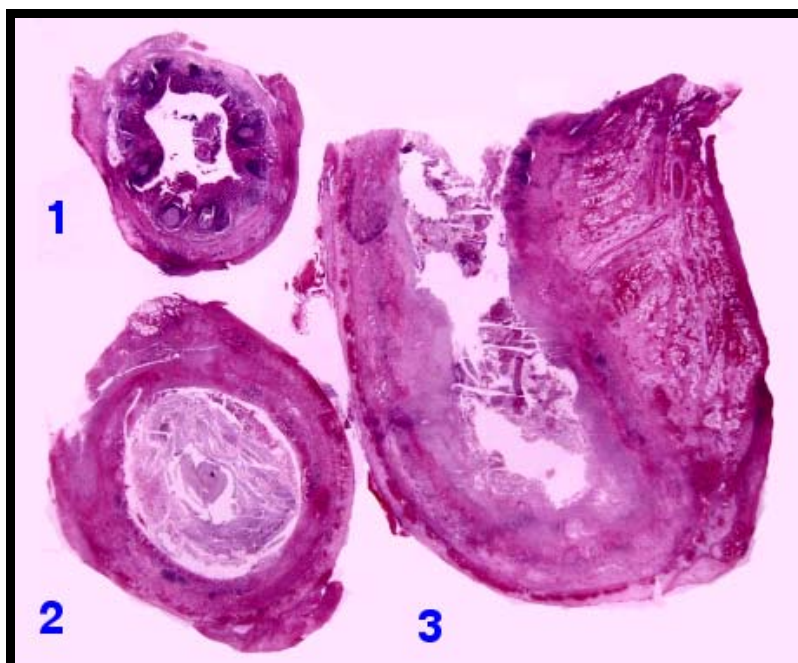
3 đặc điểm mô học chính của viêm cấp là sung huyết động, phù viêm và thẩm nhập tế bào mà chủ yếu là các bạch cầu đa nhân trung tính.

Mục tiêu cần tìm:

1. Hiện tượng sung huyết
2. Hiện tượng phù viêm:
 - Dịch xuất thanh huyết
 - Dịch xuất xuất huyết
 - Dịch xuất tơ huyết
 - Dịch xuất mủ
3. Hiện tượng thẩm nhập bạch cầu đa nhân
4. Hiện tượng hoại tử niêm mạc

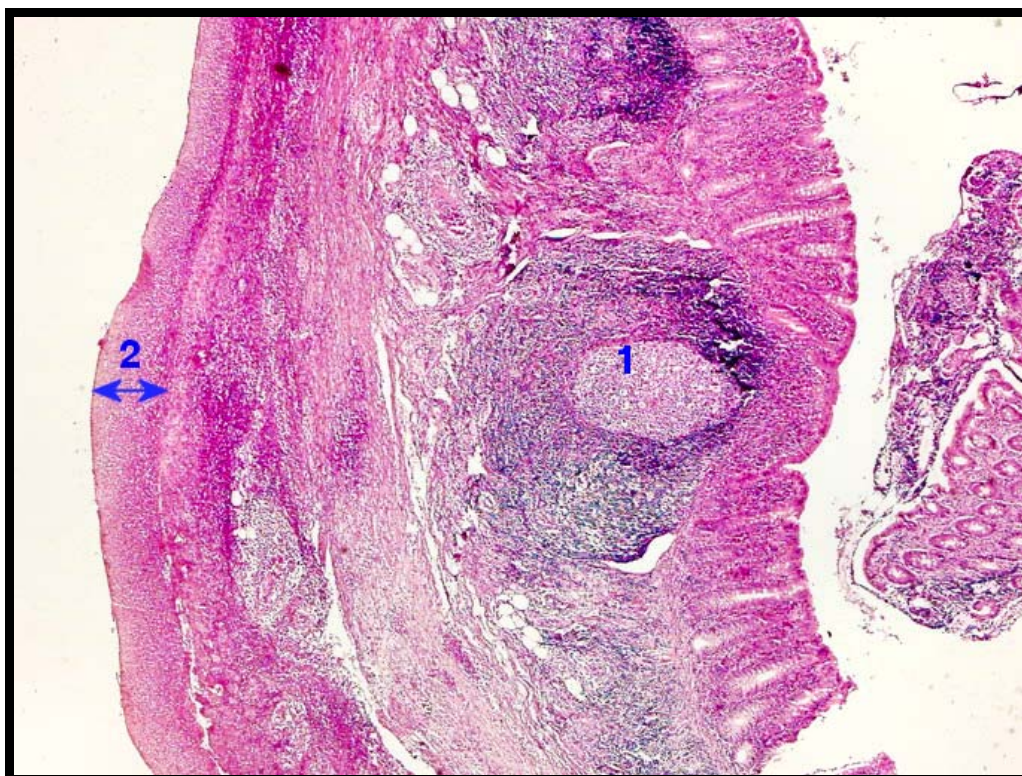
Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của ruột thừa

Quan sát bằng mắt trần, tiêu bản gồm 3 lát cắt: 1 lát cắt ngang nhỏ, 1 lát cắt ngang lớn và 1 lát cắt dọc qua đầu mút ruột thừa (hình 2).



Hình 2: Tiêu bản viêm ruột thừa. 1- Lát cắt ngang nhỏ; 2- Lát cắt ngang lớn; 3- Lát cắt dọc.

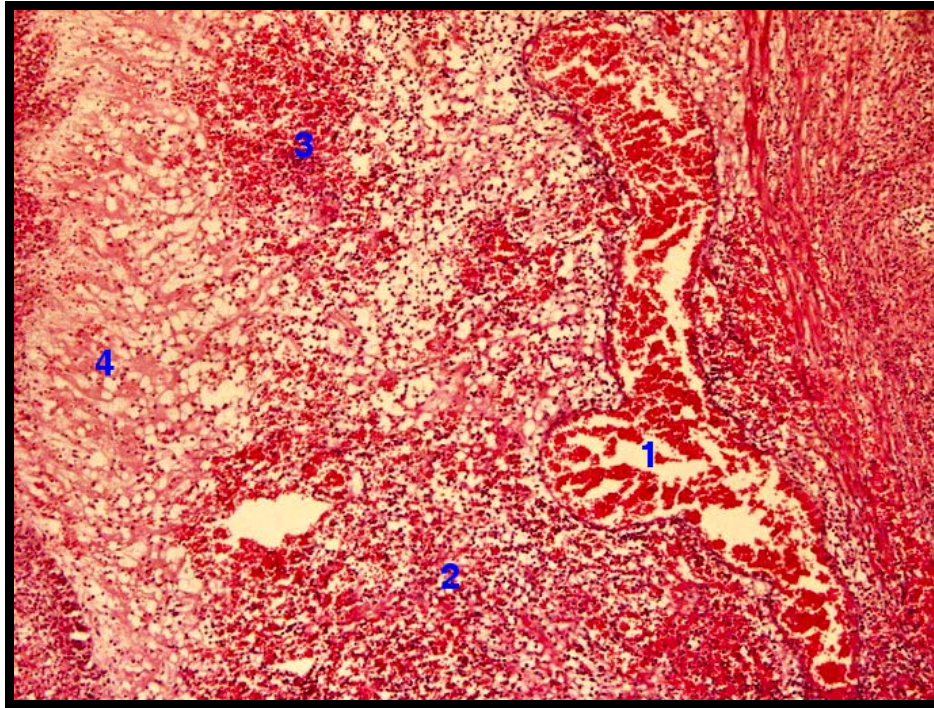
Với VK4, quan sát lát cắt ngang nhỏ, cấu tạo thành ruột thừa gồm 4 lớp: lớp niêm mạc với các tuyến Lieberkühn, lớp dưới niêm mạc, lớp cơ trơn và lớp thanh mạc; trong mô đệm của lớp niêm mạc và lớp dưới niêm mạc, có các nang limphô. Mặt ngoài thanh mạc có 1 lớp dịch xuất tơ huyết (hình 3).



Hình 3: 1- Nang limphô trong lớp dưới niêm mạc; 2- Dịch xuất tơ huyết.

Chuyển sang VK 10 và VK 40 quan sát lát cắt ngang lớn và lát cắt dọc để thấy:

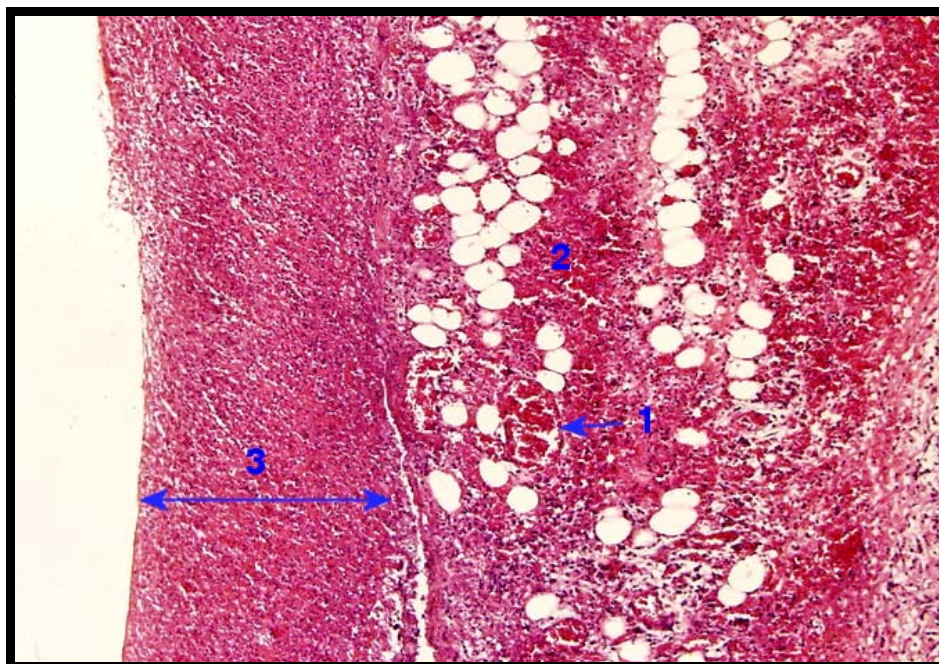
1. Hiện tượng sung huyết động: thấy rõ ở 1/2 ngoài của thành ruột thừa, các tiểu tĩnh mạch giãn rộng, chứa đầy hồng cầu (hình 4).



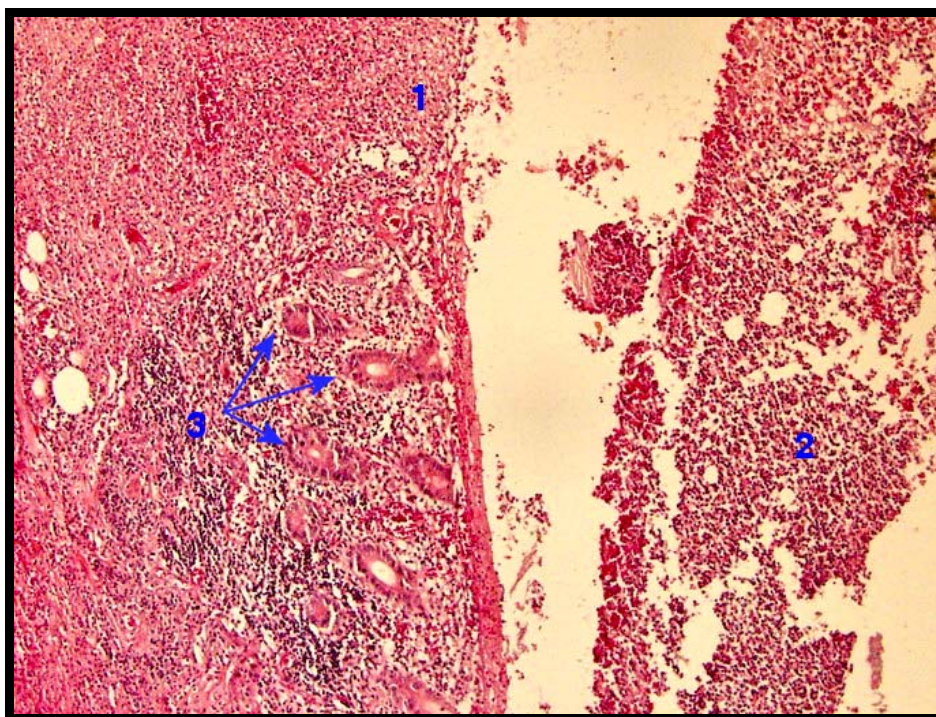
Hình 4: 1- Tiểu tĩnh mạch sung huyết giãn rộng, chứa đầy hồng cầu; 2- Bạch cầu đa nhân thâm nhập mô đệm ngoài mạch; 3- Dịch xuất xuất huyết; 4- Dịch xuất thanh huyết.

2. Hiện tượng phù viêm, biểu thị bởi sự hiện diện của các dịch xuất (dịch phù viêm):

- Dịch xuất thanh huyết: các đám bắt màu hồng, trong mô đệm ngoài mạch (hình 4).
- Dịch xuất xuất huyết : các đám hồng cầu trong mô đệm ngoài mạch (hình 4, 5).
- Dịch xuất mủ trong lòng ruột thừa, cấu tạo chủ yếu bởi các bạch cầu đa nhân thoái hóa (có nhân mủi vỡ vụn), hồng cầu và đại thực bào (hình 6).
- Dịch xuất tơ huyết, tạo thành giả mạc bám ngoài mặt thanh mạc ruột thừa, cấu tạo bởi lưới sợi tơ huyết bắt màu đỏ, giữa các mắt lưới có hồng cầu và bạch cầu (hình 3, 5).



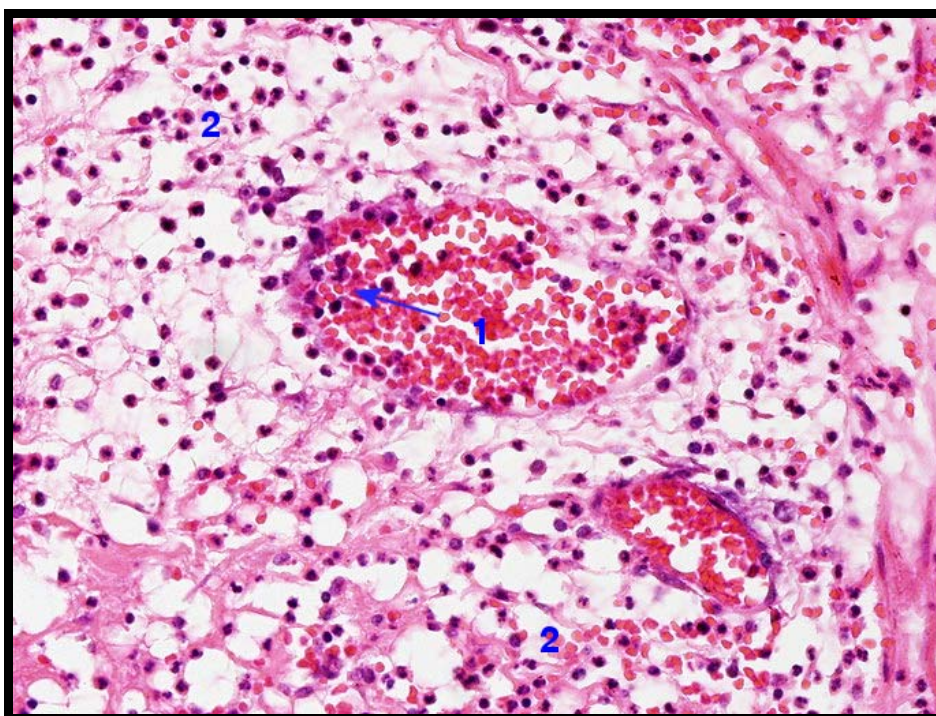
Hình 5: 1- Tiểu tĩnh mạch sung huyết giãn rộng; 2- Dịch xuất xuất huyết; 3- Dịch xuất tơ huyết .



Hình 6: 1- Vùng niêm mạc bị hoại tử; 2- Dịch xuất mủ; 3- Tuyến Lieberkühn.

3. Hiện tượng thấm nhập bạch cầu đa nhân: ở các tiểu tĩnh mạch sung huyết, các bạch cầu bám vào bề mặt tế bào nội mô (hiện tượng tụ vách) và xuyên qua thành mạch để thấm nhập vào mô đệm ngoài mạch (hình 7).

4. Hiện tượng hoại tử niêm mạc: lớp niêm mạc ruột thừa có những chỗ bị hoại tử, không còn thấy biểu mô bề mặt và các tuyến Lieberkühn; thay vào đó là các đám chất hoại tử tạo bởi xác tế bào chết, bạch cầu và hồng cầu (hình 6).



Hình 7: 1- Bạch cầu đa nhân tụ vách ở tiểu tĩnh mạch; 2- Bạch cầu thấm nhập mô đệm ngoài mạch.

VIÊM LOÉT DA MÃN TÍNH

Da bị viêm loét kéo dài nhiều tuần nhiều tháng, do tác nhân gây viêm còn tồn tại hoặc do phản ứng sửa chữa của cơ thể bị rối loạn (ở người mắc bệnh tiểu đường, suy dinh dưỡng, thiếu vitamin...)

Đại thể: Vết loét có kích thước vài cm, bờ ổ loét hơi gồ lên do hoạt động tăng sinh tái tạo của lớp biểu bì; bề mặt ổ loét lồi nhô dạng hạt mầu đỏ, dễ chảy máu khi đụng đến, có thể có thêm dịch xuất mủ hoặc dịch xuất tơ huyết khi ổ loét bị bội nhiễm với các tác nhân gây viêm cấp tính (hình 1).



Hình 1: Ổ viêm loét da mãn tính.

Vi thể:

Viêm mãn tính có hai đặc điểm mô học chính là thấm nhập tế bào đơn nhân và tăng sinh mô liên kết - mạch máu.

Mục tiêu cần tìm:

1. Hiện tượng thấm nhập tế bào đơn nhân :
 - Limphô bào
 - Tương bào
 - Đại thực bào
2. Hiện tượng tăng sinh mô liên kết - mạch máu
 - Nguyên bào sợi
 - Mạch máu tân sinh

Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của da

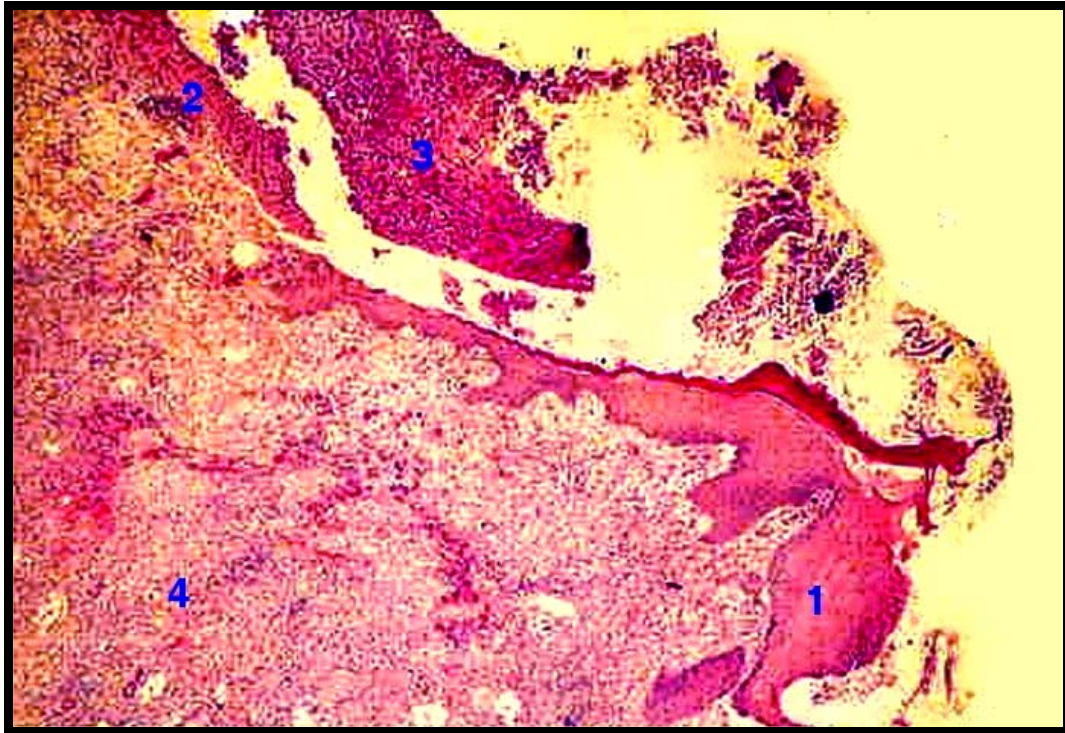
Quan sát tiêu bản với VK 4, tại ổ loét không còn thấy biểu mô lát tầng nhưng ở bờ ổ loét, biểu mô này tăng sinh dày lên (hình 2).

Với VK 10 và 40, quan sát vùng tổn thương ngay dưới biểu mô để phân biệt các dạng tế bào đơn nhân khác nhau thấm nhập trong mô đệm ngoài mạch:

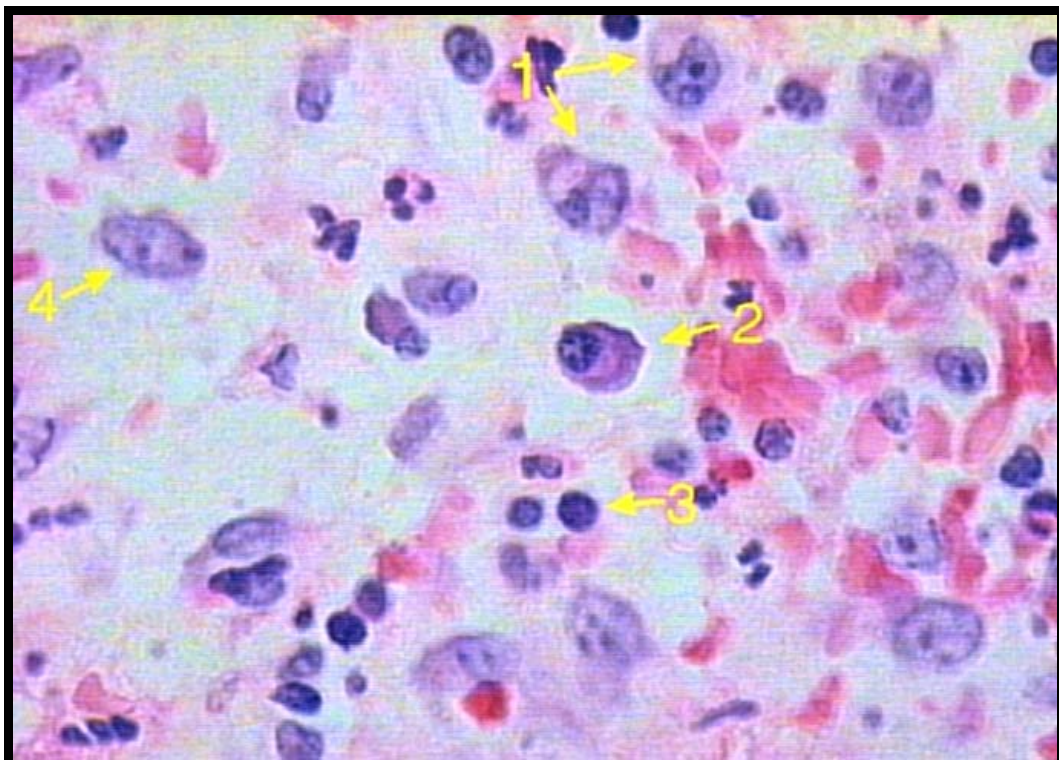
Limphô bào: đường kính 7-10 μm (bằng hồng cầu), nhân tròn bắt mầu tím đậm, chiếm gần hết thể tích tế bào (hình 3).

Tương bào: đường kính 12-15 μm , nhân tròn nằm lệch 1 bên, chất nhuộm sắc kết thành đám bám ngay dưới màng nhân (nhân hình bánh xe); bào tương bắt màu tím hồng, chứa lại một khoảng sáng cạnh nhân; màng tế bào rõ nét (hình 3).

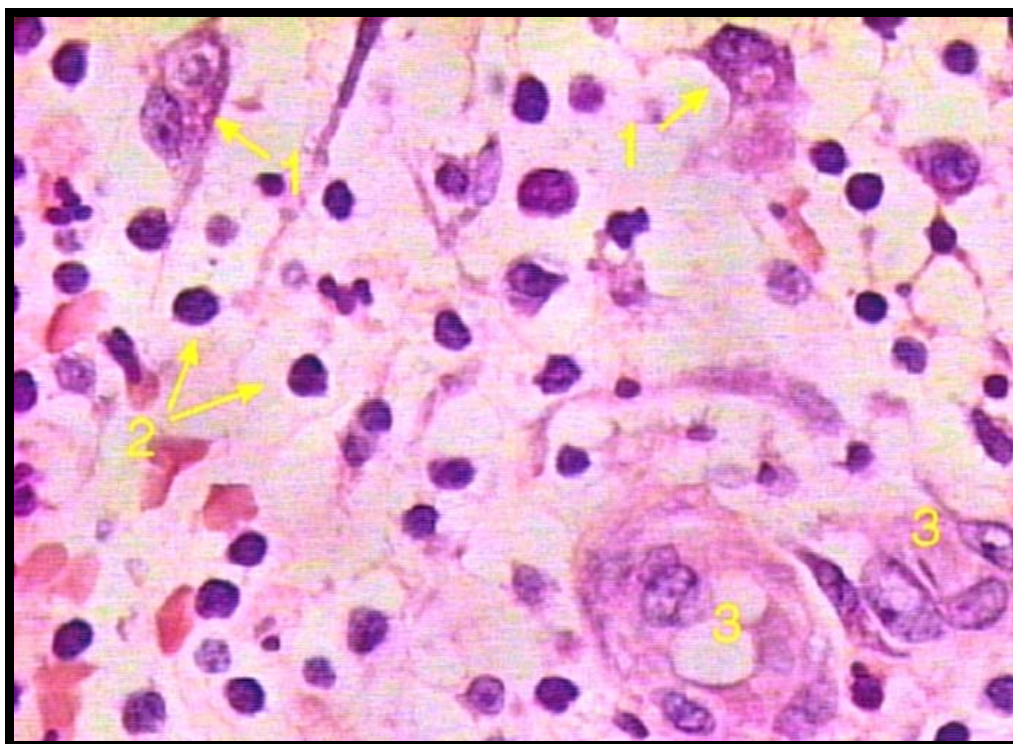
Đại thực bào: đường kính 25-30 μm , nhân sáng, hình bầu dục hay hình có khía lõm như hạt đậu, hạch nhân nhỏ, nằm lệch 1 bên; bào tương nhiều và bắt màu nhạt, chứa nhiều không bào (trong lòng có thể chứa các vật thể được thực bào; màng tế bào sờn xơ, không rõ nét do hoạt động thực bào (hình 4).



Hình 2: 1- Bồ ổ loét hơi gồ lên do biểu bì tăng sinh tái tạo; 2- Ổ loét; 3- Dịch xuất tơ huyết; 4- Vùng tăng sinh mô liên kết - mạch máu

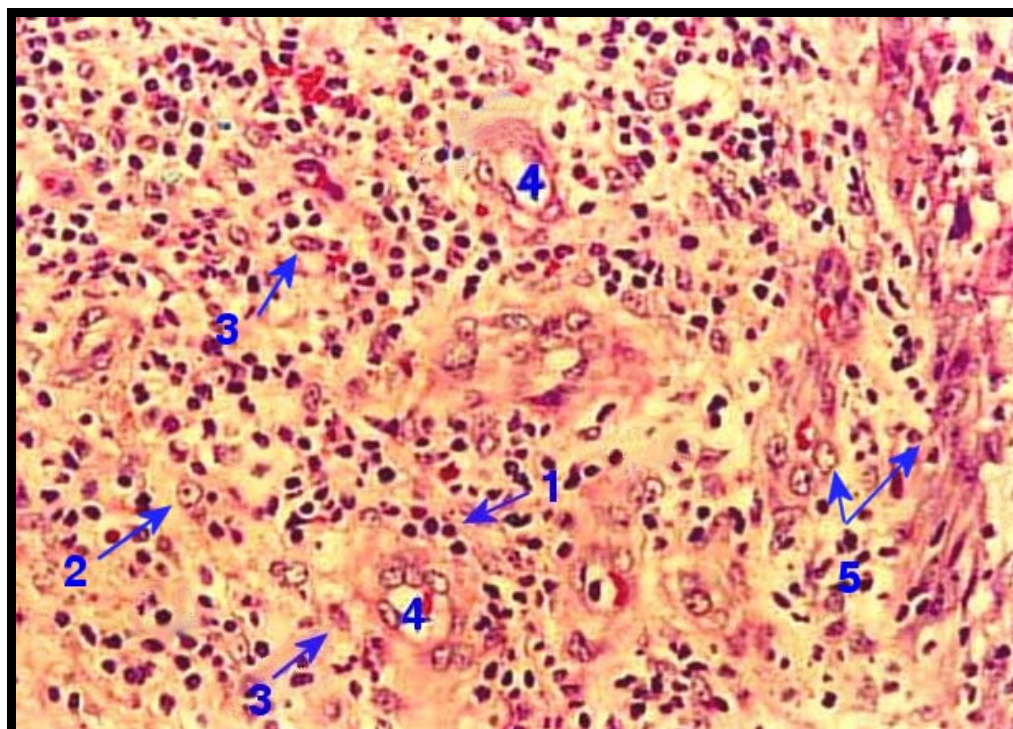


Hình 3: 1- Đại thực bào; 2- Tương bào; 3- Limphô bào; 4- Nguyên bào sợi.



Hình 4: 1- Đại thực bào, bào tương có chứa không bào với vật thể được thực bào nằm bên trong; 2- Limphô bào; 3- Mạch máu tân sinh có tế bào nội mô với nhân phồng to.

Hiện tượng tăng sinh mô liên kết - mạch máu được thấy rõ trong vùng mô đặc bên dưới ổ loét. Các nguyên bào sợi hình thoi, nhân hình bầu dục, nằm giữa các bó sợi collagen do chúng tổng hợp. Chen giữa mô sợi có nhiều mạch máu tân sinh; điểm đặc trưng của các mạch máu này là chúng được lót bởi các tế bào nội mô có nhân lớn sáng, hình tròn, thò vào trong lòng mạch (hình 5).



Hình 5: 1- Limphô bào; 2- Đại thực bào; 3- Nguyên bào sợi; 4- Mạch máu tân sinh cắt ngang; 5. Mạch máu tân sinh cắt dọc

VIÊM LAO HẠCH

Là 1 dạng viêm hạt của hạch do vi khuẩn lao gây ra. Hạch viêm lao thường thấy ở vùng cổ, nách và trên đòn.

Đại thể: Hạch viêm lao có kích thước 1-4 cm; mặt cắt cho thấy các nang lao chứa chất hoại tử bã đậu màu vàng kem (hình 1).



Hình 1: Hạch viêm lao với các nang lao chứa chất hoại tử bã đậu màu vàng kem

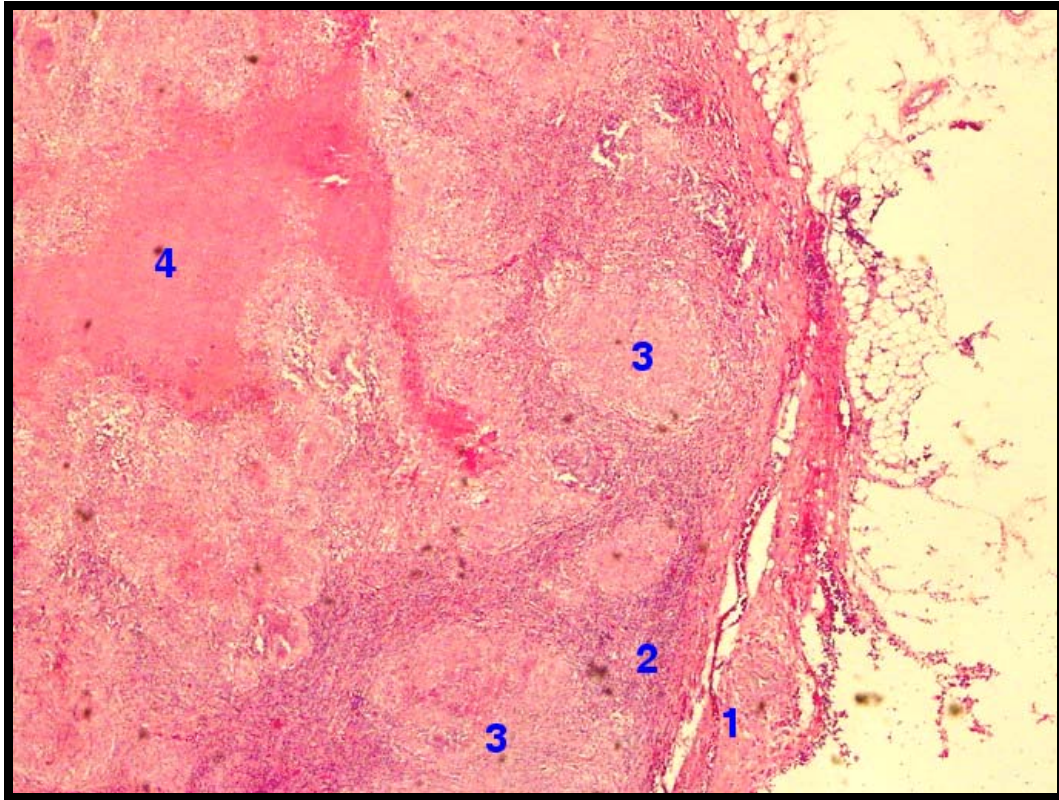
Vi thể:

Đặc điểm mô học của viêm lao là sự hình thành các u hạt lao, còn gọi là nang lao. Nang lao là một tập hợp tế bào dạng biểu mô, được bao quanh bởi một viền limphô bào và tương bào. Các tế bào dạng biểu mô có thể hòa nhập với nhau thành đại bào Langhans. Khi các tế bào dạng biểu mô và đại bào Langhans ở trung tâm nang lao bị hoại tử, sẽ tạo ra một chất màu vàng kem, mềm, giống như bã đậu nên còn được gọi là chất hoại tử bã đậu; nang lao trở thành nang bã đậu.

Mục tiêu cần tìm:

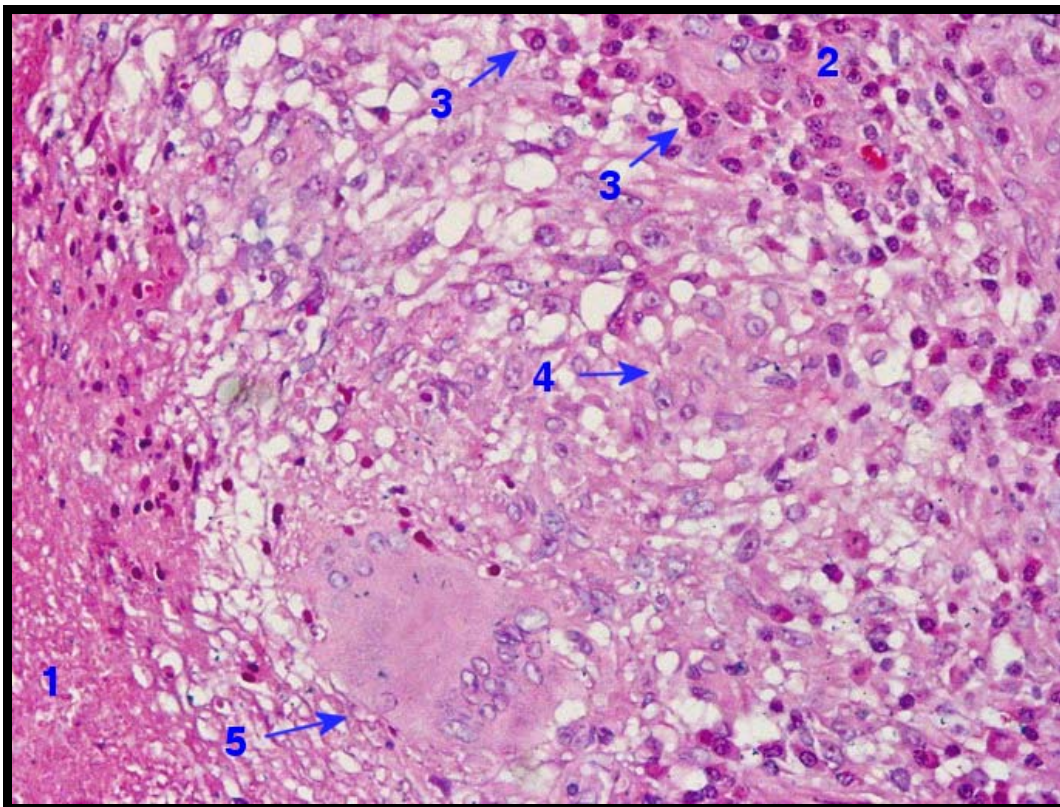
1. Nang lao:
 - Tế bào dạng biểu mô
 - Đại bào Langhans
 - Chất hoại tử bã đậu
 - Viền limphô bào và tương bào
2. Mô limphô bình thường còn lại của hạch

Quan sát tiêu bản với VK4, nhu mô hạch bên dưới vỏ bao sợi có chứa các nang lao với kích thước khác nhau, có hoặc không có chất hoại tử bã đậu ở giữa; giữa các nang lao là nhu mô hạch bình thường còn sót lại (hình 2).



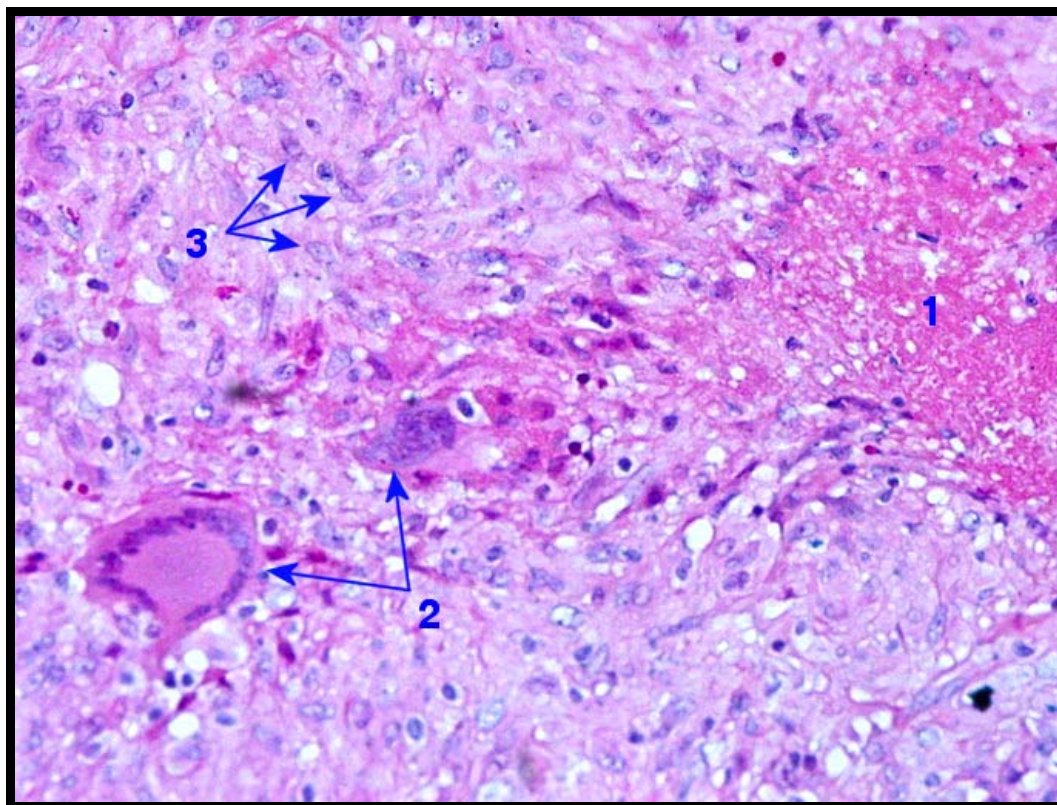
Hình 2: 1- Vỏ bao hạch; 2- Mô hạch còn sót lại; 3- Nang lao; 4- Chất hoại tử bã đậu.

Với VK 10 và 40, nang lao là 1 tập hợp tế bào dạng biểu mô, bao quanh chất hoại tử bã đậu ở giữa, ngoài rìa là viền limphô bào và tương bào. Rải rác giữa các tế bào dạng biểu mô là các đại bào Langhans (hình 3)



Hình 3: 1- Chất hoại tử bã đậu; 2- Viền limphô bào - tương bào; 3- Tương bào; 4- Các tế bào dạng biểu mô; 5- Đại bào Langhans.

Tế bào dạng biểu mô có nhân hình bầu dục, màng nhân rõ, có 1 hạch nhân nhỏ, bào tương nhiều màu hồng, giới hạn tế bào không rõ nên các tế bào này trông có vẻ như liên kết chặt chẽ với nhau giống tế bào biểu mô (vì vậy được gọi là tế bào dạng biểu mô, mặc dù bản chất của chúng là các đại thực bào biến đổi). Đại bào Langhans là những tế bào khổng lồ, có hàng chục nhân, phân bố ngay dưới màng tế bào (đặc điểm nhân giống hệt nhân tế bào dạng biểu mô). Chất hoại tử bã đậu có dạng hạt, bắt màu hồng đậm (hình 4).



Hình 4: 1- Chất hoại tử bã đậu; 2- Đại bào Langhans; 3- Các tế bào dạng biểu mô.

Viền limphô bào và tương bào tuy không phân biệt rõ giới hạn với mô limphô bình thường còn sót lại của hạch, nhưng vẫn có thể nhận ra nhờ sự hiện diện của rất nhiều tương bào (hình 3).

SỢO LỖI

Do hoạt động tổng hợp quá đáng sợi collagen của các nguyên bào sợi trong quá trình sửa chữa các tổn thương bằng hình thức hóa sẹo.

Đại thể: sẹo lồi thường gồ cao và có màu sắc đậm hơn vùng da bình thường xung quanh (hình 1)



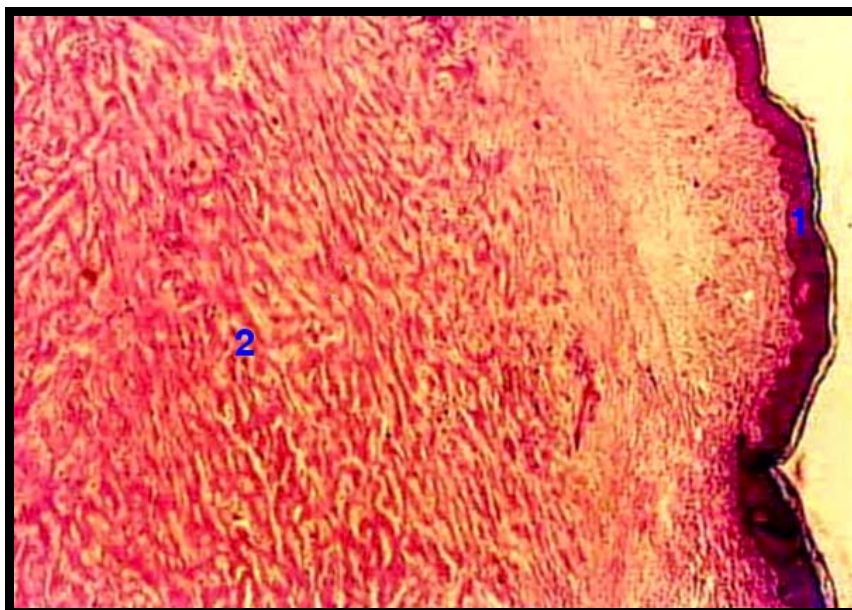
Hình 1: Sẹo lồi gồ cao và có màu sắc đậm hơn da xung quanh

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

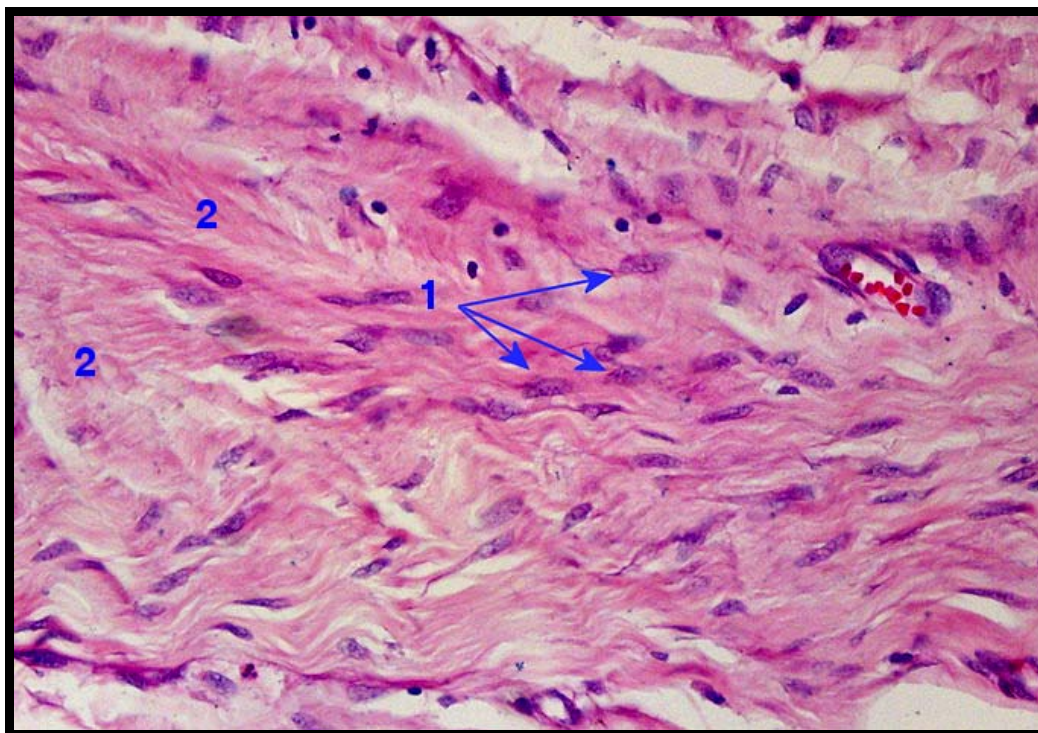
1. Nguyên bào sợi
2. Các bó sợi collagen tăng sinh
3. Các bó sợi hyalin hóa

Quan sát tiêu bản với VK4, sẹo lồi được phủ trên bề mặt bởi một lớp biểu bì mỏng, bên dưới là mô sợi tăng sinh gồm có nguyên bào sợi, các bó sợi collagen tăng sinh và bó sợi hyalin hóa (hình 2).

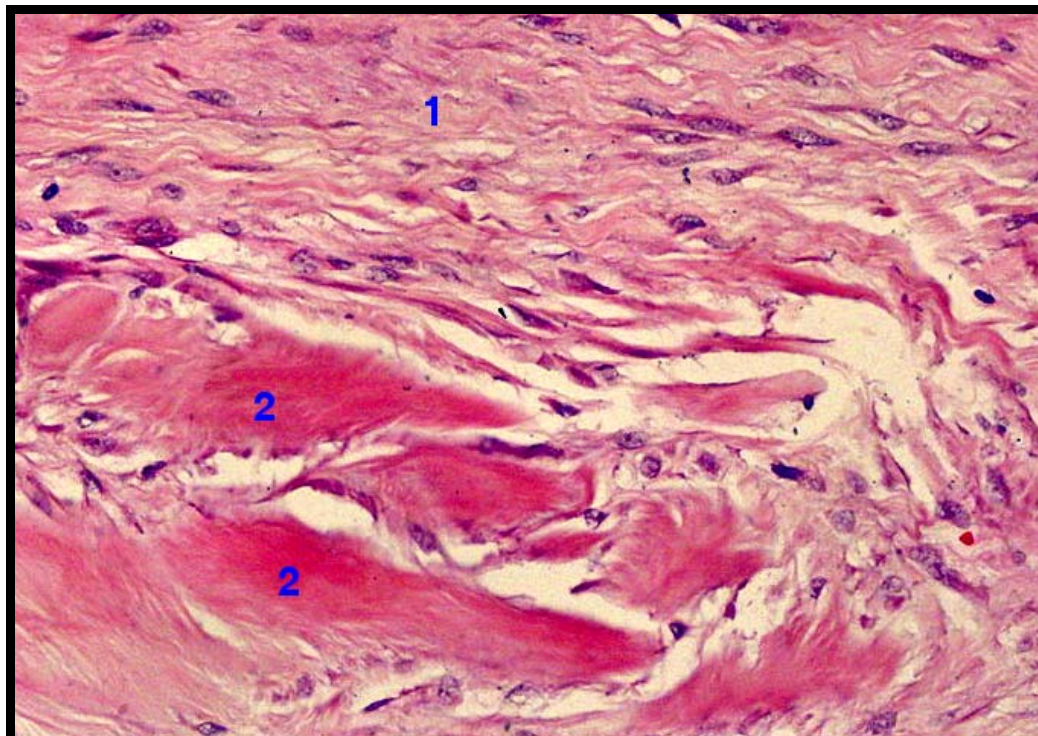


Hình 2: 1- Biểu bì teo mỏng; 2- Các bó sợi collagen.

Với vật kính 10 và 40, các bó sợi collagen tăng sinh bắt màu hồng lợt, gồm nhiều thớ sợi xếp song song; chen giữa các thớ sợi này có nhiều nguyên bào sợi hình thoi với nhân hình bầu dục, sáng, chứa 1-2 hạch nhân (hình 3). Các bó sợi hyalin hóa bắt màu hồng đậm, đồng nhất, phân bố lộn xộn giữa các bó sợi tăng sinh (hình 4).



Hình 3: Các bó sợi collagen tăng sinh. 1- Nguyên bào sợi; 2- Sợi collagen.

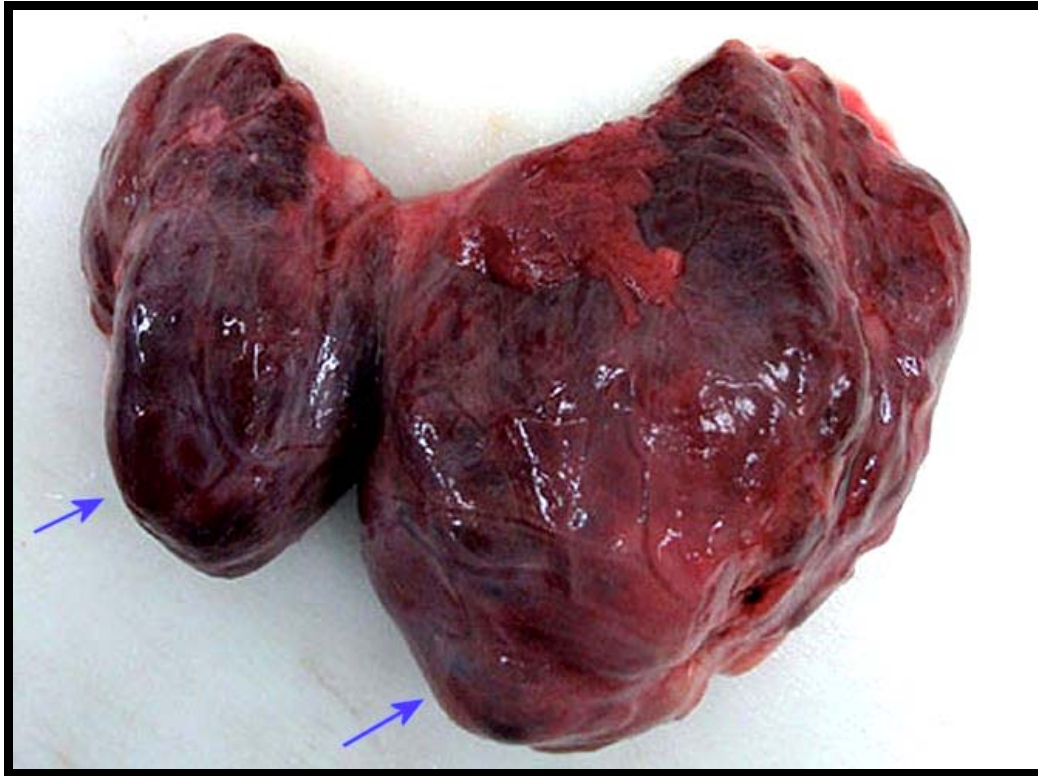


Hình 4: 1- Bó sợi collagen tăng sinh; 2- Bó sợi hyalin hóa.

TĂNG SẢN CỤC TUYẾN GIÁP (PHÌNH GIÁP LẺ TẺ)

Là loại bệnh lý tuyến giáp thường gặp nhất, xảy ra ở người trẻ, giới nữ nhiều hơn giới nam.

Đại thể: Tuyến giáp phình to, có nhiều cục; mặt cắt màu nâu, có những vùng xuất huyết hoặc hóa bục (hình 1).



Hình 1: Tuyến giáp phình to, có nhiều cục.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

1. Hiện tượng tăng sản tế bào nang giáp: nang giáp nhỏ, tế bào nang hình trụ thấp, tăng sinh tạo nhú.
2. Hiện tượng thoái hóa bục: nang giáp giãn rộng đầy chất keo, tế bào nang dẹt.
3. Hiện tượng xuất huyết, lắng đọng tinh thể cholesterol, đại thực bào ứ đọng hemosiderin.
4. Mô đệm thâm nhập limphô bào, tăng sinh mô sợi.

Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học tuyến giáp.

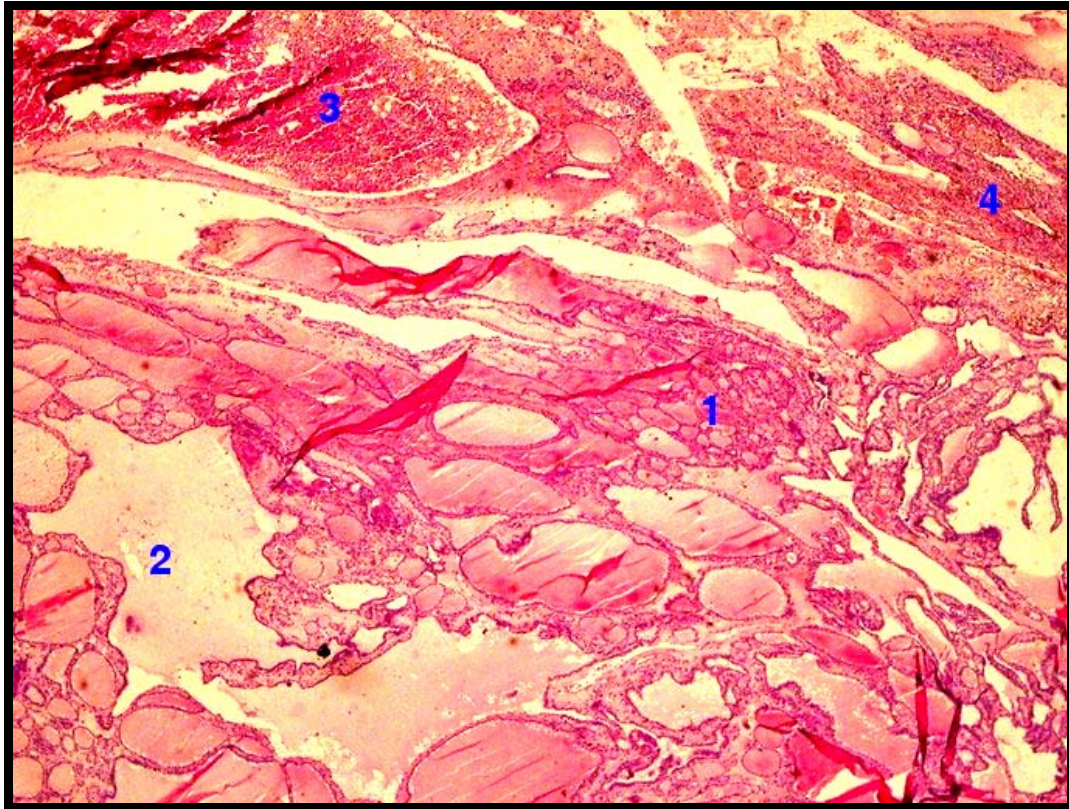
Với VK4, quan sát các vùng tăng sản tế bào nang giáp, vùng thoái hóa bục, vùng xuất huyết, vùng hóa sợi và thâm nhập limphô bào (hình 2).

Với VK 10 và 40, vùng tăng sản gồm các nang giáp kích thước nhỏ, tế bào nang giáp hình vuông hoặc trụ thấp; trong 1 số nang giáp, tế bào nang tăng sinh tạo nhú thò vào lòng nang (hình 3).

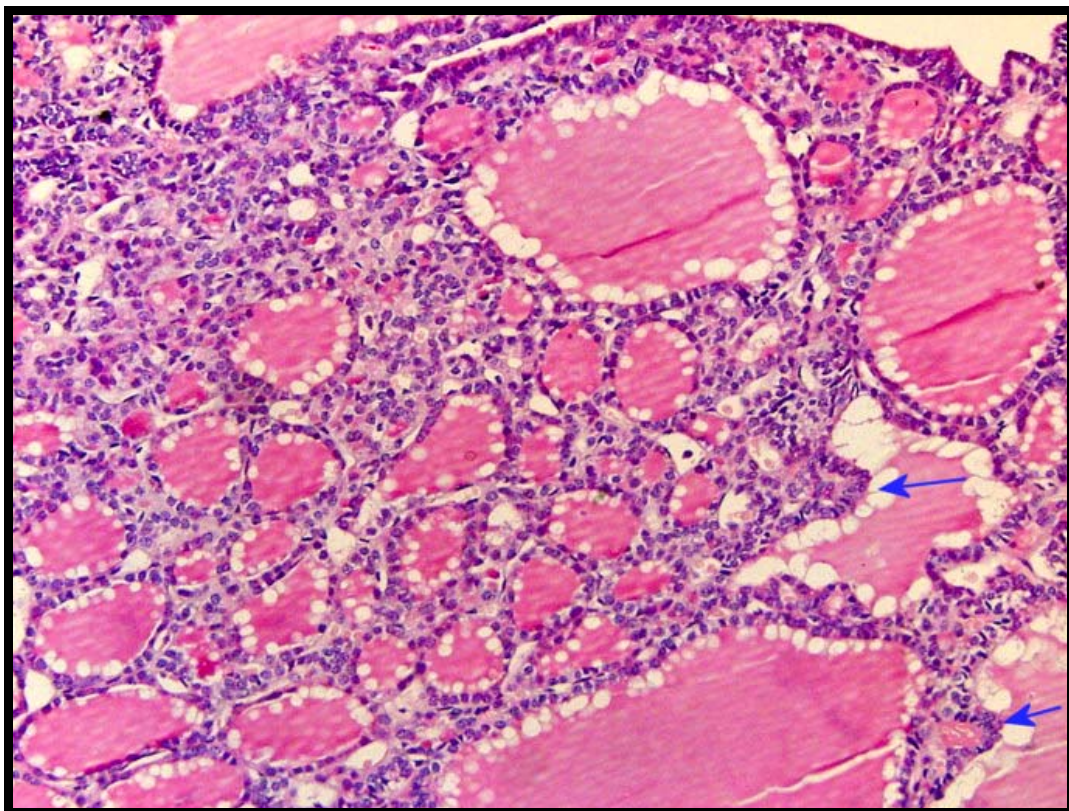
Ở vùng thoái hóa bục, nang giáp giãn rộng chứa đầy keo giáp, tế bào nang giáp có chỗ bị ép dẹt, lòng nang có thể chứa hồng cầu (do xuất huyết) và đại thực bào ứ đọng hemosiderin màu nâu trong bào tương (hình 4, 6).

Mô đệm giữa các nang giáp tăng sinh mô sợi, thâm nhập limphô bào (hình 5).

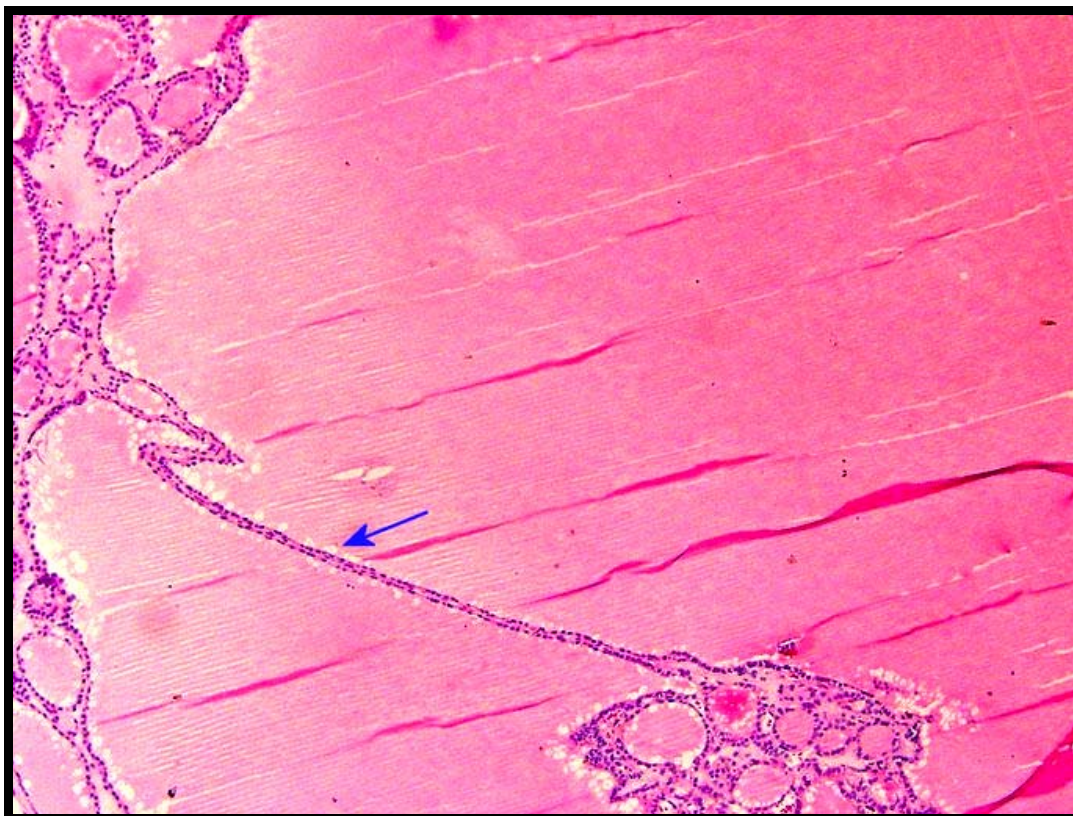
Cholesterol giải phóng từ màng tế bào chết lắng đọng thành các tinh thể hình kim trong mô đệm giữa các nang giáp (hình 6).



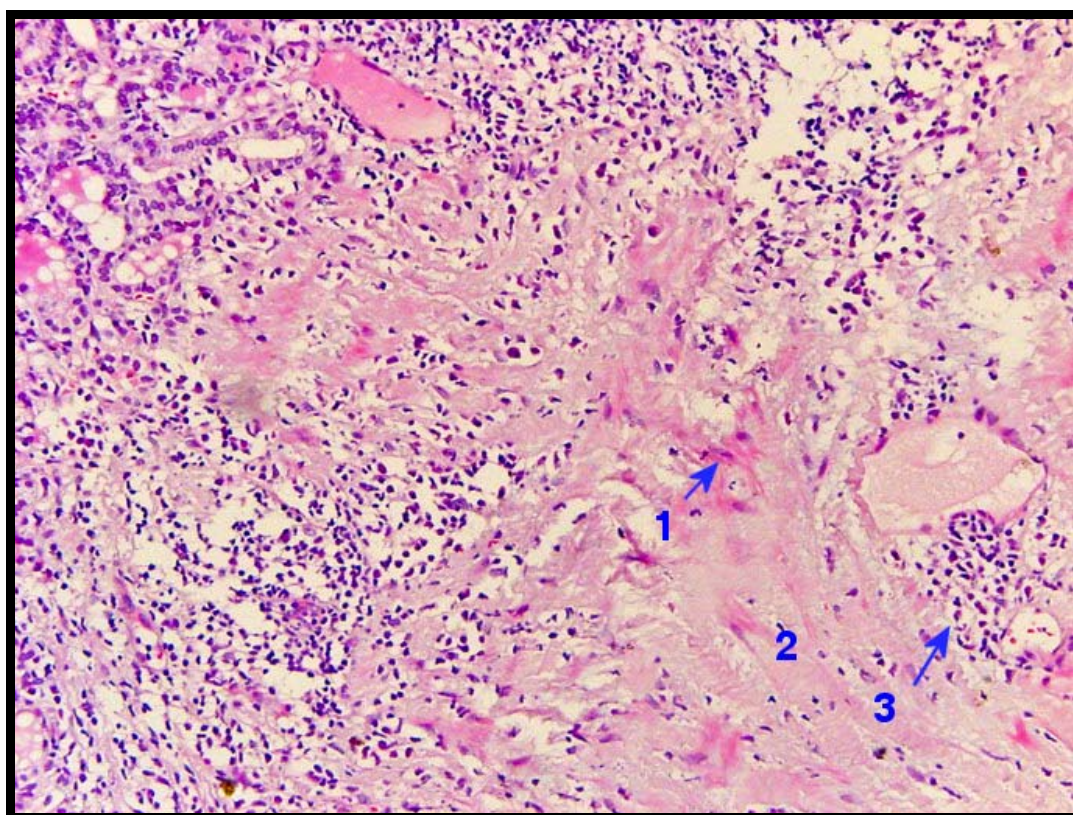
Hình 2: 1- Vùng tầng sản tế bào nang giáp; 2- Vùng thoái hóa bọng; 3- Vùng xuất huyết; 4- Vùng mô đệm thẩm nhập limphô bào.



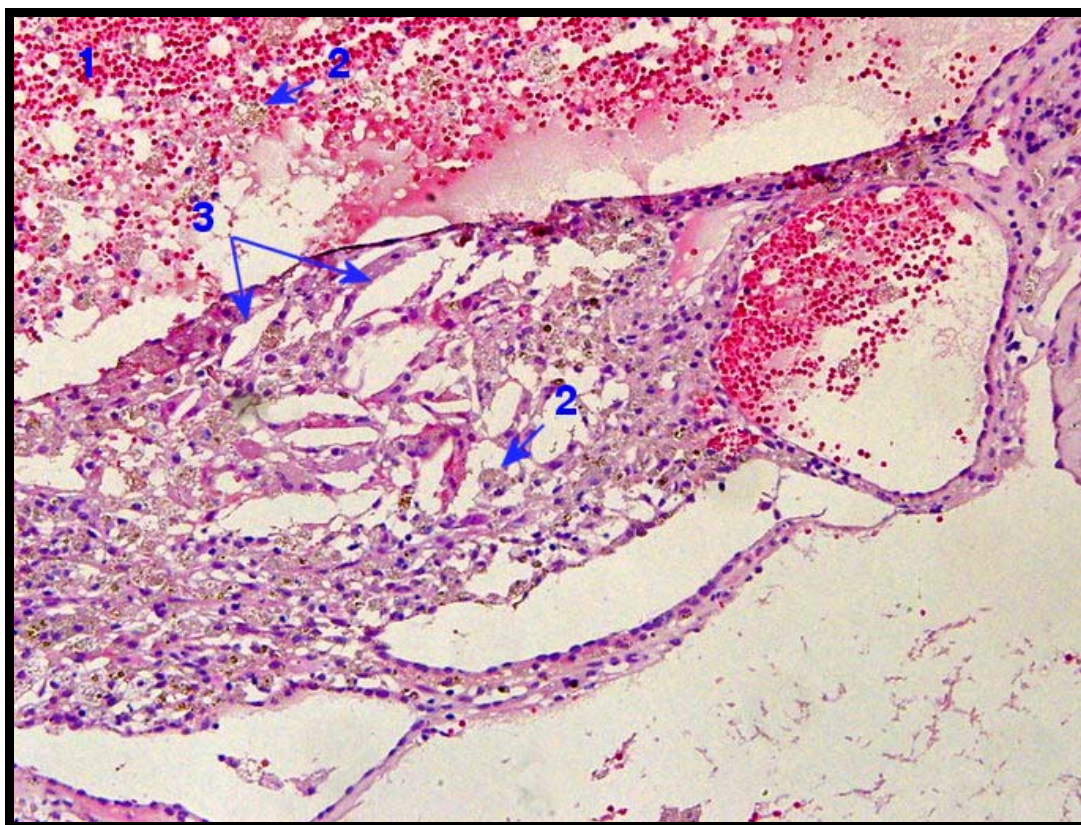
Hình 3: Vùng tầng sản với các nang giáp nhỏ, tế bào nang giáp hình vuông hoặc trụ thấp; trong 1 số nang giáp, tế bào nang tăng sinh tạo nhú thò vào lòng nang (mũi tên).



Hình 4: Hiện tượng thoái hóa bọc, nang giáp giãn rộng, chứa chất keo, tế bào nang giáp bị ép dẹt (mũi tên).



Hình 5: Mô đệm giữa các nang giáp tăng sinh mô sợi. 1- Nguyên bào sợi; 2- Sợi collagen; 3- Thấm nhập limphô bào .

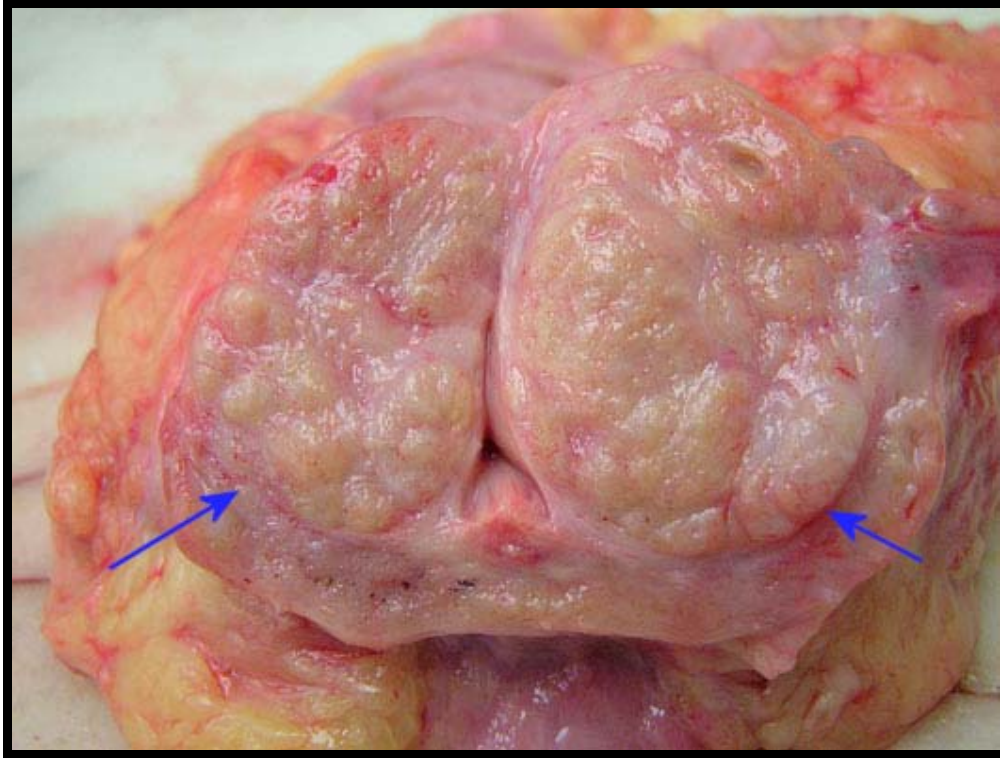


Hình 6: Hiện tượng xuất huyết trong lòng nang giáp. 1- Hồng cầu; 2- Đại thực bào ứ đọng hemosiderin; 3- Tinh thể cholesterol hình kim.

TĂNG SẢN CỤC TUYẾN TIỀN LIỆT

Thường gặp ở người trên 50 tuổi với xuất độ tăng dần theo tuổi tác; nguyên nhân chưa rõ nhưng chắc có vai trò của các nội tiết tố nam.

Đại thể: Tuyến tiền liệt tăng kích thước và trọng lượng, khoảng 60-100 gram; mặt cắt có nhiều cục tăng sản, tập trung ở vùng trung tâm, gây chèn ép niệu đạo (Hình 1)



Hình 1: Các cục tăng sản chèn ép niệu đạo ở chính giữa.

Vi thể:

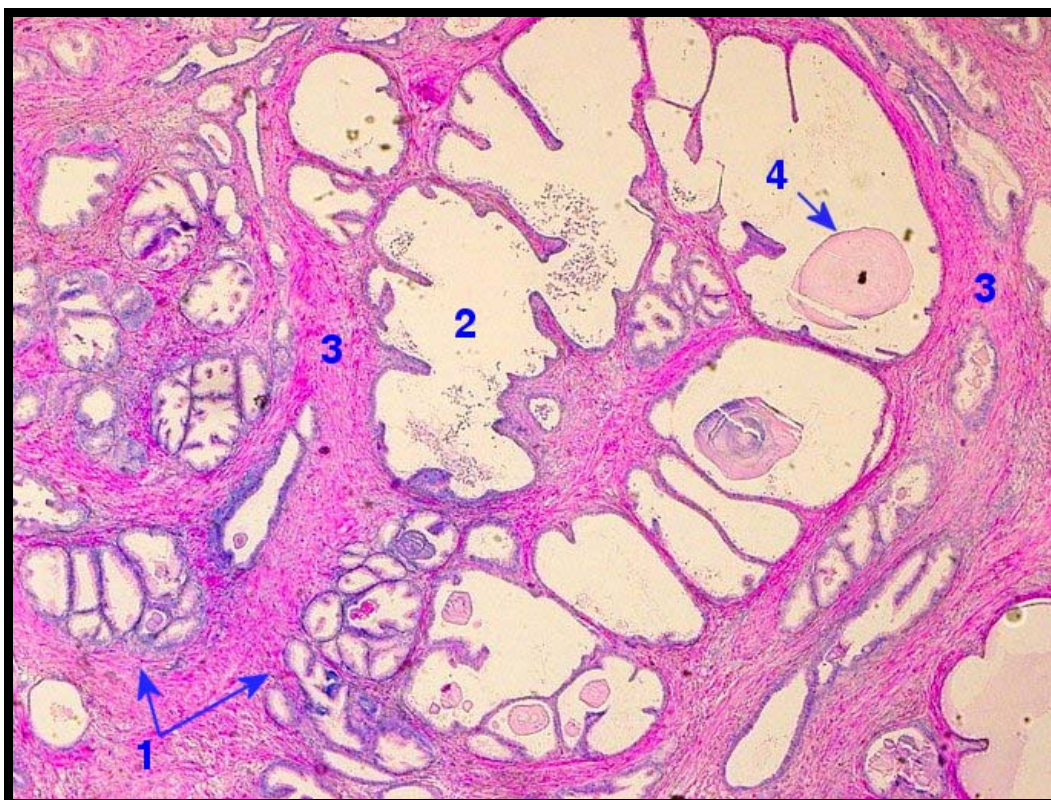
Mục tiêu cần tìm:

1. Tăng sản ống tuyến
2. Thể amylacea
3. Tăng sản mô đệm sợi - cơ trơn

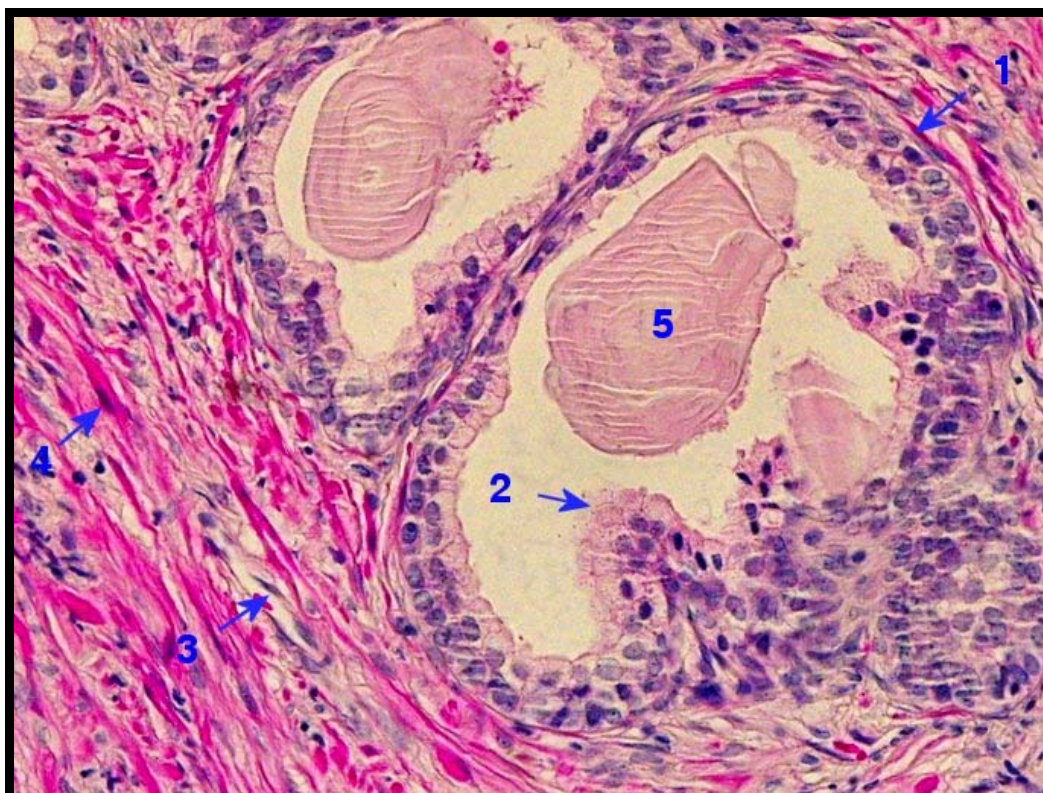
Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của tuyến tiền liệt

Quan sát tiêu bản với VK4, cục tăng sản được tạo bởi các tuyến ống túi (tubuloalveolar gland) tăng sinh, phân cách nhau bởi một mô đệm sợi và cơ trơn tăng sản (hình 2).

Với VK 10 và 40, các ống tuyến tăng sản có kích thước to nhỏ không đều, có ống tuyến giãn rộng thành bọc. Ống tuyến được lót bởi biểu mô gồm 2 lớp tế bào: tế bào đáy dẹt nằm dưới và tế bào chế tiết hình trụ ở bên trên; biểu mô tăng sinh tạo thành nhiều nhú thò vào lòng ống. Lòng ống tuyến thường chứa các thể amylacea hình tròn màu hồng lợt (là chất chế tiết bị cô đặc), một số thể amylacea bị lắng đọng canxi. Giữa các ống tuyến, có hiện tượng tăng sản mô đệm sợi- cơ trơn với sự gia tăng số lượng các nguyên bào sợi, sợi collagen và tế bào cơ trơn. Tế bào cơ trơn có nhân hình bầu dục, bào tương ái toan (hình 3).



Hình 2: 1- Các ống tuyến tăng sản; 2- Ống tuyến giãn thành bọc; 3- Mô đệm sợi - cơ trơn tăng sản; 4- Thể amylacea.

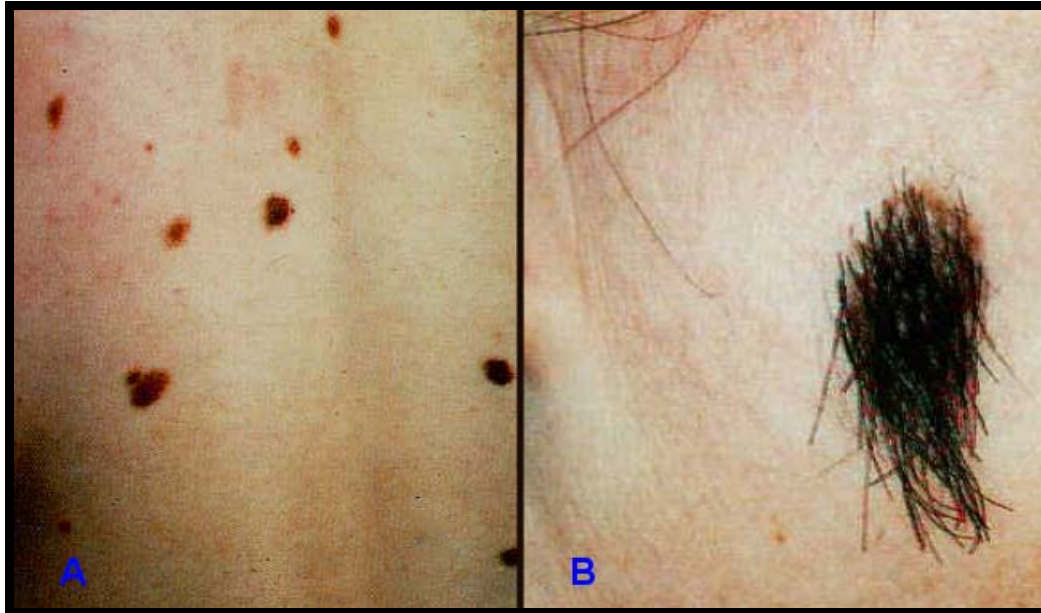


Hình 3: 1- Biểu mô ống tuyến gồm 2 lớp tế bào; 2- Biểu mô tăng sinh tạo nhú; 3- Nguyên bào sợi; 4- Tế bào cơ trơn; 5- Thể amylacea.

NÊVI NỘI BÌ

Là 1 loại u sắc tố lành tính rất thường gặp, xuất phát từ các hắc tố bào (melanocyte) trong lớp đáy biểu bì. U xuất hiện ngay lúc mới sinh hoặc khi đã vào độ tuổi thiếu niên.

Đại thể: U có dạng nốt sần hơi gồ trên mặt da, đường kính < 6mm, màu nâu, giới hạn rõ, có hoặc không có lông (hình 1).



Hình 1: A- Nêvi nội bì dạng sần hơi gồ lên trên da lưng; B- Nêvi nội bì có lông ở da má

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

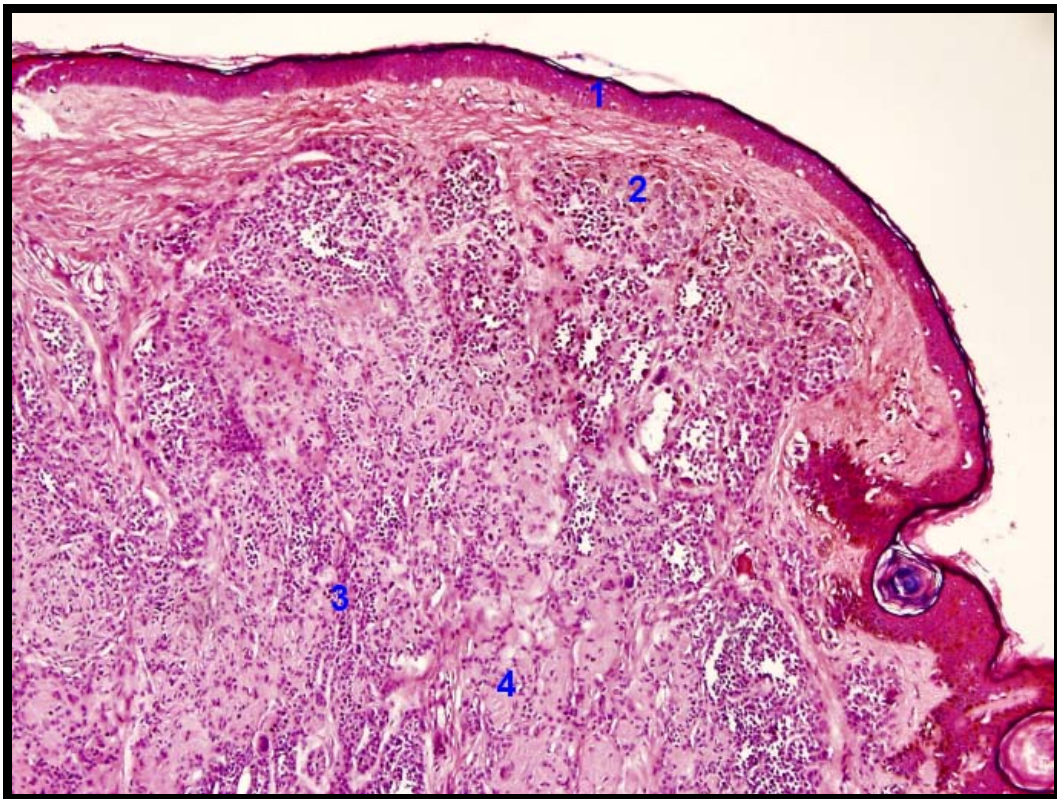
1. Các nêvi bào xếp thành đám nằm trong lớp bì.
2. Các đám nêvi bào ứ đọng sắc tố melanin ở lớp bì nông.
3. Các đám nêvi bào biệt hoá thành cấu trúc giống thể Meissner.
4. Phần phụ da bình thường: nang lông, tuyến bã, tuyến mồ hôi.

Quan sát tiêu bản với VK4, các nêvi bào hợp thành đám trong lớp bì của da, các đám nằm nông ngay dưới biểu bì thường bị ứ đọng nhiều sắc tố melanin trong bào tương, các đám nằm sâu không chứa sắc tố và thường biệt hoá theo hướng thần kinh (hình 2).

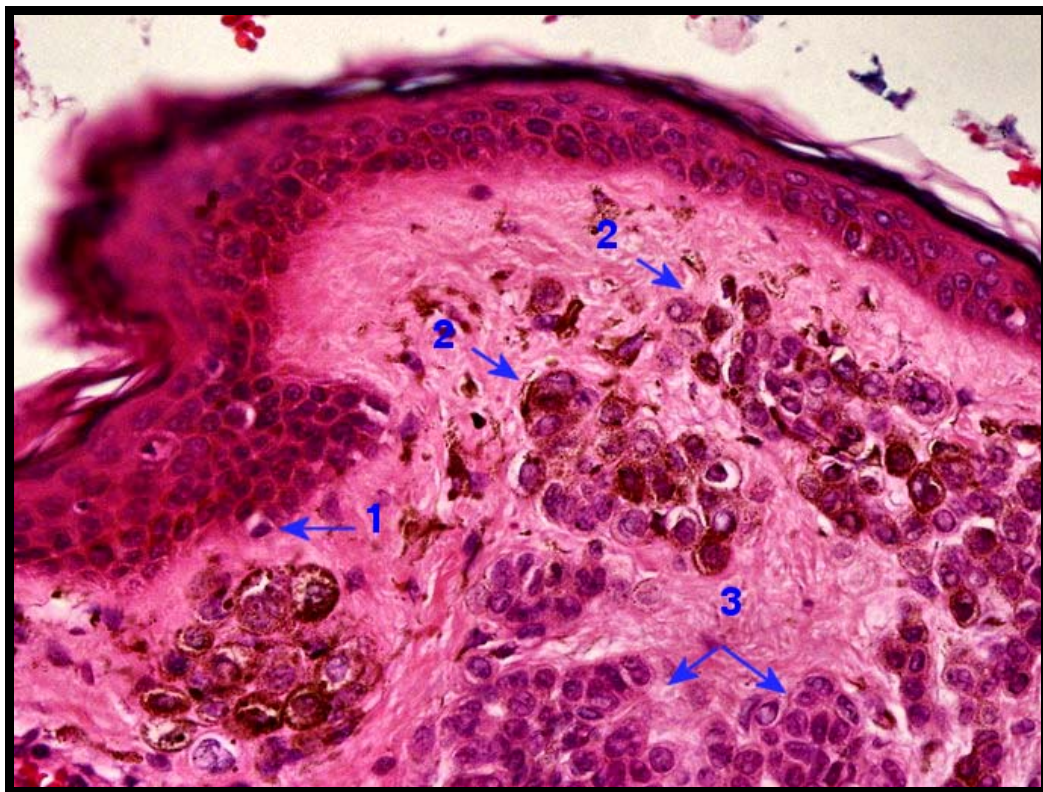
Với VK 10 và VK 40, quan sát các lớp của biểu bì, rải rác trong lớp đáy có các hắc tố bào bình thường với nhân tròn, bào tương sáng. Di chuyển xuống lớp bì nông, tức là phần nông của lớp bì ngay dưới biểu bì; có các nêvi bào hình tròn hoặc đa diện xếp thành đám, nhân tròn đậm màu nằm chính giữa tế bào, bào tương ứ đầy các hạt sắc tố melanin màu nâu. Trong lớp bì sâu, tức là phần sâu của lớp bì, cũng có các đám nêvi bào với hình dạng tương tự nhưng kích thước tế bào nhỏ hơn và bào tương không chứa melanin (hình 3).

Các nêvi bào trong lớp bì sâu có thể biệt hoá theo hướng thần kinh tạo ra cấu trúc giống thể Meissner (hình 4).

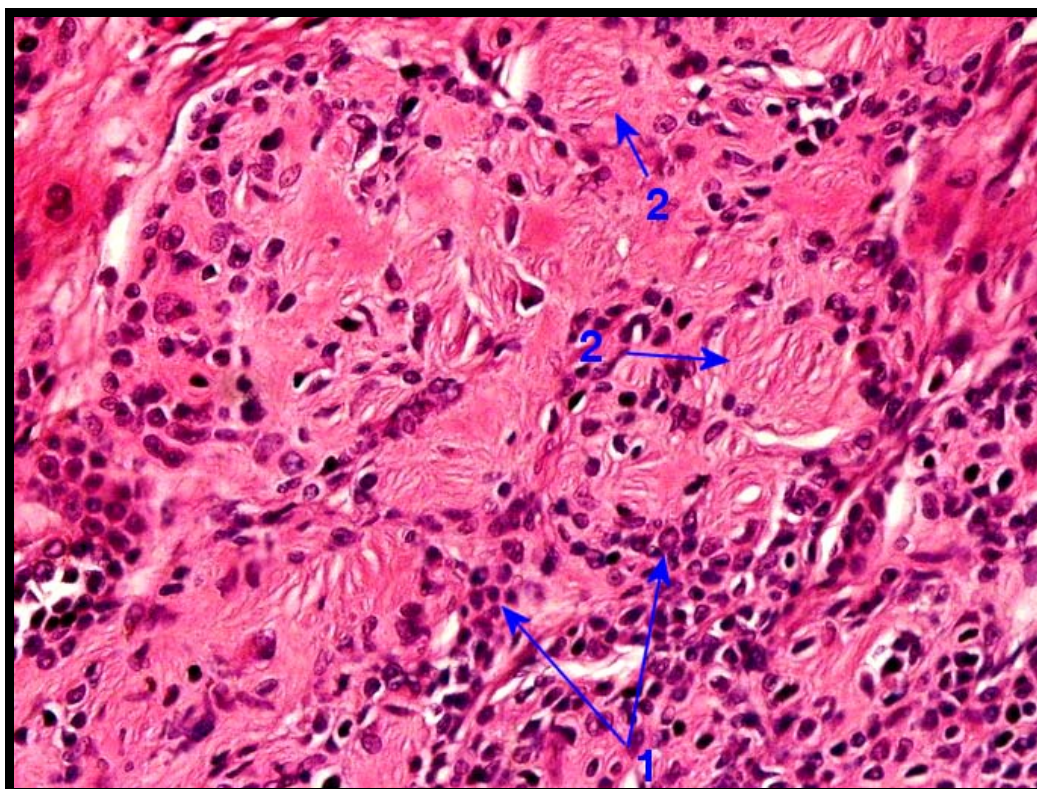
Ngoài ra, trong mô xung quanh u, còn thấy các phần phụ da bình thường như cấu trúc nang lông tuyến bã trong lớp bì; tuyến mồ hôi trong lớp hạ bì (hình 5).



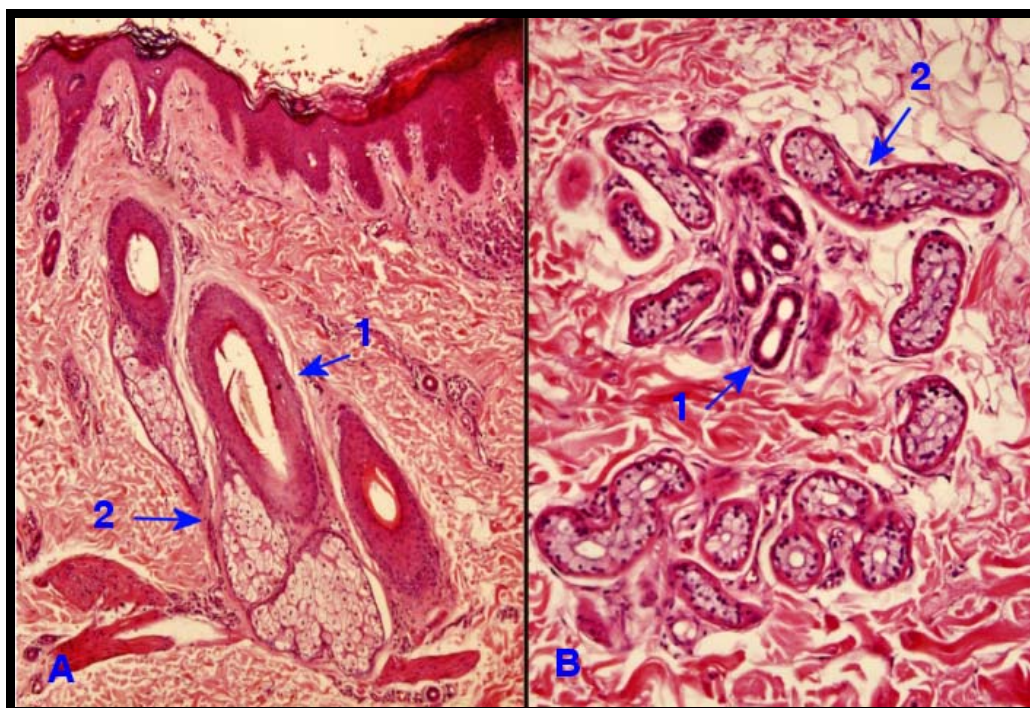
Hình 2: 1- Biểu bì; 2- Đám nêvi bào ứ đọng melanin; 3- Đám nêvi không ứ đọng melanin; 4- Các đám nêvi bào biệt hoá theo hướng thần kinh tạo cấu trúc giống thể Meissner.



Hình 3: 1- Hắc tố bào trong lớp đáy biểu bì; 2- Đám nêvi bào trong lớp bì nông ứ đọng sắc tố melanin; 3- Các nêvi bào trong lớp bì sâu có kích thước nhỏ hơn, bào tương không chứa sắc tố melanin.



Hình 4: 1- Đám nêvi bào không ứ đọng sắc tố melanin; 2- Đám nêvi bào biệt hoá thành cấu trúc giống thể Meissner.



Hình 5: A. 1- Nang lông; 2- Tuyến bã.

B. 1- Ống bài xuất tuyến mồ hôi; 2- Thành phần chế tiết của tuyến mồ hôi.

U NHÚ DA

Là một loại u lành tính của da, gồm các cấu trúc nhú tạo bởi biểu bì tăng sản bao quanh trực liên kết mạch máu. U nhú xảy ra ở mọi độ tuổi, trên bất kỳ vùng da nào của cơ thể.

Đại thể: U nhú da có đường kính 0,5 – 1 cm, nổi gồ trên mặt da, bề mặt nhô lên các nhú nhỏ (hình 1).



Hình 1: U nhú da tạo bởi các cấu trúc nhú, nhô lên trên bề mặt.

Vi thể:

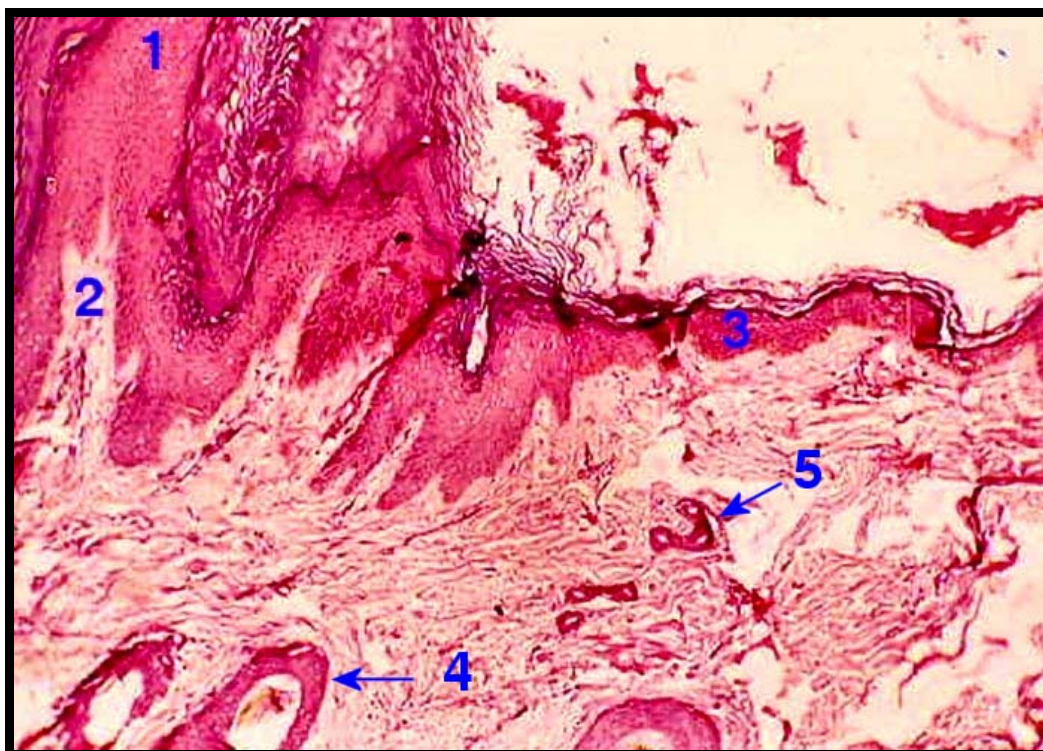
Mục tiêu cần tìm:

1. Nhú biểu bì
2. Biểu bì tăng sản
 - Hiện tượng tăng gai
 - Hiện tượng tăng sừng
3. Trực liên kết mạch máu

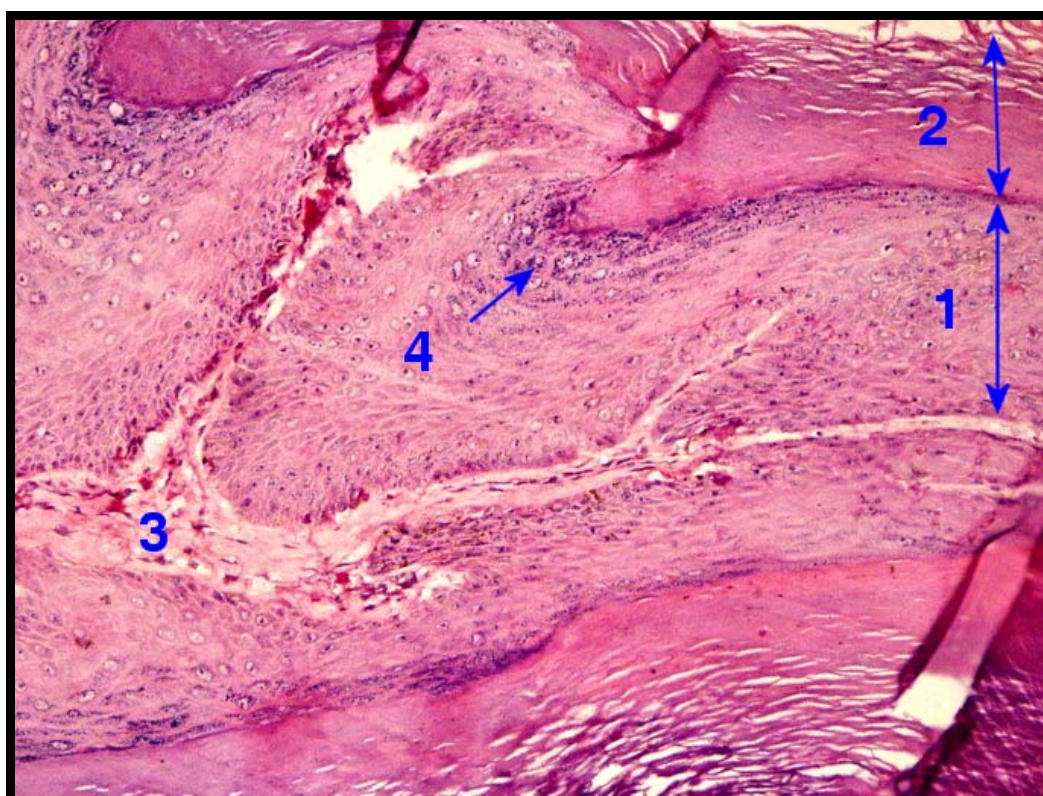
Quan sát tiêu bản với VK4, u tạo bởi các cấu trúc dạng nhú, gồm 1 biểu bì tăng sản (dày gấp 2-3 lần so với biểu bì của vùng da bình thường xung quanh), bao quanh 1 trực liên kết có chứa các mạch máu (hình 2).

Với VK 10 và VK 40, so sánh giữa biểu bì tăng sản của cấu trúc nhú và biểu bì của vùng da bình thường xung quanh để thấy rõ: Hiện tượng tăng gai với số lượng các lớp tế bào gai tăng lên gấp 2-3 lần, các tế bào gai có hình đa diện, nhân bầu dục nằm chính giữa, các tế bào được liên kết với nhau bằng cầu liên bào (desmosomes). Hiện tượng tăng sừng với lớp sừng dày hẳn lên, tạo bởi các vảy sừng ái toan nằm chồng chất lên nhau. Ngoài ra, số lượng các hạt keratohyalin trong lớp hạt cũng tăng rõ rệt. Trực liên kết mạch máu nằm giữa các cấu trúc nhú, tạo bởi 1 mô liên kết thưa gồm 1 ít nguyên bào sợi, sợi collagen và các mạch máu (hình 3).

Trong lớp bì, có thể thấy các phần phụ da bình thường như nang lông tuyến bã, tuyến mồ hôi (hình 2).



Hình 2: 1- Nhú biểu bì; 2- Trục liên kết mạch máu; 3- Biểu bì bình thường; 4- Nang lông; 5- Ống bài xuất tuyến mồ hôi.



Hình 3: 1- Hiện tượng tăng gai; 2- Hiện tượng tăng sừng; 3- Trục liên kết mạch máu; 4- Lớp hạt có số lượng hạt keratohyalin tăng lên.

U MỠ

Là loại u phần mềm lành tính thường gặp, xảy ra ở người lớn từ 40-60 tuổi. U lớn chậm, không gây triệu chứng, hình khối tròn, mềm, giới hạn rõ, di động, kích thước trung bình khoảng 3 cm, thường được tìm thấy trong mô dưới da của vùng cổ, lưng và vai.

Đại thể: U mỡ có vỏ bao sợi mỏng, mặt cắt vàng đồng nhất, mật độ mềm; mô chủ u được phân thành các tiểu thùy bởi các dải mô sợi (Hình 1)



Hình 1: U mỡ có vỏ bao, mặt cắt màu vàng đồng nhất; các dải mô sợi màu trắng phân chia mô chủ u thành nhiều tiểu thùy.

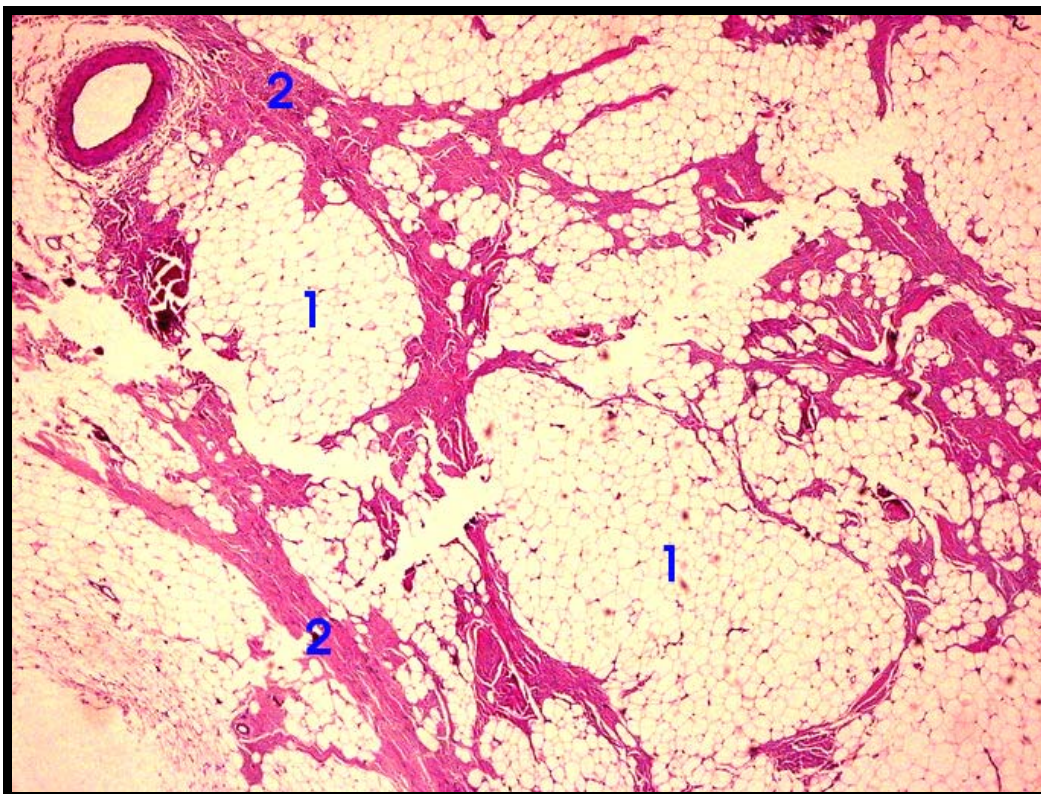
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

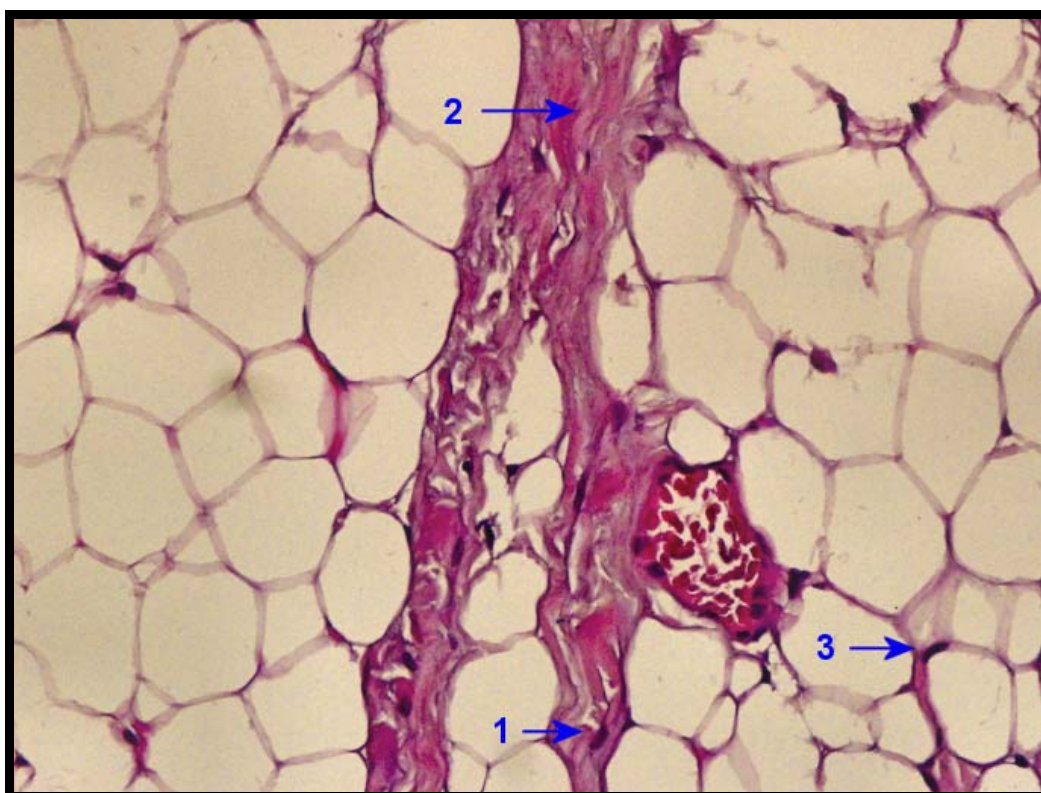
1. Các tế bào u có hình dạng giống tế bào mỡ trưởng thành.
2. Các tế bào sợi và các dải sợi collagen
3. Vỏ bao sợi mỏng

Quan sát tiêu bản với VK4, u có vỏ bao sợi mỏng bao bọc bên ngoài, bên trong là các tế bào u có hình dạng giống tế bào mỡ trưởng thành, kích thước đồng đều, sắp xếp thành các tiểu thùy. Giữa các tiểu thùy mỡ có các vách sợi gồm tế bào sợi, nguyên bào sợi và sợi collagen (hình 2).

Quan sát tế bào u với VK 40, bào tương chứa 1 không bào mỡ lớn, ép dẹt nhân ra ngoài vi (hình 3).



Hình 2: 1- Tiểu thùy mỡ; 2- Vách sợi

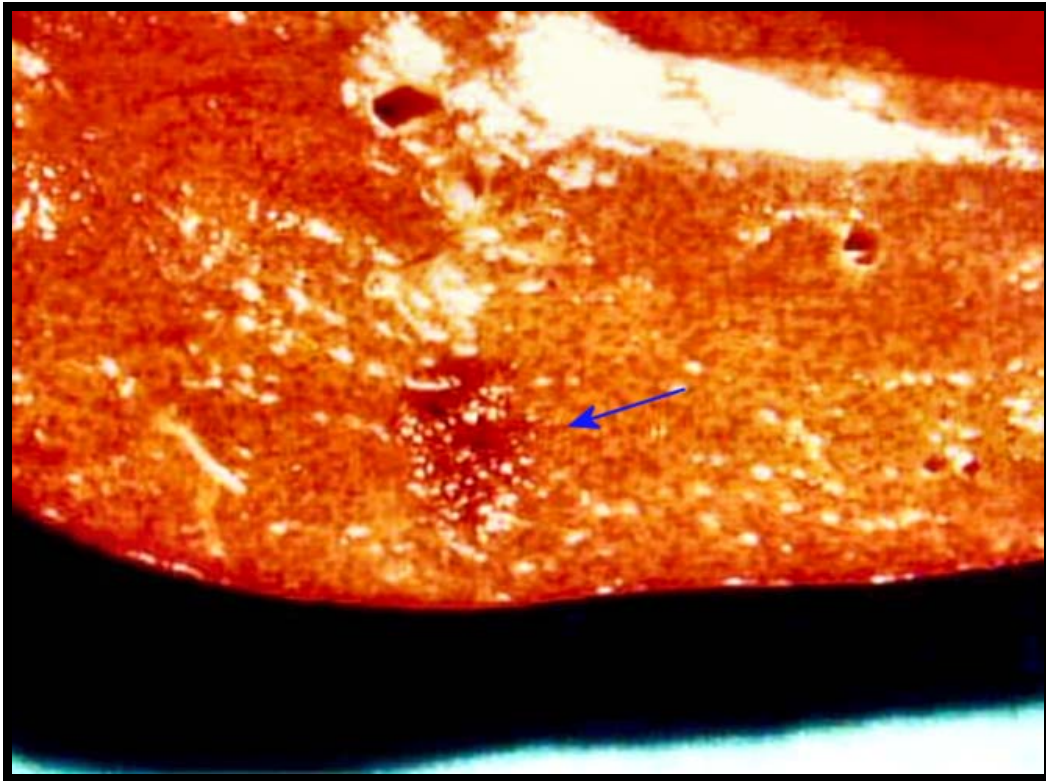


Hình 3: 1- Nguyên bào sợi; 2- Sợi collagen; 3- Tế bào mỡ có nhân bị ép dẹt.

U LÀNH MẠCH MÁU DẠNG HANG Ở GAN

Là loại u gan lành tính thường gặp nhất, xảy ra ở người lớn, giới nữ nhiều hơn giới nam. U thường nhỏ hơn 2 cm, nằm trong vùng nhu mô dưới bao gan. U ít có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, một số trường hợp có thể gây đau bụng; chỉ can thiệp phẫu thuật khi u lớn, có nguy cơ vỡ qua bao gan.

Đại thể: U có giới hạn rõ, mật độ mềm, mặt cắt cho thấy các khoang chứa máu (hình 1).



Hình 1: U lành mạch máu dạng hang có giới hạn rõ, màu đỏ, nằm dưới bao gan.

Vi thể:

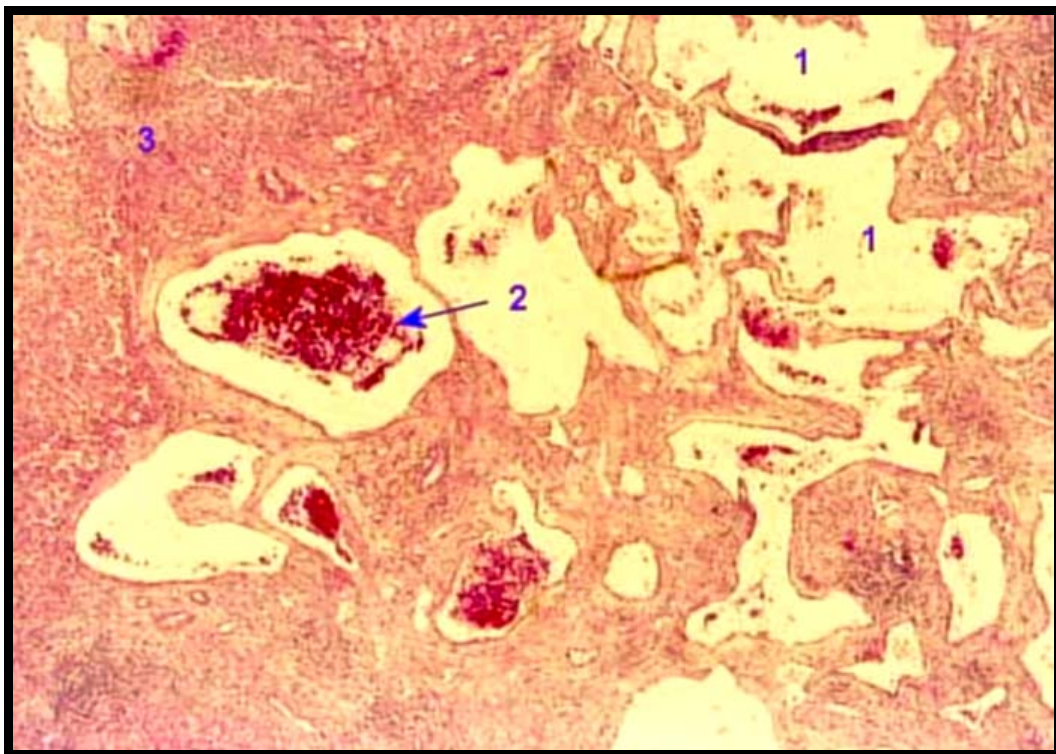
Mục tiêu cần tìm:

1. Các mạch máu dẫn rộng, dạng hang, chứa đầy máu, lót bởi tế bào nội mô dẹt.
2. Tiểu thùy gan bình thường; thấm nhập tế bào viêm mãn tính trong khoảng cửa

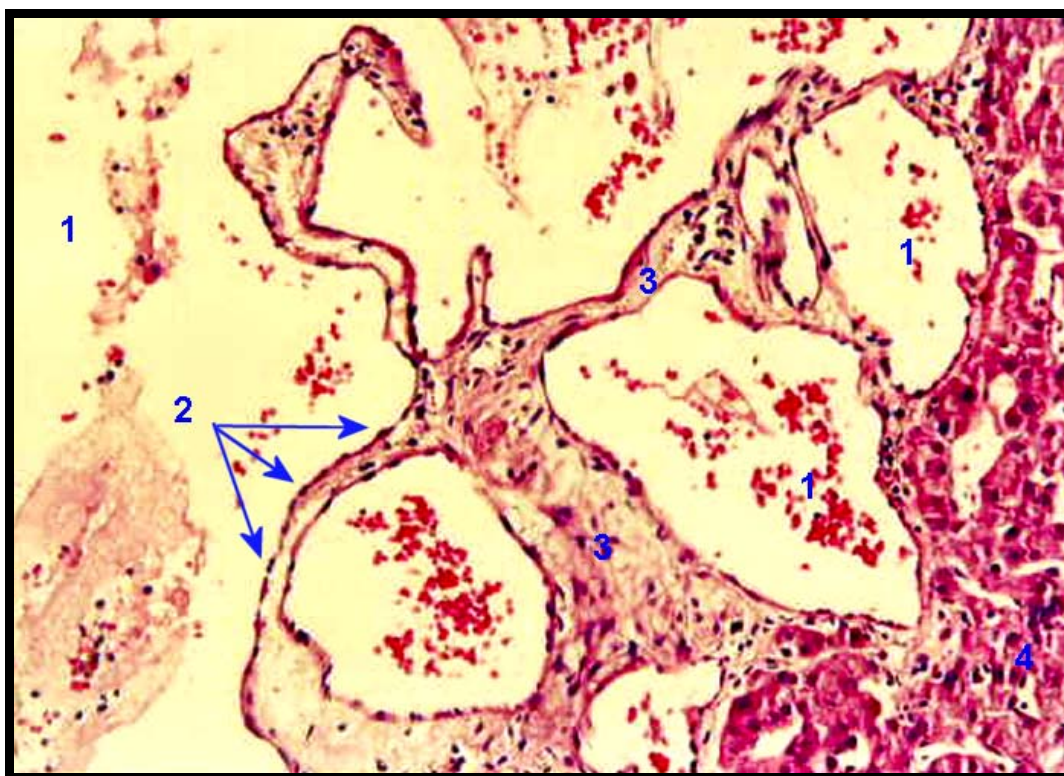
Quan sát tiêu bản với VK4, u nằm trong nhu mô gan, tạo bởi các mạch máu dẫn rộng dạng hang, lòng mạch chứa đầy hồng cầu (hình 2).

Với VK 10 và VK 40, các mạch máu dạng hang thông nối ngoằn ngoèo, ngăn cách nhau bằng 1 vách sợi mỏng; thành mạch được lót bởi một lớp tế bào nội mô dẹt. U không có vỏ bao sợi ngăn cách với mô gan xung quanh (hình 3).

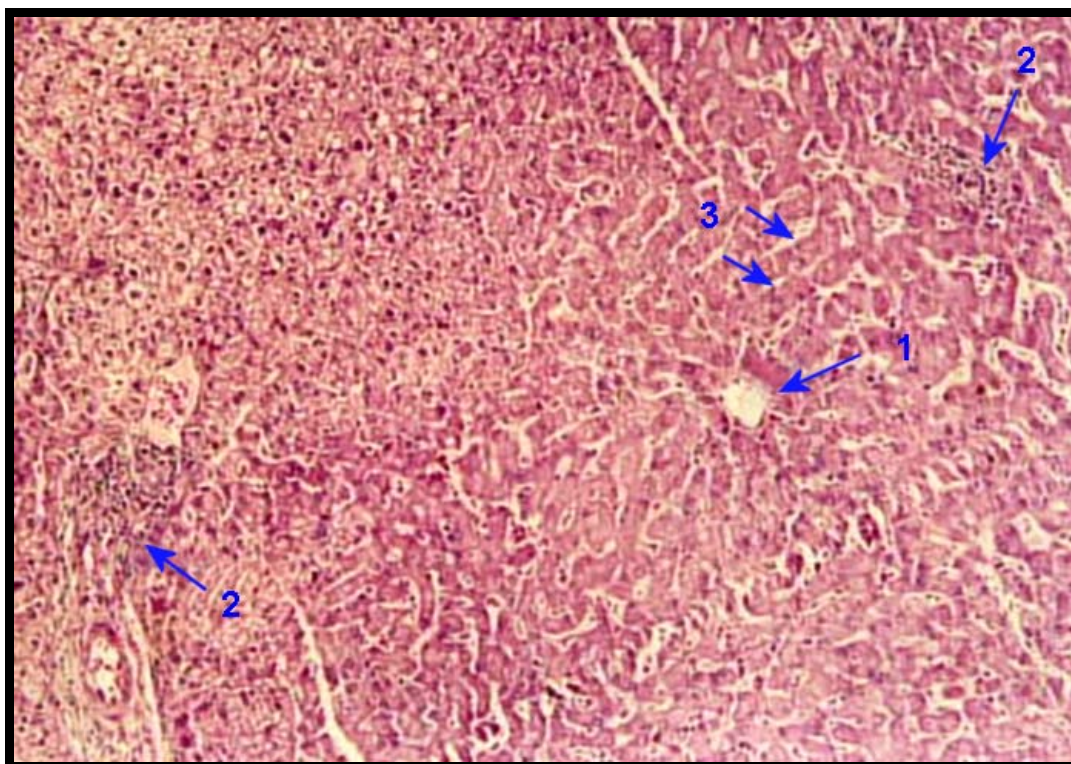
Mô gan quanh u gồm các tiểu thùy gan bình thường với các bè tế bào gan, tĩnh mạch trung tâm tiểu thùy và khoảng cửa; có một ít tế bào viêm mãn tính thấm nhập trong khoảng cửa (hình 4).



Hình 2: 1- Các mạch máu dẫn rộng dạng hang; 2- Hồng cầu trong lòng mạch;
3- Mô gan bình thường.



Hình 3: 1- Lòng mạch chứa hồng cầu; 2- Tế bào nội mô dẹt; 3- Vách sợi mỏng;
4- Mô gan bình thường.



Hình 4: 1. Tĩnh mạch trung tâm tiểu thùy gan; 2- Khoảng cửa thẩm nhập limphô bào;
3- Các bè tế bào gan.

CARCINÔM TẾ BÀO GAI CỦA DA

Là loại ung thư thường gặp ở người lớn tuổi, giới nam nhiều hơn giới nữ, trên vùng da lộ ra ánh sáng mặt trời. Ung thư xuất phát từ các tế bào biểu mô có khả năng tăng sinh của lớp đáy; chuyển dạng ác tính, tăng sinh và biệt hóa theo hướng tế bào gai. Khi ung thư còn trong giai đoạn tại chỗ, tổn thương có dạng một dát đỏ đóng vảy trên da. Khi ung thư đã xâm nhập qua màng đáy, tổn thương có dạng chồi sùi, loét hoặc thâm nhiễm cứng.

Đại thể: Carcinôm tế bào gai xâm nhập của da thường có dạng chồi sùi, loét hoặc thâm nhiễm, bề mặt đóng nhiều vảy sừng màu trắng; đường kính 1-2 cm (Hình 1)



Hình 1: A- Carcinôm tế bào gai dạng chồi sùi. Đóng vảy trắng; B- Dạng loét thâm nhiễm.

Vi thể:

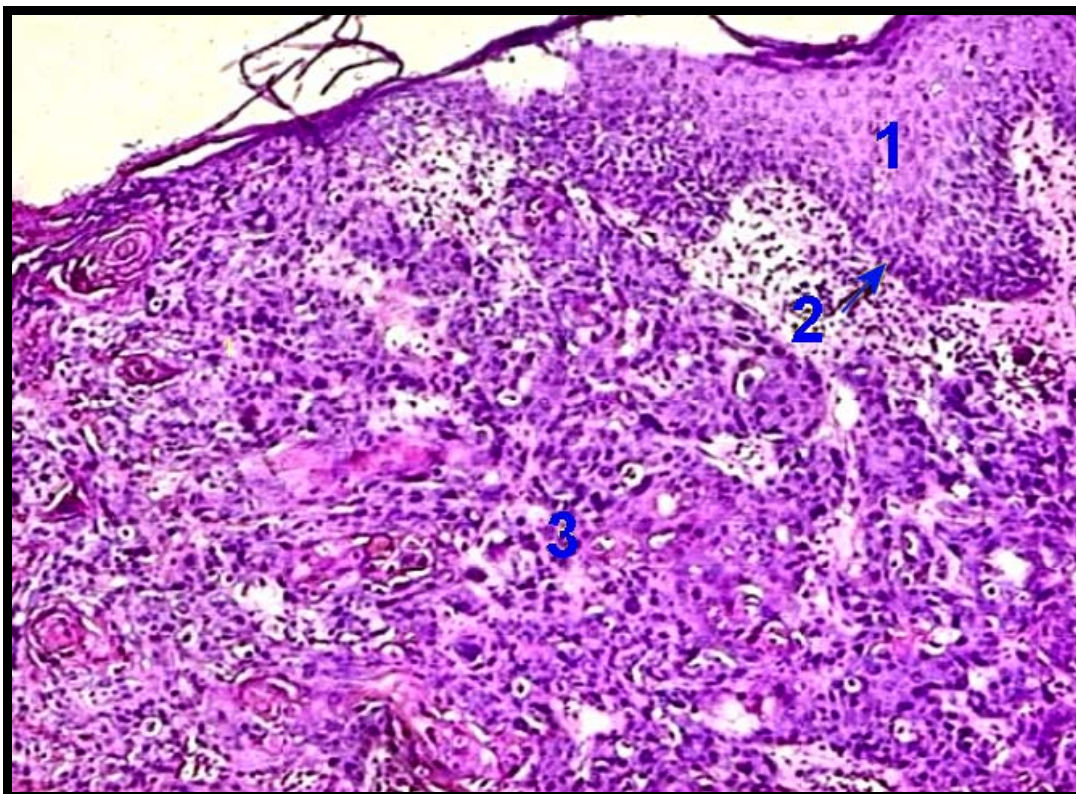
Carcinôm tế bào gai xâm nhập của da thường thuộc loại biệt hóa tốt, tạo được cầu sừng; tế bào ung thư có bào tương ái toan, liên kết nhau bằng cầu liên bào.

Mục tiêu cần tìm:

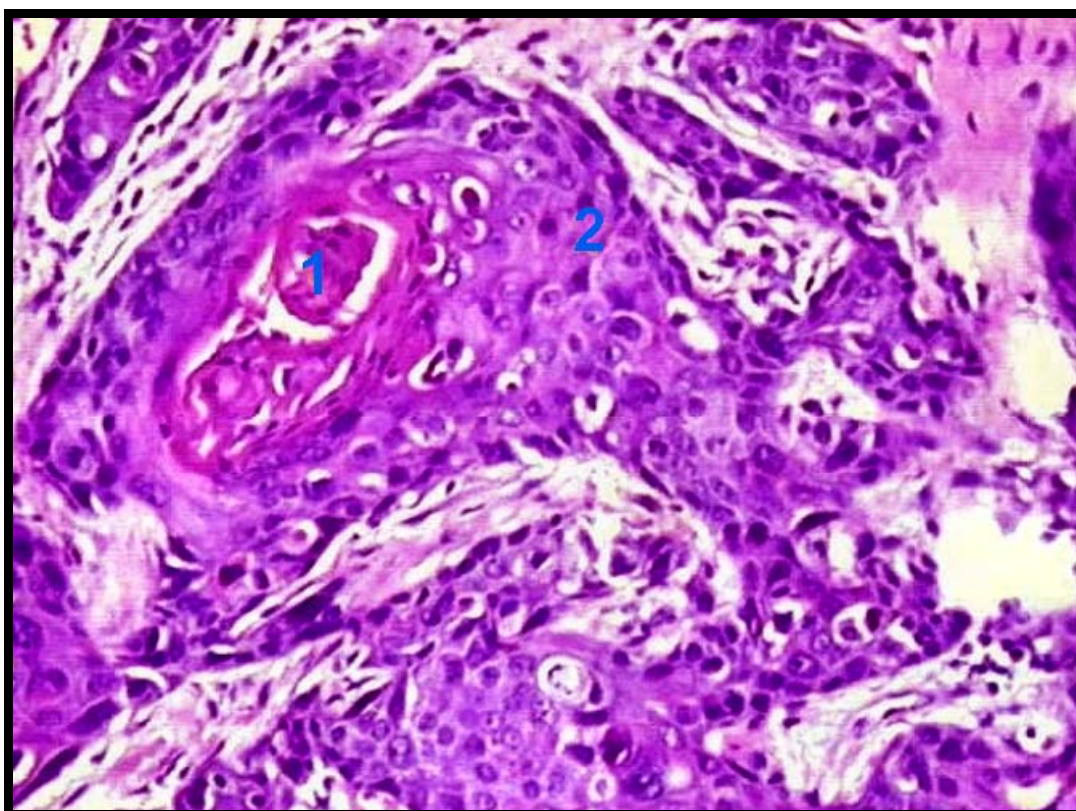
1. Đám tế bào gai ung thư xâm nhập mô đệm.
2. Carcinôm tế bào gai biệt hoá tốt: tạo cầu sừng, cầu liên bào.

Với VK4, quan sát vùng da bình thường quanh u, gồm biểu bì với lớp đáy, các lớp gai trung gian, lớp hạt và lớp sừng; bên dưới màng đáy là lớp bì thấm nhập một ít tế bào viêm. Chuyển sang vùng u, các đám tế bào gai ung thư đã xâm nhập sâu xuống lớp bì (hình 2).

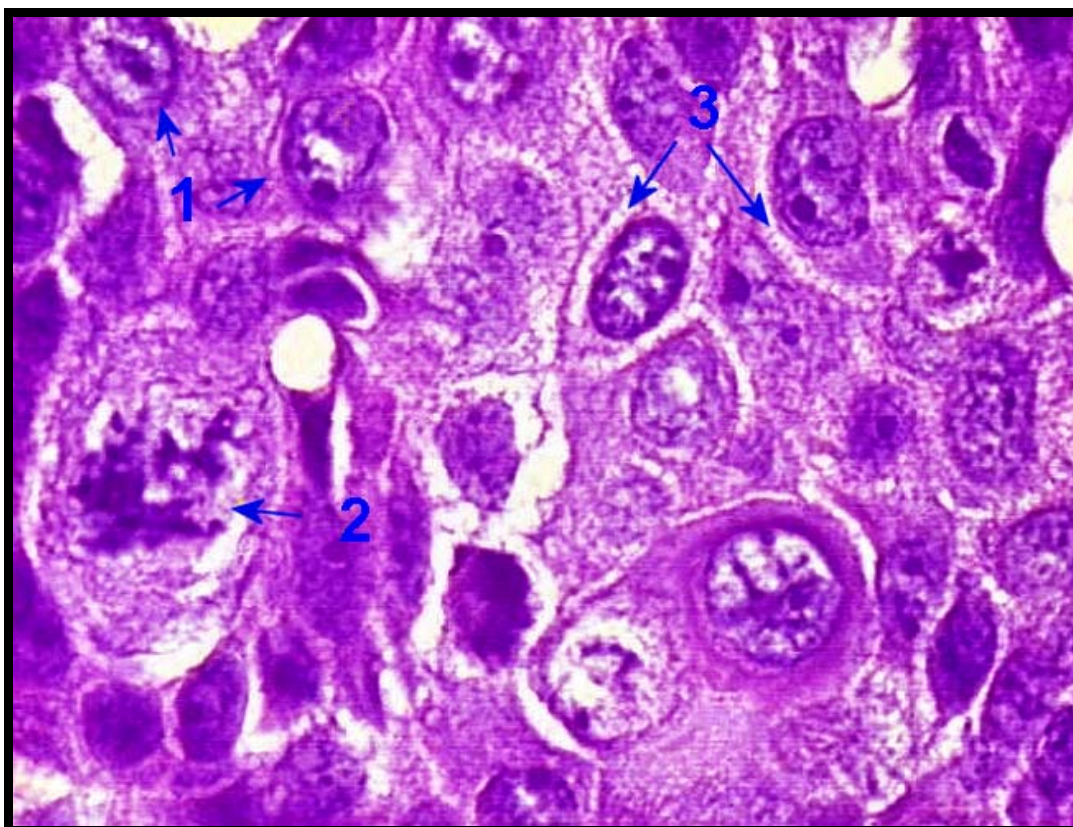
Với VK 10 và VK 40, các đám tế bào gai ung thư có nhân dị dạng, tăng sắc, to nhỏ không đều; hạch nhân lớn; tỉ lệ phân bào tăng và có một số phân bào bất thường. Đa số carcinôm tế bào gai của da thuộc loại biệt hóa tốt nên giữa các đám tế bào gai ung thư có các cầu sừng ái toan, là một cấu trúc gồm các vảy sừng cuộn lại với nhau. Các tế bào ung thư có bào tương ái toan, liên kết với nhau bằng các cầu liên bào (hình 3, 4).



Hình 2: 1- Biểu bì bình thường; 2- Màng đáy; 3- Các đám tế bào gai ung thư xâm nhập.



Hình 3: 1- Cầu sừng; 2- Đám tế bào gai ung thư.

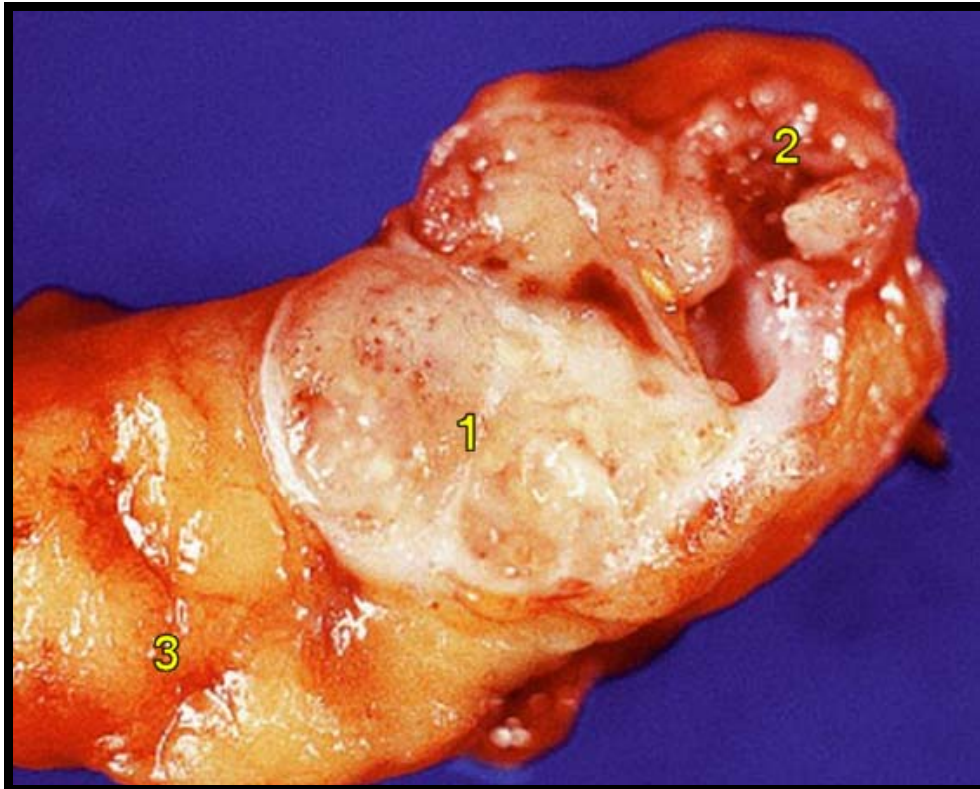


Hình 4: 1- Nhân dị dạng, hạch nhân lớn; 2- Phân bào bất thường; 3- Cầu liên bào.

CARCINÔM TẾ BÀO GAI DI CĂN HẠCH

Carcinôm tế bào gai của da, hốc miệng, thanh quản, thực quản, cổ tử cung,... một khi đã chuyển sang giai đoạn xâm nhập đều có thể chui vào mạch bạch huyết trong mô đệm để cho di căn đến các hạch vùng.

Đại thể: Hạch di căn tăng kích thước; mật độ cứng chắc hoặc mềm tùy theo mức độ tăng sinh mô sợi và hoại tử trong hạch; vỏ bao hạch có thể còn nguyên vẹn hoặc đã bị phá vỡ; mặt cắt đa dạng do có các ổ xuất huyết, hoại tử và thoái hóa bọng (hình 1)



Hình 1: 1- Ổ ung thư di căn; 2- Thoái hóa bọng; 3- Nhu mô hạch bình thường.

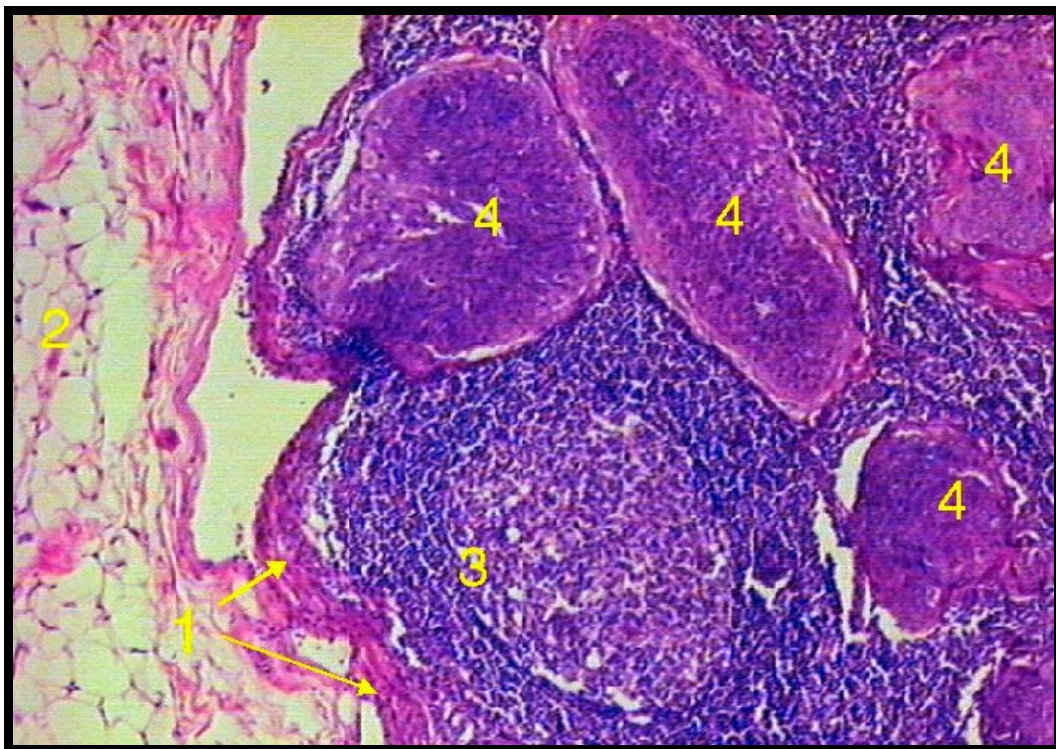
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

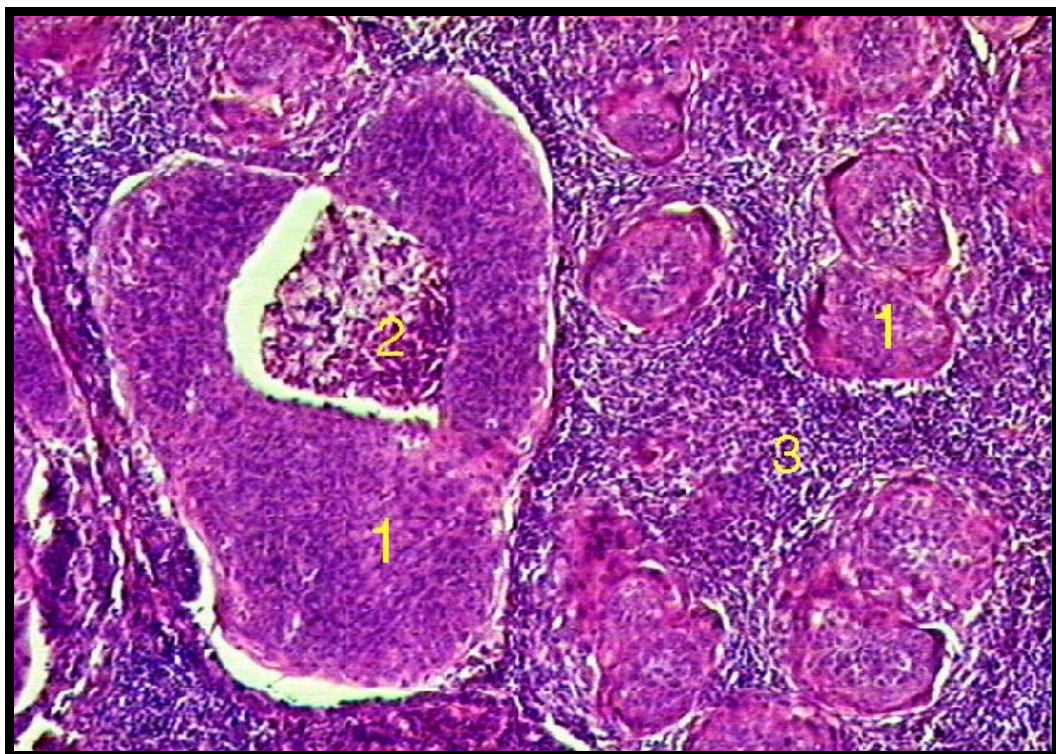
1. Đám tế bào gai ung thư biệt hóa vừa, xâm nhập phá hủy nhu mô hạch.
2. Hiện tượng hoại tử trung tâm.
3. Nhu mô hạch còn sót lại.

Quan sát tiêu bản với VK4, dưới vỏ bao hạch là các đám tế bào gai ung thư có kích thước khác nhau, đang xâm nhập phá hủy nhu mô hạch; nhưng vẫn còn thấy vài nang limphô thứ cấp của vùng vỏ hạch còn sót lại (hình 2). Ở các đám tế bào ung thư lớn, có hiện tượng hoại tử trung tâm do thiếu dinh dưỡng (hình 3).

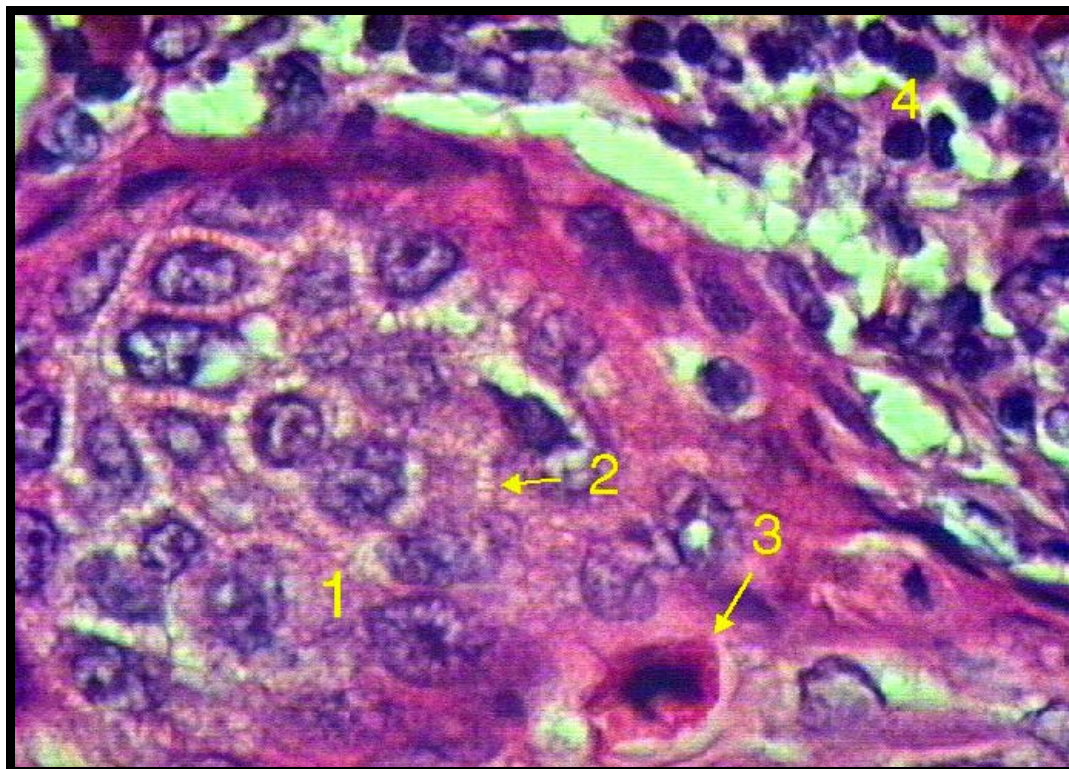
Với VK 40, do ung thư di căn thuộc loại carcinôm tế bào gai biệt hóa vừa, vì vậy các tế bào ung thư có nhân dị dạng, hạch nhân lớn, bào tương ái toan; liên kết với nhau bằng cầu liên bào nhưng không tạo được cầu sừng. Tỷ lệ phân bào tăng và có những hình ảnh phân bào bất thường; các phân bào bất thường này làm tế bào chết, không hoàn tất được quá trình phân bào (hình 4).



Hình 2: 1- Vỏ bao hạch; 2- Mô mỡ quanh hạch; 3- Nang limphô thứ cấp;
4- Các đám tế bào gai ung thư xâm nhập phá hủy nhu mô hạch.



Hình 3: 1- Các đám tế bào gai ung thư xâm nhập phá hủy nhu mô hạch; 2- Hoại tử trung tâm; 3- Nhu mô hạch còn lại.



Hình 4: 1- Đám tế bào gai ung thư; 2- Cầu liên bào; 3- Phân bào bất thường (tế bào chết); 4- Nhu mô hạch còn lại.

CARCINÔM TẾ BÀO ĐÁY CỦA DA

Là 1 loại ung thư da thường gặp ở người trên 50 tuổi, trên vùng da lộ ra ánh sáng mặt trời. Ung thư xuất phát từ các tế bào biểu mô lớp đáy của da, tăng sinh biệt hóa theo hướng tế bào đáy. U lớn chậm, có khả năng xâm nhập phá hủy tại chỗ rất mạnh nhưng hiếm khi cho di căn (tỉ lệ di căn thấp hơn 1/10.000). Trong quá trình xâm nhập, các hắc tố bào bình thường cũng bị kéo theo, sản xuất melanin làm cho u có màu nâu đen, có thể gây nhầm lẫn với melanôm.

Đại thể: Ung thư có dạng nốt cục, màu nâu đen, thường có loét ở giữa, đường kính 1- 2 cm. Ung thư phát triển phá hủy dần toàn bộ cấu trúc bên dưới do tế bào u có khả năng xâm nhập rất mạnh (hình 1).



Hình 1: A- Carcinôm tế bào đáy ở da góc ngoài mắt, dạng nốt cục màu đen, có loét chính giữa; B- Ung thư xâm nhập phá hủy các cấu trúc bên dưới da mặt.

Vi thể:

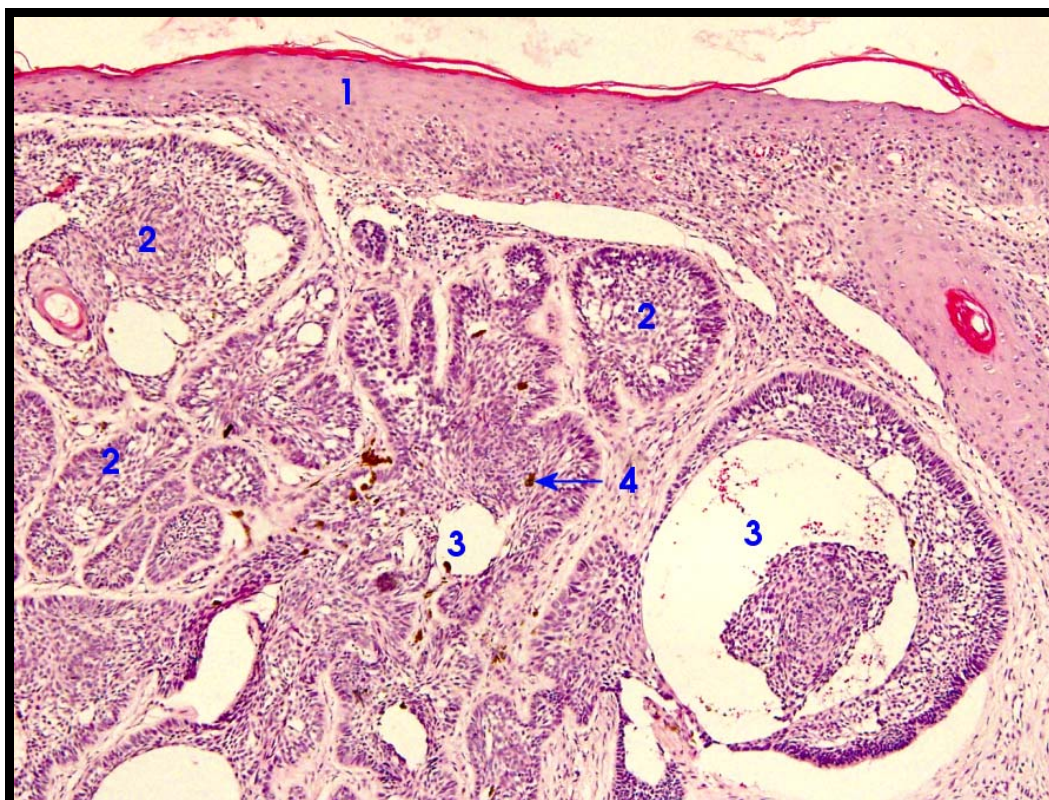
Mục tiêu cần tìm:

1. Đám tế bào đáy ung thư.
2. Hiện tượng xếp hàng rào.
3. Thoái hóa bọc.
4. Sắc tố melanin.
5. Các phần phụ bình thường của da : nang lông, tuyến bã, tuyến mồ hôi.

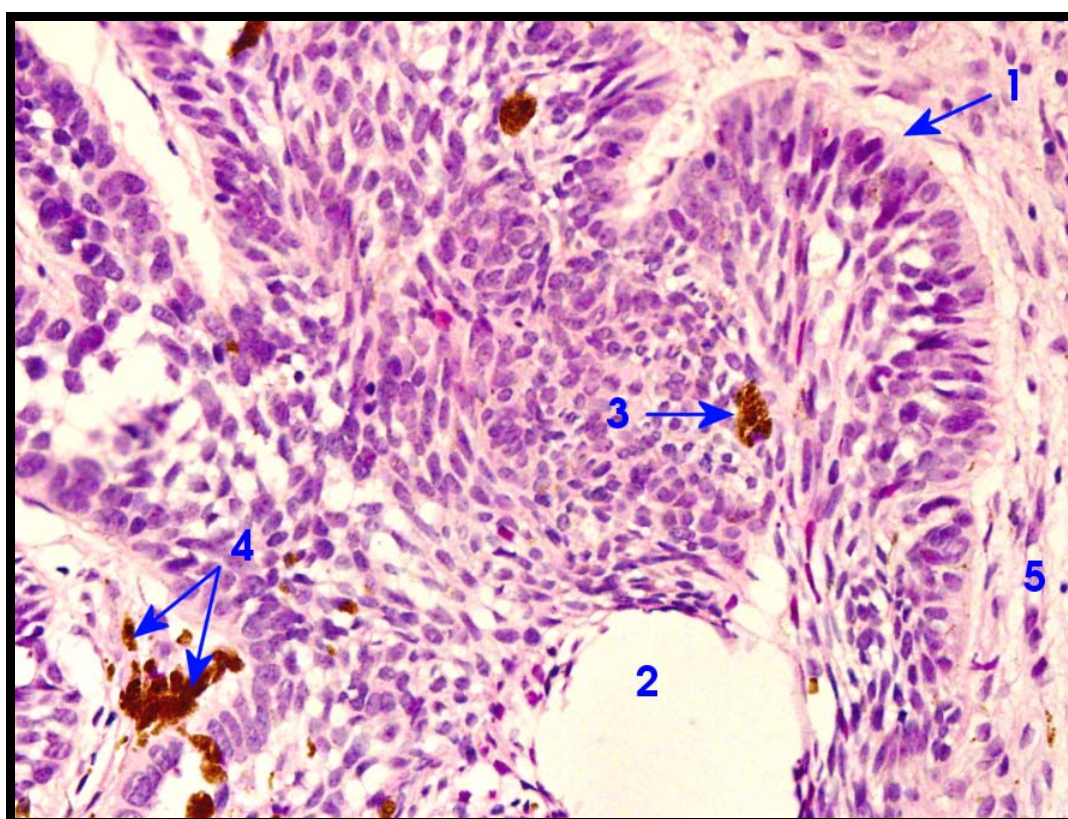
Quan sát tiêu bản với VK4, lớp biểu bì tương đối bình thường nhưng trong lớp bì có nhiều đám tế bào đáy ung thư xâm nhập kích thước khác nhau; các đám lớn thường bị thoái hóa bọc ở chính giữa; một số đám có chứa sắc tố melanin màu nâu đậm (hình 2).

Ở VK 10 và VK 40, các đám tế bào đáy ung thư được tạo bởi các tế bào u tương đối đồng dạng giống tế bào lớp đáy biểu bì với nhân hình tròn hoặc bầu dục bắt màu tím đậm, bào tương ít; nhân của các tế bào ở ngoài rìa xếp song song, tạo nên hình ảnh xếp hàng rào. Hiện tượng thoái hóa bọc ở các đám lớn là do tế bào u bị hoại tử hoặc tách rời nhau; trong lòng bọc có chứa 1 chất giống chất căn bản liên kết (không thấy rõ trên tiêu bản). Các hắc tố bào bị kéo theo đám tế bào ung thư sản xuất ra melanin, sắc tố này được thấy trong bào tương các tế bào ung thư hoặc trong các đại thực bào của mô đệm. Giữa các đám tế bào ung thư là mô đệm gồm các sợi collagen, nguyên bào sợi, đại thực bào (hình 3).

Ngoài ra, trong mô quanh u còn có các phần phụ da bình thường như nang lông, tuyến bã, tuyến mồ hôi.



Hình 2: 1- Biểu bì bình thường; 2- Các đám tế bào đáy ung thư xâm nhập trong lớp bì; 3- Thoái hóa bọc; 4- Sắc tố melanin.



Hình 3: 1- Hiện tượng xếp hàng rào; 2- Thoái hóa bọc; 3- Sắc tố melanin trong đám tế bào đáy; 4- Sắc tố melanin trong đại thực bào của mô đệm; 5- Mô đệm sợi.

CARCINÔM TẾ BÀO GAI KHÔNG SỪNG HÓA CỔ TỬ CUNG

Ung thư cổ tử cung vẫn còn là một trong những loại ung thư hàng đầu thường thấy ở phụ nữ Việt nam và khi được phát hiện thì đa số đã vào giai đoạn xâm nhập, điều này chứng tỏ việc tầm soát ung thư bằng phết mỏng Papanicolaou vẫn chưa thực sự hiệu quả. Về mô học, hơn 3/4 trường hợp ung thư cổ tử cung là carcinôm tế bào gai, trong đó carcinôm tế bào gai không sừng hóa là loại thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ khoảng 68%.

Đại thể: Ung thư cổ tử cung thường có vị trí ở vùng chuyển dạng; u dạng chồi sùi, loét hoặc thâm nhiễm, kích thước từ 0,5 đến 4cm (hình 1).



Hình 1: Ung thư xâm nhiễm dạng chồi sùi ở vùng chuyển dạng của cổ tử cung.

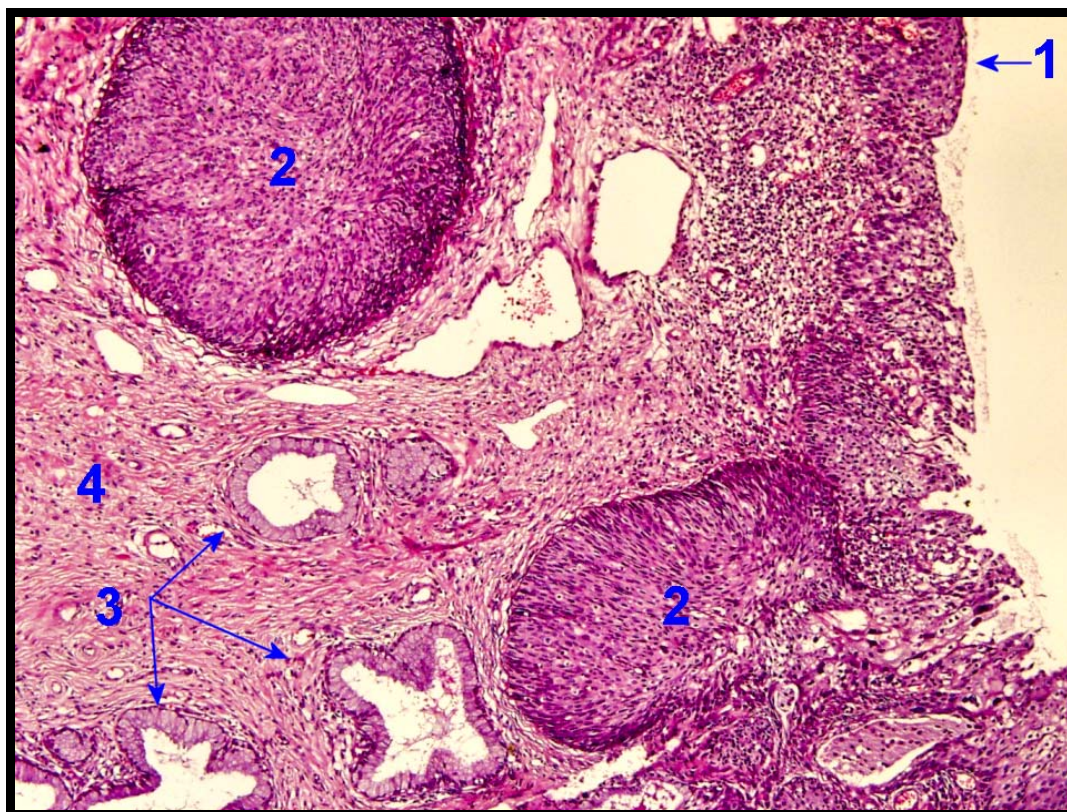
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

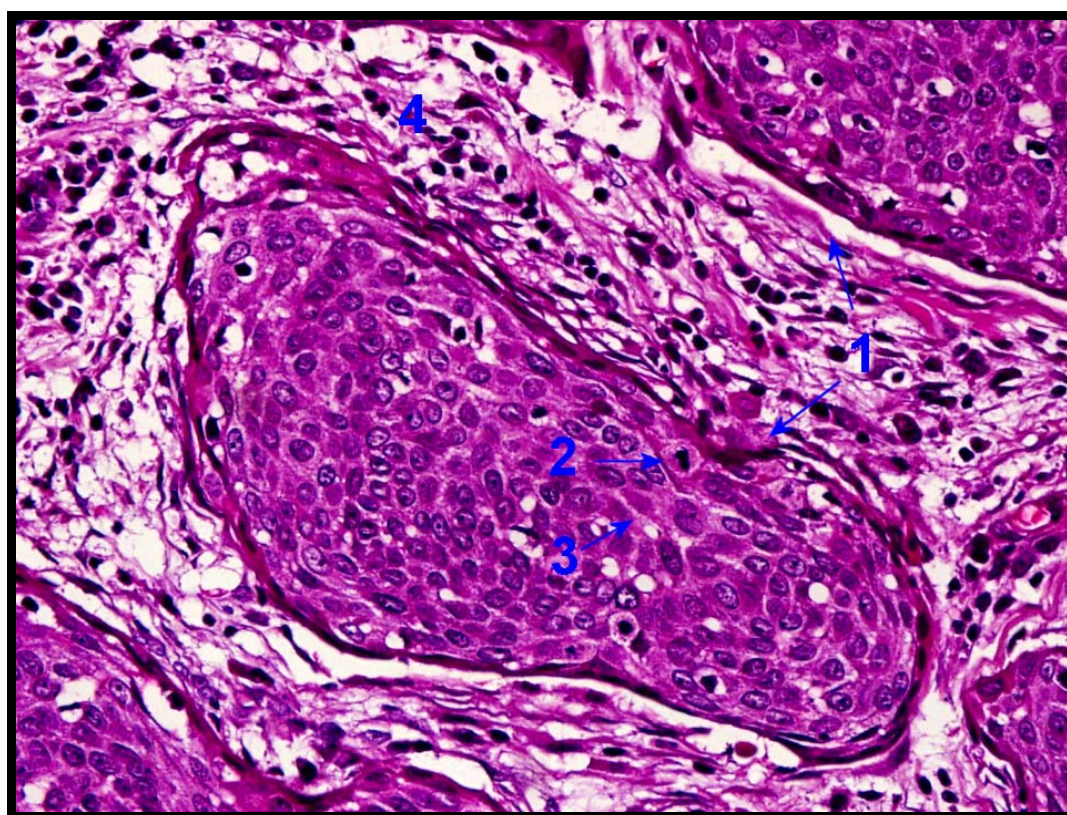
1. Các đám tế bào gai dị dạng xâm nhập mô đệm.
2. Cầu liên bào.
3. Tuyến cổ trong bình thường.

Quan sát tiêu bản với VK4, sự hiện diện của các tuyến cổ trong bình thường trong mô đệm chứng tỏ u nằm trong vùng chuyển dạng của cổ tử cung. Tổn thương trên bề mặt có chỗ vẫn còn trong giai đoạn nghịch sản nặng hoặc carcinôm tại chỗ (CIN 3); nhưng ở nơi khác, các đám tế bào ung thư đã phá vỡ màng đáy và xâm nhập xuống mô đệm bên dưới (hình 2).

Với VK 10 và VK 40, các đám tế bào ung thư xâm nhập là các tế bào gai dị dạng, nhân tăng sắc, hạch nhân rõ, bào tương ái toan. Tỉ lệ phân bào cao. Các tế bào ung thư liên kết nhau bằng cầu liên bào nhưng không thấy có cầu sừng; chứng tỏ ung thư thuộc loại carcinôm tế bào gai không sừng hóa, biệt hóa vừa (hình 3).



Hình 2: 1- Carcinôm tại chỗ ; 2- Các đám tế bào gai ung thư xâm nhập vào mô đệm;
3- Tuyến cổ trong bình thường; 4- Mô đệm.

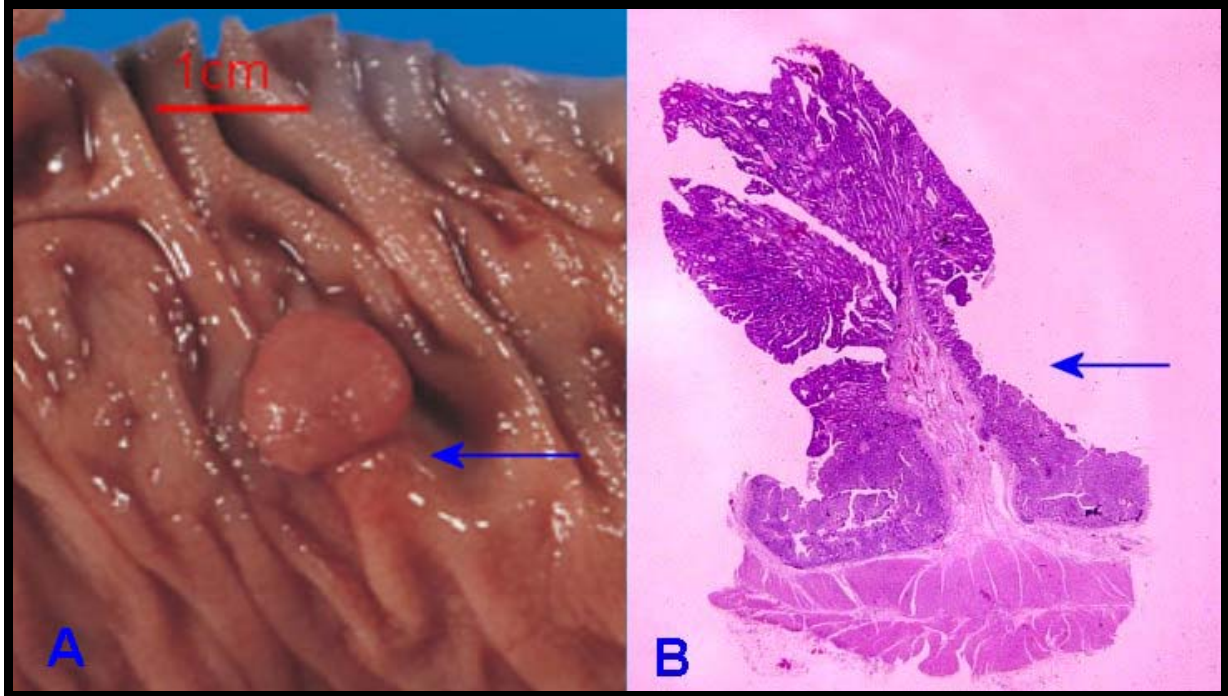


Hình 3: 1-Các đám tế bào gai ung thư xâm nhập vào mô đệm; 2- Phân bào;
3- Cầu liên bào; 4- Mô đệm thấm nhập lymphô bào.

U TUYẾN ỐNG RUỘT GIÀ

U tuyến thường có dạng polyp nên còn được gọi là polyp tuyến (adenomatous polyp). U tuyến xuất hiện chủ yếu ở đại tràng với xuất độ tăng dần theo tuổi tác, tỉ lệ mắc bệnh giới nam/nữ ngang bằng nhau. Sự hình thành u tuyến là kết quả hoạt động tăng sản kèm nghịch sản của biểu mô ruột; nghịch sản có thể xảy ra ở mọi mức độ, từ nhẹ đến nặng và có thể tìm thấy cả những ổ carcinôm tại chỗ. Vì vậy, có thể xem u tuyến là 1 tổn thương tiền ung. Về mặt mô học, phân biệt 3 loại u tuyến: U tuyến ống, u tuyến nhánh và u tuyến ống-nhánh. Tiêu bản được quan sát ở đây là u tuyến ống, loại u tuyến thường gặp nhất (90% các u tuyến).

Đại thể: U tuyến ống thường có kích thước nhỏ (ít khi > 2,5cm) bề mặt tương đối láng và có cuống. (Hình 1A).



Hình 1: A- u tuyến ống ở đại tràng dạng polyp có cuống (mũi tên) . B- Lát cắt u tuyến trên tiêu bản cho thấy rõ phần đầu và cuống polyp (mũi tên).

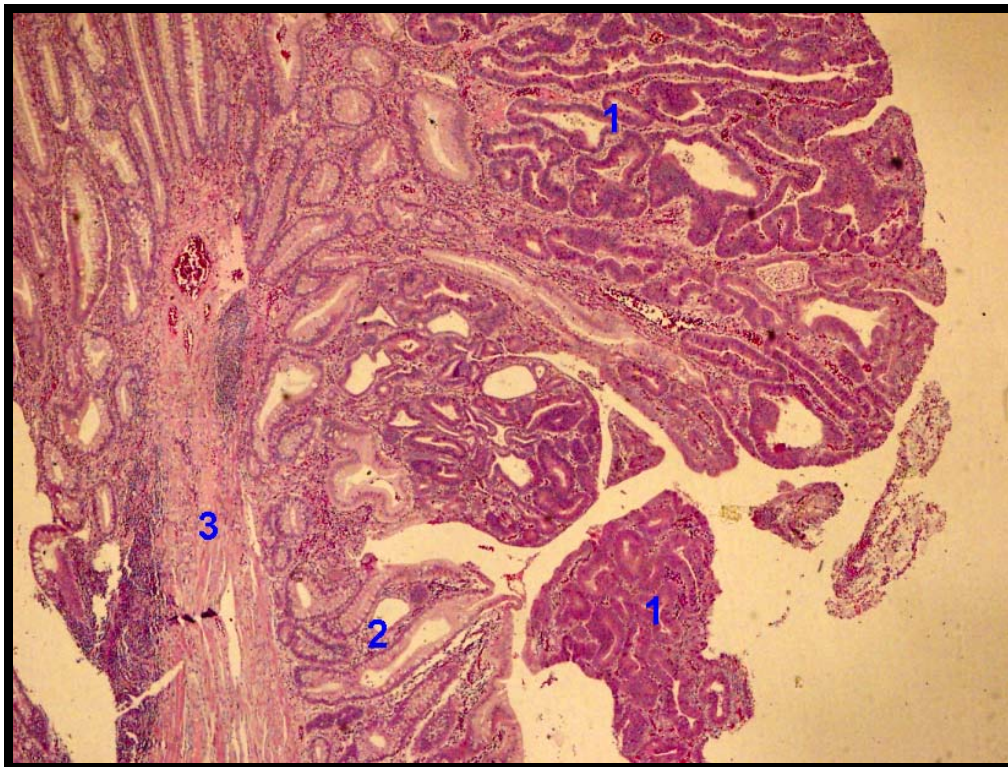
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

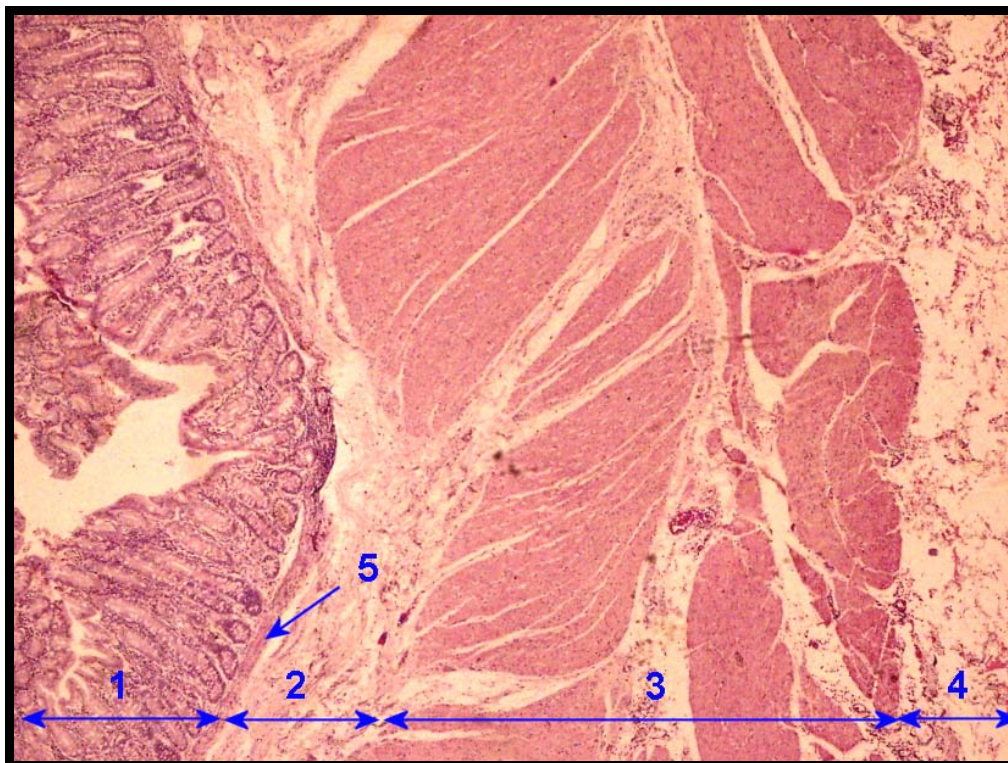
1. Biểu mô tuyến ruột tăng sản và nghịch sản ở phần đầu polyp.
2. Niêm mạc ruột bình thường ở phần cuống polyp và thành ruột bình thường quanh u.
3. Lõi sợi của cuống polyp.

Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của đại tràng.

Bằng mắt trần, có thể thấy rõ hình dạng polyp có cuống của u tuyến ống đại tràng (hình 1B). Quan sát tiêu bản với VK4, phần đầu của polyp được tạo bởi các tuyến ruột tăng sản và nghịch sản, làm cho lớp niêm mạc ruột tại đây dày hẳn lên; phần cuống polyp có lõi là mô sợi chứa các mạch máu, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc của thành ruột và được bao quanh bởi lớp niêm mạc ruột tương đối bình thường (hình 2). Thành ruột quanh u có cấu tạo bình thường, gồm 4 lớp là niêm mạc, dưới niêm mạc, cơ và thanh mạc (hình 3).



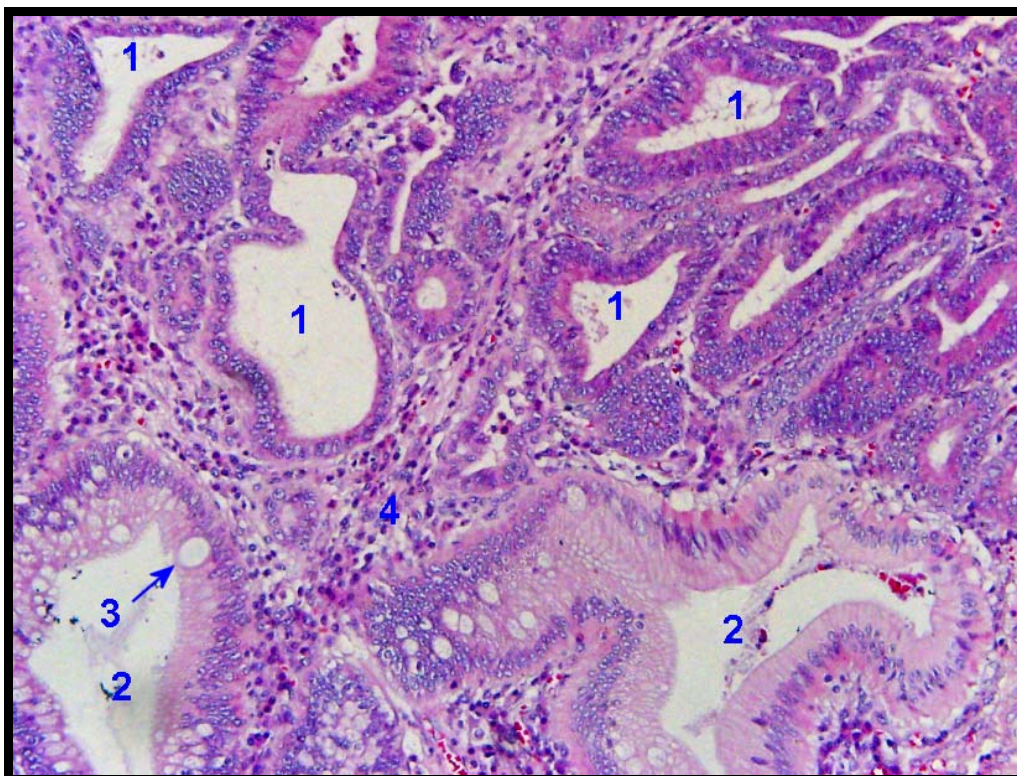
Hình 2: 1- Niêm mạc ruột với các tuyến tăng sản và nghịch sản ở phần đầu polyp; 2- Niêm mạc ruột bình thường ở phần cuống; 3- Lõi sợi của cuống polyp.



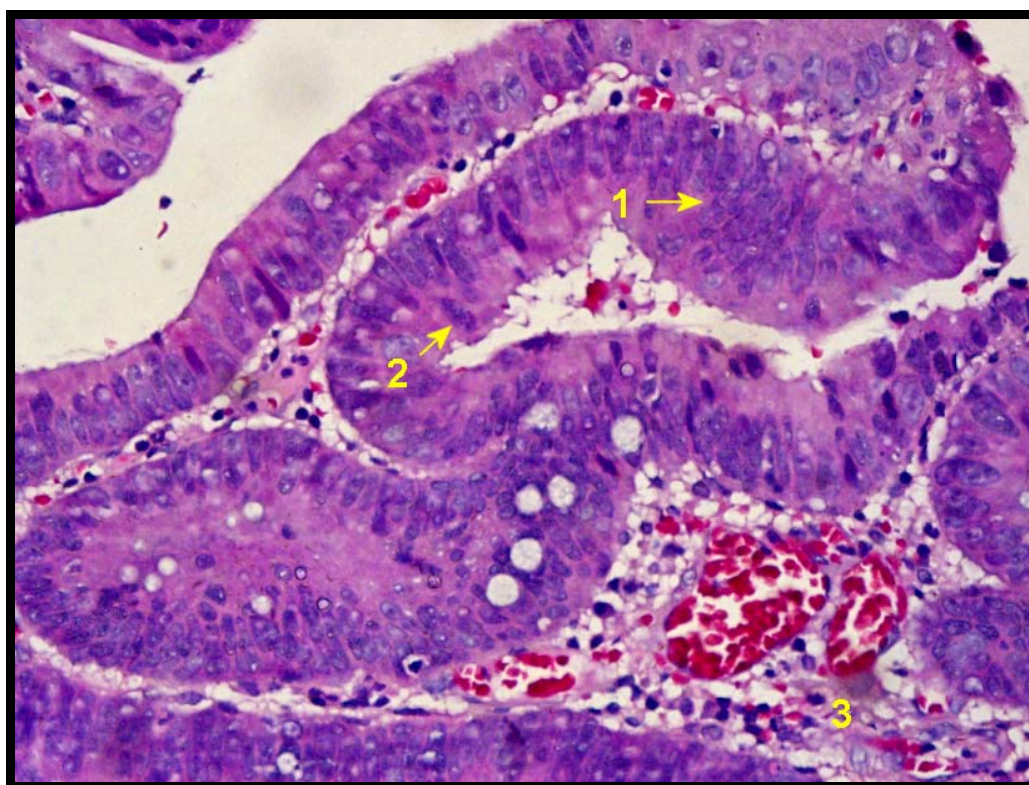
Hình 3: Thành ruột bình thường quanh u, 1- Lớp niêm mạc; 2- Lớp dưới niêm mạc; 3- Lớp cơ; 4- Lớp thanh mạc; 5- Lớp cơ niêm.

Với VK 10 và VK 40, các tuyến ruột tăng sản và nghịch sản ở phần đầu polyp có hình dạng ngoằn ngoèo, xếp chen chúc nhau, lớp mô đệm giữa các ống tuyến thấm nhập nhiều limphô bào. Đặc điểm của tình trạng nghịch sản biểu mô ruột được thấy rõ gồm các tế bào có nhân tăng sắc, hình bầu dục kéo dài; xếp chồng lên nhau thành nhiều tầng; tỉ lệ phân bào tăng;

số lượng tế bào dài tiết nhầy giảm hẳn; trái ngược với biểu mô ống tuyến Lieberkühn bình thường chỉ gồm 1 lớp tế bào và có nhiều tế bào dài. (hình 4, 5).



Hình 4: 1- Các tuyến ruột tăng sản và nghich sản; 2. Tuyến ruột tương đối bình thường của phần cuối; 3- Tế bào dài; 4- Mô đệm thâm nhập limphô bào.

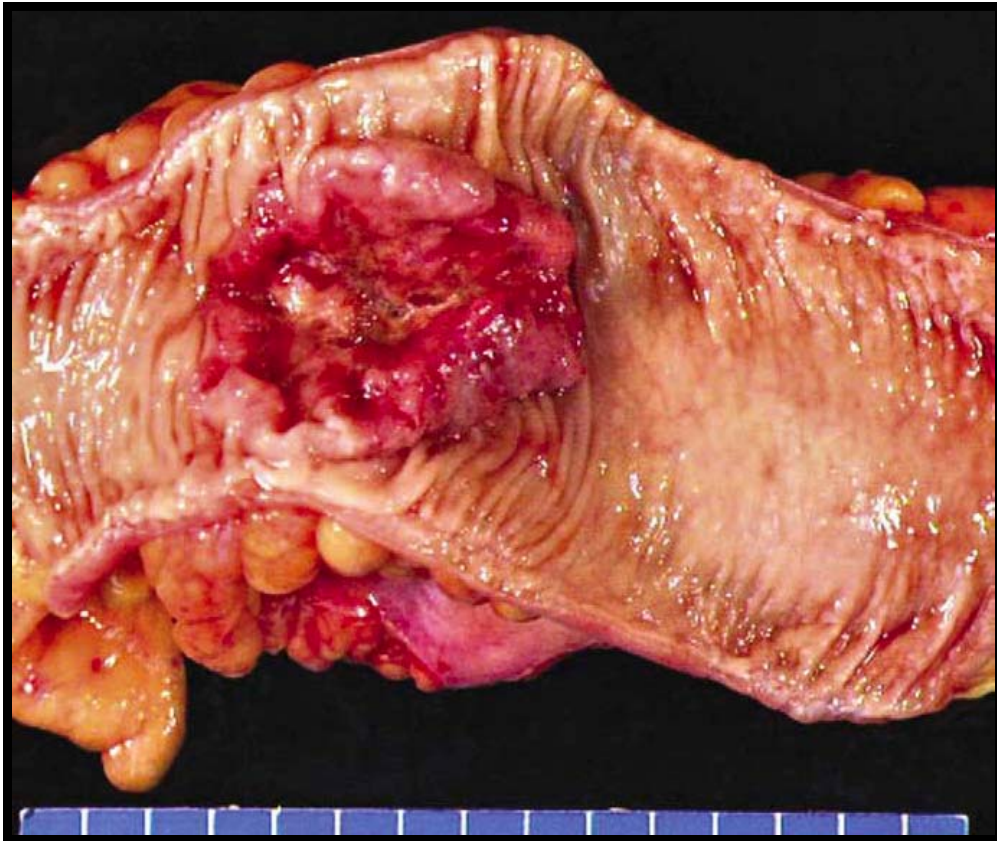


Hình 5: 1- Nghịch sản biểu mô ruột, nhân tăng sắc, xếp thành nhiều tầng; 2- Phân bào; 3- Mô đệm thâm nhập limphô bào.

CARCINÔM TUYẾN RUỘT GIÀ XÂM NHẬP

Carcinôm tuyến chiếm 98% các ung thư đại trực tràng, tuy có thể xuất hiện ở bất kỳ nơi nào trong khung đại tràng nhưng vị trí thường gặp nhất là ở đại tràng sigma và trực tràng. Bệnh diễn tiến âm thầm nên thường được phát hiện trễ, khi ung thư đã xâm nhập vào lớp cơ thành ruột (Dukes B) thì tỉ lệ sống thêm 5 năm chỉ còn 55-67% so với tỉ lệ trên 90% nếu ung thư còn giới hạn trong lớp niêm mạc và dưới niêm mạc (Dukes A).

Đại thể: Tổn thương có dạng sùi, loét hoặc thâm nhiễm; ở 1 bên thành ruột hoặc lan vòng theo chu vi ruột, lan ngược lên đoạn ruột phía trên hoặc xuống phía dưới; làm dày cứng thành ruột, nhả nhúm thanh mạc và có thể gây chít hẹp lòng ruột. (hình 1)



Hình 1: Carcinôm tuyến đại tràng sigma, tổn thương dạng sùi loét.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

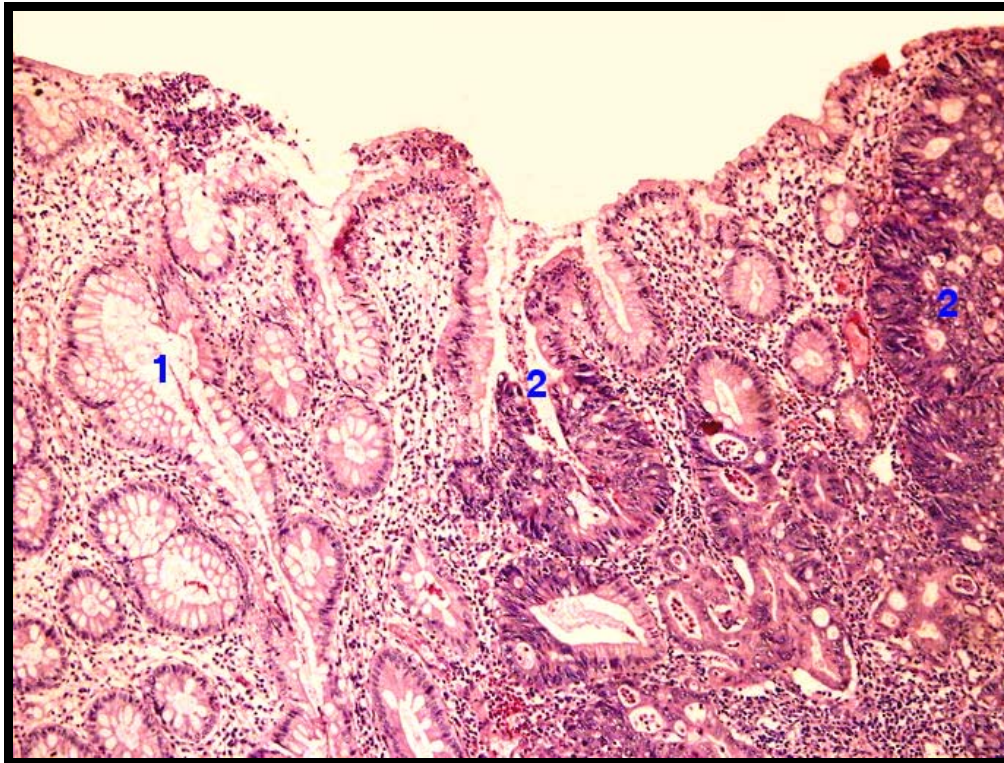
1. Đám tuyến ung thư xâm nhập
2. Tuyến Lieberkühn bình thường

Quan sát tiêu bản với VK4, có sự tương phản rõ rệt giữa vùng niêm mạc ruột chứa các tuyến Lieberkühn bình thường với vùng niêm mạc chứa các đám tuyến ung thư xâm nhập bắt màu đậm hơn (hình 2).

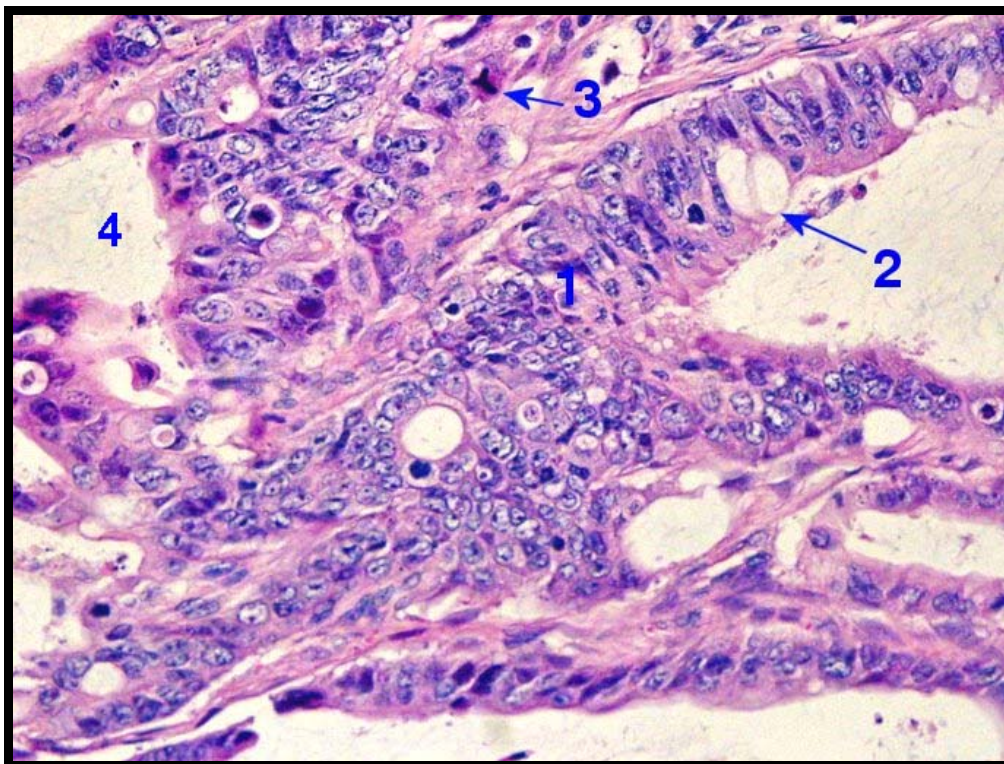
Với VK 10 và VK 40, các đám tuyến ung thư có hình dạng méo mó nhưng đa số có lòng ống với một ít chất nhầy bên trong; vì vậy đây là một carcinôm tuyến biệt hoá tốt. Các tế bào ung thư có nhân tăng sắc, dị dạng; xếp chồng chất lên nhau thành nhiều tầng; tỉ lệ phân bào cao và có thể thấy phân bào bất thường. Một số tế bào ung thư biệt hóa tốt sản xuất được chất nhầy, có hình dạng giống tế bào đài bình thường. So sánh với các tuyến Lieberkühn của vùng

niêm mạc ruột bình thường, biểu mô lót gồm một lớp tế bào hình trụ với rất nhiều tế bào dài (hình 3).

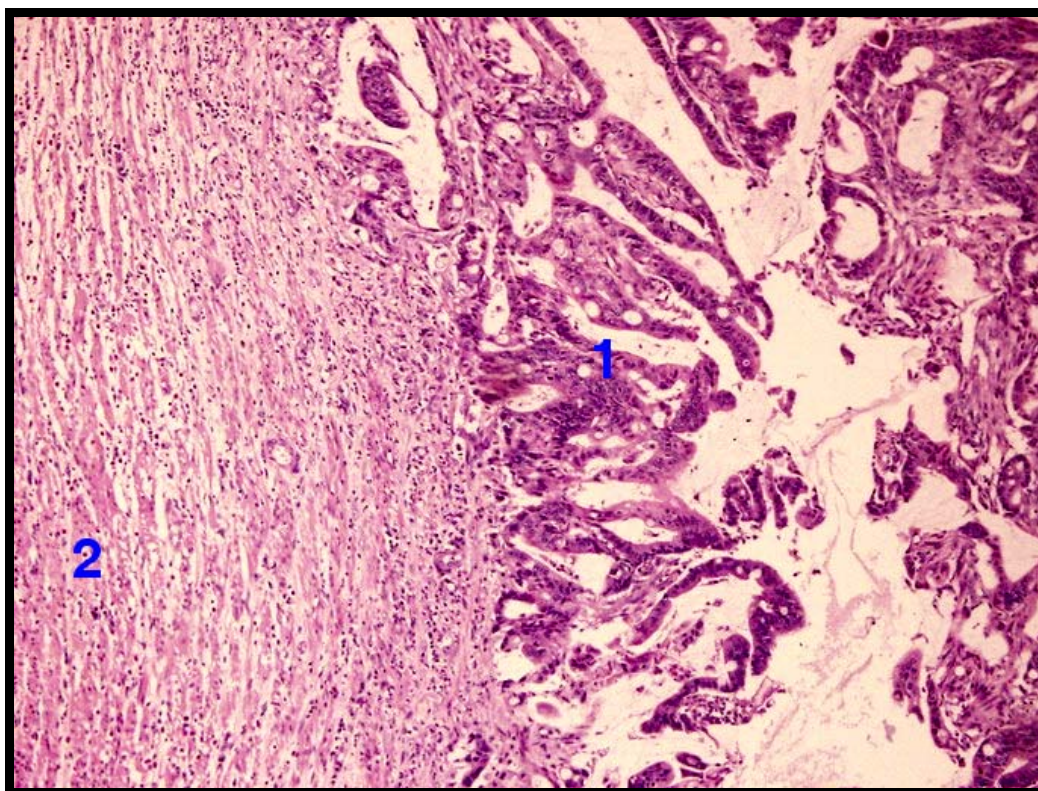
Tính chất ác tính còn được biểu thị bởi hiện tượng xâm nhập của các đám tuyến ung thư vào mô đệm của lớp niêm mạc, lớp dưới niêm mạc và lớp cơ (hình 4).



Hình 2: 1- Các tuyến Lieberkühn bình thường; 2- Các đám tuyến ung thư.



Hình 3: 1. Các tế bào ung thư xếp thành nhiều tầng; 2- Tế bào ung thư sản xuất chất nhầy giống tế bào dài; 3- Phân bào bất thường; 4- Lòng ống chứa chất nhầy.

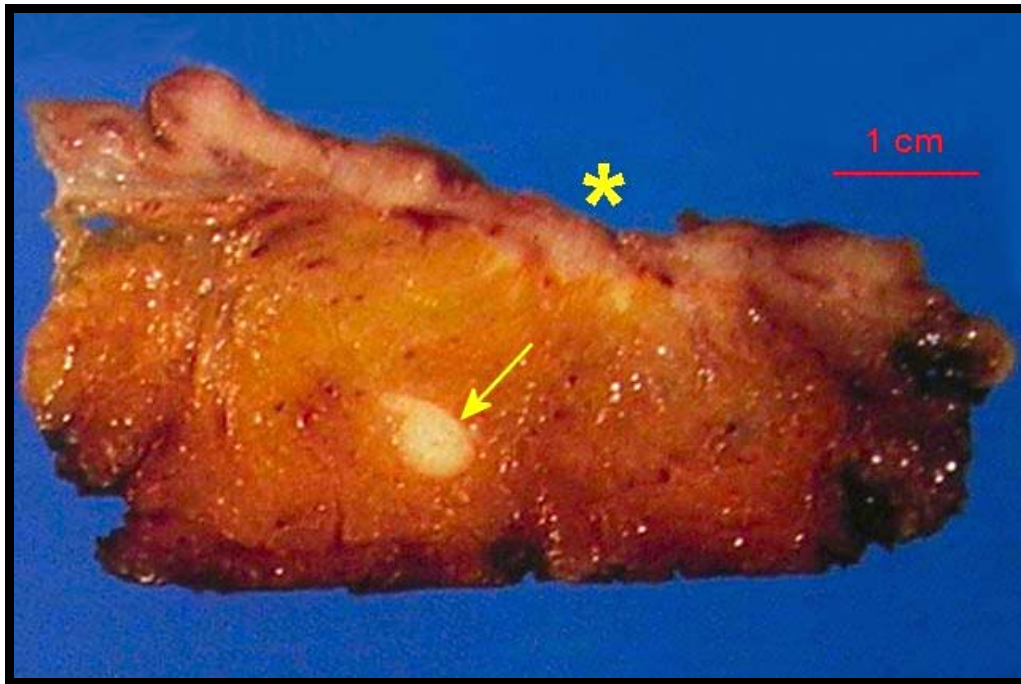


Hình 4: 1- Các đám tuyến ung thư; 2- Lớp cơ trơn thành ruột.

CARCINÔM TUYẾN RUỘT GIÀ DI CĂN HẠCH

Carcinôm tuyến ruột già khi đã xâm nhập qua hết thành ruột thì có khả năng di căn theo mạch bạch huyết vào các hạch trong mô mỡ quanh ruột và các hạch mạc treo (Dukes C), tỉ lệ sống thêm 5 năm giảm xuống còn 20 - 40%.

Đại thể: Hạch di căn có đường kính từ 0,5 cm đến 2 hoặc 3 cm; mật độ cứng chắc hoặc mềm bở; mặt cắt trắng sượng (hình 1).



Hình 1: Carcinôm tuyến trực tràng xâm nhiễm (*), di căn vào hạch trong mô mỡ quanh trực tràng (mũi tên).

Vi thể:

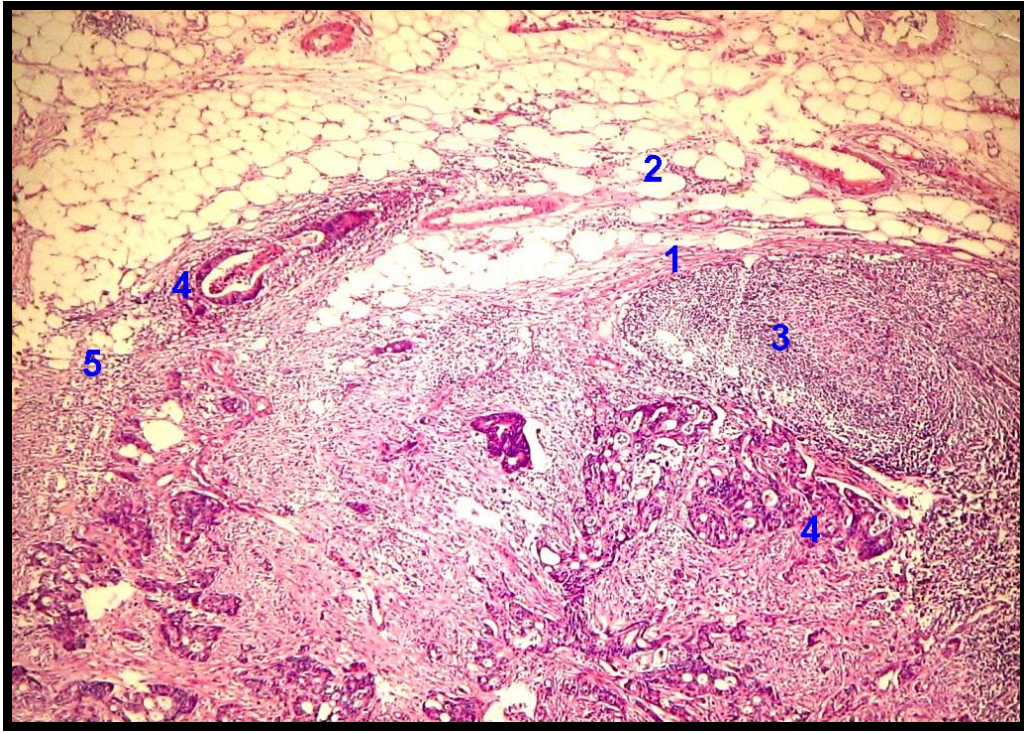
Mục tiêu cần tìm:

1. Đám tuyến ung thư xâm nhập trong mô hạch.
2. Hiện tượng hoại tử u.
3. Mô hạch bình thường còn sót lại.

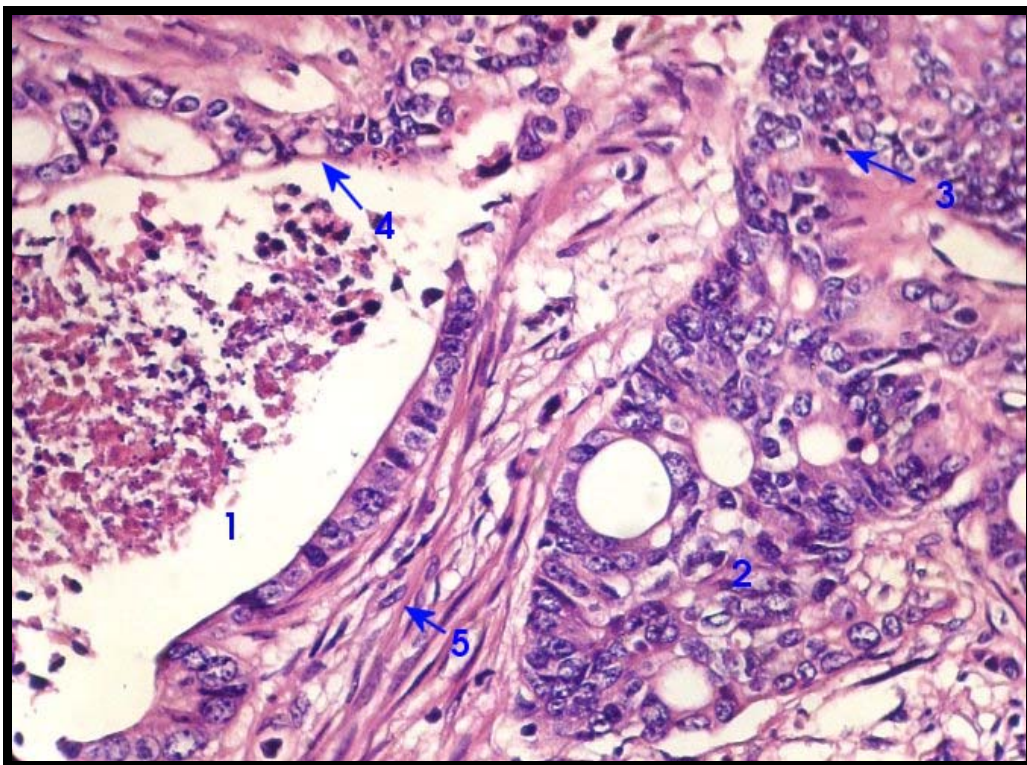
Quan sát tiêu bản với VK4, hạch có vỏ bao sợi mỏng và nằm trong mô mỡ, bên dưới vỏ bao là vùng vỏ hạch với các nang limphô thứ cấp. Ở một vùng khác, có sự hiện diện của các đám tuyến ung thư di căn dị dạng, các tuyến này tăng sinh xâm nhập phá hủy nhu mô hạch và cả vỏ bao sợi (hình 2).

Với VK 10 và VK 40, các đám tuyến ung thư một số có lòng ống rõ rệt, số khác tạo thành đám đặc với nhiều lòng nhỏ (dạng sàng) với tỉ lệ gần bằng nhau; vì vậy đây là một carcinôm tuyến biệt hoá vừa di căn hạch. Các tế bào ung thư có nhân tăng sắc, dị dạng; xếp chồng chất lên nhau thành nhiều tầng; tỉ lệ phân bào cao. Một số tế bào ung thư biệt hóa tốt sản xuất được chất nhầy, có hình dạng giống tế bào đài bình thường (hình 3).

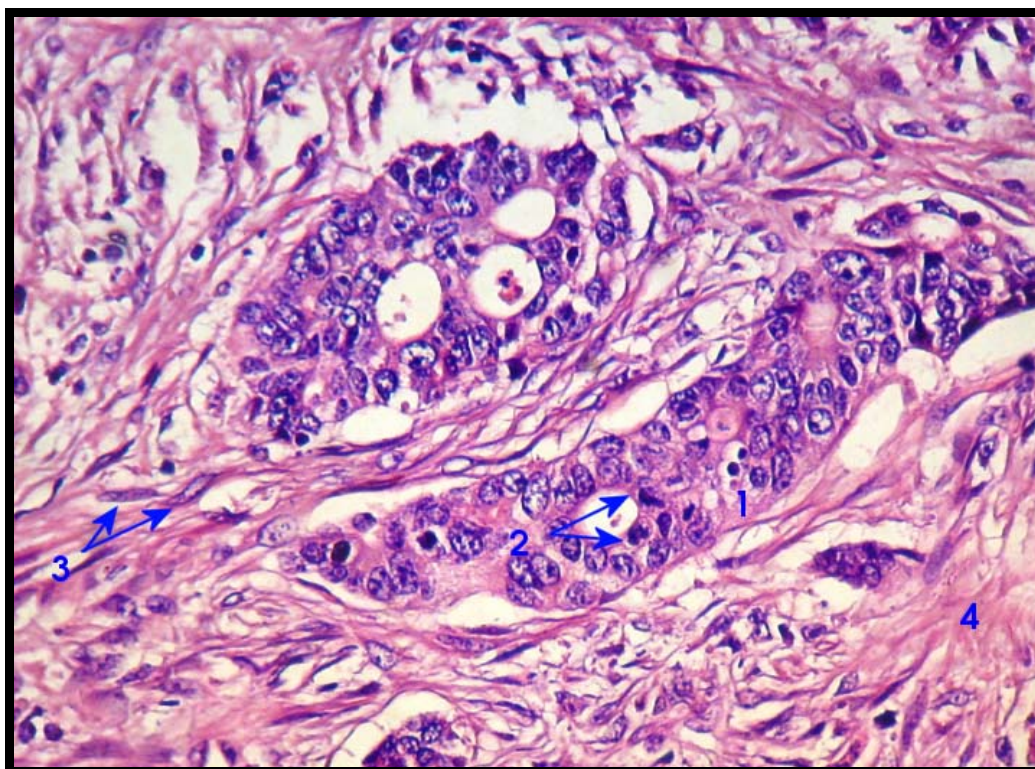
Xung quanh đám tuyến, có phản ứng tăng tạo sợi rất mạnh với các nguyên bào sợi và nhiều sợi collagen (hình 4). Hiện tượng hoại tử u cũng rất nổi bật với các đám chất hoại tử dạng hạt bắt màu ái toan (hình 5).



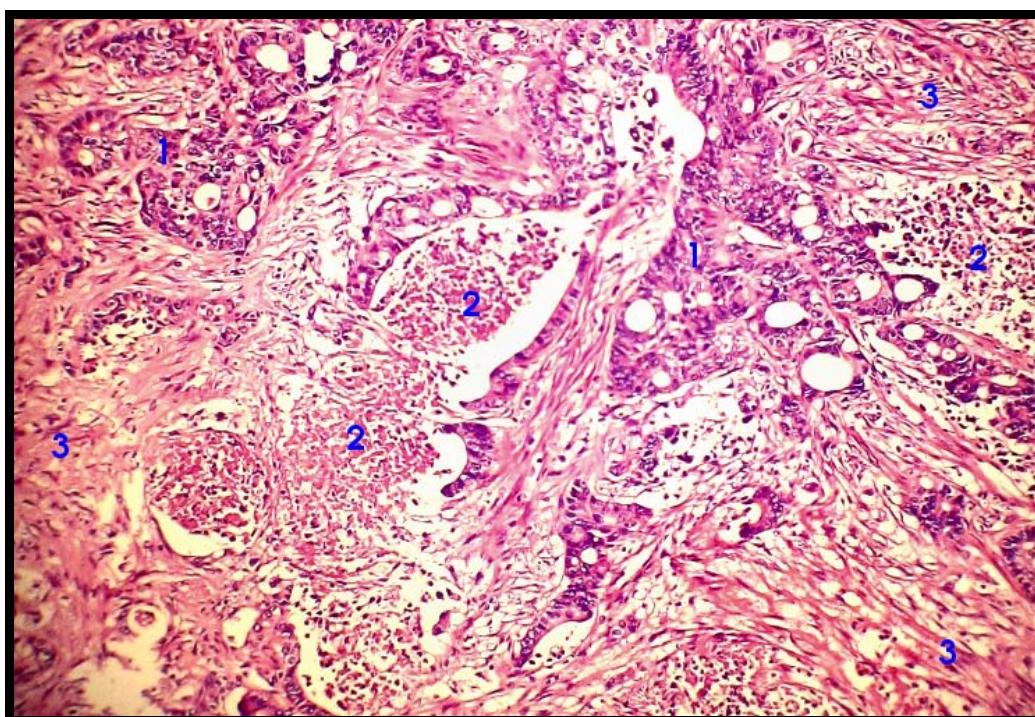
Hình 2: 1- Vỏ bao sợi; 2- Mô mỡ; 3- Nang limphô thứ cấp; 4- Các đám tuyến ung thư; 5- Vùng vỏ bao sợi bị phá hủy.



Hình 3: 1. Tuyến có lòng ống rõ, chứa chất hoại tử; 2- Đám tuyến đặc dạng sàng; 3- Phân bào; 4- Tế bào tiết nhầy giống tế bào dài; 5- Nguyên bào sợi.



Hình 4: 1- Các đám tuyến ung thư đặc dạng sàng; 2- Phân bào; 3- Nguyên bào sợi; 4- Sợi collagen.

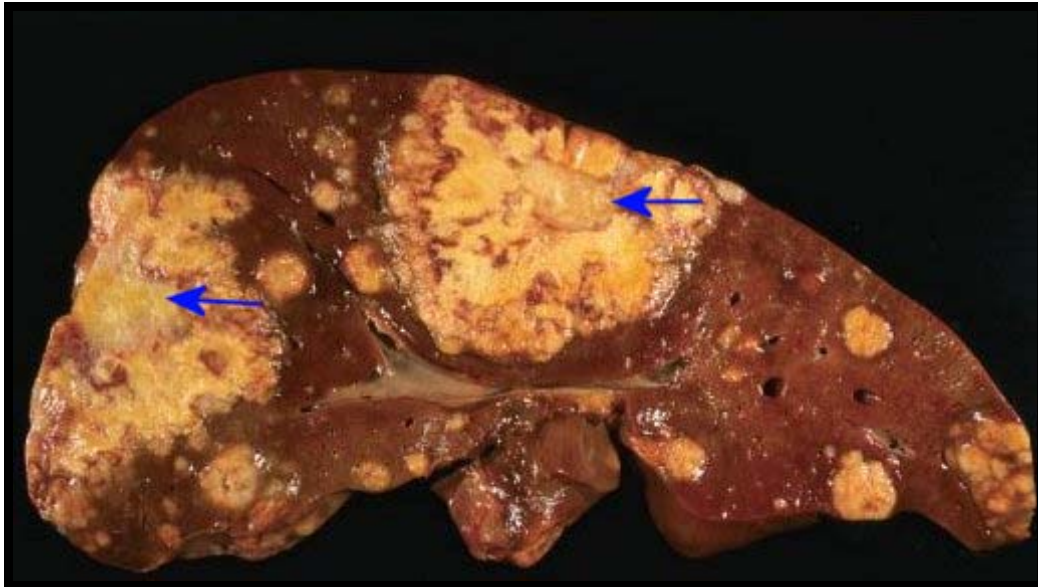


Hình 5: 1- Các đám tuyến ung thư; 2- Chất hoại tử; 3- Mô sợi.

CARCINÔM TUYẾN RUỘT GIÀ DI CĂN GAN

Carcinôm một khi đã tiến triển qua giai đoạn xâm nhập thường cho di căn trước tiên theo đường bạch huyết đến các hạch vùng; nhưng cũng có thể cho di căn theo đường máu nhờ vào các thông nối tự nhiên giữa hệ thống mạch bạch huyết và hệ thống mạch máu, hoặc do bản thân tế bào ung thư xâm nhập trực tiếp vào các tĩnh mạch. Có khoảng 75-77% các trường hợp carcinôm tuyến đại tràng cho di căn đến gan, chủ yếu theo đường tĩnh mạch cửa; tỉ lệ sống thêm 5 năm của những bệnh nhân này (Dukes D) chỉ còn dưới 10%.

Đại thể: Carcinôm đại tràng di căn gan thường tạo thành nhiều ổ ung thư thứ phát; các ổ có kích thước không đều, mặt cắt không đồng nhất, mặt độ bờ; các ổ lớn có hoại tử trung tâm (hình 1).



Hình 1: Carcinôm đại tràng di căn gan, tạo ra nhiều ổ thứ phát; 2 ổ lớn có hoại tử trung tâm (mũi tên).

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

1. Đám tế bào tuyến ung thư xâm nhập mô gan.
2. Hoại tử trung tâm.
3. Tiểu thùy gan bình thường.

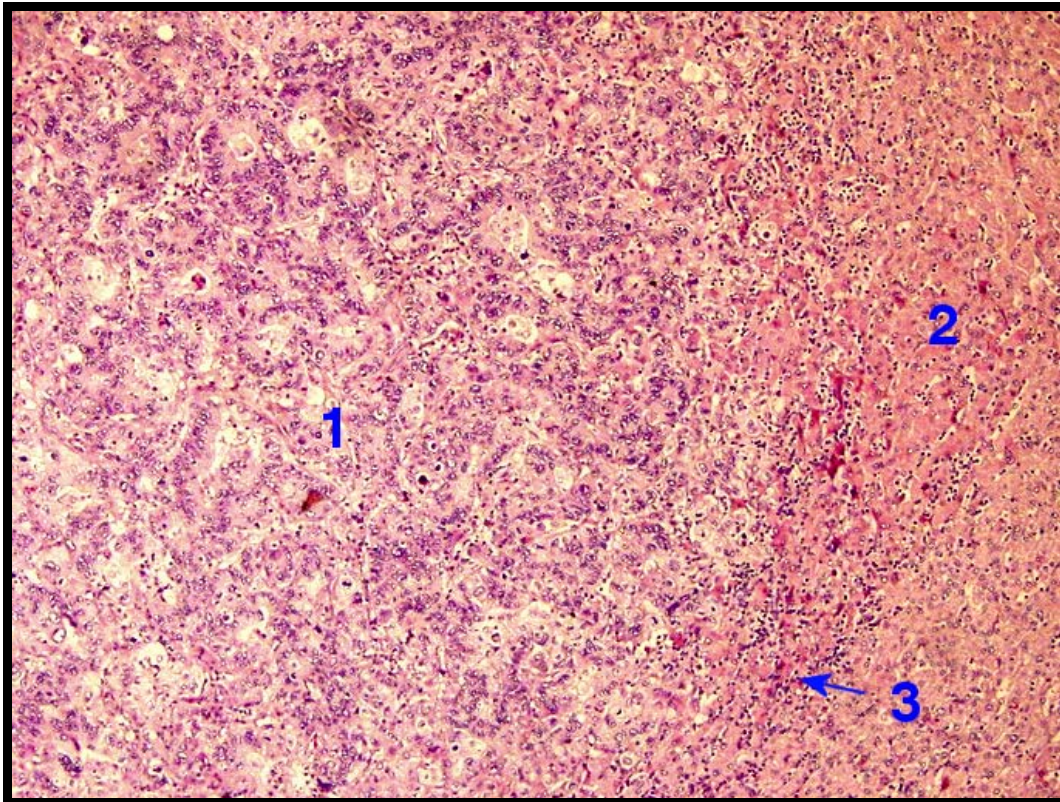
Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của gan.

Quan sát tiêu bản với VK4, trong mô gan có các ổ di căn được tạo bởi các đám tuyến ung thư dị dạng; vùng tế bào gan ngoài rìa ổ di căn bị chèn ép và có sự thâm nhập nhiều limphô bào (hình 2).

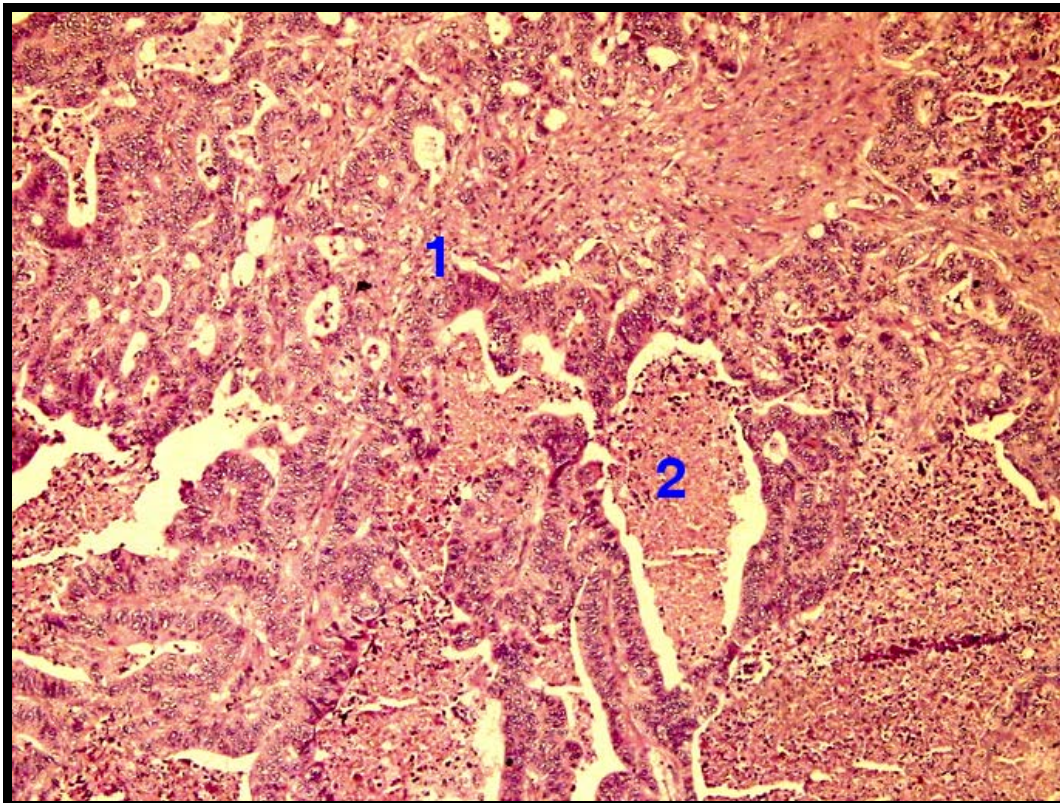
Với VK 10, các đám tuyến ung thư phần lớn có lòng ống rõ rệt, vì vậy đây là một carcinôm tuyến biệt hóa tốt di căn gan. Ở các đám tuyến lớn, có hiện tượng hoại tử trung tâm (hình 3).

Với VK 40, các tuyến ung thư được lót bởi các tế bào có nhân tăng sắc, dị dạng; xếp chồng lên nhau thành nhiều tầng; tỉ lệ phân bào tăng và có hình ảnh phân bào bất thường. Lòng ống tuyến chứa chất nhầy do tế bào ung thư sản xuất. Giữa các ống tuyến có phản ứng tăng sinh mô sợi (hình 4).

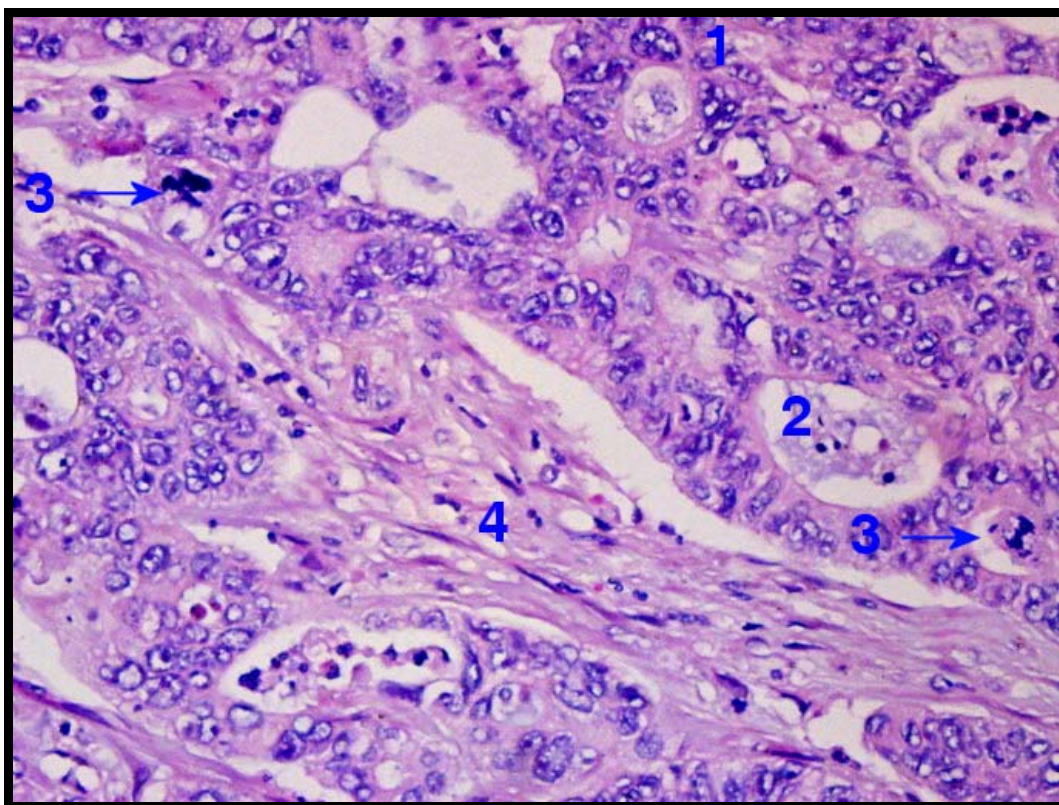
Mô gan xung quanh các ổ di căn có cấu tạo bình thường, gồm các tiểu thùy gan với tĩnh mạch trung tâm và khoảng cửa; trong khoảng cửa có nhánh của động mạch gan, nhánh của tĩnh mạch cửa và tiểu quản mật (hình 5).



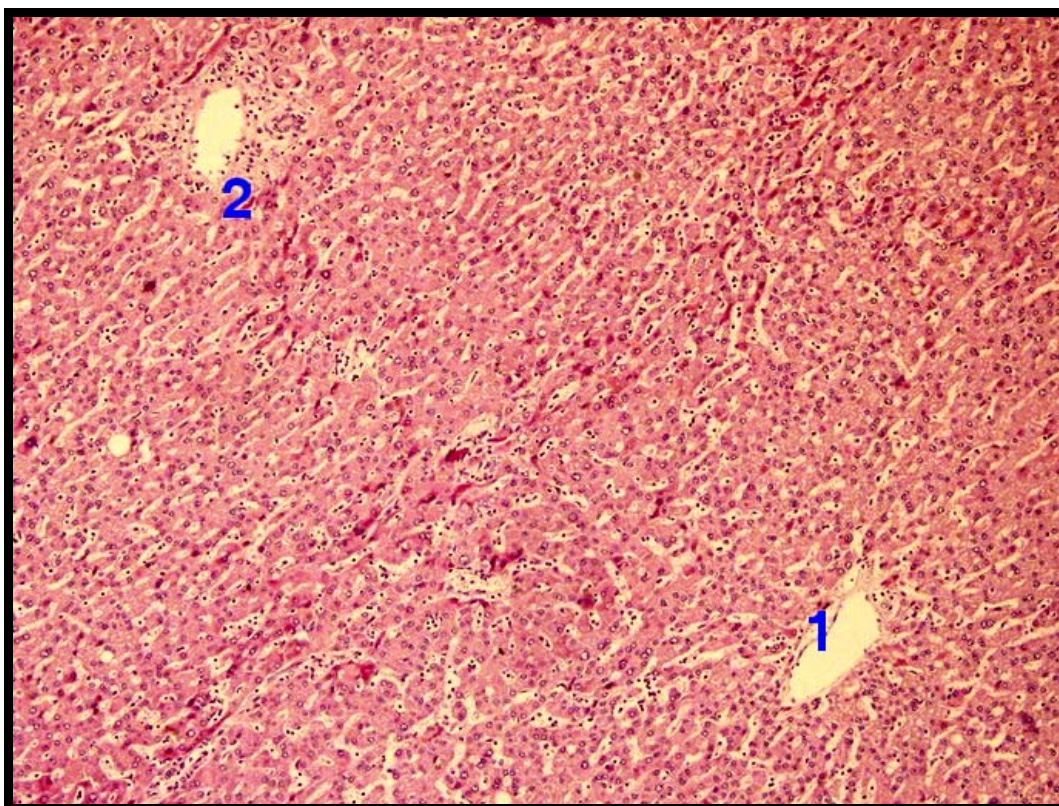
Hình 2: 1- Các đám tuyến ung thư; 2- Mô gan quanh ổ di căn; 3- Limphô bào.



Hình 3: 1- Các đám tuyến ung thư; 2- Hoại tử trung tâm.



Hình 4: 1- Các đám tuyến ung thư; 2- Lòng ống chứa chất nhầy; 3- Phân bào bất thường; 4- Mô sợi tăng sinh.

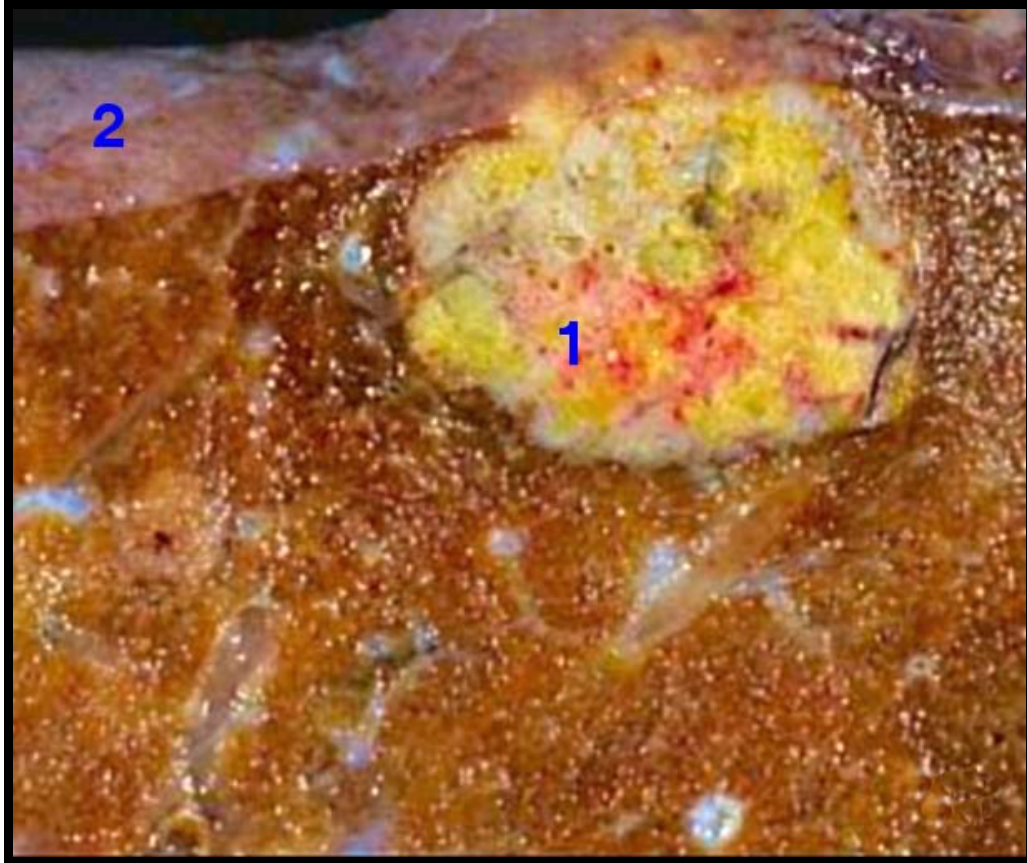


Hình 5: 1- Tĩnh mạch trung tâm tiểu thùy gan; 2- Khoảng cửa.

CARCINÔM TUYẾN RUỘT GIÀ DI CĂN PHỔI

Khoảng 5 - 50% các trường hợp carcinôm tuyến đại tràng cho di căn theo đường máu đến phổi; tạo ra nhiều ổ ung thư thứ phát trên cả 2 lá phổi (hình ảnh thả bong bóng trên X-quang); tỉ lệ sống thêm 5 năm của những bệnh nhân này (Dukes D) chỉ còn dưới 10%.

Đại thể: Các ổ ung thư thứ phát nằm rải rác trong nhu mô phổi, giới hạn khá rõ, mặt cắt không đồng nhất do hiện tượng xuất huyết và hoại tử, mật độ mềm bở (hình 1).



Hình 1: 1- Ổ ung thư di căn từ carcinôm tuyến đại tràng có mặt cắt không đồng nhất do xuất huyết hoại tử ; 2- Màng phổi tạng.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

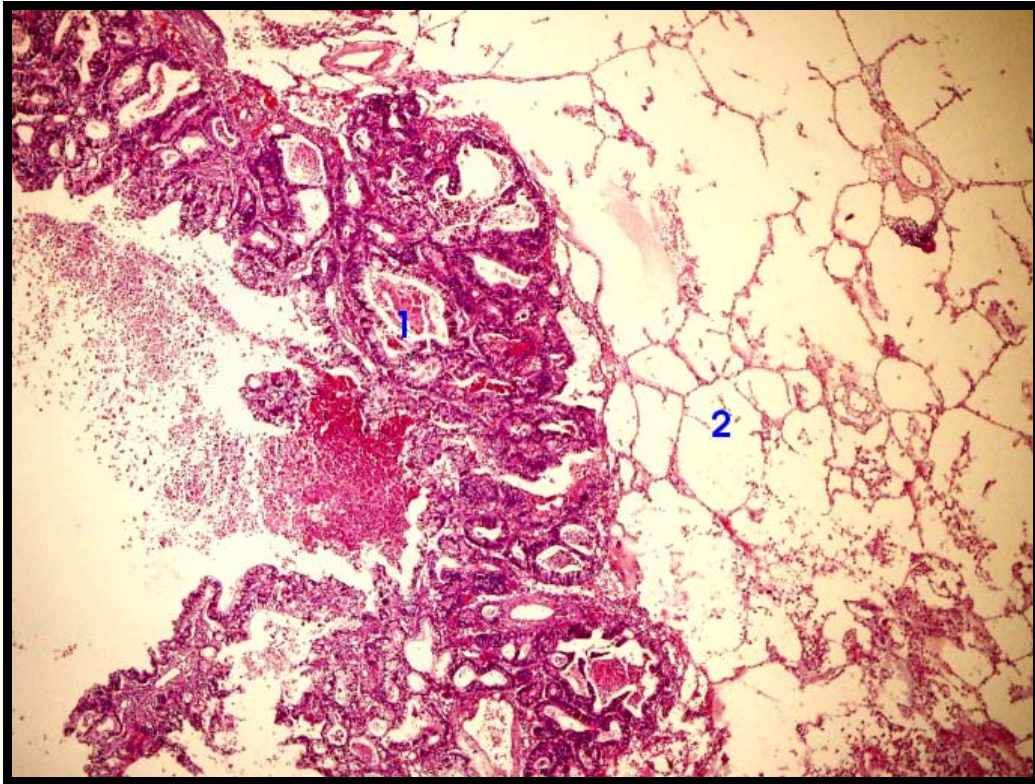
1. Đám tế bào tuyến ung thư xâm nhập trong nhu mô phổi.
2. Nhu mô phổi bình thường: tiểu phế quản hô hấp, phế nang, đại thực bào phế nang.

Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của phổi.

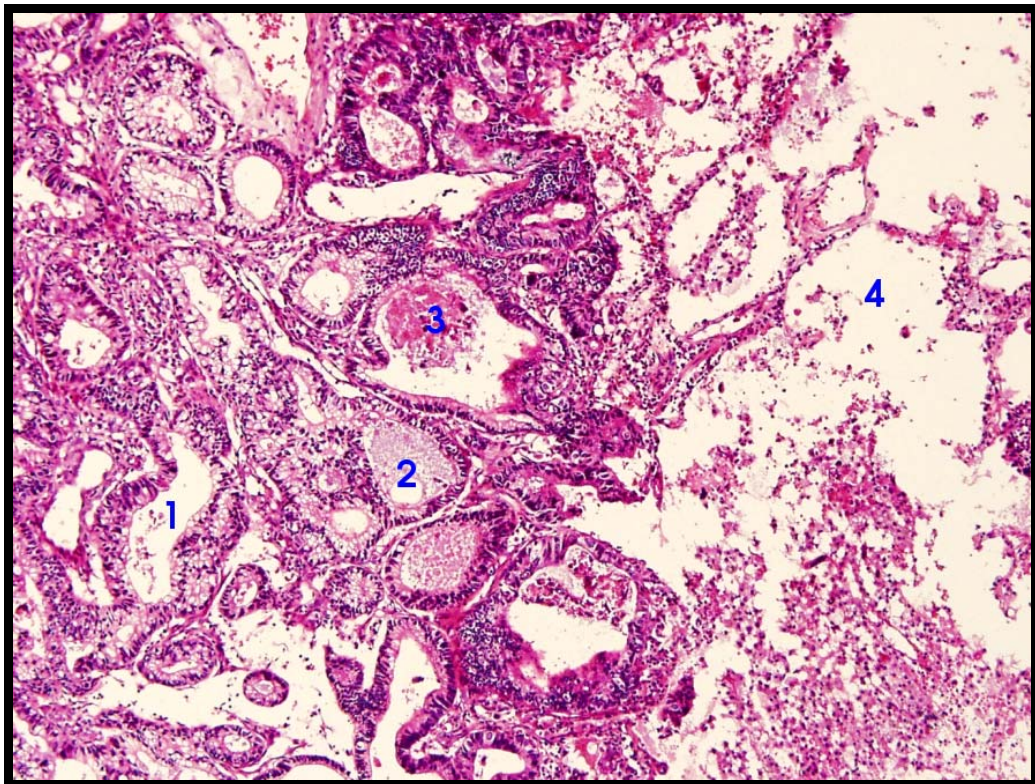
Quan sát tiêu bản ở VK4, ổ ung thư di căn được tạo bởi các đám tuyến dị dạng, xâm nhập vào giữa các đám phế nang (hình 2).

Với VK 10, các tuyến ung thư có lòng ống rõ rệt, bên trong chứa chất nhầy màu tím nhạt hoặc chất hoại tử; vì vậy đây là một carcinôm tuyến biệt hóa tốt di căn phổi (hình 3).

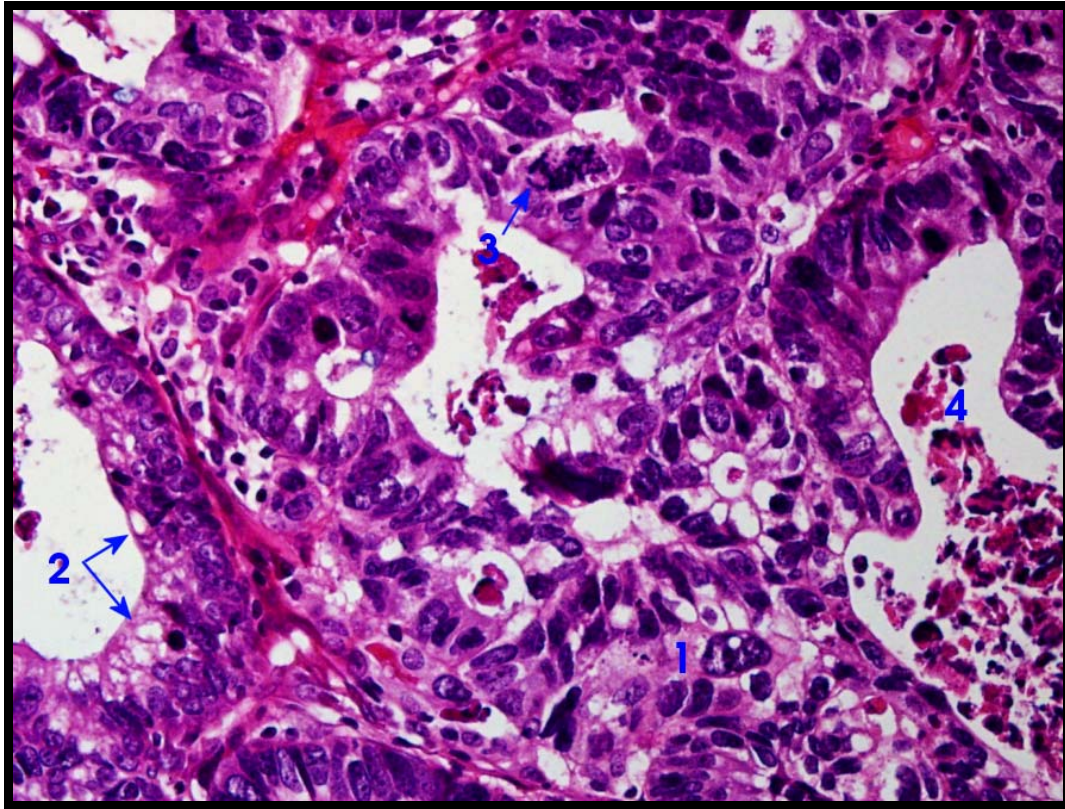
Với VK 40, tế bào tuyến ung thư có nhân dị dạng, tăng sắc, tỉ lệ phân bào cao; một số tế bào có hoạt động tiết nhầy với sự hiện diện của 1 không bào sáng trong bào tương (hình 4). Ngoài rìa các đám tuyến ung thư, mô sợi tăng sinh ngăn cách với nhu mô phổi xung quanh; trong mô sợi có nhiều tế bào viêm thâm nhập, chủ yếu là limphô bào và 1 ít tương bào (hình 5).



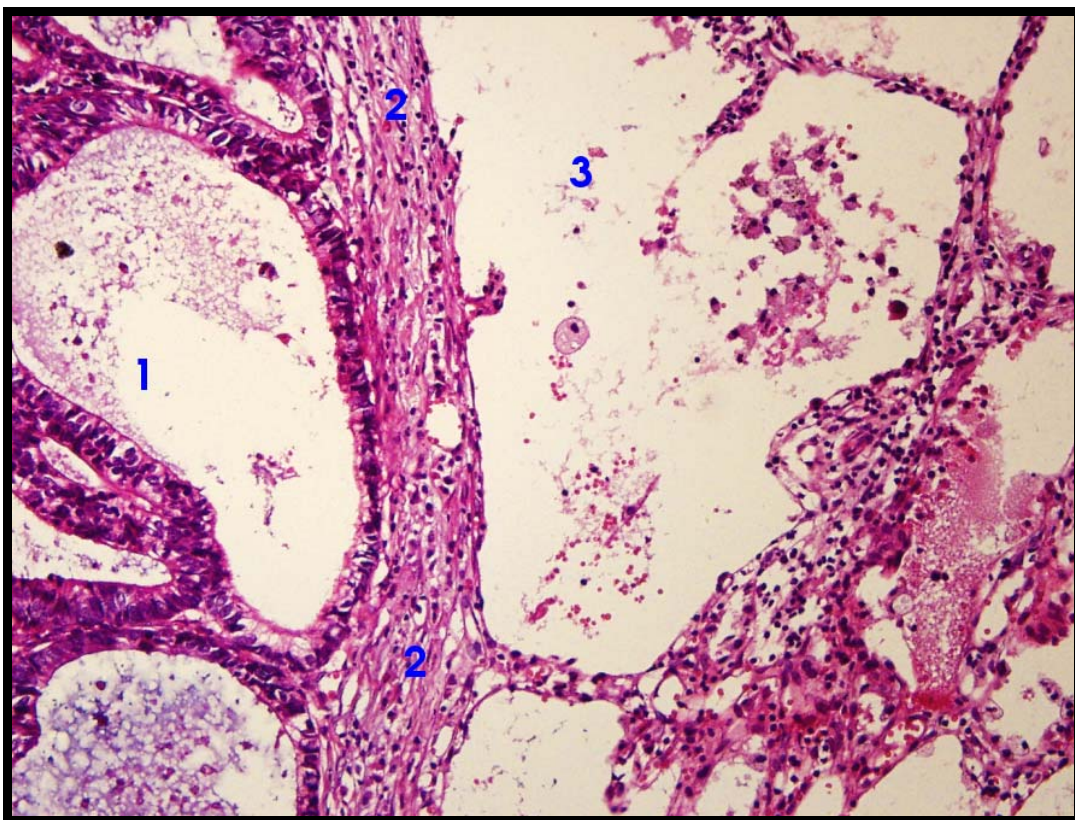
Hình 2: 1- Đám tuyến ung thư dị dạng; 2- Các phế nang.



Hình 3: 1- Các đám tuyến ung thư; 2- Lòng ống chứa chất nhầy; 3- Lòng ống chứa chất hoại tử; 4- Các phế nang.

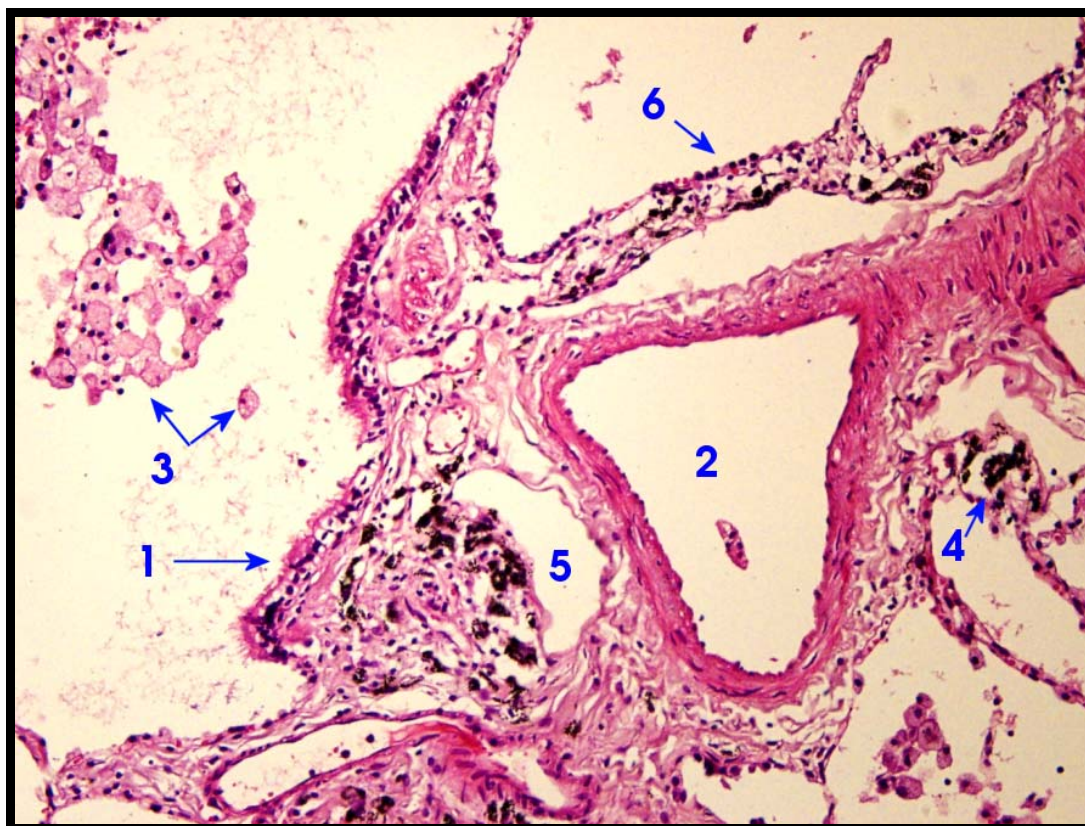


Hình 4: 1- Tế bào tuyến có nhân tăng sắc dị dạng ; 2- Tế bào tuyến tiết nhầy; 3- Phân bào bất thường; 4- Lòng ống chứa chất hoại tử.



Hình 5: 1- Tuyến ung thư dị dạng; 2- Mô sợi tăng sinh, thâm nhập tế bào viêm; 3- Phế nang.

Nhu mô phổi quanh ổ di căn có cấu tạo tương đối bình thường, gồm tiểu phế quản hô hấp với nhánh của động mạch phổi đi kèm, các phế nang lót bởi phế bào I và II. Lòng phế nang có chứa các đại thực bào phế nang với bào tương chứa đầy không bào nhỏ và sáng (nên còn gọi là bọt bào); một số đại thực bào khác chứa các hạt bụi than màu nâu đen, được tìm thấy trong lòng phế nang, mô kẽ của vách phế nang và mô đệm quanh tiểu phế quản (hình 6).

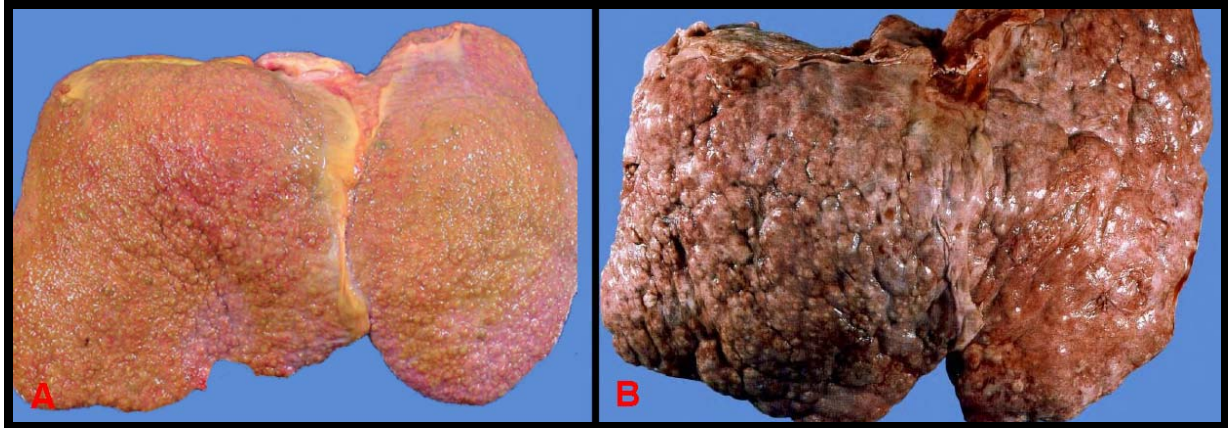


Hình 6: 1- Tiểu phế quản hô hấp; 2- Nhánh động mạch phổi; 3- Bọt bào; 4- Đại thực bào ứ đọng carbon; 5- Mạch bạch huyết; 6- Vách phế nang.

XƠ GAN

Xơ gan là giai đoạn cuối của các bệnh lý gan mãn tính do nhiều nguyên nhân khác nhau, tại gan hoặc ngoài gan, như viêm gan siêu vi, ngộ độc, nghiện rượu, ứ mật, các bệnh chuyển hoá, suy tim... Trong xơ gan, tình trạng hóa sợi lan tỏa bao quanh các nốt tế bào gan tái tạo làm cấu trúc bình thường của gan bị phá hủy, chức năng gan suy giảm, tuần hoàn máu và dẫn lưu dịch mật trong gan bị rối loạn.

Đại thể: Khởi đầu, gan xơ to hơn bình thường nhưng càng về sau thì càng teo nhỏ lại, mật độ chắc, bề mặt gan lồi nhô các nốt tái tạo. Tùy theo kích thước của nốt tái tạo, phân biệt 2 dạng đại thể: xơ gan nốt nhỏ (nốt < 3mm) và xơ gan nốt lớn (từ 3mm trở lên) (Hình 1).



Hình 1: A- Xơ gan nốt nhỏ; B- Xơ gan nốt lớn

Vi thể:

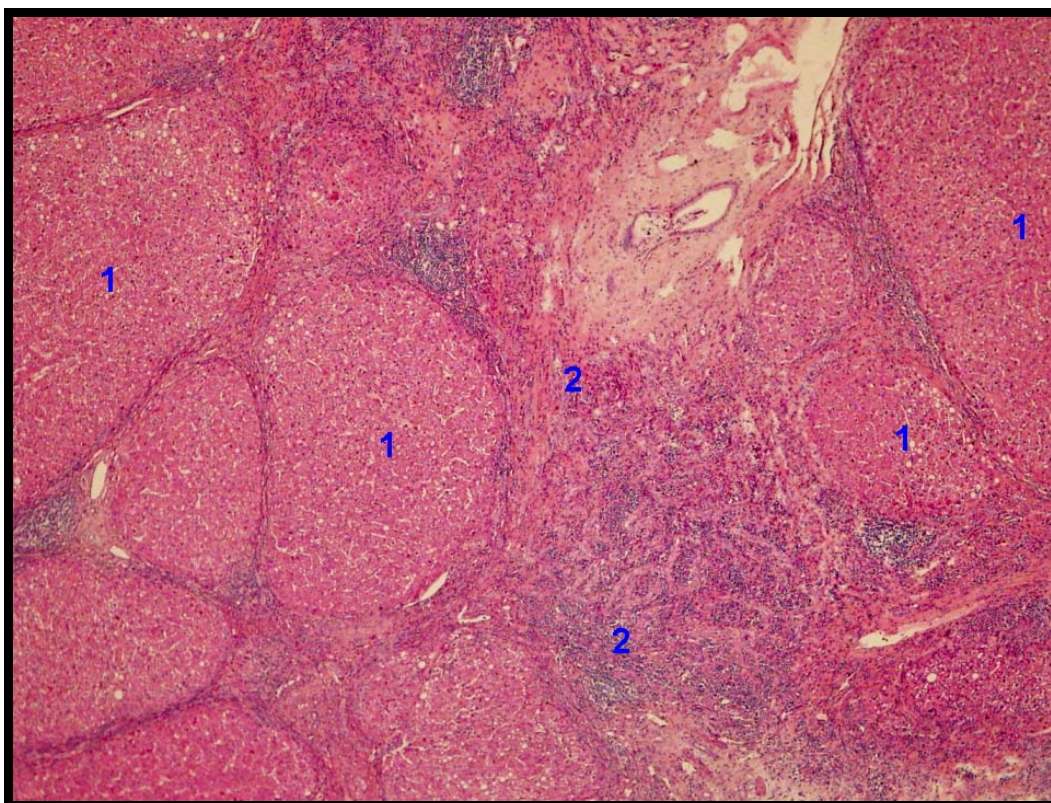
Mục tiêu cần tìm:

1. Nốt tế bào gan tái tạo (Tiểu thùy giả).
2. Tế bào gan thoái hóa mỡ, tế bào gan thoái hóa nước.
3. Tế bào gan tăng sản.
4. Ống mật giả và ống mật thật.
5. Tăng sản mô sợi và thâm nhập tế bào viêm.

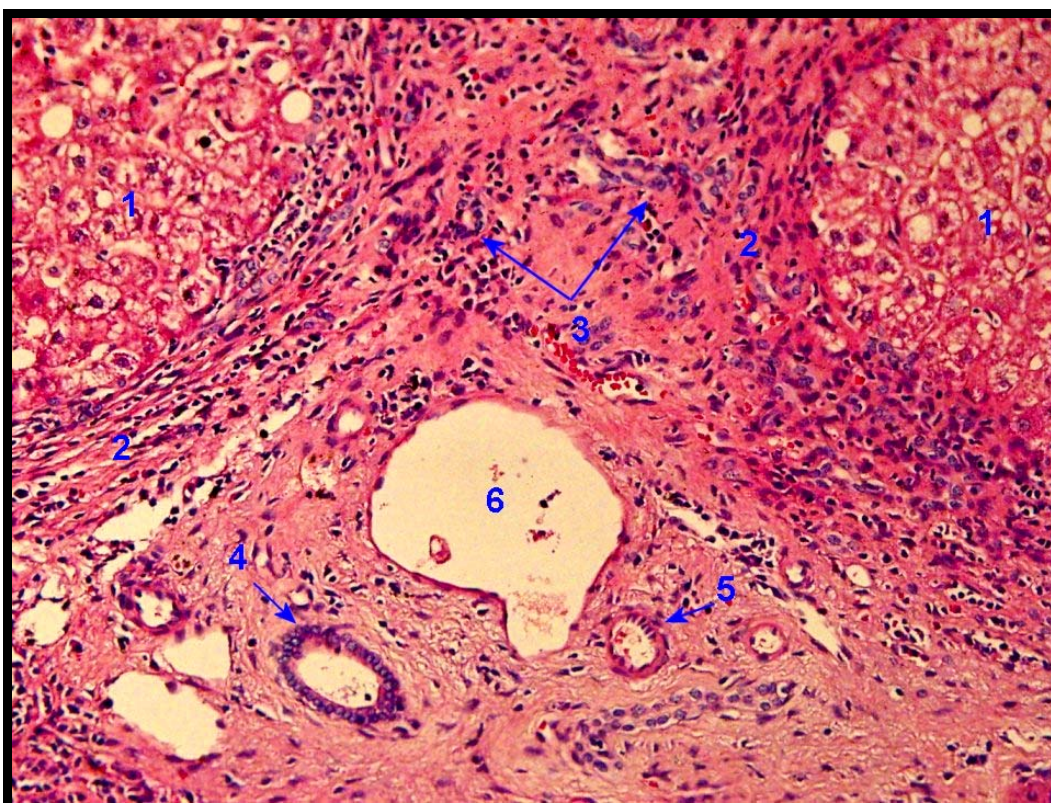
Quan sát tiêu bản với VK4, cấu trúc bình thường của gan bị phá hủy, thay vào đó là các nốt tế bào gan tái tạo to nhỏ không đều, ngăn cách nhau bằng mô sợi ngấm tế bào viêm mãn tính. Các nốt này thoát nhìn trông giống tiểu thùy gan nhưng thực ra chỉ là 1 tập hợp tế bào gan tăng sinh và thoái hóa, không có tĩnh mạch trung tâm, vì vậy còn có tên là tiểu thùy giả (hình 2).

Với VK 10 và 40, mô sợi bao quanh nốt tế bào gan tái tạo gồm nguyên bào sợi và các sợi collagen, thâm nhập nhiều tế bào viêm mãn tính như limphô bào và tương bào. Trong mô sợi, sự tăng sinh các tế bào biểu mô ống mật tạo ra các ống nhỏ, không thông nối với hệ dẫn mật trong gan nên còn gọi là ống mật giả. Những khoảng của còn sót lại - chưa bị phá hủy - cho thấy sự hiện diện của bộ ba gồm ống mật thật, nhánh của động mạch gan và nhánh của tĩnh mạch cửa (hình 3, 4).

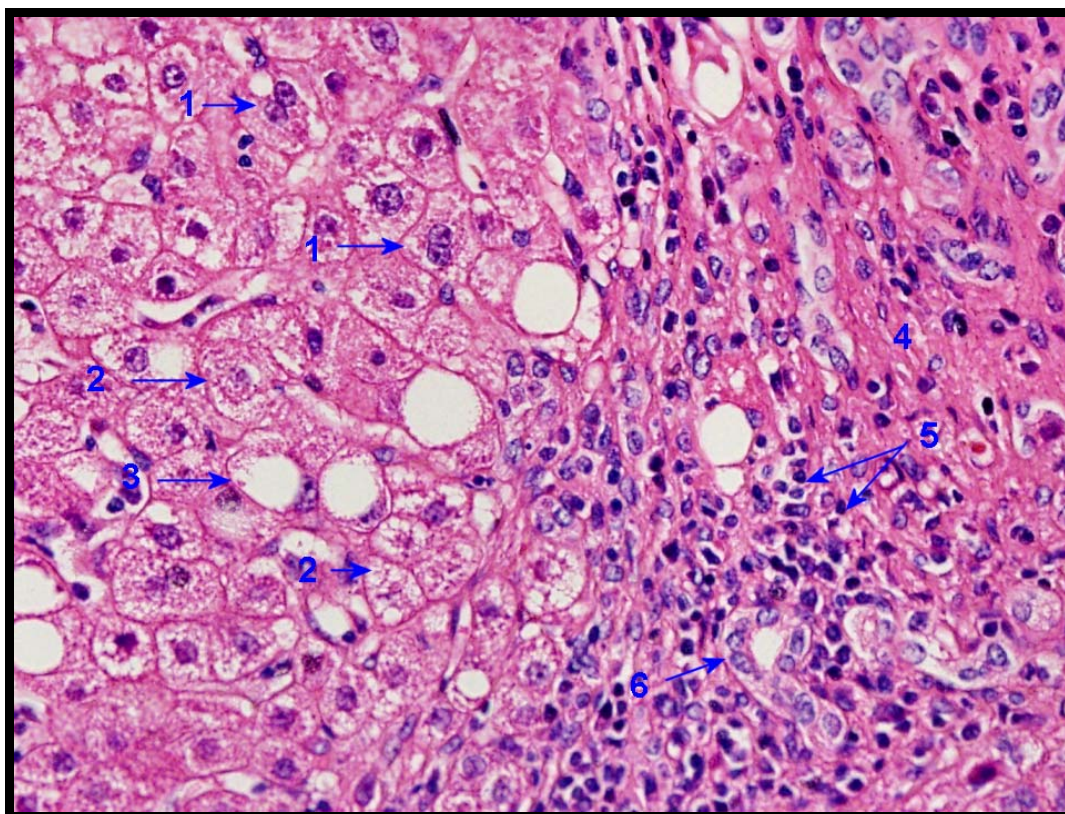
Nốt tái tạo gồm các tế bào gan đang hoạt động tăng sinh, tế bào có 2 nhân, hạch nhân rõ; các tế bào gan thoái hóa nước với bào tương chứa nhiều không bào sáng; các tế bào gan thoái hóa mỡ với bào tương chứa một giọt mỡ lớn, đẩy nhân lệch qua 1 bên (hình 5).



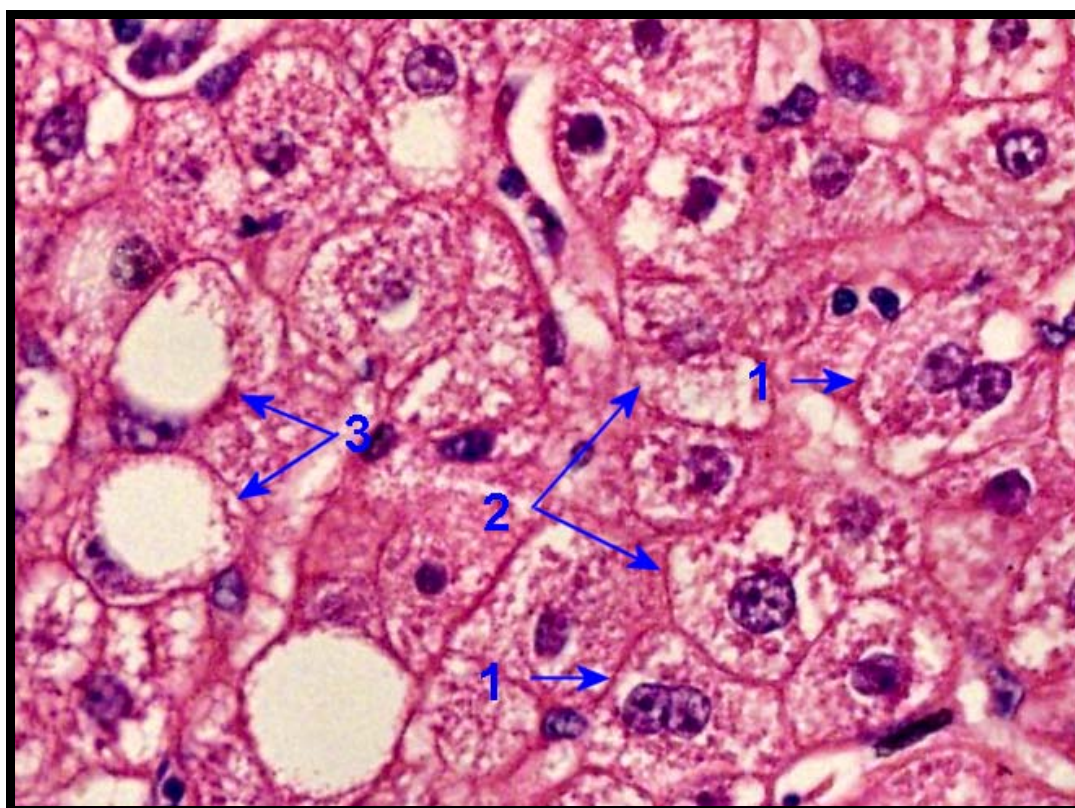
Hình 2: 1- Các nốt tế bào gan tái tạo; 2- Mô sợi ngấm tế bào viêm mãn tính.



Hình 3: 1- Nốt tế bào gan tái tạo; 2- Mô sợi ngấm tế bào viêm mãn tính; 3- Ống mật giả; 4- Ống mật thật; 5- Nhánh của động mạch gan; 6- Nhánh của tĩnh mạch cửa.



Hình 4: Tế bào gan tăng sinh; 2- Tế bào gan thoái hóa nước; 3- Tế bào gan thoái hóa mỡ; 4- Mô sợi; 5- Limphô bào; 6- Ống mật giả.

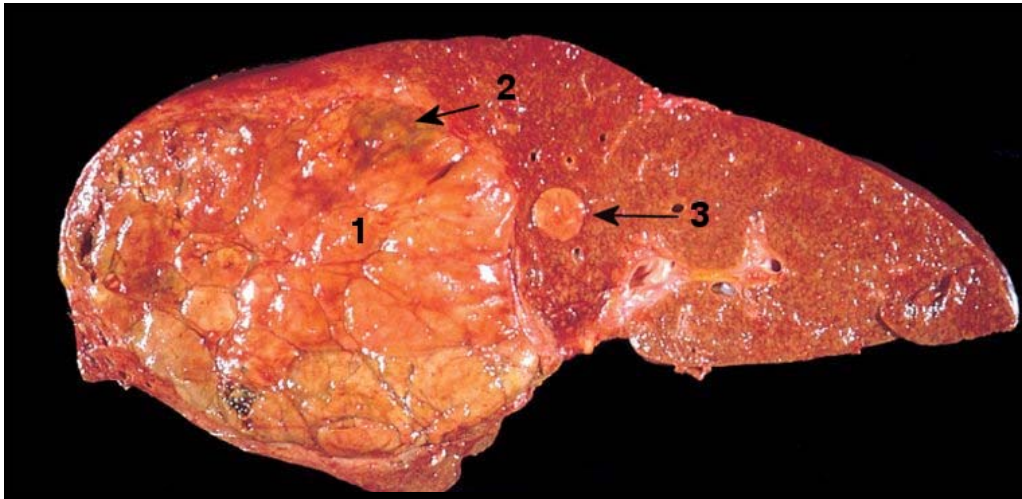


Hình 5: 1- Tế bào gan tăng sinh; 2- Tế bào gan thoái hóa nước; 3- Tế bào gan thoái hóa mỡ.

CARCINÔM TẾ BÀO GAN

Carcinôm tế bào gan là loại ung thư gan nguyên phát thường gặp nhất, ở giới nam nhiều hơn giới nữ. Carcinôm tế bào gan có xuất độ khá cao ở các nước Đông Nam Á, có lẽ liên quan với tình trạng nhiễm HBV, HCV và xơ gan khá phổ biến tại đây.

Đại thể: Carcinôm có dạng một ổ, đa ổ hoặc thâm nhiễm lan toả, làm gan to ra. Ổ ung thư có màu lợt hơn nhu mô gan xung quanh, mặt độ mềm bở, mặt cắt không đồng nhất do xuất huyết và hoại tử (hình 1).



Hình 1: 1- Ổ ung thư gan nguyên phát chiếm hết thùy phải gan; 2- Mặt cắt không đồng nhất, có chỗ nhuộm màu sắc tố mật; 3- Nốt ung thư vệ tinh.

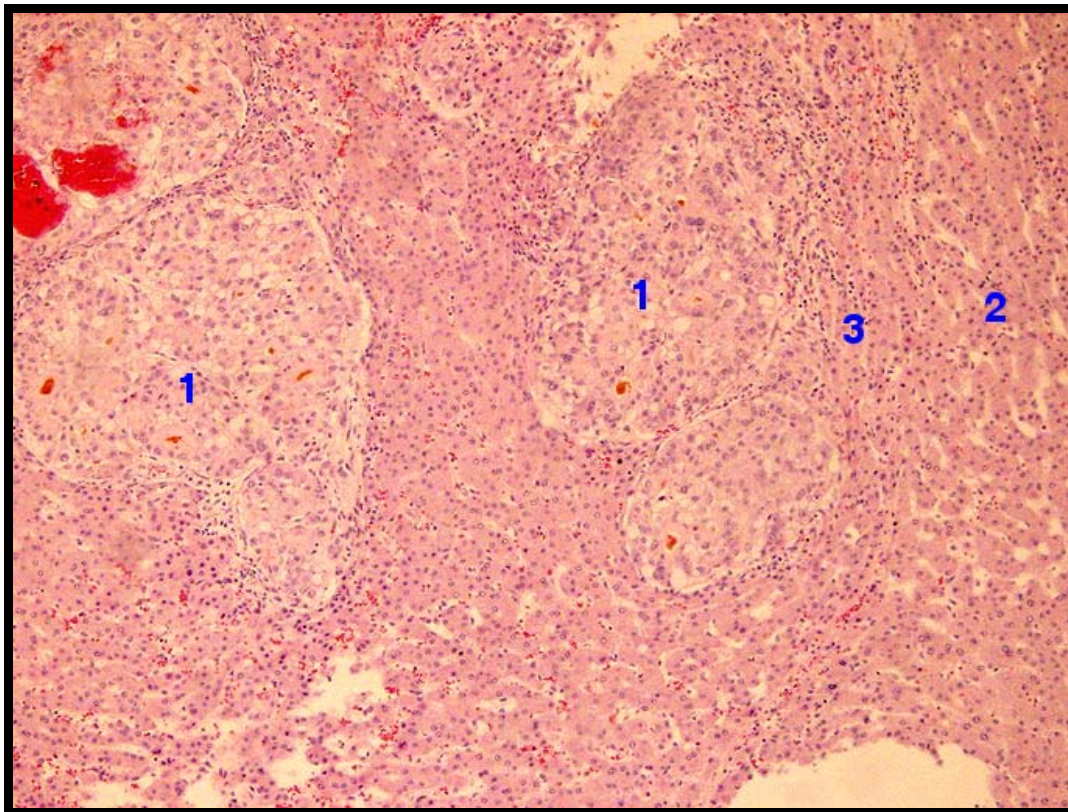
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

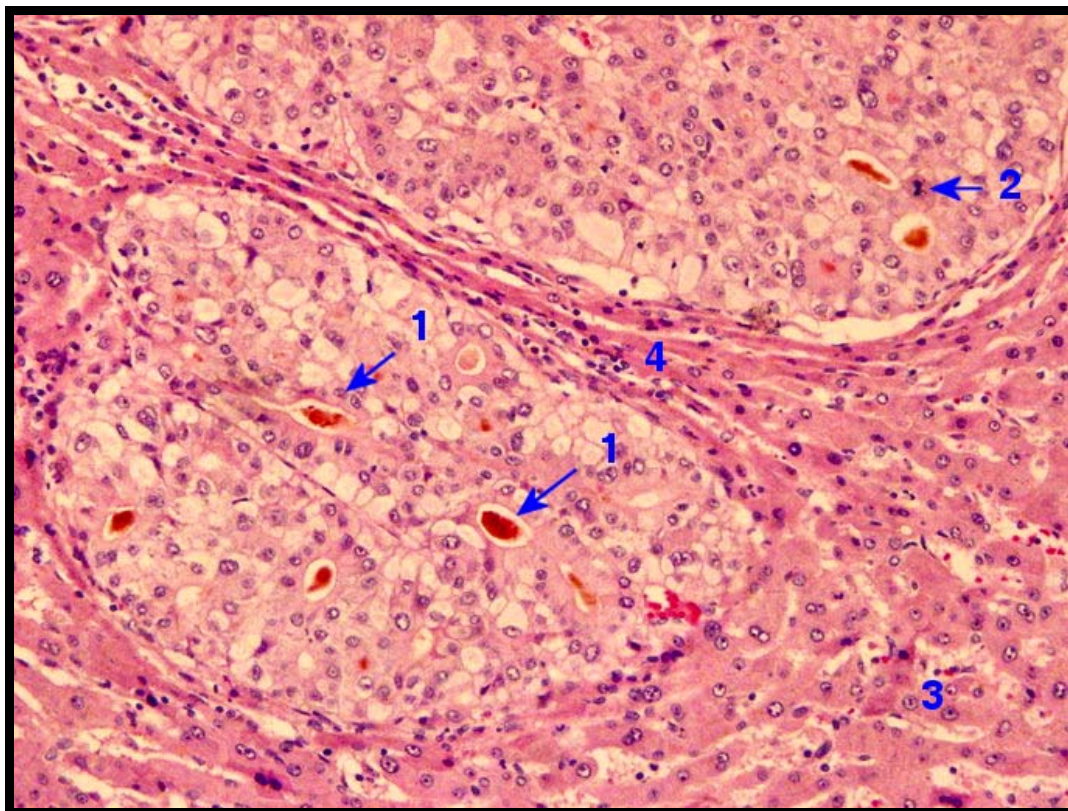
1. Tế bào gan ung thư xếp thành bè hoặc cấu trúc tuyến
2. Mật
3. Các bè gan bình thường

Quan sát với VK4, trong mô gan có các đám tế bào gan ung thư xâm nhập bắt màu lợt hơn so với nhu mô gan bình thường. Vùng tế bào gan bình thường sát ngoài rìa các đám ung thư bị ép dẹt (hình 2).

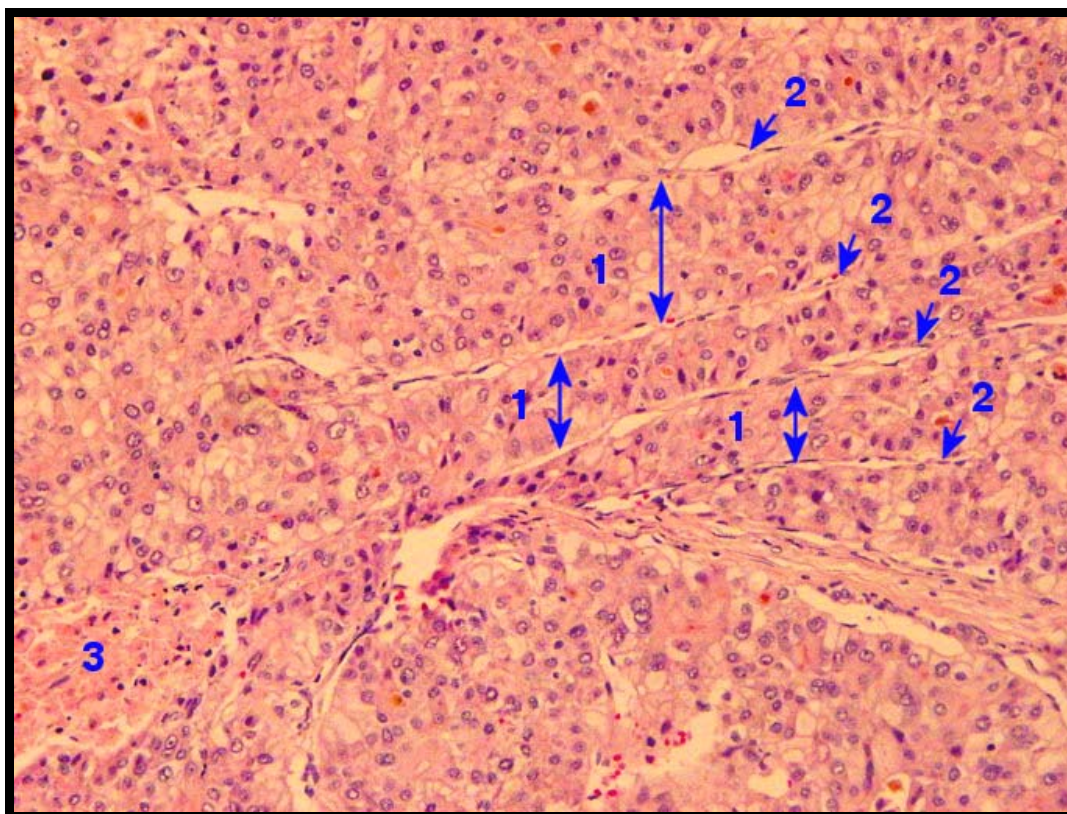
Với VK10 và 40, đây là một trường hợp carcinôm tế bào gan biệt hóa tốt nên các tế bào ung thư tương đối ít dị dạng, còn giữ được nhiều đặc điểm của tế bào gan. Tế bào ung thư hình đa diện, bào tương nhiều màu hồng nhạt, nhân tròn nằm giữa tế bào. Các tế bào ung thư hợp thành cấu trúc bè gồm nhiều lớp tế bào có mao mạch cặp 2 bên (bắt chước bè Remak bình thường trong tiểu thùy gan, chỉ gồm 1 lớp tế bào nằm giữa 2 mao mạch dạng xoang) hoặc túi tuyến (xếp vòng tròn có lòng ống ở giữa), lòng tuyến có thể chứa sắc tố mật màu nâu (hình 3 và 4).



Hình 2: 1- Các ổ tế bào gan ung thư; 2- Nhu mô gan bình thường; 3- Vùng tế bào gan bị ép dẹt.



Hình 3: 1- Các tế bào gan ung thư sắp xếp thành cấu trúc dạng tuyến với sắc tố mật trong lòng tuyến; 2- Phân bào; 3- Vùng nhu mô gan bình thường; 4- Vùng tế bào bị ép dẹt.

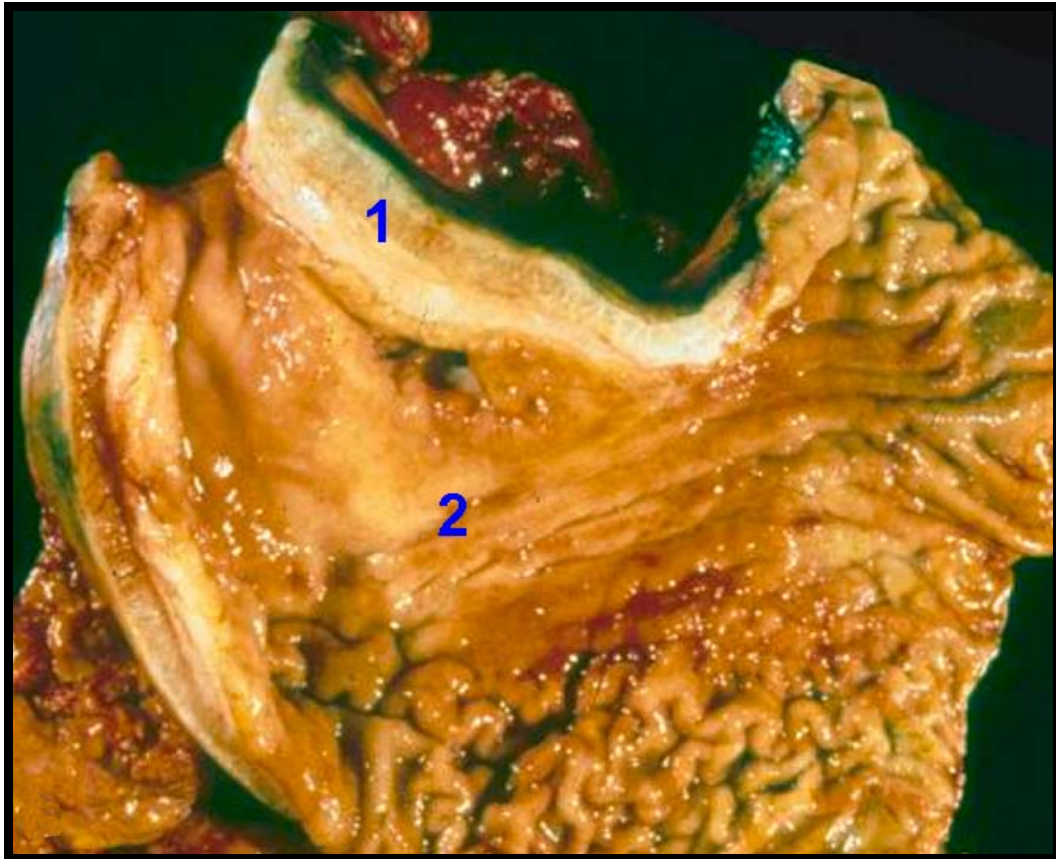


Hình 4: 1- Cấu trúc bì gồm nhiều lớp tế bào u ; 2- Các mao mạch; 3- Hoại tử u.

CARCINÔM TUYẾN DẠ DÀY DẠNG MẶT NHẪN

Carcinôm tuyến là loại ung thư dạ dày thường gặp nhất, thường được phát hiện trễ khi ung thư đã đi vào giai đoạn xâm nhập, do khởi đầu chỉ có các triệu chứng mơ hồ như khó tiêu đầy bụng. Bệnh nhân thường trên 50 tuổi, giới nam nhiều hơn giới nữ. Vị trí thường gặp nhất của ung thư là ở bờ cong nhỏ vùng hang - môn vị. Dựa theo hình thái mô học, phân biệt 2 loại carcinôm dạ dày: kiểu ruột và kiểu lan tỏa; carcinôm tuyến dạ dày dạng mặt nhẵn thuộc loại thứ 2, tế bào ung thư hình nhẵn không tạo thành tuyến, xâm nhập vào tất cả các lớp của thành dạ dày.

Đại thể: Thành dạ dày bị ung thư xâm nhập trở nên dày cứng, các nếp gấp niêm mạc bị xóa; dạ dày trông giống như một cái chai bằng da (hình 1).



Hình 1: 1- Thành dạ dày dày cứng; 2- Các nếp gấp niêm mạc bị xóa.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

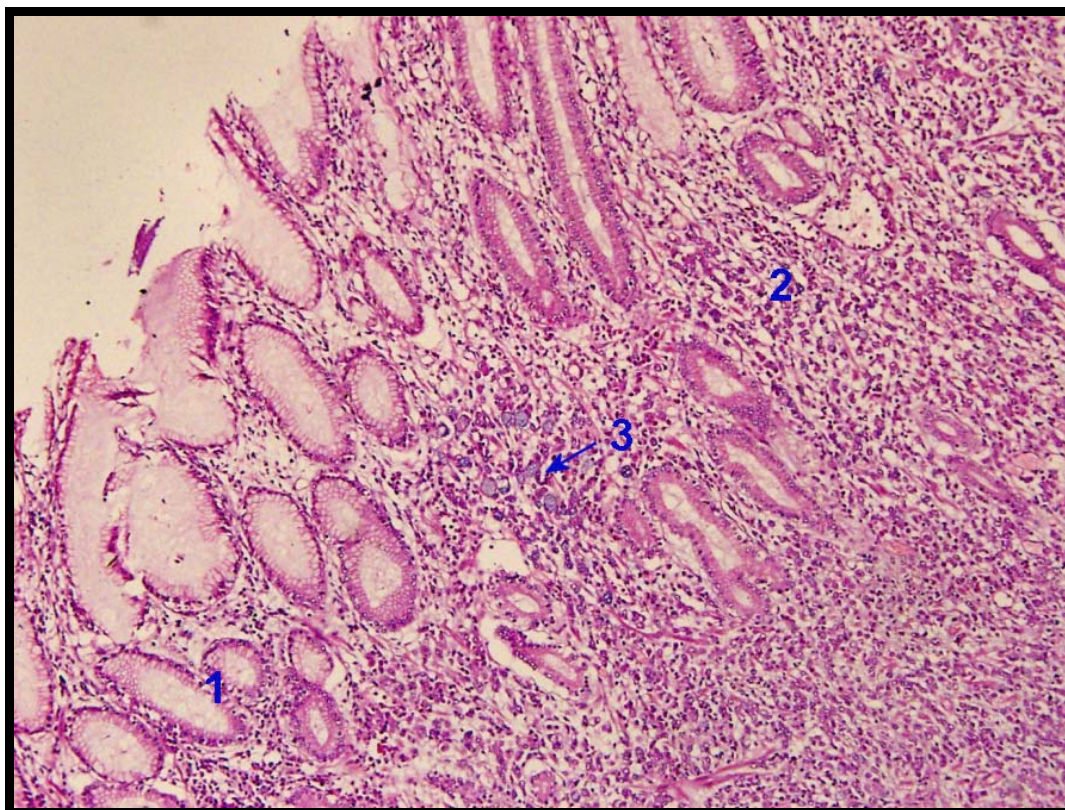
Các tế bào ung thư dạng mặt nhẵn xâm nhập các lớp thành dạ dày.

Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của dạ dày

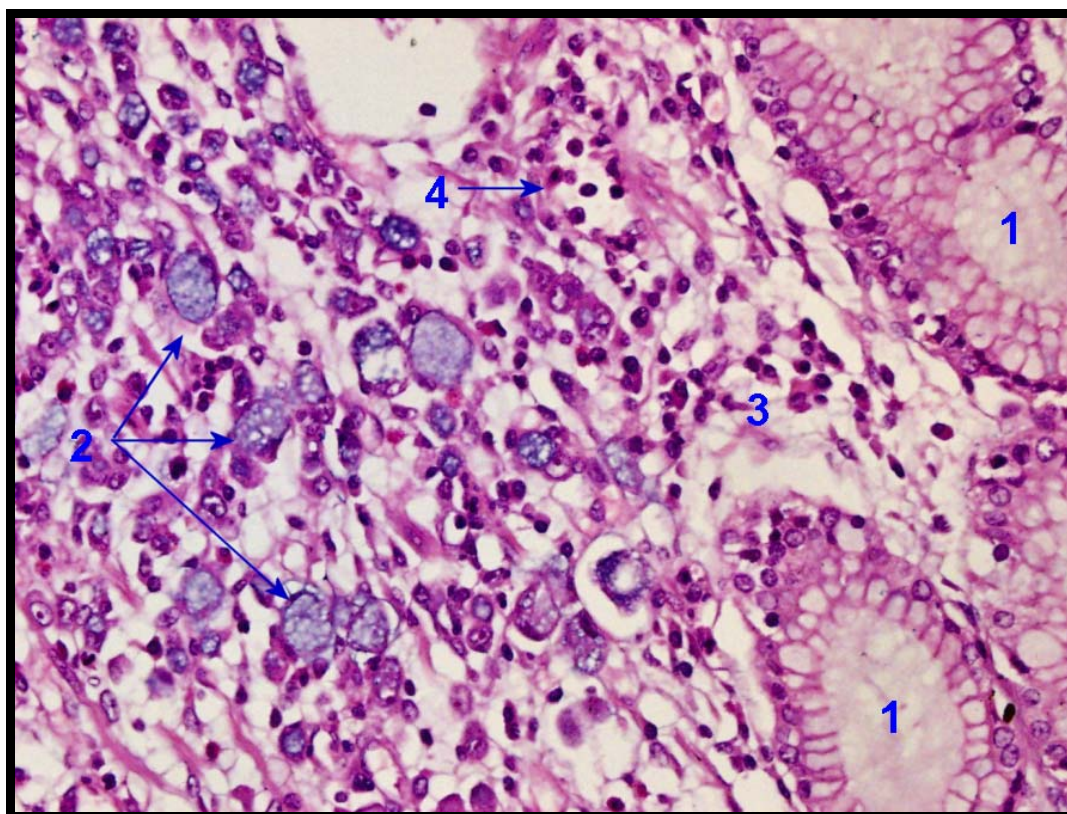
Quan sát tiêu bản với VK4, niêm mạc vùng hang - môn vị gồm các tuyến môn vị tiết nhầy; giữa các ống tuyến là mô đệm niêm mạc trong đó các tế bào ung thư dạng mặt nhẵn xâm nhập (hình 2).

Với VK 10 và VK 40, tuyến môn vị được lát bởi 1 lớp biểu mô trụ đơn tiết nhầy. Mô đệm niêm mạc nằm giữa các ống tuyến là 1 mô liên kết thưa giàu mạch máu và thẩm nhập nhiều limphô bào và tương bào. Trong mô đệm này, có các tế bào ung thư dạng mặt nhẵn xâm nhập, nằm riêng lẻ hoặc kết thành những đám nhỏ. Tế bào ung thư hình tròn hay bầu dục, bào tương có 1 không bào lớn chứa chất nhầy bắt màu xanh tím, đẩy ép nhân ra ngoại vi (hình 3).

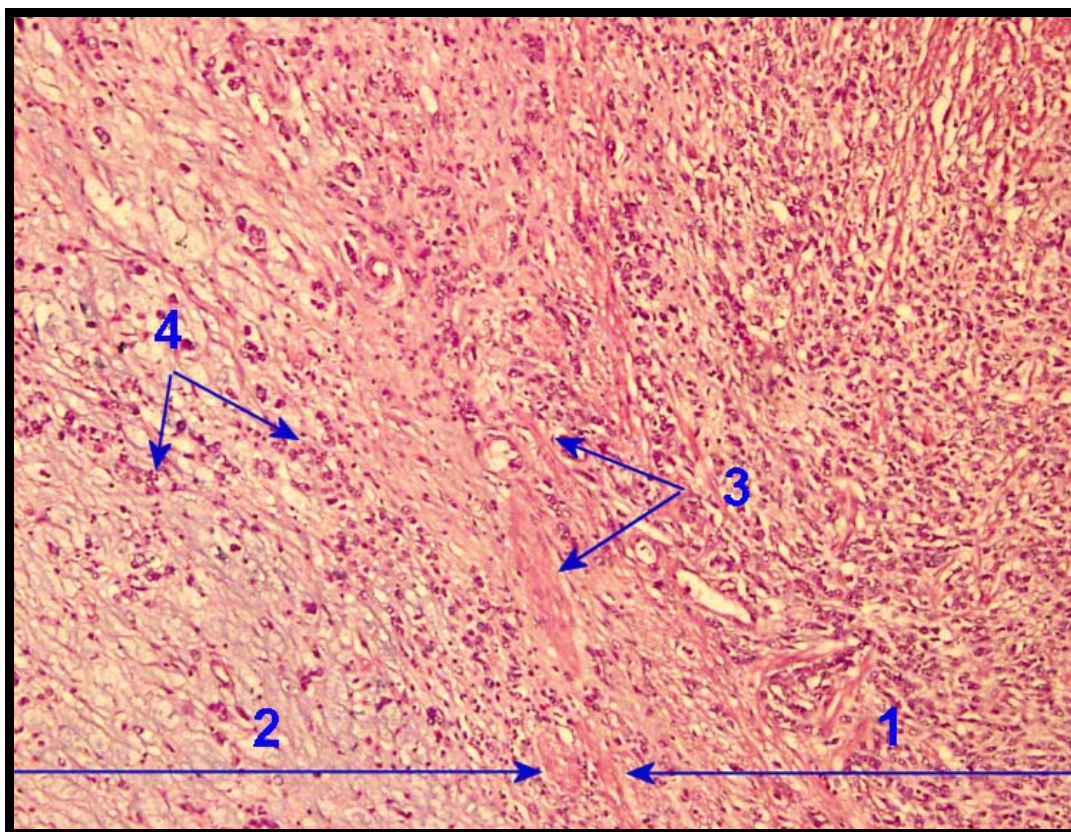
Di chuyển tiêu bản qua lớp dưới niêm mạc, lớp cơ và thanh mạc; cũng có sự hiện diện của các tế bào ung thư dạng mặt nhẵn; chứng tỏ ung thư đã xâm nhập qua tất cả các lớp của thành dạ dày (hình 4 và 5).



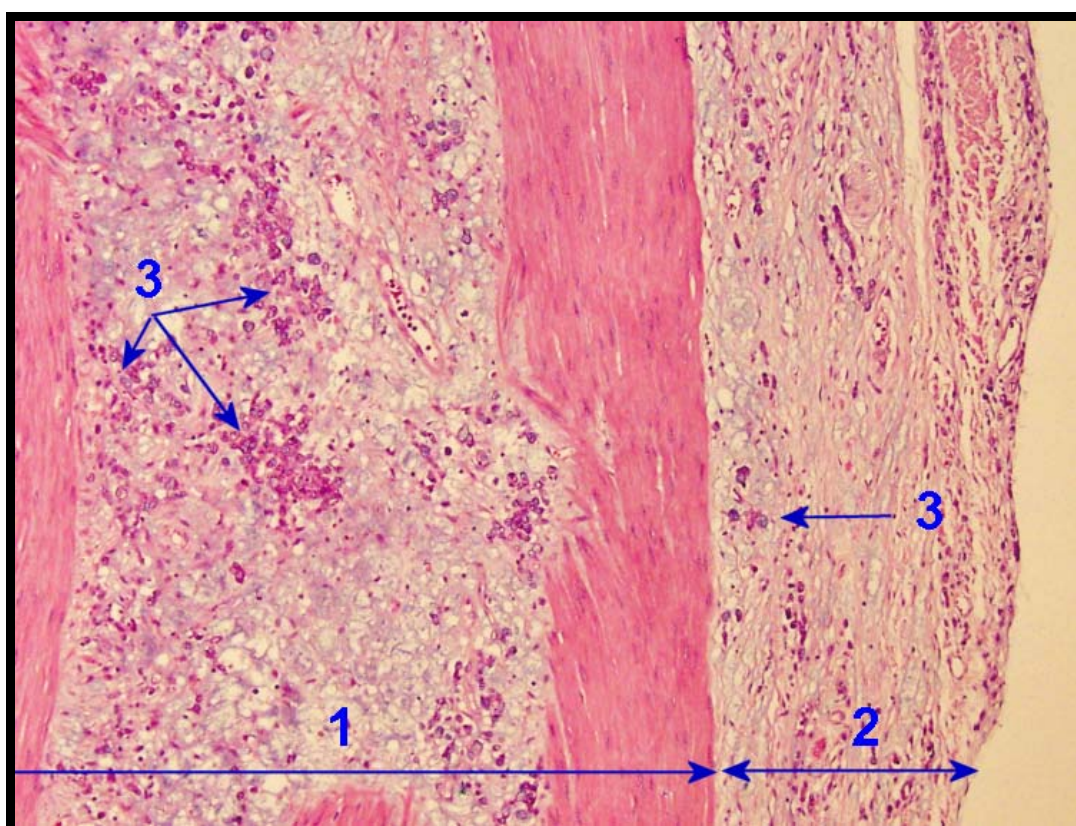
Hình 2: 1- Các tuyến môn vị; 2- Mô đệm niêm mạc; 3- Tế bào ung thư dạng mặt nhẵn.



Hình 3: 1- Tuyến môn vị; 2- Tế bào ung thư dạng mặt nhẵn xâm nhập; 3- Mô đệm niêm mạc; 4- Mạch máu.



Hình 4: 1- Lớp niêm mạc; 2- Lớp dưới niêm mạc; 3- Lớp cơ niêm; 4- Các đám tế bào ung thư dạng mặt nhẵn xâm nhập.

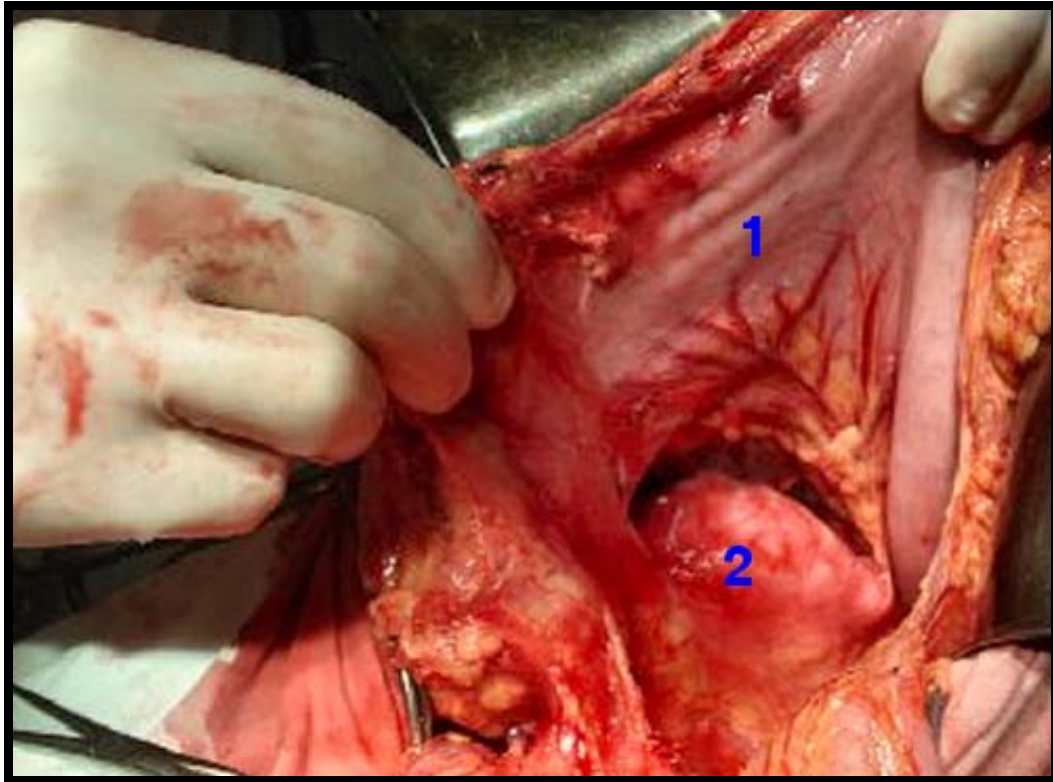


Hình 5: 1- Lớp cơ; 2- Lớp thanh mạc; 3- Các đám tế bào ung thư dạng mặt nhẵn xâm nhập.

CARCINÔM TUYẾN DẠNG MẶT NHẪN DI CĂN HẠCH

Carcinôm tuyến loại tế bào dạng mặt nhẵn của ống tiêu hóa, thường gặp nhất là tử dạ dày, có thể xâm nhập vào mạch bạch huyết và di căn đến các hạch vùng.

Đại thể: Hạch di căn có đường kính từ 0,5 cm đến 2 hoặc 3 cm; mật độ cứng chắc hoặc mềm bở; mặt cắt trắng sượng (hình 1).



Hình 1: 1- Dạ dày; 2- Khối hạch di căn cứng sượng nằm dọc theo bờ cong nhỏ.

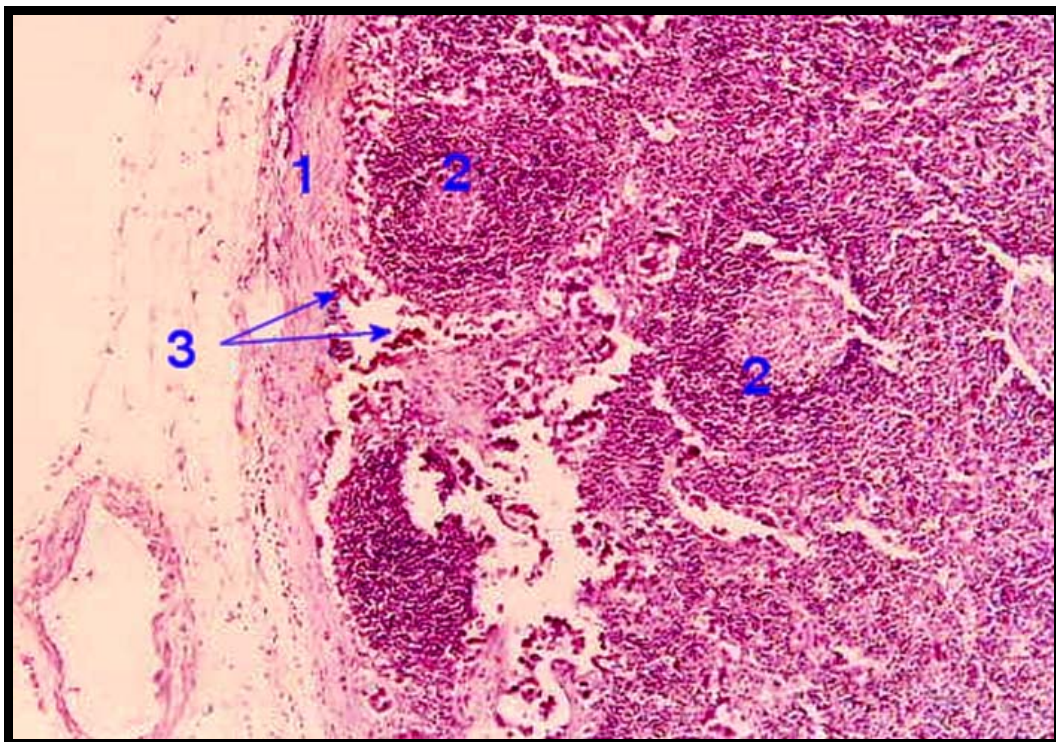
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

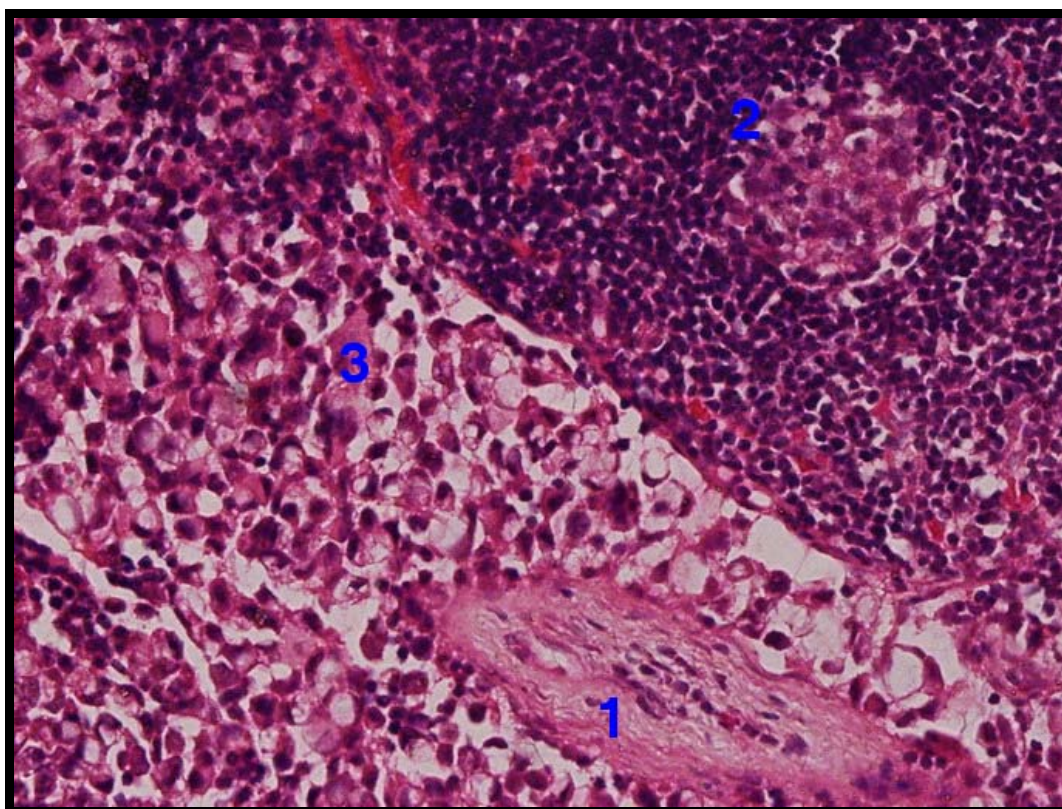
1. Tế bào ung thư dạng mặt nhẵn xâm nhập xoang dưới vỏ và xoang quanh nang.
2. Nhu mô hạch bình thường còn sót lại.

Quan sát tiêu bản với VK 4, cấu trúc hạch còn được bảo tồn khá nguyên vẹn: bao quanh hạch là vỏ bao sợi; nhu mô hạch gồm có vùng vỏ với các nang limphô, vùng cận vỏ và các xoang bạch huyết (xoang dưới vỏ, xoang quanh nang, xoang tủy). Trong các xoang bạch huyết, có các tế bào tuyến ung thư di căn xâm nhập, khác biệt với các mô bào bình thường của xoang (hình 1).

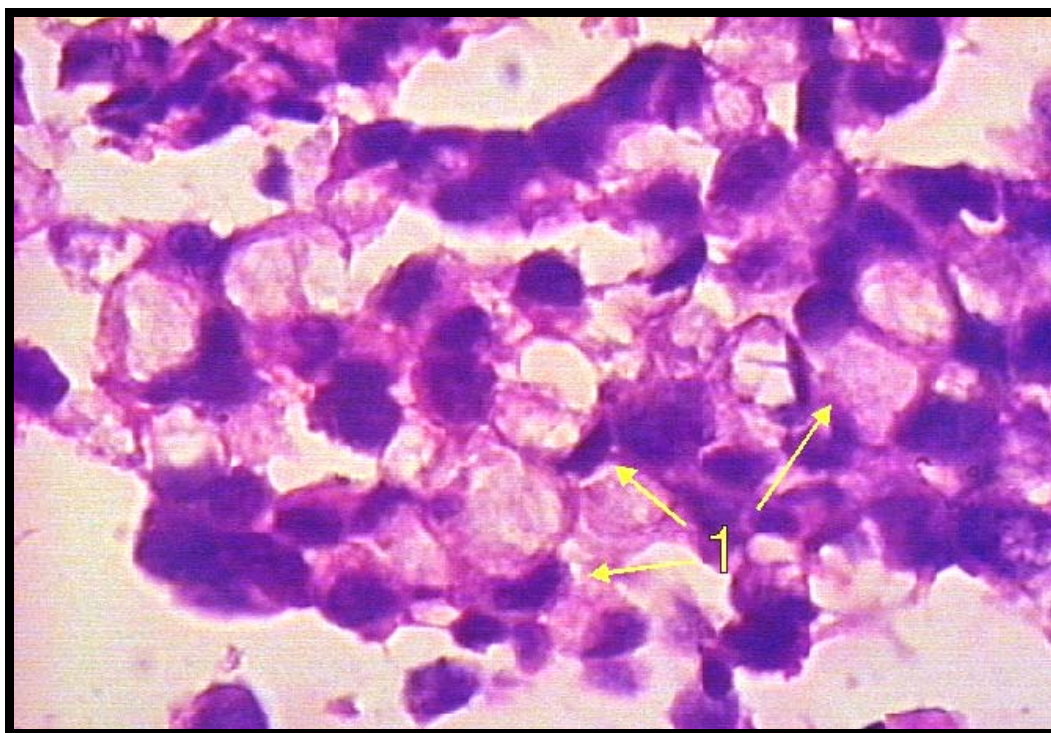
Quan sát các xoang dưới vỏ và xoang quanh nang với VK 10 và VK 40, các tế bào ung thư tuyến xâm nhập còn nằm trong các xoang, chưa phá vỡ nhu mô hạch. Tế bào ung thư có không bào lớn chứa chất nhầy trong bào tương, đẩy lệch nhân sang một bên, tạo hình ảnh tế bào giống như chiếc nhẫn (hình 3 và 4)



Hình 2: 1- Vỏ bao sợi; 2- Nang limphô thứ cấp. 3- Các tế bào tuyến ung thư di căn xâm nhập xoang dưới vỏ và xoang quanh nang.



Hình 3: 1- Vách sợi ngăn vào trong nhu mô hạch; 2- Nang limphô thứ cấp; 3- Các tế bào ung thư tuyến dạng mặt nhẵn xâm nhập trong xoang quanh nang.



Hình 4: 1- Các tế bào tuyến ung thư dạng mặt nhẵn có không bào lớn chứa chất nhầy trong bào tương, đẩy lệch nhân sang một bên.

CARCINÔM TẾ BÀO GAI Ở PHỔI

Là một trong hai loại mô học thường gặp nhất của carcinôm phế quản - loại ung thư đứng hàng đầu ở đàn ông Việt nam. Bệnh thường xảy ra sau 40 tuổi, có liên quan mật thiết với tật nghiện hút thuốc lá.

Đại thể: U có vị trí trung tâm, thường xuất phát từ các phế quản lớn gần rốn phổi, tạo thành một khối sùi lấp bít lòng phế quản và xâm nhập vào nhu mô phổi xung quanh. U có mặt độ cứng chắc hoặc mềm bở; mặt cắt trắng xám không đồng nhất, có những vùng xuất huyết, hoại tử và thoái hóa bọc (hình 1).



Hình 1: 1- U xuất phát từ phế quản lớn, xâm nhập vào nhu mô phổi xung quanh đến tận màng phổi; 2- Hạch rốn phổi bị di căn.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

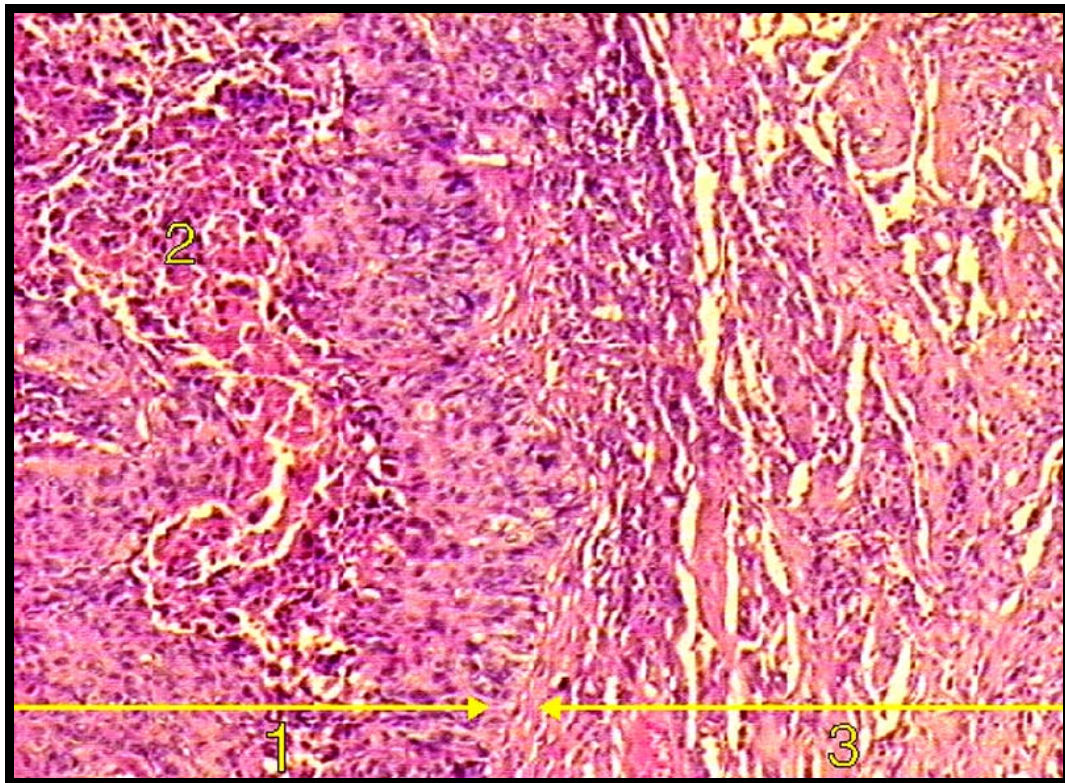
1. Đám tế bào gai ung thư biệt hóa vừa xâm nhập nhu mô phổi.
2. Hiện tượng hoại tử trung tâm.
3. Nhu mô phổi quanh u bị viêm, xuất huyết, xơ hóa.

Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của phổi.

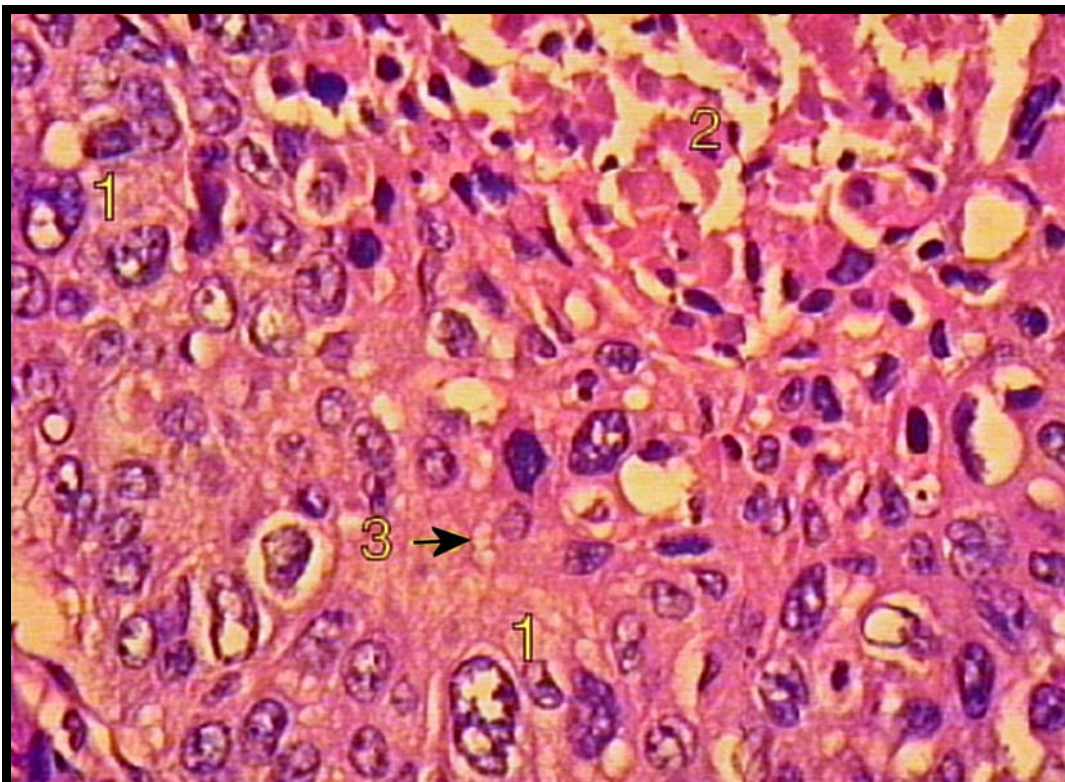
Quan sát tiêu bản với VK4, lát cắt mẫu mô có hai vùng khác biệt nhau: mô u gồm những đám đặc tế bào ung thư xâm nhập trong mô đệm sợi; nhu mô phổi kế cận bị xơ hóa và thấm nhập tế bào viêm, còn thấy được các khe trống là các lòng phế nang (hình 2).

Với VK10 và 40, đây là một trường hợp carcinôm tế bào gai biệt hóa vừa, vì vậy các tế bào ung thư có nhân dị dạng tăng sắc, hạch nhân lớn, bào tương ái toan; liên kết với nhau bằng cầu liên bào nhưng không tạo được cầu sừng. Tỷ lệ phân bào tăng và có những hình ảnh phân bào bất thường. Các tế bào ung thư xếp thành đám, xâm nhập trong mô đệm; Ở một số đám có hiện tượng hoại tử trung tâm do tế bào bị chết vì thiếu dinh dưỡng (hình 3 và 4).

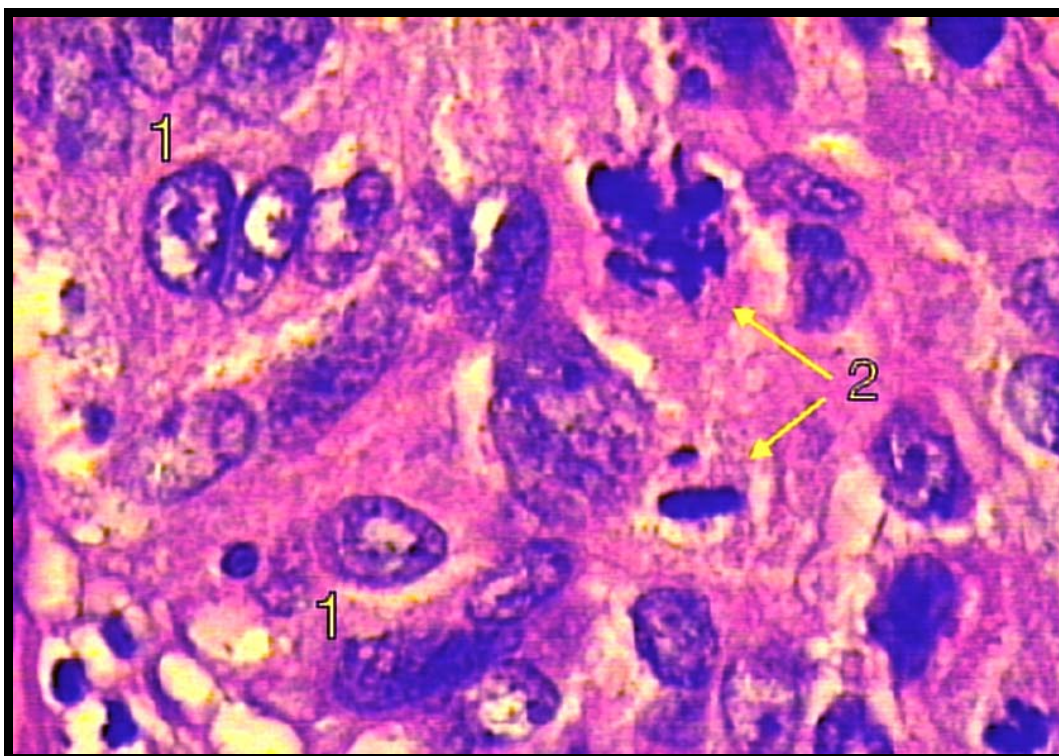
Ở VK 10, vùng mô phổi cạnh u bị chèn ép, viêm, xuất huyết, vách phế nang xơ hóa dày lên, thấm nhập tế bào viêm, lòng phế nang bị thu hẹp lại thành các khe mỏng.(hình 5)



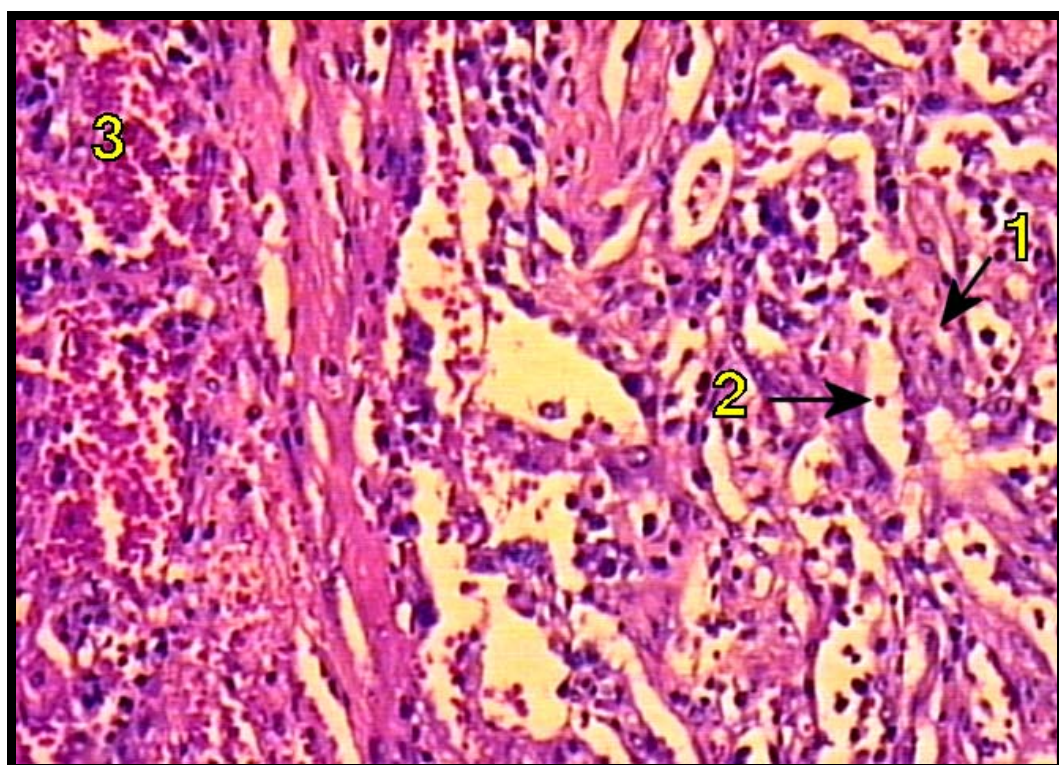
Hình 2: 1- Đám tế bào gai ung thư xâm nhập nhu mô phổi; 2- Hoại tử trung tâm;
3- Nhu mô phổi kế cận bị chèn ép, xơ hóa, thẩm nhập tế bào viêm.



Hình 3: 1- Tế bào ung thư có nhân dị dạng tăng sắc; 2- Hoại tử trung tâm;
3- Cầu liên bào.



Hình 4: 1- Tế bào ung thư có nhân dị dạng tăng sắc; 2- Phân bào bất thường.

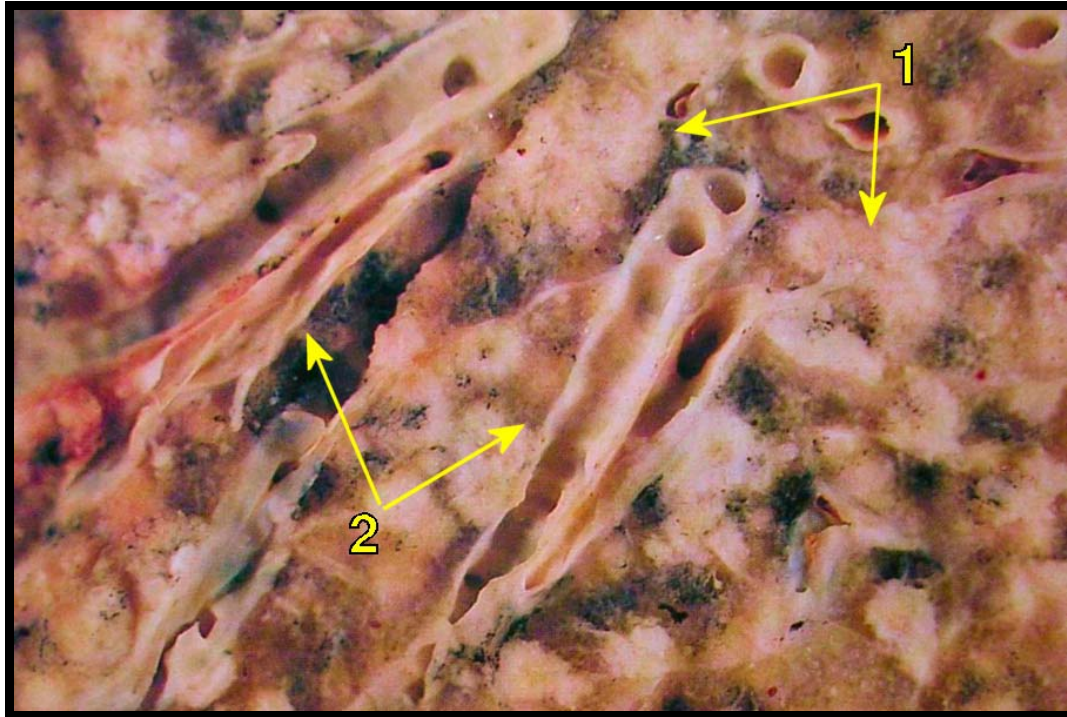


Hình 5: 1 Vách phế nang xơ hóa dày lên; 2- Lòng phế nang thu hẹp; 3- Xuất huyết.

CARCINÔM TIỂU PHẾ QUẢN PHẾ NANG

Là loại carcinôm phế quản thường gặp ở phụ nữ và người không hút thuốc lá. U xuất phát từ tế bào Clara hoặc phế bào II của tiểu phế quản tận hoặc phế nang, do đó vị trí khởi đầu thường ở ngoại vi phổi; tiến triển lan rộng dọc theo vách phế nang vào toàn bộ nhu mô phổi.

Đại thể: Tổn thương có dạng nhiều cục màu xám trắng rải rác khắp trong nhu mô phổi, cấu trúc cây phế quản tương đối còn nguyên vẹn (hình 1).



Hình 1: 1- U có dạng nhiều cục màu xám trắng nằm rải rác khắp nhu mô phổi;
2- Cây phế quản tương đối còn nguyên vẹn

Vi thể:

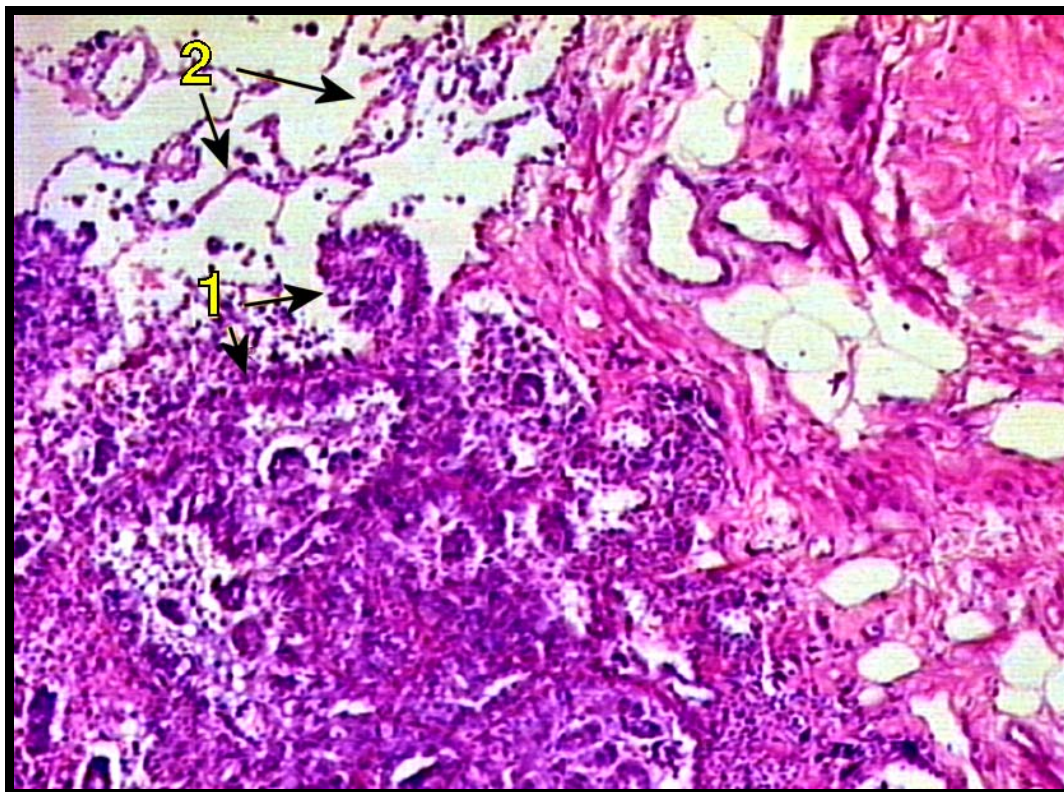
Mục tiêu cần tìm:

1. Tế bào ung thư hình vuông hoặc trụ, nhân tăng sắc, dị dạng; một số tế bào có không bào tiết nhầy ở cực đỉnh.
2. Tế bào ung thư: lót vách phế nang, tạo nhú.
3. Một số đám tế bào ung thư rớt vào lòng phế nang.

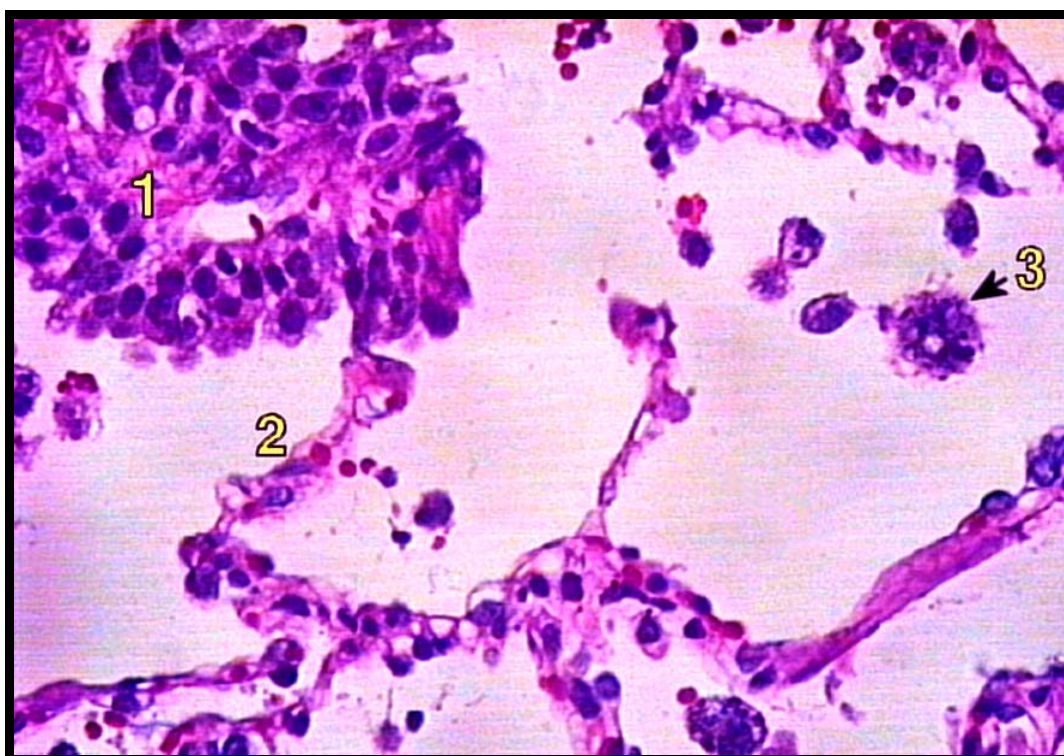
Quan sát tiêu bản với VK4, mẫu mô có hai vùng khác biệt; mô u là những phế nang có vách lót bởi tế bào ung thư, so sánh với vùng mô phổi bình thường với các phế nang có vách mỏng lót bởi các phế bào (hình 2).

Với VK10 và VK 40, tại ranh giới giữa mô lành và mô u, phế nang có tế bào ung thư lót vách nằm liên tục với phế nang bình thường, hình ảnh này cho thấy đây là loại ung thư tiến triển lan tràn dọc theo vách phế nang vào toàn bộ nhu mô phổi. (Hình 3)

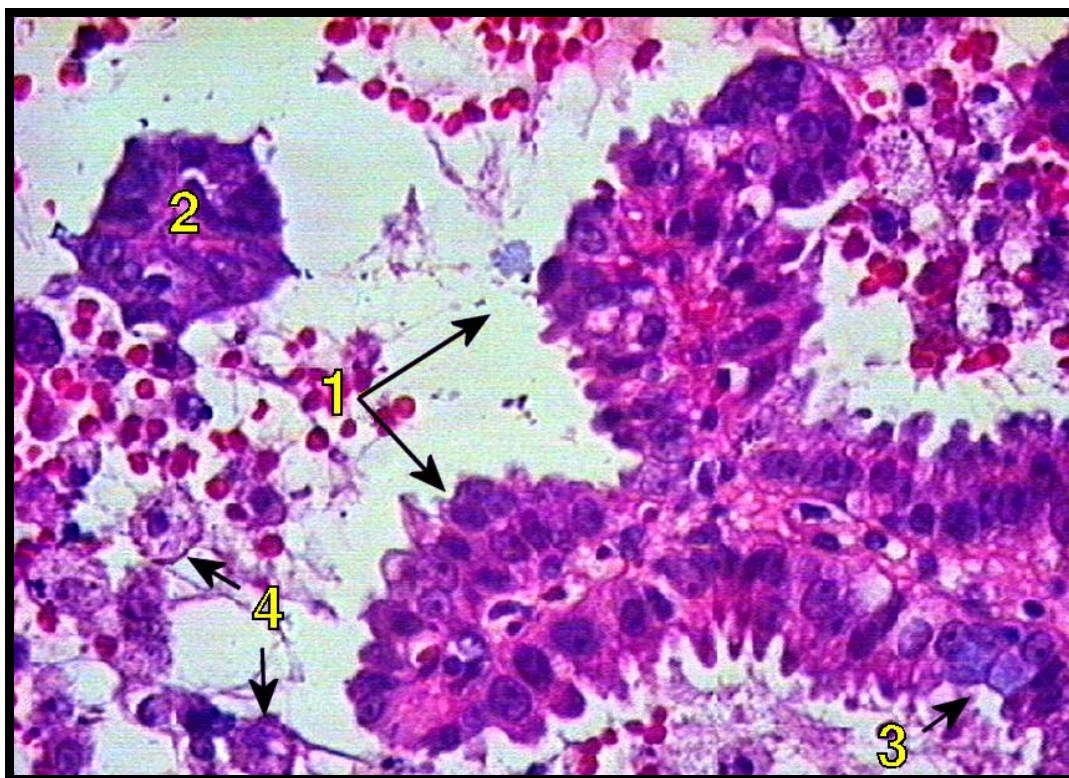
Quan sát vùng mô u ở VK10 và 40, phế nang lót bởi các tế bào ung thư hình trụ hoặc hình vuông, nhân dị dạng tăng sắc và có hạch nhân lớn. Tế bào ung thư có nơi tăng sinh mạnh tạo thành nhú thò vào lòng phế nang (nhú không có trực liên kết mạch máu). Tế bào ung thư có thể rớt vào lòng phế nang, cần phân biệt với các đại thực bào phế nang ứ đọng bụi than trong bào tương (còn gọi là tế bào bụi). Một số tế bào ung thư chế tiết chất nhầy, có không bào chứa chất nhầy ở cực đỉnh, đẩy nhân lệch sát đáy, cho hình ảnh giống tế bào đài (hình 4, 5).



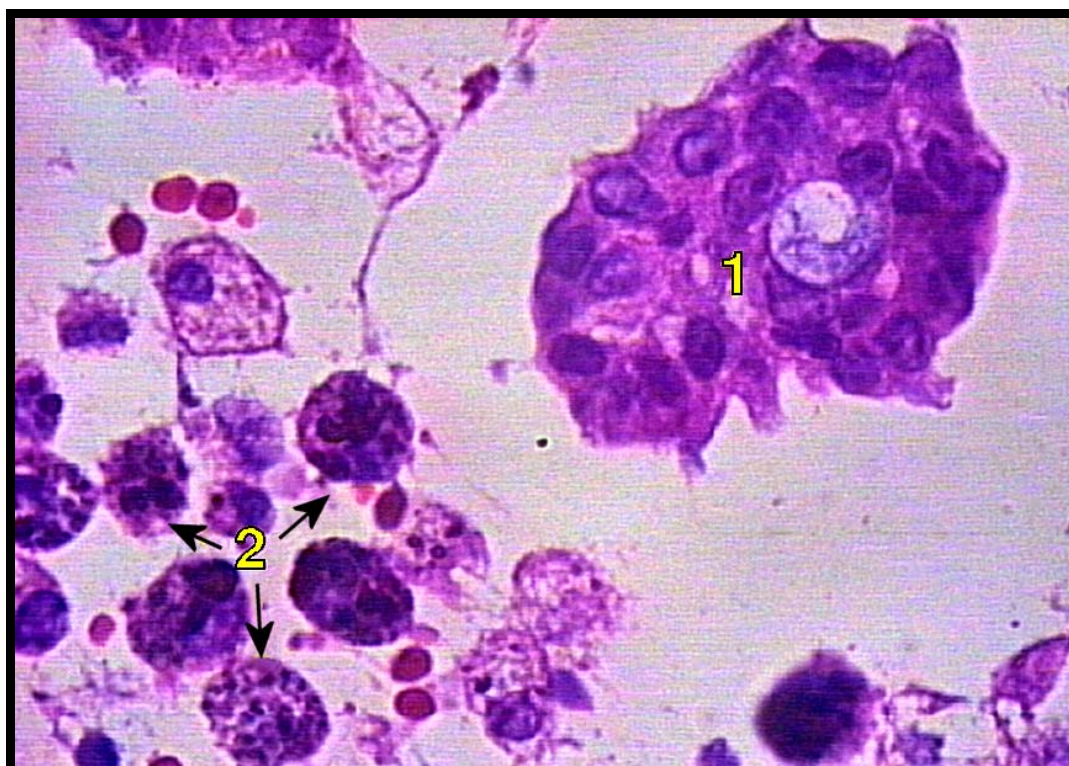
Hình 2: 1- Các tế bào ung thư lót vách phế nang; 2- Vách phế nang bình thường.



Hình 3: 1- Các tế bào ung thư lót vách phế nang; 2- Vách phế nang bình thường; 3- Đại thực bào phế nang.



Hình 4: 1- Tế bào ung thư tăng sinh tạo nhú; 2- Đám tế bào ung thư rớt vào lòng phế nang; 3- Tế bào ung thư chế tiết chất nhầy; 4. Đại thực bào phế nang.



Hình 5: 1- Đám tế bào ung thư rớt vào lòng phế nang; 2- Đại thực bào phế nang ứ đọng bụi than (tế bào bụi).

CARCINÔM TUYẾN GIÁP DẠNG NHÚ

Là loại ung thư thường gặp nhất của tuyến giáp, tuổi mắc bệnh trung bình là 40 tuổi, giới nữ mắc bệnh nhiều hơn giới nam gấp 2-3 lần. U tiến triển chậm nhưng có thể cho di căn hạch rất sớm, hiếm khi di căn theo đường máu.

Đại thể: U có kích thước trung bình 2-3cm, u đặc không vỏ bao, mật độ chắc, mặt cắt trắng xám không đồng nhất, có thể có những vùng hoá calci và thoái hoá bọng (hình 1).



Hình 1: 1- U không có vỏ bao, xâm nhập vào mô giáp xung quanh; 2- Mặt cắt trắng xám không đồng nhất, có chỗ thoái hóa bọng

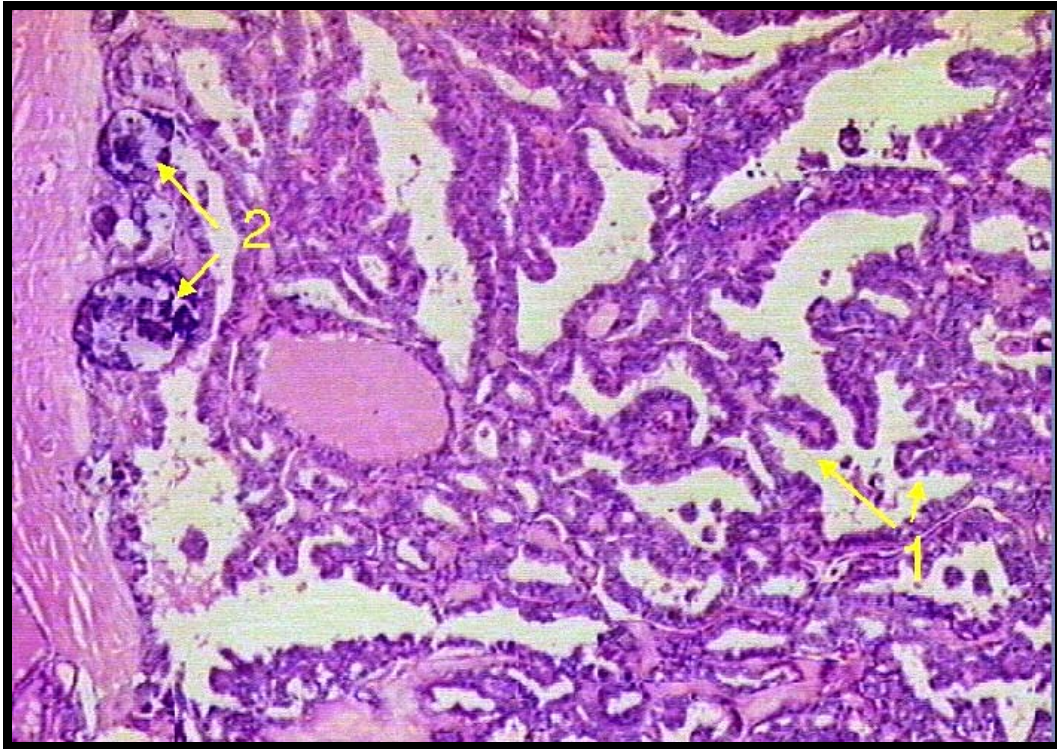
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

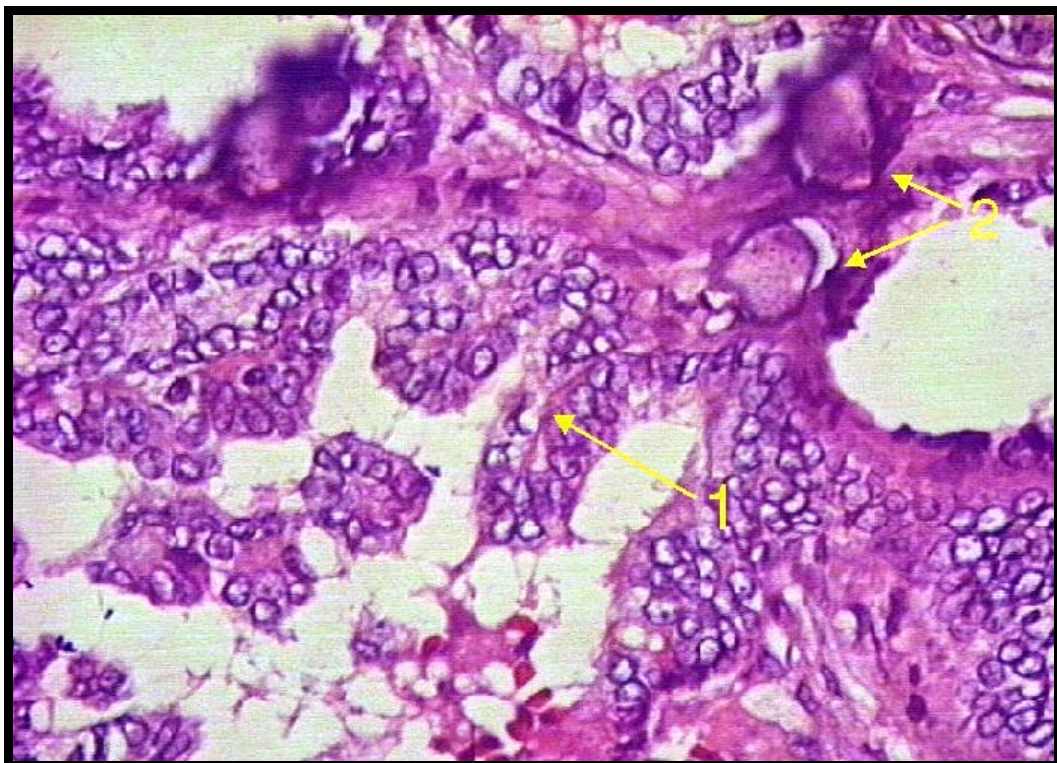
1. Tế bào ung thư có nhân sáng, bầu dục, chồng chất lên nhau.
2. Tăng sản tạo nhú phân nhánh, có trực liên kết mạch máu.
3. Thể psammoma trong mô đệm.

Quan sát tiêu bản với VK4, u cấu tạo bởi các cấu trúc nhú phân nhánh, có trực liên kết mạch máu, được phủ lớp 1 tế bào biểu mô vuông hoặc trụ thấp. Bên cạnh cấu trúc nhú, tế bào u có thể xếp thành nang tuyến có chứa chất keo. Trong mô đệm u và trên các trực liên kết mạch máu, ta có thể tìm thấy các thể psammoma bắt màu tím đậm (psammoma là một cấu trúc hình tròn gồm nhiều lớp đồng tâm do tình trạng lắng đọng canxi hóa nghịch dưỡng) (Hình 2 và 3).

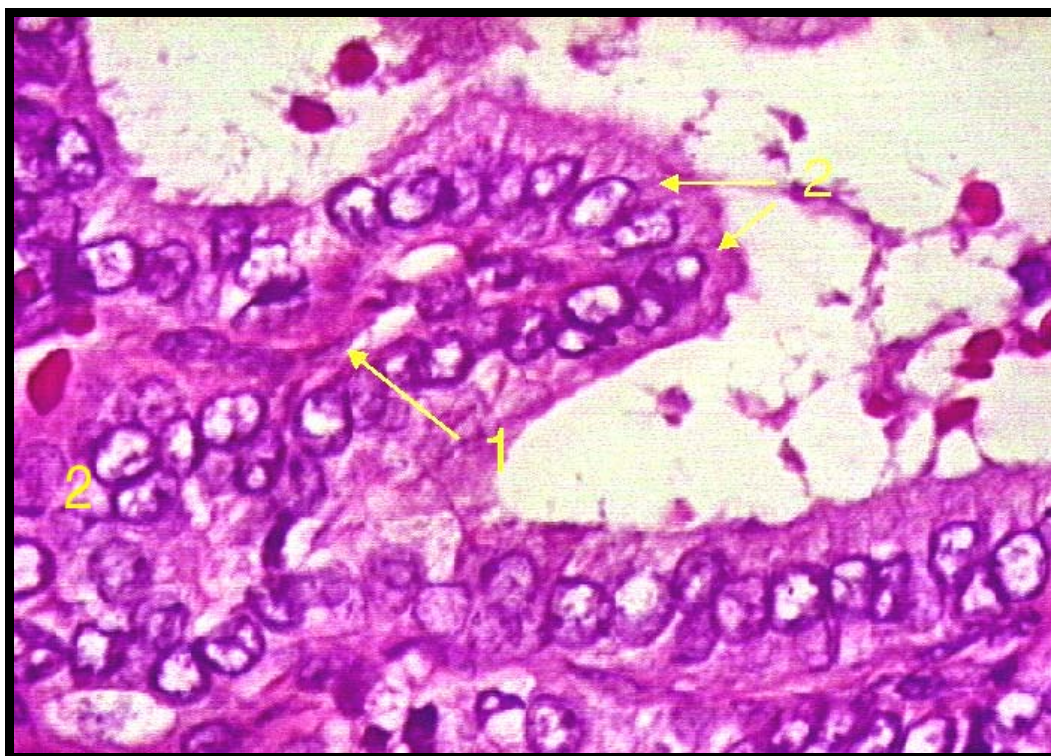
Với VK 10 và VK40, ta thấy các tế bào u có nhân sáng, tròn hoặc bầu dục, có nơi tăng sinh chồng chất lên nhau tạo hình ảnh giống như rổ trứng. (hình 4)



Hình 2: 1- Tế bào ung thư tăng sản tạo nhú; 2- Thể psammoma.



Hình 3: 1- Trực liên kết mạch máu; 2- Thể psammoma.

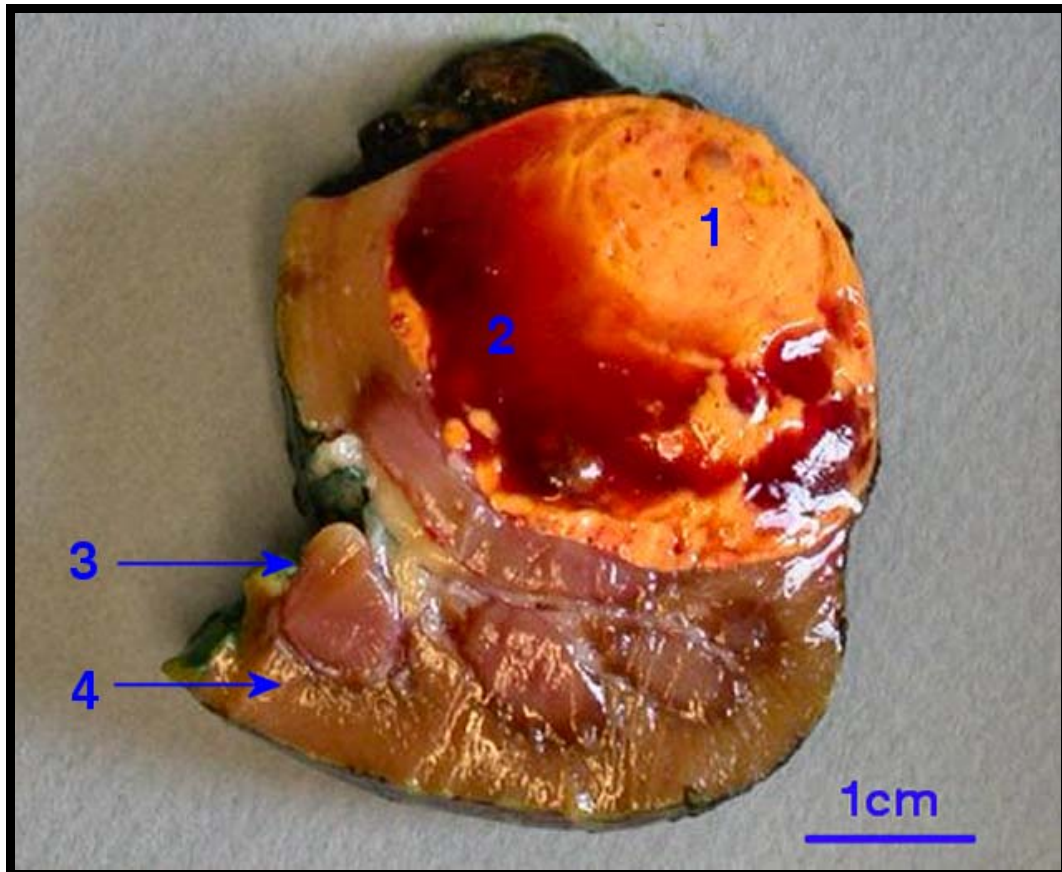


Hình 4: 1- Trục liên kết mạch máu; 2- Nhân tế bào u hình bầu dục, sáng, chồng chất lên nhau (giống rổ trứng).

CARCINÔM TẾ BÀO SÁNG CỦA THẬN

Là loại ung thư thận thường gặp nhất ở người lớn với xuất độ tăng dần theo tuổi, tuổi trung bình là 60 tuổi, giới nam nhiều hơn giới nữ. U xuất phát từ vùng vỏ thận, xâm nhập vào tủy thận và ra ngoài vỏ bao thận, cho di căn hạch vùng và di căn xa theo đường máu. Tiên lượng bệnh phụ thuộc chủ yếu vào mức độ lan tràn của ung thư; tốt nhất khi khối u còn giới hạn trong vỏ bao thận.

Đại thể: U dạng khối tròn, đường kính 3-15 cm, mặt cắt không đồng nhất, màu vàng (do tế bào u chứa nhiều lipid), có những vùng xuất huyết, hoại tử, hóa bọc (hình 1).



Hình 1: 1- Mặt cắt u màu vàng; 2- Vùng hóa bọc; 3- Tủy thận; 4- Vỏ thận.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

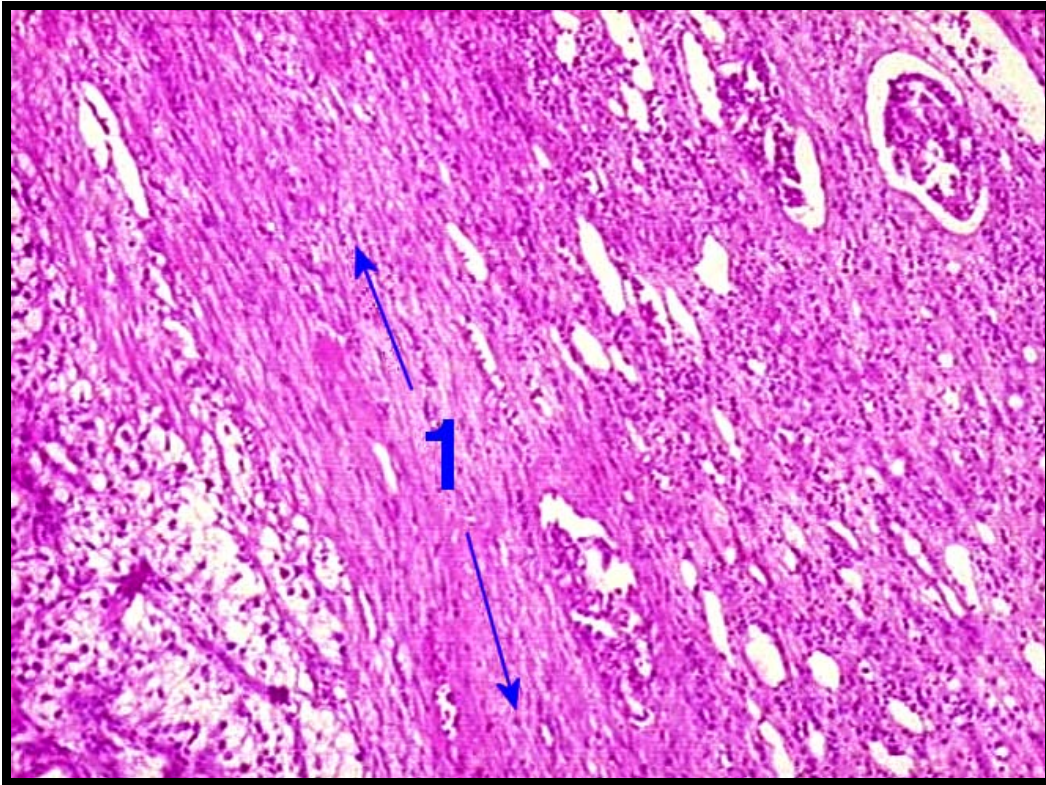
1. Tế bào ung thư hình tròn hoặc hình đa diện, nhân chính giữa, bào tương nhiều và sáng, xếp thành bè hoặc ống.
2. Nhu mô thận bình thường: cầu thận và ống thận.

Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của thận.

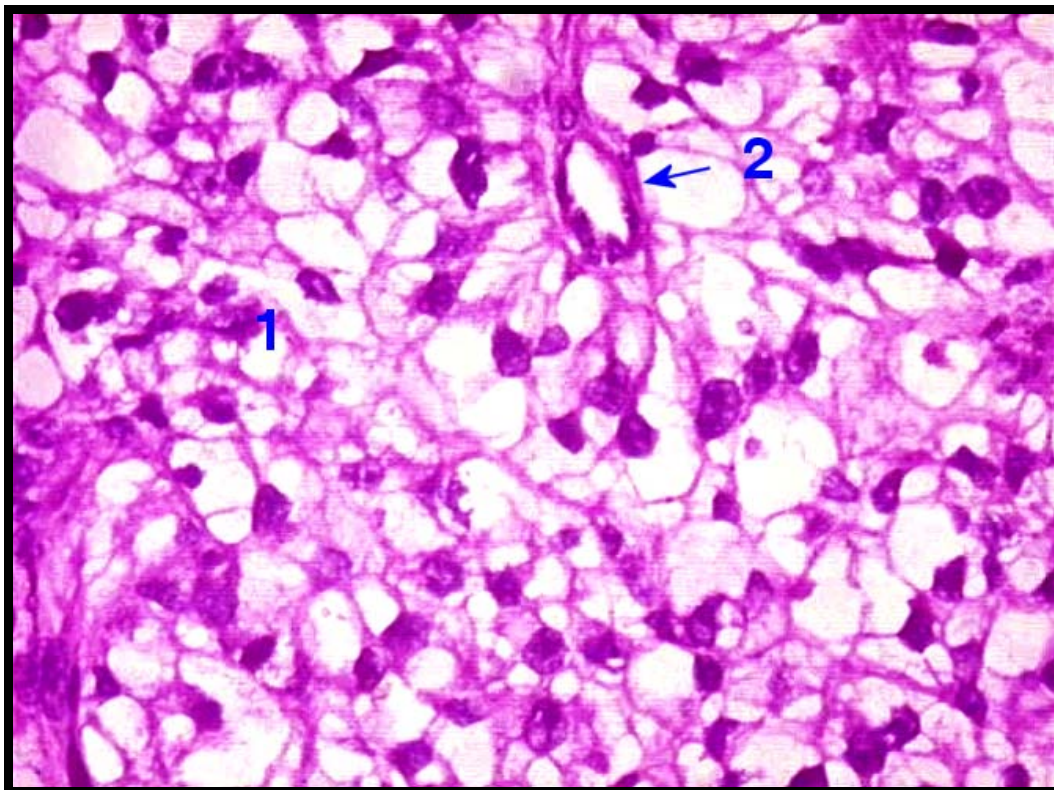
Quan sát tiêu bản với VK4, ta thấy mẫu mô gồm có hai vùng khác biệt: vùng u cấu tạo bởi các tế bào có bào tương sáng và vùng nhu mô thận quanh u có các cầu thận và ống thận (Hình 2).

Với VK10 và VK 40, vùng u tạo bởi các tế bào hình tròn hoặc đa diện; bào tương nhiều và sáng; nhân tăng sắc, méo mó, nằm giữa tế bào (bào tương sáng là do chứa nhiều lipid và glycogen đã bị tan mất trong quá trình xử lý mẫu mô). Tế bào u xếp thành cấu trúc dạng bè đặc hoặc ống tuyến. U có phân bố mạch máu phong phú (hình 3).

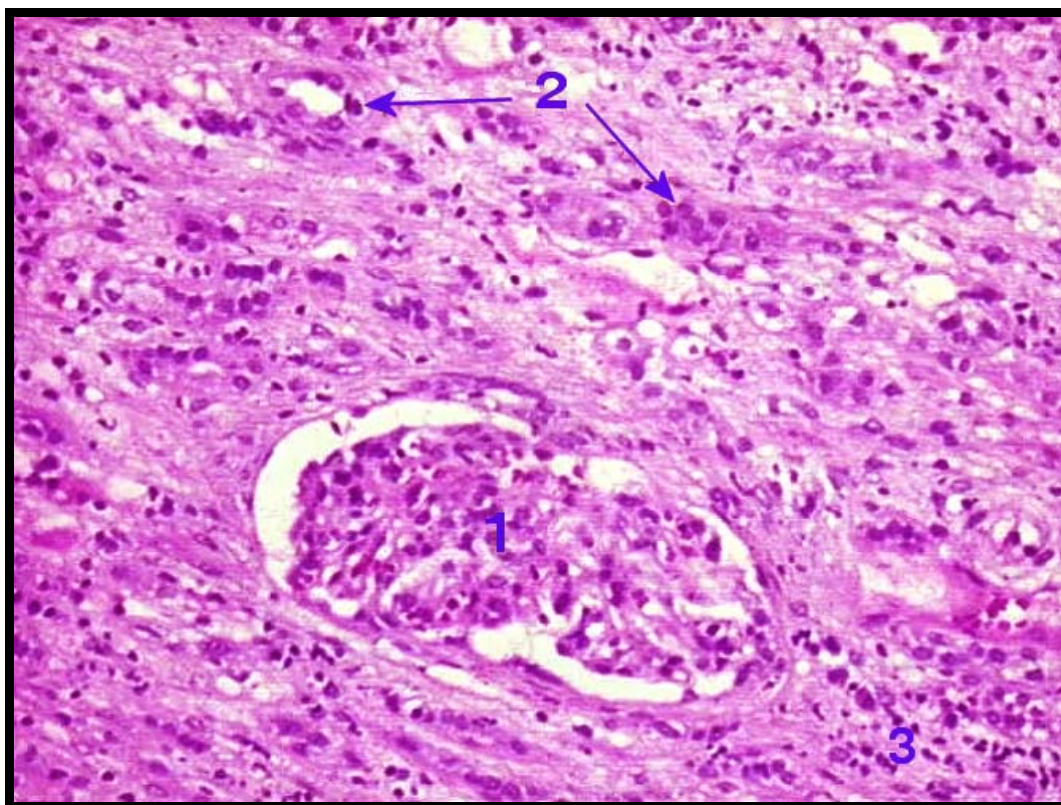
Vùng nhu mô thận kế cận u có các cầu thận xơ hóa, ống thận teo nhỏ, mô đệm thâm nhập nhiều tế bào viêm mãn tính (hình 4).



Hình 2: 1- Ranh giới giữa u và nhu mô thận xung quanh.



Hình 3: 1- Tế bào u có bào tương sáng; 2- Mạch máu.

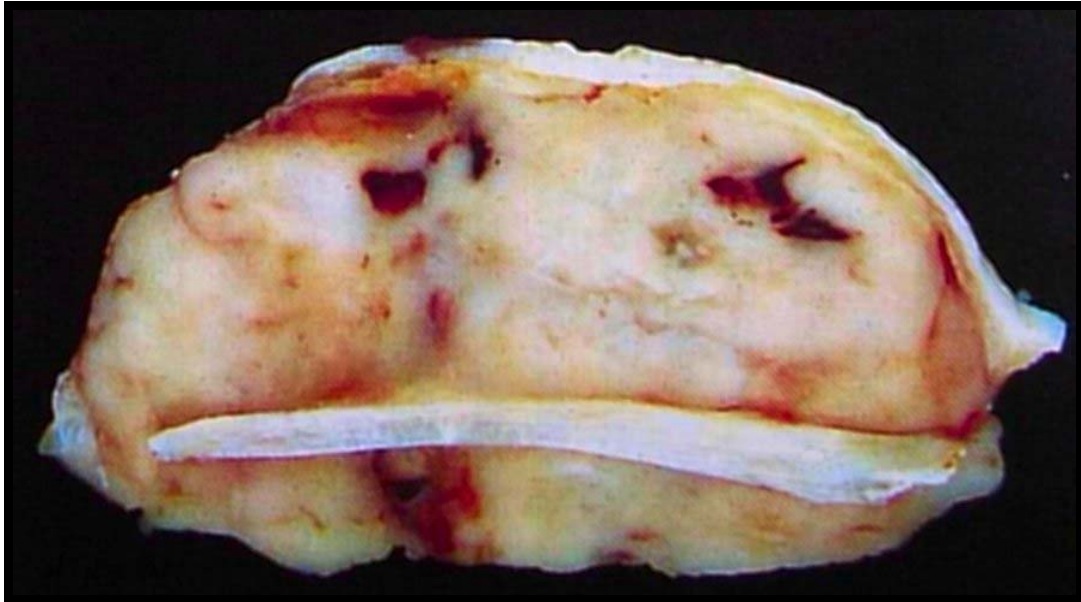


Hình 4: Nhu mô thận quanh u: 1- Cầu thận; 2- Ống thận; 3- Mô đệm thâm nhập tế bào viêm mãn tính.

SARCÔM SỢI

Xảy ra chủ yếu ở người lớn từ 30-60 tuổi, giới nam nhiều hơn giới nữ. U lớn chậm, nằm sâu, dạng cục, giới hạn rõ, kích thước từ 3-8 cm, mật độ chắc; vị trí thường gặp nhất là ở chi dưới.

Đại thể: U có giới hạn rõ nhưng không vỏ bao, mật độ chắc, mặt cắt có màu trắng giống mô sợi và có thể có những ổ xuất huyết và hoại tử (hình 1).



Hình 1: Sarcôm sợi có giới hạn rõ, mặt cắt màu trắng và có những ổ xuất huyết.

Vi thể:

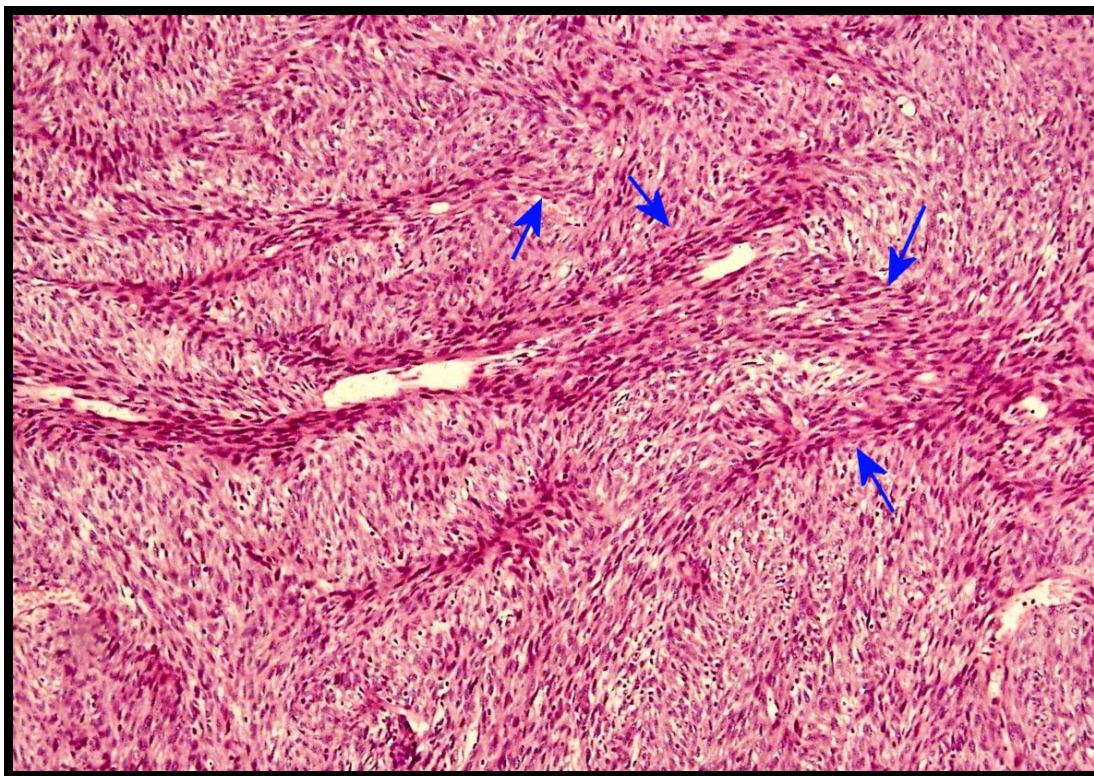
Mục tiêu cần tìm:

1. Các tế bào u hình thoi, tạo thành các bó đan chéo nhau (hình xương cá)
2. Các hình ảnh phân bào.

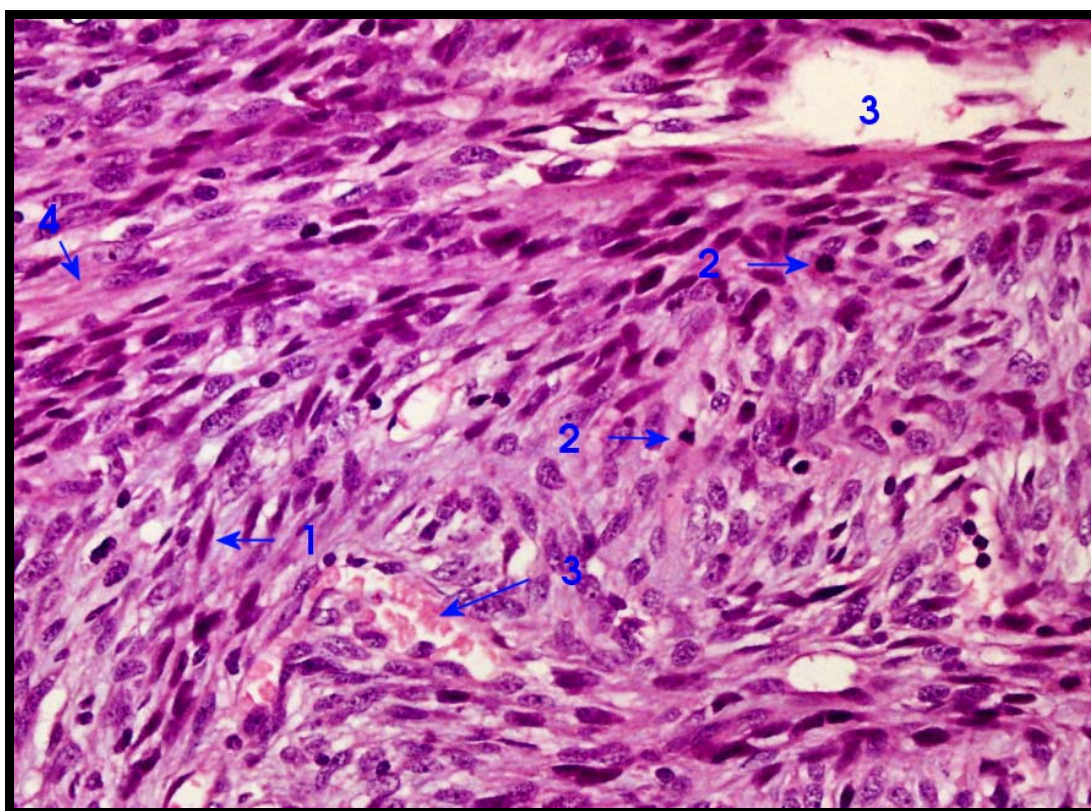
Quan sát tiêu bản với VK4, u có mật độ tế bào rất cao và được phân bố nhiều mạch máu. Các tế bào u tương đối đồng dạng, hình thoi giống nguyên bào sợi; xếp thành các bó đan chéo nhau giống hình xương cá (hình 2).

Với VK 10 và VK 40, tế bào u có nhân hình bầu dục với 2 đầu nhọn, tăng sắc, chất nhiễm sắc thô; ranh giới giữa các tế bào không rõ rệt; tỉ lệ phân bào cao (1-2 phân bào / vi trường VK 40) (hình 2).

Giữa các bó tế bào u đan chéo nhau, có một ít sợi collagen nhưng tương đối khó nhận diện (hình 3).



Hình 2: Tế bào u xếp thành các bó đan chéo nhau hình xương cá (mũi tên).

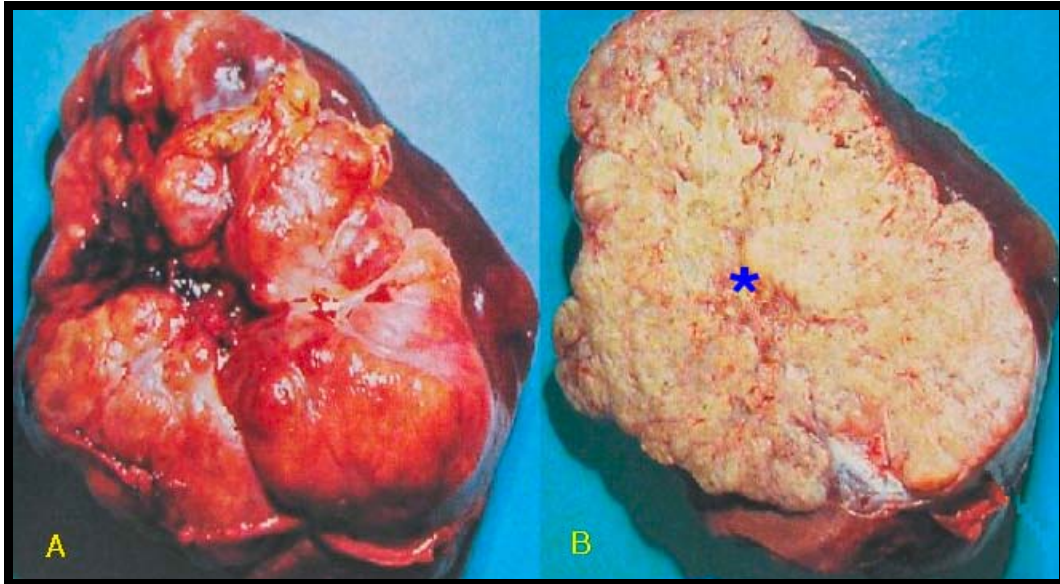


Hình 3: 1- Tế bào u hình thoi, nhân bầu dục nhọn 2 đầu; 2- Phân bào; 3- Mạch máu; 4- Sợi collagen

SARCÔM CƠ TRƠN DI CĂN GAN

Sarcôm thường cho di căn trước tiên theo đường máu. Tế bào ung thư phá hủy thành tĩnh mạch, chui vào dòng máu phát tán đi khắp nơi trong cơ thể, thường gặp nhất là đến gan và phổi.

Đại thể: Sarcôm cơ trơn di căn gan có thể một hoặc nhiều ổ, mặt cắt u có nhiều thùy, màu xám nhạt, có vùng hoại tử, xuất huyết.



Hình 1: A- Bề mặt u có nhiều thùy; B- Mặt cắt xám nhạt, không đồng nhất, có vùng hoại tử và xuất huyết.

Vi thể:

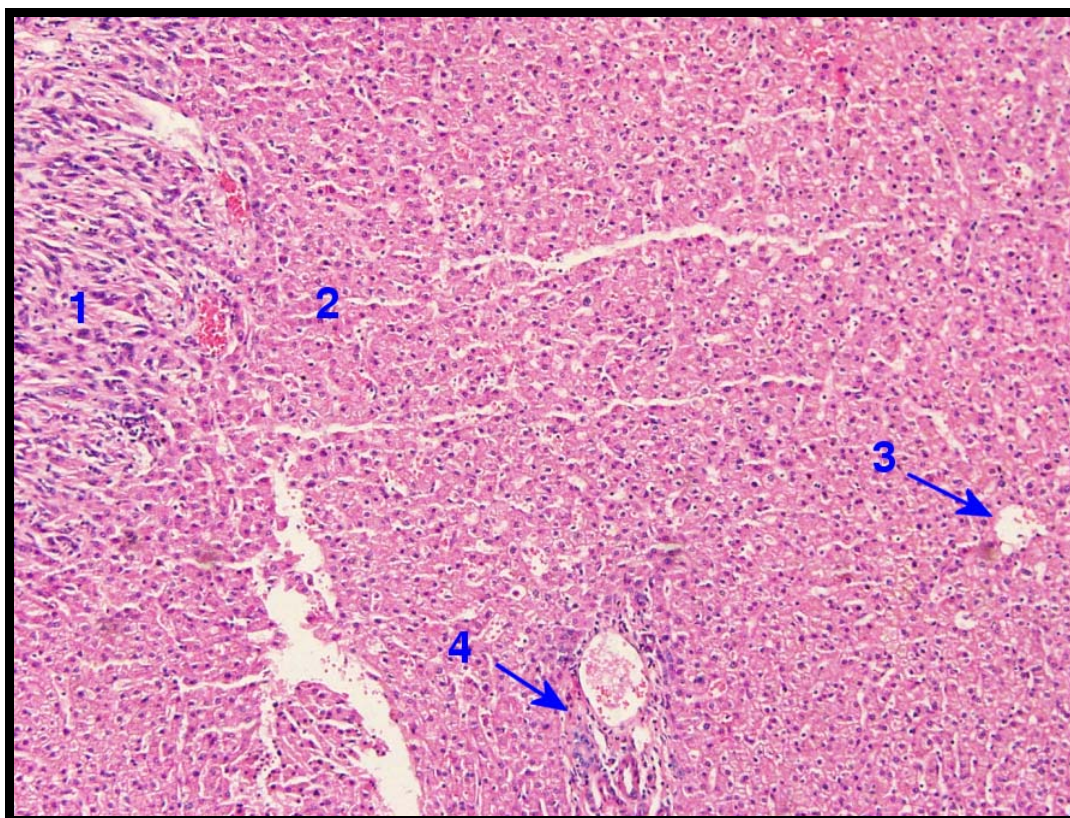
Mục tiêu cần tìm:

1. Các đám tế bào cơ trơn ác tính, nhân dị dạng, có khuynh hướng tạo bó.
2. Mô gan bình thường.

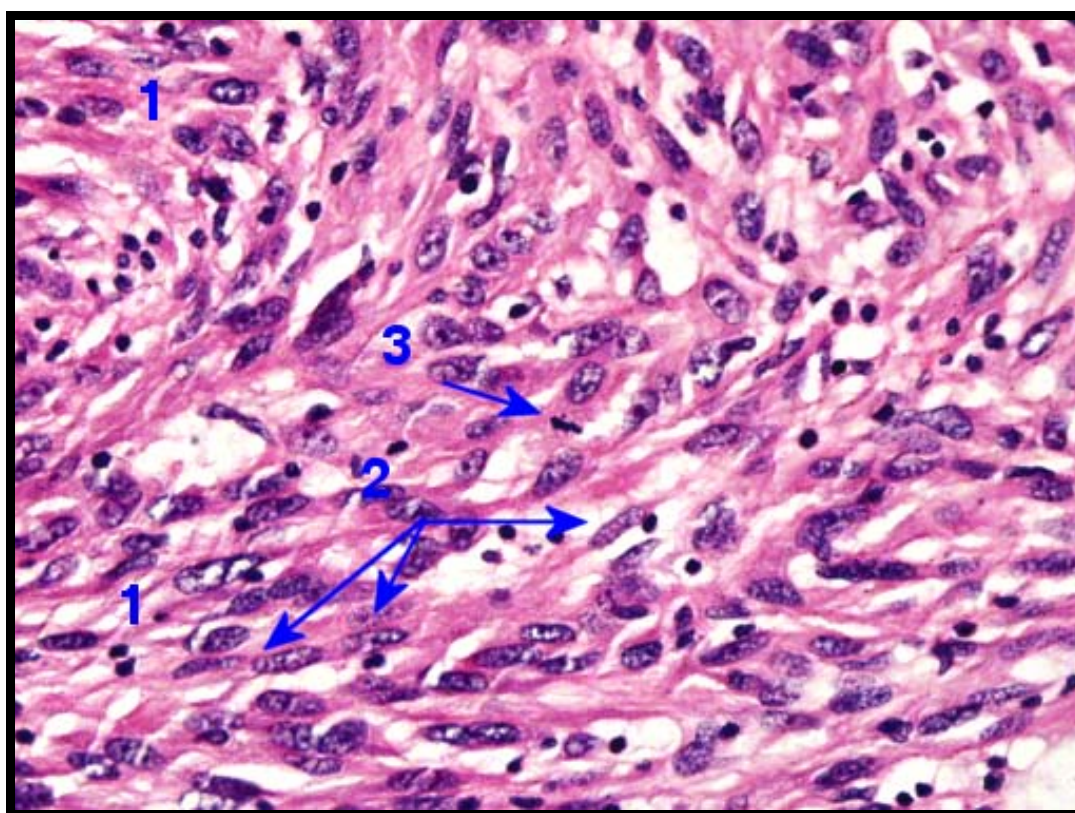
Quan sát tiêu bản với VK 4, ta thấy trong mô gan có các ổ di căn tạo bởi những tế bào cơ trơn hình thoi, dị dạng (Hình 2).

Với VK 10 và VK 40, những tế bào u có xu hướng sắp xếp tạo thành các bó ngắn đan chéo nhau. Tế bào u hình thoi có ít bào tương màu hồng, nhân hình bầu dục thuôn dài với 2 đầu tù, tăng sắc, dị dạng, rải rác có các phân bào (hình 3 và 4).

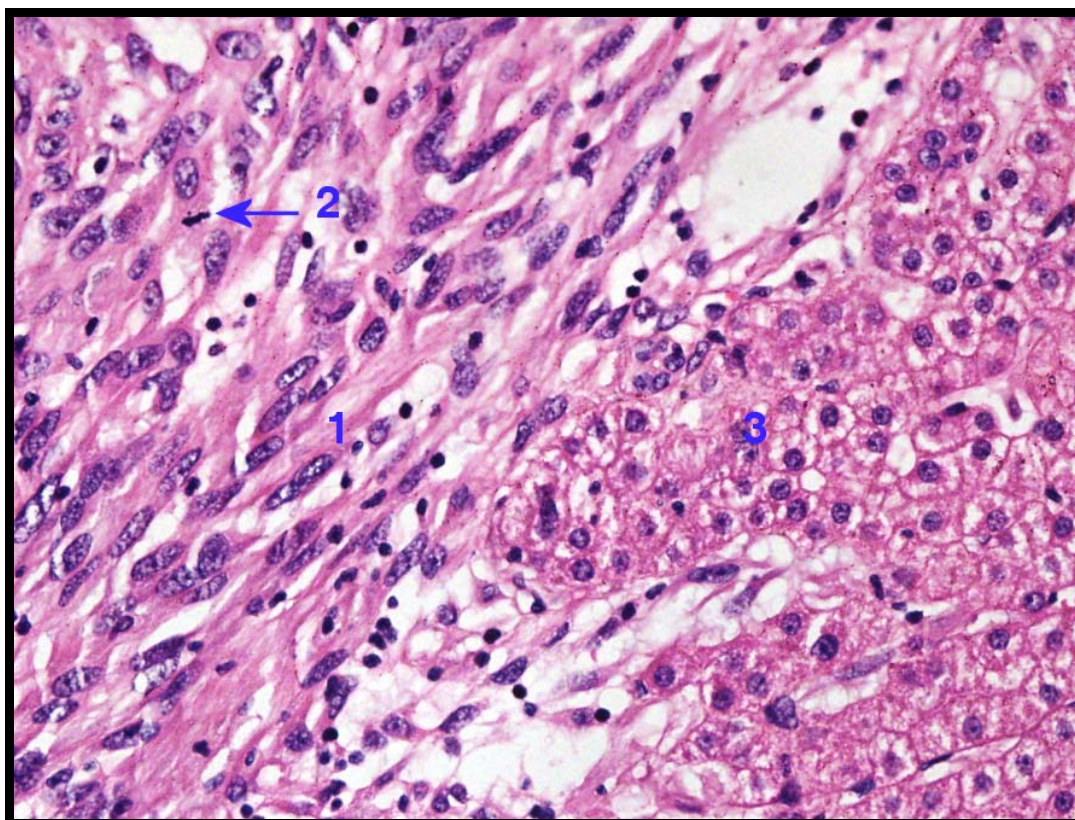
Mô gan bình thường xung quanh ổ di căn cấu tạo bởi các tiểu thùy gan với các bè tế bào gan, tĩnh mạch trung tâm, khoảng cửa (hình 3 và 4).



Hình 2: 1- Các đám tế bào cơ trơn ác tính; 2- Mô gan bình thường bị xâm nhập; 3- Tĩnh mạch trung tâm tiểu thụ gan; 4- Khoảng cửa.



Hình 3: 1- Các đám tế bào u xếp thành bó ngắn; 2- Nhân tế bào u hình bầu dục thuần dài với 2 đầu tù; 3- Phân bào.

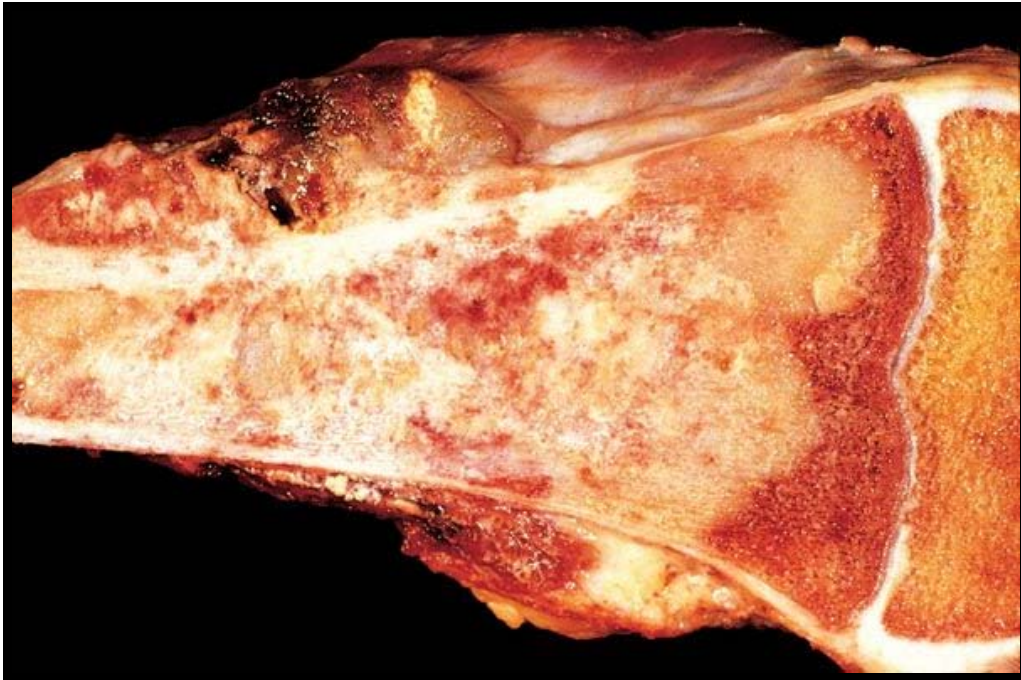


Hình 4: 1- Các tế bào u tạo bó; 2- Phân bào; 3- Mô gan bị xâm nhập.

SARCÔM XƯƠNG

Sarcôm xương là loại u xương ác tính nguyên phát thường gặp (chiếm 35% các u xương ác tính); bệnh nhân thường trẻ tuổi (10-25 tuổi), giới nam nhiều hơn giới nữ. Để chẩn đoán đúng sarcôm xương, cần phối hợp giữa lâm sàng, x-quang và giải phẫu bệnh, không đơn thuần dựa vào hình thái vi thể.

Đại thể: U có kích thước lớn, đường kính từ 5-10 cm; nằm ở vùng hành xương, thường phá vỡ vỏ xương đặc và xâm nhập vào mô mềm xung quanh. U màu xám nâu, mật độ có chỗ mềm bở, chỗ cứng chắc. Mặt cắt đa dạng, có những vùng xuất huyết, hoại tử (hình 1).



Hình 1: Sarcôm xương ở đầu trên xương chày; u đã lan vào tủy xương, phá vỡ vỏ xương và xâm nhập mô mềm xung quanh.

Vi thể:

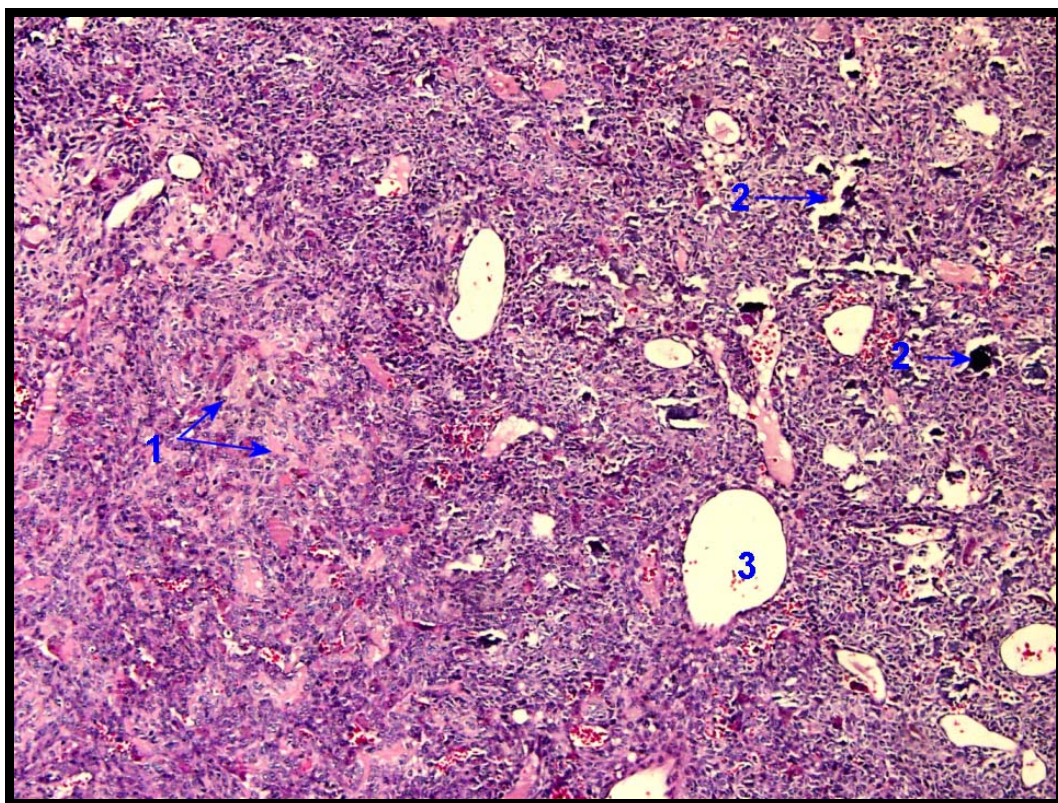
Mục tiêu cần tìm:

1. Tế bào ung thư đa dạng, dị dạng.
2. Chất dạng xương.
3. Mảnh xương chết.
4. Đại bào nhiều nhân (giống hủy cốt bào).
5. Tỷ lệ phân bào cao, phân bào bất thường.

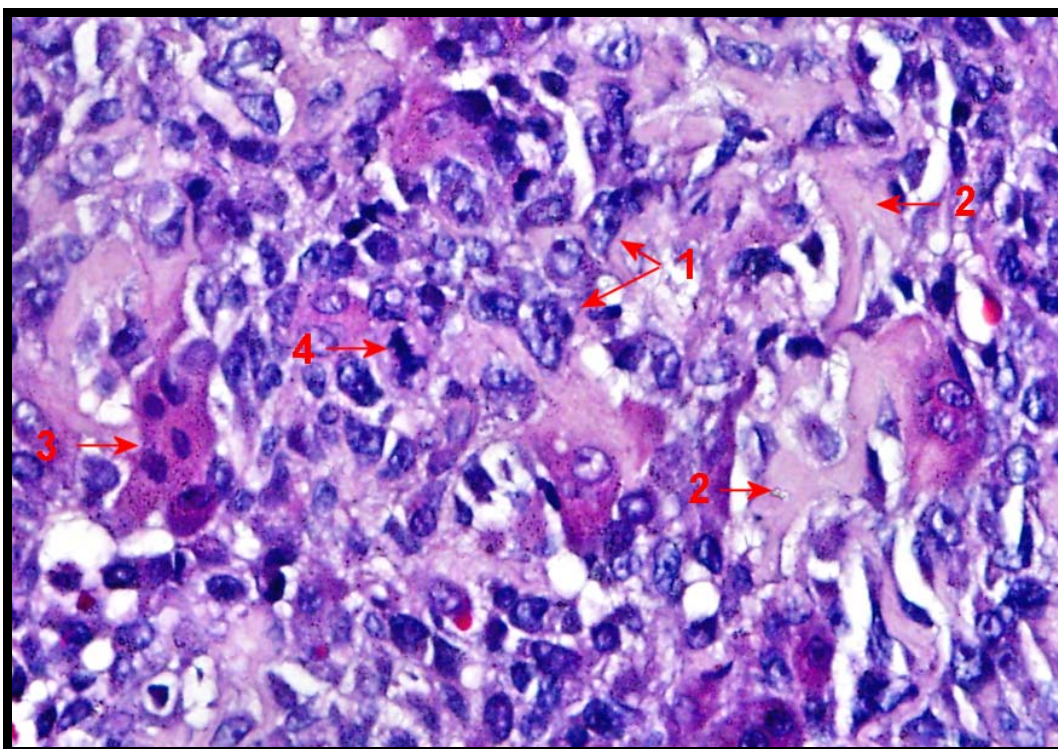
Quan sát tiêu bản với VK4, u rất giàu tế bào và có phân bố mạch máu phong phú, làm nổi bật các bè chất dạng xương màu hồng và những mảnh xương chết màu tím đậm (hình 2).

Với VK 10 và VK 40, tế bào u có một nhân lớn tăng sắc, dị dạng, hạch nhân rõ; tỷ lệ phân bào cao và có hình ảnh phân bào bất thường. Các tế bào u sản xuất ra chất dạng xương rồi vùi vào trong đó, tạo hình ảnh tế bào u bám ngoài rìa hoặc lọt vào giữa các bè chất dạng xương. Ngoài ra, còn có những đại bào nhiều nhân giống hủy cốt bào; đây là những tế bào lành tính, có vẻ như đã được huy động đến u dưới tác động của các chất trung gian hóa học phóng thích từ tế bào viêm (hình 3).

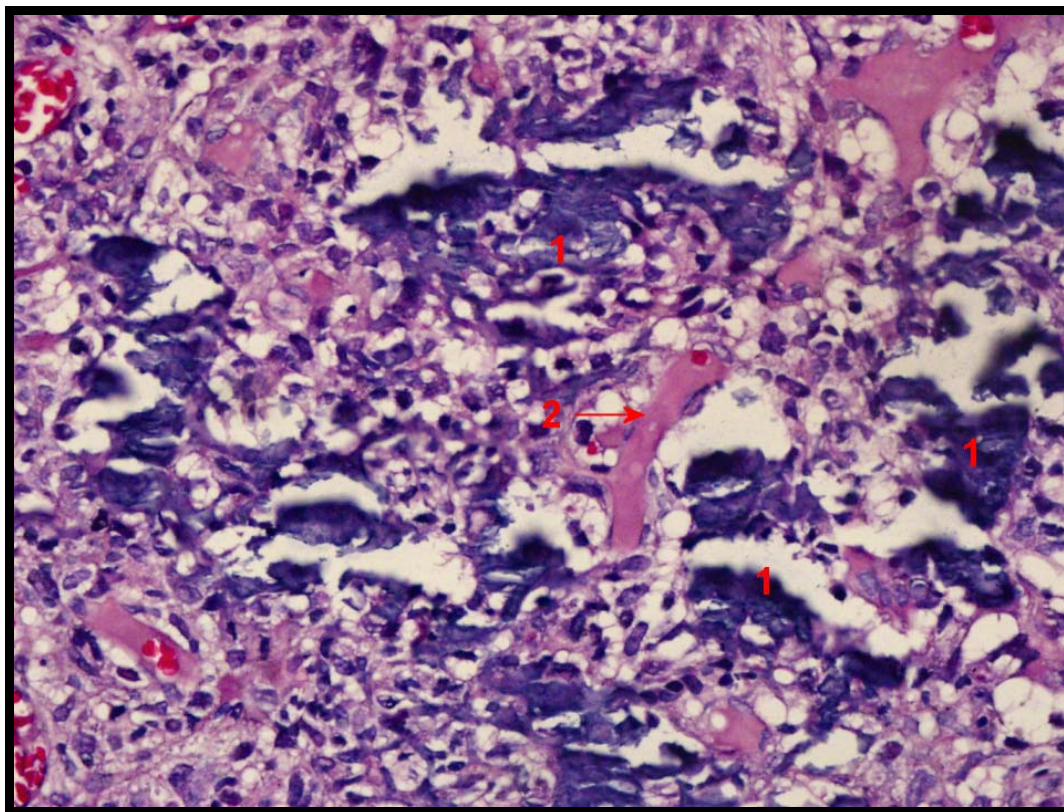
Các mảnh xương chết bắt màu tím đậm, bờ nhám nhở; bên trong có chứa vài hốc nhỏ trống do tế bào xương đã chết (hình 4).



Hình 2: 1- Chất dạng xương; 2- Mảnh xương chết; 3- Mạch máu.



Hình 3: 1- Tế bào u có nhân tăng sắc dị dạng; 2- Chất dạng xương; 3- Đại bào nhiều nhân giống hủy cốt bào; 4- Phân bào bất thường.

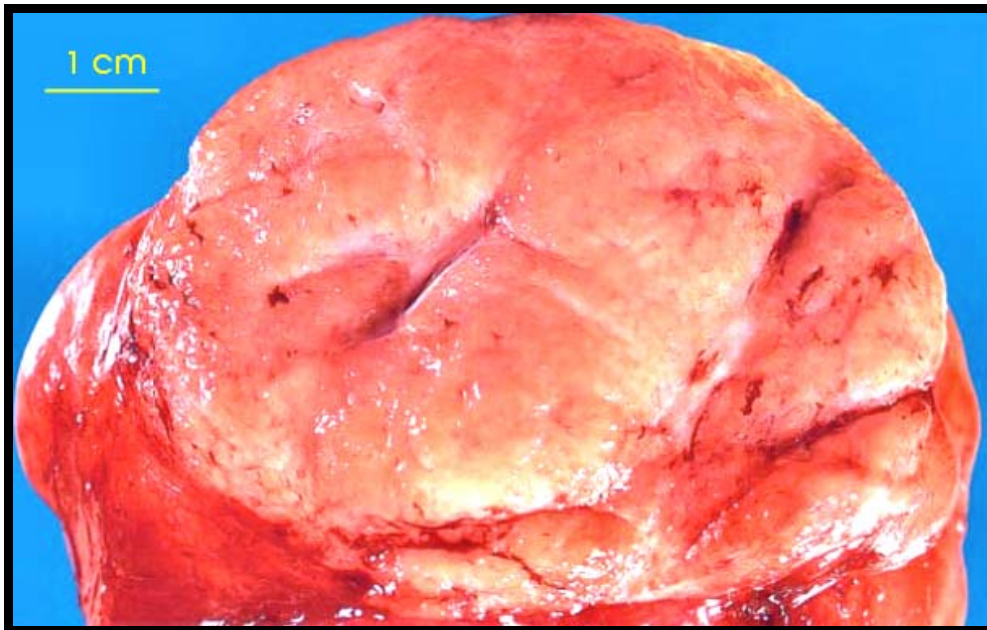


Hình 4: 1- Mảnh xương chết; 2- Mạch máu.

U SỢI TUYẾN VÚ

Là u tuyến vú lành tính thường gặp nhất, do tăng sản cả hai thành phần, mô đệm trong tiểu thùy và biểu mô tuyến. Có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường nhất là ở phụ nữ trước 30 tuổi.

Đại thể: U tròn, giới hạn rõ, có vỏ bao sợi, mặt độ chắc, di động tốt. Kích thước u thay đổi từ 1 - 10 cm, trung bình là 2 - 4cm. Mặt cắt u phẳng, đồng nhất, có màu trắng xám. (hình 1).



Hình 1: U tròn, giới hạn rõ; mặt cắt phẳng, đồng nhất.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

1. Tăng sinh mô liên kết thưa quanh các ống tuyến vú.
2. Ống tuyến vú tăng sản, một số bị kéo giãn, ép dẹt.
3. Biểu mô ống tuyến vú gồm hai loại tế bào: tế bào biểu mô và tế bào cơ biểu mô.
4. Vỏ bao sợi quanh u.

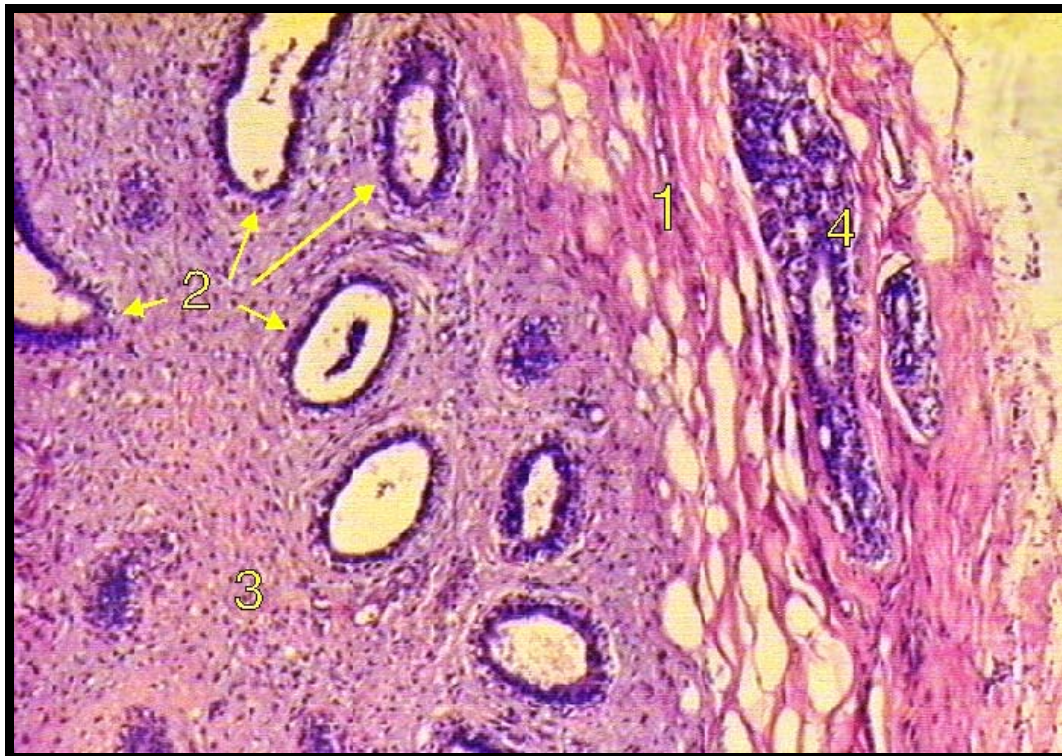
Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học tuyến vú.

Quan sát tiêu bản với VK4, u lành sợi tuyến vú có vỏ bao sợi bao quanh. Vỏ bao u là một vách mô liên kết đặc có các tế bào sợi và giàu sợi collagen bắt màu hồng. Mô u cấu tạo bởi mô đệm thưa trong tiểu thùy tăng sản, bao quanh các ống tuyến vú tăng sản (hình 2).

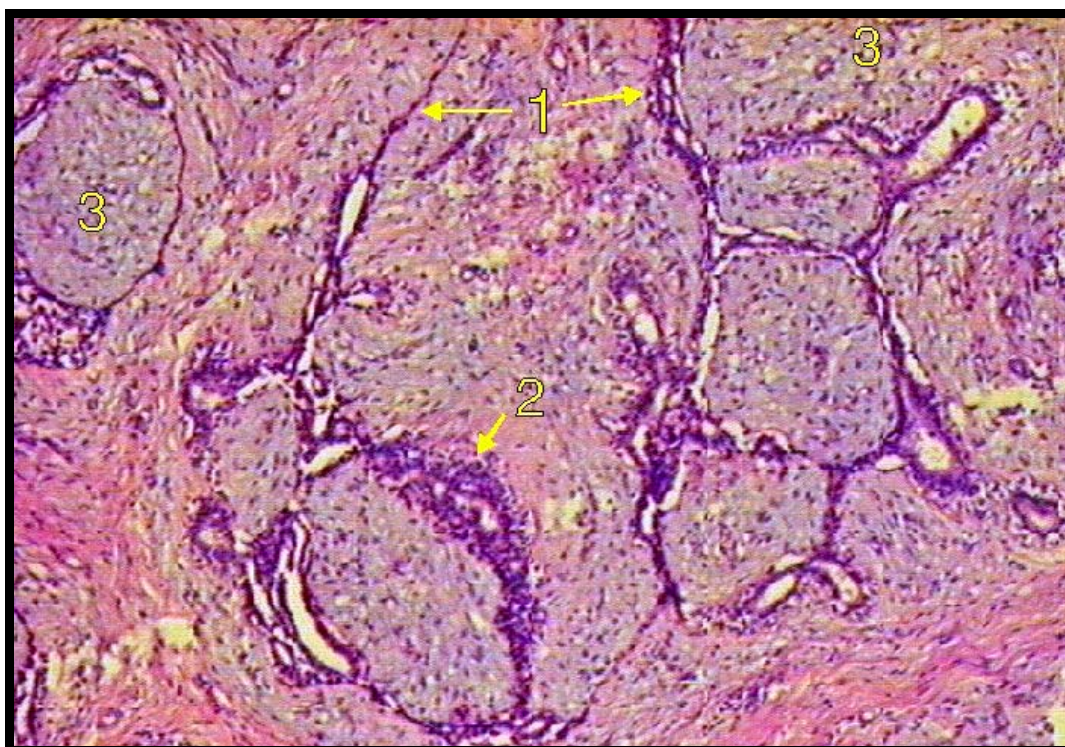
Mô đệm tăng sản giàu chất căn bản, bắt màu xanh tím, có nhiều nguyên bào sợi là các tế bào có nhân hình bầu dục với rất ít bào tương. Ống tuyến vú tăng sản có thể có hình tròn nhỏ hoặc hơi giãn rộng (hình 2), hoặc bị kéo giãn và ép dẹt lại dưới tác động chèn ép của mô đệm (hình 3).

Với VK10 và VK40, các ống tuyến vú tăng sản luôn được lót bởi 2 loại tế bào, tế bào biểu mô và tế bào cơ biểu mô. Tế bào biểu mô có hình vuông hoặc trụ thấp, tạo thành 1 lớp liên tục ở phía trong tiếp xúc với lòng ống; có nơi tế bào biểu mô tăng sản thành 2 - 3 lớp. Tế bào cơ biểu mô có bào tương nhiều, sáng; nhân tròn nhỏ đậm màu; tạo thành 1 lớp không liên tục, nằm giữa màng đáy và lớp tế bào biểu mô (Hình 4 và 5).

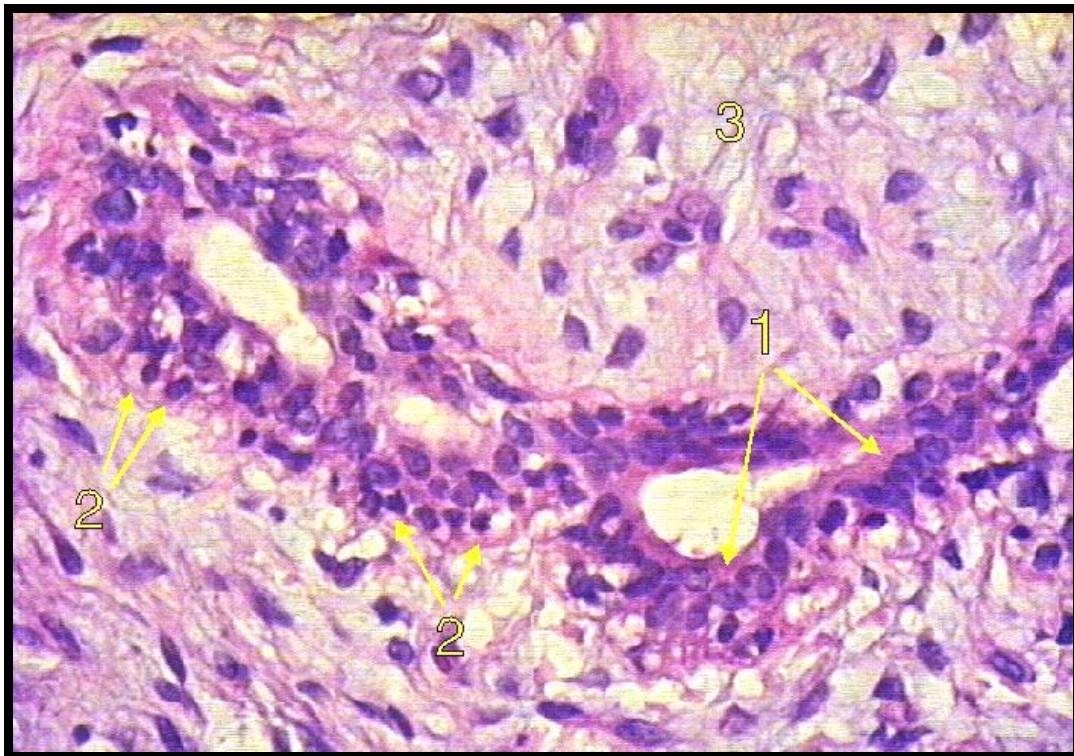
Bên ngoài vỏ bao sợi của u là mô tuyến vú bình thường với các tiểu thùy vú (hình 2).



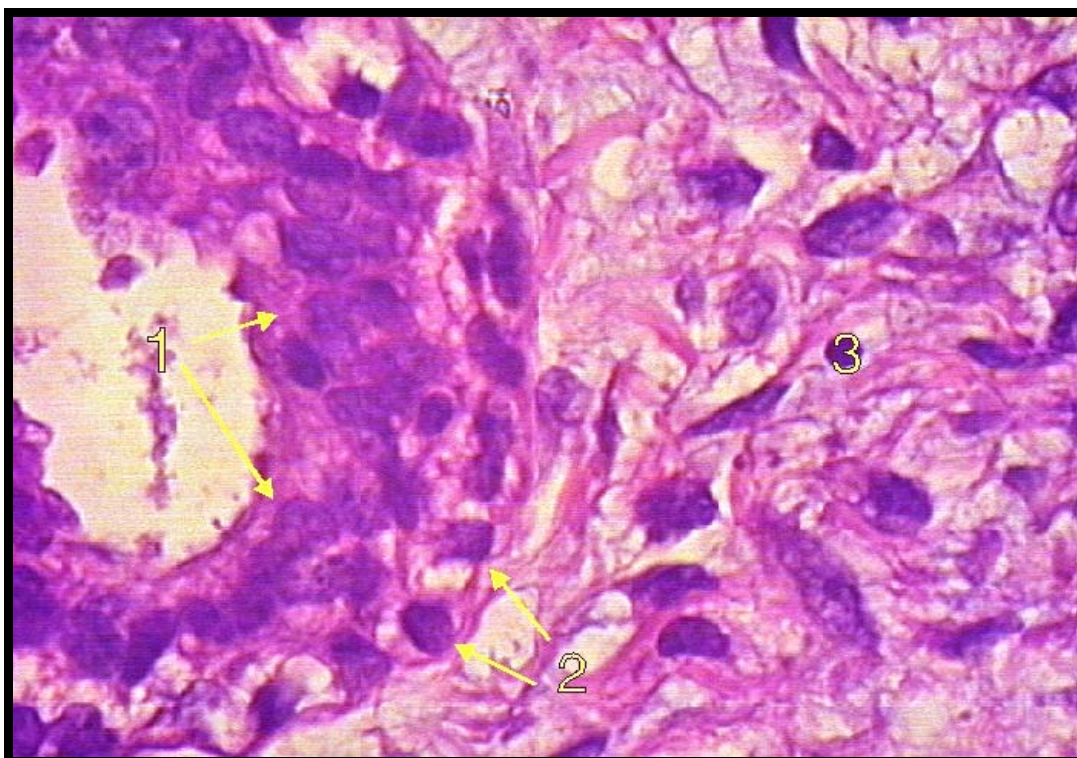
Hình 2: 1- Vỏ bao sợi quanh u; 2- Các ống tuyến vú tăng sản ; 3- Mô liên kết thưa tăng sản quanh ống tuyến vú ; 4- Tiểu thùy vú bình thường.



Hình 3: 1- Các ống tuyến vú bị ép dẹt; 2- Các ống tuyến vú tăng sản (2 - 3 lớp tế bào biểu mô); 3- Mô liên kết thưa tăng sản quanh ống tuyến vú.



Hình 4: 1- Các tế bào biểu mô; 2- Các tế bào cơ biểu mô; 3- Mô liên kết thưa tầng sản



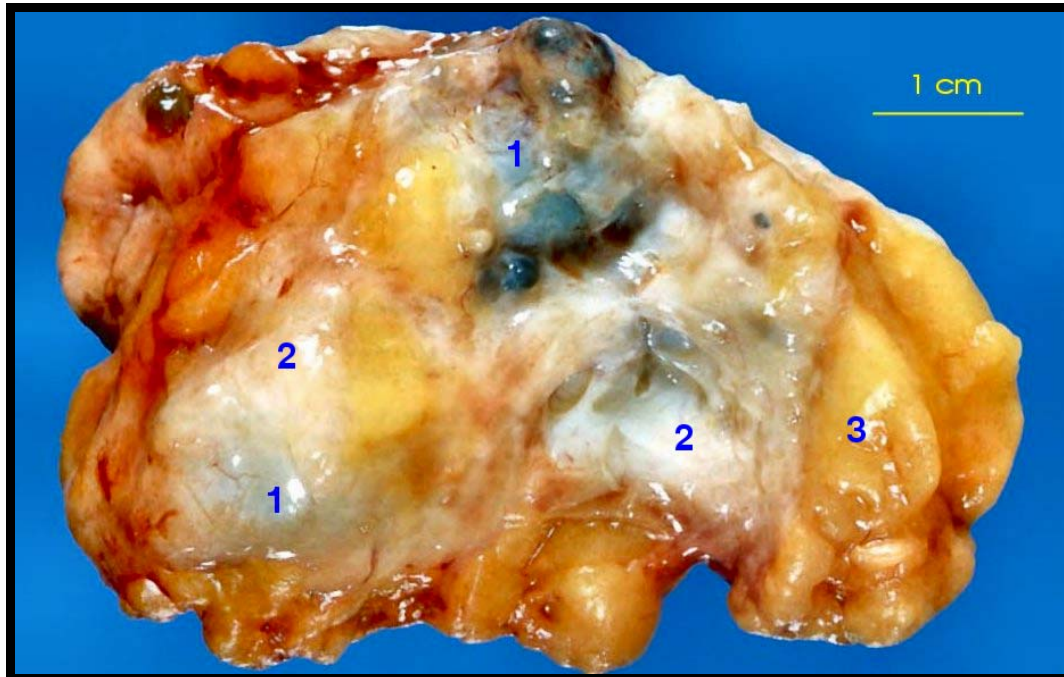
Hình 5: 1- Các tế bào biểu mô tầng sản (2 - 3 lớp tế bào); 2- Tế bào cơ biểu mô; 3- Mô liên kết thưa tầng sản.

BIẾN ĐỔI SỢI BỌC TUYẾN VÚ

Là tổn thương tuyến vú thường gặp nhất. Biến đổi sợi bọc là những thay đổi của mô tuyến vú theo tuổi tác, liên quan với tình trạng mất cân bằng hormon (tăng quá mức estrogen hoặc thiếu hụt progesteron). Đỉnh tuổi mắc phải là 20-40 tuổi và ngay trước tuổi mãn kinh.

Đại thể:

Có thể là một bọc lớn kích thước vài cm hoặc nhiều bọc nhỏ chứa dịch vàng trong (hoặc dịch nâu xanh nếu có xuất huyết cũ trong bọc), xen lẫn với những vùng mô tuyến vú hóa sợi dày lên, dai, chắc, có màu trắng, giới hạn không rõ (hình 1).



Hình 1: 1- Biến đổi bọc (bọc chứa dịch màu xanh do xuất huyết cũ; 2- Biến đổi sợi; 3. Mô

Vi thể:

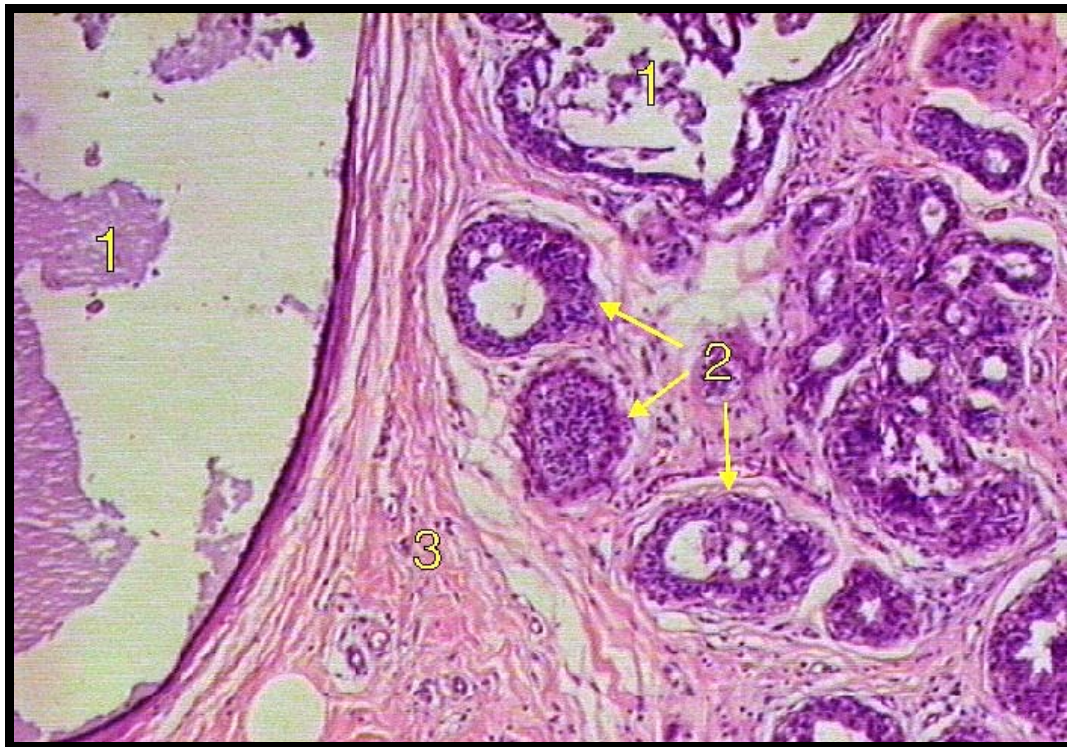
Mục tiêu cần tìm:

1. Ống tuyến giãn rộng thành bọc, biểu mô lót bị ép dẹt.
2. Một số ống tuyến vú có biểu mô tăng sản nhiều lớp, tạo nhú; vẫn còn thấy rõ tế bào cơ biểu mô.
3. Tăng sinh mô liên kết sợi đặc quanh ống tuyến vú.

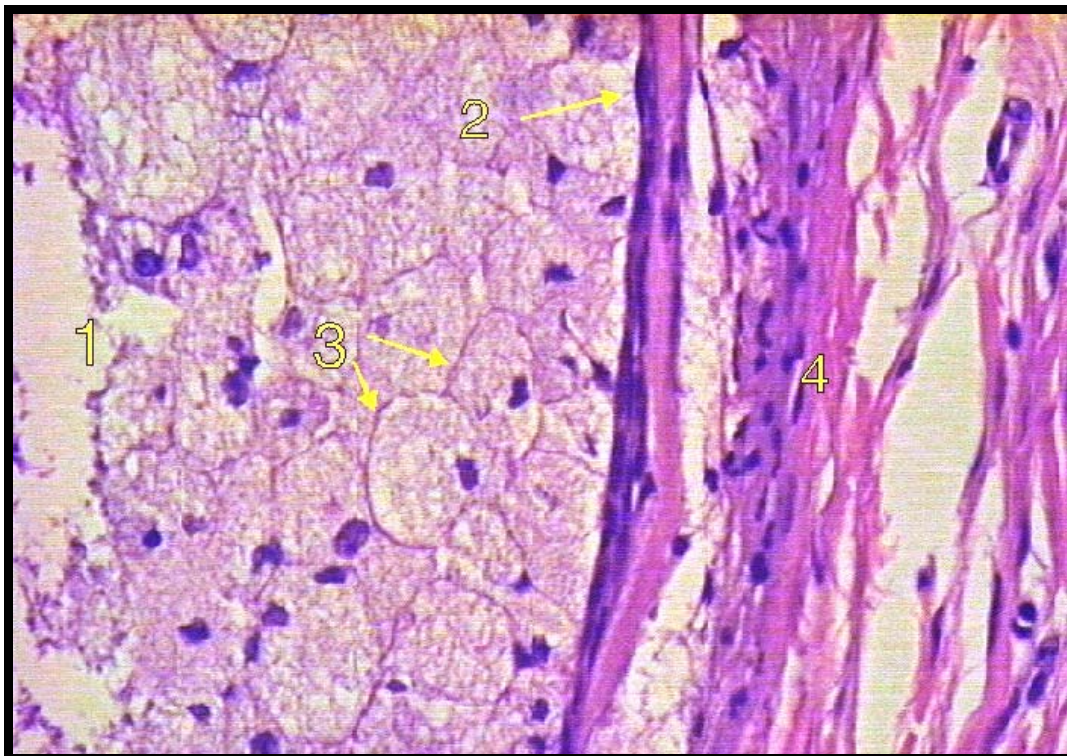
Quan sát tiêu bản với VK4, một vài ống tuyến vú giãn rộng thành bọc, chứa chất tiết bất màu hồng (hình 2). Chuyển sang VK10 và VK 40, bọc được lót bởi lớp biểu mô vuông hoặc trụ thấp, có khi lớp biểu mô này bị ép dẹt lại. Trong lòng bọc có chứa chất tiết và nhiều bọt bào. Bọt bào là các đại thực bào ăn chất tiết, có hình đa diện, nhân tròn nhỏ nằm giữa tế bào, bào tương chứa nhiều không bào nhỏ (hình 3).

Trở lại VK4, bên cạnh bọc là các tiểu thùy tuyến vú cũng bị biến đổi. Một số ống tuyến trong tiểu thùy bắt đầu giãn rộng. Một số ống khác có tình trạng tăng sản biểu mô (hình 2).

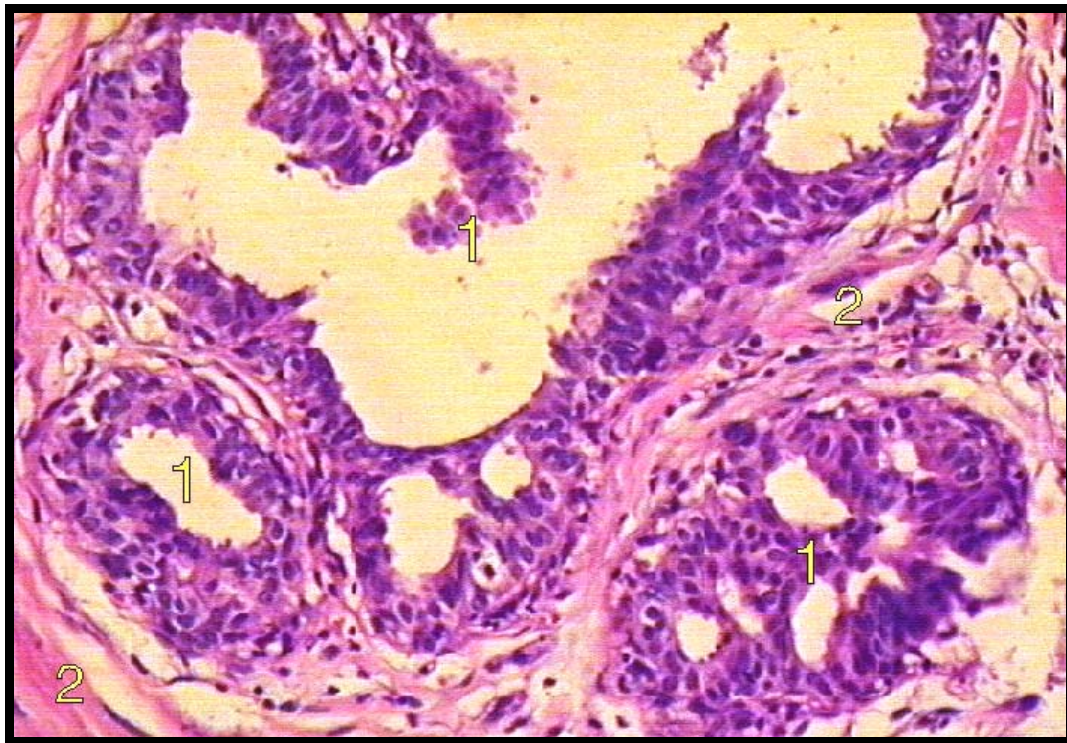
Với VK10 và VK 40, tăng sản biểu mô có thể chỉ ở mức độ nhẹ (số lớp tế bào lót trong lòng tăng lên hơn 2 lớp nhưng không quá 4 lớp), hoặc vừa (biểu mô tăng sản tạo cầu nổi bắc ngang qua lòng ống), hoặc nặng (tăng sản lấp đầy lòng ống, chứa lại những khoảng trống không đều); có thể thấy rõ các tế bào cơ biểu mô nằm phía ngoài lớp tế bào biểu mô tăng sản (hình 4 và 5).



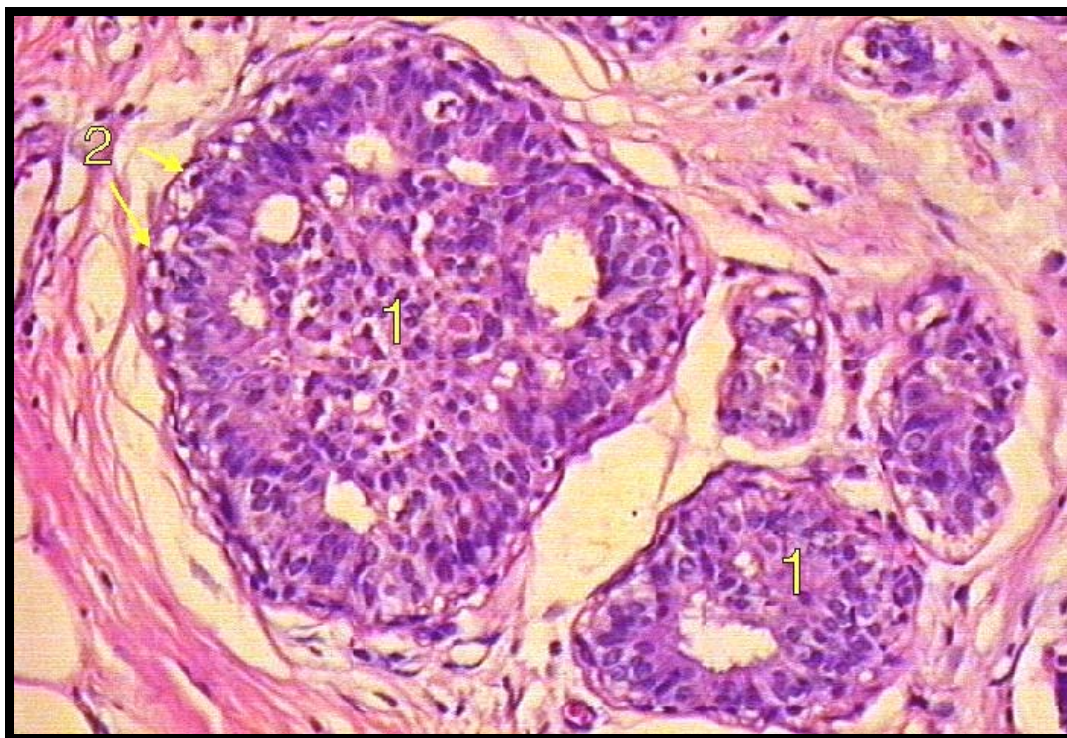
Hình 2: 1- Ống tuyến vú giãn rộng thành bọc; 2- Ống tuyến vú tăng sản; 3- Mô liên kết sợi đặc.



Hình 3: 1- Ống tuyến vú giãn rộng thành bọc; 2- Tế bào biểu mô bị ép dẹt; 3- Bọt bào; 4- Mô liên kết sợi đặc quanh ống tuyến vú.

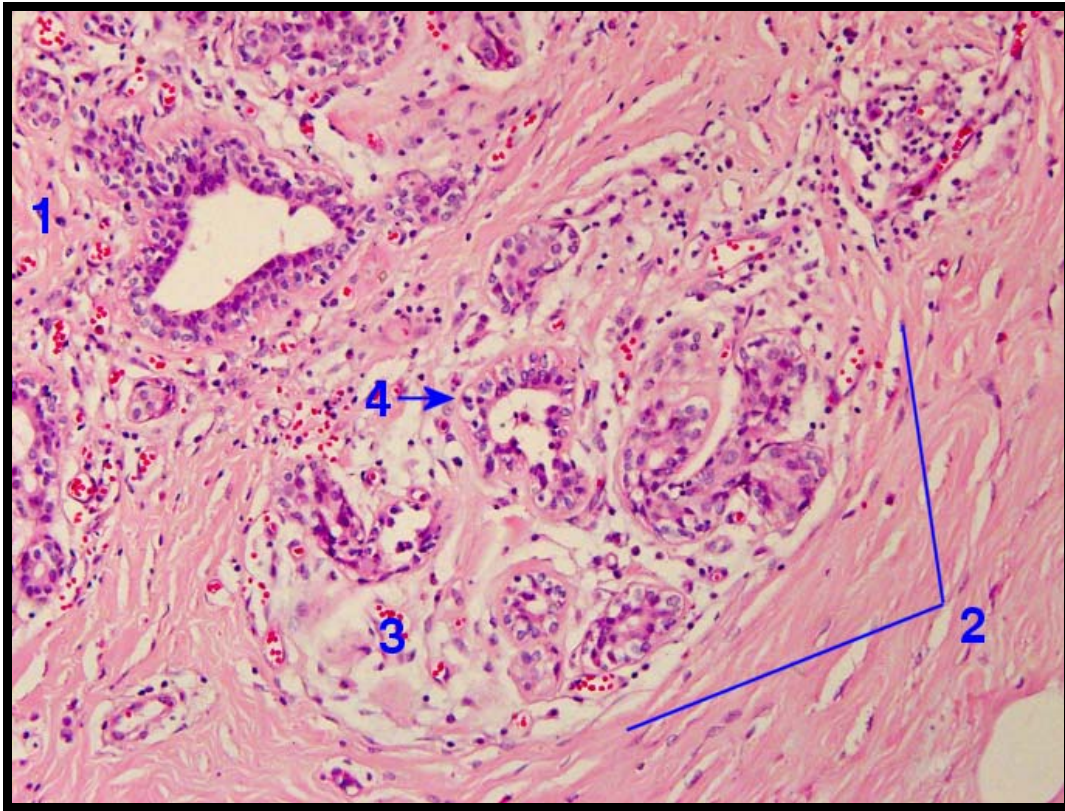


Hình 4: 1- Các ống tuyến vú tăng sản; 2- Mô liên kết sợi đặc quanh ống tuyến vú.



Hình 5: 1- Các ống tuyến vú tăng sản; 2- Tế bào cơ biểu mô.

Mô liên kết sợi đặc quanh các bọc và các tiểu thùy tăng sản len vào trong các tiểu thùy, thay cho mô liên kết thưa bình thường của tiểu thùy. Hiện tượng tăng sinh mô liên kết sợi đặc quanh ống tuyến vú này có thể thấy rõ khi so sánh với các tiểu thùy vú còn bình thường nằm ngoài tổn thương (hình 6).

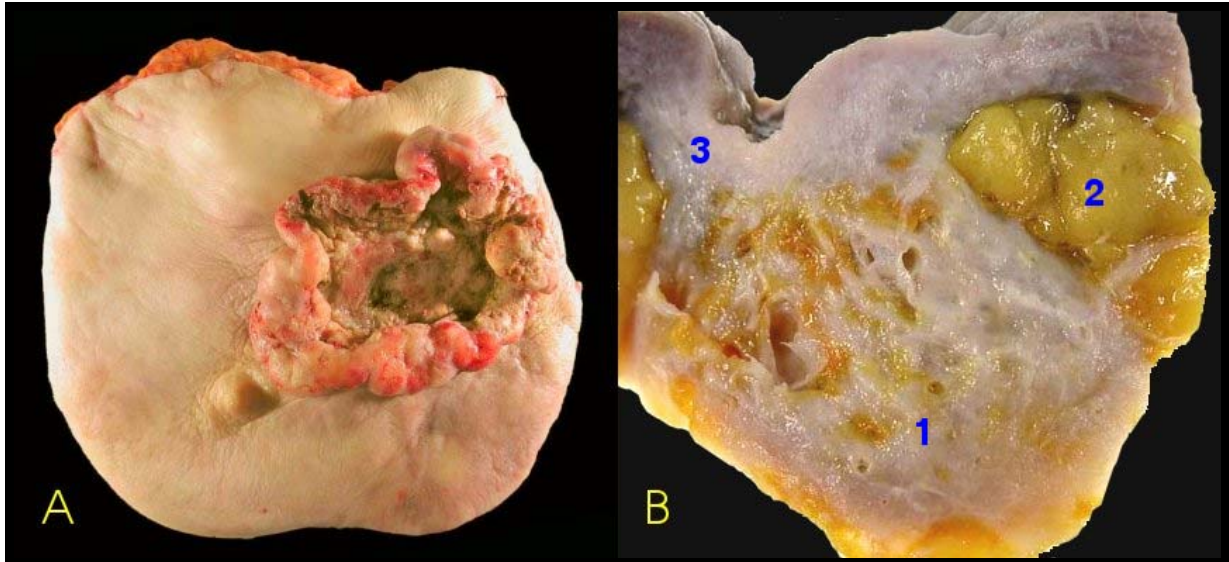


Hình 6: 1- Tăng sinh mô liên kết sợi đặc quanh ống tuyến vú; 2- Tiểu thùy vú bình thường; 3- Mô liên kết thưa trong tiểu thùy; 4- Ống tuyến vú trong tiểu thùy.

CARCINÔM ỐNG TUYẾN VÚ XÂM NHẬP

Ung thư vú là loại ung thư đứng hàng đầu ở phụ nữ Việt nam, đại đa số là carcinôm ống tuyến vú, xuất phát từ sự chuyển dạng ác tính của tế bào biểu mô ống tuyến. Khi tế bào ung thư phá vỡ được màng đáy để xâm nhập vào mô đệm xung quanh, thì carcinôm ống tuyến vú đã chuyển từ giai đoạn tại chỗ sang giai đoạn xâm nhập.

Đại thể: Khối u có mặt cắt sượng lõm, lấm tấm vàng; giới hạn không rõ do xâm nhập vào mô xung quanh như mô đệm sợi mỡ, da ngực, cân cơ (hình 1).



Hình 1: A- Ung thư xâm nhập da ngực, gây loét; B- Khối u có mặt cắt sượng lõm (1), xâm nhập vào mô mỡ xung quanh (2), gây co kéo da (3).

Vi thể:

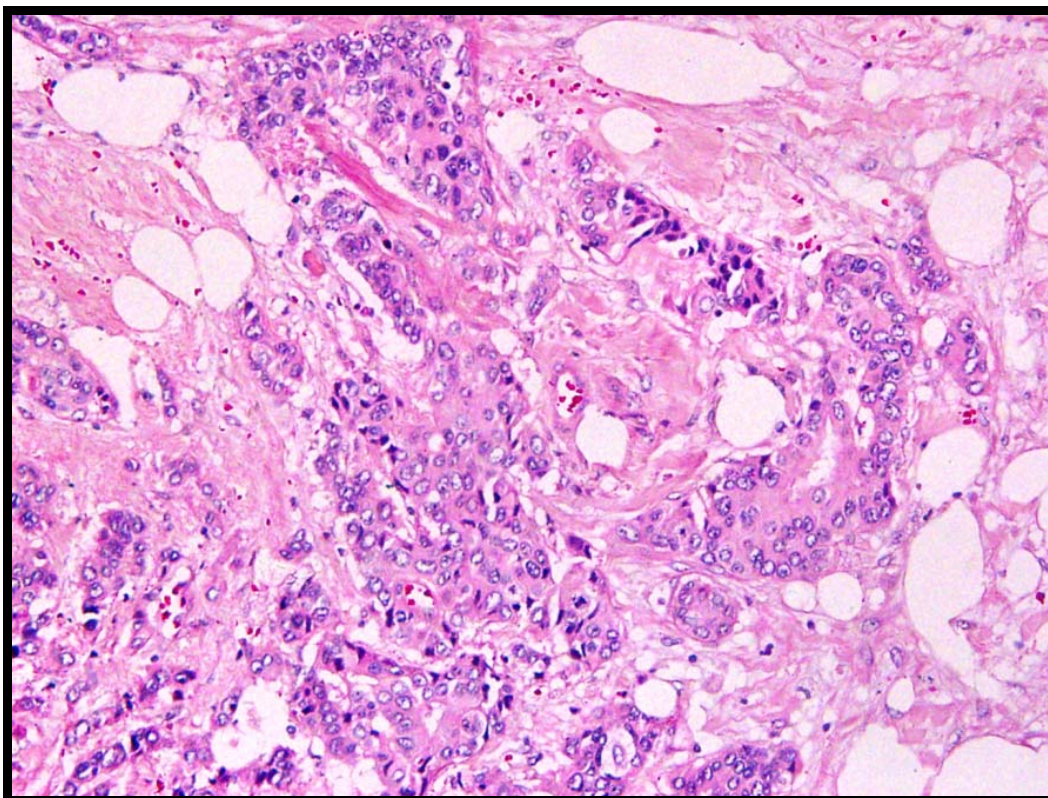
Mục tiêu cần tìm:

1. Các tế bào biểu mô ác tính, tạo thành ống và đám đặc xâm nhập mô đệm sợi mỡ, không còn tế bào cơ biểu mô.
2. Mô vú bình thường còn sót lại.

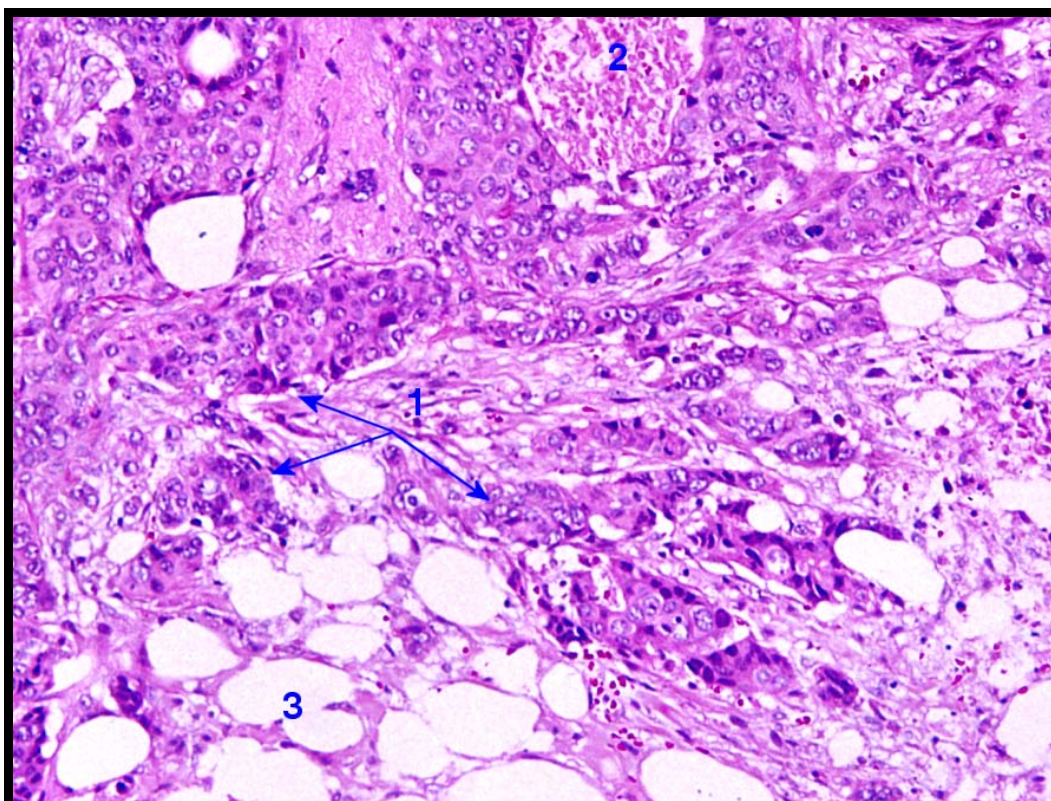
Quan sát tiêu bản với VK4, trong u không còn thấy cấu trúc các tiểu thùy bình thường của mô tuyến vú, thay vào đó là các đám đặc tế bào biểu mô dị dạng, các ống tuyến vú bất thường, xâm nhập lan tỏa trong mô đệm sợi và cả trong mô mỡ (hình 2).

Với VK10 và VK 40, các tế bào biểu mô ác tính có nhân to nhỏ không đều, tăng sắc méo mó, chất nhiễm sắc thô, hạch nhân lớn; tỉ lệ phân bào tăng. Các tế bào ung thư này kết thành đám đặc, dây hoặc thành ống tuyến nhưng không có tế bào cơ biểu mô viền xung quanh như ống tuyến vú bình thường. Ở một số ống còn có hiện tượng hoại tử trung tâm do các tế bào u nằm giữa bị chết vì thiếu dinh dưỡng. Quanh các đám tế bào ung thư, mô sợi tăng sinh giàu sợi collagen do hoạt động tạo sợi của tế bào u (hình 3 và 4).

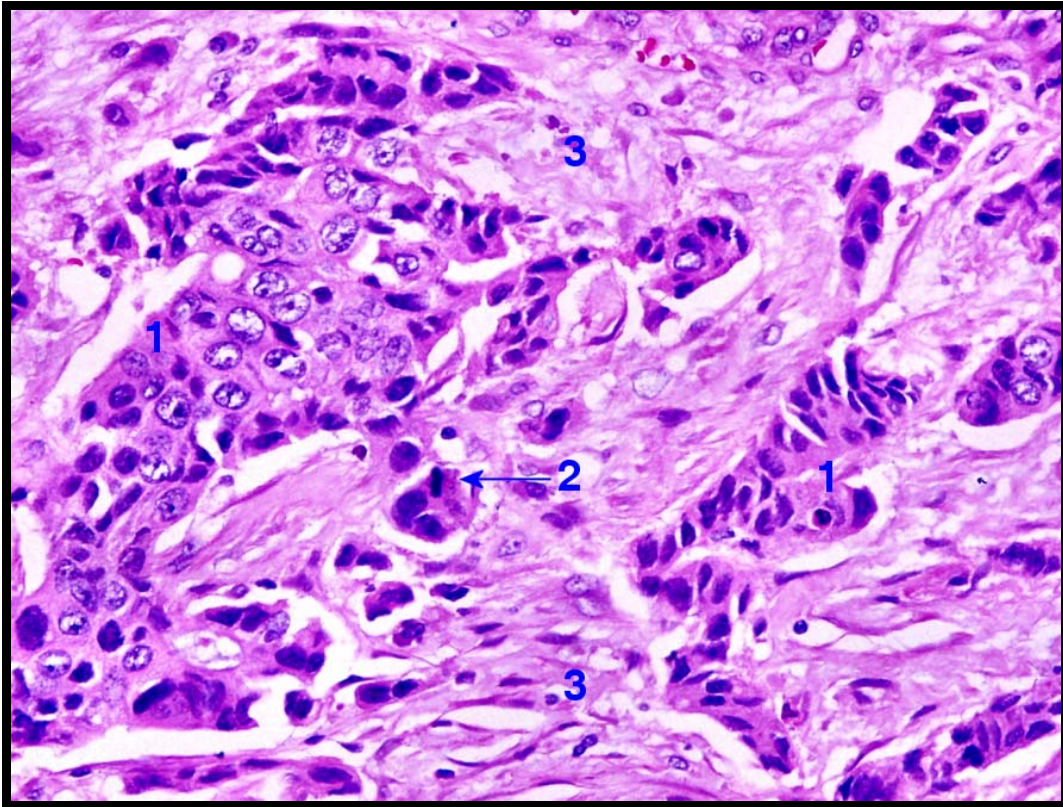
Trong mô vú bên ngoài khối u, còn thấy một số tiểu thùy vú bình thường hoặc có biến đổi sợi bọc (ống tuyến giãn rộng, chứa chất tiết) (hình 5).



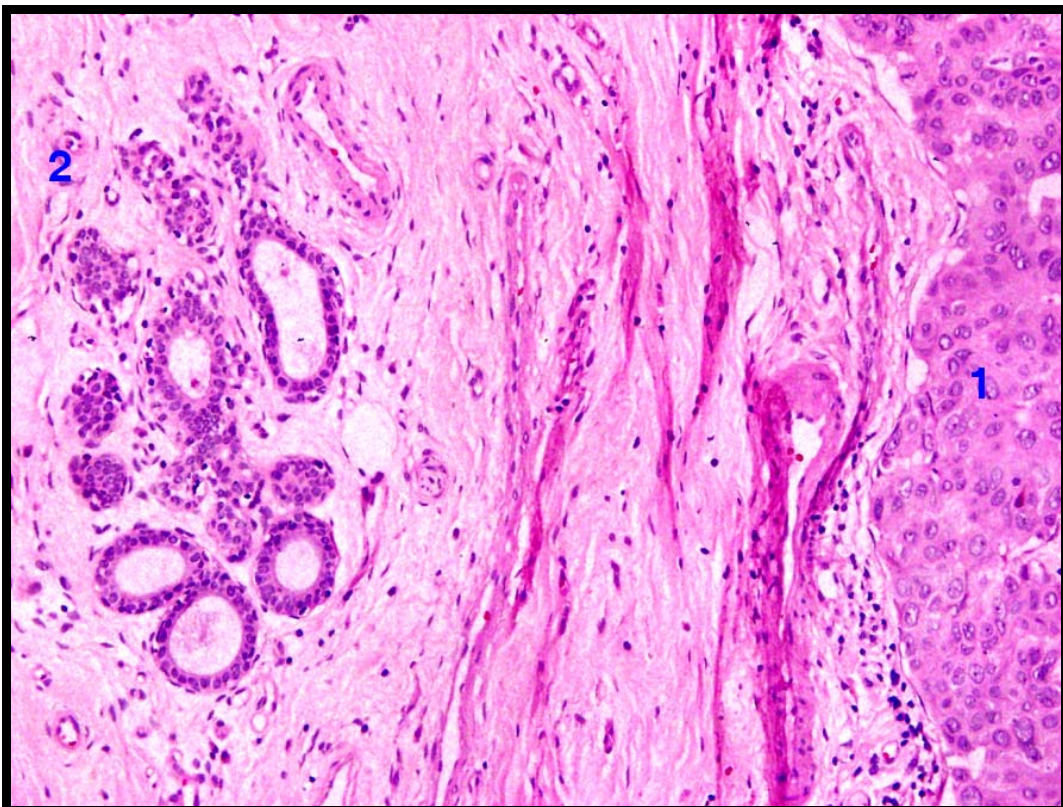
Hình 2: Các đám ống tuyến vú ung thư xâm nhập mô đệm sợi mỡ.



Hình 3: 1- Các đám ống tuyến vú ung thư xâm nhập mô đệm sợi mỡ; 2- Hoại tử trung tâm; 3- Mô đệm sợi mỡ.



Hình 4: 1- Các đám đặc tế bào ung thư; 2- Phân bào; 3- Mô sợi tăng sinh.



Hình 5: 1- Các đám đặc tế bào ung thư; 2- Tiểu thùy vú bình thường ngoài u.

U CƠ TRƠN LÀNH TÍNH THÂN TỬ CUNG

Là u lành thường gặp nhất ở tử cung, liên quan với nội tiết tố estrogen. U có thể không có triệu chứng hoặc gây đau trần bụng dưới, ra huyết âm đạo bất thường

Đại thể: Thường có nhiều u. U tròn, chắc, giới hạn rõ, mặt cắt trắng xám, có dạng cuộn, kích thước từ vài mm đến 30 cm; vị trí có thể nằm trong lớp cơ, dưới nội mạc tử cung hoặc dưới thanh mạc (hình 1).



Hình 1: 1- U cơ trơn trong lớp cơ, tròn, giới hạn rõ, mặt cắt trắng, dạng cuộn; 2- U cơ trơn dưới nội mạc tử cung; 3- U cơ trơn dưới thanh mạc.

Vi thể:

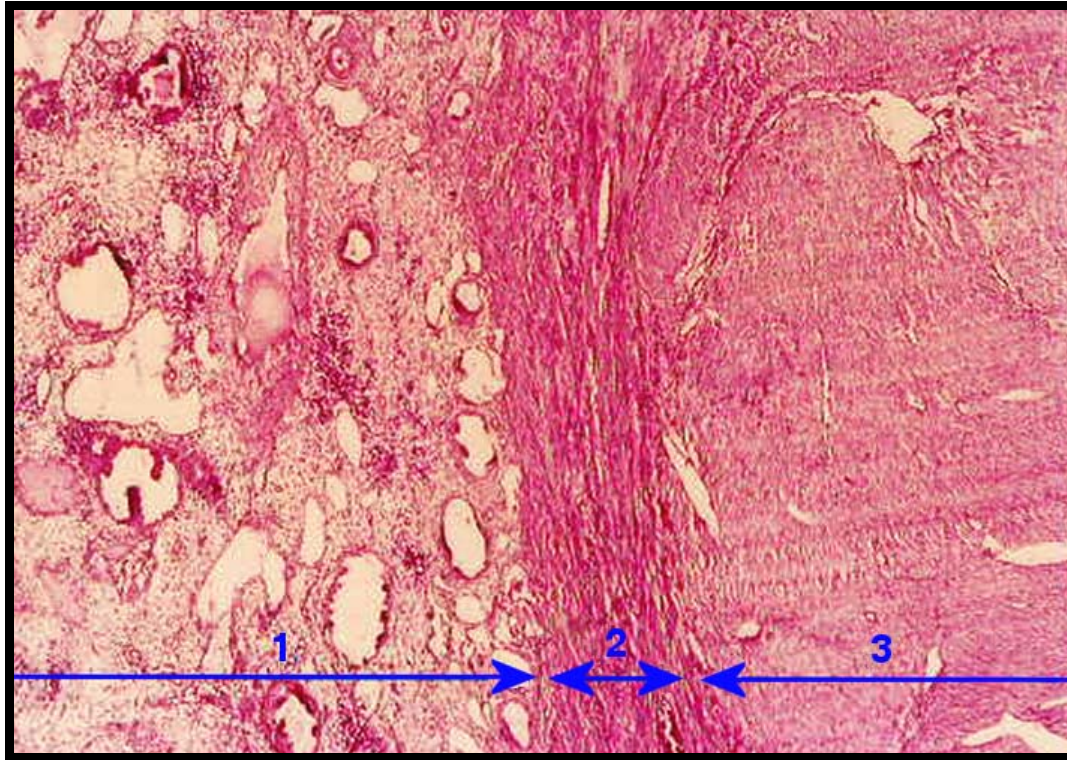
Mục tiêu cần tìm:

1. Tế bào u hình thoi, nhân bầu dục xếp thành bó.
2. Tế bào cơ trơn bình thường của tử cung bị ép dẹt.
3. Nội mạc tử cung tăng sản đơn giản.

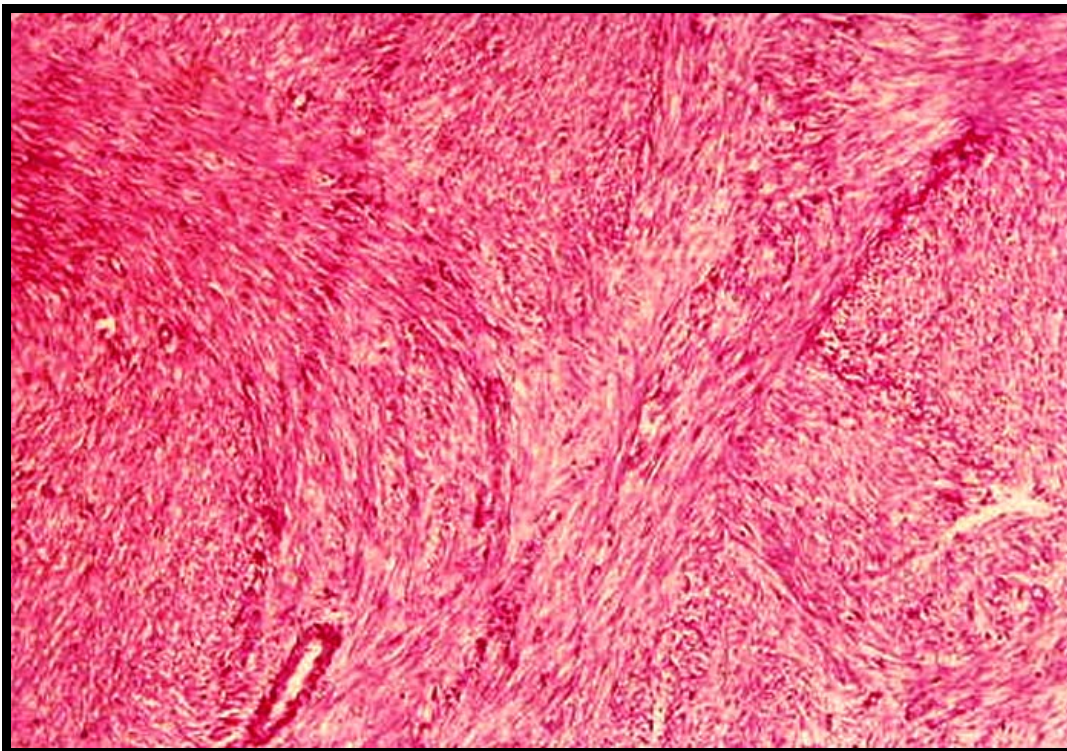
Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của thân tử cung.

Quan sát tiêu bản ở VK4, mẫu mô lấy từ thân tử cung gồm 1 lớp nội mạc tử cung dày nằm tựa trên lớp cơ trơn. Trong lớp nội mạc, các ống tuyến hơi bị giãn rộng, sắp xếp lộn xộn, không còn định hướng song song với nhau như trong nội mạc bình thường – đây là nội mạc tử cung tăng sản đơn giản. Lớp cơ trơn bên dưới phân biệt hai vùng rõ rệt: mô u cấu tạo bởi các tế bào cơ trơn tăng sản mạnh nên có mật độ tế bào cao, tế bào chen chúc nhau; phân biệt với vùng mô cơ trơn bình thường của lớp cơ trơn thân tử cung nằm giữa u và nội mạc tử cung, bị ép dẹt tạo thành vỏ bao giả của u, bắt màu hồng đậm hơn (hình 2 và 5).

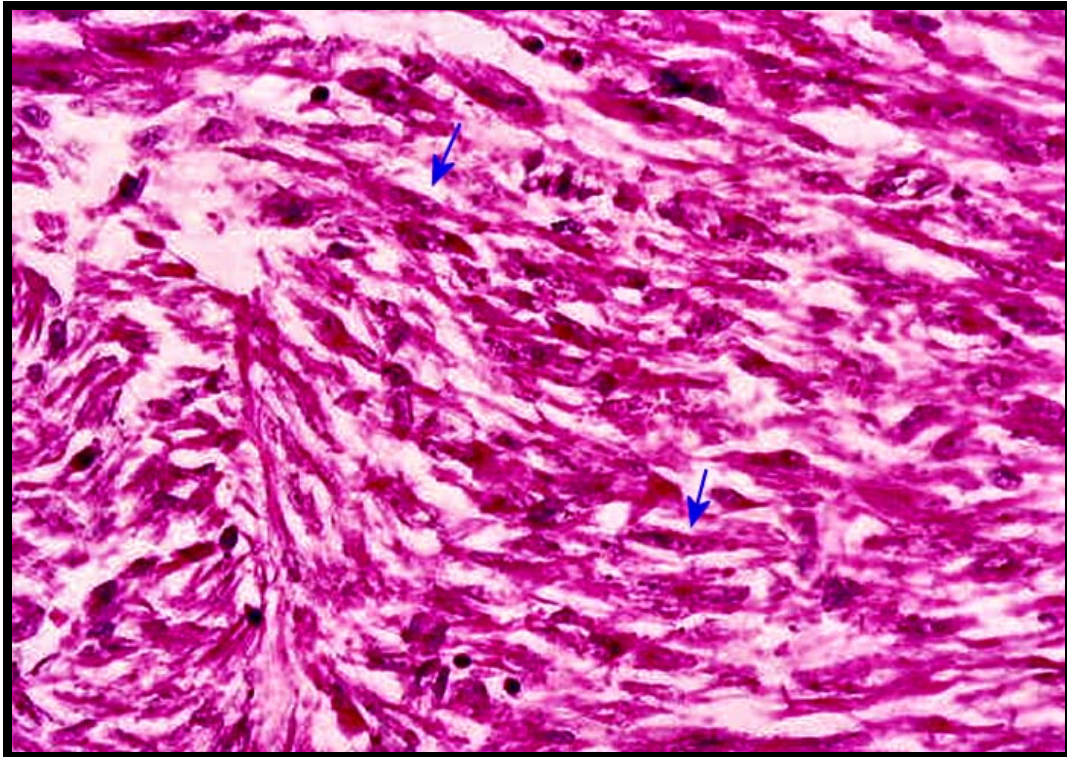
Quan sát vùng mô u ở VK10 và 40, ta thấy tế bào u là những tế bào cơ trơn tăng sản mạnh, có hình dạng và kích thước giống nhau; tế bào hình thoi, bào tương màu hồng, nhân bầu dục thuôn dài với 2 đầu tù, xếp thành các bó đan chéo nhau. Không có hình ảnh phân bào (hình 3 và 4).



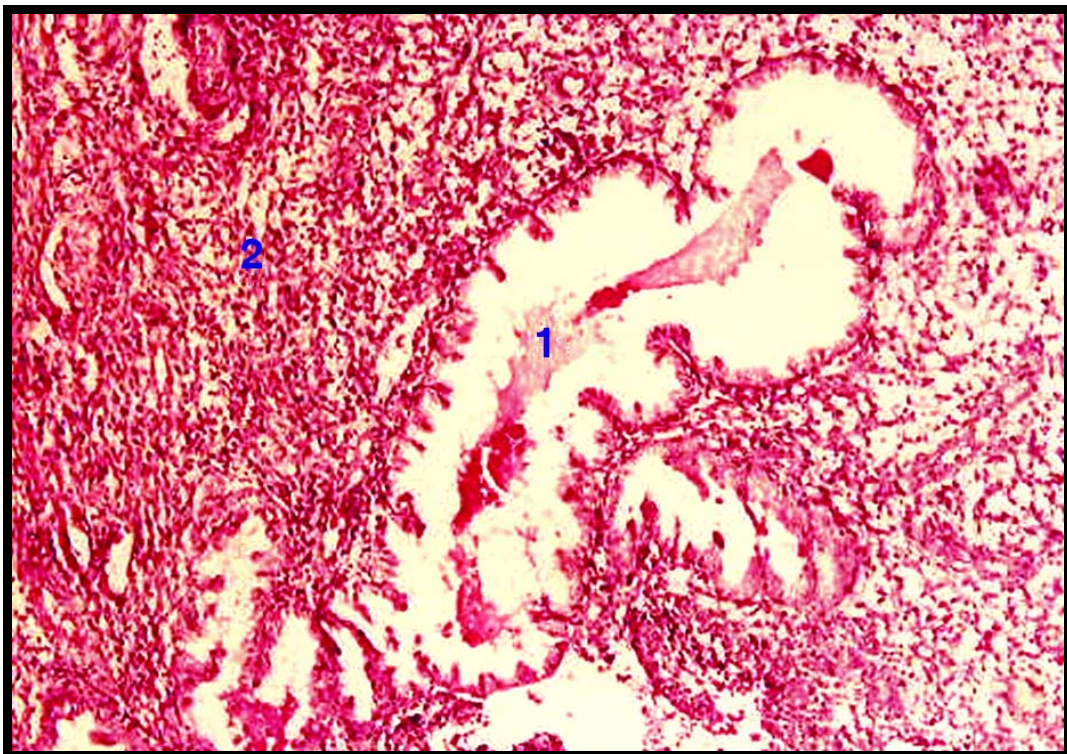
Hình 2: 1- Nội mạc tử cung tăng sản đơn giản; 2- Vỏ bao giả; 3- U cơ trơn



Hình 3: U tạo bởi các tế bào cơ trơn tăng sản xếp thành bó đan chéo nhau.



Hình 4: Các tế bào cơ trơn tăng sản hình thoi, bào tương màu hồng, nhân bầu dục thuôn dài với 2 đầu tù (mũi tên), xếp thành các bó đan chéo nhau.

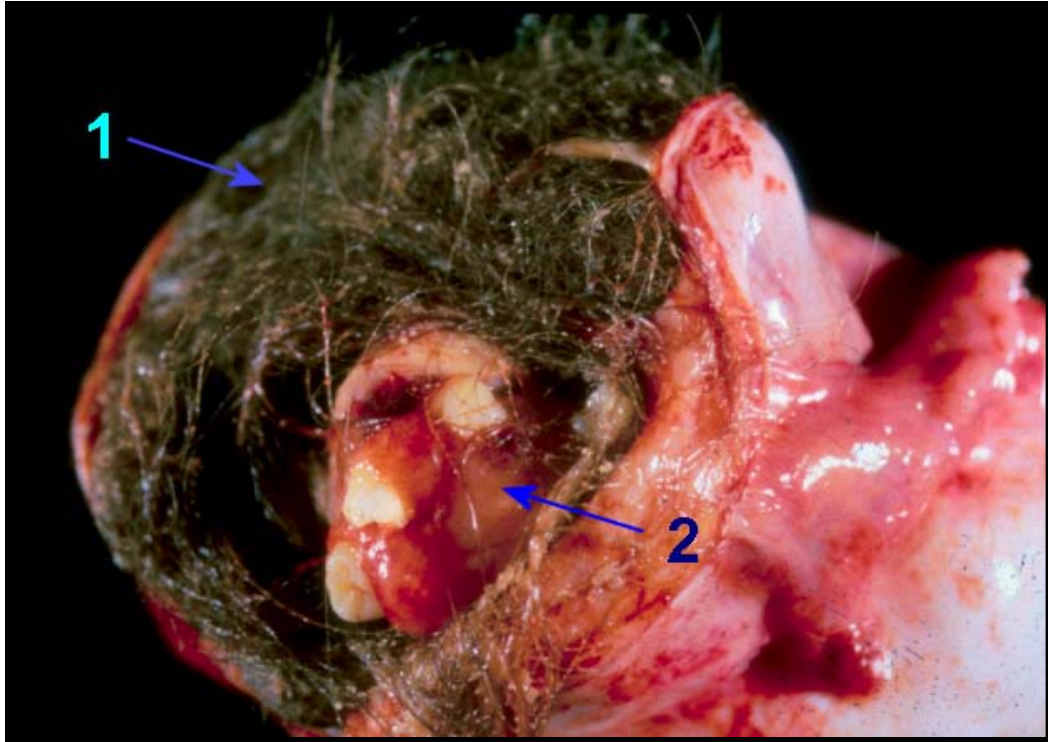


Hình 5: 1- Các tuyến nội mạc tăng sản giãn rộng; 2- Mô đệm nội mạc tử cung.

U QUÁI TRƯỞNG THÀNH BUỒNG TRỨNG

Là loại u tế bào mầm thường gặp nhất ở buồng trứng; có thể xuất hiện ở mọi độ tuổi. U cấu tạo bởi nhiều thành phần xuất phát từ cả 3 lá phôi sắp xếp lộn xộn; do tế bào mầm biệt hoá theo hướng mô trong phôi.

Đại thể: U có kích thước trung bình 15 cm, dạng bọc, bề mặt láng, chứa tóc và chất bã. Bên trong bọc có các nốt đặc, chứa răng và xương (hình 1).



Hình 1: 1- U quái trưởng thành dạng bọc, chứa tóc; 2- Nốt đặc chứa răng, xương.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

Các thành phần mô xuất phát từ 3 lá phôi:

1. Ngoại bì: biểu bì, nang lông, tuyến bã.
 - Ngoại bì thần kinh: Mô thần kinh đệm (tế bào thần kinh đệm, chất nền thần kinh), hạch thần kinh.

2. Trung bì: Xương, sụn, mô mỡ

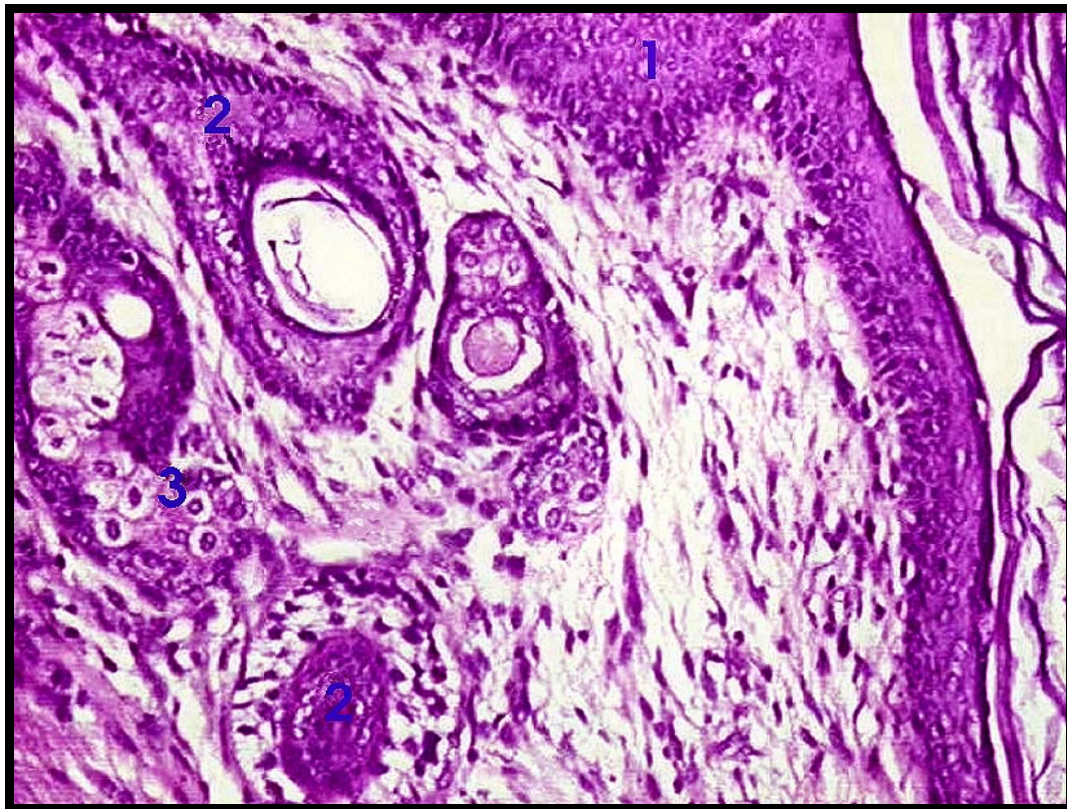
3. Nội bì: biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển, biểu mô tuyến tiết nhầy.

Lưu ý: Học viên cần ôn lại cấu tạo mô học của mô xương, sụn, mô thần kinh đệm, hạch thần kinh.

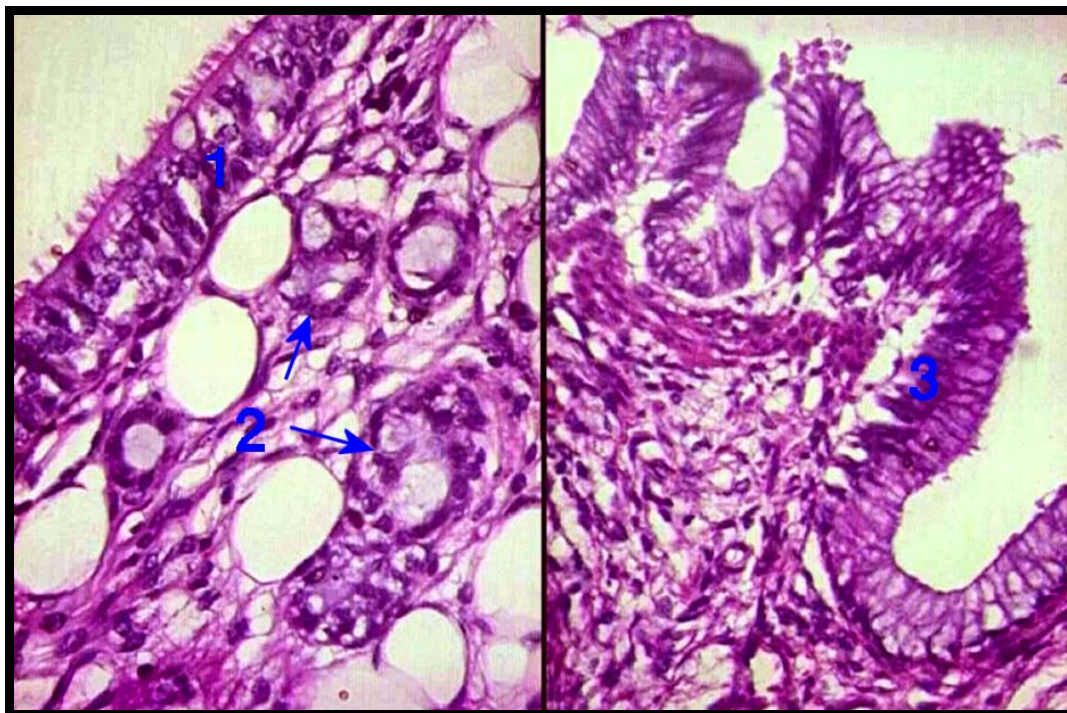
Quan sát với VK 4, tiêu bản gồm 2 lát cắt, một lát chứa biểu bì, nang lông tuyến bã, các biểu mô, mô mỡ, mô thần kinh đệm và hạch thần kinh, lát kia chứa xương, sụn và mô thần kinh đệm.

Quan sát lát cắt thứ nhất với VK 10 và VK 40, biểu bì là 1 biểu mô lát tầng sừng hóa, tạo ra nhiều vảy sừng bong rớt vào trong lòng bọc, bên dưới biểu mô này có các phức hợp nang lông tuyến bã (hình 2). Ở một vùng khác của lát cắt, có thể thấy biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển giống biểu mô hô hấp (bên dưới biểu mô này có các đám tuyến tiết nhầy giống tuyến nhầy trong niêm mạc phế quản) và biểu mô trụ đơn tiết nhầy giống biểu mô lót đường tiêu hóa (hình 3). Xen lẫn giữa các loại biểu mô, có các đám tế bào mỡ, mô thần kinh đệm và 1 hạch thần kinh. Mô thần kinh đệm tạo bởi các tế bào thần kinh đệm có nhân tròn đậm mầu giống limphô bào; giữa các tế bào này là chất nền thần kinh (neuropil), có dạng lưới sợi rất mảnh bắt

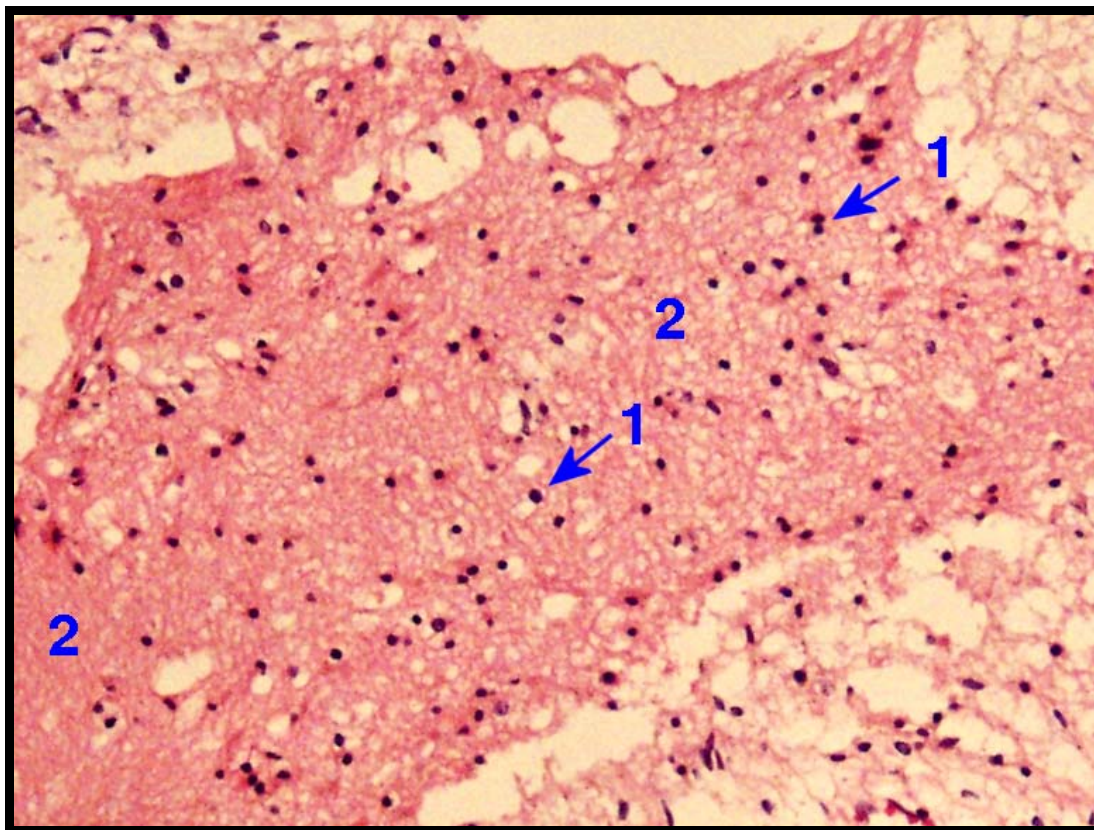
màu hồng nhạt (hình 4). Hạch thần kinh là 1 cấu trúc hình bầu dục, tạo bởi các tế bào hạch thần kinh với các tế bào vệ tinh bao quanh. Tế bào hạch thần kinh có bào tương màu hồng, nhân tròn sáng nằm chính giữa với 1 hạch nhân lớn (hình 5).



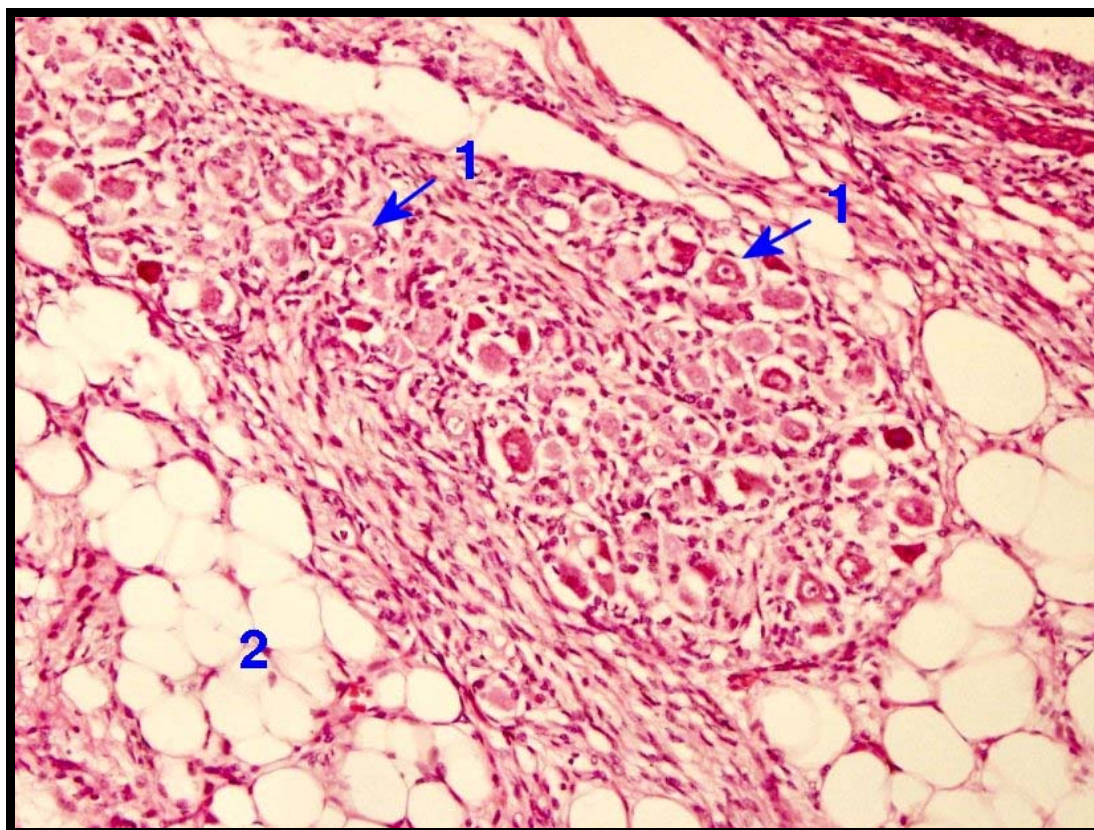
Hình 2: 1- Biểu mô lát tầng sừng hóa; 2- Nang lông; 3- Tuyến bã.



Hình 3: 1- Biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển; 2- Tuyến tiết nhầy; 3- Biểu mô trụ đơn tiết nhầy.

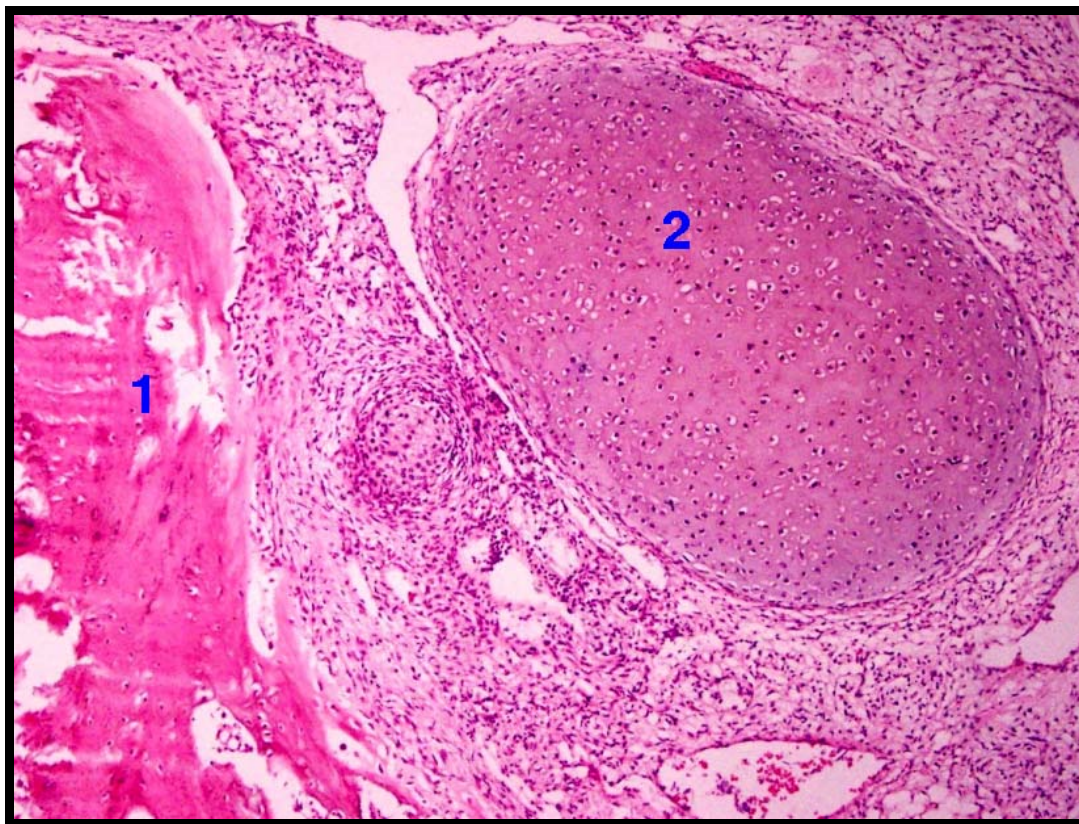


Hình 4: 1- Tế bào thần kinh đệm; 2- Chất nền thần kinh.



Hình 5: 1- Tế bào hạch thần kinh; 2- Đám tế bào mỡ.

Quan sát lát cắt thứ hai với VK 10 và VK 40, có thể thấy các bè xương có bờ nham nhở sắc cạnh, bắt màu đỏ; trong bè xương có các hốc nhỏ chứa tế bào xương. Phân biệt với các ổ sụn có bờ đều, bắt màu xanh tím; trong ổ sụn cũng có rất nhiều hốc nhỏ chứa tế bào sụn (hình 6).

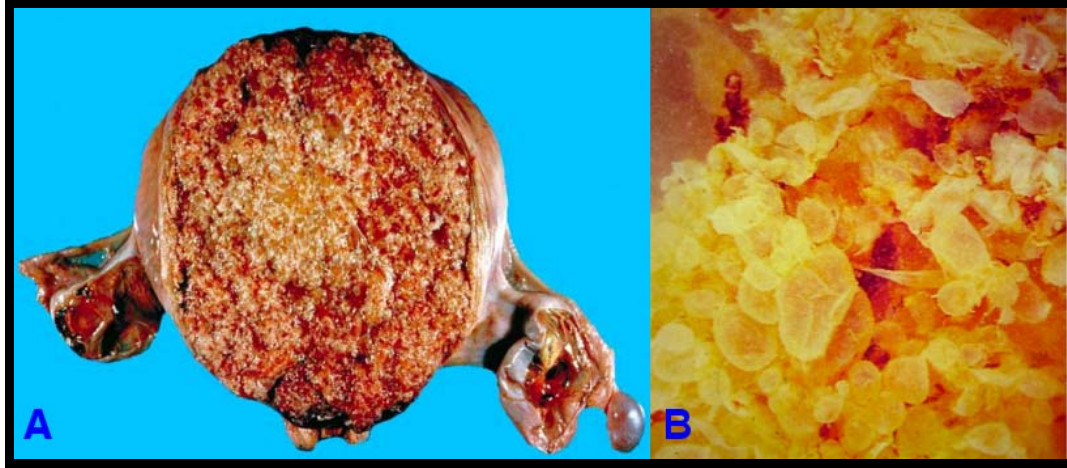


Hình 6: 1- Các bè xương, bờ sắc cạnh nham nhở; 2- Ổ sụn, bờ đều.

NHAU NƯỚC TOÀN PHẦN

Là bệnh tế bào nuôi thường gặp nhất, thường được phát hiện trong tháng thứ 3 của thai kỳ do triệu chứng ra huyết âm đạo hoặc rớt các mảnh mô nhau nước ra ngoài.

Đại thể: Các lông nhau phì đại, phù nề, giống như chùm nho, kích thước từ vài mm đến 1,5cm; lấp đầy lòng tử cung làm tử cung to ra (hình 1).



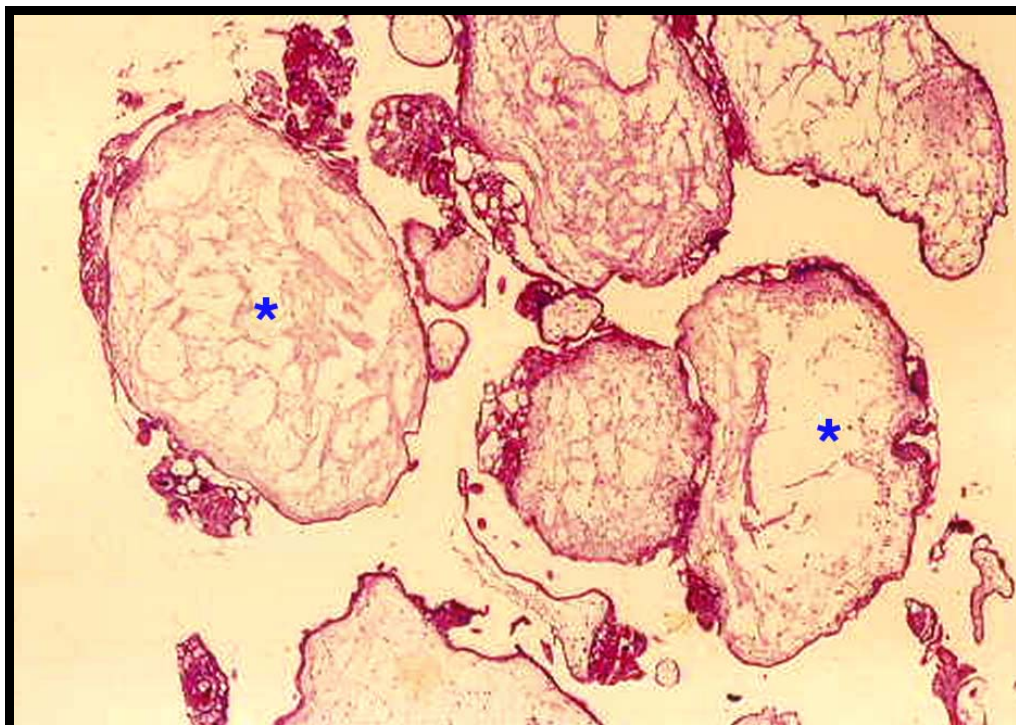
Hình 1: A- Mô nhau nước toàn phần lấp đầy lòng tử cung, làm tử cung to ra;
B- Các lông nhau phì đại phù nề giống chùm nho.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

1. Lông nhau thoái hóa nước
2. Tế bào nuôi: đơn bào nuôi và hợp bào nuôi

Quan sát tiêu bản ở VK4, các lông nhau bị thoái hóa nước, phồng to, mô đệm phù nề, không có mạch máu. Xung quanh lông nhau là các tế bào nuôi tăng sản gồm đơn bào nuôi và hợp bào nuôi (hình 2).

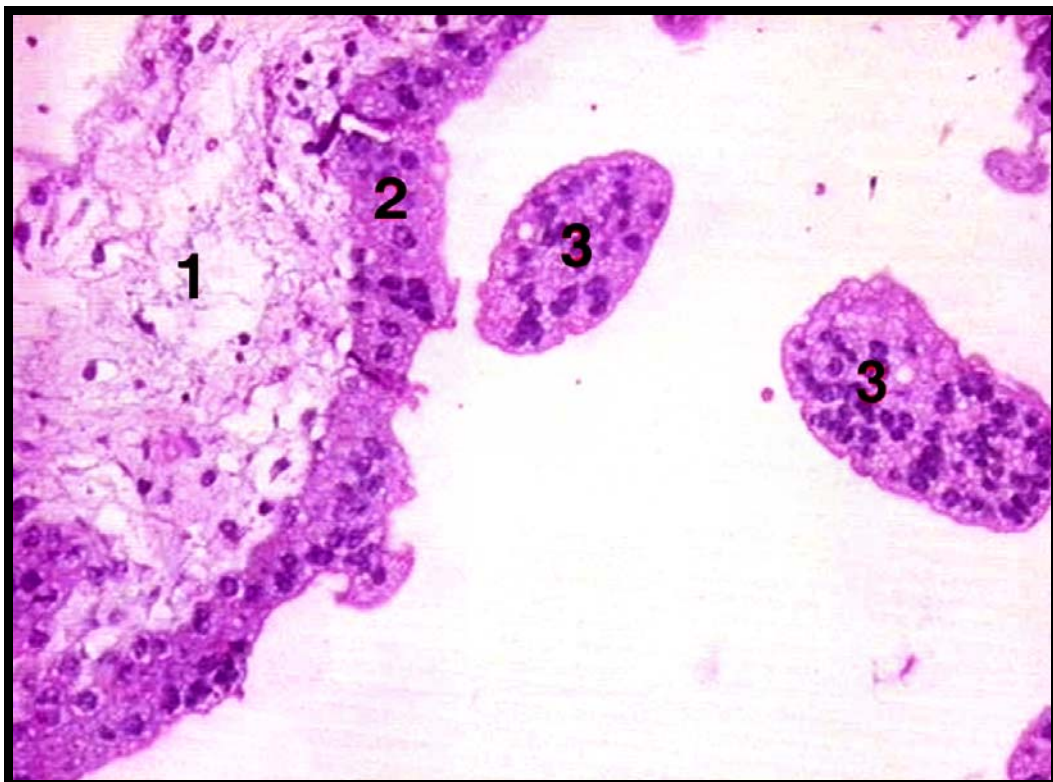


Hình 2: Các lông nhau bị thoái hóa nước, phồng to, không có mạch máu.

Quan sát các lông nhau thoái hóa nước với VK10 và VK 40, mô đệm là một xoang chứa dịch, phù nề; đơn bào nuôi viền xung quanh các lông nhau thoái hóa nước, là những tế bào đa diện có một nhân tròn, bào tương bắt màu hồng, có hạt; hợp bào nuôi nằm cạnh các lông nhau là những tế bào lớn, có nhiều nhân, bào tương bắt màu hồng và có nhiều không bào nhỏ (hình 3 và 4).



Hình 3: 1- Lông nhau thoái hóa nước; 2- Đơn bào nuôi.

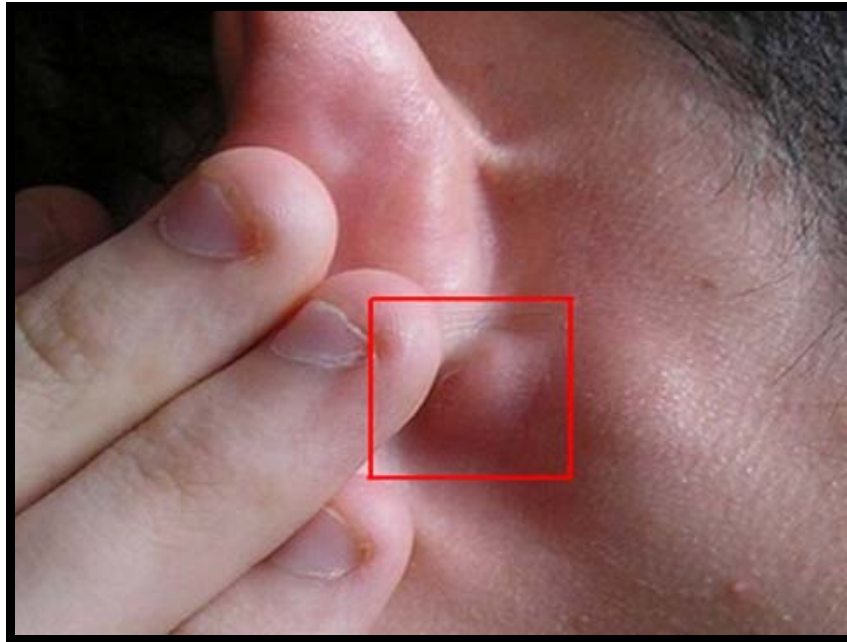


Hình 4: 1- Lông nhau thoái hóa nước; 2- Đơn bào nuôi; 3- Hợp bào nuôi .

HẠCH TĂNG SẢN NANG

Hạch tăng sản phản ứng là một tổn thương lành tính và có tính khả hồi, do kích thích kháng nguyên làm cho một hay nhiều thành phần tế bào của hạch tăng sản. Hạch tăng sản nang thường gặp trong các nhiễm trùng mãn tính do tác nhân kích thích gây đáp ứng miễn dịch dịch thể; hay gặp ở vùng cổ, nách và bẹn. Hạch to ra nhưng thường dưới 1,5cm, giới hạn rõ, di động; rất ít khi phải sinh thiết ngoại trừ những trường hợp hạch lớn hơn 1,5 cm, để loại trừ các tổn thương ác tính của hạch hoặc viêm lao hạch (hình 1).

Đại thể: Một hay nhiều hạch to ra, đường kính 1- 1,5cm; có vỏ bao, mật độ mềm hoặc hơi chắc.



Hình 1: Hạch tăng sản nang vùng sau tai sau một nhiễm trùng mũi họng.

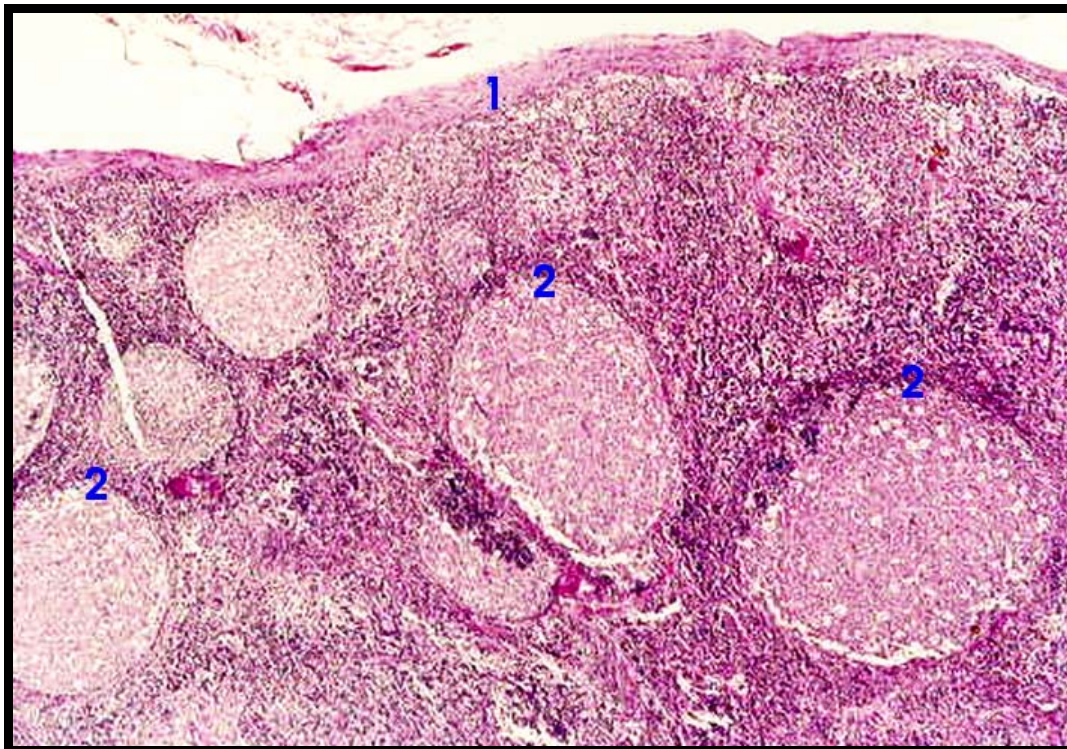
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

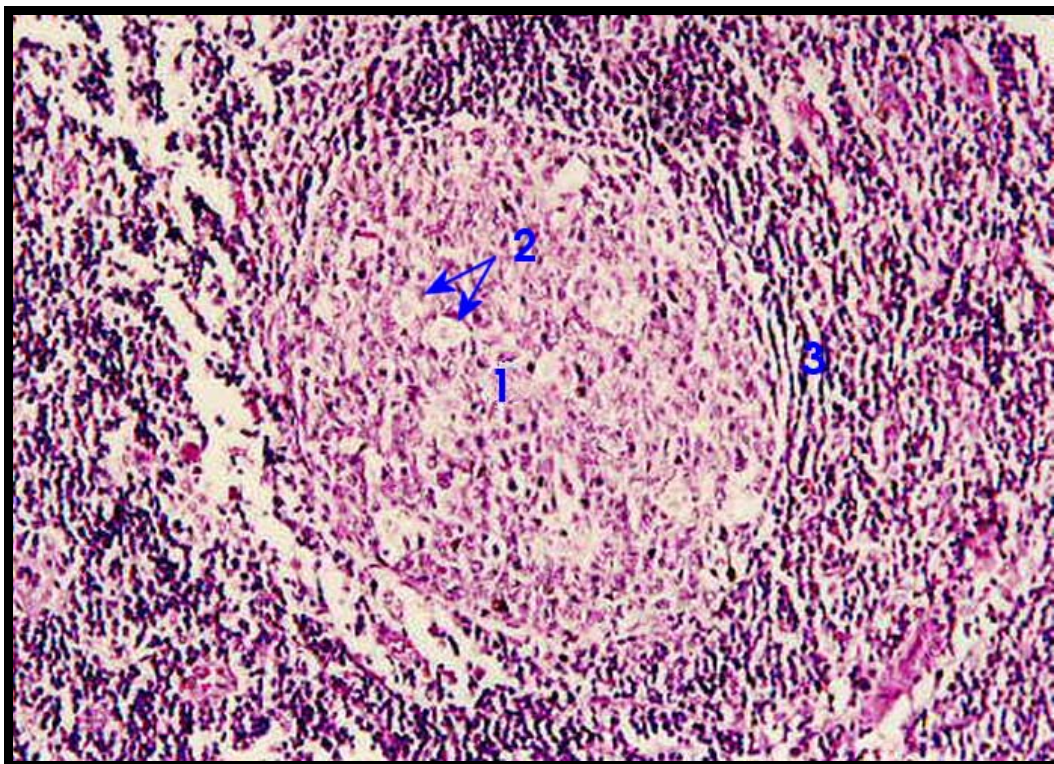
1. Cấu trúc hạch còn nguyên vẹn: vùng vỏ hạch, vùng tủy hạch và các xoang bạch huyết.
2. Vùng vỏ có các nang limphô tăng sản, kích thước không đều, trung tâm mầm giãn rộng với sự đa dạng tế bào.

Quan sát tiêu bản với VK4, bao quanh hạch là vỏ bao sợi tạo bởi mô liên kết đặc giàu sợi collagen bắt màu hồng; nhu mô hạch là phần mô limphô và các xoang bạch huyết nằm phía trong vỏ bao. Phần nhu mô hạch nằm ngay dưới vỏ bao là vùng vỏ, chứa các nang limphô; ở trung tâm mẫu mô là vùng tủy và các mạch máu của rốn hạch. Trong tăng sản nang, cấu trúc hạch vẫn còn nguyên vẹn nhưng do vùng vỏ tăng kích thước chèn ép các vùng còn lại; vì vậy chỉ có vùng vỏ là nổi bật, không thấy rõ vùng cận vỏ, vùng tủy, và các xoang bạch huyết. Vùng vỏ có rất nhiều nang limphô tăng sản, kích thước to nhỏ không đều và xếp thành nhiều lớp nang (hình 2).

Với VK 10 và VK 40, nang limphô tăng sản có trung tâm mầm giãn rộng với một viền limphô bào nhỏ bao quanh. Trung tâm mầm có hình ảnh đa dạng tế bào do được tạo bởi các limphô bào có hình dạng và kích thước khác nhau như nguyên tâm bào (tế bào lớn, nhân không khía, có vài hạch nhân nằm sát dưới màng nhân), tâm bào (tế bào nhỏ nhân khía, hạch nhân không rõ) và đại thực bào (tế bào lớn trông như những hốc sáng nhỏ vì có nhiều bào tương, trong chứa các mảnh vỡ của tế bào chết được thực bào) (hình 3).



Hình 2: 1- Vỏ bao hạch; 2- Các nang limphô tạng sản kích thước không đều, trung tâm mầm giãn rộng; xếp thành nhiều lớp nang.



Hình 3: Nang limphô tạng sản: 1- Các nguyên tâm bào và tâm bào; 2- Đại thực bào; 3- Viền limphô bào nhỏ.

HẠCH TĂNG SẢN XOANG

Hạch tăng sản phản ứng là một tổn thương lành tính và có tính khả hồi, do kích thích kháng nguyên làm cho một hay nhiều thành phần tế bào của hạch tăng sản. Hạch tăng sản xoang được đặc trưng bởi tình trạng tăng số lượng và kích thước các xoang bạch huyết ứ đầy mô bào tăng sản, thường gặp ở các hạch dẫn lưu từ các khối ung thư, thí dụ các hạch nách trong trường hợp ung thư vú.

Đại thể: hạch tăng sản xoang có đường kính 1- 1,5cm, còn vỏ bao, mật độ mềm hoặc hơi chắc.

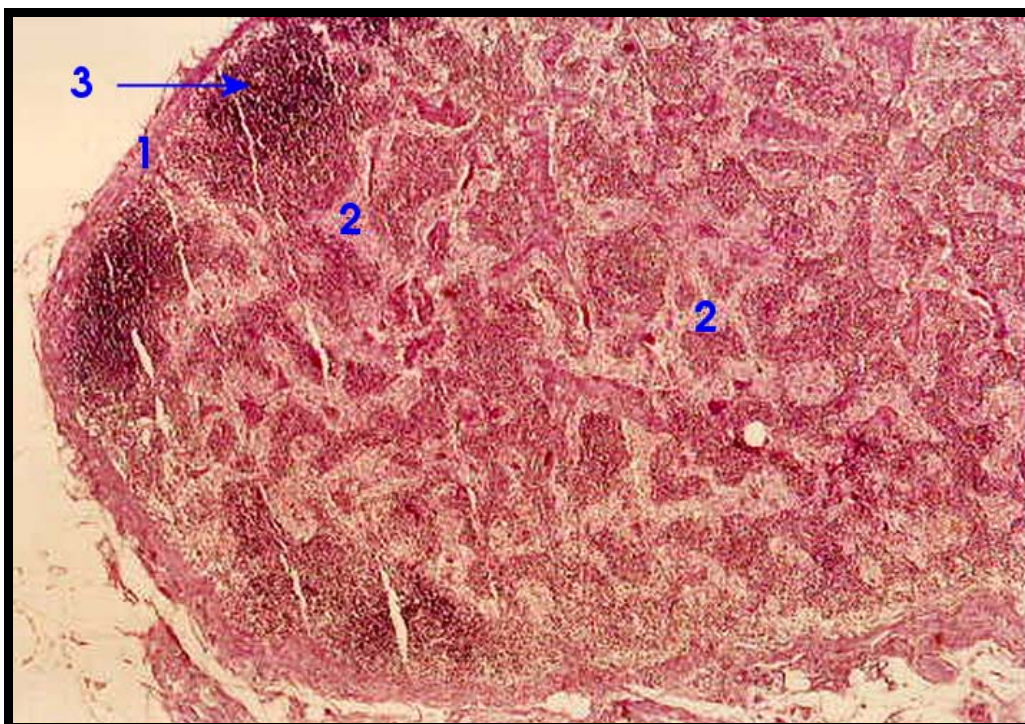
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

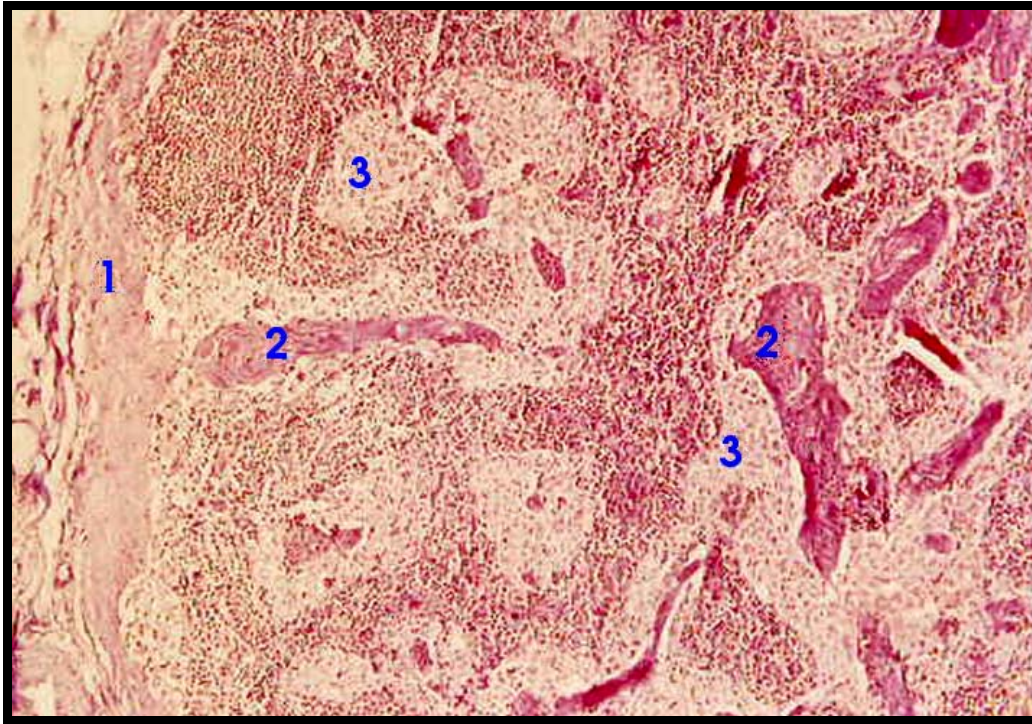
Các xoang bạch huyết giãn rộng, chứa đầy mô bào tăng sản

Quan sát tiêu bản với VK4, bao quanh hạch là vỏ bao sợi tạo bởi mô liên kết đặc giàu sợi collagen bắt màu hồng; nhu mô hạch là phần mô limphô và các xoang bạch huyết nằm phía trong vỏ bao. Trong tăng sản xoang, cấu trúc hạch vẫn được bảo tồn. Tuy nhiên tăng sản xoang làm các xoang tăng kích thước chèn ép thu hẹp các vùng còn lại của nhu mô hạch, vì vậy ở đây chỉ thấy vài nang limphô của vùng vỏ, chủ yếu là các xoang bạch huyết giãn rộng với các dải limphô bào nằm chen giữa (hình 1).

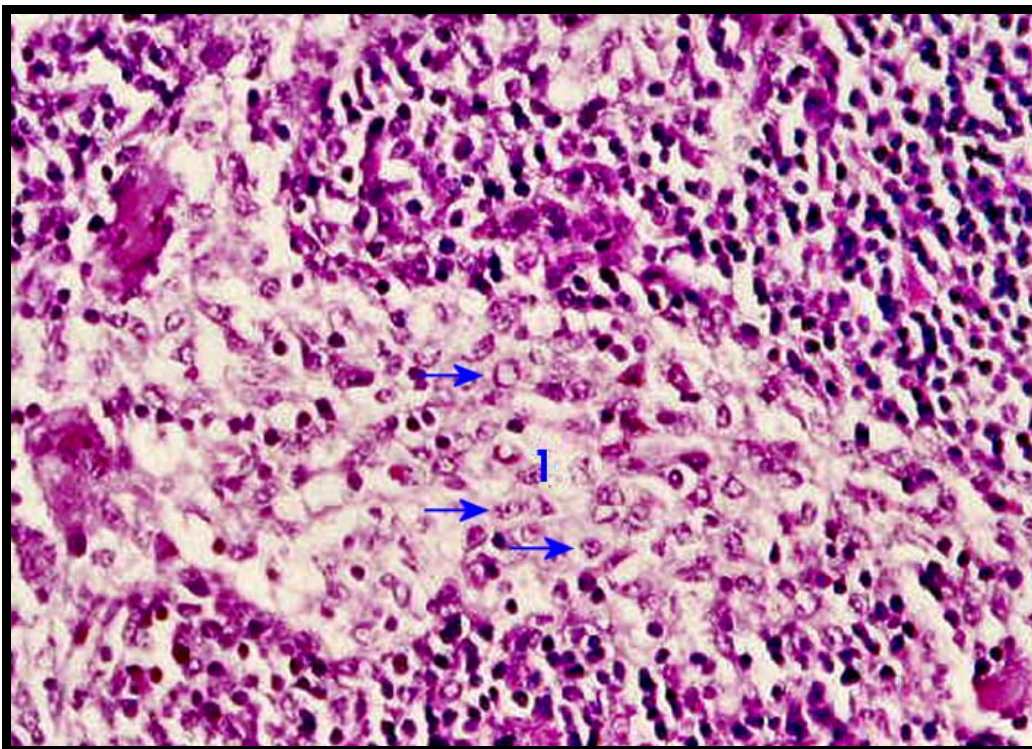
Với VK 10 và 40, ta thấy các xoang giãn rộng chứa đầy mô bào tăng sản. Mô bào là những tế bào có nhân tròn hoặc bầu dục sáng, hạch nhân nhỏ, bào tương nhiều, màu hồng, giới hạn tế bào không rõ, nằm chen chúc nhau trong các xoang bạch huyết (hình 2 và 3).



Hình 1: 1-Vỏ bao hạch; 2- Các xoang bạch huyết giãn rộng; 3- Nang limphô.



Hình 2: 1- Vỏ bao hạc; 2- Vách sợi ngăn vào trong nhu mô hạc; 3- Các xoang bạch huyết giãn rộng



Hình 3: 1- Xoang bạch huyết giãn rộng, chứa đầy mô bào tăng sản (mũi tên).

LIMPHÔM NGUYÊN BÀO MIỄN DỊCH

Lymphôm nguyên bào miễn dịch là lymphôm không Hodgkin xuất phát từ một nguyên bào miễn dịch chuyển dạng ác tính, đa số có nguồn gốc từ tế bào dòng B. Thường gặp ở tuổi trung niên và người lớn tuổi. Bệnh tiến triển nhanh, tác động vào các hạch ngoại vi hoặc các hạch nằm sâu trong trung thất và ổ bụng; làm hạch sưng to thành khối lớn, không đau.

Đại thể: Hạch to ra, đường kính 3 -4 cm, mật độ chắc, mặt cắt đặc trơn láng như thịt cá (hình 1).



Hình 1: Hạch to, mặt cắt đặc trơn láng như thịt cá.

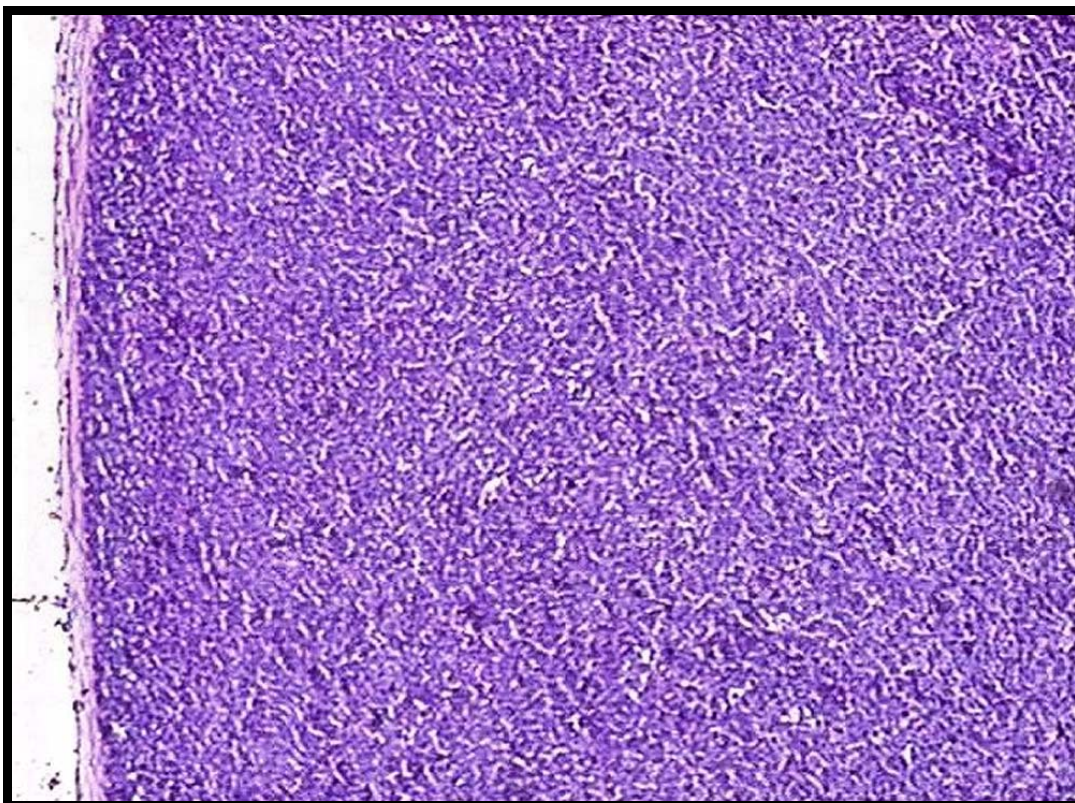
Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

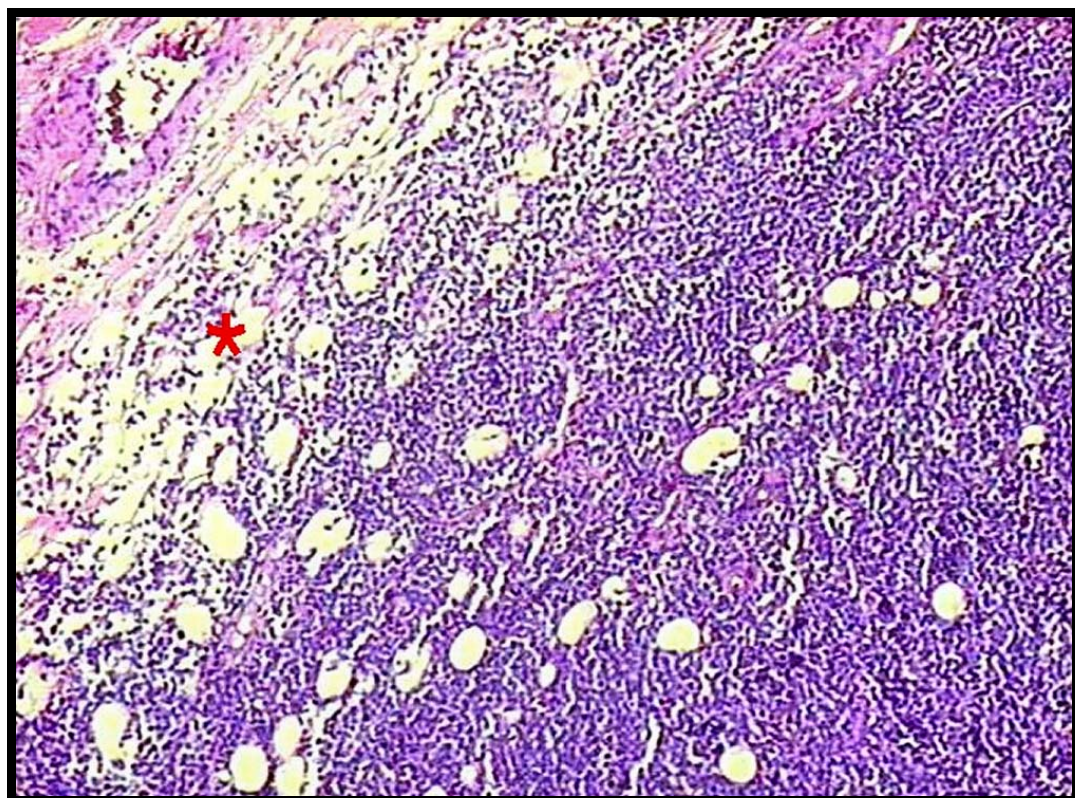
1. Cấu trúc hạch bị xóa.
2. Thấm nhập lan tỏa các nguyên bào miễn dịch (tế bào lớn gấp 5 lần limphô bào, nhân lớn hình bầu dục, có 1-2 hạch nhân to).
3. Tỷ lệ phân bào cao, phân bào bất thường.

Quan sát tiêu bản với VK4, cấu trúc bình thường của hạch bao gồm các nang limphô và xoang bạch huyết đã bị xóa hoàn toàn, thay thế bằng hình ảnh đơn dạng một loại tế bào tân sinh ác tính. Các limphô bào ác tính này xâm nhập vỏ bao và mô mỡ quanh hạch (hình 2 và 3).

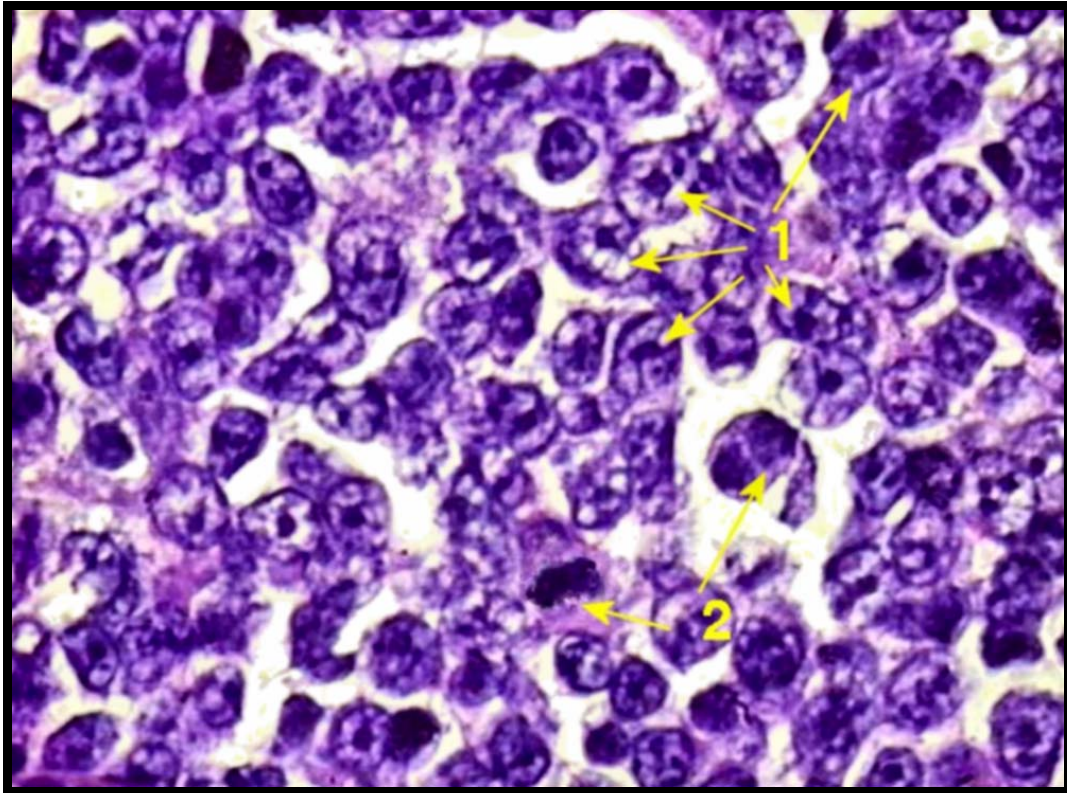
Với VK40, limphô bào ác tính là các nguyên bào miễn dịch có nhân lớn gấp 5 lần limphô bào nhỏ bình thường, có 1-2 hạt nhân to rõ nằm giữa nhân; có nhiều phân bào và các phân bào bất thường, phản ánh hoạt động tăng sinh mạnh của tế bào u (hình 4).



Hình 2: Cấu trúc hạch bị xóa hoàn toàn, có hình ảnh đơn dạng tế bào.



Hình 3: Các tế bào limphô ác tính xâm nhập vỏ bao và mô mỡ quanh hạch (*)

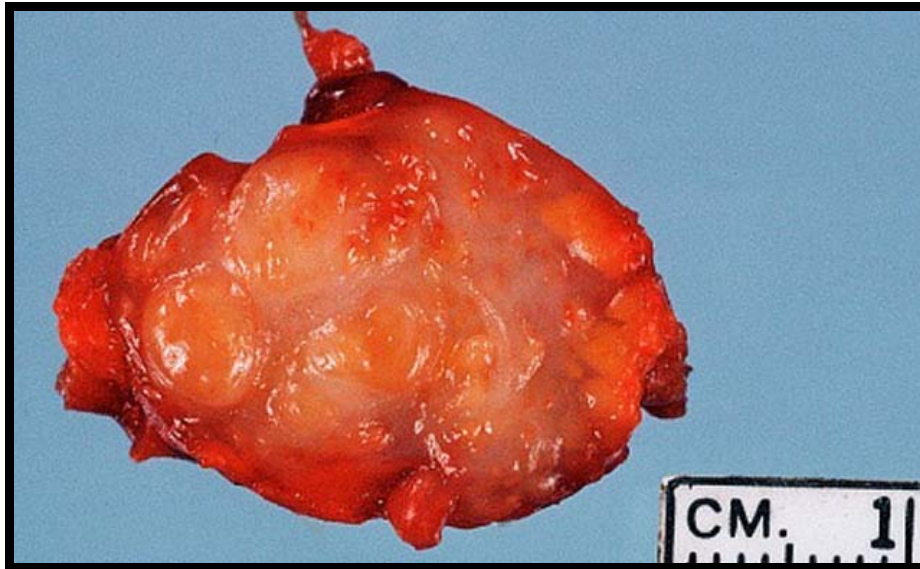


Hình 4: 1- Các nguyên bào miễn dịch; 2- Phân bào.

LIMPHÔM HODGKIN

Lymphôm Hodgkin là bệnh lý tân sinh ác tính của hạch, đặc trưng bởi sự hiện diện của tế bào Reed-Sternberg nằm trên nền tế bào viêm phản ứng, với tình trạng xơ hóa ở những mức độ khác nhau. Bệnh thường xảy ra ở hai đỉnh tuổi, 15-20 tuổi và sau 50 tuổi, giới nam nhiều hơn giới nữ. Bệnh thường tác động vào hạch cổ, làm hạch to, chắc hoặc cứng, di động, không đau.

Đại thể: Hạch to, đường kính 3- 4 cm, mật độ chắc hoặc cứng tùy mức độ xơ hóa, mặt cắt đặc, có dạng nốt (hình 1).



Hình 1: Hạch to, mặt cắt đặc, dạng nốt.

Vi thể:

Mục tiêu cần tìm:

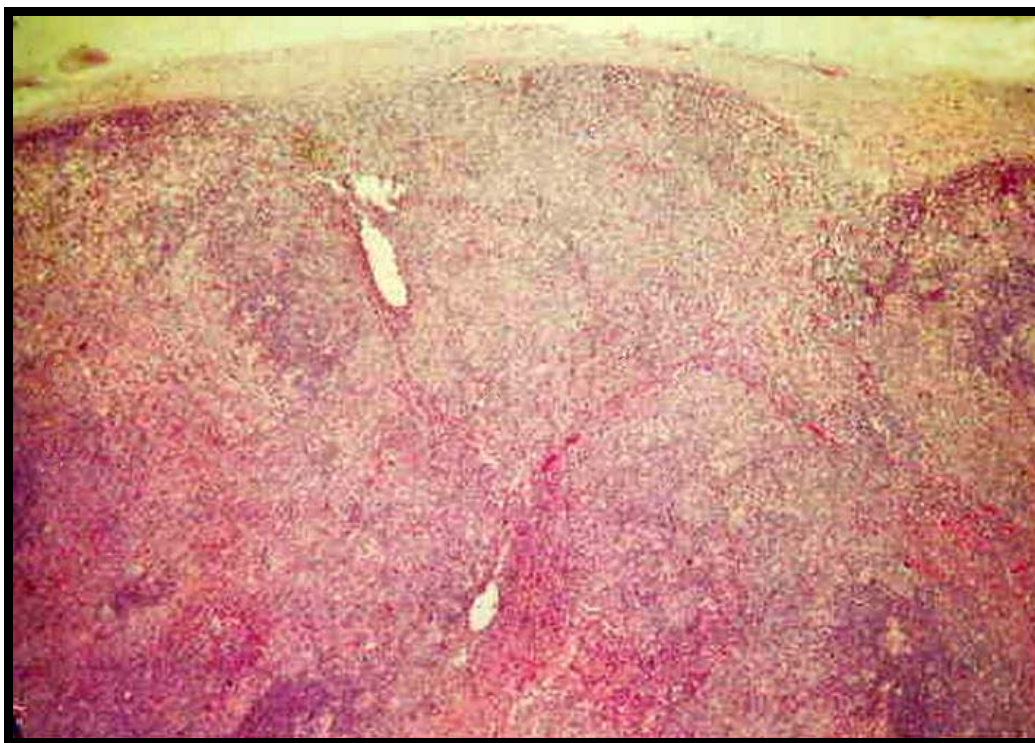
1. Cấu trúc hạch bị xóa.
2. Đa dạng tế bào:
 - Tế bào Reed-Sternberg:
 - + Dạng hai nhân (tế bào R-S kinh điển điển hình)
 - + Dạng một nhân (tế bào Hodgkin)
 - + Dạng nhiều nhân
 - Limphô bào.
 - Tương bào.
 - Bạch cầu đa nhân ái toan.
3. Hiện tượng xơ hóa.

Quan sát với VK4, ta thấy cấu trúc bình thường của hạch đã bị xóa hoàn toàn, không còn nhìn thấy được vùng vỏ, vùng cận vỏ, vùng tủy và các xoang bạch huyết. (hình 2)

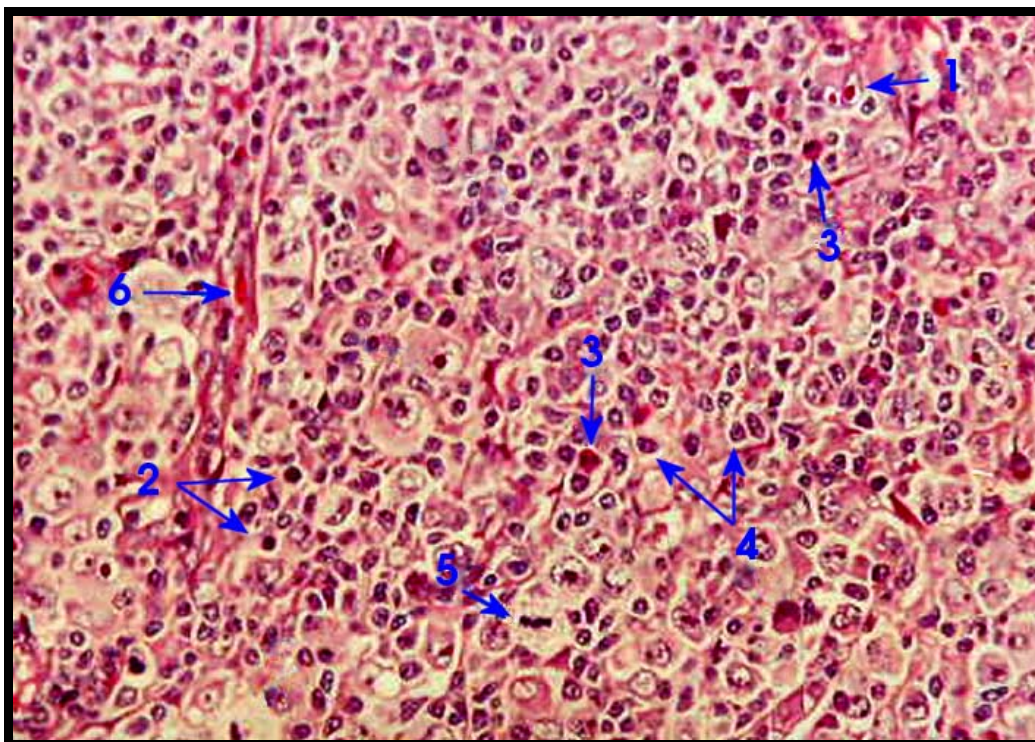
Với VK10 và 40, nhu mô hạch bị thay thế bởi các tế bào tân sinh ác tính nằm trên nền nhiều tế bào viêm phản ứng tạo nên hình ảnh đa dạng tế bào. Hiện tượng xơ hóa tạo nên các dải sợi collagen nằm chen giữa các đám tế bào trong nhu mô hạch (hình 3).

Thành phần tân sinh ác tính là các tế bào Reed-Sternberg (R-S), chiếm không quá 10% thể tích u, gồm: Tế bào R-S kinh điển điển hình là những tế bào có kích thước lớn (20-50µm), bào tương nhiều màu hồng nhạt, có 2 nhân hoặc 2 thùy nhân nằm đối xứng nhau; giữa mỗi nhân có một hạch nhân tròn lớn, ái toan; tạo nên hình ảnh mắt cú; tế bào R-S kinh điển dạng nhiều nhân có nhân gồm 3-4 thùy, mỗi thùy cũng có một hạch nhân tròn lớn và ái toan; tế bào R-S biến thể dạng một nhân (còn gọi là tế bào Hodgkin) cũng có các đặc điểm tương tự, nhưng nhân chỉ có một thùy với một hạch nhân lớn ái toan (hình 4 và 5).

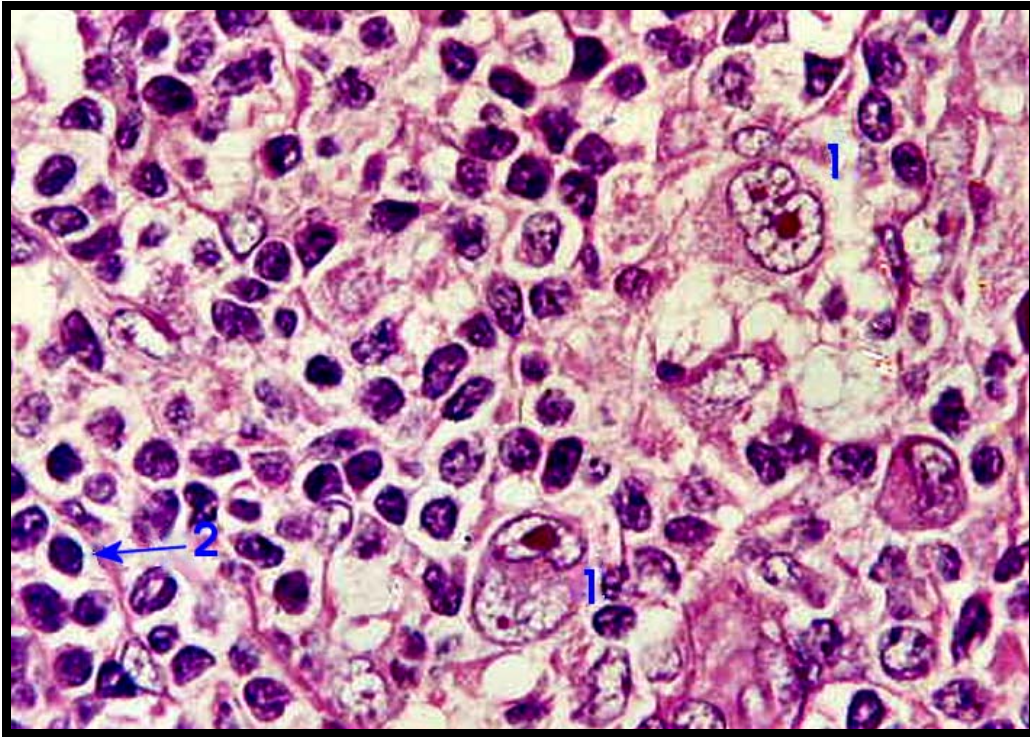
Thành phần tế bào viêm phản ứng gồm các limphô bào, tương bào, bạch cầu đa nhân ái toan nằm xen những tế bào tân sinh ác tính (hình 3, 4 và 5).



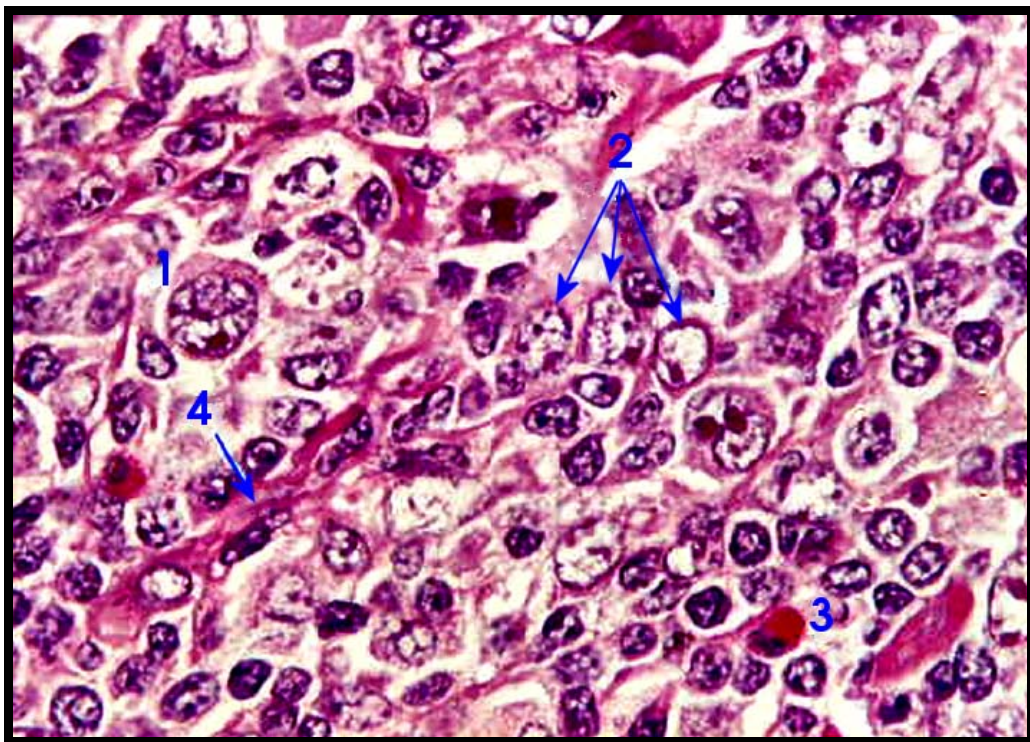
Hình 2: Cấu trúc hạch bị xóa hoàn toàn.



Hình 3: Hình ảnh đa dạng tế bào: 1- Tế bào R-S kinh điển điển hình; 2- Limphô bào; 3- Bạch cầu ái toan; 4- Tương bào; 5- Phân bào; 6- Sợi collagen.



Hình 4: 1- Tế bào R-S kinh điển điển hình; 2- Limphô bào.



Hình 5: 1- Tế bào R-S kinh điển nhiều nhân; 2- Tế bào R-S dạng 1 nhân; 3- Bạch cầu ái toan; 4- Sợi collagen.

DANH SÁCH CÁC MỤC TIÊU THỰC TẬP GIẢI PHẪU BỆNH

1. Nốt Tophi bệnh Gút

1. Các đám tinh thể urát lắng đọng ngoại bào
2. Các tế bào của phản ứng viêm mãn tính xung quanh đám urát: Đại thực bào, limphô bào, đại bào ăn dị vật
3. Phản ứng hóa sợi: nguyên bào sợi, sợi collagen

2. Hạch nhiễm carbon

1. Đại thực bào ứ đọng carbon, tập trung trong các xoang bạch huyết của hạch (xoang dưới vỏ, xoang quanh nang, xoang tủy).
2. Nang limphô thứ cấp trong vùng vỏ hạch.

3. Chuyển sản gai cổ tử cung (CTC)

1. Biểu mô trụ đơn của vùng lộ tuyến cổ trong CTC.
2. Biểu mô chuyển sản gai.

4. Nghịch sản nặng- carcinôm tại chỗ CTC

1. Biểu mô lát tầng của cổ ngoài cổ tử cung : lớp đáy, các lớp trung gian, lớp bề mặt.
2. Tổn thương nghịch sản nặng: hướng sắp xếp của các lớp tế bào trung gian thẳng góc với màng đáy, tế bào có hình dạng và kích thước thay đổi khác nhau, nhân tăng sắc méo mó, phân bào tăng và không còn giới hạn ở lớp đáy, nhưng lớp tế bào bề mặt vẫn có nhân dẹt giống biểu mô lát tầng bình thường.
3. Carcinôm tại chỗ : hình ảnh nghịch sản chiếm toàn bộ chiều dày của biểu mô, lớp tế bào bề mặt có nhân tăng sắc méo mó.

5. Viêm ruột thừa cấp

1. Hiện tượng sung huyết
2. Hiện tượng phù viêm:
 - Dịch xuất thanh huyết
 - Dịch xuất xuất huyết
 - Dịch xuất tơ huyết
 - Dịch xuất mủ
3. Hiện tượng thấm nhập bạch cầu đa nhân
4. Hiện tượng hoại tử niêm mạc

6. Viêm loét da mãn tính

1. Hiện tượng thấm nhập tế bào đơn nhân :
 - Limphô bào
 - Tương bào
 - Đại thực bào
2. Hiện tượng tăng sinh mô liên kết - mạch máu
 - Nguyên bào sợi
 - Mạch máu tân sinh

7. Viêm lao hạch

1. Nang lao:
 - Tế bào dạng biểu mô
 - Đại bào Langhans
 - Chất hoại tử bã đậu
 - Viên limphô bào và tương bào
2. Mô limphô bình thường còn lại của hạch

8. Sợi lõi

1. Nguyên bào sợi
2. Các bó sợi collagen tăng sinh
3. Các bó sợi hyalin hóa

9. Tầng sản cực tuyến giáp

1. Hiện tượng tăng sản tế bào nang giáp: nang giáp nhỏ, tế bào nang hình trụ thấp, tăng sinh tạo nhú.
2. Hiện tượng thoái hóa bọc: nang giáp giãn rộng đầy chất keo, tế bào nang dẹt.
3. Hiện tượng xuất huyết, lắng đọng tinh thể cholesterol, đại thực bào ứ đọng hemosiderin.
4. Mô đệm thâm nhập limphô bào, tăng sinh mô sợi.

10. Tầng sản tuyến tiền liệt

1. Tầng sản ống tuyến
2. Thể amylacea
3. Tầng sản mô đệm sợi - cơ trơn

11. Nêvi nội bì

1. Các nêvi bào xếp thành đám nằm trong lớp bì.
2. Các đám nêvi bào ứ đọng sắc tố melanin ở lớp bì nông.
3. Các đám nêvi bào biệt hoá thành cấu trúc giống thể Meissner.
4. Phần phụ da bình thường: nang lông, tuyến bã, tuyến mồ hôi.

12. U nhú da

1. Nhú biểu bì
2. Biểu bì tăng sản
 - Hiện tượng tăng gai
 - Hiện tượng tăng sừng
3. Trục liên kết mạch máu

13. U mỡ

1. Các tế bào u có hình dạng giống tế bào mỡ trưởng thành.
2. Các tế bào sợi và các dải sợi collagen
3. Vỏ bao sợi mỏng

14. U lành mạch máu dạng hang ở gan

1. Các mạch máu giãn rộng, dạng hang, chứa đầy máu, lót bởi tế bào nội mô dẹt.
2. Tiểu thùy gan bình thường; thâm nhập tế bào viêm mãn tính trong khoảng cửa.

15. Carcinôm tế bào gai của da

1. Đám tế bào gai ung thư xâm nhập mô đệm.
2. Carcinôm tế bào gai biệt hoá tốt: tạo cầu sừng, cầu liên bào.

16. Carcinôm tế bào gai di căn hạch

1. Đám tế bào gai ung thư biệt hoá vừa, xâm nhập phá hủy nhu mô hạch.
2. Hiện tượng hoại tử trung tâm.
3. Nhu mô hạch còn sót lại.

17. Carcinôm tế bào đáy của da

1. Đám tế bào đáy ung thư
2. Hiện tượng xếp hàng rào
3. Thoái hóa bọc
4. Sắc tố melanin
5. Các phần phụ bình thường của da : nang lông, tuyến bã, tuyến mồ hôi

18. Carcinôm Tế bào gai không sừng hóa CTC

1. Các đám tế bào gai dị dạng xâm nhập mô đệm.
2. Cầu liên bào.
3. Tuyến cổ trong bình thường.

19. U tuyến ống ruột già (RG)

1. Biểu mô tuyến ruột tăng sản và nghịch sản ở phần đầu polyp.
2. Niêm mạc ruột bình thường ở phần cuống polyp và thành ruột bình thường quanh u.
3. Lõi sợi của cuống polyp.

20. Carcinôm tuyến RG

1. Đám tuyến ung thư xâm nhập
2. Tuyến Lieberkühn bình thường

21. Carcinôm tuyến RG di căn hạch

1. Đám tuyến ung thư xâm nhập trong mô hạch.
2. Hiện tượng hoại tử u.
3. Mô hạch bình thường còn sót lại.

22. Carcinôm tuyến RG di căn gan

1. Đám tế bào tuyến ung thư xâm nhập mô gan.
2. Hoại tử trung tâm.
3. Tiểu thùy gan bình thường.

23. Carcinôm tuyến RG di căn phổi

1. Đám tế bào tuyến ung thư xâm nhập trong nhu mô phổi.
2. Nhu mô phổi bình thường: tiểu phế quản hô hấp, phế nang, đại thực bào phế nang.

24. Xơ gan

1. Nốt tế bào gan tái tạo (Tiểu thùy giả).
2. Tế bào gan thoái hóa mỡ, tế bào gan thoái hóa nước.
3. Tế bào gan tăng sản.
4. Ống mật giả và ống mật thật.
5. Tăng sản mô sợi và thâm nhập tế bào viêm.

25. Carcinôm tế bào gan

1. Tế bào gan ung thư xếp thành bè hoặc cấu trúc tuyến
2. Mật
3. Các bè gan bình thường

26. Carcinôm tuyến dạ dày dạng mặt nhẵn

Các tế bào ung thư dạng mặt nhẵn xâm nhập các lớp thành dạ dày.

27. Carcinôm tuyến dạng mặt nhẵn di căn hạch

1. Tế bào ung thư dạng mặt nhẵn xâm nhập xoang dưới vỏ và xoang quanh nang.
2. Nhu mô hạch bình thường còn sót lại.

28. Carcinôm TB gai ở phổi

1. Đám tế bào gai ung thư biệt hóa vừa xâm nhập nhu mô phổi.
2. Hiện tượng hoại tử trung tâm.
3. Nhu mô phổi quanh u bị viêm, xuất huyết, xơ hóa.

29. Carcinôm tiểu phế quản phế nang

1. Tế bào ung thư hình vuông hoặc trụ, nhân tăng sắc, dị dạng; một số tế bào có không bào tiết nhầy ở cực đỉnh.
2. Tế bào ung thư: lót vách phế nang, tạo nhú.
3. Một số đám tế bào ung thư rơi vào lòng phế nang.

30. Carcinôm tuyến giáp dạng nhú

1. Tế bào ung thư có nhân sáng, bầu dục, chồng chất lên nhau.
2. Tăng sản tạo nhú phân nhánh, có trục liên kết mạch máu.
3. Thể psammoma trong mô đệm.

31. Carcinôm tế bào sáng của thận

1. Tế bào ung thư hình tròn hoặc hình đa diện, nhân chính giữa, bào tương nhiều và sáng, xếp thành bè hoặc ống.
2. Nhu mô thận bình thường: cầu thận và ống thận.

32. Sarcôm sợi

1. Các tế bào u hình thoi, tạo thành các bó đan chéo nhau (hình xương cá)
2. Các hình ảnh phân bào.

33. Sarcôm cơ trơn di căn gan

1. Các đám tế bào cơ trơn ác tính, nhân dị dạng, có khuynh hướng tạo bó
2. Mô gan bình thường

34. Sarcôm xương

1. Tế bào ung thư đa dạng, dị dạng.
2. Chất dạng xương.
3. Mảnh xương chết.
4. Đại bào nhiều nhân (giống hủy cốt bào).
5. Tỷ lệ phân bào cao, phân bào bất thường.

35. U sợi tuyến vú

1. Tăng sinh mô liên kết thừa quanh các ống tuyến vú.
2. Ống tuyến vú tăng sản, một số bị kéo giãn, ép dẹt.
3. Biểu mô ống tuyến vú gồm hai loại tế bào: tế bào biểu mô và tế bào cơ biểu mô.
4. Vỏ bao sợi quanh u.

36. Biến đổi sợi bọc tuyến vú

1. Ống tuyến giãn rộng thành bọc, biểu mô lót bị ép dẹt.
2. Một số ống tuyến vú có biểu mô tăng sản nhiều lớp, tạo nhú; vẫn còn thấy rõ tế bào cơ biểu mô.
3. Tăng sinh mô liên kết sợi đặc quanh ống tuyến vú.

37. Carcinôm ống tuyến vú xâm nhập

1. Các tế bào biểu mô ác tính, tạo thành ống và đám đặc xâm nhập mô đệm sợi mỡ, không còn tế bào cơ biểu mô.
2. Mô vú bình thường còn sót lại.

38. U cơ trơn lành tính thân tử cung

1. Tế bào u hình thoi, nhân bầu dục xếp thành bó.
2. Tế bào cơ trơn bình thường của tử cung bị ép dẹt.
3. Nội mạc tử cung tăng sản đơn giản.

39. U quái trưởng thành buồng trứng

Các thành phần mô xuất phát từ 3 lá phôi:

1. Ngoại bì: biểu bì, nang lông, tuyến bã.
 - Ngoại bì thần kinh: Mô thần kinh đệm (tế bào thần kinh đệm, chất nền thần kinh), hạch thần kinh.
2. Trung bì: Xương, sụn, mô mỡ
3. Nội bì: biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển, biểu mô tuyến tiết nhầy.

40. Nhau nước toàn phần

1. Lông nhau thoái hóa nước
2. Tế bào nuôi: đơn bào nuôi và hợp bào nuôi

41. Hạch tăng sản nang

1. Cấu trúc hạch còn nguyên vẹn: vùng vỏ hạch, vùng tủy hạch và các xoang bạch huyết.
2. Vùng vỏ có các nang limphô tăng sản, kích thước không đều, trung tâm mầm giãn rộng với sự đa dạng tế bào.

42. Hạch tăng sản xoang

Các xoang bạch huyết giãn rộng, chứa nay các mô bào tăng sản

43. Limphôm nguyên bào miễn dịch

1. Cấu trúc hạch bị xóa.
2. Thẩm nhập lan tỏa các nguyên bào miễn dịch (tế bào lớn gấp 5 lần limphô bào, nhân lớn hình bầu dục, có 1-2 hạch nhân to).
3. Tỷ lệ phân bào cao, phân bào bất thường.

44. Limphôm Hodgkin

1. Cấu trúc hạch bị xóa.
2. Đa dạng tế bào:
 - Tế bào Reed-Sternberg:
 - + Dạng hai nhân (tế bào R-S kinh điển điển hình)
 - + Dạng một nhân (tế bào Hodgkin)
 - + Dạng nhiều nhân
 - Limphô bào.
 - Tương bào.
 - Bạch cầu đa nhân ái toan.
3. Hiện tượng xơ hóa.