

UNG THƯ RUỘT THỪA TẾ BÀO NHÃN (TRƯỜNG HỢP NHÌN LẠI CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ)

PHẠM TRUNG THÔNG,
HOÀNG ANH, KIM VĂN VŨ

Khoa Ngoại Quán Sứ - Bệnh viện K Trung ương

TÓM TẮT

Bệnh nhân nữ (BN) 66 tuổi, vào viện vì đau bụng hố chậu phải. Tiền sử khoẻ mạnh. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cho hình ảnh ruột thừa tăng kích thước, ngấm thuốc sau tiêm, thâm nhiễm nhẹ xung quanh. Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ: theo dõi u ruột thừa, chỉ định phẫu thuật nội soi thăm dò, xét cắt ruột thừa. Trong mổ đánh giá tổn thương hướng tới ác tính di căn buồng trứng phải (P) và mạc treo, thâm nhiễm đoạn cuối hồi tràng – đầu manh tràng gây giãn quai ruột phía trên. Sinh thiết tức thì tổn thương: Adenoma Carcinom tế bào nhẵn. Bệnh nhân được cắt đại tràng P và buồng trứng 2 bên. Diễn biến sau mổ thuận lợi, ra viện ngày thứ 8 hậu phẫu, điều trị hoá chất sau mổ 3 tuần. Kết quả giải phẫu bệnh: Carcinoma tế bào nhẵn của ruột thừa di căn buồng trứng P, 4 hạch di căn. Chẩn đoán sau mổ: Bán tắc ruột do ung thư ruột thừa T4N2M1.

Từ khoá: Ung thư nguyên phát ruột thừa, tế bào nhẵn

SUMMARY

SIGNET RING CELL CARCINOMA OF APPENDIX: REPORT A CASE AND REVIEW DIAGNOSIS AND TREATMENT

A 66 – year old female patient was admitted to the hospital because of right iliac region pain. There is no special of medical history. Computed tomography of abdomen showed the increasing size of appendix, the post contrast enhancement, the infiltratation the surrounding fat... Preoperative diagnosis: evidence of appendix tumor, expected laparoscopy resection to probe and appendectomy. Intraoperative evaluation, suspected malignant lesion metastasize right ovary and colon's mesentery, infiltrate ileum and cecum, results in expansion of above bowel loops. Result of freeze biopsy's lesion: signet ring cell carcinoma. The patient was right colectomy and both ovariectomy. The postoperative course was favorable, discharged on the 8th day of postoperative, neoadjuvant chemotherapy on 3rd week of postoperative.

Chịu trách nhiệm: Phạm Trung Thông

Email: bsthongdhytb@gmail.com

Ngày nhận: 16/6/2021

Ngày phản biện: 27/7/2021

Ngày duyệt bài: 23/8/2021

The histologically result is signet ring cell carcinoma of appendix, metastasize right ovary, 4 lymph nodes of metastasis. Postoperatove diagnosis: semi-obstruction because of appendix cancer T4N2M1

Keywords: Primary appendix cancer, signet ring cell carcinoma

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nguyên phát của ruột thừa là 1 khối u ác tính rất hiếm gặp với tỷ lệ dưới 0,5% của tất cả các ung thư ống tiêu hóa. Trong đó, ung thư biểu mô tuyến thể nhẵn của ruột thừa chỉ gặp dưới 4% trong số ung thư ruột thừa, báo hiệu một tiên lượng xấu

Nhân một trường hợp ung thư ruột thừa tế bào nhẵn, chúng tôi xin điểm qua 1 vài nét về bệnh lý này và số nghiên cứu liên quan trong y văn.

THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nguyễn Thị T, nữ, 66 tuổi. Nghề nghiệp: tự do

Vào viện: 29-08-2019. Mổ: 05-09-2019

Lý do vào viện: đau bụng hố chậu phải

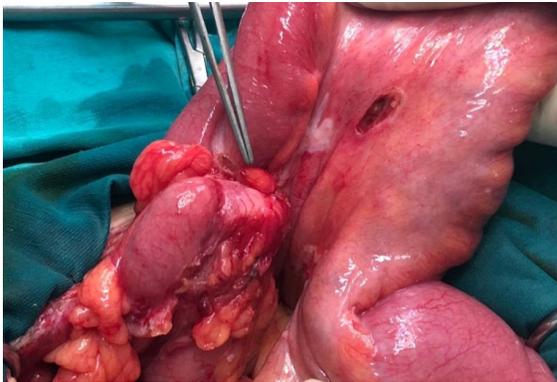
Tiền sử khoẻ mạnh

Bệnh sử: khoảng 2 tuần trước vào viện, bệnh nhân xuất hiện đau hố chậu P, đau âm ỉ, đau liên tục, đau không giảm khi trung đại tiện, bụng chướng nhẹ, không sốt, không buồn nôn, không nôn, siêu âm kiểm tra phát hiện khối u ruột thừa, theo dõi u nhày. Khám khi vào viện: tỉnh táo, tiếp xúc tốt, da, niêm mạc hồng, không có hạch thượng đòn, không có hội chứng nhiễm trùng, bụng đau âm ỉ hố chậu phải, mềm, không sờ thấy u, không có phản ứng thành bụng, không có cảm ứng phúc mạc. Hình ảnh siêu âm: ruột thừa vị trí đáy manh tràng thành dày, đường kính gốc ruột thừa 11mm, ấn xẹp, không thấy thâm nhiễm mỡ hay dịch quanh ruột thừa, vị trí đầu tịt của ruột thừa có khối giảm âm không đồng nhất, bờ không đều, ranh giới rõ, kích thước 16x11mm, các quai ruột non giãn, tăng nhu động, đường kính quai lớn nhất 40mm, vị trí giao giữa quai giãn và xẹp sát góc hồi manh tràng. Xét nghiệm trước mổ: xét nghiệm công thức máu, hoá sinh máu, đông máu bình thường, CEA không tăng. CT scanner 64: ruột thừa vị trí giải phẫu bình thường, đường kính ngang 14mm, chỗ dày nhất

6 mm, bề mặt không đều, ngấm thuốc sau tiêm, trong lòng có dịch, thâm nhiễm nhẹ mỡ xung quanh, đoạn cuối hồi tràng dày 6mm, ngấm thuốc sau tiêm, có hẹp chu vi gây giãn các quai ruột phía thượng lưu, đường kính ngang quai lớn nhất 40mm. Nội soi dạ dày- đại trực tràng không phát hiện gì bất thường. Chẩn đoán trước mổ: Theo dõi u ruột thừa.

BN được chỉ định phẫu thuật nội soi thăm dò, xét cắt ruột thừa nội soi, được phẫu thuật ngày 05/09/2019. Phẫu thuật viên: BS Phạm Trung Thông – khoa Ngoại Quán Sứ- Bệnh viện K

Cách thức phẫu thuật: Đặt 3 trocarts: trocart 10 ở rốn đặt camera, trocarts 10 ở đường nách trước ngang rốn bên P, trocarts 5 ở trên xương mu, kiểm tra: ổ bụng không có dịch, gan hồng, mềm, dạ dày mềm, vị trí van hồi manh tràng có khối thâm nhiễm toàn bộ đoạn cuối hồi tràng- đầu manh tràng, không quan sát thấy ruột thừa, ruột non đoạn cuối hồi tràng giãn nhẹ, buồng trứng P sùi dạng nốt, cứng, kích thước < 5cm, mạc treo đại tràng và quanh động mạch mạc treo tràng trên có rất nhiều hạch kích thước 0,5-1cm và vài nhân vệ tinh kích thước 0,5-1,5cm, ruột non giãn nhẹ, trương lực tốt. Các cơ quan khác trong ổ bụng không thấy tổn thương. Tiến hành bóc lộ ruột thừa qua nội soi thất bại, quyết định chuyển mổ đường trắng giữa dưới rốn kéo dài lên trên rốn. Phẫu tích bóc lộ ruột thừa, sinh thiết tức thì 1 mảnh từ khối thâm nhiễm vị trí ruột thừa, buồng trứng P và 1 mảnh nhân vệ tinh tại mạc treo, kết quả: ruột thừa: carcinoma tế bào nhẵn, buồng trứng P: u krukensberg di căn carcinoma tế bào nhẵn, nhân vệ tinh: di căn carcinoma tế bào nhẵn. Chẩn đoán trong mổ: bán tắc ruột do ung thư ruột thừa T4N1M1 (buồng trứng P- mạc treo đại tràng). Bệnh nhân được cắt đại tràng P và buồng trứng 2 bên, lập lại lưu thông tiêu hóa hồi – đại tràng ngang kiểu bên bên 1 lớp.



Hình 1: Tổn thương đại thể trong mổ

Hậu phẫu ổn định không có biến chứng, trung tiện ngày thứ 3, cho ăn ngày thứ 3, điều trị kháng sinh 7 ngày. Bệnh nhân được ra viện ngày thứ 8 sau mổ, được điều trị hoá chất sau mổ 3 tuần. Kết quả giải phẫu bệnh lý: Carcinom tế bào nhẵn của ruột thừa, xâm nhập hết thành ruột thừa, xâm nhập thành manh tràng và hồi tràng- 4/15 hạch di căn carcinoma- buồng trứng P: carcinoma tế bào nhẵn di căn buồng trứng, phân loại giải phẫu bệnh: T4N2M1b, phân loại giai đoạn bệnh IV B.

BÀN LUẬN

Phân loại u ruột thừa

Ung thư nguyên phát của ruột thừa là 1 khối u ác tính rất hiếm gặp với tỷ lệ dưới 0,5% của tất cả các ung thư ống tiêu hóa, bao gồm các loại: carcinoma tế bào nhầy, carcinoma tủy ruột, ung thư thần kinh nội tiết, carcinoma tế bào đái, carinoma tế bào nhẵn, ... Trong đó, hay gặp nhất là tủy carcinoma nhầy với tỷ lệ 20% số case, hiếm nhất là carcinoma tế bào nhẵn, chiếm 4% số case^[1,2,3].

Chẩn đoán ung thư ruột thừa

Ung thư nguyên phát của ruột thừa được Berger mô tả lần đầu tiên vào năm 1882, là 1 thể bệnh hiếm gặp, đặc biệt với tủy vòng nhẵn và có rất ít thông tin được công bố về khối u này. Các nghiên cứu trước đây cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ ung thư ruột thừa giữa 2 giới, đa số các case gặp ở độ tuổi 40-59. Theo báo cáo của McCusker, độ tuổi trung bình mắc bệnh của 3 tủy carcinoma thể nhầy, carcinoma tủy ruột và nhẵn lần lượt là 60-62-58 tuổi^[4]. Biểu hiện lâm sàng của bệnh thường không đặc hiệu, thường gặp dấu hiệu đau bụng hố chậu P với bệnh cảnh giống 1 viêm ruột thừa cấp hay dấu hiệu bán tắc ruột/ tắc ruột khi khối u phát triển thâm nhiễm rộng vào manh tràng – ruột non. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là nữ, tuổi 66, vào viện vì triệu chứng đau hố chậu P nhiều ngày, đau âm ỉ, không có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, trung- đại tiện bình thường, không nghi tới viêm ruột thừa cấp hay bán tắc/ tắc ruột^[1].

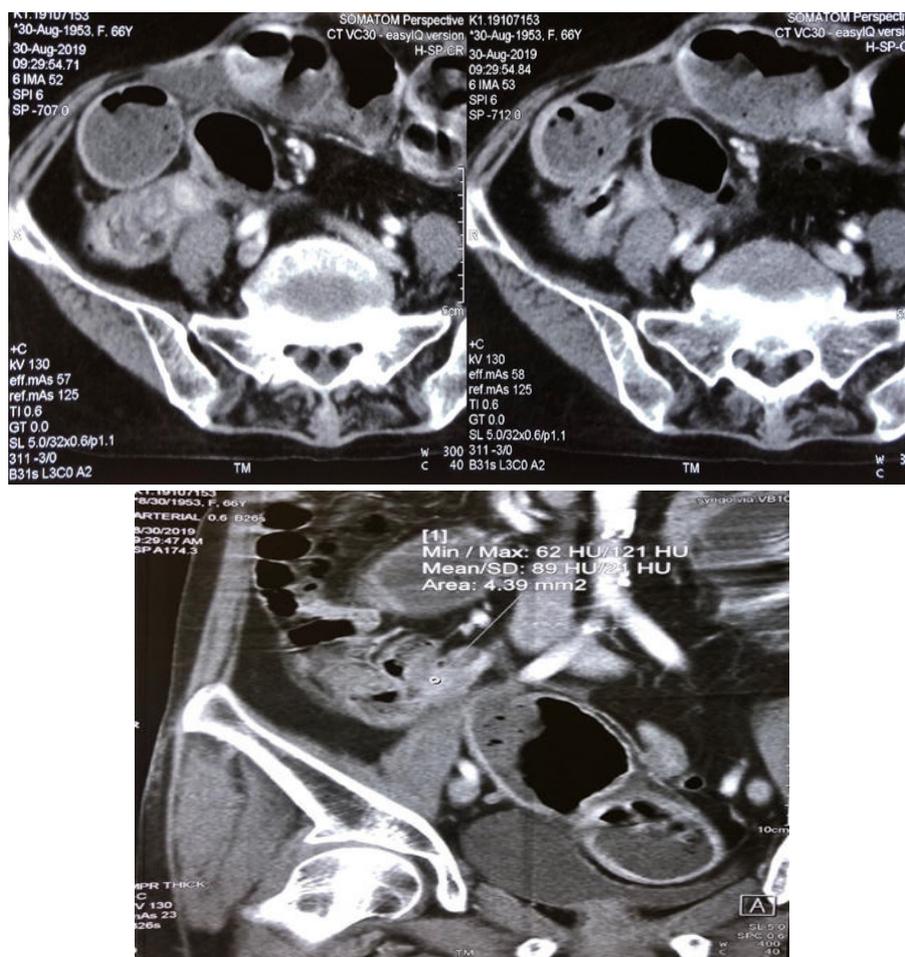
Các thăm dò đặt ra trong chẩn đoán một ung thư ruột thừa bao gồm siêu âm ổ bụng, chụp CT scanner, nội soi đại tràng. Phụ thuộc vào vị trí của khối u nằm ở gốc hay đầu tận của ruột thừa, không phải lúc nào nội soi đại tràng cũng thấy được u để sinh thiết. Do đó, rất khó để chẩn đoán xác định ung thư ruột thừa nguyên phát trước phẫu thuật, thường được chẩn đoán qua mô bệnh học sau khi cắt ruột thừa.

Trên siêu âm, các khối u ruột thừa biểu hiện dưới dạng khối giảm âm hoặc dày lên lan

toà^[5,6,7] đôi khi có thể gặp hình ảnh ruột thừa hình quả lê, đuôi gà do 1 phần ruột thừa ít giãn hơn so với phần còn lại^[6]. Trong trường hợp u nhầy ruột thừa sẽ có hình ảnh điển hình trên siêu âm bao gồm: (1) cấu trúc dạng nang ở hố chậu phải, (2) hình ảnh vỏ củ hành. Dấu hiệu gợi ý ác tính bao gồm: thâm nhiễm xung quang, xâm lấn cơ quan lân cận, dịch ổ bụng,... Ở phụ nữ, việc xác định rõ buồng trứng phải là rất quan trọng để chẩn đoán phân biệt với các tổn thương buồng trứng P như u nang buồng trứng, ung thư buồng trứng phải,...

Khối u ruột thừa biểu hiện trên cắt lớp vi tính với hình ảnh ruột thừa dày thành/ khối tăng cản quang, thâm nhiễm mỡ xung quanh kèm theo di căn hạch và di căn xa, dịch ổ bụng trong trường hợp ác tính^[1]. Ngoài ra, trong ung thư nhầy của ruột thừa có thể thấy hình ảnh nang có vỏ bao ở hố chậu phải với dấu hiệu nổi vôi hoá ở thành u nhầy, đây là dấu hiệu gợi ý ác tính^[8,9].

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, trên siêu âm: ruột thừa vị trí đáy manh tràng thành dày, đường kính gốc ruột thừa 11mm, ấn xẹp, không thấy thâm nhiễm mỡ hay dịch quanh ruột thừa, vị trí đầu tịt của ruột thừa có khối giảm âm không đồng nhất, bờ không đều, ranh giới rõ, kích thước 16x11mm, các quai ruột non giãn, tăng nhu động, đường kính quai lớn nhất 40mm, vị trí giao giữa quai giãn và xẹp sát góc hồi manh tràng. CT scanner 64: ruột thừa vị trí giải phẫu bình thường, đường kính ngang 14mm, chỗ dày nhất 6 mm, bề mặt không đều, ngấm thuốc sau tiêm, trong lòng có dịch, thâm nhiễm nhẹ mỡ xung quanh, đoạn cuối hồi tràng dày 6mm, ngấm thuốc sau tiêm, có hẹp chu vi gây giãn các quai ruột phía thượng lưu, đường kính ngang quai lớn nhất 40mm. Siêu âm và cắt lớp vi tính của bệnh nhân không đặc hiệu cho 1 khối u nhầy ruột thừa, nên chúng tôi chẩn đoán trước mổ là u ruột thừa.

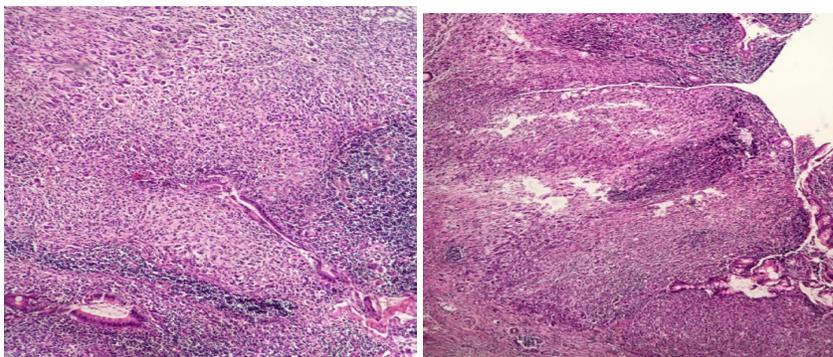


Hình 2: Hình ảnh cắt lớp vi tính

Mô bệnh học ung thư ruột thừa gồm các loại tế bào: carcinoma tế bào nhầy (20%), carcinoma tuýp ruột), ung thư thần kinh nội tiết, carcinoma tế bào đài, carcinoma tế bào nhẵn (4%),... và một số loại tế bào khác [5]. Tế bào nhẵn là loại tế bào rất ác tính, được chẩn đoán khi số lượng tế bào nhẵn hiện diện > 50% trong tổng tế bào ung thư [10] báo hiệu tiên lượng xấu do đặc tính lan rộng qua mô liên kết lỏng lẻo, cụ thể là lớp dưới biểu mô trong khi bề mặt biểu mô còn nguyên vẹn [11], nên tế bào nhẵn thường lan tràn rất nhanh, bệnh nhân thường đến viện khi bệnh đã giai đoạn muộn. Nghiên cứu của McGory cho thấy tỷ lệ sống sau 5 năm của bệnh nhân ung thư đại- trực tràng tế bào nhẵn lần lượt là 31% và 20%, với bệnh ở giai đoạn IV chỉ 7% [12]. Anup Sunil Tamhankar đã nghiên cứu trên 1487 bệnh nhân ung thư tế bào nhẵn từ 2011 đến 2014 đã cho kết quả thời gian sống trung bình là 18,13 tháng [13]. Tại thời điểm viết báo cáo, sau 12 tháng phát hiện và điều trị, bệnh nhân ăn uống tốt, tăng cân, khám lại chưa thấy tái phát. Ngoài ra, trường hợp này cần phải đặt ra một chẩn đoán phân biệt trong mổ: đó là khối u của buồng trứng là nguyên phát hay thứ phát (Krukenberg), ảnh hưởng tới chỉ định phẫu thuật, cách thức phẫu thuật cũng như điều trị hoá chất sau mổ. Ung thư tế bào nhẵn nguyên phát của buồng trứng rất hiếm gặp, chiếm 2-3% khối u biểu mô buồng trứng. Sự hiện diện của tế bào này là một đặc điểm giải phẫu bệnh quan trọng ủng hộ cho một khối di căn (Krukenberg), thường từ ống tiêu hoá hơn là một khối u

nguyên phát [14,15]. Ngoài ra, một số đặc điểm gợi ý cho Krukenberg bao gồm: (1) đại thể: thường biểu hiện cả 2 bên, kích thước nhỏ, biểu hiện các nốt [16,17]. (2) vi thể: đa dạng hình thái ở các vùng khác nhau, xâm nhập nhiều tế bào đơn lẻ, vi xâm nhập bề mặt buồng trứng, các tế bào u trôi trong bề nhầy, xâm nhập mạch máu và bạch huyết nổi trội. Ngược lại là hình ảnh gợi ý khối u nguyên phát: thường 1 bên, kích thước lớn, ít biểu hiện dạng nốt hạn chế xâm nhập mạch máu, bạch huyết, đặc biệt là bao gồm thành phần hỗn hợp của u nang nhầy lạnh tính và u giáp biên [16]. Như vậy, đối chiếu với các dấu hiệu nêu trên kèm kết quả sinh thiết tức thì, khối u buồng trứng của bệnh nhân này phù hợp với chẩn đoán u Krukenberg.

Về chẩn đoán giai đoạn bệnh của ung thư ruột thừa, theo AJCC 2018, ung thư ruột thừa được phân loại dựa vào T (tumor) – N (lymph nodes) – M (metastasis) - G (grade) trong đó G là tuýp mô bệnh học với 5 mức độ (Gx- G4): Gx: độ mô học không thể đánh giá, G1: tế bào biệt hoá cao, G2: tế bào biệt hoá vừa, G3: tế bào biệt hoá thấp, G4: tế bào không biệt hoá. Carcinoma tế bào nhẵn của ruột thừa được xếp vào nhóm G3. Ngoài ra, phân độ M trong ung thư ruột thừa được chia nhỏ hơn làm 3 mức độ: M1a: Có dịch nhầy ung thư trong ổ phúc mạc, nhưng chưa có nhân di căn, M1b: có nhân di căn trong ổ phúc mạc, M1c: di căn xa ngoài ổ bụng. Bệnh nhân của chúng tôi được đánh giá giai đoạn sau mổ: T4bN2M1b- G3, tương ứng giai đoạn IVb.



Hình 3: Hình ảnh vi thể ung thư tế bào nhẵn ruột thừa

Điều trị ung thư ruột thừa

Điều trị ung thư ruột thừa bao gồm phẫu thuật và điều trị hoá chất.

Phẫu thuật

Chỉ định: Trong các trường hợp ung thư khu trú tại ruột thừa và/ tổn thương di căn tới các cơ quan còn khả năng cắt bỏ. Trong các trường

hợp giai đoạn muộn, phẫu thuật vẫn có chỉ định khi bệnh nhân gặp các biến chứng như tắc ruột- bán tắc ruột, hoại tử- thủng ruột thừa, manh tràng,..

Các phương pháp phẫu thuật gồm: cắt đại tràng phải + vét hạch, cắt đại tràng phải, nối tắt hồi tràng- đại tràng ngang, hậu môn nhân tạo

hồi tràng,.. và một số phương pháp khác.

Một điều cần lưu ý đối với các phẫu thuật viên cần phải thăm khám tỉ mỉ, toàn diện các cơ quan trong ổ bụng, tình trạng phúc mạc, mạc treo, dịch ổ bụng. Cần phải lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm tế bào và sinh thiết làm giải phẫu bệnh nhân di căn ổ bụng nếu có để đánh giá chính xác được giai đoạn bệnh nhân. Như vậy, với bệnh nhân của chúng tôi ứng với giai đoạn IVb, đã được đánh giá cẩn thận, chi tiết, vì di căn hạch quanh ĐM mạc treo tràng trên nhiều và di căn buồng trứng, mạc treo đại tràng, bệnh nhân già yếu, tiên lượng không thể lấy hết nên quyết định cắt đại tràng P đơn thuần và cắt buồng trứng 2 bên để tránh các biến chứng của khối u: tắc ruột, thủng ruột,..

Hoá chất

Theo NCCN, hoá chất cũng được áp dụng trong ung thư ruột thừa tương tự như với ung thư đại trực tràng, với các thuốc: 5FU, leucovorin, capecitabine, oxaliplatin, bevacizumab, cetuximab,... Thường dùng 2 phác đồ: XELOX với 8 chu kỳ trong 6 tháng hoặc FOLFOX với 12 chu kỳ trong 6 tháng, tuy nhiên tiên lượng không tốt do tế bào nhân là một dạng kém đáp ứng với hoá chất^[18].

KẾT LUẬN

Ung thư thể nhẵn của ruột thừa là thể bệnh hiếm gặp, chiếm 4% trong số các ung thư nguyên phát của ruột thừa, chẩn đoán xác định trước mổ khó khăn, do khả năng sinh thiết làm mô bệnh học phụ thuộc vào vị trí của u ở ngọn hay gốc ruột thừa. Tiêu chuẩn vàng dựa vào kết quả mô bệnh học sau mổ. Ung thư tế bào nhẵn có tiên lượng dè dặt do tính chất lan tràn của tế bào, tỷ lệ đáp ứng hoá chất kém, tỷ lệ sống 5 năm sau mổ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fusari M, Sorrentino N, Bottazzi EC**, et al. Primary signet ring cell carcinoma of the appendix mimicking acute appendicitis. *Acta Radiol Short Rep*. 2012;1(9). doi:10.1258/arsr.2012.120017
2. **Ko YH, Jung C-K, Oh SN**, et al. Primary signet ring cell carcinoma of the appendix: A rare case report and our 18-year experience. *World J Gastroenterol*. 2008;14(37):5763-5768. doi:10.3748/wjg.14.5763
3. **Kulkarni RV, Ingle SB, Siddiqui S**. Primary signet ring cell carcinoma of the appendix: A rare case report. *World J Clin Cases*. 2015;3(6):538-541. doi:10.12998/wjcc.v3.i6.538
4. **McCusker ME, Coté TR, Clegg LX, Sobin LH**. Primary malignant neoplasms of the appendix: A population-based study from the surveillance, epidemiology and end-results program, 1973-1998. *Cancer*. 2002;94(12):3307-3312.

doi:10.1002/cncr.10589

5. **Kelly K**. Management of Appendix Cancer. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2015;28(04):247-255. doi:10.1055/s-0035-1564433

6. **Pickhardt PJ, Levy AD, Rohrmann CA, Kende AI**. Primary Neoplasms of the Appendix: Radiologic Spectrum of Disease with Pathologic Correlation. *RadioGraphics*. 2003;23(3):645-662. doi:10.1148/rg.233025134

7. **Kwag KS, Kim HJ, Jang SK**, et al. Sonographic Findings of Malignant Appendix Tumors in Seven Cases. *J Med Ultrasound*. 2018;26(1):52-55. doi:10.4103/JMU.JMU_16_17

8. **Lim HK, Lee WJ, Kim SH, Kim B, Cho JM, Byun JY**. Primary mucinous cystadenocarcinoma of the appendix: CT findings. *American Journal of Roentgenology*. 1999;173(4):1071-1074. doi:10.2214/ajr.173.4.10511181

9. **Madwed D, Mindelzun R, Jeffrey RB**. Mucocoele of the appendix: imaging findings. *American Journal of Roentgenology*. 1992;159(1):69-72. doi:10.2214/ajr.159.1.1609724

10. **Talbot IC**. Histological typing of intestinal tumours. 2nd ed. J. R. Jass and L. H. Sobin. Springer-Verlag, Heidelberg, 1989. No. of pages: 127. Price: DM 90. ISBN: 3540507116. *J Pathol*. 1990;162(2):183-184. doi:10.1002/path.1711620218

11. **Priyanthi Kumarasinghe M, Kiat Hon Lim T, Ooi C-J, Luman W, Tan S-Y, Koh M**. Tubule neck dysplasia: precursor lesion of signet ring cell carcinoma and the immunohistochemical profile. *Pathology*. 2006;38(5):468-471. doi:10.1080/00313020600924542

12. **McGory ML, Maggard MA, Kang H, O'Connell JB, Ko CY**. Malignancies of the Appendix: Beyond Case Series Reports: *Diseases of the Colon & Rectum*. 2005;48(12):2264-2271. doi:10.1007/s10350-005-0196-4

13. **Tamhankar AS, Ingle P, Engineer R, Bal M, Ostwal V, Saklani A**. Signet ring colorectal carcinoma: Do we need to improve the treatment algorithm? *World J Gastrointest Oncol*. 2016;8(12):819-825. doi:10.4251/wjgo.v8.i12.819

14. **Seidman JD, Kurman RJ, Ronnett BM**. Primary and metastatic mucinous adenocarcinomas in the ovaries: incidence in routine practice with a new approach to improve intraoperative diagnosis. *Am J Surg Pathol*. 2003;27(7):985-993. doi:10.1097/00000478-200307000-00014

15. **Kiyokawa T, Young RH, Scully RE**. Krukenberg tumors of the ovary: a clinicopathologic analysis of 120 cases with emphasis on their variable pathologic manifestations. *Am J Surg Pathol*. 2006;30(3):277-

299. doi:10.1097/01.pas.0000190787.85024.cb

16. Kim JH, Cha HJ, Kim K-R, Kim K. Primary ovarian signet ring cell carcinoma: A rare case report. *Mol Clin Oncol*. 2018;9(2):211-214. doi:10.3892/mco.2018.1653

17. McCluggage WG, Young RH. Primary ovarian mucinous tumors with signet ring cells: report of 3 cases with discussion of so-called

primary Krukenberg tumor. *Am J Surg Pathol*. 2008;32(9):1373-1379.

doi:10.1097/PAS.0b013e31816b18c1

18. Hugen N, Verhoeven RHA, Lemmens VEPP, et al. Colorectal signet-ring cell carcinoma: Responsive to adjuvant chemotherapy but still a poor prognosis. *JCO*. 2014;32(3_suppl):529-529. doi:10.1200/jco.2014.32.3_suppl.529

THỰC TRẠNG SINH CON THỨ BA TRỞ LÊN CỦA CÁC BÀ MẸ NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI 5 XÃ KHÓ KHĂN CỦA HUYỆN ĐẮK TÔ, TỈNH KON TUM NĂM 2020

TÔ VĂN CƯỜNG¹, HOÀNG CAO SA²

¹Trung tâm Y tế huyện Đăk Tô tỉnh Kon Tum

²Trường Đại học Y tế Công cộng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sinh con thứ 3 trở lên của các bà mẹ người dân tộc thiểu số tại 5 xã thuộc huyện Đăk Tô, tỉnh Kon Tum năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, phỏng vấn trực tiếp bà mẹ sinh con trong năm 2020, bao gồm các thông tin chung của ĐTN, thông tin về gia đình, cộng đồng; thực trạng sinh con thứ 3. Đối tượng nghiên cứu là 235 bà mẹ người dân tộc thiểu số sinh con trong năm 2020 tại 5 xã của huyện Đăk Tô (Văn Lem, Đăk Rơ Nga, Ngọc Tụ, Đăk Trăm và Pô Kô). Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2021 đến tháng 10/2021.

Kết quả: Tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên là 37,45%. Lý do sinh con thứ 3 trở lên chủ yếu: do thích có nhiều con 77,27%; kế tiếp là cần có trai có gái chiếm 69,32%; do muốn có nhiều lao động (44,32%). Có 63,4% bà mẹ đang áp dụng BPTT; trong đó đa số (42,95%) bà mẹ sử dụng BPTT truyền thống.

Từ khóa: Sinh con thứ ba, xã khó khăn, huyện Đăk Tô tỉnh Kontum

SUMMARY

THE SITUATION OF HAVING THE THIRD KIND OF CHILDREN AND MORE OF ETHNIC MINORITY MOTHERS IN 5 DIFFICULT COMMUES OF DAKTO DISTRICT, KON TUM PROVINCE IN 2020

Chịu trách nhiệm: Tô Văn Cường
Email: tocuongphongdanoso@gmail.com
Ngày nhận: 19/7/2021
Ngày phản biện: 24/8/2021
Ngày duyệt bài: 10/9/2021

Objective: Describe the status of giving birth to the third child or more of ethnic minority mothers in 5 communes in Dak To district, Kon Tum province in 2020.

Method: Cross-sectional description, direct interview mothers giving birth in 2020, including general information of the study, information about family and community;

Research 3rd child birth status. The research object is 235 ethnic minority mothers giving birth in 2020 in 5 communes of Dak To district (Van Lem, Dak Ro Nga, Ngoc Tu, Dak Tram and Po Ko).

Research period: From February 2021 to October 2021. **Results:** The rate of giving birth to the third child or more was 37.45%. The main reason for giving birth to the third child or more: because of wanting to have many children 77.27%; next is the need for boys and girls, accounting for 69.32%; because they want to have more workers (44.32%). 63.4% of mothers are using contraceptive methods; in which the majority (42.95%) of mothers use traditional contraception.

Keywords: Giving birth to the third child, difficult commune, Dak To district Kontum province

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số thế giới hiện nay là hơn 7,8 tỷ người, dân số tăng nhanh gây ra những khó khăn lớn trong việc bảo vệ môi trường, chất lượng dân số, tình trạng nghèo đói và sự phát triển chung của nhiều quốc gia^[1].