

# KẾT QUẢ PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ 13 ĐẾN 22 TUẦN CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Bích Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Minh Hải<sup>2</sup>  
Trần Quang Mạnh<sup>2</sup> và Phạm Thị Thu Hiền<sup>3,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 102 hồ sơ bệnh án của các trẻ vị thành niên đến phá thai tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2020 đến hết tháng 12/2023. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $16,74 \pm 2,12$  tuổi, trong đó nhóm 17 – 19 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (59,8%). Phần lớn trẻ vị thành niên đến phá thai là học sinh, sinh viên (79,4%), chủ yếu có trình độ học vấn trung học cơ sở (45,1%) và đa số sinh sống tại khu vực nông thôn (71,6%). Có 76,5% trường hợp được phá thai bằng phác đồ phối hợp mifepriston và misoprostol. Tỷ lệ đình chỉ thai chung đạt 100%, trong đó 89,2% trường hợp hoàn tất trong vòng 24 giờ sau liều misoprostol đầu tiên. Thời gian sảy thai trung vị khoảng 13 giờ (dao động từ 1 – 60 giờ), và dài hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm tuổi thai 19 – 22 tuần so với nhóm 13 – 18 tuần ( $p < 0,05$ ). Có 66,7% trường hợp cần can thiệp buồng tử cung sau sảy thai.

**Từ khóa:** Phá thai, trẻ vị thành niên, Phụ sản Trung ương.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ phá thai (PT) khá cao trong khu vực và trên thế giới.<sup>1</sup> Mỗi năm cả nước có từ 1,2 – 1,6 triệu ca nạo, phá thai, trong đó tỷ lệ phá thai chung tại Việt Nam năm 2020 – 2021 là 4,7 trên 1.000 phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và tỷ suất phá thai là 68 trường hợp trên 1.000 trẻ sinh sống.<sup>2,3</sup> Mặc dù, tỷ lệ phá thai có xu hướng giảm trong những năm gần đây, tỷ lệ phá thai trong nhóm trẻ vị thành niên (VTN) vẫn chưa có xu hướng giảm.<sup>4,5</sup> Theo báo cáo của Quỹ dân số Liên hợp quốc năm 2022 (UNFPA), Việt Nam thuộc nhóm 20 nước có tỷ lệ phá thai vị thành niên cao nhất thế giới với khoảng 300.000 ca/năm.<sup>2</sup>

Trẻ VTN Việt Nam đang phải đối mặt với rất

nhiều vấn đề về sức khỏe sinh sản như quan hệ tình dục sớm, quan hệ tình dục không an toàn, mang thai ngoài ý muốn, phá thai không an toàn...<sup>6-9</sup> Trẻ VTN cũng là đối tượng nhạy cảm, chịu nhiều tác động của nhiều yếu tố, chức năng của cơ quan sinh dục chưa hoàn thiện và trẻ chưa được trang bị đầy đủ kiến thức về sức khỏe sinh sản cũng như nhận thức về chức năng làm mẹ của mình.<sup>10</sup> Tại Việt Nam, các yếu tố như thiếu kiến thức và thực hành về các biện pháp tránh thai, trẻ vị thành niên có xu hướng chấp nhận quan hệ trước hôn nhân ngày càng sớm... làm tăng tỷ lệ phá thai ở trẻ vị thành niên.<sup>1,11</sup> Việc không nhận biết được các dấu hiệu, những thay đổi khi có thai làm cho tuổi thai khi phát hiện có thai của trẻ VTN là tương đối lớn, việc phá thai ở tuổi thai muộn làm tăng nguy cơ mất an toàn khi tiến hành phá thai, cũng như những nguy cơ sau này (đính buồng tử cung, vô sinh).<sup>6,7</sup>

Có thể chia các phương pháp phá thai từ 13

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Thu Hiền

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Email: phammhien2212@gmail.com

Ngày nhận: 02/03/2026

Ngày được chấp nhận: 31/03/2026

tuần đến hết 22 tuần thành hai nhóm: phương pháp phá thai nội khoa và phương pháp phá thai ngoại khoa.<sup>12</sup> Trong đó, phương pháp phá thai bằng nong và gắp và phương pháp phá thai bằng thuốc misoprostol (MSP) là hai phương pháp hay được sử dụng nhất.<sup>13,14</sup> Phương pháp phá thai bằng thuốc ngày càng được lựa chọn nhiều hơn do đem lại tâm lý thoải mái đối với người phụ nữ và thầy thuốc, hiệu quả cao và ít tai biến.<sup>11,15</sup> Cho đến nay, chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả phá thai bằng thuốc từ 13 tuần đến 22 tuần ở trẻ VTN tại Việt Nam.<sup>8,16</sup> Trong khi khoảng tuổi thai 13 – 22 tuần tương ứng với giai đoạn phá thai ba tháng giữa, trong đó phương pháp đình chỉ thai, hiệu quả và nguy cơ biến chứng khác biệt rõ so với phá thai ba tháng đầu; đồng thời ở trẻ vị thành niên việc phát hiện thai thường muộn nên nhu cầu đình chỉ thai ở giai đoạn này tương đối phổ biến. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phá thai bằng thuốc của trẻ vị thành niên phá thai từ 13 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Hồ sơ bệnh án của các trẻ VTN đến phá thai tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2020 đến hết tháng 12/2023.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Có 01 thai sống trong tử cung.
- Tuổi thai từ 13 đến hết 22 tuần, được xác định dựa trên ngày kinh cuối cùng đối với các trường hợp có chu kỳ kinh đều và nhớ rõ ngày kinh, hoặc dựa trên kết quả siêu âm thai sớm (3 tháng đầu). Trong trường hợp không có siêu âm 3 tháng đầu, tuổi thai được xác định theo siêu âm gần nhất được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án.

- Hồ sơ ghi chép đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- + Thai phụ có các bệnh lý cần phải đình chỉ thai nghén hoặc có chống chỉ định với phương pháp phá thai: rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, bệnh lý hô hấp, bệnh lý ác tính, dị ứng với thuốc gây sảy thai,...

- + Trẻ VTN mắc bệnh tâm thần, chậm phát triển trí tuệ.

- + Phá thai dở dang.

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

**Thời gian nghiên cứu:** Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2023 (thu thập số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án).

#### **Cỡ mẫu và chọn mẫu**

**Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2}$$

- Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần có; là hệ số giới hạn tin cậy, với  $\alpha = 0,05$  tương đương khoảng tin cậy 95% thì  $= 1,96$ ; p là tỷ lệ thành công phá thai 3 tháng giữa bằng MSP ở trẻ VTN theo nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn (2013) là 92,8%;<sup>17</sup>  $\epsilon$  là mức sai lệch tương đối, chọn  $\epsilon = 0,055$ . Theo công thức trên tính được số đối tượng nghiên cứu tối thiểu là  $n = 99$ . Trên thực tế chúng tôi thu thập được 102 hồ sơ đủ tiêu chuẩn.

#### **Phương pháp thu thập số liệu**

Công cụ thu thập thông tin: Phiếu thu thập thông tin nghiên cứu được thiết kế sẵn.

Kỹ thuật thu thập thông tin: Thu thập số liệu theo mẫu phiếu thu thập thông tin nghiên cứu, ghi chép câu trả lời vào phiếu.

Tổ chức thực hiện thu thập số liệu: Học viên thu thập số liệu nghiên cứu dựa vào hồ sơ bệnh án, cách thức thủ thuật.

### ***Biến số và chỉ số nghiên cứu***

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, nơi ở, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân hiện tại, tiền sử sản khoa, tuổi thai khi đến phá thai.

Xét nghiệm công thức máu trước và sau dùng thuốc phá thai (nếu có), siêu âm thai

Phương pháp phá thai đối tượng được sử dụng

Kết quả phá thai bằng phương pháp dùng MSP: Tình trạng sảy thai, tác dụng không mong muốn sau dùng Mifepriston; Liều MSP gây sảy thai (mcg); Thời gian sảy thai tính từ khi dùng liều MSP đầu tiên đến khi sảy thai; Tình trạng sỏ rau; Can thiệp buồng tử cung; thời gian nằm viện; tác dụng không mong muốn sau dùng MSP; tai biến.

Kết quả phá thai bằng các phương pháp khác.

### ***Tiêu chí đánh giá kết quả***

Thành công hoàn toàn: Thai và phần phụ được tống xuất hoàn toàn mà không cần can

thIỆP BUỒNG TỬ CUNG.

Thành công có hỗ trợ: Thai được đình chỉ nhưng cần can thiệp buồng tử cung để lấy phần phụ còn sót.

Thất bại: Không tống xuất được thai hoặc cần chuyển sang phương pháp khác.

### ***Phân tích và xử lý số liệu***

Các số liệu sau khi thu thập được làm sạch, xử lý thô và mã hóa. Thực hiện nhập liệu trên phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được xử lý trên phần mềm STATA 14.0. Các biến định lượng không phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) và so sánh bằng kiểm định Mann–Whitney U.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Đề tài được thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội. Các đối tượng đều được nghiên cứu trên bệnh án, tất cả các hoạt động thu thập và xử lý số liệu đều tuân thủ các quy định và nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Việt Nam. Tất cả những thông tin về người tham gia nghiên cứu hoặc những thông tin từ bệnh án đều được giữ bí mật.

## **III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 102)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<i>Tuổi</i>		
11 – 13	7	6,9%
14 – 16	34	33,3%
17 – 19	61	59,8%
<i>Nghề nghiệp</i>		
Học sinh	63	61,8%
Sinh viên	18	17,6%
Khác	21	20,6%

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
<i>Trình độ học vấn</i>		
Tiểu học	19	18,6%
Trung học cơ sở	46	45,1
Trung học phổ thông	37	36,3%
<i>Nơi sinh sống</i>		
Nông thôn	73	71,6%
Thành thị	29	28,4%
<i>Tuổi thai khi phá thai</i>		
13 – 18 tuần	63	61,8%
19 – 22 tuần	39	38,2%

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $16,74 \pm 2,12$  tuổi. Thai phụ nhỏ tuổi nhất là 11 tuổi, lớn nhất là 19 tuổi. Nhóm thai phụ 17 – 19 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,8%. Nhóm đối tượng trẻ vị thành niên đến phá thai chủ yếu là học sinh, sinh viên, chiếm 79,4%; trong đó nhóm nghề nghiệp học sinh chiếm tỷ lệ cao

nhất là 61,8%. Trẻ vị thành niên trong nghiên cứu có trình độ học vấn THCS chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,1%. Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn tiểu học chiếm tỷ lệ thấp nhất là 18,6%. Trong số trẻ VTN đến phá thai, đối tượng ở nông thôn chiếm chủ yếu với 71,6%, ở thành thị chiếm 28,6%.

**Bảng 2. Phác đồ phá thai được sử dụng (n = 102)**

Phác đồ	n	Tỷ lệ %
Phác đồ mifepriston kết hợp misoprostol 400mg mỗi 3h, đặt âm đạo liều đầu tiên ( <i>Phác đồ I</i> )	21	20,6%
Phác đồ mifepriston kết hợp misoprostol 400mg ngậm dưới lưỡi mỗi 3h ( <i>Phác đồ II</i> )	57	55,9%
Phác đồ khác ( <i>Phác đồ III</i> )	24	23,5%
Không sử dụng mifepriston	3	2,9%
Có sử dụng mifepriston	21	20,6%

Có 78/102 đối tượng (76,5%) được phá thai bằng phác đồ kết hợp mifepriston và misoprostol, trong đó 21 đối tượng được đặt âm đạo liều misoprostol đầu tiên (phác đồ I), 57 đối

tượng được ngậm dưới lưỡi liều misoprostol đầu tiên (phác đồ II). Có 3/102 đối tượng (2,9%) được phá thai bằng phác đồ chỉ có misoprostol, không sử dụng mifepriston.

**Bảng 3. Kết quả phá thai (n = 102)**

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
<i>Tỷ lệ phá thai thành công</i>		
≤ 24 giờ	91	89,2%
24 – 48 giờ	7	6,9%
> 48 giờ	4	3,9%
<i>Tác dụng không mong muốn</i>		
Sốt	3	2,9
Buồn nôn, nôn	4	3,9

Tỷ lệ đình chủ thai thành công chung là 100%, trong đó tỷ lệ phá thai thành công trong 24 giờ từ liều MSP đầu tiên là 89,2%. Chỉ có 4/102 trường hợp (3,9%) phá thai thành công

sau 48 giờ. Về các tác dụng không mong muốn, có 2,9% đối tượng sốt và 3,9% đối tượng có triệu chứng buồn nôn, nôn sau dùng thuốc MSP.

**Bảng 4. Thời gian nằm viện trung bình (n = 102)**

Đặc điểm	Nhóm I (13 – 18 tuần)	Nhóm II (19 – 22 tuần)	Chung	p
Thời gian sảy thai (giờ)	11,3 (1 – 48)	16,1 (3 – 60)	13,1 (1 – 60)	< 0,05*
Thời gian nằm viện (ngày)	4,0 ± 1,2	4,3 ± 1,0	4,1 ± 1,1	0,173

\* So sánh bằng kiểm định phi tham số

Thời gian sảy thai có xu hướng dài hơn ở nhóm tuổi thai lớn hơn. Trung vị thời gian sảy thai của toàn bộ đối tượng là khoảng 13 giờ (dao động từ 1 đến 60 giờ). Nhóm tuổi thai 19

– 22 tuần có thời gian sảy thai dài hơn so với nhóm 13 – 18 tuần và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. Tỷ lệ can thiệp bùng tử cung (n = 102)**

Can thiệp BTC	Nhóm I (13 – 18 tuần)		Nhóm II (19 – 22 tuần)		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Có	41	65,1	27	69,2	68	66,7
Không	22	34,9	12	30,8	34	33,3
p	0,666					

Có 68/102 (66,7%) đối tượng được can thiệp bùng tử cung sau sảy thai, không có sự

khác biệt về tỷ lệ can thiệp bùng tử cung giữa hai nhóm tuổi thai của đối tượng nghiên cứu.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi 17 – 19 chiếm tỷ lệ cao nhất (59,8%), phù hợp với xu hướng chung ghi nhận trong các nghiên cứu về sức khỏe sinh sản vị thành niên, khi hoạt động tình dục thường bắt đầu tăng mạnh ở cuối giai đoạn vị thành niên và đầu tuổi trưởng thành sớm. Nghiên cứu của Ha và cộng sự cho thấy kiến thức và thực hành sức khỏe sinh sản ở thanh thiếu niên phá thai tại Việt Nam còn hạn chế, đặc biệt trong nhóm lớn tuổi hơn trong lứa vị thành niên, dẫn tới nguy cơ mang thai ngoài ý muốn cao hơn.<sup>1</sup> Ngoài ra, tổng quan hệ thống của Vinh và Tuấn cũng chỉ ra rằng thiếu kiến thức tránh thai và quan hệ tình dục sớm là các yếu tố quan trọng góp phần làm tăng tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn và phá thai ở thanh niên Việt Nam.<sup>10</sup>

Tỷ lệ đối tượng sống tại nông thôn chiếm 71,6% trong nghiên cứu này cao hơn so với nhóm thành thị. Điều này phù hợp với nhận định rằng các yếu tố xã hội như tiếp cận dịch vụ y tế, giáo dục giới tính và nguồn thông tin sức khỏe sinh sản ở khu vực nông thôn còn hạn chế, làm tăng nguy cơ mang thai ngoài ý muốn và phá thai ở trẻ vị thành niên.<sup>7</sup> Một số nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy sự khác biệt vùng miền là yếu tố liên quan rõ rệt đến nguy cơ mang thai ngoài ý muốn và phá thai.<sup>4</sup>

Nghiên cứu ghi nhận ba nhóm phác đồ phá thai nội khoa được sử dụng trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, do cỡ mẫu của từng nhóm còn hạn chế và phân bố không đồng đều, nghiên cứu chưa thực hiện phân tích so sánh hiệu quả giữa các phác đồ. Việc đánh giá sự khác biệt về hiệu quả và thời gian sảy thai giữa các phác đồ cần được thực hiện trong các nghiên cứu với thiết kế phân tích hoặc thử nghiệm lâm sàng có đối chứng để đảm bảo độ tin cậy. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung mô tả thực hành điều trị và kết quả chung của phá thai nội khoa trong nhóm đối tượng

nghiên cứu. Thực tế nghiên cứu này ghi nhận, 76,5% trường hợp sử dụng phác đồ phối hợp mifepriston và misoprostol, cho thấy xu hướng ưu tiên lựa chọn phương pháp nội khoa trong phá thai ba tháng giữa. Xu hướng này tương đồng với khuyến cáo lâm sàng và kết quả các nghiên cứu trước đây cho thấy phác đồ kết hợp mang lại hiệu quả cao, giảm biến chứng và cải thiện trải nghiệm người bệnh so với đơn trị liệu hoặc can thiệp ngoại khoa.<sup>12,14</sup> Nghiên cứu của Vũ Văn Du và cộng sự tại cùng cơ sở cũng ghi nhận hiệu quả cao của phác đồ phối hợp trong đình chỉ thai 13 – 22 tuần ở nhóm vị thành niên.<sup>12</sup> Đồng thời, tổng quan bằng chứng gần đây cho thấy misoprostol đơn thuần vẫn có hiệu quả nhưng tỷ lệ thành công thường thấp hơn so với phác đồ kết hợp.<sup>13</sup>

Tỷ lệ cần can thiệp buồng tử cung sau sảy thai trong nghiên cứu ở mức 66,7%, cho thấy mặc dù tỷ lệ đình chỉ thai đạt 100%, hiệu quả hoàn toàn của phương pháp nội khoa còn hạn chế. Điều này phù hợp với đặc điểm phá thai ba tháng giữa, khi nguy cơ sót rau và cần can thiệp bổ sung cao hơn so với ba tháng đầu. Kết quả này tương đồng hoặc cao hơn một số nghiên cứu trước đây. Ví dụ, nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn ghi nhận tỷ lệ thành công khoảng 92,8% trong nhóm vị thành niên cùng tuổi thai.<sup>17</sup> Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Mỹ và cộng sự cũng cho thấy phá thai nội khoa ở vị thành niên đạt hiệu quả cao với tỷ lệ thành công lớn và ít biến chứng.<sup>16</sup> Sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến khác biệt phác đồ, tiêu chuẩn chọn mẫu và điều kiện theo dõi lâm sàng. Tác dụng không mong muốn trong nghiên cứu thấp (sốt 2,9%; buồn nôn/ nôn 3,9%), phù hợp với nhận định chung rằng phá thai bằng thuốc là phương pháp an toàn khi được thực hiện trong môi trường y tế và theo dõi thích hợp.<sup>5</sup> Các tổng quan về thai kỳ vị thành niên cũng cho thấy biến chứng nội khoa thường không cao nếu được quản lý đúng quy

trình và có theo dõi y tế đầy đủ.<sup>6</sup>

Thời gian sảy thai trung vị khoảng 13 giờ và dài hơn ở nhóm tuổi thai lớn hơn, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh lý khi tuổi thai càng lớn thì đáp ứng tử cung với prostaglandin có thể thay đổi, ảnh hưởng thời gian tống xuất thai. Một số phân tích tổng hợp cũng ghi nhận hiệu quả của misoprostol phụ thuộc liều, đường dùng và tuổi thai.<sup>14</sup> Tuy nhiên, thời gian nằm viện trung bình không khác biệt giữa hai nhóm tuổi thai cho thấy việc kiểm soát lâm sàng sau sảy thai có thể chuẩn hóa quy trình chăm sóc, giúp giảm ảnh hưởng của tuổi thai đến thời gian điều trị nội trú.

Tỷ lệ can thiệp buồng tử cung sau sảy thai là 66,7%. Con số này tương tự các báo cáo về phá thai ba tháng giữa, trong đó can thiệp buồng tử cung sau sảy thai không hoàn toàn là bước thường quy nhằm bảo đảm lấy hết phần phụ thai và giảm nguy cơ biến chứng.<sup>15</sup> Nghiên cứu trước đây tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cũng ghi nhận tỷ lệ can thiệp buồng tử cung sau phá thai to ở vị thành niên ở mức tương đối cao.<sup>8</sup> Điều này cho thấy đặc điểm sinh lý và lâm sàng của phá thai ba tháng giữa ở nhóm tuổi này thường đòi hỏi xử trí hoàn thiện sau sảy thai.

## V. KẾT LUẬN

Phá thai nội khoa từ 13 – 22 tuần ở trẻ vị thành niên đạt tỷ lệ đình chỉ thai cao, với phần lớn trường hợp hoàn tất trong vòng 24 giờ sau liều misoprostol đầu tiên. Thời gian sảy thai có xu hướng kéo dài theo tuổi thai, trong khi thời gian nằm viện không khác biệt giữa các nhóm. Tuy nhiên, tỷ lệ can thiệp buồng tử cung sau sảy thai còn cao, cho thấy hiệu quả hoàn toàn của phương pháp nội khoa còn hạn chế trong một số trường hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ha NT, Giang DT, Ha DH, et al. Knowledge,

Attitudes and Practices on Reproductive Health Among Abortion Adolescents in Vietnam. *Med Arch.* 2024;78(2):139-145. doi:10.5455/medarh.2024.78.139-145

2. Fund UNP. *State of world population 2022: Seeing the unseen - The case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy.* 2022. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN\\_SWP22%20report\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf)

3. Tổng cục thống kê. *Kết quả chủ yếu điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình thời điểm 01/4/2021.* 2021. <https://www.nso.gov.vn/tin-tuc-thong-ke/2022/12/ket-qua-chu-yeu-dieu-tra-bien-dong-dan-so-va-ke-hoach-hoa-gia-dinh-thoi-diem-01-4-2021/>

4. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health.* Sep 2020;8(9):e1152-e1161. doi:10.1016/s2214-109x(20)30315-6

5. Davis AR, Beasley AD. Abortion in adolescents: epidemiology, confidentiality, and methods. *Curr Opin Obstet Gynecol.* Oct 2009;21(5):390-5. doi:10.1097/GCO.0b013e3283307b84

6. Maheshwari MV, Khalid N, Patel PD, et al. Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. *Cureus.* Jun 2022;14(6):e25921. doi:10.7759/cureus.25921

7. Ngo TD, Keogh S, Nguyen TH, et al. Risk factors for repeat abortion and implications for addressing unintended pregnancy in Vietnam. *Int J Gynaecol Obstet.* Jun 2014;125(3):241-6. doi:10.1016/j.ijgo.2013.11.014

8. Nguyễn Thị Bích Vân, Vũ Văn Du, Phan Thị Anh, và cs. Khảo sát tình hình phá thai to ở trẻ vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 6 tháng đầu năm 2012. *Tạp chí Phụ sản.* 05/01 2013;11(2):125-128. doi:10.46755/vjog.2013.2.399

9. Xuân Sơn. Một số nguyên nhân của nạo phá thai ở trẻ vị thành niên. *Tạp chí Tâm lý học*. 2005; số 1(2005):49-52
10. Vinh NT, Tuan PC. Factors influencing unintended pregnancy and abortion among unmarried youth in Vietnam: a systematic review. *Vietnam Journal of Public Health*. Dec 2015;3(2):3-16.
11. Nguyễn Quốc Tuấn, Đàm Văn Cương, Lưu Thị Thanh Đào. Nghiên cứu đặc điểm và kết quả phá thai nội khoa của thai phụ vị thành niên. *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*. 2021;43:250-256.
12. Vũ Văn Du, Phạm Thị Yến, Nguyễn Bá Thiết, và cs. Đánh giá hiệu quả mifepistone phối hợp misoprostol trong đình chỉ thai từ 13 đến 22 tuần tuổi ở nhóm vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 10/03 2025;554(2)doi:10.51298/vmj.v554i2.15659
13. Moseson H, Jayaweera R, Baum SE, et al. How Effective Is Misoprostol Alone for Medication Abortion? *NEJM Evid*. Jun 2024;3(6):EVIDccon2300129. doi:10.1056/EVIDccon2300129
14. Wu HL, Marwah S, Wang P, et al. Misoprostol for medical treatment of missed abortion: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep*. May 10 2017;7(1):1664. doi:10.1038/s41598-017-01892-0
15. Lê Thị Anh Đào, Nguyễn Duy Ánh. Nhận xét đặc điểm của thai phụ phá thai to tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 06/17 2022;513(2)doi:10.51298/vmj.v513i2.2485
16. Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Quốc Tuấn, Lưu Tuyết Minh. Nghiên cứu thực trạng phá thai nội khoa ở thai phụ vị thành niên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 11/01 2023;531(1B)doi:10.51298/vmj.v531i1B.7047
17. Vũ Văn Du, và cs. Tình hình phá thai từ 13 - 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 6 tháng đầu năm 2013. *Tạp chí Phụ sản*. 09/04 2024;12(2):190-194.

## Summary

### OUTCOMES OF MEDICAL ABORTION AT 13 - 22 WEEKS' GESTATION AMONG ADOLESCENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A cross-sectional descriptive study was conducted on 102 medical records of adolescents who underwent abortion at the On-Demand Treatment Department of the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2020 to December 2023. The mean age of participants was  $16.74 \pm 2.12$  years old, where the 17 – 19 age group represented 59.8%. Most adolescents undergoing abortion were students (79.4%), mainly with a lower secondary education level (45.1%), and the majority resided in rural areas (71.6%). Overall, 76.5% underwent medical abortion using a combined regimen of mifepristone and misoprostol. The overall termination rate was 100%, with 89.2% completing abortion within 24 hours after the first dose of misoprostol. The median time to fetal expulsion was approximately 13 hours (range: 1 – 60 hours), and was significantly lengthier in the 19 – 22 weeks group compared to the 13 – 18 weeks group ( $p < 0.05$ ). 66.7% required intrauterine intervention after abortion.

**Keywords:** Abortion, adolescent, National Hospital of Obstetrics and Gynecology.