

Obstetric Complications of Teenage Pregnancy

Verapol Kittipibul, M.D.*

ABSTRACT:

Background : Teenage pregnancy has been social and public health problems in Thailand especially in the present decade. The number of teenage pregnancy has been increasing in which contrast to those of developed country. Teenage pregnant has low ability to manage antenatal and child care consequently resulted in poor obstetric outcomes.

Objective : To determine obstetric outcomes of teenage pregnancy compared with pregnant women (20-25 years) at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

Design : A retrospective descriptive study.

Setting : Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

Method : A retrospective study conducted at department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The study group consisted of nulliparous and singleton teenage women (13 – 19 years) who gave birth at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during October 1st 2010 to September 30th 2011. The control group consisted of nulliparous and singleton pregnant women (20-25 years) who gave birth during the same period. Demographic data, obstetric and neonatal complications were collected and compared between two groups.

Results : The study group consisted of 1,042 women (accounted for 14.9% of total pregnancy) and the control group consisted of 1,425 women. The study group had more incomplete antenatal care than control group (16.0% VS 9.0%, $p < 0.001$). The study group had higher preterm delivery rate than those of control group (22.1% VS 14.2%, $p < 0.001$). Obstetric complications were also found higher in study group compared to control group in anemia (19.3% VS 9.0%, $p < 0.001$) and low birth weight (18.0% VS 10.3%, $p < 0.001$). Vaginal delivery was the major route of delivery in study group while rate of cesarean section was higher in control group.

Conclusion : The teenage pregnancy rate at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital was 14.9 %. Obstetric and neonatal complications of teenage pregnancy were anemia, preterm delivery, low birth weight and birth asphyxia.

Keywords : Teenage pregnancy, obstetric complication.

*Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand.

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วีรพล กิตติพิบูลย์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาทางสังคม และปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีตัวเลขสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง วัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตที่อยู่ในระหว่างศึกษาเล่าเรียนไม่มีความพร้อมที่จะตั้งครรภ์ ขาดการดูแลสุขภาพและทารกในครรภ์ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์กับการตั้งครรภ์ได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-25 ปีในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง

สถานที่ศึกษา : กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กลุ่มศึกษา : สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13 -19 ปี ซึ่งเป็นการคลอดครั้งแรกและครรภ์เดียวที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 13 - 19 ปี ซึ่งเป็นการคลอดครั้งแรกและครรภ์เดียวที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีกลุ่มเปรียบเทียบคือ สตรีตั้งครรภ์อายุ 20 - 25 ปี เป็นการคลอดครั้งแรกและครรภ์เดียวซึ่งคลอดในช่วงเวลาเดียวกัน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของมารดาและทารกระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ค่า mean, standard deviation, percentage, chi-squar, t-test, Z-test มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา : การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 14.9 กลุ่มศึกษามีการฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 16.0 กับ ร้อยละ 9.0, $P < 0.001$) กลุ่มศึกษามีอัตราการคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจาง ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 22.1 กับ ร้อยละ 14.2, $P < 0.001$ และ ร้อยละ 19.3 กับ ร้อยละ 9.0, $P < 0.001$ และ ร้อยละ 18.0 กับ ร้อยละ 10.3, $P < 0.001$ ตามลำดับ) กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่คลอดเองทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 58.9 กับ ร้อยละ 41.3, $P < 0.001$) และมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องน้อยกว่า (ร้อยละ 31.1 กับ ร้อยละ 47.0, $P < 0.001$)

สรุป : การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบร้อยละ 14.9 สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีการฝากครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-25 ปี ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบคือภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์

*กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสังคมและปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ช่วง 10 ปีที่ผ่านมามีตัวเลขเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด จากข้อมูลของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2547 มีมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี คลอดบุตรร้อยละ 13.9 และเป็นร้อยละ 16.2 ในปี 2553⁽¹⁾ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลชลบุรีพบการตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัยรุ่นร้อยละ 9 (ช่วง ปี พ.ศ. 2543 – 2548)⁽²⁾ และการศึกษาที่โรงพยาบาลตราดพบการตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัยรุ่น ร้อยละ 15.1 (ช่วงปี พ.ศ.2549 – 2552)⁽³⁾ ซึ่งต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้ว การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลงจาก ร้อยละ 6.2 ในปี พ.ศ.2534 เหลือร้อยละ 3.9 ในปี 2552^(4,5) วัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่ยังอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน ไม่มีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ไม่พร้อมที่จะดูแลบุตรหากตั้งครรภ์และคลอดบุตรออกมา ทำให้เกิดปัญหาสังคมต่อบุตรที่คลอดตามมา และในความเป็นจริงไม่พร้อมดังกล่าวหากวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์จะขาดการเอาใจใส่อย่างดีต่อการดูแลสุขภาพ ดูแลครรภ์ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์กับการตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีวัยรุ่นภาวะแทรกซ้อนที่พบมีโลหิตจางคลอดก่อนกำหนดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ภาวะครรภ์เป็นพิษ^(6,7,8) มีอัตราการตายของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มสูงเป็น 2 เท่า⁽⁹⁾ ปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากวัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่กำลังเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ^(10,11) ยังไม่มีความรับผิดชอบเพียงพอต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม อีกทั้งขาดความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาและการคุมกำเนิด⁽¹²⁾ และมีการติดต่อสื่อสารแบบไร้พรมแดน (globalization) จากสื่อหลายด้านโดยเฉพาะ social network หากวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร อาจจะทำให้เกิดการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการนำไปสู่การลักลอบทำแท้ง หรือทั้งทารกที่คลอดออกมาเองโดยไม่ได้ฝากครรภ์ ทำให้ตัวเลข

ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีรายงานมานั้นอาจจะน้อยกว่าที่เป็นจริง เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้จากสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดไว้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ อายุ 20-25 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและนำผลการศึกษาไปพัฒนาการดูแลรักษาเฝ้าระวังการตั้งครรภ์และการคลอดของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective-descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลจากบันทึกอิเล็กทรอนิกส์ของฐานข้อมูลสารสนเทศการคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554 จากสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยนำเฉพาะสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว (singleton) และเป็นการคลอดครั้งแรก (nulliparous) ของกลุ่มอายุ 13 – 19 ปี และกลุ่มอายุ 20 – 25 ปี มาศึกษาไม่นับรวมการคลอดครั้งหลัง (multiparous) และครรภ์แฝด (multiple pregnancy) ข้อมูลที่ทำการศึกษาได้แก่ อายุมารดา อายุครรภ์เมื่อมาคลอด ความเข้มข้นของเลือดของมารดาเมื่อมาฝากครรภ์ ผลตรวจเลือดไวรัสตับอักเสบบี ซีฟิลิส โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอด วิธีการคลอด ผลการคลอด การคลอดก่อนกำหนด การไม่ได้สัดส่วนของศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดา ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ส่วนน้ำมดปกติ ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงจากตั้งครรภ์ การตกเลือดหลังคลอด น้ำหนักและค่าแอฟการ์ชของทารกแรกเกิด ความผิดปกติของทารก การขาด

ออกซิเจนของทารกแรกเกิด

โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติใช้ค่า mean, standard deviation, percentage, chi-squar, t-test, Z-test และแปลผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จะมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ในระยะเวลาที่ศึกษา (1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554) พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์มาคลอดที่ห้องคลอดกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาทั้งสิ้น 7,818 ราย เป็นสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี จำนวน 1,165 ราย

คิดเป็นร้อยละ 14.9 (ตารางที่ 1) ในกลุ่มศึกษาสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 13 - 19 ปีที่เป็นการคลอดครั้งแรก (nulliparous) และเป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว (singleton) มีจำนวน 1,042 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมด และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 - 25 ปีที่เป็นการคลอดครั้งแรก (nulliparous) และตั้งครรภ์เดี่ยว (singleton) ซึ่งคลอดในช่วงเวลาเดียวกันจำนวน 1,425 รายร้อยละ 18.2

ผลการคลอดกลุ่มศึกษามีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ค่าแอฟการ์ที่ 1 นานที่น้อยกว่า 7 พบในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมดแยกตามอายุ (n : 7,818)

อายุ	คน	ร้อยละ	$\bar{X} \pm SD$
≤ 19 ปี	1,165	14.9	17.4 ± 1.4
20 - 25 ปี	2,120	27.1	22.6 ± 1.7
≥ 26 ปี	4,533	58.0	31.7 ± 4.2
รวม	7,818	100	

ข้อมูลทั่วไปวิธีการคลอดและภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปวิธีคลอดและภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของสตรีตั้งครรภ์

	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (n : 1,042)	สตรีตั้งครรภ์ อายุ 20-25 ปี (n : 1425)	p-value
อายุ (ปี)	17.4 ± 1.4	22.4 ± 1.7	-
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	37.5 ± 3.1	38.0 ± 2.4	< 0.001
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ	12 (1.2)	30 (2.1)	< 0.001
ติดเชื้อซิฟิลิส	5 (0.5)	3 (0.2)	0.070
ติดเชื้อ HIV	4 (0.4)	8 (0.6)	0.139
ความเข้มข้นเลือด Hct<30%	201 (19.3)	128 (9.0)	< 0.001
การฝากครรภ์ (ANC)			
ไม่ฝาก 0 ครั้ง	52 (5.0)	46 (3.2)	0.001
ฝาก <4 ครั้ง	167 (16.0)	128 (9.0)	< 0.001
ฝาก ≥4 ครั้ง	823 (79.0)	1,251 (87.8)	< 0.001
วิธีคลอด			
คลอดเอง	614 (58.9)	588 (41.3)	< 0.001
หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด	104 (10.0)	168 (11.8)	0.013
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	324 (31.1)	669 (46.9)	< 0.001
ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์			
ภาวะคลอดก่อนกำหนด	230 (22.1)	202 (14.2)	< 0.001
ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกราน มารดา	68 (6.5)	149 (10.5)	< 0.001
ภาวะเครียดของทารกในครรภ์	9 (0.9)	7 (0.5)	0.064
ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	44 (4.2)	62 (4.4)	0.406
ภาวะส่วนน้ำมดปกติ	43 (4.1)	71 (5.0)	0.054
ภาวะรกเกาะต่ำ	5 (0.5)	12 (0.8)	0.024
ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด	0 0	1 1	-
ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์	35 (3.4)	45 (3.2)	0.338
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	4 (0.4)	5 (0.4)	0.420

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า P <0.05

ตารางที่ 3 น้ำหนักและค่าแอฟการ์ ที่ 1,5 นาที่ของทารกแรกเกิด

	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (n : 1042)	สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-25 ปี (n : 1425)	p-value
น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย	2839.5 ± 614.2	2992.5 ± 532.1	< 0.001
น้ำหนัก < 1000 กรัม	22 (2.1)	17 (1.2)	0.008
น้ำหนัก 1,000-2,500 กรัม	187 (18.0)	147 (10.3)	< 0.001
น้ำหนัก > 2,500 กรัม	833 (79.9)	1,261 (88.5)	< 0.001
ค่าแอฟการ์ 1นาที่ < 7	75 (7.2)	58 (4.1)	< 0.001
ค่าแอฟการ์ 5นาที่ < 7	38 (3.7)	25 (1.8)	< 0.001
ค่าแอฟการ์ 1นาที่ = 0	24 (2.3)	14 (1.0)	< 0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $P < 0.05$

วิจารณ์

ผลการศึกษามีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554 พบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 14.9 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเหมือนการศึกษาที่ผ่านมาในรอบ 10 ปี^(1,2,3) มีความแตกต่างกับในประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีแนวโน้มของลดลง^(4,5) วัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่อยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน ไม่มีความพร้อมในด้านการตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ ประกอบกับการติดต่อสื่อสารแบบไร้พรมแดน (globalization) สื่อสารผ่านทาง social network และการรับวัฒนธรรมมาจากทางซีกตะวันตก โดยขาดสติและยับยั้งชั่งใจในการปรับตัวเข้ากับสังคมยุคใหม่ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา และการคุมกำเนิดไม่ดีพอ⁽¹²⁾ ทำให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควรและเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามมามากขึ้น

การศึกษานี้มีกลุ่มศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 13-19 ปี เป็นการคลอดครั้งแรก (nulliparous) และการตั้งครรภ์เดี่ยว (singleton) จำนวน 1,042 ราย และมีกลุ่มเปรียบเทียบคือสตรีตั้งครรภ์ อายุ 20-25 ปี เป็นการคลอดครั้งแรก (nulliparous) และการตั้งครรภ์เดี่ยว (singleton) ที่คลอดในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 1,425 ราย ใน

กลุ่มศึกษามีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 37.5 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 38.0 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ในช่วงฝากครรภ์พบว่ากลุ่มศึกษามีภาวะโลหิตจาง (ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 30) ร้อยละ 19.3 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 9.0 อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) เหมือนการศึกษาที่ผ่านมา^(2,3,7,13,14,15,16) พบว่ากลุ่มศึกษาไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 5.0 ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ร้อยละ 16.0 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 3.2 และร้อยละ 9.0 อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)^(2,3,15,16)

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบบ่อยคือการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 22.1 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 14.2 อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) เหมือนการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา^(2,3,7,8,13,14,15,16,17,18,19) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังไม่พร้อมทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ขาดความเอาใจใส่ในการดูแลตนเองและการตั้งครรภ์ทำให้สตรีตั้งในวัยรุ่นดูแลตนเองไม่ดีพอ ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ช้า การได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน และแนวโน้มความไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์อาจเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และมีการศึกษาพบว่า การไม่มาฝากครรภ์เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดถึง 7 เท่า⁽²⁰⁾

ในการศึกษานี้พบว่าวิธีการคลอดของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มศึกษาคลอดเอง ร้อยละ 58.9 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบบร้อยละ 41.3 อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) และกลุ่มศึกษาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 31.1 น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบบร้อยละ 46.9 อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)^(2,3,13,14,17,18) แตกต่างจากการศึกษาของ Kovavisarach E และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-34 ปี แต่ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบบมีภาวะคีระหารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา ร้อยละ 10.5 มากกว่าที่พบในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 6.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบบทารกแรกมีน้ำหนักเฉลี่ย 2992.5 กรัม ซึ่งมากกว่ากลุ่มศึกษา 2839.5 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผลลัพธ์ที่เกิดกับทารกกลุ่มศึกษามีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 18.0 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบบ ร้อยละ 10.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เหมือนกับการศึกษาที่ผ่านมา^(2,7,8,15,16,17) และกลุ่มศึกษามีทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (ค่าแอฟการ์ที่ 1 นาทีน้อยกว่า 7) ร้อยละ 7.2 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบบ ร้อยละ 4.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chen XK และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งน่าจะเกิดจากสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังไม่มีความพร้อมที่จะตั้งครรภ์ ไม่เอาใจใส่ดูแลสุขภาพ มีภาวะโลหิตจางมากกว่าและการไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอไม่มีคุณภาพอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าและน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า มีผลต่อสุขภาพทารกแรกเกิดเมื่อทารกคลอดออกมา ทำให้ต้องใช้งบประมาณและบุคลากรมากกว่าปกติ ในการดูแลและรักษาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อน

การศึกษานี้จำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะพบน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ไปลักลอบทำแท้งอย่างผิดกฎหมายนอกโรงพยาบาลหรือมาแท้งในโรงพยาบาลที่น้ำหนักทารกน้อยกว่า 500 กรัม และวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่ได้

มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลจะไม่นับรวมในการศึกษาครั้งนี้ และไม่นำข้อมูลการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์แฝดและสตรีที่เคยคลอดบุตรมาแล้ว ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบบมาวิเคราะห์เพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ในทั้งสองกรณีเช่นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในครรภ์แฝด และสตรีที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์แรก

จากภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมีผลกระทบทั้งมารดาและทารกที่คลอดออกมา ต้องใช้งบประมาณและบุคลากรในการดูแลรักษา มากกว่าปกติ ควรที่จะมีแนวทางในการลดปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการ กล่าวคือการร่วมมือของหลายฝ่ายเริ่มจากครอบครัว โรงเรียน สื่อสารมวลชนและสังคมรอบข้าง เพื่อป้องกันไม่ให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร ให้ความรู้เพศศึกษา และความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยใช้ความใกล้ชิดและให้ความอบอุ่นกับวัยรุ่น แนะนำให้มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่นทั้งในวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชาย ให้ทัศนคติที่ดีต่อประเพณีไทย ในการรักษาวนลงส่วนตัว การให้ความรู้และการปฏิเสธวัฒนธรรมตะวันตกบางอย่างซึ่งเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น หากวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ผู้ปกครองควรรีบนำมาฝากครรภ์โดยเร็ว และสูติแพทย์ควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดหรือการจัดคลินิกพิเศษของวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ การดูแลตัวเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการคลอดที่เหมาะสม ให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์คุณภาพ (อย่างน้อย 4 ครั้ง) มีโภชนาการที่ดี การได้รับธาตุเหล็กที่เพียงพอ เพื่อลดภาวะโลหิตจางเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการศึกษานี้คือภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน จะทำให้ปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดน้อยลงได้

สรุป

ผลการศึกษาพบการคลอดของสตรีตั้งครรภ์
ในวัยรุ่นที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่
1 ตุลาคม พ.ศ.2553 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2554
ร้อยละ 14.9 สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีการฝากครรภ์
น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-25 ปี ภาวะแทรกซ้อน
ทางสูติศาสตร์ที่พบคือภาวะโลหิตจางการคลอด
ก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและทารก
แรกเกิดขาดออกซิเจน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถานการณ์อนามัย
การเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน. [ออนไลน์].
2554 [สืบค้น 28 พฤษภาคม 2555] ; เข้าถึง
ได้ที่ : URL:<http://rh.anamai.moph.go.th/home.htm>.
2. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. *J Med Assoc Thai* 2006; 89 :suppl4: s118-23.
3. Kittipibul S. Teenage pregnancy at Trat Hospital. *J Prapokkiao Hosp Clin Med Educat Center* 2010;27:2: 107-14.
4. Vital signs : teenage pregnancy – United States, 1991-2009. *MMWR Morb Mortal wkly Rep* 2011; 60:13:414-20.
5. Mckay A. Trends in teen pregnancy in Canada with comparisons to U.S.A. and England/Wales. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2006;15:3-4: 157-61.
6. Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *Am J obstetGynecol* 2002;189: 918-20.
7. MahavarkarSH, Madhu CK, Mule VD. A comparative study of teenage pregnancy. *J ObstetGynecol* 2008;28: 6: 604 – 07.
8. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcome : A large population based retrospective cohort study. *IntEpidemiol* 2007;36:2: 368-73.
9. Corde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-Perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America. Cross-sectional study. *Am J ObstetGynecol* 2005;192:342-49.
10. Joseph NP. Pregnancy in adolescence. In :SanfillippoS, Muram D, Dewhurst J, Lee PA, editors. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Philadelphia : Saunders; 2001:318-31.
11. OtterbladOlausson PM, Cnattingius S, Haylund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J ObstetGynecol* 1999;106 : 116-21.
12. Isaranurug S, Mosuwan L, Choprapawan C. Differences in socioeconomic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. *J Med Assoc Thai* 2006;89:145-51.
13. SuwannachatB, Ualalitchoowong P. Maternal age and pregnancy outcomes. *Srinagarind Med J* 2007;22:4:401-07.
14. พีระยุทธ สาณกุล, เพียงจิตต์ ธารไพโรสาณนท์. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. *Thai Pharm Health Sci J* 2008 ; 3:1:97-102.

15. Pattanapisalsak C. Obstetric outcomes of teenage primigravida in Su-NgaiKolok Hospital, Narathiwat, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2011 ; 94:2:139-46.
16. Hoque M, Hoque S. Comparison of perinatal and obstetrics outcomes among early adolescents, late adolescents and adult pregnant women from rural South Africa. *East Afr J Public Health* 2010; 7:2:171-6.
17. Omole-Ohonsi A, Attah RA. Obstetric Outcome of teenage pregnancy in Kano, North-western Nigeria. *West Afr J Med* 2010;29:5:318-22.
18. Jivraj S, Nazzal Z, Davies P, Selby K. Obstetric outcome of teenage pregnancies from 2002 to 2008 : Sheffield experience. *J ObstetGynaecol* 2010 ; 30: 3:253-56.
19. Kovavisarach E, Chairaj S, Tosang K, Asavapiriyant S, Chotigeat U. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. *J Med Assoc Thai* 2010 ; 93:1: 1-8.
20. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents : a retrospective study over 10 years. *Am JObstetGynecol* 2010 :203:2:122.el-6.