

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่มากลอด ในโรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

สลักจิต วรรณโกษิตย์ พ.บ.*

Abstract **Pregnancy outcomes between teenage pregnancy and adult pregnancy at Lahansai Hospital**

Salakjit Wanakosit M.D.*

* Department of Obstetric and Gynecology, Lahansai Hospital, Buriram, Thailand
J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2012;29:283-292

Background : Teenage pregnancy has been a high risk of obstetrics and neonatal complication. Several studies had conflicted results.

Objective : To compare maternal outcomes and neonatal outcomes between teenage pregnancy (age 10-19 years) and adult pregnancy (20-29 years)

Research design : Descriptive retrospective study

Material and method : The study group consisted of 158 teenage pregnant and control group consisted of 175 adult pregnant who were delivered at Lahansai Hospital during 1 January 2010 and 31 December 2010

Results : Teenage pregnancy rate was 18.98 percent. Anemia and low weight gain were significant higher in teenage pregnancy but CPD was increased in adult group, while cesarean section rate and neonatal complications not different.

* กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลละหานทราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

Conclusion : Teenage pregnancy was increasing the risk of adverse pregnancy outcomes.

Keywords : teenage pregnancy, preterm labor, low birth weight

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการคลอดและทารก แต่หลายๆ การศึกษายังมีข้อขัดแย้งในบางประเด็น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) และหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-29 ปี)

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

กลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 158 คนและหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 175 คน ที่มาคลอดในโรงพยาบาลละหานทราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2553 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553

ผลการศึกษา

อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคิดเป็น ร้อยละ 18.98 พบภาวะซีด มารดา น้ำหนักขึ้นน้อย ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ แต่ภาวะผิดปกติส่วนของเชิงกรานน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ขณะที่อัตราการผ่าตัดคลอดและภาวะแทรกซ้อนในทารกไม่แตกต่างกัน

สรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์สูงขึ้น

คำสำคัญ

ตั้งครรภ์วัยรุ่น คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากในปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเทศไทย พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ คิดเป็น 104.4, 117.6, 108, 107, 137 เด็กเกิดต่อ 1,000 มารดา ในปี พ.ศ. 2543, 2544, 2545 และ 2546, 2553 ตามลำดับ^{1,2,3} ซึ่งนำไปสู่การลักลอบทำแท้ง ปัญหาระหว่างตั้งครรภ์และคลอด รวมทั้งการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด

การศึกษาในปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วขึ้น และมีจำนวนเพิ่มขึ้น⁴ รวมทั้งขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิดและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อันก่อให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม การทำแท้งเถื่อน การติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีความขัดแย้งกันในหลายประเด็น เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะซีดก่อนคลอด อัตราการผ่าตัดคลอด⁵⁻¹⁶ บางการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย^{5,8-12} เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด¹⁵ แต่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว^{5,9,11,16} รวมทั้งจำนวนการฝากครรภ์น้อยเพิ่มความเสี่ยงของการตั้งครรภ์⁷ ในประเทศไทยการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์ ซึ่งกลุ่มประชากร การศึกษา ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม และสิ่งแวดล้อม แตกต่างกับกลุ่มประชากร ที่คลอดในโรงพยาบาลชุมชนในต่างจังหวัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์ที่จะศึกษาผลการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในทารก ที่คลอดในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และวางแผนดูแลการตั้งครรภ์

ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทั้งในมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์อายุ 10-19 ปี เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-29 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และข้อมูลในโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ในหญิงตั้งครรภ์แรก 2 กลุ่มที่คลอดในโรงพยาบาลละหานทราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2553 กลุ่มที่ 1 คือหญิงตั้งครรภ์อายุ 10-19 ปี กลุ่มที่ 2 คือหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-29 ปี โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ ส่วนสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) การติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อซิฟิลิส ผลการคลอด และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ทั้งมารดาและทารก ภาวะแทรกซ้อนในมารดาได้แก่ คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) น้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ (premature rupture of membranes) ภาวะผิดสัดส่วนของทารกและเชิงกราน (cephalopelvic disproportion) ทารกท่าผิดปกติ (abnormal presentation) ทารกอยู่ในภาวะคับขัน (fetal distress) ฯลฯ ภาวะแทรกซ้อนในทารกได้แก่ น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะตัวเหลือง (jaundice) ติดเชื้อมีในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะทารกขาดออกซิเจนหลังคลอด (Apgar score at 5 min ≤ 7) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารกมากกว่า 4 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ในการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปและสถิติเชิงอนุมาน ความสัมพันธ์ระหว่างอายุมารดาและผลการฝากครรภ์และการคลอดใช้ t-test โดย $p < 0.05$ ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 964 คน

อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคิดเป็น ร้อยละ 18.98 (184/964) เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 86.5 ครรภ์หลัง ร้อยละ 13.5 หญิงตั้งครรภ์แรกอายุ 10-19 ปี จำนวน 158 คน หญิงตั้งครรภ์แรกอายุ 20-29 ปี จำนวน 175 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย ส่วนสูง BMI อายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอด และจำนวนการฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มที่ 1 พบร้อยละการขึ้นของน้ำหนักน้อยกว่า 8 กิโลกรัม และความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33 มากกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ และพบการติดเชื้อเอดส์ มากกว่า คือ ร้อยละ 1.9 และ ร้อยละ 0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากรและเปรียบเทียบข้อมูลก่อนคลอด

	หญิงตั้งครรภ์		หญิงตั้งครรภ์		p-value
	วัยรุ่น (N=158)	ร้อยละ	วัยผู้ใหญ่ (N=175)	ร้อยละ	
อายุเฉลี่ย (ปี)(SD)	17.39±1.30		22.60±2.73		.
อาชีพ					
แม่บ้าน	139	87.9	98	56	
รับจ้าง	12	7.6	67	38.2	
ค้าขาย	3	1.9	2	1.1	
เกษตรกร	2	1.3	2	1.1	
อื่นๆ	1	0.6	4	2.3	
การศึกษา					
ประถมศึกษา	44	27.8	29	16.6	
มัธยมศึกษา	93	58.9	55	31.4	
อนุปริญญา	16	10.1	73	41.7	
ปริญญาตรี	4	2.5	15	8.6	
ส่วนสูงเฉลี่ย(ซม.)(SD)	155.75±12.78		156.60±5.64		.423
BMIเฉลี่ย(kg/m ²)(SD)	19.95±2.86		20.51±3.43		.127
BMI<18.5	33	20.8	43	24.5	.429

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากรและเปรียบเทียบข้อมูลก่อนคลอด (ต่อ)

	หญิงตั้งครรภ์		หญิงตั้งครรภ์		p-value
	วัยรุ่น (N=158)	ร้อยละ	วัยผู้ใหญ่ (N=175)	ร้อยละ	
น้ำหนักขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เฉลี่ย (กิโลกรัม)(SD)	11.78±4.53		13.91±4.73		.000
น้ำหนักขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ <8 kg	26	16.5	12	6.9	.014*
อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด (กรัม)(SD)	38.20±2.82		38.35±2.17		.279
จำนวนการฝากครรภ์					.269
ไม่ฝากครรภ์	0	0	0	0	
ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง	1	0.6	4	2.3	
ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง	156	98.7	171	97.7	
ความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 33 %	56	35.4	29	16.6	.001*
ผล VDRL positive	1	0.6	2	1.1	.538
ผล HIV positive	3	1.9	0	0	.106

หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่คลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ 2 ร้อยละ 17.7 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

โดยวิธีปกติ คิดเป็นร้อยละ 84.8 และ 78.2 ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 12.6 ซึ่งผ่าตัดคลอด

ตารางที่ 2 วิธีการคลอด

	หญิงตั้งครรภ์		หญิงตั้งครรภ์		p-value
	วัยรุ่น (N=158)	ร้อยละ	วัยผู้ใหญ่ (N=175)	ร้อยละ	
คลอดปกติ	134	84.8	137	78.2	0.127
ผ่าตัดคลอด	20	12.6	31	17.7	0.201
หัตถการช่วยคลอด (Vacuum extraction, Forceps extraction)	4	2.5	7	4	0.451

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนในมารดาระหว่างคลอด

	หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (N=158)		หญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ (N=175)		p-value
		ร้อยละ		ร้อยละ	
PROM > 12 hr	17	10.8	18	10.2	.888
Cephalopelvic disproportion	7	4.4	21	12	.013*
Preterm labor	6	3.8	7	4	.924
Preeclampsia	4	2.5	3	1.7	.604
Stained amniotic fluid	4	2.5	1	0.5	.142
Fetal distress	3	1.9	3	1.7	.899
Condyloma acuminata	3	1.9	0	0	.067
Postpartum hemorrhage	2	1.3	2	1.1	.918
Abnormal presentation	2	1.3	6	3.4	.198
Intrauterine growth retardation	1	0.6	1	0.5	.924
Episiotomy wound infection	1	0.6	8	4.6	.027*
Gestational DM	0	0	1	0.5	.341

ตารางที่ 3 แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนในมารดาระหว่างคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคือน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ รองลงมาคือภาวะผิวด้านของทารกและเชิงกรานและ คลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่คือ ภาวะ

ผิวด้านของทารกและเชิงกราน รองลงมาคือน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์และการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด แต่พบภาวะผิวด้านของทารกและเชิงกราน และการติดเชื้อฝีเย็บหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนในทารก

	หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (N=158)		หญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ (N=175)		p-value
		ร้อยละ		ร้อยละ	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 4 วัน	18	11.4	30	17.1	.046
Birth weight < 2500 gm	13	8.2	10	5.7	.275
Apgar score at 1 min < 7	0	0	2	11.4	.281
Apgar score at 5 min < 7	0	0	1	0.5	.341
Jaundice	24	15.1	37	21.1	.128
Fever	8	5.1	1	0.5	.021
Sepsis	4	2.5	5	2.8	.386

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนในทารก (ต่อ)

	หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น		หญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่		p-value
	(N=158)	ร้อยละ	(N=175)	ร้อยละ	
Respiratory failure	1	0.6	0	0	.945
Meconium aspiration syndrome	1	0.6	0	0	.293
Congenital anomaly	1	0.6	2	1.1	.620
Refer	3	1.9	2	1.1	.055

ตารางที่ 4 แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนในทารก น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย 2958 ± 335 กรัม และ 3002 ± 377 กรัม ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ 1 และ 2 ตามลำดับ พบว่าทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ 2 มีจำนวนวันนอนมากกว่า 4 วัน มากกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างของจำนวนทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และภาวะทารกขาดออกซิเจนรวมทั้ง การส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะตัวเหลือง และติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าทารกมีไข้หลังคลอดในกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่ม 2 อย่างมีนัยสำคัญ

อภิปรายผล

ในการศึกษานี้พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ร้อยละ 18.98 หรือ 190 ต่อ 1,000 มารดาที่คลอด ซึ่งสูงกว่า Thai Ministry of Health² และ Thai Ministry of social development³ พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 107 คนต่อ 1,000 มารดา และ 137 คนต่อ 1,000 มารดา ตามลำดับ และสูงกว่าการศึกษาอื่น ที่พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเฉลี่ยร้อยละ 13^{6,15,16} โรงพยาบาลละหานทรายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางจำนวน 60 เตียง มีประชากรในพื้นที่ประมาณ 60,000 คน

ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและมีการศึกษาขั้นพื้นฐานน้อย และวัยรุ่นปัจจุบันมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ จึงพบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่า

พบว่ามารดาวัยรุ่นในการศึกษานี้มีจำนวนการฝากครรภ์ไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ พบฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ร้อยละ 0.63 ซึ่งมีจำนวนน้อย แตกต่างจากการศึกษาของ Santos และ Martin^{8,9} ที่พบว่าวัยรุ่นมีการฝากครรภ์น้อยครั้ง พบภาวะซีด (hematocrit น้อยกว่าร้อยละ 33) ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 35 และมีภาวะซีดมากกว่าจากหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nahathai, Jolly, Bunpod^{5,14,16} อาจเป็นผลเนื่องจากภาวะทุพโภชนาการก่อนตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารและได้รับธาตุเหล็กเสริมไม่เพียงพอ

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีน้ำหนักขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เฉลี่ยน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ และจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่น้ำหนักขึ้นน้อยมีจำนวนมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย¹⁷ อาจเป็นผลมาจากหญิงตั้ง

ครรภ์วัยรุ่นมีภาวะทุพโภชนาการ กลัวน้ำหนักเกิน หลังคลอด จึงรับประทานอาหารไม่เพียงพอ

ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่พบมากที่สุดคือ ภาวะน้ำเดินมากกว่า 12 ชั่วโมง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อหลังคลอดและทารกติดเชื้อในกระแสเลือด อาจเกิดจากการได้รับความรู้ไม่เพียงพอ ขาดความตระหนักถึงอาการที่ผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Nahathai, Santos, Gordon, Xi-Kuan, Banpod^{5,8,10,12,16} ที่พบภาวะคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด อธิบายได้จากโรงพยาบาลละหานทรายเป็นโรงพยาบาลชุมชน มารดาตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอด และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัมต้องส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่ดูแลทารกน้ำหนักน้อยได้ จึงทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดในการศึกษานี้มีจำนวนไม่มาก พบทารกที่ส่งต่อซึ่งคลอดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 3 ราย สาเหตุจากทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมมีการขาดออกซิเจนหลังคลอด 2 ราย และสำลักน้ำคร่ำ (Maconium aspiration syndrome) 1 ราย และพบทารกที่ส่งต่อซึ่งคลอดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 2 ราย จากสาเหตุสำลักน้ำคร่ำ (Maconium aspiration syndrome) 1 รายและทารกมีความผิดปกติของระบบประสาทเส้นที่ 7 (congenital facial nerve palsy) 1 ราย จากการติดตามพบว่าทารกที่มีความผิดปกติของระบบประสาทเส้นที่ 7 เท่านั้นที่มีพัฒนาการล่าช้า ทารกรายอื่นมีน้ำหนักปกติและพัฒนาการสมวัย (ติดตามที่อายุ 1 ปี)

อัตราการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่ เหมือนกับการศึกษาหลายการศึกษา^{5,10,11,14,16} แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของ Ekachai¹⁵ ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตรา

การผ่าตัดคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่ สาเหตุที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า อาจเนื่องมาจากน้ำหนักของทารกที่คลอดน้อยกว่า และน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์และการขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์น้อย จึงทำให้ทารกมีน้ำหนักน้อย เช่นเดียวกับภาวะผิวด้านส่วนของทารกและเชิงกราน พบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่มากกว่า เหมือนการศึกษาของ Nahathai⁵

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารกพบว่าทารกที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่มีจำนวนวันนอนมากกว่า 4 วัน มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดทั้งสองกลุ่มคือ ตัวเหลือง รองลงมาคือติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่พบความแตกต่างจำนวนทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและการช่วยชีวิตทารกที่นาที่ที่ 1 และ 5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sirikul, Siddhartha, Jolly^{6,11,14} ต่างจากการศึกษาของ Nahathai, Gordon, Ekachai^{5,10,15} ที่พบทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกตายคลอด ทารกต้องการความช่วยเหลือแรกคลอดในมารดาวัยรุ่นมากกว่าอธิบายได้จากข้อจำกัดของโรงพยาบาลเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเช่น ทารกน้ำหนักน้อยมาก ได้รับการวินิจฉัยความพิการของทารกก่อนคลอด ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่ดูแลทารกได้ จึงทำให้พบทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจำนวนน้อย

ข้อมูลเรื่องการติดเชื้อ HIV ในการศึกษานี้ค่อนข้างน่าสนใจ พบการติดเชื้อในมารดาวัยรุ่นถึง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา และพบการติดเชื้อหูตที่อวัยวะเพศมากกว่าวัยรุ่นผู้ใหญ่ซึ่งเป็นสาเหตุของการผ่าตัดคลอด แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นขาดการตระหนักถึงปัญหาเรื่องการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

ข้อดีของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาปัญหาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพบว่ามีอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นจำนวนมาก อันนำไปสู่การวางแผนและแก้ไขเพื่อลดจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และเพิ่มคุณภาพการฝากครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางมารดาและทารก

ข้อด้อยของการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง และไม่มีข้อมูลเรื่องความพร้อมของการตั้งครรภ์ ประวัติการทำแท้ง และการประเมินหลังคลอด เช่น ภาวะจิตใจ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การกลับไปศึกษาต่อในมารดาที่อยู่ในวัยเรียน

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การฝากครรภ์ควรเน้นให้ความรู้เฉพาะกลุ่ม และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลการตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งน่าจะลดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ลงได้

สรุป

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง น้ำหนักขึ้นน้อย มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ แต่ไม่เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดทารก น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ภูวเดช สุระโคตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลละหานทราย ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา และคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลละหานทรายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Phupong V. Adolescecnt pregnancy. In : reproductive health in extreme ages: how to approach ? Bangkok : Royal Thai college of Obstetrician and Gynecologist 2005; : 180-96.
2. Ministry of Public Health Bureau of Health Promotion. Maternal and child health status of Thailand in 2002. Nonthaburi : Ministry of Public Health; 2003.
3. Ministry of Social Development and human security.สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นปี พ.ศ.2553.[internet] 2554[cited 2012 sep 9]. Available from: http://www.uthaithani.m-society.go.th/Downlonddocument/teenage_pregnant%2053.doc
4. Isaranurug S, Tejawanichpong W. Sexual behaviour in middle and late childhood in Thailand-a documentation review from 1991-1999. Bangkok :Charoen-Deekanpim ; 2001.
5. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piya-man S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital. J Med Assoc Thai 2006;89(Suppl):118-23.
6. Isaranurug S, Mo-suwan L ,Choprapiwon C. Differences in Socio-Economic status,service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mother. J Med Assoc Thai 2006;89:145-51.

7. Suebnukarn K, Phupong V. Pregnancy outcomes in adolescent≤15years old. . J Med Assoc Thai 2005;88:1758-62.
8. Santos GH, Martin Mda G, Sousa Mda S, Batalha sde J. Impact of maternal age on perinatal outcomes and mode of deliver. Rev Bras Ginecol Obstet 2009;31:326-34.
9. Martins Mda G, Santos GH, Sousa Mda S, Costa JE, Simoes Vm. Association of pregnancy in adolescencand prematurity. Rev Bras Ginecol Obstet 2011;33:354-60.
10. Smith GCS, Pell J. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second birth;population based retrospective cohort study. BMJ 2001;323:476-9.
11. Yadav S, Choudhary D, Narayan KC, Kumar RN. Adverse reproductive outcomes associated with teenage pregnancy. Mcgill J Med 2008;11:141-4.
12. Chen X, Wen s, Flemming N, Demissie K, Rhoads G, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes. Int J Epidemiol 2007;36:368-73.
13. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. Maternal youth and pregnancy outcomes:middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years.Am J Obstet Gynecol 1994;171:184-7.
14. Jolly MC, Serbire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risk of pregnancy in women less than 18 years old. Obstet Gynecol 2000;96:962-6.
15. Kovavisarach E, Chairaj S, Tosang K, Asavapiriyant S, Chotigeat U. Outcomes of teenage pregnancy in Rajavithi hospital. J Med Assoc Thai 2010;93: 1-7.
16. Suwannachat B, Ualalitchoowong P. Maternal age and pregnancy outcomes. Srinagarind Med J 20007;22:401-7.
17. Hugh M, Dierker L, Miluzzi C. Low birth weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. Am J Obstet Gynecol 2003;1726-30.