

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ < 20 ปี)

Outcome of Teenage Pregnancy (Age < 20)

วสิน จงเจริญพรชัย พ.บ.ว.สูตินรีเวชวิทยา

Wasin Jongjareonpornchai M.D. Certified Board of OBGYN

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว

Division of Obstetrics & Gynecology

โรงพยาบาลนครปฐม

Nakornpathom Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึง ธันวาคม 2547 โดยแบ่งหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มอายุ < 20 ปี (กลุ่มศึกษา) มีจำนวน 898 คน และกลุ่มอายุ 20-34 ปี (กลุ่มควบคุม) มีจำนวน 4,397 คน พบว่ากลุ่มอายุ < 20 ปี มีอุบัติการณ์ของการให้กำเนิดทารกน้ำหนักแรกคลอด < 2,500 กรัม และ Apgar score ต่ำกว่า ≤ 7 สูงกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปีอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนปัญหาทารกตายคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม และยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดในกลุ่มอายุ 20-34 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุ < 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

ABSTRACT

This retrospective cohort study was performed to compare the obstetric outcome in singleton and nulliparous women that delivery at Nakornpathom Hospital during January to December 2004. They were grouped into 898 cases age < 20 (study group) and 4,397 cases age 20-34 (Control group). Incidence of low birth weight (< 2,500 gm). and low apgar score in aged < 20 group was higher than control group significantly. There were no differences in stillbirth and postpartum complications in this two groups. Incidence of antepartum complications were higher in control group than the study group significantly.

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 13-15 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยที่ยังไม่มีความพร้อมนี้ มักมีปัญหา เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้งผิด

กฎหมาย การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การตรวจพบความผิดปกติของมารดาในวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ 10 ดังนั้น การศึกษาผลของการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น

รุ่น (อายุ < 20 ปี) ในโรงพยาบาลนครปฐม อาจเป็นแนวทางในการวางแผนครอบครัว วางแผนดูแลรักษาหญิงวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบ obstetric outcome ระหว่างกลุ่มอายุ < 20 ปี และกลุ่มอายุ < 20-34 ปี
2. ดูการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และแนวโน้มที่เปลี่ยนไปของ obstetric outcome ของกลุ่มอายุ < 20 ปี เปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 20-34 ปี

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ทำแบบ retrospective cohort study โดยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2547 โดยคัดเฉพาะผู้ป่วยตั้งครรภ์เดี่ยว และเป็นครรภ์แรก (singleton and nulliparous woman) และทารกแรกคลอดต้องมีน้ำหนักตัว > 1,000 กรัม ได้หญิงตั้งครรภ์เข้าเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนทั้งหมด 5,295 คน แบ่งเป็นกลุ่มอายุ < 20 ปี 898 คน และกลุ่มอายุ 20-34 ปี 4,397 คน เมื่อนำมาศึกษาหาข้อมูลทั่วไป

และ obstetric outcome โดยใช้สถิติ ANOVA, LSD, Chi-Square, Relative Risk และ 95% Confidence Interval

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบอายุเฉลี่ยของกลุ่มอายุ < 20 ปี น้อยกว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มอายุ 20-34 ปี ประมาณ 8-9 ปี แต่สิ่งที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญชัดเจนมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ในกลุ่มอายุ < 20 ปี น้อยกว่า, ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัว < 2,500 กรัม พบมากกว่า และอายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่าแต่ปัญหาซีด (Hct < 30%) ไม่แตกต่างกัน แต่กลับพบ HIV + ve ในกลุ่มอายุ < 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญที่ค่า $P < 0.05$

จากตารางที่ 2 วิธีการคลอดทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญดังนี้ คือ กลุ่มอายุ < 20 ปี คลอดปกติ และคลอดโดยใช้หัตถการมากกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปี แต่กลุ่มอายุ 20-34 ปี คลอดโดยวิธีผ่าคลอดมากกว่า

ด้าน fetal outcome พบทารกคลอดไม่ต่างกัน แต่พบ apgar score ≤ 7 ในกลุ่มอายุ < 20 ปี มากกว่ามีค่า $P < 0.05$ และทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม ในกลุ่มอายุ < 20 ปี มากกว่าที่ค่า $P < 0.001$ ส่วนภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด ในกลุ่มอายุ < 20 ปี พบน้อยกว่าที่ค่า $P < 0.05$

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

	อายุ < 20 ปี (n = 898)	อายุ 20-34 ปี (n = 4,397)	P - value
อายุ	17.51 $\pm$ 1.45	26.28 $\pm$ 4.03	
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์	6.76 $\pm$ 3.19	8.12 $\pm$ 3.15	$P < 0.001$
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	2,898.53 $\pm$ 553.7	3,026.92 $\pm$ 508.3	$P < 0.001$
อายุครรภ์ขณะคลอด	37.95 $\pm$ 2.96	38.29 $\pm$ 2.23	$P < 0.001$
HIV + (%)	3 (0.3%)	52 (1.2%)	$P < 0.005$
ซีด (Hct < 30%)	78 (8.7%)	323 (7.3%)	0.167

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ Obstetric outcome

	อายุ < 20 ปี n = 898 (%)	อายุ 20-34 ปี n = 4,397 (%)	P - Value
วิธีการคลอด			
- คลอดปกติ	696 (77.50)	2,832 (64.40)	P < 0.001
- คลอดโดยใช้หัตถการ	42 (4.70)	189 (4.30)	P < 0.001
- ผ่าตัดคลอด	160 (17.80)	1,376 (31.30)	P < 0.001
Fetal outcome			
- ทารกน้ำหนักน้อย (< 2,500 กรัม)	148 (16.48)	501 (11.39)	P < 0.001
- Apgar score ต่ำ (≥ 7)	23 (2.56)	94 (2.14)	P < 0.05
- ทารกตายคลอด	7 (0.78)	29 (0.66)	0.715
ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด	16 (1.78)	102 (2.32)	P < 0.05
- ภาวะเป็นเบาหวาน			
- Severe preeclampsia and Eclampsia			
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	2 (0.22)	9 (0.20)	0.67
- ตกเลือดหลังคลอด			

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ Relative Risk และ 95% CI โดยใช้กลุ่มอายุ 20-34 ปีเป็นกลุ่มควบคุม

	Relative Risk (95% CI)
	อายุ < 20 ปี
คลอดปกติ	1.20 (1.15-1.25)
คลอดโดยใช้หัตถการ	1.09 (0.79-1.50)
ผ่าตัดคลอด	0.57(0.49-0.66)
ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย	1.45 (1.22-1.71)
Apgar score ต่ำ (≤ 7)	1.20 (0.77-1.87)
ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด	0.77 (0.46-1.29)

ตารางที่ 4 แสดงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด 5 อันดับแรก

	อายุ < 20 ปี n = 160 (%)	อายุ 20-34 ปี n = 1,376 (%)
CPD	61 (38.13)	426 (30.96)
Malpresentation	29 (18.13)	176 (12.79)
Fetal distress	18 (11.25)	135 (9.81)
Elective C/S	10 (6.25)	426 (30.96)
Twins	6 (3.75)	27 (1.96)

ขณะที่ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดไม่มีความแตกต่างกัน

จากตารางที่ 3 เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ relative risk และ 95% confidence interval โดยใช้กลุ่มอายุ 20-34 ปี เป็นกลุ่มควบคุมพบว่า

กลุ่มอายุ < 20 ปี คลอดปกติ, คลอดโดยให้หัตถการ, ให้กำเนิดทารกน้ำหนักแรกคลอด < 2,500 กรัม และ apgar score มากกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปี แต่การผ่าตัดคลอด หรือปัญหาแทรกซ้อนก่อนคลอดน้อยกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปี

จากตารางที่ 4 พบว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด 5 อันดับแรกเหมือนกัน แตกต่างกันที่จำนวนเปอร์เซ็นต์ หรือลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ กลุ่มอายุ < 20 ปี เริ่มที่ CPD, Malpresentation, Elective C/S, Fetal distress และ Twins, กลุ่มอายุ 20-34 ปี เริ่มที่ CPD, Elective C/S, Malpresentation, Fetal distress และ Twins ตามลำดับ

วิจารณ์

จากการศึกษานี้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มวัยรุ่น (อายุ < 20 ปี) ในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 898 ราย จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด 5,681 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.8 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายของกรมอนามัย

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทำได้ง่าย สะดวก และ

ปลอดภัยมากขึ้น เนื่องจากแพทย์มีความชำนาญมากขึ้น, การดมยา และยาปฏิชีวนะที่ดีขึ้นนำมาสู่การผ่าตัดคลอดที่ปลอดภัย จึงทำให้อัตราการผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เช่น ในสหรัฐอเมริกามีการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพิ่มขึ้นร้อยละ 4-5 ในปี พ.ศ. 2508 เป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2531¹³

ในประเทศไทยการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร⁷ พบว่าการผ่าตัดคลอดครั้งแรก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.19 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 22.44 ในปี พ.ศ. 2539

ในโรงพยาบาลรามาริบัติ การผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2524, ร้อยละ 26.2 ในปี พ.ศ. 2533 และร้อยละ 30.8 ในปี พ.ศ. 2538⁸

ในโรงพยาบาลศิริราช การผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.06 ในปี พ.ศ. 2522 เป็นร้อยละ 24.16 ในปี พ.ศ. 2531¹⁶

ในโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ ค่อนข้างคงที่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คือประมาณร้อยละ 7¹²

จากการศึกษานี้ พบว่าเมื่อรวมทั้งกลุ่มอายุ < 20 ปี และกลุ่มอายุ 20-31 ปี จะมีจำนวนผ่าตัดคลอด 1,536 ราย หรือร้อยละ 29.01 ใกล้เคียงค่าเฉลี่ยทั่วไป และพบว่ากลุ่มอายุ < 20 ปี ผ่าคลอดน้อยกว่ากลุ่มอายุ 20-

34 ปี อย่างมีนัยสำคัญ $P < 0.001$ หรือศึกษาแบบ relative risk และ 95% CI เทียบระหว่างกลุ่มอายุ < 20 ปี โดยใช้กลุ่มอายุ 20-34 ปี เป็นตัวควบคุม จะใช้ค่า RR 0.57 95% confidence interval 0.49-0.66 เมื่อดูจากตารางที่ 4 จะพบว่า ในกลุ่มอายุ < 20 ปี ส่วนใหญ่เป็น CPD 61 ราย หรือร้อยละ 38.13 ขณะที่กลุ่มอายุ 20-34 ปี มี 426 ราย หรือร้อยละ 30.96 แต่จะเห็นว่า ในกลุ่มอายุ 20-34 ปี มีการผ่าคลอดด้วยข้อบ่งชี้ Elective C/S 426 ราย เทียบกับในกลุ่มอายุ < 20 ปี มี Elective C/S เพียง 10 ราย ทำให้อัตราการผ่าคลอด ด้วย CPD ในกลุ่มอายุ 20-34 ปี น้อยกว่าในกลุ่มอายุ < 20 ปี (ร้อยละ 30.96 เทียบกับ ร้อยละ 38.13) จึงเห็นว่า ไม่อาจบอกได้ว่า ในกลุ่มอายุ < 20 ปี มี CPD มากกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปี จากเชิงกรานที่ยังไม่ขยายเพียงพอ

และถ้าตัดข้อบ่งชี้ การผ่าคลอด ด้วย Elective C/S ออก อัตราการผ่าคลอดในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะใกล้เคียงกัน

น้ำหนักทารกแรกคลอด < 2,500 กรัม พบได้มากในกลุ่มอายุ < 20 ปี มากกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญที่ค่า $P < 0.001$ และ Rk 1.45, 95% confidence interval 1.22-1.71 ทั้งนี้เนื่องจากจากเศรษฐกิจที่ต่ำ ต้องพึ่งพาผู้ปกครอง ร่างกายยังไม่เจริญเต็มที่ การฝากครรภ์ไม่ดีเท่าที่ควร การได้รับการศึกษา หรือความรู้ยังไม่สมบูรณ์ และขาดอาหารที่จำเป็น จึงทำให้เด็กมักคลอดไวกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปี ^{9,10,11,15} apgar score ต่ำ (≤ 7) สูงกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปี ^{9,10,11,15}

การติดเชื้อ HIV พบกลุ่มอายุ 20-34 ปีมากกว่ากลุ่มอายุ < 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญที่ค่า $P < 0.05$ เนื่องจาก 2 กลุ่มดังกล่าวมีช่วงอายุห่างกัน 8-9 ปี แสดงว่าประเทศไทยในช่วง 8-9 ปีมานี้ได้รณรงค์ให้การศึกษา และป้องกันโรคเอดส์ได้ผลดีขึ้นอย่างชัดเจน ดังปรากฏข่าวเป็นระยะ ๆ และองค์การอนามัยโลกก็ให้คำชม และถือประเทศไทยเป็นกรณีศึกษา

การพบภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดในกลุ่มอายุ

< 20 ปี น้อยกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ค่า $P < 0.05$, RR 0.77 95% confidence interval 0.46-1.29 เนื่องจากเมื่อคนอายุมากขึ้นย่อมมีโอกาส Type II DM สูงขึ้น เส้นเลือดย่อยเปลี่ยนแปลงไป มีไขมันแทรกมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น จึงนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด ทั้ง DM, Severe preeclampsia และ Eclampsia

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ < 20 ปี มีแนวโน้มเกิดภาวะ fetopelvic disproportion (CPD) ต่ำลง เนื่องจากปัจจัยเด็กหญิงเข้าสู่ระยะ puberty เร็วขึ้น จะเห็นว่าเด็กหญิงรุ่นใหม่ มี Menarche ประมาณ 9-10 ปี เป็นส่วนใหญ่เชิงกรานจึงขยายเต็มที่เร็วขึ้น

แต่ปัญหาคือร่างกายเด็กยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ reserve ในร่างกายยังไม่เพียงพอ อีกทั้งเศรษฐกิจยังไม่ดีจึงได้รับการฝากครรภ์ และระหว่างตั้งครรภ์อาหารที่จำเป็นไม่เพียงพอ ^{9,10,11,15} จึงมักให้กำเนิดเด็กน้ำหนักตัวแรกคลอด < 2,500 กรัม, apgar score ต่ำ (≤ 7) มากกว่ากลุ่มอายุที่มากขึ้น

การแก้ไขคือการให้การศึกษา และป้องกันการตั้งครรภ์จนกว่าจะถึงวัยอันควร เมื่อเด็กมีการศึกษาจนเรียบร้อยแล้ว มีอาชีพ มีงานทำ มีอายุมากขึ้น ร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่พร้อมจะมีบุตร และเลี้ยงดูครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Cuningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Levona KJ Gilstrap LC III, Hankins GDV, et al. editor. Williams Obstetrics. 20th ed. Connecticut : Appleton Lange, 1997 ; 560-577, 509-37, 693-744.
2. Igwegbe G. Udigwe A. Teenage pregnancy : still an obstetric risk. J Obstet Gynecat 2001 ; 21 : 478-81.
3. Taffel SM, Plack PJ, Moien M, Kosary CI. 1989 US Cesarean section rates steadies VBAC rises to nearly

- one in five. Birth 1991 ; 18 : 73-7.
4. Cunningham AJ. What's so bad about teenage pregnancy? J Fam Plann Reprod Health Care 2001 ; 27 : 36-41.
 5. สมชาย แต่งประกอบ Outcome of adolescent pregnancy in Surin Hospital วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2541 ; 13 : 193-9.
 6. Amini SB, Catalona PM. Dicker LJ, Mann LI. Births to teenagers : Trends and obstetric outcomes. Obstet Gynecol 1996 ; 87 : 668-74.
 7. Tangcharoensathien V, Hanvoravongchai P, Lertien-dumrong J. How to reduce cesarean section? ใน บุญศรี จันทน์วิชชุกุล, รสีก รังสิปการ, พญญ พันธุ์บุรณะ บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ร่วมสมัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง 1999 : 49-66.
 8. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, ยงยุทธ เหราบัตย์, กำแหง จาตุรจินดา, การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุศักดิ์ ฐานิพานิชกุล. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ รามาธิบดี ฉบับนิพนธ์ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ
 9. Pavlova-Green field T. Sutija VG, Guda valli M. Adolescent pregnancy : Positive perinatal outcome at a community hospital. J Perinat Med 2000 ; 28 : 443-6.
 10. Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy Hum Reprod 1997 ; 12 : 2303-5.
 11. ธนปดินทร์ ศษเสณี. Teenage pregnancy and low birth weight infant at Bhumibol Adulyadej Hospital. แพทย์ สาทหารอากาศ 2541 ; 44 : 1-14.
 12. Maternal-fetal Medicine 1989-1999. Maternal-fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Chaing Mai University. Thailand 2000.
 13. Chinvan thananond P. Caesarean section rate in thai Health Region 3 during 1993-1997. Thai J Obstet Gynecol 1999 ; (1) : 2537.
 14. Mark B Landon, Steven G. Gabbe : Diabetes Mellitus : High Risk Pregnancy, Management Option Vol 1 : 277-99.
 15. Tilapant V, Wutthiwareporn S, Swasdimonkol P. Changing trend in methods of delivery at Siriraj Hospital : a twenty-year review. Siriraj Hospital Gaz 2000 ; 52 (4) : 221-5.