

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการตั้งครรภ์ และการคลอดของสตรีวัยรุ่น ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

Outcome of Teenage Pregnancy at Samutsakhon Hospital

สมบัติ บุญโต พ.บ.,

ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Sombat Bunto M.D.,

Thai Board of Obstetrics and Gynecology

Division of Obstetrics and Gynecology

Samutsakhon Hospital

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: ภาวะการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์ การคลอด รวมถึงทารกแรกเกิด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์กลุ่มปกติ (อายุ 20-34 ปี) โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากจึงต้องการข้อมูล เพื่อการดูแลจัดการปัญหาของมารดาในกลุ่มนี้ทั้งระหว่างฝากครรภ์ และเมื่อคลอดรวมถึงทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลสมุทรสาคร รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มปกติ

สถานที่ศึกษา: กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ชนิดการศึกษา: Retrospective control study

วิธีการศึกษา: วิเคราะห์กลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และกลุ่มควบคุม จำนวน 13,408 ราย ที่คลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2555 จากข้อมูลของหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ การคลอดและผลลัพธ์ของทารกแรกเกิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ โดยมีช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญร้อยละ 95

ผลการศึกษา: กลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 1,669 ราย สตรีตั้งครรภ์กลุ่มปกติ (กลุ่มควบคุม) 11,739 ราย อุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 12.5 จากสตรีตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด พบการฝากครรภ์ด้วยคุณภาพในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($RR = 1.52$; 95% $CI = 1.40-1.65$) และมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง ($RR = 1.89$; 95% $CI = 1.71-2.08$) ภาวะคลอดก่อนกำหนด ($RR = 1.75$; 95% $CI = 1.51-2.01$) การคลอดเองทางช่องคลอด ($RR = 1.16$; 95% $CI = 1.12-1.19$) การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ($RR = 1.57$; 95% $CI = 1.38-1.79$) คะแนน APGAR ที่ 1 นาที ≤ 7 ($RR = 1.59$; 95% $CI = 1.25-2.03$) คะแนน APGAR ที่ 5 นาที ≤ 7 ($RR = 2.64$; 95% $CI = 1.84-3.79$) แต่พบโอกาสเสี่ยงต่ำกว่าในกรณีการผ่าตัดคลอด ($RR = 0.71$; 95% $CI = 0.64-0.79$) และการใช้หัตถการช่วยคลอด (V/E) ($RR = 0.47$; 95% $CI = 0.35-0.62$)

สรุป: พบอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ร้อยละ 12.5 และพบการฝากครรภ์ด้วยคุณภาพในกลุ่มนี้เมื่อเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญ ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกน้ำหนักน้อย และการมีคะแนน APGAR ที่ต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ปกติ อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น, อุบัติการณ์, ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

ABSTRACT

Background: Pregnancy in teenage has been considered as a high risk situation that increased adverse obstetric and perinatal outcomes when compares with normal age pregnancy. Samutsakhon Hospital has a high incidence of teenage pregnancies and needs more information for managing this group in the aspects of antenatal care, delivery, neonatal outcome.

Objective: The study aimed to determine the incidence of teenage pregnant women and compare obstetric and perinatal outcomes between teenage and adult pregnant women.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology. Samutsakhon Hospital, Thailand.

Study design: Retrospective control study.

Method: The study performed analyses of 13,408 pregnant women 10-19 (study group) and 20-34 years old (control group) who delivered during October 1st, 2010 to September 30th, 2012. The data were retrieved from the electronic delivery center program included characteristic, obstetric, neonatal outcomes and analyzed by using relative risk with 95% confidence interval.

The results: The study group and control group consisted of 1,669 and 11,739 women respectively. This incidence of teenage pregnant women was 12.5% (in all age group) The study group had inadequate antenatal care than control group (RR = 1.52; 95% CI = 1.40-1.65) The study group was associated with anemia (RR = 1.89; 95% CI = 1.71-2.08) preterm labor (RR = 1.75; 95% CI = 1.51-2.01) normal delivery (RR = 1.16; 95% CI = 1.12-1.19) low birth weight (RR = 1.57; 95%CI = 1.38-1.79) Apgar score at 1 min $\leq$ 7 (RR = 1.59; 95% CI = 1.25-2.03) Apgar score at 5 min $\leq$ 7 (RR = 2.64; 95% CI = 1.84-3.79) but lower risk of cesarean section (RR = 0.71; 95% CI = 0.64-0.79) operative vaginal delivery (V/E) (RR = 0.47; 95% CI = 0.35-0.62).

Conclusion: The incidence of teenage pregnant woman was 12.5%. This group had a higher incidence of inadequate antenatal care and increased the risk of adverse obstetric and perinatal outcomes in anemia, preterm labor, low birth weight and low Apgar score.

Keywords: teenage pregnancy, incidence, pregnancy outcomes.

บทนำ

โลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย และรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และ ภัยธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อมนุษยชาติอย่างมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประมาณร้อยละ 50 ของเด็กชั้นมัธยม เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 13 ปี¹ มีสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ปีละประมาณ 1 ล้านคน ครึ่งหนึ่งคลอดในช่วงอายุ 11-19 ปี² มีอัตราคลอดสูงกว่าประเทศพัฒนาอื่นๆ อย่างน้อย 5 เท่า³ อุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในสหรัฐอเมริกา จากปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 6 ลดลงในปี พ.ศ. 2552 พบร้อยละ 3.91⁴

ในประเทศไทยประมาณร้อยละ 30 ของวัยรุ่นชาย และร้อยละ 15 ของวัยรุ่นหญิง เคยมีเพศสัมพันธ์ แนวโน้มเพิ่มขึ้นจนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 การขาดความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เมื่อตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนมากยังไม่พร้อมที่จะดูแลตนเองและบุตร ต้องได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว⁵

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนสูงกว่าในวัยผู้ใหญ่ ทั้งทางด้านมารดา และทารก เช่น ภาวะโลหิตจาง⁶ ภาวะโภชนาการ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อัตราขาดออกซิเจนแรกคลอดสูงกว่าในวัยผู้ใหญ่⁷

ในประเทศไทย พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นประมาณร้อยละ 10-13^{7,8} กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้กำหนดเป้าหมายวัยรุ่นตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10⁹

อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2552, 2553, 2554 มีอัตราของมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 17.03, 16.4, 16.95 ตามลำดับ ซึ่งสูงมาก การศึกษา

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาล 509 เตียง มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดประมาณ 7,000 คน ต่อปี และศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ด้านมารดา และทารกแรกเกิดระหว่างสตรีวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปี และสตรีวัยผู้ใหญ่ เพื่อนำผลการศึกษามาช่วยในการวางแผนเพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น ตลอดจนวางแผนดูแลการฝากครรภ์อย่างมีมาตรฐาน เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. ศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ ผลการตั้งครรภ์ และการคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลสมุทรสาคร
3. ศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของมารดา และทารกตลอดจนวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มปกติอื่นจะนำไปสู่การวางแผนป้องกันลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมไปถึงการวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นได้

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective control study) กลุ่มประชากรศึกษาประกอบด้วย สตรีวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) กลุ่มเปรียบเทียบประกอบด้วย สตรีตั้งครรภ์ อายุ 20-34 ปี ที่คลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 - 30 กันยายน พ.ศ. 2555 โดยศึกษาข้อมูลของหน่วยงานฝากครรภ์และห้องคลอดโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยปัจจัยที่ทำการศึกษาได้แก่

ลักษณะทางประชากรศาสตร์และลักษณะทางสูติกรรม
ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย อายุ อาชีพ เชื้อชาติ ดัชนีมวลกาย ประวัติคลอดทำแท้ง การตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และ

การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ประกอบด้วย

ภาวะโลหิตจาง (anemia) การติดเชื้อเอดส์, การติดเชื้อซิฟิลิส, ภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ (premature rupture of the membranes), ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus), ภาวะรกเกาะต่ำ (placental previa), โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย, ภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ (hypertensive disorder in pregnancy) และส่วนนำทารกที่ไม่ใช่ศีรษะ (abnormal presentation)

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด ประกอบด้วย ศีรษะทารกติดสัดส่วนกับช่องเชิงกราน (CPD) และทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (Fetal distress)

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ประกอบด้วย ตกเลือดหลังคลอด (post partum hemorrhage), รกค้าง (retained placenta), แผลแยก (wound disrubtion), perineal hematoma และมารดาเสียชีวิต

ผลด้านทารกแรกเกิด ประกอบด้วย

น้ำหนักเฉลี่ย, การคลอดก่อนกำหนด (preterm baby), ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนหลังคลอด (คะแนน APGAR ที่ 1 นาที และ 5 นาที ≤ 7), ทารกพิการแต่กำเนิด และภาวะคลอดทารกเสียชีวิต (still birth)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

รายงานผลการศึกษาในรูปสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะทางสูติกรรม ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม และผลด้านทารกแรกเกิด เปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ โดยคำนวณอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk; RR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) และมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า $P < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ช่วงปีที่ศึกษาวิจัย มีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตร จำนวน 1,669 ราย จากจำนวนสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาคลอดทั้งสิ้น 13,408 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์สตรีวัยรุ่นมาคลอดร้อยละ 12.5 ได้ทำการศึกษาข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ใน 2 กลุ่มช่วงอายุ คือช่วงอายุ 10-19 ปี จำนวน 1,669 ราย ช่วงอายุ 20-34 ปี (กลุ่มควบคุม) จำนวน 11,739 ราย รวมประชากรศึกษาใน 2 กลุ่มอายุนี้นี้ จำนวน 13,408 ราย

ตารางที่ 1 อายุของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ 18-19 ปี (ร้อยละ 50.9) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 49.3) มีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ระหว่างกำลังศึกษาอยู่ (ร้อยละ 15.9) ส่วนใหญ่เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 92.3) มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 41.8 มีประวัติลอบทำแท้ง โดยการกินยาขับเลือดในกลุ่มคนไทยถึงร้อยละ 10.5 ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 87.1) ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 82.8) และก่อนการตั้งครรภ์ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 72.9)

ตารางที่ 2 ค่า relative risk, $RR > 1$ คือเพิ่มโอกาสเสี่ยง, $RR < 1$ คือลดโอกาสเสี่ยง ลักษณะทางสูติกรรมและภาวะแทรกซ้อนของสตรีวัยรุ่นเปรียบเทียบกับสตรีวัยผู้ใหญ่ พบว่าอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ มีสัดส่วนที่ต่ำกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (17.2%: 23.2%, $RR = 0.69$; 95% CI = 0.60-0.79, $P < 0.05$) ฝากครรภ์ 4 ครั้งหรือมากกว่า ในสัดส่วนที่ต่ำกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (69.5%: 79.9%, $RR = 0.87$; 95% CI = 0.84-0.89, $P < 0.05$) และมีภาวะโลหิตจางในสัดส่วนสูงกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (23.8%: 12.6%, $RR = 1.89$; 95% CI = 1.71-2.08, $P < 0.05$) ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน (ค่า $P > 0.05$)

ตารางที่ 3 สตรีวัยรุ่นมีการคลอดปกติในสัดส่วนที่สูงกว่าวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (77.5%: 67%, $RR = 1.16$; 95% CI = 1.12-1.19, $P < 0.05$) และมีการผ่าตัดคลอด และการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศใน

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะทางสูติกรรมของมารดาวัยรุ่น

ข้อมูลส่วนบุคคล/ลักษณะทางสูติกรรม	จำนวน = 1,669 ราย	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
10-15 ปี	168	10.1
16-17 ปี	651	39
18-19 ปี	580	50.9
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	266	15.9
รับจ้าง	823	49.3
แม่บ้าน/ไม่ประกอบอาชีพ	206	12.4
อื่นๆ	374	22.4
เชื้อชาติ		
ไทย	1,541	92.3
ต่างชาติ (พม่า, มอญ, ลาว, กระเหรี่ยง)	128	7.7
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)		
น้อยกว่า 19.66	697	41.8
ประวัติลอบทำแท้ง		
ซักประวัติคนไทย (n = 1541)	162	10.5
การตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	1,453	87.1
ครรภ์หลัง	216	12.9
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)		
≤ 12	287	17.2
> 12	1,382	82.8
การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์		
- คุม	452	27.1
- ไม่คุม	1,217	72.9
haematocrit น้อยกว่า 33%	397	23.8

ตารางที่ 2 ข้อมูลลักษณะทางสูติกรรมและภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นเปรียบเทียบกับมารดาผู้ใหญ่

ปัจจัย	มารดาวัยรุ่น n = 1,669 จำนวน (ร้อยละ)	มารดาผู้ใหญ่ n = 11,739 จำนวน (ร้อยละ)	RR	95% CI	P-value
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก					
≤ 12 สัปดาห์	287 (17.2)	2,723 (23.2)	0.69	0.60-0.79	0.000
> 12 สัปดาห์	1,382 (82.8)	9,016 (76.8)	1.45	1.27-1.66	0.000
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ (ครั้ง)					
< 4	509 (30.5)	2,355 (20.1)	1.52	1.40-1.65	0.000
≥ 4	1,160 (69.5)	9,384 (79.9)	0.87	0.84-0.89	0.000
มีภาวะโลหิตจาง (HCT < 33%)	397 (23.8)	1,479 (12.6)	1.89	1.71-2.08	0.000
ติดเชื้อเอดส์	8 (0.5)	94 (0.8)	0.59	0.29-1.23	0.08
ติดเชื้อซิฟิลิส	8 (0.5)	58 (0.5)	0.97	0.46-2.03	0.47
น้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์นานเกิน 24 ชม.	32 (1.9)	176 (1.5)	1.28	0.88-1.86	0.09
เป็นเบาหวาน	32 (1.9)	292 (2.5)	0.77	0.54-1.11	0.08
มีภาวะรกเกาะต่ำ	7 (0.4)	59 (0.5)	0.84	0.38-1.82	0.33
เป็นโรคธาลัสซีเมีย	3 (0.2)	35 (0.3)	0.60	0.19-1.96	0.19
เป็นพาหะธาลัสซีเมีย	63 (3.8)	399 (3.4)	1.11	0.86-1.44	0.22
มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์	33 (2)	188 (1.6)	1.24	0.86-1.78	0.13
ส่วนน้ำหนักที่ไม่ใช้ศีรษะ	82 (4.9)	622 (5.3)	0.93	0.74-1.16	0.25

ตารางที่ 3 วิธีการคลอดของมารดาวัยรุ่นเปรียบเทียบกับมารดาผู้ใหญ่

ปัจจัย	มารดาวัยรุ่น n = 1,669 จำนวน (ร้อยละ)	มารดาผู้ใหญ่ n = 11,739 จำนวน (ร้อยละ)	RR	95% CI	P-value
คลอดปกติ	1,294 (77.5)	7,865 (67)	1.16	1.12-1.19	0.000
คลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ	50 (3)	751 (6.4)	0.47	0.35-0.62	0.000
คลอดด้วยคีม	8 (0.5)	35 (0.3)	1.61	0.75-3.46	0.11
คลอดท่าก้น	9 (0.5)	47 (0.4)	1.35	0.16-2.74	0.21
ผ่าตัดคลอด	308 (18.5)	3,041 (25.9)	0.71	0.64-0.79	0.000

สัดส่วนที่ต่ำกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ (18.5%: 25.9%, RR = 0.71; 95% CI = 0.64-0.79, P < 0.05) (3%: 6.4%, RR = 0.47; 95% CI = 0.35-0.62, P < 0.05) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด และหลังคลอดของสตรีวัยรุ่น ไม่แตกต่างกับสตรีวัยผู้ใหญ่

ตารางที่ 5 สตรีวัยรุ่นมีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนด ในสัดส่วนสูงกว่า (12.4%: 7.1%, RR = 1.75; 95% CI = 1.51-2.01, P < 0.05) คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (< 2,500 กรัม) สัดส่วนสูงกว่า (14%: 8.9%, RR = 1.57; 95% CI = 1.38-1.79, P < 0.05) และทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน (คะแนน APGAR ที่ 1 และ 5 นาที ≤ 7) ในสัดส่วนที่สูงกว่า (4.5%: 2.8%, RR = 1.59; 95% CI = 1.25-2.03, P < 0.05) (2.4%: 0.9%, RR = 2.64; 95% CI = 1.84-3.79, P < 0.05) แต่การตั้งครภ์เกินกำหนด, ทารกพิการแต่กำเนิด และทารกตายคลอดไม่แตกต่างกัน²⁰⁻²³

วิจารณ์ผลการศึกษา

จากการศึกษาผลการตั้งครรภ์ และการคลอดในวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ร้อยละ 12.5 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)

กำหนดไม่เกินร้อยละ 10⁹ การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่พบอุบัติการณ์อยู่ในช่วงร้อยละ 10.7-24.6^{8,10-12}

จากสถิติของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ปี พ.ศ. 2552 สถิติมารดาวัยรุ่น ร้อยละ 13.55 ถือว่าสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก และเป็นปีที่ 1 ในเอเชีย ปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 13.76 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2543 ซึ่งพบร้อยละ 11.79 เมื่อดูสถิติมารดาวัยรุ่นรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2552 จังหวัดกำแพงเพชร, ประจวบคีรีขันธ์, พิจิตร มีสถิติมารดาวัยรุ่นร้อยละ 20.40, 18.89, 18.87 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2553 จังหวัดสมุทรสงคราม, กำแพงเพชร, ตาก มีสถิติมารดาวัยรุ่นร้อยละ 21.88, 21.08, 19.73 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2553 ภาคเหนือสูงสุดร้อยละ 15.60 ภาคใต้น้อยสุด ร้อยละ 10.97⁹

จากการศึกษานี้มารดาวัยรุ่นมีอายุ 18-19 ปี ถึงร้อยละ 50.9 ซึ่งการศึกษาจากหลายจังหวัดในประเทศไทย พบอายุขณะคลอดในกลุ่มมารดาวัยรุ่น ประมาณ 17.20-18.03 ปี^{8,10-14}

จากการศึกษา ร้อยละ 92.3 เป็นคนไทย พบชาวต่างชาติเช่น พม่า มอญ ลาว และกระเหรี่ยงเพียง ร้อยละ 7.7 จังหวัดสมุทรสาครมีชาวต่างชาติ เข้ามาทำงานเป็นจำนวนมากจากสถิติของโรงพยาบาลใน ปี พ.ศ. 2555 มี

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอดและหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นเปรียบเทียบกับมารดาผู้ใหญ่

ปัจจัย	มารดาวัยรุ่น n = 1,669 จำนวน (ร้อยละ)	มารดาผู้ใหญ่ n = 11,739 จำนวน (ร้อยละ)	RR	95% CI	P-value
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด					
CPD	102 (6.1)	610 (5.2)	1.18	0.96-1.44	0.06
Fetal distress	47 (2.8)	412 (3.5)	0.80	0.59-1.08	0.07
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด					
PPH	5 (0.3)	47 (0.4)	0.75	0.29-1.88	0.27
Retained placenta	5 (0.3)	23 (0.2)	1.53	0.58-4.02	0.19
Wound disruption	1 (0.1)	12 (0.1)	0.59	0.08-4.50	0.30
Perineal hematoma	1 (0.1)	12 (0.1)	0.59	0.08-4.50	0.30
Maternal death	0	1 (0.01)	-	-	0.35

หมายเหตุ Maternal death มารดาผู้ใหญ่ 1 คน (0.01%) = (7.4/100,000 การเกิดมีชีวิต)

ตารางที่ 5 ผลต่อทารกแรกเกิดของมารดาวัยรุ่นเปรียบเทียบกับมารดาผู้ใหญ่

ปัจจัย	มารดาวัยรุ่น n = 1,687 จำนวน (ร้อยละ)	มารดาผู้ใหญ่ n = 11,813 จำนวน (ร้อยละ)	RR	95% CI	P-value
น้ำหนักทารกแรกเกิด (ค่าเฉลี่ย, กรัม)	2,890	3,073			
คลอดก่อนกำหนด	209 (12.4)	838 (7.1)	1.75	1.51-2.01	0.000
คลอดครบกำหนด	1,462 (86.6)	10,869 (92)	0.94	0.92-0.96	0.000
ตั้งครรภ์เกินกำหนด	16 (1)	106 (0.9)	1.06	0.63-1.78	0.42
Apgar score ที่ 1 นาที ≤ 7	75 (4.5)	330 (2.8)	1.59	1.25-2.03	0.000
Apgar score ที่ 5 นาที ≤ 7	40 (2.4)	106 (0.9)	2.64	1.84-3.79	0.000
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (< 2,500 กรัม)	236 (14)	1,051 (8.9)	1.57	1.38-1.79	0.000
ทารกพิการแต่กำเนิด	12 (0.7)	107 (0.9)	0.79	0.43-1.42	0.21
ทารกตายคลอด	13 (0.8)	74 (0.6)	1.23	0.68-2.21	0.24
ตายสด	3 (0.1)	18 (0.1)	1.17	0.34-3.96	0.40
ตายเปื่อยยุ่ย	10 (0.6)	56 (0.5)	1.25	0.64-2.45	0.26

หญิงตั้งครรภ์มาคลอดเป็นชาวต่างชาติถึงร้อยละ 36 แต่พบเป็นสตรีวัยรุ่นเพียงร้อยละ 7.7 แสดงว่าปัญหาสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นปัญหาของคนไทยเท่านั้น

มารดาวัยรุ่นมารับการฝากครรภ์ด้วยจำนวนครั้งในสัดส่วนที่ต่ำกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับรายงานอื่น ๆ^{5,6,10,11,13,15} และมารับการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ น้อยกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่แสดงถึงขาดความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง และบุตรในครรภ์น่าจะเกิดจากความไม่พร้อมของการตั้งครรภ์ เพราะพบมีประวัติลอบทำแท้ง กินยาขับในมารดาวัยรุ่นไทยถึงร้อยละ 10.5 และมีประวัติไม่คุมกำเนิดถึงร้อยละ 27.1

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษานี้ พบถึงร้อยละ 23.8 สูงกว่าวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับหลายรายงาน^{6,8,10-12,16} แต่มีอีกหลายรายงานที่ไม่พบความแตกต่าง^{5,17,18} น่าจะเกิดจากเกณฑ์การวินิจฉัย เพราะมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อตั้งครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ทำให้ได้ธาตุเหล็กเสริมช้า และมารดาวัยรุ่นร่างกายกำลังเจริญเติบโต และมักมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ทำให้เป็นสาเหตุของภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์¹⁹

การศึกษาเรื่องการติดเชื้อเอดส์และซิฟิลิส ไม่พบความแตกต่าง เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ^{6,11} เช่นเดียวกับภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พบความแตกต่างระหว่างมารดาของกลุ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ¹¹ แต่ขัดแย้งกับทางทฤษฎี⁷ และบางการศึกษา ซึ่งจะพบเบาหวานน้อยกว่า แต่พบภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์สูงกว่าในมารดาวัยรุ่น^{8,10,17,20}

จากการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนดสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{5,8,10-12,17-18,21-22} ดังนั้นในทางสูติกรรมควรให้การดูแลมารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด

ผลการศึกษาเรื่องวิธีการคลอด พบว่ามารดาวัยรุ่นคลอดด้วยวิธีคลอดปกติทางช่องคลอดสูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่

ในขณะที่คลอดโดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่ำกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{5,6,8,10-12,16,20,22} อธิบายได้จากการศึกษานี้ พบมารดาวัยรุ่นคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า และพบภาวะคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ และมารดาวัยผู้ใหญ่เป็นการตั้งครรภ์หลังมากกว่า ก็จะมีการผ่าตัดคลอด โดยข้อบ่งชี้ Previous caesarean section และมารดาวัยผู้ใหญ่ มีความพร้อมในด้านเศรษฐกิจดีกว่ามารดาวัยรุ่นทำให้มีอัตราการฝากคลอดพิเศษสูงกว่า ทำให้มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่ามารดาวัยรุ่น อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 กำหนดไม่เกินร้อยละ 25⁹ ซึ่งยังต่ำกว่าของประเทศพัฒนาแล้ว เช่นประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2552 มีอัตราร้อยละ 32.9⁴ และจากการศึกษานี้พบอัตราการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศน้อยกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{10,11,16} แต่บางการศึกษาไม่พบความแตกต่าง¹⁵

จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนระหว่างและการคลอด และหลังคลอดไม่พบความแตกต่างของกลุ่มมารดาวัยรุ่นและมารดาวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{12,17,20}

การศึกษานี้พบความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ^{5,8,11,12,17,18,21-23} แต่บางการศึกษาไม่พบความแตกต่าง^{16,24}

การศึกษาเรื่องทารกขาดออกซิเจนแรกคลอดพบสูงกว่าในมารดาวัยผู้ใหญ่ที่ 1 นาที และที่ 5 นาที เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ^{10,11,16,21,25} เพราะมารดาวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมฝากครรภ์ด้วยคุณภาพ และทารกน้ำหนักน้อย แต่มีบางรายงานก็ไม่พบความแตกต่างของภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนหลังคลอด^{8,12,15} ส่วนเรื่องทารกพิการแต่กำเนิด และทารกตายคลอดไม่พบความแตกต่าง^{6,10,24}

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่ามารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูง

ต่อการฝากครรภ์ด้วยคุณภาพ พบภาวะแทรกซ้อนโลหิตจาง, การคลอดก่อนกำหนด, ทารกน้ำหนักตัวน้อย และทารกขาดออกซิเจนแรกคลอดมากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีโอกาเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดบุตรน้อยกว่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่อนุญาต และสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ห้องฝากครรภ์ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. จากการศึกษาพบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 12.5 จึงดำเนินการโดย

1.1 กับเยาวชนที่ยังไม่เกิดปัญหา

จากการศึกษาพบเป็นนักเรียนนักศึกษาถึงร้อยละ 15.9 ปี 2555 โรงพยาบาลสมุทรสาคร จัดทำ “โครงการบูรณาการสร้างเสริมความรู้ ทักษะ ป้องกันความเสี่ยงในวัยรุ่น” โดยใช้แนวคิด การสร้างการมีส่วนร่วม และพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารโรงเรียน ครู ผู้บริหารของท้องถิ่น เจ้าหน้าที่กระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และสื่อมวลชนมีกิจกรรมอบรมแกนนำวัยรุ่น สร้างภาคีเครือข่ายวัยรุ่น จัดตั้งมุมเพื่อนใจวัยรุ่น และพัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. ใส่ใจวัยรุ่นในชุมชน เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้เรื่องเพศศึกษา และการคุมกำเนิด มีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม

1.2 แก่ไขปัญหาให้กับเยาวชนที่เกิดปัญหา

“โครงการตั้งครรภ์ก่อนวัย ใส่ใจสุขภาพ, คุณแม่วัยใส ห่วงใยอนาคต” จัดกิจกรรมกลุ่มวัยรุ่น และครอบครัว จำนวน 40 ราย เพื่อให้คุณแม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ และคลอดบุตร อย่างมีคุณภาพ

2. จากผลการศึกษาพบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง, การคลอดก่อนกำหนด,

ทารกน้ำหนักตัวน้อย และภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน จึงจัดบริการการฝากครรภ์อย่างเหมาะสม ถือว่ามารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มตั้งครรภ์เสี่ยงมีการดูแลอย่างเหมาะสมทั้งระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อให้ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก มีการวางแผนครอบครัวเพื่อลดอุบัติเหตุ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ลดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยต้องทำการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance-United states 2001. In: Morbidity and Mortality Weekly Report. 2002; 51:1-64.
2. Felice ME, Feinstein RA, Fisher MM, et al. American Academy of Pediatrics COA. Adolescent pregnancy current trends and issues: 1998 American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, 1998-1999. Pediatrics. 1999; 103(2):516-20.
3. Anachebe NF, Sutton MY. Racial disparities in reproductive health outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2003;188:537-42.
4. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2009. National Vital Statistics Reports. 2010;59(3):1-14.
5. Isaranurug S, Mo-suwan L, Choprapawon C. Differences in socio-economic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. J Med Assoc Thai. 2006;89:145-51.
6. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. J Med Assoc Thai. 2006;89:(suppl 4):S118-23.

7. วรพงศ์ ภู่งศ์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน: วีระพล จันทร์ดียิง, จิตติ หาญประเสริฐพงษ์, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาเด็กและวัยรุ่น. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2548. หน้า 375-86.
8. วิทยา วัฒนเรืองโกวิท. ผลของการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลโสธร. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 6-7. 2554;25(2):227-38.
9. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11(พ.ศ. 2555-2559). [วันที่สืบค้น 19 ตุลาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก URL: <http://bps.ops.moph.go.th/plan11.htm>
10. ดิลก ลาภานันต์. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาวัยรุ่นเปรียบเทียบกับมารดาผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒราช. วารสารวิชาการเขต 12. 2553;21(3):147-56.
11. ชวม์ย สืบบุญการณ. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2554; 26(1):124-38.
12. พีระยุทธ สานกุล, เพียงจิตต์ ธารไพโรสานนท์. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. ไทยเฝ้าระวังสุขภาพและวิทยาการสุขภาพ. 2551;3(1):97-102.
13. สุพจน์ เสี่ยงพรหม. ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ. วารสารโรงพยาบาลเมืองจะเชิงเทรา. 2550;23:9-16.
14. อัญชลี ภู่งศ์. อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์วัยรุ่นโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา. สรรค์ประชากรเวชสาร. 2552;6: 67-77.
15. เอกชัย ศิริพานิช. ผลการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒราชระหว่าง พ.ศ. 2549-2551. วารสารวิชาการเขต 12. 2552;20: 93-104.
16. บรรพจน์ สุวรรณชาติ, ประภัศร เอื้อลลิตชวงศ์. อายุมารดากับผลของการคลอด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2550;22(4):401-7.
17. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: a retrospective study. Int J Nurs Stud. 2007;44: 1158-64.
18. วรางค์รัตน์ เอกอนันต์กุล. ผลของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ในโรงพยาบาลน่าน. วารสาร โรงพยาบาลอุดรธานี. 2550;15(3):96-104.
19. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008;137:165-71.
20. Kurmar A, Singh T, Basu S, et al. Outcome of teenage pregnancy. Indian J Pediatr. 2007;74: 927-31.
21. Rocha RC, de Souza E, Soares EP, et al. Prematurity and low birth weight among Brazilian adolescents and young adults. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010;23:142-5.
22. ชุมพล ศักดิ์ญานันท์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโรงพยาบาลสมุทรปราการ. พุทธชินราชเวชสาร. 2550;24 (2):120-8.
23. Densiriaksorn S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Nongkhai Hospital. Chula Med J. 2008;52(5):321-30.
24. Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, et al. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87:178-83.
25. Whitehead E. Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors: a comparative and analytical study. Midwifery. 2009;25(2):147-54.