ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อย ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Prevalence and Factors Associated with Anemia Among Young Adolescent Pregnancy at King Narai Hospital

ปริชญา หอมทรัพย์ พ.บ.,
วว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา,
วว. มะเร็งนรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
จังหวัดลพบุรี

Pitchaya Homsup M.D.,
Dip., Thai board of Obstetrics and Gynecology,
Thai Subboard of Gynecologic Oncology
Division of Obstetrics and Gynecology
King Narai Hospital
Lopburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2564 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 17 ปี ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และเข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 270 ราย และสุ่มแบ่งกลุ่มการศึกษาเป็นกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง และกลุ่มที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยโปรแกรม SPSS รุ่น 22 ใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรตัวเดียว และพหุตัวแปร โดยกำหนด p value น้อยกว่า .05 ถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา: ความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อย คือ ร้อยละ 19.3 ในกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง จะมีอัตราการไม่ฝากครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด คะแนนแอพการ์ที่ 1 นาทีน้อยกว่า 7 และภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง เมื่อทำการวิเคราะห์แบบหลายปัจจัยแล้ว พบว่า การไม่ฝากครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง (OR = 5.08, 95% CI = [1.22, 21.17] และ OR = 2.86, 95% CI = [1.18, 6.93] ตามลำดับ)

สรุป: สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยที่ไม่ฝากครรภ์และมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยฉพาะกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางร่วมด้วย

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจาง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อย ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ของทารกแรกเกิด
วารสารแพทย์เขต 4-5 2566 ; 42(2) : 253–262.

Abstract

Objective: This was to determine the prevalence and associated factors with anemia among young adolescent pregnancies at King Narai Hospital.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted between January 1, 2018 and December 31, 2021. A total of 270 medical records from pregnant women aged below 17 years who were delivered at King Narai Hospital were collected and randomized according to anemia group (study group) and non-anemia group. Statistical analysis was performed by SPSS version 22. Univariable and multivariable analysis was used with p value < .05 and was considered statistically significant.

Results: The prevalence of anemia in young adolescent pregnant women was 19.3%. The anemia group had higher rates of no antenatal care, sexually transmitted diseases, preterm labor, preterm birth, fetal distress, low birth weight, birth asphyxia, APGAR score at 1 minute less 7, and respiratory distress syndrome compared with the non-anemia group. Multivariable analysis showed that no antenatal care and sexually transmitted infections were associated with anemia in pregnancy (OR = 5.08, 95% CI = [1.22, 21.17] and OR =2.86, 95% CI = [1.18, 6.93], respectively)

Conclusion: Young adolescent pregnancy who sexually transmitted infections and no antenatal care were significantly increased risk of adverse pregnancy and neonatal outcomes, especially in the anemia group.

Keywords: anemia in pregnancy, young adolescent pregnancy, pregnancy outcomes, neonatal outcomes

Received: Feb 02, 2023; Revised: Feb 16, 2023; Accepted: Apr 01, 2023

Reg 4-5 Med J 2023 ; 42(2) : 253–262.

บทนำ

วัยรุ่น (adolescents) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก คือ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10–19 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ก่อนที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตในด้านต่างๆอย่างรวดเร็ว ส่งผลกับความรู้สึก ความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรมต่างๆ กับกลุ่มเพื่อน ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมรอบตัวของวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบทั้งในระบบการบริการสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ทั้งระดับประเทศและระดับโลก การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความเกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารก และความเจ็บป่วยรุนแรงของทารกถึงร้อยละ 23[1] ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ยังไม่มีความพร้อมในการรับมือกับการแก้ปัญหา ทำให้มีการฝากครรภ์ช้า มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติดหรือการสูบบุหรี่ บางส่วนนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น ความดันโลหิต

สูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด หรือทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์[2–6]

ในด้านสังคม ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีระดับการศึกษาที่น้อย ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพทางเพศและเพศศึกษา โดยเฉพาะการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง มีผลต่อเนื่องถึงโอกาสทางการศึกษา และการทำงาน เนื่องจากขณะตั้งครรภ์ทำให้ต้องพักการเรียนหรือ ลาออก ในบางรายต้องหยุดทำงาน ทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษาต่อ หรือขาดโอกาสการเลือกทำงานที่มีรายได้สูง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐานะของครอบครัวตนเองในเวลาต่อมา นอกจากนี้ในบางครอบครัว ยังต้องรับภาระเลี้ยงดูบุตรคนเดียว มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป ร้อยละ16-44 มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และรู้สึกตัวเองมีคุณค่าน้อยลง[7,8]

ในประเทศไทย สถานการณ์การคลอดมีชีพในวัยรุ่นที่มีอายุ 15–19 ปี ตั้งแต่ปี 2559 ถึง 2564 มีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยในปี 2559 พบอัตราการคลอด 42.5 ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกันจำนวน 1,000 คน ลดลงเหลือ 26.2 ในปี 2564 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 14.94 ในปี 2562 เหลือร้อยละ 13.41 ในปี 2564 ซึ่งสถิติดังกล่าวยังสูงเกินกว่าค่ามาตรฐานองค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ คือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ 10 ของประชากรวัยรุ่น[9]

ในประเทศที่กำลังพัฒนา ปัญหาเรื่องภาวะโลหิตจางระหว่างการตั้งครรภ์ ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลทำให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย ภาวะตายคลอด และผลลัพธ์ของทารกแรกคลอดที่ไม่ดี[10–12] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะขาดสารอาหาร ขาดธาตุเหล็ก ขาดกรดโฟลิก หรือโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ในประเทศไทย มีการรายงานความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 20–30 [13,14] และภาวะซีดระหว่างการตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 20–66 ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น[15–17] และสัมพันธ์กับการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และเศรษฐานะของครอบครัวที่ไม่ดี การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงควรมุ่งเน้นเรื่องภาวะโภชนาการ เพื่อให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ที่เหมาะสม

จากการทบทวนข้อมูลสถิติการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในปีงบประมาณ 2562–2564 ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 12 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อเป็นข้อมูลวางแผนพัฒนาการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในคลินิกฝากครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีวัยรุ่น และลดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางสูติศาสตร์และทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จากเวชระเบียนและประวัติการรักษาของผู้ป่วยสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี ที่มารับการคลอดบุตร ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ สตรีที่มีโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง (major thalassemia) ได้แก่ homozygous beta thalassemia, beta thalassemia/Hb E, สตรีที่คลอดบุตรทารกตายคลอด (stillbirth) หรือมีข้อมูล

เวชระเบียนไม่ครบสมบูรณ์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size calculation) อาศัยการข้อมูลจากการศึกษาของ สุภาเพ็ญ และ ภัทรวลัย[15] ปี 2559 ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าความชุกภาวะซีดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนคลอด คือ ร้อยละ 20 โดยการศึกษาครั้งนี้ยอมให้เกิดความคาดเคลื่อนได้ไม่เกินร้อยละ 5 ต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 246 ราย เพื่อป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเป็นจำนวน 270 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูล ประกอบไปด้วยข้อมูลดังนี้ 1) พื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์ 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ และการคลอด 3) ข้อมูลทารกแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดนิยาม ภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ (anemia) หมายถึงระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ก่อนคลอดน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (hematocrit) น้อยกว่าร้อยละ 33

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ KNH 11/2565 วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS รุ่น 22 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์แจกแจงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ความชุกของภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์ และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางและกลุ่มที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง ใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square), Fisher's exact test และ student t test ตามความเหมาะสม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบ multiple logistic regression โดยกำหนดค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 7,472 ราย อัตราการคลอดโดยสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 และ 20 ปี เท่ากับร้อยละ 3.72 และ 11.3 ตามลำดับ สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวอายุน้อยกว่า 17 ปีที่เข้าเกณฑ์การศึกษา อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 15.4 ± 0.7 ปี ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีบุตรมาก่อน (ร้อยละ 98.1) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมต้น ร้อยละ 56.7 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 83.3 ดัชนีมวลกายสำหรับคนเอเชียอยู่ในระดับปกติ (ตั้งแต่ 18.5–22.9 กิโลกรัม/เมตร^2) ร้อยละ 42.6 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 17 สัปดาห์ และการฝากครรภ์ที่มากกว่า 4 ครั้งตามมาตรฐาน ร้อยละ 82.6 โดยความชุกของภาวะโลหิตจางขณะคลอดร้อยละ 19.3 อายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอดบุตร 38 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 2854 กรัม ส่วนวิธีการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีการใช้ยาคุมกำเนิดโดยมีการรับประทานที่ไม่สม่ำเสมอและไม่ถูกวิธี และหลังคลอดบุตรผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกไม่คุมกำเนิดร้อยละ 40.3 รองลงมาเป็นการฝังยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด และการกินยาคุมกำเนิด ร้อยละ 35.2, 13, และ 11.5 ตามลำดับ งานวิจัยนี้ พบว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยในการศึกษา มีตกขาวจากเชื้อทริโคโมนาส (trichomonas) ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี ที่ใช้ในการศึกษา (N = 270)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)		15.4 ± 0.7
13–14 ปี	38 (14.1)	
<17 ปี	232 (85.9)	
ดัชนีมวลกายสำหรับคนเอเชีย (กิโลกรัม/เมตร^2)		21.2 ± 4.2
<18.5	76 (28.1)	
18.5–22.9	115 (42.6)	
23–24.9	30 (11.1)	
25–29.9	36 (13.3)	
≥30	13 (4.8)	
คลอดบุตรคนแรก	265 (98.1)	
อาชีพ		
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	225 (83.3)	
นักเรียน	20 (7.4)	
รับจ้าง	12 (4.4)	
ค้าขาย	13 (4.8)	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2 (0.7)	
ประถมศึกษาปีที่ 1–6	106 (39.3)	
มัธยมศึกษาปีที่ 1–3	153 (56.7)	
มัธยมศึกษาปีที่ 4–6 หรือ เทียบเท่า	9 (3.3)	
อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์)		37.7 ± 2.5
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)		16.6 ± 7.1
ฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง	223 (82.6)	
ไม่ฝากครรภ์	8 (3.0)	
ภาวะโลหิตจางขณะคลอด	52 (19.3)	
ประวัติผ่าตัดคลอดครรภ์ก่อน	2 (0.7)	
น้ำหนักตัวแรกคลอด (กรัม)		2854 ± 537
วิธีการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์		
ไม่ได้คุมกำเนิด	135 (50.0)	
ยาคุมกำเนิด	135 (50.0)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี ที่ใช้ในการศึกษา (N = 270) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
วิธีการคุมกำเนิดหลังตั้งครรภ์		
ไม่ได้คุมกำเนิด	109 (40.3)	
ฝังยาคุมกำเนิด	95 (35.2)	
ฉีดยาคุมกำเนิด	35 (13.0)	
ยาคุมกำเนิด	31 (11.5)	
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ไม่พบติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	250 (92.6)	
หูดหงอนไก่	6 (2.2)	
เริมที่อวัยวะเพศ	2 (0.7)	
โรคเอดส์	2 (0.7)	
โรคซิฟิลิส	2 (0.7)	
ตกขาวจากเชื้อทริโคโมนาส (trichomonas)	8 (3.0)	
ตกขาวจากเชื้อแบคทีเรีย (bacterial vaginosis)	1 (0.4)	
อุ้งเชิงกรานอักเสบ	1 (0.4)	

จากตารางที่ 2 กลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยที่มีภาวะโลหิตจางก่อนคลอด มีผู้ป่วยจำนวน 52 ราย เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และทารกแรกเกิดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่ม พบว่า การไม่ฝากครรภ์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การคลอดก่อนกำหนด, ภาวะเครียดของทารกในครรภ์, ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม, ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด, คะแนนแอพการ์ที่ 1 นาทีน้อยกว่า 7, และภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยแบบ multiple logistic regression ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ฝากครรภ์ มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางก่อนคลอดมากกว่าผู้ป่วยที่ฝากครรภ์ 5.08 เท่า (odds ratio [OR] = 5.08) และผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางมากขึ้น 2.86 เท่า (odds ratio [OR] = 2.86) เมื่อเทียบผู้ป่วยที่ไม่มีมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบด้านลักษณะทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ต้องการศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง) และ กลุ่มควบคุม (กลุ่มไม่มีภาวะโลหิตจาง)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง (n = 52)	กลุ่มที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง (n = 218)	
ข้อมูลทั่วไป			
อายุ (ปี)	15.3 ± 0.8	15.9 ± 0.7	.705 [a]
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร^2)	20.4 ± 3.7	21.4 ± 4.2	.304[a]
อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์)	36.5 ± 3.6	38 ± 2.1	**< .001**[a]
วิธีการคลอด			.159[b]
คลอดปกติ	32 (61.5)	163 (74.8)	
หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด (เครื่องดูดสุญญากาศ)	1 (2.0)	3 (1.3)	
ผ่าตัดคลอด	19 (36.5)	52 (23.9)	
ฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง	38 (73.1)	185 (84.9)	.065[c]
ไม่ฝากครรภ์	4 (7.7)	4 (1.8)	**.047**[c]
โรคซิฟิลิส	2 (3.8)	5 (2.3)	.623[c]
โรคเอดส์	1 (1.9)	1 (0.5)	.349[c]
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	9 (17.3)	16 (7.3)	**.034**[c]
ระดับปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่นขณะคลอด	31.0 ± 2.4	37.4 ±2.6	.319[a]
ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์			
ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	17 (32.7)	35 (16.1)	**.010**[c]
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	0 (0)	3 (1.4)	> .999[c]
ภาวะครรภ์เป็นพิษ	3 (5.8)	10 (4.6)	.720[c]
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	1 (1.9)	2 (0.9)	.475[c]
ภาวะผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกราน	9 (47.4)	31 (58.5)	.663[c]
ภาวะเครียดของทารกในครรภ์	8 (15.4)	4 (1.8)	**< .001**[c]
ภาวะมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ	3 (5.8)	13 (6.0)	> .999[c]

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบด้านลักษณะทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ต้องการศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง) และ กลุ่มควบคุม (กลุ่มไม่มีภาวะโลหิตจาง) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง (n = 52)	กลุ่มที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง (n = 218)	
ภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด			
น้ำหนักตัวแรกเกิดเฉลี่ย (กรัม)	2715 ± 676	2887 ± 494	**.006**[a]
ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์	6 (11.5)	12 (5.5)	.126[c]
ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม	14 (26.9)	31 (14.2)	**.037**[c]
ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด	4 (7.7)	4 (1.8)	**.047**[c]
คะแนนแอพการ์ที่ 1 นาทีน้อยกว่า 7	10 (19.2)	11 (5.1)	**.002**[c]
ทารกนอนในทารกแรกเกิดวิกฤต	8 (15.4)	16 (7.3)	> .999[c]
ทารกตัวเหลือง	23 (44.2)	78 (35.8)	.268[c]
ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด	8 (15.4)	12 (5.5)	**.033**[c]
ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด	2 (3.8)	5 (2.3)	.623[c]
ภาวะทารกติดเชื้อหลังคลอด (ภายใน 72 ชั่วโมง)	10 (19.2)	28 (12.8)	.267[c]
ภาวะปอดอักเสบ	6 (11.5)	10 (4.6)	.093[c]

a = t test independent, b = chi-square test, c = Fisher's exact test

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจาง ด้วยวิธี multiple logistic regression

ปัจจัยที่ศึกษา	OR (95% CI)	p-value
ไม่ฝากครรภ์	5.08 (1.22–21.17)	.026
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2.86 (1.18–6.93)	.020

OR = odds ratio, CI = confidence interval

วิจารณ์

ความชุกของภาวะโลหิตจางขณะคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 17 ปี ในการศึกษานี้ คือ ร้อยละ 19.3 เมื่อเปรียบเทียบความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทั่วไป คือร้อยละ 20–22.7[13,16] พบว่ามีความชุกใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของของ Chawanpaiboon และคณะ[4] ที่พบว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี มีภาวะโลหิตจาง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นดังกล่าวคือ การไม่ฝากครรภ์ การฝากครรภ์ช้า ได้รับธาตุเหล็กเสริมขณะตั้งครรภ์ไม่เพียงพอ และการรับประทานธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ

ลักษณะทางมารดาในการศึกษานี้ มีดัชนีมวลกายสำหรับคนเอเชียอยู่ในระดับปกติ ระดับการศึกษาอยู่ในตามเกณฑ์อายุ มีการฝากครรภ์ที่เพียงพอ (มากกว่า 4 ครั้ง) คลอดบุตรที่อายุครรภ์ครบกำหนด และทารกมีน้ำหนักทารกแรกเกิดปกติ แต่พบว่ามีการฝากครรภ์ช้า ขาดความรู้ในการคุมกำเนิด และเมื่อหลังจากคลอดบุตร สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ เลือกที่จะคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ออกฤทธิ์นาน ได้แก่ การฝังยาคุม และการฉีดยาคุม มากกว่าการกินยาคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[4,15–16] อาจเป็นเพราะการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ มักเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน นำมาสู่การมาฝากครรภ์ช้า แต่เมื่อได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและรักษาโรคต่างๆระหว่างตั้งครรภ์ ประกอบกับส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ออกฤทธิ์นานมากขึ้นในสตรีวัยรุ่นหลังคลอด ทำให้เกิดการคุมกำเนิดในวัยรุ่นที่เหมาะสม ลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ลดผลลัพธ์ที่ไม่ดีจากการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดได้

ในการศึกษานี้พบว่าการไม่ฝากครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ และเมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติเพิ่มเติม พบว่า ปัจจัยการไม่ฝากครรภ์และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะโลหิตจาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chawanpaiboon และคณะ[4] เพราะการไม่ฝากครรภ์จะมีโอกาสได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ไม่ได้รับธาตุเหล็กเสริม ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงระบบโลหิตวิทยาในสตรีตั้งครรภ์ ที่มีปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการเจือจาง หรือภาวะโลหิตจางทางสรีรวิทยาแห่งครรภ์ จึงพบภาวะขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency anemia) ได้มากขึ้น

ส่วนภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด พบว่ากลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางขณะคลอด มีทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 26.9 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ14.2) ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด คะแนนแอพการ์ที่ 1 นาทีน้อยกว่า 7 และภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับหลายการศึกษา[4,8,13-16] สาเหตุเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มักขาดความใส่ใจและไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ เกิดการฝากครรภ์ช้าเมื่อมีภาวะโลหิตจางดังกล่าว จึงส่งผลทำให้เกิดอัตราการตลอดก่อนกำหนดมากขึ้นเป็นผลทำให้มีทารกน้ำหนักตัวน้อย เกิดความเสี่ยงต่อภาวะภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสูงขึ้นตามลำดับ

ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาเก็บข้อมูลย้อนหลังทำให้ขาดข้อมูลบางอย่าง เช่น โรคพาหะธาลัสซีเมีย ซึ่งพบได้มากในประชากรเอเชียตะวันออกเชียงใต้ และเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะโลหิตจางขณะก่อนคลอดได้ นอกจากนี้การเก็บข้อมูลทำในโรงพยาบาลทั่วไป ขนาดข้อมูลน้อย อาจจะไม่เพียงพอที่จะแสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของผลลัพธ์อื่นๆที่ต้องการศึกษา อาจจะต้องมีการเก็บข้อมูลทั้งจังหวัด เพื่อให้มีจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษามากขึ้น งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ การให้ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพศศึกษา และการคุมกำเนิด ซึ่งควรมีการพัฒนาระบบเชิงรุกระหว่างครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และทีมสหวิชาชีพต่อไป

สรุป

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยที่ไม่ฝากครรภ์และมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางร่วมด้วย ดังนั้นการให้ความรู้และส่งเสริมเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ การฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรก คัดกรองปัจจัยเสี่ยงและเตรียมตัวดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่ก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดอย่างเหมาะสม จะช่วยลดปัญหาในส่วนนี้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: WHO, 2014.
2. Thaithae S, Thato R. Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand. J Pediatr Adolesc Gynecol 2011;24:342–6.
3. Chantrapanichkul P, Chawanpaiboon S. Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. Int J Gynaecol Obstet 2013;120:160–4.
4. Chawanpaiboon S, Pimol K, Sodsee S, et al. Prospective cohort study of adverse pregnancy outcomes in extremely young maternal age. J Med Assoc Thai 2018;101(11):1555–62.
5. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital. J Med Assoc Thai 2006;89:S118–23.
6. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, et al. Complications in aldolescent pregnancy: systematic review of the literature. Einstein (Sao Paulo) 2015;13:618–26.
7. Barnet B, Liu J, Devoe M. Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162(3):246–52.
8. Talungchit P, Lertbunnaphong T, Russameecharoen K. Prevalence of repeat pregnancy including pregnancy outcome of teenage women. Siriraj Medical Journal 2017;69(6):363–9.
9. Bureau of Reproductive Health Department of Health Ministry of Public Health. Situation of adolescent pregnancy, Thailand 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 May 30]. Available from: http:// https://rh.anamai.moph.go.th/webupload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi65/1-15/1.15-1.9.pdf
10. Pitchaiprasert S, Siwadune T. Correlatiob of maternal anemia during pregnancy and low birth weight infant at Chonburi hospital. Thai J Obstet Gynaecol 2009;17(1):17–22.
11. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill;2018. 1075–81.
12. Lo NY, Lau BY, Leung KY, et al. Perinatal outcomes among thalassemia carriers in Hong Kong. Hong Kong J Gynaecol Obstet Midwifery 2014;14:75–81.
13. Sukrat B, Sirichotiyakul S. The prevalence and causes of anemia during pregnancy in Maharaj Nakorn ChiangMai hospital. J Med Assoc Thai 2006;89(suppl 4):S142–6.
14. Saluckpetch S, Puntachai P. Association between anemia in pregnancy and preterm birth at Sunpasitthiprasong hospital. Thai J Obstet Gynaecol 2020;28:142–51.
15. Lertvutivivat S, Talungchit P. Anemia and pregnancy outcomes in teenage prenatal care clinic at Siriraj hospital. Thai J Obstet Gynaecol 2016;24:153–60.
16. Chaithirayanon S, Chaisansuk J, Siripornpanich V. The study of maternal and neonatal complications in teenage pregnancy. J Med Assoc Thai 2021;104(Suppl3):S9–14.
17. Chang SC, O'Brien KO, Nathanson MS, et al. Hemoglobin concentrations influence birth outcomes in pregnant African-American adolescents. J Nutr 2003;133(7):2348–55.