

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลนครปฐม Obstetric and Neonatal Outcomes of Teenage Pregnancies at Nakhonpathom Hospital

สุนิสา กรรณวัฒน์ พ.บ.,
ว. สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Sunisa Kannawat M.D.,
Dip., Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetrics and Gynecology
Nakhonpathom Hospital
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์ในสตรีวัยผู้ใหญ่ (20–35 ปี) ที่มาคลอดในโรงพยาบาลนครปฐม โดยมุ่งเน้นไปที่อัตราการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective chart review) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งหมด 3,003 ราย และทำการสุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยกลุ่มอายุ 10–19 ปี จำนวน 198 ราย และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอายุ 20–35 ปี จำนวน 592 ราย และเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนของทารกจากเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลนครปฐม และนำมาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ student t test, chi-square test, และ odds ratio (OR) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษา: จากการศึกษาพบอัตราการคลอดในสตรีวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 8.4 ค่าเฉลี่ยอายุของสตรีในกลุ่มวัยรุ่น 17.4 ± 1.61 ปี ค่าเฉลี่ยอายุในกลุ่มสตรีวัยผู้ใหญ่ 26.99 ± 4.11 ปี ทั้งสองกลุ่มพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบ ร้อยละ 10.1 และ 7.6 ในสตรีวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตามลำดับ ($\chi^2 = 1.228$; $p = .295$) นอกจากนี้ ในกลุ่มสตรีวัยรุ่นพบมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 25.3 ขณะที่วัยผู้ใหญ่พบ ร้อยละ 8.8 ($\chi^2 = 48.043$; $p \leq .001$); ร้อยละ 94.4 ของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบเป็นครรภ์แรกขณะที่สตรีวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 41.6 ($\chi^2 = 167.576$; $p \leq .001$); และยังพบภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ (hematocrit $< 33\%$) มากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 32.8 และ 17.2 ($\chi^2 = 21.656$; $p \leq .001$) ตามลำดับ การผ่าตัดคลอด ร้อยละ 26.8 และ 41.6

($\chi^2 = 16.068$; $p \leq .001$) ตามลำดับ ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth retardation), ทารกน้ำหนักตัวน้อย (1,500–2,500 กรัม), และภาวะทารกตัวเล็ก (small for gestational age) ร้อยละ 6.1, 12.6, และ 22.2 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากสตรีวัยผู้ใหญ่ซึ่งพบ ร้อยละ 1.5, 7.6, และ 11.1 ($\chi^2 = 11.821$; $p = .001$); ($\chi^2 = 8.963$; $p = .030$); และ ($\chi^2 = 20.268$; $p \leq .001$) ตามลำดับ ภาวะน้ำตาลต่ำในทารกในสตรีวัยรุ่นพบ ร้อยละ 6.6 ในสตรีวัยผู้ใหญ่พบ ร้อยละ 15.4 ($\chi^2 = 10.065$; $p = .001$) ขณะที่ภาวะซีดในทารกในสตรีวัยรุ่นพบ ร้อยละ 5.6 เมื่อเทียบกับในสตรีวัยผู้ใหญ่พบ ร้อยละ 1.9 ($\chi^2 = 7.493$; $p = .011$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของทั้งสองกลุ่ม, จำนวนครั้งการฝากครรภ์, การติดเชื้อซิฟิลิส, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, การได้รับ dexamethasone, ภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอด (birth asphyxia), ภาวะหายใจลำบากในทารก (respiratory distress), ภาวะตัวเหลืองหลังคลอด, และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารก ทั้งกลุ่มสตรีวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: อัตราการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลนครปฐม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์, ทารกน้ำหนักตัวน้อย, และภาวะทารกตัวเล็ก มากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

วารสารแพทย์เขต 4-5 2568 ; 44(2) : 183–197.

Abstract

Objective: To compare obstetric and neonatal outcomes between teenage (age <20 years old) and adult (20–35 years old) pregnancies at Nakhonpathom Hospital, specifically in preterm birth and small for gestational age.

Methods: This retrospective chart review was conducted by collecting birth data during 1 October 2023 until 30 September 2024. A total cases of 3,003 pregnant women were collected. Then 198 Thai teenage pregnant women (age <20 years) and 592 Thai adult pregnant women (age between 20–35 years) were randomly collected in this study. The demographic, obstetric and neonatal outcome data were collected from electronic patient records and were analyzed by descriptive and statistical analyses including student t test, chi-square test, and odds ratio (OR).

Results: According to the study, the teenage birth rate was 8.4%. The average age of teenage pregnant women was 17.4 ± 1.61 years, while the average age of adult pregnant women was 26.99 ± 4.11 years. There was no statistically significant difference in the rate of preterm birth between the two groups, with rates of 10.1% and 7.6% in teenagers and adults respectively ($\chi^2 = 1.228$; $p = .295$). In the teenage group, 25.3% were found to have a body mass index (BMI) below 18.5 kg/m^2 , compared to 8.8% in the adult group ($\chi^2 = 48.043$; $p < .001$). Among pregnant teenagers, 94.4% were experiencing their first pregnancies, compared to 41.6% in adult women ($\chi^2 = 167.576$, $p < .001$).

Anemia during pregnancies (hematocrit <33%) was also more common in teenagers (32.8%) than in adults (17.2%); ($\chi^2 = 21.656$; $p < .001$). Cesarean section rates were 26.8% in teenagers and 41.6% in adults ($\chi^2 = 16.068$; $p < .001$). Intrauterine growth restriction, low birth weight (1,500–2,500 grams), and small for gestational age (SGA) infants were found in 6.1%, 12.6%, and 22.2% of teenage pregnancies, respectively, compared to 1.5%, 7.6%, and 11.1% in adult pregnancies ($\chi^2 = 11.821$; $p = .001$ vs. $X^2 = 8.963$; $p = .030$ vs. $\chi^2 = 20.268$; $p < .001$ respectively). Neonatal hypoglycemia occurred in 6.6% of teenage births versus 15.4% in adult births ($\chi^2 = 10.065$; $p = .001$), while neonatal anemia occurred in 5.6% of infants born to teenagers, compared to 1.9% in those born to adult women ($\chi^2 = 7.493$; $p = .011$). However, there were no statistically significant differences between the two groups in terms of gestational weight gain, number of antenatal visits, syphilis infection, gestational hypertension, use of dexamethasone, birth asphyxia, neonatal respiratory distress, neonatal jaundice, or neonatal sepsis.

Conclusion: When compared to adult pregnancies, teenage pregnancies at Nakhonpathom Hospital had no statistically significant difference in the rate of preterm birth, but higher rates of intrauterine growth restriction (IUGR), low birth weight, and small for gestational age (SGA) infants.

Keywords: teenage pregnancy, preterm birth, low birth weight

Received: Dec 26, 2024; Revised: Jan 10, 2025; Accepted: Feb 14, 2025

Reg 4-5 Med J 2025 ; 44(2) : 183–197.

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage pregnancy หรือ adolescent pregnancy) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึงสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 10–19 ปี^{1,2}

ใน ค.ศ. 2019 พบหญิงอายุ 15–19 ปี ตั้งครรภ์เป็นจำนวนกว่า 21 ล้านคน ในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง³ ใน ค.ศ. 2022 มารดาวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 18 ปี ให้กำเนิดทารก ร้อยละ 13⁴

การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นทำให้เกิดความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นทั้งในเรื่องของครรภ์เป็นพิษ ภาวะช้ำขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีด แผลติดเชื้อ มดลูกอักเสบ ติดเชื้อ และการติดเชื้อในเลือด การใช้หัตถการช่วยคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมทั้งมารดาเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น และทารกเองยังมีความเสี่ยงของการคลอดน้ำหนัก

ตัวน้อย การคลอดก่อนกำหนด ทารกตายคลอด ภาวะขาดออกซิเจน (birth asphyxia) และความพิการแต่กำเนิดที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย⁵⁻⁹ นอกจากนี้การตั้งครรภ์วัยรุ่นยังเป็นปัญหาด้านประชากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวมอีกด้วย

หลายงานวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นในหลายๆ ด้าน โดยพบภาวะซีดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (OR = 2.60; $p < .001$), การคลอดก่อนกำหนด (OR = 2.12; $p < .001$), ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย (OR = 2.06; $p < .001$), และทารกหัวใจเต้นผิดปกติ (OR = 1.78; $p = .003$) อย่างไรก็ตามพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบอัตราการผ่าตัดคลอดที่น้อยกว่า (OR = 0.70; $p < .001$) และพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่น้อยกว่า (OR = 0.35; $p < .001$)¹⁰

จากงานวิจัยของ WHO ใน 29 ประเทศ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 312,297 ราย ในช่วง พ.ศ. 2553–2554 พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีวัยรุ่นคิดเป็น adjusted odds ratio 1.60 (95% CI: 1.37–1.87)¹ ในประเทศไทยจากงานวิจัยของ โรงพยาบาลชยันนาท ในช่วง 1 มิถุนายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 594 ราย พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในสตรีวัยรุ่น relative risk 2.31 (95% CI: 1.25–4.24; p = .006)¹¹ ขณะที่ งานวิจัยของโรงพยาบาลราชวิถี ในช่วง 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึง 22 ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 1,500 ราย พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในสตรีวัยรุ่น odds ratio คิดเป็น 1.81 (95% CI: 1.27–2.59)¹² โดยเกิด จากหลายสาเหตุร่วมกัน ส่วนหนึ่งเชื่อว่าเกิดจากการ เจริญเติบโตที่ไม่เต็มที่ของร่างกายวัยรุ่น การศึกษา การดำรงชีวิตและสภาพแวดล้อม การใช้ยาหรือ สารเสพติด หรือแม้กระทั่งขาดการดูแลในระยะ ก่อนคลอดที่เหมาะสม

ส่วนภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยเป็นผล ต่อเนื่องมาจากการคลอดก่อนกำหนด ภาวะทุโภชนาการ การศึกษา การฝากครรภ์ โดยที่ภาวะทารกน้ำหนัก ตัวน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) ก็มีอุบัติการณ์สูงขึ้น ในสตรีวัยรุ่นเช่นกัน จากงานวิจัยขององค์การอนามัยโลก พบภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น adjusted odds ratio 1.17 (95% CI: 1.01–1.37)¹ ขณะที่งานวิจัยของโรงพยาบาลราชวิถี พบภาวะทารก น้ำหนักตัวน้อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคิดเป็น odds ratio 1.53 (95% CI: 1.15–2.04)¹²

ปัจจุบันประเทศไทยได้จัดทำยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560–2569 โดยที่เป้าหมายคืออัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15–19 ปี จากเดิม ไม่เกิน 25 ต่อพัน เป็น ไม่เกิน 15 ต่อพัน ภายใน พ.ศ. 2570 และคงค่า เป้าหมายอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10–14 ปี ไว้ที่ไม่เกิน 0.5 ต่อพัน ภายใน พ.ศ. 2570¹³

จากการตรวจผู้ป่วยนอกที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า มีสตรีวัยรุ่นมาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลนครปฐมจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงมีความ สนใจในการศึกษาผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นเทียบกับมารดาอายุครรภ์ 20–35 ปี ในโรงพยาบาล นครปฐม โดยมุ่งเน้นไปที่อัตราการคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย และทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า อายุครรภ์ ทั้งนี้ เพื่อวางแผนปรับปรุงและให้การดูแล หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

ต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรี วัยรุ่นของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลนครปฐม เปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์ในสตรีวัย 20–35 ปี โดยมุ่งเน้นไปที่อัตราการคลอดก่อนกำหนดและ ทารกน้ำหนักตัวน้อย

วัตถุประสงค์รอง

ต้องการศึกษาผลลัพธ์อื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ ในสตรีวัยรุ่นของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาล นครปฐมเปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์ในสตรีวัย 20–35 ปี ได้แก่ ภาวะช็อค การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ อัตราการผ่าตัดคลอด อัตราการใช้หัตถการช่วยคลอด ภาวะขาดออกซิเจนในทารก การใช้ออกซิเจนและ เครื่องช่วยหายใจหลังคลอด และภาวะติดเชื้อหลังคลอด

วิธีการศึกษา

หลังจากได้รับความยินยอมในการทำการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ โครงการ 083/2024 วันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2567 แล้ว ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งหมด

3,003 ราย พบเป็นกลุ่มสตรีอายุ 10–19 ปี จำนวน 251 ราย และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Fleiss's method with continuity correction ทั้งนี้อ้างอิงจากงานวิจัย

$$n_1 = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \cdot \left[p_0(1 - p_0) + \frac{p_1(1-p_1)}{r} \right]}{(p_1 - p_0)^2}$$

- α The probability of type I error (significance level) = 0.05
- β The probability of type II error (1 - power of the test) = 0.20
- p_0 Proportion of controls with exposure = 11.8¹²
- p_1 Proportion of cases with exposure = 20.9¹²
- r Ratio of cases to controls = 3

เมื่อคำนวณ จะได้

- ขนาดกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยรุ่น (10–19 ปี) = 180 + 10% drop out = 198
- ขนาดกลุ่มตัวอย่างสตรีผู้ใหญ่ (20–35 ปี) = 538 + 10% drop out = 592

ทำการคัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างชาวไทย และคัดออกสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ, โรคหัวใจ, ติดเชื้อ HIV, SLE, หรือโรคเริมต่าง ๆ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ในการคลอดก่อนกำหนด ทำการสุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ส่วนสูง น้ำหนักก่อนและหลังการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่าง ๆ โรคประจำตัว ประวัติการคลอดบุตร ผลเลือดขณะตั้งครรภ์ รายละเอียดการฝากครรภ์ทั้งจำนวนครั้ง ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ทั้งของมารดาและบุตร ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด, วิธีการคลอด, การใช้หัตถการช่วยคลอด, การเสียเลือดหลังคลอด, น้ำหนักตัวทารก, APGAR score, การได้รับออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจหลังคลอด, ภาวะติดเชื้อหลังคลอด, และภาวะซีด, น้ำตาลต่ำ, และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของทารกหลังคลอด โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบตารางการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยค่าความถี่และอัตราส่วนร้อยละ หรือค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามชนิดของข้อมูล และเปรียบเทียบผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ student t test, chi-square test, และ odds ratio ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ p-value < .05 พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ ร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มวัยรุ่น อายุ 10–19 ปี เปรียบเทียบกับสตรีวัยผู้ใหญ่ อายุ 20–35 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐมในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ทั้งหมด 3,003 ราย พบเป็นสตรีวัยรุ่นจำนวน 251 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.4 จากตารางที่ 1 พบค่าเฉลี่ยอายุของสตรีในกลุ่มวัยรุ่น 17.4 ± 1.61 ปี

ค่าเฉลี่ยอายุในกลุ่มสตรีวัยผู้ใหญ่ 26.99 ± 4.11 ปี โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 157.95 ± 5.72 เซนติเมตร และ 158.49 ± 6.11 เซนติเมตร และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 5–18 กิโลกรัม ร้อยละ 74.2 และ 73.0 ตามลำดับ ในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ซึ่งไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ทั้งสองกลุ่มได้รับการฝากครรภ์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ร้อยละ 97 และ 98.6 ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตามลำดับ ในกลุ่มสตรี

ตั้งครรภ์วัยรุ่นมีดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดยพบสตรีที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 25.8 ในสตรีวัยรุ่น และร้อยละ 8.8 ในสตรีวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าในกลุ่มสตรีวัยรุ่น ร้อยละ 94.4 เป็นครรภ์แรก ขณะที่กลุ่มสตรีวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 58.4 เคยตั้งครรภ์มาก่อน ($\chi^2 = 167.576$; $p \leq .001$)

ตารางที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์

ข้อมูลพื้นฐาน	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (N = 198)		สตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (N = 592)		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
อายุ (ปี, mean \pm SD)	17.39	± 1.61	26.96	± 4.11	<.001*
ส่วนสูง (เซนติเมตร, mean \pm SD)	157.96	± 5.71	158.49	± 6.11	.277
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)					$\chi^2 = 0.194$; $p = .908$
น้อยกว่า 5	16	8.1	47	8.0	
5–18	147	74.2	432	73.0	
มากกว่า 18	35	17.7	113	19.1	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)					$\chi^2 = 48.043$; $p \leq .001^*$
น้อยกว่า 18.5	50	25.3	52	8.8	
18.5–24.9	106	53.5	314	53.0	
25.0–29.9	33	16.7	132	22.3	
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	9	4.5	94	15.9	
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (ครั้ง)					$\chi^2 = 167.576$; $p \leq .001^{**}$
0	187	94.4	246	41.6	
มากกว่าหรือเท่ากับ 1	11	5.6	346	58.4	
จำนวนครั้งการฝากครรภ์ (ครั้ง)					$\chi^2 = 8.007$; $p = .018^*$
0	6	3.0	8	1.4	
1–4	24	12.1	41	6.9	
มากกว่าหรือเท่ากับ 5	168	84.8	543	91.7	

* = sig < 0.05 ,** Fisher's exact test และ sig < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าการติดเชื้อซิฟิลิส และภาวะความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษไม่แตกต่างกันในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ และพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตรวจไม่พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 98 ขณะที่วัยรุ่นผู้ใหญ่ ร้อยละ 86

($\chi^2 = 21.909$; $p \leq .001$) แต่ตรวจพบภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ (hematocrit $<33\%$) ร้อยละ 32.8 ขณะที่สตรีวัยรุ่นผู้ใหญ่พบ ร้อยละ 17.2 ($\chi^2 = 21.656$; $p \leq .001$) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างฝากครรภ์

ข้อมูลพื้นฐาน	Teenage		Adult		p-value
	N = 198		N = 592		
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
การติดเชื้อซิฟิลิส					$\chi^2 = 0.500$; $p = .56$
ไม่ติดเชื้อ	191	96.5	564	95.3	
ติดเชื้อ	7	3.5	28	4.7	
ระดับความเข้มข้นเลือดขณะตั้งครรภ์					$\chi^2 = 21.656$; $p \leq .001^{**}$
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 33	133	67.2	490	82.8	
น้อยกว่า ร้อยละ 33	65	32.8	102	17.2	
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์					$\chi^2 = 21.909$; $p \leq .001^{**}$
ไม่เป็น	194	98.0	509	86.0	
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบไม่ใช้ยา (GDM± class A1)	3	1.5	59	10.0	
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบใช้ยา (GDM± class A2)	0	0.0	8	1.4	
โรคเบาหวาน (overt diabetes mellitus)	1	0.5	16	2.7	
ภาวะความดันสูงขณะตั้งครรภ์					$\chi^2 = 10.489$; $p = .063$
ไม่เป็น	190	96.0	545	92.1	
โรคความดันโลหิตสูง (chronic hypertension)	0	0.0	15	2.5	
ภาวะความดันสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension)	1	0.5	3	0.5	
ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง (preeclampsia without severe feature)	0	0.0	11	1.9	
ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (preeclampsia with severe feature)	7	3.5	15	2.5	
โรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะครรภ์เป็นพิษ (CHT with superimposed)	0	0.0	3	0.5	

** Fisher's exact test และ sig < 0.05, GDM = gestational diabetes mellitus

จากตาราง 3 พบว่าทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยรุ่นคลอดบุตรก่อนกำหนด (น้อยกว่า 37 สัปดาห์) และได้รับยา dexamethasone ครบ ร้อยละ 10.1 และ 4.5 เทียบกับ ร้อยละ 7.6 และ 4.1 ($\chi^2 = 1.228$; $p = .295$) และ ($\chi^2 = 2.261$; $p = .323$) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการคลอดเองทางช่องคลอด ร้อยละ 70.7 อัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 26.8

ขณะที่สตรีวัยรุ่นมีอัตราการคลอดเองทางช่องคลอด ร้อยละ 57.6 อัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 41.6 ($\chi^2 = 16.068$; $p \leq .001$) และพบว่า มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (blood loss >500 มิลลิลิตร) ร้อยละ 12.1 และ 20.4 ในสตรีวัยรุ่นและสตรีวัยรุ่นใหญ่ตามลำดับ ($\chi^2 = 6.850$; $p = .008$) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ข้อมูลการคลอดของมารดา

ข้อมูลพื้นฐาน	Teenage N = 198		Adult N = 592		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					$\chi^2 = 1.228$; $p = .295$
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	20	10.1	45	7.6	
มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์	178	89.9	547	92.4	
ประวัติการได้รับ dexamethasone					$\chi^2 = 2.261$; $p = .323$
ไม่ได้	179	90.4	551	93.1	
ได้รับครบ 4 เข็ม	9	4.5	24	4.1	
ได้รับไม่ครบ 4 เข็ม	10	5.1	17	2.9	
วิธีการคลอด					$\chi^2 = 16.068$; $p \leq .001^*$
การคลอดทางช่องคลอด	140	70.7	341	57.6	
การผ่าตัดคลอด	53	26.8	246	41.6	
การคลอดโดยใช้เข็มช่วยคลอด	5	2.5	5	1.8	
อัตราการเสียเลือดหลังคลอด (มิลลิลิตร)					$\chi^2 = 6.850$; $p = .008^{**}$
น้อยกว่า 500	174	87.9	471	79.6	
มากกว่าหรือเท่ากับ 500	24	12.1	121	20.4	

* = sig < 0.05 ,** Fisher's exact test และ sig < 0.05

จากตารางที่ 4 พบทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth retardation) ในกลุ่มสตรีวัยรุ่น ร้อยละ 6.1 ขณะที่สตรีวัยรุ่นใหญ่ พบ ร้อยละ 1.5 ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.821$; $p = .001$) อีกทั้งสตรี

ตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสที่ทารกมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย (small for gestational age) ร้อยละ 22.2 เมื่อเทียบกับกลุ่มสตรีวัยรุ่นใหญ่ ร้อยละ 11.1 ($\chi^2 = 20.268$; $p \leq .001$) และทารกมีภาวะน้ำหนักตัวมาก (large for gestational age) ในกลุ่มสตรีวัยรุ่น ร้อยละ 0.5

เมื่อเทียบกับกลุ่มสตรีวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 4.2 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบทารกน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยอยู่ในช่วง 1,500 – <2,500 กรัม ร้อยละ 12.6 ในกลุ่มสตรีวัยรุ่น ขณะที่กลุ่มสตรีวัยผู้ใหญ่พบ ร้อยละ 7.6 ($\chi^2 = 8.963$; $p = .030$) กลุ่มสตรีวัยรุ่น ยังพบภาวะซีดในทารก ร้อยละ 5.6 ขณะที่ในกลุ่มผู้ใหญ่พบ ร้อยละ 1.9 ($\chi^2 = 7.493$; $p = .011$) และในกลุ่มสตรีวัยรุ่น พบโอกาสมีภาวะน้ำตาลต่ำ ร้อยละ 6.6 ขณะที่ในกลุ่ม

ผู้ใหญ่พบ ร้อยละ 15.4 ($\chi^2 = 10.065$; $p = .001$) ซึ่งพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอด (birth asphyxia) ภาวะหายใจลำบากในทารก (respiratory distress) อัตราทารกได้รับการช่วยหายใจ ภาวะตัวเหลืองหลังคลอด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในทารก ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มสตรีวัยรุ่นและสตรีวัยผู้ใหญ่

ตารางที่ 4 ข้อมูลการคลอดของทารก

ข้อมูลพื้นฐาน	Teenage N = 198		Adult N = 592		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth retardation)					$\chi^2 = 11.821$; $p = .001^{**}$
ไม่มี	186	93.9	583	98.5	
มี	12	6.1	9	1.5	
Apgar score นาทีที่ 1					$\chi^2 = 0.490$; $p = .783$
0-3	3	1.5	6	1.0	
4-7	4	2.0	15	2.5	
8-10	191	96.5	571	96.5	
Apgar score นาทีที่ 5					$\chi^2 = 0.332$; $p = .847$
0-3	1	.5	3	.5	
4-7	3	1.5	6	1.0	
8-10	194	98.0	583	98.5	
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)					$\chi^2 = 8.963$; $p = .030^*$
น้อยกว่า 1,500	4	2.0	8	1.4	
1,500- <2,500	25	12.6	45	7.6	
2,500- <4,000	167	84.3	515	87.0	
มากกว่าหรือเท่ากับ 4,000	2	1.0	24	4.1	
น้ำหนักตัวทารกเทียบกับอายุครรภ์					$\chi^2 = 20.268$; $p \leq .001^*$
ทารกน้ำหนักตัวเหมาะสมกับอายุครรภ์ (appropriate for gestational age)	153	77.3	501	84.6	

* = sig < 0.05 ,** Fisher's exact test และ sig < 0.05

ตารางที่ 4 ข้อมูลการคลอดของทารก (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	Teenage N = 198		Adult N = 592		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age)	44	22.2	66	11.1	
ทารกน้ำหนักตัวมากกว่าอายุครรภ์ (large for gestational age)	1	0.5	25	4.2	
ทารกได้รับการช่วยหายใจ					$\chi^2 = 0.641; p = .726$
ไม่มี	152	76.8	470	79.4	
การใส่ท่อช่วยหายใจ	18	9.1	46	7.8	
การใช้ออกซิเจนผสมอากาศอัตรากา ไรล	28	14.1	76	12.8	
สูงทางจมูก (high flow nasal cannula)					
ภาวะหายใจลำบากในทารก (respiratory distress)					$\chi^2 = 3.510; p = .622$
ไม่มี	137	69.2	435	73.5	
ภาวะปรับตัวหลังคลอด (postnatal adaptation)	12	6.1	23	3.9	
ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวของทารก แรกเกิด (transient tachypnea of newborn)	33	16.7	97	16.4	
ภาวะกดการหายใจในทารกแรกคลอด (respiratory distress syndrome)	5	2.5	8	1.4	
ปอดอักเสบ (pneumonia)	9	4.5	22	3.7	
ภาวะสูดสำลักขี้เทาในทารกแรกเกิด (meconium aspiration syndrome)	2	1.0	7	1.2	
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารก					$\chi^2 = 1.508; p = .233$
ไม่มี	158	79.8	495	83.6	
มี	40	20.2	97	16.4	
ภาวะตัวเหลืองในทารก					$\chi^2 = 2.350; p = .130$
ไม่มี	129	65.2	420	70.9	
มี	69	34.8	172	29.1	

* = sig < 0.05 , ** Fisher's exact test และ sig < 0.05

ตารางที่ 4 ข้อมูลการคลอดของทารก (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	Teenage N = 198		Adult N = 592		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารก					$\chi^2 = 10.065$; $p = .001^{**}$
ไม่มี	185	93.4	501	84.6	
มี	13	6.6	91	15.4	
ภาวะซีดในทารก					$\chi^2 = 7.493$; $p = .011^{**}$
ไม่มี	187	94.4	581	98.1	
มี	11	5.6	11	1.9	

* = sig < 0.05 , ** Fisher's exact test และ sig < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของมารดา ระหว่างสตรีวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ จากตารางที่ 5 พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร) 2.848 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีวัยผู้ใหญ่ (95% CI: 1.823-4.451) และส่วนใหญ่เป็นครั้งแรก ในจำนวนนี้พบมีการ ผ่าครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ในช่วง 1-4 ครั้ง มากกว่า สตรีวัยผู้ใหญ่ 1.892 เท่า (95% CI: 1.111-3.223) พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่

0.126 เท่า (95% CI: 0.046-0.350) และยังพบ มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ (ความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 33) มากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ 2.348 เท่า (95% CI: 1.629-3.383)

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มสตรีวัยรุ่นมีอัตราการ ผ่าตัดคลอดที่น้อยกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ 0.525 เท่า (95% CI: 0.368-0.749) และมีอัตราการเสียเลือด หลังคลอดน้อยกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ 0.537 เท่า (95% CI: 0.335-0.860)

ตารางที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของมารดา ระหว่างสตรีวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่

ข้อมูลพื้นฐาน	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)		
18.5-24.9	1	
น้อยกว่า 18.5	2.848 (1.823-4.451)	<.01*
25.0-29.9	0.741 (0.477-1.150)	.181
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	0.284 (0.138-0.582)	.001*
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (ครั้ง)		
0	1	
มากกว่าหรือเท่ากับ 1	0.042 (0.022-0.079)	.042*

ตารางที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของมารดาระหว่างสตรีวัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	Adjusted OR (95% CI)	p-value
จำนวนครั้งฝากครรภ์		
มากกว่าเท่ากับ 5	1	
0	2.424 (0.829–7.085)	.106
1–4	1.892 (1.111–3.223)	.019*
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์		
ไม่มี	1	
มี	0.126 (0.046–0.350)	<.001*
ระดับความเข้มข้นเลือดขณะตั้งครรภ์		
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 33	1	
น้อยกว่า ร้อยละ 33	2.348 (1.629–3.383)	<.001*
วิธีการคลอด		
การคลอดทางช่องคลอด		
การผ่าตัดคลอด	0.525 (0.368–0.749)	.001*
การคลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด	2.436 (0.694–8.545)	.164
อัตราการเสียชีวิตหลังคลอด (มิลลิลิตร)		
น้อยกว่า 500	1	
มากกว่าหรือเท่ากับ 500	0.537 (0.335–0.860)	.010*

* = sig < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของทารกที่คลอดโดยสตรีวัยรุ่นและสตรีวัยรุ่นผู้ใหญ่ จากตารางที่ 6 พบทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth retardation) ในสตรีวัยรุ่นมากกว่าสตรีวัยรุ่นผู้ใหญ่ 4.179 เท่า (95% CI: 1.734–10.074) โดยที่ทารกมีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อย (1,500– <2,500 กรัม) 1.713 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีวัยรุ่นผู้ใหญ่ (95% CI: 1.019–2.879) และเมื่อเปรียบเทียบกับอายุครรภ์ พบทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (small for

gestational age) มากกว่าสตรีวัยรุ่นผู้ใหญ่ 2.183 เท่า (95% CI: 1.431–3.330) ขณะที่พบทารกน้ำหนักตัวมากกว่าอายุครรภ์ (large for gestational age) น้อยกว่าสตรีวัยรุ่นผู้ใหญ่ 0.131 เท่า (95% CI: 0.018–0.975) และพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกน้อยกว่าสตรีวัยรุ่นผู้ใหญ่ 0.387 เท่า (95% CI: 0.211–0.709) แต่พบภาวะซีดในทารกแรกเกิดมากกว่าสตรีวัยรุ่นผู้ใหญ่ 3.107 เท่า (95% CI: 1.326–7.282)

ตารางที่ 6 ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของทารกที่คลอดโดยสตรีวัยรุ่นและสตรีวัยผู้ใหญ่

ข้อมูลพื้นฐาน	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth retardation)		
ไม่มี	1	
มี	4.179 (1.734–10.074)	.001*
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)		
2,500– <4,000	1	
น้อยกว่า 1,500	1.542 (0.458–5.186)	.484
1,500– <2,500	1.713 (1.019–2.879)	.042*
มากกว่าหรือเท่ากับ 4,000	0.257 (0.060–1.099)	.067
น้ำหนักตัวทารกเทียบกับอายุครรภ์		
ทารกน้ำหนักตัวเหมาะสมกับอายุครรภ์ (appropriate for gestational age)	1	
ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age)	2.183 (1.431–3.330)	<.001*
ทารกน้ำหนักตัวมากกว่าอายุครรภ์ (large for gestational age)	0.131 (0.018–0.975)	.047*
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารก		
ไม่มี	1	
มี	0.387(0.211–0.709)	.002*
ภาวะซีดในทารก		
ไม่มี	1	
มี	3.107(1.326–7.282)	.009*

* = sig < 0.05

วิจารณ์

ในจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งหมด 3,003 ราย พบเป็นกลุ่มสตรีอายุ 10–19 ปี จำนวน 251 ราย คิดเป็น ร้อยละ 8.4 ของจำนวนสตรีที่มาคลอดทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานข้อมูลจากทั่วโลก

ใน พ.ศ. 2566 ซึ่งพบว่า มีสตรีวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปี คลอดบุตรอยู่ประมาณ ร้อยละ 13 โดยที่สตรีวัยรุ่นอายุ 10–14 พบอัตราการคลอดบุตร 1 คนต่อ 1,000 คน ขณะที่พบ 39 คนต่อ 1,000 คนในสตรีวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี⁴

นอกจากนี้จากงานวิจัยพบว่าสตรีวัยรุ่นมีแนวโน้มน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน มีภาวะซีดขณะ

ตั้งครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกมีภาวะซีด เมื่อเปรียบเทียบกับกับสตรีวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสภาวะร่างกาย การรับประทานอาหาร การฝากครรภ์ และสารอาหารระหว่างตั้งครรภ์ การแนะนำเรื่องโภชนาการขณะฝากครรภ์และการให้ธาตุเหล็กเสริมในสตรีวัยรุ่นที่ไม่ได้มีภาวะธาลัสซีเมียจึงน่าจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันภาวะน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน ภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งมีส่วนช่วยในเรื่องของทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์หรือทารกน้ำหนักตัวน้อยได้

แต่จากงานวิจัยนี้พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในสตรีวัยรุ่นและในวัยผู้ใหญ่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาวะแทรกซ้อนของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอดอักเสบ การดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ หรือภาวะอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งไม่ได้ทำการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางอย่าง เช่น ในแง่ความพร้อมของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา ผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อคุณภาพชีวิต และการคุมกำเนิดหลังคลอด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สามารถทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปในอนาคต

สรุป

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันในสตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่ม แต่พบภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์และทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สตรีวัยรุ่นยังพบ

มีภาวะดัดขนิมวलयต่ำกว่าเกณฑ์ มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ที่มากกว่า ขณะที่ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า อัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ ส่วนในด้านผลลัพธ์ของทารกแรกคลอดพบภาวะซีดในทารกที่มากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการได้รับ dexamethasone, ภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอด (birth asphyxia), ภาวะหายใจลำบากในทารก (respiratory distress), อัตราทารกได้รับการช่วยหายใจ, ภาวะตัวเหลืองหลังคลอด, และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารก ทั้งกลุ่มสตรีวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ไม่พบมีความแตกต่างกันในทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG 2014;121(suppl 1):40–8. doi: 10.1111/1471-0528.12630.
2. สุขยา ลีอรรณ. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2567]; เข้าถึงได้จาก: URL: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/teenage-pregnancy/>
3. World Health Organization. Adolescent pregnancy [internet]. 2024 [cited 2024 Oct 10]; Available from: URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. UNICEF. Early childbearing [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 10]; Available from: URL: <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>

5. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, et al. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016;29(2):130–6. doi: 10.1016/j.jpag.2015.08.006.
6. Rexhepi M, Besimi F, Rufati N, et al. Hospital-based study of maternal, perinatal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy compared to adult women pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci* 2019;7(5):760–6. doi: 10.3889/oamjms.2019.210
7. Serunjogi R, Barlow-Mosha L, Mumpemwanja D, et al. Comparative analysis of perinatal outcomes and birth defects amongst adolescent and older Ugandan mothers: evidence from a hospital-based surveillance database. *Reprod Health* 2021;18(1):56. doi: 10.1186/s12978-021-01115-w.
8. Dinwiddie KJ, Schillerstrom TL, Schillerstrom JE. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2018 Sep;39(3):168–75doi: 10.1080/0167482X.2017.1334051.
9. Amjad S, MacDonald I, Chambers T, et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2019;.. (1):88–99. doi: 10.1111/ppe.12529.
10. Karacam Z, Kizilca Cakaloz D, Demir R. The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2021;50(4):102093. doi: 10.1016/j.jogoh.2021.102093.
11. Prasitlunkum M. Risk of low birth weight and adverse pregnancy outcomes in adolescent pregnancies at Chainat Hospital. *Thai J Obstet Gynaecol* 2009;17(2):93–7.
12. Kovavisarach E, Chairaj S, Tosang K, et al. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. *J Med Assoc Thai* 2010;93(1):1–8.
13. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ร่าง) แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 (ปีงบประมาณ 2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2567]; เข้าถึงได้จาก: URL: <https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi66/3-9/3.9-1.1.pdf>

