

## อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สุวิทย์ จิตภักดิ์สินรินทร์, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งในประเทศไทย และมักจะทำให้พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญต่อมารดาและทารกระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด แม้ว่าอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มคงที่หรือเริ่มลดลงในบางประเทศแต่อย่างไรก็ดีในประเทศไทยพฤติกรรมของวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ที่เร็วขึ้น ซึ่งเป็นผลจากสภาพแวดล้อมทางสังคม ความยากจน การว่างงาน การศึกษาน้อย วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในวัยรุ่น **ผู้ป่วยและวิธีการ:** ศึกษาข้อมูลย้อนหลังสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2547 **ผลการศึกษา:** พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรทั้งสิ้น 24,837 คน เป็นสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2,761 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีดระหว่างฝากครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ ทารกคลอดน้ำหนักน้อยและภาวะทารกขาดออกซิเจนระหว่างการคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญและเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยตนเอง พบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุระหว่าง 11-14 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีดระหว่างฝากครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ ทารกคลอดน้ำหนักน้อยและทารกเสียชีวิตปริกำเนิดมากกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุระหว่าง 15-17 ปี และ 18-19 ปี อย่างมีนัยสำคัญ **สรุป:** สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงระหว่างปี 2545-2547 พบได้ร้อยละ 11.11 ถือว่าอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และขณะคลอด ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและบุตร

**Abstract:** Incidence of Adolescent Pregnancy and Obstetric Outcomes in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital  
Suwit Jitpakdeborin, M.D.

Department of Obstetric and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

*Nakhon Ratch Med Bull 2006; 30: S39-45.*

**Background:** Adolescent pregnancy is still one of the main problems in Thailand, although in other developed countries this problem had been solved or on the decline. In Thailand, we had found that teenagers were becoming to have sexual intercourse in their early years. This may be due to the poor socioeconomic factors. Adolescent pregnancy, as we knew, caused higher morbidity and mortality to both the mothers and fetuses. **Aim:** To study the incidence of adolescent pregnancy and obstetric outcomes. **Patients and Method:** Retrospective studies the patients who came to give birth in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital (MNRH) during January 2002 to December 2004. **Results:** 24,837 pregnant women had gave birth in MNRH during January 2002 to December 2004. 11.11% of these patients were adolescent pregnancy. The result showed that this group of pregnancies had the higher incidence of anemia during pregnancy, preterm labor, preeclampsia, low birthweight and birth asphyxia significantly when compared to those older than 20 years of age. This study also showed a higher incidence of anemia, preterm labor, preeclampsia, low birthweight and birth asphyxia among pregnancies during 11-14 years of age when compared to 15-17 years and 18-19 years of age significantly. **Conclusion:** There is still a high incidence of adolescent pregnancy in MNRH during year 2002-2004 (11.11%). Adolescent pregnancy will likely increase the obstetric complications and will cause higher morbidity and mortality to both mothers and fetuses.

**Key word :** Adolescent Pregnancy

### ภูมิหลัง

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแม่อุบัติการณ์มีแนวโน้มคงที่หรือเริ่มลดลง<sup>(1,2)</sup> แต่ยังคงเป็นปัญหาต่อทั้งสังคมและการแพทย์ สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ความยากจน การว่างงาน ไม่มีจุดมุ่งหมายในการศึกษาหรือการทำงาน ตัดยาเสพติดและวัฒนธรรมตะวันตกเหล่านี้นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยขาดการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่วนหนึ่งทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งมักลงเอยด้วยการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย บางรายอาจติดเชื้อรุนแรงถึงตาย หรือ มีบุตรยากในภายหลัง ส่วนรายที่ตั้งครรภ์ต่อไปมักฝากครรภ์ ล่าช้าและมักมี

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และขณะคลอดหลายประการ เช่น ภาวะโลหิตจาง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และบุตรน้ำหนักน้อย เป็นต้น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมายังขาดข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จึงทำการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดทั้งต่อมารดาและทารก และความแตกต่างของ

ปัญหาในวัยรุ่นแต่ละกลุ่ม (ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย) เพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหา เพื่อนำผลไปพัฒนาการป้องกันดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเยาวชนรุ่นต่อไป

### ผู้ป่วยและวิธีการ

การศึกษานี้ได้รวบรวมบันทึกเวชระเบียน ข้อมูลพื้นฐาน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2547

### การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. ข้อมูลที่รวบรวมได้มาคำนวณหาอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยคิดเป็นร้อยละของจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2547

2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่รวบรวมได้นำมาเปรียบเทียบระหว่างสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี และเปรียบเทียบในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยกันเองโดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ เมื่อค่า  $P\text{-value} < 0.05$

### คำนิยาม

1. การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น (Adolescent pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี แบ่งวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ<sup>(3)</sup> ได้แก่

1.1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescent) หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 11 ถึง 14 ปี

1.2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescent) หมายถึง

ถึง วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 15 ถึง 17 ปี

1.3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescent) หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี แต่น้อยกว่า 20 ปี โดยนับอายุมารดาตามวันที่มาคลอด

2. ภาวะโลหิตจาง หมายถึง ภาวะที่มีความเข้มข้นของเลือดฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร

3. ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะหรือมีอาการบวมร่วมด้วย

4. การคลอดก่อนกำหนด (Preterm) หมายถึง ทารกที่คลอดในระหว่างอายุครรภ์ 20-37 สัปดาห์

5. ทารกน้ำหนักน้อย (Low birth weight) หมายถึง ทารกที่คลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

### ผลการศึกษา

จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2545 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2547 มีจำนวนทั้งหมด 24,837 ราย ในจำนวนนี้มีสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 2,761 ราย

จากการศึกษาพบว่าจำนวนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในช่วงเวลาที่ศึกษาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยระหว่างปี พ.ศ.2545-2547 โดยพบอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 11.11 ดังตารางที่ 1

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ จากการศึกษาค้นพบว่าภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี และเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยกันเอง ดังตารางที่ 2, 3 ส่วนการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอด (vacuum extraction) มีอุบัติการณ์น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเทียบกับสตรีตั้ง

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบจำนวนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี ที่มารับบริการตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2547

พ.ศ.	จำนวนผู้มาคลอด ทั้งหมด (ราย)	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (ราย) (ร้อยละ)	สตรีตั้งครรภ์ที่อายุ มากกว่า 20 ปี
2545	8,088	846 (10.46)	7242 (89.54)
2546	8,199	923 (11.26)	7276 (88.74)
2547	8,550	992 (11.67)	7558 (88.33)
รวม	24,837	2,761 (11.11)	22,076 (88.89)

ครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยตนเอง การผ่าตัดคลอดบุตร มีอุบัติการณ์น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี และเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยตนเอง

การคลอดทารกคะแนนแอปการ์ต่ำที่ 5 นาที (Apgar score <7) มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุ

มากกว่า 20 ปี แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยตนเอง ส่วนการคลอดทารกตายปริกำเนิด (peri natal death) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี และเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยตนเอง แต่ถ้าเปลี่ยนโดยใช้กลุ่มอายุ 11-14 ปี เทียบกับกลุ่มอื่นๆ จะพบว่า มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า  $P\text{-value}=0.04$

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี

	สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการ (N=24,837)		P-value
	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (n=2,761)	อายุ > 20 ปี (n=22,076)	
Anemia	260 (9.4)	261 (1.2)	<0.0001*
Preterm	718 (26.0)	1,823 (8.3)	<0.0001*
Pre-eclampsia	105 (3.8)	1,339 (6.1)	<0.0001*
Vacuum extraction	328 (11.9)	3,681 (16.7)	<0.0001*
Cesarean section	610 (22.1)	9,657 (43.7)	<0.0001*
Low birth weight	522 (18.9)	822 (3.7)	<0.0001*
APGAR <7 at 5 min	75 (2.7)	246 (1.1)	<0.0001*
Perinatal death	22 (0.8)	154 (0.7)	0.56

\* P-value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อน	Maternal age (ราย) (ร้อยละ)			P-value
	11-14ปี	15-17ปี	18-19ปี	
Anemia	5 (12.2)	116 (11.2)	139 (8.4)	0.044*
Preterm	14 (34.2)	303 (29.2)	401 (24.2)	0.007*
Pre-eclampsia	5 (12.2)	39 (3.8)	61 (3.7)	0.019*
Vacuum extraction	5 (12.2)	125 (12.1)	198 (11.9)	0.99
Cesarean section	9 (22.0)	201 (19.4)	400 (24.1)	0.017*
Low birth weight	18 (43.9)	213 (20.6)	291 (17.5)	<0.0001*
APGAR <7 at 5 min	2 (4.9)	32 (3.1)	41 (2.5)	0.44
Perinatal death	2 (4.9)	7 (0.7)	13 (0.8)	0.82

\* P-value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

### วิจารณ์

จำนวนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาราชธานนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2547 มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในอัตรา 104.6, 112.6 และ 116.7 ต่อสตรีตั้งครรภ์ 1,000 คน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นทั้งในและต่างประเทศเช่น กระทรวงสาธารณสุข พบว่าลดลงจาก 117.6 รายต่อ 1,000 คน เป็น 107 รายต่อ 1,000 คนในช่วง พ.ศ.2544-2546<sup>(1)</sup> โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าลดลงจาก 113.3 รายต่อ 1,000 คน เป็น 82.6 ราย ต่อ 1,000 คนในช่วง พ.ศ.2538-2546<sup>(2)</sup> และสหรัฐอเมริกา พบว่าลดลงจาก 117 ราย ต่อ 1000 คน เป็น 97 ราย ต่อ 1,000 คน ในช่วง พ.ศ.2533-2539 อาจเนื่องมาจากประชากรกลุ่มนั้นมีการศึกษาสูงและมีครอบครัวข้างล่างแตกต่างจากประชากรในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน การศึกษายังไม่สูงมากนัก แต่ในขณะที่เดียวกันก็ได้รับวัฒนธรรมตะวันตก มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยขาดความรู้ในการคุมกำเนิด ทำให้อุบัติการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงสูงขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาระยะสั้น การบอกแนวโน้ม

ของอุบัติการณ์อาจมีความคลาดเคลื่อน จึงควรมีการศึกษาที่ยาวนานกว่านี้

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการเกิดที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ในอายุมากกว่า 20 ปี และ เมื่อเปรียบเทียบกับภายในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยกันเอง ก็ยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้นอยู่ในกลุ่มอายุน้อย โดยภาวะแทรกซ้อนที่นำมาศึกษาในครั้งนี้นำประกอบด้วย

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 9.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี และ ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยกันเอง ซึ่งคล้ายกับข้อมูลของ Konje JC และคณะ<sup>(4)</sup> ที่พบว่าภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 2.53 เท่า (95% CI 2.19-2.9; P-value < 0.0001) และข้อมูลของ Corde-Agudelo A และคณะ<sup>(5)</sup> ที่พบภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเช่นกัน

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 26 และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ

เปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี และในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยตนเอง คล้ายกับข้อมูลของ Alison M และคณะ<sup>(6)</sup> ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 13-17 ปี มีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-24 ปี (ความเสี่ยงสัมพัทธ์ = 1.9; 95% CI 1.7-2.1) และข้อมูลของรักชาย บุญชาติ และคณะ<sup>(7)</sup> ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 13-19 ปี มีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-29 ปี อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 12.5 และ 8.0;  $P$ -value < 0.04) รวมถึงข้อมูลของ Saeid B และคณะ<sup>(8)</sup> ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 12-15 ปี มีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 16-19 ปี อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 17.3 และ 13.2;  $P$ -value < 0.001) เช่นกัน

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 3.8 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี และในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยตนเอง คล้ายกับข้อมูล Konje JC และคณะ<sup>(4)</sup> ที่พบว่าเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 16 ปี มากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-24 ปี 2.5 เท่า (95% CI 2.19-2.9,  $P$ -value < 0.0001) ต่างจากข้อมูลของ Ziadeh S.<sup>(9)</sup> ไม่พบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 18.9 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี และในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยตนเอง คล้ายกับข้อมูลอื่น ๆ<sup>(5,7,9,10)</sup> แต่แตกต่างจากข้อมูลของ Konje JC และคณะ<sup>(4)</sup> ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีการใช้เครื่องมือช่วยคลอดร้อยละ 12.2 ซึ่งน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี แต่ไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วย

ตนเอง ข้อมูลนี้ต่างจากข้อมูลของ Konje JC และคณะ<sup>(4)</sup> พบว่ามีการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอดเพิ่มขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 16 ปี เทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี 2.37 เท่า (95% CI 1.80-3.12,  $P$ -value < 0.0001) แต่อย่างไรก็ตามมีเพียงรายงานของ Konje JC และคณะ<sup>(4)</sup> ที่ศึกษาเปรียบเทียบการใช้เครื่องมือช่วยคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จึงควรจะมีการติดตามข้อมูลการศึกษาอื่น ๆ ต่อไป

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการผ่าตัดคลอดบุตรร้อยละ 22.1 ซึ่งน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี และแต่ละกลุ่มอายุในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งตรงข้ามกับข้อมูลของ Saeid B และคณะ<sup>(8)</sup> ที่พบกลุ่มมารดาอายุระหว่าง 12-15 ปี มีสัดส่วนการผ่าตัดคลอดบุตรสูงกว่าอายุระหว่าง 16-19 ปี และสูงกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 11.0, 9.4, 10.2,  $P$  < 0.001) อาจเนื่องจากไม่ได้แยกข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตร ทำให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่จากเคยผ่าตัดคลอดมาในครรภ์ก่อน (previous cesarean section) โดยจากข้อมูลของกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบว่าข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่ของการผ่าตัดคลอดบุตรเนื่องจากเคยผ่าตัดคลอดในท้องก่อนซึ่งมักจะพบในสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี จึงทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี สูงกว่าในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งในการศึกษาต่อไปควรจะมีการจำแนกข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดบุตรด้วย

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคลอดทารกที่มีค่าแอปการ์ต่ำที่ 5 นาที ร้อยละ 2.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี แต่ไม่แตกต่างเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยตนเอง คล้ายกับข้อมูลของ Conde-Agudelo A และคณะ<sup>(5)</sup> ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุมารดาในวัยรุ่นกับค่าแอปการ์ต่ำที่ 5 นาที

อัตราการตายปริกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 0.6 ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี และแต่ละช่วงอายุในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น คล้ายกับข้อมูลของ Ziadeh S<sup>(9)</sup> แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 11-14 ปี กับกลุ่มอื่น ๆ พบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = 0.04) คล้ายข้อมูลของ Olausson PO และคณะ<sup>(11)</sup> ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 13-15 ปี มีอุบัติการณ์การตายปริกำเนิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ 20-24 ปี (Odds Ratios=2.6)

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเป็นปัญหาที่พบบ่อยปัญหาหนึ่งในห้องคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และมีอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะซีดระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อยภาวะครรภ์เป็นพิษฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะทำให้มารดาและทารกได้รับอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอดได้ การพยายามลดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการให้การศึกษาเรื่องเพศและการคุมกำเนิดที่ถูกต้องน่าจะเป็นวิธีการที่ดีที่จะลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ เพื่อมารดาจะได้มีการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปกติ ซึ่งจะทำให้ได้ทารกที่สมบูรณ์แข็งแรง

## สรุป

อุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีรับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในปี 2545-2547 พบได้ร้อยละ 11.11 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย นอกจากนี้ยังมีภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย แอปการ์ต่ำที่ 5 นาที สูงกว่าในสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอัตราการตายปริกำเนิด ไม่แตกต่างกัน และอุบัติการณ์การใช้เครื่องมือช่วยคลอดรวมถึง อัตราการผ่าตัดคลอดบุตร ต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ สรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก 2543-2546. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2. Obstetric audit; Statistical report 1996-2002 A.D. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn university.
3. Joseph NP. Pregnancy in adolescence. In : Sanfillippo IS, Muram D, Dewhurst J., Lee PA, editors. Pediatric and adolescent gynecology. Philadelphia: Saunders; 2001: 318-31.
4. Konje JC, Palmer A, Watson A, Hay DM. Early teenage pregnancy in Hull. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99: 969-73.
5. Corde-Agudelo A, Belizan JM, Lammer C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 342-9.
6. Alison M., John E., R.H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcome. N Engl J Med. 1995; 322: 1113.
7. รักชาย นุหงาชาติ, สุธรรม ปิ่นเจริญ. มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกับการกำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. Songkla Med J 1998; 16: 113-23.
8. Saeid B., Patrick M., Leroy J., Leon I. Birth to teenagers: trends and obstetric outcome. Obstet Gynecol 1996; 87: 668-74.
9. Ziadeh S. Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordan. Arch Gynecol Obstet 2001; 265: 26-9.
10. Lao TT, Ho LF. Obstetric outcome of teenage pregnancies. Hum Reprod. 1998; 13(11): 3228-32.
11. Olausson PO, Nattingius SC, Haylund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynecol 1999; 106: 116-21.