

# อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยในมารดาวัยรุ่น

นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี

## บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นมักพบภาวะแทรกซ้อนมากกว่าวัยผู้ใหญ่เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราเสี่ยงและอัตราตายของทารก วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ต้องการหาอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจากเวชระเบียนของมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกรายที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 ธันวาคม 2553 พบว่ามีมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น 479 ราย คิดเป็น 200 ต่อ 1000 การคลอด มีอายุเฉลี่ย 17.5 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา (76.3%) ประกอบอาชีพแม่บ้าน (76.3%) และคลอดปรกติทางช่องคลอด (83.7%) มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น 479 ราย คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 57 ราย คิดเป็น 119 ต่อ 1000 การคลอด ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้แก่ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง (odds ratio 9.78, 95% CI 1.11, 18.58  $p < 0.05$ ) อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (odds ratio 18.16, 95% CI 11.15, 25.15  $p < 0.05$ ) ระดับความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 30% (odds ratio 6.42, 95% CI 2.62, 10.22  $p < 0.05$ ) และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม (odds ratio 3.68, 95% CI 2.70, 4.57  $p < 0.05$ ) การกระตุ้นเดือนให้มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพและแก้ไขปัญหาทุกขณการจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีทั้งมารดาและทารก

**คำสำคัญ:** ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย, มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น, ปัจจัยเสี่ยง

## บทนำ

วัยรุ่นในเพศหญิง เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจจากวัยเด็กก่อนจะก้าวล่วงเข้าสู่วัยรุ่น ดังนั้นการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นจึงมักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ปัจจุบันพบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงขึ้นโดยมีสาเหตุมาจากการ

มีเพศสัมพันธ์ในอายุน้อย ๆ โดยไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์และการขาดความรู้ด้านเพศศึกษา<sup>(1,2)</sup>

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี แตกต่างกันไปทั่วโลก โดยพบอัตราตั้งแต่ 4 ต่อ 1,000 ในประเทศญี่ปุ่น ถึง 212 ต่อ 1,000 ในประเทศแองโกลา สำหรับประเทศไทย อัตรา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (15-19 ปี) พบได้ 70 ต่อ 1000<sup>(3)</sup>

ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศโดยส่งผลกระทบต่ออัตราการป่วยและอัตราการตายของทารก อุบัติการณ์ของทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยในประเทศไทยในปี 2551 คือร้อยละ 8.1<sup>(4)</sup> มีการกำหนดเป้าหมายไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ 5 ปี ฉบับที่ 10 ปี พ.ศ. 2550-2554 ที่จะลดอัตราการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยให้เหลือร้อยละ 7 ของทารกเกิดมีชีพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อหาอัตราการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยและประเมินปัจจัยเสี่ยงของการคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยในมารดาวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การวินิจฉัยเบื้องต้น การแก้ไข และการป้องกันการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยในมารดาวัยรุ่น

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์แบบ case-control ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีโดยผ่านการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล โดยการรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน ใบรายงานการคลอด ประวัติการฝากครรภ์ และข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนในกลุ่มงานสูติกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี ทำการรวบรวมข้อมูลมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกทุกรายที่มาฝากครรภ์และมาคลอดในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่าง 1 มกราคม 2552 ถึง 31 ธันวาคม 2553 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

มารดาวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 1,000 กรัม

เกณฑ์คัดออก

ครรภ์แฝด ไม่ได้ฝากครรภ์ ทารกตายในครรภ์

### คำจำกัดความ

1. มารดาวัยรุ่น หมายถึงผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในช่วง

อายุน้อยกว่า 20 ปี<sup>(2)</sup>

2. ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย หมายถึงทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม<sup>(2)</sup>

3. การฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป หมายถึงการได้รับบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงระยะเวลาต่อไปนี้ : ก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ 24-28 สัปดาห์ 28-32 สัปดาห์ และมากกว่า 32 สัปดาห์

4. น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์หมายถึงน้ำหนักเป็นกิโลกรัมก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

5. น้ำหนักขณะคลอดหมายถึงน้ำหนักเป็นกิโลกรัมขณะรับไว้ในห้องคลอด

รวบรวมข้อมูลมารดาวัยรุ่นประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ อายุครรภ์ ความเข้มข้นของเลือด น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักขณะคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด วิธีการคลอด คำนวณหาอัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย และข้อมูลต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างมารดาวัยรุ่นคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกับมารดาวัยรุ่นคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดปกติ เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

หาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย โดยใช้ chi-square, t-test และ Fisher's exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 คำนวณ odds ratio และร้อยละ 95 ช่วงเชื่อมั่น

### ผลการศึกษา

ระหว่างเดือน มกราคม 2552 - ธันวาคม 2553 มีการคลอดทั้งสิ้น 2387 ราย เป็นมารดาวัยรุ่นในการศึกษา 479 ราย อายุเฉลี่ย 17.5 ปี (13-19 ปี) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (76.3%) และเป็นแม่บ้าน (76.3%) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.17 สัปดาห์ (29-41 สัปดาห์)

คลอดปกติ 401 ราย (83.7%) คลอดโดยการผ่าตัด 75 ราย (15.7%) และคลอดโดยการช่วยคลอดด้วยคีม 3 ราย (0.6%) ทารกเป็นเพศชาย 273 คน (56.9%) เพศหญิง 206 คน (43.1%) (ตารางที่ 1)

มารดาวัยรุ่น 479 ราย คลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย 57 ราย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาวัยรุ่นคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยและกลุ่มมารดาวัยรุ่นคลอดทารกน้ำหนักปกติ พบว่าอายุครรภ์เฉลี่ยระดับการศึกษา อาชีพ และน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่จำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 30%

และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาวัยรุ่น พบว่า จำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง (OR 9.78, 95%CI 1.11, 18.58) อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (OR 18.15, 95%CI 11.15, 25.15) ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 30% (OR 6.42, 95%CI 2.62, 10.22) และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม (OR 3.67, 95%CI 2.70, 4.57) เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของมารดาวัยรุ่น (n= 479 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ยปี $\bar{x}$ (SD)	17.5 (1.37)	
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	0.6
ประถมศึกษา	62	12.9
มัธยมศึกษา	365	76.3
ปวช/ปวส	48	10.0
ปริญญา	1	0.2
<b>อาชีพ</b>		
นักเรียน/นักศึกษา	43	9.0
แม่บ้าน	365	76.3
เกษตรกร	4	0.8
รับจ้าง	51	10.6
ค้าขาย	16	3.3
อายุครรภ์เฉลี่ยสัปดาห์ $\bar{x}$ (SD)	38.17 (1.72)	
<b>วิธีการคลอด</b>		
คลอดปกติ	401	83.7
ผ่าตัดคลอด	75	15.7
ใช้คีมช่วยคลอด	3	0.6
<b>เพศทารก</b>		
ชาย	273	56.9
หญิง	206	43.1

## วิจารณ์

ในช่วงเวลาระหว่างเดือนมกราคม 2552 ถึงเดือนธันวาคม 2553 มีมารดาวัยรุ่น 479 ราย มีผู้คลอดรวมทั้งสิ้น 2387 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์มารดาวัยรุ่น 200 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งมากกว่าที่เคยมีรายงานจากกระทรวงสาธารณสุขว่ามีอัตรา 107 ต่อ 1,000<sup>(5)</sup> เมื่อเทียบกับเป้าหมายของประเทศกำหนดที่ร้อยละ 10 พบว่าจังหวัดสิงห์บุรีมีความชุกของมารดาวัยรุ่นสูง อาจมีสาเหตุมาจากการที่เด็กหญิงมีการเข้าสู่วัยรุ่นและมีประจำเดือนครั้งแรกเร็วขึ้น การมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยลง และอัตราการคุมกำเนิดต่ำ<sup>(6)</sup> ทั้งนี้การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงในประเทศพัฒนาแล้ว โดยมีปัจจัยเกื้อหนุนคือการได้รับการศึกษาที่ดีขึ้น การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม รวมทั้งการทอดระยะเวลาก่อนการตั้งครรภ์ออกไปจนกว่าจะได้ศึกษาสำเร็จวิชาซีพก่อนการมีครอบครัว<sup>(7)</sup>

การตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม<sup>(8)</sup> ในการศึกษาครั้งนี้จากมารดาวัยรุ่น 479 ราย พบมีมารดาวัยรุ่น 57 รายคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นอัตรา 119 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7<sup>(4)</sup> ปัจจัย

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยในมารดาวัยรุ่น (n= 479 ราย)

ปัจจัย	จำนวน ทั้งหมด (ร้อยละ)	ทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย (n=57) (ร้อยละ)	ทารก น้ำหนักปกติ (n=422) (ร้อยละ)	p-value*	Odds ratio* (95% CI)
อายุเฉลี่ยปี $\bar{x}$ (SD)		17.74 (1.37)	17.74 (1.37)**	0.8	
<b>การศึกษา</b>				0.94	
ไม่ได้รับการศึกษา		03 ( 0.7)			
ประถมศึกษา		9 (15.8)	53 (12.6)		
มัธยมศึกษา		42 (73.7)	323 (76.5)		
ปวช/ปวส		6 (10.5)	42 (10.0)		
ปริญญา		01 (0.2)			
<b>อาชีพ</b>				0.09	
นักเรียน/นักศึกษา		10 (17.5)	33 (7.8)		
แม่บ้าน		36 (63.1)	329 (78.0)		
เกษตรกร		1 (1.8)	3 (0.7)		
รับจ้าง		9 (15.8)	42 (10.0)		
ค้าขาย		1 (1.8)	15 (3.5)		
<b>จำนวนการฝากครรภ์ (ครั้ง)</b>					
< 4	85 (17.7)	33 (57.9)	52 (12.3)	< 0.0001	9.78
> 4	394 (82.3)	24 (42.1)	370 (87.7)***		(1.11, 18.58)
<b>อายุครรภ์ (สัปดาห์)</b>					
< 37	57 (11.9)	31 (54.4)	26 (6.2)	< 0.0001	18.15
$\geq$ 37	422 (88.1)	26 (45.6)	396 (93.8)		(11.15, 25.15)
<b>ความเข้มข้นของเลือด (%)</b>					
< 30	16 (3.3)	7 (12.3)	9 (2.1)	= 0.0011	6.42
$\geq$ 30	463 (96.7)	50 (87.7)	413 (97.9)		(2.62, 10.22)
<b>น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ (กก.)</b>				= 0.09	
< 50	43 (75.4)	238 (56.4)			
$\geq$ 50	14 (24.6)	184 (43.6)			
<b>การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ (กก.)</b>					
< 10	141 (29.4)	32 (56.1)	109 (25.8)***	< 0.0001	3.67
$\geq$ 10	338 (70.6)	25 (43.9)	313 (74.2)		(2.70, 4.57)

\*Fisher's exact test

\*\*t-test

\*\*\*chi-square

เสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีหลายอย่าง ทั้งจากการเกิดการคลอดก่อนกำหนด<sup>(9)</sup> ภาวะซีดในมารดา<sup>(8,9)</sup> การได้รับการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง<sup>(8)</sup> หรือภาวะโภชนาการในมารดา<sup>(9)</sup> การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาปัจจัยเหล่านี้เพื่อการให้การดูแลมารดาวัยรุ่นในการลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้ได้ทารกน้ำหนักแรกเกิดปกติ

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบระหว่างมารดาวัยรุ่นคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม และมารดาวัยรุ่นคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดปกติ พบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือจำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 30% และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม

มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งถึงร้อยละ 57.9 ในขณะที่มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกน้ำหนักปกติมีการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งเพียงร้อยละ 12.3 การฝากครรภ์จำนวนที่น้อยครั้งอาจมีสาเหตุจากการศึกษา ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ หรือความสมบูรณ์ของวัย<sup>(10)</sup> การศึกษานี้พบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 4 ครั้งมีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (odds ratio 9.78, 95%CI 1.11-18.58) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Watcharaseranee N<sup>(10)</sup> และ Supadit et al<sup>(11)</sup> การฝากครรภ์ที่น้อยทำให้มารดาวัยรุ่นไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เช่น ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ภาวะซีด การไม่ได้รับแร่เหล็กและกรดโฟลิก<sup>(8,9,12)</sup> ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ดังนั้นการกระตุ้นเตือนให้มารดาวัยรุ่นตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์เพื่อการดูแลระหว่างตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

มารดาวัยรุ่นคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) ถึงร้อยละ 54.4 ในขณะที่มารดาวัยรุ่นคลอดทารกน้ำ-

หนักปกติมีการคลอดก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 6.2 การศึกษานี้พบว่าอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (odds ratio 18.15, 95%CI 11.15, 25.15) มีหลายการศึกษา<sup>(10,13-16)</sup> ที่พบการคลอดก่อนกำหนดมากในมารดาวัยรุ่น อัตราการคลอดก่อนกำหนดพบในวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ถึง 10.3%<sup>(8,17-18)</sup> สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดมาจากการมีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การได้รับการฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ และการได้รับการศึกษาน้อย<sup>(11,19-20)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้

มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีอุบัติการณ์ของภาวะซีด (ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 30%) ถึงร้อยละ 12.3 ในขณะที่มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกน้ำหนักปกติมีภาวะซีดเพียงร้อยละ 2.1 ซึ่งภาวะซีดในมารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (odds ratio 6.42, 95%CI 2.62, 10.22) การเกิดภาวะซีดมักเป็นผลเนื่องมาจากพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เพียงพอในมารดาวัยรุ่น<sup>(9)</sup> อันเป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดธาตุเหล็กและกรดโฟลิก<sup>(12)</sup> ความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นในช่วงวัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ เพราะต้องใช้ในการสร้างฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดง ยิ่งไปกว่านั้นวัยรุ่นมักมีประจำเดือนมาบ่อยและไม่สม่ำเสมอซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้มีโอกาสซีดได้มาก ภาวะซีดที่ไม่ได้รับการแก้ไขจึงนำไปสู่การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้

มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่า 50 กิโลกรัมถึง 43 ใน 57 ราย (75.4%) และมารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกน้ำหนักปกติมีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่า 50 กิโลกรัมถึง 238 ใน 422 ราย (56.4%) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์พบว่ามารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักน้อยกว่า 10 กิโลกรัมอยู่ 32 ใน 57 ราย (56.1%) ในขณะที่มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกน้ำหนักปกติมีการเพิ่มขึ้นของน้ำ-

หนักน้อยกว่า 10 กิโลกรัมเพียง 109 ใน 422 ราย (25.8%) มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (odds ratio 3.67, 95%CI 2.70, 4.57) ภาวะโภชนาการของมารดาวัยรุ่นที่ไม่เพียงพอจากพฤติกรรมการกินอาหาร การขาดธาตุเหล็กและกรดโฟลิก<sup>(9,12)</sup> เป็นสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ที่น้อยและส่งผลต่อไปทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยด้วย<sup>(21-23)</sup> ดังนั้นการได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการฝากครรภ์ในระยะแรก เพื่อการป้องกันภาวะทุโภชนาการจะช่วยลดอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้<sup>(24)</sup>

### สรุป

อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาวัยรุ่นพบได้ 119 ต่อ 1,000 การคลอด ปัจจัยเสี่ยงที่พบในมารดาวัยรุ่นซึ่งคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้แก่ จำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง การคลอดก่อนกำหนด ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 30 และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม การกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาทุโภชนาการจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีทั้งมารดาและทารก

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วีรศักดิ์ ครอบลาภเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่อนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้ ทีมงานสูติแพทย์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย และนายแพทย์ไพศาล สุวัฒน์ิกะ ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

1. Martin E. Adolescent pregnancy- teenage pregnancy [serial online] 2010 [cited 2010 Nov 17]; Available from:URL: [http:// health.all refer.com/health/adoles-](http://health.all refer.com/health/adolescent-pregnancy-info-html)

2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Stong CY. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010. p. 10-1.
3. World Health Organization. Incidence of adolescent pregnancies. In: McIntyre P, editor. Adolescent pregnancy: issue in adolescent health and development. Geneva: WHO; 2004. p. 5-11.
4. Warakamin S, Takrudtong M. Reproductive health in Thailand. Family Planning and Population; 1998.
5. Ministry of Public Health Bureau of Health Promotion. Maternal and child health status of Thailand in 2002. Nonthaburi: Department of Health, Bureau of Health Promotion, Ministry of Public Health; 2003.
6. Treffers PE, Olukoya AA, Ferguson BJ, Liljestrand J. Care for adolescent pregnancy and childbirth. Int J Gynaecol Obstet 2001; 75:111-21.
7. Singh S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and child-bearing: levels and trends in developed countries. Family Planning Perspectives 2000; 32(1):14-23.
8. Pattanapaisalsak C. Obstetrics outcomes of teenage primigravida in Su-ngai Kolok hospital, Narathiwat, Thailand. J Med Assoc Thai 2011; 94(2):139-46.
9. Berenson AB, Wiemann CM, McCombs SL. Adverse perinatal outcomes in young adolescents. J Reprod Med 1997; 42:559-64.
10. 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.
11. Supadit W, Srilapattana B, Jantayongnee B. Teenage pregnancy. Thai Military J 1988; 43:71-5.
12. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America : cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:342-9.
13. Kunaviktikul C, Skulsuthavong S. Outcome of adolescent pregnancy. Chiang Mai Med Bull 1987; 26:87-96.
14. Nato S. Comparison of pregnancy outcome between teenage mothers and mothers aged 20-30 years old at Chao Phaya Abhaibhubejhr Hospital. Bull Dept Med Serv 2005; 30:326-34.
15. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and theirs obstetric outcomes. Trop Doct 2007; 37:85-8.
16. Briggs MM, Hopman WM, Jamieson MA. Comparing pregnancy in adolescents and adults: obstetric outcomes and prevalence of anemia. J Obstet Gynaecol Can 2007; 29:546-55.
17. Suebnukarn K, Phupong V. Pregnancy outcomed in adolescents < or = 15 years old. J Med Assoc Thai

- 2005; 88:1758-62.
18. Hediger ML, Scholl TO, Schall JI, Krueger PM. Young maternal age and preterm labor. *Ann Epidemiol* 1997; 7:400-6.
  19. Olausson PO, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106:116-21.
  20. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995; 332:1113-7.
  21. Orvos H, Nyirati I, Hajdu J, Pal A, Nyari T, Kovacs L. Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? *J Perinatal Med* 1999; 27:199-203.
  22. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in woman less than 18 years old. *Obstet Gynecol* 2000; 96:962-6.
  23. Strobino DM, Ensminger ME, Kim YJ, Namda J. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. *Am J Epidemiol* 1995; 142:504-14.
  24. Isaranurug S, Mo-Suwan L, Choprapawan C. Differences in socio-economic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(2):145-51.

**Abstract Incident and Risk factors of Low Birth Weight Infants in Teenage Pregnancy in Sing Buri Hospital**

**Niran Chairisookumporn**

Department of Obstetrics and Gynaecologic, Sing Buri Hospital

*Journal of Health Science* 2012; 21:263-9.

Teenage pregnancy have a higher risk of complications more than adults. Teenage period of females is the transitional stage of physical and mental development. Most complication is low birth weight, the important health problems of Thailand, leading to morbidity and mortality of infants. The objective of this retrospective analytic study was to determine the incidence and risk factors of low birth weight in teenage pregnancy in Sing Buri Hospital. Data was collected from medical records of all teenage pregnant delivered in Sing Buri Hospital during 2 year period between January 1,2009 and December 31,2010. Statistical analysis of antenatal history, mode of delivery and birth weight were carried out. There were 479 teenage pregnant accounting for 200 per 1000 delivered. The average age was 17.5 year. Most of them were graduated from secondary schools (76.3%), reported as housewives (76.3%) and had vaginal delivery (83.7%). There were 57 low birth weigh infants accounting for 119 per 1000 newborns. Risk factors of low birth weight included poor antenatal care less than 4 times ( $p < 0.05$ ) (odds ratio 9.78, 95% CI 1.11, 18.58), gestational age less than 37 weeks ( $p < 0.05$ ) (odds ratio 18.16, 95% CI 11.15, 25.15), hematocrit less than 30% ( $p < 0.05$ ) (odds ratio 6.42, 95% CI 2.62, 10.22) and maternal weight gain less than 10 kilograms ( $p < 0.05$ ) (odds ratio 3.68, 95% CI 2.70, 4.57). The encouraging of adequate antenatal care and motivate teenage pregnant to take care of nutritional habits will lead to good health for both mothers and infants.

**Key words:** low birth weight, teenage pregnancy, risk factors