

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ (ANEMIA IN PREGNANCY)

สิทธิพร สรรคบุรานุรักษ์

รพ. นครชัยศรี

ความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ทราบกันดีว่า สตรีในระยะตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยา กายวิภาค ชีวเคมีและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นได้ในทุกระยะตลอดการตั้งครรภ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้นในร่างกาย ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์จึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด อุบัติการณ์ที่พบแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 20-80 ของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ และสังคมของประชากรในแต่ละพื้นที่ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสนใจในปัญหานี้มาตั้งแต่ ค.ศ. 1958¹ เนื่องจากพบว่าสตรีตั้งครรภ์และเด็กที่เป็นโรคโลหิตจางเนื่องจากขาดสารอาหารเป็นปัญหาทั่วโลก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งมารดาและทารกที่เกิดมา แม้ว่าจะไม่ใช่ปัญหาที่รีบด่วน และได้รับความสนใจน้อยจากแพทย์ทั่วไป ถ้าละเลยไม่พิจารณาถึงสาเหตุของปัญหา โดยที่ไม่รักษา ปลายเหตุด้วยการให้ยาบำรุงเลือดหรือให้เลือดทดแทนแล้ว ส่วนต้นเหตุที่ซ่อนเร้นอยู่ เช่น โรคมาลาเรียเม็ดเลือดขาวกระดุกสีอมหน้าที่ หรือมีการขาดธาตุเหล็ก อาจจะถูกกลามไปมาจากจนทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมารดาและทารก ดังนั้นการวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว สืบค้นหาสาเหตุด้วยวิธีการที่ถูกต้อง ตลอดจนเลือกสรรกรรมวิธีดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะลดอุบัติการณ์การเกิดสภาวะดังกล่าวได้

นิยามของโลหิตจาง

โลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ หมายถึงระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัม/ดล.² ในครรภ์ปกติ หรือฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30 เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย แพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับกันว่าในขณะตั้งครรภ์ จะต้องรักษาระดับฮีโมโกลบินไว้ให้เกิน 8 กรัม/ดล.

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

พ.ศ. 2513 กำแพง จาตุรจินดา ได้ศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าร้อยละ 5.9 (ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 กรัม/100 มล.) โดยพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และตั้งครรภ์มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป จะพบโลหิตจางมากกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยหรือมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อยกว่า

พ.ศ. 2514 อารี วัลยะเสวี และคณะ ศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เขตเมืองและชนบท ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และที่โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี พบร้อยละ 31 และ 39 ตามลำดับ (Hb = 8.9-7 gm/100 ml) โดยพบหญิงตั้งครรภ์ในเขตชนบทมีภาวะโลหิตจางมากกว่า หญิงตั้งครรภ์ในเขตเมือง

พ.ศ. 2515 สุวนีย์ ริมดุสิต ศึกษาอุบัติการณ์โลหิตจางในหญิงที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช พบร้อยละ

9.9 (Hct < 30%) โดยพบร้อยละ 23.4 ในไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 32.5 และร้อยละ 34.2 ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

พ.ศ. 2519 สุวิทย์ อารีกุล และคณะ ศึกษาภาวะโลหิตจางที่โรงพยาบาลศิริราช พบร้อยละ 21.8 (Hb = 10 gm/100 ml) โดยเกิดจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 45.5 และขาดวิตามินบี 12 ร้อยละ 9.6

พ.ศ. 2523 นิภา สุวรรณเวลา และ วิมล สุขคนยา ศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบร้อยละ 36.7 มีภาวะโลหิตจาง (Hb < 11 gm/100 ml) ร้อยละ 40 เกิดจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 17.5 ขาดโฟเลต และมีอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและโฟเลต เพิ่มขึ้นตามจำนวนครรภ์ และระยะเวลาของการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ร้อยละ 27.3 ที่ขาดธาตุเหล็กพบมีพยาธิปากขอ และครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ขาดโฟเลตมีพยาธิได้เดือนตัวกลม

พ.ศ. 2528 อุ่นใจ กอนันตกุล ศึกษาอุบัติการณ์โลหิตจางจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป จะพบภาวะโลหิตจางมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่า

พ.ศ. 2530 นทีญ ถิ่นธรรมา และคณะ ศึกษาภาวะโลหิตจางจากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 23.5 (Hct < 10 กรัม/เดซิลิตร) โดยร้อยละ 82 เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก และร้อยละ 14 เกิดจากโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ

พ.ศ. 2535 พจนา กองเงิน ศึกษาสตรีที่มีคลอดบุตรที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าร้อยละ 7.2 มีภาวะโลหิตจาง และคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย Appar's score ต่ำกว่า ทารกที่คลอดมาจากมารดาที่มีภาวะโลหิตปกติ

จากรายงานทางการแพทย์และงานวิจัยดังที่กล่าวมาจะพบว่า สาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ คือการขาดธาตุเหล็ก³ พบมากที่สุดร้อยละ 80 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ซึ่งเกิดจากการขาดสารอาหาร ภาวะโรคเลือดต่าง ๆ โดยเฉพาะธาลัสซีเมีย

ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ที่ต้องช่วยกันแก้ไขตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรคำนึงถึงสาเหตุอื่น ๆ ร่วมด้วย

สาเหตุของ Anemia ในหญิงตั้งครรภ์⁴

Acquired

Iron-deficiency anemia

Anemia caused by acute blood loss

Anemia of inflammation or malignancy

Megaloblastic anemia

Acquired hemolytic anemia

Aplastic anemia or hypoplastic anemia

Hereditary

Thalassemias

Sickle-cell hemoglobinopathies

Other hemoglobinopathies

Hereditary hemolytic anemias

การเปลี่ยนแปลงทางระบบเลือดระหว่างตั้งครรภ์

1. Blood volume ที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรก เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในไตรมาสที่ 2 และอยู่เกือบคงที่ ในไตรมาสที่ 3 ดังนั้นร่างกายจึงจำเป็นต้องได้รับธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้น เพื่อใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดง ระดับของ erythropoietin จะเพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ เชื่อว่าเป็นผลมาจากฮอร์โมน Placental Lactogen มีผลให้การสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูก (erythroid hyperplasia) และจำนวน Reticulocyte count เพิ่มขึ้น การเพิ่มของพลาสมามากกว่าเม็ดเลือดแดง อาจทำให้ระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตลดลงได้

2. ธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์มีความต้องการเพิ่มมากขึ้นประมาณ 1 กรัม โดย 100 มก. จะอยู่ที่ทารกและรก 200 มก. ถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย และอีก 500 มก. อยู่ที่เม็ดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2 ร่างกายจะมีความต้องการธาตุเหล็กมากที่สุดประมาณ 6 มก./วัน

แต่ร่างกายมีสะสมเพียง 300-500 มก. เท่านั้น⁵ การรับประทานยาและอาหารที่มีธาตุเหล็กหลังแตกตัวแล้ว (elemental iron) 60 มก./วัน โดยเฉพาะในไตรมาสแรก เนื่องจากร่างกายจะดูดซึมธาตุเหล็กจากลำไส้ได้ประมาณร้อยละ 10 และเพิ่มเป็นร้อยละ 37 และ 72 ในไตรมาสที่ 2 และ 3 มีรายงานทางการแพทย์หลายรายงานที่ช่วยสนับสนุนว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับยาบำรุงที่มีธาตุเหล็กเสริมจะมีระดับฮีโมโกลบินเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับยาบำรุงประมาณ 1.1-1.5 กรัม/ดล. เมื่อเกิดภาวะขาดเหล็ก ferritin จะลดลงก่อน ต่อมา serum iron จะลดลง ต่อไป Hemoglobin concentration จึงจะลด MCV จะลดลงเป็นตัวชี้วัดตัวแรกในภาวะซีดของหญิงตั้งครรภ์ การขาดธาตุเหล็กจะมีผลต่อ Hemoglobin synthesis และมีผลต่อ iron dependent enzyme⁴ ที่มีอยู่ในทุก ๆ เซลล์ ทำให้เกิดผลต่อหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ หน้าที่ของกล้ามเนื้อ เสียไป หน้าที่ของ neuro transmitter activity, exercise tolerance, epithelium change, หน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร

3. การสูญเสียปริมาณเลือดจากการคลอดและหลังคลอด กรณีปกติอาจเสียเลือดประมาณ 300-500 มล. ถ้าผ่าตัดประมาณ 500-1.000 มล. ในระหว่างเจ็บครรภ์เกิดภาวะ Hemoconcentration จากการขาดน้ำ หรืออาจเกิดตกเลือดหลังคลอด ในระยะหลังคลอด 2-3 วันแรก ระดับ blood volume มักไม่เปลี่ยนแปลงมาก และจะลดลงเรื่อย ๆ จนอยู่ในภาวะปกติ

ผลของภาวะซีดต่อการตั้งครรภ์

ขึ้นกับสาเหตุของการซีดเป็นสำคัญ เช่น ในราย Sickle-cell anemia จะมีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดจาก sickling มีผลต่อมารดาและทารกได้ต่าง ๆ กัน ในรายที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก พบมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และทารกนั้นเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ จะมีความดันโลหิตสูง และ WHO ประมาณว่า ภาวะขาดเหล็กมีส่วนร้อยละ 40 ของมารดาตายในประเทศกำลังพัฒนา

ผลของภาวะซีดต่อการกินครรภ์

ทารกได้ธาตุเหล็กจาก serum ของมารดา โดย active transport ผ่านรก ส่วนใหญ่ใน 4 สัปดาห์ท้ายของการตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่า ทารกที่มี poor fetal growth โตขึ้นจะมีความดันโลหิตสูง จึงอาจป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ โดยการป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์

ทารกที่มารดาขาดธาตุเหล็ก จะมี cord ferritin level น้อย มีการสะสมของธาตุเหล็กในร่างกายของทารกน้อย และเกิดภาวะซีดในขวบปีแรก หากกินอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อยด้วย จะทำให้ทารกมี behavioral abnormality โดยมีการเปลี่ยนแปลงของ chemical mediator ในสมอง

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ ได้แก่

ก. ประวัติการได้รับสารอาหารในชีวิตประจำวัน ก่อนและระหว่างตั้งครรภ์

ข. ประวัติการเสียเลือดทางช่องคลอดก่อนตั้งครรภ์และในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น มีประจำเดือนมาก และนานกว่าปกติ

ค. ประวัติเสียเลือดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ทางเดินอาหาร ทวารหนัก

ช. ประวัติภูมิแพ้ โดยเฉพาทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติสูง

ซ. ประวัติการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย

ฅ. ประวัติเลือดออกไม่หยุด หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเลือดมาก่อนการตั้งครรภ์

ฉ. ซักประวัติโรคเลือดในครอบครัว

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่

ก. ลักษณะของใบหน้า (Thalassemic facies)

โดยมีผื่นจุมพแยะ โหนกแก้มสูง กระดูกแก้ม คางและขากรรไกรกว้างออก และใหญ่กว่าปกติ การเจริญเติบโต

โดยทั่วไปช้ากว่าปกติหรือชิดมาก

ข. ถ้าพบมีเลือดออกตามผิวหนัง ไรพื้น และ mucous membrane มักเกิดจากเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากโรคที่ไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น โรคของไขกระดูก, idiopathic thrombocytopenic purpura เป็นต้น หรือที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์โดยตรง เช่น abruptio placenta, retained fetal death in utero, septicemia เป็นต้น

ค. ถ้าพบว่าต่อมน้ำเหลืองโต ควรนึกถึงโรคของต่อมน้ำเหลือง เช่น Lymphoma วัณโรคของต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น

ง. ถ้าพบว่ามีม้ามโต ควรนึกถึงโรคที่มีการทำลายเม็ดเลือดแดง (Hemolytic Anemia) Lymphoma, Leukemia และภาวะ Hypersplenism

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่สำคัญ ได้แก่

ก. การตรวจ Complete blood count และ peripheral blood smear โดย

1. ดูลักษณะเม็ดเลือดแดง ถ้าพบลักษณะ hypochromic microcytic คิดถึงการขาดธาตุเหล็กและกลุ่มโรคธาลัสซีเมีย ลักษณะ hypochromic ร่วมกับ anisocytosis และ poikilocytosis มาก โดยไม่สัมพันธ์กับอาการซีด คิดถึงกลุ่มธาลัสซีเมีย โดยเฉพาะถ้าพบว่ามี target cells ร่วมด้วย ถ้าพบว่ามีเม็ดเลือดแดงมีขนาดโตขึ้น อาจเกิดจากการขาดโฟเลต หรือวิตามินบี 12 ถ้าพบว่ามีเม็ดเลือดแดงมีลักษณะแตกเป็นรูปร่างต่าง ๆ กัน (Fragmental cells) ก็จะต้องนึกถึงภาวะ Microangiopathic Hemolytic Anemia

2. ดูลักษณะเม็ดเลือดขาว กลุ่มธาลัสซีเมีย หรือเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็ก เม็ดเลือดขาวจะมีลักษณะปกติ ดังนั้นจำนวนเม็ดเลือดขาวที่สูงกว่าปกติ อาจเกิดจาก Leukemia หรือ Leukemoid reaction โดยเฉพาะจากการติดเชื้อ จำนวนเม็ดเลือดขาวที่ต่ำอาจเกิดจาก Aplastic Anemia ภาวะขาดโฟเลตจะพบเม็ดเลือดขาวลักษณะ Hypersegmental neutrophil

3. ดูลักษณะเกล็ดเลือด ถ้าเกล็ดเลือดมีขนาดใหญ่ (Giant Platelets) และจับกลุ่มกัน (clump) จะนึกถึง Myeloproliferative disorders เกล็ดเลือดที่น้อยลงอาจเกิดจากโรคทางไขกระดูก หรือมีการทำลายมาก

ข. การตรวจจุลจุลภาวะดูไขพยาธิ เลือดออกจากทางเดินอาหาร

ค. การตรวจนับ reticulocyte count ดูการตอบสนองของไขกระดูกต่อภาวะเลือดจาง ถ้าไขกระดูกปกติ reticulocyte count ควรเพิ่มขึ้น

ง. ตรวจดูระดับธาตุเหล็กในเลือด ในรายที่โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะพบว่า serum iron ต่ำลง total iron binding capacity จึงสูงขึ้น ซึ่งแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่สามารถตรวจ ferritin สามารถใช้ Therapeutic diagnosis ค่าฮีมาโตคริตจะเพิ่มขึ้นในรายที่เป็น iron deficiency anemia แต่ไม่สามารถตรวจพบกลุ่ม iron depletion หมายความว่า ยังไม่ทันขีดแต่ขาดธาตุเหล็ก การทำ Therapeutic diagnosis โดยใช้ธาตุเหล็กภายใน 2 สัปดาห์ ถ้าฮีมาโตคริตขึ้นแสดงว่าขาดเหล็ก โดยฮีมาโตคริตจะขึ้นวันละประมาณ 1% เช่น จาก 15% ภายใน 2-3 สัปดาห์ จะขึ้นเป็น 30% แต่ถ้าเป็น Thalassemia trait ซึ่งไม่ขาดธาตุเหล็ก แม้จะให้ธาตุเหล็ก ค่าฮีมาโตคริตก็ไม่ขึ้นแต่อย่างไร ก็สามารถหยุดให้ธาตุเหล็กได้

จ. ตรวจลักษณะของ Hemoglobin typing ว่าเป็นกลุ่มโรคธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติหรือไม่

ฉ. ตรวจไขกระดูก ดูสภาวะการสร้างเม็ดเลือดแดง เป็นต้น

ในทางปฏิบัติ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจ Complete blood count และ peripheral blood smear ตรวจจุลจุลภาวะก็สามารถวินิจฉัยภาวะเลือดจางได้ ส่วนการตรวจลักษณะฮีโมโกลบิน ตรวจระดับธาตุเหล็กในเลือด ตรวจเจาะไขกระดูกจะพิจารณาทำเป็นกรณีพิเศษต่อไป

4. การดูแลรักษา

ก. การดูแลรักษาทั่วไป ได้แก่ ข้อปฏิบัติระหว่าง

การตั้งครรภ์ การพักผ่อน การรับประทานอาหารและสารอาหารที่ครบถ้วน งดทำงานหนัก ระวังระวังอันตรายจากการเป็นลม อ่อนเพลีย เป็นต้น กรณีที่มารดาชีดมาก (ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 8 กรัม/ดล.) จะเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย อาจจะมีการแนะนำให้เลือดเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์ แต่ควรคำนึงถึง risk/benefit ของการให้เลือดอย่างรอบคอบด้วย⁷

ข. การดูแลตามสาเหตุ

1. การขาดธาตุเหล็กโดยเลือกยาชนิดที่ดูดซึมได้ดี มีผลข้างเคียงต่อทางเดินอาหารน้อย นิยมให้ในรูปแบบ ferrous fumarate ในปริมาณ 3 เท่าของ maintenance dose คือ 200 มก./เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร ร่วมกับวิตามินรวมและเกลือแร่อื่น หรืออาจให้วิตามินซี ขนาด 100 มก./เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร ซึ่งอาจช่วยในการดูดธาตุเหล็กดีขึ้น⁸ โดยทั่วไปถ้าไม่มีการเสียเลือดระหว่างรักษา และรับประทานยาสม่ำเสมอ ระดับฮีโมโกลบินจะเพิ่มประมาณสัปดาห์ละ 1 กรัม ควรให้ต่อเนื่องจนกระทั่งหลังคลอด 6 สัปดาห์

2. การขาดโฟเลต (folate deficiency) โดยการให้ folic acid 4-5 มก./วัน รับประทานขนาดเม็ดละ 5 มก. จนระดับฮีโมโกลบินปกติจนถึงหลังคลอด 6 สัปดาห์ การขาดโฟเลตอย่างเดียวในระหว่างตั้งครรภ์ พบได้น้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็น combined nutritional anemia ในทางปฏิบัติจึงมักให้ยาบำรุงที่มีธาตุเหล็ก วิตามินรวม รวมทั้งกรดโฟลิกด้วย เช่น fersolate

3. การตกเลือดหรือเสียเลือดจากทางเดินอาหาร พยาธิ หนองและให้การรักษา เช่น เลือดออกทางทวารหนักจากริดสีดวงทวารเพื่อหยุดการเสียเลือด การรักษาพยาธิปากขอโดยการให้ mebendazole เป็นต้น

4. กลุ่มโรคเลือดธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติ ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทยโดยกลุ่ม α -Thalassemia พบในกรุงเทพฯ ร้อยละ 20 และเชียงใหม่ร้อยละ 30 กลุ่ม β -Thalassemia พบในประชากรไทยร้อยละ 3-8 Hemoglobin E พบในประชากร

กรุงเทพฯ ร้อยละ 13 และ สุรินทร์ร้อยละ 53 โดยรวมแล้วจะพบ heterozygous เป็นกลุ่มใหญ่ α -thal trait, β -thal trait, Hb E trait) และ homozygote เป็นส่วนน้อย เช่น Hb Bart's ดังนั้น ในระหว่างตั้งครรภ์ จะมีโอกาสพบมารดาที่มีเลือดจางจากสาเหตุนี้ โดยเฉพาะ α -Thalassemia, β -Thalassemia, และ Hemoglobin E ได้

α -Thalassemia มีความผิดปกติจากการสร้าง α globin chain น้อยกว่าปกติหรือไม่มีเลย มักจะทำให้เม็ดเลือดแดงสร้างฮีโมโกลบินได้น้อยลงเกิดภาวะเลือดจาง ความรุนแรงขึ้นอยู่กับยีนที่ขาดหายไป

α -Thal 2 trait มารดามักไม่มีอาการชีด หรืออาการผิดปกติของเม็ดเลือดแดง การวินิจฉัยให้แม่นยำต้องอาศัย DNA mapping α -thal 1 trait อาจพบชีดเล็กน้อยและตรวจพบ inclusion body ในเม็ดเลือดแดงได้ทั้ง α -Thal และ α -Thal 2 trait ผลการตรวจฮีโมโกลบินปกติ แต่มารดาที่เป็น Hb H disease จะตายทุกรายในครรภ์ หรือตายหลังคลอดไม่นานจากหัวใจวาย⁹ ทุกส่วนในร่างกายจะมีลักษณะบวมน้ำ (Hydrop fetalis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของทารกตายปริกำเนิด มารดามักมีภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดจากความดันเลือดสูงถึงร้อยละ 39 บางรายมีชัก (eclampsia) ในทางปฏิบัติกรณีที่พบความดันเลือดสูงจากการตั้งครรภ์ระยะ 20-28 สัปดาห์ ซึ่งเกิดเร็วกว่าครรภ์ปกติ มีการคลอดยาก ตกเลือดหลังคลอดสูง รกมีขนาดใหญ่กว่าปกติ โอกาสตกเลือดหลังคลอดจึงมีมาก จำเป็นต้องมีการเตรียมช่วยเหลือตั้งแต่ระยะก่อนคลอดระหว่างคลอด และหลังคลอด

β -Thalassemia⁹ เกิดจากการสร้าง β globin chain ลดน้อยลงหรือสร้างไม่ได้เลย มารดาจะมีอาการชีดมาก ต้องได้รับเลือดอยู่เสมอ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยในประเทศไทยเป็น β -Thalassemia β -thal trait มักไม่ชีดมาก มีการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดง aniso-poikilo-cytosis ไม่มาก ตรวจลักษณะของฮีโมโกลบินพบ HbA₂ เพิ่มมากกว่าปกติ (มากกว่าร้อยละ 3.5) ส่วน β -thal

disease มักมีอาการซีดมาก

ฮีโมโกลบินผิดปกติที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ Hb E มารดามักไม่ซีด หรือซีดเพียงเล็กน้อย ผลการตั้งครรภ์ในภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกมักไม่แตกต่างกันจะปกติ ยกเว้นในรายที่พบร่วมกับ β -Thalassaemia ซึ่งมารดามักมีอาการซีดและอาจมีภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกมากกว่าปกติ

ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดที่เกิดจากพันธุกรรมนี้ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ที่ยังไม่สามารถแก้ไขอุบัติการณ์ให้ลดลงได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขที่จะต้องให้คำปรึกษา ความรู้ และความเข้าใจ สำหรับคู่สมรสและประชาชนทั่วไป ในอันที่จะช่วยลดปัญหาที่สืบเนื่องตามมา และบังเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในประเทศต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัญหาโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ยังคงพบได้อยู่เสมอในประเทศไทย แม้ว่าจะจัดอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้วก็ตาม ปัญหาทุพโภชนาการจะลดน้อยลง แต่ปัญหาในเรื่องพันธุกรรมจากโรคเลือดยังคงเป็นปัญหาใหญ่ ในการหาแนวทางแก้ไขคนไทยยังมีภาวะแฝงจากโรคธาลัสซีเมียถึงประมาณร้อยละ 40 เมื่อมาแต่งงานกัน ในประชากรจึงมีโรคธาลัสซีเมียถึงร้อยละ 1 โดยมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน¹⁰ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จะมีอัตราตายของมารดาและ/หรือทารกปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีสุขภาพสมบูรณ์ ดังนั้นการคัดกรองมารดาที่มีภาวะโลหิตจางจากสาเหตุต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็น พร้อมกับวางแผนการดูแลรักษาตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันอันตรายแทรกซ้อนอันอาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้การให้คำปรึกษาเรื่องโรคธาลัสซีเมียก็เป็นสิ่งจำเป็นทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มประชากรทั่วไป เพื่อช่วยกันป้องกันและแก้ไขภาวะโรคเลือดดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Bowen D, Culligan D, Jacob A. The treatment of anemia in the myelodysplastic syndrome with recombinant human erythropoietin. Br J Hematol 1991 ; 77 : 419-23.
2. Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NZ, et al. Williams Obstetrics. 20th ed. U.S.A. : Prentice-Hall international 1997 : 1173-202.
3. Young N, Maciejewski J. The pathophysiology of acquired aplastic anemia. New Eng J Med 1997 ; 336 : 1365-72.
4. Letsky EA, Warwick R. Hematological Problems. In : James DK, Steer PJ, Weiner CP, B Gonk, eds. High Risk Pregnancy Management Options. Toronto : W.B. Saunders. 1994 : 337-41.
5. Cook J. Chincial evaluation of iron deficiency. Seminars Haematol 1982 ; 19 : 6-18.
6. รัตนา สิ้นธุภัก, และคณะ. รูปแบบที่เหมาะสมในการตรวจคัดกรองพาหะของโรคธาลัสซีเมีย สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาเป็นโลหิตวิทยา และเวชศาสตร์บริการโลหิต 2539 ; 6(3) : 165-75.
7. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF. Williams obstetrics. 18th ed. Norwalk : Appleton-Lange 1989 : 779-96.
8. Auderson HM. Maternal hematologic disorders. In : Creasy RK, Resnik R, eds. Maternal-fetal medicine : principles and practice. 2nd Ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1989 : 890-924.
9. Fucharoen S, Rowley PT, Paul NW. Thalassemia : pathophysiology and management part A, part B. New York : Alan R Liss, 1988.
10. จินตนา ศิรินาวิน. การให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์สำหรับธาลัสซีเมีย. สารศิริราช 2532 ; 41 : 256-64.
11. WHO. Risk approach for maternal and child health care, Geneva : World Health Organization 1978.