

ภาวะเลือดจางในหญิงมีครรภ์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ไพศาล กิจพ้อคำ

รพ. สมุทรสาคร

ABSTRACT :

Kitpoka P. Anemia in Pregnant Women at Samut Sakhon Hospital. (Region 7 Medical Journal 1996 ; 2 : 95-103).

Samut Sakhon Hospital, Samut Sakhon, Thailand.

A study of prevalence of anemia in 1,328 pregnant women at Samut Sakhon hospital antenatal clinic was conducted during October 1, 1994 -September 30,1995. The study revealed that prevalence of anemia when hematocrit below 33 and 30 percent were 16.11 and 2.6 respectively, and the average hematocrit was 35.43 ± 2.99 percent. After taking multivitamin and ferrous sulfate for 12 weeks, incidence of anemia decrease to 5.4 and 0.9 percent, and hematocrit was statistically increasing ($P < 0.05$).

บทคัดย่อ :

ไพศาล กิ่งพ่อค้า. ภาวะเลือดจางในหญิงมีครรภ์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร. (วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 2 : 95-130).

รพ. สมุทรสาคร.

การศึกษาภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2537-30 กันยายน 2538 จำนวน 1,328 คน พบว่า ภาวะเลือดจางมีร้อยละ 16.11 และ 2.6 เมื่อใช้เกณฑ์ฮีมาโตคริต ต่ำกว่าร้อยละ 33 และ 30 ตามลำดับ ฮีมาโตคริตเฉลี่ยร้อยละ 35.43 ± 2.99 หลังจากได้รับยาวิตามินรวมและยาธาตุเหล็ก 12 สัปดาห์ ภาวะเลือดจางลดลงเหลือร้อยละ 5.4 และ 0.9 และมีฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

บทนำ

ภาวะเลือดจางเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วย เป็นภาวะที่พบบ่อย โดยเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ และตั้งครรภ์ ซึ่งมีความสำคัญมากเพราะจะทำให้มารดามีปัญหาติดเชื้อง่าย ทนการเสียเลือดขณะคลอดได้น้อย เพิ่มอันตรายและอัตราการตายต่อมารดาและทารก ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดต่ำ^{2,3} ในสตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลง สรีรวิทยาเพื่อปรับร่างกายให้พร้อมต่อการตั้งครรภ์ ที่สำคัญอย่างหนึ่งคือเพิ่มปริมาณของเลือดทั้งเม็ดเลือดแดงและพลาสมา ซึ่งองค์ประกอบในการสร้างเม็ดเลือดแดงคือธาตุเหล็ก สตรีที่มีอาหารการกินสมบูรณ์จะมีธาตุเหล็กเพียงพอจากการสะสมอยู่เดิม และได้มาช่วงตั้งครรภ์ ถ้ามีธาตุเหล็กสะสมน้อยหรือรับประทานอาหารระหว่างตั้งครรภ์ไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาวะเลือดจางได้ นอกจากนั้นการสูญเสียเลือดหรือธาตุเหล็กออกไปจากร่างกาย เช่น การมีพยาธิในลำไส้ หรือการดูดซึมไม่เพียงพอทำให้เกิดการสูญเสียได้ทำให้เกิดภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป จะพบระดับความเข้มข้นฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต เริ่มลดตั้งแต่อายุครรภ์ 3 เดือน จนถึงระดับต่ำสุดเมื่ออายุ 5-8 เดือน หลังจากนั้นจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนระยะครรภ์ครบกำหนด ซึ่งเป็นผลจากการที่ปริมาณของพลาสมาและเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น

เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์องค์การอนามัยโลกให้ใช้ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร หรือฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 33¹ ส่วน Pritchard ถือระดับฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 10 กรัม/เดซิลิตรหรือค่าฮีมาโตคริต ต่ำกว่าร้อยละ 30² ดังนั้นในการศึกษาค้นครั้งนี้จึงใช้ค่าฮีมาโตคริตทั้งร้อยละ 33 และ 30 เป็นเกณฑ์กำหนดเช่นเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

2. เพื่อศึกษาภาวะเลือดจาง หลังจากการให้ยาเพิ่มธาตุเหล็กในสตรีที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

วัสดุและวิธีการ

สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2537-30 กันยายน 2538 จะได้รับการเจาะเลือดในหลอดเลือดดำซึ่งมีน้ำยา เอธิลีนไดอะมีนเตตระอะซีติก (ethylene diamine tetraacetic acid) ให้ยาวิตามินรวมและยาธาตุเหล็กไปรับประทานในรูปของเฟอร์รัสซัลเฟต ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร (เฟอร์รัสซัลเฟต 1 เม็ด มีธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ นับมาตรวจครรภ์ซ้ำทุก 2-4 สัปดาห์แล้วแต่ช่วงอายุครรภ์ และให้ยาเช่นเดิม แล้วเจาะเลือดตรวจหาค่าฮีมาโตคริตอีกครั้ง หลังเจาะครั้งแรก 12 สัปดาห์ เกณฑ์ที่ถือว่าเลือดจางใช้ค่า 2 ระดับเปรียบเทียบกับกัน คือ ค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30 และร้อยละ 33

รวบรวมข้อมูลที่ได้บันทึกลงไมโครคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป FOX PRO 2.5 และ SPSS/PC+ 4.0

สถิติที่ใช้เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย chi square test และ paired t-test

หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่รวมในการศึกษาค้นครั้งนี้

1. อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์มากกว่า 30 สัปดาห์
2. ไม่ได้มาตรวจครรภ์ซ้ำและเจาะเลือดหาค่าฮีมาโตคริต ครั้งที่ 2

ผลการศึกษา

สตรีตั้งครรภ์ที่ศึกษาทั้งหมด 1,328 คน พบว่ามีค่าฮีมาโตคริตเฉลี่ยครั้งแรกเท่ากับร้อยละ 35.43 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.99 ค่าฮีมาโตคริตเฉลี่ยครั้งที่ 2 เท่ากับร้อยละ 37.12 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.97 มีความชุกของเลือดจางร้อยละ 16.11 แต่ถ้าใช้ค่าฮีมาโตคริตที่ต่ำกว่าร้อยละ 30 เป็นเกณฑ์ พบว่ามีภาวะเลือดจางร้อยละ 2.6 ส่วนการตรวจเลือดครั้งที่ 2

ความชุกของเลือดจางลดลงเหลือ ร้อยละ 0.9 และ 5.04 เมื่อใช้เกณฑ์ค่าฮีมาโตคริต ต่ำกว่า ร้อยละ 30 และ 33 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

อายุ อุบัติการณ์เลือดจาง พบมากในสตรีตั้งครรภ์ อายุ 20-29 ปี ในการตรวจเลือด ทั้ง 2 ครั้ง เท่ากับ ร้อยละ 52.9 และ 57.5 เมื่อถือเกณฑ์ ฮีมาโตคริต ต่ำกว่า ร้อยละ 30 และ 33 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ที่อยู่ ส่วนใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจและ

เลือดจางอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง (ตารางที่ 3) และมีอาชีพ รับจ้าง ถึงร้อยละ 85.3 อาชีพแม่บ้าน ค้าขาย และ เกษตรกรรม ร้อยละ 8.8, 2.9 และ 2.9 ตามลำดับ อาชีพ รับราชการไม่มีเลือดจางเลย (ตารางที่ 4)

อายุครรภ์ คิดเป็นไตรมาส (trimester) ละ 14 สัปดาห์ ของการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 พบอุบัติการณ์เลือดจาง ถึงร้อยละ 58.8 และ 51.9 เมื่อใช้เกณฑ์ ระดับฮีมาโตคริต ต่ำกว่าร้อยละ 30 และ 33 ตามลำดับ แต่เมื่อ

ตารางที่ 1 แสดงค่าฮีมาโตคริตของการตรวจเลือดหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ทั้ง 2 ครั้ง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความชุก และ t - test

	ครั้งแรก	ครั้งที่ 2
ค่าฮีมาโตคริต เฉลี่ย	35.4352	37.1160
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.990	2.970
ความชุก hct < 30%	2.6%	0.9%
ความชุก hct < 33%	16.11%	5.04%
Paired t-test	23.90	P = 0.000

ตารางที่ 2 แสดงค่าฮีมาโตคริต แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวน คน	ตรวจเลือดครั้งแรก				ตรวจเลือดครั้งที่ 2			
		hct < 30		hct < 33		hct < 30		hct < 33	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
15 - 19	413	12	35.3	63	29.4	1	8.3	17	25.4
20 - 29	773	18	52.9	123	57.5	9	75.0	39	58.2
30 - 39	131	4	11.8	25	11.7	2	16.7	11	16.4
40 ขึ้นไป	11	-		3	1.4	-		-	
รวม	1,328	34	100	214	100	12		67	

χ^2 (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 30) = 3.18

P = 0.2039

χ^2 (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 33) = 2.13

P = 0.5452

ตารางที่ 3 แสดงค่าฮีมาโตคริต แยกตามอำเภอที่อยู่อาศัย

ที่อยู่	จำนวน ทั้งหมด	hct < 30				hct < 33			
		ตรวจครั้งแรก		ตรวจครั้งที่ 2		ตรวจครั้งแรก		ตรวจครั้งที่ 2	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
อำเภอเมือง	1,138	28	82.4	10	83.3	183	85.5	58	86.6
กระทุ่มแบน	77	1	2.9	2	16.7	12	5.6	5	7.5
บ้านแพ้ว	33	2	5.9	-	-	7	3.3	1	1.5
นอกจังหวัดและกทม.	77	2	5.9	-	-	11	5.1	3	4.4
อื่น ๆ	3	1	2.9	-	-	1	0.5	-	-
รวม	1,328	34		12		214		67	

$$X^2 \text{ (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 30)} = 4.33$$

$$P = 0.3634$$

$$X^2 \text{ (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 33)} = 1.22$$

$$P = 0.8745$$

ตารางที่ 4 แสดงค่าฮีมาโตคริตแยกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน คน	ตรวจเลือดครั้งแรก				ตรวจเลือดครั้งที่ 2			
		hct < 30		hct < 33		hct < 30		hct < 33	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
แม่บ้าน	208	3	8.8	31	14.5	2	16.7	8	11.9
รับจ้าง	1,021	29	85.3	166	77.6	10	83.3	54	80.6
ค้าขาย	52	1	2.9	14	6.5	0		4	6.0
เกษตรกรรม	33	1	2.9	3	1.4	0		1	1.5
รับราชการ	14	0	-	0	-	0	-	0	-
รวม	1,328	34	214			12		67	

$$X^2 \text{ (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 30)} = 1.21$$

$$P = 0.7506$$

$$X^2 \text{ (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 33)} = 0.33$$

$$P = 0.9549$$

ตารางที่ 5 แสดงค่าฮีมาโตคริต แยกตามระยะเวลาการตั้งครรภ์

อายุครรภ์	จำนวน คน	ตรวจเลือดครั้งแรก				จำนวน	ตรวจเลือดครั้งที่ 2			
		hct < 30		hct < 33			hct < 30		hct < 33	
		จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%
ไตรมาสแรก	746	14	41.2	103	48.1	2	-	-	-	-
ไตรมาสที่ 2	578	20	58.8	111	51.9	839	10	83.3	42	62.7
ไตรมาสที่ 3	4	-	-	-	-	487	2	16.7	25	37.3
รวม	1,328	34		214		1,328	12		67	

$$X^2 \text{ (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 30)} = 11.421$$

$$P = 0.0033$$

$$X^2 \text{ (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 30)} = 113.19$$

$$P = 0.0000$$

ตารางที่ 6 แสดงค่าฮีมาโตคริต แยกตามจำนวนการตั้งครรภ์

จำนวนครั้ง ของการตั้ง ครรภ์	จำนวน คน	ตรวจเลือดครั้งแรก				จำนวน	ตรวจเลือดครั้งที่ 2			
		hct < 30		hct < 33			hct < 30		hct < 33	
		จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%
ครรภ์ที่ 1	821	20	58.8	125	58.4		8	66.7	44	65.6
ครรภ์ที่ 2	363	8	23.5	59	27.6		-	-	15	22.4
ครรภ์ที่ 3	111	4	11.8	25	11.7		3	25	6	9.0
ครรภ์ที่ 4 และ มากกว่า	33	2	5.9	5	2.3		1	8.3	2	3.0
รวม	1,328	34		214			12		67	

$$X^2 \text{ (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 30)} = 4.02$$

$$P = 0.02579$$

$$X^2 \text{ (ตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 hct < 30)} = 1.75$$

$$P = 0.0463$$

ตารางที่ 7 แสดงผลการศึกษาภาวะเลือดจางตามสถานที่ ผู้ศึกษาและปีที่ศึกษา

สถานที่ศึกษา	จำนวน ผู้ป่วย	ร้อยละของภาวะ เลือดจาง	ผู้ศึกษา	ปี การศึกษา
1. กรุงเทพ (รามา ฯ)	1,853	5.9	กำแพง จาตุรจินดา ⁷	2515
2. กรุงเทพ (รามา ฯ)	154	31.0 *	อารี วัลยเสวี ⁸	2516
3. บุปธราธานี	241	39.0 *	อารี วัลยเสวี	2516
4. กรุงเทพ (ศิริราช)	39,915	9.9	สุวณีย์ ริมดุสิต ⁹	2517
5. เชียงใหม่	3,230	11.8	กอลสิน อมาตยกุล ¹⁰	2517
6. กรุงเทพ (ศิริราช)	216	21.8	สุวิทย์ อารีกุล ¹¹	2518
7. สงขลา (รพ. หาดใหญ่)	120	36.7	นิภา สุวรรณเวลา ¹²	2523
8. สงขลา (สงขลานครินทร์)	1,082	7.3	อุ๋นใจ กอนันตกุล ¹³	2527
		26.4 *		
9. สงขลา (ศูนย์หาดใหญ่)	2,611	23.5	หะเทิฏ ถิ่นรารา ¹⁴	2530
10. บุรีรัมย์	1,531	4.1	พจนา กองเงิน ¹⁵	2535
11. สระบุรี	1,303	6.9	ภรณ์ วรานันตกุล ¹⁶	2537
		28.5 *		
12. สมุทรสาคร	1,328	2.6	การศึกษาครั้งนี้	2538
		16.1 *		

หมายเหตุ (* ใช้เกณฑ์ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 ก./ดล. หรือฮีมาโตคริตต่ำกว่า 33%)

เจาะเลือด ครั้งที่ 2 จำนวนผู้มีเลือดจางลดลง ส่วนไตรมาสแรก พบเลือดจางร้อยละ 41.2 และ 48.1 ตามลำดับแต่ในไตรมาสที่ 3 ไม่พบอุบัติการณ์เลือดจาง ในการตรวจเลือดครั้งแรก ส่วนในการตรวจเลือด ครั้งที่ 2 มีเลือดจางเพียงร้อยละ 16.7 และ 37.3 ในเกณฑ์ฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30 และ 33 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจาง พบมากในครรภ์แรกและครรภ์ที่ 2 (ตารางที่ 6)

เมื่อศึกษาค่าฮีมาโตคริตของการตรวจเลือดครั้งที่ 2 ภายหลังจากได้รับยาวิตามินรวม และยาเฟอร์รัสซัลเฟต

เปรียบเทียบกับผลที่ได้ในครั้งที่ 1 โดย วิธี paired t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ตารางที่ 1)

วิจารณ์

ความชุกของภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์จากการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 16.11 เมื่อใช้ค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 33 และพบเพียงร้อยละ 2.6 เมื่อใช้ค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30 เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกซึ่งต่ำกว่าทุกรายงานการศึกษาที่ผ่านมา⁷⁻¹⁶ (ตารางที่ 7) ทั้ง ๆ ที่หญิงตั้งครรภ์และผู้ที่มี

เลือดจางส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง น่าจะเป็นจากจังหวัดสมุทรสาคร อำเภอเมืองสมุทรสาคร เป็นเมืองประมงมีอาหารอุดมสมบูรณ์ สามารถหาอาหารรับประทานได้ง่าย โดยเฉพาะโปรตีนจากเนื้อสัตว์และอาหารทะเล นอกจากนี้ การมีโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ทำให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ดีขึ้น รับประทานยาบำรุงและอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น จึงทำให้อุบัติการณ์เลือดจางในระยะต่อ ๆ มาจึงลดลงมาเรื่อย ๆ ผู้ที่มีอาชีพรับราชการที่ศึกษาคณะนี้ ไม่พบว่าอุบัติการณ์เลือดจางเลย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาที่ดีกว่า เศรษฐฐานะดีกว่า รู้จักเลือกรับประทานอาหารและยาบำรุงได้ดี และยังอาจเลือกฝากครรภ์ และคลอดที่สถานพยาบาลเอกชนได้ จึงมีจำนวนที่ศึกษาคณะนี้น้อย

อย่างไรก็ตามโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษานี้ ยังสูงกว่าเป้าหมายทั้งทศวรรษเพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กไทย ปี พ.ศ. 2538 ที่จะลดโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเหลือไม่เกินร้อยละ 12

อุบัติการณ์ของเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 2 สูงกว่าไตรมาสแรก ทั้งในเกณฑ์ฮีมาโตคริตต่ำกว่า 30 และ 33 แต่หลังจากได้รับยาบำรุงและธาตุเหล็กแล้ว 12 สัปดาห์ ติดตามเจาะเลือดตรวจดู ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ ไตรมาสแรกก็เป็นกลุ่มไตรมาสที่ 2 และจากไตรมาสที่ 2 ก็เป็นอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 มีอุบัติการณ์เลือดจางลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งกลุ่มที่มีฮีมาโตคริตต่ำกว่า 30 และ 33 ($P < 0.05$)

การศึกษาคณะนี้ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ตรวจจุลจากระหาพยาธิ จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วย นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบพยาธิลำไส้ก็ไม่จำเป็นต้องได้รับยาถ่ายพยาธิทันที แม้ว่าจะมีเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็กร่วมด้วยก็ตาม ส่วนใหญ่การให้ธาตุเหล็กเสริมก็เพียงพอ นอกจากนั้นยาถ่ายพยาธิอาจมีผลข้างเคียงต่อทารกในครรภ์¹⁷

สาเหตุของภาวะเลือดจาง ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดเหล็กพบได้ร้อยละ 40-82^{3,12,14} พยาธิปากขอ^{12,14} ธาตุส-

ซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ^{10,14} การวินิจฉัยภาวะเลือดจางจากการซักประวัติตรวจร่างกาย อาจมาด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายใจสั่นเป็นลมหน้ามืดหรือเป็นมากจนมีอาการหัวใจล้มเหลว แต่ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและรักษาภาวะเลือดจางจะสามารถกระทำได้ดีหากทราบสาเหตุที่แท้จริงอย่างไรก็ตามในภาวะที่ห้องตรวจครรภ์มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการจำนวนมาก ๆ การตรวจโดยละเอียดทุกอย่างคงไม่สามารถกระทำได้ ดังนั้นการให้สุศึกษาคำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีธาตุเหล็กสูงได้แก่ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และผักใบเขียว การพักผ่อนและยาบำรุงจะมีส่วนช่วยได้อย่างมากและควรดำเนินการโครงการปีทองเด็กไทย ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย อย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากนั้นควรดำเนินการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในนักเรียน ป.4 - ป.6 ในงานอนามัยโรงเรียนอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ก่อนที่นักเรียนบางส่วนที่ไม่ได้ศึกษาต่อจะออกมาประกอบอาชีพ และแต่งงานมีครอบครัวต่อไป

สรุป

อุบัติการณ์เลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมุทรสาครพบร้อยละ 16.1 เมื่อถือเกณฑ์ฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 33 และร้อยละ 2.6 เมื่อถือเกณฑ์ฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30 ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตเท่ากับร้อยละ 35.43 ส่วนอุบัติการณ์เลือดจางหลังจากได้รับยาเพิ่มธาตุเหล็กแล้ว 12 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 5.4 และ 0.9 เมื่อถือเกณฑ์ฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 33 และ 30 ตามลำดับ และฮีมาโตคริตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.12

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงาน ขอขอบคุณ นายแพทย์สิทธิพร ห่อหรีดานนท์ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ห้องบัตร ฝ่ายวิชาการและกลุ่มงาน

การพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO Technical Report Series NO. 405 : Nutritional anemias, report of a WHO Scientific group, Geneva, 1972 : 503 : 1-26.
2. Pritchard JA, Mac Donald PC. Williams Obstetric. 17th ed. New York : Appleton Century Crofts, 1985 : 561-75.
3. Mc Fee JG. Anemia. A high risk complication of pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1973 ; 16 : 153.
4. Martin C. Physiologic change during pregnancy. In : Quillingan EJ, Kretchmer N, eds. Fetal and maternal medicine. New york : Wild Medical Publication, 1980 ; 141-79.
5. M.L.N. Willoughby. Anemia. Clin in Obstet Gynecol 1977 ; 4(2) : 371-92.
6. ประเวศ วะสี, สุภา ณ นคร, อนงค์ เพียรภิภคกรม, วิจารย์ พานิช. ค่าฮีมาโตคริต และ อุบัติการณ์เลือดจางในประชากรของประเทศไทย. สารศิริราช 2516 ; 25(4) : 584-98.
7. Chaturachinda K. Anemia of pregnancy : An Epidemiologic study. J Med Assoc Thai 1972 : 55(2):94-9.
8. Valayasevi A, Benchakarn V, Dhanamitta S. Anemia in pregnant women, infants and preschool children in Thailand. J Med Assoc Thailand 1974 ; 57 : 301-6.
9. สุวนีย์ ริมดูลิต. ค่าฮีมาโตคริตในสตรีตั้งครรภ์ 39,915 คน. สารศิริราช 2518 ; 27(8) : 1089-103.
10. Amatayakul K, Wiersinga A, Kulapong P, Olson RE. A study on anemia of pregnancy in two low income Northern Thai woman. J Med Assoc Thai 1975 ; 58(7) : 83-91.
11. Areekul S, Ukoskit K, Yamarat P, Panatampoon P, Tanapongpipatanas S. Prevalence of anemia in pregnant Thai women. J Med Assoc Thailand 1976 ; 59 : 525-31.
12. นิภา สุวรรณเวลา. ภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่. วารสารกรมการแพทย์ 2531 ; 13(1) : 673-80.
13. ชุ่มใจ กอขนันตกุล. อุบัติการณ์ของเลือดจางในสตรีที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2527 ; 2(3) : 239-44.
14. หะเทิญ ถิ่นรารา, ชุ่มใจ กอขนันตกุล, มาลีดา พรพัฒน์กุล. สาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในอำเภอหาดใหญ่. สงขลานครินทร์เวชสาร 2531 ; 6 (3) : 268-76.
15. Kong-ngoen P. Incidence of anemia in pregnant women at Buriram Hospital Srisaket, Surin and Buriram Hospital. Medical Journal 1993 ; 8(1) : 35-40.
16. ภรณ์ วรานันตกุล. อุบัติการณ์ของเลือดจาง ในสตรีที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารโรงพยาบาลสระบุรี 2537 ; 19(4) : 255-61.
17. Ellis CJ. Antiparasitic agents in pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1986 ; 13(2) : 269-75.