

บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก

The Role of Nurses in Prevention of Iron Deficiency Anemia in Pregnancy

ศิริกนก กลั่นขจร*
Sirikanok Klankhajhon*

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ภาวะโลหิตจางยังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงในระยะหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด สาเหตุที่พบบ่อยคือ การขาดธาตุเหล็กจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ร่วมกับได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และการเสียเลือดเรื้อรังในร่างกาย ฮอร์โมนมี กระบวนการทางสรีรวิทยา มีนโยบายการลดปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับยาเสริมธาตุเหล็กในระหว่างการตั้งครรภ์ ดังนั้นบทบาทพยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับการให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง ความรุนแรง ผลกระทบ การป้องกัน การรักษา การรับประทานอาหารและวิตามินเสริมธาตุเหล็กที่เหมาะสม และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อช่วยเหลือสนับสนุน และแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์ บทบาทพยาบาล

Received: May 18, 2020

Revised: November 5, 2020

Accepted: December 4, 2020

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

E-mail: sirikanok__k@hotmail.com

* Instructor, Maternal and newborn nursing, Faculty of Nursing, Naresuan University,

E-mail: sirikanok__k@hotmail.com

Abstract

Iron deficiency anemia (IDA) in pregnant women is a serious global health issue. IDA has a negative impact on these women and their children at all stages: during pregnancy, labor and the postpartum period. IDA is also associated with increased rates of preterm labour, pregnancy induced hypertension, low birth weight, and perinatal death. Furthermore, postpartum hemorrhage, postpartum infection, a high rate of unsuccessful exclusive breast feeding, and postpartum depression are all correlated to IDA. Maternal physiological changes during pregnancy with inadequate iron intake are indicated as common causes of IDA in pregnancy. In Thailand, the Department of Health (DoH), Ministry of Public Health (MoPH) has policies in place to promote a decrease in the rate of IDA in pregnant women by providing iron supplements for all pregnant women. Furthermore, nurses are involved with group and individual health education about IDA, including topics such as severity, consequences, prevention, treatment, dietary and iron supplements, and self-care during pregnancy. These processes may decrease the rate of IDA in pregnant women and provide needed support.

Keywords: iron deficiency anemia, pregnant women, role of nurses

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สถิติทางสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมากถึงร้อยละ 41.8 ในประเทศไทย ภาวะโลหิตจางมีหลายสาเหตุที่พบบ่อยคือจากการขาดธาตุเหล็ก พบประมาณ 1 ใน 5 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง โดยสถิติในปี พ.ศ. 2556-2560 พบร้อยละ 20.43, 21.05, 20.39, 18.55 และ 17.0 ตามลำดับ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์เป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 10^{1,2}

คำจำกัดความของภาวะโลหิตจาง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง หมายถึง ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin: Hb) ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร (g/dl) หรือมีระดับฮีมาโตคริต (Hematocrit: Hct) ต่ำกว่าร้อยละ 33 ในไตรมาสแรกและไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ส่วนในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ต่ำกว่า 10.5 กรัมต่อเดซิลิตร หรือมีระดับฮีมาโตคริต (hematocrit) ต่ำกว่าร้อยละ 32³

สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) โดยจะตรวจระดับความเข้มข้นของ Hb หรือระดับ Hct เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์) และจะตรวจซ้ำอีกที่เมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ หรือห่างจากการตรวจครั้งแรกอย่างน้อย 3 เดือน² ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น 3 ระดับ³ คือ

1. ระดับความรุนแรงน้อย (mild) มีระดับความเข้มข้นของ Hb ระหว่าง 10-10.9 กรัมต่อเดซิลิตร

2. ระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate) มีระดับความเข้มข้นของ Hb 7-9.9 กรัมต่อเดซิลิตร

3. ระดับความรุนแรง (severe) มีระดับความเข้มข้นของ Hb < 7 กรัมต่อเดซิลิตร

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลต่อแนวทางการดูแลรักษา และติดตามผลกระทบของภาวะโลหิตจางต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตามพบว่า Indian Council of Medical Research (ICMR) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น 4 ระดับคือ ระดับความรุนแรงน้อย มีระดับความเข้มข้นของ Hb ระหว่าง 10-10.9 กรัมต่อเดซิลิตร ระดับความรุนแรงปานกลาง มีระดับความเข้มข้นของ Hb ระหว่าง 7-9.9 กรัมต่อเดซิลิตร มีระดับความรุนแรง มีระดับความเข้มข้นของ Hb 4-6.9 กรัมต่อเดซิลิตร และระดับความรุนแรงมาก (very severe) มีระดับความเข้มข้นของ Hb ต่ำกว่า 4

กรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเพิ่มระดับความรุนแรงมากเพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน⁴

สาเหตุของภาวะโลหิตจาง

สาเหตุของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีจากหลายสาเหตุ ซึ่งส่งผลต่อแนวทางการรักษาและการพยาบาล ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 สาเหตุหลัก⁵ คือ

1. ความผิดปกติที่เกิดแต่กำเนิด (Hereditary) เช่น ความผิดปกติของ Haemoglobin โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย Sickle cell disease, G6PD deficiency

2. ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในภายหลัง (Acquire) เช่น การขาดธาตุเหล็ก การขาดวิตามินบี 12 การตกเลือดก่อนคลอด โรคไตวายเรื้อรัง มะเร็ง Autoimmune haemolytic anemia (AIHA), Aplastic anemia และการเสียเลือดเรื้อรังในร่างกาย ที่พบบ่อยคือ โรคแผลในกระเพาะอาหาร พยาธิปากขอ เป็นต้น^{6,7}

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency Anemia: IDA) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 80 ซึ่งปัจจัยที่สำคัญคือการทำหญิงตั้งครรภ์ได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการ เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองในระหว่างการตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการในระหว่างการตั้งครรภ์ และที่สำคัญพบปัจจัยที่ยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น การรับประทานแคลเซียม ชา กาแฟ เครื่องดื่มสมุนไพรพร้อมกับยาเสริมธาตุเหล็ก⁵

ในระหว่างการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระหว่างการตั้งครรภ์ คือ จะมีการเพิ่มปริมาณพลาสมา (Plasma) ก่อนแล้วตามด้วยปริมาณของเม็ดเลือดแดงประมาณร้อยละ 20-50 โดยเริ่มในช่วงอายุครรภ์ 6-10 สัปดาห์ จากนั้นจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงไตรมาสที่ 2 และเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์^{6,8} โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กต่อการตั้งครรภ์ประมาณ 1,000 มิลลิกรัม หรือโดยเฉลี่ยต้องการธาตุเหล็กประมาณ 6-7 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่ง 500 มิลลิกรัม ใช้สำหรับการสร้างเม็ดเลือดแดงที่จะเพิ่มขึ้นประมาณ 450 มิลลิลิตร โดยต้องใช้ธาตุเหล็กประมาณ 1.1 มิลลิกรัม ในการสร้างเม็ดเลือดแดง 1 มิลลิลิตร ธาตุเหล็กอีกประมาณ 300 มิลลิกรัม ใช้สำหรับทารกและรก และอีกประมาณ 200 มิลลิกรัม ที่เสียไปตามการทำงานของร่างกาย (normal excretion) เช่น ในระบบทางเดินอาหาร (GI tract) ปกติในเพศหญิงจะมีเหล็กสำรอง (Iron stores) ประมาณ 300 มิลลิกรัม⁵

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ พบทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี การผ่านการคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์การฝากครรภ์ เจตคติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ในระหว่างการตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ ขาดความใส่ใจในการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง⁹ การมีประวัติเป็นโรคโลหิตจางมาก่อน การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์ขึ้น

ไป¹⁰ และปัจจัยภายนอกที่สำคัญคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยถึงปานกลาง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้หรือคำแนะนำไม่เหมาะสม หรือเพียงพอกับความต้องการ รวมถึงขาดการกระตุ้นเตือนการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มสูงขึ้น⁹

ผลกระทบของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จากการทบทวนศึกษาพบว่าภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จะเพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนด ภาวะถุงน้ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภาวะแท้ง ภาวะเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ การติดเชื้อ ภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนในระยะคลอดพบระยะคลอดยาวนาน เพิ่มอัตราการชักนำการคลอดและการผ่าตัดคลอด ภาวะทารกขาดออกซิเจน และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางยังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงในระยะหลังคลอด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ภาวะมดลูกไม่เข้าอู่ อีกทั้งภาวะดังกล่าวยังส่งผลต่อความเครียด วิดกกังวลของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงขึ้น⁹ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ภาวะโลหิตจางยังส่งผลต่อทารกทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกคลอด

ก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย นอกจากนั้นทารกยังอาจมีความพิการแต่กำเนิด มีการติดเชื้อง่าย และมีภาวะโลหิตจางในทารกแรกเกิดซึ่งมีผลต่อพัฒนาการด้านกระบวนการคิดผิดปกติ และยังเพิ่มโอกาสการเกิดโรคจิตเภทในเด็กอีกด้วย^{6,11} โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางทั้งที่มีระดับ Hb <11 g/dl และ <9 g/dl มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ 2-3 เท่า (small for gestational age: SGA)¹²

การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาด

ธาตุเหล็ก

การประเมินภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการค้นหา และแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง^{5,6} โดยสามารถประเมินได้จากข้อมูลดังนี้

1. การซักประวัติ จะซักประวัติการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็ก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระยะเวลาในการรับประทานวิตามินและอาหาร อากาศชื้น อากาศอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ภาวะที่เลือดออกผิดปกติ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ประวัติส่วนบุคคล เช่น อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ การผ่าตัดบริเวณกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย ประเมินภาวะซีดจากการตรวจเยื่อบุตา (conjunctiva) ริมฝีปาก และเยื่อบุในช่องปาก เช่น มีอาการลิ้นอักเสบ (glossitis) มุมปากอักเสบ (angular stomatitis) ลักษณะเล็บไม่ควรมีลักษณะเป็นรูปช้อน (koilonychia) และการคืนตัวของสีเล็บ (capillary

refilling time) ค่าปกติไม่ควรเกิน 3 วินาที¹³

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบ่งเป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้น (primary screening of anemia) กับการตรวจวินิจฉัยและเพื่อการติดตามการดูแลรักษา (diagnosis of iron deficiency of anemia) ซึ่งการตรวจคัดกรองเบื้องต้น จะตรวจระดับความเข้มข้นเลือด (Hct/Hb) และปริมาตรของเม็ดเลือดแดง (Microcytic-hypochromic RBCs) ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ และการตรวจวินิจฉัยในรายที่มีภาวะโลหิตจางเพื่อค้นหาสาเหตุและวางแผนการดูแลรักษา โดยตรวจ serum iron, Total Iron Binding Capacity (TIBC), transferrin saturation และ serum ferritin รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

แนวทางการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในประเทศไทยนั้น แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ และการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนี้

1. การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามในการให้วิตามินเสริมธาตุเหล็ก เช่น มีภาวะเหล็กเกินในร่างกาย (Hemochromatosis) โรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิด Hb H disease, Hb H-CS disease, Homozygous

ตารางที่ 1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์⁵

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วิธีการตรวจและผลการตรวจ
การตรวจคัดกรองเบื้องต้น (primary screening of anemia)	Hct < 33 vol%
	Hb < 11 g/dl
	Microcytic-hypochromic RBCs โดยผลการตรวจจะพบ
	- Mean Corpuscular Volume (MCV) < 80 fl, - Mean Corpuscular Haemoglobin Concentration (MCHC) < 30 pg, - Mean Corpuscular Haemoglobin (MCH) < 30 g/dl, - Reticulocyte (RC) < 4.1 mil/mm ³
การตรวจวินิจฉัย (diagnosis of iron deficiency of anemia)	Serum iron < 30 mcg/dl
	Total Iron Binding Capacity (TIBC) > 350 mcg/dl
	Transferrin saturation < 16%
	Serum ferritin < 10-15 mcg/L

β thalassemia, β thal-Hb E disease เป็นต้น ควรได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัมทุกวัน ตลอดการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการลดปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ ช่วงอายุ 15-49 ปี ตามเป้าหมายโลกด้านโภชนาการภายในปี 2025 (Global Nutrition Target)^{1,14} โดยการให้วิตามินเม็ดเสริมธาตุเหล็กขนาด 60 มิลลิกรัม และโฟเลทขนาด 2,800 ไมโครกรัมแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง²

สำหรับมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์จะต้องได้รับกรดโฟลิก (Folic acid supplement) ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อวัน ในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์

เพื่อป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิดในทารก¹ วิตามินรวมที่นิยมใช้ คือ Obimin AZ ที่มีธาตุเหล็กในปริมาณ 200 มิลลิกรัม หรือ Triferdine ขนาด 150 มิลลิกรัมที่มีธาตุเหล็กในปริมาณ 60.81 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์²

2. การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยให้ยาเสริมธาตุเหล็ก 200 มิลลิกรัมต่อวัน โดยแบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง ทุกวัน และตรวจติดตามค่า Hb, Hct หรือ CBC หลังการให้ยาเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อย 4 สัปดาห์ โดยปกติระดับ Hb จะสูงขึ้น 0.3-1.0 กรัมต่อสัปดาห์ ประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังจากได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก หากระดับ Hb สูงขึ้นเกิน 1 g/dl แล้วควรให้ยาเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อย 60 วันแล้วตรวจติดตามซ้ำทุก 1-2 เดือน จากนั้น

ค่อยลดขนาดลงเป็น 60 มิลลิกรัมต่อวัน แต่หากการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กไม่ได้ผล ให้ค้นหาสาเหตุ ระยะเวลาการรับประทานยา การรับประทานยากับอาหารต่าง ๆ และการตรวจหาพยาธิปากขอ ที่สำคัญควรแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสม⁵

ยาเสริมธาตุเหล็กที่นิยมใช้ คือ Ferrous sulfate ขนาด 300 มิลลิกรัม มีปริมาณเหล็ก (Element iron) 60 มิลลิกรัม ซึ่งร่างกายจะสามารถดูดซึมธาตุเหล็กได้ประมาณ 20-25 มิลลิกรัม หรือ Ferrous fumarate ขนาด 200 มิลลิกรัม (มีปริมาณเหล็ก 67 มิลลิกรัม) หรือ Ferrous gluconate ขนาด 300 มิลลิกรัม (มีปริมาณเหล็ก 36 มิลลิกรัม) ส่วนในรายที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรง Hb < 7 g/dl อาจพิจารณาให้เลือด ควรพิจารณาความเหมาะสมเป็นรายบุคคล^{5,15}

บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและให้การพยาบาล รวมทั้งการประเมินผล เพื่อช่วยเหลือสนับสนุน และแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์⁶ ดังนี้

1. การประเมินภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ เป็นการพยาบาลที่สำคัญที่ทำให้ได้ข้อมูลในการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล โดยเพิ่มความตระหนักในเรื่องโอกาสเกิดภาวะ

แทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยมีแนวทางการประเมินในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

การซักประวัติพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ระยะเวลาในการรับประทานวิตามินและอาหาร การรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็ก อาการซีม อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ภาวะที่เลือดออกผิดปกติ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ประวัติส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ การผ่าตัดบริเวณกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยเฉพาะประวัติภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และสูติศาสตร์ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว การติดเชื้อในร่างกาย การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะแท้ง ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นต้น

การตรวจร่างกาย การประเมินภาวะซีดจากสัญญาณชีพ การตรวจเยื่อบุตา ริมฝีปาก และเยื่อบุในช่องปาก ลักษณะเล็บไม่ควรมีลักษณะเป็นรูปช้อน และการคืนตัวของสีเล็บ เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินเบื้องต้นในการฝากครรภ์ครั้งแรกจาก Hct, Hb รวมถึง MCV, MCH, MCHC และการคัดกรองธาลัสซีเมีย เพื่อวินิจฉัยสาเหตุของภาวะโลหิตจาง

การประเมินสุขภาพจิตในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยประเมินคะแนนความเครียด (ST-5) และคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ตามแบบประเมินในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อค้นหาสาเหตุของความเครียด ความวิตกกังวล

หรือภาวะโรคซึมเศร้า ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารหรือยาเสริมธาตุเหล็ก เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย เป็นต้น

1.2 การประเมินความรู้พื้นฐาน พยาบาลควรประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของหญิงตั้งครรภ์ โดยการประเมินทั้งความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การปฏิบัติตนในการป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1.3 การประเมินระบบสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การประเมินการสนับสนุนด้านการเงิน ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งบริบทของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจและเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การนัดฝากครรภ์ รูปแบบการให้คำแนะนำ เมนูอาหารที่ช่วยเสริมธาตุเหล็ก ช่องทางการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์จะต้องใช้ข้อมูลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตามที่ประเมินได้มาวิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาแบบองค์รวม ป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เช่น ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากระดับความเข้มข้นเลือดน้อยกว่าปกติจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นต้น

3. วางแผนกิจกรรมการพยาบาล ควรให้เหมาะสมกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก บริบทของหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว ด้วยการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ เป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม โดยจากการวิจัยการ ทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พบว่าควรให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโลหิตจางหรือการมีระดับความเข้มข้นของโลหิตสูงขึ้นแบบรายกลุ่ม ด้วยการ ใช้สื่อการสอนที่เหมาะสม ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม การสร้างแรงจูงใจ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่เหมาะสม⁷

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระหว่างการตั้งครรภ์จะได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ที่นิยมใช้ คือ Ferrous sulfate ขนาด 300 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด 2-3 ครั้ง ต่อเนื่องทุกวัน ร่วมกับการให้ความรู้ทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง ความรุนแรง ผลกระทบ การป้องกัน การรักษา การรับประทานอาหารและวิตามินเสริมธาตุเหล็กที่เหมาะสม ด้วยการให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก โดยพบว่าในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ปลา ตับ ไข่แดง และเลือด จะมีธาตุเหล็กประมาณร้อยละ 20-40 และพบธาตุเหล็กประมาณร้อยละ 5-35 อยู่ในผัก ผลไม้ ถั่วต่าง ๆ ขนมปัง ผักขม และใบแมงลัก¹⁶ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระหว่างการตั้งครรภ์²

จากผลการศึกษการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เพื่อศึกษาผลของการ บริบาลทางเภสัชกรรมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จำนวนกลุ่มละ 27 ราย พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับคำแนะนำตามปกติจากคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง การรับประทานยาที่เหมาะสม อาการข้างเคียงของยา และปัญหาที่พบในการรับประทานยา ทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15-30 นาที ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนหญิงตั้งครรภ์โดยวัดความรู้ ความร่วมมือในการรับประทานยา และตรวจระดับ Hct ก่อน-หลังการทดลอง ระดับค่าเฉลี่ย Hct ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .000$, $p = .04$, $p = .028$ ตามลำดับ¹⁷ จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง การรับประทานยาที่เหมาะสม อาการข้างเคียงของยา และปัญหาที่พบในการรับประทานยาเป็นระยะ ๆ ช่วยเพิ่มความรู้อย่างมีนัยสำคัญในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และเพิ่มระดับ Hct ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้

ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการและการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็กต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง $Hct < 33\%$ อายุครรภ์ในช่วง 20-24 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 110 ราย แยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 55 ราย ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ 2 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์ และเมื่ออายุ

ครรภ์ 24-28 สัปดาห์ เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ผลกระทบต่อมารดาทารก อาหารหลัก 5 หมู่ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และยาบำรุงธาตุเหล็ก การแสดงความชื่นชม แนะนำให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยให้บันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน ร่วมกับการประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยประเมินความรู้และระดับ Hct ก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีค่า Hct เพิ่มขึ้น และมีสัดส่วนผู้หายจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)¹⁸

ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจัดโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ 2 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตน และติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁹

4. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย และคำนึงถึงสถานะของหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และครอบครัว โดยการปฏิบัติการพยาบาลเน้นการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การประยุกต์การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทสิ่งแวดล้อมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว และสถานพยาบาลด้วย เช่น การให้คำแนะนำเมนูอาหารที่เป็นอาหารตามท้องถิ่น เป็นต้น รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลภายใต้ขอบเขตการพยาบาล การผดุงครรภ์ คุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ²⁰

5. การประเมินผล แบบระยะสั้น หรือระยะยาว ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล ที่สำคัญควรคำนึงถึงบริบทของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการตั้งครรภ์ เช่น อายุ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมถึงการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อข้อมูลกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

สรุป

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ถึงแม้ว่ากรมอนามัย จะมียุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ แต่จะเห็นได้ว่าร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางยังอยู่ในอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง สาเหตุ ผลกระทบต่อมารดาทารก อาหารหลัก 5 หมู่ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และยาบำรุงธาตุเหล็ก การรับประทานยาที่เหมาะสม อาการข้างเคียงของยา และปัญหาที่พบในการรับประทานยา การแสดงความชื่นชม แนะนำให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตน รวมถึงการมาฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ จะช่วยลดผลกระทบและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health, Ministry of Public Health. Health data centre for standard on maternal and child care service of Department of Health, Ministry of Public Health [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 28]. Available form: http://www.hpc.go.th/director/data/standardUpload/LR__profile__090217__105208.pdf. (in Thai)
2. Department of Health, Ministry of Public Health. Standard of care on maternal and child service of Department of Health, Ministry of Public Health [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 28]. Available form: http://www.hpc.go.th/director/data/standardUpload/LR__profile__090217__105208.pdf. (in Thai)
3. World Health Organization (WHO). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anemia and assessment of severity (in pregnancy). Geneva: World Health Organization (WHO); 2011.
4. Maka SS, Tondare SB, Tondare MB. Study of impact of anemia on pregnancy. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2017;6(11):4847-50.
5. Camaschella C. Iron-deficiency anemia. *N Engl J Med* 2015;372(19):1832-43.
6. Pinchaleaw D. Nurses and management of iron deficiency anemia in pregnant women. *JOPN* 2017;9(2):195-201. (in Thai)
7. Techakampholsarakit L, Kantaruksa K, Sansiriphun N. Interventions to promote anemia prevention among pregnant women: a systemic review. *Nursing Journal* 2018;45(1): 62-74. (in Thai)
8. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. *Maternity & Women's health care*. 11th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2016.
9. Sookdee J, Wanaratwichit C. Factors affecting iron deficiency anemia among pregnant women receiving antenatal care at sub-districts health promoting hospital. *Journal of Health Science Research* 2016;10(1):1-7. (in Thai)
10. Kaljarueg P. Anemia among pregnant women at U-Thong Community hospital, U-Thong district, Suphanburi province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2017;27(1):22-32. (in Thai)
11. Tandon R, Jain A, Malhorta P. Management of iron deficiency anemia in pregnancy in India. *Indian J Hematol Blood Transfus* 2018;34(2):204-15.

12. Braymann C. Iron deficiency anemia in pregnancy. *Semin Hematol* 2015;52(4):339-47.
13. Chatterjee N, Fernandes G. 'This is normal during pregnancy': a qualitative study of anaemia-related perceptions and practices among pregnant women in Mumbai, India. *Midwifery* 2014;30(3):e56-63.
14. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Luxembourg: World Health Organization (WHO); 2016.
15. Achebe MM, Gafter-Gvili A. How I treat anemia in pregnancy: iron, cobalamin, and folate. *Blood* 2017;129(8):940-49.
16. Food Division, Bureau of Food, Food and Drug Administration, Ministry of Public Health. Knowledge of food and nutrition for all ages. Bangkok: Food and Drug Administration; 2016. (in Thai)
17. Sirisopa N, Pongchaidecha M. Evaluation of a pharmaceutical care program with pregnant women with Iron deficiency anemia. *Journal of Science & Technology, Ubon Ratchathani University* 2015;17(2):53-62.
18. Pipatkul W, Sinsuksai N, Phahuwatanakorn W. Effects of a nutrition and iron supplement promoting program on iron deficiency anemia in pregnant women. *J Nurs Sci* 2015; 33(1):69-76. (in Thai)
19. Jarana P, Nirattharadorn M, Buaboon N. The effects of a nutrition promotion program on the Nutritional health behavior and hematocrit levels of adolescent pregnant women. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2018;30(1):59-69. (in Thai)
20. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for iron deficiency anemia and iron supplementation in pregnant women to improve maternal health and birth outcomes: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2015;163(7):529-36.