

บทบาพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ปร.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

อัญชลี อ้วนแก้ว พย.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

วรรณุช ไชยวาน พย.ม.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ และบทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบได้ประมาณร้อยละ 16 เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดา ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด สาเหตุหลักมาจากการได้รับธาตุเหล็กจากอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ทำให้มีระดับฮีมาโตคริต (hematocrit; Hct) หรือฮีโมโกลบิน (hemoglobin; Hb) ต่ำ ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ใช้เกณฑ์ค่า Hb <11.0 g/dL หรือค่า Hct <33 vol% ในไตรมาสที่ 1 และ 3 และ ค่า Hb <10.5 g/dL หรือ ค่า Hct <32 vol% ในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางระดับน้อยมีค่า Hb 10.0-10.9 g/dL ระดับปานกลางมีค่า Hb 7.0-9.9 g/dL และระดับรุนแรงมีค่า Hb 4.0-6.9 g/dL บทบาพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่สำคัญคือ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ การให้ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและยาเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องและเพียงพอ แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง

คำสำคัญ: บทบาพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

Nurse's Role in Caring for Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia

Soiy Anusornteerakul Ph.D., Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

Anchalee Ounkaew MN.S., Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

Woranuch Chaiwan MN.S., Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

Abstract

This article aimed to present knowledge about anemia in pregnant women and the role of nurses in caring for pregnant women with iron deficiency anemia. Iron deficiency anemia found in approximately 16% of cases, that was one of the leading causes of maternal death included fetus and newborn. The major cause of iron deficiency anemia was food intake and iron supplements, which results in low hematocrit (Hct) or hemoglobin (Hb) levels. Criteria for diagnose anemia in pregnant women were; 1) Hb <11.0 g/dL or Hct <33 vol% in the 1st and 3rd trimesters and 2) Hb <10.5 g/dL or Hct <32 vol% in the 2nd trimester of pregnancy. The severity of anemia; Hb 10.0-10.9 g/dL as mild level, Hb 7.0-9.9 g/dL as moderate level, and Hb 4.0-6.9 g/dL as severe level. An important nursing role in caring for pregnant women with iron deficiency anemia is screening risk factors for pregnant women, providing knowledge about iron deficiency anemia, and promoting proper behavior and adequate consumption of iron-rich foods, iron supplements, and high iron food sources.

Keywords: nurse's role, pregnant women, iron deficiency anemia

บทนำ

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์พบได้มากที่สุด ในสตรีตั้งครรภ์ที่ขาดสารอาหาร และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาและทารก¹ องค์การอนามัยโลกประมาณความชุกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางไว้ร้อยละ 40² ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบได้ร้อยละ 14 ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบร้อยละ 51¹ และพบว่าร้อยละ 40 ของมารดาที่ตายในประเทศกำลังพัฒนามีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์³ ข้อมูลประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561-2565 พบความชุกภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในภาพรวมมีแนวโน้มคงที่ คิดเป็นร้อยละ 16.06, 16.43, 15.1, 14.69 และ 15.64 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายด้านอนามัยแม่และเด็กที่กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์มีอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 10⁴ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจะต้องได้รับการดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์⁴ การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็น⁵ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ และบทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

การขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่พบมากที่สุด มักเกิดจากการขาดสารอาหารที่จำเป็น การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ เนื่องจากธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญในการสร้างเม็ดเลือดแดง⁶ และความต้องการธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นโดยพบว่ามีความต้องการธาตุเหล็ก 1,200 มิลลิกรัม ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ เพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และการสร้างเนื้อเยื่อของรก 300-350 มิลลิกรัม⁷ นำไปสร้างเม็ดเลือดแดงของสตรีตั้งครรภ์ 500 มิลลิกรัม ทดแทนเลือดที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอดประมาณ 100-150 มิลลิกรัม และถูกขับถ่ายออกจากร่างกายอีก 200 มิลลิกรัม⁶ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์สามารถแบ่งได้ 4

สาเหตุสำคัญ ดังนี้ 1) ได้รับธาตุเหล็กน้อยเนื่องจากรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ เลือด ตับ เช่น ผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัต ได้รับธาตุเหล็กจากเนื้อสัตว์ไม่เพียงพอ หรือรับประทานผักที่มีสารต่อต้านการดูดซึมธาตุเหล็กเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ผักใบเขียว ผักที่มีรสฝาด เช่น ผักกระถิน ชี้เหล็ก ใบเมี่ยง เป็นต้น⁴ ความเชื่อและวัฒนธรรมทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงอาหารและการได้รับอาหาร เช่น ความเชื่อว่ามีสตรีตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานไข่และเนื้อสัตว์⁸⁻⁹ 2) การดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ จากการรับประทานอาหารบางชนิด เช่น นมและข้าวไม่ขัดสี ยาที่ใช้เป็นประจำหรือวิตามินบางชนิด ซึ่งต้านการดูดซึมธาตุเหล็กและร่างกายมีการดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ ทำให้ได้รับธาตุเหล็กน้อย¹⁰ นอกจากนั้น สาเหตุอาจเกิดจากการมีกรดในกระเพาะอาหารลดลง ผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร การผ่าตัดลำไส้เล็กส่วนต้น⁴ 3) สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นมาก ทำให้ธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อร่างกาย โดยสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กมากกว่าสตรีทั่วไปถึง 3 เท่า⁴ และ 4) สูญเสียธาตุเหล็กมากกว่าปกติ มักเกิดจากการเสียเลือดเรื้อรัง การสูญเสียเลือดเป็นระยะเวลานาน มีผลในกระเพาะอาหารเรื้อรัง เลือดออกในทางเดินอาหาร ริดสีดวงทวาร มีพยาธิปากขอในลำไส้⁴

การประเมินภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ที่ขาดธาตุเหล็กในระยะแรกมักไม่มีอาการใด ๆ เนื่องจากมีธาตุเหล็กที่เก็บสะสมสำรองไว้ แต่เมื่อร่างกายขาดธาตุเหล็กเป็นเวลานาน จะมีอาการรู้สึกหงุดหงิด ความคิดไม่แจ่มใส นอนไม่หลับ เมื่อมีภาวะโลหิตจางมากขึ้น จะรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายมากขึ้น อาจพบเล็บงอขึ้นเป็นแฉกคล้ายข้อน มีอาการลิ้นลิ้น แสดงว่าขาดธาตุเหล็กเป็นเวลานาน จึงไม่ควรใช้การสังเกตอาการในการตรวจคัดกรองภาวะขาดธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียว การตรวจคัดกรองธาตุเหล็กและการสังเกตอาการไม่เพียงพอ จึงใช้การตรวจค่าความเข้มข้นของระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin; Hb) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินภาวะโลหิตจางที่นำเชื่อถือในระดับสากล หรือใช้ระดับฮีมาโตคริต (hematocrit; Hct) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้กันมากในสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลหรือคลินิก เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อย แต่การใช้

ค่า Hct มีความเที่ยงตรงต่ำและในการแปลผลภาวะโลหิตจางต้องอาศัยมาตรวัดตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย⁴

องค์การอนามัยโลก ระบุระดับ Hb ต่ำกว่า 11 g/dL ถือเป็นภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์¹¹ และแนะนำให้ประเมินที่ค่า Hb หรือ Hct ของแต่ละไตรมาส คือ ในไตรมาสที่ 1 และ 3 ค่า Hb ต่ำกว่า 11 g/dL หรือค่า Hct ต่ำกว่า 33 vol% และในไตรมาสที่ 2 ค่า Hb ต่ำกว่า 10.5 g/dL หรือค่า Hct ต่ำกว่า 32 vol% ถือว่ามีภาวะโลหิตจาง¹² ส่วนวิทยาลัยสูติรีแพทย์และนรีเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Obstetricians and Gynecologists; ACOG) ระบุภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ด้วยค่า Hct แทนค่า Hb โดยกำหนดภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 3 ที่ระดับ Hct ต่ำกว่า 33 vol% ไตรมาสที่ 2 ที่ระดับ Hct ต่ำกว่า 32 vol%¹³ ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของระบบโลหิต โดยในครรภ์เดียวจะมีการเพิ่มปริมาณเลือดทั้งหมดประมาณร้อยละ 50 (1000 มิลลิลิตร) จากของเดิม ปริมาณเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 25 (300 มิลลิลิตร) ซึ่งการที่มีปริมาณพลาสมาเพิ่มขึ้นในอัตราส่วนที่มากกว่าเม็ดเลือดแดง ทำให้เกิดภาวะเจือจางของฮีโมโกลบิน (hemodilution) ซึ่งมักไม่ต่ำกว่า 10 g/dL อาจพิจารณาว่าไม่ใช่ภาวะโลหิตจางที่แท้จริง¹⁴ ACOG แนะนำให้คัดกรองความเข้มข้นของเม็ดเลือด (complete blood count: CBC) ในไตรมาสที่ 1 และคัดกรองอีกครั้งที่อายุครรภ์ 24-29 สัปดาห์ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อยมีค่า Hb 10.0-10.9 g/dL ระดับปานกลางมีค่า Hb 7.0-9.9 g/dL และระดับรุนแรงมีค่า Hb 4.0-6.9 g/dL¹³ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ที่ใช้ประเมินการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์คือค่า Hct หรือค่า Hb ต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 5 ของแต่ละอายุครรภ์ ค่าเฉลี่ยปริมาตรเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular volume; MCV) ต่ำกว่า 80% ระดับเฟอร์ริตินในเลือด (serum ferritin) ต่ำกว่า 10-15 mcg/L และระดับธาตุเหล็กในเลือด (serum iron) ต่ำกว่า 30 mcg/L ในทางปฏิบัติการประเมินภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์จะใช้ค่า Hb ต่ำกว่า 11 g/dL หรือค่า Hct ต่ำกว่า 33 vol%¹⁵

ผลกระทบของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ และส่งผลกระทบระยะยาวถึงระยะคลอดและหลังคลอด¹⁶

1. ผลกระทบต่อมารดา ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เป็นสาเหตุความดันโลหิตสูง หัวใจทำงานมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงหัวใจล้มเหลว (heart failure) โอกาสติดเชื้อต่าง ๆ เพิ่มขึ้น² ปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ไหลเวียนในร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มีปริมาณน้อย ส่งผลให้หลอดเลือดขาดเลือดไปเลี้ยงรกทำให้รกเสื่อม เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด แท้ง และเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง 3.46 เท่า คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง 1.99 เท่า¹⁷ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางระดับรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 เท่า⁵

2. ผลกระทบต่อทารก สัดส่วนของระดับ Hb ในสตรีตั้งครรภ์ที่ลดลงมีผลต่อการไหลเวียนเลือดไปยังรกน้อยลง การลำเลียงออกซิเจนไปยังทารกในครรภ์ลดลงซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดทารกน้ำหนักน้อย¹⁸ และพบว่าระดับ Hb ต่ำในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย¹⁹ และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ มีคะแนนประเมินสุขภาพของทารกแรกเกิด (Apgar score) ต่ำ²⁰ ทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด (asphyxia) และทารกตายแรกเกิด (neonatal death) ร้อยละ 62 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ปกติที่มีโอกาสพบเพียงร้อยละ 28²¹

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับการศึกษาชั้นอาชีวศึกษา รายได้ต่อเดือนน้อย ภูมิลำเนา เศรษฐฐานะ อายุ จำนวนบุตร อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และการมาฝากครรภ์ช้ากว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์¹⁶ จำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ การตั้งครรภ์และการคลอดหลายครั้ง^{10,22} การตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี²³ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อย มารดาที่เคยคลอดบุตรและผ่าตัดคลอด²⁴ มีภาวะคลื่นไส้ อาเจียนมาก

ในช่วงไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์² รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่ถูกวิธีหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ²² การขาดธาตุเหล็ก ปัญหาการดูดซึมฮีโมโกลบิน ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อย ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กไม่เพียงพอระยะเวลาที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กน้อย โรคเรื้อรัง² ความเชื่อด้านวัฒนธรรม เช่น อาหารแสลง การรับประทานอาหารมังสวิรัต ได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอระหว่างตั้งครรภ์^{2 5} การจำกัดอาหารของสตรีตั้งครรภ์²⁶ การรับรู้ต่อภาวะโลหิตจางความรู้และข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร²⁷ การเสียเลือดอย่างเรื้อรังจากโรคพยาธิปากขอ แผลในกระเพาะอาหาร และมีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคเลือด⁴ ดังนั้น การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางจึงมีความสำคัญต่อการเฝ้าระวังเบื้องต้นสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้มีความปลอดภัยจากภาวะโลหิตจาง

คำแนะนำการรับประทานอาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ตัวบ่งชี้หลักในการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ คือ ภาวะโภชนาการ การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก และวิตามินบี12¹¹ สตรีตั้งครรภ์จึงควรได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 400 ไมโครกรัม ทุกวันตลอดการตั้งครรภ์ และรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก แหล่งอาหารสำคัญที่มีธาตุเหล็ก คือ เนื้อสัตว์ เช่น เนื้อไก่ ปลา ไข่ ธัญพืช ถั่ว ผักใบเขียว ผลไม้^{4, 28} และควรให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) รับประทานอาหารโปรตีนที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก ซึ่งมีมากในเนื้อสัตว์ เลือด เครื่องในสัตว์ ไก่ ปลา กุ้ง และหอย ควรรับประทานเนื้อสัตว์ วันละ 6-12 ช้อนข้าว รับประทานไข่โดยเฉพาะไข่แดง ควรรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีรวมด้วยจะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กในไข่แดงได้มากขึ้น 2) ควรรับประทานผลไม้ วันละ 3-5 ส่วน การรับประทานอาหารในแต่ละมื้อควรรับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวร่วมด้วยเพื่อช่วยให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้มากขึ้น และควรรับประทานผักและผลไม้สด เพราะการให้ความร้อนในการประกอบอาหารจะทำลายวิตามินซีได้ 3) ไม่ควรดื่มน้ำชา กาแฟ และไม่ควรมีนมวัวหรือนมถั่วเหลืองพร้อมมื้ออาหารหรือหลังรับประทานอาหาร หรือพร้อมยาเสริมธาตุเหล็ก จะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กลดลง เพราะแคลเซียมในนมและไฟเตต (phytate) ในถั่วเหลือง

จะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กจากยาลดลง 4) ควรรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอสูง ซึ่งพบมากในตับ ไข่ ฟักทอง แครอท มะละกอสุกและมะม่วงสุก เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอสูงร่วมกับอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็กจะช่วยทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น และ 5) แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัมต่อวัน โฟเลต (folate) 400 ไมโครกรัมต่อวัน วิตามินบี 12 ขนาด 2.6 มิลลิกรัมต่อวัน โดยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กที่มีในเนื้อสัตว์ ปลา ถั่ว ธัญพืช น้ำลูกพรุน อาหารที่มีกรดโฟลิกในธัญพืช ขนบับธัญพืช ถั่ว ผักใบเขียว และอาหารที่มีวิตามินบี 12 ในเนื้อสัตว์ ปลา นม ผัก ผลไม้

การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

การป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ควรเริ่มตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานแม่และเด็กแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ตามโครงการส่งเสริมสาวไทยเข้มแข็งมีลูกเพื่อชาติ ด้วยวิตามินตามแนวคิดการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ด้วยการเสริมธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 2,800 ไมโครกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง²⁹ ACOG เสนอแนะให้สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับยาเสริมธาตุเหล็กวันละ 27 มิลลิกรัมต่อวัน ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์¹³ หากได้รับน้อยกว่านี้จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง เพราะการกินอาหารอย่างเดียวไม่เพียงพอในการเพิ่มธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ และจำเป็นต้องให้ยาเสริมธาตุเหล็ก¹¹ สำหรับประเทศไทยสตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์จะได้รับยาเม็ดวิตามินรวม เช่น Triferdine® ที่ประกอบด้วยธาตุเหล็ก 60.81 มิลลิกรัม ไอโอดีน 0.15 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 0.40 มิลลิกรัม รับประทานทุกวันตลอดการตั้งครรภ์ และที่คลินิกฝากครรภ์จะให้บริการตรวจเลือดแก่สตรีตั้งครรภ์ ถ้าพบภาวะโลหิตจางต้องพบแพทย์ เพื่อค้นหาสาเหตุภาวะโลหิตจางและให้การรักษาภาวะโลหิตจางตามสาเหตุ⁴ การจัดการบริการให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการเฝ้าระวังน้ำหนัก เพื่อให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะโลหิตจาง²⁹

การส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กำหนดมาตรฐานในการดูแลสตรีก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดยพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และการดูแลที่เหมาะสม และส่งต่อเพื่อรับการรักษา เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก⁴ ดังนี้

1. คัดกรองภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย

คัดกรองความเสี่ยงจากการชักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจาง ชักประวัติโรคประจำตัว โรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดการสูญเสียเลือด เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ริดสีดวงทวาร ประวัติการสูญเสียเลือดจากสาเหตุอื่น ๆ ก่อนการตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก³⁰

2. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโลหิต

จางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กและแนะนำการรับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็กหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้ไม่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ

3. ให้คำแนะนำในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

ดังนี้ 1) ให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียนให้รับประทานหลังอาหาร 30 นาทีหรือรับประทานพร้อมอาหาร ถ้าไม่หายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เป็นผลข้างเคียงของการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กให้ปรับเวลาเป็นก่อนอาหารหรือก่อนนอน^{1 6} 2) ไม่ควรรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพร้อมกับแคลเซียมคาร์บอเนตเนื่องจากมีความเป็นกรด ลดการดูดซึมของธาตุเหล็ก เช่น ถ้ารับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก (ferrous fumarate) 3 ครั้งก่อนหรือหลังอาหารครั้งละ 1 เม็ด ควรรับประทานแคลเซียมคาร์บอเนตในเวลาก่อนนอน 3) หลีกเลี่ยงการรับประทานยาพร้อมอาหารหรือเครื่องดื่มที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น นม ผลิตภัณฑ์ของนม นมถั่วเหลือง น้ำชา กาแฟ ไข่แดง อาหารเส้นใยมาก ข้าวโพด ลูกเดือย เม็ดแมงลัก อาหารเสริมแคลเซียม เพราะจะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้น้อยลง ควรเว้นห่าง

การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อย 2 ชั่วโมง 4) ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก เน้นการกินเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ เลือด ตับ ปลา กุ้ง หอย ไข่แดง ผักที่มีธาตุเหล็ก เช่น ผักใบเขียว มะเขือพวง ผลไม้รสเปรี้ยวที่มีวิตามินซี ผลไม้ที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ฝรั่ง และส้ม รับประทานผักและผลไม้สดโดยเฉพาะที่มีวิตามินซี และเอนไซม์ น้ำผลไม้เป็นแหล่งวิตามินซีที่ดีเพื่อเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 86.5 ที่รับประทานอาหารเสริมธาตุเหล็กเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 20.6 เท่านั้นที่รู้ว่าอาหารเสริมธาตุเหล็กควรรับประทานร่วมกับน้ำผลไม้^{3 1} โดยเฉพาะการรับประทานร่วมกับผักผลไม้สีเหลืองที่มีวิตามินเอสูง ได้แก่ มะละกอสุก มะม่วงสุก พักทอง แครอท

4. แนะนำให้นับและสังเกตลูกดิ้นเนื่องจากภาวะโลหิตจางจะทำให้ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตล่าช้า และตายในครรภ์ได้ พยาบาลจึงควรเน้นการนับและสังเกตลูกดิ้นโดยเริ่มนับ 1 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหารในมื้อเช้า กลางวัน และเย็น ทารกจะต้องดิ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/ชั่วโมง รวม 24 ชั่วโมงจะต้องดิ้นมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป และมาฝากครรภ์ตามนัด^{3 2} เพื่อติดตามระดับฮีมาโตคริต ระดับฮีโมโกลบิน และภาวะแทรกซ้อน

5. ติดตามประเมินภาวะโลหิตจางตลอดการตั้งครรภ์ โดยประเมินจากอาการและอาการแสดง และความเข้มข้นของเลือดหลังได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด^{3 1} และติดตามผลของระดับฮีโมโกลบิน และระดับฮีมาโตคริต หลังการรักษา 4 สัปดาห์^{3 0} หากการรักษาได้ผลค่าฮีโมโกลบินควรสูงขึ้นเกิน 1 g/dL แนะนำให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กต่อเนื่องตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กซ้ำ

6. ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องให้ธาตุเหล็กทางเส้นเลือดในกรณีที่ไม่สามารถรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กทางปากได้ หรือรับประทานยาได้น้อย มีปัญหาการดูดซึม หรือสตรีตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคไตต้องรักษาด้วยการฟอกไต (dialysis) ซึ่งมีความปลอดภัยในรายที่ไม่มีข้อห้าม และจะเพิ่มระดับฮีโมโกลบินได้เร็วกว่ารูปแบบรับประทานในช่วงสัปดาห์แรกหรือไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์^{3 0}

กรณีศึกษาการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

นาง ข สตรีตั้งครรภ์อายุ 30 ปี ครรภ์แรก หลังแต่งงานคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด 1 ปี สามีอายุ 34 ปี หย่าร้างกับภรรยาคนแรกมีลูกติดจากภรรยาเก่า 1 คนเพศชาย อายุ 2 ปี เรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 3 เคยทำงานเป็นแม่บ้านในโรงงานเอกชนเดียวกับสามี หลังแต่งงานได้ลาออกไม่ได้ทำงานและอยู่เลี้ยงลูกที่ติดมากับสามี สามียังทำงานในโรงงานเอกชนเดิม ทำงานไปเช้า-เย็นกลับทุกวัน เป็นครอบครัวเดี่ยวอยู่กัน 3 คน (นาง ข สามี และลูกที่ติดจากสามี) เป็นคนภาคอีสานทั้งคู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่มีปัญหาการทะเลาะกัน อาศัยอยู่ในอพาร์ทเมนต์ในจังหวัดและอยู่ใกล้กับโรงงานที่สามีทำงาน มีเครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวกครบถ้วน การเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ สะดวกและอยู่ใกล้บ้าน เช่น ตลาด ร้านค้า และสถานพยาบาล สามีเป็นผู้หารายได้คนเดียว รายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 25,000 บาท มีความเพียงพอในการใช้จ่าย ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคทางกรรมพันธุ์ หลังหยุดกินยาเม็ดคุมกำเนิดได้ 2 เดือนพบว่าประจำเดือนขาด จึงซื้อชุดตรวจครรภ์มาตรวจเองที่บ้าน ผลการตั้งครรภ์เป็นบวก เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ทั้งตนเองและสามีดีใจและยอมรับการตั้งครรภ์ จึงมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน รับประทานอาหารพื้นบ้านอีสานเป็นประจำทั้ง 3 มื้อ เช้า กลางวัน และเย็น เน้นข้าวเป็นหลัก ไม่ค่อยได้รับประทานผลไม้ ก่อนการตั้งครรภ์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเทศกาล ไม่สูบบุหรี่ สามีสูบบุหรี่เป็นบางครั้งแต่ไม่สูบบุหรี่ในห้องพัก ระหว่างตั้งครรภ์ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มน้ำเย็น น้ำอัดลม น้ำอัดลมในบางโอกาส การขับถ่ายปกติ ไม่เคยเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ไม่มีโรคผิวหนัง ออจจะไม่มีเลือดปน

การฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ (geststional age; GA) 11⁺¹ สัปดาห์ วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstrual period; LMP) 20 มีนาคม 2566 กำหนดวันคลอด (expected date confinement; EDC) 27 ธันวาคม 2566 น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) 18.31 kg/m² ตรวจร่างกายทั่วไป ศีรษะ ใบหน้า คอ หัวใจ ปอด เต้านม หัวนม ผิวหนัง เปลือกตาไม่พบความผิดปกติ สัญญาณชีพปกติ ฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งที่ตรวจครรภ์และสัญญาณชีพปกติทุกครั้งรับประทานยา

เสริมธาตุเหล็กตามแพทย์สั่ง สัมรับประทานยาบ้างในบางครั้ง ตลอดการตั้งครรภ์ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน บันทึกรผลการฝากครรภ์ตั้งแต่ครั้งแรกถึงครั้งที่ 6 มี ดังนี้

ครั้งที่ 1 GA 11⁺¹ สัปดาห์ น้ำหนัก 44.0 กิโลกรัม BMI 18.31 kg/m² ได้รับวัคซีนบาดทะยักและคอตีบครั้งที่ 1 (dt1) เจาะเลือดตรวจหาความเข้มข้นและความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงครั้งที่ 1 (lab1), folic acid 1x1 OD, triferdine 1x1 OD

ครั้งที่ 2 GA 16⁺⁰ สัปดาห์ น้ำหนัก 43.5 กิโลกรัม BMI 18.11 kg/m² Hct 29 vol%, Hb 10.1 g/dL, MCV 86.7, ความเปราะของเม็ดเลือดแดง (osmotic fragility; OF) และการทดสอบหาฮีโมโกลบินผิดปกติ (dichlorophenol indo-phenol precipitation; DCIP) ได้ผลลบ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะทุพโภชนาการและมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้รับวัคซีนบาดทะยักและคอตีบครั้งที่ 2 (dt2) triferdine 1x1 OD และได้รับ ferrous fumarate 1x3 pc เพิ่ม และนัดตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม (Quadruple test; Q test)

ครั้งที่ 3 GA 20⁺⁴ สัปดาห์ น้ำหนัก 44.9 กิโลกรัม BMI 18.69 kg/m², Q test ได้ผลลบ, ได้รับ ferrous fumarate 1x3 pc, calcium 1x1 OD, triferdine 1x1 OD

ครั้งที่ 4 GA 25⁺⁵ สัปดาห์ น้ำหนัก 47.8 กิโลกรัม BMI 19.90 kg/m², ได้รับ ferrous fumarate 1x3 pc, calcium 1x1 OD, triferdine 1x1 OD

ครั้งที่ 5 GA 30⁺⁴ สัปดาห์ น้ำหนัก 50.2 กิโลกรัม BMI 20.89 kg/m², ตรวจน้ำตาลในเลือด (glucose challenge test; GCT) 118 mg%, เจาะเลือดตรวจหาความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงครั้งที่ 2 (lab2) ได้รับ ferrous fumarate 1x3 pc, calcium 1x1 OD, triferdine 1x1 OD

ครั้งที่ 6 GA 33⁺⁶ สัปดาห์ น้ำหนัก 54.0 กิโลกรัม BMI 22.48 kg/m², Hct 32 vol% ได้รับ ferrous fumarate 1x3 pc, calcium 1x1 OD, triferdine 1x1 OD

การวิเคราะห์กรณีศึกษา ตลอดการฝากครรภ์ 6 ครั้ง พบว่านาง ข มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อายุครรภ์ 11⁺¹ สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 1) พบระดับค่า Hct 29 vol% และค่า Hb 10.1 g/dL, ค่า MCV 86.7%, OF และ DCIP มีผลลบ แสดงให้เห็นว่านาง ข ไม่ได้เป็นโรคหรือพาหะของ thalassemia เนื่องจากค่า MCV, OF และ DCIP ปกติ แต่มีค่า

Hct และ Hb ต่ำกว่าเกณฑ์ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อายุครรภ์ 30⁺4 สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 3) พบระดับ Hct 32 vol% ค่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ และรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ นาง ข มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 ถึงไตรมาสที่ 3 ซึ่งระดับ Hct ไม่ควรต่ำกว่า 33 vol% และระดับ Hb ไม่ควรต่ำกว่า 11 g/dL^{2,15} จากสถานการณ์ดังกล่าวสาเหตุการขาดธาตุเหล็กของนาง ข เนื่องจาก 1) มีน้ำหนักน้อยก่อนการตั้งครรภ์และในไตรมาสที่ 1 ค่า BMI 18.31 kg/m² ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ค่าปกติไม่ควรต่ำกว่า 18.5 kg/m²⁴ และน้ำหนักตัวนาง ข ลดลงอีกในไตรมาสที่ 1 BMI ลดลงเหลือ BMI 18.11 kg/m² ปฏิเสธอาการคลื่นไส้ อาเจียน แต่รับประทานอาหารได้น้อย 2) รับประทานอาหารได้น้อยลงจากข้อมูลน้ำหนักและ BMI ในไตรมาสที่ 2 ที่ลดลงจากไตรมาสแรก 3) นาง ข รับประทานอาหารพื้นบ้านอีสานทั้ง 3 มื้อ และเน้นข้าวเป็นหลัก ซึ่งลักษณะอาหารอีสานจะประกอบด้วยเนื้อสัตว์ค่อนข้างน้อยทำให้นาง ข ได้รับธาตุเหล็กน้อย เนื่องจากเนื้อสัตว์เป็นแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กที่สำคัญและสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กมากกว่าสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ถึง 3 เท่า⁴ 4) ขณะตั้งครรภ์ นาง ข ยังดื่มกาแฟเย็น น้ำอัดลม ซึ่งจะยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก ในขณะที่รับประทานผลไม้ซึ่งจะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้น้อยลง และลิ้มรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กในบางโอกาส อาจทำให้ได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ซึ่งในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปนั้น ทุกรายจะได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก นาง ข ได้รับ triferdine วันละ 1 เม็ด (ประกอบด้วยไอโอดีน 150 มิลลิกรัม ธาตุเหล็ก 60.81 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 0.40 มิลลิกรัม) ในการป้องกันภาวะโลหิตจาง แต่เนื่องจาก นาง ข มีภาวะโลหิตจางแพทย์จึงสั่งให้ ferrous fumarate 200 มิลลิกรัม 1x3 หลังอาหารเพิ่มเพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง

ปัญหาทางการพยาบาลของนาง ข ที่ต้องได้รับการดูแล 1) มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จากข้อมูลสนับสนุนที่พบว่า นาง ข มีระดับฮีโมโกลบินและระดับฮีมาโตคริตต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดทั้งในไตรมาสแรก ถึงไตรมาสที่ 3 มี MCV 86.7%, OF และ DCIP เป็นผลลบบอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า จากข้อมูลสนับสนุนที่พบว่า ก่อนการตั้งครรภ์

นาง ข มีระดับ ฮีโมโกลบินและระดับฮีมาโตคริตต่ำ ทำให้มีภาวะโลหิตจาง นาง ข มีน้ำหนักตัวค่อนข้างน้อย และมี BMI อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าปกติ 3) เสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางในระดับรุนแรง จากข้อมูลสนับสนุนที่พบว่า นาง ข มีภาวะโลหิตจางในระดับน้อย (Hb ต่ำกว่า 10.1 g/dL) มีพฤติกรรมรับประทานอาหารพื้นบ้านอีสานที่เน้นข้าวเป็นหลัก การลิ้มรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กบางครั้ง ทำให้ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ อีกทั้งเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นความต้องการอาหารและธาตุเหล็กจะเพิ่มขึ้น หากพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กไม่ดีขึ้น นาง ข มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในระดับรุนแรงได้

การพยาบาล การพยาบาลตามปัญหาของนาง ข สิ่งสำคัญคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง การส่งเสริมโภชนาการ และการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ความหมาย สาเหตุ ความสำคัญในการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เพื่อให้นาง ข เกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กในการป้องกันและการรักษาภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก และป้องกันภาวะแทรกซ้อน และติดตามระดับฮีโมโกลบินและระดับฮีมาโตคริตอีกครั้งก่อนคลอด 2) ด้านโภชนาการแนะนำให้นาง ข รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ทุกมื้ออาหารมากขึ้น และเน้นการรับประทานเนื้อสัตว์เป็นหลักแทนการรับประทานข้าวเป็นหลัก เพราะในเนื้อสัตว์เป็นแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กที่สำคัญ เนื้อสัตว์ยังมีความสำคัญต่อการกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ทารกในครรภ์ โดยแนะนำให้รับประทานเนื้อสัตว์วันละ 6-12 ช้อนข้าว กินไข่วันละ 3 ฟอง รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เครื่องในสัตว์ เลือด กุ้ง หอย ปู ปลา แนะนำให้รับประทานผลไม้เพิ่มเติม โดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวตามฤดูกาลทุกมื้ออาหาร เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กจากอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น แนะนำให้รับประทานผักสด เพราะความร้อนจะทำลายวิตามินซีที่จะช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กจากอาหาร แนะนำผักและผลไม้ที่มีวิตามินเอสูง เช่น ผักและผลไม้ที่มีสีเหลือง ได้แก่ ฟักทอง แครอท มะม่วงสุก มะละกอสุก วิตามินเอจะช่วยดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น นาง ข มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (GCT

118 mg%) สามารถรับประทานผลไม้สุกที่มีรสหวานได้ หลีกเลี่ยงอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เพื่อป้องกันพยาธิลำไส้ ส่วน ผักและผลไม้ที่รับประทานสดล้างให้สะอาดเพื่อป้องกัน พยาธิ แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกกาแฟ ชา น้ำอัดลม เพราะจะขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ส่วนนม นมถั่วเหลือง หรือผลิตภัณฑ์จากนม ที่มีความจำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร เพราะจะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กลดลง แนะนำให้ดื่มก่อน อาหารหรือก่อนนอน 3) แนะนำการรับประทานยาเสริมธาตุ เหล็กให้สม่ำเสมอ รับประทานทุกวันให้ครบตามแพทย์สั่ง นาง ข ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ได้แก่ triferdine และ ferrous fumarate แนะนำให้ใช้โทรศัพท์มือถือถือทำสัญญาณ เตือนการรับประทานยา เพื่อป้องกันการลืมการรับประทานยา และหากมีอาการข้างเคียงจากการกินยา เช่น ผื่นแดง ปวด ท้อง อาเจียน หายใจไม่สะดวก ให้หยุดยาแล้วกลับไปพบ แพทย์ นาง ข ได้รับยาแคลเซียม 1000 gm ทุกวันร่วมด้วย แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานแคลเซียม นม ผลิตภัณฑ์ จากนมพร้อมยาเสริมธาตุเหล็ก เพราะจะลดการดูดซึมธาตุ เหล็ก ควรรับประทานหลังยาเสริมธาตุเหล็ก 2 ชั่วโมง หรือ รับประทานก่อนนอน แนะนำการรับประทานยาเสริมธาตุ เหล็กตามแพทย์สั่ง ไม่ควรรับประทานเกินขนาดหรือน้อยกว่า จำนวนที่แพทย์สั่ง หากลืมแนะนำให้รับประทานยาในวันถัดไป เหมือนเดิม ไม่ควรรับประทานยาเกินขนาดหากลืมรับประทาน ยาหลายวันติดต่อกัน แนะนำให้ไปพบแพทย์ และควรตรวจ ระดับฮีมาโตคริตเมื่อเจ็บครรภ์คลอด

สรุป

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์จากการขาดธาตุ เหล็กสามารถป้องกันได้ โดยการตรวจประเมินคัดกรอง ความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์และให้คำแนะนำแก่สตรี ตั้งครรภ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและอาหาร แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กและแนะนำการรับประทาน อาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้การ ดูดซึมธาตุเหล็กได้ไม่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การส่งเสริมภาวะ โภชนาการแก่สตรีตั้งครรภ์ทั้งในระยะก่อนการตั้งครรภ์และ ขณะตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็นและควรให้ยาเสริมธาตุ เหล็กในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้มีธาตุเหล็กเพียงพอต่อความ ต้องการของร่างกาย นาง ข ได้รับการให้ความรู้และได้รับ

ยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง แม้ระดับฮีมาโตคริตจะยังไม่ถึงเกณฑ์ แต่น้ำหนักตัวได้เพิ่มขึ้นถึง 10 กิโลกรัม และมี ดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นจนถึงเกณฑ์ปกติ ระดับยอคมดลูก สัมพันธ์กับอายุครรภ์ และการคาดประมาณน้ำหนักทารก ในครรภ์สัมพันธ์กับอายุครรภ์และอยู่ในเกณฑ์ปกติ พยาบาลจึงมีบทบาทในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การให้ ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุ เหล็กที่เพียงพอและถูกต้อง ส่งเสริมพฤติกรรมมารับ ประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องและ เหมาะสมและติดตามระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Suryanrayana R, Chandrappa M, Santhuram AN, Prathima S, Sheeia SR. Prospective study on prevalence of anemia of pregnant women and its outcome: a community-based study. J Family Med Prim Care 2018; 6(4): 739–43. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc3317
2. Lertprasopsuk S, Viriyasirivet B. Prevalence and associated factors of anemia in different periods of pregnancy. TJOG 2023; 31(1): 56-63. doi: <https://doi.org/10.14456/tjog.2023.7>
3. World Health Organization (WHO). World-wide prevalence of anemia 2016-2019, WHO Global database on anemia. 2021; [cited 2023 Nov 22]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children
4. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทาง ควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจาง. นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข; 2565.
5. Babah OA, Akinajo OR, Benova L, Hanson C, Abioye Ai, Adaramoye VO, et al. Prevalence of and risk factor for iron deficiency among pregnancy woman with moderate or severe anemia in Nigeria: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Children 2024; 24(39): 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06169-1>

6. James AH. Iron deficiency anemia in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2021; 138(4): 663–74. doi: 10.1097/AOG.0000000000004559
7. Juul SE, Derman J, Auerbach M. Perinatal iron deficiency: implications for mothers and infants. *Neonatology* 2019; 115(3): 269–74.
8. Dalaba MA, Nonterah EA, Chatio ST, Adoctor JK., Watson D. Barker M, Ward KA, Debpuur C. Culture and community perceptions on diet for maternal and child health: a qualitative study in rural northern Ghana. *BMC Nutrition* 2021; 7(36): 1–10. <https://bmcnutr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40795-021-00439-x>
9. Ramulondi M, Wet H, Ntuli NR. Traditional food taboos and practices during pregnancy, postpartum recovery, and infant care of Zulu women in northern KwaZulu-Nata. *J Ethnobiol Ethnomed* 2021; 17(15): 1–19. doi.org/10.1186/s13002-021-00451
10. จรินทร์ทิพย์ สมประเสริฐ, จีรพรรณ โพธิ์สุวรรณกุล. บรรณาธิการ. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2565.
11. El-Kholy AA, El Kholy EA, Al Abdulathim MA, AH, Dafaalla Karar HA, Bushara MA, Khaled Abdelaal, Sayed R. Prevalence and associated factors of anemia among pregnant women and the impact of clinical pharmacist counseling on their awareness level: a cross-sectional study. *Saudi Pharm J* 2023; 31(8): 1–9.
12. Lin L, Wei Y, Zhu W, Wang C, Su R, Feng H, et al. Prevalence, risk factors and associated adverse pregnancy outcomes of anemia in Chinese pregnant women: a multicenter retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(111): 1–8. doi: 10.1186/s12884-018-1739-8.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Anemia in pregnancy: ACOG practice bulletin summary, number 233. *Obstet Gynecol* 2021; 138(2): 317–19.
14. Vural T, Toz E, Ozcan A, Biler A, Ileri A, Inan AH. Can anemia predict perinatal outcomes in different stages of pregnancy. *Pak J Med Sci* 2016; 32(6): 1354–59. doi: 10.12669/pjms.326.11199.
15. Cunningham FG, Leveno KJ, Gilstrap LC, Westrom KD. Williams’s obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
16. อัจฉรา พานิชพงศ์พันธุ์. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาครรภ์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
17. Finkelstein JL, Kurpad AV, Bose B, Thomas T, Srinivasan K, Duggan C. Anemia and iron deficiency in pregnancy and adverse perinatal outcomes in Southern India. *Eur J Clin Nutr* 2020; 74(1): 112–25.
18. Mir MK, Yousaf S, Ilyas A, Tahir S. Maternal anemia is a risk factor for low birth weight babies at term. *Pakistan J Med Heal Sci* 2016; 10 (3): 741–3.
19. Rahmati S, Delpishe A, Azami M, Ahmadi MRH, Sayehmiri K. Maternal anemia during pregnancy and infant low birth weight: a systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed* 2017; 15(3): 125–34.
20. กัญญาณี อุดอ้าย, จุพร ใจเคลื่อนไหว, อิศรา หรรษาวงศ์, ปวีณา พังสุวรรณ. ผลของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ไตรมาสต่างๆต่อการเกิดทารกแรกคลอดครบกำหนดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลแพร์. *วารสารโรงพยาบาลแพร์* 2021; 29 (2): 88–101.
21. Debella A, Eyeberu A, Getachew T, Atnafe G, Geda B, Dheresa M. Perinatal outcomes in anemic pregnant women in public hospitals of eastern Ethiopia. *Int Health* 2023; 15(3): 274–80. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihac021>.
22. มณีนีศรี พัฒนสมบัติสุข, สุวรรณ กอวิวัฒนาการ, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในจังหวัดยะลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2564; 13(1): 56–72.

23. จิตตระการ ศุภรัตน์, ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559; 10(1): 1-7.
24. วราภรณ์ ปู่วัง. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโรงพยาบาลหนองคาย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา 2563; 3(1): 18-27.
25. Angraini DI, Sulastri D, Hardisman H, Yusrawati Y. Angraini model an effort to early detection of chronic energy deficiency in pregnancy. KEMAS 2023; 19 (1): 102-12.
26. Laisser R, Woods R, Bedwell C, Kasengele C, Nsemwa L, Kimaro D, et al. The tipping point of antenatal engagement. BMJ Sex Reprod Health 2022; 31: 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100673>
27. แวนูริยะห์ แวปือราเอ็ง, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2562; 11(3): 15-28.
28. Pasaribu RD, Aritonang E, Sudaryti E, Zuska F. Anemia in Pregnancy: study phenomenology. Port J Public Health 2024; 42: 1-14. doi:10.1159/000534708
29. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569). 2562; [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://plan.psru.ac.th/index.php?module=policy&id=225>.
30. Pavord S, Daru J, Prasannan N, Robinson S, Stanworth S, Girling J, BSH Committee. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. Br J Haematol 2020; 188(6): 819-30.
31. Namazi A, Alizadeh S. Health knowledge of pregnant women on anemia and its complication in pregnancy. J Holist Nurs Midwifery 2016; 26 (2): 98-106.
32. Seaharattanapatum B, Sinsuksai N, Phumonsakul S, Chansatitporn N. Effectiveness of balanced diet-iron supplement program among pregnant women with anemia: a quasi-experimental study. Pacific Rim Int J Nurs Res 2021; 25(4): 653-65.