

# การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก: บทบาทที่ทำนายของพยาบาล

วรรณพร คำพิลา, พย.ม.<sup>1\*</sup> เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, พย.ม.<sup>1</sup> สุกัญญา รักศรี, พย.ม.<sup>1</sup> ปวีณตรา มานาดี, พย.ม.<sup>1</sup>  
ทิพวรรณ ทัพซาย, พย.ม.<sup>1</sup> สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล, พย.ม.<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ และสามารถเกิดขึ้นได้กับสตรีตั้งครรภ์ทุกราย สาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ การขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอ ร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดา และทารกในครรภ์ โดยผลกระทบมารดา ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด และผลกระทบต่อทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) อาการตัวเหลือง และการติดเชื้อ แนวทางการรักษา คือ การให้ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทาน และการติดตามค่าฮีโมโกลบิน (Hb) หลังการรักษา 4 สัปดาห์ โดยคำแนะนำที่ให้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะเน้นการส่งเสริมโภชนาการและยาเสริมธาตุเหล็ก พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษา ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก แนะนำการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก และแนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กไม่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์

**คำสำคัญ:** ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สตรีตั้งครรภ์ บทบาทพยาบาล

<sup>1</sup> อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\* ผู้เขียนหลัก e-mail: wannaphonk@gmail.com

# Caring for Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia: The Challenging Role of Nurses

Wannaphon Khampila, M.N.S.<sup>1\*</sup>, Benjaporn Thitiyarnviroj, M.N.S.<sup>1</sup>, Sukanya Raksee, M.N.S.<sup>1</sup>,  
Pawintra Manadee, M.N.S.<sup>1</sup>, Thippawan Tubsai, M.N.S.<sup>1</sup>, Suthida Singsiricharoenkul, M.N.S.<sup>1</sup>

## **Abstract**

In Thailand, anemia is a common condition among pregnant women. Iron deficiency anemia is caused due to physiological changes in pregnant women and inadequate intake of iron from the nutrients and storage. Anemia in pregnant women affects both the mother and fetus. Maternal effects include miscarriage and postpartum hemorrhage. Effects on infants include increased mortality rates, Respiratory Distress Syndrome (RDS), Low birth weight (less than 2500 g), Jaundice, and Infection. The treatment modalities are oral iron supplements and follow-up blood tests to check Hemoglobin (Hb) values after four weeks. The recommendation for pregnant women with iron deficiency anemia will focus on promotion of nutrition and elemental supplements. Nurses should educate about the treatment guidelines, precautions while taking the drug, iron-rich food sources and multivitamin and mineral supplements to prevent complications that can occur in pregnant women and their infants.

**Key words:** Anemia, pregnant women, nursing roles

---

<sup>1</sup> Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute

\* Corresponding author e-mail: wannaphonk@gmail.com

## บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ โดยทั่วโลกพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 15-49 ปี มีภาวะโลหิตจางคิดเป็นร้อยละ 36.5 (World Health Organization [WHO], 2021) ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 พบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 16.05, 16.44 และ 15.08 ตามลำดับ ทั้งนี้เกณฑ์เป้าหมายในการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็ก กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์มีอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 10 แสดงให้เห็นว่าการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และเป็นภาวะที่สตรีตั้งครรภ์จะต้องได้รับการดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีฮีโมโกลบิน (Hb) ต่ำกว่า 11 g/dl หรือฮีมาโตคริต (Hct) ต่ำกว่า 33 vol% (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2008) หรือมี Hb หรือ Hct ต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 5 ของแต่ละอายุครรภ์ คือ ในไตรมาสที่หนึ่งและสาม Hb ต่ำกว่า 11 g/dl Hct ต่ำกว่า 33 vol% และ Hb ต่ำกว่า 10.5 g/dl Hct ต่ำกว่า 32 vol% ในไตรมาสที่สอง (ACOG, 2021) สาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ (Tongsong & Wanapirak, 2021) ดังนี้ 1) สาเหตุจากการสร้างไม่พอ ได้แก่ การขาดสารอาหาร ที่สำคัญ คือ ธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 12 ความผิดปกติของไขกระดูก (Aplastic anemia) กดการทำงานของไขกระดูก ระดับ erythropoietin ต่ำ ภาวะพร่องไทรอยด์ (Hypothyroidism) 2) สาเหตุจากการทำลายเม็ดเลือดมากเกินไป ได้แก่ โรคทางพันธุกรรม: ธาลัสซีเมีย sickle cell anemia autoimmune hemolytic anemia, SLE, thrombocytopenic purpura, hemolytic uremic syndrome การติดเชื้อ การตกเลือดก่อนคลอด รวมถึงการเสียเลือดเรื้อรัง

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายขาดธาตุเหล็กในวัยเจริญพันธุ์ เมื่อตั้งครรภ์ภาวะโลหิตจางก็จะเพิ่มมากขึ้น (Juul, Derman, & Auerbach, 2019) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางในการให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก ร่วมกับการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา และการรับประทานวิตามินรวมและแร่ธาตุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

## พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต กล่าวคือ จะมีการสร้างปริมาณของน้ำเลือดในร่างกายเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการขนส่งอาหารไปเลี้ยงทารกและรก แต่ปริมาณของเม็ดเลือดแดงจะมีการเพิ่มปริมาณไม่มากเท่ากับปริมาณของน้ำเลือด จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะโลหิตจางได้ ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบหนึ่งของเม็ดเลือดแดง โดยปกติธาตุเหล็กอยู่ในร่างกายได้ 3 รูปแบบ คือ จับกับ Transferrin (Transport form), Ferritin (Storage form) และฮีม (Heme) เหล็กที่จะนำไปสร้างฮีโมโกลบินจะรวมอยู่กับ Transferrin ถ้าจำนวนโมเลกุลของ Transferrin มีปริมาณต่ำกว่าร้อยละ 15 การสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูกจะลดลง เม็ดเลือดแดงที่ถูกสร้างขึ้นมาจะมีขนาดเล็ก และมีสีจางลง (Tongsong, & Wanapirak, 2021) จึงทำให้เกิดโรคโลหิตจาง

## สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์

การขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์สามารถแบ่งได้ 3 สาเหตุ ดังนี้

1. ความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น ในสตรีตั้งครรภ์พบว่าต้องการธาตุเหล็ก 1,200 มิลลิกรัม ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ทารกในครรภ์และการสร้างเนื้อเยื่อของรกมีความต้องการธาตุเหล็ก 300 - 350 มิลลิกรัม เพื่อใช้

ในการเจริญเติบโต (Juul et al., 2019) จำนวนที่เอาไปสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับสตรีตั้งครรภ์ 500 มิลลิกรัม เลือดที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอดประมาณ 100 มิลลิกรัม และถูกขับถ่ายออกจากร่างกายอีก 200 มิลลิกรัม ภาวะโลหิตจางจะเริ่มแสดงอาการ เมื่อร่างกายมีการเพิ่มปริมาตรของเลือดในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ และค่าฮีโมโกลบินจะลดต่ำลงแม้ว่าปริมาตรของเลือดจะไม่เพิ่มขึ้นอีกต่อไปในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์แต่ความต้องการในการใช้ฮีโมโกลบินในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพิ่มขึ้นตามสัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการของภาวะโลหิตจาง

2. การสูญเสียเลือดเป็นระยะเวลานาน เช่น มีพยาธิปากขอในลำไส้ โรคกระเพาะอาหาร และริดสีดวงทวาร และการมีประจำเดือน (Chantanamongkol, 2016)

3. การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อย และการดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ ทำให้ได้ธาตุเหล็กน้อย เนื่องจากการรับประทานอาหารบางชนิด เช่น นม และข้าว ซึ่งด้านการดูดซึมธาตุเหล็กและการดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ ทำให้ได้ธาตุเหล็กน้อยเนื่องจากการรับประทานอาหารบางชนิดที่ด้านการดูดซึมธาตุเหล็ก (Chantanamongkol, 2016)

### ผลกระทบของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ดังนี้

1. ผลกระทบของมารดา สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีภาวะคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง 3.46 เท่า และเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยได้มากกว่า 1.99 เท่า (Finkelstein et al., 2020) ปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ไหลเวียนในร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มีปริมาณน้อยส่งผลให้หลอดเลือดขาดเลือดไปเลี้ยงจึงทำให้กรเลือด มารดาจึงเกิดภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ภาวะแท้ง และเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ (Blackburn, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำคั่งในช่องท้อง ตกลูกหลังคลอด รกหลุดตัวก่อนกำหนด และการติดเชื้ออีกด้วย (Young et al., 2019)

2. ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) อาการตัวเหลือง และการติดเชื้อ (Pavord et al., 2020) โดยเกิดจากการขาดธาตุเหล็กบนเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงมีจำนวนน้อย ส่งผลต่อการจับและลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้ในปริมาณน้อย มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารก ส่งผลให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Brannon & Taylor, 2017)

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกอย่างมาก เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นผู้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่สตรีตั้งครรภ์

### แนวทางการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์สามารถคัดกรองได้จากการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. การตรวจร่างกาย พบอาการและอาการแสดง ได้แก่ อ่อนเพลีย หน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด เหนื่อยง่าย อ่อนแรง เปื่อยตาซีด ริมฝีปากซีด ลิ้นลิ้น ลิ้นซีด เล็บซีด แผลมุมปาก และบางรายพบกลิ่นลำบาก (Charoenwit, Uerpaiojkit, & Manotaya, 2008)

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตรวจความเข้มข้นของเลือดครั้งพบการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดง (Cunningham, Leveno, Gilstrap, & Westrom, 2018) ดังนี้

2.1 ฮีโมโกลบิน (Hb) หรือ ฮีมาโตคริต (Hct) ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 5 ของแต่ละอายุครรภ์ หรือ Hb ต่ำกว่า 11 g/dl Hct ต่ำกว่า 33%

2.2 ค่า MCV (Mean corpuscular volume) ต่ำกว่า 80 fl.

2.3 serum ferritin ต่ำกว่า 10-15 ไมโครกรัม/ลิตร

2.4 serum iron ต่ำกว่า 30 ไมโครกรัม/ลิตร

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวข้องกับ 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้

### 1. ปัจจัยก่อนตั้งครรภ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระยะก่อนตั้งครรภ์ที่พบบ่อยมักมาจากพฤติกรรมและโรคประจำตัวของสตรีตั้งครรภ์ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมและหรือความเชื่อในการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาหารที่คนไทยบริโภคทุกวันนี้มีธาตุเหล็กประมาณเพียง 1-2 มิลลิกรัม ในขณะที่ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กในปริมาณ 6-7 มิลลิกรัม (Chantanamongkol, 2016) นอกจากนั้นยังพบว่า การเสียเลือดอย่างเรื้อรังจากการเป็นโรคพยาธิปากขอ แผลในกระเพาะอาหาร มีประจำเดือนมาก และมีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคเลือดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางด้วย (Tongsong & Wanapirak, 2021)

### 2. ปัจจัยขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบไหลเวียนโลหิตของสตรีตั้งครรภ์ โดยร่างกายของสตรีตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงของเลือดและเม็ดเลือดแดง ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดไม่ได้สัดส่วนกับการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดแดง ทำให้ความเข้มข้นของ Hb และ Hct ของสตรีตั้งครรภ์ลดลง (Blackburn, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า การตั้งครรภ์แฝด การฝากครรภ์ล่าช้า และไม่รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์เนื่องจากมีอาการข้างเคียงหลังรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก เป็นต้น

## แนวทางการรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

แนวทางการรักษา (Pavord et al., 2020) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีดังนี้

1. ให้ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทาน วันละ 200 mg โดยแบ่งให้วันละ 2-3 ครั้งรับประทานทุกวัน (Zhang et al., 2021)

2. ติดตามค่า Hb หลังการรักษา 4 สัปดาห์ หากการรักษาได้ผล Hb ควรสูงขึ้นเกิน 1 g/dl และให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กต่ออีก 60 วัน แล้วจึงลดขนาดการให้เป็น 60 mg เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กซ้ำ

3. หากรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กแล้วไม่ได้ผล แสดงว่าอาจจะเป็นภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่นให้งดยาเสริมธาตุเหล็ก และค้นหาสาเหตุอื่น เช่น ความถูกต้องของรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และภาวะการเสียเลือดเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการรักษา เป็นต้น

### 4. การให้เลือด (Blood transfusion)

4.1 ในช่วงตั้งครรภ์ ไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้เลือด ยกเว้นมีภาวะซีดรุนแรง Hb < 6 g/dl ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารก ทำให้รูปแบบการเต้นของหัวใจทารกไม่พบการเปลี่ยนแปลง (Non reassuring fetal heart rate patterns) น้ำค่าน้อย fetal cerebral vasodilatation และเกิดเสียชีวิตในครรภ์ได้ จึงอาจเป็นข้อบ่งชี้ในการให้เลือด

4.2 ในช่วงคลอดหรือหลังคลอดมีการเสียเลือดมาก เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจล้มเหลว

5. การให้เหล็กทางเส้นเลือดให้ในกรณีที่ไม่สามารถรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กทางปากได้ (Tolerate oral iron) หรือรับประทานอาหารได้น้อย มีปัญหาการดูดซึม หรือสตรีตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคไตต้องรักษาด้วยการฟอกไต (Dialysis) เป็นต้น ซึ่งมีความปลอดภัยและจะเพิ่มระดับ Hb ได้เร็วกว่ารูปแบบรับประทานในช่วงสัปดาห์แรก แต่หลัง

40 วันพบว่าผลไม่แตกต่างกัน ในประเทศไทยมี 2 ชนิด คือ Ferrous sucrose และ iron dextran (ร้อยละ 1 เกิดอาการแพ้หลังได้ Iron dextran)

### บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

บทบาทพยาบาลตามมาตรฐานการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 ได้มีการกำหนดมาตรฐานในการดูแลก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และส่งต่อเพื่อรับการรักษา ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนี้

1. คัดกรองความเสี่ยง จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์

2. ให้คำแนะนำในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ได้แก่

- 2.1 ให้รับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานหลังอาหาร 30 นาที หรือ รับประทานพร้อมอาหาร ถ้าหายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เป็นผลข้างเคียงของการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ให้ปรับเวลาเป็นก่อนอาหารหรือก่อนนอน

- 2.2 ไม่ควรรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพร้อมกับแคลเซียมคาร์บอเนต เนื่องจากมีความเป็นกรดลดการดูดซึมของธาตุเหล็ก (แยกเข้า-เย็น-ก่อนนอน) ถ้ารับประทาน Ferrous 3 ครั้งก่อนหรือหลังอาหารจำนวน 1 เม็ด และควรกินแคลเซียมคาร์บอเนตก่อนนอน

- 2.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานยาพร้อมอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น นม ผลิตภัณฑ์ของนม น้ำชา กาแฟ ไข่แดง เส้นใยมาก ข้าวโพด ลูกเดือย เม็ดแมงลัก เป็นต้น

- 2.4 รับประทานยาบำรุงเลือด (Ferrous) ทุกวัน จนกระทั่งคลอดและกินต่อหลังคลอดอีก 6 เดือน

3. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์ เลือด ตับ ปลา กุ้ง หอย ไข่แดง ผักที่มีธาตุเหล็ก เช่น ผักใบเขียว มะเขือพวง ผลไม้ที่มีวิตามินซี เป็นต้น ผลไม้ที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ฝรั่ง และส้ม เป็นต้น รับประทานผัก ผลไม้สด โดยเฉพาะที่มีวิตามินซี และเอนไซม์ และการดื่มน้ำชา กาแฟ นมวัว หรือนมถั่วเหลือง ไม่ควรดื่มพร้อมอาหารหรือหลังอาหารทันที ควรดื่มหลังกินยาเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (Thanyavinichkul, & Phonwattana, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการให้คำแนะนำถึงแหล่งอาหารของธาตุเหล็ก ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ปลา ไข่ ถั่วแห้ง และธัญพืชเสริม ธาตุเหล็กในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่เรียกว่า Heme สามารถดูดซึมได้ง่ายกว่าธาตุเหล็กในผัก และแหล่งอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ผลไม้รสเปรี้ยวและผักสดดิบ และอย่ารับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กร่วมกับผลิตภัณฑ์จากนม หรืออาหารเสริมแคลเซียม (นม ชา และกาแฟ) และพบการศึกษาที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความชุกของโรคโลหิตจางกับความรู้ของสตรี ในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 86.5 ที่รับประทาน อาหารเสริมธาตุเหล็กเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 20.6 เท่านั้นที่รู้ว่าอาหารเสริมธาตุเหล็กควรรับประทานร่วมกับน้ำผลไม้ (Namazi, & Alizadeh, 2016) และแนะนำให้รับประทานอาหารเสริมธาตุเหล็กระหว่างมื้ออาหารและควรรับประทาน วิตามินซีที่เป็นแหล่งที่ดี เช่น น้ำผลไม้เพื่อเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก (Milman, 2012)

โดยสรุปบทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสามารถทำได้ 2 ประเด็น คือ

1. การป้องกันภาวะโลหิตจางตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยเจริญพันธุ์ แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) โดยการจัดโครงการส่งเสริมสาวไทยแถมแดงมีลูกเพื่อชาติ ด้วยวิตามิน แสวนิเศษ

ที่มีแนวคิดในการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่าง มีคุณภาพ มีการดำเนินกิจกรรมโดยให้หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-34 ปี ที่พร้อม ตั้งใจ และวางแผนจะมีลูก ได้รับการสนับสนุนให้มีโภชนาการที่ดี ด้วยการเสริมธาตุเหล็กและวิตามินโฟลิก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Department of health, 2018)

2. การดูแลขณะตั้งครรภ์ พยาบาลสามารถดูแลได้ ดังนี้ 1) คัดกรองภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย 2) ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก และแนะนำการรับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้ไม่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 3) แนะนำเรื่องสุขวิทยา ในการบริโภคอาหารสุกดิบ 4) แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์นั่งและสังเกตลูกดิ้น เนื่องจากภาวะโลหิตจางจะทำให้ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตล่าช้า และตายในครรภ์ได้ พยาบาลจึงควรเน้นการนับและสังเกตลูกดิ้นโดยเริ่มนับ 1 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหารในมื้อเช้า กลางวัน และเย็น ทารกจะต้องดิ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง รวม 24 ชั่วโมงจะต้องดิ้นมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป และมาฝากครรภ์ตามนัด (Seaharattanapatum, Sinsuksai, Phumonsakul, & Chansatitporn, 2021) 5) การติดตามประเมินภาวะโลหิตจางตลอดการตั้งครรภ์โดยประเมินจากผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดหลังรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด (Seaharattanapatum et al., 2021) 6) การส่งต่อเพื่อการรักษาในรายที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงขณะตั้งครรภ์ 7) การส่งต่อข้อมูลเพื่อการคลอดหรือป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หรือป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Seaharattanapatum et al., 2021) 8) การประเมินผลการพยาบาล ติดตามผลของระดับ Hb, Hct หลังการรักษา 4 สัปดาห์ (Pavord et al., 2020)

นอกจากนี้พบการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมอาหารสมดุลของยาบำรุงธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ โดยโปรแกรมประกอบด้วย แบบบันทึกการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก แบบบันทึกการรับประทานอาหาร 3 วัน ซึ่งมีทั้งหมด 3 กระบวนการ คือ 1) ให้ความรู้ด้านโภชนาการ และธาตุเหล็กเสริม 2) ฝึกวางแผนมื้ออาหาร 3) โทรศัพท์ติดตาม ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมอาหารสมดุลของยาบำรุงธาตุเหล็กสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กต่อสุขภาพมารดาและทารก ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหาร แนะนำความรู้เรื่องอาหาร 5 หมู่ ได้แก่ ประโยชน์ของการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ อาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก อาหารช่วยการดูดซึมธาตุเหล็ก สารยับยั้งอาหารของการดูดซึมธาตุเหล็ก รายการแลกเปลี่ยนอาหาร พลังงานประจำวัน ความต้องการและการเสริมธาตุเหล็กอาจทำให้เข้าใจวิถีกินอาหารเพื่อสุขภาพและธาตุเหล็กเสริมอย่างสม่ำเสมอและสามารถทำได้อย่างเหมาะสม (Seaharattanapatum et al., 2021) สอดคล้องกับ การศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในประเทศจอร์แดน ทำการทดลองกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมความรู้ผ่านสื่อวิดีโอและสื่อการสอนเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ร่วมกับการติดตามการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้และติดตามการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กมีความรู้ในการเลือกเมนูอาหารประจำวันและระดับค่าฮีโมโกลบิน (Hb) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Abujilban, Hatamleh, & Al-Shuqerat, 2019)

## สรุป

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และสามารถเกิดขึ้นได้กับสตรีตั้งครรภ์ทุกราย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้มิเพียงพอ และร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจาก



สารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ผลกระทบของมารดา ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มอาการหายใจลำบาก (RDS) น้ำหนักแรกเกิดต่ำ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) อาการตัวเหลือง และการติดเชื้อ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก แต่สามารถป้องกันได้โดยพยาบาลตรวจประเมิน คัดกรองความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ และให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์โดยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษา ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา และแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก และแนะนำการรับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้ไม่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

### ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษา ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานวิตามินรวมและแร่ธาตุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

### กิจกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และผู้ทรงคุณวุฒิให้การสนับสนุน และข้อเสนอแนะในการเขียนบทความวิชาการในครั้งนี้

### References

- Abujilban, S., Hatamleh, R., & Al-Shuqerat, S. (2019). The impact of a planned health educational program on the compliance and knowledge of Jordanian pregnant women with anemia. *Women & health, 59*(7), 748-759.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2021). Anemia in pregnancy: ACOG practice bulletin, number 233. *Obstetrics and Gynecology, 138*(2), e55-e64.
- Blackburn, S. (2017). *Maternal, fetal, & neonatal physiology-e-book: A clinical perspective*. St. Louis: Elsevier Health Sciences.
- Brannon, P. M., & Taylor, C. L. (2017). Iron supplementation during pregnancy and infancy: Uncertainties and implications for research and policy. *Nutrients, 9*(12), 1327.
- Chantanamongkol, K. (2016). *Nursing care for women with congenital diseases*. Pathum Thani: Rangsit University. (In Thai)
- Charoenwit, T., Uerpairakit, B., & Manotaya, S. (2008). *Obstetrics* (4<sup>th</sup> ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., & Westrom, K. D. (2018). *Williams's obstetrics* (25<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Department Of Health. (2018). *A guide to Thai girls with red cheeks*. Retrieved from <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/1490d5b1-3322-ea11-80e8-00155d09b41f>
- Finkelstein, J. L., Kurpad, A. V., Bose, B., Thomas, T., Srinivasan, K., & Duggan, C. (2020). Anaemia and iron deficiency in pregnancy and adverse perinatal outcomes in Southern India. *European Journal of Clinical Nutrition, 74*(1), 112-125.



- Juul, S. E., Derman, R. J., & Auerbach, M. (2019). Perinatal iron deficiency: Implications for mothers and infants. *Neonatology*, 115(3), 269-274.
- Milman, N. (2012). Oral iron prophylaxis in pregnancy: Not too little and not too much!. *Journal of Pregnancy*, 2012, 1-8.
- Namazi, A., & Alizadeh, S. (2016). Health knowledge of pregnant women on anemia and its complication in pregnancy. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 26(2), 98-106.
- Pavord, S., Daru, J., Prasannan, N., Robinson, S., Stanworth, S., Girling, J., & BSH Committee. (2020). UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *British Journal of Haematology*, 188(6), 819-830.
- Seaharattanapatum, B., Sinsuksai, N., Phumonsakul, S., & Chansatitporn, N. (2021). Effectiveness of balanced diet-iron supplement program among pregnant women with anemia: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(4), 653-665.
- Thanyavinichkul, S., & Phonwattana, T. (2018). Development of preventive and corrective care model for anemic pregnant women at public hospital in Chiang Mai. *Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health*, 8(1), 9-23. (In Thai)
- Tongsong, T., & Wanapirak, C. (2021). *Obstetrics* (6<sup>th</sup> ed.). Chiang Mai: Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Worldwide prevalence of anemia 2016 - 2019, WHO Global database on anemia*. Retrieved from [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia\\_in\\_women\\_and\\_children](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children)
- Young, M. F., Oaks, B., Tandon, S., Martorell, R., Dewey, K., & Wendt, A. (2019). Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: A systematic review and meta-analysis (P11-033-19). *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1450(1), 47-68.
- Zhang, Q., Lu, X. M., Zhang, M., Yang, C. Y., Lv, S. Y., Li, S. F., Zhong, C. Y., & Geng, S. S. (2021). Adverse effects of iron deficiency anemia on pregnancy outcome and offspring development and intervention of three iron supplements. *Scientific Reports*, 11(1), 1-11.