



ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 9-12 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกเด็ก สุขภาพดี โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

วิภากร ศุภพิมล

¹กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

Anemia in 9 - 12 Month-Old Children in Well Child Clinic at Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital

Wiphakorn Suphaphimon

¹Department of Pediatrics, Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital

Received: 3 February 2022 / Revised: 28 March 2022 / Accepted: 5 May 2022

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและสาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 9-12 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเด็ก อายุ 9-12 เดือน ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี ตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2563 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา: เด็กที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 249 ราย พบเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 41.4) จากการใช้ค่าระดับฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร และพบสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็ก 83 ราย (ร้อยละ 80.6) ปัจจัยเรื่องการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป: สถานการณ์ภาวะโลหิตจางพบความชุกสูงในเด็กอายุ 9-12 เดือน ซึ่งสาเหตุโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบบ่อย การให้ยาธาตุเหล็กเสริมในอายุตั้งแต่ 6 เดือน สามารถลดความชุกของภาวะโลหิตจางได้

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจาง, เด็กอายุ 9-12 เดือน, ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

Abstract

Background and objective: This study aimed to study the prevalence of anemia in 9 – 12 month-old children in well child clinic at Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital

Methods: The retrospective descriptive study has been done to collect data of 9 – 12 month-old children in well child clinic at Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital from April 1, 2020 to May 31, 2021.

Result: 103 out of 249 children were anemia (41.4%), while the cut point of hemoglobin is less than 11 g/dl. The major causes of anemia are iron deficiency anemia in 83 children (80.6%). There was statistically significant difference in prevalence of anemia between the iron- supplied group and controlled group ($p < 0.01$).

Conclusion: Iron deficiency anemia is a major problem in 9 – 12 month-old children. Oral elemental iron supplement weekly at the age of 6 months is the effective solution in preventing iron deficiency anemia

Keywords: anemia, infant aged 9-12 months, iron supplement

*Corresponding author: Corresponding author: Wiphakorn Suphaphimon, E-mail: moo-pmk@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นปัญหาสาธารณสุขไทยที่สำคัญ จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 กองโภชนาการ กรมอนามัย¹ พบความชุกโลหิตจางกลุ่มเด็กปฐมวัย อายุ 6 เดือน - 5 ปี (ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 25.9 และจากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กของไทย อายุ 6 เดือน - 12 ปี พ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SEANUTS)¹ โดยสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลพบว่าเด็กไทยกลุ่มปฐมวัย (6 เดือน - 3 ปี) มีความชุกโลหิตจางสูงในเขตชนบท ร้อยละ 41.7 ในเขตเมือง ร้อยละ 26

ธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และมีผลต่อพัฒนาการทางสมอง สติปัญญา ในเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กนั้น ส่งผลเสียต่อศักยภาพการเรียนรู้ ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้และมีพัฒนาการได้เท่ากับเด็กปกติ^{2,3}

ในเด็กคลอดครบกำหนดจะได้รับธาตุเหล็กจากนมแม่สู่ลูก ขณะอยู่ในครรภ์ และจะมีธาตุเหล็กสะสมอยู่พอเพียงจนถึงอายุ 4-6 เดือน เพราะฉะนั้นในทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน การได้รับนมแม่อย่างเพียงพอก็จะได้รับปริมาณธาตุเหล็กที่เพียงพอตามวัย และเหมาะสมกับการเจริญเติบโตตามอายุ แม้ธาตุเหล็กในนมแม่จะมีปริมาณน้อย แต่พบว่าธาตุเหล็กในนมแม่จะมีการดูดซึมจากทางเดินอาหารในเด็กได้ดีกว่านมชนิดอื่น แต่เมื่อหลังอายุ 6 เดือน ปริมาณธาตุเหล็กที่สะสมในร่างกายลดลง แนะนำให้มีการให้อาหารเสริมตามวัยที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง ผักใบเขียว เป็นต้น เพื่อให้พอเพียงกับความต้องการของธาตุเหล็กในแต่ละวัย ซึ่งถ้าหลังอายุ 6 เดือนยังได้รับนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ได้รับอาหารเสริม จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะมีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ที่อายุ 9 เดือนได้²⁻⁶ ซึ่งราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยได้แนะนำให้คัดกรองภาวะซีด ตามกำหนดการดูแล สุขภาพเด็กไทย พ.ศ. 2557 โดยคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-9 เดือน และเด็กอายุ 3-6 ปี รวม 2 ครั้ง ถ้าไม่สามารถตรวจในเด็กทุกรายได้ ให้คัดกรองเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยงซึ่งหากพบภาวะซีด แนะนำให้การรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็ก เนื่องจากมีผลกับการพัฒนาการด้านสมองในระยะยาวได้หากพบภาวะนี้ตั้งแต่อายุน้อย⁷ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการควบคุมและป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก พ.ศ. 2559 โดยมีการให้ยาธาตุเหล็กเสริมในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่กลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ 6 เดือนถึง 5 ปี) โดยช่วงอายุ 6 ถึง 30 เดือน เป็นปริมาณ 15 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และอายุ 30-60 เดือน เป็นปริมาณ 25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง⁸

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอเมือง จังหวัดตาก พบผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะโลหิตจางด้วยสาเหตุต่างๆ เป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อย 5 ลำดับแรกของโรคที่ห้องตรวจนอกผู้ป่วยเด็ก และสาเหตุหลักของภาวะโลหิตจางในเด็ก คือ ภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก จากความสำคัญ ดังกล่าว จึงมีแนวทางปฏิบัติ โดยส่งเสริมการให้ยาธาตุเหล็กเสริม เป็นปริมาณ 15 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กับเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือนที่คลินิกสุขภาพเด็กดีทุกแห่ง พร้อมกับการมารับวัคซีน และมีการนัดคนไข้ที่มีอายุตั้งแต่ 9-12 เดือน มารับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง ด้วยการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี หอผู้ป่วยนอก กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช หากพบว่าระดับฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 และระดับ ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร จะมีการปรับเป็นการรักษาโรคซีด โดยการให้ธาตุเหล็ก 4-6 มิลลิกรัม

ต่ออีกโลกร่วมต่อวัน ร่วมกับการให้คำแนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และนัดมาติดตามการรักษาใน 1-2 เดือนแรกหลังเริ่มยา ถ้าระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นมากกว่าเท่ากับ 1 กรัมต่อเดซิลิตร จะได้รับการรักษาโดยให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กต่อจนครบ 3 เดือน และจนกว่าจะมีระดับฮีโมโกลบิน และฮีมาโตคริตปกติ แต่ถ้าไม่มีการเพิ่มขึ้นของระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตจะพิจารณาหาสาเหตุของโลหิตจาง เช่น โรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น

จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กกลุ่มอายุ 9-12 เดือน ที่มารับการตรวจคัดกรองที่หอผู้ป่วยนอก กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยแบ่งเป็นการศึกษาในแง่ของความชุก สาเหตุของภาวะโลหิตจาง ประสิทธิภาพของการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กกลุ่มอายุตั้งแต่ 6 เดือนและผลของการรักษาเด็กที่มีโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เพื่อนำมาเป็นแนวทางปรับปรุงและพัฒนางานการดูแลรักษา เผื่อระวัง ป้องกันและส่งเสริมในกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ให้ดียิ่งขึ้นไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สำหรับประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยนอกในช่วงกลุ่มอายุ 9-12 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2563 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 279 ราย และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การวิจัย ได้แก่ เป็นทารกคลอดครบกำหนด น้ำหนักแรกคลอด มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะซีด ด้วยวิธีดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) และเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา ได้แก่ เด็กคลอดก่อนกำหนด เด็กที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (congenital cyanotic heart disease) และมีประวัติผ่าตัดทางเดินอาหาร สามารถกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 249 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก เช่น อายุ เพศ อายุครรภ์ที่เกิด น้ำหนักแรกคลอด โรคประจำตัว น้ำหนักและความยาว เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ ประวัติการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (2) ข้อมูลในส่วนทางห้องปฏิบัติการโดยดูจากผลความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) และ (3) ข้อมูลการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรักษา ปริมาณยาและผลเลือดหลังได้รับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ Mann-Whitney U, Chi-square test, Fisher's exact test และ Paired-samples t-test นำเสนอในรูปแบบค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile range) สำหรับข้อมูลชนิดต่อเนื่องและจำนวน (สัดส่วน) หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลชนิดไม่ต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 24.0

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช หมายเลขโครงการที่ 12/2564 ลงวันที่ 12 กันยายน 2564

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงกลุ่มอายุ 9-12 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี ระหว่าง 1 เมษายน พ.ศ. 2563 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ทั้งสิ้น จำนวน 249 ราย เป็นเพศชาย 128 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.4 เพศหญิง 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.6

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปลักษณะกลุ่มเด็กที่ศึกษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโลหิตจางในเด็กทั้งหมด 249 ราย อายุเฉลี่ย 10.16 ± 1.45 เดือน พบผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางจากการใช้ค่าระดับฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร เป็นจำนวน 103 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 41.4 สัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน การประเมินด้านการเจริญเติบโต โดยใช้เกณฑ์จำแนกตามน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง พบว่ามีการเจริญเติบโตสมวัยอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 82.3 น้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 12.4 น้อยกว่าเกณฑ์

รุนแรงร้อยละ 0.9 และมากกว่าเกณฑ์เพียงร้อยละ 4.4 ในกลุ่มเด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 15 มิลลิกรัม โดยรับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตั้งแต่อายุ 6 เดือน จำนวน 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.2 พบภาวะโลหิตจาง 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.5 ในขณะที่กลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8 พบภาวะโลหิตจาง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8 จากการวิเคราะห์พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจาง ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่ามีเพียงปัจจัยเรื่องการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่พบความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ไม่พบว่าปัจจัยทางเพศ การเจริญเติบโต และชนิดของนมที่รับประทานในช่วง 6 เดือนแรกกับการเกิดภาวะโลหิตจางของเด็กในการศึกษานี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 9-12 เดือน

ลักษณะทั่วไป	จำนวนรวม N=249 จำนวน (ร้อยละ)	พบ ภาวะโลหิตจาง N=103 จำนวน (ร้อยละ)	ไม่พบ ภาวะโลหิตจาง N=146 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุเฉลี่ย (เดือน)				0.296*
mean±SD (min, max)	10.16±1.45 (0, 12)	10.24±1.54 (0, 12)	10.11±1.39 (0, 12)	
median (IQR)	10.0 (2)	10.0 (2)	10.0 (2)	
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)				0.378*
mean ± SD (min, max)	8.76±1.25 (6, 13)	8.69±1.21 (6, 13)	8.81±1.28 (6, 12)	
median (IQR)	9.0 (2)	9.0 (2)	9.0 (2)	
ความยาวเฉลี่ย (เซนติเมตร)				0.643*
mean ± SD (min, max)	72.16±4.27 (48, 86)	71.95±4.40 (48, 81)	72.32±4.18 (58, 86)	
median (IQR)	72.0 (5)	72.0 (6)	72.0 (5)	
เพศ				0.297**
ชาย	128 (51.4)	57 (22.9)	71 (28.5)	
หญิง	121 (48.6)	46 (18.5)	75 (30.1)	
การเจริญเติบโต				0.390***
ปกติ	205 (82.3)	84 (33.7)	121 (48.6)	
น้อยกว่าเกณฑ์	31 (12.4)	12 (4.8)	19 (7.6)	
น้อยกว่าเกณฑ์รุนแรง	2 (0.9)	2 (0.9)	0 (0.0)	
เกินมาตรฐาน	11 (4.4)	5 (2.0)	6 (2.4)	
นมที่รับประทานในช่วง 6 เดือน				0.862**
นมแม่อย่างเดียว	47 (18.9)	18 (7.3)	29 (11.6)	
นมผสม	48 (19.3)	21 (8.5)	27 (10.8)	
นมแม่และนมผสม	154 (61.8)	64 (25.7)	90 (36.1)	
ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กตั้งแต่อายุ 6 เดือน				<0.001***
ได้รับ	237 (95.2)	91 (36.5)	146 (58.7)	
ไม่ได้รับ	12 (4.8)	12 (4.8)	0 (0.0)	

IQR = Interquartile range (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)

* Mann-Whitney U, $p < 0.05$

** Chi-square test, $p < 0.05$

*** Fisher's exact test, $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 แสดงระดับฮีโมโกลบิน (Hb) ในผู้ป่วยเด็กอายุ 9-12 เดือนที่เข้ารับการคัดกรองและพบภาวะโลหิตจาง โดยเด็กที่มีภาวะโลหิตจางพบว่าค่าฮีโมโกลบินเฉลี่ย 10.07 ± 0.74 กรัมต่อเดซิลิตร ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินของหลังได้รับการรักษาเท่ากับ 11.12 ± 0.90 กรัมต่อเดซิลิตร พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับ

ฮีโมโกลบินหลังการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 4-6 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน นาน 1-2 เดือน มีค่าฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 1.04 กรัมต่อเดซิลิตร ($p < 0.001$)

ตารางที่ 2 ระดับฮีโมโกลบิน (Hb) ในผู้ป่วยเด็กอายุ 9-12 เดือนที่เข้ารับการคัดกรองและพบภาวะโลหิตจาง

ผลการรักษา	ผู้ป่วยที่พบภาวะโลหิตจาง (n=99)					
	mean±SD (min, max) median (IQR)	range	(95%CI)	Mean difference of Hb	t	p-value
ระดับ Hb ก่อนการรักษา	10.07±0.74 (7.50, 10.90) 10.30 (0.90)	3.4	(9.93, 10.22)	1.04	13.27	<0.001***
ระดับ Hb หลังการรักษา	11.12±0.90 (7.8, 13.2) 11.30 (1.0)	5.4	(10.94, 11.30)			

*** Paired-samples t-test

ตารางที่ 3 ผลการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยเด็กอายุ 9-12 เดือนที่เข้ารับการคัดกรองและพบภาวะโลหิตจาง

ผลการวินิจฉัย	จำนวน (ร้อยละ)
Iron deficiency anemia	83 (80.6)
Thalassemia	
- HbH thalassemia	4 (3.9)
- Beta-thalassemia trait	5 (4.9)
- HbE trait	7 (6.7)
Loss follow up	4 (3.9)

จากการเก็บข้อมูลพบผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 103 ราย พบผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษา 4 ราย ผลการวินิจฉัยโรคพบสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็ก 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.6 สำหรับคนที่ไม่ตอบสนองกับการรักษาได้ทำการตรวจเพิ่มเติมพบว่าเป็นผู้ป่วยธาลัสซีเมีย จำแนกตามชนิด ดังนี้ HbH thalassemia 4 ราย Beta-thalassemia trait 5 ราย และ HbE trait 7 ราย (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษานี้ พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในช่วงกลุ่มอายุ 9-12 เดือน ที่เข้ามารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ทั้งสิ้น จำนวน 249 ราย พบผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางจากการใช้ค่าระดับฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร เป็นจำนวน 103 ราย ซึ่งคิดเป็น

ร้อยละ 41.4 และพบสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็ก 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.6 การศึกษานี้มีความชุกใกล้เคียงกับการศึกษาของ Phongsiphath⁹ ที่ได้ศึกษาภาวะโลหิตจางในเด็กไทยอายุ 6-12 เดือนที่ได้มารับการตรวจคัดกรองเมื่อปี พ.ศ. 2558 ที่คลินิกเด็กสุขภาพดี สถาบันเด็กแห่งชาติมหาสารคาม โดยเครื่องวัดปริมาณเม็ดเลือดอัตโนมัติ จำนวน 128 ราย พบภาวะโลหิตจาง 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.1 และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Phumjuntuk และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเขตสุขภาพที่ 9 ตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 โดยวัดระดับค่าฮีโมโกลบิน พบว่าช่วงอายุ 0-2 ปี จำนวน 380 ราย มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 49.1 แต่การศึกษานี้มีความชุกของภาวะโลหิตจางมากกว่าการศึกษาของ Wongwatcharapaiboon¹¹ ที่ทำการศึกษาคความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือนที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลน่าน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงธันวาคม 2561 โดยใช้ฮีมาโตคริต จำนวน 187 ราย พบภาวะโลหิตจาง 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.9 และมากกว่าการศึกษาของ Duangpetsang¹² ที่ศึกษาสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือนที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลแก่งคร้อ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 โดยใช้ฮีมาโตคริต 214 ราย พบภาวะโลหิตจาง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 28 ความแตกต่างที่เกิดขึ้นในการศึกษาดังกล่าวข้างต้นน่าจะเกิดมาจากการเก็บข้อมูลความเข้มข้นเลือดโดยการตรวจฮีมาโตคริตโดยเครื่องปั่นฮีมาโตคริต ซึ่งเป็นวิธีพื้นฐานที่ทำได้ง่ายและสะดวกในสถานบริการสาธารณสุข แต่มีปัจจัยแวดล้อมกวนหลายอย่างแตกต่างจากวิธีการเก็บโดยการตรวจฮีโมโกลบินจากเครื่องวัดปริมาณเลือดอัตโนมัติตั้งในการศึกษารั้งนี้ ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานและเชื่อถือได้มากกว่า

ในกลุ่มเด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 15 มิลลิกรัม โดยรับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตั้งแต่อายุ 6 เดือน จำนวน 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.2 พบภาวะโลหิตจาง 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.5 ในขณะที่กลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8 พบภาวะโลหิตจาง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8 จากการวิเคราะห์พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจาง พบว่ามีเพียงปัจจัยเรื่องการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่พบความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 ที่มีนโยบายในการควบคุมและป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก โดยมีการให้ยาธาตุเหล็กเสริมสามารถลดความชุกของภาวะโลหิตจางได้

เมื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กโดยใช้ค่าฮีโมโกลบินที่เพิ่มขึ้นมากกว่าเท่ากับ 1 กรัมต่อเดซิลิตร หลังการรักษาด้วยธาตุเหล็กเป็นเวลา 1-2 เดือน พบจำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mongkolporn¹³ ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กอายุ 6-12 เดือนที่คัดกรองภาวะโลหิตจาง 121 ราย ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา หลังได้รับการรักษาด้วยธาตุเหล็กเป็นเวลา 1-2 เดือน มีการตอบสนองโดยการดูจากการเพิ่มขึ้นของระดับฮีมาโตคริตที่มากกว่าเท่ากับร้อยละ 3 คิดเป็นร้อยละ 71.6

ผลของการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กที่คัดกรองพบภาวะโลหิตจางพบการเปลี่ยนแปลงของระดับฮีโมโกลบินหลังการรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 4-6 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน นาน 1-2 เดือน มีค่าฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 1.04 ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Aphikulchatkit¹⁴ ที่ทำการศึกษาคความชุกของภาวะโลหิตจางและประสิทธิผลของการป้องกันโลหิตจางในทารกอายุ 9-12 เดือนที่มารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลตำรวจ วัดโดยใช้ระดับฮีมาโตคริต ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 จำนวน 62 รายที่พบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโดยมีระดับฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4.44 ± 1.42

สำหรับคนที่ไม่ตอบสนองกับการรักษาด้วยธาตุเหล็กได้ทำการตรวจเพิ่มเติม การศึกษานี้พบว่าสาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการเกิดความผิดปกติของฮีโมโกลบิน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.5 ดังนี้ จำแนกตามชนิด เป็นผู้ป่วยธาลัสซีเมีย HbH thalassemia 4 ราย Beta-thalassemia trait 5 ราย และ HbE trait 7 ราย อย่างไรก็ตามปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 9-12 เดือน ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง ป้องกันโดยพิจารณาให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กตั้งแต่วัยอายุ 6 เดือนและรับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อตรวจพบว่ามีภาวะโลหิตจาง

สรุป

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางพบความชุกสูงในเด็กอายุ 9-12 เดือน ซึ่งสาเหตุโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบบ่อย การให้ยาธาตุเหล็กเสริมในอายุตั้งแต่ 6 เดือน สามารถลดความชุกของภาวะโลหิตจางได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโลหิตจาง หลังจากรับการรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างเหมาะสม มีการตอบสนองที่ดี โดยมีการเพิ่มขึ้นของระดับความเข้มข้นเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for the control and prevention of anemia and iron deficiency [Internet]. 2019 [cited July 12, 2020]. Available from: <http://doh.hpc.go.th/data/mch/IDAControl.pdf>.
2. Domellof M, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Fewtrell M, et al. Iron requirements of infants and toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014; 58(1): 119-29.
3. Wharton BA. Iron deficiency. In: Lilleyman J, Hann I, Blanchette, editors. *Pediatric hematology*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 1999:127-44.
4. Tantrachewathorn S, Lohajaroensub S. Incidence and risk factor of iron deficiency anemia in term infants. *J Med Assoc Thai* 2005;88(1):44-51.
5. Baker R, Greer F. Clinical Report - diagnosis and prevention of iron deficiency and iron deficiency anemia in infants and young children (0 - 3 years of age). [Internet]. 2019 [cited July 12, 2020]. available from: <http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/126/5/1040/1055812/zpe01110001040.pdf>
6. Kaur S. Iron Deficiency Anemia (IDA): A Review. *Int J Sci Res* 2016;5(4):1999-2003.
7. The Royal College of Pediatricians of Thailand and the Pediatric Society of Thailand. *Clinical practice guideline for Thai Pediatricians*. Bangkok: Hua Num Printing, 1999.
8. Torcharus K, Lamkool R. Guidelines for diagnosing and treating anemia. [Internet]. 2020 [cited July 30, 2020]. Available from: <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20161208102855.pdf>.
9. Phongphiphat S. Outcome of anemia screening and treatment in Thai infancy and preschool follow up at well child clinic. Bangkok: Queen Sirikit National Institute of Child Health, 2020.
10. Phumjuntuk A, Prachuttake C, Srimuenwai P. Situations and factors associated with anemia in early childhood in Health Region 9. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2019;12(31):178-90.

11. Wongwatcharapaiboon S. Outcome of anemia screening and iron treatment in children aged 6-12 month at well child clinic of Nan Hospital. Chiang Rai J 2021;13(1):60-70.
12. Duangpetsang J. Anemia in children aged 6 – 12 month in Well Child Clinic at Kaengkro Hospital. Chaiyaphum Med J 2017;37(2):30-9.
13. Mongkolporn V. Anemia: situation and results of treatment guideline, Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2013;7(15):18-35.
14. Aphikulchatkit Y. Prevalence of anemia and effectiveness of weekly iron supplementation in the prevention of anemia among infants aged 9-12 months in well baby clinic, Police General Hospital. J Police Nurs 2020; 12(1):161-70.

