



ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลแก้งคร้อ

จตุพร ดวงเพชรแสง, พ.บ. ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์)
โรงพยาบาลแก้งคร้อ

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในเด็ก สาเหตุส่วนใหญ่ของโลหิตจางในเด็กเกิดจากการขาดธาตุเหล็กซึ่งส่งผลกระทบต่ออวัยวะและหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายหลายระบบ ส่งผลให้เด็กเติบโตช้า สมารถสิ้น เป็นอุปสรรคสำหรับการพัฒนาเด็กให้เติบโตเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโลหิตจางและผลการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำธาตุเหล็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลแก้งคร้อ

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา

วิธีการศึกษาวิจัย : เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเด็กอายุ 6-12 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ตั้งแต่ 1 ต.ค. 58 - 30 ก.ย. 59

ผลการศึกษา : พบว่าเด็กอายุ 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง 60 จาก 214 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 กลุ่มอายุ 9-10 เดือน มีภาวะโลหิตจางมากที่สุด 49 คน (31.6%) โดยใช้ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ที่น้อยกว่า 33% เด็กที่มีโลหิตจางมีค่าเฉลี่ยของ Hct เท่ากับ 31 เป็นเพศชาย ร้อยละ 27.7 เพศหญิง ร้อยละ 26.6 เด็กที่รับประทานนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรก พบภาวะโลหิตจางมากที่สุด 39 คน (41.9%) กลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักตามมาตรฐานพบภาวะโลหิตจางมากที่สุด 53 คน (32.5%) เด็กอายุ 6-12 เดือน หลังตรวจพบภาวะโลหิตจาง จะได้รับการรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หลังให้การรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นเวลา 1-2 เดือน พบมีการเพิ่มขึ้นของ Hct ร้อยละ 58.2 และ Hct เพิ่ม $\geq 3\%$ ตามมาตรฐานการรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก คิดเป็นร้อยละ 18.6 และเด็ก 18 คน (41.8%) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดย 5 คน (11.6%) มี Hct เท่าเดิม และ 13 คน (30.2%) มี Hct ลดลง ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาภาวะโลหิตจางที่ควรติดตามและตรวจหาสาเหตุอื่นๆ เช่น ธาตุซีซีเมียต่อไป

สรุป : ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเด็กอายุ 6-12 เดือน ในโรงพยาบาลแก้งคร้อ พบมากในกลุ่มอายุ 9-10 เดือน, กลุ่มเด็กที่รับประทานนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือน และเด็กที่มีน้ำหนักตามมาตรฐาน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น ซึ่งต้องศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุ เช่น ภาวะโภชนาการของมารดาและภาวะซีดของมารดาต่อไป

คำสำคัญ : โลหิตจาง, ความเข้มข้นของเลือด (Hct)



Anemia in children aged 6-12 month in Well Child Clinic at Kaengkro Hospital

Jatuporn Duangpetsang, M.D.
Kaengkro Hospital

Abstract

Background : Anemia is highly prevalent in child 6-12 months in Kaengkro Hospital which potentially worsens their growth retardation attention deficit, while iron deficiency is the major cause, most of those negative health outcome are preventable

Objective : describe situation of anemia in children aged 6-12 month in Well Child Clinic at Kaengkro Hospital

Study design : Retrospective descriptive study

Method : The research sample are the children aged 6-12 month who visiting well child clinic of Kaengkro Hospital during October 1, 2015 and September 30, 2016. Data were collected from patient profile card

Result : The research sample consist of 214 children who visiting well child clinic of Kaengkro Hospital during October 1, 2015 to September 30, 2016. Results show that 60 out of 214 children has anemia (28%) while the cut point of anemic hematocrit is below 33% average hematocrit of anemia children is 31%. 30 cases were male (27.7%) and 30 cases were female (26.6%). Children aged 9-10 month was the most anemic aged group 49 cases (31.6%). Exclusively breast fed group were anemic 39 cases (41.9%). Normal weight children were anemic 53 cases (32.5%). Iron supplement is prescribed to all anemic patient and two months follow up is appointed for post-treatment hematocrit assessment. The rise of hematocrit is observed in 58.2% of patient while the optimal 3% rising is achieved in 18.6%. 18 cases of anemic children (41.8%) were not respond to iron supplement, 5 cases (11.6%) were still same hematocrit 13 cases (30.2%) were hematocrit decreased.

Conclusion : Iron deficiency anemia is common problem in child 6-12 month in Kaengkro Hospital. Children aged 9-10 month group, Exclusively breast fed group and normal weight children group were the most anemic group. The result of this study was difference from health promotion model. There fore, maternal nutrition and maternal anemia should be further study among this population.

Keywords : anemia, iron deficiency anemia, iron supplement

บทนำ

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นปัญหาทางโภชนาการ พบว่าประมาณ 30% ของประชากรทั่วโลกและส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา⁽¹⁾

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโลหิตจาง 231.63 ต่อ 100,000 ประชากร โดยจากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน-12 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUTS) เด็กไทยกลุ่มเด็กปฐมวัยมีความชุกของโลหิตจางสูงในเขตชนบทถึงร้อยละ 41.7 ในขณะที่เด็กในเมืองพบความชุกของโลหิตจางร้อยละ 26 นอกจากนี้โลหิตจางยังเป็นหนึ่งในสาเหตุ 5 อันดับแรกที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กไทยอายุ 0-14 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศจากการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโลหิตจางเป็นมูลค่ากว่า 44 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾

ภาวะโลหิตจางเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญทางสุขภาพ แต่ในประเทศไทยยังมีข้อมูลภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน น้อยมาก ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย กรมอนามัย ในปี 2546 พบทารกอายุ 6 เดือน-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 56.3 และมีงานวิจัยปี 2546 ศึกษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กทารกแรกเกิด-12 เดือน พบเด็กทารกมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 6.4⁽³⁾

พบว่าปัญหาโลหิตจางในเด็กเกิดจากการขาดธาตุเหล็กมากที่สุด รองลงมา คือ ธาตุสังกะสีและฮีโมโกลบินผิดปกติ^(4,5) ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กทำให้ cellular immunity ลดลง⁽⁶⁾ เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ

ของเด็กและผู้ปกครอง ที่สำคัญที่สุดคือการขาดธาตุเหล็กเรื้อรังในเด็กทารกและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) มีผลต่อพัฒนาการ สติปัญญา การเรียนรู้ของเด็ก⁽⁷⁻⁹⁾

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในเด็กเล็กจนถึง 1 ปี มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้^(10,11) ประวัติมารดาก่อนคลอด (ภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์⁽¹²⁾, เบาหวานที่ควบคุมไม่ดี, การตั้งครรภ์หลายครั้ง), ประวัติทารก (น้ำหนักตัวน้อย, การคลอดก่อนกำหนด) อาหารและการดื่มนม (ดื่มนมวัว^(10,11,12), ดื่มนมแม่อย่างเดียวโดยไม่เสริมธาตุเหล็ก) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีคำแนะนำในเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน และเด็กอายุ 4-6 เดือนขึ้นไป แนะนำให้ทานนมแม่ควบคู่กับทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง⁽¹¹⁾ หรือทานอาหารเสริมธาตุเหล็ก (Iron-fortified infant cereal) เพื่อให้ได้ธาตุเหล็กเพียงพอ^(10,13)

โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวในพระบรมราชูปถัมภ์ ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก ปี 2552 กรมอนามัย ได้มีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน จนอายุ 2 ปี ควบคู่อาหารเสริมตามวัย กำหนดมาตรฐานงานในการป้องกันการขาดธาตุเหล็ก โดยแนะนำให้จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในขนาด 15 mg/สัปดาห์แก่เด็กอายุ 6 เดือน - 3 ปี ทุกคน ร่วมกับแนะนำให้เสริมอาหารที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ⁽¹⁴⁾ และในปี 2555 โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวได้เพิ่มมาตรฐานคลินิกเด็กดีคุณภาพ โดยแนะนำให้มีการตรวจคัดกรอง Hct ที่อายุ 6-12 เดือน ทุกรายตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจางของสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย^(15,16)



เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา นำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวใน 3 ประเด็นอย่างจริงจัง ในเรื่องของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็ก 6-12 เดือน ในคลินิกเด็กดี จึงควรมีข้อมูลสนับสนุนในเรื่องของสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็ก लेकरวมถึงการวางแผนทางการคัดกรอง รวมถึงการรักษาที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจางในเด็ก^(10,11,17,18)

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี
2. ศึกษาผลของการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง

การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในเด็ก

ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามมาตรฐานภาวะโลหิตจางในเด็ก⁽¹⁷⁾ โดยอ้างอิงตาม Oski FA⁽¹⁹⁾ ดังนี้ ค่า Hb และ Hct โดยใช้ค่า cut off ที่ต่ำกว่า 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (-2 SD) ของค่าเฉลี่ย (mean) ช่วงอายุนั้นๆ คือ เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ใช้ค่า $Hb < 11g/dl$ หรือ $Hct < 33\%$ ^(17,19)

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเด็กอายุ 6-12 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลแก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษา

เด็กอายุ 6-12 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลแก้งคร้อ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559 และมีประวัติได้รับการตรวจเลือด Hct เพื่อตรวจหาภาวะโลหิตจางเป็นครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

- เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเด็กอายุ 6-12 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลแก้งคร้อ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559 โดย ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับ เพศ ช่วงอายุ ภาวะโภชนาการ (โดยเทียบตามกราฟมาตรฐานของเด็กอายุ 0-2 ปี) ประวัติการรับประทานนม (นมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน, นมผสม, นมแม่และนมผสม) นำมาเปรียบเทียบกลุ่มที่มีโลหิตจางและกลุ่มที่ไม่มีโลหิตจางจากการตรวจค่า Hct ในครั้งแรก

- ศึกษาค่า CBC (Hct, MCV) จากการตรวจเลือดครั้งที่ 2 หลังให้การรักษาด้วยยาน้ำธาตุเหล็กขนาดมาตรฐานการรักษา 4-6 mg/kg/day^(3,13) นาน 1-2 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และผลความเข้มข้นของเลือด (Hct) หลังรักษาภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำธาตุเหล็ก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบภาวะโลหิตจางระหว่างเพศตามอายุและภาวะโภชนาการ (น้ำหนักเทียบตามกราฟมาตรฐานของเด็กอายุ 0-2 ปี) โดยใช้ Chi-square test ที่ $p \text{ value} < 0.05$

3. วิเคราะห์ Odds ratio ของภาวะโลหิตจางตามเพศ อายุ ชนิดของนมที่ทานในช่วง 6 เดือน และภาวะโภชนาการ โดยใช้ Logistic regression ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กอายุ 6-12 เดือน จำนวน 214 คน ในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลแก้งคร้อ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559 พบภาวะโลหิตจางจากการใช้ค่า Hct $< 33\%$ ในการคัดกรองทั้งสิ้น 60 คน คิดเป็นร้อยละ 28% และในเด็กที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด 60 คน ได้รับการตรวจเลือดครั้งที่ 2 หลังรักษาด้วยยาน้ำธาตุเหล็ก จำนวน 43 คน (ที่เหลือ 7 คน ไม่มารับการฉีดวัคซีนตามนัด และอีก 10 คน ไม่ได้รับการตรวจเลือด)

ลักษณะของกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษ พบสัดส่วนของภาวะโลหิตจางในกลุ่มเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง กลุ่มอายุที่พบภาวะโลหิตจางมากที่สุดคืออายุ 9-10 เดือน เด็กที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก พบภาวะโลหิตจางมากที่สุด (41.9%) กลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักตามมาตรฐาน พบว่ามีภาวะโลหิตจางมากที่สุด คิดเป็น 32.5% โดยพบว่า ภาวะโลหิตจางระหว่างเพศชายและเพศหญิงในแต่ละกลุ่มอายุต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะโลหิตจางในเพศชายและเพศหญิงทุกกลุ่มอายุในแต่ละภาวะโภชนาการต่างกันอย่างไร ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษา 214 คน

ลักษณะ	จำนวน (คน)	Anemia (คน)	Anemia (%)	P-value
เพศ				0.064
ชาย	101	30	27.7	
หญิง	113	30	26.6	
อายุ				0.776
6-8 เดือน	39	5	12.8	
ชาย	19	5	26.3	
หญิง	20	0	0	
9-10 เดือน	155	49	31.6	
ชาย	75	22	29.3	
หญิง	80	27	33.8	
11-12 เดือน	20	6	30.0	
ชาย	7	3	42.9	
หญิง	13	3	23.1	
ชนิดของนมที่รับประทานในช่วง 6 เดือน				0.530
นมแม่	93	39	41.9	
อย่างเดียว				
ชาย	50	20	40.0	
หญิง	43	19	44.2	
นมผสม	29	7	24.1	
ชาย	13	3	23.1	
หญิง	16	4	25.0	
นมแม่และนมผสม	92	14	15.2	
นมผสม				
ชาย	46	7	15.2	
หญิง	46	7	15.2	



ลักษณะ	จำนวน (คน)	Anemia (คน)	Anemia (%)	P-value
ภาวะโภชนาการ				0.431
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน	25	6	24.0	
ชาย	11	2	18.2	
หญิง	14	4	28.6	
น้ำหนักตามมาตรฐาน	163	53	32.5	
ชาย	77	27	35.1	
หญิง	86	26	30.2	
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	26	1	3.9	
ชาย	13	1	7.7	
หญิง	13	-	-	

จากการศึกษาพบว่า เพศชายมีโอกาสพบภาวะโลหิตจางมากกว่าเพศหญิง 1.169 เท่า เด็กที่รับประทานนมผสมอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก มีโอกาสพบโลหิตจาง 1.773 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่รับประทานนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรก และกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักตามมาตรฐานพบภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน 12 เท่า (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดง Odds ratio ของภาวะโลหิตจางตาม เพศ อายุ ชนิดของนมที่ได้รับ และภาวะโภชนาการ

ลักษณะ	Odd ratio	95% CI	P-value
เพศ			
หญิง	1		
ชาย	1.169	0.643-2.124	0.608

ลักษณะ	Odd ratio	95% CI	P-value
อายุ			
6-8 เดือน	1		
9-10 เดือน	1.079	0.901-1.129	0.884
11-12 เดือน	1.009	0.380-2.303	0.553
ชนิดของนมที่ทานในช่วง 6 เดือน			
นมแม่อย่างเดียว	1		
นมผสม	1.773	0.746-3.077	0.269
นมแม่และนมผสม	0.855	0.621-1.117	0.202
ภาวะโภชนาการ			
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน	1		
น้ำหนักตามมาตรฐาน		1.103-1.316	0.003
น้ำหนักเกินมาตรฐาน		0.014-0.720	0.001

ค่าเฉลี่ยของ Hct เท่ากับ 31% และเด็กส่วนใหญ่มีค่า Hct อยู่ในช่วง 31-32% (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง 60 คน โดยจำแนกตามช่วงระดับของค่า Hct

ระดับของค่า Hct	จำนวนคน (%)	Mean Hct
Hct 26-30 %	18	28%
Hct 31-32 %	42	31%

หลังให้การรักษาพบว่า เด็กมีค่าความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น 58.2% และเพิ่มขึ้นตามมาตรฐานการรักษา (>3%) 18.6% ค่าเฉลี่ยของ MCV ในกลุ่มที่ได้รับยาน้ำธาตุเหล็กแล้วความเข้มข้นของเลือดลดลงอยู่ที่ 52 fl ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในกลุ่มนี้ผลการตรวจเลือด Hb Typing พบธาลัสซีเมีย Homozygous Hb E 2 ราย และธาลัสซีเมียแฝง (Hb E trait) 10 ราย

โดยเด็ก 43 คน ที่ได้รับการตรวจ CBC หลังรักษา พบว่า เด็กกลุ่มนี้ยังมีค่า MCV ต่ำ (<70 fl) 37 คน (86%) ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเรื้อรังและปัญหาอื่น ๆ ซึ่งจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุเพิ่มเติม (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปลี่ยนแปลงของค่า Hct หลังการรักษา 1-2 เดือน ด้วยยาน้ำธาตุเหล็ก (4-6 mg/kg/day) จากเด็กที่ได้รับการตรวจเลือดครั้งที่ 2 จำนวน 43 คน

การเปลี่ยนแปลงของ Hct	จำนวนคน (%)	ค่าเฉลี่ย MCV (fl)
1. เพิ่มขึ้น (mean ของ Hct 32% เป็น 36%)	25 (58.2)	64
Hct เพิ่มขึ้น < 3%	17 (39.6)	
Hct เพิ่มขึ้น ≥ 3%	8 (18.6)	
2. เท่าเดิม (mean ของ Hct 32%)	5 (11.6)	58
3. ลดลง (mean ของ Hct 31% เป็น 29%)	13 (30.2)	52

วิจารณ์

จากการศึกษาพบสถานการณ์ของภาวะโลหิตจางในเด็ก 6-12 เดือน เป็น 28% ซึ่งพบว่าความชุกต่ำกว่าข้อมูลจากงานวิจัยของ พญ.วิภา มงคลพร⁽²⁰⁾ ที่ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ปี 2556 ซึ่งพบว่า เด็ก 6-12 เดือนมีภาวะโลหิตจาง 35.9% และพบว่าความชุกจากการศึกษาต่ำกว่างานวิจัยของ พชรวรรณ ลีลาภิรมย์ชัย⁽²¹⁾ ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มรับประทานธาตุเหล็กเสริมทุกวัน กับทุกสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มรับประทานธาตุเหล็กเสริมทุกวันมีความชุกของภาวะโลหิตจาง 53.3% กลุ่มรับประทานธาตุเหล็กเสริมทุกสัปดาห์มีความชุกของภาวะโลหิตจาง 41% ซึ่งจะเห็นว่าความชุกที่พบในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

สัดส่วนภาวะโลหิตจางในกลุ่มเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง กลุ่มอายุที่พบภาวะโลหิตจางมากที่สุด คืออายุ 9-10 เดือน เด็กที่ได้รับนมแม่ในช่วง 6 เดือนพบภาวะโลหิตจางมากที่สุด และพบภาวะโลหิตจางในกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักตามมาตรฐานมากกว่ากลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐานและต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวในพระบรมราชูปถัมภ์และงานวิจัยอื่น ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ดูแลเด็ก, การให้อาหารเสริมตามวัยที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ, ภาวะโภชนาการของมารดา, ภาวะขีดของมารดาและสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรดังกล่าวเพิ่มเติม และควรมีการตรวจวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น จากการเสียเลือดอาจเกิดเฉียบพลัน เช่น เลือดออกจากแผลอุบัติเหตุต่าง ๆ หรือเลือดออกเรื้อรัง เช่น พยาธิปากขอ มีแผลในกระเพาะอาหารหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอื่น ๆ^(1,2,22)



สรุป

สถานการณ์โลหิตจางจากการศึกษา พบมากในเพศชายและช่วงอายุ 9-10 เดือน พบสัมพันธ์กับเด็กที่มีทั้งภาวะโภชนาการต่ำและโภชนาการตามมาตรฐานในทุกช่วงอายุ เด็กที่กินนมแม่เกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่กินนมผสมอย่างเดียว เด็กที่มีค่า Hct ที่ < 33% ได้รับการรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยจ่ายยาต้านธาตุเหล็ก (therapeutic diagnosis) พบว่า ผู้ป่วยเด็กเพียง 58.2% มีการตอบสนองต่อการรักษาแต่ยังคงมีภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็กอยู่เป็นจำนวนมากซึ่งต้องหาสาเหตุเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่า ภาวะโลหิตจางในแต่ละเพศ กลุ่มอายุ และภาวะโภชนาการ รวมถึงการรับประทานนมชนิดต่าง ๆ ต่างกันอย่างไม่น้อยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาไม่ใหญ่พอที่จะระบุความต่าง จึงควรมีการศึกษาในขนาดตัวอย่างกลุ่มใหญ่ขึ้นและในหลาย ๆ บริบทเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัญหา

2. ข้อมูลในการศึกษานี้ พบสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กเล็กยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง เนื่องจากข้อมูลในระดับประเทศและพื้นที่ยังมีไม่เพียงพอ ในการบอกระดับของปัญหาจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเขตพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในพื้นที่โดยเฉพาะในเด็กเล็ก

3. ควรมีการศึกษาเรื่องภาวะโลหิตจางของมารดา, ภาวะโภชนาการของมารดา, ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ดูแลเด็ก ความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารเสริมตามวัยในกลุ่มประชากรดังกล่าวเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. Kliegman RM, Stanton BF, St.Geme JW, Schor NF, Behrman RE, editors. **Iron-Deficiency Anemia. Nelson Textbook of pediatrics.** 20th ed. Philadelphia : Elsevier Saunders, 2016:2323-26.
2. โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ. **ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. สำหรับปีงบประมาณ 2559 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ร่างมาตรฐานการทำงาน. การป้องกันโลหิตจางในเด็ก.** [10 กุมภาพันธ์ 2560] Available from :URL:<http://www.eurodrugthailand.com/files/QS-anemai.pdf>
3. Tantrachewathorn S, Lohajaroensub S. **Incidence and risk factor of iron deficiency anemia in term infants.** J Med Assoc Thai. 2005;88(1):44-51.
4. ACC/SCN (United Nations Administrative Committee on Coordination, SubCommittee on Nutrition). **4th. Report on The World Nutrition Situation. Nutrition throughout the Life Cycle.** Geneva, 2000.
5. World Health Organization. **The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life.** Geneva:World Health Organization; 2002.
6. Lilleyman J, Hann I, Blanchette, editors. **Iron deficiency. Pediatric Hematology.** second edition. London: Churchill Livingstone, 1999:127-44.



7. Sungthong R, Mo-Suwan L, Chongsuvivatwong V. **Effect of haemoglobin and serum ferritin on cognitive function in school children.** Asia Pac J Clin Nutr. 2002;11: 117-22.
8. Bruner AB, Joffe-A, Duggan AK, Casella JF, Brandt J. **Randomized study of cognitive effects of iron supplementation in non anemic adolescent girls.** Lancet. 1996; 348:992-6.
9. Idjradinata P, Pollit E. **Reversal of developmental delays in iron deficiency in infants treated with iron.** Lancet. 1993;341:1-4.
10. Kazal LA, Jr. **Prevention of iron deficiency in infants and toddlers.** Am Fam Physician. 2002;66(7):1217-24.
11. กิตติ ต่อจรัส. **การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางรวมทั้งการให้ธาตุเหล็กเสริมอาหารในเด็กไทย.** เวชศาสตร์แพทย์ทหารบก. 2552;62(3):155-9.
12. Kleinman R, ed. **Committee on Nutrition. Iron deficiency. Pediatric nutrition handbook.** 5th ed. [Washington, D.C.] : American Academy of Pediatrics, 2004: 299-312.
13. กรมอนามัย. **รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพกรมอนามัย, 2555.
14. The Royal College of Pediatricians of Thailand and the Pediatric Society of Thailand. **Clinical practice guideline for Thai Pediatricians.** Bangkok : Hua Num Printing, 1999.
15. Kunara Hanapruk S, Sridama V, Jandeeying V, Singalaranija S, ed. **Screening for anemia and iron supplementation in Thai children.** Guidelines of health supervision in Thai population. Bangkok: INS Print, 2000:65-6.
16. กิตติ ต่อจรัส, รัชฎะ ลำกุล. **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจาง: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.** [10 กุมภาพันธ์]. Available from : http://www.thaipediatrics.org/html/slidedetail_news.php?nid=b83aac23b9528732c23cc7352950e880&head=edu.
17. Earl R, Woteki CE, ed. **Institute of Medicine Committee on the Prevention, Detection, and Management of Iron Deficiency Anemia Among U.S. Children and Women of Childbearing Age, iron deficiency anemia: recommended guidelines for the prevention, detection, and management among U.S. children and women of childbearing age.** Washington, D.C: National Academy Press, 1993.



18. Kaye R, Oski Fa, Barness LA, editors. **Core Textbook of Pediatrics**. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott; 1989:62.
19. วิวัฒนา มงคลพร. **สถานการณ์และผลการรักษาภาวะโลหิตจางในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา**. วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา. 2556;7 (15):18-35.
20. พชรวรรณ สีสากิรมย์ชัย. **การศึกษาประสิทธิผล การป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มรับประทานธาตุเหล็กเสริมทุกวัน กับทุกสัปดาห์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต, ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.
21. กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์, สะการะ หัศภาค, นฎการณ วงศ์จิตรรัตน์ และคณะ. **ภาวะโลหิตจางของเด็กนักเรียน ในอำเภอองครักษ์ นครนายก เปรียบเทียบตามภาวะโภชนาการ กลุ่มอายุ และ เพศ: crosssectional study**. วารสารการแพทย์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2549;13(3):225-33.

ชัยภูมิเวชสาร
Chaiyaphum Medical Journal