

ความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ¹, ชุตินา เจริญสินทรัพย์²

¹ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

²โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น 40150

Prevalence of Anemia in Pregnant Women at Srinagarind Hospital

Thawalwong Ratanasiri¹, Chutima Jareansinsuph²

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002

²Phuweing Hospital, Amphur Phuweing, Khon Kaen 40150

หลักการและเหตุผล: ภาวะเลือดจางเป็นภาวะผิดปกติของเลือดที่พบบ่อยที่สุดในสตรีตั้งครรภ์ การวินิจฉัยได้ตั้งแต่เริ่มแรกและทราบสาเหตุของภาวะเลือดจางจะสามารถแก้ไขและรักษาภาวะนี้ได้ได้อย่างเหมาะสมและสามารถลดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะนี้

ชนิดของการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาและวิเคราะห์

สถานที่ทำการวิจัย: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง: สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2538 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2539 เป็นเวลา 5 เดือน โดยไม่จำกัดอายุครรภ์ จำนวน 464 ราย

ตัววัดที่สำคัญ: เกณฑ์ที่ถือว่าภาวะเลือดจาง ใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl ในทุกอายุครรภ์

ผลการวิจัย: ความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์เท่ากับ 23.49% เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl และ 6.47% เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 g/dl ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินทั้งหมดเท่ากับ 11.82 g/dl ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.63 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะนี้ได้แก่อายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่สอง ($P = 0.0075$) และรายได้ต่ำ ($P = 0.0115$)

Background: Anemia is the most common hematological disorder in pregnant woman. Early diagnosis and cause identification of anemia could be useful for correction and treatment of this condition and subsequently reduction of maternal and neonatal complications.

Objective: To assess the prevalence of anemia and risk factors in pregnant women having their first antenatal cares at Srinagarind Hospital.

Design: A descriptive and analytical study.

Setting: Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University.

Subjects: The total of 464 pregnant women who had their first antenatal care at Srinagarind Hospital from November 1, 1995 to March 31, 1996.

Main outcome measures: Hemoglobin level less than 11 g/dl in all gestational age.

Results: The prevalence of anemia in pregnant women is 23.49% if the criteria was $Hb < 11$ g/dl and the prevalence is 6.47% if the criteria was $Hb < 10$ g/dl. The mean value of hemoglobin was 11.82 g/dl ($SD = 1.63$). The risk factors are second trimester pregnancy ($p = 0.0075$) and low income patients ($P = 0.0115$).

สรุป: ความชุกของภาวะเลือดจางพบได้ค่อนข้างสูงถึงประมาณหนึ่งในสี่ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการตรวจหาสาเหตุของภาวะเลือดจางตั้งแต่เริ่มแรก

Conclusion: The prevalence of anemia in pregnant women is quite high. The proper investigation and treatment should be obtained since early pregnancy.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2547; 19(4), 189-197 • Srinagarind Med J 2004; 19(4), 189-197

บทนำ

ภาวะเลือดจางเป็นภาวะผิดปกติของเลือดที่พบบ่อยที่สุด ในระยะตั้งครรภ์ และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย รวมทั้งประเทศไทยและเป็นภาวะที่พบบ่อยโดยเฉพาะในหญิงวัยเจริญพันธุ์และสตรีระหว่างตั้งครรภ์ รายงานอุบัติการณ์แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจของประชากรเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาอุบัติการณ์ภาวะเลือดจางของสตรีที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยอุทัย กอนันตกุล¹ พบอุบัติการณ์ภาวะเลือดจางร้อยละ 26.4 เมื่อใช้ค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า 33% และร้อยละ 7.3 เมื่อใช้ค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า 30% และจากรายงานประจำปีของกองโภชนาการ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข² ปี พ.ศ. 2532 พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางร้อยละ 21.57 โดยพบสูงสุดในภาคกลางร้อยละ 24.28 รองลงมาคือภาคใต้ร้อยละ 22.85 ภาคเหนือร้อยละ 17.43 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 17.83 การศึกษาภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ปี พ.ศ. 2537 โดย มานิต หงส์วินิตกุล⁴ พบภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 29.1 เมื่อใช้ระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 g/dl

ความสำคัญของภาวะเลือดจางคือ มารดามักจะพบปัญหาการติดเชื้อได้บ่อย และมีความอดทนต่อการเสียเลือดขณะคลอดได้น้อย ทำให้เพิ่มอันตรายและอัตราการตายของมารดาสูงขึ้น ส่วนผลต่อทารกนั้นมักพบร่วมกับการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทำให้เพิ่มอันตรายและอัตราการตายของทารกสูงขึ้น การป้องกัน และการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ทำการวิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วมกับภาวะนี้ เพื่อที่จะได้วางแผนทางการแก้ไขทั้งในเรื่องของการหาสาเหตุ การป้องกัน และการรักษาภาวะเลือดจางที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ (descriptive and analytical study) โดยประชากรที่ศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2538 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2539 เป็นเวลา 5 เดือน โดยไม่จำกัดอายุครรภ์ จำนวน 464 ราย และมีเกณฑ์ที่ถือว่าภาวะเลือดจางคือ ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl ในทุกอายุครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทุกราย จะได้รับการบันทึกข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอายุ อาชีพ ที่อยู่ การศึกษา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและรายได้ในครอบครัว การวัดค่าฮีโมโกลบินใช้เครื่องนับเม็ดเลือดอัตโนมัติชนิด Coulter รุ่น STKS และ Sysmex รุ่น K-100

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติโดย นำข้อมูลที่บ้านที่กไว้มาแจกแจงคุณลักษณะของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดแล้วคำนวณหาความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ และวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดจาง โดยวิเคราะห์เป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรก เป็นแบบ univariate analysis จากโปรแกรม SPSS/PC โดยใช้ Chi-square test ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ได้แก่ อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย อายุครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ และจำนวนการตั้งครรภ์ และขั้นตอนที่สอง เป็นการนำปัจจัยที่ได้จากขั้นตอนแรกมาวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression เพื่อควบคุม confounding effect โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงต่อการเกิดภาวะเลือดจาง

สรุปผล

สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดจำนวน 464 ราย พบว่ามีค่าฮีโมโกลบินเฉลี่ยเท่ากับ 11.8 g/dl มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.63 พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางทั้งหมด 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.49 เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl และพบ 30 รายคิดเป็นร้อยละ 6.47 เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 g/dl

ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของภาวะเลือดจาง (เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl) กับอายุของสตรีตั้งครรภ์ อาชีพ ที่อยู่ ระดับการศึกษา รายได้ในครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ ดังนี้

1. อายุของสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี จำนวน 387 ราย (ร้อยละ 83.41) โดยในอายุที่น้อยกว่า 20 ปี พบความชุกของภาวะเลือดจางร้อยละ 31.58 อายุระหว่าง 20-34 ปี พบร้อยละ 21.45 และอายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี พบร้อยละ 40 (ตารางที่ 1)

2. อาชีพ สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 174 ราย (ร้อยละ 37.50) และพบความชุกของภาวะเลือดจางร้อยละ 28.74 (ตารางที่ 2)

3. ที่อยู่ สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในและนอกเขตอำเภอเมืองพบความชุกของภาวะเลือดจางใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 22.22 และ 21.85 ตามลำดับ

4. ระดับการศึกษา สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา จำนวน 257 ราย (ร้อยละ 55.39) และพบความชุกของภาวะเลือดจางร้อยละ 28.02 (ตารางที่ 3)

5. รายได้ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์มีรายได้ในครอบครัวค่อนข้างต่ำคือ อยู่ในช่วงระหว่าง 2,500-5,000 บาท ต่อเดือน มีจำนวน 187 ราย (ร้อยละ 40.50) โดยมีค่าเฉลี่ยของรายได้ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ศึกษาเท่ากับ 4,800 บาท ต่อเดือน และพบความชุกของภาวะเลือดจางร้อยละ 24.10 (ตารางที่ 4)

6. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง จำนวน 195 ราย (ร้อยละ 42.03) และพบความชุกของภาวะเลือดจางร้อยละ 23.59 (ตารางที่ 5)

7. อายุครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ จำนวน 227 ราย (ร้อยละ 48.92) พบความชุกของภาวะเลือดจางร้อยละ 17.62 ในอายุครรภ์ระหว่าง 14-28 สัปดาห์ร้อยละ 30.90 และในอายุครรภ์ที่มากกว่า 28 สัปดาห์พบร้อยละ 23.73 (ตารางที่ 6)

เมื่อนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาทำการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดจางโดยวิธี univariate analysis โดยใช้ Chi-square test พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ อายุครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ระหว่าง 14-28 สัปดาห์และรายได้ของครอบครัวซึ่งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 7)

เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ในตารางที่ 7 มาวิเคราะห์ร่วมกันโดยใช้ multiple logistic regression พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 14-28 สัปดาห์ มีความเสี่ยงสูงเป็น 2.04 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์และสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ในครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 บาทต่อเดือน พบมีความเสี่ยงสูงเป็น 4.90 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ในครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 8)

วิจารณ์

ความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์เท่ากับ 23.49% เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl ซึ่งต่ำกว่ารายงานของ Mahfouz AA และคณะ⁶ ที่พบความชุกของภาวะเลือดจางเท่ากับ 31.9% ส่วนความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 g/dl พบความชุกเท่ากับ 6.47% ซึ่งต่ำกว่ารายงานของมานิต หงส์วินิตกุล⁷ ที่พบความชุกเท่ากับ 29.1% ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ใกล้เคียงกับสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์⁸

ความชุกในแต่ละช่วงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ Ogbeide O และคณะ⁹ ที่พบความชุกสูงขึ้นในช่วงอายุ 10-20 ปี และ 30-39 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Mahfouz AA และคณะ⁶ ที่พบความ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของสตรีตั้งครรภ์และความชุกของภาวะเลือดจาง

อายุ (ปี)	จำนวนผู้รับการตรวจ		จำนวนผู้ที่มีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
น้อยกว่า 20	57	12.28	18	31.58
ระหว่าง 20-34	387	83.41	83	21.45
มากกว่าหรือเท่ากับ 35	20	4.31	8	40.00

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของสตรีตั้งครรภ์และความชุกของภาวะเลือดจาง

อาชีพ	จำนวนผู้รับการตรวจ		จำนวนผู้ที่มีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
รับราชการ	48	10.34	5	10.42
แม่บ้าน	84	18.10	24	28.57
ค้าขาย	39	8.41	7	17.95
เกษตรกร	174	37.50	50	28.74
รับจ้าง	112	24.14	21	18.75
อื่นๆ	7	1.51	2	28.57

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์และความชุกของภาวะเลือดจาง

ระดับการศึกษา	จำนวนผู้รับการตรวจ		จำนวนผู้ที่มีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ประถมศึกษา	257	55.39	72	28.02
มัธยมศึกษา	109	23.49	27	24.77
อุดมศึกษา	9	1.94	0	0
ปวช.ปวส.	45	9.70	4	8.89
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่าอื่นๆ	44	9.48	6	13.64

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์และความชุกของภาวะเลือดจาง

รายได้	จำนวนผู้รับการตรวจ		จำนวนผู้ที่มีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500	132	28.60	41	31.10
ระหว่าง 2,500-5,000	187	40.50	45	24.10
ระหว่าง 5,000-7,500	58	12.60	13	22.40
ระหว่าง 7,500-10,000	60	13.0	7	11.70
มากกว่า 10,000	25	5.40	2	8.0

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์และความชุกของภาวะเลือดจาง

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	จำนวนผู้รับการตรวจ		จำนวนผู้ที่มีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1	172	37.07	39	22.67
2	195	42.03	46	23.59
3	71	15.30	17	23.94
4	18	3.88	6	33.33
มากกว่าหรือเท่ากับ 5	8	1.72	1	12.50

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์และความชุกของภาวะเลือดจาง

อายุครรภ์ (สัปดาห์)	จำนวนผู้รับการตรวจ		จำนวนผู้ที่มีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14	227	48.92	40	17.62
ระหว่าง 14-28	178	38.36	55	30.90
มากกว่า 28	59	12.72	14	23.73

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดจาง (โดยวิธี univariate analysis)

ปัจจัย	จำนวนสตรีตั้งครรภ์		Odds ratio	95% Confidence interval	P-value
	ฮีโมโกลบิน <11 g/dl	ฮีโมโกลบิน ≥ 11 g/dl			
อายุ (ปี)					0.0541
น้อยกว่า 20	18	39	0.59	0.31-1.14	
ระหว่าง 20-34	83	304	1.00		
มากกว่าหรือเท่ากับ 35	8	12	0.41	0.15-1.14	
อาชีพ					0.0599
รับราชการ	5	43	1.00	-	
แม่บ้าน	24	60	0.29	0.09-0.89	
ค้าขาย	7	32	0.53	0.13-2.10	
เกษตรกร	50	124	0.29	0.09-0.82	
รับจ้าง	21	91	0.50	0.15-1.54	
อื่นๆ	2	5	0.29	0.03-2.86	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนสตรีตั้งครรภ์		Odds ratio	95% Confidence interval	P-value
	ฮีโมโกลบิน <11 g/dl	ฮีโมโกลบิน ≥ 11 g/dl			
ที่อยู่					0.4551
ในเขตอำเภอเมือง	57	169	1.00		
นอกเขตอำเภอเมือง	52	186	1.21	0.77-1.90	
ระดับการศึกษา					0.0681
ประถมศึกษา	72	185	0.41	0.15-1.06	
มัธยมศึกษา	27	82	0.48	0.16-1.35	
อุดมศึกษา	0	9	-	-	
ปวช. ปวส.	4	41	1.62	0.36-7.51	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อื่นๆ	6	38	1.00	-	
รายได้ (บาท/เดือน)					0.0115
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500	41	91	5.18	1.10-33.40	
ระหว่าง 2,500-5,000	42	142	3.64	0.79-23.29	
ระหว่าง 5,000-7,500	13	45	3.32	0.63-23.35	
ระหว่าง 7,500-10,000	7	53	1.52	0.26-11.52	
มากกว่า 10,000	2	23	1.00	-	
จำนวนการตั้งครรภ์					0.8122
1	39	133	0.49	0.02-4.15	
2	46	149	0.46	0.02-3.91	
3	17	54	0.45	0.09-4.20	
4	6	12	0.29	0.01-3.52	
มากกว่าหรือเท่ากับ 5	1	7	1.00	-	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					0.0075
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14	40	187	1.00	-	
ระหว่าง 14-28	55	123	0.48	0.29-0.78	
มากกว่า 28	14	45	0.69	0.33-1.45	

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์กับปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสตรีตั้งครรภ์ (โดยใช้ multiple logistic regression analysis)

ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	Odd ratio	95% Confidence interval
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14*	1.00	-
ระหว่าง 14-28	2.04	1.27, 3.29
มากกว่า 28	1.39	0.691, 2.82
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
มากกว่า 10,000*	1.00	-
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500	4.90	1.09, 22.0
ระหว่าง 2,500-5,000	3.53	0.793, 15.7
ระหว่าง 5,000-7,500	3.17	0.651, 15.5
ระหว่าง 7,500-10,000	1.55	0.296, 8.16

* กลุ่มอ้างอิง (Reference group)

ชุกมากขึ้นในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี รวมทั้งการศึกษาของ อุนใจ กอนันตกุล⁹ ที่พบความชุกมากขึ้นในกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มของ teenage pregnancy จะพบภาวะเลือดจางสูงขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ การได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอ การดูแลสุขภาพที่ไม่ดี ได้รับการศึกษา น้อยและส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเรียน⁹

ความชุกของภาวะเลือดจางเมื่อจำแนกตามที่อยู่อาศัยทั้งในเขตและนอกเขตอำเภอเมือง พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ตรงกับรายงานของ Desalegn S และคณะ⁹ ที่พบความชุกในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมืองคือ 56.8% และ 35.9% ตามลำดับ ทั้งนี้อาจจะเป็นไปได้ว่าปัจจุบันการคมนาคมสะดวกมากขึ้น ประชากรมีการศึกษามากขึ้น รวมทั้งการให้บริการฝากครรภ์ดีกว่าสมัยก่อน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ให้ความสนใจและการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ความชุกของภาวะเลือดจางกับจำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ พบว่ามีความชุกไม่แตกต่างกันอาจจะเป็นเนื่องจากประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อยคือ 2 ครั้ง ส่วนความชุกในแต่ละไตรมาสเท่ากับ 17.62%, 30.90% และ 23.73% ตามลำดับ ซึ่งพบมากที่สุดไนไตรมาสที่สอง โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim I และคณะ¹⁰ และ อุนใจ กอนันตกุล⁹

ในการวิจัยครั้งนี้พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์กับอายุครรภ์ ไตรมาสที่สองและกลุ่มที่มีรายได้ในครอบครัวน้อยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ^{6,7,10} ซึ่งสาเหตุที่พบความชุกของภาวะเลือดจางมากขึ้นในช่วงไตรมาสที่สองเนื่องจากในช่วงนี้ปกติจะมีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรของพลาสมาและปริมาณเม็ดเลือดแดง โดยที่มีการเพิ่มของพลาสมามากกว่าปริมาณเม็ดเลือดแดง ทำให้ค่าฮีโมโกลบินของสตรีตั้งครรภ์ลดต่ำลงได้ และทำให้พบความชุกของภาวะเลือดจางเพิ่มขึ้น ส่วนในกลุ่มที่มีรายได้ในครอบครัวน้อยส่วนใหญ่ก็จะอยู่ในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจต่ำและมีอาชีพเกษตรกร ทำให้การดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ไม่ดี สำหรับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่พบในรายงานอื่นๆ เช่น อายุของสตรีตั้งครรภ์ อาชีพ ที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษาและจำนวนการตั้งครรภ์^{6,7,10} ปัจจัยดังกล่าวในรายงานวิจัยนี้พบว่าจะไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก^{2,11-13} เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ต้องใช้ธาตุเหล็กที่สะสมไว้ในร่างกายเป็นจำนวนมากเพื่อใช้สำหรับทารกและรก เพื่อเพิ่มระดับ hemoglobin mass ในมารดาและเพื่อชดเชยการสูญเสียเหล็ก

โดยการหลุดลอกของเยื่อผนังลำไส้ ไต และผิวหนัง รวมทั้งสาเหตุส่งเสริมอื่นๆ เช่น ปัญหาทางโภชนาการ พยาธิปากขอ และการสูญเสียเลือดทางอื่นนอกจากการคลอด ในมารดาที่ขาดธาตุเหล็กต้องอาศัยการชั่งประวัติน้อยกว่าละเอียด การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นสำคัญในการรักษามารดาที่เป็นโรคเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็ก ต้องให้สารประกอบเหล็กรับประทานให้เพียงพอจนฮีโมโกลบินกลับสู่ระดับปกติแล้วให้ต่อไปอีกระยะหนึ่งเพื่อให้ได้เหล็กสะสมไว้ในร่างกาย ซึ่ง WHO นิยมให้สารประกอบธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์เพื่อชดเชยในการที่ร่างกายต้องใช้เหล็กจำนวนมากเพื่อป้องกันการขาดธาตุเหล็ก¹⁴

เนื่องจากประเทศไทยมีความชุกของฮีโมโกลบินผิดปกติและธาลัสซีเมียสูงมากในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ^{2,13,15} และจากการศึกษาของถวัลย์วงศ์ รัตนสิริและคณะ¹⁵ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นพาหะหรือโรคธาลัสซีเมียถึงร้อยละ 47.1 ดังนั้น จึงควรหาสาเหตุของฮีโมโกลบินผิดปกติและธาลัสซีเมียด้วยเพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารประกอบธาตุเหล็กในผู้ป่วยดังกล่าว ซึ่งไม่มีภาวะขาดธาตุเหล็ก

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ค่อนข้างสูง ดังนั้น ควรจะมีแนวทางในการศึกษาหาสาเหตุ การรักษา ตลอดจนการป้องกันภาวะเลือดจาง ดังนี้ คือการชั่งประวัติโดยละเอียด การตรวจดูค่าฮีโมโกลบินหรือฮีมาโตคริต อย่างน้อย 2 ครั้ง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อหาสาเหตุและให้การรักษาโดยเร็วและในไตรมาสที่สาม เพื่อเตรียมมารดาให้พร้อมขณะคลอด การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ เพื่อหาสาเหตุและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป^{14,15} สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ควรจะได้รับสารประกอบธาตุเหล็กเพื่อรับประทาน โดยเริ่มให้ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ส่วนในรายที่มีภาวะขาดธาตุเหล็กก็ควรให้สารประกอบธาตุเหล็กตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดและให้ต่อหลังคลอดอย่างน้อย 3 เดือน แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า โดยเฉพาะวิตามินและโปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์เพื่อช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก¹⁴ และให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพทั้งในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยเฉพาะให้มารับการฝากครรภ์ตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์

สรุป

ความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์เท่ากับร้อยละ 23.49 เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl และร้อยละ 6.47 เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 g/dl ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดจางเมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 g/dl คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 14-28 สัปดาห์ มีความเสี่ยงสูงเป็น 2.04 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ในครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 บาทต่อเดือน พบมีความเสี่ยงสูงเป็น 4.90 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ในครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

จะเห็นได้ว่าภาวะเลือดจาง ยังเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ควรจะได้รับการศึกษาหาสาเหตุของภาวะเลือดจางตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อที่จะทำให้สามารถวางแผนป้องกันและรักษาได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Duffy TP. Hematologic aspects of pregnancy. In : Burrow GN, Duffy TP, editors. Medical complications during pregnancy. 5th ed. Philadelphia : W.B.Saunders, 1999 : 79-95.
2. อุนใจ กอนันตกุล. อุบัติการณ์ของเลือดจางในสตรีที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2531; 2 : 239-44.
3. ภาวะโลหิตจางของหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2532. สถิติ : สตรีกับสุขภาพ. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
4. ฉานิต หงส์วินิตกุล. ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี. วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 2537; 6 : 59-65.
5. World Health Organization. Prevention and management of severe anemia in pregnancy. WHO/FHE/93.5, Geneva, 1991;2.
6. Mahfouz AA, Said MM, Alakija W, Badawi IA, Erian RA, Moneim MA. Anemia among pregnancy women in the Asia region. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1994; 25 : 64-7.
7. Crgbeide O, Wagbutsuma V, Orhue A. Anemia in pregnancy. East Afr Med J 1994; 71: 671-3.
8. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hankins GDV, et al. Williams obstetrics. 20th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1997 : 569-78, 1173-202.

9. Desalegn S. Prevalence of anemia in pregnancy in Jimatown. *Ethiop Med J* 1993; 31 : 251-8.
10. Kim I, Hungerford DW, Yip R, Kuester SA, Zyrkowski C, Trowbridge FL. Pregnancy nutrition surveillance system. *CDC Surveil Summ* 1992; 41 :25-41.
11. ศักนัน มะโนทัย, ปรีดา ทศนประดิษฐ์. ภาวะโลหิตจางกับการตั้งครรภ์. ใน : สุขิต เฝ้าสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์, บรรณานิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538 : 218-25.
12. Elizabeth A, Letsley, Warwick R. Hemtological problems. In : James DK, Steer PJ, Weinee CP, Gonik B, editors. High risk pregnancy. London : W.B. Saunders, 1994 : 337-67.
13. วินิต พัวประดิษฐ์, วิชัย อติชาตการ. โรคเลือดระหว่างการตั้งครรภ์. ใน : วินิต พัวประดิษฐ์, บรรณานิการ. การบริหารครรภ์เสี่ยงสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2533 : 115-39.
14. นันทยา ตันทชุนันท์. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 6* 2535; 6 : 339-46.
15. สมศักดิ์ สุทัศน์วรุดิ, ประจักษ์ จันทธีรภิตติ. ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมระหว่างตั้งครรภ์. ใน : กำแหง จาตุรจินดา, บรรณานิการ. สูติศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคอลมีเดีย, 2530 : 185-204.
16. ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, เกียรติกร กิจเจริญ, วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข, อรุณี เจตศรีสุภาพ, จำรัส วงศ์คำ, สุพรรณ พุเจริญ และคณะ. การตรวจกรองธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ : การศึกษานำร่องที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. บทคัดย่อการประชุมสัมมนาวิชาการเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ครั้งที่ 4. 21-22 พฤศจิกายน 2539 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

