

บทบรรณาธิการ

ธาตุเหล็กกับผู้ป่วยโรคโลหิต

อิศรางค์ นุชประยูร

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธาตุเหล็กเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเม็ดโลหิตแดง ผู้บริโภคโลหิตสูญเสียธาตุเหล็กในระหว่างการบริโภคโลหิตแต่ละครั้งประมาณ 200-250 มิลลิกรัม¹ โดยเชื่อกันว่าธาตุเหล็กในปริมาณนี้ร่างกายจะได้ทดแทนจากอาหาร ดังนั้นจึงกำหนดว่าผู้บริโภคโลหิตจะสามารถบริโภคโลหิตได้อย่างมากที่สุดคือทุก 3 เดือน อย่างไรก็ตามอาหารไทยที่ผู้บริโภคคนไทยรับประทานโดยทั่วไปมีธาตุเหล็กในปริมาณ และคุณค่าทางชีวภาพ (bioavailability) ที่ต่ำกว่าอาหารตะวันตก² และยังไม่มีความชัดเจนว่า ผู้บริโภคโลหิตเป็นประจำจะได้ธาตุเหล็กจากอาหารไทยเพียงพอในเวลา 3 เดือนหรือไม่ และจะได้ประโยชน์จากการเสริมธาตุเหล็กบ้างหรือไม่ การศึกษาของเยาวยุ้ย กิตติกลยาวค์และคณะ ในวารสารฉบับนี้ ได้ให้ความมั่นใจในระดับหนึ่งว่า ผู้บริโภคที่ได้รับคำแนะนำให้ทานอาหารไทยตามปกติ จะสามารถรักษาระดับฮีโมโกลบินไว้ได้ในระดับเดิม อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับการเสริมธาตุเหล็ก 30 เม็ดในเวลา 1 เดือนจะสามารถเพิ่มระดับฮีโมโกลบินได้ดีกว่ากลุ่มที่เลือกทานอาหารเพียงอย่างเดียว

การขาดธาตุเหล็กจะยังไม่ทำให้โลหิตจางในทันที ผู้ที่ขาดธาตุเหล็กจะสร้างเลือดลดลงเรื่อยๆ เมื่อระยะเวลาผ่านไปหลายเดือนระดับฮีโมโกลบินจึงจะลดต่ำกว่าระดับที่เรียกกันว่าโลหิตจาง การศึกษาวัดปริมาณธาตุเหล็กด้วยเฟอร์ริตินแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้บริโภคนั้นเป็นประจำมีปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายน้อยกว่า ผู้เริ่มบริโภค^{3,4} ผู้บริโภคที่เป็นผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะขาดธาตุเหล็กมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากมีธาตุเหล็กสะสมในร่างกายเพียง 200-400 มิลลิกรัม⁵ จึงควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการเสริมธาตุเหล็กหลังการบริโภค เพื่อป้องกันมิให้เกิดโลหิตจางจนบริโภคไม่ได้อีกในอนาคต ดังนั้นจึงควรมีการณรงค์พูดคุยให้ผู้บริโภคโลหิตสนใจทานยาเสริมธาตุเหล็กที่แจกให้ โดยอาจพูดถึงผลดีของธาตุเหล็กในการเพิ่มคุณภาพโลหิตว่าเขาบริโภคเลือดปริมาณเท่าเดิมแต่จะได้เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น แทนที่เน้นผลเสียของการบริโภคว่าอาจ

ทำให้ขาดธาตุเหล็กแล้วจะเกิดปัญหาโลหิตจางบริโภคอีกไม่ได้เป็นต้น

การเสริมธาตุเหล็กแม่เพียงวันละ 20 มิลลิกรัมก็สามารถทำให้ผู้บริโภคสามารถบริโภคได้ปีละ 4-6 ครั้งโดยไม่เกิดภาวะขาดธาตุเหล็ก⁶ สำหรับการบริโภคเลือดที่ละสองยูนิต การเสริมธาตุเหล็กวันละ 100 มิลลิกรัมก็สามารถรักษาระดับฮีโมโกลบินในร่างกายของผู้บริโภคกลุ่มนี้ไว้ได้ในระดับปกติ และสามารถบริโภคได้ทุก 2-3 เดือน⁷

ภาวะขาดธาตุเหล็กเป็นปัญหาที่พบบ่อยในสตรีไทย ผู้ที่บริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อย และส่วนใหญ่ไม่มีอาการ เมื่อมาบริโภคโลหิตจึงอาจถูกปฏิเสธไม่รับบริโภคเนื่องจากระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่าเกณฑ์ เรียกว่า ‘deferred donor’ เนื่องจากผู้ที่สนใจบริโภคโลหิตในปัจจุบันเป็นสตรีมากกว่าครึ่ง และในแต่ละปีศูนย์บริการโลหิตฯ ปฏิเสธไม่รับบริโภคเนื่องจากโลหิตจางเกินไปปีละกว่าหนึ่งแสนครั้ง⁸ การบริหารจัดการให้ deferred donor เหล่านี้กลับมาบริโภคได้อีกจะช่วยทำให้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ และธนาคารเลือดต่างๆ ได้ปริมาณโลหิตเพิ่มขึ้นเป็นอันมาก อีกทั้งผู้ที่ตั้งใจจะมาบริโภคจะได้ไม่รู้สึกผิดหวังว่าไม่สามารถสร้างกุศลได้

การศึกษาของเยาวยุ้ย กิตติกลยาวค์และคณะ ในวารสารฉบับนี้ ได้แสดงให้เห็นว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีไทยผู้บริโภคโลหิตถูกปฏิเสธเนื่องจากโลหิตจางเกินไปนั้น เกิดจากการขาดธาตุเหล็กและการเสริมธาตุเหล็กเพียงวันละ 1 เม็ด เป็นเวลา 1 เดือน สามารถทำให้ผู้ที่ถูกปฏิเสธสามารถบริโภคโลหิตได้อีกเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการบริหารจัดการที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพดีเช่นนี้ ควรได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

ผู้ที่ขาดธาตุเหล็กส่วนใหญ่เกิดจากการทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงไม่พอเพียง ได้แก่ผู้ที่ทานมังสรีรติ ผู้ที่ไม่รับประทานทานเนื้อแดง เลือด หรือตับ เรื่องของอาหารเป็นความชอบส่วนบุคคล ผู้ที่สนใจรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพซึ่งเน้นผัก และงดเนื้อสัตว์ย่อมมีสุขภาพดีเว้นแต่เสี่ยงที่จะขาดธาตุเหล็ก เมื่อรักษาระดับธาตุเหล็กแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำทางเลือกในการป้องกันการขาดธาตุเหล็กในอนาคต ว่าจะเพิ่มอาหารธาตุเหล็กสูงขึ้นบ้าง หรือกินยาเสริมธาตุเหล็กเป็นประจำ เพื่อให้สามารถบริโภค

ได้รับต้นฉบับ 24 ตุลาคม 2551 ให้ลงตีพิมพ์ 4 พฤศจิกายน 2551

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ : รศ.นพ. อิศรางค์ นุชประยูร ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โลหิตได้ ผู้ที่ขาดธาตุเหล็กเพียงส่วนน้อยมีปัญหาสุขภาพที่ทำให้สูญเสียเลือดมากกว่าปกติ หรืออาจเพราะเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่มีอาการน้อย⁹ เช่น ฮีโมโกลบินเอช (HbH disease) หรือ ฮีโมโกลบินอีอี (homozygous HbE, HbEE) ดังนั้นหากเสริมธาตุเหล็กแล้วไม่ได้ผล จึงควรส่งปรึกษาแพทย์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Brittenham GM. Iron balance in the red blood cell donor. *Dev Biol (Basel)*. 2005;120:77-82.
2. Boontaveeyuwat N, Kwanbunjan K, Sittisingh U, Saereesuchart W, Chitplee S, Songchitsomboon S. Iron bioavailability in Thai diets. *J Med Assoc Thai* 2002;85:369-75.
3. Tardtong P, Sthabunswadigarn S, Atamasirikul K, Chaunsumrit A, Suwannuruk R. Iron stores in Thai blood donors. *J Med Assoc Thai*. 2000 Mar;83(Suppl 1):S146-51.
4. Nadarajan VS, Eow GI. Anaemia and iron status among blood donors in a blood transfusion unit in Malaysia. *Malays J Pathol*. 2002;24:99-102.
5. Boontaveeyuwat N, Sittisingh U. Body iron stores in Thai women of reproductive age. *J Med Assoc Thai* 2003;86(4):343-7.
6. Radtke H, Tegtmeier J, Rocker L, Salama A, Kiesewetter H. Daily doses of 20 mg of elemental iron compensate for iron loss in regular blood donors: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Transfusion*. 2004;44(10):1427-32.
7. Radtke H, Mayer B, Rocker L, Salama A, Kiesewetter H. Iron supplementation and 2-unit red blood cell apheresis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Transfusion*. 2004;44:1463-7.
8. National blood center, Thai Red Cross society. Personal communication.
9. Nuchprayoon I, Suktavee B, Nuchprayoon T. Red cell indices and therapeutic trial of iron in diagnostic work-up for anemia Thai females. *J Med Assoc Thai* 2003;86(suppl 2):S160-169.