

บทบรรณาธิการ

ปฏิรูปการดูแลผู้บริจาคโลหิต

Reformed Donor Care

สร้อยสอาดค์ พิกุลสด และ พิมล เชี่ยวศิลป์

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

Prevention is better than cure การป้องกันดีกว่าการแก้หรือการรักษา เมื่อมาประยุกต์กับการดูแลผู้บริจาคโลหิตก็เช่นเดียวกัน เรามีกระบวนการ donor care ซึ่งน่าจะมีความหมายถึงการดูแลเมื่อมีอาการผิดปกติและการปกป้องจากภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการบริจาคโลหิต ตามความหมายของคำว่า care ซึ่งแปลว่า การดูแล การปกป้อง ความระมัดระวัง และความห่วงใย แต่โดยทั่วไปเรามักจะจำกัดความหมายของ donor care อยู่กับการดูแลเมื่อมีอาการแล้วเพียงอย่างเดียว ปฏิรูปหมายถึงการปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือครอบคลุมให้กว้างขวางขึ้น Reformed donor care จึงเป็นการปฏิรูปการดูแลผู้บริจาคโลหิตเพิ่มขึ้นทางด้านปฏิบัติการเชิงป้องกันที่ต้องทำตั้งแต่การให้ความรู้เชิงประชาสัมพันธ์ในการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ และทัศนคติของบุคคลก่อนที่จะมาเป็นผู้บริจาคโลหิต และกระทำการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้บริจาคประจำ ให้สมกับความตั้งใจเสียสละทั้งเวลาและโลหิตในกายตนให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่ได้หวังสิ่งตอบแทน และสามารถบริจาคได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่เสียสุขภาพและมีสุขภาพดีขึ้นด้วยถือว่าเป็นหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับที่จะต้องทำให้กิจกรรมนี้มีความรื่นรมย์ สะดวกสบาย ถูกสุขลักษณะตามหลักวิชาการ และเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้บริจาคโลหิต ซึ่งส่งผลให้มีโลหิตที่เพียงพอ สม่ำเสมอ และปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่รับโลหิต และที่สำคัญคือสามารถเสริมสร้างสุขอนามัย พร้อมกับสร้างความประทับใจให้ผู้บริจาคและดึงดูดให้กลับมารับบริจาคอีก

จากการทบทวนวรรณกรรมทางการแพทย์ ทั้งการศึกษาวัยของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ และรายงานจากต่างประเทศเกี่ยวกับผลแทรกซ้อนกับการบริจาคโลหิตพบตรงกันว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาจากการบริจาคโลหิต ได้แก่ มีอายุน้อย เพศหญิง เป็นการบริจาคครั้งแรก หรือเคยมีอาการเป็นลมจากการบริจาคโลหิตมาแล้ว¹⁻⁵ ซึ่งเป็นสิ่งที่ขึ้นเป็นข้อพึงระวังได้ก่อนทำการรับบริจาคแต่ละครั้ง ดังนั้นจึงต้องปฏิรูปให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูลนี้พร้อมทั้งมีนโยบายของผู้บริหาร เพื่อจะได้พัฒนามาตรการเชิงป้องกันในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงาน ตั้งแต่การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์

ให้ความรู้ความเข้าใจ การเตรียมตัวให้มีความพร้อมก่อนการบริจาคโลหิตในกลุ่มต่างๆ ดังกล่าวที่พึงระวังโดยเฉพาะเป็นพิเศษ เช่น มีการให้เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์แสดงตนเป็นผู้บริจาคครั้งแรก เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้สังเกตเห็นและให้การดูแลเป็นพิเศษ เป็นต้น นอกจากนี้ ในปัจจุบันมีการยืดอายุผู้บริจาคโลหิตไปถึง 70 ปีตามมาตรฐานสากล และถึงแม้สถิติอัตราการเป็นลมพบได้น้อยในกลุ่มสูงอายุก็ตาม แต่สิ่งที่ควรตระหนักก็คือความร่วงโรยของสังขาร และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลายชนิดที่เกิดกับอวัยวะและระบบต่างๆ ได้แก่ หัวใจและสมองย่อมมีมากขึ้นเป็นธรรมดา ซึ่งอาจประจวบเหมาะมาเกิดพร้อมกับการบริจาคโลหิต อาจทำให้ถูกกล่าวโทษได้ว่ามีสาเหตุเกิดจากการมาบริจาคโลหิต ดังนั้นจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการคัดเลือก และไม่รับบริจาคผู้สูงอายุที่หน่วยเคลื่อนที่ การปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บริจาคโลหิตทุกกลุ่มโดยรวมจะต้องครอบคลุมไปทุกระบวนการปฏิบัติงาน ตั้งแต่การต้อนรับ การตรวจสอบและซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจวัดความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน ซึ่งจำเป็นต้องทำทุกรายโดยไม่มีข้อยกเว้น ในปัจจุบันนี้บางประเทศที่กำลังพัฒนายังละเลยการตรวจกรองความเข้มข้นโลหิตก่อนการบริจาคโลหิต โดยรายงานว่าตรวจดูว่าขีดหรือไม่จากการดูที่เยื่อบุเปลือกตาเท่านั้น ไม่ใช่แม้แต่การตรวจด้วยน้ำยาโคปเปอร์ซัลเฟต (CuSO₄) ซึ่งสามารถเตรียมได้เองและราคาไม่แพง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะไม่มีหน่วยงานใดในประเทศไทยจะยังคงปฏิบัติเช่นนั้นอยู่ ขั้นตอนต่อไปที่สำคัญคือ การเจาะเก็บโลหิต ตลอดจนการพักหลังการบริจาค และเดินทางออกไปจากสถานที่รับบริจาคโลหิต การให้คำแนะนำ ความรู้ในการปฏิบัติตนทั้งเฉพาะหน้าและระยะยาว ก่อนและหลังการบริจาคโลหิต การให้ดื่มน้ำให้เพียงพอในเวลาครึ่งชั่วโมงก่อนการบริจาคโลหิตที่มีส่วนช่วยป้องกันการเป็นลมจากการบริจาคโลหิต รวมทั้งการให้ธาตุเหล็กทดแทนจากการเสียธาตุเหล็กไปกับโลหิต 1 ยูนิต ในการบริจาคแต่ละครั้งเพื่อป้องกันอาการซีดจากภาวะขาดธาตุเหล็กจากการบริจาคโลหิตประจำ ซึ่งทำให้สามารถบริจาคโลหิตไปอย่างต่อเนื่อง⁶

ปัจจุบันนี้ในประเทศที่พัฒนาแล้วให้ความสำคัญกับการใช้โลหิตอย่างเหมาะสมมากขึ้น โดยมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้โลหิตในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เพื่อเป็นหลักเกณฑ์ในการให้โลหิตเท่าที่จำเป็น เรียกว่า patient blood management เป็นการปกป้องผู้ป่วยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับโลหิตโดยไม่จำเป็น จึงพบว่าอัตราการใช้ส่วนประกอบโลหิตที่เป็นเม็ดเลือดแดงลดลงตามลำดับ^{6,7} และในขณะเดียวกันมีความต้องการพลาสมาเพื่อทำ plasma fractionation เพิ่มขึ้น โดยใช้วิธีการแยกส่วนประกอบโลหิตเฉพาะส่วน (apheresis) สำหรับประเทศไทย แม้การใช้โลหิตประเภทเม็ดเลือดแดงไม่ได้ลดลงชัดเจน แต่จากสถิติการใช้เทคนิคดังกล่าวมาเตรียมส่วนประกอบทั้ง พลาสมาและเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องครอบคลุมผู้ป่วยด้วยวิธี apheresis ด้วย ควรมีการพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโลหิตเฉพาะส่วนชนิดต่างๆ โดยเฉพาะรวมทั้งการกำหนดความถี่ในการบริจาคส่วนประกอบโลหิตแต่ละชนิด และความถี่ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นเพิ่มเติมได้แก่ ระดับ serum protein ในผู้ป่วยบริจาคพลาสมา การนับจำนวนเกล็ดเลือดในผู้ป่วยบริจาคเกล็ดเลือด และการตรวจ serum ferritin ในผู้ป่วยบริจาคเม็ดเลือดแดง ครั้งละ 2 ยูนิต เป็นต้น

ผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบริจาคโลหิตสามารถแบ่งเป็นชนิดเฉียบพลันและล่าช้า

ชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ อาการเป็นลม (vasovagal reaction, VVR) การบาดเจ็บที่เกิดจากการเป็นลมแล้วล้มลง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ และเส้นประสาทบริเวณที่แทงเข็มเจาะเก็บโลหิต การฝึกทักษะในการปฏิบัติการเจาะเก็บโลหิตต้องทำอย่างจริงจังโดยเฉพาะเมื่อรับบุคลากรใหม่เข้าทำงาน รวมทั้งมีการประเมินความชำนาญบุคลากรทุกคนเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ควรมีการเตรียมสถานที่แยกสำหรับให้ผู้ป่วยบริจาคที่มีอาการเป็นลมนอนพัก เตรียมชุดยาสำหรับให้การปฐมพยาบาลอาการเป็นลมและบาดแผลที่อาจเกิดขึ้น

ควรมีแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมในการดูแลผู้ป่วยบริจาคโลหิตประจำสถานที่รับบริจาคโลหิต ในกรณีที่ไม่มีแพทย์ควรมีแผนการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง หลังจากปฐมพยาบาลแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น

ชนิดล่าช้า ได้แก่ การขาดธาตุเหล็ก ผู้บริจาคโลหิตประจำต่อเนื่องอย่างเต็มที่ปีละ 3-4 ครั้ง จำเป็นต้องได้รับธาตุเหล็กทดแทนเนื่องจากจะมีการสูญเสียธาตุเหล็กไปกับเม็ดเลือดแดงที่บริจาค ซึ่งไม่อาจทดแทนได้เพียงพอจากการรับประทานอาหารตามปกติของผู้บริจาคส่วนใหญ่ มีการศึกษาทั้งของไทยและต่างประเทศ ได้ข้อ

สรุปตรงกันว่าสมควรเฝ้าระวังระดับเหล็กสะสม โดยตรวจ serum ferritin ในผู้บริจาคโลหิตประจำ ซึ่งจำนวนหนึ่งมีระดับเหล็กสะสมต่ำกว่าปกติ⁵⁻⁷ ปัญหานี้สามารถแก้ไขและป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยการให้ธาตุเหล็กทดแทน ในปริมาณใกล้เคียงกับที่สูญเสียไปในการบริจาคแต่ละครั้ง

ปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าหรือกระตุ้นให้เกิดอาการเป็นลมหลังการบริจาคโลหิตได้มากขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างหักโหม การขึ้นลงที่สูงอย่างรวดเร็ว ตัวอย่างเช่นการขึ้นลงลิฟต์หรือบันไดเลื่อนและอากาศที่ร้อนอบอ้าว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลเหล่านี้แก่ผู้บริจาคโลหิตตั้งแต่แรกก่อนการบริจาคโลหิต เพื่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

การปกป้องคุ้มครองจากภัยอันตราย ผู้ปฏิบัติงานจะต้องระบุได้ว่ามีอันตรายอะไรบ้างที่อาจเกิดกับผู้บริจาคโลหิตได้ ได้แก่ การลื่นเมื่อเกิดอาการเป็นลม ความเสี่ยงที่อาจเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงานบางอย่างหลังบริจาคโลหิต ได้แก่ ขับยานพาหนะทุกชนิด การปีนป่ายที่สูง การใช้เครื่องจักรกลต่างๆ การขึ้นลงบันไดเลื่อนต่างๆ รวมถึงการเน้นความสำคัญของการรับประทานธาตุเหล็กทดแทนในผู้บริจาคโลหิตประจำ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

การดูแลผู้ป่วยบริจาคโลหิต ควรครอบคลุมถึงผู้บริจาคที่ได้รับการปฏิเสธทั้งอย่างชั่วคราวและถาวร ต้องให้คำอธิบายที่ถูกต้องชัดเจนเป็นที่เข้าใจได้ของบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้อยู่ในวงการแพทย์ ถึงสาเหตุและระยะเวลาที่ต้องงดบริจาคโลหิต เพื่อไม่ให้เกิดความกังวลใจและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน หรือให้ไปพบแพทย์เพื่อการตรวจรักษาในกรณีจำเป็น

สรุป

การส่งเสริมให้ผู้บริจาคโลหิตได้ประกอบกุศลกิจลุล่วงด้วยใจเบิกบานเต็มที่ เป็นหน้าที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทุกระดับและทุกคน มีส่วนทำให้กุศลกรรมนี้สัมฤทธิ์ผล สมควรได้อนุโมทนาบุญไปด้วยกัน ผลลัพธ์เหล่านี้หลายคนอาจคิดว่าจะเกิดได้เองจากการปฏิบัติงานประจำวันไปเรื่อยๆ ซึ่งอาจจะจริงในระดับหนึ่ง ดีบ้าง ไม่ดีบ้างแล้วแต่อารมณ์ของผู้ปฏิบัติงาน เพราะขาดระเบียบวินัย รวมทั้งไร้กฎเกณฑ์และหลักการในการปฏิบัติงาน แต่เราสามารถทำให้ได้ผลดีกว่าถ้าได้ทำโดยมีความมุ่งมั่นตั้งใจจริง เริ่มจากต้องเป็นนโยบายของผู้บริหาร พร้อมกับการกำหนดมาตรการและวิธีปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลตามนโยบายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยมีการทบทวนกระบวนการ ประมวลจุดอ่อนจุดแข็งที่มีเป็นระยะๆ คิดหามาตรการต่างๆ มาประยุกต์ให้เกิดผลดียิ่งขึ้นในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน จึงจะได้ชื่อว่ามีเจตจำนงตั้งใจ ใส่ใจ ในการดูแลผู้บริจาคโลหิต และปกป้องให้รอดพ้นจากอันตรายทั้งปวงที่อาจเกิดขึ้นจากการบริจาคโลหิตได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Abhishekh B, Mayadevi S, Usha KC. Adverse reactions to blood donation. *IJMHS* 2013;3:158-60.
2. Crocco A, D'Elia D. Adverse reactions during voluntary donation of blood and/or blood components. A statistical-epidemiological study. *Blood Transfus* 2007;5:143-52.
3. Lin JT-Y, Ziegler DK, Lai CW, Bayer W. Convulsion syncope in blood donors. *Ann Neurol* 1982;11:525-8.
4. Kasprisin DO, Glynn SH, Taylor F, Miller KA. Moderate and severe reactions in blood donors. *Transfusion* 1992;32:23-6.
5. Phikulsod S, Chiewsilp D, Ongtilanont K, BharkBhumpong T, Patanapongsuk W. Donor care: The change we need. *Vox Sang* 2009;97(Suppl 1):60. (abstract).
6. Alvarez-Ossorio L, Kirchner H, Kluter H, Schlenke P. Low ferritin levels indicate the need for iron supplementation strategy to minimize iron-depletion in regular blood donors. *Transfus Med* 2000;10:107-12.
7. Milman N, Sondergaard M. Iron stores in male blood donors evaluated by serum ferritin. *Transfusion* 1984;24:464-8.

