

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก

Iron Deficiency Anemia in Children

รวีวรรณ คำเงิน*¹ ปภาสินี แซ่ตัว¹ อัญชลี นาคเพชร²

Rawiwan Khamngoen*¹ Papasinee Saetew¹ Anchalee Nakpeth²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84000

¹Boromarajonani College Of Nursing Suratthani, Suratthani Thailand 84000

²ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84000

²Muang Phothawat Community Health Center Suratthani Thailand 84000

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเด็ก หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านพัฒนาการสมอง พฤติกรรม รวมทั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญมาก บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและนโยบายของกรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ จากหนังสือ บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามประเด็นดังต่อไปนี้ 1) นโยบายของกรมอนามัยในการส่งเสริมธาตุเหล็ก 2) ผลกระทบของการขาดธาตุเหล็ก 3) แนวปฏิบัติในการเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย เพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้ส่งเสริมให้เด็กได้รับธาตุเหล็กตามวัยที่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้เด็กได้มีพัฒนาการที่สมวัย

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก

Abstract

Iron deficiency anemia is a major public health problem in children. This problem may affect children on development, behavior and cell. Prevention is important for iron deficiency anemia. This article aims to present Iron deficiency anemia in children and the Department of Health policy on prevention Iron deficiency anemia by presenting the following issues: 1) Policy of the Department of Health to promote iron 2) effects of iron deficiency 3) Guideline for iron supplementation in early childhood to enable public health personnel to encourage children to receive age-appropriate iron, which will result in a healthy development of children.

Keyword: Iron deficiency anemia in children

บทนำ

ภาวะโลหิตจาง (anemia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา พบว่าภาวะโลหิตจางเกิดจากการขาดธาตุเหล็กมากที่สุด รองลงมา คือ ธาตุสังกะสี และซีโมโกลบินผิดปกติ¹ ภาวะโลหิตจางหรือที่มักเรียกกันติดปากว่า ภาวะเลือดจางนั้น คือ ภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ พบมากทั้งในเด็ก สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ที่มีภาวะโลหิตจางอาจไม่แสดงอาการ หรือมีอาการโดยขึ้นกับความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้แก่ ทารกและเด็กอายุ 6-24 เดือน เด็กวัยเรียน อย่างไรก็ตามการขาดธาตุเหล็กในทารกและเด็กวัยก่อนเข้าเรียนถือว่ามีความสำคัญไม่น้อยกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากการขาดธาตุเหล็กเรื้อรังในเด็กวัยนี้ส่งผลต่อการพัฒนาการระดับสติปัญญา และความสามารถในการเรียนรู้² ดังนั้นการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การให้การป้องกันในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการให้การรักษาดังแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและการพัฒนาสมอง ความต้องการธาตุเหล็กสำหรับการเจริญเติบโต มีความแตกต่างกันตามวัย ช่วง 4-6 เดือนแรกของชีวิต^{3,4} กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 2 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดีทุกคน⁵ ซึ่งความสำคัญกับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางและภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารก รวมถึงการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและการให้น้ำธาตุเหล็กที่มีปริมาณธาตุเหล็กมากกว่า 12.5 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อาจป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และลดความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารกได้ดีขึ้น รวมถึงควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารตามวัย ที่มีปริมาณธาตุเหล็กที่เหมาะสมโดยเฉพาะในทารกกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้เร็วขึ้น⁶ นอกจากนี้พบว่าสาเหตุของภาวะโลหิตจางยังเกิดจากการมีความผิดปกติของซีโมโกลบิน ร้อยละ 47.01 แสดงให้เห็นว่าสาเหตุของภาวะโลหิตจางในเด็กของประเทศไทยมีสาเหตุจากโรค โลหิตจางธาลัสซีเมียซึ่งเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ด้วย⁷

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกสถานการณ์ปัญหาโลหิตจาง ปีค.ศ. 2011 พบภาวะโลหิตจางในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 6 เดือน ถึง 59 เดือน) สูงถึงร้อยละ 42.6⁸ สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางของเด็กไทยอายุ 6 เดือน ถึง 12 ปีเท่ากับ 231.63 ต่อประชากรแสนคน และจากการสำรวจระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUTS) เด็กไทยกลุ่มเด็กปฐมวัยมีความชุกของโลหิตจางสูง ในเขตชนบทถึงร้อยละ 41.7 ในขณะที่เด็กในเขตเมืองพบความชุกของโลหิตจางร้อยละ 26⁹ ซึ่งภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดง หรือความเข้มข้นของซีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติเนื่องมาจากร่างกายมีธาตุเหล็กไม่เพียงพอที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดง สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ภาวะทุพโภชนาการ การสูญเสียเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เป็นต้น เมื่อขาด ธาตุเหล็กมากขึ้นเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลต่อร่างกายและพฤติกรรม เช่น ทางด้านร่างกายมีผลต่อระบบประสาทในเด็กวัยเรียน จะมีระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าเด็กที่ไม่ขาดธาตุเหล็ก การเจริญเติบโตช้าลง ร่างกายมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทางเดินอาหารผิดปกติ ในกรณีขาดธาตุเหล็กอย่างรุนแรง เช่น ลื่นไถล เยื่อบุหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เรียบบาง ทำให้น้ำย่อยลดลง ส่งผลต่อการย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง ทางด้านพฤติกรรมของเด็กจะมีการเปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด ตกใจง่าย และเซื่องซึม¹⁰

ฉะนั้นการให้ความสำคัญในการป้องกัน คัดกรอง รวมถึงให้การรักษภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี จึงมีส่วนสำคัญในการช่วงส่งเสริมพัฒนาการทางสมองของเด็กอย่างเหมาะสม โดยบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและนำไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงการวางแผนทางการคัดกรอง การรักษา ที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ให้สอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษภาวะโลหิตจางในเด็กต่อไป

นโยบายของกรมอนามัยในการส่งเสริมธาตุเหล็ก

กรมอนามัย¹¹ โดยสำนักโภชนาการ ได้มีการดำเนินการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากภาวะการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งมีการดำเนินงานดังนี้

1. สนับสนุนการใช้ยาเสริมธาตุเหล็กเชิงป้องกัน

โดยเน้นในกลุ่มเสี่ยงตามชุดสิทธิประโยชน์

- กลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ 6 เดือน - 5 ปี) - อายุ 6 เดือน-2 ปี จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณ elemental iron 12.5 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง - อายุ 2-5 ปี จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณ elemental iron 25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง

- กลุ่มเด็กนักเรียน (อายุ 6-12 ปี) จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณ elemental iron 60 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ

2. การเสริมธาตุเหล็กในอาหาร มีการเสริมธาตุเหล็กในของเครื่องปรุงบะหมี่สำเร็จรูป

3. การให้โภชนาการ การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่อุดมธาตุเหล็ก (เนื้อสัตว์ เลือด เครื่องใน ผักใบเขียวเข้ม ธัญพืช) ที่ช่วยให้ร่างกายได้รับธาตุเหล็กที่เพียงพอ น่าจะเป็นมาตรการที่มีความยั่งยืน แต่การดูดซึมธาตุเหล็กอาจมีการส่งเสริมหรือขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก คือ ผักและผลไม้สดที่มีวิตามินซีสูง และแคลเซียมในนมจะขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ดังนั้นไม่ควรดื่มนมพร้อมกับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ในกรณีโรงเรียนให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้ง ควรให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตอนเช้าและให้นมตอนบ่าย การปรับปรุงแบบแผนอาหารดังกล่าวต้องการปรับพฤติกรรมร่วมด้วย ดังนั้น การควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยการส่งเสริมเรื่องอาหารจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่ต้องมีการพัฒนา

จากการดำเนินการตามนโยบายสนับสนุนการให้ยาเสริมธาตุเหล็กเชิงป้องกัน ได้มีการศึกษาผลของการสนับสนุนการให้ยาเสริมธาตุเหล็กโดยการเปรียบเทียบภาวะซีดก่อนและหลังรับประทานธาตุเหล็กใน เด็กอายุ 6 และ 9 เดือน มีภาวะซีดร้อยละ 16.9 และ 23.3 เมื่อได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพบว่าซีดลดลง เหลือร้อยละ 13.4 และ 18.5 ตามลำดับ¹² เช่นเดียวกับการศึกษาผลการใช้แนวทางเสริมธาตุเหล็กในทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อย 2,000-2,499 กรัม โรงพยาบาลผาง พบว่าเด็กอายุ 6 เดือน ในกลุ่มที่รับการเสริมธาตุเหล็กมีความเข้มข้นเลือดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ และมีการศึกษาในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 เดือน หลังตรวจพบภาวะโลหิตจางจะได้รับการรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หลังให้การรักษาเป็นเวลา 1-2 เดือน พบมีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นเลือด ร้อยละ 58.2 และความเข้มข้นเลือดเพิ่ม มากกว่า ร้อยละ 3 ตามมาตรฐานการรักษาภาวะ

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กคิดเป็นร้อยละ 18.6¹⁴ แสดงให้เห็นว่า การให้ธาตุเหล็กเสริมในเด็กตามแนวทางการเสริมธาตุเหล็กช่วย ลดการเกิดภาวะซีด จากการขาดธาตุเหล็กได้

ผลกระทบของการขาดธาตุเหล็ก

ธาตุเหล็ก (iron) จะอยู่ที่เม็ดเลือดแดงในรูปของฮีโมโกลบิน และเก็บสะสมอยู่ที่ตับและม้าม เม็ดเลือดแดงถูกสร้างที่ไขกระดูก และออกมาอยู่ในกระแสเลือด มีบทบาทสำคัญ คือกระบวนการขนส่งออกซิเจน นอกจากนี้ธาตุเหล็กยังมีหน้าที่อื่นที่สำคัญ ได้แก่ มีหน้าที่ในกระบวนการเมตาโบลิซึมของเซลล์และเป็น cofactor ของเอนไซม์หลายชนิด ปริมาณของเหล็กในร่างกายต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ ในสภาวะปกติของร่างกายปริมาณของเหล็กที่ถูกดูดซึมและปริมาณเหล็กที่สูญเสียออกจากร่างกายจะอยู่ในสภาวะสมดุลกัน โดยร่างกายจะสูญเสียเหล็กผ่านทางเหงื่อ การหลุดลอกของเซลล์ผิวหนังและการลอกตัวของผิวเซลล์ในทางเดินอาหาร ซึ่งปริมาณการสูญเสียเหล็กต่อวันประมาณ 1 ถึง 2 mg จากปริมาณที่อยู่ในร่างกายทั้งหมดประมาณ 4000 mg ธาตุเหล็กจะถูกดูดซึมประมาณ 5-15% ของปริมาณเหล็กในอาหารที่รับประทาน ปริมาณการดูดซึมเหล็กจะมากขึ้นได้เมื่อร่างกายมีความต้องการเหล็กมากขึ้น เหล็กที่สะสมไว้ในร่างกายส่วนมากจะอยู่ในรูปของ ferritin และบางส่วนอยู่ในรูปของ haemosiderin ในสภาวะปกติจะพบ ferritin ปริมาณเล็กน้อยใน serum เพราะส่วนมากจะอยู่ในอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ, ม้าม, ไขกระดูกและกล้ามเนื้อลาย เหล็กที่เก็บสะสมอยู่นี้จะถูกนำออกมาใช้เมื่อร่างกายดูดซึมเหล็กไม่เพียงพอ กับความต้องการ

ภาวะขาดธาตุเหล็กจะก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย ได้แก่ ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและสมองลดลง มีการติดเชื้อง่ายขึ้น การขาดธาตุเหล็กนอกจากมีผลต่อระบบเลือดยังผลกระทบอื่นๆ ต่อร่างกาย เช่น พัฒนาการของสมอง ธาตุเหล็กมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างและพัฒนาสมองในช่วงแรกของชีวิต มีผลต่อการพัฒนาระดับสติปัญญาของเด็ก เด็กที่มีภาวะโลหิตจางเพราะขาดธาตุเหล็กตั้งแต่วัยทารกและไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้ไอคิวเมื่อเติบโตเข้าสู่ช่วงวัยเรียนลดต่ำลง หรือหากแก้ไขช้าเกินไป อาจทำให้ศักยภาพด้านสติปัญญาสูญเสียไป

อย่างถาวร นอกจากนี้การขาดธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ การขาดธาตุเหล็กส่งผลเสียต่อการเรียนรู้อย่างถาวร เด็กเล็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ เด็กวัยเรียนที่ขาดธาตุเหล็กมีไอคิวต่ำกว่าเด็กที่ไม่ขาดธาตุเหล็ก ผลเสียของการขาดธาตุเหล็กมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมองมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะเวลา และจำนวนธาตุเหล็กที่ขาด การขาดธาตุเหล็กยังมีผลต่อพฤติกรรมเด็ก อารมณ์หงุดหงิด ตกใจง่าย เชื่องซึม การขาดธาตุเหล็กอย่างรุนแรง ทำให้เกิดการรับรสผิดปกติอยากกินสิ่งที่มีไขมันอาหาร เช่น ผู้ป่วยบางรายให้ประวัติว่ากินดินเหนียว กินแป้ง ฟัน ดิน เป็นต้น และยังทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์ต่างๆ ไม่ดี เช่น เซลล์เม็ดเลือดแดง มีฮีโมโกลบินลดลง มีการนำและสะสมออกซิเจนลดลง ทำให้ซิด อ่อนล้าง่าย เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร ภาวะขาดธาตุเหล็กอย่างรุนแรงอาจทำให้ลิ้นเปลี่ยน เยื่อบุหลอดอาหาร กระเพาะ อาหาร ลำไส้เรียบบาง ทำให้น้ำย่อยลดลง การย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง การเจริญเติบโตช้าลง¹⁵

จะเห็นได้ว่าการขาดธาตุเหล็กส่งผลเสียต่อการทำงาน ด้านกายภาพ การสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการเจ็บป่วยและพัฒนาการของสมองของเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะในเด็กเล็ก อายุต่ำกว่า 2 ปี อีกทั้งยังส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ตามศักยภาพอย่างถาวร ลดประสิทธิภาพในการเรียน ของเด็กวัยเรียนและอาจมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด

แนวปฏิบัติในการเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้เขียนได้มีแนวทางในการปฏิบัติในการเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย เพื่อที่เด็กจะได้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนี้

1. การเสริมธาตุเหล็กเชิงป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ทุกคนที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง จะต้องได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเชิงป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตามแนวทางการส่งเสริมธาตุเหล็กประชาชนไทย โดยที่เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 12.5 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ เด็กอายุ 2-5 ปีได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง¹⁶ สอดคล้องผลการวิจัย

เรื่องการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก เพื่อเสริมสร้างภาวะโภชนาการและพัฒนาการในกลุ่มเด็กวัยก่อนเข้าเรียนและวัยเรียนจำนวน 13,114 คน จาก 20 เมืองในละตินอเมริกา แอฟริกา และเอเชีย พบว่าการให้ยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่องเพียงอย่างเดียวหรือ ให้ร่วมกับวิตามินอย่างอื่น สัปดาห์ละครั้ง สองครั้ง หรือ สามครั้ง สามารถช่วยเพิ่มระดับฮีโมโกลบินในเลือด และ ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้อีกด้วย¹⁷

2. การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก โดยที่ทารกแรกเกิดถึง 6 เดือน จะต้องให้นมแม่อย่างเดียวไม่ต้องให้อาหารอื่นแม้แต่น้ำ และเริ่มให้อาหารเสริมตามวัยที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์ ตับ ไข่แดง เมื่ออายุ 6 เดือน ควบคู่ไปกับนมแม่แล้วเพิ่มจำนวนมื้อ อาหารตามวัย จนครบ 3 มื้อ เมื่อลูกอายุ 10-12 เดือน แต่ถ้าการเจริญเติบโตมีแนวโน้มลดลงหรือไม่ สามารถให้นมแม่ได้ อย่างเต็มที่อาจเริ่มให้อาหารเสริมตามวัยก่อนอายุ 6 เดือนได้แต่ไม่ก่อนอายุครบ 4 เดือนและในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ควรรับประทานอย่างสม่ำเสมอ เลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก โดยการดื่มนมและรับประทานยาเสริมแคลเซียมแยกมื้อกับอาหารและยาเสริมธาตุ¹⁸ นอกจากนี้การจัดเตรียมอาหารที่มีธาตุเหล็กให้ลูกวัยเด็กเล็กได้กินอย่างสม่ำเสมอ เพราะการพัฒนาสมองของลูกวัยเด็กเล็กเป็นเรื่องสำคัญ ควรกินให้ครบ เต็มโภชนาการให้พอ การจัดเมนูอาหารให้ลูกวัย 1-3 ปี ควรมีเนื้อสัตว์ ผัก ไข่ เป็นตัวยืน ให้ลูกรับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ ทำจากอาหาร 5 หมู่ กินให้หลากหลาย กินนมรสจืดเสริมวิตามินและธาตุเหล็กวันละ 2-3 แก้วและดื่มน้ำสะอาดเป็นต้น

จะเห็นได้ว่าธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็ก ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็กได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและการบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็กจะช่วยลดภาวะซิดและช่วยส่งเสริมพัฒนาการให้สมวัยมากขึ้น

References

1. World Health Organization. The World Health Report2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002
2. Idjradinata P, Politt E. Reversal of developmental delays in iron-deficient anaemic infants treated with iron. Lancet,1993;341(8836):1-4.

3. Prateep M, Chongsuwat R, Saliphan S, Lertlakanawong P. Thailand food and nutrition survey report No. 5,2006 (in Thai)
4. Nonthaburi: Division of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2006. (in Thai)
5. Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines to control and prevent anemia from iron deficiency. Nonthaburi Province: Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health, 2017(in Thai)
6. 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. Journal of The Police Nurses. 2020 ;12 (1) (in Thai)
7. 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. Journal of The Police Nurses. 2020 ;12 (1) (in Thai)
8. World Health Organization. The global prevalence of anaemia in 2011. WHO. 2011; 1-48.
9. Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines to control and prevent anemia from iron deficiency. Nonthaburi Province: Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health. 2017 (in Thai)
10. Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines to control and prevent anemia from iron deficiency. Nonthaburi Province: Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health. 2013 (in Thai)
11. Ministry of Public Health, Bureau of Nutrition.. Manual of preventing and controlling iron deficiency anemia. Nonthaburi, 2013
12. Autthawee, B, Phongphetdit, B. Control and Prevention of Iron Deficiency Anemia in Children Aged 6 -12 Months. Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 2020; 30(1): 82-93. (in Thai)
13. Chawapun, K. THE result of iron supplement guideline for low birth weight (2,000-2,499 GMS.) at Fang hospital. Chiangrai Medical Journal .2018; 10(1): 29-35. (in Thai)
14. Duangpetsang, J. Anemia in children aged 6-12 month in well child clinic at Kaengkro hospital. 2017; 10(1): 30-39. (in Thai)
15. Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines to control and prevent anemia from iron deficiency. Nonthaburi Province: Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health. 2017. (in Thai)
16. Ministry of Public Health, Bureau of Nutrition. Manual of preventing and controlling iron deficiency anemia. Nonthaburi. 2013
17. De-Regil, L. M., Jefferds, M. E., Sylvetsky, A. C., & Dowswell, T. Intermittent iron supplementation for improving nutrition and development in children under 12 years of age. Cochrane Database Syst Rev. 2011; doi:10.1002/14651858. CD009085.pub2.
18. Effect of Text Messaging on Food Consumption Behavior and Change of Hemoglobin Level in Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 421-431. (in Thai)