



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนด
หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครอง
ตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล
ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมิน
ผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวธัญญารัตน์ สิงห์แดง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการ
ประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการ
ประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

นาย

(นายพันธ์เทพ เสาโกศล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวธัญญรัตน์ สิงห์แดง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๙๒๔๑๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๙๒๔๑๕	เลื่อนระดับ ๘๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น (Associated risk factors among anemia in pregnant women attending antenatal clinic in Nam Phong Hospital, KhonKaen Province.)"						
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง"						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
(Associated risk factors among anemia in pregnant women attending antenatal clinic in Nam Phong Hospital, KhonKaen Province.)
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้

การวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

๓.๑.๑ คำจำกัดความของภาวะโลหิตจาง

- ๓.๑.๒ สรีรวิทยาของการเปลี่ยนแปลงเม็ดเลือดแดงขณะตั้งครรภ์
- ๓.๑.๓ สาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์
- ๓.๑.๔ ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์
- ๓.๑.๕ การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์
- ๓.๑.๖ การป้องกัน
- ๓.๑.๖ การรักษา
- ๓.๑.๗ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๓.๑.๑ คำจำกัดความของภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจาง คือ ภาวะที่เม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดลดลงกว่าปกติ การจะวัดมวลเม็ดเลือดแดงโดยตรง(Red cell mass) เป็นเรื่องยุ่งยาก ดังนั้นในทางปฏิบัติที่ใช้คือการวัดระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต โดยระดับตามเกณฑ์มาตรฐานขึ้นอยู่กับอายุและเพศ เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของภาวะโลหิตจางในผู้หญิงคือฮีโมโกลบินน้อยกว่า ๑๒.๐ g/dL ในผู้ชายคือฮีโมโกลบินน้อยกว่า ๑๓.๐ g/dL ในเด็กอายุแตกต่างกันและผู้หญิงตั้งครรภ์ โดยระดับปกติของฮีโมโกลบินก็แตกต่างกัน^{๑๐}

ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ ถือเอาที่ระดับ Hb ต่ำกว่า ๑๑ g/dL(๑) ส่วน CDC แนะนำให้ถือ Hb หรือ Hct ที่ต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ ๕ ของแต่ละอายุครรภ์ คือ ในไตรมาสที่๑และ๓ Hbต่ำกว่า ๑๑ g/dL Hctต่ำกว่า ๓๓% และHbต่ำกว่า ๑๐.๕ g/dL และ Hctต่ำกว่า ๓๒% ในไตรมาสที่๒^{๑๑}

๓.๑.๒ สรีรวิทยาของการเปลี่ยนแปลงเม็ดเลือดแดงขณะตั้งครรภ์

ในสตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาทำให้เกิดภาวะ hemodilutionได้เนื่องจากปริมาตรพลาสมาเพิ่มขึ้นมากในระหว่างตั้งครรภ์ปกติ โดยเฉพาะในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปตลอดการตั้งครรภ์ปริมาตรพลาสมาเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๐-๕๐(ประมาณ ๑,๕๐๐ มิลลิลิตร) ในขณะที่ปริมาณเม็ดเลือดแดงจะเพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่เพิ่มในอัตราน้อยกว่า คือ เฉลี่ย ๔๕๐

มิลลิกรัม หรือประมาณร้อยละ ๓๓ การที่ปริมาตรของพลาสมาเพิ่มมากกว่าปริมาตรของเม็ดเลือดแดง ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง โดยที่การตั้งครรภ์เดียวจะมีระดับฮีมาโตคริตลดลงประมาณ ๕ หน่วย ในขณะที่การตั้งครรภ์แฝดจะมีระดับฮีมาโตคริตลดลงประมาณ ๗ หน่วย โดยเฉพาะในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์^{๑๒}

๓.๑.๓ สาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

๓.๑.๓.๑ iron-deficiency anemia โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดง หรือความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง หรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินต่ำกว่าปกติเนื่องมาจากร่างกายมีธาตุเหล็กไม่เพียงพอที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้ เหล็กมีผลต่อการสร้าง Heme ในเม็ดเลือดแดง ซึ่งจำเป็นต่อเนื้อเยื่อในร่างกาย เพราะเป็นตัวนำออกซิเจนและเหล็กยังมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์สมอง ถ้าทารกขาดธาตุเหล็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนอายุ ๒ ขวบ จะมีผลทำให้ระบบประสาททำหน้าที่ไม่ดี ขาดสมาธิและความฉลาดในการเรียนรู้ ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประชากรแต่ละแห่ง อาจพบได้ถึงร้อยละ ๒๐-๘๐ ของการตั้งครรภ์ นอกจากนี้โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบได้บ่อยที่สุดของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ คือประมาณร้อยละ ๘๐ เป็นภาวะที่เหล็กไม่เพียงพอที่จะป้อนให้เม็ดเลือดแดง ซึ่งเหล็กเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในเม็ดเลือดแดงและการสร้างฮีโมโกลบิน มัยโอโกลบินและเอนไซม์^{๑๓}

ความต้องการธาตุเหล็กต่อการตั้งครรภ์ ประมาณ ๑๐๐๐ มิลลิกรัม โดย ๕๐๐ มิลลิกรัม สำหรับสร้างเม็ดเลือดแดงที่จะเพิ่มขึ้น ๔๕๐ มิลลิกรัม (ทุก ๑ มิลลิกรัม ของเม็ดเลือดแดง ใช้เหล็ก ๑.๑ มิลลิกรัม ในการสร้าง) ๓๐๐ มิลลิกรัม ให้ทารกและรก ๒๐๐ มิลลิกรัม จะถูกขับออกตามปกติส่วนใหญ่ทางระบบทางเดินอาหาร ดังนั้นโดยเฉลี่ยความต้องการธาตุเหล็กประมาณวันละ ๖-๗ มิลลิกรัม ซึ่งปริมาณเหล็กที่สะสมในร่างกายในร่างกายมักจะเพียงพอจำเป็นต้องได้รับธาตุเหล็กเสริม และหากได้รับไม่เพียงพอก็อาจเกิดภาวะโลหิตจางในมารดาได้ แต่ทารกจะไม่เกิดโลหิตจางเนื่องจากรกมีความสามารถในการขนส่งธาตุเหล็กไปให้ทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพถึงแม้ว่าปริมาณเหล็กที่สะสมในมารดาจะไม่เพียงพอก็ตาม^{๑๔}

๓.๑.๓.๒ Megaloblastic anemia เป็นภาวะโลหิตจางที่พบว่าเม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่กว่าปกติ (MCV > ๑๐๐ fL) เกิดจากเซลล์ไขกระดูกไม่สามารถสร้าง DNA ได้ตามปกติ แต่ยังคงสร้าง RNA และโปรตีนได้ ทำให้ไซโตพลาสซึมมีขนาดใหญ่แต่นิวเคลียสเล็ก เกิด “nuclear-cytoplasmic asynchronism” สาเหตุหลักเกิดจากการขาดกรดโฟลิก (folic) หรือวิตามิน B๑๒ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความผิดปกติในกระบวนการสร้าง DNA โรคนี้มีอุบัติการณ์ต่ำในคนไทยเนื่องจากอาหารที่คนไทยรับประทานมีกรดโฟลิกและวิตามิน B๑๒ สูง

(๑) Folic acid deficiency กรดโฟลิกส่วนใหญ่อยู่ในผักใบเขียวและเนื้อสัตว์ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการประกอบอาหารที่ใช้ความร้อนนานไป นอกจากนี้การดื่มสุราในปริมาณมากก็จะรบกวนกระบวนการ metabolism ของกรดโฟลิก ในหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์จะมีความต้องการโฟลิกวันละ ๕๐-๑๐๐ ไมโครกรัม แต่ในระหว่างการตั้งครรภ์ความต้องการจะเพิ่มขึ้นเป็นวันละ ๔๐๐ ไมโครกรัม ภาวะโลหิตจางจากการขาดโฟเลตเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของ megaloblastic anemia ในสตรีตั้งครรภ์ โดยอุบัติการณ์แตกต่างกันไปทั่วโลก ประมาณร้อยละ ๑-๓๐ อาการแตกต่างกับโลหิตจาง

จากการขาดวิตามินบี๑๒ คือจะไม่มีคามผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นในโรคโลหิตจางจากการขาดโฟเลต ส่วนผลต่อการตั้งครรภ์พบว่า ไม่ค่อยมีผลทำให้เกิดภาวะโลหิตจางกับทารกในครรภ์ แต่การขาดโฟเลตในช่วงแรกของการตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด neural tube defect แก่ทารกได้

ร่างกายมนุษย์ไม่สามารถสังเคราะห์ folic acid เองได้ จึงจำเป็นต้องได้รับจากภายนอกเท่านั้น เมื่อรับประทานเข้าไปจะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กและเก็บสะสม ไว้ในร่างกาย ๕-๑๐ mg ที่ตับ ซึ่งปริมาณที่สะสมนี้จะใช้หมดภายใน ๒-๔ เดือน

(๒) Vitamin B๑๒ deficiency วิตามิน B๑๒ พบมากในอาหารจำพวกเนื้อปลา และนม การเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดวิตามิน B๑๒ ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะ Addisonian pernicious anemia ซึ่งพบในคนผิวขาว เกิดจากการขาด intrinsic factor ทำให้ไม่สามารถดูดซึมวิตามิน B๑๒ ได้ นอกจากนี้ยังพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดกระเพาะอาหารหรือภาวะ Crohn's disease ภาวะโลหิตจางจากการขาดวิตามิน B๑๒ พบน้อย แต่มีความสำคัญเนื่องจากพบมีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทและมีการทางจิตร่วมด้วยได้ เช่น ชา การทรงตัวผิดปกติ(ataxia) ขาดสมาธิ เป็นต้น จากสมองและ spinal cord ถูกทำลาย

๓.๑.๓.๓ Thalassemia เป็นโรคพันธุกรรมทางโลหิตวิทยา ถ่ายทอดในลักษณะยีนด้อย (autosomal recessive) มีความผิดปกติในการสังเคราะห์ฮีโมโกลบิน ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเกิดภาวะโลหิตจางซึ่งความรุนแรงจะต่างกันไปตามชนิดของธาลัสซีเมีย ตั้งแต่มีอาการเล็กน้อยจนถึงเกิดภาวะโลหิตจางเรื้อรัง มีการเจริญเติบโตไม่สมอายุ เกิดพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับม้ามโต หัวใจวาย เป็นต้น หากเป็นชนิดรุนแรงมากจะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ส่วนการรักษาให้หายขาดในปัจจุบันทำได้โดยการปลูกถ่ายไขกระดูก แต่มีความเสี่ยงถึงขั้นเสียชีวิตได้จึงทำในเฉพาะบางรายเท่านั้น

อุบัติการณ์สูงในประเทศไทย โดยประชากรมียีน alpha thalassemia ร้อยละ ๒๐-๓๐ ยีน beta thalassemia ร้อยละ ๓-๔ ยีน hemoglobin E (Hb E) ร้อยละ ๑๓ ซึ่งสูงมากขึ้นในภาคอีสาน ถึงร้อยละ ๓๐-๔๐ ส่วน Hb Constant Spring (Hb CS) พบร้อยละ ๑-๘^{๑๔}

๓.๑.๓.๔ Autoimmune hemolytic anemia พบได้ไม่บ่อย ประมาณ ๑ ต่อ ๑๔๐,๐๐๐ ของการตั้งครรภ์มีโลหิตจางเนื่องจาก ๓ ปัจจัย คือ warm-active antibodies (ร้อยละ ๘๐-๙๐) cold-active antibodies หรือร่วมกันทั้งสองแบบ โดยอาจจะเป็น primary(idiopathic) หรือ secondary จากโรคอื่นเช่น lymphoma, leukemia, connective tissue disease, drug-induced antibodies หรือการติดเชื้อ เป็นต้น สำหรับ cold-agglutinin disease นั้นสัมพันธ์กับการติดเชื้อ mycoplasma หรือ infectious mononucleosis

การตั้งครรภ์อาจมีผลทำให้เพิ่มการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงมากขึ้น ทำให้อาการของโรคแย่ลงได้โดยเฉพาะในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และในรายที่เคย remission ไปแล้วอาจจะกลับมา relapse ได้ในช่วงตั้งครรภ์ ตัวของแอนติบอดี IgG สามารถผ่านรกดังนั้นจึงมีผลทำลายเม็ดเลือดแดงของทารกได้^{๑๕}

๓.๑.๓.๕ Aplastic anemia พบน้อยในสตรีตั้งครรภ์แต่จัดว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมาก ความผิดปกติอยู่ที่มีการลด stem cells ในไขกระดูกลงอย่างมาก เซลล์ที่ไขกระดูกลดลงทั้งสามชนิด (เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด) วินิจฉัยได้จากการที่พบว่ามีภาวะโลหิตจางร่วมกับ เม็ดเลือดขาวต่ำและเกล็ดเลือดต่ำ รวมทั้งการมีจำนวนเม็ดเลือดในไขกระดูกลดลงอย่างมาก aplastic anemia อาจเป็นโดยกำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลังก็ได้ ชนิดที่เกิดขึ้นภายหลังอาจเกิดจากการได้รับยาหรือสารเคมีบางชนิด การติดเชื้อ โดนรังสี และภูมิคุ้มกันบกพร่อง และรวมถึง Fanconi anemia ซึ่งถ่ายทอดแบบ autosomal recessive

โดยส่วนใหญ่โรคไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์แต่ส่วนหนึ่งเกิดจากการตั้งครรภ์มีส่วนชักนำให้เกิดโรค (pregnancy-induced aplastic/ hypoplastic anemia) ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายได้ภายหลังคลอด และจะกลับมาเป็นอีกครั้งในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป

อันตรายสำคัญที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ คือการตกเลือด และการติดเชื้อ ดังนั้นในระหว่างการตั้งครรภ์จะต้องติดตามดูว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ และถ้ามีต้องให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมทันที หลีกเลี่ยงการเสียเลือดให้มากที่สุดโดยเฉพาะในระยะคลอด

๓.๑.๔ ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์

๓.๑.๔.๑ ผลต่อมารดาจากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อ severe maternal morbidity (SMM) ได้แก่ eclampsia, transfusion, hysterectomy, or intensive care unit admission at delivery เป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังอาจพบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ postpartum haemorrhage, cesarean delivery และ infection เป็นต้น^{๑๖}

๓.๑.๔.๒ ผลต่อทารกในครรภ์จากการศึกษาพบว่าภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ intrauterine growth restriction, death fetus in utero, infection, preterm delivery และ neurodevelopmental damage เป็นต้น^{๑๗-๑๙}

๓.๑.๕ การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองหาภาวะโลหิตจาง ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ หากตรวจคัดกรองพบว่ามีภาวะโลหิตจาง ถึงแม้ไม่มีอาการก็ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุและความรุนแรงของโรค โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑.๕.๑ ประวัติโดยทั่วไปสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมักไม่มีอาการผิดปกติ แต่บ่อยครั้งที่ตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีที่ภาวะโลหิตจางมีมาก อาจมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลม อ่อนเพลีย เป็นต้น นอกจากนี้ควรซักประวัติเพื่อหาสาเหตุเช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ การผ่าตัดลำไส้ ความผิดปกติของทางเดินอาหาร ประวัติการมีบุตรหลายคน การตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นต้น ซึ่งประวัติเหล่านี้จะทำให้คิดถึงภาวะขาดธาตุเหล็กมากขึ้น

๓.๑.๕.๒ การตรวจร่างกาย โดยดูสีของ mucous membrane, sclera และเล็บว่าเป็นสีชมพูหรือไม่ และตรวจร่างกายระบบอื่นซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจาง เช่น ตับ ม้าม หัวใจ เป็นต้น

๓.๑.๕.๓ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Primary screening for anemia (Hemoglobin, CBC)- First trimester hemoglobin < ๑๑ g/dL- Second trimester hemoglobin < ๑๐.๕ g/dL- Third trimester hemoglobin < ๑๑ g/dL

Differential using MCV MCV < ๘๐ fL (microcytic anemia)- Iron deficiency- Thalassemia- Anemia of chronic disease or anemia of inflammation MCV ๘๐ - ๑๐๐ fL (normocytic anemia)- Iron deficiency- Infection- Hypothyroidism- Liver disease or alcohol use- Drug-induced- Hemolysis- Vitamin B๑๒ or folate deficiency MCV > ๑๐๐ fL (macrocytic anemia)- Vitamin B๑๒ or folate deficiency- Drug induced- Liver disease or alcohol use- Hypothyroidism- Myelodysplastic Syndromes

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น mean corpuscular hemoglobin (MCH), erythrocyte count, red cell distribution width (RDW), reticulocyte count และ peripheral smear เพื่อประเมินลักษณะของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดเป็นต้น หากสงสัยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ให้ส่งตรวจ serum iron, total iron-binding capacity (TIBC), transferrin saturation และ plasma or serum transferrin เพิ่มเติม^{๒๐,๒๑}

๓.๑.๖ การป้องกัน

๓.๑.๖.๑ การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการเสริมธาตุเหล็ก ๖๐ mg ทุกวัน ตลอดการตั้งครรภ์ (๒๒) ยกเว้น มีข้อห้ามในการให้ เช่น มีภาวะเหล็กเกินในร่างกาย (hemochromatosis) (๒๓) ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก เช่น ผักใบเขียว ไข่ เนื้อ ปลา ถั่ว และธัญพืชต่างๆ โดยให้ความรู้โภชนาการแก่หญิงที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์

๓.๑.๖.๒ การป้องกันภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่นๆ

- การขาดวิตามินบี ๑๒ รับประทานอาหารที่มีวิตามินบี ๑๒ คือการป้องกันที่ดีที่สุด ในผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัตอย่างเข้มงวดแนะนำให้รับประทานวิตามินบี ๑๒ เสริมเพิ่มเติม ในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกไปทั้งหมดจะต้องได้รับวิตามินบี ๑๒ ทางการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ๑๐๐๐ ไมโครกรัม เดือนละครั้ง ไปตลอดชีวิต

- การขาดโฟลิกควรมีการเสริมโฟเลตวันละ ๔๐๐ ไมโครกรัม ร่วมกับธาตุเหล็ก ในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิด megaloblastic anemia และการให้ก่อนการตั้งครรภ์ ๑ เดือน ช่วยลดโอกาสการเกิด neural tube defect (NTD) แก่ทารกได้ แต่หากเคยมีประวัติลูกเป็น NTD แนะนำให้ทานวันละ ๔ มก.

- โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงหรือ TDT สตรีที่วางแผนตั้งครรภ์ ควรมีระดับ Hb ที่ ๑๐ g/dL จากการได้รับเลือดสม่ำเสมอและได้รับการประเมินการทำงานของหัวใจก่อน และให้คำแนะนำดังนี้

๑) คู่สามีควรได้รับการตรวจค้นหาการเป็นพาหะหรือเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โดยตรวจชนิดของฮีโมโกลบินหรือชนิดของ mutation เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นธาลัสซีเมีย และหากพบว่ามีความเสี่ยงอาจเลือกหลีกเลี่ยงการมีบุตรเป็นโรคด้วยการวินิจฉัยก่อนคลอด ซึ่งทำได้ดังนี้ คือ

- การเก็บตัวอย่างเซลล์ทารก โดยการเจาะน้ำคร่ำเก็บเซลล์ fibroblast หรือตัดชิ้นเนื้อรก (chorionic villi sampling) เพื่อนำมาวิเคราะห์ความผิดปกติในระดับยีนโดยใช้ recombinant DNA technique หรือ gene mapping
- เก็บตัวอย่างเลือดจากสายสะดือทารกมาตรวจโดยใช้คลื่นความถี่สูงขึ้นำ เพื่อนำมาตรวจ Hb typing

๒) ให้ความรู้ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งต่อตัวมารดาและทารกในครรภ์ โดยความเสี่ยงขึ้นกับความรุนแรงของภาวะซีดและอวัยวะภายในที่เสียหายที่จากภาวะเหล็กเกิน ตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ เช่น ทำให้อาการซีดรุนแรงมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดหัวใจล้มเหลว การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อง่าย การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูง การทำหัตถการช่วยคลอดหรือการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น การตกเลือดหลังคลอดที่มารดาทนต่อการเสียเลือดได้น้อยจากภาวะเลือดจาง และการติดเชื้อหลังคลอด ส่วนภาวะแทรกซ้อนของทารกเหมือนกับโลหิตจางอื่น ๆ

๓.๑.๗ การรักษา^๙

๓.๑.๗.๑ การรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

๑) ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทาน เพื่อให้ได้เหล็กวันละ ๒๐๐ mg โดยแบ่งให้วันละ ๒-๓ ครั้งรับประทานทุกวัน

๒) ตรวจเลือดติดตามค่า Hb หรือ CBC หลังการรักษา ๔ สัปดาห์ หากการรักษาได้ผล Hb ควรสูงขึ้นเกิน ๑ g/dl และให้ทานยาต่ออีก ๖๐ วัน แล้วจึงลดขนาดการให้เป็น ๖๐ mg เพื่อป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กซ้ำ

๓) หากรักษาด้วยการทานเหล็กแล้วไม่ได้ผล แสดงว่าผู้ป่วยอาจจะเป็นโรคโลหิตจางจากสาเหตุอื่น ให้งดการเสริมธาตุเหล็ก และตรวจหาสาเหตุอื่น แต่ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องแล้วและไม่มีการเสียเลือดเรื้อรังที่ยังไม่ได้รักษาอยู่

๔) การให้ blood transfusion^๖

- ในช่วง antepartum ไม่ค่อยมีข้อบ่งชี้ ยกเว้นซีดรุนแรง Hb < ๖ g/dl ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดขาดออกซิเจนของทารก ทำให้มี non reassuring fetal heart rate patterns, น้ำคร่ำน้อย, fetal cerebral vasodilatation และเกิดเสียชีวิตในครรภ์ได้ จึงอาจเป็นข้อบ่งชี้ในการให้เลือด
- ในช่วงคลอดหรือหลังคลอดแล้วมีการเสียเลือดมาก เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจล้มเหลว

๕) การให้เหล็กทางเส้นเลือด ให้ได้ในกรณีที่ไม่สามารถ tolerate oral iron กินได้น้อย มีปัญหาการดูดซึม หรือผู้ป่วยโรคไตที่ต้อง dialysis เป็นต้น^๖ ซึ่งมีความปลอดภัยและจะเพิ่มระดับ Hb ได้เร็วกว่ารูปแบบรับประทานในช่วงสัปดาห์แรก แต่หลัง ๔๐ วันพบว่าผลไม่แตกต่างกัน ในประเทศไทยมี ๒ ชนิด คือ ferrous sucrose และ iron dextran (ร้อยละ ๑ เกิดอาการแพ้หลังได้ iron dextran)

๓.๑.๗.๒ การรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดวิตามินบี ๑๒ ให้รับประทานวิตามินบี ๑๒ ขนาด ๑-๒ มิลลิกรัมต่อวัน ทุกวันเป็น เวลา ๑-๒ สัปดาห์จนระดับ Hb กลับเป็นปกติ จากนั้นให้วันละ ๑ มิลลิกรัมร่วมกับการรับประทานอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีวิตามินบี ๑๒ สูง ส่วนอาการทางระบบประสาทจะกลับเป็นปกติได้อาจต้องใช้เวลาหลายเดือนถึงปี

๓.๑.๗.๓ การรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดโฟลิก

๑) รับประทานโฟเลต ขนาด ๑ มก.ต่อวัน ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มี folic acid สูง แต่ในรายที่มีภาวะ malabsorption หรือมีความต้องการมาก เช่น ครรภ์แฝด hemolytic anemia หรือ Crohn's disease ให้รับประทานในขนาด ๕ มก.ต่อวัน

๒) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยากันชักที่มีผลทำให้เกิด megaloblastic anemia อาจพิจารณาให้ low dose folic acid (๕๐๐ ไมโครกรัมต่อวัน) ทุกวันจนกว่าจะหยุดยากันชัก แต่ทั้งนี้ยังไม่มีคำแนะนำที่ชัดเจนเพราะ folic acid อาจลดฤทธิ์ของยากันชักลงโดยการเพิ่มกระบวนการ metabolism (enzyme inducer) ดังนั้นจึงควรติดตามอย่างใกล้ชิดจนกว่าจะหยุดยากันชัก

การติดตามการรักษา : อาการของผู้ป่วยควรดีขึ้นตั้งแต่ช่วงแรกของการรักษา ระดับของ reticulocyte ควรจะเพิ่มสูงขึ้นภายใน ๕-๘ วันหลังจากเริ่มใช้ยา และ Hb จะเพิ่มขึ้นภายใน ๒ สัปดาห์และกลับเป็นปกติภายใน ๒ เดือน

๓.๑.๗.๔ การรักษาภาวะโลหิตจางจากภาวะธาลัสซีเมีย

การดูแลรักษาควรใช้ทีมแพทย์สหสาขาาร่วมกัน หลักการดูแลรักษาด้านแม่ มีดังต่อไปนี้

๑) จัดการรักษาด้วยยาขับเหล็ก

๒) ให้เลือดเพื่อรักษาระดับ Hb ให้อยู่ที่ระดับ ไม่ต่ำกว่า ๗-๑๐ g/dl โดยการเลือกเลือดที่ให้ควรเป็นเลือดที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวน้อย leukocyte poored PRC (LPCR) หรือ leukocyte depleted (LDPRC)

๓) รับประทานกรดโฟลิกเสริม ๕ มก.ต่อวัน ทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง งดสูบบุหรี่และสารเสพติด

๔) เฝ้าระวังการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๒.๑ สามารถอธิบายวิเคราะห์วิจารณ์และสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลงของทารกและพัฒนาการของทารกในครรภ์ ความปกติและความผิดปกติของการตั้งครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอด และทารกแรกเกิด โดยอาศัยระบบครรภ์เสี่ยงสูง (high risk pregnancy)

๓.๒.๒ สามารถอธิบายสรีรวิทยาของการเจ็บครรภ์และคลอด การดำเนินการคลอด การดูแลการคลอด วัฒนธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงของทารกทันทีแรกเกิดได้

๓.๒.๓ สามารถให้คำปรึกษาแนะนำและดำเนินการในการสร้างส่งเสริม ป้องกันปัญหาและฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลก่อนสมรส/ก่อนตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ที่ผิดปกติเพื่อลดอัตราตายอัตราทุพพลภาพ และเพิ่มพูนสุขภาพอนามัยสำหรับสตรีขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทารกปรกําเนิดการวางแผนครอบครัว

๓.๒.๔ สามารถให้การบริบาลทางคลินิกแก่มารดาทารก ทารกแรกเกิดและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม เหมาะสมและเป็นไปตามหลักวิชาการจริยธรรมทางการแพทย์และสิทธิของผู้ป่วย

๓.๒.๕ สามารถประเมินสภาพและวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงต่ออันตรายในทุกระยะของการตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

๓.๒.๖ อธิบายวิเคราะห์วิจารณ์ความผิดปกติในการตั้งครรภ์(abnormal pregnancy) ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม(medical complications) และแนวทางในการบริหารตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งความหมายความสำคัญ อุบัติการณ์สาเหตุและปัจจัยสัมพันธ์พยาธิสภาพ พยาธิสรีระ ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงและภาวะเสี่ยงสูงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการลดความรุนแรง การดำเนินโรคการวินิจฉัยแยกโรคการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายการดูแลรักษาการพยากรณ์โรคและการส่งต่อ

๓.๒.๗ สามารถตรวจทารกและรกในครรภ์อายุครรภ์(gestational age) จำนวนทารก(fetal number) แนว(lie)ท่าทรงตัว(attitude) ส่วนนำ (presentation) ท่า (position) เพศ(sex) การเจริญเติบโตและความสมบูรณ์(growth and maturity) สุขภาวะ(well-being) ความพิการ(anomaly)

๓.๒.๘ สามารถการตรวจสืบค้นสุขภาพทารกในครรภ์ทางคลินิกโดยเครื่องมือเฉพาะหรือโดยการปฏิบัติการและแปลผลได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การนับการดิ้นของทารกในครรภ์(fetal movement count) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสแรก (First trimester ultrasound examination) ตามแนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสที่สองและสาม (Standard second and third-trimester examination) ตามแนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยการตรวจการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์(electronic fetal monitoring; EFM) การตรวจในระยะฝากครรภ์(antepartum electronic fetal monitoring) เช่น nonstress test, fetal vibroacoustic stimulation test (FAST) การตรวจในระยะก่อนเจ็บครรภ์คลอด (intrapartum electronic fetal monitoring) ส่งให้ผู้อื่นตรวจสืบค้นเพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสมและแปลผลได้ถูกต้องการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีเอกซ์(diagnostic x-ray) การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (prenatal diagnosis) การตรวจโดยคลื่นเสียงความถี่สูงชนิดดอปเพลอร์(Doppler ultrasonography) การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ บางอย่างเช่น การตรวจหาเชื้อไวรัสเชื้อแบคทีเรียเชื้อราและเชื้อพยาธิ์การตรวจฮอร์โมนเบต้าเอชซีจี(b-hCG) และฮอร์โมนอื่นๆ เป็นต้น

๓.๒.๙ สามารถทำคลอดปกติและผิดปกติ เลือกการทำสูติศาสตร์หัตถการ ได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อบ่งชี้

๓.๒.๑๐ ประเมินสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดและให้การดูแลหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม วินิจฉัยบำบัดรักษาปรึกษาและส่งต่อรับปรึกษาและรับย้ายโรค/ภาวะฉุกเฉิน/ภาวะแทรกซ้อน ได้อย่างเหมาะสม

๓.๒.๑๑ ดูแลภาวะวิกฤตและปฏิบัติการกู้ชีวิตได้ถูกต้อง เหมาะสม

๓.๒.๑๒ สามารถอธิบายการคืนสภาพของระบบเจริญพันธุ์การคืนสภาพของระบบอวัยวะต่าง ๆ การปรับตัวด้านอารมณ์และจิตใจการสร้างน้ำนมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

๓.๒.๑๓ ด้านรีเวช สามารถให้การบริบาลสุขภาพอนามัยทางระบบการเจริญพันธุ์แก่สตรี ทุกวัย ตลอดจนครอบครัวตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสูตินรีเวชกรรม เพื่อการเจริญพันธุ์และการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของสตรีได้แก่สามารถตรวจและวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและโรคทางระบบการเจริญพันธุ์และอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีทุกวัยได้และให้การสร้างและส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพได้เหมาะสม โดยเฉพาะการป้องกันโรคมะเร็งระยะลุกลามและระยะแพร่กระจาย ดูแลและบำบัดรักษาความผิดปกติและโรคทางระบบการเจริญพันธุ์และอวัยวะสืบพันธุ์ รวมทั้งมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม

๓.๒.๑๔ ส่งต่อผู้มีบุตรยากและมะเร็งระยะลุกลามแก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะให้การฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย สมรรถภาพ บุคลิกภาพ อารมณ์จิตวิญญาณ ครอบครัวและสังคม ตลอดจนสตรีที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราให้คำแนะนำ ปกป้องในการวางแผนครอบครัวและให้การบริการคุมกำเนิด ได้เหมาะสม

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนทางโลหิตวิทยาที่พบได้บ่อยที่สุดของการตั้งครรภ์ โดยภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์หมายถึงภาวะที่ค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin, Hb) ต่ำกว่า ๑๑ กรัมต่อเดซิลิตร หรือค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit, Hct) ต่ำกว่า ๓๓ เปอร์เซ็นต์^๖ ซึ่งภาวะนี้เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์กว่าร้อยละ ๔๖ จากทั่วโลกมีภาวะโลหิตจาง^๖ และในแถบเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ถึงร้อยละ ๕๒.๓^๗ สาเหตุสำคัญของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์คือการขาดสารอาหารจากธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก^๖ ซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก เช่น มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อาจทำให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว มีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้น ทารกเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีโอกาสน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม มีภาวะโตช้าในครรภ์และมีโอกาสเข้าหน่วยดูแลเด็กวิกฤตมากขึ้น^๘

ผลการสำรวจภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๒พบมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปีพ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๒ สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ ๑๖.๐๖ และ ๑๖.๔๓ ตามลำดับ^๙ กระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายร่วมกับให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการใช้ธาตุเหล็กเสริม ทำให้ผลสำรวจภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๔ ลดลงเป็นร้อยละ ๑๕.๐๘ และ ๑๔.๖๙ ตามลำดับ โดยสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. ๒๕๖๐ -๒๕๖๔ อยู่ที่ร้อยละ ๓๒.๐๘, ๑๕.๐๑, ๑๒.๔๑, ๑๒.๐๘ และ ๑๒.๒๓ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง^{๑๐} แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดไว้ว่าไม่ควรเกินร้อยละ ๑๐

สถิติโรงพยาบาลน้ำพองพบมีอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔ อยู่ที่ร้อยละ ๖.๗๕, ๗.๒๒ และ ๑๐.๗๐^{๑๑} ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลน้ำพองจะได้ดำเนินการควบคุมและป้องกันโดยให้ยาเสริมธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทุกรายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด แต่ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของ

การเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ลงได้ อาจเป็นเพราะยังไม่มีการค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอย่างจริงจังเนื่องจากภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเกี่ยวข้องที่อาจทำให้มีภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพองแบ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประวัติทางสูติกรรม ได้แก่ ดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์และอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) คือส่งเสริมการเกิดรอดปลอดภัยทั้งแม่และลูกและเพื่อการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง
๒. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง(Retrospective cohort study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพองอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

ใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างโดยวิธีคำนวณสัดส่วนประชากรโดยทราบจำนวนประชากร (Estimating a finite population proportion) ด้วยโปรแกรม n๔studies จากจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพองตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ จำนวน ๒๗๕ คน

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

$$N = ๒๗๕$$

$$\text{Proportion } ๐.๒$$

$$\text{Alpha error} = ๐.๐๕$$

$$\text{Absolute Precision (d)} = ๐.๐๕$$

$$\text{Allow for loss} = ๑๐\%$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำเป็นต้องใช้อย่างน้อย ๑๔๖ คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน(simplerandom sampling) จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด มีเกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจ Hemoglobin การตรวจเลือดครั้งที่ ๑ ไม่จำกัดอายุครรภ์ เกณฑ์การคัดออกคือ ๑) มีประวัติของการเป็นโรคเลือดอื่น ๆ เช่น โรคธาลัสซีเมีย ภาวะพร่องเอนไซม์ G-๖PD Systemic Lupus Erythematosus และ Aplastic anemia ๒) เวชระเบียนสูญหาย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว BMI เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก

ส่วนที่ ๒ ประวัติทางสูติกรรม ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ไตรมาสที่พบภาวะซีดครั้งแรก จำนวนทารกในครรภ์

ส่วนที่ ๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผล Hemoglobin level

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ(Secondary data) จากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลน้ำพอง จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS premium ๒๘

๑.วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา กรณีข้อมูลแจกนับ นำเสนอค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) กรณีข้อมูลต่อเนื่องและมีการกระจายไม่เบ้ นำเสนอค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation) แต่ถ้าการกระจายเบ้ นำเสนอค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำ(Minimum) ค่าสูง(Maximum) ใช้สถิติอนุมาน Chi-squared test หรือ fisher exact ในตัวแปร categorical data และสถิติ independent t-test และ Mann-Whitney-U test ตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการกระจายตัวปกติและไม่ปกติตามลำดับ

๒.วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางที่ละตัวแปรด้วยสถิติ Simple Logistic regression หาค่า OR และช่วงความเชื่อมั่น ๙๕% CI และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value <๐.๐๕ มาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้ Multiple Logistic Regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ข้อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยื่นเสนอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ซึ่งการศึกษานี้เป็นการวิจัยที่ใช้เวชระเบียนผู้ป่วย ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ผู้วิจัยได้ยึดหลักตามแนวปฏิบัติจริยธรรมและเคารพความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัครโดยไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย และ Hospital number แต่จะใช้หมายเลข Code แทนผู้ป่วยแต่ละรายในแบบบันทึกข้อมูลแทน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการศึกษา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง มีค่าเฉลี่ยปริมาณฮีโมโกลบิน ๑๑.๗๔ กรัมต่อเดซิลิตร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) เท่ากับ ๑.๒๕ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๒ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา(AOR๔.๒๒๔,๙๕%CI ๑.๐๒๓,๑๗.๔๔๖) ($p=0.0๔๗$), อาชีพว่างงานหรือแม่บ้าน(AOR ๒.๘๘๖, ๙๕% CI ๑.๒๑๒, ๖.๘๗๑) ($p=0.0๑๗$) และฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ (AOR๓.๒๒๙,๙๕%CI๑.๒๔๖,๘.๗๓๕) ($p=0.0๑๖$) ปัจจัยอื่น ๆ ของการศึกษานี้ที่ไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ได้แก่ อายุ, สถานภาพสมรส, โรคประจำตัว, ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เพื่อเป็นประโยชน์ในการรณรงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในภาคหน้าได้

ประโยชน์ต่อทีมผู้รักษา

ทำให้ทีมรักษาทราบถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ได้แก่ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานในเฝ้าระวัง การดูแลและให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะโลหิตจางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ต่อโรงพยาบาล

ช่วยลดภาระงาน/ค่าใช้จ่ายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การค้นหาและคัดแยกข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลน้ำพองย้อนหลัง เป็นเวลา ๑ ปี

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งถัดไป

ควรมีการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อมารดาและทารก ระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบนโยบายที่ใช้ในการบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ทั้งในแผนกฝากครรภ์และหน่วยบริการในพื้นที่ เช่นอนามัยชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้จัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ตรงกลุ่มเป้าหมายในด้านการเฝ้าระวังความเสี่ยงตามปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง ดังนี้

- ในคลินิกฝากครรภ์

- จัดอบรมทบทวนความรู้ความสามารถบุคลากรผู้ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมในการให้ความรู้และบริการในคลินิก เพื่อให้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะโลหิตจางได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการจัดโปรแกรมดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะโลหิตจาง เน้นการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและยาบำรุงเลือด อาจมีการประสานงานกับกลุ่มงานโภชนาการเพื่อดูแลเรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ และมีการทบทวนความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์
- จัดทำสื่อการสอนเช่นเอกสารแผ่นพับหรือคลิปวิดีโอเรื่องการใช้อย่างถูกต้องในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดหรืออาหารที่มีธาตุเหล็กสูงให้หญิงตั้งครรภ์เมื่อมาที่คลินิกฝากครรภ์

- ในหน่วยบริการชุมชน

- มีการสอดส่องดูแลในชุมชนและประสานงานระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาลเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเรื่องภาวะโลหิตจาง เช่น ในกลุ่มหญิงที่มีอาชีพว่างงานหรือแม่บ้าน , มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา ให้เข้ารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์และฝากครรภ์สม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ลดความเสี่ยงจากการฝากครรภ์ช้าและลดความเสี่ยงในการมีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ผลงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

(Associated risk factors among anemia in pregnant women attending antenatal clinic in Nam Phong Hospital, KhonKaen Province.)

ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๒ เมื่อ เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวธัญญารัตน์ สิงห์แดง สัดส่วนของผลงาน ๘๐%

๒) นายไพฑูรย์ พรหมเทศ สัดส่วนของผลงาน ๒๐%

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวธัญญารัตน์ สิงห์แดง	ธัญญารัตน์ สิงห์แดง
นายไพฑูรย์ พรหมเทศ	

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ธัญญารัตน์ สิงห์แดง.....
 (นางสาวธัญญารัตน์ สิงห์แดง)
 นายแพทย์ชำนาญการ
 ผู้ขอประเมิน
 วันที่ 19 / กรกฎาคม / 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....อ. น. ธี.....
 (นายอูรส สิงห์งาม)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง
 (วันที่) 20 / กรกฎาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....[ลายเซ็น].....
 (นายอภิชัย ลิมนานท์)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
 (วันที่) 23 / ส.ค. / 2566

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่องการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่
โรงพยาบาลน้ำพอง

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะที่สตรีตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ต่ำกว่า ๑๑ กรัมต่อเดซิลิตร หรือมีระดับฮีมาโตคริต (hematocrit) ต่ำกว่าร้อยละ ๓๓ (World Health Organization [WHO], ๒๐๑๗) โดยสาเหตุที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การขาดสารอาหาร มีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ มีการสูญเสียเลือดและมีการติดเชื้อ (Goonewardene, Shehata, & Hamad, ๒๐๑๒) รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยส่งผลให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๔๐-๕๐ มากกว่าขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ โดยเพิ่มทั้งน้ำเลือด (plasma) และเม็ดเลือดแดง (erythrocytes) แต่ปริมาณน้ำเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าเม็ดเลือดแดงจึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากสรีรวิทยา (physiologic anemia of pregnancy) (Cunningham et al., ๒๐๑๔) ซึ่งภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้ทั่วโลกจากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าสตรีตั้งครรภ์กว่าร้อยละ ๔๖ จากทั่วโลกมีภาวะโลหิตจาง (World Health Organization [WHO], ๒๐๑๗) และในแถบเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ถึงร้อยละ ๕๒.๓ (Sunuwar DR, Singh DR, Chaudhary NK, et al., ๒๐๒๐) สาเหตุสำคัญของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์คือการขาดสารอาหารจากธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (ชลธิชา ตานา, ๒๕๕๔) กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีอัตราของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ ๑๐ เนื่องจากภาวะโลหิตจางส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก เช่น มารดาเหนื่อยง่าย หน้ามืด เวียนศีรษะเป็นลม ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ความทนต่อการสูญเสียเลือดในระหว่างคลอดลดลง รวมทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้ง่าย ได้แก่ มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อาจทำให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว มีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้น ส่วนทารกทารกเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีโอกาสน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม มีภาวะโตช้าในครรภ์และมีโอกาสเข้าหน่วยดูแลเด็กวิกฤตมากขึ้น (Lin L, Wei Y, Zhu W, et al; ๒๐๑๘)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

ผลการสำรวจภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๔ พบมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปีพ.ศ. ๒๕๖๑ -๒๕๖๒ สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ ๑๖.๐๖ และ ๑๖.๔๓ ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) กระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโภชนาการและการใช้ธาตุเหล็กเสริม ทำให้ผลสำรวจภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ลดลงเป็นร้อยละ ๑๕.๐๘ และ ๑๔.๖๙ ตามลำดับ โดยสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. ๒๕๖๐ -๒๕๖๔ อยู่ที่ร้อยละ ๓๒.๐๘, ๑๕.๐๑, ๑๒.๔๑, ๑๒.๐๘ และ ๑๒.๒๓ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง

(Cunningham F, Levono K, Bloom S, et al., ๒๐๑๔) แต่ยิ่งสูงกว่าเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดไว้ว่าไม่ควรเกินร้อยละ ๑๐

สถิติโรงพยาบาลน้ำพองพบมีอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ปีพ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔ อยู่ที่ร้อยละ ๖.๗๕, ๗.๒๒ และ ๑๐.๗๐ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลน้ำพอง, ๒๕๖๔) ซึ่งพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลน้ำพองจะได้ดำเนินการควบคุมและป้องกันโดยให้ยาเสริมธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทุกรายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอดแต่ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ลงได้ อาจเป็นเพราะยัง ไม่มีการค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอย่างจริงจัง จากการศึกษาของผู้วิจัย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง มีค่าเฉลี่ยปริมาณฮีโมโกลบิน ๑๑.๗๔ กรัมต่อเดซิลิตร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)เท่ากับ ๑.๒๕ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๒ โดย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา (AOR ๔.๒๒๔, ๙๕%CI ๑.๐๒๓, ๑๗.๔๔๖) ($p=0.0๔๗$), อาชีพว่างงานหรือแม่บ้าน (AOR ๒.๘๘๖, ๙๕%CI ๑.๒๑๒, ๖.๘๗๑) ($p=0.0๑๗$) และฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ (AOR ๓.๒๒๙, ๙๕%CI ๑.๒๔๖, ๘.๗๓๕) ($p=0.0๑๖$) ปัจจัยอื่นๆ ของการศึกษานี้ที่ไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางได้แก่ อายุ, สถานภาพสมรส, โรคประจำตัว, ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ผู้วิจัยจึงแนวคิดที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวางแผน ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง แต่เนื่องจากคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลน้ำพองยังไม่มีกรวางแผน เก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะ โลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพองขึ้น

๓.๒ แนวความคิด/ข้อเสนอ

การดำเนินงานครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำความรู้ ทฤษฎีและแนวคิดที่ได้ทบทวนจากวรรณกรรม มาใช้ในการพัฒนา ดังนี้

๓.๒.๑ ความรู้เรื่องโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

๓.๒.๒ รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพองดังนี้

๑) การเฝ้าระวังในคลินิกฝากครรภ์มีแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางใน ระยะตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก มีการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ทั้ง OF DCIP และ CBC เพื่อ ดูแลและให้การรักษา ยังเฝ้าระวังโดยการเจาะ Hctเมื่ออายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ และตรวจ CBC ซ้ำใน อายุครรภ์ ๓๑-๓๒ สัปดาห์อีกครั้ง และในคลินิกบริการฝากครรภ์ มีการใช้กราฟในการเฝ้าระวังภาวะ โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พร้อมทั้งดูแลตามแนวทางการดูแล/เฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

นอกจากนี้มีโปรแกรมการแก้ไขปัญหา โดยการให้คำปรึกษา การให้ความรู้/แนวทาง ปฏิบัติ และการบันทึกพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ พบหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ที่คลินิกฝากครรภ์(อายุครรภ์ก่อน ๒๐ สัปดาห์) เพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่มีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง แบบสังเกตหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์การตรวจฮีมาโตคริตครั้งที่ ๑ การสร้าง ความรู้ความเข้าใจในการรับประทานอาหาร และการดูแลตนเองที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ การ

ติดตามเยี่ยมของอสม.ที่บ้าน และแนะนำภาวะผิดปกติที่ต้องมารพ.ก่อนการนัด การติดต่อสื่อสาร การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

กิจกรรมที่ ๒ พบหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ที่คลินิกฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่ ๒๐ สัปดาห์ เพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่มีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง แบบสังเกตหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์และการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัว การตรวจอัลตราซาวด์

กิจกรรมที่ ๓ พบหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ที่คลินิกฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่ ๒๖ สัปดาห์ เพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่มีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง แบบสังเกตหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์และการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การบริโภคอาหารประเภ็นผลและหาแนวทางแก้ไข ร่วมวางแผนกิจกรรมที่ต้องไปปฏิบัติต่อไป

กิจกรรมที่ ๔ พบหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ที่คลินิกฝากครรภ์ อายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ เพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่มีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง แบบสังเกตหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์และการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การบริโภคอาหาร การตรวจCBC เพื่อดูผลของฮีมาโตคริตครั้งที่ ๒

กิจกรรมที่ ๕ พบหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ที่คลินิกฝากครรภ์ อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ เพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่มีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง แบบสังเกตหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์และการให้คำปรึกษา ประเมินผลพฤติกรรมและผลลัพธ์ การรับประทานยาและการบริโภคอาหาร ตรวจอุลตราซาวด์เพื่อประเมินน้ำหนักและความพร้อมในการคลอดของทารกในครรภ์

กิจกรรมที่ ๖ พบหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ที่คลินิกฝากครรภ์ อายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ เพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่มีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง แบบสังเกตหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์และการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การบริโภคอาหารประเภ็นผลพฤติกรรมและผลลัพธ์ การรับประทานยาและการบริโภคอาหาร เตรียมความพร้อมในการคลอด

๒) การดูแลในชุมชน เมื่อมีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ จะมี group line :เครือข่ายแม่&เด็ก cup ในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทั้งหมดและหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติ เช่น ภาวะซีด การไม่มาตามนัด การดูแลต่อเนื่องอย่างอื่นในชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลในการติดตามเยี่ยม โดยเฉพาะภาวะซีดที่เกิดขึ้น อสม.จะเข้าไปเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจ ให้ความรู้ให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์/บุคคลในครอบครัว,ตรวจสอบการกินยา/อาหาร

กิจกรรมที่ ๑ การเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน หลังจากมารับบริการครั้งแรก ๑ สัปดาห์โดยอสม. ใช้แบบสังเกตการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางของอสม.ในชุมชน

กิจกรรมที่ ๒ การเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน หลังจากมารับบริการเจาะเลือดครั้งที่ ๒ ใน ๑ สัปดาห์ โดยใช้แบบสังเกตการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางของอสม.ในชุมชน

๓.๓ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามนัดด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม ทำให้ไม่สามารถเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางได้อย่างต่อเนื่อง อาจเกิดภาวะโลหิตจางแล้วไม่ได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำแก้ไข .
เกิดผลกระทบตามมา

แนวทางแก้ไข

ตกลงบริการกับหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มมารับบริการครั้งแรก เพื่อประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หากไม่สามารถมาฝากครรภ์ต่อเนื่องตามนัดที่โรงพยาบาลน้ำพองได้ให้แจ้งแพทย์ทราบเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือแก้ไขต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ โรงพยาบาลน้ำพองมีรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่
- ๔.๒ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับการช่วยเหลือแก้ไขทุกราย
- ๔.๓ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพองลดลง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพองได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง
เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๕.๒ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง
เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๐

(ลงชื่อ)..... อัมพรวิไล สนิท

(นางสาวธัญญรัตน์ สิงห์แดง)

นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่)..... ๑๙ / กรกฎาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน