

โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลตติยภูมิ

วัฒน์ อินทศิริพงษ์*,
สมชาย อินทศิริพงษ์, พ.บ.**

บทคัดย่อ:

บทนำ: ในปัจจุบันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ยังคงเป็นโรคขาดสารอาหารที่พบได้บ่อยทั้งในประเทศพัฒนาแล้ว และที่กำลังพัฒนา ในรายงานนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่พบในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ **ผู้ป่วยและวิธีการ:** เป็นการศึกษาย้อนหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ม.ค.2557 ถึง 31 ธ.ค. 2558 เกณฑ์การวินิจฉัยคือ ผู้ป่วยโลหิตจางที่มีค่าความเข้มข้น hemoglobin < 12 กรัม% ในเพศหญิง และ < 13 กรัม% ในเพศชาย MCV < 80 เฟมโตลิตร และ serum ferritin < 15 นาโนกรัม/มล. **ผลการศึกษา:** มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 113 ราย เป็นชาย 19 ราย หญิง 94 ราย อายุระหว่าง 16-93 ปี ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีลิ้นเดือนหรือเล็บเป็นรูปช้อนเลย ค่า Hb เฉลี่ย 8.5 ± 2.2 กรัม%, พิสัย 3.2-11.6 กรัม%, MCV 65.8 ± 7.0 เฟมโตลิตร, MCH 20.8 ± 2.2 พิโคกรัม, serum ferritin เฉลี่ย 7.6 ± 3.9 , พิสัย 1.0-14.0 นาโนกรัม/มล. มีผู้ป่วย 37 ราย (ร้อยละ 32.7) มีซีโมโกลบิน อี แผลงร่วมด้วยสาเหตุหลักของโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือ การสูญเสียเหล็กไปในทางเดินอาหารทั้งเพศหญิงและเพศชาย และการมีประจำเดือนออกมาก เมื่อรักษาด้วยยาเข้าธาตุเหล็กชนิดรับประทาน พบว่าค่า Hb สามารถเพิ่มขึ้นได้เป็น 11.4 ± 1.7 กรัม% ภายใน 3 เดือน **สรุป:** โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กยังคงพบได้บ่อยในผู้ป่วยผู้ใหญ่ การสูญเสียธาตุเหล็กในทางเดินอาหาร และประจำเดือนยังคงเป็นสาเหตุหลัก ดังนั้นจึงต้องทำการตรวจอวัยวะเหล่านี้อย่างละเอียดเมื่อพบผู้ป่วยโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

คำสำคัญ: โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก, การสูญเสียธาตุเหล็ก

*นักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์จีน เลื่อนหยาง สาธารณรัฐประชาชนจีน

**หน่วยโลหิตวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา 30000

Abstract: Iron deficiency anemia in the tertiary care hospital

Wattana Insiripong*, Somchai Insiripong, M.D.**

*Medical student, China Medical University, Shenyang, People's Republic of China,

**Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000
Nakhon Racth Med Bull 2016; 38: 85-90.

Introduction: Iron deficiency anemia (IDA) is still the common nutritional deficiency disease in both well developed and developing countries, so far. Herein, we review the cases with IDA in the tertiary care hospital.

Patients and Methods: We retrospectively reviewed the patients who were diagnosed as having IDA in the department of medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital between 1 Jan 2014 and 31 Dec 2015. The diagnosis was based on the hemoglobin level < 12 g% in females and < 13 g% in males, MCV < 80 fl, with serum ferritin < 15 ng/mL. **Results:** There were 113 patients, 19 males and 94 females with age 16-93 years and no one had bald tongue or koilonychias. Mean Hb level was 8.5 ± 2.2 g%, range 3.2-11.6 g%, MCV 65.8 ± 7.0 fL, MCH 20.8 ± 2.2 pg, mean serum ferritin 7.6 ± 3.9 with range 1.0-14.0 ng/mL. Of them, 37 cases (32.7 %) had Hb E trait. The main causes of IDA were the gastrointestinal iron loss in both men and women and menorrhagia. They were all treated with iron tablets and their Hb could be raised to 11.4 ± 1.7 g% in 3 months. **Conclusion:** IDA in adults was still commonly found and the gastrointestinal and genital loss of iron was the main causes which needed to be fully investigated when the patients with IDA were encountered.

Key words: Iron Deficiency Anemia, Iron Loss

บทนำ

โลหิตจางคือ ภาวะที่ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินลดลง กล่าวคือความเข้มข้นฮีโมโกลบินน้อยกว่า 12 กรัม% ในเพศหญิง และน้อยกว่า 13 กรัม% ในเพศชาย โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นโรคที่เกิดจากการที่เหล็กซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเม็ดโลหิตแดงมีไม่เพียงพอต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดโลหิตแดงจะมีขนาดเล็กกว่าปกติ และคิดสีจางกว่าปกติ ร่วมกับระดับ ferritin ต่ำ, serum iron ต่ำ และ total iron binding capacity (TIBC) สูง สาเหตุมักจะเกิดจากการสูญเสียธาตุเหล็กที่เล็กลงน้อยกว่าทางเดินอาหาร และประจำเดือนออกมากเกินไปในผู้ป่วยเพศหญิง⁽¹⁾ เป็นโรคที่พบได้บ่อยในทุกกลุ่มอายุ เช่น

พบในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-8 ปี ร้อยละ 46.7 กลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 9-11 ปี ร้อยละ 25.4 และกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 12-14 ปี ร้อยละ 15.7 และ พบในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พ.ศ. 2547-2553 ร้อยละ 18.4 กลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี ความชุกของโลหิตจางสูงถึง ร้อยละ 60.7 ซึ่งสาเหตุของโลหิตจางมากกว่าร้อยละ 50 เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก⁽²⁾ ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างอเมริกา โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก็ยังคงพบได้แม้จะน้อยกว่าก็ตาม เช่น พบความชุกเพียงร้อยละ 1-3⁽³⁾ ในปัจจุบันผู้คนมีการศึกษามากขึ้น อาหารการกินมากขึ้น จนพบผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปมากขึ้น กลับพบว่าน้ำหนักตัวที่เกินเป็นปัจจัย

เสี่ยงอย่างหนึ่งที่จะพบผู้ป่วยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากขึ้น ทั้งจากการลดน้ำหนักด้วยการกินอาหารไม่ครบถ้วน การผ่าตัดเพื่อลดขนาดกระเพาะอาหาร⁽⁴⁾

โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กนอกจากจะมีภาวะโลหิตจางแล้ว ยังมีผลกระทบต่อระบบอื่นด้วย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ ในการศึกษา⁽⁵⁾ เป็นการรวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ผู้ป่วยและวิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง ในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา รวบรวมผู้ป่วยระหว่าง 1 มกราคม 2557-31 ธันวาคม 2558 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัย คือ ความเข้มข้นฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 12 กรัม% ในเพศหญิง และน้อยกว่า 13 กรัม% ในเพศชาย มีค่า mean corpuscular volume (MCV) < 15 เฟมโตลิตร และมีระดับ ferritin ในเลือดน้อยกว่า 15 นาโนกรัม/มล. เกณฑ์การคัดออก คือผู้ที่มิโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคตับ โรคไต และผู้ที่ตั้งครภ์ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาด้วยยาเข้าธาตุเหล็ก FBC 1 เม็ด รับประทานวันละ 3 เม็ด นัดตรวจร่างกายและตรวจ CBC อีก 1-3 เดือน เพื่อประเมินผลการรักษา รวบรวมประวัติจากเวชระเบียน เพื่อทราบข้อมูลทางประชากรศาสตร์ และข้อมูลทางคลินิก ทั้งก่อนการวินิจฉัย หลังการวินิจฉัย และผลการรักษาด้วยยาเข้าธาตุเหล็ก นำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ในระหว่าง 2 ปี ที่ทำการรวบรวมผู้ป่วย มี

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 113 ราย อายุระหว่าง 16-93 ปี, อายุเฉลี่ย 46.6 ± 19.1 ปี เป็นชาย 19 ราย (ร้อยละ 16.8) อายุเฉลี่ย 59 ± 19.5 ปี และ หญิง 94 ราย (ร้อยละ 83.2) อายุเฉลี่ย 43.6 ± 17.9 ปี มีคนที่มาพบแพทย์เองเพราะรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติต่างๆ กัน เช่น อ่อนเพลีย ทำงานหนักไม่ไหว มีคนใกล้ชิดคิดว่าดูซีด เบื่ออาหาร การรับรสของลิ้นเสียไป ทั้งหมด 45 ราย ส่วนที่เหลือถึง 68 ราย (60.1 %) ที่ไม่รู้สึกรู้ตัวว่ามีอาการอะไรผิดปกติ มีเพียงไปตรวจร่างกายประจำปี แล้วแพทย์ที่ตรวจพบว่าค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบินน้อยกว่าปกติจึงส่งตัวมาพบกับโลหิตแพทย์ มีผู้ป่วย 34 ราย (30.1 %) ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนมากจบต่ำกว่านี้หรือมีบางรายที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกราย นอกจากพบว่าซีดในผู้ป่วยบางรายแล้ว ไม่พบว่าผู้ป่วยคนใดมีลิ้นเดือน เلبีแบน หรือเล็บเป็นรูปช้อน ผลการตรวจเลือดทั้ง CBC และ ferritin แรกได้รับได้แสดงไว้ในตาราง 1

ผู้ป่วยทั้งหมดมีฮีโมโกลบิน อี แผลง 37 ราย (ร้อยละ 32.7), มีฮีโมโกลบิน คอนสแตนท์ สปริง 10 ราย (ร้อยละ 8.8), มีโรคฮีโมโกลบิน อี 9 ราย (ร้อยละ 7.9), และ มีแอลฟาธาลัสซีเมีย-1 แผลง 6 ราย (ร้อยละ 5.3) ทุกรายมีค่า MCV น้อยกว่า 80 เฟมโตลิตร และค่า RDW > 15 % แม้แต่ผู้ที่ป็นธาลัสซีเมีย และ/หรือฮีโมโกลบินผิดปกติก็ตาม มีผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือด

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทางโลหิตวิทยา และผลเลือดของผู้ป่วย

	ค่ากลาง±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัย
Hb (กรัม)%	8.5±2.2	3.2-11.6
MCV (fL)	65.8±7.0	53.0-78.1
MCH (pg)	20.8±2.2	17.3-24.1
ferritin (ng/mL)	7.6±5.6	1.0-14.0
Serum iron (mcg/dL)	30.2±20.9	7-60
TIBC (mcg/dL)	324.3±163.3	123-595

ต่ำกว่า 100,000/มม.³ ทั้งสิ้น 13 ราย เกล็ดเลือดมีค่าอยู่ระหว่าง 8,000-95,000/มม.³, เฉลี่ย 44,864.2±23,233.7/มม.³ แต่ไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติโดย 4 ราย มีระดับเกล็ดเลือดน้อยกว่า 30,000/มม.³ จึงต้องให้กิน prednisolone

ผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำให้ส่องกล้องทางเดินอาหารทั้งส่วนบนและส่วนล่าง ถ้าเป็นเพศหญิง แนะนำให้พบสูติกรแพทย์ด้วย พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องเพียง 32 ราย พบว่ามีผู้ป่วยชาย 1 ราย เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และได้รับการผ่าตัด left half colectomy, 2 ราย มี Dieulafoy lesion, มี ulcerative colitis และริดสีดวงทวารแบบภายในอย่างละ 1 ราย ส่วนผู้ป่วยหญิงพบเป็นกระเพาะอาหารอักเสบ 1 ราย มีผู้ป่วยหญิงทั้งหมด 84 ราย จากทั้งหมด 94 ราย (ร้อยละ 89.4) ที่ยินดีตรวจภายใน ไม่ว่าจะมึหรือไม่มีอาการทางนรีเวชหรือไม่ก็ตาม ส่วนใหญ่ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะภายในสตรี, พบเนื้องอกในมดลูก (myoma uteri) 3 ราย ส่วนอีก 1 ราย เป็นถุงน้ำขนาดใหญ่ว่าที่รังไข่ และได้รับการผ่าตัด

ระหว่างนี้ให้การรักษาทุกราย ด้วยยาเข้าธาตุเหล็กวันละ 3 เม็ด เป็นเวลา 3 เดือน ประเมินผลการรักษาที่ 3 เดือน

	ก่อนรักษา 3 เดือน	หลังการรักษา	p value
Hb (กรัม%)	8.5±2.2	11.4±1.7	0.015
MCV (fL)	65.8±7.0	76.3±10.0	0.001
MCH (pg)	20.8±2.2	23.8±3.2	0.016

พบว่าค่าความเข้มข้นฮีโมโกลบิน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 11.4±1.7 กรัม% เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือมีผู้ป่วยที่มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นเป็นปกติ 44 ราย ใน 3 เดือน (ร้อยละ 38.9) นอกนั้นค่า MCV และ MCH หลังการรักษาก็เพิ่มมากขึ้นด้วย

วิจารณ์

ด้วยบ้านเมืองที่พัฒนาขึ้นไปในทุก ๆ ด้าน ไม่น่าเชื่อว่าโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กซึ่งเคยเป็นโรคที่พบบ่อยในอดีตจะยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในประเทศด้อยพัฒนาเช่น ในอินเดีย⁽⁵⁾ และในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ในอเมริกาพบในผู้ชายวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 2⁽³⁾ ในผู้หญิงพบร้อยละ 5⁽⁶⁾ ส่วนในอังกฤษพบร้อยละ 2-5 ในประชากรเพศชายและเพศหญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว⁽⁷⁾ องค์การอนามัยโลกถึงกับประมาณว่า 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก มีโลหิตจาง และครึ่งหนึ่งของคนกลุ่มนี้โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก⁽⁸⁾ ผู้ป่วยของเราส่วนใหญ่ร้อยละ 83.2 เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 43.6 ปี จึงมีทั้งหญิงที่มีประจำเดือนและหมดประจำเดือน มีถึงร้อยละ 30.1 ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ดูเหมือนว่าการศึกษาเกือบไม่มีผลในการช่วยป้องกันการขาดธาตุเหล็กได้เลย เช่นเดียวกับผลการรักษาอื่นที่พบในประเทศด้อยพัฒนา เช่น มีการศึกษาภาวะโลหิตจางในบังคลาเทศพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัย ร้อยละ 55.3 มีโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและสองในสามเป็นเพศหญิง⁽⁹⁾ และความจริงข้อนี้ไม่มีข้อยกเว้น แม้แต่ในนักศึกษาที่เรียนในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เพราะพบการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 40.9 และมีผู้ที่มีโลหิตจางร่วมด้วย ร้อยละ 3.8⁽¹⁰⁾ และในซาดูอิาระเบีย นักศึกษาสายสุขภาพแทบจะทุกสถาบันโลหิตจางถึงร้อยละ 64 โดยกลุ่มที่ซิดมากที่สุดคือโมโกลบินน้อยกว่า 7 กรัม% ถึงร้อยละ 6⁽¹¹⁾ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากข้อเท็จจริงที่ว่า การขาดธาตุเหล็กส่วนมากไม่ได้เกิดจากการขาดสารอาหาร แต่เกิดจากการสูญเสียธาตุเหล็กมากกว่า กลุ่มผู้ป่วยของเราแม้จะไม่ได้รับการตรวจแบบส่องกล้องทางเดินอาหารทุกรายก็ยังพบรอยโรคในทางเดินอาหารที่สำคัญหลายอย่าง ทั้งมะเร็งลำไส้ใหญ่, Dieulafoy lesion, กระเพาะอาหารอักเสบ, ulcerative colitis และริดสีดวงทวารชนิดภายใน ส่วนการตรวจภายในนั้นก็ช่วยให้พบสาเหตุของการขาดธาตุเหล็ก

ในเพศหญิง ฉะนั้นทั้ง endoscopy และการตรวจภายใน จึงนับเป็นขั้นตอนที่สำคัญจะขาดไม่ได้ในการหาสาเหตุของผู้ป่วยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กทุกคน⁽¹²⁾ และปัจจุบัน endoscopy ถือเป็นสิ่งแรกที่จะต้องกระทำในผู้ป่วยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยเพศชาย และในผู้ป่วยเพศหญิงวัยหมดประจำเดือน⁽¹³⁾

ผู้ป่วยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กถึงร้อยละ 60.1 ไม่มีอาการ มีเพียงส่วนน้อยที่สังเกตอาการได้ด้วยตนเอง ดังนั้นคงต้องมีการตรวจร่างกายประจำ เพื่อจะหาภาวะโลหิตจาง และเพื่อหาภาวะขาดธาตุเหล็ก รวมทั้งโรคอื่น ๆ ด้วย เพราะคงจะรอให้มีอาการเตือนแบบโรคอื่นไม่ได้ การวินิจฉัยโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นเรื่องสำคัญ เพราะมีถึงร้อยละ 56 ที่มีสาเหตุมาจากโรคในทางเดินอาหารโดยร้อยละ 43 พบได้โดยการส่องทางเดินอาหารส่วนต้น ร้อยละ 25 พบโดยการส่องผ่านทางทวารหนัก ร้อยละ 12 พบรอยโรคทั้งสองทาง โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ แผลเปื่อยในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 22 และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 13 มีผู้ป่วยที่มีอาการบ่งบอกตำแหน่งรอยโรคในทางเดินอาหารได้อย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 60-80 เท่านั้น⁽¹⁴⁾ ผู้ป่วยของเราที่พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แสดงอาการ ด้วยโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ก่อนที่จะมีอาการปวดท้องเนื่องจากลำไส้ใหญ่อุดตันด้วยความที่โรคทางเดินอาหารโดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แนวทางการวินิจฉัยโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในประเทศอังกฤษจึงออกโดยสมาคมแพทย์โรคทางเดินอาหาร ว่าต้องส่องทางเดินอาหารส่องทั้งส่วนบนและส่วนล่าง เพราะร้อยละ 1-10 ของผู้ป่วยโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในอังกฤษ มีรอยโรคทั้งสองส่วน⁽⁷⁾

เมื่อได้รับการรักษาผู้ป่วยของเราหายจนเกือบ

เป็นปกติ ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินเฉลี่ย 11.4 ± 1.7 กรัม% ภายใน 3 เดือน แทนที่จะหายเป็นปกติทั้งหมด⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการสูญเสียเหล็กในผู้ป่วยบางคน ยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและเอาชนะการรักษาด้วยเหล็กที่ใส่เข้าไปได้⁽¹⁶⁾

ภาวะเกล็ดเลือดต่ำอาจจะพบร่วมกับโลหิตจางจากการสูญเสียเลือดและเหล็กเรื้อรังจนขาดธาตุเหล็กเลยเกิดอาการโลหิตจางได้⁽¹⁷⁾ หรือเป็นผลสืบเนื่องมาจากโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก็ได้⁽¹⁸⁾ ถ้าให้การรักษาด้วยยาเข้าธาตุเหล็กแล้ว เกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นก็แสดงว่าเกล็ดเลือดต่ำเพราะขาดธาตุเหล็กจริง แต่ถ้าเกล็ดเลือดต่ำจนเกินไป เช่น น้อยกว่า 30,000/ม³ อาจจะต้องให้ steroid ร่วมด้วย เพื่อรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำจากการมีภาวะภูมิต้านทานไวเกิน⁽¹⁹⁾

สรุป

ผู้ป่วย 113 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่ ไม่รู้ตัวมาก่อน หลังจากรักษาด้วยยาเข้าธาตุเหล็ก ร่วมกับการรักษาสาเหตุได้ 3 เดือน ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยหายจากโลหิตจาง ในปัจจุบันนี้โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในประเทศและต่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. Miller JL. Iron deficiency anemia: a common and curable disease. Cold Spring Harb Perspect Med 2013; 3(7): a011866. doi: 10.1101/cshperspect.a011866
2. กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552.
3. Killip S, Bennett JM, Chambers MD. Iron deficiency anemia. AmFam Physician 2007; 75: 671-8.
4. Aigner E, Feldman A, Datz C. Obesity as an emerging risk factor for iron deficiency anemia. Nutrients 2014; 6: 3587-600.

5. Anand T, Rahi M, Sharma P, Ingle GK. Issues in prevention of iron deficiency anemia in India. *Nutrition* 2014; 30: 764-70.
6. Johnson-Wimbley TD. Diagnosis and management of IDA in the 21st century. *TherapAdvGastroenterol* 2011; 4: 177-84.
7. Goddard AF, James MW, McIntyres As, Scott BB. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut* 2011; 60: 1309-16.
8. De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M. *Worldwide Prevalence of Anaemia 1993-2005*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
9. Shill KB, Karmakar P, KibriaMdG, Das A, Rahman MA, Hossain MS, et al. Prevalence of IDA among university students in Noakhali Region, Bangladesh. *J Health PopulNutr* 2014; 32: 103-10.
10. Shams S, Asheri H, Kianmehr A, Ziaee V, Koochakzadeh L, Monajemzadeh M, et al. The prevalence of iron deficiency anaemia in female medical students in Tehran. *Singapore Med J* 2010; 51: 116-9.
11. Al Hassan NN. The prevalence of IDA in Saudi University female students. *J Microscopy Ultrastructure* 2015; 3: 25-8.
12. Bermejo F, García-López. A guide to diagnosis of iron deficiency and iron deficiency anemia in digestive diseases. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 4638-43.
13. Polin V, Coriat R, Perkins G, Dhooze M, Abitbol V, Leblanc S, et al. Iron deficiency: from diagnosis to treatment. *Dig Liver Dis* 2013; 45: 803-9.
14. Pongprasobchai S, Sriprayoon T, Manatsathit S. Prospective evaluation of gastrointestinal lesions by bidirectional endoscopy in patients with iron deficiency anemia. *J Med Assoc Thai* 2011; 94: 1321-6.
15. Pasricha SR, Drakesmith H, Black J, Hipgrave D, Biggs BA. Control of IDA in low-and middle-income countries. *Blood* 2013; 121: 2607-17.
16. Alleyne M, Horne MK, Miller JL. Individualized treatment for iron deficiency anemia in adults. *Am J Med* 2008; 121: 943-8.
17. Michaeli J, Admon D, Lugassy G, Matzner Y. Idiopathic thrombocytopenic purpura presenting as iron-responsive thrombocytopenia. *Haemostasis* 1987; 17: 105-8.
18. Morris VK, Spraker HL, Howard SC, Ware RE, Reiss UM. Severe thrombocytopenia with IDA. *Pediatr Hematol Oncol* 2010; 27: 413-9.
19. Ibrahim R, Alhilli JA, Cooper TT, Dashkova I, Guy J, Gandhi A, et al. Idiopathic thrombocytopenia with iron deficiency anemia. *Clin Med Insights Blood Disord* 2013; 6: 1-5.