การใช้ธาตุเหล็กแก้ภาวะโลหิตจาง

รองศาสตราจารย์ ดร. ภญ. บุษบา จินดาวิจักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภก. ศุภทัต ชุมนุมวัฒน์
ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาวะโลหิตจาง (anemia) หรือที่มักเรียกกันติดปากว่า ภาวะเลือดจางนั้น คือภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ[1] พบมากทั้งในเด็ก สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ[2] ซึ่งผู้ที่มีภาวะโลหิตจางอาจไม่แสดงอาการ หรือมีอาการโดยขึ้นกับความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง เช่น อ่อนเพลีย ซีด วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยง่ายกว่าปกติ ซึ่งเป็นผลจากการที่ออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ได้น้อยลง โดยภาวะโลหิตจางนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ[3] เช่น

- การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง มักพบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคที่ทำให้เกิดภาวะอักเสบเรื้อรัง หรือรับประทานหรือใช้ยาที่กดการทำงานของไขกระดูก
- มีภาวะขาดวิตามินหรือแร่ธาตุที่จำเป็นต่อการเจริญของเม็ดเลือดแดง เช่น ภาวะขาดวิตามินบี 12 หรือ ภาวะขาดกรดโฟลิก หรือมีภาวะติดสุราเรื้อรัง ซึ่งทำให้เกิดภาวะโลหิตจางที่เม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่กว่าปกติ (macrocytic anemia) หรือมีภาวะที่ไม่สามารถดูดซึมธาตุเหล็กหรือมีภาวะขาดธาตุเหล็กจากการไม่รับประทานเนื้อสัตว์ หรือเป็นโรคธาลัสซีเมียซึ่งทำให้เกิดภาวะโลหิตจางที่เม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็กกว่าปกติ (microcytic anemia)
- มีภาวะเสียเลือดเฉียบพลันในปริมาณมาก

อนึ่ง การได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการ จะช่วยให้แพทย์เลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงและสาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นเมื่อสงสัยว่ามีอาการของภาวะโลหิตจาง จึงไม่ควรเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ต่างๆ มาใช้ด้วยตนเอง หรือซื้อไปฝากผู้อื่น เนื่องจากผลิตภัณฑ์ที่เลือกใช้อาจไม่ตรงกับสาเหตุ หรือใช้ในขนาดไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผล และก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ธาตุเหล็กซึ่งส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าเป็นทางเลือกในการรักษาภาวะโลหิตจางได้ทุกประเภทและไม่มีอันตรายใดๆ

ยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมธาตุเหล็กที่มีในประเทศไทยนั้นมีทั้งแบบรับประทานและแบบฉีด ซึ่งโดยมากแพทย์จะเลือกชนิดรับประทานก่อนเนื่องจากมีความสะดวกและเหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหรือผู้ป่วยไตวายเรื้องรังที่มีภาวะโลหิตจางและ/หรือจำเป็นต้องได้รับยาฉีดอีพีโอ[4-6] (สามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากหัวข้อ “โลหิตจาง กับยาฉีดอีพีโอ (EPO)” ที่ https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/267) ดังนั้นหากผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่นๆ เช่น มีภาวะขาดวิตามินบี12 หรือ ภาวะขาดกรดโฟลิก การรับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียวจะไม่ช่วยให้อาการของภาวะโลหิตจางดีขึ้น หรือในกรณีที่อันตรายไปกว่านั้นคือ หาก

ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงมากหรือปานกลางซึ่งจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กอยู่แล้ว[7] (อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากบทความ “ธาลัสซีเมีย (Thalassemia) กินอย่างไรให้เหมาะสม” ที่ https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/258) และได้รับธาตุเหล็กเข้าไปในปริมาณมากจะทำให้เกิดภาวะธาตุเหล็กในเลือดสูงและเกิดความเสียหายต่ออวัยวะภายใน เช่น ตับ ตับอ่อน หรือหัวใจ ได้

โดยทั่วไป ปริมาณธาตุเหล็กที่แนะนำในผู้ป่วยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กคือ 100-200 มิลลิกรัมต่อวัน (คิดตามปริมาณธาตุเหล็ก)[4] โดยผลิตภัณฑ์แต่ละชนิดอาจเลือกใช้ธาตุเหล็กรูปแบบเกลือที่ต่างกันซึ่งจะให้ปริมาณธาตุเหล็กที่ไม่เท่ากัน และเมื่อเริ่มการรักษาไปแล้ว ควรได้รับการติดตามผลการรักษาเมื่อรับประทานติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 3-6 เดือน เพื่อประเมินความจำเป็นในการปรับขนาดการรับประทาน

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยจากการรับประทานธาตุเหล็ก[8] ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย หรือท้องผูก ดังนั้นหากมีอาการข้างเคียงเหล่านี้อาจลองรับประทานธาตุเหล็กพร้อมหรือหลังมื้ออาหารทันที หากอาการข้างเคียงไม่ลดลงควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา นอกจากนี้การรับประทานธาตุเหล็กอาจทำให้การดูดซึมยาปฏิชีวนะบางชนิดลดลงได้ ดังนั้นควรแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรว่ากำลังรับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมธาตุเหล็กทุกครั้งที่เข้ารับบริการหรือได้รับยาใดๆ เพิ่มเติม

โดยสรุป การรับประทานธาตุเหล็กเพื่อแก้ภาวะโลหิตจางใช้ได้กับผู้ป่วยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และใช้เสริมกับยาอื่นเพื่อแก้ภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยไตวายเรื้องรังที่มีภาวะโลหิตจางและ/หรือจำเป็นต้องได้รับยาฉีดอีพีโอ เท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. Beutler E, Waalen J. The definition of anemia: what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration? Blood. 2006;107(5):1747-50.
2. World Health Organization. Anemia [online]. 2020 [Accessed on 7 July 2020].Available from https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1.
3. Broadway-Duren JB, Klaassen H. Anemias. Crit Care Nurs Clin North Am. 2013;25(4):411-26, v.
4. Girelli D, Ugolini S, Busti F, Marchi G, Castagna A. Modern iron replacement therapy: clinical and pathophysiological insights. Int J Hematol. 2018;107(1):16-30.
5. Chapter 2: Use of iron to treat anemia in CKD. Kidney Int Suppl (2011). 2012;2(4):292-8.
6. Chapter 3: Use of ESAs and other agents to treat anemia in CKD. Kidney Int Suppl (2011). 2012;2(4):299-310.
7. Taher AT, Saliba AN. Iron overload in thalassemia: different organs at different rates. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2017;2017(1):265-71.

8. Tolkien Z, Stecher L, Mander AP, Pereira DI, Powell JJ. Ferrous sulfate supplementation causes significant gastrointestinal side-effects in adults: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(2):e0117383.