

## شیوع آنمی فقر آهن در زنان مراجعه کننده به

### مراکز بهداشتی - درمانی شهر قزوین

دکتر علی اصغر کبیری\* دکتر همایون شیخ الاسلامی\*

#### چکیده :

**زمینه :** آنمی فقر آهن شایع ترین اختلال خونی در سطح جهانی می باشد.

**هدف :** این مطالعه به منظور تعیین شیوع آنمی فقر آهن در زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله شهر قزوین انجام شد.

**مواد و روش ها :** ۲۵۰ نفر از خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر قزوین به روش

چند مرحله ای خوشه ای و تصادفی نمونه گیری شده و آزمایش های لازم برای آنها انجام شد.

**یافته ها :** در این مطالعه ۱۴ درصد زنان مبتلا به آنمی فقر آهن و ۴۳/۶ درصد مبتلا به کمبود آهن

بودند. ارتباط معنی داری بین آنمی فقر آهن و کمبود آهن با سن و میزان تحصیلات مشاهده نگردید ولی

ارتباط بین کمبود آهن با تعداد حاملگی معنی دار بود ( $P=0/03$ ). در بررسی ارتباط بین آنمی فقر آهن

و کمبود آهن با روش جلوگیری از بارداری ارتباط معنی داری مشاهده گردید ( $P=0/02$ ). این ارتباط

در مورد زنان استفاده کننده از آی.یو.دی واضح بود.

**نتیجه گیری :** به طور کلی شیوع آنمی فقر آهن در جامعه مورد مطالعه ما کمتر از آمار جهانی بود.

**کلید واژه ها :** آنمی فقر آهن - کمبود آهن

**Keywords :** Anemia , Iron Deficiency

### □ مقدمه :

بالاتر از حداقل حد نرمال باقی می ماند. همچنین درصد اشباع ترانسفرین که در یک فرد طبیعی ۳۰ تا ۵۰ درصد می باشد، کاهش یافته و به زیر ۲۰ درصد می رسد.

*Iron Deficiency Anemia* - در این مرحله مقدار هموگلوبین خون کاهش پیدا می کند و آنمی فقر آهن بروز می کند که خود به دو مرحله *early* و *late* طبقه بندی می شود.

شناسایی به موقع این اختلال سبب می شود تا با درمان پیشگیرانه لازم در جهت ارتقاء سلامت مادران و نوزادان اقدام گردد. در این راستا لازم است ابتدا شیوع این عارضه در جامعه شناسایی گردد. لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین شیوع آنمی فقر آهن در زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله انجام شد.

### □ مواد و روش ها :

این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۷۶ بر روی ۲۵۰ نفر از خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر قزوین انجام گرفت. نمونه گیری به روش چندمرحله ای خوشه ای و تصادفی بود. *C.B.C* و فریتین سرم آزمایش شد و افرادی که پارامترهای غیرطبیعی داشتند ( $Hb \leq 12 \text{ gr/dl}$  و  $F < 12 \text{ U/lit}$ ) مورد معاینه کامل بالینی قرار گرفتند. افرادی که در این معاینات موارد غیرطبیعی داشتند از مطالعه حذف شدند.

### □ یافته ها :

گروه سنی ۴۱ تا ۴۵ ساله کمترین تعداد یعنی ۱۱ نفر (۴/۴ درصد) و گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ ساله بیشترین تعداد یعنی ۷۱ نفر (۲۸/۴ درصد) از افراد مورد مطالعه

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت بیش از نیمی از زنان باردار و ۱/۳ زنان غیربارداری که در سنین باروری هستند از آنمی رنج می برند. (۸) در نقاطی از دنیا که آنمی شایع می باشد ۵ درصد از زنان مبتلا به آنمی احتمالاً از نارسایی قلبی می میرند.

از هر ۱۰ زن، ۴ نفر با شدت کمتر مبتلا هستند. اما همین زنان نیز از خستگی مزمن رنج می برند و در دوران بارداری و حین زایمان بیشتر با خطر مرگ مواجه خواهند بود.

کمبود آهن به عنوان یک تظاهر دیررس بالانس منفی آهن که مدت طولانی طول کشیده باشد و یا عدم تعادل بین نیازهای فیزیولوژیک بدن و سطح آهن تغذیه ای ایجاد می شود. این علل به طور خلاصه شامل موارد زیر می باشد :

۱- کاهش دریافت آهن در اثر تغذیه ناکافی یا جذب ناقص.

۲- افزایش از دست دادن آهن.

۳- افزایش نیاز در دوران بارداری، شیردهی و شیرخوارگی.

برای درک بهتر علائم این بیماری لازم است در ابتدا چگونگی ایجاد کم خونی فقر آهن شرح داده شود:

*Prelatent Iron Deficiency* - در این مرحله

کاهش در ذخایر آهن بدون کاهش در آهن سرم مشاهده می شود. بنابر این سایر علائم آزمایشگاهی کمبود آهن در این مرحله وجود ندارد. تشخیص این مرحله با استفاده از اندازه گیری فریتین سرم ممکن می باشد.

*Latent Iron Deficiency* - در این مرحله ذخایر

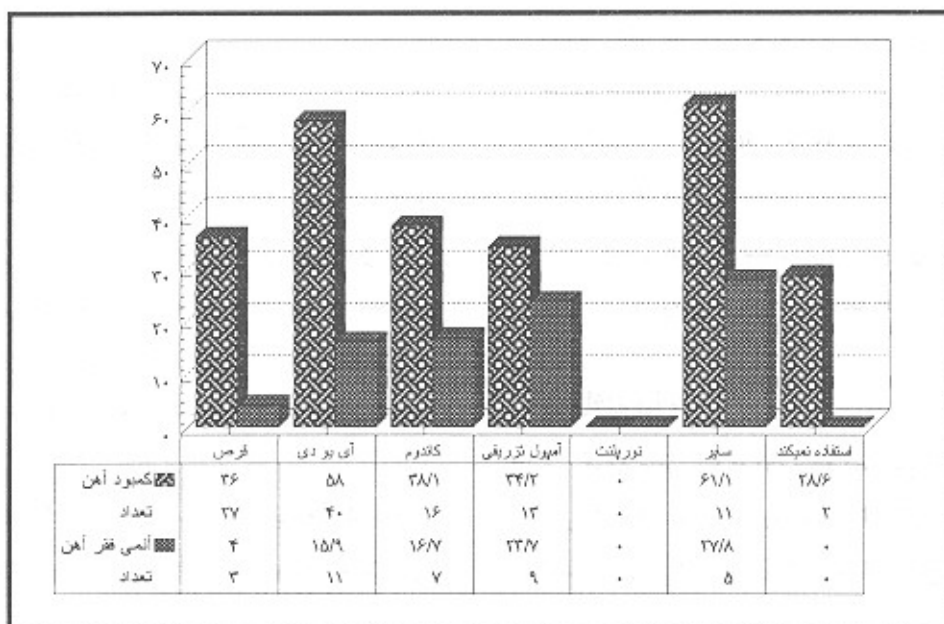
آهن به اتمام رسیده ولی سطح هموگلوبین خون هنوز

از میان ۲۵۰ مراجعه کننده، ۳۵ نفر (۱۴ درصد) آنمی فقر آهن و ۱۰۹ نفر (۴۳/۶ درصد) کمبود آهن داشتند. در این مطالعه بین آنمی فقر آهن و سن ارتباط معنی داری وجود نداشت. همچنین بین کمبود آهن و سن نیز ارتباط معنی داری دیده نشد ( $P=0/07$ ). ارتباط بین آنمی فقر آهن و کمبود آهن با میزان تحصیلات نیز از نظر آماری معنی دار نبود. براساس تعداد حاملگی در یک فرد، اختلاف معنی داری بین شیوع آنمی فقر آهن و متوسط تعداد حاملگی مشاهده نگردید ولی ارتباط بین کمبود آهن و تعداد حاملگی معنی دار بود ( $P=0/03$ ). بین شیوع آنمی فقر آهن و کمبود آهن و نوع روش جلوگیری از بارداری ارتباط معنی داری وجود داشت ( $P=0/02$ ) (نمودار شماره ۱).

را تشکیل می دادند. ۲۳۸ نفر (۹۵/۲ درصد) خانه دار و ۱۲ نفر (۴/۸ درصد) شاغل بودند. از نظر میزان تحصیلات بیشترین تعداد یعنی ۱۳۷ نفر (۵۵ درصد) تحصیلات ابتدایی و کمترین تعداد یعنی ۵ نفر (۲ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر تعداد حاملگی، بیشترین تعداد یعنی ۷۱ نفر (۲۸/۴ درصد) یک بار حاملگی و کمترین تعداد یعنی ۳ نفر (۱/۲ درصد) تعداد ۸ بار یا بیشتر حاملگی داشتند. از نظر تعداد فرزندان، بیشترین افراد یعنی ۷۴ نفر (۲۹/۶ درصد) دارای ۲ فرزند و کمترین تعداد یعنی یک نفر (۰/۴ درصد) دارای ۸ فرزند بود. از نظر روش جلوگیری از بارداری، بیشترین افراد یعنی ۷۵ نفر (۳۰ درصد) از قرص استفاده می کردند و کمترین تعداد یعنی ۷ نفر (۲/۸ درصد) از هیچ روش جلوگیری استفاده نمی کردند.

#### نمودار ۱:

توزیع فراوانی نسبی افراد مبتلا به آنمی فقر آهن و کمبود آهن برحسب روش جلوگیری از بارداری



## □ بحث و نتیجه‌گیری :

مقایسه نتایج این مطالعه با سایر مطالعات نشان می‌دهد که شیوع این آنمی در جامعه مورد مطالعه ما کمتر بوده است. در مطالعه‌ای که در اسرائیل انجام شده است، ۲۵/۸ درصد از زنان آنمی فقر آهن داشتند. (۲) در مطالعه دیگری که در بوئنوس آیرس انجام شده شیوع این آنمی ۲۵/۸ درصد (۱) و در مکزیک ۱۵/۳۸ درصد (۳) بوده است.

به نظر می‌رسد این اختلافات در شیوع آنمی فقر آهن ناشی از اختلاف در جوامع مورد مطالعه از نظر فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، عادات تغذیه‌ای، بیماری‌های شایع، وضعیت بهداشتی و تنظیم خانواده باشد.

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در مناطقی که شیوع کم‌خونی تا ۴۰ درصد است شیوع کمبود آهن ۲/۵ برابر میزان آنمی فقر آهن می‌باشد. (۸) در مطالعه ما زنان مبتلا به کمبود آهن حدوداً ۳/۱ برابر زنان دارای آنمی فقر آهن بودند.

در مطالعه‌ای که در اسرائیل انجام شده است ملاک کم‌خونی فقر آهن را اندازه‌گیری درصد اشباع ترانسفرین و هموگلوبین (*Hb*) در نظر گرفته‌اند. ولی باید توجه داشت که کمبود آهن در بدن دارای طیف وسیعی است و آنمی فقر آهن در انتهای این طیف قرار دارد. اولین مرحله کمبود آهن کاهش غلظت فریتین سرم است. بنابراین در شخصی که دچار آنمی فقر آهن شده است مسلماً سطح فریتین سرم کمتر از حد طبیعی است به استثنای مواردی که بیماری‌های التهابی یا عفونی از جمله بیماری‌های کبدی، بدخیمی‌های مختلف، هیپوتیروئیدی و آرتریت روماتوئید وجود داشته باشد. ولی حتی در این موارد نیز فریتین سرم به کمتر از ۵۰ تا ۶۰ میکروگرم در لیتر می‌رسد. بنابراین

ما در مطالعه خود معیار تشخیص فقر آهن را براساس رفرانس‌های معتبر، اندازه‌گیری سطح فریتین سرم در نظر گرفتیم

حاملگی یکی از علل از دست دادن ذخایر آهن در سنین باروری است به طوری که در هر حاملگی حدود ۶۸۰ میلی‌گرم آهن از دست می‌رود. (۸) در صورتی که خانم حامله در طی حاملگی از فرآورده‌های اضافی آهن استفاده نکند به احتمال زیاد دچار کمبود آهن خواهد شد. در این مطالعه با وجود متوسط تعداد حاملگی بیشتر، کمبود آهن مشاهده نشد. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه این افراد تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی هستند و از خدمات بهداشتی درمانی قبل از بارداری و در طی بارداری استفاده می‌کنند، حتی با وجود تعداد حاملگی زیاد دچار کمبود آهن نشده‌اند.

با توجه به آنچه ذکر شد در بین تست‌های تشخیصی کمبود آهن، اندازه‌گیری فریتین سرم (*F*) مهم‌ترین تست بوده و حدود ۹۱ درصد موارد تشخیصی است (۴) لذا توصیه می‌شود غربالگری زنان سنین باروری برای فقر آهن، علاوه بر سطح هموگلوبین شامل فریتین سرم نیز باشد.

البته تست‌های غربالگری زنان غیر حامله سنین بارداری در بین توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت نبوده است به جز مواردی که این زنان شکایت‌های اختصاصی آنمی فقر آهن را داشته باشند و یا در معرض خطر ابتلا به آن باشند. از طرفی با توجه به شیوع بالای کمبود آهن نسبت به آنمی فقر آهن، وجود هموگلوبین و هماتوکریت طبیعی نباید کارکنان بهداشتی را از اقدام برای پیشگیری منصرف نماید زیرا برای زنان مبتلا به آنمی حتی ۲۵۰ سی‌سی خونریزی

جهانی می‌تواند از زنان به عمل آورد.

### ▣ مراجع :

1. Demaegar. E. Teyman. *The prevalence of anemia in the world Hlth. Statist Quart.* 1985 : 302-16.
2. Eliezer Kitai , Bovis Kaplan. *Community screening to reveal iron deficiency in healthy women in Israelien. Eur. T. Obs and Gyn. Rep. Biology.* 1996 ; 67 : 21-5.
3. Fauci etal. *Harrison's principles of Internal Medicine.* 14th ed. MC Graw-Hill , 1998.
4. Lee G. Richard etal. *Wintrob's clinical Hematology.* 9th ed. Lea & Febiger. 1933.
5. Lukons etal , *Anemia in women of reproductive age salud-pblice-mea* 1995 , 33 (2): 108-19.
6. Passmov , R. Eastwood. *Human Nutrition and dietetics.* 8th ed. Lonqman group limited , 1986.
7. Romslol etal. *Iron requirment in normal pregnancy. Br. J. Obs. Gy.* 1983 : 90-101.
8. WHO. *More than half of all pregnant women suffer from anemia.* 5 , 3. 1993.
9. Hallberg etal. *Menstrual blood loss and iron deficieny anemia Acta. Med. Scan* 1966. 180 : 639-45.

۱۰- صفائی ، مسعود ؛ شفیعی ، محمدرضا. بررسی شش ماهه شیوع اختلالات هماتولوژیک در آزمایشگاه پلی کلینیک تخصصی بهداری و بهداشت صنعت نفت اصفهان. مجله نبض ۱۳۷۵ - سال پنجم - شماره دهم.

که برای یک زایمان طبیعی است می‌تواند کشنده باشد. از طرفی مقاومت زنان آنمیک به عفونت کمتر و نیز خطر ابتلاء آنان به عوارض بیهوشی و جراحی بیشتر است. (۴)

لذا با توجه به اینکه کم‌خونی بیماری است که می‌توان تقریباً به طور کامل از بروز آن جلوگیری کرد<sup>(۸)</sup> باید گام‌های مؤثری در جهت پیشگیری از آن برداشت. این مشکل در درازمدت تنها با تأمین تغذیه کافی برای دختران و زنان جوان پیش از بارداری حل خواهد شد. زنان ، نیازمند تغذیه با گوشت قرمز ، سبزیجات ، حبوبات ، گیاهان ریشه‌ای و میوه‌های تازه هستند. چای و قهوه از جذب آهن غذا جلوگیری می‌کنند و باید از مصرف آن همراه با غذا یا بلافاصله بعد از غذا خودداری نمود. تا این پیام به زنان دنیا و همسران آنها برسد و عادات غذایی تثبیت شده آنها تغییر پیدا کند بسیار طول خواهد کشید. اما راه حل کوتاه مدت و با صرفه‌تر آن است که به تمام زنان باردار و شیرده آهن کمکی به صورت خوراکی داده شود. راه حل دیگر غنی ساختن غذاهای مختلف با آهن اضافی و تأکید بر استفاده زنان از مواد غذایی ضروری ، متنوع و سرشار است.

زنانی که در سنین پایین بچه‌دار شده‌اند ، زنانی که فرزند زیاد دارند و فواصل بین بارداری آنها خیلی نزدیک است به طور خاص در معرض خطر قرار دارند. در دسترس قرار دادن روش‌های تنظیم خانواده در پیشگیری از آنمی کمک خواهد کرد و تأثیر به سزایی در ارتقاء سلامت زنان خواهد داشت. لذا شبکه‌های بهداشتی - درمانی باید در ارایه خدمات لازم به زنان سنین باروری فعال باشند. به قول یک مثل چینی «زنان نصف آسمان را نگه می‌دارند» تلاش برای مقابله با آنمی یکی از حمایت‌های ضروری است که جامعه