

نکات کم خونی در بارداری

زهرا ربانی

کارشناس ارشد تغذیه و رژیم درمانی

▶ **RDA** برای آهن در دوران بارداری تقریباً دو برابر می شود.

▶ مصرف آهن ناکافی ممکن است سبب تولید ضعیف هموگلوبین و کاهش اکسیژن رسانی به

رحم، جفت و جنین در حال رشد شود.

▶ کم خونی فقر آهن با **IUGR**، زایمان زودرس و افزایش مرگ و میر نوزادان همراه است و اگر

بسیار شدید باشد (هموگلوبین زیر ۹) با عوارض در هنگام زایمان همراه است.

▶ جفت دارای چندین پروتئین انتقال دهنده آهن است که آهن هم و آهن غیر هم را انتقال می دهد.

▶ به نظر می رسد انتقال آهن هم ارجح باشد.

▶ کم خونی فقر آهن باعث افزایش تولید کورتیزول در جنین و آسیب اکسیداتیو به گلبول های قرمز جنین می شود.

▶ از جمله عوامل افزایش دهنده خطر بروز کمبود آهن در نوزاد:

❖ مادر دچار فقر آهن شدید، مادر سیگاری، نارس بودن نوزاد، نوزاد مادر مبتلا به دیابت

▶ اثرات کم خونی فقر آهن در مادر:

❖ خستگی، تنگی نفس، احساس سبکی سر، تحمل ضعیف ورزش

▶ وزن گیری لازم در دوران بارداری در شرایط کمبود آهن کمتر است.

▶ در کمبود آهن دوران بارداری، بهبود زخم و عملکرد سیستم ایمنی دچار اختلال می شود و

ممکن است مادر با افسردگی پس از زایمان، تعامل ضعیف با نوزاد و اختلال در شیردهی مواجه

شود.

▶ تغییرات منفی شناختی، احساسات، کیفیت زندگی و رفتار قبل از آشکار شدن کم خونی فقر آهن رخ می دهند.

▶ درمان در دوره بارداری موجب بهبود وضعیت آهن مادر پس از زایمان و بهبود رشد نوزاد می شود.

▶ افزایش حجم پلاسما تا ۵۰ درصد و افزایش ۲۰ تا ۳۰ درصدی حجم گلبول های قرمز در بارداری و افزایش نیاز جنین به آهن سبب افزایش قابل توجه نیاز به آهن در دوران بارداری می شود.

▶ جذب هردوی آهن(هم و غیر هم) در دوران بارداری افزایش می یابند.

▶ آهن دو نوع است: هم و غیر هم

▶ آهن هم: در گوشت قرمز، ماهی و ماکیان وجود دارد و فاکتور **MFP** نامیده می شود. جذب آن بیشتر از آهن غیر هم است.

▶ آهن غیر هم: علاوه بر **MFP** در تخم مرغ، غلات، سبزیجات و میوه ها وجود دارد.

▶ عمل جراحی چاقی، استفاده مداوم آنتی اسیدها، تخریب گلبول های قرمز در مالاریا و عفونت های ناشی از کرم های قلاب دار باعث افزایش خطر کمبود آهن می شود.

▶ اگر کم خونی طی درمان با آهن بهبود نیابد(افزایش ۱ گرم هموگلوبین یا ۳ درصد هماتوکریت در ۴ هفته)، توصیه می شود وضعیت ویتامین B6, B12، فولات و دیگر مواد مغذی از جمله پرتئین، کبالت، روی، منیزیوم، سلنیوم، مس، ویتامین A، ویتامین C، چربی و کربوهیدرات بررسی شود.

- ▶ از آنجا که بسیاری از زنان با ذخایر ناکافی آهن وارد بارداری می شوند، اغلب مکمل یاری آهن ضروری است.
- ▶ چون مکمل ها به فرم احیا شده هستند، دادن آن همراه آب کافی است و دادن با آبمیوه لازم نیست.
- ▶ مانند آهن غیر هم، مکمل آهن نباید با قهوه، چای یا شیر مصرف شود.
- ▶ مکمل های آهن باید به طور جداگانه از ویتامین ها دوران بارداری مصرف شوند.
- ▶ مکمل آهن اگر با معده خالی مصرف شود بهتر جذب می شود اما تحمل آن سخت است.
- ▶ آهن تخم مرغ به دلیل وجود فسفیتین جذب بسیار کمی دارد.

- ▶ برای کسانی که در معرض خطر اضافه بار آهن هستند از جمله کسانی که مبتلا به همو کروماتوز و بتاتالاسمی هستند مصرف مکمل آهن توصیه نمی شود زیرا ممکن است باعث آسیب اکسیداتیو و تشدید التهاب شود.
- ▶ مصرف منابع غذایی آهن در کم خونی توصیه می شود.
- ▶ باید از مصرف جگر و مشتقات آن به دلیل محتوای بسیار بالای ویتامین A در سه ماهه اول بارداری خودداری گردد.
- ▶ منابع گیاهی تنها حاوی آهن غیر هم هستند و کمتر جذب می شوند و حجم کل غذای مصرفی می تواند عامل محدود کننده به ویژه در اواخر بارداری باشد.
- ▶ میزان جذب آهن غیر هم با مصرف ویتامین C و فاکتور MFP افزایش می یابد.

▶ جذب آهن توسط عواملی که با آهن شلاته می شوند مثل کربنات ها، فسفات، اگزالات و فیتات (در غلات تصفیه نشده و لوبیای

سویا) مهار می شود.

▶ فاکتورهای موجود در فیبر سبزیجات مانع جذب آهن غیر هم می شوند.