

تغذیه درمانی در کم خونی:

کم خونی فقر آهن (IDD) شایعترین مشکل کم خونی تغذیه ای در دنیا است. گروه هایی که بیشتر در معرض کم خونی فقر آهن قرار دارند شیرخواران، کودکان زیر ۶ سال، نوجوانان به ویژه دختر و زنان در سنین باروری به خصوص زنان باردار می باشند. کمبود آهن در زنان بالغ، اغلب ثانویه به دفع خون قاعدگی و در حین بارداری است. شایعترین علت کمبود آهن در مردان و زنان در سنین غیر باروری، دفع مخفی خون است.

آئمی فقر آهن زمانی بروز می کند که برای مدت طولانی مقدار آهن دفعی بدن بیش از آهن جذبی باشد که در نتیجه آن ذخیره آهن بدن از دست می رود. تشخیص کم خونی از نظر آزمایشگاهی زمانی است که هموگلوبین یا هماتوکریت فرد کم تر از حد مورد انتظار باشد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، هموگلوبین کم تر از ۱۳۰ گرم در لیتر (۱۳ گرم در دسی لیتر) برای مردان، هموگلوبین کم تر از ۱۲۰ گرم در لیتر (۱۲ گرم در دسی لیتر) برای زنان بالغ و هموگلوبین کم تر از ۱۰۰ گرم در لیتر (۱۰ گرم در دسی لیتر) برای زنان باردار به عنوان کم خونی تعریف می شود.

عوارض ناشی از کم خونی فقر آهن:

- آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیل کودکان و نوجوانان ضروری است.
- کمبود آهن می تواند در تمام مراحل زندگی سبب کاهش قدرت ادراک و یادگیری شود.
- افرادی که دچار کم خونی فقر آهن هستند همیشه احساس خستگی و ضعف می کنند و تغییرات رفتاری در آنان به صورت بی حوصلگی و بی تفاوتی مشاهده می شود.
- کمبود آهن در مادران باردار می تواند سبب تاخیر در رشد جنین، تولد نوزاد با وزن کم و افزایش مرگ و میر حین زایمان گردد.

علل ایجاد کم خونی فقر آهن:

- در سال اول زندگی به دلیل سرعت رشد جسمی و تکامل مغزی نیاز به آهن در شیرخواران بسیار بالاست. کودکانی که با شیر مادر تغذیه نمی شوند بیش تر در معرض کمبود آهن و کم خونی قرار می گیرند. شیر مادر با وجود مقدار کم آهن (در حدود ۰/۵ میلی گرم در هر لیتر) قابلیت جذب بالایی دارد.
- عدم شروع به موقع تغذیه تکمیلی و یا نامناسب بودن غذای کمکی از دیگر دلایل بروز کمبود آهن در کودکان است. زیرا نیاز به آهن در شیرخواران ۱۲-۴ ماهه به ازای کیلوگرم وزن بدن در روز، ۱۲۰ میکروگرم و در سال دوم ۵۶ میکروگرم است که در مقایسه با افراد بالغ بزرگسال (۱۸ میکروگرم به ازاء کیلوگرم وزن بدن در روز) چندین برابر بیشتر است.

- ابتلا مکرر به بیماری های عفونی و انگلی نیز زمینه را برای بروز کمبود آهن در کودکان به علت کاهش اشتها، دریافت ناکافی آهن و اختلال در جذب مواد مغذی فراهم می کند.
- در دوران بلوغ به دلیل جهش رشد، نیاز نوجوانان به آهن بیش تر می شود و در صورتی که در برنامه غذایی روزانه از منابع غذایی حاوی آهن به اندازه کافی مصرف نشود، بدن به سرعت در معرض خطر کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن قرار خواهند گرفت. دختران نوجوان در دوران بلوغ علاوه بر جهش رشدی، به علت شروع عادت ماهیانه و از دست دادن خون نسبت به کم خونی فقر آهن بسیار حساس تر و آسیب پذیرتر هستند. عادات و رفتارهای غذایی خاص در دوران مدرسه و بلوغ اغلب موجب می شود که کودکان و دانش آموزان به جای مصرف غذاهای خانگی از غذاهای خیابانی مانند انواع ساندویچ ها، سوسیس، کالباس، پیتزا و تنقلات غذایی کم ارزش مانند چیپس، نوشابه، شکلات و پفک که اغلب از نظر محتوای آهن نیز فقیر هستند، استفاده کنند و به این دلیل در معرض خطر کمبود آهن قرار می گیرند.
- در دوران بارداری نیاز به آهن در سه ماهه اول حدود ۰/۸ میلی گرم در روز است و در سه ماهه دوم و سوم به تدریج افزایش یافته و به ۶/۳ میلی گرم در روز می رسد. افزایش نیاز در دوران بارداری و حاملگی های مکرر با فاصله کم تر از ۳ سال و در نتیجه عدم تامین آهن کافی منجر به بروز کمبود آهن و کم خونی در زنان باردار خواهد شد.

علل تغذیه ای ایجاد کم خونی فقر آهن:

- مهم ترین و شایع ترین علل بروز کمبود آهن مصرف ناکافی منابع غذایی حاوی آهن از جمله انواع گوشت به ویژه گوشت قرمز است که منبع غنی آهن قابل جذب می باشد.
- مصرف چای همراه با غذا و یا بلافاصله پس از غذا
- مصرف ناکافی مواد غذایی حاوی ویتامین C نیز احتمال بروز کمبود آهن را افزایش می دهد.
- مصرف نان هایی که در تهیه آن ها از جوش شیرین استفاده می شود.
- خوردن شیر همراه با غذا به خصوص در کودکان مانع از جذب آهن غذا می شود. زیرا بین جذب آهن و کلسیم تداخل وجود دارد.

پیشگیری و کنترل کم خونی فقر آهن:

چهار روش اساسی پیش گیری از کم خونی فقر آهن شامل کنترل بیماری های عفونی و انگلی، آهن یاری، آموزش تغذیه و غنی سازی مواد غذایی می باشد.

آهن یاری:

در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور برنامه آهن یاری برای گروه های آسیب پذیر به شرح ذیل اجرا می شود:

- برای کلیه کودکان از پایان ماه ششم و یا همزمان با شروع تغذیه تکمیلی تا ۲۴ ماهگی مصرف روزانه ۱۵ قطره سولفات فرو یا یک قاشق ۱/۵ سی سی شربت آهن
- برای کلیه زنان باردار از پایان ماه چهارم بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان مصرف روزانه یک عدد قرص سولفات فرو
- برای کودکان ۵-۲ ساله توصیه به مصرف دوز هفتگی ۳۰ میلی گرم آهن المتال یک بار در هفته به مدت ۳ ماه در سال
- برای کودکان ۱۴-۶ ساله توصیه به مصرف دوز هفتگی ۶۰ میلی گرم آهن المتال یک بار در هفته به مدت ۳ ماه در سال
- برای نوجوانان دختر و پسر در سنین ۲۰-۱۴ سال و زنان سنین باروری توصیه به مصرف دوز هفتگی ۶۰ میلی گرم آهن المتال یک بار در هفته به مدت ۴ ماه در سال

توصیه های تغذیه ای جهت پیشگیری از ابتلا به کم خونی فقر آهن:

- در برنامه غذایی روزانه دونوع آهن هم و غیرهم وجود دارد. از منابع آهن هم می توان به گوشت قرمز، مرغ، ماهی و جگر اشاره کرد. آهن غیر هم نیز در غذاهای گیاهی مانند غلات، حبوبات، سبزیجات، مغزها (پسته، بادام، گردو و فندق) و انواع خشکبار (برگه هلو، زردآلو، انجیر، کشمش، خرما و ...) وجود دارد. آهن هم از قابلیت جذب بالایی برخوردار است و به میزان ۲۰ تا ۳۰ درصد جذب می شود. در حالی که جذب آهن غیر هم به میزان ۳ تا ۸ درصد بوده و جذب آن بستگی به وجود عوامل کاهش دهنده و افزایش دهنده جذب آهن دارد.
- انواع گوشت ها با ارزشی دوگانه، علاوه بر دارا بوده آهن هم نیز می توانند سبب افزایش جذب آهن غیر هم موجود در منابع گیاهی شوند. یعنی اگر حتی مقدار کمی گوشت در غذا وجود داشته باشد آهن موجود در آن موجب افزایش جذب آهن از مواد غذایی گیاهی می شود.
- یکی دیگر از افزایش دهنده های جذب آهن، اسید اسکوربیک (ویتامین ث) موجود در سبزی ها و میوه های تازه و خام است. با مصرف مقداری سبزی خوردن و یا انواع سالاد (شامل گوجه فرنگی، فلفل دلمه ای، کلم، کاهو) همراه با آب لیمو یا آب نارنج تازه جذب آهن غذاهای گیاهی افزایش می یابد.
- استفاده از جوانه غلات و حبوبات می تواند موجب افزایش آهن قابل جذب در مواد غذایی شود. با جوانه زدن غلات، مقدار ویتامین C آن افزایش و میزان تانن و اسید فیتیک کاهش یافته و میزان جذب آهن تقریباً به دو برابر افزایش می یابد.
- خودداری از نوشیدن چای، قهوه و دم کرده های گیاهی یک ساعت قبل و یک تا دو ساعت پس از صرف غذا و اجتناب از نوشیدن چای پررنگ
- انتخاب نان هایی که در تهیه آن از خمیر مایه یا خمیر ترش به جای جوش شیرین استفاده شده است زیرا با انجام عمل تخمیر، اسید فیتیک مهار شده و مانعی در جذب آهن ایجاد نمی شود.
- اگر چه ماست هم دارای کلسیم است ولی برای جذب آهن مشکلی ایجاد نمی کند زیرا ماست حاوی ماده اسیدی بنام اسید لاکتیک است که خود به جذب آهن کمک می کند.