

THIẾU MÁU THIẾU SẮT

ĐỊNH NGHĨA

- Thiếu máu là tình trạng giảm lượng Hb hoặc số lượng HC trong 1 đơn vị thể tích máu so với giới hạn bình thường của người cùng lứa tuổi.
- Theo WHO thiếu máu khi:
 - + Trẻ 6 tháng – 6 tuổi: Hb <110 g/L.
 - + Trẻ 6 – 14 tuổi: Hb <120 g/L.
- Thiếu máu dinh dưỡng là thiếu máu do thiếu một trong những nhiều yếu tố dinh dưỡng (chính là các yếu tố tạo máu).
- Thiếu máu thiếu Fe có đặc điểm là thiếu máu nhược sắc, sắt và ferritin huyết thanh giảm. Thiếu máu thiếu sắt rất phổ biến, là thiếu máu dinh dưỡng chủ yếu ở trẻ em.

1. TÓM TẮT CHUYỂN HOÁ SẮT:

- Sắt là thành phần quan trọng của Hemoglobin, cần thiết cho sự sống.
- Lượng sắt trong cơ thể rất ít:
 - + Trẻ sơ sinh có khoảng 250 mg sắt.
 - + Người trưởng thành có 3,5 - 4,0 g sắt, bằng 0,005% trọng lượng cơ thể.
- **Phân bố:** gồm 2 khu vực là sắt hem và sắt không hem.
 - + **Sắt hem gồm:**
 - Hemoglobin 65-75%.
 - Myoglobin 4%.
 - Một số enzyme 0,3% (như Cytocrom, Peroxydase, Catalase).
 - + **Sắt không hem gồm:**
 - Sắt vận chuyển gắn với transferrin hay siderophilin chiếm 0,1%
 - Sắt dự trữ như hemosiderin, ferritin chiếm 25-30%.
- Hấp thụ sắt trong cơ thể:
 - + Nguồn cung cấp từ thức ăn.
 - + Vị trí hấp thu trên toàn bộ đường tiêu hoá, nhiều nhất ở tá tràng và đoạn đầu ruột non.
 - + Nhu cầu hấp thu tùy theo tuổi, sự phát triển cơ thể và sự mất sắt:
 - Trẻ 3 - 12 tháng: 0,7 mg/ngày.
 - Trẻ 1 - 2 tuổi: 1 mg/ngày.
 - Trẻ lớn hơn, giai đoạn dậy thì: 1,8 - 2,4 mg/ngày.
- Thải trừ ít theo phân, nước tiểu, mồ hôi, bong tế bào ở da và niêm mạc, móng, kinh nguyệt.

2. NGUYÊN NHÂN THIẾU MÁU THIẾU SẮT:

2.1. Cung cấp sắt thiếu:

- Chế độ ăn thiếu sắt:
 - + Thiếu sữa mẹ mà ăn sữa động vật (vì sắt trong sữa mẹ được hấp thu tốt, trong khi sắt trong sữa bò chỉ được hấp thu 10-20 %).
 - + Thiếu thức ăn nguồn gốc động vật.
 - + Ăn bột nhiều và kéo dài (trong bột có acid phytic và các phosphat gây giảm hấp thu Fe).
- Trẻ đẻ non, thiếu cân lúc đẻ, sinh đôi: lượng sắt dự trữ được cung cấp qua tuần hoàn rau thai ít.

2.2. Hấp thu sắt kém: do các bệnh lý của đường tiêu hoá.

- Giảm độ toan dạ dày.

- Ỉa chảy kéo dài.
- Hội chứng kém hấp thụ.
- Dị dạng dạ dày - ruột.

2.3. Mất sắt quá nhiều:

- Do chảy máu từ từ, mạn tính:
 - + Đường tiêu hoá: giun móc, loét dạ dày tá tràng, Polyp ruột.
 - + Chảy máu cam.
 - + Chảy máu sinh dục tiết niệu.

2.4. Nhu cầu sắt cao:

- Giai đoạn cơ thể lớn nhanh.
- Trẻ đẻ non.
- Tuổi dậy thì.
- Tuổi hành kinh.
- Phụ nữ có thai.
- mà cung cấp sắt không tăng.

3. TRIỆU CHỨNG:

3.1. Lâm sàng:

- Tuổi xuất hiện: thường ở trẻ từ 6 tháng, có thể xuất hiện sớm từ tháng thứ 2 - 3 ở trẻ đẻ non.
- Da xanh, niêm mạc nhợt từ từ.
- Các triệu chứng kèm theo tùy mức độ nặng của bệnh:
 - + Trẻ mệt mỏi, ít hoạt động kém ăn.
 - + Ngừng phát triển thể chất.
 - + Hay bị rối loạn tiêu hoá.
 - + Dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn.
 - + Trẻ ở lứa tuổi đi học thường học kém do kém tập trung.
- Các triệu chứng:
 - + Teo niêm mạc và mất gai lưỡi làm trẻ khó nuốt.
 - + Móng bẹt, dễ gãy → ít gặp ở trẻ em.

3.2. Cận lâm sàng:

- Thiếu máu thiếu Fe có đặc điểm là: thiếu máu nhược sắc, hồng cầu nhỏ:
 - + Hemoglobin và thể tích hồng cầu giảm nhiều hơn số lượng hồng cầu.
 - + Thể tích trung bình hồng cầu (MCV) < 80 fl.
 - + Hemoglobin trung bình hồng cầu (MCH) < 27 pg.
 - + Nồng độ hemoglobin trung bình hồng cầu (MCHC) < 30 g/dl.
- Thiếu máu nhược sắc là do giảm sắt:
 - + Sắt huyết thanh giảm < 50 $\mu\text{mol/l}$ hay < 10 $\mu\text{mol/l}$.
 - + Ferritin huyết thanh giảm < 12 $\mu\text{g/l}$.
 - + Chỉ số bão hoà transferin < 15 %.
 - + Protoporphyrin tự do hồng cầu tăng > 70 $\mu\text{g/l}$.

4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

- Lâm sàng:
 - + Dựa vào thiếu máu xảy ra ở một trẻ > 6 tháng.
 - + Có tiền sử nuôi dưỡng không đúng phương pháp.
 - + Đẻ non, thiếu tháng, đẻ thấp cân.

- + Trẻ có tiền sử ỉa chảy kéo dài, hội chứng kém hấp thu.
- + Mẹ có tiền sử rong kinh trước đẻ.
- Cận lâm sàng: trình bày lại phần CLS nêu trên.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

5.1. Bệnh Hemoglobin (Thalassemia dị hợp tử, HbE):

- Giống: cũng là thiếu máu nhược sắc HC nhỏ.
- Khác:
 - + Fe huyết thanh, Ferritin và bão hoà transferin không giảm.
 - + Điện di Hb:
 - HbA₂ tăng (β thalassemia). Hoặc:
 - HbE tăng (bệnh HbE)....
 - Riêng trường hợp α-Thalassemia dị hợp tử: điện di không thay đổi.

5.2. Thiếu máu nhược sắc do không sử dụng được Fe:

- Nguyên nhân: ngộ độc chì, viêm mạn tính.
- Giống: thiếu máu nhược sắc HC nhỏ.
- Khác: Fe huyết thanh tăng.

6. ĐIỀU TRỊ:

6.1. Điều trị thiếu sắt:

6.1.1. Điều trị thiếu sắt:

- Cho trẻ uống các muối sắt, các muối Fe hoá trị 2 dễ hấp thu hơn.
- Liều lượng có hiệu quả: 4 - 6 mg sắt nguyên tố/kg/ngày.
- Có thể dùng:
 - + Sulfat sắt: 20 mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần (100mg sulfat sắt có 20 mg Fe).
 - + Gluconat sắt: 40 mg/kg/24h chia 2 - 3 lần (100mg gluconat sắt có 11 mg sắt).
- Chú ý:
 - + Thời gian điều trị từ 8 - 12 tuần lễ, có thể dùng dài ngày hơn.
 - + Sắt phải được uống vào khoảng cách giữa 2 bữa ăn.
 - + Tác dụng phụ: có thể buồn nôn, đau vùng thượng vị, ợ hơi nóng, táo bón hoặc ỉa chảy → Khi đó có thể giảm bớt liều hoặc uống cách xa bữa ăn.
 - + Nên cho thêm Vitamin C 0,1 g x 3 viên/ ngày để sắt dễ hấp thụ.
- Nếu đúng là thiếu máu thiếu sắt sau 5-10 ngày:
 - + Tỷ lệ hồng cầu lưới sẽ tăng.
 - + Lượng Hb tăng 2,5-4,0 g/l/ngày và sau 10 ngày Hb tăng 1,0-1,5 g/l/ngày.
- Trong trường hợp không uống được hay không hấp thu được thì dùng đường tiêm. Lượng sắt tiêm theo công thức:

$\text{Lượng Fe (mg) tiêm} = \frac{\text{Hb (bt)} - \text{Hb (bn)}}{100} \times V \text{ (ml)} \times 3,4 \times 1,5$

Hb (bt): hemoglobin bình thường (12g/dl).

Hb (bn): hemoglobin bệnh nhân.

V (ml): 80 ml/kg.

3,4: 1g Hb cần 3,4 mg Fe.

1,5: thêm 50% cho sắt dự trữ.

6.1.2. Truyền máu: Chỉ định khi:

- Hb < 5 g/l.

- Cần nâng nhanh lượng Hb lên (cần phẫu thuật, nhiễm khuẩn nặng).
- Suy tim do thiếu máu nặng.

6.2. Điều trị nguyên nhân:

- Điều chỉnh chế độ ăn thích hợp với lứa tuổi. Cho trẻ ăn thêm đúng, ngoài sữa phải ăn thêm các thức ăn có nhiều rau xanh, nước quả, trứng, thịt.
- Điều trị các bệnh mạn tính đường ruột gây kém hấp thu sắt.
- Điều trị các nguyên nhân gây mất máu mạn tính: giun móc mỡ, chảy máu dạ dày...

7. PHÒNG BỆNH:

- Cần phòng bệnh thiếu máu thiếu sắt từ sớm, ngay trong thời kỳ bào thai. Đặc biệt lưu ý tới:
 - + Những trẻ có nguy cơ như trẻ đẻ non, đẻ sinh đôi, trẻ nhỏ dưới 3 tuổi, trẻ bị thiếu sữa mẹ.
 - + Các bà mẹ có thai.
- Đối với bà mẹ có thai:
 - + Trong thời kỳ này nhu cầu sắt rất lớn, lượng sắt cần hàng ngày (kể từ quý II) là 3 mg/ngày; tổng số sắt cần cho thai nghén là 500-600 mg.
 - Do đó cần ăn uống đầy đủ, đặc biệt ăn thức ăn giàu sắt, rau xanh, hoa quả và thức ăn động vật, không kiêng khem trừ các thức ăn kích thích.
 - + Cần cho bà mẹ có thai uống thêm sắt từ quý II của thời kỳ bào thai.
 - + Giáo dục cho các bà mẹ cách nuôi con:
 - Đảm bảo trẻ được bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu.
 - Bổ sung nước quả từ tháng thứ 2, 3.
 - Ăn sam đúng và đủ thức ăn động vật và thực vật giàu chất sắt.
- Đối với trẻ có nguy cơ (trẻ đẻ non, sinh đôi, trẻ thiếu sữa mẹ): nên dùng sữa, thức ăn có bổ sung sắt và vitamin C hoặc điều trị dự phòng bằng chế phẩm sắt 20 mg/ngày từ tháng thứ 2.
- Cần bổ sung sắt cho trẻ thấp cân. WHO khuyến cáo lượng sắt bổ sung theo cân nặng lúc đẻ:
 - + 2,0 – 2,5 Kg: 1 mg/kg/24h.
 - + 1,5 – 2,0 Kg: 2 mg/kg/24h.
 - + 1,0 – 1,5 Kg: 3 mg/kg/24h.
 - + < 1,0 Kg: 4 mg/kg/24h.
- Điều trị sớm các bệnh làm giảm hấp thu như bệnh giun sán, sán, ỉa chảy, bệnh gây chảy máu mạn tính bằng cách ăn uống hợp vệ sinh và giáo dục vệ sinh môi trường.