|  |  |
| --- | --- |
| Whom to treat – Regardless of the presence of symptoms, all patients with iron deficiency anemia and most patients with iron deficiency without anemia should be treated. The cause of iron deficiency also must be identified and addressed, especially in adults with new onset iron deficiency. A healthy diet provides sufficient iron for physiologic needs but cannot correct iron deficiency. (See 'Initial considerations' above.) | **Chỉ định điều trị** - Bất kể có triệu chứng hay không, tất cả bệnh nhân thiếu máu thiếu sắc và đa số bệnh nhân thiếu sắt không thiếu máu nên được điều trị. Nguyên nhân của thiếu sắt cần phải tìm và giải quyết, đặc biệt ở người lớn mới khởi phát thiếu sắt. Một chế độ ăn lành mạnh cung cấp đủ sắt cho nhu cầu sinh lí của cơ thể có thể không khắc phục tình trạng thiếu sắt. |
| Role of RBC transfusion – Patients with severe, severely symptomatic (eg, with symptoms of myocardial ischemia), or life-threatening anemia should be treated with red blood cell (RBC) transfusion ( algorithm 1). (See 'Severe/life-threatening anemia' above.) | **Vai trò của truyền hồng cầu** – Những bệnh nhân có triệu chứng nặng, nguy hiểm (ví dụ, triệu chứng của thiếu máu cơ tim cục bộ) hay thiếu máu đe dọa mạng sống nên được điều trị bằng truyền hồng cầu. |
| Oral versus IV iron – Some conditions may affect iron dosing and/or the route of administration (oral versus intravenous [IV]) ( table 2). We generally treat patients who have uncomplicated iron deficiency anemia with oral iron due to the ease of administration, as illustrated in the algorithm ( algorithm 1). However, the availability of IV iron formulations with improved toxicity profiles has lowered the threshold at which many patients would prefer an IV preparation. We often use IV iron when treating pregnant women and individuals with inflammatory bowel disease, gastric surgery, or chronic kidney disease. (See 'Oral versus IV iron' above and "Anemia in pregnancy" and 'Older adults' above and 'Inflammatory bowel disease' above and 'Followinggastrointestinal/bariatric surgery' above and 'Perioperative' above and 'Chronic kidney disease' above and'Heart failure' above and 'H. pylori, peptic ulcer disease, and gastritis' above.) | **Sắt đường uống và đường tĩnh mạch** – Một số tình trạng có thể ảnh hướng đến liều lượng sắt và hoặc đường dùng thuốc (uống hay tiêm tĩnh mạch). Chúng tôi thường điều trị bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt chưa biến chứng bằng đường uống do dễ sử dụng. However, the availability of IV iron formulations with improved toxicity profiles has lowered the threshold at which many  patients would prefer an IV preparation. Chúng tôi thường sử dụng sắt truyền tĩnh mạch khi điều trị phụ nữ mang thai, và những bệnh nhân bệnh viêm ruột, phẫu thuật dạ dày, hay bệnh thận mạn,  Tuy nhiên, sự sẵn có của các công thức sắt IV với các cấu hình độc tính được cải thiện đã làm giảm ngưỡng mà tại đó nhiều bệnh nhân thích một chế phẩm IV. |
| Dose and formulation (oral iron) – For the most part, all oral iron preparations are equally effective ( table 4). The dose of oral iron depends on patient age, the estimated iron deficit, the rapidity with which it needs to be corrected, and side effects, which include metallic taste, and a number of gastrointestinal effects that generally correlate with dose. For individuals treated with oral iron, we suggest that the dose be taken every other day rather than every day (Grade 2C). This is based on evidence in individuals with iron deficiency that demonstrates improved absorption and reduced gastrointestinal side effects. Some individuals may reasonably choose daily dosing if they find that it improves tolerability or ease of use. Other strategies to improve tolerability are listed above. (See 'Oral iron' above.) | **Liều và công thức (sắt uống)** – Phần lớn các chế phẩm sắt uống có hiệu quả như nhau. Liều lượng sắt uống phụ thuộc vào tuổi, lượng sắt thiếu hụt ước tính, the rapidity with which it needs to be corrected, tác dụng phụ bao gồm vị kim loại, một số tác dụng phụ lên hệ tiêu hóa phụ tương quan với liều. Với những bệnh nhân sử dụng thuốc uống, chúng tôi khuyến cáo liều lượng cần được cách ngày thay vì và giảm tác dụng phụ tiêu hóa. Một số bệnh nhân có thể chọn liều hằng này nếu họ cho thấy tăng dung nạp hay dễ sử dụng. Những chiến lược khác để cải thiện khả năng dung nạp được liệt kê ở trên. |
| Dose and formulation (IV iron) – There are a number of settings in which IV may be preferable to oral administration, including ongoing blood loss, physiologic or anatomic abnormality that interferes with oral absorption or iron homeostasis, and intolerable gastrointestinal side effects of oral iron. A number of IV iron formulations are available ( table 3); their dosing and administration are described above. (See 'Choice of IV formulation' above and 'Dosing/administration of specific IV iron preparations' above.) | **Liều và công thức (sắt tĩnh mạch)** - |
| Adverse effects of oral iron – Gastrointestinal side effects are extremely common with oral iron administration. Strategies to reduce these effects include reducing the frequency to every other day if not done already, dietary modifications, and switching to a liquid formulation. (See 'Side effects (oral iron)' above and 'Strategies to improve tolerability' above.) |  |
| Adverse effects of IV iron – Many clinicians are reluctant to use IV iron due to concerns about anaphylaxis. We believe true allergic reactions are exceedingly rare and vastly overestimated, largely due to experience with older products such as high molecular weight iron dextran (HMW ID), which is no longer used, and the practice of aggressively treating non-allergic infusion reactions with diphenhydramine and other therapies that convert the reaction to a more serious event. We do not use routine premedication prior to IV iron and we avoid diphenhydramine. For individuals with asthma, inflammatory rheumatic conditions, or multiple drug allergies, we generally limit premedication to a glucocorticoid alone. (See 'Allergic and infusion reactions' above.) |  |
| Expected response – Effective treatment of iron deficiency results in resolution of symptoms, a modest reticulocytosis (peaking in 7 to 10 days), and normalization of the hemoglobin level in six to eight weeks. Causes for a lack of response include nonadherence to oral iron, ongoing blood loss, and incorrect initial diagnosis or the presence of additional diagnoses. Some of these additional diagnoses, such as celiac disease, may be especially important to evaluate. (See 'Response to iron supplementation' above.) |  |

Text

Description automatically generatedA picture containing text, newspaper, receipt

Description automatically generated