

Dự phòng và điều trị thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản

*Ds. Hoàng Thị Vinh
Khoa Dược - Bv Từ Dũ*

Thiếu sắt là hiện tượng rối loạn dinh dưỡng phổ biến nhất trên thế giới và cũng là nguyên nhân chủ yếu gây thiếu máu. Theo số liệu thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, vào năm 2005, ước tính có khoảng 2 tỷ người trên thế giới bị bệnh thiếu máu, trong đó 50% trường hợp là do thiếu sắt.

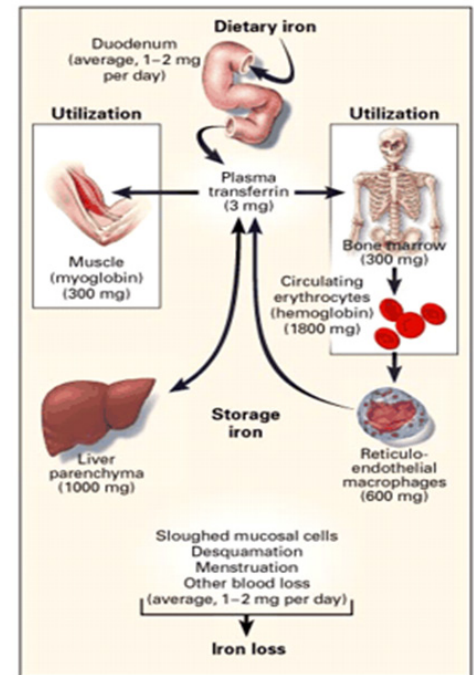
Phụ nữ và trẻ em là 2 nhóm đối tượng có nguy cơ thiếu máu do thiếu sắt cao nhất. Đặc biệt, thiếu máu chiếm tỷ lệ 20% trong số các nguyên nhân gây tử vong ở sản phụ.

I. Quá trình hấp thu và vận chuyển sắt trong cơ thể

Sắt từ thức ăn (chủ yếu ở dưới dạng Fe³⁺) được chuyển thành dạng dễ hấp thu hơn (Fe²⁺) trong môi trường acid ở dạ dày. Sắt được hấp thu chủ yếu ở tá tràng và phần đầu ruột non theo cơ chế vận chuyển tích cực. Chỉ có 10 – 20% lượng sắt cung cấp theo đường tiêu hóa được hấp thu vào cơ thể.

Trong cơ thể, sắt được vận chuyển bằng cách gắn với một protein huyết tương - transferrin, và được dự trữ dưới dạng ferritin hoặc hemosiderin. Hai vị trí có lượng sắt dự trữ lớn nhất là hệ thống mạng lưới nội bào và các tế bào gan, ngoài ra sắt còn được dự trữ trong cơ.

80% lượng sắt trong huyết tương được vận chuyển tới tủy xương và tham gia vào quá trình sản xuất hồng cầu. Ngoài ra, sắt còn là thành phần cơ bản của myoglobin và một số enzyme heme và nonheme khác. Do đó, thiếu sắt không chỉ ảnh hưởng đến sự sản xuất hồng cầu mà còn ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa ở cơ do sự suy giảm hoạt động của các enzyme.



II. Dự phòng và điều trị thiếu máu thiếu sắt cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản

1. Nhu cầu về sắt ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản

Nhu cầu về sắt mỗi ngày ở bé gái là 1,5 – 3mg. Khi có kinh, người phụ nữ cần khoảng 1,4mg sắt. Trong mỗi chu kỳ kinh nguyệt, người phụ nữ mất khoảng 0,5mg sắt mỗi ngày, và ở 10% phụ nữ, con số này tăng lên đến 2mg. Trong giai đoạn mang thai, nhu cầu về sắt của người phụ nữ tăng lên đáng kể. Trong hai tam cá nguyệt sau của thai kỳ, người phụ nữ cần đến 5-6 mg sắt mỗi ngày để đảm bảo cho sự phát triển bình thường của bào thai. Lượng sắt cung cấp từ người mẹ trong quá trình mang thai cần thiết để tạo nên nguồn sắt dự trữ trong đứa trẻ cho đến 6 tháng tuổi.

Ở phụ nữ mang thai, thiếu máu do thiếu sắt làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm đài bể thận, tiền sản giật, gia tăng gấp 3 lần tỷ lệ sinh non, tăng tỷ lệ mổ lấy thai và biến chứng hậu sản. Đứa trẻ sinh ra thường bị nhẹ cân, nghiêm trọng hơn là bất thường trong phát triển nhân cách, thể lực và trí thông minh.

2. Chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt

Mặc dù sự hiện diện của thiếu máu hồng cầu nhỏ là yếu tố nhận biết thường gặp nhất trong thiếu máu thiếu sắt, các xét nghiệm labo như mức độ bão hòa của transferin, nồng độ protoporphyrin trong hồng cầu, và ferritin huyết tương là rất cần thiết để phân biệt thiếu sắt với những nguyên nhân khác gây ra hiện tượng hồng cầu nhỏ. Những xét nghiệm này thực sự hữu dụng trong trường hợp chưa xuất hiện hồng cầu nhỏ trong máu lưu thông do mất máu tự nhiên mới xảy ra, nhưng lượng sắt cung cấp không đủ đã làm suy giảm quá trình sản xuất hồng cầu trong tủy xương tại thời điểm đó. Phức tạp hơn nữa là phân biệt thiếu sắt thật sự với thiếu sắt cung cấp cho sản xuất hồng cầu do viêm. Khi cơ thể có hiện tượng viêm, lượng sắt dự trữ trên thực tế tăng lên, nhưng quá trình giải phóng sắt từ đại thực bào bị chặn lại; nồng độ sắt huyết tương giảm, do đó lượng sắt cung cấp cho tủy xương không đủ. Sự gia tăng lượng sắt dự trữ trong trường hợp này biểu hiện qua sự tăng nồng độ ferritin trong huyết tương.

3. Dự phòng và điều trị thiếu máu thiếu sắt

Ngoài một chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, cách tốt nhất để dự phòng và điều trị thiếu máu do thiếu sắt là bổ sung sắt bằng đường uống. Lượng sắt nguyên tử chứa trong viên sắt đóng vai trò quan trọng hơn là khối lượng toàn phần của dạng muối sắt.

Dạng bào chế	Liều (mg)	% Fe ²⁺	Thành phần	Số viên/ ngày
FeSO ₄	325	20	65 mg/ viên	3
Fe gluconat	300	20	35 mg/ viên	6
Fe fumarat	300	33	99 mg/ viên	2

Hàm lượng sắt tương ứng với các dạng muối sắt khác nhau

- Liều trung bình để điều trị thiếu máu do thiếu sắt: 200 mg/ngày (65 mg x 3 lần/ ngày)
- Để dự phòng thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ: 20 – 30 mg/ ngày
- Để điều trị thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ trong trường hợp thiếu máu nhẹ đến trung bình: 100 mg/ngày (35 mg x 3 lần/ ngày)

Hàm lượng sắt trong một số chế phẩm thông dụng

Adofex	60mg	Sangobion	50mg
Ferrup	50mg	Saferon	100mg
Ferrovit	54mg	Timoferol	50mg
Fumafer	66mg	Tot'héma	50mg
Odiron	60mg	Ferlatum	40mg

Đáp ứng của cơ thể đối với việc điều trị thiếu máu do thiếu sắt bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố: mức độ trầm trọng của bệnh, khả năng dung nạp của người bệnh, dạng bào chế của các dược phẩm cung cấp sắt, các bệnh lý kèm theo.

Hiệu quả trị liệu có thể đánh giá bằng đo tốc độ sản xuất hồng cầu. Thông thường, cơ thể được coi là có đáp ứng với việc điều trị nếu giá trị Hb tăng lên khoảng 2mg/dl trong vòng 3-4 tuần. Việc điều trị nên được tiếp tục cho đến khi khôi phục lại giá trị Hb bình thường. Để khôi phục lại lượng sắt dự trữ đòi hỏi khoảng thời gian dài hơn, từ 3-6 tháng, vì khi kho dự trữ được lấp đầy dần dần, tỷ lệ sắt được hấp thu từ ống tiêu hóa sẽ giảm xuống. Nếu sau 3-4 tuần, cơ thể không đáp ứng với điều trị, cần thực hiện xét nghiệm kiểm tra lại các thông số huyết học như nồng độ ferritin, transferrin trong máu.

4. Tương tác thuốc

*** Tương tác giữa sắt và các thuốc khác:**

- Antacid: giảm hấp thu sắt qua đường do ức chế quá trình khử Fe 3+ thành Fe 2+
- Hormon tuyến giáp: Các muối sắt làm giảm hấp thu thyroxin ở đường tiêu hóa
- Quinolon, fluoroquinolon: phản ứng chelat hóa với các cation hóa trị hai hoặc ba, trong đó có sắt
- Levodopa: tạo phức chelat với các muối sắt, làm giảm hấp thu và giảm nồng độ huyết thanh của levodopa

Để tránh xảy ra các tương tác có hại trên, tốt nhất nên uống 2 thuốc cách nhau ít nhất 2 giờ

- Thuốc ức chế men chuyển: sắt (II) sulfat tạo với captopril một nhị phân captopril disulfit bền vững, phản ứng xảy ra nhanh và làm giảm nồng độ captopril trong máu. Do đó, nên thay thế captopril bằng một thuốc khác hoặc dùng 2 thuốc cách nhau ít nhất 2 giờ.

*** Tương tác thuốc với thức ăn:**

Sắt tạo phức chelat với tanin có trong trà xanh, với protein và với các oxalate, phytat có trong một số loại rau. Sinh khả dụng của viên sắt khi dùng chung với thức ăn chỉ bằng 1/2 - 1/3 so với việc uống khi bụng rỗng. Do đó, tốt nhất nên uống sắt khi bụng đói, mặc dù phải giảm liều do tác dụng phụ gây ra trên đường tiêu hóa, sau đó tăng dần đến liều điều trị.

5. Điều trị thiếu máu thiếu sắt bằng đường tiêm truyền:

Trong trường hợp thất bại với sắt đường uống, điều trị bằng sắt tiêm truyền có thể là một biện pháp hiệu quả. Những trường hợp được chỉ định bao gồm những bệnh nhân hấp thu sắt kém (do viêm loét hoặc cắt dạ dày,...), không dung nạp sắt đường uống, bệnh nhân bị bệnh thận đang điều trị với erythropoietin. Đặc biệt, với phụ nữ mang thai, việc tiêm truyền sắt cho phép khôi phục nhanh lượng sắt dự trữ hơn là điều trị với sắt đường uống.

Chỉ nên dùng sắt tiêm truyền trong trường hợp có chỉ định rõ ràng, vì cách điều trị này có thể gây ra hiện tượng quá mẫn cảm ở 0,2 đến 3% bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo:

1. Tierney, McPhee, Papadakis, “ Chẩn đoán và điều trị trong y học hiện đại”, Nhà xuất bản y học, 2001, p. 709-714.
2. Goodman and Gilman, The Pharmaceutical Basis of Therapeutics, 3rd edition, p. 1494-1501.
3. Brian s.Katcher, Lloyd Yee Young, Mary Anne Koda – kimble, Applied Therapeutics – The Clinical Use of Drugs, 3rd edition, p. 871 – 882.