

Thiếu máu trong thai kỳ

I. Đại cương

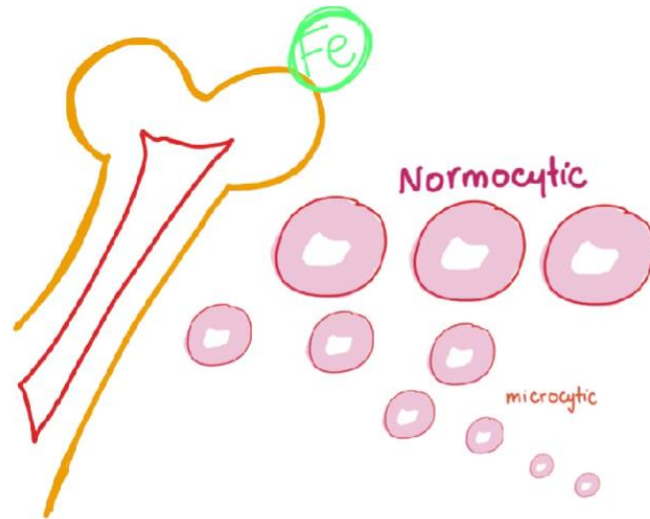
- Trong thai kỳ, người mẹ cần tăng sinh hồng cầu và đồng thời có hiện tượng tăng thể tích dịch lòng mạch. Điều này làm loãng máu và gây thiếu máu sinh lý trong thai kỳ, hay còn gọi là *Dilutional anemia*.
- Tăng sinh hồng cầu giúp vận chuyển Oxy cho thai nhi. Do đó nhu cầu dinh dưỡng của thai phụ tăng lên đáng kể để có nguyên liệu tổng hợp hồng cầu.

II. Định nghĩa

- Định nghĩa thiếu máu trong thai kỳ
 - Trong quý I, Hemoglobin < 11 g/dL (tương ứng với HCT < 33%)
 - Trong quý II, Hemoglobin < 10.5 g/dL (tương ứng với HCT < 32%)
 - Trong quý III, Hemoglobin < 11 g/dL (tương ứng với HCT < 33%)
 - Giai đoạn hậu sản, Hemoglobin < 10 g/dL (tương ứng với HCT < 30%)
- Chú ý: Có trường hợp lượng HGB nền là 14 g/dL nhưng hạ xuống 11 g/dL (chưa đủ chẩn đoán thiếu máu). Do đó thái độ bác sĩ cần nhớ đó là xem xét HGB nền trước mang thai khi sản phụ đến khám.

III. Nguyên nhân

- Thiếu sắt:
 - Thiếu sắt là nguyên nhân gây thiếu máu thường gặp nhất.
 - Sắt là nguyên tố quan trọng trong việc tạo hồng cầu, thiếu sắt đồng nghĩa với giảm tạo hemoglobin (vì sắt là heme).
 - Giai đoạn đầu, cơ thể sẽ sử dụng sắt và tạo ra những hồng cầu có kích thước bình thường. Giai đoạn sau, dự trữ sắt cạn kiệt, hồng cầu lúc này mới biểu hiện thành hồng cầu nhỏ.



Hình 1: Giai đoạn đầu hồng cầu bình thường, giai đoạn sau hồng cầu trở nên nhỏ đi.

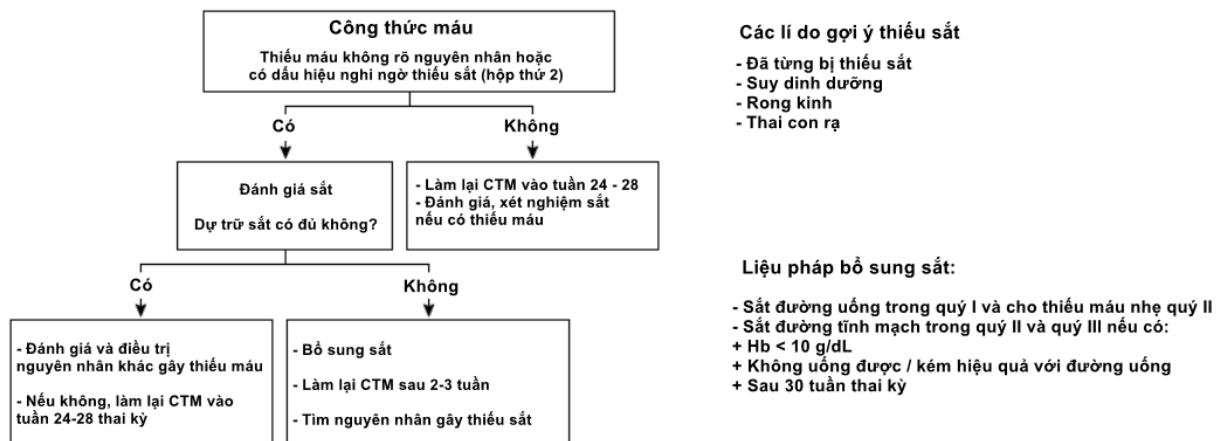
➤ Các nguyên nhân khác:

- Bệnh lý của hemoglobin
 - Thalassemia
 - Hồng cầu hình liềm
- Bệnh lý màng hồng cầu
 - Hồng cầu hình cầu di truyền
- Thiếu Folate
 - Cùng với thiếu vitamin B12, là một trong những nguyên nhân gây thiếu máu hồng cầu lớn.
 - Folate và vitamin B12 là thành phần quan trọng trong tổng hợp DNA tế bào. Hồng cầu không phải là ngoại lệ. Thiếu 2 chất này khiến tế bào gốc không biệt hóa và phân chia được và tạo ra những tế bào máu không trưởng thành, có kích thước lớn (gây thiếu máu hồng cầu lớn)
 - 400 – 800 mcg trước khi mang thai 1 tháng và kéo dài suốt thai kỳ. Giúp dự phòng thiếu folate và tật nứt ống thần kinh.
 - 1 mg hàng ngày nếu có thiếu hụt folate.
 - 4 mg hàng ngày nếu thai kỳ trước đó có tật nứt đốt sống.

- Thiếu vitamin B12
 - Nguy cơ trên người có vấn đề ở dạ dày và hồi tràng. Dạ dày tiết yếu tố nội để giúp hồi tràng hấp thu vitamin B12.
 - Phẫu thuật cắt dạ dày: Giảm yếu tố nội
 - Bệnh Crohn: Tổn thương hồi tràng
 - Thiếu máu ác tính: Giảm yếu tố nội
 - Suy dinh dưỡng: Giảm hấp thu
- Thiếu máu do bệnh mạn tính (Anemia of chronic disease)
 - Bệnh mạn tính (ung thư, viêm mạn, tự miễn,...) khiến cơ thể suy nhược, giảm hấp thu sắt, giảm tiết EPO.
 - Các cytokines viêm gây rối loạn hấp thu sắt, giảm tạo máu.
- Bệnh thận mạn
 - Giảm EPO → giảm kích thích sản sinh hồng cầu
- Suy giáp
 - Giảm chuyển hóa cơ thể → giảm hấp thu → thiếu máu (có thể hồng cầu nhỏ, bình thường hoặc lớn)
- Nhiễm virus
 - Virus (ví dụ HIV) có khả năng ức chế tủy xương.

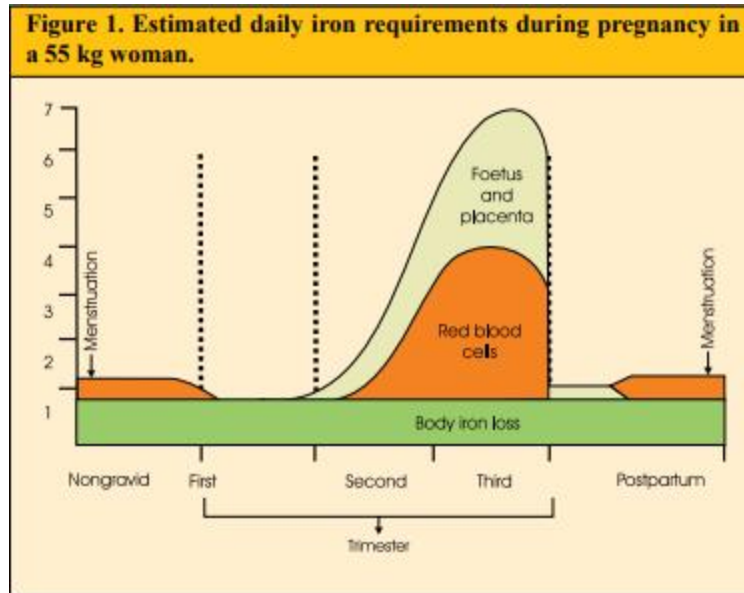
IV. Tầm soát

Đánh giá và điều trị thiếu máu trong thai kỳ



Hình 2: Đánh giá và điều trị thiếu máu trong thai kỳ

- Sau tuần 30, nhu cầu sắt của thai phụ rất cao. Lí do là vì thai và phần phụ của thai ngày càng lớn hơn, nhu cầu tăng. Do đó việc sử dụng sắt đường uống là không hiệu quả trong thời gian này.



Hình 3: Nhu cầu sắt theo giai đoạn

- Chẩn đoán thiếu sắt khi Ferritin <30 ng/mL (<30 mcg/L). Ferritin ≥30 ng/mL và thai phụ không có bệnh lý mạn tính kèm theo giúp loại trừ được nguyên nhân thiếu sắt (Vì trong thiếu máu do bệnh lý viêm mạn tính, chỉ số Ferritin tăng dù bệnh nhân thực sự có thiếu sắt).
- Tầm soát thiếu sắt (chưa thiếu máu)
 - Đa số đồng thuận tầm soát cho các thai phụ có nguy cơ cao:
 - Có chẩn đoán thiếu máu trong tiền sử
 - Đái tháo đường (bệnh mạn tính)
 - Hút thuốc
 - Nhiễm HIV
 - Bệnh ruột viêm
 - Đa sản, đặc biệt với thời gian nghỉ giữa 2 thai kỳ < 6 tháng (chưa kịp hồi phục)
 - Tiền sử chảy máu âm đạo bất thường (AUB)
 - BMI cao
 - Ăn chay trường (thiếu B12)

- Có nhiều tác giả tầm soát dự trữ sắt thai kỳ cho dù thai phụ không có triệu chứng của thiếu máu (làm thường quy !!).
- Cách tầm soát thiếu sắt
 - Làm các xét nghiệm: Ferritin huyết thanh, transferrin saturation (TSAT), Total iron-binding capacity (TIBC)
 - Chẩn đoán thiếu sắt khi:
 - Ferritin <30 ng/mL → chẩn đoán thiếu sắt
 - Ferritin từ 30-40 ng/mL (ngưỡng bình thường thấp) → làm thêm TSAT.
 - TSAT < 20% → thiếu sắt
 - Lưu ý: TSAT có thể tăng do thuốc bổ sung sắt, do đó làm xét nghiệm sau khi thai phụ nhịn đói qua đêm và tránh đồ ăn chứa sắt hay thực phẩm bổ sung.
 - Ferritin ↑ thì làm TSAT hoặc TIBC.
 - Thiếu sắt khi TSAT ↓ hoặc TIBC ↑
 - Ferritin có thể tăng dù thai phụ có thiếu sắt, ví dụ khi bệnh nhân đang trong giai đoạn viêm (Lupus, thấp khớp,...). Ferritin sẽ tăng.
- Nếu đã loại trừ thiếu máu do thiếu sắt, thì tìm nguyên nhân khác:
 - MCV <80 fL → Thalassemia
 - MCV >100 fL → thiếu B12 hoặc Folate hoặc tán máu (hồng cầu lưới vào lòng mạch)
 - Vân vân....

V. Xử trí

- Dự phòng thiếu sắt
 - 27 – 30 mg sắt uống mỗi ngày trong suốt thai kỳ hoặc 60 mg cách ngày
- Điều trị thiếu sắt
 - Lưu ý
 - Cần 2-3 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị vì đây là thời gian để tế bào hồng cầu từ tủy sống vào máu.

- Truyền máu chỉ dành cho trường hợp thiếu máu có triệu chứng và nặng.
- Quý I có thiếu sắt → Sắt đường uống 40-200 mg / ngày, nếu không hiệu quả → Sắt tĩnh mạch
- Sắt tĩnh mạch chỉ định cho
 - Giai đoạn cuối thai kỳ (có thể dùng sau 13 tuần)
 - Thiếu máu nặng
 - Uống sắt không hiệu quả (bất dung nạp)
- Đánh giá hiệu quả
 - Sắt uống
 - Sau 1 tuần: Tăng số lượng hồng cầu, hồng cầu lưới.
 - Sau 2,3 tuần: Tăng HGB lên ít nhất 1 g/dL, Ferritin về bình thường
 - Sắt tĩnh mạch
 - Đánh giá như trên nhưng sau 4 – 8 tuần. Vì sắt tĩnh mạch làm thay đổi mạnh các chỉ số đánh giá sắt trong cơ thể (cần thời gian điều chỉnh).

Cận lâm sàng trong thiếu máu do thiếu sắt theo từng giai đoạn

	Bình thường	Thiếu sắt không thiếu máu	Thiếu sắt + thiếu máu nhẹ	Thiếu sắt + thiếu máu nặng
Hemoglobin	Bình thường	Bình thường	9 to 12 g/dL (90 to 120 g/L)	6 to 7 g/dL (60 to 70 g/L)
Hình dạng hồng cầu	Bình thường	Bình thường	Bình thường hoặc hơi nhược sắc (giảm nhẹ MCHC)	Nhỏ, nhược sắc (Giảm MCV và MCHC)
Ferritin huyết thanh	40 – 200 ng/mL	<40 ng/mL	<20 ng/mL	<10 ng/mL
Sắt huyết thanh	60 - 150 mcg/dL	60 - 150 mcg/dL	<60 mcg/dL	<40 mcg/dL
TIBC	300 - 360 mcg/dL	300 - 390 mcg/dL	350 - 400 mcg/dL	>410 mcg/dL
Transferrin saturation	20 - 50%	20%	<15%	<10%

Bảng: Tóm tắt các nguyên nhân gây thiếu máu (người lớn)

Kích thước hồng cầu (MCV)	Hồng cầu lưới	
	Thấp hoặc bình thường	Tăng
Hồng cầu nhỏ MCV <80 fL	Thiếu sắt (muộn) Thiếu máu do bệnh mạn tính Thiếu máu nguyên hồng cầu	Thalassemia Tán huyết
Hồng cầu bình thường MCV 80 - 100 fL	Chảy máu (cấp) Thiếu sắt (sớm) Thiếu máu do bệnh mạn tính Ức chế tủy xương (Ung thư, thiếu máu bất sản, nhiễm trùng) Bệnh thận mạn Suy giáp Suy yên Nghiện rượu Thiếu đồng/Ngộ độc Kẽm	Tán huyết Hồi phục tủy xương (ví dụ, sau nhiễm trùng, điều trị bổ sung vitamin B12 hoặc folate hoặc)
Hồng cầu lớn MCV >100 fL	Thiếu vitamin B12 hoặc folate Hội chứng rối loạn sinh tủy Bệnh gan Suy giáp HIV Nghiện rượu Thuốc tác động lên trưởng thành nhân tế bào (hydroxyurea, methotrexate, hóa trị)	Tán huyết Hồi phục tủy xương (ví dụ, sau nhiễm trùng, điều trị bổ sung vitamin B12 hoặc folate hoặc)