1. **ĐẠI CƯƠNG**

Thiếu máu do thiếu sắt là nguyên nhân phổ biến nhất gây thiếu máu ở trẻ em. Thường gặp ở lứa tuổi dưới 5 tuổi hay trên 10 tuổi. Đa số do chế độ ăn không phù hợp theo tuổi hay bị nhiễm giun móc hay bệnh lý tiêu hóa mạn

1. **NGUYÊN NHÂN (N/A)**
2. **CHẨN ĐOÁN**
3. **LÂM SÀNG**
   1. **Hỏi bệnh**

* Tiền sử có đẻ non, sinh đôi, chế độ ăn
* Tiền sử phát triển: có chậm phát triển vận động, kém chơi hay mệt.
* Tiền sử hay đau bụng vùng thường vị, tiêu phân đen.
  1. **Khám lâm sàng**
* Dấu hiệu thiếu máu: da niêm nhợt (xem lòng bàn tay nhợt hay rất nhợt)
* Dấu hiệu thiếu oxy não: lừ đừ, kém vận động, than mệt, quấy khóc, biếng ăn.
* Dấu hiệu thiếu dinh dưỡng: đứng cân hay sụt cân, lưỡi láng, môi khô, móng biến dạng.
* Dấu hiệu bệnh nền gây thiếu sắt: xem có đau thượng vị, quan sát phân.

1. **CẬN LÂM SÀNG**

* Công thức máu: Hct giảm, Hb giảm, MCV < 80 fl, MCH < 28 pg, MCHC < 30%
* Dạng hồng cầu: hông cầu nhỏ, nhược sắc
* Sắt huyết thanh giảm (bình thường trẻ nhỏ là 30 – 70 ug/dl, trẻ lớn: 55 – 125 ug/dl), giai đoạn tiềm ẩn < 60 ug/dl, giai đoạn toàn phát < 40 ug/dl
* Ferritin giảm ( bình thường 13 – 300 ng/ml)
* Soi phân tìm giun móc (trẻ trên 2 tuổi)

1. **CHẨN ĐOÁN**
   1. **Chẩn đoán xác định**

Thiếu máu kèm sắt huyết thanh giảm và Ferritin giảm.

* 1. **Chẩn đoán có thể**

a.Trẻ nhỏ (< 2 tuổi) thiếu máu mạn, biếng ăn, tiền căn sinh non hoặc chế độ ăn không hợp lý.

b. Trẻ lớn: thiếu máu mạn, biếng ăn hoặc đau bụng hoặc tiêu phân đen.

* 1. **Chẩn đoán phân biệt**
* Thiếu máu do viêm hay nhiễm trùng kéo dài: thiếu máu, sắt huyết thanh giảm nhưng Ferritin cao.
* Thiếu máu do bệnh Thalassemia thể trait: thiếu máu mức độ nhẹ, hồng cầu nhỏ nhược sắc, định lượng sắt huyết thanh và Ferritin bình thường, điện di Hb có HbF và Hb A2 cao.

1. **ĐIÊU TRỊ**
2. **Điều trị thiếu sắt**

* Cho uống viên sắt:
* 3 mg sắt cơ bản/kg/ngày với thiếu máu trung bình và nhẹ
* 4 – 6 mg sắt cơ bản/kg/ngày, chia 3 lần với thiếu máu nặng
* Thời gian: trong 3 tháng hay ít nhất 1 tháng sau khi Hb trở về bình thường.
* Theo dõi: hồng cầu thay đổi màu và sau 3 – 10 ngày, reticulocyte tăng 5 – 10 ngày sau điều trị
* Cho tăng cường chế độ ăn giàu sắt: bổ sung thêm nhiều thực phẩm chứa sắt. Tránh các thực phẩm giảm hấp thu sắt: sữa, ngũ cốc, trà, cà phê, trứng.

Bảng: tỷ lệ sắt cơ bản trong viên sắt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Muối sắt | Lượng sắt cơ bản (% của muối sắt) | Lượng sắt tương đương khi tính luôn muối (mg của muối sắt) |
| Ferrous fumarate | **33** | **197** |
| Ferrous gluconate | **11,5** | **560** |
| Ferrous sulfate | **20** | **324** |
| Ferrous sulfate exsiccate | **30** | **217** |

* Sắt tiêm bắp và sắt truyền tĩnh mạch (ít được sử dụng)
* Truyền hồng cầu lắng
* Chỉ định khi Hb < 4g/dl hay trẻ thiếu máu kèm theo rối loạn tri giác, nhịp thở, mạch ngoại biên yếu, suy tim.
* Các cho hồng cầu lắng: 3 – 5 ml/kg/lần truyền tĩnh mạch chậm trong 3 giờ. Sau truyền cho uông sắt.

1. **Điều trị nguyên nhân gây thiếu sắt**

* Tăng cường dinh dưỡng: đối với trẻ dưới 5 tuổi có thiếu máu đánh giá chế độ ăn và hướng dẫn cách cho ăn phù hợp theo tuổi.
* Sổ giun: đối với trẻ trên 24 tháng, chưa sổ giun trước đó 6 tháng.
* Mebendazole 100mg/ viên: 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 3 ngày liên tiếp.
* Vệ sinh thân thể: không đi chân đất.

1. **Điều trị hổ trợ:**

* Vitamin C
* Tránh các thức ăn giảm hấp thu sắt.

1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

* Huyết sắt tố < 4 g/dl
* Thiếu máu kèm rối loạn tri giác, rối loạn nhịp thở, mạch ngoại biên yếu, suy tim.

1. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG (N/A)**
2. **PHÒNG BỆNH**

* Thời gian tái khám: sau 2 tuần, về sau mỗi tháng trong 3 tháng liên tiếp.
* Nội dung tái khám: màu da, dạng huyết cầu, hồng cầu lưới, ferritin.

1. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**
2. *Phác đồ điều trị nhi khoa*, Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2020)
3. *Hướng dẫn điều trị nhi khoa,* Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2019)
4. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* Bộ Y tế (2015)
5. *Thực hành lâm sàng Nhi khoa,* Bộ môn Nhi – Đại học Y dược TP.HCM (2020)