



Hội nghị Sản Phụ khoa
Việt - Pháp - Châu Á - Thái Bình Dương
Lần thứ 17
TP. HCM, ngày 18 & 19/5/2017

NGUYỄN THỊ NGỌC PHƯỢNG
Giáo sư - Bác sĩ
Chủ tịch Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh Thành phố Hồ Chí Minh
(HOSREM)

1

THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở PHỤ NỮ

*Bs. Nguyễn Thị Ngọc Phượng
Chủ tịch Hội Nội tiết Sinh sản & Vô sinh TP. HCM
Phó Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam*

2

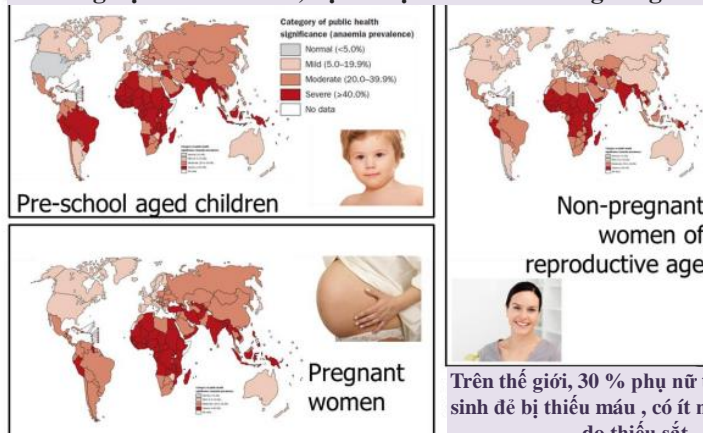
THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở PHỤ NỮ

- ❖ Theo TCYTTG, có khoảng 2 tỷ người trên toàn thế giới bị thiếu máu., # 50% là thiếu máu thiếu sắt (TMTS).
- ❖ Tỷ lệ có thiếu sắt mà chưa đến thiếu máu # 2,5 lần số thiếu máu!
- ❖ Số người này chủ yếu ở trong các nước đang phát triển!
- ❖ Trong số đó, có
 - # 39% trẻ con < 5 tuổi
 - # **48% trẻ em 5 – 14 tuổi**
 - # **42% phụ nữ 15 – 59 tuổi**
 - # 30% nam giới 15 – 59 tuổi
 - # **45% người già > 60 tuổi, chủ yếu là nữ**

3

Tỷ lệ thiếu máu

Nhóm nguy cơ cao bao gồm trẻ em , phụ nữ mang thai , phụ nữ trong độ tuổi sinh sản , bệnh thận mãn tính và người già



1. WHO global database of anaemia, 1993-2005
2. WHO meeting report. Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity, 2012

4

THIỆU MÁU Ở PHỤ NỮ

- ❖ Điều tra dịch tễ học ở các nước đều cho thấy, tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ luôn cao hơn nam giới!
- **Ấn Độ** (2014) : **55% nữ sv 24% nam** 15 – 49 tuổi bị thiếu máu!
- **Ethiopia** (2015): tỷ lệ thiếu máu chung **15.2%**, 53% là TMTS; Yếu tố nguy cơ: nữ (OR 3.04, 95% CI = 1.41 – 6.57), cha thất học (OR 9.03 95% CI = 4.29 – 18.87), nhiễm KST đường ruột (OR 5.37; 95% CI = 2.65 – 10.87).
- **Hoa kỳ** (April 28-30, 2017 – Congress on Women’s Health): tỷ lệ TMTS ở **phụ nữ tuổi sinh đẻ là 2 – 5%**, nguy cơ cao nhất là **tuổi vị thành niên (VTN), da đen, và phụ nữ cao tuổi (5.5%)**

5

THIỆU MÁU THIẾU SẮT Ở PHỤ NỮ

Tại sao phụ nữ thiếu máu nhiều hơn nam giới?

6

THIỆU MÁU THIẾU SẮT Ở PHỤ NỮ

Ngoài những nguyên nhân TS và TMTS chung, như

1. ở trẻ con < 5 tuổi:

- ❖ Chiếm tỷ lệ 9 – 39%,
- ❖ Chế độ ăn thiếu sắt, dinh dưỡng kém,
- ❖ Cơ thể tăng trưởng nhanh,
- ❖ Nhiễm KST đường ruột

Hậu quả:

- ❖ Trẻ chậm phát triển thể chất và trí tuệ
- ❖ Học kém, khó tập trung,
- ❖ Dễ mệt mỏi

7

THIỆU MÁU THIẾU SẮT Ở PHỤ NỮ

2. ở nữ tuổi VTN:

- ❖ Phát triển nhanh,
- ❖ Bữa ăn thiếu dinh dưỡng: thiếu protein, thiếu sắt, thiếu các vi chất cần thiết cho sự tạo máu như vitamin B12, folate, Zn...

Hậu quả

- ❖ Giống như các lứa tuổi khác, nhưng quan trọng hơn vì độ tuổi này cần phát triển toàn diện, đầy đủ để chuẩn bị làm mẹ.

8

THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở PHỤ NỮ

Ở phụ nữ còn có nguyên nhân TMTS riêng:

➤ **Tuổi vị thành niên:**

- Cường kinh do rối loạn phóng noãn và rối loạn kinh nguyệt, do bệnh lý huyết học

➤ **Tuổi sinh đẻ:**

- Có thai, sinh đẻ
- Bệnh phụ khoa gây xuất huyết TC bất thường: u xơ TC, polyp TC và cổ TC, ung thư sinh dục, rối loạn kinh nguyệt chức năng
- Bệnh lý huyết học
- Sử dụng thuốc nội tiết

9

THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở PHỤ NỮ

➤ **Tuổi mãn kinh**

- Rối loạn nội tiết quanh mãn kinh
- Các loại u và ung thư sinh dục, nhất là tăng sản và ung thư NMTC
- Bệnh lý huyết học

10

Nguyên nhân chính của TS/TMTS

Giảm lượng vào

- Chế độ ăn kiêng¹
- Chế độ ăn nghèo nàn¹
- Rối loạn ăn uống²
- Biếng ăn do bệnh (ung thư)³, bệnh thận mãn tính.

Giảm hấp thu

- Tương tác giữa thức ăn⁶
- Dùng đồng thời nhiều thuốc⁶
- Viêm đường ruột⁵
- Kém hấp thu (viêm dạ dày mãn tính)⁶
- Bệnh viêm mãn tính hoặc ác tính (tăng hepcidin)⁶

Mất máu

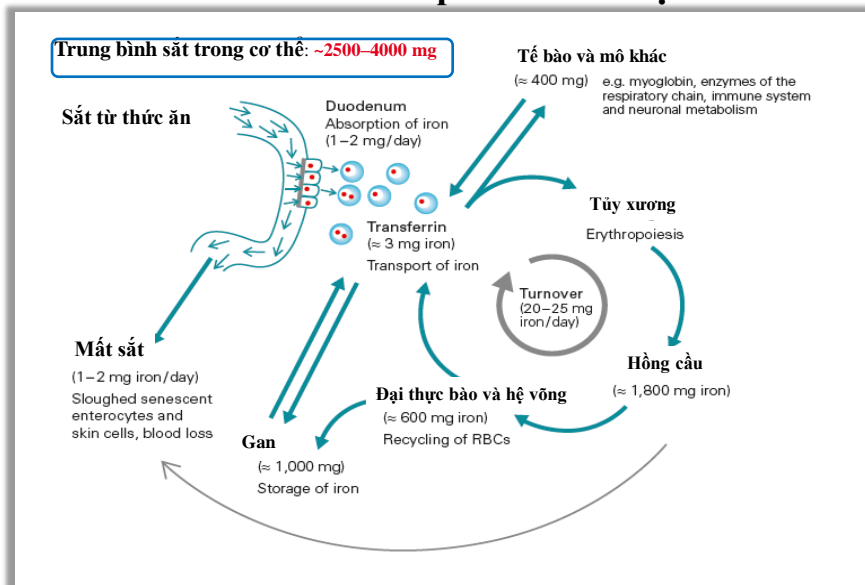
- Kinh nguyệt nhiều hoặc kéo dài (HMB)^{4,6}
- XHTC cơ nặng nặng⁴
- Mang thai, sinh đẻ^{5,6}
- Rối loạn đường tiêu hóa⁷
- Chảy máu dạ dày⁶
- Phẫu thuật⁶
- Hiếm máu⁶

Nhu cầu tăng

- Trẻ sơ sinh⁵
- Tuổi vị thành niên⁶
- Mang thai⁶
- Thể thao kéo dài⁷

11

Hàng định nội mô của sắt được kiểm soát nhờ hấp thu sắt ở ruột

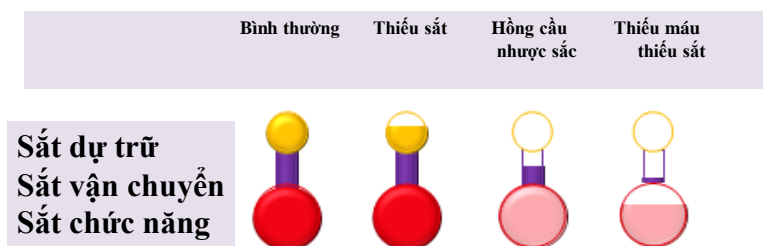


12

Modified from Andrews. *Blood* 2008;112:219–230 and Crichton et al. *Uni-Med* 2008. RES, reticulo-endothelial system

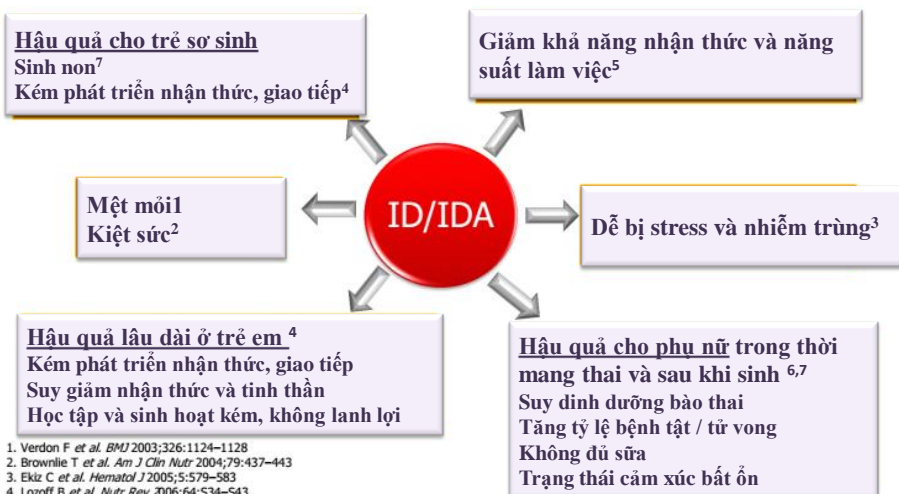
Xác định tình trạng thiếu sắt có hoặc không thiếu máu

- **Thiếu sắt (ID)**: thiếu hụt tổng lượng sắt trong cơ thể, nhu cầu về sắt > lượng cung sắt, cơ thể bị mất máu (1 lít máu \approx 500 mg sắt)
- **Thiếu sắt nghiêm trọng** có thể hạn chế việc tạo hồng cầu, dẫn đến thiếu máu do thiếu sắt (IDA)
- Có **ba giai đoạn thiếu sắt**, được phân biệt bởi lượng sắt chức năng, sắt vận chuyển và sắt dự trữ.



Crichton và cộng sự. UNI-MED Verlag AG, 2008 13

Hậu quả của TS/TMTS (ID/IDA)



1. Verdon F *et al. BMJ* 2003;326:1124–1128
 2. Brownlie T *et al. Am J Clin Nutr* 2004;79:437–443
 3. Ekiz C *et al. Hematol J* 2005;5:579–583
 4. Lozoff B *et al. Nutr Rev* 2006;64:534–543
 5. Haas JD & Brownlie T. *J Nutr* 2001;131:676S–690S
 6. Breyman C & Huch R. *UNI-MED* 2008:13–96
 7. WHO 2001 report:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01_3.pdf

14

Chẩn đoán ID/IDA: các chỉ số về sắt

Parameter	Description ¹	Normal range	ID	IDA
Haemoglobin (Hb) (g/dL)	Marker of erythrocyte iron	12.0–15.8	– (No decline in Hb levels observed in ID)	<12.0 (♀) <13.0 (♂)
Serum ferritin (SF) (ng/mL)	Marker of iron stores	10–150	<30 <100 (Inflammation)	–
Transferrin saturation (TSAT) (%)	Measure of mobilised (functional) iron available for red cell production	20–45	<20	–
Soluble transferrin receptor (sTfR) (mg/L)	Indicator of changes in iron kinetics, not influenced by infections	1.9–5.0	↑	↑

- Sử dụng chỉ số SF để chẩn đoán ID khi không viêm là chính xác nhất
- Phân tích các chỉ số sắt và chẩn đoán ID khó khăn hơn ở bệnh nhân bị viêm nhiễm

1. Breyman C & Huch R. *UNI-MED* 2008:13–96
 2. Guyatt GH *et al. Journal of General Internal Medicine* 1992;7:145–153
 3. Skikne BS *Am J Hematol* 2002;76:213–218 (Table I)

↑ above normal value

♀, women
♂, men

15

Hướng dẫn bổ sung sắt để dự phòng thiếu máu thiếu sắt

Phụ nữ mang thai

Nhu cầu sắt tăng cao trong thai kỳ rất khó được đáp ứng chỉ bằng dinh dưỡng, bữa ăn hằng ngày.

Do đó, phụ nữ mang thai cần được uống bổ sung sắt.

Ở những địa phương mà tần suất thiếu máu trong thai kỳ cao ($\geq 40\%$), cần bổ sung sắt cho bà mẹ trong suốt thời gian mang thai cho đến thời kỳ hậu sản để cơ thể bà mẹ khôi phục lại đầy đủ dự trữ sắt.

R. J. Stoltzfus *et al. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia, International Nutritional Anemia Consultative Group/ UNICEF/WHO, Geneva, Switzerland*

Hướng dẫn bổ sung sắt cho phụ nữ mang thai

Hướng dẫn bổ sung sắt cho phụ nữ mang thai

Tần suất thiếu máu trong thai kỳ	Liều lượng	Thời gian
<40%	60 mg sắt và 400 µg folic acid mỗi ngày	6 tháng trong thai kỳ
≥40%	60 mg sắt và 400 µg folic acid mỗi ngày	6 tháng trong thai kỳ tiếp tục đến 3 tháng sau sinh

Chú ý:

- ❖ Nếu không sử dụng đủ 6 tháng trong thai kỳ, nên tiếp tục bổ sung sắt đến 6 tháng sau sinh hoặc tăng liều lên đến 120 mg mỗi ngày trong lúc còn mang thai

17

Hướng dẫn bổ sung sắt để dự phòng thiếu máu thiếu sắt

Trẻ con từ 6 đến 24 tháng tuổi

Nhu cầu sắt tăng cao ở trẻ sơ sinh vì cần cho sự tăng trưởng nhanh.

Bình thường, trẻ sinh ra có dự trữ sắt đầy đủ. Tuy nhiên, sau 6 tháng, sữa công thức và thức ăn dặm không thể cung cấp đủ sắt cho nhu cầu tăng trưởng.

Trẻ sơ sinh nhẹ cân (<2.500g) có ít dự trữ sắt hơn nên chỉ sau 2 tháng đã thiếu sắt.

Thực phẩm có bổ sung sắt cho sơ sinh rất hiếm, nên cần cho các cháu uống thêm nguyên tố sắt trong năm đầu đời.

R. J. Stoltzfus et al. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia, International Nutritional Anemia Consultative Group/ UNICEF/WHO, Geneva, Switzerland

Hướng dẫn bổ sung sắt cho trẻ con 6 – 24 tháng tuổi

Hướng dẫn bổ sung sắt cho trẻ sơ sinh 6 – 24 tháng tuổi

Tần suất thiếu máu trong thai kỳ	Liều lượng	Cân nặng lúc sinh	Thời gian
<40%	12.5 mg sắt và 50 µg folicacid/ngày	bình thường	6 – 12 tháng tuổi
		CNLS < 2.500g	2 – 24 tháng tuổi
≥40%	12.5 mg sắt và 50 µg folicacid/ngày	bình thường	6 – 24 tháng tuổi
		CNLS < 2.500g	2 – 24 tháng tuổi

Chú ý:

- ❖ Nếu không biết tần suất thiếu máu sơ sinh ở địa phương đó, có thể lấy tần suất thiếu máu bà mẹ mang thai để áp dụng.
- ❖ Liều lượng sắt bổ sung = 2 mg sắt/ 1 kg cân nặng cơ thể/ngày.

19

Hướng dẫn bổ sung sắt để dự phòng thiếu máu thiếu sắt

Các nhóm đối tượng khác trong cộng đồng dân cư

Ngoài phụ nữ mang thai và trẻ em, nhiều đối tượng khác cũng cần thiết được bổ sung sắt vì cũng có thể thiếu sắt.

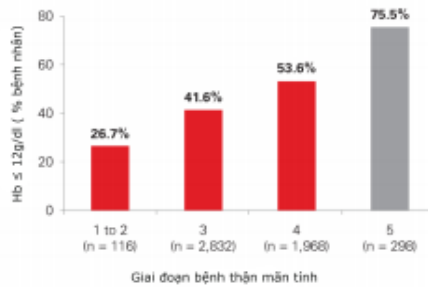
Ở những địa phương mà tần suất thiếu máu cao, bổ sung sắt có tác dụng tốt cho sức khỏe người dân và cũng có lợi về mặt kinh tế. Những nơi này cũng cần có biện pháp tầm soát kỹ sinh trùng đường ruột gây mất máu mãn.

R. J. Stoltzfus et al. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia, International Nutritional Anemia Consultative Group/ UNICEF/WHO, Geneva, Switzerland

Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mãn tính

Thiếu máu thường gặp ở b/n bệnh thận mãn tính chưa phải lọc máu (bệnh thận mãn tính giai đoạn 1 đến 4)

Trong một nghiên cứu dịch tễ trên 5.000 b/n bệnh thận mãn tính, khoảng một nửa b/n bệnh thận mãn tính g/đ 3 và 4 bị thiếu máu



Tỷ lệ thiếu máu (Hb \leq 12g/dl) ở những bệnh nhân bệnh thận mãn tính chưa phải lọc máu trong một nghiên cứu cắt ngang, đa trung tâm tại Mỹ trên 5.222 bệnh nhân tại 237 trung tâm.

Sắt dạng uống trong điều trị ID/IDA

- Sắt dạng uống thường được sử dụng cho bệnh nhân ID / IDA¹⁻³
- Liệu pháp sắt uống phù hợp điều trị bệnh nhân không mất máu liên tục hoặc viêm nhiễm mãn tính¹
- Có 1 số các chế phẩm sắt đường uống khác nhau, bao gồm :¹

Ferrous salts (Fe ²⁺)	Ferric complexes (Fe ³⁺)
Ferrous sulphate	Iron polymaltose complex (IPC)
Ferrous glycine sulphate	Iron succinyl protein complex
Ferrous fumarate	
Ferrous gluconate	

1. Fraser I. Vifor Pharma sponsored iron symposium. FIGO 2012; Rome, Italy
 2. Milman N. *Ann Hematol* 2012;91:143-154
 3. Fehr J et al. *Rev Med Suisse* 2009;5:2229-2230,2232-2234

IPC (Maltofer) là sản phẩm sắt dạng uống được sử dụng để dự phòng và điều trị ID / IDA

Maltofer có thể được sử dụng bởi các nhóm bệnh nhân ID/IDA đa dạng

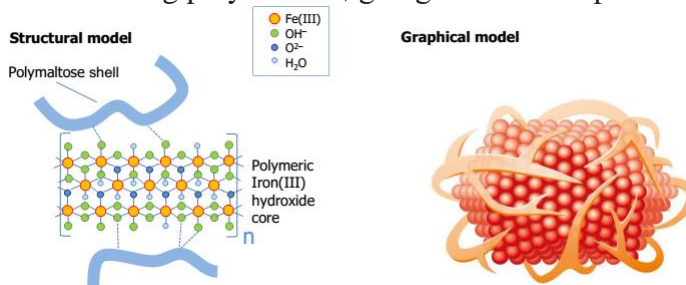


Loại	Chỉ định
Maltofer	- Điều trị ID / IDA - Điều trị dự phòng ID, kể cả trong thời kỳ mang thai
Maltofer Fol	- Điều trị ID / IDA , và phòng ngừa thiếu sắt và axit folic trước, trong và sau khi mang thai (trong thời kì cho con bú)

24

**Các thành phần hoạt chất của Maltofer:
Phức hợp sắt III hydroxide polymaltose(IPC – Iron Polymaltose Complex)**

IPC là một phức hợp tan trong nước bao gồm nhân sắt (III) - hydroxide và màng polymaltose, giống như ferritin protein dự trữ sắt



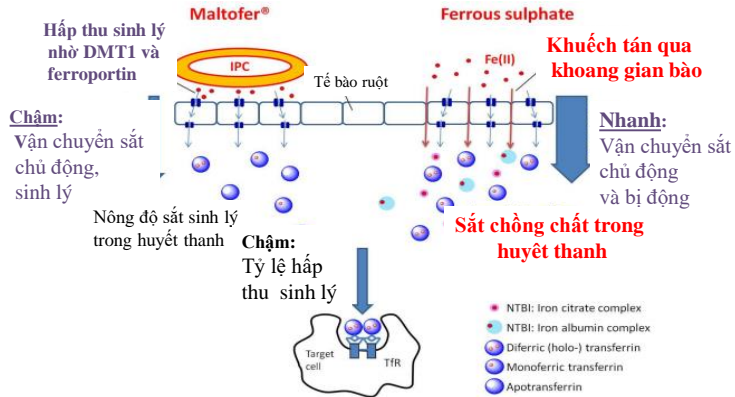
Màng polymaltose tạo sự ổn định và khả năng hòa tan của phức hợp trong môi trường pH biến thiên. Việc thải ra có kiểm soát của sắt III từ nhân sắt (III) - hydroxide ổn định đảm bảo nguy cơ gây độc tính rất thấp và khả năng dung nạp tốt

Geisser P. Arzneimittelforschung 2007;57:439–452

25

Cơ chế hấp thu sắt có kiểm soát của Maltofer

Không giống như sự hấp thu sắt từ muối Fe II, sắt từ Maltofer được hấp thu thông qua một cơ chế hấp thu chủ động và có kiểm soát

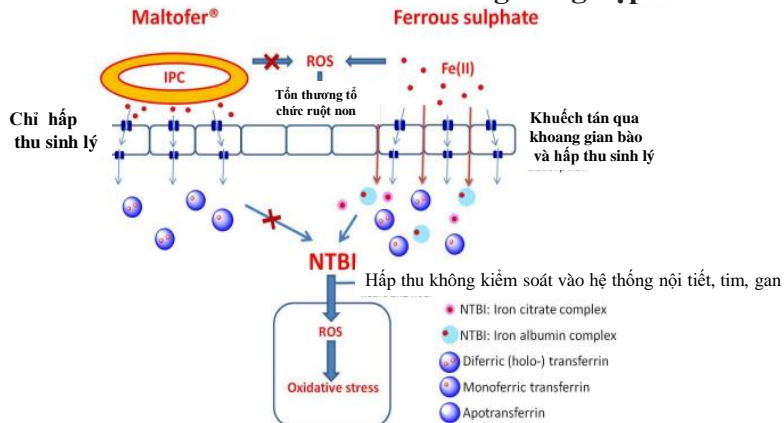


Sự hấp thu sắt có kiểm soát của Maltofer mang tới khả năng dung nạp tốt và ít nguy cơ nhiễm độc hay quá tải sắt trong các trường hợp quá liều cấp tính hoặc mãn tính

Geisser P & Burckhardt S. Pharmaceutics 2011;3:12-33 26

An toàn và khả năng dung nạp Maltofer

Nhờ cơ chế hấp thu chủ động và có kiểm soát, Maltofer rất an toàn và có khả năng dung nạp tốt



Modified from Geisser P & Burckhardt S. Pharmaceutics 2011;3:12-33 27

Sự giảm độc tính của IPC (Maltofer) so với sulfate sắt

Dạ dày của thỏ sau khi dùng
liều 200 mg Fe / kg trọng lượng cơ thể từ
phức hợp sắt Polymaltose và sắt Sulfate



Sau khi dùng phức hợp sắt III
polymaltose
Không thấy có thay đổi



Sau khi dùng sắt II sulfate:
**loét và xói mòn dạ dày nặng ở
khu vực rộng**

Schaub et. al. Hausmann Laboratories Report 20.9.1984. 28

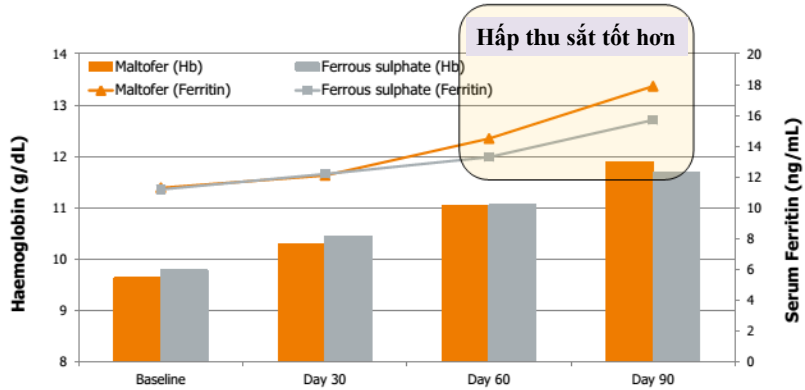
Bằng chứng lâm sàng Maltofer: Tổng quan trên nhiều nhóm bệnh nhân khác nhau

Adults		Elderly	Pregnant	Lactating	Infants	Children		Adolescents
IDA	ID/IDA	IDA	IDA	IDA	IDA	IDA	ID/IDA	IDA
Granada et al. 2007	Tuomainen et al. 2007	Bogdanova et al. 2004	Ortiz et al. 2011	Soboleva 2001	Almache et al. 2005	Yasa et al. 2011	Zakharova et al. 2003	Madero 2007
Jacobs et al. 2000	Mackintosh et al. 1988		Al et al. 2005	Normal iron	Del Aguilu et al. 2004	Madero 2007	Hallotis et al. 1998	Yasa et al. 2011
Gedik et al. 1995	Rosenberg et al. 1979		Normal iron	Malikova et al. 2005	Soboleva 2004	Agaoglu et al. 2007	Murahovschi et al. 1987	Sözmen et al. 2003
Langstaff et al. 1993			Geisser et al. 1987		Borbolla et al. 2000	Kavakli et al. 2004	Schmidt et al. 1985	Kavakli et al. 2004
Jacobs et al. 1993					Arvas et al. 2000	Soboleva 2004		ID/IDA
Kaltwasser et al. 1987						Soboleva 2003		Devaki et al. 2008
Sas et al. 1984					Normal iron	Sözmen et al. 2003		
De Campos Guerra et al. 1984					Jaber et al. 2010	Kazyukova et al. 2000		
						Andrade et al. 1992		

Điều trị bằng Maltofer, đã được chứng minh, làm tăng nồng độ hemoglobin và các chỉ số sắt / sắt dự trữ trong nhiều nhóm bệnh nhân khác nhau, do đó dự phòng và điều trị ID/IDA một cách đáng tin cậy

29

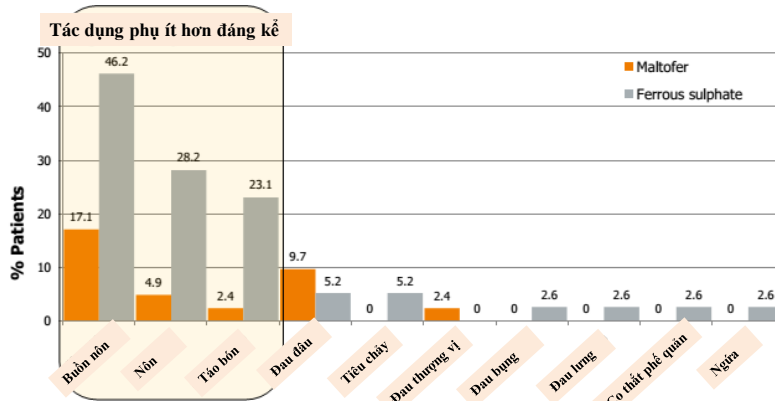
Hiệu quả lâm sàng trên phụ nữ có thai



Nghiên cứu lâm sàng mở, đa trung tâm, ngẫu nhiên có đối chứng trên 80 phụ nữ có thai thiếu máu thiếu sắt (Hb ≤ 10.5g/dl, feritin huyết thanh ≤ 15ng/ml).

- Thay đổi trung bình (SD) ở ngày 90 là 2.16(0,67) g/dl với nhóm sắt III IPC và 1.93 (0,97) g/dl với nhóm sắt II ferrous sulfate (ns).
- Ferritin huyết thanh trung bình ở ngày 90 là 17,9(3,8)ng/ml và 15,7(3,4)ng/ml với nhóm sắt III IPC và nhóm sắt II ferrous sulfate (p=0,014)

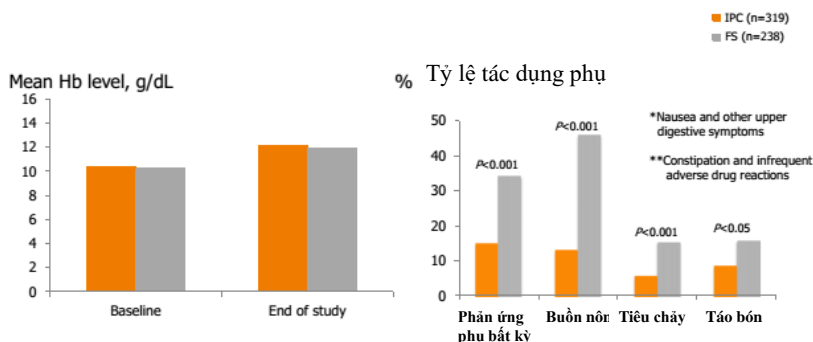
MALTOFER dung nạp tốt hơn sắt (II) ở phụ nữ có thai thiếu máu thiếu sắt (IDA)



Nghiên cứu lâm sàng mở, đa trung tâm, ngẫu nhiên có đối chứng trên 80 phụ nữ có thai thiếu máu thiếu sắt (Hb ≤ 10.5g/dl, feritin huyết thanh ≤ 15ng/ml).

Tỷ lệ tác dụng phụ ít hơn đáng kể ở nhóm sắt III IPC (29,3%) so với nhóm sắt II ferrous sulfate (56,4%) (p=0,015)

IPC hiệu quả và dung nạp tốt trong việc điều trị IDA ở người lớn: nghiên cứu gộp



Hiệu quả tăng Hb tương đương giữa IPC và FS sau 10,5 tuần điều trị

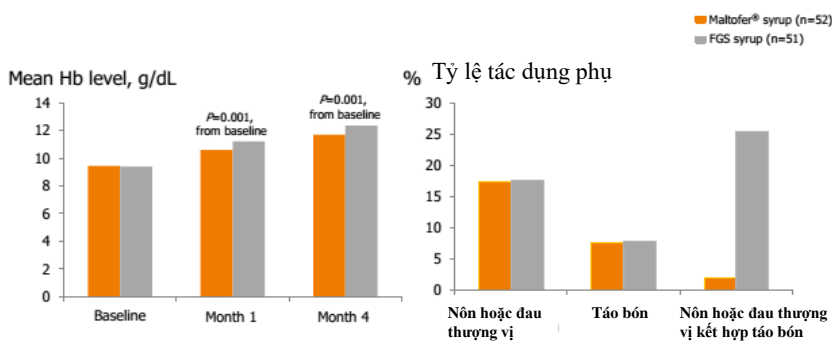
IPC có ít tác dụng phụ hơn FS; tác dụng phụ đường tiêu hóa rất phổ biến khi điều trị với FS

*One study compared an IPC-similar versus FS
Modified from Toblli JE & Brignoli R. *Drug Research* 2007;57:431-438

FS, ferrous sulphate
Hb, haemoglobin
IPC, iron polymaltose complex

32

Maltofer hiệu quả và dung nạp tốt ở trẻ em thiếu máu thiếu sắt (IDA)



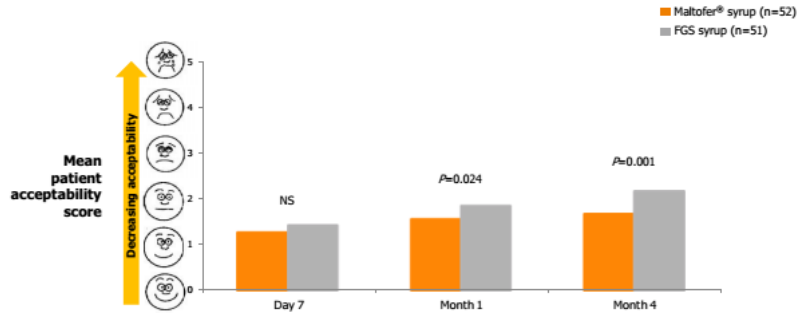
Có thể thấy nồng độ Hb đã tăng đáng kể ở nhóm bệnh nhân dùng Maltofer và FGS sau 1 tháng. Tăng > 2 g/dL sau 4 tháng

Trẻ điều trị bằng Maltofer ít bị 2 tác dụng phụ (buồn nôn hoặc đau thượng vị kết hợp táo bón) hơn so với trẻ điều trị với sắt II Ferrous Glycine Sulphate (FGS)

Modified from Yasa B et al. *Int J of Pediatrics* 2011;524520

FGS, ferrous glycine sulphate
Hb, haemoglobin
IDA, iron deficiency anaemia

Điều trị Maltofer dễ dàng được trẻ em chấp nhận



Mặc dù việc chấp nhận điều trị tại ngày 7 của 2 nhóm tương đương nhau, nhưng đến thời điểm 1 tháng và 4 tháng, trẻ em cảm thấy dùng Maltofer syrup dễ dàng hơn rất nhiều so với sắt II Ferrous glycine sulphate syrup (theo thang điểm Wong-Baker scale)

Wong-Baker scale
Wong DL & Baker CM. *Pediatr Nurs* 1998;14:9-17
Modified from Yasa B *et al. Int J of Pediatrics* 2011;524520

FGS, ferrous glycine sulphate
IDA, iron deficiency anaemia
NS, non significant

34

Almache & Del Águila, 2005 (Peru)

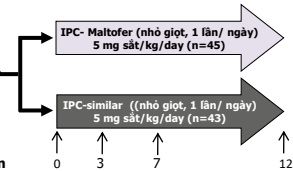


Mục tiêu:

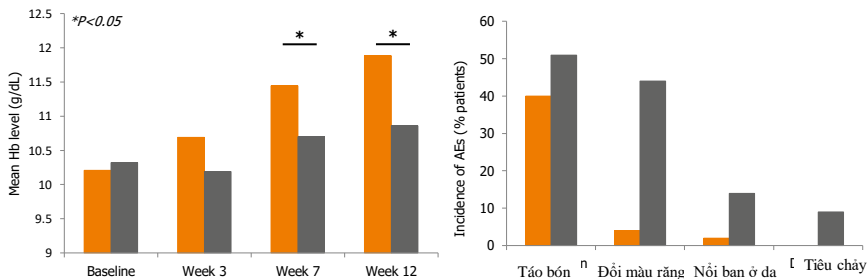
- Đánh giá tác dụng, khả năng dung nạp và sự tuân thủ điều trị của IPC (Maltofer®) và một IPC-similar (Hematin®) trên trẻ nhỏ thiếu máu do thiếu sắt

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, hai nhóm song song
Trẻ từ 6 tháng đến 2 tuổi
Hb ≤ 11 g/dL, SF < 7 ng/mL



Chỉ số đánh giá: Hb

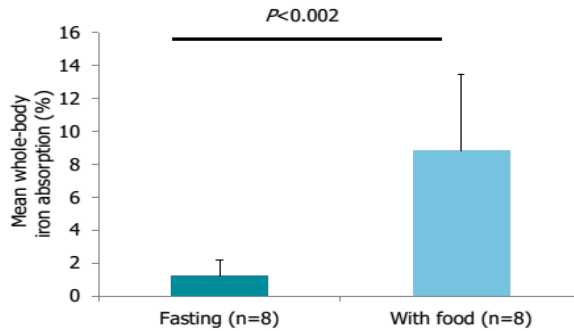


Kết luận:

- IPC (Maltofer®) có tác dụng và dung nạp tốt hơn so với IPC-similar (Hematin®) trên trẻ nhỏ thiếu máu do thiếu sắt
- IPC (Maltofer®) nên được lựa chọn là điều trị đầu tiên cho thiếu máu do thiếu sắt trên trẻ em từ 6 tháng đến 2 tuổi

Almache and Del Águila. *Revista del AWGLA* 2005;1:31-38

Maltofer nên được dùng cùng với thực phẩm



- Trong một nghiên cứu sinh khả dụng, 16 tình nguyện viên dùng đơn liều Maltofer (50 mg sắt đánh dấu đồng vị phóng xạ), uống lúc đói hoặc trong bữa ăn chuẩn
- Tổng lượng sắt đánh dấu đồng vị phóng xạ hấp thu toàn cơ thể được đo sau 2 tuần điều trị, và sự hấp thụ sắt từ Maltofer được chứng minh tăng đáng kể khi dùng với thực phẩm

Modified from Kaltwasser et al. *Arzneimittelforschung* 1987;37:122-9₃₆

Maltofer có thể được dùng đồng thời với thực phẩm và các thuốc thông dụng khác

Maltofer không có tương tác bất lợi với một số thành phần thực phẩm thường dùng và các loại thuốc thông dụng khác

Co-medications ¹	Food components ¹
<p>In rat studies, no interactions shown with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tetracycline • Aluminium hydroxide • Acetylsalicylate • Sulphasalazine • Calcium carbonate, calcium acetate and calcium phosphate plus vitamin D3 • Bromazepam • Magnesium aspartate • D-penicillamine • Methyldopa • Paracetamol • Auranofin 	<p>In <i>in vitro</i> studies, no interactions shown with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phytic acid • Oxalic acid • Sodium alginate • Vitamin D3 and vitamin E • Soya oil and soya flour • Choline and choline salts • Tannin • Vitamin A
<p>In humans, the following was observed:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No reduction in IPC absorption by aluminium hydroxide and tetracycline • No decline in plasma tetracycline level 	<p>Increased iron absorption with vitamin C²</p>

1. Maltofer® 2010 Core Summary of Product Characteristics (SmPC)
2. Lundqvist et al. *Arzneimittelforschung* 2007;57:401-16

Liều dùng Maltofer trong thiếu sắt và thiếu máu thiếu sắt

	Tổng liều sắt/ng	Maltofer nhỏ giọt (50 mgFe/mL) = 20 giọt /mL	Maltofer si-rô (10mg/mL)	Maltofer tiêm chỉ 1 liều (100mg/1 lọ)	Maltofer nhai có bao ngoài (100mg/viên)	Maltofer-Fol viên nhai (100mg/viên)
Trẻ đẻ non	2.5–5 mg/kg body weight (2.5 mg/kg body weight)	1–2 drops/kg body weight (1 drop/kg body weight)	– (-)	– (-)	– (-)	– (-)
Trẻ < 1 tuổi	25–50 mg (15–25 mg)	10–20 drops (6–10 drops)	2.5–5 mL (-)	– (-)	– (-)	– (-)
Trẻ 1–12 tuổi	50–100 mg (25–50 mg)	20–40 drops (10–20 drops)	5–10 mL (2.5–5 mL)	– (-)	– (-)	– (-)
Thiếu niên > 12 /người lớn	100–300 mg (50–100 mg)	40–120 drops (20–40 drops)	10–30 mL (5–10 mL)	1–3 vials (1 vial)	1–3 tablets (1 tablet)	– (-)
Phụ nữ có thai	200–300 mg (100 mg)	80–120 drops (40 drops)	20–30 mL (10 mL)	2–3 vials (1 vial)	2–3 tablets (1 tablet)	2–3 tablets (1 tablet)

As documented in the Maltofer® and Maltofer® Fol Core Summary of Product Characteristics (SmPC), 2010

*Including 350 µg folic acid per tablet

38

Tóm tắt về IPC (Maltofer)

- ❖ Khoảng 40 nghiên cứu lâm sàng về Maltofer đã được thực hiện trên toàn cầu, đã chứng minh:
 - Hiệu quả tạo Hb tương đương với muối sắt II
 - Hấp thu thông qua một cơ chế hấp thu chủ động và có kiểm soát
 - Dung nạp tốt, ít tác dụng phụ và không gây độc tổ chức so với muối sắt II
 - Mức độ chấp nhận và tuân thủ cao hơn
 - Maltofer không tương tác với các thành phần thực phẩm hoặc các thuốc thông dụng; và nên dùng kết hợp với thực phẩm

- ❖ Maltofer có một loạt các chế phẩm dạng lỏng và rắn, cho phép việc điều trị được điều chỉnh phù hợp với nhu cầu của các nhóm bệnh nhân khác nhau

1. Geisser & Burckhardt. Pharmaceutics 2011;3:12–33
2. Toblli & Brignoli. Arzneimittelforschung 2007;57:431–438
3. Maltofer Summary of Product Characteristics
4. Yasa B et al. Int J Pediatr 2011;2011:524520
5. Ortiz R et al. J MaternFetal Neonatal Med 2011;24:1–6

39

Tóm tắt về thiếu sắt và thiếu máu thiếu sắt

- TMTS hiện nay vẫn còn là một vấn đề y tế cộng đồng cần được quan tâm giải quyết, nhất là ở các nước nghèo, có tỷ lệ thiếu máu > 20%, như ở Việt nam.
- Chính phủ Việt nam đã có nhiều nghị quyết về vấn đề suy dinh dưỡng vi chất, trong đó có thiếu sắt:
 - Trước mắt, cần tăng cường dinh dưỡng, bổ sung viên sắt cho các đối tượng nguy cơ cao thiếu máu,
 - Điều trị các nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp gây ra thiếu máu,
 - Bổ sung vi chất vào thực phẩm: với sắt, có thể bổ sung vào bột nếm, nước mắm, nước tương
 - Thay đổi thói quen của nhân dân, cải thiện chất lượng bữa cơm hằng ngày.
 - Viên sắt có hiệu quả cao và ít tác dụng phụ hiện nay ở thị trường Việt nam là Maltofer.

40

