

BS Võ Văn Phong -

Thiếu máu là một rối loạn huyết học liên quan đến sự thiếu hụt của các thành phần của máu, chủ yếu là các tế bào hồng cầu (RBC) hoặc hemoglobin (Hb). Thiếu máu có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Mặc dù định nghĩa là giảm số lượng hồng cầu (RBC) lưu hành, nhưng trên lâm sàng, thiếu máu thường được xác định dựa trên nồng độ hemoglobin hoặc hematocrit giảm. Ví dụ, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa thiếu máu là khi mức hemoglobin dưới 130 g/L ở nam giới trưởng thành và dưới 120 g/L ở nữ giới trưởng thành không mang thai.

Thiếu máu có thể được phân loại dựa trên các đặc điểm sinh học:

- Giảm số lượng hồng cầu (Bệnh lý tủy xương, thiếu hụt dinh dưỡng)
- Tăng phá hủy hồng cầu (Thiếu máu tán huyết, tán huyết nội mạch)
- Mất máu (Xuất huyết tiêu hóa)

Thiếu máu cũng có thể được phân loại theo hình thái dựa trên kích thước hồng cầu, được trình bày bởi thể tích trung bình hồng cầu (MCV). Theo cách tiếp cận này, thiếu máu được chia thành:

- Thiếu máu hồng cầu nhỏ (Microcytic): $MCV < 80$ fL
- Thiếu máu hồng cầu to (Macrocytic): $MCV > 100$ fL
- Thiếu máu hồng cầu bình thường (Normocytic): $MCV 80-100$ fL

Các nguyên nhân thường gặp:

- Thiếu máu hồng cầu nhỏ: Thiếu sắt (bao gồm cả mất máu mãn tính), Thalassemia bẩm sinh, thiếu máu liên quan đến các bệnh lý viêm.
- Thiếu máu hồng cầu to: Nghiện rượu, bệnh gan, suy giáp, thiếu vitamin B12.
- Thiếu máu hồng cầu bình thường: Bệnh thận mãn tính (CKD), suy tim (HF), ung thư.

Thiếu máu liên quan là một triệu chứng nguy hiểm đã được công nhận một cách chính thức và được quản lý tích cực và điều trị sau phẫu thuật, bao gồm cả những thay đổi lối sống, chế độ ăn uống và nghỉ ngơi. Nguy cơ này tăng theo mức độ thiếu máu và đặc biệt với các bệnh lý đi kèm khác. Tuy nhiên, có

một số lưu ý quan trọng:

Thứ nhất, cần rõ thiệu u máu có phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra các biến chứng này, hay đơn thuần chỉ là dấu hiệu của bệnh nhân bị tổn thương nghiêm trọng. Các dấu hiệu chu phẫu hiệu quả có tuy còn hạn chế nhưng nhìn chung cho thấy chỉ số lượng của thiệu u máu (ví dụ: các tác nhân kích thích tạo hồng cầu) có thể khiến thiệu u máu giảm hemoglobin và giảm nhu cầu truyền máu, nhưng không có biến chứng thuyết phục vì việc ngăn ngừa tác dụng hoặc biến chứng.

Thứ hai, không có một ngưỡng hemoglobin nhất quán nào để xác định nguy cơ chu phẫu tăng cao.

Dấu hiệu từ các ca phẫu thuật ngoài tim trên các bệnh nhân thuộc giáo phái Nhân Chứng Jehovah (nhưng không phải chỉ truyền máu) cho thấy nguy cơ tăng lên đáng kể khi Hb < 100 g/L (đặc biệt nếu có bệnh mạch vành đi kèm). Tuy nhiên, truyền khi hồng cầu để nâng hemoglobin lên mức này không phải lúc nào cũng có lợi, và bệnh nhân vẫn truyền máu cũng liên quan đến các kết cục xấu hơn trong các nghiên cứu quan sát.

Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm trên 2.016 bệnh nhân phẫu thuật gây xẹp vùng háng, cho thấy chỉ số lượng truyền máu khi Hb < 100 g/L không vượt trội hơn so với chỉ số lượng truyền máu khi Hb < 80 g/L hoặc khi có các triệu chứng thiệu u máu. Tuy nhiên, trong một thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm khác trên 5.243 bệnh nhân phẫu thuật tim, chỉ số lượng truyền máu ở ngưỡng Hb < 75 g/L cho kết quả không kém hơn so với chỉ số lượng truyền máu ở ngưỡng Hb < 95 g/L.

Nhưng dấu hiệu này cho thấy ngưỡng hemoglobin tối ưu trong giai đoạn chu phẫu dao động từ 75 – 100 g/L, tùy thuộc vào bệnh nhân, và phải được điều chỉnh vào bệnh lý đi kèm (đặc biệt là bệnh tim phổi).

Trong đánh giá tình hình phẫu thuật bệnh nhân thiệu u máu hoặc nghi ngờ thiệu u máu, một tiêu chuẩn là xác định nguyên nhân, thời gian, mức độ tổn thương, triệu chứng liên quan và phương pháp điều trị. Do đó, việc khai thác tình trạng thiệu u máu (kể cả gia đình), ung thư đại tràng, xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết não – sinh dục, rong kinh, nhiễm trùng máu, các bệnh lý viêm, thiệu u hệ tiêu hóa, và các phẫu thuật giảm cân trước đó (ví dụ: phẫu thuật thu nhỏ dạ dày) là rất quan trọng. Bác sĩ gây mê cũng cần cân nhắc loại phẫu thuật, lượng máu mất dự kiến và các bệnh lý đi kèm có thể

Đánh giá tình trạng thiếu máu

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ bảy, 24 Tháng 1 2026 17:37 -

Nguyên nhân gây nên khả năng cung cấp oxy cho các mô bị giảm do giảm cung cấp oxy (bệnh lý phổi, thận, gan, mạch máu não và tim mạch).

Bệnh nhân thiếu máu hoặc nghi ngờ thiếu máu cần làm xét nghiệm phân tích tế bào máu ngoại vi. Phái hộ phải bác sĩ gia đình hoặc bác sĩ huyết học rất hữu ích để đánh giá sâu hơn về tình trạng thiếu máu mới để có chẩn đoán. Các xét nghiệm ban đầu gồm phết máu ngoại vi và chỉ số MCV, các xét nghiệm tiếp theo như ferritin, độ bão hòa transferrin, nồng độ vitamin B12, folate để có chẩn đoán dựa trên kết quả phết máu và MCV.

- MCV cao kèm vitamin B12 hoặc folate thấp → thiếu máu hồng cầu to do thiếu B12/folate.
- MCV thấp, ferritin < 30 g/μL và độ bão hòa transferrin < 20% → thiếu máu thiếu sắt.
- Trong một số trường hợp thiếu máu thiếu sắt, độ bão hòa transferrin vẫn thấp (< 20%) nhưng ferritin nằm trong vùng trung gian 30 – 100 g/μL.
- Ferritin và độ bão hòa transferrin bình thường hoặc cao → thiếu máu do bệnh lý miễn tính.

Xét nghiệm nhóm máu và sàng lọc kháng thể có thể cần thiết tùy mức độ thiếu máu và loại nguyên nhân mất máu trong phết máu. Các phết máu thường trình bày nên được trì hoãn bệnh nhân thiếu máu nặng, dù loại nguyên nhân mất máu không rõ. Việc trì hoãn này cho phép đánh giá nguyên nhân, chẩn đoán như chảy máu, thiếu hụt vitamin, hoặc các bệnh lý miễn tính chưa được chẩn đoán (ví dụ: bệnh thận mạn).

Khi có thể trì hoãn phết máu thường trình bày, các hướng dẫn từ ASA 2015 khuyến cáo nên đi kèm với các thuốc kích thích tạo hồng cầu (ESA: erythropoietin stimulating agent) và sắt cho một số nhóm bệnh nhân (ví dụ: bệnh thận mạn, thiếu máu do bệnh lý miễn tính, bệnh nhân trước phẫu thuật), đặc biệt với những bệnh nhân thiếu máu để có thể giảm các phết máu có loại nguyên nhân mất máu. Lý tưởng nhất, đi kèm với ESA nên được bắt đầu khoảng 3 tuần trước phẫu thuật. Các bằng chứng hiện tại cho thấy ESA làm giảm nhu cầu transfusion máu chu phẫu, nhưng tác động lên kết cục lâm sàng vẫn chưa rõ ràng.

Bổ sung sắt từ phết máu cũng nên được cân nhắc ở bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt khi thời gian cho phép. Sắt được uống nên bắt đầu từ 4 – 6 tuần trước phẫu thuật, sắt được tính mặc dù là lựa chọn cho bệnh nhân không dung nạp được uống hoặc cần phết máu sớm hơn. Mặc dù liều pháp sắt từ phết máu giúp tăng nồng độ hemoglobin, nhưng tác động của nó lên thời gian transfusion máu và các kết cục lâm sàng vẫn chưa chắc chắn.

Nguồn:

Duminda N. Wijesundera, & Emily Finlayson. (2025). Preoperative Evaluation. In Michael A. Gropper, Lars I. Eriksson, Lee A. Fleisher, Neal H. Cohen, Kate Leslie, & Oluwaseun Johnson-Akeju (Eds.), *Miller's Anesthesia* (10 ed., Vol. 1, pp. 3981-3985). Elsevier.