



TIỀN BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG

Ths.BsCK2. Nguyễn Thị Bích Ngọc

Nội dung

Tổng quan bệnh đại tràng

Chẩn đoán viêm đại tràng

Điều trị viêm đại tràng

Vai trò của 5-ASA

BỆNH THƯỜNG GẶP CỦA ĐẠI TRÀNG

Viêm

Viêm nhiễm

- Vi trùng
- Ký sinh trùng
- Viurs
- Nấm

Viêm không nhiễm

- Bệnh viêm ruột (IBD)
- Viêm đại tràng thiếu máu
- Viêm đại tràng do tia xạ
- Viêm đại tràng màng giả (do KS)

Không do viêm

RLCN vận động

- IBS

Khối u

- Ung thư
- Polyp

Khác

- Túi thừa
- ...

TỔNG QUAN VỀ IBD

Worldwide incidence of IBD¹⁻³

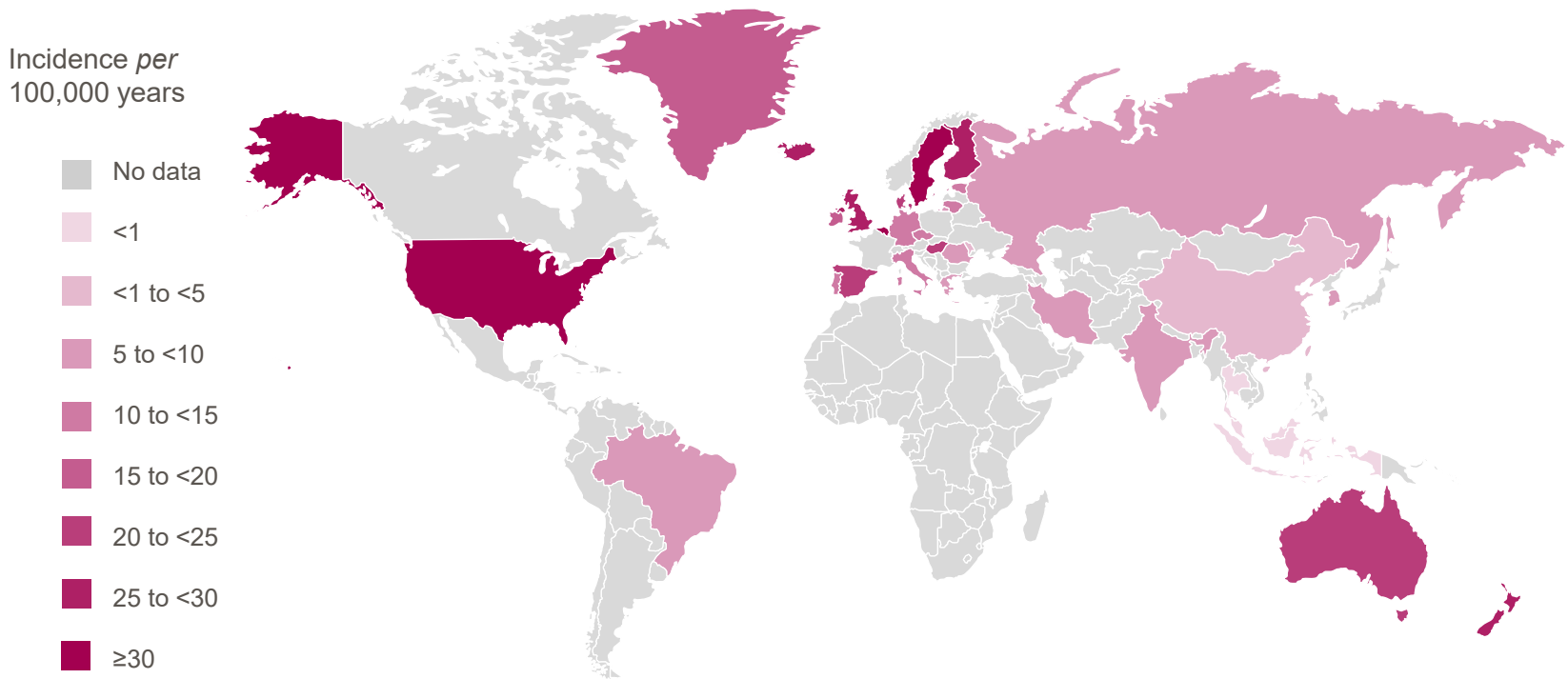


Figure redrawn from Mak WY *et al.* 2020¹ and using data from Quaresma AB *et al.* 2022², and Zhao M *et al.* 2021³

IBD: inflammatory bowel disease

1. Mak WY *et al.* *J Gastroenterol Hepatol* 2020;35:380–9. 2. Quaresma AB *et al.* *Lancet* 2022;13:1–9. 3. Zhao M *et al.* *J Crohns Colitis* 2021;15(9):1573–87.

For Internal Use - Internal

TỔNG QUAN VỀ IBD

Data Sources

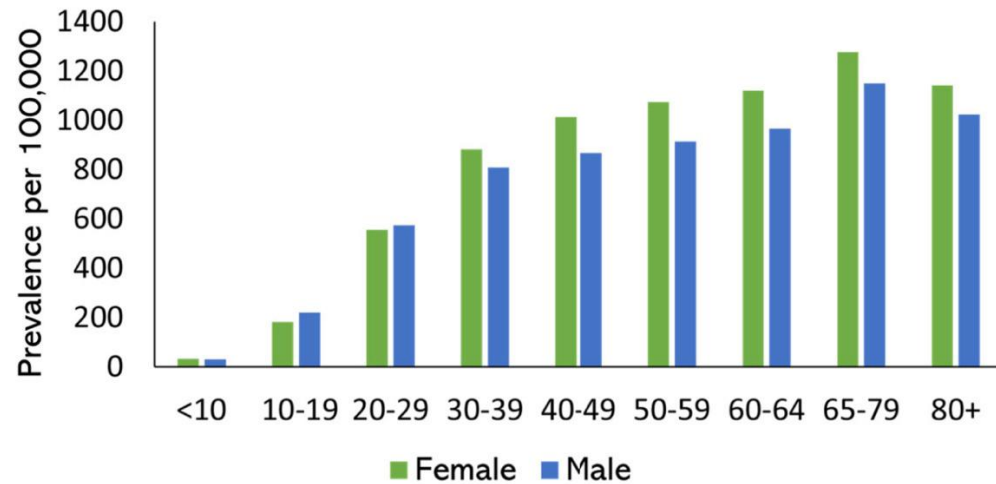
Medicaid (low income)

Medicare (elderly)

Commercial Insurance



PREVALENCE OF IBD IN USA



Gastroenterology

Dịch tễ tại Việt Nam – NC GIVES 21

Region	Population of the defined catchment area	Start Date Disease	Crohn's	Ulcerative Colitis	IBD Unclassified	Total	IBD Incidence (per 100,000)
India - Gachibowli	149,264	Mar-22	11	8	1	20	13.4
Mexico	650,567	Jul-22	5	15	0	20	3.07
Uruguay	107,311	Nov-21	1	2	0	3	2.80
Indonesia	1,138,346	Aug-21	11	12	7	30	2.64
Argentina	952,418	Jan-22	7	18	0	25	2.62
Hong Kong	2,382,467	Oct-21	33	24	4	61	2.56
Macao	649,342	Jun-22	9	3	0	12	1.85
Taiwan	2,674,244	Feb-22	16	24	0	40	1.50
Malaysia	888,767	Mar-22	6	4	1	11	1.24
China	7,255,217	Dec-21	40	47	1	88	1.21
Nepal	2,057,997	Feb-22	5	18	0	23	1.12
Thailand	8,726,100	Nov-21	22	27	0	49	0.56
Kazakhstan	11,442,739	Sep-21	10	48	1	62	0.54
Brunei	453,600	May-22	0	1	1	2	0.44
Vietnam	14,360,230	Sep-22	19	35	3	57	0.40
Saudi Arabia	8,872,712	Jul-22	10	9	0	19	0.21
Zambia	3,480,000	Jul-22	0	4	0	4	0.11
India - New Delhi	32,941,000	Aug-21	2	10	0	12	0.04
Brazil	1,948,626	Oct-22	-	-	-	-	-
Total			207	309	19	538	

- NC GIVES 21 đánh giá tỉ lệ mới mắc IBD ở các khu vực chưa có dữ liệu dịch tễ.
- Tại VN: Từ tháng 9/2022 tại 6 CSYT.
- Dữ liệu ban đầu: Tỉ lệ IBD mới mắc - 0,40/100.000 dân, UC gặp nhiều hơn.

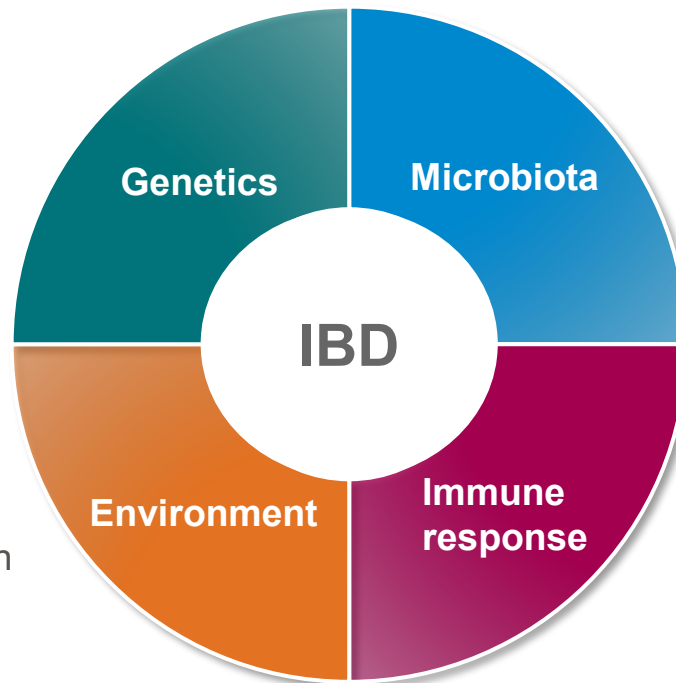
NGUYÊN NHÂN CHƯA RÕ, CÓ THỂ DO ĐA YẾU TỐ ^{1,2}

Xảy ra ở những bệnh nhân dễ bị tổn thương về mặt di truyền sau phản ứng miễn dịch không phù hợp với hệ vi sinh đường ruột ¹

Các biến thể gen:

- NOD2
- IL-23R
- IL10R

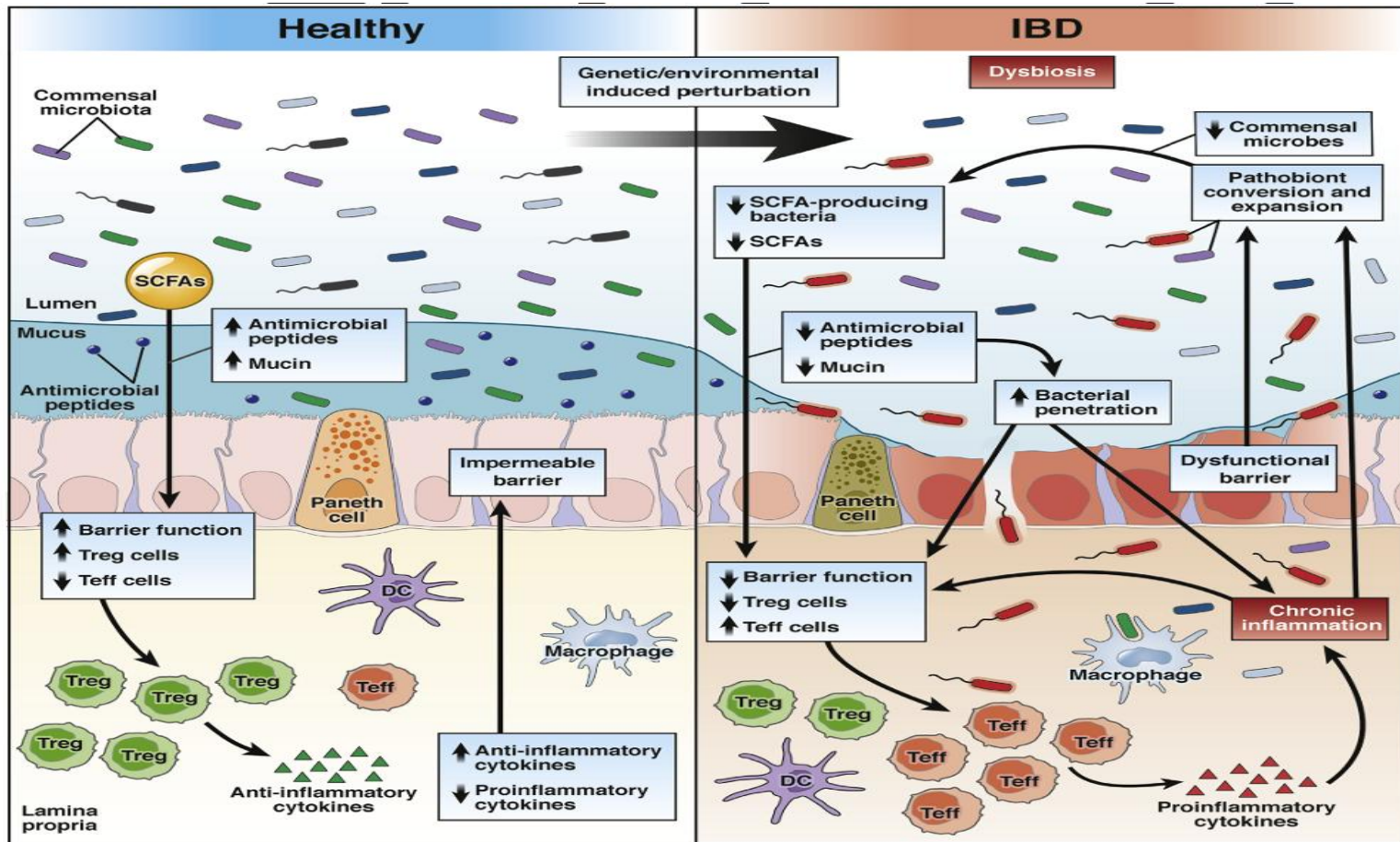
- Thuốc lá
- Chế độ ăn
- Phơi nhiễm kháng sinh



- Sự mất cân bằng vi khuẩn hay loạn khuẩn

- Nhiễm trùng
- Rối loạn chức năng hàng rào biểu mô

Hệ vi khuẩn đường ruột



Ở những cá thể khỏe mạnh, VK cộng sinh sản xuất SCFA:

- Điều chỉnh cân bằng nội môi ruột.
- Là nguồn năng lượng cho TB biểu mô ruột
- Điều hoà sự biệt hóa Treg và Teff
- Các AMP và lớp chất nhầy nguyên vẹn ngăn ngừa VK xâm nhập vào lớp biểu mô.

IBD gây ra tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống (CLCS)



Diễn biến của IBD có thể là **mạn tính** và **không dễ đoán trước**, với những triệu chứng gây **xấu hổ** và **đau đớn** dẫn đến làm cho bệnh nhân lo lắng về nhiều khía cạnh cuộc sống ¹



75% bệnh nhân IBD mô tả **đã phải nghỉ làm trong năm trước đó** ²



76% bệnh nhân mô tả IBD gây ra **sự cản trở với các hoạt động giải trí** ³

CLCS ở những bệnh nhân IBD thấp hơn đáng kể so với những người khỏe mạnh ¹

TỔNG QUAN VỀ IBD

IBD bao gồm một nhóm các tình trạng viêm đường tiêu hóa, mạn tính, có liên quan đến trung gian miễn dịch ^{1,2}

2 thể chính

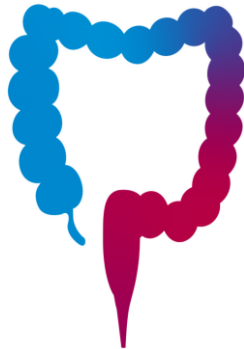
Viêm loét đại tràng (UC)

Bệnh Crohn's (CD)

Được đặc trưng bởi các đặc điểm lâm sàng và bệnh lý riêng biệt như cường độ và mức độ của phản ứng viêm ^{1,2}

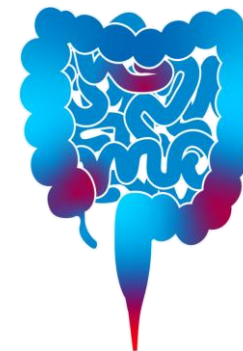
- Thường ảnh hưởng đến trực tràng và đại tràng ¹
- **Viêm** thường chỉ giới hạn ở vùng niêm mạc ¹

- Có thể ảnh hưởng đến bất kỳ phần nào của đường tiêu hóa ²
- Viêm xuyên thành điển hình có thể biểu hiện bằng **u hạt**, **các chỗ hẹp** và **đường rò** ²



Healthy

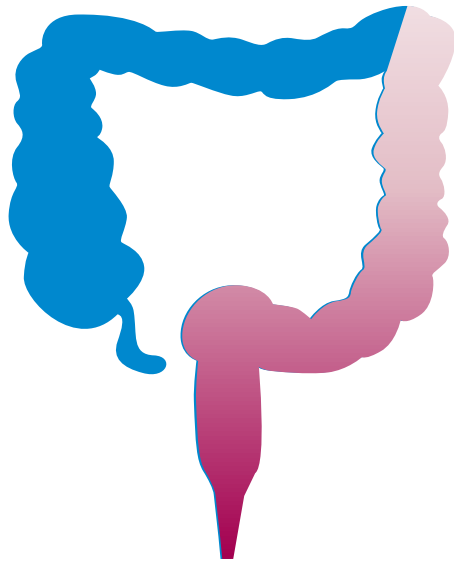
Site of disease





TỔNG QUAN VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG

VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC)



Healthy

Site of disease

- UC là một **tình trạng viêm mạn tính dẫn đến viêm niêm mạc đại tràng**, ảnh hưởng đến trực tràng và một phần khác của đại tràng liên tục, được đặc trưng bởi các đợt tái phát và thuyên giảm ^{1,2}

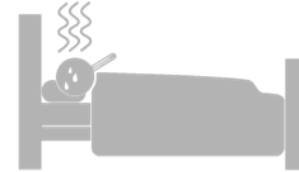
Các triệu chứng chính của UC bao gồm:¹⁻³



- Tiêu chảy có máu
- Chảy máu trực tràng
- Cảm giác buồn đi ngoài
- Mót rặn
- Đi ngoài ra chất nhầy



- Đau quặn bụng



- Các triệu chứng toàn thân (khó chịu, chán ăn hoặc sốt) có thể là dấu chỉ của UC mức độ nặng (severe)

- Các triệu chứng của UC liên quan đến mức độ viêm and vị trí viêm^{1,4}
- Một số bệnh nhân xuất hiện các biến chứng, biểu hiện ngoài ruột và các di chứng lâu dài cần được chăm sóc y tế khẩn cấp²

Các triệu chứng chính của UC bao gồm:¹⁻³

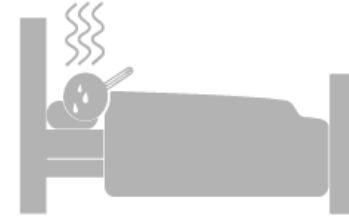


Tiêu hóa

- Tiêu chảy có máu
- Chảy máu trực tràng
- Cảm giác buồn đi ngoài
- Mót rặn
- Tiêu không hết
- Đi ngoài ra chất nhầy



Đau quặn bụng

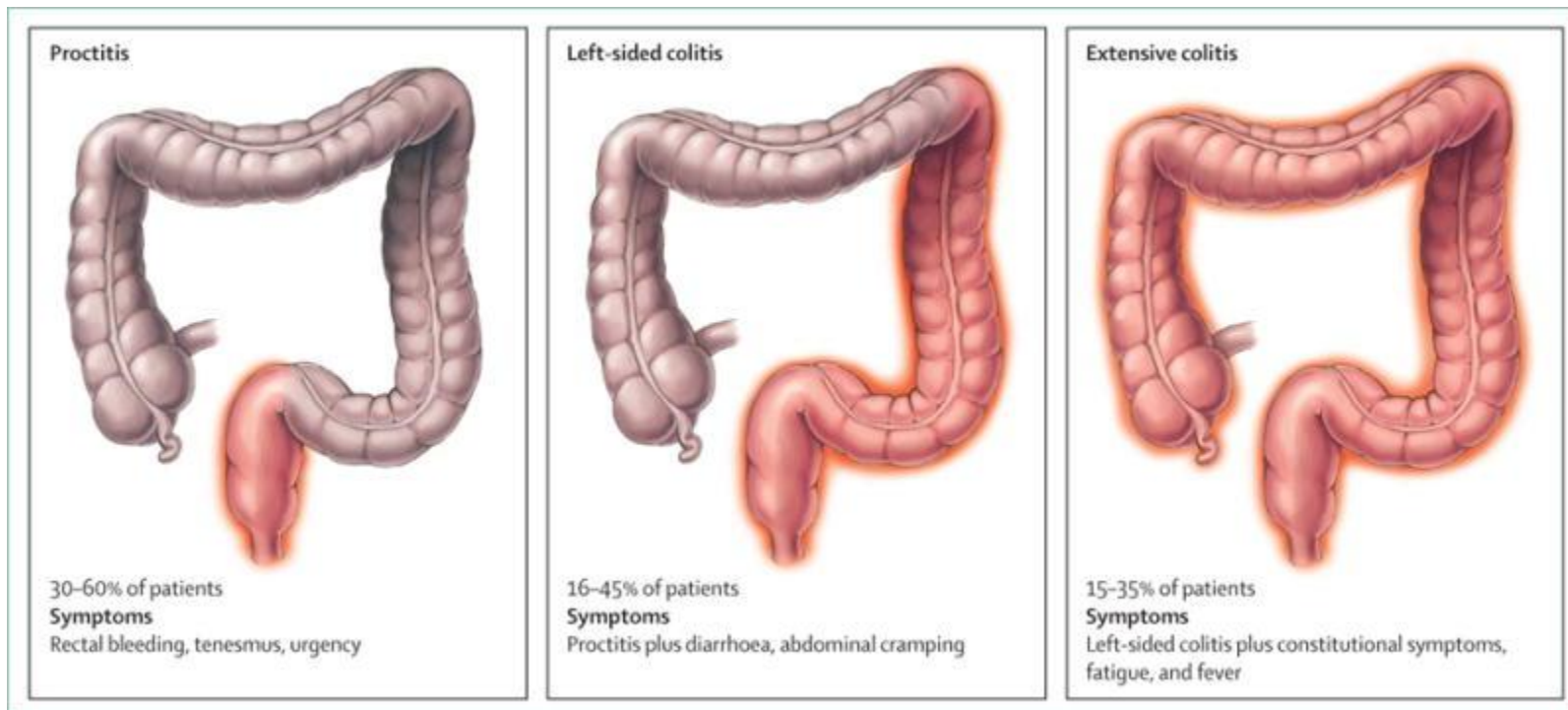


Các triệu chứng toàn thân

- (khó chịu, chán ăn hoặc sốt) có thể là dấu chỉ của UC mức độ nặng (severe)

- Các triệu chứng của UC liên quan đến mức độ viêm and vị trí viêm^{1,4}
- Một số bệnh nhân xuất hiện các biến chứng, biểu hiện ngoài ruột và các di chứng lâu dài cần được chăm sóc y tế khẩn cấp²

Kiểu hình viêm loét đại tràng theo Phân loại Montreal



- **Máu tươi** hoặc chất nhầy có lẫn máu, có thể lẫn với phân hoặc có vệt trên bề mặt phân
- Tiêu chảy
- Mót rặn
- Cảm giác buồn đi ngoài kèm theo **cảm giác đi ngoài không hết**
- **Táo bón**

- Tiêu chảy có máu và nhầy
- **Đau dữ dội ở vùng bụng bên trái**
- Cảm giác buồn đi ngoài
- Mót rặn

- Rất thường xuyên tiêu chảy có máu, nhầy và đôi khi có cả mủ
- **Đau bụng dữ dội và quặn thắt**
- Mót rặn
- **Sụt cân**

CÁC DI CHỨNG CÓ THỂ XẢY RA

Biến chứng	Biến chứng của UC cấp tính/mạn tính nặng^{1,2} - Giãn thành đại tràng (đại tràng phình to (megacolon); liên quan đến độc tính toàn thân) - Thủng đại tràng (hiếm gặp), xuất huyết ồ ạt, biến cố huyết khối tắc mạch Phẫu thuật cắt bỏ đại tràng do viêm đại tràng nặng có thể liên quan đến các biến chứng sau phẫu thuật ²
Biểu hiện ngoài ruột	Các bệnh lý về khớp và da, viêm mắt, viêm xơ đường mật tiên phát, thiếu máu³ Tỉ lệ 15–31%⁴
Tác động lâu dài	Tăng nguy cơ K ruột (CRC hoặc ung thư biểu mô ruột non), liên quan đến thời gian mắc bệnh, mức độ và tình trạng viêm nặng/kéo dài ³ - Tỉ lệ mắc CRC ở bệnh nhân UC tại Anh là 3.9% (95% CI 0.022–0.055) và tại Mỹ là 1.3% (95% CI 0.008–0.017)⁵ - Nguy cơ chung (overall risk) mắc CRC ở bệnh nhân UC là 1.4% (95% CI 1.2–1.6)⁵ - Nguy cơ mắc CRC của bệnh nhân UC châu Âu cao khoảng gấp đôi so với dân số chung ⁴ - Nguy cơ bệnh nhân UC mắc CRC tăng đáng kể sau 20 năm ⁵

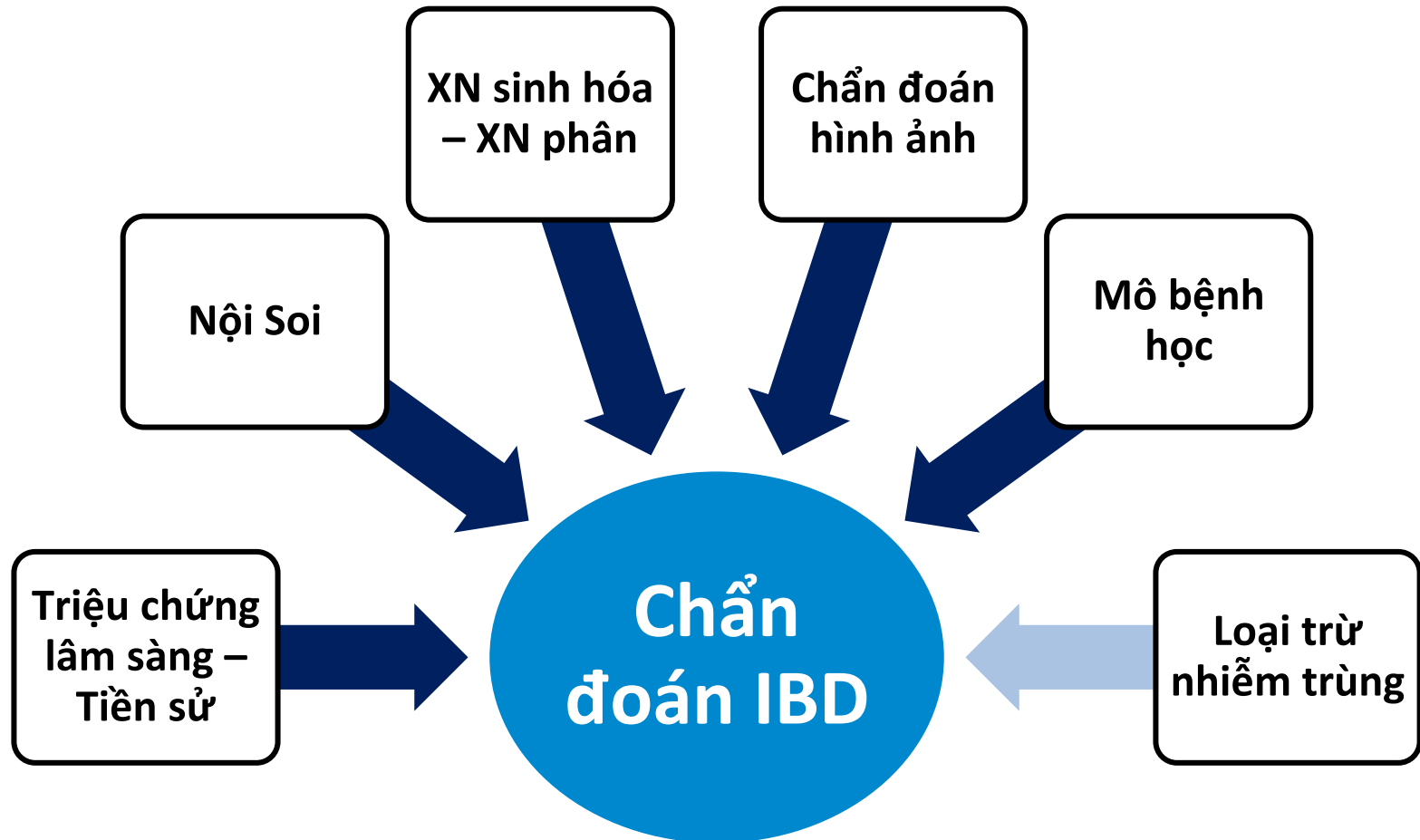
CI: confidence interval; CRC: colorectal cancer; UC: ulcerative colitis; UK: United Kingdom; US: United States of America

1. CCFA. Available at: <https://www.crohnscolitisfoundation.org/sites/default/files/legacy/assets/pdfs/living-with-ulcerative.pdf> [Accessed: November 2022].

2. Freidman S and Blumberg RS. *Harrison's Principles of Internal Medicine* 2012. 3. Magro F et al. *J Crohns Colitis* 2017;11(6):649–70. 4. Zhao M et al. *J Crohns Colitis* 2021;15(9):1573–87.

5. Zhou Q et al. *Gastroenterol Res Pract* 2019;2019:5363261.

Chẩn đoán



KHÔNG CÓ TIÊU CHUẨN VÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN

Cận lâm sàng

Xét nghiệm ¹

- CRP tăng
- Số lượng tiểu cầu tăng
- Tăng lactoferrin và calprotectin phân
- Tăng tốc độ máu lắng (ESR)
- Giảm haemoglobin

Nội soi ¹

- **Nhẹ:** Ban đỏ, giảm bền vững mạch máu, dễ vỡ (mild friability)
- **Trung bình:** Ban đỏ rõ rệt, absent vascular pattern, friability and erosions
- **Nặng:** Chảy máu tự phát và loét

X quang ¹

- **Niêm mạc (thụt bari cản quang)**
 - Nhẹ: hạt niêm mạc mịn
 - Nặng: niêm mạc dày với các vết loét nông
- **Các nếp gấp thành ruột (Haustral folds)**
 - Nhẹ: bình thường
 - Nặng: dày và phù nề
 - Bệnh lâu năm: mất các nếp gấp thành ruột (nếp van)

- Cần phải kết hợp giữa bệnh sử, biểu hiện lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và chụp X quang để đưa ra chẩn đoán UC; nhiễm trùng phải được loại trừ ^{1,2}
- Mức độ nghiêm trọng của UC quyết định liệu có nên bắt đầu điều trị bằng đường uống, IV hay phẫu thuật ^{1,2}

CRP: C-reactive protein; ESR: erythrocyte sedimentation rate; IV: intravenous; UC: ulcerative colitis

1. Freidman S and Blumberg RS. *Harrison's Principles of Internal Medicine* 2012. 2. Magro F et al. *J Crohns Colitis* 2017;11(6):649–70.

Mức độ hoạt động của UC

The UCDAI (Ulcerative Colitis Disease Activity Index) score hay Sutherland index phân loại các dấu hiệu lâm sàng và nội soi và thường được sử dụng để đánh giá mức độ hoạt động của bệnh ¹⁻³

UCDAI SCORING CRITERIA¹⁻³

SỐ LẦN ĐI TIÊU	Score
Bình thường	0
1 - 2 lần / ngày > bình thường	1
3 - 4 lần / ngày > bình thường	2
>4 lần / ngày > bình thường	3

NIÊM MẠC	Score
Bình thường	0
Mủn bờ nhẹ	1
Mủn bờ trung bình	2
Sinh mủ, chảy máu tự nhiên	3

CHẢY MÁU TRỰC TRÀNG	Score
Không	0
Máu ẩn trong phân	1
Chảy máu rõ	2
Chảy máu lượng nhiều	3

ĐÁNH GIÁ CHUNG CỦA BSLS	Score
Bình thường (bệnh không hoạt động)	0
Nhẹ	1
Trung bình	2
Nặng	3

UCDAI scoring (sum of the above parameters)

Scores	0-2	3-5	6-8	9-12
Disease severity	Lui bệnh	Nhẹ	Trung bình	Nặng

Mức độ hoạt động của UC

The Mayo Score

(also known as Mayo Clinic Score or the Disease Activity Index) grades clinical and endoscopic signs^{1–3}

MAYO SCORING SYSTEM^{1–3}

SỐ LẦN ĐI TIÊU*	Score
Normal	0
1–2 stools/day > normal	1
3–4 stools/day > normal	2
5 stools/day > normal	3

CHẢY MÁU TRỰC TRÀNG†	Score
None	0
Streaks of blood in stools	1
Obvious blood in stools	2
Mostly blood in stools	3

NIÊM MẠC	Score
Normal	0
Mild friability	1
Moderate friability	2
Spontaneous bleeding	3

ĐÁNH GIÁ CHUNG CỦA BS LÂM SÀNG‡	Score
Normal	0
Mild	1
Moderate	2
Severe	3

*Each patient served as his or her own control to establish the degree of abnormality of the stool frequency. †The daily bleeding score represented the most severe bleeding of the day. ‡The physician's global assessment acknowledged the 3 other criteria, the patient's daily record of abdominal discomfort and general sense of well-being, and other observations, such as physical findings and the patient's performance status

1. Magro F *et al. J Crohns Colitis* 2017;11(6):649–70. 2. D'Haens G *et al. Gastroenterology* 2007;132:763–86. 3. Schroeder KW *et al. N Engl J Med* 1987;317(26):1625–9.

Các yếu tố tiên lượng xấu trong viêm loét đại tràng

- Khởi phát bệnh < 40 tuổi
- Viêm loét toàn bộ đại tràng
- Tổn thương nặng trên nội soi (điểm Mayo nội soi = 3, điểm UCEIS ≥ 7)
- Loét sâu trên nội soi
- Tổn thương ngoài tiêu hóa
- Từng nhập viện vì viêm loét đại tràng
- Cần dùng corticosteroid toàn thân
- Tăng tốc độ lắng máu hay CRP huyết thanh
- Giảm albumin huyết thanh
- Nhiễm Cytomegalovirus hay Clostridioides difficile

Tiếp cận chẩn đoán và đánh giá ban đầu viêm loét đại tràng

Nghi ngờ viêm loét đại tràng (đại tiện phân máu, tiêu chảy, đau bụng kéo dài hay tái phát)

Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt

- Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng cẩn thận
- Nội soi đại tràng* (sinh thiết) và mô bệnh học
- Các chỉ dấu sinh học đánh giá tình trạng viêm (CRP huyết thanh, tốc độ lắng máu, calprotectin phân)
- Loại trừ viêm đại tràng do nhiễm khuẩn và ký sinh trùng (soi phân, cấy phân)
- Chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ nếu chẩn đoán chưa rõ hay nghi ngờ biến chứng

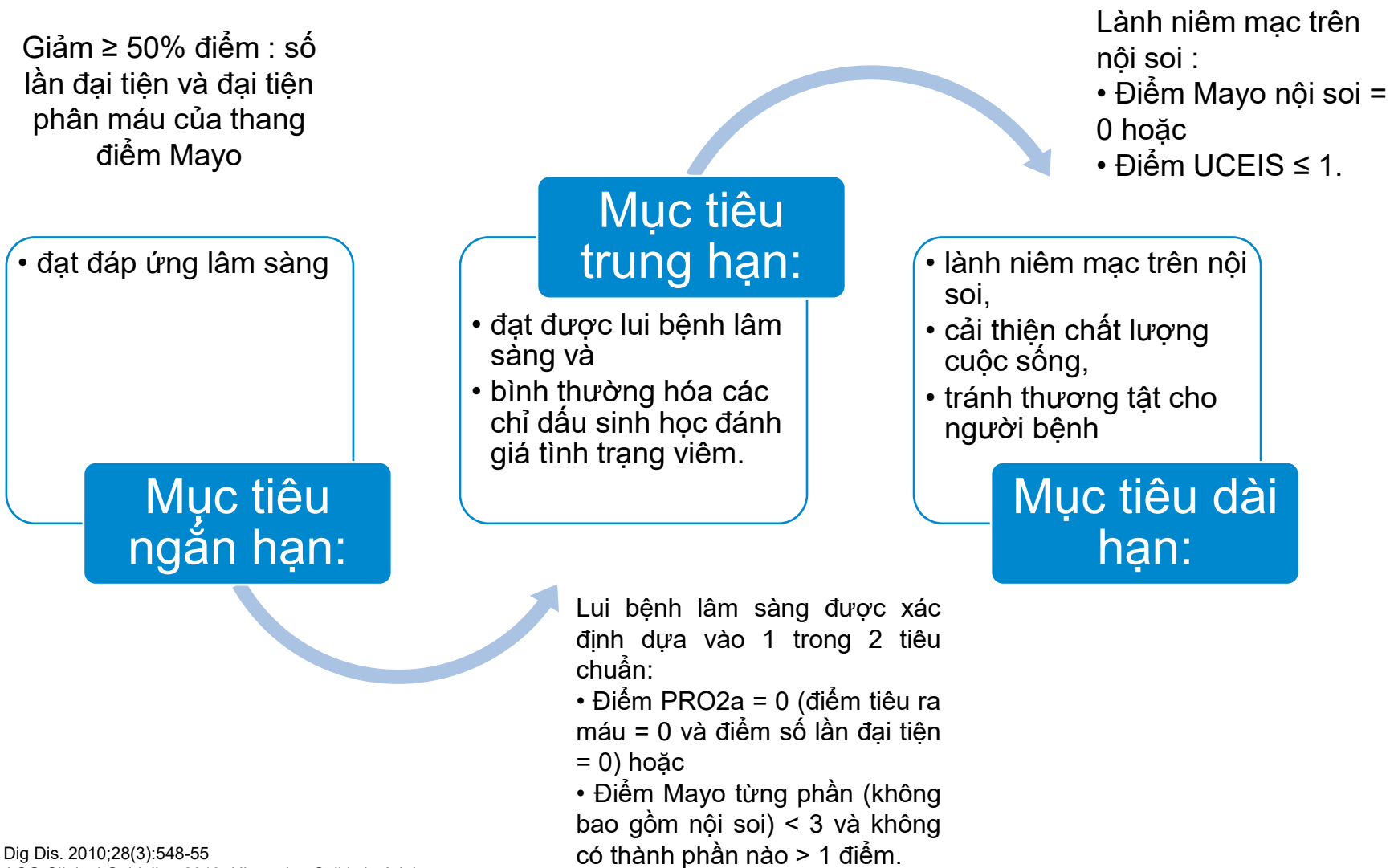
Đánh giá trước điều trị

1. Mức độ lan rộng: Phân loại Montreal
2. Mức độ nặng: Tiêu chuẩn Truelove và Witt, điểm Mayo hay điểm UCEIS
3. Yếu tố tiên lượng xấu
4. Các yếu tố khác: Tổn thương ngoài tiêu hóa, nhiễm khuẩn, biến chứng, bệnh đi kèm

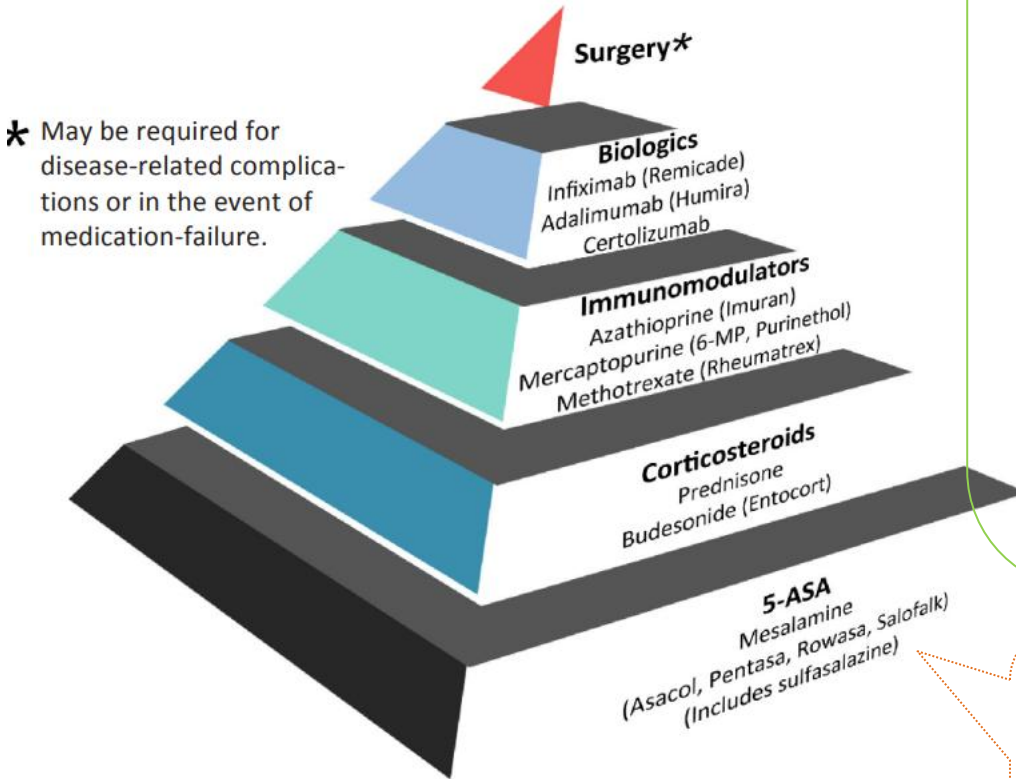


TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ TRONG VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ



Các nhóm thuốc



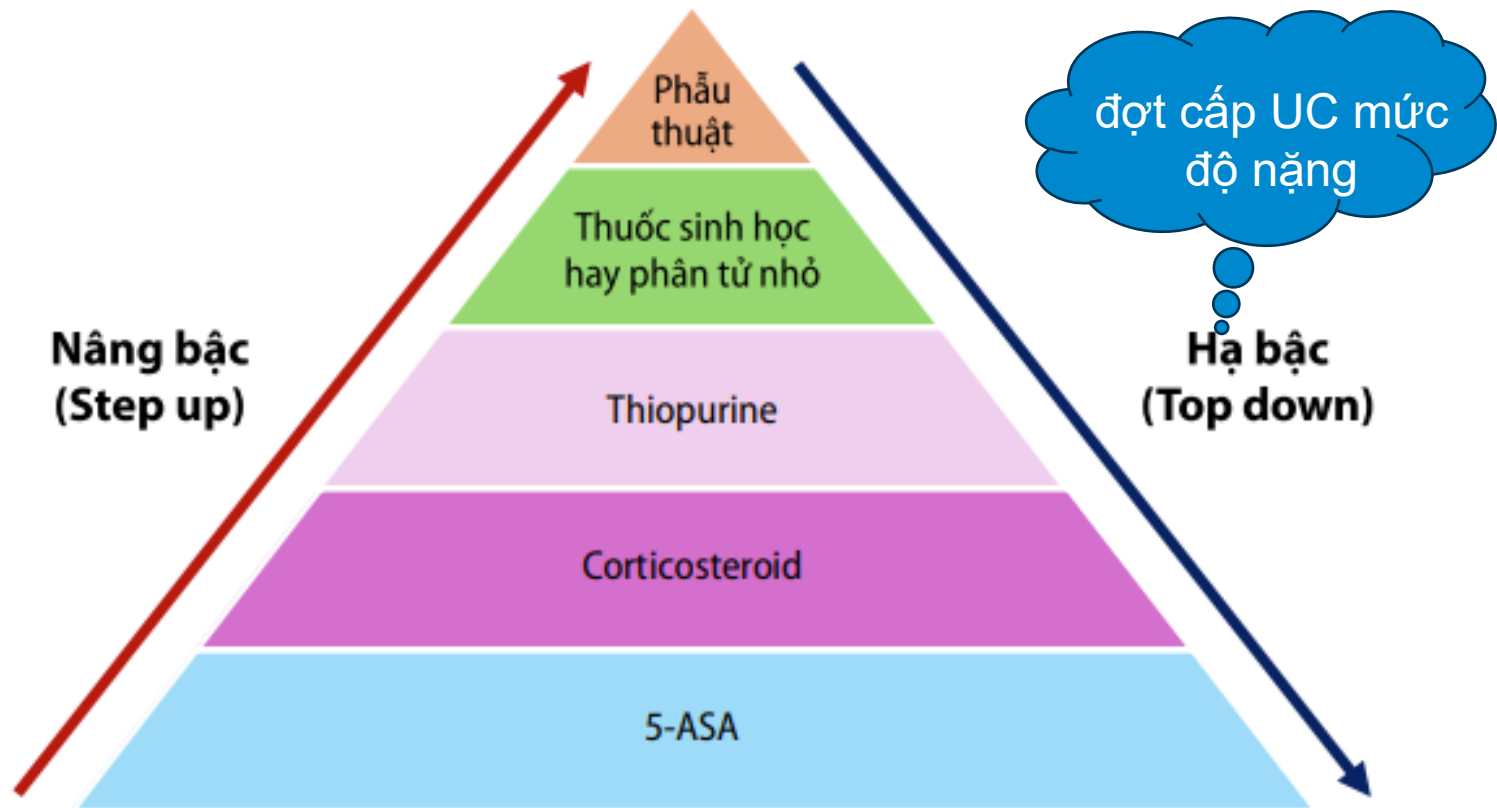
Lựa chọn điều trị dựa vào: 4

- Mức độ hoạt động và vị trí viêm
- Loại hình bệnh: tần suất tái phát, thời gian mắc bệnh, đáp ứng thuốc, tác dụng phụ, biến chứng ngoài ruột
- Tuổi khởi phát và thời gian bệnh
- Điều quan trọng là cần phân biệt bệnh nhân UC nặng cần nhập viện với **bệnh nhân UC nhẹ và vừa có thể quản lý ngoại trú.**

Thuốc điều trị đầu tay trong UC là 5-ASA (**mesalazine**, balsalazide,...), có thể được dùng đường uống và trực tràng riêng rẽ hoặc phối hợp ^{4,6,7}

1. Christensen LA et al. *Aliment Pharmacol Ther.* 1990;4(5):523-533.
2. Danese S et al. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;39(10):1095-1103
3. Etchevers MJ et al. *World J Gastroenterol.* 2008;14(36):5512-5518
4. Harbord M et al. *J Crohns Colitis.* 2017;1-24
5. Hardy JG et al. *J Clin Pharmacol.* 1993;33:712-718
6. Kornbluth A et al. *Am J Gastroenterol.* 2010;105:501-23; quiz 524

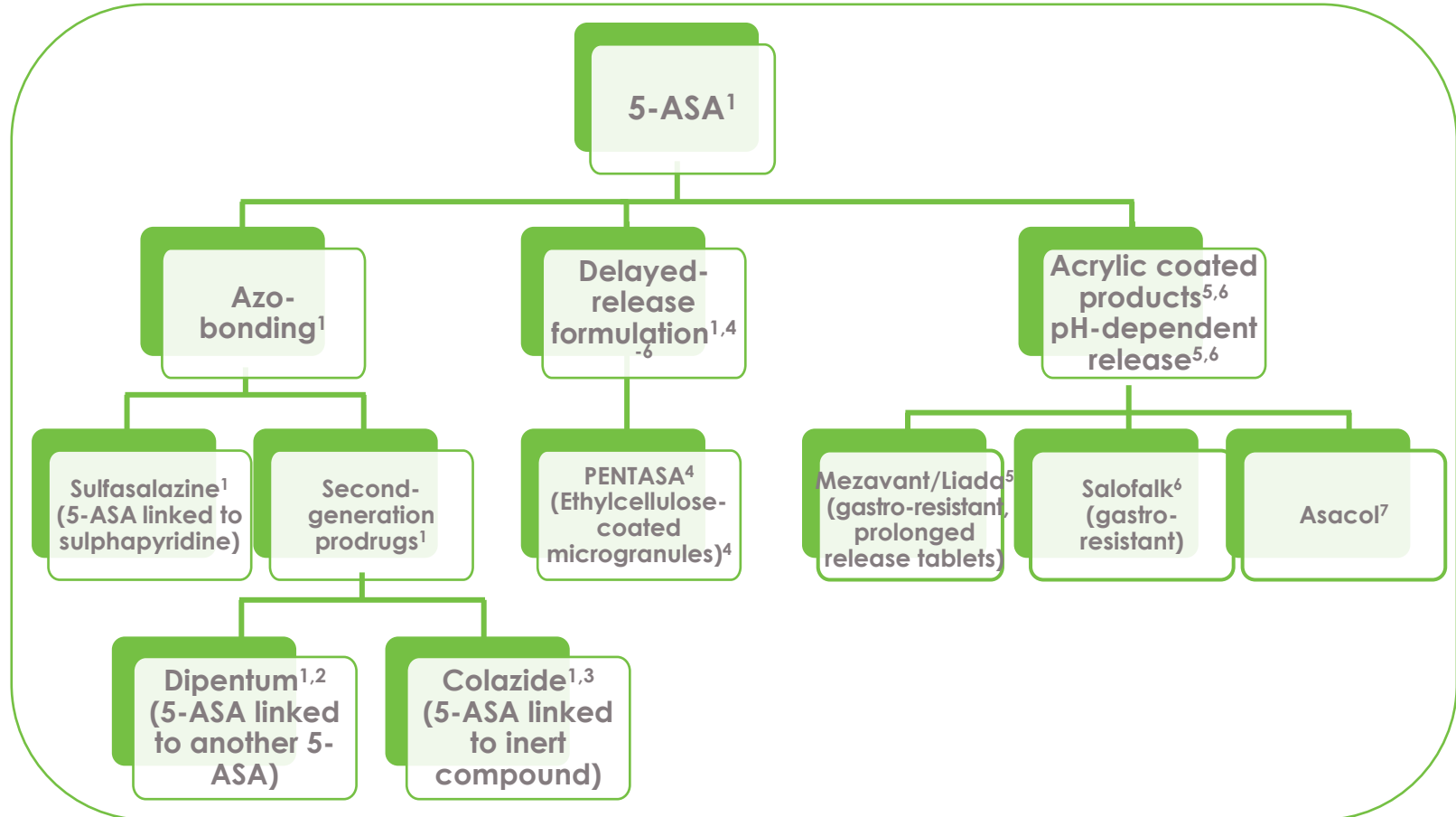
Chiến lược điều trị trong viêm loét đại tràng



PHÂN LOẠI 5-ASA VÀ CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG



Phân loại 5-ASA



1. Pithadia AB et al. *Pharmacol Rep*. 2011;63(3):629-642.

2. Dipentum 250 mg capsules [summary of product characteristics]. Available at: <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/10523/SPC/Dipentum+250mg+Capsules/>. Accessed July 19, 2013.

3. Colazide 750 mg capsules [summary of product characteristics]. Available at: <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/21236/SPC/Colazide+750mg+Capsules/>. Accessed July 23, 2013.

4. Pentasa sachet 1 g [summary of product characteristics]. Available at: <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/4301/SPC/Pentasa+Sachet+1g/>. Accessed April 26, 2013.

5. Mezavant XL 1200 mg, gastro-resistant, prolonged release tablets [summary of product characteristics]. Available at:

<http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/20347/SPC/Mezavant+XL+1200mg+2c+gastro-resistant+prolonged+release+tablets/>. Accessed July 15, 2013.

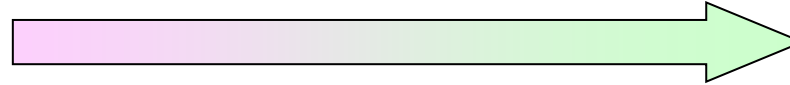
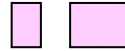
6. Salofalk 250 mg tablets [summary of product characteristics]. Available at: <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/16914/SPC/Salofalk+250mg+Tablets/>. Accessed July 22, 2013.

7. Asacol 800 mg MR tablets [summary of product characteristics]. Available at:

<http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/20478/SPC/Asacol+800mg+MR+Tablets/>. Accessed July 22, 2013.

Tiến bộ trong cơ chế phóng thích 5-ASA

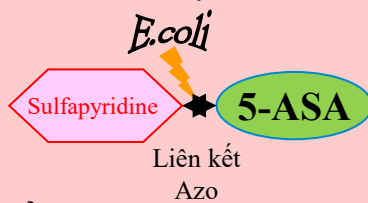
Sulfasalazine



PENTASA®

Sulfasalazine

Phóng thích dựa vào vi khuẩn đường ruột



Ưu điểm:

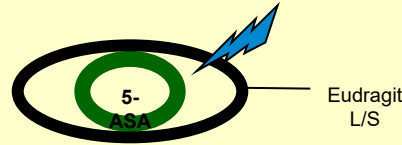
- Hạn chế hấp thu 5-ASA ở dạ dày
- Giúp 5-ASA tiếp xúc trực tiếp với vùng bị viêm ở đại tràng

Hạn chế:

- Tác dụng phụ của sulfapyridine
- Sử dụng kháng sinh phối hợp >> ảnh hưởng đến phóng thích 5-ASA

Mesalazine dạng phụ thuộc pH

Phóng thích phụ thuộc PH pH > 6 hoặc 7



Ưu điểm:

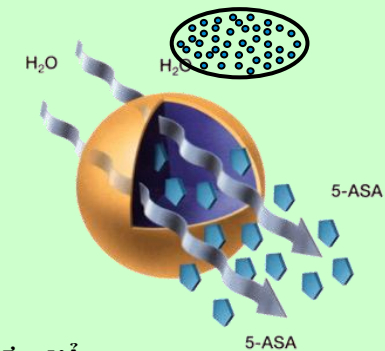
- Khắc phục được tác dụng phụ của nhóm sulfapyridine

Hạn chế:

- Mức độ phóng thích không ổn định, phụ thuộc nhiều yếu tố:
 - pH đường ruột
 - Thức ăn
 - Tiêu chảy
- Hiện tượng “Dose-dumping”

PENTASA®

Phóng thích chậm theo thời gian



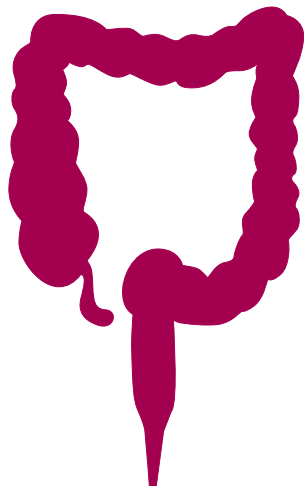
Ưu điểm:

- Khắc phục được tác dụng phụ của nhóm sulfapyridine
- Cơ chế phóng thích ổn định
- Không bị hiện tượng “dose dumping”

Các dạng bào chế 5-ASA phóng thích kéo dài

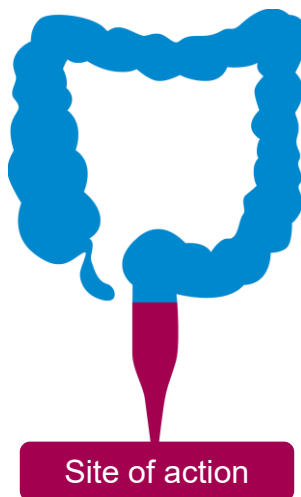
Dạng uống*¹

- Viên nén 500 mg và 1 g
- Cốm 2 g



Viêm loét đại tràng
mức độ nhẹ-trung
bình

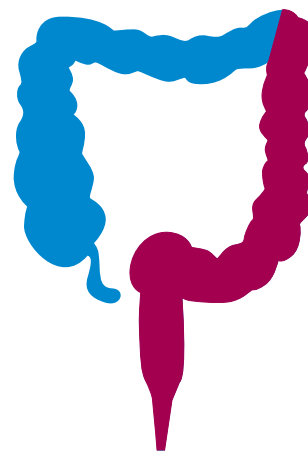
Dạng đặt*¹ 1 g



Viêm loét trực tràng

Hỗ dịch thực trực tràng*¹

1 g/100 ml



Viêm loét đại tràng xích
ma/ đại tràng trái

**Please note that indications may vary between countries. Please check your locally approved SmPC or PI.*

CD: Crohn's disease; UC: ulcerative colitis

1. CCDS PENTASA® All formulations. Version 17. 01 January 2021.

Các hướng dẫn điều trị

Hướng Dẫn Điều Trị 5-ASA Trong Viêm Loét Đại Tràng Mức Độ Nhẹ - Trung Bình



ECCO 2022

UC nhẹ - trung bình: Liệu tấn công¹

1. 5-ASA với liều ≥ 2 g/ngày với UC nhẹ - trung bình
2. 5-ASA tại chỗ (trực tràng) với liều ≥ 1 g/ngày với UC hoạt động ở đoạn xa
3. 5-ASA (≥ 2 g/ngày) đường uống kết hợp với dạng tại chỗ thì hiệu quả hơn 5-ASA đường uống đơn độc ở người lớn bị UC hoạt động ở mức độ trực tràng - đại tràng sigma
4. Steroids tại chỗ (trực tràng) với viêm đại tràng hoạt động ở đoạn xa
5. 5-ASAs tại chỗ (trực tràng) được ưu tiên hơn steroids tại chỗ trong UC hoạt động ở đoạn xa
6. Corticosteroids giải phóng ở đại tràng nên được dùng cho các bệnh nhân UC hoạt động mức độ nhẹ - trung bình
7. Khuyến cáo không nên sử dụng thiopurine như một liệu pháp đơn trị trong UC hoạt động

ECCO 2022

UC nhẹ - trung bình: Liệu duy trì¹

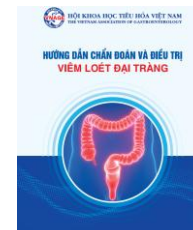
8. 5-ASA đường uống với liều ≥ 2 g/ngày
9. 5-ASA tại chỗ (trực tràng) ở bệnh nhân UC đoạn xa
10. Liệu pháp đơn trị với thiopurine ở những bn UC phụ thuộc steroid hoặc không dung nạp với 5-ASA

5-ASA: 5-aminosalicylic acid; VLĐT: ulcerative colitis

1. Raine T et al. *J Crohns Colitis* 2022;16(1):2–17.

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm loét đại tràng – VNAGE 2025

VNAGE VLĐT Guidelines 4/2025

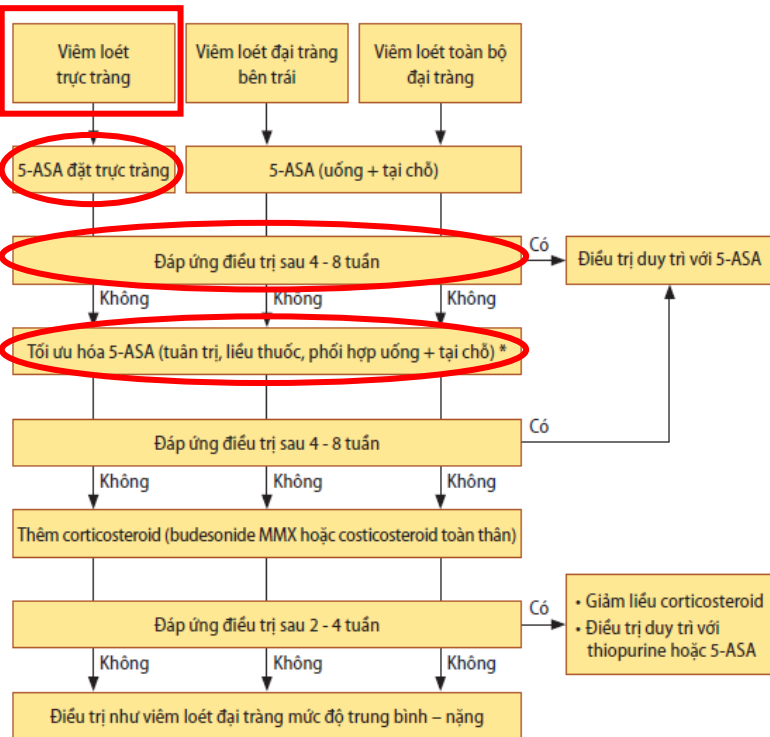


- Liệu tấn công và duy trì trong VLĐT nhẹ - trung bình tương tự với ECCO (≥ 2 g/ngày)
- Kết hợp đường uống và dạng tại chỗ hiệu quả hơn đường uống đơn độc

- Đề cập liều uống **> 3g/ngày** nên được dùng khi nào
- Khuyến cáo điều trị cụ thể **VLĐT trung bình**

Hướng dẫn Điều Trị Viêm Loét Đại Tràng

Mức Độ Nhẹ - Trung Bình



*Loại trừ nhiễm khuẩn. [†]Có thể dùng corticosteroid tại chỗ nếu bệnh chỉ giới hạn ở trực tràng

Sơ đồ 2. Sơ đồ điều trị viêm loét đại tràng mức độ nhẹ - trung bình

Khuyến cáo 12: Điều trị **tấn công** viêm loét trực tràng mức độ nhẹ - trung bình

A. 5-ASA đặt trực tràng ≥ 1 g/ngày là lựa chọn đầu tay được khuyến cáo để điều trị tấn công

(mức độ chứng cứ **cao**; mức độ khuyến cáo **mạnh**; **100% đồng thuận**)

B. Trong trường hợp không đáp ứng hoàn toàn với 5-ASA đặt trực tràng, khuyến cáo phối hợp thêm 5-ASA uống ≥ 2 g/ngày với 5-ASA đặt trực tràng ≥ 1 g/ngày

(mức độ chứng cứ **trung bình**; mức độ khuyến cáo **mạnh**; **100% đồng thuận**)

C. Những trường hợp viêm loét trực tràng không đáp ứng hay không dung nạp 5-ASA có thể dùng kèm hay chuyển sang corticosteroid tại chỗ, budesonide MMX hoặc corticosteroid toàn thân

(mức độ chứng cứ **trung bình**; mức độ khuyến cáo **mạnh**; **100% đồng thuận**)

- 5-ASA tại chỗ có hiệu quả tốt hơn so với corticosteroid đặt trực tràng trong điều trị viêm loét đại tràng đoạn xa mức độ nhẹ - trung bình

Hướng dẫn Điều Trị Viêm Loét Đại Tràng

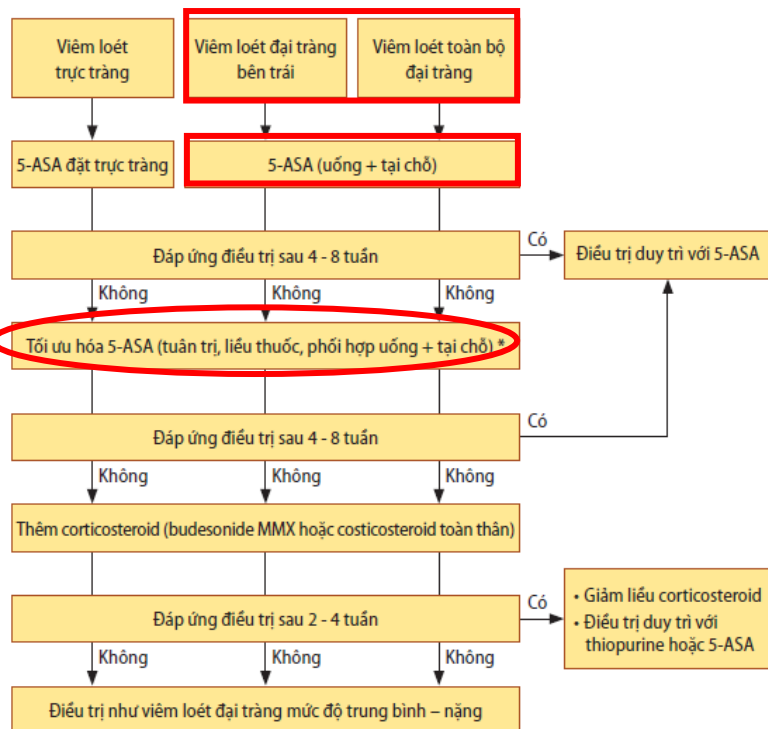
Mức Độ Nhẹ - Trung Bình



Distal colitis



Pancolitis



*Loại trừ nhiễm khuẩn. †Có thể dùng corticosteroid tại chỗ nếu bệnh chỉ giới hạn ở trực tràng

Sơ đồ 2. Sơ đồ điều trị viêm loét đại tràng mức độ nhẹ - trung bình

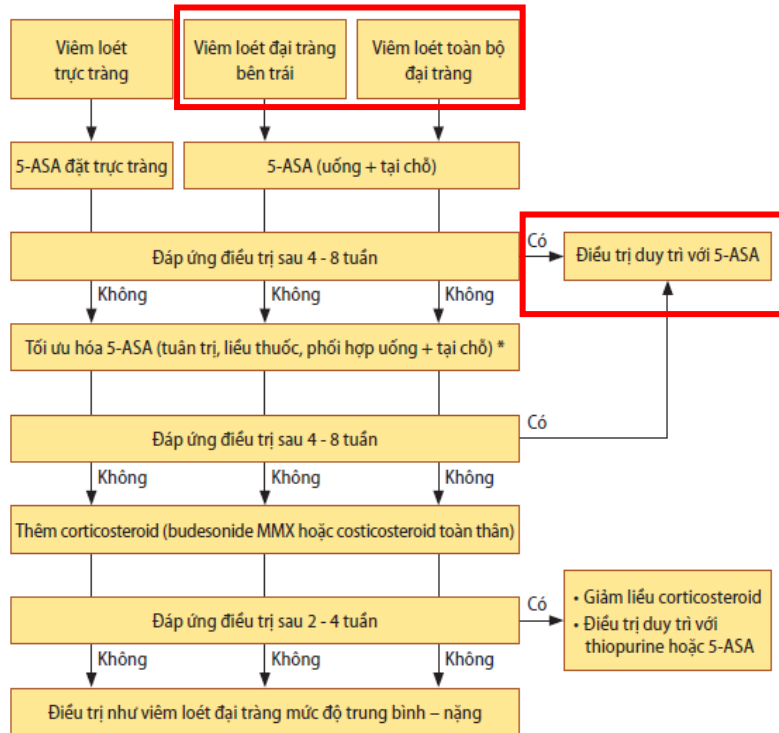
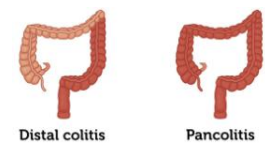
Khuyến cáo 13: Điều trị **tấn công** viêm loét đại tràng bên trái và viêm loét toàn bộ đại tràng mức độ nhẹ - trung bình

A. Phối hợp 5-ASA uống ≥ 2 g/ngày với 5-ASA tại chỗ ≥ 1 g/ngày được khuyến cáo đầu tay do có hiệu quả cao hơn so với sử dụng đơn độc 5-ASA uống ≥ 2 g/ngày
(mức độ chứng cứ **cao**; mức độ khuyến cáo **mạnh**; **96% đồng thuận**)

B. Cân nhắc sử dụng 5-ASA uống liều cao (>3 g/ngày) cho các trường hợp: (i) Viêm loét đại tràng mức độ trung bình; (ii) Đáp ứng không hoàn toàn với 5-ASA liều chuẩn (2 - 3 g/ngày); (iii) Tái phát triệu chứng khi đang dùng 5-ASA liều chuẩn.
(mức độ chứng cứ **trung bình**; mức độ khuyến cáo **yếu**; **96% đồng thuận**)

C. Những trường hợp viêm loét trực tràng không đáp ứng hay không dung nạp 5-ASA có thể dùng thêm hoặc chuyển sang budesonide MMX hoặc corticosteroid toàn thân
(mức độ chứng cứ **trung bình**; mức độ khuyến cáo **mạnh**; **100% đồng thuận**)

Hướng dẫn Điều Trị Viêm Loét Đại Tràng Mức Độ Nhẹ - Trung Bình



*Loại trừ nhiễm khuẩn. [†]Có thể dùng corticosteroid tại chỗ nếu bệnh chỉ giới hạn ở trực tràng

Sơ đồ 2. Sơ đồ điều trị viêm loét đại tràng mức độ nhẹ - trung bình

Khuyến cáo 15: Điều trị duy trì viêm loét đại tràng

mức độ nhẹ - trung bình

B. Đối với người bệnh viêm loét đại tràng bên trái và viêm loét toàn bộ đại tràng mức độ nhẹ - trung bình đạt lui bệnh với 5-ASA, **khuyến cáo sử dụng 5-ASA uống ≥ 2 g/ngày để điều trị duy trì.**

(mức độ chứng cứ **cao**; mức độ khuyến cáo **mạnh**; **100% đồng thuận**)

Hướng Dẫn Điều Trị Viêm Loét Đại Tràng

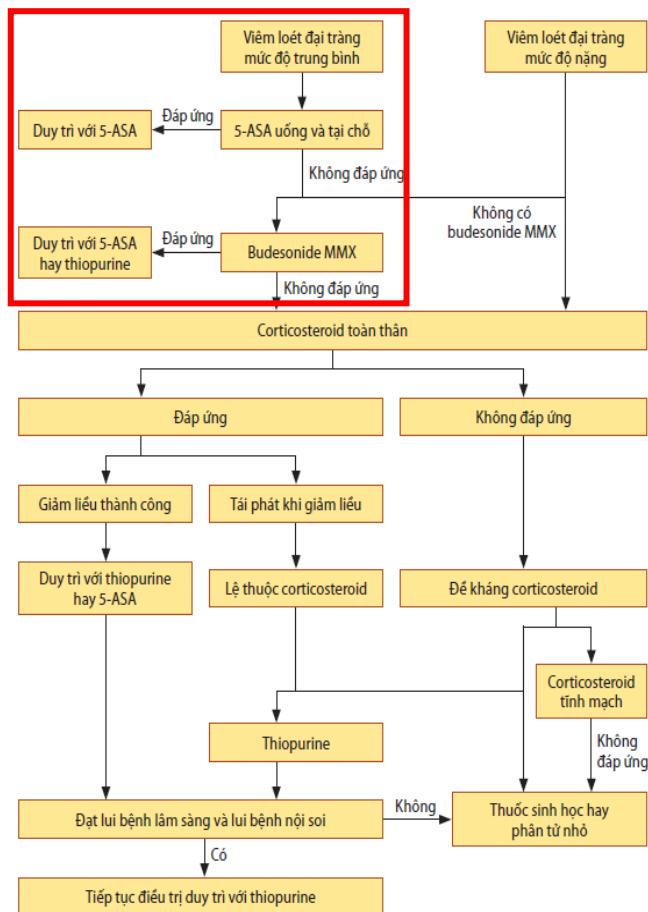
Mức Độ Trung Bình – Nặng



Distal colitis



Pancolitis



Sơ đồ 3. Sơ đồ điều trị viêm loét đại tràng mức độ trung bình - nặng

Khuyến cáo 16. Điều trị tấn công viêm loét đại tràng mức độ trung bình - nặng

A. Đối với người bệnh viêm loét đại tràng mức độ trung bình, khuyến cáo phối hợp 5-ASA uống ≥ 2 g/ngày và 5-ASA tại chỗ ≥ 1 g/ngày để điều trị tấn công.

- *Mức độ chứng cứ:* Cao
- *Mức độ khuyến cáo:* Mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 100%

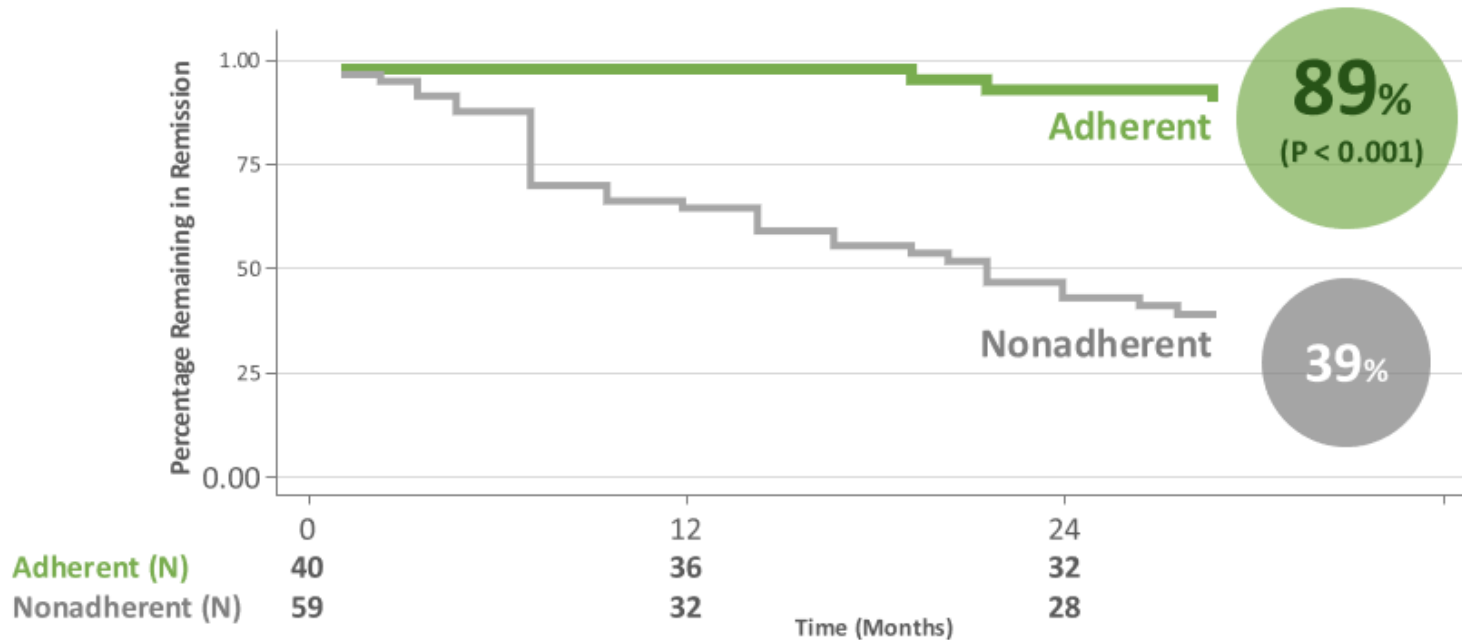
B. Đối với người bệnh viêm loét đại tràng mức độ trung bình không đáp ứng hoặc không dung nạp 5-ASA có thể dùng thêm hoặc chuyển sang budesonide MMX. Trong trường hợp không có budesonide MMX, có thể sử dụng corticosteroid toàn thân.

- *Mức độ chứng cứ:* Trung bình
- *Mức độ khuyến cáo:* Mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 96%

VẤN ĐỀ TUÂN THỦ CỦA BỆNH NHÂN

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Nonadherence rates and clinical recurrence at 24 months



99 UC theo dõi trong 24 tháng

YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

2010 Jacson và cộng sự:

- trẻ tuổi,
- bệnh nhân có việc làm,
- bệnh nhân chưa lập gia đình và
- những người có thời gian mắc bệnh ngắn hơn.
- Trầm cảm, lo âu, thiếu niềm tin của bệnh nhân về thuốc và
- sự bất đồng giữa bác sĩ và bệnh nhân có liên quan đến việc không tuân thủ.

2013 Selinger và cộng sự

- lo âu và
- trầm cảm.

2014 Moss cộng sự (mesalamine):

- niềm tin của bệnh nhân về hiệu quả duy trì của mesalamine và
- mối quan tâm của họ về tác dụng phụ

NÂNG CAO TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UC

Liệu pháp 5-ASA uống 1 lần/ngày được ưu tiên cho bệnh nhân để giảm gánh nặng số lần dùng thuốc

Liều cao 5-ASA thuận tiện hơn với 1 liều duy nhất

	5-ASA phóng thích chậm ¹	Viên bao tan trong ruột (pH≥7) ²	Viên bao tan trong ruột (pH ~7) ³
Liều cao	4 g/day	4.8 g/day	4.8 g/day
Dạng bào chế	Liều duy nhất, 1 gói uống lần/ngày  • 1 g • 2 g • 4 g	3-6 viên/ ngày  • 0.4 g • 0.8 g • 1.6 g	4 viên/ngày  • 1.2 g

Bệnh nhân ưu tiên dạng cốm 1 lần/ ngày hơn so với viên nén để giảm gánh nặng dùng thuốc^{4,5}

76% Bệnh nhân nhận xét viên nén khó uống⁴

73% Bệnh nhân nhận xét dạng cốm dễ uống hơn viên nén (p=0.004)⁴

Những lí do để dùng dạng cốm thay thế viên nén^{4,5}

Quá nhiều viên



Gánh nặng uống thuốc hàng ngày



Viên nén khó uống do kích thước lớn



Cốm dễ mang theo



5-ASA: 5-aminosalicylic acid.

1. . Pentasa® Sachet 4g granules SmPC 2021. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/3676/smpc#ref>. 2. Asacol® 1.6g tablets PI <https://www.chiesi.com.au/asacolPI.pdf>. 3. Mezavant® XL 1.2 g tal <https://www.medicines.org.uk/emc/product/6154/smpc#ref>. 4. Yagisawa K, et al. Intest Res 2019; 17:87-93. 5. Nakagawa S, et al. Digestion 2019; 99:133-9.

NÂNG CAO TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UC



Bệnh nhân có thể giao lưu, chia sẻ.

Bệnh liên lạc bác sĩ điều trị và bệnh nhân.

Cung cấp thông tin về thuốc, tác dụng, liều lượng, cách sử dụng, theo dõi tác dụng phụ và các xử trí.

Cung cấp thông tin về các phương pháp điều trị.

Cung cấp thông tin, kiến thức về bệnh.

- Xây dựng câu lạc bộ bệnh nhân IBD

Tóm lại

UC là bệnh mạn tính, tiến triển, cần theo dõi và điều trị lâu dài.

Mục tiêu: không chỉ kiểm soát triệu chứng, mà đạt lui bệnh nội soi và mô học để ngăn biến chứng.

Xu hướng mới: can thiệp sớm và điều trị cá thể hóa giúp cải thiện tiên lượng và chất lượng sống người bệnh.

5-ASA: là thuốc đầu tay trong điều trị viêm loét đại tràng mức độ nhẹ - trung bình

5-ASA: phóng thích chậm theo thời gian, giảm tác dụng phụ, tăng tuân thủ điều trị.



Xin chân thành cảm ơn!