

TỔNG QUAN VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (Theo hướng dẫn của Hội Tiêu Hóa Hoa Kỳ 2019 và cập nhật của Hiệp Hội Tiêu Hóa Nhật Bản 2020)

Nguyễn Cao Nhật Linh*, Huỳnh Hiếu Tâm

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: ncnlinh.bv@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Viêm loét đại tràng (UC: Ulcerative Colitis) là một bệnh mạn tính ảnh hưởng đến đại tràng, có tỷ lệ mắc bệnh đang tăng trên toàn thế giới. Gần 1 triệu trường hợp ở Mỹ và Châu Âu bị ảnh hưởng bởi bệnh lý này và ngày càng tăng lên toàn cầu. Hơn 1 thập kỷ qua, kể từ công bố hướng dẫn gần nhất của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG), sự quản lý bệnh này ngày càng phức tạp so với điều kiện điều trị sẵn có. Mặc khác, các phác đồ khởi đầu, tối ưu hóa và theo dõi sự đáp ứng của các điều trị trước đây giờ đã trải qua sự đổi mới đáng kể. Trong đó phải kể đến hướng dẫn mới nhất của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG) 2019 và cập nhật của Hiệp Hội Tiêu hóa Nhật Bản (JSGE) 2020 về cập nhật chẩn đoán và điều trị Viêm loét đại tràng. Cập nhật theo các khuyến cáo giúp ích cho việc quản lý Viêm loét đại tràng, góp phần giảm tỷ lệ nhập viện, phẫu thuật và biến chứng ung thư, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Viêm loét đại tràng, ACG 2019, JSGE 2020.

ABSTRACT

OVERVIEW OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ULCERATIVE COLITIS

Nguyen Cao Nhat Linh, Huynh Hieu Tam

Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

Ulcerative colitis (UC) is a chronic disease affecting the large intestine, increasing worldwide. Nearly 1 million individuals in the United States and Europe are affected by this disease and many more globally. Over a decade, since the publication of the last guideline from the American College of Gastroenterology (ACG) on this topic, the management of the disease has grown increasingly complex with the availability of additional therapeutic classes. In addition, algorithms for initiating, optimizing, and monitoring response to existing therapies have undergone considerable evolution. Among them are the latest ACG Guidelines 2019 and the update of the Japanese Society of Gastroenterology (JSGE) 2020 on the diagnosis and treatment of Ulcerative Colitis. Update according to recommendations to help manage UC, reduce the rate of hospitalization, surgery and cancer complications, and improve the quality of life for patients.

Keywords: Ulcerative colitis, ACG 2019, JSGE 2020.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét đại tràng (UC) là một bệnh mạn tính ảnh hưởng đến đại tràng, có tỷ lệ mắc bệnh đang tăng trên toàn thế giới. Gần 1 triệu trường hợp ở Mỹ và Châu Âu bị ảnh hưởng bởi tình trạng này và ngày càng tăng lên toàn cầu. Hơn 1 thập kỷ qua, kể từ công bố hướng dẫn gần nhất của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG), sự quản lý bệnh này ngày càng phức tạp so với điều kiện điều trị sẵn có. Mặc khác, các phác đồ khởi đầu, tối ưu hóa và theo dõi sự đáp ứng của các điều trị trước đây giờ đã trải qua sự đổi mới đáng kể [1].

Viêm loét đại tràng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống tuy nhiên tỉ lệ tử vong rất thấp. Bệnh nhân mắc bệnh này thường đi kèm với tình trạng tâm lý lo lắng hoặc trầm cảm và thường khó khăn trong các quan hệ xã hội và thăng tiến công việc. UC kéo dài có nguy cơ dẫn đến loạn sản và ung thư đại trực tràng, chủ yếu do tình trạng viêm kéo dài không được kiểm soát [10].

II. NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Viêm loét đại tràng là một tình trạng đáp ứng viêm mạn tính qua trung gian miễn dịch của đại tràng, tổn thương xảy ra ở trực tràng nhưng thường lan rộng tổn thương đến vùng đại tràng phía trên [1].

Theo Hiệp hội Tiêu hóa Nhật Bản 2020, UC là tình trạng viêm lan tỏa, không đặc hiệu, tổn thương không rõ nguồn gốc liên tục từ trực tràng đến đại tràng, gây viêm loét và loét niêm mạc [3].

2. Đặc điểm

Biểu hiện ban đầu của UC được đặc trưng bởi triệu chứng của viêm trực tràng như tiêu ra máu, đi tiêu gấp và mót rặn. Tình trạng này có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào, nhưng thường gặp từ 15 đến 30 tuổi. Đặc điểm của bệnh thường được mô tả là tái phát và thuyên giảm với các triệu chứng xuất hiện xen kẽ với khoảng yên lặng, gọi là giai đoạn thuyên giảm. Một vài bệnh nhân có biểu hiện dai dẳng mặc dù được chẩn đoán và điều trị, một số ít bệnh nhân biểu hiện với sự bắt đầu và tiến triển nhanh của bệnh được xem như tình trạng tối cấp [2].

Dựa trên các nghiên cứu thuần tập trên dân số, phần lớn bệnh nhân UC có diễn biến từ nhẹ đến trung bình, thường được chẩn đoán khi vào đợt cấp. Khoảng 15% bệnh nhân có thể trải qua một đợt tiến triển nặng và 20% trong số này có thể phải nhập viện. Nguy cơ cắt bỏ đại tràng trong 5-10 năm là 10-15%, chủ yếu giới hạn ở những bệnh nhân từ trung bình đến nặng. Một nhóm nhỏ các bệnh nhân nhập viện với biểu hiện viêm loét đại tràng nặng cấp tính (ASUC), nhóm này có tỷ lệ cắt bỏ đại tràng trong thời gian ngắn là 25-30% [4][9].

3. Nguyên nhân

Mặc dù nguyên nhân của UC không rõ nhưng mối liên quan với một số yếu tố chế độ ăn uống đã được báo cáo. Hút thuốc và cắt ruột thừa đã được báo cáo là yếu tố bảo vệ chống lại UC. Uống thuốc tránh thai và chống viêm không steroid (NSAID) đã được báo cáo là có liên quan với sự phát triển của UC. Cơ chế bệnh sinh của UC có liên quan đến chứng loạn khuẩn [3].

4. Chẩn đoán

Các triệu chứng tiêu chảy ra máu, phân nhầy, mót rặn và đau quặn bụng nên xem xét chẩn đoán UC, đặc biệt trong trường hợp không có nguyên nhân thay thế [1].

Chẩn đoán đầy đủ nên bao gồm [1]:

- Đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh.
- Các yếu tố gây khởi phát bệnh.
- Loại trừ nguyên nhân thay thế, đặc biệt nguyên nhân nhiễm trùng.

Ngoài ra, cần đánh giá kỹ lưỡng về sự hiện diện của các biểu hiện ngoài tiêu hóa, bao gồm các biểu hiện ở khớp, da, mắt, miệng và các triệu chứng gợi ý liên quan đến gan mật. Các yếu tố thúc đẩy của UC có thể bao gồm việc cai thuốc lá gần đây, sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) và nhiễm trùng đường ruột. Nhiễm *Clostridioides difficile* (CDI) ngày càng được công nhận là gây biến chứng với một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân UC và có liên quan đến tăng nguy cơ nhập viện, phẫu thuật và thậm chí tử vong. Xét

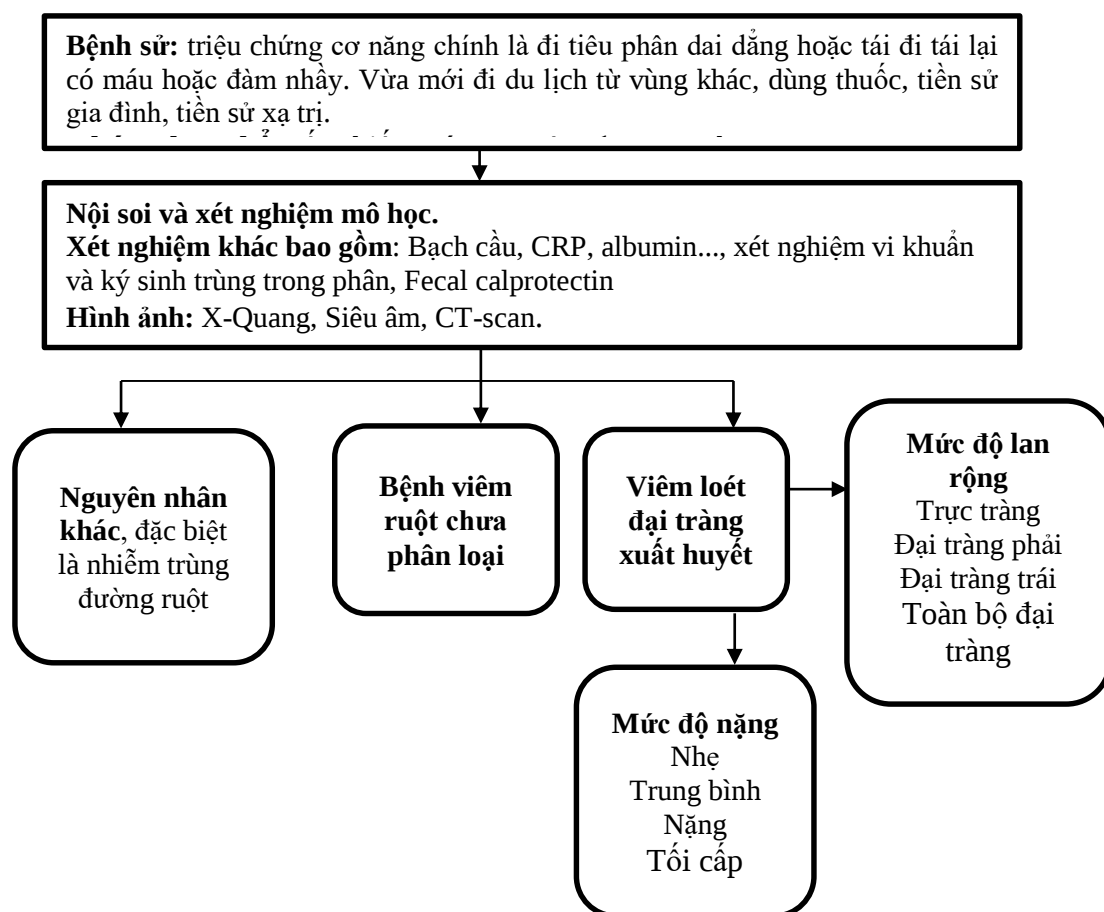
nghiệm phân để loại trừ *C. difficile* ở những bệnh nhân nghi ngờ mắc UC (*khuyến cáo mạnh mẽ, mức chứng cứ thấp*) [1].

ACG khuyến cáo nên nội soi đại tràng và soi cả đoạn cuối hồi tràng, sinh thiết các vùng tổn thương và không tổn thương để xác định chẩn đoán UC do các bác sĩ chuyên khoa được đào tạo chuyên môn về bệnh lý đường tiêu hóa. Nếu đoạn cuối hồi tràng bình thường, không cần đánh giá thêm dạ dày và ruột non bằng nội soi trên và hình ảnh cắt ngang trừ khi có các triệu chứng hoặc gợi ý liên quan đến đường tiêu hóa trên hoặc chẩn đoán nghi nhiều bệnh Crohn (CD) hơn là UC [12].

Theo hội tiêu hóa Nhật Bản 2020 (JSGE), chẩn đoán UC được xác định bằng kết hợp thông tin thu được khi hỏi bệnh, các phát hiện đặc trưng trong lúc khám, nội soi và các kết quả hình ảnh khác điển hình của UC [3]:

- Tiêu chảy ra máu dai dẳng hoặc tái phát kèm theo đau bụng và đi tiêu thường xuyên nên nghi ngờ UC, đặc biệt ở những bệnh nhân trẻ tuổi.
- Một vấn đề trong việc chẩn đoán phân biệt UC là viêm ruột nhiễm trùng.
- Đau bụng mãn tính, tiêu chảy, phân có máu, sụt cân, sốt và tổn thương hậu môn nên nghi ngờ UC, đặc biệt ở những bệnh nhân trẻ tuổi.

JSGE 2020 đưa ra sơ đồ tiếp cận chẩn đoán UC, trong đó có đề cập mức độ nặng và mức độ lan rộng của UC:



Sơ đồ 1. Tiếp cận chẩn đoán viêm loét đại tràng theo JSGE 2020 [3]
JSGE cũng đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán Viêm loét đại tràng [6]

a. Biểu hiện lâm sàng: phân có máu hoặc nhầy dai dẳng hoặc tái phát, hoặc có tiền sử bệnh tiêu phân máu.

b. Cận lâm sàng

1. Nội soi chẩn đoán

a) Niêm mạc bị ảnh hưởng lan tỏa, mạc máu biến mất và niêm mạc thô hoặc dạng hạt.

b) Có nhiều vết ăn mòn, loét hoặc giả polyp.

c) Tổn thương liên tục với trực tràng.

2. Chụp đại tràng có cản quang.

a) Sự thay đổi lan tỏa trên bề mặt niêm mạc dưới dạng hạt thô hoặc hạt mịn.

b) Nhiều vết ăn mòn, loét hoặc giả polyp.

c) Các phát hiện khác bao gồm mất nếp, hẹp và ngấn ruột.

c. Phát hiện mô bệnh học: Trong giai đoạn hoạt động, có sự thâm nhiễm tế bào viêm lan tỏa vào tất cả các lớp của niêm mạc, hàm hồ áp xe và mức độ suy giảm tế bào hình cốc cao. Tất cả những phát hiện này đều không cụ thể và cần được đánh giá tổng thể. Khi thuyên giảm, các tuyến vẫn bị lệch (khúc khuỷu hoặc phân nhánh) và teo. Những thay đổi trên thường thấy liên tục từ trực tràng lan đến đại tràng.

Chẩn đoán xác định Viêm loét đại tràng: (1) hoặc (2) hoặc (3)

(1) a, 1 hoặc 2 của b và c.

(2) 1 hoặc 2 của b và c được làm nhiều lần.

(3) Phát hiện tổng thể và mô học khi phẫu thuật hoặc khám nghiệm tử thi.

Về phân mức độ lan rộng, vẫn sử dụng phân độ của Montreal. Trong khi đó, ACG 2019 đề xuất bảng phân mức độ nặng UC với nhiều tiêu chí mới.

Bảng 1. Phân độ mức độ lan rộng Viêm loét đại tràng [3]

Phân độ lan rộng Viêm loét đại tràng theo phân độ Montreal		
Phạm vi		
E1	Viêm loét trực tràng	Liên quan chủ yếu ở trực tràng (giới hạn là điểm nối trực tràng và đại tràng sigma).
E2	Viêm loét đại tràng trái	Liên quan đại tràng bên trái (giới hạn là góc lách).
E3	Viêm loét đại tràng lan rộng	Liên quan đại tràng vượt quá góc lách.

Bảng 2. Phân độ mức độ nặng Viêm loét đại tràng [1]

Thang điểm mới đánh giá Viêm loét đại tràng hoạt động do ACG đề xuất				
	Thuyên giảm	Nhẹ	Trung bình – Nặng	Tối cấp
Phân (lần/ngày)	Đóng khuôn	<4	>6	>10
Máu trong phân	Không	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Liên tục
Tiêu gấp	Không	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Liên tục
Hemoglobin	Bình thường	Bình thường	<75% bình thường	Cần truyền máu
ESR	<30	<30	>30	>30
CRP (mg/L)	Bình thường	Tăng	Tăng	Tăng
FC (mcg/g)	<150-200	>150-200	>150-200	>150-200
Nội soi (Mayo subscore) (bảng 3)	0-1	1	2-3	3

Thang điểm mới đánh giá Viêm loét đại tràng hoạt động do ACG đề xuất				
	Thuyên giảm	Nhẹ	Trung bình – Nặng	Tối cấp
UCEIS (Bảng 4)	0-1	2-4	5-8	7-8
CRP: C-reactive protein; ESR: tốc độ máu lắng; FC: fecal calprotectin; UCEIS: Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity.				

ACG 2019 đưa ra khuyến cáo rõ ràng về phân độ mức độ nặng của UC dựa trên nội soi, trong đó áp dụng 2 bảng điểm Mayo subscore và Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS) để đánh giá chi tiết tổn thương trên nội soi [1].

Bảng 3. Thang điểm Mayo đánh giá Viêm loét đại tràng hoạt động (Mayo subscore) [1]

Thông số	Điểm
Tần suất đi tiêu	0 = số lần đi tiêu bình thường
	1 = 1-2 lần đi tiêu hơn bình thường
	2 = 3-4 lần đi tiêu hơn bình thường
	3 = 5 hoặc nhiều hơn số lần tiêu bình thường
Chảy máu trực tràng	0 = không thấy máu
	1 = có vệt máu với phân dưới $\frac{1}{2}$ số lần đi tiêu
	2 = có máu nhìn rõ trong phân hầu hết số lần đi tiêu
	3 = chỉ đi tiêu ra máu không có phân
Dấu hiệu trên nội soi	0 = bình thường hoặc không hoạt động
	1 = nhẹ (chấm đỏ, giảm phân bố mạch máu, bờ nhẹ)
	2 = trung bình (chấm đỏ rõ, mất phân bố mạch máu, bờ và có vết xước)
	3 = nặng (chảy máu liên tục và loét)
Đánh giá tổng thể	0 = bình thường
	1 = bệnh nhẹ
	2 = bệnh trung bình
	3 = bệnh nặng

Bảng 4. Thang điểm đánh giá mới độ nặng Viêm loét đại tràng trên nội soi (Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity: UCEIS) [8]

Mô tả	Thang đo	Định nghĩa
Phân bố mạch máu	0 = bình thường	Phân bố mạch máu bình thường
	1 = bị xoá lốm đốm	Phân bố mạch máu bị xoá lốm đốm
	2 = bị xoá hoàn toàn	Phân bố mạch máu bị xoá hoàn toàn
Chảy máu	0 = không	Không thấy máu
	1 = niêm mạc	Chấm hoặc vệt máu đông trên bề mặt niêm mạc, có thể bị rửa trôi
	2 = trong lòng nhẹ	Một ít máu lỏng trong lòng ruột
	3 = trong lòng mức độ trung bình hoặc nặng	Nhiều máu trong lòng ruột hoặc thấy máu chảy sau khi rửa hoặc thấy đang chảy từ niêm mạc xuất huyết.
Vết xước hoặc loét	0 = không	Niêm mạc bình thường
	1 = vết xước	Khuyết nhỏ niêm mạc ($\leq 5\text{mm}$), trắng hoặc vàng, rìa phẳng.
	2 = loét bề mặt	Khuyết lớn niêm mạc ($> 5\text{mm}$), phủ fibrin, bề mặt còn nguyên vẹn.
	3 = loét sâu	Khuyết sâu niêm mạc, rìa nhô nhẹ

5. Điều trị

Mục tiêu điều trị [1]

- Viêm loét đại tràng là một bệnh mãn tính cần có liệu pháp tấn công và duy trì sự thuyên giảm; các quyết định điều trị nên được phân thành các quyết định để (i) tấn công và (ii) duy trì, với mục tiêu đạt được và duy trì sự thuyên giảm không có steroid.

- Sự thuyên giảm không có corticosteroid có thể được xác định dựa trên các triệu chứng, kết quả nội soi, hoặc còn ảnh hưởng của bệnh nhưng không cần sử dụng corticosteroid liên tục. Sự thuyên giảm triệu chứng liên quan đến sự cải thiện PROs (tình trạng sức khỏe được báo cáo trực tiếp từ bệnh nhân) trong khi chữa lành trên nội soi được định nghĩa là sự phục hồi của niêm mạc nguyên vẹn mà không bị xơ sẹo [5]. Sự thuyên giảm tối đa là kết hợp giữa thuyên giảm triệu chứng và chữa lành tổn thương trên nội soi và là **mục tiêu quản lý ưu tiên**.

- Lựa chọn các liệu pháp tấn công và duy trì cho UC phải dựa trên mức độ lan rộng, mức độ nghiêm trọng của tổn thương và tiên lượng.

- Điều trị ban đầu UC nên tập trung khôi phục tần suất đi tiêu bình thường và kiểm soát các triệu chứng như chảy máu cấp. Niêm mạc lành trên nội soi có liên quan đến sự thuyên giảm lâu dài và giảm nguy cơ phẫu thuật.

- Bệnh nhân UC nên được kiểm tra các rối loạn lo âu và trầm cảm cùng tồn tại, và khi được xác định, bệnh nhân cần được hỗ trợ để giải quyết các tình trạng này.

- Theo ACG 2019 khuyến cáo về điều trị viêm loét đại tràng [1]:

Đối với viêm loét đại tràng mức độ nhẹ

- Điều trị ban đầu với viêm loét trực tràng, ACG khuyến cáo liệu pháp 5-ASA trực tràng với liều 1 g/ngày (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ cao*). Với UC bên trái, khuyến cáo 5-ASA trực tràng với liều ít nhất 1 g/ngày ưu tiên hơn so với steroid trực tràng (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*). Nếu không dung nạp hoặc không đáp ứng với 5-ASA đường uống và trực tràng ở liều thích hợp (uống ít nhất 2 g/ngày và đặt trực tràng ít nhất 1 g/ngày), khuyến cáo uống budesonide MMX 9 mg/ngày (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*). UC diện rộng, khuyến cáo uống 5-ASA với liều ít nhất 2 g/ngày (*khuyến cáo mạnh mẽ, mức chứng cứ trung bình*). Khuyến cáo nên dùng 5-ASA uống một lần/ngày hoặc chia nhiều lần trong ngày dựa trên sự dung nạp của bệnh nhân để tối ưu hóa sự tuân thủ, vì hiệu quả và an toàn không có sự khác biệt (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*).

- Điều trị duy trì ở bệnh nhân viêm loét trực tràng dạng nhẹ, khuyến cáo dùng 5-ASA trực tràng với liều 1 g/ngày để duy trì (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*). Với UC nhẹ bên trái hoặc lan rộng, khuyến cáo điều trị duy trì bằng 5-ASA đường uống (ít nhất 2 g/ngày) (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*).

- Bệnh nhân UC nhẹ có một số yếu tố tiên lượng liên quan đến tăng nguy cơ nhập viện hoặc phẫu thuật (Bảng 5) nên được điều trị bằng các liệu pháp theo mức độ trung bình đến nặng. Bệnh nhân UC nhẹ nên được đánh giá lại để xác định đáp ứng với liệu pháp tấn công trong vòng 6 tuần. FMT (fecal microbiota transplantation) và curcumin (tinh chất từ nghệ) cần được nghiên cứu thêm.

Bảng 5. Các yếu tố tiên lượng xấu Viêm loét đại tràng nặng [1]

Yếu tố tiên lượng xấu
Tuổi < 40 lúc chẩn đoán
Viêm loét đại tràng lan rộng
Mức độ nặng trên nội soi (Mayo endoscopic subscore 3, UCEIS $\geq$ 7)

Yếu tố tiên lượng xấu
Nhập viện vì viêm đại tràng
Tăng CRP
Albumin máu thấp
Càng nhiều yếu tố, tiên lượng càng xấu cần phải phải cắt bỏ đại tràng

Đối với viêm loét đại tràng mức độ trung bình-nặng

- Điều trị ban đầu, ở những bệnh nhân UC trung bình, khuyến cáo nên dùng budesonide MMX (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*). Với UC trung bình-nặng bất kỳ vị trí, khuyến cáo dùng corticosteroid đường uống (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*); hoặc dùng liệu pháp kháng TNF (adalimumab, golimumab, hoặc infliximab) (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ cao*), nếu infliximab được sử dụng khởi đầu, khuyến cáo nên điều trị kết hợp với thiopurine (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình đối với azathioprine*); hoặc dùng vedolizumab (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*). Bệnh nhân UC trung bình-nặng thất bại với liệu pháp kháng TNF, khuyến cáo nên dùng vedolizumab hoặc tofacitinib để thay thế (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*).

- Điều trị duy trì, khuyến cáo không dùng corticosteroid toàn thân để duy trì điều trị (*khuyến cáo mạnh mẽ, mức chứng cứ trung bình*). Nên tiếp tục dùng kháng TNF (adalimumab, golimumab, hoặc infliximab) để điều trị duy trì sau khi dùng để khởi trị ở bệnh nhân UC trung bình-nặng (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*) hoặc duy trì bằng vedolizumab hay tofacitinib sau khi khởi trị bằng các thuốc này (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*).

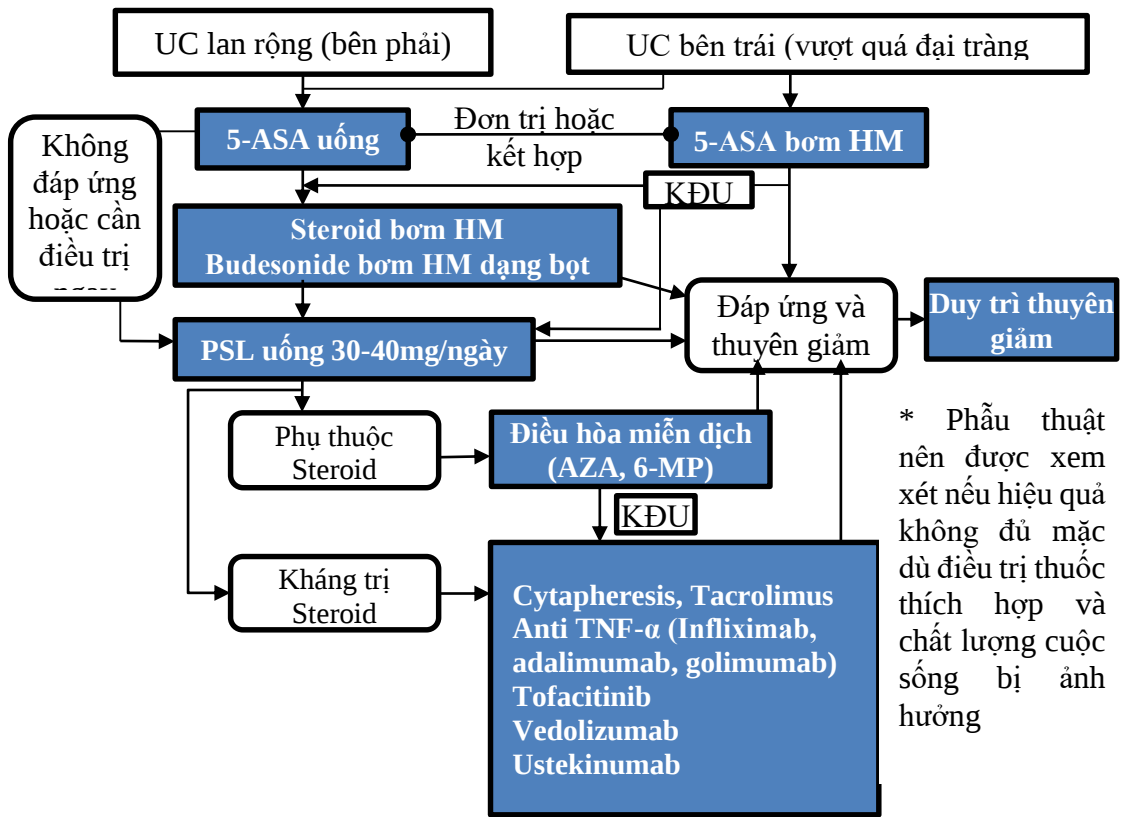
- Khuyến cáo 5-ASA có thể được sử dụng cho UC trung bình nhưng không dùng ở bệnh nhân UC nặng. Với UC trung bình, cân nhắc sử dụng corticosteroid như budesonide MMX trước khi sử dụng liệu pháp toàn thân. Với UC nặng, nên cân nhắc dùng corticosteroid toàn thân hơn là corticosteroid tại chỗ. Xem xét phẫu thuật ở bệnh nhân UC trung bình-nặng kháng trị hoặc không dung nạp với liệu pháp hiện tại.

Đối với viêm loét đại tràng mức độ nặng cấp tính (ASUC)

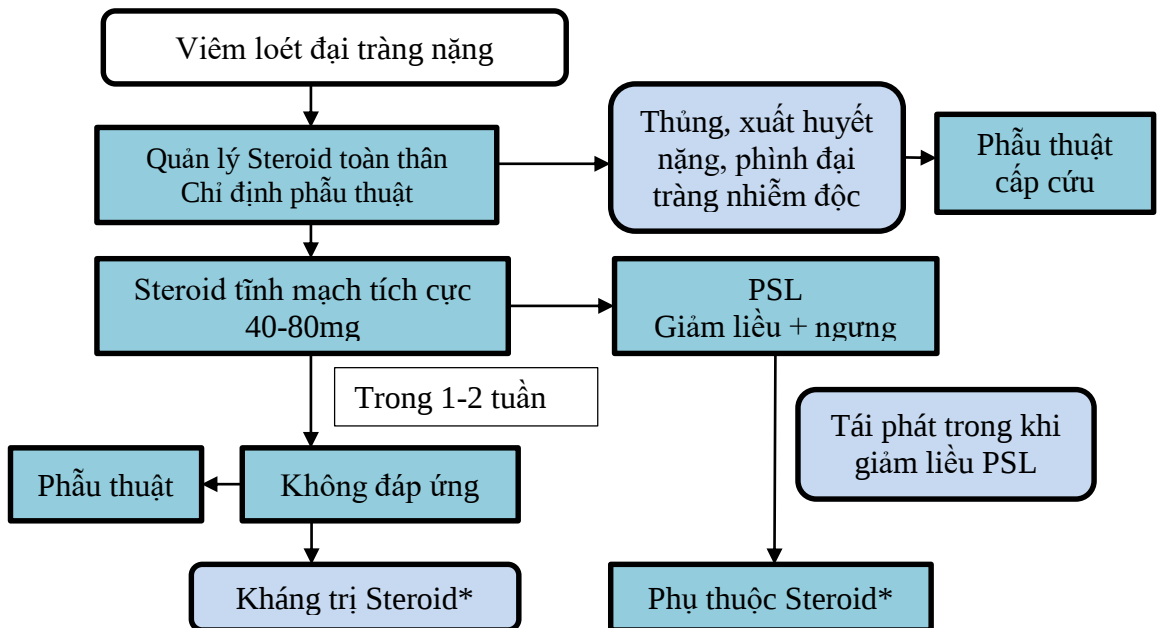
- Ở bệnh nhân ASUC, khuyến cáo điều trị dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu để ngăn ngừa huyết khối tĩnh mạch (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ thấp*) và xét nghiệm loại trừ CDI (Clostridioides difficile infection) (*khuyến cáo mạnh mẽ, chất lượng bằng chứng trung bình*). Khuyến cáo điều trị CDI bằng vancomycin thay vì metronidazole (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ thấp*) và không nên sử dụng thường quy kháng sinh phổ rộng trong quản lý ASUC (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ thấp*).

Khuyến cáo dùng methylprednisolone 60 mg/ngày hoặc hydrocortisone 100 mg, 3 hoặc 4 lần/ngày (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ thấp*). Nếu không đáp ứng đầy đủ với corticosteroid toàn thân sau 3-5 ngày, khuyến cáo liệu pháp cứu vãn với infliximab hoặc cyclosporin (*khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ trung bình*).

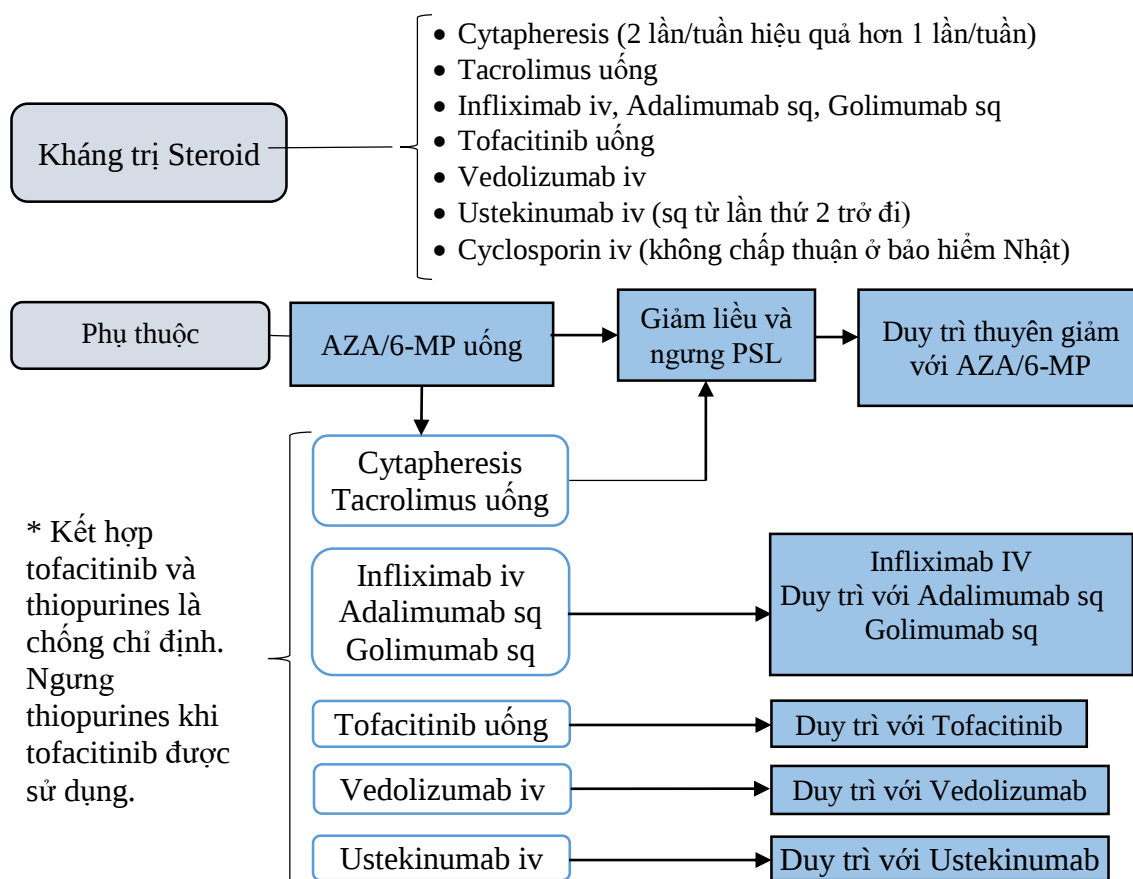
- Tất cả bệnh nhân ASUC nhập viện nên xét nghiệm phân để loại trừ CDI và nên được nội soi ống mềm trong vòng 72 giờ và tốt nhất trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện. Đánh giá thường xuyên để phát hiện phình đại tràng nhiễm độc. Đáp ứng ở bệnh nhân ASUC nên được theo dõi bằng số lần đi tiêu, chảy máu trực tràng, khám lâm sàng, dấu hiệu sinh tồn và CRP nhiều lần. Nên tránh dùng NSAID, opioid và các thuốc có tác dụng phụ kháng cholinergic trong ASUC. Những bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ với sau 3-5 ngày hoặc nghi ngờ nhiễm độc, nên tham khảo ý kiến phẫu thuật. Phình đại tràng nhiễm độc, thủng đại



Sơ đồ 3. Điều trị UC bên phải, lan rộng và bên trái (vượt quá đại tràng Sigma)[3]



Sơ đồ 4. Điều trị viêm loét đại tràng nặng [3]



Chú thích: AZA: azathioprine, 6-MP: 6-mercaptopurin, iv: tiêm tĩnh mạch, sq: tiêm dưới da, PSL: prednisolon

Sơ đồ 5. Điều trị viêm loét đại tràng kháng trị [3]

6. Phòng ngừa ung thư đại trực tràng trong viêm loét đại tràng xuất huyết [1]

- Khám sàng lọc và nội soi đại tràng kiểm để đánh giá loạn sản ở bệnh nhân UC vượt quá trực tràng kéo dài trên 8 năm.

- Bệnh nhân UC và PSC (primary sclerosing cholangitis) nên được nội soi kiểm tra tại thời điểm chẩn đoán UC và kiểm tra mỗi năm [11].

- Nội soi kiểm tra ở bệnh nhân UC nên được thực hiện trong khoảng thời gian từ 1 đến 3 năm dựa trên các yếu tố nguy cơ kết hợp đối với CRC (colorectal cancer) trong UC và những phát hiện trên nội soi đại tràng trước đó. Khoảng thời gian cụ thể phải dựa trên các yếu tố nguy cơ kết hợp và các phát hiện từ các lần kiểm tra trước.

- Trong quá trình kiểm tra nội soi ở bệnh nhân UC, bác sĩ nội soi nên xác định các tổn thương lồi, lõm bất thường và thực hiện sinh thiết tổn thương. Các tổn thương rời rạc cần được loại bỏ, ghi nhãn rõ ràng và tách các tổn thương theo phân đoạn riêng biệt của đại tràng.

- Hầu hết các khối tân sinh ở UC đều có thể nhìn thấy được khi kiểm tra ánh sáng trắng tiêu chuẩn hoặc độ nét cao [7].

- Không rõ liệu sinh thiết ngẫu nhiên phân đoạn còn được yêu cầu trong quá trình nội soi đại tràng kiểm tra UC hay không.

- Việc phân tích bệnh lý ung thư liên quan đến UC nên được thực hiện bởi một nhà bệnh học có kinh nghiệm về bệnh lý đường tiêu hóa và các phát hiện ung thư nên được một nhà bệnh học có kinh nghiệm thứ hai thảo luận.

- Loạn sản UC ở bất kỳ cấp độ nào rời rạc và được loại bỏ hoàn toàn, có thể không cần thiết phải phẫu thuật. Nếu phẫu thuật không được thực hiện, nội soi đại tràng kiểm tra sau đó trong những khoảng thời gian ngắn.

- Khi loạn sản trong UC không hết hoặc đa ổ, bệnh nhân nên được giới thiệu để phẫu thuật.

- Những bệnh nhân UC có polyp viêm lan rộng có thể đã không được theo dõi đầy đủ và cần được theo dõi kiểm tra thường xuyên hoặc xem xét phẫu thuật.

- Không có liệu pháp y tế nào chứng minh đủ khả năng ngăn ngừa loạn sản hoặc CRC ngoại trừ theo dõi qua nội soi ở UC.

- Những bệnh nhân có loạn sản liên quan đến UC đang được theo dõi tích cực có thể được hưởng lợi từ việc sử dụng hình ảnh tăng cường bằng phương pháp nội soi sắc tố phun thuốc nhuộm trong lần khám đầu tiên sau khi phát hiện loạn sản liên quan đến UC.

- Không khuyến khích xét nghiệm DNA trong phân và chụp cắt lớp vi tính để sàng lọc hoặc giám sát ung thư liên quan đến UC vì không đủ bằng chứng.

III. TRIỂN VỌNG NGHIÊN CỨU

Viêm loét đại tràng chưa được nghiên cứu nhiều trước đây nhưng hiện tại các xu hướng chẩn đoán và điều trị UC không ngừng phát triển. Với sự tích lũy bằng chứng mới và sự chấp thuận các phương pháp điều trị mới, việc điều trị UC đã thay đổi đáng kể. Trong tương lai, chẩn đoán bằng trí thông minh nhân tạo sẽ được áp dụng vào thực hành lâm sàng.

IV. KẾT LUẬN

Viêm loét đại tràng là một tình trạng viêm mãn tính vô căn của trực tràng và đại tràng, biểu hiện với các mức độ lâm sàng và mức độ nghiêm trọng khác nhau và có tỷ lệ mắc bệnh đáng kể. Việc quản lý thích hợp bệnh nhân UC bao gồm việc điều trị khởi đầu thành công cả lâm sàng và nội soi, tiếp theo là sử dụng chiến lược duy trì không có steroid. Lựa chọn liệu pháp cho UC dựa trên phạm vi, mức độ nghiêm trọng, mức độ viêm, các yếu tố tiên lượng và có thể bao gồm các liệu pháp uống, tại chỗ (trực tràng) hoặc toàn thân, cũng như phẫu thuật. Bệnh nhân UC có nguy cơ CRC cao hơn và nên theo dõi sát qua nội soi đại tràng để xác định và loại bỏ loạn sản tiền ung thư. Sự phát triển của công nghệ dẫn đến các phương pháp tiếp cận trực quan hơn, loại bỏ các tổn thương qua nội soi và bệnh nhân được theo dõi tích cực làm giảm nguy cơ phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David T. Rubin, Ashwin N. Ananthakrishnan, Corey A. Siegel (2019), ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults, *Am J Gastroenterol* 2019, 114, pp. 384-413.
2. Fumery M, Singh S, Dulai PS and et al (2018), Natural history of adult ulcerative colitis in population-based cohorts: A systematic review, *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018, 16, pp 343-56.
3. Hiroshi Nakase, Motoi Uchino, Shinichiro Shinzaki (2021), Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease 2020, *J Gastroenterol*, 56, pp. 489-526.
4. Joseph D. Feuerstein, Kim L. Isaacs, Yechezkel Schneider (2020), AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Moderate to Severe Ulcerative Colitis, *Gastroenterology*, 158, pp. 1450-1460.

5. Levesque BG, Sandborn WJ, Ruel J and et al (2015), Converging goals of treatment of inflammatory bowel disease from clinical trials and practice, *Gastroenterology*, 148, pp. 37-51.
6. Ministry of Health, Labour and Welfare, Grant-in-Aid for Scientific Research on Intractable Diseases, “Research on Intractable Inflammatory Bowel Disorders” (Suzuki Group) (2020), Diagnostic Criteria and Treatment Guidelines for Ulcerative Colitis and Crohn’s Disease (revised version), *Reiwa 2nd year shared research report*, 2, pp. 1-58.
7. Mooiweer E, van der Meulen-de Jong AE, Ponsioen CY and et al (2015), Chromoendoscopy for surveillance in inflammatory bowel disease does not increase neoplasia detection compared with conventional colonoscopy with random biopsies: Results from a large retrospective study, *Am J Gastroenterol*, 110, pp. 1014-1021.
8. Mosli MH, Zou G, Garg SK and et al (2015), C-reactive protein, fecal calprotectin, and stool lactoferrin for detection of endoscopic activity in symptomatic inflammatory bowel disease patients: A systematic review and meta-analysis, *Am J Gastroenterol*, 110, pp. 802-819.
9. Narula N, Marshall JK, Colombel JF and et al (2016), Systematic review and meta-analysis: infliximab or cyclosporine as rescue therapy in patients with severe ulcerative colitis refractory to steroids, *Am J Gastroenterol*, 111, pp. 477-491.
10. Regueiro M, Greer JB, Szigethy E (2017), Etiology and treatment of pain and psychosocial issues in patients with inflammatory bowel diseases, *Gastroenterology*, 152, pp. 430–439.
11. Shah SC, Ten Hove JR, Castaneda D and et al (2018), High risk of advanced colorectal neoplasia in patients with primary sclerosing cholangitis associated with inflammatory bowel disease, *Clin Gastroenterol Hepatol*, 16, pp. 1106-1113.
12. Turner D, Levine A, Escher JC and et al (2012), Management of pediatric ulcerative colitis: Joint ECCO and ESPGHAN evidence-based consensus guidelines, *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 55, pp. 340-361.

(Ngày nhận bài: 10/10/2021 – Ngày duyệt đăng: 15/11/2021)
