



Ca lâm sàng Viêm loét đại tràng mức độ nhẹ - trung bình

Bs.CKI.Bùi Minh Hiền

Khoa Nội Soi Tiêu Hóa BV Đa khoa Hòa Hảo-Medic Cần Thơ



Viêm loét đại trực tràng (UC) · Ca lâm sàng tiêu hóa

Bệnh nhân: Hồ Thị Anh T, Nữ 55t

• **Triệu chứng lâm sàng:**

- ✓ Đau bụng khoảng 1 tháng, đau âm ỉ vùng hạ vị .
- ✓ Đi tiêu 3-4 lần/ngày phân lỏng có máu, lượng ít.
- ✓ Tiểu không gắt buốt, không sốt, không sụt cân, không đau khớp

TIỀN CĂN



- Tiền sử bản thân:
 - ✓ Viêm dạ dày
 - ✓ TĂNG HUYẾT ÁP
 - ✓ Ngoài ra không có bệnh lý gì khác đáng ghi nhận.
- Tiền sử gia đình:
 - ✓ Không có ai bệnh tương tự

KHÁM LÂM SÀNG



- ✓ Kết mạc mắt không vàng, niêm hồng, không có loét miệng,
- ✓ Các cơ quan khác: chưa ghi nhận dấu hiệu gì bất thường...
- ✓ Không sốt
- ✓ M= 86l/ phút

XÉT NGHIỆM & CẬN LÂM SÀNG



✓ Bạch cầu: 7000/ul

✓ Neu: 4000/ul

✓ Hb: 11.5g/dl

✓ MCV, MCH: bình thường

✓ Tiểu cầu: 218.000/ul

✓ CEA: 2 ng/ml

✓ Ure: 3.2 mmol/l

✓ Creatinin: 46 umol/l

✓ → eGFR: 107ml/ph/1.73m²

✓ K⁺: 3.6mmol/l

✓ Na⁺: 138mmol/l

✓ AST: 25U/L

✓ ALT: 30U/L

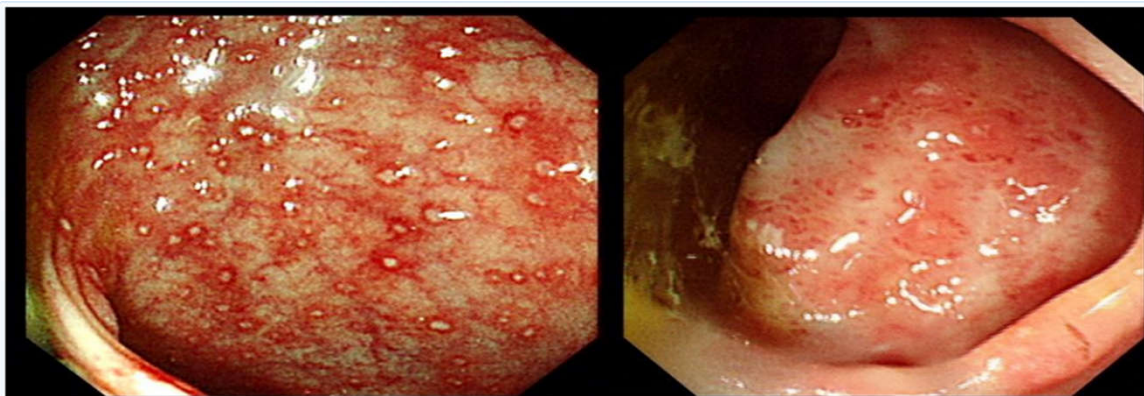
SIÊU ÂM BỤNG:

Không phát hiện bất thường

Xét nghiệm soi phân: có hồng cầu trong phân, không tìm thấy KST đường ruột.

Xét nghiệm Huyết đồ: có tình trạng thiếu máu NHẸ Hb: 11,5g/dl, bạch cầu đa nhân trung tính bình thường, các thông số khác bình thường.

+ NỘI SOI VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG



Nội soi vị trí tổn thương:

- ✓ Viêm loét trực tràng, đại tràng sigma, tổn thương liên tục , hồi tràng bình thường.
- ✓ Sinh thiết làm mô bệnh học: không làm
- ✓ CRP không làm
- ✓ Các xn tìm độc tố clostridium difficile, PCR, cấy phân không làm.
- ✓ Không xét nghiệm Fecal calprotectin.

DỰA VÀO



- ❑ Triệu chứng lâm sàng:
 - Tiêu 3-4 lần/ ngày, phân có lẫn máu
 - Bệnh mạn tính: đau # 2 tháng
 - Xét nghiệm bạch cầu đa nhân trung tính bình thường, si hồng cầu giảm nhẹ, không sốt
 - Nội soi : viêm loét trực tràng, đt sigma, đoạn cuối hồi tràng bình thường.
 - VS 20mm/h, M 86l/1 phút

+ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH



VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG MẠN MỨC ĐỘ NHẸ- TRUNG BÌNH

Table 4. American College of Gastroenterology Ulcerative Colitis Activity Index (modified from Ref. 66)

	Remission	Mild	Moderate-severe	Fulminant
Stools (R/day)	Formed stools	<4	>6	>10
Blood in stools	None	Intermittent	Frequent	Continuous
Urgency	None	Mild, occasional	Often	Continuous
Hemoglobin	Normal	Normal	<75% of normal	Transfusion required
ESR	<30	<30	>30	>30
CRP (mg/L)	Normal	Elevated	Elevated	Elevated
Fecal calprotectin (µg/g)	<150-200	>150-200	>150-200	>150-200
Endoscopy (MES)	0-1	1	2-3	3
Endoscopy (UCEIS)	0-1	2-4	5-8	7-8
Intestinal ultrasound	Colonic BWT ≤3 mm Rectal BWT ≤4 mm mLimberg = 0		Colonic BWT >3 mm Rectal BWT >4 mm mLimberg >0	

The below factors are general guides for disease activity. With the exception of remission, a patient does not need to have all the factors to be considered in a specific category.
BWT, Bowel Wall Thickness (mucosa, submucosa, muscularis propria, and serosa); CRP, C-reactive protein; ESR, erythrocyte sedimentation rate; IVCS, intravenous corticosteroids; mLimberg, Modified Limberg Score of hypervascularity in the submucosa (scored as (0) absent, (1) small spots (single vessels) within the wall, (2) long stretches within the wall, and (3) long stretches within the wall extending into the mesentery) (88); MES, Mayo Endoscopic Subscore (see Figure 2 and Table 5); UCEIS, Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (see Figure 2 and Table 7).

Table 4. American College of Gastroenterology Ulcerative Colitis Activity Index (modified from Ref. 66)

Endoscopic Assessment of Disease Activity

UCEIS Score	Mayo Score	Endoscopic Features
0	0	Normal
1-3	1	Erythema, decreased vascular pattern, mild friability
4-6	2	Marked erythema, absent vascular pattern, friability, erosions
7-8	3	Spontaneous bleeding, ulceration

Figure 2. Sample endoscopic images of Ulcerative Colitis using the Mayo endoscopic subscore (66) and the ulcerative colitis endoscopic index of severity (59). UCEIS, Ulcerative colitis Endoscopic Index of Severity.

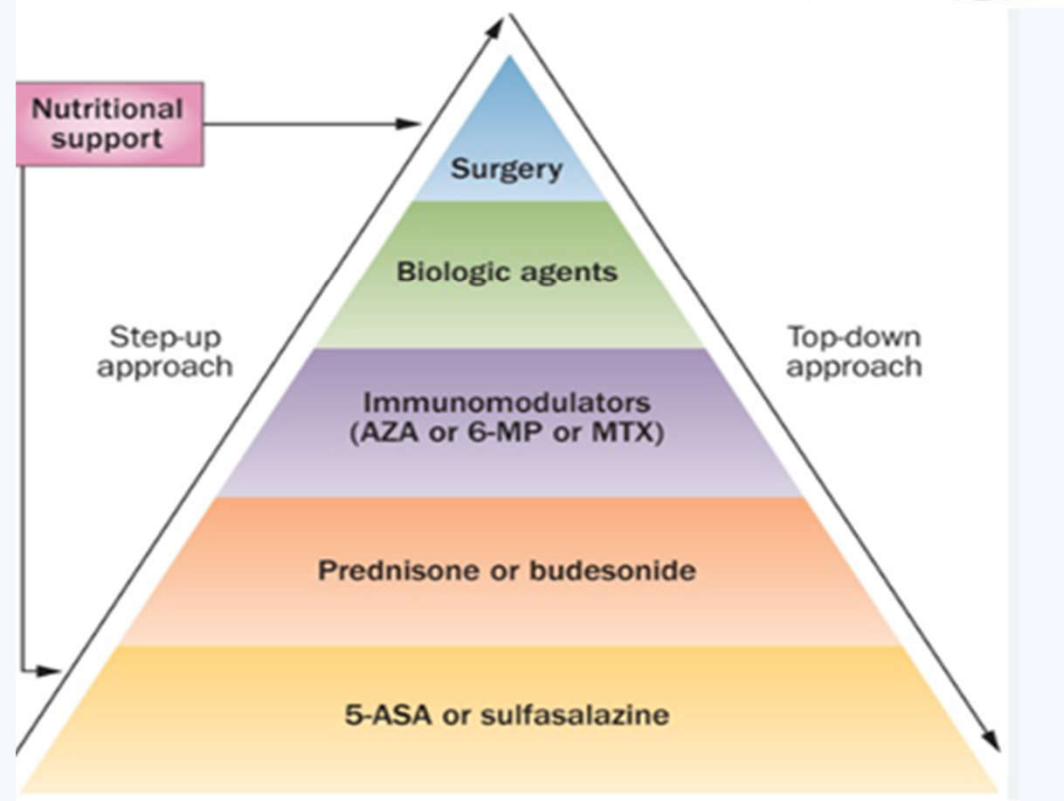
Chẩn đoán: Viêm trực tràng mức độ trung bình với phân độ theo Truelove and Witts, Phân loại Montreal E2, Mayo score nội soi 2đ, Mayo score toàn thể 7đ, UCEIS 5đ

+ QUYẾT ĐỊNH ĐIỀU TRỊ



LỰA CHỌN 5 ASA:

- **LIỀU DÙNG**
- **ĐƯỜNG DÙNG**
- **THỜI GIAN**

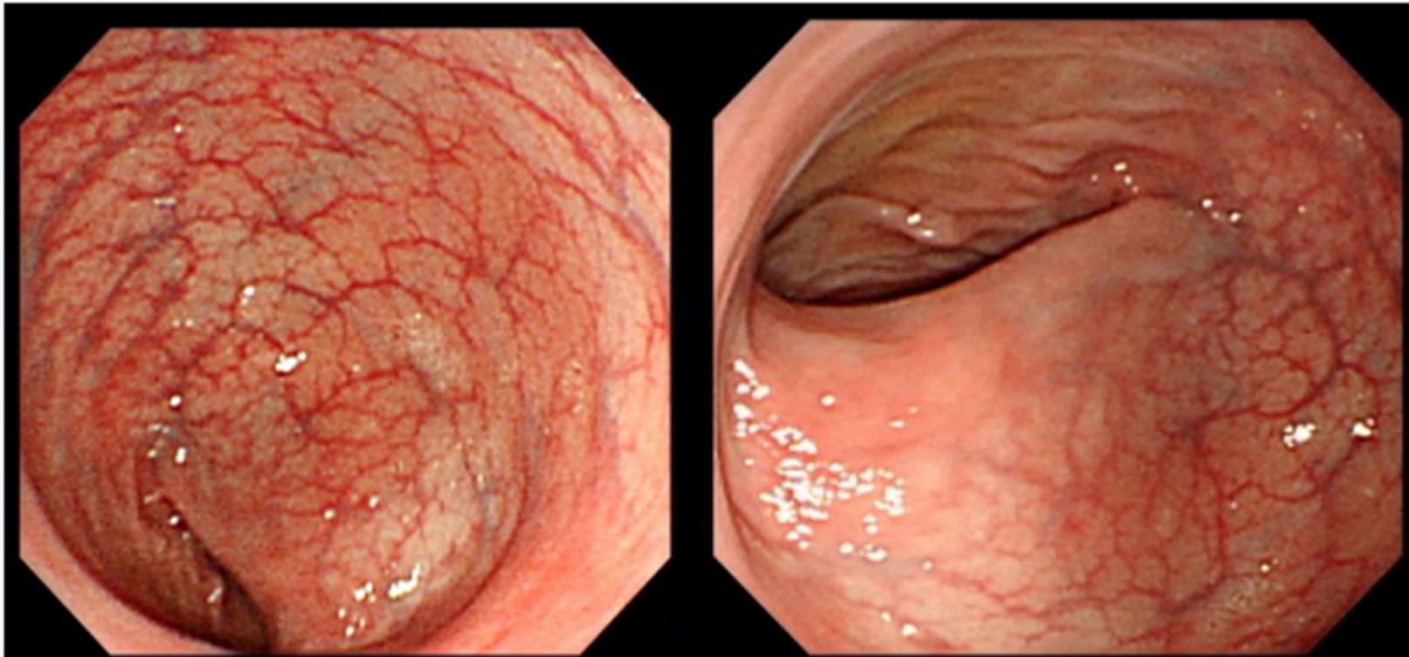


ĐIỀU TRỊ



- **Điều trị tấn công:**
 - ✓ **Pentasa** 2g/gói uống mỗi buổi sáng sau ăn, **Pentasa** đặt hậu môn 1g buổi tối
 - ✓ **Sau 4 tuần điều trị:** Hết đau bụng, tiêu 1 lần/ngày không có nhày máu, đau nhẹ vùng thượng vị khi đói.
- **Bệnh nhân đáp ứng lâm sàng:**
 - ✓ Hết tiêu chí đi tiêu ra máu, tiêu 2 lần/ ngày
 - ✓ **Sau 8 tuần điều trị:** Với liều như trên, tiêu bình thường phân chặt, không nhày, máu.
 - ✓ **Sau 12 tuần nội soi lại:** Mayo score 0đ
- **Bệnh nhân đáp ứng lâm sàng:**
 - ✓ Với Mayo score tổng thể 0đ, UCEIS 3 tiêu chí đều =1

+ HÌNH ẢNH NỘI SOI LẠI



Hình ảnh sau điều trị 12 tuần

ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ



- ✓ Pentasa 2g uống mỗi buổi sáng sau ăn, ngưng đặt hậu môn kể từ tuần thứ 8.
- ✓ Duy trì kéo dài 6 tháng để tránh trường hợp tái phát sớm (bệnh hiện đang.
- ✓ **Theo dõi:** Tái phát, nếu tái phát sớm sẽ điều trị lại và thời gian kéo dài hơn,... tùy theo tái phát sớm hay muộn,....
- ✓ **Theo dõi:** Nếu tái phát nhiều lần, lần sau nặng hơn phải theo dõi sát biến chứng K, thời gian theo dõi kéo dài #8-10 năm
- ✓ **Tiên lượng:** Tốt

CHẨN ĐOÁN MÀ THIẾU XÉT NGHIỆM CALPROTECTIN PHÂN, MÔ BỆNH HỌC,...?

- **Dựa vào lâm sàng:** Bệnh sử, tiền sử gia đình, tiền sử bản thân.
 - **Dựa vào Hình ảnh Nội soi:** Viêm đại tràng màng giả, do nhiễm trùng, do thiếu máu nuôi, crohn, viêm do CMV, viêm do xạ trị, viêm đại tràng vi thể....
 - **Dựa vào các chẩn đoán phân biệt:** Soi phân, hình ảnh đặc trưng của Nội soi, xét nghiệm huyết đồ, CRP, VS, 1 số XN Tuyến Giáp
- >>> **CÓ THỂ GIÚP CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC**

+ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG MỨC ĐỘ NHẸ, TRUNG BÌNH



- Chú ý thời gian điều trị tấn công và điều trị duy trì: duy trì càng lâu khả năng bệnh càng ít tái phát.
- Sử dụng phác đồ điều trị ít độc tính nhất, có hiệu quả tối ưu nhất

+ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH & MỘT SỐ LƯU Ý



➤ Chẩn đoán dựa vào sự kết hợp

Cần loại trừ viêm đại tràng do các nguyên nhân nhiễm trùng và ký sinh trùng thường gặp (soi phân, cấy phân)

ACG 2019 khuyến nghị xét nghiệm phân để loại trừ nhiễm Clostridioides difficile (C. diff) ở bệnh nhân nghi ngờ mắc viêm loét đại tràng (UC).



+ Độ nặng theo Truelove & Witts



	Nhẹ	Trung bình (giữa nhẹ và nặng)	Nặng
Phân có máu/ngày	< 4	≥ 4	≥ 6 và
Mạch	≤ 90 lần/phút	≤ 90 lần/phút	> 90 lần/phút hoặc
Nhiệt độ	< 37,5°C	≤ 37,8°C	> 37,8°C hoặc
Hemoglobin	> 11,5 g/dL	≥ 10,5 g/dL	< 10,5 g/dL hoặc
Tốc độ lắng máu	< 20 mm/giờ	≤ 30 mm/giờ	> 30 mm/giờ hoặc
CRP	Bình thường	≤ 30 mg/L	> 30 mg/L



Thang điểm Mayo cho viêm đại tràng mãn tính (Ulcerative Colitis)



Yếu tố đánh giá	0 - Bình thường	1 - Nhẹ	2 - Trung bình	3 - Nặng
Tần suất đi tiêu (Stool frequency)	Bình thường	1-2 lần/ngày nhiều hơn bình thường	3-4 lần/ngày nhiều hơn bình thường	≥5 lần/ngày nhiều hơn bình thường
Máu trong phân (Rectal bleeding)	Không có máu	Có máu trong <50% số lần đi tiêu	Có máu trong hầu hết hoặc tất cả các lần	Máu rõ rệt trong phân, có thể thấy máu chảy
Hình ảnh nội soi đại tràng (Mucosa endoscopic appearance)	Niêm mạc bình thường	Viêm nhẹ (đỏ nhẹ, giảm phân bố mạch máu)	Viêm trung bình (đỏ rõ, phù nề, dễ chảy máu)	Viêm nặng (loét sâu, nhiều máu, xuất huyết nặng)
Đánh giá tổng thể của bác sĩ (Physician global assessment)	Không có triệu chứng	Bệnh nhẹ	Bệnh trung bình	Bệnh nặng



Thang điểm Mayo cho viêm đại tràng mãn tính (Ulcerative Colitis)

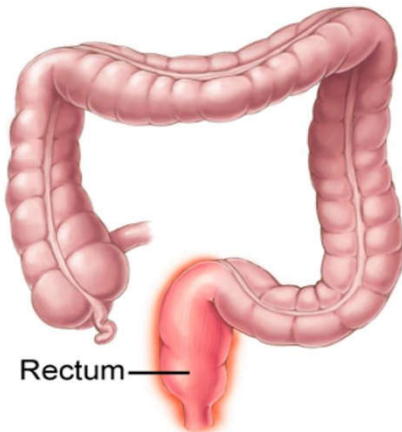


- Điểm số tối đa: 12.
- Bệnh nhẹ: 3-5 điểm.
- Bệnh trung bình: 6-10 điểm.
- Bệnh nặng: 11-12 điểm.
- ❑ **Đánh giá hiệu quả điều trị:**
 - Đáp ứng lâm sàng: Giảm ít nhất 30% tổng điểm Mayo so với điểm cơ bản, cùng với giảm tối thiểu 1 điểm ở hạng mục “máu trong phân” hoặc điểm chảy máu trực tràng 0 hoặc 1
 - Thuyên giảm lâm sàng: Mayo score ≤ 2 và không có tiêu chí nào trong Mayo score > 1
 - Lành niêm mạc: tiêu chí niêm mạc ≤ 1
- ❑ **Ý nghĩa lâm sàng:**
 - Thang điểm Mayo cung cấp công cụ tiêu chuẩn để đánh giá mức độ nghiêm trọng của viêm đại tràng mãn tính.
 - Hữu ích trong việc theo dõi hiệu quả điều trị và đưa ra quyết định lâm sàng.

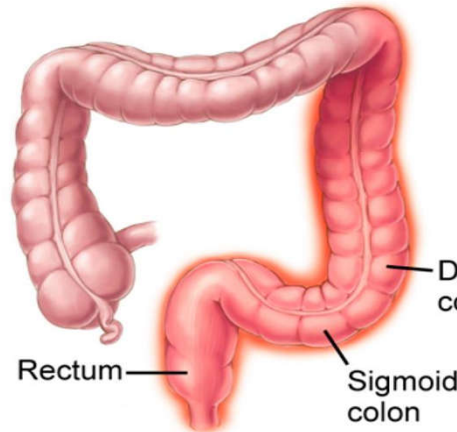
+ VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG



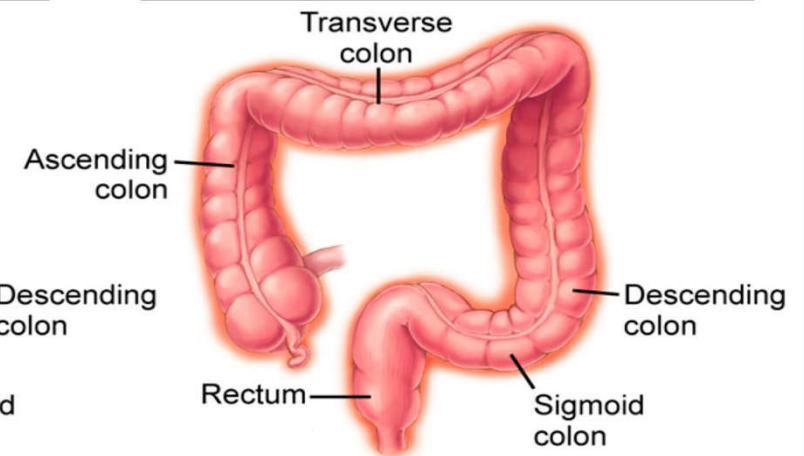
Proctitis
Affected Regions



Left-sided Colitis
Affected Regions



Extensive (Pan) Colitis
Affected Regions



Phân loại Montreal 2015

+ MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ



Cải thiện triệu chứng sớm sau 2 tuần đầu giúp tăng tỷ lệ cải thiện trong 6 tuần kế tiếp

Hiệu quả cải thiện triệu chứng sớm quan trọng trong việc tăng tính tuân trị của bệnh nhân và mang đến kết cục tốt hơn

1. Isaacs KL. How rapidly should remission be achieved. Dig Dis. 2010;28(3):548-55
2. Orchard TR, van der Geest SA and Travis SP. Randomised clinical trial: early assessment after 2 weeks of high_x0002_dose mesalazine for moderately active ulcerative colitis - new light on a familiar question. Aliment Pharmacol Ther. 2011;33(9):1028-1035

ACG Clinical Guideline 2019: Ulcerative Colitis in Adults

+ ĐIỀU TRỊ TẮN CÔNG TRONG 8 TUẦN



TREATMENT OF PATIENTS WITH MILD TO MODERATE ULCERATIVE COLITIS: MIDDLE EAST EXPERT CONSENSUS 2023

Statement 1

We suggest the use of oral 5-ASA (from 2.0 to 4.8 g/day) combined with topical 5-aminosalicylates for 8 weeks to induce remission in patients with mild to moderate proctitis (suppository 1 g/day) or left-sided ulcerative colitis/pancolitis (enema $\geq$ 1 g/day).

agreement 100%

+ ĐỒNG THUẬN CỦA CHUYÊN GIA QUỐC TẾ



Đồng thuận của chuyên gia quốc tế: Việc quản lý bệnh nhân bị viêm loét đại tràng (UC) mức độ nhẹ đến trung bình.

Liệu pháp 5-ASA là phương pháp điều trị hàng đầu dành cho UC nhẹ đến trung bình.

Budesonide MMX nên được xem xét như một liệu pháp bổ sung đối với những bệnh nhân không đáp ứng với liệu pháp 5-ASA.

Calprotectin trong phân là công cụ quan trọng để theo dõi mức độ hoạt động của bệnh và đáp ứng với liệu pháp điều trị.

Phương pháp theo dõi không xâm lấn và điều chỉnh liều kịp thời giúp tối ưu hóa việc kiểm soát UC ở mức độ nhẹ đến trung bình.

Practical management of mild-to-moderate ulcerative colitis: an international expert consensus 2024

+ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ



ACG 2019: Bệnh nhân đang trong giai đoạn thuyên giảm, khuyến nghị sử dụng liệu pháp 5-ASA (aminosalicylates) liều thấp hoặc dạng đặt trực tràng để duy trì sự thuyên giảm.

+ KẾT LUẬN



- ❑ Đối với VLTT mức độ nhẹ, trung bình chẩn đoán nên dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng (hình ảnh nội soi, các xét nghiệm huyết đồ), xét nghiệm phân tìm ký sinh trùng đường ruột, nếu có điều kiện thì làm thêm xét nghiệm phân để tìm độc tố của *Clostridium difficile*, hoặc PCR,...
- ❑ VLĐT nhẹ, trung bình nên được điều trị trong giai đoạn tấn công 4 – 8 tuần với 5-ASA Liều cao ($\geq 2\text{g}$), có thể kết hợp với đặt hậu môn 1g/ngày và điều trị duy trì nên kéo dài 6 – 12 tháng để tránh tái phát sớm.



Cảm ơn!