

Đào tạo sau Đại học / Post Graduate

Một số vấn đề trong chẩn đoán và điều trị Viêm loét Đại tràng ở Việt Nam

Ulcerative Colitis: Diagnosis and Treatment in Vietnam

ĐẶNG MINH LUÂN

Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Bệnh viêm ruột mạn (Inflammatory bowel disease IBD) là từ để chỉ gộp 2 thể bệnh gồm Bệnh Crohn (tổn thương có thể ở bất kỳ chỗ nào từ miệng tới hậu môn) và bệnh Viêm loét đại tràng (tổn thương chỉ ở đại trực tràng).

Viêm loét đại tràng được đặc trưng bởi tình trạng viêm liên tục của đại tràng và không có u hạt trên mô bệnh học. Bệnh thường chỉ khu trú ở đại tràng với diễn tiến bao gồm những đợt tái phát triệu chứng xem kẽ với những giai đoạn lui bệnh không triệu chứng.

I. Chẩn đoán viêm loét đại tràng

Chẩn đoán xác định viêm loét đại tràng

Chưa có tiêu chuẩn vàng chẩn đoán xác định viêm loét đại tràng. Bệnh được chẩn đoán dựa vào sự phối hợp của nhiều yếu tố bao gồm: triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa, nội soi đại tràng, kết quả mô bệnh học và xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.

Viêm loét đại tràng thường khởi phát ở người trẻ (15 – 30 tuổi). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm tiêu ra máu, tiêu chảy, đi tiêu gấp, mót rặn, đau quặn bụng, thiếu máu. Xét nghiệm sinh hóa có thể ghi nhận thiếu máu, tăng các chỉ dấu sinh học đánh giá tình trạng viêm (CRP huyết thanh, tốc độ lắng máu, calprotectin trong phân). Kháng thể kháng bào tương bạch cầu đa nhân

trung tính (pANCA - perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies) dương tính trong khoảng 60%-65% trường hợp viêm loét đại tràng. pANCA giúp hỗ trợ chẩn đoán nhưng không có vai trò chẩn đoán xác định hay loại trừ viêm loét đại tràng.

Khi nghi ngờ viêm loét đại tràng, nội soi đại tràng (kèm đưa ống soi vào hồi tràng) và sinh thiết đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định cũng như chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác (bệnh Crohn, viêm đại tràng thiếu máu cục bộ,...). Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang hay cộng hưởng từ có thuốc tương phản vùng bụng, chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ khảo sát ruột non) thường được chỉ định khi cần chẩn đoán phân biệt hay khi nghi ngờ bệnh nhân có biến chứng (dãn đại tràng, thủng tạng rỗng).

Hình ảnh nội soi của viêm loét đại tràng

Hình ảnh điển hình của viêm loét đại tràng trên nội soi là viêm liên tục và đối xứng, từ trực tràng lan lên các phần trên của đại tràng với ranh giới giữa vùng viêm và vùng không viêm thường rõ và đột ngột. Mức độ viêm trên nội soi có thể thay đổi từ nhẹ (niêm mạc sung huyết, giảm cấu trúc mạch máu), trung bình (mất cấu trúc mạch máu, niêm mạc bở, viêm trợt, loét nông) đến nặng (loét sâu kèm xuất huyết tự nhiên).

Một số hình ảnh khác cũng có thể gặp trong nội soi đại tràng ở bệnh nhân viêm loét đại tràng:

Viêm loét đại tràng không kèm viêm trực tràng (rectal sparing): Có thể gặp ở trẻ em chưa điều trị hay ở người lớn sau điều trị.

Viêm manh tràng (cecum patch): Tổn thương viêm ở manh tràng trên bệnh nhân bị viêm loét đại tràng trái.

Viêm lỗ ruột thừa (Appendiceal skip lesions): Viêm quanh lỗ ruột thừa ở bệnh nhân bị viêm loét đại tràng trái.

Viêm đoạn cuối hồi tràng (backwash ileitis): Viêm ở đoạn cuối hồi tràng trên bệnh nhân bị viêm loét đại tràng toàn bộ. Bệnh nhân thường có tiên lượng xấu, đáp ứng kém với điều trị nội khoa.

Sinh thiết trong chẩn đoán viêm loét đại tràng

Nội soi đại tràng (kèm đưa ống soi vào hồi tràng) và sinh thiết nhiều vị trí đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán viêm loét đại tràng.

Nội soi đại tràng và sinh thiết nên được tiến hành trước điều trị. Nếu nghi ngờ viêm loét đại tràng, nên sinh thiết ít nhất 5 vùng của đại tràng (bao gồm trực tràng) và đoạn cuối hồi tràng. Trong các vị trí này thì sinh thiết ở đoạn cuối hồi tràng và trực tràng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt. Nên sinh thiết ít nhất 2 vị trí tại mỗi vùng. Các mẫu sinh thiết từ các vùng khác nhau nên được để vào lọ riêng biệt với vị trí lấy mẫu được ghi rõ. Ngoài ra, những vị trí nghi ngờ loạn sản hay ung thư cũng cần được sinh thiết và để vào lọ riêng.

Đánh giá mức độ lan rộng tổn thương trong viêm loét đại tràng

Phân loại Montreal thường được sử dụng để đánh giá mức độ lan rộng của viêm loét đại tràng. Theo phân loại này, viêm loét đại tràng được chia thành 3 loại: viêm loét trực tràng, viêm loét đại tràng trái, viêm loét đại tràng toàn bộ

Phân loại Montreal của viêm loét đại tràng

Thuật ngữ	Phân bố	Mô tả
E1	Viêm loét trực tràng	Tổn thương giới hạn ở trực tràng (cách bờ hậu môn < 20 cm)
E2	Viêm loét đại tràng trái	Tổn thương vượt quá trực tràng nhưng chưa vượt quá đại tràng góc lách
E3	Viêm loét đại tràng toàn bộ	Tổn thương vượt quá đại tràng góc lách

Đánh giá mức độ nặng của viêm loét đại tràng

Đánh giá mức độ nặng của viêm loét đại tràng giúp chọn lựa điều trị phù hợp. Mức độ nặng của viêm loét đại tràng có thể được đánh giá dựa vào triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa hay kết quả nội soi đại tràng. Tiêu chuẩn Truelove & Witt, thang điểm Mayo hay thang điểm UCEIS có thể

được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của viêm loét đại tràng

Có nhiều thang điểm hay tiêu chuẩn được sử dụng trong đánh giá mức độ nặng:

Tiêu chuẩn Truelove and Witts thường được sử dụng nhất. Tuy nhiên tiêu chuẩn này không đánh giá kết quả nội soi đại tràng.

Thang điểm Mayo bao gồm triệu chứng lâm sàng và kết quả nội soi đại tràng. Điểm Mayo được tính bằng cách cộng điểm của các thành phần và tổng điểm dao động từ 0-12 điểm. Mức độ nặng được chia thành 4 nhóm: Lui bệnh

(điểm ≤ 2 và không có thành phần nào > 1), nhẹ (3-5 điểm), trung bình (6-10 điểm), nặng (11-12 điểm). Trong thực hành lâm sàng, có thể sử dụng riêng điểm Mayo nội soi để đánh giá mức độ nặng trên nội soi cho bệnh nhân

Thang điểm chỉ số mức độ nặng trên nội soi của viêm loét đại tràng (UCEIS) cũng được dùng trong đánh giá mức độ nặng của viêm loét đại tràng. Điểm UCIES được tính bằng cách cộng điểm của 3 thành phần. Mức độ nặng được chia thành 4 nhóm: lui bệnh (0–1 điểm), nhẹ (2-4 điểm), trung bình (5-6 điểm), nặng (7-8 điểm)

Tiêu chuẩn Truelove & Witt

	Nhẹ	Trung bình (giữa nhẹ và nặng)	Nặng
Phân có máu/ngày	< 4	≥ 4 nếu	≥ 6 và
Mạch	≤ 90 lần/phút	≤ 90 lần/phút	> 90 lần/phút hoặc
Nhiệt độ	< 37,5°C	$\leq 37,8^\circ\text{C}$	$> 37,8^\circ\text{C}$ hoặc
Hemoglobin	$> 11,5$ g/dL	$\geq 10,5$ 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

Điểm Mayo đánh giá mức độ nặng của viêm loét đại tràng

Điểm	Tiêu chuẩn
Tần suất đi tiêu	
0	Bình thường
1	Nhiều hơn bình thường 1-2 lần/ngày
2	Nhiều hơn bình thường 3-4 lần/ngày
3	Nhiều hơn bình thường ≥ 5 lần/ngày
Chảy máu trực tràng	
0	Không có
1	$< 1/2$ số lần đi tiêu có vệt máu
2	Đa số các lần đi tiêu đều có máu
3	Đi tiêu đều ra máu
Hình ảnh nội soi	
0	Niêm mạc bình thường hay bệnh không hoạt động
1	Viêm nhẹ với niêm mạc sung huyết, giảm mạch máu, bờ nhẹ
2	Viêm trung bình với niêm mạc sung huyết nhiều, mất mạch máu, bờ, viêm trội
3	Viêm nặng với niêm mạc xuất huyết tự nhiên và loét
Đánh giá toàn thể	
0	Bình thường
1	Viêm đại tràng nhẹ
2	Viêm đại tràng trung bình
3	Viêm đại tràng nặng

Chỉ số mức độ nặng trên nội soi của VLĐT (UCEIS)

Thành phần	Điểm	Định nghĩa
Mạch máu	0 = không	Mạng lưới mạch máu niêm mạc bình thường. Quan sát rõ sự phân nhánh của các mao mạch
	1 = mất từng vùng	Giảm mạng lưới mạch máu từng vùng
	2 = mất hết	Mất hoàn toàn mạng lưới mạch máu
Xuất huyết	0 = không	Không thấy máu
	1 = niêm mạc	Vài vệt máu hay sợi máu đông trên bề mặt niêm mạc ở phía trước đầu ống soi (có thể bơm rửa)
	2 = lòng ống, nhẹ	Có máu loãng trong lòng đại tràng
	3 = lòng ống, trung bình – nặng	Máu đỏ trong lòng đại tràng ở phía trước đầu ống soi hay máu đang rỉ từ niêm mạc sau khi bơm rửa hoặc máu rỉ từ niêm mạc bị xuất huyết
Viêm trợt và loét	0 = không	Niêm mạc bình thường, không có viêm trợt hay loét
	1 = viêm trợt	Khuyết niêm mạc nhỏ (≤ 5 mm), trắng hay vàng, bờ phẳng
	2 = loét nông	Khuyết niêm mạc nông nhưng lớn hơn (> 5 mm), bao phủ bởi fibrin
	3 = loét sâu	Khuyết niêm mạc sâu, dạng lõm với bờ nhô cao nhẹ

Đánh giá các yếu tố tiên lượng xấu

Các yếu tố tiên lượng xấu giúp tiên đoán nguy cơ cắt đại tràng trong tương lai của bệnh nhân viêm loét đại tràng. Đánh giá các yếu tố này giúp

chọn lựa chiến lược điều trị và kế hoạch theo dõi phù hợp cho bệnh nhân.

Các yếu tố tiên lượng xấu giúp nhận diện những bệnh nhân có thể cần theo dõi hay điều trị

tích cực hơn hoặc nâng bậc điều trị sớm hơn nếu bệnh chưa được kiểm soát thay vì cứ lặp đi lặp lại việc dùng steroid.

Một số yếu tố tiên lượng xấu nên được đánh giá trong thực hành:

Khởi phát bệnh sớm (< 40 tuổi)

Viêm loét đại tràng toàn bộ

Tổn thương nặng trên nội soi (điểm Mayo nội soi = 3, UCEIS $\geq$ 7)

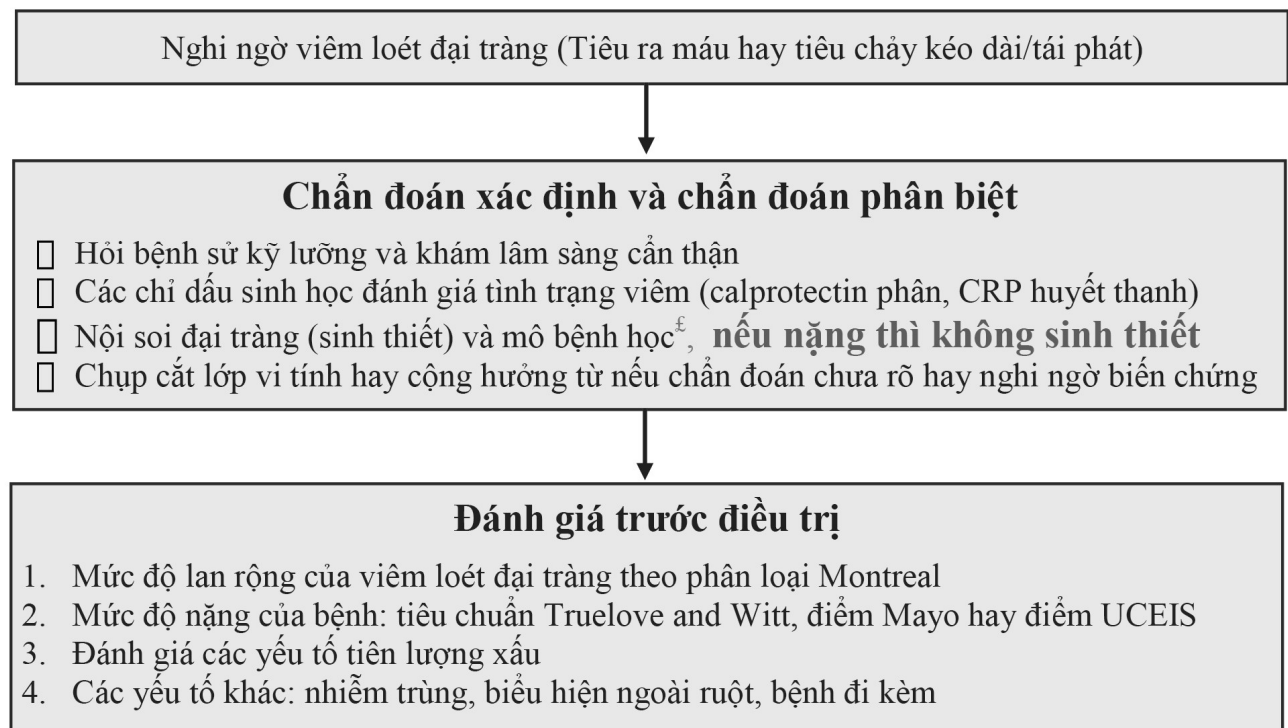
Từng nhập viện vì viêm loét đại tràng

Cần dùng steroids toàn thân

Tăng CRP hay VS

Giảm albumin huyết thanh

1.7. Lưu đồ chẩn đoán và đánh giá ban đầu viêm loét đại tràng



£Nếu bệnh nhân bị đợt cấp viêm loét đại tràng mức độ nặng chỉ nên nội soi đại tràng chậm hông

II. Điều trị viêm loét đại tràng

Mục tiêu điều trị

Mục tiêu điều trị hiện tại của viêm loét đại tràng là lành niêm mạc trên nội soi mà không cần dùng steroid, tránh tàn phế và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Mục tiêu này có thể được chia thành ngắn hạn, trung hạn và dài hạn

Điều trị viêm loét đại tràng thường được chia thành 2 giai đoạn:

Điều trị tấn công: giúp giảm nhanh triệu chứng và đạt lui bệnh trên lâm sàng.

Điều trị duy trì: giúp duy trì lui bệnh trên nội soi mà không cần dùng steroid. Điều trị duy trì lâu dài được khuyến cáo cho hầu hết bệnh nhân.

Mục tiêu điều trị viêm loét đại tràng

Mục tiêu ngắn hạn: đạt đáp ứng lâm sàng

1. Giảm $\geq 50\%$ tiêu ra máu và số lần đi tiêu

Trung hạn: đạt lui bệnh lâm sàng và bình thường hóa chỉ dấu sinh học đánh giá tình trạng viêm

Không còn tiêu ra máu, đi tiêu bình thường hoặc điểm Mayo từng phần (chưa có nội soi) < 3 và không có yếu tố nào > 1

Bình thường hóa CRP huyết thanh (thấp hơn giới hạn trên của mức bình thường) và calprotectin phân (100–250 $\mu\text{g/g}$)

Dài hạn: đạt lành niêm mạc trên nội soi, cải thiện chất lượng cuộc sống, không bị tàn phế

Điểm Mayo nội soi = 0 hay điểm UCEIS ≤ 1 điểm

Tiêu chuẩn thêm vào (chưa phải là mục tiêu chính thức): lui bệnh mô học

Chọn lựa chiến lược điều trị tại Việt Nam

Chiến lược lên thang nên được chọn lựa trong điều trị viêm loét đại tràng tại Việt Nam

Có 2 chiến lược điều trị thường được sử dụng trong viêm loét đại tràng là lên thang và xuống thang. Chiến lược lên thang thường bắt đầu bằng các thuốc cổ điển và các thuốc sinh học hay phân tử nhỏ được sử dụng nếu bệnh nhân không đáp ứng với các thuốc cổ điển. Ngược lại, chiến lược xuống thang thường khởi đầu với các thuốc sinh học hay phân tử nhỏ.

Có bằng chứng cho thấy nguy cơ phẫu thuật cắt đại tràng của bệnh nhân viêm loét đại tràng ở Châu Á thấp hơn so với các nước Âu Mỹ. Ngoài ra, sử dụng thuốc sinh học làm tăng chi phí điều trị và nguy cơ nhiễm trùng cho bệnh nhân. Do đó, chiến lược lên thang nên được sử dụng cho bệnh nhân viêm loét đại tràng tại Việt Nam. Chiến lược xuống thang có thể được cân nhắc nếu bệnh nhân bị đợt cấp viêm loét đại tràng mức độ nặng.

Điều trị viêm loét đại tràng mức độ nhẹ - trung bình

Điều trị tấn công viêm loét đại tràng mức độ nhẹ - trung bình

Điều trị tấn công viêm loét trực tràng

5-ASA đặt hậu môn với liều $\geq 1\text{g/ngày}$ là chọn lựa ban đầu trong điều trị viêm loét trực tràng. Nếu bệnh nhân không đáp ứng với 5-ASA đặt hậu môn, có thể phối hợp thêm 5-ASA đường uống với liều $\geq 2\text{g/ngày}$.

Nếu bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp với 5-ASA, có thể dùng steroid dùng tại chỗ (hydrocortisone hay budesonide).

Nếu bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp với steroid dùng tại chỗ, cần khởi động steroid toàn thân. Steroid đường uống có tác dụng tại chỗ (budesonide MMX hay beclomethasone dipropionate) có thể được sử dụng nếu bệnh nhân lo lắng tác dụng phụ của steroid toàn thân.

Những trường hợp viêm loét trực tràng không đáp ứng với các thuốc điều trị cổ điển cần được chuyển sang dùng các thuốc sinh học hay phân tử nhỏ (xem phần điều trị viêm loét đại tràng trung bình – nặng)

Điều trị tấn công viêm loét đại tràng trái và viêm loét đại tràng toàn bộ

Phối hợp 5-ASA uống với liều $\geq 2\text{g/ngày}$ và 5-ASA dùng tại chỗ (đặt hậu môn hay bơm thụt) với liều $\geq 1\text{g/ngày}$ được khuyến cáo đầu tay trong điều trị tấn công viêm loét đại tràng trái và viêm loét đại tràng toàn bộ mức độ nhẹ - trung bình.

Liều cao của 5-ASA đường uống (liều $\geq 3\text{g/ngày}$) có thể được chỉ định nếu bệnh nhân đáp ứng không hoàn toàn với liều chuẩn hay bệnh nhân tái phát triệu chứng khi dùng liều chuẩn. 5-ASA đường uống liều $\geq 3\text{g/ngày}$ cũng có thể được dùng từ đầu cho bệnh nhân bị viêm loét đại tràng mức độ trung bình.

Nếu bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp với 5-ASA, cần khởi động steroid toàn thân. Steroid đường uống có tác dụng tại chỗ (budesonide MMX hay beclomethasone dipropionate) có thể được sử dụng nếu bệnh nhân lo lắng tác dụng phụ của steroid toàn thân.

Những trường hợp không đáp ứng với các

thuốc điều trị cổ điển cần được chuyển sang dùng các thuốc sinh học hay phân tử nhỏ (xem phần điều trị viêm loét đại tràng trung bình – nặng)

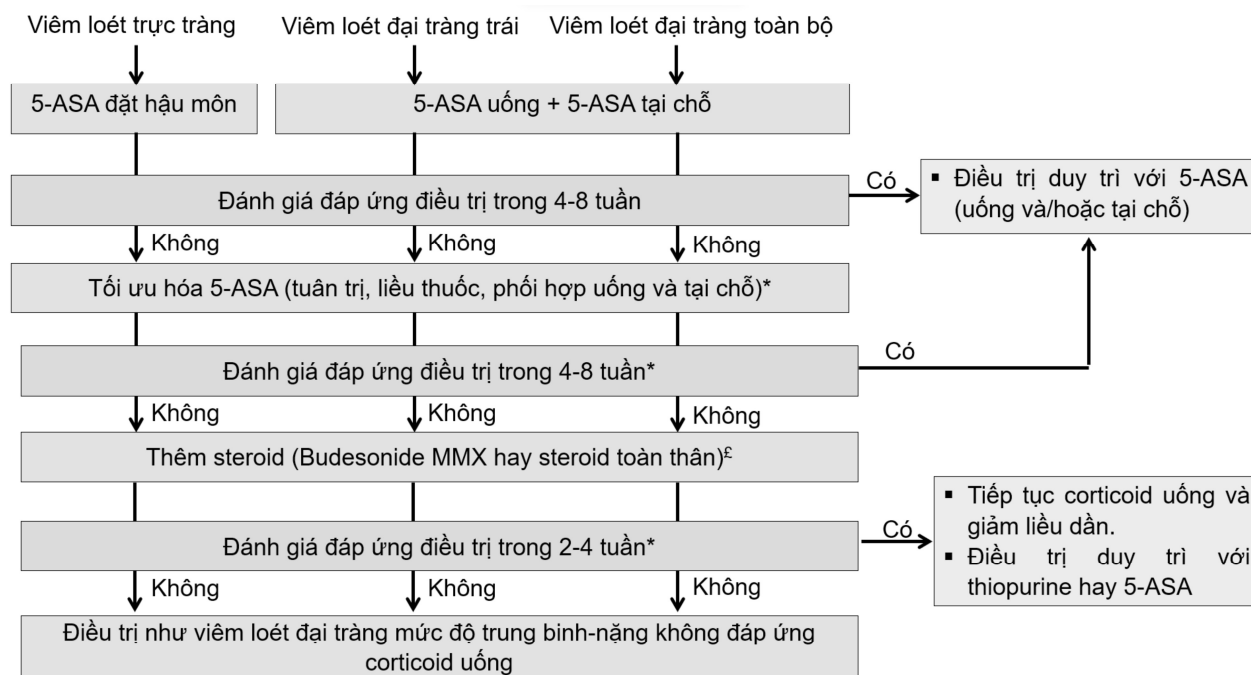
Điều trị duy trì viêm loét đại tràng mức độ nhẹ - trung bình

Điều trị duy trì được khuyến cáo cho hầu hết bệnh nhân viêm loét đại tràng sau khi bệnh nhân đạt được lui bệnh lâm sàng nhằm giúp duy trì tình trạng lui bệnh cũng như giảm nguy cơ tái phát cho bệnh nhân.

Chọn lựa thuốc trong điều trị duy trì tùy thuộc vào thuốc giúp bệnh nhân đạt lui bệnh lâm sàng. Nếu bệnh nhân đạt lui bệnh với 5-ASA

đường uống, nên tiếp tục duy trì 5-ASA đường uống với liều $\geq 2\text{g/ngày}$. Trong trường hợp bệnh nhân bị viêm loét trực tràng và đạt lui bệnh với 5-ASA đặt hậu môn, có thể tiếp tục sử dụng 5-ASA dạng đặt hậu môn với liều $\geq 1\text{g/ngày}$. Nếu bệnh nhân đạt lui bệnh với steroid uống (bao gồm cả Steroid đường uống có tác dụng tại chỗ), thường bệnh nhân sẽ được điều trị duy trì với thiopurine. Trong một số trường hợp bệnh nhân đạt lui bệnh với steroid mà chưa từng dùng 5-ASA trước đó và không có các yếu tố nguy cơ tiên lượng xấu, có thể sử dụng 5-ASA để điều trị duy trì.

Lưu đồ điều trị viêm loét đại tràng mức độ nhẹ - trung bình



*Loại trừ nhiễm trùng, [‡] Có thể dùng steroid tại chỗ nếu VLDT phần xa

Điều trị viêm loét đại tràng mức độ trung bình – nặng

Điều trị tấn công viêm loét đại tràng mức độ trung bình – nặng

Phối hợp 5-ASA uống với liều ≥ 2 g/ngày và 5-ASA dùng tại chỗ với liều ≥ 1 g/ngày hoặc steroid đường uống có tác dụng tại chỗ (budesonide MMX hay beclomethasone dipropionate) có thể được dùng trong điều trị tấn công viêm loét đại tràng mức độ trung bình. Có thể xem xét sử dụng 5-ASA đường uống liều ≥ 3 g/ngày ngay từ đầu cho bệnh nhân viêm loét đại tràng mức độ trung bình. Nếu bệnh nhân viêm loét đại tràng mức độ trung bình không đáp ứng với 5-ASA hay Steroid đường uống có tác dụng tại chỗ, steroid toàn thân nên được sử dụng. Steroid toàn thân cũng được sử dụng trong điều trị tấn công đối với bệnh nhân viêm loét đại tràng mức độ nặng.

Những bệnh nhân viêm loét đại tràng mức độ trung bình – nặng không đáp ứng với các điều trị cổ điển, nên dùng các thuốc sinh học (kháng TNF, kháng interleukin 12-23, kháng integrin) hoặc phân tử nhỏ (ức chế men JAK-STAT, điều hòa thụ thể S1P) để giúp bệnh nhân đạt lui bệnh.

Điều trị duy trì viêm loét đại tràng mức độ trung bình - nặng

Điều trị duy trì được khuyến cáo cho hầu hết bệnh nhân viêm loét đại tràng sau khi bệnh nhân đạt được lui bệnh lâm sàng. Điều trị duy trì giúp duy trì tình trạng lui bệnh cũng như giảm nguy cơ tái phát cho bệnh nhân.

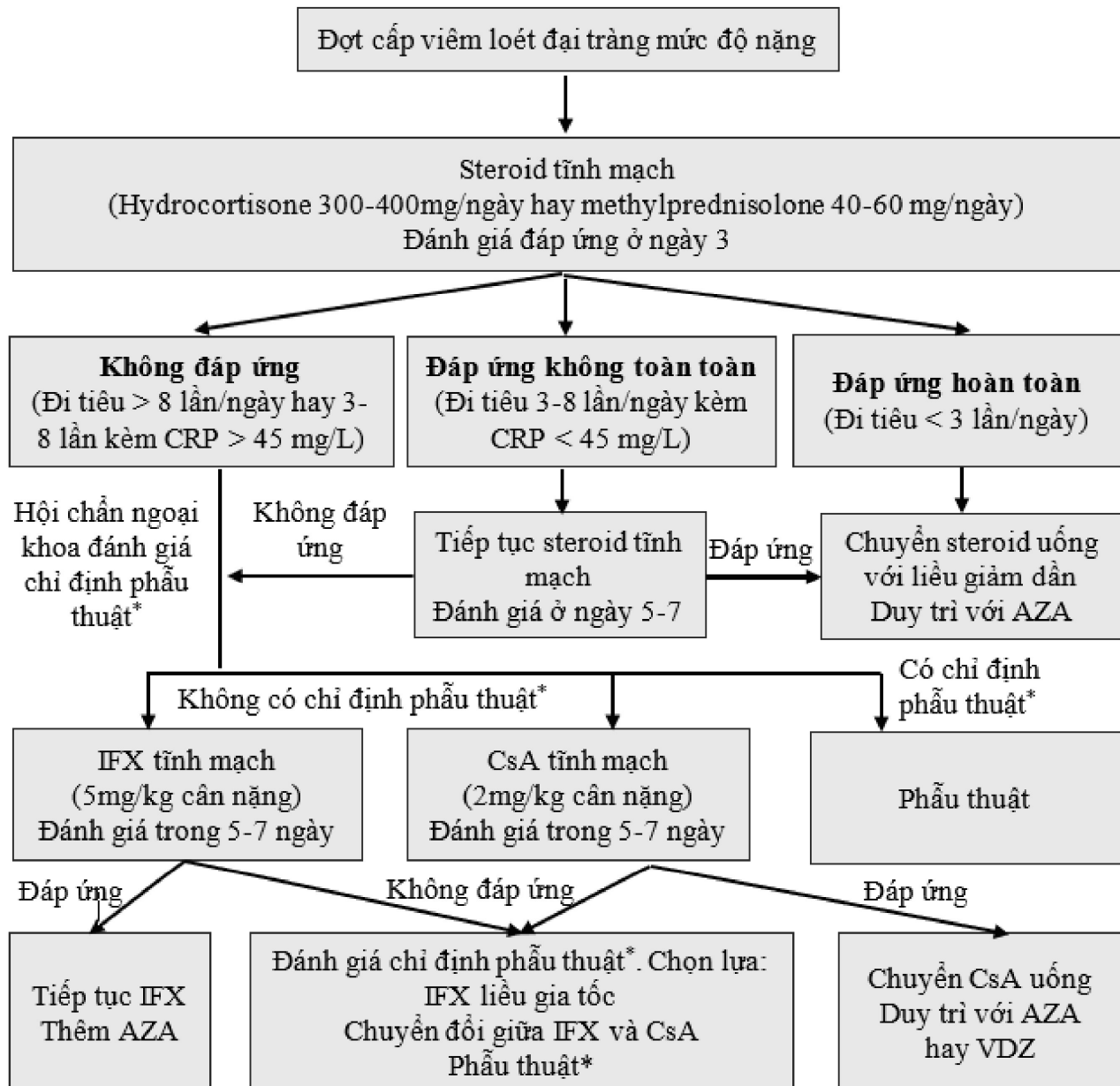
Chọn lựa thuốc trong điều trị duy trì tùy thuộc vào thuốc giúp bệnh nhân đạt lui bệnh lâm sàng. Nếu bệnh nhân đạt lui bệnh với 5-ASA đường uống, nên tiếp tục duy trì 5-ASA đường uống với liều ≥ 2 g/ngày. Nếu bệnh nhân đạt lui bệnh với steroid uống (bao gồm cả Steroid đường uống

có tác dụng tại chỗ), thường bệnh nhân sẽ được điều trị duy trì với thiopurine. Bệnh nhân đạt lui bệnh với thuốc sinh học hay phân tử nhỏ nào sẽ được tiếp tục duy trì với thuốc sinh học hay phân tử nhỏ cùng loại.

Điều trị đợt cấp viêm loét đại tràng mức độ nặng

Khoảng 25% bệnh nhân viêm loét đại tràng có thể bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng cần nhập viện điều trị. Đây là một bệnh cảnh cấp tính với nhiều biến chứng nặng, có thể đe dọa tính mạng (phình đại tràng nhiễm độc, thủng đại tràng, xuất huyết tiêu hóa nặng). Tuy có nhiều tiến bộ trong điều trị, tỉ lệ cắt đại tràng ngắn hạn vẫn còn khoảng 30%. Ngoài ra, những bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng sẽ tăng nguy cơ nhập viện và cắt đại tràng trong tương lai. Chính vì thế, tình trạng này cần được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực.

Steroid tĩnh mạch vẫn là điều trị đầu tay cho các bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng. Tiêu chuẩn Oxford thường được sử dụng để tiên đoán thất bại điều trị steroid ở ngày thứ 3 sau khi khởi động thuốc. Những bệnh nhân còn đi tiêu > 8 lần hay đi tiêu 3-8 lần kèm CRP huyết thanh > 45 mg/L được xem là thất bại với steroid. Khoảng 1/3 bệnh nhân đợt cấp VLĐT mức độ nặng được xếp vào nhóm kháng steroid và cần sử dụng các điều trị cứu vãn. Có hai thuốc có thể được sử dụng trong điều trị cứu vãn là cyclosporine và infliximab. 2 thuốc này có hiệu quả điều trị tương đương với thời gian khởi phát tác dụng nhanh. Nên đánh giá hiệu quả điều trị cứu vãn sau 5-7 ngày. Những chọn lựa cho bệnh nhân thất bại với điều trị cứu vãn bao gồm infliximab liều gia tốc, chuyển đổi qua lại giữa infliximab và cyclosporine và phẫu thuật.

Lưu đồ xử trí đợt cấp viêm loét đại tràng mức độ nặng

*Chỉ định phẫu thuật: phình đại tràng nhiễm độc, thủng đại tràng, xuất huyết tiêu hóa mức độ nặng không đáp ứng điều trị nội khoa, suy đa cơ quan và thất bại điều trị nội khoa

Liều lượng một số thuốc sử dụng trong viêm loét đại tràng

Nhóm thuốc	Thuốc	Điều trị tấn công	Điều trị duy trì
5-ASA	Mesalamine Liều thấp: <2 g/ngày Liều chuẩn: 2–3 g/ngày Liều cao: >3 g/ngày	5-ASA $\geq$ 2 g /ngày	5-ASA $\geq$ 2 g /ngày
	Sulfasalazine 4g sulfasalazine cung cấp tương đương 1,6g 5-ASA		
Corticoid	Prednisone	40-60mg/ngày Giảm liều: 5-10 mg/tuần, đến 20 mg/ngày thì giảm 2,5 - 5 mg/tuần	
Thiopurine	Azathioprine		2 - 2,5 mg/kg
	6-mercaptopurine		1 - 1,5 mg/kg
Kháng TNF	Infliximab	5 mg/kg (TTM) tuần 0, 2, 6	5 mg/kg (TTM) mỗi 8 tuần Tối đa: 10mg (TTM) mỗi 8 tuần.
	Adalimumab	160 mg (TDD) tuần 0 80 mg (TDD) tuần 2	40 mg (TDD) mỗi 2 tuần Tối đa: 40 mg mỗi tuần
	Golimumab	200 mg (TDD) tuần 0 100 mg (TDD) tuần 2	100 mg (TDD)mỗi 4 tuần

Kháng in- tegrin	Vedolizumab	300 mg (TTM) tuần 0, 2, 6	300 mg (TTM) mỗi 8 tuần
Kháng IL12/23	Ustekinumab	TTM với liều tùy theo cân nặng (130 mg/lọ) ≤55 kg: 260 mg >55 - 85 kg: 390 mg > 85 kg: 520 mg	90 mg (TDD) mỗi 8 -12 tuần
Ức chế Ja- nus kinase	Tofacitinib	10 mg x 2 lần/ngày trong 8 tuần	5 mg x 2 lần/ngày