

Bs CK2 Nguyễn Ngọc Võ Khoa - Khoa Nội tiêu hóa

5. Điều trị bệnh Gút

5.1. Nguyên tắc điều trị

Cần phải chẩn đoán bệnh sớm và chính xác; điều trị nguyên nhân gút khởi phát; điều trị các triệu chứng bệnh; chống viêm khi có cơn gút cấp; phòng cơn gút cấp tái phát; điều trị các tổn thương giai đoạn muộn tính; theo dõi tác dụng phụ của thuốc; xử lý kịp thời các tai biến xảy ra.



5.2. Cập nhật chính về điều trị hạ acid uric máu

Giáo dục bệnh nhân về chế độ ăn uống, lối sống, điều trị và quản lý các bệnh đi kèm là một biện pháp điều trị cốt lõi. Thuốc ức chế Xanthine oxidase như allopurinol hoặc febuxostat được khuyến cáo là nhóm thuốc đầu tay trong điều trị hạ acid uric máu. Cần cân nhắc tăng liều thuốc hạ acid uric lên liều điều trị tối đa và trong trường hợp không dung nạp thuốc hoặc sau thất bại tăng liều có thể thay thế allopurinol bằng febuxostat (hoặc ngược lại). Liều khởi đầu của allopurinol có thể nhỏ hơn hoặc bằng 100 mg/ngày và thấp hơn nếu BN suy thận, sau đó tăng dần liều, có thể vượt quá 300 mg /ngày, ngay cả những bệnh nhân suy thận. Mức acid uric máu ổn định thì nên lâu hơn các triệu chứng của bệnh gout thì liều là 6 mg / dl và nên duy trì < 5 mg / dl. Nên lựa chọn Pegloticase cho bệnh nhân gout nặng không đáp ứng hoặc không dung nạp được với thuốc hạ acid uric máu. Có thể kết hợp thuốc hạ acid uric máu với một thuốc tiêu acid uric khi mức tiêu urat huyết thanh không đáp ứng được. Probenecid là lựa chọn đầu tay cho đơn trị liệu của thuốc tiêu acid uric, nhưng không nên dùng ở những bệnh nhân gout có creatinin < 50 ml / phút và bệnh nhân sỏi thận. Để cập nhật khả năng kết hợp allopurinol và probenecid; nghiên cứu mới trên bệnh nhân gout, uống 100-400 mg allopurinol bổ sung probenecid 500 mg/ngày (maximum 2 gr/ ngày) để đạt được mức AU máu < 6 mg/dl. Khi bổ sung thêm probenecid thì làm giảm AU máu 25%. Tăng được thanh thải urat 60%. Giảm oxypurinol 26%. Tăng được thanh thải oxypurinol thêm 24%.

Sự tuân thủ điều trị là rất quan trọng cho điều trị thành công. Một: 4166 BN dùng thuốc hạ AU máu. 56% BN không tuân thủ điều trị. Israel: 83% BN bỏ trị liệu.

Cần định lượng acid uric trong nước tiểu trước và trong khi điều trị. Nồng độ acid uric trong nước tiểu cao là chứng chỉ định về nhóm thuốc này. Phòng sỏi tiết niệu bằng kiềm hóa nước tiểu.

Một số thuốc khác có tác dụng giảm acid uric là fenofibrate và losartan. Các thuốc khả năng gây giảm acid uric máu: Losartan, Fenofibrate, Amlodipine. Cả hai losartan và fenofibrate có tác dụng giảm acid uric máu trung bình và thoáng qua.

Có thể dùng được thuốc để kiểm soát bệnh nhân gout, cần điều trị tăng huyết áp và tăng lipid máu.

Các khuyến cáo điều trị gút hiện nay trên thế giới

Tổ chức	Chỉ định	Hàng đầu/ hàng hai	Mục tiêu
BSR 2007	≥ 2 đợt cấp/năm. Suy thận. Sỏi thận. Tophi	Allopurinol (F) <u>Uricosuric (S)</u>	< 5 mg/dl
EULAR 2011	Quyết định của BS và BN	XOIs (F) Probenecid(s) Combination (s)	< 6 mg/dl
ACR 2012	≥ 2 đợt cấp/năm. Suy thận (<u>Ccr</u> < 90 cc/min). Sỏi thận. Tophi	XOIs (F) Probenecid (F) Thuốc tăng thải AU khác (S) Kết hợp (S) <u>Pegloticase (S)</u>	< 6 mg/dl < 5 trong các ca nặng

* Chú thích: BSR - Hội thiệp hiệp hội Anh, EULAR - Hội thiệp hiệp hội châu Âu, ACR - Hội thiệp hiệp hội Mỹ, XOIS - Thuốc ức chế xanthine oxydase.

5.3. Cập nhật về điều trị chứng viêm trong cơn gút cấp

ACR 2012 khuyến cáo điều trị cơn gút cấp càng sớm càng tốt, tốt nhất trong 24h đầu vì nghiên cứu đã ra kết quả điều trị tốt hơn ở nhóm BN này. Không dùng thuốc hạ axit uric máu trong đợt gút cấp. Khuyến cáo dùng 1 thuốc chống viêm (NSAIDs hoặc colchicin hoặc corticoid) trong trường hợp cơn gút mức độ nhẹ đến trung bình (VAS $< 6/10$, sưng đau 1-3 khớp nhỏ, 1-2 khớp lớn).

Có thể phối hợp 2 loại thuốc nếu cơn gút nặng.

NsAIDs

Trong cơn gút cấp FDA khuyến cáo vãn có thể dùng các thuốc chống viêm không steroid như naproxen, indomethacin, sulindac. Tuy nhiên FDA cũng thận trọng các loại thuốc thuộc nhóm này có hiệu quả hơn như etoricoxib. Các thuốc ức chế chọn lọc COX 2 được biết khuyến cáo bệnh nhân BN có nguy cơ cao trên đường tiêu hóa. FDA cũng không chỉ ra được NSAIDs nào có hiệu quả nhất trong điều trị đợt cấp gút.

Colchicin

Colchicin được khuyến cáo là thuốc điều trị thích hợp nếu dùng sớm trong 36h kể từ khi khởi phát bệnh. Liều ban đầu có thể là 1,2 mg sau đó 1h dùng tiếp 0,6 mg, tiếp sau 12h dùng tiếp 0,6mg. Nếu không có viên 0,6 mg thì có thể dùng liều 1mg và 0,5 mg. Cần giám sát liều ở BN suy thận và thận trọng tác dụng của clarithromycin, erythromycin, cyclosporin, disulfiram.

Corticoid

Nếu viêm 1-2 khớp lớn thì có thể dùng corticoid tiêm nội khớp phù hợp với chống viêm đường uống. Các trường hợp khớp không phù hợp dùng corticoid tiêm thì dùng đường uống với liều khớp đầu 0,5mg/kg/ngày trong 5-7 ngày, sau đó giảm liều dần trong 7-10 ngày.

Phối hợp thuốc

APLAR 2013 khuyến cáo:

- Arcoxia (Etoricoxib 120 mg) x 1 viên/ngày.

Thông tin cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh gút (p.2)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 19 Tháng 12 2016 19:26 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 20 Tháng 12 2016 05:47

- Glucocorticoid: 30-40 mg prednisone trong 2-4 ngày rồi giảm liều nhanh.

- Dùng đúng thời với colchicine (0.5-1.5 mg/ngày).

- Tiêm nội khớp Diprospan, Depomedrol.

ACR 2012 khuyến cáo:

Trong những trường hợp viêm khớp cấp do gút nặng ($VAS \geq 7/10$), ACR khuyến cáo phải hợp thuốc (colchicine và NSAIDs, corticosteroids đơn lẻ hoặc colchicine, corticoid tiêm nội khớp với bất kỳ thuốc chống viêm đơn lẻ hoặc khác).

Thận trọng khi dùng thuốc với những BN có bệnh lý đi kèm suy thận (NSAIDs, đặc biệt COX-2, colchicin), suy tim (NSAIDs, đặc biệt COX-2), loét dạ dày (NSAIDs, corticosteroids), đái tháo đường (corticosteroids), nhiễm khuẩn huyết (corticosteroids), bệnh gan (NSAIDs, đặc biệt COX-2, colchicin).

5.4. Các thuốc mới trong điều trị gút

Các thuốc hạ acid uric máu đang nghiên cứu Lesinurad - thuốc ức chế URAT2 mới đang nghiên cứu pha III; Urodesine - Thuốc ức chế nucleoside phosphorilase, đang hoàn tất nghiên cứu pha IIb với kết quả tốt.

Nếu BN không đáp ứng với điều trị, có thể sử dụng thuốc kháng IL 1 như anakinra 100 mg trong 3 ngày hoặc canakinumab 150 mg.

Điều trị đợt tái phát gút kháng trị:

- Liều trung bình glucocorticoid toàn thân hay tiêm nội khớp glucocorticoid.
- Thuốc kháng TNF-alpha.
- Thuốc ức chế IL-1: anakinra, canakinumab, Rilonacef.
 - Anakinra (IL-1Ra) trong đợt gút cấp: tiêm dưới da 100 mg/ngày trong 3 ngày. Hiệu quả anakinra sau 24-48h.
 - Canakinumab (Ac anti -IL-1 β) trong đợt gút cấp: 150 mg/ngày.
 - Canakinumab trong phòng gút tái phát: có thể đến 165 tuần (> 3 năm).
 - Rilonacef (IL-1Trap), trong phòng gút tái phát 80- 160 mg/tuần.

5.5. Phòng ngừa các đợt gút tái phát

- Colchicin 0.5-1.5 mg/ngày trong 3-6 tháng.
- Nếu không dung nạp colchicin.
 - Dùng colchicin uống cách ngày.
 - NSAID: naproxen: 250-500 mg/ngày, hay indomethacin 25 mg/ngày.
- Prednisone 5-7.5 mg/ngày trong 1-3 tháng.
- Canakinumab.
- Tránh sử dụng thuốc làm tăng acid uric máu.

+ Tỷ suất chênh đợt gút tái phát là 3.2 và 3.8 đối với sử dụng thiazid và lợi tiểu quai.

Một nghiên cứu đánh giá hiệu quả 3 phương pháp điều trị dự phòng tại Việt Nam (Lê Thị Viên 2007) đưa ra kết luận: Colchicin có hiệu quả điều trị dự phòng đợt gút cấp tái phát hơn so với sử dụng NSAIDs hoặc corticoid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pelaez-Ballestas I, Diagnosis of chronic gout: evaluating the American College of Rheumatology proposal, European League against Rheumatism recommendations, and clinical judgment. J Rheumatol 2010;37:1743-8.
2. DINESH KHANNA: 2012 American College of Rheumatology Guidelines for Management of Gout. Part 1: Systematic Nonpharmacologic and Pharmacologic, Therapeutic Approaches to Hyperuricemia
3. JOHN D. FITZGERALD, PUJA P. KHANNA: 2012 American College of Rheumatology Guidelines for Management of Gout Part II: Therapy and Anti-inflammatory Prophylaxis of Acute Gouty Arthritis
4. Vazquez-Mellado J, . The diagnostic value of the proposal for clinical gout diagnosis (CGD). Clin Rheumatol 2012;31:429-34.
5. Singh JA, Furst DE, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken) 2012;64:625–39.