



Tối ưu hoá điều trị gút: Chiến lược quản lý toàn diện

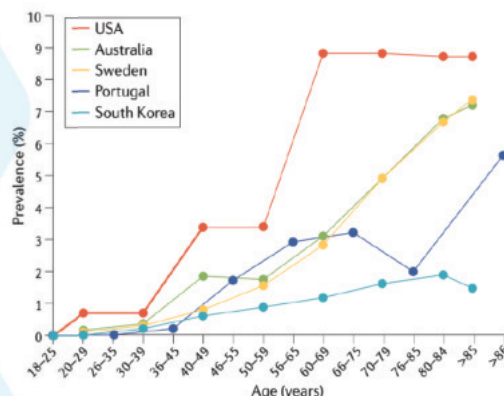
ThS.BS Phạm Huỳnh Tường Vy
Khoa Nội cơ xương khớp
BV Đại học Y Dược TP. HCM

VN-CXB-110352



Tổng quan

- Là bệnh lý khớp viêm thường gặp nhất
- Bệnh chuyển hoá, đặc trưng bởi sự lắng đọng của tinh thể monosodium urate (MSU) trong khớp và các mô quanh khớp do tình trạng tăng acid uric (AU) máu
- Bệnh gây tổn thương và phá huỷ khớp dẫn đến tàn phế



Location	Prevalence (%) in indicated age range (years)						
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	>85
USA	0.7	0.7	3.4	3.4	8.8	8.8	8.7
Australia	0.08	0.33	1.84	1.68	3.03	4.9	7.19
Sweden	0.06	0.27	0.8	1.54	2.83	4.89	6.61
South Korea	0.03	0.2	0.59	0.85	1.15	1.59	1.49



Trường hợp lâm sàng



Giới tính: nam

Tuổi: 67

Lý do khám bệnh: sưng đau khớp

Bệnh sử: Cách NV 3

chân (T) và khớp cổ

thuốc uống nhưng khớp

Chẩn đoán:

1. Đợt cấp viêm khớp gút mạn

2. Tăng huyết áp. ĐTĐ type 2

ng tophi khớp bàn ngón 1

vận động. BN tự đi mua

HYD.

Tiền căn:

- 10 năm: gút, khi nào sưng đau khớp mới thuốc uống.
- 5 năm: THA, ĐTĐ type 2. Điều trị: Amlodipine 5mg/ngày. Metformin 1g/ngày.

Khám bệnh:

- Khớp cổ chân (P) và tophi bàn ngón 1 sưng đau, giới hạn vận động.
- Tophi rải rác các khớp bàn chân, bàn tay, khuỷu tay.
- CLS: acid uric máu: 12 mg/dl CRP: 78 mg/l BC: 12 K/ul Glucose: 8 mmol/L

Điều trị?



Mục tiêu điều trị bệnh gút

Điều trị cơn gút cấp

Giảm viêm và cắt cơn gút cấp

- Colchicine
- NSAID
- Corticosteroid
- Ức chế IL-1

Khởi động điều trị hạ acid uric máu

Điều trị dự phòng trong 3 – 6 tháng

Dự phòng cơn gút cấp xuất hiện khi khởi động thuốc hạ acid uric máu

Điều trị duy trì hạ acid uric

- SUA < 6 mg/dl hoặc < 5 mg/dl
- SUA > 3 mg/dl

Kiểm soát biến chứng, bệnh phối hợp

→ Điều trị ổn cơn gút cấp chưa đủ !!!

→ Cần quản lý, điều trị toàn diện, kiểm soát chặt chẽ.

1. Richette P, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:29–42.

2. FitzGerald, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care & Research



Hiệu quả của Colchicine

Colchicine cải thiện đau trong 24 giờ

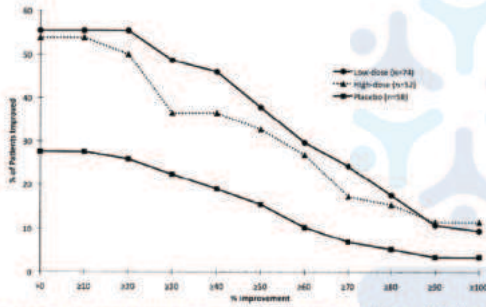
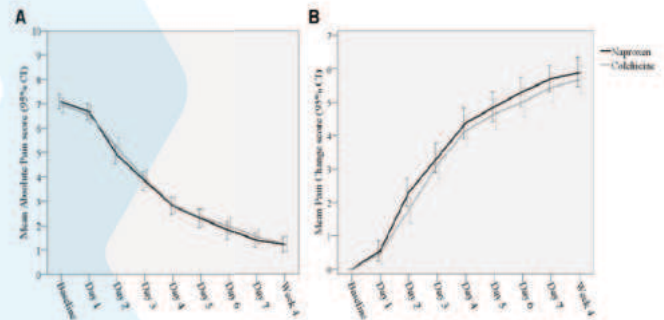


Figure 3. Distribution of percent improvement (intent-to-treat [ITT] population, n = 184). Shown is the percent of patients who improved in each category of percent improvement for the pain score 24 hours after the initial dose of study medication (ITT population)

Các cách sử dụng liều thấp:

- ✓ Khởi đầu 1.2mg → 1h sau: 0.6mg, sau 12h: 0.6mg. Sau đó 0.6-1.2mg/ngày.
- ✓ Khởi đầu 1mg → 1h sau: 0.5mg, sau đó 12h: 0.5mg. Sau đó 0.5-1mg/ngày.
- ✓ Ngày đầu: 1mg x 2. Sau đó: 1mg/ngày.

Hiệu quả giảm đau của Colchicine # NSAIDs trong 1-7 ngày



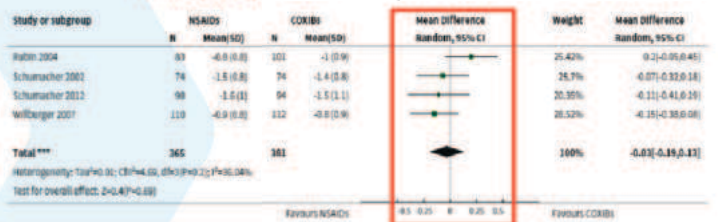
Terkeltaub, RA., et al. Arthritis Rheum 2010.
Roddy E, et al. Ann Rheum Dis 2020;79:276–284



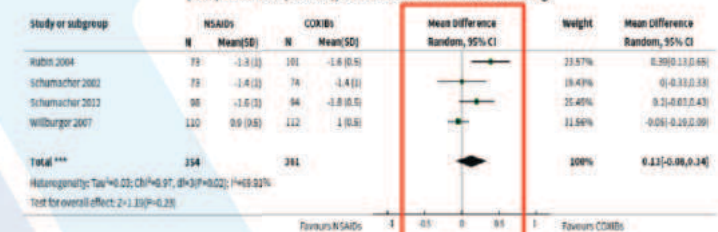
Hiệu quả của NSAIDs trong gút cấp

- NSAIDs có hiệu quả giảm đau, sưng trong gút cấp
- Thường là lựa chọn đầu tiên hiện nay
- Sử dụng đơn độc hoặc kết hợp với colchicine khi cần thiết.
- Không có sự khác biệt giữa các NSAIDs khác nhau

Analysis 3.1. Comparison 3 NSAIDs versus cyclo-oxygenase (COX) inhibitors (COXIBs), Outcome 1 Pain: mean pain reduction from baseline.



Analysis 3.2. Comparison 3 NSAIDs versus cyclo-oxygenase (COX) inhibitors (COXIBs), Outcome 2 Inflammation: swelling.



Hiệu quả cải thiện triệu chứng của NSAIDs

ORIGINAL ARTICLE

Efficacy and safety of etoricoxib compared with NSAIDs in acute gout: a systematic review and a meta-analysis

Shaobo Zhang¹, Yihao Zhang¹, Peng Liu¹, Wei Zhang¹, Jinglin Ma¹, Jing Wang^{1,2}

Etoricoxib có hiệu quả kháng viêm, giảm đau tương tự NSAIDs khác (Indomethacin/Diclofenac) trong điều trị viêm khớp gút cấp

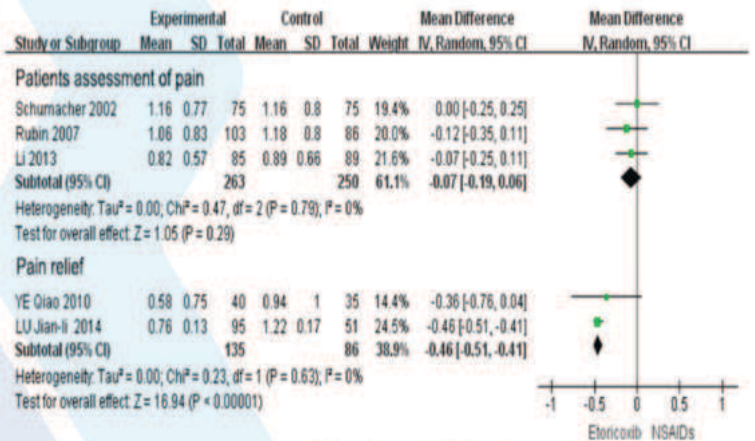
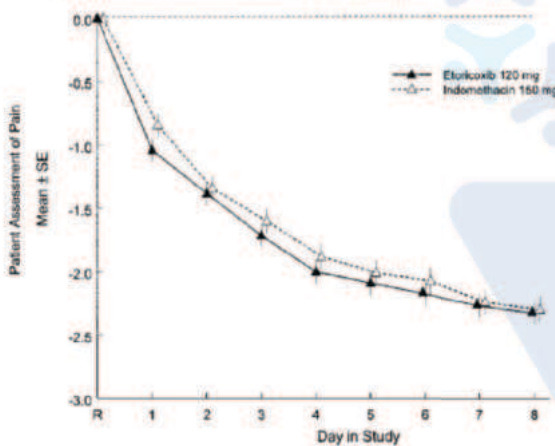


Fig. 3 Forest plot of mean difference in patient-assessed pain in the study joint and 95 % CI for 2-5 days follow-up

Zhang, S., Zhang, Y., Liu, P., (2016). *Clinical rheumatology*, 35(1), 151-158.

Hiệu quả cải thiện triệu chứng của NSAIDs

Etoricoxib 120 mg/ngày : 92 bệnh nhân
Indomethacin 50 mg x 3/ngày: 72 bệnh nhân



Clinical AE	Treatment	Proportion (%) of patients	% difference (95% CI), etoricoxib versus indomethacin	P
Any AE	Etoricoxib	45/103 (43.7)	-13.3 (-26.8, 1.0)	0.080
	Indomethacin	49/86 (57.0)		
Drug-related AE†	Etoricoxib	17/103 (16.5)	-20.7 (-32.8, -8.1)	0.002
	Indomethacin	32/86 (37.2)		
Serious AE	Etoricoxib	1/103 (1.0)	1.0 (-3.4, 5.3)	>0.999
	Indomethacin	0/86 (0.0)		
Discontinued due to AE	Etoricoxib	5/103 (4.9)	-1.0 (-8.6, 5.9)	>0.999
	Indomethacin	5/86 (5.8)		

* P values were determined by Fisher's exact test. AE = adverse experience; 95% CI = 95% confidence interval.

† Determined by the investigator to be possibly, probably, or definitely drug-related.

Khi so sánh với Indomethacin, **Etoricoxib có hiệu quả cải thiện triệu chứng tương tự, tính an toàn và khả năng dung nạp tốt hơn**



NSAIDs và nguy cơ trên tiêu hóa, tim mạch

Table 2. Summary of recommendations for prevention of NSAID-related ulcer complications

	Gastrointestinal risk ^a		
	Low	Moderate	High
Low CV risk	NSAID alone (the least ulcerogenic NSAID at the lowest effective dose)	NSAID+PPI/misoprostol	Alternative therapy if possible or COX-2 inhibitor+PPI/misoprostol
High CV risk ^b (low-dose aspirin required)	Naproxen + PPI/misoprostol	Naproxen + PPI/misoprostol	Avoid NSAIDs or COX-2 inhibitors. Use alternative therapy

Table 1. Patients at increased risk for NSAID GI toxicity

High risk

1. History of a previously complicated ulcer, especially recent
2. Multiple (>2) risk factors

Moderate risk (1–2 risk factors)

1. Age >65 years
2. High dose NSAID therapy
3. A previous history of uncomplicated ulcer
4. Concurrent use of aspirin (including low dose) corticosteroids or anticoagulants

Low risk

1. No risk factors

^a *H. pylori* is an independent and additive risk factor and needs to be addressed separately (see text and recommendations).

- Nguy cơ trên đường tiêu hoá có thể giảm khi dùng PPI dự phòng hoặc dùng COX-2.
- Đối với BN có nguy cơ tim mạch: Naproxen, Celecoxib.

Am J Gastroenterol 2009; 104:728 – 738

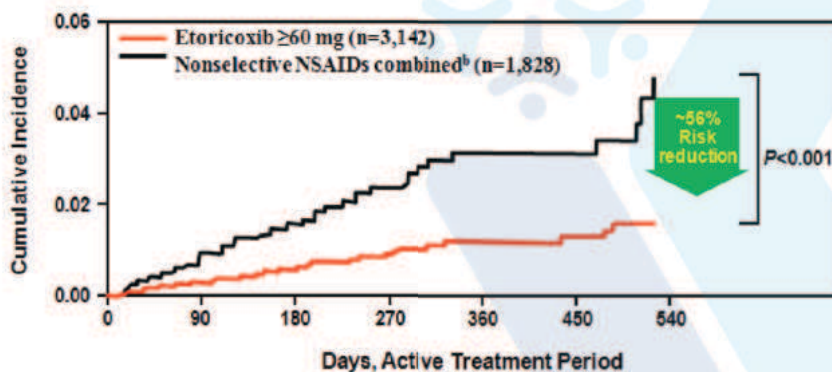
Kanna D, et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012 Oct;64(10):1447-61



NSAIDs và nguy cơ tiêu hoá

Phân tích gộp 10 nghiên cứu LS THK và đau thắt lưng mạn tính.

Naproxen 1,000 mg/ngày, ibuprofen 2,400 mg/ngày hoặc diclofenac 150 mg/ngày



^a PUGs = perforations, ulcers, bleeds.

^b Combined analysis of 10 clinical trials in OA, RA, and chronic low back pain; Naproxen 1,000 mg/day, ibuprofen 2,400 mg/day, or diclofenac 150 mg/day.

^c Adapted from Hunt RH, et al. *Am J Gastroenterol*. 2003;98(8):1725–1733; Curtis SP, et al. Poster presented at: EULAR, 2002; 12–15 June 2002; Stockholm, Sweden.

Etoricoxib giảm 56% biến cố trên đường tiêu hóa so với NSAIDs không chọn lọc

VN-CXB-110352



Lựa chọn các NSAIDs thoa ngoài

Topical NSAIDs for acute pain: a meta-analysis

Loma Mason, R Andrew Moore*, Jayne E Edwards, Sheena Derry
Henry J McQuay

Parameter	Trials	Patients	Treatment	Placebo	Relative benefit (95% CI)	NTT (95% CI)
Efficacy by topical NSAID						
KETOPROFEN	6	517	203 / 261	101 / 256	2.1(1.7 to 2.5)	2.6(2.2 to 3.3)
Ibuprofen	5	365	112 / 183	67 / 183	2.0(1.5 to 2.6)	4.1(2.9 to 6.9)
Felbinac	3	413	112 / 210	112 / 210	1.6(1.2 to 2.2)	4.0(2.9 to 6.2)
Piroxicam	3	563	179 / 283	179 / 283	1.4(1.1 to 1.7)	4.7(3.45 to 7.7)
Indomethacin	3	394	95 / 197	95 / 197	1.3(0.99 to 1.6)	10(5.2 to infinity)

BMC Fam Pract. 2004 May 17;5:10.

Tính thẩm mỹ giữa các NSAIDs thoa ngoài da

Table 3. Cosmetic acceptability of various topical NSAIDs.

Attribute	Ketoprofen gel	Diclofenac gel	Piroxicam gel	Niflumic gel
Dễ dàng thoa	3.14	2.72	2.66	0.86
Cảm giác lạnh	2.48	2.16	2.34	1.58
Thấm nhanh	2.92	2.54	2.38	0.76
Không kết dính	3.14	2.70	2.18	1.02
Mùi dễ chịu	2.72	1.26	2.12	1.84

Parameters were scored from 0 to 4 where 0 = very poor, 1 = poor, 2 = average, 3 = good, 4 = excellent.
Data taken from [53].

Vroninks P., Poiraud T. Sport Med'.1994



Corticosteroid

- Rất hiệu quả trong các cơn cấp
- Sử dụng khi có CCĐ hoặc không dung nạp với NSAIDs, colchicine
- Đường dùng: uống, tĩnh mạch hoặc tiêm nội khớp
- Liều Prednisolone (hoặc Methylprednisolone):
 - ✓ 0,5mg/kg/ngày x 2-5 ngày → ngưng HOẶC
 - ✓ 0,5mg/kg/ngày x 5 ngày → giảm liều trong 7-10 ngày rồi ngưng
- Lưu ý các tác dụng phụ: tăng đường huyết, tăng huyết áp, rối loạn điện giải và nhiễm trùng

Kanna D, et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012 Oct;64(10):1447-61
Mikuls TR. Gout. New England Journal of Medicine. 2022;387(20):1877-1887



Thuốc ức chế IL-1

	Canakinumab (ILARIS)	Rilonacept (ARCALYST)	Anakinra (KINERET)
Mục tiêu tác động	IL-1 β	IL-1 β , IL-1 α , IL-1Ra	IL-1RI
Cơ chế tác dụng	Kháng thể đơn dòng ngăn chặn IL-1 β gắn vào thụ thể	Thụ thể hòa tan ngăn chặn các phân tử IL-1 gắn vào thụ thể	Bắt chước chất đối kháng nội sinh, cạnh tranh với IL-1 để gắn vào thụ thể
Thời gian bán hủy	21-28 ngày	8-9 ngày	6 giờ
Liều điều trị Gút	150 mg SC mỗi 8-12 tuần?	160 mg SC mỗi tuần	100-200 mg SC mỗi 1-2 ngày

- Các thuốc sinh học (ức chế IL-1) là lựa chọn mới cho viêm khớp gút khó trị !!!
- Chỉ định: Thất bại với colchicine, NSAID và corticoid.
- CCD: nhiễm trùng gần đây.
- Chi phí điều trị cao và tăng nguy cơ nhiễm trùng.

2018 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout
Curr Rheumatol Rep (2014) 16:398



EULAR 2016: quản lý gút cấp



Richette, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Annals of the Rheumatic Diseases, 76(1), 29–42.



ACR 2020: quản lý gút cấp

Khuyến cáo	Chứng cứ
Sử dụng colchicine, NSAIDs, hoặc glucocorticoid là phác đồ đầu tay điều trị cơn gút cấp hơn là thuốc ức chế IL-1 hoặc ACTH.	cao
Khi lựa chọn colchicine, nên sử dụng liều thấp tốt hơn liều cao vì hiệu quả như nhau và ít tác dụng phụ.	cao
Nếu các thuốc kháng viêm (colchicine, NSAIDs hoặc glucocorticoid) không hiệu quả hoặc CCĐ, cân nhắc sử dụng thuốc ức chế IL-1 thay vì lựa chọn điều trị thay thế (ngoài điều trị hỗ trợ/ giảm đau).	Trung bình
Ở BN không thể dùng thuốc đường uống, sử dụng glucocorticoid tiêm (tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm nội khớp) thay vì dùng thuốc ức chế IL-1 hoặc ACTH.	Cao
Chườm lạnh tại chỗ cho BN đang bị cơn gút cấp.	Thấp

Khuyến cáo mạnh

Khuyến cáo tùy trường hợp

Không khuyến cáo mạnh

Không khuyến cáo tùy trường hợp



Trường hợp lâm sàng



Điều trị gút cấp

Câu hỏi: làm gì tiếp theo?

A: Ngưng thuốc hoàn toàn?

B: Điều trị hạ acid uric máu?

NSAIDs liều cao

- Arcoxia 120 mg
- Thời gian: 3 ngày
- Sau đó giảm liều thành Arcoxia 60mg

viên x 2 lần

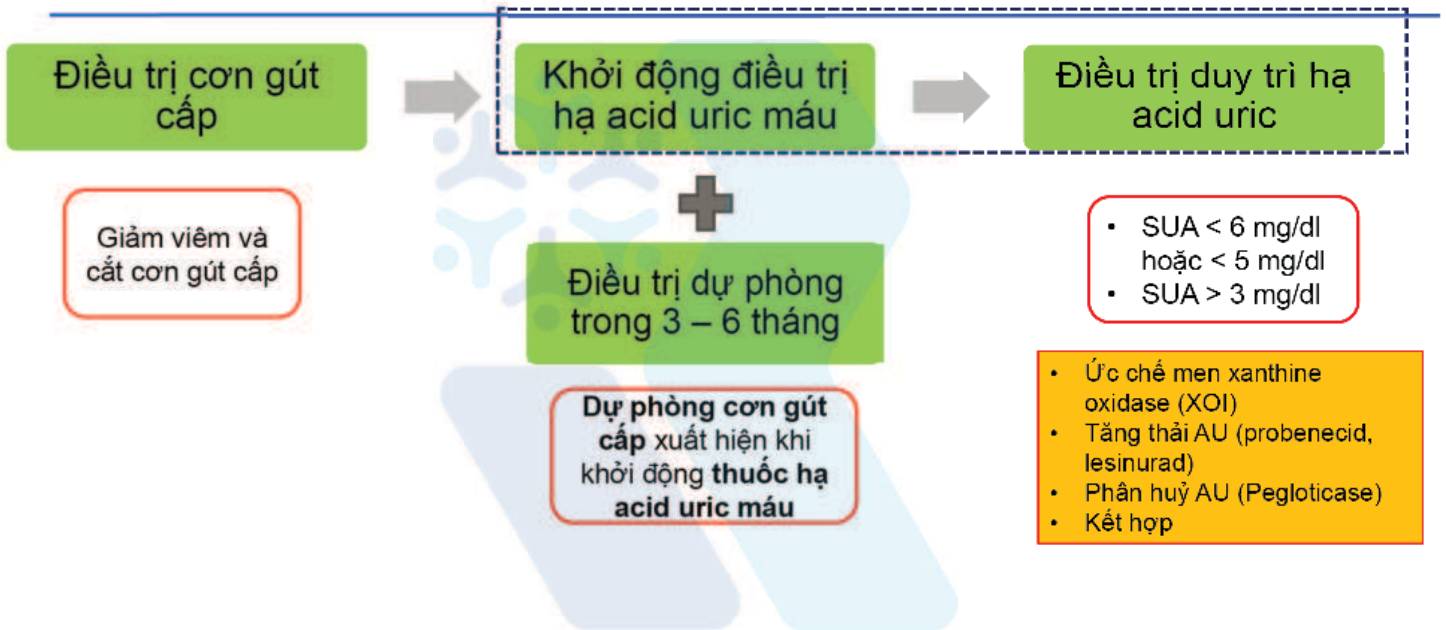
- Từ N2: colchicine 0,5 – 1 mg/ngày (tùy dung nạp)

không dùng thuốc

- Thay đổi chế độ ăn
- Chườm lạnh vùng khớp đau xen kẽ bôi Fastum gel 3 lần/ngày



Mục tiêu điều trị bệnh gút



1. Richette P, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:29–42.

2. FitzGerald, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care & Research



Chỉ định khởi trị thuốc hạ acid uric máu (ULT)

ACR 2020	EULAR 2016
≥ 2 đợt cấp/năm	≥ 2 đợt cấp/năm
Đã từng có > 1 đợt cấp	
Cơn cấp lần đầu kèm: - CKD giai đoạn ≥ 3 - SUA > 9 mg/dl (568 µmol/l) - Sỏi tiết niệu	Cơn cấp lần đầu kèm: Bệnh đồng mắc: suy thận, THA, TMCT, suy tim.
Tophi dưới da	Tophi dưới da
Tổn thương khớp do gút (trên hình ảnh học)	Tổn thương khớp do gút (trên hình ảnh học)
	Sỏi thận do urat

Richette P, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:29–42.

FitzGerald et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care & Research 2020.



Thời điểm khởi trị thuốc ULT

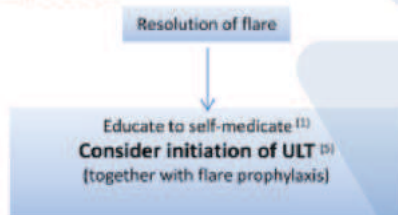
◆ NICE 2022

Start ULT at least two to four weeks after a gout flare has settled.
If flares are more frequent, ULT can be started during a flare.

◆ ACR 2020

When the decision is made that ULT is indicated while the patient is experiencing a gout flare, we conditionally recommend starting ULT during the gout flare over starting ULT after the gout flare has resolved.

◆ EULAR 2016



Có thể khởi trị liệu thuốc ULT



Mục tiêu acid uric máu

ACR 2020	EULAR 2016
SUA < 6 mg/dl	SUA < 6 mg/dl
	SUA < 5 mg/dl: Gút nặng (tophi, bệnh khớp mạn, đợt cấp thường xuyên).
	SUA < 3 mg/dl kéo dài: không khuyến cáo

Mục đích: đưa nồng độ dưới điểm bão hòa của MSU nhằm hòa tan tinh thể MSU

SUA < 5 mg/dl trong gút nặng do có tải lượng tinh thể nhiều → duy trì < 5 mg/dl cho đến khi toàn bộ tinh thể được hòa tan. Sau đó SUA cần được duy trì < 6 mg/dl để tránh tạo thành những tinh thể urat mới.

Richette P, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:29–42.

FitzGerald et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care & Research 2020.



Các khuyến cáo về thời gian sử dụng ULT

◆ NICE 2022

1.5.3 Ensure people understand that ULT is usually continued after the target serum urate level is reached, and is typically a lifelong treatment.

◆ ACR 2020

We conditionally recommend continuing ULT indefinitely over stopping ULT.

◆ EULAR 2016

All ULTs should be started at a low dose and then titrated upwards until the SUA target is reached. SUA <6 mg/dL (360 μ mol/L) should be maintained lifelong.



Sử dụng thuốc ULT kéo dài



Allopurinol - ACR 2020

Lựa chọn thuốc ULT

Allopurinol là chọn lựa đầu tiên ở tất cả BN bao gồm cả ở bệnh thận mạn trung bình và nặng (gđ ≥ 3).

Lựa chọn thuốc XOI tốt hơn là thuốc probenecid cho BN bệnh thận mạn trung bình đến nặng (gđ ≥ 3).

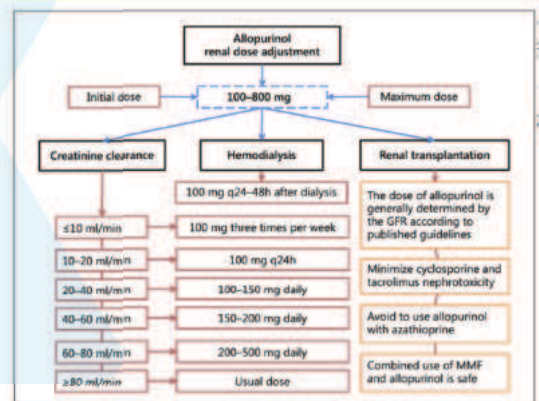
Khởi đầu với liều thấp: allopurinol (≤ 100 mg/ngày và thấp hơn ở BN bệnh thận mạn) chỉnh liều dần để đạt mục tiêu.

Allopurinol

XN HLA-B*5801 trước khi điều trị allopurinol cho BN gốc Đông Nam Á (vd: Trung Quốc, Hàn Quốc, Thái Lan...) và người Mỹ gốc Phi

Không XN thường quy HLA-B*5801 trước khi bắt đầu allopurinol cho BN sắc tộc khác

BN tiền sử dị ứng với allopurinol mà không thể điều trị bằng các thuốc ULT đường uống khác, cân nhắc sử dụng giải mẫn cảm với allopurinol.



FitzGerald, J. D., Dalbeth, N., et al (2020). *Arthritis care & research*, 72(6), 744–760.
Kanbay, M., Solak, Y., Gaipov, A., Takir, M., & Weiner, D. E. (2014). *Blood Purification*, 37(3), 172–178.



Febuxostat

- Liều khởi đầu: 40mg/ngày.
- Liều max: 120mg/ngày
- Hiệu quả febu/suy thận (Kelley):
 - ✓ Febu đào thải/gan và thận → không cần chỉnh liều/suy thận.
 - ✓ Dữ liệu febu/dlct 30 – 60: hiệu quả và an toàn # nhóm có cn thận bảo tồn.
 - ✓ Dữ liệu febu/dlct < 30 (cre > 1.6): không nhiều.

Guideline ACR 2020

Febuxostat

For patients with gout taking febuxostat with a history of CVD or a new CV event, we conditionally recommend switching to an alternative ULT agent if available and consistent with other recommendations in this guideline.

Table 3. Major Safety End Points (Modified Intention-to-Treat Analysis).^a

End Point	Febuxostat (N = 3098) no. of patients (%)	Allopurinol (N = 3092) no. of patients (%)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value ^b
Primary end point: composite of cardiovascular death, nonfatal myocardial infarction, nonfatal stroke, or urgent revascularization due to unstable angina	335 (10.8)	321 (10.4)	1.03 (0.87–1.23)‡	0.66 (0.002)
Secondary end points				
Cardiovascular death	134 (4.3)	100 (3.2)	1.34 (1.03–1.73)	0.03
Nonfatal myocardial infarction	111 (3.6)	118 (3.8)	0.93 (0.72–1.21)	0.61
Nonfatal stroke	71 (2.3)	70 (2.3)	1.01 (0.75–1.41)	0.94
Urgent revascularization for unstable angina	49 (1.6)	56 (1.8)	0.86 (0.59–1.26)	0.44
Composite of cardiovascular death, nonfatal myocardial infarction, or nonfatal stroke	296 (9.6)	271 (8.8)	1.09 (0.92–1.28)	0.33
Death from any cause	243 (7.8)	199 (6.4)	1.22 (1.01–1.47)	0.04

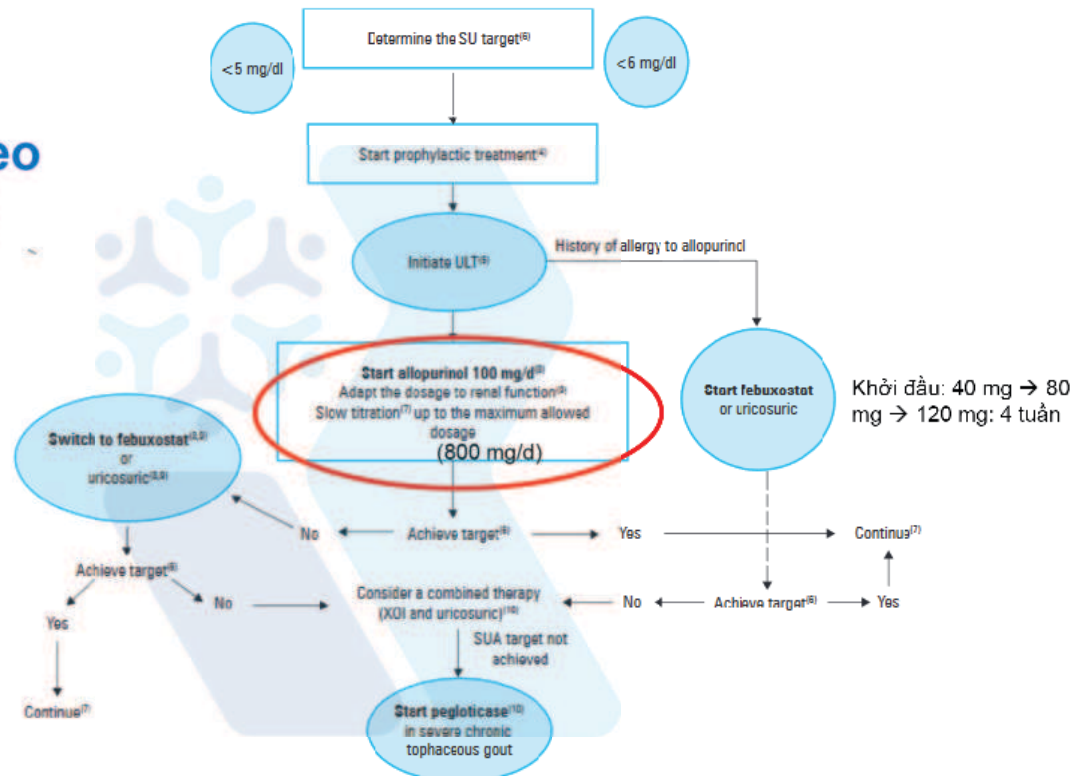
Kelley 11. CHAPTER 69 Urate-Lowering Therapy 1113

FitzGerald, J. D., Dalbeth, N., et al (2020). Arthritis care & research, 72(6), 744–760.

White, W. B., Saag, K. G., Becker, et al (2018). New England Journal of Medicine, 378(13), 1200–1210.



Điều trị ULT theo EULAR 2016



2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout
Richette P et al. Ann Rheum Dis 2017;76:29-42



Khi nào thay đổi điều trị ULT

Khuyến cáo ACR 2020	Chứng cứ
BN đang dùng 1 thuốc XOI mà UA máu > 6mg/dl mặc dù đã dùng liều tối đa và thường xuyên xuất hiện cơn gút cấp hoặc không kiểm soát được tophi, nên chuyển sang một thuốc XOI khác hơn là thêm 1 thuốc tăng thải UA.	Rất thấp
BN điều trị với thuốc XOI, tăng thải UA và biện pháp khác mà không đạt được UA mục tiêu và thường xuyên xuất hiện đợt gút cấp hoặc không kiểm soát được tophi, nên thay thế bằng pegloticase hơn là tiếp tục dùng thuốc ULT hiện tại.	Trung bình
BN dùng thuốc XOI, tăng thải UA và biện pháp khác mà không đạt UA mục tiêu, nhưng không thường xuyên xuất hiện đợt gút cấp (<2 đợt/năm) và không có hạt tophi, không khuyến cáo đổi sang pegloticase.	Trung bình

Khuyến cáo mạnh

Khuyến cáo tùy trường hợp

Không khuyến cáo mạnh

Không khuyến cáo tùy trường hợp



Mục tiêu điều trị gút

	ACR 2020	EULAR 2016
Duration	Recommended for the greater of: 6 months, 3 months after achieving target serum urate if no tophi, 6 months after achieving target serum urate where there has been resolution of previously identified tophi	Recommended for 6 months
1st line options	Colchicine (0.5/0.6 mg 1-2 times/day) or low-dose NSAIDs; if intolerant/refractory to both, low-dose prednisone/prednisolone (≤ 10 mg/day)	Colchicine 0.5–1 mg/day; if not tolerated/contraindicated, consider low-dose NSAIDs

**cấp xuất hiện khi
khởi động thuốc hạ
acid uric máu**

Richette P, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:28–42.

FitzGerald et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care & Research 2020.



Thay đổi lối sống – Giáo dục

Khuyến cáo
Giảm cân nếu thừa cân/béo phì
Tập vận động thể lực thường xuyên (150-300 phút/tuần) với cường độ trung bình
Chế độ ăn THA kèm giảm cân nếu thừa cân
Thịt đỏ nên hạn chế (2 lần/tuần). Hạn chế thực phẩm giàu purine
Hải sản (các loại giáp xác và có vỏ) nên hạn chế. Cá được khuyến cáo 1-2 lần/tuần
Hạn chế rượu bia
Đồ uống có đường, nước ép trái cây và thức ăn giàu fructose nên tránh
Khuyến khích sữa và các thực phẩm sữa ít béo



Sautner, J., et al. (2022). *Wiener klinische Wochenschrift*, 134(13), 546-554.



Quản lý các loại thuốc đồng thời

Khuyến cáo ACR 2020	Chứng cứ
Ở BN gút bất kể hoạt động bệnh, thay thế hydrochlorothiazide bằng thuốc hạ huyết áp khác nếu có thể.	Rất thấp
Ở BN gút bất kể hoạt động bệnh, chọn lựa losartan như thuốc điều trị huyết áp đầu tay nếu được.	Rất thấp
Không nên ngưng sử dụng aspirin liều thấp (BN đang sử dụng thuốc này cho những bệnh lý khác thích hợp) ở BN gút bất kể hoạt động bệnh.	Rất thấp
Không khuyến cáo thêm vào hoặc chuyển sang thuốc fenofibrate để hạ cholesterol máu ở BN gút bất kể hoạt động bệnh.	Rất thấp

Khuyến cáo mạnh

Khuyến cáo tùy trường hợp

Không khuyến cáo mạnh

Không khuyến cáo tùy trường hợp



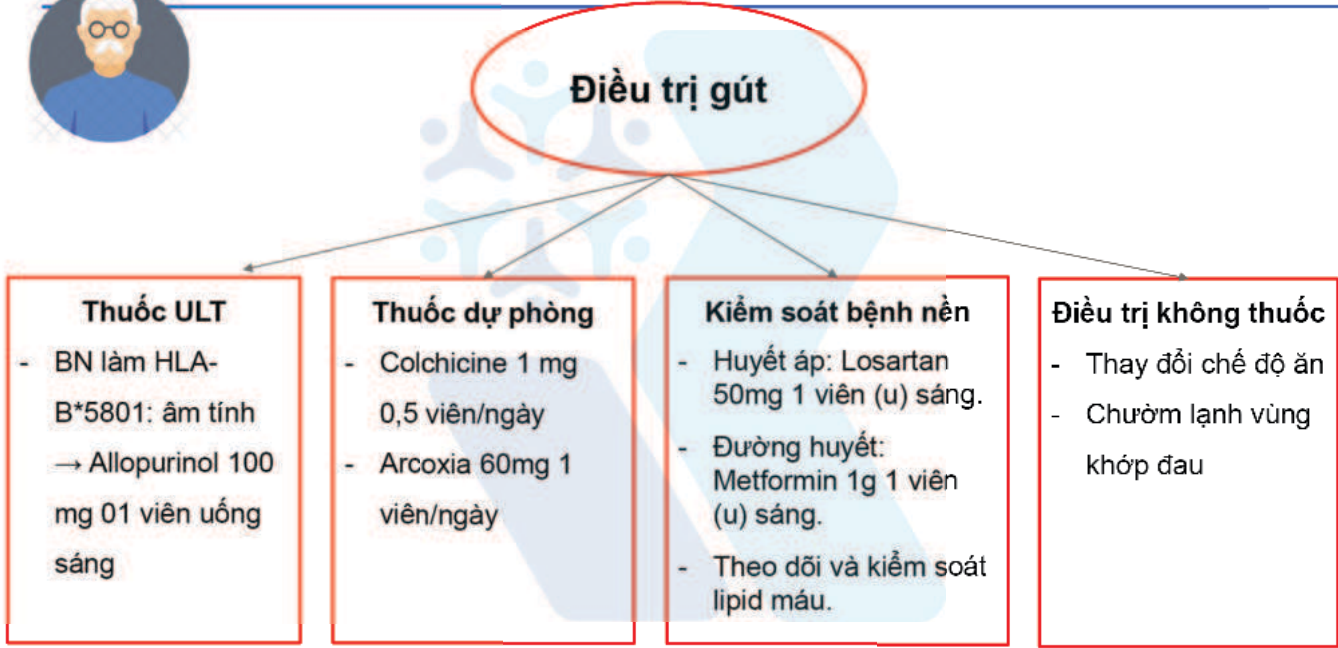
Quản lý toàn diện gút



Dalbeth, N., Te Karu, L., & Stamp, L. K. (2024). Gout and its management. *Internal Medicine Journal*, 54(5), 716-723.



Trường hợp lâm sàng





Kết luận

- Điều trị viêm khớp gút cần lâu dài và xuyên suốt.
- Điều trị bao gồm kết hợp thuốc, lối sống và quản lý bệnh đi kèm để đạt hiệu quả tối ưu.
- Điều trị sớm và đúng để tránh các biến chứng và hạn chế tàn phế
- Cần cá thể hoá điều trị trên từng bệnh nhân
- Giáo dục, cung cấp thông tin là một phần quan trọng

**Trân trọng cảm ơn sự chú ý lắng nghe
của Quý đồng nghiệp**

