

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG VIÊM Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP ĐANG ĐIỀU TRỊ THUỐC SINH HỌC

Đào Thị Yến¹, Bùi Hải Bình¹ và Hoàng Thị Hải Vân^{2,✉}

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu được thực hiện nhằm tìm hiểu thực trạng sử dụng thuốc chống viêm ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đang điều trị thuốc sinh học tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 153 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp và đang điều trị thuốc sinh học tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 8/2019 đến 8/2022. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 81% bệnh nhân dùng thuốc chống viêm, trong đó nhóm glucocorticoid (GC) tỉ lệ chiếm 79%, còn thuốc chống viêm không steroid (Non-steroidal anti-inflammatory drugs - NSAIDs) là 21%. Liều GC chủ yếu là liều thấp (tương đương $\leq 8\text{mg}$ methylprednisolone/ ngày) chiếm tỉ lệ tới 97%, liều thuốc được sử dụng nhiều nhất là 4 mg chiếm tỉ lệ 79,7%. Với thuốc NSAIDs, thuốc ức chế chọn lọc COX-2 được sử dụng nhiều nhất với tỉ lệ 65,3%, trong đó celecoxib chiếm tỉ lệ nhiều nhất với tỉ lệ 61,5%. Như vậy đa số bệnh nhân đang điều trị thuốc sinh học vẫn tiếp tục dùng thuốc chống viêm, với tỉ lệ dùng thuốc GC cao hơn NSAIDs. Bệnh nhân dùng GC chủ yếu với liều thấp, NSAIDs chọn lọc COX-2 được dùng nhiều hơn.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, thuốc chống viêm, glucocorticoid, NSAIDs, thuốc sinh học.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh tự miễn thường gặp.¹ Trên thế giới, VKDT được ước tính ảnh hưởng đến khoảng 0,24 đến 1 phần trăm dân số, trong đó tỷ lệ mắc và tỷ lệ lưu hành ở nữ cao gấp đôi nam giới.²

Mục tiêu điều trị VKDT là nhằm ngăn ngừa tổn thương và cải thiện chức năng khớp, trong đó các thuốc chống thấp khớp làm thay đổi bệnh (disease modifying antirheumatic drug-DMARD), đặc biệt là thuốc sinh học có vai trò như thuốc điều trị đích, điều trị cơ bản trong VKDT.³

Các thuốc chống viêm bao gồm glucocorticoids (GC) và thuốc chống viêm không

steroid (NSAIDs) mặc dù được chứng minh là không thay đổi được tiến triển của bệnh VKDT, không làm dừng quá trình hủy khớp nhưng vẫn được sử dụng rộng rãi đặc biệt trong giai đoạn bắt đầu điều trị do có tác dụng sớm kiểm soát đau và giảm tình trạng khớp viêm khi các thuốc DMARD chưa có tác dụng trên bệnh nhân.⁴ Khi bệnh nhân có đáp ứng tốt với các thuốc sinh học, khuyến cáo là cần giảm liều sau đó ngừng các thuốc chống viêm khi bệnh đã được kiểm soát tốt.⁵ Tuy nhiên, trên thực tế, nhiều bệnh nhân VKDT đang sử dụng thuốc sinh học dù đã kiểm soát được bệnh nhưng vẫn tiếp tục sử dụng kéo dài các thuốc chống viêm theo chỉ định của bác sĩ hoặc theo thói quen dẫn đến tăng các nguy cơ tai biến, tác dụng không mong muốn do thuốc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với hai mục tiêu: *Mô tả thực trạng sử dụng thuốc chống viêm ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đang điều trị thuốc sinh học tại trung tâm*

Tác giả liên hệ: Hoàng Thị Hải Vân

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hoangthihaivan@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 05/01/2023

Ngày được chấp nhận: 30/01/2023

Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai và xác định một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

153 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp (mã ICD-10: M05, M06) đang điều trị thuốc sinh học tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 8/2019 đến 8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKDT theo tiêu chuẩn Hội thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) và Liên đoàn chống thấp khớp châu Âu (EULAR) 2010 hoặc ACR 1987; đang điều trị ít nhất 1 thuốc sinh học tại thời điểm nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không có khả năng giao tiếp, trả lời câu hỏi, mắc các bệnh tâm thần.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu

cứu mô tả cắt ngang.

Phương thức chọn mẫu: lấy mẫu thuận tiện. Tất cả các bệnh nhân VKDT đang điều trị thuốc sinh học tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai đủ tiêu chuẩn được lấy một lần duy nhất vào nghiên cứu; những bệnh nhân đã lựa chọn vào nghiên cứu thì những lần điều trị tiếp theo không được lấy lại vào nghiên cứu.

Thời gian thực hiện: từ tháng 8/2021 đến tháng 08/2022.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai.

Xử lý số liệu: Chúng tôi sử dụng phần mềm IBM IPSS statistics 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu trường Đại học Y Hà Nội.

- Nghiên cứu có sự đồng ý tham gia của lãnh đạo Khoa Cơ xương khớp và lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai và sự chấp thuận tự nguyện của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 153)

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 40	12	7,8
	40 - 59	56	36,6
	≥ 60	85	55,6
	$\bar{x} \pm SD$ (năm)	58,7 ± 11,5	
Giới	Nam	18	11,8
	Nữ	135	88,2
Mức độ hoạt động bệnh (DAS28)	Không hoạt động	118	77,1
	Thấp	23	15,0
	Trung bình	12	7,9
csDMARD	Có	141	92,2
	Không	12	7,8

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Loại thuốc csDMARD	MTX	139	90
	HCQ	7	4
	LEF	1	0
	SSA	12	7
Tiền sử thuốc sinh học được sử dụng trước đó	Có	27	9,8
	Không	126	90,2
Thuốc sinh học đang sử dụng	Tocilizumab	102	66,7
	Adalimumab	14	9,2
	Golimumab	31	20,3
	Infliximab	6	3,9

Tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là $58,7 \pm 11,5$, tuổi từ 60 trở lên chiếm nhiều nhất với 55,6% và giới nữ chiếm đa số (88,2%). Tại thời điểm nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân ở trạng thái bệnh không hoạt động (76,5%) hoặc hoạt động bệnh nhẹ (15%). 92,2% bệnh nhân có sử dụng thuốc chống thấp khớp làm thay đổi bệnh kinh điển (conventional synthetic DMARD-csDMARD) kèm theo, trong đó, methotrexate (MTX) là thuốc được sử dụng cùng nhiều nhất

với tỉ lệ 90,9%. 90,2% bệnh nhân đang dùng thuốc sinh học là thuốc sinh học đầu tiên. Trong số các thuốc sinh học đang được sử dụng, tocilizumab là thuốc được sử dụng nhiều nhất với 66,7% trong tổng số các bệnh nhân, các thuốc còn lại lần lượt là các thuốc trong nhóm thuốc ức chế TNF- α .

2. Thực trạng sử dụng thuốc chống viêm và một số yếu tố liên quan

Bảng 2. Tỉ lệ sử dụng thuốc chống viêm

Thuốc chống viêm		n (%)	Tổng
Có		124 (81,0)	153
Không		29 (19,0)	
Loại thuốc	NSAIDs	26 (21,0)	124
	GC	98 (79,0)	

Có 81% bệnh nhân dùng thuốc chống viêm, trong đó GC tỉ lệ chiếm 79%, còn NSAIDs là 21%.

Bảng 3. Tỉ lệ và liều dùng thuốc chống viêm của đối tượng nghiên cứu

Loại thuốc chống viêm		n (%)	Liều (mg/ngày)
<i>Thuốc NSAID (n = 26)</i>			
Ức chế chọn lọc COX-2	Etoricoxib	1 (3,8)	60
	Celecoxib	16 (61,5)	200

Loại thuốc chống viêm		n (%)	Liều (mg/ngày)
<i>Thuốc NSAID (n = 26)</i>			
Ước chế không chọn lọc COX-2	Meloxicam	7 (26,9)	8,5 ± 2,8
	Piroxicam	2 (7,7)	20
<i>Thuốc GC (n = 98)</i>			4,6 3.2
Liều thấp (≤ 8mg)	4 mg	78 (79,5)	4,2 ± 1,2
	Liều khác	17 (17,5)	
Liều cao (> 8mg)		3 (3)	18 ± 12,1

Trong các bệnh nhân dùng NSAIDs, thuốc ước chế chọn lọc COX-2 được sử dụng nhiều hơn với tỉ lệ 65,3%, trong đó, celecoxib chiếm tỉ lệ nhiều nhất với tỉ lệ 61,5%. Với GC (tính theo

methylprednisolon) chủ yếu bệnh nhân dùng liều thấp chiếm tỉ lệ tới 97%. Liều GC được sử dụng nhiều nhất là 4 mg chiếm tỉ lệ 79,5%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố với việc sử dụng thuốc chống viêm.

Các yếu tố ảnh hưởng	Thuốc chống viêm		p
	Có	Không	
Biến dạng khớp	Có	80 (64,5%)	0,025
	Không	44 (35,5%)	
Mức độ hoạt động (điểm DAS28)	Không hoạt động	93 (75,0%)	0,229
	Hoạt động bệnh thấp và trung bình	31 (25%)	

Biến dạng khớp là yếu tố có liên quan đến việc sử dụng thuốc chống viêm. Không có mối liên quan giữa mức độ hoạt động bệnh với có/không sử dụng thuốc chống viêm.

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm DAS 28 và thuốc chống viêm

Điểm DAS 28	Loại thuốc chống viêm		OR (95% KTC)	p
	NSAIDs	GC		
≤ 2,9	26	81	0,757	0,022
> 2,9	0	17	(0,68 - 0,843)	
Tổng	26	98		

Ở nhóm bệnh nhân có thang điểm DAS28 mức độ hoạt động bệnh > 2,9 có 17/17 (100%) bệnh nhân sử dụng GC, trong khi đó 26/26 (100%) bệnh nhân sử dụng NSAID có mức độ hoạt động bệnh DAS28 < 2,9.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là 58,7 và đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ (88,2%). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của

Clémentine Fortunet và cộng sự năm 2015 ở nhóm bệnh nhân VKDT sử dụng tocilizumab sau đó giảm liều dần GC, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56,7, trong đó, tỉ lệ nữ chiếm 80,8%.⁶ Điều này cũng phù hợp với các tổng kết trong y văn là bệnh VKDT gặp chủ yếu ở nữ giới, thường khởi phát ở lứa tuổi trung niên.

Nghiên cứu chúng tôi cắt ngang thời điểm bệnh nhân đang được điều trị thuốc sinh học, vì vậy phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ hoạt động thấp (15,0 %) và không hoạt động (77,1%), còn lại 7,9% bệnh nhân có mức độ hoạt động trung bình.

Tỉ lệ dùng các thuốc DMARD kinh điển trong lúc đang dùng thuốc sinh học ở nhóm nghiên cứu chiếm tỉ lệ cao 92,2%, trong đó MTX là thuốc được sử dụng nhiều nhất với 139 (90,9%) bệnh nhân dùng với trung bình liều $15,1 \pm 2,1$ mg/tuần. Điều này phù hợp với các hướng dẫn điều trị trong đó nhấn mạnh sự phối hợp giữa các DMARD kinh điển đặc biệt là MTX với các thuốc sinh học vừa làm tăng hiệu quả điều trị bệnh, vừa có tác dụng giảm sinh kháng thể kháng thuốc sinh học.

Trong một nghiên cứu về sự giảm liều GC ở bệnh nhân VKDT dùng thuốc TNFi của Seror và cộng sự năm, theo dõi dọc trên 110 bệnh nhân tại thời điểm ban đầu có 90 (81,8%) bệnh nhân sử dụng csDMARD đi kèm, chủ yếu MTX (chiếm 69,7%), sau đó thuốc csDMARD được giảm hoặc ngừng sử dụng, đồng thời giảm dần liều GC trong khi vẫn tiếp tục dùng thuốc sinh học.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, thuốc sinh học được dùng nhiều nhất là thuốc ức chế IL6 (tocilizumab với 67% bệnh nhân dùng, tiếp đến là các thuốc ức chế TNF- α : golimumab, adalimumab và infliximab với tỷ lệ thấp hơn). Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Naonobu Sugiyama và cộng sự năm 2016,

thuốc ức chế TNF- α được ưu tiên lựa chọn trước với 87%.⁸ Sự khác biệt này có thể là do ở nước ta thuốc ức chế IL-6 mà cụ thể là TCZ có chi phí sau bảo hiểm cho mỗi tháng điều trị thấp hơn nên được ưu tiên lựa chọn trước mặc dù các khuyến cáo của EULAR 2019 và ACR 2021 không ưu tiên nhóm nào hơn.⁹

Liên quan đến việc sử dụng thuốc chống viêm có 124 (81%) trường hợp sử dụng thuốc chống viêm, gồm NSAIDs hoặc GC (không có trường hợp nào phối hợp hai nhóm thuốc này), còn lại 29 (19%) bệnh nhân không sử dụng. Các bệnh nhân dùng GC với liều trung bình $4,6 \pm 3,2$ mg/ngày (quy đổi theo methylprednisolon). Theo ACR 2015, với liều GC ≤ 8 mg/ngày (tính theo methylprednisolon) được coi là liều thấp, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng liều này trong đó liều GC được dùng nhiều nhất là 4mg, chiếm 79,7%; tương tự nghiên cứu của Birlik và cộng sự năm 2015 với liều trung bình GC là $3,3 \pm 3,5$ mg/ngày.¹⁰

Về thuốc NSAIDs, chúng tôi thấy thuốc ức chế chọn lọc COX-2 được ưu tiên sử dụng hơn so với thuốc ức chế không chọn lọc. Liều thuốc NSAIDs trong nghiên cứu của chúng tôi thường là liều nhỏ nhất của thuốc theo khuyến cáo, chỉ có 7 bệnh nhân dùng meloxicam với liều trung bình $8,5 \pm 2,8$ mg/ngày, cao hơn mức liều khuyến cáo nhỏ nhất của thuốc này là 7,5mg. Nghiên cứu của Lê Xuân Ngọc năm 2015, thuốc ức chế chọn lọc COX-2 được sử dụng nhiều nhất, tương tự nghiên cứu của chúng tôi.¹¹

Trong thực hành lâm sàng thường sẽ sử dụng GC liều cao hơn khi mức độ hoạt động bệnh cao, sau đó giảm liều GC và chuyển sang dùng NSAIDs khi mức độ hoạt động bệnh giảm và ngừng hoàn toàn thuốc chống viêm khi đạt được mục tiêu điều trị (lui bệnh hoàn toàn hoặc mức độ hoạt động bệnh thấp). Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng tỉ lệ bệnh nhân dùng thuốc chống viêm vẫn cao mặc dù

bệnh nhân đa phần đã đạt mục tiêu điều trị, đồng thời tỉ lệ dùng GC nhiều hơn so với dùng NSAIDs. Nguyên nhân tỉ lệ dùng thuốc chống viêm cao có thể do bệnh nhân “quen” sử dụng thuốc chống viêm để giảm đau, và “sợ” ngừng thuốc sẽ đau lại. Còn tỉ lệ dùng GC cao hơn so với dùng NSAIDs có thể do trong thực tế việc sử dụng GC đem lại tác dụng giảm đau chống viêm thường mạnh hơn và nhanh hơn so với NSAIDs, do đó bác sĩ điều trị cũng như bệnh nhân có xu hướng lựa chọn lại thuốc này.

Việc sử dụng thuốc chống viêm có mối liên quan đến sự biến dạng khớp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 4). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân dùng thuốc chống viêm ở nhóm có biến dạng khớp chiếm tỉ lệ 65%; bệnh nhân có tình trạng hủy khớp, biến dạng khớp có tỉ lệ dùng thuốc chống viêm cao hơn những bệnh nhân không có biến dạng khớp. Nguyên nhân có thể do trong quá khứ tình trạng viêm khớp nhiều dẫn đến hủy khớp nhanh gây biến dạng khớp, thoái hóa thứ phát nên bệnh nhân thường phải sử dụng nhiều thuốc chống viêm và thuốc giảm đau nhiều hơn người không có biến dạng khớp. Khi đã để lại di chứng thì dù tình trạng sưng, đau do viêm có giảm nhưng triệu chứng cứng khớp và hạn chế vận động vẫn còn dẫn đến bệnh nhân có xu hướng vẫn tiếp tục sử dụng kéo dài thuốc chống viêm. Tình trạng này rất hay xảy ra ở bệnh nhân không tuân thủ điều trị kèm theo thời gian mắc bệnh lâu năm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân ở tình trạng không hoạt động bệnh có tỉ lệ dùng thuốc chống viêm không khác biệt so với nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh thấp và trung bình (bảng 4). Cụ thể, vẫn có 75% bệnh nhân có mức độ bệnh không hoạt động vẫn tiếp tục sử dụng thuốc chống viêm, có sự khác biệt so với khuyến cáo của các Hiệp hội Cơ xương khớp trên thế giới: khi mức độ

hoạt động bệnh thấp hoặc không hoạt động thì giảm hoặc ngừng sử dụng thuốc chống viêm. Sự khác biệt này có thể giải thích với tình hình thực tế tại Việt Nam. Nhiều bệnh nhân không tuân thủ điều trị và tự mua thuốc, tự điều trị theo đơn cũ của bác sĩ hay ra hiệu thuốc mua theo hướng dẫn của dược sĩ. Theo nghiên cứu của Lê Xuân Ngọc năm 2015, có 21% bệnh nhân tự mua theo đơn cũ và 15% bệnh nhân mua ở quầy thuốc không có đơn.¹¹

Trong số 124 bệnh nhân sử dụng thuốc chống viêm, kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả bệnh nhân có điểm DAS28 > 2,9 đều sử dụng GC, còn ở nhóm bệnh nhân có điểm DAS28 ≤ 2,9 thì bệnh nhân sử dụng GC hoặc NSAIDs. Tuy nhiên, cả 100% bệnh nhân sử dụng NSAIDs đều thuộc nhóm có DAS28 thấp hơn. Điều này cho thấy xu hướng sử dụng GC ở nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh cao hơn cũng như ưu tiên dùng NSAIDs ở nhóm có mức độ hoạt động bệnh thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

Đa số (81%) bệnh nhân đang điều trị thuốc sinh học vẫn tiếp tục dùng thuốc chống viêm, tỉ lệ dùng thuốc chống viêm GC là 79% cao hơn so với tỉ lệ dùng NSAIDs là 21%, trong đó chủ yếu bệnh nhân dùng GC với liều thấp (97%) và nhóm thuốc chống viêm ức chế chọn lọc COX-2 thường được sử dụng nhiều nhất (65,3%) trong số bệnh nhân dùng NSAIDs. Có 75% bệnh nhân với mức độ bệnh không hoạt động vẫn tiếp tục sử dụng thuốc chống viêm. Biến dạng khớp là yếu tố có liên quan đến sử dụng thuốc chống viêm. Có xu hướng sử dụng GC ở nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh cao (DAS28 > 2,9) và dùng NSAIDs ở nhóm có mức độ hoạt động bệnh thấp (DAS < 2,9).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Diseases and Conditions Rheumatoid

Arthritis. Accessed December 18, 2022. <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Rheumatoid-Arthritis>.

2. Crowson CS, Matteson EL, Myasoedova E, et al. The Lifetime Risk of Adult-Onset Rheumatoid Arthritis and Other Inflammatory Autoimmune Rheumatic Diseases. *Arthritis Rheum*. 2011;63(3):633-639. doi: 10.1002/art.30155.

3. Smolen JS, Aletaha D, Koeller M, et al. New therapies for treatment of rheumatoid arthritis. *Lancet Lond Engl*. 2007;370(9602):1861-1874. doi: 10.1016/S0140-6736(07):60784-3.

4. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(3):492-509. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204573.

5. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(6):685-699. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216655.

6. Fortunet C, Pers YM, Lambert J, et al. Tocilizumab induces corticosteroid sparing in rheumatoid arthritis patients in clinical practice.

Rheumatol Oxf Engl. 2015;54(4):672-677. doi: 10.1093/rheumatology/keu339.

7. Seror R, Dougados M, Gossec L. Glucocorticoid sparing effect of tumour necrosis factor alpha inhibitors in rheumatoid arthritis in real life practice. *Clin Exp Rheumatol*. 2009;27(5):807-813.

8. Sugiyama N, Kawahito Y, Fujii T, et al. Treatment Patterns, Direct Cost of Biologics, and Direct Medical Costs for Rheumatoid Arthritis Patients: A Real-world Analysis of Nationwide Japanese Claims Data. *Clin Ther*. 2016;38(6):1359-1375.e1. doi: 10.1016/j.clinthera.2016.03.022.

9. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res*. 2021;73(7):924-939. doi: 10.1002/acr.24596.

10. Birlik M, Çapar S, Akar S, et al. Comparison of Glucocorticoid and Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug Requirement Before and After Tumor Necrosis Factor Inhibitor Treatment in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arch Rheumatol*. 2015;30(3):206-213. doi: 10.5606/ArchRheumatol.2015.5504.

11. Lê Xuân Ngọc. Đánh giá tình trạng sử dụng và hiểu biết của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp về thuốc chống viêm không steroid. Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.

Summary

CURRENT STATUS OF USING ANTI - INFLAMMATORY TREATMENT IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS USING BIOLOGICAL DRUGS

This study aims to explore the presence of using anti-inflammatory drugs in patients with rheumatoid arthritis using biological drugs at the Centre for Rheumatology, Bach Mai Hospital. The cross-sectional

descriptive study included 153 patients diagnosed with rheumatoid arthritis using biological drugs at the Centre for Rheumatology, Bach Mai Hospital in the period from August 2019 to August 2022. The results revealed that 81% of patients took anti-inflammatory drugs, of which glucocorticoid (GC) accounts for 79%, and non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) were 21%. The dose of GC calculated according to methylprednisolone was mainly low dose, accounting for 97%, the most used dose was 4mg, accounting for 79.7%. With NSAIDs, the COX-2 inhibitors were used more at 65.3%, celecoxib accounts for the highest proportion at 61.5%. This study showed that the majority of patients using biologic therapy continued to take anti-inflammatory drugs, with a higher prevalence of GC than NSAIDs. Patients receive GC mainly at low doses. COX-2selective inhibitors are more commonly used.

Keywords: Rheumatoid arthritis, anti-inflammatory drugs, glucocorticoid, NSAIDs, biologic agents.