

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC SINH HỌC TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đỗ Thị Huyền Trang¹, Phạm Hoài Thu^{1,2}

Phạm Thu Hằng¹ và Phạm Văn Tú^{1,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Liệu pháp điều trị sinh học đã mở ra một kỷ nguyên mới trong điều trị viêm khớp cột sống cả thể trực và thể ngoại vi. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 89 người bệnh viêm khớp cột sống thể trực và viêm khớp vảy nến được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ASAS 2009 và 2011 có điều trị thuốc sinh học với mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng thuốc sinh học trong điều trị viêm khớp cột sống tại khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội điều trị từ tháng 3/2024 đến tháng 11/2025. Kết quả nghiên cứu: nhóm thuốc được sử dụng khởi trị nhiều nhất là kháng TNF- α với 58,43%, tiếp theo đó là thuốc ức chế IL-17A (secukinumab, chiếm 41,57%). Có 21,35% người bệnh đổi thuốc sinh học. Secukinumab là thuốc được lựa chọn phổ biến nhất sau lần đổi thuốc đầu tiên, chiếm 36,11%. Adalimumab, golimumab và secukinumab được lựa chọn gần tương đương nhau sau lần đổi thuốc thứ 2. Tỷ lệ duy trì điều trị thuốc sinh học sau 3 năm là 77,53%, giảm liều là 59,55% và 22,47% người bệnh ngừng điều trị thuốc sinh học. Lý do giảm liều, tự ngừng thuốc và không tuân thủ điều trị phổ biến nhất là đáp ứng điều trị tốt và vấn đề về chi phí.

Từ khoá: Viêm khớp cột sống, thuốc sinh học, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp cột sống (VKCS) là một thuật ngữ chỉ nhóm bệnh lý khớp viêm mạn tính chia làm hai nhóm chính: viêm khớp cột sống thể trực bao gồm viêm cột sống dính khớp (AS), viêm khớp cột sống thể trực không có tổn thương trên Xquang (nr-axSpA) và viêm khớp cột sống ngoại vi với điển hình là viêm khớp vảy nến.¹ Đây là nhóm bệnh lý khớp viêm phổ biến ở người trẻ tuổi, đặc biệt nam giới trong độ tuổi lao động, gây ra gánh nặng bệnh tật và kinh tế cho xã hội nếu không được phát hiện sớm và kiểm soát tối ưu. Theo khuyến cáo của ASAS-EULAR năm 2022, điều trị viêm khớp cột sống thể trực bao gồm biện pháp không dùng thuốc

(tập luyện, vật lý trị liệu), các thuốc như chống viêm không steroid NSAIDs, thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm csDMARDs, thuốc sinh học b-DMARDs, và can thiệp phẫu thuật có thể đặt ra ở giai đoạn muộn.² Sự ra đời của các thuốc sinh học (bDMARDs) như thuốc ức chế TNF- α , ức chế IL-17A và ức chế JAK trong hơn hai thập kỷ qua là một cánh cửa mới giúp thay đổi mạnh mẽ tiến triển của bệnh, cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Liệu pháp này đã được chứng minh hiệu quả cũng như đưa vào nhiều khuyến cáo quốc tế như ACR, EULAR hay ASAS.^{1,2} Tại Việt Nam, với sự phát triển của các phương tiện kỹ thuật để chẩn đoán, công cụ theo dõi đánh giá bệnh, người bệnh viêm khớp cột sống ngày càng được chẩn đoán sớm và tiếp cận liệu pháp điều trị sinh học sớm theo đúng khuyến cáo. Tuy nhiên, việc ứng dụng liệu pháp điều trị sinh học tại Việt Nam còn gặp nhiều rào cản như các

Tác giả liên hệ: Phạm Văn Tú

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: phamvantubs@gmail.com

Ngày nhận: 12/12/2025

Ngày được chấp nhận: 14/01/2026

chính sách bảo hiểm, nguy cơ về tính an toàn đặc biệt về nhiễm trùng và lao, sự thiếu hụt các dữ liệu thực tế từ các cơ sở thực hành lâm sàng khác nhau cho các bác sĩ. Theo nghiên cứu của Najlae và cs 2025 theo dõi trong 3 năm trên 194 trường hợp viêm khớp cột sống có ghi nhận 8 trường hợp nhiễm lao sau điều trị thuốc sinh học.⁴ Theo nghiên cứu của tác giả Bùi Hải Bình năm 2023 tại Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ sử dụng thuốc sinh học trong điều trị bệnh viêm cột sống dính khớp phần lớn là nhóm kháng TNF-a (69,6%) trong đó infliximab là thuốc sử dụng phổ biến nhất với 44,7%.⁵ Việc thu thập dữ liệu và phân tích về tình trạng điều trị thuốc sinh học ở nhóm bệnh nhân viêm khớp cột sống tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội sẽ cung cấp thêm một mảnh ghép cho cái nhìn tổng thể và toàn diện hơn cho các nhà lâm sàng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng sử dụng thuốc sinh học trong điều trị viêm khớp cột sống tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với 2 mục tiêu là: 1) Mô tả các thuốc sinh học sử dụng, thời gian duy trì thuốc và tình trạng đổi thuốc; 2) Tỷ lệ và lý do giãn liều, ngừng thuốc và tuân thủ điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả người bệnh được chẩn đoán Viêm khớp cột sống thể trục theo tiêu chuẩn ASAS 2009 và Viêm khớp vảy nến theo tiêu chuẩn ASAS 2011 được điều trị thuốc DMARD sinh học tại khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3/2024 đến tháng 11/2025.²

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh dưới 16 tuổi.
- Người bệnh được chẩn đoán rối loạn tâm thần hoặc rối loạn chức năng nhận thức.
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Hồi cứu không có đủ chỉ số nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiền cứu kết hợp hồi cứu.

Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ và tuyển chọn được 89 người bệnh tham gia nghiên cứu trong đó các lượt điều trị thuốc sinh học từ tháng 3/2024 đến tháng 11/2025 được lấy tiền cứu, các lượt điều trị trước tháng 3/2024 được lấy hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án điện tử.

Việc thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất bao gồm đặc điểm nhân trắc học, đặc điểm về bệnh, đặc điểm về điều trị thuốc sinh học.

Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, chẩn đoán bệnh.

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động bệnh theo ASDAS-CRP, đánh giá giai đoạn tổn thương khớp cùng chậu trên X-quang khung chậu, đặc điểm các thuốc sử dụng trước khi điều trị DMARD sinh học.

- Thực trạng sử dụng thuốc DMARD sinh học:

+ Ngừng thuốc: Thời gian người bệnh không dùng DMARD sinh học kéo dài trên 3 lần thời gian giữa hai lần dùng thuốc theo khuyến cáo của nhà sản xuất tính từ liều dùng thuốc DMARD sinh học cuối cùng.^{2,4}

+ Đổi thuốc: Người bệnh chuyển từ 1 thuốc DMARD sinh học này sang dùng 1 thuốc DMARD sinh học khác.^{2,4}

+ Giãn liều: Khoảng cách giữa hai lần dùng 1 thuốc DMARD sinh học kéo dài hơn so với khuyến cáo của nhà sản xuất.^{2,4}

- Các lý do khiến người bệnh ngừng thuốc, giãn liều hay không tuân thủ điều trị thuốc bDMARD:

+ Đáp ứng bệnh: Sau 3 tháng điều trị

ASDAS-CRP < 2,1 hoặc hiệu số của chỉ số DAS28 trước và sau điều trị $\geq 1,1$, cải thiện triệu chứng lâm sàng và được bác sĩ cho giãn liều hoặc người bệnh cảm thấy triệu chứng cải thiện tự ngừng thuốc, giãn liều.²

+ Không đáp ứng: Sau 6 tháng điều trị với DMARD sinh học, người bệnh có điểm ASDAS-CRP $\geq 2,1$ hoặc hiệu số của chỉ số ASDAS-CRP trước và sau điều trị < 1,1 hoặc tái hoạt động trở lại sau khi đạt trạng thái lui bệnh/ hoạt động nhẹ dù vẫn đang duy trì thuốc sinh học.²

+ Tác dụng không mong muốn: Người bệnh phải ngừng thuốc, đổi thuốc do tác dụng không mong muốn của thuốc như nhiễm trùng, dị ứng, sốc phản vệ...

+ Chi phí điều trị: Người bệnh không đảm bảo được kinh phí điều trị.

+ Cung ứng thuốc: Do bệnh viện hết thuốc.

+ Các lý do khác: tất cả các lý do ngoài 5

lý do trên.

- Tuân thủ điều trị: người bệnh có số lượt điều trị đúng hẹn theo liệu trình điều trị chuẩn của thuốc và các trường hợp được giãn liều theo y lệnh của bác sĩ, chiếm $\geq 80\%$ tổng số lượt điều trị.³

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, xử lý và phân tích trên chương trình SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh tham gia nghiên cứu đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin người bệnh được mã hóa và giữ bí mật. Kết quả hoàn toàn phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm bắt đầu điều trị (n = 89)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	68	76,4
	Nữ	21	23,6
Tuổi	< 40 tuổi	62	69,66
	≥ 40 tuổi	27	30,34
	$\bar{x} \pm SD$ (Min - Max)	35,69 \pm 12,84 (17 - 73)	
Chẩn đoán	Viêm khớp cột sống thể trục	75	84,27
	Viêm khớp vảy nến	14	15,73
Thời gian mắc bệnh (tháng)	$\bar{x} \pm SD$ (Min - Max)	56,78 \pm 74,29 (2 - 492)	
Mức độ hoạt động bệnh (ASDAS-CRP)	Không hoạt động	11	12,36
	Nhẹ	8	8,99
	Trung bình	43	48,31
	Mạnh	27	30,34
Tổn thương khớp cùng chậu trên X- Quang	Không có tổn thương	18	20,22
	Giai đoạn I	4	4,49
	Giai đoạn II	28	31,46
	Giai đoạn III	33	37,08
	Giai đoạn IV	6	6,74

Nghiên cứu gồm 75 người bệnh viêm khớp cột sống thể trục và 14 người bệnh viêm khớp vảy nến với 76,4% giới nam. Tuổi trung bình là $35,69 \pm 12,84$ tuổi, phần lớn bệnh nhân dưới 40 tuổi (69,66%). Thời gian mắc bệnh trung bình tại thời điểm bắt đầu điều trị thuốc sinh

học là $56,78 \pm 74,29$ tháng, ngắn nhất là 2 tháng. Đa số người bệnh có mức độ hoạt động trung bình – mạnh theo thang điểm ASDAS-CRP (chiếm 78,65%) và tổn thương khớp cùng chậu giai đoạn II -III trên X-quang (chiếm 68,54%).

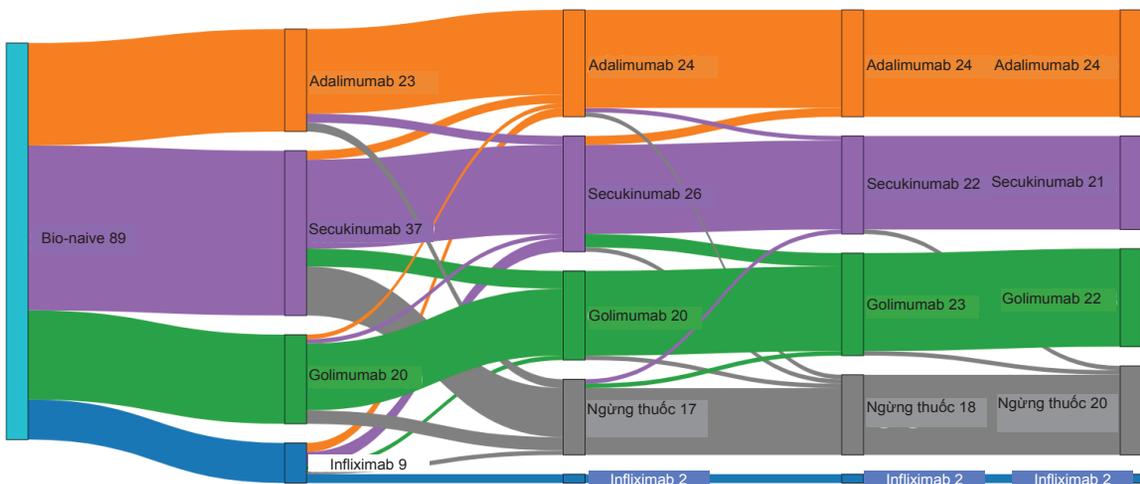
Bảng 2. Đặc điểm về các thuốc sử dụng trước khi điều trị thuốc sinh học (n = 89)

	Thuốc	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
NSAIDs	Etoricoxib	64	71,91
	Meloxicam	10	11,24
	Celecoxib	10	11,24
	Khác	5	5,61
csDMARD	Methotrexat	40	44,94
	Sulfasalazin	15	16,85
	Phối hợp cả 2 loại	10	11,24

Trước khi điều trị thuốc sinh học 100% người bệnh được sử dụng thuốc NSAIDs, Etoricoxib được lựa chọn nhiều nhất (chiếm 71,91%). Phần lớn người bệnh có điều trị bằng csDMARD

(chiếm 73,03%), trong đó methotrexat đơn độc được sử dụng nhiều nhất chiếm 44,94%.

2. Thực trạng điều trị thuốc sinh học của đối tượng nghiên cứu



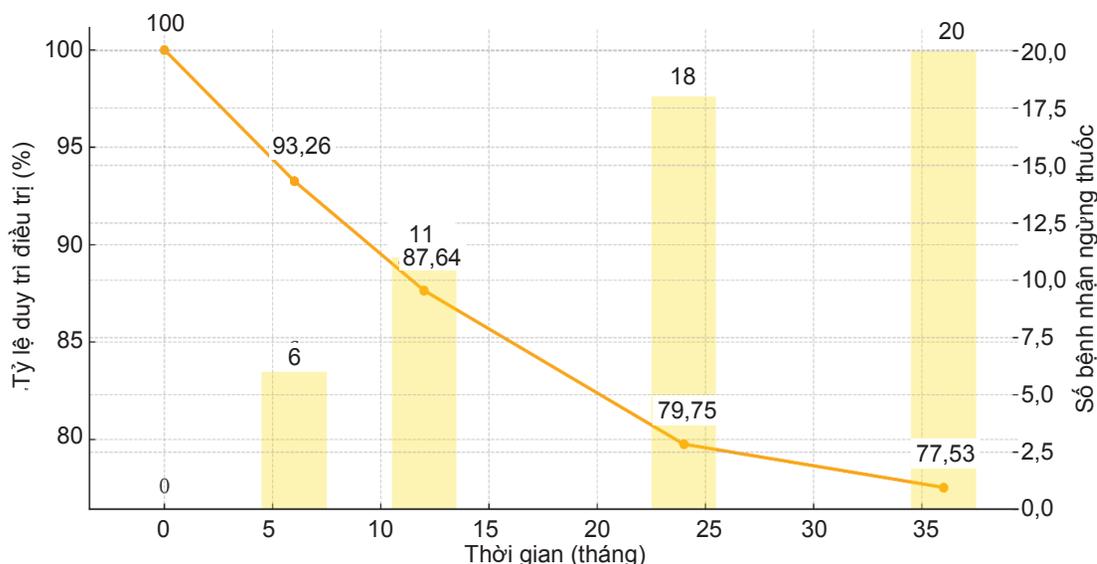
Biểu đồ 1. Lựa chọn thuốc điều trị khởi đầu, đổi thuốc và ngừng thuốc (n = 89)

Có 52 người bệnh chiếm 58,43% được sử dụng thuốc kháng TNF- α là thuốc khởi trị, trong đó tỷ lệ sử dụng adalimumab, golimumab và infiximab lần lượt là 25,84%, 22,47% và

10,12%. 37 người bệnh (chiếm 41,57%) được sử dụng secukinumab là bDMARD đầu tiên. Secukinumab là thuốc được lựa chọn phổ biến nhất sau lần đổi thuốc đầu tiên, chiếm 26/72

(36,11%). Sau lần đổi thuốc thứ 2 các thuốc adalimumab, golimumab và secukimumab được lựa chọn gần tương đương nhau với tỉ lệ

lần lượt là 33,8%, 32,39% và 30,99%. Infliximab là thuốc được sử dụng ít phổ biến nhất ở lựa chọn đầu tiên và sau các lần đổi thuốc.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ duy trì điều trị và ngừng thuốc sinh học theo thời gian (n = 89)

Tỉ lệ người bệnh duy trì điều trị thuốc sinh học giảm dần theo thời gian, giảm còn 87,64% sau

1 năm và còn 77,53% sau 3 năm. Có 22,47% người bệnh ngừng điều trị thuốc sinh học.

Bảng 3. Đặc điểm về tình trạng đổi thuốc, giãn liều, tuân thủ điều trị và tác dụng không mong muốn của đối tượng nghiên cứu (n = 89)

Chẩn đoán	Viêm khớp cột sống thể trực (n = 75)		Viêm khớp vảy nến (n = 14)		Tổng (n = 89)		p	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Đặc điểm								
Số lần đổi thuốc	1 lần	10	13,33	2	14,29	12	13,48	> 0,05*
	2 lần	6	8	1	7,14	7	7,87	> 0,05*
Giãn liều	45	60	8	57,14	53	59,55	> 0,05**	
Tuân thủ điều trị	49	65,33	9	64,29	58	65,17	> 0,05*	
Tác dụng không mong muốn	8	11,54	1	8,11	9	10,11	> 0,05*	

* Fisher test, ** Chi bình phương test

Tỉ lệ đổi thuốc sinh học 1 lần là 13,48% và 2 lần là 7,87%. Tỉ lệ giãn liều và tuân thủ điều trị lần lượt là 59,55% và 65,17%. Chỉ có 9/89 (10,11%) người bệnh gặp tác dụng không mong muốn của thuốc nhiều nhất là dị ứng với

4 trường hợp. Không có sự khác biệt về tình trạng đổi thuốc, giãn liều, tuân thủ điều trị và tác dụng không mong muốn giữa viêm khớp cột sống thể trực và viêm khớp vảy nến với $p > 0,05$.

Bảng 4. Lí do người bệnh không tuân thủ điều trị, ngừng điều trị và giãn liều thuốc sinh học

Lý do	Không tuân thủ		Ngừng thuốc		Giãn liều	
	Số lượng (n = 31)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n = 20)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n = 53)	Tỉ lệ (%)
Đáp ứng tốt	21	67,74	10	50	44	83,02
Chi phí điều trị	9	29,03	7	35	5	9,43
Tác dụng không mong muốn	1	3,23	2	10	3	5,66
Lí do khác	0	0	1	5	1	0

Đáp ứng tốt là lí do chính khiến người bệnh giãn liều, tự ngừng thuốc và không tuân thủ điều trị, trong đó 10/53 (18,87%) người bệnh tự giãn liều. Có 1 người bệnh ngừng thuốc do đi du học. 1 người bệnh giãn liều do điều trị lao tiềm ẩn.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 89 người bệnh bao gồm 75 người bệnh viêm khớp cột sống thể trực và 14 người bệnh viêm khớp vảy nến, chúng tôi nhận thấy 76,4% giới nam và tuổi trung bình là 35,69 ± 12,84 tuổi, trong đó phần lớn bệnh nhân dưới 40 tuổi (chiếm 69,66%). Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh viêm khớp cột sống. Thời gian mắc bệnh trước khi bắt đầu điều trị thuốc sinh học trung bình là 56,78 ± 74,29 tháng, thấp nhất là 2 tháng (bảng 3.1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trong nước và quốc tế khác như Bùi Hải Bình (2023) là 7,6 ± 6,6 năm;³ El Ouardi N (2025) là 131 tháng.⁴ Với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán sớm (MRI, HLA – B27) và sự phối hợp đa chuyên khoa cũng như thay đổi nhận thức về bệnh, người bệnh đã được rút ngắn khoảng thời gian trì hoãn chẩn đoán, cải thiện hiệu quả điều trị. Bảng 1 cho thấy phần lớn người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ hoạt động bệnh trung bình – cao theo thang điểm ASDAS-CRP ($\geq 2,1$), chiếm

78,65%. Điều này phù hợp với chỉ định điều trị thuốc sinh học trong điều trị viêm khớp cột sống theo khuyến cáo của ASAS-EULAR năm 2022 cũng như của hướng dẫn chẩn đoán điều trị của Bộ Y tế.² Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% người bệnh được điều trị bằng NSAIDs và 73,03% điều trị csDMARD trước khi điều trị thuốc sinh học (Bảng 2), phù hợp với các khuyến cáo điều trị hiện tại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Bùi Hải Bình (2024) tại Bệnh viện Bạch Mai về tỉ lệ điều trị NSAIDs và cs DMARD lần lượt là 83,5% và 33,5%.⁵ Tác giả Jung (2025) tiến hành nghiên cứu tại Hàn Quốc nhận thấy tỷ lệ điều trị NSAIDs và csDMARD giảm trong giai đoạn 2010 - 2023, lần lượt là 88,9% giảm còn 83,9% và 60,9% giảm còn 38,9%.⁶ Điều này có thể lí giải do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả nhóm viêm khớp cột sống thể ngoại vi, điển hình là viêm khớp vảy nến thường sẽ được khởi trị bằng methotrexat theo khuyến cáo.

Việc lựa chọn thuốc sinh học khởi trị theo khuyến cáo của ASAS-EULAR năm 2022, nhóm thuốc kháng TNF- α và kháng IL-17 là tương đương nhau, tuy nhiên theo khuyến cáo của Hiệp hội thấp khớp học Anh năm 2025 việc lựa chọn bDMARD khởi trị phụ thuộc vào các tổn thương ngoài khớp kèm theo như adalimumab ưu tiên cho tổn thương viêm màng bồ đào, kháng IL-17 ưu tiên cho tổn thương vảy

nền.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm kháng TNF- α được lựa chọn khởi trị nhiều hơn so với nhóm kháng IL- 17 (54,43% so với 41,57%) tương tự nghiên cứu của Bùi Hải Bình năm 2023.³ Adalimumab là được lựa chọn khởi trị nhiều nhất trong nhóm thuốc kháng TNF- α (chiếm 25,84%) tương tự nghiên cứu của İşbilir GD năm 2023.⁸ Tuy nhiên, khi phân tích từng thuốc cụ thể thì secukinumab là thuốc được lựa chọn nhiều nhất (41,57%) để khởi trị liệu pháp sinh học cho người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này khác với nghiên cứu của Bùi Hải Bình và Glintborg B đều nhận thấy infliximab là thuốc sinh học đầu tiên được lựa chọn nhiều nhất.^{3,9} Điều này có thể lí giải do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên cả nhóm người bệnh viêm khớp vẩy nến thường ưu tiên sử dụng secukinumab theo khuyến cáo, bên cạnh đó chi phí điều trị secukinumab cho người bệnh viêm cột sống dính khớp sẽ thấp hơn nhóm kháng TNF- α .

Tỉ lệ duy trì thuốc sinh học trong nghiên cứu đạt 93,26% sau 6 tháng; 87,64% sau 12 tháng; 79,75% sau 24 tháng và 77,53% sau 36 tháng (Biểu đồ 2). Kết quả này cao hơn nghiên cứu các nghiên cứu của Glintborg ghi nhận duy trì TNFi ở mức 75 – 82% sau 1 năm và khoảng 60 – 70% sau 3 năm;⁹ Lie nhận thấy mức duy trì khoảng 80% sau 12 tháng và giảm dần theo thời gian.¹⁰ Tương tự nghiên cứu của Bao và cộng sự tại Trung Quốc cho thấy duy trì Secukinumab đạt 85 – 90% sau 1 năm và 70 – 80% sau 3 năm.¹¹ Điều này phản ánh sự thay đổi tích cực trong nhận thức, hiểu biết của người bệnh về việc duy trì điều trị bDMARD để đạt được lui bệnh bền vững, hạn chế biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên chúng tôi cũng nhận thấy tỉ lệ ngừng điều trị sinh học trong nghiên cứu này là 22,47%, lí do chính khiến người bệnh tự ngừng thuốc do đáp ứng tốt thấy triệu chứng cải thiện (50%), tiếp theo là do chi phí điều trị (35%). Theo bảng

3.3 trong nghiên cứu, tỉ lệ người bệnh chuyển đổi sang thuốc sinh học 1 lần và 2 lần lần lượt là 13,48% và 7,87%, không có người bệnh đổi thuốc sinh học trên 2 lần. Trong số 19 người bệnh đổi thuốc sinh học thứ 2, tỉ lệ người bệnh đổi từ thuốc kháng IL-17 sang thuốc kháng TNF- α chiếm tỷ lệ cao nhất 36,84%. Tỉ lệ người bệnh chuyển thuốc sinh học thứ 2 từ thuốc kháng TNF- α sang thuốc ức chế IL-17 hoặc thuốc kháng TNF- α khác tương tự nhau đều là 31,58%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Lindstrom và cộng sự có 46% người bệnh ngừng điều trị thuốc kháng TNF- α đầu tiên chuyển sang thuốc kháng TNF- α thứ 2.¹² Chính sách bảo hiểm, sự cung ứng thuốc tại cơ sở y tế và tình trạng không đáp ứng điều trị (tiền phát và thứ phát) đều là lí do tác động đến tình trạng chuyển đổi thuốc sinh học.

Nghiên cứu của tác giả Michielsens CA và cộng sự trên 64 bệnh nhân viêm khớp vẩy nến và 58 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp nhận thấy chiến lược điều trị theo mục tiêu (T2T) của nhóm có giãn liều dần thuốc kháng TNF- α vẫn duy trì hoạt động bệnh thấp sau 12 tháng không kém nhóm không giãn liều.¹³ Nghiên cứu của chúng tôi có 58 người bệnh (59,55%) có giãn liều bDMARD, hầu hết người bệnh giãn liều là do đáp ứng tốt (chiếm 83,02%) theo lộ trình và chỉ định của bác sĩ điều trị, tuy nhiên vẫn có 10/53 (18,87%) người bệnh tự ý giãn liều điều trị, hầu hết cũng do đáp ứng tốt dẫn đến tâm lý chủ quan của người bệnh. Tỉ lệ người bệnh tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 65,17% và không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh viêm khớp cột sống thể trực với viêm khớp vẩy nến (Bảng 3). Lí do chính khiến người bệnh không tuân thủ điều trị do đạt đáp ứng tốt, triệu chứng cải thiện (chiếm 67,74%) tiếp theo là chi phí điều trị (29,03%). Chỉ có 9/89 (10,11%) người bệnh gặp tác dụng không mong muốn của thuốc là dị ứng (4), viêm xoang (3), lao tiềm ẩn (1), tiêu chảy (1).

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế: cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian nghiên cứu ngắn, chưa đánh giá được các yếu tố liên quan đến tình trạng ngừng thuốc, giãn liều và tuân thủ điều trị. Trong tương lai, nên mở rộng nghiên cứu với nhiều người bệnh và thời gian nghiên cứu kéo dài hơn để làm rõ tình trạng điều trị thuốc sinh học cũng như phân tích được yếu tố tiên lượng duy trì điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ người bệnh lựa chọn thuốc kháng TNF- α (TNFi) là thuốc bDMARD đầu tiên trong điều trị viêm khớp cột sống chiếm 58,43%. Tỉ lệ duy trì điều trị thuốc sinh học của người bệnh viêm khớp cột sống trong nghiên cứu của chúng tôi sau 3 năm đạt 77,53%. 22,47% người bệnh ngừng điều trị thuốc sinh học. Tỉ lệ đổi thuốc sinh học 1 lần là 13,48% và 2 lần là 7,87%. Tỉ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị, tự ngừng thuốc và tự giãn liều chiếm tỉ lệ lần lượt là 34,83%, 22,47% và 16,85%. Vì vậy, cần tăng cường quản lý tuân thủ điều trị, hỗ trợ tài chính từ chính sách bảo hiểm và giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(1):25-31. doi:10.1136/ard.2010.133645
2. Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, et al. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(1):19-34. doi:10.1136/ard-2022-223296
3. Binh BH, Trung NN, Hung NV, et al. Current Status of Biological Treatment in Ankylosing Spondylitis Patients and Some Related

Factors. *Mater Sociomed.* 2023;35(3):222-227. doi:10.5455/msm.2023.35.222-227

4. El Ouardi N, Hmamouchi I, Abouqal R, et al. Real-world evidence of biological treatments in rheumatoid arthritis and spondyloarthritis in Morocco: results of the RBSMR registry. *BMC Rheumatol.* 2025;9(1):62. Published 2025 May 27. doi:10.1186/s41927-025-00510-1

5. Bùi Hải Bình, Phạm Thị Kim Linh. Đặc điểm bệnh nhân viêm cột sống dính khớp điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;539:5-9.

6. Jung YS, Cho SK, Choi SR, et al. Evolving trends in the prevalence and treatment of ankylosing spondylitis in Korea from 2010 to 2023: a population-based study. *Sci Rep.* 2025;15:2561. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-86641-4>

7. Zhao SS, Harrison SR, Thompson B, et al. The 2025 British Society for Rheumatology guideline for the treatment of axial spondyloarthritis with biologic and targeted synthetic DMARDs. *Rheumatology (Oxford).* 2025;64(6):3242-3254. doi:10.1093/rheumatology/keaf089

8. İşbilir GD, Kardaş RC, Yildirim D, et al. Ab0940 title: choice of bdmard after tnfi: does it matter in the treatment of spondyloarthritis? *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2023;82:1687-1688.

9. Glinborg B, Østergaard M, Krogh NS, et al. Clinical response, drug survival and predictors thereof in 432 ankylosing spondylitis patients after switching tumour necrosis factor α inhibitor therapy: results from the Danish nationwide DANBIO registry. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(7):1149-1155. doi:10.1136/annrheumdis-2012-201933

10. Lie E, van der Heijde D, Uhlig T, et al. Effectiveness of switching between TNF inhibitors in axial spondyloarthritis: data from

the NOR-DMARD study. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(1):157–163

11. Bao C, Huang F, Zhang J, et al. Drug survival and effectiveness of secukinumab in ankylosing spondylitis: real-world evidence from China. *Clin Exp Rheumatol.* 2020;38(5):901–908.

12. Lindström U, Olofsson T, Wedrén S, et al. Biological treatment of ankylosing spondylitis: a nationwide study of treatment trajectories on

a patient level in clinical practice. *Arthritis Res Ther.* 2019;21(1):128. Published 2019 May 28. doi:10.1186/s13075-019-1908-9

13. Michielsens CA, den Broeder N, van den Hoogen FH, et al. Treat-to-target dose reduction and withdrawal strategy of TNF inhibitors in psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis: a randomised controlled non-inferiority trial. *Ann Rheum Dis.* 2022;81(10):1392-1399. doi:10.1136/annrheumdis-2022-222260

Summary

CURRENT STATE OF BIOLOGICS TREATMENT IN SPONDYLOARTHRITIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Biologic therapy has ushered in a new era in the management of ankylosing spondylitis, including both axial and peripheral forms. We conducted a study on 89 ankylosing spondylitis patients (diagnosed according to the ASAS 2009 and 2011 criteria) currently undergoing biologic therapy. The study was conducted to describe current patterns of biologic use in the treatment of ankylosing spondylitis at the Department of Rheumatology, Hanoi Medical University Hospital, from March 2024 to November 2025. Results: TNF- α inhibitors were the most frequently prescribed first-line biologic agents (58.43%), followed by IL-17A inhibition with secukinumab (41.57%). Biologic switching occurred in 21.35% of patients. Secukinumab was the most commonly selected agent after the first switch, accounting for 36.11%. Following the second switch, adalimumab, golimumab, and secukinumab were prescribed at comparable frequencies. The 3-year treatment retention rate for biologic therapy was 77.53%. Dose tapering or spacing was observed in 59.55% of patients, and 22.47% discontinued biologic therapy. The most frequently reported reasons for dose modification, treatment discontinuation, or non-adherence included favorable clinical response and financial considerations.

Keywords: Spondyloarthritis, biologic therapy, Hanoi Medical University Hospital.