

THÁCH THỨC TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP **VAI TRÒ CỦA THUỐC ỨNG CHẾ JAK**

PGS. TS. Lưu Thị Bình
Chủ tịch Hội Thấp khớp học Thái Nguyên

Được tài trợ bởi công ty Gilead sử dụng cho mục đích giáo dục y khoa

A8-25_PM_045_OLUM_12Mar

Nội dung

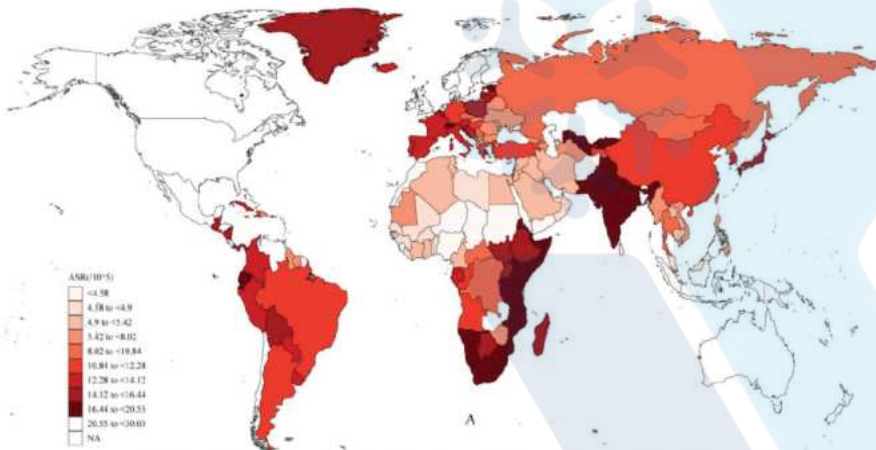
-  Thách thức trong điều trị VKDT
-  Vai trò của thuốc ức chế JAK
-  Hiệu quả của thuốc ức chế JAK
-  Chiến lược Treat-to-target trong điều trị VKDT

A8-25_PM_045_OLUM_12Mar

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

Dịch tễ học viêm khớp dạng thấp



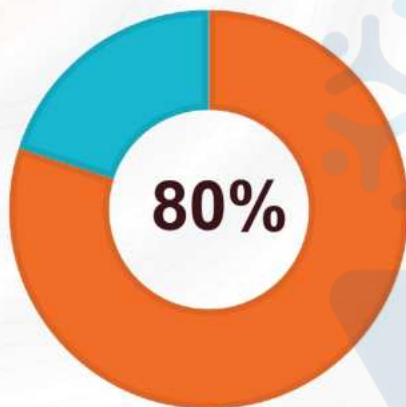
The global disease burden of rheumatoid arthritis for both sexes in 204 countries and territories. (A) The ASIR of rheumatoid arthritis in 2019³ (ASIR: the age-standardized incidence rate)

1. Lê Thị Thu Hà, Trầm cảm và một số yếu tố liên quan người bệnh VKDT. Tạp chí y học VN 516, 7-2022.
2. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2010 Sep 25;376(9746):1094-108.
3. Cai Y, et al. The Burden of RA 2019. J Clin Med 2023;12,1291

AB-25_PH_045_OLUH_12Mar

- Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh khớp mạn tính thường gặp ở Việt Nam cũng như nhiều nước trên thế giới, **tỷ lệ mắc** khoảng **0,3 – 1%** dân số trên toàn thế giới¹
- Tỷ lệ mắc VKDT ở các quốc gia phát triển **0.5-1%** dân số, với 5–50 ca mắc mới trên 100.000 người mỗi năm, tăng theo tuổi²
- Bệnh xảy ra ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ **nữ: nam= 3:1**²

Đau là gánh nặng trong điều trị VKDT



80% bệnh nhân VKDT ở độ tuổi từ 35-50³

61%

Bệnh nhân VKDT thấy đau là rào cản lớn nhất khi thực hiện các hoạt động hàng ngày²

43%

Bệnh nhân VKDT không thể làm việc do đau²

Đau là gánh nặng lớn nhất trong bệnh VKDT^{1,2}



1. Taylor PC, et al. Rheumatol Int 2016;36:685-95
2. Allen R, et al. Rheumatol Ther 2019;6:587-97
3. Abdrahman Hassan, Texila International Journal of Clinical Research Vol4, Issue 2, Nov 2017

AB-25_PH_045_OLUH_12Mar

Các thách thức trong điều trị VKDT hiện nay

Có nhiều nhu cầu điều trị trong điều trị VKDT hiện nay chưa được đáp ứng



Mục tiêu điều trị

- **>50%** bệnh nhân **không đạt được lui bệnh**¹
- Nhiều bệnh nhân VKDT **không đạt mục tiêu điều trị**²
- Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân không đạt thoái lui bệnh²



Cải thiện triệu chứng

- Tới **70%** bệnh nhân đặt **giảm đau như mục tiêu ưu tiên**³
- Mục tiêu điều trị của nhiều bệnh nhân là không còn đau & mệt mỏi⁴



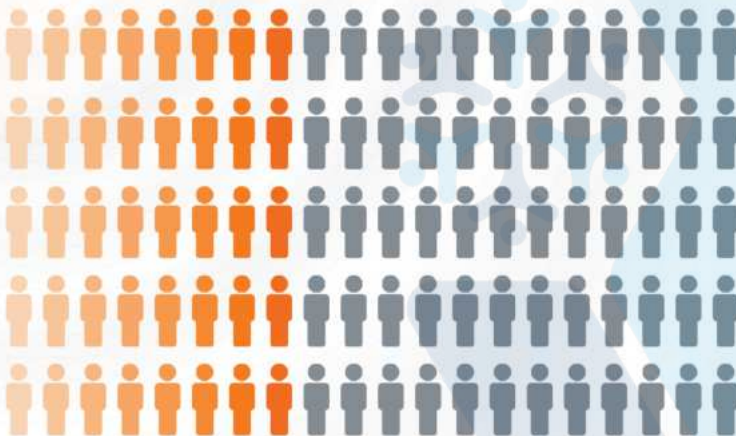
Sự hài lòng trong điều trị

- Tới **75%** bệnh nhân không hài lòng với điều trị²

1. Ostor A, et al. *Ann Rheum Dis.* 2019;78:1679. 2. Radawski C, et al. *Rheumatol Ther.* 2019;6:461-471. 3. Heiberg T, et al. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(2):191-195. 4. Strand V, et al. *J Rheumatol.* 2015;42:2046-205.

AB-25_P04_OL004_12Mar

20-40% bệnh nhân VKDT không kiểm soát được bệnh



✓ Không dung nạp

20%-40% bệnh nhân VKDT không đáp ứng hoặc không thể dung nạp với MTX hoặc thuốc thay thế.¹

✓ Giảm chất lượng cuộc sống

Đau, suy giảm chức năng vận động & mệt mỏi là những vấn đề mà bệnh nhân VKDT phải đối mặt.²⁻⁴

MTX=methotrexate

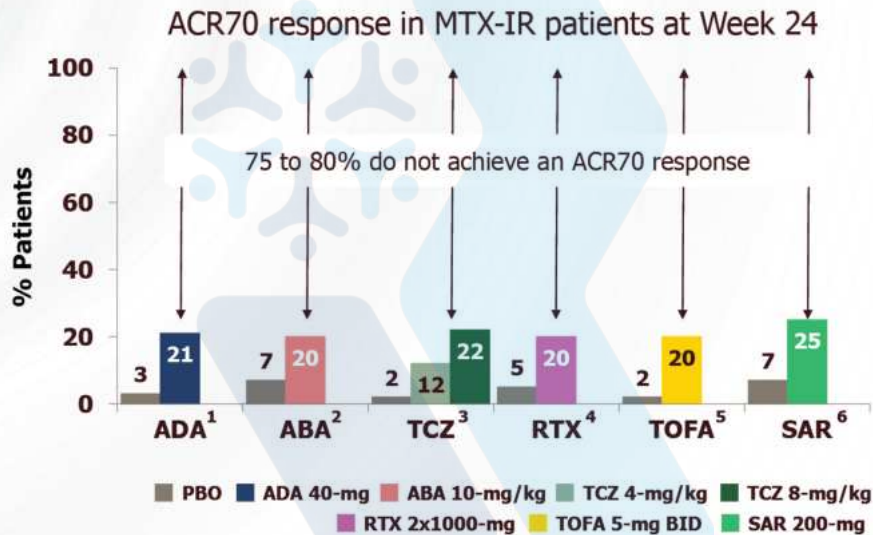
1. Gabay C, et al. *Swiss Med Wkly.* 2014;144:w13950.
2. Gossec L, et al. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1680-1685.
3. Gran KL, et al. *Clin Exp Rheumatol.* 2014;32:869-877.
4. Khan NA, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64:206-214.

AB-25_P04_OL004_12Mar

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

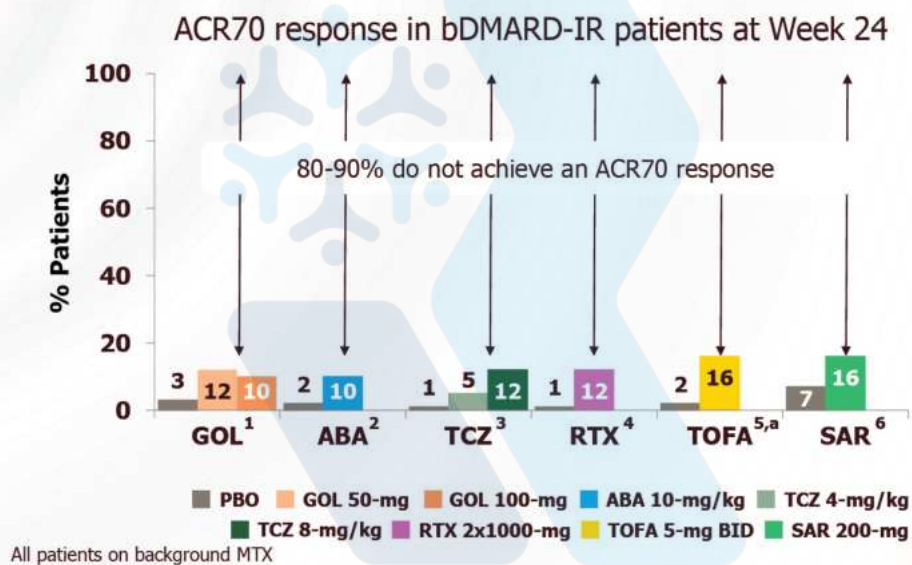
70-80% bệnh nhân MTX-IR không đạt ACR70 với điều trị hiện tại



ABA=abatacept; ACR70=American College of Rheumatology 70% response rate; BID=twice daily; IR=inadequate responder; RA=rheumatoid arthritis; RTX=rituximab; SAR=sarilumab; TCZ=tocilizumab; TOFA=tofacitinib;

1. Keystone EC et al. *Arthritis Rheum* 2004;50(5):1400-11; 2. Kremer JM et al. *Ann Intern Med* 2006;144(12):865-76; 3. Smolen JS et al. *Lancet* 2008;371(9617):987-97; 4. Emery P et al. *Arthritis Rheum* 2006;54(5):1390-400; 5. van Vollenhoven RF et al. *N Engl J Med* 2012;367(6):508-19; 6. Genovese MC et al. *Arthritis Rheumatol* 2015;67(6):1424-37

80-90% bệnh nhân bMARD-IR không đạt ACR70 với điều trị hiện tại



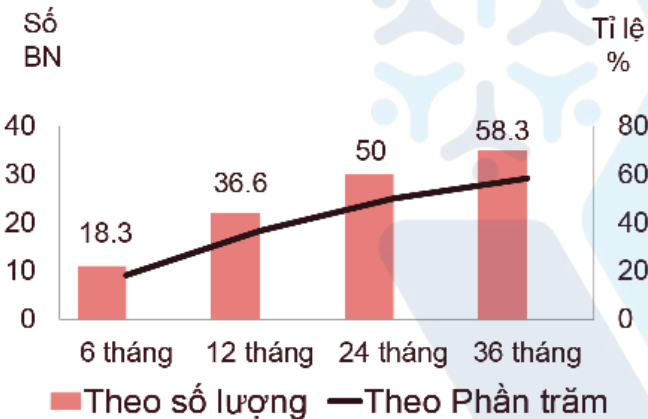
*PBO data from Week 12; See speaker notes for abbreviations

1. Smolen JS et al. *Lancet* 2009;374(9685):210-21; 2. Genovese MC et al. *N Engl J Med* 2005;353(11):1114-23; 3. Emery P et al. *Ann Rheum Dis* 2008;67(11):1516-23; 4. Cohen SB et al. *Arthritis Rheum* 2006;54(9):2793-806; 5. Burmester GR et al. *Lancet* 2013;381(9865):451-60; 6. Fleischmann R et al. *Arthritis Rheumatol* 2017;69(2):277-90

AB-25_P045_OLUM_12Mar

Không đạt mục tiêu điều trị VKDT do tự ngừng bDMARD

Tình trạng ngừng thuốc DMARD sinh học (n=35)



Li (2021) 22,9% trong 6 năm; Neovios (2015) 41,4% trong 8 năm

Thời gian duy trì DMARD sinh học khởi đầu của nhóm đối tượng NC

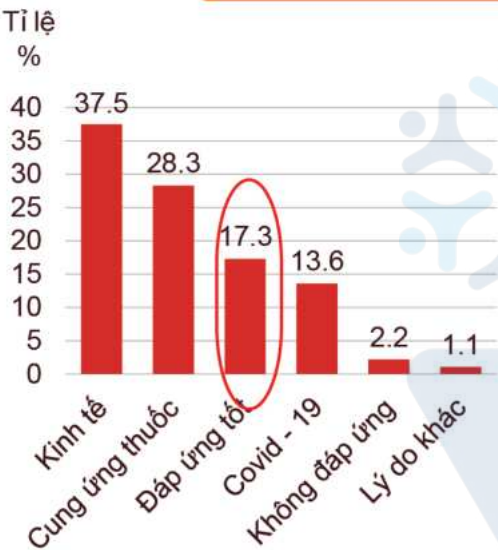
Thuốc	Thời gian trung bình ($\bar{x} \pm SD$) (tháng)
Adalimumab	5,2 ± 3,6
Infliximab	12,6 ± 10,9
Golimumab	7,3 ± 5,3
Tocilizumab	15,5 ± 11,0
Tổng	12,44 ± 10,43

Mulligen (2021) 1,7 năm ; Strand V (2017) 25,1 tháng

NC thực trạng sử dụng thuốc sinh học của BN VKDT tại BVTWTN

AB-75_PM-D45_OJUM-12Mar

Không đạt mục tiêu điều trị do không tuân thủ



Các lý do không tuân thủ điều trị DMARD sinh học (n=184)

Lại Hồng Thịnh (2021) Kinh tế, Covid-19, cung ứng thuốc

Yếu tố		Không tuân thủ		Tuân thủ		p
		Tần số (n=42)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n=18)	Tỷ lệ (%)	
Mức độ hoạt động bệnh (DAS 28)	Nhẹ (n=5)	2	40,0	3	60,0	0,019
	Trung bình (n=30)	18	60,0	12	40,0	
	Nặng (n=25)	22	88,0	3	12,0	
Sử dụng glucocorticoid	Không sử dụng (n=9)	3	33,3	6	66,7	0,016
	Có sử dụng (n=51)	39	76,5	12	23,5	

Mối liên quan giữa thuốc điều trị, mức độ hoạt động bệnh trước khi sử dụng thuốc sinh học với tình trạng tuân thủ điều trị DMARD sinh học

Vazquez (2017) Không tuân thủ có liên quan đến hoạt động bệnh cao

AB-25_PM_045_OJUM-12Mar

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

Trường hợp bệnh

Bệnh nhân nữ, sinh 1968



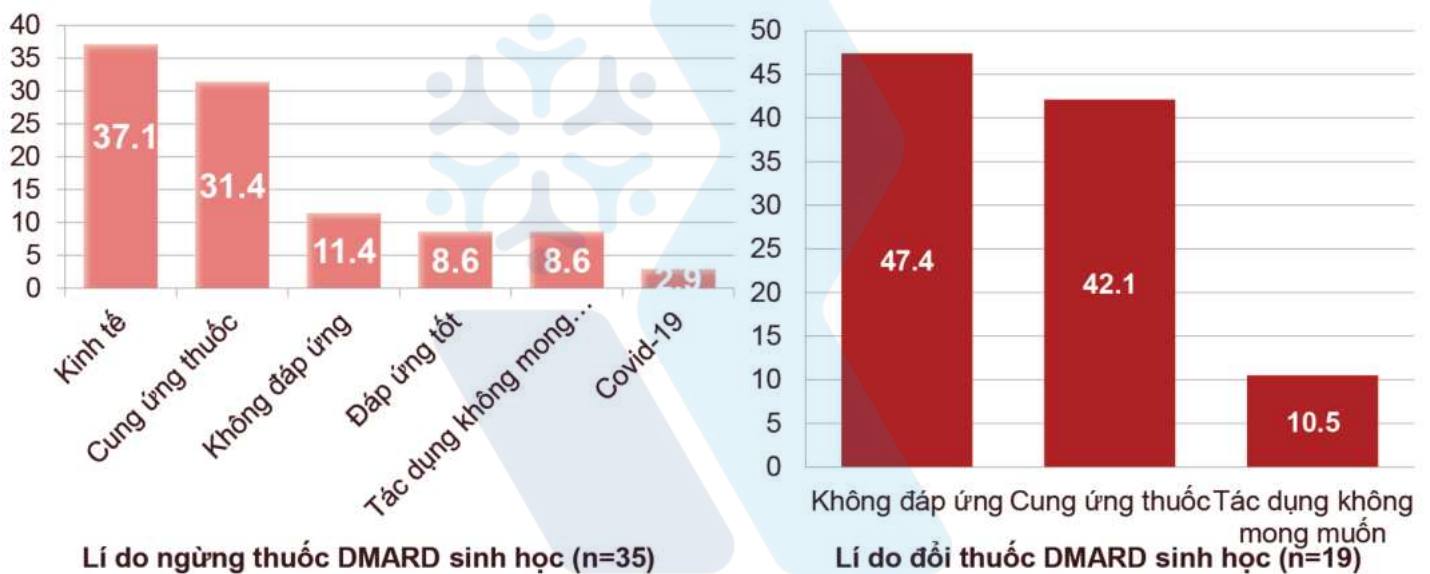
Tháng 1/2021	Tháng 5/2021	Tháng 8/2022	Tháng 6/2023
Cơ bản	Remicade 8 liều trình	Remicade 4 liều trình	Simponi
Methotrexat 20mg + HCQ 200mg + Medrol	+ Methotrexat 15mg + Medrol 4mg	+ Methotrexat 15mg + Medrol 8-20mg	+ Methotrexat 15mg + Medrol 4-8 mg
Không đáp ứng Mức độ hoạt động bệnh mạnh	Đáp ứng tốt Bệnh nhân đạt lui bệnh	Không đáp ứng thứ phát Bệnh hoạt động mức độ trung bình	Đáp ứng Mức độ hoạt động bệnh thấp

Nếu BN không
đáp ứng nữa,
thì chọn...?

Cơ lâm sàng báo cáo viên cung cấp

A8-25_PM_045_OLUM_12Mar

Thực trạng ngừng, đổi thuốc sinh học của BN VKDT tại BVTWTN



Neovios (2015), Asley Fletcher (2022) không hiệu quả và tác dụng không mong muốn

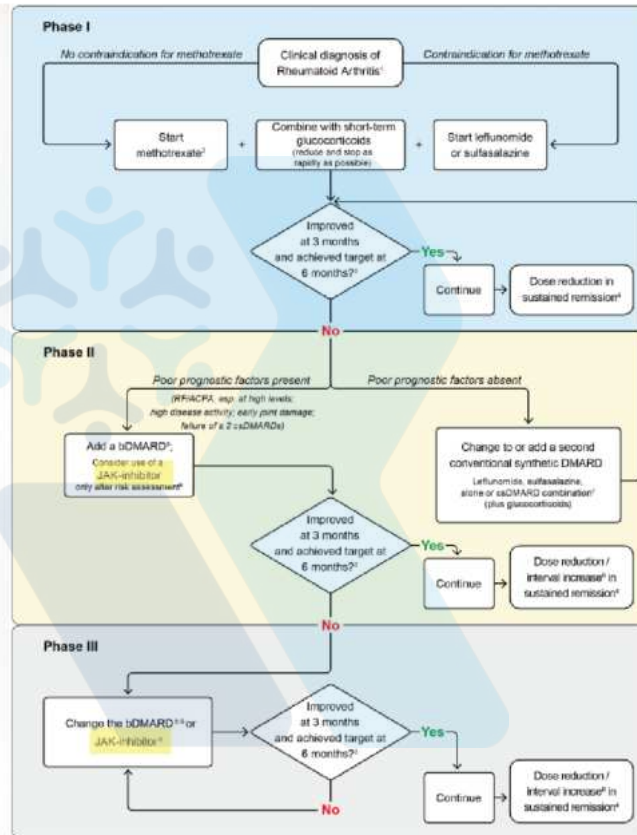
Dong-Jin (2017) Không đáp ứng; tác dụng phụ

A8-25_PM_045_OLUM_12Mar

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

Hướng dẫn EULAR 2022

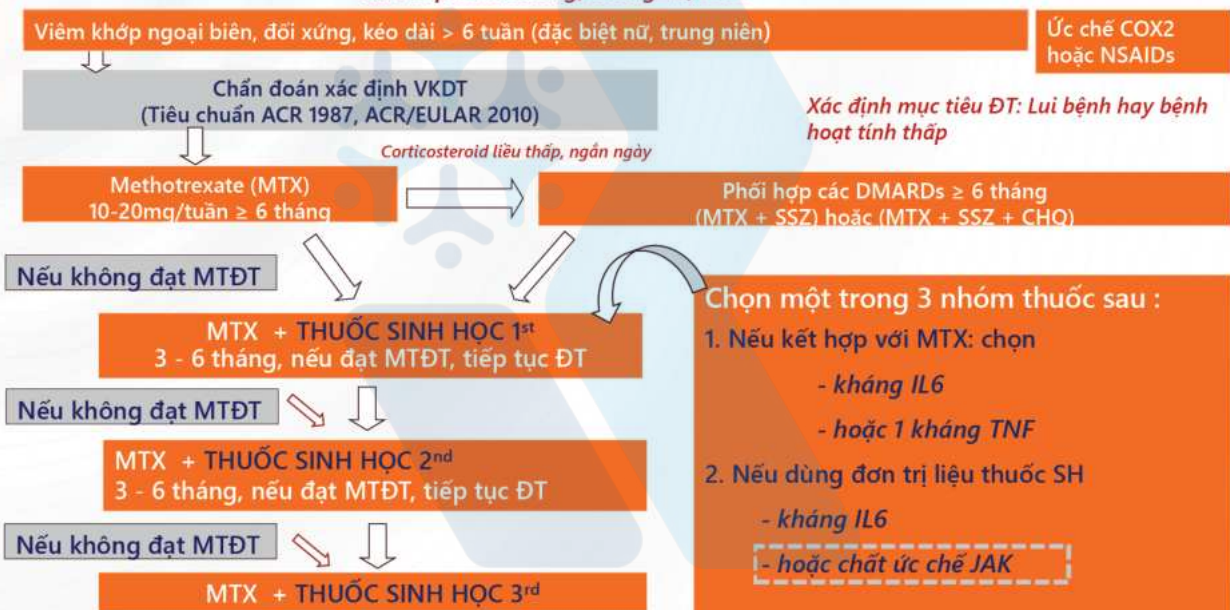


1. Smolen JS, et al. Ann Rheum Dis 2023;82:3-18

AB-25_PM_045_OJUM_12May

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VKDT TẠI VIỆT NAM

VRA expert meeting, tháng 10/2019



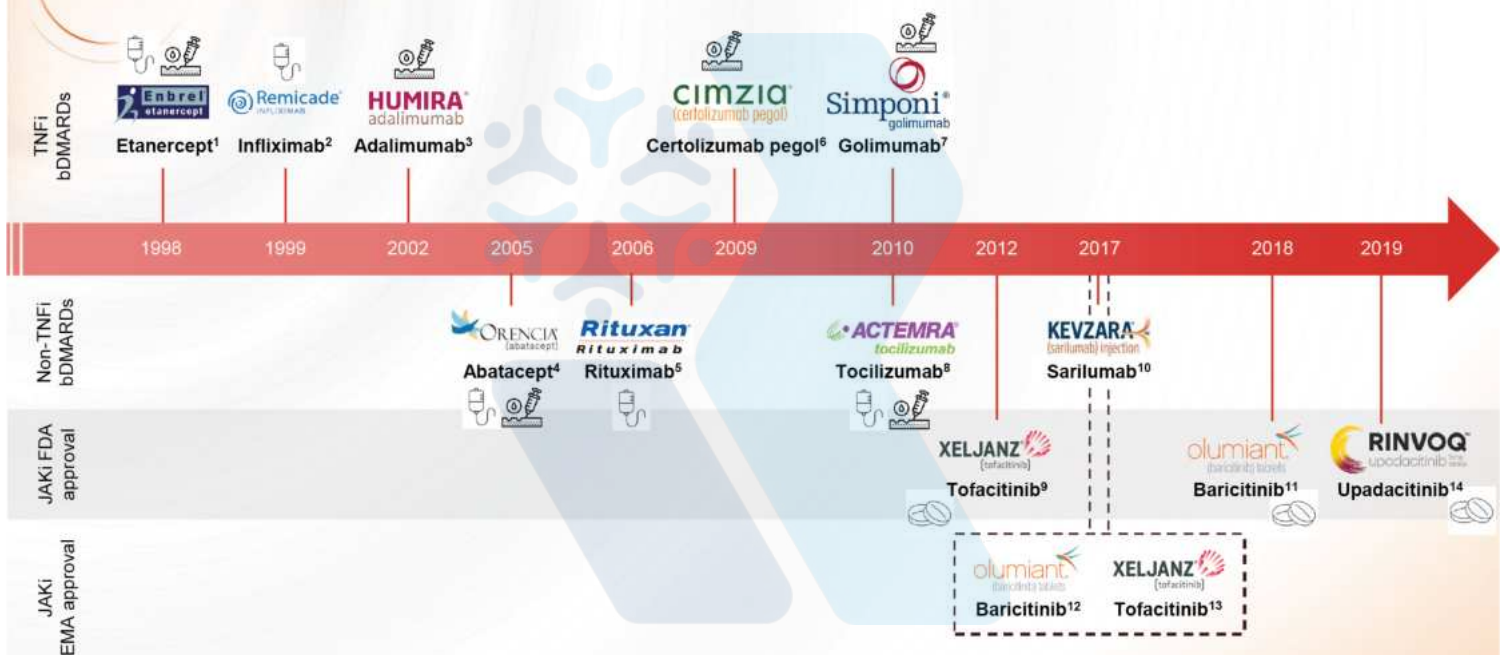
AB-25_PM_045_OJUM_12May

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

VAI TRÒ CỦA THUỐC ỨC CHẾ JAK

Chất ức chế JAK là thuốc thế hệ mới **đường uống** trong điều trị VKDT

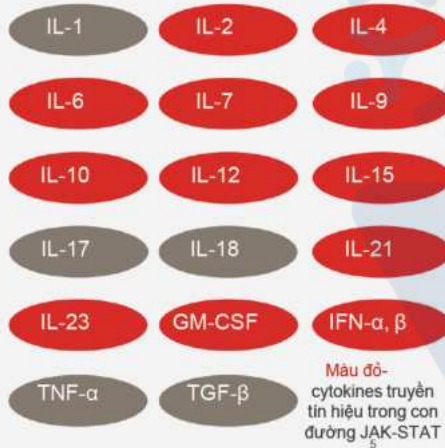


bDMARD: biologic disease-modifying antirheumatic drug; DMARD: disease-modifying antirheumatic drug; EMA: European Medicines Agency; FDA: Food and Drug Administration; JAKi: janus kinase inhibitor; RA: rheumatoid arthritis; TNFi: tumor necrosis factor inhibitor; US: United States.

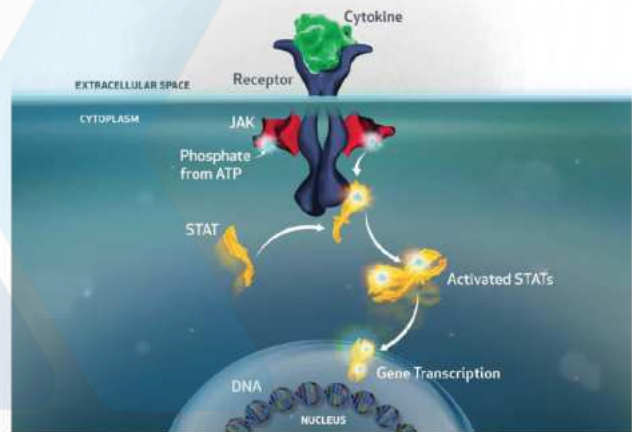
AB-25_PM_045_OLUM_12Mar

70% cytokine tiền viêm chuyển tín hiệu thông qua con đường JAK-STAT

Nhiều Cytokine liên quan đến sinh bệnh của VKDT¹⁻⁸



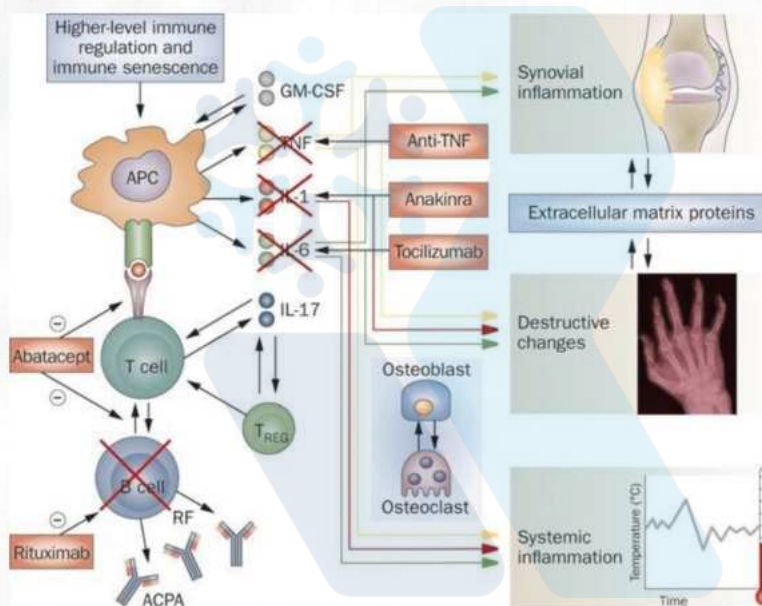
- Nhiều cytokine tiền viêm liên quan đến sinh bệnh của VKDT, trong đó có 70% cytokine tiền viêm chuyển tín hiệu thông qua con đường JAK-STAT
- Ức chế con đường JAK-STAT sẽ ức chế đường truyền tín hiệu phía sau, giảm kích hoạt tế bào cũng như giảm tăng sinh của các tế bào miễn dịch liên quan tới VKDT



GM-CSF=Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor; IFN=Interferon; IL=Interleukin; JAK=Janus Kinase; RA=Rheumatoid Arthritis; STAT=Signal Transducer and Activator of Transcription; TGF- β =Tumor Necrosis Factor-beta; TNF- α =Tumor Necrosis Factor-alpha.
 1. McInnes IB, Schett G. *Nat Rev Immunol.* 2007;7(5):429-442. 2. Firestein GS. *Nature.* 2003;423(6937):356-361. 3. Kwok SK, et al. *Arthritis Rheum.* 2012;64(3):740-751. 4. Zouali S, et al. *J Immunol.* 2009;182(5):3112-3120. 5. Cutolo M. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2013;5(1):3-11. 6. O'Sullivan LA, et al. *Mol Immunol.* 2007;44(10):2497-2506. 7. Hodge JA, et al. *Clin Exp Rheumatol.* 2016;34(2):318-328. 8. Choy EH. *Rheumatology (Oxford).* 2019;58(6):953-962. 9. Roskoski R. *Pharmacol Res.* 2016;111:784-803.

AB-25_PM_045_OLUM_1296w

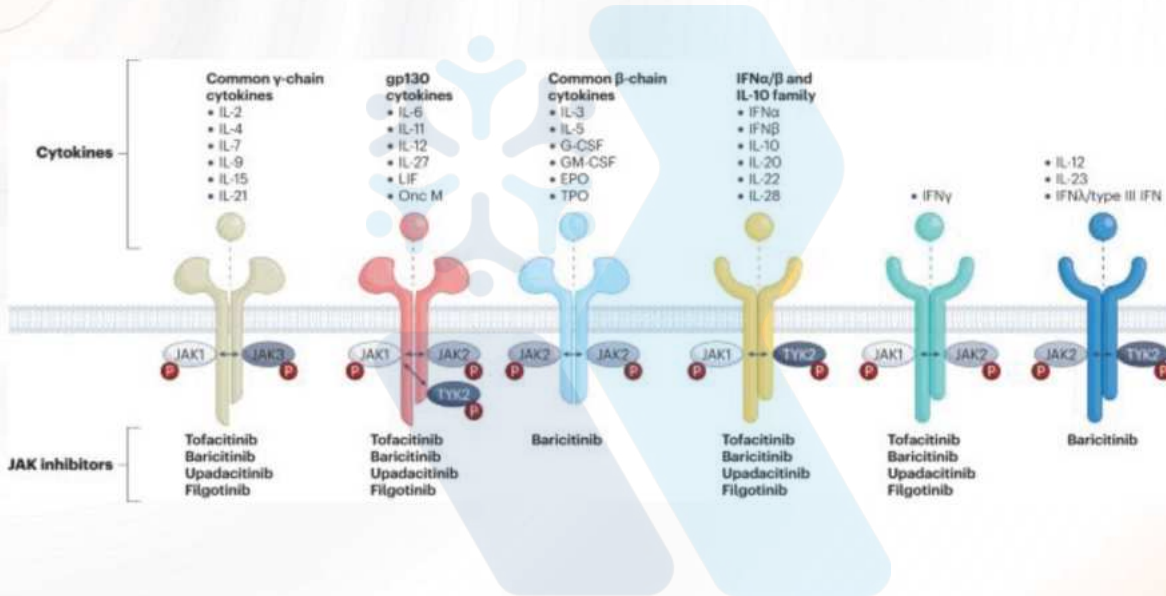
bDMARDs (TNFi, IL-6) chỉ ngăn chặn một cytokine



Van Vollenhoven R. *Treatment of rheumatoid arthritis: state of the art 2009 Nat Rev Rheum* 2009; vol5:531-541

AB-25_PM_045_OLUM_1296w

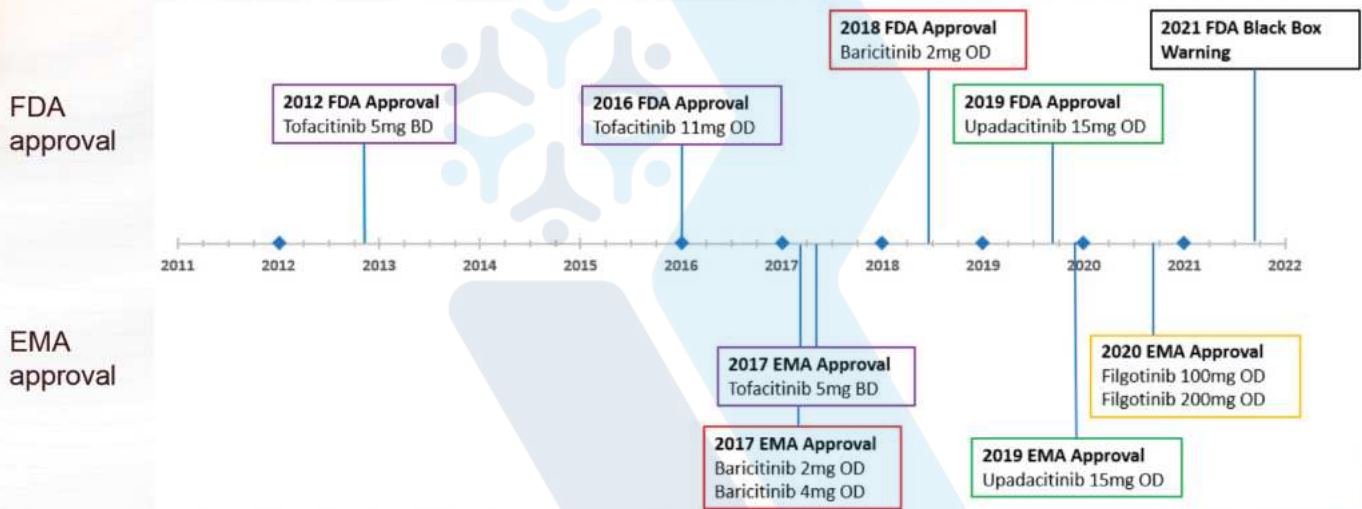
JAKi ngăn chặn con đường truyền tín hiệu của **nhiều cytokine** liên quan đến VKDT



Nature Reviews Rheumatology volume 20, pages101–115 (2024)

AB-25_PM_045_OJUM_12Mar

Các thuốc ức chế JAK



J. Clin. Med. 2023, 12(20), 6690; <https://doi.org/10.3390/jcm12206690>

AB-25_PM_045_OJUM_12Mar

Baricitinib là chất ức chế chọn lọc JAK1 & JAK 2, đường uống, dùng 1 lần/ngày²

Baricitinib là chất ức chế JAK1 và JAK2 có chọn lọc và có thể hồi phục^{1,2}

**Ức chế mạnh mẽ
JAK1 và JAK2¹**


**Trung gian của
các cytokine**

- **JAK1** and **JAK2** điều hòa tín hiệu của nhiều cytokine liên quan đến bệnh tự miễn^{3,4}

- **JAK2** điều hòa cytokine chính liên quan đến viêm và đau (GM-CSF)⁴⁻⁶

**Ức chế yếu
JAK3 và TYK2¹**


**Giảm thiểu
tác dụng phụ**

- Tránh ức chế pan-JAK³

GM-CSF=Granulocyte-macrophage Colony-stimulating Factor; JAK=Janus Kinase; TYK=Tyrosine Kinase.

1. McInnes IB, et al. *Arthritis Res Ther*. 2019;21(1):183. 2. Dougados M, et al. *Ann Rheum Dis*. 2017;76:88-95. 3. Fragoulis GE, et al. *Rheumatology*. 2019;58(Suppl 1):i43-i54.

4. Dowty ME, et al. *Pharmacol Res Perspect*. 2019;7(6):e00537. 5. Fujita Y, et al. *BMC Immunol*. 2020;21:35. 6. Nichol LSC, et al. *Pain*. 2018;159(3):550-559.

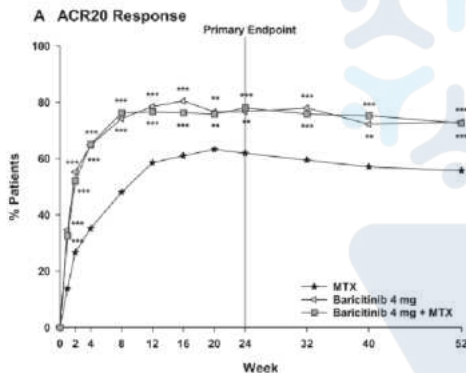
AB-25_PM_045_COLUMN_12May

HIỆU QUẢ CỦA THUỐC ỨC CHẾ JAK

AB-25_PM_045_COLUMN_12May

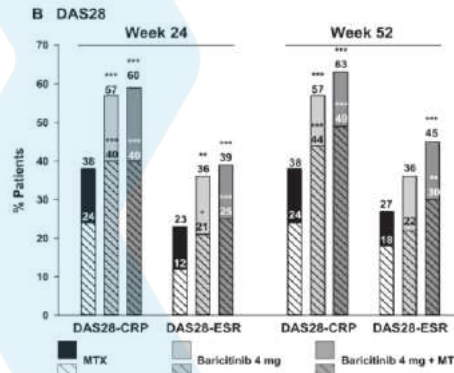
Thuốc ức chế JAK có hiệu quả cao hơn so với cDMARDs

Baricitinib, Methotrexate, or Combination in Patients With Rheumatoid Arthritis and No or Limited Prior Disease-Modifying Antirheumatic Drug Treatment



Tại tuần thứ 24:

- Tỷ lệ đáp ứng ACR20 của Baricitinib đơn trị 77% vs MTX đơn trị 62% ($P \leq 0.001$)
- Baricitinib đơn trị vượt trội hơn so với MTX đơn trị ($P \leq 0.01$)



Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh thấp/ lui bệnh của nhóm Baricitinib 4mg đơn trị & Baricitinib 4mg + MTX cao hơn so với nhóm MTX đơn trị có ý nghĩa thống kê tại tuần thứ 24 & tuần thứ 52 qua các chỉ số DAS28-CRP & DAS28-ESR

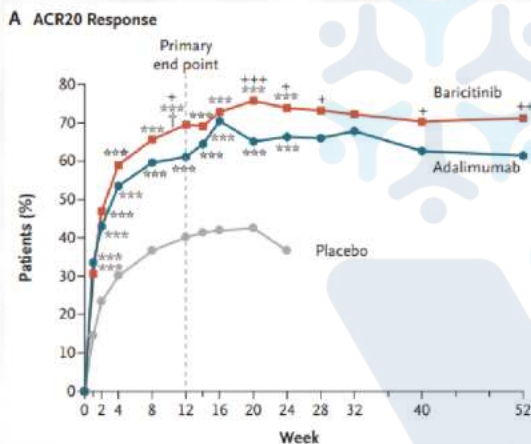
* = $P \leq 0.05$; ** = $P \leq 0.01$; *** = $P \leq 0.001$ versus methotrexate (MTX) monotherapy, by logistic regression

Fleischmann R, et al. Arthritis Rheumatol. 2017;69(3):506-517.

AB-25_PN_045_OJUM_12Nov

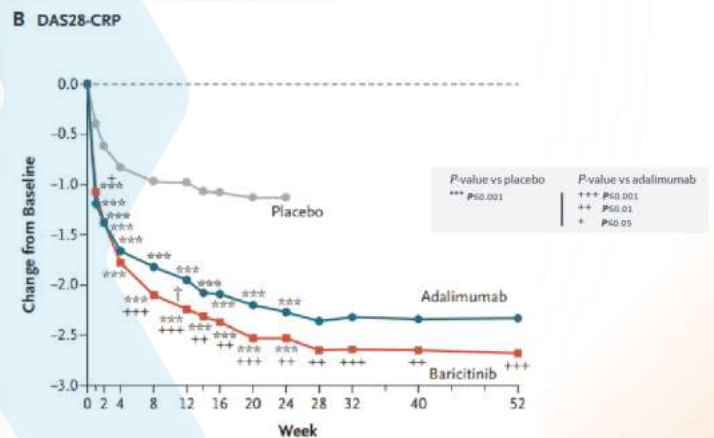
Thuốc ức chế JAK có hiệu quả cao hơn so với Adalimumab

Baricitinib versus Placebo or Adalimumab in Rheumatoid Arthritis



Tại tuần thứ 12:

- Baricitinib + MTX vượt trội hơn so với Adalimumab + MTX hoặc Placebo ($P \leq 0.05$)
- Tỷ lệ đáp ứng ACR20 của Baricitinib + MTX 70% vs Adalimumab + MTX 61%



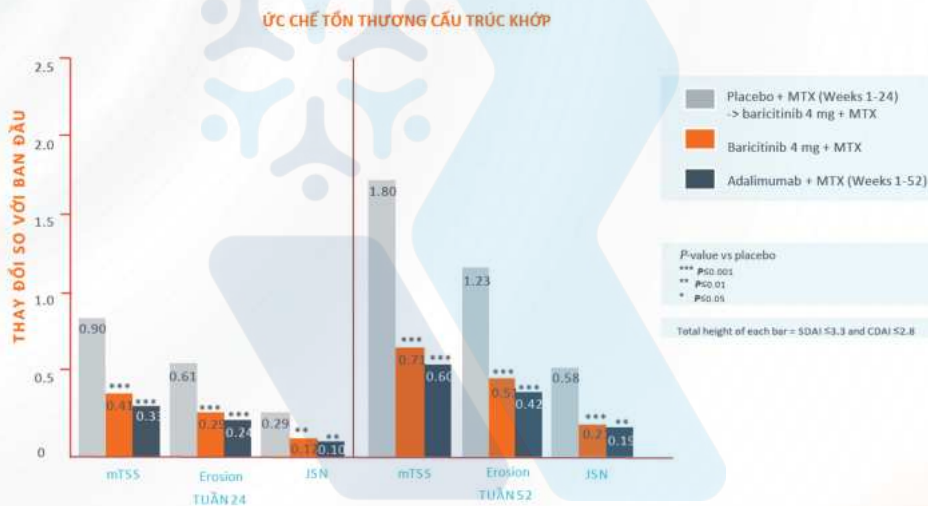
Tỷ lệ lui bệnh (DAS28-CRP < 2.6) của Baricitinib + MTX cao hơn adalimumab + MTX tại tuần 12 ($p \leq 0.01$)

Taylor PC, et al. N Engl J Med. 2017;376(7):652-662

AB-25_PN_045_OJUM_12Nov

Thuốc ức chế JAK ức chế sự tiến triển của tổn thương khớp

Baricitinib versus Placebo or Adalimumab
in Rheumatoid Arthritis



mTSS=modified total Sharp score; JSN=joint space narrowing

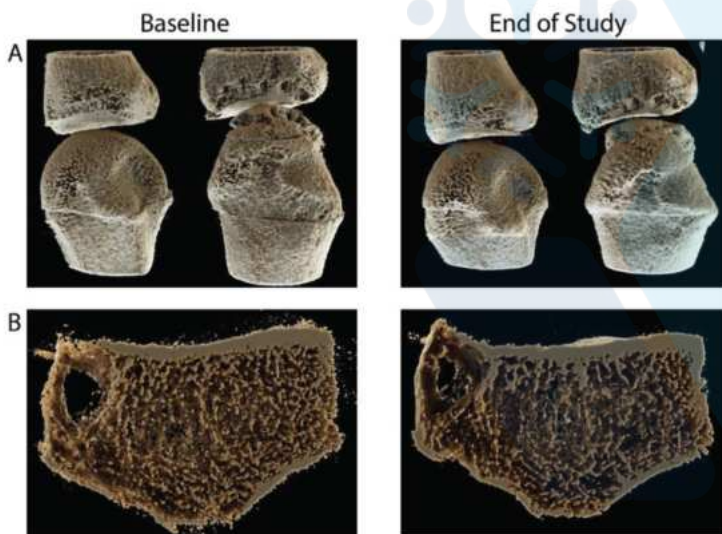
1. Taylor PC et al. N Engl J Med. 2017;376:652-662.

2. Taylor PC et al. N Engl J Med. 2017;376:652-662. Supplementary Appendix.

AB-25_PH_045_OLUH_12Mar

Thuốc ức chế JAK giảm tổn thương khớp trên chẩn đoán hình ảnh

Baricitinib Improves Bone Properties and Biomechanics
in Patients With Rheumatoid Arthritis: Results
of the Prospective Interventional BARE BONE Trial



Baricitinib thay đổi cấu trúc vỏ xương, tình trạng xói mòn và mật độ xương tại tuần 52

(A) Thay đổi sau 52 tuần điều trị về cấu trúc vỏ xương và tình trạng xói mòn ở khớp đốt ngón tay

(B) Thay đổi sau 52 tuần điều trị về mật độ xương của xương cánh tay

CHIẾN LƯỢC “TREAT-TO-TARGET” TRONG ĐIỀU TRỊ VKDT

Nguyên tắc của chiến lược T2T

- Điều trị VKDT phải dựa trên quyết định chung giữa bệnh nhân và bác sĩ chuyên khoa
- Mục tiêu chính của điều trị VKDT:
 - ✓ Tối đa hóa chất lượng cuộc sống lâu dài thông qua việc kiểm soát các triệu chứng
 - ✓ Phòng tổn thương cấu trúc xương, bình thường hóa chức năng & các hoạt động xã hội
- Loại bỏ tình trạng viêm là yếu tố quan trọng để đạt mục tiêu điều trị
- Điều chỉnh chiến lược điều trị để đạt được mức độ hoạt động bệnh thấp nhất

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

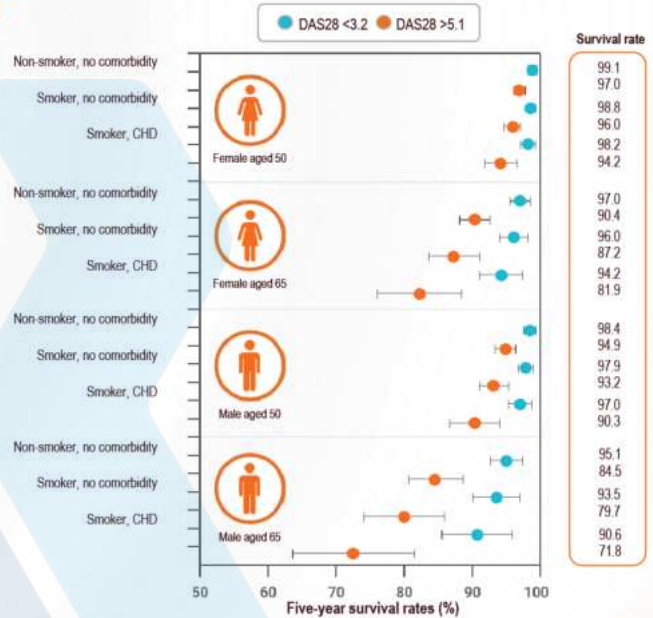
Tầm quan trọng của chiến lược T2T trong điều trị VKDT¹

31.378 PY theo dõi trong NC RABBIT của Đức¹

Bệnh nhân có HDA dai dẳng (DAS28 trung bình >5,1) có nguy cơ tử vong cao hơn đáng kể so với bệnh nhân có LDA kéo dài (DAS28 trung bình <3,2)

Điều trị bằng GC > 5 mg/ngày có liên quan đáng kể đến việc tăng tỷ lệ tử vong

Tỷ lệ tử vong thấp hơn đáng kể đã được quan sát thấy ở những bệnh nhân được điều trị bằng bDMARDs



Bệnh nhân có HDA kéo dài có nguy cơ tử vong cao hơn đáng kể

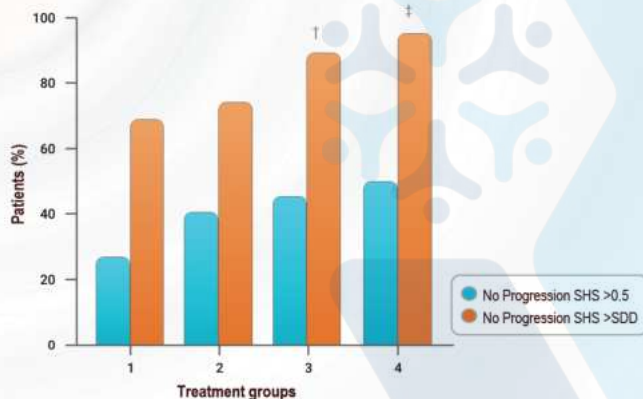
bDMARD, biologic disease modifying antirheumatic drug; CHD, coronary heart disease; DAS28, Disease Activity Score 28; GC, glucocorticoids; HDA, high disease activity; LDA, low disease activity; PY, patient years; RA, rheumatoid arthritis; RABBIT, Rheumatoid Arthritis: Beobachtung der Biologika-Therapie Registry.

1. Listing J, et al. Ann Rheum Dis 2015;74:415-21.

A8-25_PM_045_OLU4_12Mar

Điều trị VKDT càng sớm càng tốt^{1,*}

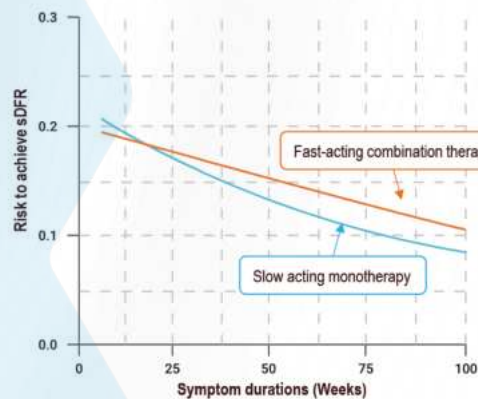
Tỷ lệ bệnh nhân không tiến triển tổn thương khớp trên phim chụp X-quang²



Sau 10 năm tiếp tục điều trị kiểm soát chặt chẽ³:

* Tỷ lệ sống sót tương đương với dân số Hà Lan nói chung
* 53% tình trạng thuyên giảm DAS, 14% tình trạng thuyên giảm không dùng thuốc

Nguy cơ tuyệt đối đạt được sDFR với sự kéo dài thời gian triệu chứng¹



Cơ hội để đạt được sDFR giảm dần theo thời gian và giảm nhanh nhất ở những bệnh nhân bắt đầu dùng liệu pháp đơn trị tác dụng chậm¹

*The BeSt (Dutch acronym for Behandel-Strategieën, "treatment strategies") study was a multicentre randomised controlled trial that compared the clinical and radiographic outcomes of 4 different treatment strategies. Treatment groups: 1=sequential monotherapy, 2=step-up combination therapy, 3=initial combination therapy with prednisone, 4=initial combination therapy with infliximab. ¹p<0.001 vs group 1 and p=0.010 vs group 2. ²p<0.001 vs groups 1 and 2. DAS, disease activity score; SDD, smallest detectable difference; sDFR, sustained drug-free remission; SHS, modified Sharp/Van der Heijde score.

1. Bergstra SA, et al. RMD Open 2020;6:e001242. 2. Goekoop-Rutteman YPM, et al. Arthritis Rheum 2005;52:3381-90. 3. Markusse IM, et al. Ann of Internal Med 2016;164(8):523-31.

A8-25_PM_045_OLU4_12Mar



RMD Open
Rheumatic & Musculoskeletal Diseases

Rheumatoid arthritis

ORIGINAL RESEARCH

PERFECTRA: a pragmatic, multicentre, real-life study comparing treat-to-target strategies with baricitinib versus TNF inhibitors in patients with active rheumatoid arthritis after failure on csDMARDs

Celine J van de Laar^{1,2}, Martijn A H Oude Voshaar³, Peter ten Klooster^{4,5}, Danyta I Tedjo⁴, Reinhard Bos⁶, Tim Jansen⁷, A Willemze⁸, Grada A Versteeg⁹, Y P M Goekoop-Ruiterman¹⁰, Eric-Jan Kroot¹¹, Mart van de Laar^{4,5}

PERFECT-RA là nghiên cứu đầu tiên trên lâm sàng với chiến lược treat-to-target cho VKDT

giải đáp cho câu hỏi:

“CÓ NÊN BẮT ĐẦU BẰNG JAKi (BARICITINIB) HOẶC TNFi KHI csDMARDs THẤT BẠI HOẶC KHÔNG ĐẠT LUI BỆNH?”

van de Laar CJ, et al. PERFECTRA. RMD Open. 2024 May 30;10(2):e004291.

AB-25_PH_045_OLUH_12Mar

PERFECT-RA: thiết kế nghiên cứu

- Bệnh nhân bắt đầu sử dụng Baricitinib (liều như hướng dẫn) hoặc bất kỳ TNFi.
- 48 tuần theo dõi.
- Thăm khám tại tuần 0, 12, 24, 36 và 48.
- Tất cả các đối tượng được điều trị theo EULAR 2016

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ

Bắt đầu Chuyển hoặc thêm TNFi hoặc baricitinib

Cải thiện sau 3 tháng VÀ lui bệnh sau 6 tháng, không có độc tính?

Có Tiếp tục điều trị với khả năng giảm liều hoặc tăng khoảng cách liều trong trường hợp lui bệnh kéo dài*
*Trong ít nhất 2 lần thăm khám liên tiếp

Không Chuyển TNFi hoặc baricitinib

Mục tiêu chính: Chiến lược điều trị T2T baricitinib không thua kém (bao gồm vượt trội) vs TNFi trong đáp ứng ACR50 ở tuần 12

EULAR, European Alliance of Associations for Rheumatology; TNFi, tumour necrosis factor inhibitor.
1. van de Laar CJ, et al. PERFECTRA. RMD Open. 2024 May 30;10(2):e004291.

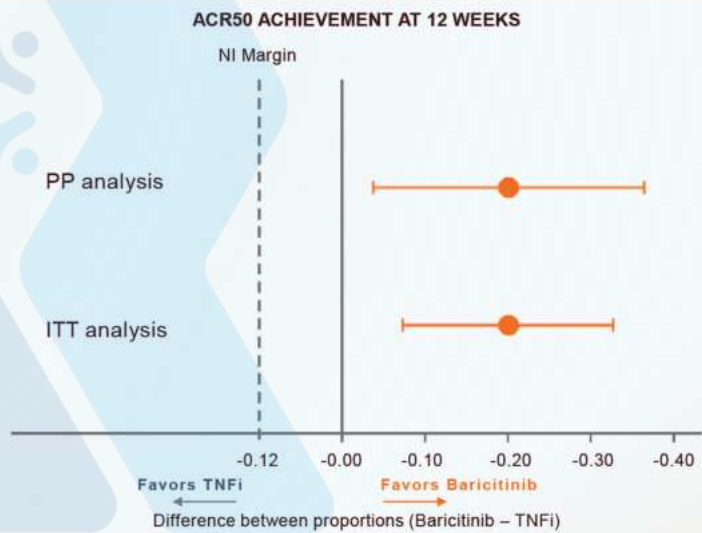
AB-25_PH_045_OLUH_12Mar

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

BARICITINIB vượt trội hơn TNFi về đáp ứng ACR50 sau 12 tuần (tiêu chí chính)¹

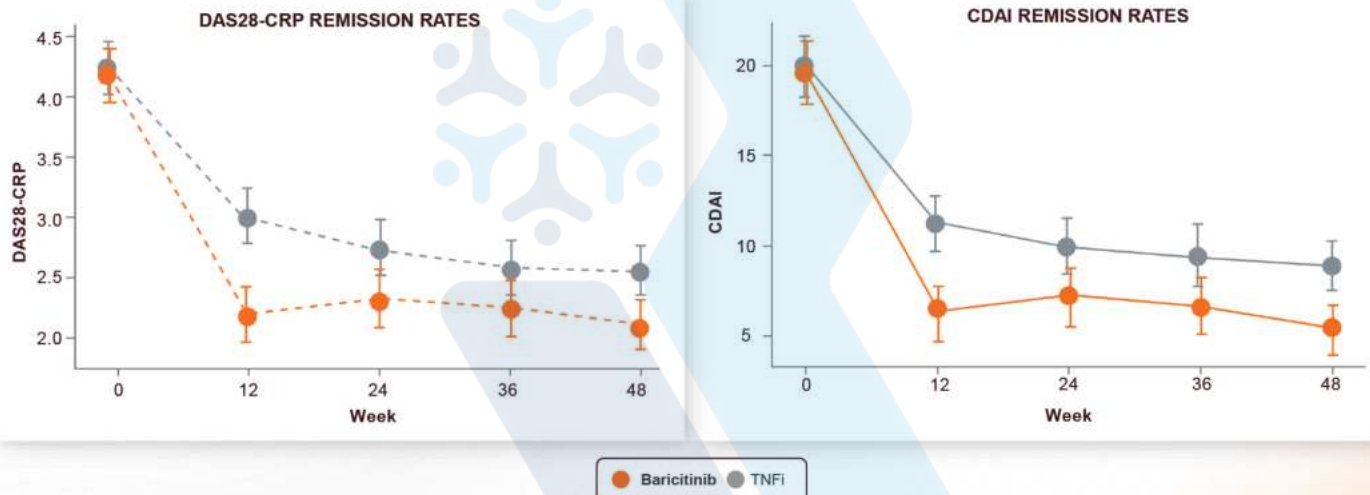
CI 95%: biên độ NI 12%
dựa trên các nghiên cứu trước đây trong quần thể VKDT, bao gồm nghiên cứu RA-BEAM.



ACR50, American College of Rheumatology 50% response; BARI, baricitinib; CI, confidence interval; ITT, intent to treat; NI, non-inferior; PP, per protocol; RA, rheumatoid arthritis; TNFi, tumour necrosis factor inhibitor.
1. van de Laar CJ, et al. PERFECTRA. RMD Open. 2024 May 30;10(2):e004291.

AB-25_P14_045_OLUM_12Mar

Lui bệnh DAS28-CRP và CDAI tại tuần 48¹



Error bars represent 95% CI for marginal means.
CDAI, Clinical Disease Activity Index; CI, confidence interval; CRP, C-reactive protein; DAS28, Disease Activity Score-28; TNFi, tumour necrosis factor inhibitor.
1. van de Laar CJ, et al. PERFECTRA. RMD Open. 2024 May 30;10(2):e004291.

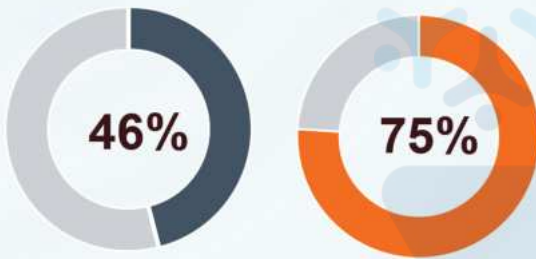
AB-25_P14_045_OLUM_12Mar

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

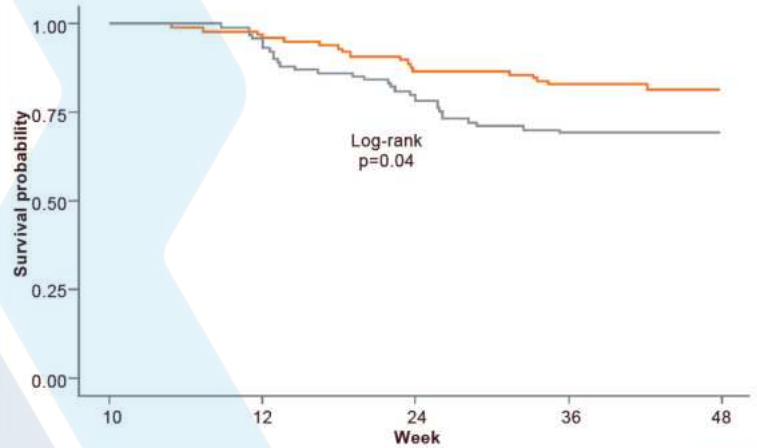
Lui bệnh DAS28 theo thời gian¹

TỶ LỆ BỆNH NHÂN ĐẠT LUI BỆNH DAS28
(DAS28-CRP <2.6) TẠI TUẦN 12



($p < 0.001$ vs TNFi)

Tỷ lệ duy trì Baricitinib¹



Baricitinib TNFi

1. van de Laar CJ, et al. PERFECTRA RMD Open. 2024 May 30;10(2):e004291.

A0-25_PM_045_OLUPH_12Mar

Nghiên cứu PERFECT-RA¹

Nghiên cứu PERFECT-RA cho thấy trong T2T theo hướng dẫn của EULAR ở những bệnh nhân thất bại với csDMARD, **BARICITINIB VƯỢT TRỘI HƠN TNFi** về hiệu quả lâm sàng, kết quả từ báo cáo bệnh nhân và tỷ lệ duy trì thuốc.



Baricitinib vượt trội TNFi về đáp ứng ACR50 tại tuần 12.



Tỷ lệ bệnh nhân đạt lui bệnh DAS28-CRP cao hơn TNFi tại tuần 12 và tỷ lệ này được duy trì tới tuần 48.



Tỷ lệ duy trì Baricitinib cao hơn TNFi.

1. van de Laar MAFJ, et al. Poster presented at ACR 2023. Poster 0450.

A0-25_PM_045_OLUPH_12Mar

KẾT LUẬN

- Điều trị VKDT vẫn còn nhiều thách thức để đạt được mục tiêu điều trị.
- Thuốc ức chế JAK (Baricitinib) dạng đường uống - Là giải pháp thuận tiện & linh hoạt trong điều trị VKDT với hiệu quả vượt trội:
 - Hiệu quả cao hơn so với cDMARDs/ TNFi (Adalimumab)
 - Ức chế sự tiến triển của tổn thương khớp
 - Giảm tổn thương khớp trên hình ảnh
- Chiến lược T2T cho thấy:
 - Cần điều trị VKDT càng sớm càng tốt
 - Baricitinib vượt trội hơn TNFi về hiệu quả lâm sàng (PERFECT-RA).

1. Radawski C, et al. *Rheumatol Ther*. 2019;6:461-471. 2. Olumiant PI 3. Fleischmann R, et al. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(3):506-517. 4. Taylor PC, et al. *N Engl J Med*. 2017;376(7):652-662.
5. Taylor PC et al. *N Engl J Med*. 2017;376:652-662. Supplementary Appendix. 6. Simon D, et al. *Arthritis Rheumatol* 2023. 7. Bergstra SA, et al. *RMD Open* 2020;6:e001242. 8. van de Laar CJ, et al. PERFECTRA. *RMD Open*. 2024 May 30;10(2):e004291.