

Nghiên cứu thang điểm SPARCC và mối liên quan với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trục

Assessment of SPARCC scoring and its correlation with clinical and paraclinical parameters in patients with axial spondyloarthritis

Hoàng Công Trọng^{1*}, Nguyễn Huy Thông²,
và Lê Duy Dũng¹

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
²Bệnh viện Quân y 103

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá thang điểm SPARCC và mối liên quan giữa thang điểm này với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh ở bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trục. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp - cột sống thể trục tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 9/2023 đến tháng 4/2025. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ khớp cùng chậu được thu thập. Thang điểm SPARCC được tính toán theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Nghiên cứu về Viêm khớp - cột sống Canada (The spondyloarthritis research consortium of Canada). **Kết quả:** Điểm SPARCC trung bình là $29,28 \pm 18,93$. Điểm SPARCC cao hơn ở nhóm bệnh nhân có chỉ số BASDAI ≥ 4 so với nhóm có chỉ số BASDAI < 4 ($p < 0,05$). Có mối tương quan thuận, mức độ yếu giữa điểm SPARCC với chỉ số ASDAS-CRP ($r = 0,29$, $p = 0,04$) và tương quan thuận, mức độ vừa với chỉ số BASDAI ($r = 0,31$, $p = 0,02$). **Kết luận:** Thang điểm SPARCC có giá trị trong đánh giá mức độ viêm khớp cùng chậu trên cộng hưởng từ ở bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trục. Điểm SPARCC có tương quan thuận mức độ yếu - vừa với các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh và có thể là chỉ số khách quan hỗ trợ theo dõi tiến triển bệnh.

Từ khóa: Viêm khớp - cột sống thể trục, thang điểm SPARCC, cộng hưởng từ, BASDAI, ASDAS-CRP.

Summary

Objective: To evaluate the SPARCC score and its association with clinical characteristics, laboratory parameters, and disease activity indices in patients with axial spondyloarthritis (axSpA). **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 50 patients diagnosed with axSpA at the 108 Military Central Hospital from September 2023 to April 2025. Clinical features, laboratory data, and sacroiliac joint magnetic resonance imaging (MRI) findings were collected. The SPARCC score was calculated based on the criteria of the Spondyloarthritis Research Consortium of Canada. **Result:** The mean SPARCC score was 29.28 ± 18.93 . Patients with BASDAI ≥ 4 had significantly higher SPARCC scores compared to those with BASDAI < 4 ($p < 0.05$). A weak positive correlation was observed between SPARCC score and ASDAS-CRP ($r = 0.29$, $p = 0.04$), while a moderate positive correlation was found with BASDAI ($r = 0.31$, $p = 0.02$). **Conclusion:** The SPARCC score is a valuable tool in assessing sacroiliitis on MRI

Ngày nhận bài: 13/6/2025, ngày chấp nhận đăng: 25/7/2025

* Tác giả liên hệ: drcongrong108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

in axSpA patients. It shows weak to moderate positive correlations with disease activity indices and may serve as an objective marker to support disease monitoring.

Keywords: Axial spondyloarthritis, SPARCC score, magnetic resonance imaging, BASDAI, ASDAS-CRP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp - cột sống thể trục là một nhóm bệnh viêm mạn tính chủ yếu ảnh hưởng đến khớp cùng chậu và cột sống. Viêm khớp - cột sống thể trục gồm hai thể bệnh chính là viêm cột sống dính khớp (VCSDK) hay còn gọi là viêm khớp - cột sống thể trục có tổn thương X-quang và viêm khớp - cột sống thể trục không có tổn thương X-quang (VK-CSKXQ) ¹.

Với sự phát triển của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cộng hưởng từ, khả năng phát hiện tổn thương viêm ở giai đoạn sớm đã được cải thiện đáng kể, góp phần thay đổi chiến lược tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh ². Cộng hưởng từ cho phép phát hiện sớm các dấu hiệu viêm tại khớp cùng chậu như phù tủy xương, viêm màng hoạt dịch, viêm điểm bám gân... trước khi có sự xuất hiện của các tổn thương cấu trúc trên X-quang ². Trong đó, thang điểm đánh giá viêm trên cộng hưởng từ khớp cùng chậu của Hiệp hội Nghiên cứu về Viêm khớp - cột sống Canada (SPARCC) là một công cụ đã được chuẩn hóa, có độ tin cậy cao trong việc bán định lượng mức độ viêm khớp cùng chậu và hiện đang được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu và thực hành lâm sàng tại nhiều quốc gia ³.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận rằng điểm SPARCC có mối liên quan nhất định với mức độ hoạt động bệnh, cho thấy cộng hưởng từ không chỉ đóng vai trò trong chẩn đoán mà còn có thể là chỉ dấu khách quan hữu ích trong theo dõi tiến triển bệnh và đáp ứng điều trị ^{4,5}. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về thang điểm SPARCC trong chẩn đoán và theo dõi bệnh viêm khớp - cột sống thể trục, đặc biệt là trong việc đánh giá mối liên quan giữa điểm SPARCC với các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh như ASDAS-CRP, BASDAI và dấu ấn viêm trong huyết thanh như CRP. Việc hiểu rõ mối liên quan giữa thang điểm SPARCC với các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh sẽ giúp cá thể hóa điều trị, phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm

hơn và ngăn ngừa nguy cơ tàn phế lâu dài. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu là *đánh giá thang điểm SPARCC và mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh ở bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trục, từ đó góp phần chẩn đoán sớm, định hướng theo dõi và quản lý hiệu quả bệnh lý này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

50 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp - cột sống thể trục điều trị và theo dõi tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 4 năm 2025.

2.2. Phương pháp

Mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định viêm khớp - cột sống thể trục theo ASAS 2009 và đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm HLA-B27, CRP, chụp X-quang khớp cùng chậu, chụp cộng hưởng từ khớp cùng chậu, tính các thang điểm VAS, ASDAS-CRP, BASDAI và điểm SPARCC.

Tiêu chuẩn loại trừ

Viêm khớp cùng chậu do nguyên nhân khác: Nhiễm trùng khớp cùng chậu, thoái hóa khớp, viêm xương cùng dạng đặc xương.

Kỹ thuật

Chụp cộng hưởng từ khớp cùng chậu không tiêm thuốc đối quang từ, máy cộng hưởng từ Prodiva 1.5 Tesla, Philips - Hà Lan. Bệnh nhân nằm ngửa, dùng coil thân. Sử dụng các chuỗi xung sau:

T1W coronal: 610/10 (TR/TE), ma trận 320 × 320, độ dày lớp cắt 3mm, bước nhảy 3,3mm. Hướng chụp song song với trục của xương cùng, phạm vi chụp từ bờ trước khớp mu đến bờ sau xương cùng.

T2W Axial: 4693/99 TR/TE, ma trận 320 × 320, độ dày lớp cắt 3mm, bước nhảy 3,3mm. Hướng chụp

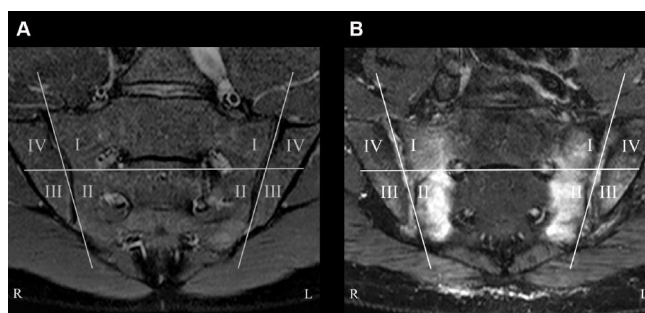
vuông góc với trục của xương cùng, phạm vi chụp từ mào chậu đến cực dưới xương cụt.

STIR coronal: 3000/50 TR/TE, ma trận 320×320 , độ dày lớp cắt 3mm, bước nhảy 3,3mm. Hướng chụp song song với trục của xương cùng, phạm vi chụp từ bờ trước khớp mu đến bờ sau xương cùng.

Thang điểm SPARCC được tính toán dựa trên việc đánh giá tăng tín hiệu trên chuỗi xung STIR, biểu thị phù tủy xương ở các lát cắt coronal của khớp cùng chậu. Khớp cùng chậu được chia thành sáu lát cắt liên tiếp trên mặt phẳng coronal nghiêng, theo hướng song song với trục của khớp cùng chậu và xương cùng, đồng nhất cho tất cả các bệnh nhân để khảo sát toàn bộ các thay đổi tín hiệu từ vùng xương cùng đến xương chậu và các lỗ cùng. Vùng tủy xương giữa các lỗ cùng được sử dụng làm mốc tham chiếu trong việc đánh giá mức độ tăng tín hiệu của khớp cùng chậu trên chuỗi xung STIR. Mỗi khớp cùng chậu được chia thành bốn góc phần tư: Phần trên xương chậu, phần trên xương cùng, phần dưới xương cùng và phần dưới xương chậu. Sự hiện diện của phù tủy xương mỗi góc phần tư sẽ được tính điểm. Mức điểm tối đa cho hai khớp cùng chậu trong mỗi lát coronal là 8 điểm. Với sáu lát cắt coronal, tổng điểm tối đa là 48. Tổn thương phù tủy xương sẽ được cộng thêm điểm nếu có tín hiệu tăng mạnh (so sánh với tín hiệu của tĩnh mạch trước xương cùng) hoặc có độ rộng $\geq 1\text{cm}$, được đo vuông góc với khe khớp theo chiều trước - sau tại bất kỳ lát cắt nào trong số sáu lát cắt coronal chuẩn. Việc đo lường được thực hiện bằng công cụ thước đo kỹ thuật số tích hợp trong hệ thống PACS. Nếu có tín hiệu tăng mạnh ở bất kỳ góc phần tư nào của khớp cùng chậu trên một lát cắt, sẽ được tính 1 điểm. Vì có hai khớp cùng chậu và sáu lát cắt, điểm tối đa cho mức độ tăng tín hiệu là 12. Cách tính tương tự cũng áp dụng cho tiêu chí độ rộng của tăng tín hiệu với điểm tối đa là 12. Như vậy, tổng điểm SPARCC tối đa là 72 điểm³.

Chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, thể bệnh, các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm HLA-B27, CRP, X-quang khớp cùng chậu, thang điểm SPARCC, VAS, đánh giá bệnh đang hoạt động khi BASDAI ≥ 4 hoặc ASDAS-CRP $\geq 2,1$.



Hình 1. Mô phỏng cách tính điểm SPARCC³

(A) Chia khớp cùng chậu thành 4 góc phần tư.

(B) Điểm SPARCC = 10 cho lát cắt được hiển thị (3 góc phần tư dương ở cả hai bên cộng với 2 điểm cho cường độ tín hiệu và độ rộng ở cả hai bên)

Xử lý số liệu

Tất cả số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, trung vị, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê (T-test, U-test, Welch – Anova, Pearson) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan. $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 103 theo quyết định số 88/HĐĐĐ ngày 19/8/2024. Các tác giả cam kết không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Chỉ số
Tỷ lệ nam/nữ		2,84/1
Tuổi (năm)		$28,20 \pm 6,92$
Thời gian mắc bệnh trung bình (tháng)		$12,69 \pm 6,67$
Mức độ hoạt động bệnh	BASDAI ≥ 4	66%
	ASDAS-CRP $\geq 2,1$	90%
Điểm SPARCC		$29,28 \pm 18,93$

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ là 2,84/1. Tuổi mắc bệnh trung bình là $28,20 \pm 6,92$. Thời gian mắc bệnh trung bình là $12,69 \pm 6,67$ (tháng). Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh hoạt động theo chỉ số BASDAI ≥ 4 là 66%, theo chỉ số ASDAS-CRP $\geq 2,1$ là 90%. Điểm SPARCC trung bình là $29,28 \pm 18,93$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa điểm SPARCC với các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Điểm SPARCC	p
Thể bệnh	VCSDK (n = 28) Trung bình	28,14 ± 16,47	0,63*
	VK-CSKXQ (n = 22) Trung bình	30,72 ± 21,99	
Đau lưng kiểu viêm	Có (n = 42) Trung bình	30,04 ± 19,62	0,51*
	Không (n = 8) Trung bình	25,25 ± 15,22	
Đau mông	Có (n = 41) Trung vị (Q1 - Q3)	31,00 (18,50 - 38,50)	0,31**
	Không (n = 9) Trung vị (Q1 - Q3)	11,00 (0,00 - 46,00)	
Viêm khớp ngoại vi	Có (n = 29) Trung bình	28,82 ± 19,83	0,84*
	Không (n = 21) Trung bình	29,90 ± 18,09	
Đáp ứng với NSAIDs	Có (n = 32) Trung vị (Q1 - Q3)	30,50 (17,00 - 47,50)	0,33**
	Không (n = 18) Trung vị (Q1 - Q3)	30,50 (7,50 - 40,50)	
Giảm độ giãn cột sống	Có (n = 19) Trung bình	27,89 ± 17,92	0,69*
	Không (n = 31) Trung bình	30,12 ± 19,77	
Giảm độ giãn lồng ngực	Có (n = 15) Trung bình	30,20 ± 16,20	0,95*
	Không (n = 35) Trung bình	28,88 ± 20,20	
Tiền sử gia đình	Có (n = 9) Trung bình	32,88 ± 20,70	0,53*
	Không (n = 41) Trung bình	28,48 ± 18,70	

(*) Independent-Samples T-test, (**) Mann-Whitney U-test.

Nhận xét: Không có sự khác biệt về điểm SPARCC giữa các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp – cột sống thể trực.

Bảng 3. Mối liên quan giữa điểm SPARCC với đặc điểm cận lâm sàng và các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh

	Đặc điểm	Điểm SPARCC	p
HLA-B27	Dương tính (n = 38) Trung bình	30,00 ± 19,60	0,63*
	Âm tính (n = 12) Trung bình	27,00 ± 17,24	
CRP	< 5mg/L (n = 10) Trung vị (Q1 - Q3)	34,00 (26,50 - 36,75)	0,76**
	≥ 5mg/L (n = 40) Trung vị (Q1 - Q3)	26,50 (11,50 - 46,00)	
BASDAI	< 4 (n = 17) Trung bình	22,29 ± 11,94	0,02*
	≥ 4 (n = 33) Trung bình	32,87 ± 20,94	
ASDAS-CRP	1,3 - 2,1 (n = 5) Trung bình	21,00 ± 13,82	0,31***
	2,1 - 3,5 (n = 25) Trung bình	27,40 ± 16,98	
	≥ 3,5 (n = 20) Trung bình	33,70 ± 21,84	

(*) Independent-Samples T-test, (**) Mann-Whitney U-test, (***) Welch - Anova.

Nhận xét: Không có sự khác biệt về điểm SPARCC giữa các nhóm HLA-B27, CRP và ASDAS-CRP. Nhóm bệnh hoạt động theo chỉ số BASDAI ≥ 4 có điểm SPARCC cao hơn nhóm bệnh không hoạt động BASDAI < 4 với p = 0,02.

Bảng 4. Tương quan giữa điểm SPARCC với CRP và các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh

Chỉ số (n = 50)	Điểm SPARCC	
	r	p
CRP	0,15	0,27
VAS	0,22	0,12
ASDAS-CRP	0,29	0,04
BASDAI	0,31	0,02

Chú thích: p - tương quan Pearson

Nhận xét: Điểm SPARCC có mối tương quan thuận, mức độ yếu với chỉ số ASDAS-CRP (r = 0,29, p=0,04) và tương quan thuận, mức độ vừa với chỉ số BASDAI (r = 0,31, p=0,02). Không có sự tương quan tuyến tính giữa điểm SPARCC với CRP và điểm VAS.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

50 bệnh nhân với tuổi trung bình là 28,20 ± 6,92 tuổi; tuổi nhỏ nhất 18 tuổi, tuổi lớn nhất 42 tuổi, tỷ lệ nam/nữ = 2,84/1; thời gian mắc bệnh trung bình là 12,69 ± 6,67 (tháng); mức độ hoạt động bệnh cao BASDAI ≥ 4 là 66%, ASDAS-CRP ≥ 2,1 là 90%. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trong nước, với tỷ lệ gặp chủ yếu ở nam giới (83,02%)⁶. Tuổi và thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây⁷. Nguyên nhân của khác biệt này là do sự phát triển của y học, nhiều phương tiện chẩn đoán như xét nghiệm, chụp cộng hưởng từ được

sử dụng phổ biến hơn nên nhiều bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm, lứa tuổi trẻ hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm SPARCC trung bình là $29,28 \pm 18,93$, cho thấy mức độ viêm hoạt động cao. Kết quả này phản ánh tình trạng phù tủy xương lan tỏa và rõ rệt trên chuỗi xung STIR của cộng hưởng từ khớp cùng chậu, vốn là đặc trưng của quá trình viêm hoạt động trong viêm khớp - cột sống thể trực. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Ozenc Inan và cộng sự (2024), được thực hiện tại Thổ Nhĩ Kỳ trên 32 bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trực, điểm SPARCC trung bình là $10,4 \pm 11,5$ ⁸. Mức điểm SPARCC cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể phản ánh đặc điểm viêm hoạt động mạnh tại thời điểm nghiên cứu hoặc do bệnh nhân được tuyển chọn ở giai đoạn sớm, khi tổn thương viêm chiếm ưu thế hơn tổn thương cấu trúc.

4.2. Mối liên quan giữa điểm SPARCC với các đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm SPARCC không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm phân tầng theo đặc điểm lâm sàng như thể bệnh (VCSDK so với VK-CSKXQ), đau lưng kiểu viêm, đau mông, viêm khớp ngoại vi, đáp ứng với NSAIDs, tiền căn gia đình, cũng như các dấu hiệu giảm độ giãn cột sống và lồng ngực. Kết quả này cho thấy tổn thương viêm phát hiện trên cộng hưởng từ, biểu hiện bằng điểm SPARCC, có thể tồn tại độc lập với nhiều biểu hiện lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trực.

4.3. Mối liên quan giữa điểm SPARCC với đặc điểm cận lâm sàng và các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm SPARCC trung bình cao hơn ở nhóm bệnh nhân HLA-B27 dương tính ($30,00 \pm 19,60$) so với nhóm âm tính ($27,00 \pm 17,24$), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,63$). Điều này phù hợp với các nghiên cứu cho rằng, HLA-B27 là yếu tố nguy cơ giúp phát hiện bệnh viêm khớp - cột sống thể trực, nhưng không nhất thiết phản ánh trực tiếp mức độ viêm hiện tại trên cộng hưởng từ. Theo

nghiên cứu của Chung và cộng sự (2011), HLA-B27 dương tính liên quan đến việc tăng khả năng có hình ảnh viêm, nhưng không đồng nghĩa với điểm SPARCC cao hơn⁹.

Tiếp theo, khi phân tích theo nồng độ CRP, chúng tôi thấy ở nhóm CRP < 5mg/L có điểm SPARCC cao hơn nhóm CRP ≥ 5 mg/L, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p=0,76$. Có sự khác biệt này là do viêm tại khớp cùng chậu có thể xảy ra ngay cả khi CRP ở mức bình thường, phản ánh tính chất khu trú và đôi khi âm thầm của phản ứng viêm trong viêm khớp - cột sống thể trực. Một số bệnh nhân có CRP bình thường nhưng viêm tại khớp cùng chậu nhiều, biểu hiện bằng điểm SPARCC cao, dẫn đến kết quả điểm SPARCC cao hơn ở nhóm CRP < 5mg/L. Đây là một trong những thách thức trong chẩn đoán, đặc biệt là ở thể VK-CSKXQ, và cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Van Gaalen khi chỉ ra rằng nhiều bệnh nhân có tổn thương viêm rõ rệt trên cộng hưởng từ nhưng không tăng CRP¹⁰.

Đáng chú ý, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm SPARCC và chỉ số BASDAI ($p = 0,02$). Cụ thể, bệnh nhân có BASDAI ≥ 4 , tức có mức độ hoạt động bệnh cao, có điểm SPARCC trung bình là $32,87 \pm 20,94$, cao hơn rõ rệt so với nhóm BASDAI < 4 ($22,29 \pm 11,94$). Kết quả này chỉ ra mối liên quan giữa mức độ viêm trên cộng hưởng từ và cảm nhận chủ quan của bệnh nhân về hoạt tính bệnh. Mối liên quan này cũng được khẳng định trong nghiên cứu của Rudwaleit và cộng sự (2024), cho thấy điểm SPARCC có thể phản ánh tốt tình trạng viêm đang hoạt động, đặc biệt khi BASDAI ở mức cao¹¹.

Cuối cùng, khi phân tích theo chỉ số ASDAS-CRP, một chỉ số đánh giá hoạt động bệnh kết hợp cả chủ quan và khách quan, điểm SPARCC có xu hướng tăng dần từ nhóm có hoạt tính bệnh thấp ($21,00 \pm 13,82$) đến nhóm có hoạt tính bệnh rất cao ($33,70 \pm 21,84$), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,31$). Tuy nhiên, xu hướng này vẫn phản ánh sự tương đồng với các nghiên cứu như của Singh và cộng sự (2024), cho thấy mức độ viêm trên cộng hưởng từ thường cao hơn ở nhóm bệnh nhân có ASDAS-CRP $\geq 3,5$, được xem là nhóm có hoạt tính bệnh rất cao⁵.

4.4. Tương quan giữa điểm SPARCC với CRP và các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm SPARCC với CRP ($r = 0,15$, $p=0,27$) hay điểm VAS ($r = 0,22$, $p=0,12$). Điều này phù hợp với nhiều tài liệu cho rằng viêm tại khớp cùng chậu có thể tồn tại âm thầm và khu trú, không nhất thiết kèm theo tăng CRP toàn thân¹².

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm SPARCC có mối tương quan thuận, mức độ vừa với chỉ số hoạt động bệnh BASDAI ($r = 0,31$, $p=0,02$) và mức độ yếu với chỉ số ASDAS-CRP ($r = 0,29$, $p=0,04$). Điều này cho thấy điểm SPARCC có khả năng phản ánh mức độ viêm đang hoạt động ở bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trực, đặc biệt khi các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh ở mức cao. Mối liên quan giữa điểm SPARCC với các chỉ số BASDAI, ASDAS-CRP đã được khẳng định trong một số nghiên cứu. Zhang và cộng sự (2014) ghi nhận tương quan đáng kể giữa điểm SPARCC và BASDAI ($r = 0,685$, $p<0,05$), cho thấy cộng hưởng từ có thể phản ánh tốt tình trạng viêm trong bệnh viêm khớp - cột sống thể trực⁴. Tương tự, Inan và cộng sự (2024) cũng phát hiện mối tương quan chặt chẽ giữa SPARCC và BASDAI ở nhóm bệnh nhân âm tính với HLA-B27 ($r = 0,639$, $p=0,008$), nhấn mạnh giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá hoạt tính bệnh ở các đối tượng có biểu hiện lâm sàng không điển hình⁸.

Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cũng còn một số hạn chế như không có nhóm đối chứng, thiếu phân tích điều trị trên các nhóm bệnh nhân khác nhau, nguy cơ sai lệch hình ảnh khi chỉ có một người đọc phim.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thang điểm SPARCC ở 50 bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trực cho thấy điểm SPARCC trung bình là $29,28 \pm 18,93$. Nhóm bệnh hoạt động theo chỉ số BASDAI ≥ 4 có điểm SPARCC cao hơn nhóm bệnh không hoạt động BASDAI < 4 với $p=0,02$. Điểm SPARCC có mối tương quan thuận, mức độ yếu với chỉ số ASDAS-CRP ($r = 0,29$, $p=0,04$) và tương quan thuận, mức độ vừa với chỉ số BASDAI ($r = 0,31$,

$p=0,02$). Do đó, có thể sử dụng thang điểm SPARCC trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh ở bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trực, đặc biệt là hỗ trợ phát hiện tình trạng viêm hoạt động trên hình ảnh cộng hưởng từ ở những trường hợp lâm sàng nghi ngờ nhưng chưa có tổn thương X-quang. Thang điểm này có thể đóng vai trò như một chỉ báo khách quan bổ sung cho các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng trong theo dõi tiến triển bệnh và đánh giá đáp ứng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Đình Hùng, Nguyễn Đình Khoa (2021) *Bệnh học những bệnh cơ xương khớp thường gặp*. Nhà xuất bản Y học, tr. 136-164.
2. Maksymowych WP (2019) *The role of imaging in the diagnosis and management of axial spondyloarthritis*. Nature Reviews Rheumatology 15(11): 657-672.
3. Maksymowych WP, Inman RD, Salonen D et al (2005) *Spondyloarthritis research Consortium of Canada magnetic resonance imaging index for assessment of sacroiliac joint inflammation in ankylosing spondylitis*. Arthritis Care & Research. 53(5): 703-709.
4. Zhang P, Yu K, Guo R et al (2015) *Ankylosing spondylitis: correlations between clinical and MRI indices of sacroiliitis activity*. Clinical radiology 70(1): 62-66.
5. Singh BK, Tiwari M, & Meena PK (2024) *Correlation between Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score and MRI Scoring in Patients with Ankylosing Spondylitis: A Cross-sectional Study*. Journal of Clinical & Diagnostic Research 18(8).
6. Bùi Hải Bình, Phạm Kim Linh (2024) *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, 539, tr. 5-9.
7. Chung HY, Huang JX, Chan SCW, Lee KH, Tsang HHL, Lau CS (2022) *Clinical, radiological, and magnetic resonance imaging characteristics of axial spondyloarthritis with late onset*. Medicine 101(29): 29523.
8. Inan O, Aytakin E, Dogan YP et al (2024) *Correlation between clinical disease activity and*

- sacroiliac magnetic resonance imaging detection in axial spondyloarthritis*. Archives of Rheumatology 39(1): 115.
9. Chung HY, Machado P, van Der Heijde D, d'Agostino M-A, Dougados M (2011) *HLA-B27 positive patients differ from HLA-B27 negative patients in clinical presentation and imaging: results from the DESIR cohort of patients with recent onset axial spondyloarthritis*. Annals of the rheumatic diseases 70(11): 1930-1936.
 10. van Gaalen FA, Rudwaleit M (2023) *Challenges in the diagnosis of axial spondyloarthritis*. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 7(3): 101871.
 11. Rudwaleit M, Marzo-Ortega H, Navarro-Compán V, et al (2024) *Exploratory analysis of the potential disconnect between objective inflammatory response and clinical response following certolizumab pegol treatment in patients with active axial spondyloarthritis*. RMD open 10(3): 004369.
 12. Tian H, Li T, Wang Y et al (2023) *The correlations between C-reactive protein and MRI-detected inflammation in patients with axial spondyloarthritis: A systematic review and meta-analysis*. Clinical Rheumatology 42(9): 2397-2407.