

Chuẩn hoá thang điểm MG-ADL phiên bản tiếng Việt và đánh giá độ tin cậy, giá trị đo lường trên bệnh nhân nhược cơ

Standardization of the Vietnamese version of the MG-ADL scale and assessment of its reliability and measurement validity in patients with myasthenia gravis

Nguyễn Đức Tuấn[✉], Nguyễn Văn Hường

Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả liên hệ

BS. Nguyễn Đức Tuấn

Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài: 26/6/2026

Ngày phản biện khoa học: 27/7/2026

Ngày duyệt bài: 4/8/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chuẩn hoá thang điểm MG-ADL phiên bản tiếng Việt và đánh giá độ tin cậy, giá trị đo lường trên bệnh nhân nhược cơ.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp đánh giá lặp lại trên 100 người bệnh nhược cơ phân độ MGFA I-IV tại Bệnh viện Bạch Mai. Thang điểm được dịch và hiệu chỉnh theo quy trình Beaton và WHO, thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp. Đánh giá độ tin cậy nội tại bằng Cronbach's alpha; độ tin cậy lặp lại bằng ICC(2,1) trên 30 người bệnh sau 3 ngày, kèm SEM và MDC95; giá trị hội tụ và phân biệt bằng tương quan Spearman và kiểm định Kruskal-Wallis với phân độ MGFA; cấu trúc nhân tố bằng phân tích thành phần chính có xoay Varimax, đối chiếu bằng phân tích song song; khả năng phản ánh thay đổi trên 20 người bệnh có điểm lúc vào và ra viện.

Kết quả: Tuổi trung bình $48,0 \pm 14,7$; nữ 70,0%; anti-AChR dương tính 75,0%. Điểm MG-ADL lúc nhập viện $6,77 \pm 4,80$ (2-18), không có hiệu ứng sàn ở tổng điểm nhưng 47-63% người bệnh đạt 0 điểm ở từng mục ngoài nhãn khoa. Cronbach's alpha 0,843 (sáu mục hầu họng - hô hấp - vận động: 0,920). ICC(2,1) = 0,976 (KTC 95%: 0,950-0,988), SEM = 0,74, MDC95 = 2,04 điểm. Tương quan với MGFA $\rho = 0,951$; khác biệt giữa ba nhóm mức độ nặng có ý nghĩa ($H = 63,75$; $p < 0,001$). KMO = 0,813; tiêu chí giá trị riêng rút trích hai thành phần (68,15% phương sai) nhưng phân tích song song chỉ ủng hộ một thành phần: sáu mục hầu họng - hô hấp - vận động tải 0,801-0,892, hai mục nhãn khoa tách riêng với communality thấp và gần như không tương quan với nhau ($r = 0,047$). Điểm MG-ADL giảm từ $9,20 \pm 5,16$ xuống $5,60 \pm 3,05$ ($p < 0,001$), SRM = 1,36.

Kết luận: Thang điểm MG-ADL phiên bản tiếng Việt có độ tin cậy tốt và nhạy với thay đổi lâm sàng, với cấu trúc về cơ bản là một chiều xoay quanh sáu mục hầu họng - hô hấp - vận động. MDC95 xấp xỉ 2 điểm tương ứng ngưỡng khác biệt tối thiểu có ý nghĩa lâm sàng quốc tế. Kết quả bước đầu ủng hộ việc áp dụng thang điểm tại Việt Nam và

cần được khẳng định trên mẫu đa trung tâm.

Từ khóa: MG-ADL, nhược cơ, chuẩn hoá, độ tin cậy, giá trị đo lường.

ABSTRACT

Objectives: To standardize the Vietnamese version of the MG-ADL scale and evaluate its reliability and measurement validity in patients with myasthenia gravis.

Methods: A cross-sectional descriptive study with repeated assessment in 100 patients with myasthenia gravis (MGFA classes I-IV) at Bach Mai Hospital. The scale was translated and culturally adapted following Beaton's and WHO guidelines and administered by interview. Internal consistency was assessed with Cronbach's alpha; test-retest reliability with ICC(2,1) in 30 patients after 3 days, together with SEM and MDC95; convergent and discriminant validity with Spearman correlation and the Kruskal-Wallis test against MGFA class; factor structure by principal component analysis with Varimax rotation, cross-checked by parallel analysis; and responsiveness in 20 patients with paired admission and discharge scores.

Results: Mean age was 48.0 ± 14.7 years; 70.0% were female; anti-AChR antibodies were positive in 75.0%. Mean admission MG-ADL was 6.77 ± 4.80 (2-18), with no floor effect for the total score, although 47-63% of patients scored zero on each non-ocular item. Cronbach's alpha was 0.843 (0.920 for the six bulbar-respiratory-motor items). ICC(2,1) was 0.976 (95% CI 0.950-0.988), with SEM = 0.74 and MDC95 = 2.04 points. Correlation with MGFA class was $\rho = 0.951$, and scores differed across three severity groups ($H = 63.75$; $p < 0.001$). KMO was 0.813; the eigenvalue criterion extracted two components (68.15% of variance) whereas parallel analysis supported only one: the six bulbar-respiratory-motor items loaded 0.801-0.892, while the two

ocular items separated with low communalities and were virtually uncorrelated ($r = 0.047$). MG-ADL decreased from 9.20 ± 5.16 to 5.60 ± 3.05 ($p < 0.001$), SRM = 1.36.

Conclusions: The Vietnamese MG-ADL shows good reliability and is sensitive to clinical change, with an essentially unidimensional structure centred on the six bulbar-respiratory-motor items. Its MDC95 of approximately 2 points corresponds to the accepted minimal clinically important difference. These preliminary findings support use of the scale in Vietnam and warrant multicentre confirmation.

Keywords: MG-ADL, myasthenia gravis, standardization, reliability, validity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược cơ (Myasthenia Gravis - MG) là rối loạn thần kinh - cơ tự miễn mạn tính, đặc trưng bởi yếu cơ dao động do kháng thể tự miễn tấn công thụ thể acetylcholine hoặc các thành phần khác của khe synap thần kinh - cơ¹. Bệnh ảnh hưởng đến các nhóm cơ vận nhãn, hầu họng, hô hấp và cơ chi, tác động sâu sắc đến hoạt động sinh hoạt hằng ngày và chất lượng cuộc sống.

Các công cụ lượng giá dựa trên báo cáo của người bệnh giữ vai trò quan trọng bên cạnh đánh giá của thầy thuốc. Thang điểm MG-ADL do Wolfe và cộng sự xây dựng năm 1999 gồm 8 mục, mỗi mục 0-3 điểm, tổng 0-24, bao phủ bốn lĩnh vực nhãn khoa, hầu họng, hô hấp và vận động thô². Nhờ ngắn gọn và nhạy với thay đổi lâm sàng, MG-ADL đã trở thành tiêu chí đánh giá kết quả then chốt trong các thử nghiệm điều trị nhược cơ³, trong đó mức thay đổi 2 điểm được xác lập là ngưỡng khác biệt tối thiểu có ý nghĩa lâm sàng (Minimal Clinically Important Difference - MCID)³. Thang điểm đã được chuẩn hoá tại nhiều quốc gia như Thổ Nhĩ Kỳ⁴, Iran⁵, Latvia⁶, Ả Rập Xê Út và Ý, với đặc tính đo lường nhìn chung đạt yêu cầu nhưng khác biệt đáng

kể giữa các phiên bản.

Tại Việt Nam, MG-ADL chưa được chuẩn hoá chính thức về ngôn ngữ và văn hoá, gây rào cản cho việc áp dụng thống nhất trên lâm sàng và hạn chế khả năng so sánh dữ liệu với y văn quốc tế. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: (1) Chuẩn hoá thang điểm MG-ADL phiên bản tiếng Việt và đánh giá độ tin cậy, giá trị đo lường trên bệnh nhân nhược cơ; (2) Bước đầu ứng dụng thang điểm đã chuẩn hoá trong theo dõi diễn biến lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 100 người bệnh được chẩn đoán xác định nhược cơ, điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2024 đến 7/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Chẩn đoán xác định và phân độ nhược cơ theo tiêu chuẩn MGFA; tuổi từ 18 trở lên; đọc hiểu được tiếng Việt; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh phân độ MGFA V, tức đang trong cơn nhược cơ cần thở máy nên không thể trả lời bảng hỏi tự báo cáo; rối loạn nhận thức hoặc tâm thần nặng ảnh hưởng đến khả năng trả lời; bệnh lý nặng kèm theo ảnh hưởng độc lập đến sinh hoạt hằng ngày; không đồng ý tham gia.

Toàn bộ người bệnh nhược cơ điều trị tại đơn vị trong thời gian nghiên cứu được sàng lọc theo các tiêu chuẩn trên; những trường hợp đủ điều kiện và đồng ý tham gia được đưa vào phân tích cho đến khi đạt cỡ mẫu 100.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế mô tả cắt ngang kết hợp đánh giá lặp lại. Cỡ mẫu xác định theo khuyến nghị cho phân tích cấu trúc với 8 biến quan sát và 1-2 nhân tố tiềm ẩn, theo đó tối thiểu 100 người bệnh là đủ để bảo đảm khả năng tái lập mô hình. Chọn mẫu phân tầng theo phân độ MGFA nhằm bao phủ toàn bộ phổ mức độ nặng.

Quy trình chuẩn hoá ngôn ngữ

Bảng câu hỏi được xây dựng theo quy trình năm bước của Beaton và cộng sự cùng Tổ chức Y tế Thế giới⁷, thủ tục xin phép sử dụng chính thức từ đơn vị giữ bản quyền đang được tiến hành. Hai bản dịch xuôi độc lập được tổng hợp thành bản trung gian; hai người dịch ngược không biết nội dung bản gốc thực hiện bản dịch ngược; hội đồng chuyên gia rà soát tính tương đương về ngữ nghĩa, thành ngữ, trải nghiệm và khái niệm giữa bản dịch và bản gốc. Bản tiền chính thức được thử nghiệm sơ bộ trên một nhóm người bệnh nhược cơ nhằm đánh giá mức độ dễ hiểu của từng mục; các góp ý về từ ngữ được tiếp thu trước khi chốt bản chính thức.

Thu thập số liệu

Do một tỷ lệ đáng kể người bệnh nội trú có hạn chế về thị lực hoặc mệt cơ khi tự điền, toàn bộ số liệu được nghiên cứu viên phòng vấn trực tiếp theo đúng nguyên văn từng mục. Cùng một nghiên cứu viên thực hiện cả hai lần đo ở nhóm đánh giá lặp lại. Đánh giá lần hai được thực hiện sau 3 ngày, chỉ ở những người bệnh không thay đổi phác đồ điều trị và không có biến cố lâm sàng mới trong khoảng thời gian đó. Hai mươi người bệnh được đánh giá lại tại thời điểm ra viện.

Phân tích số liệu

Độ tin cậy nội tại đánh giá bằng Cronbach's alpha ($\geq 0,80$ là tốt), hệ số tương quan mục - tổng hiệu chỉnh và alpha khi loại từng mục. Độ tin cậy lặp lại đánh giá bằng ICC(2,1) theo mô hình hai chiều ngẫu nhiên, đồng thuận tuyệt đối, kèm khoảng tin cậy 95%; từ đó tính SEM = $SD \times \sqrt{(1 - ICC)}$ và $MDC95 = 1,96 \times \sqrt{2} \times SEM$. Giá trị hội tụ đánh giá bằng tương quan Spearman với phân độ MGFA; giá trị phân biệt bằng kiểm định Kruskal-Wallis giữa ba nhóm mức độ, kèm Mann-Whitney cho từng cặp. Cấu trúc thang điểm khảo sát bằng phân tích thành phần chính trên ma trận tương quan Pearson với phép xoay Varimax; số thành phần được xác định đồng thời

bằng tiêu chí giá trị riêng ≥ 1 và bằng phân tích song song (parallel analysis) do tiêu chí giá trị riêng có xu hướng rút trích thừa. Điều kiện phân tích kiểm tra bằng KMO, kiểm định Bartlett và chỉ số MSA từng mục. Khả năng phản ánh thay đổi lâm sàng đánh giá bằng kiểm định Wilcoxon và hệ số đáp ứng chuẩn hoá (SRM). Các đặc tính đo lường được diễn giải theo khung khuyến nghị của COSMIN. Ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng thông qua đề cương Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai chấp thuận. Thông tin cá nhân được mã hoá, bảo mật. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp điều trị, tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki và quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 100 người bệnh nhược cơ, tuổi trung bình $48,0 \pm 14,7$ (18-83 tuổi). Nữ giới chiếm ưu thế với 70/100 trường hợp (70,0%), tỷ số nữ/nam 2,33. Kháng thể anti-AChR dương tính ở 75,0%, anti-MuSK dương tính 2,0%, còn lại 23,0% âm tính với cả hai loại kháng thể. Điểm MG-ADL trung bình lúc nhập viện $6,77 \pm 4,80$ (2-18), trung vị 5 điểm.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ($n = 100$)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)	$48,0 \pm 14,7$ (18-83)	-
Dưới 30 / 30-45 / 46-60 / Trên 60	11 / 36 / 29 / 24	11,0 / 36,0 / 29,0 / 24,0
Giới nữ / Giới nam	70 / 30	70,0 / 30,0
MGFA I / II / III / IV	34 / 37 / 14 / 15	34,0 / 37,0 / 14,0 / 15,0
Anti-AChR dương tính	75	75,0
Anti-MuSK dương tính	2	2,0
Âm tính cả hai kháng thể	23	23,0

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Điểm MG-ADL lúc nhập viện (0-24)	$6,77 \pm 4,80$ (2-18)	-
Hiệu ứng sàn / hiệu ứng trần (tổng điểm)	0 / 0	0,0 / 0,0

Nhận xét: Nhóm MGFA I-II chiếm 71,0%. Tổng điểm không có hiệu ứng sàn hay trần; không người bệnh nào đạt 0 điểm do mục sụp mi hiện diện ở hầu hết đối tượng.

Bảng 2. Phân bố điểm từng mục của thang MG-ADL phiên bản tiếng Việt ($n = 100$)

Mục MG-ADL	Điểm trung bình (0-3)	Tỷ lệ đạt điểm 0 (%)
1. Nói chuyện	$0,79 \pm 0,86$	47,0
2. Nhai	$0,77 \pm 0,86$	47,0
3. Nuốt	$0,76 \pm 0,88$	50,0
4. Khó thở	$0,54 \pm 0,77$	63,0
5. Đánh răng / chải tóc	$0,74 \pm 0,91$	50,0
6. Đứng dậy khỏi ghế	$0,83 \pm 0,99$	49,0
7. Song thị (nhìn đôi)	$0,71 \pm 0,77$	47,0
8. Sụp mi	$1,63 \pm 0,91$	14,0

Nhận xét: Ở mức từng mục có hiệu ứng sàn rõ rệt (47,0-63,0% đạt 0 điểm ở sáu mục hầu hòng - hô hấp - vận động và mục song thị), phản ánh tỷ trọng lớn của nhóm MGFA I-II. Ngược lại, sụp mi có điểm trung bình cao nhất (1,63) và chỉ 14,0% không triệu chứng.

Bảng 3. Độ tin cậy nội tại của thang MG-ADL phiên bản tiếng Việt ($n = 100$)

Mục MG-ADL	Tương quan mục - tổng hiệu chỉnh	Alpha nếu loại mục
1. Nói chuyện	0,696	0,809
2. Nhai	0,774	0,799
3. Nuốt	0,765	0,799
4. Khó thở	0,738	0,806
5. Đánh răng / chải tóc	0,757	0,800
6. Đứng dậy khỏi ghế	0,739	0,801
7. Song thị	0,220	0,862
8. Sụp mi	0,029	0,889

Mục MG-ADL	Tương quan mục - tổng hiệu chỉnh	Alpha nếu loại mục
Cronbach's alpha toàn thang (8 mục)	0,843	-
Alpha 6 mục hầu họng - hô hấp - vận động	0,920	-

Nhận xét: Alpha toàn thang 0,843 đạt mức tốt; sáu mục hầu họng - hô hấp - vận động tạo thành tiểu thang rất đồng nhất (alpha = 0,920). Alpha khi loại mục sụp mí (0,889) và song thị (0,862) đều cao hơn alpha toàn thang, nghĩa là về thống kê thuận tuý việc loại hai mục này làm tăng độ nhất quán nội tại.

Bảng 4. Độ tin cậy lặp lại của thang MG-ADL sau 3 ngày ($n = 30$)

Chỉ số	Giá trị
Điểm MG-ADL lần 1 / lần 2	$6,53 \pm 4,80 / 6,37 \pm 4,80$
Chênh lệch trung bình (lần 1 - lần 2)	$0,17 \pm 1,05$
Kiểm định Wilcoxon (lần 1 so với lần 2)	$p = 0,403$
ICC (2,1) - đồng thuận tuyệt đối (KTC 95%)	0,976 (0,950 - 0,988)
Sai số chuẩn của phép đo (SEM)	0,74 điểm
Thay đổi nhỏ nhất phát hiện được (MDC95)	2,04 điểm

Nhận xét: ICC = 0,976 với giới hạn dưới khoảng tin cậy 0,950, vượt ngưỡng 0,90 khuyến nghị cho sử dụng ở mức cá thể; không có sai lệch hệ thống giữa hai lần đo. MDC95 = 2,04 điểm, tương ứng mức 3 điểm trên thang số nguyên.

Bảng 5. Giá trị phân biệt của thang MG-ADL theo nhóm mức độ nặng MGFA ($n = 100$)

Nhóm mức độ (MGFA)	n	Điểm MG-ADL (TB $\pm$ ĐLC)	Trung vị (khoảng)
Nhẹ (I - II)	71	$4,08 \pm 1,70$	4,0 (2 - 8)
Trung bình (III)	14	$10,36 \pm 1,60$	10,0 (8 - 13)
Nặng (IV)	15	$16,13 \pm 1,64$	16,0 (13 - 18)

Kiểm định Kruskal-Wallis: $H = 63,75$; $p < 0,001$. Mann-Whitney từng cặp đều có $p < 0,001$. Tương quan Spearman giữa điểm MG-ADL và phân độ MGFA đạt $\rho = 0,951$ ($p < 0,001$).

Bảng 6. Cấu trúc thang điểm: điều kiện phân tích và hệ số tải sau xoay Varimax ($n = 100$)

Mục MG-ADL	Thành phần 1	Thành phần 2	Communality
1. Nói chuyện	0,871	-0,163	0,786
2. Nhai	0,892	-0,049	0,798
3. Nuốt	0,877	-0,004	0,770
4. Khó thở	0,809	0,193	0,691
5. Đánh răng / chải tóc	0,804	0,281	0,725
6. Đứng dậy khỏi ghế	0,801	0,261	0,709
7. Song thị	0,187	0,641	0,445
8. Sụp mí	-0,074	0,722	0,527
Giá trị riêng / phương sai giải thích (%)	4,374 / 54,68	1,078 / 13,47	68,15

$KMO = 0,813$; kiểm định Bartlett: $\chi^2 = 542,78$; $df = 28$; $p < 0,001$. Tiêu chí giá trị riêng ≥ 1 rút trích hai thành phần, nhưng phân tích song song chỉ ủng hộ một thành phần: giá trị riêng thứ hai (1,078) không vượt ngưỡng mô phỏng tương ứng.

Nhận xét: Sáu mục hầu họng - hô hấp - vận động tải mạnh và đồng nhất lên thành phần thứ nhất (0,801-0,892) với communality 0,691-0,798. Hai mục nhãn khoa tách sang thành phần thứ hai nhưng có communality thấp hơn rõ rệt.

Khảo sát riêng hai mục nhãn khoa cho thấy chúng gần như không tương quan với nhau ($r = 0,047$; $p = 0,644$) nên thành phần thứ hai không phải một cấu trúc nhãn khoa đồng nhất. Chỉ số MSA riêng của mục sụp mí rất thấp (0,193) so với mục song thị (0,672). Điểm trung bình mục sụp mí biến thiên không đơn điệu theo mức độ bệnh: 1,97 ở MGFA I; 1,03 ở MGFA II; 1,64 ở MGFA III và 2,33 ở MGFA IV.

Bảng 7. Thay đổi điểm MG-ADL giữa thời điểm nhập viện và ra viện (n = 20)

Chỉ số	Giá trị
Điểm MG-ADL lúc nhập viện / lúc ra viện	9,20 ± 5,16 / 5,60 ± 3,05
Mức giảm trung bình	3,60 ± 2,64
Kiểm định Wilcoxon	p < 0,001
Hệ số đáp ứng chuẩn hoá (SRM)	1,36
Cải thiện ≥ 2 điểm (ngưỡng MCID quốc tế)	15/20 (75,0%)
Cải thiện ≥ 3 điểm (ngưỡng số nguyên trên MDC95)	12/20 (60,0%)

Nhận xét: Điểm MG-ADL giảm có ý nghĩa sau điều trị nội trú với SRM = 1,36 (mức đáp ứng lớn). Ba phần tư số người bệnh đạt ngưỡng MCID và ba phần năm vượt ngưỡng sai số đo lường của phiên bản tiếng Việt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Độ tin cậy và sai số đo lường

Mẫu nghiên cứu có nữ giới chiếm ưu thế rõ rệt (70,0%, tỷ số nữ/nam 2,33), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học kinh điển của bệnh nhược cơ¹. Tỷ lệ âm tính cả anti-AChR và anti-MuSK là 23,0%, cao hơn mức 10-15% thường gặp trong y văn, có thể do một phần người bệnh chỉ được xét nghiệm anti-AChR và do tỷ trọng lớn của thể mất trong mẫu.

Cronbach's alpha 0,843 thể hiện độ nhất quán nội tại tốt. Độ tin cậy lặp lại rất cao với ICC(2,1) = 0,976, giới hạn dưới khoảng tin cậy 0,950 vượt ngưỡng 0,90 được khuyến nghị khi dùng thang điểm để ra quyết định ở mức cá thể; kiểm định Wilcoxon không phát hiện sai lệch hệ thống. Cần lưu ý số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp bởi cùng một nghiên cứu viên. Phương thức này làm giảm nhiễu do khác biệt trong cách hiểu câu hỏi nên có xu hướng cho hệ số tin cậy cao hơn nghiên cứu để người bệnh tự điền, chẳng

hạn phiên bản tiếng Latvia chỉ đạt đồng thuận trung bình đến tốt⁶. Dewilde và cộng sự ghi nhận đánh giá của người bệnh và của thầy thuốc đồng thuận rất cao ở tổng điểm (ICC = 0,94) nhưng riêng mục sụp mi chỉ ở mức trung bình⁸; do đó kết quả của chúng tôi có thể không suy rộng hoàn toàn cho tình huống tự điền tại nhà.

4.2. Giá trị hội tụ với phân độ MGFA: một tương quan mang tính nội hàm

Hệ số tương quan giữa tổng điểm MG-ADL và phân độ MGFA đạt rho = 0,951, cao hơn hẳn mọi phiên bản đã công bố vốn dùng công cụ độc lập làm mốc so sánh (0,50-0,85)²⁻³. Chúng tôi cho rằng con số này không nên được diễn giải như bằng chứng về giá trị hội tụ độc lập, vì hai lý do.

Thứ nhất, đây là tương quan mang tính nội hàm về nội dung: phân độ MGFA III và IV được định nghĩa dựa trên mức độ yếu cơ hầu họng, hô hấp và cơ chi - chính những triệu chứng mà sáu trong tám mục của MG-ADL đo lường; hai công cụ vì vậy chia sẻ phần lớn nội dung khái niệm chứ không phải là hai phép đo độc lập. Thứ hai, việc phân độ MGFA và việc chấm MG-ADL không được làm mù với nhau, nên không loại trừ ảnh hưởng kỳ vọng của người đánh giá. Cả hai yếu tố thể hiện rõ ở Bảng 5: độ lệch chuẩn trong từng nhóm rất nhỏ (1,60-1,70) và ba nhóm gần như không chồng lấn - mức phân tách hiếm gặp với hai công cụ thực sự độc lập. Do đó chúng tôi diễn giải kết quả này ở mức thận trọng là bằng chứng cho giá trị phân biệt theo mức độ nặng, chứ không phải giá trị hội tụ theo nghĩa chặt chẽ; việc đối chiếu với QMG, MG Composite hoặc MG-QOL15 vẫn là cần thiết.

4.3. Cấu trúc thang điểm và hành vi đặc biệt của hai mục nhãn khoa

Tiêu chí giá trị riêng ≥ 1 rút trích hai thành phần giải thích 68,15% phương sai, nhưng phân tích song song chỉ ủng hộ một thành phần. Kết hợp với các chỉ số nêu trên, chúng tôi cho rằng thang MG-ADL phiên bản tiếng Việt về bản chất

là một chiều, xoay quanh sáu mục hầu hống - hô hấp - vận động, kèm hai mục nhãn khoa lệch khỏi cấu trúc chung. Thành phần thứ hai không nên được gọi là “nhân tố nhãn khoa”: hai mục cấu thành nó gần như không tương quan với nhau ($r = 0,047$), trong khi một nhân tố đòi hỏi các biến chỉ báo phải cùng biến thiên.

Nguyên nhân nằm ở phân bố không đơn điệu của mục sụp mí theo mức độ bệnh (1,97 ở MGFA I; 1,03 ở MGFA II; 1,64 và 2,33 ở MGFA III và IV). Điều này phản ánh thực tế lâm sàng là người bệnh thể mắt có triệu chứng nhãn khoa nổi bật nhưng không có triệu chứng hầu hống, hô hấp hay vận động, nên mục sụp mí không tăng đơn điệu theo mức độ nặng toàn thân. Nhận định này phù hợp với phân tích trên hai bộ dữ liệu lớn của Janssen và cộng sự, trong đó các triệu chứng mí mắt cũng tách thành thành phần riêng⁹.

Về thống kê thuần túy, loại bỏ mục sụp mí sẽ nâng alpha từ 0,843 lên 0,889. Chúng tôi vẫn giữ đủ 8 mục vì: sụp mí và song thị là biểu hiện đặc trưng nhất của nhược cơ nên loại bỏ sẽ tổn hại giá trị nội dung; MG-ADL 8 mục là dạng chuẩn trong các thử nghiệm quốc tế, rút gọn sẽ triệt tiêu khả năng so sánh; và hành vi khác biệt của hai mục này mang thông tin lâm sàng hữu ích. Hệ quả thực hành là tổng điểm nên được hiểu chủ yếu như thước đo gánh nặng triệu chứng toàn thân; ở thể mắt đơn thuần, tổng điểm có độ biến thiên rất hẹp (2-4 điểm ở nhóm MGFA I) nên cần theo dõi riêng hai mục nhãn khoa.

4.4. So sánh với các nghiên cứu chuẩn hoá trước đây

Hệ số alpha 0,843 của chúng tôi cao hơn phiên bản tiếng Thổ Nhĩ Kỳ (0,67 trên 52 người bệnh)⁴ và tiếng Latvia (0,76 trên 38 người bệnh)⁶, tương đương phiên bản tiếng Ba Tư (0,89 trên 58 người bệnh)⁵. Giá trị ICC 0,976 tương đương mức ghi nhận ở phiên bản tiếng Thổ Nhĩ Kỳ (0,96)⁴ và cao hơn rõ rệt so với phiên bản tiếng Latvia⁶.

Ưu điểm. Cỡ mẫu 100 người bệnh lớn hơn

phần lớn nghiên cứu chuẩn hoá MG-ADL đã công bố (38-87 người bệnh). Đây là một trong số ít nghiên cứu kiểm tra tính đơn hướng thay vì chỉ dừng ở alpha, ICC và tương quan; chính phân tích này đã phát hiện hành vi bất thường của hai mục nhãn khoa. Nghiên cứu cũng báo cáo đầy đủ SEM và MDC95 - hai chỉ số có ý nghĩa trực tiếp cho diễn giải lâm sàng nhưng thường bị bỏ qua.

Hạn chế. Thứ nhất, chỉ dùng phân độ MGFA làm mốc so sánh, với những giới hạn đã phân tích ở mục 4.2. Thứ hai, khoảng cách đánh giá lặp lại 3 ngày ngắn hơn một số nghiên cứu (2-4 tuần ở phiên bản tiếng Ba Tư) nên chưa loại trừ hoàn toàn ảnh hưởng trí nhớ, và cỡ mẫu nhóm này ($n = 30$) chỉ đủ cho ước lượng điểm. Thứ ba, thu thập bằng phỏng vấn thay vì tự điền có thể làm tăng độ tin cậy so với điều kiện sử dụng thông thường. Thứ tư, người bệnh MGFA V được loại trừ theo thiết kế nên kết quả chỉ áp dụng cho phổ MGFA I-IV. Thứ năm, nhóm đánh giá khả năng phản ánh thay đổi nhỏ ($n = 20$) và không dùng thang neo, nên chưa ước tính được MCID riêng cho quần thể Việt Nam; kết quả ở Bảng 7 nên được xem là sơ bộ. Cuối cùng, đây là nghiên cứu đơn trung tâm tuyến cuối; cấu trúc thang điểm cần được kiểm định lại bằng phân tích nhân tố khẳng định trên mẫu độc lập, đa trung tâm.

4.5. Ứng dụng thực tiễn

Ngưỡng thay đổi có ý nghĩa. Thang điểm chỉ mất vài phút, không cần trang thiết bị và phát hiện được cải thiện sau điều trị nội trú với SRM = 1,36. Giá trị MDC95 = 2,04 điểm gần như trùng khớp với ngưỡng MCID 2 điểm đã được xác lập trong các thử nghiệm quốc tế³. Do MG-ADL là thang số nguyên, chúng tôi khuyến nghị phân biệt hai mức: với so sánh ở mức nhóm, thay đổi 2 điểm là đủ để coi là có ý nghĩa; với quyết định trên từng người bệnh, nên yêu cầu thay đổi từ 3 điểm trở lên để chắc chắn vượt sai số đo lường. Thay đổi 1 điểm cần được diễn giải rất thận trọng.

Lượng giá nhanh, theo dõi từ xa và hội nhập nghiên cứu. Với các khoảng điểm gần như tách biệt giữa ba nhóm MGFA, tổng điểm MG-ADL có thể dùng như chỉ số hỗ trợ giúp nhận diện nhanh người bệnh có nguy cơ diễn biến nặng, hữu ích tại cơ sở chưa có bác sĩ chuyên khoa thần kinh cơ; do không cần thăm khám thực thể, thang điểm cũng phù hợp triển khai qua điện thoại giữa các lần tái khám, với lưu ý về khác biệt giữa phỏng vấn và tự điền đã nêu ở mục 4.1. Một phiên bản tiếng Việt đã được kiểm định cũng là điều kiện tiên quyết để các trung tâm trong nước tham gia thử nghiệm đa quốc gia dùng MG-ADL làm tiêu chí đánh giá chính. Riêng với thể mất đơn thuần, cần ghi nhận và so sánh riêng điểm của mục sọng thị và sụp mí thay vì chỉ dựa vào tổng điểm.

V KẾT LUẬN

Thang điểm MG-ADL phiên bản tiếng Việt trên 100 người bệnh nhược cơ có độ tin cậy nội tại tốt ($\alpha = 0,843$), độ tin cậy lặp lại rất cao ($ICC = 0,976$; KTC 95%: 0,950-0,988) và giá trị phân biệt tốt giữa các mức độ nặng ($p < 0,001$). Cấu trúc thang điểm về cơ bản là một chiều, xoay quanh sáu mục hẩu hống - hô hấp - vận động ($\alpha = 0,920$), trong khi hai mục nhãn khoa gắn kết yếu và không tạo thành một cấu trúc đồng nhất; vì vậy tổng điểm nên được hiểu chủ yếu như thước đo gánh nặng triệu chứng toàn thân. Thang điểm nhạy với thay đổi lâm sàng, với $MDC95 = 2,04$ điểm tương ứng ngưỡng MCID 2 điểm quốc tế. Kết quả bước đầu ủng hộ việc áp dụng thang điểm trong đánh giá, theo dõi điều trị và nghiên cứu tại Việt Nam, và cần được khẳng định trên mẫu đa trung tâm với công cụ đối chiếu độc lập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gilhus NE, Tzartos S, Evoli A, Palace J, Burns TM,

Verschuuren JJGM. Myasthenia gravis. Nat Rev Dis Primers. 2019;5(1):30.

2. Wolfe GI, Herbelin L, Nations SP, Foster B, Bryan WW, Barohn RJ. Myasthenia gravis activities of daily living profile. Neurology. 1999;52(7):1487-1489.
3. Muppidi S, Wolfe GI, Conaway M, Burns TM; MG Composite and MG-QOL15 Study Group. MG-ADL: still a relevant outcome measure. Muscle Nerve. 2011;44(5):727-731.
4. Karanfil E, Salcı Y, Fil-Balkan A, Bekircan-Kurt CE, Erdem Özdamar S, Armutlu K. Reliability and validity of Turkish Myasthenia Gravis-Activities of Daily Living Scale. OTJR (Thorofare N J). 2021;41(2):101-107.
5. Faghani S, Okhvat AA, Karimi N, Moassefi M, Maroufi SF, Nafissi S, et al. Validation of myasthenia gravis activity of daily living questionnaire: Persian version. Curr J Neurol. 2022;21(1):35-39.
6. Grosmane A, Roze I, Roddate M, Kāukē G, Žukova V, Glāzere I, et al. Translation and validation of the Myasthenia Gravis Activities of Daily Living Questionnaire: Latvian version. Front Neurol. 2024;15:1397603.
7. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine (Phila Pa 1976). 2000;25(24):3186-3191.
8. Dewilde S, Janssen MF, Tollenaar NH, Vanoli F, Frangiamore R, Phillips G, et al. Concordance between patient- and physician-reported Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG-ADL) scores. Muscle Nerve. 2023;68(1):65-72.
9. Janssen MF, Dewilde S, Wolfe GI, Muppidi S, Phillips G. Psychometric properties of MG-ADL items and MG-ADL score: an assessment of distributional characteristics, validity and factor structure in two large datasets. J Neurol Sci. 2024;463:123135.