

RELIABILITY AND VALIDITY OF KOREAN STANDARD PATTERN IDENTIFICATION FOR STROKE III VIETNAMESE VERSION

Nguyen Thi Huong Duong, Tang Khanh Huy, Tran Bao Ngoc, Le Bao Luu*

Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, District 5, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 11/4/2025

Revised: 22/5/2025; Accepted: 05/6/2025

ABSTRACT

Objective: Vietnamese traditional medicine uses the syndrome diagnosis method to diagnose stroke, but there is still no standardized tool. The Korean K-SPI-Stroke III scale provides a solution; therefore, its feasibility for application in Vietnam needs to be evaluated due to differences in culture and physical characteristics.

Subject and methods: A two-phase study was conducted. Phase 1 translated and culturally adapted K-SPI-Stroke III into Vietnamese, assessing content validity (I-CVI and S-CVI: 100%; clarity I-CVI: 80-100%, S-CVI/Ave: 99%, S-CVI/UA: 96%) and face validity. Phase 2 evaluated reliability and validity with 66 stroke patients.

Results: Internal consistency (Cronbach's alpha: 0.78-0.84) and test-retest reliability (question kappa: 0.43-0.86; sub-scale correlations: 0.76-0.94) were strong. Discriminant validity showed significant score differences among patterns, with predictive value at 62.1%.

Conclusion: The Vietnamese K-SPI-Stroke III demonstrates robust reliability and validity, supporting its use in traditional stroke diagnosis research in Vietnam.

Keywords: K-SPI-Stroke III, reliability, validity.

*Corresponding author

Email: lebaoluu@ump.edu.vn **Phone:** (+84) 857323868 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD9.2682**



ĐÁNH GIÁ TÍNH TIN CẬY VÀ GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐO KOREAN STANDARD PATTERN IDENTIFICATION FOR STROKE III PHIÊN BẢN TIẾNG VIỆT

Nguyễn Thị Hương Dương, Tăng Khánh Huy, Trần Bảo Ngọc, Lê Bảo Lưu*

Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Quận 5, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/4/2025

Ngày chỉnh sửa: 22/5/2025; Ngày duyệt đăng: 05/6/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Y học cổ truyền Việt Nam sử dụng phương pháp chẩn đoán hội chứng để chẩn đoán đột quỵ, nhưng vẫn chưa có công cụ chuẩn hóa. Thang đo K-SPI-Stroke III của Hàn Quốc cung cấp một giải pháp, và do đó cần đánh giá tính khả thi áp dụng tại Việt Nam do sự khác biệt về văn hóa và thể chất.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện qua hai giai đoạn. Giai đoạn 1 chuyển ngữ và thích ứng văn hóa thang đo K-SPI-Stroke III sang tiếng Việt, đánh giá tính giá trị nội dung (I-CVI và S-CVI: 100%; độ rõ ràng I-CVI: 80-100%, S-CVI/Ave: 99%, S-CVI/UA: 96%) và tính giá trị bề mặt. Giai đoạn 2 đánh giá độ tin cậy và giá trị với 66 bệnh nhân đột quỵ.

Kết quả: Tính nhất quán nội bộ (Cronbach's alpha: 0,78-0,84) và độ tin cậy lặp lại (hệ số Kappa câu hỏi: 0,43-0,86; tương quan thang đo phụ: 0,76-0,94) đều cao. Giá trị phân biệt cho thấy sự khác biệt đáng kể về điểm số giữa các hội chứng, với giá trị dự đoán đạt 62,1%.

Kết luận: Phiên bản tiếng Việt của K-SPI-Stroke III thể hiện độ tin cậy và giá trị mạnh mẽ, hỗ trợ việc sử dụng trong nghiên cứu chẩn đoán đột quỵ bằng y học cổ truyền tại Việt Nam.

Từ khóa: K-SPI-Stroke III, tính tin cậy, tính giá trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 2 trên thế giới, với hơn 12,2 triệu ca đột quỵ mới mỗi năm, tính đến năm 2022, trên toàn cầu ước tính có khoảng 101 triệu người đang sống đã từng bị đột quỵ 0. Ở Việt Nam, tỷ lệ người mắc đột quỵ ngày càng gia tăng, mỗi năm ghi nhận thêm khoảng 200.000 ca mắc mới đột quỵ và 11.000 ca tử vong do đột quỵ 0. Tại Việt Nam, nhiều người bệnh đột quỵ được điều trị bằng các phương pháp y học cổ truyền (YHCT), trong đó việc chẩn đoán hội chứng bệnh YHCT đóng vai trò vô cùng quan trọng. Hội chứng bệnh là phương thức chẩn đoán cơ bản của YHCT thông qua tứ chẩn và quá trình biện chứng luận trị, tuy nhiên nó vẫn còn mang tính chủ quan, việc nghiên cứu các tiêu chuẩn chẩn đoán để khách quan hóa quá trình biện chứng YHCT đóng vai trò vô cùng quan trọng trong thực hành lâm sàng.

Tại Hàn Quốc, thang đo Korean Standard Pattern Identification for Stroke III (K-SPI-Stroke III) là kết quả của dự án nghiên cứu kéo dài 9 năm do Viện Đông y Hàn Quốc chủ trì nhằm tiêu chuẩn hóa và khách quan hóa quá trình chẩn đoán hội chứng YHCT trên người bệnh đột quỵ 0, 0. Thang đo K-SPI-Stroke III xác định tiêu chuẩn chẩn đoán cho 4 hội chứng lâm sàng bao gồm khí hư, hỏa nhiệt, đàm thấp và âm hư. Tính tin cậy và giá trị của bảng câu hỏi được đánh giá bởi nghiên

cứ của Byoung-Kab Kang và cộng sự với kết luận cho thấy bảng câu hỏi là công cụ đáng tin cậy và chính xác trong việc chẩn đoán các hội chứng YHCT cho bệnh đột quỵ 0. Tuy nhiên, với những khác biệt về văn hóa, lối sống và thể chất giữa người bệnh đột quỵ ở Việt Nam và Hàn Quốc, thang đo K-SPI-Stroke III cần được đánh giá tính tin cậy và giá trị khi sử dụng trên cộng đồng dân cư Việt Nam.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025 qua 2 giai đoạn (hình 1).

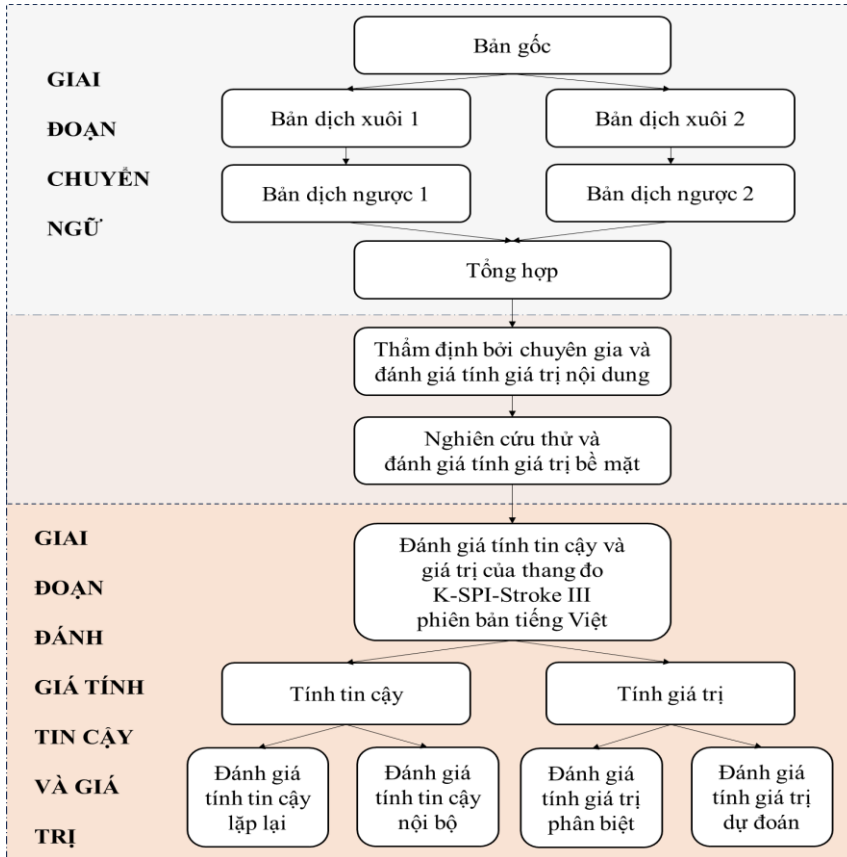
2.2. Cỡ mẫu

Ở bước 4 (thẩm định bởi chuyên gia và tính giá trị nội dung), Rubio khuyến cáo số lượng tối thiểu là 3 chuyên gia và tối đa là 10 chuyên gia 0. Nghiên cứu của chúng tôi có 9 chuyên gia. Ở bước 5 (nghiên cứu thử), Beaton D và cộng sự đề nghị cỡ mẫu cho giai đoạn nghiên cứu thử từ 30-40 đối tượng 0. Nghiên cứu trong giai đoạn này có cỡ mẫu là 33 người bệnh. Ước tính cỡ mẫu dựa trên số lượng câu hỏi trong thang đo, được ước tính bằng tỷ lệ đối tượng trên số câu hỏi là phương pháp thường được sử dụng để xác định cỡ mẫu cần thiết cho giai đoạn đánh giá tính tin cậy và giá trị của thang đo. Theo một nghiên cứu đánh giá tổng quan có hệ thống

*Tác giả liên hệ

Email: lebaoluu@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 857323868 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD9.2682>

114 nghiên cứu về xác định cỡ mẫu cho thấy tỷ lệ đối tượng trên số câu hỏi trung bình được sử dụng để xác định cỡ mẫu trong 92% bài báo là 4, với tỷ lệ tối thiểu là 1 và tối đa là 260. Có 44 câu hỏi trong thang đo K-SPI-Stroke III, do đó cần ít nhất 44 đối tượng. Nghiên cứu của chúng tôi có 66 đối tượng tham gia giai đoạn này.



Hình 1. Các bước nghiên cứu

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Giai đoạn 1, bước nghiên cứu thử, chúng tôi đã lập danh sách người bệnh đột quỵ nội trú và ngoại trú với các tiêu chí tuyển chọn và loại trừ giống như nghiên cứu chính thức. Những người thỏa mãn tiêu chuẩn sẽ được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc, người bệnh được đề nghị đánh giá mức độ dễ hiểu của những câu hỏi trong thang đo K-SPI-Stroke III phiên bản tiếng Việt, những khó khăn trong quá trình trả lời các câu hỏi và những đề xuất chỉnh sửa (nếu có).

Giai đoạn 2, chúng tôi đã chọn những người bệnh thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu và chuyên gia YHCT sẽ chẩn đoán hội chứng YHCT trên người bệnh. Sau đó, người tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc và được bác sĩ YHCT khám để đánh dấu vào bảng ghi nhận đã soạn sẵn theo thang đo K-SPI-Stroke III. Để đánh giá tính tin cậy lặp lại của thang đo K-SPI-Stroke III phiên bản tiếng Việt, tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu đều nhận được lời mời tham gia cuộc khảo sát thứ hai sau 1-2 tuần kể từ lần đánh giá ban đầu và 54 người bệnh đã đồng ý tham gia. Các bước thu thập số liệu lần 2 tương tự lần 1.

2.4. Công cụ đo lường

K-SPI-Stroke III bao gồm 44 triệu chứng phân thành 4 hội chứng (11 triệu chứng thuộc về hội chứng khí hư, 7 triệu chứng thuộc về hội chứng đàm thấp, 7 triệu chứng thuộc về hội chứng âm hư và 19 triệu chứng thuộc về hội chứng hỏa nhiệt) 0. Mức độ biểu hiện của từng triệu chứng được phân loại theo thang điểm sau: 1 = không đáng kể, 2 = nhẹ, 3 = nặng hoặc biểu hiện rõ. Điểm của mỗi hội chứng trong thang đo được tính toán theo hệ thống tính điểm nhị phân, trong đó tính 0 điểm với mức độ triệu chứng là 1 và 1 điểm với mức độ triệu chứng là 2 hoặc 3 0. Điểm nhị phân của từng triệu chứng được cộng lại theo từng hội chứng trong thang đo. Điểm tổng hội chứng nào cao nhất sẽ là kết quả chẩn đoán của người bệnh theo thang đo K-SPI-Stroke III. Trong trường hợp người bệnh có 2 hội chứng có điểm tổng bằng nhau thì kết quả chẩn đoán của thang đo K-SPI-Stroke III là hội chứng có số triệu chứng mức 3 nhiều hơn.

2.5. Phương pháp thống kê

Nghiên cứu đánh giá tính giá trị và tin cậy của thang đo K-SPI-Stroke III phiên bản tiếng Việt.

Tính giá trị gồm:

- Giá trị nội dung được thẩm định bởi chuyên gia qua chỉ số I-CVI và S-CVI, với I-CVI > 0,8 và S-CVI/UA ≥ 0,8, S-CVI/Ave ≥ 0,9 phản ánh mức

độ phù hợp.

- Giá trị bề mặt xác định bởi 33 bệnh nhân dựa trên mức độ dễ hiểu, thời gian hoàn thành, và nhận định mục đích thang đo.

- Giá trị phân biệt sử dụng ANOVA và kiểm tra Scheffe để so sánh điểm trung bình giữa các hội chứng ($p < 0,05$).

- Giá trị dự đoán đo bằng tỷ lệ phần trăm chẩn đoán giống chuyên gia YHCT, với mức độ đồng thuận được đánh giá qua hệ số Kappa (chấp nhận được: 0,4-0,75; tốt: ≥ 0,75).

Tính tin cậy gồm:

- Tin cậy nội bộ đánh giá bằng Cronbach's alpha (ngưỡng ≥ 0,7, tối đa ≤ 0,95) và tương quan biến - tổng (≥ 0,3); nếu loại biến làm cải thiện alpha thì cân nhắc loại bỏ.

- Tin cậy lặp lại đo bằng hệ số Cohen's Kappa cho từng câu hỏi (chấp nhận được: 0,4-0,75; tốt: ≥ 0,75) và tương quan Spearman cho thang đo phụ (≥ 0,6). Phân tích thống kê thực hiện bằng SPSS 22.0 với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

Các phương pháp này đảm bảo đánh giá toàn diện về độ tin cậy và giá trị của thang đo.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh theo văn bản số 126/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 16/01/2024.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giai đoạn 1: Chuyển ngữ thang đo K-SPI-Stroke III sang tiếng Việt và đánh giá tính giá trị nội dung và tính giá trị bề mặt

Các phiên bản dịch xuôi và dịch ngược được so sánh, thảo luận bởi 4 biên dịch viên và đối chiếu với bản gốc để hoàn thiện bản “Beta 1”. Cách thu thập triệu chứng trên bệnh nhân được chuyên gia YHCT tổng hợp theo tứ chẩn. Phiên bản này được gửi đến các chuyên gia để thẩm định tính giá trị nội dung. Về tính sát nghĩa, bản dịch được đánh giá bởi 2 giáo viên tiếng Anh và 1 phiên dịch viên Anh - Việt (kinh nghiệm trung bình 13,3 ± 6,7 năm), với I-CVI, S-CVI/AVE và S-CVI/UA đều đạt 1, cho thấy bản dịch chính xác so với bản gốc. Về tính rõ ràng, 5 chuyên gia YHCT (kinh nghiệm trung bình 12,2 ± 1,3 năm) đánh giá toàn bộ 44 câu hỏi đạt yêu cầu, với I-CVI ≥ 0,8, S-CVI/UA = 0,96 và S-CVI/Ave = 0,99. Một số chỉnh sửa thuật ngữ chuyên ngành được đề xuất, như thay “sốt về chiều” thành “triệu nhiệt”, “nóng bừng rứt trong lồng ngực” thành “hung muộn”, và “rêu lưỡi trắng” thành “rêu lưỡi trắng nhầy nhớt”. Chuyên gia xác nhận cuối cùng đồng ý các chỉnh sửa, tạo thành “Beta 2”.

Trong bước nghiên cứu thử, 33 người bệnh (17 nam, 16

nữ, độ tuổi 38-77, trung bình 57,7 ± 9,9) đánh giá tính giá trị bề mặt. Tất cả đều biết đọc, viết, phần lớn (54,5%) đã hoàn thành bậc phổ thông. Khoảng 54,5% nhận xét thang đo “dễ hiểu” và 45,4% đánh giá “rất dễ hiểu”. 84,8% hiểu mục đích của thang đo là hỗ trợ chẩn đoán YHCT cho đột quỵ. Người tham gia không gặp khó khăn khi trả lời, thời gian hoàn thành trung bình 10,2 ± 6,9 phút, và không có đề xuất thay đổi nào về từ ngữ, cách diễn đạt hay nội dung.

3.2. Giai đoạn 2: Đánh giá tính tin cậy và giá trị của thang đo K-SPI-Stroke III phiên bản tiếng Việt

Nghiên cứu đánh giá tính tin cậy và giá trị của thang đo K-SPI-Stroke III phiên bản tiếng Việt trên 66 người bệnh, độ tuổi trung bình 64,2 ± 14,5 (cao nhất 94), với 63,6% người bệnh từ 60 tuổi trở lên.

Về tính tin cậy nội bộ, hầu hết câu hỏi có tương quan biến - tổng ≥ 0,3, trừ KH8, HN5, HN13 (< 0,3). Hệ số Cronbach's alpha cho từng hội chứng đều > 0,7: khí hư (0,84), đàm thấp (0,78), âm hư (0,79), hỏa nhiệt (0,83), cho thấy độ tin cậy tốt. Về tính tin cậy lặp lại, khảo sát lần 2 sau 10,6 ± 2,3 ngày với 54 người (23 nam, 31 nữ). Hệ số Cohen's Kappa của từng câu hỏi đạt > 0,4 (0,43-0,86), trong đó các câu KH7, KH8, DT2, DT4, AH7 có Kappa > 0,75 (hệ số Kappa từ 0,4-0,75 được coi là mức đồng thuận trung bình, từ 0,75 là đồng thuận tốt). Tương quan Spearman của các thang đo phụ đều > 0,6, đảm bảo tính tin cậy lặp lại.

Về giá trị phân biệt, ANOVA cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm các hội chứng ($p < 0,001$). Theo kiểm định Scheffe, điểm trung bình hội chứng được chẩn đoán cao hơn đáng kể so với các hội chứng khác, chứng minh khả năng phân biệt tốt của thang đo.

Bảng 1. Giá trị phân biệt của 4 hội chứng trong thang đo K-SPI-Stroke III

Chẩn đoán	Khí hư (n = 31)	Đàm thấp (n = 11)	Âm hư (n = 15)	Hỏa nhiệt (n = 9)	p(**)
Điểm khí hư(*)	7,81 ± 1,74 (1)	3,27 ± 1,19 (2)	2,07 ± 0,88 (2)	1,78 ± 1,48 (2)	< 0,001
Điểm đàm thấp(*)	1,77 ± 1,18 (3)	6,00 ± 0,89 (1)	0,33 ± 0,49 (2)	0,78 ± 0,97 (2)	< 0,001
Điểm âm hư(*)	1,45 ± 1,12 (2)	0,82 ± 1,08 (2)	5,20 ± 1,37 (1)	2,44 ± 1,13 (3)	< 0,001
Điểm hỏa nhiệt(*)	2,81 ± 2,18 (2)	2,55 ± 1,70 (2)	2,67 ± 1,29 (2)	10,56 ± 3,32 (1)	< 0,001

Ghi chú: (*)Trung bình ± độ lệch chuẩn; (**)Kiểm định ANOVA; (1), (2), (3): Phân nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê theo hậu kiểm Scheffe.

Về giá trị dự đoán, trong số 66 đối tượng tham gia nghiên cứu, 41 người bệnh có kết quả chẩn đoán hội chứng YHCT từ thang đo K-SPI-Stroke III giống với chẩn đoán của bác sĩ điều trị. Giá trị dự đoán của toàn thang đo K-SPI-Stroke III là 62,1%. Mức độ đồng thuận chẩn đoán giữa bác sĩ và thang đo K-SPI-Stroke III ở mức chấp nhận được với hệ số Kappa > 0,4 (bảng 2).

Bảng 2. Giá trị dự đoán của thang đo K-SPI-Stroke III

	Giá trị dự đoán (%)		Độ đồng thuận chẩn đoán (hệ số Kappa)	
	Thang đo phụ	Toàn thang đo	Thang đo phụ	Toàn thang đo
Khí hư	71,0%	62,1%	0,541	0,447 ($p < 0,001$)
Đàm thấp	54,6%		0,491	
Âm hư	66,7%		0,324	
Hỏa nhiệt	33,3%		0,412	

4. BÀN LUẬN

Giai đoạn 1: Chuyển ngữ thang đo K-SPI-Stroke III sang tiếng Việt và đánh giá tính giá trị nội dung và tính giá trị bề mặt

Thang đo K-SPI-Stroke III được phát triển bởi các nhà nghiên cứu Hàn Quốc trong suốt 9 năm từ tháng 4/2005 đến tháng 12/2013. Năm 2014, phiên bản tiếng Anh của thang đo được nhóm tác giả công bố. Đến nay, chưa có nghiên cứu nào ngoài Hàn Quốc chuyển ngữ thang đo K-SPI-Stroke III sang ngôn ngữ khác.

Thẩm định bởi chuyên gia là bước quan trọng trong thích ứng xuyên văn hóa, vì vậy chúng tôi đã mời 5 chuyên gia gồm: 2 bác sĩ YHCT kiêm giảng viên đại học (trên 5 năm kinh nghiệm nghiên cứu), 2 giáo viên tiếng Anh (trên 15 năm giảng dạy) và 1 phiên dịch viên (trên 5 năm kinh nghiệm). Trong đánh giá tính sát nghĩa, chỉ số I-CVI và S-CVI đạt yêu cầu với 3 chuyên gia, khẳng định bản dịch truyền tải chính xác ý nghĩa gốc. Về tính rõ ràng, hầu hết câu hỏi đạt I-CVI = 1,00; riêng AH6 (sốt về chiều) và DT4 (rêu lưỡi trắng) đạt I-CVI = 0,80. Dù đạt đồng thuận cao (I-CVI $\geq$ 0,80), các câu này vẫn được đề xuất chỉnh sửa để cải thiện chất lượng. Ví dụ, AH6 nên dịch thành “triệu nhiệt” thay vì “sốt về chiều” để phản ánh đúng đặc điểm triệu chứng theo thời gian như thủy triều. Một số thuật ngữ khác cũng được khuyến nghị dùng từ Hán Việt ngắn gọn như “đổ mồ hôi trộm” thành “đạo hãn”, “nóng bứt rứt trong lồng ngực” thành “hung muộn”. Đối với DT4, chuyên gia đề nghị dịch “white tongue fur” thành “rêu lưỡi trắng nhảy nhót” hoặc “rêu lưỡi trắng nhót” để tránh nhầm lẫn với tình trạng sinh lý bình thường. Chỉ số S-CVI/UA $\geq$ 0,8 và S-CVI/Ave $\geq$ 0,9 cho thấy thang đo rõ ràng, sẵn sàng sử dụng sau điều chỉnh nhỏ.

Đánh giá giá trị bề mặt tập trung vào sự phù hợp và dễ hiểu của câu hỏi khi áp dụng trên bệnh nhân đột quỵ. Người bệnh có trải nghiệm triệu chứng và trình độ học vấn phù hợp, đánh giá tích cực tính dễ hiểu và mục đích thang đo. Kết quả cho thấy giá trị bề mặt tốt, đủ điều kiện triển khai nghiên cứu chính thức.

Giai đoạn 2: Đánh giá tính tin cậy và giá trị của thang đo K-SPI-Stroke III phiên bản tiếng Việt

Về tính tin cậy nội bộ, các câu KH8 (mạch trì), HN5 (họng khô khè có đờm), và HN13 (nước tiểu đục) có hệ số tương quan biến - tổng dưới 0,3, nhưng việc loại bỏ chúng không cải thiện hệ số Cronbach's alpha, cho thấy chúng vẫn nên được giữ lại. Phần lớn câu hỏi đạt yêu cầu với tương quan biến - tổng trong khoảng 0,30-0,68, đảm bảo tính hằng định nội bộ tốt. Hệ số Cronbach's alpha của thang đo phụ < 0,95, chứng tỏ không có sự dư thừa hay trùng lặp nội dung. So với nghiên cứu của Byoung-Kab Kang tại Hàn Quốc (hệ số Cronbach's alpha: 0,424-0,674), phiên bản tiếng Việt có tính tin cậy nội bộ cao hơn (khí hư: 0,84; đàm thấp: 0,78; âm hư: 0,79; hỏa nhiệt: 0,83). Kết quả khẳng định độ tin cậy và giá trị đóng góp của tất cả các câu hỏi trong việc mô tả khái niệm cần đo.

Hệ số Cohen's Kappa của các câu hỏi trong thang đo dao động từ 0,43-0,86 (> 0,4), đạt mức chấp nhận. Triệu chứng KH10 (mạch tế) có Kappa thấp nhất (0,43), trong khi KH8 (mạch trì) đạt tính tin cậy lặp lại tốt (> 0,75) do dễ xác định bằng tần số mạch. Tính tin cậy lặp lại của mạch chẩn (0,43-0,76) thấp hơn thiết chẩn (0,53-0,84). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Mi Mi Ko và cộng sự về độ tin cậy cao của thiết chẩn. Hệ số Spearman > 0,6 cho thấy tính tin cậy lặp lại của các thang đo phụ đạt mức tốt.

Tính giá trị phân biệt của thang đo K-SPI-Stroke III phiên bản tiếng Việt được đánh giá bằng cách so sánh điểm trung bình của hội chứng được chẩn đoán với các hội chứng không được chẩn đoán. Mỗi đối tượng có điểm cho 4 hội chứng: khí hư, đàm thấp, âm hư, hỏa nhiệt. Theo định nghĩa, một thước đo có giá trị phân biệt tốt khi điểm trung bình của hội chứng được chẩn đoán cao hơn đáng kể so với các hội chứng khác, thể hiện khả năng phân biệt giữa các thang đo phụ. Phân tích ANOVA một chiều cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm số các hội chứng ($p < 0,05$). Kiểm định hậu kiểm Scheffe xác nhận điểm trung bình của hội chứng được chẩn đoán cao hơn đáng kể so với các hội chứng còn lại. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kang Byoung-Kab và cộng sự về tính giá trị phân biệt của K-SPI-Stroke III tại Hàn Quốc, khẳng định khả năng phân biệt tốt của thang đo trong chẩn đoán hội chứng tương ứng.

Giá trị dự đoán của thang đo K-SPI-Stroke III là 62,1%, thấp hơn nghiên cứu của Kang Byoung-Kab (65,2%)⁰. Cụ thể: khí hư (71%), đàm thấp (54,6%), âm hư (66,7%), hỏa nhiệt (33,3%), so với kết quả Hàn Quốc: khí hư (64,13%), đàm thấp (72,61%), âm hư (41,77%), hỏa nhiệt (68,23%). Hội chứng hỏa nhiệt có giá trị dự đoán thấp do 55,6% người bệnh được chẩn đoán âm hư bởi chuyên gia YHCT. Độ đồng thuận giữa bác sĩ và thang đo đạt mức chấp nhận (hệ số Kappa = 0,447). Âm hư có độ đồng thuận thấp nhất, khi nhiều người bệnh được chẩn đoán âm hư lại được thang đo phân loại là khí hư hoặc hỏa nhiệt. Điều này có thể do sự chồng lấn triệu chứng giữa khí hư và âm hư (nhóm hư chứng) hoặc âm hư và hỏa nhiệt (liên quan yếu tố nhiệt).

Như vậy, nghiên cứu này cho thấy tính tin cậy nội bộ cao hơn đáng kể so với nghiên cứu gốc Hàn Quốc (Cronbach's alpha 0,78-0,84 so với 0,424-0,674). Về giá trị dự đoán, phiên bản tiếng Việt đạt 62,1%, thấp hơn mức 65,2% của Hàn Quốc. Đặc biệt, hội chứng hỏa nhiệt có sự khác biệt lớn nhất khi giá trị dự đoán chỉ đạt 33,3% so với 68,23% ở Hàn Quốc, có thể do sự chồng lấn triệu chứng giữa âm hư và hỏa nhiệt ở người Việt. Điều này phản ánh sự khác biệt về đặc điểm bệnh lý giữa hai dân số.

5. KẾT LUẬN

Thang đo K-SPI-Stroke III đã hoàn thành việc chuyển ngữ sang tiếng Việt và đánh giá tính tin cậy, tính giá trị sau 2 giai đoạn nghiên cứu với các chỉ số đánh giá đều

đạt yêu cầu. Nghiên cứu này tạo tiền đề cho các nghiên cứu sâu hơn trên từng hội chứng bệnh YHCT, là một trong các cơ sở phân loại người bệnh đột quỵ theo YHCT để thực hiện các nghiên cứu theo hướng cá thể hóa.

*
* *

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 242/2024/HĐ-ĐHYD ngày 22 tháng 8 năm 2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Stroke Organization (WSO). Global Stroke Fact Sheet. 2022, <https://www.dropbox.com/s/wm12nosylzkk5ea/World%20Stroke%20Organization%20%28WSO%29-%20Global%20Stroke%20Fact%20Sheet%202022.pdf?dl=0>
- [2] Bộ Y tế. Tử vong do đột quỵ ở người trẻ tuổi ngày càng gia tăng. Chuyên trang thông tin về bệnh đột quỵ, Updated April 28, 2021, October 29, 2023, <https://dotquy.kcb.vn/hieu-dung-ve-dot-quy/tu-vong-do-dot-quy-o-nguoi-tre-tuoi-ngay-cang-gia-tang.html>
- [3] Lee J.A, Lee J.S, Kang B.K. Report on the Korean standard pattern identifications for stroke-III. Korean J Orient Intern Med, 2011, 32: 232-242.
- [4] Kang B.K, Park T.Y, Lee J.A et al. Reliability and validity of the Korean standard pattern identification for stroke (K-SPI-Stroke) questionnaire. BMC Complement Altern Med, 2012, 12 (1): 55, doi:10.1186/1472-6882-12-55
- [5] Rubio D.M, Berg-Weger M, Tebb S.S, Lee E.S, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. Soc Work Res, 2003, 27 (2): 94-104, doi:10.1093/swr/27.2.94.
- [6] Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M.B. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. NY Am Acad Orthop Surg, 2002, 12 (2): 1-9.
- [7] Anthoine E, Moret L, Regnault A, Sébille V, Hardouin J.B. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. Health Qual Life Outcomes, 2014, 12 (1): 2, doi:10.1186/s12955-014-0176-2
- [8] Park T.Y, Lee J.A, Kang B.K, Moon T.W, Ko M.M, Lee M.S. Ranking clinical indicators for stroke pattern identification according to clinical importance in traditional Korean medicine. Int J Clin Exp Med, 2014, 7 (12): 5146-5157.
- [9] Ko M.M, Lee J.A, Kang B.K, Park T.Y, Lee J, Lee M.S. Interobserver Reliability of Tongue Diagnosis Using Traditional Korean Medicine for Stroke Patients. Evid Based Complement Alternat Med, 2012, 2012: e209345, doi:10.1155/2012/209345
- [10] Methods for testing discriminant validity. Manag Amp Mark - Craiova, 2011, (2): 217-224.