

45(4), p.440-442.

8. **Stephanie J. PhD; Sevdalis Russ, Nick PhD; Moorthy, Krishna MD, FRCS;** Mayer, ErikK.PhD, FRCS; Rout, Shantanu MRCS; Caris, JochemMD; Mansell, Jenny MSc; Davies, Rachel BA; Vincent, Charles PhD; Darzi, Ara MD, FACS

(2015) "A Qualitative Evaluation of the Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist Across Hospitals in England: Lessons From the "Surgical Checklist Implementation Project". *Annals of Surgery*, 261 (1),81-91.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG BRUGADA VIỆT NAM

Dặng Duy Phương¹, Nguyễn Minh Hà², Đỗ Đoãn Lợi^{1,3}, Trần Văn Khánh¹.

TÓM TẮT

Giới thiệu: Hội chứng Brugada (BrS) là một tình trạng rối loạn di truyền liên quan đến dẫn truyền điện tim, làm tăng mạnh nguy cơ rối loạn nhịp thất và đột tử. Việt Nam thuộc khu vực có tần suất BrS thuộc nhóm cao trên thế giới. Tại nước ta, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh được mô tả với số lượng mẫu nhỏ, chủ yếu là báo cáo loạt trường hợp tại một số cơ sở y tế nhất định. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có BrS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu 117 bệnh nhân BrS, được khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, ở các bệnh viện tại TP. Hồ Chí Minh và Hà Nội. Bệnh được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Nhip Tim Châu Âu 2015. **Kết quả:** Có 67,5% người bệnh không có tiền sử gia đình (còn lại hầu hết là có người đột tử dưới 45 tuổi); 53,0% không triệu chứng; 38,5% có ngất; và 58,1% không có bệnh đi kèm; 73,5% đã được đặt máy phá rung tự động. Có 70,9% là ECG típ 1 tự phát; 9,4% được làm nghiệm pháp tiêm flecanide (dương tính 9/11 ca); 59,8% được làm khảo sát điện sinh lí (dương tính 55/70 ca). **Kết luận:** Đã xác định tỷ lệ một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có BrS, tương tự với các công bố trên thế giới. **Từ khóa:** Hội chứng Brugada

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF BRUGADA SYNDROME PATIENTS IN VIETNAM

Introduction: Brugada syndrome (BrS) is an inherited cardiac arrhythmia that strongly increases the risk of ventricular arrhythmia and sudden death. Vietnam belongs to the region with the highest frequency of BrS in the world. In our country, the clinical and subclinical symptoms of the disease have

been described in small sizes, mainly in case-serie reports at several certain medical units. **Objectives:** To investigate the clinical and subclinical characteristics in BrS patients. **Subjects and methods:** A crosssectional descriptive study in 117 BrS patients, investigated some clinical and subclinical characteristics, in hospitals in Ho Chi Minh City and Hanoi. The disease was diagnosed according to the European Heart Rhythm Society 2015 criteria. **Results:** There were 67,5% patients with no family history (most of the remaining having a sudden was under 45 years old); 53,0% were asymptomatic; 38,5% had syncope; 58,1% had no comorbidities; 73,5% were installed automated defibrillators. There were 70,9% with type 1 ECG; 9,4% were underwent a flecanide test (postive in 9/11 cases); 59,8% had an electrophysiologic study (postive in 55/70 cases). **Conclusion:** The frequencies of some clinical and subclinical characteristics in BrS patients has been determined, similar to those published in the world.

Keywords: Brugada syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Brugada (Brugada syndrome, BrS) lần đầu tiên được mô tả năm 1992, hiện nay được biết như là một nguyên nhân đột tử do tim đặc biệt phổ biến ở Nam Âu và Đông Nam Á. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng rối loạn tái cực biểu hiện trên điện tâm đồ là dạng bloc nhánh phải và ST chênh ≥ 2 mm ở các chuyển đạo trước tim phải, kèm theo gia tăng nguy cơ ngất và đột tử [1]. Cơ chế của bệnh liên quan đến các biến đổi di truyền đa gen, gây ảnh hưởng chủ yếu đến cấu trúc và chức năng của hệ thống dẫn truyền điện tim [2], với cơ chế bệnh gồm bất thường khử cực muộn, bất thường tái cực sớm và một số cơ chế khác. Tần suất của bệnh được xác định dựa trên điện tâm đồ Brugada típ 1 là 0-0,1% ở Hoa Kỳ và Châu Âu, và 0,1-1,4% ở vùng Đông Nam Á [3, 4]. 90% người mắc bệnh là nam giới và tuổi khởi phát trung bình là 40 tuổi [5], ảnh hưởng đến trụ cột gia đình, để lại nhiều hệ lụy cho thế hệ sau.

Bệnh được chẩn đoán theo hướng dẫn từ Hội

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Viện Tim mạch Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Khánh

Email: tranvankhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

tim mạch Châu Âu năm 2015 [6] và tài liệu đồng thuận chuyên gia về hội chứng sóng J (J-wave syndrome) mới nhất [7]. Các đặc điểm tiền sử, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh không phong phú, chỉ có một số triệu chứng điển hình đã được báo cáo như tiền căn gia đình có người đột tử do tim, ngất, hình ảnh sóng T và đoạn ST trên điện tâm đồ và sự dương tính với một số thử nghiệm chuyên biệt như test flecanide, thăm dò điện sinh lý (EPS), và đột biến gen SCN5A [2]. Việt Nam là một quốc gia Đông Nam Á, khu vực có tần suất BrS thuộc nhóm cao trên thế giới [3, 4]. Số lượng nghiên cứu về bệnh lý này còn hạn chế với số lượng mẫu nhỏ, chủ yếu là nghiên cứu loạt ca và chỉ mới được báo cáo rời rạc tại một số cơ sở y tế nhất định. Với mong muốn có dữ liệu trên một cỡ mẫu lớn hơn và đại diện hơn, đề tài "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng Brugada Việt Nam" được tiến hành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành từ 01/01/2017 đến tháng 30/04/2022, gồm 117 bệnh nhân tại các khoa tim mạch của các bệnh viện tại TP. Hồ Chí Minh và Hà Nội, đã được chẩn đoán xác định BrS theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Nhip Tim Châu Âu [6], đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu khi không có đủ hồ sơ hoặc hồ sơ không rõ ràng, không giúp khẳng định chẩn đoán xác định BrS.

Hồi cứu các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh, ghi nhận các thông tin về tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các biện pháp can thiệp (nếu có). Các dữ liệu được mã hóa và hiệu chỉnh đúng như định nghĩa biến số trước khi nhập liệu vào phần mềm xử lý (SPSS 20.0). Biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất và nhỏ nhất. Biến định danh được trình bày dưới dạng giá trị định tính và tỷ lệ phần trăm (%).

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội (số Chứng nhận chấp thuận 48/HĐĐĐĐHYHN, ngày 12 tháng 01 năm 2017).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã thu thập được 117 mẫu tại 03 bệnh viện tại TP. Hồ Chí Minh là bệnh viện Thống Nhất, bệnh viện Tim Tâm Đức, Viện Tim TP.HCM; và 2 bệnh viện tại Hà Nội là bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Tim Hà Nội.

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân trắc của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (%)
Nam	114 (97,4)
Nữ	3 (2,6)
Tổng số	117 (100)
Tuổi (trung bình \pm độ lệch chuẩn)	47,5 \pm 12,4

Nhận xét: Giới nam chiếm đa số 97,4% so với giới nữ chỉ có 2,6%. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong toàn nghiên cứu là 47,5 \pm 12,4 tuổi, cao nhất là 79 tuổi và thấp nhất là 23 tuổi.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n=117)	Tỷ lệ (100%)
Tiền sử gia đình		
Có người đột tử dưới 45 tuổi	37	31,6
Có người được chẩn đoán BrS	1	0,9
Không có tiền sử gia đình	79	67,5
Lý do phát hiện bệnh		
Có triệu chứng	55	47,0
Tầm soát gia đình	0	0
Phát hiện tình cờ	62	53,0
Triệu chứng lâm sàng		
Không có	62	53,0
Ngất chưa rõ nguyên nhân	45	38,5
Thở kiểu hấp hối về đêm	11	9,4
Nhip nhanh thất, rung thất	7	6,0
Ngưng tim được cứu sống	7	6,0

Nhận xét: Đa số tình trạng bệnh được phát hiện tình cờ qua đo điện tâm đồ khi khám sức khỏe hoặc khám các vấn đề sức khỏe khác, chiếm 53,0%. 47,0% có các triệu chứng liên quan đến BrS như rối loạn nhịp, ngất, thở kiểu hấp hối về đêm... Không trường hợp nào được phát hiện khi đi khám tầm soát BrS theo kiểu gia đình. Mỗi bệnh nhân có thể có nhiều hơn một triệu chứng lâm sàng. 53,0% không có triệu chứng lâm sàng. Trong nhóm có triệu chứng, chiếm tỷ lệ cao nhất là ngất chưa rõ nguyên nhân (38,5%). Cũng ghi nhận được các triệu chứng khác là thở kiểu hấp hối về đêm, rối loạn nhịp thất và ngưng tim được cứu sống, với tỷ lệ lần lượt là 9,4%; 6,0% và 6,0%.

Bảng 3. Các bệnh lý đi kèm trong nhóm nghiên cứu

Bệnh lý đi kèm	Số lượng (n=117)	Tỷ lệ %
Không có	68	58,1
Các rối loạn nhịp khác, trong đó:	7	6,0
Rung nhĩ	4	
Ngoại tâm thu thất	1	
Bloc nhĩ thất độ 2-3	1	

Các bệnh lý tim mạch khác, trong đó:	46	39,3
Rối loạn lipid máu	19	
Tăng huyết áp	16	
Hẹp động mạch vành (qua chụp DSA)	8	
Cơn đau thắt ngực không ổn định	3	
Các bệnh nội khoa khác, trong đó:	25	28,2
Viêm dạ dày	10	
Viêm gan siêu vi B mạn	2	
Đái tháo đường típ 2	4	
Tăng acid uric máu	5	
Cường giáp	1	
Bệnh thận mạn	1	
Thiếu máu thiếu sắt	1	
Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho	1	

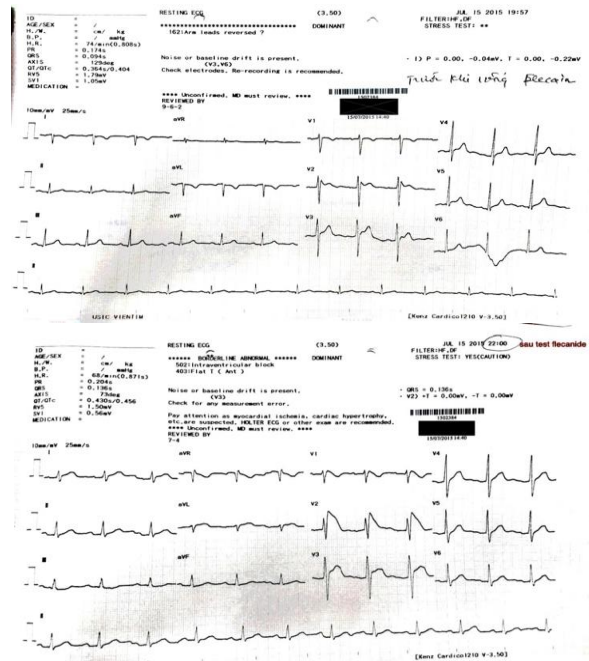
Nhận xét: Mỗi bệnh nhân có thể có nhiều hơn một bệnh lý đi kèm. Chiếm đa số là nhóm không có bệnh đi kèm (58,1%), sau đó đến nhóm có các bệnh tim mạch khác 39,3%

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n=117)	Tỷ lệ % (100%)
Típ Brugada trên điện tâm đồ		
Típ 1 tự phát	83	70,9
Típ 2	20	17,1
Típ 3	14	12,0
Nghiệm pháp flecanide		
Không thực hiện	106	90,6
Âm tính	2	1,7
Dương tính	9	7,7
Khảo sát điện sinh lý		
Không thực hiện	47	40,2
Âm tính	15	12,8
Dương tính	55	47,0

Nhận xét: Trong toàn nghiên cứu, điện tâm đồ Brugada típ 1 tự phát chiếm đa số 70,9%, cao hơn nhiều lần so với típ 2 và típ 3 (lần lượt 17,1% và 12,0%). Trong 83/117 bệnh nhân có điện tâm đồ Brugada típ 1 tự phát, có 32/83 là có triệu chứng, 51/83 do phát hiện tình cờ. 28/32 có triệu chứng đã được đặt máy tạo nhịp (ICD) dự phòng và điều trị. Trong toàn nghiên cứu, chỉ có 11 bệnh nhân (9,4%) được chỉ định nghiệm pháp flecanide (đều tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh) và 9/11 có kết quả dương tính. Có 59,8% bệnh nhân (70/117) được chỉ định EPS, 55/70 có kết quả dương.

Hình 1. Hình ảnh điện tâm đồ của bệnh nhân trước và sau khi thực hiện nghiệm pháp flecanide



Trước khi thực hiện nghiệm pháp flecanide (hình bên trái), người bệnh có điện tâm đồ Brugada không điển hình với hình yên ngựa ở V2 (hình trên). Sau khi thực hiện (hình bên phải), đoạn ST-T ở V2 chuyển thành dạng cong vòm điển hình của típ 1 (nghiệm pháp được đánh giá dương tính).

Bảng 5. Tình trạng thực hiện nghiệm pháp tiêm flecanide theo triệu chứng và yếu tố gia đình

Số bệnh nhân có điện tâm đồ Brugada típ 2 hoặc típ 3	Số ca thực hiện nghiệm pháp flecanide		Tổng cộng
	Có	Không	
Có triệu chứng hoặc có yếu tố gia đình	11	19	30
Không có triệu chứng và không có yếu tố gia đình	0	4	4
Tổng cộng	11	23	34

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có điện tâm đồ Brugada típ 2 hoặc típ 3 được thực hiện nghiệm pháp flecanide là 11/34 (32,4%), đều thuộc nhóm hoặc có các triệu chứng BrS hoặc có yếu tố về tiền sử gia đình. Hình ảnh điện tâm đồ Brugada không điển hình trước khi thực hiện nghiệm pháp flecanide, chuyển thành điện tâm đồ Brugada típ 1 điển hình (nghiệm pháp dương tính) được minh họa trong hình 1.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam:nữ trong nghiên cứu là 97,4% và 2,6%, phù hợp với các công bố trước đó về BrS

là tỉ lệ nam giới mắc bệnh cao gấp nhiều lần nữ giới [4], chưa rõ nguyên nhân, dù tình trạng di truyền gen bệnh không liên quan đến nhiễm sắc thể giới tính. Một số giả thuyết ủng hộ cho tác động của hormon nam lên hoạt động của các kênh ion ở màng tế bào cơ tim [8]. Tuổi ghi nhận trong nghiên cứu là tuổi được chẩn đoán bệnh, với độ tuổi trung bình là $47,5 \pm 12,4$ tuổi, cao nhất là 79 tuổi và thấp nhất là 23 tuổi, không có trường hợp nào được xếp vào nhóm trẻ em (dưới 18 tuổi). Độ tuổi này tương đồng với tất cả báo cáo trước đây trên cả thế giới và tại Việt Nam [4], triệu chứng đầu tiên của bệnh được ghi nhận khởi phát quanh lứa tuổi 30 đến 40, tuổi trung bình bệnh nhân bị đột tử là 41. Một số giả thuyết được đề nghị để lý giải đặc điểm này, trong đó, tương tự như phân bố theo giới, ảnh hưởng của hormon nam được ủng hộ. Trẻ em có tần suất biểu hiện BrS rất thấp, có lẽ liên quan đến nồng độ testosterone thấp ở cả hai giới [9]. Loại tiền sử gia đình chiếm đa số (31,6%) là có người thân đột tử trước 45 tuổi, đều là người thân cùng thế hệ hoặc ở thế hệ thứ nhất trong phả hệ gia đình của người bệnh. Tỷ lệ này qua một số nghiên cứu dao động từ 8,6-47% [10]. Dù còn tranh cãi, nhiều công bố đã nêu lên vai trò quan trọng của tiền sử gia đình có người thân đột tử trong việc chẩn đoán và tiên lượng BrS.

Rất nhiều các báo cáo từ khắp thế giới đã cho thấy BrS có rất ít triệu chứng và đều không đặc hiệu. Phần lớn các bệnh nhân mới được chẩn đoán đều không có triệu chứng (50-90%) [10], cho thấy thách thức trong việc phát hiện sớm cũng như chẩn đoán bệnh. Trong tương lai, nếu các biện pháp tầm soát gia đình và sàng lọc rối loạn gen được đẩy mạnh, tỉ lệ người bệnh BrS không triệu chứng sẽ cao hơn nữa. Đối với thể không triệu chứng, việc xác định yếu tố nguy cơ gây khởi phát loạn nhịp thất để phòng tránh là vô cùng quan trọng, trong đó, yếu tố nguy cơ độc lập duy nhất đã được xác định là có điện tâm đồ Brugada thường trực [10]; vai trò của các thử nghiệm kích hoạt thất và các yếu tố di truyền khác vẫn còn mơ hồ.

Mỗi bệnh nhân có thể có nhiều hơn một triệu chứng lâm sàng, bao gồm ngất, ngưng tim, nhịp nhanh thất/rung thất đe dọa tính mạng. Nghiên cứu này ghi nhận triệu chứng có tỉ lệ cao nhất là ngất chưa rõ nguyên nhân (38,5%). Ngất cũng là triệu chứng được báo cáo thường gặp nhất trong y văn, dao động từ 5-40% [10]. Ngất có thể do các rối loạn nhịp thất gây giảm lượng máu lên não khiến mất tri giác và có thể dẫn đến

ngưng tim. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận được các triệu chứng khác với tỉ lệ thấp (Bảng 2). Đây là các biểu hiện của biến cố loạn nhịp thất nguy hiểm, đã được ghi nhận chiếm tỉ lệ từ 3-52%. Các biểu hiện rối loạn nhịp thất này trong nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện vào buổi tối muộn hoặc ban đêm trong hơn 50% các trường hợp có triệu chứng. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh là trong lúc ngủ, tăng trương lực hệ đối giao cảm tăng, và do sự ảnh hưởng của hoạt động hormon và các chất chuyển hoá khác theo nhịp ngày đêm, tạo thuận lợi cho sự xuất hiện các vòng vào lại gây kích thích sớm thất phải.

Khi chọn lựa đối tượng nghiên cứu là người đã được chẩn đoán BrS, chúng tôi đã bỏ sót những người mắc bệnh chưa được chẩn đoán hoặc đã qua đời, làm cho các tỷ lệ có thể bị thấp hơn so với thực tế. Điều này có thể được khắc phục nếu tiến hành nghiên cứu sàng lọc trên các đối tượng chưa được chẩn đoán nhưng có nguy cơ hoặc đã có các biểu hiện của rối loạn nhịp thất. Thiết kế nghiên cứu là cắt ngang, vì thế, không thể theo dõi được các biến cố rối loạn nhịp thất cần thời gian theo dõi dài. Thiết kế đoàn hệ theo dõi dọc nên được sử dụng, thu thập các biến cố như ngất, ngưng tim được cứu sống đối với người bệnh chưa đặt ICD và các biến cố sốc điện của máy ở các bệnh nhân đã đặt ICD.

Trong quần thể bệnh nhân đã được chẩn đoán, tỉ lệ điện tâm đồ Brugada típ 1 tự phát dao động từ 19-70% tùy nghiên cứu [11], điều này cho thấy: (i) tỉ lệ điện tâm đồ Brugada típ 1 tự phát rất dao động qua nhiều nghiên cứu, có lẽ phụ thuộc vào tiêu chuẩn chọn mẫu của các nghiên cứu; (ii) tỉ lệ điện tâm đồ Brugada típ 1 cao hơn nhiều so với tỉ lệ điện tâm đồ Brugada típ 2 và típ 3, bởi vì đây là tiêu chuẩn chính để chẩn đoán BrS; (iii) nhiều nghiên cứu không quan tâm đến tỉ lệ điện tâm đồ Brugada típ 2 và típ 3 (do đều quan tâm đến phân tầng nguy cơ của bệnh, mong muốn đưa ra dự đoán bệnh nhân có khả năng cao xảy ra biến cố loạn nhịp thất, đe dọa tính mạng). Các báo cáo gần đây đã cho thấy người bệnh có triệu chứng, gồm ngất, ngưng tim, nhịp nhanh thất/rung thất đe dọa tính mạng, biểu hiện các bất thường nghiêm trọng về điện học cơ tim thường xuyên hơn nhóm không triệu chứng. Bên cạnh đó, tỉ lệ điện tâm đồ Brugada típ 1 có thể thay đổi bởi tính chất không hằng định của rối loạn điện tim này. Đã có các báo cáo về sự thay đổi hình ảnh điện tâm đồ Brugada ở cùng một bệnh nhân theo thời gian. Trong nghiên cứu này, 32/83 bệnh nhân có

điện tâm đồ Brugada típ 1 tự phát kèm có triệu chứng (Bảng 4) thuộc nhóm nguy cơ cao. Các trường hợp này đã được tư vấn và giải thích các nguy cơ có thể gặp phải cũng như các tình huống cần tránh gây khởi phát loạn nhịp. Trong số đó, 28/32 người bệnh đã được đặt ICD dự phòng và điều trị, còn lại là bệnh nhân chưa đủ điều kiện kinh tế đặt máy. 51/83 bệnh nhân có điện tâm đồ Brugada típ 1 nhưng do phát hiện tình cờ, đây là nhóm mà chỉ định đặt ICD hoặc còn chưa rõ ràng, chặt chẽ. Dù vậy, người bệnh cũng được tư vấn dự phòng biến cố cũng như đề nghị cân nhắc đặt máy, nếu có khả năng kinh tế. Do tiến hành hồi cứu hồ sơ, nhiều hình ảnh điện tâm đồ trong quá khứ được in trên giấy in nhiệt đã bị phai mờ, chúng tôi khó đo đạc được chính xác các chi tiết như độ cao điểm J, tham số góc beta và đáy tam giác,... Bên cạnh đó, một số trường hợp EPS cũng không được lưu trữ đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi chưa đi sâu phân tích các đặc điểm trên điện tâm đồ của người bệnh để đánh giá chi tiết hoạt động điện học của tế bào cơ tim.

Do nghiệm pháp flecanide chủ yếu được chỉ định với mục đích hỗ trợ chẩn đoán, một vấn đề vẫn chưa được thống nhất là: liệu có phù hợp để sử dụng nghiệm pháp này ở những người không có triệu chứng để đạt được chẩn đoán sớm hay không. Tác động tâm lý của bệnh nhân khi "bị" chẩn đoán BrS là đáng kể hơn các chẩn đoán rối loạn nhịp khác, do: (i) chưa không có thuốc điều trị bệnh này; (ii) các biến cố có khả năng xảy ra về đêm nhiều hơn, có tác động lớn đến tâm lý vì cả bệnh nhân và người thân của họ đều cảm thấy bị động, bị đe dọa hơn bởi một biến cố rối loạn nhịp tim có thể xảy ra trong khi ngủ. Như vậy, việc chỉ định nghiệm pháp flecanide trên lâm sàng còn phụ thuộc nhiều vào quan điểm của bác sĩ điều trị. Tất cả 11 trường hợp trong nghiên cứu này (9,4%) đều được thực hiện tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh, các bệnh viện khác không chỉ định nghiệm pháp này. Quan sát này có thể được lý giải: (i) các trường hợp có ngất đã xác định không liên quan đến loạn nhịp có thể không được chỉ định; (ii) tình trạng khan hiếm thuốc flecanide hoặc ajmaline; (iii) quan điểm của thầy thuốc do chưa có hướng dẫn rõ ràng (các hướng dẫn liên quan mới ở mức độ đồng thuận chuyên gia); và (iv) người bệnh không đồng ý thực hiện. Trong 11 trường hợp được thực hiện tiêm flecanide của nghiên cứu này, có 9 trường hợp dương tính (81,8%). Hai trường hợp âm tính vẫn không loại trừ được nguy cơ biến cố loạn nhịp đe dọa tính mạng, do có triệu chứng và gia đình có người đột tử dưới 45 tuổi,

nên vẫn được bảo lưu chẩn đoán và vẫn được đặt ICD. Theo một phân tích tổng hợp trên 1714 bệnh nhân BrS được tiến hành nghiệm pháp này, từ năm 2008-2019, tỉ lệ dương tính được ghi nhận là 10,9%. Tỉ lệ dương tính thay đổi qua các nghiên cứu, phụ thuộc vào quan điểm của thầy thuốc khi lựa chọn nhóm bệnh nhân được chỉ định.

Khảo sát điện sinh lý là một cận lâm sàng có can thiệp nhằm khởi phát các loạn nhịp thất bằng xung điện, nhằm phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân BrS, thông qua khả năng tiên đoán sự xuất hiện các biến cố do rối loạn nhịp thất, từ đó cân nhắc các biện pháp điều trị dự phòng như cấy máy phá rung. Dù vậy, quan điểm này vẫn còn nhiều tranh cãi, do các bằng chứng, hoặc không đủ độ mạnh, hoặc trái ngược nhau [13]. Trong nghiên cứu này, EPS được thực hiện ở 59,8% (70/117) bệnh nhân, và không có trường hợp nào được chỉ định ở Viện Tim TP. Hồ Chí Minh, còn thấp so với các báo cáo khác trên thế giới. Tương tự như nghiệm pháp flecanide, EPS cũng có tính chất nguy hiểm nhất định. Vì vậy, tỉ lệ chỉ định kém đồng nhất có thể được lý giải bởi nhận định, đánh giá của thầy thuốc và sự đồng thuận của người bệnh về việc thực hiện khảo sát này. Các trường hợp đã có kết quả thử nghiệm flecanide dương tính không được chỉ định làm EPS do có nguy cơ loạn nhịp tim rất thấp. Tỉ lệ EPS dương tính trong nghiên cứu này là 78,6%, các nghiên cứu khác dao động từ 36-90% [10]. Tỉ lệ dương tính phụ thuộc vào các quy trình kích thích điện theo chương trình khác nhau được sử dụng: số lượng và vị trí khởi kích (mỏ thất phải và đường thoát thất phải), độ dài chu kỳ kích thích (600/430/330ms; 550/240/200ms ...). Trong nghiên cứu này, qui trình cũng khác nhau giữa các bệnh viện thu nhận mẫu. Mặc dù đã có rất nhiều các nghiên cứu và báo cáo xoay quanh vấn đề giá trị của EPS trong việc phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân BrS, đây vẫn là một lĩnh vực còn rất nhiều ý kiến trái chiều, khi cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ (xét tất cả các bình diện về sức khoẻ, chi phí). Vì vậy, cho đến hiện tại, việc áp dụng vẫn chưa có hướng dẫn rõ ràng, còn phụ thuộc nhiều vào quan điểm của thầy thuốc.

Cũng do thu thập mẫu hồi cứu, các dữ kiện về việc chỉ định nghiệm pháp flecanide và EPS chỉ được thu thập theo hồ sơ bệnh án, không đồng nhất giữa các cơ sở thu thập mẫu. Với các hạn chế được chủ động nhìn nhận và phân tích như trên, một thiết kế đoàn hệ tiến cứu, đơn trung tâm hoặc đa trung tâm nhưng thống nhất một quy trình khảo sát người bệnh là vô cùng quan trọng và cần thiết. Ngoài ra, với vai trò của

đột biến trên các gen trong cơ chế gây BrS [2], đặc biệt là gen SCN5A, việc khảo sát các đột biến này và mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh, sẽ là tiền đề làm rõ mối liên quan kiểu hình kiểu gen, giúp tiếp cận chẩn đoán và phân tầng nguy cơ của BrS trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp tỷ lệ một số đặc điểm về tiền sử, lâm sàng và cận lâm sàng trong nhóm bệnh nhân BrS ở Việt Nam, nhìn chung tương đồng với các công bố trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brugada P. and Brugada J.**, Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome: a multicenter report. *J Journal of the American College of Cardiology*, 1992. **20**(6): p. 1391-1396.
2. **Hosseini, S.M., et al.**, Reappraisal of reported genes for sudden arrhythmic death: evidence-based evaluation of gene validity for Brugada syndrome. 2018. **138**(12): p. 1195-1205.
3. **Postema P.G.**, About Brugada syndrome and its prevalence. *J Europace*, 2012. **14**(7): p. 925-928.
4. **Offerhaus, J.A., C.R. Bezzina, and A.A.J.N.R.C. Wilde**, Epidemiology of inherited arrhythmias. 2020. **17**(4): p. 205-215.
5. **Antzelevitch C. and Patocskai B.**, Brugada syndrome: clinical, genetic, molecular, cellular, and ionic aspects. *J Current problems in cardiology*, 2016. **41**(1): p. 7-57.
6. **Members, A.T.F., et al.**, 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). 2015. **17**(11): p. 1601-1687.
7. **Antzelevitch C., Yan G.-X., Ackerman M.J., et al.**, J-Wave syndromes expert consensus conference report: emerging concepts and gaps in knowledge. 2017. **19**(4): p. 665-694.
8. **Jons C. and Gollob M.H.**, Brugada syndrome: Let's talk about sex. *J Heart rhythm*, 2018. **15**(10): p. 1466-1467.
9. **Priori S.G., Napolitano C., Giordano U., et al.**, Brugada syndrome and sudden cardiac death in children. *J The Lancet*, 2000. **355**(9206): p. 808-809.
10. **Probst, V., et al.**, Long-term prognosis of patients diagnosed with Brugada syndrome: results from the FINGER Brugada Syndrome Registry. 2010. **121**(5): p. 635-643.

THỰC TRẠNG NGHỈ VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP Ở TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2021-2022

Nguyễn Hồng Chương*, Huỳnh Minh Chính*
Lê Nguyễn Đăng Khoa*, Hồ Trung Hiếu*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động lực của nhân viên y tế có thể ảnh hưởng đến việc cung cấp các dịch vụ y tế. Tinh thần của lực lượng lao động thấp có thể làm suy yếu chất lượng cung cấp dịch vụ và khiến người lao động nghỉ việc. Mặc dù sự hiện diện của đội ngũ nhân viên chất lượng cao, năng động là một khía cạnh quan trọng của hoạt động của hệ thống y tế, nó cũng là một trong những yếu tố khó đo lường nhất. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả mức độ động lực làm việc của nhân viên y tế và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của nhân viên y tế tại các trung tâm y tế tuyến huyện, thị, thành phố ở tỉnh Bình Dương năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực

hiện 342 nhân viên y tế tại các trung tâm y tế huyện, thị, thành phố ở tỉnh Bình Dương năm 2022. **Kết quả:** Nhân viên y tế trong nghiên cứu của chúng tôi có sự hài lòng cao về bản chất công việc, môi trường công việc, lãnh đạo, đồng nghiệp, động lực làm việc. Tuy nhiên, nhân viên y tế cũng có sự không hài lòng cao về vấn đề sự công nhận, thu nhập và phúc lợi, cơ hội đào tạo và thăng tiến. Mức độ hài lòng chung về tất cả các yếu tố động lực làm việc của nhân viên khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các độ tuổi và khoa phòng làm việc. Độ tuổi 41-50 tuổi có mức độ hài lòng cao nhất và thấp dần theo độ tuổi giảm dần. Về khoa phòng làm việc, phòng hành chính có mức độ hài lòng cao nhất, kế đến là khối ngoại, khối nội và thấp nhất là khoa/phòng khác. **Kết luận:** Cải thiện sự hài lòng và tinh thần của nhân viên y tế quan trọng đối với việc duy trì nhân viên y tế. **Từ khóa:** động lực làm việc, nhân viên y tế, công lập

SUMMARY

THE STATUS OF OFF WORK OF HEALTH WORKER AND AFFECTED OF FACTORS TO

*Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Chính

Email: Bsckinhnv.bvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023