

NGUY CƠ XUẤT HIỆN PHẢN ỨNG DỊ ỨNG KHI DÙNG THUỐC CẢN QUANG

1. Các trường hợp dị ứng khi dùng thuốc cản quang

Tính đến tháng 5/2026, Khoa Dược đã ghi nhận 6 trường hợp bệnh nhân nghi ngờ dị ứng do sử dụng thuốc cản quang (Ultravist và Omnipaque). Chi tiết các trường hợp được mô tả trong bảng sau:

Bảng 1.1. Các trường hợp dị ứng thuốc cản quang ghi nhận tại bệnh viện

Bệnh nhân	Thuốc	Triệu chứng	Xử trí	Kết quả sau xử trí
BN N.V.M, 77 tuổi	Ultravist	Nổi mẩn đỏ, khó thở, huyết áp tụt 70/40 mmHg	Tiêm Adrenalin, Pdsolone, Dimedrol, thở oxy	Hồi phục không di chứng
BN P.C.S, 71 tuổi	Omnipaque	Rét run, khó thở	Tiêm Adrenalin, Pdsolone, Dimedrol	Hồi phục không di chứng
BN Đ.A, 72 tuổi	Ultravist	Nổi mẩn đay ở 2 tay và thân mình (bụng, ngực)	Tiêm Solu-medrol, Dimedrol	Hồi phục không di chứng
BN T.X.S, 54 tuổi	Omnipaque	Rét run, da niêm mạc lạnh, tím đầu chi	Tiêm Solu-medrol, Dimedrol	Hồi phục không di chứng
BN P.X.H, 69 tuổi	Ultravist	Nổi mẩn ngứa vùng cánh tay số lượng vừa	Tiêm Solu-medrol, Dimedrol	Hồi phục không di chứng
BN V.H.N, 40 tuổi	Ultravist	Bệnh nhân nổi sẩn đỏ vùng ngực, lưng, cổ	Tiêm Pdsolone, Dimedrol	Hồi phục không di chứng

Trong cơ sở dữ liệu ADR quốc gia Việt Nam, từ năm 2015 đến năm 2019 ghi nhận 1.305 báo cáo liên quan đến thuốc cản quang chứa iod, trong đó có khoảng 1/3 số báo cáo (468 ca) là các trường hợp phản vệ. Phản vệ được ghi nhận chủ yếu với các biểu hiện tim mạch (75,0%), trong đó có 138 (29,5%) trường hợp có biểu hiện hạ huyết áp nghiêm trọng. Bên cạnh đó, biểu hiện trên hô hấp cũng chiếm tỷ lệ cao (70,7%). Triệu chứng trên da/niêm mạc và tiêu hóa chiếm tỷ lệ thấp hơn với tỷ lệ lần lượt là 43,4% và 36,1%. Ngoài các biểu hiện đặc trưng của phản vệ, có 47,2% trường hợp có xuất hiện các biểu hiện rối loạn toàn thân như rét run, vã mồ hôi, sốt cao, co cứng cơ... [1].

2. Các yếu tố nguy cơ

Thuốc cản quang áp lực thẩm thấu thấp (LOCM) có liên quan đến tỷ lệ xảy ra các biến cố bất lợi cấp tính rất thấp, và phần lớn các biến cố này đều không đe dọa đến tính mạng. Cochran và các cộng sự đã báo cáo tỷ lệ phản ứng bất lợi cấp tính (bao gồm dị ứng và phản ứng sinh lý) là 0,2% tại một cơ sở y tế [2]. Wang và các cộng sự báo cáo tần suất phản ứng dị ứng cấp tính tổng thể là 0,6% ở 84.928 bệnh nhân được tiêm iohexol, iopromid hoặc iodixanol [3].

Một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân làm tăng khả năng xuất hiện phản ứng dị ứng với thuốc cản quang [4]:

- Tiền sử dị ứng với thuốc cản quang chứa iod: nguy cơ tăng gấp 5 lần đối với các phản ứng tương tự trong tương lai nếu tiếp xúc với cùng một nhóm thuốc cản quang. Tiền sử phản ứng với cùng một nhóm thuốc cản quang được coi là yếu tố dự báo quan trọng nhất cho các biến cố bất lợi trong tương lai;

- Tiền sử dị ứng khác: bệnh nhân có các loại dị ứng khác (không liên quan đến thuốc cản quang) có nguy cơ phản ứng tăng gấp 2 đến 3 lần;

- Hen suyễn;

- Lo âu;

- Bệnh lý tim mạch nặng.

3. Dự phòng phản ứng dị ứng khi dùng thuốc cản quang

Ở Việt Nam, theo Quyết định 3942/QĐ-BYT ngày 02/10/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về dị ứng - miễn dịch lâm sàng”, để hạn chế các phản ứng dị ứng thuốc do thuốc cản quang, có thể dự phòng bằng glucocorticoid và kháng histamin [5].

Nhiều nghiên cứu đã được tiến hành để xác định hiệu quả của các phác đồ dự phòng dị ứng. Một thử nghiệm ngẫu nhiên đã chỉ ra rằng việc dùng thuốc dự phòng cho những bệnh nhân có nguy cơ trung bình trước khi tiêm thuốc cản quang chứa iod áp suất thẩm thấu cao giúp làm giảm khả năng xảy ra các biến cố bất lợi cấp tính ở mọi mức độ nghiêm trọng. Tuy nhiên, thuốc này hiện nay không còn được sử dụng trong thực hành lâm sàng [6].

Một thử nghiệm ngẫu nhiên khác cho thấy việc dự phòng cho bệnh nhân có nguy cơ trung bình trước khi sử dụng thuốc cản quang chứa iod áp suất thẩm thấu thấp - loại thuốc thường sử dụng hiện nay, giúp giảm khả năng xảy ra các biến cố bất lợi cấp tính mức độ nhẹ và các biến cố tổng hợp, nhưng thử nghiệm này chưa đánh giá được hiệu quả đối với các phản ứng mức độ trung bình và nặng [7].

Cả hai thử nghiệm ngẫu nhiên về thuốc dự phòng đều không nghiên cứu hiệu quả trên nhóm bệnh nhân nguy cơ cao và đều không đánh giá được hiệu quả của việc dự phòng trong việc ngăn ngừa các phản ứng trung bình hoặc nặng [6], [7].

Tuy nhiên, nhiều chuyên gia tin rằng việc dùng thuốc dự phòng thực sự làm giảm khả năng xảy ra phản ứng ở những bệnh nhân nguy cơ cao, mặc dù chỉ số “số bệnh nhân cần điều trị để ngăn ngừa một biến cố” (NNT - number needed to treat) là rất cao [4].

Do đó với các bệnh nhân, đặc biệt là các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao gặp phản ứng dị ứng thuốc, nên sử dụng phác đồ dự phòng trước khi sử dụng thuốc cản quang.

Đối với những bệnh nhân có tiền sử phản ứng dị ứng nghiêm trọng (ví dụ: sốc phản vệ), nên tránh sử dụng thuốc cản quang trong tương lai nếu có thể, vì các phản ứng tái phát có thể xảy ra mặc dù đã thay đổi thuốc cản quang và dùng thuốc dự phòng. Các nghiên cứu hồi cứu cho thấy những bệnh nhân có phản ứng nghiêm trọng trong quá khứ có nguy cơ bị phản ứng tái phát với mức độ nghiêm trọng tương tự. Nên tiến hành các xét nghiệm chẩn đoán khác, bao gồm chụp CT không có thuốc cản quang, siêu âm hoặc MRI. Tuy nhiên, nếu bắt buộc phải sử dụng thuốc cản quang chứa iod, nên thực hiện các xét nghiệm dị ứng với loại thuốc cản quang khác, kèm theo phác đồ dự phòng và chuẩn bị sẵn biện pháp cấp cứu ngay lập tức [8].

Có 2 phác đồ dự phòng dị ứng [4]:

Bảng 3.1. Phác đồ dự phòng dị ứng đối với người lớn

<p>Phác đồ theo kế hoạch</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uống 50mg prednison* vào thời điểm 13 giờ, 7 giờ và 1 giờ trước khi tiêm thuốc cản quang; kết hợp thêm 50mg diphenhydramin** tiêm tĩnh mạch (IV), tiêm bắp (IM) hoặc uống (PO) 1 giờ trước khi tiêm thuốc cản quang. 2. Methylprednisolon 32mg PO vào thời điểm 12 giờ và 2 giờ trước khi tiêm thuốc cản quang. Có thể kết hợp thêm 50mg diphenhydramin** tương tự như ở lựa chọn 1. <p><i>Lưu ý: hai phác đồ hiệu quả tương đương. Diphenhydramin ở cả hai lựa chọn có thể thêm vào hoặc không.</i></p> <p>* Nếu BN không uống được, thay bằng hydrocortison 200mg IV</p> <p>** Nếu BN dị ứng diphenhydramin, có thể thay kháng histamin khác không có dị ứng chéo hoặc bỏ qua</p>
<p>Phác đồ khẩn cấp</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Methylprednisolon natri succinat 40mg IV HOẶC hydrocortison natri succinat 200mg IV, sau đó lặp lại sau mỗi 4 giờ cho đến khi dùng thuốc cản quang; kết hợp thêm diphenhydramin 50mg IV 1 giờ trước khi dùng thuốc cản quang. Phác đồ này thường kéo dài từ 4 đến 5 giờ. 2. Dexamethason natri sulfat 7,5mg IV, sau đó lặp lại sau mỗi 4 giờ cho đến khi dùng thuốc cản quang; kết hợp thêm diphenhydramin

	<p>50mg IV 1 giờ trước dùng thuốc cản quang. Phác đồ này có thể hữu ích ở những bệnh nhân có tiền sử dị ứng với methylprednisolon và thường cũng kéo dài từ 4 đến 5 giờ.</p> <p>3. Methylprednisolon natri succinat 40mg IV HOẶC hydrocortison natri succinat 200mg IV, kết hợp thêm diphenhydramin 50mg IV; mỗi loại thuốc đều được dùng 1 giờ trước khi tiêm thuốc cản quang.</p> <p><i>Các phác đồ dự phòng có thời gian ngắn hơn 4-5 giờ đều chưa được chứng minh hiệu quả tuy nhiên có thể cân nhắc trong trường hợp khẩn cấp khi không có lựa chọn thay thế. Phác đồ kéo dài 4-5 giờ được liệt kê ở lựa chọn 1 phía trên đã được đồng thuận bởi nhiều nghiên cứu.</i></p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bảng 3.2. Phác đồ dự phòng bằng corticoid và kháng histamin cho trẻ em

Thuốc	Liều dùng	Thời gian
Prednison	0,5-0,7mg/kg PO (tối đa 50mg)	13 giờ; 7 giờ; 1 giờ trước tiêm
Diphenhydramin	1,25mg/kg PO (tối đa 50mg)	1 giờ trước tiêm

Lưu ý: Có thể thay thế bằng liều tiêm tĩnh mạch thích hợp đối với bệnh nhân không thể uống thuốc

Bảng 3.3. Phác đồ dự phòng bằng corticoid và kháng histamin cho trẻ em trong trường hợp khẩn cấp, tại khoa cấp cứu, bệnh nhân nội trú, hoặc bệnh nhân nhịn ăn uống

Thuốc	Liều dùng	Thời gian
Hydrocortison	2mg/kg IV (tối đa 200mg)	5 giờ; 1 giờ trước tiêm
Diphenhydramin	1mg/kg IV, IM hoặc PO (tối đa 50mg)	1 giờ trước tiêm

Dù đã sử dụng thuốc dự phòng, việc chuẩn bị sẵn sàng các phương án ứng phó trước khi tiêm thuốc cản quang vẫn là bắt buộc và không thể thay thế. Các phản ứng dị ứng vẫn có thể xảy ra bất kể bệnh nhân đã được dùng phác đồ dự phòng trước đó [9]. Do đó, nhân viên y tế luôn phải trong tư thế sẵn sàng chủ động để phát hiện và xử trí kịp thời các phản ứng tai biến.

Các bước tiếp cận bệnh nhân trước khi dùng thuốc cản quang [4]:

1. Khai thác tiền sử bệnh nhân: Thu thập đầy đủ thông tin bao gồm tiền sử bệnh và tiền sử dị ứng;
2. Đánh giá toàn diện: Cân nhắc kỹ lợi ích và nguy cơ của việc sử dụng hoặc không sử dụng thuốc cản quang, quyết định sử dụng phác đồ dự phòng trước tiêm;
3. Chuẩn bị kỹ càng: Chuẩn bị tâm lý và thể trạng cho bệnh nhân trước khi tiến hành;
4. Đảm bảo nguồn lực: Luôn có sẵn trang thiết bị y tế và đội ngũ nhân sự có chuyên môn cao để kịp thời xử trí các phản ứng nặng.

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Đình Hòa và cs (2021), “Phản vệ liên quan đến thuốc cản quang chứa iod: Phân tích tín hiệu từ cơ sở dữ liệu báo cáo ADR Quốc gia trong giai đoạn 2015 – 2019”, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108.
2. Cochran ST, Bomyea K, Sayre JW. Trends in adverse events after IV administration of contrast media. AJR 2001; 176:1385-1388.
3. Wang CL, Cohan RH, Ellis JH, Caoili EM, Wang G, Francis IR. Frequency, outcome, and appropriateness of treatment of nonionic iodinated contrast media reactions. AJR 2008; 191:409-415.
4. ACR Committee on Drugs and Contrast Media (2026) ACR manual on contrast media.
5. Bộ Y tế, Quyết định số 3942/QĐ-BYT về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về dị ứng - miễn dịch lâm sàng”, Ngày ban hành: 25/09/2015.
6. Lasser EC, Berry CC, Talner LB, et al. Pretreatment with corticosteroids to alleviate reactions to intravenous contrast material. N Engl J Med 1987;317:845-9.
7. O'Malley RB, Cohan RH, Ellis JH, et al. A survey on the use of premedication prior to iodinated and gadolinium-based contrast material administration. J Am Coll Radiol 2011;8:345-54.
8. Uptodate “Diagnosis and treatment of an acute reaction to a radiologic contrast agent”, ngày truy cập 18/5/2026.
9. Freed KS, Leder RA, Alexander C, DeLong DM, Kliever MA. Breakthrough adverse reactions to low-osmolar contrast media after steroid premedication. AJR Am J Roentgenol 2001;176:1389-92.