

mổ [3]. Điều này không những giảm nguy cơ biến chứng thủng lá thành màng phổi mà còn tăng hiệu quả giảm đau vì catheter được đặt đúng vị trí. Nghiên cứu của Juan J. Fibla và cộng sự thấy rằng kết hợp giữa gây tê cạnh sống với thuốc giảm đau NSAID đem lại hiệu quả giảm đau rất tốt sau phẫu thuật ngực có nội soi hỗ trợ, đặt catheter khoang cạnh sống trong những trường hợp này đơn giản, hiệu quả và có thể quan sát trực tiếp sự lan toả của thuốc tê trong khoang cạnh sống [3].

Khoang cạnh sống ngực nằm bên cạnh các đốt sống từ T1 đến T12 giới hạn bởi phía trước là lá thành màng phổi, phía sau là đầu các xương sườn và dây chằng nối mồm ngang các đốt sống, phía bên là thân đốt sống và đĩa đệm. Phong bế tại vị trí này là phong bế dây thần kinh liên sườn vừa thoát ra từ tủy sống [1]. Khoang cạnh sống ở các phân đốt thông với nhau, khi đặt catheter vào khoang này và tiêm thuốc, tùy vào thể tích thuốc tê và đặc điểm khác nhau ở từng bệnh nhân mà số lượng phân đốt bị ức chế khác nhau [1]. Kết quả trong nghiên cứu cho thấy với liều thuốc tê bolus ban đầu là 0,3ml/kg và duy trì 3ml/h số phân đốt bị ức chế chủ yếu trong khoảng 3 và 4 phân đốt. Số lượng phân đốt bị ức chế càng nhiều càng tăng hiệu quả giảm đau. Tuy nhiên, phải dùng với thể tích thuốc tê lớn, thuốc tê sẽ vào khoang ngoài màng cứng (do khoang cạnh sống và khoang NMC thông nhau ở lỗ ghép) gây biến chứng tụt huyết áp, bí tiểu. Phong bế 3-4 phân đốt là đủ cho giảm đau vì không chỉ đau ngay tại khoang gian sườn mở ngực mà các khoang gian sườn bên cạnh cũng bị căng kéo trong phẫu thuật gây đau sau mổ; đau tại vị trí đặt dẫn lưu khoang màng phổi.

Hiệu quả giảm đau được thể hiện qua giá trị điểm VAS cả khi nghỉ luôn thấp hơn 2 và khi vận động thấp hơn 4. Mức độ đau của bệnh nhân giảm dần từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 3 sau mổ. Điểm VAS khi nghỉ tại thời điểm H0 là  $1,41 \pm 0,85$  sau 24h và 48h giá trị này lần lượt là  $1,14 \pm 0,64$  và  $1,0 \pm 0,61$  (bảng 2). Hầu hết các bệnh nhân được giảm đau tốt với tốc độ nền 3 ml/h, lượng thuốc bupivacain tiêu thụ trung bình là  $304,7 \pm 8,3$  mg trong thời gian giảm đau sau mổ. Có 5/30 (16,7%) bệnh nhân cần tiêm bổ sung thêm thuốc fentanyl đường tĩnh mạch trong thời gian theo dõi giảm đau. Những trường hợp này đau tăng khi vận chuyển bệnh nhân, hoặc đau tăng do sonde dẫn lưu

màng phổi di lệch. Nghiên cứu của Davies R.G [2] cho thấy tác dụng giảm đau của phương pháp sẽ thể hiện rõ nhất ngay sau khi tiêm thuốc nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện giảm đau ngay từ khi bệnh nhân vẫn mê và còn tác dụng của thuốc giảm đau trong mổ giúp giảm một phần thuốc giảm đau toàn thân.

Tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ của phương pháp này gồm buồn nôn và nôn 16,7% ngày thứ nhất, 13,3% ngày thứ hai; đau tại vị trí gây tê gặp 3,3% trong ngày thứ nhất và thứ hai sau mổ. Không gặp bệnh nhân nào tụt huyết áp hoặc ức chế hô hấp sau mổ. Tuy nhiên cần một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định về kết quả này. Tác giả Naja Z nghiên cứu các biến chứng sau gây tê cạnh sống ngực và thất lưng trên 620 người lớn và 42 trẻ em thấy biến chứng có tần suất, thất bại ở người lớn 6,1%; không có thất bại ở trẻ em, chọc vào mạch máu vô ý 6,8%, hạ huyết áp 4,0%, tụt máu 2,4%, đau tại vị trí gây tê 1,3%, tràn khí màng phổi 0,5%.

#### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 30 bệnh nhân phẫu thuật lồng ngực được gây tê khoang cạnh sống ngực dưới hướng dẫn nội soi để giảm đau sau mổ bằng bupivacain 0,125%+ fentanyl 2mcg/ml cho thấy kỹ thuật thực hiện thành công 100%. Hiệu quả giảm đau sau mổ tốt, điểm VAS trung bình khi nghỉ < 2 và khi ho < 4. Các chỉ số chức năng hô hấp được cải thiện từ ngày thứ hai sau mổ; không có biến chứng ức chế hô hấp, tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Batra, R. K., K. Krishnan, and A. Agarwal** (2011), "Paravertebral block". *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 27(1), 5-11
2. **Davies, R. G., P. S. Myles, and J. M. Graham** (2006), "A comparison of the analgesic efficacy and side-effects of paravertebral vs epidural blockade for thoracotomy—a systematic review and meta-analysis of randomized trials". *Br J Anaesth.* 96(4), 418-26
3. **Fibla, J. J., L. Molins, J. M. Mier, A. Sierra, D. Carranza, and G. Vidal** (2011), "The efficacy of paravertebral block using a catheter technique for postoperative analgesia in thoracoscopic surgery: a randomized trial". *Eur J Cardiothorac Surg.* 40(4), 907-11.

## NGHIÊN CỨU BỆNH THẬN DO THUỐC CẢN QUANG TRÊN NHỮNG BỆNH NHÂN CAO TUỔI

ĐỖ QUANG HUÂN, TRẦN PHI QUỐC  
Viện Tim TPHCM

---

Chịu trách nhiệm: Đỗ Quang Huân  
Email: doquanghuan@gmail.com  
Ngày nhận: 25/2/2017  
Ngày phản biện: 14/3/2017  
Ngày duyệt bài: 23/3/2017  
Ngày xuất bản: 20/4/2017

#### TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu bệnh thận do thuốc cản quang (BTDTCCQ) sau chụp và can thiệp động mạch vành (ĐMV) trên người cao tuổi tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả dọc tiến cứu trên những bệnh nhân được chụp có hoặc không kèm theo can thiệp ĐMV tại Viện Tim TPHCM

từ tháng 10/2014 đến 5/2015. Kết quả: Tuổi trung bình của 262 BN tham gia nghiên cứu là  $69,8 \pm 7,3$  tuổi; có 136 BN (51,9%) nam, 133 BN (48,1%) nữ. Tỷ lệ BN ĐTĐ là 32,8%; chức năng tâm thu thất trái trung bình là  $58,42 \pm 15,5\%$  (tỷ lệ BN có EF < 40% chiếm 20,9%). Nồng độ Creatinine trước thủ thuật trung bình là  $1,11 \pm 0,31$  mg/dl. Sau 48 giờ thủ thuật thì nồng độ trung bình tăng lên  $1,13 \pm 0,54$  mg/dl. Tỷ lệ BTDTCCQ sau khi thực hiện thủ thuật CMV có kèm hoặc không can thiệp ĐMV là 5,7%. BN suy tim với LVEF < 40% có tỷ lệ mắc BTDTCCQ (10/15 BN) cao hơn nhóm BN không suy tim với LVEF  $\geq$  40% (5/15 BN); tỷ lệ BN ĐTĐ bị BTDTCCQ là 10,5% so với 3,4% ở nhóm không ĐTĐ tốp 2. Tỷ lệ BN có tổng điểm  $\geq$  5 điểm (theo thang điểm YTNC của Mehran) bị BTDTCCQ cao hơn so với tỷ lệ BN có tổng điểm < 5 điểm (10,3% so với 3%). Kết luận: Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang sau chụp có hoặc không kèm theo can thiệp ĐMV qua da ở người  $\geq$  60 tuổi tại Viện Tim TPHCM là 5,7%. BN mắc bệnh ĐTĐ có nguy cơ bị BTDTCCQ gấp 3,312 lần so với người không mắc ĐTĐ. Khả năng BTDTCCQ ở nhóm có tổng điểm  $\geq$  5 điểm cao hơn 3,68 lần so với nhóm có tổng điểm < 5 điểm.

**Từ khóa:** Thuốc cản quang; bệnh thận do thuốc cản quang; người cao tuổi.

#### SUMMARY

#### STUDY ON KIDNEY DISEASE CAUSED BY CONTRAST MEDIA ON ELDERLY PATIENTS

**Objectives:** Study on kidney disease caused by contrast media after coronary angiography and percutaneous coronary intervention on elderly patients at the Heart Institute of Ho Chi Minh city. **Methods:** Descriptive, longitudinal and prospective study on patients being done coronary angiography with or without percutaneous coronary intervention at Interventional Cardiology Department of the Heart Institute of Ho Chi Minh city from October 2014 to May 2015. **Results:** The average age of 262 patients participated in the study was  $69.8 \pm 7.3$  years old; there was 136 males (51.9%) and 133 females (48.1%). The percentage of patients with diabetes was 32.8%; the average value of left ventricular systolic function was  $58.42 \pm 15.5\%$  (the percentage of patients with EF < 40% was 20.9%). The average Creatinine level before procedure was  $1.11 \pm 0.31$  mg/dl. 48 hours after procedure, the average Creatinine level increased to  $1.13 \pm 0.54$  mg/dl. The percentage of patients with kidney disease caused by contrast media after coronary angiography with or without percutaneous coronary intervention was 5.7%. Heart failure patients with LVEF < 40% had a higher ratio of having kidney disease caused by contrast media (10/15 patient) than patients without heart failure with LVEF  $\geq$  40% (5/15 patient); the percentage of diabetic patients with kidney disease caused by contrast media was 10.5% so compared to 3.4% for the group without diabetes type 2. The percentage of patients with total score  $\geq$  5 points (according to Mehran risk score) having kidney disease caused by

contrast media was higher than the percentage of patients with total score < 5 points (10.3% compare to 3%). **Conclusion:** The percentage of kidney disease caused by contrast media after coronary angiography with or without percutaneous coronary intervention on patients  $\geq$  60 years old at the Heart Institute of Ho Chi Minh city was 5.7%. Patients with diabetes had 3,312 times the risk of having kidney disease caused by contrast media more than patients without diabetes. The change of having kidney disease caused by contrast media in the group with total score  $\geq$  5 points was 3.68 times higher than in the groups with total score < 5 points.

**Keywords:** Contrast media; kidney disease caused by contrast media; elderly patients.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ vòng do bệnh động mạch vành chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất trên thế giới. Hàng năm bên cạnh phẫu thuật bắc cầu mạch vành, hiện nay có đến 5 triệu người được đặt stent mạch vành. Với sự gia tăng về số lượng thủ thuật trong điều trị bệnh động mạch vành (ĐMV) kéo theo nhu cầu sử dụng thuốc cản quang (CQ) ngày càng nhiều hơn. Khi sử dụng thuốc cản quang, trên một số bệnh nhân có thể xảy ra bệnh thận do thuốc cản quang (BTDTCCQ): là tình trạng suy thận cấp xảy ra sau dùng thuốc. BTDTCCQ chính là nguyên nhân gây suy thận cấp mắc phải đứng hàng thứ 3 trong bệnh viện. BTDTCCQ làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong. Một số nghiên cứu nhận thấy có trên 7% BN mắc BTDTCCQ phải chạy thận nhân tạo tạm thời và một số diễn tiến đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối. BTDTCCQ khi tăng nồng độ Creatinine máu > 0,5 mg/ml hoặc tăng >25% so với giá trị nền của BN trong vòng 48 giờ sau sử dụng thuốc CQ.

Hiện có nhiều nghiên cứu về tổn thương thận do thuốc CQ sau chụp và can thiệp ĐMV tuy nhiên đối với những bệnh nhân trên 60 tuổi ít được nghiên cứu. Do đó chúng tôi tiến hành "Nghiên cứu bệnh thận do thuốc cản quang sau chụp và can thiệp động mạch vành trên người cao tuổi tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh".

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả dọc tiến cứu.

#### 2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả BN trên 60 tuổi được chụp kèm can thiệp ĐMV tại khoa thông tin can thiệp Viện Tim TPHCM từ tháng 10/2014 đến 5/2015.

#### 3. Tiêu chuẩn loại trừ

BN không tiếp xúc được, đang thông khí cơ học. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 4. Xử lý số liệu

Tất cả các mẫu thu thập được phân tích trên phần mềm Stata 12.

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 262 BN  $\geq$  60 tuổi được chụp có hoặc không kèm can thiệp ĐMV qua da tại Viện Tim TPHCM.

### 1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình là  $69,8 \pm 7,3$  tuổi (nhỏ nhất là 60 tuổi và lớn nhất là 90 tuổi). Có 51,9% (136 BN) là nam, 48,1% nữ (133 BN).

### 2. Các yếu tố nguy cơ chủ yếu và cận lâm sàng

Huyết áp tâm thu trung bình là  $132,8 \pm 23,2$  (thấp nhất là 77 mmHg, cao nhất đến 220 mmHg). Huyết áp tâm trương trung bình là  $74,0 \pm 13,1$  (thấp nhất 44 mmHg, cao nhất là 120 mmHg).

Nhịp tim trung bình là  $78,3 \pm 18,2$  (thấp nhất là 34, cao nhất 145 lần/phút).

Đường huyết trung bình dân số NC là  $6,2 \pm 1,96$  mmol/l. Tỷ lệ BN ĐĐTĐ là 32,8%.

Có 1,9% BN bị tụt huyết áp quanh thủ thuật và 42,8% BN bị thiếu máu theo phân loại của WHO.

Chức năng tâm thu thất trái trung bình của dân số nghiên cứu là  $58,42 \pm 15,5\%$ . Số BN có EF < 40% là 55 BN (20,9%); số BN có EF  $\geq$  40% là 207 BN (79,1%).

### 3. Nồng độ Creatinine trước và sau thủ thuật, thể tích thuốc cần quang sử dụng

Nồng độ Creatinine trước thủ thuật trung bình là  $1,11 \pm 0,31$  mg/dl. Sau 48 giờ thủ thuật thì nồng độ trung bình tăng lên  $1,13 \pm 0,54$  mg/dl.

Trước thủ thuật có khoảng 22 BN có Creatinine máu > 1,5 mg/dl; chiếm 8,4%.

Trước thủ thuật có 179 BN có độ lọc cầu thận (ĐLCT) < 60 ml/ph/1,73m<sup>2</sup> chiếm 68,3%. Thể tích thuốc CQ trung bình khi thực hiện thủ thuật là  $95,13 \pm 52,29$ ml, thấp nhất 20ml, cao nhất 300ml. Thể tích CQ > 5ml/kg được thực hiện trên 3 BN (1,1%); thể tích CQ < 5ml/kg trên 289 BN (98,9%).

### 4. Bệnh thận do thuốc cần quang

Tỷ lệ BTĐTCQ sau khi thực hiện thủ thuật CMV có kèm hoặc không can thiệp ĐMV là 5,7%.

Trong 15 trường hợp BTĐTCQ, chúng tôi nhận thấy nữ giới chiếm tỷ lệ gần tương đương nam giới. Trong những BN này đa số có giảm ĐLCT dưới 60ml/ph/1,73m<sup>2</sup> da (60%).

#### a. Mối liên quan giữa đái tháo đường týp 2 và bệnh thận do thuốc cần quang

Trên những BN ĐĐTĐ tỷ lệ bệnh thận do thuốc cần quang là 10,5% (9/86 BN); trong khi đó BN không bị ĐĐTĐ thì tỷ lệ BN bị BTĐTCQ là 3,4% (6/176 BN) với  $p=0,043$ . Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa ĐĐTĐ týp 2 và BTĐTCQ với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. BN mắc bệnh ĐĐTĐ có nguy cơ bị BTĐTCQ gấp 3,312 lần so với người không mắc ĐĐTĐ.

#### b. Mối liên quan giữa giảm chức năng tâm thu thất trái (EF) và BTĐTCQ

Có 10 BN (4,8%) có BTĐTCQ trong số BN có EF < 40% (207 BN); trong khi đó có 5 BN (9,1%) có BTĐTCQ trong số BN có EF  $\geq$  40% (55 BN); với  $p=0,378$ .

#### c. Mối liên quan giữa tụt huyết áp quanh thủ thuật và BTĐTCQ

Có 1 BN (20%) có BTĐTCQ trong số 5 BN có tụt huyết áp quanh thủ thuật; trong khi đó có 4 BN (1,6%) có BTĐTCQ trong số 257 BN không tụt huyết áp

quanh thủ thuật, với  $p=0,093$ .

#### d. Có bệnh thận trước đó

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN bị BTĐTCQ ở nhóm BN có ĐLCT < 60 ml/ph/1,73m<sup>2</sup> da là 4,5% thấp hơn so với nhóm BN có ĐLCT > 60ml/ph/1,73m<sup>2</sup> bị BTĐTCQ là 8,4%.

#### e. Mối liên quan giữa thang điểm Mehran và BTĐTCQ

Bảng 1. Thang điểm Mehran và bệnh thận do thuốc cần quang

YTNC theo Mehran	BTĐTCQ		Giá trị p	OR (KTC 95%)
	Có, n (%)	Không, n (%)		
Thấp	5(3, 0)	160 (97,0)		1
Trung	9 (9,6)	85 (90, 4)	0,033	3,38 (1,1-10,4)
Cao	1(33, 3)	2 (66, 7)	0,034	16,0 (1,23-207)

Phân nhóm nguy cơ BTĐTCQ theo thang điểm Mehran có 3 nhóm: nguy cơ thấp khi tổng điểm < 5 điểm; nguy cơ trung bình khi tổng điểm khi tổng điểm từ 6 đến 16 điểm; và nguy cơ cao khi tổng điểm > 16.

Có 165 người có tổng điểm nguy cơ < 5 chiếm tỷ lệ cao nhất (63%), còn 37% người có tổng điểm  $\geq$  5; trong đó khoảng 1% thuộc nhóm có nguy cơ cao.

Tỷ lệ BN có tổng điểm  $\geq$  5 điểm (theo thang điểm YTNC của Mehran) bị BTĐTCQ cao hơn so với tỷ lệ BN có tổng điểm < 5 điểm (10,3% so với 3%), bằng phép kiểm Chi bình phương chúng tôi nhận thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê,  $p=0,014$ . Khả năng BTĐTCQ ở nhóm có tổng điểm  $\geq$  5 điểm cao hơn 3,68 lần so với nhóm có tổng điểm < 5 điểm, (OR = 3,68; khoảng tin cậy 95% từ 1,10 đến 14,9).

### BÀN LUẬN

#### 1. Đặc điểm chung

**Tuổi:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $69,8 \pm 7,3$  tuổi. Một số nghiên cứu cho thấy, tuổi cao là yếu tố tiên lượng độc lập của BTĐTCQ. Marenzi và cộng sự nghiên cứu trên 208 BN NMCT cấp sau can thiệp ĐMV, tuổi > 75 là yếu tố tiên lượng độc lập của BTĐTCQ (OR = 5,28,  $p= 0,0009$ ).

**Giới:** Nam và nữ là gần tương đương nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Tarek Zaki (tỷ lệ nam: nữ là 1,84: 1).

#### 2. Bệnh thận do thuốc cần quang

Trong 262 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 15/262 BN (5,7%) mắc BTĐTCQ sau thủ thuật. Nghiên cứu của tác giả Marenzi và tác giả Alberto ghi nhận tỷ lệ BTĐTCQ lần lượt là 19% và 12%. Các nghiên cứu này có tỷ lệ cao hơn là do tiêu chuẩn xác định BTĐTCQ khác với nghiên cứu của chúng tôi. Các tác giả này dùng tiêu chuẩn BTĐTCQ được chẩn đoán khi nồng độ creatinin máu trên 0,5 mg/dL trong 72 giờ sau thủ thuật, còn của chúng tôi chỉ theo dõi trong 48 giờ.

#### a. Đái tháo đường

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN ĐĐTĐ týp 2 bị BTĐTCQ là 10,5% so với 3,4% ở nhóm không

ĐTĐ tít 2, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,043$ . Toprak và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 421 BN có ĐLCT thay đổi từ 15 đến 60ml/phút: tỷ lệ BTDTCC lần lượt xảy ra ở nhóm ĐTĐ là 20%, nhóm tiền ĐTĐ là 11,4% và nhóm có đường huyết bình thường là 5,5%.

**b. BN suy tim với LVEF < 40%** có tỷ lệ mắc BTDTCC (10/15 BN) cao hơn nhóm BN không suy tim với LVEF  $\geq 40\%$  (5/15 BN). Theo tác giả Pyxaras và cộng sự nghiên cứu trên 644 BN có LVEF < 40% và có BTDTCC thì có nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch cao sau 1 năm. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa LVEF < 40% và BTDTCC với  $p > 0,05$ .

#### **c. Tụt huyết áp quanh thủ thuật**

- Tụt huyết áp được định nghĩa huyết áp tâm thu < 80 mmHg ít nhất 1 giờ có sử dụng thuốc vận mạch hoặc sử dụng bóng đối xung động mạch chủ trong vòng 24 giờ sau thủ thuật. Nghiên cứu của chúng tôi có 5/262 (1,9%) BN bị tụt huyết áp chỉ có 1 BN trong 5 BN tụt huyết áp có bị BTDTCC. Nghiên cứu của E. Chong thực hiện ở Singapore trên 770 BN ghi nhận có 6,1% bị tụt huyết áp quanh thủ thuật. Nghiên cứu của tác giả Alberto và Marenzi thì tỷ lệ này là 6,7 và 9,1%. Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tụt huyết áp quanh thủ thuật và BTDTCC.

#### **d. Có bệnh thận trước đó**

- Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN bị BTDTCC ở nhóm BN có ĐLCT < 60 ml/p/ 1,73m<sup>2</sup> da là 4,5% thấp hơn so với nhóm BN có ĐLCT > 60ml/p/1,73m<sup>2</sup> bị BTDTCC là 8,4%. Tác giả Mehran và cộng sự thực hiện nghiên cứu ngẫu nhiên trên 5.571 BN can thiệp mạch vành, nhóm của ông nhận thấy tỷ lệ BTDTCC xảy ra ở nhóm bệnh nhân có ĐLCT < 60 ml/p/1,73m<sup>2</sup> da cao hơn có ý nghĩa so với nhóm ĐLCT > 60 ml/p/1,73m<sup>2</sup>, với  $p < 0,0001$ , OR = 2,89. Trong nghiên cứu của Marenzi và cộng sự thực hiện trên 208 BN NMCT cấp được can thiệp ĐMV, nhóm của ông nhận thấy chỉ có 13% BN trong nhóm ĐLCT > 60 ml/p bị bệnh thận do thuốc CQ và 40% BN trong nhóm có ĐLCT < 60 ml/p bị BTDTCC, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với  $p = 0,0001$ .

#### **e. Sự phối hợp các YTNC theo thang điểm của MEHRAN**

- Thang điểm Mehran được đánh giá dựa trên 8 yếu tố: tuổi > 75, ĐTĐ, creatinin máu (hoặc ĐLCT), số lượng thuốc CQ trong thủ thuật, tình trạng thiếu máu, suy tim, tụt huyết áp và đặt bóng đối xung động mạch chủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có tổng điểm nguy cơ thấp chiếm đa số 63%. Tác giả Bonnie Raingruber khảo sát trên 196 BN được CMV có thang điểm Mehran trước thủ thuật là trên 6 điểm, kết quả cho thấy thang điểm Mehran từ 11 điểm trở lên làm gia tăng nguy cơ BTDTCC so với nhóm có thang điểm trên 6. Một nghiên cứu của Sato và cộng sự thực hiện trên 2198 BN can thiệp mạch vành tiên phát được phân loại theo thang điểm Mehran, kết quả ghi nhận

có 192 (8,7%) BN diễn tiến thành BTDTCC sau can thiệp. Khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy nguy cơ BTDTCC tăng gấp 4,09 lần ở nhóm nguy cơ rất cao; 1,09 lần ở nhóm nguy cơ cao và 1,08 lần ở nhóm nguy cơ trung bình so với nhóm nguy cơ thấp với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

#### **3. Khảo sát 15 trường hợp bệnh thận do thuốc cản quang sau chụp và can thiệp ĐMV**

Trong 15 trường hợp BTDTCC, chúng tôi nhận thấy nữ giới chiếm tỷ lệ gần tương đương nam giới. Trong những BN này có giảm ĐLCT < 60 ml/p/1,73m<sup>2</sup> da (60%). Dựa vào thang điểm Mehran, trong nghiên cứu của chúng tôi có khoảng 1/3 BN bị BTDTCC có nguy cơ thấp (< 5 điểm) và 2/3 (> 5 điểm) bệnh nhân nguy cơ trung bình cao trước thủ thuật. Trong 15 BN mắc BTDTCC có 3 BN có creatinin máu > 50%, ở những BN này có nhiều YTNC phối hợp nhau như EF < 50%, ĐTĐ,... chứng tỏ các YTNC trên rất quan trọng và có ý nghĩa tiên lượng ở BTDTCC phù hợp với các YTNC trên thể giới đã chứng minh.

#### **KẾT LUẬN**

Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang sau chụp có hoặc không kèm theo can thiệp ĐMV qua da ở người  $\geq 60$  tuổi tại Viện Tim TPHCM là 5,7%. BN mắc bệnh ĐTĐ có nguy cơ bị BTDTCC gấp 3,312 lần so với người không mắc ĐTĐ. Khả năng BTDTCC ở nhóm có tổng điểm  $\geq 5$  điểm cao hơn 3,68 lần so với nhóm có tổng điểm < 5 điểm.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Abellás-Sequeiros RA, Raposeiras-Roubin S, Abu-Assi E et al** (2015). "Mehran contrast nephropathy risk score: Is it still useful 10 years later?" *Journal of Cardiology*, S0914-5087 (15) 00157-4.
2. **Ando G, Morabito G, de Gregorio C et al** (2013). "Age, glomerular filtration rate, ejection fraction, and the AGEF score predict contrast-induced nephropathy in patients with acute myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention", *Catheterization and cardiovascular interventions*, 82(6), pp. 878-885.
3. **Evola S, Lunetta M, macaione F et al** (2012) "Risk factors for contrast induced nephropathy: a study among Italian patients", *Indian Heart Journal*, 64 (5), pp.484-491
4. **Fu N, Li X, Yang s et al** (2013). "Risk score for the prediction of contrast- induced nephropathy in elderly patients undergoing percutaneous coronary intervention". *Angiology*, 64 (3), pp. 188 - 194.
5. **Hamm cw et al** (2011). "ESC Guideline for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST segment elevation. The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST segment elevation of the European Society of Cardiology", *Eur Heart J*, 32 pp. 2999-3054.