

Tăng Kali Máu Làm Biến Đổi ST Chênh Lên Giả Thành Nhồi Máu Cơ Tim Trên Bệnh Nhân Có Shock Nhiễm Khuẩn

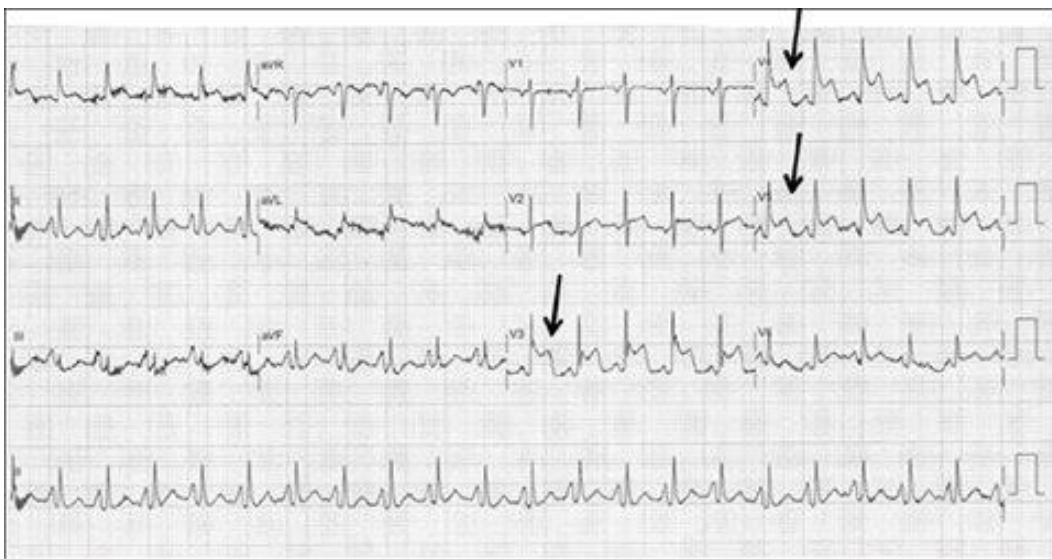
Tăng Kali máu là một rối loạn cấp tính đe dọa đến tính mạng hay gặp tại khoa cấp cứu. Những bệnh nhân tăng Kali máu có thể biểu hiện những thay đổi các đặc điểm trên điện tim bao gồm sóng T dạng “túp lều – tented”, phức bộ QRS rộng và mất sóng P, dạng sóng hình Sin và cuối cùng là vô tâm thu. Cho đến hiện nay có rất ít các Case được ghi nhận Tăng kali máu dẫn đến đoạn ST chênh lên trên điện tim giả thành nhồi máu cơ tim cấp. Case sau đây mô tả **giả nhồi máu cơ tim** (pseudoMI) do tăng kali máu và shock nhiễm khuẩn. Xác định nhanh nồng độ kali máu bằng máy phân tích khí máu tại giường là một chỉ dẫn có ích. ST chênh lên liên quan đến tăng Kali máu sẽ được giải quyết bằng cách giảm nồng độ Kali máu với phác đồ phù hợp. Đây là một điều quan trọng đối với các bác sĩ lâm sàng phải thận trọng với tình trạng này bởi vì nó sẽ hỗ trợ trong việc khởi trị đúng đắn và ngăn cản bệnh nhân khỏi những can thiệp không cần thiết và có nguy cơ dẫn đến các biến chứng.

Case ghi nhận

Bệnh nhân nam 75 tuổi phàn nàn về tình trạng thường yếu mệt tại khoa cấp cứu. Ông ta sống một mình và được theo dõi bởi những sống xung quanh và họ cho biết là tình trạng trên tiến triển từ một tuần trước đó. Ông ta đã không ăn uống đầy đủ. Không khai thác được tiền sử bởi vì tình trạng của ông tại khoa không cho phép và cũng được biết là không có bất kì bệnh nào trong sổ khám bệnh của ông.

Qua khám bệnh thấy có: ý thức lơ mơ và mất nước, nhịp tim nhanh với tần số 124 bpm và HA = 76/38 mmHg. Ông ta cố gắng nói chuyện nhưng thỉnh thoảng lại hụt hơi. Đồng tử hai bên đều và có phản xạ với ánh sáng. Đường thở thông suốt và phổi hai bên không có rales. Bụng mềm. Không có các dấu hiệu chấn thương bên ngoài. Có một khối hình súp lơ ở đầu dương vật mùi hôi, ngghi ngờ đến ung thư dương vật.

Glu = 5.3 mmol/l. Một đường truyền TM được lập và sau đó truyền 1.5L nước muối sinh lý. HA lúc này tăng lên 129/92 mmHG. ECG biểu hiện ST chênh lên ở V2 – V5 kèm theo sóng T cao (ECG1).



Ngay lập tức test máu tĩnh mạch trên máy phân tích khí máu chỉ ra nồng độ Kali = 7.8 mmol/l.

ECG 1 nghi ngờ đến Nhồi máu cơ tim cấp thành trước; Tuy nhiên, việc xác định có tăng kali máu nặng dẫn đến nghi ngờ ST chênh lên thứ phát do tăng Kali máu. Bệnh nhân cũng đã có ý thức tốt lên và không có bất kì phàn nàn nào về đau ngực. Ông ngay lập tức được điều trị bằng 10ml calcium gluconat 10%, 10 đơn vị insulin IV kèm theo 40 ml dextrose 50% và resonium dạng uống (sodium polystyrene sulfonate). Làm lại ECG 45 phút sau đó chỉ ra ST chênh lên đã trở về hoàn toàn và do đó bệnh nhân không được cân nhắc chỉ định chụp mạch.

Các kết quả XN máu: BC: tăng 44.69 x 10⁹ /L, Neutrophiles: 94,1 % và Hemoglobin: 16.6 g/dl.

Sinh hóa: Na:154 mmol/l; K:7.8 mmol/l; Urea: 23,9 mmol/l, Cre: 265 umol/l và glu: 5.5 mmol/l.

TnT = 0.09 ug/L (bình thường < 0.03ug/L) có thể thứ phát do nhiễm khuẩn và suy thận cấp và nồng độ CK và CK-MK bình thường.

Xquang ngực: vùng sáng ở giữa phổi trái.

Nồng độ Kali làm lại = 5.1 mmol/. Ông đã được truyền kháng sinh trong bệnh cảnh shock nhiễm khuẩn kèm theo tổn thương thận cấp và đã được nhập viện. Bệnh nhân đã chết sau 3 ngày nằm viện do nhiễm khuẩn quá nghiêm trọng

Thảo luận

Tăng Kali máu gây thay đổi các đặc điểm trên ECG từ những thay đổi của sóng T đến các rối loạn nhịp nguy hiểm. Sóng T nhọn và dạng hình túp lều có thể được thấy khi nồng độ Kali máu từ 5,5 – 6 mmol/l. Phức bộ QRS rộng và Khoảng PR dài xảy ra khi nồng độ K khoảng 6.5 mmol/l. Độ lớn sóng P giảm khi nồng độ Ka khoảng 7 mEq/l và khi nồng độ > 8mmol/l, thì nó sẽ tạo ra dạng sóng hình Sine điển hình, cuối cùng dẫn đến rung thất và vô tâm thu. Sự thay đổi ECG này là do tác động sinh lý của Kali trên tế bào cơ tim. Sự thay đổi ECG này có thể không liên quan đến nồng độ Ka và chúng phụ thuộc vào tốc độ tăng của Ka, trạng thái acid-base, các rối loạn điện giải khác và tác động của các thuốc.

Đoạn ST chênh lên hoặc “giả nhồi máu – pseudoinfarction” là một biểu hiện hiếm gặp của Tăng Kali máu. Levine và cộng sự đã ghi nhận 4 case ST chênh lên tương tự như AMI hoặc viêm màng ngoài tim do tăng kali máu và chúng tạo nên thuật ngữ “lọc dòng tổn thương”. Không có sự chắc chắn là ST chênh lên là do bất thường tái cực nguyên phát hay là sự giả tạo gây bởi sự kết hợp giữa sóng R’ ở cuối phức bộ QRS với sóng T. Đoạn ST chênh lên có thể được cho là do dòng tổn thương tâm trương liên quan đến tăng kali máu hoặc do sự kết hợp giữa dòng tổn thương tâm thu và tâm trương liên quan đến tăng kali máu.

Trong một số trường hợp tăng kali máu liên quan đến giả nhồi máu, cùng với ST chênh lên thì bất thường ECG phù hợp với tăng kali máu như trì hoãn dẫn truyền trong thất (IVCD) hoặc sóng T cao nhọn, cũng được ghi nhận.

Tăng kali máu khởi phát co thắt vành cũng cần được cân nhắc. ST chênh lên cấp tính thoáng qua cũng đã được ghi nhận trong shock nhiễm khuẩn mà không có biểu hiện của tăng kali máu và co thắt vành được cho là căn nguyên bên dưới.

Chẩn đoán và điều trị sớm tăng kali máu phụ thuộc vào khả năng của bác sỹ nhận biết sự thay đổi ECG của Tăng kali máu.; Tuy nhiên, chỉ có ECG là không đủ tin cậy để chẩn đoán. Xác định nhanh nồng độ kali máu bằng máy phân tích khí máu tại giường là một chỉ dẫn có ích, điều trị ngay lập tức tăng kali máu. ST chênh lên do tăng kali máu sẽ trở về bình thường với điều trị phù hợp. Đôi khi thăm phâm có thể được cần thiết. Đáp ứng điều trị có thể cần được theo dõi bằng chuỗi ECG.