



บทความวิชาการ

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ: บทบาทพยาบาลในการประเมินและการดูแล

Supraventricular tachycardia (SVT): Nurse Role's in Assessment and Care

อนุชา ไทยวงษ์¹, มลฤดี แสนจันทร์²วรรณชาติ ตาเลิศ³, ศักดา สมพร้อม⁴ และรุ่งทิพา แ่งใจ⁵Anucha Taiwong¹, Monrudee Sanchan²,Wannachart Talerd³, Sakda Somprom⁴ and Rungthiwa Peangjai⁵

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย เกิดจากการลัดวงจรหรือวิ่งวนซ้ำของการส่งสัญญาณไฟฟ้าในหัวใจ มักเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ เมื่อมีเหตุกระตุ้นและหายไป ในระยะเวลาอันสั้น บางรายมีอาการรุนแรงอาจทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ในรายที่รุนแรงอาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และเสียชีวิตได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินโดยเฉพาะในช่วงระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยรับการรักษาและการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างทันท่วงที ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ความหมาย อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น กลไกการเกิด การวินิจฉัยและการรักษา รวมถึงเสนอแนะบทบาทพยาบาลในการประเมินและการดูแล

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ, การประเมิน, การดูแล, การพยาบาล

ABSTRACT

Supraventricular tachycardia is one of common emergencies. It is caused by a short circuit or re-entry circuit of electrocardiogram. It often occurs in short periods of time when it is triggered and disappears in a short time. Some severe symptoms may lead to systolic heart impairment, low cardiac output, congestive heart failure, and even cardiac arrest and sudden death in severe cases. Nurse thus plays an important role in assessment, especially in the early stages in order to treat patients in time and reduce complication and mortality. This article aimed to propose definitions, incidence, risk factors and stimulants, SVT mechanism, diagnosis and treatment including suggestions for nurse's roles in assessment and care.

Keywords : Supraventricular Tachycardia, Assessment, Care, Nursing

¹พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

³พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

⁴⁻⁵พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

บทนำ

ในแต่ละปีมีผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 50,000 ราย มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ (supraventricular tachycardia; SVT)¹ ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่ามีอาการใจสั่น (palpitation) ไม่สุขสบายในทรวงอก (chest discomfort) บางรายอาจเป็นลมหมดสติ (syncope) ซึ่งเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ในระยะเวลาอันรวดเร็ว² บางรายมีอาการทุเลาและดีขึ้นโดยไม่ได้รับการรักษา ซึ่งจัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุหรือปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor)²⁻³ เกิดความผิดปกติของอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วมากขึ้น การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง (low cardiac output) ส่งผลให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ (poor tissue perfusion) โดยเฉพาะอวัยวะสำคัญ (vital organ) และเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน (tissue hypoxia) หากมีอาการรุนแรงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญคือภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) และเสียชีวิตได้ (sudden dead)¹⁻³

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ความหมายอุบัติการณ์ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง กลไกการเกิดและการจำแนกชนิด ผลกระทบ รวมถึงเสนอแนะบทบาทพยาบาลในการประเมิน การดูแลในภาวะฉุกเฉิน และการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินและให้การดูแลได้อย่างทันท่วงทีที่มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้น

ความหมาย และอุบัติการณ์

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ หมายถึง ภาวะที่หัวใจเต้นเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที มักอยู่ในช่วง 150-250 ครั้งต่อนาที มีจังหวะการเต้นของหัวใจที่เร็วและสม่ำเสมอ (regular and rapid tachycardia) เกิดขึ้นและหายเองได้อย่างรวดเร็ว (abrupt onset and termination)¹⁻³ การศึกษาที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ประมาณ 35 รายต่อประชากรแสนราย ความชุก 2.25-2.29 ต่อประชากร

พันราย¹⁻³ ซึ่งในแต่ละปีพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 89,000 ราย และ 570,000 ราย เป็นชนิดที่สามารถหยุดและหายได้เอง (paroxysmal supraventricular tachycardia; PSVT)³ มีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 2.00-9.00⁴ ที่ผ่านมายังไม่พบรายงานอุบัติการณ์และความชุกที่ชัดเจนในประเทศไทย

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สามารถสรุปออกเป็น 3 กลุ่ม¹⁻⁶ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศและอายุ ซึ่งพบมากในเพศหญิงที่อายุน้อย² วัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของหัวใจร่วมด้วย¹ และยังพบว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี มีโอกาสเกิดสูงกว่าผู้ที่อายุน้อยถึง 5 เท่า³ 2) ปัจจัยที่เกิดจากหัวใจ มักเกิดจากความผิดปกติของลักษณะทางโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโต (cardiomyopathy) ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) และความผิดปกติของลิ้นหัวใจ (abnormal heart valves)⁷ และ 3) ปัจจัยอื่นที่ไม่ได้เกิดจากหัวใจ แบ่งออกเป็นปัจจัยภายใน (internal factors) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติอื่นในร่างกาย ได้แก่ โรคของต่อมไทรอยด์ (thyroid disease) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการหลั่งฮอร์โมนมากผิดปกติ โรคปอดเรื้อรัง (Chronic lung disease) เช่น โรคหอบหืด (asthma) ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease)¹ โรคภูมิแพ้ (allergy) ภาวะไข้สูง (fever) ภาวะขาดน้ำ (dehydration)⁶ การตั้งครรภ์ (pregnancy) ความผิดปกติของจิตใจ (psychological stress) ความเครียดและความวิตกกังวล (stress and anxiety) และอาการนอนไม่หลับ (insomnia) และปัจจัยภายนอก (external factors) มักเกิดขึ้นจากมีการกระตุ้น ได้แก่ การสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มกาแฟ การได้รับยาบางชนิดในขนาดสูง และการออกกำลังกายอย่างหักโหม เป็นต้น⁶

กลไกการเกิดและการจำแนกชนิด

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ เกิดจากความผิด



ปกติของการนำสัญญาณไฟฟ้าภายในหัวใจ ซึ่งกลไกการเกิดแบ่งได้เป็น 3 กลไก^{1-2, 5, 8} ดังนี้ 1) การไหลวนของสัญญาณไฟฟ้าในหัวใจ (reentry) 2) การเพิ่มขึ้นของเซลล์สร้างสัญญาณไฟฟ้าที่มีความเร็วและมากกว่า sinoatrial node หรือ SA node (increased automaticity) และ 3) การเกิดความผิดปกติของจังหวะการเต้นหัวใจที่มีการกระตุ้นให้เซลล์หัวใจเกิด action potential เร็วกว่าปกติ (triggered activity) สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันทั้ง 3 กลไกหรือกลไกใดกลไกหนึ่งก็ได้ ทำให้มีความผิดปกติของการนำสัญญาณไฟฟ้าเหนือบริเวณ bundle of his (SA node, atrial tissue และ AV node)

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติสามารถจำแนกออกเป็น 3 ชนิดตามลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้แก่^{1-3, 5, 8} 1) atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT) พบได้มากที่สุด (ร้อยละ 50.00-60.00)⁹ โดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีอายุน้อย เกิดจากการไหลวนของสัญญาณไฟฟ้าซ้ำแล้วซ้ำอีกภายใน AV node 2) atrioventricular reciprocating tachycardia (AVRT) พบได้รองลงมา (ร้อยละ 30.00)⁹ โดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีอายุน้อย และอาจพบใน Wolff-Parkinson-White syndrome เกิดจากการไหลวนของกระแสไฟฟ้าจาก AV node สู่ Ventricle แล้ววนเข้า bypass track และ 3) atrial tachycardia (AT) พบได้ประมาณร้อยละ 10.00⁹ มักพบในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลกระทบ

1. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ นอร์ธบลอม บรอสตรอม และฟรีดลุนด์⁹ ในประเทศสวีเดน พบว่าภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน บางครั้งไม่สามารถคาดเดาว่าจะมีอาการผิดปกติเมื่อไร เกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน บางรายมีอาการอ่อนเพลีย และจำเป็นต้องลาออกจากงานประจำ สะท้อนให้เห็นว่าหากเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ ย่อมส่งผลให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญได้ลดลง ก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ใจสั่น และเป็นลมหมดสติได้

มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตประจำวันย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต ในรายที่จำเป็นต้องเดินทางโดยการขับรถยนต์ หากมีการกำเริบ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตได้

2. เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คาร์เมล และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษา Retrospective Cohort Study ในกลุ่มตัวอย่างประมาณ 5 ล้านราย โดยพบว่าภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ ชนิด paroxysmal supraventricular tachycardia (SPVT) มักจะเกิดขึ้นร่วมกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation; AF) และพบว่าภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 65 ปี

3. เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การบีบตัวที่เร็วกว่าปกติ ย่อมส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง รวมถึงปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ก็ลดลงด้วยเช่นกัน (impaired myocardial perfusion) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) การส่งสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกปิดกั้นแบบสมบูรณ์ (complete heart block) ภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) และภาวะหัวใจวายชนิดเลือดคั่ง (congestive heart failure)^{1, 4, 7}

บทบาทพยาบาล

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ในรายที่รุนแรงอาจมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล เพื่อได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันที่ การควบคุมและลดอัตราการเต้นของหัวใจเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาในระยะฉุกเฉิน ทั้งจากการใช้ยาและไม่ใช้ยา การรักษาโดย

ไม่ใช้ยา^{1-2, 5-6, 8, 11} ได้แก่ การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (การทำ valsalva maneuver และการนวด carotid sinus) การปรับจังหวะการเต้นของหัวใจด้วยไฟฟ้า (synchronized cardioversion) การจี้ด้วยไฟฟ้า (ablation) และการผ่าตัด (surgical treatment) ในรายที่การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดเป็นปกติ (hemodynamic stable) จะรักษาด้วยการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ หากอาการยังไม่ดีขึ้น อาจพิจารณาการรักษาโดยการใส่ยาและการปรับจังหวะการเต้นของหัวใจด้วยไฟฟ้าและในรายที่การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ (hemodynamic unstable) จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการปรับจังหวะการเต้นของหัวใจด้วยไฟฟ้าอย่างเร่งด่วนเท่านั้น เพื่อป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้น²⁻⁵

พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ บทบาทสำคัญของพยาบาลประกอบด้วย 1) การประเมินและเฝ้าระวัง 2) การดูแลในภาวะฉุกเฉิน และ 3) การส่งเสริมการดูแลตนเองในระยะที่จำหน่ายกลับบ้าน^{6, 12-13} โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การประเมินและเฝ้าระวัง (assessment and monitoring) มีเป้าหมายเพื่อคัดกรองผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย

1.1 การซักประวัติอาการสำคัญ จะพบว่าผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการใจสั่น (palpitation) ไม่สบายในทรวงอก (Chest discomfort) หายใจลำบาก (dyspnea) อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง (fatigue) วิงเวียนศีรษะ (lightheadedness or dizziness) บางรายอาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain) เหงื่อแตก (diaphoresis) คลื่นไส้ (nausea) และเป็นลมหรือรู้สึกร่วง (syncope) อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด รวดเร็วเมื่อมีปัจจัยกระตุ้น รวมทั้งประวัติการเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับอัตราการเต้นของหัวใจ โรคประจำตัว และการรับรู้ของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน^{1-2, 12-13}

1.2 การซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ปัจจัยที่เกิดจากหัวใจ และปัจจัยที่ไม่ได้เกิดจากหัวใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงได้แก่ เพศหญิงที่อายุน้อย² ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี³ และวัยผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับโครงสร้างของหัวใจ⁷ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการได้รับยาบางชนิด การดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และกาแฟ การสูบบุหรี่ และประวัติการได้รับยาหรือยาที่รับประทานเป็นประจำ⁶

1.3 การตรวจร่างกาย อาจไม่พบความผิดปกติ อาจพบว่าหัวใจเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือตรวจพบว่าผิวหนังเย็นชื้นและเหงื่อออก อาจพบได้ในรายที่มีอาการรุนแรง

1.4 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead จะสามารถช่วยวินิจฉัยภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติได้ โดยจะพบลักษณะดังนี้^{1-3, 5, 8}

- มีอัตราการเต้นของหัวใจเต้นเร็วสม่ำเสมอ แต่เต้นเร็วอยู่ระหว่าง 150-250 ครั้ง/นาที

- P wave รวมกับ T wave เป็นคลื่นเดียวกันไม่สามารถแยกออกได้ หรือมี Inverted P wave (P wave กลับหัว)

- Regular narrow complex

- QRS duration < 120 ms

- Prolonged QRS interval > 120 ms

1.5 การตรวจพิเศษอื่นๆ มักจะทำการหาสาเหตุของการเกิด และประเมินภาวะแทรกซ้อนในรายที่จำเป็น ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจผ่านทรวงอก (transthoracic echocardiography) เพื่อค้นหาความผิดปกติของลิ้นหัวใจ ขนาดของห้องหัวใจ และประเมินการทำงานของหัวใจห้องล่าง การเอ็กซเรย์ปอด (chest x-ray) เพื่อประเมินขนาดของหัวใจและความผิดปกติของปอดรวมถึงประเมินภาวะหัวใจวายชนิดเลือดคั่ง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (thyroid function test) เป็นต้น^{6, 12-13}

เมื่อพยาบาลในจุดคัดกรองหรือผู้ให้การดูแล สามารถประเมินเบื้องต้นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ ให้พิจารณารายงานแพทย์ หรือย้าย



ผู้ป่วยเข้าห้องผู้ป่วยวิกฤติ (resuscitation room) เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและอย่างใกล้ชิด

2) การดูแลในภาวะฉุกเฉิน (emergency care) มีเป้าหมายเพื่อควบคุมและลดอัตราการเต้นของหัวใจ มีการทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดที่เป็นปกติ

2.1 ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อย่างน้อย ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง จะพบอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพทำให้มีระดับความดันโลหิตต่ำหรือน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท เกิดการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง กระสับ กระส่าย สับสน หรือหมดสติจากภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด หรือคล้ำซีจาง ส่วนปลายได้เบาลง การกลับคืนของหลอดเลือดฝอยช้าลง และทำให้ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง แสดงถึงการไหลเวียนเลือดที่ผิดปกติ (hemodynamic unstable) จำเป็นต้องพิจารณารายงานแพทย์เพื่อได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน⁶

2.2. การดูแลเพื่อให้เนื้อเยื่อและอวัยวะในร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ให้ออกซิเจนในผู้ป่วยทุกราย เพื่อรักษาระดับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้มากกว่าร้อยละ 95 และดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนราบ ยกปลายเท้าสูงเล็กน้อยเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ

2.3 การจัดการสาเหตุที่ทำให้เกิด เช่น ในรายที่เกิดจากไข้สูง อาจให้ยาลดไข้ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ หรือในรายที่เกิดจากภาวะขาดน้ำดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเพียงพอ เป็นต้น⁶

2.4 ช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาด้วยวิธีกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ โดยการทำให้Valsalva maneuver หรือการนวด carotid sinus โดยพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องอธิบายถึงความจำเป็นและขั้นตอนการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยทราบและปฏิบัติตามอย่างถูกวิธี รวมถึงการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด วิธีนี้สามารถลดอัตราการเต้นของหัวใจได้ประมาณร้อยละ 20-25⁵ ในรายที่อายุน้อย

และมีสาเหตุจากการไหลวนของกระแสไฟฟ้ามักไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีนี้ ซึ่งแพทย์อาจพิจารณารักษาด้วยวิธีอื่นต่อไป^{5, 8, 11}

2.4 จัดเตรียมและดูแลให้ยา adenosine ตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นยาตัวแรกที่วิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (ACC/AHA, 2015)³ แนะนำให้ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติในกรณีมีสัญญาณชีพและการทำงานของระบบการไหลเวียนเลือดปกติ (hemodynamic) จะออกฤทธิ์ยับยั้งการส่งสัญญาณไฟฟ้าภายในหัวใจแบบชั่วคราว มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง ร้อยละ 60-80¹¹ จะตอบสนองต่อการรักษา มีหลักการและเทคนิคในการบริหารยา ดังนี้

ก่อนให้ยา

- ชักประวัติข้อห้ามในการใช้ (contraindication) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (heart transplant) ภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติชนิด second และ third degree AV block และโรคภูมิแพ้ (allergy)¹¹

- หลีกเลี่ยงการดูดเลือดผู้ป่วยเข้าใน Syringe เนื่องจากยา Adenosine อาจถูกทำลายด้วยเอนไซม์บางชนิดในเลือด ทำให้การรักษาไม่ได้ผล⁶

- จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน และอธิบายว่าในขณะที่ฉีดยาจะรู้สึกเหมือนตกจากที่สูงหรือวูบไปชั่วขณะ และอาการนั้นจะหายไปภายใน 10-15 วินาที

- ดูแลให้ออกซิเจนทาง nasal cannula หรือ mask with reservoir bag เพื่อส่งเสริมให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

- ดูแลวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ตั้งแต่นี้นับถอยหลังให้ยา ระหว่างให้ยา และหลังให้ยา⁶

- บันทึกและเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจในขณะที่ก่อนให้ยา ระหว่างให้ยา และหลังให้ยา จัดเตรียมเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillator) ให้พร้อมต่อการใช้งาน เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรงหรือภาวะหัวใจหยุดเต้นขึ้นได้ เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที¹¹

ขณะให้ยา

- บริหารยาทางหลอดเลือดดำใหญ่และใกล้หัวใจที่สุดอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก adenosine มีค่าครึ่งชีวิตที่สั้นเมื่อเข้าสู่ร่างกาย คือประมาณ 10-12 วินาที^{6, 8} โดยพิจารณาเปิดเส้นเลือดเพื่อบริหารยาบริเวณข้อพับของแขน ควรเป็นแขนด้านขวาเนื่องจากยาสามารถเข้าสู่หัวใจได้โดยตรง เปิดเส้นเลือดด้วยเข็มสำหรับให้สารน้ำขนาดใหญ่ (intravenous catheter) ต่อเข้ากับข้อต่อสามทาง (three way) โดยตรง แล้วต่อเข้ากับ Syringe 2 อัน อันแรกใกล้ตัวผู้ป่วยเป็นยา adenosine และอีก syringe เป็นน้ำเกลือ 10-20 ซีซี สำหรับฉีดตามหลังการให้ยา adenosine เรียกการบริหารยานี้ว่า double syringe technique และอาจพิจารณายกแขนข้างนั้นสูงขึ้นหลังฉีดยาเพื่อให้ยาไหลเวียนเข้าสู่หัวใจได้เร็วขึ้น⁶

หลังให้ยา

- หลังจากได้ยาในครั้งแรกหากคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังไม่กลับสู่จังหวะปกติ แพทย์อาจพิจารณาให้ซ้ำในขนาด 12 มิลลิกรัม สองครั้ง โดยที่มีสัญญาณชีพและการทำงานของระบบการไหลเวียนปกติ^{5-6, 8}

- ประเมินและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ อาการหน้าแดง (facial flushing) อาการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) ภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension common) หลอดลมหดเกร็ง (bronchospasm) เป็นต้น และพิจารณารายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ⁸

2.5 ดูแลเตรียมและบริหารยากลุ่มปิดกั้นแคลเซียม (Calcium channel blocker) ได้แก่ verapamil และ diltiazem หรือยากลุ่มปิดกั้นตัวรับบีต้า (beta blocker) ตามแผนการรักษาที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adenosine⁸ บริหารยาโดยฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำซ้ำๆ ประมาณ 2-3 นาที และเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำและหัวใจเต้นช้าอย่างใกล้ชิด⁵ หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือมีสัญญาณชีพและการทำงานของระบบการไหลเวียนเลือดไม่ปกติ แพทย์อาจพิจารณารักษาด้วยการปรับจังหวะการเต้นของหัวใจด้วยไฟฟ้าต่อไป⁵

2.6 เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมต่อการปรับจังหวะการเต้นของหัวใจด้วยไฟฟ้า (synchronized cardioversion) ใน

รายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีข้อห้ามในการใช้ยา โดยอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นในการทำเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและคลายความวิตกกังวล ในรายที่มีสัญญาณชีพและการทำงานของระบบการไหลเวียนเลือดปกติ อาจพิจารณาให้ยานอนหลับในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน เช่น diazepam ก่อนการรักษาก็ได้ รวมทั้งบันทึกเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพตั้งแต่ก่อนทำ ระหว่างทำ และหลังการปรับจังหวะการเต้นของหัวใจด้วยไฟฟ้าอย่างใกล้ชิด^{1-2, 5-6, 8}

2.7 ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องภายหลังการได้รับการรักษา

3) การส่งเสริมการดูแลตนเอง (promote self-care) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และลดการเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำ รวมถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

3.1 การรับประทานยาควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ จำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ยาที่นิยมใช้รักษาได้แก่ ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับบีต้าและยากลุ่มปิดกั้นแคลเซียม¹⁻² ซึ่งสามารถควบคุมอาการได้ถึงร้อยละ 60-80 พยาบาลควรซักประวัติข้อห้ามในการใช้ยากลุ่มนี้ได้แก่ ประวัติความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจ หรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพิจารณารายงานแพทย์ให้ทราบเมื่อซักประวัติได้ สอนการจับชีพจรที่แม่นยำก่อนรับประทานยา โดยชีพจรที่จับได้ต้องมากกว่า 60 ครั้ง/นาที แนะนำการสังเกตอาการข้างเคียงซึ่งเกิดจากยาจะออกฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ อาจทำให้มีความดันโลหิตต่ำ หรือเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนอิริยาบถได้ ในกรณีที่ลิ้มรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีเมื่อนึกได้ หลีกเลี่ยงการรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และสอนการบันทึกการรับประทานยา การบันทึกการจับชีพจรก่อนได้รับยา และการบันทึกอาการผิดปกติที่พบด้วยตนเอง

3.2 การรับประทานอาหาร ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่อธิบายหรือเสนอแนะอาหารที่เหมาะสมสำหรับ



ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ แต่พบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเสี่ยงและโอกาสเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติได้สูง ดังนั้นจึงควรแนะนำหรือควบคุมการบริโภคเกลือในผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย รวมถึงแนะนำการหลีกเลี่ยงหรืองดดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงการดื่มกาแฟปริมาณหลายแก้วต่อวัน¹³

3.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติในขณะที่ไม่มีอาการ หลีกเลี่ยงการขับรถหรือการเดินทางโดยลำพัง และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่สนุกและตื่นเต้น ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติได้ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาอย่างหักโหม ควรออกกำลังกายชนิดที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นไม่มาก และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในกรณีที่อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที¹⁴

3.4 การจัดการกับความเครียดและการนอนหลับ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล ควรทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจเช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง หรือกิจกรรมอื่นๆ ตามความเหมาะสม หลีกเลี่ยงการนอนหลับในช่วงกลางวัน ซึ่งอาจทำให้นอนไม่หลับในช่วงกลางคืนได้ รวมถึงการหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหรือน้ำชา ในช่วงก่อนนอน ซึ่งอาจทำให้ต้องตื่นนอนในช่วงกลางคืนเนื่องจากปัสสาวะบ่อย¹⁵

สรุป

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจะไม่มาก แต่ควรได้รับการรักษาที่เร่งด่วนและเหมาะสม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งจากการซักประวัติ การประเมินสัญญาณชีพ รวมถึงการตรวจและการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น ส่งต่อและรายงานแพทย์ทราบ ได้รับการรักษาเพื่อควบคุมและลดอัตราการเต้นของหัวใจอย่างเหมาะสม ทั้งจากการใช้ยาและไม่ใช้ยา ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ อีกทั้งให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับ

ประทานยาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสาเหตุและปัจจัยกระตุ้น รวมถึงเฝ้าระวังความผิดปกติด้วยตนเอง ลดอัตราการเกิดซ้ำและสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Bibas L, Levi M, Essebag V. Diagnosis and management of supraventricular tachycardias. CMAJ, 2016;188(17-18): E466-E73.
2. Medi C, Kalman JM, Freedman SB. Supraventricular tachycardia. MJA, 2009;190(5):255-60.
3. Page RL, Joglar JA, Caldwell MA, Hammill SC, Calkins H, Indik JH, et al. . 2015 ACC/AHA/ HRS guideline for the management of adult patients with supraventricular tachycardia a report of the American college of cardiology / American heart association task force on clinical practice guidelines and the heart rhythm society, 2015.
4. Lundqvist CB, Potpara TS, Malmberg H. Supraventricular arrhythmias in patients with adult congenital heart disease. Arrhythmia & Electrophysiology review, 2017;6(2):42-9.
5. Sohinki D, Obel OA. Current trends in supraventricular tachycardia management. The ochsner Journal, 2014; 14(4):586-95.
6. รวิพรรณ เลขะวิวัฒน์. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เกิดในหัวใจห้องบน. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ, 2557; 7(2): 33-40.

7. Perrot BB, Sellal JM, Olivier A, Villemain T, Beurrier D, Vincent J, et al. Influence of advancing age on clinical presentation, treatment efficacy and safety , and long-term outcome of inducible paroxysmal supraventricular tachycardia without pre-excitation syndromes : a cohort study of 1960 patients included over 25 years, 2018;1-15.
8. Colucci RA, Silver MJ, Shubrook J. Common types of supraventricular tachycardia: diagnosis and management. American family physician, 2010; 82(8): 942-52.
9. Nordblom AK, Broström A, Fridlund B. Impact on a person's daily life during episodes of supraventricular tachycardia. J Holist Nurs, 2017;35(1):33-43.
10. Kamel H, Elkind MSV, Bhave PD, Navi BB, Okin PM, Ladecola C, et al. Paroxysmal supraventricular tachycardia and the risk of ischemic stroke, 2013; 44(6): 1550-54.
11. Delacrétaiz E. Supraventricular tachycardia. The New England journal of medicine, 2006; 354:1039-51.
12. พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, วัลลภา ชมจิตร, อัจฉรา ภูติเกียรติขจร, กสิกา แสงสุข, กาญจนา สุวรรณมานพ, เกศสุดา น้ำขาว. หัวใจห้องบนสั้นพรีในผู้ป่วยอาการหนัก. วารสารพยาบาลทหารบก, 2557; 15(2):99-103.
13. ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกพร เทียนคำศรี, สุนทรี สิทธิสงคราม. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์ชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2560; 34(4): 341-9.
14. Culic V, Silic N, Hodzic M. Triggering of supraventricular tachycardia by physical activity and meteorologic factors. Int J Cardiol, 2013;168(4):4295-300.
15. Beena J, Johnson F. Stress and cardiac arrhythmias. Indian Pacing Electrophysiol J , 2014; 14(5): 230-32.