

บทความพื้निया

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว

ธนพล บรรดาศักดิ์, พย.ม. *, กนกพร เทียนคำศรี, พย.ม. *, สุนทรี ลิทธิสงคราม, พย.ม. *

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) เป็นความผิดปกติที่มีจุดกำเนิดไฟฟ้าที่ไม่ใช่ SA node ในหัวใจห้องบนหลายตำแหน่งที่ช่วยกันเป็นจุดกำเนิดไฟฟ้าแทน SA node ซึ่งมีผลกระตุ้นหัวใจห้องบนให้เต้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผนังหัวใจห้องบนเคลื่อนไหวแบบสั่นพลิ้ว อันมีผลทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เกิดขึ้นไม่สามารถผ่านไปยังหัวใจห้องล่างได้หมด ทำให้หัวใจห้องล่างตอบสนองต่อหัวใจห้องบนได้ไม่สม่ำเสมอ อีกทั้งยังทำให้มีอัตราการ

เต้นของหัวใจไม่คงที่ ซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายถึงแก่ชีวิต บทความนี้เป็นการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว รวมไปถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้สุขศึกษาตามหลัก D-METHOD ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว; หลัก D-METHOD

Literature Interview

Atrial Fibrillation

Thanapol Bundasak, M.N.S. *, Kanokporn Thiankumsri, M.N.S. *,

Soontaree Sittisongkram, M.N.S. *

*Boromarajonnani College of Nursing, Phra-Phutthabat

Abstract

Atrial fibrillation is an abnormality on another part of electrical nodes in atrium that are not sinoatrial node. It effects on increasing and irregular contraction of atrial wall that causes atrial fibrillation. As a result, the electrical wave cannot completely pass to ventricles. Therefore ventricles irregularly response to atriums. Additionally, it causes irregularly heart rate. This article focuses on reviewing

contents of atrial fibrillation and discharge planning using the patient education program following the concept of D-METHOD. This is useful for the patient to understand and have healthy behavior for enhancing levels of quality of life and decrease complications in the long run.

Keywords: Atrial Fibrillation; D-METHOD Model

บทนำ

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) จัดเป็นกลุ่มโรค cardiovascular disease ที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย เมื่อมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้น จะทำให้ร่างกายมีความผิดปกติตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนของหัวใจเต้นผิดจังหวะในแต่ละชนิด โดยทั่วไปจะแบ่งภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะออกเป็น 2 ประเภทหลักๆ คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบช้า (bradycardia) และหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเร็ว (tachycardia) ซึ่งในแต่ละประเภทนั้นยังแบ่งย่อยได้อีกหลายชนิด โดยเฉพาะภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) หรือ AF เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบได้บ่อยในกลุ่มประชากรไทย มีทั้งจังหวะการเต้นที่เร็วและช้า ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้^{1, 2} แม้การรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วในปัจจุบันจะก้าวหน้าไปมาก แต่การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว มีความสำคัญ เพราะจะนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นต่อไป บทความนี้จะเป็นการทบทวนเนื้อหาของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว รวมไปถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้สุขศึกษาตามหลัก D-METHOD ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป

ระบาดวิทยา: จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อัตราการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด

สั่นพลิ้วในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกาสูงกว่าทวีปเอเชีย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี แต่เพศหญิงจะมีความรุนแรงน้อยกว่าเพศชาย³ ในประเทศอังกฤษมีรายงานการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วมากที่สุดเมื่อเทียบกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอื่นๆ ความชุกของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วเพิ่มขึ้นตามอายุ และพบว่ามียอัตรการตายเพิ่มเป็น 2 เท่าของผู้ที่หัวใจเต้นปกติ⁴ ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วถึง 2.5 ล้านคน พบในเพศชายร้อยละ 1.1 และเพศหญิงร้อยละ 0.8⁵ และในประเทศไทยพบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วในประชากรอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 0.36⁶

กลไกการเกิด Atrial Fibrillation: ในผู้ป่วยที่เป็น AF นั้น จะพบว่า มีการสั่นพลิ้วของหัวใจห้องบนในอัตรามากกว่า 300 ครั้ง/นาที เกิดจากการที่มีจุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจห้องบนหลายจุด ทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์⁶ ได้อธิบายกลไกการเกิด AF ไป 3 รูปแบบ ดังนี้

1. มีจุดกำเนิดไฟฟ้าผิดปกติ (focal activation) ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายใน หัวใจ เช่น ความดันในหัวใจที่เพิ่มขึ้น หรือปัจจัยจากภายนอก เช่น thyroid hormone, catecholamine เป็นต้น พบว่า ตำแหน่งของจุดกำเนิดไฟฟ้าที่ผิดปกติมักอยู่ที่ pulmonary veins

2. มีวงจรไฟฟ้าหมุนวนหลายตำแหน่ง (multiple reentrant circuits) จากพยาธิสภาพต่างๆ ที่ทำให้พังผืดเพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้าของเซลล์ หัวใจ (structural and

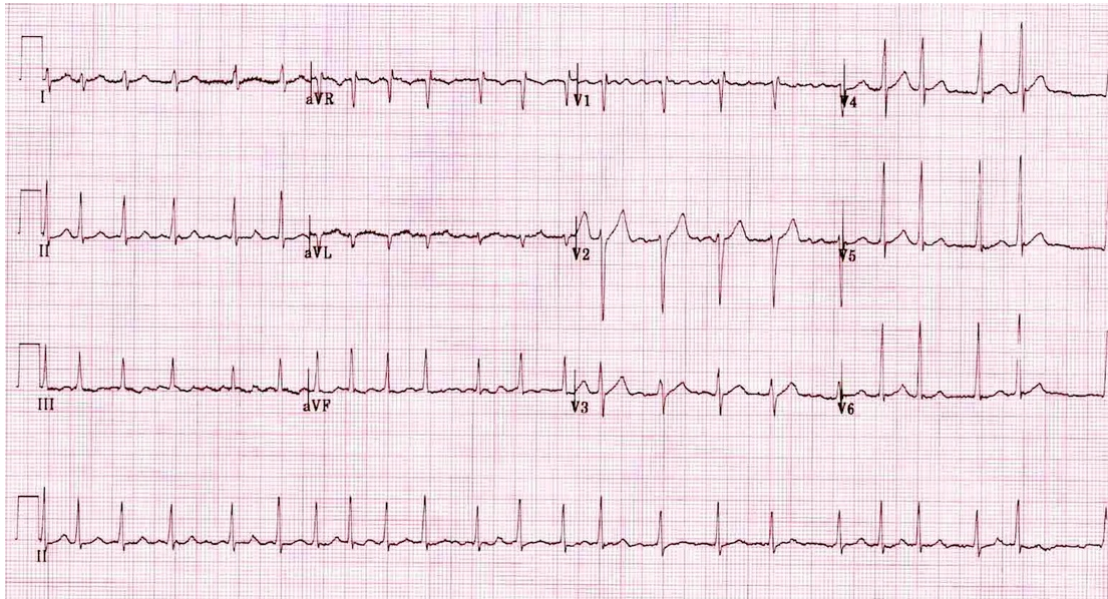
electrical remodeling) ซึ่งนำไปสู่การนำไฟฟ้าที่ผิดปกติ เกิดเป็นวงจรหมุนวนขึ้น แต่ไม่สามารถ depolarize หัวใจห้องบนได้ทั้งหมด จึงไม่เกิดการบีบตัวของหัวใจห้องบน (loss of atrial kick) แต่จะเป็นการสั้นพลิ้วของหัวใจห้องบน

3. ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีกลไกการเกิดทั้งสองแบบร่วมกัน

ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจของ Atrial Fibrillation: เป็นภาวะที่จุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจที่ไม่ได้เกิดจาก SA node แต่เกิดจากจุดกำเนิดในหัวใจห้องบนมากกว่า 1 จุด ทำให้เกิดภาวะหัวใจ

เต้นผิดจังหวะเกิดขึ้น ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว² จากการตรวจ ECG 12 Leads จะพบว่า

1. P wave หายไป มี Fibrillation (F) wave ลักษณะเป็นเส้นหยักไปมา ไม่สม่ำเสมอ เห็นชัดใน Lead II, III, aVF และ V₂ แต่รูปร่างของ QRS complex ปกติ
2. ความถี่ของ P wave (Atrial rate) อยู่ในช่วง 350-600 ครั้ง/นาที
3. ส่วนใหญ่ RR interval จะไม่สม่ำเสมอ



รูปที่ 1 ลักษณะของ ECG 12 Leads ที่เป็น Atrial Fibrillation

ผลจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว ทำให้ Atrioventricular node (AV node) ไม่สามารถนำกระแสไฟฟ้าทั้งหมดจากหัวใจห้องบนเข้าสู่ห้องล่างได้ อัตราการเต้นของหัวใจห้องล่าง (ventricular rate: VR) จึงมีความแตกต่างกัน โดยถ้า VR มากกว่า 100 ครั้ง/นาที เรียกว่า AF with Rapid Ventricular Response (AF with RVR) ถ้า VR อยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที เรียกว่า AF with Moderate Ventricular Response (AF with MVR)

และถ้า VR น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที เรียกว่า AF with Slow Ventricular Response (AF with SVR) ประเภทของ Atrial Fibrillation: ในผู้ป่วยที่เป็น AF บางคนอาจตรวจพบเป็นครั้งแรก หรือบางคนอาจเป็นมานานแล้ว และได้รับการรักษาต่างกันออกไป พยาบาลควรจำแนกประเภทของ AF ที่เกิดขึ้นให้ได้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป โดยจำแนกประเภทของ AF ได้ 6 กลุ่ม^{2, 5} ดังนี้

1. **First diagnosed AF** หมายถึง AF ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก

2. **Paroxysmal AF** หมายถึง AF ที่เกิดเป็นครั้งคราวและกลับเป็นปกติได้เองภายใน 24 ชั่วโมง แต่อาจเป็นนานได้ถึง 7 วัน โดยไม่ต้องได้รับการรักษา

3. **Persistent AF** หมายถึง AF ที่เกิดต่อเนื่องนานเกิน 7 วัน และไม่สามารถกลับเป็นปกติได้เอง ต้องได้รับการรักษาด้วยยาหรือการช็อกไฟฟ้า (cardioversion)

4. **Recurrent AF** หมายถึง AF ที่เกิดซ้ำมากกว่า 7 ครั้ง อาการอาจดีขึ้นเองหรือดีขึ้นด้วยการรักษา

5. **Permanent AF** หมายถึง AF ที่เกิดขึ้นติดต่อกันมานานกว่า 1 ปี ไม่สามารถรักษาให้หัวใจกลับมาเต้นเป็นปกติเหมือนเดิมได้

6. **Lone AF** หมายถึง AF ที่เกิดในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะผิดปกติทางหัวใจ รวมถึงโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้าของร่างกาย ความไม่สมดุลของเกลือแร่ การดื่มสุรา

อาการและอาการแสดงของ Atrial Fibrillation: ผู้ป่วยที่เป็น AF ส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ และหมดสติ และส่วนน้อยผู้ป่วยจะมาด้วยอาการของระบบไหลเวียนโลหิตที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจวาย (heart failure) และโรคหลอดเลือดสมอง (Embolic Stroke)⁷

การวินิจฉัย Atrial Fibrillation: ในการวินิจฉัย AF นั้น สามารถทำได้หลายวิธี^{2,8} ดังนี้

1. การซักประวัติ ผู้ป่วยอาจมีอาการที่แตกต่างกัน เช่น ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นต้น การซักประวัติควรถามถึงความถี่ ระยะเวลายาวนาน และสิ่งที่อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิด

อาการ นอกจากนี้ประเด็นที่ควรซักประวัติเพิ่มเติมคือ โรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น เพราะโรคประจำตัวดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงของ AF ได้

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) การวินิจฉัย AF จำเป็นต้องอาศัย ECG เป็นหลักในการจะวินิจฉัย AF ซึ่งลักษณะ ECG ของ AF ได้กล่าวไว้ในข้างต้นแล้ว

3. การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจผ่านทรวงอก (transthoracic echocardiography) การตรวจดังกล่าวจะช่วยในการค้นหาความผิดปกติของลิ้นหัวใจ ขนาดของห้องหัวใจ การทำงานของหัวใจห้องล่าง และความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ

4. การเอกซเรย์ปอด (chest X-ray) เพื่อประเมินขนาดของหัวใจและความผิดปกติของปอด

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจที่สำคัญ ได้แก่ Complete Blood Count (CBC) และ Thyroid Function Test (TFT) ความผิดปกติของการตรวจนี้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิด AF เช่น การติดเชื้อ และภาวะ Hyperthyroidism เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Atrial Fibrillation: ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด AF มีหลากหลายปัจจัย ซึ่งในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป ผู้เขียนได้รวบรวมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด AF^{2,8} ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น เพศอายุ (มากกว่า 70 ปี) และพันธุกรรม เป็นต้น

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจรูมาติก โรคหัวใจวาย โรคลิ้นหัวใจรั่ว/ตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

3. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจ เช่น โรคปอดอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน การสูบบุหรี่ ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ภาวะไตรอยด์เป็นพิษ การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว: หลักการดูแลรักษาทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่เป็น AF ประกอบด้วย

1. การดูแลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (stroke prevention)⁸ โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนของ AF ที่อันตราย ซึ่งแพทย์มักจะป้องกันด้วยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น Warfarin เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง เป็นต้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด คือ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย (bleeding) โดยการประเมิน Internal bleeding และ External bleeding การเฝ้าระวัง Drug interaction เช่น Vitamin K และการติดตามค่า INR ของผู้ป่วย

2. การควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ (rate control)⁸ ผู้ป่วยที่เป็น AF แต่ไม่ปรากฏอาการ และไม่พบอาการของภาวะหัวใจวาย กำหนดชีพจรขณะพักให้น้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที กลุ่มยาที่ใช้ส่วนใหญ่คือ Beta-Blocker เช่น Propranolol และ Calcium Channel Blocker เช่น Verapamil และ Diltiazem และยาอื่นๆ เช่น Digoxin และ Cordarone บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ การบริหารยาให้ตรงเวลาและสังเกตอาการข้างเคียงหลังจากได้รับยา เช่น ชีพจรเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำลง เป็นต้น ซึ่งหากพบว่าชีพจรน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที และความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg ควรจะหยุดยาและรายงาน

แพทย์ให้ทราบต่อไป

3. การควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (rhythm control)⁸ การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าจาก AF เป็น Normal Sinus Rhythm (NSR) จะช่วยลดอาการแสดงของ AF ได้ การควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ประกอบด้วยการใช้ยากกลุ่ม Antiarrhythmics เช่น Cordarone การช็อคไฟฟ้า (synchronized cardioversion) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (pacemaker) การจี้ด้วยคลื่นไฟฟ้าความถี่สูง (radiofrequency Ablation) ซึ่งการจี้ด้วยคลื่นไฟฟ้าความถี่สูงมักจะใช้ในผู้ป่วย AF ที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยา หรือผู้ป่วย AF ที่มีภาวะหัวใจห้องล่างบีบตัวไม่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มยา Antiarrhythmics จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วได้⁹

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว: ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว หรือ AF เป็นความผิดปกติของหัวใจห้องบนที่ไม่สามารถส่งคลื่นไฟฟ้ามายังหัวใจห้องล่างได้ (loss of atrial kick) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว นำมาซึ่งปัญหาทางการพยาบาลและการพยาบาลดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Output ลดลง¹⁰ เป็นผลจากการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Cardiac output ลดลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr ความดันโลหิตต่ำลง เป็นต้น

1.2 Monitor EKG และ Vital Signs อย่างใกล้ชิดอย่างน้อยทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง

1.3 ดูแลให้ได้รับ O_2 อย่างเพียงพอ และติดตามค่า O_2 Saturation

1.4 บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อติดตามการทำงานของไต หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr ให้รายงานแพทย์ให้ทราบ

1.5 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับยากลุ่ม Antiarrhythmics เช่น Cordarone อาจจะเป็นในรูปแบบของยารับประทานหรือยานี้ด ซึ่งพยาบาลควรเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเต้นช้าลง เป็นต้น หากความดันโลหิต $\leq 90/60$ mmHg หรือชีพจร ≤ 60 ครั้งต่อนาที พยาบาลควรหยุดการให้ยาและรายงานให้แพทย์ทราบต่อไป

2. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁷ เป็นผลมาจากเลือดในหัวใจห้องบนจับตัวกันเป็นลิ่มเลือดนำไปสู่การเกิด Emboli การพยาบาลที่สำคัญคือ การประเมินอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว เป็นต้น ซึ่งต้องรายงานแพทย์ให้ทราบ เพื่อให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น Warfarin บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก (bleeding precaution) และติดตามค่า INR

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (discharge planning) มีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองได้เมื่อออกจากโรงพยาบาล ซึ่งควรมีการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามานอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันส่วนใหญ่นิยมใช้หลักของ D-METHOD และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้สุขศึกษาแก่ผู้

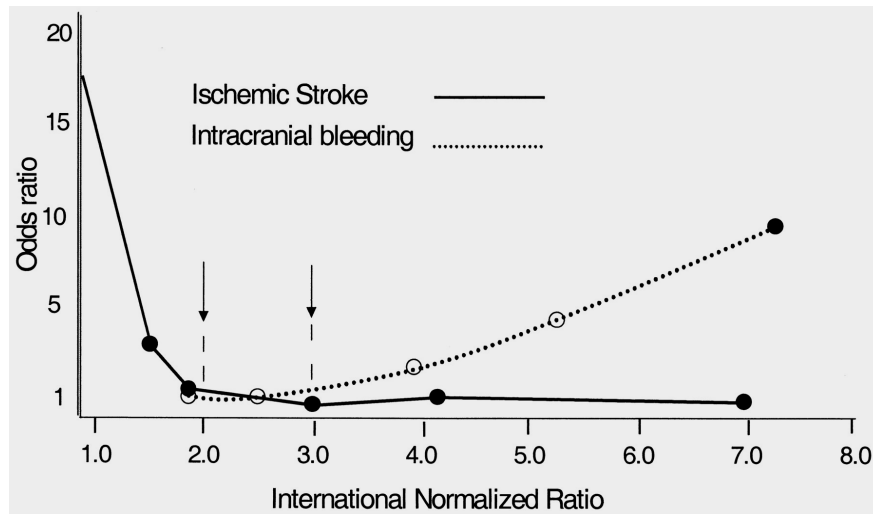
ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹¹ ดังนั้นผู้เขียนจึงได้ประยุกต์ใช้หลักการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบของ D-METHOD มาวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

D-Diagnosis เป็นการอธิบายเกี่ยวกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วในประเด็นปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น อาการและอาการแสดง เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย และอาจหมดสติ และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ¹¹ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะมีอาการปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

M-Medication เป็นการอธิบายเกี่ยวกับคำแนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา และปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา¹¹

E-Environment ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน เช่น การแนะนำให้ไป รพสต. ใกล้บ้านเพื่อตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม¹¹ เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

T-Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเอง และรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์/พยาบาลทราบ ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบหากผู้ป่วยได้รับยา Warfarin กลับไปรับประทาน คือ การเจาะเลือดติดตามค่า INR โดยช่วง INR ที่เหมาะสม คือ 2.0-3.0 เนื่องจากจะมีโอกาสเกิดก้อนเลือดอุดตันที่สมองและเลือดออกในสมองอยู่ในระดับต่ำที่สุด ดังรูป



รูปที่ 2 อุบัติการณ์การเกิดก้อนเลือดอุดตันในสมองและการเกิดเลือดออกในสมอง กับค่า INR¹²

H-Health ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตน เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เพื่อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งคำแนะนำที่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การนับชีพจร เต็มนาที การหลีกเลี่ยงในการซื้อยารับประทานเอง เพราะอาจเกิด Drug interactions ได้ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วย AF ได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Malmö et al.¹³ และ Pathak et al.¹⁴ พบว่า การออกกำลังกายจะช่วยลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วย AF ได้ และยังช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อีกทั้งคำแนะนำที่สำคัญคือการให้ผู้ป่วย AF สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ใจสั่นแน่นหน้าอก หายใจเร็วและเหนื่อย ปวดศีรษะ วูบ การมองเห็นแยลง และมีจุดเลือดออกตามร่างกาย (เหงือก ปัสสาวะ และอุจจาระ)¹¹ เป็นต้น

O-Out Patient ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ

ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน เช่น ใจสั่น หหมดสติ แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

D-Diet ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มได้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ซึ่งพบว่า การดื่มสุราปริมาณมากหรือดื่มหนัก (heavy alcohol drinkers) จะเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว¹⁵ แต่การดื่มสุราที่พอประมาณ (moderate alcohol drinkers) และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว^{15,16}

สรุป

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว หรือ atrial fibrillation (AF) เป็นภาวะที่จุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจที่ไม่ได้เกิดจาก SA node แต่เกิดจากจุดกำเนิดในหัวใจห้องบนมากกว่า 1 จุด ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้น โดยเป็นความผิดปกติของหัวใจห้องบนที่มีการสั่นพลิ้ว ซึ่งอาศัยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Leads เป็นหลัก โดยจะ

พบว่าจังหวะการเต้นของหัวใจจะไม่สม่ำเสมอ และจะมองเห็น P wave ไม่ชัดเจน ร่วมกับอาการและอาการแสดงที่พบ เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย เป็นต้น หลักในการรักษา AF คือ “Convert and Control” โดย convert คือ การเปลี่ยนคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่สั่นพลิ้ว (AF) ให้กลับมาเป็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติ (sinus rhythm) และ Control คือ การควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจให้สม่ำเสมอและอัตราการเต้นของหัวใจไม่ให้เร็วเกินไป โดยมีเป้าหมายชีพจรขณะพักให้น้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที (สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการของโรคหัวใจวาย) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลมีความสำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย เพราะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสมอันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Gutierrez C, Blanchard DG. Atrial fibrillation: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2011; 83:61-8.
- Falk RH. Atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2001;344:1067-78.
- Stanley JM. Pharmacological treatment of persistent atrial fibrillation in the older adult: evidence-based practice. *J Am Acad Nurse Pract* 2011;23:120-6.
- Panchmatia S. Atrial fibrillation and the use of antiarrhythmic drugs. *Nurse Prescribing* 2010; 8:20-7.
- Nottingham, F. Diagnosis and treatment of atrial fibrillation in the acute care setting. *J Am Acad Nurse Pract* 2010;22:280-7.
- Sittisuk S. Practice guidelines for management patients with Atrial Fibrillation (AF) in Thailand. Bangkok : The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, 2012.
- Healey JS, Connolly SJ, Gold MR, Israel CW, Van Gelder IC, Capucci A, et al. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. *N Engl J Med* 2012;366:120-9.
- January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC Jr, et al. 2014 AHA/ ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 4]; 130(23):e199-267. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676081/pdf/nihms615358.pdf>
- Greener M. The nurse's role in the management of Atrial fibrillation. *Nurse Prescribing* 2010; 8:532-7.
- Saunders AB, Gordon SG, Miller MW. Canine atrial fibrillation. *Compend Contin Educ Vet* [Internet]; 2009 [cited 2017 Aug 4];31(11)e1-10. Available from: https://s3.amazonaws.com/assets.prod.vetlearn.com/mmah/9e/be234e91d340dc97ec-9288f64a1818/filePV1109_Saunders.pdf

11. McCabe PJ. Spheres of clinical nurse specialist practice influence evidence-based care for patients with atrial fibrillation. *Clin Nurse Spec* 2005;19:308-17.
12. Hylek EM, Singer DE. Risk factors for intracranial hemorrhage in outpatients taking warfarin. *Ann Intern Med* 1994;120:897–902.
13. Malmo V, Nes BM, Amundsen BH, Tjonna AE, Stoylen A, Rossvoll O, et al. Aerobic interval training reduces the burden of atrial fibrillation in the short term: a randomized trial. *Circulation* 2016;133:466–73.
14. Pathak RK, Elliott A, Middeldorp ME, Meredith M, Mehta AB, Mahajan R, et al. Impact of CARDIOrespiratory FITness on arrhythmia recurrence in obese individuals with atrial fibrillation: the CARDIO-FIT study. *J Am Coll Cardiol* 2015; 66:985–96.
15. Gronroos NN, Alonso A. Diet and risk of atrial fibrillation: epidemiologic and clinical evidence. *Circ J* 2010;74:2029-38.
16. Shen J, Johnson VM, Sullivan LM, Jacques PF, Magnani JW, Lubitz SA, et al. Dietary factors and incident atrial fibrillation: The Framingham Heart Study. *Am J Clin Nutr* 2011;93:261-6.