

一位陣發性心室上頻脈合併休克個案之急診護理經驗

林芳儀¹、吳云湘²、黃麗華*

¹中山醫學大學附設醫院/護理師 ²中山醫學大學附設醫院/護理長

*中山醫學大學附設醫院/副主任

摘要：

本文探討一位陣發性心室上頻脈併休克症狀意識清楚個案之急診護理經驗，個案不僅須面對疾病所帶來的生理威脅，亦須於短時間內克服並接受雙向波同步整流電擊治療之恐懼，引發筆者想幫助個案渡過生、心理護理問題之危機。主要照護期間為 2018 年 3 月 12 日，筆者運用 Gordon 十一項健康功能型態進行評估，以直接照護、身體檢查、觀察、會談、查閱病歷等方式收集資料，確立個案有「心輸出量減少」、「恐懼」及「疼痛」之護理問題。在護理過程中，會診第二專科醫師給予建議，並運用行動裝置協助個案強化疾病認知，運用急症專業知識「高級心臟救命術之急救流程」協助醫師執行雙向波同步整流電擊，維持心輸出量；提供個別性之護理措施，給予宗教支持提供心靈寄託緩解焦慮、恐懼，以及運用轉移注意力及傾聽之方式降低疼痛，最終個案克服恐懼，接受雙向波同步整流電擊，順利協助個案渡過危機，穩定其生命徵象。急診醫護人員需有高度敏感辨識心律之變化，運用專業知識給予適當的護理措施，提供良好的照護及整體性護理，故建議優化資訊系統輔助醫護團隊完全正確執行高級心臟救命術之相關急救流程提升病人安全及提供優質照護品質；期望此急診護理經驗能提供護理同仁臨床照顧之參考。

關鍵字：陣發性心室上頻脈、休克、同步整流電擊

前言

衛生福利部於 2017 年統計國人十大死因排行顯示心臟疾病之致死率位居第二名，致命性最高的心律不整為心室頻脈，其中較常見為陣發性心室上頻脈 (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia, PSVT)，亦是病患至急診求診的常見原因(曾、謝、簡，2016；Page et al., 2016)；研究顯示其中 90% 心血管疾病病患因心律不整導致過快的心跳無法有效供給血液輸出，產生暈厥休克，甚至猝死的威脅，故緊急實施同步整流電擊搶救生命，於 PSVT 臨床照護中是具及時性、積極性以及重要性的(林，2014；林，2016；Bezna et al., 2015)。

此個案為 PSVT 合併休克的女性患者，因心輸出量減少導致生命徵象不穩定，於短時間內需立即同意接受同步整流電擊治療，所產生之疼痛及恐懼之心理調適行為，引發筆者探討之動機；筆者與急診團隊在短時間內，除了運用護理專業知識，且提供個別性的護理措施，降低個案焦慮及生理不適，並正念面對治療的恐懼，協助個案渡過此危機；期望藉此急診護理經驗，提供臨床照護類似個案之參考。

文獻查證

一、陣發性心室上頻脈併休克之相關照護

PSVT 是指突然性因誘發點或傳導路徑的病變所致，其表現是多樣性的，此時心律介於每分鐘 160~240 下，窄的 QRS 複合波、規律的 R-R 間距及沒有明顯的 P 波是 PSVT 的特徵，臨床上以十二導程心電圖為確立診斷。常見的症狀為心悸、暈厥、呼吸困難及胸部不適，通常是在心跳加快後發生，也在快速心律終止後消失，此階段使用氧氣鼻導管 3-4L/min、靜脈輸液管路、監測生命徵象以及監測心律是重要的。高級心臟救命術指出臨床治療方式為(一)非藥物治療:使用迷走神經刺激術，如頸動脈竇按

壓、張嘴閉氣、增加腹壓及使用冰水刺激病人臉部皮膚等方式以減少房室結的過度刺激進而降低心跳速度。(二)藥物治療包括腺苷酸 (Adenosine)、鈣離子阻斷劑 (calcium channel blocker)、乙型阻斷劑 (β blocker)等藥物 (楊，2016；Page et al., 2016)。監測過程中需注意因心臟血液灌流不足產生輸出量減少及低血壓之休克症狀，造成尿量減少、四肢末稍冰冷、冒冷汗及肺水腫，謂之陣發性心室上頻脈併休克，治療原則為(一)意識昏迷者併不穩定之病人，應立即給予雙向波同步整流電擊 50 焦耳，其不需給予鎮靜止痛或 Adenosine 等藥物、(二)意識清楚者，可先靜脈給予 Adenosine 6mg 治療，若仍未恢復竇性心律，應先給予鎮靜止痛藥物後，立即施行雙向波同步整流電擊 50 焦耳，以利恢復竇性心律，但須注意藥物對血壓的影響 (楊，2016；Warise, 2015)；臨床照護重點為(一)密切監測血流動力學及心輸出量變化。(二)判讀心跳節率和心電圖。(三)密切觀察意識、膚色、脈搏強度及溫度。(四)定期追蹤體液、電解質及輸出入量。(五)協助採半坐臥姿位，降低心臟前負荷。(六)鼓勵深呼吸，以利胸部擴張來改善呼吸困難。(七)緩解個案之焦慮與恐懼(方、杜，2015；Warise, 2015)。

二、同步整流電擊之相關照護

面對陌生環境，於非預期、複雜的治療及疾病嚴重變化的威脅下，其會引起個案的焦慮增加；急診使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)，大於 51 mm 者有焦慮問題，大於 70 mm 者則有恐懼問題，以及使用 NRS(Numerical Rating Scale 數字等級量表)為 0-10 分評估個案之疼痛程度 (Yancy et al., 2013；Facco et al., 2011)。同步整流電擊相關照護措施為：(一)密切監測病患生命徵象，觀察意識及心電圖的變化，並維持靜脈輸液通暢；(二)將電擊器置放於可及之處；(三)追蹤實驗室檢查報告，如動靜脈血氧分析、心肌酵素變化等；(四)電擊後協助病患移除身上導電膠，使用中性肥皂和水清除，同時檢查有無皮膚電灼傷；(五)減輕疼痛感：1.定時評估病患疼痛的強度及頻率；2.協助調整舒適臥位；3.依醫囑予止痛藥物，評估藥物的效果及持續時間；

接受刊登：109 年 5 月 7 日

*通訊作者: 黃麗華

機構: 中山醫學大學附設醫院護理部

通訊地址: 40201 臺中市南區建國北路一段 110 號

電話: 04-24739595 轉 34963、0966308988、

E-mail: csha978@csh.org.tw

4.教導放鬆技巧及給予心理支持；(六)減輕焦慮與恐懼感：1.醫護人員以溫和、堅定的態度給予關懷照護，運用同理心導放鬆技巧及給予心理支持；(六)減輕焦慮與恐懼感：1.醫護人員以溫和、堅定的態度給予關懷照護，運用同理心傾聽；2.用簡單易懂的言詞解釋病情，主動提供疾病的進展及治療訊息；3.鼓勵個案表達感受及需求，對疾病資訊、治療方針及照護措施提供說明；4.藉由宗教支持提供心靈寄託，以達到減除焦慮、恐懼效果；5.支持系統可增加病人之安全感，故鼓勵家人或朋友陪伴支持 (明、洪，2011；Facco et al., 2011)。

護理過程

一、個案簡介與過去病史

王小姐，40 歲單身未婚，大學畢業，慣用國語、台語及英語，為外商公司主管，經濟小康，父母健在，未同住。過去無慢性疾病，於一年前開始有突發性心悸情形，約十分鐘內自行恢復，約一個月前發生心悸無法恢復，至他院急診就醫，診斷為 PSVT，給予藥物治療後恢復竇性心律，並心臟科門診定期追蹤。

二、入院經過

個案於 2018 年 3 月 12 日 12 點 15 分自行步入急診，表示心悸已持續 2 小時，無法自行恢復，且出現頭暈、蒼白、冒冷汗及全身無力症狀，生命徵象：血壓 67/35mmHg、脈搏 198 次/分、呼吸 30 次/分、體溫 35.4°C、血氧濃度：92%，檢傷級數一級，十二導程心電圖顯示 PSVT；因生命徵象不穩定，故診斷陣發性心室上頻脈合併休克。經過靜脈給藥 Adenosine 6mg 與緊急兩次雙向波同步整流電擊 50 焦耳以及 100 焦耳後，轉為竇性心搏過速，脈搏：121 次/分、血壓：99/62mmHg、呼吸：26 次/分、血氧濃度：98%，於 13:11 恢復為正常竇性心律，會診心臟專科醫師後轉入心臟內科病房持續照護。

護理評估

護理期間為 2018/3/12 12:15 至 14:20，運用 Gordon 十一項功能性健康評估，藉由身體檢查、觀察、會談等實際照護過程收集資料，並查閱病歷，資料如下：

(一) 健康認知及健康處理型態

個案無抽菸及喝酒，無慢性病史，公司每年安排高階主管健檢，重視健康狀況，平時有服用保健食品。自訴：「一年前曾有心悸產生的情形，但約十分鐘內恢復，以為是身體過度疲勞，故無特別注意。」、「直到一個半月前心悸沒辦法自行恢復，就到醫院急診就醫，診斷出 PSVT。」個案於 2018/2/5 心臟科門診追蹤，已完成心臟超音波、24 小時心電圖及運動心電圖之檢查，預計三月底回門診追蹤。

(二) 營養代謝型態

個案身高 160 公分，體重 55 公斤，身體質量指數 (BMI)：21.4。飲水量每天約 1500c.c.，以外食為主，無偏食現象；皮膚呈現完整無破皮以及無水腫，口腔黏膜無潰瘍；檢驗報告 Hb:16.8g/dl、Na:140mEq/l、K:4.8mEq/l，顯示攝取營養符合身體所需。

(三) 排泄型態

個案訴：「每日解便一次，呈黃褐色軟便；每日解尿約 7-8 次，為清澈淡黃色。」聽診評估腸蠕動約 12-18 次/分，血液檢驗報告 BUN：12.0mg/dl、Cr:0.7mg/dl。於急診留觀時解尿約 400c.c.，呈現清澈淡黃色尿液。

(四) 活動運動型態

個案日常生活可自理，每日工作約 11~12 小時，無運動習慣，放假會帶父母出遊。個案入急診時，表情痛苦自訴：「我快喘不過氣了，全身都沒力，一直冒冷汗，快暈倒了！」，評估生命徵象：血壓 67/35mmHg、脈搏 198 次/分、呼吸 30 次/分、周邊血氧濃度 92%；臉色呈現蒼白、身體濕冷及虛弱無力，呼吸時使用呼吸輔助肌，微血管充填時間為 2 秒，四肢末梢蒼白且冰冷，心電圖為 PSVT，評估個案有『心輸出量減少』之護理問題。

(五) 睡眠休息型態

個案訴：「每天大概睡 6 小時，如果工作接到大案子時差不多睡 4 至 5 小時，睡得好，無須吃安眠藥。」個案外觀無黑眼圈及疲倦情形。

(六) 認知感受型態

個案意識清楚，可清楚表達自我需求，思考及邏

輯皆正常。3/12 12:35 於急診雙向波同步整流電擊後，自訴：「怎麼電的那麼痛，電完胸口好像被石頭壓住快喘不過氣，現在胸口超痛的啦！」。以 NRS 評估個案胸痛指數為 10 分，且個案發出哀嚎聲、肢體語言呈現雙手握拳、皺眉且眼眶泛淚，評估個案有『急性疼痛』之護理問題。

(七) 自我感受與自我概念

個案熱愛自己的工作，對工作及家人都有高度責任心。於 3/12 急診照護期間自訴：「什麼？要電擊！電擊不是用在死人身上嗎？我是活人耶！我會不會死在這裡呀？」、「上次發作不是給藥就好了嗎？為什麼這次給藥沒有用？為什麼嚴重到要電擊？」觀察個案眼睛緊盯心電圖監視器，不願接受同步整流電擊；拒絕面對醫護人員，著重在電話聯繫朋友；與個案會談時，個案顯眉頭深鎖，雙手緊握顫抖，焦慮不安；顯示個案因缺乏此疾病的相關資訊，且感受到健康狀態受威脅，引起焦慮、恐懼的問題，以 VAS 評估個案焦慮程度為 80mm，評估個案有『恐懼』之護理問題。

(八) 角色關係型態

個案為女兒及公司主管角色，與家人、同事及朋友關係和諧。平時遇到問題自己解決，如需要幫忙，偶爾求助朋友，此次於急診時，因父母年事已高，不想讓他們擔心，故未聯絡父母，由朋友至急診陪同住院。

(九) 性與生活型態

目前未婚，生活圈有異性朋友，若有時間有機會發展成伴侶關係，但因工作繁忙，短時間不想成家，對於現在的生活感到很滿意。

(十) 調適壓力耐受型態

病患平時樂觀積極，主要壓力為工作，但也從工作帶來成就及滿足感。於急診面臨生命威脅及病情的極速變化，導致生理及焦慮不安的情緒反應，而有拒絕及短暫逃避醫療的行為，評估個案有『恐懼』之護理問題。

(十一) 價值與信念型態

個案信仰佛教，放假偶爾進廟宇拜拜祈福平安。於急診表示賺再多錢都沒用，健康才是最重要的事，出院後將規劃運動，促進健康。

護理措施與評值

護理問題一、心輸出量減少/與心臟血液灌流不足有關(3/12 12:15-14:20)

主 客 觀 資 料	S1 12:15：「心臟跳好快，感覺快跳出來了，已經 2 小時了，都還沒恢復。」 S2 12:15：「我快喘不過氣了，全身都沒力，一直冒冷汗，快暈倒了！」 O1 12:15：個案臉色呈現蒼白、身體濕冷、虛弱無力。 O2 12:15：體溫 35.4°C、脈搏 198 次/分、呼吸 30 次/分、血壓 67/35mmHg、周邊血氧濃度 92%。 O3 12:17：十二導程心電圖顯示心搏過速、規則心律、QRS 複合波偏窄及 P 波不明顯，醫師診斷為 PSVT。
目 標	1.急診護理期間，維持個案生命徵象穩定。 2.轉入病房前，血壓可維持 90-140/60-90mmHg 間、呼吸無急促情形，呼吸速率 18 -20 次/分，周邊血氧濃度 >95%。 3.轉入病房前，個案心跳恢復為竇性節律，脈搏:80-100 次/分。

護理措施	<p>1.12:15 立即給予個案推床使用，雙側床欄拉起，預防跌倒發生。</p> <p>2.12:16 將個案設置於急診重症區，護理人員全程陪同；同時通知急診主治醫師，且衛教個案暫時勿下床活動，降低心臟負荷。</p> <p>3.12:17 執行十二導程心電圖檢查，急診醫師判讀心電圖為 PSVT。</p> <p>4.12:18 依醫囑予建立 0.9%生理食鹽水周邊靜脈輸液。</p> <p>5.12:18 予生理監視器使用，持續監測心電圖變化。</p> <p>6.12:18 提供氧氣鼻導管 4L/min 使用，並維持血氧濃度>95%以上。</p> <p>7.12:19 急診醫師予個案解釋心電圖判讀為 PSVT，向個案說明需給予 Adenosine 6mg 靜脈注射。</p> <p>8.12:20 依醫囑予 Adenosine 6mg 靜脈注射，並觀察生命徵象變化。</p> <p>9.12:21 急診醫師評估，向個案解釋心電圖仍為 PSVT，建議同步整流電擊。</p> <p>10.12:30 經個案知情同意，協助個案平躺，並將甦醒球置放於床頭。同時依醫囑給予鎮靜藥物 Dormicum 5mg 靜脈注射。</p> <p>11.12:32 協助急診醫師執行同步整流電擊，電擊前以潤滑膠塗於電擊板上，給予雙向波同步整流電擊 50 焦耳，電擊後持續監測心律變化。</p> <p>12.12:34 個案心律仍為 PSVT，再次予個案解釋，需提高焦耳數，預備進行第二次雙向波同步整流電擊 100 焦耳。</p> <p>13.12:35 經個案知情同意後，協助急診醫師進行第二次同步整流電擊，電擊前以潤滑膠塗於電擊板上，給予雙向波同步整流電擊 100 焦耳，電擊後持續監測心律變化。</p> <p>14.12:36 依醫囑執行十二導程心電圖檢查。</p> <p>15.12:37 因個案全身濕冷，予烤燈使用，及被蓋保暖。</p>
評值	<p>1.12:21 個案藥物治療後生命徵象：個案意識清醒 GCS:E4M6V5，脈搏 199 次/分、呼吸 22 次/分、血壓 69/39mmHg、周邊血氧濃度 95%。</p> <p>2.12:33 個案第一次同步整流電擊後生命徵象：個案意識清醒 GCS:E4M6V5，脈搏 182 次/分、呼吸 30 次/分、血壓 76/40mmHg、周邊血氧濃度 96%</p> <p>3.12:36 個案第二次同步整流電擊後生命徵象：個案意識清醒 GCS:E4M6V5，體溫 36.1°C，血壓 99/62mmHg、呼吸 26 次/分、周邊血氧濃度 98%。</p> <p>4.12:36 個案十二導程心電圖顯示竇性心搏過速，脈搏 121 次/分，持續觀察監測心電圖變化。</p> <p>5.13:10 個案生命徵象：體溫 36.2°C、脈搏 100 次/分、呼吸 20 次/分、血壓 103/70mmHg，周邊血氧濃度 100%，無使用呼吸輔助肌；評估個案使用靜脈注射藥物 Adenosine 6mg 無臉潮紅等不良反應出現。</p> <p>6.13:11 個案十二導程心電圖顯示正常竇性心律，脈搏 98 次/分。</p> <p>7.13:35 個案訴：「頭暈、心臟不舒服及四肢無力的感覺已改善許多。」</p> <p>8.13:40 個案生命徵象穩定，急診照服員協助及朋友陪同，下床輪椅使用至廁所如廁，留觀期間無跌倒、頭暈、呼吸急促情形。</p> <p>9.14:20 轉送病房前，體溫 36.2°C、脈搏 95 次/分、呼吸 18 次/分、血壓 119/75mmHg、周邊血氧濃度 100%、心電圖顯示竇性心律。</p>

護理問題二、恐懼/與缺乏 PSVT 併休克以及同步整流電擊知識有關 (3/12 12:16-14:20)

主客	<p>S1 12:21 「什麼？要電擊！電擊不是用在死人身上嗎？我是活人耶！我會不會死在這裡呀？」</p> <p>S2 12:21 「上次發作不是給藥就好了嗎？為什麼這次給藥沒有用？為什麼嚴重到要電擊？」</p>
----	--

觀 資 料	<p>O1 12:21 個案眉頭深鎖、雙手緊握顫抖、神情焦慮不安。</p> <p>O2 12:22 個案拒絕面對醫護人員，眼睛緊盯著心電圖監視器，且只顧電話聯繫朋友。</p> <p>O3 12:22 以 VAS 評估個案焦慮程度為 80mm，達恐懼程度。</p>
目 標	<p>1.急診照護期間，個案能表達焦慮、恐懼的感受及來源，且能克服同步整流電擊恐懼感。</p> <p>2.急診照護期間，焦慮程度下降至 30mm 以下，並同意接受同步整流電擊。</p> <p>3.轉送病房前，個案能說出 PSVT 的症狀、原因及治療方式至少兩項。</p>
護 理 措 施	<p>1.12:16 主動向個案自我介紹，建立良好的護病關係。</p> <p>2.12:17 主動向個案告知急診重症區環境，以減輕焦慮與恐懼感。</p> <p>3.12:18 執行每項護理時，主動向個案說明，以減輕不安感。</p> <p>4.12:18 衛教個案身上之監視儀器功能與警聲的意義，並將音量調至適量，以減少刺激源，並表示醫護人員會在旁邊密切觀察。</p> <p>5.12:21 急診醫師予個案解釋病情，藥物治療後，心電圖判讀診斷仍為 PSVT，建議同步整流電擊。</p> <p>6.12:21 個案不接受同步整流電擊，由急診醫師向個案解釋病情之嚴重性，使個案瞭解目前狀況急需以同步整流電擊治療，將心律導正為竇性心律是必要的程序。</p> <p>7.12:21 以開放式問答引導個案對疾病所產生疑慮，並偕同急診醫師澄清疑慮，讓個案獲得正確資訊，以減輕焦慮與恐懼。</p> <p>8.12:23 會診心臟專科醫師，由專科醫師再次給予相關專業知識，提升個案對同步整流電擊治療之信心。</p> <p>9.12:26 給予陪伴及輕握個案雙手，表達安慰支持；並運用傾聽、同理心與溫和的語氣，以不批判、不催促的態度安撫接納個案的情緒行為。</p> <p>10.12:26 運用個案之智慧型手機，搜尋 PSVT 影片，快速給予疾病相關知識及資訊，以及搜尋相關成功案例分享，提升個案對同步整流電擊的信心及認同。</p> <p>11.12:28 衛教個案藉由宗教支持提供心靈寄託，緩解心中不安，建議個案於同步整流電擊時，心裡默念佛語「南無觀世音菩薩」，以達到減除焦慮與恐懼效果。</p> <p>12.12:30 個案同意同步整流電擊，依醫囑給予鎮靜藥物 Dormicum 5mg 靜脈注射，衛教個案藥物之作用及副作用，持續觀察藥物之療效。</p> <p>13.12:33 教導個案緩解焦慮與恐懼的方法，如：深呼吸、運用轉移注意力技巧、肌肉放鬆等，並給予心理支持。</p> <p>14.12:40 鼓勵個案表達內心感受，了解個案焦慮與恐懼的起源與害怕死亡的想法，給予正向支持及鼓勵，協助抒發心中恐懼。</p> <p>16. 13:45 衛教個案引起 PSVT 原因如焦慮、疼痛、壓力或飲食等均可能誘發，正常作息與固定運動，適當釋放壓力，以減少 PSVT 之發作。</p>
評 值	<p>1.12:30 個案訴「你們這麼多人給我專業的建議，雖然我還是很害怕，在你剛剛說得甚麼焦慮量表，我還是呈現 80mm，但因病程需要的治療，我也得鼓起勇氣接受電擊！」經個案知情同意後，接受同步整流電擊。</p> <p>2.12:34 個案訴「不會吧，還要再一次，我快死了！快一點電吧」。「南無觀世音菩薩」「南無觀世音菩薩」「南無觀世音菩薩」個案藉由宗教支持口中喃喃自語著。</p> <p>3.12:36 個案大叫：「啊～我心臟好像停止跳動了！」；個案意識清醒 GCS:E4M6V5，體溫 36.1°C，脈搏 121 次/分、呼吸 26 次/分、血壓 99/62mmHg、周邊血氧濃度 98%；評估個案使用靜脈注射藥物 Dormicum 5mg 無呼吸抑制等不良反應出現。</p>

4.12:40 個案訴：「從來沒有被電擊過，這感覺很痛，很不舒服、也很可怕，真害怕就這樣死了！」
5.13:11 個案訴：「護理師你剛說我心跳跳回正常的波形了，太好了，我現在的焦慮程度是 20mm，讓我好好休息一下吧」。
6.13:11 個案訴「除了覺得很累想睡覺，沒有特別感覺到鎮靜藥的副作用。」
7.14:20 轉送病房前，個案能說出 PSVT 症狀:心悸以及全身無力；原因:壓力以及喝咖啡容易誘發；治療方式包括用力閉氣、藥物治療，不穩定時則會用同步整流電擊治療。個案訴：「很感謝你們陪我經過這次的生死關頭，之後我會向公司請長假，安排心導管電燒治療，積極面對疾病。」

護理問題三、急性疼痛 / 與同步整流電擊有關(3/12 12:26-14:20)

主 客 觀 資 料	S1 12:35：「怎麼電的那麼痛，電完胸口好像被石頭壓住快喘不過氣，現在胸口超痛的啦！」 S2 12:35：「別管疼痛數字等級量表了，我已經超過 10 分了，拜託再一支！」 O1 12:35：個案表情痛苦的發出哀嚎聲。 O2 12:35：個案肢體語言呈現雙手握拳、皺眉、眼眶泛淚。 O2 12:35：以 NRS 評估個案疼痛指數 10 分。
目 標	1.轉送病房前，個案疼痛指數由 10 分降至 4 分以下。 2.於急診期間，病人能運用兩種減輕疼痛的方法。
護 理 措 施	1.12:26 教導個案緩解疼痛的方法，如放鬆技巧、肌肉按摩、轉移注意力，及緩慢呼吸法。 2.12:31 依醫囑予藥物治療，靜脈給藥 Keto 30mg，衛教個案藥物之副作用，如胃痛、噁心、眩暈及過敏等，持續觀察藥物之療效。 3.12:32 同步整流電擊前以適量潤滑膠塗於電擊板上，將兩電擊板相對輕輕磨擦，確認潤滑膠分布均勻。 4.12:35 同步整流電擊後觀察皮膚有無電灼傷情形，並持續監測生命徵象及疼痛評估。 5.12:37 使用中性肥皂和溫水協助病患移除身上導電潤滑膠。 6.12:38 依醫囑給予 Tramator 100mg 靜脈注射使用，並注意其效果及副作用，如眩暈、嘔吐及口乾之情形。 7.12:40 使用堅定溫柔，以及接納傾聽的態度讓個案表達疼痛不悅的情緒。 8.12:48 個案朋友到院，教導個案之朋友，運用轉移注意力以及傾聽之方式，降低個案之疼痛感。
評 值	1.12:37 診視個案電擊處皮膚完整，無電灼傷情形。 2.12:50 個案朋友在旁陪伴，個案將疼痛之注意力轉移至訴說發病經過，過程中無表情皺眉、疼痛呻吟的現象。 3.13:31 個案自訴疼痛指數由 10 分降至 4 分。 4.13:31 個案表示無感到止痛藥之副作用，如頭暈、腸胃道症狀及過敏症狀。 5.14:00 個案運用深呼吸及轉移注意力方式後，安心閉眼臥床休息。

討論與結論

本文探討之個案為 PSVT 無法自行恢復心律導致休克症狀，以及 Adenosine 藥物治療無效後，需面對疾病的生理不適，又需於短時間內接受同步整流電擊之衝擊；在急診護理期間，個案有心輸出量減少、恐懼、疼痛等護理問題，筆者運用高級心臟救命術，協助醫師執行同步整流電擊，使其儘速恢復竇性節律。

同時會診心臟專科，增加治療過程的安全性，也提升病患對電擊治療的信心。最後筆者亦運用個別性護理-利用個案的智慧型手機，搜尋 PSVT 之相關衛教影片及成功案例分享，以及宗教支持提供心靈寄託，並透過傾聽、解釋、同理心及鼓勵個案表達感受等技巧，協助個案克服焦慮及恐懼；此外，在個案所面臨之疼痛問題，筆者不僅提供藥物、教導放鬆技巧，更著重

於教導朋友運用轉移注意力及傾聽之方式，達到個案緩減疼痛之目的；最終個案以正向態度面對疾病，成功轉入一般病房接受後續治療。

在急診室，電擊治療多用於昏迷之病患，此個案為意識清楚但生命徵象不穩定，一開始不願接受同步整流電擊，於筆者照護上實感壓力及困難，照護過程中，耗時溝通及說服個案，以致無法快速執行同步整流電擊，為此次照護之限制。為提供良好的照護及整體性護理，建議優化資訊系統輔助醫護團隊完全正確執行高級心臟救命術之相關急救流程，藉由資訊系統來提醒急救流程中的標準化動作，如流程表單與時間格式設定，醫護團隊可以更專心的執行急救，不受到記憶誤差之影響，在資訊科技協助下完成急救，以提升病人安全；並建議中華民國心臟協會拍攝專業之 PSVT 衛教影片，加深一般民眾對此疾病的認識，以利各醫療院所面對類似病患時，能減少病患疑慮並爭取時效，協助病患早日康復。期望藉由此次的急診護理經驗，可提供日後護理人員在照護相關 PSVT 併休克個案之參考。

參考資料

方妙君、杜玲(2015) 心臟血管系統疾病病人的護理。於胡月娟總校閱，*內外科護理學下側* (五版，389-524) 台北市：華杏。

明金蓮、洪曉佩(2011) · 急性疼痛評估與症狀護理 · *源遠護理* · 5(1) · 11-15。

林永國(2016) · 青壯年猝死病例多半跟心律不整有關 · *健康世界* · 470 · 55-57。

林竹萱(2014 · 1 月) · 心房顫動與心室上心律不整之偵測 · 論文 · 台北市：臺灣大學醫學工程學研究所。doi:10.6342/NTU.2014.01103

曾文宏、謝昌成、簡振宇(2016) · 心悸的評估、處理與轉介 · *家庭醫學與基層醫療* · 31(5) · 153-156。

楊久勝 (2016) · 有症狀的心搏過緩或過速的處置 · 於胡勝川總校訂，*ACLS 精華* (五版，81-94 頁) · 台北市：金名。

衛生福利部(2018 · 9 月 7 日) · *106 年國人死因統計結果* · 取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-3960-41756-113.html>

Bezna, M.C., Carstea, D., Bezna, M., Deliu, C. I., Alexandru, D. O., Ciurea, P.(2015). Clinical Study Regarding Arrhythmogenic Risk Factors and Oxidative Stress Inductibility in Young People. *Current Health Sciences Journal*,41(3),251-259. doi:10.12865/CHSJ.41.03.10

Facco, E., Zanette, G., Favero, L., Bacci, C., Sivoletta, S., Cavallin, F., & Manani, G. (2011). Toward the validation of visual analogue scale for anxiety. *Anesthesia Progress*, 58(1), 8-13.

Page, R.L., Joglar, J.A., Caldwell, M.A., Calkins, H., Conti, J.B., Deal, B.J., ...Al-Khatib, S.M.(2016). 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia. *Circulation*, 67(13), e27e-115.

Warise, L. (2015). Understanding cardiogenic shock: A nursing approach to improve outcomes. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(2), 67-78. doi:10.1097/dcc.0000000000000095

Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H., & Wilkoff, B. L. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*,128(6),1810-1852. doi:10.1161/CIR .0b013e31829e8807

Emergency care for a case of paroxysmal supraventricular tachycardia with shock symptoms

Lin, Fang-I¹、Wu, Yun-Hsianh²、Huang, Li-Hua^{*}

¹ RN, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital

² Head Nurse, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital

^{*} Vice Director, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital

Abstract:

This article discusses the experience of emergency nursing in a paroxysmal supraventricular tachycardia with shock symptoms awareness cases. The case must not only face the physical threat caused by the disease but also must overcome and receive bidirectional wave synchronous rectification shock treatment in a short time. The fear caused the author to want to help the case survive the crisis of physical and psychological care problems. The main period of care was March 12, 2018. The author used Gordon 11 Health Patterns for evaluation and collected data through direct care, physical examination, observation, interviews, and medical records. Established cases have nursing problems of "decreased cardiac output", "fear" and "pain". During the nursing process, the consultation second specialist doctor gave advice, and used mobile devices to assist patients to strengthen disease awareness, and used emergency professional knowledge "Advanced Cardiac Life Support" to assist physicians to perform two-way wave synchronous rectification shock to maintain cardiac output; Provide individual nursing measures, provide religious support, provide spiritual support to alleviate fear, and reduce the pain by diverting attention and listening. In the final case, overcome the fear, accept the synchronous rectification shock, and successfully assist the case to survive the crisis and stabilize her life. Emergency medical staff need to be highly sensitive to identify changes in heart rhythm, use professional knowledge to provide appropriate nursing measures, provide good care and holistic care, so it is recommended to optimize the information system to assist medical teams to fully implement the advanced first aid procedure related to advanced cardiac lifesaving Patient safety and quality of high-quality care; It is expected that this emergency nursing experience can provide a reference for clinical care of nursing colleagues.

Keywords: paroxysmal supraventricular tachycardia、shock、synchronous rectification shock

Accepted for publication May 07, 2020

*Address for correspondence to: Huang, Li-Hua, No.110, Sec. 1, Chien-Kuo N. Rd, Taichung 40201, Taiwan, ROC.

Tel:04-24739595-34963、0966308988

E-mail : csha978@csh.org.tw