

Preventing and Managing Postoperative Delirium in older adults with Hip Fracture: A Review of Anesthetic Techniques and Multidisciplinary Strategies

*Parinyaporn Wattananetikul, M.D.**

*Rungrawan Charoentaisong, M.S.N.***

Abstract

Postoperative delirium (POD) is one of the most common complications following hip fracture surgery in older adults, affecting approximately 35-65% of patients, and is associated with increased mortality, prolonged hospitalization, functional decline, cognitive impairment, and substantial healthcare costs. This review aimed to synthesize current evidence regarding perioperative strategies for the prevention and management of POD in older adults undergoing hip fracture surgery, with a focus on anesthetic techniques, pharmacological interventions, non-pharmacological measures, and multidisciplinary care. Evidence was retrieved from PubMed, Google Scholar, and SciSpace, covering publications from 2009 to 2025, and included randomized controlled trials, systematic reviews, narrative reviews, meta-analyses, observational studies, and relevant clinical practice guidelines. Current evidence indicates that multicomponent perioperative interventions represent the most effective strategy for preventing POD: proactive geriatric consultation reduces the incidence of POD from 50% to 32% (RR 0.64, 95% CI 0.37-0.98); individualized anesthetic management, including regional anesthesia combined with peripheral nerve blocks in appropriate patients and multimodal analgesia, may further reduce the risk; and perioperative melatonin administration has demonstrated promising results, reducing POD incidence from 32.7% to 9.4% in selected studies, while non-pharmacological interventions-early mobilization, effective pain management, sleep promotion, environmental optimization, nutritional and sensory support, routine delirium screening using validated tools, and coordinated multidisciplinary care-are consistently identified as essential components of successful POD prevention. In conclusion, POD in older adults with hip fracture is a common but potentially

preventable complication, and early risk assessment together with evidence-based multicomponent perioperative interventions-including individualized anesthetic and pain management strategies, appropriate pharmacological therapy, routine delirium screening, and coordinated multidisciplinary care-is essential for reducing its incidence and improving clinical outcomes in this vulnerable population.

Keywords: postoperative delirium; hip fracture; older adults; anesthesia; multidisciplinary care

*Department of Anesthesiology, Kalasin Hospital

**Department of Anesthesiology nurse, Kalasin Hospital

Received: January 28, 2026; Revised: August 3, 2026; Accepted: August 28, 2026

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่มี กระดูกสะโพกหัก: ทบทวนเทคนิคการระงับความรู้สึกและการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

ปริญญารัตน์ วัฒนเนติกุล, พ.บ.*

รุ่งรารัตน์ เจริญไธสง, พย.บ.**

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Postoperative Delirium; POD) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 35–65 และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น การเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายและการรู้คิด ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเทคนิคการระงับความรู้สึก การจัดการทางเภสัชวิทยา การดูแลแบบไม่ใช้ยาและการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โดยทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล PubMed, Google Scholar และ SciSpace ครอบคลุมช่วงปี ค.ศ. 2009–2025 ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย การวิเคราะห์ห่อถัก การศึกษาเชิงสังเกตและแนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง หลักฐานที่ทบทวนบ่งชี้ว่าการดูแลแบบหลายองค์ประกอบที่ครอบคลุมตลอดระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดเป็นแนวทางที่มีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุดในการป้องกันภาวะนี้ โดยการให้คำปรึกษาเชิงรุกโดยแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุสามารถลดอุบัติการณ์จากร้อยละ 50 เหลือร้อยละ 32 (RR 0.64, 95% CI 0.37–0.98) การเลือกใช้การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนร่วมกับการบล็อกเส้นประสาทส่วนปลายในผู้ป่วยที่เหมาะสมและการระงับปวดแบบหลายวิธี (multimodal analgesia) อาจช่วยลดความเสี่ยงได้ นอกจากนี้การให้เมลาโทนินในช่วงรอบการผ่าตัดมีแนวโน้มช่วยลดอุบัติการณ์จากร้อยละ 32.7 เหลือร้อยละ 9.4 ในบางการศึกษา ส่วนการดูแลที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว การจัดการความปวดอย่างเหมาะสม การส่งเสริมการนอนหลับ การปรับสภาพแวดล้อม การดูแลด้านโภชนาการและประสาทสัมผัส การคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลันด้วยเครื่องมือมาตรฐานและการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกัน โดยสรุป ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในหลายกรณี หากมีการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและนำแนวทางการดูแลแบบหลายองค์ประกอบ

มาใช้อย่างเป็นระบบ ร่วมกับการเลือกเทคนิคการระงับความรู้สึกและการระงับปวดที่เหมาะสม การใช้ยาตามข้อบ่งชี้ การตรวจคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างต่อเนื่องและการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงมีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์และส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ : ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด; กระดูกสะโพกหัก; ผู้สูงอายุ; การระงับความรู้สึก; การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

*กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

**กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ได้รับต้นฉบับ: 28 มกราคม 2569; แก้ไขบทความ: 3 สิงหาคม 2569; รับลงตีพิมพ์: 28 สิงหาคม 2569

บทนำ

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเข้าสู่สังคมสูงวัย ภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต การพึ่งพาผู้อื่น และการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ⁽¹⁾

ภาวะ POD เป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีลักษณะเด่นคือการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกรู้ตัว ความสนใจ และการรับรู้ โดยอาการมักแปรผันตลอดวัน ภาวะนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหัก โดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 35–65 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁽²⁻³⁾ ภาวะ POD มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลายประการ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น การเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

แม้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความสำคัญทางคลินิก แต่แนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการป้องกันและการจัดการยังคงเป็นประเด็นที่อยู่ระหว่างการศึกษา เนื่องจากภาวะดังกล่าวเกิดจากปัจจัยหลายด้านร่วมกัน ทั้งปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและการดูแลในระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด⁽⁵⁾ ดังนั้นการทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา ตลอดจนหลักฐาน

เชิงประจักษ์เกี่ยวกับมาตรการป้องกันและการรักษา จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁻⁷⁾

วิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นบทความปริทัศน์ (review article) ในรูปแบบ Narrative Review ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหัก โดยครอบคลุมประเด็นด้านปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา เทคนิคการระงับความรู้สึก การจัดการทางเภสัชวิทยา มาตรการที่ไม่ใช่ยาและการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสรุปองค์ความรู้ปัจจุบันและเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

การสืบค้นวรรณกรรมดำเนินการจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Google Scholar และ SciSpace ครอบคลุมบทความที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2009–2025 โดยใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด การผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เทคนิคการระงับความรู้สึก การระงับปวด การดูแลผู้สูงอายุ และการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ร่วมกับการใช้ตัวดำเนินการ Boolean (AND, OR) เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการสืบค้น วรรณกรรมที่นำมาทบทวนประกอบด้วยการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม การศึกษาเชิงสังเกต การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อถัก และแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกจากคุณภาพของหลักฐาน ความทันสมัยของข้อมูล

และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบทความ ก่อนนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบและสังเคราะห์ เชิงเนื้อหา เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับ หลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูก สะโพกหัก

ผลการทบทวนวรรณกรรม

ผลการทบทวนวรรณกรรม เรื่องการป้องกัน และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใน ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก สรุปได้ดังนี้

1. ระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยง

1.1 อุบัติการณ์และความชุก

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพก โดยอุบัติการณ์ ที่รายงานมีความแปรผันตั้งแต่ร้อยละ 4-65 ขึ้น อยู่กับลักษณะของประชากรที่ศึกษา เกณฑ์การ วินิจฉัย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และระยะ เวลาการติดตามผล⁽⁸⁾ ทั้งนี้ช่วงร้อยละ 4-65 เป็นช่วง กว้างที่รวมทุกนิยามและเครื่องมือคัดกรอง ขณะที่ การศึกษาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก รายงานอยู่ในช่วงร้อยละ 35-65 นอกจากนี้ยังพบ ว่าอุบัติการณ์มีแนวโน้มแตกต่างกันตามเทคนิค การระงับความรู้สึก โดยมีรายงานอุบัติการณ์ ประมาณร้อยละ 23.8 ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับ ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (GA) และร้อยละ 17.2 ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะ ส่วน (RA)⁽⁹⁻¹⁰⁾ ความแตกต่างเหล่านี้สะท้อนให้ เห็นถึงความท้าทายในการวินิจฉัย โดยเฉพาะใน ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดอยู่เดิม

หรือมีอาการไม่ชัดเจน การใช้เครื่องมือคัดกรอง มาตรฐาน เช่น Confusion Assessment Method (CAM) และ 4AT ช่วยเพิ่มความไวในการตรวจพบ และทำให้การวินิจฉัยมีความสอดคล้องกัน มากขึ้น⁽¹¹⁻¹²⁾ หลักฐานส่วนใหญ่พบว่า POD มัก เกิดขึ้นภายใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็น ช่วงที่ผู้ป่วยมีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยามากที่สุด แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมี อาการดีขึ้นภายในไม่กี่วัน แต่บางรายอาจมีอาการ ต่อเนื่องเป็นเวลาหลายสัปดาห์ ส่งผลกระทบ ต่อการฟื้นตัว สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตและ คุณภาพชีวิตในระยะยาว⁽⁴⁾ ดังนั้น การเฝ้าระวัง อย่างเป็นระบบและการตรวจพบภาวะสับสน เฉียบพลันตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงเป็นองค์ประกอบ สำคัญที่ช่วยให้สามารถค้นหาสาเหตุ ให้การรักษา ได้อย่างทันท่วงทีและลดผลกระทบต่อผลลัพธ์ ทางคลินิกของผู้ป่วย

1.2 ปัจจัยเสี่ยง

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เป็น ภาวะแทรกซ้อนที่มีพยาธิกำเนิดซับซ้อนและ เกิดจากปัจจัยหลายด้านร่วมกัน โดยสามารถ แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็นปัจจัยก่อนผ่าตัด ปัจจัย ระหว่างผ่าตัด และปัจจัยหลังผ่าตัด ซึ่งมีบทบาท แตกต่างกันในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วย⁽¹³⁻¹⁴⁾ ดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยงก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยปัจจัย ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น อายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ภาวะบกพร่องด้าน การรู้คิด โรคสมองเสื่อม และโรคทางระบบประสาท ขณะที่ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะทุพโภชนาการ การขาดน้ำ การใช้ยาหลายชนิดและการได้รับยาที่มีผลต่อ

ระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยาต้านอาการทางจิต ยากล่อมประสาทและยานอนหลับ นอกจากนี้โรคร่วมหลายชนิด เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคตับ รวมถึงความบกพร่องด้านการมองเห็นหรือการได้ยิน ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด POD⁽¹⁵⁾ หลักฐานยังสนับสนุนว่า ระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนาน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิด POD โดยการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เกิน 48 ชั่วโมงหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการประเมินผู้ป่วยและการผ่าตัดอย่างทันทั่วทั้ง⁽¹³⁾ 2) ปัจจัยระหว่างผ่าตัด ที่สัมพันธ์กับการเกิด POD ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนาน การสูญเสียเลือดในปริมาณมาก ความไม่คงที่ของสัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด และการเลือกใช้เทคนิคหรือยาระงับความรู้สึก⁽¹⁵⁾ หลักฐานในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่า ความเสี่ยงของ POD ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเทคนิคการระงับความรู้สึกเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากหลายปัจจัยตลอดช่วงการผ่าตัด 3) ปัจจัยหลังผ่าตัด ที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมความปวดที่ไม่เพียงพอ การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในขนาดสูง การติดเชื้อ ความผิดปกติของสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะพร่องออกซิเจน ความผิดปกติของการนอนหลับและการจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด⁽¹⁶⁾ ปัจจัยส่วนใหญ่ในขณะนี้สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้ หากมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและจัดการอย่างเหมาะสมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.3 ผลกระทบทางคลินิกและผลลัพธ์

POD มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว⁽¹⁻²⁾ ผู้ป่วยที่เกิด POD มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นทั้งในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและภายใน 6–12 เดือนหลังผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย^(3,5) ในระยะยาว POD มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านการรู้คิด (cognitive decline) การลดลงของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional decline) และการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวหรือเข้ารับการรักษาในสถานดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว^(3,5) นอกจากผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว POD ยังเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านการใช้ทรัพยากร การใช้เตียงผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษา การศึกษาหลายฉบับรายงานว่าต้นทุนการดูแลผู้ป่วยที่เกิด POD เพิ่มขึ้นประมาณ 16,000–64,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและระยะเวลาที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน^(6,17)

จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน POD จึงไม่ใช่เพียงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก การประเมินความเสี่ยง การป้องกันเชิงรุกและการตรวจพบตั้งแต่ระยะ

เริ่มต้น จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดผลกระทบ
ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพได้

2. เทคนิคการระงับความรู้สึกเพื่อการป้องกัน ภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.1 การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน เทียบกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

การเลือกเทคนิคการระงับความรู้สึก
เป็นหนึ่งในปัจจัยที่อาจมีผลต่อความเสี่ยงของ
การเกิดภาวะ POD แต่หลักฐานในปัจจุบันยังไม่
สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการระงับความรู้สึก
แบบเฉพาะส่วนเหนือกว่าการระงับความรู้สึกแบบ
ทั่วร่างกายในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผลการศึกษา
แต่ละฉบับมีความแตกต่างกันทั้งด้านลักษณะ
ประชากร วิธีการศึกษา และการดูแลร่วมระหว่าง
การผ่าตัด⁽⁹⁻¹⁰⁾ แม้ว่าการศึกษาเชิงสังเกตและ
การวิเคราะห์ห่อถักบางฉบับจะรายงานไว้ว่า RA มี
ความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของ POD ที่ต่ำกว่า GA
แต่เมื่อพิจารณา หลักฐานจากการศึกษาแบบสุ่มที่มี
กลุ่มควบคุมและการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น
ระบบ ความแตกต่างดังกล่าวยังไม่สามารถยืนยัน
ความเหนือกว่าในการลดอุบัติการณ์ของเทคนิคใด
เทคนิคหนึ่งได้อย่างชัดเจน⁽⁹⁻¹⁰⁾

อย่างไรก็ตาม RA โดยเฉพาะเมื่อใช้
ร่วมกับการระงับความรู้สึกบริเวณเส้นประสาท
ส่วนปลาย มีข้อได้เปรียบหลายประการ ได้แก่
การควบคุมความปวดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
การลดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ การลด
การได้รับยาระงับความรู้สึกที่ออกฤทธิ์ต่อระบบ
ประสาทส่วนกลางและช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหว
ร่างกายได้เร็วขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีส่วนช่วยลด
ความเสี่ยงของการเกิด POD และส่งเสริมการฟื้น

ตัวหลังผ่าตัด^(13,16) ดังนั้นการเลือกเทคนิคการระงับ
ความรู้สึกควรพิจารณาพร้อมกับลักษณะของผู้ป่วย
โรคร่วม ความซับซ้อนของการผ่าตัดและแผนการ
ดูแลหลังผ่าตัด มากกว่าการพิจารณาจากเทคนิค
การระงับความรู้สึกเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้หลักฐาน
ในปัจจุบันสนับสนุนว่าการบูรณาการ RA ร่วมกับ
การจัดการความปวดแบบหลายวิธีและการดูแล
แบบสหสาขาวิชาชีพ มีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า
ในการลดอุบัติการณ์ของ POD มากกว่าการเปลี่ยน
เทคนิคการระงับความรู้สึกเพียงอย่างเดียว^(10,13,16)

2.2 การระงับความรู้สึกบริเวณเส้น ประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nerve Blocks; PNB)

การระงับความรู้สึกบริเวณเส้น
ประสาทส่วนปลาย เป็นหนึ่งในมาตรการที่มี
หลักฐานสนับสนุนเพิ่มขึ้นในการป้องกันภาวะ POD
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูก
สะโพกหัก โดยเฉพาะ Fascia Iliaca Compartment
Block (FICB) และ Femoral Nerve Block (FNB)
ซึ่งสามารถใช้เป็นส่วนหนึ่งของการระงับปวดแบบ
หลายวิธี ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด⁽¹⁶⁾
ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมักมีอาการปวดรุนแรง
ตั้งแต่มีก่อนผ่าตัด ซึ่งหากควบคุมความปวดได้
ไม่เพียงพอ อาจกระตุ้นการตอบสนองต่อ
ความเครียดของร่างกาย เพิ่มการหลั่งฮอร์โมน
ความเครียดและสารก่อการอักเสบ รวมทั้งเพิ่ม
ความจำเป็นในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์
ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด POD
ดังนั้น การให้ PNB ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจึงมี
บทบาทสำคัญในการลดความปวด ลดการใช้ยา
แก้ปวดชนิดโอปิออยด์และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย

ในระยะรอบผ่าตัด อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁶⁾

การวิเคราะห์ห่อถักที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2023 รายงานว่า การใช้ PNB มีความสัมพันธ์กับการลดอุบัติการณ์ของ POD อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดก่อนผ่าตัด (Odds Ratio = 0.47, 95% Confidence Interval 0.30–0.74)⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษานี้สะท้อนว่า การระงับความรู้สึกบริเวณเส้นประสาทส่วนปลายอาจมีบทบาทในการลดความเสี่ยงของ POD โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังมีศักยภาพในการฟื้นตัวของสมองหลังการผ่าตัด กลไกที่อาจอธิบายผลดังกล่าว ได้แก่ การควบคุมความปวดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การลดการตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัด การลดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์และการลดการได้รับยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด POD⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ การระงับปวดที่มีประสิทธิภาพยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและอาจช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการศึกษาจะสนับสนุนประโยชน์ของ PNB ในการลดความเสี่ยงของ POD แต่การเกิด POD เป็นภาวะที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัย ดังนั้น PNB เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถป้องกัน POD ได้ในผู้ป่วยทุกราย การเลือกใช้ PNB จึงควรเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการดูแลแบบองค์รวม โดยผสมผสานร่วมกับการระงับปวดแบบหลายวิธี การลดการใช้ยาโอปิออยด์โดยไม่จำเป็น การรักษาสมดุลทางสรีรวิทยาระหว่าง

การผ่าตัดและการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นแนวทางที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยลดความเสี่ยงของ POD และส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักได้ดียิ่งขึ้น⁽¹⁶⁾

3. การจัดการทางเภสัชวิทยา (Pharmacological Management)

การป้องกันภาวะ POD โดยการใช้ยาได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม หลักฐานของยาชนิดต่าง ๆ ยังมีความแตกต่างกันทั้งในด้านประสิทธิผล คุณภาพของงานวิจัยและความเหมาะสมในการนำไปใช้ในเวชปฏิบัติ โดยรวมแล้วเมลาโทนิและเดกซ์เมเดโทมิดีนเป็นยาที่มีแนวโน้มให้ผลในการป้องกัน POD ขณะที่หลักฐานเกี่ยวกับการใช้ยาต้านอาการทางจิตเพื่อการป้องกันยังไม่เพียงพอ และไม่แนะนำให้ใช้เป็นกิจวัตรในผู้ป่วยทุกราย⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

3.1 เมลาโทนิ (Melatonin)

เมลาโทนิ เป็นฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมวงจรการนอนหลับและการตื่น ซึ่งเป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ความผิดปกติของการนอนหลับและจังหวะชีวภาพพบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัด จึงมีการศึกษาการใช้เมลาโทนิเพื่อป้องกัน POD อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁸⁾ มีการศึกษารายงานว่าการให้เมลาโทนิในช่วงก่อนและหลังผ่าตัดมีแนวโน้มช่วยลดอุบัติการณ์ของ POD ได้ โดยการศึกษาที่สำคัญรายงานว่า การให้เมลาโทนิขนาด 5 มิลลิกรัม รับประทานในช่วงเย็นก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน สามารถลดอุบัติการณ์ของ

POD จากร้อยละ 32.7 เหลือร้อยละ 9.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁸⁾ กลไกที่อาจอธิบายผลดังกล่าว ได้แก่ การฟื้นฟูจังหวะการนอนหลับและการตื่น การลดความผิดปกติของวงจรชีวภาพ รวมถึงฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระและฤทธิ์ต้านการอักเสบ ซึ่งอาจช่วยลดการอักเสบของระบบประสาท (neuroinflammation) ที่เกี่ยวข้องกับ การเกิด POD⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตาม หลักฐานในปัจจุบัน ยังมีจำนวนการศึกษาค่อนข้างจำกัดและยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อกำหนดขนาดยา ระยะเวลาการให้ยาและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์สูงสุด

3.2 ยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics)

บทบาทของยาต้านอาการทางจิต ในการป้องกัน POD ยังคงเป็นประเด็นที่มีข้อถกเถียง แม้ว่ายาในกลุ่มนี้จะถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เกิด POD และมีอาการกระสับกระส่ายรุนแรง แต่หลักฐานสนับสนุนการใช้เพื่อ การป้องกันยังไม่เพียงพอ และผลการศึกษา ยังไม่สอดคล้องกัน แนวทางเวชปฏิบัติในปัจจุบันจึง ไม่แนะนำให้ใช้ยาต้านอาการทางจิตเป็นกิจวัตร เพื่อป้องกัน POD เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานที่ แสดงประโยชน์อย่างชัดเจนและอาจเพิ่มความ เสี่ยงต่อผลไม่พึงประสงค์ เช่น การเกิดอาการไม่ พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการ extrapyramidal symptoms และการกดระดับ ความรู้สึกรู้ตัว การใช้ยาต้านอาการทางจิตควร พิจารณาเป็นรายบุคคลและจำกัดเฉพาะผู้ป่วย ที่เกิด POD ร่วมกับมีอาการกระสับกระส่ายรุนแรง มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือ รับประทานยาที่จำเป็น โดยควรใช้ในขนาดต่ำ ที่สุดและเป็นระยะเวลาสั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น

3.3 เด็กซ์เมตเอโทมิดีน

(Dexmedetomidine)

เด็กซ์เมตเอโทมิดีน

(Dexmedetomidine) เป็นยากระตุ้นตัวรับ α_2 -adrenergic receptor agonist ที่มีฤทธิ์ ให้การสงบประสาท ระวังปวด และลดความวิตกกังวล โดยมีข้อได้เปรียบ คือ ไม่กดการหายใจ อย่างมีนัยสำคัญ จึงได้รับความสนใจอย่างมากใน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้เด็กซ์เมตเอโทมิดีน ระหว่างการผ่าตัดหรือในระยะหลังผ่าตัดมีความ สัมพันธ์กับการลดอุบัติการณ์ของ POD อย่างมี นัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด หัวใจและผู้ป่วยที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต⁽¹⁹⁾ แม้ว่าผลการศึกษาบางฉบับยังมีความแตกต่างกัน ในด้านขนาดยา ช่วงเวลาการให้ยาและลักษณะ ของผู้ป่วย กลไกที่คาดว่าเกี่ยวข้องกับการลด ความเสี่ยงของ POD ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยมี การนอนหลับที่ใกล้เคียงกับธรรมชาติ การลดการ ตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัด การลด การหลั่งสารก่อการอักเสบและการลดความ ต้องการให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ เด็กซ์เมตเอโทมิดีนยังช่วยรักษาความคงที่ของ ระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งอาจเป็นอีกกลไกหนึ่งที่ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิด POD

อย่างไรก็ตาม การใช้เด็กซ์เมตเอโทมิดีน ควรอยู่ภายใต้การติดตามอย่างใกล้ชิด เนื่องจาก อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) และ ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ได้ โดยเฉพาะ ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย ดังนั้น การเลือกให้ยาควรพิจารณาเป็นรายบุคคล

โดยคำนึงถึงประโยชน์และความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย⁽¹⁹⁾

4. การป้องกันแบบไม่ใช้ยาและการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Non-pharmacological Interventions and Multidisciplinary Care)

การป้องกันแบบไม่ใช้ยา ร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นแนวทางที่มีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุดในการลดอุบัติการณ์ของภาวะ POD ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก เนื่องมาจาก POD เป็นภาวะที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัย การดูแลที่ครอบคลุมตลอดระยะรอบผ่าตัด จึงให้ผลดีกว่าการใช้มาตรการใดมาตรการหนึ่งเพียงอย่างเดียว⁽¹⁴⁾ การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพอาศัยความร่วมมือของบุคลากรหลายวิชาชีพที่มีบทบาทเสริมกัน ได้แก่ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่วางแผนการผ่าตัดและลดระยะเวลารอก่อนผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ที่ประเมินความเสี่ยง เลือกเทคนิคการระงับความรู้สึกและวางแผนการระงับปวด แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะเปราะบาง (frailty) ความสามารถในการรู้คิดและโรคร่วมพยาบาลที่คัดกรอง POD ส่งเสริมการนอนหลับ การรับรู้และการลุกเดิน นักกายภาพบำบัดที่ฟื้นฟู การเคลื่อนไหว นักโภชนาการที่ประเมินและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการและเภสัชกรที่ทบทวนรายการยาเพื่อลดการใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด POD รายละเอียดของมาตรการป้องกันแบบไม่ใช้ยาและบทบาทของบุคลากรแต่ละวิชาชีพแสดงในตาราง 1 และตาราง 2⁽²⁰⁾

4.1 การให้คำปรึกษาเชิงรุกด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Proactive Geriatric Consultation)

การให้คำปรึกษาเชิงรุกด้านเวชศาสตร์

ผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในมาตรการที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนในการป้องกัน POD ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โดยอาศัยการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมและการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด⁽¹⁴⁾ การศึกษาที่สำคัญพบว่า การให้คำปรึกษาโดยทีมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสามารถลดอุบัติการณ์ของ POD จากร้อยละ 50 เหลือร้อยละ 32 (RR 0.64, 95% Confidence Interval 0.37–0.98)⁽¹⁴⁾ ผลการป้องกันของแนวทางดังกล่าวไม่ได้เกิดจากมาตรการใดมาตรการหนึ่ง แต่เป็นผลจากการดำเนินมาตรการหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง การจัดการความปวด การทบทวนยา การแก้ไขภาวะขาดน้ำและความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมการนอนหลับ การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและคงการรับรู้ต่อบุคคล เวลาและสถานที่ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่าการประเมินเชิงรุกและการจัดการปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกัน POD มากกว่าการรอให้เกิดอาการแล้วจึงเริ่มรักษา

4.2 การลุกเคลื่อนไหวโดยเร็ว (Early Mobilization)

การลุกเคลื่อนไหวโดยเร็วเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม Enhanced Recovery และการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เนื่องจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานานสัมพันธ์กับการเกิด POD ภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวและการเสื่อมของสมรรถภาพทางกาย

มีหลักฐานสนับสนุนว่า การเริ่มลุกนั่ง ยืนและเดินภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หากไม่มีข้อห้ามทางศัลยกรรมหรือทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการลดอุบัติการณ์ของ POD ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตได้เร็วขึ้น⁽²⁰⁾ การเคลื่อนไหวร่างกายในระยะเริ่มต้นยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง เช่น ปอดอักเสบ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ภาวะกล้ามเนื้อลีบและส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่อาจช่วยลดความเสี่ยงของการเกิด POD

4.3 การจัดการความปวด (Pain Management)

การควบคุมความปวดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกัน POD เนื่องจากทั้ง ความปวดที่รุนแรงและ

การใช้ยาโอปิออยด์ในปริมาณสูงต่างเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะนี้ แนวทางที่ได้รับการแนะนำในปัจจุบันคือ การระงับปวดแบบหลายวิธี (multimodal analgesia) ซึ่งเป็นการใช้วิธีระงับปวดหลายรูปแบบร่วมกัน เพื่อลดการใช้ยาโอปิออยด์และเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอาการ โดยทั่วไปประกอบด้วยการให้ Acetaminophen อย่างสม่ำเสมอ การใช้ PNB เช่น Fascia Iliac Compartment Block หรือ Femoral Nerve Block และการใช้ยาโอปิออยด์ในขนาดต่ำที่สุดเท่าที่จำเป็น การจัดการความปวดที่เหมาะสมควรเริ่มตั้งแต่วะยะก่อนผ่าตัดและดำเนินต่อเนื่องตลอดช่วงรอบผ่าตัด โดยประเมินระดับความปวดอย่างสม่ำเสมอและปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้การระงับปวดที่ดีไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงของ POD แต่ยังส่งเสริมการลุกเดินเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

ตาราง 1 สรุปมาตรการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดแบบไม่ใช้ยา

มาตรการป้องกันแบบไม่ใช้ยา	รายละเอียด/วิธีปฏิบัติ	หลักฐาน/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การให้คำปรึกษาเชิงรุกด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	ประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้อย่างครอบคลุมโดยทีมผู้สูงอายุ	ลดอุบัติการณ์จากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 32 (RR 0.64, 95% CI 0.37–0.98)
การลุกเคลื่อนไหวแต่เนิ่น ๆ	เริ่มภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ลดการนอนนิ่งเป็นเวลานาน	ลดภาวะสับสน ลดภาวะแทรกซ้อนและระยะนอนโรงพยาบาลสั้นลง
การจัดการความปวดแบบหลายรูปแบบ	ใช้ acetaminophen เป็นหลักร่วมกับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ลดการใช้โอปิออยด์	ควบคุมความปวดดีขึ้น ลดความเสี่ยงจากโอปิออยด์
การกระตุ้นการรู้คิดและจัดกิจวัตร	จัดกิจวัตรสม่ำเสมอ กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดให้ครอบครัวมีส่วนร่วม	ลดการเกิดและความรุนแรงของภาวะสับสน
การปรับสภาพแวดล้อมและส่งเสริมการนอนหลับ	ลดเสียงรบกวน จัดแสงกลางวัน–กลางคืน รักษาจังหวะการนอน–ตื่น	ส่งเสริมการนอนหลับ ลดปัจจัยกระตุ้นภาวะสับสน
การดูแลด้านประสาทสัมผัส	จัดให้ผู้ป่วยใช้แว่นตาและเครื่องช่วยฟัง	ลดความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน

ตาราง 1 สรุปรมาตรการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดแบบไม่ใช้ยา (ต่อ)

มาตรการป้องกันแบบไม่ใช้ยา	รายละเอียด/วิธีปฏิบัติ	หลักฐาน/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การดูแลด้านโภชนาการและสารน้ำ	ประเมินและแก้ไขภาวะทุโภชนาการและการขาดน้ำ	รักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
การทบทวนยา	ทบทวนยาเป็นประจำ หยดยาที่ไม่จำเป็นและกลุ่มเสี่ยง (เช่น benzodiazepines)	ลดปัจจัยกระตุ้นจากยา
การคัดกรองอย่างเป็นระบบ	ใช้เครื่องมือมาตรฐาน CAM หรือ 4AT โดยเฉพาะช่วง 24-72 ชั่วโมงแรก	ตรวจพบเร็ว จัดการได้ทันทั่วทั้ง

ตาราง 2 บทบาทของทิมสหสาขาวิชาชีพในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

วิชาชีพ	บทบาทหลักในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน
ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	วางแผนการรักษาและการผ่าตัด ลดระยะเวลาการรอก่อนผ่าตัด
วิสัญญีแพทย์	เลือกเทคนิคการระงับความรู้สึก (เน้นเฉพาะส่วน) และควบคุมความปวด
แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	ประเมินความเสี่ยงและจัดการโรคร่วม ให้คำปรึกษาเชิงรุก
พยาบาล	คัดกรองภาวะสับสน ส่งเสริมการนอนหลับ การรับรู้ และการลุกเดิน
นักกายภาพบำบัด	ฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและส่งเสริมการลุกเคลื่อนไหวโดยเร็ว
นักโภชนาการ	ประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการ
เภสัชกร	ทบทวนยาและลดการใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสับสน

5. การเฝ้าระวังและการตรวจพบภาวะสับสนเฉียบพลันในระยะเริ่มต้น (Postoperative Monitoring and Early Detection)

การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดและการตรวจพบภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหัก แม้ว่าการตรวจพบแต่เนิ่น ๆ จะไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้โดยตรง แต่ช่วยให้สามารถค้นหาและแก้ไขสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดภาวะดังกล่าวได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจช่วยลดความรุนแรง ระยะเวลาของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา⁽¹¹⁻¹²⁾

พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความสนใจ การรับรู้และพฤติกรรมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การประเมินทางคลินิก ร่วมกับการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน ช่วยเพิ่มความไว ความจำเพาะและความสม่ำเสมอของการวินิจฉัย ทำให้สามารถเริ่มการประเมินและรักษาได้อย่างทันทั่วทั้ง⁽¹¹⁻¹²⁾

Confusion Assessment Method (CAM) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยมีความไวและความจำเพาะสูงเมื่อใช้โดย

บุคลากรที่ผ่านการอบรม ขณะที่ 4AT เป็นเครื่องมือคัดกรองที่ใช้เวลาน้อย ไม่ต้องอาศัยการฝึกอบรมมากและเหมาะสำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุในเวชปฏิบัติประจำวัน⁽¹¹⁻¹²⁾ จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน แนะนำให้คัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นประจำในผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกระงกระดูกหัก โดยเฉพาะในช่วง 24–72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงที่พบอุบัติการณ์สูงที่สุด การคัดกรองควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการประเมินปัจจัยกระตุ้นและการแก้ไขสาเหตุที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อป้องกันการดำเนินโรคที่รุนแรงและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย

6. การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (Management of Postoperative Delirium)

เมื่อเกิดภาวะ POD แล้ว การประเมินและให้การรักษารวดเร็วมีความสำคัญในการลดความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของภาวะสับสนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยควรมุ่งเน้น การค้นหาและแก้ไขสาเหตุที่สามารถรักษาได้ ควบคู่กับการให้การดูแลแบบประคับประคองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การประเมินผู้ป่วยควรทำอย่างเป็นระบบ โดยค้นหาปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อย เช่น ความปวดที่ควบคุมไม่ดี ภาวะพร่องออกซิเจน การติดเชื้อ ความผิดปกติของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะเมตาบอลิกผิดปกติ การค้างปัสสาวะ อุจจาระอัดแน่นและผลข้างเคียงจากยา โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง การแก้ไขปัจจัยเหล่านี้ทันทีคือหัวใจของการรักษาและมักช่วยให้อาการ POD ดีขึ้นได้โดยไม่ต้องใช้ยาเพิ่ม

แนวทางการรักษามักเริ่มต้นด้วยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้สงบและปลอดภัย ส่งเสริมการรับรู้บุคคล เวลาและสถานที่ รักษาวงจรการนอน-ตื่นตามธรรมชาติ ควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม ส่งเสริมครอบครัวมีส่วนร่วมดูแล ให้สารน้ำและโภชนาการเพียงพอและกระตุ้นให้ลุกนั่งเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ควรหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องยึดตรึงร่างกายหากไม่จำเป็น เนื่องจากอาจเพิ่มความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน เพิ่มความเสี่ยงบาดเจ็บและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ ควรพิจารณาการรักษาด้วยยาเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่ายรุนแรงหรือมีพฤติกรรมอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นจนรบกวนการรักษาที่จำเป็น หลังประเมินและแก้ไขสาเหตุที่แก้ไขได้แล้ว อาจพิจารณาใช้ยาต้านอาการทางจิต เช่น Haloperidol หรือ Risperidone ในขนาดต่ำที่สุดที่ได้ผลและใช้ในระยะเวลาสั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียง เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ QT interval ยืดยาว และ extrapyramidal symptoms โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

จากหลักฐานในปัจจุบัน ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการใช้ยาต้านอาการทางจิตเป็นกิจวัตรเพื่อรักษาผู้ป่วย POD ทุกๆ ราย ดังนั้น การรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดยังคงเป็นการค้นหาและแก้ไขสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ร่วมกับการดูแลแบบไม่ใช้ยาอย่างเป็นระบบและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัยและลดผลกระทบต่อการดำเนินโรคในระยะยาว

วิจารณ์

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมักเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดจากหลายปัจจัยร่วมกัน จึงไม่อาจป้องกันได้ด้วยมาตรการเดียว หลักฐานปัจจุบันชี้ว่าการดูแลแบบหลายองค์ประกอบ ตลอดระยะรอบผ่าตัด ลดอุบัติการณ์ภาวะดังกล่าวได้ดีกว่าการใช้มาตรการเดียว แม้มีการศึกษาเปรียบเทียบการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายกับแบบเฉพาะส่วนจำนวนมาก แต่ยังไม่ได้ชัดเจนว่าเทคนิคใดเหนือกว่าในการป้องกัน POD อย่างไรก็ตาม หลักฐานมีแนวโน้มสนับสนุนว่าการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนร่วมกับการระงับความรู้สึกบริเวณเส้นประสาทส่วนปลาย และการระงับปวดแบบหลายวิธี ช่วยลดการใช้โอปิออยด์และส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งอาจลดความเสี่ยง POD ได้

ด้านการป้องกันด้วยยา เมลาโทนิનและเดกซ์เมทเอโทมิดีนมีแนวโน้มลดอุบัติการณ์ POD แต่หลักฐานปัจจุบันยังแตกต่างกันทั้งขนาดยา ช่วงเวลาให้ยาและลักษณะประชากรศึกษา จึงยังกำหนดเป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับผู้ป่วยทุกรายไม่ได้ ส่วนยาต้านอาการทางจิตยังไม่มีหลักฐานเพียงพอสำหรับการป้องกัน ควรใช้เฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก หลักฐานที่สอดคล้องมาก

ที่สุดคือมาตรการไม่ใช้ยาและการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด การจัดการความปวด การส่งเสริมการเคลื่อนไหว การดูแลการนอนหลับ การกระตุ้นการรับรู้ การสนับสนุนโภชนาการและการเฝ้าระวังด้วยเครื่องมือมาตรฐาน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม และควรเป็นพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

อย่างไรก็ตาม บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย ซึ่งไม่ได้คัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างเป็นระบบเช่น systematic review หรือ meta-analysis ข้อเสนอจึงควรตีความร่วมกับคุณภาพหลักฐานที่มีอยู่ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุแต่ละกลุ่ม

ข้อเสนอแนะทางคลินิกและคำแนะนำ

จากหลักฐานทั้งหมด สามารถสรุปข้อเสนอแนะสำหรับเวชปฏิบัติได้ดังนี้

Box 1. Key Clinical Recommendations for Prevention and Management of Postoperative Delirium in Older Adults with Hip Fracture

Key Clinical Recommendations
Preoperative Phase
✓ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน (Postoperative Delirium; POD) ในผู้ป่วยสูงอายุทุกราย
✓ ดำเนินการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment)
✓ ลดระยะเวลาการก่อนผ่าตัดให้น้อยที่สุด
✓ ทบทวนรายการยา และหลีกเลี่ยงยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อ POD
✓ แก้ไขภาวะขาดน้ำ ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์และภาวะทุพโภชนาการ
Intraoperative Phase
✓ พิจารณาการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) เมื่อไม่มีข้อห้าม
✓ ใช้ Peripheral Nerve Block ร่วมกับการระงับปวดเมื่อเหมาะสม
✓ ใช้การระงับปวดแบบหลายวิธี (Multimodal Analgesia)
✓ หลีกเลี่ยง Benzodiazepines และยาที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางโดยไม่จำเป็น
✓ รักษาความคงที่ของสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนและอุณหภูมิร่างกายระหว่างผ่าตัด
Postoperative Phase
✓ ส่งเสริมการลุกเดินและการเคลื่อนไหวภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หากไม่มีข้อห้าม
✓ ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างสม่ำเสมอด้วย CAM หรือ 4AT
✓ จัดการความปวดด้วย Multimodal Analgesia และลดการใช้ Opioids เท่าที่จำเป็น
✓ ส่งเสริมการนอนหลับ ลดเสียงรบกวนและรักษาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
✓ ดูแลภาวะโภชนาการและการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ
✓ ส่งเสริมการรับรู้ (Orientation) และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
✓ ส่งเสริมการใช้แว่นตาและเครื่องช่วยฟังในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นหรือการได้ยิน
Management of Established POD
✓ ค้นหาและแก้ไขสาเหตุที่สามารถรักษาได้ (Treat reversible causes)
✓ ใช้มาตรการที่ไม่ใช่ยาเป็นแนวทางการรักษาอันดับแรก (Non-pharmacological interventions)
✓ พิจารณาใช้ยาต้านอาการทางจิตเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
✓ ติดตามอาการอย่างต่อเนื่องจนกว่าภาวะสับสนเฉียบพลันจะดีขึ้น

สรุป

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีผลกระทบอย่างมากต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหัก ทั้งในด้านอัตราการเสียชีวิต ความสามารถในการดำเนินชีวิต ระยะเวลาการนอน

โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หลักฐานที่ทบทวนในบทความนี้ชี้ว่า การป้องกัน POD ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือการดูแลแบบหลายองค์ประกอบ ซึ่งครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด การเลือกเทคนิคการระงับความรู้สึกและระงับปวดที่เหมาะสม มาตรการทางเภสัชวิทยาใน

ผู้ป่วยที่เหมาะสม การดูแลแบบไม่ใช้ยา การเฝ้าระวังด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ แม้การเลือกเทคนิคจะจับความรู้สึกและการใช้ยาบางชนิดอาจช่วยลดความเสี่ยง POD แต่หลักฐานปัจจุบันสนับสนุนว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม เป็นปัจจัย

สำคัญที่สุดในการลดอุบัติการณ์ POD และส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มนี้

การประยุกต์ใช้แนวทางดังกล่าวให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาล จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก และลดผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Brauer CA, Coca-Perrillon M, Cutler DM, Rosen AB. Incidence and mortality of hip fractures in the United States. JAMA 2009;302(14):1573-9.
2. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of post discharge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. JAMA 2010;304(4):443-51.
3. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev 2016;3(3):CD005563.
4. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet 2014;383(9920):911-22.
5. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med 2017; 377(15):1456-66.
6. Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Audisio R, Borozdina A, et al. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. Eur J Anaesthesiol 2017;34(4):192-214.
7. American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. Postoperative delirium in older adults: best practice statement from the American Geriatrics Society. J Am Coll Surg 2015;220(2):136-48.
8. Bruce AJ, Ritchie CW, Blizard R, Lai R, Raven P. The incidence of delirium associated with orthopedic surgery: a meta-analytic review. Int Psychogeriatr 2007;19(2):197-214.
9. Mason SE, Noel-Storr A, Ritchie CW. The impact of general and regional anesthesia on the incidence of post-operative cognitive dysfunction and post-operative delirium. J Alzheimers Dis 2010;22(Suppl 3):67-79.

10. Guay J, Parker MJ, Gajendragadkar PR, Kopp S. Anaesthesia for hip fracture surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2(2):CD000521.
11. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. *Ann Intern Med* 1990;113(12):941-8.
12. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening. *Age Ageing* 2014;43(4):496-502.
13. Chen Y, Liang S, Hu H, Wu H, Deng S, Wang F, et al. Postoperative delirium in geriatric patients with hip fractures. *Front Aging Neurosci* 2022;14:1068278.
14. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(5):516-22.
15. Busse JW, Ranker A, Gogol M, Macke C, Liodakis E, Strack D, et al. Reduced perioperative sensory impairment could lower postoperative delirium incidence. *BMC Geriatr* 2025;25:673.
16. Kim SY, Jo HY, Na HS, Han SH, Do SH, Shin HJ. The effect of peripheral nerve block on postoperative delirium in older adults undergoing hip surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Med* 2023;12(7):2459.
17. Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *JAMA* 2017;318(12):1161-74.
18. Sultan SS. Assessment of role of perioperative melatonin in prevention and treatment of postoperative delirium after hip arthroplasty under spinal anesthesia in the elderly. *Saudi J Anaesth* 2010;4(3):169-73.
19. Ekkapat G, Kampitak W, Theerasuwipakorn N, Kittipongpattana J, Engsusophon P, Phannajit J, et al. A comparison of efficacy between low-dose dexmedetomidine and propofol for prophylaxis of postoperative delirium in elderly patients undergoing hip fracture surgery: a randomized controlled trial. *Indian J Crit Care Med* 2024;28(5):467-74.
20. Khan AA, AbuAlrob H, Al-Alwani H, Almonaei K, Alsarraf F, Bogoch E, et al. Post hip fracture orthogeriatric care—a Canadian position paper addressing challenges in care and strategies to meet quality indicators. *Osteoporos Int* 2023;34(6):1011-35.