

บทบาทการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน เฉียบพลันชนิด Hyperactive Delirium ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

The Role of Nursing Assessment and Management for Patients with Hyperactive Delirium in Medical Critically Ill Patients

เย็นจิตต์ พิพัฒน์พงษ์*¹ พิเชษฐ เรืองสุขสุด*² นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์*³

Yenjit Pipatpong*¹ Pichet Ruangsuksut*² Nonglak Methakanjanasak*³

*¹หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ, ชัยภูมิ ประเทศไทย 36000

*¹Medical Intensive Care Unit, Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum, Thailand 36000

*²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

*²Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

*³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

*³Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัว การรู้คิด และความใส่ใจเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันและผันแปรตามเวลา ภาวะดังกล่าวสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ขณะที่ชนิดตื่นตัวมากเกินไป (hyperactive delirium) ทำให้ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ก้าวร้าว เห็นภาพหลอน หรือพยายามดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ การถอดท่อ/สายโดยไม่ตั้งใจ และการใช้การผูกมัดหรือยา กล่อมประสาท บทความวิชาการนี้นำเสนอบทบาทพยาบาลในการประเมินและจัดการ hyperactive delirium โดยเน้นการประเมินอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ ร่วมกับการดูแลแบบองค์รวมตามกรอบ ABCDEF bundle ได้แก่ การจัดการความปวดและการใช้ยาอย่างเหมาะสม การลดปัจจัยกระตุ้นด้วยมาตรการไม่ใช้ยา การเคลื่อนไหวเร็ว และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเพิ่มความปลอดภัย ศักดิ์ศรี และคุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

คำสำคัญ : ภาวะสับสนเฉียบพลัน, hyperactive delirium, ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม, ABCDEF bundle; บทบาทพยาบาล

Abstract

Delirium is common among critically ill medical patients, particularly older adults and those receiving mechanical ventilation. It causes acute, fluctuating disturbances in consciousness, cognition, and attention and is associated with adverse outcomes. Hyperactive delirium is especially challenging because patients may become agitated, aggressive, experience hallucinations, or attempt to remove medical devices, increasing the risk of injury, unplanned device removal, and the need for physical restraints or sedatives. This academic article highlights nurses' roles in assessing and managing hyperactive delirium through systematic, regular assessment and holistic care based on the ABCDEF bundle. Key components include effective pain management and appropriate analgesia/sedation, non-pharmacological strategies to reduce triggers, early

Corresponding Author: *E-mail: Yenjit.p@kkumail.com

วันที่รับ (received) 15 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 มี.ค. 2569 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 มี.ค. 2569

mobility, and family engagement. Implementing a structured nursing approach may reduce practice variation and enhance patient safety, dignity, and quality of care in the medical intensive care unit.

Keywords: delirium, hyperactive delirium, medical intensive care unit, nursing assessment, ABCDEF bundle

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) ที่มีความซับซ้อน เกิดจากหลายพยาธิสภาพร่วมกัน และจัดเป็นภาวะสมองล้มเหลวเฉียบพลัน (acute brain failure) ซึ่งส่งผลให้ระดับความรู้สึกรู้ตัว การรู้คิด และความใส่ใจเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน โดยมีลักษณะอาการผันแปรขึ้นลงตามเวลา ภาวะดังกล่าวถือเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่มักพบร่วมกับปัญหาทางจิตเวช และมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการจากหลายสาเหตุ (multifactorial syndrome) มักเกิดภายหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล^{1,2} ข้อมูลจากต่างประเทศรายงานว่า ในสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่า 2.6 ล้านคนต่อปี โดยส่วนใหญ่พบหลังการผ่าตัด การเจ็บป่วยวิกฤต หรือในระยะท้ายของชีวิต และผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างนอนโรงพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 22-76⁷ นอกจากนี้ ในผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอาจสูงถึงประมาณร้อยละ 80^{1,8} ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่ออัตราการเสียชีวิต คุณภาพชีวิต และระยะเวลาในโรงพยาบาล^{1,6}

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมีทั้งความชุกและอุบัติการณ์ในระดับสูง โดยความชุกในหอผู้ป่วยอายุรกรรมอยู่ที่ประมาณร้อยละ 48.99 ขณะที่อุบัติการณ์ในผู้ป่วยสูงอายุหอผู้ป่วยศัลยกรรมอยู่ที่ร้อยละ 4.8-20.2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 8.4-8.8 และหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 3.5-22^{5,8} พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้สูงถึงร้อยละ 50 และในผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 80¹¹ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปีมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูงขึ้นถึงประมาณ 5.2 เท่า³ และมีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เกิดภาวะดังกล่าวอย่างชัดเจน¹² ภาวะสับสนเฉียบพลันยังสัมพันธ์กับผลลัพธ์ระยะยาวที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ (hospital readmission) การรู้คิดลดลง (cognitive decline) การเกิดภาวะสมองเสื่อม

การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (functional decline) การหกล้ม และการต้องได้รับการดูแลระยะยาว^{4,11,17} โดยอาการมักเกิดในช่วงวันแรก ๆ ของการนอนโรงพยาบาล และอาจดำเนินอยู่นานตั้งแต่ชั่วโมงจนถึงหลายสัปดาห์ หรือบางรายอาจใช้เวลานานถึง 12 เดือนกว่าระดับการรับรู้จะกลับใกล้เคียงก่อนป่วย¹¹ หนึ่งในชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันที่สร้างความยุ่งยากต่อการดูแลอย่างมาก คือ ภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดตื่นตัวมากเกินไป (hyperactive delirium) ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการโวยวาย ก้าวร้าว เห็นภาพหลอน หรือพยายามดิ้นรนหนีจากการแพทย์ เช่น สายให้น้ำเกลือ สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ หรือท่อช่วยหายใจ¹³ พฤติกรรมดังกล่าวทำให้บุคลากรต้องใช้การผูกมัด (restraint) เพื่อป้องกันอันตราย ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความเป็นอิสระ ญาติเกิดความวิตกกังวล และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การหกล้ม และปอดอักเสบจากการสำลัก¹⁴

นอกจากนี้ การใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาทอย่างไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาในกลุ่ม benzodiazepines บางชนิด อาจทำให้อาการภาวะสับสนเฉียบพลันรุนแรงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา (iatrogenesis)^{9,12,17} รายงานยังพบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลอาจถูกมองข้ามการประเมินสูงถึงร้อยละ 80¹¹ สะท้อนถึงช่องว่างสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ทั้งจากโรค สภาพแวดล้อม การทำหัตถการบ่อยครั้ง การใช้ restraint เสี่ยงรบกวน และข้อจำกัดในการเยี่ยมของญาติ^{2,16}

การป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยเฉพาะในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤต แนวคิด ABCDEF bundle เป็นกรอบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยมุ่งเน้นการประเมิน ป้องกัน และจัดการปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการใช้มาตรการการพยาบาลที่ไม่ใช้ยาเป็นฐานสำคัญ^{10,18}

ดังนั้น บทความวิชาการนี้จึงมุ่งนำเสนอ “บทบาทการประเมินและการจัดการทางการพยาบาล” สำหรับผู้ป่วย

วิกฤตอายุรกรรมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิด hyperactive delirium โดยเชื่อมโยงการประเมินอย่างเป็นระบบ (ระดับความตื่นตัว/การคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน) เข้ากับการจัดการแบบองค์รวมตามกรอบ ABCDEF bundle และข้อเสนอแนะจากแนวทางมาตรฐานเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ และส่งเสริมความปลอดภัยและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม^{2,7,8}

ความหมายและลักษณะสำคัญของ Hyperactive delirium

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว การรับรู้และความใส่ใจแบบเฉียบพลันและผันแปรตามเวลา มีสาเหตุหลายปัจจัยร่วมกัน จนถูกอธิบายในฐานะ “acute brain failure” ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยวิกฤตอย่างชัดเจน^{1,3} โดย hyperactive delirium เป็นชนิดที่เด่นด้วยพฤติกรรมกระสับกระส่าย ก้าวร้าว ไม่ร่วมมือ เห็นภาพหลอน/หลงผิด พยายามดิ้นรนต่อการแพทย์ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ การถอดท่อช่วยหายใจ/สายต่าง ๆ โดยไม่ตั้งใจ และนำไปสู่การใช้การผูกมัดหรือยาแก้ปวดประสาทรุนแรงเพิ่มขึ้น^{1,2}

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันใน ICU มักเป็น “หลายปัจจัยซ้อนทับ” ทั้งจากโรคและการรักษา เช่น อายุสูง ภาวะติดเชื้อ/ช็อก ภาวะพร่องออกซิเจน ความผิดปกติของเกลือแร่/เมตาบอลิซึม ความเจ็บปวด การใช้ยาแก้ปวดประสาทรุนแรง/ยาแก้ปวดในขนาดสูงหรือไม่เหมาะสม การนอนหลับถูกรบกวน การตรึง/การเคลื่อนไหวจำกัด รวมถึงสิ่งแวดล้อมใน ICU (เสียง แสง การทำหัตถการบ่อย)^{2,4} นอกจากนี้ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ยังอาจถูก “มองข้าม” หากไม่มีการประเมินอย่างเป็นระบบ จึงเกิดช่องว่างสำคัญในการดูแลใน ICU^{5,6}

บทบาทการประเมินทางการพยาบาล

1) ประเมินระดับความตื่นตัวและการกดประสาทก่อนคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน การคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยวิกฤตควรเริ่มจากการประเมินระดับความตื่นตัว/การกดประสาทให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ “ประเมินได้” (เช่น ปลุกตื่นได้/ตอบสนองได้) เพราะหากกดประสาทลึกเกินไป

ไปจะคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลันไม่ได้และทำให้พลาดโอกาสปรับแผนการดูแล การประเมินซ้ำเป็นช่วง ๆ โดยเฉพาะหลังปรับยา/หลังทำหัตถการสำคัญ จะช่วยจับสัญญาณความเสี่ยงได้เร็วขึ้น

2) คัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้แพร่หลายใน ICU คือ CAM-ICU ซึ่งรายงานว่องไวเร็ว ใช้งานได้ในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีความเที่ยงตรง/เชื่อมั่นในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน^{5,6} พยาบาลควรกำหนด “ความถี่ขั้นต่ำ” เช่น ทุกวัน หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเพิ่มความถี่เมื่อมีสัญญาณเตือน (กระสับกระส่ายมากขึ้น นอนไม่หลับใหม่ ๆ หายใจไม่สัมพันธ์เครื่อง พฤติกรรมตึงต้าย)

3) ประเมินสาเหตุที่แก้ไขได้ (reversible causes) และสัญญาณอันตราย เมื่อพบ hyperactive delirium พยาบาลควรประเมินร่วมกับทีมเพื่อค้นหาปัจจัยกระตุ้นที่แก้ไขได้ เช่น ปวด/ไม่สบายตัว ปัสสาวะคั่ง ท้องอืด หายใจลำบาก ขาดออกซิเจน น้ำตาลผิดปกติ ไข้/ติดเชื้อ ภาวะถอนยา/แอลกอฮอล์ หรือผลข้างเคียงยา² รวมถึงประเมินความเสี่ยงเร่งด่วนต่อความปลอดภัย (เสี่ยงหลุดท่อช่วยหายใจ เสี่ยงหกล้ม เสี่ยงทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น) เพื่อจัดระดับความรุนแรงและวางแผนตอบสนองทันที

4) ประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การนอนหลับและการสื่อสาร ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและการนอนหลับถูกรบกวนเป็นตัวเร่งสำคัญของภาวะสับสนเฉียบพลัน² พยาบาลควรประเมินเสียง/แสงตลอดคืน ความถี่การปลุกทำหัตถการ ความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยรับรู้ (แว่น/เครื่องช่วยฟัง) การมีนาฬิกา/ปฏิทิน และช่องทางการสื่อสารที่ผู้ป่วยใช้ได้จริง โดยเฉพาะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

บทบาทการจัดการทางการพยาบาล (ยึดกรอบ ABCDEF bundle) หลักฐานสรุประดับภาพรวมพบว่า ABCDE/ABCDEF bundle ช่วยลดอุบัติการณ์/ระยะเวลาของ delirium ใน ICU ได้ แม้คุณภาพหลักฐานมีความหลากหลาย แต่แนวโน้มสนับสนุนการใช้แบบ “หลายองค์ประกอบร่วมกัน” มากกว่าการทำมาตรการเดี่ยวๆ^{2,8}

A: Assess, Prevent, and Manage Pain: การประเมิน ป้องกัน และจัดการความปวดอย่างเหมาะสมเป็นพื้นฐานสำคัญของการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ความปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเพียงพอเป็นปัจจัยกระตุ้นภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ แนวทางที่พัฒนาขึ้นจึงเน้นให้

พยาบาลประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมตามระดับความรู้สึกตัว และจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยลดความกระสับกระส่าย ความเครียด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วย hyperactive delirium

B: Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials: การลดการใช้ยากล่อมประสาทและการประเมินความพร้อมในการตื่นรู้และการหายใจเอง มีบทบาทสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของ delirium แนวทางการพยาบาลจึงสนับสนุนการทำ spontaneous awakening trials และ spontaneous breathing trials อย่างเหมาะสม ร่วมกับการเฝ้าระวังความปลอดภัย เพื่อหลีกเลี่ยงการกดระดับความรู้สึกตัวเกินความจำเป็น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดและยืดเยื้อของภาวะสับสนเฉียบพลัน

C: Choice of Analgesia and Sedation: การเลือกให้ยาแก้ปวดและยากล่อมประสาทอย่างเหมาะสมเป็นองค์ประกอบสำคัญในการลด delirium แนวทางที่พัฒนาขึ้นเน้นบทบาทของพยาบาลในการติดตามระดับความสงบด้วย Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) ประเมินผลข้างเคียงของยา และสื่อสารกับทีมแพทย์เพื่อปรับแผนการให้ยาให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ลดการใช้ยาที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ hyperactive delirium

D: Delirium: Assess, Prevent, and Manage: องค์ประกอบนี้เป็นหัวใจสำคัญของแนวทาง โดยเน้นให้พยาบาลคัดกรองและประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเป็นระบบด้วย Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) ร่วมกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม แนวทางให้ความสำคัญกับการป้องกันและจัดการ delirium ด้วยมาตรการไม่ใช้ยาเป็นหลัก เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การสื่อสารเพื่อยึดโยงความจริง การลดสิ่งกระตุ้น และการส่งเสริมกิจวัตรที่ใกล้เคียงชีวิตประจำวัน

E: Early Mobility and Exercise: การเคลื่อนไหวและการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้นช่วยลดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ลดระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนัก และมีส่วนช่วยลดความรุนแรงของ delirium แนวทางจึงกำหนดให้พยาบาลประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผน early mobility ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

F: Family Engagement and Empowerment: การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแล

ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน แนวทางส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการช่วยยึดโยงความจริง ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และแนวทางที่เหมาะสมแก่ครอบครัว เพื่อให้การมีส่วนร่วมเป็นไปอย่างปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติแบบย่อสำหรับภาวะ Hyperactive delirium

1. การคัดกรองและประเมินอย่างรวดเร็ว (Early detection and assessment) พยาบาลควรประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น CAM-ICU เพื่อคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายหรือเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน การประเมินควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกเวร หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะดังกล่าวได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และลดความล่าช้าในการดูแลรักษา^{5,6}

2. การประเมินสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ทันที (Identification of reversible causes) เมื่อพบภาวะ Hyperactive delirium พยาบาลควรประเมินหาปัจจัยกระตุ้นที่สามารถแก้ไขได้อย่างเป็นระบบ เช่น อาการปวด ภาวะขาดออกซิเจน การติดเชื้อ ความผิดปกติของสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะคั่งปัสสาวะ หรือผลข้างเคียงจากยารวมถึงภาวะถอนยาและแอลกอฮอล์ การค้นหาสาเหตุอย่างครอบคลุมจะช่วยให้สามารถแก้ไขปัจจัยต้นเหตุได้ตรงจุด ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการลดความรุนแรงของอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ²

3. การดำเนินมาตรการแบบไม่ใช้ยาเป็นหลัก (Non-pharmacological interventions as first-line management) การดูแลควรเริ่มต้นด้วยมาตรการที่ไม่ใช้ยา โดยเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การลดเสียงรบกวนและแสงในเวลากลางคืน การส่งเสริมวงจรการนอนหลับตามธรรมชาติ การจัดให้มีการรับรู้เวลาและสถานที่อย่างต่อเนื่อง (reorientation) รวมถึงการสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน นอกจากนี้ควรสนับสนุนการใช้อุปกรณ์ช่วยรับรู้ เช่น แวนตา หรือเครื่องช่วยฟัง และส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม ซึ่งมาตรการเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการลดความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน^{2,10}

4. การให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety as priority) ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperactive delirium มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การดึงท่อช่วยหายใจหรือสายต่าง ๆ พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และป้องกันการเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้เครื่องยึดตรึงควรใช้ภายใต้ข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน มีการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ และคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย²

5. การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary collaboration) หากอาการของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีข้อสงสัยถึงภาวะที่เป็นอันตราย เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะหลอดเลือดสมอง หรือภาวะถอนยา พยาบาลควรประสานแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษา รวมถึงการพิจารณาการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

6. การติดตามผลและการสื่อสารภายในทีม (Monitoring and team communication) พยาบาลควรบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ได้แก่ อาการของผู้ป่วย ปัจจัยกระตุ้นที่พบ มาตรการที่ดำเนินการ และผลการตอบสนองต่อการดูแล พร้อมทั้งมีการสื่อสารข้อมูลภายในทีมอย่างต่อเนื่อง เช่น การรายงานเวรหรือการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป^{2,7}

บทสรุป

ภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดตื่นตัวมากเกินไป (hyperactive delirium) ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมีผลกระทบสูงต่อความปลอดภัยและคุณภาพการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย ก้าวร้าว ไม่ร่วมมือ หรือพยายามดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำคัญ เช่น การถอดท่อช่วยหายใจ/สายต่าง ๆ โดยไม่ตั้งใจ การบาดเจ็บ การหกล้ม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้การผูกมัดหรือการให้ยาแก้ปวด/ประสาทมากเกินความจำเป็น ดังนั้น “หัวใจของการดูแล” ไม่ใช่เพียงการควบคุมพฤติกรรม แต่คือการประเมินภาวะนี้อย่างเป็นระบบ ค้นหาสาเหตุที่แก้ไขได้ และใช้มาตรการแบบองค์รวมที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัย ศักดิ์ศรี และผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาว^{2,7,8}

บทบาทสำคัญของพยาบาลเริ่มตั้งแต่ “การค้นพบให้เร็ว” ด้วยการประเมินระดับความตื่นตัว/การกดประสาทก่อน แล้วจึงคัดกรอง delirium ด้วยเครื่องมือมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ (เช่น CAM-ICU) เพื่อไม่ให้ delirium ถูกมองข้ามและเพื่อให้ทีมรักษามีข้อมูลต่อเนื่องในการปรับแผนการดูแล^{5,6} เมื่อพบ hyperactive delirium พยาบาลควรประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทันที พร้อมทั้งประเมินปัจจัยที่แก้ไขได้ เช่น ความปวด การพร่องออกซิเจน การติดเชื้อ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม/เกลือแร่ อาการถอนยา หรือผลข้างเคียงจากยา รวมทั้งประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการนอนหลับที่เป็นตัวเร่งของอาการใน ICU² การประเมินเชิงรุกเช่นนี้ช่วยเปลี่ยนการดูแลจาก “การตามแก้ปลายเหตุ” ไปสู่ “การป้องกันและจัดการสาเหตุ” ซึ่งมีแนวโน้มลดความรุนแรงและระยะเวลาของภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากกว่า^{2,8}

ด้านการจัดการ พยาบาลควรใช้มาตรการไม่ใช้ยาเป็นฐาน (first-line) ได้แก่ การสื่อสารที่ชัดเจนและสงบ การ reorientation (บอกวันเวลา/สถานที่/เหตุผลการรักษา) การลดสิ่งกระตุ้น (เสียง แสง การทำหัตถการถี่) การสนับสนุนวงจรการนอนหลับ การจัดอุปกรณ์ช่วยรับรู้ (แว่น/เครื่องช่วยฟัง) และการสนับสนุนการเคลื่อนไหวเร็วตามความพร้อมของผู้ป่วย^{2,7,10} ในกรณีที่มีความเสี่ยงอันตรายเฉียบพลัน การดูแลความปลอดภัยต้องมาก่อน โดยเน้นการเฝ้าดูแลใกล้ชิด การยึดตรึงอุปกรณ์อย่างถูกวิธี และใช้การผูกมัดเฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้จำเป็นจริงพร้อมการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด² ทั้งนี้ การพิจารณาใช้ยาควบคุมอาการควรอยู่ภายใต้การประเมินร่วมทีม โดยเป้าหมายคือ “ทำให้ผู้ป่วยสงบพอร่วมมือและปลอดภัย” ไม่ใช่การกดประสาทลึก ซึ่งอาจทำให้การคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน ทำได้ยากและเพิ่มความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์^{2,7}

การประยุกต์กรอบ ABCDEF bundle ช่วยให้พยาบาลเชื่อมโยงการประเมินและการดูแลในมิติสำคัญอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การจัดการความปวด (A) การทบทวนความพร้อมในการตื่นและหายใจด้วยตนเอง (B) การเลือกยาแก้ปวด/ยาแก้ปวดประสาทอย่างเหมาะสม (C) การประเมิน-ป้องกัน-จัดการ ภาวะสับสนเฉียบพลัน (D) การเคลื่อนไหวเร็วและฟื้นฟู (E) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (F) ซึ่งแนวทางมาตรฐานใน ICU สนับสนุนการใช้ชุดมาตรการหลายองค์

ประกอบมากกว่าการทำเพียงมาตรการเดียว^{2,8} นอกจากนี้ การปรับปรุงแนวทางล่าสุดยังเน้นการฟื้นฟูและการเคลื่อนไหวที่เข้มข้นขึ้น รวมถึงข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเลือกยาแก้ลมประสาทในบางสถานการณ์ ซึ่งตอกย้ำว่าการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน ต้องอาศัยการประเมินต่อเนื่องและการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ⁷

สรุป การดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่มี hyperactive delirium ให้ได้ผลจำเป็นต้องมี “ระบบการดูแล” ที่ชัดเจนในระดับหน่วยงาน ได้แก่ (1) กำหนดความถี่และเครื่องมือคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน อย่างเป็นมาตรฐาน (2) กำหนดแนวทางประเมินสาเหตุที่แก้ไขได้และสัญญาณอันตราย (3) มีชุดมาตรการไม่ใช้ยาเป็นฐานที่ทำได้จริงในบริบท ICU (4) มีแนวทางการใช้ restraint และการใช้ยาอย่างเหมาะสม พร้อมการติดตามผล และ (5) ส่งเสริมการสื่อสารในทีมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว^{2,7} เมื่อดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ เพิ่มความปลอดภัย ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มศักดิ์ศรีผู้ป่วย และเสริมความมั่นใจของพยาบาล อันเป็นรากฐานสำคัญของการยกระดับคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอย่างยั่งยืน^{2,8}

References

1. Assantachai P. Basic principles of geriatric medicine. In: Assantachai P, editor. Common health problems in the elderly and prevention. 5th ed. Bangkok: Union Creation Co., Ltd.; 2015. (in Thai)
2. Department of Medical Services, Institute of Geriatric Medicine. Clinical practice guideline for management of geriatric syndromes. 3rd ed. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
3. Wan M & Chase JM. Delirium in older adults: diagnosis, prevention, and treatment. British Columbia Medical Journal. 2017;(59):165-70.
4. Academic Conference. Innovations Transforming Global Society; 2018 May 25; Ubon Ratchathani, Thailand. Ubon Ratchathani; 2018. (in Thai)

5. Ngamkala T, Malathum P & Krairit A. Incidence and risk factors of delirium in hospitalized older adults. Ramathibodi Nursing Journal. 2018;(24):138-49. (in Thai)
6. Oh ES, Fong TG, Hsieh TT & Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. Journal of the American Medical Association. 2017.
7. Inouye SK. Delirium in older persons. New England Journal of Medicine. 2006.
8. Srinonprasert V, Pakdeewongse S, Assanasen J, Eiamjinnasuwat W, Sirisuwat A, Limmathuroskul D & Assanasen P. Risk factors for developing delirium in older patients admitted to general medical wards. Journal of the Medical Association of Thailand. 2011;(94):99-104. (in Thai)
9. Muangpaisan W & Siriasakul A. Clinical practice guidelines for prevention and management of delirium in hospitalized older patients. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2022. (in Thai)
10. Muangpaisan W. Delirium in older persons and prevention. In: Assantachai P, editor. Common health problems in the elderly and prevention. 5th ed. Bangkok: Union Creation Co., Ltd.; 2015. (in Thai)
11. Saczynski JS, Marcantonio ER, Quach L, Fong TG, Gross A & Inouye SK. Cognitive trajectories after postoperative delirium. New England Journal of Medicine. 2012.
12. Inouye SK, Marcantonio ER & Metzger ED. Doing damage in delirium: the hazards of antipsychotic treatment in elderly persons. The Lancet Psychiatry. 2014.
13. Krongyuth S. Managing delirium in ICU patients. Burapha Nursing Journal. 2015;(23):89-99. (in Thai)

14. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. New England Journal of Medicine. 2017.
15. Ali S, Patel M, Jabeen S, Bailey RK, Patel T & Shahid M. Insight into delirium. Innovations in Clinical Neuroscience. 2011;(8):25-34.
16. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG & Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology. 2012; (26):74-77
17. Inouye SK, Westendorp RG & Saczynski JS. Delirium in elderly people. The Lancet. 2014.
18. Boonkaew N. Nursing care for older adults with delirium in intensive care, post-operative and palliative care settings. Eastern Asia University Academic Journal: Science and Technology. 2018;(12):38-47. (in Thai)