

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ: ความท้าทาย ของการพยาบาล

นิตยา จันทบุตร พย.ม.^{1*}

ครองสินธุ์ เขียนขานาจ ส.ม.²

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นการเสื่อมถอยของกระบวนการรู้คิดการสูญเสียความตั้งใจอย่างทันทีทันใด มักมีอาการเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน มีลักษณะอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในกลางวัน เป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว สามารถฟื้นฟูเป็นปกติได้ สาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น ภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และอัตราการตายที่สูงขึ้นด้วย ภาวะสับสนเฉียบพลันมี 4 ลักษณะ คือ ตื่นตัว ง่วงซึม ผสมผสาน และระดับความรู้สึกตัวปกติ การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถพิจารณาตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาฉบับที่ 5 และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ง่ายต่อการใช้งาน และเป็นที่ยอมรับ การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นกับสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ทั้งนี้ การจัดการโดยการไม่ใช้ยาเป็นทางเลือก อันดับแรกในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งประกอบไปด้วย การกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุให้อยู่กับปัจจุบันให้รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ส่งเสริมการนอนหลับ เป็นต้น การวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็วสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะสับสนเฉียบพลันได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้สูงอายุ, ภาวะสับสนเฉียบพลัน

¹อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น

*Corresponding email: geronto6@gmail.com

วันที่รับ (received) 24 มี.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 มิ.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ก.ค. 2563

Delirium in Elders: Challenges of Nursing Care

Nittaya Chanthabut M.N.S.^{1*}

Khrongsin Khiachanaj M.P.H.²

Abstract

Delirium is acute cognitive dysfunction and inattention, typically lasted and for hours or days with a fluctuating course. Additionally, it is a temporary condition which can usually be recovered to normal. The major causes of delirium in elders consist of predisposing factors and precipitating factors. Besides, Delirium is associated with the longer stay in hospital and high mortality rates. According to its categories, there are hyperactive delirium, hypoactive delirium, alternate between these states, or normal consciousness. Delirium can be diagnosed by applying the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5), and the Confusion Assessment Method (CAM), all of them are popularly used among therapists. To strategically manage, it will run according to the causes of delirium; for instance, the non- pharmacological approaches are the first strategy to prevent and to manage delirium by promoting an older people's reorientation about the person, time, and place, encouraging appropriate nutritional intake, and promoting adequate sleep and rest. Besides, the early detection and treatment can also prevent the complications of delirium.

Keywords: nursing care, elders, delirium

¹Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University

²Registered Nurses, Khon Kaen Hospital

*Corresponding email: geronto6@gmail.com

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการทางจิตประสาทซึ่งปรากฏในลักษณะการเสื่อมลงของความตั้งใจและกระบวนการรู้คิด มักมีอาการเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และมีลักษณะเปลี่ยนแปลงขึ้นลงภายในหนึ่งช่วงวัน¹⁻³ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรง และรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ศูนย์การฟื้นฟู ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย เป็นต้น ภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายสูง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลมีอัตราการตายร้อยละ 22-76⁴ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 5.7 เป็น 9.1 วัน ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการเข้าสังคมลดลงจาก 0.51 เหลือ 0.15⁵ จำนวนผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต้องรักษาในระยะยาว³ จากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ บางครั้งไม่ได้รับการวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและถูกต้อง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ร้อยละ 75 เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมและมีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดวงเวียน⁶ จึงมีความยากในการวินิจฉัย และผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันเพียงร้อยละ 2.9 ในขณะที่ตรวจพบความผิดปกติ ของการตั้งใจร้อยละ 35.4 การรับรู้วันเวลาสถานที่ ร้อยละ 29.7 และความจำร้อยละ 77.5⁷ นอกจากนี้ ยังพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลันพยาบาลรับรู้ว่ามีผู้สูงอายุต่อเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ดึงอุปกรณ์การรักษาต่างๆ และเป็นภาวะปกติในผู้สูงอายุ จึงได้รับการดูแลโดยการผูกมัดมากกว่าจะได้รับการรักษา จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อภาวะสับสนเฉียบพลันของพยาบาลพบว่า ภาพรวมพยาบาลมีความรู้ระดับดี ความรู้และทักษะไม่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ⁸⁻⁹ แต่รายด้านพบว่า ทักษะคิดเชิงบวกและเชิงลบมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาล⁹ จากผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนว่าควรส่งเสริมความรู้ ร่วมกับการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกของพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน⁸⁻⁹ และยังมีการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน อยู่ในระดับมาก ส่วนความรู้เกี่ยวกับการจัดการ

ภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ความรู้ของพยาบาลมีความแตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จะมีความรู้ในระดับมาก ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่ามีความรู้ต่ำกว่า¹⁰ จะเห็นได้ว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน อย่างไรก็ตาม การที่พยาบาลจะสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้นั้น ต้องมีความรู้เป็นฐาน พยาบาลควรจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุนี้ อย่างไรก็ตาม เป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับการพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินอาการและอาการแสดง การวินิจฉัย และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ส่งเสริมการพยาบาลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะสับสนเฉียบพลัน จึงได้เรียบเรียงบทความนี้ขึ้นโดยกล่าวถึงอุบัติการณ์ อาการและอาการแสดง ปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลกระทบ พยาธิสรีรวิทยา การวินิจฉัย การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ พบว่าในแต่ละปีผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่า 2.6 ล้านคน ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่รับการผ่าตัด เรียกว่าภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดร้อยละ 5-10 ผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกร้อยละ 42 นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้สูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิตมีภาวะสับสนเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 80 ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะสับสนเฉียบพลัน มีอัตราการตายร้อยละ 10-26³ สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.9¹¹ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังร้อยละ 33.7¹² ผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 12.85¹³ และผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมร้อยละ 45.45¹⁴ ภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ พยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น มักมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวอย่างเฉียบพลัน มีอาการแสดงของระยะนำมาก่อนซึ่งมีการดำเนินอย่างช้าๆ เกิดชั่วคราว มักพบความวิตกกังวล วิตถลิ่งเร็ว อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีสมาธิ กระสับกระส่าย เมื่อรักษาได้ทันที่ที่อาการจะหายไป หากมีการดำเนินของภาวะนี้ต่อเนื่องจะพบการสูญเสียการจดจำ ต้องถามคำถามซ้ำบ่อยๆ วอกแวกง่าย ความจำเสื่อม กระวนกระวาย เหนื่อยเมื่อยและแยกตัว แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน การรับรู้ผิดปกติ เห็นภาพหลอน มีอาการทางระบบประสาท เช่น ท่าเดินไม่มั่นคง สั่นกระตุก อ่านเขียนไม่ได้⁴ ภาวะสับสนเฉียบพลันส่วนใหญ่แบ่งเป็น 3 ชนิดได้แก่ ตื่นตัว ง่วงซึม และผสมผสาน^{1,4,15} นอกจากนี้ยังพบชนิดที่ระดับความรู้สึกตัวปกติด้วย³ ดังนี้

1. ภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดตื่นตัว (Hyperactive delirium) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวในลักษณะตื่นตัวมากกว่าปกติ มีพฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย โวยวาย ดึงสายอุปกรณ์ต่างๆ

2. ภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดง่วงซึม (Hypoactive delirium) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวในลักษณะง่วงซึม หลับมาก มักถูกมองข้ามไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษา

3. ภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดผสมผสาน (Mixed delirium) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวในลักษณะผันผวน อาการขึ้นๆ ลงๆ มีทั้งแบบตื่นตัวและง่วงซึมในระหว่างวัน

4. ภาวะสับสนเฉียบพลันแบบระดับความรู้สึกตัวปกติ (Normal consciousness delirium) ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ตื่นตัวเหมือนปกติ แต่มีความคิดไม่เป็นระบบ ไม่สามารถปะติดปะต่อเป็นเรื่องเป็นราว (Focus) ได้

จากลักษณะอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นมีหลายลักษณะโดยเฉพาะชนิดง่วงซึมและชนิดระดับความรู้สึกตัวปกติที่ค่อนข้างมีความยากในการประเมินอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน นอกจากนี้พยาบาลยังต้องประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุด้วย นับเป็นความท้าทายของการพยาบาล

ปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุ อาจเกิดจากปัจจัยเดียวหรือหลายๆ ปัจจัย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักๆ คือ ปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น^{4,11,13,16} ดังนี้

1. ปัจจัยเดิม หมายถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุเป็นมาก่อนที่จะเข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ อายุ ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง กระบวนการรู้คิดเปลี่ยนแปลงเช่น ภาวะสมองเสื่อม หรือเคยมีอาการสับสน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถเชิงปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพา การจำกัดการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยหรือมีประวัติหกล้ม ประสาทสัมผัสบกพร่อง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การเจ็บป่วยรุนแรง หลากหลายโรค เจ็บป่วยด้วยโรคไต ไต หลอดเลือดสมอง ระบบประสาท ความไม่สมดุลของกรดด่าง กระดูกหัก การบาดเจ็บ ระยะสุดท้ายของชีวิต ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การได้รับยากลุ่มจิตเภทยับยั้งต่อเนื่องเป็นประจำ ได้รับยาหลายชนิด ได้รับยาในขนาดสูง ยานอนหลับ ยากลุ่ม Anticholinergic การเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบประสาท ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง การไหลเวียนโลหิตในสมอง เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

2. ปัจจัยกระตุ้น หมายถึงปัจจัยใหม่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่

1) การเจ็บป่วยมีความเกี่ยวเนื่องกับ การติดเชื้อ ใช้ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา (iatrogenesis) การเจ็บป่วยที่รุนแรง การขาดออกซิเจน ภาวะช็อก อุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะช็อค ภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร อัลบูมินต่ำ โรคลมชัก การเผาผลาญเปลี่ยนแปลง ภาวะน้ำตาลต่ำ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความปวด ความไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโซเดียม โพแทสเซียม และฟอสฟอรัส

2) การผ่าตัดเกี่ยวกับระบบกระดูกและข้อ หลอดเลือดหัวใจ รวมทั้ง การผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป

3) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับการกระตุ้นจากแสง เสียง กลิ่น การมีกิจกรรมบ่อยครั้ง หอผู้ป่วยวิกฤต การเปลี่ยนที่นอนหรือเตียงบ่อยๆ

4) การนอนไม่หลับ มีความเกี่ยวข้องเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงของเซโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลผิดปกติ

5) ยา ได้แก่ กลุ่ม Analogics, Antibiotic, Anticholinergic, Diuretic, Antihypertensive, Bronchodilator, Cardiovascular, H2 – receptor antagonist, Miscellaneous, Sedative, Steroids, Metoclopramide การได้รับยาหลายชนิด

6) สภาพทางอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล ตกใจ ความกลัว ภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาท

7) การจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การผูกมัด การคาทอช่วยหายใจ การคาสายสวนปัสสาวะ การมีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว เป็นต้น

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ นั้น มีสาเหตุจากทั้งปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น ซึ่งเป็นความท้าทายทางการพยาบาล พยาบาลควรค้นหาปัจจัยของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพื่อป้องกัน ชัดหรือลด ปัจจัยสาเหตุที่สามารถจัดการได้ เพื่อลดผลกระทบของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมสุขภาพดังนี้^{3,17-19}

1. ผู้สูงอายุ เกิดแผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ภูมิคุ้มกันต่ำ ทูพพลภาพ ข้อติด เสียชีวิต นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น การพักฟื้นใช้เวลานานขึ้น สมองทำหน้าที่เสื่อมลงเป็นเวลามากกว่า 1 ปี และติดเชื้อในระบบต่างๆ เช่น ทางเดินปัสสาวะ กระแสเลือด ทางเดินหายใจ เป็นต้น

2. ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย

3. ทีมสุขภาพ เกิดความความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ใช้เวลารักษานาน อัตราการตายและอัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น ภาระงานเพิ่มขึ้นด้วยอัตราค่าจ้างที่จำกัด

ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น มีความรุนแรงจนเสียชีวิต จึงควรได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว พยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวพยาธิสรีรวิทยา ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

พยาธิสรีรวิทยา

การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายกระบวนการดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงเมแทบอลิซึมของสมอง ซึ่งมีหลายสาเหตุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท จำพวกสาร Acetylcholine, Dopamine, Norepinephrine, Melatonin, Gamma-aminobutylic acid (GABA) และ Serotonin การเปลี่ยนแปลงของกรดอะมิโน โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของ Tryptophan และ Phenylalanine ส่งผลให้ Dopamine และ Norepinephrine สูงกว่าปกติ รวมทั้งภาวะเครียดและการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อ Dopamine norepinephrine เมื่อ Dopamine เพิ่มขึ้นจะควบคุมการหลั่งของ Acetylcholine ดังนั้นควรเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้ยากระตุ้น Dopamine นอกจากนี้ยังเกิดจากกระบวนการอักเสบ เมื่อร่างกายเกิดการอักเสบทำให้ออกซิเจนส่งผ่านเข้าสู่สมองโดยผ่านตัวกรองกั้นระหว่างเลือดกับสมอง (Blood brain barrier) ไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้แรงดันในสมองเพิ่มขึ้น จากการตีบของหลอดเลือดฝอย ทำให้หลอดเลือดในสมองตีบและภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ^{4,15}

2. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามกระบวนการสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทคือ Acetylcholine ลดลง ทำให้เมแทบอลิซึมในสมองเปลี่ยนแปลง อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของระยะการเคลิ้มหลับที่ยาวนานขึ้นและ การหลับลึกสั้นลง ในช่วงการหลับนั้นมีการตื่นสลับการหลับลึกและหลับตื้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร การย่อยการดูดซึมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร รวมทั้งภาวะเจ็บป่วย และการจำกัดอาหาร ส่งผลให้โภชนาการบกพร่อง¹⁵

การที่พยาบาลมีความเข้าใจพยาธิสรีรวิทยาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น ทำให้พยาบาล ตระหนักว่าผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ และสามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ด้วยการลดปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และขณะเดียวกันพยาบาลยังต้องวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันให้ได้ด้วย

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ตามเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน คือ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) หรือ DSM V จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรือจิตแพทย์ส่วนแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (Confusion Assessment Method; CAM) นั้นใช้อย่าง บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถใช้ได้ แต่ต้องได้รับการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ¹⁹⁻²² ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันตาม The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) หรือ DSM V มีคุณลักษณะ 5 ข้อดังนี้

- 1) มีความผิดปกติของความสนใจ ได้แก่ การสูญเสียการคงความสนใจ การจดจ่อ การเสียสมาธิหรือการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อม
- 2) เกิดความผิดปกติในช่วงเวลาสั้นๆ หรือ หลายชั่วโมงหรือไม่กี่วัน มีการเปลี่ยนแปลงระดับความสนใจและการรับรู้ เปลี่ยนไปจากเดิม และมีอาการผันผวนขึ้นๆ ลงๆ ในระหว่างวัน
- 3) มีความผิดปกติของกระบวนการคิด ได้แก่ ความจำบกพร่อง ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ภาษา ไม่สามารถเชื่อมโยงภาพที่เห็นในหลายมิติที่เกี่ยวข้อง
- 4) ความผิดปกติในข้อที่ 1 และ 2 ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของโรคระบบประสาทอย่างอื่นที่เป็นอยู่เดิม และไม่ได้เกิดขึ้นในขณะที่ความรู้สึกตัวลดลงในระดับโคมา
- 5) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ จากประวัติ ผลตรวจร่างกาย หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บ่งชี้ว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากสภาวะทางกาย ยา สารเสพติด สารพิษ การขาดยา การถอนยา หรือจากหลายสาเหตุร่วมกัน

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ตามเครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (Confusion Assessment Method; CAM)²²⁻²⁴ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและใช้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน มีการแปลจากต้นฉบับเป็นหลากหลายภาษารวมทั้งฉบับภาษาไทย ซึ่งมีความไวร้อยละ 91.9 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 100²³ เกณฑ์การวินิจฉัยตามเครื่องมือ CAM ประกอบด้วย 4 คุณลักษณะ ได้แก่

- 1) การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน เปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ประเมินจากการสังเกตสอบถามจากญาติว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงภายใน 1-2 วันหรือไม่
- 2) การไม่ตั้งใจ ประเมินจากการขาดความจดจ่อ การขานเลขตามที่บอก
- 3) กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ

ประเมินจากการพูดไม่ต่อเนื่อง ไม่สมเหตุสมผล และ 4) การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก ประเมินจากแบบประเมินการง่วงซึม กระวนกระวาย (The Richmond Agitation and Sedation Scale; RASS)

การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้เมื่อมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ข้อที่ 1 และ 2 ร่วมกับข้อที่ 3 หรือข้อที่ 4 ข้อใดข้อหนึ่ง สำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (The confusion assessment method for the intensive care unit; CAM-ICU) มีความไวร้อยละ 92.3 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 94.7 ใช้เวลาเพียง 1-2 นาที²⁵ สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัย CAM และ CAM-ICU เป็นเกณฑ์เดียวกัน ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นมี 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความรู้สึกตัวโดยใช้ RASS^{26,27} ซึ่งเป็นค่าต่อเนื่อง 10 ค่า จาก -5 ถึง +4 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กระวนกระวาย (+1 ถึง +4) ตื่นตัวปกติ (0) และง่วงซึม (-1 ถึง -5) ดังนี้

-5 ปลุกไม่ตื่น ไม่ตอบสนองต่อเสียง หรือการกระตุ้นทางกาย

-4 หลับลึก ไม่ตอบสนองต่อเสียง แต่มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อกระตุ้นทางกาย

-3 หลับปานกลาง มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อเรียก (แต่ไม่สบตา)

-2 หลับตื้น ปลุกตื่นในช่วงสั้นๆ และสบตาเมื่อเรียก ได้ < 10 วินาที

-1 ง่วงซึม ปลุกตื่นด้วยเสียงเรียก แต่ตื่นไม่เต็มที่ และ สบตาได้นาน ≥ 10 วินาที

0 ตื่นตัว และสงบ

+1 พักไม่ได้ กระสับกระส่าย หวาดวิตก มีการเคลื่อนไหวที่ไม่ก้าวร้าว รุนแรง

+2 กระวนกระวาย มีการเคลื่อนไหวอย่างไม่มีเป้าหมายบ่อยครั้ง ต้านเครื่องช่วยหายใจ

+3 กระวนกระวายมาก ดึงท่อ หรือ สายสวนต่างๆ ก้าวร้าว

+4 ต่อสู้ ต่อสู้มีความรุนแรง เป็นอันตรายต่อบุคลากรในทันทีทันใด

ถ้า RASS เป็น -4 หรือ -5 ให้หยุด ประเมิน และประเมินผู้สูงอายุซ้ำในเวลาต่อไป ถ้า RASS มากกว่า -4 (-3 ถึง +4) ให้ดำเนินการต่อในขั้นที่ 2

ขั้นที่ 2 คือ การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันตามคุณลักษณะหลักทั้ง 4 ข้อและวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันตามเกณฑ์ที่กล่าวมาแล้ว

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นพยาบาลต้องฝึกทักษะให้เกิดความชำนาญเพื่อให้สามารถประเมินได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ นับเป็นความท้าทายของการพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันแล้ว ควรได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้แม้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน แต่มีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้ตลอดเวลาจึงต้องมีการจัดการอาการอย่างเหมาะสม

การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุนั้น ต้องใช้วิธีการแบบผสมผสาน เพราะสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น เป็นไปได้มากมายที่เกิดจากปัจจัยเดียว นับเป็นความท้าทายของการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายของการจัดการนั้นต้องขจัดปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย การจัดการด้วยการไม่ใช้ยาและการใช้ยาเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนี้^{2-4,28-31}

1. การจัดการโดยไม่ใช้ยา เป็นการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอันดับแรก ที่เลือกใช้และได้ผล ทั้งในด้านการป้องกัน และการรักษา ได้แก่

1) ค้นหาปัจจัยทั้งปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุทุกราย และเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันควรค้นหาสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ให้การรักษา ลดหรือขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

2) การจัดการเรื่องการรับรู้ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้แสงสว่างเพียงพอ ลดแสงจ้า และเงา การให้รับรู้วันเวลา สถานที่ จัดให้มีปฏิทิน นาฬิกา ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน แสงสว่างเพียงพอในช่วงกลางวัน กลางคืนเปิดไฟเท่าที่จำเป็น ให้สวมแว่นสายตา หูฟัง น้ำของส่วนตัวที่คุ้นเคยเช่น รูปถ่าย หมอน มาใช้ในโรงพยาบาล และสนับสนุนให้บุคคลที่คุ้นเคยดูแล ไม่ย้ายเตียงบ่อยๆ การใช้โทนสี เพื่อกระตุ้นความจำ เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ดูแล หรือสถานที่ ให้แนะนำบุคคล สถานที่ เวลาทุกครั้ง ไม่เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อยๆ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม

ในผู้ที่ไม่รับรู้ วัน เวลา สถานที่ ซึ่งอาการสับสนเฉียบพลันจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมมากเกินไป จัดสิ่งกระตุ้นสิ่งที่ทำให้สับสนหรือรับรู้ผิดปกติ เช่น รูปภาพบนผาผนัง หรือโทรทัศน์ เป็นต้น

3) การส่งเสริมการนอนหลับ จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับ เช่น แสง เสียง และลดกิจกรรมที่รบกวนการนอนของผู้สูงอายุ เช่น การรวมกิจกรรมการรักษาพยาบาลหลายเรื่องไว้ด้วยกัน จัดสาเหตุของการนอนไม่หลับ เช่น ความเครียด วิดกกังวล ความปวด เป็นต้น

4) ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ ป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

5) ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว เช่น การลุกจากเตียงภายใน 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด การพลิกตะแคงตัว ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หลีกเลี่ยงการผูกมัด และผูกมัดเมื่อจำเป็นเท่านั้น

6) พยาบาลสร้างทัศนคติที่ดีต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน ยอมรับความรู้สึกกลัวและความรู้สึกต่างๆ ของผู้สูงอายุ อนุญาตให้ทำพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อลดความวิตกกังวล พยาบาลต้องสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ของตนเอง ความมีเหตุผลไม่โต้แย้ง ตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกมากกว่าเนื้อหา ของความหลงผิดหรือประสาทหลอน ตระหนักและยอมรับในการรับรู้ของผู้สูงอายุ

7) การสื่อสาร ให้ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อมีอาการสับสนให้ผู้สูงอายุตัดสินใจน้อยที่สุด ติดตั้งสัญญาณสำหรับติดต่อเจ้าหน้าที่ การเข้าหาผู้สูงอายุต้องเข้าด้านหน้าอย่างช้าๆ และนุ่มนวล ไม่คุกคาม สื่อสารกับผู้สูงอายุด้วยภาษาง่ายๆ ตรงไปตรงมาเป็นขั้นตอน ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งอาการและอาการแสดง การรักษาและการป้องกัน

8) ส่งเสริมการขยับถ่าย ป้องกันภาวะท้องผูก ภาวะปัสสาวะคั่งค้าง

9) การป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ เช่น การไม่ใส่สายสวนปัสสาวะ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันหลอดเลือดอักเสบจากการให้สารน้ำ และยาทางหลอดเลือดดำ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เป็นต้น

2. การจัดการด้วยการใช้ยา ยังไม่มียาในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน สำหรับยาที่ใช้ในการรักษาที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิด Hyperactive delirium คือกลุ่ม Antipsychotics เช่น Haloperidol, Risperidone

เพราะออกฤทธิ์ต้าน Anticholinergic ต่ำ ส่วนการใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine มีผลให้ผู้สูงอายุสงบลงแต่ไม่ทำให้มีอาการสับสนหายไป และกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น

การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นความท้าทายทางการแพทย์ เนื่องจากมีความยากในการจัดการหลายอย่าง เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วย ให้เงียบสงบ การไม่ผูกมัดผู้สูงอายุเมื่อมีอาการกระวนกระวาย การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาล เป็นต้น การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหากพยาบาลสามารถดำเนินการได้นั้นจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นพยาบาลควรค้นหาปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแล้วพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดูแลจัดการสิ่งแวดล้อม การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ส่งเสริมการนอนหลับ ส่งเสริมภาวะโภชนาการ การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับปัจจุบัน การไม่โต้แย้ง การสื่อสารอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุพ้นหายจากภาวะสับสนเฉียบพลันได้

กรณีศึกษา

ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 79 ปี ภายหลังรักษาตัวในห้องผู้ป่วยวิกฤต เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิด Hyperactive จากการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันด้วยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับห้องผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) ในขั้นที่ 1 การประเมินความรู้สึกตัวโดยใช้ RASS พบว่าระดับคะแนน RASS +2 คือผู้สูงอายุมีอาการหายใจไม่สัมพันธ์เครื่องช่วยหายใจ กระสับกระส่าย ขั้นที่ 2 ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่า

1) มีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ตื่น ลืมตา ไม่นอน ในช่วงเวลา 18.00 - 24.00 น. 2) การทดสอบความสนใจและการตั้งใจ ไม่สามารถบีบมือผู้ตรวจเมื่ออ่านเลข 1 3) ระดับความรู้สึกตัว RASS 2 + 4) การทดสอบกระบวนการทางความคิด การทดสอบโดยผู้ทดสอบชูนิ้วมือ 2 นิ้ว นิ้วชี้และนิ้วกลาง ต่อหน้าผู้สูงอายุแล้วให้ผู้สูงอายุทำตาม ผู้สูงอายุไม่ทำตาม จากผลการประเมินผู้สูงอายุมีลักษณะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่า CAM-ICU positive คือมีคุณลักษณะเข้าเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน เปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ

2) การไม่ตั้งใจ 3) กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ และ 4) การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สติ

ปัจจัยเดิมของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความสูงอายุ อายุมากกว่า 65 ปี 2) การมองเห็นไม่ชัดเจน และ 3) การได้ยินไม่ชัดเจน ส่วนปัจจัยกระตุ้นประกอบด้วย 10 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระดับคะแนน APACHE score II เพิ่มขึ้นจาก 26 คะแนนเป็น 29 คะแนน 2) ภาวะติดเชื้อของร่างกาย 2 ระบบ คือระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบทางเดินหายใจ 3) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 4) ยาที่ได้รับได้แก่โดปามีน (Dopamine) และดอร์มิจัม (Dormicum) การได้รับยาหลายชนิด ทั้งยาปฏิชีวนะ และยาแก้ปวด 5) ความผิดปกติของระบบการเผาผลาญ คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) และยังพบภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะโซเดียมสูง (Hypernatremia) ภาวะกรดจากการเผาผลาญ (Metabolic acidosis) ภาวะไข้ และภาวะทุพโภชนาการ 6) ความปวด 7) ได้รับการผูกข้อมือทั้งสองข้าง 8) ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ ได้แก่ ใส่สายยางทางจมูกและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดลมคอ 9) การเจ็บป่วยที่รุนแรง และ 10) ด้านสิ่งแวดล้อมคือการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

การจัดการอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน 1) แพทย์ผู้รักษทำการค้นหาสาเหตุ และให้การรักษาตามอาการ และมีการระบุ ดอร์มิจัม 2 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการสับสนเฉียบพลัน 2) พยาบาลให้การพยาบาลโดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (การพลัดตกเตียง) พุดคุยทบทวน วัน เวลา สถานที่ บุคคล ดูแลให้ยาตามการรักษา เช็ดตัวลดไข้ ดูแลเรื่องการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ และติดตามประเมินอาการของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3) การจัดการโดยญาติ ญาติพุดคุยกับผู้สูงอายุบอก เวลาและสถานที่

ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลัน ญาติมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุจะหายจากการเจ็บป่วยหรือเปล่าคะ นอนซึมตลอดเลย” “ขอคุยกับคุณหมอได้หรือเปล่าคะ อยากนำผู้สูงอายุกลับบ้านคะ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น”

ผลลัพธ์ของภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมีอาการซึมปลุกไม่ตื่น เมื่อมีอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน 6 วัน ญาติจึงขอนำผู้สูงอายุกลับบ้าน

บทวิจารณ์

จากกรณีศึกษาหลังการดูแลผู้สูงอายุมีอาการไม่ดีขึ้นอาจเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรค (Comorbid) และการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลายปัจจัย ได้รับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยาซึ่งมีผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้นได้ เช่น การผูกมัด เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดตื่นตัว ผู้สูงอายุจะไม่อยู่นิ่ง จึงเป็นทางเลือกในการจัดการที่มักพบเห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการผูกมัด แม้ว่าการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน แนะนำให้หลีกเลี่ยง แต่ด้วยความจำเป็นเพื่อป้องกันผู้สูงอายุติงอุปกรณ์การรักษาต่างๆ ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ สิ่งที่ควรดำเนินการในอนาคตของหอผู้ป่วย ควรดำเนินการอย่างไรดีนั้นยังเป็นข้อขัดแย้ง เนื่องจากยังมีคำแนะนำว่าสามารถผูกมัดได้เมื่อจำเป็น ดังนั้น ควรมีการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผูกมัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุยังได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม เบนโซไดอาเซพีน (Benzodiazepine) ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน แต่ทำให้ผู้สูงอายุสงบลงเท่านั้น เป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพควรทบทวนในการใช้ยารักษาภาวะสับสนเฉียบพลันด้วย

ปัจจุบันการศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีความสอดคล้องกันกล่าวคือ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในลักษณะการศึกษาหาความชุก อุบัติการณ์ ในบริบทต่างๆ ทั้ง ในโรงพยาบาล ชุมชน ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุเรื้อรัง การสร้างแบบประเมินคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน การสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การหาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่วนประเด็นที่แตกต่างคือไม่พบการศึกษาความตระหนักของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในประเทศไทย โอกาสพัฒนานั้นควรมีการพัฒนาด้านสมรรถนะของพยาบาลในการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของพยาบาล การกำหนดให้ชัดเจนซึ่งในต่างประเทศมีการกำหนดเป็นข้อๆ และมีการประเมินติดตาม การศึกษาลักษณะเฉพาะทางคลินิกของผู้สูงอายุโดยเฉพาะลักษณะของอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน (Atypical presentation) ซึ่งอาจทำให้การประเมินอาการมีความผิดพลาดได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดง่วงซึมมักถูกละเลย อีกประเด็นที่น่าสนใจคือ

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา เพื่อป้องกันการและรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ควรมีการทบทวนกระบวนการชราภาพ มีความเกี่ยวข้องหรือมีผลอย่างไรต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และทัศนคติของพยาบาลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ รวมทั้งการตระหนักของพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

สรุป

ภาวะสับสนเฉียบพลัน พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่พยาบาลต้องประเมินให้ได้อย่างทันทั่วถึงเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาและฟื้นฟูเป็นปกติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาซึ่งรุนแรงจนเสียชีวิต การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มีปัจจัยการเกิดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือความสูงอายุ พยาบาลจึงต้องตระหนักว่าผู้สูงอายุทุกคนมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ นับเป็นความท้าทายของการพยาบาลเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะดังกล่าว รวมทั้งการประเมินการวินิจฉัย การบำบัดรักษา ทั้งนี้การรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดคือ การป้องกันการเกิดโดยการลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

1. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet 2014;383:911-22.
2. Cabrera GM, Kornusky JRM. Delirium in older patients. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2018.
3. Schub TB. Delirium: an overview. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2018.
4. Inouye SK. Delirium in older persons. NEJM 2006; 354:1157-65.
5. Fick DM, Steis MR, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. J Hosp Med 2013;8:500-5.

6. Rice KL, Bennett M, Gomez M, Theall KP, Knight M, Foreman MD. Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult. *Clinical Nurse Specialist* 2011;25:299-311.
7. Bellelli G, Nobili A, Annoni G, Morandi A, Djade CD, Meagher DJ, et al. Under-detection of delirium and impact of neurocognitive deficits on in-hospital mortality among acute geriatric and medical wards. *Eur J Intern Med* 2015; 26:696-704.
8. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, มยุรี ลีทองอิน, สุภาวดี เทียงธรรม, สาวิตรี สมมงคล, ธารินี เพชรรัตน์, ศจีมาศ แก้วโคตร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลในการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2562;34:281-5.
9. ลีต้า อาษาวิเศษ, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2562;37:235-43.
10. ปรียวดี เทพมุสิก, ศศิธร ชำนาญผล, นิตยา กรายทอง, สุกัญญา ผลวิสุทธิ์, จันทนา นิลาศน์, จรูญศรี มีหนองหว้า. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผู้ใหญ่วิกฤติของ พยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้สูงอายุหนัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์* 2560;1:70-85.
11. Srinonprasert V, Pakdeewongse S, Assanasen J, Eiamjinnasuwat W, Sirisuwat A, Limmathuroskul D, et al. Risk factors for developing delirium in older patients admitted to general medical wards. *J Med Assoc Thai* 2011;94:99-104.
12. ศรีสรลักษณ์ สุ่มงคล, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการ ผ่าตัดกระดูกสันหลัง. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 "นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก"; 25 พฤษภาคม 2561; มหาวิทยาลัยราชธานี. อุบลราชธานี; 2561. หน้า. 364-76.

- 13.ทิพย์เนตร งามกาละ, พรทิพย์ มาลาธรรม, อรพิชญา ไกรฤทธิ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. ราชกิจจานุเบกษา 2561;24:138-49.
- 14.กัญญา ปุกคำ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, ธารทิพย์ วิเศษธาร. การประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้โปรแกรมการประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอายุวิกฤตศัลยกรรม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2562;6:68-86.
- 15.ปณิดา ลิมปะวัฒนะ. กลุ่มอาการผู้สูงอายุ และประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. ขอนแก่น: หน่วยงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
- 16.Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA 1996;275:852-7.
- 17.สุวรรณ สกประเสริฐ, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, พรทิศา วิศวจารย์, นิติพร สิริทิพากร. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ delirium ในผู้สูงอายุสูงอายุโรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2558;33:60-8.
- 18.กมลกานต์ ปรีชาธีรศาสตร์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. การสร้างเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559;28:79-89.
- 19.Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. JAMA 2017;318:1161-74.
- 20.กุลธิดา เมธาวคิน. ภาวะสับสนเฉียบพลันการวินิจฉัย แบบประเมินและแนวทางการรักษา. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ 2561;13:21-9.
- 21.Tieges Z, Evans JJ, Neufeld KJ, MacLulich AMJ. The neuropsychology of delirium: advancing the science of delirium assessment. Int J Geriatr Psychiatry 2018;33:1501-11.

- 22.Woten MRB, Pilgrim JRBM. Delirium in older patients: providing care in the acute care setting. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2017.
- 23.Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, Pinyopornpanish M, Maneeton B, Lertrakarnnon P, et al. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: Utilization of the CAM algorithm. BMC Fam Pract 2011;12:65.
- 24.Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990;113:941-8.
- 25.Pipanmekaporn T, Wongpakaran N, Mueankwan S, Dendumrongkul P, Chittawatanarat K, Khongpheng N, et al. Validity and reliability of the thai version of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). Clin Interv Aging 2014;9:879-85.
- 26.Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The richmond agitation-sedation scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166:1338-44.
- 27.Taran Z, Namadian M, Faghihzadeh S, Naghibi T. The effect of sedation protocol using richmond agitation-sedation scale (RASS) on some clinical outcomes of mechanically ventilated patients in intensive care units: a randomized clinical trial. J Caring Sci 2019;8:199-206.
- 28.Abraha I, Rimland J, Trotta F, Pierini V, Cruz-Jentoft A, Soiza R, et al. Non-pharmacological interventions to prevent or treat delirium in older patients: clinical practice recommendations the SENATOR-ONTOP series. J Nutr Health Aging 2016; 20:927-36.
- 29.Delirium management .In: Bulechek MG, Butcher KH, Dochterman MJ, editor. Nursing interventions classification (NIC). 5th ed. The university of Iowa Iowa city, Iowa; 2008. p. 252-3.

- 30.Schub TB, Smith NRM. Delirium: diagnosis. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2018.
- 31.Conley DM. The gerontological clinical nurse specialist's role in prevention, early recognition, and management of delirium in hospitalized older adults. Urologic Nursing 2011;31:337-42.