

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

วาสนา ชนเครชรุ๊ง* พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วย)

ประคง อินทรสมบัติ** ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

สุภาพ อารีเอ็อ*** พย.ด.

บทคัดย่อ: ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจัยหลายอย่างทั้งความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผลจากการรักษา ตลอดจนสภาพแวดล้อมในหน่วยบำบัดวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการฟื้นหาย จำนวนวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาลที่สูง ซึ่งสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ภาวะสับสนเฉียบพลันถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลที่สามารถป้องกันและรักษาได้หากได้รับการเฝ้าระวังและจัดการอย่างเหมาะสม อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นตัวชี้วัดคุณภาพอย่างหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้น การป้องกันและการจัดการที่เหมาะสมจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ทีมสุขภาพควรได้ตระหนักร

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตโดยการสืบค้นข้อมูลที่เป็นหลักฐานทางวิชาการ ตีพิมพ์หรือเผยแพร่ทางฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิก ระหว่างปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2005 จำนวน 35 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ สร้างเป็นแนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต แนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพ 2) การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน และ 3) การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน แนวปฏิบัตินี้ได้รับการตรวจสอบเนื้อหาและการพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แนวปฏิบัตินี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในภาวะเสี่ยง หรือเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัตินี้ยังไม่ได้นำมาใช้มาก่อน จึงควรนำไปทดลองปฏิบัติเพื่อประเมินประสิทธิผล และความคุ้มทุนก่อนนำไปใช้เผยแพร่ในการปฏิบัติต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสับสนเฉียบพลัน การป้องกัน การจัดการ ผู้ป่วยวิกฤต หน่วยบำบัดวิกฤต

* พยาบาลวิชาชีพ 7 งานผู้ป่วยหนักคัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤตมักอยู่ในภาวะเลี่ยงอันตรายต่อความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่สำคัญ โดยจะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของสมองทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตประสาท ที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่าง เช่นภาวะสับสนเฉียบพลันภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงร่วมกับการขาดความสนใจ ทำให้การรู้คิดและการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปในระยะเวลาสั้น ๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือวัน และมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงของอาการตลอดเวลา (American Psychiatric Association, 1994) ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นสาเหตุสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ขณะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล โดยพบได้มากในผู้สูงอายุทั้งแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม ตั้งแต่ร้อยละ 14 ถึง 56 (Inouye, Schlesinger, & Lyndon, 1999) และพบอุบัติการณ์มากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยวิกฤต โดยพบสูงมากถึงร้อยละ 81 ถึง 87 ในผู้ป่วยที่ไม่เครื่องช่วยหายใจ (Ely et al., 2001b; Ely et al., 2001c; Ely et al., 2004a) การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการเกิด ทั้งความรุนแรงของการเจ็บป่วย การใช้ยาในการบำบัดรักษาภาวะเครียดทางอารมณ์จากการทำหัตถกรรมต่าง ๆ ตลอดจนสภาพแวดล้อมในหน่วยบำบัดวิกฤต (Aldemir, Ozen, Kara, Sir & Bac, 2001; Boonphadh, 2004; McNicoll et al., 2003) อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันจะส่งผลกระทบต่อการฟื้นหายและเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีความพร่องด้านจิตประสาท ทำให้การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันเสื่อมถอย เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถ่าย โดยพบว่าร้อยละ 60.4 ของผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะพักในหน่วยบำบัดวิกฤต (Ely et al., 2001a; Ely et al., 2004a) ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ การดึงหัวช่วยหายใจ การติดเชื้อที่ปอด ทำให้การหายเครื่องช่วยหายใจได้ช้า (Axell, Malmros, Bergbom, & Lundberg, 2002) นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันยังมีแนวโน้มการทำร้ายตนเอง และผู้อื่นจากการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง เช่น ดึงหัวหรือสายยางต่าง ๆ ปืนเตียงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย หรือการทำร้ายผู้ดูแล จากผลกระทบดังกล่าวมาส่งผลให้จำนวนวันนอนในหน่วยบำบัดวิกฤต และวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น (Ely et al., 2001b, Ely et al., 2004a) สิ่งที่ตามมาคือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาการนาน จะสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ซึ่งสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการถึง 2 เท่า (Milbrandt et al., 2004) ภาวะสับสนเฉียบพลันยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแม้ขณะกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากร้อยละ 10.4 ของผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่วนหนึ่งยังคงมีความพร่องด้านจิตประสาท เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Ely et al., 2001b) ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติ และยังต้องพึ่งพาผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน ยังทำให้พยาบาลมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น เกิดความตึงเครียดในการดูแล (Milisen et al., 2004) จากการสำรวจความคิดเห็นของทีมสุขภาพในหน่วยบำบัดวิกฤตจำนวน 912 ราย เกี่ยวกับความสำคัญการวินิจฉัยและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

พบว่าร้อยละ 78 เห็นว่าการวินิจฉัยและการจัดการกับภาวะนี้ยังปฏิบัติได้ยาก และร้อยละ 92 มีความเห็นว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและรุนแรง โดยเห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มักจะฝึกการหายใจลำบาก ดึงห่อช่วยหายใจให้การหายใจเครื่องช่วยหายใจล่าช้า (Ely et al., 2004b) ซึ่งเป็นปัญหาที่ยากยิ่งขึ้นสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยถึงอุบัติการณ์ ปัจจัยการเกิด ผลกระทบ ตลอดจนเครื่องมือประเมินวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน พบรอยู่มากทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่ยังพบว่าการรวมหลักฐานการศึกษา นำมาสู่การปฏิบัติทางคลินิกยังมีน้อย ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยิ่งต่าง ๆ ผู้ศึกษาจึงต้องการสืบค้นหลักฐานทางวิชาการที่เชื่อถือได้ รวบรวมนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสร้างข้อสรุป เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะนี้

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อสืบค้นหลักฐานทางวิชาการที่เชื่อถือได้ นำมายิเคราะห์ และสังเคราะห์แนวปฏิบัติการ ป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีหลายคำที่ใช้แทนอาการแสดงหรือกลุ่มอาการ ที่มีลักษณะพร่องด้านการรู้สึก (cognitive impairment) ที่มักพบในผู้ป่วยที่เข้ารับ

การรักษาในหน่วยบำบัดวิกฤต ได้แก่ ICU psychosis, ICU syndrome, acute confusional state, septic encephalopathy และ acute brain failure ทำให้เกิดความสับสนต่อการสื่อสาร และการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดังนั้นจึงมีการทบทวนระหว่างสาขาวิชาชีพ ในทีมสุขภาพ ซึ่งให้ความเห็นร่วมกันเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงทางจิตของผู้ป่วยในหน่วยบำบัดวิกฤต เป็นลักษณะหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบของ “Delirium” คำนี้จึงเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย (American Psychiatric Association, 1994) ส่วนผู้ศึกษาใช้คำแปลภาษาไทยในการศึกษารึนี้ว่า “ภาวะสับสนเฉียบพลัน”

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะขาดสมาริ ความตั้งใจ ทำให้การรู้สึกหรือการรับรู้ผิดปกติ โดยความผิดปกติเป็นอยู่ในช่วงเวลาสั้น ๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และมีอาการไม่คงที่ ภาวะสับสนเฉียบพลันพบได้ทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ แต่จะพบได้มากในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (American Psychiatric Association, 1994) ส่วนกลไกการเกิดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด (Truman, Gordon, & Ely, 2004) แต่มีสมมติฐานที่เป็นไปได้เกี่ยวกับความไม่สมดุลของระบบสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการรู้สึก (cognitive function) พฤติกรรม (behavior) และอารมณ์ (mood) จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นจำนวนมาก อินอยด์และคาร์บเพนเทียร์ (Inouye & Charpentier, 1996) แบ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

1. ปัจจัยซักนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นตัวกำหนดการเกิด เช่น วัยสูงอายุ ประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง ความผิดปกติต้านการได้ยินและการมองเห็น เป็นต้น

2. ปัจจัยเร่งให้เกิด (Precipitating factors) เป็นตัวกระตุนที่อันตรายหรือการบาดเจ็บ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน การติดเชื้อ ไข้สูง ภาวะอดนอน เป็นต้น นอกจากนี้ยาและสารหล่อลิขนิทที่มีผลต่อการส่งเสริมการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น ยากลุ่มต่าง ๆ เช่น ยาต้านทานจิต (psychoactive drug) ยาคลื่นประสาทกลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) ยาลดปวด (analgesics) ยาฆ่าเชื้อ (antimicrobials) ยาระงับความรู้สึก (anesthetics) ยาสเตอรอยด์ (steroids) เป็นต้น สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา เออมเฟตามีน มอร์ฟีน สารพิษ เช่น ยาฆ่าแมลงกลุ่มออแกโนฟอสเฟต (organophosphate insecticides) การใช้เครื่องมอนเอนออกไซด์ น้ำมันและสารทารاملายต่าง ๆ

การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากกว่า 1 ปัจจัย (American Psychiatric Association, 1994) โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะนี้ มีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในหน่วยบำบัดวิกฤต สรุปได้ดังนี้ ภาวะอดนอน (Helton, Gordon & Nunnery, 1980 as cited in Schwab, 1994; Tess, 1991), ไข้สูง และความผิดปกติของเมตาโบลิซึม (Aldemir et al., 2001; Tess, 1991), ระดับเอนไซม์ของตับในเลือดสูง บิลลิรูบิลผิดปกติ (Aldemir et al., 2001; Dubois, Bergeron, Dumont, Dial, & Skrobik, 2001), หัวใจเต้นผิดจังหวะ การทำงานของหัวใจ ปอดและสมองลดลง ภาวะขาดน้ำ

ภาวะผิดปกติทางจิตก่อนการผ่าตัด และจำนวนวันนอนในหน่วยบำบัดวิกฤต (Tess, 1991), โรคระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อ โลหิตจาง ความดันเลือดต่ำ โลหิตเป็นพิษ โซเดียมในเลือดต่ำ และแคลเซียมในเลือดต่ำ (Aldemir et al., 2001), ประวัติโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การใส่สายช่องน้ำไขสันหลัง (epidural catheter) การใช้ยาอัรฟิน (Dubois et al., 2001) และนอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยของปิยะธิดา บุญพันธุ์ (Boonphadh, 2004) ศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ พบร่วมปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความดันเลือดต่ำ ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ ความปวดรุนแรง และประวัติการดื่มสุรา ซึ่งข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งในและนอกหน่วยบำบัดวิกฤต มีความสำคัญและเป็นหลักฐานเชิงประจำที่เป็นประโยชน์ต่อการนำมาระบุกตัวไว้วางแผนการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดและจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันนี้ต่อไป

ผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่มีความผิดปกติทางจิตในหลายลักษณะ โดยการแสดงออกของพฤติกรรมจะมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอื่น ๆ ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (subtypes of delirium) ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994; Lipowski, 1989)

1. Hyperactive: มีพฤติกรรมที่วุ่นวาย สับสนลักษณะอาการที่พบโดยทั่วไปได้แก่ อาการหวัดระวง ระวงกระวิง พักผ่อนไม่ได้ พุดเร็วเลี้ยงดัง โทรศัพท์ จูโจมทำร้ายผู้อื่น ขาดความอดทน เหงื่อออกร้อนเพลิง หัวเราะ ร้องไห้ ซึ่งไม่สัมพันธ์กับสถานการณ์ เพื่อผ่าน

ขอบเดินไปมาไม่หยุดนิ่ง พยายามดึงสายยางหรืออุปกรณ์ที่ติดตัวออก เคลื่อนไหวตอบโต้อ่าย冗復เรื่องตื่นเต้นตกใจง่าย มีฝันร้าย และมีความคิดฟังแหน่งกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยประเภทนี้มีแนวโน้มการเกิดอาการประสาทหลอนได้ง่าย

2. Hypoactive: ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีลักษณะตรงกันข้ามกับประเภทแรก ลักษณะอาการที่แสดงออกได้แก่ เชื่องชื้ม เฉยเมย อ่อนเพลียเอาแต่นอน การเคลื่อนไหวข้ามหรือลดลง รวมถึง การไม่รู้จัก ระมัดระวัง ตัว ซึ่งลง พูดน้อยหรือพูดชา จ้องมองอย่างไร้จุดหมาย ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักถูกละเลยในการวินิจฉัยหรือได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาดเป็นภาวะซึมเศร้า (depression) หรือภาวะอื่นๆ ได้ง่าย

3. Mixed subtype: มีลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกไม่คงที่ สับเปลี่ยนระหว่าง hyper-active และ Hypoactive ซึ่งเป็นประเภทที่พบได้มากที่สุด

จากลักษณะอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผู้ป่วยภาวะอื่นๆ และโรคทางจิตเวช จึงควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะสมองเสื่อม (dementia) ภาวะซึมเศร้า (depression) โรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคจิตคุมคั่ง (mania) เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันจึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ใช้ประเมินให้เหมาะสม

เครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน ในหน่วยบำบัดวิกฤต ได้แก่ Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) (Sessler et al., 2002), Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye et al., 1990) และชนิดที่พัฒนาขึ้นจาก CAM เพื่อใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถ

สื่อสารด้วยการพูดคือ Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) (Ely et al., 2001b) ดังนั้น CAM จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารด้วยการพูด และ CAM-ICU ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูด โดยเป็นเครื่องมือชนิดแรก และชนิดเดียวในปัจจุบันที่ออกแบบมาใช้กับผู้ป่วยวิกฤต มีความเที่ยงและความตระวงอยู่ในเกณฑ์มาก ใช้ง่าย โดยค่าเฉลี่ยวسطที่ใช้ประเมินเท่ากับ 2 นาที (Ely et al., 2001b) เครื่องมือ 2 ชนิด คือ RASS และ CAM-ICU ถูกนำมาใช้ในแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันตามการแนะนำของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกาปีค.ศ. 2002 (Ely et al., 2004c) หลังจากมีการพัฒนาเครื่องมือวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน CAM-ICU ทำให้มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต เริ่มได้รับความสนใจมากขึ้นในปัจจุบัน ดังเช่น ทีมสาขาวิชาชีพแห่งสมาคมจิตเวชสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1999) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยการดูแลด้านจิตใจ การปรับสภาพแวดล้อม การรักษาสาเหตุทางกายและการใช้ยา

แม้การใช้ยาในผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันยังมีการศึกษาน้อย ดังรายงานจากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยทดลองที่มีการสุ่ม (randomized controlled trial: RCT) ของแจคลันและลิฟแมน (Jackson & Lipman, 2004) เกี่ยวกับการใช้ยาในการจัดการภาวะ

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

สับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีเพียงงานวิจัยเดียวที่เป็น RCT ศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยา 3 ชนิด ได้แก่ chlorpromazine, haloperidol, และ lorazepam การศึกษาดังกล่าว พบว่า haloperidol มีความเหมาะสมที่สุดในการรักษา แต่สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (Jacobi et al., 2002) ได้เห็นความสำคัญของการใช้ยาในการจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลัน จึงประกาศใช้แนวปฏิบัติการใช้ยา กลุ่มประสาทและยาลดปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมความปวดให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้ยาที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้

นอกจากนี้ในการจัดการผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้วิธีการผูกมัด เพื่อลดความเลี่ยงเรื่องการดึงหัวและสายยางต่าง ๆ การทำร้ายตนเอง และผู้อื่น เป็นประเด็นสำคัญและควรตระหนักรถึงเนื่องจากมีการศึกษาถึงผลของการผูกมัดผู้ป่วยต่อการเกิดปัญหาทางกฎหมาย และจริยธรรม ทั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยขาดอิสรภาพ และเกิดอันตรายจากการผูกมัดได้ เช่น แพลกัดหัน เนื้อเยื่อตาย ประสาทถูกทำลาย กล้ามเนื้อลีบ กระดูกหัก ลดการเคลื่อนไหว ท่องผูก อารมณ์โกรธและมีอาการรุนแรงมากขึ้น (Bray et al., 2004; Wilson, 1996) การผูกมัดจึงไม่ใช่มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นก่อนการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยต้องคำนึงถึงผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการอธิบาย และให้ความยินยอมผูกมัด (Wilson, 1996)

จะเห็นว่าในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องบูรณาการความรู้ทั้ง การประเมิน การจัดปัจจัยเสี่ยงและวิธีการต่าง ๆ มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

โดยผ่านกระบวนการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานที่เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานที่เกี่ยวข้อง การสร้างแนวปฏิบัติ และการตรวจสอบแนวปฏิบัติตั้งต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต สืบค้นข้อมูลจากตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ งานวิจัย และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิก โดยใช้ฐานข้อมูล MEDLINE, CINAHL, OVID, Cochrane Library, ProQuest, MULINET library catalog (Mahidol University Library) และฐานข้อมูลจาก website อื่น เช่น Google (<http://www.google.ac.th>) และวิทยานิพนธ์ไทย (<http://www.thesis.tiac.or.th>) โดยใช้คำสำคัญหลักได้แก่ “delirium” “acute confusional state” “ICU syndrome” หรือ “ICU psychosis” เพิ่มคำร่วมกับคำสำคัญหลักเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะมากขึ้น ได้แก่ “ICU” “intensive care unit” “critically ill patient” “adult” “elderly” “prevention” “intervention” “management” “assessment tool” “instrument” “CAM” “CAM-ICU” และ “RASS”

2. การวิเคราะห์หลักฐาน ขั้นแรกโดยการอ่านบทคัดย่อ คัดเลือกงานวิจัยหรือบทความที่เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ ค้นหาฉบับสมบูรณ์ได้จากการสารานุวิจัย หรือฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิก เพย์พร์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ระหว่างปี

ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2005 ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลและผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดวิกฤต นำหลักฐานที่คัดเลือกมาประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินตาม American Family Physician (AFP) (Siwek, Gourlay, Slawson, & Shaughnessy, 2002) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ A, B, และ C ดังนี้

ระดับ A งานวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial: RCT) ที่มีการสุ่มเข้ากลุ่มทั้งหมด และงานวิจัยวิเคราะห์เมตา (meta-analysis)

ระดับ B หลักฐานจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่มีขั้นตอนการศึกษา การสรุปร่วมอย่างเป็นระบบจากผลงาน non RCT, nonquantitative systematic review, clinical cohort studies, case-controlled studies, historical, uncontrolled studies หรือ epidemiological studies

ระดับ C หลักฐานจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หรือผลสรุปการประชุมร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญในสาขา (consensus viewpoint or expert opinion)

หลักฐานที่ถูกคัดเลือกทั้งหมด 35 เรื่องแบ่งเป็นงานวิจัย 17 เรื่อง และบทความวิชาการ 18 เรื่อง แบ่งเป็นระดับ A จำนวน 4 เรื่อง ระดับ B จำนวน 29 เรื่อง และระดับ C จำนวน 2 เรื่อง หลักฐานทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกโดยพิจารณาตามเกณฑ์ Research Utilization Criteria ของโพลิตและฮันกลอร์ (Polit & Hungler, 1997) ดังนี้

1. ตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance)

2. มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ (scientific merit)

3. มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (implementation potential) โดยแนวปฏิบัติมี

- 3.1 ความเหมาะสม (transferability of the findings) กับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วยและปรัชญาในการดูแล

- 3.2 พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ (feasibility of the implementation) วิธีการไม่ยุ่งยาก

- 3.3 ความคุ้มค่าในการนำไปใช้ (cost-benefit ratio) โดยไม่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติ ก่อให้เกิดประโยชน์ และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

3. การสังเคราะห์หลักฐานสร้างแนวปฏิบัติ โดยนำหลักฐานทั้ง 35 เรื่องมาวิเคราะห์ลงในตารางของรสสัมภ์และลาราบี (Rosswurm & Larrabee, 1999) ซึ่งประกอบด้วยผู้วิจัย (author/year) การออกแบบงานวิจัย (setting/design/treat/control/interventions) ระดับของหลักฐาน (level of evidence) ผลของงานวิจัย (results) และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (implication potential)

แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ภาษา และการพิจารณาการนำไปใช้ในคลินิก จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้สูงอายุ และการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 4 ท่าน นำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงจนเป็นที่ยอมรับถึงความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

ผลลัพธ์: แนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (Guideline for Prevention and Management of Delirium in Critically Ill Patients)

คำจำกัดความ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะขาดสมາอง ความตั้งใจ ทำให้การรู้คิดหรือการรับรู้ผิดปกติ โดยความผิดปกติเป็นอยู่ในช่วงเวลาสั้นๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และมีอาการไม่คงที่ซึ่งสามารถจิตเวชแห่งสหราชอาณาจักร (ระดับ C: American Psychiatric Association, 1994) ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) กำหนดลักษณะของผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันดังต่อไปนี้

- มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ความตั้งใจและความสนใจลดลง ขาดสมາอง
- มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด เช่น ความจำลดลง การรับรู้เปลี่ยนไป ความผิดปกติของการใช้ภาษา หรือเกิดความผิดปกติของการรับรู้ซึ่งไม่ใช่เป็นผลจากภาวะสมองเสื่อม (dementia) ที่มีอยู่เดิม
- ความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และอาการมักจะเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ในช่วงเวลาต่างๆ ของวัน
- พบความผิดปกติจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ ซึ่งมีมากกว่า 1 สาเหตุ

คำแนะนำ

แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดวิกฤตโดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- การให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพ
- แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน
- แนวปฏิบัติการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

1. การให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพ

การให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพ มีความสำคัญเป็นลำดับแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลและทีมสุขภาพตระหนักรถึงปัญหาและผลที่ตามมาจากการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเหมาะสม โดยโปรแกรมการให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพประกอบด้วย (ระดับ B: Inouye et al, 1999; Tabet et al., 2005)

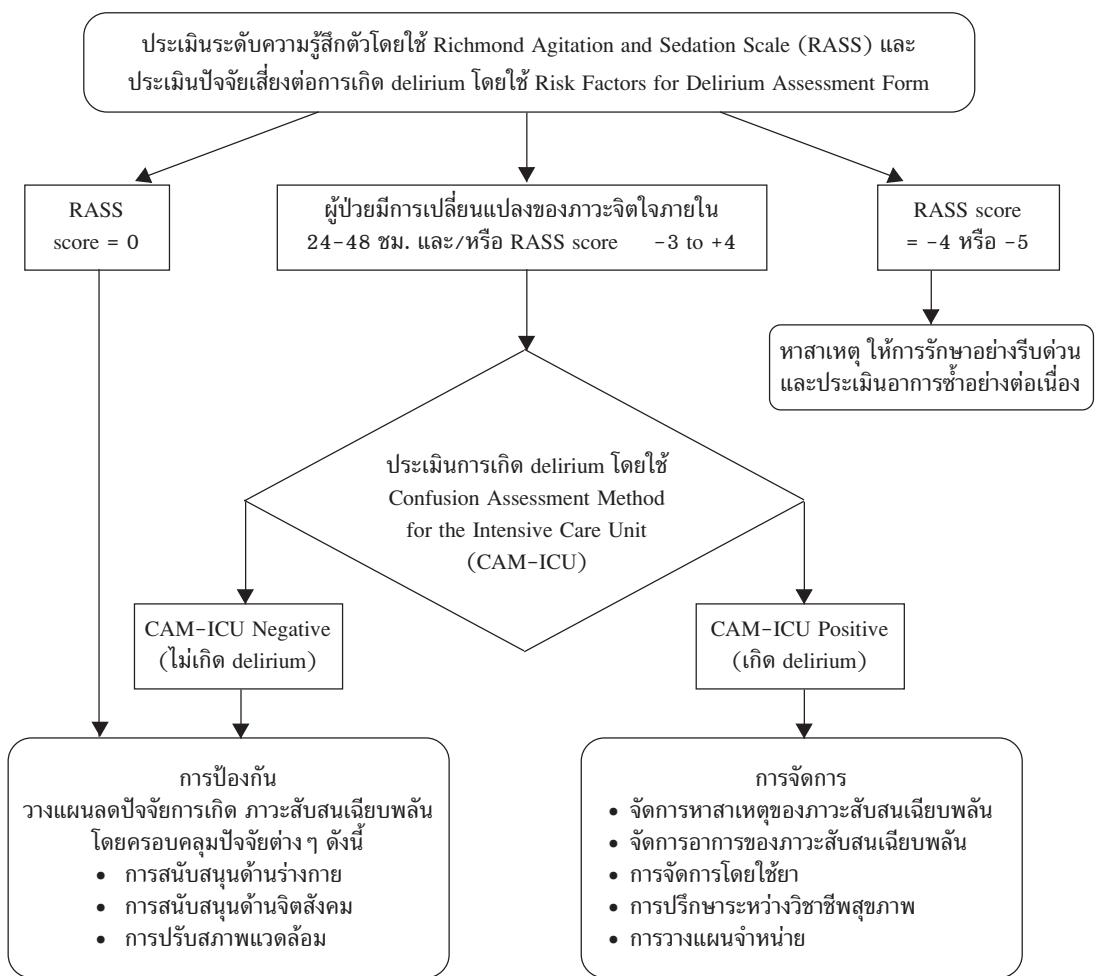
- 1.1 การฝึกอบรมกลุ่มย่อยและรายบุคคล โดยเนื้อหาของการศึกษาอบรมครอบคลุมในเรื่องความหมาย สาเหตุและปัจจัยการเกิด อุบัติการณ์ อาการและอาการแสดง ผลกระทบการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน แนวปฏิบัติการวินิจฉัยและการใช้เครื่องมือประเมินต่างๆ แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

1.2 การเขียนแนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยวิกฤติรุนแรง
ถึงการฝึกทักษะการใช้แนวปฏิบัติ และเครื่องมือเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน

1.3 การอภิปรายกลุ่มย่อยหรือรายบุคคล กรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันเพื่อการเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ในคลินิก และการทบทวนการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติ

ในส่วนของแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน และ แนวปฏิบัติการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน แสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (Algorithm for Prevention and Management of Delirium in Critically Ill Patients)

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

2. แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์

- ลดอัตราการเกิดภาวะสับสนในหน่วยบำบัดวิกฤต
- ตระหนักถึงการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้รวดเร็ว
- ป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันช้าในผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นตอนการปฏิบัติ

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยส่วนมากจะมีปัญหาความล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญหลายระบบโดยเฉพาะระบบหายใจ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยวิกฤต จะได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ปัญหาความเจ็บป่วยที่รุนแรงและการช่วยเหลือเพื่อดำรงรักษาชีวิต ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

การใช้แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันตามขั้นตอนการปฏิบัติการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (แผนภูมิที่ 1) เริ่มจากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าในหน่วยบำบัดวิกฤต ในเรื่องระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้

Risk Factors for Delirium Assessment Form และวางแผนป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยทุกรายโดยใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนี้

2.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และเมื่อพบว่าระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยใช้ RASS ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ -5 ถึง +4 คะแนน (ระดับ B: Sessler et al., 2002)

คะแนน +4 = ผู้ป่วยแสดงออกของการใช้กำลัง ทำร้าย เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (combative)

คะแนน +3 = วุ่นวายมาก ก้าวร้าว ดึงหรือเอาท่อและสายยางต่าง ๆ ออกร (very agitated)

คะแนน +2 = สับสนวุ่นวาย มีการเคลื่อนไหวอย่างไร้จุดหมาย ต้านเครื่องช่วยหายใจ (agitated)

คะแนน +1 = อุญไม่นิ่ง วิตกกังวล แต่ยังมีจุดมุ่งหมายในการเคลื่อนไหว (restless)

คะแนน 0 = ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตื่นตัว และสงบ (alert and calm)

คะแนน -1 = ครึ่งหลับครึ่งตื่น งัวเงีย การตื่นตัวไม่เต็มที่ แต่ยังปลุกตื่นด้วยเสียงเรียก ลีมตา และมองตามนานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที (drowsy)

คะแนน -2 = ปลุกตื่นยากด้วยเสียงเรียก ลีมตา และมองตามนานน้อยกว่า 10 วินาที (light sedation)

คะแนน -3 = เคลื่อนไหว ลีมตามองตามเสียงเรียกอย่างไร้จุดหมาย (moderate sedation)

คะแนน -4 = ไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก แต่เคลื่อนไหวหรือลีมตามีอุบัติเหตุทางร่างกาย (deep sedation)

คะแนน -5 = ปลุกไม่ตื่น ไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียกและการกระตุ้นทางร่างกาย (unarousable)

ถ้าประเมินผู้ป่วยพบว่ารู้สึกตัวดี ระดับคะแนน = 0 ผู้ป่วยควรได้รับการวางแผนตามแนวปฏิบัติการลดปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวที่มีระดับคะแนน -4 หรือ -5 ควรหาสาเหตุและให้การรักษาอย่างรีบด่วน และประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่อาการเปลี่ยนแปลง มีระดับคะแนนตั้งแต่ -3 ถึง +4 ให้ประเมินต่อด้วย Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) เพื่อวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน (ระดับ B: Ely et al., 2001b)

2.2 ประเมินวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ CAM-ICU เครื่องมือชนิดนี้จะใช้ประเมินเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมงโดยที่ RASS scores > -3 ถึง +4 ตั้งแต่ผู้ป่วยแรกรับหรือในระหว่างพักรักษาในหน่วยบำบัดวิกฤต CAM-ICU ประกอบด้วยการประเมินอาการใน 4 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 อาการที่เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลง ไม่คงที่ (acute onset or fluctuating course)

ลักษณะที่ 2 ความสนใจ/สมารธิตลง (inattention)

ลักษณะที่ 3 ความคิดไม่เป็นระบบ (disorganized thinking)

ลักษณะที่ 4 ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (altered level of consciousness)

ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (CAM-ICU positive) จะต้องมีลักษณะที่ 1 + 2 และ + 3 หรือ 4 ให้การดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติการจัดการ และควรประเมินต่อเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

2.3 ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้แบบประเมิน Risk Factors for Delirium Assessment Form เพื่อคัดกรอง และค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ใช้ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และประเมินเพื่อเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ จนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่าย

ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยขั้นนำและปัจจัยรองให้เกิดที่ควรประเมินได้แก่ อายุ ประวัติความเจ็บป่วย ความพร่องการมองเห็นและการได้ยิน การใช้ยา/สารเสพติด การติดเชื้อ การขาดสมดุลของสารน้ำและอิเลคโทรไลต์ ภาวะพร่องออกซิเจน ความปวด ภาวะอดนอน และการใช้อุปกรณ์ที่มีผลต่อการจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น (ระดับ B: Aldemir et al., 2001; Boonphadhd, 2004; Dubois et al., 2001; Inouye & Charpentier, 1996; Tess, 1991) ปัจจัยที่พบจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการพยาบาล และการรักษา จำนวนชนิดของปัจจัยที่พบจะเป็นตัวกำหนดโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันยิ่งมากชนิดก็ยิ่งมีโอกาสเกิดได้สูง

2.4 ใช้แนวปฏิบัติเพื่อวางแผนลดปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในหน่วยบำบัดวิกฤต ควรได้รับการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อลดปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยแนวปฏิบัติครอบคลุมการจัดการในเรื่อง การปรับสภาพแวดล้อม การสนับสนุนด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1. จัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่พบจากการประเมินให้หมดไปโดยเร็ว เช่น ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ/สูง ไข้สูง การติดเชื้อ เป็นต้น (ระดับ C: American Psychiatric Association, 1999)

การป้องกันและการจัดการภาวะลับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำในปริมาณที่เหมาะสม
เฝ้าระวังภาวะขาดน้ำจากการงดน้ำ และอาหาร (ระดับ B: Inouye et al., 1999)
3. บททวนการใช้ยาร่วมกับแพทย์ จากรายงานของผู้ป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ระดับ C: American Psychiatric Association, 1999)
4. การให้ความรู้และการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านต่างๆ เช่น ความรู้เรื่องโรค การติดต่อสื่อสาร การแนะนำสถานที่ และการช่วยเหลือด้านการปรับตัว (ระดับ B: Shu-Feng, 1998)
5. การลือสารหรือให้ข้อมูลช้า (ระดับ B: Inouye et al., 1999; ระดับ C: The Elder Care Canterbury Project, 1998) โดย
- 5.1 สนับสนุนญาติในการสนทนากับผู้ป่วย ให้ข้อมูลเวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ปัจจุบัน
 - 5.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้อิสระต่อการรับรู้ และผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น ได้มองเห็นทัศนียภาพภายนอก มีนาฬิกาติดผนัง ปฏิทิน
 - 5.3 แนะนำให้ญาตินำของใช้ส่วนตัวที่ผู้ป่วยใช้อยู่เป็นประจำมา เช่น นาฬิกาข้อมือ ที่ไนน่อนด ผ้าเช็ดตัว สูญ แป้ง
 - 5.4 ให้การพยายามในระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือการพยาบาลระบบเจ้าของไข้
6. แก้ไขความบกพร่องของการมองเห็นและการฟัง (ระดับ B: Inouye et al., 1999)
- 6.1 จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยการรับรู้และการสื่อสาร เช่น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง
 - 6.2 ค้นหาสาเหตุความบกพร่องของการได้ยิน จัดการแก้ไขอย่างเหมาะสม
- 6.3 ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ หรืออาจใช้ล่าม เมื่อจำเป็น
7. กระตุนให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว (ระดับ B: Inouye et al., 1999; ระดับ A: Marcantonio, Flacker, Wright & Resnick, 2001)
- 7.1 ส่งเสริมการเคลื่อนไหวข้อต่อ (ROM) และการลุกจากเตียง หลีกเลี่ยงการจำกัดกิจกรรมผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา
 - 7.2 จัดกิจกรรมการกระตุ้นประสารับความรู้สึกทั้ง 5 ได้แก่ การได้ยินเสียง การมองเห็น การสัมผัส กลิ่น และรส โดยรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับการให้การพยายามประจำวัน
 - 7.3 หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือที่ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การใส่สายส่วนปัสสาวะ หรือควรวางแผนเอาออกโดยเร็ว
 - 7.4 หลีกเลี่ยงการผูกมัด ถ้าจำเป็นใช้ความร้ายแรงปฏิบัติในการผูกมัดสำหรับผู้ป่วยวิกฤต (ระดับ B: Bray et al., 2004; Wilson, 1996)
8. การจัดการความปวดอย่างเหมาะสม (ระดับ C: American Psychiatric Association, 1999)
- 8.1 ใช้เครื่องมือประเมินความปวด เช่น numeric pain intensity scale หรือ face scale
 - 8.2 มีแนวทางปฏิบัติการใช้ยากล่อมประสาท และระงับปวด
 - 8.3 ใช้วิธีการบำบัดเสริม ช่วยบรรเทาปวด เช่น การนวด ดันตรีบำบัด การฝึกหายใจ

9. ส่งเสริมการนอนหลับ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยวิธีไม่ใช้ยา (ระดับ B: Inouye et al., 1999; ระดับ C: The Elder Care Canterbury Project, 1998)

- 9.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางคืนลดการรบกวนโดยปรับตารางยาและหัตถการบางชนิด
- 9.2 การจัดสิ่งแวดล้อมให้อืดอต่อการนอนหลับ เช่น การลดเสียง และแสงสว่าง
- 9.3 หลีกเลี่ยงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบำบัดวิกฤตในช่วงเวลากลางคืน
- 9.4 ใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความตึงเครียด และส่งเสริมการนอนหลับ เช่น การนวด การลัมพัส การฝึกหายใจ การฟังดนตรี

10. ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน (ระดับ C: American Psychiatric Association, 1999)

- 10.1 การให้ข้อมูลช้า แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ถึงสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
- 10.2 การให้ความรู้ และแนะนำการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
- 10.3 ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุน แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดภาวะเครียด

3. แนวปฏิบัติสำหรับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงจากเดิมในช่วง 24 ถึง 48 ชั่วโมง ตั้งแต่เรกร้อนหรือขณะ

พักรักษาในหน่วยบำบัดวิกฤต โดยประเมินด้วย RASS scores -3 ถึง +4 และประเมินด้วย CAM-ICU positive ให้เริ่มการดูแลรักษาโดยมีประเด็นครอบคลุมดังต่อไปนี้

3.1 จัดการสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน
(ระดับ C: American Psychiatric Association, 1999;
ระดับ B: Rapp, Mentes, & Titler, 2001)

ค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยทบทวนจากแบบประเมินปัจจัยเสี่ยง และการซักประวัติจากครอบครัว ให้การจัดการตามสาเหตุที่พบดังต่อไปนี้

การจัดการสิ่งแวดล้อม

1. จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย เช่น การปรับระดับเตียงให้ต่ำลง

2. อธิบายให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการพยาบาล ด้านการเฝ้าระวังความปลอดภัย

3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดแสง และเสียงดัง

4. ลดการผูกมัด

5. ช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรู้เวลา สถานที่ บุคคล

การสนับสนุนด้านร่างกาย

1. ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาในการประเมิน และค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุทางกาย ขัดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จากการซักประวัติครอบครัวและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ข้อมูลจากการบันทึกใน Risk Factors for Delirium Assessment Form และ ทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังต่อไปนี้ blood chemistry (electrolytes, glucose,

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

calcium, albumin, blood urea nitrogen:BUN, creatinine, aspartate aminotransferase: AST, alanine aminotransferase: ALT, bilirubin, alkaline phosphatase: ALP, magnesium และ phosphorus), complete blood count (CBC), urinalysis, oxygen saturation or arterial blood gas (ABG), chest X-ray และ electrocardiogram (ECG)

2. ให้การดูแลรักษาภาวะต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ก่อนการค้นหาสาเหตุ ที่แท้จริง ดังต่อไปนี้

- 2.1 ชดเชยและคงไว้ซึ่งความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรลัยท์
- 2.2 ชดเชยและคงไว้ซึ่งความสมดุลของสารอาหารตามความต้องการของร่างกาย
- 2.3 ควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ในระดับปกติ คือ $36.8 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ ($98.2 \pm 0.7^{\circ}\text{F}$)
- 2.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลของการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะตามปกติ
- 2.5 คงระดับของออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 2.6 คงระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 2.7 สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมเคลื่อนไหว ร่างกาย และการออกกำลังกาย
- 2.8 ลดหรืองดเครื่องดื่มที่มี caffeine เพื่อลดการกระตุ้นทางระบบประสาท
- 2.9 จัดการกับความปวดอย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุขสบาย
- 2.10 ใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อ การค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อและให้การรักษา

การใช้ยาของผู้ป่วย (ระดับ C: American Psychiatric Association, 1999; ระดับ B: Rapp et al., 2001)

1. ทบทวนการใช้ยาและอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากยา ร่วมกับแพทย์และหรือเภสัชกรอย่างสม่ำเสมอ

2. ตรวจสอบประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เองรวมถึงการดื่มน้ำสุรา

3. ปรึกษาแพทย์เป็นระยะในการใช้ยาตามแผนปฏิบัติที่กำหนดไว้ เช่น ยาบรรเทาปวด

3.2 การจัดการอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน (ระดับ B: Rapp et al., 2001)

ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย

1. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการตกเตียง หลบล้ม หรือดึงสายยางต่าง ๆ ออก

2. ยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่โต้ตอบ รับมัตประวัติการใช้คำพูด อาจใช้การสื่อสารด้วยท่าทาง (non verbal communication)

3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ และลดการรับกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

4. อธิบายให้ญาติเข้าใจพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย และให้ญาติร่วมดูแล

5. ใช้วิธีการผูกมัด หรือให้ยา เป็นวิธีสุดท้าย ด้านข้อจำกัดของการรักษาและสามารถของผู้ป่วย

1. ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจ หรือหันเหความสนใจไปสู่สิ่งอื่น

2. แบ่งขั้นตอนการทำกิจกรรม ขั้นตอนลับ ๆ และง่ายต่อการปฏิบัติ

3. ค้นหาสาเหตุที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติและพยายามป้องกัน

3.3 การจัดการโดยใช้ยา

เนื่องจากยาหลายชนิดจะทำให้อาการสับสนเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามถ้าจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อควบคุมอาการสับสนรุนแรงอย่างเฉียบพลันเนื่องจากยาชนิดนี้มากขึ้น อย่างไรก็ตามถ้าจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อควบคุมอาการสับสนรุนแรง หรือรักษาสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (ระดับ C: American Psychiatric Association, 1999) แนะนำแนวทางปฏิบัติดังนี้

Haloperidol เป็นยา antipsychotics ที่เลือกใช้ในการรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดแรก (ระดับ A: Jackson & Lipman, 2004) haloperidol มีทั้งชนิดรับประทาน ฉีดเข้ากล้าม หรือฉีดเข้าเส้นเลือดดำ การบริหารยา

1. Haloperidol มีทั้งชนิดรับประทาน ฉีดเข้ากล้าม หรือฉีดเข้าเส้นเลือดดำ

2. ขนาดเริ่มให้ครั้งแรก คือ 1 ถึง 2 มิลลิกรัม ทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง และผู้สูงอายุควรเริ่มที่ขนาดของยาต่ำ ๆ ก่อน คือ 0.25 ถึง 1.50 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง

3. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากอาจพิจารณาให้ยา haloperidol หยดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มให้ haloperidol 10 มิลลิกรัม bolus dose และหยดต่อเนื่อง 5 ถึง 10 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง การให้ยา haloperidol ทางหลอดเลือดดำต้องติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (monitor EKG) อย่างใกล้ชิด

4. เฝ้าระวังหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น QT intervals นานมากกว่า 450 millisecond หรือมากกว่าร้อยละ 25 ของ baseline ให้ปรึกษาแพทย์ และควรหยุดการใช้ยาทันที

Droperidol เป็นยาในกลุ่ม antipsychotics อีกชนิดที่นิยมใช้โดยมีการบริหารยาดังนี้ (ระดับ A: Weber, Coverdale & Kunik, 2004)

1. พิจารณาใช้ยา droperidol ในผู้ป่วยที่มีอาการสับสนรุนแรงอย่างเฉียบพลันเนื่องจากยาชนิดนี้ออกฤทธิ์เร็ว และ Half-life สั้น

2. Droperidol อาจให้เพียงลำพังชนิดเดียว หรือให้ตามหลัง haloperidol การใช้ยาชนิดนี้อาจเกิดผลข้างเคียงเช่นเดียวกับยา haloperidol อาจพบ QT prolongation และนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด torsades de pointes ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ ดังนั้นขณะใช้ยาจึงควร monitor EKG

Risperidone, olanzapine และ quetiapine เป็นยา antipsychotics ชนิดใหม่ที่นำมาใช้รักษาภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งชนิด hyperactive และ hypoactive delirium แต่การศึกษาพบว่ายาในกลุ่มนี้ยังให้ผลการรักษาไม่แน่นอน (ระดับ A: Weber, Coverdale & Kunik, 2004)

นอกจากนี้มีการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines (ระดับ C: American Psychiatric Association, 1999) ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากการซัก หรือภาวะถอนสูญ yanon หลับ และยกล่องประสาท ที่นิยมใช้ได้แก่ lorazepam ซึ่งออกฤทธิ์ระยะสั้น benzodiazepines นำมาใช้ร่วมกับยา antipsychotics ในผู้ป่วยที่ทนต่อการใช้ยาในขนาดต่ำ หรือในรายที่มีอาการวิตกกังวลและวุ่นวายมาก

3.4 การปรึกษาระะพ่วงที่มีวิชาชีพสุขภาพ (ระดับ B: Rapp et al., 2001)

ปรึกษาทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสุขภาพจิต พยาบาลจิตเวช หรือจิตแพทย์ เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสับสนรุนแรง ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอาการเหล่านี้ได้ หรือในกรณีที่อาการสับสนยังคงอยู่นานเกิน 48 ชั่วโมง

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

3.5 การวางแผนจำหน่าย (ระดับ B: Rapp et al., 2001)

กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหน่วยบำบัดวิกฤต และยังคงมีภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ ผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อแผนการดูแลตามแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยภาวะสับสนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการใช้เครื่องมือประเมินเป็นระยะๆ จนกว่าจะหายจากการหรือจำหน่ายกลับบ้าน

ตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์

การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ ซึ่งเป็นผลจากการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต สามารถกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันช้า
3. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น หลกล้มตกเตียง การดึงสายต่างๆ ออก โดยไม่ได้วางแผน หรือการทำร้ายตนเองและผู้อื่นขณะผู้ป่วยอยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลัน

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสืบค้นหลักฐานทางวิชาการ นำมาวิเคราะห์ ลังเคราะห์ สร้างข้อสรุปเป็นแนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตผลของการสืบค้นพบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ 8 ใน 10 เท่า จากปัจจัยต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญทั้งความรุนแรงของ

การเจ็บป่วย การใช้ยาหลายชนิด และสภาพแวดล้อมในหน่วยบำบัดวิกฤตทำให้เกิดความเครียดสูง อย่างไรก็ตามพบว่าการศึกษาจัยเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการภาวะนี้ในผู้ป่วยวิกฤตยังพบได้น้อยมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเวเบอร์ โโคเวอเดล และคิวนิด (Weber et al., 2004) ที่ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการป้อง และการรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างปี ค.ศ. 1978–2002 พบว่าการป้องกันมี 4 เรื่องเป็น RCT 2 เรื่องและ non-RCT 2 เรื่อง และการรักษามี 5 เรื่อง เป็น RCT 2 เรื่อง และ non-RCT 3 เรื่อง การศึกษาทั้งหมดศึกษาออกแบบหน่วยบำบัดวิกฤตที่เป็นเช่นนี้ วิเคราะห์ได้ว่าขั้นตอนการตระหนักรถึงปัญหานี้ในหน่วยบำบัดวิกฤต ขาดการวินิจฉัย และละเลยในการจัดการ (Ely et al., 2004a) นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตพัฒนาขึ้น เมื่อไม่นานมานี้ พบร่วมกับเพียงเครื่องมือ CAM-ICU เพียงชนิดเดียวที่ออกแบบเพื่อใช้กับผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ (Ely et al., 2001b) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่สำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมากของอินอยย์และค่อน (Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000) ซึ่งพัฒนาโปรแกรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ร่วมกับการจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ทีมผู้ดูแล การปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพ และการดูแลต่อเนื่องผลการศึกษาพบว่าสามารถลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาอื่นๆ ที่พับน้อย ได้แก่การศึกษาอุบัติการณ์ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องการเกิด และการศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันโดยพบว่าเครื่องมือที่มีความเที่ยงและความตรง ใช้ประเมิน

ระดับความรู้สึกตัวและการรุนแรง คือ RASS (Sessler et al., 2002) เครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยภาวะลับสนในผู้ป่วยวิกฤตคือ CAM-ICU (Ely et al., 2001b) ซึ่งเป็นชนิดแรกและชนิดเดียวที่สามารถใช้ประเมินในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จากการศึกษาการใช้เครื่องมือทั้ง 2 ชนิดไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาไม่น้อย เพียง 2 นาทีสามารถประเมินผู้ป่วยตามขั้นตอนที่แนะนำ (Ely et al., 2004c) สำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพสามารถฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือ CAM-ICU ทางอินเตอร์เน็ตจาก www.icudelirium.org

แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในคลินิกโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่านเป็นแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต 2 ท่าน ทั้ง 4 ท่านเห็นว่าแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลสามารถปฏิบัติภายใต้บทบาทอิสระ เช่น การจัดสภาพแวดล้อม การลดปัจจัยเสี่ยง การใช้แบบประเมินต่างๆ นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นผู้ประสานระหว่างทีมวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร จิตแพทย์ และนักจิตวิทยา เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยครอบคลุม เป็นองค์รวม แต่การนำเครื่องมือต่าง ๆ มาใช้ โดยเฉพาะ CAM-ICU ควรได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และฝึกใช้ให้เกิดทักษะก่อนนำไปปฏิบัติจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด

สรุปผลและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

แนวปฏิบัตินี้สร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการวางแผนป้องกันการเกิดภาวะลับสน เนียบพลัน และการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะลับสน

เฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) การให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพ 2) แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะลับสนเนียบพลันและ 3) แนวปฏิบัติการจัดการภาวะลับสนเนียบพลัน ก่อนนำไปใช้ควรศึกษาถึงขั้นตอนการปฏิบัติการให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพเป็นลำดับแรก เพื่อให้ทุกคนตระหนักร่วมมีความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริง ก่อนผสมผลงานเข้าไปในกระบวนการพยาบาล ทดลองใช้ในหน่วยงานเพื่อปรับให้เหมาะสม กับผู้ปฏิบัติตามแบบแผนขององค์กร มีการเก็บข้อมูลและประเมินผลถึงความคุ้มค่าของการนำไปใช้ โดยมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์ทัญสิรินทร์ ฉันลิริกาญจน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชวารี แย้มวงศ์ คุณอารีย์ บุญบวรรัตนกุล และคุณอวยพร พินิชัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการตรวจสอบแนวปฏิบัติในการศึกษารังน័نج สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Aldemir, M., Ozen, S., Kara, I. H., Sir, A., & Bac, B. (2001). Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Critical Care*, 5(5), 265–270.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1999). *Practice guideline for the treatment of patients with delirium*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

- Axell, A. I. R., Malmros, C. W., Bergbom, I. L., & Lundberg, D. B. A. (2002). Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46, 726-731.
- Boonphadh, P. (2004). *The incidence of acute confusional states and associated factors in postoperative elderly patients*. Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M., et al. (2004). British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care*, 9(5), 199-212.
- Dubois, M. J., Bergeron, N., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Delirium in an intensive care unit: A study of risk factors [Electronic version]. *Intensive Care Medicine*, 27, 1297-1304.
- Ely, E. W., Gautam, S., Margolin, R., Francis, J., May, L., Speroff, T., et al. (2001a). The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Medicine*, 27, 1892-1900.
- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., et al. (2001b). Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Journal of the American Medical Association*, 286(21), 2703-2710.
- Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., et al. (2001c). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*, 29(7), 1370-1379.
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., et al. (2004a). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Journal of the American Medical Association*, 291(14), 1753-1762.
- Ely, E. W., Stephens, R. K., Jackson, J. C., Thomason, J., Truman, B., Bernard, G., et al. (2004b). Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: A survey of 912 healthcare professionals. *Critical Care Medicine*, 32, 106-112.
- Ely, E. W., Truman, B., Bernard, G. R., Dittus, R. S., Gordon, S. M., Jackson, J. C., et al. (2004c). *CAM-ICU training manual and instructional video*. Retrieved January 22, 2004, from <http://www.icudelirium.org>
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M. (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 1697-1706.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *Nursing English Journal of medicine*, 311, 1664-1670.
- Inouye, S. K., & Charpentier, P. A. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *Journal of the American Medical Association*, 275, 852-857.
- Inouye, S. K., Dyck, C. V., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method [Electronic version]. *Annals of Internal Medicine*, 113, 941-948.
- Inouye, S. K., Schlesinger, M. L., & Lyndon, T. J. (1999). Delirium: A symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *The American Journal of Medicine*, 106, 565-573.
- Jackson, K., C., & Lipman, A. G. (2004). Drug therapy for delirium in terminally ill patients. Retrieved February 22, 2005, from <http://www.cochrane.org>

- Jacobi, J., Fraser, G. L., Coursin, D. B., Riker, R., Fontaine, D., Wittbrodt, E. T., et al., (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine*, 30, 119–141.
- Lipowski, Z. J. (1989). Delirium in the elderly patient, *The New England Journal of Medicine*, 320(9), 578–581.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N, M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial [Electronic version]. *Journal of Geriatric Society*, 49, 516–222.
- McNicoll, L., Pisani, M. A., Zhang, Y., Ely, E. W., Siegel, M. D., & Inouye, S. K. (2003). Delirium in the intensive care unit: Occurrence and clinical course in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 591–598.
- Milbrandt, E. B., Deppen, S., Harrison, P. L., Shintani, A.K., Speroff, T., Stiles, R.A., et al. (2004). Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 32(4), 955–962.
- Milisen, K., Cremers, S., Foreman, M. D., Vandevelde, E., Haspeslagh, M., Geest, S. D., et al. (2004). The strain of care for Delirium Index: A new instrument to assess nurses' strain in caring for patients with delirium. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 775–783.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). The utilization process and criteria for utilization. *Essential of nursing research: method, appraisals, and utilization* (4thed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rapp, C. G., Mentes, J. C., & Titler, M. G. (2001). Acute confusion/delirium protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(4), 21–33.
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317–322.
- Schwab, R. J. (1994). Disturbances of sleep in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, 10(4), 681–693.
- Sessler, C. N., Gosnell, M., Grap, M. J., Brophy, G. T., O'Neal, P. V., Keane, K. A., et al. (2002). The Richmond Agitation Sedative Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 166, 1338–1344.
- Shu-Feng, S. (1998). *A causal model of the effect of preparatory sensory information on ICU patients*. Philosophy of Nursing Health Sciences: Virginia Commonwealth University.
- Siwek, J., Gourlay, M. L., Slawson, D. C., & Shaughnessy, A. F. (2002). How to write an evidence-based clinical review article [Electronic version]. *American Family Physician*, 65(2), 251–259.
- Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A., et al. (2005). An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and Aging*, 34, 152–156.
- Tess, M. M. (1991). Confusional states in critically ill patients: A review. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23(6), 398–401.
- The Elder Care Canterbury Project. (1999). *Acute confusion project report: developing an in hospital delirium service*. Retrieved July 24, 2004, from <http://www.ecc.net.nz>
- Truman, B., Gordon, S., & Ely, E. W., (2004). Delirium: A neglected danger in the intensive care unit. *Annals of Long-Term Care*, 12(5), 18–22.
- Weber, J. B., Coverdale, J. H., & Kunik, M. E. (2004). Delirium: Current trends in prevention and treatment. *Internal Medicine Journal*, 34, 115–121.
- Wilson, E. B. (1996). Physical restraint of elderly patients in critical care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 8(1), 61–70.

Prevention and Management of Delirium in Critically Ill Patients

Wasana Thanased* R.N., M.N.S. (Adult Nursing)

Prakong Intarasombat** R.N., M.Ed. (Nursing Administration)

Suparb Aree-Ue*** R.N., Ph.D. (Nursing)

Abstract: Delirium is a common problem in critically ill patients that may be life-threatening. Particularly, those of advanced age experience physiological changes that can cause increased vulnerability in serious cases. In addition, patients admitted to the intensive care unit (ICU) are exposed to unfamiliar environments, special procedures, and various treatment medications. These are known to be major risk factors for developing delirium, resulting in poor prognoses, extended hospital stays, and increased costs for the patients. Delirium is recognized as a hospital complication that can be prevented and cured with early detection and appropriate management. Since delirium serves as an indicator for the quality of critical care, suitable prevention and management are paramount for healthcare providers.

This study aimed to develop guidelines for prevention and management of delirium. A literature search was employed in this study. There were 35 relevant studies elicited from manual and electronic database searches published from 1990 to 2005. Then, the materials were analyzed and synthesized to develop the guidelines, which consisted of three parts: 1) an educational package for healthcare providers, 2) the prevention of delirium in critically ill patients, and 3) the management of delirium in critically ill patients. These guidelines were verified for content validity and were considered for implementation potential by four experts including two critical nursing specialists: one geriatric nursing specialist, and one geriatrician. The guidelines are expected to be beneficial for use in guiding nursing practice to improve the quality of care for critically ill patients who are either at risk of, or have experienced delirium. However, since the developed guidelines have not yet been evaluated in clinical practice, testing them for the effectiveness and efficiency before implementation is recommended.

Keywords: Delirium, Prevention, Management, Critically ill patients, Intensive care unit

*Professional Nurse, Surgical intensive care unit, Samutprakarn Hospital

**Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University