

## บทความพิเศษ

## Review article

# ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล: การพยาบาลและเหตุผล

ณัชศฬา หลงผาสุข พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

ชฎานิศ ขอบอรุณสิทธิ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ติดต่อผู้เขียน: ณัชศฬา หลงผาสุข Email: natsala\_lon@dusit.ac.th

วันรับ: 15 ธ.ค. 2568

วันแก้ไข: 15 ม.ค. 2569

วันตอบรับ: 28 ม.ค. 2569

**บทคัดย่อ**

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น โดยมีอาการและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง เป็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ สมาธิ และความตั้งใจ และการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว มีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงระหว่างวัน และสามารถฟื้นหายกลับเป็นปกติได้ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ว่างซึม ตื่นตัว และแบบผสมผสาน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถป้องกันได้เมื่อได้รับการประเมิน ไม่ว่าจะเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ/หรือการตรวจพิเศษ และการใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน หากได้รับการวินิจฉัยหรือดูแลล่าช้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงวัย ครอบครัว และหน่วยงานที่ดูแลได้ สำหรับการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดควรมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เพื่อให้การพยาบาลที่สามารถจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งรูปแบบไม่ใช้ยาหรือใช้ยาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผู้ป่วยสูงวัยแต่ละราย

**คำสำคัญ:** ภาวะสับสนเฉียบพลัน; ผู้สูงอายุ; การพยาบาล**บทนำ**

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium หรือ acute confusional state) เป็นคำที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวาง<sup>(1)</sup> เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่พบร่วมกับปัญหาทางสุขภาพจิต<sup>(2-4)</sup> ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความรู้คิด สติปัญญา โดยความผิดปกติเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน มีอาการชั่วคราว (ชั่วโมง-สัปดาห์) และมีการ

เปลี่ยนแปลงขึ้นลงในระหว่างวัน แต่สามารถดูแลรักษาให้หายขาดได้ จึงถือได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) กล่าวคือ มีอาการและอาการแสดงไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วย<sup>(5,6)</sup>

ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นการวินิจฉัยทางคลินิกโดยอาศัยการเก็บรวบรวมข้อมูลอาการหรืออาการแสดงโดย

บุคลากรทางการแพทย์ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยาสามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนประสบความสำเร็จ การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวถือเป็นสิ่งจำเป็น พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากกว่าวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ<sup>(7)</sup> บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน และอธิบายการพยาบาลที่สามารถจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันในรูปแบบไม่ใช้ยาและใช้ยาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยเสนอแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันขณะรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ครอบคลุมการประเมิน และกิจกรรมการพยาบาล พร้อมระบุเหตุผลของการปฏิบัติ

บทความนี้ได้ศึกษาค้นคว้าจากฐานข้อมูลงานวิชาการที่สำคัญในช่วงเวลาไม่เกิน 10 ปี เช่น Medline, CINAHL, ProQuest, Google scholar เป็นต้น โดยใช้คำสำคัญและคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุ การพยาบาล หอผู้ป่วย และเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพ มีระเบียบวิธีวิจัย เช่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยประเภทเชิงทดลอง เชิงพรรณนา หนังสือหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีเนื้อหามุ่งเน้นบทบาทของพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาล เผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์หรือไฟล์ PDF บนฐานข้อมูลทางวิชาการ และเขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษเท่านั้น ข้อมูลจากวรรณกรรมที่ผ่านการคัดเลือกถูกวิเคราะห์โดยเน้นประเด็นผลการศึกษา และมีการตรวจทานความถูกต้องครบถ้วนโดยผู้เขียนร่วมอีกหนึ่งท่าน ประกอบกับการพิจารณาประสิทธิภาพในการนิเทศนักศึกษาบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อนำแนวทางขององค์ความรู้ที่น่าเชื่อถือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สับสนเฉียบพลันลงสู่การปฏิบัติอย่างมีคุณภาพและความปลอดภัย

### ปฏิบัติการของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันพบได้บ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุภายหลังเข้ารับการรักษา ร้อยละ 10-20 และพบสูงมากขึ้นภายหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง (การผ่าตัดหัวใจและทรวงอกและตับ) ร้อยละ 50<sup>(8)</sup> สำหรับหอผู้ป่วยอายุรกรรมพบร้อยละ 34.2-55.4<sup>(9,10)</sup> อุบัติการณ์สูงมากขึ้นในหออภิบาลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ร้อยละ 39.8 และพบมากที่สุดและผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 83.3<sup>(10)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในประเทศไทย โดยมีการศึกษาอุบัติการณ์ตามลักษณะการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เช่น พบอัตราการเกิดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ร้อยละ 13.6<sup>(11)</sup> ในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 12.85 และพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี<sup>(12,13)</sup>

### พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด และไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว เป็นการแสดงความเครียดของร่างกายต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง แต่เชื่อว่าเกิดจากการที่เซลล์สมองเสี่ยงที่จะผิดปกติโดยง่ายอยู่แล้ว (vulnerability) โดยการเชื่อมต่อของเครือข่ายสมอง (brain connectivity) มีแนวโน้มเสื่อมลงจากกระบวนการสูงวัยและภาวะเสื่อมของระบบประสาท (neurodegeneration) และการที่มีภาวะกระตุ้นให้การทำงานระดับเซลล์ผิดปกติ (acute cellular change)<sup>(4)</sup> โดยอธิบายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้สมองได้รับพลังงานไม่เพียงพอจากการไหลเวียนโลหิตเข้าสู่สมอง และปริมาณสารตั้งต้นสำหรับกระบวนการเมตาบอลิซึม ซึ่งประกอบไปด้วยกลูโคสและออกซิเจน

ไม่เพียงพอต่อความต้องการ หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) หลัก คือ acetylcholine และ dopamine ซึ่งควบคุมการทำงานของสมองด้านสติปัญญา พฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งภาวะเครียดและการเจ็บป่วย ส่งผลต่อ dopamine และ norepinephrine เมื่อ dopamine เพิ่มขึ้นจะควบคุมการหลั่งของ acetylcholine<sup>(14)</sup>

นอกจากนี้กระบวนการอักเสบ ทำให้ออกซิเจนส่งผ่านเข้าสู่สมองโดยผ่านตัวกรองกั้นระหว่างเลือดกับสมอง (Blood brain barrier) ลดลง หรือทำให้ cytokines ชนิดต่างๆ เช่น interleukin, tumor necrosis factor (TNF) หรือ Interferon เพิ่มความสามารถในการซึมผ่าน (permeability) ของตัวกรองกั้นระหว่างเลือดกับสมอง จากการทำงานของเยื่อบุผนังหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงไป<sup>(2,3,14,15)</sup> ส่งผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาทที่ผิดปกติและความเครียดเรื้อรังกระตุ้นระบบประสาท sympathetic และ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ทำให้มีระดับ cytokines สูงขึ้น เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมอง<sup>(3,14)</sup>

#### สาเหตุ/ปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยเดิมของผู้สูงอายุ และปัจจัยกระตุ้น แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอของร่างกายหรือมีภาวะเปราะบางได้รับปัจจัยกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็อาจจะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ในทางกลับกันถ้าผู้สูงอายุแข็งแรง ควบคุมโรคประจำตัวได้ แต่ได้รับปัจจัยกระตุ้นหลายๆ ปัจจัย อาจเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้เช่นกัน ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยง (predisposing factors) หรือปัจจัยเดิมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น<sup>(5,6,14,16)</sup> เพศชาย<sup>(5,16)</sup> มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง<sup>(6,14)</sup> ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค-สมองเสื่อม<sup>(5,6,14,16)</sup> หรือมีภาวะพุพองปัญหาบกร่อง<sup>(14,16)</sup> หรือโรคซึมเศร้า<sup>(5,6,14,16)</sup> เคยมีประวัติสับสนเฉียบพลันมาก่อน<sup>(5,6,14,16)</sup> มีภาวะทุพพลภาพ<sup>(5,14,16)</sup> ประสาทสัมผัส การรับรู้ลดลง (การมองเห็น การได้ยิน)<sup>(5,6,14)</sup> ตลอดจน

มีการใช้แอลกอฮอล์<sup>(5,6,14,16)</sup> กลุ่มยานอนหลับ<sup>(5,6,14)</sup> หรือได้รับยาหลายชนิด<sup>(5,6,14)</sup>

2. ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการใช้ยาหลายขนาน โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive medications)<sup>(14)</sup> หรือยาต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic drugs)<sup>(5)</sup> การเจ็บป่วยเฉียบพลัน<sup>(5)</sup> การกำเริบของโรคแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>(14,16)</sup> การทำหัตถการและสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์<sup>(5,6,14)</sup> การเข้ารับการผ่าตัดหรือได้รับยาสงบระงับประสาท<sup>(5,6,14,16)</sup> มีภาวะพร่องออกซิเจน<sup>(5,6)</sup> มีการติดเชื้อในร่างกาย<sup>(5,16)</sup> มีภาวะการขาดสารอาหารและน้ำ<sup>(5,6)</sup> ได้รับความเจ็บปวด<sup>(6,16)</sup> ถูกผูกมัดร่างกาย<sup>(6,14)</sup> และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ<sup>(5,6,14)</sup> เช่น เกลือแร่ โดยเฉพาะ โซเดียม โพแทสเซียม กลูโคส เป็นต้น

โดยทั่วไปภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดขึ้นชั่วคราว แต่สามารถคงอยู่ได้ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่เดิม จากการทบทวนการศึกษา พบว่า อาการของภาวะสับสนเฉียบพลันยังคงมีอยู่จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 45 และการติดตามภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบหนึ่งเดือน ร้อยละ 33 ซึ่งในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ล้วนมีปัจจัยมาจากอายุที่มากขึ้น มีภาวะสมองเสื่อมอยู่เดิม มีโรคร่วมหลายชนิด มีภาวะสับสนระดับรุนแรง และถูกผูกมัดร่างกาย<sup>(16)</sup>

#### อาการและอาการแสดง

ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่มีอาการและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง โดยมีลักษณะที่พบบ่อย 4 ประการ ได้แก่<sup>(17)</sup>

1. การมีสมาธิ ความตั้งใจลดลง
2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพ อารมณ์ หรือความสนใจ
3. การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เช่น ตื่นตัวมากกว่าปกติ หรือว่างซึม
4. การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น

นอนหลับมากขึ้น หรือรับประทานอาหารน้อยลง

ทั้งนี้ อาการต้องเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เปลี่ยนแปลงขึ้นลงได้ระหว่างวัน ซึ่งภาวะนี้อาจแบ่งออกเป็น 3 ประเภท<sup>(5,18)</sup> คือ

1. แบบง่วงซึม (Hypoactive delirium) ผู้สูงอายุมักมีอาการง่วงนอน (somnia) หลับมากผิดปกติ คิดช้า เคลื่อนไหวน้อย เป็นกลุ่มที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ และมักไม่ได้รับความสนใจ หรือเข้าใจผิดว่าเป็นอาการเหนื่อยล้าตามวัยหรือมีอาการซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดูแลรักษา

2. แบบตื่นตัว (Hyperactive delirium) ผู้สูงอายุมีอาการตื่นตัวมากกว่าปกติ ผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวาย (agitated) สับสน มีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อสู้หรือไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา นอกจากนี้อาจมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น อาการหลอน (hallucination) และอาการหลงผิด (delusion)

3. แบบผสมผสาน (Mixed delirium) ผู้สูงอายุมีอาการแบบง่วงซึม สลับกับแบบตื่นตัว มีอาการผันผวนหรือขึ้น ๆ ลง ๆ (fluctuation) ในระหว่างวัน

### ผลกระทบ

ภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว หน่วยงานที่ให้การดูแล ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นและผลลัพธ์ของสุขภาพที่ไม่ดี<sup>(18)</sup> ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สูญเสียการรู้คิด ระยะเวลา นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเสียชีวิตร้อยละ 7-10 ของการเสียชีวิตใน 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาล<sup>(8)</sup> ผลกระทบต่อครอบครัวมีหลายประการ ได้แก่ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ กลัวความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล<sup>(19,20)</sup> นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน เช่น เพิ่มการใช้ทรัพยากร การดูแลสุขภาพ<sup>(19)</sup> ทั้งในแง่ของอัตรากำลังคน ภาระงาน (ความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ

วันหรือการดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มมากขึ้น) วัสดุอุปกรณ์ (ค่าเสียหายในการส่งซ่อมหรือจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ทดแทนในกรณีผู้ป่วยทำให้ชำรุด)<sup>(20)</sup>

### การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต และควรได้รับการประเมินอย่างเหมาะสม การประเมินเกี่ยวข้องกับการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ/หรือการตรวจพิเศษ และการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ

#### 1. การซักประวัติ

ควรซักประวัติจากญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด เช่น ประวัติการเจ็บป่วย (การเจ็บป่วยปัจจุบัน เช่น อาการไข้ ไอ ปวดศีรษะ ปัสสาวะแสบขัด ปวด/ไม่สุขสบาย และการเจ็บป่วยในอดีต) รายการยาที่ใช้ประจำ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงรายการยาและการซื้อยารับประทานเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (ความอยากอาหาร พฤติกรรมการขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน อาการปวดหรือความไม่สุขสบาย การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่คุ้นชิน) การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด สติปัญญาและการรับรู้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และประวัติพลัดตกหกล้ม<sup>(5,6,18)</sup>

#### 2. การตรวจร่างกาย

ควรตรวจวัดสัญญาณชีพ ความสูงและน้ำหนักตัว และตรวจการทำงานของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า แต่ไม่ควรใช้เวลามากเกินไป เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือ โดยเน้นค้นหาสัญญาณของการติดเชื้อ หรือการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินการตื่นตัว ความสนใจ (สมาธิ) การรับรู้ ประเมินระบบทางเดินหายใจ (ฟังเสียงปอด การไอ) ประเมินระบบทางเดินอาหาร (คลำเพื่อตรวจหาก้อนอุจจาระแข็ง กระเพาะปัสสาวะคั่งค้าง) ประเมินระบบผิวหนัง (ดูผื่น ความชุ่มชื้นหรือความตึงตัว)<sup>(5,6,18)</sup>

3. การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ/หรือการตรวจพิเศษ

ส่วนใหญ่มักเป็นการติดตามผลการตรวจหาแหล่งติดเชื้อหรือทางด้านเมตาบอลิก เช่น complete blood count, arterial blood gas, blood urea nitrogen, creatinine, electrolytes (including calcium, phosphate, and magnesium), glucose, liver enzymes, thyroid function, vitamin B12, cardiac enzymes, chest X-ray และการตรวจปัสสาวะ หรือการติดตามผลการเพาะเชื้อจากเลือด ในรายที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อแต่ยังไม่ทราบเชื้อก่อโรค นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเพื่อหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพสำหรับการอักเสบ (inflammatory markers) เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น cortisol, interleukins และ C-reactive protein อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบข้อมูลยืนยันการตรวจสอบความถูกต้องสำหรับการใช้งานทางคลินิก<sup>(6,15)</sup>

#### 4. การใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ

แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน มีแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับ มีความน่าเชื่อถือ และใช้อย่างแพร่หลาย เช่น Confusion Assessment Method (CAM)<sup>(5)</sup>, Delirium Rating Scale (DRS), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)<sup>(21)</sup>, the 3-Minute Diagnostic Interview for Confusion Assessment Method (3D-CAM)<sup>(22)</sup> ซึ่งพยาบาลควรเลือกใช้แบบประเมินให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ง่ายต่อการประเมิน และใช้เวลาไม่มาก

แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย อินทรมสมบัติ แปลมาจากแบบประเมิน Confusion Assessment Method (CAM) พัฒนาโดย Inouye และคณะ<sup>(14)</sup> แบบประเมินเป็นการสังเกตและการสัมภาษณ์ มีจำนวน 4 ข้อ โดยการแปลผลจะต้องมีข้อ 1 และ 2 ร่วมกับอาการใดอาการหนึ่งในข้อ 3 หรือ 4 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้<sup>(12,16)</sup>

1) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน อาการขึ้น ๆ ลง ๆ (acute onset and fluctuating course) โดยประเมินจากการสังเกตหรือสอบถามจากญาติหรือผู้ดูแลในช่วง 1-2 วันที่ผ่านมา

2) มีการเปลี่ยนแปลงความสนใจ สมาธิ ความจดจ่อ

(Inattention) โดยประเมินจากการขานเลขตามทีบอ (พูดตามตัวเลข ทวนตัวเลขถอยหลัง) การลบเลข การบอกวันในสัปดาห์ถอยหลัง

3) มีกระบวนการคิดไม่เป็นระบบ ไม่มีเหตุผล (disorganized thinking) โดยประเมินจากการพูดไม่ต่อเนื่อง การตัดสินใจไม่สมเหตุสมผล

4) มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (altered level of consciousness) โดยประเมินจากการสังเกตหรือใช้แบบประเมินการง่วงซึม กระวนกระวาย (the Richmond Agitation and Sedation Scale: RASS)

แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับและใช้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 94-100 และ 90-95 ตามลำดับ<sup>(17)</sup> สำหรับใช้ในผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ ใช้เวลาไม่มากในการประเมิน ช่วยค้นพบปัญหาได้รวดเร็วโดยไม่มีผลกระทบต่อภาระงานประจำ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการดัดแปลงแบบประเมิน CAM-ICU สำหรับใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้<sup>(12)</sup>

นอกจากนี้อาจใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และ/หรือแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ในการประเมินร่วมกับแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อประเมินความรุนแรง วางแผนการดูแลรักษา และติดตามประเมินผล

### การพยาบาลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

การพยาบาลภาวะสับสนเฉียบพลันจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของประเทศไทยและต่างประเทศให้เริ่มต้นจากการไม่ใช้ยา ก่อน เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาว่า มีผลในการรักษาหรือป้องกันภาวะดังกล่าว อีกทั้งสมาคมเวชศาสตร์ ประเทศ

สหรัฐอเมริกา (American Geriatrics Society) ได้สนับสนุนโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Hospital Elder Life Program: HELP) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เป็นความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพในการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน และแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้ดังนี้

1. การจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)

1.1 เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ<sup>(6,23)</sup>

1) ค้นหาญาติหรือผู้ดูแลหลัก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยผ่านรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสม (เช่น โบรชัวร์ แผ่นพับ คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก) เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ ให้ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุต่อเนืองที่บ้าน

2) ยืดหยุ่นเรื่องเวลาเข้าเยี่ยมสำหรับผู้ดูแล เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยกับบุคคลที่คุ้นเคย ช่วยกระตุ้นความทรงจำ และลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

1.2 ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ<sup>(6,23)</sup>

1) สื่อสารโดยใช้จังหวะการพูดช้าปานกลาง คำพูดชัดเจน ประโยคสั้น ๆ น้ำเสียงโทนต่ำ และถามทีละคำถาม เพื่อที่จะสามารถมั่นใจได้ว่าผู้สูงอายุเข้าใจในสิ่งที่ต้องการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง

2) บันทึกปัญหา และกิจกรรมการพยาบาลลงในแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล และส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร เพื่อทีมรับทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และได้รับการดูแลต่อเนื่อง

1.3 การส่งเสริมระบบประสาทการรับรู้/กระตุ้นการรับรู้ตามความเป็นจริง<sup>(3,5,6,14)</sup>

1) จัดให้สวมแว่นตา และใช้เครื่องช่วยฟัง เพื่อให้การมองเห็นและการได้ยินดีขึ้น รับรู้เหตุการณ์รอบตัวได้มากขึ้น

2) ทบทวนการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เพื่อย้ำเตือนการรับรู้ความเป็นปัจจุบัน

3) เตรียมนาฬิกา ปฏิทิน ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เพื่อช่วยในเรื่องความจำให้แก่ผู้สูงอายุ

4) แนะนำให้ดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุ เพื่อกระตุ้นการรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบัน

5) ชวนพูดคุยเกี่ยวกับการระลึกความหลัง (remiscence) โดยใช้เรื่องราวที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจ เพื่อกระตุ้นความจำและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

6) แนะนำญาติหรือผู้ดูแลนำภาพถ่ายครอบครัวหรือสถานที่ที่ผู้สูงอายุชอบมาชวนพูดคุย เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสะท้อนคิดเรื่องราวต่างๆ ของตนเอง ได้มีโอกาสระบายความรู้สึก

7) เปิดม่าน หน้าต่าง หรือเปิดไฟให้สว่างในเวลากลางวัน และพยายามหรี่ไฟหรือปิดไฟในเวลากลางคืน เพื่อส่งเสริมการรับรู้เวลาตามความเป็นจริง

8) หลีกเลี่ยงการโยกย้ายเตียง หรือเปลี่ยนห้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม

1.4 การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวัน<sup>(3,5,6,14,23,24)</sup>

1) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามที่เคยทำ เช่น แปร่งฟัน สวม/ถอดเสื้อผ้า ทาแป้ง ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เพื่อเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองและกล้ามเนื้อ ร่วมกันจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เอื้ออำนวยต่อการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

2) ดูแลให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อพ้นระยะที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหว และระวังเรื่องความปลอดภัย เพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวัน และลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม

3) จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น โครงเหล็ก-ช่วยเดิน (walker) หรือไม้เท้า (cane) ให้พร้อมใช้ ตลอดจนสวมรองเท้าที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเดิน เพื่อเพิ่มความมั่นคงในการเคลื่อนไหว

4) จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย

การคิดรู้และสังคม เพื่อคงความสามารถที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด/ความเข้าใจ

1.5 การลดความวิตกกังวล และคงไว้ซึ่งแบบแผนการนอนหลับที่เป็นปกติ<sup>(3,5,6,14,23)</sup>

1) อธิบายการปฏิบัติตัว ขั้นตอนการตรวจ และการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาลให้ผู้สูงอายุและญาติ หรือผู้ดูแลรับทราบเป็นระยะ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมใหม่ ปรับตัวได้ง่าย คลายความวิตกกังวล

2) ให้ญาติหรือผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำมาเยี่ยมสม่ำเสมอ และนำของใช้ประจำตัว เช่น หมอน ผ้าห่ม เพื่อความคุ้นเคย

3) จัดสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดการใช้เสียง พร้อมหรือไฟหรือปิดไฟในเวลากลางคืน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนอนหลับพักผ่อนได้

4) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นในครั้งเดียวกัน เพื่อช่วยลดการรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ

1.6 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และคงสมดุลของการขับถ่าย<sup>(3,6,14,23)</sup>

1) ดูแลให้ใส่ฟันปลอม เพื่อให้สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ

2) ดูแลให้รับประทานอาหารที่เป็นน้ำหรืออาหารเหลวก่อนอาหารหลัก เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น

3) ช่วยหั่น/ตัดอาหารเป็นชิ้นเล็ก พอดีคำ เน้นอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลา ไข่ และนม เพื่อไม่ให้เกิดการสำลัก และได้รับสารอาหารและพลังงานอย่างเพียงพอ

4) รายงานแพทย์ ปรีกษาโภชนาการ/โภชนาการ เพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสม และกำหนดแนวทางในการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ

5) กระตุ้นและช่วยเหลือผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะท้องผูก ภาวะขาดน้ำ และภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ

6) ดูแลการขับถ่ายและสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่จะเป็นสาเหตุของภาวะสับสน

เฉียบพลัน

1.7 การจัดการกับความปวดที่เหมาะสม<sup>(6,23-25)</sup>

1) ประเมินความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตำแหน่งที่ปวด ระดับความปวด ลักษณะอาการปวด ความถี่ของอาการปวด ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น หรือทุเลาลง และผลกระทบของอาการปวด เพื่อให้ทราบข้อมูลความเจ็บปวดที่ครอบคลุมและวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2) ให้การดูแลแบบไม่ใช้ยา เช่น การจัดทำ ทำสมาธิ สวดมนต์ ฟังเพลง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้เกิดความผ่อนคลาย

1.8 การลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน<sup>(5,25)</sup>

1) หลีกเลี่ยงการผูกมัด (หากจำเป็นต้องได้รับอนุญาตจากญาติหรือผู้ดูแลก่อน) เพื่อลดโอกาสเกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย และผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

2) หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย หรืออุปกรณ์ที่จำกัดการเคลื่อนไหว หากจำเป็นให้ใช้ในระยะเวลาสั้น ๆ ตามความจำเป็น เพื่อป้องกันแหล่งของการติดเชื้อโรค และลดการจำกัดการเคลื่อนไหว

3) จัดบุคลากรพยาบาลคนเดิมหรือทีมเดิมในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยและลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

1.9 การจัดการภาวะอื่นๆ เช่น การติดเชื้อในร่างกาย<sup>(25)</sup>

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามวัยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง (atypical presentation) กล่าวคือ อาการและอาการแสดงที่จำเพาะของโรคที่พบได้ในผู้ป่วยทั่วไป แต่อาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น โรคติดเชื้อ (infection) ในผู้ป่วยทั่วไปอาจมีไข้ ชีพจรเต้นเร็ว ตรวจพบจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงกว่าปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่มีไข้ หรือมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ชีพจรเต้นไม่เร็ว หรือมีเพียงการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยของจำนวนเม็ดเลือดขาว

ในเลือด ในทำนองเดียวกัน สำหรับโรคติดเชื้อทางเดิน-ปัสสาวะ ผู้ป่วยทั่วไปมักมีอาการปัสสาวะขัดหรือปัสสาวะบ่อย แต่ในผู้สูงอายุอาจไม่พบอาการดังกล่าว แต่อาจพบการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สับสน หรือเบื่ออาหารแทน<sup>(26)</sup> มีบางการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อราหนึ่งในสาม หรือประมาณร้อยละ 30 อาจไม่มีอาการไข้ร่วมด้วย<sup>(27,28)</sup> ขณะที่บางการศึกษาเสนอว่า การมีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.2 °C ขึ้นไป หรือการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิจากระดับปกติไม่น้อยกว่า 1.3 °C สามารถใช้เป็นเกณฑ์นิยามภาวะไข้ในผู้สูงอายุได้<sup>(29)</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การประเมินอุณหภูมิร่างกายเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีการติดเชื้อหรือไม่ ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักและเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบร่างกายอันเนื่องมาจากความสูงอายุ มิใช่พิจารณาเฉพาะอาการหรืออาการแสดงที่จำเพาะต่อโรคเพียงอย่างเดียว เพื่อให้สามารถระบุและจัดการภาวะที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างทันที่และเหมาะสม

2. การจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช่ยา (pharmacological management)

ยาที่ใช้ในการดูแลรักษาที่พบบ่อยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ประเภทตื่นตัว (Hyperactive delirium) คือ กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Antipsychotics) เช่น Haloperidol, Olanzapine, Risperidone เพราะออกฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) ต่ำ มีการศึกษาแนะนำการใช้ Haloperidol ขนาดต่ำครั้งละ 0.5-1 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว ในระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย สามารถบริหารยาทางการฉีดเข้ากล้ามเนื้อในขนาดเดียวกันและให้ซ้ำได้ทุก 30-60 นาที ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 10 mg/day และต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่สำคัญ คือ extrapyramidal side effects<sup>(26)</sup> ทำให้เกิดกล้ามเนื้อและร่างกายมีการเคลื่อนไหวน้อย ช้า และผิดปกติ หรือกลืนอาหารลำบาก

ภาวะ QTc prolonged และ Ventricular arrhythmias<sup>(5,30)</sup> ส่วนการใช้กลุ่มยาสงบระงับประสาท (Benzodiazepine) เช่น Lorazepam 0.5-1 mg ซึ่งยากลุ่มนี้มีผลให้ผู้สูงอายุสงบลง แต่ไม่ทำให้อาการสับสนหายไป และอาจกระตุ้นให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลันมากขึ้น ดังนั้น จึงควรติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ การหายใจช้าลง ง่วงซึม สับสน คลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก<sup>(3,30)</sup>

พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ตลอดจนเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เพื่อส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างปลอดภัย โดยอาจจะศึกษาเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อช่วยในการเลือกยาที่เหมาะสม ซึ่งมีหลายชนิดที่ใช้แพร่หลายทั่วโลก ที่นิยมได้แก่ การใช้เกณฑ์ของ Beers Criteria จากสมาคมเวชศาสตร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นรายชื่อยาที่อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ รวมถึงยาที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน<sup>(31)</sup> หรือเกณฑ์ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลโดยครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ ครอบคลุมคำแนะนำทั่วไปในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในผู้สูงอายุ กลุ่มยาหรือรายการยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ กลุ่มยาหรือยาที่ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้สูงอายุ และตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล<sup>(32)</sup>

## วิจารณ์

การศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีแนวโน้มสอดคล้องกัน โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่มุ่งเน้นการสำรวจความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะดังกล่าวในบริบทต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน<sup>(8-12)</sup> แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่า ในแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบอุบัติการณ์ค่อนข้างแตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่น อาจเนื่องมาจากภาวะสับสนเฉียบพลันไม่ใช่โรค แต่เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวภายหลังได้รับการดูแลแก้ไข อาการหรือปัญหาหมดไป จึงไม่ได้รับการบันทึกหรือวินิจฉัยลงในเวชระเบียน

สำหรับการระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสอดคล้องกันกับการศึกษาอื่นๆ ทั้งในอดีตและในปัจจุบัน<sup>(5,6,9,14,16,34,35)</sup> ซึ่งจำแนกได้เป็นสองกลุ่มหลักคือ ปัจจัยนำหรือปัจจัยเดิมของผู้สูงอายุที่เป็นความเสื่อมของร่างกายจากการสูงวัยและโรคประจำตัว และปัจจัยกระตุ้นที่มาจากผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงการพัฒนาและการใช้แบบประเมินคัดกรอง ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือหลายชนิดเพื่อช่วยในการตรวจพบภาวะดังกล่าว<sup>(5,21,22.)</sup> อย่างไรก็ตาม แบบประเมิน Confusion Assessment Method (CAM) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่แนะนำให้ใช้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุดชนิดหนึ่ง และพบว่ามี ความสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV<sup>(18,34)</sup>

สำหรับบทความนี้ได้สังเคราะห์การพยาบาลและเหตุผลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันตามคำแนะนำของสมาคมเวชศาสตร์ ประเทศสหรัฐอเมริกาที่สนับสนุนโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (HELP) ที่เน้นย้ำถึงการจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยา โดยเจาะจงกับปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และภาวะขาดสารอาหารและน้ำ<sup>(35)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปัจจุบัน<sup>(33)</sup> อีกทั้งบทความนี้ได้เพิ่มเติมในเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว และการประเมินอาการและอาการแสดงที่จำเพาะของโรคที่พบได้ในผู้ป่วยทั่วไป แต่อาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของปัจจัยกระตุ้น เช่น โรคติดเชื้อ และนำมาสู่ภาวะสับสนเฉียบพลันได้ แต่ไม่ได้เน้นย้ำถึงรายละเอียดของแนวทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง เช่น ภายหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ การเฝาระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน การเฝาระวังการเกิดภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล หรือการดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดเพื่อเฝาระวังแผล

ติดเชื้อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย แต่ด้วยอาการและอาการแสดงไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน ทำให้ปัญหามักถูกกละเลยหรือได้รับการดูแลล่าช้า และไม่เหมาะสม<sup>(27)</sup> โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันประเภทวงซึม ซึ่งมักถูกมองว่าเป็นอาการเหนื่อยล้าอ่อนเพลียตามวัย<sup>(7,12,18)</sup> ประเด็นสำคัญที่ควรให้ความสนใจ ได้แก่ สมรรถนะของพยาบาลในการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการฟื้นฟู การทบทวนกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในวัยสูงอายุ อุปสรรคในการประยุกต์ใช้แบบประเมินคัดกรอง ตลอดจนความสามารถของพยาบาลในการประเมินภาวะดังกล่าวอย่างถูกต้อง<sup>(7,36)</sup> สำหรับการพัฒนาแนวทางการพยาบาล ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความตระหนักรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ การส่งเสริมทัศนคติเชิงรุกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุ การจัดการป้องกันและการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงการพัฒนาทักษะการสื่อสารของพยาบาลกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(33,37)</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. Iglseider B, Frühwald T, Jagsch C. Delirium in geriatric patients. *Wien Med Wochenschr* 2022;172:114–21.
2. Bellelli G, Brathwaite JS, Mazzola P. Delirium: a marker of vulnerability in older people. *Front Aging Neurosci* 2021;13:626127.
3. Thom RP, Levy-Carrick NC, Bui M, Silbersweig D. Delirium. *Am J Psychiatry* 2019;176(10):785–93.
4. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers* 2020;6(1):90.

5. อรพิชญา ไกรฤทธิ. ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันและภาวะ-  
สมองเสื่อม. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมจินต์ โฉมวัฒน์  
ชัย, สมฤดี เนียมหอม, นิติกุล ทองน่วม, บรรณาธิการ.  
แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric  
syndromes). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการ-  
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558. หน้า 61-70.
6. Agency for clinical innovation. Key principles for care  
of confused hospitalised older persons [Internet]. 2015  
[cited 2024 Apr 14]. Available from: [https://aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/249171/ACI-CHOPs-Key-principles-care-confused-hospitalised-older-persons.pdf](https://aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/249171/ACI-CHOPs-Key-principles-care-confused-hospitalised-older-persons.pdf)
7. Hoch J, Bauer JM, Bizer M, Arnold C, Benzinger P.  
Nurses' competence in recognition and management of  
delirium in older patients: development and piloting of a  
self-assessment. BMC Geriatrics 2022;22(289):1-9.
8. Jin Z, Hu J, Ma D. Postoperative delirium: Perioperative  
assessment, risk reduction, and management. Br J Anaesth  
2020;125(4):492-504.
9. Al Farsi RS, Al Alawi AM, Al Huraizi AR, Al-Saadi T,  
Al-Hamadani N, Al Zeedy K, et al. Delirium in medi-  
cally hospitalized patients: prevalence, recognition and  
risk factors: a prospective cohort study. J Clin Med  
2023;12(12):3897.
10. Fuchs S, Bode L, Ernst J, Marquetand J, Kanel R,  
Bottger S. Delirium in elderly patients: prospective  
prevalence across hospital services. General Hospital  
Psychiatry 2020;67:19-25.
11. อุ่มพร มาลาศรี, สมถวิล ฐระพระ. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อ  
การเกิดอุบัติเหตุและพัฒนาแนวทางการดูแลภาวะสับสน  
เฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.  
วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2564;29(3):470-  
83.
12. ทิพนตร งามกาละ, พรทิพย์ มาลาธรรม, อรพิชญา ไกรฤทธิ.  
อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน  
ในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. รามาธิบดี-  
พยาบาลสาร 2561;24(2):137-49.
13. Zhang M, Zhang X, Gao L, Yue J, Liang X. Incidence,  
predictors and health outcomes of delirium in very old  
hospitalized patients: a prospective cohort study. BMC  
Geriatr 2022;22(262):1-10.
14. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in  
elderly people. Lancet 2014;383(9920):911-22.
15. Wan M, Chase JM. Delirium in older adults: Diagnosis,  
prevention, and treatment. BCMJ 2017;59:165-70.
16. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults.  
N Engl J Med 2017;377(15):1456-66.
17. Geriatrics healthcare professionals health in aging.  
Delirium [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 22].  
Available from: <https://www.healthinaging.org/a-z-topic/delirium/symptoms>
18. Ramírez Echeverría MdL, Schoo C, Paul M, Doerr C.  
Delirium (Nursing) [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr  
22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568723/>
19. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly.  
Clin Geriatr Med 2020;36(2):183-99.
20. กาญจนา วิเชียร, ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์, บรรณาธิการ. การ  
พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ  
สับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก  
โรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น. การประชุมวิชาการเสนอ  
ผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560; 10  
มี.ค. 2560; มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น; 2560. หน้า 974-85.
21. Grover S, Kate N. Assessment scales for delirium: a  
review. World J Psychiatry 2012;2:58-70.
22. Palihnich K, Gallagher J, Inouye SK, Marcantonio ER.  
The 3D CAM training manual for research. version 5.3  
[Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 26]. Available from:  
<https://www.deliriumcentral.org/wp-content/up->

- loads/2024/04/3D-CAM\_Training\_Manual\_5.5a\_Thai.pdf
23. Akinjogbin T, Parnell J, Duggan MC. A delirium monitoring program for hospitalized older adults: an approach to age-friendly health systems. *OBM Geriatrics* 2020;4(3):1-14.
24. Johansson YA, Bergh I, Ericsson I, Sarenmalm EK. Delirium in older hospitalized patients—signs and actions: a retrospective patient record review. *BMC Geriatrics* 2018;18(43):1-11.
25. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 26 พ.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: [https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2024/09/20092567\\_002.pdf](https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2024/09/20092567_002.pdf)
26. Vonnes C, El-Rady R. When you hear hoof beats, look for the zebras: Atypical presentation of illness in the older adult. *The Journal for Nurse Practitioners* 2021; 17:458-61.
27. Limpawattana P, Phungoen P, Mitsungnern T, Laosu-angkoon W, Tansangworn N. Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;62:97-102.
28. Maini A, Singh A, Kaur B, & Goel A. Fever in older persons. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics* 2024;20:81-4.
29. Chung MH, Huang CC, Vong SC, Yang TM, Chen KT, Lin HJ, et al. Geriatric fever score: A new decision rule for geriatric care. *PLoS One* 2014;23:e110927.
30. พวงเพชร พันธุ์สวัสดิ์, ทวนธน บุญลือ. ความก้าวหน้าในการป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 2 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&id=1430](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1430)
31. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 3. *Eur Geriatr Med* 2023;14:625-32.
32. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 26 พ.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <http://digital.nlt.go.th/dlib/files/original/7d77a866e8d33815f6bdaff1f535f5f9.pdf>
33. Szewczak A, Siwicka D, Klukow J, Czerwik-Marcinkowska J, Zmorzynski S. Clinical nursing management of adult patients with delirium in a hospital setting: a systematic review. *J Clin Med* 2025;14(22):8113.
34. Wu CR, Chang KM, Tranyor V, Chiu HY. Global incidence and prevalence of delirium and its risk factors in medically hospitalized older patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2025;162:104959.
35. Kwak MJ, Inouye SK, Fick DM, Bonner A, Fulmer T, Carter E, et al. Optimizing delirium care in the era of Age-Friendly Health System. *J Am Geriatr Soc* 2024; 72(1):14-23.
36. Wu M, Chen Z, Xu Y, Zhao L, Zhao L, Xia L. A qualitative study of geriatric specialist nurses' experiences to navigate delirium in the elderly. *BMC Nurs* 2024; 23(1):426.
37. Lim, XM, Lim, ZHT, Ignacio J. Nurses' experiences in the management of delirium among older persons in acute care ward settings: A qualitative systematic review and meta-aggregation. *International Journal of Nursing Studies* 2022;127:104157.

### Delirium in Hospitalized Older Adults: Nursing Care with Clinical Reasoning

Natsala Longphasuk, M.N.S. (Gerontological Nursing); Chayanis Chobarunsitthi, M.N.S. (Adult Nursing)

*Faculty of Nursing, Suandusit University, Thailand*

*Journal of Health Science of Thailand 2026;35(Suppl 2):S368-S379.*

**Corresponding author:** Natsala Longphasuk, Email: natsala\_lon@dusit.ac.th

**Abstract:** Delirium is a geriatric syndrome, particularly among older adults experiencing acute illness and hospitalization. It has complex, multifactorial causes, which can be divided into two main groups: predisposing and precipitating factors. This condition involves an acute onset and fluctuation in consciousness, awareness, concentration, and physical function, often manifesting with non-specific signs and symptoms. Delirium is temporary and usually reversible, and it can be categorized as hyperactive, hypoactive, or mixed. Literature reviews support the preventability of delirium through several assessments, including history-taking, physical examinations, laboratory results, and cognitive assessment tools. Early detection and appropriate management are essential to prevent both short-term and long-term consequences for older adults, their families, and healthcare agencies. Caring for delirium in hospitalized older adults requires the cooperation of a multidisciplinary team, as well as family members. Nurses, as practitioners who provide continuous and direct care to older adults, should possess adequate knowledge and understanding of the causes, symptoms, and assessment tools related to delirium. This competence enables nurses to deliver both non-pharmacological and pharmacological management appropriately and effectively, ensuring individualized care aligned with each older patient's condition.

**Keywords:** delirium; older adults; nursing care