อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ณิชาภา หน่อตุ้ย พย.ม., วิภาดา ขันแก้วมิ่ง พย.บ., เสน่ห์ ขุนแก้ว ปร.ด., สุชารินี ศรีสวัสดิ์ พย.ม.
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ 2 ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

Incidence of Delirium in Patients with Acute Ischemic Stroke in the Medical Intensive Care Unit at Chiang Mai Neurological Hospital

Nichapha Nortui, M.N.S., Wipada Khankeawming, B.N.S, Saneh Khunkaew, Ph.D., Sucharinee Srisawat, M.N.S.
Chiang Mai Neurological Hospital, 2, Su Thep, Mueang Chiang Mai, Chiang Mai, 50200, Thailand
Corresponding Author: Nichapha Nortui (E-mail: nongicneuro294@gmail.com)
(Received: 19 May, 2025; Revised: 22 December, 2025; Accepted: 6 July, 2026)

Abstract

Background: Delirium is a psychiatric syndrome characterized by an altered level of consciousness, commonly observed in patients with acute ischemic stroke. Its incidence is highest in intensive care units, particularly among elderly patients and those with infections. Delirium leads to deterioration in cognitive function, perception, and memory. Symptoms typically occur within 24-72 hours (2-3 days) after hospital admission and may persist for hours, days, or weeks. In some cases, confusion continues even after discharge. Early assessment of delirium enables timely nursing interventions, preventing complications and minimizing adverse outcomes. **Objectives:** To determine (1) the incidence of delirium in acute ischemic stroke patients admitted to the medical ICU, (2) associated risk factors, and (3) complications related to delirium. **Methods:** This descriptive study included patients aged 60 years and older diagnosed with acute ischemic stroke and admitted to the medical ICU at Chiang Mai Neurological Hospital between October 2022 and December 2023. A total of 146 participants were assessed using CAM-ICU, RASS, and a complication recording form. **Results:** The mean age of participants was 70.27 years, with the majority being male (51.4%). Delirium was observed in 7.5% of patients, occurring during initial admission in 6.2% and within 24 hours in 7.5%. Complications were noted within 72 hours in 2.1% Significant risk factors included male sex (13.3% vs. 1.4% in females), age > 80 years (25%), followed by age 70-79 years (8.2%, p = .003), comorbidities (8.3%), smoking (11.3%), and abnormal hematocrit (8.0%). Age showed a statistically significant association, whereas comorbidities did not (p = .730). **Conclusion:** Delirium is more prevalent among males and patients aged over 80 years with acute ischemic stroke. Routine delirium assessment and monitoring for at least 72 hours after admission are recommended to enable timely management and prevent complications.

Keyword: Incidence, Acute delirium, Acute ischemic stroke

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการทางจิตเวชที่มีความผิดปกติระดับความรู้สึกตัว พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน อุบัติการณ์พบมากที่สุดในหอผู้ป่วยหนัก มีการติดเชื้อ และโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการรู้คิด การรับรู้และความจำ ถดถอยลง อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นในช่วง 24-72 ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจยาวนานเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ และบางครั้งพบว่าอาการสับสนยังคงเกิดหลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ช่วงเวลาเกิดพบได้ตั้งแต่ชั่วโมงหรือวัน หากมีการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันได้ตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้สามารถวางแผนการรักษาพยาบาลได้ทันท่วงที ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษา 1) อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม **วิธีการ:** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 - ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 146 ราย โดยใช้แบบประเมิน CAM-ICU, RASS และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน **ผล:** กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.27 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (51.4%) พบภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 7.5 โดยเกิดในระยะแรกรับร้อยละ 6.2 และภายใน 24 ชั่วโมงร้อยละ 7.5 ภาวะแทรกซ้อนพบใน 72 ชั่วโมงร้อยละ 2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ เพศชาย (13.3% เทียบกับหญิง 1.4%) อายุ > 80 ปี (25%) รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี (8.2%, p = .003) ผู้มีโรคประจำตัว (8.3%) สูบบุหรี่ (11.3%) และฮีมาโตคริตผิดปกติ (8.0%) โดยอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่โรคประจำตัวไม่สัมพันธ์ (p = .730) **สรุป:** ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหลอดเลือดสมองตีบตันเฉียบพลัน พบมากในเพศชาย อายุมากกว่า 80 ปี ดังนั้น ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันทุกราย และติดตามประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันไปอีกอย่างน้อย 72 ชั่วโมง จะสามารถวางแผนรักษาอาการได้ทันท่วงที ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: อุบัติการณ์, ภาวะสับสนเฉียบพลัน, โรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน

บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองขาดออกซิเจนไปเลี้ยง เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย เลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองไม่ได้หรือไม่สะดวก เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและเป็นสาเหตุอันดับ 3 ของการเสียชีวิต[1] แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสมองขาดเลือดหรือตีบตัน และกลุ่มที่มีเลือดออกในสมองหรือแตก[2] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังจะมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการรู้คิด และอาการทางจิตประสาท รวมถึงภาวะสับสนเฉียบพลันร่วมด้วย[3] ซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลันที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอัตราการเสียชีวิตขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงถึง 4.71 เท่า อัตราการเสียชีวิตภายใน 12 เดือน พบ 4.91 เท่า และยังเพิ่มระยะเวลานอนในโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน[4] ซึ่งอาการแสดงนี้ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของอาการสลับกันระหว่างดีขึ้น และผิดปกติในแต่ละช่วงของวัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งพบเป็นความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมง วัน หรือเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาของวันมีการลดลงของความสามารถในการตั้งใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การคงหรือการเปลี่ยนความตั้งใจ และการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงในความรู้คิด หรือความผิดปกติในการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล มีความจำลดลง รวมถึงมีความผิดปกติทางด้านภาษา[5] อาการจะเกิดขึ้นในช่วง 24-72 ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งระยะเวลาที่เกิดขึ้นอาจยาวนานเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็น

สัปดาห์ และบางครั้งพบว่าอาการสับสนยังคงหลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน[6] พบอุบัติการณ์การเกิดได้สูงถึงร้อยละ 23 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบเฉียบพลัน[7] อุบัติการณ์นี้พบมากที่สุดในหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 82 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 59 หอผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 45-54 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปร้อยละ 29-49 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยอุบัติการณ์การเกิดสามารถพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 21-32 ขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน[8]

ภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ คือความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ความสามารถในการรู้คิด การรับรู้ และความจำต่าง ๆ ถดถอยลง เกิดภาวะเครียด เพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก และโรงพยาบาลนานขึ้น และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีก เพิ่มอัตราการเสียชีวิต และคุณภาพชีวิตลดลง ยังเพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ทั้งในแง่ของค่าใช้จ่ายทางระบบสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวต้องออกมาดูแลผู้ป่วย เพราะว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน[9]

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ได้เริ่มให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันแบบครบวงจรมานานมากกว่า 10 ปี จากสถิติย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 540, 462 และ 425 รายตามลำดับ[10] แต่ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลให้การพยากรณ์โรคแย่ลง อย่างไรก็ตามภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่ป้องกันได้ ซึ่งการระบุและค้นหาปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ[11] แต่เนื่องจากยังพบว่ามีอุบัติการณ์เกิด และพยาบาลยังไม่สามารถประเมินเพื่อวินิจฉัยได้ทัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอุบัติการณ์การเกิด และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต่อไป

วัตถุและวิธีการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

3. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิด และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 - ธันวาคม พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) คือ โรคที่มีความผิดปกติของสมองทำให้เกิดอาการแสดงขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองบริเวณนั้น อาการที่พบได้แก่ ชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้าและ/หรือบริเวณแขนขาครึ่งซีกของร่างกาย พูดลำบาก หรือฟังไม่เข้าใจ ปากเบี้ยว กลืนลำบาก เสียการทรงตัว เป็นต้น[2, 12]

2. ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Acute delirium) คือ ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว มีการลดลงของความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ร่วมกับความบกพร่องในการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล อาจมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน มีความผิดปกติในการใช้ภาษา มีการรับรู้ที่ผิดปกติไป เป็นภาวะที่สมองทำงานบกพร่องเฉียบพลัน ซึ่งภาวะนี้มักจะเกิดในระยะเวลาสั้น ๆ ไม่คงที่ อาการจะผันผวนขึ้น ๆ ลง ๆ ในแต่ละวันสามารถประเมินได้ด้วยการใช้แบบประเมิน Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเดือนพฤษภาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันด้วย 1) แบบประเมิน Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)[13] และ 2) แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (Confusion Assessment Method for the ICU [CAM-ICU]) ของ Inouye และคณะ[14] ความเที่ยงในการวัด (reliability) เท่ากับ 0.8

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมิน Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)[13] เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม ก่อนนำแบบประเมินนี้ไปใช้ ผู้วิจัยจะทำการทดสอบ interrater reliability เพื่อหาความเที่ยง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.8 จึงนำไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (Confusion Assessment Method for the ICU [CAM-ICU]) ของ Inouye และคณะ โดยเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับ มีความเที่ยง และความตรงสูง ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ หลายภาษารวมถึงมีการแปลเป็นภาษาไทยโดยคุณศิริรัตน์ เหมือนขวัญ[15] ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจนเป็นที่ยอมรับ และน่าเชื่อถือ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ และการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เซ็นชื่อในแบบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนมีการรวบรวมข้อมูลทุกครั้ง

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยใช้เครื่องมือประเมินโดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป โดยอธิบายขั้นตอนในการทำงานวิจัย รายละเอียดและวิธีการใช้แบบประเมิน โดยช่วงแรกของการเก็บข้อมูลจะเก็บพร้อมกับผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและดำเนินการเก็บข้อมูลไปในแนวทางเดียวกัน โดยที่จะประเมินผู้ป่วย ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่แรกรับ 24 ชั่วโมงแรก และ 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยใช้แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมิน RASS แบบประเมิน CAM-ICU และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (ใน 24 ชั่วโมงแรก และ 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ได้แก่

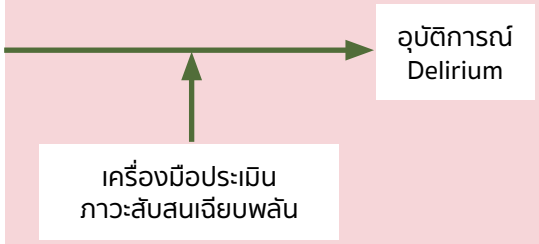
1. **ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป** อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. **การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยวิเคราะห์แบบไคสแควร์ หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

กรอบแนวคิด

ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย Acute stroke

1) ปัจจัยนำต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น เพศ ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม มีประวัติภาวะสับสนเฉียบพลันมาก่อน การได้ยินและการมองเห็นบกพร่อง การรู้คิดบกพร่อง การสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้า รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายระบบ เป็นต้น
2) ปัจจัยกระตุ้นต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น ชนิดของ stroke ตำแหน่ง ภาวะติดเชื้อ ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น



ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 146 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.4 มีอายุเฉลี่ย 70.27 ปี ทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น acute ischemic stroke มีโรคประจำตัวจำนวน 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.7 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 66.4 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 22.6 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 36.6 มีระดับของฮีมาโตคริตผิดปกติ ร้อยละ 77.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	51.4
หญิง	71	48.6
อายุ		
60 - 69 ปี	77	52.7
70 - 79 ปี	49	33.6
80 ปีขึ้นไป	20	13.7
Mean (SD)	70.27 (8.00)	
การวินิจฉัยโรค		
acute ischemic stroke	146	100.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	37	25.3
มี	109	74.7
HT	97	66.4
DM	33	22.6
AF	2	1.4
Anemia	2	1.4

	จำนวน	ร้อยละ
CKD	5	3.4
DLP	48	32.9
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าปกติ (< 18.5)	15	10.3
ปกติ (18.5-22.9)	53	36.6
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	31	21.4
อ้วน (> 24.9)	46	31.7
Mean (SD)	23.11 (3.55)	
ฮีมาโตคริต		
ปกติ	33	22.6
ผิดปกติ	113	77.4
Mean (SD)	38.43 (4.10)	
อัลบูมิน		
ปกติ	71	52.2
ขาดโปรตีนปานกลาง	61	44.9
ขาดโปรตีนรุนแรง	4	2.9
Mean (SD)	3.50 (0.35)	
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคย	75	51.4
เคย	71	48.6

ผลการประเมิน Sedation

การประเมิน Sedation ของกลุ่มตัวอย่างทุกราย มีค่า RASS Score มากกว่า -4 ผลการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน แรกรับ พบร้อยละ 6.2 ใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 7.5 และใน 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา ร้อยละ 9.2 สำหรับภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา พบร้อยละ 0.7 และใน 72 ชั่วโมง ร้อยละ 2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 7.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการวินิจฉัย

	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัย Delirium โดย CAM-ICU		
แรกรับ		
ไม่เป็น	137	93.8
เป็น	9	6.2
24 ชั่วโมง		
ไม่เป็น	135	92.5
เป็น	11	7.5

	จำนวน	ร้อยละ
72 ชั่วโมง		
ไม่เป็น	137	93.8
เป็น	9	6.2
ภาวะแทรกซ้อน		
24 ชั่วโมง		
ไม่มี	145	99.3
มี	1	0.7
UTI	1	0.7
72 ชั่วโมง		
ไม่มี	143	97.9
มี	3	2.1
Pressure sore	2	1.4
UTI	1	0.7
ภาวะสับสนเฉียบพลัน		
ไม่มี	135	92.5
มี	11	7.5

ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน สามารถอธิบายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ ดังนี้

1. ด้านเพศ เพศชาย เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 13.3 และเพศหญิง ร้อยละ 1.4 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านเพศ มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .009)

2. ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 2.6 อายุ 70-79 ปี มีการเกิดร้อยละ 8.2 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีการเกิดร้อยละ 25.0 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .003)

3. ด้านโรคประจำตัว กลุ่มที่มีโรคประจำตัว เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 8.3 และที่ไม่มีโรคประจำตัวมีการเกิดร้อยละ 5.4 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p = .730)

4. ค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติร้อยละ 33.3 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่าปัจจัยด้านดัชนีมวลกายมีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .002)

5. ระดับฮีมาโตคริต กลุ่มที่มีระดับของฮีมาโตคริตผิดปกติ เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 8.0 และกลุ่มที่มีระดับฮีมาโตคริตปกติ มีการเกิดร้อยละ 6.1 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านระดับของฮีมาโตคริตไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p = 1.000)

6. ระดับของโปรตีน กลุ่มที่ระดับของโปรตีนปกติ เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 8.5 กลุ่มที่ขาดโปรตีนระดับปานกลางเกิดร้อยละ 6.6 และกลุ่มที่ขาดโปรตีนระดับรุนแรงเกิดร้อยละ 0.0 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านการขาดโปรตีนไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p = .818)

7. ประวัติการเจ็บป่วย กลุ่มที่มีประวัติการเจ็บป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 5.0 และที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมีการเกิดร้อยละ 7.9 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วย ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p = .714)

8. ประวัติการสูบบุหรี่ กลุ่มที่มีประวัติการสูบบุหรี่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 11.3 และที่ไม่มีประวัติการ

สูบบุหรี่พบร้อยละ 4.0 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่าปัจจัยด้านประวัติการสูบบุหรี่ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p = .714)

9. ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 100.0 และที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดร้อยละ 5.6 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ด้าน	ภาวะสับสนเฉียบพลัน				p-value
	ไม่มี		มี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	65	86.7	10	13.3	.009*
หญิง	70	98.6	1	1.4	
อายุ					
60-69 ปี	75	97.4	2	2.6	.003*
70- 79 ปี	45	91.8	4	8.2	
80 ปีขึ้นไป	15	75.0	5	25.0	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	35	94.6	2	5.4	.730
มี	100	91.7	9	8.3	
ดัชนีมวลกาย					
ต่ำกว่าปกติ (< 18.5)	10	66.7	5	33.3	.002*
ปกติ (18.5-22.9)	50	94.3	3	5.7	
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	29	93.5	2	6.5	
อ้วน (> 24.9)	45	97.8	1	2.2	
ฮีมาโตคริต					
ปกติ	31	93.9	2	6.1	1.000
ผิดปกติ	104	92.0	9	8.0	
อัลบูมิน					
ปกติ	65	91.5	6	8.5	.818
ขาดโปรตีนปานกลาง	57	93.4	4	6.6	
ขาดโปรตีนรุนแรง	4	100.0	0	0.0	
ประวัติการเจ็บป่วย					
ไม่มี	116	92.1	10.0	7.9	.714
มี	19	95.0	1	5.0	
ประวัติการสูบบุหรี่					
ไม่เคย	72	96.0	3	4.0	.122
เคย	63	88.7	8	11.3	
ภาวะแทรกซ้อน					
ไม่มี	135	94.4	8	5.6	< .001*
มี	0	0.0	3	100.0	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์ (Discussion)

การศึกษาวิจัยเรื่อง อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) รวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 7 เดือน คือ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ส่วน exclusion criteria: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Dementia ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร (aphasia) ผู้ป่วยที่มี brain injury ผู้ป่วย on ET Tube มี Glasgow coma score น้อยกว่า 8 โดยใช้แบบประเมิน CAM-ICU, RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) ค่า RASS น้อยกว่า –3 (อยู่ระหว่าง –4 ถึง –5) ซึ่งแบบประเมิน RASS ที่ใช้ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาที่เป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ และมีการบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 24 ชั่วโมงแรก และ 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 146 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 51.4 มีอายุเฉลี่ย 70.27 ปี ทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น acute ischemic stroke มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 74.7 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 66.4 รองลงมาคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 22.6 มีระดับของฮีมาโตรคริตผิดปกติ จำนวน 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.4 เคยสูบบุหรี่จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.6 และทุกรายไม่เคยมีประวัติการดื่มสุรา สามารถอภิปรายผล ดังนี้ 1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผลการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันแรกรับ มีจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 ใน 24 ชั่วโมง มีจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 และใน 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา มีจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี มีการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 2.6 อายุ 70-79 ปี มีการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 8.2 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 25.0 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .003$) ยิ่งอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น ส่วนด้านเพศพบว่า เพศชายเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 13.3 และเพศหญิงพบร้อยละ 1.4 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .009$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน พบปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยนำต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (predisposing risk factors) เป็นลักษณะเดิม หรือสภาวะเดิมของผู้ป่วยที่มีอยู่ก่อนแล้ว เช่น ด้านเพศ พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ภาวะสมองเสื่อม มีประวัติภาวะสับสนเฉียบพลันมาก่อน การได้ยิน และการมองเห็นบกพร่อง การรู้คิดบกพร่อง การสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้า รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายระบบ เป็นต้น[15] อาจจะอธิบายได้ว่าเพศชายมีโรคร่วมหลายโรค ตลอดจนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศหญิง จึงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่า

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม การศึกษานี้อธิบายได้ว่า ด้านประวัติการเจ็บป่วย กลุ่มที่มีประวัติการเจ็บป่วย เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 5.0 และที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมีการเกิดร้อยละ 7.9 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($p = .714$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าด้านโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และภาวะซีดไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุ[16] อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ในการศึกษาวิจัยนี้ ภาวะแทรกซ้อนหลังการเกิดภาวะสับสน 24 ชั่วโมงพบร้อยละ 0.7 (UTI 1 ราย) และ 72 ชั่วโมง พบร้อยละ 2.1 (pressure sore 2, UTI 1 ราย) ($p < .001$) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการประเมินอาการผู้ป่วยดำเนินการรวบรวมข้อมูลภาวะแทรกซ้อนครั้งนี้ ใช้ระยะ

เวลาที่สั้นในผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม คือใน 24 ชั่วโมงแรก และ 72 ชั่วโมง ซึ่งต้องมีการติดตามอาการจนผู้ป่วยย้ายไปยังหอผู้ป่วยอื่น เช่น สามัญหรือหอผู้ป่วยพิเศษ ตลอดจนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกันการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 65 พบมีภาวะติดเชื้อส่วนใหญ่มาด้วยอาการหอบเหนื่อย มีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว และติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น บางรายงานการศึกษากล่าวว่าโรคติดเชื้ออาจไม่ติดเชื้อในสมอง แต่อาจติดเชื้อตำแหน่งอื่นได้ เช่น ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ที่ปอด หรือบางคนป่วยไข้หวัดก็สับสนได้ ผู้ป่วยจะมีไข้และมีอาการของตำแหน่งที่ติดเชื้อ เช่น ที่ระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการปัสสาวะขัด ขุ่น ปวดบั้นเอว ถ้าติดเชื้อที่ปอด พบมีอาการไข้ ไอ เหนื่อยหอบได้เช่นกัน ถ้าอายุมากหรือเปราะบางมาก อาจไม่มีไข้และอาการของอวัยวะที่ติดเชื้อไม่ชัดเจน เช่น ที่ระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมีอาการเบื่ออาหาร พูดคุยสับสนได้[17] หากอาการไม่เปลี่ยนไปจากเดิมน่าจะเป็นจากภาวะสมองเสื่อมมากกว่า แต่หากมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยเป็น ที่เพิ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น ให้นึกถึงอาการสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้านดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับต่ำ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของฟู และคณะ, 2567 ทำการศึกษาความสัมพันธ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันกับดัชนีมวลกาย พบว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายต่ำ มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากกว่าคนที่มีภาวะโภชนาการปกติ[18]

จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบตันระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน หากได้รับการประเมินแต่แรกรับ ติดตามอาการ และได้รับการรักษาหากพบความผิดปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วย ฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันทุกราย** ควรมีการประเมินการเกิดความสับสนเฉียบพลันตั้งแต่แรกรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง

2. **ผู้ป่วยทั่วไป** มีการนำแบบประเมิน CAM-Thai ไปใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้

สรุป (Conclusion)

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเฉียบพลันในผู้สูงอายุ พบมากในเพศชายอายุมากกว่า 80 ปี ดังนั้นผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันทุกราย และติดตามประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันไปอีกอย่างน้อย 72 ชั่วโมง จะสามารถวางแผนรักษาอาการได้ทันท่วงที ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ควรติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง จากหอผู้ป่วยหนักถึงหอผู้ป่วยสามัญ หรือหอผู้ป่วยพิเศษ โดยใช้แบบประเมิน CAM ที่เหมาะสม จนถึงผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวลของญาติและผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากการให้ความช่วยเหลือแนะนำของรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลที่เป็นที่ปรึกษาของการทำวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ ให้คำแนะนำ สนับสนุนในการดำเนินการโครงการวิจัย และขอขอบคุณหัวหน้างานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล ผู้เป็นที่ปรึกษา ตรวจสอบการเขียนโครงร่างวิจัยและแนะนำในการดำเนินการทำวิจัย ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่อนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วย หัวหน้างานงานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรม ที่ให้เป็นแหล่งทดสอบเครื่องมือ เพื่อให้ผู้วิจัยดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จไปด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจที่นำไปใช้ศึกษาข้อมูล หรือนำไปใช้เป็นข้อมูลในการใช้ศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ โดยนำแนวทางที่ได้ไปใช้คัดกรองผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. GBD 2019 diseases and injuries collaborators global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396(10258):1204-22.
2. National Institute for Emergency Medicine. Stroke: knowledge for emergency medical practitioners. Bangkok: Ultimate Printing; 2021.
3. Ferro JM, Caeiro L, Figueira ML. Neuropsychiatric sequelae of stroke. Nat Rev Neurol 2016;12(5):269-80.
4. Shi Q, Presutti R, Selchen D, Saposnik G. Delirium in acute stroke: a systematic review and meta-analysis. Stroke 2012;43(3):645-9.
5. Beary T. Delirium prevention: early recognition and treatment. NRC 2013;15(8):547-51.
6. Rosgen BK, Krewulak KD, Stelfox HT, Ely EW, Davidson JE, Fiest KM. The association of delirium severity with patient and health system outcomes in hospitalised patients: a systematic review. Age Ageing 2020;49(4):549-57.
7. Kaveeanuntachai D, Akkarawongvisit J, Jaiboon S. The prevention and management of delirium in hospitalized older adults. Kuakarun Journal of Nursing 2020;27(1):162–74.
8. Shaw RC, Walker G, Elliott E, Quinn TJ. Occurrence rate of delirium in acute stroke settings: systematic review and meta-analysis. Stroke 2019;50(11):3028-36.
9. National Clinical Guideline Centre (UK). Delirium: diagnosis, prevention and management. [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2010 [cited 2023 Feb 4]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65558/
10. Chiang Mai Neurological Hospital. Medical ICU and Stroke Unit: statistics of stroke patients admitted between 2020–2022. Chiang Mai: Chiang Mai Neurological Hospital; 2022.
11. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Travison T, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. JAMA Intern Med 2015;175(4):512-20.
12. Neurological Institute of Thailand. Nursing Practice Guidelines for Stroke for General Nurses. 5th revised edition. Bangkok: Thanapress; 2024.
13. Sessler CN, Gosnell M, Grap MJ, Brophy GT, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. Am J Respir Crit Care Med 2002;166(10):1338-44.
14. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA 1996;275(11):852-7.
15. Mueankhwan S. Confusion Assessment Manual for Critical Care Unit. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai University; 2012.
16. McManus J, Pathansali R, Stewart R, Macdonald A, Jackson S. Delirium post-stroke. Age Ageing 2007; 36(6):613-8.
17. 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(Suppl 1):S99-104.
18. Fu J, Zhang X, Zhang G, Wei C, Fu Q, Gui X, et al. Association between body mass index and delirium incidence in critically ill patients: a retrospective cohort study based on the MIMIC-IV Database. BMJ Open 2024;14(3):e079140.