

Factors Associated with Delirium of Hospitalized Patients in Medical Ward

Supawadee Eiamthanasinchai, M.D.*

ABSTRACT

- Background** : Delirium is commonly found in the elderly patient which associated morbidity and mortality unless causes has not been thoroughly indentified or unaware of the associated factors. Consequently results in poor clinical outcome.
- Objective** : To identify the factors associated with acute delirium in hospitalized patients in medical ward
- Setting** : Medical ward, Sangkha hospital
- Research design** : A case-control study
- Material and Methods** : Demographic data of the hospitalized patients in medical ward of Sangkha hospital as inclusion criteria included age, gender, marital status, comorbidities, smoking, alcohol consumption, infections, prescribed medications during hospital stay, urinary catheter retained device using , history of surgery, pain, depression and laboratory result. Delirium was diagnosed according to diagnostic criteria by Confusion Association Method. Data was analyzed by SPSS program.
- Results** : Research data was collected from 181 patients who admitted to medical ward in Sangkha hospital. The patients were divided into 2 groups: patient with delirium 53 cases and patient without delirium 128 cases. Mean of age in patients with delirium was greater than those of patient without delirium with statistically significant (75.75 ± 10.64 versus 57.7 ± 15.83 years, p -value 0.00). Multivariate analysis revealed that patients with delirium were associated with following factors; patient aged 65 years or higher (p -value 0.00, OR = 9.23, 95% CI 3.89-21.85), benzodiazepine use (p -value 0.002, OR= 3.45, 95% CI 1.85-7.52) and retained urinary catheter (p -value =0.003, OR=19.18, 95% CI 2.8-130.94) in which significantly greater than patients without delirium
- Conclusion** : The significant factors associated with delirium were aged 65 years or higher, receiving benzodiazepine and retained urinary catheters. Delirium should be monitored in patient with associated factors and promptly managed by causes or the affecting factors in order to improve patient care outcome.
- Keywords** : delirium, hospitalized patient, medical ward

*Medical Physician, Professional Level, Department of Medicine, Sangkha Hospital, Surin, Thailand

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุรกรรม ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

สุภาวดี เอี่ยมธนะสินชัย, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ภาวะสับสนเฉียบพลัน พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กันกับอัตรา การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตถ้าหากหาสาเหตุได้ไม่ครอบคลุมหรือไม่ ได้ตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้น และยังส่งผลให้การรักษามีผลลัพธ์ทางคลินิก ที่ไม่ดี

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุรกรรม ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

สถานที่ทำการศึกษา : หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลสังขะ

รูปแบบการศึกษา : การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ case-control study

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสังขะที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก

วิธีการศึกษา : รวบรวมข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย อายุ เพศ, สถานภาพสมรส, โรคประจำตัว, การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา, การติดเชื้อ, ยาที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล, การใส่สาย สวนปัสสาวะ, ประวัติเคยได้รับการผ่าตัด, มีความเจ็บปวด, มีภาวะซึมเศร้า และผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนภาวะสับสนเฉียบพลัน ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโดย Confusion Association Method วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสังขะ จำนวน 181 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีจำนวน 53 คน และกลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 128 คน พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (75.75 ± 10.64 ปี) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (57.7 ± 15.8 ปี) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.00$) จากการวิเคราะห์โดยพหุตัวแปร กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่าปัจจัยได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ($p\text{-value} 0.00$, OR = 9.23, 95% CI 3.89-21.85), การได้รับยา benzodiazepine ($p\text{-value} 0.002$, OR = 3.45, 95% CI 1.85-7.52) และการใส่ สายสวนปัสสาวะ ($p\text{-value} = 0.003$, OR = 19.18, 95% CI 2.8-130.94) มีจำนวน มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุมากกว่า 65 ปี ส่วนการได้รับยา benzodiazepine และการใส่สายสวนปัสสาวะ ควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยภาวะนี้ควรให้การรักษาตามเหตุหรือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเร็ว เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : ภาวะสับสนเฉียบพลัน, ผู้ป่วยใน, หอผู้ป่วยอายุรกรรม

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นอาการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว มีสมาธิลดลง โดยมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน^(1,2) จัดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและยังส่งผลกระทบต่อผลการรักษาเป็นอย่างยิ่ง โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต และระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล การศึกษาที่ผ่านมาความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลัน จะอยู่ที่ร้อยละ 14-24^(2,3) สำหรับผู้สูงอายุที่เข้านอนโรงพยาบาล และจะสูงมากขึ้นหากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ่งบอกถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น เช่น หลังผ่าตัดหรืออยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพบภาวะดังกล่าวได้สูงถึง ร้อยละ 87⁽³⁾ อย่างไรก็ตามแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มักวินิจฉัยไม่ได้ ขาดความตระหนักในภาวะนี้ได้สูงถึงร้อยละ 33-66⁽⁴⁾ ทำให้เพิ่มการเกิดทพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตได้สูงถึง 20-30%⁽⁶⁻¹¹⁾ โดยพบว่ามี 66-84% ของผู้ป่วย มักถูกละเลยหรือไม่ได้คิดถึงภาวะนี้^(12,13) มีหลายการศึกษา^(7-10,14) ที่วิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันแต่มักเป็นการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤต และในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่สำหรับการศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และเป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้ผลที่ได้จากการศึกษานั้นจะช่วยเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ตั้งแต่ต้น แม้ว่าจะไม่ใช่ผู้ป่วยวิกฤต โดยจะสามารถนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆได้ต่อไป

ในส่วน of โรงพยาบาลชุมชน มักจะได้ยาควบคุมอาการสับสนรุนแรงเป็นส่วนน้อย ซึ่งไม่ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หากเหตุที่มากกระตุ้นยังไม่ได้

รับการแก้ไข แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วหาสาเหตุหรือป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ตั้งแต่ระยะแรกเป็นการลดอัตราการเสียชีวิตลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดค่ารักษาพยาบาล^(11,15,16) ลงได้ และลดปริมาณการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) ในผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบ retrospective study โดยเปรียบเทียบประชากรสองกลุ่มเชิงวิเคราะห์แบบ case-control study

ประชากรศึกษา มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า โดยเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้ในโรงพยาบาลสงขลางตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งหมด และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสับสนเฉียบพลันคัดเลือกแบบสุ่มโดย exclude ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ วิธีการเก็บข้อมูล โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ:

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS version 13 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ใช้ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลในเชิงปริมาณที่เป็นค่าต่อเนื่อง ใช้ความถี่และร้อยละสำหรับข้อมูลที่เป็นจำนวนนับ

เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นค่าต่อเนื่องด้วย Unpaired T-Test สำหรับข้อมูล 2 ชุด และ analysis of variance สำหรับข้อมูลที่มีมากกว่า 2 ชุด

วิเคราะห์ univariate analysis โดยใช้ chi-square หรือ Fisher's exact

วิเคราะห์ multivariate analysis โดยใช้ multiple logistic regression (Backward stepwise)

วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้ odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (CI)

คำนิยาม

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโดย Confusion Association Method (CAM) ⁽¹⁷⁾ ดังนี้

1. อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ฉับพลัน และอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ในรอบ 24 ชั่วโมง (Acute onset and fluctuation course)
2. มีความไม่ใส่ใจ (Inattention)
3. มีความคิดสับสน วกวน (Disorganized thinking)
4. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Altered level of consciousness)

การวินิจฉัยภาวะ delirium ต้องมีอาการตามข้อ 1 และ 2 ร่วมกับ ข้อ 3 หรือ 4

ผลการศึกษา

ประชากรศึกษา เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้ในนอนโรงพยาบาลสังฆะตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเข้าในการศึกษานี้ทั้งสิ้น 181 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดขึ้นระหว่างนอนโรงพยาบาลมีจำนวนทั้งสิ้น 53 คน ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่าง

นอนโรงพยาบาลซึ่งได้มาจากการคัดเลือกแบบสุ่มมีจำนวน 128 คน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (case) คิดเป็นสัดส่วนต่อผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (control) คือ 1:2.4

ข้อมูลของผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, โรคประจำตัว, การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่, การติดเชื้, การได้รับยาชนิดต่างๆขณะอยู่ในโรงพยาบาล, การใส่สายสวนปัสสาวะ, ประวัติเคยได้รับการผ่าตัด, มีความเจ็บปวด, มีภาวะซึมเศร้า พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (75.75 ± 10.64 ปี) มากกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (57.7 ± 15.83 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.00) โดยกลุ่มที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (ร้อยละ 83) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี เป็นจำนวนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (ร้อยละ 35.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.00) ส่วนการได้รับยาชนิดต่างๆขณะอยู่ในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับยา benzodiazepine ขณะอยู่โรงพยาบาลมากกว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) และกลุ่มที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่ามี การใส่สายสวนปัสสาวะ มากกว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.003)

จากข้อมูลในเวชระเบียนพบว่ากลุ่มที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่ได้รับยา benzodiazepine (32 คน) มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาก่อนเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (17 คน) มากกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาหลังจากเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (15 คน) ส่วนการใส่สายสวนปัสสาวะ พบว่ากลุ่มที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะก่อนเกิดภาวะนี้ทุกคน (7 คน) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยต่างๆจากข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

Characteristic	Number (N=181)	Non-delirium (N=128)	Delirium (N=53)	p-value
Age, year, mean $\pm$ SD	62.99 $\pm$ 16.66	57.7 $\pm$ 15.83	75.75 $\pm$ 10.64	0.00*
< 65	92 (50.8)	83 (64.8)	9 (17)	
$\geq$ 65	89 (49.2)	45 (35.2)	44 (83)	0.00*
Gender				0.9
Male	90 (49.7)	64 (50)	26 (49.1)	
Female	91 (50.3)	64 (50)	27 (50.9)	
Marital status				0.78
Single	17 (9.4)	13 (10.2)	4 (7.5)	
Married	164 (90.6)	115 (89.8)	49 (92.5)	
Diabetes Mellitus	27 (14.9)	20 (15.6)	7 (13.2)	0.67
Hypertention	56 (30.9)	37 (28.9)	19 (35.8)	0.35
Old pulmonary tuberculosis (TB)	23 (12.7)	17 (13.3)	6 (11.3)	0.71
Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	18 (9.9)	14 (10.9)	4 (7.5)	0.48
Stroke	10 (5.5)	7 (5.5)	3 (5.7)	1.0
Renal disease	19 (10.5)	13 (10.2)	6 (11.3)	0.81
Heart disease	17 (9.4)	12 (9.4)	5 (9.4)	1.0
Smoking	14 (7.7)	10 (7.8)	4 (7.5)	1.0
Alcohol	28 (15.5)	19 (14.8)	9 (17)	0.71
Infection	117 (64.6)	84 (65.6)	33 (62.3)	0.66
Tricyclic antidepressant (TCA)	8 (4.4)	6 (4.7)	2 (3.8)	1.0
Antiepileptic drug	7 (3.9)	5 (3.9)	2 (3.8)	1.0
Benzodiazepine	76(42)	44 (34.4)	32 (60.4)	0.001*
Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)	33 (18.2)	24 (18.8)	9 (17)	0.77
H ₂ blocker	11 (6.1)	6 (4.7)	5 (9.4)	0.3
Opioid	32 (17.7)	27 (21.1)	5 (9.4)	0.061
Antihistamine	22 (12.2)	18 (14.1)	4 (7.5)	0.22
Antiarrhythmic drug	7 (3.9)	5 (3.9)	2 (3.8)	1.0
Theophylline	23 (12.7)	17 (13.3)	6 (11.3)	0.71

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยต่างๆจากข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

Characteristic	Number (N=181)	Non-delirium (N=128)	Delirium (N=53)	p-value
Calcium channel blocker	49 (27.1)	33 (25.8)	16 (30.2)	0.54
Beta blocker	11 (6.1)	7 (5.5)	4 (7.5)	0.73
Diuretic	41 (22.7)	31 (24.2)	10 (18.9)	0.43
Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI)	33 (18.2)	24 (18.8)	9 (17)	0.77
Steroid	56 (30.9)	39 (30.5)	17 (32.1)	0.83
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)	7 (3.9)	4 (3.1)	3 (5.7)	0.41
Proton pump inhibitors (PPI)	72 (39.8)	53 (41.4)	19 (35.8)	0.48
Antibiotic	137 (75.7)	100 (78.1)	37 (69.8)	0.23
Urinary catheter	9 (5)	2 (1.6)	7 (13.2)	0.003*
History of surgery	5 (2.8)	2 (1.6)	3 (5.7)	0.15
Pain	44 (24.3)	32(25)	12 (22.6)	0.73
Depression	3 (1.7)	2 (1.6)	1 (1.9)	1.0

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบ่งเป็น ระดับ
ความเข้มข้นของเลือด, ค่าการทำงานของไต, อิเล็ก
โทรไลต์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยต่างๆจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

Characteristic	All Mean±SD	Non-delirium Mean±SD	Delirium Mean±SD	p-value
Hematocrit (Hct)	3.88±6.63	34.11±7.01	33.31±5.63	0.46
Blood urea nitrogen (BUN)	21.16±18.52	19.17±16.42	25.94±22.28	0.079
Creatinine (Cr)	1.47±1.81	1.32±1.18	1.85±2.78	0.18
Sodium (Na)	131.41±5.44	130.41±4.74	133.85±6.25	0.65
Potassium (K)	3.62±0.64	3.56±0.59	3.74±0.75	0.12
Sodium bicarbonate (HCO ₃)	22.87±5.59	23.05±5.61	22.44±5.56	0.504

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มที่มีภาวะ
สับสนเฉียบพลันมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสน
เฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำมา
วิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis)
เพื่อให้ข้อมูลถูกต้องชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้น
พบว่า อายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี

(p-value = 0.00, OR= 9.23, 95% CI 3.89-21.85),
การได้รับยา benzodiazepine (p-value = 0.002,
OR= 3.45, 95% CI 1.85-7.52), การใส่สายสวน
ปัสสาวะ (p-value = 0.003, OR= 19.18, 95% CI
2.8-130.94) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสน
เฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรสำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

Variables	Univariate	95% CI	p-value	Multivariate	95% CI	p-value
Age ≥ 65 yr	9.01	4.03-20.14	0.00*	9.23	3.89-21.85	0.00*
Benzodiazepine	2.91	1.5-5.63	0.01*	3.45	1.85-7.52	0.002*
Urinary catheter	9.58	1.92-47.83	0.003*	19.18	2.8-130.94	0.003*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

วิจารณ์

จากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มที่มีภาวะสับสน
เฉียบพลันมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ
สับสนเฉียบพลัน โดยในการศึกษากลุ่มที่เกิดภาวะ
สับสนเฉียบพลันมีอายุเฉลี่ยที่ 63 ปี แต่การศึกษา
ก่อนนี้^(8-10,14) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่อายุ 48-59 ปี ซึ่งอาจ
เป็นเพราะการศึกษาก่อนนี้ เก็บข้อมูลในผู้ป่วย
วิกฤตที่ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเนื่องจากการติดเชื้อ,
อุบัติเหตุ และผ่าตัดซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย
ศัลยกรรม จึงอาจทำให้อายุเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วย
อายุรกรรมในการศึกษานี้

กลุ่มผู้ป่วยในการศึกษานี้ ได้ทำการวิเคราะห์
ข้อมูลแบบ multivariate analysis เพื่อหาว่า
ตัวแปรแต่ละตัวนั้น มีความเกี่ยวข้องจริงกับภาวะ
สับสนเฉียบพลันโดยไม่ได้เกิดจากการมีตัวแปรอื่นๆ
ร่วมด้วย ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด
ภาวะสับสนเฉียบพลันได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสอดคล้องกับหลาย
การศึกษา^(8-10,14) ที่พบว่าปัจจัยดังกล่าวสัมพันธ์กับ
การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

สำหรับการได้รับยา benzodiazepine และการ
ใส่สายสวนปัสสาวะอาจส่งผลให้เกิดภาวะสับสน
เฉียบพลันได้ อีกทั้งในผู้ป่วยสูงอายุนั้นมีโอกาที่จะได้
รับยา benzodiazepine หรือได้รับการใส่สายสวน
ปัสสาวะได้บ่อย เพราะฉะนั้นควรเฝ้าระวังอาการ
สับสนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นตามมา ซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁸⁻¹⁰⁾ ที่พบว่าการได้รับยา
benzodiazepine และการใส่สายสวนปัสสาวะเป็น
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

อย่างไรก็ตาม หลายการศึกษาก่อนนี้⁽⁸⁻¹⁰⁾ ได้
วิเคราะห์ตัวแปรแบบ univariate analysis แล้ว
พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสน
เฉียบพลัน ซึ่งปัจจัยที่ได้อาจจะมีความสำคัญทางสถิติ
โดยเกิดจากการที่มีตัวแปรอื่นๆร่วมด้วย แต่มีการ
ศึกษาที่เก็บข้อมูลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด⁽¹¹⁾ ได้วิเคราะห์
ตัวแปรแบบ multivariate analysis แล้วพบ
ว่ามีตัวแปรที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสน

เฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะ hypoalbuminemia (serum albumin < 3 g/dl), hematocrit < 30%, cardiogenic shock, acute infection ซึ่งตัวแปรที่ได้ดังกล่าวต่างจากในการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ต่างกัน โดยการศึกษาก่อนหน้านี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยศัลยกรรม จึงมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น โลหิตจาง, ขาดสารอาหาร, การติดเชื้อ, ความดันโลหิตต่ำ ได้บ่อยกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้ในโรงพยาบาลในการศึกษานี้

นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นๆที่ได้เก็บข้อมูลในการศึกษานี้แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ การติดเชื้อ, ค่าการทำงานของไต, การมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, เส้นเลือดในสมอง, โรคไต, ระดับความดันโลหิต, การได้รับยาชนิดต่างๆ, ความเจ็บปวด, การดื่มสุรา, ภาวะโลหิตจาง, กลืนแระในร่างกายนที่ผิดปกติ แต่มีหลายการศึกษา^(8-13,15,18,19) ที่สนับสนุนว่าปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อาจเป็นเพราะการศึกษาเหล่านี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งอาจมีแนวโน้มของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติรุนแรงร่วมด้วย และเป็นการศึกษาแบบ prospective cohort study แต่สำหรับในการศึกษานี้เก็บข้อมูลแบบ case-control study จึงเป็นข้อจำกัด ทำให้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร อีกทั้งยังไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุเริ่มต้นก่อนการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหรือไม่ แต่บอกได้เพียงว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเท่านั้น รวมทั้งไม่สามารถหาความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ และผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันบางส่วน

อาจไม่ได้รับการวินิจฉัย ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่งควรทำการศึกษาแบบ prospective cohort studyต่อไป เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงและนำมาทำเป็นแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งจะช่วยลดและระงับการเกิดภาวะดังกล่าว

จากการศึกษานี้ พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่ทำให้ผู้รักษาต้องตระหนักถึงการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันให้มากขึ้นในผู้ป่วยที่สูงอายุ โดยผู้ป่วยที่ได้รับยา benzodiazepine หรือการใส่สายสวนปัสสาวะต้องสังเกตและติดตามภาวะสับสนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้น ในโรงพยาบาลชุมชนพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับการยา benzodiazepine หรือใส่สายสวนปัสสาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุรกรรมที่นอนโรงพยาบาลที่อาการไม่หนักอาจถูกละเลยและไม่ได้คำนึงถึงการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

สรุป

ผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุมากกว่า 65 ปี ส่วนการได้รับยา benzodiazepine และการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยสูงอายุ ควรเฝ้าระวังและติดตามการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม การให้การวินิจฉัยอย่างถูกต้อง และให้การรักษตามเหตุที่มากระตุ้นหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเร็วนั้น จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. การดูแลภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ. ใน: วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ทันยุค. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2552. หน้า 223-9.
2. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354: 1,157-65.
3. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol* 2009;5:210-20.
4. Inouye SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med* 1994;97:278-88.
5. Meagher DJ. Delirium: optimizing management. *BMJ* 2001; 322: 144-9.
6. Kakuma R, du Fort GG, Arsenault L, Perrault A, Platt RW, Monette J. Delirium in older emergency department patients discharge home: effect on survival. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:443-50.
7. Sharma A, Malhotra S, Grover S, Jindal SK. Incidence, prevalence, risk factor and outcome of delirium in intensive care unit: a study from India. *General Hospital Psychiatry* 2012; 34:639-46.
8. Chang YL, Tsai YF, Lin PJ, Chen MC, Liu CY. Prevalence and risk factors for postoperative delirium in a cardiovascular intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2008; 17:567-75.
9. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for intensive care delirium. *Intensive and Critical Care Nursing* 2008;24:98-107.
10. 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.
11. Parikh SS, Chung F. Postoperative delirium in the elderly. *Anesth Analg* 1995;80:1223-32.
12. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1998;11: 118-25.
13. Limpawattana P, Sutra S, Thavornpitak Y, Sawanyawisuth K, Chindaprasirt J, Mairieng P. Delirium in hospitalized elderly patients of thailand; is the figure underrecognized?. *J Med Assoc Thai* 2012;95:Suppl7:S224-8.
14. Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A, Thompson J, Pun BT, Morris JA Jr. Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients. *J Trauma* 2008;65:1:34-41.
15. Milisen K, Abraham IL, Broos PLO. Postoperative variation in neurocognitive and functional status in elderly hip fracture patients. *J Adv Nurs* 1998;27:59-67.

16. Jackson JC, Gordon SM, Ely EW, Burger C, Hopkins RO. Research issues in the evaluation of cognitive impairment in intensive care unit survivors. *Intensive Care Med* 2004;30:2009-16.
17. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann intern med* 1990 ;113:941-8.
18. Tsuruta R, Nakahara T, Miyauchi T, Kutsuna S, Ogino Y, Yamamoto T, et al. Prevalence and associated factors for delirium in critically ill patients at a Japanese intensive care unit. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:6:607-11.
19. Böhner H, Hummel TC, Habel U, Miller C, Reinbott S, Yang Q, et al. Predicting delirium after vascular surgery: a model based on pre-and intraoperative data. *Ann Surg* 2003; 238:1:149-56.