

# อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ทิพนตร งามกละ\* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), วพย. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

พรทิพย์ มาลาธรรม\*\* Ph.D. (Nursing), Doctoral Portfolio Certificate in Gerontology

อรพิชญา ไกรฤทธิ\*\*\* พ.บ., Diplomate in American Board of Internal Medicine and Geriatric Medicine

## บทคัดย่อ:

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โอกาสการจำหน่ายไปยังสถานบริบาลผู้ป่วยสูงอายุ และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ วิธีดำเนินการวิจัยเป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลรามาริบัติช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนเมษายน 2559 โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 64 ปีถึง 89 ปี เฉลี่ย 80.52 ปี อาการแสดงที่นำมาโรงพยาบาลมากที่สุด คือ อาการทางด้านระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 39.13 พบอุบัติการณ์เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 12.85 โดยเกิดช่วงวันที่ 1 ถึงวันที่ 4 และระยะเวลาของการมีภาวะสับสนอยู่ในช่วง 2 ถึง 12 วัน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่า มีหลายปัจจัยร่วมกันที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อ ภาวะขาดน้ำ ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ ภาวะปวด และภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ตามลำดับ และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 อย่างขึ้นไป การศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: อัตรารู้อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

---

\*นักศึกษา หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติมหาวิทยาลัยมหิดล,  
E-mail: porntip.mal@mahidol.ac.th

\*\*\*อาจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

# Incidence and Risk Factors of Acute Confusional State in Hospitalized Older Patients

Tipanetr Ngamkala\* *M.N.S. (Adult Nursing), Diplomate, Thai Board of Advanced Practice (Adult and Gerontological Nursing)*

Porntip Malathum\*\* *Ph.D. (Nursing), Doctoral Portfolio Certificate in Gerontology*

Orapitchaya Krairit\*\*\* *MD., Diplomate in American Board of Internal Medicine and of Geriatric Medicine*

## Abstract:

Acute confusional state is a common phenomenon associated with acute illness in hospitalized older patients. It independently predicts undesirable hospital outcomes, higher costs of care, prolonged hospital stays, higher mortality, and greater discharge to nursing homes. The purpose of this study was to explore the incidence rate and risk factors of acute confusional state at Ramathibodi Hospital, Thailand. This prospective descriptive study was conducted between January and April 2016 in 179 patients, aged 60 years and older, admitted to general medical wards. The Confusion Assessment Method and the Risk Factor of Acute Confusional State Checklist were daily used to assess acute confusional state and its risk factors, respectively. The average age of the sample ranged from 64 to 89 years ( $M = 80.52$ ). Most presenting signs and symptoms found on admission were related to the respiratory problem (39.13%). The incidence of acute confusional state was 12.85%. The acute confusional state was found on Day1 to Day4 and its duration was from 2 to 12 days. Common risk factors for acute confusional state were multifactorial, including infection, dehydration, electrolyte imbalance, pain, and hypoxemia, respectively. All of the sample had more than two risk factors. This study can be used as baseline data for prevention and management of acute confusional state in hospitalized older patients.

**Keywords:** Incidence rate, Risk factors, Acute confusional state, Hospitalized older patients

---

\*Diplomate candidate, Thai Board of Advanced Practice in Adult and Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: porntip.mal@mahidol.ac.th

\*\*\*Lecturer, Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

## ความสำคัญของปัญหา

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (acute confusional state หรือ delirium) เป็นกลุ่มอาการที่พบในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เป็นปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>1</sup> พบได้ร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป<sup>2,3</sup> ความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในแผนกอายุรกรรมพบได้ร้อยละ 18-35<sup>3</sup> และเมื่อรวมกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งหมดแล้วพบถึงร้อยละ 29-64<sup>1,3</sup> แผนกศัลยกรรมพบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 15-53 และพบสูงขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤติร้อยละ 70-87<sup>2</sup> ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ความจำ การรับรู้ และเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาการขึ้น ๆ ลง ๆ<sup>4-6</sup> เช่น การสูญเสียความจำ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา และการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง จดจ่อกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่นาน หันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้ง่าย<sup>3,7,8</sup> มักเกิดขึ้นในช่วง 24-72 ชั่วโมง หรือ 2-3 วันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>9</sup>ระยะเวลาในการเกิดอาจยาวนานเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์<sup>3,9,10</sup> ในบางกรณีพบว่าเมื่อจำหน่ายกลับบ้านยังคงมีอาการสับสนอยู่<sup>3,9,11</sup>

เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นพบว่าผู้ป่วยมักจะได้รับการผูกมัด มีแบบแผนการนอนที่ผิดปกติ มีการดึงสายต่างๆ ที่สอดใส่ไว้ในตัวผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่น สายให้น้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ในระยะยาวพบว่าเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลให้พร้อมการรู้คิดและความจำ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น เกิดภาวะ

สมองเสื่อม นำไปสู่การถูกส่งไปยังสถานบริบาลผู้ป่วยสูงอายุ และยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึงการเสียชีวิต<sup>3</sup> ผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 2-4 ครั้ง ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งเดียวกัน มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในแผนกฉุกเฉินมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในระหว่าง 6 เดือนหลังจากเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน<sup>3</sup> และเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยและการเฝ้าระวังในเรื่องของความปลอดภัย<sup>12</sup> รวมทั้งญาติผู้ดูแลและครอบครัวมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย<sup>13</sup> ซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับค่ารักษาทางระบบสุขภาพที่สูงขึ้น<sup>6,10,12,14</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีและมากกว่าเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่า 2.6 ล้านคน ในแต่ละปีสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยประมาณ 164 พันล้านบาท<sup>13</sup>

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถป้องกันได้ร้อยละ 30-40<sup>2,3,5</sup> เมื่อได้รับการประเมินถึงปัจจัยเสี่ยง<sup>6,15</sup> และได้รับการรักษาที่ตรงตามสาเหตุสามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ตามมา<sup>16,17</sup> อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติทางคลินิกพบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่ได้รับความสนใจและให้ความสำคัญเท่าที่ควรทั้งทางด้านการวินิจฉัย การป้องกัน และการรักษา<sup>3,4,8,10,18</sup> สอดคล้องกับข้อมูลจากเวชสถิติโรงพยาบาลรามธิบดีปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรศาสตร์เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 50 และในจำนวนนี้ รายงานว่าเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพียงร้อยละ 2.25<sup>19</sup> ซึ่งในการปฏิบัติงานทางคลินิกพบว่า มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่าตัวเลขจากการรายงาน ซึ่งอาจเนื่องจากภาวะนี้ยังไม่ได้รับความสนใจหรือให้ความสำคัญในการบันทึก<sup>3,16</sup> ดังนั้น การศึกษาเพื่อให้ทราบ

## อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ถึงอัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันว่ามีมากน้อยเพียงใดและทราบปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันจึงมีความจำเป็น เพื่อที่จะนำมาปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีกับผู้ป่วยและหน่วยงานต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย/วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และภาวะโรคทางจิตเวช<sup>13</sup> การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่ากลไกการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่ทราบแน่ชัด และอาจมีความเป็นไปได้ว่าเกี่ยวกับความไม่สมดุลของระบบสารสื่อประสาท ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการรู้คิด พฤติกรรมและอารมณ์<sup>20</sup> แต่สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อได้รับการค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง<sup>18</sup> จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน<sup>21,22</sup> และได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นตัวทำนายการเกิด ซึ่งมักเป็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น อายุ<sup>3,6,15,16,23,24</sup> ความผิดปกติจากการได้ยินและการมองเห็น<sup>3,6,15,16,23,24,25</sup> พร่องการรู้คิด<sup>3,6,16,24,25</sup> ภาวะสมองเสื่อม<sup>3,6,15,23</sup> ประวัติ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน<sup>3</sup> ภาวะซึมเศร้า<sup>3</sup> การดื่มแอลกอฮอล์<sup>3,6,15,16,23</sup> การสูบบุหรี่<sup>15</sup> เป็นต้น และ 2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดซึ่งมักเป็นลักษณะของความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม เช่น การเจ็บป่วยเฉียบพลัน<sup>3,6,15,16,24</sup> การผ่าตัด<sup>6,23</sup> การติดเชื้อ<sup>3,6,15,16</sup> ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ<sup>3,15,16,23,25</sup> ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ<sup>3,15,23</sup> การเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่<sup>3,15,16,23,25</sup> การได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท<sup>3,6,15, 23,24</sup> ภาวะขาดน้ำ<sup>6,15,16, 25</sup> การใส่ท่อหรือสายสวนต่างๆ ในร่างกาย<sup>3,6</sup> การผูกมัด<sup>8,20,24,25</sup> แบบแผนการนอนผิดปกติ<sup>16,25</sup> แสงสว่างและเสียงรบกวน<sup>23,25</sup> เป็นต้น การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากกว่า 1 ประการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุปัจจัยเสี่ยงมากยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมาก<sup>3,22</sup>

ผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันมีการแสดงออกของพฤติกรรมและอาการที่แตกต่างกันไปสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทคือ 1) ประเภทตื่นตัวมาก (hyperactive) มีพฤติกรรมวุ่นวาย สับสน ลักษณะอาการที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ ก้าวร้าวส่งเสียงดัง พูดเร็ว หวาดระแวง เห็นภาพหลอน ดึงสายต่างๆ ที่ติดตัว ขาดความอดทน ทำร้ายผู้อื่นพักผ่อนไม่ได้ 2) ประเภทง่วงซึม (hypoactive) ลักษณะตรงข้ามกับประเภทแรก พฤติกรรมที่แสดงจะเคลื่อนไหวช้า พูดช้า เชื่องซึม ค่อนข้างเฉย ไม่ระมัดระวังตัว อ่อนเพลีย นอนมากและพูดน้อย 3) ประเภทผสม (mixed type) พฤติกรรมการแสดงออกไม่คงที่สลับไปมาระหว่างการตื่นตัวมาก (hyperactive) และการง่วงซึม (hypoactive)<sup>8,9,20,26,27</sup> ซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลันประเภทง่วงซึม มักจะถูกมองข้ามและไม่ได้รับความสนใจ<sup>9,27</sup>

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้คาดว่าจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบศึกษาไปข้างหน้า (prospective descriptive study) เพื่อประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกและติดตามต่อเนื่องทุกวันจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดี แผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2559

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาษาที่ใช้ และสิทธิในการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัย ประวัติหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา อาหารที่ได้รับ ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการขับถ่าย อุจจาระ ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วย โรคร่วม การรักษา/หัตถการที่ได้รับ ประสาทการรับรู้บกพร่อง การได้รับยา ประวัติภาวะสับสนเฉียบพลัน การดื่มสุรา ได้รับการผ่าตัด ภาวะปวด ภาวะขาดน้ำ สัญญาณชีพ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบ อินทรสมบัติ แปลมาจากแบบประเมิน Confusion Assessment Method (CAM) ซึ่งพัฒนาโดยอินอย์และคณะ<sup>21</sup> เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่สามารถประเมินอาการที่แสดงออกของภาวะดังกล่าวได้อย่างรวดเร็ว เพื่อใช้ในคลินิก ความไวร้อยละ 94-100 และความจำเพาะร้อยละ 90-95 ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน<sup>21</sup> ใช้กับผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้<sup>11,18</sup> และนุชนาฏ แจ่มสว่าง และคณะ<sup>29</sup> ได้นำมาปรับใช้ในงานวิจัย ได้ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ของการจำแนกประเภทผู้ป่วยร้อยละ 90 โดยแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วย การประเมินอาการใน 4 ลักษณะ ลักษณะที่ 1 อาการที่เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงไม่คงที่ (acute onset and fluctuating course) ลักษณะที่ 2 ความสนใจ/สมาธิลดลง (inattention) ลักษณะที่ 3 ความคิดไม่เป็นระบบ (disorganized thinking) และลักษณะที่ 4 ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (altered level of consciousness) เกณฑ์การคัดกรองของเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะต้องมีลักษณะที่ 1 และ 2 ร่วมกับลักษณะที่ 3 หรือ 4 แบบประเมินนี้มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 94-100 และ 90-95<sup>21</sup> ตามลำดับ สำหรับใช้ในผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้<sup>11,18</sup> ใช้เวลาไม่มากในการประเมิน ค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วโดยไม่มีผลกระทบต่อภาระงานประจำและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2558/637 และเมื่อทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งแจ้งสิทธิใน

## อุปสรรคและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

การปฏิเสธและยอมรับการเข้าร่วมงานวิจัยแก่ผู้ร่วมวิจัย และญาติผู้ดูแล กรณีที่ผู้ร่วมวิจัยอยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลันไม่สามารถให้ความยินยอมได้ จะขอความยินยอมจากผู้ดูแลที่สามารถตัดสินใจได้แทน การปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยยึดถือหลักการปฏิบัติเพื่อรักษาความลับให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลไม่มีกระบอกชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเก็บไว้ในที่ส่วนตัวและสรุปผลในภาพรวม

### ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยชี้แจงถึงเหตุผลและความสำคัญ การทำการวิจัยในครั้งนี้ให้หัวหน้างานการพยาบาล อายุรศาสตร์ และหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ทั้ง 2 หอผู้ป่วย โดยเก็บบันทึกข้อมูลจากการประเมินและสอบถามผู้ป่วย สอบถามญาติผู้ดูแล และจากแฟ้มประวัติการรักษาและเวชระเบียนผู้ป่วย ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี แผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2559 เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยประเมินผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่เข้าโรงพยาบาลและติดตามต่อเนื่องทุกวันจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนการเก็บข้อมูลเก็บโดยผู้วิจัยคนเดียวผ่านการชี้แนะและตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญในการนำแบบประเมินมาใช้ในการปฏิบัติงานบนคลินิก

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยายสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ และอายุจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการศึกษา

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี แผนกอายุรกรรม ช่วงเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงทั้งหมด 179 ราย โดยพบผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 23 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 12.85 ในระยะเวลา 3 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่า เป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.17 และ 47.82 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 80.52 ปี (SD = 6.95) ช่วงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 80 ปีหรือมากกว่า (ร้อยละ 69.56) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 70-79 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 69.56 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากต้นสังกัด ร้อยละ 65.22 และรองลงมาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ดูแลเป็นบุตรสาวมากที่สุดคือ ร้อยละ 60.86 รองลงมาคือ บุตรชาย และผู้ดูแลรับจ้าง ร้อยละ 30.43 และ 8.69 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่า อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมากที่สุดคือ ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ร้อยละ 39.13 รองลงมาคือ มีไข้ อาการสับสน และถ่ายเหลว ตามลำดับ และพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ร้อยละ 56.52 รองลงมาคือโรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน และโรคปอด การรักษา/หัตถการที่ได้รับ เป็นการใส่สายสวนปัสสาวะมากที่สุดร้อยละ 60.86 รองลงมาเป็นการแทงเข็มให้สารน้ำ การใส่สายให้อาหารทางจมูกและการใส่ออกซิเจน มีประวัติหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 39.13 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 9.22 วัน (SD = 4.13)

ทิพเนตร งามกาละ และคณะ

จำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับมากกว่า 15 ชนิดถึงร้อยละ 47.82 กลุ่มยาที่ได้รับมากที่สุดคือ กลุ่มวิตามินและเกลือแร่ รองลงมาเป็นกลุ่มที่ใช้รักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยารักษาโรคจิตประสาท และยาลดไขมัน (ดังตารางที่ 1)

นอกจากนี้ พบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาใน

โรงพยาบาลก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 11.80 และ 1.65 จากคะแนนเต็ม 20 ตามลำดับ และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยอยู่ที่ 6.47 คะแนน ซึ่งแสดงถึงความภาวะพึ่งพิงมาก คือต้องมีผู้คอยช่วยเหลือเกือบทั้งหมด

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (N = 23)

ข้อมูล	Min-Max	M (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
อาการสำคัญที่มารพ			
หอบเหนื่อย			9 (39.13)
มีไข้			4 (17.39)
สับสน			2 (8.69)
ถ่ายอุจจาระเหลว			2 (8.69)
อื่น ๆ (ซีมี ชัก อ่อนแรง ฯลฯ)			6 (26.10)
โรคประจำตัว* (5 อันดับแรก)			
โรคความดันโลหิตสูง			13 (56.52)
โรคไต			11 (47.82)
โรคหัวใจ			11 (47.82)
โรคเบาหวาน			9 (39.13)
โรคปอด			8 (34.78)
การรักษา/หัตถการที่ได้รับ*			
การใส่สายสวนปัสสาวะ			14 (60.86)
การแทงเข็มให้สารน้ำ			13 (56.52)
การใส่สายให้อาหาร			10 (43.47)
การใส่ออกซิเจน			10 (43.47)
การใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก			4 (17.39)
การใส่ท่อระบายทรวงอก			1 (4.35)
ประวัติหกล้มใน 1 ปี	1-3	1.22 (0.66)	
หกล้ม			9 (39.13)
1 ครั้ง			8
3 ครั้ง			1
ไม่หกล้ม			14 (60.86)

อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (N = 23) (ต่อ)

ข้อมูล	Min-Max	M (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาเรื่องสายตา			
มี			7 (30.43)
ไม่มี			16 (69.56)
ปัญหาการได้ยิน			
มี			10 (43.47)
ไม่มี			13 (56.52)
ปัญหาการนอนหลับ			
มี			5 (21.74)
ไม่มี			18 (78.26)
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	3-16	9.22 (4.13)	
จำนวนยาที่ได้รับ (ชนิด)	4-28	14.22 (5.19)	
< 5			1 (4.35)
6-10			5 (21.74)
11-15			6 (26.08)
>15			11 (47.82)
กลุ่มยาที่ได้รับ*			
วิตามิน/เกลือแร่			14 (60.86)
ยารักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้น			13 (56.52)
เรื้อรัง			
ยารักษาโรคจิต			13 (56.52)
ยาลดไขมันในเลือด			13 (56.52)
ยาลดกรดและโรคกระเพาะ			11 (47.82)
ยารักษาหวัดและอาการไอ			11 (47.82)
ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด			10 (43.47)
ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์			9 (39.13)
ยาต้านการแข็งตัวของเลือดและยา			9 (39.13)
ต้านเกร็ดเลือด			
ยาแก้ท้องอืดท้องเฟ้อ/ยาขับลม			8 (34.78)
ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง			7 (30.43)
ยาระบาย			7 (30.43)

\*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ทิพเนตร งามกาละ และคณะ

จากการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกันได้แก่ การติดเชื้อ (infection) และภาวะขาดน้ำ (dehydration) ร้อยละ 65.22 และ 56.52 ตามลำดับ รองลงมาคือ ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (electrolyte imbalance) ซึ่งพอ ๆ กับภาวะปวด (pain) คือ ร้อยละ 34.78 ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) ร้อยละ 17.39 ประเภทของภาวะสับสนเฉียบพลันที่พบส่วนใหญ่เป็นประเภทตื่นตัวมาก (hyperactive) ร้อยละ 78.26 ลักษณะอาการที่พบ เช่น ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย สับสนวุ่นวาย ก้าวร้าว ส่งเสียงดังร้องเรียกหาญาติ ดึงสายต่าง ๆ ที่อยู่ติดกับตัว ปีนเตียง เป็นต้น รองลงมาเป็นประเภทผสม (mixed) ร้อยละ 17.39 ลักษณะอาการที่พบ เช่น ผู้ป่วยวุ่นวาย สับสน ก้าวร้าว สลับกับ อาการสงบแต่มีภาวะสับสนอยู่ และ ง่วงซึม

(hypoactive) ร้อยละ 4.35 ลักษณะที่พบ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยนอนเป็นส่วนใหญ่ไม่วุ่นวาย ไม่ก้าวร้าวให้ทำตามคำสั่งจะงง ๆ ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ มองเห็นสิ่งที่ไม่จริง เป็นต้น ลักษณะอาการนำที่ญาติพาไปโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดคือ อาการหอบเหนื่อย ร้อยละ 39.13 รองลงมาคือ มีไข้ อาการสับสน และถ่ายอุจจาระเหลว ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1) ภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดช่วงระหว่างวันที่ 1-4 หลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วงเวลาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันต่ำสุด 2 วัน สูงสุด 12 วัน โดยเฉลี่ยแล้วเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 4.78 วัน (SD = 3.41) วัน และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านพบว่าอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันหายไปเพียง ร้อยละ 65.22 ส่วนที่เหลือยังคงมีอาการสับสนเฉียบพลันหลงเหลืออยู่เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (N=23)

ข้อมูล	Min-Max	M (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (เวลา 3 เดือน)			23 (12.85)
ปัจจัยเสี่ยง*			
ภาวะติดเชื้อ			15 (65.22)
ภาวะขาดน้ำ			13 (56.52)
ภาวะเสียสมดุลสารน้ำและเกลือแร่			8 (34.78)
ภาวะปวด			8 (34.78)
ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ			4 (17.39)
ประเภทภาวะสับสนเฉียบพลัน			
ตื่นตัวมาก (Hyperactive)			18 (78.26)
ผสม (Mixed type)			4 (17.39)
ง่วงซึม (Hypoactive)			1 (4.35)

## อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (N=23) (ต่อ)

ข้อมูล	Min-Max	M (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
วันที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันใน ร.พ.	2-12	4.78 (3.41)	
ระหว่างวันที่ 1-4			21 (91.30)
เกิดหลังจากวันที่ 4			2 (8.69)
ภาวะสับสนเฉียบพลันเมื่อจำหน่าย			
หาย			15 (65.22)
ไม่หาย			8 (34.78)

\*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

### อภิปรายผล

งานวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรวมสถิติในเวลา 3 เดือน โดยพบร้อยละ 12.85 อุบัติการณ์ที่พบนี้ อาจน้อยกว่างานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่ามีอัตราอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง<sup>1,2,3</sup> อาจเนื่องจากความแตกต่างของสถานที่และจำนวนผู้ป่วยสำหรับงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลในแผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยสามัญ 2 แห่งซึ่งจำนวนผู้ป่วยอาจน้อยกว่าเมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา เนื่องจากหอผู้ป่วยทั้ง 2 แห่ง มีจำนวนเตียงที่จำกัด คือ หอผู้ป่วยละ 30 เตียง ซึ่งต้องรับผู้ป่วยใหม่ทั้งจากแผนกฉุกเฉินและรับย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยด้วยเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ในขณะที่การศึกษาของต่างประเทศที่ผ่านมา มีหอผู้ป่วยที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการทำการรักษาในแต่ละแผนกทั้งโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับการรายงานจากเวชสถิติของโรงพยาบาลรวมสถิติปี พ.ศ.2557 พบอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.25 แสดงให้เห็นว่าในการปฏิบัติทางคลินิกภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุยังไม่ได้รับความ

สนใจและให้ความสำคัญจริงตามหลักฐานเชิงประจักษ์<sup>3</sup> เนื่องจากไม่มีการบันทึกหรือวินิจฉัยลงในเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันไม่ใช่โรค แต่เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวหลังได้รับการแก้ไขปัจจัยเสี่ยง จึงไม่ได้รับการบันทึกไว้เมื่ออาการหายไป

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีหลายปัจจัยร่วมกัน ปัจจัยเสี่ยงมากยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมาก<sup>3,22</sup> พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดจากการศึกษาวิจัยเชื่อว่าเกิดจากผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น แอซีติลโคลีน (acetylcholine) และโดพามีน (dopamine) หรือกระบวนการอักเสบ ซึ่งมีการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ เช่น ทูเมอร์ เนโครซิส แฟคเตอร์ อัลฟา (tumor necrosis factor- $\alpha$ ) อินเตอร์ลิวคิน 1 (interleukin-1) รวมถึง ไซโตไคน์ (cytokine) และ เคโมไคน์ (chemokine) อื่น ๆ ทำให้เพิ่มการซึมผ่าน (permeability) ของตัวกรองกั้นระหว่างเลือดและสมอง (blood brain barrier) ส่งผลต่อการหลั่งสารประสาทผิดปกติ<sup>29</sup> งานวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

ปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป ได้แก่ การติดเชื้อ (infection) และภาวะขาดน้ำ (dehydration) ร้อยละ 65.22 และ 56.52 ตามลำดับ ถัดมาเป็นภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (electrolyte imbalance) และภาวะปวด (pain) พอ ๆ กัน ร้อยละ 34.78 ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) ร้อยละ 17.39

จากข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 80.5 ปีซึ่งตรงกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>2,3</sup> สำหรับข้อมูลทางด้านสุขภาพของการศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน แต่อาจมีความเกี่ยวข้องกันได้ เนื่องจากอายุที่มากขึ้นมักเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายอันเนื่องจากการสูงอายุ ร่วมกับการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันและรุนแรง เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการแสดงของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น อาการนำที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมักไม่ตรงไปตรงมา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมากที่สุด รองลงมาคือมีไข้ซึ่งเป็นการตอบสนองของภูมิคุ้มกันร่างกายแต่กำเนิดซึ่งควบคุมโดยไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทำให้มีอุณหภูมิสูงขึ้น โดยสารก่อไข้ส่วนใหญ่เป็นไซโตไคน์ (cytokine) ที่สำคัญ ได้แก่ อินเตอร์ลิวคิน 1 (interleukin-1) และทูเมอร์ เนโครซิส แฟคเตอร์ อัลฟา (tumor necrosis factor-alpha)<sup>29</sup> และพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคมีความสอดคล้องกันกับจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ

การศึกษาในครั้งนี้พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.22 วัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาฏ แจ้งสว่าง และคณะ<sup>28</sup> ที่พบว่าปัจจัยทำนายจำนวนวันนอนของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรง

ของความเจ็บป่วย ภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกๆ ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล รวมถึงจำนวนยาที่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 95.65) ได้รับยามากกว่า 5 ชนิด และผู้ที่ได้รับยามากที่สุดคือ 28 ชนิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุศรา เอี้ยวสกุล และคณะ ที่พบว่าระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน<sup>30</sup> สำหรับการรักษาและหัตถการที่ได้รับ เป็นไปตามความจำเป็นและความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะและการแทงเข็มสำหรับให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ

ภาวะสับสนเฉียบพลันพบประเภทตื่นตัวมาก (hyperactive) และประเภทผสม (mixed type) เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากพฤติกรรมการแสดงออกค่อนข้างชัดเจนจึงทำให้ค้นพบได้ง่ายกว่าประเภทวังซิม (hypoactive)<sup>9,27</sup> ภาวะสับสนเฉียบพลันที่พบเกิดในช่วง 1-4 วันแรกของการนอนโรงพยาบาล<sup>9</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัตตา คำนิยม และคณะ พบว่า เกิดภาวะสับสนในสัปดาห์แรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 73.70<sup>31</sup> และส่วนใหญ่เกิดขึ้นวันที่ 2<sup>31,32</sup> และเมื่อจำหน่ายภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่หาย ร้อยละ 34.78<sup>3,10,11</sup> ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยร่วมกับความเสื่อมของร่างกายจากการสูงวัย โรคร่วมอื่นๆ และการควบคุมอาการของโรคของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาการภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสำคัญเนื่องจากส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยโดยเฉพาะในเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ รวมถึงความสามารถทางการรู้คิด อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสับสนและค้นหาปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการป้องกันและจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมถึงการให้ความใส่ใจกับผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะง่วงซึมและเป็นพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้เกิดความปลอดภัย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวินิจฉัยตลอดจนเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลทุกท่านในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง รวมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Caplan GA, Kurrle SE, Cumming A. Appropriate care for older people with cognitive impairment in hospital. *Med J Aust.* 2016;205(10):S12-15.
2. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention, and treatment. *Nat Rev Neurol.* 2009;5(4):210-20.
3. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet.* 2014;383:911-22.
4. Cole MG, McCusker J, Voyer P, Monette J, Champoux N, Ciampi A, et al. Subsyndromal delirium in older long-term care residents: incidence, risk factors, and outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(10):1829-36.
5. Faught DD. Delirium: the nurse's role in prevention, diagnosis, and treatment. *Medsurg Nurs.* 2014;23(5):301-5.

6. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med.* 2006;354(11):1157-65.
7. Northamptonshire Healthcare MMG033. Guideline for diagnosis, prevention, and treatment of delirium in the inpatient setting. NHS Foundation Trust. 2012;1-14.
8. Sendeki C. The importance of identifying delirium in older adults in the ED: impacts on mortality and quality of life. *J Emerg Nurs.* 2014;37(1):25-27.
9. Beary T. Delirium prevention: early recognition and treatment. *NRC.* 2013;15(8):547-51.
10. Kukreja D, Gunther U, Popp J. Delirium in the elderly: current problems with increasing geriatric age. *Indian J Med Res.* 2015;142(6):655-62.
11. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing.* 2006; 35(4):350-64.
12. Lorenzl S, Fusgen I, Noachtar S. Acute confusional state in the elderly—diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(21):391-9.
13. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advance in diagnosis and treatment. *JAMA.* 2017; 318(12):1161-74.
14. Leslie DL, Inouye SK. The importance of delirium: economic and societal costs. *Jm American Geriatr Soc.* 2011;59(52):S241-3.
15. Arend E, Christensen M. Delirium in the intensive care unit: a review. *Nurs Crit Care.* 2009;14(3):145-54.
16. Michaud L, Bula C, Berney A, Camus V, Voellinger R, Stiefel F, Burnand B. Delirium: guidelines for general hospitals. *J Psychosom Res.* 2007; 62:371-81.
17. Phillips LA. Delirium in geriatric patients: identification and prevention. *Medsurg Nurs.* 2013;22(1):9-12.
18. Rigney TS. Delirium in the hospitalized elder and recommendations for practice. *Geriatr Nurs.* 2006;27(3):151-7.
19. Ramathibodi Statistics. (2014). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai)
20. National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management. National Clinical Guideline Centre. 2010;103:1-33.

21. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA Intern Med.* 1996;275(11):852-57.
22. Munster BC, de Rooij SE. Delirium: a synthesis of current knowledge. *Clin Med.* 2014;14(2):192-5.
23. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for intensive care delirium: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(2):98-107.
24. Voyer P, McCusker J, Cole MG, St-Jacques S, Khomenko L. Factors associated with delirium severity among older patients. *J Clin Nurs.* 2007;16(5):819-31.
25. Wand AP, Thoo W, Sciuriaga H, Ting V, Baker J, Hunt GE. A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: a before and after study. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(7):974-82.
26. Matata C, Defres S, Jones C, Gummery A, Solomon T. Management of acute confusion in patients with CNS infections. *Nurs Stand.* 2013;28(15):49-58.
27. Phillips LA. Delirium in geriatric patients: identification and prevention. *Medsurg Nurs.* 2013;22(1):9-12.
28. Jeangawang N, Malathum P, Aree-Ue S, Chansirikamjana S. Factors predicting length of hospital stay of medical older patients units in Ramathibodi Hospital. *Rama Nurs J.* 2007;13(3):405-26. (in Thai)
29. Boonphadh P. The incidence of acute confusional states and associated factors in postoperative elderly patients [Master's Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2004. (in Thai)
30. Oearsakul B. The incidence and factors related to acute confusional states in hospitalized elderly patients. *Rama Nurs J.* 2002;8(3):209-23. (in Thai)
31. Kumniyom N. Acute confusional states and factors related to acute confusion in older persons during in hospitalization [Master's Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2006. (in Thai)
32. Tejangkura L. Factors related to delirium in adult patients undergoing open heart surgery [Master's Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2007. (in Thai)