

Intensive Care Delirium สิ่งที่มีกฎกมของบ้าน

ผศ.นพ.รังสรรค์ ภูยานนทชัย

สาขาวิชาเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (acute delirium) เป็นภาวะที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. ประมาณร้อยละ 16-87⁽¹⁾ ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อผลการรักษาเป็นอย่างยิ่ง โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กันกับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการอยู่ในไอ.ซี.ยู. และระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลอีกด้วย⁽²⁻⁷⁾

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมถึงแนวทางการป้องกันและการรักษา เป็นกระบวนการที่มีกรกล่าวถึงอยู่ค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตาม แพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมักจะมองข้ามปัญหาดังกล่าวนี้ไป เนื่องจากเป็นภาวะที่ประเมินค่อนข้างยาก มีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน อีกทั้งการใช้ยาคลายกังวลตามมาตรฐานการรักษานักผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบัน จะทำให้บดบังอาการแสดงของผู้ป่วยได้อีกด้วย ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตนี้ มีเครื่องมือหลายชนิดที่ได้รับการยอมรับในการตรวจประเมิน อาทิ The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), The Ramsay and Richmond Agitation-Sedation Scale, Riker Agitation Scale (RAS) และ the Neelon and Champagne (NEECHAM) Confusion Scale⁽⁸⁻¹¹⁾ เป็นต้น ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ได้รับการประเมินแล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตได้ดี อย่างไรก็ตาม Sprong และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าแพทย์เวชบำบัดวิกฤต และพยาบาลเวชบำบัดวิกฤตให้ความสำคัญกับภาวะนี้น้อย จึงมีการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ค่อนข้างน้อย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสับสนในผู้ป่วยวิกฤตนั้นมีหลายสาเหตุ ได้แก่ อายุ เพศ ความรุนแรงของโรค การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การอดนอน และจำนวนของสายสวนต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ในไอ.ซี.ยู.^(6, 13-15) การให้ความรู้และการตระหนักถึงภาวะดังกล่าว จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผลการรักษาของผู้ป่วยวิกฤตดีขึ้น

ในวารสารฉบับนี้ สุพัตราและคณะ ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินถึงความรู้พื้นฐานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. ทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรมเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน และกระบวนการในการเฝ้าระวังและการจัดการภาวะดังกล่าว โดยใช้แบบสอบถามความรู้และความเข้าใจ พบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันพอสมควร และรู้ว่าจะให้การดูแลรักษาอย่างไร ทั้งการป้องกันและการให้การรักษามือเมื่อเกิดภาวะดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ไปถึงคะแนนเฉลี่ยในผลแบบทดสอบแต่ละหัวข้อ พบว่าพยาบาลมีคะแนนความเข้าใจเฉลี่ยประมาณร้อยละ 50 เท่านั้น ดังนั้น กระบวนการให้ความรู้เพื่อเข้าใจถึงตัวโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมไปถึงกระบวนการเฝ้าระวังการป้องกันและการรักษาจึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นขั้นตอนแรกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถทำให้กระบวนการรักษาภาวะดังกล่าวดีขึ้นได้มากนัก หากขาดการนำไปปฏิบัติอย่างแท้จริง Salluh และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า แม้ว่าจะให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน จนมีความรู้ที่ดีจากการทดสอบประเมิน แต่มีเพียงร้อยละ 50 ที่มีการนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปใช้ในเวชปฏิบัติ van den Boogaard และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า การนำแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตมาใช้หลังจากให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ สามารถที่จะช่วยลดปริมาณการใช้ยาคลายกังวล ยาแก้ปวดประสาท และทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย

ดังนั้น อาจจะพอสรุปได้ว่ากระบวนการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้สามารถให้การป้องกัน การวินิจฉัย และการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะต้องประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะดังกล่าว การสร้างความตระหนัก การทบทวนความรู้ และการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ รวมไปถึงการติดตามเพื่อประเมินผลอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Svenningsen H, Tonnesen E. [Incidence of intensive care unit delirium]. Ugeskr Laeger. 2009 Nov 30;171(49):3600-4.
2. Xie GH, Fang XM. Importance of recognizing and managing delirium in intensive care unit. Chin J Traumatol. 2009 Dec;12(6):370-4.
3. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Elseviers M, Bossaert L. Long term outcome after delirium in the intensive care unit. J Clin Nurs. 2009 Dec;18(23):3349-57.
4. Robinson TN, Raeburn CD, Tran ZV, Angles EM, Brenner LA, Moss M. Postoperative delirium in the elderly: risk factors and outcomes. Ann Surg. 2009 Jan;249(1):173-8.
5. Pisani MA, Kong SY, Kasl SV, Murphy TE, Araujo KL, Van Ness PH. Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. Am J Respir Crit Care Med. 2009 Dec 1;180(11):1092-7.
6. Morandi A, Jackson JC, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. Int Rev Psychiatry. 2009 Feb;21(1):43-58.
7. Lat I, McMillan W, Taylor S, Janzen JM, Papadopoulos S, Korth L, et al. The impact of delirium on clinical outcomes in mechanically ventilated surgical and trauma patients. Crit Care Med. 2009 Jun;37(6):1896-905.
8. van Eijk MM, van Marum RJ, Klijn JA, de Wit N, Kesecioglu J, Slooter AJ. Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. Crit Care Med. 2009 Jun;37(6):1881-5.
9. Sona C. Assessing delirium in the intensive care unit. Crit Care Nurse. 2009 Apr;29(2):103-5.
10. Skrobik Y. Broadening our perspectives on ICU delirium risk factors. Crit Care. 2009;13(4):160.
11. Shyamsundar G, Raghuvaran G, Rajkumar AP, Jacob KS. Validation of memorial delirium assessment scale. J Crit Care. 2009 Dec;24(4):530-4.
12. Spronk PE, Riekerk B, Hofhuis J, Rommes JH. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. Intensive Care Med. 2009 Jul;35(7):1276-80.
13. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. Crit Care. 2009;13(3):R77.
14. Tembo AC, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. Intensive Crit Care Nurs. 2009 Dec;25(6):314-22.
15. Arend E, Christensen M. Delirium in the intensive care unit: a review. Nurs Crit Care. 2009 May-Jun;14(3):145-54.
16. Salluh JI, Dal-Pizzol F, Mello PV, Friedman G, Silva E, Teles JM, et al. Delirium recognition and sedation practices in critically ill patients: a survey on the attitudes of 1015 Brazilian critical care physicians. J Crit Care. 2009 Dec;24(4):556-62.
17. van den Boogaard M, Pickkers P, van der Hoeven H, Roodbol G, van Achterberg T, Schoonhoven L. Implementation of a delirium assessment tool in the ICU can influence haloperidol use. Crit Care. 2009;13(4):R131.