

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

กมลกานต์ ปริชาวีรศาสตร์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุการตาย และภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการเจ็บป่วยทั่วไป และจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด โดยพยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่มีเป็นที่ทราบแน่ชัด เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแล้วทำให้เกิดผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ระยะสั้น เช่น เพิ่มอัตราตายภายหลังการผ่าตัด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ระยะยาว เช่น มีภาวะสมองเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของสมาธิ ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เพิ่มระดับความเครียดให้กับผู้ดูแล มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น มีร่องรอยความพิการหลงเหลือ ต้องทำกายภาพบำบัด หรือต้องได้รับการดูแลพิเศษที่บ้านภายหลังจำหน่าย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแล และป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด บทความนี้จะนำเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ครอบคลุมการประเมิน การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสับสนเฉียบพลัน, ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

* อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

Nursing care for the elderly with postoperative delirium

Kamolkan Prechaterasa, M.N.S.*

Abstract

Postoperative delirium is the most common complication in elderly patients that results in a high morbidity and mortality rate. Postoperative delirium affects both short- and long-term care; decreases activity in daily life, longer hospital stay, dementia, cognitive impairment, stress for caregivers and special care after discharge. The pathophysiology of delirium is unidentified as relates to predisposing and precipitating factors. Nursing intervention is important for the elderly with postoperative delirium as it requires special nursing care and differs from postoperative care in adults. This article presents guidelines for nursing care for the elderly with postoperative delirium in terms of evaluation, prevention and nursing intervention.

Keywords: elderly, delirium, postoperative delirium

*Instructor, Department of Adult and Aging Nursing, The Thai Red Cross College of Nursing

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก การตัดสินใจ สมาธิ ความจำ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล มีอาการได้ทั้งอะละเวียหรือเชื่องซึม อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน^(1, 2) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายและภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจากอาการเจ็บป่วยทั่วไป และจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุผ่าตัด มีอุบัติการณ์ตั้งแต่อยุ่ละ 15 จนถึงร้อยละ 73⁽³⁻⁵⁾ โดยพบในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมาก ที่สุดถึงร้อยละ 26-61 รองลงมาคือผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร้อยละ 18⁽⁶⁻⁷⁾

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด จากการศึกษางานวิจัยเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น Cholinergic Decency กับ Dopamine ที่ควบคุมการหลั่ง Acetylcholine หรือเมื่อมีการอักเสบ Cytokines ชนิดต่างๆ เช่น Interleukin-1, Interleukin-2, Interleukin-6, Tumor Necrosis Factor และ Interferon เป็นต้น ทำให้เพิ่ม Permeability ของ Blood Brain Barrier ส่งผลต่อการหลั่งสารประสาทผิดปกติ และความเครียดเรื้อรังจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ มีการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic และ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis ทำให้มีระดับ Cytokines สูงขึ้น เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแล้วทำให้เกิดผลกระทบทั้งในระยะสั้น และระยะยาว⁽⁸⁾ ระยะสั้น คือ เพิ่มอัตราการตายภายหลังการผ่าตัด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องเข้ารับการรักษานในสถานพักพิ้นเพื่อการดูแล

พิเศษเพิ่มขึ้น มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น^(9, 10) ส่วนในระยะยาว คือ มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลามากน้อย 1 ปี⁽¹¹⁾ มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเรื่อง ความจดจำหรือสมาธิ ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ความทรงจำบกพร่อง^(10, 12) เพิ่มระดับความเครียดให้กับผู้ดูแล และต้องได้รับการดูแลพิเศษที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น มีร่องรอยความพิการหลงเหลือ ต้องทำกายภาพบำบัด หรือต้องได้รับการดูแลพิเศษต่อที่บ้านภายหลังจำหน่าย⁽¹³⁾

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันทำให้เกิดอาการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุที่มากขึ้น (มากกว่า 80 ปี) โรคสมองเสื่อม โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะขาดน้ำและสารละลาย โรคประจำตัวที่รุนแรง เช่น โรคติดเชื้อ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคปอด เป็นต้น การทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย ประสาทสัมผัสบกพร่อง เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น
2. ปัจจัยกระตุ้น คือ การใช้ยาหลายๆ ชนิด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการรักษา หรืออุปกรณ์บางประเภททำให้การเคลื่อนไหวลดลง ภาวะทุพโภชนาการ โรคที่เกิดจากการรักษา การติดเชื้อต่างๆ ความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม เช่น อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การนอนโรงพยาบาล การเปลี่ยนเตียง การย้ายห้อง เป็นต้น ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

งานวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุผ่าตัดพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด คือ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ ภาวะสมองเสื่อมที่เป็นอยู่ก่อนการผ่าตัด เช่น โรคพาร์กินสัน โรคระบบหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น มีประวัติภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ประวัติการติดสุรา ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ คือ โซเดียม โพแทสเซียม และกลูโคส ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะขาดออกซิเจน และระดับฮีโมโกลบินต่ำ การได้รับยาประเภท Narcotic และ Benzodiazepine การควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดไม่ได้ การใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ การนอนไม่หลับ และงานวิจัยศึกษาในผู้สูงอายุผ่าตัดประเภทต่างๆ พบว่าปัจจัยจากการผ่าตัดที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Postoperative Delirium)⁽¹⁷⁾ ดังนี้คือ การผ่าตัดหัวใจแบบไม่เปิดช่องอก ในผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี มีประวัติการดื่มสุรา คะแนนประเมินระดับการรู้สติต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับรุนแรง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ โซเดียม โพแทสเซียม และกลูโคสก่อนผ่าตัดผิดปกติ ส่วนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดช่องอก เช่น การผ่าตัดเส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aortic Artery Aneurysm Surgery-AAA) ที่มีประวัติขาดเลือดสมอง การรักษาโรคทางอายุรกรรมหลายโรค ระดับ Creatinine ในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น โรคหลอดเลือดดำใหญ่ซ้ายของหัวใจผิดปกติ (Left Ventricular Dysfunction) ภาวะ Atrial Fibrillation การผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มีระดับฮีโมโกลบิน < 10 g/dl และได้เลือด > 800 dl และการผ่าตัดทางสูติรีเวชที่รับประทานยา > 4 เม็ด รวมถึงปริมาณยา Narcotic ที่ได้รับ จาก

งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดจะบอกได้ว่าปัจจัยใดสัมพันธ์/เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแล และป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด โดยบทความนี้จะนำเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ครอบคลุมการป้องกัน การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการประเมินผู้ป่วย และด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ดังนี้

1. ด้านการประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

การประเมินผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ใช้แนวทางการประเมินแบบองค์รวม (Holistic Approach) ได้แก่ กระบวนการประเมินทางด้านร่างกาย (Physical Assessment) ทางด้านจิตใจ (Psychological and Mental Assessment) ทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม (Social and Environment Assessment) เพื่อสรุปปัญหา และวางแผนการรักษายาบาล นอกจากการประเมินสุขภาพของผู้สูง

อายุแบบองค์รวมแล้ว ต้องมีการตรวจร่างกายผู้สูงอายุเพื่อมุ่งหาพยาธิสภาพ และแยกสิ่งที่ยังถึงโรคออกจากสิ่งที่อาจพบได้ตามปกติเนื่องจากความชรา โดยการตรวจร่างกายที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ ได้แก่ ความสูงและน้ำหนักตัว ความดันโลหิต ผิวหนัง ตา หู ช่องปาก คอ เต้านม หัวใจปอด หน้าที่อง การตรวจทางทวารหนัก แขนขา และการตรวจระบบประสาท เช่น การดูสภาวะทางจิต (Mental Status) ดูความทรงจำระยะสั้น สังเกตระดับความรู้สึกตัว ความจดจ่อ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ทำแบบทดสอบ Thai Mental State Examination (TMSE) เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการสืบค้นปัญหา ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่แพทย์จะสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น เพราะอาการ และอาการแสดงของโรคไม่จำเพาะเจาะจง ที่สำคัญคือ ค่า Hemoglobin, Hematocrit, Red Blood Cell Index, White Blood Cell Count, Differential Count, Platelet Count, Coagulation Profile ผลการตรวจไม่ควรแตกต่างจากค่าปกติในวัยหนุ่มสาวมากนัก ที่ควรสังเกต เช่น ค่า Creatinine ในซีรัม และค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) เพื่อดูการทำงานของไตซึ่งอาจมีค่าสูงได้เล็กน้อย เป็นต้น

กลุ่มผู้สูงอายุที่ควรได้รับการประเมินสุขภาพแบบครบถ้วน คือผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงสูงทั้งกลุ่มที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาทั่วไป และได้รับการผ่าตัดคือ

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เช่น อายุมากกว่า 75 ปี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจจากความชราอย่างชัดเจน

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frail Elderly) ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะทนต่อภาวะเครียดได้น้อย มักเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อไปนี้ ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างน้อย 1 ชนิด โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม อาการเดินลำบาก มีประวัติหกล้มซ้ำซ้อน อาการปัสสาวะเล็ดราด (Urinary Incontinence) ผู้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และผู้ที่นอนติดเตียงเป็นระยะเวลานาน (Prolong Bed Rest หรือ Bed Ridden)

3. ผู้สูงอายุที่มีอาการไม่จำเพาะ แต่พบได้บ่อยในวัยนี้ที่เรียกว่า 'Geriatric Syndrome' หรือ 'Giants of Geriatrics' ซึ่งประกอบด้วยตัวย่อ 4I ดังนี้

1) Intellectual (cognitive) Impairment ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม และภาวะสับสนเฉียบพลัน

2) Instability และ Fall คือ ภาวะเดินทรงตัวลำบาก และหกล้ม

3) Immobility คือ การสูญเสียความสามารถในการเดิน

4) Urinary Incontinence คือ อาการปัสสาวะเล็ดราด

4. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เพิ่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพิ่งสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อยู่คนเดียว หรือขาดความเกื้อหนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยมีแนวทางในการประเมินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ

สับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัด
ดังนี้⁽¹⁸⁾

1. ประเมินความเสี่ยง และคัดกรองผู้ป่วย
สูงอายุเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ตั้งแต่ก่อนการทำผ่าตัดที่ตึกผู้ป่วยนอกเป็นราย
บุคคล โดยเริ่มตั้งแต่การซักประวัติส่วนบุคคล อายุ
ที่เพิ่มมากขึ้น ประวัติติดสุรา ความผิดปกติของ
เชาวน์ปัญญา การใช้ยากลุ่มเสี่ยง เช่น Opioid,
Anticholinergics การทำกิจวัตรประจำวัน การ
ใช้เครื่องช่วยรับรู้ เช่น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง

2. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดที่
ตึกรักษาพยาบาลจะต้อง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะ
สับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด มีทักษะในการสังเกต
อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และบันทึกอาการ
ของผู้ป่วยอย่างละเอียด ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้
ดูแล และครอบครัว โดยมีแนวทางในการประเมิน
ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดดังนี้ คือ

1) การประเมินระดับความรู้สึกตัวที่มี
อาการดีขึ้นสลับเลลง เป็นตัวบ่งชี้สำคัญ

2) ประวัติการเกิดภาวะสับสนในอดีต
เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม มี
ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

3) อาการที่เกิดร่วมต่างๆ เช่น การขาด
ออกซิเจน การบวมหรือตัวตาเหลือง เป็นต้น

4) การตรวจทางระบบประสาท เช่น การ
ตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) การถ่ายภาพรังสี
สมอง กับผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ

5) การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความ
รู้สึกตัว และอาการแสดงทางระบบประสาท

6) การประเมินความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เช่น การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

7) การประเมินในเรื่องความสุขสบาย
หลังการผ่าตัด เช่น ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การ
จัดทำที่ถุก และสุขสบาย ความหนาวเย็น เป็นต้น
ร่วมกับข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อจากพยาบาลห้อง
ผ่าตัด คือ ระยะเวลาการทำผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน
ที่เกิดระหว่างการทำผ่าตัด เช่น ระดับอิเล็กโทรไลต์
ในเลือดไม่สมดุล คือ โซเดียม โปรแตสเซียม การ
เสียเลือด การได้รับเลือดขณะผ่าตัด เป็นต้น

2. ด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ สับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

เป็นการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดที่มี
ปัจจัยเสี่ยง โดยปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ
เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มีดังต่อไปนี้คือ⁽²⁶⁾

1. การให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อน ขณะ
และหลังการผ่าตัด สถานที่รักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่ต่างๆ โดยให้เวลาในการอธิบายแนะนำเรื่อง
ต่างๆอย่างเพียงพอ

2. การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยคำพูดสั้นๆ
เข้าใจง่าย เสียงดังพอให้ผู้ป่วยได้ยิน สบตากับผู้
ป่วยร่วมกับการสัมผัสที่นุ่มนวล

3. แก้ไขข้อบกพร่องของผู้ป่วยด้านการรับรู้
เช่น แว่นสายตา เครื่องช่วยฟัง

4. อธิบายสิ่งที่จะเกิดกับผู้ป่วย พร้อมทั้ง
เหตุผลในการปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาล

5. พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรเป็นทีมเดิม
ที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

6. ป้องกันภาวะขาดออกซิเจน โดยเฉพาะที่สมอง

7. ให้สารน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

8. จำกัดการรบกวนผู้ป่วยที่มากเกินไป รวมถึงดูแลความปลอดภัย ความสงบ แสงสว่างที่เพียงพอของสิ่งแวดล้อม

9. หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย การใส่สายสวนคาหรืออุปกรณ์ที่จำกัดการเคลื่อนไหว ให้ใช้ในระยะเวลานั้นๆ ตามความจำเป็น

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการผ่าตัด ที่มีปัจจัยเสี่ยงทางด้านอายุรกรรม และศัลยกรรมคือ ชนิดของการดมยาสงบ การซึมผ่านของยาเข้าสู่ Blood Brain Barrier ภาวะซึมเศร้าหรือโรคสมองเสื่อมที่เป็นอยู่ก่อนการผ่าตัด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนยาที่ได้รับประทาน ภาวะขาดออกซิเจน ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ร่วมกับกระบวนการสูงอายุคือ การสูญเสียเซลล์ประสาท (Neuron) สมองฝ่อ การไหลเวียนเลือด และออกซิเจนเข้าสู่สมองลดลง ไตทำหน้าที่ลดลง การขับยาออกจากร่างกายเป็นไปอย่างช้าๆ สูญเสียประสาทสัมผัสการรับรู้ และระบบไหลเวียนเลือด และหัวใจทำงานลดลง โดยมีการปฏิบัติการพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัดดังนี้⁽¹⁹⁾

1. การพยาบาลก่อนการผ่าตัดต้องมีการประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้การดูแลรักษา เช่น การแก้ไขภาวะไม่สมดุลของ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะช็อค เป็นต้น ส่วนด้านจิตใจ และอารมณ์ พยาบาลควรใช้เวลาในการตอบคำถาม และพูดระบายเกี่ยวกับความกลัวการ

ผ่าตัด เป็นต้น

2. การพยาบาลหลังการผ่าตัดต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบ ไม่เสียงดัง หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะ หรือถ้าจำเป็นต้องใส่ ควรวางแผนเอาออกโดยเร็วที่สุด กระตุ้นการเคลื่อนไหว และการเดินให้เร็วที่สุด จำกัดการให้ปริมาณยา Haloperidol ให้น้อยที่สุด ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ยานี้ ควรสังเกตอาการข้างเคียงของยาดูแลให้ได้รับการประเมิน และแก้ปัญหาการมองเห็น การได้ยินเสียงบกพร่องอย่างรวดเร็วที่สุด ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ และสารน้ำให้อยู่ในภาวะสมดุล ประเมิน และชดเชยระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

กลยุทธ์ในการจัดการผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

จากบทบาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งด้านการประเมินผู้ป่วย และด้านการปฏิบัติการพยาบาลนำมาจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ดังนี้⁽¹⁷⁾

1) ให้เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ มีแนวทางปฏิบัติคือ หลีกเลี่ยงอาการขาดออกซิเจน หลีกเลี่ยงภาวะความดันโลหิตต่ำ และ หลีกเลี่ยงภาวะช็อครุนแรง

2) รักษาสมดุลสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ มีแนวทางปฏิบัติคือ ชดเชยสารน้ำและเกลือแร่ที่สำคัญ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม กลูโคส เป็นต้น

3) ควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดอย่างเพียงพอ มีแนวทางปฏิบัติคือ จัดให้ได้รับยา Acetaminophen 1 กรัม ทุก 8 ชั่วโมง และ Oxycodone หรือ Morphine Sulphate ขนาดน้อยๆ

4) ทบทวนการใช้ยาต่างๆ มีแนวทางปฏิบัติคือ หยุดยาที่ไม่จำเป็น ลดหรืองดขนาดยา กลุ่ม Anticholinergic, Antihistamines และ Benzodiazepine ให้ยากลุ่ม Cholinesterase Inhibitors และให้ยาผู้ป่วย Parkinsonism ด้วย Carbidopa หรือ Levo-dopa

5) คงการทำงานของระบบขับถ่าย และปัสสาวะ มีแนวทางปฏิบัติคือ ให้ยาระบายแบบเม็ด Senna หรือ Sorbital หรือ Polyethylene Glycol หลีกเลี่ยงการให้ยา Magnesium Hydroxide ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดภาวะแมกนีเซียมเกิน หยุดการใส่สายสวนคาในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด

6) กระตุ้นการเคลื่อนไหวให้เร็วที่สุด มีแนวทางปฏิบัติคือ ให้ลุกนั่งรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ให้เข้าห้องน้ำโดยมีผู้ดูแลพาไป ให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือเริ่มทำกายภาพบำบัด เมื่อผู้ป่วยพร้อม หรือให้ความร่วมมือ

7) ติดตาม และรักษาภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจ และระบบการหายใจ มีแนวทางปฏิบัติคือ ให้ติดเครื่อง Electrocardiogram เพื่อสังเกตช่วง QT ตามคำแนะนำของ APA

8) กระตุ้นให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม มีแนวทางปฏิบัติคือ จัดหาแว่นตา เครื่องช่วยฟัง หรือฟันปลอม ให้ผู้ป่วย บอกเวลาให้ทราบ ด้วยการเตรียมปฏิทิน นาฬิกา ให้ผู้ป่วยได้

พักผ่อนเพียงพอ เลี่ยงกิจกรรมพยาบาลที่ไม่จำเป็น แนะนำผู้ดูแล และญาติของผู้ป่วยมาพูดคุย และนำสิ่งที่คุ้นเคยใช้ประจำมาไว้ในห้องพัก ไม่ควรนำผู้ป่วยเข้า ICU และไม่เปลี่ยนที่หรือเตียงบ่อยๆ

9) รักษาอาการสับสนเฉียบพลัน ให้ผู้ป่วยสงบ มีแนวทางปฏิบัติคือ ให้ยาทางเส้นเลือดดำหรือกล้ามเนื้อถ้าจำเป็น ให้ยา Antipsychotic ขนาดต่ำๆ เช่น Quetiapine 12.5-25 มก. ก่อนนอน หรือยา Haloperidol 0.25 มก. ถ้าผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Antipsychotics ที่เป็นช้อยกเว้นสามารถให้ Lorazepam 0.25-0.5 มก. แทน และหลีกเลี่ยงการผูกมัด

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 82 ปี มาด้วยอาการสำคัญปวดสะโพกขวา ไม่สามารถเดินได้ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง จากการซักประวัติญาติพบว่า ผู้ป่วยเดินไปห้องน้ำ ลื่นหกล้มสะโพกขวากระดูกหัก ปวดมาก เดินไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะกระดูกพรุน ได้รับการวินิจฉัยโรค Fracture head of Rt. Femur ทำผ่าตัด Hemi-hip Arthroplasty ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิด General anesthesia มีระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง เสียเลือดประมาณ 200 ml. ได้รับ PRC 1 หน่วย แผลผ่าตัดประมาณ 6 เซนติเมตร ปิดก๊อชไว้ด้วย Fixomull มีสายระบายจากแผล 1 สายมี Bloody content 80 ml. หลังจากสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นจนอาการคงที่ได้รับการส่งกลับตึกรักษาพยาบาล

การให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดตามกระบวนการพยาบาล คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล มีดังนี้⁽²⁰⁾

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ข้อมูลพื้นฐาน จากการประเมินพบว่ามี

1. ผู้ป่วยรายนี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน (Related Factors/Etiologies) คือ อายุที่มากกว่า 75 ปีขึ้นไป การได้รับยาประเภท Opioid, Anticholinergics จากการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิด General anesthesia มีการเสียเลือดมากจากการผ่าตัด 200 ml. และจากสายระบายที่แผล 80 ml. ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ คือ ค่า Hemoglobin, Hematocrit ต่ำเนื่องจากมีการได้รับเลือด 1 หน่วย

2. ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินลักษณะอาการ (Denning Characteristic) หรือมีการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในช่วง 1-3 วันหลังการผ่าตัด ที่บ่งว่ามีอาการและอาการแสดงภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ ระดับความรู้สึกที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วระหว่างปกติ สลับกับผิดปกติ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลเปลี่ยนไป วงจรการนอนหลับตื่นผิดปกติ เช่น นอนตอนกลางวัน ตื่นตอนกลางคืน ร่วมกับมีอาการงุนวาย กระสับกระส่ายเพิ่มขึ้น หรือ อาการซึม หูแว่ว ประสาทหลอน มีอาการหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวเมื่อมีการปฏิบัติการพยาบาล แตกต่างจากนิสัยปกติที่สุภาพเรียบร้อย หรือการให้เหตุผลผิดปกติ เป็นต้น

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล : ผู้ป่วยสามารถรับรู้

หรือคิดอย่างมีเหตุมีผล จากการประเมินลักษณะอาการ โดยมีตัวชี้วัดดังนี้

1) มีการสื่อสารที่ชัดเจน เหมาะสมกับวัยและความสามารถ

2) สามารถควบคุมอาการ หรือภาวะที่มีมากจนเกินไปได้ เช่น กระสับกระส่าย งุนวาย ซึม หลับตลอดเวลา เป็นต้น

3) มีสมาธิ

4) มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล

5) สามารถจำเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไป ความทรงจำระยะสั้นหรือระยะยาวได้

6) สามารถอธิบายขั้นตอนต่างๆได้

7) สามารถเรียงลำดับความสำคัญในการตัดสินใจได้

การปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. การค้นหา และการรักษาสาเหตุ โดยพยาบาลต้องค้นหาสาเหตุ หรือปัจจัยของภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยแต่ละราย และให้การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อจะลดหรือกำจัดสาเหตุออกไป

2. การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนี้

1) จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยลดสิ่งกระตุ้น ลิงเร้า และมีแสงสว่างเพียงพอ

2) จัดสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ เช่น มีไม้กั้นเตียง ราวเกาะ เป็นต้น

3) มีการระบุตัวผู้ป่วยที่ตัวคนไข้

4) มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เฝ้าระวัง

ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพียงพอ และให้กิจกรรมการพยาบาลเท่าที่จำเป็น โดยรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด

5) มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อเพิ่มการรับรู้ และการสื่อสาร เช่น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง ฟันปลอม เป็นต้น

6) พักยี้ดผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น หรือบางส่วน และต้องได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยหรือญาติ

7) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเท่าที่จำเป็นเพื่อลดอาการวิตกกังวล และอาการวุ่นวาย โดยต้องสังเกตผลข้างเคียงของยาที่อาจมีผลต่ออาการสับสนเฉียบพลันมากขึ้น

3. การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจและความสุขสบายต่างๆ

1) ให้การดูแลเอาใจใส่เผื่อระวังเป็นกรณีพิเศษแตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่นๆ

2) การเริ่มต้นการสนทนากับผู้ป่วยควรมีการระบุชื่อผู้ป่วยก่อนเสมอ สร้างความคุ้นเคยให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับเรื่องต่างๆตามความเหมาะสม

3) สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน ไม่เร็วเกินไป และพูดต่อหน้าผู้ป่วยรวมถึงสังเกตและระวังในเรื่องความรู้สึก และความกลัวของผู้ป่วย

4) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความคิดค้นบวกมองโลกในแง่ดี และรับรู้ตนเอง สิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง

5) เมื่อผู้ป่วยคับข้องใจหรือสับสนให้จำกัดการตัดสินใจ การแสดงความคิดเห็น

6) ทบทวนการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลบ่อยๆ เมื่อไปตรวจเยี่ยม โดยหลีกเลี่ยงการรบกวนในการหาคำตอบเมื่อผู้ป่วยคับข้องใจไม่สามารถตอบคำถามได้

7) ตระหนัก และยอมรับในการรับรู้ การแปลความหมายของผู้ป่วย เมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน ด้วยอาการสงบ น้ำเสียง และกิริยาเข้าใจ ไม่แสดงการโต้เถียงหรือไม่เห็นด้วย

8) ลดสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น รูปภาพ โทรทัศน์

9) ให้คงไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมเดิมๆ และกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

10) จัดสิ่งแวดล้อมให้สื่อความหมาย เพื่อกระตุ้นความทรงจำระยะสั้น ระยะยาว

11) การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เช่น ปฏิทินที่อ่านเข้าใจง่าย นาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ รูปครอบครัวหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยชอบ

12) จำกัดผู้ดูแล และญาติที่มาเยี่ยมควรเป็นผู้ที่คุ้นเคย และคนเดิม

13) มีการเตรียมความพร้อม และให้ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อจะมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน การรักษา หรือสิ่งแวดล้อม ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และทวนซ้ำเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจก่อนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

4. ติดตามอาการ และให้ความช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน (Daily Living Activities)

1) ติดตามอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง

2) ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์อย่างเพียงพอ

3) ดูแลการขับถ่ายตามกิจวัตรของผู้ป่วย และสุขอนามัยส่วนบุคคล

ในการปฏิบัติการพยาบาล บทบาทที่สำคัญ นอกเหนือจากการดูแลรักษา พยาบาลต้องมีบทบาทในเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัด เนื่องจากผลกระทบทั้งในระยะสั้น และระยะยาวมีความรุนแรง คือเพิ่มอัตราการตาย และมีความพิการหลงเหลือให้ผู้ดูแลต้องดูแลเป็นพิเศษในระยะยาว ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และสามารถคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ตั้งแต่เริ่มเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาล ก่อนการทำผ่าตัดที่ตึกรักษาพยาบาลเป็นรายบุคคล โดยเริ่มตั้งแต่การซักประวัติส่วนบุคคล คือ อายุที่เพิ่มมากขึ้น ประวัติติดสุรา ความผิดปกติของเขาวนปัญญา การใช้ยา กลุ่มเสี่ยง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้เครื่องช่วยรับรู้ เช่น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง ร่วมกับการสังเกตอาการภายหลังการผ่าตัด คือ ระดับอิเล็กทรอนิกส์ที่ในเลือดไม่สมดุล คือ โซเดียม โปรตัสเซียม การเสียเลือด การได้รับเลือดขณะผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึก และยาที่ได้รับระหว่างทำการผ่าตัด เป็นต้น เพื่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันนี้ จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่มีความจำเพาะแตกต่างจากผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น; 2552. หน้า 109-24.
2. American Psychiatric Association (APA). American psychiatric association steering committee on practice guidelines. Washington: APA; 2000.
3. ประเสริฐ อัสสันตชัย. เมื่อผู้สูงอายุต้องได้รับการผ่าตัด. สารศิริราช 2546;55:606-18.
4. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia : a systematic review. J Am Geriatr Soc 2002;50:1723-32.
5. Robinson TN, Eiseman B. Postoperative delirium in the elderly : diagnosis and management. Clin Interv Aging 2008;3:351-5.
6. Holmes JD, House AO. Psychiatric illness in hip fracture. Age Ageing. 2000;29:537-46.

7. Lundstrom M, Edlund A, Bucht G, Karlsson S, Gustafson Y. Dementia after delirium in patients with femoral neck fractures. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1002–6.
8. Siddiqi N, Holt R, Britton AM, Holmes J. Cochrane Database of Systemic Review. Issue 4. United State: John Wiley; 2009.
9. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12 month mortality. *Arch Int Med* 2002;162:457–63.
10. McCusker J, Cole MG, Dendukuri N, Belzile E. Does delirium increase hospital stay?. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1539–46.
11. McCusker J, Cole M, Dendukuri N, Belzile E, Primeau F. Delirium in older medical in-patients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *CMAJ* 2001;165:575–83.
12. Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12:7-12.
13. Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience : delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002;43:183–94.
14. Demeure JM, Fain JM. The elderly surgical patient and postoperative delirium. *The American College of Surgeon* 2006;203:752-7.
15. Amador FL, Goodwin SJ. Postoperative delirium in the older patient. *The American College of Surgeon* 2005;200:767-73.
16. จินตนา สินธุสุวรรณ. ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
17. Flinn RD, Diehl MK, Seyfried SL, Malani NP. Collective review : prevention, diagnosis and management of postoperative delirium in older adults. *J Am Coll Surg* 2009;209:261-8.
18. Hogstel MO, Talor-Martof M. Nursing care of the older adult : perioperative care. 3rd ed. New York: Delmar; 2001.

19. Eliopoulos C. Gerontological nursing : acute care. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
20. Wakeeld BC, Mass ML, Hardy MD, Tripp-Reimer T, Titler GM, Specht JP. Nursing care of older adults : acute confusion; diagnosis, outcome and intervention. St.Louis: Mosby; 2001.