

Delirium

ธนา นิลชัยโกวิทย์
จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง

Delirium เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางกายที่มีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และเป็นระยะสั้นๆ โดยมีอาการสำคัญคือความผิดปกติของ consciousness ซึ่งทำให้เกิดภาวะสับสน (confusional state) และความผิดปกติของ cognitive function โดยรวม ทั้งด้านความจำ สติปัญญา สมาธิ และการคิด

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยประกอบด้วย

1. **Prodrome** ในผู้ป่วยหลายรายจะมีอาการนำมาก่อน เช่น กระวนกระวาย วิดกกังวล หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ ฝันมาก
2. **Disturbance of consciousness** หรือภาวะ clouding of consciousness ซึ่งทำให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป
3. **Attention deficit** ทำให้จดจ่อกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ไม่นาน เมื่อคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจย้อนถามว่า แพทย์ได้ถามอะไรตน ผู้ป่วยอาจหันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นๆ ได้ง่ายในขณะที่คุยกับแพทย์, attention deficit นี้ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องความจำ และ orientation ได้
4. **Disorientation** ต่อ เวลา สถานที่ หรือบุคคล โดยมากจะเสียเรื่องเวลาและสถานที่ก่อน และเสียการรับรู้บุคคลเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง

5. Sleep-wake disturbance โดย sleep-wake cycle มักจะตรงข้ามกับปกติ คือนอนมากตอนกลางวัน และมีอาการสับสน วุ่นวายตอนกลางคืน ปัญหาการนอนนี้เป็นเรื่องสำคัญ เพราะการอดนอนจะยิ่งทำให้อาการ delirium เป็นมากขึ้น

6. Perceptual disturbance พบ illusion และอาการประสาทหลอนได้บ่อย โดยมักเป็นภาพมากกว่าเสียง ผู้ป่วยมักจะผูกเรื่องที่พบจาก perceptual disturbance นี้เป็นเรื่องเป็นราว ซึ่งมักออกไปทางหวาดระแวง เนื้อหามักจะสะเปะสะปะหลากหลายไม่เป็นระบบ

7. Fluctuating course อาการจะขึ้นๆ ลงๆ มีบางช่วงที่สงบ (lucid interval) อาการมักรุนแรงในตอนกลางคืน หรือตอนโพล้เพล้ (sundowning syndrome) แต่ตอนกลางวันอาการจะสงบพูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่องดี

8. Memory impairment โดยเฉพาะ immediate และ recent memory

9. Disorganized thinking แสดงออกในรูปแบบของการพูด โดยขาดความต่อเนื่อง (loose association) สับสน ไม่เป็นระบบ ถ้าเป็นมากอาจพูดไม่ต่อเนื่องจนฟังไม่รู้เรื่อง (incoherence)

10. Psychomotor abnormality อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทำให้เกิด อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว เอะอะไว้วาย มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ทำอะไรซ้ำๆ ปีนลงจากเตียง ดึงสายน้ำเกลือ หรืออาจเฉยเมย งุนงงสับสน นอนมากเกินไป

การวินิจฉัย

- A. มีความผิดปกติไปของระดับความรู้สึกตัว เช่น การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ร่วมกับกับความสามารถในการจดจ่อ การคงความสนใจ (attention) หรือการเปลี่ยนความสนใจลดลง
- B. มีการเปลี่ยนแปลงใน cognition (เช่น ความจำบกพร่อง, สับสนเรื่อง เวลา สถานที่ บุคคล, การใช้ภาษาผิดปกติ) หรือมีความผิดปกติในการรับรู้ (perceptual disturbance) ซึ่งมีได้เป็นผลจากภาวะสมองเสื่อมที่มีอยู่เดิม

- C. ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ (โดยทั่วไปตั้งแต่หลายชั่วโมงจนถึงหลายวัน) และมักจะเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ (fluctuation) ในระหว่างวัน
- D. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือข้อมูลทางห้องปฏิบัติการว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีสาเหตุจากความเจ็บป่วยทางกาย

ระบาดวิทยา

ประมาณร้อยละ 10-30 ของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลฝ่ายกายจะมีภาวะ delirium เกิดขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยใน I.C.U.

สาเหตุ

Delirium เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของ neuronal function

ตารางที่ 8.1 สาเหตุที่พบบ่อยของ delirium แยกตามวัย

วัยต่างๆ	สาเหตุที่พบบ่อย
วัยเด็ก	การติดเชื้อ มีไข้ ได้รับสารพิษ ยา การชัก และสมองได้รับบาดเจ็บ
วัยรุ่น	การขาดหรือได้รับสารเสพติดเกินขนาด สมองได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อ
วัยกลางคน	การขาดสุราหรือยานอนหลับ สารพิษจากโรงงาน, metabolic encephalopathy, อวัยวะต่างๆ ล้มเหลว ภาวะหัวใจหลอดเลือดล้มเหลว มะเร็ง โรคต่อมไร้ท่อ
วัยสูงอายุ	โรคหัวใจหลอดเลือด ได้รับยานอนหลับเกินขนาด อวัยวะต่างๆ ล้มเหลว โรคสมองเสื่อม metabolic disturbance

ซึ่งเป็นผลจาก oxidative metabolism ที่ผิดปกติของเซลล์ประสาทในสมอง สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของ neuronal function นั้นมีได้หลากหลาย เช่น อาจเกิดจากพยาธิสภาพในสมองโดยตรง หรือเกิดจากสภาวะความผิดปกติในร่างกาย เช่น electrolytes disturbance, sepsis, anemia หรืออาจเกิดจาก intoxication หรือ withdrawal และมักพบว่าเกิดจากปัจจัยหลายๆ อย่างร่วมกัน (multifactorial) สาเหตุต่างๆ ในการเกิด delirium ที่พบบ่อยแยกตามวัยได้ตามตารางที่ 8.1

การวินิจฉัยแยกโรค

1. โรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีลักษณะอาการเริ่มค่อยเป็นค่อยไป จะเสียในเรื่องสติปัญญา ส่วนความจำ consciousness และ orientation ยังดีอยู่ (ดูตารางที่ 8.2)

2. โรคจิตเภทและเมเนีย ในบางครั้งอาจมีพฤติกรรมที่ disorganized อย่างมาก ทำให้ดูคล้าย delirium ได้ แต่โดยทั่วไปแล้ว level of consciousness จะยังดีอยู่ cognitive function ไม่เสียมาก อาการมักไม่ขึ้นๆ ลงๆ หรือเปลี่ยนแปลงเร็ว และลักษณะอาการหลงผิดจะมีเนื้อหาเป็นระบบ เป็นเรื่องเป็นราวที่ดีกว่าใน delirium

3. ภาวะซึมเศร้า อาการ psychomotor ที่ลดลงในผู้ป่วย delirium บางราย อาจดูเหมือนว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ แต่ในโรคซึมเศร้าจะไม่สูญเสีย cognitive function มาก และ level of consciousness จะยังคงดีอยู่ นอกจากนี้การตรวจ EEG จะช่วยแยกสองภาวะดังกล่าวนี้ได้

การดำเนินโรค

โดยทั่วไปถ้าสาเหตุของการเกิด delirium ยังไม่ได้รับการแก้ไข อาการจะยังคงดำเนินต่อไป ถ้าสาเหตุได้รับการแก้ไขแล้วอาการมักจะดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์หรือมากกว่านั้น ในบางรายการที่อายุมากขึ้นจะทำให้อาการหายช้าลงได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นมาก (full recovery) แต่บางรายอาจมีอาการแยกลงจนถึงขั้นโคม่าและเสียชีวิตได้ หรือในบางรายจะเกิด chronic brain syndrome เกิดขึ้นตามมา ซึ่งอาจจะสูญเสีย cognition ทั่วๆ ไป แบบภาวะสมอง

เสื่อมหรือเสียเฉพาะบางเรื่อง เช่น organic personality หรือ amnestic syndrome ก็ได้

ตารางที่ 8.2 การวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง delirium และ dementia

	Delirium	Dementia
การเริ่มเกิดโรค (onset)	เป็นอย่างเฉียบพลัน (acute)	เริ่มช้าๆ (insidious)
ระยะเวลาป่วย	เป็นอยู่เป็นวันหรือสัปดาห์	เป็นนานเป็นเดือนๆ หรือเป็นปี
การดำเนินโรค	อาการขึ้นๆ ลงๆ ในช่วงที่มีอาการ	อาการแยลงเรื่อยๆ
Level of consciousness	มักผิดปกติ	มักเป็นปกติ
Orientation	เสีย, อย่างน้อยในบางช่วง	มักเป็นปกติ ยกเว้นในระยะท้ายๆ ที่อาการรุนแรงมากแล้ว
Thinking	สับสน ไม่เป็นระบบ	เนื้อหาลดลง
ความจำ	เสีย immediate และ recent memory	เสีย recent memory ก่อน แล้วจึงเสีย remote memory ต่อมา
การรับรู้	มีประสาทหลอน โดยเฉพาะภาพหลอนได้บ่อย	ไม่ค่อยมีอาการประสาทหลอน
Psychomotor	วุ่นวาย หรือซึ่มกว่าปกติ	มักไม่ผิดปกติ
การนอน	มีความผิดปกติของ sleep-wake cycle	อาจมี fragmented sleep
Attention and awareness	ผิดปกติชัดเจน	ส่วนมากปกติ
การทุเลาอาการ	กลับเป็นปกติได้	มักเสื่อมลงเรื่อยๆ

การรักษา

1. รักษาโรคทางกายและแก้ไขสาเหตุทุกอย่างที่คิดว่ามีส่วนทำให้เกิดอาการ
2. ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
 - จัดสถานที่ให้สงบ มีแสงสว่างเพียงพอที่จะมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ เพื่อให้ไม่ให้เกิดสับสน
 - ให้ผู้ที่ใกล้ชิดหรือคุ้นเคย อยู่ช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความสับสน
 - การสื่อสารกับผู้ป่วย ควรใช้ประโยคที่สั้นๆ และเข้าใจง่าย เนื่องจากผู้ป่วยมีความผิดปกติของ attention และ thinking process
 - ควรมีการให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึง วัน เวลา สถานที่ อยู่ตลอดเวลา เช่น จัดให้มีนาฬิกา ปฏิทิน
3. การใช้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรม
 - เลือกใช้ยาน้อยชนิดที่สุด เพื่อป้องกันผลข้างเคียง และ drug interaction
 - ใช้ยารักษาโรคจิตชนิด high potency เช่น haloperidol เพื่อควบคุมพฤติกรรม หรือลดอาการสับสน โดยให้ haloperidol ขนาด 2-10 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเมื่ออาการรุนแรง ในผู้สูงอายุ ให้ขนาด 1.25-5 มก. (ดูรายละเอียดของขนาดยาในตารางที่ 8.3) ถ้าอาการยังไม่สงบ ให้ยาซ้ำได้ทุกครั้งชั่วโมง (ตารางที่ 8.4)
 - เมื่ออาการดีขึ้นควรให้ยาต่อไป โดยให้กินถ้ากินได้ จนกระทั่งอาการ delirium หายไปได้ 3-5 วัน จึงค่อยๆ ลด และหยุดยาภายใน 3-5 วันต่อมา ควรปรับให้ขนาดยาที่สูง เป็นช่วงก่อนนอน เพื่อช่วยให้ sleep wake cycle ดีขึ้น
 - ควรหลีกเลี่ยงยานอนหลับเพราะอาจทำให้เกิดอาการสับสนได้ และผู้ป่วยมักสงบได้ด้วยยารักษาโรคจิตอยู่แล้ว แต่ในบางกรณีอาจพิจารณาให้ short acting benzodiazepine เช่น lorazepam ขนาดต่ำๆ ร่วมกับยารักษาโรคจิตเพื่อช่วย sedate ผู้ป่วยได้ถ้าจำเป็น (ตารางที่ 8.4)

ตารางที่ 8.3 ขนาดยา haloperidol (ต่อวัน) ในผู้ป่วย delirium

ระดับความรุนแรง ของอาการ	ขนาดยาเริ่มต้น (มก.)	
	ผู้ป่วยทั่วไป	ผู้ป่วยสูงอายุ
น้อย	0.5 - 2.0	0.25 - 0.5
ปานกลาง	2.0 - 5.0	0.5 - 1.25
รุนแรง	5.0 - 10.0	1.25 - 2.5

ตารางที่ 8.4 แนวทางการใช้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมวุ่นวายในผู้ป่วย delirium

1. ฉีด haloperidol เข้ากล้ามเนื้อ หรือเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ตามขนาดในตารางที่ 3
2. ถ้าฉีดเข้าหลอดเลือดดำให้ล้างเส้น IV ด้วย normal saline ก่อน เนื่องจากยาอาจทำปฏิกิริยากับยาบางตัวเช่น heparin และตกตะกอนได้
3. ให้ยาซ้ำได้ทุก 30 นาทีถ้าอาการยังไม่สงบ แต่ควรตรวจ Q-T interval ก่อน โดยเฉพาะถ้าให้ยาทางหลอดเลือดดำ ถ้ายังวุ่นวายมากให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่าของขนาดยาครั้งแรก
4. Q-T interval ไม่ควรเกิน 450 msec หรือสูงขึ้นเกินร้อยละ 25 จาก baseline
5. ถ้ายังไม่สามารถควบคุมอาการได้หลังให้ haloperidol แล้ว 2-3 ครั้ง ให้ lorazepam ขนาด 0.5-1.0 มก. กินหรืออมใต้ลิ้นร่วมกับการฉีด haloperidol
6. เมื่อผู้ป่วยสงบแล้ว ให้คิดปริมาณยาที่ต้องใช้ในการควบคุมอาการจนสงบ แล้วแบ่งให้ใน 24 ชั่วโมงต่อไป โดยพิจารณาตามความจำเป็น หลังจากนั้นให้ค่อยๆ ลดขนาดยาลงร้อยละ 50 ทุก 24 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยสงบดี

បទដ្ឋានបុគ្គល

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994:123-64.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry* 1999; 156:(suppl5):1-20.
3. Brown TM. Basic mechanisms in the pathogenesis of delirium. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB, eds. *Psychiatric care of the medical patient*. New York: Oxford University Press, 2000:571-80.
4. Gleason OC. Delirium. *Am Fam Physician* 2003; 67:1027-34
5. Lipowski ZJ. *Delirium: Acute confusional states*. New York: Oxford University Press, 1990.
6. Rundell JR, Wise MG. *Concise guide to consultation psychiatry*, 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000:29-43.
7. Sadock BJ., Sadock VA. *Synopsis of psychiatry*, 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2003:319-29.