

บทที่ 4

ภาวะเพ้อ

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ

ภาวะเพ้อ (delirium) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางร่างกายชนิดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการสับสน (confusion) และการรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติ (การรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคลผิดปกติ) และมักจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีประสาทหลอน หรือแปลภาพผิด (illusion) และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ขาดความยับยั้งชั่งใจ และหงุดหงิดหรือทำอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง ภาวะนี้ส่วนใหญ่ถ้าได้รับการรักษาจะกลับสู่ปกติ แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้จะทำให้อัตราการความเจ็บป่วยต่างๆ และอัตราตายสูงขึ้น

การวินิจฉัย

ในที่นี้จะขอก้าวเป็นแนวทางการวินิจฉัยในทางปฏิบัติ เพื่อให้เข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ดังนี้

1. อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือวัน
2. มีอาการสับสน (confusion) และการรับรู้ในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคลเสียไป (disorientation)
3. ความจำในเรื่องใหม่ๆ เสีย
4. มักมีอาการหลงผิด เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย
5. อาการประสาทหลอน มักเป็นชนิด เห็นภาพหลอน แปลภาพผิด หรือประสาทสัมผัสหลอน เช่น รู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามผิวหนัง
6. อาการที่ผิดปกติต่างๆ นี้ มักจะมีอาการมากในช่วงกลางคืน และมักจะปกติในช่วงกลางวัน คือมีอาการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน (fluctuating)
7. ระยะเวลาที่มีอาการมักจะสั้นเป็นวันหรือสัปดาห์

การประเมินผู้ป่วย

จุดมุ่งหมายที่สำคัญและต้องรีบทำคือ การวินิจฉัยให้ได้ และหาสาเหตุของ delirium ให้พบพร้อมกับการแก้ไขสาเหตุ ก่อนที่จะเกิดความเสื่อมอย่างถาวร การบาดเจ็บต่อร่างกาย หรืออาการเลวลงไปอีก

การเริ่มต้นของ delirium จะค่อนข้างรวดเร็ว การดำเนินโรคจะสั้น และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในแต่ละช่วงของวัน (rapidly fluctuation)

สาเหตุที่พบบ่อย

อาจแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ได้ดังนี้

1. การได้รับยาหรือสารต่างๆ อาจแบ่งออกเป็น
 - ยาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วย ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาระงับปวด ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic เป็นต้น
 - สารเสพติดต่างๆ โดยเฉพาะยาบ้า
 - ยาที่ผู้ป่วยไปซื้อหามากินเองจากร้านขายยา หรือยาแผนโบราณต่างๆ เช่น ยาลูกกลอน
 - ภาวะพิษจากยา เช่น ได้รับยาเกินขนาด
2. ภาวะขาดยา (drug withdrawal) ที่พบบ่อยคือแอลกอฮอล์และยานอนหลับ ในผู้ป่วยที่ติดสุรา อาจแสดงอาการออกมาเป็น delirium tremens
3. Systemic disorders เช่น ภาวะไข้สูง สมดุลเกลือแร่ผิดปกติ สมดุลกรด-ด่างผิดปกติ โรคติดเชื้อ ภาวะขาดสารอาหาร โรคของต่อมไร้ท่อ มะเร็ง ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น
4. โรคของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ โรคของหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในสมอง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ อุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ และเนื้องอกในสมอง เป็นต้น

จุดสำคัญในการสัมภาษณ์ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจสภาพจิต

- 1) ใช้คำถามสั้นๆ เนื่องจาก ความสนใจหรือสมาธิของผู้ป่วยลดลง
- 2) ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เวลาสถานที่บุคคลให้ถูกต้องด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย สั้นและพูด ช้าๆ เช่น “ขณะนี้คุณอยู่ในโรงพยาบาล”, “แพทย์กำลังตรวจและรักษาคุณอยู่” และให้ญาติหรือคนในครอบครัวที่ผู้ป่วยคุ้นเคยดีมาอยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วย
- 3) การซักประวัติจากญาติใกล้ชิดหรือจากบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีความสำคัญมากในการวินิจฉัยโรคและการค้นหาสาเหตุของโรค
- 4) ชักประวัติการใช้สารเสพติดและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เนื่องจากภาวะที่สารหรือยาเป็นพิษ (intoxication) และภาวะขาดสาร (withdrawal) ก็ทำให้เกิด delirium ได้
- 5) ชักประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชในอดีต
- 6) พยายามหาสาเหตุให้พบ เพื่อจะแก้ไขและรักษาได้ทันที่
- 7) ตรวจ vital sign และตรวจร่างกายทั้งหมดของผู้ป่วย รวมทั้งตรวจระบบประสาทและสมองอย่างละเอียด
- 8) ประเมินผู้ป่วยในเรื่องความจำ การรับรู้เวลาสถานที่บุคคล และระดับของความรู้สึกตัว (consciousness)
- 9) ตรวจสภาพจิตในส่วนของ cognition และทางด้าน psychomotor และการใช้ภาษาของผู้ป่วย

10) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ได้แก่ CBC, ESR, complete blood chemistries รวมทั้ง liver and renal function test, thyroid function test, urinalysis, urine toxicology screen, ECG, chest x-ray, electrolyte และอาจทำ EEG, CT brain, lumbar puncture ในรายที่มีข้อบ่งชี้

11) ประเมินและแก้ไขภาวะผิดปกติทางด้านสารอาหาร เกลือแร่ น้ำ ภาวะกรด-ด่างในร่างกายของผู้ป่วย

12) Delirium อาจเกิดจากหลายสาเหตุในเวลาเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะค้นพบสาเหตุหนึ่งแล้ว ก็ต้องทำการสืบค้นให้สมบูรณ์ทั่วร่างกายของผู้ป่วย

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญ คือภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยบางรายอาจมีทั้ง delirium และภาวะสมองเสื่อมเกิดรวมกันได้ ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด delirium ได้ง่าย และภาวะ delirium ที่เกิดซ้อนบน (superimposed) ภาวะสมองเสื่อมก็พบได้บ่อย

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง delirium กับภาวะสมองเสื่อม

	Delirium	ภาวะสมองเสื่อม
ประวัติ	โรคเฉียบพลัน	โรคเรื้อรัง
Onset	รวดเร็ว (rapid)	มักจะเกิดขึ้นช้าๆ (insidious)
Duration	หลายวัน - หลายสัปดาห์	หลายเดือน - หลายปี
การดำเนินโรค	เปลี่ยนแปลงในรอบวัน	อาการเลวลงเรื่อยๆ อย่างช้าๆ
ระดับความรู้สึกตัว	เปลี่ยนแปลงในรอบวัน	ปกติ
Orientation	เสีย (อย่างน้อยเสียในบางช่วงของวัน)	ปกติในช่วงต้นของการป่วย
อารมณ์	กังวล หงุดหงิด	เปลี่ยนแปลงเร็ว (labile) แต่มักจะไม่วงวล
ความคิด	มักจะผิดปกติ	จำนวนลดลง
ความจำ	ความจำที่เกิดขึ้นใหม่ (recent memory) เสียอย่างมาก	ความจำในอดีตและความจำในเรื่องใหม่ๆ เสียทั้งหมด
การรับรู้	อาการประสาทหลอนพบบ่อย (มักจะเห็นภาพหลอน)	มักไม่พบประสาทหลอน
Psychomotor	พฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า หรือกระวนกระวาย มึนงงหรือสับสนทั้ง 2 แบบ	ปกติ
การนอน	วงจรการหลับ-ตื่น ผิดปกติ	วงจรการหลับ-ตื่น มักจะไม่ถูกรบกวน
ความสนใจ (สมาธิ)	เสียอย่างมาก	เสียบ้าง
และการตระหนักรู้ การกลับคืนสู่ปกติ (reversibility)	มักจะกลับคืนเป็นปกติได้	ส่วนใหญ่จะไม่กลับเป็นปกติอีก

การรักษา

1. ทางร่างกาย

1.1 จุดมุ่งหมายหลัก คือ การรักษาภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และที่น่าจะเป็นสาเหตุของ delirium ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาเหตุที่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ ได้แก่ ภาวะไข้สูง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ, hypoxia หรือ anoxia, ความดันโลหิตสูงมาก, ภาวะขาดแอลกอฮอล์หรือยานอนหลับ, Wernicke's encephalopathy และ anticholinergic delirium เป็นต้น แก้ไขภาวะสมดุลกรด-ด่าง สมดุลเกลือแร่ ภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหารในร่างกาย

1.2 ยาที่ใช้รักษาและบรรเทาอาการของ delirium โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิต (เช่น มีอาการหลงผิด มีประสาทหลอน แปรสภาพผิด) ที่ได้ผลดีมากที่สุดคือ haloperidol ขนาด 2-5 มก. กินหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ซึ่งอาจจะฉีดซ้ำได้อีกหลังจากที่ฉีดเข็มแรกไป 1 ชั่วโมงแล้วผู้ป่วยยังมีอาการรบกวนอยู่ ยา haloperidol มีข้อดีคือ มีฤทธิ์ anticholinergic น้อย และแทบจะไม่ลด seizure threshold เมื่อเทียบกับยารักษาโรคจิตกลุ่ม low-potency เช่น chlorpromazine

1.3 ยากลุ่ม benzodiazepine เช่น lorazepam ขนาด 1-2 มก. กิน, diazepam ขนาด 5-10 มก. กินหรือฉีดเข้าเส้น อาจใช้ได้ผลดีในรายที่ agitation หรือนอนไม่หลับ หรือในรายที่มีโอกาสจะชักสูง เช่น ผู้ป่วยในภาวะขาดแอลกอฮอล์หรือขาดยานอนหลับต่างๆ แต่ต้องคำนึงถึงว่า benzodiazepine จะทำให้ cognitive function ของผู้ป่วยเลวลงได้มากกว่าการให้ haloperidol

2. ทางจิตใจ

2.1 ประเมินและป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างให้ปลอดภัย เพราะผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการหลงผิด ประสาทหลอน แปรสภาพผิดในลักษณะที่ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นโดยไม่เจตนาได้ เช่น บางครั้งผู้ป่วยเห็นหน้าตาที่เป็นประตูลูกและเข้าใจว่า ชั้น 12 ห่างจากพื้นดินเพียง 1 ชั้นบันได จึงก้าวเดินผ่านหน้าต่างลงไป ทำให้ตกตึกเสียชีวิตได้

2.2 สร้างสัมพันธภาพที่ดีในเชิงรักษากับผู้ป่วยและครอบครัว และช่วยลดความกังวลและปฏิกิริยาตอบสนองต่อ delirium ของผู้ป่วยและของญาติ

2.3 ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น มีนาฬิกา ปฏิทิน ให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ชัดเจน รวมทั้งหาแว่นตาให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตาได้ใส่เพื่อให้มองเห็นได้ชัดขึ้น สภาพแวดล้อมต้องไม่เสียงเกินไปหรือรบกวน เสียงดังมาก และเพิ่มบรรยากาศแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น ให้ญาติสนิทของผู้ป่วยมาเฝ้า หารูปถ่ายของครอบครัวมาตั้งใกล้ๆ ผู้ป่วย

2.4 ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติว่า อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้จะค่อยๆ ดีขึ้น หลังจากที่ได้รับการรักษา อาการต่างๆจะเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น

2.5 แนะนำญาติให้ช่วยบอกและเตือนความทรงจำ การรับรู้ต่างๆของผู้ป่วยให้มาอยู่ในความเป็นจริงและถูกต้อง โดยการบอกผู้ป่วยด้วยคำพูดที่สั้นๆ เข้าใจง่าย เช่น ขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ที่

โรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลกำลังให้การรักษาแก่ผู้ป่วย ญาติที่มาเฝ้าและดูแลอยู่เป็นใคร ชื่ออะไร

ข้อควรระวัง : ห้ามญาติปลอมหรือตามใจผู้ป่วย ด้วยการคล้อยตามในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจผิด รับรู้ผิด หรือสับสนไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยสับสนมากขึ้น ต้องคอยบอกผู้ป่วยว่า ที่ถูกต้องเป็นจริงคืออะไร ด้วยคำพูดสั้นๆ เข้าใจง่ายและไม่เป็นการโต้เถียงกับผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล. DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539:61-4.
2. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association's practice guideline for the treatment of patients with delirium. Am J Psychiatry 1999;156(Suppl):1-20.
3. Casey DA, DeFazio Jr JV, Vansickle K, Lippmann SB. Delirium: Quick recognition, careful evaluation, and appropriate treatment. Postgrad Med 1996; 100:121-4.
4. Jacobson S, Schreibman B. Behavioral and pharmacologic treatment of delirium. Am Fam Physician 1997; 56:2005-12.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket handbook of primary care psychiatry. Baltimore: William & Wilkins, 1996:82-7.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behaviors sciences, clinical psychiatry. 8th ed. Baltimore: William & Wilkins, 1998:220-8.