

คู่มือประเมินภาวะสับสน สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU)

สำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์

CAM-ICU เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินภาวะ delirium ในผู้ป่วยวิกฤต
คู่มือนี้ประกอบไปด้วย คำอธิบายการใช้ CAM-ICU และคำถามคำตอบที่พบบ่อย

Sirirat Mueankwan and project team members at Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital, ChiangMai University(CMU) contributed to translation of the CAM-ICU tool. Sirirat Mueankwan RN, MNS, performed forward (English to Thai) and Siam Chutima M.Ed, Rient Lorveemongkol (Ass.Prof.) performed backward (Thai to English). Joyce Okahashi, RN verified the English translation with the original tool. Translation complete : April 2012

สิริรัตน์ เหมือนขวัญ และสมาชิกโครงการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้แปล
สิริรัตน์ เหมือนขวัญ พยาบาลวิชาชีพ (พย.ม) แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย
อาจารย์สยาม ชุตินา (ศษ.ม) และผศ.เหรียญ หล่อวิมจล แปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ
ยืนยันความถูกต้องการแปลภาษาอังกฤษตรงตามเครื่องมือต้นฉบับโดย Mrs. Joyce Okahashi, RN

การติดตาม Sedation และ Delirium:
2 ขั้นตอนในการประเมินระดับความรู้สึกตัว

ขั้นตอนที่ 1 : การประเมิน Sedation

The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS*

คะแนน	ลักษณะ	คำอธิบาย
+4	ต่อสู้	ต่อสู้ มีความรุนแรง เป็นอันตรายต่อบุคลากรในทันทีทันใด
+3	กระวนกระวายมาก	ดิ้นท้อ หรือ สายสวนต่างๆ ก้าวร้าว
+2	กระวนกระวาย	มีการเคลื่อนไหวอย่างไม่มีเป้าหมายบ่อยครั้ง ด้านเครื่องช่วยหายใจ
+1	พักผ่อนไม่ได้	กระสับกระส่าย หวาดวิตก มีการเคลื่อนไหวที่ไม่ก้าวร้าวรุนแรง
0	ตื่นตัว และสงบ	
-1	ง่วงซึม	ปลุกตื่นด้วยเสียงเรียก แต่ตื่นไม่เต็มที่ และ สบตาได้นาน ≥ 10 วินาที
-2	หลับตื้น	ปลุกตื่นในช่วงสั้นๆ และสบตาเมื่อเรียก ได้ < 10 วินาที
-3	หลับปานกลาง	มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อเรียก (แต่ไม่สบตา)
-4	หลับลึก	ไม่ตอบสนองต่อเสียง แต่มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อกระตุ้นทางกาย
-5	ปลุกไม่ตื่น	ไม่ตอบสนองต่อเสียง หรือการกระตุ้นทางกาย

ถ้า RASS เป็น -4 หรือ -5 ให้หยุดประเมิน และประเมินผู้ป่วยซ้ำในเวลาต่อไป

ถ้า RASS มากกว่า -4 (-3 ถึง +4) ให้ดำเนินการต่อในขั้นตอนที่ 2

* Sessler และคณะ AJRCCM 2002; 166: 1338 – 1344.

* Ely และคณะ JAMA 2003; 289:2983-2991.

ขั้นตอนที่ 2 : การประเมิน Delirium

ลักษณะที่ 1 : การเริ่มต้นเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน หรือมีทิศทางขึ้นๆ ลงๆ

และ

ลักษณะที่ 2 : การไม่ตั้งใจ

และ

ลักษณะที่ 3 : การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกสติ

หรือ

ลักษณะที่ 4 : ความคิดไม่เป็นระบบ

= Delirium

แบบประเมิน CAM – ICU

คุณลักษณะที่ 1: การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน หรือ ความผันผวนขึ้นลงของสถานะทางจิตใจ	การให้คะแนน	ทำเครื่องหมายเมื่อมีลักษณะตามข้อ
<p style="text-align: center;">ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางจิตใจอย่างฉับพลันไปจากพื้นฐานเดิมหรือไม่</p> <p style="text-align: center;">หรือ</p> <p>ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจผันผวนขึ้นลงใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาหรือไม่ เมื่อประเมินด้วย sedation scale (เช่น RASS), GCS หรือ มีการประเมินภาวะเพ้อมาก่อนหน้านี้</p>	ใช่อย่างใดอย่างหนึ่ง	<input type="checkbox"/>
คุณลักษณะที่ 2: การไม่ตั้งใจ		
<p>การทดสอบความตั้งใจด้วยตัวเลข (การทดสอบด้วยรูปภาพ คุณในคู่มือ)</p> <p>คำแนะนำ: บอกกับผู้ป่วยว่า “ฉันจะอ่านตัวเลข 10 ตัวเรียงกันให้คุณฟัง เมื่อคุณได้ยินเลข ‘1’ ให้คุณบีบมือฉัน” จากนั้นอ่านตัวเลขตามลำดับ ด้วยระดับเสียงปกติ เมื่อครบ 3 วินาทีจึงอ่านตัวเลขถัดไป</p> <p style="text-align: center;">8 1 7 5 1 4 1 1 3 6</p> <p>นับคะแนนผิดเมื่อผู้ป่วยไม่บีบมือขณะอ่านเลข 1 และเมื่อผู้ป่วยบีบมือขณะอ่านตัวเลขที่ไม่ใช่เลข 1</p>	ผิด > 2	<input type="checkbox"/>
คุณลักษณะที่ 3: การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก		
RASS ขณะประเมินเป็นอะไรก็ตามที่ไม่ใช่ ตื่นตัวและสงบ (ศูนย์)	RASS เป็นอะไรก็ตามที่ไม่ใช่ ศูนย์	<input type="checkbox"/>
คุณลักษณะที่ 4 : ความคิดไม่เป็นระบบ		
<p>คำถาม ใช่/ไม่ใช่ (ชุดคำถามอื่นดูได้จากคู่มือ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ก้อนหินลอยน้ำใช่ไหม 2. ปลาอยู่ในน้ำใช่ไหม 3. 1 กิโลกรัมหนักกว่า 2 กิโลกรัมใช่ไหม 4. คุณสามารถใช้ค้อนตอกตะปูได้ใช่ไหม <p>นับข้อผิดเมื่อผู้ป่วยตอบคำถามไม่ถูกต้อง</p> <p>คำสั่ง</p> <p>บอกกับผู้ป่วยว่า: “ฐนี่ขึ้นมาตามนี้” (ฐนี่ 2 นี้อ่อนหน้าผู้ป่วย) “ตอนนี้ให้ทำแบบเดียวกันด้วยมืออีกข้างหนึ่ง” (ไม่ต้องฐนี่ให้ดูซ้ำ) * ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนทั้งสองข้าง ในขั้นตอนที่ 2 ของคำสั่งให้บอกผู้ป่วย “ฐนี่เพิ่มขึ้นมาอีกหนึ่งนึว”</p> <p>ผิดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำตามคำสั่งได้อย่างสมบูรณ์</p>	รวมคะแนนแล้ว ผิด > 1	<input type="checkbox"/>
รวม CAM-ICU ทั้งหมด	เข้าเกณฑ์	CAM-ICU Positive (มีภาวะเพ้อ)
เมื่อมีคุณลักษณะที่ 1 2 และ 3 หรือ 4 = CAM-ICU positive	ไม่เข้าเกณฑ์	CAM-ICU Negative (ไม่มีภาวะเพ้อ)

Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Flowsheet

