



## Terminal Delirium : ภาวะที่สมองอาจต้องเผชิญ ก่อนเดินสู่วาระสุดท้ายของชีวิต

18.07.62

ปุณยอาภา ศรีศิริรินทร์

### ‘Delirium’ คืออะไร?

‘Delirium’ หรือภาวะเพ้อสับสนเฉียบพลันเกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติไปผู้ที่เผชิญภาวะนี้จะมีความคิดความจำและพฤติกรรมผิดปกติไปอาการต่างๆจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลันในเวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมงหรือกัวันเท่านั้นภาวะนี้มักพบในผู้สูงอายุ (> 80 ปี) ผู้มีความผิดปกติทางสมองผู้มีภาวะทางจิตเวช ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้มีปัญหาทางการมองเห็น และการนอนหลับ ฯลฯ และยังเป็นภาวะที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยระยะท้ายก่อนเสียชีวิตด้วย เรียกว่า ‘Terminal Delirium’

ในยุคกรีกโบราณ Hippocrates บันทึกถึงภาวะเจ็บป่วยหนึ่งที่เรียกว่า phrenitis ซึ่งมีรากศัพท์มาจากคำว่า *frenzy* หมายถึงสภาวะที่มนุษย์ไม่สามารถ ควบคุมความตื่นเต้นได้ หรือแสดงออกถึงความรุนแรง ป่าเถื่อน ต่อมา Celsus เริ่มใช้คำว่า *delirium* ซึ่งเป็นคำในภาษาละตินแทน ภายหลังมีการค้นพบเพิ่มเติมว่า *delirium* มักเกิดขึ้นกับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่มีผลต่อจิตใจ จนกระทั่งในศตวรรษที่ 19 Gowers จึงเป็นคนแรกที่ตั้งข้อสังเกตว่า อาการแสดงของ *delirium* นั้นมีได้ทั้งแบบซึมเศร้า และกระวนกระวาย

ภาวะ *delirium* เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ไม่น้อยและมีการสนใจศึกษาถึงภาวะดังกล่าวในทุกแวดวงไม่เว้นแม้แต่วงการศิลปะเมื่อไม่กี่ปีมานี้ Luca Cambioli (2017) และคณะ ได้ตีพิมพ์บทความวิชาการชิ้นหนึ่งในวารสาร *European Neurology* บทความดังกล่าว

สนใจศึกษาถึงตัวละครหลักในบทละครโอเปร่าที่มีชื่อเสียงมากที่สุดเรื่องหนึ่งในศตวรรษที่ 19 คือ “Nabucco” (1841) ซึ่งประพันธ์โดยคีตกวีผู้ยิ่งใหญ่ชาวอิตาลี นามว่า Giuseppe Verdi (1813–1901) ตัวละครเอกของเรื่องมีนามว่า Nabucco เป็นกษัตริย์แห่งกรุงบาบิโลนในช่วงที่มีการต่อสู้ของชาวยิว เรื่องราวดังกล่าวอ้างอิงจากคัมภีร์ไบเบิล ในบทประพันธ์จะแสดงให้เห็นถึงฉากที่ Nabucco เผชิญอาการป่วยทางจิตต่างๆที่สอดคล้องกับภาวะ delirium อย่างชัดเจน และด้วยอิทธิพลของบทละครนี้เองที่ทำให้ผู้คนในช่วงศตวรรษที่ 19 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคนที่เป็น delirium มากขึ้น อย่างไรก็ตามบุคลิกของตัวละคร Nabucco ไม่ได้ถูกแต่งขึ้นมาจากจินตนาการของผู้ประพันธ์เท่านั้น แต่ถูกแต่งขึ้นจากประสบการณ์ตรงของ Verdi เอง ซึ่งตัวเขาเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะ delirium มาตลอดช่วงชีวิต

นับตั้งแต่การแพทย์ค้นพบภาวะ delirium ก็ทำให้โลกมีความรู้และความเข้าใจคนไข้ที่แสดงพฤติกรรมที่ดูเหมือนจะเข้าใจไม่ได้มากขึ้นทางการแพทย์ได้อธิบายถึงสภาวะดังกล่าวว่าเกิดจากความผิดปกติของสมองไว้ดังนี้โดยปกติเราจะมีสติรู้เนื้อรู้ตัวและมีความคิดความจำได้นั้นการทำงานของสมองจะต้องประกอบด้วยสองส่วนเข้าด้วยกันได้แก่ 1.อยู่ในภาวะตื่นและรู้ตัว (ภาวะนี้ควบคุมโดย reticular activating system (RAS) ซึ่งอยู่บริเวณก้านสมองหากเกิดพยาธิสภาพกับบริเวณนี้จะซึมและโคม่า) และ 2. มีสมาธิรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมและสิ่งเร้าที่เข้ามาอย่างเหมาะสม (ควบคุมโดย cerebral cortex) ผู้มีภาวะ delirium จะยังตื่นรู้ในระดับหนึ่งแต่ cerebral cortex จะทำงานผิดปกติไป ส่งผลให้เสียสมาธิหรือขาดความสนใจต่อสิ่งเร้า (ร่วมกับการที่สมองส่วนอื่นที่ควบคุมการมีสมาธิและความสามารถในการทำงานขั้นสูงมีพยาธิสภาพไปด้วย ได้แก่ prefrontal cortex ด้านขวา หรือทั้งสองด้าน และจะทำงานเชื่อมกับสมองอีกหลายส่วน ได้แก่ temporoparietal cortex, limbic, thalamus) นอกจากนี้อาจสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทในสมองชนิด acetylcholine และ dopamine (ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยทางจิตเวชบางรายที่ได้รับยาที่ออกฤทธิ์ลด/เสริม สารสื่อประสาทดังกล่าว อาจมีภาวะ delirium ได้เช่นกัน)

### นี่ญาติฉันเป็น *delirium* หรือถูกผีเข้ากันแน่นะ ?

เนื่องจาก delirium เกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติไปทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกผิดปกติหลายอย่างอาการเด่นชัดคือกลายเป็นคนขาดสมาธิ (attention deficits) จดจ่อกับอะไรนานๆไม่ได้คิดอย่างเป็นระบบไม่ได้ (disorganized thinking) พูดจาวกวนพูดซ้ำข้อความเดิมๆพูดจาไม่สอดคล้องกับเนื้อหาที่กำลังพูดสูญเสียการรับรู้เรื่องเวลาสับสนกลางวัน-กลางคืนไม่รู้วันเดือนปีปัจจุบันสูญเสียการรับรู้เรื่องสถานที่ไม่ทราบว่าตนเองกำลังอยู่ที่ไหน (บ้านหรือโรงพยาบาล) และสูญเสียความจำระยะสั้น (disorientation and memory impairment) ทำให้ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ขณะที่ตนเองกำลังมีอาการได้อาการดังกล่าวเป็นผลสืบเนื่องจากการขาดสมาธิและความสามารถในการประมวลข้อมูลของสมองสูญเสียไปนั่นเองนอกจากนี้ความจำด้านอื่นๆก็มีปัญหาด้วยเช่นวาดรูป/เขียนหนังสือไม่ได้ถ้าให้ลองเขียนจะเขียนตัวเล็กไม่ต่อเนื่องเขียนคำเดิมซ้ำๆสะกดคำและไวยากรณ์ผิดมีก่วงนอนตอนกลางวันและตื่นขึ้นตอนกลางคืนพร้อมกับความสับสนอย่างชัดเจนเนื่องจากวงจรการหลับตื่นผิดปกติ (disturbed sleep-wake cycle) อาการเหล่านี้จะเกิดอย่างฉับพลันในระหว่างวันแถมยังสลับไปมาระหว่างความปกติและความสับสน (acute onset with fluctuating course) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีบุคลิกเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากอยู่ๆก็เปลี่ยนเป็นคนละคนอย่างรวดเร็วกลายเป็นอื่นคล้ายถูกผีเข้าสิงจากที่เคยเป็นคนเรียบร้อยก็กลายเป็นคนหยาดไหลนด่าทอพูดมากและก้าวร้าวและอาจสลับไปมาระหว่างการอละวาดกับซึมเศร้า

ผู้ป่วยไม่ได้มีแต่ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและการแสดงออกเท่านั้น ความผิดปกติของสมองยังส่งผลต่อร่างกายด้วย เช่น การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติไป (altered psychomotor activity) เช่น การเคลื่อนไหวช้าลงและสงบเสงี่ยมแยกตัว (hypoactive) หรืออาการกระสับกระสวยกระวายก็ได้ (hyperactive) โดยผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีอาการแบบใดแบบหนึ่งหรือทั้งสองแบบสลับกันก็ได้ การประสาทหลอนชนิดเห็นภาพหลอน (visual hallucinations) พบได้ทั่วไปและพบมักร่วมกับการหลงผิด (delusion) เนื่องจากวงจรการนอนหลับถูกรบกวน ส่งผลกระทบต่อวงจรของความจำ (memory circuits) โดยพบว่าผู้ป่วยกว่า 30% ของผู้ป่วย delirium มีอาการประสาทหลอนด้านการมองเห็น และ 15% ที่มีประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucinations)

**ญาติผู้ล่วงลับมาหา ยมขุมตมารอรับข้างเตียง เห็นงูเขียวพันสายน้ำเกลือ ก่อนตาย พวกเขาเห็นอะไร มันมีอยู่จริงหรือไม่ ?**

“อยู่ๆเขาเห็นผ้าเช็ดหน้าลอยคว้างอยู่กลางอากาศ เป็นผ้าเช็ดหน้าผืนใหญ่สีฟ้า แถมยังมีวงกลมสีส้มๆสีวงรวมอยู่ด้วย จากนั้นเขาก็เห็นล้อรถขนาดใหญ่อลอยอยู่ หรือบางครั้งเวลาหลานสาวมาเยี่ยม เขาเห็นพ่อหนุ่มรูปหล่อเดินมากับเธอด้วย แต่พ่อสักพัก พ่อหนุ่มนั้นเขาก็อันตรธานหายวับไปเลย..”

คุณปู่ Charles Lullin เล่าว่าเคยเห็นภาพและสิ่งของของปู่ป้าคนอื่นๆเป็นร้อยๆชิ้นไม่ว่าจะเป็นภาพสถานที่ต่างๆหรือรูปทรงเรขาคณิต พวกมันจะโผล่มาแบบค่อยๆมาแล้วก็ค่อยๆหายวับไปบางภาพก็ไม่มีที่มาที่ไปแต่บางภาพก็มีบริบทสอดคล้องกับชีวิตเช่นมีคราวหนึ่งที่เขาเดินอยู่ในถนนที่ปารีสเขาเห็นนั่งร้านพอลกลับถึงบ้านเขาเห็นนั่งร้านแบบจิวสูงประมาณ 6 นิ้ววางอยู่บนโต๊ะทำงานของเขา (การเห็นภาพซ้ำแบบนี้เรียกว่า Palinopsia) แต่นั่นก็เป็นส่วนน้อย เพราะโดยมาก ภาพต่างๆที่ปรากฏเป็นภาพที่เขาไม่เคยเห็น หรือไม่รู้จักมาก่อน แต่มีครั้งหนึ่งที่เขามองเห็นชายหนุ่มผ้าเช็ดตัวอาบหน้านั่งสูบบุหรี่ไปอยู่ และเขาก็นึกขึ้นมาได้ว่า นั่นคือตัวเขาเองต่างหาก ซึ่งนั่นน่าจะเป็นภาพเดียวในบรรดาร้อยๆภาพที่เขารู้จัก

คุณปู่เล่าเรื่องราวเหล่านี้ให้หลานชายฟังในปี 1759 เรื่องราวนี้ซึ่งกลายเป็นบันทึกชิ้นแรกในศตวรรษที่ 18 เกี่ยวกับอาการประสาทหลอนภาวะนี้ถูกตั้งชื่อว่า “ชาร์ลบอนเนตซินโดรม” (Charles Bonnet syndrome) ตามชื่อหลานชายของคุณปู่ป้าเองโดยผู้ที่มีอาการ delirium อาจมีการพัฒนาจากโรคนี้ได้ Oliver Sacks ประสาทแพทย์ได้เล่าถึงการเห็นภาพหลอนของผู้ป่วยโรคดังกล่าวว่าอาจเกิดกับผู้ที่มีปัญหาทางสายตาเช่นตาบอดโดยเมื่อดวงตาสัญเสียการมองเห็นไปสมองส่วนที่ทำหน้าที่รับการมองเห็นเลยไม่ได้รับสัญญาณใดๆเข้าไปสมองเลยทำงานมากขึ้นตื่นตัวมากขึ้นและจะเริ่มส่งสัญญาณขึ้นมาเองทำให้เกิดเป็นภาพหลอนต่างๆขึ้นมา

ลักษณะของภาพที่ผู้ป่วยมองเห็นนั้นมีหลายระดับและซับซ้อนมากเช่นอาจจะเห็นแค่เพียงรูปทรงเรขาคณิตสีต่างๆไปจนถึงเห็นอะไรสักอย่างที่เป็นตัวเป็นตนโดยเฉพาะภาพคนที่มีส่วนใบหน้าที่ถูกเบี่ยงพันใหญ่เกินมนุษย์ซึ่งจะเป็นลักษณะร่วมอย่างเดียวกันที่คนไข้มักเห็นเหมือนกันและรองลงมาก็คือการเห็นภาพตัวการ์ตูน ! (แม้จะดูน่ารักแต่ที่จริงแล้วมันสร้างความปั่นป่วนรำคาญใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก) อย่างไรก็ตามลักษณะของภาพที่เห็นอาจจำเพาะเจาะจงเป็นเรื่องไปเช่นผู้ป่วยรายหนึ่งมีปัญหาด้านการมองเห็นเช่นกัน และภาพหลอนของเธอพิเศษตรงที่มักจะเป็นอะไรที่เคลื่อนไหวได้และส่วนมากเกี่ยวข้องกับรถบางครั้งเธอจะเห็นเด็กหนุ่มนั่งอยู่บนกระโปรงหน้ารถท่าทางเอาเรื่องเวลารถเลี้ยวก็เอนตัวตามจังหวะรถอย่างเนียนเลยพอรถหยุดเจ้าเด็กหนุ่มนั้นก็กระโดดพุ่งขึ้นไปบนฟ้าที่สูงกว่าร้อยฟุตแล้วหายวับไปเลย

Oliver Sacks อธิบายว่าไม่กี่ปีที่ผ่านมาเราสามารถถ่ายภาพการทำงานของสมองของผู้ป่วยเหล่านี้ในขณะที่เห็นภาพหลอนได้ พบว่าในขณะที่เห็นภาพหลอนแต่ละตำแหน่งของสมองมีการทำงานอย่างจำเพาะเช่นในคนที่เห็นโครงกระดูกเรขาคณิตพื้นฐาน สมองส่วนที่ใช้ในการมองเห็น (primary visual cortex) ก็จะถูกกระตุ้นซึ่งโดยปกติแล้วสมองส่วนนี้จะถูกกระตุ้นตอนที่เรารับชมภาพหรือลักษณะของพื้นผิวสมองส่วนนี้ใช้เมื่อยังไม่ได้ทรงภาพเป็นรูปเป็นร่างแต่จะไปประกอบกันกับการทำงานของสมองส่วนการมองเห็นขั้นสูงอื่นเช่นสมองส่วน temporal lobe ตรงตำแหน่งที่เรียกว่า fusiform gyrus โดยปกติแล้วถ้าตำแหน่งนี้เสียหายจะทำให้จำหน้าคนไม่ได้เมื่อเกิดความผิดปกติไปจะทำให้เห็นภาพหลอนเป็นหน้าคนและส่วนด้านหน้าของ gyrus นี้คือบริเวณที่ประมวลผลภาพของพื้นและดวงตาซึ่งพบว่าทำงานมากเป็นพิเศษในขณะที่คนเห็นภาพหลอนเป็นใบหน้าบุคคลโดยปกติแล้วสมองส่วน inferotemporal cortex จะประกอบข้อมูลขึ้นเป็นภาพโดยใช้ประสาทสัมผัสต่างๆมารวมกันแต่ผู้ป่วยจะไม่สามารถเชื่อมต่อไปไกลถึงจุดนั้นพวกเขาจะอยู่เพียงระดับสมองส่วน inferior visual cortex ซึ่งจะเต็มไปด้วยภาพหลายหมื่นหลายล้านภาพเมื่อสมองถูกรบกวนแทนที่จะเกิดความรับรู้ปกติจะเกิดความสับสนอลหม่านเกิดการกระตุ้น/ปลดปล่อยของกลุ่มเซลล์ด้านการมองเห็นเหล่านี้ใน inferotemporal lobe เช่นอยู่ๆก็เห็นเป็นหน้าคนเป็นภาพรถอยู่ๆก็เห็นโน่นนี่ผสมกันโดยสมองเราจะพยายามจัดการกับข้อมูลให้สอดคล้องความเป็นไปได้แต่สุดท้ายนั้นไม่สำเร็จนั่นเอง

อย่างไรก็ตามอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยกลุ่ม delirium สามารถพบได้มากซึ่งไม่ได้มีเพียงการมองเห็นภาพหลอนเช่นการเห็นผีหรือสิ่งที่ไม่ได้อยู่จริงเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงทางการได้ยิน (auditory) เช่นได้ยินเสียงของคนที่ยังมีชีวิตอยู่ทางการรับกลิ่น (olfactory) มักได้กลิ่นแปลกๆหรือกลิ่นเหม็นไหม้ทางการสัมผัส (tactile) มักรู้สึกเหมือนมีแมลงมาไต่บนผิวหนังการลิ้มรส (gustatory) โดยรู้สึกได้กลิ่นเลือดที่ลิ้น เป็นต้น

อย่างไรก็ดีจากงานวิจัยที่ชื่อว่า Why do some people see ghosts? ของ Kartheek (2013) ประเทศมาเลเซียพบว่า การเห็นภาพผีของคนที่มีความผิดปกติทางสมองแต่ละคนจะสัมพันธ์กับเรื่องเล่าหรือความเชื่อของแต่ละบุคคลเคยรู้มาอีกทั้งภาพผีก็ยังพบในกลุ่มที่มีศรัทธาต่อศาสนาอย่างแรงกล้ามากกว่ากลุ่มที่มีศรัทธาต่อศาสนาน้อยกว่าเสียอีกโดยเชื่อว่าความรับรู้ที่ผิดไปนั้นสัมพันธ์กับความเชื่อการให้คุณค่าของแต่ละสิ่งซึ่งหลากหลายกันไปในแต่ละบุคคลนั่นเอง

### **Delirium กับ ลมหายใจสุดท้ายของชีวิต**

ในวันที่ชีวิตเดินมาสู่วาระสุดท้ายเมื่ออวัยวะต่างๆในร่างกายเริ่มล้มเหลวจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้อีกต่อไปผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจต้องเผชิญกับภาวะทั่วไปที่เรียกว่า “Terminal delirium” หรือภาวะสับสนกระวนกระวายก่อนตายทำให้มีอาการสับสนความรู้สึกและการรับรู้เปลี่ยนแปลงโดยมักจะมาเยือนในสัปดาห์สุดท้ายหรือวันสุดท้ายของชีวิต

จากการศึกษาของ ดร. Lawlor และคณะจากโรงพยาบาล Grey Nuns ภาควิชาวิทยามะเร็ง (Oncology) มหาวิทยาลัย Alberta ประเทศ Canada ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งชนิดลุกลาม (advanced cancer) พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Terminal delirium เกิดขึ้นถึง 88% ก่อนที่พวกเขาจะเสียชีวิตลง

อาการของภาวะ Terminal delirium จะเกิดขึ้นอย่างฉับพลันมากผู้ป่วยระยะท้ายเหล่านี้จะขาดสมาธิวงจรหลับตื่นมีปัญหาและทำพฤติกรรมซ้ำๆอย่างไร้จุดหมายเช่นการถอดผ้าปูที่นอนการถอดเสื้อผ้านองโหยหวนครวญตรงแสดงสีหน้าบูดเบี้ยวผิดปกติ หวาดกลัววิตกกังวลตื่นเต้นตกใจกลัมนื้ออกระตุกทั่วร่างกาย

โดยทั่วไปญาติจะตกใจและขวัญเสียเมื่อเห็นภาพอันน่าตกตะลึงเหล่านี้แต่หากดูแลอย่างถูกวิธีก็ทำให้ญาติและผู้ป่วยใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างสันติสุขได้โดยพยายามจัดสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้ปลอดภัยและไม่มีดจนเกินไปวางนาฬิกาปฏิทินหรือสิ่งของที่คุ้นเคยให้อยู่รอบๆห้องและไม่มัดผู้ป่วยไว้ติดเตียงแต่หากผู้ป่วยนอนดิ้นสับสนวุ่นวายและตื่นตระหนกมากมีความเสี่ยงต่อการตกเตียงสูงควรจัดที่นอนใหม่ในนอนบนฟูกเตียงหรือปูเสื่อแทน

ในวันท้ายๆของชีวิตผู้ป่วยมักอ่อนเพลียมากจนต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาอาจทำให้เกิดแผลกดทับหากจะพลิกตัวเพื่อลดการเกิดแผลนั้นอาจต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าเนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สบายตัวนักการทำความสะอาดช่องปากต้องระมัดระวังมากเนื่องจากผู้ป่วยจะเริ่มหยุดกินอาหารและน้ำทำเยื่อช่องปากและคอแห้ง อาจใช้สารหล่อลื่นทาเพื่อไม่ให้ริมฝีปากแห้งด้วย และเพื่อลดความกังวลใจของญาติ ควรพึงระลึกเสมอว่า หลายๆภาวะนั้น เกิดขึ้นเป็นปกติวิสัยของผู้ป่วยวาระสุดท้าย เช่น ที่ผู้ป่วยไม่กินอาหาร เพราะกำลังจะเสียชีวิต ไม่ใช่เสียชีวิตเพราะไม่กินอาหาร หรือ เสียงเสมหะที่เกิดขึ้นระหว่ากรหายใจ (death rattle) ที่อาจเกิดขึ้นได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยกำลังสลักหรือหายใจไม่ออก

ญาติและผู้ดูแลบางรายมักมีความรู้สึกผิดหากหยุดให้การรักษาเพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะตายเพราะขาดยาหรือไกลมื่อหมอซึ่งแท้จริงแล้วเป้าหมายของการดูแลรักษาแบบประคับประคองนี้แม้ว่าจะยืดเวลาการเสียชีวิตแต่ก็ยืดเวลาแห่งความทุกข์ทรมานออกไปด้วย สำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้นสิ่งสุดท้ายที่เขายังสามารถรับรู้ได้คือการได้ยินและสัมผัสญาติควรสื่อสารกับพวกเขาด้วยการพูดคุยและสัมผัสเช่นจับมือแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวแล้วก็ตาม

หากผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์จะให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านให้ลองพิจารณาอาการต่างๆที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วได้แก่หัวใจหยุดเต้นหยุดหายใจม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสงตัวเย็นอาจมีปัสสาวะ-อุจจาระราดบางรายอาจมีเปลือกตาปิดไม่สนิทเนื่องจากการฝ่อลีบของ retro orbital fat pad ทำให้ลูกตาตกลงไปหลังเบ้าตาจึงปิดเปลือกตายเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ญาติไม่ต้องตกใจไปและท้ายที่สุดเมื่อผู้ป่วยจากไปแล้วบุคคลที่ควรได้รับการดูแลมากที่สุดคือชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจเนื่องจากบางรายอาจมีเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตตามมาอย่างรวดเร็ว.

หมายเหตุ: ที่มาส่วนหนึ่งจากงานบรรยาย Last Life Lesson หัวข้อ "เมื่อมองกำลังล้มเหลว The Mind Unwinded" โดย ผศ. นพ. สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย จิตแพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 8 มิถุนายน 2562 ณ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

## เอกสารอ้างอิง

- 1 Mendez FM, Gershfield DN. Delirium. In: Bradley GW, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J eds. Neurology in clinical practice The neurological disorders, fourth edition. Philadelphia, PA: Elsevier Inc; 2004. p29-42.
- 2 Luca Cambioli Mattia Bava Giuseppe Bellelli, et al. "Nabucco" by Giuseppe Verdi: A Case of Delirium in an Italian Romantic Opera. Eur Neurol 2017;77:180-185.

- 3 Mendez FM, Gershfield DN. Delirium. In: Bradley GW, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J eds. Neurology in clinical practice The neurological disorders, fourth edition. Philadelphia, PA: Elsevier Inc; 2004. p29-42.
- 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed): DSM-5. 2013
- 5 Fang C-K, Chen H-W, Liu S-I, Lin CJ, Tsai LY, Lai YL. Prevalence, detection and treatment of delirium in terminal cancer inpatients: a prospective survey. *Jpn J Clin Oncol*2008;38:56-63.
- 6 Maldonado JR. Pathoetiological model of delirium: a comprehensive Understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Crit Care Clin.* 2008;24(4):789–856.
- 7 Cutting J. The phenomenology of acute organic psychosis. Comparison with acute schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1987;151:324–332.
- 8 Terao T: Hallucinations. *Nihon Rinsho*, 2013; 71:1743-9.
- 9  
[https://www.ted.com/talks/oliver\\_sacks\\_what\\_hallucination\\_reveals\\_about\\_our\\_minds/transcriptlanguage=th&fbclid=IwAR0IWz4ZMhhdMJTL6R31L6STRqjsTrc4aW3XO-8dGOYOjgKjaKEfQRM3j84](https://www.ted.com/talks/oliver_sacks_what_hallucination_reveals_about_our_minds/transcriptlanguage=th&fbclid=IwAR0IWz4ZMhhdMJTL6R31L6STRqjsTrc4aW3XO-8dGOYOjgKjaKEfQRM3j84)
- 10 BR Kartheek, T Sreekanth, and Wong Lee Sia: Why do some People see Ghosts?. *International Journal of Pharmaceutical & Biological Archives* 2013, 2013; 4(5): 860 - 867
- 11 BR Kartheek, T Sreekanth, and Wong Lee Sia: Why do some People see Ghosts?. *International Journal of Pharmaceutical & Biological Archives* 2013, 2013; 4(5): 860 - 867
- 12 BR Kartheek, T Sreekanth, and Wong Lee Sia: Why do some People see Ghosts?. *International Journal of Pharmaceutical & Biological Archives* 2013, 2013; 4(5): 860 - 867
- 13 Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med*2000;160:786-94.
- 14 Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med*2000;160:786-94.
- 15 Bush SH, Kanji S, Pereira JL, et al. Treating an established episode of delirium in palliative care: expert opinion and review of the current evidence base with recommendations for future development. *J Pain Symptom Manage*2014;48:231-48.
- 16 Christakis NA, Allison PD: Mortality after the hospitalization of a spouse. *N Engl J Med* 354:719, 2006.