

Øget fokus på cerebrum hos intensivpatienter

Palle Toft, Thomas Strøm & Bjarne Dahler-Eriksen

Hos kritisk syge patienter med sepsis udvikles der ofte multiorgan dysfunktion. Således har disse patienter risiko for udvikling af *acute respiratory distress syndrome*, septisk shock, akut nyreinsufficiens og dissemineret intravaskulær koagulation. Cerebrum påvirkes også ved kritisk sygdom og sepsis, ofte i form af delirium. Da kritisk syge respiratorpatienter traditionelt har været sederede, har det været vanskeligt at diagnosticere delirium og monitorere cerebrums funktion.

Igennem de senere år har udviklingen bevæget sig mod lettere eller ingen sedation af kritisk syge patienter. Således har man påvist gavnlige effekter af såvel et dagligt opvågningsforsøg som nonsedation. Skandinavien har været førende i denne behandlingsudvikling.

En forudsætning for, at man kan monitorere intensivpatienters cerebrale funktion, er, at de er vågne; og dette vil muliggøre diagnosticering af delirium.

Der er udviklet scoresystemer til objektivisering af graden af sedation og delirium ledsaget af uro. Imidlertid er hovedparten af tilfældene af delirium hos kritisk syge patienter såkaldt stille delirium, der ikke er karakteriseret ved somatisk uro. Med Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) er det muligt at diagnosticere begge former for delirium. Scoring med CAM-ICU for delirium er indført som daglig rutine på de fleste danske intensivafdelinger.

Varigheden af delirium korrelerer med forekomsten af langvarig reduceret kognitiv funktion og øget mortalitet efter udskrivelse. Fremkomsten af delirium

hos en kritisk syg patient er således en indikation for en forværring af patientens grundsygdom.

Imidlertid har man ved nye undersøgelser påvist en korrelation mellem varigheden af delirium på intensivafdelingen og cerebrale ændringer, der påvises ved magnetisk resonans (MR)-skanning [1]. Der var korrelation mellem varigheden af delirium og forekomsten af hjerneatrofi ved udskrivelsen og tre måneder senere.

Desværre inkluderede denne undersøgelse ikke en MR-skanning ved indlæggelsen. Denne mangel på en basisværdi vanskeliggør tolkning af resultaterne.

Det er således muligt, at de forandringer, der ses på MR-skanninger, har været til stede præmorbid og har disponeret patienten for udvikling af delirium. Da en basisværdi ikke er blevet målt, er det ikke muligt at sige noget om en tidsmæssig sammenhæng mellem udvikling af intensivt delirium og den cerebrale atrofi efter udskrivelse.

Såfremt man ved neuroradiologiske undersøgelser tidligt kan identificere patienter, der er i risiko for at udvikle intensivt delirium, bør der være mulighed for tidlig intervention. Imidlertid er behandlingsmulighederne ved intensivt delirium ud over behandling af den tilgrundliggende lidelse fortsat begrænsede [2] (Tabel 1).

KORRESPONDANCE: Palle Toft, Anæstesiologisk-intensiv Afdeling V, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C. E-mail: palle.toft@ouh.regionsyddanmark.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Gunther ML, Morandi A, Krauskopf E et al. The association between brain volumes, delirium duration, and cognitive outcomes in intensive care unit survivors: The VISIONS cohort magnetic resonance imaging study. *Crit Care Med* 2012;40:2022-32.
2. Bienvenu OJ, Neufeld KJ, Needham DM. Treatment of four psychiatric emergencies in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2012;40:2662-70.



TABEL 1

Behandling af delirium på en intensivafdeling.

Give verbal orientering af patienten ved personale og familie

Reducere graden af sedation

Give optimal smertebehandling

Øge mobilisering og fysioterapi

Give antipsykotika – oftest i form af haloperidol

Etablere normal søvncyklus

Etablere normal lyscyklus

Forsyne patienten med relevante briller og høreapparater