

Forebyggelse af delirium – ingen grund til forvirring

Delirium er en hyppig tilstand hos indlagte patienter, såvel medicinske som kirurgiske. Delirium er et syndrom, hvor diagnosen bygger på en akut ændring i patientens cerebrale tilstand med udtalt forringelse i den kognitive funktion, og bevidsthedsniveauet kan være påvirket. Det er karakteristisk, at symptomerne varierer hen over døgnet, og at der er forstyrret døgnrytme. Varigheden er typisk fra timer til nogle få dage, men af og til betydelig længere.

Patienterne kan være voldsomt urolige og have hallucinationer og tankeforstyrrelser, men de fleste delirøse patienter findes i den såkaldt hypoaktive gruppe, hvor delirium let overses [1].

Der er identificeret en lang række faktorer, som kan øge risikoen for delirium, og det kan være nyttigt at betragte tilstanden som en uspecifik cerebral reaktion på et misforhold mellem en skadelig påvirkning og nedsat modstandskraft [2]. Kendte risikofaktorer er høj alder, svær komorbiditet, forudbestående cerebral sygdom og visse typer af kirurgi, mens udløsende faktorer kan være dehydrering, hypoksæmi, elektrolytforstyrrelser, smerter og infektion.

Delirium er en alvorlig tilstand med øget risiko for mortalitet, andre komplikationer, tab af funktionsevne og behov for omfattende støtteforanstaltninger, når det akutte forløb er overstået [3].

Det er derfor yderst relevant at vurdere, om delirium kan forebygges hos indlagte patienter. *Siddiqi et al* har for nylig publiceret et Cochrane-review, hvori evidensen af talrige mulige interventioner belyses [4].

Ikke færre end 22 forskellige interventioner blev undersøgt, og hovedkonklusionen var, at der kun var god evidens for en af dem, nemlig en indsats, hvor man tager hånd om multiple faktorer i hospitalsmiljøet (»multikomponentintervention«). Med denne intervention så det ud til, at hyppigheden af delirium kunne reduceres med ca. 30%, hvilket er ganske imponerende. Risikoreduktionen var stort set ens for medicinske og kirurgiske patienter. Mange af interventionerne er i grunden sund fornuft og burde være almindelig god praksis, hvor man sætter ind over for faktorer som smerter, nedsat syn og hørelse og optimerer forholdene generelt, herunder søger for mobilisering, væskebehandling og fødeindtagelse. Fastholdelse af normal døgnrytme og reorientering kan også være vigtige elementer. Medicinering er

et særligt område, hvor delirium kan skyldes både bivirkninger, underbehandling, medicininteraktioner og abstinens, og hos de ældre vil en geriater kunne bidrage til at sanere i medicinlisten. Tidlig erkendelse og behandling af komplikationer som f.eks. infektioner er særlig vigtig hos kirurgiske patienter.

De øvrige 21 interventioner var ikke nær så godt underbygget af evidens. Ydermere kan en skadelig effekt desværre ikke udelukkes, hvilket i grunden er forståeligt, idet delirium er en kompleks og multifaktorielt betinget tilstand, hvor et enkelt medikament ikke kan forventes at gøre en større forskel i en positiv retning, og bivirkninger er i øvrigt slet ikke usædvanlige for stoffer som antipsykotika og glukokortikoider.

Peroperativ brug af apparatur til overvågning af anæstesidybden medførte en ca. 30% reduktion i forekomsten af postoperativ delirium i to undersøgelser med i alt godt 2.000 randomiserede patienter. Apparatet giver mulighed for at justere anæstesidybden på grundlag af EEG, og dette er især formålstjenstligt hos ældre patienter, som desværre ofte får unødvendigt store doser af anæstesimidler. Det er dog ikke afklaret, om anæstesidybden rutinemæssigt bør overvåges på denne måde, og forfatterne af Cochranereviewet anser også evidensen for at være af lav metodologisk kvalitet.

Det ser altså ud til, at vi kan nedbringe forekomsten af delirium hos indlagte patienter med flere ret enkle midler, men netop ikke med et enkelt middel. De udførte videnskabelige studier mangler dog at give os svar på andre vigtige spørgsmål angående delirium, f.eks. om varighed, sværhedsgrad og senere funktionsniveau. Dette vil vi gerne vide mere om, fordi de ældre vil udgøre en stadig større andel af fremtidens patienter. Derudover kan det også overvejes, om vi skal undgå eller afkorte indlæggelser så meget som muligt.

LITTERATUR

1. Neufeldt KJ, Thomas C. Delirium: definition, epidemiology, and diagnosis. *J Clin Neurophysiol* 2013;30:438-42.
2. Steiner LA. Postoperative delirium. Part 1: pathophysiology and risk factors. *Eur J Anaesthesiol* 2011;28:628-36.
3. Kennedy M, Enander RA, Tadiri SP et al. Delirium risk prediction, health-care use and mortality of elderly adults in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:462-9.
4. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3: CD005563.

LEDER

Lars S. Rasmussen &
Jacob Steinmetz

Ugeskr Læger
2016;178:V68353

KORRESPONDANCE:

Lars S. Rasmussen,
Anæstesi- og Operations-
klinikken, HovedOrto-
Centret, Rigshospitalet.
E-mail: lars.simon.
rasmussen.01@
regionh.dk

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