

Andréas Rousseau, ST-läkare (andreas.rousseau@lio.se)

Ingemar Sjödin, docent, överläkare; båda vid psykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

ABC om

Konfusion på somatisk vårdavdelning

r Konfusion är en vanlig orsak till beteendestörning hos patienter som vårdas på somatisk vårdavdelning. Mellan 10 och 30 procent av alla inläggande patienter drabbas [1]. Tillståndet går dock ofta oupptäckt. Mörkertal på upp till 60 procent har rapporterats [2]. Konfusion är ett allvarligt tillstånd, som obehandlat kan leda till döden. Studier har visat en tre gånger så stor mortalitetsrisk [3]. I såväl den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 som den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-IV [4] används termen delirium för konfusion. Då denna term i svenskt språkbruk lätt associeras till delirium tremens, ett specifikt konfusionstillstånd, använder vi i stället den mer neutrala termen konfusion. Förvirring har samma innebörd.

Konfusion definieras som ett tillstånd präglad av sviktande mentala funktioner. Det är ett uttryck för hjärnsvikt, på samma sätt som halsvensstas och perifera ödem kan vara symtom på hjärtsvikt.

■ Psykopatologi

Den centrala störningen är den av medvetandet. Medvetandet indelas i sensorium och medvetenhet. Sensoriet delas i sin tur in i vakenhet och klarhet [5].

Vakenhetsgraden styrs av det retikulära systemet och det mediala talamiska projektionssystemet. Dessa tillsammans bestämmer den sk arousal-nivån. Normalt varierar vår vakenhet mellan ytterligheterna djupsömn och att vara vaken. Vid konfusion kan arousal-nivån vara sänkt, med påföljande reduktion av samtliga psykiska processer. Symtomen är minskad spontanitet, förlångsammad tankegång och trögare uppfattning. Arousal-nivån kan ibland vara stegrad, som när exempelvis alkoholabstinens är orsak till konfusionen.

Klarhet föreligger när våra tankemässiga (kognitiva) funktioner fungerar. Informationsbearbetning, minne och mottagande av intryck är exempel på processer som kräver klarhet. Samtliga kognitiva funktioner kräver uppmärksamhet, dvs förmåga att selektera mellan olika stimuli. Vid konfusion är denna störd, vilket visar sig i låg koncentrationsförmåga och svårigheter att sortera intryck. Informationsbearbetningen delas in i varseblivning och uppfattning. Vid en lindrig konfusion kan man fortfarande varsebli saker korrekt



Foto: GREAT SHOTS

»Bombardement« av konstnären Tsing-Fang Chen.

DSM-IV-kriterier för konfusion

- Medvetandestörning med reducerad förmåga att fokusera, vidmakthålla och skifta uppmärksamhet.
- Förändrad kognitiv förmåga (minnesstörning, desorientering, talsvårigheter) eller perceptionsstörning som inte bättre förklaras av en redan existerande demenssjukdom.
- Förändringarna utvecklas akut och fluktuerar under dygnet.

men man uppfattar dem fel och illusioner uppstår. Exempelvis kan man tolka en fläck i taket som en fladdermus. Vid svårare konfusionstillstånd fallerar både varseblivning och tolkning, och hallucinationer uppkommer, som kan handla om allt från enkla bilder till mer komplexa hallucinationer. Verklighetsgraden ifrågasätts oftast inte, och innehållet i hallucinationen påverkar därför den sjukes beteende.

Störningar i tids-, rums- och personuppfattningen är störst nattetid. Tidsorienteringen är den känsligaste av de tre modaliteterna och tar också längst tid att återfå under tillfrisknandet [5]. Desorientering är i princip obligatorisk i en konfusion men inte specifik för detta tillstånd. Desorientering förekommer också vid demenstillstånd och en del psykiska sjukdomar.

Vanföreställningar är vanliga vid konfusionstillstånd. De är definitionsmässigt felaktiga och inte korrigerbara. De är tecken på att verklighetsförankringen har släppt. Då dessa föreställningar förekommer under ett konfusionellt tillstånd är de inte tecken på primär psykos utan försvinner när konfusionen gått i regress.

■ Etiologi

Oftast har konfusion multifaktoriell genes. Predisponerande faktorer är hög ålder, alkoholmissbruk, tidigare cerebral skada och kronisk sjukdom [5]. Orsakerna brukar delas in i:

- Bakomliggande sjukdom (somatisk/psykisk).
- Läkemedels- eller drogutlöst.
- Multipel etiologi.
- Okänd etiologi.

De vanligaste orsakerna är infektion, läkemedel och alkoholabstinens [2]. Postoperativ konfusion är också vanligt med en prevalens på 0,5–8 procent [5]. När läkemedel utlöser konfusion varierar mekanismerna, men vanligast är antikolinerga effekter [6].

■ Klinisk bild

Huvudsymtomet vid konfusion utgörs av en snabb (inom timmar–någon dag) reduktion av funktionsförmågan. Den försämrade kognitiva förmågan är central och innebär försämrat minne, framför allt närminne, uppmärksamhet och förmåga att planera [7]. Vidare påverkar detta klarheten i tankelivet med svårighet att göra sig förstådd som följd [3]. Talet kan påverkas av hastigt påkommen dysartri eller till och med afasi. Desorientering till tid, rum och person är vanligt [6].

Den kognitiva störningen gör att patienten har svårt att tolka omvärlden, vilket ofta leder till ångest och oro. Illusioner förekommer och ibland också psykotiska symtom i form av hallucinationer och vanföreställningar. Vanföreställningarna har ofta förföljelsekaraktär. Även affektiva symtom kan finnas i form av anhedoni och apati men också i form av mani-forma yttringar. De psykiska symtomen leder till att patienten uppträder rastlöst och ologiskt. Oförmåga att tolka omvärlden leder till rädsla, något som ofta ligger bakom aggressiva uttryck. Den sjuke kanske tror sig vara i en tortyrkammare, där sjuksköterskan blir till bödel, vilket leder till aggressivt beteende, urslitna droppslangar och verbala angrepp.

■ Diagnostik

Anamnesen är det viktigaste instrumentet för att få en korrekt diagnos. Av naturliga skäl kan den inte fås till fullo från patienten. Anhöriga och vårdpersonal spelar därför en viktig roll vad gäller att tolka symtomutvecklingen. Om ovan beskrivna symtomatologi uppstått inom timmar till dagar måste en uppseglade konfusion misstänkas i första hand. Viktigt är också att utesluta anamnes på skalltrauma.

Ett »brett« somatiskt status ingår, eftersom en av de vikti-

CNS	<ul style="list-style-type: none"> • Skalltrauma • Epilepsi (iktal, interiktal eller postiktal; ECT) • Vaskulära sjukdomar: TIA, stroke, migrän • Degenerativa sjukdomar
Metabola	<ul style="list-style-type: none"> • Njursvikt • Leversvikt • Anemi • Hypoxi • Hypoglykemi • Endokrina sjukdomar
Kardio-pulmonella	<ul style="list-style-type: none"> • Hjärtinfarkt • Hjärtsvikt • Respiratorisk insufficiens
Systemiska	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinensutlöst (alkohol, sedativa) • Läkemedel (antikolinerga, steroider, opiater, antiepileptika, sedativa, hypnotika) • Infektion • Malignitet • Sensorisk deprivation • Postoperativt

Orsaker till konfusion.

Konfusion är vanligare i somatisk slutenvård än man tidigare känt till. Tillståndet är allvarligt med hög morbiditet och mortalitet. Akut insättande funktionsförsämring hos en tidigare välfungerande patient bör leda misstanken till konfusion.

Hodkinsons mentala test

Fråga om följande (1 poäng för varje rätt svar):

- Patientens ålder, födelsedatum
- Aktuell tid (närmaste timtal), år, månad, aktuell stad
- När första världskriget började, statsministerns namn
- Säg en adress som patienten ska repetera vid slutet av testet (t ex Repslagaregatan 3), be patienten räkna baklänges från 20 till 1 (inga fel tillåtna men patienten får korrigera sig)

När misstänka delirium tremens?

- Symtomdebut tredje dagen efter ankomst till sjukhus.
- Ovårdad vid ankomsten.
- Typ av skada, t ex »ful« fotfraktur vid anamnestiskt mildt våld.
- »Alkoholprov«: ALAT/ASAT-kvot >2 med γ -GT-stegring, MCV >95, CDT förhöjt.

Klinisk bild: Den typiska »dille«-patienten är »plockig«, har synhallucinos (ser ofta smådjur) och autonom påverkan med takykardi, tremor och svettningar.

Differentialdiagnoser

	Konfusion	Demens	Depression	Schizofreni
Debut	Akut	Långsam/trappstegsformad	Varierande	Varierande
Förlopp	Fluktuerande	Progredierande	Dygnsrytm	Kroniskt
Kognitiva funktioner	Dålig uppmärksamhet, nedsatt korttidsminne	Nedsatt korttidsminne utan påverkan på uppmärksamheten	Sänkt uppmärksamhet men minnesfunktioner relativt intakta	Sänkt uppmärksamhet men minnesfunktioner relativt intakta
Orientering	Desorienterad	Initialt opåverkad men senare desorientering	Opåverkad	Opåverkad
Hallucinationer	Vanligt, särskilt synhallucinos	Mindre vanligt	Mindre vanligt; om de förekommer har de oftast depressivt innehåll	Vanligt, särskilt hörselhallucinos; synhallucinos ovanligt
Vanföreställningar	Vanligt, ofta med förföljesetema	Mindre vanligt	Vid djupa depressioner, vanligen förståeliga och depressivt färgade	Vanligt, oförståeliga, ibland bisarra

gaste uppgifterna är att upptäcka/utesluta allvarlig somatisk bakomliggande sjukdom. Viktigt att tänka på är att utesluta skelettskador och även förstoppningstillstånd hos framför allt äldre.

Psykisk status bedöms främst genom att observera patienten och ställa direkta frågor. Frågorna bör ställas så att enkelt kognitiv status kan fastställas, exempelvis med Hodkinsons mentala test. Testet kan användas för att upptäcka ett förvirringstillstånd och också för att följa och utvärdera insatt behandling [2]. Ett annat alternativ som effektivt testar de kognitiva funktionerna är att be patienten att rita en klocka som visar en angiven tid. Man bör även konfrontera patienten med eventuella misstankar om hallucinationer och vanföreställningar som observerats av anhöriga och/eller vårdpersonal.

Laboratorieundersökning ingår i den diagnostiska processen. Den bör vara bred och förslagsvis innehålla prov för att utesluta anemi, infektion, ischemisk hjärtsjukdom, hyperglykemi, hyperkalcemi och tyreotoxikos. EKG bör tas [6]. I övrigt riktas undersökningarna efter fynd i anamnes och status. Exempelvis kan DT-skalle vara indicerad vid misstanke om skalltrauma och kolhydratfattigt transferrin (CDT) vid misstanke om alkoholmissbruk.

Diagnostiska svårigheter. Om symtomen fluktuerar över dygnet kan man missa diagnosen. Nattsjuksköterskan kan t ex rapportera att patienten varit orolig på natten och sett små gula gubbar på fönsterbrädet, men när doktorn träffar patienten på rondan är status i det närmaste normalt. De konfusioner som är lättast att identifiera är de hyperaktiva med florida vanföreställningar och illusioner/hallucinationer. Dessa utgör dock minoriteten av konfusionerna. Mörkertalet anses stort och utgörs framför allt av de hypoaktiva som undgår upptäckt genom sin mer diskreta symtomatologi [2].

En helhetssyn på patienter med akut sänkt funktionsförmåga och/eller svikt av mentala funktioner är en förutsättning för adekvat diagnostik och korrekt omhändertagande.

De huvudsakliga differentialdiagnoserna är demens, depression och primär psykos [6]. Viktigt att observera är att en konfusion kan vara pålagrad en demenssjukdom.

■ Behandling

Vården bör bedrivas utifrån ett teamarbete, där varje enskild yrkesgrupp spelar en viktig roll. Läkaren ansvarar för dia-

Målet med behandlingen är att patientens medvetande ska klarna, därefter eftersträvas kausal behandling. Läkemedelsbehandling övervägs bara i undantagsfall.

Omvårdnadsåtgärder

För att öka orienteringsförmågan:

- Kommunicera tydligt, undvik medicinska termer, ge besked upprepade gånger och tala om vad klockan är och vilket datum det är.
- Patienten bör ha några personliga saker på rummet, som hon/han känner igen.
- Patienten bör ha kontakt med så få som möjligt i personalen.
- TV/radio på rummet ger kontakt med världen utanför.
- Involvera anhöriga som kan ge patienten stöd och trygghet.

För att öka »tydligheten« i miljön:

- Enkelrum.
- Rumstemperatur mellan 21 och 23°C.
- Omgivande ljudvolym (maskiner, besökare etc) <45 dB dagtid och <20 dB nattetid.
- Relativt stark nattlig belysning (>40 W) så att risken för illusioner minskar.

För att öka delaktigheten:

- Identifiera och korrigerar orsaker till sensorisk deprivation med t ex glasögon och/eller hörapparat.
- Uppmuntra delaktighet i vården, t ex genom självskattning av smärta.
- Upprätthåll funktionsnivåer. Patienter som kan gå bör få promenera minst tre gånger dagligen. Icke-uppegående patienter bör få träna olika rörelseövningar i sängen.

gnostik och kausal behandling, sjuksköterskan för omvårdnadsåtgärder (men kan med fördel engageras och utbildas i det diagnostiska) och sjukgymnasten för mobilisering. Arbetsterapeuter är vana att bedöma funktionsförmåga och sätta in åtgärder som förbättrar den. »Teamarbetsklimatet« bör också genomsyra förhållandet mellan somatiken och psykiatrin, vilket tyvärr inte alltid är fallet. Traditioner och organisatoriska skillnader finns säkerligen i landet, varför inget entydigt kan sägas om var huvudansvaret ligger. Men utifrån ett patientperspektiv kan sägas att det är fördelaktigare att patienten, så långt det är möjligt, inte flyttas från den avdelning där han eller hon vårdas, då varje miljöförändring innebär stress och fungerar som vidmakthållande faktor för konfusionen.

Psykiatrin bör konsulteras om man undrar över psykofarmakologisk behandling eller för hjälp med differentialdiagnostiken. Dessutom ansvarar psykiatrin i många fall för missbruksvården, varför alkoholabstinensstillstånd (delirium tremens) ofta behandlas inom psykiatrin. Frivillig vård dominerar självklart. Vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) bör komma i fråga endast om den konfusionella patienten vägrar livsuppehållande vård eller är farlig för sitt eget eller annans liv, förutsatt att patienten uppfyller lagens kriterier. I dessa undantagsfall bör den läkare som ansvarar för patientens vård göra en vårdintygsbedömning. Därefter konsulteras psykiatrisk klinik.

Målet med behandlingen är att patientens medvetande skall klarna så fort som möjligt [4]. Jämfört med kausal behandling och omvårdnadsåtgärder spelar läkemedel en underordnad roll. Det finns inget stöd för att läkemedelsbehandling påskyndar tillfrisknandet, snarare har flera av de läkemedel som kan bli aktuella konfusion som biverkan. Därav bör behandlingsstrategin vid konfusion ske i 3 steg, där steg 1 alltid kommer före steg 2 osv:

1. Kausal behandling: De sociopsykologiska och medicinska orsakerna som antas ligga bakom konfusionen åtgärdas.
2. Omvårdnad: En konfusorisk patient kräver lugn och ro. Miljön bör optimeras för patientens behov och anhöriga stödjäs och informeras.
3. Läkemedelsbehandling bör således komma i sista hand. Detta är en utmaning för sjukvården, då kraven på snabb symtomkontroll är höga.

Kausal behandling. Som tidigare poängterats krävs en helhetssyn för att behandlingen skall lyckas. Att »bara« behandla urinvägsinfektionen kanske inte får tillståndet att vända om inte anemin korrigeras. Att dessutom seponera antikolinergt verkande läkemedel och optimera smärtlindringen av den onda höften så att nattsömnen förbättras ökar chanserna att häva konfusionen.

Omvårdnad. En god omvårdnad är biverkningsfri och mycket effektiv [7]. Ett av de vanligaste problemen i sjukhusmiljön är »tidlösheten« (dvs oavsett tid på dygnet ser miljön ungefär likadan ut), vilket leder till dygnsrytmrubbningar. En annan bidragande faktor är alla de ljud som finns i patienternas närmiljö på ett sjukhus. Liksom sensorisk understimulering kan bidra till konfusionsutveckling kan sensorisk överstimulering göra det.

Läkemedelsbehandling. Den farmakologiska behandlingen vid konfusion inriktar sig på att mildra symtomen. Det är viktigt att poängtera att evidensen för sådan behandling är dåligt belagd. Det antipsykotiska medlet haloperidol (Haldol) är det mest undersökta preparatet. De andra läkemedlen som upptas

De flesta är ense om att

- konfusion är ett allvarligt tillstånd, som obehandlat kan leda till döden
- mörkertalet är stort; hypoaktiva konfusioner undgår ofta upptäckt på grund av diskret symtomatologi
- kausal behandling ges först, därefter omvårdnadsåtgärder
- bland neuroleptika bör haloperidol (Haldol) vara förstahandsval
- bensodiazepiner bör användas med försiktighet

Åsikterna går isär vad gäller

- vem som har det primära ansvaret för en patient med konfusion

Oklart är

- hur stort psykologiskt trauma det är att ha genomgått en konfusionsepisod

nedan har inte studerats i storskaliga dubbelblinda, placebo-kontrollerade studier [6].

Antipsykotiska läkemedel (neuroleptika) är ofta förstahandsval på grund av en snabbt insättande effekt på agiterade symtom. De har också god effekt på psykotiska symtom, även om effekten på dessa dröjer något längre (dagar–vecka). Haloperidol (Haldol) bör vara förstahandsval inom gruppen. Det kan administreras peroralt, intramuskulärt och intravenöst. En normal initial dosering av Haldol peroralt är 0,5 mg 1 × 2 (3), men ibland kan det var indicerat med högre doser. Haldol har minimala antikolinerga biverkningar och ger inte mycket sedation (som minskar de kognitiva funktionerna och kan öka konfusionen). Man bör dock vara uppmärksam på att QT-tiden kan förlängas, varvid risken för torsade de pointes ökar.

Risperidon (Risperdal) och olanzapin (Zyprexa) har studerats en del på senare tid, men de har preliminärt inga omedelbara fördelar vid behandling av konfusion [6]. Alla läkemedel i gruppen kan ge extrapyramidala biverkningar, framför allt vid högre dosering, och härvidlag kan gamla människor vara mycket känsliga.

Bensodiazepiner är förstahandsval vid alkoholabstinensutlösta (delirium tremens) och epilepsiinducerade konfusionstillstånd [5]. I övriga fall bör bensodiazepiner användas med försiktighet [6], eftersom de har som biverkan att nedsätta de kognitiva förmågorna, vilket kan förvärra förvirringen. Patienter med organiska hjärnskador kan även få paradoxala effekter med ökad agitation i stället för sedation. Om bensodiazepiner ges bör man använda preparat med kort halveringstid, då ackumulationsrisken annars är hög (framför allt hos äldre). Exempel på lämpliga medel är oxazepam (Sobril) och lorazepam (Temesta).

Klometiazol (Heminevrin) är ett kortverkande hypnotikum som potentierar GABA-erg inhibition i hjärnan. Det används ofta vid delirium tremens men kan med fördel användas även för sömninduktion vid andra konfusionstillstånd. Tillräcklig initialdos är ofta 1–2 kapslar à 300 mg till natten [3]. Då antikolinerga mekanismer angivits som möjlig genes till konfusionsutveckling borde det teoretiskt finnas utrymme för behandling med kolinerga läkemedel. Få studier finns dock gjorda [6]. Den substans som är mest dokumenterad är fystogigmin, en centralt verkande kolinesterashämmare. Det enda möjliga praktiska användningsområdet i nuläget är om

ANNONS

konfusionstillståndet entydigt orsakats av antikolinergt verkande läkemedel.

Uppföljning. Många patienter med konfusion skrivs ut från sjukhuset innan de kognitiva funktionerna är helt återställda. Kvarvarande uppmärksamhetsstörning och desorientering är vanligt. För att förebygga nya episoder är det viktigt att tänka detta och genomföra vissa preventiva insatser, exempelvis genom att förhindra sensorisk deprivation (glasögon, hörapparat etc) och iaktta försiktighet med läkemedel med antikolinerga biverkningar [2]. De psykologiska effekterna av att ha varit konfusorisk är inte tillräckligt studerade, men det finns indicier på att en genomgången konfusionsepisod ökar risken för depression och posttraumatiska tillstånd.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Gleason OC. Delirium. *Am Fam Physician* 2003;67:1027-34.
2. Brown TM, Boyle MF. Delirium. *BMJ* 2002;325:644-7.
3. Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar. Stockholm: Liber AB; 2003.
4. Mini-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. Danderyd: Pilgrim Press; 2002.
5. Ottosson JO. Psykiatri. Stockholm: Liber AB; 2000. p. 26-36.
6. Trzepacz P, Breitbart W, Franklin J, Levenson J, Martini R, Wang P. Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. Washington DC: American Psychiatric Association; 2002. p. 29-66.
7. Meagher DJ. Delirium: optimising management. *BMJ* 2001;322:144-9.

Medicinens ABC

beskriver avgränsade sjukdomstillstånd, procedurer eller behandlingar. Artiklarna ska ge praktisk handledning och beskriva det aktuella kunskapsläget. Författare är läkare under utbildning tillsammans med handledare. Välkommen in med din artikel du också! Innan du börjar skriva, kontakta redaktionen.