



Känn igen en hjärninfarkt – genast till jouren!

Hjärninfarkt (stroke) och TIA (övergående störning i hjärnans blodcirkulation)

Uppdaterad 23.1.2020, **12.2.2020**

En hjärninfarkt kommer ofta helt plötsligt och symtomen når sin topp inom några minuter eller mera sällan timmar. Om du misstänker hjärninfarkt, ring genast nödnumret 112! Det är ytterst viktigt att patienten får behandling snabbt.

Vid hjärninfarkt (blodpropp i hjärnans blodkärl) blir en del av hjärnvävnaden utan syre och förstörs. Orsaken är tilltäppning i en hjärnartär. Ibland beror tilltäppningen på en blodpropp (koagel) som har uppkommit i en förträngd artär men oftare kommer koaglet längre bort ifrån, till exempel från hjärtat eller halsartären.

TIA (transient ischemic attack) är en övergående störning i hjärnans blodcirkulation som i allmänhet pågår mindre än en timme, mest typiskt i två till femton minuter. Symtomen vid TIA liknar dem vid hjärninfarkt, men de går över helt och hållet utan bestående neurologiska skador eller skador på hjärnvävnaden.

Man kan själv påverka riskfaktorerna för hjärninfarkt

Högt blodtryck är den viktigaste riskfaktorn som går att behandla. Den allmänna målsättningen är blodtryck under 140/90 (vid mätningar hemma 135/85) mmHg, men om du lider av någon kronisk sjukdom är målsättningen ännu striktare: till exempel för diabetiker under 140/80 och för njurpatienter under 130/80 mmHg.

LDL-kolesterolet (det så kallade dåliga kolesterolet) bör vara under 3 mmol/l. Målsättningen är ännu lägre om du redan har haft en hjärninfarkt eller TIA-attack eller om din risk att få en hjärninfarkt är stor (målsättning under 2,5) eller om risken är mycket stor (under 1,8 mmol/l).

Både **rökning** och **alkoholkonsumtion** ökar risken för hjärninfarkt och ohälsosam kost ökar benägenheten för blodproppar.

Övervikt, bukfetma och **för litet motion** är risker också för hjärnans blodkärl.

Ålder, manligt kön, hjärtsjukdom, diabetes, ärftliga faktorer och för kvinnor p-piller eller hormonersättningsbehandling som innehåller östrogen är andra faktorer som ökar risken för hjärninfarkt.

En hjärninfarkt kommer plötsligt

En hjärninfarkt kommer ofta helt plötsligt och symtomen når sin topp inom några minuter eller mera sällan under timmar.

Patienten märker inte alltid själv sina symtom. Be patienten

- lyfta upp sina armar (kraftlöshet eller känslolöshet i armar eller ben)
- upprepa en enkel mening (oklart tal eller svårighet att tala) eller
- le (den ena mungipan hänger, leendet blir snett).

Om något av detta inte lyckas ska man omedelbart ta sig till jourmottagningen på ett sjukhus. Minns också att anteckna klockslaget när symtomen började.

Sök genast behandling, ring 112!

Ett snabbt samtal till nödnumret 112, brådskande transport med ambulans till jourpoliklinik på sjukhus (inte hälsocentral)



är nödvändigt. Trombolys (behandling som löser upp blodproppen) ska inledas genast; ju snabbare behandlingen inleds desto större är nyttan av den.

Under de första timmarna av den akuta behandlingen löser man upp eller avlägsnar mekaniskt blodproppen som orsakat hjärninfarkten

På sjukhuset undersöker man först om det är fråga en hjärninfarkt. Hjärninfarkt och hjärnblödning kan ge liknande symtom, men de kan särskiljas med bildundersökningar. Dessutom görs andra undersökningar för att utreda orsaken till hjärninfarkten.

Om det har gått mindre än fyra och en halv timme, eller i vissa fall mindre än nio timmar, sedan symtomen på hjärninfarkt började, öppnas det täppta blodkärlet med trombolys.

Om man med bildundersökningar konstaterat att ett stort blodkärl är tilltäppt kan det också lyckas att öppna det med kateterbehandling inne i kärlet.

För att få ett så bra resultat som möjligt behandlas patienter med hjärninfarkt oftast på så kallade stroke-enheter, som är specialiserade på akutbehandling och tidig rehabilitering av dessa patienter.

En TIA-attack bör också tas på allvar, det kan vara en varning om en kommande hjärninfarkt. Också vid en TIA-attack bör man uppsöka jouren, även om symtomen redan skulle ha gått om. Bildundersökningar och laboratorieundersökningar hör till också vid utredningen av TIA.

Risken för hjärninfarkt efter en TIA-attack är störst under de närmaste dagarna och veckorna.

För alla patienter inleder man behandling som förebygger uppkomsten av nya blodproppar

För det används läkemedel som antigen förhindrar uppkomsten av blodproppar eller minskar blodets koagulationsförmåga (ASA, det vill säga "aspirin", dipyridamol, klopidogrel eller warfarin samt nya antikoagulantia). Oftast behövs också läkemedel mot högt blodtryck och kolesterol.

Det är viktigt att fästa uppmärksamhet vid levnadsvanorna: begränsa saltanvändningen, använd alkohol högst i måttliga mängder, gå ner i vikt vid behov, ät hälsosamt, motionera regelbundet, sluta röka och försök minska på stressen.

Tidig rehabilitering ger det bästa resultatet

Redan på sjukhuset gör man en bedömning av rehabiliteringsbehovet för varje enskild hjärninfarktspatient när tillståndet har stabiliserats. Rehabiliteringsbehovet och de individuella målsättningarna antecknas i rehabiliteringsplanen. Rehabiliteringen fortsätter enligt rehabiliteringsplanen efter sjukhusbehandlingen och behovet av fortsatt rehabilitering bedöms regelbundet. Det är viktigt att man beaktar patientens anhöriga vid rehabiliteringen.

Lägesbehandling inleds genast och man uppmärksammar speciellt skadade leder med läges- och rörelsebehandling.

Annan aktiv rehabilitering inleds när patientens tillstånd är tillräckligt stabilt för det. Behovet fysio-, ergo- och talterapi bedöms individuellt för patienten och terapierna inleds som en del av den multiprofessionella rehabiliteringen.



Fysioterapi förbättrar rörligheten. Gångövningar befrämjar rörelseförmågan, och det finns många olika sorters övningsmetoder för att öva upp handens funktion. Ergoterapi stöder och främjar möjligheterna att fungera självständigt i vardagssysslorna och arbetet.

Kommunikationsförmågan och sväljningsförmågan rehabiliteras med talterapi. Med anpassningsrehabilitering försöker man ge deltagarna kamratstöd, information samt förmåga och medel att klara sig i vardagen.

Patientens vardag kan underlättas med hjälpmedel, bland annat sådana som stöder minnet och med röstförstärkare. Behovet av olika hjälpmedel förändras med tiden, och situationen bör därför regelbundet bedömas på nytt.

Hos 30–50 procent av patienter med störningar i hjärnans blodcirkulation förekommer i något skede av sjukdomen depression, som ofta inte upptäcks och blir obehandlad. Depression hos livspartnern är till och med vanligare än hos patienterna själva. SSRI-läkemedel (selektiva serotonin-återupptagshämmare) rekommenderas som förstahandsläkemedel vid depression. Hos patienter i arbetsför ålder är också utmattningssymtom vanliga.

Hjärninfarkt och körförmågan

Bedömning av körförmågan för att få tillbaka körtillståndet görs när rehabiliteringen framskrider. Enligt lagen ska läkaren alltid göra en anmälan till polisen om patientens försämrade körhälsa när tillståndet bedöms pågå i minst sex månader.

Uppföljning i primärvården för patienter med stor risk

Patienter som har genomgått en hjärninfarkt och fått bestående men är högriskpatienter. För dem rekommenderas regelbunden uppföljning minst en gång om året under resten av livet samt bedömning av rehabiliteringsbehovet och verkställd rehabilitering enligt bedömningen.

För uppföljningen behövs inte alltid ett läkarbesök, också andra yrkespersoner inom hälso- och sjukvården kan genomföra den.

Prognos

Tre månader efter infarkten har cirka 50–70 procent av patienterna återhämtat sig så att de klarar sina dagliga rutiner självständigt. Självständig funktionsförmåga efter en vecka tyder på god funktionsförmåga tre månader efter infarkten. God funktionsförmåga efter tre månader tyder i sin tur på bättre funktionsförmåga och mindre dödlighet flera år framåt.

Störningar i hjärnans blodcirkulation i siffror

Förekomsten av hjärninfarkt hos personer yngre än 50 år har stigit både i USA och Europa. Utvecklingen i Finland har varit likartad: förekomsten av hjärninfarkt hos män under 45 års ålder ökade med 50 procent mellan åren 2000 och 2010.

År 2010 var den genomsnittliga åldern för patienter som insjuknat i sin första hjärninfarkt 72,7 år och 51,2 procent av de insjuknade var män. Av patienterna var 21 procent i arbetsför ålder, det vill säga under 65 år gamla.



Dödligheten i störningar i hjärnans blod-cirkulation har i välfärdsstaterna minskat under 2000-talet både hos personer under 75 års ålder och äldre. Däremot är dödligheten för hjärninfarktspatienter under 50 års ålder mångdubbel jämfört med normalbefolkningen. Detta beror på den ökade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar, i synnerhet nya hjärninfarkter.

Mera information om ämnet

På Youtube finns bland annat följande videor som Aivoliitto (www.aivoliitto.fi) producerat (på finska):

- [Aivoverenkiertohäiriöt – 8/10 on estettävissä](#) (längd 6:22 minuter)
- [Mikään ei ole mahdotonta – kuntoutus aivoverenkiertohäiriön jälkeen](#) (längd 6:30 minuter)
- [Liutushoito ”Kun se kävi niin äkkiä”](#) (längd 4:47 minuter)

De organisationer som omnämns i patientversionen ger mera information i ämnet. Finska Läkarföreningen Duodecims redaktion för God medicinsk praxis svarar inte för kvaliteten eller tillförlitligheten gällande uppgifter som andra organisationer har gett.

Författare

Patientversionen är uppdaterad utifrån [Finska Läkarföreningen Duodecims rekommendation God medicinsk praxis](#) av medicinska redaktören **Kirsi Tarnanen**.

Texten är granskad av ordföranden för arbetsgruppen som har uppgjort rekommendationen, professorn i neurologi **Perttu J. Lindsberg** och den sammanställande skribenten för arbetsgruppen, specialistläkaren i neurologi **Tiina Sairanen** från neurologiska kliniken vid HUCS samt God medicinsk praxis-redaktören, specialist-

läkaren i klinisk neurofysiologi och psykiatri **Arja Tuunainen** från Finska Läkarföreningen Duodecim.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.

Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis-rekommendationerna är sammandrag gjorda av framstående experter gällande diagnostik och behandling av bestämda sjukdomar. De ersätter inte läkarens eller annan hälsovårdspersonals egen bedömning av vilken diagnostik, behandling och rehabilitering som är bäst för den enskilda patienten då behandlingsbeslut fattas.