



Dyslipidemierna (avvikande blodfettvärden) i skick genom samarbete mellan patient och läkare

Uppdaterad 16.11.2018

Med att behandla dyslipidemier (avvikande blodfettvärden) försöker man förebygga artärsjukdomar såsom kranskärlssjukdom, cirkulationsrubbingar i hjärnan eller förträngande artärsjukdom i benen (sjukdom i det perifera artärsystemet) och ateroskleros i aorta. Grunden för behandlingen är alltid förändringar i levnadssättet: hälsosam kost, regelbunden motion, rökfrihet, tillräckligt med vila och sömn samt för överviktiga att gå ner i vikt. Om livsstilsförändringarna inte räcker behövs dessutom läkemedelsbehandling, vanligen statiner.

Vad är avvikande blodfettvärden?

Avvikande blodfettvärden:

- totalkolesterol mer än 5 mmol/l (mmol/l = millimol per liter)
- LDL (det så kallade dåliga kolesterolet) mer än 3 mmol/l
- HDL (det så kallade goda kolesterolet) är lågt: hos män mindre än 1,0 och hos kvinnor mindre än 1,2 mmol/l
- triglycerider mer än 1,7 mmol/l.

Normalvärdena för blodfetter är inte exakta, men vid värden över gränserna ökar risken för artärsjukdom hos friska människor kraftigt. Risken ökar också om HDL-kolesterolet ligger under normalvärdet. Normalvärdena är inte heller målsättning för behandlingen utan målet bestäms enligt totalrisken för artärsjukdom (se nedan).

Undersökningar

Man undersöker blodfettvärdena med blodprov. Blodprov på fastande mage används fortfarande i många laboratorier: man bör vara utan att äta i minst åtta, gärna tolv timmar. På morgonen får man dricka bara vatten. För de massundersökningar som till exempel apotek och hjärtorganisationer ordnar behövs vanligen inte fasta.

För att säkerställa diagnosen bör blodprovet tas två skilda dagar med undantag för patienter som insjuknat akut i en artärsjukdom. Dessutom bör andra faktorer som kan orsaka dyslipidemier (till exempel nedsatt sköldkörtelfunktion, graviditet, vissa lever- och njursjukdomar och vissa läkemedel) utredas och behandlas först.

Avvikande blodfettvärden är inte i sig orsak för att inleda läkemedelsbehandling utan de är utgångspunkt för noggrannare bedömning av risken för artärsjukdom. Normala fettvärden innebär inte att man inte skulle behöva ta tag i andra riskfaktorer för artärsjukdomar. Dessa riskfaktorer är rökning, förhöjt blodtryck, för lite motion, övervikt, bukfetma, lindrigt förhöjt blodsocker och vissa inflammations-sjukdomar (till exempel reumatoid artrit).

Först uppskattar man totalrisken

Behandlingen baserar sig på en bedömning av hur stor risken för personen är att insjukna i en artärsjukdom.

Riskbedömningen görs om det i en ung vuxens släkt har förekommit artärsjukdom redan vid tidig ålder (till exempel kranskärlssjukdom hos en man under 55 år eller en kvinna under 65 år), om man misstänker ärftlig dyslipidemi eller om personen själv ber om det.



Nära släktingar (föräldrar, syskon, barn och barnbarn) till en patient med ärftlig dyslipidemi bör undersökas.

I annat fall bedöms risken för en man senast vid 40 års ålder och för en kvinna senast vid 50 år eller vid klimakteriet.

Riskbedömningen är enkel när artärsjukdom, diabetes, ärftlig dyslipidemi eller njursvikt redan har konstaterats: då är totalrisken för artärsjukdom redan större och man behöver inte använda något riskbedömningsverktyg.

I övriga fall använder man ett riskbedömningsverktyg, till exempel FINRISKI-räknaren, som uppskattar risken för en frisk person att insjukna i hjärtinfarkt eller stroke under de följande tio åren. [FINRISKI-räknaren](#) beaktar ålder, kön, rökning, blodtryck, totalkolesterol, HDL-kolesterol, diabetes och ärftlig belastning (om någondera föräldern har insjuknat i hjärtinfarkt före 60 års ålder).

Bedömningen kan göras exaktare med annan hälsoinformation. Risken ökar med bland annat bukfetma, störningar i sockerbalansen som är lindrigare än diabetes, långvariga inflammatoriska sjukdomar, andningsuppehåll under sömnen (sömnapné), långvarig stress och dålig social ställning.

Riskgrupper

Målgrupper som man speciellt följer med är patienter med extra stor och stor risk.

Extra stor risk har patienter som redan har kranskärlssjukdom (till exempel tidigare hjärtinfarkt) cirkulationssjukdom i hjärnan (tidigare hjärninfarkt eller övergående störning i hjärnans blodcirkulation (TIA)), annan artärsjukdom (aorta, perifera artärer), diabetes (typ1 eller 2) eller svår njursvikt. Till denna grupp hör också friska och symptomfria personer med minst 15 procents risk att få

hjärt- eller hjärninfarkt under de följande tio åren enligt FINRISKI-räknaren. För den här gruppen är det alltid nödvändigt med både förändrade levnadsvanor och läkemedelsbehandling.

Risken är stor för patienter med medelsvår njursvikt eller ärftlig dyslipidemi och för diabetiker som inte har andra diabetesrelaterade skador på målorgan eller andra riskfaktorer. Till samma grupp hör också personer som enligt FINRISKI-räknaren har minst 10 procents risk. Åtminstone effektiv livsstilsbehandling och ofta också läkemedelsbehandling är nödvändig.

Friska personer har måttlig risk för artärsjukdomar om risken att få en hjärt- eller hjärninfarkt under de följande tio åren enligt FINRISKI-räknaren är två till tio procent. **Låg risk för artärsjukdom** är under två procent.

Läkaren och patienten beslutar om behandlingen tillsammans

När helhetsrisken är uppskattad berättar läkaren för patienten om det finns orsak att vara bekymrad och i så fall varför. Som sakkunnig berättar läkaren också hur man bör framskrida i saken. Efter detta diskuterar patienten och läkaren och beslutar tillsammans med vilka metoder man tar tag i patientens situation. Patienten har huvudansvaret för att behandlingen förverkligas; uppföljningen sker inom hälso- och sjukvården.

Hurdana värden strävar man efter?

Om risken för artärsjukdom är stor är målsättningen för LDL-kolesterolet (det dåliga kolesterolet) mindre än 2,5 mmol/l. Om risken är speciellt stor är målsättningen mindre än 1,8 mmol/l eller att värdet minskar till hälften av det ursprungliga.



Man bestämmer individuella värden för varje patient.

På befolkningsnivå är värdena för god artärhälsa total kolesterol mindre än 5 och LDL-kolesterol mindre än 3 mmol/l, i synnerhet om andra riskfaktorer (blodtryck, rökfrihet, glukosvärden, vikt) följer rekommendationerna.

Sundare levnadsvanor

Grundprinciper för en sund kost: beakta fettets kvalitet (litet hårt fett så som smör, fett i mjölk eller kött, måttligt med mjukt fett – till exempel ryps- eller olivolja, mjukt växtmargarin, icke-smaksatta nötter), **ät tillräckligt med fibrer** (grönsaker, bär, frukt, fullkornsprodukter) och **fisk regelbundet** två till tre gånger i veckan (av det fet fisk en till två gånger i veckan). Man bör också fästa uppmärksamhet vid sin konsumtion av socker och sockerhaltiga produkter och sin användning av salt.

Till exempel [Hjärtmärket](#) som finns på livsmedel och på restauranger hjälper att göra bättre val för hälsan i matbutiken och på många lunchrestauranger. Dessutom kan man använda livsmedel som innehåller **växtstanoler eller växtsteroler** (bordsmargarin, drycker, tabletter). Regelbunden användning av **betaglukan** har också konstaterats ha gynnsam inverkan. Betaglukan är en löslig fiber som finns i havre och korn; det säljs i pulverform och som flingor.

Matens energimängd ska stå i förhållande till hur stor energiförbrukningen är.

Viktninskning hos överviktiga – redan fem till tio procent av ursprungsvikten – och **flera raska promenader** (1/2–1 timme per dag) kan öka halten av HDL-kolesterol (det goda kolesterolet). **Risken för artärsjukdom minskar också om man slutar röka och**

ser till att alkoholkonsumtionen är måttlig. Också **förhöjt blodtryck** bör behandlas. Likadana sunda levnadsvanor som vid dyslipidemier är bra också för blodtrycket. **Tillräcklig vila och sömn** är också viktigt.

Alla tidigare nämnda åtgärder tillsammans hjälper – och för patienter med liten eller medelstor risk är de också ofta tillräckliga för att behandla dyslipidemier.

Kosttillägg behövs inte utan särskilda orsaker utom då det gäller **D-vitamin**, enligt rekommendationerna: D-vitamintillskott 10 µg dagligen från oktober till mars för personer i 18–74-års åldern, om de inte använder vitaminiserade mjölkprodukter, bordsmargariner och/eller fisk och för personer äldre än 75 år 10–20 µg året om beroende på kostens D-vitaminhalt.

Läkemedelsbehandling läggs till om inte sunda levnadsvanor räcker

Läkemedelsbehandling används när totalrisken är stor och bättre levnadsvanor inte ger önskat resultat inom tre till sex månader. Sunda levnadsvanor och läkemedelsbehandling kompletterar varandra.

Den oftast använda läkemedelsgruppen är statiner (atorvastatin, fluvastatin, lovastatin, pravastatin, simvastatin, rosuvastatin) men också andra läkemedel (ezetimib, fibrat, resiner, i specialfall PCSK9-hämmare) eller läkemedelskombinationer kan användas vid behov.

Om patienten lider av ärftlig dyslipidemi är det oftast nödvändigt med åtminstone statinbehandling. Sådana ärftliga sjukdomar är familjär hyperkolesterolemi (FH), familjär kombinerad hyperlipidemi (FKH) och den ovanliga typ III hyperlipidemin.



Rödris som säljs i bland annat hälsokostaffärer innehåller också statin som sänker kolesterolet. Eftersom det är fråga om ett kosttillskott där framställningen inte övervakas på samma sätt som för läkemedel kan halten statiner som preparatet innehåller variera. Man vet inte heller vilka andra verksamma substanser rödriset eventuellt innehåller. Därför rekommenderas rödris inte.

För kvinnor rekommenderas inte hormonsubstitution för att förebygga eller behandla artärsjukdomar.

Möjliga biverkningar av statinbehandling

Statiner har använts sedan 1987 och man känner väl till deras effekter och biverkningar. Behandling med statiner är i allmänhet trygg.

Av patienterna anger 7–29 procent muskelsymtom (smärta, svaghet, kramper eller sendrag) i samband med statinbehandling. Det är vanligt med muskelsmärter också hos personer som inte använder läkemedel, så alla besvär som förekommer när man använder statiner beror inte alltid på läkemedelsbehandlingen. Den egentliga orsaken till muskelsmärten bör utredas.

Andra biverkningar som kan förekomma är förhöjda levervärden eller lindrig förhöjning av blodsockret så att diabetes typ 2 uppkommer tidigare än den annars skulle ha gjort. Behandling med statiner ökar inte förekomsten av cancer, självmord, olyckor eller inflammationer i bukspottkörteln.

Om patienten får biverkningar kan man avsluta läkemedelsbehandlingen, minska på dosen eller byta preparat. Om biverkningarna fortsätter avslutas behandlingen.

Man har inte kunnat fastställa att kosttillskott så som ubikinon skulle minska biverkningarna av läkemedel.

Statiner kan liksom alla läkemedel samverka med andra läkemedel. Därför bör läkaren känna till alla läkemedel som patienten använder. Man bör beakta statinbehandlingen när man väljer till exempel antibiotika, svampmedicin och vissa hjärtmediciner.

Statiner bör inte användas under graviditet, så man måste sörja för antikonceptionen under läkemedelsbehandlingen.

Ibland är det nödvändigt med läkemedelsbehandling oberoende av kolesterolvärdena

Om patienten har fått en episod av artärsjukdom (ischemisk attack) bör man omedelbart påbörja en statinbehandling med stor dos oberoende av hurdana patientens blodfettvärden är.

Barn, unga och äldre personer

Behandlingen av hyperlipidemier hos barn och unga bygger på förändringar av kost- och andra levnadsvanor. Om barnet har en ärftlig sjukdom i fettmetabolismen, har fått en hjärttransplantation eller har typ 1 diabetes samtidigt med förhöjt LDL-kolesterol (det så kallade dåliga kolesterolet mer än 4 mmol/l) kan en i behandlingen insatt barnläkare påbörja statinbehandling för barnet. Statinbehandling kan då övervägas börjande från sex till tio års ålder.

Hos äldre personer är inte åldern i sig ett skäl att inte påbörja statinbehandling, men man måste bedöma situationen i sin helhet. Kostråden följer samma principer som för yngre åldersgrupper. Om patienten har haft en episod av artärsjukdom påbörjar man



omläggningen av levnadsvanorna och statinbehandlingen redan på sjukhuset. Med avseende på läkemedelsbehandlingen bör man komma ihåg att äldre personer är en specialgrupp både när det gäller läkemedelsbiverkningar (åldrandet förändrar kroppens strukturer och funktioner) och läkemedels-samverkan (äldre personer använder ofta många läkemedel).

Uppföljning

När behandlingen har inletts bör man regelbundet följa med såväl blodfetter som eventuella biverkningar. Första uppföljningen bör göras en till tre månader efter att behandlingen har inletts. Senare räcker det att följa upp patienter med stor risk med 12 månaders intervall och patienter med liten risk (ingen läkemedelsbehandling) med fem års intervall.

Dyslipidemierna i siffror

Enligt undersökningen [FINRISKI 2012](#) är den genomsnittliga halten totalkolesterol hos såväl män som kvinnor 5,3 mmol/l. Hos 60 procent av männen och kvinnorna är totalkolesterolet minst 5 mmol/l. Mellan 2007 och 2012 har kolesterolhalten stigit i åldersgruppen 25-64 år med i genomsnitt 0,09 mmol/l hos män och med 0,16 mmol/l hos kvinnor. Enligt samma undersökning har också användningen av mättat fett ökat sedan 2007.

Enligt rekommendationerna bör andelen hårt fett (både mättade fetter och transfetter) vara under tio procent av det totala energiintaget, men för närvarande är andelen fjorton procent (källa: [undersökningen FINRAVINTO 2012](#)).

Hos barn har intaget av totalkolesterol och mättat fett överlag minskat men är fortfarande större än rekommenderat, som är mindre än 10 procent av det totala energiintaget.

Författare

Patientversionen är uppdaterad utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims God medicinsk praxis-rekommendation av medicinska redaktören **Kirsi Tarnanen**.

Texten är granskad av ordföranden för arbetsgruppen som skrivit rekommendationen, professorn och specialistläkaren i internmedicin och geriatri **Timo Strandberg** från internmedicinen och rehabiliteringen vid HUS och Uleåborgs universitet, docenten, specialistläkaren i internmedicin och allmän medicin **Mikko Syväne**, professorn i näringslära **Ursula Schwab** från institutionen för medicin vid Kuopio universitet och Kuopio universitetssjukhus samt redaktören för God medicinsk praxis, docenten, specialistläkaren i idrottsmedicin, överläkaren **Katriina Kukkonen-Harjula** från rehabiliterings-enheten vid Eksote.

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

Ansvarsbegränsning

Rekommendationerna God medicinsk praxis och Avstå klokt är sammandrag gjorda av framstående experter på diagnostik av enskilda sjukdomar och behandlingens effektivitet. De ersätter inte den bedömning som görs av en läkare eller annan professionell vårdpersonal om en enskild patients bästa möjliga diagnostik, behandling och rehabilitering vid vårdbeslut.