



Stabil angina pectoris (kranskärlssjukdom)

28.9.2015

Kranskärlen är artärer på hjärtats yta som förser hjärtmuskulaturen med arteriellt blod. När dessa artärer blir förträngda och förhårdnade kan blodet inte cirkulera ordentligt och hjärtmuskulaturen får inte tillräckligt med syre. Kranskärlssjukdom innebär att dessa blodkärl blir förträngda. Det mest typiska symtomet är tryckande bröstsmärta som utlöses av ansträngning. Kranskärlssjukdom kan inte botas men sjukdomens framskridande kan göras långsammare och symtomen kan lindras.

Vad innebär stabil kranskärlssjukdom?

Vid stabil kranskärlssjukdom är patientens symtom alltid likartade och det har konstaterats syrebrist i hjärtmuskulaturen eller betydande kranskärlförträngning.

Det mest typiska symtomet – tryckande bröstsmärta – kommer vid ansträngning eller i samband med en stark känslreaktion. Det kallas **angina pectoris** (ansträngningsutlöst bröstsmärta). Smärtan kan stråla ut i vänstra armen, halsen eller käken, men symtomen kan också vara andnöd, snabb uttröttnings vid ansträngning, illamående, kväljande känsla eller halsbränna.

Smärtan upphör vid vila eller när patienten tar symtomlindrande läkemedel ("nitro"), men den kommer på nytt vid samma typ av ansträngning. Om symtomen och ansträngningstoleransen varierar mycket eller blir sämre är det inte mera fråga om stabil kranskärlssjukdom utan ett tillstånd som närmar sig en **kranskärlssjukdoms-attack**.

Vid en kranskärlsattack uppstår en plötslig förträngning eller tilltäppning av ett kranskärl, vilket ger syrebrist i hjärtmuskulaturen. Om syrebristen förstör hjärtmuskelceller talar man om **hjärtinfarkt**.

Undersökningar

Då kranskärlssjukdom misstänks görs en läkarundersökning och ett EKG (vilo-EKG) tas på patienten. Vilo-EKG:et är ofta normalt men tecken som tyder på kranskärlssjukdom kan ändå eventuellt ses. Dessutom tas blodprov och vid behov en röntgenbild av lungor och hjärta (thoraxröntgen).

Med arbetsprov (kallas även belastnings-EKG) får man mera information om patientens symtom och prestationsförmåga, om hur blodtryck och puls förändras under belastning och om prognosen. Arbetsprov kan kombineras med avbildningsundersökningar (isotopundersökning eller belastningsultraljud).

Avbildningsundersökningar såsom kontrast-röntgen eller datortomografi (DT) görs enligt behov.

Riskfaktorer

En viktig riskfaktor är ärftlig belastning, alltså arvsfaktorer. Ärftlig belastning innebär att en relativt ung nära släkting (man under 55 eller kvinna under 65 års ålder) har haft bröstsmärta som beror på kranskärlssjukdom, en kranskärlssjukdomsattack eller har genomgått bypassoperation eller ballongvidgning av kranskärlen. Också vissa sjukdomar, som till exempel reumatiska sjukdomar, verkar öka risken för att insjukna i kranskärlssjukdom.

Riskfaktorer som du själv kan påverka är kolesterol, blodtryck, blodsocker, motion, bukfetma och rökning.



Levnadsvanorna är en viktig del av behandlingen

Goda levnadsvanor är vid sidan av läkemedelsbehandlingen en viktig del av vården.

Hälsosamma levnadsvanor – regelbunden motion, viktkontroll, rökfrihet och en kost som innehåller rikligt med fibrer och sparsamt med mättat fett – är speciellt viktiga också vid prevention av kranskärlsjukdom. Bra levnadsvanor kan förbygga att sjukdomen uppkommer och också göra att en sjukdom som redan brutit ut framskrider långsammare.

En kost som innehåller mycket färsk frukt och grönsaker, fisk och vitt kött i stället för rött kött samt olivolja och nötter minskar risken att insjukna i kranskärlsjukdom.

Två slags läkemedel: symtomlindrande och prognosförbättrande

Målet med läkemedelsbehandlingen är att lindra patientens symtom, att förbättra livskvaliteten och att förebygga hjärtinfarkt och dödsfall till följd av kranskärlsjukdom.

Symtomlindrande läkemedel

Om patienten har symtom används symtomlindrande läkemedel.

Det finns både lång- och kortverkande "nitro", det vill säga nitrater, och det finns också olika beredningsformer (tablett som sätts under tungan, spray eller tablett som tas via munnen). Nitro används både för att lindra redan uppkommen bröstsmärta och preventivt före en belastande situation.

Som symtomlindrande kan också beta- eller kalciumblockerare användas.

Läkemedel som förbättrar prognosen

Till läkemedelsbehandlingen för varje patient med kranskärlsjukdom hör utom symtomlindrande läkemedel också sådana som förbättrar prognosen: ASA (acetylsalicylsyra, aspirin), statin och ACE-hämmare.

Behandling med ASA (i allmänhet 100 mg/dygn) påbörjas för alla patienter som misstänks ha kranskärlsjukdom. ASA ska dock inte användas om patienten redan använder varfarin (blodförtunnande läkemedel). ASA minskar risken för hjärtinfarkt och död. Om patienten är allergisk för ASA används klopidogrel.

Statinbehandling påbörjas också för alla oberoende av LDL-kolesterolvärden (det så kallade dåliga kolesterolet). Behandling med statiner förbättrar prognosen för patienter med kranskärlsjukdom.

Behandling med ACE-hämmare bör påbörjas för alla patienter med stabil angina pectoris som har hög risk, det vill säga också har högt blodtryck eller diabetes. ACE-hämmare förbättrar prognosen för patienter med stabil angina pectoris och samtidig hjärtsvikt. Om patienten av någon anledning inte kan använda ACE-hämmare kan i stället angiotensinreceptor II-hämmare användas.

Återställande av blodcirkulationen: revaskularisering med ballongvidgning eller bypassoperation

Om patienten trots god läkemedelsbehandling har symtom och det till exempel i arbetsprovet finns tecken på sämre prognos ska en så kallad invasiv undersökning, det vill säga undersökning av kranskärlen med kontrastmedel göras.



Revaskularisering innebär återställande av blodcirkulationen genom till exempel ballongvidgning eller bypassoperation. I vissa fall kan en ballongvidgning göras redan i samband med kontrastundersökningen av kranskärlen och en stent sätts in i kranskärl (stenten är ett rörformat metallnät som stöder och håller blodkärl öppet inifrån). I en del fall görs en bypass-operation.

Innan ingreppet görs ska patienten informeras om risker i samband med ingreppet, betydelsen av eventuella fynd och behandlingsalternativ. Vid stabil kranskärlsjukdom lindrar revaskularisering i allmänhet symtomen.

Rehabilitering vid kranskärlssjukdom

För att patientens fysiska, psykiska och intellektuella funktionsförmåga efter insjuknandet ska bli så bra som möjligt behövs rehabilitering.

Rehabilitering vid kranskärlssjukdom innebär ett planmässigt rehabiliteringsprogram där ändamålet är att främja patientens återhämtning och återställa eller bibehålla arbetsförmågan hos en person i arbetsför ålder.

För att patienten själv ska kunna bidra till att vården blir så god som möjligt bör han/hon ha tillräcklig kunskap om sjukdomen och dess behandling, om motion, kost, viktkontroll, kolesterol, blodtryck, rökstopp, anpassning till sjukdomen, socialskydd, agerande inom hälso- och sjukvårdssystemet, förhållningsdirektiv för försämring och nödsituationer liksom också kamratstöd (till exempel Finlands Hjärtförbund, www.sydanliitto.fi).

Rehabilitering ordnas av den specialiserade sjukvården (föreläsningar med inledande information), primärvården (TULPPA-grupper, rörelsehabilitering),

Hjärtförbundets stödverksamhet (temadagar, habiliteringskurser, kamratstöd), hjärtföreningarna (rörelsehabilitering, kamratstöd) och FPA (rehabilitering på institution).

Daglig funktionsförmåga och återgång till arbetet

Den dagliga funktionsförmågan återspeglas bra av hur patienten klarar av att gå på jämn mark, i uppförsbacke eller i trappor. Då det gäller en person i arbetslivet är det viktigt att dessutom klarlägga hur han/hon klarar av typiska arbetsuppgifter, eftersom det psykiska tillståndet och psykisk stress kan försämra anpassningen till belastande situationer. Också andra eventuella problem som sjukdomen har gett upphov till, som benägenhet för rytmstörningar eller hjärtsvikt, ska beaktas. Det finns lagstadgade bestämmelser om arbetsförmågan för vissa yrkesgrupper, till exempel yrkeschaufförer).

Återgången till arbetet kan underlättas till exempel med deltidssjukskrivning (40–60 % arbetstid under en viss tid) eller med arbetsprovning (som yrkesinriktad rehabilitering). Om patienten inte kan återgå till sitt tidigare arbete finns det kanske möjlighet till omskolning (yrkesinriktad rehabilitering).

Uppföljning åtminstone årligen

Uppföljningsintervallet är individuellt, men uppföljning åtminstone årligen rekommenderas. Vid uppföljningen är det viktigt att patienten är motiverad att ta hand om sin egenvård och själv genom sin verksamhet försöker inverka också på sjukdomens riskfaktorer: rökfrihet, viktkontroll, regelbunden motion, kost som innehåller rikligt med fibrer och sparsamt med mättat fett samt regelbunden medicinering enligt givna direktiv. Det rekommenderas att kranskärlspatienter tar influensavaccin varje år.



Kranskärslsjukdom i siffror

I Finland fanns det år 2013 drygt 180 000 personer som använde läkemedel för kranskärslsjukdom eller rubbning av fettmetabolismen i anslutning till sjukdomen. Av dem var 60 procent män och 66 procent minst 65 år gamla.

Författarna

Patientversionen är sammanställd utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims God medicinsk praxis-rekommendation av medicinska redaktören **Kirsi Tarnanen**. Den är granskad av ordföranden för arbetsgruppen för God medicinsk praxis, specialistläkaren i invärtesmedicin och kardiologi **Pekka Porela**, den sammanställande skribenten, specialistläkaren i invärtesmedicin och kardiologi, överläkaren i kardiologi **Pirjo Mäntylä** och God medicinsk praxis-redaktören, läkaren under specialisering i invärtesmedicin **Tuula Meinander**.

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.