



## Kranskärlsattack (Instabil angina pectoris och hjärtinfarkt utan ST-stegring)

11.1.2016

Kranskärlen är artärer på hjärtats yta som förser hjärtat med blod. När dessa artärer blir förträngda och förhårdnade kan blodet inte cirkulera ordentligt och hjärtmuskulaturen får inte tillräckligt med syre. Vid en kranskärlsattack bildas en propp i en av artärerna. Om artären täpps till bara delvis eller om proppen upplöses snabbt är det fråga om instabil angina pectoris (instabil ansträngningsutlöst bröstsmärta) Vid hjärtinfarkt är proppen så stor att en del av hjärtmuskeln cellvävnad förstörs.

### Vad är en kranskärlsattack?

Symtom som beror på plötslig tilltäppning av ett kranskärl kallas kranskärlsattack. Beroende på situationen används olika termer: instabil angina pectoris eller hjärtinfarkt antingen med eller utan ST-stegring. Tillstånden behandlas enligt samma principer, men behandlingen av hjärtinfarkt med ST-stegring skiljer sig speciellt under sjukdomens akuta skede.

I denna patientversion behandlas instabil angina pectoris och hjärtinfarkt utan ST-stegring.

Det finns patientversioner om följande ämnen:

- [Diagnos av hjärtinfarkt](#) (på finska)
- [Infarkt med ST-stegring](#) (på svenska)
- [Stabil angina pectoris \(kranskärlssjukdom\)](#) (på svenska).

### Primär och sekundär kranskärlsattack

Vid en primär kranskärlsattack finns en bristning eller ett sår i kranskärllets vägg som blir förträngd av en ateromplack (utbuktning orsakad av fettansamling i kärlväggen). Det förekommer också ofta blodkoagel i anslutning till ateromplacken.

Attacken är sekundär om det finns någon annan orsak till den, till exempel en snabb rytmstörning (förmaksflimmer), akut anemi eller kraftigt förhöjt blodtryck (hypertensiv kris). Behandlingen riktas mot orsaken till attacken.

### Hur handlar man?

Ring genast nödnumret 112 om någon klagar på plötslig kraftig bröstsmärta eller andnöd som nytt symtom.

Symtomen på en kranskärlsattack hos äldre personer kan vara lindriga och atypiska: i stället för bröstsmärta kan det bara kännas obehag i bröstet. Huvudsymtomet hos nästan hälften av dessa patienter är andnöd, hos en fjärdedel svettning eller illamående, hos en femtedel svimning eller någon gång endast omtöckning.

Om man vet att patienten har kranskärlssjukdom ska man ringa till nödnumret ifall vila och "nitro" under tungan eller som munspray inte hjälper inom en kvart (15 minuter), om patienten blir medvetslös eller om allmäntillståndet försämras.

Innan ambulansen kommer kan patienten placeras i liggande ställning och ges 250–500 mg acetylsalicylsyra (ASA, aspirin) om personen inte är allergisk mot det. Efter den första dosen kan patienten vid behov ta ytterligare två doser nitro med fem minuters intervall.



## Undersökningar

Speciellt i början av en kranskärslsattack är EKG (hjärtfilm) den viktigaste undersökningen. Det kan tas redan i ambulansen eller i hemmet.

Med hjälp av EKG och andra undersökningar (läkarundersökning, markören troponin som undersöks med blodprov, ultraljudsundersökning av hjärtat och eventuellt kranskärslsröntgen) kommer man fram till vilken behandling patienten behöver.

## Behandling

Med behandlingen försöker man dels lindra patientens symtom och förbättra hjärtmuskelns tillstånd, dels förhindra en hjärtinfarkt eller till och med att patienten dör.

### ***Prehospital akutvård påbörjas redan av ambulanspersonalen***

Patienten placeras i liggande ställning och livsfunktionerna (blodtryck, puls, syre, hjärta) följs med. Enligt läkarens ordination ges acetylsalicylsyra (ASA, aspirin), nitro och vid behov tilläggssyre. En blodkärlskanyl sätts in för eventuell vätske- eller läkemedelsbehandling. Morfin eller oxikodon ges mot smärta tills smärtan lättar.

### ***Den omedelbara (akuta) behandlingen på sjukhuset är läkemedelsinriktad***

Om patienten har en medicinering som påverkar blodets koagulation (till exempel warfarin), tas hänsyn till detta vid valet av läkemedel.

ASA (aspirin) sätts in för att minska blodets koagulationstendens genast då man misstänker kranskärslsattack, och behandlingen blir bestående om det inte finns hinder för det. Lågmolekylärt heparin

tillsätts om det inte påbörjats redan under den prehospitla akutvården.

Om man efter kontraströntgenundersökning beslutar sig för bypassoperation fortsätts heparinbehandlingen fram till operationen; efter en ballongvidgning kan den i många fall avslutas.

Tecken på stor fara är bland annat utdragen bröstsmärta, förhöjd troponinhalt, tecken på betydande syrebrist i hjärtmuskeln i EKG (ST-sänkning eller förbigående ST-stegring), betydande rytmstörning eller diabetes. Då insätts också ADP-hämmare som ytterligare förhindrar blodet att koagulera. Om man beslutar sig för bypassoperation, avslutas denna läkemedelsbehandling enligt läkarens anvisningar (vanligtvis fem dagar innan operationen). För patienter som behandlats med ballongvidgning fortsätts läkemedelsbehandlingen i allmänhet i tolv månader eller längre enligt läkarens bedömning, om patienten inte har en betydande blödningsrisk.

Betablockare och nitro kan användas som kompletterande läkemedel. Statinbehandling påbörjas för alla patienter oberoende av kolesterolvärdena.

Om det inte förekommer ST-stegring i samband med kranskärslsattacken är trombolysbehandling (behandling som upplöser blodproppar) inte till någon nytta.

### ***Under den fortsatta behandlingen fästs uppmärksamhet vid levnadsvanorna och läkemedelsbehandlingen fortsätter***

Redan under sjukhusvistelsen ingriper man mot riskfaktorerna för kranskärslssjukdom, det vill säga förhöjt kolesterol, blodtryck, diabetes och rökning. Rådgivning och vägledning om levnadsvanorna påbörjas redan i detta skede och fortsätts inom primärvården.



- Det är ytterst viktigt att patienten slutar röka.
- Effektiv behandling av blodfetterna (dyslipidemier) inleds redan under sjukhusvistelsen. Målsättningen är ett LDL-kolesterolvärde under 1,8 mmol/l.
- Målsättningen för behandlingen av blodtrycket fastställs individuellt. Blodtrycket skall åtminstone vara under 140/90 mmHg.
- Målet med diabetesbehandlingen är god balans. Målsättningen för behandlingen är att uppnå fasteblodsockervärden under 7,0 mmol/l vid egna mätningar.
- Då det gäller övervikt är målsättningen viktindex (BMI) 18,5–25 kg/m<sup>2</sup>. För personer med övervikt och fetma är målsättningen en bestående viktnedgång på 5–10 procent.

Läkemedelsbehandlingen med både ASA (aspirin) och statiner blir bestående. Om patienten dessutom har diabetes eller förhöjt blodtryck, tillsätts en ACE-hämmare eller ATR-blockerare. Vid behov fortsätter patienten också med betablockerare och nitro.

Behandlingen för äldre patienter är likadan som för yngre, men när behandlingen planeras bör läkaren beakta patientens ålder och övriga sjukdomar.

En individuell rehabiliteringsplan är en viktig del av den fortsatta behandlingen.

## Rehabilitering

Hjärtrehabilitering innebär ett planmässigt rehabiliteringsprogram utarbetat för att främja återhämtningen för en patient som har genomgått en kranskärlsattack.

Målsättningen med rehabiliteringen är att uppnå en så bra fysisk, psykisk och social funktionsförmåga som möjligt. Innan rehabiliteringen bör patienten genomgå ett arbetsprov.

Patienten hänvisas till hälsocentralens hjärtansvariga persons mottagning och får kontaktuppgifter till den lokala Hjärtföreningens hjärtstödperson.

Det har påvisats att rehabilitering med tonvikt på motion minskar total- och hjärtdödligheten samt inverkar förmånligt på riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdomar. Finlands Fysioterapeuter har år 2011 utarbetat rekommendationen (på finska [Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus](#)).

## Regelbunden uppföljning

Det första uppföljningsbesöket på den behandlande läkarens mottagning försöker man ordna inom en till två månader. Då patienten överförs från den specialiserade sjukvården till primärvårdens är det bra att göra upp en skriftlig behandlingsplan som innefattar uppföljningsställe, fortsatta undersökningar och målsättningsnivå för riskfaktorerna.

Vid uppföljningsbesöken fäster man uppmärksamhet vid hur patienten mår, utvärderar medicineringen och justerar doserna så att målsättningen nås, beaktar eventuell depression och bedömer patientens funktions-, arbets- och körförmåga.

Fortsatt uppföljning är individuell men besöken bör ske med högst sex till tolv månaders intervall.



## Kranskärldsattack i siffror

I Finland används årligen 60 000 sjukhusvårdperioder för att behandla egentlig kranskärlds sjukdom. År 2011 användes sammanlagt 17 000 sjukhusvårdperioder för att behandla kranskärldsattack. Antalet personer som fått en kranskärldsattack ökade under 1990-talet, men under 2000-talet har antalet minskat betydligt. Drygt hälften av kranskärldspatienterna är över 75 år och av dem är två tredjedelar kvinnor.

## Författarna

Patientversionen är uppdaterad utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims God medicinsk praxis-rekommendation av medicinska redaktören **Kirsi Tarnanen**. Den är granskad av ordföranden för arbetsgruppen för God medicinsk praxis, professorn, specialistläkaren i internmedicin och kardiologi, ledande överläkaren **Kari Niemelä** från Hjärtsjukhuset vid Tammerfors centralsjukhus; medlemmen i arbetsgruppen, specialistläkaren i allmänmedicin, biträdande överläkaren **Leena Uusitalo** från hälsocentralen i Järvi-Pohjanmaa i Vimpeli och chefredaktören för God medicinsk praxis **Jorma Komulainen**.

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

## Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis-rekommendationerna är sammandrag gjorda av framstående experter gällande 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.