



Hjärtsvikt

12.3.2018

Hjärtsvikt (hjärtinsufficiens) är ett tillstånd där hjärtat inte kan pumpa blod tillräckligt effektivt. Kranskärslsjukdom, förhöjt blodtryck eller klaffel är bakomliggande faktorer i ungefär 90 procent av fallen. En till två procent av hela befolkningen lider av hjärtsvikt. Förekomsten stiger brant med åldern: cirka 10 procent av personer som fyllt 70 år har hjärtsvikt.

Systolisk och diastolisk hjärtsvikt

Det finns två typer av hjärtsvikt:

- Vid systolisk hjärtsvikt är pumpförmågan hos hjärtats vänstra kammare (ejektionsfraktionen) nedsatt (i engelskspråkig litteratur kallas detta Heart Failure with reduced Ejection Fraction, HFrEF).
- Vid diastolisk hjärtsvikt är hjärtats pumpförmåga normal eller högst lindrigt nedsatt och hjärtat är inte förstorat (Heart Failure with preserved Ejection Fraction, HFpEF).

NYHA-klassificeringen I–IV anger hur svåra symtomen på hjärtsvikt är (I = lindrigaste, IV = svåraste symtom).

Misstanke om hjärtsvikt

Typiska symtom vid hjärtsvikt är andnöd, onormal kraftlöshet vid ansträngning eller till och med i vila samt svullnad i båda benen.

I början förekommer andnöd bara vid ansträngning. När hjärtsvikten blir svårare kan det bli tungt att andas också i vila. Symtomen tilltar ofta i liggande ställning när blodansamlingen i lungorna ökar.

Svullnad förekommer i allmänhet först i underbenen och vristerna. Vikten kan öka på grund av svullnaderna.

Det är typiskt att symtomen vid hjärtsvikt varierar. Försämringsperioder kan kräva sjukhusvård. Däremellan kan funktionsförmågan förbättras men i slutstadiet är det typiskt att sjukhusvistelserna ökar i antal.

Ny, akut, kronisk, svårartad hjärtsvikt

Det är fråga om ny hjärtsvikt när tillståndet diagnostiseras för första gången och patienten inte har varit medveten om sin hjärtsvikt.

Hjärtsvikten är akut när sjukdomen börjar eller snabbt förvärras till exempel som följd av en hjärthändelse (hjärtinfarkt, rytmstörning eller hjärtmuskelinflammation). Det vanligaste symtomet är andnöd vid lindrig ansträngning eller till och med i vila. Viktökning på flera kilo under kort tid tyder på att vätska samlas i kroppen. Då behövs snabb bedömning av vårdbehovet och handledning av egenvården, eventuellt också sjukhusvård. Vid akut hjärtsvikt avlider 20 till 30 procent av patienterna inom ett år efter sjukhusvistelsen.

Kronisk hjärtsvikt är ett långvarigt tillstånd med någorlunda stabila symtom. Symtomen kan vara lindriga eller svåra. Patienter med svårartad hjärtsvikt har allvarliga symtom, upprepade sjukhusvistelser och ofta också funktionsstörningar i andra organ (njurar, lungor, lever, det perifera blodomloppet).

Diagnostik och undersökningar

Eftersom de typiska symtomen på hjärtsvikt – trötthet, andnöd och svullnad – är vanliga också vid många andra sjukdomar och tillstånd kan hjärtsvikt inte diagnostiseras enbart utgående från symtomen, man kan endast misstänka det.



Det behövs undersökningar för att påvisa avvikande hjärtstruktur och hjärtfunktion samt fynd som är karaktäristiska för hjärtsvikt. Utredningen görs i allmänhet inom den specialiserade sjukvården och den innefattar förutom förhandsuppgifter bland annat ultraljudsundersökning av hjärtat och laboratorieprov. Andra undersökningar behövs kanske också men det bedömer den behandlande läkaren, vanligtvis en kardiolog (hjärtläkare).

Det är viktigt att klarlägga orsaken till hjärtsvikten så att behandlingen kan planeras ändamålsenligt.

Läkemedelsbehandling

Hjärtsvikt behandlas i första hand med läkemedel. Samma läkemedel används i princip vid behandling av både systolisk och diastolisk hjärtsvikt.

Hörnstenar vid läkemedelsbehandlingen är ACE-hämmare (eller angiotensinreceptorblockerare) och betablockerare. Läkemedlen skyddar hjärtat och sänker också blodtrycket.

ACE-hämmare tas i små doser i början och dosen ökas med en till två veckors intervall. Man kontrollerar njurfunktionen och blodets kaliumhalt i början av läkemedelsbehandlingen och också efter förändringar i doseringen.

Behandlingen med betablockerare inleds samtidigt eller senare när man har ökat dosen ACE-hämmare tillräckligt. Betablockerare sänker pulsen. Man kan tillsätta också andra läkemedel enligt behov.

Om en patient med systolisk hjärtsvikt ännu har symtom på hjärtsvikt när ACE-hämmare och betablockerardoserna har justerats tillsätts en mineralkortikoidreceptor-antagonist.

Om patienten har vätskeansamlingar används så kallade vätskedrivande läkemedel.

Läkemedelsbehandlingen bör vara så effektiv som möjligt också när det gäller äldre patienter. De har dock oftare andra sjukdomar som kan vara ett hinder för en effektiv läkemedelsbehandling.

En patient med hjärtsvikt bör undvika dessa läkemedel

Det rekommenderas att en patient med hjärtsvikt undviker antiinflammatoriska läkemedel (ibuprofen, ketoprofen och acetylsalicylsyra) och också den typ av diabetesläkemedel som ökar insulin-känsligheten (glitazoner).

Vissa läkemedel för hjärtsjukdomar, huvudsakligen sådana kalciumkanalblockerare som påverkar hjärtat (verpamil, diltiazem) samt kortverkande nifedipin rekommenderas inte heller.

Egenvård

Egenvård innebär att man sköter om sin hälsa och sitt välmående. I egenvården ingår en hälsosam kost enligt kostrekommendationerna, rökfrihet och psykiskt välmående med god och tillräcklig sömn. Förebyggande av sjukdom, behandling som en del av patientens egen vardag och uppföljning av det egna välmåendet är också god egenvård. Patienten kan själv följa med åtminstone vikt, blodtryck och vilopuls.

Både aerobisk motion och muskelträning rekommenderas för patienter med hjärtsvikt, eftersom det har påvisats att motion inverkar positivt på patientens livskvalitet, fysiska prestationsförmåga och symtom. Motion förbättrar också prognosen.



Det är viktigt att patienten i tid känner igen symtomen på försvårad hjärtsvikt.

Behandlingen kan då intensifieras och patienten kan återhämta sig snabbare från en försämringsperiod. Man kan på så sätt undvika intagning på sjukhus.

Invasiva behandlingar

Om orsaken till hjärtsvikten är en strukturell avvikelse i hjärtat (till exempel ett klaffel) eller svår kranskärslssjukdom kan man ibland operera eller använda andra invasiva behandlingar (perkutana, det vill säga sådana som går genom huden). Hos en del patienter som lider av svår hjärtsvikt och som redan har en så effektiv läkemedelsbehandling som möjligt kan pumpeffekten förbättras med en pacemaker för hjärtsvikt. En liten del av patienterna med hjärtsvikt i slutskedet kan erbjudas ett mekaniskt stöd för blodcirkulationen (tilläggs-pump för vänster kammare) eller hjärttransplantation.

Hjärttransplantationsverksamheten i Finland är koncentrerad till HUCS.

Orsaker och associerade sjukdomar

Orsaker och följsjukdomar till hjärtsvikt är bland annat kranskärslssjukdom, förhöjt blodtryck (hos 50 till 60 procent av patienterna med hjärtsvikt) förmaksflimmer, njursvikt, typ 2 diabetes, järnbrist, anemi, klaffel, lungsjukdomar (kronisk obstruktiv lungsjukdom, astma, sömnapné) och depression. Dessa sjukdomar bör också beaktas som en del av helhetsbehandlingen av en patient med hjärtsvikt.

Körhälsa

Vid bedömning av risken i trafiken för en patient med hjärtsvikt beaktas hurdan och hur svår den sjukdom som har orsakat

svikten är, hur den framskrider samt förekomst av associerade sjukdomar.

Trafiksäkerhetsverket Trafi har år 2016 gett [anvisningar om körhälsa för hjärtsviktspatienter](#) (på svenska).

Rehabilitering

Rehabiliteringen av en patient med hjärtsvikt är en kombination av fungerande medicinsk behandling och effektiv egenvård. För en patient i arbetsför ålder är det viktigt att planera tidig yrkesinriktad rehabilitering tillsammans med företagshälsovården. Patienter med lindriga symptom (NYHA I–II) kan vara yrkesverksamma; patienter med svåra symptom (NYHA IV) är för det mesta arbetsoförmögna.

Uppföljning

Patienten bör veta vem som ska kontaktas och på vilket sätt om tillståndet förändras mellan de individuellt uppgjorda uppföljningsbesöken. Man bör reagera snabbt när symtomen förvärras. Patientens egenvård befrämjar detta.

Prognos

Prognosen vid hjärtsvikt har förbättrats i och med att läkemedelsbehandlingen har utvecklats, men speciellt för äldre personer är den fortfarande dålig. Eftersom hjärtsvikt utvecklas som slutskede vid hjärtsjukdomar är dödligheten fortfarande mycket stor. Vid kronisk hjärtsvikt är den årliga dödligheten fem till åtta procent. Vid svår hjärtsvikt kan den vara ännu högre.



Vård vid livets slutskede

Försämringsperioder hör till det naturliga förloppet vid hjärtsvikt.

Allmänna faktorer som inverkar på den dåliga prognosen är hög ålder, funktionsbegränsningar som hjärtsjukdomen har fört med sig (bland annat dålig fysisk prestationsförmåga, hög NYHA-klass (III–IV), dålig syreupptagningsförmåga, dålig muskeltillstånd och undernäring), typen av hjärtsjukdom och om den varit långvarig, njursvikt, andra associerade sjukdomar och deras svårighetsgrad samt eventuella biokemiska avvikelser (till exempel anemi, järnbrist, förhöjda levervärden).

Om det inte är möjligt att effektivisera behandlingen eller om detta inte förbättrar tillståndet, bör man diskutera om patienten ska övergå till vård i livets slutskede; också möjliga inskränkningar i behandlingen (beslut att inte återuppliva, på engelska do not resuscitate, DNR) bör diskuteras.

Författare

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

Texten är granskad av ordföranden för arbetsgruppen för God medicinsk praxis, MD, docent, linjeförordande, överläkare **Jyri Lommi** från HUCS Hjärt- och lungcentrum, den sammanställande skribenten, MD, docent, avdelningsöverläkare **Johan Lassus** från HUCS Jorvs sjukhus Hjärt- och lungcentrum samt redaktören för God medicinsk praxis, professor **Eero Mervaala** från avdelningen för farmakologi vid medicinska fakulteten vid Helsingfors universitet och från Finska Läkarföreningen Duodecim.

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

Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis- och Avstå klokt-rekommendationerna är sammandrag gjorda av 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.