

Akut kranskärslssyndrom (akut koronart syndrom, hjärtinfarkt, "hjärtattack")

Uppdaterad 21.12.2022

Kransartärerna är kärl som löper på ytan av hjärtat och transporterar blod till hjärtmuskulcellerna. Vid kranskärslssjukdom förträngs och hårdnar dessa artärer, så att blodet inte kan inte flöda tillräckligt snabbt. Vid akut kranskärslssyndrom orsakar en reva i artären en lokal blodpropp, vilket kan stoppa eller försvaga blodflödet i det område som artären försörjer. Typiska symtom på akut kranskärslssyndrom är bröstsmärta eller en känsla av tryck över bröstet.

Vad är akut kranskärslssyndrom?

Symtom som beror på plötslig tilltäppning av ett kranskärl kallas akut kranskärslssyndrom.

Syndromet delas in i tre grupper:

- instabil angina pectoris (Unstable Angina Pectoris, UAP); förträngningen blockerar endast delvis kärlet eller löser sig snabbt, och hjärtmuskulceller hinner inte förstöras
- hjärtinfarkt utan ST-höjning, NSTEMI; hjärtinfarkt där kärlet inte är helt blockerat, men hjärtmuskulmarkören (troponin) är förhöjd och det kan förekomma förändringar i EKG
- hjärtinfarkt med ST-höjning, STEMI; hjärtinfarkt där kärlet är helt blockerat och hjärtmuskulceller börjar förstöras.

Vid hjärtinfarkt med ST-höjning är omedelbar ballongdilatation av största vikt.

Hur brådskande övriga anfallstyper behandlas bestäms av den individuella riskbedömningen.

När ska man ringa nödnumret 112?

Typiska symtom på akut kranskärslssyndrom är bröstsmärta eller en känsla av tryck över bröststrakten. Smärtan kan stråla ut till händerna, ryggen, nacken, käken eller övre delen av buken.

Symptomspektret kan vara bredare hos kvinnor än hos män.

Hos äldre kan symtomen vara atypiska: andnöd, svettning, illamående, förvirring eller medvetlöshet.

Nödnumret 112 ska ringas om symtomet är plötslig svår bröstsmärta eller andnöd som inte lättar inom några minuter.

Viloställning rekommenderas innan ambulansen anländer. Om larmcentralen rekommenderar det, kan patienten ges 250–500 mg acetylsalicylsyra (ASA, aspirin) att tugga, om hen inte är allergisk mot det.

En patient som redan använder nitroglycerin ("nitro") kan vid behov efter en första dos ta ytterligare två doser var femte minut om hen kan sitta.

Nödcentralen larmar akutvårdsenheten till platsen. Vänta på att hjälpen kommer och lämna inte patienten ensam.



Diagnos och undersökningar

Diagnosen av akut kranskärlssyndrom baseras på kartläggning av patientens tidigare sjukdomar och riskfaktorer (anamnes), symtom (klinisk bild), EKG-undersökning och bestämning av troponinenzym (ett blodprov för att avgöra om hjärtmuskelcellerna är skadade).

Vid behov kompletteras dessa tester med ultraljudsundersökning av hjärtat och andra bildundersökningar.

Första hjälpen och behandling i det akuta stadiet

Ju tidigare behandlingen inleds, desto bättre är resultatet.

Akutvårdsenheten startar **akut-behandlingen** redan under transporten till sjukhuset, och behandlingen fortsätts på akutmottagningen.

Vid hjärtinfarkt med ST-höjning är förstahandsbehandlingen omedelbar ballongdilatation. Utifrån läkarkonsultation kan akutenheten transportera patienten direkt till sjukhusets ingreppslaboratorium för ballongdilatation.

Trombolys (blodproppsupplösande behandling med läkemedel) kommer i andra hand som behandling för infarkt med ST-förhöjning, om det inte finns några kontraindikationer, såsom en betydande risk för blödning eller en nyligen genomgången hjärninfarkt.

Trombolys kan ges upp till 12 timmar efter symtomdebuten. Effekten av trombolys utvärderas med EKG och med att följa upp patientens symtom.

Patienter med hjärtinfarkt utan ST-höjning transporteras först till akutmottagningen på ett sjukhus eller hälsocentral för en första utvärdering.

De flesta patienter med akut kranskärlssyndrom genomgår kranskärlsangiografi (kontrastavbildning av kranskärlen) på sjukhuset.

Efter undersökningarna och när diagnosen bekräftats väljs individuellt antingen läkemedelsbehandling och ballongvidgning eller bypassoperation, eller enbart läkemedelsbehandling.

Efter den akuta fasen bestäms den **vidare behandlingen på sjukhuset** (hjärtövervakning, behandling på övervakningsnivå, EKG-övervakning och kontrastbildundersökning av hjärtat för NSTEMI- och UAP-patienter) utifrån den riskbedömning som görs i primärvården eller på akutmottagningen.

Syftet är att minimera vila i sängläge på sjukhuset för en patient som har haft en hjärtinfarkt. Fysisk rehabilitering påbörjas på sjukhuset så snart som möjligt. Målet är att förebygga eventuella komplikationer och främja återhämtning och rehabilitering.

Vägledning om livsstilsförändringar börjar redan på sjukhuset. Tidtabellen för utskrivning är individuell.

Antitrombotisk läkemedelsbehandling

Antitrombotisk läkemedelsbehandling för att behandla och förebygga artärblockeringar påbörjas så snart som möjligt: vanligtvis omedelbart för patienter med ST-förhöjd infarkt och under sjukhusvistelsen för andra patienter.

I läkemedelsarsenalen ingår även i fortsättningen medicinering för att förhindra koagulation, kolesterolmedicin och vid behov betablockerare och blodtrycksmedicin.

För att den uppföljande behandlingen och patientens tillfrisknande ska bli så framgångsrik som möjligt behövs patientens engagemang för både medicinering och egenvård.

Riskfaktorer

Vissa riskfaktorer predisponerar för förträngningar (ateroskleros) och blockering i kranskärlen. Dessa faktorer ökar risken för akut kranskärlssyndrom, särskilt om samma person har flera olika riskfaktorer:

- ålder
- släkthistoria: kranskärlssjukdom hos en nära släkting (man under 55 eller kvinna under 65 år)
- manligt kön
- rökning (aktiv eller passiv)
- högt LDL-kolesterol
- diabetes
- högt blodtryck
- lite motion och mycket stillasittande
- kronisk njursvikt
- kroniska inflammatoriska sjukdomar, särskilt reumatiska sjukdomar
- annan konstaterad aterosklerotisk artärsjukdom.

Egenvård och dess mål

Egenvårdsvägledning startas som ett multiprofessionellt samarbete i början av sjukhusvistelsen och den fortsätter under hela sjukhusvistelsen och därefter.

Vid egenvårdsvägledningen kartläggs patientens förmåga och vilja att hantera riskfaktorer (blodtryck, LDL-kolesterol-

koncentration, normal sockeromsättning, viktkontroll, hjärtvänlig kost, regelbunden motion, tillräcklig sömn och vila, stresshantering och rökfrihet). Samtidigt uppmuntras patienten att göra permanenta livsstilsförändringar.

Rehabilitering och egenvård

Hjärtrehabilitering innebär ett planmässigt och multiprofessionellt genomfört rehabiliteringsprogram utarbetat för att främja återhämtningen för en patient som har genomgått ett akut kranskärlssyndrom.

Hjärtrehabilitering är en del av patientens behandling.

Målet med rehabiliteringen är att uppnå en så bra fysisk, psykisk och social funktionsförmåga som möjligt.

Rehabiliteringen ger också viktigt kamratstöd.

Fysisk rehabilitering (regelbunden nytto- och uthållighetsmotion och muskelkonditionsträning) är väsentlig under konvalescensfasen (2–16 veckor efter utskrivningen) och också därefter.

I början av återhämtningsperioden (2–4 veckor) utförs träningen till en början med lätt belastning, varefter belastningen ökas måttligt med hänsyn till individuella faktorer.

Praktiska anvisningar för fysisk rehabilitering finns i en rekommendation som publicerats på finska av Finlands fysioterapeuter: [Fysisk rehabilitering av patienter med kranskärlssjukdom: God fysioterapipraxis](#) (2:a uppdateringen publicerad 2022).

Uppföljning

Uppföljning av sjukskötare bevandrad i hjärtsjukdomar eller hjärtfysioterapeut rekommenderas 2–4 veckor efter utskrivning för att bedöma patientens prestationsförmåga och behov av ytterligare vägledning. Om patientens uppföljning fortsätter inom primärvården försöker man ordna det första egentliga uppföljningsbesöket efter 1–2 månader.

För uppföljningen upprättas en skriftlig behandlingsplan som visar platsen för fortsatt uppföljning, nödvändiga undersökningar och målnivåer för riskfaktorer.

Vid uppföljningsbesöken uppmärksammas hur patientens mår och det kontrolleras hur läkemedelsbehandlingen lyckats.

Dessutom är syftet att upptäcka eventuell depression hos patienten (depression är vanligt hos personer som har haft en hjärthändelse) och att utvärdera patientens prestations-, arbets- och körförmåga samt behovet av rehabilitering.

Permanent uppföljning görs individuellt.

Bra att veta

Paracetamol är det bästa smärtstillande medlet för kranskärlspatienter för annan än hjärtbetingad smärta. Anti-inflammatoriska läkemedel ökar risken för en ny infarkt och död hos personer som har haft en hjärtinfarkt.

Längden på sjukskrivningen i samband med akut kranskärlssyndrom beror på skadans storlek och hur ansträngande arbetet är.

Körförmågan och körförbudets längd tar läkaren ställning till när patienten skrivs ut från sjukhuset.

Största delen av de i arbetsför ålder som har haft akut kranskärlssyndrom återgår till arbetet.

Årlig säsongsinfluensavaccination rekommenderas för patienter med kranskärlssjukdom och för personer över 65 ålder också pneumokockvaccination.

Akut kranskärlssyndrom i siffror

Under tidigare decennier var en typisk patient med akut kranskärlssyndrom en man i åldern 40–60. Sedan dess har toppförekomsten flyttats till äldre åldersgrupper och samtidigt har andelen kvinnor av de insjuknade ökat.

I dag är mer än hälften av patienterna med akut kranskärlssyndrom över 75 år och mer än 60 procent är kvinnor.

Våra sjukhus behandlar för närvarande cirka 22 000 fall av akut kranskärlssyndrom varje år.

Ischemisk hjärtsjukdom (som beror på syrebrist) orsakar nästan 17 procent av alla finländares dödsfall årligen. I åldersgruppen 15–64 år är det den näst vanligaste dödsorsaken efter cancer.

Risken för återfall av akut kranskärlssyndrom beror på antalet riskfaktorer och hur egenvården lyckas. Efter en hjärthändelse ökar risken för att den återkommer.

Enligt en finländsk studie fick 24 procent en ny händelse (död, akut kranskärlssyndrom eller stroke) under det första året efter ett akut kranskärlssyndrom.

Mera information om ämnet

[Suomen Sydänliitto ry – Finlands Hjärtförbund rf](#) är en hälsoorganisation med målet att främja hjärthälsan, öka människors resurser och välbefinnande samt stödja alla som berörs av hjärtsjukdomar.

Webbplatsen innehåller information om [kranskärslssjukdom](#), [hjärthälsa och välbefinnande](#) samt [kamratstöd](#).

På Hjärtförbundets webbplats finns också en finskspråkig ordlista med hjärtermer på vanligt språk:

<https://sydan.fi/fakta/sanasto/>

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 på uppgifter som andra organisationer har gett.

Författare

Texten i patientversionen har skrivits utgående från Läkarföreningen Duodecims rekommendation [God medicinsk praxis](#) av redaktör **Kirsi Tarnanen** som stöder patienternas delaktighet.

Texten har kommenterats av ordföranden för arbetsgruppen God medicinsk praxis, specialistläkaren i internmedicin och kardiologi, avdelningsläkare **Ilkka Tierala** från hjärtundersökningsavdelningen på HUCS Mejlans sjukhus, arbetsgruppens sammanställande författare, specialistläkaren i internmedicin och kardiologi, biträdande överläkare **Essi Ryödi** från Hjärtsjukhuset vid Tammerfors universitetssjukhus och **Hjärtförbundet**.

Texten ha granskats och godkänts av huvudredaktören för God medicinsk praxis, specialistläkaren i pediatrik och barnendokrinologi **Jorma Komulainen** från Finska Läkarföreningen Duodecim.

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

Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis- och Avstå klokt-rekommendationerna är sammandrag gjorda av experter gällande diagnostik och behandling av bestämda sjukdomar. Rekommendationerna fungerar som stöd när läkare eller andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska fatta behandlingsbeslut. 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.