

## Hjärtsvikt - Medicinkliniken Ljungby

Gäller för: Medicinkliniken Ljungby

### Diagnoskriterier

- Symtom (trötthet, andfåddhet, ödem) samt ekokardiografiskt verifierad systolisk och/eller diastolisk vänsterkammardysfunktion.
- Asymtomatisk systolisk vänsterkammardysfunktion

### Definition enligt New York Heart Association (NYHA)

Klass	Definition
I	Nedsatt hjärtfunktion utan symtom
II	Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet endast efter fysisk aktivitet av mer än måttlig grad.
III	Medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet, allt ifrån gång i lätt motlut till av- och påklädning. Denna grupp är relativt vid och lätta fall hänförs ibland till IIIa och svårare till klass IIIb. Klass IIIa klarar att gå >200 meter på plan mark utan besvär.
IV	Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Ökande symtom vid minsta aktivitet. Patienten är ofta sängbunden.

### Basal utredning

- Fysikalisk undersökning inklusive blodtryck och vikt
- Viloekg
- Blodstatus, TSH, fp-glukos, elektrolyt- och leverstatus, kreatinin
- NT-proBNP ( värde inom normalgränser utesluter hjärtsvikt hos obehandlad patient)
- Ekokardiografi (misstänkt hjärtsvikt kräver verifiering av nedsatt systolisk och/eller diastolisk hjärtfunktion)
- Rtg pulm
- Utvidgad utredning avseende etiologi efter bedömning av kardiolog

## Individanpassad information till patienter och anhöriga

- Sjukdom- och symtomkänedom
- Rökstopp
- Viktkontroll (viktuppgång 1-2kg på kort tid tyder på vätskeansamling)
- Adekvat vätskeintag (Max 1,5-2 l vid ödem. Ökat intag vid värme, feber och diarresjukdom)
- Kompressionsstrumpor vid bensvullnad
- Fysisk aktivitet och träningsprogram
- Kostrådgivning
- Dietistkontakt vid nutritionsproblem
- Begränsat alkoholintag
- Undvik NSAID

## Farmakologisk behandling

- Behandling med ACE-hämmare, betablockerare och aldosteronantagonist leder till ökad överlevnad och minskade symtom för de flesta patienter. Fullgod effekt fordrar att man når rekommenderade måldoser. Många läkemedel är blodtryckssänkande, varför de bör sättas i låg dos och titreras stegvis.
- Blodtrycksnivåer ner till 90mm Hg är acceptabelt så länge patienten mår bra. Vid tecken på hypovolemi och/eller lågt blodtryck bör sänkning av diuretikadosen övervägas.
- Nitrater och calciumflödeshämmare sätts ev ut för att möjliggöra fulldosbehandling med betablockerare och ACE-hämmare.
- Förhöjda värden av kreatinin ses ibland vid RAAS-blockad (ACE-hämmare, ARB och aldosteronantagonist). S-kreatinin kan stiga 10-15% inom de första 2 veckorna. En ökning med 30% av utgångsvärdet anses vara acceptabelt. Extra försiktighet vid s-kreatinin över 200-250 mikromol/l, pröva dosjustering före utsättning.
- Vid förhöjda värden av kalium( >5,5 mmol/l) överväg tillfällig dosjustering/utsättning av RAAS-blockad.
- Viktigt med fortlöpande kontroll av S-kalium och S-kreatinin
- Titring, dosjustering och utvärdering av läkemedel samt kliniska kontroller sker lämpligen på hjärtsviktsmottagning

**ACE-hämmare** Enalapril startdos 2,5mg x 2, måldos 10mg x 2. Ramipril startdos 1,25mg x 2, måldos 5mg x 2. Tät aortastenosis är **absolut kontraindikation**.

**ARB** Candesartan. Vid intolerans mot ACE-hämmare. Startdos 4mg x 1, måldos 32mg x 1.

Kombinationsbehandling ACE-hämmare och ARB kan vara indicerat vid svår hjärtsvikt. Tills vidare en specialistutläggning.

**Betablockad** (metoprolol, carvediol, bisoprolol): Metoprolol som förstahandsval. Startdos 12,5mgx1 alt. 25mgx1, måldos 200mgx1. Försiktighet vid bradykardi och astma/KOL.

**Aldosteronantagonist** (Spironolaktin) vid NYHA III-IV: Försiktighet vid nedsatt njurfunktion (kreatinin >250 mikromol/l), med tendens till hyperkalemi. Dosering 25mgx1.

**Diuretika** Vid vätskeöverskott. Furosemid 40-80 mg, ev högre dos vid njurfunktionsnedsättning. Ev. fortsatt diuretikabehandling styrs av patientens symtom (viktuppgång, ödem).

**Digitalis** som frekvensreglering vid förmaksflimmer. Överväges också vid kvarstående symtom trots behandling med ACE-hämmare, betablockad och diuretika. Koncentrationsbestämning efter ca 3v, eftersträva S-digoxin <1,0 nmol/l.

**Antikoagulation** vid förmaksflimmer.

**Kalciumsensitiserare** Levosimendan, (Simdax), 24 timmars iv-behandling kan övervägas vid uttalad svår svikt. Se separat PM.

**Vaccin** mot influensa och pneumoni.

**Övrig behandling** CRT (Cardiac resync. therapy, "biventrikulär pacing"). ICD. Hjärttransplantation.

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.**