

Förmaksflimmer

Till läsaren

Förmaksflimmer är ett allmänt besvär och risken för att drabbas av detta ökar i takt med åldern. Hela fyra procent av personer i arbetsför ålder och tio procent av personer över 65 år lider av förmaksflimmer. Symptomen varierar avsevärt, varför också besvären är individuella.

Förmaksflimrets symptom kan effektivt lindras med mediciner och andra behandlingsmetoder så, att en acceptabel livskvalitet kan upprätthållas. Det är endast i undantagsfall möjligt att bota förmaksflimmer.

Det lönar sig nästan alltid att behandla också ett symptomfritt förmaksflimmer, eftersom det i samband med detta föreligger risk för stroke på grund av blodkoagulering.

Guiden *Förmaksflimmer* strävar till att ge svar på de vanligaste frågorna om förmaksflimmer, som patienter och anhöriga funderar på.

Finlands Hjärtförbund rf

Hjärtats normala rytm

Hjärtats pumpfunktion styrs av ett noggrant justerat elektriskt system. Hjärtats rytm bestäms normalt av sinusknutan, som befinner sig i hjärtats högra kammare och vars elektriska impulser sprids längs speciella ledningsbanor till andra delar av hjärtat (bild 1).

Bild 1. En normal impuls uppstår. Sinusknutans (1) impulser sprids längs speciella banor till hjärtats förmak (2) och kamrar (3) och förorsakar en sammandragning i hjärtmuskeln.

Då impulsen når hjärtats olika delar, får den hjärtmuskeln att sammandra sig och pumpa blod. EKG eller hjärtfilmen beskriver hur impulsen sprider sig i hjärtat. På basen av hjärtfilmen kan man avgöra, om hjärtats rytm är normal eller inte. Normal rytm kallas för sinusrytm.

Normalt sammandrar sig hjärtat så gott som regelbundet. Hos vuxna är vilopulsen i allmänhet 60-80 slag i minuten. Under sömnen kan pulsen vara betydligt långsammare och vid ansträngning kan den stiga till t.o.m. 180 slag i minuten, utan att det är fråga om rytmstörning. Under ansträngning stiger pulsen, för att hjärtat skall hinna pumpa tillräckligt med blod till musklerna. Förutom fysisk ansträngning kan också spänning, anemi och feber tillfälligt höja hjärtats puls.

Hos alla människor förekommer i något skede av livet tillfälliga extraslag, som kan kännas som om hjärtat "hoppas över ett slag". De anses vara helt normala. En långsam hjärtfrekvens är inte heller farlig, om inte samtidigt förekommer benägenhet för svindel eller svimning eller tydlig trötthet.

Rytmstörningar

Med rytmstörningar i hjärtat avses antingen oregelbundna eller regelbundna rytmer, som antingen är snabbare eller långsammare än normalt. En rytm som är snabbare än normalt kallas för takykardi och en rytm som är långsammare än normalt kallas för bradykardi.

Det finns många slags rytmstörningar, och deras orsaker varierar. Orsaken till långsamma rytmstörningar är oftast antingen fel i sinusknutan eller ett avbrott i ledningsbanorna. De snabba rytmstörningarna igen uppstår till följd av alltför livlig aktivitet i någon del av hjärtat. Rytmstörningar, som orsakar allvarliga symptom, hör ofta samman med ett strukturellt hjärtfel eller kranskärlssjukdomen, en hjärtinfarkt eller hjärtinsufficiens. I dessa fall riktas undersökningar och behandling mot grundsjukdomen, eftersom rätt behandling också minskar rytmstörningarna.

Rytmstörningar som är symptomfria eller ger endast lindriga symptom är i allmänhet ofarliga. Ett undantag är dock förmaksflimmer, som kan förorsaka störningar i hjärncirkulationen, trots att patienten själv skulle vara helt omedveten om rytmstörningarna.

Förmaksflimmer

Förmaksflimmer är en rytmstörning, vid vilken flimmervågor kaotiskt strömmar genom förmaksvävnaden och muskelfibrerna i hjärtats förmak sammandrar sig i otakt (bild 2).

Under den tid rytmstörningen pågår pumpar förmaken inget blod vidare. Också kamrarna sammandrar sig oregelbundet, då impulserna med växlande hastighet sprids från förmaken till kamrarna. Pulsen mätt vid handloven är därför ofta betydligt långsammare än den pulsfrekvens som kan räknas då man lyssnar med stetoskop eller som mäts med EKG. Skillnaden mellan dessa pulsvärden kallas pulsdeficit.

Bild 2. Vid förmaksflimmer sammandrar sig förmaken i otakt t.o.m. 600 gånger i minuten då ett kaos av flimmervågor strömmar genom förmaken. Till kamrarnas område kommer impulser med varierande frekvens, vilket får kamrarna att sammandra sig oregelbundet.

Efter enskilda extraslag i kamrarna är förmaksflimmer den vanligaste rytmstörningen. Av personer i arbetsför ålder har cirka 0,5-4 procent och av över 65-åringar t.o.m. 10 procent förmaksflimmer.

De symptom som förorsakas av förmaksflimmer varierar avsevärt. En del av patienterna är inte ens medvetna om sitt förmaksflimmer, utan det konstateras av en tillfällighet t.ex. vid hälsogranskning. Hos en person som lider av svår hjärtinsufficiens eller kranskärslsjukdom igen kan ett akut anfall av förmaksflimmer förorsaka lungödem eller hjärtinfarkt.

I praktiken är det vanligaste symptomet på förmaksflimmer hjärtklappning, som förorsakas av snabb och oregelbunden puls. Många upplever kamrarnas oregelbundna sammandragning som mera obehaglig än den snabba rytmen. Andra typiska symptom är andnöd och trötthet vid ansträngning. Det kan hända, att förmaksflimmer gör stegen långsammare i början, men om hjärtat i övrigt är friskt, begränsar detta knappast alls patientens dagliga liv eller motionsutövande.

Bröstmärta i samband med förmaksflimmer är sällsynt, om patienten inte samtidigt lider av kranskärslsjukdom.

Förmaksflimrets orsaker och ärftlighet

Kunskapen om de mekanismer som ligger bakom uppkomsten av förmaksflimmer är bristfällig. Många hjärt- och ämnesomsättningssjukdomar ökar dock risken för förmaksflimmer. Sådana är bland annat kranskärslsjukdom, högt blodtryck, hjärtinsufficiens, olika fel i klaffarna och en hjärtoperation, samt diabetes och överfunktion i sköldkörteln. Också överdrivet alkoholbruk kan förorsaka förmaksflimmer.

Vid s.k. idiopatiskt förmaksflimmer saknas faktorer som ökar risken för förmaksflimmer. Det är i stället fråga om en störning i förmakens elektriska aktivitet. De, som lider av idiopatiskt förmaksflimmer, är ofta yngre än andra förmaksflimmerpatienter och hos dem börjar anfallet i allmänhet i sådana situationer, i vilka balansen i det autonoma nervsystemet plötsligt rubbas.

Många faktorer som ökar risken för förmaksflimmer, så som kranskärslsjukdom och högt blodtryck, är ärftliga. Det är också möjligt, att benägenheten för förmaksflimmer går i slakten, men om detta finns tillsvidare endast inledande kunskaper.

Faktorer som utlöser förmaksflimmer

Förmaksflimmer utlöses av extraslag, som härstammar från förmaket. Alltså kan alla faktorer som ökar benägenheten för extraslag som härstammar från förmaket öka risken för förmaksflimmer och åtgärder som minskar benägenheten för extraslag förebygga denna risk. Förlängt förmaksflimmer kan redan i sig förorsaka förändringar i förmakens elektriska aktivitet. Dessa förändringar förlänger rytmstörningen och ökar risken för ett nytt anfall. Man kan alltså påstå, att förmaksflimmer ger näring åt sig själv.

Också den utvidgning av förmaken, som högt blodtryck eller hjärtinsufficiens kan ge upphov till och störningar i vätske- och saltbalansen, feber samt tillståndet efter en hjärtoperation kan utlösa förmaksflimmer. Hos dessa patienter kan förmaksflimret effektivast kontrolleras med en god behandling av grundsjukdomen.

Hos en del av patienterna utlöses förmaksflimmer efter fysisk ansträngning eller stress. Speciellt idiopatiskt förmaksflimmer utlöses däremot mycket ofta efter en måltid eller om natten då pulsfrekvensen blir långsammare. Kunskapen om de situationer som utlöser förmaksflimret kan användas som hjälp då behandlingen av rytmstörningen planeras.

Undersökning och behandling av en patient med förmaksflimmer

Först intervjuar och undersöker läkaren patienten noggrant. Också EKG eller hjärtfilm är en väsentlig del av undersökningen av alla patienter med rytmstörning. Det är i praktiken omöjligt att känna igen förmaksflimmer, om det inte registreras med EKG just då symptomen förekommer. I allmänhet tas också vissa blodprov (liten blodbild, vätskebalansvärden och sköldkörtelprov) och eventuellt också röntgenbild av thorax eller bröstkorgen.

Ultraljudsundersökning av hjärtat utförs åtminstone på de patienter, åt vilka en förebyggande medicineringsplaneras. En dygnsregistrering av EKG eller Holter-undersökning och ett kliniskt belastningsprov, s.k. cykeltest underlättar förutom identifieringen av en rytmstörning också utvärderingen av behandlingens effekt.

Allmänna behandlingsprinciper

Det främsta målet för behandlingen av förmaksflimmer är att lindra patientens symptom och att förhindra kärltilltäppningar och andra sjukdomar, som kan förekomma i samband med rytmstörningar. Bäst minskas symptomen genom att en normal sinusrytm återställs och upprätthålls. Ofta lindras patientens symptom tillräckligt redan av det, att pulsfrekvensen fås långsammare.

Risken för koagelbildning ökar vid förlängd rytmstörning. Koagelbildningen i sin tur ökar risken för stroke och tilltäppning av andra blodkärl. Förmaksflimmer i samband med ett fel i en hjärtklaff ökar risken för stroke t.o.m. 17-faldigt. På grund av detta behandlas också symptomfria patienter.

Om förmaksflimret blir bestående, är hörnstenarna i behandlingen, att med medicineringshålla hjärtats pulsfrekvens på en lämplig nivå och att med blodtunnande behandling eller antikoagulationsbehandling minska risken för stroke.

Obehandlat förmaksflimmer försämrar patientens livskvalitet och kan främja utvecklandet av hjärtinsufficiens. Speciellt akuta anfall av förmaksflimmer leder lätt till att läkare uppsöks och belastar därmed också hälsovårdssystemet.

Behandling av akut förmaksflimmer

Akut förmaksflimmer behandlas antingen på sjukhusets dejourpoliklinik eller på hälsocentral. Också utan behandlingsåtgärder återställs hjärtats normala rytm mycket ofta inom ett knappt dygn. Man behöver därför inte uppsöka läkare genast flimmersymptomen ger sig till känna, om man annars mår bra och symptomen är uthärdliga. Det dock skäl att söka sig till vård, ifall rytmen inte normaliserats senast följande förmiddag.

På dejourpolikliniken kopplas patienten till en övervakningsapparat som följer med hjärtats rytm. Därefter sänks pulsfrekvensen med mediciner till en mer tolerabel nivå (i allmänhet under 100/min). Mediciner, som snabbt bromsar upp förmaksflimmer, är till exempel betablockare, verapamil, diltiazem och digitalis, som alla kan ges antingen via munnen eller intravenöst.

Vid behandlingen av ett förmaksflimmeranfall behövs ofta en kardioversion, med vilken man antingen med elektricitet eller mediciner korrigerar rytmen, trots att en normal sinusrytm kan återställas av sig själv. En kardioversion kan göras omedelbart, om det är mindre än 48 timmar sedan förmaksflimret började. Om det är mera än två dygn sedan flimret började, är risken för stroke vid omedelbar kardioversion cirka fem procent. För att undvika detta inleds en

koagulationshämmande behandling, och först efter det att INR-värdet, som används vid uppföljningen av behandlingen, under minst tre veckors tid hållits på behandlingsnivå (INR=2-3), kan man försöka utföra en kardioversion. I specialfall, om symptomen är kraftiga och pulsivån mycket snabb, kan en kardioversion göras genast, utan föregående koagulationshämmande behandling. Detta förutsätter dock, att man med en ultraljudsundersökning som görs via matstrupen kan konstatera, att inga blodkoagel finns i förmaken.

Effektivast och snabbast kan hjärtats normala rytm återställas med elkonvertering. Vid den ges patienten en elektrisk stöt med likström, vilken hos 80-90 % av patienterna återställer den normala el-verksamheten i förmaken. Elkonvertering kräver alltid att patienten är nersövd, varför åtgärden endast kan utföras på sjukhus som har anestesiläkare. Ett problem är ofta också det, att patienten måste ha varit utan att äta eller dricka minst fyra timmar före anestesin.

Konvertering med medicin är lättare att utföra i primärhälsovården. Den är dock effektiv endast hos 60-70 procent av patienterna och dessutom förorsakar medicinerna biverkningar. De vanligaste medicinerna som i dag används vid kardioversion är flekainid, propafenon, amiodaron och ibutilid. Efter en lyckad kardioversion observeras patienten i några timmar, varefter han eller hon i allmänhet tryggt kan bege sig hem.

Behandling av recidiverande förmaksflimmer

Förmaksflimmer är en nyckfull rytmstörning och det är svårt att förutspå, om det kommer att återkomma. Ifall förmaksflimret lätt återkommer eller dess symptom är kraftiga, bör man överväga en bestående, profylaktisk medicinering.

I bästa fall förhindrar en bestående medicinering helt rytmstörningsanfallen. I allmänhet anser man ett tillräckligt behandlingsresultat vara det, att anfallen förekommer mera sällan och blir lättare att uthärda. Vid bedömandet av behandlingens effekt kan man som jämförelseobjekt till exempel ha den förebyggande behandlingen av en kranskärlspatients bröstsmärtor. Hos de flesta av dessa patienter förekommer ju tidvis anfall av bröstsmärta, som kräver snabbnitro, utan att man för den skull behöver ändra patientens regelbundna medicinering.

Profylaktisk medicinering

Inledandet av profylaktisk medicinering sker efter individuellt övervägande och med beaktande av patientens symptom och övriga sjukdomar. Den egentliga rytmstörningsmedicineringen inleds i allmänhet av en specialist på hjärtsjukdomar, d.v.s. en kardiolog eller en läkare i inremedicin. I fortsättningen kan uppföljningen mycket väl ske på hälsocentralen.

Rytmstörningsmediciner – liksom alla andra mediciner – kan också förorsaka biverkningar, varför det speciellt i början av behandlingen är skäl att ge akt på medicineringens effekt. Patienten bör för läkaren berätta om alla nya känningar och symptom, som uppstår efter det att medicineringen inletts.

Lindriga, ofta övergående bisymptom är inget hinder för att fortsätta en effektiv medicinering. Om svåra bisymptom förekommer, eller om de blir långvariga, är det skäl att överväga byte av medicin eller minskande av dosen.

Egentliga rytmstörningsmediciner som används vid profylaktisk behandling av förmaksflimmer är flekainid, propafenon och amiodaron. Förutom dessa mediciner används allmänt i behandlingen av

förmaksflimmer också betablockare, vissa kalciumblockare och digoxin. Digoxinets och kalciumantagonisternas effekt har visat sig vara dålig, men betablockarna förhindrar speciellt förmaksflimmer som förekommer i samband med hjärtsjukdomar och efter en hjärtoperation. Betablockare kan samtidigt förstärka effekten av de egentliga rytmstörningsmedicinerna och minska de biverkningar dessa förorsakar.

Andra vårdformer

Under de senaste tiderna har en snabb utveckling skett inom den medicinfria behandlingen av förmaksflimmer. Behandlingen av arythmi är effektivast hos de patienter, hos vilka förmaksflimrets utlösare är en funktionsstörning i sinusknutan eller bradykardi av någon annan orsak.

Kateterablation är en relativt ny behandlingsform vid förmaksflimmer. Med hjälp av den isoleras eller förstörs de härdar som igångsätter extraslagen och som oftast befinner sig i lungvenerna. Bäst lämpar sig behandlingen för patienter med idiopatiskt förmaksflimmer, men ännu behövs mera undersökningar beträffande dess effekt.

Effekten av labyrintoperation (maze) och andra rytmstörningsoperationer är god. De kräver dock öppen hjärtkirurgi, vilket i praktiken begränsar behandlingsformen till de patienter, för vilka en hjärtoperation också av andra orsaker är nödvändig.

Medicinfria behandlingsformer lämpar sig endast för en liten del av förmaksflimmerpatienterna. Användningen av dem förutsätter alltid utvärdering av en hjärtläkare som är insatt i behandlingen av rytmstörningar eller en rytmkardiolog.

Behandling av bestående förmaksflimmer

Ett förmaksflimmer ger näring åt sig själv, varför det har en benägenhet att förbli som en bestående rytm. Dessa patienter kan tröstas med det, att ett bestående förmaksflimmer i allmänhet är lättare att uthärda och känns bättre än växlingen mellan normal sinusrytm och förmaksflimmer och upprepade poliklinikbesök. Förmaksflimmer anses också allmänt som hjärtats näst bästa rytm. I praktiken lönar det sig inte längre att försöka återställa sinusrytmen då, när förmaksflimret trots profylaktisk medicinering upprepade gånger återkommer strax efter en kardioversion. Ofta upprepade kardioversioner och profylaktisk medicinering kan till och med vara farligare än det, att man accepterar ett måttfullt flimmer.

Syftet med behandlingen av kroniskt förmaksflimmer är, att bromsa upp hjärtats ledningsbana så, att pulsdeficiten försvinner.

I de flesta fall är betablockare den medicin som först kommer i fråga vid bestående förmaksflimmer. Digitalis har bäst effekt på åldringar som rör sig litet, och den kan också användas vid behandling av hjärtinsufficiens. Kalciumantagonisterna (verapamil och diltiazem) lämpar sig bäst för reglering av kammarfrekvensen hos unga patienter, som motionerar flitigt. I besvärliga fall kan betablockare, kalciumantagonister och digoxin användas samtidigt. Om man inte ens med kombinationsmedicinering får kammarfrekvensen tillräckligt långsam, utförs på patienten en kateterablation av AV-knutan. Efter denna åtgärd lindras patientens symptom i allmänhet snabbt. En nackdel är dock det bestående behov av rytmbehandling som är följd. Kateterablation avlägsnar inte behovet av antikoagulationsbehandling, som är så viktig vid bestående förmaksflimmer.

Antikoagulansbehandling

Den ”bloduttuning” eller antikoagulansbehandling (vanligtvis varfarin, Marevan®), som används för att förhindra uppkomsten av de blodkoagel som bildas i hjärtat, är en väsentlig del av behandlingen vid förmaksflimmer. Då flimret pågår blir en del av blodet stående i förmaken, och kan där bilda koagel. Om koaglet börjar röra på sig, kan det med blodcirkulationen hamna i hjärnans blodkärl och där förorsaka en tilltäppning, som leder till stroke. Risken för att ett koagel skall börja röra på sig är speciellt stort omedelbart efter det, att den normala sinusrytmen återställs. Därför får kardioversion inte göras vid ett långvarigt förmaksflimmer, om inte antikoagulansbehandling genomförts enligt föreskrifterna.

Läkaren uppskattar individuellt för varje patient nyttan av antikoagulansbehandling och risken för eventuella blödningar och andra nackdelar den kan ha. Bland annat patientens ålder och andra hjärtsjukdomar inverkar. Speciellt stor risk för att drabbas av stroke har de patienter, som tidigare haft en lindrig stroke samt patienter med högt blodtryck, diabetes eller ålder över 75 år. Dessa bör få antikoagulansbehandling, ifall inte blödningsrisken i samband med denna är större än risken för stroke. Enligt en allmän uppfattning är varfarinbehandling inte nödvändig för en i övrigt frisk patient under 60 år med förmaksflimmer.

Ifall antikoagulansbehandling av någon orsak inte kan användas, har man nytta av acetylsalicylsyra (100 mg/dygn). Under den tid antikoagulansbehandlingen pågår måste man med regelbundna mellanrum följa med patientens koaguleringsvärden (INR) för att säkerställa en tillräckligt effektiv behandling, och för att undvika den blödningsrisk som hör samman med alltför stor medicindos. I början av behandlingen kan man använda en medicin, heparin, som injiceras under huden tills dess att effekten av varfarin stabiliseras på behandlingsnivå. Detta tar i allmänhet 5-7 dygn.

Efter en lyckad kardioversion fortsätter man med antikoagulansbehandlingen i minst en månad. Behandlingen kan i det här skedet avslutas, om patientens normala sinusrytm blivit bestående. Vid kroniskt eller lätt återkommande förmaksflimmer är behandlingen permanent.

Den som får antikoagulansbehandling bör ta i beaktande, att medicineringen och den K-vitamin som finns i grönsaker fungerar som varandras antagonister. Av denna orsak bör den dagliga mängden gröna vegetabilier hållas så konstant som möjligt. Också naturpreparat och bl.a. inflammationsmärtmediciner kan inverka på antikoagulansbehandlings effekt, varför man för läkaren bör nämna om användningen av dessa.

Uppföljning av behandlingen

Patientens symptom och andra sjukdomar är avgörande för hur ofta de rutinmässiga uppföljningskontrollerna görs. I allmänhet kan den egna hälsocentralläkaren eller annan läkare inom öppenvården utföra uppföljningen. Vid uppföljningsbesöken undersöks EKG och eventuellt vissa blodprov. Samtidigt kartläggs de symptom, som förmaksflimret förorsakat och resultatet av behandlingen utvärderas.

Om symptomen förvärras, är det skäl att kontakta den läkare som ansvarat för behandlingen. Ifall symptomen förekommer också i vila eller de har förorsakat svimningsanfall, bör man uppsöka dejourerande läkare.

Förmaksflimmer och vardagen

Det är möjligt att förebygga förmaksflimmer. Den som insjuknat kan försöka påverka de faktorer, som ökar risken för förmaksflimmer, så som kranskärlssjukdom och högt blodtryck. Det är också viktigt, att ta medicinerna enligt läkarens ordination och att undvika omåttligt alkoholbruk, som leder till baksmälla.

Mat, motion, sex och bastu

En patient med förmaksflimmer kan äta vanlig mat. Om patienten har kranskärlssjukdom eller riskerar att insjukna i denna, rekommenderas en diet som huvudsakligen består av vegetabilier, måttligt med mjuka fetter och rikligt med fiber och som innehåller sparsamt med djurfetter och salt. För den som har övervikt lönar det sig att banta och ge akt på sockerbalansen.

I den dagliga födan bör ingå grönsaker, frukt och bär. Dessa innehåller den viktiga koaguleringsvitamin K, vars verkan antikoagulansmedicineringen dock försvagar. Man strävar till jämvikt mellan medicinen och K-vitaminen, för att blodets koaguleringsvärden ska hållas inom gränserna för de rekommenderade värdena. En huvudprincip är, att mängden gröna vegetabilier som innehåller mycket K-vitamin, så som kål, spenat och kryddgrönsaker, bör hållas på en måttlig och jämn nivå från dag till dag och oberoende av årstid. Detta är speciellt viktigt under höstsäsongen. Tilläggsuppgifter fås från Hjärtförbundets patientguide *Marevanbehandling*.

Förmaksflimmer kan göra stegen långsammare och foten tyngre. Trots sitt förmaksflimmer kan patienten dock utöva alla motionsformer, som inte förorsakar överdriven andnöd eller trötthet. Den som har antikoagulansmedicinering bör inte utöva ishockey, judo eller andra idrottsgrenar, där risken för olyckor eller blödningar är speciellt stor.

Sexlivet kan fortsätta som vanligt och det finns inte heller några hinder för att bada bastu.

Arbetsförmåga

Förmaksflimmer förorsakar ytterst sällan bestående arbetsförmåga.

En kortvarig sjukledighet kan ibland vara nödvändig efter ett förmaksflimmeranfall, för att den onda cirkeln av rytmstörningar ska kunna brytas och effekten av medicineringen hinna stabiliseras.

Ibland kan förmaksflimmerpatientens prestationsförmåga försämrats och arbetstakten blir långsammare. För en del kan den svindel som förekommer då man stiger upp orsaka problem. Då hjälper det att resa sig upp i lugn takt och att böja ner huvudet, då det svindlar. Rätt utförd tolereras medicinbehandlingen vid förmaksflimmer mycket väl och utgör inget hinder för att arbeta. Antikoagulansbehandling kan dock innebära vissa begränsningar beträffande yrkesvalet och yrken med förhöjd olycksfallsrisk.