

Davíð O. Arnar

hjartalæknir

Klínísk ákvarðanataka í gáttatífi

Sextíu og fimm ára karlmaður kemur á bráðamóttöku með hjartsláttar-
þægindi. Hann hefur fundið fyrir þeim í um það bil tvær vikur en
einnig kvartar hann yfir mæði við áreynslu og talsverðu þrekleysi
undanfarna tvo mánuði. Hann hefur verið almennt hraustur og tekur
engin lyf. Við skoðun er blóðþrýstingur 162/86 mmHg, púls er 144 slög
á mínútu og óreglulega óreglulegur. Hjartalínurit staðfestir gáttatífen
er annars án bráðra breytinga. Það er brak basalt við lungnahlustun
og röntgenmynd af brjóstholi sýnir stækkaðan hjartaskugga og stasa í
lungum. BNP er 6756 pg/ml og takmörkuð hjartaómun sýnir stækkað-
an vinstri slegil og áætlað útstreymisbrot um 25%. Hoernig er best að
meta þennan sjúkling betur og meðhöndla hann?

Það er líklegt að flestir læknar muni einhvern tímann á ferl-
inum standa frammi fyrir því að greina og meðhöndla sjúkling
með gáttatífi enda er það langalgengasta hjartsláttartruflunin.
Gögn frá Framingham-rannsókninni benda til þess að 37% þeirra
sem eru eldri en 55 ára muni fá gáttatífi.¹ Því er spáð að tilvikum
gáttatífsins muni halda áfram að fjölga, ekki síst vegna hækk-
andi aldurs vestrænna þjóða og vaxandi algengis áhættuþátta.
Áætlað er að um 7000 Íslendingar hafi greinst með gáttatífi.²
Helstu áhættuþættir gáttatífs eru hækkandi aldur, háþrýstingur,
kransæðasjúkdómur, sykursýki, hjartabilun, offita, kæfisvefn og
ættarsaga. Þá getur gáttatífi komið við ýmsar bráðar aðstæður,
eins og við lungnabólgu, lungnablóðrek, eftir skurðaðgerð og
tengt áfengisneyslu. Gáttatífi getur verið ýmist viðvarandi eða
komið í köstum.

Helstu einkenni eru hjartsláttarþægindi, mæði, úthalds-
skerðing, þreyta og stundum þyngsli fyrir brjósti. Stundum finna
sjúklingar ekki fyrir neinum einkennum þó að það sé fremur
sjaldgæft. Gáttatífi er oftast greint með hjartalínuriti en sömuleið-
is er hægt að greina takttruflunina með hjartarafsja, Holter-sí-
rita eða jafnvel hjartariti úr snjallúri (mynd 1). Gáttatífi getur haft
ýmsar alvarlegar afleiðingar, þar á meðal valdið heilaáföllum,
hjartabilun og vitrænni skerðingu. Talið er að gáttatífi geti átt
þátt í um þriðjungi heilaáfalla og fyrir kemur að það sé fyrsta
birtingarmynd þess.

Meðferð gáttatífs byggist á að hægja á púlshraða ef þarf, takt-
stillingu og blóðþynningu. Þá er afar mikilvægt að leita að og

meðhöndla áhættuþætti þess. Oftast er byrjað að beta-blokka en
stundum þarf að bæta við öðru lyfi, til dæmis dígoxíni eða jafnvel
kalsíumgangahemlum eins og diltíasem eða verapamil, ef ekki
gengur að hraðstilla með beta-blokkum. Það þarf að fara varlega
þegar beta-blokkar og kalsíumgangahemlar eru notaðir saman
vegna hættu á leiðslurofi í gáttasleglahnúti. Þau lyf sem eru mest
notuð til taktstillingar eru flekainíð og amíódarón. Bæði lyfin eru
þökkalega öflug hjá völdum einstaklingum, en varast ber notkun
flekainíðs hjá einstaklingum með alvarlegan kransæðasjúkdóm
og hjartabilun.

Amíódarón hefur fjölþættan aukaverkanaprófil, þar á meðal
aukið sólarnæmi, áhrif á skjaldkirtil, augu, lifur, lungu og húð.
Fylgjast þarf vel með þessum þáttum hjá sjúklingum á amíódar-
ón meðferð og notast skal við lögsta skammt sem dugar í hverju
tilviki.

Ákvörðun um blóðþynningarmeðferð byggir að mestu á
áhættumati, svokölluðum CHA₂DS₂-VA skilmerkjum. Í þeim er
tekið tillit til þess hvort sjúklingur hafi hjartabilun (C), háþrýsting
(H), sykursýki (D), fyrri sögu um heilaáfall (S2), æðakölkun (V)
og að aldur sé yfir 65 (A) eða 75 (A2) ára. Gefið er eitt stig fyrir
hvert skilmerki nema hvað tvö stig eru gefin fyrir fyrri sögu um
heilaáfall og aldur yfir 75 ára. Ef eitt stig er til staðar á að hug-
leiða blóðþynningarmeðferð og ef sjúklingur með gáttatífi hefur
tvö eða fleiri stig er skýr ábending fyrir blóðþynningarmeðferð.
Ekki skiptir máli hvort gáttatífi sé viðvarandi eða komi í köstum
þegar ákvörðun er tekin um blóðþynningarmeðferð.

Nú á dögum eru aðallega notuð blóðþynningarlyf sem þarf
ekki að stilla af með blóðmælingum eins og þurfti með warfarín.
Lyf eins og dabíгатrian, rívaroxaban, apixaban og edoxaban eru
gefin einu sinni (rívaroxaban, edoxaban) til tvisvar (dabíгатran,
apixaban) á dag og hafa tiltölulega jafna verkun. Mælt er með að
fylgjast með hemóglóbíni og nýrnastarfsemi á nokkurra mánaða
fresti á þessum lyfjum. Hið gamalgróna lyf warfarín er enn not-
að þó að töluvert hafi dregið úr notkun þess. Hvorki asetýlsali-
sýlsýra né klópidógrél veita fullnægjandi vernd gegn blóðsega-
myndun í gáttatífi.

Þegar einstaklingur greinist með gáttatífi er rafvending gjarn-



Mynd 1. Hjartalínuritsstrimill sem sýnir
óreglulegar QRS-samstæður og enga P-takka,
sem er dæmigert fyrir gáttatífi.



Mynd 2. Myndin er frá brennsluaðgerð vegna gáttatífs. Mynd/Porkell Porkellsson

an gerð til að koma aftur á sínus takti. Rafvending er gerð í stuttri svæfingu og er nokkuð árangursrík. Vandinn er hins vegar sá að sjúklingar fara oft fljótlega aftur úr takti og þarf þá að huga að því að beita annaðhvort lyfjameðferð eða gera brennsluaðgerð til að auka líkurnar á að viðkomandi haldist í takti eftir rafvendingu. Nauðsynlegt er að nota blóðþynningu í kringum rafvendingu, jafnvel þó að CHA_2DS_2 -VA skorið sé lágt. Hægt er að komast hjá nokkurra vikna blóðþynningarmeðferð fyrir rafvendingu með því að gera vélindaómun til útilokunar á sega í vinstri gátt og ef svo er þá er óhætt að framkvæma inngripid.

Meinmyndunarferli gáttatífs er ekki vel skilið en viss straumhvörf urðu í þekkingu okkar á kveikjum gáttatífs rétt fyrir aldamótin þegar Frakkinn Michel Haissaguerre birti rannsóknir sínar á mikilvægi aukaslaga í lungnabláæðum við að koma taktrufuninni af stað.³ Hann sýndi fram á að í flestum tilvikum byrjaði hjartsláttartruflunin eftir skúri af aukaslögum frá lungnabláæðum sem dundu á vinstri gáttinni og framkölluðu taktöreglu þar. Þessi uppgötvun leiddi svo til þróunar á brennsluaðgerðum við gáttatífi sem nú eru orðnar lykilmeðferð við þessari algengu takttrufun.

Brennsluaðgerð gengur út á að einangra lungnabláæðar raffræðilega frá vinstri gátt og koma þannig í veg fyrir að aukalsög þaðan geti orsakað gáttatífi (mynd 2). Nokkrar rannsóknir hafa sýnt að brennsluaðgerð er árangursríkari en lyfjameðferð til að viðhalda sínustakti til lengri tíma hjá gáttatífsjúklingum.⁴ Nú eru í stað brennsluaðgerða stundum gerðar frýstingar eða rafpúlseyðingar, sem lofar mjög góðu, í sama tilgangi. Afar mikilvægt er að taka á og meðhöndla áhættuþætti gáttatífs, svo sem offitu, kæfisvefn, háþrýsting og sykursýki, fyrir brennsluaðgerð til að hámarka árangurinn af henni.⁵

En aftur að sjúklingnum sem lýst er í upphafi: Hann hefur haft einkenni í um tvo mánuði. Mögulega hefur hann verið í gáttatífi allan þann tíma en hjartsláttarþægindi aukist eftir því sem hjartabilunin versnaði, ef til vill vegna hraðs gáttatífs. Þá er einnig mögulegt að hann hafi verið að þróa með sér hjartabilun í grunninn sem síðan leiddi til gáttatífs.

Það er mikilvægt að byrja að hægja á púlsinum. Ég myndi

mæla með metoprólol, til dæmis 25 mg í töfluformi í upphafi, og auka varlega til að ná púlsi undir 100 slög á mínútu. Þar sem hann er hjartabílaður mætti íhuga dígóxín hleðsluskammt með til að bæta hraðastjórnun. Sömuleiðis þarf að hefja blóðþynningarmeðferð þar sem hann skorar mögulega allt að 3 stig á CHA_2DS_2 -VA skori (aldur, hjartabilun, háþrýstingur). Huga þarf að langtíma hraðastillandi meðferð og rafvending kæmi svo vel til greina, annaðhvort fljótlega að undangenginni vélindaómun eða eftir þriggja vikna blóðþynningarmeðferð.

Þá er rétt að hefja hjartabilunarmeðferð, bæði með þvagræsilyfi og annaðhvort ACE-hemli eða angiotensín-viðtækjahemli í upphafi. Þau lyf myndu einnig hjálpa til við að lækka blóðþrýsting en mögulega er sjúklingurinn sömuleiðis með áður ógreindan háþrýsting. Ef til vill er hann með hraðatengda hjartabilun sem hefur oft betri horfur en aðrar tegundir hjartabilunar ef hægt er að hægja á hjartsláttarhraðanum. Bæta þyrfti við fleiri hjartabilunarylfjum á næstu dögum, þar á meðal aldósterón-viðtækjahemli og SLGT2-lyfi.

Huga þarf að frekari rannsóknum til að meta orsök hjartabilunarinnar. Gera þyrfti ítarlega hjartaómun og mat á kransæðum með annaðhvort tölvusneiðmynd eða hjartaþræðingu. Þá kæmi til greina að gera segulómun af hjarta til ítarlegra mats á hjartabilun þegar taktur er aftur orðinn eðlilegur.

Heimildir

1. Staerk L, Wang B, Preis SR, et al. Lifetime risk of atrial fibrillation according to optimal, borderline and elevated levels of risk factors: a cohort study based on longitudinal data from The Framingham study. *BMJ* 2018;236:k1453
2. Stefansdóttir H, Aspelund T, Guðnason V, Arnar DO. Trends in the incidence and prevalence of atrial fibrillation in Iceland with future projections. *Europace* 2011;13:1110-1117.
3. Haissaguerre M, Jaïs P, Shah DC, et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med* 1998;339:659-66.
4. Packer DL, Mark DB, Robb RA, et al. Effect of Catheter Ablation vs Antiarrhythmic Drug Therapy on Mortality, Stroke, Bleeding, and Cardiac Arrest Among Patients With Atrial Fibrillation: The CABANA Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019;321:1261-1274.
5. Rienstra M, Hobbelt AH, Alings M, et al. Targeted therapy of underlying conditions improves sinus rhythm maintenance in patients with persistent atrial fibrillation: results of the RACE 3 trial. *Eur Heart J* 2018;39:2987-2996.