

# Forvarnir gegn hjarta- og æðasjúkdómum á tímum gagnreyndrar læknisfræði



**Guðmundur Þorgeirsson**

[gudmth@landspitali.is](mailto:gudmth@landspitali.is)

hjartalæknir á Landspítala

Það hefur lengi verið haft fyrir satt að betra sé heilt en vel gróið og enginn efast um stórkostlegan ávinning af því að koma í veg fyrir sjúkdóma eins og barnaveiki, bólusótt eða mænusótt sem lögðu heil samfélög í rúst áður en bóluefni fundust. Virðist augljóst að æskilegra sé að forðast sjúkdóm en treysta á lækningu með tilheyrandi þjáningu, áhættu og kostnaði. Engu að síður er það rökrétt krafa að forvarnarúrræði lúti sönnunarkröfum gagnreyndrar læknisfræði rétt eins og meðferðarúrræði. Efasemdarmenn um forvarnir benda á að hroki og forsjarhyggja kunni að felast í því að þrýsta á heilbriggt fólk að breyta lífsháttum sínum í von um að með því minnki líkur á sjúkdómum í framtíðinni. Forvarnastarfið geti snúist upp í andhverfu sína, valdið tilefnislausum áhyggjum og vanlíðan, breytt heilbrigðum einstaklingi í sjúkling.<sup>1</sup> Loks er bent á að ekki sé heppilegt að fylla heilsugæslustöðvar af heilbrigðu fólkum sem komist fram fyrir þá veiku í biðröð heilsugæslunnar.

Allar þessar ábendingar ber að taka alvarlega en í reynd eru álitamálin í forvarnastarfi hliðstæð þeim sem við er að fást í meðferð sjúkra. Það þarf að forgangsraða, vega ávinning á móti áhættu og kostnaði og það má ekki setja líf einstaklinga eða samfélags á annan endann. Og jafnvel árangursríkt forvarnastarf leysir okkur ekki undan þeim skyldum sem við höfum við sjúkt fólk.

Hjarta- og æðasjúkdómar eru á okkar tímum meginorsök ótímabærs dauða, sjúkdóma og fötlunar víðast hvar í heiminum.<sup>2</sup> Reyndar er sjúkdómsbyrðin orðin þyngst í þriðja heiminum þar sem fólksfjöldinn er mestur og víða lítil efni til að veita dýra og kröfuharða meðferð. Mörg rök hníga því að hinu augljósa; að nýta beri öll tækifæri sem gefast til að stemma á að ósi. Og tækifærin eru ærin því grunnsjúkdómurinn, æðakölkunin, þróast á löngum tíma og stærstur hluti hjarta- og æðasjúkdóma á rót að rekja til lífsstílspátta sem unnt er að breyta. Ítrekað hefur verið sýnt fram á að með því að draga úr aflí áhættuþátta er unnt að lækka nýgengi hjarta- og æðasjúkdóma og draga úr aldursstaðlaðri dánartíðni.<sup>3</sup> Og nú hrannast upp gögn sem sýna að á tímum stórbættrar meðferðar við bráðri kransæðastíflu og afleiðingum hennar skiptir árangur lífsstílsbreytinga jafnvel enn

meira máli þegar litið er til heilsufars heilla samfélaga eða þjóða. Unnt er að tilfæra dæmi víða að úr heiminum en nýleg gögn frá Hjartavernd sýna einkar glæsilegan árangur af lífsstílsbreytingum Íslendinga.<sup>4</sup> Á árabílinu 1981-2006 lækkaði dánartíðni úr kransæðasjúkdómi um 80% meðal íslenskra karla og kvenna á aldursbilinu 25-74 ára. Áætlað var að fjórðungur lækunarinnar væri vegna bættrar lyfjameðferðar og aðgerða við sjúkdómnum en þrír fjórðu vegna lífsstílsbreytinga. Þannig stöfuðu um 36% af lækkuðu kólesteróli í blóði landsmanna (0,8 mmól/L lækun að meðaltali undirstrikar miklar breytingar í mataræði), 25% vegna lækkaðs blóðþrýstings og 20% vegna minni reykinga. Samtímis varð einnig neikvæð þróun á vissum sviðum. Aukin tíðni offitu og sykursýki leiddi samtals til 9% hækkunar í dánartíðni sem hamlaði gegn enn glæsilegri árangri.

Sú tvíþætta hernaðaráætlun í forvörnum hjarta- og æðasjúkdóma að breyta lífsstíl heilla samfélaga eða þjóða (lýðheilsunálgun; population strategy) og síðan í annarri víglínu að greina og meðhöndla þá sem hafa sterkustu áhættuþættina (high risk strategy) er ótvírætt meðal öflugustu úrræða sem læknisfræðin og lýðheilsufræðin ráða yfir gegn stórum heilbrigðisvandamálum í samtímanum.<sup>2</sup> Þetta er ekki síst vegna þess að svipuð lögmál og í sumum tilvikum sömu ráðleggingar gilda í forvörnum gegn hjarta- og æðasjúkdómum, (heilablóðföll meðtalin) og gegn langvinnnum lungnasjúkdómum, ýmsum krabbameinum, beinruna og heilabilun. Minnkuð sjúkdómsbyrði þýðir bætt heilsa, aukin lífsgæði, starfs- og félagsgeta, og lækkaður samfélagskostnaður.

## Heimildir

1. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* 2008; 372: 1997-9.
2. Joshi R, Jan S, Wu Y, MacMahon S. Global inequalities in access to cardiovascular health care. Our greatest challenge. *JACC* 2008; 52: 1817-25.
3. Mozaffarian D, Wilson PWF, Kannel WB. Beyond established and novel risk factors. Lifestyle risk factors for cardiovascular disease. *Circulation* 2008; 117: 3031-8.
4. Aspelund T, Guðnason V, Magnúsdóttir B, et al. Explaining the massive declines in coronary heart disease mortality rates in Iceland, 1981-2006. *Eur J Cardiovasc Prev Rehab* 2009; 16 (suppl 1): S80.

**Preventive cardiology in an era of evidence based medicine**  
Guðmundur Þorgeirsson, MD, PhD  
Professor of Medicine and Dean, Faculty of Medicine  
University of Iceland and Landspítali University Hospital  
Reykjavík, Iceland