

## New year marks a turning point

Berglind Libungan, MD, PhD  
Interventional Cardiologist  
LSH/University Hospital of Iceland

<https://doi.org/10.17992/ibl.2017.01.114>



## Berglind Gerða Libungan

hjartalæknir,  
sérfræðingur í kransæðavíkkunum,  
Landspítala

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

## RITSTJÓRNARGREIN

# Áramót eru tímamót

Nú hefur nýtt ár, 2017, gengið í garð. Áramót marka upphafið að einhverju nýju og óþekktu. Sumir ætla sér stóra hluti, til dæmis að standa sig betur hvað varðar lífsstíl – léttast, borða grænmeti, hætta að reykja eða hreyfa sig meira. Sem betur fer tekst sumum þetta, en ekki nærri öllum.

Í læknaeildinni var mér kennt að það ætti að nota hvert einasta tækifæri til að messa yfir fólki um heilbriggt lífni. Man sérstaklega eftir orðum hjartalæknis sem sagði: „Við hjartalæknarnir erum miklu betri en lungnalæknarnir í að fá fólk til að hætta að reykja.“ Ekki er ég viss um að þetta standist, en það er alveg á hreinu að það verður að grípa sjúklingana þegar þeir greinast með alvarlegan sjúkdóm og fræða þá um mikilvægi lífsstílsbreytinga.

Hvað varðar kransæðasjúkdóm eru áhættuþættirnir nokkuð vel þekktir. Samkvæmt stórrí alþjóðlegri rannsókn, INTERHEART<sup>1</sup> standa eftirfarandi áhættuþættir fyrir 90% af áhættunni (*population attributable risk*): hátt kólesteról (gagnlíkindahlutfall, odds ratio, OR 3,25), reykingar (OR 2,87), streita (OR 2,67), sykursýki (OR 2,37), háþrýstingur (OR 1,91) og kviðfita (OR 1,62). Verndandi þættir reyndust vera: hófleg alkóhólneysla (OR 0,91), hreyfing (OR 0,86) og aukin neysla grænmetis/ávaxta (OR 0,7).

Þegar einstaklingar greinast með kransæðasjúkdóm nota ég tilefnið til að ræða þessa áhættuþætti, sérstaklega eftir kransæðavíkkun. Þá eru sjúklingarnir stundum enn á þræðingarstofunni. Hjartað er sett upp á risaflatskjá og líkist helst Afríku að stærð. Kransæðarnar sem eru bara nokkrir millimetrar í þvermál eru þá í risastækkun og LAD virkar eins og Nílarfljótið. Ég bendi á staðinn þar sem æðin var þröng eða lokuð sem er rót alls ills. Að lokum tek ég stundum upp trompið: litla körfu sem inniheldur blóðsega, árangurinn eftir svokallað „segasog“. Blóðsegar eru ekki fallegir, virka eins og litlir slepjugir bleikir ormar og hægt er að sjá á andlitum sjúklinga hversu ógeðfellt þeim þykir þetta. Ræði svo við sjúklingana um reykingarnar, offituna og svo framvegis. Hins vegar versnar í því ef ég kemst að því að sjúklingurinn er reyklus, vegan maraþonhlaupari – þá er körfunni hent í ruslið og ég segi: „Við verðum víst ekki yngri“ eða, ef þetta reynist vera ungur einstaklingur: „Þetta eru líklega erfðirnar – kannski ætti Decode að rannsaka þig.“

Í grein í þessu tölublaði *Læknaþladsins*<sup>2</sup> erum við minnt á að kransæðasjúkdómur er ekki eingöngu sjúkdómur aldraða. Greinin fjallar um brátt hjartadrep á Íslandi hjá fertugum og yngri á

tímabilinu 2005-2009. Í þeirri rannsókn kom í ljós að kransæðasjúkdómur hjá þessum 38 sjúklingum var aðallega sjúkdómur karlmanna (um 84%) og þeirra sem reykja (77%). Jákvæða ættarsögu höfðu 63%. Meðalgildi kólesteróls var ekki hátt, 5,1 mmól/l og fjöldi sykursjúkra 9%. Meðallíkamsþyngdarstuðull (BMI) var 29. Einnig var gerður samanburður á tveimur mismunandi tímabilum, 1980-1984 og 2005-2009, og kom í ljós að dánartíðni hefur lækkað, færri reykja og fleiri fara í kransæðaþræðingu á síðari tímabilinu.

Aðrar rannsóknir og birt tilfelli hafa sýnt að það eru til aðrar óvenjulegar orsakir hjartadreps yngri sjúklinga. Vert er að nefna eftirfarandi: misnotkun kókains eða vefaukandi stera, sjúklingar með Factor V Leiden, Kawasaki sjúkdómur eða rof í kransæð (*coronary dissection*).

Þó að brátt hjartadrep sé óalgengur sjúkdómur meðal ungs fólks getur hann haft mjög slæmar afleiðingar: valdið örorku, skert lífsgeði og í versta falli leitt til dauða. Þess vegna ættum við lækna að vera á varðbergi og hafa lágan þröskuld að taka EKG og hjartaensím hjá sjúklingi með brjóstverk jafnvel þó að hann sé ungur að aldri. EKG er ódýr, hröð og sársaukalaus rannsókn án fylgikvilla.

Annað sem er mikilvægt og varðar samtalið um lífsstíl og meðferð áhættuþátta. Það væri auðvitað langbest að koma í veg fyrir sjúkdóma í staðinn fyrir að meðhöndla þá þegar þeir eru komnir og hafa jafnvel náð að valda varanlegum skaða. Munum hlutverk okkar lækna í forvörnum sjúkdóma. Messum yfir fólki um skaðsemi reykinga og offitu. Náum tökum á blóðþrýstingnum, <140/90 mmHg. Ræðum um mataræði og streitu við skjólstæðinga okkar. Náum markgildum í kólesteróli og sykri með mataræði, eða ef þarf, lyfjum. Í mörgum tilfellum snýst þetta um endurteknar komur því erfitt er að koma öllum þessum upplýsingum að í einu stuttu viðtali. Margir þurfa skriflegar leiðbeiningar. En takist okkur þetta vel erum við að marka tímamót fyrir einstaklinginn sem er mun mikilvægara en nokkur áramót.

Gleðilegt ár!

## Heimild

1. Yusuf PS, Hawken S, Öunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-52.
2. Magnússon B, Agnarsson U, Þorgeirsson G, Guðnason P. Brátt hjartadrep á Íslandi í fertugum og yngri 2005-2009. Samanburður við tímabilið 1980-1984. *Læknaþladið* 2017; 103: 11-5.