



atrialfibrillationassociation

afa-se.eu

Atrial Fibrillation Association

info@afa.org

www.afa-international.org

www.afa-se.eu

## Puls- eller rytmhantering – Riktlinjer för sjukvårdspersonal

För patienter som lider av förmaksflimmer (FF) uppstår frågan om det är bäst för dem att fortsätta med den nya oregelbundna rytmen som kommer av förmaksflimmer eller om det är nödvändigt att försöka återgå till hjärtats normala "sinusrytm". Denna fråga kallas "Puls- eller rytmhantering" (Rate vs Rhythm Management).

Patienter som lider av FF kan ha fysiska symptom såsom hjärtklappning, andfåddhet, slöhet eller förlust av motionstolerans (tidig trötthet vid aktiviteter) men de kan också vara symtomfria. Det spelar ingen roll hur symtomatisk FF är när det gäller ökad risk för stroke.

Även om det verkar logiskt att risken för stroke skulle återgå till det normala om en patient återfick sinusrytm efter förmaksflimmer, har studier visat att så inte är fallet. Risken tycks bero enbart på det faktum att personen en gång haft förmaksflimmer. Orsaken är att risken för ytterligare FF (ofta symtomatisk) är hög. Risken för stroke är liten hos patienter med normalt hjärta vid ung ålder.

Eftersom risken för stroke inte minskar med en återgång till sinusrytm, är ett enklare alternativ att kontrollera personens symptom med medicinering medan hans/hennes rytm lämnas oförändrad.

Om hjärtat har en adekvat puls, vilket förmodligen bäst bedöms genom ambulatorisk rytmövervakning under en 24-timmarsperiod, och personen är asymtomatisk, behöver endast medicinering för att minska risken för blodpropp och stroke övervägas.

Om det upptäcks att hjärtat har en snabb puls i vila eller under aktivitet, kommer personen att behöva medicinering för att kontrollera pulsen. Man börjar oftast med antingen en betablockerare eller frekvensreglerande kalciumantagonist.

Om medicinering med enbart denna medicin inte ger önskat resultat, bör andra alternativ övervägas. Om annan medicin av någon anledning, oftast intolerans eller förekomst av en kontraindikation, inte kan ges, kan man lägga till Digoxin.

Om en patient är relativt orörlig eller en pulskontroll under aktivitet inte är nödvändig, kan Digoxin fortfarande ha en betydande roll i pulskontrollen. Om Digoxin ska användas måste njurfunktion och serumkalium-nivå bedömas innan behandling påbörjas. Digoxinnivåer används normalt inte. I den pågående bedömningen av patienten måste patienten förhöras om biverkningar av Digoxin såsom illamående, kräkningar eller förekomst av visuella störningar (generellt beskrivna som en gul gloria runt människor). Förekomst av en ny bradykardi är också en potentiellt viktig indikator på toxicitet. Om lindriga biverkningar misstänks då Digoxin används bör Digoxinnivåerna minskas eller medicinering med Digoxin avbrytas snarare än att serumnivåer tas, eftersom många äldre patienter kan drabbas av biverkningar även när deras Digoxin-serumnivå observeras i ett acceptabelt intervall. Om Digoxintoxicitet misstänks bör behandling med Digoxin omedelbart avbrytas och diskussion med det lokala akutsjukhuset eller en kardiolog bör övervägas.

Om symptom eller hjärtrytm inte kan kontrolleras trots en kombination av frekvensreglerande mediciner, bör en återgång till sinusrytmen övervägas om man anser det vara möjligt. Detta måste diskuteras med en hjärtrytmspecialist.

Författare: Dr Matthew Fay, allmänläkare

Författare: Dr Thomas Fähræus, elektrofysiologi

Med hjälp av: Mrs Jayne Mudd, specialiserad arytmsköterska  
Dr Andrew Grace, elektrofysiologi, Professor Richard Schilling, elektrofysiologi



Affiliated to Arrhythmia Alliance  
www.heartrhythmcharity.org.uk

Kontakta Atrial Fibrillation Association för mer information  
Förvaltare: Professor A John Camm, Professor Richard Schilling,  
Mrs Jayne Mudd, arytmsköterska  
©2011 Registered Charity No. 1122442



