

PRAKSISNYTT - FIH

Praksis - konsulent - ordningen

Samarbeid Informasjon Kommunikasjon
Allmennpraksis - Sykehus – Spesialistpraksis

Nr 5/2001 3. årgang 28.03.01

[Behandling av hjertesvikt med betablokker](#)
[Praksiskonsulentene](#)

[Ukehospitering for praksiskonsulentene](#)
[Redaksjon](#)

Behandling av hjertesvikt med betablokker

Internasjonale retningslinjer anbefaler i dag rutinemessig bruk av betablokker som et ledd i behandlingen av hjertesvikt.

Dette er en tilleggsbehandling, og forutsetter at annen sviktbehandling er etablert etter vanlige retningslinjer!

Å leve opp til denne sterke og vel dokumenterte anbefalingen er blitt en av de store utfordringene i den kardiologiske hverdagen. Vi vet at svært mange pasienter vil kunne bedre både sin livskvalitet og sin prognose quod vitam.

Hvem skal starte behandlingen?

På grunn av den meget store pasientgruppen vi har med å gjøre, er det ikke mulig å initiere denne behandlingen utelukkende hos spesialist. Vår nyetablerte hjertesviktpoliklinikk ved FiH vil først og fremst kunne ta seg av de mest alvorlige sviktpasientene. Det er derfor helt nødvendig at allmennlegene kommer sterkt inn i bildet.

Kontakt kardiolog for eventuell drøfting.

Vi regner med at det i startfasen kan være en del usikkerhet omkring den kliniske vurderingen av aktuelle pasienter. Diagnosen av hjertesvikt kan være vanskelig, og en bør konferere med kardiolog. Som hovedregel bør diagnosen være bekreftet med eccardiografi. Ofte er dette gjort tidligere, og i så fall er det ikke nødvendig å gjøre det på nytt.

Skal alle hjertesviktpasienter få betablokker?

Pasienter i stabil funksjonsklasse 2 eller 3 NYHA skal starte opp med betablokker hvis det ikke foreligger kontraindikasjoner eller intoleranse for disse.

Behandling av pasienter i funksjonsklasse 4 NYHA er foreløpig en spesialistoppgave.

Når det gjelder behandling av gamle pasienter må det brukes klinisk skjønn.

I studiene var gjennomsnittsalder 60 år. Imidlertid er vår erfaring at også 70 – 80 åringer kan ha god nytte av behandling med betablokker.

Kontraindikasjoner

- Bradykardi <60
- AV-blokk
- Sick Sinus Syndrom
- KOLS (relativ) Mange KOLS pasienter tåler betablokker

Diabetes mellitus er ingen kontraindikasjon. Tvert imot er det diabetespasienten som har vist den største reduksjon i morbiditet og mortalitet.

Det forutsettes at pasienten på forhånd er stabilisert med en ACE-hemmer (event. A2-blokker) og et diuretikum. Eventuelt også digitalis. Betablokker kan gjerne startes opp før oppnådd optimal dosering med ACE-hemmer.

Hvilken betablokker skal velges?

To betablokkere på det norske markedet er pr. i dag godt dokumentert ved bruk hos pasienter med hjertesvikt, nemlig metoprolol (Selo-Zok), som er en selektiv betablokker, og carvedilol (Kredex), som er en uselektiv betablokker. Ved FIH har vi god erfaring med begge.

Kredex har best dokumentasjon hos de sykeste (med NYHA klasse 3 og 4) og bør foretrekkes her.

Selo-Zok har teoretiske fordeler hos KOLS pasienter med en viss obstruktivitet grunnet selektivitet.

Optimal dosering? Behandlingsprinsippet er:

"Start slow and go slow".

Carvedilol (Kredex): Startdose 3,125mg x 2.

Dobling av dosen med 3 ukers intervall dersom forutgående dose ble tolerert.

Ønskelig vedlikeholdsbehandling: 25mg x 2.

Metoprolol (Seloken/Selo-Zok): Startdose Selo-Zok 50mg, ½ tabl. daglig.

Dobling av dosen med 2-3 ukers intervall.

Ønskelig vedlikeholdsbehandling: Selo-Zok 100-200mg x 1NB! Også lavere dosering ser ut til å ha effekt!

Hvor ofte skal pasienten kontrolleres?

Pasienten må initialt følges med hyppige kontroller, kanskje ukentlig i startfasen for å fange opp:

- tegn til alvorlig hypotensjon
- bradykardi (<50)
- væskeretensjon (obs vekt!!)
- forverring av hjertesvikten

Kontroller fortsatt;

Økende sviktsymptomer de første ukene er ikke uvanlig, og skal først og fremst kompenseres ved forbigående økning av diuretika-dosen, og utsette neste økning av betablokkerdosen.

Ved bradykardi < 50 skal betablokkerdosen reduseres.

Så snart pasienten har oppnådd en stabil og optimal dosering, kan man gå over til det vanlige kontrollopplegget:

For hjertesviktspasienter ca. hver 2. eller 3. måned?

Hvordan takles forverring av svikt under pågående behandling?

Det er et behandlingsprinsipp at lettgradige eller moderat økende sviktsymptomer først og fremst skal kompenseres ved å øke diuretika (event. overgang til Burinex?) og event. øke dosen med ACE-hemmer. Betablokkerdosen kan event. i neste omgang reduseres, men skal aldri seponeres brått.

Hvis det antas å være nødvendig, må pasienten innlegges som ø.hj. Drøft gjerne med vakthavende indremedisiner.

Hvordan vurdere behandlingseffekt?

Initial forverring er ikke uvanlig (se ovenfor).

Subjektiv bedring etter 2-3 måneder (etter vår erfaring faktisk ikke sjelden allerede etter ca. 4 uker).

Long-term benefit (redusert mortalitet) foreligger også uten tegn til symptomatisk bedring.

Behandlingsvarighet?

I prinsippet på ubestemt tid så lenge pasienten ikke viser alvorlige bivirkninger. Også her må man bruke klinisk skjønn!

Klassifisering av hjertesvikt etter NYHA (New York Heart Association):

Funksjonsklasse 1: Ingen fysisk begrensning (ved kjent hjertesykdom).

Funksjonsklasse 2: Lettgradig begrensning av fysisk aktivitet. Ingen symptomer i hvile. Vanlige daglige aktiviteter fører til dyspnoe, tretthet, palpitasjoner eller angina.

Funksjonsklasse 3: Betydelig begrensning av fysisk aktivitet. Ingen hvilesymptomer, men aktivitet som er mindre enn vanlig (for eksempel langsom gange på flat mark) gjør pasienten symptomatisk.

Funksjonsklasse 4: Enhver form for fysisk aktivitet fører til dyspnoe og utmattelse. Oftest symptomer i hvile. (Kjell Waage, Reinert Rød, overleger ved kardiologisk seksjon, Tor M. Aune, praksiskonsulent med.avd.)

Ukehospitering for allmennpraktikere!

I henhold til nye spesialistregler for videre- og etterutdanning i allmennmedisin (gjeldende fra 01.01.2003), er det mulig å opptjene inntil 150 poeng i løpet av en 5 års periode ved å delta på strukturert ukehospitering (som gir 25 poeng pr uke) ved ulike sykehusavdelinger og - poliklinikker.

PKO-FIH ønsker å opprette tilsvarende strukturert ukehospiteringsprogram ved FIH, og vi foreslår følgende ordning (men er åpne og mottakelige for andre og bedre forslag), med totalt 10 uker som fordeles på henholdsvis:

- 1) med - (en eller flere seksjoner)
- 2) med - nevro +
- 3) kir - (en eller flere seksjoner)
- 4) kir - anestesi
- 5) barn
- 6) gyn
- 7) øye + ØNH
- 8) psyk + BUPA
- 9) lab +radiol
- 10) reuma

Burde man hatt en hel uke på hhv øye og ØNH ?

Spesialistreglene lister opp ukehospitering à 25 poeng, inntil 150 poeng i løpet av 5 år, dette betyr 6 uker fordelt på 5 år. I FIH's nærområde regner vi med at det finnes ca. 80 allmennpraktikere totalt.

80 leger trenger 6 uker pr 5 år, altså maksimalt 480 uker, dvs ca 100 uker pr år, dvs ca 10 uker pr år pr avd.kombinasjon dersom alle legene melder seg på. Vi ønsker å kunne tilby plass til alle allmennpraktikere i distriktet, uansett om de melder seg på eller ikke, slik at enhver kan få plass når han melder seg på, uten ventetid.

Man kan òg samle poeng på samme måte nå, etter det nye utdanningsprogrammet, men fra 2003 er det kun et regelverk som gjelder for allmennmed.

Takknemlig for tilbakemeldinger !

Ta kontakt med praksiskonsulentene:

Dette er praksiskoordinator / praksiskonsulentene ved FIH: Ansvar for:

Dr Tor M Aune telefon direkte 52 85 75 36 (Kopparen) Medisinsk og nevrologisk avdeling

Dr Tore Haaland telefon 53 76 80 10 (Ølen) Gynekologisk avdeling

Dr Eric W Mills mobiltel 90 89 39 80 (Etne) Barne avdeling

Dr Ingvald Vika ØNH og Øyeavdeling

Dr Lars Johan Lysen Kirurgusk avdeling

Praksiskonsulentordningen Fylkessjukehuset i Haugesund 5513 HAUGESUND	Redaktør Eric W. Mills praksiskoordinator-vikar Spesialist i allmennmedisin	Telefon sentralbord: 53 75 81 00 Telefon direkte: 908 93 980 Telefax: 53 75 81 06
---	---	---