

Gäller för: Kardiologi

Giltig från: 2026-02-10

Innehållsansvar: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Giltig till: 2027-02-10

Granskad av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Akut hjärtsvikt

Akut hjärtsvikt kan vara första manifestationen av en hjärtsjukdom eller en försämring av en kronisk hjärtsvikt.

Manifestationsformer av akut hjärtsvikt

- Lindriga till måttliga symtom enligt nedan.
- Hypertensiv akut svikt (högt blodtryck, ofta lungödem och relativt bevarad systolisk funktion).
- Lungödem.
- Kardiogen chock (se under chocktillstånd, avsnittet Akuta koronara syndrom).
- High output failure (hög hjärtminutvolym, orsakad av anemi, sepsis m.m.).
- Högersidig hjärtsvikt (se t ex under Högerkammerinfarkt, avsnittet Akuta koronara syndrom).

Orsaker till akut hjärtsvikt

- Akuta koronara syndrom
- Hyperton kris
- Akut arytm
- Diabetes
- Klaffel (t.ex. chordaeruptur)
- Hjärtmuskelsjukdom
- Tamponad
- Aortadissektion
- Lungemboli

Orsaker till akut försämring av hjärtsvikt

- Akuta koronara syndrom.
- Försämring av känd kronisk svikt, naturalförlopp.
- Arytm.
- Andra interkurrenta sjukdomar (t.ex. anemi, akut infektion, hypothyreos).
- Drog- eller alkoholmissbruk.
- Dålig compliance (ej tagit mediciner, högt vätske- eller saltintag).

Symtom

- Finns i olika konstellationer beroende på svårighetsgrad och typ av hjärtsvikt.

- Kardinalsymtomet är dyspné, accentueras i liggande (ortopné) och vid ansträngning.
- Viktuppgång, svullnad i benen och buken.
- Trötthet, nedsatt kondition och allmäntillstånd.
- Bröstsmärtor (särskild vid pågående ischemi), palpitationer, bröstobehag.

Fynd

- AT: allmänpåverkan, takypné, cyanos, låg syresaturation.
- Hjärta och cirkulation: Takykardi, ev tredjeton, ev blåsljud, oregelbunden rytm (vid flimmer), ev halsvenstas.
- Lungor: Rassel, ev förlängt expirium och ronki.
- Buk och extremiteter: ev hepatomegali, ev ascites, ev pittingödem.

Diagnos, provtagning och utredning

- Klinisk bedömning av symptom och fynd enligt ovan
- Anamnes, status, blodtryck, puls, medvetandegrad, saturation, andningsfrekvens, temperatur, EKG.
- Prover: blodstatus, el-status, leverprover, CRP, p-glukos, blodgas hos alla. Troponin I, NT-proBNP, D-dimer på läkarordination.
- Lungröntgen.

Övervakning och första åtgärder

- *Vid dyspné, lungödem: Hjärtläge.
- *Vid chocktillstånd: Planläge.
- *Syrgas på mask eller näsgrimpa om SaO₂<95%.
- *Upprepade blodtrycksmätningar.
- *Telemetri.
- *Pulsoxymetri.
- *Iv nål.
- *ev KAD (timdiures).

Ekokardiografi

Ska göras så snart som möjligt. Finns tillgänglig på kontorstid på klin. Fys avdelning. Mobil UCG-apparat finns på akuten och på HIA. Ultraljudsutrustning som finns på akuten kan användas för att utesluta tamponad och diagnostisera pleuravätska.

Behandling

Försök göra en första värdering av orsak till hjärtsvikten. Behandling mot bakomliggande orsak är viktig. Akut hjärtinfarkt kräver akut behandling, vissa tillstånd (klaffvitier, aortadissektion) kräver akut kirurgi och tamponad kräver tappning.

- Symtomatisk behandling kombineras med specifik behandling mot den bakomliggande orsaken.
- Arytmi: Vid takyarytmi med hemodynamisk påverkan ska akut elkonvertering övervägas. Digitalis vid snabbt förmaksflimmer. Vid bradykardi: Atropin, Isoprenalin och ev temporär pacemaker.
- *Hjärtläge.

- Morfin 5-10 mg iv. kan övervägas vid lungödem med uttalad dyspné. Risk för andningssvikt och ev. ökad mortalitet.
- Stesolid 2,5-5 mg iv. Kan övervägas till patient med uttalad oro eller förvirring.
- Syrgas 3-5 l/min på gramma eller 5-8 l/min på mask till patienter med hypoxemi. Ge inte syrgas till patienter utan hypoxemi då det orsakar vasokonstriktion och sänkt slagvolym.
- *CPAP till alla patienter med lungödem. Kontraindikation vid pneumothorax, patient som inte medverkar, illamående/kräkning. Försiktighet vid hypotension, (90 mm Hg och lägre), hypovolemi, KOL. Vanlig startinställning: 5–7,5 cm H₂O och 50% syrgasblandning. Öka vid behov motståndet till 10 cm och syrgaskoncentrationen. Vid respiratorisk svikt kan respirator vara nödvändig.
- *Injektion Furosemid (även vid hypotension): 20-40 mg till patienter som inte står på diuretika. 40-80 mg till patienter som står på diuretika. Om ingen effekt högre doser eller kontinuerlig infusion 5-10 mg/tim iv efter bolusinjektion.
- Nitroglycerin: *Suscard 2,5 mg 1-2 st (blodtryck >100 + kontroll). Nitroglycerininfusion ges tidigt vid lungödem. Startdos 1 mg/tim med dosökning 1 mg/tim var 10:e minut. Titreras upp till högsta tolerabla dos. Försiktighet vid hypotension och kombination med CPAP och vid aortastenosen eller mitralstenos.
- Om reflektorisk bronkospasm (hjärtastma): Inj Teofyllamin 23 mg/ml, 0,3 ml/kg kroppsvikt, ges långsamt under 20-30 min. (se FASS)
Inotropa läkemedel, rekommenderas endast för korttidsbruk. Ges efter att hypovolemi eller annan korrigerbar faktor är åtgärdad. Ges endast till patient med kraftigt nedsatt cardiac output med påverkan på funktion i vitala organ. Dobutamin är en syntetisk β-1 stimulerare med positiv inotrop och kronotrop effekt. Dopamin har tidigare varit rekommenderat för behandling av kardiogen chock. En studie som jämförde dopamin med noradrenalin visade ökad mortalitet och ökad arytmibenägenhet i dopamingruppen, varför numera **noradrenalin** rekommenderas. Levosimendan är en kalciumsensitiserare som ökar inotropin men även har kärldilaterande effekter. Ska ej ges till patienter i chock. Phosphodiesterashämmare (milrinon) är ett inotropiskt läkemedel med positiva korttidseffekter på hemodynamiken genom hämning av nedbrytningen av cAMP. Vid kvarstående hypotension kan inotropa läkemedel kombineras med noradrenalin som har en direkt kärllkonstringerande effekt. Observera att noradrenalin ökar syrgaskonsumtionen i hjärtmuskeln!

Rekommendation

- Vid akut svår hjärtsvikt, ej patient i chock: i första hand levosimendan (Simdax).
- Vid kardiogen chock: Dobutamin är förstahands inotropiskt läkemedel. Noradrenalin förstahands vasopressor.

Speciella situationer

- Vid refraktär vätskeretention och svår njursvikt – överväg hemofiltration eller dialys.
- I svåra fall kan man tidigt behöva ta ställning till hjärttransplantation och mekanisk assist (hjärtpump).

Vårdnivå

Patienter med lätt/måttlig hjärtsvikt vårdas på följande enheter:

- MAVA, MÄVA, 43, 44, eller HIA beroende på tillståndets allvarlighetsgrad.
- annan internmedicinsk avdelning om ej behov av EKG övervakning
- Patienter med lungödem och eller hemodynamisk instabilitet på HIA eller IVA (inotropa läkemedel ges bara på IVA, förutom Simdax vilket ges också på HIA).

Hypovolemi

Vid hjärtsvikt kan ibland fyllnadstrycken i hjärtat vara låga, orsakat av kraftig dehydrering, sepsis, för stora doser diuretika eller inadekvat vasodilatation.

Systemblodtrycket är lågt, urinproduktionen dålig och tecken på stas saknas. Som diagnostiskt test kan 200 ml Ringer-Acetat infunderas under 15-30 minuter, med observation av blodtryck och eventuella stastecken.

Fortsatt omhändertagande

- Värdera och behandla eventuella metabola och systemiska rubbningar, såsom infektioner, endokrina störningar och nutritionsproblem
- Fortsatt iv diuretikaterapi tills ödem och lungstas försvunnit.
- Daglig värdering av vikt, stastecken, blodtryck, hjärtrytm och ev elektrolyter.
- Inled kronisk behandling (se kapitel Kronisk hjärtsvikt).
- Fortsatt utredning och behandling av bakomliggande orsak.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kardiologi

Innehållsansvar: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Granskad av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10067-2089204900-23

Version: 4.0

Giltig från: 2026-02-10

Giltig till: 2027-02-10