
Sekundærprofylakse ved koronarsykdom

REDAKSJONELT

ERIKSSEN JE

Vi bør bli meget bedre!

Arteriosklerotiske sykdommer har etter siste krig utviklet seg til å bli industrilandenenes største epidemi, og erf.eks. i Norge årsak til død hos ca. 50%. Nesten uten unntak oppstår epidemier som følge av uheldig samvirke av flerefaktorer, og en epidemi dør ofte når én eller flere av disse faktorene fjernes. Et godt eksempel er tuberkulosen som viste en rask tilbakegang - lenge før vi fikk effektive antituberkuløse medikamenter - som følge av godt smittevern, bedring i allmennhelsen, bedret kosthold og bedret hygiene.

Koronare risikofaktorer

Epidemiologiske prinsipper har vært benyttet til å finne mulige årsaksforhold ved arteriosklerotisk sykdom. Systematisk vurdering av tallrike kliniske, biokjemiske, genetiske, miljømessige og livsstilsmessige forhold har ført til en meget god oversikt over viktige koronare risikofaktorer (av hvilke flere hundre er dokumentert eller mistenkt). Krav til en risikofaktor er at den viser en uavhengig, gradert og sterk assosiasjon til koronarsykdom, at sammenhengene virker troverdige og sannsynlige ut fra det vi vet om utvikling av sykdommen, at betydningen demonstreres i mangeforskjellige befolkninger, og at man også har sannsynlige og troverdige forklaringer i de tilfellene "ikke altstemmer". Ut fra slike krav viser det seg at følgende faktorer spiller en nøkkelrolle ved utvikling av koronarsykdom: høy kolesterolverdi (spesielt høy LDL-verdi), høyt blodtrykk, røyking, diabetes, stress og fysisk inaktivitet. Svært ofte demonstrerer koronarpasienter - særlig de yngre - et alvorlig helsemessig avvik i sitt livsmønster, med kombinasjon av overvekt, røyking, uheldige spisevaner, fysisk inaktivitet og stress. Selv om disse faktorene er de viktigste forklaringene på eksplosjonen av koronarsykdom i de industrielle land, må man ikke glemme betydningen av avvik på individnivå (genetiske/biokjemiske avvik osv.).

Eksperimentelle studier og obduksjonsstudier bekrefter betydningen av disse faktorene. Ateromatosen er en megetkomplisert "fremmedlegemereaksjon" i karveggen, som først og fremst utvikles når oksidert LDL via forskjelligemekanismer kommer inn i karveggen. En oppdatert oversikt over basale mekanismer under utviklingen av ateromatose, finnes hos Berliner og medarbeidere (1).

Forebygging nytter

All denne kunnskapen om etiologi, patofysiologi og patogenese har gitt oss gode kort på hånden når vi skal gisekundærprofylaktisk behandling. Studier har vist nytte både av å få folk til å slutte å røyke, regulere deresdiabetes, senke blodtrykket - i hvert fall med visse medikamenter og redusere kolesterolnivået både med diett ogmedikamenter. Deter publisert omfattende anbefalingerom behandlingsopplegg fra European Society of Cardiology (2).

Da årsaksforholdene i stor grad er kjent og behandlingen har vist seg å forebygge komplikasjoner og død, er detviktig å informere pasientene om disse prinsippene når de skrives ut etter f.eks. gjennomgått hjerteinfarkt. Imidlertid informasjonsmengden så stor at én samtale langt fra er tilstrekkelig. Det kan trenges både solid innsikt, takt ogkløkt for å få personer med uheldig livsstil til å legge denne om. I jakten på gode modeller for å få dette til harmange sykehus utarbeidet skriftlig informasjonsmateriell. Det er vanlig at personellet svarer på spørsmål undersykehusoppholdet, og spesielt er legenes informasjon ved utskrivningen viktig. Dietetikere kan gi meget nyttigeopplysninger om ønsket diettomlegging. Ved røykeavvenningskurs kan man hjelpe pasienter over en kritisk fase. Alt dettebør skje tidlig, senest omkring utskrivningstidspunktet, fordi det er trolig at potensialet for å innvirke på etuheldig livsstilsmønster er størst umiddelbart etter at man har gjennomgått en infarktepisode. Lydhørheten kan fortaseg raskt. Optimale opplegg vil kreve at informasjonen som gis er faglig fundert, forståelig og blir fulgt opp overlengre tid. Fordi oppfølgingen er så viktig, har en del sykehus utviklet egne seksjoner som har til oppgave å ta seg avdette. Kunnskap om hvor "gode" (eller dårlige) vi er i Norge, har vært lite kjent.

Informasjon og oppfølging

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Jon Østavik og medarbeidere en systematisk undersøkelse av hvordansekundærprofylakse hos koronarpasienter praktiseres ved 58 av 67 norske sykehus (ni sykehus unnlot å svare påhenvendelsen) (3). Undersøkelsen er meget viktig og er utført med god metodikk. Studien viser at mange sykehus synes ågi en rimelig og systematisk informasjon ved utskrivning, men at den også er mangelfull mange steder. Oppfølgingenkunne antakelig også være vesentlig bedre, ikke minst dersom man fikk et systematisk samarbeid med allmennlegene.Forfatternes tall viser at det er mye å hente når det gjelder å informere optimalt. Det er dessverre lettere ågjennomføre og ty til medikamentell forebygging enn møysommelig å forsøke

å endre en uheldig livsstil. Til det trengs det tid, ressurser og entusiasme. Østavik og medarbeidere har avdekket at ressursmangel kan være en viktig årsak til at sekundærprofylaksen blir stemoderlig behandlet. Undersøkelsen avdekker kort og godt hyppig svikt både i informasjon ved utskrivningen, oppfølging og dokumentasjon, særlig når det gjelder røykevaner. For å sikre et optimalt opplegg vil det trolig være nyttig å opprette egne seksjoner eller avdelinger som tar seg av sekundærprofylakse, helst i et tett samarbeid mellom poliklinikker og utskrivende hovedavdeling. En slik avdeling er under planlegging ved Sentralsykehuset i Akershus, der avdelingens underordnede leger systematisk vil bli opplært i slikt opplegg på rotasjonsbasis.

Tiltakene må styrkes

Selv om primær forebygging alltid vil være vanskelig, har vi i dag så meget å tilby av effektiv sekundærprofylakse ved koronarsykdom, at det ikke finnes unnskyldning for å la dette være. Vi vet langt fra alt om koronarsykdom, men livet mer enn nok til å sette i gang. Østavik og medarbeidere har demonstrert at vi per i dag ikke er gode nok.

Jan Erikssen

LITTERATUR

1. Berliner JA, Navab N, Fogelman AM, Frank JS, Demer LL, Edwards PA et al. Atherosclerosis: basic mechanisms. Oxidation, inflammation and genetics. *Circulation* 1995; 91: 2488-96.
2. Pyörälä K, De Backer G, Poole-Wilson P, Wood D. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force in the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J* 1994; 15: 1300-31.
3. Ørstavik JW, Christensen EO, Solberg EE, Westheim AS. Sekundærprofylakse ved koronarsykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 219-23.

Publisert: 20. januar 1997. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.