



Känn igen en hjärninfarkt – genast till jouren! (Hjärninfarkt och TIA)

12.2.2020; riktad uppdatering 6.2.2024

En hjärninfarkt kommer ofta helt plötsligt och symtomen når sin topp inom några minuter eller mera sällan timmar. Om du misstänker hjärninfarkt, ring genast nödnumret 112! Det är ytterst viktigt att patienten får behandling snabbt.

Vid hjärninfarkt (tilltäppning i hjärnans blodkärl) blir en del av hjärnvävnaden utan syre och förstörs. Orsaken är tilltäppning i en hjärnartär. Ibland beror tilltäppningen på en blodpropp (koagel) som har uppkommit i en förträngd artär men oftare kommer koaglet längre bort ifrån, till exempel från hjärtat eller halsartären.

TIA (transient ischemic attack) är en övergående störning i hjärnans blod-cirkulation som i allmänhet pågår mindre än en timme, mest typiskt i 2–15 minuter. Symtomen vid TIA liknar dem vid hjärninfarkt, men de går över helt och hållet utan bestående neurologiska skador eller skador på hjärnvävnaden.

Du kan själv påverka riskfaktorerna för hjärninfarkt.

Högt blodtryck är den viktigaste riskfaktorn som går att behandla.

Den allmänna målsättningen är blodtryck under 140/90 (**vid mätningar hemma 135/85**) mmHg, men om du lider av någon kronisk sjukdom är målsättningen ännu striktare: till exempel för diabetiker under 140/80 (**hemnivå under 135/80**) och för njurpatienter under 130/80 mmHg (**hemnivå under 125/80**) mmHg.

LDL-kolesterolet (det så kallade dåliga kolesterolet) bör vara under 3 mmol/l. Målsättningen är ännu lägre om du redan har haft en hjärninfarkt eller TIA-attack eller om du har en stor (målsättning **under 1,8**) eller **särskilt stor (under 1,4** mmol/l) helhetsrisk för artärsjukdom.

Både rökning och alkoholkonsumtion ökar risken för hjärninfarkt och ohälsosam kost ökar benägenheten för tilltäppningar.

Övervikt, bukfetma och för litet motionär risker också för hjärnans blodkärl.

Bland annat ålder, manligt kön, hjärtsjukdom, diabetes, ärftliga faktorer och för kvinnor p-piller eller hormonerersättningsbehandling som innehåller östrogen är andra faktorer som ökar risken för hjärninfarkt.

En hjärninfarkt kommer utan förvarning

En hjärninfarkt kommer ofta helt plötsligt och symtomen når sin topp inom några minuter eller mera sällan under timmar.

Den drabbade märker inte alltid själv sina symtom. För symtomen finns minneslistan AKUT:

- A – Ansikte. Be den drabbade le. Hänger ena mungipan, blir leendet snett?
- K – Kroppsdelen. Kan den drabbade lyfta upp sina armar?



Förekommer kraftlöshet eller känslolöshet i armar eller ben?

- U – Uttal. Be den drabbade upprepa en enkel mening. Är talet otydligt eller har hen svårighet att tala?
- T – Tid. Om något av detta inte lyckas finns ingen tid att förlora. Den drabbade ska omedelbart tas till jourmottagningen på ett sjukhus. Minns också att anteckna klockslaget när symtomen började.

Genast till vården, ring 112!

Ett snabbt samtal till nödnumret 112, brådskande transport med ambulans till jourpoliklinik på sjukhus (inte hälso-central) är nödvändigt. Trombolys (behandling som löser upp blodproppen) ska inledas genast; ju snabbare behandlingen inleds desto större är nyttan av den.

Under behandlingens akutfas under de första timmarna löser man upp eller avlägsnar mekaniskt blodproppen som orsakat hjärninfarkten.

På sjukhuset undersöker man först om det är fråga en hjärninfarkt. Hjärninfarkt och hjärnblödning kan ge liknande symtom, men de kan särskiljas med bildundersökningar. Dessutom görs andra undersökningar för att utreda orsaken till hjärninfarkten.

Ett försök görs att öppna blodkärlet som blockerats av en blodpropp med trombolysbehandling om det har gått mindre än 4,5 timmar sedan början av symtomen på hjärninfarkt, i vissa situationer upp till 9 timmar.

Om man med bildundersökningar konstaterat att ett stort blodkärl är tilltäppt kan det också vara möjligt att **effektivt öppna det** med via en kateter inne i kärlet.

För att få ett så bra resultat som möjligt behandlas patienter med hjärninfarkt oftast på strokeenheter, som är specialiserade på akutbehandling och tidig rehabilitering av dessa patienter.

En TIA-attack bör också tas på allvar, det kan vara en förvarning om en kommande hjärninfarkt. Också vid en TIA-attack bör man uppsöka jouren, även om symtomen redan skulle ha gått om.

Bild- och laboratorieundersökningar hör till också vid utredningen av TIA.

Risken för hjärninfarkt efter en TIA-attack är störst under de närmaste dagarna och veckorna.

Med eftervård förebygger man uppkomsten av nya förträngningar.

För alla patienter insätts läkemedel som antingen förhindrar uppkomsten av blodproppar (ASA, det vill säga "aspirin", dipyridamol, klopidogrel) eller minskar blodets koagulationsförmåga (warfarin samt nya antikoagulantia). Oftast behövs också läkemedel mot högt blodtryck och kolesterol.

Det är viktigt att fästa uppmärksamhet vid levnadsvanorna: begränsa mängden salt, använd alkohol högst i måttliga mängder, gå vid behov ner i vikt, ät hälsosamt, motionera regelbundet, sluta röka och försök minska på stressen.



Tidig rehabilitering ger det bästa resultatet.

Redan på sjukhuset gör man en bedömning av rehabiliteringsbehovet för varje enskild hjärninfarktspatient när tillståndet har stabiliserats.

Rehabiliteringsbehovet och de individuella målsättningarna antecknas i rehabiliteringsplanen.

Rehabiliteringen fortsätter enligt planen efter sjukhusbehandlingen och behovet av fortsatt rehabilitering bedöms regelbundet. Det är viktigt att man beaktar patientens anhöriga vid rehabiliteringen.

Aktiv rehabilitering inleds när patientens tillstånd är tillräckligt stabilt för det. Behovet fysio-, ergo- och talterapi bedöms individuellt och terapierna inleds som en del av den multiprofessionella rehabiliteringen.

Om det förekommer förlamningssymtom inleds lägesbehandling genast, och man lägger vikt vid läges- och rörelsebehandling av lederna.

Fysioterapi gör rörelse-rehabiliteringen effektivare. Gångövningar befrämjar rörelseförmågan, och det finns många olika sorters övningsmetoder för att öva upp handens funktion. Ergoterapi stöder och främjar möjligheterna att fungera självständigt med vardagssysslor och i arbetet. Kommunikationsförmågan och sväljningsförmågan rehabiliteras med talterapi.

Patientens vardag kan underlättas med hjälpmedel, bland annat sådana som stöder minnet, och med röstförstärkare. Behovet av olika hjälpmedel förändras med tiden, och situationen bör därför regelbundet bedömas på nytt.

Med anpassningsrehabilitering försöker man ge deltagarna kamratstöd, information samt förmåga och medel att klara sig i vardagen.

Hos 30–50 procent av patienter med störningar i hjärnans blodcirkulation förekommer i något skede av sjukdomen depression, som ofta inte upptäcks och blir obehandlad. Depression hos livspartner är till och med vanligare än hos patienterna själva.

SSRI-läkemedel (selektiva serotoninåterupptagshämmare) rekommenderas som förstahandsläkemedel vid depression. Hos patienter i arbetsför ålder är också utmattningssymtom vanliga.

Hjärninfarkt och körförmågan

Bedömning av körförmågan för att få tillbaka körtillståndet görs när rehabiliteringen framskrider. Enligt lagen ska läkaren alltid göra en anmälan till polisen om patientens försämrade körhälsa när tillståndet bedöms pågå i minst sex månader.

Uppföljning i primärvården för patienter med stor risk

Patienter som har genomgått en hjärninfarkt och fått bestående men är högriskpatienter. För dem rekommenderas regelbunden uppföljning minst en gång om året under resten av livet samt bedömning av rehabiliteringsbehovet och verkställd rehabilitering enligt bedömningen.

För uppföljningen behövs inte alltid ett läkarbesök, också andra yrkespersoner inom hälso- och sjukvården kan genomföra den.



Prognos

Tre månader efter infarkten har cirka 50–70 procent av patienterna återhämtat sig så att de klarar sina dagliga rutiner självständigt.

Självständig funktionsförmåga efter en vecka förutsäger god funktionsförmåga tre månader efter infarkten. God funktionsförmåga efter tre månader förutsäger i sin tur bättre funktionsförmåga och mindre dödlighet flera år framåt.

Störningar i hjärnans blodcirkulation i siffror

Förekomsten av hjärninfarkt hos personer yngre än 50 år har ökat både i USA och Europa. Utvecklingen i Finland har varit likartad: förekomsten av hjärninfarkt hos män under 45 års ålder ökade med 50 procent mellan åren 2000 och 2010.

År 2010 var den genomsnittliga åldern för patienter som insjuknat i sin första hjärninfarkt 72,7 år och 51,2 procent av de insjuknade var män. Av patienterna var 21 procent i arbetsför ålder, det vill säga under 65 år gamla.

Dödligheten i störningar i hjärnans blodcirkulation har i välfärdsstaterna minskat under 2000-talet både hos personer under 75 års ålder och äldre. Däremot är dödligheten för hjärninfarktspatienter under 50 års ålder mångdubbel jämfört med normalbefolkningen. Detta beror på den ökade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar, i synnerhet nya hjärninfarkter.

Mera information om ämnet

På Youtube finns bland annat följande videor som [Hjärnförbundet](#) producerat (på finska):

- [Aivoverenkiertohäiriöt](#) (störningar i hjärnans blodcirkulation, längd 6:22 minuter)
- [Mikään ei ole mahdotonta – kuntoutus aivoverenkiertohäiriön jälkeen](#) (Ingenting är omöjligt - rehabilitering efter cerebrovaskulär olycka, längd 6:30 minuter)
- [Liutushoito ”Kun se kävi niin äkkiä”](#) (Upplösande behandling, räcker 4:47 minuter)

De i patientversionen nämnda organisationerna ger mera information i ämnet. Finska Läkarföreningen Duodecims redaktion för God medicinsk praxis svarar inte för kvaliteten eller tillförlitligheten på uppgifter som andra organisationer har gett.

Författare

Patientversionen är uppdaterad utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims rekommendation [God medicinsk praxis](#) av redaktören som ansvarar för patientversionerna **Kirsi Tarnanen**.

Texten har granskats av ordföranden för arbetsgruppen som tagit fram rekommendationen, **avdelningsöverläkare, docent Jukka Putaala** och arbetsgruppens sammanställande författare, **överläkare, linjechef Tiina Sairanen** från **neurologiska avdelningen vid HUS Neurocentrum**, samt redaktören för God medicinsk praxis, docent, specialistläkaren i klinisk neurofysiologi och psykiatri **Arja Tuunainen** från Finska Läkarföreningen Duodecim.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.



Ansvarsbegränsning

Rekommendationerna God medicinsk praxis och Avstå klokt är sammandrag uppgjorda av experter om effekten av diagnostik och behandling av enskilda sjukdomar. De ersätter inte den bedömning som görs av en läkare eller annan professionell vårdpersonal om en enskild patients bästa möjliga diagnostik, behandling och rehabilitering när vårdbeslut fattas.

