

Remisser till arbets-EKG vid hjärtmottagningen HSH



Jacob Söderlind, ST-läkare, Medicinkliniken.

jacob.soderlind@regionhalland.se

Remisser till arbets-EKG vid hjärtmottagningen HSH

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)
[Symptombeskrivning](#)
[Sjukdomshistorik](#)
[Ärftlighet](#)
[Tobaksvanor](#)

[Läkemedelslista](#)
[Kliniskt status](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Sammanfattning

Arbets-EKG är en undersökning som under lång tid använts för att påvisa alternativt utesluta signifikant kranskärslsjukdom, samt för utredning av eventuell ansträngningsutlöst arytm. För utredning av kranskärslsjukdom är detta dock en metod med vissa brister, såväl gällande sensitivitet som specificitet. I de nya riktlinjer som publicerats av Europeiska Kardiologföreningen (ESC) 2013¹, vilka även refereras till i Läkartidningen², uppges en sensitivitet på 45-50 % och en specificitet på 85-90%. Detta medför att det är av stor vikt att rätt patientgrupp genomgår undersökningen. I annat fall är risken stor att felaktigt friskförklara sjuka individer, och även felaktigt sjukförklara friska individer. För att som remissbedömare bättre kunna avgöra vilka patienter som är lämpade att genomgå arbets-EKG krävs utförlig anamnestisk information i remisserna.

Indikationen för arbetsprov med frågeställning kranskärslsjukdom ska vara återkommande episod av bröstsmärta/tryckkänsla i bröstet alternativt dyspné, med misstanke om anginaekvivalent. Patienter som bedöms för en enstaka episod av akut bröstsmärta, där man ej kan utesluta kardiell genes, ska inte remitteras till arbets-EKG. Dessa ska i sådant fall remitteras till akutmottagningen. Detsamma gäller patienter med anamnestisk misstanke om instabil angina pectoris.

Inkommande remisser ska innehålla följande:

Symptombeskrivning

När?	Förräras vid ansträngning? Förbättras momentant efter avslutad ansträngning, alternativt av nitroglycerin? Symptom i vila? Duration (flera månader, ett par veckor)?
Var?	Smärtans lokalisering? Utstrålning mot arm, hals eller rygg?
Hur?	Smärtans karaktär? Kopplad dyspné? Stationära eller accelererade symptom? Försämrad fysisk prestationsförmåga?

Sjukdomshistorik

Adekvat information gällande tidigare och nuvarande sjukdomar ska ingå i anamnestexten. Dock bör remittenten försöka utlämna sjukdomshistorik som ej är av vikt i nuläget.

Ärftlighet

Eventuell ärftlighet för kardiovaskulär- och cerebrovaskulär sjukdom i släkten ska uppges. Även information kring patientens relation till de insjuknade, och i vilken ålder de insjuknade. Vid mer arytmiriktad frågeställning bör även sådan ärftlighet belysas med information kring ifall det finns släktingar som avlidit i s k plötslig hjärtdöd. Om ingen ärftlighet finns ska även detta uppges.

Tobaksvanor

Om patienten röker eller snusar ska framgå tydligt. Antal paketår får gärna skattas, vilket även är relevant hos patienter som slutat röka.

Läkemedelslista

Uppdaterad läkemedelslista ska finnas i NCS alternativt i pappersform.

Kliniskt status

Hjärt- och lungauskultation. Blodtryck. Aktuellt EKG i Tracemaster (TMV) alternativt i pappersform. Thorakal palpationsömnhet. Gärna spirometriresultat hos patienter med känd KOL, misstänkt KOL samt vid indikation dyspné.

Vid oklarheter gällande val av ytterligare utredning är remittenten välkommen att kontakta kardiologkonsult telefonledes för diskussion. Inkommande remisser med ofullständig information kan komma att returneras med begäran om komplettering.

Uppdaterat från föregående version

Ny vårdriktlinje

¹ 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease
² Läkartidningen, 2014;111:CR39



European Heart Journal (2013) **34**, 2949–3003
doi:10.1093/eurheartj/ehz296

ESC GUIDELINES

2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease

**The Task Force on the management of stable coronary artery disease
of the European Society of Cardiology**

www.escardio.org



Nya riktlinjer för diagnostik och behandling av stabil angina pectoris

**Europeiska kardiologföreningens
rekommendationer**

STEFAN AGEWALL, överläkare,
professor, hjärtkliniken, Oslo
universitetssjukhus Ullevål;

Oslo universitet
stefan.agewall@medisin.uio.no

Läkartidningen. 2014;111:CR39

TABELL II. Sensitivitet och specificitet vid diagnostik av angina pectoris. Eko = ekokardiografi, SPECT = singelfotontomografi.

Metod	Sensitivitet, %	Specificitet, %
Arbets-EKG	45–50	85–90
Arbetsstress-eko	80–85	80–88
Arbetsstress-SPECT	73–92	63–87
Dobutaminstress-eko	79–83	82–86
Dobutaminstress-MR	79–88	81–91
Vasodilaterande stress-eko	72–79	92–95
Vasodilaterande stress-SPECT	90–91	75–84
Vasodilaterande stress-MR	67–94	61–85
Koronar-DT	95–99	64–83
Vasodilaterande stress-PET	81–97	74–91

TABELL I. Sannolikhetsvärdering före testning hos patienter (män, M, och kvinnor, K) med misstänkt angina pectoris [2].

Ålder	Typisk angina, %		Atypisk angina, %		Icke-anginös smärta, %	
	M	K	M	K	M	K
30–39	59	28	29	10	18	5
40–49	69	37	38	14	25	8
50–59	77	47	49	20	34	12
60–69	84	58	59	28	44	17
70–79	89	68	69	37	54	24
≥80	93	77	78	47	65	32

Typisk anginös bröstsmärta:

- Central bröstsmärta av karaktäristisk typ och duration.
- Förvärras av fysisk ansträngning eller emotionell stress.
- Förbättras av vila alternativt nitroglycerin inom minuter.

Atypisk anginös bröstsmärta:

- Uppfyller enbart två av ovan nämnda karaktäristika.

Icke anginös bröstsmärta:

- Uppfyller enbart en, eller ingen, av ovan nämnda karaktäristika.

Sannolikhet för kardiell genes	Metod för utredning
<15%	Skall inte remitteras till arbets-EKG
15-65%	Arbets-EKG / Myocardscintigrafi
66-85%	Myocardscintigrafi
>85%	Coronarangiografi

Mål

Tillräckligt underlag i inkommande remisser för att kunna bedöma vilken utredningsmetod som ska användas.



Minskat antal onödiga undersökningar

Minskad kostnad för sjukvården

Kortare utredningsväg = minskad väntetid för patienten

Minskad morbiditet/mortalitet?