
Kan gode rutiner ved akutt hjerteinfarkt forbedres?

KORRESPONDANSER

JENS OLAV HESSEN

MORTEN A. SCHEI

ODD KILDAHL-ANDERSEN

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 6/2000 ble det presentert en interessant evaluering av rutinene for trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt utført ved Nordland sentralsykehus i Bodø (1). I alt 27 % av pasientene med akutt hjerteinfarkt fikk trombolytisk behandling. Forfatterne fastslår at denne andelen samsvarer med andre norske studier (2, 3). Samtidig påpekes det at 12 % av infarktpasientene oppfylte kriteriene for trombolytisk behandling uten at slik behandling ble startet. Det blir da nødvendig å spørre seg hvorfor i alt 30 pasienter ikke fikk trombolytisk behandling, til tross for forbedrede rutiner. Vi savner en nærmere diskusjon av denne problemstillingen i artikkelen. Dette illustrerer imidlertid at rutinene for trombolytisk behandling fortsatt kan forbedres ved norske sykehus for slik å sikre at de pasientene som oppfyller behandlingskriteriene får trombolytisk behandling.

Artikkelen slår fast at 39 % av infarktpasientene ved Nordland sentralsykehus kunne ha fått trombolytisk behandling. Dette tilsvarer tall fra Harstad sykehus (2). Andre studier har konkludert med at prosentandelen som får trombolytisk behandling burde være betydelig høyere (3). Når det gjelder resultatene fra Harstad sykehus må det presiseres at de seks pasientene som fikk trombolytisk behandling uten å få diagnosen akutt myokardinfarkt, på tilsvarende måte som i materialet fra Bodø, ikke ble inkludert i studien (4). Studien fra Bodø bekrefter etter vårt syn at det vil være vanskelig å øke andelen pasienter som får trombolytisk behandling utover anslagsvis 40 % med dagens strenge krav til EKG-forandringer og en relativt høy andel pasienter som ankommer sykehuset senere enn 12 timer etter symptomdebut.

Ifølge artikkelforfatterne er det lite tid å spare med forbedrede rutiner så lenge forsinkelsen fra ankomst i sykehus til oppstart av trombolytisk behandling i utgangspunktet er 30 – 40 minutter. Tilsvarende konklusjon ble trukket i Harstad (4). En ytterligere reduksjon av forsinkelsen internt i sykehuset blir minimal sett i forhold

til at den mediane prehospitale forsinkelsen i Bodø og i Harstad var omkring fire timer. Betydningen av tidlig oppstart av trombolytisk behandling, helst innen to timer, er grundig dokumentert (5). Ved fremtidige tiltak for å redusere tiden fra symptomdebut til behandlingsstart bør man derfor være særlig oppmerksom på forhold før ankomst til sykehus. Spannende forsøk med oppstart av tidlig trombolytisk behandling ute i kommunene er i gang blant annet i Troms fylke. Innsatsen for en ytterligere forbedring av rutinene ved behandling av akutt hjerteinfarkt bør etter vårt syn inkludere økt prehospital bruk av trombolytiske medikamenter.

LITTERATUR

1. Hovland A, Nielsen EW. S Sjekkliste ved behandling av akutt hjerteinfarkt med trombolytika og andre medikamenter Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 662 – 4.
2. Schei MA, Hessen JO, Kildahl-Andersen O. Trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 692 – 5.
3. Reikvam Å. Bruk av trombolytika og andre medikamenter ved akutt hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1671 – 4.
4. Hessen JO, Schei MA, Valle PC, KildahlAndersen O. Forbedrede rutiner for trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2982 – 5.
5. Boersma E, Maas ACP, Deckers JW, Simoons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. Lancet 1996; 348: 771 – 5.

Publisert: 10. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

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