

Kjell Blomqvist, ST-läkare allmänmedicin, Åby vårdcentral
Kjell Örtöft, distriktsläkare, Åby vårdcentral
Ingemar Åkerlind, docent, Primärvårdens FoU-enhet, Norrköping

Funktionsvärdering av hjärtsviktspatienter i primärvården

NYHA-systemet opålitligt då annan sjukdom ger liknande symtombild

II För att värdera symtom och fysisk funktion hos patienter med hjärtsvikt används idag oftast gradering enligt NYHA-systemet (New York Heart Association). Detta delar upp hjärtsviktspatienterna i fyra olika funktionsklasser (Fakta 1).

Patienter med hjärtsvikt har i stor utsträckning även andra sjukdomar, som kan ge en liknande symtombild. Få studier har belyst hur sjukdomspanoramat ser ut bland hjärtsviktspatienter i primärvården och i hur stor utsträckning andra sjukdomar kan påverka NYHA-bedömningen.

Vi har för avsikt att belysa hur sjukdomspanoramat kan se ut hos hjärtsviktspatienter i primärvården och hur detta påverkar värderingen av deras fysiska funktionsförmåga. Vi har tidigare använt gradering enligt NYHA-systemet och upplevt att detta många gånger inte ger en korrekt bild av patienternas hjärtsviktssymtom. Därför har vi (efter mönster från den visuella analoga skalan för smärtskattning) konstruerat en egen visuell analog skala för värdering av andfäddhet och trötthet och jämfört denna med NYHA-systemet.

II Patienter och metod

Under perioden november 1996 till december 1997 genomförde tre vårdcentraler i östra Östergötland en studie på patienter under 80 år med hjärtsvikt [1]. Inklusionen skedde konsekutivt i samband med att patienter med tidigare ställd diagnos eller misstänkt nyttillkommen hjärtsvikt sökte läkare vid vårdcentralerna i Åby, Vikbolandet eller Valdemarsvik med huvudsakligen landsbygdsbefolkning i sina upptagningsområden. Samtliga som inte fått sin diagnos verifierad tidigare remitterades för ekokardiografi, som bedömdes enligt ett protokoll omfattande dimensioner på vänster förmak och kammar, uppskattning av vänsterkammarrörligheten och diastolisk funktion. Den totala respektive regionala vänsterkammarrörligheten klassificerades som normal, lätt sänkt, måttligt sänkt eller uttalat sänkt. Detta motsvarar ejektionsfraktionsvärden på >50 procent, 40–50 procent, 30–40 procent respektive <30 procent. För värdering av diastolisk funktion registrerades mitralis- och lungvenflödes hastigheter med doppler.

Patienter med ekokardiografiska tecken till systolisk och/eller diastolisk global vänsterkammardysfunktion alter-

SAMMANFATTAT

På 158 patienter med säkerställd hjärtsvikt detaljstuderades sjukdomspanoramat med syfte att se hur ofta funktionsvärdering enligt NYHA-systemet stördes av andra sjukdomar med hjärtsviktsliknande symtom. Samtidigt utvärderades en alternativ visuell analog skala för skattning av funktionskapacitet.

Sjuttioåtta procent av patienterna hade störande sjukdomar av sådan grad att de riskerade att placeras i en felaktig NYHA-klass.

Det fanns ingen korrelation mellan NYHA-klass och grad eller typ av ekokardiografisk kammardysfunktion men däremot mellan NYHA-klass och förekomsten av bakomliggande störande sjukdomar.

nativt uttalad stasbild på hjärt-lungröntgen inkluderades. Inkluderade patienters journal studerades för att kartlägga förekomsten av andra sjukdomar med symtom av sådan grad att de kunde påverka NYHA-klassificeringen.

Vid förekomst av andra störande sjukdomar gjordes en bedömning av i vilken utsträckning detta påverkade NYHA-graderingen. Alternativen var måttlig störning (= en NYHA-klass) och uttalad störning (= två NYHA-klasser). Bedömningen utfördes i samtliga fall av huvudförfattaren och grundades på uppgifter i journalen angående symtomgrad, medicinering, undersökningsresultat och livskvalitetspoäng. Vid tveksamhet diskuterades med behandlande läkare.

Beträffande samtliga patienter registrerades NYHA-klass och via en visuell analog skala grad av andfäddhet och trötthet (Fakta 2). För statistiska beräkningar har t-test och Spearmans rangkorrelationstest använts.

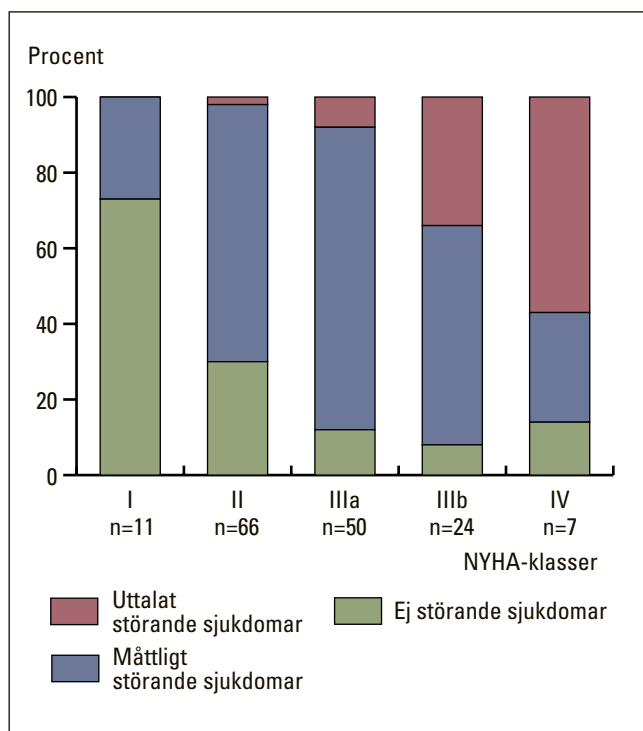
II Resultat

Studien innefattar 158 hjärtsviktspatienter. Etthundratretioen erhöll diagnos via ekokardiografi och 27 via lungrönt-

II Fakta 1

Gradering av hjärtsjukdom enligt New York Heart Association-systemet

NYHA I	Hjärtsjukdom utan symptom
NYHA II	Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet endast efter mer än måttlig fysisk aktivitet
NYHA IIIa	Medelsvår hjärtsvikt som medför besvär av andfåddhet och trötthet redan vid lätt till måttlig fysisk aktivitet, klarar dock att gå på planmark över 200 meter utan besvär
NYHA IIIb	Medelsvår hjärtsvikt som medför besvär av andfåddhet och trötthet redan vid promenad på plan mark kortare än 200 meter men ej i vila
NYHA IV	Svår hjärtsvikt med besvär av andfåddhet och trötthet i vila



Figur 1. Fördelningen av störande sjukdomar bland patienter i olika NYHA-klasser.

gen. Gruppen innehöll 62 kvinnor och 96 män. Medelåldern var 76,4 år. Hos 78 procent fanns andra sjukdomar med symptom som kunde störa NYHA-bedömningen, 66 procent måttligt störande och 12 procent uttalat störande.

Tabell I visar vilka andra störande sjukdomar som noterades och hur dessa fördelade sig i respektive grupp, måttligt eller uttalat störande.

Det fanns bland 123 patienter totalt 245 diagnoser som betraktats som störande. Endast 35 patienter av 158 hade en »ren« hjärtsvikt, dvs de saknade andra störande sjukdomar. Fördelningen mellan kvinnor och män i denna grupp var 14/21. Dessa 35 patienter fick signifikant bättre poäng på den visuella analoga skalan än de övriga (3,0 mot 4,9; $P < 0,0001$). Vad gäller NYHA-klasser kunde ingen skillnad noteras ($P = 0,2$).

Av Figur 1 framgår att det fanns ett signifikant samband mellan patienternas NYHA-klass och förekomsten av störande sjukdomar. Ju högre NYHA-klass, desto fler och mer stö-

Tabell I. Grad av störning av NYHA-bedömningen på grund av andra sjukdomar med hjärtsviktsliknande symptom.

Typ av störande sjukdom	Måttligt störande, antal diagnoser	Uttalat störande, antal diagnoser
Angina	51	8
Artros i nedre extremitet	32	4
Emfysem	24	9
Depression	15	–
Kronisk lumbago	15	6
Yrsel	14	1
Kroppsmasseindex (BMI) över 30	12	1
Claudicatio intermittens	11	4
Lungemboli	5	–
Slaganfall med sequelae	5	6
Reumatiska sjukdomar	3	2
Grav anemi	3	–
Aktiv gikt	2	–
Nedsatt syn	2	–
Obehandlad hypotyreos	2	–
Hälseneruptur	1	–
Parkinsons sjukdom	1	–
Status post pulmekтоми	1	–
Toraxdeformitet	1	–
Benamputerade	–	3
Demens	–	1

rande sjukdomar ($p = 0,56$, $P < 0,001$). Vid genomgången av materialet upptäcktes att tio patienter bedömts befinna sig i två olika NYHA-klasser samma dag på grund av att dessa träffat olika vårdgivare (både läkare och sviktsköterska). I dessa fall har läkarens klassifikation använts vid sammanställningen.

Det fanns inte något samband mellan NYHA-klass och typ av svikt vid ekokardiografiundersökningen ($p = 0,07$, $P = 0,49$). I samtliga funktionsklasser hade 25–30 procent av patienterna en ren diastolisk svikt. Inte heller grad av systolisk vänsterkammardysfunktion skiljde mellan de olika NYHA-klasserna, utan i samtliga fem NYHA-klasser fanns en likartad fördelning av patienter med lätt, måttlig respektive uttalat sänkt systolisk kammarfunktion.

I NYHA-klass IV hade fem patienter av sju emfysem, men ingen hade haft hjärtinfarkt tidigare. Samtidigt har vi i samma material sett att tidigare genomgången hjärtinfarkt är den enda sjukdom som tydligt korrelerar med förekomst av hjärtsvikt vid ekokardiografi.

II Diskussion

Få moderna studier går att finna angående hur praktisk och adekvat NYHA-klassificeringen är i den kliniska vardagen. Flera studier har använt sig av mer invasiva och omfattande metoder att utvärdera funktionskapaciteten hos hjärtsviktpatienter, till exempel mätning av utbytet av metaboliska gaser i relation till ansträngning, 6-minuters gångtest, arbetsprov, invasiva hemodynamiska mätningar och teknetiumskintigrafi, men inte bedömt värdet av själva NYHA-klassificeringen [2–9]. Från senare år finns en italiensk studie [2] som har gjort en jämförelse mellan NYHA-systemet och en annan indelningsmodell. Denna gällde Goldmanskalen, som visade sig vara mer objektiv och specifik än NYHA-indelningen. I vår studie fann vi ett samband mellan NYHA-klass och samtidig förekomst av störande sjukdomar. Endast 22 procent av hjärtsviktpatienterna i vår studie var fria från sjukdomar med lik-



Annons

Annons

II Fakta 2

Visuell analog skala för värdering av andfåddhet och trötthet

ANDFÅDDHET		TRÖTTHET	
Ingen onormal andfåddhet vid ansträngning	___ 0	Ingen onormal trötthet	___ 0
Efter 3 trappor	___ 1	Orkar det mesta	___ 1
Efter snabb promenad i backe	___ 2	Klarar promenad i skogen utan större problem	___ 2
Vid promenad i backe	___ 3	Kan vara hemifrån 5–6 tim	___ 3
Efter 1 trappa	___ 4	Arbetar i trädgården utan större besvär	___ 4
Efter 200 m promenad i normal takt	___ 5	Klarar lättare hushållsarbete och se på TV 3–4 tim	___ 5
Efter mer än 50 m	___ 6	Orkar utföra ngn hobby, åker och handlar	___ 6
Andfådd eller hosta nattetid	___ 7	Sängläge ngn timme per dag	___ 7
Vid egen hygien, dusch	___ 8	Sängläge ett par tim/dag	___ 8
Andfådd vid påklädning	___ 9	Sängläge mer än halva dagen	___ 9
Andfådd i vila	___ 10	Sängläge största delen av dagen	___ 10

ande funktionsinskränkning som vid hjärtsvikt. NYHA-bedömningen sade mer om patientens totala funktionsförmåga och avspeglade vanligtvis inte graden av hjärtsvikt i vårt primärvårdsklientel. Detta illustreras av att fem av sju patienter i NYHA IV-gruppen även hade diagnoserna kroniskt obstruktiv lungsjukdom eller emfysem samtidigt som ingen i den gruppen haft hjärtinfarkt. Det förefaller allt svårare att bedöma just hjärtsviktens del i patientens symtom ju svårare »svikt« patienten bedöms ha.

En av NYHA-systemets svagheter är att det är beroende av vad en yttre bedömare tycker, dvs läkaren eller sköterskan. Det visade sig inte minst genom att tio patienter samma dag bedömts befinna sig i två olika funktionsklasser. Med en visuell analog skala kan denna risk minskas genom att patienten själv i större utsträckning värderar sin funktionsgrad.

Vidare är den visuella analoga skalan inte lika direkt beroende av en optimal funktionsförmåga i benen, vilket gör den bättre för bedömning av rörelsehindrade patienter, som inte är någon liten grupp. Av de 245 sjukdomarna i Tabell I påverkar 112 (46 procent) funktionen i nedre extremiteterna och stör därmed NYHA-bedömningen. En klassifikations användbarhet är även avhängig av dess prognostiska värde beträffande mortalitet, behov av slutenvård etc. Dessa frågor

ligger inte inom ramen för denna studie och återstår därför att besvara.

II Slutsats

Hjärtsviktspatienterna i ett primärvårdsklientel har en komplex sjukdomsbild, och flertalet har samtidigt andra sjukdomar som kan maskera eller efterlikna hjärtsviktssymtomen. NYHA-bedömningen säger mer om patientens totala funktionsförmåga och avspeglar vanligtvis inte graden av hjärtsvikt. En enkel och patientstyrd gradering av symtomen trötthet och andfåddhet förefaller vara användbar för att värdera hjärtsviktssjukdomen.

Referenser

1. Blomqvist K, Örtoft K, Johansson Å, Ascione S, Nylander E, Åkerlind I. Diagnostik och behandling av hjärtsvikt i primärvården. Låg korrelation mellan Pro-ANF och hjärtsvikt. Läkartidningen 2000; 97: 159-62.
2. Varani E, Casella G, Magnani G, Prati F, Magelli C, Magnani B. The clinical evaluation of the severity of chronic heart failure: a comparison between the NYHA functional class and the Goldman scale. Cardiologia 1990; 35: 651-6.
3. Schaufelberger M, Gustafsson G, Held P, Swedberg K. Olika metoder

der att bedöma patienter med hjärtsvikt. Läkartidningen 1989; 86: 2528-30.

4. Van den Broek SA, Van Veldhuisen DJ, De Graeff PA, Landsman ML, Hillege H, Lie KI. Comparison between New York Heart Association classification and peak oxygen consumption in the assessment of functional status and prognosis in patients with mild to moderate chronic congestive heart failure secondary to either ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol 1992; 70: 359-63.
5. Clark AL, Harrington D, Chua TP, Coats AJ. Exercise capacity in chronic heart failure is related to the aetiology of heart disease. Heart 1997; 78: 569-71.
6. Peeters P, Mets T. The 6-minute walk as an appropriate exercise test in elderly patients with chronic heart failure. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1996; 51(4): M147-51.
7. Roul G, Germain P, Bareiss P. Does the 6-minute walk test predict the prognosis in patients with NYHA class II or III chronic heart failure? Am Heart J 1998; 136(3): 449-57.
8. Myers J, Salleh A, Buchanan N, Smith D, Neutel J, Bowes E et al. Ventilatory mechanisms of exercise intolerance in chronic heart failure. Am Heart J 1992; 124(3): 710-19.
9. Meyer K, Westbrook S, Schwaibold M, Gornandt L, Lehmann M, Roskamm H. Aerobic capacity and functional classification of patients with severe left-ventricular dysfunction. Cardiology 1996; 87(5): 443-9.

SUMMARY

Functional evaluation of heart failure patients in primary care
The NYHA system is unreliable since intercurrent illness can give rise to similar symptoms

Kjell Blomqvist, Kjell Örtoft, Ingemar Åkerlind
Läkartidningen 2001; 98: 2713-7

A group of 158 patients with congestive heart failure was studied in detail concerning other types of morbidity. The purpose was to evaluate how often classification according to the NYHA system was disturbed by intercurrent disease with a similar set of symptoms. At the same time, a visual analogue scale for the evaluation of physical capacity was tested. Seventy-eight per cent of the patients had intercurrent disease putting them at risk of inadequate NYHA classification. There was no correlation between the patients' NYHA class and grade or type of echocardiographic ventricular dysfunction. However there was a correlation between NYHA class and the presence of intercurrent disease.

Correspondence: Kjell Blomqvist, Åby vårdcentral, Nyköpingsvägen 28, SE-616 32 Åby, Sweden
(Kjell.Blomqvist@lio.se)

Särtryck

Läkartidningen

När Försäkringsmedicinska Sällskapet bildades för att främja försäkringsmedicinens utveckling samlades 14 artiklar publicerade i Läkartidningen 1996 till ett särtryck. Detta belyser hur försäkringsläkare arbetar inom allmän och privat försäkring och tar upp försäkringsmedicinska problem från patientens synvinkel.

Riskbedömning vid barnförsäkringar, etiska problem i samband med gentestning och försäkring, samt de kniviga ärenden som gäller nack-skulderbesvär, inklusive pisksnärtskador, behandlas bland annat i artiklarna.

Priset är 50 kronor.

Försäkringsmedicin



Beställer härmed.....ex
av "Försäkringsmedicin"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker