

|   | Akuta koronara syndrom  | Kronisk ischemisk hjärtsjukdom              | Akut extremitetshot andeischemi | Kronisk kritisk ischemi med såreller vilovärk                                    | Claudicatio intermittens  | Asymtomatisk aterosklerotisk benartärsjukdom | TIA/ischemisk stroke  | Asymtomatisk karotisstenos   | Fynd av vitsubstansförändringar eller gamla infarkter vid DT/MRT hjärna | Typ-2 diabetes  | Hypertoni  |
|---|---|---|---------------------------------|--|---|--|---|--|---|---|--|
| <b>Invasiv åtgärd</b>   | Akut PCI  | Elektiv PCI eller CABG vid indikation       | Akut intervention               | Skyndsamt intervention   | Elektiv symtomlindrande intervention vid uttalade symtom som inte svarar på gångträning |  | Akut trombolytisk och/eller trombektomi vid ischemisk stroke och indikation. Snar kirurgi vid TIA/amaurosis fugax/minor stroke och ipsilateral karotisstenos > 50%. | Kirurgi kan övervägas  |   |   |  |
| <b>Levnadsvanor</b>   | Avstå tobak. Minst 150 minuters måttlig fysisk aktivitet per vecka. Kompletterande styrketräning och högintensiv konditionsträning. Hälsosamma matvanor enligt Nordiska näringsrekommendationer. Undvika riskbruk av alkohol.   |   |                                 |  |   |  |   |  |   |   |  |
| <b>Blodtryck</b>  | Behandlingsmålen är ett genomsnittligt mottagningsblodtryck på 120-129/70-80 för de under 70 år och 130-139/70-80 för de som är 70 år eller äldre, < 135/85 mm Hg vid hemblodtrycksmätning eller dygnsmedelvärde < 130/80 mm Hg vid 24-timmars blodtrycksmätning. Läkemedel enligt Kloka Listan. Vid hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion prioriteras prognosförbättrande läkemedel som i förekommande fall upptitreras till måldoser. |   |                                 |  |   |  |   |  |   |   |  |
| <b>Specifik intervention levnadsvanor</b>                     | Sjukhusansluten hjärtrehabilitering under första året   | Överväg sjukhusansluten hjärtrehabilitering | Handledd gångträning            |  |   |  | Specialiserad neurorehabilitering   |  |   |   |  |
| <b>Trombocyt-hämmare</b>                                      | Dubbel trombocythämning i 3-12 månader efter intervention, sedan vanligen som monoterapi. Vid indikation för antikoagulantia har detta oftast företräde. Initialt i kombination med trombocytämmare, sedan vanligen antikoagulantia i monoterapi.   |   |                                 | Monoterapi. Vid indikation för antikoagulantia ges antikoagulantia i monoterapi. |   | Monoterapi kan övervägas.                    | Dubbel trombocythämning under 3 veckor i utvalda fall. Sedan monoterapi. Vid indikation för antikoagulantia ges antikoagulantia i monoterapi.                       | Monoterapi. Vid indikation för antikoagulantia ges antikoagulantia i monoterapi. |   |   |  |
| <b>Betablockad</b>  | Ja, företrädesvis metoprolol  |   |                                 |  |   |  |   |  |   |   |  |
| <b>Lipidsänkande behandling</b>                               | Lipidsänkande behandling med högdos atorvastatin 40-80 mg och ezetimib med mål LDL < 1,4 mmol/l   |   |                                 |  |   |  |   |  |   | Vid organskada eller minst 3 andra riskfaktorer: Högdos atorvastatin och eventuellt ezetimib med mål LDL < 1,4 mmol/l. Vid ålder över 40 år: Mål LDL < 1,8 mmol/l | Mycket hög risk: Högdos atorvastatin och eventuellt ezetimib med mål LDL < 1,4 mmol/l. Högrisk: Mål LDL < 1,8 mmol/l. Måttlig risk: Mål LDL < 2,6 mmol/l |
| <b>ACE-hämmare/ARB</b>  | Ja  |   |                                 |  |   |  |   |  |   | Ja, vid hypertoni samt vid mikroalbuminuri/njurpåverkan   | Ja, oftast lämpligt förstahandsläkemedel   |
| <b>Diabetesmedel med minskad risk för hjärtkärl-händelser</b> | Metformin samt GLP1-analog och/eller SGLT2-hämmare vid samtidig typ-2 diabetes  |   |                                 |  |   |  |   |  |   | Metformin   |  |