

**Manual Trajnimi
Përdorimi i Protokollit
të Mjekimit të Sëmundjes
Kronike Obstruktive
Pulmonare (SPOK)
në KSHP**

Ky dokument është hartuar nga:

Dr. Valbona Iljazi (mjeke familje)

Dokumenti është rishikuar nga një grup i përbërë nga

Dr. Artanca Çollaku (mjeke familje)

Dr. Albiona Lamaj (mjeke familje)

Dr. Vera Kurti (mjeke pneumologe).

Hartimi dhe publikimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e Projektit Shëndet për të Gjithë të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC apo HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



REPUBLIKA E SHqipëRIE
MINISTRIA E SHËNDETËSISË
DHE MBROJTJES SOCIALE



Hyrje

Ky Manual është hartuar që të përdoret në trajnimin “Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Sëmundjes Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK) nga ekipi i mjekësisë së familjes në KSHP” me qëllim aftësimin në përdorimin e Protokollit të mjekimit të SPOK-ut në praktikën e përditshme të menaxhimit të rasteve me SPOK në KSHP.

Manuali është hartuar që të përdoret si material trajnues bashkë me Protokollin e mjekimit dhe Udhërrëfyesin klinik të SPOK-ut në “Trajnimet për Trajnerë” dhe nga “Grupi i Kolegëve” në nivel qendre shëndetësore.

Manuali i trajnimit përfshin gjithashtu treguesit për të matur zbatimin e protokollit në praktikën e përditshme të menaxhimit të rasteve me SPOK, dhe cilësinë e ndjekjes së rasteve me SPOK nga ekipi i mjekësisë së familjes.

Trajnimi “Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të SPOK-ut” përfshin njohjen me këto tregues dhe si mund të maten me qëllim përdorimin e tyre gjatë monitorimit nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore të zbatimit të protokollit në praktikën e përditshme të menaxhimit të rasteve me SPOK, dhe të cilësisë së ndjekjes së rasteve me SPOK nga ekipi i mjekësisë së familjes.

Përmbajtja

1. Fizpatologjia e SPOK-ut	7
2. Diagnoza	8
3. Diagnoza diferenciale	10
4. Spirometria	11
5. Vlerësimi i pacientit me SPOK	13
5.1 Klasifikimi sipas GOLD	13
5.2 Vlerësimi i rëndesës së SPOK-ut	14
6. Menaxhimi i SPOK-ut	15
6.1 Pacientët me SPOK të Grupit A	15
6.2 Pacientët me SPOK të grupit B	16
6.3 Pacientët me SPOK Grupi C	16
6.4 Pacientët e grupit D	16
7. Edukimi i pacientit	18
7.1 Edukimi i pacientit për teknikën e përdorimit të pompës	18
7.2 Vaksinimi	18
7.3 Lënia e Duhanit	18
7.4 Dieta dhe aktiviteti fizik	19
7.5 Rehabilitimi Pulmonar	20
7.6 Plani i veprimit për SPOK	20
8. Ndjekja dhe kujdesi në vazhdimësi i pacientëve me SPOK	23
9. Riakutizimi i SPOK-ut	25
9.1 Faktorët e rrezikut për riakutizime	25
10. Vlerësimi i pacientit me riakutizim të SPOK-ut	26
11. Trajtimi i riakutizimit të SPOK	28
11.1 Antibiotikët	28
12. Oksigjenoterapia e vazhduar	31
13. Ndjekja dhe monitorimi	32
13.1 Kriteret e referimit tek specialisti	32
13.2 Referimi në spital	32
14. Treguesit e monitorimit të zbatimit të protokollit të mjekimit për SPOK-un dhe të cilësisë së menaxhimit të rasteve me SPOK në KSHP	34

1. Fizpatologjia e SPOK-ut

Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK) është një sëmundje e parandalueshme, e trajtueshme, por jo e shërueshme.

SPOK karakterizohet nga :

- simptoma persistente respiratore dhe
- (obstruksion) kufizim i lëvizjes së ajrit

për shkak të ndryshimeve strukturore, ngushtimit të rrugëve të vogla të ajrit, disfunksionit mukociliar dhe shkatërrimit të parenkimës pulmonare, si **rezultat i një përgjigje inflamatore të shtuar ndaj irritantëve, kryesisht ndaj tymit të duhanit. Duhani** është faktori më i rëndësishëm i rrezikut për të zhvilluar SPOK.

2. Diagnoza

Marrja e një anamnezë të detajuar dhe ekzaminimi fizik orientojnë drejt diagnozës së SPOK-ut, e cila konfirmohet nga Spirometria.

Diagnoza e hershme është e vështirë sepse pacienti nuk ka shenja për SPOK në ekzaminim fizik. Këta pacientë mund të mos na thonë, nëse ne nuk i pyesim për simptomën më të hershme të SPOK-ut, që është **dispne në effort**/dispnea gjatë sforçimit fizik, të cilën mund ta perceptojnë edhe si pasojë e mbipeshës.

Për pacientë të cilët kanë 10-15 paketë-vite (paketë/a cigareje të konsumuara në ditë e shumëzuar me vitet e duhanpirjes së rregullt) duhet të vlerësojmë rrezikun për SPOK nëpërmjet pyetësorit të depistimit për SPOK (Aneksi 13.2 tek Udhërrëfyeni klinik për SPOK-un në KSHP).

Çdo mjek familje, infermier familje duhet të vlerësojë në mënyrë sistematike rrezikun për SPOK për çdo pacient nëse ai është duhanpirës. Në një pacient duhanpirës, veçanërisht në të dyzetat duhet të vlerësojmë kohëzgjatjen dhe sa duhan ka pirë pacienti, duke vlerësuar sa vite-paketë duhani ka ai pacient.

Është e lehtë të dyshosh për SPOK kur pacienti ka 3 simptomat kryesore, që fillojnë gradualisht dhe rëndohen me kalimin e viteve:

- Dispnea
- Kolla kronike dhe
- Sputumi

Dispnea është simptoma kryesore, që gradualisht rëndohet duke u shfaqur me pak aktivitet fizik dhe më së fundi edhe në qetësi. Dispnea përkeqësohet nga aktiviteti fizik.

Kolla kronike karakterizohet nga sputumi, fillimisht në mëngjes dhe me rëndimin e gjendjes pacienti ka kollë me sputum edhe gjatë ditës. Vëllimi ditor i sputumit zakonisht nuk kalon sasinë prej 60 ml në ditë.

Gjetjet në ekzaminimin fizik të pacientëve me SPOK janë në varësi të rëndesës së sëmundjes. Ekzaminimi fizik mund të jetë plotësisht normal derisa të kemi ulje të funksionit pulmonar që manifestohet me rritje të frekuencës respiratore. Në këto situata gjatë ekzaminimit të toraksit vërejmë zgjerim të kafazit të krahërorit, në auskultim gjejmë sibilanca që dëgjohen në ekspirim, ekspiracion të zgjatur, ulje difuze të respiracionit dhe në perkusion hiperrezonacë.

Karakteristike për bronkitin kronik është kolla e shpeshtë produktive, pacientët janë obezë dhe shpesh kanë përdorim të muskujve ndihmës respiratorë, në auskultim gjejmë ronke dhe fishkëllima. Kur rëndohet gjendja mund të jenë të pranishme shenjat e insufiçencës kardiake të djathtë (cor pulmonar).

Karakteristike për pacientët me emfizemë, është se këta pacientë janë shumë të dobët, me kafaz krahërori të zgjeruar veçanërisht në diametrin antero-posterior dhe mund të kenë pak ose aspak kollë produktive. Karakteristike është frymëmarrja me buzë sikur po fryn diçka dhe përdorimi i muskujve aksesorë respiratorë. Krahërori ka rezonancë tështuar në perkusion. Rrahjet e zemrës mezi dëgjohen.

Pacientët në stadet e fundit të SPOK, marrin pozicione për të lehtësuar dispnenë. Ata përkulen para me krahë të shtrira dhe mbështesin peshën e trupit në pëllëmbë apo në kyçe. Tek ato janë të dukshme përdorimi i muskujve aksesorë të frymëmarrjes, frymëmarrja paradoksale, tendosja e venave jugulareve dhe edema periferike.

3. Diagnoza diferenciale

Anamneza e detajuar na orienton për diagnozën më të mundshme. Elemente të veçantë në anamnezë, na ndihmojnë të bëjmë dallimin mes SPOK-ut dhe Astmës. Astma fillon në përgjithësi në fëmijëri dhe SPOK-u zakonisht mbi moshën 40 vjeç; simptomat e astmës ndryshojnë nga dita në ditë, nga mëngjesi në mbrëmje; ndërsa në SPOK simptomat janë gradualisht progresive. Pacientët me astmë kanë anamnezë personale dhe familjare për atopi dhe alergji.

Volumi i madh i sputumit dhe anamneza për infeksione të shpeshta pulmonare, duhet të na bejnë të dyshojmë për bronhektazi.

Diagnoza diferenciale në pacientë me dispne, kollë produktive në të dyzetat apo më vonë është mjaft e gjerë.

Për pacientin tek i cili dyshojmë për SPOK, duhet të rekomandojmë:

gjak komplet,

grafi krahërori posteriore-anteriore dhe laterale dhe

ta referojmë për Spirometri, kur nuk është e mundur të bëhet në Mjekësinë e Familjes.

Me grafi krahërori përjashtohen patologji të tjera si, kanceri pulmonar, bronhektazia, efuzioni pleural, edema pulmonare apo sëmundja intersticiale pulmonare.

Gjaku komplet mund të tregojë policitemi, si pasojë e hipoksisë kronike.

4. Spirometria

Spirometria është e domosdoshme për të konfirmuar diagnozën. Spirometria bëhet para dhe pas dhënies së bronkodilatatorit për të përcaktuar nëse ka apo jo obstruksion dhe nëse është i kthyeshëm. Karakteristike e SPOK-ut është pakthyeshmëria/irreversibiliteti ose kthyeshmëria/reversibiliteti i pjesshëm. Një përgjigje pas dhënies së bronkodilatatorit **FEV1/FVC ratio < 0.7** nga ajo e parashikuara, është domethënëse për obstruksion dhe konfirmon diagnozën.

Përveç vlerës diagnostikuese, spirometria bëhet për të vlerësuar rëndesën, përgjigjen ndaj mjekimit dhe për të ndjekur ecurinë e sëmundjes.

Vlerat më të rëndësishme janë FEV1 dhe FVC;

FEV1 tregon nivelin e rëndësës së obstruksionit.

Për të gjithë pacientët më të rinj se 40 vjeç, me anamnezë familjare për emfizemë në moshë të hershme, ose pacientët që kanë ndryshime emfizematoze, por pa anamnezë për duhanpirje, duhet të rekomandojmë bërjen e alfa 1 antitripsinës.

Rasti klinik 1

Z. Hasan, është pensionist, 78 vjeç, ka kollë persistente. Është duhanpirës prej 40 vitesh, por në muajin e fundit është përkeqësuar. Kolla nuk po e lë të flerë natën. Kolla është e thatë. Nuk ka dhimbje krahërori, as djersë natën, as rënie peshe. Ai gjithmonë ka qenë i dobët. Nuk ka alergji, nuk vuan nga refluksi gastro-ezofageal, nuk merr ndonjë mjekim. Ai ka pirë 20 cigare në ditë që kur filloi ushtrinë. Ka punuar si këpuctar. Pi 1-2 birra në ditë.

Nuk ka vuajtur nga ndonjë problem shëndetësor. Nuk ka histori familjare për kancer, veç për diabet melitus.

Në ekzaminim fizik ai ka pulsën 80/min, TA 130/82. FR 13/min, temperatura 37.3 C.

Në ekzaminim është i dobët, por jo kahektik, nuk ka vështirësi respiratore në qetësi. Ekzaminimi fizik është normal.

- Çfarë do të vlerësoni tek ky pacient?
- Cila është diagnoza diferenciale ?
- Si do të vlerësoni rrezikun për SPOK tek ky pacient?
- Çfarë analizash dhe ekzaminimesh do t'i rekomandonit këtij pacienti?

Rasti klinik 2

Z. Hysen, është një pacient 65 vjeç, që sapo ka dalë në pension, dhe shqetësimi i tij kryesor është vështirësia në frymëmarrje në 6 muajt e fundit kur ngjit shkallët. Ai u shqetësua më tepër kur vrapoi për të kapur autobuzin dhe vështirësia e tij në frymëmarrje tërhoqi vëmendjen e të gjithëve. Ai ka qenë hidraulik dhe ka pirë 20 cigare në ditë që kur ka qenë adoleshent. Hera e fundit që ka qenë tek mjeku, ishte kur kishte thyer krahun para 30 vitesh. Nuk ka vuajtur nga ndonjë problem shëndetësor. Kur e pyet, të thotë që nuk ka fishkëllima apo zhurma të tjera me frymëmarrjen, por pranon që ka kollë si të gjithë duhanpirësit, prej shumë vitesh. Ka sasi të vogël sputum dhe zakonisht nuk ka gjak në sputum. Nuk ka ndryshime në peshë. Nuk ka shtrëngim gjoksi në aktivitet fizik. Nuk ka të dhëna të tjera domethënëse në anamnezë.

Pacienti ka gjendje të mirë të përgjithshme, por është obez. Nuk ka gishta tamburi, dhe ka shenjat e nikotinës në gishta. TA 108/60mmHg. Në auskultim ka respiracion vezikular por dëgjohet i dobët. Pjesa tjetër e ekzaminimit fizik të detajuar është normal.

- Çfarë do të vlerësoni tek ky pacient?
- Cila është diagnoza diferenciale? Profesion si hidraulik (ekspozim ndaj asbestit) për cilën patologji e bën pacientin me rrezik të shtuar?
- Si do të vlerësonit rrezikun për SPOK tek ky pacient?
- Çfarë analizash dhe ekzaminimesh do të rekomandonit për këtë pacient?

Diskutoni përgjigjet dhe argumentoni në grup.

5. Vlerësimi i pacientit me SPOK

Në çdo vizitë duhet të vlerësojmë:

- Simptomat *dhe*
- Rrezikun për riakutizime

Për vlerësimin e simptomave përdorim ose **shkallëzimin e dispnesë** të Këshillit të Studimit Shkencor (kini para sysh: dispnea është simptoma kryesore), Tabela 1 “Shkalla e dispnesë sipas Modified Medical Research Council (mMRC)” ose **Testi i vlerësimit të SPOK** (CAT test), Aneksi 13.3, Udhërrëfyeni klinik për SPOK-un në KSHP. Ky test mund të plotësohet edhe online dhe është në gjuhën shqipe. Pacienti mund ta plotësojë vetë në shtëpi ose në dhomën e konsultës mjekësore.

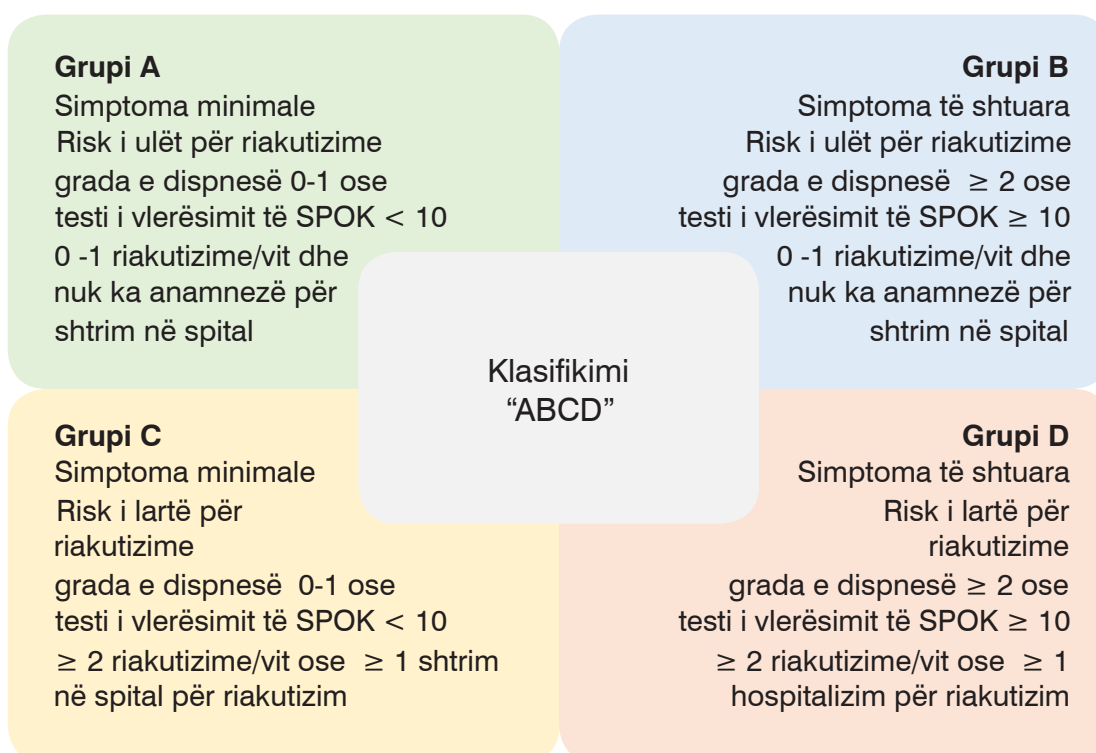
Rreziku i riakutizimit bazohet në anamnezën e riakutizimeve në vitin e kaluar.

Dy (2) apo më shumë riakutizime që kërkuan antibiotikë dhe/ose glukokortikoidë sistemikë, ose një ose më shumë shtrime në spital vitin e kaluar tregojnë risk të rritur për riakutizime në të ardhmen.

5.1 Klasifikimi sipas GOLD

Sipas Iniciativës Globale për Sëmundjet Kronike Pulmonare (GOLD), bazuar në simptomat e SPOK-ut dhe rrezikun për riakutizime, pacientët me SPOK klasifikohen në 4 Grupe: A,B,C dhe D.

Figura Klasifikimi GOLD «ABCD»: Vlerësimi i simptomave dhe riskut të riakutizimit për fillimin e terapisë për SPOK-un



5.2 Vlerësimi i rëndesës së SPOK-ut

Për të vlerësuar rëndesën e SPOK-ut bazohemi në FEV1 postbronkodilatator.

Për këtë shihni Tabelën ‘Vlerësimi shumëdimensional i SPOK-ut’,

Aneksi 13.1, tek Udhërrëfyeni klinik për SPOK-un në KSHP,

Rasti klinik 1 (vazhdim)

Z. Hasan, në pyetësinë për të vlerësuar mundësinë për COPD u vlerësua me 6 pikë.

Ju e dërguat për grafi krahorori, gjak komplet dhe spirometri.

Grafia dhe gjaku komplet rezultuan normal. Në Spirometri vlera e FEV1 tregon për obstrukcion të moderuar pa kthyeshmëri/reversibilitet pas bronkodilatatorit.

- Pse ju përveç Spirometrisë e dërguat pacientin edhe për gjak komplet dhe grafi krahorori?
- Në çfarë grupi sipas GOLD ju do të klasifikonit këtë pacient të sapodiagnostikuar me SPOK?

6. Menaxhimi i SPOK-ut

Baza e trajtimit të SPOK-ut, pavarësisht nga rëndesa, është edukimi i pacientit+ lënia e duhanit + aktiviteti fizik dhe stili i jetës + vaksinimi+ bronkodilatator me veprim të shkurtër sipas nevojës.

Në varësi nga niveli i rëndesës së simptomave dhe të rrezikut për riakutizime përcaktohet:

- Terapia mbajtëse
- Nevoja për rehabilitim pulmonar
- Nevoja për dhënien e oksigjenit apo
- Nevoja për transplant pulmonar si opsioni i fundit në pacientët me gjendje shumë të rëndë.

Fillimi i terapisë farmakologjike bazohet në

- rëndesën e simptomave dhe
- rrezikun për riakutizime/ekzacerbime

Studjo me kujdes Tabelën 3 “Përmbledhje e grupeve GOLD “ABCD” dhe trajtimet e sugjeruara” tek Udhërrëfyeni klinik për SPOK-un në KSHP. Kjo tabelë jep përmbledhjen e trajtimit të rekomanduar të SPOK-ut sipas simptomave dhe rrezikut për riakutizime.

6.1 Pacientët me SPOK të Grupit A

Pacientëve me SPOK të Grupit A, me simptoma minimale dhe risk të ulur për riakutizime u rekomandohet **bronkodilatator me veprim të shkurtër**, sipas nevojës për lehtësimin e simptomave: beta 2 agonistët ose antikolinergjikët me veprim të shkurtër. Secili mund të jepet vetëm ose të kombinuar ndërmjet tyre për lehtësimin e e simptomave të herëpashershme të këtyre pacientëve.

Ventolin pompë 0.1 mg/shypje, 2 shtypje çdo 4-6 orë sipas nevojës, ose 2.5 mg solucion 3 ml për nebulizator çdo 4-6 orë sipas nevojës.

Ipratropium (Atrovent) 20 mcg/ shtypje , 1-2 shtypje 4 herë në ditë, ose si solucion për nebulizator 0.25-0.5 mg çdo 6-8 orë.

6.2 Pacientët me SPOK të grupit B

Pacientëve me SPOK të grupit B me simptoma të theksuara, por me risk të ulur për riakutizime, u rekomandohet mjekim mbajtës me bronkodilatator me veprim të gjatë (beta 2 agonist ose antikolinergjik me veprim të gjatë), si dhe mjekim lehtësues me bronkodilatator me veprim të shkurtër. Zakonisht si mjekim lehtësues për të gjithë pacientët me SPOK jepet Ventolina.

Përzgjedhja e bronkodilatatorit me veprim të gjatë bëhet e individualizuar për çdo pacient. Në përgjithësi, antikolinergjikët me veprim të gjatë kanë efekt më të mirë. Antikolinergjikët me veprim të gjatë përfshijnë:

Tiotropium kapsulë 18 mcg, me inhalacion 1 herë/ditë.

Glycopyrrolate kapsulë inhalatore 50 mcg; 1 herë në ditë 1 kapsulë.

Efkti më i shpeshtë anësor i antikolinergjikëve është goja e thatë, por shpërlarja e gojës pas aplikimit të medikamentit mund të ulë këtë efekt anësor. Efekt tjetër shumë i rrallë mund të jetë retensioni urinar.

B2 agonistët me veprim të gjatë përfshijnë:

Salmeterol; 25 µg/shkrehje; 2x2 inhalacione/ditë

Formeterol; 12 µg/shkrehje 2x1 inhalacione/ditë (doza maximale: 48 µg/day)

Indacaterol; kapsulë (150 µg) inhalacion 1 X ditë

6.3 Pacientët me SPOK Grupi C

Pacientët me SPOK Grupi C, kanë simptoma minimale dhe risk të lartë për riakutizime.

Trajtimi i rekomanduar:

mjekimi mbajtës me **antikolinergjik me veprim të zgjatur** dhe

mjekimi lehtësues i dispnesë sipas nevojës kur pacienti ka simptoma me bronkodilatator me veprim të shkurtër (beta agonist ose antikolinergjik).

6.4 Pacientët e grupit D

Pacientët e grupit D, kanë simptoma të theksuara dhe risk të lartë për riakutizim.

Rekomandohet trajtimi fillestar mbajtës me antikolinergjik me veprim të gjatë, pasi ky ul dispnenë dhe riakutizimet në shumicën e pacientëve.

Për pacientë që kanë dispne të rëndë rekomandohet kombinimi i beta agonistëve me

veprim të gjatë me antikolinergjikët me veprim të gjatë dhe një medikament lehtësues i dispnesë (kur pacienti ka simptoma) një bronkodilatator me veprim të shkurtër (beta agonist ose antikolinergjik).

Indacaterol + Glycopyrronium 110 mcg + 50mcg capsulë inhalatore; 1 herë në ditë.

Për pacientët e grupit D, që kanë riakutizime të shpeshta, 2 ose më shumë në një vit dhe/ose eozinofile ≥ 300 qeliza/ μL , apo karakteristika të kombinimit të astmës me SPOK-un, rekomandohet trajtim i rregullt me beta 2 agonistët me veprim të gjatë dhe kortikosteroidë inhalatore. Rekomandohet të jepet për 1- 3 muaj dhe nëse nuk ka përmirësim të simptomave, të funksionit pulmonar dhe ulje të shpeshtësisë së riakutizimeve, atëherë CSI inhalatore+ LABA të mos vazhdohen.

Fluticasone-Salmeterol: 250 μg / 50 μg , 1 shtypje 2 herë/ditë.

Budesonide-Formoterol: 160 μg / 4.5 μg , 2 shtypje 2 herë/ditë

Beclomethasone-Formeterol 100 μg / 6 μg ; 2x2 inhalacione/ditë

Rasti klinik 2 (vazhdim)

Çfarë mjekimi do t'i jepnit Z. Hysen?

7. Edukimi i pacientit

Pasi kemi vendosur diagnozën dhe vlerësuar pacientin, është shumë e rëndësishme të edukojmë pacientin mbi SPOK-un dhe ta fuqizojmë atë të jetë bashkëpunues dhe aktiv në trajtimin e tij.

Qëllimi është:

- përmirësimi i simptomave,
- ulja e riakutizimeve,
- përmirësimi i funksionit dhe i cilësisë së jetës të pacientit

Trajtimi farmakologjik duhet të fillohet njëkohësisht me atë jo- farmakologjik.

7.1 Edukimi i pacientit për teknikën e përdorimit të pompës

Të mos jepen medikamentet pa edukimin paraprak të pacientit mbi përdorimin e saktë të pompës dhe pa verifikuar me demonstrim të përvetësimit të teknikës nga ana e pacientit.

Pra, Mjeku i Familjes dhe/ose Infermierja duhet t'i mësojnë pacientit teknikën e përdorimit të pompës dhe të sigurohen që pacienti e ka zotëruar teknikën nëpërmjet demonstrimit të përsëritur nga ana e tij.

7.2 Vaksinimi

Pacientët me SPOK duhet të bejnë vaksinën sezonale të gripit dhe atë të pneumokokut (23 valente).

7.3 Lënia e Duhanit

Është ndërhyrja e vetme që mund të ndalojë përkeqësimin e SPOK-ut dhe të ulë vdekshmërinë në këta pacientë.

Për të rritur efektivitetin e ndërhyrjes për të motivuar pacientin për lënien e duhanit është shumë e këshillueshme që ekipi i mjekësisë së familjes të trajnohet për tu aftësuar në komunikimin motivues me pacientin.

Pyet-Këshillo-Vepro Këshillim i shkurtër për pacientët duhanpirës. Në grup lexoni dhe diskutoni Aneksin 13.4 “Ndihmë pacientëve për të lënë duhanin: Këshillimi Shumë i Shkurtër” tek Udhërrëfyesi klinik për SPOK-un në KSHP.

Në këtë Këshillim të shkurtër për pacientët duhanpirës duhet të mbajmë parasysh që pacientët që pijnë më tepër se 10 cigare në ditë vuajnë simptomat e lënies së duhanit në 10-12 javët e para, prandaj duhet t’u ofrojmë mjekim për t’i mbështetur kur ata vendosin një datë për të lënë duhanin. Zakonisht ato kanë nevojë për dozë të plotë mjekimi me nikotinë për 2-3 muaj dhe më pas për dozë nikotine që ulet gradualisht.

Kështu pacientit mund t’i rekomandojmë:

Nikotinë në forma të ndryshme, p.sh, si ngjitëse në lëkurë apo si çimçakëz;

Vareniclina është një agonist i **receptorëve** të nikotinës, i cili edhe i bllokon edhe i stimulon ato, duke ndikuar në uljen e simptomave të lënies së duhanit. Ai duhet të fillohet një javë përpara datës kur pacienti ka vendosur për të lënë duhanin.

Bupropion është në grupin e antidepressantëve;

Cytizinë ka mekanizëm të ngjashëm me vareniclinën. Përdoret në vendet e Europës lindore dhe ka fituar shumë interes për shkak të efektivitetit dhe çmimit të ulët.

Është shumë e rëndësishme të këshillojmë pacientët si të lehtësojnë simptomat e varësisë së duhanit. Kështu përveç mjekimit mbështetës që përmendëm më sipër, duhet t’i ndihmojmë pacientët si të lehtësojnë simptomat e varësisë së duhanit duke i këshilluar:

- të marrin frymë thellë;
- të pinë ujë ngadalë duke e mbajtur në gojë më gjatë ndërkohë që përpiqen ta shijojnë atë;
- të bëjnë diçka tjetër për t’u shpërqëndruar nga duhani si p.sh, aktivitet fizik.
- të shmangin alkoolin, kafen, veçanërisht kur janë në shoqëri me ato që pinë duhan.

Pacientët duhet të kujtohen: edhe një cigare e vetme e hedh poshtë gjithë mundin!

7.4 Dieta dhe aktiviteti fizik

Për të gjithë pacientët me SPOK, rekomandohet një dietë e ekuilibruar për të arritur dhe mbajtur një peshë normale.

Aktiviteti i rregullt fizik rekomandohet për të gjithë pacientët me SPOK. Kur nuk kanë një fizioterapist për t’i udhëzuar, duhet t’i inkurajojmë të jenë fizikisht aktivë me aktivitet fizik të moderuar (p.sh ecje) për 30 min, 5 ditë në javë dhe të marrin pjesë në aktivitete ditore që kërkojnë përdorimin e muskujve.

Ushtrimet e frymëmarrjes në pacientët me SPOK kanë qëllim të ulin dispnenë nëpërmjet alternimit të muskujve respiratore që përfshihen në aktin e frymëmarrjes, të

ulet hiperinflacioni i pulmoneve, të përmirësohet aktiviteti i muskujve respiratorë dhe kordinimi optimal i lëvizjes torako- abdominale.

Tek pacientët me SPOK ka një prevalencë të rritur të obezitetit.

Obeziteti ka pasoja negative në funksionin pulmonar të këtyre pacientëve, pasi ul volumin rezervë ekspirator dhe kapacitetin rezidual funksional, rrit nevojën për më shumë mjekim, rrit dispnenë, lodhjen, ul cilësinë e jetës dhe aftësinë për aktivitet fizik.

Pacientët me SPOK kanë nevojë për këshillim motivues lidhur me ushqyerjen e balancuar dhe marrjen me aktivitetit fizik.

7.5 Rehabilitimi Pulmonar

Rehabilitimi Pulmonar është një tërësi ndërhyrjesh që përfshin trajnimin ushtrimor, edukimin, aftësimin për vetëmenaxhimin me qëllim përmirësimin e gjendjes fizike dhe psikologjike të pacientëve me SPOK.

Përfitimet që rrjedhin nga rehabilitimi pulmonar tek një pacient me SPOK, janë: përmirësimi i simptomave të dispnesë, lodhjes, ankthit, depresionit, përmirësimi i aktivitetit të muskujve periferikë dhe rritja e aftësisë për ushtrime fizike. Të gjitha këto çojnë në përmirësimin e cilësisë së jetës tek këta pacientë. Pacientët si rezultat i rehabilitimit pulmonar fitojnë një ndjenjë kontrolli mbi gjendjen e tyre.

Rehabilitimi pulmonar rekomandohet në pacientë me SPOK që megjithë trajtimin optimal vazhdojnë të kenë dispne.

7.6 Plani i veprimit për SPOK

Përmban informacion të strukturuar të individualizuar për pacientin për një vetëmenaxhim të mirë të sëmundjes nga ana e tij kur situata është nën kontroll dhe gjatë përkeqësimeve.

Plani i veprimit për SPOK përmban informacionin e mëposhtëm:

- medikamentet dhe dozat përkatëse që pacienti duhet të marrë në përgjigje të gjendjes së tij;
- udhëzime se çfarë duhet të bëjë kur gjendja përkeqësohet;
- kur duhet të marrë doza ekstra të mjekimit;
- kur duhet të kontaktojë mjekun e tij të familjes;
- çfarë duhet të bëjë në një situatë emergjence të lidhur me SPOK-un dhe kur duhet të thërrasë urgjencën (127).
- emrin e mjekut që ka bërë planin dhe si mund të kontaktohet.

Ky plan veprimi i individualizuar hartohet nga Mjeku dhe Infermierja e Familjes së bashku me pacientin dhe i jepet atij në formë të shkruar.

Pacienti sqarohet dhe inkurajohet ta sjellë me vete Planin e tij të veprimit për SPOK-un në çdo vizitë ose ta ketë të fotografuar në celularin e tij.

Plani i veprimit i individualizuar për çdo pacient këshillohet të rishikohet çdo vit.

Plani i veprimit jepet tek Aneksi 13.5 “Plani i Veprimit për SPOK-un”, Udhërrëfyesi klinik për SPOK-un në KSHP.

Aftësimi i pacientit për vetëmenaxhim të sëmundjes, përfshirë hartimin me sqarime dhe miratim të informuar nga pacienti të planit të veprimit me udhëzime të qarta terapeutike në përgjigje të simptomatologjisë klinike, ndjekja proaktive nëpërmjet telefonit dhe edukimi i pacientit vlerësohen si mjaft efektive në uljen e përdorimit të shërbimeve që kërkohen nga këta pacientë.

Marrja e rregullt e mjekimit është thelbësore në efektivitetin e mjekimit.

Rekomandohet që pacienti në çdo vizitë të sjellë planin e tij të veprimit, të gjitha ilaçet dhe të lihet të shpjegojë sa merr dhe si i përdor ato.

Infermierja e familjes në çdo vizitë vlerëson marrjen dhe teknikën e duhur të përdorimit të pajisjeve inhalatore dhe në mënyrë mbështetëse dhe motivuese korigjon gabimet e mundshme nga ana e pacientit. Teknika e duhur e përdorimit të pajisjeve inhalatore është thelbësore në efektivitetin e mjekimit të SPOK-ut.

Në çdo vizitë duhet të shohim mundësinë për edukimin motivues të pacientit mbi lënien e duhanit, shmangien e ekspozimit ndaj ajrit të ndotur, tymrave, gazeve, vaksinimit e nevojshëm.

Në çdo vizitë duhet të identifikojmë pacientët që kanë nevojë për oksigjen shtesë dhe rehabilitim pulmonar.

Në çdo vizitë dhe tek çdo pacient duhet të vlerësohet teknika e përdorimit të pompave dhe nëse i marrin apo jo rregullisht mjekimet e rekomanduara.

Vlerësimi dhe edukimi i përsëritur duhet të konsiderohet gjithmonë para se të shtojmë terapinë.

Sigurimi i vazhdimësisë së kujdesit për pacientët me SPOK kërkon që komunikimet ndërmjet Mjekut të Familjes dhe specialistit të jenë në kohë dhe dydrejtimëshe. Ky komunikim do të bëjë që të gjithë anëtarët e ekipit që ofrojnë kujdes për pacientin me SPOK të njohin dhe të përditësohen në kohë me informacionin për pacientin. Kjo përjasje bashkëpunuese çon në shmangien e përsëritjeve të panevojshme të ekzaminimeve që dekurajon dhe shkakton pakënaqësi për pacientin.

Rasti klinik 2 (vazhdim)

Hyseni është pacient me SPOK të Grupit A.

Çfarë duhet të përfshijë edukimi i këtij pacienti të sapodiagnostikuar me SPOK?

A është i nevojshëm një plan edukimi i personalizuar për tu siguruar që Hyseni do të marrë gjithë informacionin e nevojshëm dhe do të aftësohet për të kontrolluar

simptomat e tij, për të ulur rrezikun për riakutizime, për të ndaluar progresin e SPOK-ut?
Pse është e nevojshme që pacientit të ketë një plan veprimi për SPOK-un?
Hartoni planin e veprimit të SPOK-ut për Hysenin.

8. Ndjekja dhe kujdesi në vazhdimësi i pacientëve me SPOK

Për këtë lexoni me kujdes Tabelën 4 “Përmbledhje e përshtatjes së terapisë për menaxhimin e SPOK-ut” tek Udhërrëfyesi klinik për SPOK-un në KSHP.

Për ndjekjen dhe kujdesin në vazhdimësi të pacientëve me SPOK, vlerësojmë a janë të kontrolluara simptomat e pacientit dhe cili është rreziku i tij për riakutizime.

Nëse simptomat janë të pakontrolluara dhe/ose ka rrezik të lartë për riakutizime atëherë duhet të konsiderojmë rritjen e nivelit të mjekimit.

Para se të rrisim nivelin e mjekimit duhet të vlerësojmë nëse pacienti ka ndonjë shkak për simptomat e pakontrolluara dhe për rrezik të lartë për riakutizime. Në këtë vlerësim duhet t'i japim përgjigje pyetjeve të mëposhtme:

- A merr pacienti mjekimin sipas rekomandimit?
- A e përdor si duhet pompën?
- A ka probleme të tjera shëndetësore që nuk janë të kontrolluara?

-Kur pacienti ka simptoma të mirëkontrolluara dhe rrezik të ulur për riakutizime, pra nuk ka patur riakutizime në vitin e kaluar, (Vlerësim i dispnesë <2 ose CAT tests < 10) pacienti vazhdon me terapinë ekzistuese.

-Kur pacienti ka dispne persistente, por rrezik të ulët për riakutizime (Vlerësimi i dispnesë ≥ 2 dhe CAT test ≥ 10 dhe nuk ka patur riakutizime në vitin e kaluar) rekomandohet që pacienti të kalojë një nivel më sipër në terapi.

Kështu nëse është në terapi vetëm me antikolinergjik me veprim të gjatë apo vetëm me beta 2 agonist me veprim të gjatë, rekomandohet kombinimi i tyre si terapi mbajtëse.

Nëse pacienti është në terapinë dyshe, antikolinergjik me veprim të zgjatur + beta 2 agonist me veprim të zgjatur, rekomandohet bërja e **gjakut komplet për të parë numrin e eozinofileve për të parashikuar efektin e kortikosteroideve inhalatore**

Në këto raste, mund të konsiderohet terapia treshe;

ndryshimi i llojit të pompës, apo

shtimi i teofilinës.

Kujtesë: Para se ta referohet pacienti tek specialisti, rekomandohet që pacienti të bëjë një gjak komplet për vlerësimin e numrit të eozinofileve.

-Nëse pacienti ka një apo më shumë riakutizime në vitin e kaluar, pavarësisht nëse ka apo jo dispne persistente, rekomandohet që pacienti të rrisë nivelin e mjekimit. Kështu

nëse pacienti merr vetëm antikolinergjik me veprim të zgjatur apo vetëm beta2 agonist me veprim të zgjatur, rekomandohet kombinimi i këtyre dy medikamenteve.

Efikasiteti i terapisë treshe. Për pacientë që kanë simptoma persistente dhe riakutizime të shpeshta ndërkohë që marrin terapinë LAMA-LABA ose LABA-ICS rekomandohet të fillojnë terapinë treshe.

Rasti klinik 3

Z. Daut, është burrë 60 vjeç i diagnostikuar para 3 muajsh me SPOK. Sot ai vjen pasi vazhdon të ketë dispne pavarësisht që e ka marrë pompën me Salmeterol rregullisht. Ai po e përdor Salbutamol in më shpesh se i është rekomanduar. Akoma vazhdon të pijë duhan, por ka arritur të ulë konsumin e cigareve, 2-3 më pak nga 20 që pinte çdo ditë. Ai ka pirë prej 40 vitesh duhan. Nuk ka anamnezë për astmë në fëmijëri, për alergji, polipe nazale, apo atopi. Vuan edhe nga HTA dhe hiperplazia e prostatës. Pacienti ka dispne pasi ecën 200 metra apo kur ngjitet 2 palë shkallë, nuk ka temperaturë apo kollë produktive, nuk ka dhimbje krahërori por ndihet i lodhur. Nuk ka edema të këmbëve, nuk ka ndryshime në peshë, nuk ka djersë natën. Ai merr Salmeterol dhe salbutamol 2 shtypje deri në 4 herë në ditë sipas nevojës, Valsartan dhe Doxazosin. Nuk pi alkol, punon në zyrë dhe nuk merret me aktivitet fizik. Në ekzaminim fizik, nuk ka gjetje jonormale. Oksimetria 95%.

- Si janë simptomat dhe rreziku për riakutizime tek ky pacient?
- Në çfarë grupi sipas klasifikimit GOLD bën pjesë ai?
- A janë të mirëkontrolluara simptomat e SPOK-ut? Si e ka rrezikun për riakutizime?
- A duhet të ndryshojmë terapinë e pacientit?

9. Riakutizimi i SPOK-ut

Riakutizimi i SPOK-ut është një përkeqësim i simptomave respiratore të pacientit përtej variacioneve normale të përditshme. Gjatë riakutizimit ka ndryshim të paktën në njërin prej simptomave të mëposhtme:

1. Rëndim i kollës, bëhet më e shpeshtë dhe më e rëndë
2. Rritje e volumit të sputimit dhe ndryshimi i ngjyrës
3. Rritje e dispnesë

9.1 Faktorët e rrezikut për riakutizime

Vlerëso faktorët e rrezikut për riakutizime

Faktorët e rrezikut për riakutizime janë:

Mosha e avancuar, kolla e shtuar produktive, kohëzgjatja e SPOK-ut, anamneza për përdorim antibiotikësh, shtrim/e në spital në vitin e kaluar, mbiprodhimi i sputumit, rritja e eozinofileve në gjakun komplet $> 0.34 \times 10^9$ mjekimi me teofilinë, sëmundje të tjera si: sëmundja ishemike kardiake, insufiçenca kardiake, diabeti melitus, dhe përkeqësimi i obstrukcionit në provat respiratore.

GERD dhe hipertensioni pulmonar janë faktorë shtesë për riakutizime.

Faktori me i rëndësishëm parashikues i riakutizimeve të SPOK-ut është anamneza e riakutizimeve të mëparshme.

Rreziku për riakutizime

Vlerësohet nëpërmjet kombinimit të nivelit të obstrukcionit (FEV1) në spiometri dhe anamnezës për riakutizime dhe shtrime në spital.

Faktori shpërthyes i riakutizimit

Infeksionet respiratore, zakonisht infeksionet virale dhe bakteriale, përbëjnë më shumë se 70% të faktorëve shpërthyes të riakutizimeve të SPOK-ut. 30% e faktorëve shpërthyes lidhen me ndotjen, embolinë pulmonare ose pa ndonjë shkak të identifikueshëm.

10. Vlerësimi i pacientit me riakutizim të SPOK-ut

Vlerësimi i pacientit me riakutizim të SPOK-ut përfshin:

1. Vlerësimin e gravitetit të riakutizimit. Drejtoju Tabelës 5 “Shkalla e rëndesës së riakutizimit të SPOK-ut” tek Udhërrëfyeni klinik për SPOK-un në KSHP.
2. Identifikimin e shkakut
3. Identifikimin e faktorit shpërthyes, nëse është e mundur

Diagnoza e hershme dhe trajtimi i shpejtë është mjaft i rëndësishëm sepse parandalon përkeqësimin funksional progresiv të pacientëve me SPOK dhe ul shtrimin/et në spital.

Diagnoza e riakutizimit bazohet në:

anamnezë: ndryshime akute të dispnesë, kollës dhe/ose të prodhimit të sputimit, kundrejt nivelit bazë të këtyre simptomave tek i njëjti pacient dhe gjetjet në ekzaminimin fizik që vërtetojnë simptomatologjinë e ndryshuar me ndryshimet mbështetëse/kompensatore: rritje e frekuencës respiratore mbi 20/min, rritje e frekuencës kardiake mbi 100/min, hipoksi <92% dhe rale sibilante.

Në varësi të gravitetit të riakutizimit janë edhe simptomat dhe shenjat në ekzaminimin fizik. Në riakutizime të rënda pacienti mund të ketë alterim të statusit mendor, përdorim të muskujve aksesorë, cianoze dhe instabilitet hemodinamik.

Gjatë vlerësimit të pacientit ngrihet pyetja: A është riakutizim i SPOK-ut apo është një patologji tjetër?

Vetëm prania e simptomave karakteristike të riakutizimit nuk do të thotë domosdoshmërisht që është riakutizim i SPOK-ut. Simptomat respiratore si, kongjestioni nasal, rrjedhje hundësh, dhimbje fyti, sugjerojnë për infeksion të rrugëve të sipërme respiratore; ankesa si dhimbje krahërori, edemë akute periferike kërkojnë një vlerësim të detajuar dhe ekzaminime shtesë për të përjashtuar sëmundje të tjera si ishemia kardiake, trombembolia pulmonare etj.

-Është shumë e rëndësishme të vlerësojmë faktorët më të zakonshëm të rrezikut për riakutizim, të tillë si:

- anamneza për riakutizime në vitin e kaluar,
- mosmarrja e rregullt e terapisë mbajtëse,
- infeksionet,
- forma e rëndë e SPOK-ut,
- mosmarrja e oksigjenit suplementar.

-Vlerëso rëndesën e riakutizimit. Drejtoju Tabelës 5 “Shkalla e rëndesës së riakutizimit të SPOK-ut” tek Udhërrëfyeni klinik për SPOK-un në KSHP.

Vlerësimi i rëndesës së riakutizimit bazohet në vlerësimin e 3 simptomave:

rëndim i **dispnesë, rritje e volumit të sputumit dhe rritje e purulencës** së tij.

Kur pacienti ka riakutizim të lehtë, pra nuk ka dispne në qetësi apo detres respirator, ka rratje të aftësisë për aktivitetin e përditshëm, mund të ketë nevojë vetëm për vlerësimin klinik dhe puls-oksimetrinë.

Për pacientët që ndiqen në mënyrë ambulatorë, nuk rekomandohet bërja e kulturës së sputumit dhe as bërja rutinë e grafisë së krahërorit.

Më shumë se 80% e riakutizimeve të SPOK-ut mund të menaxhohen në kushte ambulatorë.

Vetëm format e rënda duhet të menaxhohen në urgjencë.

Indikohet shtrimi në spital për pacientë që kanë edhe cianozë, edema periferike, rëndim të dispnesë në qetësi, rritje të madhe të frekuencës respiratore, hipoksi, prekje të vetëdijes si dhe pacientët me shumë sëmundje shoqëruese si insufiçencë respiratore, apo që nuk i përgjigjen trajtimit ambulator.

11. Trajtimi i riakutizimit të SPOK-ut

Qëllimi i trajtimit të riakutizimit të SPOK-ut është bronkodilatacioni dhe ulja e inflamacionit bronkial, si tek ataku i astmës, por ndryshe nga astma, këta pacientë përfitojnë nga trajtimi me antibiotikë.

Jepet bronkodilatator me veprim të shkurtër me pompë apo nebulizator. Salbutamoli dhe Ipratropiumi përdoren dhe kanë efekt të ngjashëm pavarësisht nga mekanizmi i veprimit.

Salbutamol 0.1/shtypje, 2 shtypje çdo 1-4 orë sipas nevojës por mund të përdoren deri 4-8 shtypje çdo 1-4 orë në forma të rënda të riakutizimit.

Ipratropiumi 20 mcg/shtypje, 2 shtypje 4 herë në ditë dhe të mos kalojë 12 shtypje në ditë.

Mund të përdorim njërin ose tjetrin, por nëse kemi dhënë maksimumin e njërit prej tyre dhe pacienti ka akoma nevojë, përdorim edhe tjetrin.

Glukokortikoidet orale jepen në rikutizime të SPOK-ut.

Jepet Prednizone 40 mg/ditë për 5 ditë.

11.1 Antibiotikët

Antibiotikët indikohen tek pacientët me riakutizim të moderuar dhe të rëndë (2 apo më shumë nga simptomat kryesore: dispne, rritje e volumit të sputumit ose rritje e purulencës). Dhënia e shpejtë dhe e duhur e antibiotikëve shoqërohet me përmirësim të klinikës tek këta pacientë.

Rekomandohet të mos fillohen antibiotikët në pacientë me riakutizim të lehtë, që përkufizohet si gjendje me vetëm njërin prej 3 simptomave kryesore. Kur nuk jemi të sigurtë për nevojën e antibiotikut mund të kërkojmë nivelin e PCR-së dhe të prokalcitoninës. Veçanërisht rritja e prokalcitoninës na ndihmon të diferencojmë midis infeksionit viral dhe atij bakterial.

Cilin antibiotik?

Përzgjidh midis opsioneve të antibiotikëve bazuar në eksperiencën e mëparshme të pacientit me atë antibiotik, në alergjitë, intolerancën, efektet anësore dhe ndërveprimet me medikamentet e tjera që merr pacienti.

Në përgjithësi rekomandohet të mos përdorim të njëjtën klasë antibiotiku më tepër se një herë në 3 muaj, pasi krijon rezistencë ndaj asaj klase tek pacienti.

Për pacientët në kushte ambulatorë që nuk kanë faktorë rreziku për prognozë jo të mirë apo për infeksion me pseudomonas:

zgjidh midis një makrolidi (azitromicin apo claritromicin). Azitromicina mund të jepet edhe 500 mg /ditë për 3 ditë ose cefalosporinë e gjeneratës së dytë (cefuroximë, cefpodoximë, cefdinir)

Baktrima është një alternativë, por jo zgjedhje e parë.

Pacientët që kanë faktorë rrishtu për prognozë jo të mirë, por jo rrishtu për pseudomonas, janë ato me:

- SPOK formë të rëndë
- sëmundje shoqëruese si insufiçencë kardiake apo ishemi
- më tepër se 2 riakutizime në vit
- shtrim në spital në 3 muajt e fundit
- terapi të vazhdueshme me oksigjen
- moshë mbi 65 vjeç

Për këta pacientë përzgjidh Augmentinë ose një fluorkinolon respirator si levofloxacin ose moxifloxacin

Pacientët ambulatorë që kanë rrishtu të lartë për prognozë jo të mirë dhe kanë rrishtu për pseudomonas, trajtohen me Ciprofloxacinë si zgjedhje e parë. Levofloxacina është një alternativë për pacientët që kanë faktorë rreziku për pseudomonas, por nuk kanë anamnezë për kulturë pozitive me Pseudomonas. Levofloxacina nuk është aq e fuqishme sa Ciprofloxacina për trajtimin e infeksionit nga pseudomonas.

Kohëzgjatja e terapisë me antibiotikë

Zakonisht është 3-5 ditë për pacientët ambulatorë dhe 5-7 ditë për pacientët e shtruar në spital.

Brenda 2-3 ditësh duhet të shfaqet efekti i antibiotikut me përmirësim të gjendjes. Nëse nuk ka përmirësim të gjendjes, mund të kërkohet një kulturë sputumi.

Për pacientë me SPOK të rëndë, me 2 apo më shumë riakutizime në vit, pavarësisht trajtimit optimal për SPOK, pneumologu mund të konsiderojë **profilaksinë me makrolide**, që kanë efekt imunomodulator dhe efekt të mundshëm për të parandaluar infeksionet. Rekomandohet azitromicinë 250 mg/ditë ose 250-500 mg tre ditë në javë.

Terapia me mukolitike si N-acetylcisteinë, mund të këshillohet për pacientë që kanë shumë sputum pavarësisht lënies së duhanit dhe marrjes së antibiotikëve.

Kujtesë: Të edukohen pacientët dhe personat që kujdesen për ta, që të njohin riakutizimet dhe si t'i vetëmenaxhojnë nëpërmjet zbatimit të planit të veprimit për SPOK-un.

Rasti klinik 3

Z. Daut vjen për vizitë pasi është shumë i rënduar: ai ka që dje shumë kollë me gëlbasë ngjyrë të verdhë-jeshile, tani edhe kur ecën nëpër dhomë i merret fryma. Ndihet shumë i lodhur. Nuk ka temperaturë, nuk ka dhimbje gjoksi, nuk ka ënjtje këmbësh. Nuk ka dhimbje fyti apo kongjestion nazal. Ka frikë se mos është ftohur.

Kur e pyesni nëse i ka marrë si duhet pompat, ju thotë që i merr rregullisht.

Pulsoksimetria 90%; frekuenca respiratore 28/min.; Frekuenca kardiake 110/min. TA 150/95 mmHg. Në ekzaminim fizik ju vini re përdorim të muskujve interkostalë gjatë frymëmarrjes. Në auskultim ka rale të njoma më tepër në ekspirim në të dy fushat pulmonare.

Cila është diagnoza?

A ka nevojë për analiza dhe investigime të tjera?

Si do ta trajtonit këtë pacient?

Kur duhet të vijë për rikontroll?

12. Oksigjenoterapia e vazhduar

Oksigjenoterapia e vazhduar ul mortalitetin dhe rrit cilësinë e jetës të pacientëve hipoksik me SPOK, sepse:

- ul riskun kardiovaskular, ul depresionin,
- përmirëson aftësitë konjitive, kapacitetin ushtrimor dhe
- ul frekuencën e shtrimeve në spital.

Oksigjenoterapia e vazhduar jepet vetëm atëherë kur ka evidenca të hipoksisë persistente te pacientët klinikisht stabël që marrin trajtimin optimal mjekësor.

Indikacionet për oksigjenoterapinë e vazhduar:

- Oksimetria PO_2 88% ose më pak.
- PO_2 89% ose më pak kur pacienti ka edhe kor pulmonar, eritrocitozë, hematokriti >55%.
- Vetëm gjatë gjumit kur $SpO_2 < 88\%$ gjatë gjumit dhe normal gjatë ditës.
- Gjatë aktivitetit fizik kur $SpO_2 < 88\%$

Si përfundim:

Oksigjenoterapia e vazhduar jepet:

- $SpO_2 < 88\%$,
- me kanulë nazale me presion të ulur 1-2 L/min ose 2-4 L/min me maskën venturi me synimin për të arritur një vlerë të SpO_2 90-92%.
- me bombula portabël shumë të lehta dhe të vogla prej alumini. Zakonisht pacientët i vendosin ato në një çantë të cilën e mbajnë në sup.

13. Ndjekja dhe monitorimi

Pacientët me forma të rënda apo jostabël të SPOK-ut duhet të vlerësohen çdo muaj.

Kur gjendja vihet nën kontroll, vlerësimi këshillohet të bëhet çdo 6 muaj.

Pacientët që kanë qenë të shtruar në spital duhet të vlerësohen në qendrën shëndetësore ose në shtëpi nga Mjeku dhe/ose infermierja e familjes brenda 7 ditëve pas daljes nga spitali.

Pacientëve që janë në oksigjen të vazhduar duhet tu kontrollohet astrupograma çdo vit ose kur kemi ndryshim të gjendjes së pacientit dhe oksimetria duhet tu matet shumë më shpesh.

13.1 Kriteret e referimit tek specialisti

- Sa kohë nuk bëhet spirometria në Mjeksinë e Familjes, pacienti me SPOK duhet të referohet kur ka nevojë për bërjen e spirometrisë si për konfirmim diagnoze dhe për vlerësim të rëndesës;
- infeksione të shpeshta respiratore >2 në vit;
- simptoma persistente;
- kur ka shfaqje të edemave periferike, ulje të oksigjenimit, pulsoksimetria <92% kur pacienti është jostabël;
- SPOK në moshë të re nën 40 vjeç;
- dispne persistente;
- obstruksion i rëndë;
- dispne e shoqëruar me shtrëngim krahërori,
- përgjumje gjatë ditës, gërrhitje të rënda dhe dyshohet apnea e gjumit.

13.2 Referimi në spital

Indikohet nëse pacienti nuk ka përgjigje adekuate nga trajtimi ambulator dhe ka shfaqje të shenjave të reja si: cianozë, alterim i statusit mendor, edema periferike, rritje të theksuar të simptomave kundrejt simptomave bazë të përditshme.

SPOK i rëndë ($FEV1 \leq 50\%$ nga vlera e parashikuar).

Anamnezë për riakutizime të shpeshta apo hospitalizime të mëparshme.

Sëmundje serioze si pneumoni, aritmi kardiake, insufiçencë kardiake, diabet melitus, insufiçencë renale apo hepatike;

Kur nuk ka mjaftueshëm mbështetje në shtëpi.

14. Treguesit e monitorimit të zbatimit të protokollit të mjekimit për SPOK-un dhe të cilësisë së menaxhimit të rasteve me SPOK në KSHP

Treguesit propozohen me qëllim që të përdoren për monitorimin, nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore, të zbatimit të protokollit të mjekimit në praktikën e përditshme të menaxhimit të rasteve me SPOK, dhe të cilësisë së ndjekjes së rasteve me SPOK nga ekipi i mjekësisë së familjes.

Këta tregues ngahen në:

I Treguesit e parandalimit dhe të diagnostikimit të hershëm të SPOK-ut në KSHP *dhe*

II Treguesit e cilësisë së menaxhimit të SPOK-ut në KSHP

I Treguesit e parandalimit dhe të diagnostikimit të hershëm të SPOK-ut në KSHP

I.1.Në kartelën e çdo pacienti duhanpirës ka të dokumentuar sa paketa-vite ka konsumuar *dhe*

I.2.në kartelën e çdo pacienti që ka mbi 10 vite-paketë ka të dokumentuar që është përfshirë në edukimin motivues mbi lënien e duhanit për parandalimin e zhvillimit të SPOK-ut dhe ka të plotësuar (të përfshirë në kartelë) pyetësorin për depistimin për SPOK (Pyetësori i depistimit për SPOK, Aneks13.2 tek Udhërrëfytyesi klinik për SPOK-un në KSHP)

II Treguesit e cilësisë së menaxhimit të SPOK-ut në KSHP

II.1.Kartela e çdo pacienti me SPOK ka të dokumentuar në faqen kryesore dhe të përditësuar në çdo vizitë të dhënat si më poshtë:

- Alergjitë
- Medikamentet që merr
- Sëmundjet shoqëruese dhe nëse janë apo jo të kontrolluara
- Duhan paketa-vite
- Profesioni/Ambienti i punës

- Vaksinimi kundrejt pneumokokut, gripit (përfshirë datën e administrimit)
- Riakutizime, data e episodeve
- Plani i Veprimit të SPOK-ut*
- BMI

II.2- Kartela e çdo pacienti me SPOK ka kopje të **Testit të vlerësimit të SPOK-ut** (CAT test, Aneksi 13.3, Udhërrëfyese klinik për SPOK-un në KSHP) dhe ka të dokumentuar të dhënat e përdorimit të tij në përshkrimin e ditës së vizitës përkatëse.

II.3- Kartela e çdo pacienti me SPOK ka të përshkruar në ditën e vizitës përkatëse **edukimin e pacientit duke theksuar ato elementë të Programit të Edukimit më të rëndësishme për atë ditë.**

Programi i edukimit të pacientit me SPOK, këshillohet të jetë pjesë e Kartelës së pacientit dhe të dokumentohet data dhe firma e personelit mjekësor që ka bërë edukimin/trajnimin e pacientit për ato elementë të caktuar të përmbajtjes në ditën përkatëse.

Programi i Edukimit të pacientit me SPOK

Përmbajtja	Data
Njohuri mbi SPOK, çfarë është?	
Si trajtohet SPOK-u?	
Teknika e përdorimit të pompës, të nebulizatorit?	
Edukimi mbi lënien e duhanit	
Edukimi mbi dietën dhe aktivitetin fizik	

Monitorimi i këtyre treguesve duhet të integrohet në procesin e monitorimit të brendshëm dhe të jashtëm të praktikës së KSHP-së bazuar në protokolle mjekimi siç standardet G1.2 dhe G 1.3 për akreditimin e qendrave shëndetësore parashikojnë (Standardet e Cilësisë për akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor, Urdhër i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr.630, datë 29.12.2017).

*Plani i Veprimit të SPOK-ut, është një nga mjetet më të rëndësishme në edukimin e pacientit për aftësimin e tij në vetëmenaxhimin e SPOK-ut.

Hartimi i planit duhet dokumentuar në kartelë në ditën e hartimit dhe t'i jepet pacientit një kopje duke e sqaruar që ta sjellë çdo herë me vete në vizitë ose ta ketë me foto në celularin e tij.

