



Udhërrëfyes Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor

Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK)

Ky dokument është hartuar nga:

Dr. Valbona Iljazi (mjeke familje)

Dr. Riccardo Curatolo (mjek i përgjithshëm)

Dokumenti është rishikuar nga një grup i përbërë nga:

Dr. Artenca 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 SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË
DHE MBROJTJES SOCIALE



Përmbajtja

1. Hyrje	5
2. Metodologjia	6
3. Përkufizimi	8
4. Anamneza / Ekzaminimi fizik	10
4.1 Anamneza	10
4.2 Ekzaminimi fizik	11
5. Diagnostikimi	13
5.1 Testi i Funksionit Pulmonar	13
5.2 Diagnoza Diferenciale	14
5.3 Të tjera	16
6. Vlerësimi i SPOK-ut	18
7. Menaxhimi i SPOK-ut	21
7.1 Trajtimi i jofarmakologjik	21
7.1.1 Edukimi i pacientëve: Plani i veprimit për SPOK-un	21
7.1.2 Ndërprerja e duhanpirjes	22
7.1.3 Ushqyerja	25
7.1.4 Aktiviteti fizik dhe Obeziteti	25
7.1.5 Rehabilitimi pulmonar	26
7.2 Trajtimi farmakologjik	27
7.2.1 Kortikosteroidet orale dhe Terapia me Oksigjen	33
7.2.2 Trajtimi me antibiotikë	34
7.3 Menaxhimi afatgjatë i trajtimit	36
7.4 Riakutizimet	39
7.4.1 Vlerësimi dhe diagnoza e riakutizimeve të SPOK-ut	40
7.4.2 Trajtimi i riakutizimit të SPOK-ut	42
7.5 Ndjekja	44
8. Kriteret për referim	46
9. Kriteret për referim në urgjencë	48
10. Qasja e Kujdesit në Ekip për Menaxhimin e SPOK-ut	49
11. Treguesit e monitorimit të zbatimit të protokollit të mjekimit për SPOK-un dhe të cilësisë së menaxhimit të rasteve me SPOK në KSHP	53
12. Referencat	55
13. Aneks	58
13.1 Vlerësimi shumëdimensional i SPOK-ut	58
13.2 Pyetësori i depistimit për SPOK-un	59
13.3 Testi i Vlerësimit të SPOK-ut (CAT)	60

<i>13.4 Ndhimesë pacientëve për të lënë duhanin: Këshillim Shumë i Shkurtër (KShSh)</i>	<i>61</i>
<i>13.5 Plani i Veprimit për SPOK-un</i>	<i>67</i>
<i>13.6 Algoritmi i vlerësimit të riakutizimit</i>	<i>69</i>
<i>13.7 Udhëzime dhe teknika për përdorimin e medikamentit inhalator</i>	<i>70</i>
14. Shkurtime	73

1. Hyrje

Qëllimi kryesor i këtij Udhërrëfyesi është përmirësimi i cilësisë së kujdesit, në veçanti në kujdesin parësor shëndetësor dhe i rezultateve në shëndetin e individëve me sëmundje pulmonare obstruktive kronike (SPOK). Zbatimi i këtij udhërrëfyesi mundëson integrimin e menaxhimit të SPOK-ut në kujdesin shëndetësor parësor. Ky udhërrëfyes ka shërbyer si bazë për hartimin e protokollit të mjekimit për SPOK-un në formën e algoritmeve, si një mjet praktik për përdorim nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri (1).

Hartimi i Udhërrëfyesit dhe i Protokollit të mjekimit është pasuar me hartimin e Manualit të Trajnimit për aftësimin e profesionistëve të KSHP-së në përdorimin e protokollit të mjekimit për SPOK-un në praktikën e tyre të përditshme.

Aktualisht, Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike është shkaku i katërt i vdekshmërisë në botë, dhe parashikohet të jetë shkaku i tretë i vdekshmërisë në vitet në vijim. Mbi 3 milionë njerëz vdiqën nga SPOK-u në vitin 2012, që përbën 6% të vdekjeve në nivel botëror. SPOK-u përbën një sfidë të rëndësishme për shëndetin publik duke qenë njëkohësisht i parandalueshëm dhe i trajtueshëm. SPOK-u është një shkak madhor i sëmundshmërisë kronike dhe i vdekshmërisë në mbarë botën; shumë persona vuajnë nga kjo sëmundje për vite me radhë dhe vdesin para kohe si pasojë e saj ose e komplikacioneve. Në nivel botëror, barra e SPOK-ut pritet të rritet në dekadat e ardhshme për shkak të ekspozimit të vazhdueshëm ndaj faktorëve të riskut dhe plakjes së popullsisë. SPOK-u prek zakonisht të rriturit > 40 vjeç që konsumojnë duhan ose kanë konsumuar për kohë të gjatë duhan në të shkuarën. Prevalenca botërore e SPOK-ut vlerësohet të jetë rreth 4% - 10%. Prevalenca rritet me rritjen e moshës (2).

Në Shqipëri, prevalenca e SPOK-ut nuk është matur ende nëpërmjet ndonjë anketimi në mbarë vendin.

Lidhur me prevalencën e duhanpirjes në Shqipëri, Studimi Demografik e Shëndetësor 2017-2018, tregoi që 5% e grave dhe 36% e burrave të grup-moshës 15-49 vjeç konsumojnë duhan (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR348/FR348.pdf>). Për sa i përket epidemiologjisë së sëmundjes së SPOK-ut dhe vdekshmërisë prej saj në Shqipëri, nevojitet mbledhja e të dhënave të sakta të mëtejshme mbi epidemiologjinë e SPOK-ut.

Ky Udhërrëfyes së bashku me Protokollin e Mjekimit si algoritëm dhe Manualin e Trajnimit janë hartuar për tu përdorur nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri: mjekët e familjes dhe infermierët e familjes, specialistët në Mjekësi Familje, por edhe nga pneumologët/alergologët që punojnë në KSHP, ose në spitale dhe që ofrojnë shërbimin e konsulencës për referimet nga Mjeku i Familjes.

2. Metodologjia

Ky Udhërrëfyes Klinik është hartuar bazuar në rishikimin e “Manualit të Mjekëve të Përgjithshëm” (3) i miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në Shqipëri. Rishikimi i dokumentit të mësipërm u shoqërua nga shqyrtimi i literaturës bashkëkohore që përfshiu kërkimin në bazën e të dhënave të PubMed, Dynamed, Uptodate, Medscape dhe Cochrane, si dhe rishikimin e Udhërrëfyesve Ndërkombëtarë, përfshirë edhe ato të disponueshme nga Nisma Globale për Sëmundjen Pulmonare Obstruktive Kronike (GOLD), Shoqata Britanike Torakale (British Thoracic Society) (BTS) dhe Programi Kombëtar për Edukimin dhe Parandalimin e Astmës e Institutit Kombëtar të Sëmundjeve të Zemrës, Mushkërive dhe Qarkullimit të Gjakut të Organizatës Botërore të Shëndetit (OBSh) dhe NICE (3-7).

Rishikimi i literaturës u krye në bazë të fjalëve kyçe: “Udhërrëfyes”, “SPOK”, “Menaxhimi”, “Trajtimi farmakologjik”, “Edukimi për SPOK-un”, “Riakutizimi i SPOK-ut”.

Udhërrëfyesit më të fundit rajonalë dhe ndërkombëtarë lidhur me menaxhimin e SPOK-ut ishin burimet të cilat u përshtatën në kontekstin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri.

Drafti i parë i Udhërrëfyesit, Protokollit të Mjekimit dhe Manualit të Trajnimit u përgatitën nga Dr. Valbona Iljazi, Mjeke familje me eksperiencë, në bashkëpunim me Dr. Riccardo Curattolo, Mjek i përgjithshëm zviceran që punoi si vullnetar për projektin “Shëndet për të gjithë” në kohën e zhvillimit të këtyre dokumenteve.

Më pas, drafti i parë i Udhërrëfyesit së bashku me draft-Protokollin e mjekimit dhe draft-Manualin e Trajnimit kaluan në një proces rishikimi nga një ekip prej 2 mjekësh familjeje dhe 1 pneumolog në KSHP, për të vlerësuar përmbajtjen dhe zbatueshmërinë e tyre në praktikën e menaxhimit të SPOK-ut nga ekipi i mjekësisë së familjes në Shqipëri. Si rezultat komploti i draft-dokumenteve u përmirësua me përfshirjen e komenteve dhe ideve të propozuara gjatë këtij procesi rishikimi.

Drafti i Udhërrëfyesit, Protokollit të mjekimit dhe i Manualit të Trajnimit për SPOK-un u rishikuan nga Grupi Teknik i i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) në një takim konsultues të dedikuar. Komentet dhe sugjerimet e këtij takimi u reflektuan në dokumentet përkatëse. Pas ciklit të takimeve konsultuese me Grupin Teknik të FSDKSH-së, setet e dokumenteve praktike dhe trajnuese për zbatimin e protokolleve të mjekimit për Diabetin, HTA-në, Dislipideminë, Astmën, SPOK-un dhe risitë që sjellin këto dokumente në mbështetje të zbatimit të protokolleve të mjekimit për këto 5 SJT në praktikën e përditshme të mjekësisë së familjes iu paraqitën Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS), FSDKSH-së, Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (OSHKSH), Qendrës Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (QKCSAISH), Fakultetit të Mjekësisë (Departamentit të Mjekësisë së Familjes).

Udhërrëfyesi shërbeu si bazë për hartimin e protokollit të mjekimit për SPOK-un.

Protokolli i mjekimit në formën e algoritmeve është mjeti praktik për përdorim të përditshëm nga mjekët dhe infermierët e familjes. Ai është një dokument përmbledhës i Udhërrëfyesit Klinik në një format që ofron udhëheqje në menaxhimin e SPOK-ut nga ekipi i Mjekësisë së Familjes (MF) në qendër shëndetësore, në familje dhe në distancë.

Udhërrëfyesi klinik është mjeti që i vjen në ndihmë mjekut dhe infermierit të familjes për të kujtuar, sqaruar ose për të ditur më shumë për ndonjë hap a indikacion që jep protokollin.

Udhërrëfyesi klinik rekomandon edhe ndarjen e roleve ndërmjet Mjekut dhe Infermierit të familjes në menaxhimin e SPOK-ut në KSHP.

Udhërrëfyesi klinik përfshin gjithashtu treguesit për monitorimin e përputhshmërisë së praktikave të ekipit të MF me protokollin dhe për matjen e cilësisë së menaxhimit të pacientëve me SPOK. Këto tregues mund të përdoren gjatë procesit të monitorimit të brendshëm dhe të jashtëm të praktikës së KSHP-së bazuar në protokolle mjekimi siç standardet e cilësisë G1.2 dhe G 1.3 për akreditimin e qendrave shëndetësore parashikojnë (Standardet e Cilësisë për akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetsor Parësor, Urdhër i MSHMS nr.630, datë 29.12.2017).

Udhërrëfyesi dhe Protokollin i mjekimit për SPOK-un shoqërohen edhe me Manualin e Trajnimit. Manuali i Trajnimit është një mjet praktik për tu përdorur gjatë Trajnimeve për Trajnerë dhe nga Grupi i Kolegëve në nivel Qendre Shëndetësore (QSH) lidhur me aftësimin e ekipit Mjek dhe Infermier Familje në zbatimin e Protokollit të SPOK-ut në praktikën e tyre të përditshme.

Udhërrëfyesi dhe Protokollin Klinik duhet të përditësohen nga një grup profesionistësh të mjekësisë së familjes brenda 5 vitesh, nëse studimet e mëtejshme mbi SPOK-un nuk ofrojnë evidenca shtesë për përditësim më të hershëm të tyre.

3. Përkufizimi

Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK) është një sëmundje e shpeshtë, e parandalueshme dhe e trajtueshme që karakterizohet nga simptoma të vazhdueshme respiratore dhe kufizimi i fluksit të ajrit që vjen si pasojë e anomalive të rrugëve të frymëmarrjes dhe/ose alveolave, që zakonisht shkaktohet nga ekspozimi i konsiderueshëm ndaj grimcave ose gazeve të dëmshëm. Kufizimi kronik i fluksit të ajrit që karakterizon SPOK-un shkaktohet nga një kombinim i sëmundjes së rrugëve të vogla të frymëmarrjes (p.sh., bronkioliti obstruktiv) dhe shkatërrimit të parenkimës (emfizema), ku kontributi i secilit komponent ndryshon nga personi në person. Inflamacioni kronik shkakton ndryshime strukturore, ngushtim të rrugëve të vogla të frymëmarrjes dhe shkatërrim të parenkimës së mushkërive. Humbja nga shkatërrimi i rrugëve të vogla të frymëmarrjes çon në kufizim të fluksit të ajrit dhe keqfunksionim mukociliar, që përbëjnë karakteristikën e kësaj sëmundjeje (4). Faktori më i rëndësishëm i riskut për sëmundjen pulmonare obstruktive kronike është konsumi i duhanit.

Bronkiti kronik — Bronkiti kronik përkufizohet si kollë produktive kronike për tre muaj në dy vite të njëpasnjëshme në një pacient kur janë përjashtuar shkaqet e tjera të kollës kronike (p.sh. bronkiektazia). Bronkiti kronik mund të paraprijë ose të çojë në kufizimin e fluksit të ajrit.

Emfizema - Emfizema përkufizohet si një zgjerim anormal dhe i përhershëm i hapësirave të ajrit (alveolave) distalisht bronkiolave terminale, që shoqërohet nga shkatërrimi i mureve të hapësirave të ajrit.

Zakonisht, pacientët me SPOK shfaqin simptoma të bronkitit kronik dhe emfizemës, por triada klasike përfshin dhe astmën ose një kombinim të patologjive të mësipërme (5). Në Figurën 1, paraqitet një përmbledhje skematike e triadës klasike, duke përfshirë astmën.

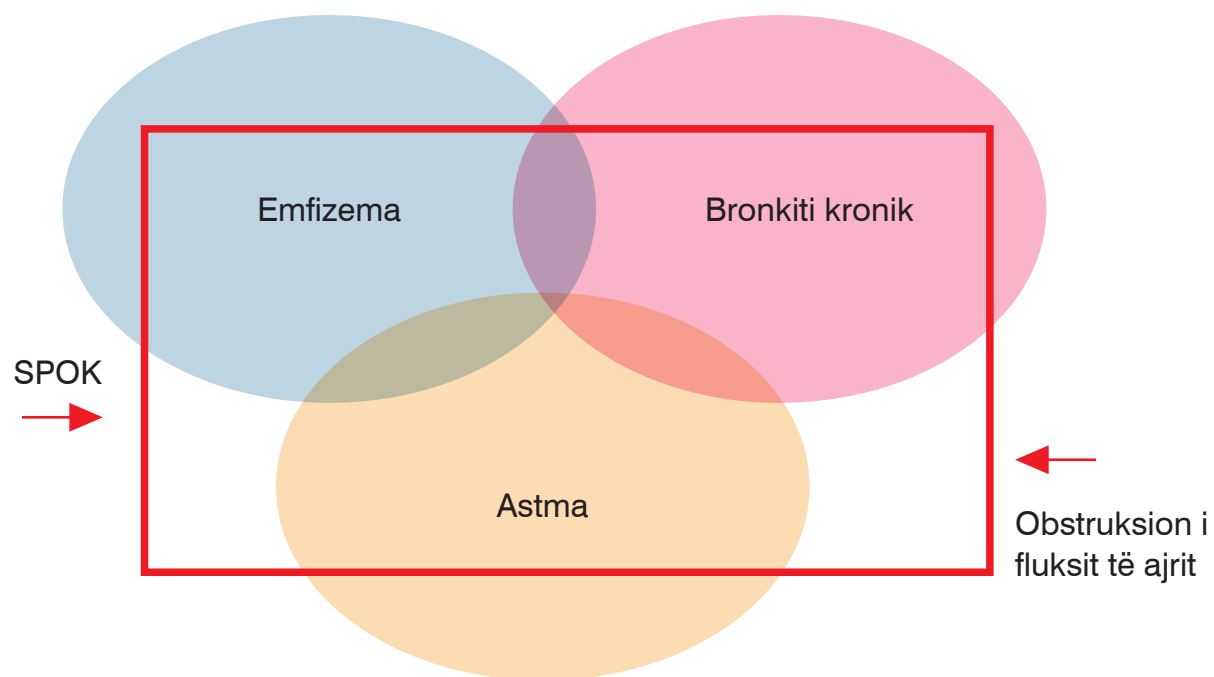


Figura 1: Përmbledhje e triadës klasike

4. Anamneza / Ekzaminimi fizik

Në çdo konsultim duhet të kryhet marrja e anamnezës dhe veçanërisht ekzaminimi fizik.

4.1 Anamneza

Tre simptomat kryesore të SPOK-ut janë:

- dispne
- kollë kronike
- rritje e prodhimit të sputumit

Këto simptoma shfaqen gradualisht dhe zhvillohen përgjatë viteve. Simptomat më pak të zakonshme përfshijnë fishkëllimën te disa pacientë, veçanërisht gjatë sforcimit fizik dhe riakutizimeve (7).

Dispnea është simptoma më e rëndësishme. Simptoma e hershme më e shpeshtë është dispnea gjatë sforcimit fizik. Megjithatë, gradualisht ajo nis të shfaqet dhe gjatë sforcimit gjithmonë e më të lehtë fizik e madje dhe në qetësi. Ajo përkeqësohet me ushtrimin fizik. Në shumicën e rasteve nuk shfaqet përpara dekadës së gjashtë të jetës.

Kolla kronike karakterizohet nga një shfaqje e papritur e prodhimit të sputumit, që fillimisht ndodh në mëngjes, por mund të zhvillohet dhe përgjatë ditës. Vëllimi ditor i sputumit rrallëherë tejkalon 60 mL. Zakonisht, sputumi është pa ngjyrë por bëhet purulent gjatë riakutizimeve.

Historiku i duhanpirjes dhe ekspozimit ndaj tymit - Faktori më i rëndësishëm i riskut për sëmundjen pulmonare obstruktive kronike (SPOK) është konsumi i duhanit. Sasia dhe kohëzgjatja e konsumit të duhanit ndikojnë në shkallën e rëndësës së sëmundjes. Vlerësoni numrin e viteve-paketë të duhanpirjes (paketa cigaresh në ditë shumëzuar me numrin e viteve të duhanpirjes) (37).

Historiku i ekspozimit mjedisor/profesional mund të zbulojë faktorë të tjerë të rëndësishëm risku të SPOK-ut, siç është ekspozimi ndaj tymrave ose pluhurave organike apo inorganikë (20% e pacientëve me SPOK të cilët nuk kanë konsumuar asnjëherë duhan) (5).

Anamneza personale apo familjare për diagnozën e SPOK-ut në moshë të re (30-45 vjeç) veçanërisht kur nuk lidhet me duhanpirjen, duhet të na orientojë drejt deficiencës së alfa-1 antitripsinës. Deficienca e saj është përgjegjëse për 1-5% të pacientëve me SPOK.

Gjetjet klasike për pacientët me bronkit kronik përfshijnë kollën produktive me përkeqësim gradual deri në dispne të herëpashershme; infeksione të shpeshta dhe të përsëritura pulmonare; dhe insuficiencën progresive kardiake/respiratore me edemë dhe shtim në peshë.

Gjetjet klasike për pacientët me emfizemë përfshijnë një historik të gjatë të dispnesë progresive me shfaqje të vonë të kollës joproductive; rrallëherë episode të kollës mukopurulente; kaheksi dhe insuficiencë respiratore të mundshme.

Shumë pacientë me SPOK mund të kenë anemi, depresion, hipertensioni pulmonar, cor pulmonar, dhe deri insuficiencë kardiake të anës së majtë (6).

4.2 Ekzaminimi fizik

Në përgjithësi, ekzaminimi fizik i të rriturve me SPOK varet nga shkalla e rëndesës së SPOK-ut. Shenjat fizike si kufizimi i fluksit të ajrit mund të mos shfaqen deri kur dëmtimi i funksionit të mushkërisë të jetë i konsiderueshëm.

Në stadin e hershëm të sëmundjes, ekzaminimi fizik mund të jetë normal, ose mund të shfaqë vetëm ekspiracion të zgjatur apo fishkëllima gjatë ekspiracionit në sforcim. Me rëndimin e obstrukcionit të rrugëve të frymëmarrjes, ekzaminimi fizik mund të shfaqë një rritje të frekuencës respiratore në përpjestim me shkallën e rëndesës së sëmundjes (7).

Ekzaminimi i toraksit evidenton shenjat e mëposhtme:

- Hiperinflacion (mushkëri të mbushura me ajër) (gjoksi si fuçi)
- Fishkëllima - dëgjohen më shpesh gjatë ekspiracionit në sforcim dhe jo në sforcim
- Ulje e zhurmave të frymëmarrjes e përhapur në të dyja fushat pulmonare
- Timpanizëm i shtuar në perkusion
- Ekspiracion i zgjatur, ≥ 4 sekonda

Krahas këtyre, mund të dëgjohen dhe rale krepitante të ashpra në inspirimin.

Pacientët në stadin e fundit të SPOK-ut marrin pozicione që lehtësojnë dispnenë, si përkulja përpara me krahët e shtrira duke u mbështetur (shkarkuar peshën e trupit) mbi pëllëmbë ose bërryla.

Gjatë ekzaminimit vihet re gjithashtu përdorimi i muskujve aksesorë respiratorë dhe tërheqja/futja paradoksale nga brenda e hapësirave interkostale të poshtme (e njohur si shenja Hoover). Mund të vërehen edhe cianoze, distendim i venave jugulare dhe edema periferike (5).

Karakteristikat e mëposhtme mundësojnë diferencimin ndërmjet bronkitit kronik dhe emfizemës:

Karakteristikat e bronkitit kronik:

- Pacientët mund të jenë obezë
- Kolla e shpeshtë dhe sputumi i shtuar janë tipike
- Përdorimi i muskujve aksesorë të frymëmarrjes është i zakonshëm
- Ronke të ashpra dhe fishkëllima gjatë auskultacionit
- Pacientët mund të shfaqin shenja të insuficiencës kardiake të djathë (p.sh cor pulmonar), si edema dhe cianoza.

Karakteristikat e emfizemës:

- Pacientët mund të jenë shumë të dobët me gjoksin si fuçi
- Zakonisht pacientët kanë pak ose aspak kollë ose sputum
- Frymëmarrja mund të ndihmohet nga buzët e bashkuara fort/të shtënguara dhe përdorimi i muskujve aksesorë respiratorë; pacientët mund të qëndrojnë në “pozicionin ulur të trekëmbëshit” (pozicioni ndenjur me trupin e përkulur përpara me krahët e shtrirë dhe të vendosur mbi gjunjë)
- Gjoksi mund të jetë hiper-rezonant, dhe mund të dëgjohen fishkëllima
- Zhurmat kardiake dëgjohen si shumë të largëta
- Pamja e përgjithshme e pacientit ngjason me përkeqësimin klasik të SPOK-ut (5)

5. Diagnostikimi

Duhet të dyshojmë për diagnozë të sëmundjes pulmonare obstruktive kronike te pacientët me dispne kronike dhe progresive, kollë dhe/ose prodhim të sputumit, kufizim gradual të aktivitetit fizik, me histori të duhanpirjes, ose të ekspozimit ndaj faktorëve të tjerë të riskut si pluhuri në vendin e punës, tymi i zjarrit të druve/qymyrit në ambiente të brendshme, ose me histori familjare të sëmundjeve kronike të mushkërisë (7).

Një hap kyç në vlerësimin e pacientëve të dyshuar për SPOK është vlerësimi me saktësi i cigareve të konsumuara përgjatë një viti. Mjekët e familjes duhet ta pyesin me hollësi pacientin dhe të përcaktojnë/masin zakonin e duhanpirjes (vite-paketë = paketë(a) cigareje të konsumuara në ditë X vitet e duhanpirjes së rregullt). Në mungesë të predispozitës gjenetike/mjedisore/profesionale, konsumi i më pak se 10-15 vite- paketë nuk ka gjasa të shkaktojë SPOK.

Jini të vetëdijshëm që ekzaminimi fizik ka vlerë të kufizuar për diagnostikimin e SPOK-ut, veçanërisht në stadin e hershëm të sëmundjes. Mos prisni për gjetje të ekzaminimit fizik që lidhen me SPOK-un, por kryeni spirometrinë. (Gjetjet që lidhen me SPOK-un përfshijnë përdorimin e muskujve aksesorë respiratorë [muskujt skalen ose sternokleidomastoid], frymëmarrje me buzë të bashkuara, zgjerim i diametrit ant-post i gjoksit, hiper-rezonancë në perkusion, dhe ulje e zhurmave të frymëmarrjes).

Diagnoza e SPOK-ut konfirmohet nëpërmjet spirometrisë. Kemi defekt të konsiderueshëm obstruktiv që përkon me diagnozën e SPOK-ut, kur **raporti FEV1/FVC < 0.7** se vlera e parashikuar individuale pas dhënies së bronkodilatatorit (38). Ky fakt dhe mungesa e një shpjegimi alternativ për simptomat dhe kufizimin e fluksit të ajrit mbështet diagnozën (4).

5.1 Testi i Funksionit Pulmonar

Përdorimi i një pyetësi të thjeshtë depistimi për të identifikuar obstruksionin e vazhdueshëm të fluksit të ajrit në SPOK mund të lehtësojë diagnostikimin e hershëm dhe të saktë të SPOK-ut në kushtet e kujdesit shëndetësor parësor dhe të nxjerrë në pah nevojën për ta referuar pacientin për të kryer spirometrinë. Aneksi 13.2 jep Pyetësin për depistimin për SPOK në kujdesin shëndetësor parësor.

Spirometria

Spirometria është baza e procesit diagnostikues të pacientëve që dyshohen për SPOK. Spirometria përdoret për të përcaktuar shkallën e rëndesës së kufizimit të fluksit të ajrit, për të vlerësuar përgjigjen ndaj medikamenteve dhe për të ndjekur ecurinë e sëmundjes.

Gjatë vlerësimit të pacientëve për diagnozën e SPOK-ut, spirometria kryhet përpara dhe pas administrimit të bronkodilatatorit (400 µg salbutamol), për të përcaktuar nëse ka kufizim të fluksit të ajrit dhe nëse ai është pjesërisht apo plotësisht i kthyeshëm. Kufizimi i fluksit të ajrit që është i pakthyeshem ose pjesërisht i kthyeshëm me përdorimin e bronkodilatatorit është një karakteristikë fiziologjike e SPOK-ut. Vlerat më të rëndësishme të matura gjatë spirometrisë janë vëllimi ekspirator në sforcim në një sekondë (FEV1) dhe kapaciteti vital në sforcim (FVC). Raporti FEV1/FVC < 0.7 pas bronkodilatatorit tregon për praninë e kufizimit të fluksit të ajrit dhe vlera e parashikuar në përqindje e FEV1 pas dhënies së bronkodilatatorit përcakton shkallën e rëndësës së kufizimit të ajrit (4).

Të dhënat e spirometrisë duhet t'i bëhen të ditura Mjekut të Familjes si dhe Infermierit të Familjes. Interpretimi i spirometrisë është një mjet thelbësor për këtë gjendje shëndetësore dhe duhet të dihet nga Mjeku i Familjes. Pas plotësimit të pyetësorit të depistimit për SPOK, Aneksi 13.2, Mjeku i Familjes mund t'i referojë pacientët me të dhëna për SPOK te specialisti për të kryer testin e spirometrisë.

Fluksi maksimal ekspirator (PEF)

PEF përdoret shpeshherë si një matës i kufizimit të fluksit të ajrit në pacientët me astmë, por mund të nënvlerësojë shkallën e kufizimit të ajrit në SPOK. Një vlerë e ulët e PEF nuk është specifike për kufizimin e ajrit ndaj kërkohet kryerja e spirometrisë.

Kapaciteti difuzues i monoksidit të karbonit

Kapaciteti difuzues i monoksidit të karbonit (DLCO) nga ajri i thithur gjatë aktit të frymëmarrjes në rruazat e kuqe të kapilarëve pulmonarë është një tregues i shkëlqyer i shkallës së emfizemës anatomike të duhanpirësit me kufizim të fluksit të ajrit, por nuk nevojitet për vlerësimin rutinë të SPOK-ut. Indikacionet për kryerjen e një matjeje të DLCO, përfshijnë hipokseminë nëpërmjet puls-oksimitrisë (p.sh., presioni i oksigjenit arterial [PaO₂] < 92 mmHg) dhe vështirësinë në frymëmarrje joproporcionale ndaj shkallës së kufizimit të fluksit të ajrit (niveli i ulët i oksigjenit nuk justifikohet nga spirometria). DLCO-ja zvogëlohet në proporcion me shkallën e rëndësës së emfizemës; megjithatë, nuk mund të përdoret për të dalluar emfizemën e lehtë pasi nuk është një test me ndjeshmëri apo specificitet për të.

5.2 Diagnoza Diferenciale

Te pacientët që dispneja, kolla dhe prodhimi i sputumit shfaqet në mesin e jetës ose më vonë, diagnoza diferenciale është e gjerë. Zakonisht, kufizimi i vazhdueshëm i fluksit të ajrit (obstruksion) në testin e funksionit pulmonar dhe mungesa e karakteristikave radiografike të insuficiencës kardiake ose sëmundjes intersticiale të mushkërive e orientojnë mjekun drejt një diagnoze diferenciale më të ngushtë të SPOK-ut,

astmës obstruktive kronike, bronhektazisë, tuberkulozit, bronkiolitit konstriktiv dhe panbronkiolitit difuz. Këto patologji mund të shfaqen shpeshherë së bashku, për shembull pacientët me astmë mund të zhvillojnë SPOK dhe pacientët me SPOK mund të kenë njëherazi dhe bronkiektazi (7).

Krahasimi ndërmjet SPOK dhe Astmës:

Astma	SPOK
Shfaqje e hershme (shpesh në fëmijëri)	Shfaqje në mesin e jetës; shfaqja herët në moshën e rritur duhet të hedhë dyshime mbi mungesën e alfa-1-antitripsinës.
Simptomat mund të ndryshojnë nga dita në ditë Simptomat gjatë natës/herët në mëngjes	Simptomat përkeqësohen gradualisht ngadalë
Zakonisht te joduhanpirësit	Histori e gjatë e duhanpirjes, megjithëse mund të shfaqet te joduhanpirësit
Obstruksion i kthyesëm/i ndryshueshëm	Kufizim i fluksit të ajrit i pakthyeshëm në masë të konsiderueshme
Alergji, rinit, dhe/ose ekzema janë gjithashtu të pranishme Histori familjare për astmën	Dispne gjatë ushtrimeve fizike

Astma obstruktive kronike

Në disa pacientë me astmë kronikë nuk mund të bëhet një dallim i qartë nga SPOK-u. Për shembull: një pacient që ka pasur astmë atopike që nga fëmijëria dhe ka konsumuar cigare për rreth 15 vite rreth të njëzetave dhe të tridhjetave të moshës së tij, mund të shfaqë një kombinim të astmës dhe SPOK-ut rreth moshës pesëdhjetë vjeç.

Insuficienca kardiake kongjестive

Insuficienca kardiake kongjестive (IKK) mund të shkaktojë fishkëllima dhe shpesh mund ta bëjë të vështirë dallimin nga emfizema. Historia e ortopnesë dhe dispnesë paroksizmale nokturne, rale krepitante fine në bazat pulmonare gjatë auskultacionit të krahërorit, dhe gjetjet tipike në radiografitë e krahërorit: zemër e dilatur, edemë pulmonare, mund të çojnë në diagnozën e IKK-së.

Një test praktik për të bërë diferencën ndërmjet sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (SPOK) dhe IKK-së në spital është fluksi maksimal i ajrit. Nëse vëllimi ekspirator i pacientëve është 150-200 mL ose më pak, ka gjasë që ata të kenë një përkeqësim të SPOK-ut; flukse në vlera më të larta tregojnë një përkeqësim të mundshëm të IKK-së. Hiperaktiviteti bronkial në IKK është i rritur (7).

Bronhektazia

Pacientët me bronkiektazi kanë vëllime të larta të sputumit purulent dhe shpesh të lidhura me infeksione bakteriale të përsëritura ose të vazhdueshme. Gjatë ekzaminimit fizik, mjeku i familjes mund të dëgjojë rale krepitante të njoma, të ashpra në auskultacion dhe të evidentojë praninë e gishtave të tamburit.

Ekzaminimet e mëtejshme, si radiografia/skaneri i krahërorit me rezolucion të lartë, tregojnë zgjerim bronkial dhe trashje të mureve bronkiale.

Tuberkulozi

Tuberkulozi mund të shfaqet në të gjitha moshat, ndaj duhet të merret në konsideratë në zonat me prevalencë të lartë të tuberkulozit. Radiografia e krahërorit mund të paraqesë shenja në zonën e sipërme të mushkërive dhe/ose granuloma të kalçifikuara. Mund të kryhet testi i Mantusë apo teste të tjera specifike për të përjashtuar tuberkulozin.

Bronkioliti obliterans

Bronkioliti obliterans vërehet në personat në moshë të re që nuk konsumojnë duhan dhe në personat me sëmundje të indit lidhor. Në mënyrë karakteristike, skaneri paraqet zona hipodense me zona të zbehta në formë mozaiku pa evidencë të emfizemës së gjeneralizuar.

5.3 Të tjera

Oksimetria dhe Astrupograma (gazometria)

Puls-Oksimetria është një test joinvaziv që kryhet lehtë dhe mundëson vlerësimin e saturimit të gjakut me oksigjen. Ky test ka bërë të mundur reduktimin e numrit të pacientëve që kanë nevojë t'u bëhet astrupograma (gazet në gjakun arterial), psh nuk nevojitet oksigjen shtesë kur saturimi me oksigjen sipas puls-oksimetrisë (SpO₂) është > 88 %. Megjithatë, puls-oksimetria nuk ofron informacion mbi ventilimin alveolar apo hiperkapninë (PaCO₂ > 45mmHg).

Astrupograma ofron të dhënat më të mira për të vlerësuar gjendjen akute dhe shkallën e rëndesës së përkeqësimit të sëmundjes.

Pacientët me SPOK të lehtë kanë hipoksemi të lehtë deri në të moderuar pa hiperkapni. Me përparimin e sëmundjes, hipoksemia përkeqësohet dhe mund të zhvillohet hiperkapnia. Kjo e fundit vërehet më shpesh kur vlera e FEV₁ bie nën 1 L/s ose 30% të vlerës së parashikuar. Mekanika e aparatit të frymëmarrjes dhe shkëmbimi i gazrave përkeqësohet gjatë riakutizimeve akute.

Indikacionet për matjen e astrupogramës (p.sh, PaO₂, PaCO₂, dhe aciditeti [pH]), të cilat duhet të merren në konsideratë në kontekstin klinik, përfshijnë:

- FEV₁ i ulët (p.sh, < 50% e vlerës së parashikuar)

- Saturimi i ulët me oksigjen me puls-oksimetri (< 92%)
- Ndryshim/prekje e vetëdijes
- Përkeqësim akut i SPOK-ut

Radiografia e gjoksit

Arsyet kryesore për të kryer një radiografi të gjoksit gjatë vlerësimit të një pacienti për SPOK janë 1) përjashtimi i diagnozave alternative, vlerësimi për sëmundje bashkëshoqëruese (p.sh., kanceri i mushkërive me obstrukcion të rrugëve të frymëmarrjes, bronkiektazia, sëmundja pleurale, sëmundja intersticiale e mushkërisë, insuficienca kardiake), dhe 2) për të kontrolluar për komplikacione të SPOK-ut (p.sh, pneumoni, pneumotoraks) që mund të sugjerohet nga ndryshimi i simptomave.

Mbani parasysh: radiografite e thjeshta të gjoksit kanë ndjeshmëri të dobët për të dalluar SPOK-un.

Radiografite frontale dhe laterale të gjoksit te pacientët me emfizemë shfaqin shenja të hiperinflacionit, duke përfshirë rrafshimin e diafragmës, hapësirë të rritur retrosternale të ajrit dhe një hije të gjatë e të ngushtë të zemrës. Hijet vaskulare me ngushtim të menjëhershëm të shoqëruara nga rritja e transparencës së mushkërive janë shenja të tjera të emfizemës. Bronkiti kronik shoqërohet nga theksim i vaskularizimit pulmonar dhe kardiomegalia. Në rast komplikacioni me hipertension pulmonar, hijet vaskulare hilare janë shumë të dukshme, dhe ka gjasa të jetë e pranishme zgjerimi i ventrikulit të djathtë (6).

Skaneri: nuk nevojitet për diagnostikimin rutinë të SPOK-ut. Skaneri me rezolucion të lartë ka ndjeshmëri më të lartë se sa radiografia standarde e gjoksit dhe ka specificitet të lartë për diagnostikimin e emfizemës (bulat nuk janë gjithmonë të dukshme në radiografi).

Zakonisht, ky lloj investigimi kryhet kur ndryshimet e simptomave sugjerojnë një komplikacion të SPOK-ut (p.sh., pneumoni, pneumotoraks, bula gjigante), ose kur dyshohet për një diagnozë tjetër (p.sh., sëmundje tromboembolike), ose kur indikohet depistimi për kancerin e mushkërive, etj.

Elektrokardiografia: Sëmundja kardiake ka shumë gjasë të jetë bashkëshoqëruese në pacientët me SPOK. Elektrokardiografia mund të përdoret për të përcaktuar që hipoksia nuk ka shkaktuar ishemi kardiake dhe se shkak i vështirësisë në frymëmarrje nuk ka natyrë kardiake.

Laboratori: Analizë e plotë e gjakut dhe e elektroliteve. (Hipoksemia kronike mund të shkaktojë policitemi. Një vlerë hematokriti më e madhe se 52% te burrat dhe më e madhe se 47% te gratë është tregues për policitemi).

Matja e alfa-1-antitripsinës (AAT) indikohet për të gjithë pacientët nën moshën 40 vjeç, në pacientët me histori familjare të emfizemës në moshë të herët, ose për pacientët me ndryshime emfizematoze pa histori të duhanpirjes.

6. Vlerësimi i SPOK-ut

Në çdo vizitë, pacientit duhet t'i kryhet një vlerësim objektiv i simptomave dhe i riskut për riakutizime ose shtrim në spital.

Simptomat vlerësohen duke përdorur një instrument të provuar siç është shkalla e dispnesë sipas Modified Medical Research Council (mMRC) (shihni Tabelën 1) ose Testin e Vlerësimit të SPOK-ut (CAT) (Aneksi 13.3).

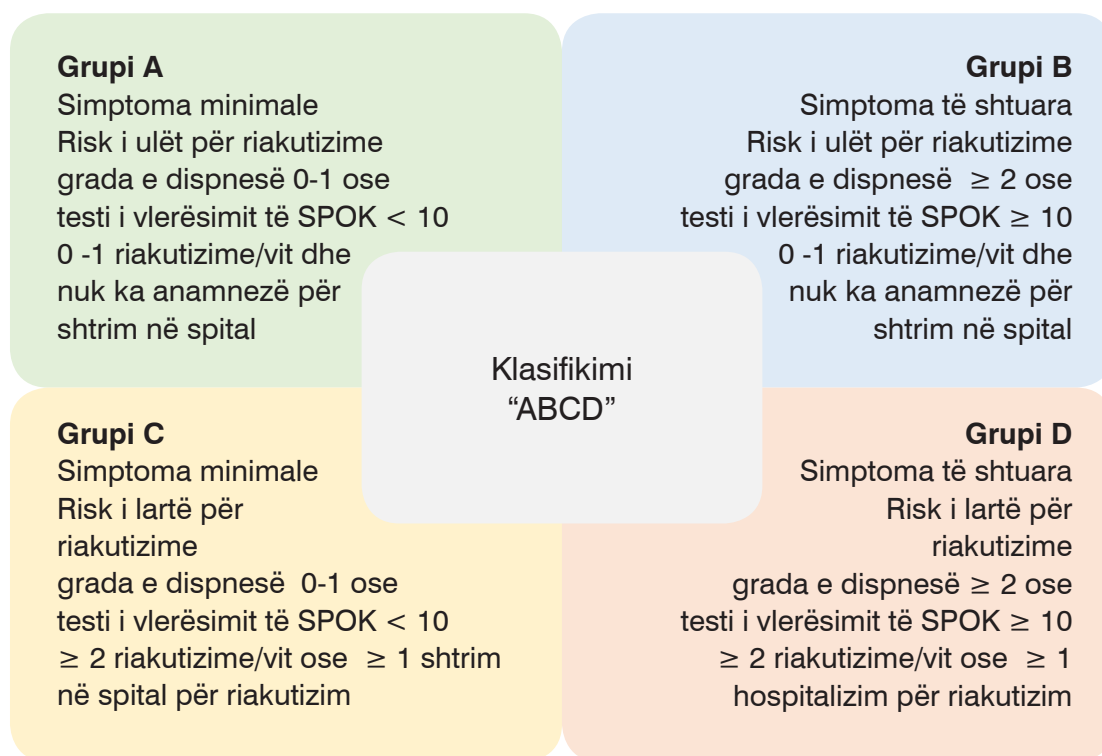
Testi CAT mund të kryhet në klinikë, online ose mund ta kryejë pacienti vetë në shtëpi dhe t'ia dorëzojë raportin mjekut në klinikë (4).

Risku i përkeqësimeve bazohet në historikun e përkeqësimeve të pacientit gjatë vitit të fundit; dy ose më shumë riakutizime/përkeqësime që kërkojnë përdorimin e antibiotikëve dhe/ose glukokortikoidëve sistematikë, ose një ose më shumë shtrime në spital për shkak të SPOK-ut gjatë vitit të fundit tregojnë për një risk më të lartë për riakutizime në të ardhmen. Komponentët e simptomave dhe riskut kombinohen në katër grupe (shihni Figurën 2).

Tabela 1: Shkalla e dispnesë sipas Modified Medical Research Council (mMRC)

Stadi	Përshkrimi i vështirësisë në frymëmarrje
0	Kam vështirësi në frymëmarrje vetëm kur bëj ushtrime të vështira
1	Kam vështirësi në frymëmarrje kur eci me nxitim në sipërfaqe të sheshtë ose në tatëpjetë të lehtë.
2	Në sipërfaqe të sheshtë më duhet të eci më ngadalë se moshatarët për shkak të vështirësisë në frymëmarrje, ose më duhet të ndaloj për t'u mbushur me frymë kur eci me shpejtësinë time normale
3	Më duhet të ndaloj për t'u mbushur me frymë kur eci rreth 100 metra ose pasi eci disa minuta në sipërfaqe të sheshtë
4	Kam shumë vështirësi në frymëmarrje për të dalë nga shtëpia, ose kam vështirësi edhe kur vishem

Figura 2: Klasifikimi GOLD «ABCD»: Vlerësimi i simptomave dhe riskut të riakutizimit për fillimin e terapisë për SPOK-un



GRUPI A: SIMPTOMA MINIMALE, RISK I ULËT PËR RIAKUTIZIME

A	shkalla sipas mMRC 0 deri në 1 ose CAT < 10; 0 deri në 1 riakutizime në vit pa shtrim në spital për shkak të riakutizimeve
----------	---

GRUPI B: MË SHUMË SIMPTOMA, RISK I ULËT PËR RIAKUTIZIME

B	shkalla sipas mMRC ≥ 2 ose CAT ≥ 10 0 deri në 1 riakutizime në vit pa shtrim në spital për shkak të riakutizimeve
----------	--

GRUPI C: SIMPTOMA MINIMALE, RISK I LARTË PËR RIAKUTIZIME

C	shkalla sipas mMRC 0 deri në 1 ose CAT < 10; ≥ 2 riakutizime në vit ose ≥ 1 shtrim në spital për shkak të riakutizimeve
----------	--

GRUPI D: MË SHUMË SIMPTOMA, RISK I LARTË PËR RIAKUTIZIME (GRUPI D)

D	shkalla sipas mMRC ≥ 2 ose CAT ≥ 10 ≥ 2 riakutizime në vit ose ≥ 1 shtrim në spital për shkak të riakutizimeve
----------	---

Vlerësimi i shkallës së rëndesës

Për të vlerësuar shkallën e rëndesës së SPOK-ut, duhet të kryhet spirometria që të matet FEV1. Shkalla e rëndesës së kufizimit të fluksit të ajrit bazohet në vlerën e FEV1 pas bronkodilatatorit (e shprehur si përqindje e vlerës së parashikuar). Në Tabelën 2 paraqiten stadet e ndryshme GOLD në bazë të shkallës së rëndesës dhe FEV1.

Tabela 2: Stadet GOLD

Stadi	Shkalla e rëndesës	FEV1 (përqindje e parashikuar)
Në pacientët me FEV1/FVC < 0.7		
GOLD 1	E lehtë	≥ 80
GOLD 2	E moderuar	50 -79
GOLD 3	E rëndë	30– 49
GOLD 4	Shumë e rëndë	< 30

7. Menaxhimi i SPOK-ut

Pasi diagnoza e SPOK-ut të jetë përcaktuar dhe vlerësuar, është e rëndësishme që të edukohet pacienti rreth sëmundjes dhe të inkurajohet pjesëmarrja e tij/saj aktive në terapi.

Synimi i terapisë është përmirësimi i simptomave të pacientit, pakësimi i riakutizimeve dhe përmirësimi i cilësisë së jetës së pacientit. Farmakoterapia duhet të fillojë krahas menaxhimit jofarmakologjik.

Vaksinimet: Pacientët me SPOK duhet të vaksinohen kundër virusit të gripit sezonal dhe pneumokokut.

Vaksina e gripit sezonal duhet të kryhet çdo vit. Pacientët me SPOK duhet të vaksinohen edhe me vaksinën polisaharide 23 valente kundër pneumokokut (PPSV23).

7.1 Trajtimi i jofarmakologjik

7.1.1 Edukimi i pacientëve: *Plani i veprimit për SPOK-un*

Të gjithë personave me SPOK duhet t'u ofrohet edukim për vetëmenaxhimin, duke përfshirë një plan të shkruar veprimi të personalizuar për SPOK-un (36).

Edukimi dhe trajnimi i pacientëve për vetëmenaxhimin nga ana e profesionistëve të kujdesit shëndetësor duhet të jetë një element kryesor i “Modelit të Kujdesit Kronik” në kontekstin e sistemit të ofrimit të kujdesit shëndetësor. Qëllimi i vetëmenaxhimit është të motivojë, angazhojë dhe udhëzojë pacientët që të përshtasin në mënyrë pozitive sjelljen(et) e shëndetshme dhe të zhvillojnë aftësi për të menaxhuar më mirë në bazë ditore sëmundjen e tyre.

Mjekët e familjes dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të shkojnë përtej qasjes së thjeshtë të edukimit/këshillimit për të arritur që t'i ndihmojnë pacientët që të mësojnë dhe të përvetësojnë aftësi të qëndrueshme për vetëmenaxhimin. Këto aftësi nënkuptojnë njohje më shumë rreth SPOK-ut, ndryshime/përshtatje sjelljeje në jetën e tyre të përditshme me SPOK-un. Aftësimi i pacientëve për vetëmenaxhim, krahas sqarimit të faktorëve të riskut që lidhen me sjelljen (p.sh., duhanpirja, dieta, ushtrimet fizike), duhet të parashikojë përfshirjen e pacientëve në monitorimin dhe menaxhimin e shenjave dhe simptomave të sëmundjes së tyre, në zbatimin e trajtimit (duke përfshirë medikamentet dhe këshillat e tjera mjekësore), sqarimin motivues me bindje të pacientëve për të mbajtur kontakt të rregullt me ofruesit e kujdesit shëndetësor, dhe aftësimin e pacientëve për të menaxhuar pasojat psikologjike e sociale të sëmundjes së tyre (4).

Plani i Veprimit për SPOK-un

Plani i veprimit për SPOK-un është një grup udhëzimesh për menaxhimin e SPOK-ut tek të rriturit. Plani është i personalizuar dhe hartohet nga pacienti së bashku me mjekun dhe infermierin e familjes, dhe më pas i jepet pacientit në formë të shkruar.

Plani i veprimit për SPOK-un duhet të kontrollohet dhe të përditësohet të paktën një herë në vit. Pacienti duhet ta marrë me vete planin e veprimit sa herë që ka konsultë me mjekun.

Plani i veprimit për SPOK-un përfshin:

- listën e medikamenteve të zakonshme me dozat përkatëse që personi përdor për SPOK-un
- udhëzime se si duhet të veprojnë në rast se SPOK-u përkeqësohet, kur të marrë doza shtesë të medikamenteve dhe kur duhet të kontaktojë me mjekun e tij të familjes apo të shkojë në urgjencë
- çfarë të bëjë në rast të një urgjence të SPOK-ut
- emrin e mjekut të familjes që përgatiti planin së bashku me pacientin

Në Aneksin 13.5. jepet një model plan veprimi për SPOK-un. Ky dokument mund të përdoret nga Mjekët dhe/ose Infermierët e Familjes për të edukuar pacientin lidhur me vetëmenaxhimin e SPOK-ut.

Edukimi i pacientit duhet të përfshijë dhe teknikën e përdorimit të inhalatorit. Aneksi 13.7. jep udhëzimet për përdorimin e inhalatorit.

7.1.2 Ndërprerja e duhanpirjes

Ndalimi i duhanpirjes është e vetmja masë që mund të ndalojë përkeqësimin e SPOK-ut dhe që ndikon në uljen e vdekshmërisë. Këshillimi i shkurtër (3-5 minuta) i lënies së duhanit është efikas dhe dyfishon përqindjen e ndalimit spontan të duhanpirjes (nga 3% në 6%) (20). Aneksi 13.4 jep udhëzime si ofruesi i kujdesit shëndetësor mund të ndihmojë pacientin për ndalimin e duhanpirjes. Këto udhëzime ndihmojnë për të pyetur, këshilluar dhe vepruar me pacientët që raportojnë se përdorin duhan, si dhe ndihmojnë për të zhvilluar intervistimin motivues të këta pacientë.

Këshilla lidhur me përfitimet e lënies së duhanit:

- Nëse ndërpritni duhanpirjen para moshës 30 vjeç, jetëgjatësia juaj rikthehet në nivel të njëjtë me atë të personave që nuk konsumojnë duhan.
- Shtatzëni: risku që foshnja të lindë në peshë të ulët, të lindë i vdekur apo të vdesë në 28 ditët e para pas lindjes shkon në nivelin normal nëse ndërpritni duhanin përpara shtatzënisë apo gjatë tremujorit të parë.
- Rritet shansi për të mbetur shtatzënë
- Brenda 72 orëve: ulët presioni i gjakut, ulët pulsi, ulët risku i atakut kardiak, dhe përmirësohet aftësia e njuatjes dhe e shijes

- Brenda dy javëve: rritet funksioni i mushkërive, përmirësohet qarkullimi dhe lehtësohet ecja.
- Brenda një viti: përmirësohet vështirësia në frymëmarrje dhe lodhja, pakësohet kolla dhe përgjysmohet risku për sëmundje koronare.
- Brenda 5 viteve: ulët risku për ulçer. Ulet risku për kancer të fshikëzës urinare, veshkave, gojës, ezofagut, pankreasit dhe fytit.
- Brenda 5-15 viteve: risku për të pësuar goditje cerebrale dhe risku për sëmundjet koronare bie në nivelin e personave që nuk konsumojnë duhan. Risku për kancer në mushkëri përgjysmohet krahasuar me atë të personave që vazhdojnë të konsumojnë duhan.
- Reduktohet ankthi dhe depresioni. Niveli i ndikimit është i barabartë ose më i lartë se ai i trajtimit me antidepressivë për çrregullimet e humorit dhe ankthit.
- Pakësohet risku për Alzheimer ose demencë vaskulare.

Cigaret elektronike po përdoren në shkallë të gjerë në mbarë botën si një mekanizëm alternativ për marrjen e nikotinës për personat duhanpirës, dhe janë pjesë e programeve në disa vende për lënien e duhanit ose reduktimin e dëmit. Një studim rastësor i kontrolluar ka treguar se këto cigare janë më efikase se sa terapia e zëvendësimit të nikotinës (NRT) në këtë aspekt. Efektet afatshkurtra, afatmesme dhe afatgjata të përdorimit të cigareve elektronike ende nuk janë të njohura plotësisht dhe nuk ka gjasa që ato të mos shkaktojnë asnjë dëm. Megjithatë, përdorimi i cigareve elektronike mund të çojë drejt konsumit të cigareve të zakonshme të adoleshentët. Duhani për përtypje dhe për thithje me hundë mund të jetë më pak i dëmshëm se sa duhanpirja, megjithatë forma dhe përmbajtja e tyre ndryshojnë shumë dhe mund të përbëjnë rrezik për dëme të përdoruesit (15-23).

Mjeku i familjes mund të japë me recetë terapinë e zëvendësimit të nikotinës me qëllim që të mbështetet lënia e duhanit nga pacientët e motivuar.

Mjekimi i përgjithshëm rekomandohet për të gjithë pacientët që konsumojnë duhan në një sasi të barasvlershme me 10 ose më shumë cigare në ditë. Pacientët kanë gjasa që të përjetojnë simptomat e varësisë brenda 10-12 javëve të para pas lënies së duhanit dhe duhet t'u ofrohet mbështetje farmakologjike pasi të caktojnë datën e lënies së duhanit. Mënyra më efikase për të përdorur NRT është përdorimi i dy produkteve njëkohësisht, një ngjitëse me veprim të zgjatur dhe një preparat me veprim të shpejtë si çamçakëzi ose spraj nazal. Shumicës së personave iu nevojitet dozë e plotë për 2-3 muaj, dhe më pas ata mund ta pakësojnë dozën gradualisht përgjatë disa muajve. Ndonjëherë nevojiten periudha më të gjata të trajtimit për të shmangur rifillimin e duhanit.

Agjentët e terapisë së zëvendësimit të nikotinës

Ngjitësi në lëkurë: Dozimi: Lista e Barnave Esenciale (LBE) e OBSH-së (e përditësuar në 2019) përfshin 5 mg deri në 30 mg/16 orë; 7 mg deri në 21 mg/24 orë. Një shqyrtim sistematik Cochrane i vitit 2019, sugjeron që përdorimi i ngjitësve me dozë më të lartë

(që përmbajnë 25mg/16 orë ose 21mg/24 orë) përmirëson gjasat që një person të lërë duhanin. Efektet e mundshme anësore janë: skuqje e lëkurës, alergji, pagjumësi, ëndrra që përjetojnë si reale

Çamçakëzi: LBE përfshin 2 mg dhe 4 mg. Dozimi: Sipas Cochrane 2019, gjasat për të lënë me sukses duhanin ishin më të larta te personat që përdornin çamçakëz nikotine me dozën më të lartë (4 mg nikotinë). Duke qenë se nikotina përthithet nëpërmjet mukozës së gojës, është e rëndësishme që të udhëzohet pacienti për përdorimin e kujdesshëm të çamçakëzit. Çamçakëzi duhet të përtypet disa herë dhe më pas të mbahet në gojë. Efektet e mundshme anësore janë: gojë e thatë dhe e dhimbshme, dispepsi, të përziera, dhimbje koke, dhimbje e nofullës.

Inhalatori: këshillojeni pacientin që ta kalojë preparatin nëpër mukozën e gojës.

Kujdes, në dhënien e nikotinës për pacientë me sëmundje kardiovaskulare pasi nikotina rrit frekuencën kardiale dhe presionin arterial, në pacientë diabetikë insulinovartës, në pacientë me hipertirozë, sëmundje të ezofagut dhe feokromocitomë.

Medikamentet

Vareniclina është një agonist i pjesshëm i receptorëve nikotinikë. Krahas bllokimit të receptorëve, ajo gjithashtu i stimulon ato, duke çuar në pakësim të simptomave të lënies së duhanit. Studimet klinike kanë treguar se varenicline rrit përqindjen e lënies së duhanit deri në dy ose tre herë krahasuar me grupin placebo. Dozimi: Duhet të fillojë përdorimi një javë përpara datës së lënies së duhanit: 0.5 mg për 3 ditë, 2x 0.5 mg për 4 ditë, më pas 2x 1mg nga data e lënies për 12 javët në vijim. Efektet e mundshme anësore janë: të përziera, dhimbje koke, pagjumësi, ëndrra “si të jetuara në të vërtetë”. Këshillohet të merret me një gotë të plotë me ujë dhe me ushqim për të reduktuar të përzierat. Kundërrindikohet në rast shtatzënie.

Bupropion u krijua fillimisht si një antidepressiv. Ai pakëson nevojën për të përdorur duhanin si dhe pakëson simptomat e tërheqjes nga nikotina. Dozimi: 150mg në ditë për 6 ditët e para, më pas në ditën e 7 - 2 x 150mg (të paktën 8 orë larg nga njëra-tjetra) dhe më tej rregullisht 2 x 150 mg për 7-12 javë. Efektet e mundshme anësore janë: konvulsione, pagjumësia, dhimbje koke, tharje e gojës, marrje mendsh, ankth, çrregullime të ngrënies. Kundërrindikacionet: NRT, personat me histori për konvulsione, shtatzëni, çrregullime të të ngrënit, personat nën 18 vjeç. Duhet të ulet/përshtatet doza te personat me dëmtim hepatic. Duhet të mbahen parasysh ndërveprimet me barnat si, teofilina, clopidogrel, carbamazepine, disa antidepressivë dhe antipsikotikë, veçanërisht tek ato që marrin inhibitorë të monoaminë oksidazës.

Cytisine ka mekanizëm veprimi të ngjashëm me vareniclinen, duke u lidhur me receptorët nikotinikë. Ajo përdoret për trajtimin e varësisë nga duhani në vendet e Evropës lindore dhe ka tërhequr vëmendje gjithnjë në rritje për shkak të efikasitetit dhe kostos së ulët. Efektet e mundshme anësore përfshijnë dhimbjet e stomakut, tharjen e gojës, dispepsinë dhe të përzierat.

Këshilla Praktike për pacientët

Këto janë sugjerime për të përballuar nevojën e përdorimit të duhanit dhe mënyra se si mund të pakësohet risku i rifillimit. Simptomat e abstinencës janë më të shpeshta në ditët e para pas lënies së duhanit; ato janë shenja treguese që trupi po mësohet se si të jetojë pa nikotinë.

Informoni pacientin:

Nëse përdorni preparate që ju ndihmojnë në lënien e duhanit, simptomat tuaja të abstinencës nga nikotina do të pakësohen, ndaj kujdesuni që të merrni medikamentet. Këshilloni:

- Vononi reagimin ndaj nevojës për të pirë duhan
- Merrni frymë thellë
- Pini ujë me ngadalë duke e mbajtur në gojë pak më gjatë për ta shijuar
- Bëni diçka tjetër për të larguar mendjen nga duhani. Ushtrimet fizike janë një alternativë e mirë

Shmangni nxitësit kryesorë për pirjen e duhanit në fazat e para të përpjekjes për të lënë duhanin. Nxitësit kryesorë janë: alkooli, kafja dhe miqtë që konsumojnë duhan.

Mos Harroni: Edhe një cigare e vetme ju dëmton. Të menduarit që “mund të konsumoj vetëm një” është arsyeja pse shumica e personave i rikthehen përdorimit të rregullt të duhanit (15-23).

7.1.3 Ushqyerja

Për të gjithë pacientët me SPOK, një qëllim kyç i menaxhimit të ushqyerjes është të ngrënit e një diete të balancuar dhe arritja dhe mbajtja e peshës së shëndetshme. Të ngrënit shëndetshëm do të thotë të zgjedhësh një sërë ushqimesh nga secili prej pesë grupeve ushqimore çdo ditë në proporcione të përshtatshme, përfshirë: zarzavatet dhe bishtajoret/groshët; frutat, drithërat, veçanërisht llojet integrale si buka, drithërat e mëngjesit, orizi dhe makaronat; mishi pa yndyrë dhe mishi i pulës, peshku, vezët, frutat e thata dhe bathët; si dhe produktet e bulmetit si qumështi, kosi dhe djathi. Njëkohësisht, ushqimet që kanë sasi të lartë yndyrash të ngopura, sheqer dhe kripë, si p.sh ushqimet shumë të përpunuara, duhet të kufizohen.

7.1.4 Aktiviteti fizik dhe Obeziteti

Aktiviteti fizik përkufizohet si çdo lëvizje e trupit e shkaktuar nga muskujt e skeletit që rezulton në shpenzim energjie mbi nivelin e pushimit dhe që shpesh klasifikohet me intensitet të lehtë, të moderuar ose të lartë në bazë të nivelit të kërkuar të energjisë. Në kuptimin më të gjerë, aktiviteti fizik përfshin ushtrimet e planifikuara, të strukturuar, të përsëritura që kryhen me synimin për të përmirësuar ose mbajtur shëndetin fizik dhe për përfitime shëndetësore, sportet, dhe aktivitetin fizik që kryhet si pjesë e jetës së përditshme, e punës, e kohës së lirë dhe transportit. Aktiviteti i rregullt fizik rekomandohet për të gjithë individët me SPOK. Në mungesë të

udhëzimeve nga një profesionist (p.sh., nga fizioterapisti), individët me SPOK duhet të inkurajohen nga ekipi i mjekësisë së familjes që të kryejnë aktivitet fizik (p.sh., të kryejnë të paktën 30 minuta aktivitet fizik të moderuar në 5 ditë të javës, si ecja) dhe të marrin pjesë në aktivitete të jetës së përditshme që kërkojnë përdorimin e forcës së muskujve (p.sh, ngritja e peshave, ulja në bisht “pozicioni ndenjor” për veprimtari si kopshtaria) si dhe të bëjnë aktivitete si noti etj.

Një sërë ushtrimesh për frymëmarrjen këshillohen për personat me SPOK. Synimi i këtyre ushtrimeve është pakësimi i dispnesë duke ndryshuar muskujt respiratorë që angazhohen gjatë frymëmarrjes, reduktimi i hiperinflacionit të mushkërive, përmirësimi i funksionit të muskujve respiratorë dhe optimizimi i lëvizjeve torako-abdominale.

Nga ana tjetër, obeziteti po bëhet gjithnjë e më i pranishëm te personat me SPOK. Obeziteti ndërlikon menaxhimin e SPOK-ut dhe krahas pasojave metabolike negative, shoqërohet me ulje të vëllimit ekspirator rezervë (ERV) dhe ulje të kapacitetit funksional rezidual (FRC), rritje të përdorimit të medikamenteve inhalatore, rritje të dispnesë dhe lodhjes, ulje të cilësisë së jetës dhe të kapacitetit për ushtrime me ngritje të peshave. Trajnimi motivues është i nevojshëm të zbatohet te pacientët obezë me qëllim përshtatjen e aktivitetit fizik dhe të ushqyerjes (29,30).

7.1.5 Rehabilitimi pulmonar

Rehabilitimi pulmonar përkufizohet si një “ndërrhyrje gjithëpërfshirëse e bazuar në vlerësimin e hollësishëm të pacientit, e ndjekur nga terapi të përshtatura për pacientin që përfshijnë, por pa u kufizuar, ushtrimet fizike, edukimin për vetëmenaxhimin me qëllim ndryshimin e sjelljes për të përmirësuar gjendjen fizike dhe psikosociale të personave me sëmundje respiratore kronike dhe për të promovuar zbatimin afatgjatë të sjelljeve që përmirësojnë shëndetin”. Përfitimet e rehabilitimit pulmonar për pacientët me SPOK përfshijnë pakësimin e simptomave (dispne dhe lodhje), pakësim të ankthit dhe depresionit dhe përmirësim të cilësisë së jetës, përmirësim të funksionit të muskujve periferikë dhe të kapacitetit për ushtrime fizike. Pas rehabilitimit pulmonar, është vërejtur se pjesëmarrësit kanë fituar një rritje të kontrollit mbi gjendjen e tyre dhe është parë që rehabilitimi është strategjia terapeutike më efikase për të përmirësuar vështirësinë në frymëmarrje, gjendjen shëndetësore dhe tolerancën ndaj ushtrimeve fizike (4).

Edukimi i pacientëve me SPOK për përshtatje të stilit të tyre të jetesës duhet të ofrohet nga infermierët e familjes (dhe/ose Mjekët e familjes). Shpeshherë infermierët e familjes janë më të lidhur me pacientët, i njohin më mirë ata duke bërë të mundur të ndërveprojnë me ta duke i vendosur në qendër të trajtimit. Infermierët e familjes duhet të trajnohen mbi mënyrën e edukimit të pacientëve me SPOK. Gjithashtu, Mjekët dhe Infermierët e Familjes duhet të trajnohen për të vlerësuar përdorimin e duhanit dhe për të mbështetur pacientët për ndërprerjen e duhanpirjes nëpërmjet intervistave motivuese dhe, nëse nevojitet, nëpërmjet terapisë zëvendësuese të nikotinës.

7.2 Trajtimi farmakologjik

Trajtimi farmakologjik i SPOK-ut bazohet në vlerësimin GOLD ABCD. Përzgjedhja fillestare e një agjenti farmakologjik bazohet në shkallën e rëndesës së simptomave dhe riskut të riakutizimeve.

Preparatet bazë në terapinë me barna për SPOK-un simptomatik të qëndrueshëm janë bronkodilatatorët inhalatorë (beta agonistët dhe antagonistët muskarinikë) të marrë vetëm, të kombinuar ose të marrë bashkë me glukokortikoidet inhalatore. Për lehtësimin e simptomave të herëpashershme të SPOK-ut përdoren bronkodilatatorët me veprim të shkurtër, si terapi mbajtëse përdoren bronkodilatatorët me veprim të zgjatur.

Përgjithësisht bronkodilatatorët administrohen nëpërmjet inhalimit me aparat që mbahet në dorë, siç janë inhalatorët MDI (suspension i presuar me dozë të matur), me avull ose me pluhur të thatë (7).

SIMPTOMA MINIMALE, RISK I ULËT PËR RIAKUTIZIME (GRUPI A)

A	Për pacientët që kanë SPOK me simptoma minimale dhe që kanë risk të ulët për riakutizime (p.sh., shkalla sipas Modified Medical Research Council [mMRC] 0 deri në 1 ose rezultati i Testit të Vlerësimit të SPOK-ut [CAT] < 10 dhe 0 deri në 1 riakutizim në vit), rekomandohet që të <i>përdorin sipas nevojës një bronkodilatator me veprim të shkurtër</i> për lehtësimin e shtimit të herëpashershëm të dispnesë.
----------	---

Beta agonistët me veprim të shkurtër dhe antagonistët muskarinikë me veprim të shkurtër (antikolinergjikë) mund të përdoren veçmas ose të kombinuar për lehtësimin e simptomave të herëpashershme të SPOK-ut.

Ventoline (salbutamol), inhalator me dozë të matur që është suspension i presuar (100 µg/inhalim): 2 inhalime çdo 4 deri në 6 orë sipas nevojës për lehtësimin akut të simptomave, në vend të përdorimit të planifikuar me orare të përcaktuara.

Solucion për nebulizator: 2.5 mg çdo 4 deri në 6 orë sipas nevojës.

Ipratropium: Inhalator suspension i presuar me dozë të matur (20 µg/inhalim): 2 inhalime 4 herë në ditë; doza maksimale: 10 inhalime (200 µg)/ditë.

Solucion për nebulizator: 0.5 mg (500 µg, një ampulë me njësi doze) çdo 6 deri në 8 orë.

Rreziqet e mbipërdorimit të beta agonistëve janë të mundshme nëse një person përpiqet të arrijë zgjerim bronkial maksimal nëpërmjet përdorimit të dozave më të larta. Shenjat e mbipërdorimit përfshijnë: dridhjet dhe takikardinë reflektore, pjesërisht për shkak të zgjerimit arterial periferik.

MË SHUMË SIMPTOMA, RISK I ULËT PËR RIAKUTIZIME (GRUPI B)

B

Për pacientët që kanë më tepër simptoma, por kanë risk të ulët për riakutizime bazuar në historikun e riakutizimeve në të shkuarën (p.sh., shkalla sipas Modified Medical Research Council [mMRC] ≥ 2 ose rezultati i Testit të Vlerësimit të SPOK-ut [CAT] ≥ 10 ; 0 deri në 1 riakutizim në vit), rekomandohet përdorimi i rregullt i *një bronkodilatatori me veprim të zgjatur krahas një bronkodilatatori me veprim të shkurtër (beta-agonist ose agjent antimuskarinik) sipas nevojës për lehtësimin e shtimit të herëpashershëm të dispnesë.*

Për pacientët me SPOK të Grupit B mund të përdoret një beta agonist me veprim të zgjatur (LABA) ose një antagonist muskarinik me veprim të zgjatur (LAMA, i njohur ndryshe si agjent antikolinergjik me veprim të zgjatur). Të dy LAMA dhe LABA pakësojnë riakutizimet, por LAMA ka një efekt më të madh (10). Secili pacient mund të parapëlqejë një lloj të caktuar bronkodilatatori.

Për pacientët që marrin një LAMA, përdorimi i një beta agonisti me veprim të shkurtër (SABA) rekomandohet si mjekim shpëtues/qetësues.

Për pacientët që marrin një LABA, rekomandohet përdorimi i një SABA ose kombinimi me një antagonist muskarinik me veprim të shkurtër (SAMA)-SABA në rast nevojë.

Beta agonistët me veprim të zgjatur (LABA) përfshijnë:

Salmeterol: DPI (inhalator me pluhur të thatë), 50 μg /shkrepje; 1 inhalim dy herë në ditë.

Formeterol: DPI: 12 μg /shkrepje ose 24 μg /shkrepje dy herë në ditë (doza maksimale: 48 μg /ditë)

Indacaterol: DPI: Përmbajtja e 1 kapsule (150 μg) një herë në ditë.

LABA të tjerë janë **arformoterol**, që është në formën e një tretësirë për përdorim me nebulizator (15 μg dy herë në ditë), **olodaterol**, që është një LABA që përdoret një herë në ditë me veprim të shpejtë dhe të zgjatur dhe që merret në formën e dy inhalimeve (2.5 μg secili) nëpërmjet një inhalatori me spraj të lehtë dhe që është miratuar për përdorim në trajtimin e SPOK-ut. **Vilanterol** është një LABA që përdoret një herë në ditë, që nuk është i disponueshëm për përdorim si monoterapi.

Antagonistët muskarinikë me veprim të zgjatur (LAMA) të njohur dhe si medikamente antikolinergjike me veprim të zgjatur, përfshijnë:

Tiotropium: DPI: Përmbajtja e një kapsule (18 μg) e marrë një herë në ditë nëpërmjet pajisjes HandiHaler.

Shënim: Për të siguruar marrjen e barit, përmbajtja e secilës kapsulë duhet të inhalohet dy herë. Spiriva®/Respimat® (2.5 μg /përdorim): Inhalator me spraj të lehtë: Dy inhalime (5 μg) një herë në ditë (maksimumi: 2 inhalime në 24 orë).

Glycopyrrolate: 1 kapsulë (50 μg) një herë në ditë.

Acridinium: 400 μg /përdorim, në mëngjes dhe në mbrëmje me një interval prej 12 orësh

Umeclidinium: 62.5 µg/inhalim një herë në ditë.

LAMA-t mund të shkaktojnë tharje të gojës që bëhet shqetësuese për pacientët. Për ta parandaluar/pakësuar tharjen e gojës këshillohet shpërlarja e gojës pas përdorimit. Nga përdorimi i LAMA-ve janë raportuar herë pas here edhe simptomat e retensionit urinar.

(Teofilina është një alternativë e lirë, por jo e rekomandueshme në vend të bronkodilatatorëve inhalatorë me veprim të zgjatur të përshkruar më sipër, përveçse kur alternativat e tjera të rekomanduara nuk janë të disponueshme).

SIMPTOMA MINIMALE, RISK I LARTË PËR RIAKUTIZIME (GRUPI C)

C

Për pacientët e pazakontë që kanë simptoma minimale çdo ditë (p.sh. shkalla sipas Modified Medical Research Council [mMRC] 0 deri në 1 ose rezultati i Testit të Vlerësimit të SPOK-it [CAT] < 10), por që kanë risk të lartë për riakutizim për shkak të historikut të riakutizimeve gjatë vitit të fundit (p.sh. ≥ 2 riakutizime në vit me një ose më shumë shtrime në spital), rekomandohet trajtim fillestar me një *antagonist muskarinik me veprim të zgjatur (LAMA)* për shkak të përqindjes së ulët të riakutizimeve të shkaktuara nga LAMA-t, *bashkë me një bronkodilatator me veprim të shkurtër (beta agonist ose agjent antimuskarinik) për përdorim sipas nevojës për lehtësimin e shtimit të herëpashershëm të dispnesë.*

MË SHUMË SIMPTOMA, RISK I LARTË PËR RIAKUTIZIME (GRUPI D)

D

Për pacientët që përjetojnë më shumë simptoma (p.sh shkalla sipas Modified Medical Research Council [mMRC] ≥ 2 ose rezultati i Testit të Vlerësimit të SPOK-ut 10) dhe që kanë risk të lartë për riakutizim (p.sh ≥ 2 riakutizime në vit me një ose më shumë shtrime në spital), rekomandohet trajtim fillestar me një *antagonist muskarinik me veprim të zgjatur (LAMA)*, pasi përdorimi i vetëm i LAMA-s do të pakësojë dispenë dhe riskun për riakutizime në shumicën e pacientëve të tillë; terapia *LAMA-LABA rekomandohet për pacientët me vështirësi të theksuar të frymëmarrjes (p.sh, CAT ≥ 20), dhe zakonisht vërehet efekt i shtuar i bronkodilatacionit të dyfishtë në lehtësimin e dispnesë.*

Përdorimi i një dozë fikse të kombinuar LAMA-LABA, në vend të dy inhalatorëve të ndarë, mund të jetë më i pëlqyeshëm pasi rrit gjasat për zbatimin e trajtimit që mund të çojë në përmirësim të rezultateve (7).

Kombinimet LAMA-LABA përfshijnë:

Glycopyrronium-Indacaterol: inhalator me pluhur të thatë Glycopyrronium-indacaterol (50 µg- 110 µg) një herë në ditë (doza maksimale 1 kapsulë në ditë). Është konstatuar që inhalatorët e kombinuar janë më efikasë se sa monoterapia me glycopyrronium.

Glycopyrronium-formeterol : Inhalator i kombinuar me pluhur të thatë, me përmbajtje

Glycopyrronium-formoterol (9 µg-4.8 µg), që përdoret dy herë në ditë, maksimumi 2 inhalime 2 herë/ditë.

Aclidinium-Formoterol: Inhalator i kombinuar me pluhur të thatë, me përmbajtje aclidinium-formoterol (400 µg-12 µg), që përdoret dy herë në ditë.

Për pacientët që kanë riakutizime të shpeshta të SPOK-ut (p.sh., ≥ 2 /vit) dhe/ose që kanë nivel të eozinofileve në gjak ≥ 300 qeliza/ μ L ose karakteristika të shfaqjes astmë-SPOK, rekomandohet trajtimi i rregullt me kombinim LABA-glukokortikoid inhalator (ICS) si alternativë. Është e arsyeshme që të shtohet ICS-ja për një periudhë prove (p.sh., nga një deri në tre muaj) dhe më pas të ndërpritet nëse simptomat, shpeshtësia e riakutizimeve dhe/ose funksioni i mushkërive nuk përmirësohen. Preferenca për të përdorur terapinë LAMA-LABA në vend të kombinimit LABA-ICS bazohet kryesisht në evidencën e përmirësimit të funksionit të mushkërive, kontrollit më të mirë të riakutizimeve të lehta, dhe episodeve më të rralla të pneumonisë si dhe për mënjanimin e efekteve të padëshiruara të ICS-ve (4).

LABA-ICS përfshijnë:

Fluticasone-Salmeterol: DPI: fluticasone propionate 250 µg/salmeterol 50 µg, 1 inhalim dy herë në ditë.

Budesonide-Formeterol: MDI (inhalator me dozë të matur): budesonide 160 µg/formeterol 4.5 µg, 2 inhalime dy herë në ditë.

Beclomethasone-Formeterol: MDI (inhalator me dozë të matur): beclomethasone 100 µg/formeterol 6 µg, 2 inhalime dy herë në ditë.

Tabela 3 paraqet një përmbledhje të menaxhimit të SPOK-ut të qëndrueshëm me trajtimet e sugjeruara, ku fillimi i terapisë bazohet në vlerësimin GOLD ABCD të simptomave dhe riskut të riakutizimit. Në Figurën 3 paraqitet një përmbledhje skematike, gjithëpërfshirëse e menaxhimit të SPOK-ut

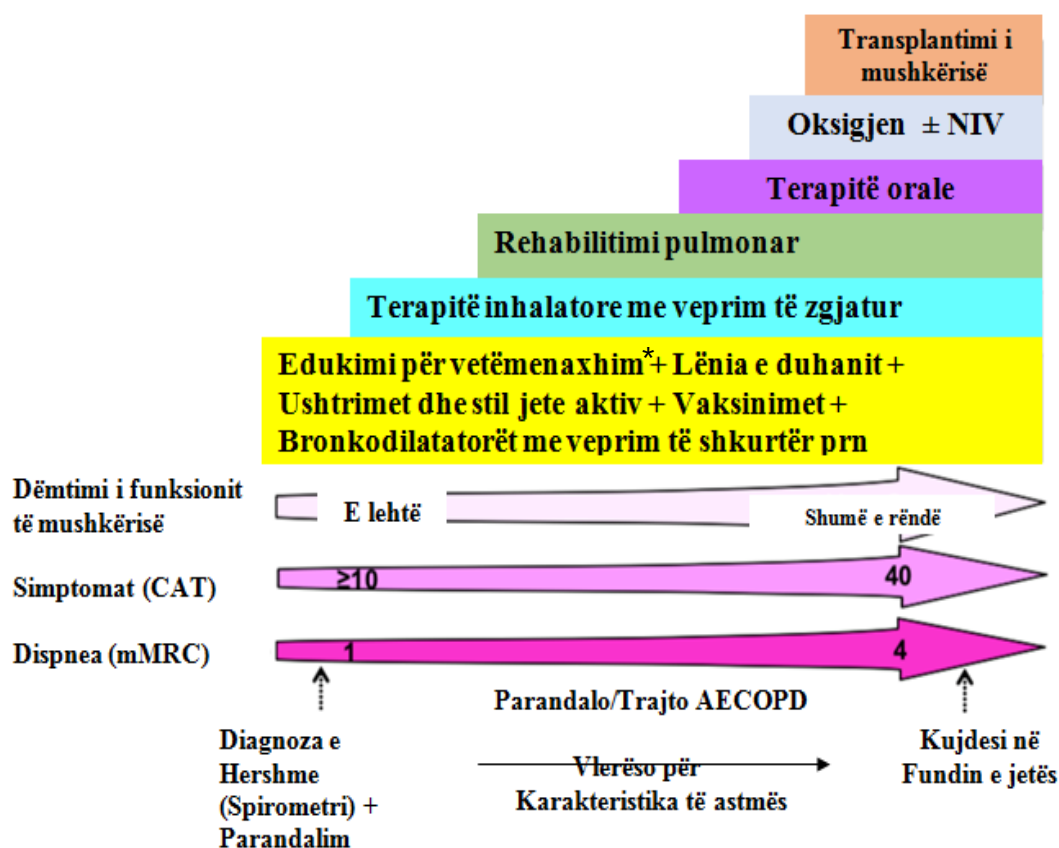
Tabela 3: Përmbledhje e grupeve GOLD “ABCD” dhe trajtimet e sugjeruara

Grupet	Simptomat	Risku	Trajtimi i sugjeruar
Të gjitha			• Shmangia e faktorit(ëve) të riskut, si, duhanpirja • Vaksinimi vjetor kundër gripit • Vaksinimi kundër pneumokokut • Aktiviteti i rregullt fizik • Terapia afatgjatë me oksigjen për hipokseminë kronike • Rehabilitim pulmonar
A	Më pak simptoma Simptoma të lehta ose të rralla (p.sh vështirësi në frymëmarrje gjatë ushtrimeve të vështira ose gjatë nxitimit në sipërfaqe të sheshtë ose gjatë ecjes në tatëpjetë të lehtë) ose CAT < 10	Risk i ulët 0 deri në 1 riakutizime gjatë vitit të fundit pa shtrim në spital	• Bronkodilatator me veprim të shkurtër (SABA ose SAMA, ose kombinim SABA-SAMA) sipas nevojës.
B	Më shumë simptoma Simptoma të moderuara ose të rënda (p.sh., pacientit i duhet të ecë më ngadalë se sa moshatarët për shkak të vështirësisë në frymëmarrje, i duhet të ndalojë për t'u mbushur me frymë gjatë ecjes në sipërfaqe të sheshtë me shpejtësi normale, ose përjeton vështirësi të theksuar në frymëmarrje) ose CAT ≥ 10	Risk i ulët 0 deri në 1 riakutizime gjatë vitit të fundit pa shtrim në spital	• Trajtim i rregullt me një bronkodilatator me veprim të zgjatur, ose LAMA ose LABA, bazuar në preferencën e pacientit. • Bronkodilatator me veprim të shkurtër (zakonisht SABA) për lehtësimin e simptomave sipas nevojës.
C	Më pak simptoma Simptoma të lehta ose të rralla (p.sh vështirësi në frymëmarrje gjatë ushtrimeve të vështira ose gjatë nxitimit në sipërfaqe të sheshtë ose gjatë ecjes në tatëpjetë të lehtë) ose CAT < 10	Risk i lartë ≥ 2 përkeqësime në vit me shtrim në spital si pasojë e përkeqësimit	• Trajtim i rregullt me një LAMA • SABA për lehtësimin e simptomave sipas nevojës.
D	Më shumë simptoma Simptoma të moderuara ose të rënda (p.sh., pacientit i duhet të ecë më ngadalë se sa moshatarët për shkak të vështirësisë në frymëmarrje, i duhet të ndalojë për t'u mbushur me frymë gjatë ecjes në sipërfaqe të sheshtë me shpejtësi normale, ose përjeton vështirësi të theksuar në frymëmarrje) ose CAT ≥ 10	Risk i lartë ≥ 2 riakutizime në vit me shtrim në spital si pasojë e përkeqësimit	• Trajtim i rregullt me një LAMA ose, nëse vështirësia në frymëmarrje është e rëndë (për shembull, CAT > 20), kombinim LABA + LAMA • Mund të preferohet inhalator me kombinim glukokortikoid-LABA, nëse ka shfaqje të karakteristikave të astmës/ SPOK-ut. • SABA për lehtësimin e simptomave sipas nevojës.

CAT:-Testi i Vlerësimit të SPOK-ut; SABA-beta agonist me veprim të shkurtër; SAMA-antagonist muskarinik me veprim të shkurtër; LAMA: antagonist muskarinik me veprim të zgjatur (antikolinergjik); LABA: beta agonist me veprim të zgjatur; Shkalla e rëndesës së simptomave bazohet në: Shkallën e dispnesë sipas Modified Medical Research Counsel (mMRC)

Në Figurën 3 paraqitet një përmbledhje skematike, gjithëpërfshirëse e menaxhimit të SPOK-ut

Figura 3: Përmbledhje gjithëpërfshirëse e menaxhimit të SPOK-ut



Qasja e integruar e kujdesit, që përfshin konfirmimin e diagnozës së SPOK-ut me anë të spirometrisë, vlerësimin e numrit të simptomave dhe riskun për përkeqësim me anë të monitorimit të vazhdueshëm, vlerësimin të karakteristikave të astmës dhe menaxhimin gjithëpërfshirës, atë jofarmakologjik dhe farmakologjik.

*Edukimi i Vetëmenaxhimit përfshin mësimin e teknikës së duhur të përdorimit të pajisjes inhalatore, teknikat e frymëmarrjes, dallimin e hershëm të AECOPD-së, hartimin e planit të shkruar të veprimit dhe zbatimin.

Shkurtesa: CAT-Testi i Vlerësimit të SPOK-ut; mMRC- modified medical reserch counsel; prn-sipas nevojës; Terapitë Inhalatore me Veprim të Zgjatur, antagonistët muskarinikë me veprim të zgjatur dhe/ose beta2-agonistët me veprim të zgjatur dhe/ose kortikosteroidet inhalatore; NIV-ventilimi joinvaziv; AECOPD-Riakutizime Akute të Sëmundjes Pulmonare Obstruktive Kronike; PRN-Sipas nevojës (35).

7.2.1 Kortikosteroidet orale dhe Terapia me Oksigjen

Glukokortikoidet orale kanë efekte anësore të shumta, duke përfshirë miopatinë nga steroidet që mund të shkaktojë dobësi muskulore, uljet e funksionalitetit, dhe insuficiencë respiratore në pacientët me SPOK shumë të rëndë. Është parë se glukokortikoidet sistemike për trajtimin e riakutizimeve akute në pacientët e shtruar në spital, ose gjatë vizitave në urgjencë, pakësojnë përqindjen e dështimit të trajtimit, përqindjen e rikthimit dhe përmirësojnë funksionin e mushkërive dhe vështirësinë në frymëmarrje. Nga ana tjetër, studimet prospektive mbi efektet afatgjata të glukokortikoidëve orale në gjendjen e qëndrueshme të SPOK-ut janë të kufizuara. Prandaj, megjithëse glukokortikoidet orale luajnë rol në menaxhimin akut të riakutizimeve, ato nuk përdoren në trajtimin e përditshëm të SPOK-ut për shkak të mungesës së përfitimeve krahasuar me përqindjen e lartë të komplikacioneve sistemike (4).

Terapia afatgjatë me oksigjen te pacientët hipoksemikë me sëmundje pulmonare obstruktive kronike (SPOK) përmirëson mbijetesën dhe cilësinë e jetës, pakëson sëmundshmërinë kardiovaskulare, depresionin, çrregullimet e sjelljes (funksionet konjitive), përmirëson kapacitetin për ushtrime fizike, dhe ul shpeshtinë e shtrimeve në spital.

Terapia afatgjatë me oksigjen duhet të rekomandohet **vetëm atëherë kur ka evidenca të hipoksemisë së vazhdueshme në një pacient klinikisht të qëndrueshëm, i cili është gjithashtu nën menaxhim mjekësor optimal**. Pacientët që janë klinikisht të paqëndrueshëm ose menaxhimi mjekësor i të cilëve nuk është optimal, duhet të marrin terapi me oksigjen dhe të rivlerësohen në një moment të dytë për nevojat e tyre për terapi afatgjatë me oksigjen (27).

Indikacionet për terapi afatgjatë të vazhdueshme me oksigjen për pacientët me sëmundje kronike të mushkërisë janë:

- Presioni i oksigjenit arterial (PaO₂) më i ulët ose i barabartë me 55 mmHg (7.32 kPa), ose saturimi me oksigjen në puls (SpO₂) më i ulët ose i barabartë me 88%.
- PaO₂ më i ulët ose i barabartë me 59 mmHg (7.85 kPa), ose SpO₂ më i ulët ose i barabartë me 89%, nëse ka evidencë të cor pulmonar, insuficiencë kardiake të djathtë, ose eritrocitozë (hematokriti > 55 %).
- Për pacientët me oksigjenim normal gjatë ditës, oksigjeni mund të jepet vetëm gjatë gjumit nëse ndonjë nga pikat e mëposhtme ndodh gjatë gjumit: PaO₂ është 55 mmHg ose më pak, SpO₂ është 88 % ose më pak, PaO₂ ulet më shumë se 10 mmHg (1.33 kPa), dhe/ose SpO₂ ulet më shumë se 5 % me shenja ose simptoma të hipoksemisë nokturne (p.sh., funksioni kognitiv i dëmtuar, dhimbje koke në mëngjes, shqetësim ose pagjumësi).
- Mund të jepet oksigjen gjatë ushtrimeve fizike nëse ka pakësim të PaO₂ në 55 mmHg ose më pak, ose të SpO₂ në 88 % ose më pak gjatë ushtrimeve.

Këshilla praktike:

Në prani të SPOK-ut:

- Nëse $SpO_2 \geq 88\%$, nuk nevojitet terapi me oksigjen fillimisht.
- Nëse $SpO_2 < 88\%$, mund të administrohet oksigjen me shpejtësi 1-2 L/min nëpërmjet kanjulae nazale ose 2 - 4 L/min nëpërmjet një maske Venturi 24% ose 28%, dhe të matet për të arritur vlerën e synuar të SpO_2 nga 90 deri në 92 %.

Për pacientët shumë aktivë dhe në lëvizje, rekomandohet përdorimi i oksigjenit të lëngët ambulator, nëpërmjet një cilindri ambulator prej alumini me peshë të lehtë ose të mbështjellë me fibër, ose nëpërmjet një “përqëndruesi” oksigjeni të lëvizshëm. Krahas kësaj, duhet të monitorohet përdorimi i oksigjenit nga pacienti si dhe mjedisi në të cilin oksigjeni përdoret (28).

7.2.2 Trajtimi me antibiotikë

Shumica e riakutizimeve të sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (SPOK) shkaktohen nga infeksionet e traktit respirator. Terapia me antibiotikë rekomandohet për pacientët me riakutizime të moderuara ose të rënda të SPOK-ut (rritje me ≥ 2 nga 3 simptomat kryesore: dispne, vëllimi/viskoziteti i sputumit, ose purulenca e sputumit). Përdorimi i shpejtë dhe i duhur i antibiotikëve ka rezultuar në përmirësim të gjendjes klinike të pacientëve të tillë.

Skemat empirike të mjekimit me antibiotikë që synojnë patogjenët më të mundshëm si, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, dhe *Streptococcus pneumoniae* duhet të zgjerohen për të mbuluar patogjenët rezistentë ndaj barnave dhe patogjenët e vështirë për t’u asgjësuar si, *S. Pneumoniae* rezistent ndaj makrolidit, llojet e paklasifikuara të *H. Influenzae*, të pacientëve me gjasa për të pasur rezultate të dobëta nga mjekimi. Përdorimi i antibiotikut për të mbuluar *Pseudomonas*, rekomandohet të pacientëve me faktorë risku për infektim nga ky patogjen (24).

Mos filloni terapinë me antibiotikë të pacientëve me riakutizime të lehta, që përkufizohet si prania e vetëm një prej tre simptomave kyçe të sipërpërmendura dhe që nuk kanë nevojë për shtrim në spital (25). Megjithatë, rivlerësoni pacientin bazuar në gjetjet laboratorike (PCR, analizë e plotë e gjakut, prokalcitoninë) dhe në përvojën personale mjekësore për fillimin e trajtimit me antibiotikë.

Cili antibiotik duhet zgjedhur?

Përzgjidhni ndërmjet opsioneve të antibiotikëve duke u bazuar në reagimin e mëparshëm të pacientit ndaj agentit përkatës, në praninë ose jo të alergjive dhe intolerancave, në profilin e efekteve të padëshiruara të barit, ndërveprimeve me barnat e tjera, në modelin e ndikimit të organizmat e izoluar në kulturat e sputumit të marra së fundmi (nëse ka), dhe në modelet e rezistencës antimikrobiale lokale.

Përgjithësisht, rekomandohet shmangia e përdorimit më shumë se një herë brenda një periudhe tremujore të antibiotikëve të së njëjtës klasë. Ekspozimi ndaj antibiotikëve në tre muajt e fundit është një nga parashikuesit më të mirë të patogjenëve rezistentë ndaj klasës përkatëse të barnave në një pacient individual.

Për pacientët ambulatorë që nuk kanë faktorë risku për prognozë jo të mirë ose për infeksion me *Pseudomonas* , zgjidhni ndërmjet:

- Një makrolidi (Azithromycin, clarithromycin) **ose**
- Një cefalosporine të gjeneratës së dytë ose të tretë (cefuroxime, cefpodoxime, cefdinir)
- Një alternativë e agjentëve të mësipërm, por jo e vijës së parë, është Bactrima

Pacientët ambulatorë që kanë faktorë risku për prognozë jo të mirë, por që nuk kanë risk të shtuar për infeksion me *Pseudomonas*:

- Pacientët me SPOK grada 3 ose 4
- Sëmundje bashkëshoqëruese (veçanërisht insuficiencë kardiake ose sëmundje ishemike të zemrës)
- SPOK i shkallës së rëndë (FEV1 < 50%)
- Riakutizime të shpeshta të SPOK-ut (≥ 2 riakutizime në vit)
- Shtrim në spital për shkak të riakutizimeve në 3 muajt e fundit
- Pacienti është trajtuar me oksigjen të vazhdueshëm suplementar
- Mosha ≥ 65 vjeç

Për këta pacientë dhe nëse terapia fillestare me antibiotikë është e papërshtatshme, përdorni një skemë empirike mjekimi më të gjerë. Kështu mund të përzgjidhni ndërmjet:

- Amoxicillin-clavulanate ose
- Një fluoroquinoloni respirator (levofloxacin ose moxifloxacin)

Pacientët ambulatorë që kanë faktorë risku për prognozë jo të mirë dhe që kanë risk për infeksion me *Pseudomonas*:

- Kolonizimi kronik ose izolimi i mëparshëm i *Pseudomonas aeruginosa* nga sputumi (veçanërisht në 12 muajt e fundit)
- SPOK shumë i rëndë (FEV1 < 30% të vlerës së parashikuar)
- Bronkiektazi në imazherinë e gjoksit
- Përdorim i antibiotikëve me spektër të gjerë gjatë 3 muajve të fundit
- Përdorim kronik i glukokortikoidëve sistemike

Këta pacientë zakonisht trajtohen me:

- Ciprofloxacin
- Levofloxacin është një alternativë e arsyeshme për pacientët që kanë faktorë risku për infeksion me *Pseudomonas*, por që nuk kanë histori të kulturave pozitive për *Pseudomonas*. Levofloxacin është më pak efikas se sa ciprofloxacin për trajtimin e *Pseudomonas*.

Kohëzgjatja: Kohëzgjatja e terapisë për pacientët që kanë përmirësim klinik është 3-5 ditë për pacientët ambulatorë dhe 5-7 ditë për pacientët e shtruar në spital. Azithromycin mund të jepet edhe për vetëm tre ditë kur administrohet në dozë ditore 500 mg nga goja për shkak të gjysmë-jetës së gjatë që ka. Pacientët që fillimisht

trajtohen me antibiotikë parenteralë duhet të kalojnë në marrje nga goja sapo të jetë e mundur që t'i marrin medikamentet nga goja.

Ndjekja: Shumica e pacientëve duhet të shfaqin përmirësim brenda 48 deri 72 orësh nga fillimi i terapisë me antibiotikë. Për pacientët që nuk shfaqin përmirësim, duhet të bëhet një kulturë sputumi (nëse nuk është bërë ende) për të orientuar ndryshimet që nevojiten.

Makrolidet profilaktike: Për disa pacientë (të përzgjedhur) me SPOK të rëndë me riakutizime të shpeshta (≥ 2 në vit) pavarësisht menaxhimit mjekësor optimal (bronkodilatatorë me veprim të zgjatur, glukokortikoidë inhalatorë, rehabilitim pulmonar, ndërprerje e duhanpirjes), profilaksia me makrolidë mund të jetë e dobishme. Gjatë marrjes në konsideratë të dhënies së makrolidëve (azitromicinë 250 mg në ditë ose në një dozë më të ulët prej 250 deri në 500 mg tre herë në javë), vlerësoni me kujdes përfitimet e mundshme kundrejt rrezikut të përdorimit afatgjatë të makrolideve, p.sh., zgjatje e QT-së, ose efekte të tjera kardiovaskulare. Përfitimi nga përdorimi i makrolideve iu atribuohet efekteve të tyre imunomodulatore krahas potencialit për të parandaluar infeksionet.

7.3 Menaxhimi afatgjatë i trajtimit

Për menaxhimin afatgjatë të trajtimit, është thelbësore që përshtatjet/rregullimet e terapisë të bazohen në përgjigjen ndaj terapisë aktuale.

Simptoma të mirëkontrolluara dhe risk i ulët për riakutizim

Përgjithësisht, pacientët me kontroll të mirë të simptomave (p.sh. shkalla sipas Modified Medical Research Council [mMRC] < 2 ose rezultati i Testit të Vlerësimit të SPOK-ut [CAT] < 10) dhe me risk të ulët për riakutizime duhet të vazhdojnë të ndjekin terapinë aktuale.

Dispne e vazhdueshme, por risk i ulët për riakutizim

Për pacientët me dispne të vazhdueshme ose me kufizim të ushtrimeve (p.sh., shkalla sipas mMRC ≥ 2 ose rezultati i Testit të Vlerësimit të SPOK [CAT] ≥ 10) dhe pa riakutizime gjatë vitit të fundit:

- Nëse terapia aktuale përfshin vetëm një LAMA ose një LABA, strategjia GOLD sugjeron të kalohet në kombinimin LAMA-LABA.
- Nëse terapia aktuale përfshin vetëm një LABA-ICS, mund të bëhet ndryshimi në LAMA-LABA-ICS, pasi terapia e trefishtë lidhet me përmirësimin e funksionit të mushkërisë.

- Nëse indikacioni fillestar për përdorimin e ICS është i paqartë dhe niveli i eozinofileve në gjakun periferik është < 300 qeliza/ μL , LABA-ICS mund të ndryshohet në LAMA-LABA për të shmangur efektet e mundshme të padëshiruara të ICS-së.
- Nëse terapia aktuale përfshin LAMA-LABA, mund të konsiderohet një pajisje inhalatore alternative (p.sh, inhalator me pluhur të thatë kundrejt një inhalatori me spraj të lehtë), ose mund të provohet kalimi në një kombinim LAMA-LABA-ICS ose shtimi i një doze të ulët teofiline.
- Nëse aktualisht pacienti merr terapi të trefishtë me LAMA-LABA-ICS dhe nuk ka pasur ndonjë përfitim nga përdorimi i ICS-së, ose ka pasur efekte të padëshiruara prej ICS-së, terapia mund të ndryshohet në LAMA-LABA. Siç u përmend më lart, pacientët me nivel të eozinofileve në gjakun periferik ≥ 300 qeliza/ μL kanë më shumë gjasa të kenë një riakutizim nëse përdorimi i ICS ndërpritet. Simptomat e ndërprerjes së ICS-ve kërkojnë monitorim të kujdesshëm të pacientit.

Riakutizime të vazhdueshme me ose pa dispne

Për pacientët me një ose më shumë riakutizime gjatë vitit të fundit me ose pa dispne të vazhdueshme, strategjia GOLD sugjeron përshtatjen e terapisë si vijon:

- Për pacientët që marrin vetëm një LAMA ose një LABA, këshillohet kalimi në LAMA-LABA, pasi terapia e dyfishtë me bronkodilatatorë redukton dispnenë në krahasim me terapinë me vetëm një bronkodilatator. Nga ana tjetër, niveli i eozinofileve në gjak ≥ 300 qeliza/ μL mund të identifikojë pacientët që kanë më shumë gjasa të reagojnë ndaj kombinimit LABA-ICS ose LAMA-LABA-ICS.
- Për pacientët në terapi të dyfishtë me LAMA-LABA, kalimi në LAMA-LABA-ICS duhet të pakësojë shpeshtinë e riakutizimeve krahasuar me terapinë LAMA-LABA dhe të përmirësojë funksionin e mushkërive. Gjatë përcaktimit nëse duhet të shtohet apo të pakësohet përdorimi i glukokortikoidëve inhalatore (ICS, të njohura ndryshe si kortikosteroide inhalatore), niveli i eozinofileve në gjakun periferik mund të ndihmojë në marrjen e vendimit. Një sërë studimesh sugjerojnë që niveli i eozinofileve në gjak mund të luajë rolin e biomarkerit për të parashikuar nëse shtimi i një glukokortikoidi inhalator në terapinë mbajtëse me bronkodilatator inhalator do të ndikojë në pakësimin e riakutizimeve. Nëse eozinofilet në gjak janë < 100 qeliza/ μL , ka gjasa që terapia e trefishtë (shtimi i ICS në terapinë me LAMA-LABA) të mos sjellë përfitime. Roflumilasti, një inhibitor i fosfodiesterazës, në dozën $250 \mu\text{g}$ një herë në ditë për 4 javë, duke vijuar me $500 \mu\text{g}$ një herë në ditë, mund të përdoret për pacientët me bronkit kronik dhe $\text{FEV}_1 < 50\%$ të vlerës së parashikuar, veçanërisht nëse kanë pasur të paktën një riakutizim që ka kërkuar shtrim në spital.
- Profilaksia me Azithromycin pakëson shpeshtësinë e riakutizimeve dhe ka më shumë gjasa të jetë e dobishme në ish-duhanpirësit (krahasuar me ata që konsumojnë ende duhan). Efektet e mundshme të padëshiruara mund të kufizojnë përdorimin e këtij bari.

- Për pacientët që marrin LABA-ICS, terapia mund të kalojë një hap para në LAMA-LABA-ICS. Për pacientët që nuk reagojnë ndaj përdorimit të ICS-ve dhe/ose kanë efekte të padëshiruara nga ICS, bërja një hap prapa në LAMA-LABA është një zgjedhje e arsyeshme. Disa zgjedhje të tjera përfshijnë shtimin e një makrolidi ose roflumilastit.

Efikasiteti i terapisë së trefishtë

Për pacientët me simptoma të vazhdueshme dhe me përkeqësime të shpeshta të SPOK-ut pavarësisht trajtimit të kombinuar me LAMA-LABA ose LABA-ICS, sugjerohet kalimi në terapinë e trefishtë me LAMA-LABA-ICS gjatë përshtatjes së menaxhimit afatgjatë të trajtimit.

Në Tabelën 4 paraqitet një përmbledhje e përshtatjes së terapisë për menaxhimin afatgjatë

Tabela 4: Përmbledhje e përshtatjes së terapisë për menaxhimin e SPOK-ut

Pa përkeqësime dhe pa dispne/ndikim i ulët i SPOK (p.sh, mMRC 0 deri në 1 ose CAT < 10)	
Terapia aktuale	Veprimet
SABA ose SABA-SAMA sipas rastit	Vazhdoni terapinë aktuale
LAMA, LABA ose LAMA-LABA	Vazhdoni terapinë aktuale
LABA-ICS ose LABA-LAMA-ICS	Pakësoni ose ndërprisni dozën e ICS-së për të pakësuar efektet e padëshiruara të ICS-së
Dispne e vazhdueshme ose ndikim i lartë nga SPOK (p.sh, mMRC ≥ 2 ose CAT ≥ 10) pa përkeqësime	
Terapia aktuale	Veprimet
SABA ose SABA-SAMA sipas rastit	Shtoni LAMA ose LABA
Monoterapi me LAMA ose LABA	Ndryshojeni në LAMA-LABA
LABA-ICS	LAMA-LABA-ICS LAMA-LABA nëse nuk ka përgjigje ndaj ICS ose ka efekte të padëshiruara nga ICS
LAMA-LABA	Zëvendësoni sistemin alternativ të marrjes së mjekimit me agjentë të ndryshëm LAMA-LABA. Ndërhyrjet shitesë mund të përfshijnë LAMA-LABA-ICS, teofilinë me dozë të ulët, rehabilitim pulmonar i përsëritur dhe terapitë jofarmakologjike
LAMA-LABA-ICS	Vazhdoni LAMA-LABA-ICS Ndërhyrjet shitesë mund të përfshijnë teofilinë me dozë të ulët, rehabilitim pulmonar i përsëritur dhe terapitë jofarmakologjike për SPOK-un. Ndërpritni ICS, nëse indikacioni fillestar është i paqartë, nëse ka mungesë reagimi apo nëse ka efekte të padëshiruara nga ICS

1 ose më shumë përkeqësime gjatë vitit të fundit +/- dispne e vazhdueshme ose ndikim i lartë nga SPOK (p.sh, mMRC ≥ 2 or CAT ≥ 10)	
Terapia aktuale	Veprimet
SABA ose SABA-SAMA sipas rastit	Shtoni LAMA
Monoterapi me LAMA ose LABA	LAMA-LABA: Zgjedhja më e mirë për shumicën e pacientëve, veçanërisht nëse eozinofilet në gjak < 300/μL LABA-ICS: Nëse LAMA është e kundraindikuara dhe ka 1 përkeqësim gjatë vitit të fundit me nivel të eozinofileve në gjak ≥ 300/μL ose ≥ 2 përkeqësime ose 1 shtrim në spital gjatë vitit të fundit me nivel eozinofilesh në gjak ≥ 100/μL
LAMA-LABA	LAMA-LABA-ICS (niveli i eozinofileve në gjak ≥ 100/μL rrit gjasat për përfitime nga përdorimi i ICS) OSE Vazhdoni LAMA-LABA, nëse niveli i eozinofileve në gjak < 100/μL (kjo tregon për gjasa më të ulëta përfitimesh nga shtimi i ICS-ve) Shtoni roflumilast OSE Shtoni azithromycin.
LABA-ICS	LAMA-LABA-ICS nëse ka indikacion të mëparshëm për ICS (p.sh., ka 1 përkeqësim gjatë vitit të fundit me nivel të eozinofileve në gjak ≥ 300/μL ose ≥ 2 përkeqësime ose 1 shtrim në spital gjatë vitit të fundit me nivel eozinofilesh në gjak ≥ 100/μL) LAMA-LABA nëse nuk ka reagim ndaj ICS-ve ose ka efekte të padëshiruara nga ICS.
LAMA-LABA-ICS	Vazhdoni LAMA-LABA-ICS. Shtoni roflumilast OSE shtoni azithromycin. Ndërpritni ICS, nëse indikacioni fillestar është i paqartë, nëse ka mungesë reagimi apo nëse ka efekte të padëshiruara nga ICS.

7.4 Riakutizimet

Riakutizimi i sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (SPOK) është një ngjarje akute e karakterizuar nga përkeqësimi i simptomave respiratore të pacientit, që është përtej ndryshimeve normale ditore dhe që çon në ndryshimin e mjekimit (4).

Riakutizimi përfshin përgjithësisht një ndryshim akut të një ose më shumë simptomave të mëposhtme:

- Rritje e shpeshtisë dhe e rëndesës së kollës
- Rritje në vëllimin e prodhimit të sputumit dhe/ose ndryshim në karakteristikat e sputumit
- Shtim i dispnesë

Risku për të pësuar riakutizim të sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (SPOK) ka lidhje me moshën, kollën produktive, kohëzgjatjen e SPOK-ut, historikun e terapisë me antibiotikë, shtrimet në spital si pasojë e SPOK-ut gjatë vitit të fundit, hipersekretim kronik të mukusit, nivelin e eozinofileve në gjakun periferik $> 0.34 \times 10^9$ qeliza për litër, terapinë me teofilinë dhe të pasurit e një ose më shumë sëmundje bashkëshoqëruese

(sëmundja ishemike e zemrës, insuficienca kardiake kronike, ose diabeti mellitus), përkeqësimin e kufizimit të fluksit të ajrit (volum i ulët ekspirator në sforcim në sekondën e parë [FEV1]). Sëmundja e refluksit gastroezofageal (GERD) dhe hipertensioni pulmonar sekondar mund të jenë faktorë të tjerë risku për përkeqësime të SPOK-ut.

Parashikuesi më i mirë i riakutizimit është historia e riakutizimeve të mëparshme, pavarësisht shkallës së rëndesës së SPOK-ut (11).

Përtë vlerësuar riskun e riakutizimit përdoret një kombinim i FEV1 të individit, anamnezës së përkeqësimeve, anamnezës së shtrimeve në spital për shkak të riakutizimeve dhe simptomave (shihni Aneksi 13.1 “Vlerësimi shumë-dimensional i SPOK-ut”).

Risk i ulët	Zakonisht, GOLD 1 ose 2 (kufizim i lehtë ose i moderuar i fluksit të ajrit) dhe/ose 0 deri në 1 riakutizim në vit, pa shtrim në spital si pasojë e riakutizimit
Risk i lartë	Zakonisht, GOLD 3 ose 4 (kufizim i rëndë ose shumë i rëndë i fluksit të ajrit) dhe/ose ≥ 2 riakutizime në vit ose ≥ 1 shtrim në spital si pasojë e riakutizimit

Faktorët shpërthyes: Infeksionet respiratore përlllogariten që shkaktajnë rreth 70% të riakutizimeve të sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (SPOK). Infeksionet virale dhe bakteriale shkaktajnë shumicën e riakutizimeve, ndërsa bakteret atipike janë një shkak relativisht i rrallë. 30% e riakutizimeve mund të shkaktohen nga ndotja e mjedisit, embolia pulmonare ose janë me etiologji të panjohur.

Aneksi 13.6. paraqet një algoritëm të vlerësimit të riakutizimeve.

7.4.1 Vlerësimi dhe diagnoza e riakutizimeve të SPOK-ut

Qëllimet e vlerësimit fillestar të një pacienti të dyshuar për riakutizim të SPOK-ut janë konfirmimi i diagnozës, identifikimi i shkakut (nëse është e mundur), vlerësimi i shkallës së rëndesës (shihni Tabelën 5), dhe përcaktimi nëse kanë ndikim sëmundjet bashkëshoqëruese. Diagnoza e hershme dhe menaxhimi i shpejtë i riakutizimeve përmirësojnë rikuperimin/cilësinë e jetës, pakësojnë shtrimin në spital, dhe mund të parandalojnë përkeqësimin gradual të funksionit të mushkërive.

Diagnoza përcaktohet në bazë të gjetjeve klinike të një ndryshimi akut të simptomave, si dispnea, kolla, dhe/ose prodhimi i sputumit, përgjatë disa orëve ose ditëve dhe gjetjeve nga ekzaminimi fizik që mbështesin diagnozën e riakutizimit (41).

Anamneza duhet të përfshijë ecurinë kohore të simptomave; krahasimin me nivelin bazë të simptomave, shkallën e rëndesës së dispnesë (në qetësi, gjatë ngjites së shkallëve) dhe ndryshimet në karakteristikat e sputumit (sasia, purulenca, prania e gjakut).

Gjetjet në ekzaminim fizik që lidhen me përkeqësimin e SPOK-ut përfshijnë frekuencën e rritur respiratore (> 20 frymëmarrje për minutë); frekuencën e rritur kardiake (> 100 rrahje për minutë), hipokseminë (saturimi me oksigjen $< 92\%$ i matur me anë të puls-oksimitrisë) dhe fishkëllimën.

Riakutizimet e rënda mund të shfaqen me gjendje mendore të ndryshuar, me përdorim të muskujve aksesori respiratorë dhe me lëvizje paradoksale të gjoksit/abdomenit, me cianozë dhe paqëndrueshmëri hemodinamike.

Pyesni pacientin rreth **faktorëve të riskut** si historia e riakutizimeve (veçanërisht gjatë vitit të fundit), moszbatimi i skemës së mjekimit me oksigjen suplementar dhe/ose me inhalator, shkallë më të rëndë të SPOK-ut të përditshëm, infeksionet, dhe ekspozimi ndaj ndotjes së mjedisit.

Diagnoza Diferenciale: Karakteristikat shoqëruese që sugjerojnë për diagnozë alternative apo sëmundje bashkëshoqëruese përfshijnë: simptomat e përgjithshme (p.sh., temperatura, ethet, djersitja gjatë natës), dhimbjen e gjoksit, ndjenjën e shtypjes në gjoks, ose edemën periferike, faktorët e riskut për sëmundje tromboembolike ose koronare; simptomat e rrugëve të sipërme të frymëmarrjes që mund të sugjerojnë infeksion respirator viral.

Tabela 5: Shkalla e rëndesës së riakutizimit të SPOK-ut

Shkalla e rëndesës së riakutizimit të SPOK-ut bazuar në tri gjetje kryesore (Kriteret Anthonisen)	
• Shtim i dispnesë • Shtim i vëllimit të sputumit • Shtim i purulencës së sputumit	Riakutizimi i rëndë - të trija gjetjet
	Riakutizimi i moderuar - 2 ose 3 gjetje
	Riakutizimi i lehtë - 1 gjetje plus ndonjërin nga pikat më poshtë: • infeksion i rrugëve të sipërme të frymëmarrjes brenda 5 ditësh • temperaturë pa shkak konkret • fishkëllimë e shtuar • kollë e shtuar • rritje e ritmit të zemrës me 20% mbi nivelin bazë • rritje e frekuencës respiratore me 20% mbi nivelin bazë

Për pacientët me riakutizim të lehtë (mungesë e dispnesë në qetësi apo e detresit respirator, aftësi e ruajtur për të kryer veprimtaritë e jetës së përditshme), vlerësimi mund të përfshijë vetëm vlerësimin klinik dhe mundësisht matjen e saturimit të oksigjenit me puls-oksimetër.

Udhërrëfyesit aktualë nuk rekomandojnë kryerjen e kulturave të sputumit pasi ato nuk janë gjithmonë të besueshme apo të mundshme, veçanërisht te pacientët ambulatorë (26).

Përdorimi vetëm i puls-oksimetrisë për të matur saturimin arterial me oksigjen (SaO₂) rekomandohet vetëm në rastet e riakutizimeve të lehta (24).

Zakonisht, për shumicën e pacientëve, grafia e gjoksit nuk është e nevojshme në menaxhimin në komunitet të riakutizimeve.

7.4.2 Trajtimi i riakutizimit të SPOK-ut

Mbi 80% e pacientëve që pësojnë riakutizim të sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (SPOK) mund të menaxhohen si pacientë ambulatorë. Riakutizimet e lehta dhe të moderuara të SPOK-ut mund të menaxhohen pa pasur nevojën e shtrimit në spital. Riakutizimet e rënda duhet të menaxhohen në urgjencë dhe ndonjëherë kërkojnë shtrim në spital, siç janë ato që shfaqin cianozë të shtuar, edema periferike, përkeqësim të dispnesë në qetësi, frekuencë respiratore të lartë, ulje të saturimit të oksigjenit, konfuzion ose përgjumje. Pacientët me sëmundje bashkëshoqëruese serioze (p.sh, insuficiencë kardiake, aritmi, etj.), me insuficiencë respiratore akute, me mbështetje të pamjaftueshme në shtëpi dhe ata që nuk kanë menaxhim mjekësor fillestar të suksesshëm duhet të shtrohen në spital.

Shtrimi në repartin e kujdesit intensiv duhet të merret në konsideratë për pacientët me ndryshime të gjendjes mendore; pacientët që nuk janë hemodinamikisht të qëndrueshëm; ose ata që kanë dispne të rëndë, të vazhdueshme ose me përkeqësim të hipoksemisë, dhe/ose që kanë acidozë të rëndë ose të përkeqësuar respiratore pavarësisht trajtimit fillestar, oksigjenit suplementar dhe ventilimit joinvaziv.

Menaxhimi si pacient ambulator dhe menaxhimi në shtëpi i përkeqësimeve të sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (SPOK) përfshin përgjithësisht intensifikimin e terapisë me bronkodilatatorë dhe fillimin e një kursi të shkurtër me glukokortikoidë oralë; antibiotikët oralë shtohen në bazë të karakteristikave individuale.

Qëllimet e trajtimit të SPOK-ut janë të ngjashme me ato të riakutizimit të astmës: maksimizimi i bronkodilatacionit ndërsa reduktohet inflamacioni i rrugëve të frymëmarrjes. Megjithatë, ndryshe nga astma, shumica e pacientëve me SPOK kanë përfitime nga trajtimi me antibiotikë (Kreu 7.2.2 “Trajtimi me antibiotikë”).

Riakutizimet e SPOK-ut duhet të trajtohen me bronkodilatatorë me veprim të shkurtër të administruar nëpërmjet një volumatiku ose nebulizatori. Salbutamoli dhe ipratropiumi janë dy medikamentet më të përdorur dhe kanë efekte të ngjashme pavarësisht mekanizmit të ndryshëm të veprimit.

Salbutamol (inhalator): MDI (100 µg/përdorim): 1 deri në 2 inhalime çdo 1 deri në 4 orë sipas nevojës. Nëse përdoret për ekzacerbime më të rënda, mund të përdoren 4 deri në 8 inhalime çdo 1 deri në 4 orë sipas nevojës.

Ipratropium MDI (34 µg/përdorim): 2 inhalime 4 herë në ditë; doza maksimale: 12 inhalime (204 µg)/ditë.

Nuk ka rekomandim se cili prej tyre ka përparësi. Kombinimi salbutamol dhe ipratropium nuk është më efikas se sa trajtimi vetëm me njërin prej tyre. Shumica e udhërrëfyesve rekomandojnë që këto dy barna të kombinohen nëse është arritur doza maksimale e bronkodilatatorit fillestar. Administrimi i bronkodilatatorit nëpërmjet një MDI-je me spacer/vumatik ka të njëjtin efekt si administrimi me nebulizator për doza ekuivalente. Nebulizatorët duhet të merren në konsideratë për pacientët që kanë vështirësi në përdorimin e pompës.

Terapia me glukokortikoidë orale

Terapia sistemike me glukokortikoidë ka shfaqur efekte pozitive në trajtimin e pacientëve ambulatorë me riakutizim të SPOK-ut.

Prednisone: 40 mg në ditë për pesë ditë.

Steroidet inhalatore nuk duhet të përdoren si zëvendësues për terapinë sistemike me glukokortikoide në përkeqësimet e SPOK-ut.

Antibiotikët (Kreu 7.2.2 “Trajtimi me antibiotikë”)

Antibiotikët duhet t’u jepen pacientëve me riakutizime që shfaqin tri simptomat madhore, pacientëve me dy simptoma me kusht që të jetë i pranishëm shtimi i sputumit purulent, dhe pacientëve që janë shumë të sëmurë dhe që kanë nevojë për suport mekanik me ventilator.

Literatura e kohëve të fundit eidenton prokalcitoninën si biomarker për infeksionin bakterial dhe me rëndësi për orientimin e vendimmarrjes lidhur me përdorimin e antibiotikëve. Prokalcitonina normale në serum është < 0.1 ng/mL te njeriu, dhe përqendrimet e rritura tregojnë për mundësi të infeksionit bakterial. Raporti GOLD sugjeron marrjen në konsideratë të matjes së prokalcitoninës për të orientuar përdorimin e antibiotikëve pasi studimet tregojnë një lidhje ndërmjet vendimit të bazuar në nivelet e prokalcitoninës dhe uljes së përdorimit të antibiotikëve te pacientët si dhe ulje të ekspozimit të përgjithshëm ndaj antibiotikëve.

Agjentët mukoaktivë

Nuk ka shumë evidenca që mbështesin përdorimin e agjentëve mukoaktivë (p.sh., N-acetilcisteina) në përkeqësimet e SPOK-ut. Megjithatë, për pacientët me prodhim të sputumit që bëhet shqetësues edhe pas ndërprerjes së duhanpirjes, mund të fillohet terapia rutinë për SPOK-un dhe një cikël me antibiotikë (kur është e indikuar) dhe terapia me një preparat thiol (p.sh., N-acetil cisteina [NAC], 600 mg dy herë në ditë) si terapi provë dhe më pas të vazhdohet nëse ka përmirësim të simptomave.

Metilksantinat

Metilksantinat, aminofilina dhe teofilina, konsiderohen si terapi sekondare për përkeqësimet e SPOK-ut.

Kujdesi shoqëruar/mbështetës

Për pacientët që menaxhohen në shtëpi, kujdesi mbështetës nga familja mund të përfshijë përpjekjet mbështetëse, nxitëse për të lënë duhanin, mbështetjen për një ushqyerje të shëndetshme, dhe mbështetjen për vazhdimin e marrjes së oksigjenit shtesë.

Mbani parasysh: Pacientët dhe personat që përkujdesen për ta duhet te edukohen se si të njohin dhe të reagojnë ndaj shenjave të riakutizimit. Në këtë proces edukimi duhen kombinuar planet e personalizuara të veprimit me aftësimin për vetëmenaxhimin dhe kujdesin e integruar.

Menaxhimi në spital

Komponentët kryesorë në menaxhimin e riakutizimeve të sëmundjes pulmonare obstrktive kronike (SPOK) në spital përfshijnë, përmirësimin e kufizimit të fluksit të ajrit

me bronkodilatatorë me veprim të shkurtër dhe glukokortikoide sistemike, trajtimin e infeksionit, sigurimin e oksigjenimit të mjaftueshëm dhe evitimin e intubimit dhe ventilimit mekanik.

7.5 Ndjekja

Pacientët me SPOK të shkallës së rëndë ose të paqëndrueshëm duhet të kontrollohen çdo muaj. Kur gjendja e tyre është e qëndrueshme, pacienti mund të kontrollohet dy herë në vit.

Pacientët me SPOK që kanë dalë nga spitali duhet të kontrollohen nga një anëtar i ekipit të kujdesit parësor brenda 2 javëve pas daljes nga spitali. Këta pacientë kërkojnë rivlerësim të klasifikimit sipas GOLD, rivlerësimin e farmakoterapisë, trajtimin e sëmundjeve shoqëruese, edukimin e pacientit dhe referimin sipas nevojës. Ndjekja e kujdesshme e pacientit pas daljes nga spitali duhet të bëhet nga mjeku i familjes së pacientit (42).

Niveli i teofilinës duhet të kontrollohet pas çdo ndryshim doze, kur shtohen medikamente që kanë ndërveprim, dhe rregullisht çdo 6-12 muaj.

Te pacientët që përdorin oksigjen në shtëpi, duhet të kontrollohet astrupograma çdo vit ose çdo herë nëse ka ndryshim në gjendjen e pacientit. Saturimi me oksigjen nëpërmjet puls-oksimetrisë duhet të monitorohet më shpesh se sa astrupograma (31).

Vlerësimi i simptomave dhe përkeqësimeve dhe përshtatja e terapisë sipas nevojave

Në vizitat ndjekëse për SPOK-un, vlerësohen simptomat (dispnea dhe toleranca ndaj ushtrimeve) duke përdorur shkallën e dispnesë sipas Modified Medical Research Council (mMRC) ose Testit të Vlerësimit të SPOK-ut (CAT). Gjithashtu, pacientët pyeten nëse kanë pasur ndonjë riakutizim apo nëse janë shtruar në spital gjatë skemës aktuale të mjekimit. Terapia duhet të përshtatet nëse pacienti nuk ka kontroll të mirë të simptomave apo nëse ka pasur riakutizime gjatë vitit të fundit.

Vlerësimi i duhanpirjes, sëmundjeve bashkëshoqëruese dhe vaksinimit

Çdo vizitë ndjekëse është një mundësi për të pyetur pacientin me SPOK lidhur me: ndërprerjen e duhanpirjes, shmangien e ekspozimit ndaj grimcave, tymrave apo gazeve inhalatorë, vaksinimin kundër agjentëve të infeksioneve respiratore, ndikimin e sëmundjeve bashkëshoqëruese të mundshme si dhe për të vlerësuar nëse ka nevojë për oksigjen shtesë ose rehabilitim pulmonar.

Teknika e përdorimit të inhalatorit dhe zbatimi i mjekimit

Teknika jo optimale e përdorimit të inhalatorit dhe/ose moszbatimi i mjekimit janë shkaqe të mundshme (dhe të zakonshme) për mosreagimin ndaj trajtimit dhe duhet të vlerësohen/të merren në shqyrtim për çdo pacient gjatë çdo konsulte.

Edukimi dhe riedukimi i pacientit dhe i familjareve të tij lidhur me përdorimin e pajisjes inhalatore janë thelbësore për suksesin e ndjekjes dhe duhet të merren në konsideratë gjithmonë përpara shtimit të terapive të tjera.

8. Kriteret për referim

Referimi te mjeku pneumolog, laboratorët e vlerësimit të funksionit pulmonar, dhe te specialistë të tjerë si kardiologu, janë gjithnjë e më të nevojshme me përkeqësimin e SPOK-ut. Ekipi i mjekësisë së familjes në çdo QSH, duhet të njohë dhe zbatojë procesin e referimeve te specialisti dhe të mundësojë me një përjasje proaktive komunikimin/ bashkëpunimin me specialistët për dërgimin dhe marrjen e raporteve dydrejtimëshe me qëllim ndjekjen e pacientit dhe përmirësimin e rezultateve në shëndetin e tyre (32). Në Tabelën 6 përmbledhen indikacionet që tregojnë se kur pacienti duhet të referohet te specialisti.

Tabela 6: Kriteret për referimin e pacientëve te specialisti dhe qëllimi i tyre

Arsyeja e referimit	Qëllimi i referimit
Nevojitet kryerja e spirometrisë për konfirmimin e diagnozës. Paqartësi lidhur me diagnozën dhe duhet të përjashtohet astma.	Nevojitet përcaktimi i diagnozës dhe optimizimi i trajtimit. Nevojitet kryerja e testimit më të detajuar të funksionit të mushkërive
Ka simptoma të pazakonta si, hemoptizia	Nevojitet ekzaminim i shkakut dhe përjashtimi i sëmundjeve malinje
Ka rënie të shpejtë të performancës funksionale (gjendja e përgjithshme)	Nevojitet optimizimi i menaxhimit dhe përjashtimi i sëmundjeve të tjera
Simptomat janë të vazhdueshme	Nevojitet optimizim i menaxhimit dhe përjashtimi i sëmundjeve të tjera
Ka infeksione të shpeshta të rrugëve të frymëmarrjes (më shpesh se një herë në vit)	Nevojitet vlerësimi i faktorëve të shmangshëm dhe përjashtimi i bronkiektazisë bashkëshoqëruese, nevojitet optimizim i trajtimit
Ka shfaqje të edemës së kyçeve të këmbës	Nevojitet vlerësim i cor pulmonar dhe optimizimi i trajtimit
Saturimi me oksigjen, SpO ₂ < 92 % në gjendje të qëndrueshme (referoni për vlerësim për terapi afatgjatë me oksigjen)	Nevojitet optimizim i menaxhimit, matje e gazeve në gjakun arterial dhe përcaktimi i terapisë me oksigjen nëse nevojitet
Nevojitet vlerësim i indikacionit për rehabilitim pulmonar, nëse ka dyshime	Nevojitet optimizim i trajtimit dhe referohet pacienti te specialisti ose shërbimi i rehabilitimit pulmonar i bazuar në komunitet
SPOK < 40 vjeç	Nevojitet përcaktimi i diagnozës dhe përjashtimi i deficitit të alfa-1-antitripsinës

Dispne e vazhdueshme, hiperinflacion i theksuar, kufizim i rëndë i fluksit të ajrit (referoni për vlerësim për transplantim të mushkërisë ose për procedurat e reduktimit të vëllimit të mushkërive)	Nevojitet identifikimi i kriterëve për referim në qendrat e transplantimit
Dispne e lidhur me shtrëngimin në gjoks, ankthin ose marrje mendsh (referoni për marrjen në konsideratë të frymëmarrjes keqfunksionale)	Nevojitet përcaktimi i diagnozës dhe referim i pacientit për ekzaminime të mëtejshme për përjashtimin e shkaqeve të tjera të këtyre simptomave
Përgjumje gjatë ditës, ankesa nga partneri/ja për gërhitje të fortë	Nevojitet vlerësim për frymëmarrje të çrregullt gjatë gjumit dhe referim për studim të gjumit nëse nevojitet

9. Kriteret për referim në urgjencë

Referoni pacientin në urgjencë nëse pacienti paraqet:

- Mosreagim ndaj trajtimit në kushte ambulatorë.
- Shfaqje të shenjave të reja (p.sh, cianozë, gjendje mendore e ndryshuar, edemë periferike)
- Rritje e theksuar e intensitetit të simptomave mbi atë të nivelit bazë (p.sh., shfaqja e dispnesë në qetësi) të shoqëruara me rritje të nevojës për oksigjen apo me shenja të shqetësimit lidhur me frymëmarrjen.
- Riakutizim në pacientë me SPOK të shkallës së rëndë (p.sh $FEV1 \leq 50\%$ i vlerës së parashikuar)
- Histori e riakutizimeve të shpeshta ose e shtrimeve të mëparshme në spital për shkak të riakutizimeve.
- Sëmundje bashkëshoqëruese të rënda si, pneumonia, aritmia kardiake, insuficienca kardiake, diabeti mellitus, insuficienca renale ose insuficienca hepatike.
- Dobësi e theksuar
- Mbështetje e pamjaftueshme në shtëpi (41)

10 Qasja e Kujdesit në Ekip për Menaxhimin e SPOK-ut

Ekipi i Kujdesit Shëndetësor për personat me SPOK përbëhet nga:

- Mjeku i Familjes
- Infermieri i familjes
- Pneumologu
- Fizioterapisti
- Dietologu
- Farmacisti
- Etj.

Është shumë e rëndësishme për një ndjekje me cilësi të personave me SPOK ndarja e detyrave brenda ekipit të Mjekësisë së familjes (Mjeku, Infermieri i Familjes) dhe më pas ndërmjet ekipit të MF dhe aktorëve të tjerë.

Lidhur me ndarjen e detyrave ndërmjet anëtarëve të ekipit të Mjekësisë së Familjes duhet mbajtur parasysh që angazhimi dhe kontributi i infermierëve është një mundësi reale për të rritur cilësinë e kujdesit dhe të ndjekjes së pacientëve me SPOK. Infermierët mund t'u ofrojnë pacientëve ndjekje ndërmjet konsultave te mjeku, mund t'u përgjigjen pyetjeve që kanë pacientët, familjarët e tyre, mund t'u mësojnë dhe të monitorojnë teknikën e përdorimit të inhalatorit nga ana e pacientëve , dhe t'i ndihmojnë në mënyrë motivuese pacientët që të zbatojnë trajtimin.

Infermieret e familjes në këtë rol kanë shumë pika të mundshme kontakti me pacientët, të tilla si, konsultat infermiore në QSH, vizitat infermiore në familje që nuk kërkojnë praninë e mjekut dhe/ose seanca edukuese në grup rreth SPOK-ut në QSH apo në komunitet.

Mbështetja nga ekipi i mjekësisë së familjes për vetëmenaxhimin, përfshirë planet e veprimit në rast riakutizimi të SPOK-ut, ndjekjen profesionalisht proaktive nëpërmjet telefonit si dhe edukimi e këshillimi i pacientëve dhe familjarëve, kanë rezultuar në pakësimin e kërkesave për përdorimin e kujdesit shëndetësor.

Përveç ndërhyrjeve specifike për edukimin e pacientit dhe për rehabilitimin pulmonar, ekipi i mjekësisë së familjes përballlet me sfidën e angazhimit të pacientëve për të bashkëpunuar në mënyrë aktive për menaxhimin e SPOK-ut.

Zbatimi me këmbëngulje i skemës së mjekimit është thelbësor që trajtimi të jetë efektiv. Teknika e “qeses medikamentoze”, ku pacientët sjellin me vete gjatë konsultës të gjitha medikamentet e tyre dhe përshkruajnë mënyrën se i marrin ato i mundëson

në çdo vizitë një pjesëtar i ekipit të kujdesit (infirmierit) që të monitorojë zbatimin e terapisë dhe të bashkërendojë ndërveprime apo mospërputhjet mundshme. Zotërimi i teknikës së duhur të përdorimit të inhalatorit nga ana e pacientit është e rëndësishme për të pasur një trajtim efikas për SPOK-un.

Ofrimi i informacionit të përditësuar të gjithë profesionistëve që i ofrojnë kujdes pacientit (në QSH dhe në kushte të tjera të referimit apo të trajtimit të pacientëve në spital/në urgjencë) siguron vazhdimësinë e trajtimit dhe pakëson keqkuptimet dhe ndryshimet (33).

Roli dhe Përgjegjësia e Infirmierëve në Kujdesin Shëndetësor Parësor:

Infirmieret e familjes mund të luajnë një rol të rëndësishëm dhe të kenë përgjegjësi të qarta lidhur me ndjekjen dhe trajtimin e pacientëve me SPOK, përfshirë dhe procesin e diagnostikimit (pacientët që duhet t'u nënshtrohen testeve për diagnozën e SPOK-ut).

Përmbledhja e roleve dhe e përgjegjësisë të anëtarëve kyç të ekipit të mjekësisë së familjes në kujdesin shëndetësor parësor, jepet në Tabelën 7.

Vlerësimi infirmieror

Infirmieri:

- Kontrollon dhe vlerëson shenjat vitale, përfshirë pulsën, ritmin e zemrës, puls-oksimetrinë, frekuencën e frymëmarrjes etj.
- Vlerëson rëndësinë e SPOK-ut dhe identifikon shkaktarët shpërthyes. Ndhmon pacientët për të plotësuar pyetësin përkatës dhe i shpjegon atij pikëzimin.
- Kontrollon që pacienti merr trajtimin e duhur dhe përdor teknikën e duhur inhalatore, kontrollon për efekte anësore te pacientët që marrin steroidë oralë (gjatë riakutizimeve).
- Kryen vizitat në familje për pacientët që nuk mund të paraqiten në qendrën shëndetësore. Vlerëson simptomat dhe riskun e riakutizimit nëpërmjet përdorimit të pyetësit përkatës. Bazuar në pikëzim, infirmieri kontakton mjekun e familjes se si do të vijohet më tej për menaxhimin e rastit. Njih dhe vlerëson shkallën e rëndësës së riakutizimit.
- Njih dhe ofron ndihmën e parë në rastet e përkeqësimit të SPOK-ut në përputhje me planin e veprimit të personalizuar të pacientit.

Administrimi i terapisë

- Infirmieri administron trajtimin në QSH për pacientët me përkeqësim akut dhe monitoron reagimin ndaj trajtimit teksa i ofron pacientit mbështetje.
- Infirmierët në familje/shtëpi do të ofrojnë ndihmën e parë në rast riakutizimi në konsultim me mjekun e familjes, dhe përsëri në konsultim me mjekun vendosin për menaxhimin në vijim.

Edukimi i pacientit

Infermieri:

- Sigurohet që pacienti dhe familja kanë dijeni mbi SPOK-un, qëllimin dhe veprimin e medikamenteve. Kur është e mundur i jep pacientëve fletë informuese me informacion për SPOK-un.
- Thekson rëndësinë e zbatimit të terapisë, të masave parandaluese, dhe rëndësinë e respektimit të vizitave të kontrollit me ekipin e Mjekësisë së Familjes.
- Vlerëson të kuptuarit nga ana e pacientit të Planit të veprimit për SPOK-un dhe si dhe kur duhet të kërkojë ndihmë mjekësore.

Me qëllim administrimin dhe përdorimin e sigurtë të barnave inhalatore nga ana e pacientit, infermieri:

- Jep udhëzime pacientit mbi mënyrën e duhur të përdorimit të inhalatorit me pajisje të ndryshme dhe kryen trajtime të tilla gjatë punës së saj.

Lënia e duhanit, Ushqyerja, Aktiviteti fizik dhe Obeziteti:

Infermieri:

- Informon dhe këshillon pacientët për ndërprerjen e duhanpirjes duke mbështetur motivimin e tyre të brendshëm si dhe duke i inkurajuar ata që të përdorin ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanpirjes
- Informon dhe këshillon pacientët lidhur me ushqyerjen e shëndetshme.
- Informon dhe këshillon pacientët lidhur me aktivitetin fizik dhe përfitimet për humbjen në peshë

Infermieri për mundësimin e kujdesit të vazhdueshëm për pacientin me SPOK:

- Rikujton pacientin një ditë përpara për vizitën e rikontrollit.
- Dokumenton në kartelë gjithë kujdesin infermieror të ofruar pacientit
- Përditëson regjistrin e të sëmurëve kronike për pacientët me SPOK.

Infermieri referon pacientët tek mjeku i familjes kur:

- Pacienti ka shenja vitale anormale
- Pacienti raporton/paraqet riakutizim të gjendjes së SPOK-ut
- Pacienti nuk zbaton terapinë e përcaktuar nga mjeku
- Pacienti ka pyetje të mëtejshme mbi terapinë jofarmakologjike
- Trajtimi farmakologjik nuk specifikohet në Planin e Veprimit për SPOK-un
- Pacienti raporton gjendje të veçanta në anamnezë

- Pacientit i nevojitet ndihmë e mëtejshme për të ndërprerë duhanpirjen.
- Pacienti ka pyetje të mëtejshme lidhur me ushqyerjen, aktivitetin fizik, rehabilitimin pulmonar dhe obezitetin.

Tabela 7: Roli dhe Përgjegjësia e Mjekëve të Familjes (MF) dhe infermierëve

Veprimet	Anëtari i ekipit - Kush?
Pyesni	
Simptomat	MF/infermier
Përcaktimin e qëllimeve për mbështetjen e vetëmenaxhimit	MF
Shkaktarët e SPOK-ut	MF/infermier
Vlerësoni (brenda një cikli vjetor të kujdesit)	
Kontrollin e simptomave dhe riskun e riakutizimit (shkalla e dispnesë, CAT)	MF/infermier
Shkallën e rëndesës së SPOK-ut	Specialist/MF bazuar në raportin e FEV1
Peshën, gjatësinë	Infermier
Shenjat vitale	Infermier/MF
Zbatimin e Planit individual të kujdesit të pacientit me SPOK	MF/infermier
Praninë e komplikacioneve të tjera	MF/infermier
Konsideroni vlerësime të tjera sipas rastit, p.sh. problemet sociale dhe ekonomike	MF/infermier
Vlerësoni dhe Këshilloni	
Duhanpirjen	MF/infermier
Ushqyerjen	MF/infermier
Nivelet e aktivitetit fizik	MF/infermier
Problemet me mjekimin	MF/infermier
Vetëvlerësimin e SPOK-ut	MF/infermier
Ndihmoni ose Rregulloni	
Hartimi i Planit individual bashkë me pacientin	MF dhe infermier
Përditësimi i Regjistrit të sëmundjeve kronike lidhur me SPOK	Infermier
Identifikimi i problemeve socio-ekonomike të pacientit dhe bashkëpunimi me sektorin social	Infermier
Vlerësimi i ecurisë një vjetore të pacientëve me SPOK kundrejt planit individual të kujdesit nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore	MF dhe Infermier

11. 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)

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

***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.

II.2- Kartela e çdo pacienti me SPOK ka kopje të **Testit të vlerësimit të SPOK-ut** (CAT test, Aneksi 13.3 tek Udhërrëfyeni 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, çfare 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 shëndetsor Parësor, Urdhër i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr.630, datë 29.12.2017).

12. Referencat

1. Organizata Botërore e Shëndetit Management of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in primary health care in low-resource settings (Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjes Pulmonare Obstruktive Kronike në Kujdesin Shëndetësor Parësor në kushte me burime të pakta) Gjenevë, 2012.
2. Organizata Botërore e Shëndetit Global report on trends in prevalence of tobacco smoking (Raporti global mbi tendencat në prevalencën e duhanpirjes) 2015. Gjenevë, 2015.
3. Edukimi në Vazhdim në KSHP: Manual për mjekët e përgjithshëm, USAID projekti PRO shëndetit dhe Fakulteti i Mjekësisë, tetor 2008, SPOK faqe 227-238
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (Nisma Globale për Sëmundjen Obstruktive Kronike të Mushkërisë) Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Strategjia Globale për Diagnostikimin, Menaxhimin dhe Parandalimin e Sëmundjes Pulmonare Obstruktive Kronike) 2019 Raport. www.goldcopd.org
5. Zab Mosenifar, Chronic Obstructive Disease (Sëmundja Obstruktive Kronike), 2019/4 Mescape
6. Rennard S, Decramer M, Calverley PM, Pride NB, Soriano JB, Vermeire PA, Vestbo J; Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of Confronting COPD (Ndikimi i SPOK-ut në Amerikën e Veriut dhe në Evropë në vitin 2000: Perspektiva e subjekteve për Ballafiqimin e SPOK-ut) Anketë Ndërkombëtare. Eur Respir J. 2002;20(4):799.
7. Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis, and staging, (Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike: Përkufizimi, manifestimet klinike, diagnoza dhe kushtet) UpToDate 2020.
8. Bronchial hyperresponsiveness in cardiac failure (Hiperaktiviteti bronkial në insuficiencën kardiale) *N Engl J Med*. 1989 Dhjetor 21 321 (25):1756-8. [Medline].
9. Testi i Vlerësimit të SPOK-ut (CAT). <http://www.catestonline.org>; <https://www.catestonline.org/patient-site-test-page-albania.html>
10. Donohue JF, van Noord JA, Bateman ED, Langley SJ, Lee A, Witek TJ Jr, Kesten S, Towse L; A 6-month, placebo-controlled study comparing lung function and health status changes in COPD patients treated with tiotropium or salmeterol (Studim 6-mujor i kontrolluar me placebo për krahasimin e funksionit të mushkërisë dhe ndryshimeve në gjendjen shëndetësore në pacientët me SPOK të trajtuar me tiotropium ose salmeterol). Pubmed. Chest. 2002;122(1):47.
11. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, Miller B, Lomas DA, Agusti A, Macnee W, Calverley P, Rennard S, Wouters EF, Wedzicha JA, Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints (ECLIPSE) Investigators ; Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease (Vlerësim gjatësor i SPOK-ut për të Identifikuar Hetuesit Fundorë Zëvendësues Parashikues (ECLIPSE); Gjasat për Ekzacerbim në Sëmundjen Pulmonare Obstruktive Kronike) *N Engl J Med*. 2010;363(12):1128

12. 2004 American Thoracic Society (Shoqata Amerikane Torakale). Sethi S. Bacteria in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Proceedings of the American Thoracic Society (Bakteret në Ekzacerbimet e Sëmundjes Pulmonare Obstruktive Kronike. Punim i Shoqatës Amerikane Torakale) 2004; 1:109. Revista Zyrtare e Shoqatës Amerikane Torakale
13. Marsh B, Drake MG, Outpatient Management for Acute Exacerbations of Obstructive Lung Diseases (Menaxhimi i Pacientëve të Jashtëm për Ekzacerbimet Akute të Sëmundjeve Obstruktive të Mushkërisë) Med Clin North Am. 2017 May;101(3):537-551. 2016.12.008. Epub 2017
14. Ivan Schayck CP et al. NPJ Prim Care Respir Med 2017;9;27(1):38 <http://rdcu.be/tlgE>
15. <https://smokefree.gov/>
16. Taylor Gemma, McNeill Ann, Girling Alan, Farley Amanda, Lindson-Hawley Nicola, Aveyard Paul et al. *Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis* (Ndryshimet në shëndetin mendor pas ndërprerjes së duhanpirjes: shqyrtim sistematik dhe metaanalizë) BMJ 2014; 348 :g1151
17. Hajek P et al. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy (Studim rastësor i përdorimit të cigareve elektronike kundrejt terapisë së zëvendësimit të nikotinës) N Engl J Med 2019;380:629-637
18. O'Connor RJ. Non-cigarette tobacco products: what have we learnt and where are we headed? (Produktet e duhanit që nuk janë cigare: çfarë kemi nxënë dhe ku po shkojmë?) Tob Control 2012;21(2):181–190.
19. Lindson N et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation (Doza, kohëzgjatje dhe mënyra të ndryshme të administrimit të terapisë së zëvendësimit të nikotinës për lënien e duhanit). Cochrane Database of Systematic Reviews (Baza e të dhënave Cochrane për Shqyrtimin Sistematik) 2019; Bot. 4; Art. Nr.: CD013308
20. <https://cks.nice.org.uk/smoking-cessation#!prescribingInfoSub>
21. <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/smoking-pregnant/>
22. Anthenelli RM et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo- controlled clinical trial (Siguria neuropsikiatrike dhe efikasiteti i varenicline, bupropion dhe ngjitëseve me nikotinë të duhanpirësit me dhe pa çrregullime psikiatrike (EAGLES): një studim klinik rastësor i kontrolluar me placebo dyfish i verbër). Lancet 2016;387(10037):2507–2520 11. West R et al. N Engl J Med 2011;365:1193-200.
23. Leventhal AM, Strong DR, Kirkpatrick MG, et al. Association of Electronic Cigarette Use With Initiation of Combustible Tobacco Product Smoking in Early Adolescence (Lidhja ndërmjet përdorimit të cigares elektronike me fillimin e konsumit të produkteve të djegshme të duhanit në adoleshencën e hershme). JAMA. 2015;314(7):700–707. doi:10.1001/jama.2015.8950
24. <https://thorax.bmj.com/content/61/6/535#ref-84>
25. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-exacerbations-of-chronic-obstructive-pulmonary-disease>
26. <https://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2018/09/12/13993003.01261-2018.full.pdf>
27. Long-term oxygen therapy (Terapia afatgjatë me oksigjen) Akses i përditësuar 4/2020

28. https://www.thoracic.org.au/journal-publishing/command/download_file/id/34/filename/TSANZ-AcuteOxygen-Guidelines-2016-web.pdf
29. Garber C., C. E., Blissmer, B., Deschenes, et.al & Kolegji Amerikan i Sporteve, M. 2011. Pozita e Kolegjit Amerikan të Mjekësisë Sportive Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise (Sasia dhe cilësia e ushtrimeve për zhvillimin dhe mirëmbajtjen e shëndetit kardiorespirator, muskuloskeletal dhe neuromotor në të rritur e shëndetshëm: udhëzim për rekomandimin e ushtrimeve). *Med Sci Sports Exerc*, 43, 1334- 59.
30. Garcia-Aymerich J., Serra I., Gomez F.P., et al. Physical activity and clinical and functional status in COPD (Aktiviteti fizik dhe gjendja klinike dhe funksionale në SPOK) *Chest*, 136, 62-70, 2009.
31. John J Oppenheim Zab Mosenifar What follow-up is indicated after an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD)? (Çfarë ndjekjeje këshillohet pas një ekzacerbimi akut të sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (AECOPD)?) 5 prill 2019 Medscape
32. https://copdx.org.au/wp-content/uploads/2015/08/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0815_WEB.pdf
33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3232168/>
34. Development of a self-scored persistent airflow obstruction screening questionnaire in a general Japanese population: The Hisayama study (Zhvillimi i një pyetësoi me vetëpikëzim për depistimin e obstruksionit të vazhdueshëm të fluksit të ajrit në një popullsi të përgjithshme japoneze: Studimi Hisayama), 15 maj 2017
35. https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2019/10/CTS-COPD-Rx-2019-Guideline_Final.pdf
36. https://www.pcrs-uk.org/sites/pcrs-uk.org/files/os11_copd_self_man.pdf
37. Kuempel ED, Wheeler MW, Smith RJ, Vallyathan V, Green FH ; Contributions of dust exposure and cigarette smoking to emphysema severity in coal miners in the United States (Ndikimi i ekspozimit ndaj pluhurit dhe duhanpirjes në shkallën e rëndesës së emfizemës në punëtorët e minierave në Shtetet e Bashkuara). *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180(3):257
38. Celli BR, MacNee W, ATS/ERS Task Force Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper (Stadardet e Task Forcës së ATS/ERS për diagnostikimin dhe trajtimin e pacientëve me SPOK: përmbledhje e shkrimit të ATS/ERS). *Eur Respir J*. 2004;23(6):932
39. Yawn et al / *Am J Prev Med* 2014;47(5):563–575
40. https://copdx.org.au/wp-content/uploads/2015/08/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0815_WEB.pdf
41. James Stoller. Management of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Menaxhimi i ekzacerbimeve në sëmundjen pulmonare obstruktive kronike) uptodate 2020
42. *Pulmonology*, Volume 24, Issue 6, November–December 2018, Pages 345-350

13. Aneks

13.1 Vlerësimi shumëdimensional i SPOK-ut

Shkalla GOLD “ABCD”: Vlerësimi i simptomave dhe riskut të riakutizimeve për fillimin e terapisë për SPOK-un		
Vlerësimi i riskut të riakutizimeve: Riakutizime/ Shtrime në spital	Vlerësimi i simptomave	
	mMRC 0 në 1; CAT < 10	mMRC ≥ 2; CAT ≥ 10
0 në 1 riakutizime pa shtrim në spital	A	B
≥ 2 riakutizime ose ≥ 1 shtrime në spital	C	D
GOLD: Shkalla e kufizimit të fluksit të ajrit (bazuar në FEV1 pas bronkodilatatorit)		
Stadi	Shkalla e rëndesës	FEV1 (përqindje e parashikuar)
Në pacientët me FEV1/FVC < 0.7		
GOLD 1	E lehtë	≥ 80
GOLD 2	E moderuar	50– 79
GOLD 3	E rëndë	30– 49
GOLD 4	Shumë e rëndë	< 30

13.2 Pyetësi i depistimit për SPOK-un

Ky pyetësor shtron pyetje rreth jush, frymëmarrjes suaj dhe çfarë jeni në gjendje të bëni. Për ta plotësuar, vendosni një X në kutizën që përshkruan më mirë përgjigjen tuaj për secilën nga pyetjet më poshtë.

1. Gjatë 4 javëve të fundit, sa shpesh keni ndjerë vështirësi në frymëmarrje?

Asnjëherë	Rrallëherë	Një pjesë të kohës	Shumicën e kohës	Gjithë kohës
☐ 0	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 2

2. A nxirrni gjë nga kollitja, si mukusi apo gëllobaza?

Jo, asnjëherë	Vetëm nga ftohje të zakonshme ose infeksione respiratore	Po disa ditë në muaj	Po, disa ditë në javë	Po, çdo ditë
☐ 0	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 2

3. Ju lutemi zgjidhni përgjigjen që ju përshkruan më mirë gjatë 12 muajve të fundit.

Bëj më pak veprime se më par për shkak të problemeve me frymëmarrjen.

Aspak dakord	Jo dakord	I/e pasigurt	Dakord	Shumë dakord
☐ 0	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 2

4. A keni konsumuar të paktën 100 cigare gjatë GJITHË JETËS suaj?

Jo	Po	Nuk e di
☐ 0	☐ 2	☐ 0

5. Sa vjeç jeni?

Mosha 35 në 49	Mosha 50 në 59	Mosha 60 në 69	Mosha 70+
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 2

Si të nxirrni rezultatin: Në hapësirat më poshtë, shkruani numrin në krah të përgjigjes suaj për secilën pyetje. Mblidhni numrat për të marrë rezultatin e përgjithshëm. Rezultati mund të jetë nga 0 në 10.

_____	+	_____	+	_____	+	_____	+	_____	=	_____
#1		#2		#3		#4		#5		REZULTATI

Nëse rezultati juaj është 5 ose më lart, problemet në frymëmarrjen tuaj mund të jenë pasojë e sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (SPOK). SPOK referohet shpeshherë si bronkiti kronik dhe/ose emfizemë dhe është një sëmundje serioze e mushkërisë që përkeqësohet në mënyrë të ngadaltë me kalimin e kohës. Megjithatë nuk mund të kurohet, SPOK mund të trajtohet.

Ju lutemi t'ia tregoni pyetësorin mjekut tuaj. Sa më i lartë rezultati juaj, aq më të larta gjasat që të vuani nga SPOK-u. Mjeku juaj do t'ju ndihmojë që të vlerësoni problemet në frymëmarrje nëpërmjet një testi të thjeshtë të frymëmarrjes, të njohur si spirometri.

Nëse rezultati juaj është ndërmjet 0 dhe 4 dhe keni probleme në frymëmarrje, ju lutemi t'ia tregoni këtë pyetësor mjekut tuaj. Mjeku juaj do t'ju ndihmojë të vlerësoni problemet e frymëmarrjes.

©2007 Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals Inc: Të gjitha të drejtat e rezervuara.
COPD Population Screener™ © 2007 nga QualityMetric Incorporated.
Të gjitha të drejtat e rezervuara. SPU00114

13.3 Testi i Vlerësimit të SPOK-ut (CAT)

Adresa: <https://www.catestonline.org/patient-site-test-page-albania.html>

Patient Site Test Page Albanian

27/04/2020, 15:25



Në ç'gjendje është SPOK-u juaj? Bëni Testin për Vlerësimin e SPOK-ut*

*ang. COPD Assessment Test™ ose shkurt CAT

Ky pyetësor do t'ju ndihmojë ju dhe mjekun tuaj të matni ndikimin që ka SPOK-u (sëmundja pulmonare obstruktive kronike) në mirëqenien dhe në jetën tuaj të përditshme. Përgjigjet tuaja dhe rezultati i testit mund të përdoren nga ju dhe nga mjeku juaj, për të përmirësuar menaxhimin e SPOK-ut tuaj dhe për të pasur përfitimin më të madh nga mjekimi.

Për çdo fjali më poshtë, vendosni shenjë (X) në kutinë që përshkruan më së miri gjendjen tuaj aktuale. Kini kujdes që për secilën pyetje të zgjidhni vetëm një përgjigje.

Shembull: Jam shumë i lumtur ☐ 0 ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Jam shumë i mërztur

REZULTATI

Nuk kollitem asnjëherë	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Kollitem gjatë gjithë kohës	
Nuk kam aspak këlbazë në krahavor	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Kam shumë këlbazë në krahavor	
Nuk ndjej aspak shtrëngim në krahavor	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Ndjej shumë shtrëngim në krahavor	
Nuk mbetem pa frymë kur ngjitem në një kodër ose në një palë shkallë	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Mbetem pa frymë kur ngjitem në një kodër ose në një palë shkallë	
Nuk jam i kufizuar në kryerjen e aktiviteteve në shtëpi	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Jam shumë i kufizuar në kryerjen e aktiviteteve në shtëpi	
Ndjem i sigurt që të largohem nga shtëpia, pavarësisht nga sëmundja ime e mushkërve	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Nuk ndjem aspak i sigurt që të largohem nga shtëpia, për shkak të sëmundjes sime të mushkërve	
Bëj gjumë të mirë	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Nuk bëj gjumë të mirë për shkak të sëmundjes sime të mushkërve	
Kam shumë fuqi	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Nuk kam aspak fuqi	
REZULTATI TOTAL			



Sigurohuni që të printoni pyetësin tuaj CAT para se të shkoni tek mjeku juaj

<https://www.catestonline.org/patient-site-test-page-albania.html>

Page 1 of 2

13.4 Ndhimesë pacientëve për të lënë duhanin: Këshillim Shumë i Shkurtër (KShSh)



DESKTOP HELPER for healthcare professionals

No. 4 May 2019 3rd edition

Një mënyrë e lehtë, pozitive dhe efikase për të ndihmuar duhanpirësit që të lënë duhanin:

KShSh mund të përdoret në çdo moment gjatë konsultës pavarësisht arsyes së konsultës. KShSh ka treguar se rrit suksesin e përpjekjes për të lënë duhanin. Ai është një mjet nxitës dhe efikasiteti i tij rritet sa më shumë që profesionistët shëndetësorë e përdorin. Gatishmëria e pacientëve për t'iu përgjigjur këtij këshillimi ndryshon nga njëri pacient te tjetri, ndaj nëse rrisim gjasat që ata të konsultohen me profesionistë shëndetësor të trajnuar në lidhje me KShSh-në, ka më shumë gjasa që të zbulohen pacientët që janë të gatshëm në momentin e duhur.

1. PYESNI: gjatë konsultës për çështje të tjera shëndetësore.

Pyesni të GJITHË pacientët për përdorimin e duhanit (duhanpirje ose duhan pa tym) në çdo konsultë me ta pamvarësisht arsyes së konsultës. Dokumentoni gjendjen e përdorimit të duhanit/duhanpirjes pasi kjo e bën më të lehtë për ju si MF ose Infermier Familje që të pyetni herën e ardhshme për të vlerësuar progresin në përpjekjen për lënien e duhanit.

NUK NEVOJITET ASNJË VLERËSIM TË GATISHMËRISË PËR TË LËNË DUHANIN

“A keni përdorur ndonjëherë duhan gjatë vitit të fundit?” OSE

“Me sa shoh nga kartela juaj, keni përdorur duhan së fundmi. A vazhdoni ta përdorni?”

2. KËSHILLONI: rreth mënyrave efikase për të lënë duhanin (dhe nëse nevojitet, mbi rreziqet e duhanit)

Në shumicën e programeve të shëndetit publik të vendeve anëtare të IPCRG-së përdoren mediat për të komunikuar rreziqet e shkaktuara nga duhanpirja, ndaj popullsia është e informuar që duhani është i dëmshëm. Kur është e kuptuar mirë që duhani dëmton, përsëritja e këtij informacioni mund të ketë efekt të kundërt dhe pacienti mund ta konsiderojë si jombështetëse. Megjithatë, ndikimi në vetëdijen e popullsisë mund të variojë. Prandaj, bazojeni këshillën tuaj në nivelin e vetëdijes që ju kuptoni se ka pacienti apo popullsia e synuar dhe personalizoni mesazhe të qarta e të fuqishme. Nëse sistemi i Shëndetit Publik është efikas në rritjen e TENSIONIT mbi duhanin atëherë roli juaj është NXITËS. Jepni këshillën tuaj mbi lënien e duhanit me ton pozitiv dhe mbështetës dhe me ndjesinë e shpresës.

“A e dini mënyrën më të mirë për të lënë duhanin apo për të pakësuar dëmin që ai shkakton?” Nga studimet, ne dimë që mënyra më e mirë për të lënë duhanin është nëpërmjet përdorimit të medikamenteve që ndihmojnë për të lënë duhanin, së bashku me ndihmën, mbështetjen dhe inkurajimin e vazhdueshëm, veçanërisht për 4 javët e para dhe në mënyrë ideale për 3 muaj pas përpjekjes për të lënë duhanin”.

3. VEPRONI: sipas përgjigjes së pacientit me mbështetje të sjelljes në dispozicion dhe me barnat e vijës së parë për lënien e duhanit²

Tani duhet të VEPRONI. Mënyra më e mirë për të lënë duhanin është ndërthurja e mbështetjes së sjelljes nga një profesionist i trajnuar dhe përdorimit të barnave të vijës së parë për lënien e duhanit. Parë nga një këndvështrim pozitiv, shtetet anëtare të IPCRG-së kanë shumë modalitete të terapisë së zëvendësimit të nikotinës dhe një sërë barnash kundër receptorëve të nikotinës, që iu ofrohen pacientëve pa pagesë, si pjesë e sistemit shëndetësor kombëtar. Krahas kësaj, këto vende kanë profesionistë të trajnuar për lënien e duhanit, që mund të ofrojnë takime 20-30 minutëshe për elementin e mbështetjes së sjelljes. Ne kemi punuar edhe me vendet ku nuk ka barna për lënien e duhanit, ose ku barnat mund të blihen vetëm në mënyrë private, dhe ku nuk ka specialistë të programit për lënien e duhanit. Këta skenarë po i ilustruam në vijim. Referojuni skenarit më të përshtatshëm.

“A dëshironi të flisni sot për alternativat e disponueshme për t’iu ndihmuar me duhanpirjen?”

Jo. A e kemi lejen tuaj për të folur mbi këtë çështje herën tjetër kur të takohemi, në rast se e keni ndryshuar mendjen? Nëse e keni rimenduar deri atëherë, ju presim me kënaqësi në një takim tjetër për të diskutuar më tepër mbi këtë çështje.

Po: Shumë mirë, këto janë disa nga alternativat: (Secilën alternativë përshtateni me situatën, p.sh. ju mund të mos keni ende CO monitor). Alternativa 1 - Shërbime të mirëzhvilluara për lënien e duhanit dhe barna falas. Alternativa 2 - Asnjë shërbim/shërbime të kufizuara për lënien e duhanit dhe disa barna falas. Alternativa 3 - Asnjë shërbim/shërbime të kufizuara për lënien e duhanit dhe barna vetëm në mënyrë private.

Shënim: Është përdorur termi “duhan” në vend të “tymosje”. Nëse në kontekstin tuaj është më mirë të përdorni termin “tymosje”, mund ta përshtatni.

Alternativa 1

- Merrni parasysh testimin e monoksidit të karbonit të ekspiruar (CO) përpara referimit dhe këshilloni se kjo është një masë, që iu ndihmon të dyve të monitoroni suksesin.
- Garantoni se shërbimi ku po e referoni ofrohet një staf i trajnuar dhe mundëson si ndërhyrjet mbështetëse të sjelljes, ashtu edhe ato farmakoterapeutike.
- Siguroni pacientin se ju do të përshkruani barna të përshtatshme nëse dhe për aq kohë sa kërkojnë nga shërbimi. Ofroni siguri për vlerën dhe sigurinë e këtyre barnave.
- Jepni materiale me shkrim/numra kontakti për të treguar mbështetjen tuaj
- Sigurohuni që referimi realizohet duke e monitoruar. Kërkoni feedback nga shërbimi ku referuat individin.
- Mbani parasysh dhënien e recetave fillestare për ngjithëset e nikotinës.

Alternativa 2 & 3 (Shihni pjesën 4)

- Merrni parasysh testimin e monoksidit të karbonit të ekspiruar (CO) (nëse ofrohet) përpara se të filloni trajtimin. Këshilloni se kjo është një masë, që iu ndihmon të dyve të monitoroni suksesin. Siguroni që krahas KShSh, ju ose kolegu juaj i organizatës jeni trajnuar dhe jeni përditësuar për të ofruar ndërhyrje të shkurtra për mbështetje të sjelljes dhe farmakoterapeutike për duhanin.
- Eksploroni me pacientin alternativat për barna pa recetë ose me recetë, në mënyrë private ose falas. Ofroni siguri për vlerën dhe sigurinë e këtyre barnave.
- Shpjegoni se do të kenë më shumë sukses nëse ndiqen nga një profesionist shëndetësor dhe i marrin barnat. Marrja e barnave pa recetë për të lënë duhanin dhe pa pasur mbështetje të sjelljes ka të njëjtin efekt si lënia e duhanit pa ndihmë, çka do çonte drejt shpërdorimit të parave nga pacienti juaj.
- Jepni materiale me shkrim/numra kontakti për të treguar mbështetjen tuaj

KShSh-ja me bazë evidencat, Pyesni-Këshilloni-Vepro, është konceptuar për t'u përdorur nga të gjithë profesionistët shëndetësorë, dhe funksionon më së miri kur ekziston një shërbim për lënien e duhanit, që përfshin farmakoterapinë falas, dhe financohet në nivel kombëtar. Personat e identifikuar që dëshirojnë të lënë ose të pakësojnë dëmin e duhanit menaxhohen më mirë nga shërbimet e konsoliduara, ku profesionistët trajnohen dhe përditësohen rregullisht. Megjithatë, në nivelin botëror ky lloj shërbimi nuk është gjithmonë i mundur, ndaj, në mungesë të një shërbimi kombëtar gjithëpërfshirës individët dhe organizatat duhet të bien dakord për një plan trajtimi për personat që përfitojnë nga KShSh-ja, dhe shprehin dëshirën për të lënë duhanin.

Rekomandohet zbatimi i qasjes 3A (Ask-Pyesni, Advise-Këshilloni, Act-Vepro), por mjeku i familjes që ka një marrëdhënie afatgjatë me duhanpirësin dhe familjen e tij, mund të ofrojë mbështetje me teknika të tjera të ndryshimit të sjelljes për ta trajtuar varësinë nga duhani.

KShSh-ja është konceptuar për të shërbyer si trajtim minimal që iu duhet ofruar të gjithë pacientëve. Ndërhyrjet për lënien e duhanit, që mbështesin teknikat për ndryshimin e sjelljes, janë konceptuar për t'u ofruar nga shërbimi i specializuar për lënien e duhanit, ose kur nuk janë të disponueshme, nga mjekë të përgjithshëm, të cilët janë trajnuar posaçërisht, dhe mund të punojnë me personin në planin afatgjatë, si pjesë e menaxhimit të varësisë afatgjatë. Varësia ndaj duhanit është një gjendje afatgjatë me përsëritje të rifillimit të duhanit, ndaj kërkon ndërhyrje nga një klinikist.

Intervistimi motivues (IM) është i efektshëm në trajtimin e personave të varur nga duhani. Ju mund të keni ndjekur trajnime mbi parimet e IM-së, si pjesë e trajnimit të kujdesit parësor. Këto parime mund të zbatohen me efektshmëri dhe me lehtësi nga një sërë profesionistësh shëndetësorë në trajtimin e varësisë nga duhani. Një rishikim sistematik Cochrane i mbështetur me evidenca cilësore mbështet veçanërisht mjekun e përgjithshëm, në ofrimin e kësaj ndërhyrjeje. IM mund dhe parapëlqehet të kryhet brenda 20 minutash. Kështu, ka gjasa që IM të jetë një alternativë trajtimie rëndësishme në vendet ku specialistët e farmakoterapisë dhe të lënies së duhanit mungojnë.

Më shumë se KShSh: kur keni një takim të dedikuar

Këshilla e shkurtër, recetat dhe intervistimi motivues funksionojnë më së miri kur shpenzoni kohë të dedikuar, sikur do të bënit në takimet për diabetin dhe tensionin e gjakut.

Është ideale nëse ndërhyrja për lënien e duhanit ofrohet në një seancë të dedikuar për ta ndihmuar pacientin me duhanpirjen. Megjithatë pranohet se shumë episode 2-minutëshe gjatë jetës mund të kenë ndikim pozitiv. Nëse e ofroni këtë shërbim, mund të arrini të zhvilloni një program standard, si një paketë me 5 konsultime. Në këtë rast, ofroni më shumë konsultime që në hapat e parë.

Filloni me Boshtin Analog Pamor (BAP) për intervistimin motivues

Nga 1-10									
1. Sa e rëndësishme është për ju që të lini duhanin, ku 0 nënkupton se “nuk ka aspak rëndësi” dhe 10 nënkupton se “ka shumë rëndësi”?									
2. Nga 0-10, sa besim keni se do ta provoni dhe të hiqni dorë nga duhani, ku me 0 kuptohet “aspak vetëbesim” dhe me 10 “shumë vetëbesim”?									

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dialogët: Përzgjidhni dhe përshtatini sipas stilit dhe raportit tuaj me pacientin. Dëgjoni më shumë dhe flisni më pak

Dialogu i gjelbër

“Më bëhet qejfi që e dëgjoj këtë gjë. Përse keni shënuar 9 te vetëbesimi dhe jo 7?” DËGJONI për t’iu përgjigjur vetëbesimeve të pacientit, që shpeshherë përfshijnë lënien e duhanit pa ndihmë “Duket sikur dëshironi vërtet të provoni që të lini duhanin (sërish). A mund t’iu rendis disa nga alternativat e disponueshme për t’ju ndihmuar (mbështetur nga ato që funksionuan për ju herën e fundit)?”

Dialogu portokalli

“A mund të më thoni përse keni dhënë vlerësimin 6 dhe jo 4?” DËGJONI për t’iu përgjigjur dhe përgëzojeni pacientin për arritjen e mëparshme në lënien e duhanit megjithë rikthimin pasues. Rikthimin e pacientit e shihni si dështim, duke qenë se i është rikthyer duhanpirjes. Reflektoni duke thënë “Duket sikur më parë e keni pasur të vështirë, por ia keni dalë mbanë për xxx kohë. Çfarë duhet të ndodhë për ta rritur vlerësimin në 7?” Dëgjoni për t’iu përgjigjur dhe më pas kërkoni leje “A mund t’ju parashtroj disa nga alternativat që kemi në dispozicion dhe e dimë se funksionojnë për pacientë si ju, të cilët e konsiderojnë duhanin pjesë të rëndësishme të jetës, në mënyrë që të shikoni nëse ju intereson ndonjëra?”

Dialogu i kuq

“Duket sikur duhani është pjesë shumë e rëndësishme e jetës suaj. Kjo më shtyn t’ju pyes përse e keni vlerësuar me 3 dhe jo me 1?” DËGJONI për t’iu përgjigjur dhe përmendni e përgëzojeni të gjitha anët pozitive. Reflektoni duke thënë “Duket sikur më parë e keni pasur të vështirë, dhe ende mendoni se nuk është koha e duhur për ta lënë duhanin. E dimë që nikotina shkakton më shumë varësi sesa heroina... por ju ia keni dalë mbanë për xxx kohë.” “Çfarë duhet të ndodhë për ta vlerësuar nga 4 në 5?” Dëgjoni për t’iu përgjigjur dhe më pas kërkoni leje “Me sa po kuptoj, ju nuk mendoni se është çasti i duhur për ta lënë duhanin dhe e respektoj mendimin tuaj. Megjithatë, ne vërejtëm që niveli juaj i CO-së ishte shumë i lartë, x, dhe e dimë që po e përkeqëson gjendjen tuaj [p.sh. marrje fryme/COPD/astma]. Nëse ju ndihmon, do të isha shumë i kënaqur të flisja me ju mbi atë që mund t’iu ofrojmë në të ardhmen, që dihet se funksionon për pacientë si ju, për të cilët duhani ka qenë dhe vazhdon të jetë pjesë e rëndësishme e jetës, në mënyrë që ta dini se në fakt ne kemi trajtime që funksionojnë.”

IM konsiston më shumë në dëgjim se sa në të folur, përdor pyetje të hapura, përmend konkretisht dhe pohon sukseset e mëparshme, komunikon shpresë veçanërisht për gjendjet afatgjata që lidhen ngushtësisht me turpërimin, dhe reflekton për të shkuarën duke përmbledhur. Disa aspekte që funksionojnë gjatë IM përfshijnë:

- Përmendni dhe sqaroni se ekipi nuk gjykon për përdorimin e duhanit “Ne e kuptojmë se sa e vështirë është kjo, që është një varësi dhe që nikotina krijon varësi më të fortë se sa heroina...”
- Pyetjet e hapura si “Më trego për përpjekjet e mëparshme për të lënë duhanin?”
- Testimi i dioksidit të karbonit të ekspiruar është një motivues shumë i fuqishëm sepse vlera numerike përmirësohet me shpejtësi pas lënies së duhanit dhe është një matës objektiv⁴
- Inkurajoni personin që të imagjinojë dhe të shprehë se çfarë mendon se cilat do të ishin përfitimet e lënies së duhanit; reflektoni dhe përmbledhni si dhe përshtatni ofertën tuaj ndaj përgjigjes së tyre.
- Ju do të keni dijeni mbi sëmundjet bashkëshoqëruese të pacientit ndaj merrni në konsideratë se si trajtimi i duhanpirjes nga ata mund të përmirësojë rezultatet që ata duan për sëmundjen tjetër p.sh. “A e dini që.....do të keni më pak kriza të astmës?plagët do ju shërohen më mirë pas kirurgjisë?” Tregohuni pozitivë.
- Megjithëse shumica e pacientëve që përdorin duhanin e dinë - dëgjoni rreth personave që kanë rëndësi për ta p.sh. të qëndruarit me nipërit/mbesat teksa rriten.
- Hulumtoni dhe reflektoni mbi ndjenjat në mëdyshje: “Cilat gjëra ju pëlqejnë dhe nuk ju pëlqejnë nga konsumimi i duhanit?” “Nga njëra anë ju thoni se....dhe nga ana tjetër...”
- Ju mund t’i përdorni këto aspekte më shumë se një herë gjatë konsultës, ose në biseda të mëvonshme dhe nëse rezultati rritet, kjo gjë do të përmirësojë motivimin.

Nëse ndodheni në situatën e alternativave 2 ose 3, ku duhet të ofroni konsulencë dhe këshilla mbi medikamentet, atëherë ka disa veprime kyçe që mund të ndërmerren ose t'i konsideroni:

- Ofroni asistencë për zhvillimin e një plani për të lënë duhanin - sa shpesh do t'i shihni klientët/përdoruesit e duhanit; sa e gjatë është seanca, dhe sa zgjat trajtimi.
- Nëse përdoret vareniklinë, këshillohet një trajtim intensiv 12-javor, megjithatë mbështetja e vazhdueshme për ndryshimin e sjelljes mund të nevojitet për shumë kohë më pas.
- Dakordësoni me pacientin se si do t'i ndihmoni ata për të shmangur rifillimin dhe si do t'u ofroni mbështetje gjatë muajve dhe viteve të ardhshme.
- A mund të përdorni e-mail, mesazhet apo telefonin për disa prej seancave?
- Ndihmojini individët të caktojnë një datë për lënien e duhanit - tregohuni realistë: duhet të zgjidhet një datë nga pacienti që më pas ju ta mbështesni.
- Jini të vetëdijshëm që opsionet farmakoterapeutike janë të disponueshme pa recetë, falas ose duhen blerë privatisht. Opsionet më të mira janë vernicline dhe NRT e kombinuar. Sigurohuni që dozat të jenë të përshtatshme.
- Personave që lënë duhanin shpesh iu jepet dozë e pamjaftueshme nikotine. Trajtojeni dozimin, përdorimin dhe teknikën po aq seriozisht sa do të trajtonit kontrollin e presionit të gjakut apo të diabetit mellitus.
- Përfshini pikat e mëposhtme sipas nevojës:
 - Diskutoni abstinencën dhe sugjeroni strategji për përballimin.
 - Inkurajoni mbështetjen sociale
 - Ndihmojini për tejkalimin e barrierave si frika nga dështimi, përballimi i stresit, shtimi në peshë dhe presioni shoqëror.
 - Jepuni këshilla mbi ushqyerjen dhe regjimin e shëndetshëm ditor: flini mirë, shmangni kafeinën dhe alkoolin
 - Aktiviteti fizik mund të jetë i dobishëm
 - Simptomat e ndërprerjes shfaqen kryesisht gjatë 2 javëve të para dhe bëhen më pak problematike pas 4-7 javëve

13.5 Plani i Veprimit për SPOK-un

Plani i veprimit për SPOK-un

Mjeku ose infermieri juaj do t'ju ndihmojë ta plotësoni këtë Plan Veprimi.

Merreni me vete sa herë që shkoni për konsultë te mjeku i familjes

Emri:	Kontakto në rast emergjence:
Data:	Emri:
Kontrolli vijues:	Telefoni:
Mjeku i Familjes:	Marrëdhënia:
Telefon:	

Data e vaksinës së pneumokokut:

Kam sasi të zakonshme të gëlbasës dhe vështirësisë në frymëmarrje. Mund të kryej veprimtaritë e zakonshme

VEPRIMI: Merrni medikamentet e zakonshme të SPOK-ut

FEV1 im është

Medikamenti	Numri i shkrepjeve	Shpeshtësia ditore

Më duhet të përdor oksigjen në shtëpi në shpejtësinëose L/min për
..... orë në ditë.

Kam kollë të shtuar, kam më shumë gëlbasë. E kam më të vështirë se zakonisht të marr frymë.

VEPRIMI: Merrni medikamentet për kontrollin e riakutizimit. Monitorojini simptomat e SPOK-ut.

☐ Telefononi mjekun tuaj të familjes.

Merrnishkrepje të.....herë çdo.....orë.

☐ Përdorni një volumatik

I kam marrë medikamentet shtesë por nuk po përmirësohem

Ndërmerrni hapat tani për të menaxhuar simptomat tuaja. Telefononi mjekun tuaj.

Vështirësi në frymëmarrje ose fishkëllimë	Gëlbaza ka ndryshuar ngjyrë ose kam temperaturë
VEPRIMI: Merrni..... tableta prednisolone 1 mg, 5 mg, 25 mg (qarkoni).....herë në ditë për.....ditë.	VEPRIMI: Merrni..... tableta antibiotiku..... herë në ditë për.....ditë. Emri i antibiotikut

Simptomat e mia të SPOK-ut janë përkeqësuar. Jam i/e shqetësuar.

Vështirësi për të fjetur/zgjohe lehtësisht Gjak në gëlbazë ose kyçe të ënjtura.	Shumë vështirësi në frymëmarrje/fishkëllimë Temperaturë e lartë ose pështjellim mendor Dhimbje në gjoks ose probleme me të folurin
VEPRIMI: Telefononi menjëherë ekipin tuaj të kujdesit shëndetësor	VEPRIMI: Telefononi urgjent 127

KUJDES: Ambulanca/Mjeku i urgjencës: Administrim oksigjeni për të mbajtur SpO2 88-92% për të ulur riskun e hiperkapnisë.

13.6 Algoritmi i vlerësimit të riakutizimit

Vlerësimi fillestar

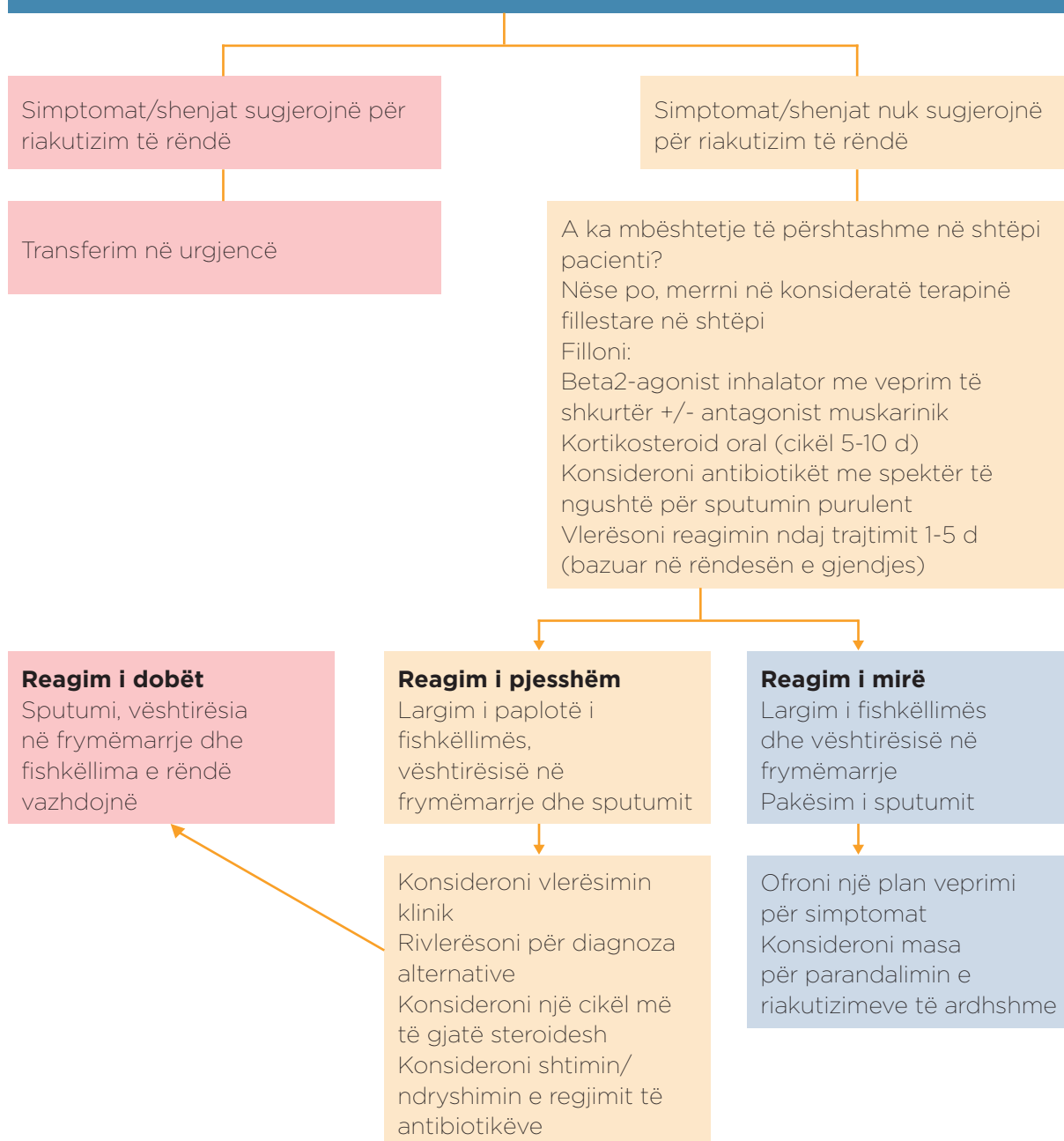
A përkojnë simptomat me riakutizimin e SPOK-ut dhe a janë përjashtuar diagnozat alternative?

A janë faktorët e riskut për riakutizim të rëndë, të pranishëm?

A përkojnë simptomat/shenjat me riakutizim të rëndë, si:

- Vështirësi e theksuar në frymëmarrje apo vështirësi në frymëmarrje në qetësi
- Përdorimi i muskujve aksesorë
- Gjendje mendore e ndryshuar
- Shenja vitale anormale (takipne, takikardi, hipoksemi)

A ishte i dobët reagimi ndaj trajtimeve fillestare (beta2-agonist, kortikosteroidët oralë)?



13.7 Udhëzimet dhe teknika për përdorimin e medikamentit inhalator

Teknika për përdorimin e pompës inhalatore me suspension të presuar (MDI) pa volumatik

- Hiqni kapakun e gojzës së inhalatorit (pompës).
- Përgatitni inhalatorin tuaj nëse kjo është hera e parë që e përdorni, ose keni disa ditë që nuk e keni përdorur, ose ju ka rënë në tokë. Kjo nënkupon që ta tundni MDI-në dhe ta spruconi në ajër (larg fytyrës suaj) deri në 4 herë. Shihni fletën shoqëruese të inhalatorit për udhëzime më të sakta përdorimi.
- Tundeni fort kutinë e inhalatorit për rreth 5 sekonda.
- Mbajeni inhalatorin drejt me gishtin tregues sipër kutisë së medikamentit, ndërkohë që gishti i madh mbështetet te pjesa fundore e inhalatorit.
- Nxirrni frymën normalisht.
- Vendoseni gojzën në mes të dhëmbëve tuaj dhe puthitini buzët ose pozicionojeni gojzën rreth 4 cm (përafërsisht gjerësia e dy gishtave) larg gojës suaj.
- Mbajeni gjuhën larg “hapjes” së gojzës.
- Në të njëjtën kohë që shtypet kutia, merrni frymë thellë dhe ngadalë nëpëmjet gojës suaj derisa mushkëritë të mbushen plotësisht; kjo zgjat nga 4 deri në 6 sekonda.
- Mbajeni medikamentin në mushkëritë tuaja deri sa të ndiheni rehat (rreth 5 deri në 10 sekonda) përpara se të nxirrni frymën.
- Nëse keni nevojë për një shkrepje të dytë, prisni rreth 15 deri në 30 sekonda ndërmjet shkrepjeve. Tundeni sërish kutinë përpara shkrepjes tjetër.
- Kur të mbaroni, vendosni kapakun mbi gojzë.
- Nëse inhalatori juaj përmban një medikament steroid (i quajtur glukokortikoid ose kortikosteroid), shpëlajeni gojën dhe bëni gargarë me ujë pas përdorimit. Nuk duhet të gëlltisni ujin, por ta nxirrni atë.

Këto udhëzime NUK vlejné për inhalatorë me pluhur të thatë ose me sprucim të lehtë. Shifni me kujdes procedurën specifike të inhalimit për inhalatorë të ndryshëm.

Teknika për përdorimin e pompës inhalatore me suspension të presuar (MDI) me volumatik

- Hiqni kapakun nga gojza e pompës inhalatore dhe kontrolloni për ndonjë objekt të lirshëm brenda pajisjes.
- Përgatitni pompën tuaj inhalatore nëse kjo është hera e parë që e përdorni, ose keni disa ditë që nuk e keni përdorur, ose ju ka rënë në tokë. Kjo nënkupon që ta tundni inhalatorin dhe ta spruconi në ajër (larg fytyrës suaj) deri në 4 herë. Shihni fletën shoqëruese të inhalatorit për udhëzime më të sakta përdorimi.

- Fusni pompën në volumatik
- Tundeni fort kutinë e inhalatorit për rreth 5 sekonda.
- Mbajeni inhalatorin drejt me gishtin tregues sipër kutisë së medikamentit, ndërkohë që gishti i madh mbështetet te pjesa fundore e inhalatorit. Për të mbajtur volumatikun përdorni dorën tjetër.
- Nxirrni frymën normalisht nëpërmjet gojës.
- Vendosni gojëzën e volumatikut në mes të dhëmbëve tuaj dhe mbajini buzët tuaja fort rreth gojëzës së volumatikut. (Nëse përdorni një maskë të lidhur me volumatikun, vendosni maskën në mënyrë të tillë që të mbulojë plotësisht gojën dhe hundën tuaj.)
- Sigurohuni që gjuha juaj nuk e bllokoi hapjen e gojëzës së volumatikut.
- Shtypni pjesën e sipërme të kutisë me gishtin tuaj tregues për të nxjerrë medikamentin.
- Në të njëjtën kohë, merrni frymë thellë dhe ngadalë nëpërmjet gojës suaj derisa mushkëritë të mbushen plotësisht; kjo duhet të zgjasë rreth 3 deri në 5 sekonda.
- Mbajeni medikamentin në mushkëritë tuaja për rreth 5 deri në 10 sekonda. Nëse nuk keni bërë një frymëmarrje të thellë, ose nuk mund ta mbani frymën gjatë, ju mund të thithni për një herë të dytë derisa ta zbrasni volumatikun dhe mbajeni frymën sërish për rreth 5 sekonda. Foshnjat, fëmijët e vegjël, ose ata që nuk janë në gjendje të bashkëpunojnë për një frymëmarrje të thellë ose mbajtje fryme, mund ta zbrasin volumatikun me 5 deri në 6 frymëmarrje normale.
- Nëse keni nevojë për më shumë se një shkrepje, prisni rreth 15 deri në 30 sekonda ndërmjet shkrepjeve. Tundeni sërish kutinë përpara shkrepjes tjetër. **Mos** bëni dy shkrepje në volumatik dhe më pas ta zbrasni volumatikun me një inhalim të vetëm.
- Kur të mbaroni, vendosni kapakun mbi gojëzën.

MDI-të kërkojnë te përdoren me volumatik për efikasitet më të madh

- Pa volumatik, medikamenti depozitohet më shumë në faring
- Volumatiku rrit efikasitetin dhe ul efektet anësore:
 - Përmirëson ndjeshëm shpërndarjen e medikamentit në bronke
 - Pakëson përthithjen sistemike të barit

Teknika për përdorimin e inhalatorëve të ndryshëm me pluhur të thatë (kapsulë)

Kini kujdes

- Asnjëherë mos e merrni pluhurin në mënyrë orale (mbajeni veçmas nga medikamentet që merren nga goja)!
- Mos e shkundni inhalatorin përpara përdorimit (ndryshe nga MDI)

A. Përgatitja

1. Hiqni kapakun nga pajisja
2. Vendosni kapsulat e pluhurit ose formula të tjera sipas udhëzimeve të përdorimit
3. Nuk ka nevojë për volumatik

B. Inhalimi

1. Vendosni inhalatorin te buzët, duke e mbajtur atë në një pozicion
2. Filloni të merrni frymë brenda tij ndërkohë që shtypni inhalatorin për të nxjerrë medikamentin
3. Merrni frymë thellë dhe shpejt, ndryshe nga MDI
4. Më pas mbajeni frymën për 10 sekonda
5. Më pas nxirreni të gjithë ajrin dhe shmangni frymënxjerrjen në pajisje (në mënyrë që pluhuri të mos laget)

14. Shkurtime

SPOK-sëmundja pulmonare obstruktive kronike

FEV1-volumi ekspirator maksimal i sekondes se pare

PEF-Volumi maximal expirator

DLCO-Kapaciteti difuzues i monoksidit të karbonit

CAT test-Testi i Vlerësimit të SPOK-ut

NRT-terapia e zëvendësimit të nikotinës

LBE-Lista e Barnave Esenciale

inhalatorët MDI- jane pompa me suspension te presuar me dozë të matur

ICS-kortikosteroide inhalatore

SABA-Betaagonist me veprim te shkurter

LABA-Betaagonist me veprim te gjate

LAMA- Antagonistët muskarinikë me veprim të zgjatur

SAMA- Antagonistët muskarinikë me veprim të shkurtër

MDI- pompat me doze te matur jane pompa me suspension te presuar

DPI -inhalator me pluhur të thatë

PCR-proteina C reaktive

KShSh- Këshillim Shumë i Shkurtër

