



REPUBLIC OF KOSOVA QEVERIA E KOSOVES VLADA RROBUVA GOVERNMENT OF KOSOVA MINISTRIA E SHENDETESISË MINISTARSTVO ZDRAVSTVA MINISTRY OF HEALTH	
Njësia Org. Org. Jedinica Org. Unit	01
Nr. i faqeve Br. stranica No. pages	-52-
Nr. Prot. Broj Prot. Prot. No	05-6186
Data Datum Date	14/08/2025
Prishtinë / a	

Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government

Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit- Ured Ministra -Office of the Minister

Nr:118/VIII/2025

Datë:14.08.2025

Zëvendësministri i Ministrisë i Shëndetësisë, në mbështetje të nenit 145, pika 2 të Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 11 dhe 16 të Ligjit nr. 06/L-113 për organizimin dhe funksionimin e administratës shtetërore dhe agjencive të pavarura (Gazeta Zyrtare, Nr. 7, 01 Mars 2019), nenit 12 të Ligjit nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, Rregullores (QRK) Nr.14/2023 për Fushat e Përgjegjësisë Administrative të Zyrës së Kryeministrit dhe Ministrive Shtojca 1 paragrafi 6 nëparagrafi 6.1, si dhe Kërkesës me nr. prot. 05-6100 datë 13.08.2025, nxjerrë këtë:

V E N D I M

- I. Aprovohet Udhërrëfyshi Klinik „ Dignostifikimi dhe menaxhimi në sëmundjet pulmonare obstruktive kronike në tri nivelet e kujdesit shëndetësor.
- II. Shtojcë e këtij vendimi është Udhërrëfyshi Klinik „ Dignostifikimi dhe menaxhimi në sëmundjet pulmonare obstruktive kronike në tri nivelet e kujdesit shëndetësor”.
- III. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Zëvendësministri i Shëndetësisë.

Dr. Arsim Berisha

Zëvendësminister i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:

- Sekretarit të Përgjithshëm;
- DPSSH;
- Departamentit ligjor
- Arkivit të MSh-së.



Republika e Kosovës

Republika Kosova - Republic of Kosovo

Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

DIAGNOSTIKIMI DHE MENAXHIMI NË SËMUNDJET PULMONARE OBSTRUKTIVE KRONIKE NË TRI NIVELET E KUJDESIT SHËNDETËSOR

UDHËRRËFYES KLINIK

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

MSc. Niman Bardhi, PhD – Kryesues

Znj. Fatbardhe Murtezi – Anëtare

Dr. Shaban Osmanaj – Anëtar

Z. Mentor Sadiku – Anëtar

Dr. Teuta Qilerxhiu – Anëtare

Dr. Fakete Hoxha - Anëtare

Prof. Dr. Lul Raka – Anëtar

Prof. Dr. Premtim Rashiti – Anëtar

Dr. Valon Zejnullahu – Anëtar

Dr. Luras Idrizi – Anëtar

Z. Agron Bytyqi – Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së adaptimit të udhërrëfyesve klinik:

Prof. Dr. Merita Berisha – Kryesuese

Dr. Drita Lumi – Anëtare

Prof. Dr. Valbona Zhjeqi – Anëtare

Dr. Merita Vuthaj – Anëtare

Mr. Sci. Ariana Qerimi – Anëtare

Grupi punues:

Dr. Violeta Xërxa Thaqi – Kryesuese

Dr. Tringa Muhaxheri Prenkaj – Anëtare

Dr. Fevzi Sylejmani – Anëtar

Dr. Rukie Mehmeti – Anëtar

Dr. Nedihe Fejzullahu – Anëtare

Mr.Ph. Amir Keka – Anëtare

PËRMBAJTJA

1.Hyrje	5
2. Definicioni i SPOK-ut	5
3. Shkaktarët dhe faktorët e rrezikut.....	5
4. Kriteret diagnostike	6
5. Manifestimi klinik	6
6. Morbiditeti/sëmundshmëria	6
6. Qëllimi	7
7. Popullata e caktuar.....	7
8.Epidemiologjia	7
9. Dedikimi i Udhërrëfyesit	8
10. Metodologjia	8
11.Pyetjet shëndetësore.....	10
12.Konsiderimet gjatë zbatimit të udhërrëfyesit klinik.....	12
13. Qasja praktike e diagnostikimit	13
14.Vlerësimi Klinik Inicial i Strukturuar bazohet në këto parametra	13
15. Dallimi mes SPOK-së dhe Astmës	16
16. Diagnoza diferenciale për SPOK-në.....	17
17.Menaxhimi i rasteve me SPOK në KPSH.....	18
18. Arsytet për referim.....	20
19. Kriteret për hospitalizim	21
20. Menaxhimi i SPOK-së stabile	21
21.Menaxhimi jofarmakologjik i SPOK-ut.....	26
22.Egzacerbimet te SPOK-u stabile	26
23. Menaxhimi i exacerbimit të SPOK-ut.....	26
24 Përkrahja e pacientit për vetëmenaxhim të sëmundjes	35
25.Tele rehabilitimi	36
26.Aktivitetet Fizike	36
27.Fundi i jetës dhe trajtimi paliativ	37
28.Përkrahja nutricionalë	38
29.Vaksinimi.....	38
30. Oksigjeno-Terapia	38
31.Mbështetja Ventilatore.....	38
32.Bronkoskopia intervente dhe kirurgjia.....	38
33.Edukimi i pacientit.....	38

34. Implementimi në praktikë	40
35.Kriteret e referimit te specialisti	41
36.Standardet e auditueshme.....	41
37.Procesi i Adaptimit	41
38.Rishqyrtimi i jashtëm, procesi i konsultimit dhe (Peer Review)	42
39.Revidimi i Udhërrëfyesit.....	42
40.Grupi punues	43
41.Anex.....	44
Referencat	48
FJALORI	49
AKRONIMET –SHKURTESAT	50

1. Hyrje

Sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK), është një nga tre shkaqet kryesore të vdekjeve në mbarë botën dhe 90% nga këto vdekje ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Më shumë se 3.2 milionë njerëz kanë vdekur nga SPOK në vitin 2019, e që përbën 6% të të gjitha vdekjeve në nivel global ^{ref GOLD 2023}. SPOK përfaqëson një sfidë të rëndësishme të shëndetit publik, që është e parandalueshme dhe e trajtueshme. SPOK është shkaku kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në gjithë botën, dhe parashikohet të rritet në dekadat e ardhshme për shkak të ekspozimit të vazhdueshëm ndaj faktorëve të rrezikut dhe plakjes së popullsisë.

Në vitin 1998, OBSH-ja në bashkëpunim me NHLBI-në (SHBA), implementuan Iniciativën Globale për Sëmundjet Kronike Obstruktive të Mushkërive (GOLD). Synimi i kësaj iniciative, ishte rritja e ndërgjegjësimit për fuqizimin e parandalimit në kuadër të menaxhimit të SPOK-ut. Shërbimet e spirometrisë diagnostikuese nuk janë gjerësisht të disponueshme dhe ka probleme të mëdha me aksesin të terapisë farmakologjike dhe jo farmakologjike, me cilësi të përbalueshme andaj shqetësimet për SPOK-un nuk po merren seriozisht në asnjë nivel, nga individët, komunitetet, qeveritë kombëtare dhe agjencitë ndërkombëtare. Përmes udhërrëfyesit synohet të përmirësohet kualiteti i shërbimeve shëndetësore në nivelet e kujdesit shëndetësor, me qëllim të standardizimit në diagnostikim dhe trajtim të SPOK-ut.

2. Definicioni i SPOK-ut

SPOK është gjendje e ndryshueshme e mushkërive, që karakterizohet me simptoma kronike respiratore (dispne, kollë, prodhim këlbaze dhe/ose ekzacerbime), për shkak të abnormalitetit të rrugëve ajrore (bronkit, bronkiolitit) dhe/ose alveolave (emphysema), që shkakton obstrukcion të vazhdushëm, shpesh progresiv të rrugëve ajrore ^{ref GOLD¹}.

3. Shkaktarët dhe faktorët e rrezikut

SPOK-ja rezulton nga ndërveprimet gjen-mjedis, që ndodhin gjatë gjithë jetës së individit, që mund të dëmtojë mushkëritë dhe/ose të ndryshojë proceset normale të zhvillimit të plakjes së tyre. Rreziku më i njohur gjenetik i dokumentuar, për SPOK është deficienca të Alfa 1 antitripsinës-inhibitor i serinë proteinazës.

Tab.1 Taksonomia (etio-tipet) e propozuara për SPOK

Klasifikimi	Përshkrimi
SPOK (SPOK-G) i përcaktuar gjenetikisht	Mungesa e antitripsinës alfa-1 (AATD) Variante tjera gjenetike me efekte më të vogla duke vepruar në kombinim
SPOK për shkak të zhvillimit jonormal të mushkërive (SPOK-D)	Ngjarjet e hershme të jetës, duke përfshirë lindjen e parakohshme dhe peshë të ulët të lindjes, mes tjerash
SPOK-u mjedisore	•Ekspozimi ndaj tymit të duhanit, duke përfshirë pirjen pasive të duhanit ose <i>in utero</i> •Përdorimi i cigareve elektronike ose të avullit •Kanabisi
SPOK-u i pirjes së duhanit (SPOK-C)	Ekspozimi ndaj ndotjes në ambient të mbyllur, ndotjes së ajrit në ambient të hapur, tymit të zjarrit që digjet nëpër pyje, rreziqet e profesionit
Biomasa dhe ekspozimi ndaj ndotjes SPOK (SPOK-P)	Infeksionet e fëmijërisë, SPOK e ndërlidhur me tuberkulozin, SPOK e ndërlidhur me HIV
SPOK për shkak të infeksioneve (SPOK-I)	Veçanërisht astma nga fëmijëria
SPOK dhe astma (SPOK-A)	
SPOK nga shkaqet e panjohura (SPOK-U)	

Adaptuar nga CELLI e të tjerët [2] dhe STOLZ e të tjerët [72].

Ekspozimet kryesore mjedisore që shpiejnë në SPOK janë, pirja aktive-apo pasive e duhanit apo ekspozimi *in utero* ndaj duhanit, thithja e grimcave toksike dhe gazrat nga ndotja e ajrit në shtëpi dhe jashtë, kanabisit, por edhe faktorë të tjerë mjedisor dhe mundshëm (përfshirë mushkërit jonormale që nga lindja, lindja premature, zhvillimi dhe plakja e përsheptuar e mushkërive, infeksionet e rënda në fëmijëri (Tbc pulmonare, infeksionet bronkiale kronike-sidomos me *Pseudomonas aeruginosa*, pacientet HIV pozitiv, apo (asthma) që mund të kontribuojnë gjithashtu.

4. Kriteret diagnostike

Në aspektin klinik, prania e reverzibilitetit jo të plotë i rrjedhës së ajrit (raporti $FEV_1/FVC < 0,7$ post bronkodilatator) i matur nga spirometria apo përdorimit të PEF metrisë* konfirmon diagnozën e SPOK-ut.

Disa individë mund të kenë simptoma të frymëzënies dhe/ose dëmtime strukturore të mushkërive (p.sh., emfizemë) dhe/ose anomali fiziologjike (duke përfshirë FEV_1 me vlerë të ulët, bllokimin e ajrit, hiperinflacionin, zvogëlim të kapacitetit difuzues të mushkërive dhe/ose rënie të shpejtë të FEV_1) pa pengim të rrjedhës së ajrit ($FEV_1/FVC \geq 0.7$ pas bronkodilatimit). Këto subjekte janë emërtuar "Para-SPOK". Termi "PRISm"* (Subjektet me Pre-SPOK ose PRISm, përdoret për ata persona që kanë Tiffeneau indeks* normal por spirometri jonormale. Këta persona janë në rrezik për të zhvilluar më vonë SPOK-un, por jo të gjithë.

5. Manifestimi klinik

Pacientët me SPOK, zakonisht ankohen për dispne, kufizim të aktivitetit dhe ose kollë me ose pa prodhim të këlbazës, dhe mund të përjetojnë ngjarje akute respiratore të karakterizuara nga përkeqësimi i simptomave të frymëmarrjes që kërkojnë parandalim dhe masa terapeutike specifike. Pacientët me SPOK, shpesh kanë sëmundje të tjera shoqëruese që ndikojnë në klinikën e tyre, gjendjen dhe prognozën e cila kërkon gjithashtu trajtim specifik ^{ref GOLD}.

Tab2 : Shkalla e dispnesë sipas MRC(Medical Research Council)*

Shkalla	Niveli i mbushjes me frymë (gulçimit) që ndërlihet me aktivitete
1	Nuk ka probleme me mbushje fryme, përveç kur bëhen ushtrime të rënda
2	Mbushet frymë kur ngutet ose ngjitet në përpjeta të lehta
3	Ecë më ngadalë se sa normalisht në sipërfaqe të rrafshët për shkak të mbushjes me frymë ose duhet të ndalet për të marrë frymë kur ec me ritëm të vet
4	Ndalet për të marrë frymë pas ecjes rreth 100 metra ose pas disa minutash në sipërfaqe të rrafshët
5	Mbushet frymë nëse largohet nga shtëpia ose mbushet frymë gjatë veshjes ose zhveshjes

SPOK-ja është një sëmundje, zakonisht e parandalueshme dhe e trajtueshme, por në përgjithësi e nëndiagnostikuar dhe diagnoza e gabuar çon në mungesën e trajtimit ose trajtimit të gabuar të pacientëve. Një diagnozë e saktë dhe e hershme e SPOK-ut, mund të ketë një ndikim shumë të rëndësishëm në shëndetin publik.

6. Morbiditeti/sëmundshmëria

Vlerësimi i sëmundshmërisë përfshinë, vizitat tek mjeku familjar, në njësitë e urgjencës dhe hospitalizimet. Studimet e fundit kanë treguar se sëmundshmëria për shkak të SPOK-ut rritet me moshën te pacientët me SPOK, zhvillimi i sëmundjeve kronike shoqëruese (sëmundje kardiovaskulare, dëmtim muskuloskeletor, diabeti mellitus) të cilat janë të ndërlidhura me duhanin, vërehet në një moshë më të hershme. ^{ref GOLD,8,9,10,11,12,13,14,15,16}

7. Qëllimi

Qëllimi i këtij udhërrëfyese është që profesionistëve shëndetësor: specialistë të mjekësisë familjare, pulmonologë, internistë, specializantë të këtyre lëmive dhe infermierëve, të cilët kujdesen për shëndetin e pacientëve me SPOK, t'u prezentohen rekomandimet aktuale/bashkëkohore të bazuara në fakte: për diagnostikimin, menaxhimin, trajtimin, zvogëlimin e komplikimeve, edukimin dhe parandalimin e përkeqësimit të SPOK-ut.

8. Popullata e cakut

janë personat:

- mbi moshën 18 vjeçare
- me status socioekonomik të ulët
- personat me aftësi të kufizuara dhe/apo me nevoja të veçanta
- duhanpirësit
- personat që punojnë në industri kimike

9. Epidemiologjia

SPOK-ja është ndër problemet kryesore të shëndetit publik, që përbën barrë të konsiderueshme të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme (WHO PEN). Prevalenca, sëmundshmëria dhe vdekshmëria e SPOK-ut, ndryshojnë nga vendi në vend, shpesh lidhet drejtpërdrejt me pirjen e duhanit dhe ndotjen e ajrit.

Deri më tani studimet epidemiologjike, përcaktuan SPOK-un vetëm me spirometri dhe jo nga kombinimi i simptomave dhe spirometrisë. Bazuar në BOLD (Programi i Barës së Sëmundjeve Obstruktive të Mushkërive) dhe studimeve tjera, vlerësohet se prevalence globale e SPOK-së është 10.3%. Një sërë rishikimesh sistematike dhe meta-analiza, tregojnë se prevalence e SPOK-së është dukshëm më e lartë te duhanpirësit dhe ish-duhanpirësit, krahasuar me joduhaniptirësit.

OBSH-ja publikon çdo vit të dhënat e vdekshmërisë, të cilat duhet të interpretohen me kujdes, për shkak të përdorimit jokonsistent të terminologjisë së SPOK-ut. Sipas ICD -10, vdekjet për shkak të SPOK-së përfshihen në kategorinë e gjërë të "sëmundje e ngjajshme të lidhura me të".

Duke pasur parasysh këto paralajmërime, mund të vlerësohet se globalisht, ka afërsisht tre milion vdekje për shkak të SPOK-ut, ndërsa deri në vitin 2060, pritet që numri i vdekjeve të arrijë më shumë se 5.4 milion nga SPOK-u dhe gjendjet e ndërlidhura me të.

Sa i përket gjinisë, në të kaluarën shumica e studimeve kanë treguar se prevalenca dhe vdekshmëria e SPOK-ut, ka dominuar te gjinia mashkullore, por të dhënat e mëvonshme nga vendet e zhvilluara, kanë treguar se janë të barabarta në të dy gjinitë. Disa studime kanë sugjeruar se sasia ekuivalente e cigareve të konsumuara te të dy gjinitë, ka efekte më të dëmshme te gjinia femërore se sa te ajo mashkullore.

Sa i përket epidemiologjisë së SPOK-ut, në vendin tonë për shkak të Sistemit Informativ Shëndetësor jofunksional, nuk kemi të dhëna të sakta rreth prevalencës dhe incidencës për SPOK-në. Referuar "Raportit të Morbiditetit" sipas IKSHIP-së të Kosovës, gjegjësisht në bazë të BURIMIT* IKSHIPK, mund të raportojmë vetëm për numrin e vizitave të pacientëve, të diagnostikuar me SPOK. Në bazë të tabelave të analizuara për vitet 2018- 2022, në të tre nivelet shëndetësore rezulton se:

- Numri i vizitave në periudhën Janar-Dhjetor 2020, është me numër më të lartë në KPSh-në për arsye të vizitave të shumta lidhur me COVID 19 dhe komplikimet e sëmundjeve respiratore.

- në bazë të gjinisë dominon gjinia mashkullore në krahasim me atë femërore;
- në bazë të moshës; dominon mosha >65 vjeç;
- në bazë të raportimit të diagnozave me ICD 10 vlerësohet se **J44.0** është me numër më të madh në QKUK, **J44** është me numër më të madhë në KDSH, **J40-J44** është me numër më të madh i raportimeve në KPSH.

10. Dedikimi i Udhërrëfyesit

Udhërrëfyesi i dedikohet ofruesve dhe shfrytëzuesve të shërbimeve shëndetësore, menaxherëve të institucioneve shëndetësore, departamenteve farmaceutike në MSH si përgjegjës për sigurimin e materialit dhe terapisë medikamentoze për SPOK, në Kujdesit Parësor Shëndetësor (Qendrave të Mjekësisë Familjare) ShSKUK, përfshirë këtu të gjitha nivelet e saj sekondare si dhe QKUK-në si qendër terciare, spitaleve dhe ambulancave private që ushtrojnë veprimtarinë sipas legjislacionit në fuqi të Republikës së Kosovës. Me qëllim të vendimmarrjes më të mirë të mundshme, gjatë diagnostikimit dhe menaxhimit të SPOK-ut të sëmurëve, gjithashtu ju kushtohet edhe familjarëve dhe kujdestarëve të tyre, personelit të institucioneve arsimore me qëllim të informimit rreth diagnozës dhe menaxhimit të sëmundjes. Në adaptimin e UK-së, grupi punues është kujdesur që udhërrëfyesi të jetë i bazuar në dëshmi me rekomandime të përshtatshme për zbatim në vendin tonë.

11. Metodologjia

Grupi për adaptimin e udhërrëfyesit (GAU), ka grumbulluar dhe shqyrtuar udhërrëfyes ndërkombëtar, që i dedikohen fushës së sëmundjeve pulmonare, me theks në Sëmundjet Kronike Obstruktive Pulmonare si: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, NICE "Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management", "Diagnosis and management of SPOK in primary care a guide for those working in primary care " RCGP -UK, PEN -WHO.

Këta udhërrëfyes në fushën e sëmundjeve të mushkërive, përdoren në tërë botën dhe janë të adaptueshëm edhe për vendin tonë në masë të madhe. Në adaptimin e UK-së, janë përfshirë përgjigjet e pyetjeve të cilat konsiderohen të përshtatshme dhe kërkimi i tyre në literaturë është bërë në bazë të formatit PICO. Janë shqyrtuar udhërrëfyes të regjionit dhe me konsensus të Grupit për Adaptimin e Udhërrëfyesëve (GAU) të përshtatshme për menaxhimin dhe trajtimin e të sëmurëve me SPOK-në, si bazë për adaptim janë marrë udhërrëfyesit: GOLD (Global Initiative For Chronic Obstructive lung Disease) dhe NICE (Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management). Secila pyetje shëndetësore, ka rezultuar me rekomandime të qëndrueshme dhe nivel të lartë të evidencës, dhe formulimi i tyre është bërë përmes konsensusit të Grupit për Adaptimin e Udhërrëfyesëve (GAU), të përshtatshme për menaxhimin e trajtimit të sëmurët me SPOK-në në institucionet tona shëndetësore. Burimi i informacionit për kompletimin e të dhënave për adaptimin e UK-së, janë edhe organizatat e specializuara për evidencë shkencore ndërkombëtare: RCGP, WHO-PEN dhe lokale - IKSHPK. Ky udhërrëfyes është adaptuar e hartuar duke ju referuar udhërrëfyesëve të përzgjedhur, bazuar në cilësinë, aktualitetin, përmbajtjen dhe aplikueshmërinë.

Janë bërë konsultime me recensentë dhe ekspertë të jashtëm, të cilët pas vlerësimit të tyre profesional, janë pajtuar plotësisht me metodologjinë si dhe udhërrëfyesin në tërësi, po ashtu janë konsultuar profesionistët e lëmisë (mjekë familjar, pulmologë, të nivelit dytësor dhe tretësor). Nga IKSHPK-ja, jemi furnizuar me të dhëna statistikore, përmes Raportit të Morbiditetit në tri nivelet e sistemit shëndetësor për periudhën 2018-2022, të cilat janë inkorporuar në draftin e udhërrëfyesit. Hartimi dhe zbatimi i udhërrëfyesit, mbështetet nga Ministria e Shëndetësisë dhe Agjencioni Zviceran për Kooperim dhe Zhvillim përmes projektit AQH dhe IHS. Para fillimit të

procesit të adaptimit, anëtarët e GAU-së, kanë bërë trajnimin për “Metodologjinë e Hartimit të Udhërrëfyesëve dhe Protokoleve Klinike”, të organizuar nga MSh-ja dhe pas vendimit të emërimit në grupe, kanë nënshkruar deklaratën e konfliktit të interesit.

Tab.3 Klasifikimi i nivelit të dëshmive sipas GOLD 2023

Kategoria e dëshmive	Burimet e dëshmive	Përkufizimi
A	Prova të kontrolluara të rastësishme (RCT)	Dëshmitë janë nga pikat përfundimtare të RTC-ve të dizajnuara mirë që ofrojnë gjetje të qëndrueshme në popullatën për të cilën është bërë rekomandimi pa ndonjë kufizim të rëndësishëm.
	Trup i pasur me cilësi të lartë pa ndonjë kufizim apo paragjykim të rëndësishëm	Kërkon dëshmi me cilësi të lartë nga 2 prova klinike që përfshijnë një numër të konsiderueshëm të subjekteve, ose një RTC të vetme me cilësi të lartë që përfshin një numër të konsiderueshëm të pacientëve pa asnjë paragjykim.
B	Prova të kontrolluara të rastësishme (RCT) me kufizime të rëndësishme	Dëshmitë janë nga RTC-të që përfshijnë vetëm një numër të kufizuar të pacientëve, analiza post hoc apo të nëngrupeve të RTC-ve ose meta-analiza të RTC-ve.
	Numër i kufizuar i dëshmive	Gjithashtu ka të bëjë kur ekzistojnë pak RTC, ose kufizime të rëndësishme janë evidente (të metat metodologjike, numra të vegjël, kohëzgjatje të shkurtër, të ndërmarra në një popullatë që ndryshon nga popullata e synuar e rekomandimit, ose rezultatet janë disi të paqëndrueshme).
C	Prova jo të rastësishme Studime vëzhguese	Dëshmitë janë nga rezultatet e provave të pakontrolluara apo jo të rastësishme ose nga studimet vëzhguese
D	Gjykim konsensus i panelit	Sigurimi i udhëzimeve konsiderohet i vlefshëm, por literatura klinike që trajton këtë temë është e pamjaftueshme. Konsensusi i panelit bazohet në përvojën ose njohuritë klinike që nuk plotësojnë kriteret e lartpërmendura.

Definicioni i evidencës sipas OBSH-së

I lartë: hulumtimet e ardhshme vështirë që e ndryshojnë besueshmërinë në efektin e arritur;

I moderuar: hulumtimet e ardhshme mund të kenë ndikim të rëndësishëm në besueshmërinë e efektit dhe mund të ndryshojnë efektin e arritur;

I ulët: hulumtimet e ardhshme dukshëm kanë ndikim të rëndësishëm në besueshmërinë e efektit të arritur dhe dukshëm e ndryshojnë efektin e arritur;

Shumë i ulët: Çdo efekt i arritur është i pasigurt;

Tab 4: Klasifikimi i qëndrueshmërisë së rekomandimeve dhe nivelit të evidencave sipas: WHO (2011)

Qëndrueshmëria e rekomandimeve:	E fortë E dobët
Niveli i evidencës:	I lartë I moderuar I ulët Shumë i ulët

12. Pyetjet shëndetësore

Sipas fushave: diagnostikim, trajtim, menaxhim

12.1 Diagnostikim

12.1.1 Te pacient suspekt për SPOK, cili është roli i PEF-së metrisë post bronkodilatorte në vendosjen e dg mes SPOK dhe Astmës?

Popullata se cakut: moshë >18 vjet të cilët vuajnë nga SPOK-u

Treguesi – Monitorimi i PEF metrisë

Krahasuesi – Përmirësimi i simptomave < 20%

Rezultati – FEV₁ (niveli dhe shkalla e reverzibilitetit) apo variabiliteti i PEF, simptomat e përmirësuara, përkeqësimi, sëmundshmëria (hospitalizimi), vizitat në njësitë emergjente, vizitat e pa planifikuara te mjeku dhe ditët e humbura në shkollë dhe punë.

Rekomandim: Nuk ka dallim sinjifikant te diagnostifikimi i SPOK përmes PEF metrisë postdilatatore Rekomandim i dobët, nivel i ulët i evidencave - OBSH 2013

12.1.2. Përdorimi i spirometrisë post bronkodilatatore a është metodë vendimtare për diagnostikimin e SPOK?

Rekomandimi: I fortë zvogëlimi i Tiffneou indeksit FEV₁/FVC nën 0.7(70%)

12.1.3. A vendoset diagnoza bazuar ne simptoma te pacientet me SPOK?

Popullata cakut: Duhanpirësit aktiv dhe pasiv

Treguesi: Dispnea

Krahasuesi: PEF metria < 20%

Rezultati: Leximi i PEF metrisë

Rekomadimi: Rekomandim I fortë (GOLD report 2023)

12.1.4.Cili është roli i spirometrisë gjatë diagnostifikimit të SPOK krahasuar me simptomat e sëmundjes

Popullata e caktuar: Mosha >18 vjet të cilët vuajnë nga SPOK

Treguesi: Indexi Tiffeneau post bronkodilatator <0.7

Krahasuesi: Monitorim i simptomave

Rezultati: FEV₁ (niveli dhe shkalla e reverzibilitetit) ose variabiliteti, simptomat e përmirësuar, përkeqësimi, sëmundshmëria, (hospitalizimi, vizitat në departamentin e emergjencës, vizitat e paplanifikuara te mjeku, ditët e humbura në punë)

Rekomandimi: I fortë (obligative GOLD 2023)

12.2. Trajtim

12.2.1. Çfarë dëshmie ekziston se kur duhet shtuar teofilina?

Popullata: Të rriturit > 18 vjeç me SPOK

Treguesi/Ndërhyrja: Trajtimi me teofilinë së bashku me salbutamol ose ipratropium

Krahasuesi: Vetëm salbutamol ose ipratropium

Rezultatet: Cilësia e jetës (SGRQ*), përkeqësimet (shtrim në spital, periudha e administrimit të kortikosteroideve orale, ditët e humbura nga puna)

Rekomandimet: Teofilina rekomandohet kur bronkodilatorët me veprim të zgjatur nuk janë në dispozicion apo kanë kosto të kushtueshme

Grada e rekomandimeve e ulët, niveli i evidencave **B**

12.2.2. Çfarë dëshmie ekziston në lidhje me ipratropiumin siç kërkohet për trajtimin e qëndrueshëm të SPOK?

Popullata: të rriturit > 18 vjeç me SPOK

Treguesi/Ndërhyrja: trajtimi me ipratropium deri në dy sprucime katër herë në ditë me MDI (me ose pa ndarës) së bashku me salbutamol të inhaluar ose vetëm

Krahasuesi: placebo (kur përdoret së bashku me salbutamol të inhaluar në të dy grupet) ose vetëm salbutamol i inhaluar (kur krahasohet me salbutamol të inhaluar)

Rezultatet: cilësia e jetës, përkeqësimet (shtrimi në spital, periudha e administrimit të kortikosteroideve orale, ditët e humbura nga puna)

Koha: minimalisht 12 javë

Rekomandimet: Përdorimi i regullt i SABA dhe përdorimi sipas nevojës së SAMA përmirëson FEV₁ dhe simptomat

Niveli i evidencave **A**

12.2.3. Çfarë dëshmie ekziston se kur duhet shtuar beklometazoni (kortikosteroide të inhaluara)

Popullata: të rriturit > 18 vjeç me SPOK

Treguesi/Ndërhyrja: trajtimi me beklometazon me MDI (me ose pa ndarës) së bashku me salbutamol ose ipratropium të inhaluar (por jo agonistë beta2 me veprim të gjatë ose tiotropium)

Krahasuesi: vetëm salbutamol ose ipratropium

Rezultatet: cilësia e jetës (SGRQ), përkeqësimet (shtrim në spital, kurse me kortikosteroide orale, ditët e humbura nga puna) minimalisht 12 javë

Rekomandimet: Përdorimi i kortikosteroidve inhalator nuk rekomandohet si i vetëm në trajtim ndërsa i rekomandohet i kombinuar me LABA gjatë egzacerbimeve.

Niveli i evidencave **A** (GOLD)

12.2.4. Çfarë dëshmie ekziston për dhënien e prednizolonit oral në përkeqësimet e SPOK?

Popullata: të rriturit > 18 vjeç pacientë me SPOK me përkeqësim akut

Treguesi/Ndërhyrja: trajtimi me prednizolon oral për përkeqësimet

Krahasuesi: placebo

Rezultatet: Shkalla dhe kohëzgjatja e shtrimit në spital, vdekshmëria për shkak të përkeqësimeve dhe komplikimeve, shkalla e rekonvaleshencës

Koha afatshkurtër deri në afatmesëm

Rekomandimet: Përdorimi 5 deri 7 ditë i kortikosteroideve sistemike përmirëson funksionin respirator dhe oksigjenimin

Niveli i evidencave A

12.2.5. Cilët janë indikacionet për përshkrimin e terapisë me antibiotikë të egzacerbimet e SPOK?

Popullata: rriturit > 18 vjeç pacientë me SPOK

Treguesi/Ndërhyrja: terapi me antibiotikë

Krahasuesi: placebo

Rezultatet: Shkalla dhe kohëzgjatja e shtrimit në spital, vdekshmëria për shkak të përkeqësimeve dhe komplikimeve, shkallën e rekonvaleshencës

Koha: 5 deri në 7 ditë

Rekomandimet: Përdorimi i antibiotikëve të egzacerbimet shkurton kohën e përmirësimit, redukton kohën e relapseve dhe dështimet në trajtim.

Niveli i evidencave B

12.3 Menaxhimi

12.3.1. Në të rriturit me SPOK, a redukton rehabilitimi pulmonar shkallën e shtrimit në spital lidhur me SPOK?

Populla e caktuar: >18 vjeç të cilët vuajnë nga SPOK

Treguesi: Numri i hospitalizimeve të përsëritura

Krahasuesi: popullata e cila nuk i nënshtrohet rehabilitimit pulmonar

Rekomandim: Rehabilitimi pulmonar jo më pak se 4 javë përmirëson kualitetin e jetës të pacientëve pas hospitalizimit të fundit

Grada e evidencave A

12.3.2. Identifikimi dhe reduktimi i faktorëve të riskut a ka rëndësi në preventimin dhe menaxhimin e SPOK

Populla e caktuar: >18 vjeç me faktor të riskut

Treguesi: Numri i egzacerbimeve e kualiteti i jetës

Krahasuesi: Popullata me nivel të ulët të ekspozimit ndaj faktorëve të riskut

Rekomandim: Redukimi i faktorëve të riskut e përmirëson kualitetin e jetës

Grada e evidencave B

13. Konsiderimet gjatë zbatimit të udhërrëfyesit klinik

Profesionistët shëndetësor janë përgjegjës për zbatimin e rekomandimeve të dala nga ky udhërrëfyes.

Një nga arsytet për moszbatimin e rekomandimeve të dala nga ky udhërrëfyes mund të jetë mungesa e listës së pacientëve me SPOK, barnave nga lista esenciale, monitorimi i aplikimit të udhërrëfyesit në punën e përditshme të profesionistëve si dhe përfshirja në aktivitetet e ZhVP-së.

Zbatimi i udhërrëfyesit për SPOK-ut do të monitorohet përmes auditeve klinike, rishqyrtimeve kolegjiale dhe hulumtimeve brenda institucionve shëndetësore .

Grupi për adaptimin e këtij udhërrëfyesi është përkujdesur të adaptojë rekomandimet e zbatueshme të cilat duhet të integrohen në shërbimet e përditshme profesionale.

Rëndësi e posaçme i është kushtuar qasjes praktike të diagnostikimit, vlerësimit klinik të strukturuar, dallimit në mes diagnozës së SPOK-ut dhe Astmës, vetëmenaxhimit të SPOK-ut nga pacientët, dhe intervenimet në rastet e përkeqësimit të SPOK-ut.

14. Qasja praktike e diagnostikimit

bazohet në simptomat e mundshme për SPOK, faktorët e riskut, e mbështetur me PEF dhe spirometri (NICE)

Tab.5 Vlerësimi i probabilitetit për SPOK bazuar në indikatorët klinik

Indikatorët klinik

Dispnea që është	Progresive me kalimin e kohës Përkeqësohet me ushtrime Persistente
Fishkëllima e përsëritur	
Kollë kronike	Mund të jetë me ndërprerje dhe mund të jetë e thatë
Infeksione të përsëritura të rrugëve të poshtme të frymëmarrjes	
Historia e faktorëve të rrezikut	Tymi i duhanit (përfshirë preparatet popullore lokale) Tymi nga gatimi në shtëpi dhe karburantet e ngrohjes Pluhuri në punë, avujt, tymi, gazrat dhe kimikate të tjera Faktorët e rrezikut (p.sh. faktorët gjenetikë, anomalitë zhvillimore, pesha e ulët e lindjes, lindja para kohe, infeksionet respiratore të fëmijërisë etj.)

15. Vlerësimi Klinik Inicial i Strukturuar bazohet në këto parametra

1. Simptomat
2. Rezultatet nga spirometria e PEF metria posbronkodilatore
3. Numri i përkeqësimeve të SPOK/hospitalizimeve brenda vitit
4. Prania e problemeve të tjera shëndetësore

15.1 Klasifikimi i simptomave bazohet në Testin e Vlerësimit të SPOK (CAT) ose në Këshillin e Kërkimeve Mjekësore të Modifikuar (mMRC). Rezultatet e CAT variojnë nga 0 në 40, ndërsa rezultatet e MRC kanë pesë pika.

Tab.6. Vlerësimi i simptomave sipas CATTM

Vlerësimi CATTM

Për secilën pikë më poshtë, vendosni një shenjë (x) në kutinë që ju përshkruan më së miri aktualisht.

Sigurohuni që të zgjidhni vetëm një përgjigje për secilën pyetje.

Shembull:	0	1	2	3	4	5	Jam shumë i mërzitur	Rezultati
Jam shumë i lumtur								
Nuk kollitem kurrë	0	1	2	3	4	5	Kollitem tërë kohën	
Nuk kam gëlbazë (mukozë) fare në gjoks	0	1	2	3	4	5	Gjoksi im është i tëri gëlbazë (mukozë)	
Nuk ndiej fare shtrëngim në gjoks	0	1	2	3	4	5	Ndiej shtrëngim shumë të fortë në gjoks	
Kur ngjitem në përpjetëze ose një raund ngjitje në shkallë nuk mbetem pa frymë	0	1	2	3	4	5	Kur ngjitem në përpjetëze ose një raund ngjitje në shkallë mbetem shumë pa frymë	
Nuk kam kufizime në kryerjen e aktiviteteve në shtëpi	0	1	2	3	4	5	Kam shumë kufizime në kryerjen e aktiviteteve në shtëpi	
Kam besim kur largohem nga shtëpia për kundër problemit me mushkëritë e mia	0	1	2	3	4	5	Nuk kam fare besim kur largohem nga shtëpia për shkak të problemit të mushkërive të mia	
Fle i qetë	0	1	2	3	4	5	Nuk fle i qetë për shkak të problemit me mushkëritë e mija	
Kam shumë energji	0	1	2	3	4	5	Nuk kam fare energji	

REZULTATI

TOTAL:

Tab.7 Shkalla e modifikuar e dispnesë së MRC-së

JU LUTEMI SHËNJONI KUTINË QË VLEN PËR RASTIN TUAJ VETËM NJË KUTI Shkallët 0 – 4				
Shkalla 0 e mMRC	Shkalla 1 e mMRC	Shkalla 2 e mMRC	Shkalla 3 e mMRC	Shkalla 4 e Mmrc
Mbetem pa frymë vetëm kur bëj ushtrime të mundimshme	Përfetoj gulçim kur nxitohem në rrafsh ose kur ec në një përpjetëze pak të pjerrët	Eci më ngadalë sesa njerëzit e të njëjtës moshë në rrafsh për shkak të vështirësisë në frymëmarrje, ose duhet të ndalem për të marrë frymë kur eci në të njëjtin ritëm në rrafsh	Ndalem për të marrë frymë pasi eci për rreth 100 metra ose pas disa minutave në rrafsh	Më ndalet fryma tepër për të lënë shtëpinë ose mbetem pa frymë kur vishem ose zhvishem
☐	☐	☐	☐	☐

15.2 Rezultatet e spirometrisë Funkcioni pulmonar kontrollohet përmes rezultateve të spirometrisë e cila përcaktohet me 4 shkallë (GOLD) :

Tab. 8: Klasifikimi i rezultateve të spirometrisë sipas GOLD

GOLD 1	i lehtë - $FEV1 \geq 80\%$ E parashikuar
GOLD 2	i moderuar $50\% \leq FEV1 < 80\%$ e parashikuar
GOLD 3	i rëndë $30\% \leq FEV1 < 50\%$ e parashikuar
GOLD 4	shumë e rëndë $FEV1 \leq 30\%$ e parashikuar

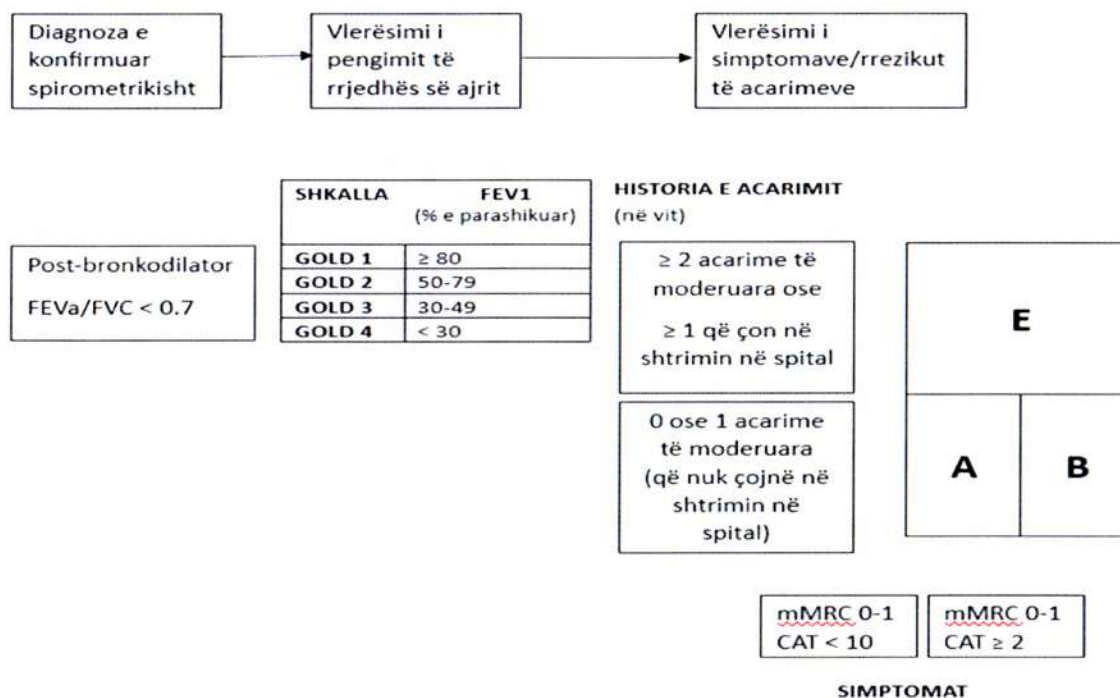
15.3. Sa herë është përkeqësuar SPOK-u

Bazuar në simptomat, rezultatet e spirometrisë dhe rreziku i përkeqësimit –SPOK-u mund të kategorizohet:

- Grupi A (GOLD 1 ose 2): Simptomat janë shumë të lehta,. FEV-1 është 80% ose më shumë, egzacerbimet mungojnë apo më së shumti 1 gjatë vitit dhe nuk ka hospitalizime
- Grupi B (GOLD 1 ose 2): Simptomat janë më të shprehura se ato të grupit A, FEV-1 50% - 80%, një ose më shumë egzacerbime, pa hospitalizim .
- Grupi E (GOLD 3 ose 4): Rrjedha e ajrit është shumë e kufizuar, FEV-1 30% - 50%, dy ose më shumë egzacerbime brenda vitit, më së paku një hospitalizim

Mjeti i vlerësimit GOLD ABE

Figura 2.3



15.4 Prania e problemeve të tjera shëndetësore

Sëmundjet bashkëshëruese të SPOK shpesh mund të kenë ndikim në rrjedhën e sëmundjes si: sëmundjet kardiovaskulare, kanceri pulmonar, osteoporoza, depresioni, refluksi gastro-efozageal, bronkoektazitë, apnea e gjumit, anemia, policitemia, çrregullimet kognitive, çrregullimet metabolike dhe diabeti.

16. Dallimi mes SPOK-së dhe Astmës

Bazuar në ngjashmërinë e simptomave mes SPOK-ut dhe Astmës në tabelën e mëposhtme përshkruhen simptomat e sugjeruara

Tab.9 Dallimi mes SPOK-ut dhe Astmës

DIAGNOZA	SIMPTOMAT E SUGJERUARA
SPOK	Paraqitja në moshën e mesme (zakonisht pas moshës 40 vjeçare) • Simptomat përkeqësohen ngadalë • Anamnezë e duhan pirjes apo ekspozimit të faktorëve mjedisor
Astma	Paraqitja e hershme (fëmijëria) • Simptomat ndryshojnë shumë nga dita në ditë • Simptomat përkeqësohen gjatë natës apo në mëngjes • Prezenca e rinitit alergjik apo ekzemës • Anamnezë pozitive familjare për astmë

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013, 20/02/2013-last update, Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary

disease. [Homepage of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)], [Online]. Available: http://www.goldSPOK.org/uploads/users/file/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf * Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013, 20.02.2013-last update, Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [Homepage of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)], [Online]. Available: http://www.goldSPOK.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf

17. Diagnoza diferenciale për SPOK-në

Përcaktimi i Dg digerenciale mes SPOK-ut dhe sëmundjeve tjera krahasuar me astmën është më e lehtë

Tab. 10 Diagnoza diferenciale e SPOK

Diagnoza	Karakteristikat sugjестive
SPOK	Simptomat që përparojnë ngadalë Historia e pirjes së duhanit ose faktorëve të tjerë të rrezikut
Astma	Pengim i ndryshueshëm i rrjedhës së ajrit Simptomat ndryshojnë shumë nga dita në ditë Simptomat përkeqësohen gjatë natës e herët në mëngjes Janë të pranishme edhe alergjitë, riniti dhe/ose ekzema Shpesh shfaqet tek fëmijët Histori familjare e astmës
Dështimi kongjestiv i zemrës	Radiografia e gjoksit tregon zgjerim të zemrës, edemë pulmonare Testet e funksionit pulmonar tregojnë kufizim të vëllimit, jo pengim të rrjedhës së ajrit
Bronhektazia	Vëllime të mëdha të pështymës purulente Zakonisht shoqërohet me infeksione bakteriale Radiografia e gjoksit/HRCT tregon zgjerim bronkial
Tuberkulozi	Fillimi në të gjitha moshat Radiografia e krahavorit tregon infiltrim të mushkërive Vërtetim mikrobiologjik Prevalencë e lartë lokale e tuberkulozit
Bronkioliti obliterativ	Mund të shfaqet te fëmijët Shihet pas transplantimit të mushkërive ose palcës kockore HRCT në ekspirim tregon zona hipodense
Panbronkioliti difuz	Kryesisht haset tek pacientët me prejardhje aziatike Shumica e pacientëve janë meshkuj dhe jo konsumues duhani Pothuajse të gjithë kanë sinusit kronik Radiografia e gjoksit dhe HRCT tregojnë opacitete të vogla centrilobulare difuze nodulare dhe hiperinflacion

Këto veçori prirën të jenë karakteristike e sëmundjeve përkatëse, por nuk janë të detyrueshme. Për shembull, një person i cili nuk ka konsumuar kurrë duhan mund të zhvillojë SPOK (posaçërisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme, ku faktorë të tjerë rreziku mund të jenë më të rëndësishëm se sa konsumimi i duhanit).

18. Menaxhimi i rasteve me SPOK në KPSH

Bazohet në vlerësimin multidimensional –simptomat, faktorët e rrezikut (pirja e duhanit, vaksinimi, sëmundjet shoqëruese, profesioni, ndotja e ambientit), terapia farmakologjike dhe jofarmakologjike.



Menaxhimi i SPOK-së në KPSH varësisht nga shkalla e sëmundjes, vlerësohet për SPOK-në, trajtohet, këshillohet apo referohet



MENAXHIMI I SPOK

SIMPTOMAT SUGJESTIVE PËR SPOK

- Frymëmarrja e vështirësuar (shtet i rëndësishëm për ajr)
- Koka kronike
- Probleme të gjatësuar (insulazimi)

Që vlerëtohet nga Koka e Niveloit ose nga inflexioni i rrethit të shprehur në gjatësinë dhe shpejtësinë të rritjes së shprehur në shprehje të shprehur.



VLERËSONI ASHPËRSINË

Matni PEFR-në dhe ngopjen me oksigjen, nëse është e mundur

MESATARE

- Nëse ka frymëmarrje të vështirësuar gjatë aktivitetit normal

ASHPËR

- Nëse ka frymëmarrje të vështirësuar gjatë qëndrimit (pa aktivitet)



TRAJTONI

- 1 Salbutamol i inhaluar: dy thirrje sipas nevojës, deri në katër herë në ditë.

PËRKEQËSIMI I SPOK

- Antibiotikët duhet të jepen për të gjitha përkeqësime me shenja të infeksionit

2

Nëse simptomat janë ende shqetësuese, konsideroni teofilinë orale me doze të ulët

3

Nëse inhalatorët ipratropium janë në dispozicion, ata mund të përdoren në vend të salbutamolit ose t'i shtohen atij, por ato janë me të shtrëngta

- Per përkeqësime të rënda, jepni prednizolon oral 30-40 mg për rreth shtatë ditë
- Jepni doza të larta të salbutamolit të inhaluar me nebulizator ose inhalator me dozë të matur dhe hapësirë (p.sh. katër thirrje çdo 20 minuta për 1 orë) ose me nebulizator
- Oksigjeni, nëse është në dispozicion, duhet të jepet përmes një maske që kufizon përqendrimin në 24% ose 28%.



JEPNI KËSHILLA

Këshilla për pacientët dhe familjarët

- Sigurohuni që ata të kuptojnë se pirja e duhanit dhe ndotja e ajrit të brendshëm janë faktorët kryesorë të rrezikut për SPOK - prandaj pacientët me SPOK duhet të lenë duhanin dhe të shmangin pluhurin dhe tymin e duhanit
- mbajeni zonën ku gatohen ushqimet të ajrosur mirë duke hapur dritaret dhe dyert
- gatuarini me dru ose karbon jashtë shtëpisë, nëse është e mundur, ose ndertonini një furrë në kuzhinë me një oshak që nxjerr tymin jashtë
- ndaloni se punuarini në zona me pluhur në punë ose me ndotje të lartë të ajrit - përdorini maskë mund të ndihmojë, por duhet të ketë një dizajn të përshatshëm dhe të sigurojë mbrojtje të përshatshme të organeve të frymëmarrjes

19. Arsytet për referim

Referimi nga KPSH-ja në nivelet tjera të kujdesit shëndetësor bazohet në indikacionet klinike

Tab.11 Arsytet për referim

Arsyeja	Qëllimi
Ekziston pasiguri diagnostike	Konfirmoni diagnozën dhe optimizoni terapinë
Dyshohet për SPOK të rëndë	Konfirmoni diagnozën dhe optimizoni terapinë
Personi me SPOK kërkon një mendim të dytë	Konfirmoni diagnozën dhe optimizoni terapinë
Fillimi i cor pulmonale	Konfirmoni diagnozën dhe optimizoni terapinë
Vlerësimi për terapinë me oksigjen	Optimizoni terapinë dhe matni gazrat në gjak
Vlerësimi për terapinë afatgjate me nebulizator	Optimizoni terapinë dhe përjashtoni recetat e papërshtatshme
Vlerësimi për terapinë me kortikosteroide orale	Arsyetoni nevojën për trajtim të vazhdueshëm ose mbikëqyrni tërheqjen
Sëmundja buloze e mushkërive	Identifikoni kandidatët për procedurat e zvogëlimit të vëllimit të mushkërive
Një rënie e shpejtë e FEV1	Inkurajoni ndërhyrjen e hershme
Vlerësimi për rehabilitimin pulmonar	Identifikoni kandidatët për rehabilitim pulmonar
Vlerësimi për një procedurë të reduktimit të vëllimit të mushkërive	Identifikoni kandidatët për reduktimin e vëllimit të mushkërive në mënyrë kirurgjikale ose bronkoskopike
Vlerësimi për transplantin e mushkërive	Identifikoni kandidatët për operacion
Frymëmarrje jofunksionale	Konfirmoni diagnozën, optimizoni farmakoterapinë dhe aksesoni terapistët tjerë
Fillimi i simptomave nën 40 vjeç ose një histori familjare e mungesës së antitripsinës alfa-1	Identifikoni mungesën e antitripsinës alfa-1, merrni parasysh terapinë dhe bëni kontrollet e familjes
Simptomat në disproporcion me deficitin e funksionit të mushkërive	Kërkoni shpjegime të tjera duke përfshirë dëmtimin kardial, hipertensionin pulmonar, depresionin dhe hiperventilimin
Infeksionet e shpeshta	Përjashtoni bronhektazinë
Hemoptiza	Përjashtoni karcinomën e bronkeve

20. Kriteret për hospitalizim

Nëse pacienti nuk ka përgjigje adekuate nga trajtimi ambulator, referohet për trajtim hospitalor

Tab. 12 Indikatorët potencial për hospitalizim

Simptoma të rënduara si përkeqësimi i papritur i dispnesë në qetësi, frymëmarrje e shpejtuar, rënia e saturimit të oksigjenit, konfuzion, përgjumje
Dështimi akut i frymëmarrjes
Fillimi i shenjave të reja fizike (p.sh. cianozë, edemë periferike)
Mosreagimi i përkeqësimit ndaj menaxhimit fillestar mjekësor
Prania e sëmundjeve të rënda shoqëruese (p.sh. dështimi i zemrës, aritmitë e shfaqura rishtazi etj.
Mbështetje e pamjaftueshme në shtëpi

21. Menaxhimi i SPOK-së stabile

Është kryesore për personat me SPOK të kuptojnë natyrën e sëmundjes, faktorët e riskut për ecurinë e sëmundjes si dhe roli i të sëmurit dhe punëtorëve shëndetësor në menaxhimin optimal të sëmundjes.

21.1 Pikat kyçe në menaxhimin e SPOK-ut janë:

Menaxhimi i SPOK-ut stabile duhet të bazohet në vlerësimin e simptomave dhe të dhënat anamnesticke për simptomat dhe ekzacerbimet

Të gjithë duhanpirësit duhet të inkurajohen dhe mbështeten për ndërprerjen e duhanpirjes

Qëllimi kryesor i trajtimit është reduktimi i simptomave dhe rrezikshmëria për ekzacerbime

Strategjitë menaxhuese përfshijnë trajtimin farmakologjik dhe jofarmakologjik

Menaxhimi fillestar i SPOK-së konsiston në reduktimin e ekspozimit ndaj faktorëve të riskut, ofrimi i vaksinimit, këshillimi për një jetë të shëndetshme si dhe inicimi i farmakoterapisë adekuate bazuar në GOLD grupimin.

Pacientët duhet përcjellë/rishikuar për simptomat duke përdorur CAT apo mMRC vlerësimin. Rezultatet e trajtimit ose efekteve anësore të trajtimit dhe sëmundjet bashkëshoqëruese duhet të vlerësohen dhe rivlerësohen në çdo vizitë të pacientit. Po ashtu, duhet të vlerësohet teknika e inhalimit, aderanca në terapi, duhanpirja dhe ekspozimi ndaj faktorëve të riskut, inkurajimi për aktivitete fizike, rehabilitim pulmonar, nevoja për oksigjeno-terapi. E gjithë kjo duhet të planifikohet për secilin pacient veç e veç, në mënyrë individuale.

Spirometria duhet të përsëritet së paku 1x në vit për pacientët që janë me bronkodilatator.

Astma dhe SPOK-ja mund të koekzistojnë në pacientët individual. Nëse si diagnozë primare është astma, atëherë trajtimi bëhet në bazë të udhërrëfyesëve për astmën, por trajtimi farmakologjik dhe jofarmakologjik mund të nevojitet edhe për SPOK-un.

21.2 Qëllimi i trajtimit të SPOK-ut stabile

a) **Redukimi i simptomave**- lehtësimi i simptomave, përmirësimi i tolerancës fizike, përmirësimi i gjendjes shëndetësore dhe

b) **redukimi i rrezikut**- prevenimi i progresionit të sëmundjes, preventimi dhe trajtimi i ekzacerbimeve, reduktimi/zvogëlimi i mortalitetit.

Identifikimi dhe reduktimi i ekspozimit ndaj faktorëve të rrezikut ka rol të rëndësishëm si në preventimin por dhe menaxhimin e SPOK-ut (duhanpirja, ndotja e ambientit të jashtëm dhe të brendshëm, profesioni)

21.3 Trajtimi farmakologjik i SPOK-ut stabile

Ka për qëllim reduktimin e simptomave, ekzacerbimeve, përmirësimin e gjendjes shëndetësore, rritjen e tolerancës fizike dhe në disa raste edhe jetëgjatësinë e pacientëve me SPOK.

Tab13 :Tabela për përdorimin e terapisë farmakologjike

		OPSIONET E ADMINISTRIMIT			
Emri gjenerik i barit	Lloji i inhalatorit	Nebulizator	Oral	Injeksion	Kohëzgjatja e Veprimit
BETA₂-Agonistët					
Me veprim të shkurtër (SABA)					
Salbutamol (albuterol)	MDI & DPI	√		√	4-6 orë 12 orë (lirim të ngadalsuar)
Me veprim të zgjatur (LABA)					
Formoterol	DPI	√			12 orë
Indacaterol	DPI				24 orë
Antikolinergjikët					
Veprim i shkurtër (SAMA) Ipratropium Bromid					
Me veprim të zgjatur (LAMA)Tiotropium Bromid,Glykopirronium bromid,Aclidinium,Umeclidinium					
Bromidi i glikopirroniumit	DPI		solucion	√	12-24 orë
Kombinim i Beta₂-Agonist me veprim të shkurtër Plus Antikolinergjik në një pajisje (SABA+SAMA)					
Salbutamol/Ipratropium	SMI, MDI	√			6-8 orë
Kombinim i Beta₂-Agonist me veprim të zgjatur Plus Antikolinergjik në një pajisje (LABA+LAMA)					
Metilksantina					
Aminofilina			solucion	√	E ndryshueshme, deri në 24 orë
Kombinim i trefishtë në një pajisje (LABA+LAMA+ICS)					

Bronkodilatatorët inhalator në SPOK janë thelbësore për menaxhimin e simptomave dhe zakonisht jepen në baza të rregullta për të parandaluar ose reduktuar simptomat (evidenca A)

- Përdorimi i rregullt ose sipas nevojës i SABA ose SAMA përmirëson FEV1 dhe simptomat. (evidenca A)

- Kombinimi i SABA dhe SAMA përmirëson FEV₁ dhe simptomat (evidenca A).
- LABA-t dhe LAMA-t përmirësojnë ndjeshëm funksionin e mushkërive, dispnen, gjendjen shëndetësore dhe reduktojnë shkallën e përkeqësimeve-exacerbimeve (evidenca A)
- LAMA-t kanë një efekt të madh në reduktimin e përkeqësimit krahasuar me LABA-t (evidenca A) dhe ulin shtrimin në spital (evidenca B)
- Terapia e kombinuar me LABA + LAMA përmirëson FEV₁ dhe redukton simptomat krahasuar me monoterapi
- Terapia e kombinuar me LABA + LAMA redukton ekzacerbimet krahasuar me monoterapi (evidenca B)
- Tiotropiumi përmirëson efektivitetin e rehabilitimit pulmonar në rritjen e performancës së ushtrimeve (Evidenca B)
- Teofilina tregon efekt të ulët bronkodilatator në SPOK të qëndrueshme (Evidenca A) dhe kjo shoqërohet me përfitime të vogla simptomatike (Evidenca B)
- Terapia me një inhalator të vetëm mund të jetë më e përshtatshme dhe më efektive se sa inhalatorët e shumfishtë

21.4 Menaxhimi i terapisë inhalatore

Në shumicën rasteve terapia për trajtimin e SPOK-ut është inhalatore, prandaj përdorimi në mënyrë të drejtë është thelbësor për të përcaktuar përfitimet dhe rreziqet e terapisë inhalatore.

Për ta realizuar këtë qëllim është e nevojshme të zgjedhet inhalatori/pompa adekuate, të bëhet edukimi për mënyrën e përdorimit të inhalatorëve/pompave, të kontrollohet mënyra e përdorimit të inhalatorëve/pompave dhe sa herë që është nevoja të demonstrohet mënyra e përdorimit të inhalatorit/ pompës.

21.5 Përdorimi i terapisë antiinflatore

- Përdorimi afatgjatë i kortikoidëve inhalator (ICS) nuk rekomandohet (A)
- Përdorimi i kombinimit LABA+ICS në SPOK nuk preferohet shumë. Por nëse indikohet përdorimi i ICS-ve, kombinimi LABA+LAMA+ICS është treguar të jetë superior ndaj LABA+ICS. Ky kombinim mund të jepet si një terapi inhalatore e vetme ose e kombinuar
- Nëse pacienti ka dhe simptoma të astmës, në terapi patjetër duhet të ketë dhe ICS
- Te pacientët me kufizim të rëndë deri shumë të rëndë të rrjedhjes së ajrit, mund të ordinojnë inhibitorët e phosphodiesterazës 4(PDE4) së bashku me bronkodilatator me veprim të gjatë me ose pa ICS

21.6 Përdorimi i antibiotikëve

Nëse duhet ordinar antibiotik, preferohet dhënia e makrolideve-azitromycinës sidomos te ish duhanpirësit me ekzacerbime(B).

21.7 Trajtimet tjera farmakologjike:

Pacientët të diagnostifikuar me emfizemë si pasojë e deficitit të alfa₁ antitripsinës janë kandidatë për dhënien e terapisë shtesë me alfa₁ antitripsinë(B).

- Antitusikët nuk rekomandohen(C)
- Antihipertensivët për hipertension pulmonar primar nuk rekomandohen për pacientë me hipertension pulmonar sekundar(B),
- Doza të vogla të opoideve orale dhe paranterale me veprim të zgjatur mund të vijnë në konsiderim për trajtimin e pacientëve me sëmundje të rënduar të SPOK-ut(B)

Tab 14 Trajtimi inicial farmakologjik

≥ 2 përkeqësime të moderuara ose ≥1 që çojnë në hospitalizim	GRUPI E LABA + LAMA* Konsideroni LABA+LAMA+ICS* nëse eos në gjak ≥ 300	
	GRUPI A Një bronkodilator	GRUPI B LABA + LAMA
0 ose 1 përkeqësime të moderuara (që nuk çojnë në hospitalizim)	mMRC 0-1, CAT <10	mMRC ≥ 2, CAT ≥ 10

Bronkodilatatorët me veprim të shkurtë duhet të ordinoohen tek të gjithë pacientët për lehtësim të simptomave.

Grupi A

Të gjithë pacientëve duhet t'u ordinoohen bronkodilatatorët me veprim të shkurtë ose të gjatë bazuar në shkallën e frymëzënies. Përdorimi i bronkodilatatorëve me veprim të zgjatur do të ishte zgjidhja më e mirë, por kjo varet nga disponueshmëria dhe përballimi i çmimit, dhe duhet të vazhdohet nëse vërtetohet përfitimi-efekti

Grupi B

Trajtimi duhet të fillojë me LABA+LAMA. Në bazë të (hulumtimeve të randomizuara) RCT* pacienti që ka ≤1 ekzacerbim në vit dhe CATscor ≥10, përdorimi i LABA+LAMA është më efektiv se përdorimi i LAMA. Pacientët e këtij grupi zakonisht kanë edhe sëmundje shoqëruese të cilat po ashtu duhet trajtuar.

Grupi E

Në bazë të rishikimeve sistematike (RCT) është konstatuar se kombinimi i bronkodilatatorëve me veprim të zgjatur LABA+LAMA ka efekt shumë më të mirë se monoterapia bronkodilatatore me veprim të zgjatur. Por nëse ky kombinim nuk mjafton, atëherë kombinimi LABA+LAMA+ICS është kombinimi më i preferuar se kombinimi LABA+ICS.

Kombinimi me LABA+LAMA+ICS sidomos në rastet kur eosinofilet. ≥ 300 qelëµL. Nëse pacienti me SPOK ka dhe Astmën bronkiale, duhet trajtuar si pacient me astmën bronkiale dhe në këto rrethana trajtimi me kortikoide është mandator-obligativ.

21.8 Identifiko dhe redukto ekspozimin ndaj faktorëve të rrezikut të SPOK-u stabile

- Ndërhyrja për ndërprerjen e duhanpirjes duhet të bëhet për të gjithë duhanpirësit me SPOK (A).
- Duhet rekomanduar ventilim të mjaftueshëm dhe intervenime të duhura për ruajtjen e ambientit (B),
- Duhet të këshillohen pacientët për shmangien ndaj ekspozimit të irritantëve potencial (D)

21.9 Përcjellja e trajtimit farmakologjik

Përcjellja e algoritmit të trajtimit farmakologjik mund të aplikohet te secili pacient i cili është duke marrë terapi mirëmbajtëse pavarësisht grupit që i takon. Te secili pacient duhet të vlerësohet: shkalla e dispnesë, limitimit të aktiviteteve, mundësia e parandalimit të ekzacerbimeve. Nëse konsiderohet se është e nevojshme ndërrimi i terapisë atëherë duhet të zgjedhet algoritmi i përshtatshëm për dispne.

Përcjellja e terapisë duhet të bëhet sipas principit:

- **rishiko** (simptomat si dispnea, rrezikun për ekzacerbime),
- **vlerëso** (teknikën inhalatore rolin e trajtimit jofarmakologjik),
- **korrigjo** (terapinë-zvogëlo-shto).

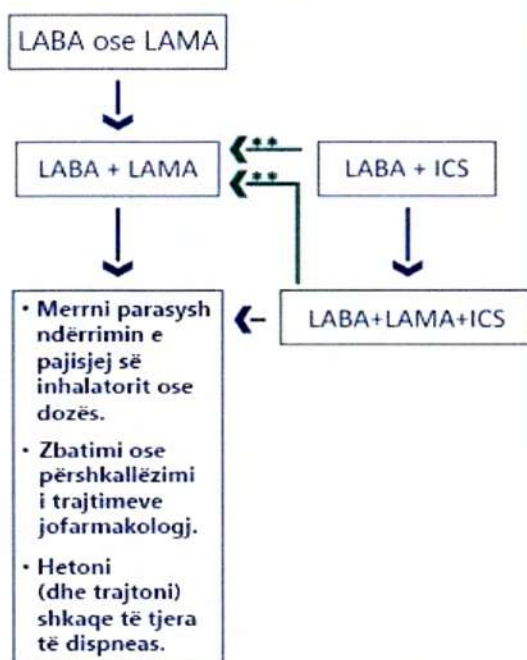
Tab 15 Përcjellja e trajtimit farmakologjik

▶ PËRCJELLJA E TRAJTIMIT FARMAKOLOGJIK

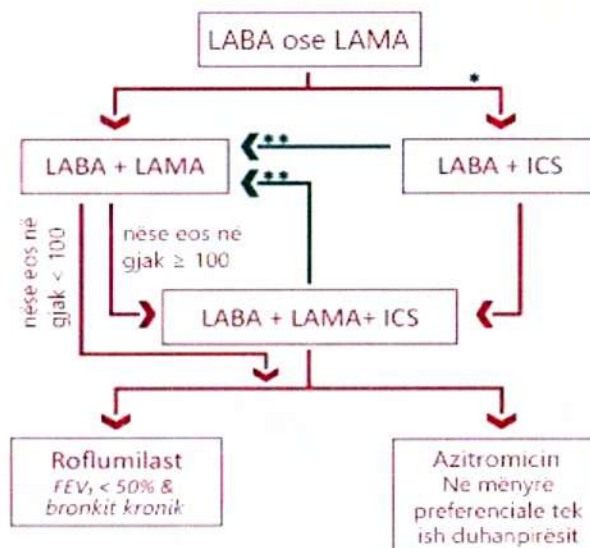
1. NËSE REAGIMI NDAJ TRAJTIMIT FILLESTAR ËSHTË I PËRSHTATSHËM, MBAJENI ATË.

2. NËSE JO:
- ✓ Kontrolloni sa i përmbahet trajtimit, teknikën e inhalatorit dhe sëmundjet shoqëruese të mundshme interferuese.
 - ✓ Konsideroni të synoni tiparin mbizotërues të trajtueshëm (dispnea ose përkeqësimet) - Përdorni rrugën e përkeqësimit nëse duhet të synohen të dyja, si përkeqësimet ashtu dhe dispnea.
 - ✓ Vendoseni pacientin në kutinë që korrespondon me trajtimin aktual dhe ndiqni indikacionet.
 - ✓ Vlerësoni reagimin, përshtatni dhe rishikoni.
 - ✓ Këto rekomandime nuk varen nga vlerësimi ABCD në diagnozë.

• DISPNEA •



• PËRKEQËSIMET •



eos = numërimi i eozinofileve në gjak (qelizat/ μ L).

* Merrni parasysh nëse eos ≥ 300 ose eos ≥ 100 DHE ≥ 2 përkeqësime të moderuar / 1 hospitalizim.

** Merrni parasysh de-përshkallëzimin e ICS ose ndërroni nëse pneumonia, treguesi origjinal i papërshtatshëm ose mungesa e përgjigjes ndaj ICS.

22. Menaxhimi jofarmakologjik i SPOK-ut

Trajtimi jofarmakologjik në SPOK-un stabile është pjesë përbërëse e trajtimit farmakologjik. Pas diagnostikimit me SPOK, pacienti duhet të informohet për sëmundjen, rëndësinë e ndërprerjes së duhanpirjes, marrjen me rregull të terapisë, marrjen korrekte të terapisë inhalatore, marrjen me aktivitete fizike, të vaksinohet, të bëjë rehabilitimin pulmonar.

Tab 16 Menaxhimi jo-farmakologjik i SPOK

Grupi i pacientëve	Esenciale	Të rekomanduara	Varësisht nga udhëzuesi lokal
A	Ndërprerja e duhanit (mund të përfshijë trajtimin farmakologjik)	Aktiviteti fizik	Vaksinimi kundër gripit Vaksinimi kundër pneumokokut Vaksinimi kundër pertusisë Vaksinimet kundër COVID-19 Vaksinimi kundër herpesit
B dhe E	Ndërprerja e duhanit (mund të përfshijë trajtimin farmakologjik) Rehabilitimi pulmonar	Aktiviteti fizik	Vaksinimi kundër gripit Vaksinimi kundër pneumokokut, Vaksinimi kundër pertusisë, Vaksinimet kundër COVID-19 Vaksinimi kundër herpesit

23. Egzacerbimet te SPOK-u stabile

Pacientët që janë nën trajtim me monoterapi bronkodilatatore dhe kanë egzacerbime perzistente, atëherë terapia korrigjohet dhe rekomandohet ordinimi i LABA+LAMA, nëse numri i eozinofileve është i rritur preferohet edhe dhënia e ICS, nëse përkundër dhënies së kombinimit LABA+LAMA+ICS numri i eoz. ≥ 100 qelë μ L konsidero dhënien e:

Roflumilast-it nëse edhe FEV1 < 50% nga e pritura, makrolidet janë zgjedhja më e mirë nëse paraqitet nevoja e përdorimit të antibiotikëve, zvogëlo ose ndërprej ICS nëse ka rrezikshmëri për zhvillim të peneumonisë.

Si alternativë Roflumilast-it mund të përdoret Simbicorti (budesomid/formeterol)*

24. Menaxhimi i egzacerbimit të SPOK-ut

SPOK-ja e përkeqësuar karakterizohet me dispne dhe/ose kollë dhe kelbazë që zgjat më shumë se 14 ditë, të cilat shoqërohen me rritje të inflamacionit lokal dhe sistematik të shkaktuar nga infeksioni i rrugëve të frymëmarrjes, që mund të shoqërohet me takipne dhe/ose takikardi, ndotja ose sëmundjet tjera në mushkëri.

Pikat Kyqe

- Qëllimi i trajtimit të përkeqësimeve të SPOK-ut janë zvogëlimi i ndikimit negativ në egzacerbimin aktual dhe parandalimin e pasojave.
- Si trajtim fillestar te egzacerbimet rekomandohet përdorimi i beta2-agonistët inhalatorë me veprim të shkurtër, me ose pa antikolinergjikë me veprim të shkurtër (C)
- Terapia e mbajtjes me bronkodilatorë me veprim të gjatë duhet të fillojë sa më shpejt

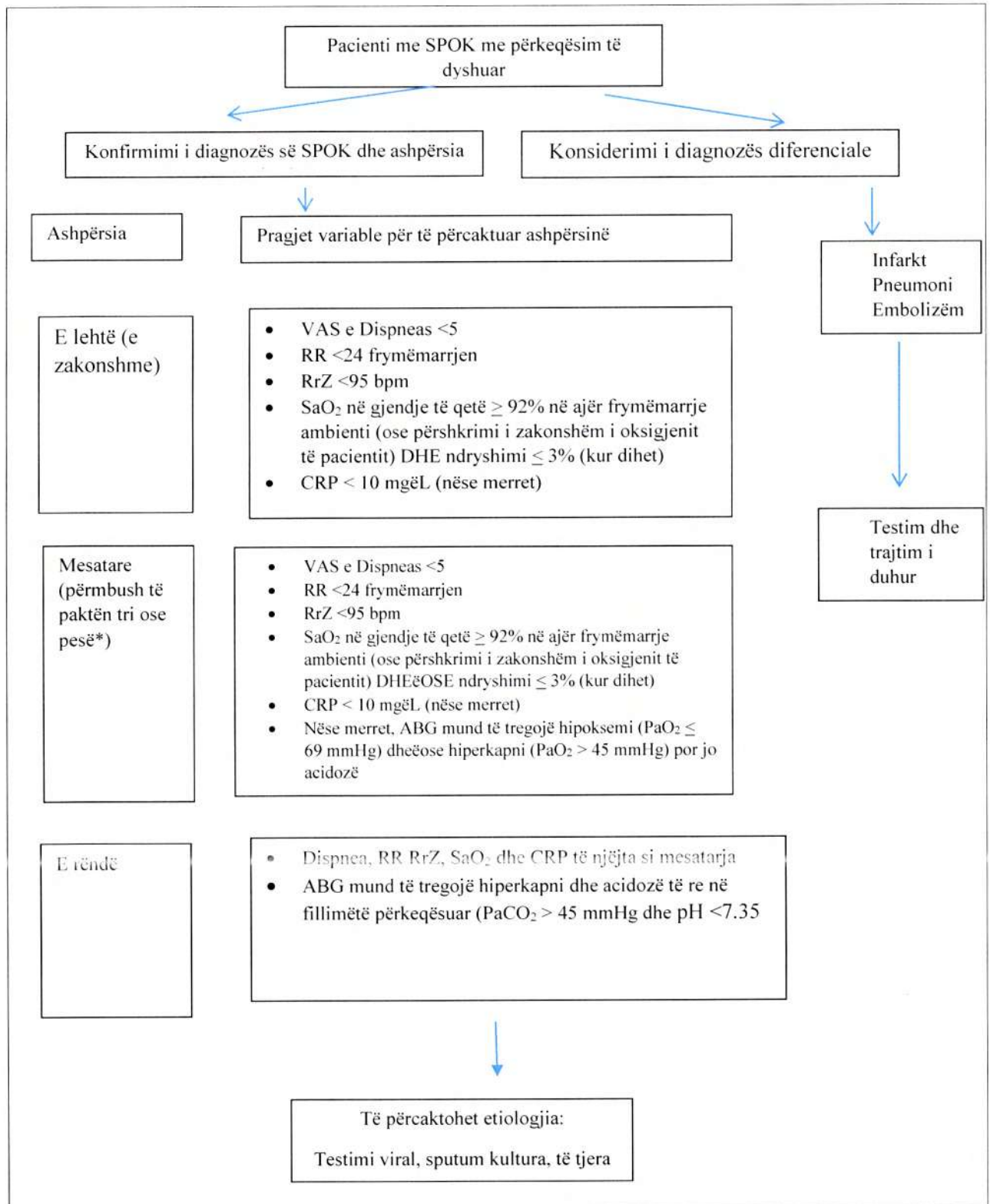
që është e mundshme. Në pacientët me acarime të shpeshta dhe nivele të larta të eozinofileve në gjak, shtimi i kortikosteroideve inhalatore në regjimin e bronkodilatorëve të dyfishtë duhet të vij në konsiderim.

- Në pacientët me acarime të rënda, kortikosteroidet sistemike mund të përmirësojnë funksionin e mushkërive (FEV1), oksigjenimin dhe shkurtimin e kohës së rikuperimit, duke përfshirë kohëzgjatjen e shtrimit në spital. (Evidence A)
- Kohëzgjatja e terapisë zakonisht nuk duhet të jetë më shumë se 5 ditë.
- Antibiotikët, kur indikohen, mund të shkurtojnë kohën e rikuperimit, të zvogëlojnë rrezikun e rikthimit të hershëm, dështimin e trajtimit dhe kohëzgjatjen e shtrimit në spital. Kohëzgjatja e terapisë duhet të jetë 5 ditë. (Evidence B)
- Metilksantinat nuk rekomandohen për shkak të rritjes së efekteve anësore. (Evidence B)
- Ventilimi mekanik joinvaziv duhet të jetë mënyra e parë e ventilimit që përdoret në SPOK te pacientët me insuficiencë respiratore akute, për shkak se kjo metodë përmirëson shkëmbimin e gazit, zvogëlon punën e frymëmarrjes dhe nevojën për intubim, zvogëlohet kohëzgjatja e shtrimit në spital dhe përmirëson mbijetesën. (Evidence A)
- Koha e rikuperimit të përkeqësimit ndryshon dhe mund të zgjasë 4-6 javë

Aktualisht, përkeqësimet klasifikohen në tri shkallë:

- I lehtë (i trajtuar vetëm me bronkodilatorë me veprim të shkurtër, SABA)
- I moderuar (i trajtuar me SABA dhe kortikosteroide orale ± antibiotikë) ose
- E rëndë (pacienti kërkon shtrimin në spital ose viziton urgjencën). Përkeqësimet e rënda mund të jenë të shoqëruara me insuficiencë respiratore akute.

Tab 17 Klasifikimi i ashpërsisë së përkeqësimit të SPOK-ut



24.1. Diagnoza dhe Vlerësimi i SPOK-ut të egzacerbuar

1	Kompleto vlerësimin e plotë klinik për të dhënat për SPOK-un dhe të dhëna për sëmundje të ndërlidhura respiratorë dhe jorespiratorë, duke vënë në konsideratë sëmundje të tjera si: pneumonia, insuficienca e zemrës dhe embolia pulmonare.
2	Vlerëso a) simptomat, shkallën e dispnesë dhe dokumento kollën b) Shenjat (tahipne, tahikardi vëllimin dhe ngjyrën e sputumit) dhe distresin respirator (përdorimi i muskujve ndihmës)
3	Evaluo shkallën e exacerbimit duke përdorur mekanizmat ndihmës egzaminues si janë: pulsoksimetri, CRP dhe gjaku arterial
4	Cakto shkaktarët e përkeqësimit (viral, bakterial apo të tjerë)

Për vërtetimin e diagnozës së SPOK-ut të egzacerbuar shfrytëzohen edhe hulumtime shtesë

Tab. 18 Hulumtimet shtesë për SPOK-un

Kultura e këlbazës	Për të identifikuar organizmat nëse këlbaza është vazhdimisht e pranishme dhe purulente
Matjet serike të PEF në shtëpi	Për të përjashtuar astmën nëse mbetet dyshimi diagnostik
EKG dhe peptidet natriuretike në serum	Për të vlerësuar gjendjen kardiake nëse dyshohet për sëmundje kardiake apo hipertension pulmonar për shkak të: • një historie të sëmundjeve kardiovaskulare, hipertensionit ose hipoksisë ose • shenjave klinike si takikardia, edema, cianoza ose tiparet e sëmundjesardiopulmonare (cor pulmonale) Shih <u>Udhëzuesin e NICE për dështimin kronik të zemrës tek të rriturit</u> për rekomandime mbi përdorimin e peptideve natriuretike në serum për të diagnostikuar dështimin e zemrës.
Ekokardiograma	Për të vlerësuar gjendjen kardiake nëse dyshohet për sëmundje kardiake ose hipertension pulmonar
Skanimi CT i toraksit	Për të hetuar simptomat që duken joproporcionale me dëmtimin spiometrik Për të hetuar shenjat që mund të sugjerojnë një diagnozë tjetër të mushkërive (të tilla si fibroza ose bronkiektazia) Për të hetuar anomalitë që shihen në një radiografi të gjoksit Për të vlerësuar përshtatshmërinë për procedurat e reduktimit të vëllimit të mushkërive
Alfa-1 Antitripsina në gjak	Për të vlerësuar mungesën e alfa-1 antitripsinës nëse është fillimi i hershëm, historia e pirjes së duhanit ose histori familjare minimale
Kapaciteti Difuzif për Monoksidin e Karbonit (DLCO)	Për të hetuar simptomat që duken jo proporcionale me dëmtimin spiometrik Për të vlerësuar përshtatshmërinë për procedurat e reduktimit të vëllimit të mushkërive

24.2. Opsionet e trajtimit te egzacerbimet

Qëllimi i trajtimit të SPOK-ut të egzacerbuar është zvogëlimi i ndikimit negativ në egzacerbimin aktual si dhe preventimin e zhvillimit të komplikimeve. Më shumë se 80% e acarimeve menaxhohen në baza ambulatorë me terapi farmakologjike duke përfshirë bronkodilatorët, kortikosteroidet dhe antibiotikët

24.3 Indikacionet e mundshme për hospitalizim te egzacerbimet

- Simptoma të ashpra si përkeqësimi i menjëhershëm i dispnesë në gjendje të qetë, shkallë e lartë respiratorë, saturim i ulët i oksigjenit, konfuzion, përgjumje
- Dështim akut i frymëmarrjes
- Fillim i shenjave të reja fizike (p.sh. cianozë, edeme periferike)
- Dështim i një përkeqësimi për të reaguar ndaj menaxhimit fillestar mjekësor
- Prezenca e komorbiditeteve të rënda (p.sh. infarkti, aritmi të reja etj.)
- Mbështetje e pamjaftueshme në shtëpi

Rekomandohet që ashpërsia e përkeqësimit të SPOK-ut të bazohet në gjendjet klinike dhe klasifikohet në egzacerbimin :

- ***Pa insuficiencë respiratore***: Frekuenca a e frymëmarrjes: ≤ 24 frymëmarrje në minutë; rrahjet e zemrës < 95 rrahje në minutë, pa përdorur muskujt shtesë të frymëmarrjes; nuk ka ndryshime në gjendjen mendore; hipoksemia u përmirësua me oksigjen shtesë të dhënë nëpërmjet Maskës Venturi 24-35% oksigjen të frymëzuar (FiO_2); nuk ka rritje të $PaCO_2$.

- ***Insuficienca respiratore akute – jokërcënuese për jetën***: Frekuenca a e frymëmarrjes: > 24 frymëmarrje në minutë; duke përdorur muskujt ndihmës të frymëmarrjes; nuk ka ndryshim në gjendjen mendore; hipoksemia u përmirësua me oksigjen shtesë nëpërmjet maskës Venturi $> 35\%$ FiO_2 ; $PaCO_2$ u rrit në krahësim me bazën ose u rrit 50-60 mmHg.

- ***Insuficienca respiratore akute – kërcënuese për jetën***: Frekuenca e frymëmarrjes: > 24 frymëmarrje në minutë; duke përdorur muskujt ndihmës të frymëmarrjes; ndryshime akute në gjendjen mendore; hipoksemia nuk përmirësohet me oksigjen shtesë nëpërmjet maskës ose që kërkon $FiO_2 > 40\%$; $PaCO_2$ u rrit në krahësim me bazën ose i ngritur > 60 mmHg ose prania e acidozës ($pH \leq 7,25$).

24.4 Menaxhimi i exacerbimeve të rënda por jo të rrezikshme për jetë

- Vlerëso shkallën e simptomave, analizat gazore, rtg pulmo
- Apliko O_2 , merr gahun arterial dhe venoz dhe bëj matjet me pulsoksimetër
- Bronkodilatatorët
 - rrit dozën ose/dhe frekuencën e SABA
 - kombino SABA me antikolinergjik
 - përdor LABA kur pacienti stabilizohet
 - përdor hapsinorin ose nebulizerat kur është e përshtatshme
- Konsidero kortikoidet orale
- Konsidero antibiotikët orale kur janë shenjat për inf.bakterial
- Konsidero oksigjenoterapinë

- Gjatë gjithë kohës
 - Monitoro fluidet
 - konsidero fraxiparinë për prevencë të tromboembolizmin
 - identifiko dhe trajto komorbiditetet

24.5 Trajtimi farmakologjik në menaxhimin e exacerbimit të SPOK-së

Medikamentet që përdoren më së shpeshti në egzacerbimin SPOK janë: bronkodilatorët, kortikosteroidet dhe antibiotikët.

Bronkodilatorët

Ndonëse nuk ka të dhëna të mjaftueshme nga RCT, rekomandohet që beta2-agonistët inhalatorë me veprim të shkurtër, me ose pa antikolinergjikë me veprim të shkurtër, të përdoren si trajtim fillestar të një ekzacerbimi akut të SPOK-së.

Rekomandohet që në fillim të marrin përmes MDI inhalerit me 1 ose 2 shkrepe, çdo orë në 2 orët e para, pastaj të vazhdohet çdo 2-4 orë, varësisht nga përgjigjja. Nuk ka studime klinike të cilat kanë vlerësuar përdorimin e bronkodilatorëve inhalator me veprim të gjatë (qoftë beta2-agonistë ose antikolinergjikë ose kombinime me ose pa ICS gjatë një acarimi, rekomandohet vazhdimi i këtyre trajtimeve gjatë përkeqësimit ose duhet të fillohet me këtë kombinim sa më shpejt të jetë e mundur përpara liritimit nga spitali. Metilksantina intravenoze (teofilinë ose aminofilinë) nuk rekomandohet të përdoret në këta pacientë për shkak të efekteve anësore të shumta.

Glukokortikoidet

Të dhënat kryesisht të bazuara nga studimet spitalore tregojnë se glukokortikoidet sistemike në përkeqësimet e SPOK-ut, shkurtojnë kohën e rikuperimit dhe përmirësimin e funksionit të mushkërive (FEV1), përmirësojnë oksigjenimin, rrezikun e relapseve, dështimet në trajtim dhe kohëzgjatjen e shtrimit në spital. Preferohet dhënia e një dozë prej 40 mg prednisone në ditë për 5 ditë. Dhënia e gjatë e kortikosteroideve orale për exacerbimet e SPOK-së, shoqërohet me një rrezik të shtuar të pneumonisë dhe vdekshmërisë. Terapia me prednizolon oral është po aq efektiv sa administrimi intravenoz. Budesonidi i nebulizuar mund të jetë një alternativë e përshtatshme për trajtimin e exacerbimeve në disa pacientë dhe ofron përfitime të ngjashme me metilprednizolonin intravenoz.

Edhe ordinimet kohëshkurtra të kortikosteroideve mund të jenë të lidhura me rritjen e rrezikut të mëvonshëm të pneumonisë, sepsës dhe vdekjes, prandaj përdorimi duhet të kufizohet në pacientët me përkeqësime të konsiderueshme. Glukokortikoidet mund të jenë më pak efikase te exacerbimet e SPOK-së në pacientët me nivele më të ulëta të eozinofileve në gjak.

Antibiotikët

Shkaktarët infektiv në egzacerbimet e SPOK-së mund të jenë virale ose bakteriale, përdorimi i antibiotikëve në exacerbimet mbetet e diskutueshme. Ka prova që mbështesin përdorimin e antibiotikëve në ekzacerbime, kur pacientët kanë shenja klinike të një infeksioni bakterila si sasia e shtuar e këlbazës purulente. Studimet e mëparshme të proteinës C-reaktive (CRP) kanë raportuar gjetje kontradiktore. Megjithatë, të dhënat kanë treguar se përdorimi i antibiotikëve mund të reduktohet në mënyrë të sigurt nga 77.4% në 47.7% kur CRP-ja është e ulët.

Bazuar në rezultate kontradiktore, për procalcitonin (PCT), nuk mund ta rekomandojmë në këtë moment në përdorimin e protokoleve të bazuara në procalcitonin për të marrë vendimin për përdorimin e antibiotikëve në pacientët me përkeqësime të SPOK-ut;

Antibiotikët duhet t'u jepen pacientëve me përkeqësime të SPOK-ut që kanë:

- tre simptoma kryesore: përkeqësimin e dispnesë, vëllimit të këlbazës dhe purulencës së këlbazës;
- kanë dy nga simptomat kryesore, nëse rritja e purulencës së këlbazës është një nga dy simptomat;
- ose kërkojnë ventilim mekanik (invaziv ose joinvaziv).

Eshte konstatuar se trajtimi me më pak se 5 ditë me antibiotikë, ka të njëjtin efikasitet klinik dhe bakteriologjik, krahasuar me trajtim më të gjatë në pacientët ambulatorë me përkeqësime të SPOK-së. Ekspozimi më i shkurtër ndaj antibiotikëve të zvogëlon rrezikun e zhvillimit të rezistencës antimikrobike dhe komplikimeve të lidhura me këtë terapi. Kohëzgjatja e rekomanduar e terapisë me antibiotikë është 5-7 ditë. Zgjedhja e antibiotikut duhet të bazohet në antibiogram. Nëse trajtimi fillestar është empirik, atëherë duhet filluar me aminopenicilinë me acid klavulonik, makrolide, tetraciklinë ose në pacientë të caktuar, kinolone. Në pacientët me përkeqësime të shpeshta, me rrjedhje të vështirësuar të ajrit dhe/ose exacerbime që kërkojnë mbështetje me ventilim mekanik duhet të kërkohet kultura nga sputumi ose materiale të tjera nga mushkëritë, për baktere gram-negative. (p.sh., speciet *Pseudomonas*) ose patogjenë rezistent që nuk janë të ndjeshëm ndaj antibiotikëve të lartpërmendur. Rruga e administrimit (orale ose intravenoze) varet nga aftësia e pacientit për të ngrënë dhe farmakokinetika e antibiotikut, megjithëse preferohet që antibiotikët të jepen nga goja. Përmirësime në dispne dhe purulencia e këlbazës sugjeron sukses klinik.

24.6 Terapitë ndihmëse (Terapia shtesë)

Varësisht nga gjendja klinike e pacientit, ekuilibri adekuat i lëngjeve, nevoja për diuretik, antikoagulantët, trajtimi i sëmundjeve shoqëruese dhe aspekti nutricional vijnë në konsiderim te këta pacientë. Te pacientët e shtruar me SPOK në 5.9% u konstatua se kishin emboli pulmonare, rrezikshmëria e shtuar për trombozës së venave të thella dhe emboli pulmonare prandaj dhe duhet të ndërmerren masa profilaktike për tromboembolizmin. Në mënyrë të vazhdueshme, ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të zbatojnë fuqimisht nevojën për lënie e duhanit.

24.7 Mbështetje respiratore

Terapia me oksigjen

Ky është një komponent kyç i trajtimit spitalor të një përkeqësimi. Oksigjeni shtesë duhet të titrohet për t'u përmirësuar hipoksemia e pacientit me një ngopje të synuar prej 88-92%. Pasi të fillojë oksigjeni, analizat gazore duhet të kontrollohen shpesh, në mënyrë që të mbahen në kontrollë PCO² dhe acidoza. Pulsoksimetria nuk është aq e saktë sa analizat gazore. Si gjaku arterial edhe ai venoz jep të dhëna të sakta sa i përket statusit acidobazik.

Terapia me kanule nazale me rrjedhje te lartë ndikon përmirësimin e oksigjenimit.

24.8 Mbështetja me ventilim

Mbështetja ventiluese në një përkeqësim mund të sigurohet ose nga metoda joinvazive (maskë hundore ose të fytyrës) ose invazive (tub oro-trakeal ose trakeostomia).

24.9 Indikacionet për kujdesje intensive mjeksore dhe respiratore

- Dispnea e rëndë që nuk ka përgjigje adekuate në terapinë emergjente
- Çrregullimet e vetëdijes (kofuzion, letargji, komë)
- Hipoksemia perzistente ose e rënduar ($PH < 5.3 \text{ KPa}$ ose 40 mmHg ose Acidoza e rëndë < 7.25 pavarësisht oksigjenoterapisë
- Nevoja për ventilim mekanik invaziv
- Jostabiliteti hemodinamik-nevoja për vazopresor

24.10 Indikacionet për ventilim mekanik joinvaziv

- Acidoza respiratore ($\text{PaCO}_2 > 6 \text{ KPa}$ ose 45 mmHg , ose azidoza respiratore < 7.35
- Dispnea e rëndë me shenja të insuficiencës së rëndë respiratore
- Hipoksemi perzistente pavarësisht oksigjenoterapisë
-

24.11 Indikacionet për ventilim mekanik invaziv

- Mosdurimi i ventilimit joinvaziv ose ventilim joinvaziv insufficient
- Gjendje pas arrestit kardiak
- Vetëdije e zvogëluar ose agjitim psikomotorik
- Aspirim masiv ose vjellje perzistente
- Pamundësia e eliminimit të sekrecioneve respiratore
- Instabilitete hemodinamik që s përgjigjet në fluide dhe vazoaktive
- Aritmi të rënda ventrikulare ose supraventrikulare
- Hipoksemi e rrezikshme për jetë

Përdorimi i ventilimit mekanik joinvaziv (NIV) ka përparësi krahasuar me ventilimin invaziv (intubimin dhe ventilim me presion pozitiv) si mënyra fillestare e ventilimit për trajtimin e dështimit akut të frymëmarrjes në pacientët e shtruar në spital, në përkeqësimet akute të SPOK-së. NIV-ja ka treguar se përmirëson oksigjenimin, acidozën respiratore, zvogëlon komplikimet si dhe shkallën e vdekshmërisë.

Në pacientët që dështon ventilimi joinvaziv si terapi fillestare dhe i nënshtrohen ventilimit invaziv, sëmundshmëria, kohëzgjatja e qëndrimit në spital dhe vdekshmëria janë më të mëdha. Rreziqet kryesore përfshijnë rrezikun e pneumonisë së fituar nga ventilatori (veçanërisht kur mikroorganizmat shumë-rezistente janë mjaft të përhapura), barotrauma, volutrauma dhe rreziku i trakeostomisë.

24.12 Parandalimi i egzacerbimeve

Pas një acarimi akut, duhet të ndërmerren masat e duhura për parandalimin e acarimeve të mëtejshme

Tab 19 Intervenimet që zvogëlojnë frekuencën e egzacerbimeve në SPOK

Mënyra e ndërhyrjes	Intervenimi
Bronkodilatatorët	LABA LAMA LABA+LAMA
Regjimet e kombinuara me kortikosteroide	LABA+ICS KABA+LAMA+ICS
Trajtimi antiinflamator (jo steroide)	Roflumilast
Trajtimi antiinfektiv	Vaksinat, Trajtimi afatgjatë me makrolide
Mukoregulatorët	N-Acetylcysteina Carbocysteina Erdosteina
Të tjera	Ndërprerja e duhanpirjes Rehabilitimi pulmonar Vit D Përdorimi i mjeteve mbrojtëse (PPE, kontaktet sociale, larja e shpeshtë e duarve..)

24.13.Kriteret e e lirimit dhe rekomandimet për përcjellje

Shkaku, ashpërsia, ndikimi, trajtimi dhe zgjatja e ekzacerbimeve dallojnë nga pacient në pacient, dhe mundësitë në komunitet, nga sistemet e kujdesit shëndetësor të cilat ndryshojnë nga vendi në vend. Prandaj, nuk ka standarde që mundën të zbatohet për kohën e lirimit. Megjithatë, dihet se ekzacerbimet e përsëritura çojnë në përmirësime afatshkurte dhe ndikojnë në rritjen e vdekshmërisë nga të gjitha shkaqet.

Kur janë studiuar faktorët që lidhen me rihospitalizimet dhe vdekshmërinë, duke analizuar spirometrinë dhe analizat gazore është konstatuar se sëmundjet bashkëshoqëruese, ekzacerbimet e mëparshme, shtrirjet në spital ishin faktorë rreziku që ndikuan në kohëzgjatje të qëndrimit spitalor nga 30-90 ditë. Vdekshmëria lidhet me moshën e pacientit, praninë e insuficiencës respiratore, acidozën metabolike, nevojën për mbështetje ventilatore dhe sëmundjet shoqëruese duke përfshirë ankthin dhe depresionin.

Përcjellja e hershme (brenda një muaji) pas lirimit duhet të bëhet kur është e mundur dhe është e lidhur me më pak ekzacerbime që kanë pasur nevojë për hospitalizime. Ka arsye të shumta që ndikojnë në përcjelljen e hershme të pacientit, gjë që rritë vdekshmërinë brenda 90 ditëve si: refuzimi i trajtimit, ashtu edhe aksesin e kufizuar në kujdesin mjekësor, mbështetja e dobët sociale dhe/ose prania e sëmundjeve më të rënda. Megjithatë, përcjellja adekuate e pacientit na mundëson trajtim adekuat, rishikim të terapisë pas lirimit dhe ndryshim nëse paraqitet nevoja.

Rekomandohet përcjellja edhe 3 muaj pas lirimit për të siguruar kthimin në një gjendje klinike të qëndrueshme dhe për të mundësuar rishikimin e simptomave të pacientit, funksionit të mushkërive (me spirometri) dhe kur është e mundur vlerësimi i prognozës duke përdorur sisteme të shumëfishta pikëzimi si BODE-ja. Përveç kësaj, ngopja e oksigjenit arterial dhe vlerësimi i

analizave gazore do të përcaktojnë më saktë nevojën për terapi afatgjatë me oksigjen në një përcjellje të zgjatur krahasuar me pak kohë më pas lirimit.

Vlerësimi përmes imazherisë si CT-ja, duhet të bëhet për të përcaktuar praninë e bronhektazisë dhe emfizemës sidomos te pacientët me ekzacerbime ose rihospitalizime. Një vlerësim i mëtejshëm i detajuar duhet të bëhet për të vlerësuar prezencën dhe ndërmarrjen e masave për trajtimin e sëmundjeve bashëshoqëruese.

24.14 SPOK dhe Komorbiditetet

SPOK-u shpesh koekziston me sëmundje të tjera (komorbiditete) që mund të kenë një ndikim të rëndësishëm në rrjedhën e sëmundjes. Në përgjithësi, prania e sëmundjeve shoqëruese nuk duhet të ndryshojë trajtimin e SPOK-ut dhe sëmundjet shoqëruese duhet të trajtohen sipas standardeve të zakonshme, pavarësisht nga prania e SPOK-ut. Sëmundjet kardiovaskulare janë sëmundje shoqëruese të zakonshme dhe të rëndësishme në SPOK. Kanceri i mushkërive haset shpesh tek njerëzit me SPOK dhe është shkak kryesor i vdekjes.

- Skanimi vjetor CT me dozë të ulët rrezatimi (LDCT) rekomandohet për depistimin e kancerit të mushkërive tek personat me SPOK për shkak të konsumimit të duhanit sipas rekomandimit për popullatën e përgjithshme.
- LDCT vjetor nuk rekomandohet për depistimin e kancerit të mushkërive tek njerëzit me SPOK, jo për shkak të konsumimit të duhanit, për shkak të dhënave të pamjaftueshme për të konstatuar benefitet mbi dëmet.

Osteoporoza dhe depresioni/ankthi janë sëmundje të shpeshta, të rëndësishme shoqëruese në SPOK, shpesh nuk diagnostikohen sa duhet dhe shoqërohen me gjendje dhe prognozë të keqe shëndetësore.

Refluksi gastroezofageal (GERD) shoqërohet me një rrezik të shtuar të përkeqësimeve dhe gjendje më të dobët shëndetësore.

Kur SPOK është pjesë e një plani të kujdesit të multimorbiditetit, vëmendja duhet të drejtohet për të siguruar thjeshtësinë e trajtimit dhe për të minimizuar polifarmacinë.

25. Përkrahja e pacientit për vetëmenaxhim të sëmundjes

Qëllimi i vetëmenaxhimit është motivimi i pacientit që të adaptohet në situatën e re dhe në mënyrë sa më të mirë të menaxhojë SPOK-un përmes njohurive dhe aftësive. Pacientët mund të kenë sesione edukative individuale ose në grup. Pikatë topikat që konsiderohen të rëndësishme si pjesë e programit edukativ janë: sesionet për ndërprerjen e duhanpirjes, informatat bazike për SPOK-un, qasjen e përgjithshme terapeutike (inhalatore dhe format tjera të traktimit), strategjitë për lehtësimin e dispnesë, këshillimet kur duhet kërkuar ndihmë, marrjen e vendimeve gjatë ekzacerbimeve dhe situatave në fazat përfundimtare të jetës. Për gjithë këtë duhet të dizajnohet plani edukues individual.

Të gjithë pacientëve me SPOK, duhet t'u ofrohet edukim për vetmenaxhim që përfshin një plan veprimi të shkruar personalisht të përkrahur nga profesionistët me rishqyrtim të rregullt profesional.

Te të rriturit, plani personal i veprimit i shkruar mund të bazohet në simptomë dhe/ose në rrjedhje të ajrit (PEF).

Edukimi për vetmenaxhim i mbështetur nga një plan veprimi i shkruar dhe i personalizuar për SPOK, duhet t'u ofrohet të gjithë pacientëve në regjistrat e mjekësisë familjare. Qendrat e Kujdesit

Parësor duhet të sigurojnë në vazhdimësi trajnime profesionale dhe një ambient të përshtatshëm që ofron përkrahje për vetmenaxhim për pacientët.

Vetëmenaxhimi i SPOK-ut ka për qëllim motivimin, angazhimin dhe mbështetjen e pacientëve për të përshtatur pozitivisht sjelljet e tyre shëndetësore dhe për të zhvilluar aftësi për të menaxhuar më mirë sëmundjen e tyre.

Ky proces kërkon ndërveprime përsëritëse midis pacientëve dhe profesionistëve të kujdesit shëndetësor që janë kompetent në kryerjen e ndërhyrjeve vetëmenaxhuese përmes teknikave të ndryshimit të sjelljes e të cilat përdoren për të nxitur pacientin motivimi, besimi dhe kompetenca.

Rishikimet sistematike kanë dhënë dëshmi se ndërhyrjet e vetëmenaxhimit përmirësojnë rezultatet në SPOK. Procesi kërkon ndërveprime përsëritëse midis pacientëve dhe profesionistëve të kujdesit shëndetësor, të cilët janë kompetent në kryerjen e ndërhyrjeve vetëmenaxhimi. Të kesh stërvitje të duhur shëndetësore është e rëndësishme për të përmirësuar aftësitë e vetëmenaxhimit. Në njerëzit me SPOK të shtruar për një përkeqësim, një studim ka raportuar efektin pozitiv të terapisë fizikale, që fillon pas daljes nga spitali, në reduktimin e rrezikut të rihospitalizimit dhe vizitave në departamentin e urgjencës.

26. Tele rehabilitimi

Rehabilitimi pulmonar i pacientëve brenda ose jashtspitalor me SPOK është efektiv në përmirësimin e disa rezultateve klinike të rëndësishme. Ka prova të qarta që komponentët thelbësor të RP-së, duke përfshirë trajnimin e ushtrimeve të kombinuara me edukimin specifik të sëmundjes dhe ndërhyrjet e vetëmenaxhimit mund të përfitojë pothuajse çdo pacient me SPOK.

Megjithatë, ka shumë sfida që hasen në ofrimin e RP-së në disa sisteme të kujdesit shëndetësor që çojnë në një mungesë të programeve dhe lehtësive të RP-së personalisht. Edhe për ata pacientë që banojnë në zonat urbane, disponueshmëria e transportit të shpeshtë që kërkohet për RP-në ambulatorë mund të jetë ende një sfidë.

Rezultatet e raportuara sugjerojnë se telerehabilitimi është i sigurt dhe ka përfitime në grupe dhe individ me një larmi të madhe platformash (videokonferencë, vetëm telefon, faqe interneti me mbështetje telefonike, aplikacion celular me reagime, "qendër" e dedikuar për njerëzit që të bashkohen). Për të siguruar që RP-ja është e aksesueshme për të gjithë, ne duhet të kuptojmë barrierat që mund të jenë unike për telerehabilitimin, e cila ndërton një urë për kujdes nga distanca: monitorimi, konsultimet dhe monitorimi dhe konsultimi nga distancë për kujdesin shëndetësor.

27. Aktivitetet Fizike

Rehabilitimi pulmonar në komunitet dhe shtëpi është treguar se jep rezultate të mira. Pacientët duhet edukuar dhe duhet motivuar se aktivitetet fizike përmirësojnë stilin e jetës. Po ashtu frymëmarrje me gojë dhe diafragmë, po ashtu tregojnë përmirësim të funksionit pulmonar.

27.1 Programet për Rehabilitim Pulmonar

Pacientët e grupit B dhe E me simptome dhe rrezik për ekzacerbime duhet të inkurajohen të marrin pjesë në programet e rehabilitimit. Në këtë grup duhet të përfshihen pacientët e moshës së shtyer, femrat me SPOK dhe sëmundje bashkëshoqëruese si: Diabet, Astëm, Sëmundje reumatizmale, GERD etj. Stërvitet e muskujve inspirator rrisin forcën e muskulaturës inspiratore, por kjo nuk do të thotë çdo here se do të përmirësohet performance ose kualiteti i jetës.

27.2 Vlerësimi dhe përcjellja në rehabilitimin pulmonar

Vlerësimi dhe përcjellja e secilit pjesëmarrës në rehabilitimin pulmonar duhet të bëhet për të përmirësuar sjelljet joadekuatë, barrierat fizike, mentale dhe të caktohen fushat për intervenime dhe përmirësime.

Në këtë vlerësim duhet të përfshihen

- të dhënat anamnestike dhe ekzaminimi fizikal
- vlerësimi i spirometrisë postbronkoilatatore
- vlerësimi i kapacitetit të stërvitjeve
- vlerësimi i gjendjes shëndetësore dhe dispnesë
- vësimi i forcës muskulare inspiratore dhe ekspiratore dhe humbja e forcës muskulare të ekstremiteteve të poshtme
- diskutimi rreth synimeve dhe pritjeve individuale për pacientin

Toleranca ndaj stërvitjeve përcillet përmes ergometrise ciklike ose stërvitjeve rutinore duke matur disa variabla si: saturimi me oksigjen, puls, aktiviteti maksimal (ecja 6 minutëshe)

Dhe në fund të programit stërvitor duhet të vlerësohen të arriturat për secilin pacient individualisht. Për këtë mund të bazohemi në pyetësor të ndryshëm si CAT.

28. Fundi i jetës dhe trajtimi paliativ

Klinicistët duhet të ndihmojnë pacientin dhe t'i njoftojnë familjarët lidhur me perspektivën e pacientit

Tab.20 *Trajtimi paliativ për pacientët me stadin e fundit të SPOK*

Simptoma	Këshilla	Trajtimi i sugjeruar
Dispnea	Opiate, duke titruar dozën për të arritur lehtësim të dispnesë. Ajri i ftohtë, p.sh. nga një ventilator, ndonjëherë rrit komoditetin	Doza fillestare: morfinë 5 mg çdo 4 orë
Kollë	Opiate	Morfinë 5 mg çdo 4 orë
Sekrecione të tepërta	Antikolinergjikë (por kujdesuni që të shmangeni shqetësimin e gojës së thatë)	s.c. hyoscine 400-600mg ose glikopirronium 200mcg çdo 4-6 orë
Ankthi	Benzodiazepinat. Shënim: doza të larta të beta-agonistëve mund të përkeqësojnë ankthin	Për shembull, Diazepam 5-10 mg në ditë
Konfuzioni	Oksigjeni mund të zvogëlojë konfuzionin për shkak të hipoksemisë. Haloperidol ose levomepromazine mund të lehtësojë konfuzionin dhe shqetësimin	Haloperidol 2 mg ose levomepromazine 6 mg çdo 12 orë

29. Përkrahja nutricionalë

Malnutricioni te të sëmurit me SPOK shoqërohet me funksion të dëmtuar të mushkërive, shpeshim të hospitalizimeve, tolerancë të zvogëluar ndaj stërvitjeve, përkeqësim të kualitetit të jetës dhe rritje të mortalitetit-vdekshmërisë.

30. Vaksinimi

Pacienti duhet t'i marrë të gjitha vaksinat e rekomanduara (Vaksinimi kundër gripit, pneumokokut, pertussis, COVID-19, herpesit)

31. Oksigjeno-Terapia

31.1 Oksigjeno-terapia afatëgjate te pacientët me SPOK stabile:

- PaO₂ është nën 55mmHg (7.3 kPa) ose Sat O₂ është nën 88% me ose pa hiperkapni e konfirmuar 2x brenda periudhës 3 javore
- PaO₂ është në mes të 55-60mmHg (7.3-8.0kPa) ose Sat.O₂ -88% nëse ka të dhëna për hipertension pulmonar, edema periferike, dekompenzim kardial ose policitemi (Hct>55%).
- Pacientët njëherë të vendosur në oksigjeno-terapi afatgjate duhet të rivlerësohet pas 60-90 ditësh dhe të përsëriten analizat gazore ose të matet saturimi me oksigjen në ambientin ku jeton.

31.2 Oksigjeno terapia në KPSH

- Nëse SpO₂ >88% nuk nevojitet terapi me O₂, fillimisht
- Nëse SpO₂ <88% administrohet oksigjeni 1-2 litra në minutë përmes kanules nazale ose 2-4 litra në minutë maskë venture deri në vlerën e synuar të saturimit SpO₂ 90- 92%.

32. Mbështetja Ventilatore

Ventilimi joinvaziv përdoret te një numër i pacientëve me SPOK stabile por të rëndë, të cilët kanë hiperkapni dhe hospitalizim paraprak. Në anën tjetër pacientët me SPOK dhe sleep apnea kanë indikacion absolut për CPAP.

33. Bronkoscopia interventive dhe kirurgjia

Nëse konstatohet emfisema dhe hiperinflacioni preferohet bullectomia, por nëse nuk mund të bëhet bullectomia atëherë preferohet transplantimi i mushkërive

34. Edukimi i pacientit

Edukimi dhe përkrahja e pacientit me SPOK në partneritet me personelin shëndetësor është pjesë e rëndësishme në menaxhim, krahas trajtimit farmakologjik dhe atë jofarmakologjik.

Kjo varet nga sa i avancuar është SPOK-ja juaj dhe sa mirë i përgjigjeni trajtimit. Nuk ka dy njerëz të njëjtë, por ndjekja e këtyre hapave për një mënyrë jetese të shëndetshme mund të ndihmojë përmes:

1. Përmirësimit të simptomave, mirëmbajtjes së gjendjes; edukimit për teknikën e përdorimit të pompës për të siguruar që pacienti e ka zotëruar teknikën përmes demonstrimit të përsëritur.
2. Uljes së riakutizimeve, duke redukuar ekspozimet ndaj faktorëve të rriskut (duhanpirja, mjedisi i ndotur), vaksinimit, (vaksinën sezonale të gripit dhe atë të pneumokokut, coronavirusit)si dhe inicimit farmakologjik adekuat.

3. Këshillimit motivuese për një jetë të shëndetëshme (stili i jetës), dietës përmes përcjelljes së BMI-së i cili ndikon në FEV1 dhe FVC, aktiviteteve fizik (ecje për 30 min, 5 ditë në javë), si dhe ushtrimet e frymëmarrjes për menaxhimin e dispnes.
4. Qasjes praktike në edukim, që konsiston në udhëzimet për gjendjet e përkeqësuar, medikamentet dhe dozat përkatëse, kur duhet doza të rritet dhe kur duhet vizituar mjeku familjar apo referimin në kujdeset më të avansuara në rastet e egzacerbimit.

34.1. Planifikimi dhe përcjellja në KPSH

Plani i veprimit është individual për pacient në përcellje me SPOK dhe përmban shënimet:

- medikamentet dhe dozat që pacienti duhet t'i marrë si përgjigje në gjendjen e tij.
- udhëzimet se çfarë duhet të bëjë kur gjendja përkeqësohet.
- kur duhet të marrë doza ekstra të mjekimit.
- kur duhet të kontaktojë mjekun familjar.
- kur duhet të thërrasë urgjencën dhe çfarë duhet të bëjë në një gjendje emergjente të përkeqësimit të simptomave.
- emrin e mjekut që ka bërë planin e sëmundjes dhe si mund të kontaktohet.

Hartimi i planit realizohet nga ekipi i mjekësisë familjare së bashku me pacientin, ku i jepet në formën e shkruar dhe inkurajohet ta sjellë me vete në çdo vizitë ose ta ketë të fotografuar në celularin e tij, t'i sjellë të gjitha medikamentet dhe të lihet të shpjegojë sa merr dhe si i përdorë ato. Aftësimi i pacientit për vetëmenaxhim të sëmundjes vlerësohet si mjaft efektive në uljen e shërbimeve që kërkohen nga këta pacient. Marrja e rregullt e trajtimit, teknika e duhur e përdorimit të pajisjeve inhalatore, si dhe edukimi motivues për lërjen e duhanit është thelbësore në efektivitetin e mjekimit.

Në çdo vizitë vlerësohet:

- marrja dhe teknika e duhur e përdorimit të pajisjeve inhalatore,
- edukimi motivues i pacientit mbi lënien e duhanit,
- shmangien e ekspozimit ndaj ajrit të ndotur, tymrave, gazeve,
- vaksinimin e nevojshëm,
- identifikimi i pacientit për nevojën me oksigjen shtesë dhe rehabilitim pulmonar.
- vlerësimi dhe edukimi i përsëritur duhet të konsiderohet gjithmonë para se të shtojmë terapinë.

Komunikimi në mes të mjekut familjar dhe pulmologut duhet të jenë në kohë dhe dydrejtimëshe. Kjo do të bëjë që të gjithë anëtarët e ekipit që ofrojnë kujdes për pacientin me SPOK, të njohin dhe të përditësohen me kohë me informacionin për pacient. Ky bashkpunim shmang përsëritjet e panevojshme të egzaminimeve që dekurajon dhe shkakton pakënaqësi te pacienti.

34.2 Dhomat e edukimit dhe promovimit shëndetësor - ‘Këshillmorja’ për menaxhimin e sëmundjeve jongjitëse” (SJN)

“Këshillmorja” për menaxhimin e sëmundjeve jongjitëse në nivel të QKMF/QMF ka rol thelbësor në edukimin shëndetësor të pacientëve me SPOK (sëmundje jongjitëse), vetëdijësimin e tyre për vetmenaxhim dhe përcjelljen e vazhdueshme të gjendjes së tyre shëndetësore.

Pasi që pacienti të trajtohet nga mjeku familjar referohet në “Këshillmore” ku vazhdon pjesa e dytë protokolare e trajtimit të pacientit nga infemieret e trajnuara për ofrimin e shërbimeve të Këshillimit Intervistues/Motivues që ka për qëllim të nxitë tek pacienti ndryshimin për sjellje dhe praktikimin e stileve të shëndosha të jetës.

Pacienti pajiset nga infemierja me librezën/pasaportën e SPOK-ut, dhe në dakordim me udhëzimet e infemieres e plotëson në baza ditore dhe bënë përcjelljen e vazhdueshme të gjendjes së tij shëndetësore. Njëkohësisht pacienti dakordohet me infemieren për vizitën e përsëritur për të vlerësuar progresin e arritur. Infemierja bënë po ashtu matjen e indeksit të masës trupore (BMI) dhe shënon vlerat përkatëse në data-bazën e pacientit, dhe sipas nevojës përcakton seanca individuale apo grupe të edukimit shëndetësor të pacientëve me SPOK, në koordinim me mjekun familjar.

35. Implementimi në praktikë

Ofruesit e shërbimeve për personat me SPOK, duhet të marrin në konsideratë mënyrën se si mund të organizojnë grupe përkrahëse për të mbështetur aktivisht vetëmenaxhimin. Kjo nënkupton strategjitë për angazhimin proaktiv dhe fuqizimin e pacientëve, trajnimin dhe motivimin e profesionistëve si dhe sigurimin e një mjedisi që promovon vetëmenaxhimin dhe monitoron zbatimin.

Përparësitë

- Standardizohet puna në institucionet shëndetësore dhe unifikohet procedura
- Qasja bashkëkohore
- Përmirësohet kualiteti i përkujdesjes ndaj pacientit

Barrierat (Mangësitë)

- Numri i pamjaftueshëm i pulmologëve dhe specialistëve në pulmologji në spitalet regjionale
- Implikimet financiare për botimin e UK-së
- Mungesa e protokoleve
- Implementimi i Mjekësisë Familjare - ndarja e pacientëve për mjekë (lista e pacientëve)

Sfidat

- Monitorimi i zbatimi i UK-së në institucionet shëndetësore
- Sigurimet shëndetësore
- Sistemi informativ shëndetësor
- Sigurimi i kopjeve fizike të udhërrëfyesit për mjekë nga ana e menaxhmentit
- Auditet lidhur me aplikimin në praktikë të udhërrëfyesit

Lehtësimet

- Për ofruesin e shërbimeve është lehtësi sepse merren vendimet më lehtë dhe më shpejtë për trajtim të pacientëve me SPOK
- Përditësimi i njohurive dhe shkathësisë të personelit përmes trajnimeve lidhur me trajtimin dhe menaxhimin e pacientëve me SPOK.
- Kostoja – Në sistemin tonë shëndetësor sikur edhe të gjithë sektorët tjerë shpenzimet për SPOK (pajisje, material shpenzues dhe medikamente) mbulohen nga ShSKUK-ja dhe Divizioni i Farmacisë në MSh.

35. Kriteret e referimit te specialisti

Kur nuk bëhet spirometria në Mjekësinë Familjare dhe pacienti me SPOK ka nevojë për:

- Konfirmim të diagnozës përmes spirometrisë
- Bëhet nëse pacienti nuk ka përgjigje adekuate nga trajtimi ambulator, me shenja të cianozës, edemë periferike, SPOK i rëndë (ku FEV $1 \leq 50\%$ nga vlera e parashikuar)
- Infeksionet e shpeshta respiratore > 2 në vit
- SPOK nën 40 vjet
- Kur shfaqen edema periferike ulje e oksigjenimit, pulsoksimetria <92%
- Dispne e rëndë, dispne e shoqëruar me shtrëngim, dhimbje të krahërorit, obstruksion të rëndë
- Përgjumje gjatë ditës, gërhitje të rënda
- Simptome të pazakonta si hemoptizia te rastet me SPOK.
- Bëhet nëse pacienti nuk ka përgjigje adekuate nga trajtimi ambulator, me shenja të cianozës, edemë periferike, SPOK e rëndë (ku FEV $1 \leq 50\%$ nga vlera e parashikuar)

36.Standardet e auditueshme

- % e profesionistëve shëndetësor të trajnuar për diagnostikim dhe trajtim të SPOK-ut
- % e profesionistëve shëndetësor të trajnuar për të përkrahur pacientët gjatë vetmenaxhimit të SPOK-ut
- % e përdorimit të pompës duke respektuar teknikën e drejtë të përdorimit të pompës
- % e pacientëve të cilët dijnë t'i realizojnë ushtrimet e frymëmarrjes
- % e paramedikëve të trajnuar për transport nga niveli parësor në nivelet tjera te rastet e SPOK-ut të përkeqësuar
- Auditimi i pranisë së mjeteve për dg. trajtim dhe monitorim të SPOK-ut: - stetoskopi, nebulizatori, puls oksimetri, paisjet për oksigjenim (boca, maskat, dhe kanilat nazale)
- Auditimi i sterilizimit të maskave të fytyrës për oksigjenim dhe inhalim
- Auditimi i medikamenteve në dispozicion në barnatoret e instucioneve shëndetësore si: pompa Salbutamol, tretje fiziologjike NaCL 0.9%, sol Salbutamol për nebulizator, pompa Beclomethasone dipropionate 50 mcg, 100 mcg dhe 250 mcg, tablet Pronison, tablet Theophylin, amp Aminophylin dhe antibiotik.
- Faktorët e rrezikut dhe menaxhimi joadekuat i faktorëve të rrezikut
- Auditimi i regjistrimit të pacientëve me SPOK në: KPSH, KDSH dhe KTSH i cili mund të realizohet duke i kontrolluar kartelat mjekësore të pacientëve.
- Vetëdijësimi i profesionistëve shëndetësor si obligim ligjor në paraqitjen e sëmundjeve kronike të SPOK-ut, përmes formularëve të sëmundjeve kronike në IKShPK.

37.Procesi i Adaptimit

Procesi i adaptimit të udhërrëfyesit është realizuar përmes takimeve të rregullta javore të grupit të cilat takime janë të dokumentuara përmes procesverbaleve. Jane analizuar detyrat e dhëna nga takimet paraprake, janë diskutuar dilemat dhe në fund propozimet janë votuar për t'u adaptuar. Vendimi për rekomandimet e përzgjedhura është marrë atëherë kur grupi është pajtuar plotësisht, pra është përdorur metoda e konsensusit (te paktën katër nga gjashtë anëtarë te grupit). Vlen të theksohet se gjatë marrjes së vendimit, grupi i ka shqyrtuar përparësitë dhe mangësitë e rekomandimeve, mundësinë e integritit dhe zbatimin e rekomandimeve të udhërrëfyesit të

adaptuar në punën e përditshme të klinikistëve si dhe përfitimet e pacientëve për t'u mjekuar me standarde bashkëkohore.

Gjatë procesit të adaptimit të udhërrëfyesit, GAU-ja është shërbyer me instrumentin AGREE II duke ndjekur fushat përkatëse, dhe duke bërë vlerësimin e procesit të adaptimit përmes rekomandimeve të forta dhe evidencat shkencore të larta sipas kriterëve të udhërrëfyesëve të përdorur. Janë vlerësuar fushat si në vijim:

- fushëveprimi i udhërrëfyesit
- qëllimi
- përfshirja e palëve të interesit
- metodologjia

38. Rishqyrtimi i jashtëm, procesi i konsultimit dhe (Peer Review)

Drafti final i SPOK-ut është konsultuar me profesionistët shëndetësor të lëmisë përkatëse, shoqatën për mbrojtjen e të drejtave të pacientëve dhe është marrë mendimi i pacientëve të cilët trajtohen me SPOK. Pacientët janë dakorduar me qëllimet dhe objektivat e këtij udhërrëfyesi. Recensentët janë caktuar nga grupi punues me konsensus: Prof.Ass.Gazmend Zhuri, PhD Pulmolog dhe Ass.dr.Shpetim Thaçi, PhD Pulmolog, si dhe konsultimet nga ekspertët e jashtëm bazuar në Vendimin për UPK-në.

Drafti final është publikuar në webfaqen e MSh-së, për komente nga të gjithë shfrytëzuesit e këtij udhërrëfyesi dhe grupet e interesit, me ç'rast komentet e tyre do të analizohen nga GAU-ja dhe do të inkorporohen në draftin final të dokumentit. Në fund, drafti final i SPOK-ut do të vlerësohet nga komisioni për vlerësim të metodologjisë të hartimit të udhërrëfyesëve dhe protokoleve klinike. Në rishqyrtimet ndërkolegiale, kolegët "peer" kanë komentuar dhe kanë dhënë sugjerime për plotësimin në pyetje të cilat janë përfshirë në SPOK, gjithashtu janë konsultuar edhe kolegët nga profilet që nuk kanë qenë pjesëmarrës në GAU, por që janë shumë të rëndësishëm në punën e përditshme.

39. Revidimi i Udhërrëfyesit

GAU-ja ka vendosur që UK-ja të revidohet bazuar në të dhëna shkencore brenda tre viteve ose edhe më parë, në rast se dalin të dhëna të reja shkencore, të cilat konsiderohet se janë të nevojshme të përfshihen në UK. Revidimi përcaktohet nga MSh-ja, ndërsa UK-ja përditësohet nga të dhënat e fundit të publikuara dhe rekomandimet nga përdoruesit e UK-së.

40. Grupi punues

Grupi punues (GA) është grup multidisiplinar i përbërë nga 6 anëtarë, të trajnuar në Trajnimin për Metodologjinë e Hartimit të UPK-së:

1. dr. Violeta Xërxa Thaqi – M.D. MRCP[INT]- Specialiste e Mjekësisë Familjare - QKMF Gjakovë, Trajnere për ESP, kryesuese GAU
2. dr. Rukije Mehmeti - M.D. PhD Pneumoftiziologe – ShSKUK, Klinika Pulmologjike-anëtare GAU
3. dr. Nedihe Fejzullahu- Specialiste e Mjekësisë Interne- Pulmologjisë, ShSKUK, Klinika Pulmologjike, anëtare GAU
4. dr. Fevzi Sylejmani - M.D. MRCP[INT]- Specialist i Mjekësisë Familjare - QKMF Mitrovicë, Trajner për ESP, Shkrimtar, anëtar GAU
5. dr. Tringë Prenkaj - M.D. MRCP[INT]- Specialiste e Mjekësisë Familjare - QKMF Pejë, Trajnere për ESP, Procesmbajtëse, anëtare GAU
6. Amir Keka – Mr.Ph Farmacisë në FSSH/Ministria e Shëndetësisë - anëtar GAU

Dr. Genc Ymerhalili – M.D/FRCGP, në cilësinë e ekspertit të jashtëm (AQH), sipas Vendimit të Sekretarit Përgjithshëm të Ministrisë së Shëndetësisë Nr:/VIII/2023 dt. 25.08.2023

Plani i veprimt për COPD

ÇFARË VEPRIMESH DUHET TË NDËRMERRNI NËSE SIMPTOMAT TUAJA PËRKEQËSOHEN

SË PARI

Kontrolloni ngjyrën e pështymës suaj:

Kolliteni sputumin tuaj në një leckë të bardhë.

Nëse ngjyra e pështymës suaj ka ndryshuar nga e tejdukshme ose e zbehtë në një nuancë më të errët, p.sh. të verdhë ose jeshile për 24 orët e fundit:

Filloni me ANTIBIOTIKË.

TRAJTIM QETËSUES

Salbutamol nëpërmjet inhalatorit

ose nebulizatorit

Doza maksimale herë në ditë

Të tjera

ANTIBIOTIKËT

Ju lutemi merrni furnizimin tuaj për

shtëpi ose merreni një recetë pa

vonës nga klinika.

PREDNISOLONE

Merrni 30mg. një herë në ditë

(tableta 6x5mg.) për 7-14 ditë.

© E drejta e autorit e aplikuar të mos riprodhohet pa lejen e shprehur nga Dr.Rupert Jones, Njësia për hulumtime respiratore, Plymouth, PL6 8BX

PASTAJ shikoni tabelën

Simptomat	OK	KUJDES	VEPRIM
Mungesa e frymës	Normale/ e zakonitë	Me keq se zakonisht	Shumë më keq se zakonisht
Kollitje	Normale/ e zakonitë	Me shumë se zakonisht	Shumë më tepër se zakonisht

Nëse të gjitha simptomat tuaja janë në kolonën e gjelbër OK vazhdoni trajtimin e zakonshëm.

Nëse ndonjë nga simptomat tuaja janë në

kolonën e kuqe VEPRIM:

Rrisni TRAJTIMIN tuaj QETËSUES dhe merreni rregullisht deri në dozën maksimale. Përcillni me kujdes simptomat tuaja. Nëse përmirësoheni brenda 2 ditëve, rifilloni trajtimin e zakonshëm.

Nëse nuk ka përmirësim, filloni me PREDNISOLONE.

Nëse ndonjë nga simptomat tuaja janë në

kolonën e kuqe VEPRIM:

Merrni maksimumin e terapisë qetësuese dhe filloni me PREDNISOLONE menjëherë.

PËRCJELLJA

Ju lutemi kontaktoni klinikën brenda

24 orëve nga fillimi i prednisolone

dhe/ose antibiotikëve.

PARALAJMËRIM

Në çdo kohë nëse keni simptoma të rënda:

Nëse keni simptoma në kolonën e kuqe

VEPRIM, i keni marrë ilaçet dhe nuk po bëni më mirë, ju lutemi kontaktoni doktorin/infermierin për një termin urgjent.

EMERGJENCA

Nëse keni ndonjë nga simptomat e mëposhtme:

- Jeni shumë pa frymë
- Dhembje në gjoks
- Temperaturë të lartë
- Ndjehje të shqetësimit, frikës, përgjumjes ose konfuzionit

THIRRNI AMBULANCËN

Oksigjeni

Në emergjencë ju lutemi mos përdorni

oksigen me rrjedhje të lartë.

Jepni mjaftueshëm oksigjen për të arritur saturimin e synuar %

(diapazoni i zakonshëm 88-92%)

VLERËSIMI SHUMËDIMENSIONAL

TË GJITHË PACIENTËT

- Këshillë për lënien e duhanit
- Edukimi/vetë-menaxhimi i pacientit
- Vlerësimi i sëmundjeve shoqëruese
- Vlerësoni BMI-në: Këshilla dietike nëse BMI >25

Referim i specializuar dietik nëse BMI <20

- Promovimi i ushtrimeve
- Vaksinimi kundër pneumokokut
- Vaksinimi vjetor kundër gripit

SIMPTOMET?	KUFIZIMET FUNKSIONALE?	PËRKEQËSIMET?	HIPOKSIA PERSISTENTE	KUJDES HOLISTIK
Mungesa e frymëmarrjes Bronkodilatoret me veprim të shkurtër (β-agonist/antimuskarinik) për lehtësimin e simptomave Simptoma të vazhdueshme Shihni algoritmin e farmakoterapisë NICE (faqe 24) Kollë produktive Merrni parasysh mukolitikët	Rezultati i MRC ≥ 3 Optimizoni farmakoterapiën Shih algoritmin e farmakoterapisë NICE (faqe 24) Ofroni rehabilitim pulmonar Ekzamino për ankth/depresion	(Steroide orale/ antibiotik/ pranimi në spital) Optimizoni farmakoterapiën Diskutoni planet e veprimt duke përfshirë përdorimin e steroideve orale dhe antibiotikëve në pritje	Ngopja e oksigjenit ≤ 92% qetësisht në ajër (në gjendje të qëndrueshme) FEV1 <30% i parashikuar ose në prani të policitemisë, cianozës ose kor pulmonale Referoni për vlerësimin e oksigjenit	Kontrolloni mbështetjen sociale (p.sh. kujdestarët dhe përfitimet) Trajtoni sëmundjet shoqëruese Konsideroni terapi paliative ose referim tek kujdesi dytësor për simptomat rezistente Referojuni ekipeve të specializuara të kujdesit paliativ për kujdesin në fund të jetës

Anex 2.

Morbiditeti i regjistruar në Kujdesin Tretësor Shëndetësor- (QKUK) në Kosovë sipas ICD 10, kodi J42-J46

Vitet - 2018,2019,2020, 2021, 2022

Periudha	Diagnoza më e raportuar	Mosha më e raportuar	M	F	Nr. i përgjithshëm
Janar-Dhjetor 2018	J44.0 (483)	+65 (411)	434	696	1130
Janar-Dhjetor 2019	J44.0 (462)	+65 (367)	645	405	1050
Janar-Dhjetor 2020	J44.0 (244)	+65 (130)	293	173	466
Janar-Dhjetor 2021	J44.0 (196)	+65 (235)	378	221	599
Janar-Dhjetor 2022	J44.0 (3650)	+65 (341)	475	325	800

Morbiditeti i regjistruar në Kujdesin Dytësor Shëndetësor- (KDSH) në Kosovë sipas ICD 10, kodi J42-J46

Vitet- 2018,2019,2020, 2021, 2022

Periudha	Diagnoza më e raportuar	Mosha më e raportuar	M	F	Nr. i përgjithshëm
Janar-Dhjetor 2018	J44 (1603)	+65 (2706)	2001	1656	3657
Janar-Dhjetor 2019	J44 (1501)	+65 (1877)	1770	1517	3287
Janar-Dhjetor 2020	J44 (770)	+65 (599)	692	604	1292
Janar-Dhjetor 2021	J44 (812)	+65 (919)	738	613	1351
Janar-Dhjetor 2022	J44 (528)	+65 (436)	480	351	831

Morbiditeti i regjistruar në Kujdesin Parësor Shëndetësor- (KPSH) në Kosovë sipas ICD 10, kodi J40-J44 dhe J45-46 ,

Vitet- 2019,2020, 2021, 2022

Periudha	Diagnoza më e raportuar	Mosha më e raportuar	M	F	Nr. i përgjithshëm
Janar-Dhjetor 2019	J44 (1927)	+65 (2255)	2449	2275	4724
Janar-Dhjetor 2020	J40-44 (13743), J45-46 (5258)	+65 (5161)	9803	9198	19001
Janar-Dhjetor 2021	J40-44 (10508), J45-46 (6832)	55-64 (3802)	8517	8823	17340
Janar-Dhjetor 2022	J40-44 (156), J45046 (1)	20-24 (71)	9	148	156

Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve ICD 10 J42-J46

- Bronkiti kronik i paspecifikuar (J42)
- Bronkiti astmatik (J44.-)
- Bronkiti i thjeshtë dhe mukoz-purulent (J41.-)
- Bronkiti i emfizemës (J44.-)
- Bronkiti obstruktiv (J44.-)
- Sëmundje pulmonare obstruktive (J44.9-)
- Emfisema (J43)
- Emfizema panlobulare (J43.1)

- Emfizema panazinous (J43.2)
- Emfizema centrilobulare (J43.8)
- Emfizemë tjetër (J43.9)
- Astma bronkiale (J45)
- Bronkiti astmatik (J45.9)
- Tracheitis (J42)
- Tracheobronchitis (J42)
- Emphysema (J43.-)
- Shifrat e pesta të mëposhtme duhet të përdoren për J44 për të treguar shkallën e pengimit:
- FEV1 <35% e pikës së caktuar (J44.0)
- FEV1 >=35% dhe <50% e pikës së caktuar (J44.1)
- FEV1 >=50% dhe <70% e pikës së caktuar (J44.2)
- FEV1 >=70 % e pikës së caktuar (J44.3)
- FEV1 i papërcaktuar (J44.9)
- Sëmundje pulmonare obstruktive kronike me infeksion akut të traktit të ulët respirator (J44.0)
- Sëmundje pulmonare obstruktive kronike me acarim akut, e papërcaktuar (J44.1)
- Sëmundje të tjera kronike obstruktive pulmonare të specifikuar (J44.8)
- Sëmundje pulmonare obstruktive kronike, e papërcaktuar (J44.9)
- Astma bronkiale (J45)
- Astma bronkiale akute e rëndë (J46)
- Astma bronkiale obstruktive kronike (J44.-)
- Astma bronkiale kryesisht alergjike (J45.0)
- Astma bronkiale alergjike ekzogjene [Astma ekztrinsike]
- Astma bronkiale jo-alergjike (J45.1)
- Astma bronkiale endokrine jo alergjike [Astma intrinsike]
- Forma të përziera të astmës bronkiale (J45.8)
- Astma bronkiale, e papërcaktuar (J45.9)
- Statusi Asmatik (J46)

Duke analizuar Raportin e morbiditetit të sëmundjeve jo ngjitëse obstruktive, gjegjësisht ICD10 J42-J46 (sëmundjet e lartëshënuara), sipas të dhënave të IKShPK të Kosovës mund të raportojmë vetëm për numrin e vizitat të pacientëve. Në bazë të tabelave të analizuara për vitet; 2018,2019,2020,2021, 2022 në të tri nivelet Shëndetësore rezultojnë se:

- Numri i vizitave është më e larta në Kujdesin Parësorë Shëndetësor (KPSH).
- Periudha Janar - Dhjetor 2020 është me numër më të lartë të vizitave.

Numri i lartë i vizitave në KPSH në këtë vit mendohet se është si arsye e vizitave të shumta për COVID 19, ku mjekët e mjekësisë primare kanë vendosur si diagnoza diferenciale sëmundjet obstruktive me COVID 19. Prej marsit ku filloi edhe raportimi i Covid 19, lidhur me këtë pandemi, mungesa e mjeteve diagnostike, komplikimet e sëmundjeve respiratore mendohet se kanë rritur numrin e raportimit të lartë të vizitave në këtë vit, në gjithsej **me 19001 vizita**.

Po këtu në krahasim me Kujdesin Shëndetësor Tretësor (QKUK), vërehet se po në këtë vit është numri **më i vogël 467** i raportimeve si pasojë e hospitalizimeve me raportim Covid 19.

- Në bazë të gjinisë dominon **gjinia mashkullore** në krahasim me atë femërore;

- Në bazë të moshës; dominon **mosha +65 vjeç**;
 - Në bazë të raportimit të diagnozave me ICD 10
- J44.0 është me numër më të madh në QKUK,
J44 është me numër më të madh në KDSH,
J40-J44 është me numër më të madh i raportimeve.

Referencat

- 1.WHO-Package Esencial for Noncommunicable disease interventions (PEN) www.who.int
- 2.Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease -2023 www.goldSPOK.org
- 3.Diagnosis and management for SPOK in primary care www.prcs-uk.org
- 4.ManuaL Trajnimi Përdorimi i Protokollit të mjekimit të Sëmundjes Obstruktive Pulmonare (SPOK) 2020
- 5."Chronic obstructive pulmonary disease in over 16" National Institute for Clinical Excellence July 2019 www.nice.org.uk/accreditation
- 6.Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Report Excecutive Summary www.https://doi.org
- 7.Sëmundjet Kronike të Mushkërive-menaxhimimi astmës , menaxhimi i sëmundjespulmonare obstruktive kronike (SPOK) WHO PEN
- 8.Menaxhimi Astmës Udhërrëfyes Klinik Ministria e Shëndetësisë së Kosovës www.msh.rks-gov.net
- 9.Udhërrëfyes Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor :Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK) Ministria e Shëndetësisë e Shqipërisë 2022
- 10.Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës, Përdorimi i te dhënave lejohet vetëm kur citohet burimi i të dhënave:

- RAPORTI I MORBIDITETIT NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR ((KPSH) NË KUJDESIN DYTËSOR SHËNDETËSOR (KDSH-SPITALET RAJONALE), NË KUJDESIN TRETËSORË SHËNDETËSOR (QKUK), TË KOSOVËS PËR PERIUDHËN JANAR-DHJETOR 2018
- RAPORTI I MORBIDITETIT NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR ((KPSH) NË KUJDESIN DYTËSOR SHËNDETËSOR (KDSH-SPITALET RAJONALE), NË KUJDESIN TRETËSORË SHËNDETËSOR (QKUK), TË KOSOVËS PËR PERIUDHËN JANAR-DHJETOR 2019
- RAPORTI I MORBIDITETIT NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR ((KPSH) NË KUJDESIN DYTËSOR SHËNDETËSOR (KDSH-SPITALET RAJONALE), NË KUJDESIN TRETËSORË SHËNDETËSOR (QKUK), TË KOSOVËS PËR PERIUDHËN JANAR-DHJETOR 2020
- RAPORTI I MORBIDITETIT NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR ((KPSH) NË KUJDESIN DYTËSOR SHËNDETËSOR (KDSH-SPITALET RAJONALE), NË KUJDESIN TRETËSORË SHËNDETËSOR (QKUK), TË KOSOVËS PËR PERIUDHËN JANAR-DHJETOR 2021
- RAPORTI I MORBIDITETIT NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR ((KPSH) NË KUJDESIN DYTËSOR SHËNDETËSOR (KDSH-SPITALET RAJONALE), NË KUJDESIN TRETËSORË SHËNDETËSOR (QKUK), TË KOSOVËS PËR PERIUDHËN JANAR-DHJETOR 2022

FJALORI

ADAPTE - Metodologji për adaptimin e udhërrëfyesëve.

HAPSINOR - Pajisje e ngjashme me tubin e quajtur hapsinor i cili mund të ndihmojë fëmijët ose të rriturit me probleme të frymëmarrjes, të cilët përdorin pompë.

NEBULIZERI - Mjet i shpërndarjes së barërave që përdoret për të administruar medikamentet në formën e avullit që shpërndahet në rrugët e frymëmarrjes.

INHALERI - POMPA (pMDI) - Pajisje mjekësore e përdorur për shpërndarjen e medikamenteve në rrugët e frymëmarrjes që funksionon përmes presionit në dozë të caktuar.

PULS OKSIMETRI – Paisje joinvazive për përcaktimin e saturimit të oksigjenit në gjak.

PEF metria - Metodë për përcaktimin e rrjedhës maksimale ekspiratore përmes paisjes Peak Flow Meter

PEAK FLOW METER - Pajisje e vogël, e cila mbahet me dorë që përdoret për të monitoruar aftësinë e një personi për të nxjerrë frymën nga mushkëritë.

SPIROMETRIA - Është një nga testet që përdoret për të vlerësuar sa mirë funksionojnë mushkëritë duke matur sa ajër thithet, sa nxirret dhe sa shpejt është nxjerrë.

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure – Pajisje për presion pozitiv të vazhdueshëm të ajrit

KANULA NAZALE – gyp për furnizimin me oksigjen përmes hundës

VENTURI MASKA - gyp për furnizimin me oksigjen përmes gojës

RESPIRATORI – Aparat për frymëmarrje të asistuar

AKRONIMET –SHKURTESAT

WHO	World Health Organisation
WHO-PEN	World Health Organisation – Package of Essential Noncommunicable
PICO	Popullation Intervention Comparison Outcomes - popullata, intervenimi, krahasimi, rezultatet
AGREE	Appraisal of Guidelines for Resarch Evaluation instrumenti AGREE
AQH	Accesibile Quality Healthcare - Kujdesi shëndetësor i qasshëm dhe kualitativ
ICH	Intergated Health Care
NICE	National Intitute for Clinial Excellence
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseas - Iniciativa Globale për Sëmundjet Kronike Obstruktive të Mushkërive
MSh	Ministria e Shëndetësisë
GAU	Grupi për Adaptimin e Udhërrëfyesit
SPOK	Sëmundjet Kronike Obstruktive Të Mushkërive
KPSh	Kujdesi Parësor Shëndetësor
QKMF	Qendra Kryesore Mjekësisë Familjare
QMF	Qendra Mjekësisë Familjare
KDSh	Kujdesi Dytësor Shëndetësor
SHSUKK	Shërbimi Spitalor Universitare Klinik i Kosoves
KTSh	Kujdesi Tretësor Shëndetësor
IKShPK	Instituti Kombëtar i Shëndetit Publik të Kosovës
SPOK	Chronic obstructive pulmonary disease/Sëmundja pulmonare obstruktive e mushkërive
FEV	Forced expiratory volumen -Vëllimi i sforcuar i ekspiriumit
FEV 1	Forced expiratory volumen in 1 second -Vëllimi i sforcuar i ekspiriumit në sekonden 1
FVC	Kapaciteti vital i sforcuar
MRC	Medical Reserch Council – Këshilli Shëndetësor Hulumtues
BOLD	Programi i Barës së Sëmundjeve Obstruktive të Mushkërive
ICD 10	International Classification of Diseaes 10-Klasifikimi Ndërkombëtar Sëmundjeve 10
PEF	Peak Expiratory flow – Rrjedhja maximale expiratore
SABA	Short acting Beta-Agonist – Beta Agonist me veprim të shkurtër
SAMA	Short-acting muscarinic antagonist - Antagonist muscarinik me veprim të shkurtë
LABA	Long Acting β Agonist – β Agonistet me veprim të gjatë
LAMA	Long Acting Muscarinic Antagonist -Antagonist Muscarinig me Veprim të gjatë
ICS	Inhale corticosteroid – Kortikosteroidet inhalatore
CAT	Test për vlersimin përmes pyësorit
GERD	Gatroeosophageal reflux Disease – Sëmundja Refluksi Gastroezofageal
RP	Rehabilitimi Pulmonar
NP	Peptidi Natrouretik
RCT	Randomisated Control Trial Hulumtimet e kontrolluara të randomizuara
PRISm	Preserved ratio impariment spirometry
DLCO	Kapaciteti difuziv për monoksidin e karbonit
BMI	Indeksi i Masës Trupore
MDI	Metered Dosis Inhalator – Inhaler me dozë të matur
LDCT	Low dose Computed tomography – Tomografia e kompjetizuar me dozë të ultë
CT	Computed tomography - Tomografia e kompjetizuar
HRCT	High resolution CT scan - tomografia e kompjetizuar me rezulucion të lartë
SpO ₂	Saturimi oksigjenimit në gjak
DPI	Dry Powderd Inahler - Inhalator i pluhurit të thatë

NIV	Ventilimit mekanik joinvaziv
SMI	Soft Mist Inahler
SGRQ	Pyetësori respirator sipas Seint George
PPE	Personal Protective Equipement – Mjetet Mbrojtëse Personale
PCT	Procalcitonin
UK	Udhërrëfyesi Klinik
GAU	Grupi për adaptimin e udhërrëfyesit
PICO	Popullation Intervention Comparasion Outcomes - popullata, intervenimi, krahasimi dhe rezultatet
NHLBI	National Hart Lung Blood Institute – Instituti Kombëtar për Zemër, Mushkëri dhe Gjak
TIFFENEAU	Indeks Parametër që rrjedhë nga raporti FEV1/FVC që përdoret për të vërtetuar se a janë ndërrimet obstruktive apo restriktive
MRCGP[INT]	Member of Royal College of General Practicioner
ESP	Edukimi Specialistik Postdiplomik