



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: 55/IV/2026

Datë: 10.04.2026

Ministria e Shëndetësisë Ministry of Health	Prishtinë
Org. Juriçka Org. Juriçka	01
Org. Juriçka Org. Juriçka	05-2675
Nr. i fashës No. pages	-101-
Data Date	10 / 04 / 20 26
Prishtinë / 3	

Ministri i Ministrisë së Shëndetësisë, në mbështetje të Nenit 145 (pika 2) e Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 10 dhe 11 të Ligjit Nr. 06/L-113 për Organizimin dhe Funksonimin e Administratës Shtetërore dhe të Agjencive të Pavarura (Gazeta Zyrtare Nr. 7, 01 Mars 2019), bazuar në nenin 11 të Ligjit Nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, nenin 12, paragrafi 1, pika 1.1. Rregullores (QRK) - nr. 04/2026 për fushat e përgjegjësisë administrative të ministrive, duke u bazuar në nenin 15 të Udhëzimit administrativ Nr.06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike, si dhe Kërkesën nr. prot. 05-2201 datë 24.03.2026, nxjerrë këtë:

V E N D I M

- I. Aprovohet Udhërrëfyesi Klinik "Rreziku i mbidozimit ndaj alkoolit dhe drogave tjera".
- II. Shtojcë e këtij vendimi është Udhërrëfyesi Klinik "Rreziku i mbidozimit ndaj alkoolit dhe drogave tjera".
- III. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Ministri i Shëndetësisë.

Dr. Arben Vitia

Minister i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:

- Sekretarit i Përgjithshëm;
- Departamentit ligjor;
- Kryesuesit të KKUPK;
- Departamentit të PSSh;
- Arkivit të MSh-së.



Republika e Kosovës

Republika Kosova - Republic of Kosovo

Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

RREZIKU I MBIDOZIMIT NDAJ ALKOOLIT DHE DROGAVE TJERA

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. Premtim Rashiti – Anëtar

Dr. Lauras Idrizi – Anëtar

Z. Agron Bytyqi – Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së adaptimit të udhërrëfyesve klinik:

Prof. Dr. Merita Berisha – Kryesuese

Dr. Merita Vuthaj – Anëtare

Dr. Drita Lumi – Anëtare

Dr. Vlora Ibishi – Anëtare

Dr. Mehmet Uka – Anëtar

Grupi punues:

Dr. Laura Shehu – Kryesuese

Dr. Samire Gashi- Braina – Anëtare

Dr. Albana Morina Sahiti – Anëtare

Znj. Elvane Kukalaj – Anëtar

Mr.Ph. Agon Shala – Anëtar

Përmbajtja

I.HYRJE	5
1.1 Qëllimi dhe fokusi	6
1.2 Të dhënat për Kosovë.....	6
1.3 Popullata e synuar	9
1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit	9
1.5 Pyetjet	9
II.METODOLOGJIA.....	10
III.PËRKUFIZIMET	11
IV. REKOMANDIMET	14
V. PARIMET E PËRGJITHSHME TË KUJDESIT PËR ABSTINENCË	15
5.1 Alkooli	22
5.2 Kanabisi	33
5.3 Psikostimulantët.....	39
5.4.Opioidet.....	45
5.5.Gama Hidroksibutirat [GHB]	53
5.6. Gabapentinoidet	58
5.7 Benzodiazepinat.....	63
VI. STANDARDET E AUDITUESHME	70
VII.PROCESI I ADAPTIMIT TË UDHËRRËFYESIT	71
VIII. APLIKIMI DHE ZBATIMI I UK-së NË RRETHANAT TONA	72
IX.REFERENCAT.....	73
X. SHKURTESAT	74
XI. SHTOJCAT	75

Udhërrëfyesi klinik ” Rreziku i Mbidozimit ndaj Alkoolit dhe Drogave tjera” është hartuar nga grupi punues multidisciplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë- Republika e Kosovës: Vendimi me nr.prot. 05-4304 dt. 05/06/2025.

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Dr. Laura Shehu | Kryesuese, Mjeke, Specialiste e Shëndetit Publik; |
| 2. Dr. Samire Gashi- Braina, | anëtar, Psikiatër, Kl. Psikiatrike |
| 3. Dr. Albana Morina – Sahiti, | anëtar, Mjeke/ Mjeke Familjare KPSH |
| 4. Znj. Elvane Kukalaj, | anëtar, Infermiere/Zyrtare, Divizioni i Shëndetit Mendor |
| 5. Mph Agon Shala, | anëtar, Farmacist |

I.HYRJE

Në dekadën e fundit mbidozimi nga alkooli dhe drogat tjera, është shëndrruar në një ndër problemet me shqetësuese të shëndetit publik. Rritja e konsumimit të substancave psikoaktive, qasja e lehtë në sigurimin e tyre, ka ndikuar në rritjen alarmante të numrit të rasteve me mbidozim dhe me vdekje të parakohshme. Mbidozimi nuk prek vetëm individin, por manifestohet me pasoja të rënda edhe për familjen, komunitetin dhe sistemin shëndetësor.

Në vitin 2022, afërsisht 60 milionë individ në nivel global ishin të përfshirë në përdorimin jo-mjekësor të opioideve, duke përfshirë përdorimin e drogave si: heroinën, morfën, kodeinën, fentanilin, metadonin, tramadolin dhe substanca të tjera të ngjashme.

Përdorimi i tyre i rregullt jo-mjekësor, përdorimi i zgjatur, përdorimi me injektim, keqpërdorimi dhe përdorimi pa mbikëqyrje mjekësore, mund të çojë në varësi nga opioidet që shoqërohet me një barrë të konsiderueshme shëndetësore.

Nga 600,000 vdekje që i atribuohen përdorimit të drogës, rreth 450,000, janë për shkak të përdorimit të opioideve. Toksiciteti akut nga opioidet është një ndër arsyet më të zakonshme për paraqitje në emergjencë. Në të gjithë Evropën, opioidet janë drogat më të shpeshta që ndikojnë në paraqitjet e toksicitetit akut [sidomos heroina], por toksicitet, mund të shkaktojnë edhe opioidet e tjera përfshirë edhe metadonin. Është thelbësore që individët me varësi nga opioidet dhe ata në rrezik të mbidozës nga opioidet të kenë qasje në parandalim, zvogëlim të dëmit, trajtim dhe kujdes të cilësisë së lartë, të përbalueshme, etike dhe të bazuara në prova.

Faktet kryesore¹

Sipas vlerësimeve të fundit të OBSH-së;

- ❖ 600,000 vdekje, i atribuohen përdorimit të drogës;
- ❖ 450,000 vdekje, i atribuohen përdorimit të opioideve.

Derisa, rreth 64 milionë individ, që përdorin drogë në nivel global, vlerësohet se jetojnë me çrregullime, qasja në trajtim mbetet shumë e kufizuar; më pak se 10% e tyre kanë qasje në të.² Aktualisht, Organizata Botërore e Shëndetësisë, është duke punuar përmes Grupit për zhvillimin e Udhërrëfyesve [GDG], për përditësimin e dy udhëzuesve, me qëllim të përmirësimit të disponueshmërisë dhe aksesit në trajtimin e varësisë nga opioidet, për zvogëlimin e numrit të vdekjeve nga mbidoza e opioideve, duke ofruar rekomandime të bazuara në prova për trajtimin farmakologjik, të asistuar psikosocial, dhe për ndërhyrjet për parandalimin dhe menaxhimin e mbidozës së opioideve.

² [WHO updates guidelines on opioid dependence treatment and overdose prevention](#)

1.1 Qëllimi dhe fokusi

Qëllimi i këtij udhërrëfyese është të përmirësojë cilësinë e kujdesit dhe rezultatet e trajtimit për pacientët që përdorin substanca psikoaktive. Për më tepër ky udhërrëfyese ka për qëllim të ofroj shpjegime më të detajuara lidhur me menaxhimin fillestar, të toksicitetit akut opioid që lidhet me përdorimin e opioideve të paligjshme, dhe/ose keqpërdorimin [përdorim jo-mjekësor] ose vetëdozimin e qëllimshëm apo mbidozën.

Ky udhërrëfyese synon të ndihmojë mjekët, klinicistët, dhe profesionistët e shëndetit mendor në trajtimin e pacientëve, duke ofruar të dhëna të bazuara në prova që synojnë të rrisin njohurit për përdorimin e duhur të terapive sipas standardeve më të avancuara ndërkombëtare.

Udhëzimet klinike të paraqitura synojnë të ofrojnë një pasqyrë të qartë mbi ndërhyrjet e njohura të trajtimit të bazuara në prova, duke u mbështetur si në literaturën shkencore bashkëkohore dhe atë gri, ashtu edhe në përvojën praktike klinike. Këto udhëzime janë në përputhje edhe me parimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë [OBSH] për trajtimin e mbidozës dhe varësisë nga drogat.

1.2 Të dhënat për Kosovë

Në Republikën e Kosovës aktualisht nuk dihet numri i saktë i personave që rregullisht përdorin drogë. Përshtypjet janë që ekziston një rritje viteve të fundit, veçanërisht tek personat e rinj.³

Megjithatë sipas të dhënave të ESPAD në vitin 2019, Kosova, krahasuar me vendet evropiane, vazhdon të jetë vendi me disponueshmërinë më të vogël të drogave. Sipas këtyre të dhënave, disponueshmëria e 'kanabisit' tek të rinjtë është 11%, dukshëm më e ulët se mesatarja e vendeve evropiane e studiuar nga ESPAD, e që është 32%.

Poashtu, 'ekstazi' sipas këtij studimi është e disponueshme 4.7% në krahasim me mesataren evropiane prej 14%. Amfetamina' 2.8% në krahasim me mesataren 10%, 'metamfetamina' 2.9% krahasuar me 8.5%, 'kokaina' 5% krahasuar me 13%, dhe 'crack' 3.1% krahasuar me mesataren evropiane 10% nga të intervistuarit. Me disa përjashtime të vogla, sipas këtij sondazhi, meshkujt janë më të prirur për të përdorur drogat se femrat.

Të dhënat për Kosovën tregojnë poashtu përqindje më të vogël të fëmijëve nën moshën 13 vjeçare që kanë provuar substanca, krahasuar me mesataren evropiane p.sh. kanabisi në Kosovë 1.7% krahasuar me mesataren 2.4%. Kosova sipas këtyre të dhënave poashtu ka numrin më të vogël të personave që përdorin drogat e paligjshme rregullisht gjatë jetës 4.2%, krahasuar me mesataren evropiane prej 17% nga të intervistuarit.

Ndërsa sa i përket konsumimit të alkoolit - bazuar në të dhënat e hulumtimit STEPs 2019⁴, përqindja e përdorimit të alkoolit nuk është e lartë në Kosovë, 70.6% e të anketuarve janë deklaruar se nuk kanë konsumuar alkool asnjëherë në jetën e tyre [[60.4% meshkuj dhe 80.9%

³ Strategjia Shtetërore Kundër Drogave 2024-2028: fq.7

⁴ Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2025-2030 fq.30

femra], përderisa në vitin 2011 84.4% nuk konsumonin alkool [75.5% meshkuj dhe 93.1% femra]. Nga këto të dhëna vërehet rritje e numrit të konsumuesve të alkoolit krahasuar me vitin 2011.

Përqindja e të anketuarve në STEPs 2019, që kanë konsumuar alkool në 30 ditët e fundit, ka qenë 15.6% [23.6% meshkuj dhe 7.4% femra], përderisa në vitin 2011 8.4% kanë deklaruar që kanë konsumuar alkool në 30 ditët e fundit, meshkujt 14.6% dhe femrat 2.3%. Nga rezultatet krahasuese shihet se në vitin 2019 në përgjithësi ka rritje të përdorimit të alkoolit, me theks të veçantë te femrat⁵. Në Kosovë aktualisht, një numër i madh i Institucioneve kompetente janë duke i adresuar problemet lidhura me drogat.

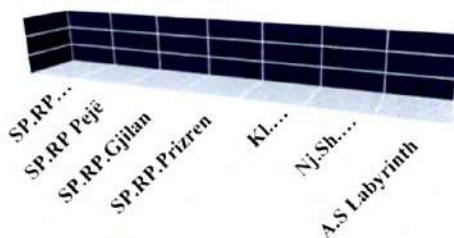
Ministria e Shëndetësisë ka zgjeruar qasjen e ofrimit të shërbimeve shëndetësore në institucionet publike të nivelit dytësor dhe tretësor përmes ofrimit të një strategji të strukturuar të trajtimit që përdorë metadonin për të ndihmuar individët të rikuperohen nga varësia ndaj opioideve, që individët të mund të ri-integrohet sa më shpejtë që të jetë e mundur në mjedisin e tyre shoqëror dhe familjar.

Programi i Terapisë Mbjtëse me Metadon në vend i referohet Udhëzimit Administrativ Nr.07/2017, për “Administrimin dhe Përdorimin e Metadonit për Programe Zëvendësuese,” Udhërrëfyesit klinik “Përdorimi i Metadonit për Trajtim Mbjtës me Opioide” dhe Procedurës Standarde Operative “Përdorimi i Metadonit në Qendrat që trajtojnë klientët me terapi mbajtëse [Programi TMM].

Programi i Terapisë Mbjtëse me Metadon zbatohet në shtatë qendra në vend: SP.Repartin Psikiatrik-Gjakovë; SP.Repartin Psikiatrik-Pejë; SP.Repartin Psikiatrik-Gjilan; SP/Repartin Psikiatrik- Prizren; QKUK- Klinikën Psikiatrike; Njësitet Shëndetësor të Burgjeve; dhe në Ambulancën Specialistike të Psikiatrisë- Ambulancë e Psikologjisë Klinike “ Qendra mediko-psikoterapike”Labyrinth.”

Tab.1. Qendrat zbatuese të programit të terapisë mbajtëse me metadon

Qendrat zbatuese të programit të terapisë mbajtëse me metadon



Në kuadër të shërbimeve me shtretër në ShSKUK/ QKUK, në Klinikën e Psikiatrisë, ekziston Reparti i posaçëm për trajtimin hospitalor të të varurve nga alkooli dhe drogat tjera. Trajtimi i ofrohet personave me varësi fizike e psikike për t’u ballafaquar me abstinencë.

⁵ Strategjija Sektoriale e Shëndetësisë 2025-2030 fq.30

Ky trajtim i bazuar në detoksikim përfshinë: alkoolin, medikamentet e përshkruara dhe drogat ilegale si: kanabinoidet, opioidet, psikostimuluesit etj. Klientët të cilët i plotësojnë kriteret që të hyjnë në trajtim, duhen të jenë të gatshëm të nënshkruajë kontratën terapeutike dhe të jenë të motivuar të pranojnë trajtimin i cili është i vullnetshëm. Kriter kryesor për trajtim hospitalor është motivimi.

Të dhënat për vitet e fundit kanë treguar rritjen e kërkesave për trajtim klinik përmes programit të detoksikimit për klientët që keqpërdorin substanca psikoaktive.

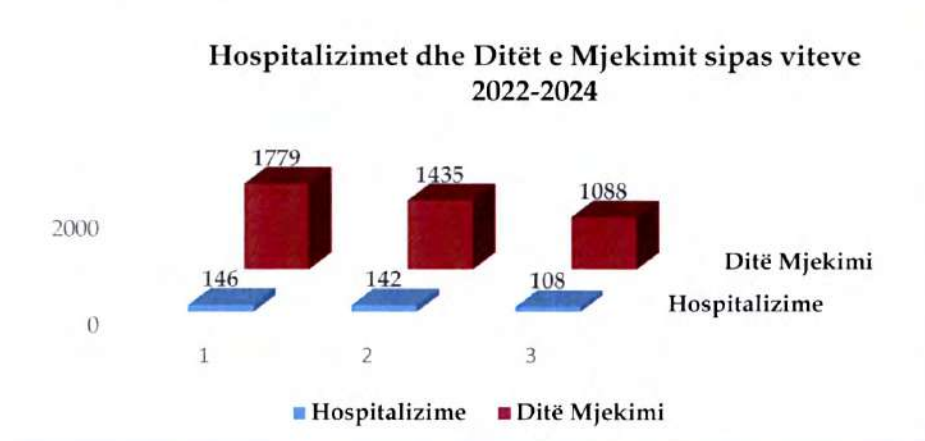
Reparti i Sëmundjeve të Varësisë ofron shërbimet në vijim:

- ❖ Vlerësimin psikiatrik për identifikimin e varësisë dhe çrregullimeve tjera bashkëshoqëruese;
- ❖ Trajtimin spitalor që nënkupton: detoksikimin e kontrolluar për substancat psikoaktive si opioidet, kanabinoidet, psikostimuluesit, alkooli, benzodiazepinat etj;
- ❖ Analizat laboratorike rutinore;
- ❖ Trajtimin me medikamente për menaxhimin e simptomave të absincencës nga varësia;
- ❖ Psikoterapin individuale;
- ❖ Psikoterapin grupore;
- ❖ Kujdesin spitalor 24 orësh;
- ❖ Edukimin psikosocial dhe këshillim për familjarët;
- ❖ Trajtimin ambulantor – konsulta të rregullta;
- ❖ Mbështetje psikosociale si dhe terapi afatgjate për rehabilitim.

Sipas statistikave që i disponon Klinika Psikiatrike nga Reparti i Sëmundjeve të Varësisë lidhur me hospitalizimet dhe ditët e mjekimit, në vijim janë paraqitur të dhënat:

- ❖ Në vitin 2022, kanë qenë gjithësej 146 hospitalizime me 1779 ditë mjekimi;
- ❖ Në vitin 2023, kanë qenë gjithësej 142 pranime me 1435 ditë mjekimi;
- ❖ Në vitin 2024, kanë qenë gjithësej 108 hospitalizime me 1088 ditë mjekimi dhe
- ❖ Në vitin 2025, deri në muajin korrik rreth 88 hospitalizime.

Graf 2. Hospitalizimet dhe ditët e mjekimit sipas viteve 2022-2024



1.3 Popullata e synuar

Popullata e synuar janë adoleshentët, të rriturit dhe të moshuarit; individët që përdorin alkool dhe substanca të tjera psikoaktive si dhe personat me histori familjare të abuzimit me alkool apo droga tjera. Këto grupe janë më të rrezikuara nga mbidozimi dhe përballen me pasoja më të rënda shëndetësore, prandaj paraqiten si objektiv kryesor i masave parandaluese të parashikuara në këtë udhërrëfyes.

1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit

Ky udhërrëfyes u dedikohet të gjithë drejtuesve dhe profesionistëve shëndetësor në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësorë që ofrojnë shërbime shëndetësore për trajtimin e pacientëve/klientëve që përdorin alkool dhe droga tjera.

1.5 Pyetjet

- ❖ Cilat janë simptomet e mbidozimit?
- ❖ Si trajtohet mbidoza akute me opioide tek të rriturit?
- ❖ Cilat vlerësime sugjerohen për pacientët e varur ?
- ❖ Cili është plani i trajtimit?
- ❖ Cilat janë intervenimet?
- ❖ Si bëhet menaxhimi i abstinencës ?
- ❖ Si menaxhohen krizat e abstinencës
- ❖ Cilat janë modalitetet specifike të trajtimit farmakologjik.

II.METODOLOGJIA

Ky udhërrëfyes është hartuar nga grupi punues multidisiplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë-Republika e Kosovës.Të gjithë anëtarët e grupit punues para hartimit të këtij udhërrëfyesi kanë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesi për çka edhe kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit.

Ky udhërrëfyes është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të adaptimit të udhërrëfyesve duke u shërbyer me dokumentin AGREE II, dhe marrja e vendimeve dhe rekomandimeve nga anëtarët e grupit punues është bërë me konsensus [me pëlqim të plotë të të gjithë anëtarëve të grupit punues].

Grupi punues ka rishikuar udhërrëfyesit klinik të publikuar në vitet e fundit, me rekomandime të qëndrueshme dhe me shkallë të lartë të evidencave. Janë shqyrtuar shumë udhërrëfyes klinik dhe përfundimisht grupi punues është përcaktuar për udhërrëfyesit në vijim:

- ❖ “Guideline for the Assessment and Management of Acute Opioid Toxicity in Adults in the Emergency Department” 2024, Royal College of Emergency Medicine, 2024 [last revised 2024];
- ❖ “Management of Withdrawal from Alcohol and Other Drugs 2022”;
- ❖ “Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute for the NSW Ministry of Health. September 2019”;
- ❖ “Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders”;
- ❖ “Udhërrëfyesi Klinik-Trajtimi i Alkoolit dhe Drogave Tjera,” Ministria e Shëndetësisë, Prishtinë 2022.
- ❖ “Strategjia Shtetërore Kundër Drogave 2024-2028;
- ❖ “Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2025-2030;
- ❖ QKUK, Klinika Psikiatrike, Statistikat 2022-2025.

Udhëzimet dhe rekomandimet e dhëna në udhërrëfyesin klinik janë të bazuara në literaturën e përzgjedhur.Metodologjia e përdorur në literaturën e përzgjedhur për adaptimin e udhërrëfyesit i referohet provave që mbështesin referencat. Niveli i preferuar i evidencës për adresimin e pyetjeve kërkimore është meta-analiza e kryer sipas standardeve të larta shkencore, e bazuar në prova të kontrolluara të rastësishme. Në përgjithësi, cilësia e provave të disponueshme për shumicën e ndërhyrjeve të trajtimit ishte e lartë. Tek nën-grupe specifike të popullatës, si dhe tek grupet e stigmatizuara u shqyrtuan provat klinike aty ku ishin të disponueshme, ose në të kundërt, u mbështetën në opinionin e ekspertëve. Grupi punues është referuar në metodën e përshtatshmërisë RAND/UCLA, në të cilën është marrë në konsiderat opinionin e ekspertëve të lëmisë mbi adaptimin e temave konform rrethanave të vendit tonë.

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas tri-viteve, por gjithnjë duke u bazuar në rekomandimet më të reja të organizatave kredibile ndërkombëtare.

III.PËRKUFIZIMET

Ambulatorë: Trajtimi i ofruar një pacienti, në një klinikë ose qendër mjekësore. Pacientët nuk pranohen në spital dhe nuk qëndrojnë gjatë natës.

Abstinenca: përfshinë një sërë simptome të pakëndshme që ndodhin pas ndërprerjes së papritur ose zvogëlimit të dozës së një substance psikoaktive që është konsumuar në doza mjaft të larta në një periudhë të gjatë kohore. Sindroma mund të jetë e shoqëruar me shenja të shqetësimit fiziologjik. Simptomet e abstinencës në bazë janë, të kundërta me ato që prodhohen nga vetë substanca psikoaktive. Abstinenca, nënkupton përmbajtja nga përdorimi i drogës dhe alkoolit në çdo kohë.

Amfetamina: një medikament stimulues i sistemit nervor qendror që ndikon në sistemin nervor qendror dhe periferik që shkakton një rrjedhje të neurotransmetuesve [dopaminës, serotoninës dhe noradrenalinës] në tru. Termi përfshinë tre lloje amfetaminash: amfetaminën, deksamfetaminën dhe metamfetaminën.

Buprenorfina: një medikament agonist i pjesshëm opioid.

Benzodiazipina: Agonistët e receptorëve të benzodiazepinës [BZRA]; një klasë medikamenteve që veprojnë në sistemin nervor qendror, duke rritur lidhjen e GABA-s dhe hapjen e kanaleve jonike të klorurit. Ato lehtësojnë aktivitetin frenues dhe kanë veti hipnotike, anksiolitike, antikonvulsive dhe relaksuese të muskujve.

Dëshira: nënkupton një dëshirë shumë e fortë për një substancë ose për efektet dehëse të asaj substance.

Delirium Tremens: Delirium nga abstinenca ndaj alkoolit, një gjendje akute konfuzë që ndodh gjatë abstinencës nga alkooli, e karakterizuar nga pulsi i shpejtë, turbullimi i vetëdijes, dehidratimi, deliriumi, temperatura e lartë e trupit, djersitje, frikë ekstreme, hipertension, takikardi, dridhje dhe halucinacione.

Depresivët: nënkupton çdo substancë që shtyp, pengon ose zvogëlon disa aspekte të aktivitetit të sistemit nervor qendror. Depresivët e sistemit nervor qendror janë qetësuesit/hipnotikët, opioidët dhe neuroleptikët

Doza Adekuate: nënkupton dozën e një medikamenti për paraqitjen e efekteve terapeutike.

Encefalopatia e Wernicke-ut: një sindromë neurologjike akute, kërcënuese për jetën, që shkakton: konfuzion, paralizë të muskujve okular, të shikimit [nistagmus], neuropati periferike dhe ataksi.

Shkaku i saj më i zakonshëm është mungesa e thiamines [vitamina B1], shpesh e shoqëruar me përdorim të tepërt, afatgjatë të alkoolit. Nëse nuk trajtohet menjëherë me Thiamine, pacienti ka të ngjarë të përparojë në një sindromë amnezike të përhershme [Psikoza e Korsakoff-it]. Në

disa raste, mund të ndodhë fataliteti. **Shënim:** Gjithmonë sigurohuni që tiamine[thiamine] të jepet para glukozës nëse ka ndonjë dyshim për encefalopati të Wernicke-ut.

Gabapentinoidet: [pregabalina dhe gabapentina], janë analog të GABA-s. Gabapentinoidet janë të miratuara për trajtimin e dhimbjes neuropatike tek të rriturit dhe trajtimin e disa çrregullimeve të konvulsioneve. Efektet e dëshiruara të përdorimit rekreativ të gabapentinoideve përfshijnë: qetësim, eufori, halucinacione, disinhibimin.

Gama-hidroksibutirat [GHB] / Gama-butirolakton [GBL]: është qetësues i sistemit nervor qendror, që vepron në receptorët GABA-B dhe GHB në tru. Dozat më të ulëta prodhojnë efekte të ngjashme me stimuluesit, duke përfshirë eufori, disinhibicion dhe rritje të libidos, megjithatë, dozat supratherapeutike mund të çojnë në depresion të thellë të SNQ-së dhe deprimim të frymëmarrjes.

Intoksimi: nënkupton gjendjen që rezulton nga përdorimi i një substance psikoaktive që shkakton ndryshime në sjellje dhe ndryshime fizike.

Kanabisi: kanabisi prodhohet nga kokat e thara të luleve dhe gjethet e bimës, përbërësit kryesorë aktivë në kanabis janë tetrahidrokanabinoli [THC] dhe kanabidioli [CBD].

Kokaina: një stimulues i fuqishëm i sistemit nervor qendror që rrjedh nga bima cocoa, e përdorur për qëllime jo mjekësore për të shkaktuar eufori ose zgjim. Shpesh shitet si pluhur i bardhë, i tejdukshëm, kristalor.

Komorbidityteti: në kontekstin e menaxhimit të abstinencës, i referohet një personi që ka gjendje bashkëshoqëruese, të përdorim të substancave dhe probleme të shëndetit mendor ose shëndetit fizik.

Kujdesi i vazhdueshëm: në kontekstin e menaxhimit të abstinencës, kujdesi i vazhdueshëm i referohet menaxhimit të kujdesit pas abstinencës. Kujdesi i vazhdueshëm përfshinë: referimin në këshillim, trajtim mirëmbajtës në grupe vetëndihmëse dhe shërbime familjare.

Trajtim intraspitalor: nënkupton trajtimin e ofruar të një pacienti të shtruar në një institucion spitalor me shtretër, qoftë në një njësi të specializuar të abstenimit të varësisë apo në një repart spitalor të përgjithshëm.

Mbidoza: është përdorimi i çdo medikamenti në një sasi të tillë që në mënyrë akute shkakton efektet të pafavorshme fizike ose mendore. Mbidoza mund të ndodhë kur një person ka marrë më shumë dozë nga një substancë se sa doza terapeutike e rekomanduar ose sasi që tejkalon tolerancën, qoftë qëllimisht apo aksidentalisht.

Metadon: nënkupton një medikament opioid sintetik.

Metamfetamina: amfetamina më e zakonshme e paligjshme, e disponueshme në formë pluhuri, ose kristaleve.

Metilenedioksimetamfetamin [MDMA]: është drogë psikostimuluese sintetike që ndikon në sistemin nervor qendror. Më shpesh e njohur si ekstazi.

Naloxone: është një antagonist i receptorëve opioide që ndryshon tiparet e intoksikimit nga opioidet. Shpesh përdoret për trajtimin e mbidozës nga opioidet.

Opioid: Termi i përgjithshëm që zbatohet për alkaloidet nga lulëkuqja e opiumit, si dhe analogët e tyre sintetik dhe përbërjet e sintetizuara brenda trupit.

Psikostimulantët: substancë psikoaktive që ndikon në sistemin nervor qendror dhe periferik që ndikon në lirim të dopaminës, serotoninës dhe noradrenalinës në sistemin nervor.

Rikthim/Relaps: Një kthim në përdorimin e substancave pas një periudhe abstinence.

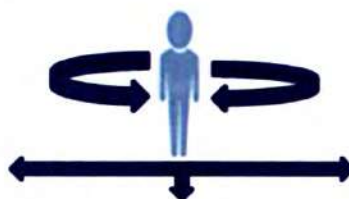
Varësia: është një sindromë e karakterizuar nga përdorimi i detyrueshëm i një substance përkundër njohjes së pasojave negative të përdorimit të tillë.

Stimulues: Çdo agjent që aktivizon, rrit aktivitetin e sistemit nervor qendror. Stimuluesit përfshijnë amfetaminën, kokainën, kafeinën dhe nikotinën.

Toleranca: Një rënie në përgjigjen ndaj një doze substance psikoaktive që ndodh me përdorim të vazhdueshëm.

IV. REKOMANDIMET

Naloxoni është një antagonist i receptorëve opioide që ndryshon tiparet e intoksikimit nga opioidet. Shpesh përdoret për trajtimin e mbidozës nga opioidet.



Organizata Botërore e Shëndetësisë rekomandon:

- I. Naloxoni të vihet në dispozicion të personave, që ka të ngjarë të jenë dëshmitarë të një mbidoze opioide, si dhe rekomandon realizimin e trajnimeve në menaxhimin e mbidozës së opioideve. Në rast të dyshimit për mbidozë të opioideve, ndihmësit e parë duhet të përqëndrohen në menaxhimin e rrugëve të frymëmarrjes, ndihmën në ventilim dhe administrimin e naloxonit. Pas ringjalljes së suksesshme, pas administrimit të naloxonit, gjendja e vetëdijes dhe e frymëmarrjes së personit të prekur duhet të monitorohet nga afër derisa të arrihet shërimi i plotë;
- II. Përdorimin e një sërë opsionesh trajtimi për varësinë nga opioide si trajtimin mbajtës me agonist opioide [me medikamente të tilla si metadoni dhe buprenorfina], të cilët kanë provat më të forta për efektivitetin dhe kosto-efektivitetin, trajtim, mbështetje psikosociale, dhe trajtim farmakologjik me antagonist opioide [si naltrexoni].
- III. Efektet anësore nga naloxoni kanë më shumë gjasa të ndodhin kur përdoren doza të tepërta të naloxonit;
- IV. Në përgjithësi, pacientët duhet të monitorohen për të paktën katër orë pas dozës së fundit të naloxonit dhe për të paktën gjashtë orë pas kohës së dyshuar të përdorimit të opioidit. Kohëzgjatja e periudhës së monitorimit mund të jetë e nevojshme të rregullohet nga ky standard në varësi të kohëzgjatjes së efektit të opioidit të marrë.

OBSH-ja mbështetë vendet që punojnë në përmirësimin e mbulimit dhe cilësisë së programeve të trajtimit për varësinë dhe lobon përfshirjen e vendeve në këtë program.

V. PARIMET E PËRGJITHSHME TË KUJDESIT PËR ABSTINENCË

Kur një individ është i varur nga një substancë, ndërprerja e përdorimit të substancave psikoaktive, bart rreziqe për dëmtime fizike, trauma psikologjike dhe rrallëherë vdekje.

Qëllimi i kujdesit për ndërprerjen e varësisë është të minimizojë rreziqet që lidhen me ndërprerjen e varësisë dhe të zvogëlojë shqetësimin. Kjo rritë mundësinë e përfundimit të varësisë, duke i mundësuar kështu individëve të përfshihen në trajtime që do të zvogëlojnë dëmin në planin afatgjatë.

Arsyetimi dhe parimet themelore për kujdesin ndaj abstinencës

Qëllimi i kujdesit për abstinencën është të ofrojë mbështetje të përshtatshme për të mundësuar që abstinencia të përfundojë në mënyrë të sigurt.

Qëllimet kryesore të abstinencës nga substancat janë:

- ❖ Ndërprerja e përdorimit të substancave, qoftë përgjithmonë apo përkohësisht;
- ❖ Trajtimi i simptomave, gjendjeve bashkëshoqëruese dhe ndërlikimeve të përdorimit kronik;
- ❖ Angazhimi i pacientit në trajtim dhe kujdes të vazhdueshëm.

Abstinencia nuk është një trajtim i pavarur, është vetëm një pjesë e rrugëtimit të trajtimit. Mbështetja për abstinencën nuk duhet të refuzohet për shkak të dyshimeve në lidhje me angazhimin e pacientit për abstinencë afatgjatë.

Objektivat specifike varen nga rrethanat e pacientit dhe duhet të zhvillohen në konsultim me pacientin.

- ❖ Objektivi është abstinencia e sigurt, jo abstinencë afatgjatë. Mbështetja për abstinencë nuk duhet të refuzohet për shkak të dyshimeve në lidhje me angazhimin e pacientit për abstinencë afatgjatë. Reduktimi i përdorimit të substancave është një qëllim i vlefshëm për disa pacientë. Synimet specifike do të varen nga rrethanat e pacientit dhe duhet të zhvillohen në konsultim me pacientin;
- ❖ Absinencia duhet të ndërmerret vetëm nëse përfitimet e pritura i tejkalojnë dëmet;
- ❖ Zgjedhja e mjedisit të trajtimit varet nga siguria dhe gjasat për përfundim me sukses të procesit të abstinencës;
- ❖ Monitorimi dhe kujdesi klinik duhet të përshtaten sipas nevojave individuale;
- ❖ Elementet kryesore të kujdesit për abstinencë përfshijnë: ndërtimin e marrëdhënieve terapeutike, reduktimin e shqetësimit të pacientit, bashkëpunimin me pacientin dhe ofrimin e kujdesit mbështetës;
- ❖ Medikamentet për abstinencë përshkruhen vetëm për një kohëzgjatje të kufizuar, zakonisht në një regjim reduktues;
- ❖ Përfshirja e familjarëve dhe kujdestarëve, me pëlqimin e pacientit, mund të jetë e dobishme;

- ❖ Kini parasysh të shmangni çdo gjuhë ose qasje që mund të nxisë ose thellojnë turpin dhe diskriminimin tek pacientët që përdorin alkool dhe droga të tjera. Mund të jetë sfiduese të kërkonit këshilla dhe trajtim për problemet me alkool dhe droga tjera veçanërisht me abstinencën. Lidhja me trajtimin për alkool bazuar në prova pas abstinencës është një pjesë integrale e kujdesit për abstinencës;
- ❖ Hartoni një plan menaxhimi për pacientin pas ndërprerjes së varësisë që të lidhen me ofruesin tjetër të kujdesit gjatë transferimit të kujdesit;
- ❖ Ndërprerja paraqet një mundësi për të promovuar reduktimin e dëmit nëpërmjet ofrimit të informatave edukuese rreth praktikave më të sigurta të përdorimit të substancave, përfshirë administrimit e medikamenteve që ndikon në përmirësimin e stilit të jetës;
- ❖ Individët që kërkojnë mbështetje shpesh do të kenë një sërë problemesh të tjera shëndetësore;
- ❖ Trajtimi i abstinencës paraqet një mundësi për të ofruar kujdes gjithëpërfshirës dhe të integruar për t'i adresuar këto.

Kujdesi duhet të jetë i kombinuar: kujdes me mbështetje psikosociale, medikamente, e deri te kujdesi infermieror te format më komplekse të abstinencës.

Kujdesi i informuar për traumën

Ndërgjegjësimi i klinikistëve për traumën dhe ndikimet e saj fizike, psikologjike dhe sociale mund të kontribuojë, që ata të ndihmojnë pacientët në identifikimin e pikave të forta dhe strategjitë e tyre të mbijetesës dhe për të inkurajuar mobilizimi e këtyre pikave të forta në përballimin e abstinencës dhe punën drejt rikuperimit.

Parimet kryesore të punës në një paradigëmë që i përgjigjet traumës janë: siguria, zgjedhja, besueshmëria, bashkëpunimi dhe fuqizimi.

Hulumtimet tregojnë se përvojat pozitive në marrëdhëniet e një individi rrisin rikuperimin nga trauma, ndërsa përvojat negative e pengojnë atë. Puna aktive për të promovuar përvojat pozitive të marrëdhënieve në menaxhimin e abstinencës mund ti sjellë dobi pacientëve, stafit dhe shërbimeve, dhe të kufizojë ndikimet e mëtejshme negative të traumës.

Adresimi i stigmës dhe diskriminimit

Të gjithë klinikistët që trajtojnë pacientët që përdorin alkool dhe droga të tjera kanë përgjegjësinë të ofrojnë kujdes shëndetësor pa stigmatizim dhe diskriminim. Pacientët që përdorin alkool dhe droga të tjera, shpesh stigmatizohen se kanë bërë zgjedhje të pashëndetshme ose imorale, stereotipohen si të rrezikshëm ose të pabesueshëm dhe konsiderohen se kanë më pak të drejtë, akses në shërbimet shëndetësore. Stigma është një shkak i rëndësishëm i pabarazisë shëndetësore: mund të jetë një pengesë për kërkimin e ndihmës dhe mund të çojë në kujdes me cilësi të dobët dhe ndërprerje të parakohshme të trajtimit. Stigmatizimi dhe diskriminimi ndaj individëve që përdorin substanca mund të kenë një ndikim negativ tek pacientët:

- ❖ Gatishmëria për të marrë ndihmë mjekësore për trajtimin e ardhshëm ose të vazhdueshëm të problemeve shëndetësore;
- ❖ Aftësia për të marrë kujdes dhe trajtim cilësor terapeutik nga një gamë e gjerë e profesionistëve shëndetësor;
- ❖ Motivimi për të zbuluar statusin e tyre të përdorimit të alkoolit dhe/ose drogës, një histori të injektimit ose gjendjeve të bashkëshoqëruara.

Klinicistët duhet të sigurohen që bashkëveprimet e tyre me të gjithë pacientët, përfshirë ata që janë të varur nga substancat, të jenë respektuese, empatike dhe jo-gjykuese.

Sindromat e Përbashkëta të Abstinencës

Tabela.3. Sindromat e Përbashkëta të Abstinencës

Alkooli
<p>Fillimi: 6-24 orë pas konsumimit të fundit [në varësi të shkallës /shpejtësisë së rënies së nivelit të gjakut].</p> <p>.....</p> <p>Kohëzgjatja: 3-7 ditë [deri në 14 ditë me abstinencë të rëndë];</p> <p>.....</p> <p>Karakteristikat: ankth, agjitim, djersitje, dridhje, nauze, të vjella, ngërçe barku, diarre, anoreksi, mall, pagjumësi, presion i lartë i gjakut, puls dhe temperaturë, dhimbje koke, konfuzion, shtrembërim perceptiv, dezorientim, halucinacion, kriza të halucinacioneve.</p>
Agonistët e receptorit të benzodiazepinës
<p>Fillimi: 1-10 ditë [varësisht nga gjysma e jetës së medikamentit];</p> <p>.....</p> <p>Kohëzgjatja: 3-6 javë [mund të jetë më e gjatë];</p> <p>.....</p> <p>Karakteristikat: ankth, dhimbje koke, pagjumësi, dhimbje dhe dridhje muskulore, ndryshime perceptuese, ndjenja të jo-realitetit, depersonalizim, konvulsione.</p>
GHB
<p>Fillimi: 1-4 orë pas përdorimit të fundit.</p> <p>.....</p> <p>Kohëzgjatja: Deri në 21 ditë.</p> <p>.....</p> <p>Karakteristikat: Abstinencë e lehtë deri në mesatare: Dëshira, dridhje, pagjumësi, diaforezë, ankth, të përziera, takikardi, hipertension, agjitim, hipertermi.</p> <p>Abstinencë e rëndë: Mioklonus, dezorientim, shqetësim perceptues, delirium, konvulsione, bradikardi, rabdomiolizë, dëmtim renal.</p>
Gabapentinoidet
<p>Fillimi: 1-2 ditë pas përdorimit të fundit.</p> <p>.....</p> <p>Kohëzgjatja: 3-5 ditë për simptoma të rënda, simptoma të lehta të mbetura për disa javë;</p> <p>.....</p> <p>Karakteristikat: dhimbje koke, ankth, dëshirë për të vjellë, diarre, të dridhura, lodhje, palpitacione, të përziera dhe pagjumësi, agjitim, djersitje, takikardi, hipertension dhe dridhje.</p>

Kanabisi

Fillimi: Brenda 24 orëve.

Kohëzgjatja: 1-2 javë.

Karakteristikat: pagjumësi, dridhje; nervozizëm, shqetësim, ankth; zemërim, agresion.

Opioidet

Fillimi: 6-24 orë [mund të ndodhë më vonë me opioide me veprim më të gjatë].

Kohëzgjatja: arrin kulmin 2-4 ditë, ndërpritet 5-10 ditë[më e zgjatur për opioidet me veprim më të gjatë].

Karakteristikat: ankth, dëshirë për të ngrënë, tension muskolor, dhimbje muskujsh dhe kockash, ngërçe muskujsh dhe kontraksione të zgjatura, çrregullime gjumi, djersitje, skuqje të nxehta dhe të ftohta, piloereksion, hapje të gojës, lot dhe sekrecion nazal, ngërçe barku, të përziera, të vjella, diarre, palpitacione, presion i lartë i gjakut dhe puls, bebëza të zgjeruara të syve.

Psychostimulantët

Fillimi: 6-12 orë[kokainë]; 12-24 orë[amfetamina];

Kohëzgjatja: Faza e abstinencës zgjatë disa javë, ndërsa faza e shuarje së simptomëve mund të zgjasë disa muaj.

Karakteristikat: krizë, lodhje, afekt i sheshtë, pagjumësi, zvoglim i dëshirës për të ngrënë.

Abstenenca: luhatje të disponimit, nivelit të energjisë, dëshirës për të ngrënë, gjumë i çrregulluar, përqëndrim i dobët.

Zhdukje: vazhdimësi e tipareve të abstinencës që zhduket gradualisht.

Vlerësimi dhe Planifikimi i Kujdesit

Qëllimet kryesore të vlerësimit

Vlerësimi është hapi i parë në menaxhimin e abstinencës nga alkooli dhe drogat tjera.

- ❖ Parashikimi dhe menaxhimi i rreziqeve që mund të ballafaqohet pacienti për shkak të abstinencës;
- ❖ Identifikimi dhe reagimi ndaj sëmundjeve bashkëshoqëruese;
- ❖ Identifikimi i nevojave specifike të pacientit për të rritur mundësinë e përfundimit të abstinencës [d.th. përshtatja e trajtimit me nevojat e pacientit];
- ❖ Fillimi i planifikimit të kujdesit;
- ❖ Fillimi i ndërtimit të një marrëdhënie terapeutike me pacientin.

Elementet kryesore të vlerësimit

Informoni pacientin lidhur me secilin element të procesit të vlerësimit, merrni në konsiderat aftësinë e pacientit për t'i përpunuar informatat, se a ndikohet nga intoksimi, simptomat e abstinencës ose dëmtimet kognitive.

Informoni pacientin në lidhje me shenjat dhe simptomat e abstinencës, rrjedhën e abstinencës dhe opsionet për menaxhimin e abstinencës.

Shpjegoni se abstenenca nuk është një trajtim i pavarur dhe nuk ka gjasa të jetë i suksesshëm pa trajtim.

Vlerësimi duhet të përfshijë:

- ❖ Historinë e përdorimit të substancave që mbulon çdo substancë të përdorur, rreziqet që lidhen me përdorimin e shumë substancave dhe historinë e pacientit për abstinencë dhe çdo ndërlidhim të lidhur;
- ❖ Historinë mjekësore dhe të shëndetit mendor;
- ❖ Vlerësimin psikosocial për të identifikuar pritjet, mbështetjet, pengesat dhe preferencat që mund të ndikojnë në menaxhimin e abstinencës;
- ❖ Ekzaminim fizik që përfshinë një vlerësim të shenjave të intoksikimit dhe abstinencës;
- ❖ Ekzaminim e gjendjes mendore.

Vlerësimi i rrezikut të dëmtimit të vetes dhe të tjerëve

Kryeni një vlerësim paraprak të rrezikut për veten dhe të tjerët, dhe nëse është i nevojshëm një vlerësim më i detajuar i rrezikut. Intoksikimi e ndërlidon vlerësimin e menjëhershëm të rrezikut të vetëvrasjes. Nëse identifikohet rreziku për vetëvrasjeje tek një person i dehur, ai ose ajo duhet të monitorohet në një mjedis të përshtatshëm dhe të sigurt derisa të kryhet një vlerësim i plotë.

Identifikimi dhe reagimi ndaj dhunës në familje

Pyetjet në lidhje me dhunën në familje duhet të përfshihen gjithmonë në një vlerësim. Vlerësimi i dhunës në familje për gratë ofron një mundësi kritike për zbulimin e dhunës në familje dhe mundëson ofrimin e informatave për referim dhe mbështetje.

Mbrojtja e Fëmijëve

Në vlerësimin fillestar dhe gjatë gjithë trajtimit është thelbësore të pyetet për sigurinë dhe mirëqenien e çdo fëmije dhe të riturit nën kujdesin e pacientit.

Kjo mund të përfshijë fëmijët e vetë pacientit, ata që jetojnë në të njëjtën banesë, ose fëmijët dhe të rinjtë tek të cilët pacienti ka qasje.

Skriningu për çrregullimet nga lojërat e fatit

Ekzaminoni të gjithë pacientët për çrregullimet nga lojërat e fatit si pjesë e vlerësimit. Lojërat e fatit janë të zakonshme tek pacientët me sëmundje mendore dhe çrregullime të përdorimit të substancave.

Përdorimi i substancave mund të çojë në dezinhibicion dhe lojëra të tepërta të fatit. Lojërat e fatit përkufizohet nga DSM 5 si "sjellje problematike e vazhdueshme dhe e përsëritur e lojërave të fatit që çon në dëmtim ose shqetësim klinikisht të rëndësishëm."

Pyetësi Lie-Bast është një mjet ekzaminimi i përdorur zakonisht dhe përfshinë dy pyetje:

- ❖ "A ju është dashur ndonjëherë të gënjeni individ të rëndësishëm për ju, për sa keni luajtur bixhoz?"
- ❖ "A keni ndërë ndonjëherë nevojën për të vënë bast me shumë para?"

Nëse një pacient përgjigjet me përgjigje **po** për njërin ose të dyja pyetjet, duhet të ndërmerret një vlerësim i mëtejshëm.

Formulimi i planit të trajtimit

Përmbledhni vlerësimin e përgjithshëm të pacientit për ta informuar për planin e trajtimit.

Identifikoni:

- ❖ Rreziqet e mundshme për pacientin gjatë abstinencës;
- ❖ Problemet dhe pengesat që mund ta pengojnë pacientin të përfundojë abstinencën;
- ❖ Ndërhyrjet mjekësore, të shëndetit mendor dhe sociale që janë treguar nga vlerësimi;
- ❖ Synimet e trajtimit të pacientit [për shembull, përdorimi i reduktuar i substancave ose abstenenca];
- ❖ Trajtimi nga alkooli dhe dogat tjera pas përfundimit të abstinencës.

Vendosja e trajtimit

Vlerësoni nëse pacienti duhet të trajtohet në një ambient spitalor. Rishikimi i ambientit të trajtimit është një pjesë thelbësore e vlerësimit të vazhdueshëm për pacientët që po përjetojnë simptomat e abstinencës. Kur është e nevojshme, pacientët duhet të transferohen në një ambient më të përshtatshëm trajtimi [më intensiv ose më pak intensiv] sa më shpejtë që të jetë e mundur. Trajtimi i abstinencës në komunitet është i kundërrindikuar, nëse ekziston rreziku për sigurinë e pacientit ose të tjerëve në shtëpi apo në komunitet, ose nëse medikamentet që përdoren janë me rrezikshmëri të lartë.

Monitorimi

Frekuenca e monitorimit dhe vlerësimeve varet nga shkalla e abstinencës dhe ambienti i trajtimit. Kur ka shkallë të validuara për matjen e simptomave, ato duhet të përdoren.

Medikamentet

Medikamentet gjatë abstinencës përdoren për të lehtësuar simptomat, për të trajtuar komplikimet dhe sëmundjet bashkëshoqëruese. Kjo mund të jetë një pjesë e rëndësishme e menaxhimit të abstinencës pasi që ndikon pozitivisht tek individit, duke zvogëluar mundësinë e largimit të hershëm apo të ankthit të shtuar. Megjithatë, duhet pasur kujdes kur jepen medikamentet psikoaktive ndihmëse për menaxhimin simptomatik shtesë, si diazepamit ose

olanzapina, pasi përdorimi i pakujdesshëm i tyre mund të rrisë rrezikun e intoksikimit, sedacionit dhe depresionit respirator.

Kujdesi mbështetës

Qëllimi i kujdesit mbështetës është të zvogëlojë shqetësimin dhe ankthin dhe të përmirësojë aftësinë e pacientit për ta përfunduar me sukses abstinencën.

Kujdesi mbështetës përfshinë:

- ❖ Ofrimin e informatave, reduktimin e dëmit dhe promovimin e shëndetit;
- ❖ Këshillimin dhe ndërhyrjet e shkurtra për të ndihmuar pacientin të ballafaqohet me simptomat, dëshirat për substanca dhe të ruajë motivimin;
- ❖ Strategji specifike për trajtimin e agjitimit, zemërimit, çrregullimeve mendore dhe çrregullimeve të gjumit;
- ❖ Shpjegim i procedurave për pacientët me çrregullime mendore, pasi ata mund të keqinterpretojnë lehtësisht ngjarjet apo veprimet përreth tyre.

Kujdesi i vazhdueshëm

Trajtimi i abstinencës nuk sjell përfitime afatgjate nëse nuk mirren masat konkrete për trajtim dhe rehabilitim nga abuzimi me alkool dhe droga tjera. Udhëzoni pacientin që në mënyrë aktive të jetë në kontakt me shërbime të vazhdueshme si: trajtimi, këshillimi, rehabilitimi, parandalimi i rikthimit, terapi psikologjike, mbështetje për familjen etj..Gjendja fizike dhe mendore, kapaciteti kognitiv, situata financiare si edhe obligimet: [puna, shkolla dhe përgjegjësitë familjare], janë gjithashtu faktorë të rëndësishëm.

Planifikimi i sigurisë

Periudha pas abstinencës është me rrezik të lartë për rikthim të përdorimit për disa pacient, për mbidozim. Kjo periudhë mund të shoqërohet me nivel të lartë shqetësimi emocional. Diskutoni dhe hartoni një plan sigurie me pacientin përpara përfundimit të trajtimit, që përfshinë numrat emergjentë dhe burimet e mbështetjes.

Reduktimi i dëmit

Të informohet pacienti se si të redukoj rreziqet në rast se rifillon përdorimi i substancës. Trajtimi, në ambient spitalor ofron mundësi për ndërhyrje për reduktim të dëmit. Shpjegoni pacientit se pas abstinencës toleranca për substancën është zvogëluar, prandaj rreziku për mbidozim është më i lartë.

Grupi specifik i popullatës

- ❖ Gratë shtatzëna;
- ❖ Pacientët me çrregullime mendore bashkëshoqëruese;
- ❖ Pacientët me diversitet gjinor dhe seksual;
- ❖ Pacientët e moshuar;
- ❖ Adoleshentët dhe të rinjtë [mosha 12–24].

5.1 Alkooli

Tabela 5.1 Shenjat, simptomat dhe rrjedha e abstinencës nga alkooli

Tabela 5.1 Simptomat dhe shenjat e abstinencës nga alkooli		
Mbi aktivitet autonom	Gastrointestinal	Ndryshime ne SNQ
Djersitje	Anoreksi	Ankth
Ethe	Nauze [të përziera]	Pagjumësi
Hipertension	Të vjella	Krize /Konvulsione
Tremor	Dispepsi	Iluzione/ Halucinacion
Tahikardi		Delirium

Shenjat dhe simptomat e abstinencës nga alkooli klasifikohen në tri grupe kryesore:

- ❖ Ndryshime në sistemin nervor autonom;
- ❖ Ndryshime gastrointestinale;
- ❖ Ndryshime në sistemin nervor qendror [SNQ].

Fillimi i abstinencës nga alkooli zakonisht është 6-24 orë, pas konsumimit të fundit dhe mund të ndodhë para se niveli i alkoolit në gjak të arrijë në zero.

Përdorimi i benzodiazepinave ose qetësuesve të tjerë mund të vonojë fillimin e abstinencës.

Zakonisht, abstinencia është e shkurtër dhe zhduket pas 2-3 ditësh pa trajtim; herë pas here, abstinencia mund të vazhdojë deri në 10 ditë dhe në raste të rralla deri në 14 ditë. Tek disa persona që konsumojnë alkool, thjeshtë reduktimi i nivelit të konsumit mund të përshpejtojë abstinencën, edhe nëse kanë konsumuar alkool kohët e fundit.

Abstinencia mund të fillojë kur niveli i alkoolit në gjak zbrit, edhe nëse pacienti është ende i dehur. Krizat ndodhin në rreth pesë për qind të individëve me abstinencë nga alkooli.

Ato ndodhin herët [zakonisht 6-24 orë pas konsumit të fundit], pra zakonisht para mbërritjes në spital ose në urgjencë.

Krizat janë të tipit grand mal [domethënë të përgjithësuara, jo fokale] dhe janë të vetme në rreth 75% për qind të rasteve.

Tabela 5.2 Karakteristikat klinike të deliriumit të abstinencës nga alkooli

Tabela 5.2 Karakteristikat klinike të deliriumit të abstinencës nga alkooli

Sistemi Nervor Qendror SNQ	Të tjerat
Konfuzion dhe dezorientim	Tremor
Agjitim ose shqetësim ekstrem	Luhatje e presionit të gjakut ose pulsit
Ide paranojake, tipike me intensitet deluzional	Çrregullimi i ekuilibrit të lëngjeve dhe elektroliteve
Shpërqëndrimi dhe reagimi i theksuar ndaj ngacmuesve të jashtëm	Hipertermi
Halucinacionet që prekin ndonjë nga shqisat, megjithatë zakonisht vizuale [shpesh insektet si: milingonat ose merimangat]	

Deliriumi i abstinencës nga alkooli, ose delirium tremens [‘DT’], është forma më e rëndë e sindromës së abstinencës nga alkooli, është një urgjencë mjekësore.

Zakonisht zhvillohet 2-5 ditë pas ndërprerjes ose reduktimit të ndjeshëm të konsumit të alkoolit. Kohëzgjatja e zakonshme është tre ditë, megjithatë mund të jetë deri në 14 ditë. Karakteristikat e tij klinike përshkruhen në Tabelën 5.2 [më sipër].

Faktorët që ndikojnë në abstinencë

Shkalla e abstinencës nga alkooli është e vështirë të parashikohet. Pacientët në rrezik përfshijnë ata që kanë një histori të mëparshme të abstinencës; nivel më të lartë të alkoolit në gjak në momentin e mbërritjes ose në momentin e paraqitjes në fazën e abstinencës; gjendje mjekësore bashkëshoqëruese; kriza në fillim të fazës së abstinencës ose varësi nga medikamentet të tjera depresiv, të sistemit nervor qendror.

Skriningu

Të gjithë pacientët e shtruar në spital ose që paraqiten në departamentin e urgjencës duhet t’i nënshtrohen vlerësimit për keqpërdorimin e alkoolit, për të identifikuar ata që janë në rrezik të abstinencës nga alkooli. Individët që raportojnë konsumimin e alkoolit duhet të pyetet për sasinë e konsumuar dhe ata që konsumojnë çdo ditë alkool, për karakteristikat e çrregullimit të përdorimit të alkoolit, duke përfshirë edhe abstinencën e mëparshme. Nëse identifikohet një rrezik, pacienti duhet të monitorohet në spital me një shkallë vlerësimi të abstinencës nga alkooli.

Vlerësimi i zakonshëm për abstinencën duhet të përfshijë:

- ❖ Historinë e përdorimit të substancave dhe historinë e abstinencës, që mbulon të gjitha substancat e përdorura;
- ❖ Historinë mjekësore dhe gjendjet mjekësore bashkëshoqëruese;
- ❖ Ekzaminimin fizik dhe vlerësimin kognitiv, duke përfshirë dehjen dhe deliriumin.
- ❖ Historinë e krizave dhe deliriumit;
- ❖ Historinë e shëndetit mendor, ekzaminimin e gjendjes mendore, dehjen dhe varësinë nga alkooli që mund të shoqërohen me vetëvrasje dhe me simptoma të mëdha depressive.

Komplikimet e përdorimit kronik të alkoolit

Përdorimi kronik i alkoolit shoqërohet me një sërë gjendjesh shëndetësore, disa prej të cilave mund të komplikojnë menaxhimin e abstinencës. Pacientët me varësi nga alkooli duhet të vlerësohen për:

- ❖ Mungesë të tiaminës [Encefalopatia e Wernicke-s];
- ❖ Sëmundje të mëlçisë;
- ❖ Dëmtim kognitiv; duke marrë në konsideratë aftësinë për të dhënë pëlqimin;
- ❖ Dëmtim cerebral, rrezikun për rrëzim;
- ❖ Mangësitë e tjera ushqyese/sindroma e riushqyerjes;
- ❖ Dëmtim të fituar të trurit;
- ❖ Gjendje shpirtërore duke përfshirë rritjen e rrezikut të vetëvrasjes.

Historia e konsumimit

Shënoni konsumimin mesatar ditor në gramë alkool ose në pije standarde [shih tabelën më poshtë]. Pija standarde australiane ka 10 g alkool. Udhëzuesi australian i pijeve standarde është një mjet i dobishëm. Tabela 5.3 më poshtë përcakton sasinë e alkoolit në masat dhe enët e zakonshme të pijeve.

Tabela 5.3 Sasia e alkoolit në masat dhe enët e zakonshme të pijeve

Tabela 5.3 Sasia e alkoolit në masat dhe enët e zakonshme të pijeve

Pije [alkool tipik përmbajtja]	Madhësia e kontejnerit	Lloji i kontejnerit	Përmbajtja e alkoolit
Birrë ² [4-5 %ABV ³]	285 mL 425 mL 375 mL 750 mL 1 kuti	Mesme Shooner Kanaçe/e shkurtër[6 pako] Shishe e madhe [me qafë të gjatë] 24 kanaçe ose 12 shishe të mëdha	10gr 15 gr 14 gr 28 gr 336 gr
Verë tavoline [10-14 %ABV]	150 mL 750 mL 1 L 4L	Gotë standarde që shërbehet në restorante Shishe Fuçje/verë Fuçje/verë	15 gr 60-80 gr 100 gr 400 gr
Verë e fortifikuar 60 mL [p.sh. porto, sherry] [18% ABV]	750mL	Gotë standarde Shishe	10gr 120gr
Pije alkoolike [p.sh. uiski, raki, vodka] [40 %ABV]	30 mL 750 mL	Nip/lehtë Shishe	10gr 240gr

2 Birra e lehtë zakonisht ka rreth gjysmën e përmbajtjes së alkoolit në krahasim me birrën normale. Kontrolloni etiketat për përmbajtjen e alkoolit.

3 %ABV = vëllimi i alkoolit sipas vëllimit të pijes, i shprehur si përqindje. Dendësia e alkoolit në temperaturën e dhomës është 0.79. Përmbajtja e alkoolit në gram = vëllimi [ml] x ABV% x 0.79. Për shembull, një birrë tipike e mesme është $285 \text{ ml} \times 4.5/100 \times 0.79 = 10.1 \text{ g}$.

Menaxhimi i abstinencës

Qëllimi i kujdesit për abstinencës është të ofrojë mbështetje të përshtatshme që abstinencia të përfundojë në mënyrë të sigurt.

Qëllimet kryesore të trajtimit gjatë abstinencës:

- ❖ Ndërprerja e përdorimit të substancave, përkohësisht ose përgjithmonë;
- ❖ Trajtimi i simptomave, gjendjeve bashkëshoqëruese dhe ndërlikimeve nga përdorimi afatëgjatë;
- ❖ Përfshirja e pacientit në trajtim dhe kujdes afatgjatë.

Planifikimi i trajtimit

Përmbledhni vlerësimin e pacientit, për të informuar pacientin për planin e trajtimit, duke u siguruar që ai të përfshijë trajtimin pas ndërprerjes. Përpjekjet për të reduktuar ose ndërprerë përdorimin e alkoolit karakterizohen nga dëshira të forta për alkool dhe nga shkalla e lartë e ndërprerjes dhe rikthimit, veçanërisht në mungesë të kujdesit të vazhdueshëm pas ndërprerjes. Është e rëndësishme, siguria e pacientit nëse pacienti nuk mund të hyjë menjëherë në kujdesin për ndërprerjen. Kur ka një vonesë, ndërprerja e menjëhershme e përdorimit të alkoolit mund të jetë e rrezikshme. Këshilla e zakonshme është që pacienti të bëjë vetëm reduktime të vogla në konsumin e alkoolit deri në fillimin e trajtimit.

Mjediset e trajtimit

Pacientët që kërkojnë kujdes për abstinencë nga alkooli mund ta bëjnë këtë në mjedise spitalore. Trajtimi i abstinencës nga alkooli në mjedise spitalore, indikohet kur pacienti ka sëmundje bashkëshoqëruese që rrisin rreziqet e shoqëruara me abstinencës ose kur ekziston një rrezik i lartë i komplikimeve të rënda të abstinencës.

Mjediset e specializuara për shtrim të pacientit indikohen kur parashikohet abstinencës e moderuar ose e rëndë; kur pacienti ka një histori të deliriumit ose krizave të lidhura me alkoolin; kur pacienti ka probleme të shumëfishta me drogën ose kur ka një histori të pamundësisë së përsëritur për të përfunduar abstinencën. Pranimi në kujdes intensiv mund të kërkohet për abstinencës të rëndë me komplikime të mëdha.

Kujdesi mbështetës

Ndërhyrjet e kujdesit mbështetës mund t'u mundësojnë pacientëve të përballen me simptomat e abstinencës, duke përfshirë dëshirën, ankthin, çrregullimet e gjumit dhe luhatjet emocionale.

Kujdesi mbështetës gjatë abstinencës nga alkooli përfshinë:

- ❖ Psikoedukimin në lidhje me simptomat e zakonshme të abstinencës, fillimin dhe kohëzgjatjen e tyre të mundshme, si dhe strategjitë e ballafaqimit;

- ❖ Informimin në lidhje me ballafaqimin e dëshirave, të cilat janë një pjesë normale e të gjitha sindromave të abstinencës;
- ❖ Adresimin e faktorëve stresues mjedisorë që mund të kenë një efekt të rëndësishëm në shkallën e abstinencës;
- ❖ Reduktimin e stresit duke u siguruar që mjedisi të jetë i qetë, i sigurt dhe privat;
- ❖ Sigurimi i mbështetjes, përmes qetësimit të shqetësimeve dhe frikës, inkurajimi konstruktiv pozitiv mbi progresin, kontakte të rregullta, ofrimi i informatave të nevojshme dhe adresimi i mënjehershëm për ballafaqim me probleme sociale dhe familjare. Bazuar në provat aktuale, ushtrimet fizike nuk mbështeten për menaxhimin e abstinencës nga alkooli.

Diazepami

Diazepami është një benzodiazepinë me veprim të gjatë, është trajtimi i zgjedhur për abstinencë nga alkooli, konfirmuar edhe nga disa studime të kontrolluara të rastësishme. Trajtimi me diazepam përdoret më së miri në fillim të rrjedhës së abstinencës nga alkooli për të parandaluar përparimin e abstinencës në një formë më të rëndë. Ekziston tolerancë e kryqëzuar ndaj alkoolit me benzodiazepinat, kështu që mund të kërkohen doza relativisht të larta. Ekzistojnë rreziqet që lidhen me përdorimin e diazepamit dhe benzodiazepinave të tjera.

Kufizoni kohëzgjatjen e përdorimit të benzodiazepinave në 5-7 ditë.

Përdorimi i benzodiazepinave për çdo indikacion tjetër përveç menaxhimit afatshkurtër të abstinencës nuk rekomandohet tek personat me një histori të çrregullimit të përdorimit të substancave.

Kundëriindikacionet për përdorimin e benzodiazepinave përfshijnë: deprimimin respirator dhe sëmundjen e dekompenzuar të mëlçisë.

Nëse benzodiazepinat janë të kundëriindikuara, mund të përdoren medikamente të tjera me mbështetje nga specialistët, duke përfshirë carbamazepine ose agjentë neuroleptik.

Deliriumi i lidhur me benzodiazepinën është klinikisht sfidues pa karakteristika specifike diagnostikuese. Nëse deliriumi vazhdon pavarësisht dozës së konsiderueshme të benzodiazepinës, merrni në konsideratë zvogëlimin e dozës në vend të rritjes.

Regjimet më të përdorura me diazepam janë:

- ❖ Fillohet me diazepam;
- ❖ Reduktimi i dozës fikse;
- ❖ Simptoma e shkaktuar;
- ❖ Qasja hibride

Doza fillestare: me diazepam përfshinë dhënien e një doze të lartë gjatë ditës së parë, pastaj dhënien e një doze të kufizuar ose aspak të diazepamit. Kjo rekomandohet për pacientët me kriza të mëparshme ose ata që paraqiten në fazën e abstinencës.

Pas dhënies së 80 mg diazepam, nëse pacienti nuk qetësohet [p.sh. nëse CIWA-Ar është >10], Mjeku duhet të vlerësojë gjendjen për të përjashtuar patologji të tjera. Nëse nuk gjendet ndonjë shkak tjetër ankthi ose agjitimi, merrni në konsideratë diazepam shtesë [10-20 mg PRN çdo orë të dytë, maksimumi 120 mg në 24 orë].

Nëse pacienti përjeton halucinacione dhe/ose agjitim, merrni në konsideratë olanzapine 2.5-5 mg PRN deri në një maksimum prej 20 mg në 24 orë. Agjitimi ose halucinacionet e vazhdueshme kërkojnë këshillë nga një specialist që mirret me trajtim e varësisë ose psikiatër.

Regjimet me dozë fikse me zvogëlim të ngadaltë kur një dozë e paracaktuar e diazepamit administrohet në doza gradualisht të reduktuara gjatë 2-6 ditëve. Ky regjim është i përshtatshëm për ndërprerjen ambulatorë të trajtimit.

Sedacioni i shkaktuar nga simptomat, ku dozat e diazepamit administrohen sipas shkallës së simptomave të abstinencës, monitorohen çdo 4 orë ose sipas indikacionit [shih frekuencën e sugjeruar në tabelë].

Një rritje e pikëve të abstinencës nga alkooli tregon nevojën për një menaxhim më agresiv. Diazepami i shkaktuar nga simptomat është ideal për abstinencën pa komplikime tek pacientët pa sëmundje bashkëshoqëruese në një mjedis spitalor, me rishikim të shpeshtë nga klinikistët.

Regjimet hibride, përfshijnë një orar fikse të dozës, të rishikuar çdo ditë me doza shtesë sipas nevojës, janë shpesh më të përshtatshme për trajtimin e pacientëve kompleks në spital me sëmundje bashkëshoqëruese.

Nëse përdorni një regjim hibrid, përshkruani diazepam në regjimin e pritur të zvogëlimit të dozës si më sipër, tabloja e plotë klinik përfshinë shkallën e abstinencës nga alkooli [AWS] ose CIWA-Ar. Përshkruani doza sipas nevojës nëse shfaqen simptoma, p.sh. diazepam 5-10 mg PRN, maksimumi 2 doza në ditë. Nëse është e nevojshme qetësimi: 5-10 mg diazepam oral çdo 6-8 orë për 48 orët e para.

Tabela 5.4 Shembuj të regjimit me Diazepam

Regjimi	Doza
Doza fillestare me Diazepam Shembull i regjimit	Dita 1: Fillimisht 20 mg diazepam, pastaj 20 mg diazepam çdo dy orë, derisa pacienti të qetësohet lehtë. Zakonisht nuk nevojitet shtim i mëtejshëm i diazepamit pasi pacienti të qetësohet [lehtësisht i qetësuar dhe lehtësisht i zgjueshëm]. Nevojitet kontroll mjekësor nëse doza e kërkuar tejkalon 80 mg. Më pas: Pas ngarkimit, diazepami i shkaktuar nga simptomat jepet gjatë ditëve në vijim në një regjim reduktues
Diazepam dozë fikse Regjimi i reduktimit Shembull:	Dita 1. 10 mg diazepam QID Më pas: Reduktoni në 10 mg çdo ditë, duke e mbajtur dozën e përditshme deri në ditën 5 ose 6, pastaj ndërpriteni.
Simptomat e shkaktuar nga Regjimi i diazepamit	Rezultati CIWA-Ar nën 10 ose rezultati AWS nën 4: 0-5 mg diazepam; CIWA-Ar 10-20 ose AWS 4-14: 10 mg diazepam; CIWA-Ar mbi 20 ose AWS mbi 14: 20 mg diazepam; Kërkohe shqyrtim mjekësor nëse doza e kërkuar tejkalon 80 mg.

Në vijim gjeni tabelën 5.5 në të cilën përshkruhet shembulli i regjimit ambulator të diazepamit

Tabela 5.5 Shembull i regjimit ambulator i diazepamit

Regjimi	Dozimi
Dita e I	10 mg Diazepam çdo gjashtë orë
Dita e II	10 mg Diazepam çdo tetë orë
Dita e III	10 mg Diazepam në mëngjes dhe në mbrëmje
Dita e IV	5 mg Diazepam në mëngjes dhe në mbrëmje
Dita e V	5 mg Diazepam gjatë mbrëmjes

Rastet më të lehta mund t'i përgjigjen dozave më të ulëta gjysma e mësipërme

Tabela 5.6 Frekuenca e monitorimit për abstinencë nga alkooli

Tabela 5.6 Frekuenca e monitorimit për abstinencë nga alkooli

Ashpërsia e abstinencës	Rezultati CIWA-Ar	Rezultati i AWS	Frekuenca e monitorimit
Lehtë	Më pak se 10	Më pak se 4	4-6 orë
Moderuar	10-20	4-14	2-4 orë
Rëndë	Më shumë se 20	Më shumë se 14	Çdo orë

Kërkohet rishikim mjekësor tek pacientët me rezultate në rritje ose abstinencë të rëndë që nuk i përgjigjen trajtimit medikamentoz

Alkooli

Alkooli është i papërshtatshëm për t'i lehtësuar simptomat e abstinencës. Nuk është një mjekim i sigurt dhe përdorimi i tij sugjeron në mënyrë të gabuar se alkooli ka përfitim klinik për pacientin.

Në rrethana kur ka një vonesë para se pacienti të mund të hyjë në trajtim, pacientit mund t'i këshillohet të zvogëlojë konsumimin në vend që të ndërpresë papritur pirjen. Ndërprerja e papritur e konsumimit të alkoolit mund të rezultojë në simptoma të rëndësishme të abstinencës tek individët e varur nga alkooli shif. tabelën.

Thiamine- Tiamina

Të gjithë pacientëve që kanë abstinencë nga alkooli duhet t'u jepet tiaminë për 1-2 javë për të parandaluar encefalopatinë e Wernicke-s. Regjimi i rekomanduar është paraqitur në tabelën e mëposhtme.

Medikamentet të tjera simptomatike

- ❖ Për dhimbje koke, merrni në konsideratë paracetamol;

- ❖ Për të përziera ose të vjella, merrni në konsideratë metoklopramide 10 mg çdo 4-6 orë ose proklorperazinë 5 mg çdo 4-6 orë në mënyrë orale ose intramuskulare;
- ❖ Zvogëloni shkallën e dozës në tetë orë, pas pakësimit të simptomave.

Monitorimi

Kryeni monitorime të rregullta dhe të shpeshta përfshirë:

- ❖ Temperaturën, frekuencën, ritmin e pulsit dhe tensionin e gjakut;
- ❖ Nivelin e hidratimit.

Frekuenca e monitorimit varet nga mjedisi i trajtimit dhe gjendja klinike e pacientit.

Sugjerohet si më poshtë:

Kryerja e analizave të gjaku për hematologji dhe biokimi, varësisht nga paraqitja klinike dhe historia e pacientit. Analizat e zakonshme janë numërimi i plotë i gjakut [FBC], magnezi, elektrolitet e uresë dhe kreatininës [UEC] dhe testet e funksionit të mëlçisë [LFT].

Shkallët e abstinencës ofrojnë një masë sistematike të ashpërsisë së abstinencës pa komplikime duke regjistruar ndryshimet me kalimin e kohës. Shkallët e abstinencës nuk mbivendosin gjykimin klinik.

Konsideroni ndërprerjen e përdorimit të shkallëve të abstinencës tek pacientët me patologji të shumëfishta pasi rezultatet mund të jenë mashtruese.

Monitorimi i vetëdijes mund të kompromentohet tek pacientët me dëmtime/ trauma në kokë ose aksidente cerebrovaskulare. Në këto situata, konsultimi me një specialist është thelbësor. Rivlerësoni pacientin rregullisht për të konfirmuar diagnozën e abstinencës nga alkooli, krahasoni me një gjendje tjetër mjekësore, veçanërisht nëse pacienti nuk po i përgjigjet mirë trajtimit.

Parandaloni dehidrimin

Në disa raste, dehidratimi mund të jetë serioz dhe të kërkojë zëvendësim agresiv të lëngjeve.

- ❖ Vlerësoni dhe regjistroni marrjen e ushqimit, marrjen dhe nxjerrjen e lëngjeve;
- ❖ Inkurajoni rehidratimin oral;
- ❖ Monitoroni me kujdes për shenja të dehidratimit;
- ❖ Mos administroni glukozë para tiaminës pasi rrezikon të përkeqësojë encefalopatinë e Wernicke-s[shih. tab më poshtë];
- ❖ Në rastin e abstinencës së rëndë;
- ❖ Rehidratim intravenoz, mund të jetë i nevojshëm 2-5 litra në ditë;
- ❖ Monitoroni urenë, elektrolitet, kreatininën, funksionin e mëlçisë.

Parandalimi rutinë i encefalopatisë së Wernicke-s

Ky sindromë akute neurologjike për shkak të mungesës së tiaminës, mund të ndërlikojë abstinencën ose të paraqitet tek individët që përdorin vazhdimisht alkool.

Karakterizohet nga ataksia, oftalmoplegja, nistagmus dhe amnezi anterograde [ose dëmtim i kujtesës së kohëve të fundit].

Megjithatë, shumica e pacientëve përjetojnë vetëm disa nga këto simptoma. I patrajtuar, mund të përparojë në psikozë të Korsakoff-it, e cila mund të rezultojë në dëmtim të përhershëm kognitiv dhe dëmtim të kujtesës. Encefalopatia e Wernicke-ut mund të parandalohet te përdoruesit e rëndë ose të varur nga alkooli, me anë të ushqyerjes së mirë dhe me përdorimin e hershëm rutinor të tiaminës te të gjithë pacientët që paraqiten në shërbimet klinike.

Të gjithë pacientët që trajtohen për abstinencë nga alkooli duhet të marrin rregullisht tiaminë profilaktike si më poshtë: Alkooli shoqërohet me trombocitopeni dhe koagulopati që mund ta bëjë injektimin intramuskular të pasigurt.

Administroni tiaminën [thiamine] para se të administroni ndonjë formë glukoze kur është e mundur. Një ngarkesë karbohidratesh në prani të mungesës së tiaminës rrezikon të shkaktojë encefalopati të Wernicke-ut.

Tabela 5.7 Dozimi i tiaminës për një person përndryshe të shëndetshëm me një konsum të mirë dietik

Tab 5.7 Dozimi i tiaminës për një person përndryshe të shëndetshëm me një konsum të mirë dietik

Për 3 ditët e para	Tiaminë [thiamine] orale 100 mg tri herë në ditë.
Për 11 ditët e ardhshme	Tiaminë [thiamine] orale 100 mg në ditë.

Dozimi i tiaminës për personat me përdorim kronik të nivelit të lartë të alkoolit dhe ushqyerje të dobët

Për 3 ditët e para	Administroni Tiaminë [thiamine], 300 mg në ditë në mënyrë intravenoze
Më pas për disa javë	Doza orale e Tiaminës [thiamine] prej 300 mg në ditë

Dozimi i tiaminës për personat me encefalopati simptomatike ose të dyshuar të Wernicke

Fillimisht	Administroni Tiaminë [thiamine] 500 mg IV tri herë në ditë derisa të shihet një përgjigje klinike.
Më pas për disa javë:	Udhëzuar nga progresi dhe specialist që trajton varësinë ose këshilla neurologjike.

Mangësi tjera ushqimore

Tek individët që janë përdorues kronik të alkoolit, mungesat e vitaminave si: B kompleksit, vitaminës C, zinkut dhe magnezit nuk janë të rralla, mund të jepet një preparat multivitaminla oral për disa ditë. Konsideroni zëvendësimin parenteral të magnezit kur përdoret tiamina IV siç përshkruhet më sipër.

Kujdesi i vazhdueshëm

Klinikistët duhet t'i inkurajojnë pacientët të marrin në konsideratë opsionet përkatëse të trajtimit që mund t'i ndihmojnë ata në ruajtjen e abstinencës ose si formë e një modeli më të kontrolluar të pirjes. Medikamentet që mund të jenë të dobishme përfshijnë: medikamentet që janë të listuara për çrregullimin e përdorimit të alkoolit. [naltrexone, acamprosate, disulfiram].

Reduktimi i dëmeve

Jepni këshilla për të minimizuar dëmet që lidhen me pirjen e alkoolit duke sugjeruar:

- ❖ Reduktimin e sasisë të alkoolit të konsumuar përmes strategjive të tilla si zavendësim me pije të gazuara, përdorimi i gotave më të vogla [p.sh. gota të mesme në vend të gotave të mëdha], fillimi i pirjes më vonë gjatë ditës, pirja e alternativave me më pak alkool. Shmangia e mbushjes së gotave mund të ndihmojë gjithashtu në monitorimin e sasisë së konsumuar dhe shmangia e pjesëmarrjes në blerjen e pijeve, mund të zvogëlojë presionin për të mbajtur ritmin me të tjerët;
- ❖ Shmangia e kombinimit të konsumit të alkoolit me substanca të tjera qetësuese si benzodiazepinat, GHB dhe opioidet. Këto rrisin rrezikun e depresionit respirator dhe mbidozës;
- ❖ Reduktimin e rrezikut të "konsumimit të tepërt të pijeve;"
- ❖ Ngrënia e ushqimit para dhe gjatë pirjes për të ngadalësuar konsumin dhe thithjen e alkoolit.

Histori e krizave

Kur ka një histori të krizave të abstinencës, indikohet trajtimi i hershëm me diazepam [ngarkesa fillestare me diazepam]. Nëse ndodh një krizë, kërkohet vlerësim mjekësor për të përjashtuar faktorë të tjerë që kontribuojnë [p.sh. dëmtimi në kokë, çrregullime elektrolitike ose gjendje të tjera mjekësore]. Trajtimi profilaktik me antikonvulsant [p.sh. fenitoin, carbamazepine dhe valproat natriumi] nuk ka asnjë përfitim në parandalimin e krizave të abstinencës nga alkooli.

Delirium tremens, deliriumi i abstinencës nga alkooli

Delirium tremens është një urgjencë mjekësore që kërkon trajtim spitalor [shpesh në një njësi, repart që trajton rastete me varësi të lartë].

Deliriumi tremens është një diagnozë me përjashtim, prandaj para se të filloni trajtimin, kontrolloni për faktor të tjerë që kontribuojnë në delirium, në veçanti: hematoma subdurale, dëmtimi i kokës, encefalopatia e Wernicke-ut, encefalopatia hepatike, hipoksi, seps, çrregullime metabolike, intoksikim me ose abstinencë nga droga të tjera. Çrregullimet e mëdha psikotike ndonjëherë mund ta imitojnë këtë gjendje.

Menaxhimi i delirium tremens

Pacientët me delirium tremens janë të çrregulluar mendërisht; nuk është e pranueshme t'u lejohet atyre të nënshkruajnë vetë nga spitali.

Duhet të fillohet qetësimi me benzodiazepina [p.sh. diazepam 20 mg në orë deri në 80 mg dozë totale në 24 orë], megjithatë shpesh është i pamjaftueshëm për të rikthyer delirium tremens. Nëse pacientët nuk do ose nuk mund ta marrin diazepamën përmes rrugëve orale, alternativat përfshijnë përdorimin e një infuzioni intravenoz të midazolamit i cili duhet të monitorohet në një njësi me varësi të lartë, ose lorazepam intramuskular nëse nuk ka njësi me varësi të lartë.

Qëllimi është që pacienti të mbahet në një gjendje që i ngjanë gjumit të lehtë, nga e cila ai ose ajo mund të zgjohet lehtësisht. Herë pas here, pacientët kanë nevojë për doza diazepami më të mëdha se 80 mg për të arritur qetësim. Megjithatë, doza të larta të benzodiazepinave mund të shkaktojnë delirium, kështu që kërkohet vlerësim dhe rishikim nga një specialist.

Pasi të jetë filluar me benzodiazepina [ose me infuzion intravenoz ose diazepam oral], nëse pacienti nuk është i qetësuar, merrni në konsideratë droperidolin ose olanzapinën 2.5-5 mg në mënyrë orale/sublinguale[vafer] deri në një maksimum prej 20 mg në 24 orë.

Olanzapina mund të vazhdohet në bazë PRN për disa ditë derisa të mos jetë më e nevojshme. Tiamina intravenoze[zakonisht 300 mg] duhet të administrohet siç është përshkruar më parë. Menaxhimi mbështetës për pacientët me delirium të abstinencës nga alkooli përfshinë masat për të siguruar sigurinë e pacientit, stafit dhe të tjerëve, zakonisht me një dhomë të vetme.

Kujdesi infermior individual mund të jetë i nevojshëm, për një periudhë për të riorientuar pacientin dhe për të siguruar rishikim të rregullt të kursit të abstinencës. Monitoroni ekuilibrin e lëngjeve dhe siguron zëvendësim intravenoz të lëngjeve dhe elektroliteve nëse është e nevojshme, si dhe mbështetje për ushqyerjen. Monitoroni për infeksione dhe probleme të tjera mjekësore. Kujdesi intensiv mund të jetë i nevojshëm veçanërisht për abstinencë të rëndë dhe komorbiditytet komplekse.

Halucinacionet

Halucinacionet mund të shoqërohen si me intoksikim nga alkooli [çrregullim psikotik i shkaktuar nga alkooli ose halucinozë], ashtu edhe me abstinencën - historia e përdorimit të alkoolit do të mundësojë diferencimin.

Kur një pacient është në abstinencë nga alkooli, halucinacionet mund të ndodhin në kontekstin e një ndjesie të qartë ose si pjesë e deliriumit - abstinencës nga alkooli.

Halucinacionet, janë më së shpeshti vizuale ose prekëse, me imazhe ose ndjesi të insekteve, kafshëve ose individëve, dhe mund të zgjasin disa minuta ose disa ditë.

Nëse kërkohet trajtim për halucinacione, medikamenti i parë i zgjedhur është diazepam siç përshkruhet më sipër. Nëse halucinacionet nuk i përgjigjen vetëm diazepamit, shtoni olanzapinë. Nëse kërkohet olanzapinë, doza fillestare mund të jetë midis 2.5-5 mg, oral ose bukal/sublingual[vafer]. Nëse nuk ka përgjigje dhe nuk ka efekte anësore të panevojshme, mund të administrohet një dozë shtesë.

Dozat caktohen sipas nevojës dhe vazhdojnë për disa ditë derisa të mos jenë më të nevojshme, nën mbikëqyrje të vazhdueshme. Pacienti duhet të jetë duke marrë tashmë diazepam, gjë që do të zvogëlojë rreziqet e krizave ose reaksioneve distonike. Pavarësisht ndërprerjes së përdorimit të alkoolit, mund të ndodhë psikozë e vazhdueshme, kështu që pacientët duhet të monitorohen deri në shërim të plotë.

Menaxhimi nga alkooli me sëmundje interkurente

Abstinencia nga alkooli është më e vështirë për t'u menaxhuar në prani të sëmundjeve interkurente. Sëmundja e dekompenzuar e mëlçisë dhe sëmundjet respiratore mund ta bëjnë

shumë të vështirë menaxhimin e abstinencës. Konsideroni shtrimin në njësinë e varësisë ose në kujdesin intensiv.

Sëmundja e rëndë e mëlçisë

Regjimet e abstinencës nga medikamentet duhet të modifikohen kur pacienti ka sëmundje të rëndë të mëlçisë. Benzodiazepinat me veprim të gjatë nuk duhet t'u administrohen pacientëve që kanë verdhëz, ascit ose encefalopati hepatike. Në këto raste, oksazepam [i cili ekskretohet nga veshkat] mund të përdoret me kujdes. Administroni një dozë prej 15-30 mg me kujdes në varësi të përgjigjes.

Kufizim i rëndë kronik i rrjedhës së ajrit

Mos përdorni regjime fillestare dozash të diazepamit tek pacientët me kufizim të rëndë kronik të rrjedhës së ajrit. Përdorni benzodiazepinat me kujdes dhe me monitorim të afërt. Nëse është në dispozicion një njësi me varësi të lartë, një infuzion intravenoz i midazolamit mund të jetë mënyra më e mirë për të kontrolluar abstinencën. Si alternativë, një benzodiazepin me veprim të shkurtër si temazepam ose oksazepam mund të përdoret me kujdes, me monitorim të afërt të frymëmarrjes.

5.2 Kanabisi

Shenjat, simptomat dhe rrjedha e sindromës së abstinencës nga kanabisi

Studimet sugjerojnë se rreth 50% e përdoruesve të rregullt apo të varur nga kanabisi përmbushin kriteret për një sindromë të abstinencës pas ndalimit të përdorimit, me përqindje më të lartë [rreth 80–90%] në mjediset spitalore.

Megjithatë, shumë përdorues të rregullt arrijnë ta ndalojnë përdorimin pa përjetuar simptoma të theksuara dhe pa pasur nevojë për trajtim specifik. Simptomat zakonisht shfaqen brenda 1–2 ditëve pas ndalimit, arrijnë kulmin në ditët 2–5, dhe kthehen në gjendjen bazë brenda 7–14 ditëve. Disa simptome: si çrregullimet e gjumit, ndryshimet e disponimit dhe dëshira për përdorim, mund të vazhdojnë edhe për disa javë.

Faktorët që ndikojnë në ashpërsinë e simptomeve të abstinencës

Ashpërsia e simptomave të abstinencës varen nga sasia dhe shpeshtësinë e përdorimit të kanabisit. Megjithëse rezultatet ndryshojnë midis studimeve, sipas moshës, gjinisë, etnisë dhe çrregullimeve bashkshoqëruese të shëndetit mendor, që nuk janë treguar në mënyrë të qëndrueshme si faktorë të pavarur që ndikojnë në ashpërsinë e abstinencës.

Tabela 5.2.1. Shenja dhe simptomet e zakonshme të abstinencës nga kanabisi

Tabela 5.2.1 Shenjat dhe simptomet e zakonshme të abstinencës nga kanabisi

Psikologjike	Fizike
Çrregullime të gjumit	Humbje e oreksit
Ankth	Nauze [ndjesi për të vjellë]
Disponim i ulët	Dhimbje barku
Iritim dhe agjitim	Dhimbje koke
Nervozizëm dhe shqetësim	Djersitje

Vlerësimi i abstinencës - përfshinë:

- ❖ Historikun e përdorimit të substancave dhe përvojave të mëparshme të abstinencës [përfshirë të gjitha substancat e përdorura];
- ❖ Historinë mjekësore dhe të shëndetit mendor;
- ❖ Vlerësimin e rrezikut për dëmin ndaj vetes apo të tjerëve;
- ❖ Ekzaminimin fizik;
- ❖ Ekzaminimin e gjendjes mendore dhe vlerësimin kognitiv;
- ❖ Historikun e konvulsioneve apo deliriumit.

Pacienti mund të paraqitet në gjendje të intoksikuar, çka ndikon në aftësinë për të dhënë dhe për të marrë informacionin dhe si rrjedhojë, mund të mos jetë në gjendje të japë pëlqimin e informuar në momentin e vlerësimit. Gjithsesi, vlerësimi duhet të bëhet sa më shpejtë që të jetë e mundur, dhe rezultatet mund të rishikohen pasi të jenë qetësuar shenjat e intoksimit.

Historia e konsumimit

Vlerësimi për abstinencën nga kanabisi përfshinë:

- ❖ Mënyrën e konsumimit;
- ❖ Sasinë dhe shpeshtësinë e përdorimit;
- ❖ Përdorimi sipas modelit të përdorimit.

Përdoruesit afatëgjatë mund të konsumojnë më shumë se 28 gramë në javë, por për shkak të ndryshueshmërisë së përqëndrimit të Tetrahidrokanabinoli / THC, shpeshtësia e përdorimit është tregues më i besueshëm. Përdorimi i përditshëm është faktori më i fortë parashikues për zhvillimin e sindromës së abstinencës.

Eksperiencat e mëparshme të abstinencës nga kanabisi

Gjatë vlerësimit, është e rëndësishme të mblidhen informatat për:

- ❖ Përvojat e mëparshme të abstinencës nga kanabisi;
- ❖ Periudhat e abstinencës së zgjatur [sa ka zgjatur, si është arritur dhe çfarë faktorësh kanë shkaktuar rikthimin];
- ❖ Strategjitë që kanë funksionuar më parë dhe vështirësitë e përjetuara.

Menaxhimi i abstinencës nga kanabisi

Abstinenca nga kanabisi nuk paraqet rrezik të drejtpërdrejtë mjekësor, dhe nuk ka ndonjë trajtim specifik që është dëshmuar të jetë më i efektshëm se të tjerët për lehtësimin e simptomave. Qëllimi i kujdesit gjatë abstinencës është të sigurojë mbështetje të përshtatshme për një proces të sigurt të ndërprerjes.

Qëllimet kryesore të trajtimit gjatë abstinencës:

- ❖ Ndërprerja e përdorimit të substancave, përkohësisht ose përgjithmonë;
- ❖ Trajtimi i simptomave, gjendjeve bashkëshoqëruese dhe ndërlikimeve nga përdorimi afatëgjatë;
- ❖ Përfshirja e pacientit në trajtim dhe kujdes afatëgjatë.

Planifikimi i trajtimit

Përdor vlerësimin e pacientit për të përgatitur një plan trajtimi, duke përfshirë edhe trajtim pas abstinencës:

- ❖ Ndalimi i menjëhershëm apo reduktimi gradual?
- ❖ Ndalimi i papritur i përdorimit të shpeshtë dhe të rëndë zakonisht çon në simptoma më të rënda të abstinencës.
- ❖ Reduktimi gradual i shpeshtësisë dhe sasisë së përdorimit mund të ndihmojë në lehtësimin e simptomave dhe zvogëlim e dëshirës për përdorim.

Kur është i përshtatshëm reduktimi gradual?

- ❖ Reduktimi i përshkallëzuar kërkon që pacienti të besojë se mund ta menaxhojë këtë proces;
- ❖ Duhet të vendosen objektiva të qarta dhe të ndiqet konsumi [p.sh. përmes ditarëve];
- ❖ Kërkon mbështetje sociale [këshilltar, familje, miq] dhe mungesë të stresorëve të rëndësishëm apo çrregullimeve bashkëshoqëruese;
- ❖ Kjo qasje është më e përshtatshme në mjedise ambulatorë dhe komunitare.

Kujdesi për probleme të tjera shëndetësore

Nëse pacienti ka përdorur kanabis për të menaxhuar probleme shëndetësore [p.sh. dhimbje kronike], duhet të shqyrtohen alternativa të tjera trajtimi në bashkëpunim me ofruesit e kujdesit shëndetësor, të cilat duhet të përfshihen në planin e trajtimit.

Mjediset e trajtimit

Shumica e individëve mund ta kalojnë abstinencën nga kanabisi në kushte ambulatorë.

Kur mund të nevojitet trajtim spitalor:

- ❖ Kur pacienti ka probleme serioze mendore ose fizike [p.sh. psikoze, probleme kardiake, dehidrim];
- ❖ Kur ka përdorim të shumë substancave dhe pritet abstinenca nga më shumë se një substancë [p.sh. alkool, benzodiazepina].

Kujdesi mbështetës

Ndërhyrjet mbështetëse ndihmojnë pacientët të përballojnë simptomat e abstinencës, si:

- ❖ Dëshira për përdorim [craving];
- ❖ Ankthi;
- ❖ Çrregullimet e gjumit;
- ❖ Luhatjet emocionale.

Kujdesi mbështetës përfshinë:

- ❖ Psikoedukimin në lidhje me simptomat e zakonshme të abstinencës, fillimin dhe kohëzgjatjen e tyre të mundshme, si dhe strategjitë e ballafaqimit;
- ❖ Informimin në lidhje me ballafaqimin e dëshirave, të cilat janë një pjesë normale e të gjitha sindromave të abstinencës;
- ❖ Adresimin e faktorëve stresues mjedisorë që mund të kenë një efekt të rëndësishëm në shkallën e abstinencës;
- ❖ Reduktimin e stresit duke u siguruar që mjedisi të jetë i qetë, i sigurt dhe privat;
- ❖ Sigurimin e mbështetjes, përmes qetësisimit të shqetësimeve dhe frikës, inkurajimi konstruktiv pozitiv mbi progresin, kontakte të rregullta, ofrimi i informatave të nevojshme dhe adresimi i i mënjehershëm për ballafaqim me probleme sociale dhe familjare.

Dieta, ushtrimet dhe relaksimi

Shumë pacientë kanë zvogëlim të oreksit gjatë abstinencës nga kanabisi, gjë që së bashku me të përzierat, të vjellat dhe hidratimin e dobët mund të rezultojë në dehidratim dhe çrregullime të elektroliteve nëse janë të rënda.

Rekomandohet që pacientët të përpiqen të mbajnë vakte të vogla dhe të lehta gjatë episodit të abstinencës dhe të ruajnë hidratimin [të paktën 2-3 litra lëngje në ditë]. Pacientët duhet të përmbahen nga pijet me kafein pasi që ato mund të rrisin shqetësimin, acarimin dhe pagjumësinë.

Ushtrimet mund të përmirësojnë disponimin, të përmirësojnë gjumin dhe të zvogëlojnë agjitimin dhe dëshirat. Shumë individë gjithashtu gjejnë përfitime në teknikat e strukturuar të frymëmarrjes me ushtrime relaksuese, siç është joga. Gjendjet mjekësore të bashkëshoqëruara duhet të merren në konsideratë me kujdes në identifikimin e regjimeve të përshtatshme të ushtrimeve.

Trajtimi medikamentoz i simptomave

Nuk ka terapi specifike të miratuara për trajtimin e abstinencës nga kanabisi. Megjithatë, përdoren medikamentet simptomatike për të lehtësuar simptomat e veçanta. Një gamë medikamentesh përdoret zakonisht për lehtësimin e simptomave specifike [shih tab.më poshtë]

Medikamentet simptomatike

- ❖ Medikamentet duhet të përdoren vetëm për një periudhë të shkurtër [zakonisht jo më shumë se 7 ditë] pa rishikim mjekësor dhe indikacion të qartë;
- ❖ Në rastet kur pacientët tërheqen në qendra spitalore, medikamentet duhet të ndërpriten 1–2 ditë para daljes, për të vlerësuar aftësinë e tyre për të përballuar simptomat e abstinencës pa medikamente;
- ❖ Pacientët që kanë përzier kanabisin me duhan do të duhet të ju sigurohet terapi zëvendësuese e nikotinës [NRT];

Kujdesi gjatë përshkrimit të medikamenteve psikoaktive

Në përgjithësi, kërkohet kujdes kur përshkruhen medikamentet psikoaktive përfshirë benzodiazepinat, medikamentet si: [p.sh.zopiklon] dhe medikamentet antipsikotike tek pacientët me çrregullim të përdorimit të substancave. Qasja në medikamente duhet të mbikëqyret [p.sh. administrimi i përditshëm ose mbikëqyrja nga kujdestari], dhe të kufizohet në disa ditë [jo më shumë se një javë], që korrespondon me kulmin e simptomave të abstinencës. Përdorni benzodiazepinat me kujdes tek adoleshentët dhe fëmijët, [përdorimi kërkon vëmendje të veçantë dhe dozë të matur].

Tabela 5.2.3 Mjekimi Simptomatik

Tabela 5.2.3 Mjekimi Simptomatik

Simptomat	Mjekimi [deri në 7 ditë kohëzgjatje, sipas nevojës]
Probleme me gjumë	Benzodiazepinat [p.sh.Diazepam 5-10 mg në ditë] ose z-medikamentet [p.sh.zolpidem 10-20 mg në ditë, Zopiklon 7.5-15 mg në ditë].
Shqetësim, ankth, iritim	Diazepam [p.sh. 5-10 mg BD ose TDS PRN] ose medikamente antipsikotike [p.sh. olanzapinë 2.5-5 mg BD PRN], Nauze [nd].
Dhimbje stomaku	Hyoscine butylbromide [p.sh. Buscopan 20 mg TDS PRN].
Dhimbje fizike, dhimbje koke	Paracetamol, agjentë anti-inflamatorë jo -steroid
Nauze	Metoclopramide, Ondansetron

Monitorimi dhe rishikimi

Pacientët duhet të monitorohen rregullisht dhe të mbahen në kontakt të vazhdueshëm.

Çfarë duhet monitoruar:

- ❖ Ashpërsia e simptomave të abstinencës;
- ❖ Dëshira për përdorim [craving];
- ❖ Çdo përdorim të substancave gjatë periudhës së abstinencës;
- ❖ Përdorimi i medikamenteve dhe efekti i tyre;
- ❖ Gjendja shëndetësore dhe sociale e përgjithshme.

Monitorimi duhet të jetë më intensiv në 3–5 ditët e para, dhe pastaj të reduktohet gradualisht, derisa pacienti të kalojë në fazën pas abstinencës [post-withdrawal care].

Vegla ndihmëse për monitorim:

Mund të përdoret Shkalla e Abstinencës nga Kanabisi [Cannabis Withdrawal Scale]. një instrument i vlefshëm me 19 pika që vlerëson simptomat e 24 orëve të fundit. Kjo shkallë nuk është e lidhur në mënyrë të drejtpërdrejtë me udhëzime për përshkrimin e medikamenteve.

Kujdesi i vazhdueshëm pas abstinencës

Pas fazës së abstinencës, duhet të vazhdohet me ndërhyrje standarde për të: duhet të përdoren ndërhyrje standarde që synojnë reduktimin e rikthimeve [relaps]; dhe mbajtjen e motivimit, duke përfshirë rritjen/forcimin e motivimit, parandalimin e rikthimit, terapitë e sjelljes kognjitive dhe ndërhyrje të tjera psikosociale.

Reduktimi i dëmeve

Për përdoruesit aktiv të kanabisit, jepni këshilla për të reduktuar dëmet:

- ❖ Shmangni përdorimin ditor;
- ❖ Kanabisi me përmbajtje të ulët tetrahidrokanabinoli [THC]të lartë kanabidioli [CBD] është më pak i dëmshëm se kanabisi me përmbajtje të lartë [THC/të ulët CBD];
- ❖ Shmangni fillimin e përdorimit në adoleshencë;
- ❖ Mos përzieni kanabisin me duhan;
- ❖ Shmangni thithjen e thellë dhe mbajtjen e tymit në mushkëri, pasi kjo nuk e rrit efektin, por shton dëmet;
- ❖ Shmangni përdorimin e pajisjeve të rënda si “bucket bong” pasi ato mund të shtyjnë thellë tymin në mushkëri ;
- ❖ Pajisjet prej qelqi janë më të sigurta se ato prej plastike, gome apo alumini;
- ❖ Avulluesit [vaporizer] prodhojnë sasi më të ulët të katranit.

Gjithashtu, shmangni drejtimin e automjeteve gjatë gjendjes së intoksikuar.

Kanabisi dhe shtatzënia

Abstinencia nga kanabisi gjatë shtatzënisë zakonisht nuk lidhet me shqetësime fetale ose ndërlikime në shtatzëni. Megjithatë, në këto raste rekomandohet:

- ❖ Këshillimi me specialistët për menaxhimin e grave shtatzëna që përdorin kanabis.

Abstinencia nga kanabisi mjekësor

Në përgjithësi, pacientët që përdorin kanabis me bazë THC, për arsye mjekësore u rekomandohet: Reduktimi gradual i dozës përgjatë disa javëve, për të shmangur efektet e abstinencës ose ndërprerjes së menjëhershme. Gjatë këtij procesi, duhet të sigurohet menaxhim alternativ për gjendjen shëndetësore për të cilën ishte përshkruar kanabisi.

Kanabisi sintetik

Kanabinoidët sintetik janë përbërës kimikë që lidhen me receptorët CB1 dhe CB2, por nuk janë të njëjtë në strukturë me THC, dhe nuk rrjedhin nga bima e kanabisit. Këta përbërës shpesh kanë afinitet më të lartë ndaj receptorëve krahasuar me THC, duke shkaktuar dëshirë të fortë[craving] kur përdorimi ndërpritet. Abstenenca nga kanabisi sintetik mund të shfaqet më shpejtë dhe shpeshë përfshinë takikardi, hipertension dhe në disa raste konvulsione.

Kanabisi dhe gjendjet e shëndetit mendor

Menaxhimi i abstinencës nga kanabisi te pacientët me çrregullime të rënda të shëndetit mendor kërkon:

- ❖ Monitorim të afërt dhe të vazhdueshëm;
- ❖ Ambient të sigurt dhe të mbrojtur, me mundësi që të kërkoet trajtim rezidencial ose hospitalizim;
- ❖ Përdorim të kujdesshëm të medikamenteve, sipas simptomave të paraqitura.

Trajtimi simptomatik me medikamente për pacientët me probleme mendore përfshinë:

- ❖ Benzodiazepinat në kurse të shkurtra, për të ndihmuar me ankthin dhe çrregullimet e gjumit;
- ❖ Antipsikotikët [p.sh. olanzapina] mund të jenë të dobishëm për pacientët që shfaqin simptoma psikotike ose agjitim të rëndë, që nuk reagon ndaj benzodiazepinave;
- ❖ Kur është e mundur, medikamentet simptomatike të abstinencës duhet të ndërpritën para daljes nga spitali në mënyrë që të vlerësohet me saktësi gjendja e pacientit pa ndikimin e medikamenteve;
- ❖ Vlerësimi pas abstinencës mund të lejojë diagnozën e saktë dhe trajtimin e duhur të çrregullimeve shoqëruese të shëndetit mendor.

5.3 Psikostimulantët

Shenjat, simptomat dhe rrjedha e abstinencës nga psikostimulantët

Simptomat e abstinencës shfaqen tek disa individ, por jo tek të gjithë individët, që përdorin psikostimulantë në mënyrë kronike. Abstenenca nga metamfetamina dhe kokaina është klinikisht e ngjashme, përveçse abstenenca nga kokaina ka një kohëzgjatje më të shkurtër.

Abstenenca e psikostimulantëve është karakterizuar në mënyrë tipike, në tri faza: crash, abstenim dhe zbehje -zhdukje.

Megjithatë, jo të trijat fazat mund të paraqiten te individët, me modele të ndryshme përdorimi. Ndërsa jo të gjithë individët përjetojnë një fazë 'crash', ajo është më e mundshme tek individët që 'kapërcejnë' doza të larta të psikostimulantëve për periudha të shkurtra ose përdorin doza të larta të përditshme.

Tabela 5.3.1 Simptomat dhe kohëzgjatja e abstinencës

Tabela 5.3.1 Simptomat dhe kohëzgjatja e abstinencës

Faza	Koha që prej përdorimit të fundit	Simptomat dhe shenjat e zakonshme
“Përjetimi i fazës ” Crash [pasi efektet psikostimulante zbehen]	Metamfetaminat: Zakonisht fillojnë 12-24 orë pas përdorimit të fundit dhe zhduken brenda ditës 2-3. Kokaina: ndodh brenda orëve nga përdorimi i fundit, me kohëzgjatje të shkurtër [deri në 48 orë].	Lodhje, zakonisht gjumë i shtuar, disponim i ulët ose disfori; mund të shoqërohet me ankth ose agjitim. Dëshira të forta që vazhdojnë për disa javë; luhatje të disponimit dhe niveleve të energjisë, duke alternuar midis: nervozizmit, shqetësimit, ankthit dhe agjitimit; lodhjes, mungesës së energjisë, anhedonisë; Gjumë të çrregullt, duke përfshirë pagjumësi; dhembje të përgjithshme, dhimbje koke; rritje të oreksit;
	Metamfetaminat: Zakonisht fillonë 1-3 ditë pas përdorimit të fundit, arrijnë kulmin rreth ditës 3-5 dhe shumica e simptomave, përveç dëshirës për të, zhduken deri në fund të javës së parë. Kokaina: zakonisht fillon dhe zgjat më pak	Përqëndrim dhe vëmendje të dobët; Çrregullime të mendimit [p.sh., ide paranojake, besime të çuditshme] dhe perceptimit[keqperceptime, halucinacione] mund të rishfaqen gjatë fazës së abstinencës pasi janë maskuar gjatë fazës së zbehjes
Abstinenca Mungesë energjie, anhedonia, nervozizëm, shqetësim, ankth, agjitim, lodhje
Zbehje Zhdukje Javë deri në muaj Dëshira episodike, gjumë jo i rehatshëm

Faktorët që ndikojnë në ashpërsinë e abstinencës

Ka një ndryshim të konsiderueshëm në ashpërsinë e abstinencës pas ndërprerjes së përdorimit të rregullt dhe të rëndë të psikostimulantëve. Ashpërsia e abstinencës duket se ndikohet nga intensiteti i përdorimit të psikostimulantëve [doza, frekuenca dhe kohëzgjatja e përdorimit], si dhe nga lloji i psikostimulantit. Psikostimulantët më pak të fuqishëm, p.sh.ephedrine dhe fentermina, kanë të ngjarë të shkaktojnë abstinencë më pak të rëndë.

Mënyra e administrimit gjithashtu ndikon në abstinencë, me injektimin që shpesh shoqërohet me sasi më të mëdha të përdorimit të psikostimulantëve, incidencë më të lartë të psikopatologjisë, ashpërsi më të lartë të varësisë dhe ndoshta abstinencë më të rëndë. Pacientët që kanë pasur episode të mëparshme të rënda abstinence, që përdorin substanca të shumëllojshme ose që kanë probleme shëndetësore me shëndetin mendor dhe probleme të tjera shëndetësore bashkë ekzistuese janë gjithashtu në rrezik në rritje për simptoma të rënda abstinence. Pritshmëritë individuale, mjedisi dhe prania ose mungesa e mbështetjes psikosociale gjithashtu luajnë një rol.

Vlerësimi

Kryeni vlerësimin e zakonshëm për abstinencën përfshirë:

- ❖ Historinë e përdorimit të substancave dhe historinë e abstinencës që mbulon të gjitha substancat e përdorura;
- ❖ Historinë mjekësore dhe të shëndetit mendor;
- ❖ Rrezikun e dëmtimit të vetes dhe të të tjerëve;
- ❖ Ekzaminimin fizik;
- ❖ Ekzaminimin e gjendjes mendore dhe vlerësimin kognitiv;
- ❖ Historinë e krizave ose deliriumit

Historia e konsumimit

Historia e përdorimit të substancave për abstinencën nga psikostimulantët duhet të përfshijë:

- ❖ Llojin e psikostimulantëve që përdoren, frekuencën e përdorimit [p.sh. ditët e përdorura gjatë 28 ditëve të fundit];
- ❖ Sasinë e përdorur për ditë përdorimi [p.sh. gramë, 'pikë' ekuivalente me afërsisht 0.1 g ose 100 mg];
- ❖ Kohëzgjatjen e përdorimit, mënyrën e administrimit dhe modelin e fundit të përdorimit që ndikoj në këtë gjendje, duke përfshirë dozën e fundit;
- ❖ Duhet të dokumentohen, trajtimet e mëparshme, periudhat e abstinencës, ashpërsia dhe ndërlikimet e përvojës së mëparshme të abstinencës.

Gjithashtu, pyetni për çdo përdorim të njëkohshëm të drogës - p.sh. alkool, benzodiazepina, GHB, nikotinë, duke përfshirë dozën, frekuencën dhe kohëzgjatjen e përdorimit të njëkohshëm të drogës, kohën dhe sasinë e dozës së fundit, rrugën e administrimit.

Vlerësimi i ndërlikimeve të mundshme të përdorimit kronik të psikostimulantëve

Vlerësoni gjendjet bashkëshoqëruese të shëndetit fizik dhe mendor, duke përfshirë ndërlikimet e njohura të përdorimit kronik të metamfetaminës përfshirë gjendje neurologjike, kardiovaskulare dhe gjendje të tjera siç përcaktohen në tabelën e mëposhme.

Gjithashtu vlerësoni ushqyerjen, hidratimin dhe humbjen e peshës së pacientit, si dhe integritetin e lëkurës dhe shëndetin oral/dentar.

Tabela 5.3.2 Komplikacionet e përdorimit kronik të psikostimulantëve

Tabela 5.3.2 Komplikacionet e përdorimit kronik të psikostimulantëve

Neurologjik	Kardiovaskular	Të tjera
Konvulsione	Hipertension	Hiperpireksi
Komplikime cerebrovaskulare	Kardiomiopatit	Rabdomilioza
Goditje në tru	Infarkti i miokardit	Dëmtimi kognitiv
	Aritmi	Psikoza

Nëse pacienti është injektuar, merrni në konsideratë ndërlikimet e përdorimit të drogës me injektim si dhe transmetimin e virusit përmes gjakut, endokarditi infektiv, absceset. Dëmtimi kongnitiv dhe psikoza e shoqëruar me metamfetaminën janë ndërlikime të rëndësishme të çrregullimeve të përdorimit të psikostimulantëve, veçanërisht tek ata me përdorim të shpeshtë të dozave të larta dhe varësi të rëndë.

Karakteristika të tilla si paranoja, iluzionet ose çrregullimet perceptuese ndodhin shpesh. Nëse shenjat dhe simptomat e sëmundjes mendore janë të rënda ose vazhdojnë për disa javë, merrni në konsideratë referimin për vlerësim dhe trajtim të specializuar të shëndetit mendor.

Komplikimet kardiovaskulare [përfshirë hipertensionin, kardiomiopatinë] e përdorimit të rregullt të metamfetaminës në doza të larta mund të jenë serioze nga ana mjekësore dhe kërkojnë vlerësim.

Ngjarjet akute kardiovaskulare [përfshirë infarktin akut të miokardit] dhe aksidentet cerebrovaskulare [goditja në tru, veçanërisht hemorragjike], janë ndërlikime të njohura të përdorimit, dhe rreziku rritet me dozën dhe kohëzgjatjen e përdorimit.

Menaxhimi i abstinencës

Qëllimi i kujdesit për abstinencën është të ofrojë mbështetje të përshtatshme që abstenenca të përfundojë në mënyrë të sigurt. Abstenenca nga medikamente psikostimuluese nuk është e rrezikshme nga ana mjekësore dhe asnjë trajtim specifik nuk është treguar më efektiv në zvogëlimin e simptomave të abstinencës.

Qëllimet kryesore të trajtimit gjatë abstinencës:

- ❖ Ndërprerja e përdorimit të substancave, përkohësisht ose përgjithmonë;
- ❖ Trajtimi i simptomave, gjendjeve bashkëshoqëruese dhe ndërlikimeve nga përdorimi afatëgjatë;
- ❖ Përfshirja e pacientit në trajtim dhe kujdes afatëgjatë.

Planifikimi i trajtimit

Përmbledhni vlerësimin e pacientit për ta informuar për planin e trajtimit, duke u siguruar që ai, të përfshijë trajtimin pas abstinencës.

Abstenenca është vetëm një pjesë e rrugëtimit të trajtimit. Përpjekjet për të zvogëluar ose ndërprerë përdorimin e psikostimulantëve karakterizohen nga dëshira të forta dhe shkallë të larta të ndërprerjes dhe rikthimit.

Planifikimi i trajtimit pas abstinencës paraqet fillimin e një episodi të mbështetur të abstinencës. Planifikimi i trajtimit duhet të marrë në konsideratë karakteristikat specifike të abstinencës nga psikostimulantët.

Fillimi i shqetësimit nga abstenenca mund të vonohet për disa ditë pas ndërprerjes së përdorimit të psikostimulantëve, dhe simptomat subakute mund të vazhdojnë për shumë javë deri në muaj.

Rekomandohet një qasje e kujdesit të shkallëzuar për trajtimin e çrregullimeve të përdorimit të psikostimulantëve, një qasje graduale ndaj kujdesit, që përfshinë një hierarki ndërhyrjesh për t'iu përshtatur nevojave të një personi që mund të përshkallëzohet sipas nevojës.

Mjediset e trajtimit

Shumica e individëve mund të pranojnë abstincencë nga psikostimulantët në një mjedis trajtues. Nëse pacienti ka probleme të rëndësishme shëndetësore mendore ose fizike [p.sh. psikozë, probleme kardiake, dehidratim] dhe/ose përdorim të konsiderueshëm të substancave të tjera me abstincencë të mundshme nga substanca të shumëfishta shtrohet në spital.

Disa individ nuk do të kenë nevojë për shtrim në spital, por do të përfitonin nga mbështetja psikosociale etj.

Kujdesi mbështetës

Sigurohuni që kujdesi mbështetës të ofrohet sipas nevojës.

Parimet e përgjithshme të kujdesit mbështetës përfshijnë:

- ❖ Psikoedukimi dhe përballimi i simptomave të abstincencës;
- ❖ Pacientët duhet të edukohen në lidhje me simptomat e zakonshme të abstincencës, fillimin dhe kohëzgjatjen e tyre të mundshme, si dhe strategjitë e ballafaqimit [p.sh. teknikat e relaksimit, përmirësimin e cilësisë së gjumit, këshilla në lidhje me dietën];
- ❖ Strategji specifike për adresimin e agjitacionit, zemërimit dhe çrregullimeve të gjumit;
- ❖ Shpjegimi i shpeshtë i procedurave për pacientët me çrregullime të menduarit ose perceptimit, për të orientuar dhe siguruar ate;
- ❖ Ndërhyrje në kriza, duke adresuar çështjen e ballafaqimit lidhur me sigurinë personale ose çështje të tjera urgjente të mirëqenies;
- ❖ Ballafaqimi i dëshirave, dëshirat janë një pjesë normale e të gjitha sindromave të abstincencës, dhe të gjithë pacientët duhet të edukohen në lidhje me natyrën e dëshirave dhe strategjitë për ballafaqimin e tyre gjatë abstincencës.

Medikamentet

Përdorimi afatshkurtër i medikamenteve mund të trajtojë simptomat e abstincencës dhe simptomat e vazhdueshme të shoqëruara me përdorimin e psikostimulantëve.

Benzodiazepinat mund të merren në konsideratë për menaxhimin e agjitimit të lidhur me abstincencën. Një regjim i përshtatshëm është diazepam 5-10 mg oral sipas nevojës, çdo gjashtë orë deri në një maksimum prej 40 mg në ditë gjatë tre ditëve.

Meqenëse varësia nga benzodiazepinat mund të bashkëjetojë me varësinë nga psikostimulantët, vlerësoni pacientët për varësinë nga benzodiazepinat bashkëjetuese dhe rrezikun e abstincencës. Antipsikotikët atipik mund të merren në konsideratë gjithashtu për trajtimin e simptomave të abstincencës, duke përfshirë agjitimin dhe simptomat psikotike të nivelit të ulët, siç janë iluzionet dhe paranoja.

Merrni në konsideratë olanzapine 2.5-5 mg oral sipas nevojës, çdo 6-8 orë, deri në një maksimum prej 20 mg në 24 orë. Një alternativë është quatepine me lirim të menjëhershëm 25-50 mg oral sipas nevojës, çdo tetë orë, deri në një dozë maksimale prej 150 mg në 24 orë.

Monitorimi dhe rishikimi

Shkallët e abstinencës për abstinencën nga psikostimulantët mund të jenë të dobishme për stafin në kuptimin e sindromës së abstinencës. Megjithatë, ato nuk janë të validuara për lidhjen e medikamenteve ose ofrimit të trajtimit me rezultatet.

Kujdesi i vazhdueshëm

Integrimi i shërbimeve të abstinencës me shërbimet pas abstinencës është i nevojshëm për të menaxhuar natyrën e zgjatur të fazës së zhdukjes së abstinencës nga psikostimulantët. Kujdesi pas abstinencës mund të përfshijë këshillim për parandalimin e rikthimit/relaps, këshillime të tjera, grupe vetëndihme dhe rehabilitim rezidencial.

Merrni në konsideratë vlerësimin e specializuar për individët me ndërlikime shëndetësore ose mendore të përdorimit të psikostimulantëve [p.sh., tipare të vazhdueshme ose të rënda të psikozës ose depresionit].

Reduktimi i dëmeve

Abstinencia si në spital ashtu edhe në ambulancë ofron mundësi për ndërhyrje që synojnë të zvogëlojnë dëmet e lidhura me përdorimin e psikostimulantëve. Këshilloni të gjithë pacientët rreth zvogëlimit të tolerancës pas abstinencës.

Këshilloni pacientin në lidhje me aksesin në prezervativë, profilaksinë para dhe pas ekspozimit për mashkujt gej dhe biseksualë që janë HIV negativ, për persona të tjerë në rrezik të infeksionit HIV, si dhe për marrjen e medikamenteve antiretrovirale për individët që jetojnë me HIV.

Këshilla të tjera për reduktimin e dëmit që përfshijnë: mos drejtimin e asnjë automjetit pas përdorimit të stimuluesve, si dhe këshilla të përgjithshme shëndetësore në lidhje me ushtrimet, gjumin, të ushqyerit për të zvogëluar ndikimet e përdorimit afatgjatë të stimuluesve.

Këshilla në lidhje me higjienën orale etj.

Shtatzënia dhe periudha e hershme pas lindjes:

Psikostimulantët mund të kalojnë placentën dhe të jenë të pranishëm në qumështin e gjirit dhe mjekët duhet t'u këshillojnë nënave të mos ushqejnë me gjii nëse mund të rifillojnë përdorimin e këtyre substancave. Foshnjat e ekspozuara ndaj metamfetaminave para lindjes mund të jenë me peshë të ulët në lindje dhe mund të kenë vështirësi në ushqyerje dhe gjumë, të cilat mund të zhduken spontanisht.

Ndërprerja e përdorimit të metamfetaminës gjatë shtatzënisë mund të rezultojë në lodhje, ankth, agjitim dhe depresion. Si parim i përgjithshëm, ndërprerja dhe abstinencia rekomandohet gjatë

shtatzënisë. Nuk ka rekomandime specifike të bazuara në prova për të mbështetur tërheqjen e metamfetaminës gjatë shtatzënisë.

Drejtimi i automjeteve dhe psikostimulantët

Personat që mbajnë patentë shoferi dhe drejtojnë automjete për periudha të gjata kohore mund të jenë në rrezik për shkak të aftësisë së psikostimulantëve për të zvogëluar përgjumjen.

5.4.Opioidet

Shenjat, simptomat dhe rrjedha e abstinencës nga opioidet

Tabela 5.4.1 Shenjat dhe Simptomat e abstinencës nga opioidet

Tabela 5.4.1 Shenjat dhe Simptomat e abstinencës nga opioidet

Shenjat e zakonshme të abstinencës nga opioidet	Simptoma të zakonshme të abstinencës nga opioidet
Djersitje	Shqetësim/ Paqëndrueshmëri
Të Vjella	Agjitim
Diarre	Anoreksi dhe të Përziera/ Nauze
Bebëza të zgjeruara të syve	Dhimbje ose ngërçe barku
Përpëlitje	Skuqe nga të nxehtit dhe të ftohtit
Rinorrea	Dhimbje kockash, kyçesh dhe muskujsh
Lotim	Pagjumësi dhe gjumë jo të qetë
Piloereksion	Dëshirë e fortë për opioide

Opioidet me veprim të shkurtër

Heroina është një drogë me veprim relativisht të shkurtër. Simptomat e abstinencës zakonisht fillojnë 6-24 orë pas dozës së fundit, arrijnë kulmin në 24-48 orë dhe zhduken pas 5-10 ditësh. Opioidet e tjera me veprim të shkurtër me një profil të ngjashëm abstinence përfshijnë morfinën, oksikodonin, hidromorfonin, kodeinën dhe fentanilin. Opioidet me veprim të shkurtër mund të kenë një fillim të vonuar të abstinencës, megjithatë, përndryshe sindroma e abstinencës është e ngjashme. Fentanili transdermal do të kalojë nga rezervuarët e lëkurës në qarkullimin sistemik për një kohë të paparashikueshme dhe potencialisht të zgjatur, prandaj, abstenenca mund të zgjasë disa ditë për t'u zhvilluar, pas heqjes së një flasteri.

Opioidet me veprim të gjatë

Abstenenca nga një opioid me gjysmë-jetë të gjatë si metadoni zakonisht fillon 36-48 orë pas dozës së fundit. Ashpërsia maksimale e abstinencës tenton të jetë më e ulët se ajo e abstinencës nga heroina, megjithatë abstenenca mund të jetë më e zgjatur, duke zgjatur 3-6 javë. Simptomat dhe shenjat e abstinencës nga buprenorfina janë të ngjashme me opioidet e tjera.

Megjithatë, abstenenca nga buprenorfina është përgjithësisht më e lehtë se abstenenca nga metadoni ose heroina.

Simptomat fillojnë përgjithësisht brenda 3-5 ditëve nga doza e fundit dhe mund të zgjasin për disa javë. Pas abstinencës akute, simptomat e zgjatura, të shkallës së ulët të shqetësimit [psikologjik dhe fizik] mund të zgjasin shumë muaj.

Faktorët që ndikojnë në ashpërsinë e abstinencës

Prania e varësisë nga opioidet tregon mundësinë e zhvillimit të abstinencës nga opioidet. Megjithatë, disa pacientë të varur nga opioidet mund të mos zhvillojnë abstinencë nga opioidet. Përvoja e mëparshme e pacientit me abstinencën mund të tregojë ashpërsinë e pritshme të abstinencës. Ashpërsia e abstinencës mund të ndikohet nga pastërtia, doza dhe kohëzgjatja e përdorimit.

Vlerësimi

Vlerësimi i zakonshëm për abstinencë përfshinë:

- ❖ Historinë e përdorimit të substancave dhe historinë e abstinencës që mbulon të gjitha substancat e përdorura;
- ❖ Historinë mjekësore dhe të shëndetit mendor;
- ❖ Rrezikun e dëmtimit të vetes dhe të tjerëve;
- ❖ Ekzaminimin fizik;
- ❖ Ekzaminimin e gjendjes mendore dhe vlerësimin kognitiv

Dokumentoni informacionin mbi përvojat e mëparshme të pacientit në ndërprerjen e opioideve dhe periudhat e abstinencës së zgjatur [kohëzgjatja, mënyra e arritjes, shkaktarët e rikthimit], si dhe mbidozat e kaluara që përfshijnë opioidet. Vlerësoni dhe dokumentoni rrezikun e transmetimit të virusve në gjak [përfshirë HCV, HBV dhe HIV].

Gjithashtu, shënoni trajtimin aktual ose të mëparshëm me metadon ose buprenorfinë në një program trajtimi me opioide, rezultatet dhe arsyet e ndërprerjes.

Shikoni: Pacienti mund të jetë i dehur në momentin e paraqitjes dhe kjo mund të ndikojë në aftësinë e tij/saj për të ofruar dhe marrë informacion, si dhe për të dhënë pëlqimin e informuar. Vlerësimi i individëve të dehur mund të jetë i vështirë dhe gjetjet e vlerësimit duhet të rishikohen pasi të jenë zbehur shenjat e dehjes.

Historia e Konsumimit

Vlerësimi duhet të përfshijë llojin e opioidit, rrugëtimin e konsumimit, sasinë dhe frekuencën e përdorimit.

Opioidet e paligjshme

Opioidet e paligjshme mund të përfshijnë heroinën, analogët e fentanilit dhe opioidet me recetë të devijuara. Vlerësimet e dozës janë të vështira për shkak të ndryshimeve të mëdha në përqendrimin dhe pastërtinë e preparateve të paligjshme. Konsumi mund të regjistrohet si numri i injeksioneve në ditë, numri i gramëve të gëlltimit ose eurot e shpenzuar.

Tabela në vijim ofron udhëzime për vlerësimin e niveleve të përdorimit.

Vini re se modelet e përdorimit "në rrugë" ndryshojnë shpesh. Duke pasur parasysh forcën e ndryshueshme të opioideve të paligjshme, frekuenca e përdorimit mund të jetë një tregues më i mirë i ashpërsisë së varësisë sesa gramët e përdorur.

Tabela 5.4.2 Udhëzuesi i përafërt për nivelin e përdorimit të heroniës

Tabela 5.4.2 Udhëzuesi i përafërt për nivelin e përdorimit të heroinës	
Fund i ulët	Fund i lartë
Një deri në dy injektive në ditë, ose	Katër ose më shumë injektive në ditë, ose
0.5 gr [‘pesë pikë’] ose më pak në ditë	1-2 gr ose më shumë në ditë

Opioidet me recetë

Gjithnjë e më shumë, pacientët po paraqiten me çrregullim të përdorimit të opioideve vetëm nga opioidet e përshkruara.

Vlerësimi i ndërlikimeve të mundshme të përdorimit kronik të opioideve

Përdorimi kronik i opioideve mund të rezultojë në ndryshime endokrinologjike, duke përfshirë nivele të ulëta të testosteronit, rritje të prolaktinës dhe reduktim të hormonit stimulues të folikulave [FSH] dhe hormonit luteinizues [LH].

Oligomenorrea ose amenorrea mund të shkaktohen nga përdorimi afatgjatë i opioideve, si dhe infertiliteti. Problemet dentare mund të ndodhin në përdorimin kronik të opioideve si rezultat i rrjedhjes së reduktuar të salivës, e cila i shtohet higjienës së dobët të dhëmbëve. Përveç kësaj, kapsllëku kronik shihet zakonisht, i cili mund të shkaktojë anoreksi, shqetësime barku dhe dhimbje barku.

Përdorimi i drogës me injektim është një rrezik për infeksione bakteriale që mund të shkaktojnë endokardit infektiv, celulit, abscese epidurale ose septikemi, shoqërohet gjithashtu me infeksione kontraktuese, duke përfshirë viruset e transmetuara në gjak, p.sh. hepatiti C, hepatiti B, dhe shumë më rrallë me HIV.

Menaxhimi i abstinencës

Qëllimi i kujdesit për abstinencë është të ofrojë mbështetje të përshtatshme që abstinencia të përfundojë në mënyrë të sigurt.

Qëllimet kryesore të trajtimit gjatë abstinencës:

- ❖ Ndërprerja e përdorimit të substancave, përkohësisht ose përgjithmonë;
- ❖ Trajtimi i simptomave, gjendjeve bashkëshoqëruese dhe ndërlikimeve nga përdorimi afatgjatë
- ❖ Përfshirja e pacientit në trajtim dhe kujdes afatgjatë.

Planifikimi i trajtimit

Përmbledhja e vlerësimit të pacientit për të informuar pacientin lidhur me planin e trajtimit, duke u siguruar që ai, përfshinë trajtimin pas abstinencës dhe adreson rrezikun e mbidozës pas

abstinencës. Adresoni arsyet e pacientit për të kërkuar trajtim, rrethanat sociale dhe pritjet në lidhje me abstincën dhe identifikoni qëllimet afatshkurtra dhe afatgjata të trajtimit. Dakordohuni për mjedisin për abstinencë dhe vendosni një model monitorimi dhe rishikimi të progresit që përfshinë rishikim të rregullt të objektivave të pacientit, të cilat mund të ndryshojnë gjatë rrjedhës së abstinencës. Pacientët që e identifikojnë abstinencën si qëllimin e tyre mund të inkurajohen të marrin në konsideratë një program trajtimi me agonistë opioide.

Mjediset e trajtimit

Menaxhimi i abstinencës nga opioidet mund të ndërmerret në mjedise ambulatorë ose spitalore. Menaxhimi spitalor duhet të merret në konsideratë për pacientët me sëmundje të rëndësishme kardiovaskulare ose gjendje të tjera bashkëshoqëruese ku këshillohet të shmangët hiperaktiviteti i sistemit nervor simpatik. Zgjedhja e pacientit dhe rrjeti i mbështetjes sociale duhet gjithashtu të merren në konsideratë, dhe aty ku përpjekjet ambulatorë kanë qenë të pasuksesshme.

Abstinencia e pa-planifikuar

Pacientët në spital, burg ose kujdes tjetër institucional mund t'i nënshtrohen abstinencës së paplanifikuar të opioideve kur humbasin aksesin ndaj opioideve. Pacientët mund të mos e zbulojnë gjithmonë përdorimin e tyre të opioideve.

Merrni në konsideratë mundësinë e varësisë nga opioidet dhe për rrjedhojë abstinencën e paplanifikuar të opioideve nëse pacienti ka:

- ❖ Simptoma dhe shenja të abstinencës nga opioidet;
- ❖ Prania e vendeve të injektimit;
- ❖ Menaxhimi i dhimbjes është i vështirë, kërkohen doza më të larta se zakonisht të medikamenteve analgjezike për të arritur nivele të arsyeshme të lehtësimit akut të dhimbjes.

Trajtimi me metadon ose buprenorfinë mund të jetë i nevojshëm për pacientët e shtruar në spital për të parandaluar abstinencën, ndërsa çrregullime të tjera mjekësore ose të shëndetit mendor u jepet përparësi dhe menaxhohen.

Kujdesi mbështetës

Kujdesi mbështetës mund t'i ndihmojë pacientët të përballojnë simptomat e abstinencës dhe të vazhdojnë me përfundimin e episodit të abstinencës.

Kujdesi mbështetës përfshinë:

- ❖ Psikoedukimi dhe përbalimi i simptomave të abstinencës;
- ❖ Pacientët duhet të edukohen në lidhje me simptomat e zakonshme të abstinencës, fillimin dhe kohëzgjatjen e tyre të mundshme, si dhe strategjitë e ballafaqimit [p.sh. teknikat e relaksimit, përmirësimin e cilësisë së gjumit, këshilla në lidhje me dietën];
- ❖ Strategji specifike për adresimin e agjitacionit, zemërimit dhe çrregullimeve të gjumit;
- ❖ Shpjegimi i shpeshtë i procedurave për pacientët me çrregullime të menduarit ose perceptimit, për të orientuar dhe siguruar atë;

- ❖ Ndërhyrje në kriza, duke adresuar çështjen e ballafaqimit lidhur me sigurinë personale ose çështje të tjera urgjente të mirëqenies;
- ❖ Ballafaqimi i dëshirave, dëshirat janë një pjesë normale e të gjitha sindromave të abstinencës, dhe të gjithë pacientët duhet të edukohen në lidhje me natyrën e dëshirave dhe strategjitë për ballafaqimin e tyre gjatë abstinencës.

Parandalimi i dehidrimit

Në rastin e abstinencës nga opioidet e patrajuara ose të trajtuara në mënyrë jo-adekuate, mund të ketë humbje lëngjesh për shkak të djersitjes, të vjellave dhe diarresë. Në disa raste, dehidratimi mund të jetë serioz dhe të kërkojë zëvendësim parenteral të lëngjeve.

Medikamentet

Një regjim gradualisht i reduktuar i medikamenteve agoniste opioid është trajtimi i preferuar për abstinencë nga opioidet.

Buprenorfina ose metadoni mund të përdoren për të ndihmuar në abstinencë nga opioidet. Nuk është identifikuar asnjë përfitim i buprenorfinës ndaj metadonit në kohëzgjatjen e trajtimit ose mbajtjen në terapi, megjithëse intensiteti i abstinencës është më pak i rëndë.

Për shkak të profilit të saj farmakologjik, duke përfshirë sigurinë, buprenorfina preferohet për abstinencë nga opioidet e tjera

.Një qasje pragmatike është përdorimi i metadonit për abstinencë tek individët që tashmë konsumojnë metadon, dhe përdorimi i buprenorfinës për abstinencë nga të gjitha opioidet e tjerë si trajtim i linjës së parë.

Mjekime të tjera simptomatike mund të jenë ende të nevojshme përveç agonistëve opioid siç përcaktohet në tabelën më poshtë.

Kujdes duhet treguar nëse përshkruhen medikamente të tjera qetësuese për shkak të toksicitetit sinergjik. Përdorimi i kombinuar i substancave të tjera qetësuese [p.sh. benzodiazepinat, alkooli dhe antidepressivët triciklikë], me opioidët mund të rezultojë në depresion të frymëmarrjes, komë dhe vdekje.

Merrni në konsideratë nevojën për monitorim më intensiv në një mjedis spitalor nëse pacienti është në rrezik të shtuar për mbi-sedacion.

Doza testuese e buprenorfinës

Shtyjeni dozën e parë të buprenorfinës derisa pacienti të përjetojë sindromën e abstinencës [ankth, dhimbje barku ose të kyçeve, zgjerim të bebëzave të syve, djersitje],siç matet me një shkallë objektive siç është COWS.

Regjimi i medikamenteve ambulatorore

Pas dozës së testimit prej 2 mg, nëse pacienti nuk përjeton rritje të ashpërsisë së abstinencës dhe ende raporton abstinencë, jepini edhe 6 mg buprenorfinë. Një total prej 8 mg-12 mg është i përshtatshëm në ditën 1. Ky regjim ilustron në tabelën më poshtë. Pacientët duhet të

rishikohen çdo ditë nga një profesionist shëndetësor me përvojë gjatë ditëve të para të regjimit të abstinencës. Rregulloni dozat sipas nevojës.

Regjimi i medikamenteve për pacientët e shtruar

Në një mjedis spitalor, mund të jepen doza më të larta.

Pas dozës së testimit prej 2 mg, nëse pacienti nuk përjeton rritje të ashpërsisë së abstinencës dhe ende raporton abstinencë, jepini edhe 6 mg të tjera buprenorfinë. Një total prej 8 mg-16 mg është i përshtatshëm në ditën e parë zvogëloni dozën e buprenorfinës me 2-4 mg në ditë, në varësi të vlerësimit të përgjigjes së pacientit.

Ndërpritni buprenorfinën 1-2 ditë para daljes nga spitali për të vlerësuar dhe menaxhuar çdo abstinencë të përsëritur. Regjimet fikse mund të negociohen për mjediset spitalore ku stafi mund të ketë përvojë të kufizuar ose aspak në menaxhimin e abstinencës nga opioidet.

Regjimet më fleksibile [me porosi për doza shtesë sipas nevojës], mund të përdoren aty ku stafi ka ekspertizë të përshtatshme. Në të dyja rastet, doza të shumëfishta të vogla [p.sh. 0.4-2 mg], mund të administrohen sipas nevojës gjatë gjithë ditës.

Trajtimi mirëmbajtës me agonistë opioid

Nëse plani është të vazhdohet me buprenorfinën në periudhën pas abstinencës [p.sh., si trajtim me agonistë opioid], atëherë rritet doza e buprenorfinës në diapazonin efektiv [p.sh., zakonisht 12-24 mg].

Medikamente simptomatike

Medikamentet për simptomat dhe kujdesi mbështetës shpesh janë të mjaftueshme në trajtimin e abstinencës së lehtë [shih tabelën më poshtë].

Klonidina mund të përshkruhet për trajtimin e simptomave të tilla si djersitja dhe agjitimi. Para administrimit të klonidinës, matni presionin bazë të gjakut dhe rrahjet e zemrës para dozës së parë.

Kur nuk duhet të përdoret Klonidina:

Mos përdorni klonidin nëse pacienti është hipotensiv [domethënë presioni i gjakut është më pak se 90 mmHg sistolik ose 50 mmHg diastolik], rrahjet e zemrës janë më pak se 50 në minutë ose ka prova klinike të qarkullimit të dëmtuar.

Doza fillestare e testimit:

- ❖ Administroni një dozë testimi prej 75 mikrogramësh dhe monitoroni hipotensionin pas gjysmë ore. Matni presionin e gjakut të pacientit shtrirë dhe në këmbë. Nëse është hipotensiv, klonidina nuk rekomandohet
- ❖ Nëse nuk shfaqet hipotension dhe marramendja ose efektet e tjera anësore të klonidinës nuk janë problem, jepni një dozë të dytë prej 75 mikrogramësh dhe vazhdoni trajtimin siç tregohet në tabelën e trajtimeve simptomatike;

- ❖ Pas përdorimit të zgjatur dhe të rregullt të klonidinës, merrni në konsideratë zvogëlim gradualë për të shmangur hipertensionin e përsëritur.

Naltrexoni

Abstinencia e planifikuar [e shpejtë], nga opioidet e asistuar nga naltrexoni shoqërohet me shkallë të lartë të ngjarjeve të padëshiruara dhe nuk mund të rekomandohet.

Monitorimi dhe rishikimi

Rishikoni pacientin rregullisht sipas gjendjes së pacientit, ashpërsisë së abstinencës dhe mjediseve të trajtimit. Rishikimi duhet të përfshijë vlerësimin e rrezikut, vlerësimin e simptomave dhe ashpërsisë së abstinencës, ngjarjet negative, përdorimin e medikamenteve të tjera dhe çdo shqetësim të pacientit.

Monitorimi duhet të bazohet klinikisht në vëzhgime, shenja objektive dhe simptoma subjektive dhe mund të përfshijë shkallë të strukturuar të abstinencës. Shkallët e abstinencës nuk diagnostikojnë abstinencën, ato janë vetëm një udhëzues për ashpërsinë e një sindrome abstinence tashmë të diagnostikuar.

Ato nuk zëvendësojnë gjykimin klinik. Për trajtimin spitalor, kryeni COWS çdo 6 orë. Rivlerësoni pacientin rregullisht për t'u siguruar që është abstinencë nga opioidet dhe jo një gjendje tjetër mjekësore themelore, veçanërisht nëse pacienti nuk po i përgjigjet mirë trajtimit.

Kujdesi i vazhdueshëm

Gjatë javës së parë të trajtimit, diskutoni opsionet e menaxhimit të abstinencës pas ndërprerjes me pacientin dhe kujdestarin e nominuar ose anëtarin e familjes. Këto përfshijnë vazhdimin e trajtimit me agonist opioid, ose këshillim për abstinencë dhe rehabilitim rezidencial.

Trajtimi afatgjatë me agonistë opioide ka një bazë të fortë provash dhe shpesh preferohet nga pacientët. Vendimet duhet të merren në partneritet me pacientët dhe bazuar në pëlqimin e informuar.

Toleranca e reduktuar ndaj opioideve pas ndërprerjes rrit rrezikun e mbidozës nëse pacienti kthehet në përdorimin e opioideve më pas.

Tabela 5.4.3 Shembull i regjimit ambulator për zvogëlimin e dozës së buprenorfinës

Tabela 5.4.3 Shembull i regjimit ambulator për zvogëlimin e dozës së buprenorfinës	
Dita	Fundi i lartë
1	8-12 mg [duke përfshirë 2 mg dozën e testimit]
2-4	Administroni dozën në mënyrë që pacienti të jetë i rehatshëm dhe të mos përdor opioide shtesë. Zakonisht kërkohen doza midis 8-16 mg në ditë.
5-14	Rishikoni rregullisht progresin e pacientit dhe reduktoni dozën. Synoni të reduktoni dozën ditore me 2-4 mg çdo 1-2 ditë. Synoni që ditët e fundit 1-2 të dozimit të jenë në dozë 2 mg.

Tabela 5.4.4. Shembull i regjimit të zvogëlimit të buprenorfinës

Tabela 5.4.4 Shembull i regjimit të zvogëlimit të buprenorfinës në spital		
Dita	Doza e Buprenorfinës [nëngjuhësh/sublingual, mg]	Kufijt e përbashkët
1.	8 mg në fillim të abstinencës nga opioidet [duke përfshirë dozën testuese prej 2 mg]. Shtesë: 4 mg ose 8 mg për abstinencë të pakëndshme	8-16 mg
2.	Reduktoni dozën e ditës 1 me 2-4 mg	6-12 mg
3.	Reduktoni dozën e ditës së dytë me 2-4 mg	4-8 mg
4.	4 mg si dozë në mëngjes	2-6 mg
5.	2 mg si dozë në mëngjes	2 mg
6.	Ndërprite	0

Reduktimi i dëmit

Duhet të ofrohet edukimi mbi parimet e reduktimit të dëmit. Këshilloni pacientin lidhur me hapat për të zvogëluar rrezikun e mbidozave. Është thelbësore të këshillohen të gjithë pacientët në lidhje me zvogëlimin e tolerancës pas abstinencës dhe abstinencës nga opioidet.

Gjithashtu jepni informacion në lidhje me praktikën më të sigurtë të injektimit, duke përfshirë përdorimin e pajisjeve sterile të injektimit për të zvogëluar rrezikun e transmetimit të virusve me anë të gjakut.

Jepni këshilla të përgjithshme për stilin e jetës në lidhje me ushtrimet dhe të ushqyerit për të zvogëluar ndikimet e përdorimit afatgjatë të opioideve. Paralajmëroni pacientët që të mos drejtojnë automjete nëse janë nën ndikimin e qetësuesve.

Shtatzënia dhe ushqyerja me gji

Trajtimi i preferuar për gratë shtatzëna që përdorin opioide është **trajtimi mbajtës me agonistë të opioideve**[metadon ose buprenorfinë]. Tërheqja akute nga opioidet paraqet rreziqe për fetusin dhe zakonisht duhet të shmangët gjatë shtatzënisë. Nëse ndërmerret, ajo kërkon **menaxhim nga specialistët**. Pacientet duke përfshirë ato që janë në trajtim mbajtës me metadon ose buprenorfinë, **inkurajohen të ushqejnë me gji**, së bashku me mbështetjen e duhur pas lindjes.

Tabela 5.4.5 Trajtimet Simptomatke

Tabela 5.4.5 Trajtimet Simptomatike

Simptomet	Trajtimet e Sugjeruara
Dhimbje/dhimbje të muskujve	Paracetamol 1gr çdo 4 orë sipas nevojës [maksimumi 4 g në 24 orë]ose Ibuprofen 400 mg çdo 6 orë sipas nevojës [nëse nuk ka histori të ulçerës peptike/gastrit].
Nauze/të përziera	Metoklopramide 10 mg, çdo 4-6 orë sipas nevojës ose Proklorperazinë 5 mg, çdo 4-6 orë sipas nevojës ose Ondansetron 4-8 mg, çdo 12 orë sipas nevojës
Ngërçet e barkut	Hioscine 20 mg, çdo 6 orë sipas nevojës. Trajtim i linjës së dytë për simptoma të rënda gastrointestinale të vazhdueshme [për përdorim vetëm në një mjedis spitalor]: Oktreotid 0.05-0.1 mg, çdo 8-12 orë sipas nevojës me injeksion subkutan- nënlëkuror.
Diarre	Kaomagma ose Loperamid 2 mg sipas nevojës.
Pagjumësi	Temazepam 10-20 mg natën. Ndërpriteni dozën pas 3-5 netësh
Agjitim ose ankth	Diazepam 5 mg katër herë në ditë sipas nevojës. Zvogëloni/ndërprisni dozën brenda 3-5 ditëve.
Dehidratim/çrregullim i elektroliteve	Zëvendësim i lëngjeve dhe elektroliteve
Shqetësime në këmbë,djersitje, agjitim	Clonidine 75-150 mikrogramë çdo 6-8 orë sipas tolerancës me monitorim të rregullt të tensionit të gjakut.

Menaxhimi i dhimbjes dhe përdorimi i buprenorfinës

Buprenorfina ka një afinitet të lartë për receptorin mu të opioideve, dhe ekziston një rrezik teorik që ajo mund të kufizojë efektivitetin e opioideve të tjera të përshkruara për menaxhimin e dhimbjes akute. Megjithatë, studimet tregojnë se opioidët agonistë të plotë mund të jenë efektivë për analgjezi edhe gjatë vazhimit të trajtimit me buprenorfinë.

Këshilla në lidhje me drejtimin e automjetit

Pacientëve duhet t'u këshillohet të mos drejtojnë automjete gjatë trajtimit të abstinencës, veçanërisht kur mund të përshkruhen medikamente qetësuese.

5.5.Gama Hidroksibutirat [GHB]

Shenjat, simptomat dhe kursi i abstinencës së GHB dhe substancat e ngjajshme

Diapazoni dhe ashpërsia e simptomave të abstinencës së GHB duket se ndryshon midis individëve para ekspozimi ndaj medikamentit.

Tabela 5.5.1 Shenjat dhe Simptomat e Abstinencës nga GHB

Tabela 5. 5.1 Shenjat dhe Simptomat e Abstinencës nga GHB

E lehtë në të moderuar	E moderuar
Dëshirë	Mioklonia [dridhje ose kërcitje e shkurtër dhe e pavullnetshme e një muskuli ose grupi muskujsh]
Tremor/Dridhje	Dezorientim
Pagjumësi	Çrregullim perceptues
Diaforezë [Djersitje e tepërt]	Delerium
Ankth	Bradikardi
Nauze/ të përziera	Rabdomiolizë
Takikardia	Dëmtim i veshkave
Hipertension	
Agjitim	
Hipertemi	

Fillimi i sindromës së abstinencës mund të jetë i shpejtë: simptomat mund të fillojnë brenda 1-12 orëve nga doza e fundit dhe zakonisht brenda 1-4 orëve nga doza e fundit. Prandaj, është e rëndësishme që pacientët në rrezik të abstinencës nga GHB të vlerësohen dhe të menaxhohen me prioritet dhe trajtimi të fillojë herët. Karakteristikat e sindromës së abstinencës janë raportuar të zgjasin deri në 21 ditë.

Faktorët që ndikojnë në abstinencës

Kohëzgjatja e përdorimit dhe doza mund të ndikojnë në vështërsitë e abstinencës; simptomat e mëparshme të abstinencës mund të jenë një udhëzues i dobishëm për abstinencën e mundshme që do të vijë. Dezorientimi i hershëm, deliriumi dhe halucinacionet mund të indikojnë një abstinencë të rëndë ose komplekse dhe mund të kërkojnë përfshirjen e hershme të kujdesit intensiv [KI] pasi transferimi në kujdesin intenziv mund të jetë i nevojshëm tek rastet me abstinencë të rëndë.

Parashikuesit e abstinencës së rëndë dhe deliriumit në vlerësim përfshijnë:

- ❖ Intervale të shkurtra kohore midis dozimit [$\leq 2-4$ orë];
- ❖ Doza më të larta ditore [>15 ml GHB];
- ❖ Fillimi i simptomave të abstinencës brenda 2-3 orëve;
- ❖ Zgjimi gjatë gjithë natës për shkak të simptomave të abstinencës dhe përdorimi i rregullt gjatë gjithë natës;
- ❖ Abstinencë e rëndë e mëparshme;
- ❖ Asnjë ditë pa GHB për më shumë se 4-6 javë.

Abstenenca e rëndë mund të çojë në delirium rezistent ndaj trajtimit, konvulsione [kriza epileptike], ngurtësim të muskujve dhe rhabdomiolizë. Këto komplikacione mund të përparojnë në arreste kardiake dhe dështim të veshkave, dhe në raste të rralla mund të jenë fatale nëse nuk trajtohen. Dërgimi në kujdes intensiv është i nevojshëm për pacientët që paraqesin shenja të tërheqjes shumë të rëndë, si agjitacion i pakontrolluar, paqëndrueshmëri autonome, kriza të përsëritura ose komplikacione sistemike.

Vlerësimi

Duhet të kryhet vlerësimi i zakonshëm për abstinencën, duke përfshirë:

- ❖ Historinë e përdorimit të substancave dhe historinë e abstinencës që mbulon të gjitha substancat e përdorura;
- ❖ Historinë mjekësore dhe të shëndetit mendor;
- ❖ Rrezikun e dëmtimit të vetes dhe të tjerëve;
- ❖ Ekzaminimin fizik;
- ❖ Ekzaminimin e gjendjes mendore dhe vlerësimin kognitiv.

Fillimi i deliriumit që rezulton nga abstenenca nga GHB është një diagnozë e përjashtimit, kështu që shkaqet e tjera të mundshme të deliriumit duhet të përjashtohen. Pacienti mund të jetë i intoksikuar në momentin e paraqitjes. Kjo mund të ndikojë në aftësinë e tij/saj për të dhënë dhe marrë informacion dhe për këtë arsye mund të mos jetë në gjendje të japë pëlqimin e informuar. Vlerësimi i individëve të intoksikuar është i vështirë, por duhet të përcjellet / monitorohet sa më shumë që të jetë e mundur. Gjetjet e vlerësimit mund të rishikohen pasi të jenë zbehur shenjat e intoksimit.

Historia e konsumimit

Vlerësimi fillestar përfshinë një histori të përdorimit të substancave për të nxjerrë në pah:

- ❖ Modelin e përdorimit të GHB-së;
- ❖ Ashpërsinë e varësisë;
- ❖ Episodet e mëparshme të abstinencës;
- ❖ Kohën dhe sasinë e dozës së fundit.

Pyetni për përdorimin e të gjitha substancave për të identifikuar sasinë dhe frekuencën e përdorimit të substancave.

Vlerësimi i ndërlikimeve të mundshme të përdorimit kronik

Ekzistojnë pak të dhëna mbi efektet afatgjata të përdorimit kronik të GHB-së. Dëmtim i kujtesës është raportuar pas ndërprerjes së GHB-së, si dhe probleme kognitiv, dridhje, depresion, ankth dhe pagjumësi, të cilat mund të vazhdojnë për një kohë të gjatë.

Menaxhimi i abstinencës

Qëllimi i kujdesit për abstinencën është të ofrojë mbështetje të përshtatshme që abstinencia të përfundojë në mënyrë të sigurt.

Qëllimet kryesore të trajtimit gjatë abstinencës:

- ❖ Ndërprerja e përdorimit të substancave, përkohësisht ose përgjithmonë;
- ❖ Trajtimi i simptomave, gjendjeve bashkëshoqëruese dhe ndërlikimeve nga përdorimi afatëgjatë;
- ❖ Përfshirja e pacientit në trajtim dhe kujdes afatëgjatë.

Planifikimi i trajtimit

Përmbledhni vlerësimin e pacientit për të informuar për planin e trajtimit, duke u siguruar që ai të përfshijë trajtimin pas ndërprerjes. Këshillojeni pacientin në lidhje me rrezikun e mbidozës pas ndërprerjes.

Adresoni shqetësimet e pacientit për të kërkuar trajtim, rrethanat sociale dhe pritjet në lidhje me ndërprerjen dhe identifikoni qëllimet afatshkurtra dhe afatgjata të trajtimit. Dakordohuni për mjedisin për ndërprerjen dhe vendosni një model monitorimi dhe rishikimi të progresit të arritur.

Mjediset e trajtimit

Abstenenca nga GHB mund të kryhet në mjedise ambulatorë ose spitalore. Kur parashikohet një abstinencë e moderuar deri në të rëndë, pacientët duhet të trajtohen në një spital akut ose në një mjedis/njësi të specializuar të mbikëqyrur për abstinencë. Këtu përfshihen individët që kanë përdorim të njëkohshëm të substancave tjera në nivel të lartë ose çrregullime të rëndësishme bashkëshoqëruese të shëndetit mendor apo fizik.

Menaxhimi i sindromës së rëndë të abstinencës duhet të kryhet në një mjedis me varësi të lartë.

Kujdesi mbështetës

Ndërhyrjet e kujdesit mbështetës mund t'i ndihmojnë pacientët të përballojnë simptomat e abstinencës, duke përfshirë dëshirat, ankthin, çrregullimet e gjumit dhe luhatjet emocionale.

Parimet e përgjithshme të kujdesit mbështetës përfshijnë:

- ❖ Psikoedukimin dhe përballimin e simptomave të abstinencës;
- ❖ Pacientët duhet të edukohen në lidhje me simptomat e zakonshme të abstinencës, fillimin dhe kohëzgjatjen e tyre të mundshme, si dhe strategjitë e ballafaqimit [p.sh. teknikat e relaksimit, përmirësimin e cilësisë së gjumit, këshilla në lidhje me dietën];
- ❖ Strategji specifike për adresimin e agjitacionit, zemërimit dhe çrregullimeve të gjumit;
- ❖ Shpjegimi i shpeshtë i procedurave për pacientët me çrregullime të menduarit ose perceptimit, për të orientuar dhe siguruar atë;
- ❖ Ndërhyrje në kriza, duke adresuar çështjen e ballafaqimit lidhur me sigurinë personale ose çështje të tjera urgjente të mirëqenies;
- ❖ Ballafaqimi i dëshirave, dëshirat janë një pjesë normale e të gjitha sindromave të abstinencës, dhe të gjithë pacientët duhet të edukohen në lidhje me natyrën e dëshirave dhe strategjitë për ballafaqimin e tyre gjatë abstinencës.

Medikamentet

Trajtimi i abstinencës nga GHB, është kryesisht mbështetës, duke përfshirë administrimin e medikamenteve për të kontrolluar agjitimin, deliriumin dhe krizat, me monitorim të kujdesshëm për deprimimin respirator dhe për komplikacionet e mundshme.

Doza të larta të benzodiazepinave janë trajtimi kryesor për abstinencë nga GHB.

Dozat e përdorura ndryshojnë, megjithatë rekomandohet diazepam 10-20 mg çdo 1-2 orë, i filluar herët [brenda dy orëve nga doza e fundit e GHB nëse nuk është i qetësuar] derisa të arrihet qetësimi i lehtë dhe kontrolli i agjitimit.

Duhet të kryhet një kontroll i rregullt mjekësor. Një mjek duhet ta shqyrtojë pacientin para se të tejkalojë 120 mg diazepam në 24 orët e para të trajtimit të abstinencës nga GHB. Në këtë pikë rekomandohet konsultimi me një specialist të varësisë.

Monitorimi dhe administrimi i vazhdueshëm i diazepamit sipas simptomave mund të vazhdohet me kujdes. Diazepamit ndërpritet për afërsisht shtatë ditë kur trajtohet nga abstienca nga GHB. Referojuni Njësisë së Kujdesit Intensiv për shqyrtimin e menaxhimit në një mjedis kujdesi kritik nëse kërkohen doza mbi 150-200 mg diazepam në 24 orë, ka konfuzion të hershëm ose delirium ose simptoma të rënda.

Diazepami përdoret me kujdes tek pacientët që kanë mbindjeshmëri ndaj diazepamit, kanë sëmundje të rëndë të mëlçisë, po marrin frenues të fuqishëm të CYP-450 [p.sh. ritonavir], janë të moshuar ose që paraqiten me një dëmtim në kokë ose gjendje të tjera të rëndësishme bashkëshoqëruese [p.sh. sëmundje e rëndë e mushkërive, sëmundje cerebrovaskulare dhe reduktimi i niveli të vetëdijes]. **Oksazepami** është një alternativë e përshtatshme.

Baklofeni, një agonist me afinitet të lartë GABA-B, është përdorur në lidhje me diazepam për të zvogëluar ashpërsinë e simptomave të abstinencës nga GHB.

Baklofeni mund të përdoret si një ndihmës në raste të rënda rezistente ndaj terapisë me benzodiazepina ose nëse parashikohet absinenca nga mesatarja deri në të rënda. Dozat zakonisht variojnë nga 10-25 mg TDS dhe fillohen në fillim të menaxhimit të abstinencës. Kjo mund të ndërpritet pas daljes nga spitali ose të zvogëlohet gradualisht gjatë disa javëve.

Medikamentet e tjera që mund të jenë të dobishme përfshijnë: olanzapinë afatshkurtër [2.5-5 mg PO sipas nevojës deri në një maksimum prej 20 mg në 24 orë] ose **quetiapine** [25-50 mg sipas nevojës deri në një maksimum prej 200 mg në 24 orë] të cilat kanë efikasitet të mirë-vendosur në menaxhimin e agjitimit.

Nëse pacienti nuk po përgjigjet, merrni këshilla nga një specialist urgjentisht duke pasur parasysh rreziqet e mundshme në abstinencë nga GHB.

Monitorimi dhe rishikimi

Rekomandohen monitorime të rregullta dhe të shpeshta, si dhe monitorim klinik për ndërprerjen e GHB-së.

Monitorimi duhet të bazohet klinikisht në vëzhgime, shenja objektive dhe simptoma subjektive, me frekuencën e përcaktuar nga ashpërsia e ndërprerjes. Në raste më të rënda, mund të kërkohet

monitorim çdo orë ose edhe më i shpeshtë derisa pacienti të qetësohet. Monitoroni shenjat vitale të jetës, ekuilibrin e lëngjeve dhe analizat e gjakut [numërimi i plotë i gjakut, elektrolitet, testet e funksionit të mëlçisë, niveli i alkoolit në gjak dhe kreatinë kinaza] tek pacientët që janë në gjendje akute jo të mirë. Aktualisht nuk ka një shkallë të pranuar ose të validuar gjerësisht për vlerësimin e ndërprerjes së GHB-së ose pararendësve të tij.

Kujdesi i vazhdueshëm

Trajtimi i abstinencës nuk ofron përfitime afatgjate nëse nuk pasohet nga ndërhyrje të tjera për drogën dhe alkoolin, përfshirë këshillimin. Rikthimi pas daljes nga një episod i abstinencës nga GHB është i zakonshëm dhe mund të jetë jashtëzakonisht i rrezikshëm për shkak të tolerancës së reduktuar. Paralajmëroni pacientët për mundësinë e tolerancës së reduktuar dhe për rrjedhojë rrezikun potencial të mbidozës nëse ktheheni te përdorimi i GHB pas abstinencës.

Reduktimi i dëmit

Duhet të ofrohet edukimi mbi parimet e reduktimit të dëmit. Këshillojeni pacientin mbi hapat për të zvogëluar rrezikun e mbidozave, duke përfshirë shmangien e kombinimit të GHB me depresantë të tjerë si alkooli, benzodiazepinat, antihistaminikët qetësues dhe opioidet.

Sugjerojini ata të shmangin përdorimin e GHB vetëm, ose në situata të tjera ku ndihma mund të mos jetë e disponueshme dhe që t'i tregojnë një miku se çfarë po përdorin dhe ku. Gjithashtu, vini re se ata mund të zvogëlojnë rrezikun e mbidozës duke pritur mjaftueshëm gjatë për të ndjerë ndonjë efekt para se të marrin më shumë GHB.

Meqenëse GHB është një lëng pa ngjyrë dhe pa erë, shpesh ruhet në shishe uji dhe enë salce soje për t'u marrë me vete dhe për këtë arsye mund të konsumohet lehtësisht pa dashje. Këshillojini pacientët të jenë të kujdesshëm se ku ruhet.

Mbajeni larg fëmijëve ose të tjerëve që mund ta konsumojnë gabimisht, pasi krijon rrezik të lartë helmimi aksidental dhe mbidozë.

5.6. Gabapentinoidet

Shenjat, simptomat dhe rrjedha e abstinencës nga gabapentinoidi

Fillimi i abstinencës nga gabapentinoidi zakonisht ndodh brenda 1-2 ditëve, nga përdorimi i fundit. Kohëzgjatja e sindromës së abstinencës pa trajtim është deri në 3-5 ditë për simptoma të rënda. Simptomat e buta të mbetura mund të vazhdojnë deri në disa javë.

Zvogëlimi i dozës së gabapentinoideve do të modifikojë ashpërsinë dhe kohëzgjatjen e simptomave.

Simptomat e abstinencës janë të ngjashme me simptomat e abstinencës së agjentëve të tjerë qetësues, diaforez, takikardi, agjitim, megjithëse ka raste të abstinencës së rëndë që përfshijnë konvulzione dhe katatoni.

Deliriumi mund të shoqërohet si me intoksikimin nga gabapentinoidi ashtu edhe me abstinencën, historia e përdorimit të gabapentinoidit do të mundësojë diferencimin.

Ka pasur raportime të rralla rastesh të mioklonusit, asteriksisit, katatonisë, konvulzioneve, statusit epileptikus, akathizisë, psikozës dhe encefalopatisë që ndodhin në kontekstin e abstinencës nga gabapentinoidi.

Tabela 5.6.1 Shenjat dhe simptomet e zakonshme të abstinencës nga gabapentinoid

Tabela 5.6 .1 Shenjat dhe simptomet e zakonshme të abstinencës nga gabapentinoid

Simptom	Shenjat
Dhimbje koke	Agjitim
Ankth	Diaforezë
Dëshira	Tahikardi
Diarre	Hipertensioni
Nauze	Tremor
Të Ftohta	
Lodhje	

Pacientët mund të marrin gabapentinoide për vetëm katër javë para se të zhvillojnë tolerancë dhe simptoma të abstinencës kur ndërpritet përdorimi.

Pacientët mund të zhvillojnë simptoma të abstinencës në doza terapeutike të gabapentinoideve, zakonisht deri në 300 mg pregabalinë ose 3600 mg gabapentinë, por shumica marrin doza supraterapeutike.

Jo të gjithë pacientët që përdorin gabapentinoide çdo ditë ose pothuajse çdo ditë do të përjetojnë një sindromë abstinencë.

Rreziku duket se rritet me varësinë nga substanca të shumëfishta, dozën më të lartë dhe sëmundje shoqëruese të shëndetit mendor. Të gjithë pacientët që marrin gabapentinoide duhet t'u titrohet doza kur planifikojnë të ndërpresin përdorimin.

Faktorët që ndikojnë në ashpërsinë e abstinencës

Faktorët që parashikojnë ashpërsinë e abstinencës nuk janë përcaktuar qartë. Kohëzgjatja e përdorimit, sasia e përdorur dhe toleranca mund të jenë parashikues të abstinencës dhe ashpërsisë së saj.

Vlerësimi

Duhet të kryhet vlerësimi i zakonshëm për abstinencën, duke përfshirë:

- ❖ Historinë e përdorimit të substancave dhe historinë e abstinencës, duke përfshirë çdo ndërlikim shoqërues;
- ❖ Historinë mjekësore dhe të shëndetit mendor;

- ❖ Rrezikun e dëmtimit të vetes dhe të të tjerëve;
- ❖ Ekzaminimin fizik. Historia ose shenjat e sëmundjes së veshkave janë të rëndësishme në vlerësim duke pasur parasysh metabolizmin e gabapentinoideve;
- ❖ Ekzaminimin e gjendjes mendore dhe vlerësimin kognitiv.

Pacienti mund të jetë i dehur në momentin e paraqitjes dhe kjo mund të ndikojë në aftësinë e tij/saj për të ofruar dhe marrë informacion dhe për të dhënë pëlqimin e informuar. Vlerësimi i individëve të intoksikuar mund të jetë i vështirë dhe gjetjet e vlerësimit duhet të rishikohen pasi shenjat e intoksikimit të jenë zbehur.

Historia e konsumimit

Dokumentoni një histori të përdorimit të substancës që përfshinë frekuencën e përdorimit [p.sh. ditët e përdorura gjatë 28 ditëve të fundit], sasinë mesatare të përdorur në ditë në mg, kohëzgjatjen e përdorimit, rrugën e administrimit, kohën dhe sasinë e dozës së fundit dhe modelin e fundit të përdorimit që ndikojë në këtë paraqitje. Gjithashtu pyetni për periudhat e abstinencës, shkallën, ndërlikimet dhe përvojat e mëparshme të abstinencës dhe të çdo trajtimi të mëparshëm.

Pyetni për përdorimin e të gjitha substancave për të identifikuar sasinë dhe frekuencën e substancave të përdorura.

Menaxhimi i abstinencës

Qëllimi i kujdesit për abstinencën është të ofrojë mbështetje të përshtatshme që abstinenca të përfundojë në mënyrë të sigurt.

Qëllimet kryesore të trajtimit gjatë abstinencës:

- ❖ Ndërprerja e përdorimit të substancave, përkohësisht ose përgjithmonë;
- ❖ Trajtimi i simptomave, gjendjeve bashkëshoqëruese dhe ndërlikimeve nga përdorimi afatëgjatë
- ❖ Përfshirja e pacientit në trajtim dhe kujdes afatëgjatë.

Planifikimi i trajtimit

Përmbledhni vlerësimin e pacientit për të informuar për planin e trajtimit, duke u siguruar që ai të përfshijë trajtimin pas ndërprerjes.

Adresoni shqetësimet e pacientit për të kërkuar trajtim, rrethanat sociale dhe pritjet e tij në lidhje me trajtimin, ndërprerjen dhe identifikoni qëllimet afatshkurtra dhe afatgjata të trajtimit. Dakordohuni për mjedisin e ndërprerjes dhe vendosni një model monitorimi dhe rishikimi të progresit.

Përfshini një rishikim të rregullt të objektivave të pacientit, të cilat mund të ndryshojnë gjatë rrjedhës së ndërprerjes. Merrni këshilla nga specialistët për pacientët me dëmtim të rëndë të

veshkave. Komunikimi me mjekun që i përshkruan gabapentinoidet pacientit, është esencial në planifikimin e trajtimit.

Drejtimi i automjetit

Pacientët që do të marrin gabapentinoide para ndërprerjes së planifikuar të trajtimit të pacientëve të shtruar në spital ose gjatë reduktimit të dozës në komunitet duhet të këshillohen për rreziqet e drejtimit të automjetit nën ndikimin e gabapentinoideve.

Mjediset e trajtimit

Mjedisi në të cilin kryhet ndërprerja e gabapentinoideve përcaktohet duke marrë në konsideratë:

- ❖ Sasinë e gabapentinoidit të përdorur;
- ❖ Gjendjet e njëkohshme mjekësore dhe mendore;
- ❖ Çrregullime të tjera të përdorimit të drogës;
- ❖ Situatën sociale dhe mbështetjen.

Reduktimet e shpejta nga dozat e larta janë të përshtatshme për një mjedis spitalor gjatë 5-7 ditëve. Reduktimet graduale nga dozat tipike terapeutike zakonisht janë të përshtatshme për një mjedis ambulator. Kjo përfshinë furnizimin me faza të medikamenteve dhe fillimisht rishikimin e dytë ditor, duke u zvogëluar gradualisht sipas përgjigjeve individuale.

Kujdesi mbështetës

Ndërhyrjet e kujdesit mbështetës mund t'i mundësojnë pacientëve të përballojnë simptomat e abstinencës, duke përfshirë dëshirat, ankthin, çrregullimet e gjumit dhe luhatjet emocionale.

Parimet e përgjithshme të kujdesit mbështetës përfshijnë:

- ❖ Psikoedukimin dhe përballimin e simptomave të abstinencës;
- ❖ Pacientët duhet të edukohen në lidhje me simptomat e zakonshme të abstinencës, fillimin dhe kohëzgjatjen e tyre të mundshme, si dhe strategjitë e ballafaqimit [p.sh. teknikat e relaksimit, përmirësimin e cilësisë së gjumit, këshilla në lidhje me dietën];
- ❖ Strategji specifike për adresimin e agjitacionit, zemërimit dhe çrregullimeve të gjumit;
- ❖ Shpjegimi i shpeshtë i procedurave për pacientët me çrregullime të menduarit ose perceptimit, për të orientuar dhe siguruar ata;
- ❖ Ndërhyrje në kriza, duke adresuar çështjen e ballafaqimit lidhur me sigurinë personale ose çështje të tjera urgjente të mirëqenies;
- ❖ Ballafaqimi i dëshirave, dëshirat janë një pjesë normale e të gjitha sindromave të abstinencës, dhe të gjithë pacientët duhet të edukohen në lidhje me natyrën e dëshirave dhe strategjitë për ballafaqimin e tyre gjatë abstinencës.

Medikamentet

Reduktimi i dozës së gabapentinoidit është shtylla kryesore e trajtimit. Negocioni shkallën e reduktimit me pacientin. Përdorni një reduktim më të ngadaltë tek pacientët që marrin doza të larta terapeutike/supraterapeutike, ata që marrin gabapentinoide për më shumë se katër javë dhe ata me çrregullime bashkëshoqëruese të shëndetit mendor ose varësi nga substancat.

Për ndërprerjet e planifikuara ku doza e deklaruar është në ose përtej dozës maksimale ditore [pregabalin 600 mg, gabapentin 3600 mg], filloni zvogëlim në një mjedis të kontrolluar për të konfirmuar tolerancën e pacientit.

Shtrojeni pacientin për të paktën 24 orë për të mundësuar monitorimin e pacientit në rast të toksicitetit për shkak të tolerancës më të ulët se sa pritej. Pacientët që raportojnë doza supratherapeutike mund të fillojnë me doza maksimale [pregabalin 600 mg, gabapentin 3600 mg], të ndara në katër doza të shpërndara gjatë gjithë ditës.

Kjo do të jetë e mjaftueshme për të shtypur simptomat e rëndësishme të abstinencës. Dozat duhet të reduktohen ose të ndërpriten nëse pacienti bie në gjendje qetësimi.

Në një mjedis spitalor, është e përshtatshme ulja e dozës gjatë 5-7 ditëve, me një ulje ditore të dozës.

Pacientët që nuk mund të reduktohen në zero gjatë 5-7 ditëve të trajtimit spitalor për shkak të gjendjeve të rëndësishme mjekësore ose mendore, ose që po përjetojnë shqetësime të konsiderueshme nga simptomat e abstinencës, mund të reduktohen sasin e gabapentinoidit e menaxhueshme si pacient spitalor. Medikamentet simptomatik mund të ofrohet sipas tabelës në vijim.

Tabela 5.6.2 Medikamentet Simptomatike

Simptomet	Medikamente [deri në 7 ditë kohëzgjatje, sipas nevojës]
Probleme me gjumin	Benzodiazepinat [p.sh. Diazepam 5-10 mg në ditë] ose medikamente z [p.sh. Zolpidem 10-20 mg në ditë, Zopiklon 7.5-15 mg në ditë].
Paqëndrueshmëri, ankth nervozizëm	Diazepam [p.sh. 5-10 mg BD ose TDS PRN] ose medikamente antipsikotike [p.sh. Olanzapine 2.5-5 mg BD PRN]
Dhimbje barku	Hyoscine butylbromide [p.sh 20 mg TDS PRN]
Dhimbje fizike, dhimbje koke	Paracetamol, agjentë anti-inflamatorë jo-steroidë
Nauze / Të përziera	Metoklopramide, Ondansetron

Menaxhimi i ndërlikimeve

Konvulsionet trajtohen me benzodiazepine sipas protokolleve standarde për menaxhimin e konvulsioneve. Për ndërlikime të tjera të rënda, të tilla si psikoza ose deliriumi, rekomandohen trajtimet e zakonshme dhe/ose kërkimi i këshillave të specialistëve.

Monitorimi dhe rishikimi

Monitoroni pacientët rregullisht, me frekuencën e vëzhgimeve të përcaktuar nga ashpërsia e abstinencës. Nuk ka shkallë formale për matjen e abstinencës së gabapentinoidit që janë treguar të vlefshme. Monitorimi bazohet klinikisht në vëzhgime, shenja objektive dhe simptoma subjektive.

Kujdesi i vazhdueshëm

Trajtimi i abstinencës nuk ofron përfitime afatgjatae nëse nuk pasohet nga ndërhyrje të tjera për drogën dhe alkoolin. Sigurohuni që pacienti të jetë në mënyrë aktive në kontakt me kujdesin e vazhdueshëm pas abstinencës. Kjo mund të përfshijë këshillim, mbështetje psikosociale dhe menaxhim të gjendjeve bashkëshoqëruese, duke përfshirë dhimbjen, ankthin, traumën dhe/ose çrregullimet e disponimit, si dhe çrregullime të tjera të përdorimit të substancave.

Reduktimi i dëmit

Për ata që vazhdojnë të përdorin gabapentinoide, duhet të ofrohen këshilla për reduktimin e dëmit. **Këshilloni pacientin** për të reduktuar dëmet që lidhen me përdorimin e gabapentinoidit dhe substancave të tjera. Është thelbësore të këshillohen të gjithë pacientët në lidhje me zvogëlimin e tolerancës pas ndërprerjes dhe abstinencës. Këshilla të tjera për shmangien e mbidozës, përfshijnë pritjen e për të ndjerë ndonjë efekt, zakonisht 90 minuta për gabapentinoidet dhe shmangien e kombinimit të gabapentinoideve me substanca të tjera.

Nëse pacienti injekton, jepni informacion në lidhje me praktikën më të sigurtë të injektimit, duke përfshirë përdorimin e pajisjeve sterile të injektimit për të zvogëluar rrezikun e transmetimit të infeksioneve me anë të gjakut. Vini re rreziqet që lidhen me drejtimin e automjetit nën ndikimin e gabapentinoideve për shkak të qetësimit.

5.7 Benzodiazepinat

Shenjat, simptomat dhe rrjedha e ndërprerjes së BZRA-së

Simptomat specifike të ndërprerjes së benzodiazepinave janë subjektive, me pak shenja të vëzhgueshme. Shumica e pacientëve që ndërpresin benzodiazepinat përjetojnë një shkallë ankthi dhe pagjumësie "të rikthimit".

Mund të ketë shenja të hiperaktivitetit autonom [p.sh. takikardi, hipertension, djersitje] ose hipotension postural.

Gjendja e abstinencës mund të ndërlikohet nga konvulsionet. Më rrallë, mund të ketë kalim në një gjendje më të rëndë të abstinencës, të karakterizuar nga konfuzion dhe dezorientim, iluzione dhe halucinacione vizuale, prekëse ose dëgjimore më të zgjatura.

Në raste të tilla, duhet të caktohet një diagnozë e veçantë e deliriumit të shkaktuar nga qetësuesit, hipnotikët ose anksiolitikët.

Fillimi i abstinencës ndodh midis 2-5 ditëve pas ndërprerjes, duke arritur një maksimum në ditët 7-10 dhe zakonisht duke u zbehur deri në fund të javës së dytë ose të tretë. Abstenenca mund të ndodhë më herët ose më vonë, në varësi të gjysmë-jetës së benzodiazepinës së përfshirë.

Tabela 5.7.1 Shenjat dhe simptomat e abstinencës nga BZRA

Tabela 5.7.1 Shenjat dhe simptomat e abstinencës nga BZRA

E zakonshme	Më pak e zakonshme	E pazakont
Iluzione	Ankth	Makth
Pagjumësi	Agorafobi	Paranojë
Shqetësim	Ndjenja të jo-realitetit	Halucinacione
Agjitim	Depersonalizim	Konvulsione
Irritim	Sulme paniku	Tringëllima në veshë e vazhdueshme
Përqëndrim i dobët	Reduktim i oreksit, Humbje peshe, Çrregullime të tretjes	Konfuzion
Memorie e dobët	Djersitje, Dridhje	
Depresion	Letargji	
Tension dhe dridhje e muskujve	Çrregullime përceptuese	
	Dhimbje koke dhe Dhimbje trupi	
	Shikim i turbullët	
	Temperaturë e rritur	

Faktorët që ndikojnë në ashpërsinë e abstinencës

Ashpërsia e abstinencës ndikohet nga:

- ❖ Doza;
- ❖ Fuqia;
- ❖ Kohëzgjatja e përdorimit, sipas modelit të përdorimit.

Deliriumi është më i zakonshëm tek individët e dobët dhe të moshuar. Individët me çrregullime të mëparshme të ankthit, gjumit ose krizave zakonisht do të përjetojnë nivele më të larta të këtyre simptomave.

Vlerësimi

Vlerësimi i zakonshëm për abstinencën duhet përfshirë:

- ❖ Historinë e përdorimit të substancave dhe historinë e abstinencës që mbulon të gjitha substancat e përdorura;
- ❖ Historinë mjekësore dhe të shëndetit mendor;
- ❖ Rrezikun e dëmtimit të vetes dhe të tjerëve;
- ❖ Ekzaminimin fizik;
- ❖ Ekzaminimin e gjendjes mendore dhe vlerësimin kognitiv;
- ❖ Historinë e krizave ose deliriumit.

Pacienti mund të jetë i intoksikuar në momentin e paraqitjes. Kjo mund të ndikojë në aftësinë e tyre për të dhënë dhe marrë informacion dhe për këtë arsye mund të mos jetë në gjendje të japë pëlqimin e informuar. Vlerësimi i individëve të dehur është i vështirë, por duhet të ndiqet sa më shumë që të jetë e mundur. Gjetjet e vlerësimit mund të rishikohen pasi të jenë zbehur shenjat e intoksikimit.

Menaxhimi i abstinencës

Ofrimi i mbështetjes së duhur që abstinencia të përfundojë në mënyrë të sigurt është thelbësor për kujdesin ndaj abstinencës.

Qëllimet kryesore të trajtimit gjatë abstinencës:

- ❖ Ndërprerja e përdorimit të substancave, përkohësisht ose përgjithmonë;
- ❖ Trajtimi i simptomave, gjendjeve bashkëshoqëruese dhe ndërlikimeve nga përdorimi afatëgjatë;
- ❖ Përfshirja e pacientit në trajtim dhe kujdes afatgjatë.

Meqenëse menaxhimi do të ndryshojë në varësi të faktit nëse pacientët janë të varur nga një dozë e ulët apo e lartë e BZRA-së, vlerësoni historinë e konsumit të BZRA-së së pacientit duke përdorur ekuivalencën orale ditore të diazepamit [ODDE] [shih tabelën më poshtë].

Në këtë kontekst:

- ❖ Varësia terapeutike me dozë të ulët është ≤ 10 mg ODDE;
- ❖ Varësia me dozë të lartë është > 10 mg ODDE.

Tabela 5.7.2 Doza e përshkrimit të medikamenteve

Tabela 5.7.2 Doza e përshkrimit të medikamenteve

Medikamenti Dozë e përafërt ekuivalente (mg) ⁷ me diazepam 5mg		Medikamenti Dozë e përafërt ekuivalente (mg) ⁷ me diazepam 5mg	
Alprazolam	0.5	Lorazepam	1 ⁹
Bromazepan	3	Nitrozepan	3
Clobazam	10	Oxazepam	15
Clonazepam	0.25 ⁸	Temazepam	10
Diazepam	5		
Flunitrazepam	0.5		

Gjysmë-jeta e këtyre medikamenteve që ndryshojnë shumë dhe karakteristikat e lidhjes me receptorët e bëjnë të vështirë përcaktimin e ekuivalentëve të saktë të dozës. Konvertimi për medikamente z është i paqartë dhe nuk përfshihet në këtë tabelë.

⁸ Kujdes i veçantë kërkohet nëse kaloni nga Clonazepami në një benzodiazepinë tjetër, sepse ekziston një larmi e gjerë ekuivalencash të raportuara.

⁹ Lorazepami mund të jetë më i fuqishëm në doza më të larta.

Menaxhimi i varësisë terapeutike me dozë të ulët të benzodiazepinës

Shumë individ marrin benzodiazepina me recetë për shumë vite pa rritur dozën, të përshkruara nga një mjek ose klinikë e vetme, zakonisht për trajtimin e ankthit ose pagjumësisë.

Në këtë grup, abstenenca mund të shkaktojë më shumë shqetësim dhe probleme sesa vazhdimi me një dozë të qëndrueshme afatgjatë.

Përfitimet e përpjekjes për abstinencë duhet të krahasohen me rreziqet e vazhimit të përshkrimit, siç janë rëniet dhe rënia e funksioneve kognitive.

Nëse mjeku dhe pacienti bien dakord që të bëhet një përpjekje për ndërprerje, ajo duhet të kryhet ngadalë, me përgatitje të mirë dhe edukim të pacientit. Vendosja e një marrëdhënie të mirë terapeutike me pacientin është thelbësore.

Menaxhimi i varësisë nga doza të larta të benzodiazepinës

Në angazhimin e pacientëve me varësi nga doza të larta të benzodiazepinës kërkohet një qasje e strukturuar siç përshkruhet më poshtë.

Shpjegoni rreziqet që lidhen me përdorimin e dozave të larta të benzodiazepinës dhe arsyetimin pas qasjes së strukturuar ndaj abstinencës, në fillim. Në raste të rralla, mund të ketë nevojë për një skenar lidhës derisa të kryhet një shqyrtim nga një specialist. Për të siguruar sigurinë e pacientit, ky trajtim duhet të vazhdojë vetëm nëse ka shqyrtime të shpeshta dhe shmangie të BZRA-ve me rrezik më të lartë, siç është alprazolami.

Duhet të arrihet një marrëveshje e qartë trajtimi midis pacientit dhe mjekut që përshkruan, e cila deklaron pa mëdyshje se kjo është një marrëveshje e përkohshme.

Planifikimi i trajtimit

Është thelbësore që menaxhimi i abstinencës të jetë i strukturuar dhe pacienti të vlerësohet dhe përgatitet siç duhet për planin e trajtimit. Nëse pacienti është ambivalent rekomandohen teknika intervistimi para-kontemplative dhe motivuese.

Përmbledhni vlerësimin e pacientit për ta informuar për planin e trajtimit, duke u siguruar që ai të përfshijë trajtimin pas ndërprerjes.

Adresoni arsyet e pacientit për të kërkuar trajtim, rrethanat sociale dhe pritjet në lidhje me ndërprerjen. Dakordohuni për mjedisin e ndërprerjes dhe identifikoni qëllimet afatshkurtra dhe afatgjata të pacientit.

Vendosni modelin e monitorimit dhe rishikimit, për rishikimin e rregullt të objektivave të pacientit, të cilat mund të ndryshojnë gjatë rrjedhës së ndërprerjes.

Identifikoni gjendjet bashkëshoqëruese që kërkojnë menaxhim. Sigurohuni që të ofrohen këshilla në lidhje me rrezikun e mbidozës që rritet pas ndërprerjes, për shkak të uljes së tolerancës.

Mjediset e trajtimit

Pacientët me rrezik të ulët mund të menaxhohen në praktikën e përgjithshme. Pacientët me rrezik të lartë menaxhohen më mirë me stabilizim fillestar dhe fillimin e zvogëlimit graduale të dozës në një shërbim të specializuar të abstinencës nga spitali ose mjedis ambulator.

Një mjedis ambulator preferohet përveç kur:

- ❖ Siguria e pacientit do të ishte në rrezik [p.sh. histori e dokumentuar e krizave, delirium, varësi nga alkooli ose sëmundjet mendore të rënda, të patrajtuar];
- ❖ Pacienti raporton përdorim të çrregullt dhe të pakontrolluar të dozave të larta të BZRA-ve ose përdorim të depresantëve të tjerë të SNQ-së.

Mundësia e një rezultati të suksesshëm është e ulët në një mjedis ambulator [pamundësi e përsëritur për të përfunduar reduktimet ambulatorë, përdorim i drogave të tjera, mjedis shoqëror i paqëndrueshëm, gjendje të shëndetit mendor bashkëshoqëruese, çrregullim emocional ose impulsivitet].

Njësitë e specializuara të spitalit janë më të përshtatshmet për pacientët me abstinencë nga droga të tjera përveç benzodiazepinave, duke përfshirë alkoolin, GHB dhe gabapentinoidet, dhe për pacientët e moshuar dhe pacientët me sëmundje të tjera bashkëshoqëruese [veçanërisht çrregullime të shëndetit mendor].

Siç u përmend më sipër, njësi të tilla duhet të merren në konsideratë edhe për përdoruesit fillestarë të dozave të larta në një regjim të sigurt reduktimi.

Abstenenca nga spitali i përgjithshëm rrallë është e nevojshme për një shtrim të planifikuar në spital për abstenim përveç nëse nuk ka ambiente të specializuara për abstenim [p.sh. në një mjedis rural].

Abstenenca e pa-planifikuar

Pacientët në spital për arsye të tjera mund t'i nënshtrohen abstinencës së pa-planifikuar të BZRA-së. Ky mund të jetë një problem i veçantë tek pacientët e moshuar të cilët mund të zhvillojnë delirium si rezultat i abstinencës së BZRA-së.

Për pacientët e shtruar në spital, merrni një histori të përdorimit të BZRA-së për të identifikuar rrezikun e abstinencës. Mos e ndërprisni menjëherë BZRA-në, madje as në doza të ulëta, për shkak të rrezikut tek të sëmurët dhe të moshuarit për të përshpejtuar abstinencën.

Në përgjithësi, mbajeni përdorimin e benzodiazepinës në nivelet para pranimit në spital për varësi terapeutike.

Hospitalizimi dhe sëmundja përbëjnë një kontekst shumë të dobët për fillimin e abstinencës zgjedhore. Pacientët që marrin doza të larta të BZRA-ve ose me çrregullim të përdorimit të polisubstancave duhet të stabilizohen me një benzodiazepinë me veprim të gjatë [mundësisht diazepam] në një dozë rreth 40 përqind të dozës së tyre të rregullt para pranimit ose 40 mg/ditë, cilado që është më e ulët.

Reduktimi dhe ndërprerja në partneritet me pacientin duhet të pasojnë pasi gjendja e tyre tjetër mjekësore të jetë stabilizuar

Ndërhyrjet psikosociale dhe kujdesi mbështetës

Ndërhyrjet psikologjike janë komponentë kyç në trajtimin e abstinencës nga BZRA. Si terapia kongnitive – bihejviorale ashtu edhe trajnimi i relaksimit - si shtesa të reduktimit të dozës së BZRA - mund të jenë efektive në reduktimin e përdorimit të BZRA në afat të shkurtër [periudhë tremujore].

Parimet e përgjithshme të kujdesit mbështetës përfshijnë:

- ❖ Psikoedukimi dhe përbalimi i simptomave të abstinencës.;
- ❖ Pacientët duhet të edukohen në lidhje me simptomat e zakonshme të abstinencës, fillimin dhe kohëzgjatjen e tyre të mundshme, si dhe strategjitë e ballafaqimit [p.sh. teknikat e relaksimit, përmirësimit e cilësisë së gjumit, këshilla në lidhje me dietën];
- ❖ Strategji specifike për adresimin e agjitacionit, zemërimit dhe çrregullimeve të gjumit;
- ❖ Shpjegimi i shpeshtë i procedurave për pacientët me çrregullime të menduarit ose perceptimit, për të orientuar dhe siguruar ate;
- ❖ Ndërhyrje në kriza, duke adresuar çështjen e ballafaqimit lidhur me sigurinë personale ose çështje të tjera urgjente të mirëqenies;
- ❖ Ballafaqimi i dëshirave, dëshirat janë një pjesë normale e të gjitha sindromave të abstinencës, dhe të gjithë pacientët duhet të edukohen në lidhje me natyrën e dëshirave dhe strategjitë për ballafaqimin e tyre gjatë abstinencës.

Medikamentet

Abstinencia e BZRA-së menaxhohet me një orar gradualisht të ndërprerjes dhe reduktimi të dozës, me ose pa kalimin paraprak në diazepam. Personat që marrin më pak se 10 mg ODDE mund të jenë në gjendje të reduktojnë dozën e tyre të BZRA-së pa kaluar në diazepam.

Për doza më të larta, kalimi në diazepam rekomandohet për shumicën e pacientëve. Përdorni tabelën e ekuivalencës [tabela më sipër] për kalimin në diazepam. Në shumicën e rasteve, një dozë maksimale ditore prej 40 mg do të parandalojë simptomat kryesore të abstinencës, duke përfshirë krizat e abstinencës.

Kërkoni këshilla nga specialisti para se të kaloni në diazepam tek pacientët me mosfunksionim të rëndë hepatic, pasi diazepam mund të grumbullohet në një nivel toksik tek këta individët. Mund të preferohet një benzodiazepinë alternative pa metabolitë aktivë [si oksazepam].

Negocioni një orar/kohë gradual për abstinencë të medikamentit [reduktim të dozës] që është fleksibile. Reduktimi i dozës me administrim sipas ashpërsisë së simptomave të abstinencës. Diskutoni me pacientin në mënyrë që ai të ndihen me rehat me abstinencën. Abstinencia mund të zgjasë tre muaj deri në një vit ose më shumë.

Disa individ mund të jenë në gjendje të ndërpresin dozën në kohë më të shkurtër. Nuk ka regjime standarde të reduktimit të dozës dhe shkalla e reduktimit varet nga doza fillestare, kohëzgjatja e terapisë, rreziku i rikthimit dhe se si tolerohet reduktimi nga pacienti.

Një sugjerim i përgjithshëm për shkallën e reduktimit është reduktimi i dozës me 10 përqind çdo 10-14 ditë.

Pacientët me rrezik të lartë dhe me dozë të lartë të BZRA-së mund të kenë nevojë të fillojnë abstenimin në një mjedis spitalor.

Përdorimi i njëkohshëm i medikamenteve të tjera, siç është karbamazepina antikonvulsive ose medikamenteve të tilla si pregabalina, nuk mbështetet nga provat.

Monitorimi dhe rishikimi

Kryeni monitorim të rregullt të pacientit. Monitorimi duhet të përfshijë ashpërsinë e simptomave të abstinencës, dëshirat, përdorimin e çdo substance, përdorimin e medikamenteve dhe kushte të tjera shëndetësore dhe sociale.

Shkallët e abstinencës së benzodiazepinave, të tilla si Shkalla e Vlerësimit të Abstinencës së Institutit Klinik - Benzodiazepinat [CIWA-B], ofrojnë një matje sistematike të fenomeneve të abstinencës, por nëse përdoren, ato duhet të jenë vetëm një udhëzues për të plotësuar vlerësimin klinik.

Vlerësimi i mirë dhe gjykimi klinik mbeten standardi i artë për udhëzimin e menaxhimit dhe klinikistët nuk duhet të mbështeten vetëm në rezultatet e shkallës së abstinencës.

Kujdesi i vazhdueshëm

Trajtimi i abstinencës nuk ofron përfitime afatgjate nëse nuk pasohet nga ndërhyrje të tjera për drogën dhe alkoolin. Sigurohuni që pacienti të jetë i lidhur në mënyrë aktive me kujdesin e vazhdueshëm pas abstinencës.

Ndërhyrjet psikosociale për të trajtuar gjendjet, duke përfshirë çrregullimet e ankthit, gjendjet e lidhura me traumën ose çrregullimet e gjumit që mund të kenë kontribuar në përdorimin e benzodiazepinave në të kaluarën, janë shtylla kryesore të kujdesit të vazhdueshëm.

Nëse pacientët nuk kanë arritur rezultatet e dëshiruara në përpjekjen e tyre të parë për abstinencë, inkurajoni personin të provojë përsëri.

Informoni pacientin se reduktimi i dozës së benzodiazepinës, edhe nëse kjo nuk arrin të çojë në abstinencë të plotë të drogës, mund të jetë ende e dobishme.

Nëse merret në konsideratë një përpjekje tjetër, rivlerësoni së pari personin dhe trajtoni çdo problem themelor [siç është depresioni] para se të provoni përsëri.

VI. STANDARDET E AUDITUESHME

Vlerësimi i përdoruesve të alkoolit dhe drogave tjera monitorohet në baza vjetore përmes indikatorëve të më poshtëm:

- ❖ Numri i personave që janë referuar për trajtim në Repartin e Sëmundjeve të Varësisë gjatë një viti kalendarik nga kujdesit parësor shëndetësor;
- ❖ Numri i personave që gjatë një viti kalendarik janë trajtuar nga mbidoza në Emergjencë;
- ❖ Numri i personave që gjatë një viti kalendarik janë trajtuar nga mbidoza në Repartin e Sëmundjeve të Varësisë;
- ❖ Numri i personave që injektojnë drogë që marrin terapi zëvendësuese të opioideve;
- ❖ Përqindja e familjeve me probleme me alkoolin ose drogat tjera në të cilat një ose më shumë anëtarë të familjes [p.sh. adoleshentë, të rritur] kanë marrë këshillim gjatë një viti kalendarik.

VII.PROCESI I ADAPTIMIT TË UDHËRRËFYESIT

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të disa Udhërrëfyesve, grupi punues është përcaktuar në adaptimin e të dhënave nga Udhërrëfyesi “Guideline for the Assessment and Management of Acute Opioid Toxicity in Adults in the Emergency Department” 2024, Royal College of Emergency Medicine, 2024 [last revised 2024];“Management of Withdrawal from Alcohol and Other Drugs, 2022.”

Procesi i adaptimit të Udhërrëfyesit është realizuar përmes mbajtjes të takimeve të rregullta fizike dhe virtuale /online të grupit punues. Mbajtja e takimeve është dokumentuar me procesverbalet e takimeve të mbajtura. Grupi punues ka përzgjedhur recenzentët, të cilët kanë ofruar mendimet e tyre profesional lidhur me përmbajtjen e Udhërrëfyesit Klinik.

Udhërrëfyesi i është nënshtruar vlerësimit nga komisioni recenzent në përbërje të:

Dr. Faton Kutllovci, Psikiatër

Dr. Valdete Alidema-Serreqi, Psikiatër

Sa i përket vlerësimit të udhërrëfyesit nga recenzentët, nuk ka pasur komente për ndryshime në kontekstin përmbajtësor të udhërrëfyesit, recenzentët kanë ofruar mendimin e tyre profesional se ky udhërrëfyes i plotëson kriteret për procedim të mëtutjeshëm. Udhërrëfyesi i miratuar do të shpërndahet dhe prezantohet tek të gjithë profesionistët shëndetësorë të cilët bazuar në kompetencat e tyre të përcaktuara do t’a bëjnë zbatimin e tij në praktik. Gjatë hartimit të Udhërrëfyesit janë marrë për bazë gjithashtu edhe bisedat e zhvilluara me pacientët nga Klinika e Psikiatrisë, të cilët kanë plotësuar pyetësorët me pyetje specifike nga ky udhërrëfyes.

VIII. APLIKIMI DHE ZBATIMI I UK-së NË RRETHANAT TONA

Udhërrëfyesi u dedikohet profesionistëve shëndetësor që mirren me menaxhimin dhe trajtimin e personave të varur nga alkooli dhe drogat tjera.

Udhërrëfyesi, do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë. Udhërrëfyesi duhet të gjejë zbatim në të gjitha Institucionet ku ka burime të mjaftueshme përfshirë, burimet njerëzore dhe infrastrukturën relevante për trajtimin e rekomanduara në udhërrëfyese.

Udhërrëfyesi, do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë.

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë resurset e mjaftueshme njerëzore, materiale. Rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësor dhe që shumica e medikamenteve që nevojiten dhe rekomandohen nga ky udhërrëfyese janë të përfshira në listën esenciale të barnave.

Marrë parasysh faktin se është miratuar Plani i Veprimit për realizimin e projektit “Qendra e Sëmundjeve të Varësisë,” i cili synon krijimin e një institucioni të specializuar për ofrimin e shërbimeve të avancuara në diagnostikimin, trajtimin dhe rehabilitimin e personave me varësi ndaj substancave psikoaktive dhe sjelljeve adiktive, pritet që zbatimi i këtij plani të kontribuojë në adresimin dhe reduktimin e barrierave ekzistuese në ofrimin e shërbimeve të kësaj fushe.

Medikamentet sigurohen përmes Ministrisë së Shëndetësisë [MSh] dhe Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës [ShSKUK], nga buxheti i Republikës së Kosovës.

Nevojat përcaktohen nga Institucionet relevante që mirren me trajtimin e klientëve.

Medikamentet si: [Diazepam, Thiamine, Olanzapine, Carbamazepine, Paracetamol, Metoclopramide a, Ondansetron a, Quetiapine, Morfinë, Oxycodone, [fentanyl* injeksion], Loperamide, Octreotide, ephedrine* inj; Midazolam, Lorazepam, Phenytoin, valproic acid [natrium valproate]; hyoscine butylbromide, Ritonavir, Alprazolam, Methadone, Clozapine, Naloxane, janë në listën esenciale të barnave.

Ndërsa me fusnot* janë paraqitur medikamentet që nuk janë në listën esenciale të barnave .

Zopiklon,* Buprenorfine,* Droperidolin,* Baclofen,* Pregabaline,* Bromazepam,* Clobazam,* Zolpidem,* Clonazepam,* Flunitrazepam, *Nitrozepam,* Oxazepam,* Temazepam,* Proklorperazine,* Fentermina,* Kaomagma,* etj....

Zbatimi i këtij udhërrëfyesi do të monitorohen përmes auditeve klinike. Institucionet që trajtojnë klientët do të obligohen që të bëjnë audite klinike periodike dhe të raportojnë lidhur me zbatimin e praktikës së mirë mjekësore. Sfdat gjatë procesit të zbatimit do të adresohen në mënyrë konkrete dhe specifike dhe do të merren parasysh gjatë procesit të revidimit të udhërrëfyesit. Nga ky Udhërrëfyese klinik do të derivoj Protokollin klinik.

IX.REFERENCAT

- ❖ Guideline for the Assessment and Management of Acute Opioid Toxicity in Adults in the Emergency Department, Royal College of Emergency Medicine and National Poisons Information Service, Last revised April 2024;
- ❖ Management of Withdrawal from Alcohol and Other Drugs, NSW Ministry of Health 2022 SHPN [CAOD] 220739 ISBN 978-1-76023-300-6 August 2022;
- ❖ “Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute for the NSW Ministry of Health. September 2019”.
- ❖ “Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders”;
- ❖ Udhërrëfyesi Klinik “Trajtimi i Alkoolit dhe Drogave Tjera,” Ministria e Shëndetësisë, Prishtinë 2022;
- ❖ Strategjia Shtetërore Kundër Drogave 2024-2028; fq.7;
- ❖ Strategjija Sektoriale e Shëndetësisë 2025-2030 fq.30;
- ❖ QKUK – Klinika Psikiatrike, Reparti i Sëmundjeve të Varësisë- Statistikat 2022-2025.

X. SHKURTESAT

ADHD	Alkooli dhe Drogat tjera
ATS	Amphetamine-Type Stimulants
BD	Dy herë në ditë
BZRA	Benzodiazepina
COPD	Sëmundja Kronike Obstruktive Pulmonare
CIWA	Shkalla e Vlerësimit
DSM	Manuali Diagnostik dhe Statistikor i Çrregullimeve Mendore
GHB	Gamma-Hydroxybutyric Acid
HBV	Virusi i hepatitit B
HCV	Virusi i hepatitit C
HIV	Virusi i Imunodeficiency Humane
KI	Kujdes Intenziv
MSH	Ministria e Shëndetësisë
OBSh	Organizata Botërore e Shëndetësisë
PID	Përdorues injektues të Drogave
QID	Katër herë në ditë
QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
OOED	Ekuivalenca e diazepamit ditor orale
RSV	Reparti i Sëmundjeve të Varësisë
RP	Repartet Psikiatrike
SNQ	Sistemi Nervor Qendror
SP	Spitalet e Përgjithshme
ShSUK	Shërbimi Spitalor Universitar i Kosovës
TMM	Terapia Mbajtëse me Metadon

XI. SHTOJCAT

Guideline for the Assessment and Management of Acute Opioid Toxicity in Adults in the Emergency Department” 2024, Royal College of Emergency Medicine [last revised 2024]

Assessment and Management of Acute Opioid Toxicity in Adults in the Emergency Department

Naloxone:

- ❖ Menagjimi i dyshimit për toxicitet akut opioid tek të rriturit i the ED^A;
- ❖ Fillimi i infuzionit me Naloxone;
- ❖ Monitorimi i pacientëve në infuzion me Naloxone;
- ❖ Ndërprerja e infuzionit me Naloxone
- ❖ Dalja ose largimi nga kujdesi pas përdorimit të Naloxane

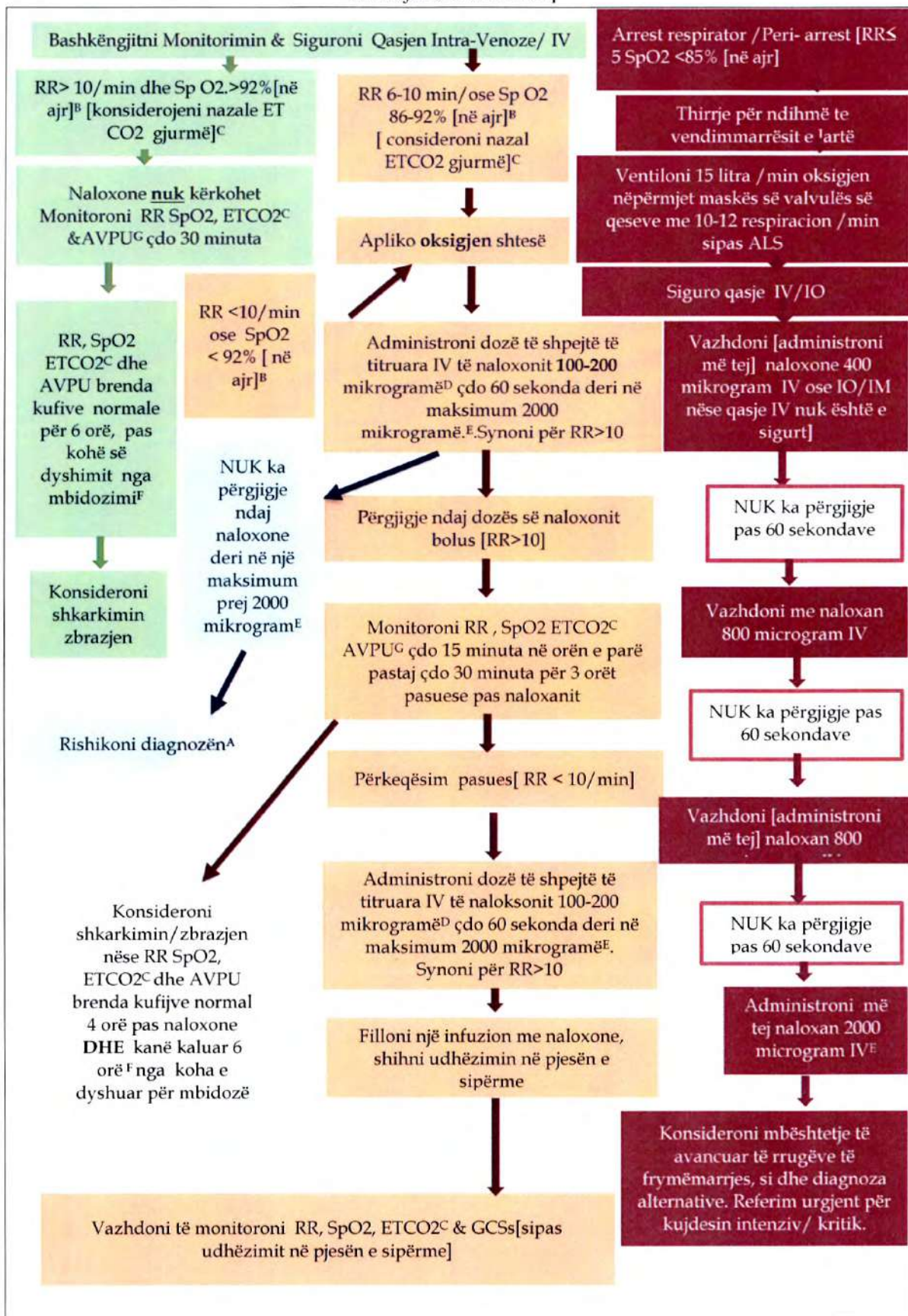
Pyetësor:



- ❖ Abstenimi subjektiv i Opiateve;
- ❖ Abstenimi i benzodiazepinës - Shkalla e Vlerësimit sipas pikëve [CIWA-B];
- ❖ Abstenimi i Amfetaminës;
- ❖ Vlerësimi i abstinencës së Kanabisit – Sh

Menagjimi i dyshimit për toxicitet akut opioid tek të rriturit ED^A

[Kjo Tabelë nuk duhet të përdoret për toksicitetin e opioideve në pacientët që marrin opioideve e përshkruara për dhimbjen e KANCERIT]



Interpretimi i referencave nga Tabela – Fig 1. [A, B, C, D, E, F, G]

A. Gjithmonë merrni në konsideratë diagnozën alternative;. Ekzaminimet duhet të përfshijnë përqendrimin e paracetamolit BM VBG +/- CT e kokës.

B. Interpretoni saturimin me kujdes, tek ata me sëmundje të mëparshme respiratore , siç është COPD.

C. Nëse është i disponueshëm [dhe klinikistët kanë përvojë në përdorimin e tij] ETCO₂ nazale mund të përdoret si një ndihmës për vlerësimin klinik të statusit të ventilimit për të ndihmuar vendimmarrjen, por duhet të interpretohet me kujdes, te rastet me sëmundje respiratore para-ekzistuese dhe në kontekstin e historisë dhe shenjave klinike.

D. Dozat fillestare të bolusit të naloxanit duhet të jenë 100 mikrogram.

Nëse pacienti nuk i përgjigjet katër boluseve prej 100 mikrogramësh, dozat pasuese të bolusit duhet të jenë 200 mikrogram. Merrni 1 shishe naloxane prej 400 mikrogramësh në një shiringë 10 ml dhe plotësojeni deri në 10 ml me tretësirë fiziologjike.

Një bolus prej 100 mikrogramësh do të jetë 2.5 ml dhe një bolus prej 200 mikrogramësh do të jetë 5 ml.

E. Tek rastet me toksicitet të rëndë ose të ekspozuar ndaj opioideve të fuqishme mund të kenë nevojë për doza më të mëdha të naloxanit [më shumë se 4 mg].

F. Nëse një pacient raporton, ose nga aspekti klinik dyshohet për përdorim të opioideve me veprim më të gjatë, siç është metadoni ose një opioid NPS, periudha e vëzhgimit duhet të zgjatet deri në 12 orë.

G. Ndërsa është e dobishme për të monitoruar, vlerësuar gjendjen e vetëdijes, përmirësimin apo përkeqësimin e vetëdijes [AVPU, GCS]. Qëllimi i administrimit të naloxanit duhet të jetë kundërveprim i depresionit respirator dhe ruajtja e reflekseve mbrojtëse të rrugëve respiratore por jo rikthim i plotë i vetëdijes.

Kjo është një rrugë e sugjeruar për menaxhim dhe jo një kujdes standard i detyrueshëm. Klinikistët [veçanërisht vendimmarrësit e lartë me trajnim të mjaftueshëm në anestezë], mund të zgjedhin të përdorin qasje alternative, duke përfshirë oksigjenimin me hiperkapni të lejuar, ose doza më të ulëta të bolus të naloxanit, dhe të tolerojnë ritme më të ulëta respiracionit sesa ato të sugjeruara këtu.

Është e rëndësishme të theksohet se doza e rekomanduar e naloxone varet nga rrethanat e ekspozimit dhe ashpërsia e depresionit respirator.

Në mjediset spitalore, doza më të vogla intravenoze janë të preferueshme për trajtimin fillestar [jo-arrest respirator] pasi kjo i mundëson klinikistit të përcaktojë dozën e nevojshme për të rikthyer depresionin respirator, duke shmangur gjithashtu rrezikun e abstinencës akute jatrogjenike nga opioidet.

Kjo është thelbësore, edhe pse ndryshimi i opioideve që çon në abstinencë akute iatrogjenike të opioideve nuk është zakonisht kërcënuese për jetën, ai mund të shoqërohet nga toksiciteti stimulues i tepruar i kthimit të opioidit, i cili zbulon maskën tek individët që kanë përdorur opioid me stimulues të tillë si kokaina ose metamfetamina.

Tabela 2. Karakteristikat e abstinencës akute nga opioide

Karakteristikat e abstinencës akute nga opioidet	
Gërrhitje/ Gjërrime	Kollitje
Teshtim	Rinorea – rrjedhja e sekrecionit nga hunda
Lotim	Hipertension
Tahikardi	Bebëza të zgjeruara
Diare	Lëkurë e ftohtë, e lagësh
Dridhje e imët muskulore	Nauze
Iritim	Agjitacion
Ankth	

Naloxani në përgjithësi tolerohet mirë, por efektet anësore të raportuara të naloxonit përfshijnë: të përziera, të vjella, djersitje, takikardi, dridhje, hiperventilim dhe hipertension; këto efekte kanë më shumë gjasa të ndodhin kur përdoren doza të tepërta të naloxanit.

Fillimi i infuzionit me Naloxone

Siç është vërejtur në Figurën nr.1.duhet të administrohen boluse intravenoze të Naloxone [100-200 mikrogramë çdo 60 sekonda] derisa ritmi i frymëmarrjes të jetë më i madh > se 10 frymëmarrje në minutë.

Pacientët mund të kenë nevojë për doza të mëdha deri në 2-4 mg, por është e rëndësishme që naloxone të jepet në doza të vogla inkrementale për të ulur rrezikun e sindromës akute të abstinencës që lidhet me kthimin e opioideve.

Pas një përgjigjeje fillestare, nëse pacienti më pas përkeqësohet dhe kërkon boluse të mëtejshme intravenoze të naloxone për të ruajtur ventilim të përshtatshëm, ai do të ketë nevojë për një infuzion me naloxone.

Rekomandohet të fillohet me një infuzion, për orë të naloxone prej 60% të dozës [eve] totale të naloxonit që nevojitet për të rikthyer në mënyrë adekuate depresionin e frymëmarrjes gjatë dozës së dytë të naloxonit.

Te infuzionet me dozë të lartë, kini parasysh se shiringa mund të ketë nevojë të zëvendësohet relativisht shpejt dhe mund të jetë e përshtatshme të jepni një recetë pasuese në të njëjtën kohë me recetën fillestare.

Përgatitja: Përziemi 4 mg [10 shishe x 400 mikrogramë/1 ml] Naloxone me 30 ml tretësirë klorur natriumi 0.9% [dekstroza mund të përdoret si alternativë], për të siguruar një vëllim përfundimtar prej 40 ml me një përqendrim prej 100 mikrogramë/ ml, për infuzion duke përdorur një pompë IV.

Administrimi: Tabela 2. Paraqet shkallën e rekomanduar të infuzionit në mikrogramë/orë dhe ml/orë të tretësirës së përgatitur.

Tabela 3: Shkalla e rekomanduar e infuzionit fillestar për infuzionin e naloxone

Doza totale fillestare e bolusit e kërkuar për përgjigje	Shkalla e fillimit të infuzionit [mikrogram/h]	Shkalla e fillimit të infuzionit [mL/h]
200 microgram	120 microgram/h	1.2 mL/h
400 microgram	240 microgram/h	2.4 mL/h
600 microgram	360 microgram/h	3.6 mL/h
800 microgram	480 microgram/h	4.8 mL/h
1000 microgram	600 microgram/h	6.0 mL/h
1200 microgram	720 microgram/h	7.2 mL/h
1400 microgram	840 microgram/h	8.4 mL/h
1600 microgram	960 microgram/h	9.6 mL/h
1800 microgram	1080 microgram/h	10.8 mL/h
2000 microgram	1200 microgram/h	12.0 mL/h

Monitorimi i pacientëve në infuzion me Naloxone

Pasi të fillojë infuzioni me naloxon, doza duhet të administrohet deri në efektin e dëshiruar klinik. Pacientët që marrin infuzione me naloxone kërkojnë monitorim të shpeshtë, fillimisht çdo 15 minuta për orën e parë pas fillimit të infuzionit dhe më pas çdo 30 minuta.

Nëse një pacient që merr infuzion me naloxone tregon shenja të depresionit të frymëmarrjes [shkalla e frymëmarrjes më pak se 10 frymëmarrje në minutë, saturimi i oksigjenit në ajrin e dhomës më pak se 92% dhe/ose një gjurmë shqetësuese e dioksidit të karbonit në fund të ekspirimit] duhet të jepet boluse të mëtejshme intravenoze prej 100-200 mikrogramësh naloxone çdo 60 sekonda deri në një maksimum prej 2 mg për të arritur një frekuencë/ritm të frymëmarrjes mbi 10 frymëmarrje në minutë.

Norma e infuzionit në orë mund të rritet me 60% të dozës totale të bolusit të naloxonit që kërkohet.

Nëse një pacient që merr infuzion me naloxone fillon të tregojë shenja të sindromës akute të abstinencës nga opioidet, norma e infuzionit duhet të ulet, përgjithësisht me 50% në rastin e parë, por nëse pacienti është ndjeshëm, i agjituar infuzioni i naloxonit mund të ndërpritet përkohësisht; infuzioni mund të rifillojë pas 30-60 minutash, me 50% të normës së mëparshme të infuzionit në orë, sapo të qetësohet abstinenca.

Nëse doza/norma e infuzionit të naloxonit ndryshohet, monitorimi më i shpeshtë duhet të rifillojë me vëzhgime çdo 15 minuta për orën e parë dhe çdo 30 minuta më pas.

Ndërprerja e infuzioni me Naloxone

Pas fillimit të një infuzioni me naloxone, përveç nëse ka prova të përsëritjes së toksicitetit ose abstinencës akute, infuzioni duhet të vazhdojë me të njëjtin ritëm për të paktën katër orë para se të fillojë ulja graduale e infuzionit.

Pastaj duhet të administrohet ulet gradualisht me 25% të normës maksimale të infuzionit çdo dy orë, ndërsa pacienti vazhdon t'i nënshtrohet monitorimit të afërt për shenja të përsëritjes së toksicitetit ose abstinencës akute.

Një infuzion me naloxone nuk duhet të ndërpritet natën [nga mesnata deri në 06:00], përveç nëse pacienti po përjeton tipare të sindromës akute të abstinencës nga opioidet, sepse përsëritja/ rikthimi i toksicitetit akut mund të jetë më i vështirë për t'u zbuluar rutinisht gjatë natës nëse pacienti është duke fjetur.

Dalja ose largimi nga kujdesi pas përdorimit të Naloxane

Pacientët që trajtohen me naloxane dhe reagojnë në vlera normale të paramterave vital dhe me gjendje të mirë mendore mund të largohen nga kujdesi pas një periudhe të përshtatshme të monitorimit. Ideale është që pacientët të monitorohen për të paktën katër orë pas dozës së fundit të naloxone dhe për të paktën gjashtë orë pas kohës së dyshuar të përdorimit të opioidit.

Megjithatë, kohëzgjatja e periudhës së monitorimit/vëzhgimit mund të duhet të rregullohet në varësi të kohëzgjatjes së efektit të opioideve të përdorura.

Në rast se një pacient raporton përdorimin e një opioidi me veprim më të gjatë ose nëse klinikisti dyshon për këtë [p.sh. metadon ose një opioid NPS], periudha e monitorimit mund të duhet të zgjatet deri në 12 orë.

Pyetësi: Abstenimi subjektiv i Opiateve



Në përgjigje të simptomeve, bazuar në përvojat e mëposhtme, shkruani një numër nga 0-4 që korrespondon me atë se si ndiheni për secilën **TANI**.

0 = aspak

1 = pak

2 = mesatarisht

3 = pak a shumë

4 = jashtëzakonisht

Tabela 1. Pyetësi Abstenimi subjektiv i Opiateve

Data:						
Koha:						
Nr.	Simptomet	Shkalla	Shkalla	Shkalla	Shkalla	Shkalla
1.	Ndihem i shqetësuar					
2.	Ndjehem sikur po gogësojë					
3.	Po djersitem					
4.	Sytë më përloten					
5.	Më rrjedh hunda					
6.	Kam rënqethje					
7.	Unë dridhem					
8.	Unë kam të nxehtë					
9.	Kam skuqje nga të nxehtit					
10.	Kam skuqje nga të ftoftit					
11.	Më dhembin muskujt dhe kockat					
12.	Ndihemi i nervozuar i shqetësuar					
13.	Ndihem konfuz					
14.	Më vjen të vjellë					
15.	Më dridhen/lëvizin muskujt					
16.	Kam ngërçe në stomak					
17.	Ndjejë dëshirë ta përdor tani					
Pikët totale						

Pyetësi: Abstenimi i benzodiazepinës - Shkalla e Vlerësimit sipas pikëve

Tabela 2. Abstenimi i benzodiazepinës – Shkalla e Vlerësimit sipas pikëve

Simptomet	Vlerësimi				
	0	1	2	3	4
Ndiheni nervoz?					
Ndiheni të lodhur?					
Ndiheni të tensionuar?					
Keni vështërsi të përqëndroneni?					
Keni humbje të oreksit?					
Keni ndonjë mpirje ose djegie në fytyrë, duar ose këmbë?					
A ndjeni të rrahurat e zemrës [palpitacionet]?					
A ndjeni kokën e mbushur ose dhembje?					
Ndjeni dhimbje muskulore apo ngurtësi?					
Ndiheni në ankth, nervoz apo shqetësim?					
Ndiheni i mërzitur?					
Sa i qetë ka qenë gjumi juaj mbrëmë?					
Keni ndonjë shqetësim në shikim? [ndjeshmëria ndaj dritës, shikimi i paqartë]?					
A keni frikë?					
Jeni shqetësuar për fatkeqësitë e mundshme kohët e fundit?					
Observimi/Vëzhgimi Klinik					
Vëzhgoni klientin për djersitje, shqetësim ose agjitim					
Vëzhgojnë dridhjet					
Vëzhgoni ndjesinë e shuplakave [pëllëmbëve]					

Pyetësi: Abstenimi i Amfetaminës

Gjatë 24 orëve të fundit: [rrethoni një përgjigje për pyetje]

Tabela 3. Abstenimi i Amfetaminës

Simptomët		Aspak [0]	Shumë pakë [1]	Pakë [2]	Shumë [3]	Shumë Shumë [4]
1.	Keni pasur dëshirë për amfetaminë apo metamfetamina?					
2.	Jeni ndier i trishtuar?					
3.	Keni humbur interesin për gjërat apo nuk kënaqeni më me to?					
4.	Jeni ndjerë në ankth?					
5.	A keni ndjerë sikur lëvizjet tuaja janë të ngadalta?					
6.	Jeni ndjerë i shqetësuar?					
7.	Jeni ndjerë i lodhur?					
8.	Ju është rritur oreksi apo jeni duke ngrënë shumë?					
9.	A keni pasur ndonjë ëndërr të pakëndshme?					
10.	Keni pasur mall/dëshirë për gjumë apo keni fjetur shumë?					

Vlerësimi i abstinencës së Kanabisit – Shkalla

Përshkruani se si jeni ndjerë gjatë 24 orëve të fundit, ju lutemi rrethoni numrin që paraqet gjendjen tuaj. Për çdo deklaratë, ju lutemi vlerësoni ndikimin e kanabisit, sipas shkallëve [0 = aspak në10 = jashtëzakonisht], duke shkruar numrin në kolonë.

Tabela 4. Vlerësimi i abstinencës së Kanabisit - Shkalla

	Simptomet	Aspak	Moderuar	Jashtëzakonisht	Ndikim negativ në aktivitete ditore
1.	E vetmja gjë për të cilën mund të mendoja ishte pirja e kanabisit				
2.	Kisha dhimbje koke				
3.	Nuk kisha oreks				
4.	Ndjeva të përzier [si të vjella]				
5.	U ndjeva i nervozuar				
6.	Kam pasur disa shpërthime zemërimi				
7.	Kam pasur luhatje të disponimit				
8.	Ndihesha i dëshpëruar				
9.	Irritohesha lehtë/shpejtë				
10.	Kisha imagjinuar të isha i goditur me gurë				
11.	Ndihesha i shqetësuar				
12.	Zgjohesha herët				
13.	Kisha dhimbje barku				
14.	Kam pasur ankthe dhe/ose ëndrra të çuditshme				
15.	Jeta dukej e vështirë				
16.	U zgjova natën duke u djersitur				
17.	Kisha vështirësi për të fjetur natën				
18.	U ndjeva fizikisht i tensionuar				
19.	Kam pasur afshe				

REKOMANDIMET

Menaxhimi i Abstinencës nga Alkooli dhe Drogat tjera | SAX INSTITUTE

Tabela.1.Përmbledhja e evidencës dhe rekomandimeve për menaxhimin e abstinencës nga alkooli

Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Mjedisi			
Ambientet e trajtimit për abstinencë: shtrimi spitalor, qendrat rezidenciale dhe trajtimi ambulantor	<p>Shtrimi spitalor rekomandohet për arsye të sigurisë së pacientit në kontekstin e abstinencës së rëndë nga alkooli [për shembull, kriza konvulsive ose Delirium Tremens], kur ka përdorim të rëndë të disa substancave njëkohësisht, ose prania e komorbiditeve shoqëruese mjekësore apo psikiatrike. Sax Institute+1</p> <p>Qendrat rezidenciale për abstinencë mund të jenë të përshtatshme për pacientët që kanë mjedise shtëpiake jo-të përshtatshme [p.sh., pa mbështetje sociale, pa banim të sigurt] ose për ata që kanë pasur dështime të përsëritura në përpjekje të abstinencës ambulatore; përdorimi i tyre rekomandohet kur komplikacione të rënda nuk priten, por ka varësi që kërkon më shumë mbikëqyrje. Sax Institute+1</p> <p>Abstinencia ambulatore [outpatient/home-based] është një qasje e zbatueshme, e sigurt dhe efektive për menaxhimin e abstinencës nga alkooli, kryesisht për pacientët me simptomatologji të butë deri në ato të moderuar dhe pa rreziqe të larta për komplikacione të rënda. Ajo rezulton më pak e kushtueshme, me akses më të shpejtë dhe shpesh me pranueshmëri të mirë nga pacientët dhe kujdestarët. Ajo rekomandohet për shumicën e përpjekjeve për abstinencë, përveç kur ekzistojnë indikacione klinike për mjedis më intensiv si ai rezidencial ose hospitalor.</p>	I b	Gradë D: I dobët
Intervenimet psikosociale që aplikohen në bashkëpunim me terapinë medikamentoze			

Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Këshillimi për përforsim motivues	Qasjet e përforsimit motivues, qoftë në formë individuale ose në grup kanë treguar efektivitet në rritjen e pranimit dhe angazhimit në trajtim pas fazës së abstinencës te pacientët me çrregullim të përdorimit të substancave.	1b	Gradë: C E kënaqshme
Përfshirja e bashkëmoshatarëve [peers] gjatë fazës së abstinencës	Roli i përfshirjes së bashkëmoshatarëve gjatë episodit të abstinencës [p.sh., takimet mbi 12-hapat], mbi angazhimin e mëvonshëm në trajtimin pas abstinencës [ose në programet 12-hapat] mbetet i paqartë, për shkak të pak studimeve të kontrolluara dhe gjetjeve të paqëndrueshme.	1b	Gradë D: I dobët
Informatat për pacientët	Nuk janë identifikuar studime për abstinencën nga alkool. Nga të dhënat e extrapoluar nga evidenca për abstinencë nga opioidet dhe nga literatura, ofrimi i informacionit të strukturuar për pacientët mund të jetë i lidhur me zvoglimin e ashpërsisë së abstinencës dhe me mbajtje më të mirë në trajtim.	IV	Gradë D: Pika e Praktikës së Mirë [GPP]
Ndërlidhja me shërbimet pas abstinencës për trajtim	Përfshirjet e strukturuar dhe agresive drejtë trajtimit pas abstinencës lidhen me angazhim më të madh në trajtimin pas abstinencës.	1b	Gradë C E kënaqshme
Intervenimet fizike [si shtesë ndaj medikamenteve]			
Terapia me masazh gjatë periudhës së abstinencës	Dëshmi të kufizuara [2 RCT-a me numra të vegjël] sugjerojnë se terapia me masazh mund të jetë efektive në reduktimin e simptomave të abstinencës dhe të ankthit gjatë abstinencës, si shtesë ndaj intervenimeve të tjera.	1b	Gradë D: I dobët
Medikamentet			
Benzodiazepinat	Benzodiazepinat sipas statistikave kanë treguar përfitim të rëndësishëm në krahasim me placebon për parandalimin e krizave epileptike të shkaktuara nga abstenenca nga alkooli, sipas një përmbledhjeje sistematike. Krahasuar me medikamentet të tjera që përdoren për parandalimin e këtyre krizave, vërehet një prirje në favor të benzodiazepinave, megjithatë kjo nuk ka statistika të vlefshme. Asnjë benzodiazepinë nuk është treguar më superiore se një tjetër, megjithatë benzodiazepinat me biodisponibilitet të mirë oral dhe fillim të shpejtë të veprimit [p.sh. diazepam] preferohen, veçanërisht për parandalimin e krizave të abstinencës nga alkooli. Benzodiazepinat nuk duket se parandalojnë deliriumin e abstinencës nga alkooli.	1a	Gradë B : E mirë
Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	

		Cilësia e dëshmisë	
Benzodiazepinat me dozë të përcaktuar sipas simptomave kundrejtë atyre me dozë fikse	Përdorimi i benzodiazepinave sipas qasjes së bazuar në simptome redukton dozën totale të medikamentit dhe kohëzgjatjen e trajtimit. Megjithatë, nuk ka studime që të kenë vlerësuar rezultatet e sigurisë për këtë metodë. Regjimet e bazuara në simptome nuk janë të vlefshme për përdorim të pacientët me komorbiditete të rënda mjekësore ose psikiatrike. Zgjedhja e regjimit të trajtimit zakonisht varet nga faktorët individual të pacientit dhe aspektet programatike, si p.sh. niveli i trajnimit të stafit dhe ambienti i trajtimit.	1a	Gradë: D: Pika e Praktikës së Mirë [GPP]
Regjimi me dozë ngarkuese [loading-dose] kundrejtë regjimeve me dozë të bazuar në simptoma [symptom-triggered] ose dozë fikse [fixed-dose]:	Regjimet me dozë ngarkuese [loading-dose regimens] rekomandohen për menaxhimin e pacientëve me histori të krizave epileptike nga abstenenca e alkoolit.	3	Gradë: D: Pika e Praktikës së Mirë [GPP]
Benzodiazepinat në menaxhimin e pacientëve në gjendje kritike [p.sh. në njësinë e kujdesit intensiv – ICU]:	Benzodiazepinat mbeten standard i artë i trajtimit në njësinë e kujdesit intensiv [ICU]. Është e rëndësishme që pacientët të identifikohen dhe të trajtohen në fazat e hershme, për të parandaluar zhvillimin e komplikimeve të rënda të abstinencës nga alkooli. Ekziston një interes në rritje për përdorimin e agonistëve alfa-adrenergjikë [si dexmedetomidina ose klonidina], dhe fenobarbitalit si terapi ndihmëse në menaxhim. Megjithatë, aktualisht asnjëri prej këtyre agjentëve nuk rekomandohet si monoterapi, por vetëm si shtesë ndaj trajtimit standard me benzodiazepina, në raste të përzgjedhura dhe nën monitorim të kujdesshëm klinik.	1b	Gradë: C E kënaqshme
Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
GHB	Gama-hidroksibutirati [GHB] mund të jetë më efektiv se placebo në trajtimin e abstinencës nga alkooli, por nuk është treguar më i efektshëm se benzodiazepinat. Aktualisht, nuk ka rol të rekomanduar për përdorimin e GHB në trajtimin e abstinencës nga alkooli.	1a	Gradë: D: I dobët
Propofol	Propofoli ka disa probleme të sigurisë, duke përfshirë shkallë më të lartë të gjendjeve kardiovaskulare dhe nevojën për ventilim mekanik. Aktualisht, propofoli nuk duket se ofron përfitime mbi benzodiazepinat apo agonistët alfa-adrenergjikë në trajtimin e abstinencës nga alkooli. Gjithashtu, kohëzgjatja, doza dhe mënyra e përdorimit të propofolit në këtë kontekst mbeten të paspecifikuara, duke kufizuar përdorimin e tij praktik.	1b	Gradë: D: I dobët

Antikonvulsantët	Antikonvulsivët janë mirë të toleruar dhe mund të konsiderohen si një alternativë e mundshme ndaj benzodiazepinave, sipas disa përmbledhjeve sistematike. Megjithatë, meta-analiza tregon se të dhënat janë të pamjaftueshme për të rekomanduar përdorimin e antikonvulsivëve si trajtim të standardizuar për sindromën e abstinencës nga alkooli [AWS].	1a GRADE: Mesatar [Moderuar]	Gradë: C E kënaqshme
Alpha agonistët	Agonistët alfa duket se janë vlerësuar vetëm në kujdesin intensiv. Agonistët alfa mund të ndihmojnë me simptomat simpatike të abstinencës nga alkooli dhe mund të ndihmojnë në reduktimin e sasisë së benzodiazepinave të nevojshme, por në këtë fazë mund të konsiderohen vetëm si shtesë e trajtimit me benzodiazepina.	1b	Gradë: C E kënaqshme
Kombinimi Karbamazepinë/Tiaprider	Një rishikim sistematik me cilësi të ulët tregoi se ky kombinim është efektiv. Megjithatë, mungonin të dhënat mbi sulmet konvulsive dhe ngjarjet e padëshiruara.	1a	Gradë: D: I dobët
Barbituratet	Fenobarbitali mund të ketë një rol si shtesë te benzodiazepinat, veçanërisht në abstinencën e rëndë nga alkooli. Ai mund të ndihmojë në shkurtimin e kohëzgjatjes së qëndrimit në ICU dhe të parandalojë pranimin në ICU. Megjithatë, nuk ka dëshmi të mjaftueshme për ta rekomanduar si monoterapi.	1b	Gradë: C E kënaqshme
Baklofen	Nuk ka dëshmi që baclofeni të jetë i sigurt ose efektiv për sindromën e abstinencës nga alkooli.	1a	Gradë: D: I dobët
Alkooli	Që nga viti 2010 nuk ka pasur studime të reja. Studimet tregojnë se përdorimi i alkoolit mund të jetë efektiv për parandalimin e komplikacioneve të abstinencës [p.sh., delirium], por jo për trajtimin e sindromës së abstinencës nga alkooli	1b	Gradë: D: I dobët
Medikamentet antipsikotike	Rishikimi i vetëm sistematik që nga viti 2010, ishte me cilësi të dobët; ky rishikim nuk mund të ofrojë asnjë nga rekomandimet e tij.	1b	Gradë: D: I dobët
Gabapentin	Studimi i vetëm që nga viti 2010 ishte me cilësi të dobët; ky rishikim nuk mund të ofrojë asnjë nga rekomandimet e tij.	1b	Gradë: D: I dobët

Tabela 2. Përmbledhje e dëshmive dhe rekomandimeve për menaxhimin e abstinencës nga opioidet

Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Mjedisi			
Pranimi në spital	Përveç në rastet kur pranimi në spital është i nevojshëm për arsye sigurie të pacientit [p.sh., dehidrim i rëndë, sëmundje shoqëruese mjekësore, psikiatrike ose sociale], nuk ka një përparësi të qartë të një programi të abstinencës në spital ose rezidencial krahasuar me trajtimin ambulator për sa i përket përfundimit të abstinencës, angazhimit në trajtimin pas abstinencës ose përdorimit të substancave pas abstinencës. Prandaj, abstinencia në spital nuk rekomandohet rutinë.	1b	Gradë: C E kënaqshme
Intervenimet Psikosociale			
Intervenim Psikosociale [Këshillimi, menaxhimi me përfitime në kombinim me farmakoterapi]	Intervenimet psikosociale shitesë, të kombinuara me medikamente [p.sh., reduktimi gradual i buprenorfinës ose metadonit], janë efektive në aspektet e: përfundimit të trajtimit; përdorimit të opioideve; pjesëmarrësit që kanë qëndruar abstinent gjatë përcjelljes [follow-up] dhe frekuentimi klinik gjatë trajtimit. Aktualisht, nuk është e mundur të përcaktohen qasjet optimale për ndërhyrjet psikosociale.	GRADE: Moderuar deri në të lartë	Gradë: C E kënaqshme
Informatat për pacientin	Ofrimi i informacionit të strukturuar për pacientët lidhet me zvoglimin e ashpërsisë së simptomave të abstinencës dhe rritjen e qëndrueshmërisë në trajtim.	1b	Gradë: D: I dobët
Lidhjet me shërbimet pas abstinencës	Lidhjet e strukturuar dhe të vendosura me trajtimin pas abstinencës lidhen me angazhim më të madh të pacientëve në trajtimin pas përfundimit të abstinencës.	1b	Gradë: D: I dobët

Doza të zbritura gradualisht të agonistëve opioid: Buprenorfine ose Metadon	Ka treguar efektivitet për menaxhimin e abstinencës nga opioidet, me shkallë të larta të përfundimit të trajtimit dhe reduktim të ashpërsisë së simptomave të abstinencës krahasuar me medikamente simptomatik. Evidence nuk përcakton ende kohëzgjatjen optimale të trajtimit ose dozën optimale të agonistëve.	Grade: I ulët deri në të moderuar.	Gradë B: E mirë
Tramadol	Nuk ka tregues të qartë që ndonjëra nga medikamentet [Buprenorphine vs Methadone], mund të jetë efektive në trajtimin e abstinencës megjithatë, kërkohet hulumtim i mëtejshëm.	1b	Gradë D: I dobët
Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Agonistë alfa-adrenergikë [Clonidine me dozë të lartë]	Përdorimi i clonidines me doza ≥ 0.6 mg/ditë është efektiv në reduktimin e simptomave të abstinencës nga opioidet; megjithatë, profili i tij i sigurisë [hipotensioni, sedacioni], kufizon përdorimin jashtë mjediseve spitalore me monitorim, dhe rekomandohet kur agonistët opioid nuk mund të përdoren.	Gradë: Moderuar	Gradë: B : E mirë
Detoksifikim i shpejtë/ rapid me antagonis opioidesh [Naloxone ose Naltrexone]:	Mund të përdoren për të shkaktuar nisjen [dhe intensitetin] e abstinencës nga opioidët, në kombinim me medikamente të tjera [p.sh., agonistë alfa-adrenergjikë, sedativ], zakonisht në një ambient spitalor brenda [inpatient]. Ka shqetësime serioze të sigurisë lidhur me ngjarje adverse të rënda [p.sh., delirim, konfuzion i thellë].	Gradë: E Ulët	Gradë: C E kënaqshme
Olanzapine	Doza të vetme të Olanzapinës [pra administrim intramuskular] mund të kenë një rol në menaxhimin emergjent të abstinencës nga opioidët [p.sh., në departamentet e emergjencës] kur nuk mund të jepet një agonist opioid.”	1b	Gradë: D: I dobët
Medikamentet tjera: pregabalin, gabapentin, venlafaxine, diazepam	Dëshmia në menaxhimin e abstinencën nga opioidet është ende në zhvillim dhe nuk mund të rekomandohen në këtë moment	Variabla në varësi të medikamenteve	Gradë: D: I dobët
Ushtrime fizike për abstinencën nga opioidet	Programet e ushtrimeve [p.sh., vrapimi, ecja], lidhen me zvogëlim të simptomave të abstinencës, si dhe të simptomave specifike të ankthit dhe depresionit, dhe duhet të inkurajohen në procesin e abstinencës nga opioidet.	1b	Gradë D: I dobët
Terapia me masazh gjatë periudhës së abstinences	Nuk ka të dhëna të identifikuar për përdorim të abstinencës nga opioidet. Dëshmia e kufizuar [ekstrapoluar nga RCT-të për abstinencë nga alkooli], sugjeron se terapia me masazh është efektive në reduktimin e simptomave të abstinencës dhe ankthit gjatë abstinencës.	1b	Gradë D: I dobët

Tabela 3. Përmbledhje e provave dhe rekomandime për menaxhimin e sindromës së abstinencës së Kanabisit

Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Mjedisi			
Mjedisi i abstinencës: hospitalor, rezidencial dhe ambulator	<p>Nuk janë identifikuar studime të kontrolluara që të krahasojnë mjediset e ndalimit për sindromën e abstinencës të kanabisit. Rekomandimet janë nxjerrë nga provat për abstinencë në alkool dhe opioide. Pranimi në spital [inpatient admission] është i indikueshëm për arsye sigurie të pacientit, veçanërisht në kontekstin e sëmundjeve të rënda shoqëruese mjekësore ose psikiatrike. Mjediset rezidenciale për ndalim [residential withdrawal settings], mund të jenë të përshtatshme për ata pacientë që kanë ambiente shtëpiake ose mbështetje jo të përshtatshme për të abstinencën ose për ata që kanë pasur dështime të përsëritura në përpjekje të abstinencës ambulatorë;</p> <p>Abstinencia ambulatorë [ambulatory withdrawal] është një qasje e zbatueshme për menaxhimin e sindromës së abstinencës të kanabisit dhe zakonisht rekomandohet si opsion i parë.</p>	Të dhëna të ekstrapoluara: 1a [alkooli]; 1b [opioidet]. Të dhëna për kanabisin: III.	Gradë: D: I dobët
Intervenimet Psikosociale			
Intervenimet Psikosociale [këshillim i strukturuar, menaxhim i rastit, sigurimi i informacionit]	Nuk janë identifikuar prova nga studime të kontrolluara që të shqyrtojnë intervenimet psikosociale [p.sh. këshillim, menaxhim i rastit, sigurim i informacionit] në menaxhimin e sindromës së abstinencës të kanabisit. Rekomandimet janë ekstrapoluar nga evidencat për ndalimin e alkoolit dhe opioidëve. Intervenimet psikosociale [këshillim i strukturuar për ndalim, menaxhim i rastit] duhet të përfshihen në menaxhimin e abstinencës të kanabisit.	Të dhëna të ekstrapoluara	Gradë: D: Pika e Praktikës së Mirë [GPP]
Informatat për pacientin	Sigurimi i informacionit të strukturuar për pacientët lidhet me zvogëlimin e ashpërsisë së simptomave të abstinencës dhe rritjen e qëndrueshmërisë në trajtim	1b	Gradë: D: I dobët
Lidhjet me shërbimet pas abstinencës	Lidhjet e strukturuar dhe të vendosura me vendosmëri me trajtimin pas ndalimit lidhen me angazhim më të madh në trajtimin pas ndalimit	1b	Gradë: D: I dobët
Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Medikamentet			

Medikamentet agonistë të kanabinoideve [nabiksimol, dronabinol, nabilon]"	Studimet në laborator tek njerëzit dhe në popullatën klinike sugjerojnë në mënyrë të qëndrueshme se agonistët e kanabinoideve [në receptorët CBI], të tillë si THC [p.sh. në nabiksimol] dhe analog sintetik të THC-së [dronabinol, nabilon], reduktojnë në mënyrë efektive simptomat e ndalimit të kanabisit dhe tolerohen mirë nga përdoruesit e kanabisit. Provat aktuale nuk specifikojnë kohëzgjatjen optimale të trajtimit ose dozën ideale të agonistëve, dhe kërkimi i mëtejshëm është i nevojshëm për të përcaktuar regjimet më efektive të medikamentit.	Ib	Gradë: C E kënaqshme
Medikamentet hipnotike [zolpidem, benzodiazepinë]	Medikamentet hipnotike që veprojnë në receptorët GABA-A, si zolpidem dhe benzodiazepinat [në veçanti nitrazepam], përmirësojnë gjumin gjatë sindromës së abstinencës të kanabisit në popullata klinike që i nënshtrohen abstinencës të kanabisit [Ib]. Megjithatë, ekzistojnë paralajmërime lidhur me: rrezikun e varësisë dhe simptomave rebound/rikthim me përdorim afatgjatë të sedativëve; Mundësinë e përdorimit jo-mjekësor të këtyre medikamenteve, duhet të mirret parasysh gjatë vendosjes së trajtimit.	Ib	Gradë: C E kënaqshme
Mirtazepine	Një studim laboratorik sugjeron se mirtazepina mund të ndihmojë në rritjen e oreksit dhe në lehtësimin e simptomave të gjumit, por nuk ka ndikim të vërejtshëm mbi simptomat e përgjithshme të abstinencës, mood-in ose ankthin.	IIb	Gradë: D: I dobët
Medikamentet tjera	Ekziston evidencë e kufizuar ose nuk ka evidencë që të mbështesë përdorimin aktual të medikamenteve të mëposhtme për menaxhimin e sindromës së ndalimit të kanabisit. Antidepresivë noradrenergjikë [p.sh. venlafaksinë] dhe serotoninergjikë [p.sh. eskitalopram, buspiron, fluoksetin]Baklofen, Litium, Gabapentin, Topiramate, N-acetilcisteinë, Quetiapine, cannabidiol	Variabël në varësi të medikamenteve	Gradë: D: I dobët
Intervenimet fizike			
Ushtrime aerobike për abstinencë nga kanabisi	Programet e ushtrimeve aerobike lidhen me reduktimin e simptomave të abstinencës, përfshirë simptomat specifike si: shqetësimet e gjumit, ankthi dhe depresioni, duhet të inkurajohen gjatë abstinencës nga kanabisi.	Ib	Gradë: D: I dobët
Ushtrime mendje-trup [p.sh., yoga]"	Nuk janë identifikuar studime të kontrolluara që të shqyrtojnë efektin e yoga-s në abstinencë nga substancat [përveç duhanit]. Kërkohet hulumtim i mëtejshëm.	NIL	Gradë: Nuk ka studime të identifikuar
Terapia me masazh gjatë periudhës së abstinencës	Dëshmitë e kufizuara sugjerojnë se terapitë me masazh janë efektive në zvogëlimin e simptomave të abstinencës dhe ankthit gjatë abstenencës.	Ib	Gradë: D: I dobët

Tabela 4. Përmbledhje e dëshmive dhe rekomandimeve për menaxhimin e abstinencës nga benzodiazepinet

Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Mjedisi			
Mjedisi	Të gjitha rishikimet tregojnë se abstenenca nga benzodiazepinet mund të menaxhohet në mënyrë të sigurt në komunitet. Një pranim në spital mund të jetë i nevojshëm për të stabilizuar një pacient me histori të përdorimit të paqëndrueshëm të dozave të larta të benzodiazepineve para një zbritjeje graduale në komunitet, ose për menaxhimin e abstinencës nga substanca të tjera, komorbiditete të rëndësishme, ose vulnerabilitete të tjera. Megjithatë, zbritjet e shpejta të dozës gjatë një pranimi të shkurtër spitalor [p.sh., më pak se dy javë] zakonisht nuk rekomandohen për një pacient që përdor doza mesatare ose të larta të benzodiazepineve, për shkak të rrezikut të shfaqjes së simptomave të rënda të abstinencës [p.sh., konvulsione, panik] pas daljes nga spitali.	Ib	Gradë: C E kënaqshme
Intervenimet Psikosociale			
Intervenimet psikosociale [p.sh., Terapia e Sjelljes Kognitive - CBT], së bashku me farmacoterapitë	Të dyjat : Terapia e Sjelljes Kognitive [CBT] [dëshmi me nivel të moderuar GRADE], ashtu edhe ushtrime e relaksimit [dëshmi me nivel të ulët GRADE] janë efektive në zvogëlimin e përdorimit të benzodiazepineve gjatë abstinencës dhe në periudhën e menjëhershme pas abstinencës [tre muaj], si shtesë ndaj zvogëlimin graduale të dozës së benzodiazepineve.	GRADE: Moderuar [CBT], e ulët [relaksim]	Gradë: C E kënaqshme
Intervenimet në përshkrimin e medikamenteve dhe informatat për pacientin	Ka dëshmi në zhvillim që sugjerojnë se një letër e përshtatur nga mjeku i përgjithshëm [për pacientët me doza të ulëta, p.sh., përdorues të <10 mg ODE], një intervistë e standardizuar, ose sigurimi i informacionit/shpjegimeve të shkruara nga përshkruesi për pacientët mund të jenë efektive të pacientët me përdorim afatgjatë të benzodiazepineve në doza të ulëta. Nuk ka dëshmi që sugjerojnë efektivitet të pacientët që përdorin doza të larta ose përdorim të paligjshëm të benzodiazepineve	Ib	Gradë: D I dobët
Intervenimet fizike			
Terapia me masazh gjatë periudhës së abstinencës	Dëshmitë e kufizuara, të nxjerra nga literatura mbi abstinencën nga alkooli, sugjerojnë se terapitë me masazh janë efektive në zvogëlimin e simptomave të abstinencës dhe ankthit gjatë abstinencës Dëshmitë mbështesin gjithashtu ushtrimet e relaksimit [shih ndërhyrjet psikosociale më lart].	Të dhëna të ekstrapoluara: Ia [alkooli];	Gradë: D I dobët
Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë

Medikamentet			
“Reduktim gradual i dozave të benzodiazepineve	Reduktimi gradual është më i favorshëm se ndërprerja e menjëhershme ose e shpejtë. Shkalla e zvogëlimit sugjerohet të jetë 10–25% çdo javë ose çdo dy javë, me një kohëzgjatje prej 8–24 javësh. Shkalla e abstinencës duhet të përshtatet individualisht, duke marrë parasysh llojin e benzodiazepinës, dozën, faktorët psikosocial/mjedisor dhe komorbiditetet. Paneli i eksperëve i Shoqatës Britanike të Psikofarmakologjisë sugjeron një reduktim fillestar të benzodiazepinës që pacienti ka përdorur, para transferimit në një benzodiazepinë me veprim më të gjatë, për pacientët që përdorin doza “terapeutike	Gradë: Moderuar e lartë	Gradë: B E mirë
	Një dozë benzodiazepine prej 30 mg/ditë [ekuivalente orale me diazepam] zakonisht mjafton si dozë fillestare për reduktimin e dozës tek pacientët me një patërni përdorimi të paqëndrueshëm me doza të larta benzodiazepinash.		
Reduktim “i shpejtë” i dozës [reduktim brenda më pak se dy javësh]	Është sugjeruar se një reduktim i shpejtë në spital brenda një jave mund të jetë po aq i sigurt dhe efektiv sa një taper gradual në kushtet ambulatorie. Megjithatë, këto bazohen vetëm në dy studime me cilësi të dobët, rezultatet nuk janë riprodhuar. Çështja kryesore me reduktimet e shpejta të dozës është shfaqja e simptomave të rënda të abstinencës pas ndërprerjes së medikamentit, veçanërisht tek pacientët që marrin doza të moderuara ose të larta të benzodiazepinave [p.sh., ODE ≥10 mg/ditë].	II a	Gradë: D I dobët
Medikamente të tjera për menaxhimin e abstinencës ngabenzodiazepinat: Pregabalina, Captodiame, Paroxetine, Antidepressantët triciklik	Potenciali i inhibitorëve selektivë të serotoninës [SSRIs], p.sh. Paroxetine, dhe i Carbamazepinës në trajtimin e abstinencës nga benzodiazepinat është diskutuar. Megjithatë, të gjitha studimet janë me cilësi shumë të ulët, prandaj nuk rekomandohen në praktikë klinike. Flumazenil ka shkaktuar efekte të rënda anësore, duke çuar në ndërprerjen e hershme të studimeve.	Gradë: E Ulët	Gradë: D I dobët
Benzodiazepinat për mirëmbajtje	Përdorimi i benzodiazepinave për mirëmbajtje mund të jetë efektiv tek pacientët që janë të varur nga doza të larta ose përdorimi i paligjshëm i benzodiazepinave, si dhe tek ata që kanë dështuar përsëritësisht në përpjekjet për të ndërprerë medikamentin. Megjithatë, nuk ka prova të mjaftueshme nga studime të kontrolluara që të mbështesin trajtimin me “mirëmbajtje” për menaxhimin e varësisë nga benzodiazepinat. Nuk ka evidencë të mjaftueshme për të mbështetur efikasitetin e kësaj qasje.	IIb	Gradë: D I dobët
Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë

Menaxhimi farmakologjik i ankthit pas abstinencës nga benzodiazepinat Opsionet e përshkruara në literaturë përfshijnë: Carbamazepine, Pregabalin, Captodiame, Paroxetine, Flumazenil	Prova të reja për menaxhimin farmakologjik të ankthit pas abstinencës nga benzodiazepinat. Carbamazepina është një nga medikamentet më premtuese, por për shkak të cilësisë së ulët deri shumë të ulët të provave, nuk mund të rekomandohet në praktikë klinike në këtë moment. Përdorimi i antagonistit të benzodiazepinave, flumazenil [“rapid detox”], nuk është treguar të jetë i sigurt në studimet e publikuara dhe nuk rekomandohet për përdorim.	Ib	Gradë: D I dobët
---	--	----	------------------

Tabela.5 Përmbledhje e dëshmive dhe rekomandimeve për menaxhimin e abstinencës nga amfetamina

Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Mjedisi			
Pranimi në spital	Përveç në rast kur kërkohet pranim hospitalor, për arsye sigurie të pacientit [p.sh. komplikacione kardiake, psikozë, ose gjendje të tjera mjekësore, psikiatrike ose sociale], nuk ka ndonjë përfitim të qartë që të kryhet abstenenca në spital ose në një qendër rezidenciale krahasuar me trajtimin ambulator, për sa i përket përfundimit të abstinencës, pjesëmarrjes në trajtimin pas abstinencës ose përdorimit të substancës pas abstinencës. Prandaj, abstenenca në spital nuk rekomandohet si rutinë.	“Ekstrapoluar nga substanca të tjera dhe nga profili i sindromës së abstinencës”	Gradë: D I dobët
Intevenime Psikosociale			
Ndërhyrje psikosociale [këshillim, menaxhim kontingjent] në bashkëpunim me farmakoterapinë]	Derisa terapitë psikosociale janë lidhur me rezultate më të mira tek personat me çrregullim të përdorimit të stimulueseve, ka pak dëshmi që sugjerojnë se këto ndërhyrje mund të jenë efektive në situatën e abstinencës.	III	Gradë D: I dobët”
Intervenimet Fizike			
Aktivitet fizik në trajtimin e çrregullimit të përdorimit të stimulueseve	Nuk janë gjetur studime të kontrolluara që të vlerësojnë programet e ushtrimeve aerobike për çrregullimet e përdorimit të stimulueseve, dhe kërkohet hulumtim i mëtejshëm, veçanërisht për shkak të shqetësimeve mbi sigurinë [efektet kardiovaskulare] tek këto grupe pacientësh.	Bazohet në të dhëna nga literatura për substanca të tjera	Gradë: D: I dobët
Ushtrime trup-mendje [p.sh., yoga]	Nuk janë gjetur studime të kontrolluara që të shqyrtonin përdorimin e yogas për abstinencën nga substancat [përfshirë duhanin]. Rekomandohet hulumtim i mëtejshëm.		Grada: Nuk janë identifikuar studime të kontrolluara”

Terapia me masazh gjatë periudhës së abstinencës	Dëshmitë e kufizuara tregojnë se masazhi terapeutik mund të ndihmojë në zvogëlim të simptomave të abstinencës dhe ankthit gjatë kësaj periudhe.	Bazohet në të dhëna nga literatura mbi alkoolin	
Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Medikamentet- Antidepresivët			
Mirtazapine	Dëshmitë lidhur me efikasitetin e mirtazapinës janë kontradiktore. Disa studime sugjerojnë se ajo mund të reduktojë hipernxitjen dhe ankthin, të ulë dëshirën [craving] dhe të lehtësojë ashpërsinë e simptomave gjatë fazës së abstinencës . Megjithatë, evidenca të tjera tregojnë mungesë efekti në këto tregues. Po ashtu, mirtazapina mund të kontribuojë në reduktimin e sjelljeve seksuale me rrezik ndërmjet meshkujve që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkuj. Duke qenë se evidencat janë shumë të paqëndrueshme dhe kontradiktore, aktualisht nuk mund të jepet një rekomandim i qartë për përdorimin e saj.		Gradë: D I dobët
Amineptine	Mund të mos reduktojë simptomat e abstinencës apo dëshirën [craving] në krahasim me placebo.		
Imipramine	Mund të përmirësojë qëndrueshmërinë në trajtim.		
Sertraline	Ka treguar efekte të pafavorshme në qëndrueshmërinë në trajtim dhe në abstinencë, në krahasim me placebo.		
Bupropion	Dëshmitë shkencore sugjerojnë se bupropioni mund të ketë ose të mos ketë efekt në përmirësimin e shkallës së abstinencës.		
Antipsikotik			
Olanzapine	Mund të jetë efektiv në menaxhimin e psikozës së shkaktuar nga përdorimi i metamfetaminës. Mund të çojë në shtim më të madh në peshë krahasuar me haloperidolin.		Gradë: C E kënaqshme
Haloperidol	Mund të jetë efektiv në trajtimin e psikozës së shkaktuar nga metamfetamina, por përdorimi i tij lidhet me një incidencë më të lartë të efekteve motorike akute ekstrapiramidale dhe me shkallë më të ulët të mbajtjes së pacientëve në trajtim krahasuar me olanzapinin.		
Quetiapine	Efektiviteti i tij në trajtimin e psikozës së shkaktuar nga metamfetamina është i barabartë me atë të haloperidolit.		

Risperidone	Medikament përgjithësisht i pranuar mirë. Mund të jetë më efektiv në menaxhimin e psikozës së induktuar nga metamfetamina krahasuar me aripiprazolin.		
Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Aripiprazole	Mund të kontribuojë në reduktimin e mbajtjes së pacientëve në trajtim për psikozën e induktuar nga metamfetamina. Këshillohet kujdes në përcaktimin e kohëzgjatjes së trajtimit.		
Benzodiazepinet			
Diazepam Midazolam Lorazepam	Nuk ekzistojnë studime që vlerësojnë përdorimin e benzodiazepinave në trajtimin e abstinencës nga metamfetamina; megjithatë, mekanizmi i veprimit dhe profili i efektit të këtyre medikamenteve është mirë i dokumentuar, dhe ato mund të përdoren për menaxhimin e simptomave të abstinencës. Këshillohet kujdes i veçantë në përcaktimin e kohëzgjatjes së trajtimit.	Nivel IV për trajtimin e abstenës Nivel Ia për menaxhimin simptomatik	Gradë: C E kënaqshme [jashtë kontekstit të abstinencës, por për menaxhimin simptomatik]
Psikostimulantët			
Dexamphetamine	Mund të reduktojë dëshirën [craving] pa ndikuar në përdorimin aktual të substancës. Nuk ka evidencë të mjaftueshme nga studime të kontrolluara, të rastësishme [RCT] për të nxjerrë konkluzione të qarta.		Gradë: D E dobët
Modafinil	Mund të ketë ose të mos ketë efekt në uljen e simptomave të abstinencës dhe dëshirës [craving]. Mund të përmirësojë funksionin e kujtesës.		Gradë: D E dobët
Agonist opioid			
Methadone	Mund të reduktojë dëshirën [craving], por është më pak efektiv se buprenorfina në trajtime që zgjasin më shumë se 10 ditë. Nuk ka evidencë të qartë në krahasim me placebo për efektivitetin.		Gradë: D E dobët
Buprenorphine	Mund të reduktojë dëshirën [craving], është më efektiv se metadoni në trajtime që zgjasin më shumë se 10 ditë. Nuk ka evidencë të qartë për efektivitetin krahasuar me placebo.		Gradë: D E dobët
Amantadine	Mund të reduktojë lodhjen vetëm në fazën post-akute të abstinencës		Gradë: D E dobët

Tabela. 6 Përmbledhje e dëshmive dhe rekomandimeve për trajtimin e abstinencës nga gamma-hidroksibutirati [GHB] dhe prekursorët e tij, gammabutiro-laktoni [GBL] dhe 1,4-butanedioli [1,4-BD]

Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Mjedisi			
Pranimi në spital	Pranimi në spital është i nevojshëm për abstinencë të rëndë, përfshirë deliriumin. Mund të kërkohej kujdes intensiv [ICU]. Abstinencia e planifikuar nga GHB është e mundur në një mjedis ambulant për varësi më pak të rëndë.	IIb: Bazuar në të dhëna të extrapoluara nga substanca të tjera dhe karakteristikat e profilit të abstinencës	Gradë D: E dobët
Intervenime Psikosociale			
Intervetet psikosociale, përfshirë [këshillimin dhe menaxhimin të kombinuara me trajtim farmakologjik].	Nuk ekziston asnjë rishikim ose raport rasti që të ketë studiuar ose përshkruar përdorimin e intervenimeve psikosociale gjatë abstinencës nga GHB.	N/A	Gradë D: E dobët
Intervenimet Fizike			
Terapia me masazh gjatë periudhës së abstinencës	Dëshmi të kufizuara tregojnë se terapitë me masazh mund të jenë efektive në zvogëlimin e simptomave të abstinencës dhe të ankthit gjatë periudhës së abstinencës.	Bazuar në të dhëna të extrapoluara nga studimet mbi abstinencën nga alkooli	Gradë D: E dobët
Medikamentet			
Benzodiazepinet	Benzodiazepinat përdoren shpesh për trajtimin e simptomave pas ndërprerjes së GHB, zakonisht duke filluar me titrim dhe duke zvogëluar gradualisht dozat shumë të larta. Përdorimi i tyre nuk rekomandohet në prani të një historie të njohur ose të dukshme të psikozës ose rezistencës. Të gjitha të dhënat në këtë kontekst [abstinencia nga GHB] bazohen ekskluzivisht në raporte rasti.	IV	Gradë D: E dobët
Diazepam	Evidencë për abstinencë të suksesshme nga GHB me diazepam në doza të larta.		

Lorazepam	Evidencë për abstinencë të suksesshme nga GHB me lorazepam në doza të larta.		
Barbiturate	Mund të përdoret si terapi shtesë ndaj benzodiazepinave intravenoze në trajtimin e rasteve të rënda në pacientë të shtruar. Gjithashtu, mund të konsiderohet si opsion primar i trajtimit, por nuk ka evidencë që të mbështesë këtë përdorim. Të gjitha të dhënat në këtë kontekst [abstinencanga GHB] janë të bazuara ekskluzivisht në raporte rasti.	IV	Gradë D: E dobët
Baclofen	Mund të jetë efektiv si terapi shtesë orale ndaj benzodiazepinave, veçanërisht për të ndihmuar në menaxhimin e krizave dhe dridhjeve/tremor.	II b	Gradë D: E dobët
Gamma hydroxybutyrate	Titrimi dhe zvogëlimi gradual i GHB-së farmaceutik [zakonisht si oksibat natriumi] mund të ndihmojë në realizimin e një detoksifikimi të suksesshëm nga GHB. Veçanërisht është efektiv në rastet ku benzodiazepinat me doza të larta kanë dështuar [një studim pilot eksplorues [n=23]; një studim kohort vëzhgues [n=274]; raporte rasti].	III	Gradë D: E dobët
Dexmedetomidine	Infuzioni me dexmedetomidinë ka rezultuar i suksesshëm gjatë ndërprerjes së papritur të GHB-së në rastet ku benzodiazepinat kanë qenë joefektive, në ambiente të kujdesit intensiv [bazuar në një përmbledhje të serive rastesh].	IIb	Gradë D: E dobët

Tabela7. Përmbledhja e dëshmive dhe udhëzimeve për menaxhimin e transferimit nga metadoni në buprenorfine

Intervenimet	Rekomandimet	Niveli i dëshmisë	Cilësia e dëshmisë
Mjedisi			
Mjediset e Trajtit	Transferimet nga doza të ulëta deri në të moderuara të Metadonit zakonisht mund të kryhen në ambiente ambulatorie të specializuara. Transferimet nga doza të larta të metadonit [>50 mg] mund të kërkojnë një pranimi të shkurtër në spital për procedurat e transferimit.	III	Gradë D: E dobët
Intervenimet Psikosociale	Nuk ka studime të kontrolluara, por rekomandohet në udhëzimet australiane për MATOD dhe për programet klinike të NSW OTP. Informimi dhe edukimi i pacientit dhe kujdestarit është një aspekt i rëndësishëm i planifikimit të trajtimit.	IV	Gradë D: Pika e Praktikës së Mirë [GPP]
Monitorimi	Gjatë procesit të transferimit, rekomandohet monitorim i vazhdueshëm i pacientit përmes përdorimit të një shkalle të strukturuar të abstinencës nga opioide [p.sh., COWS, SOWS]. Pacienti duhet të rishikohet në mënyrë të rregullt gjatë gjithë kësaj periudhe përfshirë inspektime të përditshme për disa ditë në fillim të iniciimit të buprenorfinës deri në arritjen e stabilizimit të dozës.	IV	Gradë D: Pika e Praktikës së Mirë [GPP]
Medikamentet	Ka pak prova të kontrolluara; shumica e dëshmive rrjedhin nga seritë e rasteve. Ndërpritni dozën e Metadonit dhe filloni Buprenorphine [me doza të ulëta me rritje inkrementale çdo 1-2 orë derisa pacienti të ndihet i rehat], me synimin për të arritur një dozë ditore të buprenorfinës [zakonisht 16-32 mg] brenda 1-3 ditëve.	III	Gradë D: E dobët

