



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË



PROTOKOLLET KLINIKE PËR PRAKTIKËN E MJEKËSISË SË FAMILJES BAZUAR NË UDHËRRËFYESIN PËR MOSHËN E TRETË



PROTOKOLLET KLINIKE PËR PRAKTIKËN E MJEKËSISË SË FAMILJES BAZUAR NË UDHËRRËFYESIN PËR MOSHËN E TRETË

© Ministria e Shëndetësisë

Të gjitha të drejtat rezervuar për Ministrinë e Shëndetësisë së Shqipërisë, e cila mirëpret kërkesat për të dhënë leje për ta riprodhuar apo përkthyer këtë publikim, pjesërisht ose tërësisht.

Publikimi: Nëntor 2011

Rishikimi: Nëntor 2015

Grupi i Punës:

Dr. Erol ÇOMO	Kryetar	MSH
Prof. Dr. Pandeli ÇINA	Anëtar	QSUT
Prof. Dr. Agron YLLI	Anëtar	QSUT
Dr. Edmond PROGRI	Anëtar	QSHSp. Nr. I, Tirane
Dr. Altin CEKODHIMA	Anëtar	Klinika “Blue Medical Centre”.
Dr. Mirela ÇELA	Anëtar	QKCSA-ISH
Prof. Dr. Isuf KALO	Anëtar	QKCSA-ISH
Dr. Xhadi GJANA	Anëtar	ISKSH
Dr. Ines ARGJIRI	Koordinatorë	QKCSA-ISH

Mbështetur nga:



Ky dokument u hartua dhe u publikua me mbështetjen financiare të UNFPA Shqipëri.

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e hartuesve të dokumentit dhe në asnjë rast nuk do të konsiderohet si opinion i UNFPA Shqipëri.

Parathënie

Miratimi i protokolleve klinike për pesë nozologjitë e sëmundjeve kryesore kronike të përfshira në udhërrëfyesit për moshën e tretëeshtë vazhdimi i angazhimit të Ministrisë së Shëndetësisë për të ndihmuar dhe orientuar drejt mjekët e familjes në zbatim të sistemit të referimit.

Në këtë mënyrë, Ministria e Shëndetësisë, në bashkëpunim me Qendrën Kombëtare të Cilsësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore dhe Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor pajis mjekët e kujdesit shëndetësor parësor, si edhe specialistët e shërbimeve ambulatorore me njohuritë e duhura bashkëkohore në vënien e saktë të adiagnozës apo referimit në nivelet e tjera në rast nevojë.

Ministria e Shëndetësisë vazhdon të realizojë premtimin që ka bërë gjatë viteve të fundit për një kujdes dhe vëmendje të veçantë për moshën e tretë.

Këto protokolle klinike janë gjithashtu pjesë e aktiviteteve të parashikuara në strategjinë e Ministrisë së Shëndetësisë për sistemin shëndetësor.

Grupi i punës i cili ka punuar për një periudhë disa mujore në shërbimet tona të kujdesit parësor, duke përfituar komente të vlefshme, të cilat u pasqyruan me variantin përfundimtar të tyre.

Ministria e Shëndetësisë dëshiron të falenderojë grupin e punës të përbërë nga mjekë specialistë me përvojë shumëvjeçare.

Si edhe në dokumentin e parë, një falenderim i veçantë shkon për Agjensinë e Kombeve të Bashkuara për Popullsinë – UNFPA - për mbështetjen financiare në hartimin dhe shumëfishimin e protokolleve, pa harruar edhe kontributin e saj të vazhdueshëm për sektorin e shëndetësisë në Shqipëri.

PETRIT VASILI

MINISTËR I SHËNDETËSISË



TREGUESI I LËNDËS

HYRJE	7
PK SËMUNDJA ISKEMIKE E ZEMRËS.....	9
Akronimet.....	9
Rekomandimet kryesore	9
Përdoruesit e protokollit	9
Objektivi	9
Angina Pektoris e Qëndrueshme.....	9
Angina Pektoris e Paqëndrueshme.....	12
Sindromi Koronar Akut.....	13
Udhërrëfyesi i Sindromit Koronar Akut.....	15
Infarkti Akut i Miokardit.....	16
Algoritmi i ndjekjes së pacientit	17
PK DIABETII 9	
Të dhëna për Diabetin.....	19
Patogjeneza e diabetit.....	20
Veçoritë Klinike.....	20
Kriteret diagnostike	22
Parimet e Mjekimit	22
Edukimi.....	23
Dieta	23
Aktiviteti Fizik.....	24
Trajtimi me Antidiabetikë Orale.....	24
Trajtimi me Insulinë.....	26
Trajtimi i dislipidemive dhe HTA.....	28
Ndërlikimet.....	29
Monitorimi.....	30
PK OSTEOPOROZA.....	33
Definicioni (përkufizimi)	33
Faktorët e riskut	33
Ekzaminimet (diagnostikimi).....	34
Klinika	34
Profilaksia	35
Mjekimi.....	35
Algoritmi i ndjekjes së pacientit	36

PK ÇRREGULLIMET FUNKSIONALE GASTRO-INTESTINALE.....	37
Simptomat tipike gastro-intestinale të moshës së tretë:.....	37
Nauzeja dhe të Vjellat.....	38
Humbja e oreksit.....	38
Dhembja abdominale.....	39
Gazrat.....	39
Diarreja	39
Konstipacioni.....	40
Sëmundjet gastro-intestinale:.....	41
Disfagia.....	41
Refleksi gastro-ezofageal (GERD).....	42
Sindromi i zorrës së irrituar (SZI).....	44
Sëmundja e Ulçerës Peptike	46
Divertikuloza dhe Divertikulitet.....	47
PK SHËNDETI MENDOR.....	49
Akronimet.....	49
Definicionet dhe problematika e sëmundjeve që trajton protokollit.....	50
Objektivi.....	50
Përdoruesit e protokollit.....	50
Grada e rekomandimeve, rastet klinike, etapat diagnostike dhe terapeutike.....	50
Depresioni në moshën e tretë.....	51
Çrregullimi Bipolar në moshën e tretë	55
Çrregullimet e ankthit në moshën e tretë.....	56
Çrregullimet e gjumit në moshën e tretë (Insomnia).....	59
Çrregullimet psikotike në moshën e tretë	61
Çrregullimet konjitive tek moshat e treta.....	63
Demenca.....	64
Trajtimi me Barna i Sëmundjes së Alzheimer-it.....	67
Deliriumi	68
Shtojca: Pyetësi i Përshkallëzimit të Depresionit te të moshuarit.....	72

HYRJE

Problemet shëndetësore të moshës së tretë përveçse thjesht mjekësore përbëjnë një problem kompleks e mjaft të mprehtë social, ekonomik, psikologjik dhe shpirtëror, i cili është në rritje të pandalshme kudo në botë. Ky problem po del në pah me dimensione gjithnjë e më të mëdha në vendin tonë. Të moshuarit janë fëmijë me flokë të thinjur. Ndërsa për të parët kujdesi shëndetësor është prej kohësh shumë i mirë e gjerësisht i organizuar dhe i institucionalizuar, thinjoshët përkundrazi në këtë drejtim janë lënë si të harruar. Por në të vërtetë edhe ata kanë po atë brishtësi si fëmijët në lidhje si e shprehin sëmundshmërinë dhe si i përballojnë e ndërhyrjet mjekësore me barnat, e proceduarat e ndryshme mjekësore.

Pikërisht për këtë, inisiativa e Fondit të Kombeve të Bashkuara për Popullsinë (UNFPA) dhe e Ministrisë së Shëndetësisë në vitin e kaluar për të hartuar një Udhërrëfyes për kujdesin e kësaj moshe, duhet përshëndetur. Në vijim të saj dhe për ta bërë zbatimin e gjithë komandimeve mjekësore që jepen në Udhërrëfyes më të thjeshtë e më të lehtë për mjekët tanë u hartua ky Protokoll Klinik.

Në hartimin e tij u morën për bazë parimet e rekomanduara në Strategjinë tonë Kombëtare të hartimit të protokolleve, ku spikat gjithëpërfshirja e partnerëve të interesuar: Ministria e Shëndetësisë, Specialistët e fushës, Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor, Qendra Kombëtare e Cilësisë dhe Akreditimit dhe UNFPA, si edhe bazimi jo vetëm në eksperiencën dhe opinionet e ekspertëve të fushës, por më së pari në të dhënat e evidencës shkencore për to.

Ky protokoll uroj të shërbejë si model i hartimit të Protokolleve të tjerë Klinikë në fushat më të rëndësishme të mjekësisë tonë, por edhe si model i bashkëpunimit harmonik mes mjekësisë tonë me organizatat partnere të huaja që operojnë në Shqipëri në fushën e mjekësisë.

Me këtë rast falënderimet i shkojnë të gjithë partnerëve dhe sidomos anëtarëve të grupit të punës, dy Qendrave Shëndetësore nr. 3 dhe 4, që me përzemërsi bashkëpunuan në pilotimin e tij përpara se të finalizohet.

Prof. Dr. Isuf KALO

PROTOKOLLI KLINIK PËR TRAJTIMIN E SËMUNDJES ISKEMIKE TË ZEMRËS

Akronimet

MPF	Mjeku i Përgjithshëm/Familjes
QSH	Qendër Shëndetësore
SIZ	Sëmundja Iskemike e Zembrës
EKG	Elektrokardiogramë
ST	Segmenti T
PCI	Ndërhyrja Koronare Perkutane

Rekomandimet Kryesore:

Vlerësim i kujdesshëm diagnostik i të sëmurit për përcaktimin e formës së Sëmundjes Iskemike të Zembrës dhe referimi i duhur e në kohë i pacientit me probleme akute Kardio-Vaskulare

Përdoruesit e Protokollit:

MPF dhe Kardiologu në QSH.

Objektivi:

Parimet bazë dhe standardet për diagnostikimin dhe trajtimin e SIZ nga MPF dhe Kardiologu i QSH

Angina Pektoris e Qëndrueshme

Me rritjen e moshës SIZ shfaqet më shpesh: një përqindje e lartë e personave mbi 80 vjeç vuajnë nga SIZ, sidomos hipertonicët, një pjesë e të cilëve janë asimptomatike, por me ndryshime ekografike në qetësi (iskemi e heshtur) dhe me provë ushtrimore pozitive. Në 50%

të personave në këtë moshë janë gjetur në autopsy ndryshime të theksuara të enëve koronare. Në kushtet e ngushtimit të hapësirës së enës koronare nga pllaka aterosklerotike, rritja e kërkesës për oksigjen, zakonisht gjatë sforcimit fizik, emocionit apo takikardisë, shkakton një disbalancë kalimtare të raportit furnizim-kërkesë për oksigjen, çka bëhet shkak për dhimbjet anginoze (të cilat shfaqen relativisht rrallë).

“Angina pectoris e qëndrueshme” **karakterizohet** me:

- dhimbje gjoksi,
- ndjenjë shtrëngimi,
- rendimi ose djegieje, të cilat mund të përhapen në:
 - ✓ regionin prekordial,
 - ✓ nofull,
 - ✓ në supin ose ijën e majtë,
 - ✓ në shpinë,
 - ✓ epigastër,
 - ✓ në krahun e majtë,
 - ✓ më rrallë në supin ose në krahun e djathtë.

Zakonisht **dhimbjet provokohen** nga:

- ❖ sforcim fizik:
 - ecje me nxitim,
 - ngjitje të shkallëve,
 - ngritje të peshave
- ❖ shqetësime emocionale,
- ❖ vakt i tepërt ushqimi
- ❖ gjatë ekspozimit në një ambient të ftohtë.

Dhimbja mund të **shoqërohet** me:

- të përziera,
- nganjëherë me të vjella,
- djersitje, dispne,
- bradikardi ose takikardi,
- ndjenje ankthi,
- frikë,
- dobësi
- rritje të tensionit arterial.

Dhimbja zakonisht zgjat më pak se 15 min.

Në **përcaktimin e diagnozës** rëndësi ka të vlerësohen:

- ✓ prania e sëmundjes vaskulare periferike që shfaqet me “claudicatio intermittens”,
- ✓ të dhënat anamnetike për kriza të iskemisë cerebrale kalimtare,
- ✓ insult cerebral të kaluar
- ✓ ndryshimet aterosklerotike të arterieve karotide, vlerësuar me anën e ekzaminimit ekokardiografik.

Të rëndësishme për diagnozën janë:

- prania e hipertensionit arterial,
- dislipidemia,
- diabeti
- anemia.

Ekzaminimet Laboratorike:

- Gjak komplet
- Lipidet në gjak
- Glicemia
- EKG

MPF pasi kryen vlerësimin diagnostik në bazë të të dhënave nga anamneza, ekzaminimi klinik dhe eventualisht elektrokardiografik (Fig. 1) e biokimik, ia referon të sëmurin kardiologut të QSH (në Tiranë) apo të qytetit (në Rrethe) për të përcaktuar përfundimisht diagnozën dhe trajtimin e duhur.

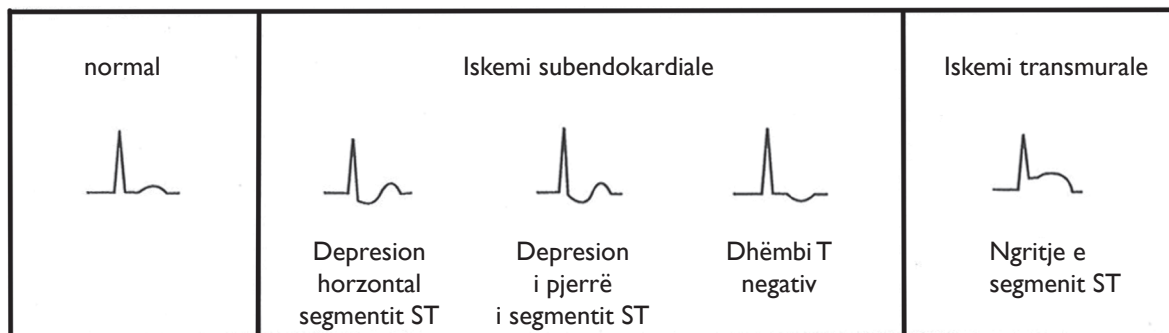


Fig. 1. Ndryshimet Ekografike kalimtare gjatë iskemisë

Kardiologu duke u bazuar në të dhënat e mësipërme dhe në vlerësimin e EKG së qetësisë (eventualisht EKG ushtrimore), përcakton:

- diagnozën përfundimtare,
- mjekimin
- sugjeron rekomandimet për stilin e jetës (IB).

Mjekimi i zgjedhur:

- Nitratet: Isosorbite dinitrate, 10-40 mg 3 herë në ditë
 - Isosorbite-5-mononitrate (monocinque) 2 herë 10-20 mg/ditë;
- Trinitrinë sublingual në rast krize të angina pectoris;
- Aspirinë Protect 100mg 1 herë në ditë;
- Betablokante: Atenolol 2 herë 25-50 mg/ditë, sipas frekuencës kardiake, përjashtohet kombinimi i betablokanteve me verapamilin për shkak të dëmtimit të përçimit AV;
- Kacibllokuesit: Verapamil 80 mg 2-3 herë në ditë
 - Diltiazem 10 mg 2 herë në ditë, duke pasur parasysh ndikimin e tyre në përçimin atrioventrikular dhe në ndjeshmërinë e nyjës sinusale (për të parandaluar bllokun AV dhe disfunkcionin e nyjës sinusale);
- Hipolipinemiante: Statinat (Leskol) 20 mg 1 herë në ditë



Rivlerësohet çdo 6 muaj:

I sëmurit me angina pectoris të qëndrueshme dhe ndiqet periodikisht çdo 6 muaj me:

- ✓ EKG në qetësi dhe periodikisht me EKG ushtrimore (më rrallë)
- ✓ Analizat laboratorike të:
 - Yndyrnave,
 - CRproteinave,
 - Kreatinineminë,
 - Azoteminë,
 - Provat hepatike.

Kur e shih të arsyeshme, e referon të sëmurin për eksplorim të mëtejshëm dhe mjekim specifik në shërbimin spitalor të kardiologjisë (IC).

Angina Pectoris e Paqëndrueshme

Angina Pectoris e Paqëndrueshme **karakterizohet** me:

- dhimbje anginoze të forta,
 - dhimbje të shpeshta dhe të zgjatura
- që shfaqen:

- ✓ në qetësi
- ✓ në sforcime të lehta fizike.

Dhimbja **shkaktohet** nga gërryerja e pllakës aterosklerotike që aktivizon trombocitet dhe shkakton formimin e trombit.

MPF e **referon** sa më parë të sëmurin tek Kardiologut i QSH për trajtim të mëtejshëm (IB); i cili **përcakton diagnozën** në bazë të:

- të dhënave anamnetike,
- klinike

Ekzaminimeve:

- kryesisht ekografike (Fig. 2)
- në raste të veçanta përdor provën ushtrimore pozitive.

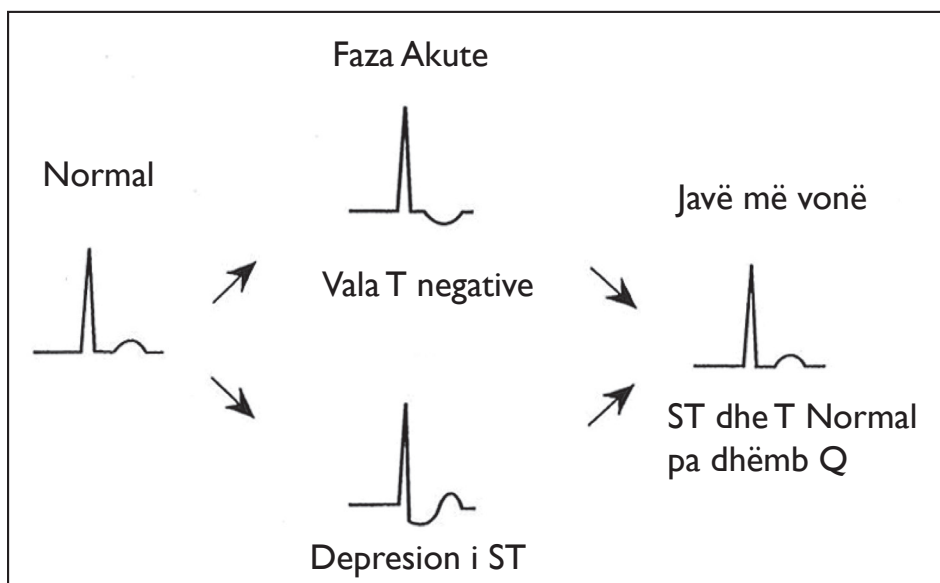


Fig. 2. Ndryshimet Ekografike në angina pectoris të paqëndrueshme dhe në infarkt të miokardit pa ngritje të ST

Referim Urgjent ne Spital:

Kur të dhënat e EKG në qetësi nuk janë bindëse e **referon** menjëherë të sëmurin në urgjencën Shërbimit Spitalor (IA).

Sindromi Koronar Akut

Shfaqet në terrenin e arteriosklerozës koronare nga:

- ✓ gërryerja (erozioni),
- ✓ plasaritja (fisura)
- ✓ çarja (ruptura)

e pllakës ateriosklerotike (Fig. 3).

Ekzaminimet:

- EKO
- EKG

Gërryerja e pllakës+tromb karakterizohet me episode dhimbjesh gjoksi “angina pektoris e paqëndrueshme”;

Plasaritja e pllakës+tromb karakterizohet me depresion të ST dhe rritje të troponinave: “infarkt miokardi pa ngritje të ST”;

Çarja e pllakës+tromb me mbyllje të plotë të arteries koronare: “infarkt miokardi me ngritje të ST”.

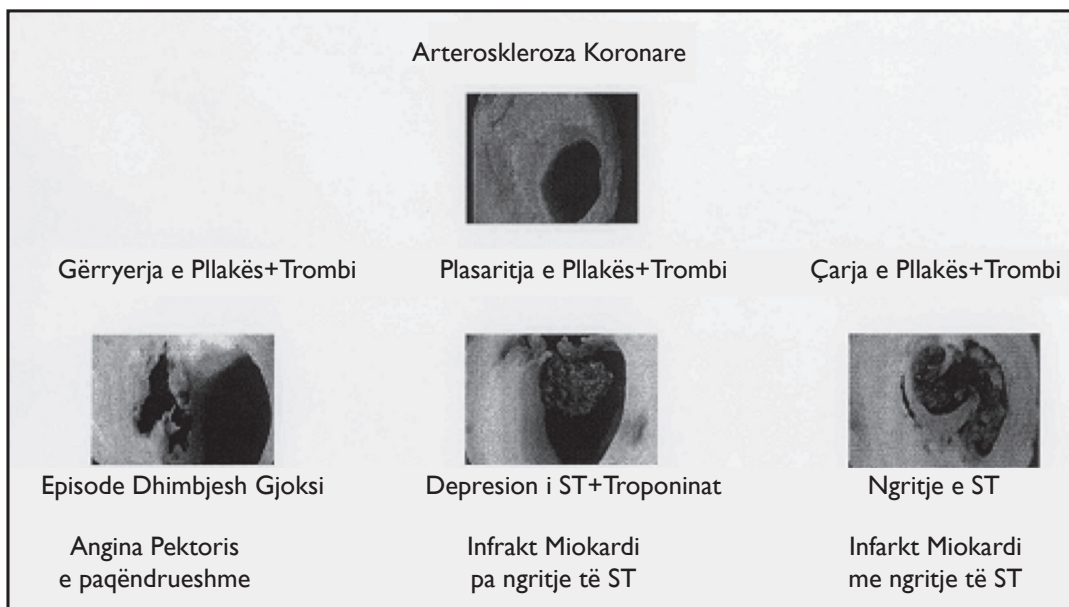


Fig. 3. Spektri i Sindromit Koronar Akut

Shfaqjet klinike të sindromit koronar akut nga plasaritja e pllakës, varen nga:

- përmasat e kësaj dukurie
- faktorë të tjerë.

Sindromi koronar akut **karakterizohet** me:

- dhimbje të befte gjoksi

që mund të përhapet në:

- nofulla,
- shpinë,
- në krahun e majtë
- në epigastër,

çka ndodh në kushte qetësie ose gjatë një sforcimi të zakonshëm fizik.

Dhimbja mund të shoqërohet me:

- ✓ dobësi,
- ✓ djersitje,
- ✓ hipotension,
- ✓ ndjenje të fikti deri në sinkope,
- ✓ të përziera ose të vjella.

Në raste të tilla duhet bërë **diagnoza diferenciale** me:

- Embolinë pulmonare, që karakterizohet me dhimbje të forta gjoksi edhe në inspiracion, fërkime pleurale dhe dispne. Zakonisht haset në individë me vena varikoze apo me trombozë të venave.
- Perikarditin, i cili karakterizohet me dhimbje gjoksi në inspiracion, fërkime perikardiale dhe ngritje të segmentit ST në EKG;
- Disekacionin e aortës që shfaqet me dhimbje të befte dhe të fortë gjoksi apo shpine, pa lidhje me efortin, me vlera të ndryshme të presionit arterial në të dy krahët dhe karakterizohet me rritje të vlerave të D-dimerit mbi 5.0 nanogram/ml në krahasim me vlerat më të ulëta në infarkt të miokardit. Kjo e dhënë flet për disekacionin e aortës, për dallim nga infarkti i miokardit, sugjeron të kryhet së pari tomografia e kompjuterizuar në krahasim me koronarografinë;
- Pneumotoraksin, ku papritur shfaqen dhimbje gjoksi të forta therëse që lokalizohen në një segment të vetëm, me dobësim të respiracionit në atë segment;
- Pneumoninë me prekje të pleurës, që karakterizohet me dhimbje gjoksi në inspiracion, kollë, sputum, gjendje febrile dhe me krepitacione në zonën e prekur;
- Kolecistitin akut që shfaqet me dhimbje të forta në hypokondrin e djathtë, shoqëruar me të përziera, të vjella e dhimbje të theksuar në palpacionin e asaj zone;
- Spazmën e ezofagut që shkakton disfagi, e cila karakterizohet me dhimbje retrosternale gjatë gëlltitjes.

Në këto raste, pas ekzaminimit fizik, duhet kryer sa më parë EKG për të vërtetuar diagnozën dhe për të filluar pa vonesë mjekimin e duhur.

MPF në raste të tilla, ia **referon** të sëmurin sa më parë kardiologut të QSH.

Nëse gjendja e të sëmurit paraqitet kritike **kardiologu** e **referon** menjëherë në urgjencën e Shërbimit Spitalor (IA).

Vlerësimi diagnostik dhe trajtimi i të sëmurit me sindrom koronar akut në Shërbimin Spitalor kryhet sipas skemës së mëposhtme të Udhërrëfyesit:

Sindromi Koronar Akut

Sipas ACC (American College of Cardiology),AHA (American Heart Association) dhe ESC (European Society of Cardiology)

Nëse i sëmuri pranohet në shërbimin spitalor të urgjencës me sindrom koronar akut kryhet EKG-ja, përcaktohet niveli i troponinave dhe fillohet mjekimi me aspirinë, klopidoqrel, betablockues dhe nitrate (Fig. 3).

Nëse shfaqet në EKG ngritja e ST i sëmuri trajtohet menjëherë me reperfuzion, më shpesh me ndërhyrje parësore koronare PCI; nëse kjo procedurë nuk është disponibël atëherë kryhet tromboliza.

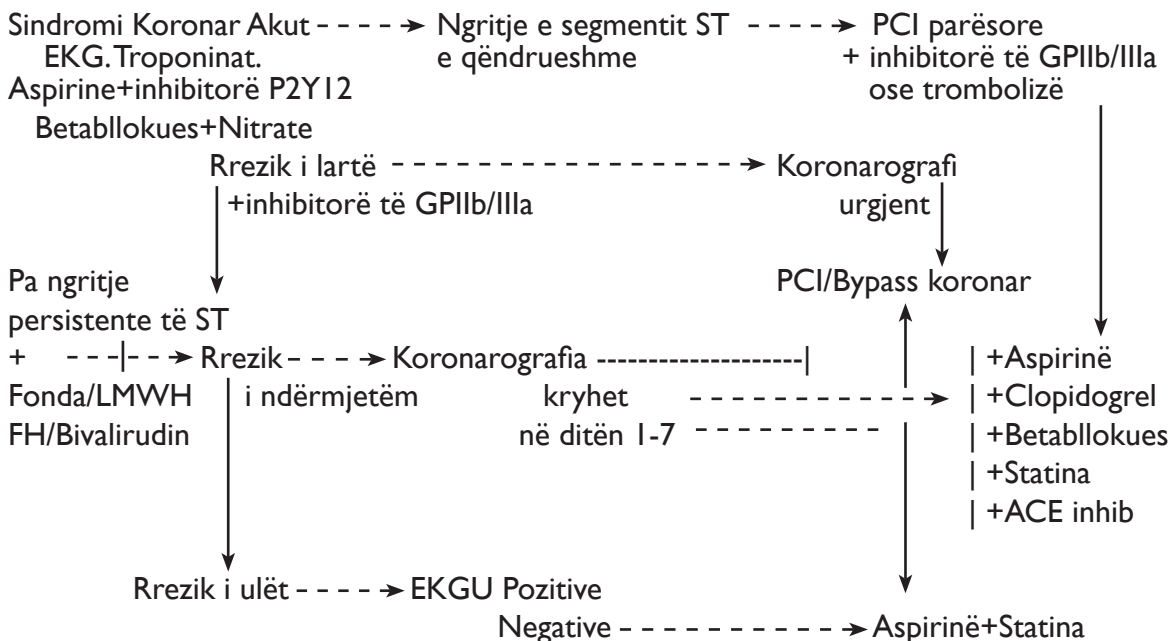
Të sëmurët vlerësohen sipas rrezikut që paraqesin. Ata me rrezik shumë të lartë dërgohen menjëherë në laboratorin e kateterizimit për t'ju nënshtuar procedurës së PCI.

Ata me rrezik të ndërmjetëm mund të presin pak më gjatë, ndoshta 24-48 orë, para se të shkojnë në laboratorin e kateterizimit për të kryer koronarografinë dhe eventualisht procedurën.

Të sëmurët me rrezik të ulët i nënshtohen vlerësimit të mëtejshëm me EKG ushtrimore: nëse ajo del pozitive dërgohen për të kryer koronarografinë dhe eventualisht procedurën. Pas daljes nga spitali thuajse gjithë të sëmurët trajtohen njëloj me kombinimin: aspirinë, inhibitor i P2Y12: clopidogrel (plavix), betablockues, statina dhe ACE- inhibitorë.

Shënim: niveli i rritur i troponinave lidhet në mënyrë të pavarur me infarktën e miokardit.

Udhërrëfyti i mjekimit të Sindromit Koronar Akut sipas ACC/AHA/ESC



Infarkti Akut i Miokardit

Të sëmurët me infarkt akut miokardi zakonisht **ankohen** për dhimbje gjoksi:

- tepër shqetësuese,
- me intensitet sa vjen e më të lartë,
- të shfaqura në qetësi

dhe janë më të forta se ato që shfaqen në angina pektoris.

Ato përhapen ose jo në zona të tjera, por zgjasin më shumë dhe mund të shoqërohen me:

- ✓ të përziera,
- ✓ dispne,
- ✓ djersitje, marrje mendsh,
- ✓ zbehje,
- ✓ cianozë,
- ✓ hipotension (në disa raste)
- ✓ mund të ndërlikohen me shok kardiogen,
- ✓ nganjëherë edhe me rritje të tensionit arterial.

Ekzaminimi laboratorik:

Rritja e troponinave (Tnl) $>0,03$ ng/mL flet për infarkt miokardi (IA).

Nganjëherë shoqërohet me:

- dispne shqetësuese,
- me rale difuze në mushkëri, çka flet për insuficiencë kardiake.

Mund të shfaqen çrregullime ritmi:

- ✓ takikardi atriale ose ventrikulare,
- ✓ bradikardi,
- ✓ aritmi ekstrasistolike,
- ✓ fibrilacion trial.

Ndërsa në **auskultacion** mund të dëgjohet

- zhurma sistolike e insuficiencës mitrale që flet për disfunkcion të muskulit papilar
- nganjëherë galop atrial,
- ndërsa me rrallë galop ventrikular që shoqërohet me tone të dobëta,

çka flet për një disfunkcion ventrikular të shprehur.

Nganjëherë është vështirë të bëhet **dallimi** i simptomatologjisë:

- ❖ së infarktut akut të miokardit
- ❖ e disekacionit të aortës
- ❖ e tromboembolisë pulmonare.

Këtu ndihmon si ekzaminimi EKG (Fig. 4) ashtu dhe përcaktimi i troponinave, kreatininë kinazës membranore dhe sidomos vlerat e D-dimerit, të cilat janë më të larta në disekacionin e aortës: një cak më i lartë se 5.0 nanogram/ml i D-dimerit bën të mundur dallimin me saktësi të disekacionit të aortës nga infarkti akut i miokardit (IA).

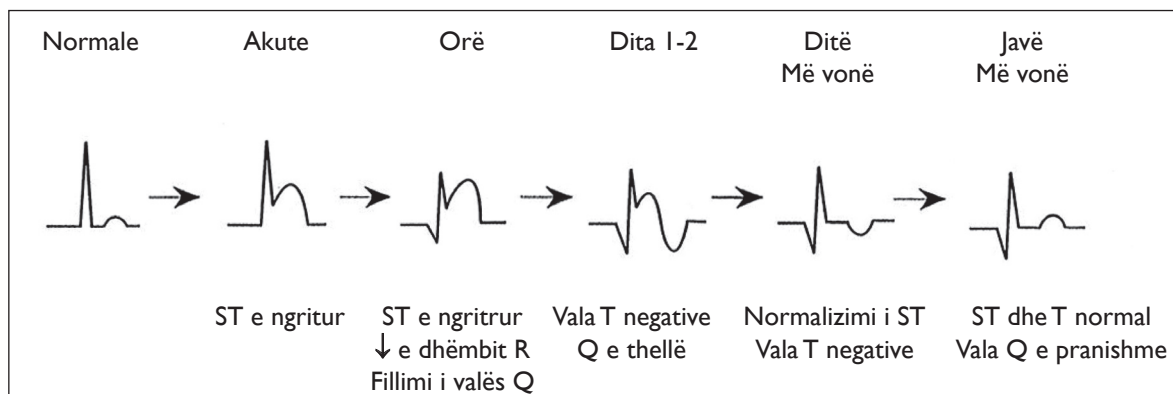


Fig. 4. Evolucionin e ndryshimeve EKG në infarkt të miokardit

Algoritmi i ndjekjes së pacientit

- Hapi I marrja e hollësishme e anamnezës, prani e shenjave dhe sëmundje bashkëshoqëruese
- Hapi II kryerja e ekzaminimeve klinike dhe biokimike
- Hapi III referim të pacientit tek mjeku Kardiolog për përcaktim diagnoze
- Hapi IV ekzaminime specifike (EKO,EKG)
- Hapi V ndjekje mujore e pacientit dhe referim tek specialisti për ri-konfirmim diagnoze
- Hapi VI referim në spital kur të dhënat e EKG në qetësi nuk janë bindëse, ose kur shenjat që paraqet pacienti vlerësohen kritike për jetën e tij

PROTOKOLLI KLINIK PËR TRAJTIMIN E DIABETIT

I. Të dhëna për Diabetin

Ndërsa popullata jeton më gjatë numri i personave me diabet do të vazhdojë të rritet në mënyrë sinjifikante. Përveç ndërlikimeve mikro dhe makrovaskulare nga Diabeti, personat e moshuar me diabet kanë edhe rrezikun për të patur efekte anësore si pasojë e polifarmacisë, paaftësive funksionale, disfunkcionit kognitiv, dëmtimet nga rrëzimet, inkontinencës urinare dhe dhimbjeve persistente.

Personat e moshuar me diabet përbëjnë një popullatë heterogjene, e cila përfshin që nga personat të cilët jetojnë në mënyrë të pavarur në komunitet e deri tek personat që kërkojnë asistencë mjekësore për të jetuar në kushtet e shtëpisë. Megjithëse qëllimet e trajtimit të diabetit tek personat e moshuar janë të njëjta me ato të adultëve, përsëri ka disa ndryshime.

Shumë studime janë kryer për të vlerësuar incidencën dhe prevalencën e diabetit tip 2 tek popullata geriartrike. Në disa studime është sugjeruar se afërsisht 20% e popullatës zhvillon diabet nga moshë 75 vjeç. Rreth gjysma e këtyre pacientëve nuk e dinë që kanë diabet.

Në fakt trajtimi ideal i personave të moshuar kërkon një ekip multidisciplinar, i cili duhet të përfshijë diabetologun, mjekun e familjes, infermieren e edukimit, dietologun si edhe personat përgjegjës për aktivitetin fizik dhe punonjës social.

Meqenëse në personat e moshuar mund të kemi ulje të dëgjimit, kërkohet që pas çdo vizite ti kërkohet pacientit të thotë me fjalët e veta se çfarë këshillash mori dhe çfarë duhet të bëjë në çdo rast.



2. Patogjeneza e diabetit

Ka disa të dhëna që sugerojnë që diabeti tip 2 tek personat e moshuar ka një predispozitë të fortë gjenetike. Personat e moshuar me anamneze familjare për diabet kanë më tepër mundësi për të zhvilluar diabet në krahasim me moshatarët e tyre. Po kështu prevalenca e diabetit është më e rritur në disa grupe të caktuara etnike, duke treguar se faktori gjenetik ka një rol të rëndësishëm.

Ka disa faktorë që kontribuojnë në prevalencën e lartë të diabetit tek popullata e moshuar. Kjo si pasojë e një numri ndryshimesh në metabolizmin e karbohidrateve (siç janë ndryshimet në çlirimin e insulinës së induktuar nga glukozja) që ndërveprojnë me predispozitën gjenetike dhe shpjegojnë rritjen progresive të incidenceë së diabetit me moshën. I rëndësishëm është edhe ndryshimi i mënyrës së jetesës. Individët të cilët janë obezë, veçanërisht ata me obezitet central, ata atë cilët konsumojnë ushqime të pasura me yndyra dhe me përbërje të ulët të karbohidrateve komplekse ose që janë inaktive kanë më tepër mundësi për të bërë diabet në krahasim me moshatarët e tyre.

Një numër studimesh kanë vlerësuar metabolizimin e glukozës në personat diabetikë të moshës së mesme. Këto studime kanë treguar që këta persona kanë disa anomali metabolike, duke përfshirë rritjen e prodhimit të glukozës nga hepari, alterimin e çlirimit të insulinës së induktuar nga glukozja dhe një rritje të rezistencës insulinike. Mendohet që diabetikët e dobët të moshuar kanë një formë të ndërmjetme ndërmjet diabetit tip 1 dhe 2, diabetin I 1/2.

Defekte të tjera metabolike janë sugjeruar se ndodhin tek të moshuarit. Tek meshkujt kapja e glukozës ndodh ndërmjet mekanizmave të ndërmjetësuar ose jo nga insulina. Në subjektet normale 50% e kapjes së glukozës pas ushqimit ndodh si pasojë e mekanizmave të kapjes së glukozës së pavarur nga insulina. Tek personat e rinj me insulinorezistencë kapja e glukozës së pavarur nga insulina mund të jeteedhe më e madhe. Tek personat e moshuar me diabet kapja e glukozës së pavarur nga insulina është e dëmtuar në mënyrë të rëndësishme.

3. Veçoritë klinike tek personat e moshuar me diabet

Afërsisht gjysma e personave të moshuar që kanë diabet, nuk e dinë se e kanë si patologji, duke sugjeruar se në këtë grup popullate simptomat e hiperglicemisë shfaqen më rrallë. Kjo ndoshta për shkak se me rritjen në moshë pragu renal i glukozës rritet, kështu që nuk shfaqet glukozë në urinë derisa vlerat e glukozës rriten shumë. Përveç kësaj tek të moshuarit dëmtohet etja, duke bërë që tek këto subjekte të mos ketë polidipsi edhe nëse ata janë në stad hiperosmolar si pasojë e glicemive të larta. Nëse simptomat shfaqen, ato janë zakonisht jo specifike, si: konfuzion, inkontinencë, etj. Shpesh diabeti tek të moshuarit diagnostikohet në spital, kur ata janë hospitalizuar për një komplikacion që mund të jetë i lidhur me diabetin siç është infarkti i miokardit ose insulti cerebral, madje ndonjëherë mund të diagnostikohen edhe në stadin e komës hiperosmolare.

Tek pacientët e moshuar me diabet ka disa **simptoma** që mund të shfaqen:

- Kaheksia neuropatike diabetike prezantohet me humbje në peshë, depresion dhe neuropati periferike të shoqëruar me dhimbje dhe zakonisht shërohet në pak muaj pa mjekim specifik.

- Tek meshkujt e moshuar me diabet ndodh amiotrofia diabetike.
- Otiti malinj ekstern, një infeksion nekrotizant i shkaktuar zakonisht nga pseudomonas, ndodh kryesisht tek të moshuarit me diabet.
- Nekroza papilare që ndodh me pielonefritin zakonisht shfaqet tek të moshuarit me diabet.
- Diabeti tek të moshuarit shoqërohet me rrezik për hipotermi aksidentale.

Diagnoza e diabetit duhet të **dyshohet** në prani të shenjave të mëposhtme klinike:

- Polidipsisë
- Poliurisë
- Lodhje
- Polifagi
- Rënie në peshë
- Mbyllje me vështirësi e plagëve
- Turbullimin e pamjes
- Shpeshtim të infeksioneve, sidomos të atyre të shkaktuar nga mykozat

Por ashtu si u theksua edhe më sipër diabeti mund të jetë edhe asimptomatik tek të moshuarit.

- **Kontrolli i glicemisë dhe i faktorëve të tjerë të riskut**

Për personat e moshuar duhet të përcaktohet një nivel i hemoglobinës së glukozuar HbA1c, vlerë e cila duhet të jetë e individualizuar.

Për shkak të rrezikut të lartë për hiperglicemi post prandiale tek personat e moshuar, megjithë vlerat normale të glicemisë esëll, mund të takohen vlera të larta të hemoglobinës së glukozuar. Një mënyrë trajtimi për këta persona është që të fillojnë ecjen, ose ushtrime të lehta fizike si edhe një modifikim modest i dietës, duke u përpjekur të mos kemi humbje të papërshtatshme në peshë, si edhe kombinimin e veteëkontrollit të glicemive postprandiale.

Tek personat e moshuar barnat orale, të vetme ose të kombinuara, mund të përdoren pa ndonjë kufizim specifik, por kujdes:

- Duhet të bëhet vlerësimi për sëmundje të tjera që bashkëekzistojnë, si edhe për funksionin hepatic kur zgjidhet një bar.
- Duhet të monitorohet funksioni renal pasi personat e moshuar mund të kenë edhe nivel normal të kreatininës, edhe kur klirensi është i ulur si rezultat i uljes së masës së tyre muskulare.
- Klasa e barnave të grupit të sulfoniluresë duhet të përdoren me kujdes tek moshat geriartrike për shkak të mundësisë për hipoglicemi.
- Humbja në peshë dhe efektet anësore gastro-intesinale janë faktorë që kufizojnë përdorimin e metforminës.
- Për grupet e reja të barnave siç janë inkretinat, ende nuk ka studime për tu përdorur në këtë grup popullate.

- **Dëmtimet e funksionit kognitiv**

Personat e moshuar kanë një risk të lartë për të patur disfunkcion të funksionit kognitiv. Në stadet e hershme ky dëmtim mund të mos jetë diagnostikuar. Personat e moshuar me demencë kanë një risk më të lartë për keqmenaxhim të vetes, kontroll të keq të diabetit dhe për të patur komplikacione nga mjekimi si hipoglicemia. Njohja e hershme e demencës ndihmon në vënien e qëllimeve të duhura të trajtimit, psh: hemoglobin e glukozuar në një shifër më të lartë për të evituar komplikacionet si pasojë e mjekimit.

Njëkohësisht personat e moshuar kanë një risk më të lartë për depresion dhe depresioni i patrajtuar shoqërohet me një kontroll të keq të glicemive. Trajtimi i depresionit jo vetëm përmirëson aftësinë e pacientit për të menaxhuar diabetin e tij, por përmirëson gjithashtu edhe kualitetin e jetës.

- **Polifarmacia**

Ndërsa shumica e personave me diabet tip 2 marrin shumë barna për kontrollin e hipertensionit, hiperlipidemisë dhe hiperglicemisë kjo bën që të rritet edhe risku për ndërveprime ndërmjet barnave tek personat e moshuar. Për këtë arsye mjekët duhet që në çdo vizitë të vlerësojnë mjekimin që përdoret si edhe të sigurohen se personi po e merr në mënyrën e duhur mjekimin. Njëkohësisht duhet të jenë të qarta indikacionet për çdo mjekim që përdoret dhe për mundësinë e shfaqjes së efekteve anësore.

- **Dëmtimet nga rrëzimet**

Tek personat e moshuar me diabet rrëzimet janë të shpeshta. Etiologjia e rrëzimeve zakonisht është multifaktoriale dhe përfshin neuropatinë periferike ose autonome, efektet anësore të barnave, deficitet në ushqyerje, paaftësinë funksionale të muskujve, humbjen e shikimit dhe bashkëekzistencën e gjendjeve të tjera siç është osteoartriti. Shkaqet reversibile që çojnë në rrëzime duhet të evidentohen dhe të trajtohen. Kështu strategjitë për të ulur riskun për rrëzime përfshijnë kryerjen e ushtrimeve fizike vetëm nën mbikëqyrje, kontrollet për të përcaktuar shkallën e dëgjimit dhe fushën vizive, si edhe eliminimin e barnave që mund të shkaktojnë delirium ose konfuzion.

4. Kriteret diagnostike të diabetit

KRITERET E DIAGNOZËS	
Glicemi e Dëmtuar Esëll (GDE)	≥ 100 – 125 mg/dl (5.6 – 6.9 mmol/l)
dhe 2 orë pas glukozës	< 140 mg/dl (7.8 mmol/l)
Tolerancë e Dëmtuar e Glukozës (TDG)	
Esëll	< 126 mg/dl
dhe 2 orë pas glukozës	≥ 140 – 200 mg/dl (7.8 – 11.0 mmol/l)
Diabet	
Esëll	≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l)
dhe 2 orë pas glukozës	≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
(GDE) dhe (TDG) = PREDIABET	
OGTT (testi ingarkesës orale me glukozë), 75gr glukozë tretur në 300ml ujë	

5. Parimet e trajtimit të diabetit tek personat e moshuar

Tek personat e moshuar duhet të bëhen kontrole të glicemisë për të diagnostikuar sa më herët diabetin.

- I. Qëllimi i trajtimit të diabetit tek personat e moshuar të shëndetshëm me diabet është:
 - Niveli i glicemisë esëll <126 - 160 mg/dl
 - Vlera e HbA1c <7%

2. Qëllimi i trajtimit të diabetit tek personat e moshuar me diabet fizikisht të dobët është:
- Niveli i glicemisë esëll 150 - 180 mg/dl (10.0 mmol/l)
 - Vlera e HbA1c <7-8%

Korelacioni ndërmjet mesatares së hemoglobinës së glukozuar dhe glicemisë

HbA1c (%)	Mesatarjae glicemisë në gjak (mg/dl)
6	126
7	154
8	183
9	212
10	240
11	269
12	298

5/a. Edukimi tek personat me diabet

Personat me diabet, si edhe anëtarët e familjes së tyre duhet të marrin informacion në lidhje me hipo dhe hiperglicemitë.

Ata duhet të njohin faktorët precipitues që çojnë në episodet e hipo dhe hiperglicemisë.

Të njohin simptomat e hipo dhe hiperglicemisë si edhe monitorimi që duhet të bëhet në secilin rast. Duhet të dinë se si ti parandalojnë këto episode dhe si duhen trajtuar.

Informacioni duhet që të jetë edhe në lidhje me ushqyerjen, përbërësit e ushqimit, përmbajtjen e sheqernave dhe shpërndarjen e tyre.

Të dinë se në cilat situata duhet të njoftohet një anëtar i personelit mjekesor që kujdeset për të moshuarin.

Të moshuarit dhe familjarët e tyre duhet të marrin edukimin e duhur mbi faktorët e rrezikut për ulçerim dhe amputim të këmbëve. Për këtë arsye duhet të kushtohet kujdes i veçantë dhe i përshtatshëm për këmbën si edhe të vlerësohet se sa kujdes tregohet për këmbët. Të moshuarit rrezikohen në shumë situata që mund të ulin aftësinë e kujdesit dhe survejimit të përshtatshëm mbi këmbën.

5/b. Dieta

Modifikimet në dietë mund të kenë një rol të kufizuar në menaxhimin e diabetit tek personat e moshuar. Kjo për shkak të shumë faktorëve si: vështirësitë për të ndryshuar zakonet në mënyrën e të ushqyerit, kufizimet në mundësinë për të gatuar ushqimet, varësinë nga familja ose nga të tjerët për gatim dhe blerje të ushqimeve, uljes së oreksit, si edhe faktorit financiar. Përveç kësaj humbja në peshë mund të rrisë sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë tek personat e moshuar. Duhet të kihet parasysh që pesha trupore duhet të vlerësohet në çdo vizitë dhe të këshillohen të hanë vakte të vogla dhe të shpeshta.

- Dieta duhet të personalizohet që të shërbejë për normalizimin e glicemisë
- Në personat obezë duhet të bëhet reduktimi gradual i peshës
- Yndyrnat të përbëjnë <30% të energjisë ditore ku duhet të kufizohen yndyrnat e saturuara (<7% e kaloraxhit total)
- Proteinat duhet të përbëjnë 15-20% të sasisë totale të kalorazhit ditor. Marrja e proteinave të jete 1g/kg/ditë; në rastet me sëmundje renale të ulen < 0.8g/kg/d



- Dietat të jenë të pasura me fibra (25gr të tretshme dhe 25gr të patretshme)
- Të reduktojnë marrjen e tepërt të alkoolit, por këshillohet një gotë verë e kuqe 100-150ml, një gotë birra 250ml, 30gr raki ose viski. Kujdes!! marrja e alkoolit mund të shkaktojë hipoglicemi prandaj duhet të shoqerohet me marrjen e ushqimeve me përmbajtje sheqernash.

5/c. Aktiviteti Fizik

Është shumë i dobishëm tek këto popullata, jo vetëm për të përmisuar kontrollin mbi gliceminë, por edhe për të mbajtur masën muskulore dhe mbi të gjitha për kualitetin e jetës. Gjithmonë para se të niset një aktivitet fizik duhet të jetë bërë më parë vlerësimi kardiak.

Personat që mjekohen me insulin ose barna insulin-sekretuese mund të shkaktojnë hipoglicemi prandaj duhet të merret një ushqim shtesë me 15-20gr glucide që thithen gradualisht në varësi të intesitetit dhe kohëzgjatjes mund të rimerret ushqim shtesë, të ulin dozën e insulinës përpara aktivitetit dhe mund të masin gliceminë përpara dhe gjatë aktivitetit fizik.

Ushtrimet që rekomandohen në këtë grup popullate janë të tilla si: ecja në këmbë me hap të shpejtë > 150min/në javë, ushtrime aerobike në shtëpi, ecje në bicikletë, punë në kopësht, ose not.

5/d. Trajtimi me Antidiabetikë Oralë

Tek të moshuarit duhet që antidiabetikët oral të mos kenë risk të lartë për hipoglicemi, si dhe të përdoren barna që nuk kanë gjysëm jetë të gjatë veprimi.

- **Biguanidet (Metformina)**

Përdoret për trajtimin e diabetit tip 2, si bar i linjës së parë të trajtimit, në kombinim me barnat per oral të tjerë ose në kombimin me insulino-terapinë. Duhet patur parasysh që tek të moshuarit dozat duhet të adoptohen në përputhje me funksionin renal. Gjatë trajtimit me metforminë duhet të monitorohet niveli i kreatininës 3 herë në vit, tek subjektet tek të cilët niveli i kreatininës është në kufirin e sipërm të normës.

Duhet të kihet kujdes kur metformina përdoret bashkë me produktet e kontrastit I.V., të cileë mund të japin insuficiense renale.

Tek subjektet të cilët do i nënshtrohen ndërhyrjes kirurgjikale duhet të ndërpritet metformina 48 orë para interventit dhe duhet të rifillohet vetëm pas 48 orësh, kur sigurohemi që fluksi renal është normal.

Të moshuarit meshkuj me diabet me nivel të kreatininës në serum $\geq 1.7\text{mg/dl}$ ose tek të moshuarat femra me nivel në serum të kreatininës $\geq 1.5\text{mg/dl}$, nuk duhet ta përdorin metforminën, për shkak të riskut për acidizë laktike. Vetëm mosha (pa të dhënat e mësipërme) nuk përbën kundërindikacion për përdorimin e metforminës.

Kundërindikacionet e përdorimit të metforminës:

- Hipersensibilitetit nga metformina
- Acidoketozia diabetike
- Insuficiencia renale, klirensi i kreatininës $< 60\text{ml/min}$
- Insuficiencia hepatike
- Insuficiencia kardiake
- Infeksionet e rënda
- Dehidratimet

Metformina mund të merret 2-3 herë në ditë me dozë ditore e metformin 1000-2500gr

- **Inhibitorët e α -glukozidazës**

Barnat e këtij grupi si: acarboza, miglitoli; ngadalësojnë absorbimin e karbohidrateve nga jejunumi, duke kontribuar kështu në uljen e glicemive post prandiale dhe në shkallë më të ulët, ulin nivelin e glicemisë esëll. Ato mund të përdoren si linjë e parë e trajtimit, ose në kombinim me barnat e tjera per oral si: ato të grupit të sulfaniluresë, metforminën ose insulinën. Efektet anësore kryesore të tyre janë ato gastrointestinale. Kontribuojnë në uljen e nivelit të HbA1c me 0.5–1%.

Kundërindikacionet e përdorimit të inhibitoreve të α -glukozidazës

- Sëmundjet kronike të shoqëruara me turbullime të digjestionit dhe të absorbimit
- Sëmundjet inflamatore kronike të zorrëve
- Hernie intestinale
- Insuficiencë renale
- Në rastin e rritjes së nivelit të transaminazave

Glinidet

Këtu hyjnë barnat e ngjashme me grupin e sulfaniluresë. Barna të këtij grupi janë Nateglinidi dhe Repaglinidi (Novonormi). Mund të përdoren vetëm ose në kombimin me antidiabetikë e tjerë oral si metformina. Janë barna të cilat përdoren për reduktimin e glicemisë post-prandiale dhe duhet të merren para çdo vakti.

Kundërindikacionet

- Hipersensibiliteti ndaj medikamneteve të këtij grupi
- Diabeti mellitus tip I
- Acidoketoza diabetike
- Insuficienca hepatike
- Gjatë përdorimit të gemfibrozilit, për shkak të ndërveprimit me të

Grupi i sulfaniluresë

Tek ky grup përfshihen barnat:

- Glibenclamid
- Glimepiride
- Glipizide
- Gliclazide

Kundërindikacionet e përdorimit janë:

- Diabeti mellitus tip I
- Koma diabetike
- Acidoketoza diabetike
- Insuficienca renale ose insuficienca hepatike
- Hipersensibiliteti
- Porfuria
- Përdorimi i micoconazolit, pasi për shkak të ndërveprimit rrit riskun për hipoglicemi

Tek personat e moshuar duhet që trajtimi me këto barna të fillohet me doza të vogla, për shkak të rrezikut për hipoglicemi

Grupi i Inkretinave. Inhibitorët e dipeptilpeptidazës-4 (sitagliptin, vigladipin)

Këto barna përdoren për trajtimin e diabetit tip 2 të kombinuar me barnat e grupit të metforminës, preparatet e grupit të sulfaniluresë.



Janë barna që përdoren një herë në ditë.

Tek subjektet me insuficiencë renale të lehtë me klirens të kreatininës ≥ 50 ml/min doza jepet e njëjtë si tek subjektet e tjerë.

Kundërindikacionet:

- Tek subjektet me insuficiencë renale të moderuar ose të rëndë
- Insuficiencë hepatike e moderuar ose e rëndë

Për subjektet e moshuar pa patologjitë e mësipërme nuk ka nevojë për adoptim të dozave. Për subjektet me moshë ≥ 75 vjeç, nuk ka të dhëna për përdorim.

5/e. Trajtimi me Insulinë

Moshat geriartrike të cilat trajtohen me insulinë, kanë shpesh vështirësi në vetë administrimin e saj. Në këto kushte preferohen të përdoren skema me pak injeksione të insulinës në ditë, psh: insulinat e përziera (mixte). Tek të gjithë të moshuarit që do fillohet trajtimi me insulinë duhet të sigurohemi që është në gjendje që ti bëjë vetë injeksionet, si edhe të vetë menaxhojë situatat si trajtimin e hipoglicemisë dhe ngrënien sipas një rregulli të caktuar.

Në rastet kur funksioni hepatic është i dëmtuar, antidiabetikët oral janë të kundërindikuar dhe në këtë rast përdoret terapia me insulinë.

Udhërrëfyes për fillimin e mjekimit me insulinë:

- Vazhdo me barnat hipoglicemiantë orale
- Fillohet me një injeksion insulinë intermediare NPH ose analoge me veprim të zgjatur në darkë
- Doza fillestare e insulinës është 0.2UI/kg peshë
- Objektivi për gliceminë esëll është të arrihen vlerat 70-144mg/dl (4-8mmol/l)
- Dozat e insulinës duhet të ndryshohen me 2-4 unite çdo 3-4 ditë derisa të arrihet objektivi për çdo pacient
- Ndryshimet e dozave të insulinës bëhen duke u bazuar në të dhënat e glicemive kapilare dhe nën mbikëqyrjen e kujdesshme të pacientëve.

Duhet të kihet kujdes në fillimin e insulinës tek pacientët me:

- Personat që kanë vështirësi për të kuptuar (dëmtimet kognitive), të cilët nuk janë në kushte spitalore
- Pacientët me probleme të kujtesës ose të sjelljes me risk intoksikimi të pavullnetshëm
- Personat jo bashkëpunues që i shpëtojnë mbikëqyrjes së rregullt
- Personat anoreksikë ose me ushqyerje jo të rregullt
- Diabet në terren të një kequshqyerje klinike dhe biologjike

Në rastet kur për të arritur objektivat e glicemive është e nevojshme kalimi me dy injeksione të insulinës në ditë me insulinë tarde NPH ose mixte duhet të kihet kujdes që të zbatohen disa rregulla:

- Në skemat që përfshijnë dy injeksione, është e rëndësishme të matet në darkë para gjumit një glicemi kapilare. Nëse glicemia është < 100 mg/dl nuk duhet të neglizhohet rreziku për hipoglicemi gjatë natës dhe në këtë rast duhet të merret një vakt ushqimor dhe nëse kjo situatë do të përsëritet duhet të shihet mundësia për të ndryshuar tipin ose dozën e insulinës që injektohet në darkë.
- Nëse glicemia esëll është < 70 mg/dl, duhet të ulet doza e darkës së insulinës me 4 UI ose 10%

- Nëse insulina e shpejtë bëhet para gjumit në rastet kur në situata relativisht të rralla duhet të bëhet për të normalizuar glicemitë, duhet patjetër që të bëhet një glicemi gjatë natës, për të zbuluar mundësinë e një hipoglicemie asimptomatike gjatë natës. Insulinat analoge kanë avantazhin që japin më pak hipoglicemi sidomos gjatë natës.

KLASAT E ANTIDIABETIKËVE ORAL QË JANË NË QARKULLIM NË SHQIPËRI

KLASAT	EMRI FARMAKOLOGJIK DOZA (emri në qarkullim në Shqipëri)	DOZA FILLESTARE DHE DOZA MAKSIMALE E REKOMANDUAR	ULJA MAKSIMALE E HbA1c	MEKANIZMI I VEPRIMIT	EFEKTET ANESORE DHE KUNDËR-INDIKACIONET
BIGUANIDET	Metforminë 500, 850, 1000mg	500-2500 mg/ditë	1 – 1.5%	Uj rezistencën periferike të insulinës. Pakëson prodhimin hepatic të glukozës	Shqetësime gastro-intestinale. Acidozë laktike. Hepatotoksicitet. Të kundërindikuar në IRK dhe IKK
SULFANILURETE	Glibenklamidi 5 mg Glimepirid 1-2-3-4mg Gliclazid 80mg Gliquidone 60mg	5-20 mg/ditë 0.5–8 mg/ditë 80–320 mg/ditë 60-180 mg/ditë	1 – 1.5%	Nxit sekretimin e insulinës nga pankreasi. Vepron në gliceminë esëll dhe post-prandiale	Shtim në peshë. Hipoglicemi. Të kundërindikuar në IRK.
GLINIDET	Repaglinid 0.5, 1, 2, 4 mg	1.5–16 mg/ditë	0.5 – 1.5%	Nxit sekretimin e insulinës nga pankreasi. Vepron mbi gliceminë esëll dhe post-prandiale.	Shtim në peshë. Hipoglicemi. (Më të rralla se me SU). Mund të përdoren në IRK e kompensuar.
FRENUESIT E α GLUKOZIDAZËS	Acarboza 50, 100 mg	150-300 mg/ditë	0.5 – 1.5%	Pakësojnë thithjen e karbohidrateve në traktin G-I dhe ulin gliceminë post-prandiale	Shqetësime gastrointestinale.

LLOJET E INSULINAVE QË JANË NË QARKULLIM NË SHQIPËRI

Lloji i insulinës	Klasa	Fillimi i veprimit	Veprimi maksimal	Kohëzgjatja e veprimit
Insulinë Aspart Insulinë Lispro Insulinë Glulisinë	Insulinë analoge me veprim të shpejtë	10-15 minuta	1-1.5 orë	3-4 orë
Insulinë Neutrale	Insulinë neutrale humane me veprim të shkurtër	30-60 minuta	2-4 orë	6-8 orë

Insulinë Izofan	Insulinë humane me veprim të ndërmjetëm	2-4 orë	6-12 orë	12-16 orë
Insulinë Detemir Insulinë Glargine	Insulinë analoge me veprim të zgjatur	2-4 orë	Pa pik maksimal veprimi	≈ 24 orë
Insulinë Bifazike	Insulinë bifazike me veprim të dyfishtë	30-60 minuta	2-12 orë	12-16 orë

5/f. Trajtimi i hipertensionit dhe Dislipidemisë

Tek personat e moshuar me diabet ashtu si edhe tek adultët e tjerë me diabet rekomandohet kontrolli herë pas here i bilancit lipidik, si edhe trajtimi i hiperlipidemisë me barin e zgjedhur.

Tek të moshuarit tek të cilët përdoren statinat, fibratet ose niacin duhet të maten në serum niveli i ALP brenda 6-12 javësh të fillimit të terapisë, si edhe në çdo kohë nëse ka shenja të disfunkcionit të heparit. Po kështu duhet të kontrollohet edhe niveli bazal i Cpk.

Qellimi i trajtimit të HTA tek të moshuarit është i njëjtë si ai i trajtimit të adultëve me diabet. Shifrat target të TA preferohen të jenë më pak se 130/80 mmHg. Tek të moshuarit takohet më shpesh një hipertension sistolik i izoluar. Presioni i gjakut duhet të ulet gradualisht me qëllim që të reduktohen simptomat hipotensive. Tek të moshuarit shpesh gjendet hipertensioni i “bluzave të bardha”, por në të gjitha rastet që dyshohet se realisht ka një HTA, këshillohet të bëhet monitorimi i TA.

Për të moshuarit me diabet tek të cilët për trajtimin e HTA përdoren barnat ACE-inhibitorë dhe ARBs, duhet që të monitorohet funksioni renal dhe niveli i kaliumit në serum brenda 1–2 javësh të fillimit të terapisë, si edhe kur rriten dozat e këtyre barnave.

Tek të moshuarit të cilët përdorin diuretikët tiazidike ose diuretikët e ansës duhet të maten elektrolitet në mëngjes brenda 1-2 javësh të fillimit të terapisë dhe më pas të paktën një herë në vit.

Ka edhe të dhëna që sugjerojnë që trajtimi me barna bllokues të kanaleve të kalciumit, diuretikët dhe ACE-inhibitorët është shumë më efektiv sesa trajtimi me beta-blokues në këtë grup populatë.

Tek shumë pacientë për të arritur normalizimin e TA në nivelet e duhura kërkohet të përdoret më shumë se një bar antihipertensiv.

REKOMANDIMET E TRAJTIMIT PËR PERSONAT ME DIABET DHE SËMUNDJE KARDIOVASKULARE

Presioni i gjakut	Sistolik/ diastolik (mm Hg) Në rastin e dëmtimit renal ose proteinuri >1 gr/24	<130/80 <125/75
Kontrolli i glicemisë mg/dl; mmol/L	HbA1c (%)	≤6.5
	Glicemia (në gjakun venoz) mg/dl; mmol/L	
	Esëll	108 (6.0)
	Post prandilale	
	Diabeti tip I	135-160 (7.5-9)
	Diabeti tip 2	135 (7.5)

Profili lipidik mg/dl; mmol/L	Kolesterol total LDL kolesterol HDL kolesterol Femrat Meshkujt Trigliceridet Kolesterol-total/HDL kolesterol	175 (4.5) 70 (\leq 1.8) >46 (1.2) >40 (1.0) 150 (1.7) <3
Ndryshimet e stilit të jetës	Ndalimi i duhanit Aktivitet fizik i rregullt (min/ditë) BMI Reduktimi i peshës në rast mbipeshe (%) Perimetri abdominal Femra Meshkuj Zakonet e të ushqyerit Marrja e kripës (gr/ditë) Marrja e fibrave Marrja e likideve mono dhe disakaride % e yndyrnave të marra Të saturuara Të poli pasaturuara n-6 Të poli pasaturuara n-6	E detyrueshme >30-45 <25 10 <80 <94 <6 >30 gr në ditë Eliminohen \leq 30-35 <10 4-8 2gr/ditë të acidit linoleik 200 mg/ditë të acideve yndyrore me krahë shumë të gjatë

NDËRLIKIMET

Diabeti është shkaku i gjashtë i vdekjes tek personat e moshuar. Shkaku kryesor i vdekjes tek të moshuarit me diabet është sëmundja kardiovaskulare dhe këta persona kanë një mortalitet dy herë më të madh në krahasim me grupin e kontrollit pa diabet të së njëjtës moshë. Madje ka studime që referojnë se personat që zhvillojnë diabet pas moshës 65 vjeç, kanë një shkurtim me katër vjet të jetëgjatësisë së tyre. Mortaliteti tek personat e moshuar me diabet ka një korelacion të fortë me vlerat e hemoglobinës së glukozuar HbA1c. Personat me diabet kanë një kualitet më të keq të jetës dhe një frekuencë më të lartë të sëmundjes kronike, sesa grupi i kontrollit të së njëjtës moshë.

Risku për komplikacione makrovaskulare (sëmundjes kardiovaskulare, sëmundjes cerebrovaskulare dhe sëmundjes vaskulare periferike) është dy herë më i lartë tek personat e moshuar me diabet krahasuar në grupin e kontrollit. Risku është i lidhur në kohëzgjatjen e diabetit, vlerën e HbA1c, si edhe ekzistencën e faktorëve të tjerë të riskut siç janë: duhani, hiperkolesterolemia dhe hipertensioni.

Risku për komplikacione mikrovaskulare po kështu është i rritur tek personat e moshuar me diabet dhe ka një korelacion të fortë ndërmjet riskut për këto komplikacione dhe HbA1c, kohëzgjatjes së diabetit, hipertensionit dhe hiperlipidemisë.

Risku për hipoglicemi të rëndë ose fatale shoqërohet me përdorimin e barnave orale ose insulinës rritet me moshën. Rritja e riskut për hipoglicemi shpjegohet edhe me faktin që ka një reduktim të përgjigjes së glukagonit tek personat e moshuar duke patur parasysh faktin që glukagoni është hormoni më i rëndësishëm kundërregullator. Faktor tjetër që kontribon në hipogliceminë është edhe mungesa e shenjave autonome tek këto moshë, pavarësisht se

personat mund të jenë të edukuar për shenjat e hipoglicemisë. Kur ndodh hipoglicemia tek të moshuarit, simptomat tentojnë të jenë më pak intensive dhe shumë jo specifike.

Personat e moshuar me diabet kanë një incidencë më të lartë të depresionit dhe të dëmtimit të funksionit kognitiv, kur krahasohen me grupin e kontrollit me të njëjtën moshë. Depresioni tek personat e moshuar me diabet është një faktor që çon në hospitalizim dhe në vdekje. Ndryshimet në funksionin kognitiv dhe afektiv, janë të lidhura me vlerat e lipideve, të HbA1c, presionit të gjakut dhe përmisimi i kontrollit të glicemisë mund të përmirësojnë sjelljen tek këta persona

Hipoglicemia

Hipoglicemia është një ndërlikim serioz i diabetit tek të moshuarit që rrit rrezikun për sëmundje kardiovaskulare si : ischemia e miokardit, angina pectoris, ishemi cerebrale, dëmtime të funksionit kognitive dhe rrezimet tek të moshuarit.

Personat e moshuar kanë më tepër mundësi të shfaqin simptomat neurologjike të hipoglicemisë si: dobësia, delirium, konfuzioni sesa simptomat adrenergjike të hipoglicemisë si: tremor, palpitacionet, djerësitja të cilat hasen më tepër tek personat e rinj me diabet.

Si pasojë episodet e hipoglicemisë tek të moshuarit mund të mbeten të padiagnostikuara ose të keqdiagnostikuara si një ngjarje neurologjike.

Pacientët dhe familjarët e tyre kanë nevojë që të instruktohen për të njohur, trajtuar dhe parandaluar hipogliceminë. Përveç kësaj pacientët duhet të mbajnë glukozë (sheqer pluhur) ose lëngje të ëmbla afër shtatit të tyre për ti përdorur nëse hipoglycemia ndodh gjatë natës.

Sindromi hiperosmolar jo ketonik

Pacientët e moshuar kanë një risk të lartë për të kaluar në stadin hiperosmolar jo ketonik, pasi kanë një risk të shtuar për dehidratim. Për këtë arsye është shumë i rëndësishëm hidrimi siç duhet i tyre sidomos gjatë kohës që janë të sëmurë.

Kujdesi për sytë dhe këmbët

Rekomandimet për ekzaminimin e syve dhe të këmbëve tek personat me diabet janë të njëjta si për adultët e tjerë me diabet. Kujdesi për këmbët duhet të tregohet gjithmonë tek pacientët me diabet.

Kujdesi për sytë duhet të përfshijë diagnostikimin e patologjive që gjenden tek të moshuarit si degjenerimi macular dhe katarakti, të cilat mund të komplikojnë trajtimin e retinopatisë ashtu si edhe e kundërta retinopatia diabetike mund të komplikojë kirurgjinë e kataraktit.

MONITORIMI

- Tensioni Arterial në çdo vizitë
- Ekzaminimi çdo 4 muaj i këmbëve duke përfshirë monofilamentin, sensibilitetin e prekjes dhe shpimit, perceptimin e vibracionit, vlerësimin e pulsacioneve periferike, inspektimin e lëkurës për mukozë dhe dëmtime
- Vlerësimi i simptomave për sëmundjen koronare
- HbA1c, 3 herë në vit për të vlerësuar ekuilibrin glicemik
- Profilin lipidik çdo 6 muaj ose 1 herë në vit nëse janë normal
- Dozimi vjetor i kreatinemisë dhe i mikroalbuminurisë

ALGORITMI I TRAJTIMIT

Hapi I	Dietë & aktivitet fizik
Hapi II	Dietë & aktivitet fizik & Metformin
Hapi III	Dietë & aktivitet fizik & Metformin & Insulino sektretues
Hapi IV	Dietë & aktivitet fizik & Metformin & Insulinë bazale (në darkë)
Hapi V	Dietë & aktivitet fizik & Metformin & Insuline Mixte (mëngjes dhe darkë)
Hapi VI	Dietë & aktivitet fizik & Insulinë Mixte (mëngjes dhe darkë)

(Kalimi nga një hap tek tjetri bëhet në funksion të gjendjes së përgjithshme të nivelit të glicemive dhe HbA1c, e cila duhet të jete <7.5%)

Mjeku i përgjithshëm duhet të konsultojë personat me diabet për herë të parë çdo 2–4 javë deri normalizimin e glicemive dhe më vonë çdo 2-3 muaj

Konsultohet me endokrinologun çdo 4-6 muaj për vazhdimesinë e mjekimit dhe kontrollin e ekuilibrit të glicemive (HbA1c <7.5%).

Në rastet e mos ekuilibrit të glicemive mund të dërgohet më shpejt në konsultë me endokrinologun

PROTOKOLLI KLINIK PËR TRAJTIMIN E OSTEOPOROZËS

Definicioni

Pësimi i frakturës në çdo kockë nga një trauma minimale.

Osteoporoza është një çrregullim i skeletit që karakterizohet nga prishja e fortësisë kockore (densiteti kockor dhe kualiteti kockor) që çojnë në një rritje të rrezikut për frakturë.

Faktorët e rrezikut për frakturë nga Osteoporoza janë:

- a) Frakturë e mëparshme në të rritur
- b) Demencia
- c) Depresioni
- d) Marrje e pakët e kalciumit
- e) Ulja e pamjes
- f) Aktivitet i pakët fizik
- g) Peshë e vogël trupore
- h) Alkoolizmi
- i) Seksi femër
- j) Pirja e duhanit
- k) Menopauzë e hershme (përpara 45 vjeç)
- l) Barnat që pakësojnë androgenet
- m) Rrëzime të përsëritura

Toxina dhe barna që shkaktojnë apo rëndojnë Osteoporozen janë:

- a) Kortikosteroidet
- b) Antikonvulsantët
- c) Heparina
- d) Ciklosporina
- e) Litiumi
- f) Nikotina
- g) Phenytoine
- h) Pakësimi i thyroxinës
- i) Metrotrexati



Diagnostikimi

Kur një pacient paraqitet tek MPF dhe ka predispozitat e mësipërme; MPF duhet ta referojë të sëmurin tek MS Reumatolog, i cili kryen ekzaminimet e mëposhtme:

Ekzaminimet

- Ro/grafi direkte e rastësishme (mungesa e lëndës kockore duhet të jetë mbi 30%)
- Densitometria kockore (BMD) DEXA

Përcaktohet densiteti kockor duke e krahasuar me atë të një njeriu të shëndoshë (T – score)

Rezultatet dhe vlerësimet

T – Score – 1.0 deri -2.5 Osteopeni

T - Score - 2.5 Osteoporozë

T – Score - 2.5 deri – 4.0 Osteoporozë e avancuar

Densitometria mat sasinë kockore edhe në vende tipike të frakturave:

- ✓ Shtylla kurrizore
- ✓ Pjesa proksimale e femurit
- ✓ Parakrahu

Ekzaminimi Klinik

- a) Përcaktimi i gjatësisë dhe i peshës trupore
- b) Përcaktimi i lëvizshmërisë së shtyllës kurrizore
- c) Përcaktimi i lëvizjes së artikulacioneve
- d) Ekzaminimi neurologjik
- e) Performanca e një ekzaminimi të përgjithshëm

Analizat

- Gjak komplet
- Kalciumi dhe fosfori serik
- T.SH
- Parathormoni
- Analiza Urine
- Kalciuria

Format Klinike

- 1) Frakturë nga një traumë e vogël

Vendet tipike:

- a. Shtylla kurrizore
- b. Artikulacionet Koksofemorale
- c. Artikulacionet radiokarpale
- d. Brinjët

- 2) Dhimbja

E fortë e menjëhershme nga frakturat e shkaktuar në një nga artikulacionet e mësipërme.

- 3) Kifoza asimptomatike e shtyllës kurrizore kur frakturat janë të shumta shkaktojnë këndëzim të brinjëve

Komplikacionet

- a) Rritje të presionit në kavitetin abdominal që shkaktojnë çrregullime të aparatit gastrointestinal
- b) Alterim të kapacitetit ventidue të mushkërive

Profilaksia

- a) Rekomandohet trajtimi me Biphosfonate kur:
- b) (BMD) T- SCORE -2.5 dhe ska faktorë risku
- c) Një grua T- Score -1.0 deri -2.5 kur ka një ose më shumë faktorë risku të përmendur më sipër
- d) Në pacientë të trajtuar me Glukokortikoid mbi 5 mg në ditë dhe T – Score -1.0 ose më e ulët
- e) Ushqyerje e pasur me kalcium dhe vitaminë D
- f) Ekspozim në rrezet ultraviolet të diellit
- g) Densitometria (BMD) të bëhet një herë në dy vjet në gratë me menopauze; në rast frakture një herë në vit
- h) Duhet pasur parasysh anamneza familjare (kur kanë pasur familjarë me fraktura)

Mjekimi

Rekomandime të përgjithshme

- a) Kalcium carbonat 1200 mg/ditë (në pacientë me aclohidri jepet kalcium citrat)
- b) Vitamina D 800 UI/ditë preferohet vitamina D3 Cholecalciferol. Preferohet Calcium carbonat 1200 mg/ditë me vitaminë D3 800 UI/ditë
- c) Të mos pihet duhan
- d) Rekomandohen ushtrime fizike për forcimin e muskujve
- e) Të kihet kujdes nga rrëzimet dhe të mos përdoren doza të mëdha alkooli

Biphosfonatet

1. Alendronati 70 mg 1 herë në javë (merret me stomak bosh gjysmë ore në këmbë ose ulur
Ibandronat 150 mg (Bonviva) 1 herë në muaj. Merret njëloj si më sipër
2. Risendronat 35 mg 1 herë në javë (2 orë pas buke)
3. Estrogen
Teriparatide (forteo) në pacientë me rrezik të lartë frakture edhe kur vazhdon të ketë (BMD) të ulët mbas një viti trajtimi me Biphosfonate. Kundëringkohet në Morbus Paget ose në rast se pacienti i nënshtrohet terapisë me rreze. Mund të kombinohet me biphosfonate ose Raloxifen.
4. Calcitonine (Salmon Synthetic) 200
5. Nj. N nasal spray

Mund të shkaktojnë alergji lokale apo tharje të mukozës së hundës. Kohëzgjatja deri 2 vjet sipas gjendjes.

Kontrolli mbi dhimbjen

Antiinflamatorët - Naproxen 0.5 (2 X ½ tb ditën)
Voltaren 0.05 (2 X 1 tb ditën)
Ibuprofen 0.4 (3 X 1 tb ditën)

Kundërrindikohen në pacientë me ulçer ventrikuli dhe aplikohen vetëm injeksion.
Gjatë mjekimit duhet pasur kujdes në pacientë me HTA.

Analgezikët - Paracetamol 0.5 (3 X 1 tb ditën)
Codeini phosphoric 0.015 (3 X 1 tb ditën)
Tramadol 0.05 (2- 3 tableta ditën)

Algoritmi i ndjekjes së pacientit

Hapi I marrja e hollësishme e anamnezës, prani e shenjave dhe sëmundje bashkëshoqëruese
Hapi II referimi tek specialisti Reumatolog për përcaktim diagnoze
Hapi III ekzaminime klinike dhe hormonale
Hapi IV ndjekje mujore e pacientit dhe referim tek specialisti çdo vit pacientët e diagnostikuar; dhe çdo 3 vjet pacientët e pa-diagnostikuar por me shenja bashkëshoqëruese anamnetike

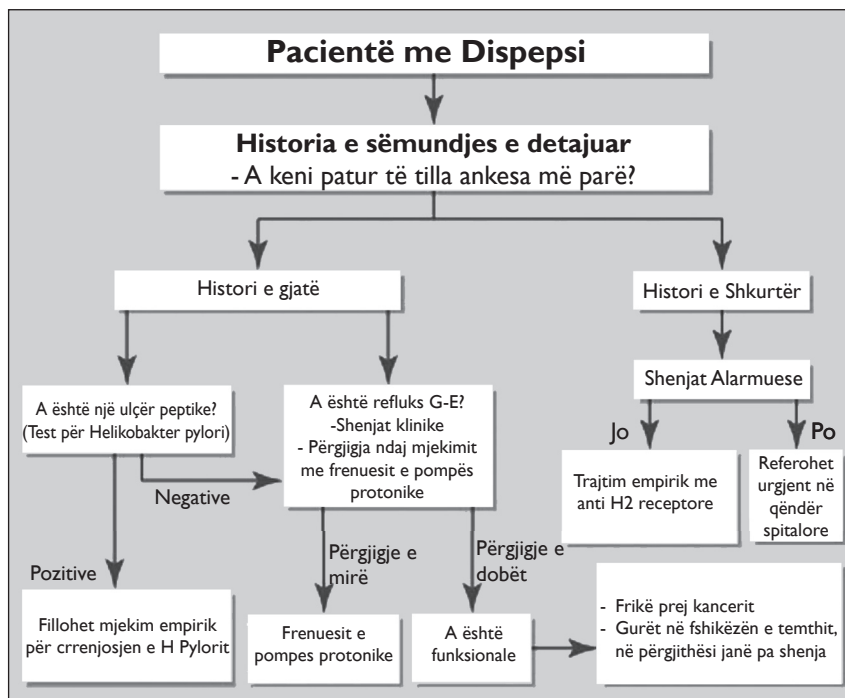
PROKOLLI KLINIK PËR TRAJTIMIN E ÇRREGULLIMEVE FUNKSIONALE GASTRO-INTESTINALE

Simptomat tipike gastro-intestinale të moshës.

Shumë ankesa të të moshuarve lidhur me traktin gastro-intestinal mund të jenë si rezultat i proceseve normale të moshës, ndërsa disa të tjera mund të jenë domethënëse për probleme serioze.

Edhe pse disa simptoma nuk paraqesin probleme serioze shëndetësore, ato mund të limitojnë të moshuarit që të kenë një ndjenje mirëqenieje.

Tabela e mëposhtme paraqet ndjekjen e pacientëve me Dispepsi.



Nauzea dhe të vjellat

Nauzea dhe të vjellat ndodhin tek të moshuarit për të njëjtat arsye që ndodhin tek moshat e reja. Në momentin që të moshuarit kanë risk të lartë dehidrimi dhe prishje të bilancit elektrolitik është shumë e rëndësishme monitorimi i kujdesshëm i frekuencës dhe sasisë së të vjellave.

Është e nevojshme zëvendësimi i lëngjeve të humbura. Fillohet me gllënjka të vogla çdo 15 minuta duke e rritur sasinë në varësi të tolerimit nga personi. Në qoftë se episodet e nauzeve dhe të vjellave persistojnë ose përmbajnë gjak i moshuari ka nevojë të vlerësohet nga stafi mjekësor.

Menaxhimi farmakologjik:

•Në qoftë se analgjezikët dyshohen si shkaktar, ulen dozat e tyre, konsiderohet shtimi i ndonjë antiemetiku sipas tolerancës ose ndryshohen analgjezikët me lloje të tjera.

•Antagonistët e dopaminës:

-Metoclopramidi (*Reglan*) nauzetë post operatore 5-10mg IM nga fundi kirurgjisë
Nauzetë nga KemioterapiteIV 1-2 mg/kg 30min përpara dhe
çdo 2-4 orë ose çdo 4-6 orë

Prochlorperazine (*Compazine*) IM, orale 5-10mg çdo 6-8 orë doza max. 40mg/ditë
IV 2.5-10mg doza max. 10mg/dozë ose 40md/ditë
Mund të përsëritet çdo 3-4 orë sipas gjendjes (Nuk është ne Liste Rimbursimi)

Antagonistë të serotoninës:

- Ondansetron nauzetë post operatore 16mg orale
IM, IV 4mg menjëherë përpara anestezisë dhe të përsëritet nqs është e nevojshme Nuk është ne Liste Rimbursimi)

Humbja e oreksit

Ulja e konsumimit ushqimor mund të jetë si rezultat i një oreksi të dobët ose prej një sërë arsyesh të tjera ku përfshihen:

- sëmundje të tjera të ngjashme
- hidhërimi, humbje ose probleme të tjera emocionale
- dhimbja
- trajtimi i kancerit me kimioterapi
- trajtimi i kancerit me radioterapi

Trajtimi më i mirë i këtij problemi është inkurajimi me sjellje delikate për të ngrënë në sasi të vogla dhe të shpeshta në kohë.

Dhembja abdominale

Vlerësimi i dhimbjeve të barkut është i vështirë por është akoma më i ndërlikuar tek personat e moshuar. Të moshuarit nuk ankohen për dhimbje njësoj si të rriturit. Aspektet kyçe për të vlerësuar dhimbjet abdominale përfshijnë:

- Kohëzgjatja
- Lokalizimi
- Mënyra e shfaqjes
- Lidhja me ushqimin
- Faktorët lehtësues dhe agravues
- Lidhja me simptomat

Masat për komfort dhe menaxhimi i dhimbjeve janë po aq të rëndësishme për të moshuarit si tek moshat e reja.

Gazrat

Teprica e gazrave në stomak zakonisht është e lidhur me dietën. Disa ushqime që shkaktojnë gazra janë:

pijet me gaz, disa lloje frutash, fasulet dhe perimet, akulloret dhe vezët që përmbajnë sulfur.

Tjetër arsye e pranisë së gazrave është dhe in-toleranca prej laktozës.

Është normale që njeriu të nxjerrë gazra 7-20 herë/ditë.

Gazrat mund të shkaktojnë dhimbje abdominale, fryrje barku dhe ndjenje jo rehatie. Simptomat zakonisht janë përmirësuar me shmangien e ushqimeve gaz-prodhuese, duke ecur ose duke ndryshuar pozicion. Patjetër që një vlerësim i plotë është i nevojshëm tek të moshuarit i cili konsiston në vlerësimin e ndryshimeve funksionale të zorrës, dhimbjes shoqëruar me simptoma gastro-intestinale.

Gromësirat e shpeshta zakonisht janë si rezultat i gëlltitjes së tepërt të ajrit, megjithatë duke marrë parasysh se tek të moshuarit kjo mund të jetë një simptomë për një problem tjetër serioz është shumë e rëndësishme vlerësimi për gastritet dhe ulçerat peptike.

Trajtimi farmaceutik:

Antiacid (malox) plus Simeticone përdoret për të qetësuar simptomat

Diarreja

Diarre do thotë dalje të shpeshta dhe të ujshme. Pyetja e parë që u bëhet të moshuarve është se çfarë kuptojnë ata me diarre dhe a është ndryshe nga daljet e tyre normale. Me rëndësi të veçantë tek pacientët e moshuar me diarre është rreziku i dehidrimit. Në qoftë se simptomat si: etja, lodhja, marramendja, palpacionet dhe këputja trupore shoqërojnë diarrenë, atëherë është e rëndësishme kontaktimi me stafin mjekësor. Diarretë e rënda mund të jenë kërcënuese për jetën. Në varësi të shkakut mjeku mund të përshkruajë:

antidiarreike ose antispazmatike. Antibiotikët gjithashtu mund të rekomandohen, grupi i ushqimeve BRAT (banane, oriz, pure molle dhe tosti) gjithashtu mund të rekomandohen edhe lëngjet e kthjellta.

Menaxhimi medikamentoz:

Loperamide (*Imodium A-D*) Si fillim 4mg e ndjekur më pas nga 2mg pas çdo Bark-heqje, doza max. 16mg/ditë

Konstipacioni

Konstipacioni është më shumë i shpeshtë tek të moshuarit sesa në moshat e reja. Ashtu sikurse dhe diarreja është e rëndësishme të determinohet se çfarë të moshuarit kuptojnë kur thonë se kanë konstipacion. Jashtëqitjet e rralla në numër dhe të thata në konsistencë zakonisht janë prej konstipacionit, të cilat mund të vijnë si rezultat i disa shkaqeve ku përfshihen:

- Dietë e varfër në fibra
- Marrje të pakta në sasi të lëngjeve
- Medikamentet siç është hekuri ose antiacidet
- **Fecal impaction**
- Karcinoma
- Depresioni

Trajtimi i konstipacionit mund të përfshijë rritjen e sasisë së lëngjeve dhe fibrave në dietë dhe uljen e rregullt në tualet për të defekuar. Mjeku gjithashtu mund të përshkruajë laksativë, medikamente për te zbutur feçet ose për te rritur lëvizshmërinë e zorrës.

Menaxhimi i konstipacionit kronik:

Hapi i I: Ndërpriten të gjitha medikamentet që shkaktojnë konstipacion, nqs është e mundur

Hapi i II: rriten fibrat në dietë në marrje ditore 6-25g/d, rritet sasia e marrjes së lëngjeve në $\geq 1500\text{mL/d}$, rritet aktiviteti fizik ose shtohen bulk laksativet, nqs se marrja e fibrave i shtojnë simptomat ose nuk tolerohen nga pacienti atëherë kalohet tek hapi 3

Hapi III: Shtohen osmotiket; sol.sorbitol 70%, polyethylene glycol

Hapi IV: Shtohen laksativet stimules; sena, bisacodyl 2-2 herë/javë ose tjetër alternativ saline laksativ po duhet shmangur në qofte se $\text{CrCl} < 30\text{mL/min}$

Hapi V: Përdoret klizma me ujë ose me kripëra 2 herë/javë

Hapi i VI: Përdoret klizma me vajra për konstipacionin refraktar.

Medikamentet të cilat mund të lehtësojnë konstipacionin:

Bulk laksativët

- Metylcellulose vepron brenda 12-24 orëve dhe jepet: 2-4 tab ose një lugë tabletash (14ml) e tretur në 39 ml ujë çdo 8-24 orë
- Psyllium vepron brenda 12-24 orëve dhe jepet: 1-2 kapsula ose paketa ose një lugë tabletash (14m) e tretur në 39 ml ujë, lëng frutash çdo 8-24 orë.
- Polycarbophyl vepron brenda 12-24 orëve dhe jepet; 12-50 mg çdo 6-24 orë.

Laksativet osmotik

- Laktuloza vepron brenda 24-28 orëve dhe jepet 15-30mL çdo 12-24 orë
- Polyethylene glycol vepron brenda 48-96 orëve dhe jepet 17gram pudër e tretur në 39ml çdo 24orë.
- Sorbitol 70% vepron brenda 24-48 orëve dhe jepet 15-30 mL çdo 12-24 orë max. 150mL/ditë.

Saline laksativët

- Magnezium citrat vepron brenda 30min- 3orëve dhe jepet 120-240 mL x 1,50ml ujë çdo 24 orë ose 1,25ml ujë çdo 12 orë gjithmonë e shoqëruar me marrje lëngjesh më pas
- Magnezium hydroxid vepron brenda 30 min-3 orëve dhe jepet 30ml çdo 24 orë.
- Sodium fosfat (*Fleet*) vepron brenda 2-15 min dhe jepet 70ml ujë x 1 dhe përsëritet sipas gjendjes

Sëmundjet gastro-intestinale

Të moshuarit hasin më shumë sëmundje të traktit digjestiv sesa të rinjtë. Sëmundjet më të shpeshta që hasin të moshuarit mbi moshën 65-vjeç janë:

- Disfagia
- Refluksi gastro-ezofageal (GERD)
- Ulçerat peptike
- Divertikuloza e divertikulitet

Disfagia

Përkufizohet si vështirësi në gëlltitje. Problemet në gëlltitje mund të çojnë në një ushqyerje jo adekuate duke rritur riskun për mbytje dhe aspirim e cila mund të shkaktojë pneumoni. Në përgjithësi disfagia shkaktohet prej:

- Kancerit oral, laringsit dhe ezofagut
- Infarktët cerebro-vaskulare
- Sëmundja Parkinsonit
- Sëmundja Alzheimer
- Spazmat ezofageale

Ndonjëri nga faktorët e mësipërm mund të shkaktoje achalazine ku sfikteri i poshtëm ezofageal ngushtohet fort dhe ezofagu dilatohet.

Si rezultat ushqimet fillojnë të grumbullohen në pjesën distale të ezofagut. Simptomat përfshijnë: përkeqësim të disfagisë, të vjella dhe humbje në peshë. Problemi i gëlltitjes progreson nga ushqimet solide në ato likuide.

Diagnoza

Simptomat e disfagisë mund të variojnë nga të mesme (ndjesia e një lëmshi në fyt ose nevoja e kollitjes) në të rënda deri në pamundësi gëlltitjeje. Ekzaminimi fizik mund të mos jetë shumë ndihmës, por një pyetësor i mirë dhe historiku mund të ndihmojë në të kuptuarit më

mirë të situatës. Është e rëndësishme të pyeten të moshuarit nëse e ndiejnë disfaginë me ushqime të lëngshme apo të forta, apo me të dyja dhe momentin kur ndodh.

Ekzaminimi në rutinë për disfaginë është skopia me kontrast bariumi. Në akalazi faringsi dhe pjesa e sipërme e ezofagut kanë pamje normale, kurse pjesa e poshtme e tij paraqitet e distenduar.

Vlerësimi i gëlltitjes mund të ndihmojë në përcaktimin e shtrirjes së problemit dhe zakonisht kryhet nga patologët që merren me shqiptimin e fjalëve.

Menaxhimi

Kirurgjia mund të jetë e nevojshme për të parandaluar përparësinë e pengesës. Në qoftë se akalazia është në stade më të avancuara (më e rëndë) jepen medikamente antikolinergjike për të lehtësuar dhimbjet. Megjithatë në përgjithësi medikamentet paliativë janë i vetmi opsion.

Tek të moshuarit me akalazi objektivi kryesor është parandalimi i aspirimit, i cili çon në pneumoni.

Ushqyerjet e shpeshta në sasi të vogla me përmbajtje ushqimesh të buta ose pureje me vlera të larta ushqyese mund të ndihmojnë në ruajtjen e hidratimit dhe statusit të ushqyerjes në të moshuarit duke parandaluar rënien në peshë.

Këshillimi dhe rikujtimi herë pas here i të moshuarve për t'u shtrirë në dekubitus lateral sinistër mund të reduktojë mundësinë e aspirimit.

Disfagia tek të moshuarit mund të shoqërohet me friken për t'u ushqyer kështu që është shumë e rëndësishme suporti emocional dhe siguria që u ofrohet nëse ajo ndodh.

Situatë emergjence për ndërhyrje mund të jetë rasti kur ata fillojnë të mbyten.

Në të tilla raste është e nevojshme ndërhyrja e menjëhershme me manovrat Heimlich (që ndihmojnë për parandalimin e mbytjes kur kemi trupa të huaj në rrugët e frymëmarrjes) dhe seti emergjencës.

Refluksi gastro-ezofageal(GERD)

GERD gjithashtu është parë të ndodhë shpesh tek të moshuarit edhe pse nuk është një ndryshim normal i moshës. Ai ndodh kur sfinkteri i poshtëm ezofageal nuk mbyllet mjaftueshëm duke lejuar lëngjet gastrike, të cilat janë acide, të kthehen lart në ezofag.

Me kalimin e kohës refluksi shkakton inflamacion, i cili redukton dhe dëmton mukozën e ezofagut.

Diagnoza

Simptomat tipike të reflukst janë: djegie kraharori, dhimbje retrosternale, regurgitim i materialeve acide. Në qoftë se regurgitimi ndodh, shpesh, dhimbja e shkaktuar prej tij mund të imitojë atë të një ataku në zemër.

Simptomat mund përkeqësohen pas një vakti të madh ushqimi me përmbajtje të lartë yndyrore ose pikante dhe pas konsumimit të alkoolit.

Ekzaminimet:

- Metodët diagnostikuese të GERD-it janë endoskopi e sipërme (gastro-ezofagoscopi) dhe
- radiografi të përsëritura në kohë;
- pH-metria në ezofag është testi më i besueshëm.

Menaxhimi

Trajtimi i GERD-it ka për qëllim reduktimin e burimit të acarimit.

Ndryshimet e mëposhtme në dietë mund të jenë efektive:

- Shumë proteina, sa më pak yndyrna
- Evitimi alkoolit dhe i ngrënies së çokollatës
- Ngrënia në sasi të pakët dhe shpesh lejojnë një tretje më të lehtë.
- Mbajtja e një peshe trupore normale

Ngritja e kokës së krevatit gjatë natës, shmangia e shtrirjes deri në dy orë pas ngrënies, mos veshja e rrobave shumë të ngushta apo korseve mund të ndihmojnë në lehtësimin e simptomave.

Për trajtimin medikamentoz ka një sërë opsionesh të cilat janë: antiacidet, bllokuesit e histaminës siç është ranitidina; ose PPI siç është omeprazoli.

Përfundimisht, kirurgjia mund të jetë e indikuar në rastet me hernie të madhe hiatale në të cilat stomaku protuberon nën junksionit gastro-ezofageal.

Në të moshuarit monitorimi i kësaj sëmundjeje është shumë i rëndësishëm, pasi ajo mund të çojë në ulcerat peptike ose në kacerin e stomakut.

Strategjia e trajtimit të sëmundjes së refluxit gastro-ezofageal:

(Pa ezofagit ose me ezofagit të shkallës së parë)

- Fillohet me masat e përgjithshme dhe përdoret anti H₂ receptorët në dozë standarde për 4-6 javë
- Rezervohen frenuesit e pompës protonike PPI për ata me përmirësim shumë të vogël të simptomave, dhe këto janë të përshtatshme për shumë pacientë në nivel parësor
- Në rast të kundërt kërkohet ekzaminim endoskopik (me ezofagit të shkallës së rëndë).

Ezofagitis i shoqëruar me hemorragji, struktura, ose peptik ulcera të krijuara në ezofag Barrett)

- Fillohet me frenuesit e pompës protonike për 8 javë 2 herë në ditë.
- Reduktohet trajtimi mbajtës me gjysmën e dozës fillestare nëse është e mundur
- Nëse pacienti ka qenë me hemorragji ose ulcera peptike, nevojitet konfirmimi i shërimit me endoskopi. Mundet të kërkohet mjekimi me doza 40mg në ditë omeprazol.

Në simptomat atipike p.sh.: (simptoma respiratore, dhe që kanë lidhje me veshin, hundën dhe fytin)

- Zgjatet mjekimi me frenuesit e pompës protonike me doza të larta p.sh.: omeprazol 40mg në ditë, për një kohë më të gjatë se 8 javë.
- Nëse nuk përmirësohet në këto raste duhet konsideruar ndërhyrja kirurgjikale

Barnat orale:

- **Inhibitorët e pompës protonike:**
- ✓ Esomeprazole 20 mg/ditë
- ✓ Lansoprazole 15 mg/ditë
- ✓ Omeprazol 20 mg/ditë
- ✓ Pantoprazole 40 mg/ditë
- **Antagonistët e Histaminës (H2):**
- ✓ Cimetidin (Taganed) 400 ose 800 mg çdo 12 orë
- ✓ Ranitidine (Zantac) 150 mg çdo 12 orë

Sindromi i zorrës së irrituar (SZI)

Sindromi i zorrës së irrituar është një çrregullim funksional i zorrës, në të cilën dhimbja dhe diskomforti abdominal shoqërohet me ndryshime të habitit të zorrës.

Kjo sindromë mund të shoqërohet me simptoma të tjera të traktit gastrointestinal si: refluksi gastroezofageal, dispepsia, konstipacioni funksional.

SZI është sëmundje me karakter kronik dhe ndodh me shumë episode ku ankesat mund të jenë të lidhura me ushqimin.

Sipas kritereve të Romë III dhe në bazë të karakteristikave të feçeve një klasifikim i SZI është:

1. SZI me diarre (feçe të qullta në më shumë se 25% të kohës)
2. SZI me konstipacion (feçe të forta në më shumë se 25% të kohës)
3. SZI miks feçe të alternuara

Diagnoza e SZI

Historia klinike është mjaft e rëndësishme jo vetëm për identifikimin e karakteristikave të SZI por edhe për të dalluar shenjat e alarmit që sugjerojnë diagnoza alternative.

Pacienti duhet të pyetet në lidhje me këto shenja:

Modeli i dhimbjes

- Kronike
- Tipi i dhimbjes intermitente apo e vazhdueshme
- Episode të mëparshme të dhimbjes
- Lokalizimi i dhimbjes (më shpesh në kuadratet e poshtëm të barkut)
- Lidhja e dhimbjes me defekimin
- Dhimbjet gjatë natës nuk janë të zakonshme dhe shfaqja e tyre duhet të konsiderohet shenjë paralajmëruese

Shenja të tjera janë:

- Fryrje e barkut
- Konstipacioni
- Diarreja
- Alternime të tyre
- Ndjenja e defekimit të pambaruar
- Defekimi me urgjencë
- Feçe me mukus

- Rëndimi i shenjave pas ushqimit
- Qetësimi pas defekimit
- Simptomat prezente 4 muaj në vit

Shenja të tjera të cilat duhet të konsiderohen si “Red flag” dhe duhen vlerësuar si serioze:

1. Rënie e pashpjegueshme në peshë
2. Gjak në feçe
3. Histori familjare me kancer kolorektal
4. Sëmundje inflamatore e zorrës.

Ekzaminimi fizik dhe laboratorik

Ekzaminim abdominal

- Inspektimi
- Auskultimi
- Palpimi

Ekzaminimi digital rektal (touche rectale)

Nëse nuk konfirmohet diagnoza e SZI atëherë në nivelin parësor mund të kryhen:

- Gjak komplet me sediment,
- Feçe për parazitë dhe feçe për gjak okult dhe
- Funkcioni i tiroideve.

Nëse pacienti paraqet shenjat e mësipërme “Red Flag” kalohet në nivel specialisti.

Rekomandohet: ekografia abdominale, sigmoiodoskopia dhe kolonoskopia.

Diagnozë diferenciale me:

1. Sëmundjet inflamatore të zorrës
2. Kancerin kolorektal
3. Kolutin kolagjenoz dhe limfocitik
4. Divertikkulitin
5. Prostatitin kronik

Menaxhimi i SZI

Terapia me barna

Terapia psikologjike

Trajtimi me barna:

Dhimbja abdominale

- Antispastik: agjent antikolinergjike (dicyclomine).
- Antispazmotik (vetëm me përdorim të shkurtër)
 - Dicyclomine: *bentyl* 10mg/5 mL injeksion, 10-20 mg orale çdo 6 orë (sipas situatës)
 - Hyoscyamine: Anapaz, Levsin 0.125-0.25 mg orale çdo 6-8 orë sipas situatës.
- Antidepresante: triciklike (amitriptilinë/trimipraminë) kryesisht kur pacienti ka insomnia; por mund të agravojë konstipacionin

Diarrea

- Loperamid: 4mg x 1, pastaj 2 mg çdo barkëqitje, doza maksimale 16 mg/24 orë
- Codeine 30–60 mg, 1–3 herë në ditë por jo për periudhë të gjatë ëper shkak të varësisë që krijon.

Sëmundja e ulcerës peptike (PUD)

Dy janë shkaktarët e ulcerës peptike:

i pari është sekretimi në sasi të madhe i acidit gastrik ose pepsina, fenomen i cili zakonisht shoqërohet me ulcerat duodenale;

i dyti është integriteti i dobët i stomakut dhe i mukozës duodenale.

Rënia e rezistencës së mukozës mund të shkaktohet nga medikamentet, siç janë anti inflamatorët jo steroidë dhe indometacina. Për më tepër, që prej 1994 bakteri i helicobacter pylorit është përgjegjës në më shumë se 70% të rasteve me ulçer. Ky bakter thyen barrierat mbrojtëse të mukozës së stomakut duke lejuar formimin e ulcerave.

Ulcerat gastrike ndodhin më shpesh tek të moshuarit dhe ulcerat duodenale janë më të shpeshta tek moshat e reja.

Të moshuarit kanë më shumë faktor risku për të bërë hemorragji gastrointestinale.

Diagnoza

Diagnostikimi bazohet në historikun dhe karakteristikat e dhimbjeve. Simptomat më të shpeshta të ulcerave gastrike janë: dhimbjet epigastrike të cilat variojnë duke u lehtësuar nga ushqimi, nauzea, të vjellat dhe humbja në peshë.

Hemorragjia prej perforacionit ndodh në rreth 25% të personave me ulçer gastrike.

Simptomat klasike të ulçerave duodenale janë:

- Dhimbja, e cila në përgjithësi vazhdon prej 90 min-3 orë pas ngrënies dhe është e lokalizuar në epigastër.
- Dhimbja e cila qetësohet menjëherë pas marrjes së ushqimeve apo antiacideve
- Djegia e kraharorit dhe refluksi
- Rënia e oreksit dhe humbja në peshë janë të rralla.

Procedura tipike diagnostikuese të ulçerës peptike përfshin endoskopinë dhe radiografinë e traktit të sipërm tretës. Gjithashtu dhe testi në gjak i antitropave të helicobater pylorit janë të vlefshme në diagnostikim.

Menaxhimi

Trajtimi i sëmundjes ulçeroze fokusohet në lehtësimin e dhimbjes, promovimin e kurimit dhe parandalimin e komplikacioneve. Të moshuarit kërkojnë të njëjtat ndërhyrje trajtuese si të rinjtë.

Trajtimi i PUD kërkon zbatimin e 4 hapave.

1. Frenimin e prodhimit të acidit, i cili realizohet me anë të antiacideve, anti H2 receptoreve dhe PPI inhibitorët e pompës protonike (omeprazoli)

2. Ndryshimet në dietë të cilat përfshijnë eliminimin e alkoolit dhe kafeinës si dhe shmangien e ushqimeve që shkaktojnë diskomfort.
3. Shmangien e të gjitha medikamenteve që irritojnë mukozën gastrike duke përfshirë aspirinën dhe antinflamatorët jo steroidë.
4. Antibiotikët siç janë klaritromicin, amoxicilin, metronodazol për të çrrenjosur *Helicobacter Pylori*.
 - PPI (frenuesit e pompës protonike) Omeprazol 20 mg 2X1 tab për 14 ditë
 - Amoxicilin 1g 2X1 tabletë (claritromicin 500 mg ne rast hipersensibiliteti nga Amoxicilina) për 10ditë
 - Metronodazol 500 mg 2x1 tabletë për 10 ditë

Rreth 15-20% e pacienteve me ulcera bëjnë hemorragji. Komplikacionet e tjera përfshijnë perforacionin, i cili mund të çojë në peritonit dhe obstruksion duke shkaktuar cikatrice, stenoze dhe inflamacion.

Divertikuloza dhe divertikulitet

Ta themi thjesht divertikulat janë xhepa të vegjël që formohen në murin e mukozës së brendshme të zorrës. Shpesh gjenden në zorrën e trashë, por gjithashtu mund të zhvillohen dhe në pjesët e tjera të traktit tretës prej ezofagut deri ne zorrë të trashë. Prezenca e shumë divertikulave në numër quhet divertikulozë. Shkaku kryesor i zhvillimit të tyre është dieta e varfër në fibra. Kur këta xhepa të vegjël inflamohen krijojnë një situatë të quajtur divertikulitis. Sëmundja divertikulare është shumë e shpeshtë në Amerikë ose në shtetet e industrializuara dhe në më shumë se 50% prek moshën mbi 60-vjeç.

Divertikulosis

Prezenca e shumë divertikula të pa inflamuar quhet divertikulosis. Në përgjithësi njerëzit me divertikulosis nuk kanë shenja dhe nuk janë të informuar që i kanë ato.

Diagnostikimi bëhet me anë të grafive dhe sigmoidoskopive rutinë.

Menaxhimi i divertikulosis është parandalimi i konstipacionit. Rekomandohet një dietë e pasur me fibra krunde dhe psilium që mund të përshkruhen nga mjekët. Ky lloj trajtimi ka për qëllim zbutjen e materialeve fekale duke ulur presionin e tyre mbi zorrën.

Rekomandohet që gjatë ditës të merren rreth 6-8 gota ujë të cilat ndihmojnë në një jashtëqitje të lehtë pa shtërzime.

Ulja në mënyrë të rregullt në tualet për të defekuar është një mënyrë parandalimi e konstipacionit.

Rekomandohet të shmangjet konsumimi i lajthisë dhe farave (mbetet e diskutueshme sepse ato nuk treten plotësisht dhe mund të mbesin nëpër divertikula dhe të shkaktojnë inflamacion).

Divertikulitis

Diverticulitis ndodh kur divertikulat inflamohen ose infektohen. Shkaku mendohet të jenë ushqimet e patretura, mbetjet fekale dhe bakteret duke shkaktuar inflamacion.

Simptomat e shpeshta të divertikulitis janë:

- Dhimbje/diskomfort në pjesën e poshtme të barkut
- Ndryshime në jashtëqitje diarre/konstipacion
- Fryrje dhe distendim i barkut
- Dhimbje në kuadranti e poshtëm majtas të barkut

Të moshuarit mund të mos kenë temperaturë ose dhimbje abdominale, të cilat komplikojnë diagnozën. Divertikulitis mund të çojë në hemorragji si shkak i perforacionit të ndonjë prej tyre.

Trajtimi përfshin antibiotikët për të luftuar infeksion dhe menaxhimin e dhimbjeve:

- Ciprofloxacilin 500 mg 2 herë në ditë ose Cefalosporinë të gjeneratës së tretë, e kombinuar me metronidazol 500 mg 3 herë në ditë për 10-14 ditë.
- Nëse nuk përmirësohen simptomat atëherë duhet të dërgohet në qendër spitalore për tu bërë drenazh perkutan nën drejtimin e EKO-s transabdominale ose të CT scanerit

Kirurgjia mund të nevojshme në rastet kur kemi obstruksion ose perforacion.

Të moshuarit janë më të rrezikuar për të bërë hemorragji. Simptomat e hemorragjisë janë dobësi trupore dhe gjak i kuq i freskët nga rektumi, simptoma këto të cilat kërkojnë ndërhyrje të shpejtë mjekësore.

PROTOKOLLI KLINIK PËR TRAJTIMIN E SËMUNDJEVE TË SHËNDETIT MENDOR

Akronimet

MSh	Ministria e Shëndetësisë
QKCSA-ISH	Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë & Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore
ISKSH	Instituti i Kujdesit Shëndetësor
QSH	Qendra Shëndetësore
MPF	Mjek i Përgjithshëm/Familje
SNQ	Sistemi Nervor Qendror
SSRI	Frenuesit Selektivë të Ri-kapjes së Serotoninës
SNRI	frenuesit selektivë të Rikapjes të Norepinefrinës
CXR	Radiografi Toraksi (rreze-X)
EEG	Elektroencefalogram
ACEIs	Inhibitori i Enzimës konvertuese-angiotenzinës
NSAIDs	Barnat anti-inflamatore nonsteroidale
SIADH	Sindromi i sekretimit të papërshtatshëm të hormonit antidiuretik
LFT	Testet e funksionit të heparit
D/C	Ndërpre
DSM IV	Manuali diagnostik dhe statistik i rregullimeve mendore botimi i 4-t
IM	Infarkt miokardi
HF	Insuficiencë kardiake
AD	Sëmundja e Alzheimerit
COPD	Sëmundja kronike obstruktive pulmonare
OTC	over- the- counter
GAD	Çrregullimi i ankthit të gjeneralizuar
ECT	Terapia elektro-konvulsive
GERD	Çrregullimi i refluksit gastro-ezofagial
FDA	Food and drug administration
TD	Diskinezia tardive
CrCl	Klirensi i kreatininës



EPS	Simptoma ekstrapiramidale
QT	Intervali kardiak QT
MMSE	Ekzaminimi i Mini- Mental State
CT	Tomgrafia e kompjuterizuar CT-skaner
GDS	Geriatric depressive scale- pyetsori për shkallën e depresionit geriatric
(L, K)	L-eliminim hepatic, K- eliminim renal

Definicionet dhe problematika e sëmundjes, që trajton protokoli.

Ky protokoll trajton menaxhimin e çrregullimeve më të shpeshta psikiatrike që hasen në moshën e tretë gjatë marrjes së kujdesit parësor nga mjeku i familjes. Shpesh çrregullimet psikiatrike në moshën e tretë si: depresioni, çrregullimet e ankthit e të tjerë; pavarësisht shpeshtësisë së tyre ngelen të pa diagnostikuara dhe jo të trajtuara mirë si pasojë e mos njohjes apo dhe mos vëmendjes që u kushtohet këtyre çrregullimeve.

Objektivi

Të përmirësoje diagnostikimin dhe menaxhimin e çrregullimeve më të shpeshta psikiatrike që hasen në moshën e tretë në kujdesin shëndetësor parësor.

Përdoruesit e Protokollit.

Mjekë familje, specialistë apo mjekë të përgjithshëm të shërbimit parësor.

Grada e rekomandimeve, Rastet klinike, etapat diagnostiko dhe terapeutike.

Grada e rekomandimeve

Grada A: së paku një meta-analizë, rishikim sistematik i studimeve dhe eksperimenteve të kontrollit,(RTC), ose RTC radhiten si I++ dhe janë direkt të aplikueshme për popullatën target; ose një grup evidence që konsiston nga kryesisht nga studime të renditura si I+, të aplikueshme direkt në popullatën target, dhe ka demonstruar konsistencë të rezultateve.

Grada B: një grup evidence ku përfshihen studime të renditura si 2++. Të aplikueshme direkt në popullatën target, dhe kanë demonstruar konsistencë të përgjithshme ose evidencë e nxjerrë nga studime të renditura si I++ ose I+

Grada C: një grup evidence që përfshin studime të renditura si 2+, direkt të aplikuar në popullatën target dhe kanë demonstruar në përgjithësi konsistencë të rezultateve ose evidencë e nxjerrë nga studime të renditura si 2++.

Grada D: niveli i evidencës 3, 4; ose Evidencë e ekstrapoluar nga studime 2+.

Nivelet e evidencës

I++: meta- analizë e cilësisë së lartë, rishikime sistematike me një rrezik të vogël për bias

I+: meta-analizë e kryer mirë, rishikime sistematike me një rrezik të vogël biasi

I-: meta-analizë, rishikimet sistematike dhe studimet e randomizuara me rrezik të lartë për bias.

2++: cilësi e lartë e meta-analizës, e rishikimit sistematik të rast kontrolleve dhe studimeve

klinike. Rrezik i ulët për konfondim ose bias dhe një probabilitet të lartë që marrëdhënia të jetë kazuale.

2+: studime të mirë kryera, me rrezik të moderuar që relacioni të jetë kazuall.

2-: rast kontrolli ose studimi kohorte me rrezik të lartë konfondimi ose biasi dhe rrezik sinjifikant që relacioni nuk është rastësor

3: studim jo-analitik psh. (Rast studimi)

4: opinioni i ekspertit

I. Depresioni tek moshat e treta

Vlerësimi dhe asistimi:

Njohja dhe diagnostikimi i depresionit të moshës së tretë mund të jetë i vështirë. Të moshuarit mund të ankojnë për humbje të energjisë dhe simptoma të tjera somatike, të cilat mund tu atribuohen moshës dhe sëmundjeve të tjera fizike, ose mund të mos përmenden apo neglizhohen nga mjeku i përgjithshëm gjatë vizitës.

Dy pyetje janë tepër të rëndësishme për të zbuluar shenja të depresionit të moshës së tretë

- Gjatë këtyre Dy javëve, a ke pasur shpesh rënie të interesit apo kënaqësisë për të kryer aktivitete e përditshme?
- Gjatë këtyre Dy javëve të fundit, a jeni ndier i mërzitur, i deprimuar apo i pashpresë?

Çdo pyetje ka katër përgjigje duke u pikëzuar si më poshtë:

- 0= Jo aspak, 1= ca ditë, 2= më shumë se gjysmën e ditëve, 3= pothuaj çdo ditë;

Nëse pacienti merr 3 pikë ose më shumë se 3 pikë, indikon për probabilitet të lartë për çrregullime depressive. Vazhdoni vlerësimin me pyetësorin për vlerësimin e depresionit në moshën e tretë (GDS).

Vlerësimi mjekësor/laboratorik

TSH (hormone stimulues i tiroides), B12, Kalcemia, testet e funksionit të heparit dhe veshkave, elektrolitet, UA (analiza e urinës), CBC (gjak komplet = numërimi komplet i qelizave të gjakut)

Kriteret për diagnostikimin e depresionit madhor sipas DSM-IV:

- Vlerëso nëse simptomatika përmbush kriteret diagnostike të Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) për depresion Madhor. [A]:
- Simptomat bazë:
 - Humor i rënë – prezent pothuaj gjatë gjithë ditës, pothuajse çdo ditë.
 - Anhedonia – zvenitje e interesave dhe kënaqësisë në shumicën e aktiviteteve.
 - Tërheqje sociale.
 - Ndryshim në peshë– zakonisht humbje me mungesë oreksi (ose e kundërta).
 - Shqetësime të gjumit – zakonisht pagjumësi, me zgjim shumë herët në mëngjes (ose e kundërta)
 - Vonesë psikomotore ose axhitim – e dukshme nga të tjerët.
 - Lodhje humbje e energjisë.
 - Humbje e motivimit.
 - Ulje e përqëndrimit, vëmendjes dhe kujtesës.
 - Rënie e libidos.
 - Ndjenja të pavlerësisë, vetëfajësisë dhe të pashpresë.
 - Mendime të vazhdueshme të vdekjes ose vetëvrasjes.

1. simptomat duhet të jenë prezente minimalisht 2 javë dhe të ndryshme nga ato normale.

2. simptomat nuk janë dytësore rrjedhojë e përdorimit të substancave, sëmundjes mjekësore apo periudhës së zisë

3. simptomat shkaktojnë distres sinjifikant dhe/ose dëmtim të funksionimit të përgjithshëm, social, ose okupacional.

Shënim: SDM e rëndë mund të paraqitet me simptoma psikotike të cilat përfshijnë deluzionet (e fajësisë, sëmundjes, të ndëshkimit, katastrofës, paranojës) dhe/ose Halucinacione (të dëgjimit, zëra ofendues, akuzues, vizuale; sheh demonë, vdekjen, etj., ose olfaktore: nuhatje të aromave të tmerrshme)

Manaxhimi

Trajtimi duhet të përshtatet në bazë të historisë, përgjigjeve të shkuara, dhe ashpërsisë së sëmundjes ashtu dhe në bazë të komorbitetit, sëmundjeve shoqëruese

Jo farmakologjik

Për depresionin e lehtë dhe të moderuar përdoret në kombinim me farmakoterapinë: terapia konjitive dhe e sjelljes, terapia interpersonale, e zgjidhjes së problemit, etj..

Për depresionin e rëndë merrni në konsideratë ECT (terapinë elektrokonvulsive)

Trajtimi farmakologjik

Për depresionin e lehtë dhe të mesëm dhe të rëndë:

Terapia duhet të zgjasë për 6-12 muaj pas remisionit për pacientët që kanë episodin e parë depresiv.

Shumica e të moshuarve me depresion madhor kërkojnë terapi mbajtëse me antidepressive. Siguroni një fillim adekuat për 4-6 javë duke e titruar gradualisht deri në dozën terapeutike; nëse nuk përgjigjet mirë, mendoni të ndryshoni mjekimin me një bar të linjës së parë apo të linjës së dytë, ose konsultë apo referim tek psikiatri.

Kombinimi i antidepressantëve mund të çojë në efekte anësore të rënda.

Përzgjedhja e antidepressivëve (shih tabelën I)

- Zgjedhje e parë: linja e parë; SSRI (selektive serotonin-reuptake inhibitors) frenuesit e rikapjes selektive të serotoninës)
- Zgjedhje e dytë: linja e dytë; mendoni për Venlafaxine, duloxetine, mirtazapine, ose bupropion
- Zgjedhje e tretë: linja e tretë; mendoni të shtoni antidepressivë të linjës së parë ose antidepressivët e linjës së dytë, me aripiprazole, ose SSRI me buspirone, ose bupropion

Tabela I. Antidepressivët që përdoren për moshën e tretë (T=tabletë, C=Kapsulë, S=likuid, Sr=depo)

Klasa e mjekimit	Doza e fillimit	Doza e përdorshme	Formulimet	Komente (metabolizmi, ekskretimi)
SSRIs				Efektet anësore ;EPS, hiponatremi, rrezik i lartë për gjakrrjedhje të sipërme gastrointestinale, suicid (në fillimin e hershëm të mjekimit), rrezik toksiciteti me metililin blu
Citalopram(nuk është në listën e rimbursimit)	10-20mg	20-30 mg/d	T;20,40,60 S;5mg/10ml	
Escitalopram	10mg/d	10-20 mg/d	T; 10,20	
Fluoxetine	5mg	5- 60mg/d	T;10;C;10,20,40 S;20mg/5ml; C:SR90 (doze javore	Gjysmë jeta e veprimit e gjatë mund të lejojë, shpeshësi dhe dozim më të ulët, mund të japë pagjumësi më shumë se SSRI e tjerë

Fluvoxamine (nuk është në listën e rimbursimit)	25mg	100-300mg/d	T:25,50,100	Nuk është aprovuar si antidepresiv në USA
Paroxetine(nuk është në listën e rimbursimit)	5mg	10-40mg/d	T: 10, 20, 30, 40	I dobishëm kur simptomat e ankthit janë prominente; me rrezik të lartë për të dhënë simptomatike të varësisë nga bari, marrje mendsh)
Sertraline (nuk është në listën e rimbursimit)	25mg	50-200mg/d	T: 25, 50, 100 S: 20mg/ml	
Mjekime Shtesë				
Methylphenidate (nuk është në listën e rimbursimit)	2.5-5 mg ora 7 mëngjes- pasdite	5-10mg ora 7 mëngjes- -pasdite	T: 5, 10, 20	Trajtim afatshkurtër i depresionit ose i apatisë në të moshuarit e sëmurë fizikisht: përdoret si një mjekim shtesë
Mirtazapine (nuk është në listën e rimbursimit)	15 mg	15-45mg/d	T: 15, 30, 45	Mund të japë shtim të oreksit, përgjumje
Antidepresivet Triciklike TCA				
Desipramine	10-25mg	50-150mg/d	T: 10, 25, 50, 75, 100, 150	Niveli terapeutik në serum >115ng/mL
Nortrptiline	10- 25mg	75- 150mg/d	C:10, 25, 50, 75, S:10mg/5mL	Dritarja terapeutike (50-150ng/ mL)
<i>(Të dyja këto barna nuk janë ende të regjistruara në vendin tonë)</i>				
SNRIs (serotonin norepinephrine-reuptake inhibitors)				
Venlafaxine (nuk është në listën e rimbursimit)	25-50mg	75-225mg/d në doza të ndara	T: 25, 37, 5, 50, 75, 100	Aktiviteti i ulët antikolinergjik; sedcion apo hipotension minimal; mund të rrisë BP dhe QT: mund të jetë i dobishëm kur janë prezente dhimbje somatike; mund të japë EPS, varësi, hiponatremi

Antidepresivët që duhet të evitohen tek moshat e treta

- Amitryptiline: antikolinergjik, sedatues, hipotensiv
- Amoxapine: antikolinergjik, sedatues, hipotensiv; gjithashtu shoqërohet me EPS, diskinezi tardive dhe sindromin malinj neuroleptik.
- Doxepin: antikolinergjik, qetësues, hipotensiv
- Imipramine: antikolinergjik, sedative, hipotensiv
- Maprotiline: konvulsione, përskuqje (rashe)
- Protiptyline: shume antikolinergjik; mund të jetë stimulues
- St.John's wort: (ndërveprime me barna, fotosensivitet, hipomani (mjekim në SHBA)
- Trimipramine: antikolinergjik, sedative, hipotensiv

Terapia elektrokonvulsive ECT

Në përgjithësi është e sigurt dhe shumë efektive. Komplikacionet më të rënda janë konfuzion të përkohshëm, aritmi, rrëzimet

Indikacionet:

- në depresionin e rëndë kur një përmirësim i shpejte është shumë i nevojshëm,
- kur depresioni është rezistent ndaj terapisë me barna,
- për pacientët që nuk mund të tolerojnë mjekimin me barna antidepresive,

- që kanë pasur përgjigje të mirë të mëparshme ndaj ETC,
- në depresionin psikotik, katatoninë e rëndë,
- ose depresion me sëmundjen e Parkinsonit.

Vlerësimi

- Përpara se të kryeni ETC, bëni një CXR (grafi rreze-X), ECG (elektrokardiogram, elektrokardiografi), nivelin e elektroliteve, dhe ekzaminimin e kalciumit.
- Teste shtesë, (psh. të stresit, neuroimazheri, EEG (elektroencefalogram) përdoren në mënyrë përzgjedhëse.

Kundraindikimet:

- presion i rritur intrakranial,
- tumor intrakranial,
- MI Brenda 3 muajve (relative)
- Infarkt ishemic brenda 1 muaji (relativ)
- Konsideroni trajtim mbajtës ECT kur:
- Histori e mëparshme për përgjigje të sëmundjes ndaj ECT
- Rezistencë ose intolerance ndaj mjekimit
- Komorbidet mjekësor serioz
- Më efektiv se farmakoterapia pas ETC së suksesshme

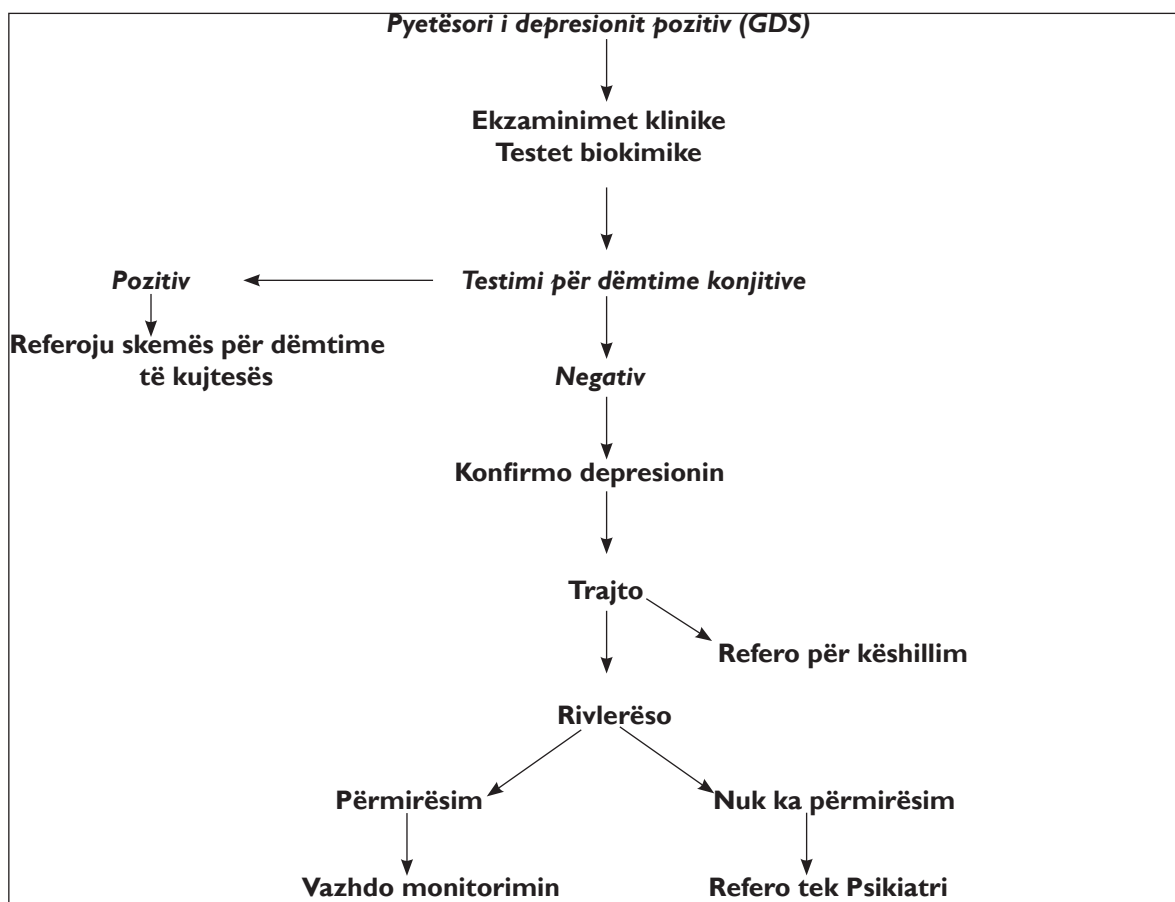
Depresioni dhe sëmundja e Parkinsonit:

Pacientët me sëmundje të Parkinsonit dhe depresion mund të përfitojnë më shumë nga Nortriptilina se SSRI. Pramipexole gjithashtu mund të reduktojnë simptomat depresive në mënyrë të pavarur nga simptomatika motore.

Referoni dhe koordinoni me mjekun specialist psikiatër kur [D]:

- Identifikohet ose dyshohet rreziku për suicid
- Vështirësi në diagnostikim
- Mjeku i familjes nuk ndjehet fort i sigurt (rehat) për menaxhimin e depresionit të pacientit.
- Diagnoza është e paqartë dhe e komplikuar nga faktorë të tjerë psikiatrik. (P.sh. çrregullim bipolar, psikozë, ankth.)
- Në rastet me komorbidet me sëmundje të tjera mjekësore, neurologjike
- Mjekimi dështon ose mostolerim i antidepressivëve.
- Simptomatike e moderuar deri në të rëndë
- Manaxhimi është kompleks, përgjigja ndaj mjekimit me dozë terapeutike nuk është optimal, ose duhet të përshkruhen shumë agjentë farmaceutik (polifarmaci)
- Për Këshillim shtesë kur kërkohet
- Situatë e ndërlikuar sociale
- Duhet të kalojë në psikoterapi ose kur kërkohet shtrim në spital
- Ti nënshtrohet ECT

Algoritmi i vendimmarrjes për Manaxhimin e Depresionit për Moshën e Tretë



2. Çrregullimi Bipolar në moshën e tretë

- 5%-19% të çrregullimeve të humorit në Moshat e treta
- Zakonisht fillon në fillimet e moshës së rritur, histori familjare e shkuar
- 10% mund të shfaqet pas moshës 50 vjeç
- Periudhë e dukshme anormale dhe persistente të shenjave të humorit të lartë, ekspansiv, ose të irrituar, për më shumë se një javë
- Simptomatika mund të përfshijë vrapim të mendimeve, shpejtim të folurit, ulje e nevojës për gjumë, shpërqëndrim, deluzione të madhështisë.
- Një episod i vetëm maniakal është i mjaftueshëm për diagnostikim nëse shkaktarët dytësor janë përjashtuar
- Një shfaqje e vonshme e manisë mund të jetë dytësore pasojë e traumës së kokës, infarkt të trurit, deliriumit, ose sëmundjeve të tjera neurologjike, abuzimit me alkool, ose barna (psh. Kortikosteroideve, L-dopas, tiroksinës)
- Përdorni aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperdone, ose ziprasidone për maninë akute, (shih tabelën për barnat në çrregullimin psikotik) dhe D?C antidepressivet nëse merr
- Nëse kalon në depresion Lamotrigina mund të jetë e dobishme
- Filloni trajtim afatgjatë (shih tab 3) sa më shpejt të jetë e mundur sapo pacienti është i aftë të pajtohet me mjekim nga goja

Tab.2. Barnat për manaxhimin e Çrregullimit Bipolar

Çrregullimi	Mania		Depresioni	
Bari	Akut	Mjekim mbajtës	Akut	Mjekimi mbajtës
Antipsikotikët e Gjeneratës së dytë	Të gjithë +	Aripiprazole+ Olanzapine +/-	Quetiapine + Olanzapine+/-	Olanzapine +/-
Stabilizuesit e humorit				
Litium (nuk është në listën e rimbursimit)	+	+	+	+
Valproate	+	+/-	-	+/-
Lamotrigine	=	+/-	+	+
Carmazepine	+	+/-	?	+/-
Antidepressivët				
SSRI	Mënjanoi	Mënjanoi	+	+
TCA	Mënjanoi	Mënjanoi	-	-

Shënim: + = evidenca e mbështet përdorimin; +/- =evidencë e pakët që mbështet përdorimin; - = evidenca nuk e mbështet përdorimin; ? = nuk është studiuar.

Tab.3. Trajtimi afat gjatë i çrregullimeve bipolare

Bari	Doza e fillimit	Doza ditore	Formulimet e barit	Komente
Litium	150mg/d	300-900mg/d Niveli 0.4-0.8 mEq/L	T: 300; T: ER 300; T: CR 450; C: 150, 300, 600; Syr 300 mg/mL	Rrezik për toksicitet SNQ; dëmtime konjitive; hipotiroidizëm; ndërveprim me diuretikët, ACEIs, me bllokuesit e kanalit të kalciumit, NSAIDs
Carmazepine	100mg	800 – 1200 mg/d Niveli 4-12 mcg/L	T: 100,200, 400	Ndërveprime të shumta me barna; mund të shkaktojë SIADH; rrezik për leukopeni, neutropeni, agranalucitozë, trombocitopeni; monitoro CBC; përgjumje, marrje mendsh
Acidi valproic	125 mg	750 mg/d ne doza të ndara Niveli 50-125 mcg/L	T: 125, 250, 500	Mund të shkaktojë shtim në peshë, tremor, ndërveprime me shumë barna, rrezik për hepatoksitet, pankreatit, neutropeni, trombocitopeni, monitoro LFT dhe pllakëzat e gjakut
Lamotrigine	25 mg/d	100-200 mg/d	T: 25, 100, 150, 200	D/C nëse ka rash; ndërveprim me Valproatin (kur përdorin së bashku, fillo me 25mg q48h, titro deri 25-100 mg q 12h); zgjat intervalin PR, përgjumja dhe dhimbja e kokës të zakonshme

Shënim: Evidencë e pakët tek moshë e tretë.

3. Çrregullimet e ankthit në moshën e tretë

Diagnoza

Çrregullimet e ankthit në tërësi janë një nga sëmundjet më të zakonshme të shëndetit mendor në moshën e tretë. Çrregullimi i ankthit të gjeneralizuar AGJ, dhe ankthi i mbivendosur në moshat e treta shpesh janë sekondare si pasojë e një sëmundjeje medikale, nga niveli i jetesës (cilësi e ulët e jetës), depresioni, ose efekte anësore apo zvenitje të barnave. DSM-IV rendit disa sëmundje të ankthit; Çrregullimi i përgjithësuar i ankthit; Çrregullim i ankthit si pasojë e një sëmundjeje medikale. Janë më të shpeshtë në moshën e tretë

Kriteret e DSM IV për Ankthin e Gjeneralizuar

Ankth i lartë dhe shqetësim në më të shumtën e ditëve për 6 ose më shumë muaj, për një numër ngjarjesh apo aktivitetelesh

- Vështirësi për të kontrolluar shqetësimin
- Nervozizëm dhe ndjesi e lartë alerti
- Lodhet lehtësisht
- Vështirësi në përqendrim ose “ mendja fushë”
- Tension muskolor
- Shqetësime të gjumit (vështirësi për të fjetur, apo gjumë i shqetësuar i parehatshëm)
- Ndjenja e ankthit dhe shqetësimit nuk kufizohen në aksin I të sëmundjes (sëmundje psikiatrike primare); shpesh, mbi rrethanat e jetës, mund të kapërcejë nga një gjendje tek tjetra
- Ankthi, shqetësimi, ose simptomat fizike mund të shkaktojnë stres të theksuar ose dëmtim në funksionimin e përditshëm në atë social dhe okupacional
- Çrregullimi nuk duhet të jetë pasojë direkte e efektit psikologjik të abuzimit me droga, barna apo e një sëmundje medikale; nuk ndodh me patjetër gjatë një çrregullimi të humorit, çrregullimi psikotik, ose çrregullimeve pervasive të zhvillimit.

Kriteret e DSM-IV për çrregullimin e Panikut

Një periudhë e caktuar frike e madhe ose diskonforti me 4 ose më shumë simptoma si më poshtë (gjithashtu duhet të zgjasë 10 minuta)

- Palpitacione, rrahje teëshpejta të zemrës
- Djersitje
- Ndjesi të humbjes së realitetit ose si i shkëputur nga vetja
- frikë se po çmendet dhe humb kontrollin
- Ndjenjë hutimi, i paqëndrueshëm, i lëkundur, i trulllosur ose të fikti
- nauze dhe shqetësim abdominal
- dridhje trupi
- ndjenja të marrjes së frymës
- diskomfort, ose dhimbje gjoksi (therje)
- frikë se po vdes
- parestezi
- përskuqje, fleshe të nxehta

Diagnoza Diferenciale

- Me Çrregullimin e panikut: atake paniku rekurente
- Me Sëm. mjekësore që japin ankth
- Sëm. Kardiovaskulare; aritmia, angina, IM, HF
- Sëm. Endokrine; hipotiroidizëm, hipoglicemia, feokromacitoma
- Sëm. Neurologjike; sëm. të lëvizshmërisë, epilepsia e lobit temporal, AD, ishemia
- Sëm. Respiratore: COPD, astma, embolizmi pulmonar
 - Kafeina
 - Nikotina
 - Kortikosteroidet
 - Psikotropet: Antidepresivet, Antipsikotikët, Stimuluesit Simpatomimetikët: Pseudoefedrina, B-agonistët
 - Hormonet e Tiroides: zëvendësuesit

- Barnat që japin ankth si:
- Gjendje e zvetënimit: të alkoolit, sedative, hipnotikëve, benzodiazeneve, SSRI
- Depresioni

Vlerësimi

- Histori e shkuar psikiatrike
- Rishikim i barnave: përshkrimi, OTC, alkoolit, kafeinës
- Vlerësimi i statusit mendor
- Ekzaminimi fizik: fokusohu në simptomat e ankthit (p.sh.: takikardia, shpeshtimi i frymëmarrjes, djersitja, tremori)
- Testet laboratorike: conider CBC, glukoza, TSH, B13, ECG, skrinimi për alkool

MANAXHIMI

Jo-farmakologjik

- Terapia konjitive mund të jetë e dobishme për Ankthin e gjeneralizuar, çrreg. të panikut, dhe OCD: individualisht ose në grup
- Zakonisht kombinohet me terapinë farmakologjike
- Kërkon një pacient pa dëmtime të funksionit njohës

Farmakologjik

Çrregullimi OCD: fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline: përzgjedhje sekondare: B-bllokuesit dhe gjenerata e dytë e antipsikotikëve

Çrregullimi i Panikut: Sertraline, Paroxetine; zgjidhje dytësore: B-bllokuesit dhe antipsikotikët e gjeneratës së dytë

Çrregullimi i Fobise Sociale: Paroxetine, Sertraline, Venlafaxine XR

Ankthi i Gjeneralizuar: Duloxetine, escitalopram, paroxetine, sertraline, venlafaxine XR

Sëmundje Post –traumës: Paroxetine, Sertraline

Buspirone (BuSpar): efektiv në **GAD** dhe ankthin, e në sëmundje medikale (evidencë geriartrike e limituar). Jo efektiv në ankthin akut, në Panik, ose OCD

Trajtimi për 2-4 javë për të reaguuar; doza për të moshuarit: 7.5-10mg (T: 5, 10, 15, 30) nuk jep varësi, tolerohet mirë, rënie të SNQ, ose ndërveprime të theksuara me barnat e tjera.

Benzodiazepinat; përdoren më shumë për ankthin akut, GAD, Panik, OCD (tab I)

Mënjaroni benzodiazepinat me veprim të zgjatur (psh. flurazepam, diazepam, chlordiazepoxide)

Lidhen me dëmtim konjitiv, rrëzime, përgjumje, dëmtime psikomotorë

Problematike me varësinë, tolerancën, heqjen, etj

Potencialisht fatale kombinuar me alkoolin ose depresantet e tjerë të SNQ

Rekomandohet vetëm përdorimi afat shkurtër (60-90 ditë)

Tabela I. Benzodiazepinat e rekomanduara për Çrreg. e Ankthit tek mosha e tretë		
Bari	Doza	Formulimi
Lorazepam	0.5mg në 2-3 doza të ndara në ditë	T: 0.5, 1.2; S: 2mg/ml; inj: 2mg/ml

Jo Benzodiazepinikët Hipnotikët:

Zolpidem, Zaleplon, Eszopiclone, dhe Ramelteon nuk mund të përdoren për Mjekimin e Çrregullimeve të Ankthit. (Shiko; Çrregullimin e gjumit)

4. Çrregullimet e gjumit në moshën e tretë

Klasifikimi

- Çrregullime të ritmit cirkadian
- Insomnia (vështirësi në fillimin apo mbajtjen e gjumit, ose cilësi e ulët e gjumit)
- Parasomnia (çrregullim i zgjimit, zgjim i pjesshëm, dhe tranzicion i gjendjeve të gjumit)
- Hypersomnea me origjinë qendrore (psh., narkolepsia)
- Çrregullimet e frymëmarrjes të lidhura me gjumin (apnea e gjumit obstuktive qendrore dhe hipoventilimi i gjumit-sindromat e hipoksisë)
- Çrregullimet e lëvizshmërisë të lidhura me gjumin (psh. Sindroma e këmbëve të shqetësuara, çrregullimi i lëvizjes periodike të gjymtyrës)

Insomnia (pagjumësia)

Faktorët e rrezikut dhe faktorët agravues

- Sëmundje mjekësore të trajtueshme dhe sëmundje psikiatrike: sëmundje të përshtatjes, ankthi, periudha e zisë, kolla, depresioni, dispnea (kardiake ose pulmonare), nokturnuria, dhimbja, parestezia, sëm. e parkinsonit, stresi, ishemia, GERD)
- Mjekime që shkaktojnë ose agravojnë problemet e gjumit; alkooli, antidepressantët, b-blokuesit, bronkodilatatorët, kafeina, klonidine, kortikosteroidet, diuretikët, levodopa, metildopa, nikotina, fenitoinë, progesteron, kuinidine, reserpine, sedativet, simpatomimetikët përfshirë edhe dekonxhenstantet.

Manaxhimi: Terapia e kombinuar e sjelljes dhe farmakoterapia është më efektive. Përmirësimet e gjumit janë më të qëndrueshme në kohë me terapi sjellje, përfshirë dhe ndërprerjen e farmakoterapise dhe terapisë akute.

Jofarmakologjike

- Kontrollimi i stimulimit
- *Masa për përmirësimin e higjienës së gjumit:*
Gjatë ditës
 - Çohu nga shtrati në të njëjtën kohë çdo mëngjes pavarësisht sa fjetët një natë më parë
 - Pakësoni ose ndërprisni dremtitjet,
 - Ulni ose eliminoni përdorimin e alkoolit, kafeinës, dhe nikotinës veçanërisht përpara kohës së gjumit
 - Flini vetëm në shtratin tuaj, eliminoni gjumin e ditës
 - Në dhomën e gjumit
 - Mbani një orë të caktuar gjumi
 - Nëse jeni i uritur hani diçka të lehtë, por eliminoni ushqimet e rënda para gjumit
 - Mos lexoni apo shikoni TV në krevat

- Çlirohuni nga mendimet kur jeni shtrat, mos e kini krevatin si orë shqetësimi
- Zhvilloni një ritual të gjumit
- Kontrolloni ambientin ku flini (temp, qetësinë, errësirën)
- Vishni veshje të përshtatshëm të gjumit
- Nëse të ndihmon dëgjo muzikë të lehtë qetësuese
- Nëse nuk të zë gjumi për 15-20 minuta çohu nga krevati dhe bëj diçka qetësuese

Teknika relaksuese- fizike (relaksim muskujsh, etj ose mendore (imagjinata, meditimi, hipnoza)
Terapia e dritës

Trajtimi Farmakologjik: Principet e përshkrimit të banave për Çrreg. e gjumit

- Përdorni dozën efektive më të ulët
- Përdorni doza të ndërprera (2-4 herë në javë)
- Ngrini dhe ulni dozën gradualisht
- Ji vigjilent për rikthimin e pagjumësisë pas ndërprerjes së barit

Rekomandime me evidencë

- Mjeku në mënyrë periodike duhet të vlerësojë pacientin për pagjumësi gjatë ekzaminimit shëndetësor. III A
- Në një histori të thellë për insomninë është thelbësore të identifikohen shkaqet dhe pasojat. Një ekzaminim fizik është i rëndësishëm në vlerësimin e insomnisë në pacientët me sëmundje mjekësore. A III
- Terapia e sjelljes është efektive për insomninë tek të moshuarit. I A
- Jobenzodiazepinikët dhe agonistët e receptorëve të melatoninës janë barnat hipnotike më efikase dhe më të sigurta për mjekim. II-I B
- Të gjitha barnat e miratuara edhe nga FDA mund të japin efekte anësore të theksuara klinikisht. III A
- Antihistaminikët dhe antidepresantët, antikonvulsantët dhe antipsikotikët janë të shoqëruar me më tepër rrezik se përfitim në trajtimin e insomnisë, veçanërisht në të moshuarit. II–III B

Barnat e përdorura për çrregullimet e gjumit tek të moshuarit

Antidepresivët, qetësuesit

- Përdor ato barna antidepresive që këshillohen për moshën e tretë (në varësi të rëndesës dhe efekteve anësore)

Benzodiazepinat veprim–mesëm

- *Estalozam* ;0.5–1mg; 12-18h; efektiv në fillimin e gjumit
- *Lorazepam*; 0.25-2mg; (8-12H); efektiv në fillimin dhe mbajtjen e gjumit; jep rrëzime, humbje të kujtesës, kthim të pagjumësisë
- *Temapezam*; 7.5-15mg; (8-10h); përgjumje gjatë ditës mund të japë përdorimi i përsëritur i tyre; efektiv në mbajtjen e gjumit; vonesë në dhënien e efekteve

Jo benzodiazepiniket, veprim shkurtër

- *Eszopiclone* ; 1-2mg ; 5-6h; mënjano dhënien me vakte të rënda në yndyrna; nuk përdoret për ankthin

- *Zaleplon*; 5mg; 1h; mënjano marrjen me alkoolin dhe ushqimin
- *Zolpidem*; 5mg; 1.5-4.5h; jep konfuzion dhe axhitim por janë të rralla; mos i ndaj, shtyp apo përtyp

Hormone dhe agoniste të receptorëve të hormoneve

- *Melatonin*; 0.3–5mg 1h jo i ligjruara nga FDA
- *Ramelteon*; 8mg brenda 30 min ose në shtrat; dhe *Ramelteon* 1-2.6h; metabolit aktiv 2-5h; mos e jepni me ose menjëherë pas ushqimeve shumë të yndyrshme.

5. Çrregullimet psikotike në moshën e tretë

Diagnoza diferenciale

- Çrregullimi afektiv bipolar
- Delirium
- Demenca
- Mjekimet me barna/droga: agjentët antiparkinsonike, antikolinergjike, benzodiazepinikët, ose alkooli (përfshirë edhe varësinë), simulantët, kortikosteroidet, mjekimet kardiake, (psh. digitalet), analgjezikët, opioidët
- Çrregullimet deluzionale (paranoide) të moshës së vonë
- Depresioni madhor
- Sëmundje të tjera: hipo-ose hiperglicemia, hipo-ose hipertiroidizmi, disekuilibri i kaliumit ose i natriumit, sindromi Cushing, sëmundja e Parkinsonit, deficienca e vit. B12, deprivimi i gjumit, AIDS
- Dhimbja e patrajtuar
- Skizofrenia
- Lezione të strukturuar të trurit: tumore ose Infarkte
- Çrregullimet konvulsive: psh. të lobit temporal

Faktorët e rrezikut për çrregullime psikotike tek moshat e treta: qëndrimi kronik në shtrat, dëmtimet konjitive, gjinia femër, dëmtime të sensoriumit, izolim social

Manaxhimi:

- **Lehtësimi i shkaqeve kryesore fizike**
- Lehtësoni apo përmirësoni faktorët e identifikueshëm psikosociale
- Nëse simptomat psikotike janë të rënda, frikësuese, ose që mund të prekin sigurinë, përdorni antipsikotikët
- Aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, janë zgjedhje e parë pasi japin më pak efekte anësore
- (TD është ekstremisht më i lartë në të moshuarit kur përdoren antipsikotikë të gjeneratës së parë)
- Shiko tabelën dhe tabelën për efektet anësore të gjeneratës së dytë
- Të gjithë antipsikotikët mund të rrisin mortalitetin të moshat e treta

Tabela. Pasqyra e barnave për trajtimin e psikozës

Klasa/bari	Doza	Formulimi	Komente
Antipsikotikët e gjeneratës së dytë			
Clozapine	25-150 (1)	T: 25, 100, ODT: 12.5, 25, 100	Mund të jetë e dobishme në Parkinsonizëm dhe TD; rrezik sinjifikativ për neutropeni dhe agranulocitozë
Olanzapine	2.5 –10 (1)	T: 2.5, 5, 7.5, 10, 15, 20; ODT: 5, 10, 15, 20	
Paliperidone	3-12 (1)	T: ER 3, 6, 9	CrCl 51- 80 mL/min, max 6mg/d; CrCl<ose= 50mL/min, max3mg/d; Të dhëna shumë të limituara për moshën e tretë
Quetiapine	25-800 (1-2)	T: 25, 100, 200, 300,	
<u>Risperidone</u>	0.25-1 (1-2)	T: 0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4, ODT: 0.5, 1, 2, 3, 4 S: 1 mg/mL IM veprim të gjatë: 25, 37, 5 dhe 50 mg/2mL	EPS në varësi të dozës; nuk përdoret forma IM për trajtim akut; mos kaloni 6mg (L,K)
Antipsikotikët e gjeneratës së parë me Potencial të Ulët			
Thioridazine	25- 200 (1-3)	T: 10, 15, 25, 50, 100, 150, 200 S: 300 mg/mL	Efekte antikolinergjike, ortostatike, zgjatje të intervalit QT, përgjumje, TD; vetëm për përdorim akut
Antipsikotikët e gjeneratës së parë me Potencial të mesëm			
Perphenazine	2-32 (1-2)	T: 2, 4, 8, 16	Rrezik për TD për përdorimin e gjatë të Barit
Antipsikotikët e gjeneratës së parë me Potencial të lartë			
Haloperidol	0.5 – 2 (1-3); depot 100-200mg IM q4javë	T: 0.5, 1, 2, 5, 10, 20 S: conc 2mg/ml Inj: 5mg/mL (lactate)	EPS; TD; vetëm për përdorim akut

Shënim: *me shkronja italike* = të preferuara për përdorim në moshën e tretë por nuk do të thotë rrezik i ulët; mund të rritet mortaliteti në të sëmurët me demencë

Tabela: Efektet anësore të antipsikotikëve të gjeneratës së dytë						
	Aripiprazole	Clozapine	olanzapine	Quetiapine	Risperidone	Ziprasidone
Niveli i evidencës	CR	CR	RCT	RCT	RTC	CR
Kardiovaskulare						
Hipotension	?	0/+++	+	+++	+	?
Zgjatje te QT	?	+	+	+	+	++
Endokrine/metabolike						
Shtim në peshë	?	+++	+++	++	++	?
Diabet	?	+++	+++	++	++	?
Hipertrigliceridemi	0	+	+	0	?	0
Hiperprolaktinemi	?	?	?	?	+++	+
Gastrointestinale						
Nausea, të vjella, Konstipacion	0	?	0	+	?	?
Neurologjike						
Simp. Ekstrapiramidale	?	?	+	?	+++	+
Konvulsione	?	+++	?	?	ND	ND
Sedacion	?	+++	+	+	+	?
Sistemime						
Antikolinergjike	0	+++	++	+	0	?
Sindroma neuroleptike malinje	ND	+	ND	ND	+	ND

CR= raportim rasti; RCT= studime klinike të randomizuara; ND= nuk ka të dhëna ?= efekt i paqartë

0= nuk ka efekt

+ = efekt i lehtë; ++ = efekt i mesëm; +++ = efekt i rëndë; 0/+++ = pa efekt deri në efekt të rëndë në rastet e ndërveprimit me barna.

Tabela . **Manaxhimi i efekteve anësore të mjekimit me antipsikotikë**

Efekti anësor	Trajtimi	Komente
Parkinsonizmi i induktuar nga bari	Ulni dozën ose ndryshoni barin ose klasën e tij	Zakonisht i varur nga dozimi; mënjanoni agjentet antikoliërgjike
Akatizia (lëvizje papushim)	Mendoni të shtoni një B-blokues (psh. propranolol 20-40mg/dose një dozë të vogël benzodiazepinik (psh. Lorazepam 0.5mg q12h	Gjithashtu i pranishëm edhe në gjeneratën e dytë të antipsikotikëve; më i shpeshtë me antipsikotikët tradicional
Hipotension	Tritim i ngadalte; ulni dozën; ndryshoni klasën e antipsikotikut	Më i zakonshëm në agjentet me potencial të ulët
Sedacioni	Ulni dozën; jepni barin në kohën e gjumit; ndryshoni klasën e barit	Më i zakonshëm në agjentet me potencial të ulët
TD	Ndaloni barin (nëse është e mundur); përdorni antipsikotikë të gjeneratës së dytë (psh. Aripiprazole, quetiapine) me potencial të ulët për EPS	Me rrezikshmëri të lartë në pacientët e moshuar; mund të jetë i parikthyeshëm

Shënim: një ri vlerësim periodik (4 herë/ muaj) i dozimit të antipsikotikut dhe nevojës për të në vazhdimësi është i rëndësishëm. Pacientët e moshuar janë veçanërisht sensitiv ndaj efekteve anësore të antipsikotikëve. Gjithashtu ekziston një rrezik i lartë për te dhënë TD. Vlerësimi periodik i përshkallëzimit të efekteve anësore tek këta pacientë është shumë i rëndësishëm dhe shumë i rekomanduar (A)

6. Çrregullimet konjitive tek moshat e treta

Dëmtimet konjitive duhet të dyshohen kur ka një histori që dëshmon për një rënie dhe përkeqësim, të statusit social dhe funksional të përditshëm. Kjo mund të observohet direkt ose të raportohet nga pacienti, familjarët, shokët, miqtë e afërm, dhe/ose personat kujdestarë për pacientin.

Simptomat e dëmtimit konjitiv

- ❖ Pyet të njëjtën pyetje në mënyrë të përsëritur
- ❖ Nuk mund të kujtojë ngjarjet recente
- ❖ Nuk mund të përgatisin vaktet ushqimore ose harrojnë që kanë ngrënë
- ❖ Harrojnë fjalë të thjeshta, ose emrin e objekteve
- ❖ Humbin nëpër lagjen e tyre dhe nuk dinë si të kthehen në shtëpi
- ❖ Vishen në mënyrë të papërshtatshme (psh, veshje vere në dimër)
- ❖ Kanë vështirësi në gjetjen e kartëmonedhave faturave, dhe s'arrijnë të kuptojnë konceptet të tilla si ditëlindjet
- ❖ Në mënyrë të përsëritur harrojnë se ku vendosin gjërat; vendosin objektet në vende të papërshtatshme
- ❖ Kanë luhajte të humorit pa asnjë arsye të dukshme dhe veçanërisht pa ndonjë histori psikiatrike
- ❖ Ka ndryshime dramatike të personalitetit; mund të bëhen dyshues, të tërhequr, apatike
- ❖ Bëhen shumë pasiv dhe kërkojnë shtysë që të involvohen

Gjatë vizitës, diferenconi, trajtoni, dhe përjashtoni shkaqet kontribuuese dhe/ose të riparueshme siç janë sëm., e tiroides, hiperkalcemia, varësia nga alkooli, demenca, deliriumi, depresioni dhe efektet anësore të barnave janë kondicionet kryesore që duhet të merren në konsideratë në çrregullimet konjitive.

7. Demenca

Rekomandime madhore për menaxhimin e demencës (bazuar në evidencë)

Diagnoza

Anamneza dhe diagnoza diferenciale

- Sipas kritereve të “Diagnostic and Statistical Manual”, edicioni i 4-t (DSM-IV), ose “National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer’s disease and related Disorders Association“(NINCDS-ADRDA). (B)

Testet fillestare konjitive

- Në individët që dyshohen për dëmtime konjitive duhet testuar Mini-Mental State Examination (MMSE) për diagnostikimin e demencës, Screening for Comorbid Conditions (B)
- Si pjesë e vlerësimit duhet bërë dhe vlerësimi për depresion (B)

Imazheria

- (CT) skaner do formonte në mënyrë ideale pamjen diagnostike për demencën e dyshuar. (C)

Roli i Electroencephalografisë

- (EEG) nuk rekomandohet si ekzaminim rutinë për investigimin e demencës. (B)

Testet neuropsikologjike

- Testet neuropsikologjike duhet të përdoren për diagnostikimin e demencës sidomos tek të sëmurët ku demenca nuk është klinikisht e dukshme. (B)

Ndërhyrjet jo-farmakologjike

Menaxhimi i sjelljes

- Menaxhimi i sjelljes mund të përdoret për të reduktuar depresionin në pacientët me demencë.(B)

Programe intervencionuse për kujdestarët e pacientëve me demencë

- Kujdestarët duhet të marrin trajnime të plota mbi ndërhyrjet efektive të të sëmurëve me demencë. (B)

Stimulimin konjitiv: U duhet ofruar pacientëve me demencë. (B)

- Terapia për Orientimin e Realitetit (Reality Orientation Therapy): Ndërmerret nga një mjek i përgjithshëm me njohuri në këtë fushë, mbi baza individuale, me pacientë të çorientuar në kohë, vend, dhe veten. (D)

Aktivitete rikrijuese: Duhet tu prezantohen njerëzve me demencë për të rritur cilësinë e jetës dhe mirëqenien.(B)

Ndërhyrjet farmakologjike

Inhibitorët e kolesterolit

Donepezil- (nuk është në listën e rimbursimit)

- Donepezil, me dozë ditore 5mg dhe më shumë përdoret për trajtimin keqësimit konjitiv të të sëmurëve me Alzheimer. (B)
- Donepezil, me dozë ditore 5mg dhe më shumë mund të përdoret për menaxhimin e simptomave shoqëruese tek të sëmurët me Alzheimer.(B)

Galantamine-(nuk është në listën e rimbursimit)

- Galantamine, me dozë ditore 16mg ose më shumë përdoret për trajtimin e përkeqësimit konjitiv tek të sëmurët me Alzheimer dhe demencë mikse.(B)
- Galantamine, me dozë ditore 16mg ose më shumë mund të përdoret për menaxhimin e simptomave shoqëruese në njerëzit me sëm.Alzheimerit.(B)

Rivastigmine

- Rivastigmine, me dozë ditore 6mg dhe më shumë mund të përdoret për të trajtuar përkeqësimin konjitiv tek të sëm. me Alzheimer. (B)
- Rivastigmine, me dozë ditore 6mg ose >, për mjekimin e përkeqësimit konjitiv tek të sëmurët me demenceëme Lewy bodies. (B)
- Rivastigmine, me dozë ditore 6mg ose >, mund të përdoren për menaxhimin e simptomave shoqëruese tek të sëmurët me demencë me Lewy bodies. (B)

Antidepressivët:Antidepressivët mund të përdoren për trajtimin e depresionit komorbid në të sëmurët me demencë duke siguruar që përdorimi i tyre duhet të vlerësohet me kujdes për çdo pacient. (D)

Antipsikotikët: kur është e domosdoshme, antipsikotikët konvencionale, mund të përdoren me kujdes, sipas profilit të efekteve anësore të tyre , për të trajtuar simptomat shoqëruese të demencës.(A)

Intervencione klinike jo-efektive.

- *Anti-Inflamatorët*
Anti-inflamatorët nuk janë të rekomanduar për trajtimin e përkeqësimit konjitiv tek të sëmurët me Alzheimer's. (A)
- Hydroxychloroquine nuk është e rekomanduar për trajtimin e simptomatikës shoqëruese në njerëzit me demencë. (B)
- Prednisolone nuk rekomandohet për trajtimin e simptomatikës shoqëruese në njerëzit me Alzheimer. (A)
- *Oestrogen*
Oestrogen nuk rekomandohet për trajtimin e simptomave shoqëruese tek gratë me demencë. (B)
- *Selegiline*
Selegiline nuk rekomandohet për trajtimin e simptomave kryesore ose shoqëruese në njerëzit me sëmundje të Alzheimerit (A)

Intervencione pa evidencë të efektivitetit klinik

- Anticonvulsantet
- Valproate nuk rekomandohet për trajtimin e simptomave të sjelljes shoqëruar me demencë.(A)

Informacioni që duhet të diskutohet me pacientët dhe kujdestarët e tyre.

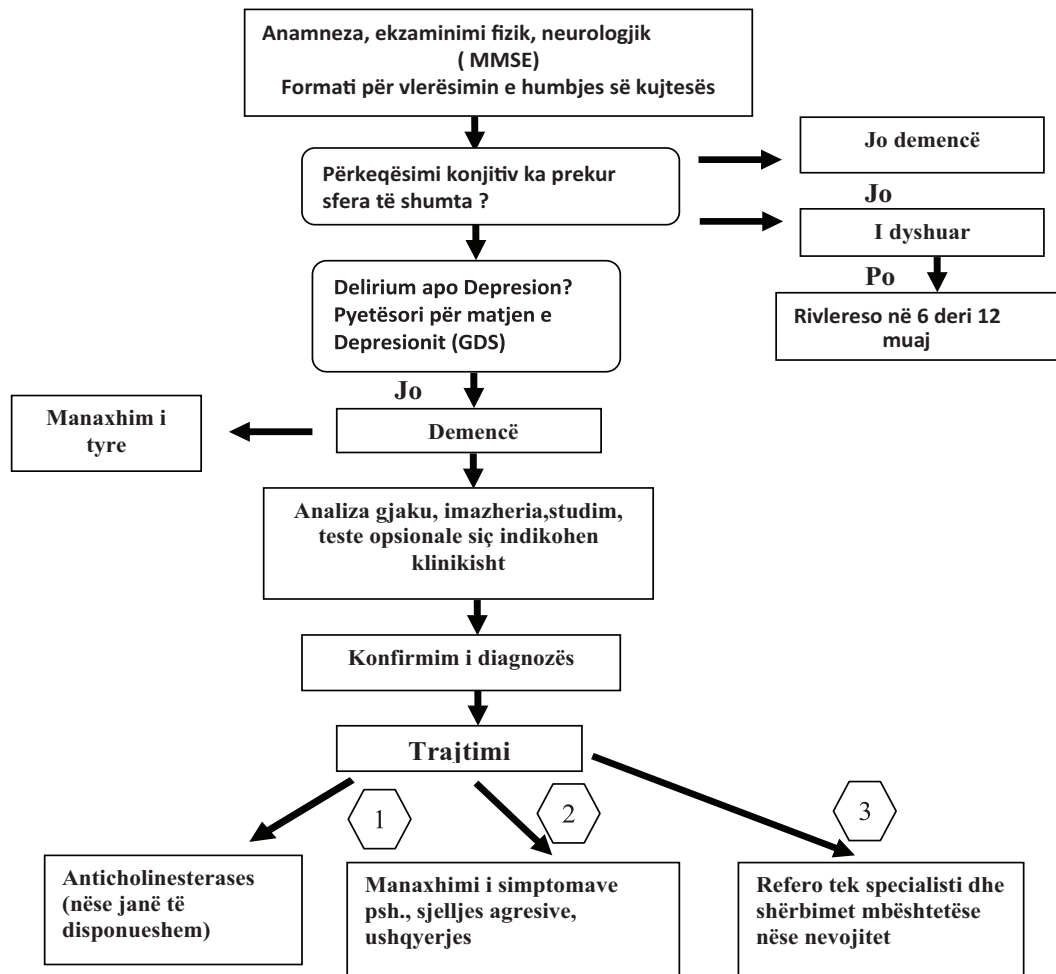
- Informacion mbështetës për pacientin dhe kujdestarin
- Pacientët dhe kujdestarët duhet të kenë materiale informative që të tregojnë për nevojat dhe perceptimet e tyre. (C)

Njoftimi i diagnozës

- **Profesionistët duhet të kenë parasysh se shumë njerëz me demencë mund të kuptojnë diagnozën e tyre, të marrin informacion, dhe të përfshihen në vendim marrje. (C)**
- **Profesionistët duhet të kenë parasysh se disa njerëz me demencë nuk kanë dëshirë të dinë për diagnozën e tyre. (C)**
- **Profesionistët e shëndetit duhet të kenë parasysh se në situata të caktuara zbulimi i diagnozës për demncë mund të jetë i papërshtatshëm. (D)**

Algoritmi i Menaxhimi të Humbjes së Kujtesës (Demencës)

(Testimi për dëmtim të kujtesës pozitiv)



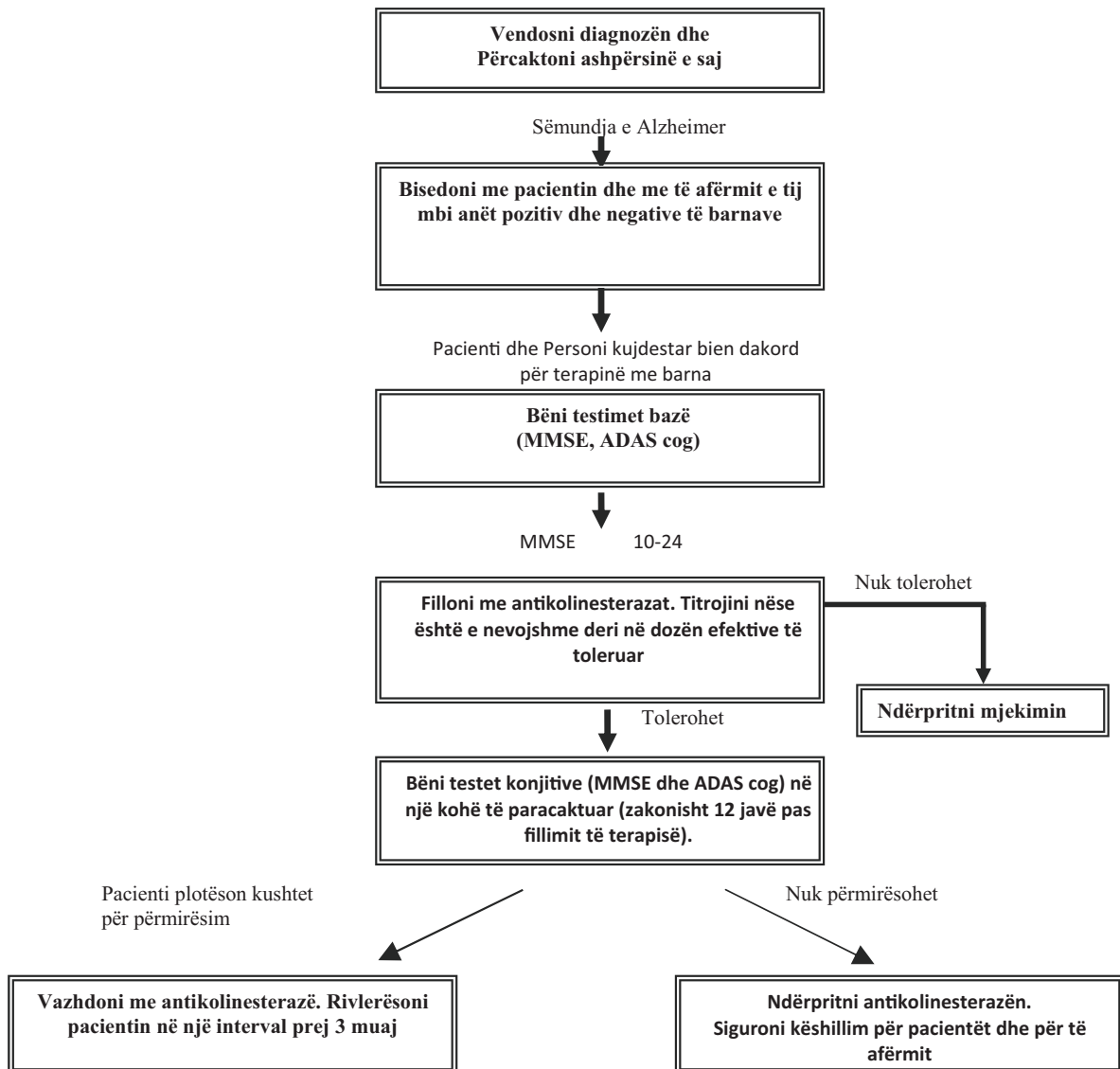
8. Trajtimi me Barna i Sëmundjes së Alzheimer-it

Të dhëna mbi Protokollin me Barna të Sëmundjes së Alzheimer-it

- Diagnoza duhet vendosur nga një specialist ashtu si dhe teste konjitive dhe funksionale
- Këshillimet duhet të përfshijnë njohjen me shkallën e efektit të barit, mundësinë e efekteve të padëshirueshme dhe mundësinë e dështimit të trajtimit.
- Teste konjitive të përdorura përfshijnë Ekzaminimin Minimal të Statusit Mendor (MMSE) dhe Shkalla e Vlerësimit e Sëmundjes Alzheimer- nënë shkalla konjitive (ADAs-COG). Disa e shohin jot ë përshtatshme këtë shkallë për përdorim rutinë. Një numër i madh vlerësuesish mund të përdoret.
- Barnat antikolinesterazë kanë treguar efektivitetet vetëm në rastet e lehta ose të moderuara – zakonisht një pikëzim MMSE prej 10 – 24.
- Efektet e padëshiruara përfshijnë të përziera, të vjella dhe diarre. Këto efekte janë më të rënda në doza të larta dhe kur titrohet shpejt.
- “Përmirësimi” zakonisht përcaktohet në mënyrë arbitrare, si një ndryshim i “i vlefshëm – kuptimplotë” në MMSE ose 4-5 pikë në ADAS cog. për 3 muaj.
- Pacientëve të cilët nuk i plotësojnë kriteret e para – përcaktuar mbi përmirësimet duhet t’u ndërpritet terapia dhe duhet të këshillohen (ata dhe kujdestarët e tyre) mbi simptomat e heqjes së barit.
- Pacientët që vazhdojnë terapinë dhe pas vlerësimit të trajtimi të parë, supozohet t’i përgjigjen mirë mjekimit dhe mund të vazhdojnë monitorimin e kujdesshëm. Kini parasysh se keqësimi pritët dhe tek ata njerëz të cilët përgjigjen mirë dhe vendimi për të ndërprerë mjekimin duhet marrë sipas rastit.
- Të gjithë barnat me efekte antikolinergjike duhet të mënjanoen të mos jepen. Barnat antikolinergjike mund të ulin efektin e kolinesterazës në të gjitha fushat si p.sh. kujtesa, aktiviteti, barra (pasha) e krijuar dhe sjellja të cilat mund të përkeqësohen.

Tabela VI-4		
Barnat që duhen shmangur		
Antipsikotikët	Antikolinergjikët	Antidepresivët
Klorpromazinë Klozapinë Olazapinë Promazinë Thioridazinë	Benzheksol Benztropinë Hyoscine Orfenadrinë Prociklidinë	Triciklikët Paroxetina IMAO-t

Algoritmi i Trajtitimit me Barna të Sëmundjes së Alzheimer-it



9. Deliriumi

- Personat e moshuar dhe personat me demencë, sëmundje të rënda ose frakturë e legenit janë më shumë në rrezik për delirium. Prevalenca e deliriumit në spital shkon rreth 20% në 30%, dhe 10% deri 50% e pacientëve për ndërhyrje kirurgjikale kanë çuar në delirium. Në qendrat e kujdesit afat-gjatë, prevalenca shkon poshtë 20%. Krahasuar me njerëzit që nuk shfaqin delirium, njerëzit që shfaqin delirium mund të:
 - Kenë nevojë të qëndrojnë më gjatë në spital ose renimacion.
 - Kanë një Incidencë të lartë për demencë
 - Kanë komplikacione spitalore më të larta, si rrëzimet, dhe shtrëngimet, dhe parapëlqehen më shumë të pranohen në qendra kujdesi afatgjatë sesa janë në spital
 - Rrezik të lartë për vdekje
 - Rekomandime mbi menaxhimin e deliriumit (Grada e Evidencës nga A-D)

Vlerësimi i rrezikut

- Kur pacienti paraqitet së pari në kujdesin afatgjatë apo në kujdesin spitalor, vlerësoni për faktorët e mëposhtëm të rrezikut: nëse ndonjëri prej tyre është prezent atëherë pacienti është në rrezik për delirium
- Mosha 65 vjeç ose më shumë.
- Dëmtime konjitive (të shkuara ose të tashme) dhe/ose demencë. Nëse dëmtimi njihës është i dyshuar, konfirmo duke përdorur një test standard dhe vlerësoni masën e dëmtimit konjitiv. (MMSE).
- Frakturë të tanishme të legenit.
- Sëmundje e rëndë (një sëmundje klinike që është e de-orientuese ose në risk për përkeqësim).

Indikatorët për Delirium gjatë vizitës

- Në prezantim, vlerëso njerëzit me rrezik të tanishëm (Brenda orësh ose ditësh) me ndryshime ose fluktuacione në sjellje. Mund të raportohet nga vetë i sëmurit, ose nga një afërm, apo kujdestari i tij. Jini veçanërisht vigjilent për sjellje që indikon Deliriumin hipo-aktiv (i markuar me shenjën (*)).

Këto ndryshime mund të prekin:

- Funksione konjitive; psh: përkeqësimi përqendrimit*, përgjigje e ngadalësuar*, konfuzion.
- Të perceptimit: psh, halucinacione vizuale ose auditive.
- Funksionet fizike: Psh. mobilitet i reduktuar*, lëvizje e ulur*, nervozizëm, axhitim, ndryshim në oreks*, shqetësime të gjumit.
- Sjellja sociale: psh: mungesë e bashkëpunimit, me arsye, tërheqje*, ose alterime në komunikim, humor, dhe/ose zakone.
- Nëse ndonjë nga këto ndryshime është i pranishëm, një mjek që është i trajnuar dhe kompetent në diagnostikimin e deliriumit duhet kryejë një vlerësim klinik për konfirmimin e diagnozës.

Masat parandaluese

- Siguro që njerëzit e dyshuar për delirium janë nën kujdesin e një ekipi shëndetësor të familjarizuar me pacientin në rrezik. Mënjano lëvizje të panevojshme.
- Jep një paketë intervencionuese të përshtatshme:
- Brenda 24 orëve të pranimit, vlerëso njerëzit për rrezik deliriumi.
- Bazuar në rezultatet e këtij vlerësimi, siguro një intervencion sipas nevojave individuale dhe ambientit. Shërbimin duhet ta ofrojë një ekip i mirë trajnuar dhe kompetent në trajtimin e deliriumit.

Diagnostikimi (vlerësimi klinik i specialistit)

- Nëse indikatorët e deliriumit janë prezent, kryej një vlerësim klinik bazuar në kriteret e “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV), dhe shkurtimit të “Confusion Assessment Method” (short CAM), për konfirmimin e diagnozës. Në urgjencë reanimacion ose në dhomën pas operative duhet të kryhet, CAM-ICU. Një mjek i trajnuar dhe kompetent në diagnostikimin e deliriumit duhet të kryejë vlerësimin. Nëse ka vështirësi në diag. diferenciale, trajto për delirium së pari.

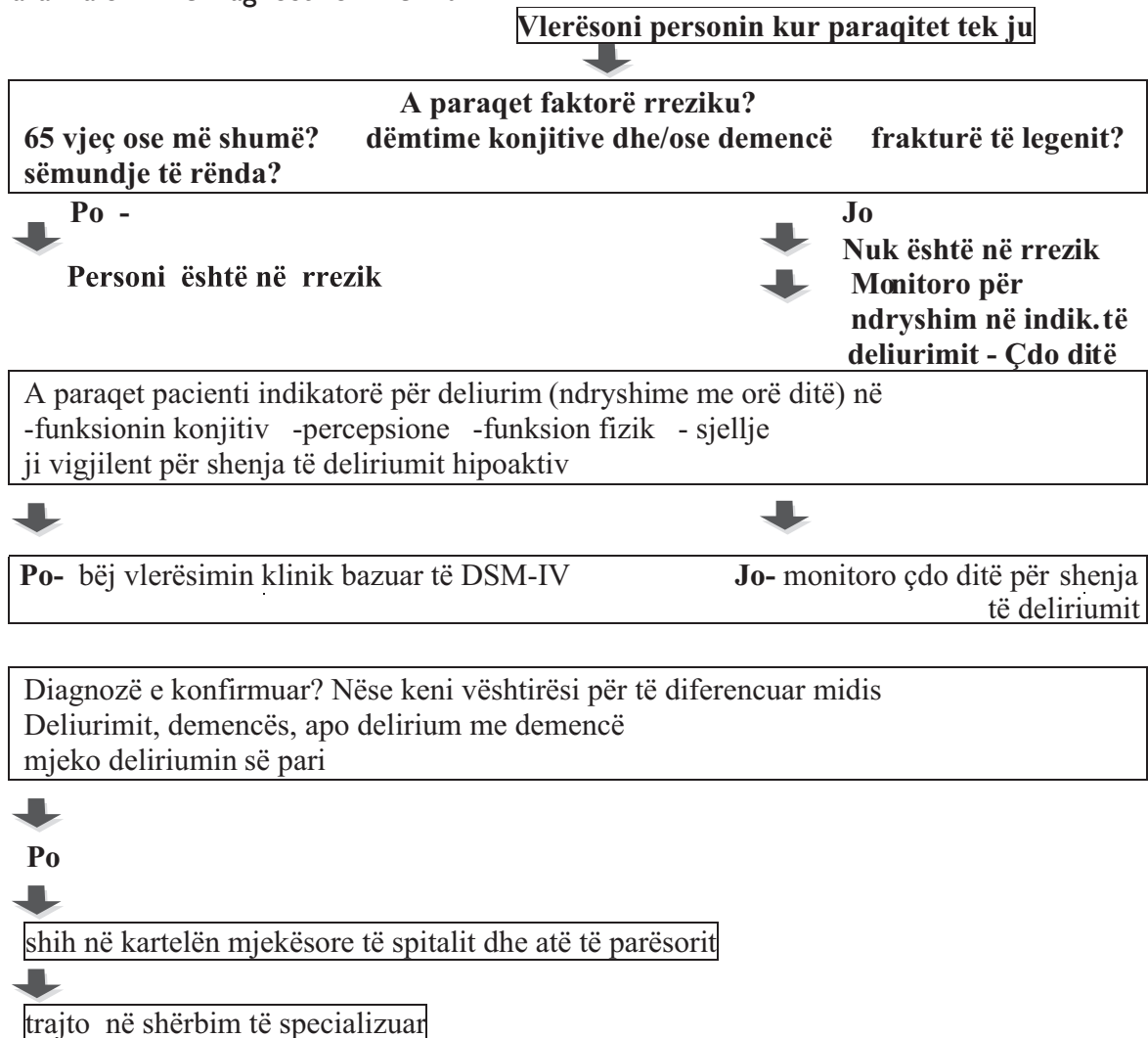
- Sigurohu që diagnostikimi për delirium të dokumentohet si në kartelën spitalore dhe në kartelën e kujdesit parësor të të sëmurit.

Manaxhimi fillestar

- Tek personat e diagnostikuar me delirium, identifikoni dhe menaxhoni shkaqet e mundshme ose të kombinuara.
- Siguro komunikim efektiv dhe riorientim (psh. shpjego se ku ndodhet, Kush është, dhe rolin tij) dhe jep ri-siguri për personat e diagnostikuar me delirium.
- Përfshini familjen, dhe të afërmit apo kujdestarët e të sëmurit. Siguro një ambient të përshtatshëm
- *Të sëmurët e deprimuar*: Nëse një person me delirium është i deprimuar ose përbën rrezik për vete dhe të tjerët dhe teknikat e qetësimit verbal dhe jo verbal nuk janë të përshtatshme, përdorni short term –mjekim (zak një javë ose më pak) haloperidol ose olanzapinë. Fillo me një dozë të ulët të duhur klinikisht dhe mateni me kujdes në përputhje me smpitomatikën.

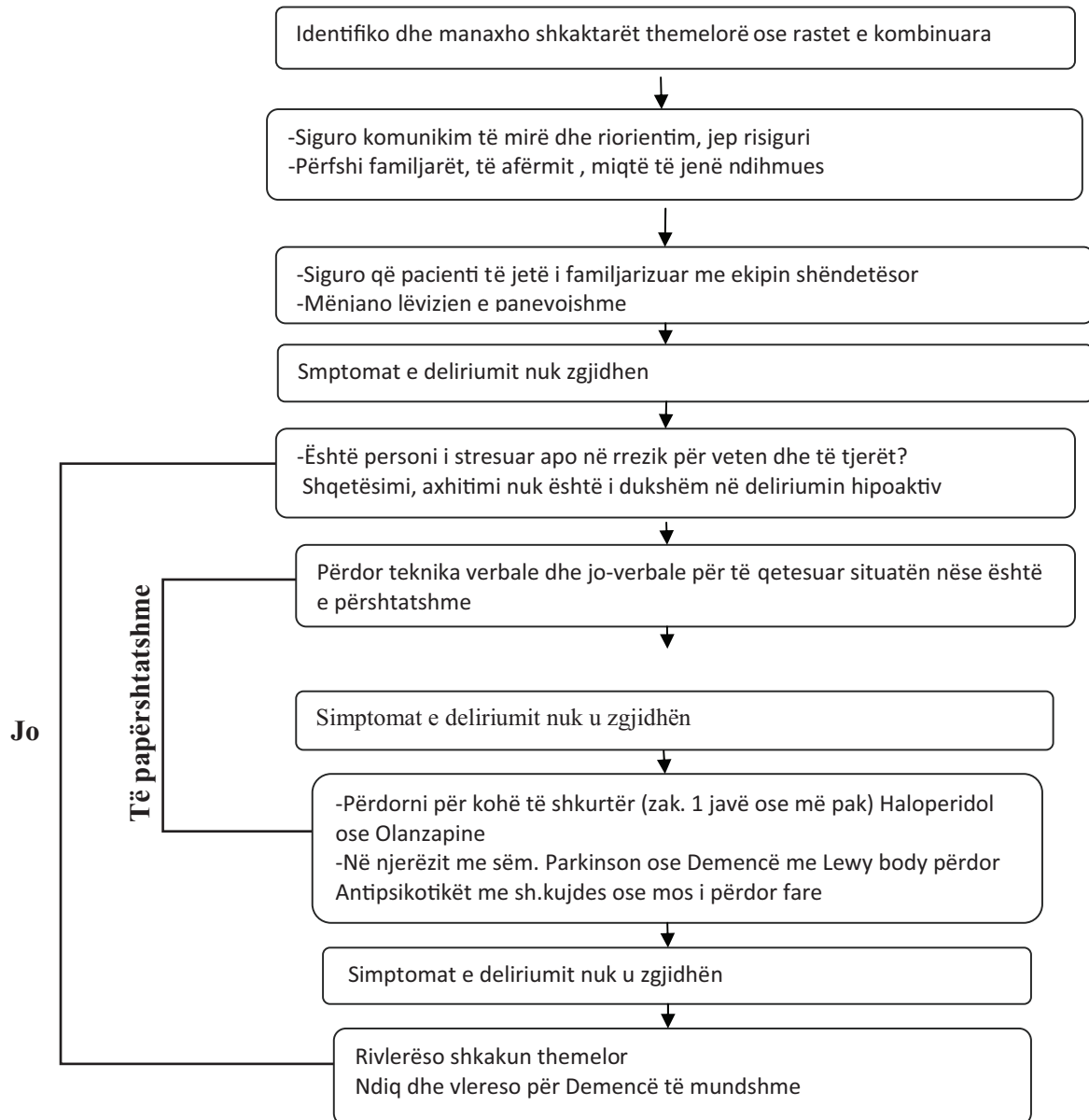
Algoritmi i parandalimit dhe trajtimit të deliriumit

Parandaloni dhe diagnostikoni deliriumin



*Mbani parasysh; Personat në rrezik për delirium:
vlerësoni për faktorë klinik që kontribuojnë për delirium çdo 24 orë!
siguroni një ndërhyrje shumë profesionale sipas nevojave të pacientit dhe mjedisit!
dhënë nga një ekip multidisciplinar i trajnuar dhe kompetent në parandalim!
siguroni që për të sëmurin të kujdeset një ekip mjekësor i njohur për ta!
mënjaroni lëvizjen e njerëzve brenda dhe midis pavijoneve ose dhomave pa qenë e domosdoshme!*

Algoritmi i trajtimit deliriumit



Shtojca: Pyetësi i Përshkallëzimit të Depresionit tek të moshuarit,

Skrinimi- vlerësimi paraprak me anë të pyetësit: GDS

Pyetësi për shkallëzimin e depresionit tek moshat e tretë ("Geriatric Depression Scale" (GDS))
(Yesavage et al, 1983).

Pyetësi 15-pyetjesh, për Skriningun e Depresionit në Moshat e Treta.

Udhëzime: Zgjidhni përgjigjen që u përshtatet së fundmi (edhe javën e kaluar).

1	A jeni në përgjithësi i kënaqur me jetën tuaj?	Po / jo	(Jo)
2	Ju ka rënë interesi në më të shumtën e aktiviteteve?	Po / jo	(Po)
3	A e ndjeni jetën tuaj bosh?	Po / Jo	(Po)
4	Ndiheni shpesh i mërzitur?	Po / Jo	(Po)
5	A ndiheni në formë të mirë shumicën e kohës?	Po / Jo	(Jo)
6	Keni frikë se diçka e keqe do t'ju ndodhë?	Po / Jo	(Po)
7	Ndiheni i lumtur shumicën e kohës?	Po / Jo	(Jo)
8	Ndiheni i pa-ndihmë?	Po / Jo	(Po)
9	Preferon të qëndrosh në shtëpi, se të dalësh dhe të bësh gjëra të reja?	Po / Jo	(Po)
10	Ndjen se ke më shumë se çduhet probleme me kujtesën?	Po / Jo	(Po)
11	Mendon se është mrekulli që je gjallë tani?	Po / Jo	(Jo)
12	A ndihesh me të vërtetë i pavlerë kështu si je?	Po / Jo	(po)
13	A ndihesh plot energji?	Po/ Jo	(Jo)
14	Mendon se situata jote është e pashpresë?	Po/ Jo	(Po)
15	Mendon se shumica e njerëzve janë më mirë (në jetë) se sa ti?	Po/ Jo	(Po)

Përgjigjet në kllapa përbri, ndikojnë për depresion të mundshëm.

Pikëzimi i mundshëm: ≥5 për versionin 15-pyetjesh