

PROTOKOLLET KLINIKE TË KUJDESIT PALIATIV

Miratuar nga Ministri i Shëndetësië,
me urdhër nr. 450, datë 24 Tetor 2014

Shoqata Shqiptare e Kujdesit Paliativ

Tiranë 2014

Autorët:

Dr. Fatmir Prifti	Shoqata Ryder Albania
Dr. Ali Xhixha	Shoqata Ryder Albania
Dr. Kristo Huta	Shoqata Shqiptare e Kujdesit Paliativ
Prof.Dr. Agim Sallaku	Shërbimi Onkologjisë, QSUT
Dr. Petro Mersini	Ministria e Shëndetësisë
Dr. Ilir Qefalia	Shërbimi Onkologjik në Banesë
Dr. Henrik Zotaj	Shërbimi Onkologjik në Banesë
Dr. Ornela Vasili	Shoqata Ryder Albania
Znj. Dhurata Gorica	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

Redaktoi dhe formatoi: Noel Mitri

PARATHËNIE

Shoqata Shqiptare e Kujdesit Paliativ prej vitesh ofron një kontribut domethënës për integrimin e kujdesit paliativ në sistemin e kujdesit shëndetësor. Aktiviteti i saj është përqendruar kryesisht në aktivitete lobuese, advokuese, edukuese dhe iniciativat për hartimin e një sërë dokumentesh të rëndësishëm si strategjia e kujdesit paliativ dhe plani e saj i veprimit, standardet e shërbimit, ligjin e kujdesit paliativ të sapo miratuar etj.

Gjithashtu, dokumenti i udhërrëfyesit klinik të kujdesit paliativ, programi i specializimit për mjekët, si dhe krijimi i njësisive të kujdesit paliativ në pesë spitale rajonale kanë paraprirë hartimin e protokolleve klinike të kujdesit paliativ.

Sot, mjekësia paliative tenton të zërë vendin e saj shumë të rëndësishëm në kujdesin shëndetësor, ajo ka në fokusin e saj pacientët që vuajnë nga sëmundje të avancuara, fundin e jetës dhe familjet respektive. Integrimi në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor mbetet një prioritet dhe një sfidë e madhe. Paralelisht, ofrimi i një shërbimi sa më cilësor dhe të specializuar është një nga objektivat kyç të strukturave përgjegjëse për këtë shërbim, me nevoja gjithnjë në rritje.

Është e njohur në praktikën klinike nevoja e madhe e një standardizimi të shërbimit për të siguruar një cilësi sa më të mirë të kujdesit ndaj pacientëve. Kjo realizohet nëpërmjet një shërbimi të kualifikuar, arritur nga stafi, duke vendosur procedura operacionale, ndërhyrje të bazuara klinike, terapeutike etj.

Ky dokument është fryt i një bashkëpunimi dhe partneriteti të ngushtë me Ministrinë e Shëndetësisë, Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, Shërbimit të Onkologjisë, Shërbimit Onkologjik në Banesë dhe Organizatave Jofitimprurëse të Kujdesit Paliativ. Në këtë kuadër, me urdhër të Ministrisë të Shëndetësisë nr. 129, të datës 31,03, 2014 u ngrit grupi i punës për përgatitjen e protokolleve të kujdesit paliativ.

Grupi i punës është bazuar në hulumtimin e disa modeleve dhe praktikave të suksesshme, në një literaturë bashkëkohore dhe në një proces konsultimi dhe diskutimi konstruktiv me profesionistë të ndryshëm të fushës.

Protokollet ju vijnë në ndihmë të gjithë profesionistëve që ofrojnë shërbim paliativ, si dhe atyre që kanë raste dhe mundësinë për të dhënë të tillë shërbim. Gjithashtu, përbëjnë mjaft interes për autoritetet që do mundësojnë ofrimin e shërbimit, do krijojnë qasje në medikamente, do të llogarisin kosto, do planifikojnë financimin apo hartojnë politika.

Janë përpiluar 12 protokolle kryesore që aktualisht hasen në kujdesin paliativ. Pasurimi dhe rishikimi i tyre mund të jetë objekt i ndërhyrjeve në të

ardhmen, sepse e tillë është dhe dinamika e zhvillimeve në fushat e shëndetësisë.

Ne e gjykojmë si thelbësore dhe vlerësojmë mbështetjen e ofruar gjatë gjithë procesit nga Fondacioni “Shoqëria e Hapur për Shqipërinë”, në veçanti atë të koordinatores së programit të shëndetit publik znj. Valbona Çarçani, për krijimin e këtij dokumenti të rëndësishëm, i cili adreson gjendjet apo situatat më të hasura dhe problematike të kujdesit paliativ.

Keto protokolleve klinike të kujdesit paliativ janë të miratuara nga Ministri i Shëndetësisë me urdhërin nr. 450, datë 24 Tetor 2014.

Protokollu Klinik: ASCITI

Rëndësia e protokollit

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Qëllimi

Ky protokoll jep rekomandime për vlerësimin dhe menaxhimin e këtij simptomi në pacientët e rritur (të moshës 19 vjeç dhe më shumë), që jetojnë me një sëmundje kërcënuese për jetën dhe vuajnë problematikat e ascitit.

Asciti mund të zhvillohet në 15% deri në 50% të pacientëve me sëmundje malinje, por shumica e rasteve (80%) me ascit do të lidhen me cirozën.

Përkufizimi

Asciti është akumulimi (efuzioni) i likidit brenda kavitetit peritoneal.

Standarti i kujdesit

- Vlerësimi
- Diagnoza
- Edukimi
- Trajtimi Jo-Farmakologjik
- Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimi

Vlerësimi i vazhdueshëm gjithëpërfshirës është themeli i menaxhimit efektiv të ascitit, duke përfshirë këtu anamnezën, vlerësimin fizik, vlerësimin e terapisë së përdorur, vlerësimin klinik dhe kirurgjikal, vlerësimin e ambientit fizik dhe psiko-social si dhe diagnostikimin e duhur. Vlerësimi duhet të përfshijë shkaktarin si dhe impaktin në cilësinë e jetës së pacientit dhe familjes së tij.

Modeli i standartizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është akronimi (O-onset, P-paliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Kur filloi? Sa shpesh ndodh?
Paliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Cili është shkaktari provokues? Çfarë e përmirëson? Çfarë e

	përkeqëson?
Quality (Cilësia)	Me çfarë të ngjason? A mund ta përshkruash atë? Si e vutë re shtimin në peshë?
Radiation (Përhapja)	Cilat pjesë shtyp? A shpërndahet?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i kësaj simptome (në një shkallë nga 0 në 10, ku 0 është aspak dhe 10 më e keqja e mundshme). Në këtë moment? Në momentet më të mira? Në momentet më të këqija? Në gjendjet mesatare? Sa ju shqetëson ky symptom? A ka simptoma të tjera shoqëruese të kësaj simptome, nausea, humbje oreksi, dhimbje?
Treatment (Trajtimi)	Çfarë terapie medikamentoze po përdorni në këto momente? Sa efektive është? A keni efekte anësore nga këto medikamente? Çfarë terapie keni përdorur në të shkuarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se po e shkakton këtë simptomë? Si po ndikon kjo simptomë mbi ju dhe familjen tuaj?
Values (Vlerat)	Cili është besimi, qëllimi juaj për këtë simptomë? Cila është vlera juaj e pranueshme për këtë simptomë (në një shkallë nga 0 në 10, ku zero është aspak dhe 10 më e keqja e mundshme). A ka ndonjë pikëpamje tjetër apo ndjenjë tjetër për këtë simptomë e cila është e rëndësishme për ju apo familjen tuaj?

2. Diagnoza

Ekzaminimet

- ECHO abdominale ose CT scan (informacion për sasinë e likidit).
- Paracenteza diagnostike mund të jetë e nevojshme, për të sqaruar llojin e ascitit.

Shenjat klinike

- Presioni abdominal, anoreksi, ngopje e shpejtë, të përziera, të vjella, dispnea dhe / ose orthopnea, rritje e perimetrit abdominal, tingull mat në perkusion, edema periferike, motilitet i ulur, ezofagiti nga refluksi dhe përjetimin i valës së levizjes së likidit gjatë perkusionit.

Shkaqet e ascitit:

- **Ciroza**, sëmundjet malinje parësore (ovar, endometri, kolon, pankreas, stomak, gjiri, bronket etj), me origjinë renale, me origjinë kardiake, limfoma abdominale, ngushtim limfatik post kirurgjikal ose radioterapi etj.

Llojet e ascitit:

- **Presioni i ngritur hidrostatik** - shkaktuar nga ciroza, insuficienca e rëndë kardiake, obstruksioni i vena cava inferior dhe okluzion i venave hepatike.
- **Presioni i ulur osmotik** - shkaktohet nga humbja e proteinave (sindromi nefrotik), enteropatia me humbje të proteinave), reduktim të absorbimit të proteinave (kequshqyerja), ose reduktim të prodhimit të proteinave (ciroza).
- **Mbiprodhim fluidi** i cili tejkalon kapacitetin rithithës - shkaktuar nga infeksioni, apo neoplazmat.
- **Bila** - për shkak të pengesës së enëve limfatike.

3. Edukimi

Edukimi i pacientit dhe familjes së tyre, duhet të përfshijë diskutimin mbi metodat e trajtimit të ascitit si dhe vlerën e paracentezës, kur pacienti bëhet simptomatik.

4. Trajtimi Jo-Farmakologjik.

- Monitorimi është i përshtatshëm sidomos kur gjendja është asimptomatike. Monitorimi do të përfshijë matjen e zonës umbilikale të barkut në një vend të dukshëm çdo javë, si dhe planifikimin në mënyrë të përshtatshme të matjes së peshës.
- Kufizimi i kripës luan një rol të rëndësishëm në rastet kur likidi është transudativ, por gjithashtu mund të sigurojë lehtësim në pacientët me kancer dhe metastaza hepatike.
- Një dietë me sasi yndyrësh të ulëta dhe rritje të marrjes së triglicerideve mund të jetë e dobishme në pacientët me ascit biliar.

5. Trajtimi Farmakologjik

Diuretikët:

- Diuretikët duhet të konsiderohen në të gjithë pacientët, por duhet të vlerësohet përdorimi në mënyrë individuale. Pacientët me ascit me origjinë malinje si pasojë e metastazave hepatike duket se i përgjigjen më mirë përdorimit të diuretikëve sesa ata me ascit me origjinë malinje si pasojë e carcinomatozës peritoneale apo ascitet biliare.
- Diuretikët mund të ndihmojnë në hipertension portal (metastazat hepatike, bllok kardiak dhe cirozë) dhe duhet të përdoren në pjesën më të madhe të

pacientëve pas kryerjes së paracentezës së parë pasi dihet se 1/3 e pacientëve kanë patur përfitime.

- Qëllimi i terapisë me diuretike është që të arrihet një humbje peshe prej 0.5-1 kg në ditë.
- Gjatë përdorimit të diuretikeve duhet të monitorohen rregullisht elektrolitet, funksioni renal ndërveprimet e barnave si dhe presioni arterial.
- **Spironolactone*** 100 mg/ditë duke bërë rritje të ngadalshme deri 400mg në ditë, në mënyrë që të bëhet heqje e likidit, të mjaftueshëm për të krijuar komfort tek pacienti.
- **Furosemide*** 40-120 mg/ditë mund të shtohet gjatë përdorimit të spironolaktonit për të ulur hiperkaleminë e krijuar. Përdorimi venoz i furosemidit jep efekte më të mëdha në diurezë dhe shkakton lehtësim të simptomave të ascitit.

Octreotide:

- **Octreotide** (Sandostatin)** në doza 200-600mcg s/c në ditë ka treguar përmirësime në rastet me ascit.

Kortikosteroide:

- **Dexametasone*** në doza 2-4mg në ditë redukton prodhimin e likidit.

Trajtime të tjera;

- **Paracenteza** është drenimi i lëngut ascitik me anë të një kateteri të futur nëpërmjet murit abdominal. Kjo mund të arrihet nën drejtimin me ultratinguj ose edhe në kushte jo spitalore tek një pacient për qetësimin e simptomave në mënyrë të shpejtë. Në përgjithësi mund të hiqet deri në 5 litra lëng pa paraqitur rrezik për hipotension ose shok hipovolemik kur pacienti është i monitoruar. Hidrimi intravenoz duhet të merret në konsideratë në qoftë se pacienti është hypotensiv, i dehidratuar ose paraqitet me dëmtim të rëndë renal dhe pavarësisht këtyre patologjive, paracenteza është ende e indikuar. Paracentezat e vetme ose të përsëritura në një pacient me kancer të avancuar nuk e ulin në mënyrë të ndjeshme nivelin e proteinave të serumit.
- **Kateteri peritoneal** mund të jetë i dobishëm në rastet kur likidi ascitik grumbullohet në mënyrë të shpejtë dhe ka nevojë për paracenteza më të shpeshta për qetësimin e simptomave. Kjo metodë favorizon rrezikun e peritonitit, zakonisht rezervohet për pacientët në fazën terminale të sëmundjes së tyre, me një prognozë prej disa javësh.
- **Radioterapia dhe kimioterapia** mund të jenë të dobishme në rastet kur është e pritshme një përgjigje ndaj rritjes së tumorit si psh në Limfoma.

Referenca

Fine PG. *Shoqëria Hospis*. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.

Fraser Health. *Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines*. Surrey; 2006.

Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. *Kujdesi Paliativ*. Tiranë; 2012.

Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.

Oxford Handbook of Palliative Care, Maxs. Watson, 2005.

Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.

Kichian K, Bain VG. Jaundice, Ascites and Hepatic encephalopathy. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors.

Oxford Textbook of Palliative Medicine 3rd ed. New York, New York Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 507-20.

Waller A, Caroline NL. Ascites. *Handbook of Palliative Care in Cancer*. 2nd ed. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 2000. p. 231-6.

Becker G, Galandi D, Blum HE. *Malignant ascites: Systematic review and guideline for treatment*. European Journal of Cancer. 2005 November 8, 2005; 42:589-97.

Brooks RA, Herzog TJ. *Long-term semi-permanent catheter use for the palliation of malignant ascites*. Gynecologic Oncology. 2006; 101:360-2.

Dean M, Harris J-D, Regnard C, Hockley J. Ascites. *Symptom Relief in Palliative Care*. Oxford, United Kingdom: Radcliffe Publishing Ltd.; 2006. p. 63-6.

Sartori S, et al. *Sonographically Guided Peritoneal Catheter Placement in the Palliation of Malignant Ascites in End-Stage Malignancies*. American Journal of Roentgenology. 2002 May 30, 2002; 179:1618-20.

Gough IR, Balderson GA. *Malignant Ascites*. Cancer. 1993; 71:2377-82.

Cairns W, Malone R. *Octreotide as an agent for the relief of malignant ascites in palliative care patients*. Palliative Medicine. 1999;13:429-30.

Protokoli Klinik: ASTENIA

Rëndësia

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Astения është një ndër simptomat më të hasura në sëmundjet malinje dhe është pothuajse gjithmonë e gjendur në stadet terminale të sëmundjeve. Sipas studimeve astenia është hasur nga 36% në 78% të pacienteve me kancer përgjatë të gjithë stadeve të sëmundjes.

Qëllimi

Ky protokoll jep rekomandime për vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave të pacientëve adult që jetojnë me sëmundje të avancuar kërcënuese për jetën dhe përjetojnë simptomat e astenisë.

Përkufizime

Astения është përkufizuar si perceptim subjektiv dhe eksperiencë e lidhur me sëmundjen, gjendjen emocionale apo dhe trajtimet. Astения është një simptom multidimensional që përfshin aspektet fizike, emocionale, sociale dhe shpirtërore të cilat ndikojnë në mirëqënien dhe cilësinë e jetës së pacientit. Termat si astения, lodhja, këputja, dobësia, letargjia janë përdorur nga profesionistët e shëndetit por dhe nga pacientët e familjarët për të përshkruar të njëjtën gjendje për të cilën flasim.

Standarti i kujdesit

1. Vlerësimi
2. Diagnoza

3. Edukimi
4. Trajtimi Jo-Farmakologjik
5. Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimi

Vlerësimi i vazhduar dhe i kujdesshëm është baza e një menaxhimi efektiv të astenisë duke u përqëndruar tek anamneza e hollësishme, vlerësimi fizik apo objektiv, histori e marjes së medikamenteve, vlerësim psiko-social, vlerësim ambjental dhe marrëdhënieve të tjera. Pjesë të vlerësimit janë dhe informacione të tjera të rëndësishme si të dhëna laboratorike apo diagnostike.

Model i standartizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është akronimi (O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Në ç’kohë kanë filluar këto simptoma? Sa kohë kanë zgjatur? Sa shpesh ju ndodh kjo gjendje?
Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Kush mendoni ju është shkaktari i kësaj gjendjeje? Çfarë mendoni që ju qetëson dhe ju bën të ndiheni më mirë? Çfarë mendoni që e përkeqëson më tepër gjëndjen tuaj?
Quality (Cilësia)	Çfarë ndjesie ju jep? A mund ta pëshkruani atë? Si ndjeheni më pas? Sa orë flini, si e bëni gjumin? Po oreksi?
Radiation (Përhapja)	Si ndjeheni? Sa zgjasin këto gjendje? Është e përgjithëshme apo e lokalizuar si gjendje?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i kësaj gjendje (në një shkallë nga 0 deri në 10. Ku me nr. 0 është përcaktuar, “nuk ka problem” dhe me nr. 10 “ka maximumin e shqetësimit”. Tani, kur ndihesh më qetë, kur ndihesh më keq, kur ndihesh në një gjendje të ndërmjetme? Sa i shqetësuar jeni ju nga kjo simptomë? A ka ndonjë simptomë tjetër që e shoqëron këtë gjendje?

Treatment (Trajtimi)	Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh jeni duke përdorur? Sa efektive janë këto? A keni ndonjë efekt anësor nga barnat dhe trajtimet? Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh keni përdorur në të kaluarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se është duke e shkaktuar këtë simptomë? Si është kjo simptomë që ju ka prekur ju dhe familjen?
Values (Vlerat)	Cili është mendimi juaj për këtë simptomë? Cili është niveli i pranueshëm nga ju i këtij simptomi në shkallë nga 0-10? A keni ndonjë mendim ose ndjesi tjetër në lidhje me këtë simptomë, që ka rëndësi për ju apo familjen tuaj?

2. Diagnoza

Identifikimi i shkaqeve të astenisë është shumë i rëndësishëm për kontrollin dhe gjithë ndërhyrjet që planifikohen të ndërmerren. Përdorimi i shkallëve objektive specifike si “performance status scale” apo “palliative performance scale-ECOG” është i domosdoshëm në shërbimet e kujdesit paliativ. Diagnoza e astenisë është shumë e bazuar në të dhënat dhe referimet e vetë pacientit dhe familjarëve.

Disa nga grup shkaqet e astenisë mund të përmbliidhen si më poshtë:

- **Të lidhura me tumorin** - Metabolizëm i alteruar, Kaheksia, Substanca dhe Toksina nga kanceri, Sindromi Paraneoplastik, Komprimimi i Medulës, Përmasat e Tumorit.
- **Të lidhura me trajtimin** – Kimioterapia, Radioterapia, Kirurgjia.
- **Të lidhura me sëmundjen, gjendje të tjera** – Hypotension, Probleme kardiopulmonare, Nauzea, Anoreksia, Konstipacioni apo Diarrea.
- **Shkaqe të kthyeshme** – Anemia, Hemoragjia, Depresioni, Dehidrimi. Efekte anësore nga medikamente (opioide, antidepressantë, beta bllokuesit, levotiroksina etj). Çrregullime endokrine (hypotiroidoza, hypoadrenalizëm, diabet melit, sëmundja Adison etj). Hyperkapnia apo hypoksia, Çrregullime të gjumit, Çrregullime të metabolizmit (hyperkalcemia, hypokalemia, hyponatremia), Infeksione apo sepsis, Nënushqyerje, Simptoma të pa kontrolluara (dhimbje, të vjella, konstipacion, ankth).

3. Edukimi

- Pacientët dhe familjarët do fokusohen më shumë tek simptoma sesa tek shkaqet që e sjellin. Më së shumti ankesa do jetë që pacienti është “dorëzuar” ose nuk “lufton më”. Edukimi do të fokusohet në çfarë është e korigjueshme përtej asaj që pacienti di për këtë situatë. Puno me pacientin dhe familjarët për të përmirësuar si vlerësimet dhe strategjitë e ndërhyrjes.
- Ndhimo pacientin që të planifikojë veprimtarinë dhe energjitë e tij për gjërat më të rëndësishme për momentin.
- Ndhimo pacientin që të delegojë veprime apo të kerkojë ndihmë kur është e mundur.
- Kur astenia është e moderuar inkurajo pacientin që të bëjë veprimtari të lehtë që të ruajë funksionin e muskujve sa më gjatë. Ndërsa astenia avancon rekomando mjete ndihmëse si bastun, mbështetëse për të ndihmuar lëvizjen. Gjithmonë objektivat e rehabilitimit revizionohen në varësi të pritshmërive që kemi, qëllimi nuk duhet të kalojë disa limite të mirë parashtruara.
- Ndhimë në vendosjen e vizitave sociale nëse gjykohet se ato shkaktojnë më shumë lodhje sesa diçka pozitive.

4. Trajtimi Jo-Farmakologjik

Anemia - të korrigohej me transfuzione në rast se pacienti ka përfitime, nuk ka simptomatologji tepër të rëndë, ka pritshmëri për jetën prej disa muajsh dhe ka një performancë 30 a më të mirë.

Depresioni apo çrregullime të ankthit - këshillime, lëvizje, masazhe apo aromaterapi mund të ndikojnë në depresion e për pasojë asteninë e ardhur nga ky shkak.

Dehidrimi - të stimulohet marrje e shumë të lëngjeve nga goja, kur nuk është e mundur të rekomandohen likide i/v.

Hyperkalcemia - të tentohet të marrë sa më shumë lëngje që të rehidrohet.

Hypokalemia - ushqime të pasura me potassium (domate, banane, lëng qitrosh etj).

Nënushqyerja - në stadi shumë të avancura të ngrënit është më shumë një kënaqësi e komfort se sa përmbushje nevojash e vlerash ushqyese.

Palëvizshmëria - fizioterapi

Çrregullime të gjumit - shmang stimuj që prishin gjumin, strategji që rregullojnë mjedisin apo ulin ngarkesat negative emocionale, teknika relaksimi.

Oksigjeno-terapia – atëhere kur mendohet se hypoksia është shkaktar i mundshëm i astenisë.

5. Trajtimin farmakologjik

Anoreksia, kaheksia - *Deksametazon** 4-8mg në ditë nga goja dhe multivitamina.

Depresioni - psikostimulantë sipas protokollit për depresionin.

Çrregullimet endokrine - terapitë zëvendësuese si p.sh hormone tiroidiene.

Hyperkalçemia - bifosfonate sipas protokollit për hyperkalçeminë.

Hypokalemia - ndryshimi i diuretikut nëse kemi diuretikun si shkak potencial p.sh spironolakton i cili nuk çon në humbje të potasiumit ose marje të suplementëve të potasiumit.

Pagjumësia - sedativë apo medikamente hypnotike sipas protokollit për pagjumësinë.

Sepsis - antibiotikë sipas rastit dhe antipiretikë kur ka nevojë.

Mund të provohet farmakoterapia palliative duke përdorur psikostimulantë, të cilët mund të jenë veçanërisht të dobishëm në balancim e efekteve anagjezike të opioideve përkundrejt sedatimit të shtuar gjatë ditës:

- **Dextroamphetamine***** 2.5mg nga goja çdo mëngjes si dozë fillestare ose;
- **Methylphenidate***** 2.5mg nga goja çdo mëngjes si dozë fillestare. Të njëjtat doza mund të përdoren edhe 3-4 herë në ditë sipas nevojës së pacientit.

Referenca

- Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009.
- Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.
- Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006
- Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.
- Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- Oxford Handbook of Palliative Care, Maxs. Watson, 2005.
- Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.
- Watson M. et al. *Oxford handbook of Palliative Care. Second Edition*. New York, USA: Oxford University Press; 2009.
- Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.
- Lane I. Managing clancer-related fatigue in palliative care. Nursing Times. 2005 May 3;101(18):38-41.
- Waller A, Caroline NL. Weakness. Handbook of Palliative Care in Cancer. 2nd ed. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 2000. p. 77-84.
- Ferrell BR, Grant M, Dean GE, Funk B, Ly J. Bone tired: The experience of fatigue and impact on quality of life. Oncology Nursing Forum. 1996;23(10):1539-47.
- Sweeny C, Neuenschwander H, Bruera E. Fatigue and asthenia. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 2004, paperback 2005. p. 560-8.
- Tyler LS, Lipman AG. Fatigue in Palliative Care Patients. Evidenced Based symptom Control in Palliative Care: Systematic.
- Dean M, Harris JD, Regnard C, Hockley J. Fatigue, drowsiness, lethargy and weakness. Symptom Relief in Palliative Care. Oxford, United Kingdom: Radcliffe Publishing; 2006. p. 101-8. 2005;17(2):83-99.
- National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology - Cancer Related Fatigue. 2006 April 27, 2006; Version 1: Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf
- Nausbaum N. Rehabilitation and the Older Cancer Patient. The American Journal of the Medical Sciences. 2004 February;327(2):86-90.
- Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.

Protokoli Klinik: DELIRI/KONFUZIONI

Rëndësia e Këtij Protokoli

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Qëllimi

Ky protokoll jep rekomandime për vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave të pacientëve që jetojnë me sëmundje të avancuar kërcënuese për jetën dhe përjetojnë simptomat e delirit dhe konfuzionit.

Deliri ndodh në rreth 30% të pacientëve të kujdesit paliativ dhe 40% të pacientëve me kancer në stad të avancuar. Deliri terminal raportohet në 88% të vdekjeve. Konfuzioni terminal ndodh në rreth 42% deri në 62% të pacientëve që po vdesin.

Përkufizime

Ndryshimet në statusin mendor të shoqëruara me konfuzion akut, që ulin aftësinë për kryerjen e aktiviteteve të përditshme, sigurinë e pacientit dhe shtojnë ngarkesën e kujdestarit.

Llojet e Delirit:

- Hypoalert – hypoaktiv, shpesh i keq diagnostikuar si depresion tek të moshuarit.
- Hyperalert – hiperaktiv
- Lloj i përzier – me luhate nga hypoalert në hyperalert.

Standartet e Kujdesit

1. Vlerësimi
2. Diagnoza
3. Edukimi
4. Trajtimi Jo-Farmakologjik
5. Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimi

Vlerësimi i vazhdueshëm gjithpërfshirës është themeli i drejtimit efektiv të vlerësimit të delirit apo konfuzionit duke përfshirë anamnezën, vlerësimin fizik, rishikimin e mjekimit, vlerësim mjekësor, psikosocial, të mjedisit fizik dhe diagnostikimit të përshtatshëm. Vlerësimi duhet të përcaktojë shkakun, efektivitetin si dhe ndikimin në cilësinë e jetës për pacientin dhe familjen e tij.

(Model i standartizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është akronimi- O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Në ç'kohë kanë filluar këto simptoma? Sa kohë kanë zgjatur? Sa shpesh ju ndodh kjo ndjesi?
Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Kush mendoni ju, është shkaktari i këtyre simptomave? Çfarë mendoni që ju qetëson dhe ju bën të ndiheni më mirë? Çfarë mendoni që e përkeqëson më tepër gjëndjen tuaj?
Quality (Cilësia)	Si ndjeheni? A ndjeheni konfuz? A shikoni apo dëgjoni gjëra të pazakonta? Si po e bëni gjumin?
Radiation (Përhapja)	A e dini çfarë dite/muaji/viti është? A e dini ku ndodhni? Mund të më thoni emrin?

<p>Severity (Ashpërsia)</p>	<p>Cili është intensiteti i këtyre simptomave (në një shkallë nga 0 deri në 10. Ku me nr. 0 është përcaktuar, “nuk ka problem” dhe me nr. 10 “ka maximumin e shqetësimit”. Tani, kur ndihesh më qetë, kur ndihesh më keq, kur ndihesh në një gjëndje të ndërmjetme?</p> <p>Sa i shqetësuar jeni ju nga kjo simptomë?</p> <p>A ka ndonjë simptomë tjetër që e shoqëron këtë gjëndje?</p>
<p>Treatment (Trajtimi)</p>	<p>Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh jeni duke përdorur?</p> <p>Sa efektive janë këto? A keni ndonjë efekt anësor nga barnat dhe trajtimet? Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh keni përdorur në të kaluarën?</p>
<p>Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)</p>	<p>Çfarë mendoni se është duke e shkaktuar këtë simptomë? Si është kjo simptomë që ju ka prekur ju dhe familjen?</p>
<p>Values (Vlerat)</p>	<p>Cili është mendimi juaj për këtë simptomë? Cili është nivel i pranueshëm nga ju i këtij simptomi në shkallë nga 0-10?</p> <p>A keni ndonjë mendim ose ndjesi tjetër në lidhje me këtë simptomë, që ka rëndësi për ju apo familjen tuaj?</p>

Shenjat dhe Simptomat e Delirit:

Prekja e arsytimit, të menduarit në mënyrë të parëndësishme ose pa lidhje, çrregullime të perceptimit, axhitimi, çrregullimi i ndërgjegjies, zemërimi, ankthi, çrregullime të vëmendjes, deluzioni – të organizuarit keq dhe të karakterizuarit nga tipare paranojake, depresioni, disorientim në kohë në rastin më të mirë, në hapësirë dhe të personit (në rastet më të rënda). Çrregullime të

gjumit (cikli i zgjimit), labilitet emocional, refleksi i trembjes, haluçinacionet, shpesh vizuale ose të prekshme, por jo ato dëgjimore (kjo është më e shpeshtë në skizofreni), irritimi, anomalite e artikulimit - mungesa e rrjedhshmërisë dhe spontaniteti, bisedat mund të jenë të zgjatura dhe të ndërprera nga pushime të gjata ose përsëritje, pamundësia për të gjetur saktë fjalët. Aftësitë për të shkruar preken në fillim dhe më ashpër se aftësia për të folur. Letargjia, dëmtimi i memories, mioza, mydriaza, myoclonia, ëndrrat e këqia, nervozizmi/shqetësimi, kriza, tachypnea, dridhjet.

Deliri është i kthyeshëm në rreth 50% të pacientëve në stad të avancuar.

Deliri mund të jetë më i kthyeshëm në shfaqjen e parë dhe gjithnjë e më pak në shfaqjet e mëvonshme.

Megjithatë, faktorët që lidhen me delirin e pakthyesëm janë: encefalopatia hypoksike, faktorët metabolik (hiperkalcemia, hyponatremia, insuficienca renale, insuficienca hepatike, ose ajo-respiratore, si dhe infeksione të ndryshme). Deliri mund të jetë i pakthyesëm në 24 deri në 48 orët e fundit të jetës.

2. Diagnoza

Menaxhimi duhet të përfshijë trajtimin e shkaqeve të mundshme dhe të dëshirueshme të kthyeshme, që është edhe qëllimi kryesor i kujdesit. Ndërhyrja më e rëndësishme në menaxhimin e delirit apo nervozizmit/shqetësimit është identifikimi i shkakut themelor dhe trajtimi sipas rastit. Edhe nëse shkakut themelor mund të jetë i qartë, trajtimi duhet të bëhet gjithnjë në varësi të fazës së sëmundjes. Identifikohet ose jo shkakut themelor, të gjithë pacientët duhet të përfitojnë nga menaxhimi i simptomave duke përdorur edukimin apo mjekimin me medikamente. Identifikimi i etiologjisë bazë të delirit apo konfuzionit është thelbësor në përcaktimin e ndërhyrjeve të mëpasme kuruese. Nënvlërësimi i diagnozës së delirit është një problem. Vendimi për të kryer hetime mbi etiologjinë bazë të delirit duhet të vlerësohet me kujdes kundrejt përfitimit nga rezultatet dhe përmirësimin e pritur nga trajtimi në bazë të teseteve të kryera si dhe përfitimit tek një pacient i cili mund të përkeqësohet shpejt dhe mund të jetë pranë fundit të jetës.

Disa momente të rëndësishme për diagnostikimin e delirit janë:

- Çrregullime të vetëdijes me aftësi të reduktuar të përqëndrimit dhe zhvendosje të vëmendjes.
- Ndryshime në njohje (të tilla si: defiçit në kujtesë, disorientim, çrregullime gjuhësore ose shqetësime në perceptim të cilat mund të jenë para-ekzistuese të stabilizuara ose demencë që evoluon).
- Deliri/Konfuzioni/Shqetësimi zhvillohet gjatë një periudhe të shkurtër kohore dhe ka tendencë të luhatet gjatë kursit të ditës.
- Nga të dhënat e ekzaminimeve fizike dhe laboratorike është vënë re se deliri shkaktohet nga pasojat direkte fiziologjike të një gjëndjeje të caktuar shëndetësore të pacientit.

Shkaqet e delirit dhe konfuzionit:

Të lidhura me sëmundjen:

Çrregullimet elektrolitike, ose të glukozës, insuficencë renale, insuficencë hepatike, dehidratimi, uremia, infeksionet urinare, apo të tjera, konstipacioni, dhimbje e pakontrolluar, ishemia ose Hypoksia, mungesë vitaminash, distension i vezikës urinare.

Të lidhura me tumorin:

Tumore intrakraniiale, metastaza, trauma cerebrale.

Të lidhura me trajtimin:

Medikamente psikotrope, përthithje e shpejtë e medikamenteve (opioidet, benzodiazepinat), përthithje e shpejtë e alkolit, ndërprerja e medikamenteve, efektet anësore nga kimiopreparatet, steroidët, antiemetikët.

3. Edukimi

- Është e rëndësishme t'ju shpjegohet familjarëve që simptomat janë shkaktuar nga sëmundja, që nuk mund të kontrollohen nga vetë pacienti, që do të shfaqë luhatje, por që nuk do të 'çmëndet'. Përfshi familjen në vendim marrje, duke i vënë theksin qëllimit të përbashkët të kujdesit. Familjarët të njoftojnë menjëherë personelin shëndetësor nëse haluçinacionet bëhen kërcënuese.
- Pacientët mund të kenë haluçinacione ngushëlluese si në delirin hypoaktiv.

- Të udhëzohen familjarët për të ofruar vazhdimisht siguri tek pacienti dhe të shmangin debatet më të.
- Nëse komunikimi është i vështirë të inkurajohen familjarët që sjellja e tyre të jetë sa më qetësuese për pacientin.

4. Trajtimi Jo-Farmakologjik

- Konfuzioni nokturn, shpesh është simptomë e hershme e delirit.
- Siguroni një ambient të qetë, që të ndihmojë pacientin të orientohet për kohën, vendin dhe personin (vendosni orën në vend të dukshëm, kalendarin dhe objekte të njohura mirë)
- Prania e anetarëve të njohur të familjes është e preferuar.
- Siguroni një ambienti të qetë dhe të ndriçuar mirë, siguroni ndriçim për natën.
- Mbani numrin e vizitoreve të pakët dhe për kohë të shkurtër në kontakt me pacientin për të parandaluar mbistimulimin, si dhe ndryshime minimale të personelit shëndetësor apo dhomës.
- Korrigjimi i faktoreve të kthyeshëm – dehidrimi, kequshqyerja, pagjumësia.
- Shmangni përdorimin e mjeteve kufizuese të lëvizjes fizike, si kateterët apo pengesa të tjera të lëvizjes.
- Të inkurajohet veprimtaria fizike në qoftë se pacienti është fizikisht i aftë.

Në rastet e lehta të delirit/konfuzionit:

- Janë më të këshillueshme teknikat e vëzhgimit dhe të relaksimit (masazh, vaskë, banja, muzikë qetësuese).

5. Trajtimi Farmakologjik

- Korrigjimi i Faktorëve të kthyeshëm: infeksioni, konstipacioni, dhimbja, varësia, toksiciteti nga medikamentet.
- Rishikimi i mjekimit; duhet të shihet mundësia e ndryshimit të mjekimit për të shmangur neurotoksikimin, të ndërpritet mjekimi me medikamente të panevojshme ose të rritet dozimi për medikamentet e nevojshme.
- Nëse pacienti është nën efektin e konfuzionit nokturn, mund të përdoren në mjekim barnat psikotrope.
- Nëse shkaktohet axhitim nga mjekimi, veçanërisht në rastet kur vetë pacienti, familja dhe stafi mjekësor mund të jenë të kërcënuar, duhet menjëherë të shihet mundësia për ndryshimin e terapisë.

- Paradoksalisht benzodiazepinat mund të shkaktojnë axhitim tek disa pacient dhe duhet të ndërpritet mjekimi me to menjëherë, përveç rastit kur burimi i delirit është alkooli ose varësia nga barnat qetësuese, ose kur axhitimi i rëndë nuk kontrollohet dot nga neuroleptikët (Haloperidoli dhe metotrimeprazina).
- Nëse pacienti ka metastaza cerebrale apo dyshohet për to, duhet të vlerësohet mundësia e trajtimit me kortikosteroid (Dexamethasone 16-36 mg në ditë nga goja).

Medikamentet që Përdoren për Shqetësime të Lehta

- **Haloperidol*** 0,5-1,5 mg në ditë dozë orale. Doza parenterale duhet të jetë 50% e dozës orale.
- **Lorazepam***** 1-2 mg s/c duhet të përdoret si një ndihmës në mënyrë të vazhduar vetëm kur me neuroleptikët nuk arrihet kontrolli.

Medikamentet që përdoren në delir dhe axhitim në stad terminal

Nervoz dhe Konfuz por Bashkëpunues

- **Haloperidol*** 1,5-5 mg dozë orale, ose subkutane çdo 4 deri 8 orë.
- **Metotrimeprazin**** 10 deri në 15 mg në rastet më të lehta dhe mbi 50 mg çdo 4 apo 6 orë në rastet e rënda.

Deliri me Paranojë, Konfuzion dhe /ose Agresivitet

- **Haloperidol*** 10 mg s/c ose i/v çdo 30 deri 60 min deri në qetësim, më pas dozë mbajtëse e cila zakonisht është 50% e dozës që ka arritur kontrollin (zakonisht midis 15 dhe 20 mg në ditë dozë orale dhe ndahet në 1-3 doza).
- **Risperidon*** 0.5- 1 mg tre herë në ditë (antipsikotik atipik)

OSE

- **Metotrimeprazin**** 10 deri në 50 mg s/c çdo 30min deri në qetësim, më pas 10 deri në 50 mg dozë orale ose sublinguale ose subkutane çdo 4 deri 8 orë.

OSE

- **Chlorpromazine*** 50 deri në 100 mg i/m, rektale ose i/v deri në qetësim më pas 12.5 - 50 mg dozë orale ose i/v çdo 4 deri 12 orë.

Sedacioni paliativ duhet të merret në konsideratë kur të gjithë masat e tjera kanë dështuar.

Referenca

- Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.
- Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.
- Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006. Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.
- Shoqata Shqipëtare e Kujdesit Paliativ. Dr. Prifti F et al. Përdorimi i Opioidëve dhe Opiofobia. Tiranë; 2012.
- Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.
- Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.
- Caraceni A, Martini C, Simonetti F. Neurological problems in advanced cancer. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 2004, paperback 2005. p. 703-26.
- Lawlor PG, Gagnon B, Falconer W. Cognitive impairment. In: MacDonald N, Oneschuk D, Hagen N, Doyle D, editors. *Palliative Medicine - A case based manual* 2nd ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2005. p. 295-307.
- Downing GM. Neurological - Confusion: Delirium and Dementia and Restlessness. In: Downing GM, Wainwright W, editors. *Medical Care of the Dying*. 4th ed. Victoria, B.C. Canada: Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care; 2006. p. 455-63.
- March PA. Terminal restlessness. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*. 1998 January-February;15(1):51-3.
- Breitbart WS, Strout D. Delirium in the Terminally Ill. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2000;16(2):357-72. Friedlander MM, Brayman Y, Breitbart WS. Delirium in Palliative Care. *Oncology*. 2004 October;18(12):1541-53.
- Brown S, Degner LF. Delirium in the terminally-ill cancer patient: aetiology, symptoms and management. *International Journal of Palliative Nursing*. 2001;7(6):266-8, 70-72.
- Doorley J, McNeal W. The Role of Neuroleptics in Managing Morphine-induced Terminal Delirium. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*. 2004;18(4):183-5.
- Emergencies in Palliative and Supportive Care*, David Currow, Oxford University Press, 2006.
- Watson M. et al. *Oxford handbook of Palliative Care. Second Edition*. New York, USA: Oxford University Press; 2009

Protokoll Klini: DEPRESIONI

Rëndësia e këtij protokoll

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Pacientet me sëmundje të avancuar kanë një incidencë më të lartë të depresionit klinik se pjesa tjetër e popullsisë.

Prevalenca e depresionit në popullsinë e përgjithshme është nga 6 në 10%. Në pacientët terminal është vënë re një nivel më i lartë i vuajtjes fizike dhe emocionale, me rreth 24% të tyre me depresion.

Depresioni klinik ndodh në 15% deri në 30% të pacientëve me kancer.

Diagnoza e derpresionit tek pacientët me kancer në përgjithësi është e nën-diagnostikuar dhe e nën-trajtuar.

Qëllimi

Ky protokoll përdoret për vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave të depresionit tek pacientët mbi 19 vjeç, të cilët vuajnë nga sëmundje kërcënuese për jetën (kryesisht kancer) në stad të avancuar dhe që përjetojnë simptomën e depresionit.

Ky protokoll ofron mënyrën e vlerësimit dhe menaxhimit të kësaj situate për profesionistët e shëndetësisë (mjekët dhe infermierët).

Ky udhëzues nuk trajton sëmundje specifike

Përkufizime

Depresioni është një çrregullim i rëndë i humorit i cili, sipas vlerësimit DSM-IV-TR përfshin:

- një rënie të humorit dhe/ose

- një paaftësi për të përjetuar normalisht kënaqësinë (Anhedonia)

Në **depression të rëndë**, duhet të jetë e pranishme një nga simptomat e mësipërme për një periudhë prej të paktën dy javësh, e shoqëruar me të paktën katër ose më shumë nga simptomat e mëposhtme:

- Ndjenja e trishtimit të thellë dhe/ose frikës, ose paaftësia për të ndjerë emocione (ndjenjë zbrazëtie).
- Një ulje e theksuar e interesit apo kënaqësisë në të gjitha, ose pothuajse të gjitha aktivitetet e përditshme.
- Ndryshimi i oreksit, i shoqëruar me shtim të dukshëm në peshë ose humbje të saj. (**Shënim:** nuk është e provuar që është e lidhur me procesin e sëmundjes).
- Çrregullime të gjumit, të tilla si pagjumësi, humbja e lëvizjes së shpejtë të syve gjatë gjumit, ose gjumi i tepruar (hypersomnia).
- Axhitimi ose ngadalësimi psikomotorik gati çdo ditë.
- Lodhje, mendore apo fizike, si dhe humbje të energjisë.
- Ndjenja intensive të fajit, pafuqishmërisë, humbja e shpresës, të ndjerit i pavlefshëm, izolimi, vetmia dhe/ose ankthi.
- Vështirësia për t'u përqëndruar, apo në marrjen e vendimeve, ose ngadalësim i përgjithshëm dhe mpirje e njohjes (veçanërisht ndjesia e dhimbjes), duke përfshirë edhe kujtesën.
- Mendimet e shpeshta të vdekjes (jo vetëm frika nga vdekja), dëshira vetëm për t'u "shtrirë dhe vdekur" ose "të ndaluarit e të marrit frymë", mendimet e përsëritura për t'u vetëvrasur pa një plan të mirfilltë, ose një përpjekje për t'u vetëvrasur, apo një plan të veçantë për kryerjen e vetëvrasjes.
- Ndjenja ose frika e braktisjes nga të afërmit.

Depresioni i lehtë është një term më pak i përdorur për një depression subklinik që nuk i plotëson kriteret e një depressioni të rëndë, por ku të paktën dy nga simptomat janë të pranishme për dy javë. (**Shënim:** nuk përfshihen simptomat, që janë në mënyrë të qartë, si rrjedhojë e një patologjie shëndetësore, si iluzionet apo halucinacionet).

Standarti i kujdesit

1 Vlerësimi

- 2 **Diagnoza**
- 3 **Edukimi**
- 4 **Trajtimi Jo-Farmakologjik**
- 5 **Trajtimi Farmakologjik**

1 Vlerësimi

Vlerësimi i vazhdueshëm dhe gjithëpërfshirës është themeli i menaxhimit efikas të depresionit, duke përfshirë; anamnezën, vlerësimin fizik, vlerësimin e mjekimit, vlerësimin psiko-social, vlerësimin e mjedisit fizik, diagnostikimin dhe mjekimin e përshtatshëm. Vlerësimi duhet të përcaktojë shkakun, efektivitetin dhe ndikimin në cilësinë e jetës së pacientit dhe familjes së tij.

Njohja dhe diagnostikimi i depresionit është i ndryshëm, kjo në varësi të mjedisit klinik dhe aftësisë diagnostikuese të atyre që ofrojnë kujdesin shëndetësor tek pacientët në fund të jetës.

Si po e përballoni sëmundjen? Mirë? Keq?	Mirëqënie
Si është gjendja juaj shpirtërore që nga momenti i diagnostikimit dhe gjatë trajtimit? E rënë? I trishtuar?	Humori
A qani ndonjëherë? Sa shpesh? Vetëm kur jeni vetëm?	Humori
A ka ende gjëra që ju gëzojnë kur i bëni, apo e keni humbur kënaqësinë për gjërat që ju keni bërë përpara se të sëmureshit (Anhedonia)?	Kënaqësia
Si e shikoni të ardhmen?	Pa shpresë
A mendoni ju që mund të ndikoni në shëndetin tuaj, apo shëndeti juaj është tërësisht jashtë kontrollit tuaj?	Pa shpresë
A shqetësoheni ju se mund të bëheni barrë për familjen dhe miqtë tuaj gjatë trajtimit?	Pa vlerë
Simptomat fizike (Vlerësimi në kuader të shenjave të lidhura me sëmundjen)	
A keni dhimbje që nuk janë kontrolluar?	Dhimbje
Sa kohë kaloni në shtrat?	Asteni
A ndiheni i pafuqishëm? A lodheni shpejt? A ndjeheni të çlodhur pas gjumit? A mendoni ju se mund të ndiheshit më mirë fizikisht me një ndryshim në mjekim?	Asteni
Si e bëni gjumin? Ju shqetëson fakti që do të shkoni për të fjetur? Zgjoheheni herët? Zgjoheheni shpesh?	Pa gjumësia
Si është oreksi i juaj? A e shijoni ushqimin? Keni humbur apo shtuar në peshë?	Oreksi

Si është interesi juaj për seks? Shtrirja e aktivitetit seksual? Niveli i aktivitetit seksual?	Dëshira Seksuale
A mendoni apo lëvizni më ngadalë se zakonisht?	Ngadalësimi Psikomotor

Pyetjet e sygjera për vlerësimin e depresionit në të rriturit që vuajnë nga sëmundje në stad të avancuar:

Klasifikimi i depresionit nga vetë pacienti në shkallën nga 0 në 5 psh:

0 = “Sjellje të mira, ndjehem jo i mërzhitur jo depres”.

6 = “Sjellja ime është apatike në maksimum. Jeta ime s’ka kuptim”.

2 Diagnoza

Identifikimi etiologjisë themelore të depresionit është thelbësor në përcaktimin e ndërhyrjeve të nevojshme. Simptomat e zakonshme somatike të pacientëve në depresion (lodhje, humbje e oreksit, gjumit, shqetësimi, mungesa e përqëndrimit, etj) janë shpesh të pranishme në kancer të avancuar dhe sëmundje në stad terminal dhe jo gjithmonë mund të mbështetemi mbi këto për diagnozën.

Simptomat psikologjike të depresionit të rëndë, që janë të vazhdueshme dhe jashtë karakterit të pacientit kanë vlerë më të madhe diagnostike në pacientët me sëmundje në stad të avancuar.

Në veçanti, çrregullimet e humorit, humbja e shpresës, ndjenja e pavlefshmërisë, ndjenja e vazhdueshme e fajit, nënvlerësimi i vetvetes, humbja e interesit për jetën dhe dëshira për të vdekur. Edhe idetë, sado të rralla për vetëvrasje, janë tregues i depresionit të rëndë në pacientët me sëmundje terminale.

Edhe nëse diagnoza e depresionit nuk është e sigurt, përsëri duhet marrë në konsideratë trajtimi me medikamente antidepressive.

3 Edukimi

- Depresioni është një simptomë e dhimbshme dhe shqetësuese për ata që e përjetojnë. Është vënë re se shumë nga shenjat dhe simptomat e depresionit janë një tipar dallues i sëmundjeve terminale.

- Duhet vënë fort theksi tek pacienti dhe familja e tij mbi rëndësinë që ka raportimi i simptomave që kanë shkaktuar shqetësim fizik ose psikologjik, në mënyrë që së bashku të mund të ndikojmë në përmirësimin e gjendjes psikologjike.
- Duhet t'u bëhet e qartë, pacientit dhe familjes së tij, se nëse depresioni diagnostikohet ai mund të menaxhohet. Trajtimi zakonisht është efikas edhe kur jetëgjatësia është e shkurtër.
- Duhet shpjeguar rëndësia e mjekimit jo-farmakologjik dhe farmakologjik, si dhe synimin e secilit prej këtyre trajtimeve.
- Duhet theksuar se shumë medikamente antidepressivë duan kohë të japin efektin e tyre.

4 Trajtimi Jo-Farmakologjik

- Mënyra më e mirë e menaxhimit të depresionit në pacientët me sëmundje në stad të avancuar është kombinimi i psikoterapisë mbështetëse me teknikat e sjelljes dhe medikamentet antidepressive.
- Gjithmonë duhet të përipiqemi të dominojmë dhimbjen apo ta lehtësojmë atë. Mos kontrollimi i dhimbjes është faktori më madhor në shfaqjen e depresionit dhe mendimit të vetëvrasjes në pjesën më të madhe të pacientëve terminal.
- Për pacientin dhe familjen e tij duhen marrë në konsideratë; terapia psiko-sociale, teknikat e relaksimit, masazhoterapia dhe terapia e komunikimit.

5 Trajtimi Farmakologjik

"Mjekimi pa kontakt të vazhdueshëm me pacientin mund të konsiderohet si braktisje dhe nuk është i pranueshëm."

- Mjekimi fillohet me doza të ulëta dhe rritja e tyre bëhet gradualisht.
- Kur koha e parashikuar e jetëgjatësisë është e shkurtër, këshillohen psikostimulantët për shkak të efektit të tyre më të shpejtë.

- Duhet bërë një bilanc i kujdesëshëm mes efekteve anësore dhe përfitimit terapeutik (psh. triciklikët antidepressivë mund të qetësojnë dhimbjen neuropatike, por mund të përkeqësojnë konstipacionin).
- Simptoma e varësisë mund të jetë shumë e rëndësishme tek pacientët terminalë, të cilët e kanë të pamundur marrjen e mjekimit oral.
- Është vërtetuar se kjo simptomë ka të njëjtën shkallë përgjigjeje ndaj medikamenteve të ndryshme antidepressivë.

Frenuesit Selektiv të Receptorëve të Serotoninës (SSRI):

Citalopram:**

- Doza fillestare është 10 deri në 20 mg në ditë, zakonisht në mëngjes dhe rritet me 10-20mg në ditë në interval prej jo më pak se një jave deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza mbajtëse zakonisht është 20-30 mg në ditë.
- Doza maximale ditore është 60mg.

Paroxetinë*: 10, 20, 30, 40mg (tab); **Paxil** 12.5, 25, 37,5mg (tab), 10mg/5ml amp.

- Doza fillestare është - 20mg në ditë (10mg tek persoat e dobët dhe të moshuar, zakonisht në mëngjes dhe rritet me 10-20mg në ditë në intervale prej jo më pak se një jave deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza mbajtëse zakonisht është 20-50mg në ditë.
- Doza maksimale është 100mg në ditë.

Fluoxetinë*: 10, 20, 40mg (caps dhe tab), 90mg (caps retard), 20mg/5ml (amp).

- Doza fillestare është 20mg në ditë, zakonisht në mëngjes dhe rritet me 10mg në ditë, në intervale prej jo më pak se një javë, deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza mbajtëse zakonisht është 30-40mg në ditë.
- Doza maksimale është 80mg në ditë.

Sertralinë:** 25, 50, 100mg (tab), 20mg/1ml (amp)

- Doza fillestare është 25-50mg në ditë, zakonisht në mëngjes dhe rritet me 25-50mg në ditë në interval prej jo më pak se një javë, deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza mbajtëse zakonisht është 50-100mg në ditë.
- Doza maximale është 200mg në ditë.
- Medikamentet SSRI kanë më pak efekte anësore se ato antidepressive triciklik (TCA-të).
- Fillimi i mjekimit me medikamente SSRI duhet bërë me gjysmën e dozës së zakonshme për pacientët që nuk vuajnë nga sëmundje kërcënuese për jetën.
- Ndërprerja e menjëhershme e terapisë me SSRI kur pacienti nuk është në gjendje të gjëlltitet, mund të shkaktojë sindromin e varësisë.
- Fluoksetina ka një gjysmëjete plazmatike shumë më të gjatë se sa SSRI-të e tjera dhe nuk duhet të jetë zgjedhje e parë në mjekimin e depresionit.

Frenuesit e Serotonin-Norepinephrinës (SNRI):**Venlafaksine**:** 25, 37.5, 50, 75, 100mg (tab), 37.5, 75, 150mg (caps)

- Doza fillestare është 75mg në ditë, zakonisht 2 deri në 3 doza ditore të marra me ushqim dhe rritet me 75mg në ditë në intervale prej jo më pak se 4 ditë.
- Doza mbajtëse zakonisht është 150 deri në 225mg në ditë.
- Doza maksimale është 375mg në ditë.

Antidepressivët Atipikë:**Bupropion**:** 150, 174, 300, 348, 450, 522mg (tab).

- Doza fillestare është 100mg në ditë, e ndarë në 2 doza ditore. Dhe rritet deri në 200mg në ditë në intervale prej jo më pak se 3 ditë deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza mbajtëse zakonisht është 200mg në ditë.
- Doza maksimale është 450mg në ditë.
- Shfaq incidencë të ulët sedative, hipotensive dhe të efekteve anësore antikolinergjike.

- Kundër indikohet në pacientët që kanë histori dhe predispozicion për konvulsione.
- Mund të shkaktojë mbi stimulim.
- Në përgjithësi konsiderohet si trajtim i linjës së tretë.

Trazodone:** 50, 100, 150, 300mg (tab)

- Doza fillestare është 50mg në ditë para gjumit duke rritur gradualisht dozën 50mg çdo 3-5 ditë, deri në arritjen e efektit të dëshiruar. (Nëse tolerohet)
- Doza mbajtëse zakonisht është 200-250mg në ditë.
- Doza maximale është deri në 400mg në ditë.
- Trazodone mund të shkaktojë hypotension, përfshirë hypotensionin orthostatik dhe gjendje të fikëti, kujdes duhet treguar në pacientët që mjekohen me antihipertensivë dhe në raste të tilla është i nevojshëm rregullimi i dozave të antihipertensivëve.

Mirtazapine:** 15, 30, 45mg (tab)

- Doza fillestare është 7.5-15mg në ditë zakonisht para gjumit dhe rritet me 15mg për çdo 1-2 javë deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza mbajtëse zakonisht është 30mg në ditë.
- Doza maksimale është 45mg në ditë.
- Nuk përdoret njëkohësisht me medikamente që reduktojnë konvulsionet sepse mund të përbej risk për rritje të tyre.

Medikamentet Triciklike Antidepresive (TCA)

Përdorimi i tyre kërkon një analizë të kujdesshme, rrezik-përfitim, sepse ato mund të shfaqin efekte anësore (sedacion, efekte antikolinergjike, varësi, konstipacion, etj.) të cilat mund të përkeqësojnë gjendjen shëndetësore të pacientit.

TCA-të nuk duhet të përdoren në pacientët me vonesa të përçueshmërisë kardiake, në ato me sëmundje të arterieve koronare, apo ato me një histori të infarktut të miokardit në 6 muajt e fundit.

Efektet anësore zakonisht ulen 3 deri 4 ditë pas fillimit të një TCA-je ose pas rritjes së dozës.

Nortriptyline:** 10, 25, 50, 75mg (caps).

- Doza fillestare 10-50mg në ditë e ndarë në 3-4doza ditore, ose si doze e vetme para gjumit dhe rritet me 25-50mg çdo 3-4 ditë deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza maksimale deri në 150mg në ditë.

Amitriptyline*: 25mg (tab)

- Doza fillestare 25-100mg në ditë e ndarë në 3-4 doza, ose si dozë e vetme para gjumit dhe rritet me 25-50mg çdo 3-4 ditë deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza maximale deri në 300mg në ditë.

Imipramine*: 10, 25, 50mg (tab) dhe 75, 100, 125, 150mg (caps)

- Doza fillestare 10 deri në 25 mg e ndarë në 3-4 doza ditore, ose si dozë e vetme para gjumit, dhe rritet me 10- 50 mg çdo 4 ditë, deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza maximale deri në 300mg në ditë.

Doxepine:** 10, 25, 50, 75, 100, 150mg (caps), 10mg/1ml (amp).

- Doza fillestare 10-50mg në ditë e ndarë në 3-4 doza ditore, ose si dozë e vetme para gjumit, dhe rritet me 10-50mg çdo 3-4 ditë, deri në arritjen e efektit të dëshiruar.
- Doza maksimale deri në 300mg në ditë.
- Fillimi i efektit të barnave antidepresive mund të merret 2 deri në 4 javë pas fillimit të mjekimit.
- Ato kanë një efekt shumë të mirë në qetësimin e dhimbjes neuropatike.

Psikostimulantët:**Dextroamphetamine***:**

- Doza fillestare 2.5-5mg nga goja çdo mëngjes dhe drekë. Dhe rritet me 2.5-5mg çdo 1-2 ditë, deri sa të arrihet efekti i dëshiruar.
- Doza maksimale deri në 30mg në ditë.

Methylphenidate*:

- Doza fillestare 2.5-5mg nga goja çdo mëngjes dhe në mesditë. Dhe rritet me 2.5-5mg çdo 1-2 ditë, deri sa të arrihet efekti i dëshiruar.
- Doza maksimale deri në 30mg në ditë.
- Konsidero këtë grup medikamentesh kur pritshmëria e jetës është e shkurtër, pasi ato veprojnë për disa orë ose ditë.
- Psikostimulantët zakonisht shtojnë efektin analgjezik të opioideve, reduktojnë sedacionin nga opioidet dhe rrisin oreksin. Ato mund të përmirësojnë vëmendjen, përqëndrimin dhe performancën në përgjithësi.
- Efektet e mundshme anësore janë axhitimi, konfuzioni, ankthi dhe paranoja. Përdor me kujdes tek të moshuarit, dhe shmangi tek pacientët me delir dhe me probleme kardiovaskulare.
- Në praktikën e zakonshme kilinike trajtimi fillohet me psikostimulant dhe SSRI njëkohësisht dhe më vonë hiqet psikostimulanti dhe vazhdohet duke rritur titrimin e SSRI-ve.
- Marrja e psikostimulantëve pas dite nuk rekomandohet pasi mund të kompromentojnë gjumin.

Referenca

Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.

Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.

Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.

Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006.

Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.

Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.

Oxford Handbook of Palliative Care, Maxs. Watson, 2005.

Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.

Billings JA. Depression. *Journal of Palliative Care*. 1995 Spring;11(1):48-54.

Block SD, Panel for the ACP - ASIM End-of-Life Care Concensus. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Annals of Internal Medicine*. 2000;132(3):209-18.

Goldberg L. Psychologic issues in palliative care: Depression, anxiety, agitation and delirium. *Clinics in Family Practice*. 2004;6(2):441-70.

Jefford M, Mileskin L, Richards K, Thomson J, Zalberg J., al E. Rapid screening for depression-validation of the brief casefind for depression (BCD) in medical oncology and palliative care patients. *British Journal of Cancer*. 2004;91(900-906).

Potash M, Breitbart WS. Affective disorders in advanced cancer. *Hematology Oncology Clinics of North America*. 2002 June;16:671-700.

Stiefel R, DieTrill M, Berney A, Olarte JMN, Razavi D. Depression in palliative care: A pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Supportive Care in Cancer*. 2001 October;9(7):477-88.

Downing GM. Neurological - Depression. In: Downing GM, Wainwright W, editors. *Medical Care of the Dying*. 4th ed. Victoria, B.C. Canada: Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care; 2006. p. 464-6.

Protokolli Klinik

Dispnea

Rëndësia

Ky protokoll është përshtatur për ofruesit ndër-profesional të shëndetit të cilët punojnë në hapësirat e ndryshme që ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ si dhe në çdo qendër tjetër klinike në të cilën një përdorues mund ta shoh si të zbatueshëm.

Mbi 95% e pacientëve me SPOK, 78% e pacientëve me kancer të avancuar dhe 75% e pacientëve me sëmundje të avancuar nga shkaqe të ndryshme vuajnë nga dispnea, në 21% të rasteve është simptomi kryesor në fazën terminale.

Qëllimi

Ky protokoll jep rekomandime për vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave të pacientëve që jetojnë me sëmundje të avancuar kërcënuese për jetën dhe përjetojnë simptomën e dispnesë.

Përkufizime

Dispnea (marrja e frymës) është frymëmarrje e vështirë, ngushtim i krahavorit, pamjaftueshmëri për ajër të shoqëruara me shenja ankthi, paniku, dëshpërimi ose vdekjeje të afërt.

Standarti i Kujdesit

1. Vlerësimi
2. Diagnoza
3. Edukimi
4. Trajtimi Jo-Farmakologjik

5. Trajtimi Farmakologjik

6. Ndërhyrja në Krizë

1. Vlerësimi

Vlerësimi i vazhdueshëm i plotë është themeli i menaxhimit efektiv të dispnesë, duke përfshirë anamnezën, vlerësimin fizik, diagnostikim të përshtatshëm, rishikim të mjekimit, rishikim klinik, shqyrtim i kushteve psiko-sociale dhe rishikimi i mjedisit fizik.

Vlerësimi duhet të përcaktojë shkakun, efektivitetin dhe ndikimin në cilësinë e jetës për pacientin dhe familjen e tyre.

Model i standardizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është akronimi (O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Kur filloi? Sa zgjat? Sa shpesh ndodh?
Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Çfarë e nxit atë? Çfarë e përmirëson? Çfarë e përkeqëson?
Quality (Cilësia)	A mund ta përshkruash atë? A varet nga pozicioni?
Radiation (Përhapja)	Ku ndodh ajo? A përhapet ajo?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i kësaj simptome (në një shkallë nga 0, ku 0 është aspak dhe 10 më e keqja e mundshme). Në moment? E lehtë? E rëndë? Mesatare? Sa i shqetësuar jeni nga kjo simptomë? A ka simptoma të tjera shoqëruese të kësaj simptome?
Treatment (Trajtimi)	Çfarë terapie medikamentoze po përdorni në këto momente? Sa efektive është? A keni efekte anësore nga këto medikamente? Çfarë terapie keni përdorur në të shkuarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se po e shkakton këtë simptomë? Si po ndikon kjo simptomë mbi ju dhe familjen tuaj?
Values (Vlerat)	Cili është qëllimi juaj për këtë simptomë? Cila është vlera e pranueshme për këtë simptomë (në një shkallë nga 0 në 10)?

	ku zero përfshin aspak dhe 10 më e keqja e mundshme). A ndonjë pikëpamje tjetër apo ndjenjë tjetër për këtë simptomë cila është e rëndësishme për ju apo familjen tuaj?
--	---

2. Diagnoza

Menaxhimi duhet të përfshijë trajtimin e shkaqeve të kthyeshëm atje ku është e mundur sipas qëllimeve të kujdesit. Ndërhyrja më e rëndësishme në menaxhimin e dispnesë është identifikimi i shkakut ose shkaqeve kryesore dhe trajtimi i tyre siç duhet.

Nëse shkakut ose shkaqet kryesore mund ose jo të lehtësohen apo të trajtohen, të gjithë pacientët do të përfitojnë nga menaxhimi i simptomës duke përdorur edukimin, ruajtjen e energjisë dhe kontrollin e frymëmarrjes, dhe medikamentet.

Shkaqet kryesore të dispnesë dhe Trajtimi i tyre

Shkaqet kryesore	Trajtimi i tyre
Obstruksioni i rrugëve të frymëmarrjes	Radioterapi/steroide/stentim
Anemia - e fortë	Mund të indikohet transfuzioni
Ankthi	Benzodizepinat dhe ndërhyrjet jo farmake
Sëmundje kronike obstruktive Pulmonare (SPOK)/Astma	Inhalatorë/nebulizatorë/steroide/antikolinergjicë Shumë duhanpirës jetojnë me SPOK të padiagnostikuar dhe të patrajtuar, që e përkeqëson dispnenë e lidhur me malinj
Insuficiença kardiake konxhestive Sëmundje të arterieve koronare Aritmitë	Trajtim me medikamente konvecionale
Efuzionet – pleural, perikardial, peritoneal	Dreno – nëse është e rëndësishme për disastozin e pacientit
Asteni, lodhje	Aktiviteti i tolerueshëm. Ushtrimet rehatuese dhe pulmonare mund të jenë të dobishme.
Infeksion: pneumoni, perikardit	Antibiotikë, antifugale, antivirale
Dëmtimet pulmonare nga radioterapia, kimioterapia ose kirurgjia	Konsult me Onkologun, steroide për përkrahje nga radiacioni
Limfangitis karcinomatozis	Kortikosteroide, diuretikë

Embolia pulmonare	Antikoagulantë
Dhimbja	Shpesh acaron dispenë - Analgjezi të përshtatshme
Tumor primar ose metastatik (hepatomegali, lezion i nervit frenik)	Mund të indikohet kimioterapia - reduk Incidencën e ascitit/efuzionit pleural në ovarial dhe ascitit në Ca intra-abdominal Radioterapia mund të lërojë obstruksionin rrugëve të frymëmarrjes
Fibroza pulmonare	Steroide, rivlerësim i kërkesave për oksigjen përparimin e sëmundjes
Obstruksioni i vena kava superior	Steroide, konsult me Onkologun për trajtim Tumorit kryesor, radioterapi

3. Edukimi

Dispnea është një simptomë shqetësuese. Sigurimi i informacionit dhe edukimi është themelor për të rritur aftësinë e pacientit dhe familjes për të përballuar atë.

- Shpjego pacientit dhe familjes, se cili është shkaku dhe çfarë e stimulon atë (p.sh kufizimi i lëvizjeve respiratore, pengesa dhe dobësi të muskujve). Kjo nuk është e lidhur vetëm me oksigjenimin dhe prandaj strategji të ndryshme së bashku mund të bëjnë diferencën. Duhet theksuar se ky është një simptomë që mund të menaxhohet.
- Zhvillo një plan kujdesi të qartë për pacientin dhe familjen për t'ju adresuar mënyrës dhe vështirësisë së frymëmarrjes dhe mundësive të pacientit për ta përballuar.
- Mësojini qëllimin e çdo medikamenti, veçanërisht opioideve, sepse familjarët shpesh nuk e kuptojnë rolin e këtyre medikamenteve. Siguro një kuptim të përdorimit të mjekimit të rregullt dhe të krizës. Ky është çelësi i menaxhimit efektiv.
- Pacientët me SPOK të njohur shpesh përdorin inhalatorë në mënyrë jo korrekte. Konsideroni përdorimin e nebulizatorëve. Siguro kompliancën e pacientit.

4. Trajtimi Jo-Farmakologjik

- Shpjegoni si të realizojë lëvizje e aktivitete pa sforco.
- Mësojini mënyra relaksimi dhe kontrolli të frymëmarrjes.
- Inkurajoni aktivitete drejt tolerancës dhe ndihmo për konservimin e energjisë.
- Dritaret e hapura dhe lëvizja e ajrit mund të jenë shumë të dobishme.
- Shmang ushqimet që prodhojnë gazra.
- Udhëzo pacientin për pozicionin sa më të mirë gjatë ditës dhe natës.
- Shmang kompresionin e abdomenit apo kraharorit gjatë pozicionimit.
- Ofro mbështetje psiko-sociale dhe/ose këshillim.
- Terapitë alternative.

5. Trajtimi Farmakologjik

Opioidet:

- Opioidet janë medikamentet e zgjedhjes së parë në paliacionin e dispnës në sëmundjet e avancuara prej çdo shkakut.
- Kur dispnea fillon në aktivitet ose për dispne në pushim, fillo opioidet duke vazhduar me strategjitë jo-farmakologjike.
- Doza është e individualizuar dhe titruar deri sa pacienti të deklarojë se është i qetë ose deri sa shqetësimi, axhitimi ose vështirësia e dukshme e frymëmarrjes të jenë të kontrolluara në pacientët jo-komunikues/konfuz.
- Qetësimi ndodh në mungesë të ndryshimeve të mëdha në gazet e gjakut ose saturimin e oksigjenit.
- Depresioni respirator nga opioidet është i rrallë dhe ato nuk e shpejtojnë vdekjen në titrime të përshtatshme.
- Siguro akses kundrejt anti-emetikëve profilaktik dhe referoju protokollit të kujdesit paliativ për kujdesin ndaj zorrëve (Konstipacion/Diarre) për të shmangur simptomat jatrogene kur fillohen opioidet.
- Nqs jemi duke përdorur rrugën parenterale kujtojmë se doza s/c dhe i/v është e barabartë me ½ e dozës nga goja (p.sh. 10 mg i/v e barabartë me 20 mg nga goja).

Protokolli i opioideve naëve:

- **Morphine***** 2.5 deri 5 mg nga goja çdo 4 orë. Përdor doza më të vogla për të moshuarit.
- **Hydromorphone***** 0.5 deri 1 mg nga goja çdo 4 orë. Përdor doza më të vogla për të moshuarit.
- **Oxycodone**** 5mg nga goja çdo 4 orë.
- Konsidero **hydromorphonin***** në të moshuarit dhe nqs ka funksion renal të ulur.
- Për krizat gjatë mjekimit përdor ½ e dozës që përdoret çdo 4 orë.
- Toleranca ndaj opioideve – rrit dozën aktuale me 25% deri 50%.

Kortikosteroidet:

- Kortikosteroidet janë veçanërisht të indikuara në presencë të obstrukcionit bronkial, ose limfangitis karcinomatozis. Ato mund të jenë të dobishme gjithashtu në fibrozën pulmonare për periudha të shkurtra. Pakëso ose shmang përdorimin për kohë të gjatë nqs është e mundur (rrit riskun për miopati proksimale e cila mund të jetë shumë e lodhshme).
- Fillo me **Dexamethasone*** 8 deri 24 mg nga goja, s/c ose i/v në ditë në varësi të egërsisë së dispnesë.
- **Prednizolon*** 25 deri 100 mg s/c ose i/v në ditë sipas nevojës.

Neuroleptikët:

- Neuroleptikët mund të jenë një ndihmës i dobishëm në dispnenë kronike.
- **Methotrimeprazine**** : duke filluar me dozën 2.5 deri 5 mg çdo 8 orë dhe titrim deri sa të arrihet efekti. Fillo me doza të ulta për të testuar tolerancën e pacientit, mund të kërkohen doza shumë më të mëdha deri 25 mg çdo 4 orë.
- **Haloperidol*** 10 deri 15 mg në gjendje të rëndë axhitimi.

Benzodiazepinat:

- **Lorazepam*** 0.5 deri 2 mg çdo 2-4 orë sipas nevojës.
- **Diazepam*** 2 deri 10 mg në ditë.
- **Midazolam**** 2.5 deri 10 mg s/c ose 5-50 mg në 24 orë.

Në raste të veçanta:

* Medikamente të rimbursuara. ** Medikamente të disponuara të pa rimbursuara. *** Medikamente të pa disponuara në treg.

- Antibiotikë në raste të dispnesë nga infeksionet pulmonare.
- Diuretikë në rast të dispnesë nga edema pulmonare dhe asciti.
- Analgjezikë në rast të dispnesë shkaktuar nga dhimbja.

Oxigjeni:

- Ka shumë stimuj që kontribuojnë në ndjeshmërinë e dispnesë. Hipoksemia është njëra. Masim saturimin e oksigjenit për të përcaktuar nëse hipoksemia është një faktor në eksperiencën e pacientit për dispnenë.
- Është i nevojshëm një seleksionim i kujdesshëm për të identifikuar ata njerëz që do të përfitonin nga oksigjo-terapia. Kujdesi i individualizuar është shumë i rëndësishëm.

6. Ndërhyrja në Krizë

Diagnoza e dispnesë akute të rëndë gjatë orëve të fundit të jetës kërkon ndërhyrje:

- Trajto në mënyrë agresive me opioide si dhe me sedativë deri sa konforti të arrihet.
 - Për **Opioid naëve** - përdor morphine 5 mg i/v. ose s/c bolus për 5 deri 10 min. Dyfisho dozën nqs nuk ka efekt në çdo tre doza.
 - Për **Opioid tolerantët** – jep dozën e plotë të rregullt s/c ose i/v për 5 deri 10 min. Nqs nuk është efektive dyfisho dozat si më lart.
- Përdor një nga sedativët e mëposhtëm me një opioid:
 - **Midazolam**** 2.5 deri 5 mg s/c 5 - 15 min. Sa herë të jetë e nevojshme.
 - **Lorazepam***** 5 mg i/v ose s/c 5 - 15 min. Sa herë të jetë e nevojshme.
 - **Methotrimeprazine**** 25 mg nga goja ose s/c ose i/v 5 - 15 min. Sa herë të jetë e nevojshme.
 - **Phenobarbital***90 deri 120 mg nga goja ose S.C. ose I.V. 5 - 15 min. Sa herë të jetë e nevojshme.

- **Diazepam*** 5 deri 10 mg nga goja ose I.V. 5 - 15 min. Sa herë të jetë e nevojshme.
- Përdor titrimin rritës deri në qetësimin e pacientit, mbështetur në të dhënat subjektive dhe objektive.

Referencat

Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.

Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.

Education in Palliative and End-of-Life Care EPEC. *Participant's Handbook*. Chicago, USA: The EPEC Project; 2003.

Emergencies in Palliative and Supportive Care, David Currow, Oxford University Press, 2006.

Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.

Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006.

Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.

Shoqata Shqipëtare e Kujdesit Paliativ. Dr. Prifti F et al. Përdorimi i Opioideve dhe Opiofobia. Tiranë; 2012.

Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.

Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.

Watson M. et al. *Oxford handbook of Palliative Care. Second Edition*. New York, USA: Oxford University Press; 2009.

West Midlands Palliative Care Physicians, *Guidelines for the Use of Drugs in Symptom Control*. 4th ed. 2007.

Leach R. Palliative medicine and non-malignant, end-stage respiratory disease. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 895 - 916.

Cox C. Non-pharmacological treatment of breathlessness. *Nursing Standard*. 2002 January 16, 2002;16(24):33 - 6.

*** Medikamente të rimbursuara. ** Medikamente të disponuara të pa rimbursuara. *** Medikamente të pa disponuara në treg.**

Davis CL. ABC of palliative care: Breathlessness, cough, and other respiratory problems. British Medical Journal. 1997 October 1997;315:931 - 4.

Dudgeon D. Managing dyspnea and cough. Hematology Oncology Clinics of North America. 2002;16:557 - 77.

Bredin M, Corner J, Krishnasamy M, Plant H, Bailey C, A'Hern R. Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. British Medical Journal. 1999 April 3, 1999;318:901 - 5.

British Columbia Medical Association, Guidelines and Protocols Advisory Committee. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005 [cited July 31st, 2006]; Available from: <http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides/gps/copd.pdf>

Manning HL. Dyspnea treatment. Respiratory Care. 2000 November 2000;45(11):1342 - 50.

Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Gibbs JSR, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. Thorax. 2002 March 20, 2002;57(11):939 - 44.

Boyd K. Oral morphine as symptomatic treatment of dyspnoea in patients with advanced cancer. Palliative Medicine. 1997;11:277 - 81.

Davis CL. ABC of palliative care: Breathlessness, cough and other respiratory problems. British Medical Journal 1997;315:931-4.

Twycross R, Wilcock A. Hospice and Palliative Care Formulary USA 2nd Ed 2008. www.palliativedrugs.com Oxford UK.

Protokoli Klinik: KAHEKSIA/ANOREKSIA

Rëndësia

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Deri në 80% të rasteve shkon incidenca e anoreksise ose/dhe kaheksisë në pacient me sëmundje jetë kërcënuese të rënda duke përbërë një problem shumë të madh dhe nevojë për ndërhyrje të ndryshme. Këto gjendje; kaheksia dhe anoreksia janë zakonisht multifaktoriale shumë të shprehura sidomos në kancer dhe HIV/AIDS. Shenjat klinike janë anoreksia dhe rënia në peshë. Këto gjendje e bëjnë pacientin dhe familjarët të ndihen shpesh herë të pashpresë dhe pararendin procesin e vdekjes.

Qëllimi

Ky protokoll jep rekomandime për vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave të pacientëve adultë që jetojnë me sëmundje të avancuar kërcënuese për jetën dhe përjetojnë simptomën e kaheksisë ose/dhe anoreksisë.

Përkufizime

Anoreksia është mungesa e pa kontrolluar ose humbja e oreksit që rezulton në marrje të reduktuar të kalorive nga pacientët.

Kaheksia është rënia në peshë në mënyrë të pavullnetshme në më shumë se 10% të peshës që ka patur gjatë sëmundjes, e shoqëruar me humbje të masës

muskulare dhe lipolizë. Kaheksia jo gjithmonë shoqëret me anoreksinë. Sindromi anoreksiko-kahektik përkufizohet lidhur dhe me shkaqet që e sjellin, ato janë primare dhe sekondare, të parat janë të lidhura direkt me ndryshimet metabolike dhe endokrine prej sëmundjes bazë ndërsa të dytat lidhen me faktorë që agravojnë situatën si asthenia, dhimbja, dispnea etj. që çojnë në humbje në peshë.

Standarti i Kujdesit

1. Vlerësimi
2. Diagnoza
3. Edukimi
4. Trajtimi Jo-Farmakologjik
5. Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimi

Vlerësimi i vazhduar i kujdesshëm është baza e një menaxhimi efektiv të kaheksisë dhe anoreksisë duke u përqëndruar tek anamneza e hollësishme, vlerësimi fizik apo objektiv, historia e marrjes së medikamenteve, vlerësim psiko-social, reagimi ndaj ushqimeve të ndryshme, vlerësim ambjental dhe marrëdhënieve të tjera. Pjesë të vlerësimit janë dhe informacione të tjera të rëndësishme si të dhëna laboratorike apo diagnostike.

Model i standartizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është akronimi (O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Kur e vutë re rënien në peshë dhe mungesën e oreksit? Sa kohë kanë zgjatur? Sa shpesh ju ndodh kjo gjëndje? A ju ndodh gjatë të gjithë kohës?
Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Kush mendoni ju është shkaktari i kësaj gjendjeje? Çfarë mendoni që ju qetëson dhe ju bën të ndiheni më mirë? Çfarë mendoni që e përkeqëson më tepër gjëndjen tuaj?
Quality (Cilësia)	Cfarë ndjesie ju jep? A mund ta përshkruani atë? Sa peshë keni humbur dhe për sa kohë?

Radiation (Përhapja)	Sa është sasia e ushqimit që ju merni?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i kësaj gjëndje (në një shkallë prej 0 deri në 10. Ku me nr. 0 është përcaktuar, “nuk ka problem” dhe me nr. 10 “ka maximumin e shqetesimit”. Tani , kur ndihesh më qetë, kur ndihesh më keq, kur ndihesh në një gjëndje të ndërmjetme ? Sa i shqetësuar jeni ju nga kjo simptomë? A ka ndonjë simptomë tjetër që e shoqëron këtë gjëndje?
Treatment (Trajtimi)	Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh jeni duke përdorur? Sa efektive janë këto? A keni ndonjë efekt anësor nga barnat dhe trajtimet? Çfarë medikamente dhe trajtimesh keni përdorur në të kaluarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se është duke e shkaktuar këtë simptomë? Si është kjo simptomë që ju ka prekur ju dhe familjen?
Values (Vlerat)	Cili është mendimi juaj për këtë simptomë? Cili është nivel i pranueshëm nga ju i kësaj simptome në shkallë nga 0-10? A keni ndonjë mendim ose ndjesi tjetër në lidhje me këtë simptomë, që ka rëndësi për ju apo familjen tuaj?

2. Diagnoza

Menaxhimi do të konsistojë në trajtimin e shkaqeve të kthyeshme kur është e mundur. Ndërhyrja më e rëndësishme në trajtimin e kaheksisë/anoreksisë është identifikimi i shkaqeve që sjellin këto gjendje dhe trajtimi i përshtatshëm i tyre si:

Shkaqe e Kaheksisë

Shkaqet e Kaheksisë	Pacient i Prekur	Ndërhyrja
Toksina nga kanceri	citokina; faktori nekrotik tumoral, interleukina 1, leptina	Megestrol acitate, Analgjezik anti-inflamator, adenosine triphosphate, konrtikosteroid
Depresioni ose deliri	Mund të shkaktojnë ose të jenë shkak i anoreksisë/kaheksisë	Haloperidol, Antidepresivë, këshillim, mbështetje
Disfagia	tumoret e kokës, qafës, ezofagut	Ushqyerje enterale (preferohet gastrostomia), ushtrime për gëlltitjen, laser/rrezatim, kontrolli I dhimbjes me

		analgjektiv ose anestetik lokal
Çrregullime të traktit gastrointestinal	obstruksion, konstipacion, diarre, të vjella	Rregjim kujdesi për zorrët, Domperidon, Metoklopramide ose antagonistë të opioideve dhe ndërhyrje për obstruksionin
Sindromi i Malabsorbimit	yndyrna dhe karbohidrate që nuk metabolizohen/absorbohen	Kortikosteroide, Megestrol acitate, Omega 3
Toksicitet nga trajtimi: mukozitis, nausea, të vjella	Radioterapia, Kimioterapia, medikamente të ndryshme	Trajtimi sipas toksicitetit
Simptoma të pakontrolluara: dhimbja, dispnea, konstipacioni, nauze, të vjella	Pacient në stad të avancuar të sëmundjes	Kontroll i simptomave për të rritur oreksin dhe cilësinë e jetës
Kserostomia, probleme të mukozës së gojës dhe të shijes	Infeksion, Kandidoze, higjen e dobët orale, tharje, çrregullim i shijes	Zëvendësues të salivës, higjenë orale dhe ushqyerje, suplemente të zinkut

3. Edukimi

Këshillime për mënyrën e ushqyerjes janë mjaft të rëndësishme (p.sh. sasi të vogla ushqime, vakte më të shpeshta, pije ushqyese të ftohta etj). Shpjegoni çfarë e shkakton dhe rëndon anoreksinë. Ndiemo pacientin dhe familjarët të kuptojnë vlerat e ushqyerjes nga goja dhe përfitimet e trajtimeve të tjera. Këshillo familjarët që ndonjëherë insistimi për të ushqyer mund të shkaktojë dhe gjendje ankthi dhe mund të përkeqësojë situatën.

4. Trajtimin Jo-Farmakologjik

- Ushqimi nga goja është mënyra më e mirë nëse është e mundur, është mirë “çfarë pacienti pëlqen” dhe jo “çfarë është më me vlerë ushqyese”. Ndërsa sëmundja progreson shpjego se marrjet nga goja do të reduktohen dhe kjo është e natyrshme, copa akulli, lëngjet dhe higjena e gojës bëhen prioritet.
- Hypodermoklizem për të trajtuar simptoma të lidhura me dehidrimin (nëse është e mundur) sepse mund të përmirësojë cilësinë e jetës së pacientit.
- Ushqyerja enterale mund të jetë e përshtatshme tek pacientët që kanë vështirësi në gëlltitje dhe oreksi ruhet në nivel të kënaqshëm. Ushqyerja nëpërmjet Gastrostomës është alternativë më komode sesa ushqyerja nëpërmjet sondës nazogastrike, dhe ofron drenim në rast të obstruksionit total të zorrës. Përbën një risk për pneumoni aspirative dhe diarre. Pacientët me etiologji sekondare përfitojnë nga kjo mënyrë ushqyerje.

- Konsultimet me dietistin janë mjaft të rëndësishme.
- Ushqimi total parenteral nuk është i rekomanduar përveç rasteve të veçanta, sepse studime të shumta kanë vërtetuar se nuk ka përfitime në sëmundshmëri dhe mortalitet.

5. Trajtimin Farmakologjik

Objektiv i trajtimit do të jetë përmirësimi i cilësisë së jetës, të kontrollohen simptomat që shqetësojnë më shumë dhe qasja interdisiplinare për të konsideruar prognozën apo dhe dëshirat e pacientit dhe familjarëve.

Medikamentet më të përdorshme:

- **Metoclopramid***- në rastet kur nausea kronike bëhet shkak, 10mg çdo 4-8 orë.
- **Megestrol acetat***- kur kemi pritshmëri të mirë të jetës rekomandohet, 80-160mg 4 herë në ditë sipas nevojës, kujdes për efektet anësore të medikamentit. Deri në një dozë maksimale 800mg në ditë.
- **Kortikosteroidet**- mund të përmirësojnë oreksin, fuqinë dhe japin një farë përmirësimi të gjendjes së përgjithshme por efektet janë provizore, zgjasin 2-4 javë.
 - **Dexametazon***: 2mg nga goja 3 herë në ditë.
 - **Methylprednizolone***: 2mg nga goja 2 herë në ditë.
 - **Prednizone***: 5mg nga goja 3 herë në ditë.

Medikamentet më pak të përdorshme:

- **Analgjzikët Antiinflamator** – kanë treguar përfitime në anoreksi/humbje në peshë nëpërmjet efektit antiinflamatorë që ndikon në përgjigjen e citokinave.
 - **Ibuprofen***: 400mg nga goja 3 herë në ditë.
 - **Indometacinë***: 50mg nga goja 2 herë në ditë.

- **Melatonin**** - ka efekte mbi veprimin e faktorit nekrotik tumoral, jepet 20mg në darkë
- **Dronabinol****- mund të reduktojë nauzenë dhe përmirësojë oreksin por nuk ndikon në humbjen në peshë, jepet 2.5mg nga goja 2-3 herë në ditë.
- **Omega3**** - ka treguar efekt në normalizim të metabolizmit.

Referenca

- Fainsinger RL, Pereira J. Clinical assessment and decision-making in cachexia and anorexia. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 533 - 46.
- Bruera E, Roca E, Cedaro L, Carraro S, Chacon R. Action of Oral Methylprednisolone in Terminal Cancer Patients: A Prospective Randomized Double-Blind Study. *Cancer Treatment Reports*. 1985 July/August 1985;69(7 - 8):751 - 4.
- Strasser F. Nutrition. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 520 - 33.
- McMillian DC, Wigmore SJ, Fearon KCH, O’Gorman P, Wright CE, McArdie CS. A prospective randomized study of megestrol acetate and ibuprofen in gastrointestinal cancer patients with weight loss. *British Journal of Cancer*. 1999 May 28, 1998;79(3/4):495 - 500.
- Bruera E, Swenney C. Pharmacological interventions in cachexia and anorexia. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 552 - 60.
- Davidson I, Richardson R. Dietary and nutritional aspects of palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 546 - 52.
- Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.
- Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.
- Education in Palliative and End-of-Life Care EPEC. *Participant’s Handbook*. Chicago, USA: The EPEC Project; 2003.
- Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.
- Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006 Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.
- Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.
- Watson M. et al. *Oxford handbook of Palliative Care. Second Edition*. New York, USA: Oxford University Press; 2009.

Protokollu Klinik: KOLLA

Rëndësia

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Rreth 86% e pacientëve të cilët jetojnë dhe vdesin nga sëmundjet jetë kërcënuese, paraqesin si simptomë të tyre kollën.

Qëllimi

Ky protokoll ofron rekomandime për vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave për pacientët adult, të cilët jetojnë me sëmundje të avancuara jetë kërcënuese dhe paraqesin simptomën e kollës. Ky protokoll nuk merret me sëmundjet specifike për menaxhimin e kollës. Kur kollja bëhet kronike ajo mund të bëhet burim për çrregullimin e gjumit, axhitim, ankth dhe bëhet lodhëse. Kolla është një eksperiencë objektive dhe subjektive dhe në 42-62% të rasteve ka një origjinë multifaktoriale. Kolla paraqitet në 23-86% të pacientëve me kancer dhe në 59% të pacientëve me patologji jo-malinje.

Përkufizime

Kolla është një ekspirim eksploziv që nxjerr mukus dhe materiale të tjera nga trakea dhe bronket kryesore.

Standarti i kujdesit

1. Vlerësimi
2. Diagnoza
3. Edukimi

4. Trajtimi Jo-Farmakologjik

5. Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimi

Vlerësimi i kujdesshëm është baza në menaxhimin efektiv të kollës, duke përfshirë këtu anamnezën, vlerësimin fizik, vlerësim i terapisë së përdorur, vlerësim të ambientit fizik dhe psiko-social (duke përfshirë pozicionin e tanishëm dhe atë të mëparshëm) si dhe diagnostikimin e duhur. Vlerësimi i kollës duhet të përfshijë shkakun, efektivitetin si dhe impaktin në cilësinë e jetës.

Model i standartizuar shume i përdorshëm për vlerësimin është akronimi (O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Kur filloi? Sa zgjat? Sa shpesh ndodh?
Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Cili është shkaktari provokues? Çfarë e përmirëson? Çfarë e përkeqëson?
Quality (Cilësia)	Çfarë ndjen? A mund ta përshkruash atë? A varet nga pozicioni?
Radiation (Përhapja)	Cilat pjesë përfshihen gjatë kollës? Fyti? Kraharori?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i këtij simptomi (në një shkallë nga 0 në 10, ku 0 është aspak dhe 10 më e keqja e mundshme). Në këtë moment? Në momentet më të mira? Në momentet më të këqija? Në gjendjet mesatare? A ka simptoma të tjera shoqëruese të këtij simptomi?
Treatment (Trajtimi)	Çfarë terapie medikamentoze po përdorni në këto momente? Sa efektive është? A keni efekte anësore nga këto medikamente? Çfarë terapie keni përdorur në të shkuarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se po e shkakton këtë simptomë? Si po ndikon kjo simptomë mbi ju dhe familjen tuaj?
Values (Vlerat)	Cili është qëllimi juaj për këtë simptomë? Cila është vlera juaj e pranueshme për këtë simptomë (në një shkallë nga 0 në 10, ku zero është aspak dhe 10 më e keqja e mundshme). A ka ndonjë pikpamje tjetër apo ndjenjë tjetër për këtë simptomë e cila është e rëndësishme për ju apo familjen tuaj?

2. Diagnoza

Menaxhimi duhet të përfshijë trajtimin e shkaqeve reversibël kur është e mundshme dhe e dëshirueshme. Ndërhyrja më e rëndësishme në menaxhimin e kollës ka të bëjë me evidentimin e shkaqeve dhe trajtimin e duhur të tyre. Por ekzistojnë raste ku pavarësisht se mund të evidentojmë shkaqet nuk është e rekomanduar terapia kjo në varësi të shkallës së sëmundjes. Pavarësisht nëse shkaqet mund të mjekohen ose jo, të gjithë pacientët duhet të përfitojnë menaxhimin e simptomës duke përdorur edukimin ose medikamentet. Identifikimi i etiologjisë së kollës është thelbësor në vendosjen e terapisë së duhur mjekësore.

Shkaqet:

Infeksion pulmonar, SPOK, pakësim i aktivitetit, dobësi me reduktim të kollitjes efektive, neoplazi e sistemit respirator, edema pulmonare, likuid pleural, astma, sinuzit etj.

3. Edukimi

Kolla mund të jetë faktor stresues si për personin i cili e përjeton dhe për ata që e rrethojnë. Baza fundamentale për përballimin e këtij simptomi nga ana e pacientit dhe familjarëve të tij është edukimi i këtyre të fundit rreth etiologjisë së kollës si dhe pritshmëritë e trajtimit të kësaj simptome.

Gjatë dobësimit të gjendjes shëndetësore të një pacienti ulet dhe aftësia e tij për të nxjerrë sputumin. Pacientit gjatë kësaj kohe i duhet mësuar teknika e ekspirimit të sforcuar ose të shfryjë për të pastruar sekrecionet me sforco minimale.

4. Trajtimi Jo-Farmakologjik

- Pozicionimi për të lehtësuar drenimin e sekrecioneve (drenimi postural) por kjo gjë nuk duhet të përdoret gjatë krizave akute të bronkitit kronik.
- Largimi nga duhani, irritantët kimik ose tymrat.
- Përdorimi i kriprave nebulizatore dhe lagështuesit e ajrit.
- Hidrimi adekuat.

- Aspirimi nuk është i indikuar përveçse në situatat e mëposhtme: në prani të edemës pulmonare akute fulminante, për të pastruar sekrecionet bronchiale në pacientët me trakeostomi, për pastrimin e sekrecioneve në prani të obstrukcionit të plotë ezofageal ose në rastet e gjakërrjedhjes nga fyti apo goja.
- Mundësoni instruktimin e strategjive të evitimit të ankthit.

Trajtimi Farmakologjik

- Për kollë të lehtë ose të thjeshtë ekspektorantët janë efektiv.
 - **Guaifenesina**** 5ml nga goja çdo 4 orë ose 1-2 tab çdo 12 orë deri në 4 tab /24 orë
- Për kollë nga mesatare në të moderuar:
 - **Dextromethorphan***** (jo opioid) 15- 30 mg (1-2 lugë çaji) nga goja çdo 4 orë
- Për kollën multifaktoriale në sëmundjet e avancuara:
 - Antitusivët opioid përfshijnë:
 - **Methadone***** 2.5-10 mg nga goja. Metadoni është një antitusiv shumë i fuqishëm dhe ka aktivitet më të lartë se morfina dhe kodeina. Rekomandohet marrja e tij 2 orë para gjumit.
 - **Hydromorphone***** 1 – 2 mg nga goja çdo 4 orë.
 - **Hydrocodone***** 5 – 10 mg nga goja çdo 4 – 6 orë me një dozë ditore jo më të madhe se 60 mg. Ka aktivitet antitusiv më të madh se kodeina por më të vogël se morfina.
 - **Morfina***** 5 mg nga goja çdo 4 orë.
 - **Kodeina*** 10 – 20 mg nga goja çdo 4-6 orë, me një dozë ditore jo më shumë se 120mg.
 - **Oxycodone**** 5 mg çdo 4 orë ose 10 mg (me lëshim të ngadaltë) nga goja çdo 12 orë.
 - **Dexamethasone*** 4-8 mg nga goja, i/v, s/c dozë ditore në varësi të shkakut dhe gjendjes së rënduar. Mundësisht të evitohet përdorimi për një kohë të gjatë pasi vërehet rritje e riskut për miopati proksimale.

- Për kollën e padominueshme mund të përdoren anestetikë lokal me nebulizator:
 - **Bupivacainë**** 0.25% 5ml çdo 4 orë
 - **Lidocainë**** 2% 2-5ml për 1 ml salinë normale çdo 4 orë
Kujdes, mund të shkaktojnë bronkospazma në pacientët astmatikë.
- **Cromoglycate Sodium***** është paraqitur shumë efektiv në suprimimin e kollës në kancerin pulmonar të avancuar.

Referencat

- Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.
- Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.
- Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006.
- Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.
- Shoqata Shqipëtare e Kujdesit Paliativ. Dr. Prifti F et al. Përdorimi i Opioideve dhe Opiofobia. Tiranë; 2012.
- Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.
- Gallagher R. Cough in Terminal Care. In: Downing GM, Wainwright W, editors. *Medical Care of the Dying*. 4th ed. Victoria, B.C.
- Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 587 - 618.
- Leach R. Palliative medicine and non-malignant, end-stage respiratory disease. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 895 - 916.
- Whiting N. Cough. In: MacDonald N, Oneschuk D, Hagen N, Doyle D, editors. *Palliative Medicine - A case based manual* 2nd ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2005.
- Dudgeon D. Dyspnoea. In: MacDonald N, Oneschuk D, Hagen N, Doyle D, editors. *Palliative Medicine - A case based manual* 2nd ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2005.
- Homs J, Walsh D, Nelson KA. Important drugs for cough in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2001;19:565-74.
- Moroni M, Porta C, Gualtietti G, Nastasi G, Tinelli C. Inhaled sodium cromoglycate to treat advanced lung cancer patients. *British Journal of Cancer*. 1996;74(2):309-11.

Protokoli Klinik: KONGJESTIONI RESPIRATOR TERMINAL (TAKIPNEA E ZHURMESHME)

Rëndësia e këtij Protokoli

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Sekrecionet terminale dhe kongjestionit janë të zakonshme në një fazë terminale, nga 23 në 95% të rasteve. Kongjestionit terminal është një shenjë e afrimit të vdekjes në 48% brenda 24 orëve dhe në 76% brenda 48 orëve. Zakonisht nuk është shqetësues për vetë pacientin por për familjarët dhe kujdestarët e tij.

Qëllimi

Ky protokoll jep rekomandime për vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave të pacientëve adultë që jetojnë me sëmundje të avancuar kërcënuese për jetën dhe përjetojnë simptomën e kongjestionit respirator terminal.

Përkufizime

Kongjestionit respirator terminal është frymëmarrja e zhurmëshme e shqetësuar, ose gurgulluese e disa pacientëve në orët e fundit të jetës. Zakonisht pacienti është në agoni dhe pa ndërgjegje. Takipnea e zhurmëshme shoqërohet nga lëvizje të rënduara të kraharorit dhe barkut.

Sekrecione të rrugëve respiratore janë mukus i sekretuar nga gjëndrat submukozale, ato mund të akumulohen gjatë mbiprodhimit, klirens i ulur mukociliar, refleksi inefektiv i kollës.

Kongjestionit Tipi 1 - Sekrecionet salivare të akumuluar kur reflekset e gjëllitjes mungojnë.

Kongjestionioni Tipi 2 - Sekretionet bronkiale nuk nxirren më kollë ose nuk gëlltiten.

Standarti i kujdesit;

- 1 Vlerësimin
- 2 Diagnoza
- 3 Edukimi
- 4 Trajtimi Jo-Farmakologjik
- 5 Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimin

Vlerësimi i kujdesshëm është tepër i rëndësishëm dhe çon në menaxhim të mirë të situatës, ky vlerësim përfshin anamnezën e hollësishme, vlerësim objektiv, vlerësim të medikamenteve të përdorura, procedurave e trajtimeve të realizuara si dhe të ambjentit psikosocial. Vlerësimi duhet të qartësojë shkaqet, efektivitetin dhe impaktin në cilësinë e jetës së pacientit dhe familjes. Pacientët me kongjestion terminal shpesh nuk janë të komunikueshëm prandaj pyetjet për familjarët dhe observimi i detajuar janë shumë të rëndësishme.

Model i standartizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është Akronimi (O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Në ç’kohë kanë filluar këto simptoma? A mund të pastrohen këto sekrecione me anë të kollitjes ose gëlltitjes? Sa shpesh ju ndodh?
Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Kush mendoni ju është shkaktari i këtyre simptomave? Çfarë mendoni që ju qetëson dhe ju bën të ndiheni më mirë? Çfarë mendoni që e përkeqëson me tepër gjëndjen tuaj?
Quality (Cilësia)	Çfarë zhurme bën gjatë frymëmarrjes? Si është ajo?
Radiation (Përhapja)	Ku ndodhen sekretionet? Në Fyt? Në Gjoks?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i këtyre simptomave (në një shkallë prej 0 deri në 10. Ku me nr. 0 është përcaktuar, “nuk ka problem” dhe me nr. 10 “ka maximumin e shqetësimit”. Tani, kur ndihesh më qetë, kur ndihesh më keq, kur ndihesh në një gjendje të ndërmjetme ?

	Sa i shqetësuar jeni ju nga kjo simptomë? A ka ndonjë simptomë tjetër që e shoqëron këtë gjendje?
Treatment (Trajtimi)	Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh jeni duke përdorur? Sa efektive janë këto? A keni ndonjë efekt anësor nga barnat dhe trajtime? Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh keni përdorur në të kaluarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se është duke e shkaktuar këtë simptomë? Si ndikon kjo simptomë tek familjarët? A është i shqetësuar pacienti?
Values (Vlerat)	Cili është mendimi juaj për këtë simptomë? Sa të shqetësuar jeni nga kjo simptomë, në një shkallë 0 deri në 10 (Ku me nr. 0 është përcaktuar, “nuk ka problem” dhe me nr. 10 “ka maximumin e shqetësimit”). A keni ndonjë mendim ose ndjesi tjetër në lidhje me këtë simptomë, që ka rëndësi për ju apo familjen tuaj?

2. Diagnoza

Identifikimi i shkaqeve etiologjike përbën kyçin e një ndërhyrje efektive të mëtejshme.

Shkaqet

- **Rritje e sasisë së sekrecioneve në rrugët respiratore:**
 - Sekrecione salivare të shtuara apo Kongjestion Tip 1, (akumulohen afër vdekjes).
 - Sekrecione trakeo-bronkiale të shtuara apo Kongjestion Tip 2. (akumulohen për disa ditë tek pacientët që po rëndohen dhe që nuk kolliten dot)
 - Sekrecione jo respiratore (aspirim, gjakë, eksudate, mbetje tumorale).
- **Zvogëlim i diametrit të rrugëve respiratore:**
 - Rezistence e rritur
 - Edema
 - Hypertrofi e muskujve të lëmuar
 - Kompresion intrinsek apo ekstrinsek
- **Frekuenca respiratore:**
 - Takipnea
 - Alterime, frymëmarrje me frekuencë të shpeshtë

3. Edukimi

Rëndësia e edukimit qëndron tek mbështetja për familjarët pranë pacientit në situatë të tillë.

Shpjegimet për situatën dhe prognozën janë kryesore, përgatit familjen për të gjitha ndryshimet. Vdekja është e afërt.

4. Trajtim jo-farmakologjik

Parandalohet aspirimi e mbetjeve, ripoziciono pacientin anash dhe me pak kokën lart për të mbajtur drenazhin, aspiro por jo gjithmonë ndihmon sidomos kur sekrecionet janë shumë poshtë, mbaj hapësirën e gojës të pastër, shmang përdorim të tepërt të lëngjeve. Në spitale aspirimi nuk është për t'u inkurajuar në situatë të tillë.

5. Trajtim farmakologjik

- **Anti-kolinergjikët** janë mjaft efektivë për të ulur prodhimin e sekrecioneve të salivës dhe të mukusit të bronkeve dhe përdoren për trajtimin e kongestionit respirator terminal:
 - **Atropine*** - 0.4-0.8 mg s/c çdo 4 orë dhe më pas çdo 1 orë sipas nevojës.
 - **Scopolamine*** (hyoscine hydrobromide) - 0.3-0.6mg s/c çdo 4-6 orë rregullisht apo sipas nevojës.
- **Glycopyrrolate***** - 0.1-0.2mg s/c çdo 6-8 orë rregullisht apo sipas nevojës.
- **Morfine*** - 5-10mg s/c për të ulur frekuencën e frymëmarrjes si dhe thellësinë e saj sipas nevojës dhe për t'i ofruar sa më shumë komfort pacientit në këto moment, nëse pacienti përdor një opioid të fortë doza mund të dyfishohet ose trefishohet.

Referenca

Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.

Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.

Emergencies in Palliative and Supportive Care, David Currow, Oxford University Press, 2006.

Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.

Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006 Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.

Shoqata Shqipëtare e Kujdesit Paliativ. Dr. Prifti F et al. Përdorimi i Opioidëve dhe Opiofobia. Tiranë; 2012.

Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.

Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.

Watson M. et al. *Oxford handbook of Palliative Care. Second Edition*. New York, USA: Oxford University Press; 2009.

West Midlands Palliative Care Physicians, *Guidelines for the Use of Drugs in Symptom Control*. 4th ed. 2007.

Chan K-S, Sham M, M. K., Tse DMW, Thorsen AB. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 587 - 618.

Leach R. Palliative medicine and non-malignant, end-stage respiratory disease. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York, New York: Oxford University Press Inc., New York; 2005. p. 895 - 916.

Sorenson HM. Managing Secretions in Dying Patients. *Respiratory Care*. 2000 November 2000;45(11):1363 -4.

Kass RM, Ellershaw J. Respiratory Tract Secretions in the Dying Patient: A Retrospective Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003 October 2003;26(04):897 - 902.

Whiting N. Cough. In: MacDonald N, Oneschuk D, Hagen N, Doyle D, editors. *Palliative Medicine - A case based manual* 2nd ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2005.

Protokoli Klinik: KONSTIPACIONI/DIARREA

Rëndësia e këtij protokoli

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Qëllimi

Ky protokoll ofron mënyrën e vlerësimit dhe menaxhimit të kësaj situate për profesionistët e shëndetësisë (mjekët dhe infermierët) në pacientët mbi 19 vjeç që vuajnë nga sëmundje kërcënuese për jetën (kancer) në stad të avancuar dhe përjetojnë simptomën e konstipacionit apo diarresë.

Çrregullimet e zorrës shkaktojnë ankth deri në 18% të pacientëve të kujdesit paliativ dhe rritet në 80% ose më shumë në fund të jetës së tyre. Konstipacioni është më i shpeshtë dhe shfaqet në afërsisht 40%-50% të pacientëve që trajtohen me opioide. Konstipacioni ndikon ndjeshëm në cilësinë e jetës dhe mund të jetë një shkak i shfaqjes së delirit. Konstipacioni shfaqet më shpesh tek femrat dhe tek të moshuarit. Diarrea shfaqet më rrallë dhe haset në më pak se 10% të pacientëve me kancer.

Përkufizime

Konstipacioni mund të përkufizohet si evakuim i ngadalësuar dhe i vështirësuar i zorrës që shoqërohet me ulje të peristaltikës së zorrës nën normalen dhe që mund të shkaktoj dhimbje dhe diskomfort.

Konsumimi i sasirave të pakta të lëngjeve apo fibrave shkakton konstipacion, gjithashtu edhe konsumimi i ushqimeve si djathi, qumështi, apo medikamente të ndryshme (kryesisht trankuilizantët)

Forma të konstipacionit janë: **Hypotonik** – shkaktuar nga një ulje e aftësisë në përthithjen e ujit dhe tonusit të muskujve. **Dyschezia (apo zakoni)** - shkaktuar nga ulja kronike e nxitjes për defekim. **Hypertonik kronik** – të shkaktuar nga hyperaktiviteti i muskulaturës së segmentit të kolonit të mesëm dhe hiper segmentimit të feçeve, si dhe ngjeshjes së tyre (obstruksion).

Diarrea përkufizohet, si 3 ose më shumë jashtëqitje me përmbajtje të qullët dhe në sasi të madhe, në ditë me / ose pa irritim, dhimbje apo prurit anorektal.

Standarti i kujdesit do përmbajë:

1. Vlerësimi
2. Diagnoza
3. Edukimi
4. Trajtimi Jo-Farmakologjik
5. Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimi

Vlerësimi i vazhdueshëm dhe gjithpërfshirës është themeli i përcaktimit të etiologjisë së konstipacionit, duke përfshirë anamnezën, vlerësimin fizik (barku / tingujt e zorrës / lëkura), rishikimi i mjekimit, vlerësimi mjekësor dhe kirurgjikal (CT e barkut mund të tregojë pengesë të mundshme), vlerësimi psikosocial, i mjedisit fizik dhe diagnostikimi i përshtatshëm. Vlerësimi duhet të përcaktojë shkakun, efektivitetin dhe ndikimin në cilësinë e jetës për pacientin dhe familjen e tij.

Pacientët me konstipacion ndonjëherë mund të mos jenë të komunikueshëm prandaj pyetjet për familjarët dhe observimi i detajuar janë shumë të rëndësishme.

(Model i standartizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është akronimi- O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Në ç’kohë kanë filluar këto simptoma? Sa kohë kanë zgjatur? Sa shpesh ndodhin?
Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Kush është shkaku i këtij simptomi? Çfarë mendoni që ju qetëson dhe ju bën të ndiheni më mirë? Çfarë mendoni që e përkeqëson me tepër gjëndjen tuaj? Si ka qënë dieta juaj – e lëngëshme apo e fort? Çfarë i bën daljet jashtë të buta/të forta/të lëngshme, me frekuencë të shpeshtë/të rrallë?
Quality (Cilësia)	Çfarë e bën atë të ndihet në këtë mënyrë? A mund të përshkruani këtë ndjesi? Si ju është dukur jashtëqitja?
Radiation (Përhapja)	Ku ndodhet? A përhapet gjëkund?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i këtyre simptomave (në një shkallë prej 0 deri në 10. Ku me nr. 0 është përcaktuar, “nuk ka problem” dhe me nr. 10 “ka maximumin e shqetësimit”). Tani, kur ndihesh më qetë, kur ndihesh më keq, kur ndihesh në një gjëndje të ndërmjetme? Sa i shqetësuar jeni ju nga kjo simptomë? A ka ndonjë simptomë tjetër që e shoqëron këtë gjëndje? Për shembull, dhimbje, nauze/të vjella, fryrje, humbje oreksi?
Treatment (Trajtimi)	Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh jeni duke përdorur? Sa efektive janë këto? A keni ndonjë efekt anësor nga barnat dhe trajtimet? Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh keni përdorur në të kaluarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se është duke e shkaktuar këtë simptomë? Si ndikon kjo simptomë tek ju dhe familja juaj?
Values (Vlerat)	Cili është mendimi juaj për këtë simptomë? Cili është niveli i komfortit i pranaueshëm për ju në një shkallë prej 0 deri në 10. (Ku me nr. 0 është përcaktuar, “nuk ka problem” dhe me nr. 10 “ka maximumin e shqetësimit”) A keni ndonjë mendim ose ndjesi tjetër në lidhje me këtë simptomë, që ka rëndësi për ju apo familjen tuaj?

2. Diagnoza

Identifikimi i etiologjisë themelore të konstipacionit dhe diarresë është shumë i rëndësishëm në përcaktimin e ndërhyrjeve dhe mjekimin e tyre.

Shkaqet e konstipacionit në pacientët me kancer në stad të avancuar.

Anomalitë strukturore - Obstruksioni Gastro-Intestinal, Masat tumorale pelvike, Fibrozat e shpërndara, Dhimbja anorektale (fisurat anale, hemorroidet, abscesi perianal).

Medikamentet – Opiatet, Medikamente me veprim antikolinergjikë, antispastike, phenothiazine, antidepresivët, haloperidoli, antiacidet, antiemetikët - 5HT₃, diuretikët, antikonvulsantët, hekuri, antihipertensivët, preparatet kimioterapeutike.

Çrregullimet metabolike - Dehidratimi, Hiperglicemia, Hypokalemia ose Hypercalcemia, Uremia, Hypothyroidismi.

Çrregullime neurologjike - Tumoret cerebrale, Komprimimi i palcës kurrizore, Infiltrimi i nervit sacral, Humbja e pavarësisë.

Të përgjithshme - Mosha e thyer, Inaktiviteti, Depresioni, Qetësimi, Konsumi i pakët i ushqimi, Dieta e varfër në fibra, Konsumimi në sasi të pakët i lëngjeve, Pengesa fizike apo sociale.

Shkaqet e diarresës në të sëmurët me kancer në stad të avancuar

Obstruksioni - Tumor malinj, Ngjeshja (bllokimi) fekal, Konstipacioni nga opiatet.

Medikamentet - Laksativët, Antacidet, Antibiotikët, Kimiopreparatet - 5-flourouracili, mitomicina, Antiinflamatorët - diklofenaku, indometacina, Preparatet e hekurit.

Malabsorimi - Karcinoma pankreatike apo insuficienca pankreatike, Gastrektomia, Rezekcioni i ileusit, Kolektomia.

Tumoret - Kanceri i zorrës së trashë apo rektumit, Karcinoma e qelizave ishullore të pankreasit, Tumori Karcinomatöz.

Radioterapia - Radioterapia abdominale ose pelvike me ose pa kimioterapi (Radioterapia shkakton enterit)

Sëmundje shoqëruese - Diabetis mellitus, Hyperthyroidismi, Morbus Crohn, Koliti, Infeksionet gastrointestinale.

Dieta - Fibrat, Frutat, Pikantet, Alkooli.

Konstipacioni mund të jetë edhe me natyrë multifaktoriale.

3. Edukimi

- Edhe nëse pacienti nuk ushqehet nga goja, trupi vazhdon të prodhojë afërsisht 300-500gr feçe në ditë.
- Nuk është e nevojshme që të ketë një jashtëqitje çdo ditë për sa kohë që feçet janë të buta dhe nëse akti i jashtëqitjes kryhet lehtësisht, është e pranueshme që ajo të kryhet edhe në çdo 2 deri 3 ditë.
- Është normale që frekuenca e jashtëqitjes të ndryshojë nga personi në person.
- Nëse kemi rënie oreksi, duhet të përpiqemi të përfshijmë në dietë lëngje ushqyese të tilla si lëngje frutash, lëngje frutash me qumësht, apo supra të ndryshme.

4. Trajtimi Jo-Farmakologjik

Konstipacioni:

- Për aq kohë sa të jetë e mundur, duke përdorur mënyra parandaluese, si: Dieta me lëngje, me fibra, apo faktorë ambjentalë si tualet i përshtatshëm dhe aktivitet fizik. Laksativ natyral që ndihmojnë në lehtësimin e aktit të jashtëqitjes mund të jenë lëngjet e; kumbullës së tharë, hurmat e arabisë, fikut dhe rrushit të thatë.
- Përpjekjet për të defekuar duhet të bëhen 30 deri në 60 minuta pas marrjes së një vakti, për të përfituar nga refleksi gastro-kolik (dhimbja e barkut).
- Akti i jashtëqitjes duhet të fillohet kur pacienti të jetë në kushte normale dhe të përshtatshme për ta kryer atë, pra në një pozicion ulur dhe sa më komod, si dhe kujdesin në kontrollin e dhimbjes gjatë lëvizjes.
- T'i sigurohet privatësi gjatë kryerjes së aktit të defekimit.
- Shmangia e tejldhjes (kjo mund të ndikojë edhe negativisht).

- Të inkurajohet veprimtaria fizike (nëse është e mundur).

Diarrea:

- Për shumicën e pacientëve me diarre ulja e konsumit të fibrave është rezultative, por nëse ka sasira të rritura të lëngjeve në zorrë një absorbues mund të jetë i dobishëm (biskotat). Nëse dyshohet hipersensibilitet i zorrës, marrja e lëngjeve me gllenjka për 24 deri 48 orë mund të jetë e dobishme.
- Ulja e konsumit të ushqimeve me përmbajtje të lartë të fibrave, vakteve të bollshme, ushqimet yndyrore, kafeinës dhe produkteve të qumështit.
- Mbajtja nën kontroll e hidrimit dhe elektrolitëve (veçanërisht në rastet me diarre të rëndë). Solucionet Ringer Laktat janë më të preferuarat për rehidrimin parenteral. Në rastet kur dehidrimi nuk është i rëndë, rehidrimi mund të bëhet edhe oral (2 gr kripë plus 50 gr sheqer të tretur në 1 litër ujë).
- Një akt i vetëm jashtëqitje të lëngshme zakonisht nuk kërkon ndërhyrje.
- Higjena e mirë dhe përdorimi i kremrave të ndryshme ndihmon në parandalimin e iritimit të zorrës nga diarre. Nëse kemi inflamacion është i nevojshëm përdorimi i një kremi që përmban kortikosteroid për 1 deri në 2 ditë.
- Diarre e vazhdueshme mund të ketë efekte të rënda në paraqitje (pamje), humor dhe marrëdhënie me të tjerët dhe kërkon përkujdesje të vacantë.

5. Trajtimi Farmakologjik

Konstipacioni:

- Të gjitha opiatet si efekt anësor kryesor të tyre kanë konstipacionin.
- Pacientët shpesh detyrohen të ndërpresin terapinë me opiate për shkak të konstipacionit opioid.

- Konstipacioni i shkaktuar nga opiatet është shumë më lehtë të parandalohet se sa të trajtohet.
- Opiatet shkaktojnë ulje të lëvizshmërisë së zorrës (ulje të peristaltikës) dhe rrisin reabsorbimin e ujit dhe elektrolitëve në zorrën e hollë dhe atë të trashë. Është vënë re se Fentanyl transdermal dhe Metadoni shkaktojnë më pak konstipacion se opiatet e tjera. Merni në konsideratë ndryshimin e opioidëve në rastet me konstipacion të rëndë.
- Efekti konstipant i opiateve nuk varet nga doza e tyre.
- Në dietat e ndryshme që mund të përdoren duhen marrë parasysh edhe preferencat e pacientit.
- Në konstipacion mund të përdoren laksativë të ndryshëm si: gjethja e senës, laktuloza, sorbitoli etj. Gjethja e senës është më e preferuar për shkak të toksicitetit të saj të ulët, por edhe për koston. Shija e ëmbël e laktulozës mund të shkaktojë probleme me tolerimin ndaj saj. Sorbitoli është vënë re të jetë më i tolerueshëm.
- Tek të gjithë pacientët që marrin opiate, duhet filluar me kujdes trajtimi me laksativë.
- Për të filluar trajtimin me laksativë duhet të bazohemi në zakonin (shpeshtësinë e jashtëqitjes tek një pacient i caktuar), kohën që nga akti i fundit i jashtëqitjes.
- Për të siguruar një peristaltikë të rreullt të zorrës (jashtëqitje çdo 2-3 ditë), duhet të mbështetemi në protokollin e mjekimit të zorrës dhe gjithashtu të jemi të kujdesshëm edhe në dozimin e laksativeve.
- Nëse pacienti kalon 3 ditë pa kryer aktin e jashtëqitjes kërkohet patjetër ndërhyrje.
- Të shmanget sa më shumë përdorimi i ushqimeve që përmbajnë fibra në pacientët që marrin pak lëngje nga goja. Pacientët zakonisht duhet të konsumojnë afërsisht 1.5 deri 2 litra lëngje në ditë, kjo bën që në pjesën më të madhe të tyre të formohen masa të bollshme të feçeve. Gjendja mund të përkeqësohet me fillimin e një obstrksioni.

- Përdorimi i laksativëve osmotike duhet të shoqërohet me rritjen e konsumit të lëngjeve.
- **Metoklopramidi*** pengon dopaminën në nivel qëndror dhe periferik, duke rritur peristaltikën në traktin e tretjes, si dhe duke eliminuar nauzenë dhe të vjellat. Metoklopramidi mund të përdoret 10 deri në 20 mg çdo 6 orë.
- Është vërtetuar se përdorimi i glikol polietilenit si laksativ në konstipacionin e shkaktuar nga opiatet jep rezultate mjaft të mira. **Polietilen glikoli**** përdoret 10 deri 30mg në ditë ose 60 deri në 240mg për evakumin e plotë të zorrës.

Fillo Trajtimin e Konstipacionit me:

- **Preparate të Senës**** (p.sh. Senakot tableta 1-2 tab PO çdo ditë para gjumit, dhe shtojë deri në 4 tab 3 herë/ditë [mund të zëvendësohet me 5 ml Senakot lëng për çdo tabletë]) sipas nevojës; **ose**
- **Bisacodyl**** 5 mg, 1-2 tab PO para gjumit ose bisacodyl supost 10 mg PR para gjumit; dyfisho dhe më pas trefishoje dozën, duke vendosur doza në mëngjes dhe pasdite.
- Në qoftë se nuk ka defekuar brenda 24-48 orëve, për shkak të feçeve të forta dhe të thata, shto një zbutës të feçeve, p.sh., **docusate sodium**** 250 mg 1-2 herë/ditë.
- Në qoftë se nuk ka defekuar brenda 48 orëve nga fillimi i terapisë, përdor **klizmë me solucion fosfati**** (Fleet).
- Në qoftë se nuk ka defekuar brenda 72 orëve nga fillimi i terapisë, përsërit ekzaminimin rektal; në mungesë të shenjave për bllokim të zorrës, të fekalomës dhe të përgjigjes ndaj **klizmës me solucion vajor**** (120ml vaj mineral i ngrohtë ose Fleet Mineral Oil Enema), apliko klizmë me fosfate:
 - **Magnezium citrate**** 200-250ml PO ose vaj mineral 30-60 ml PO.
 - **Lactulose**** 10-30 ml PO 1-2 herë/ditë.
- Zhbllokim manual:
 - Përdor anestetik lokal (p.sh. miks i **EMLA pomadë****, lidocaine 2% vaj ose 4% gel) mbi mukozën anale eksterne dhe interne dhe administro 120ml vaj mineral të ngrohur në

ampulën rektale 15-30 minuta përpara zgjerimit manual dhe nxjerrjes së feçeve.

- Në qoftë se ky proces shkakton stres, sidomos kur kërkohet zhblllokim i përsëritur, administro **lorazepam*** 1-2 mg dhe një analgjezik 30-60 minuta përpara zhblllokimit manual; zakonisht, kjo krijon kushte të favorshme pune.

Diarrea:

Diarrea mund të shkaktohet nga përdorimi i tepërt i laksativeve ose mund të jetë një efekt anësor i Radioterapisë, Kimioterapisë, apo ndërhyrjeve kirurgjikale.

Ndryshe nga konstipacioni, ku mund të përdoren shumë medikamente në të njëjtën kohë, në diarre duhet të përdoret një medikament i vetëm, por duhet treguar kujdes të shmangen dozat nën-terapeutike.

Lehtësimi simptomatik arrihet në përgjithësi me preparate jo-specificke antidiarreike si:

Loperamidi** 2mg/tab - Dozimi: 4mg dozë fillestare, më pas 2mg pas çdo jashtëqitje diarreike, deri në arritjen e efektit të dëshiruar. Doza normale është 6-8mg në ditë. Doza maksimale nuk duhet të kalojë 16mg në ditë.

Kodeina* 15mg/tab – Dozimi: 15-60mg nga goja çdo 4 orë.

Metronidazoli* rekomandohet në diarretë e rënda. Metronidazoli zakonisht përdoret 500 mg nga goja 3 herë në ditë.

Octreotidi** është një preparat mjaft efektiv në diarretë shumë të rënda. Octreotide përdoret 300-600 mcg në ditë s/c e ndarë në 2doza ditore deri në arritjen e efektit të dëshiruar, por me një kohëzgjatje mjekimi jo më shumë se 1 javë. Doza mksimale, nuk duhet të kalojë 750mcg në ditë.

Referenca

- Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.
- Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.
- Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.
- Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006
- Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med*. 1996.
- Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.
- Shoqata Shqipëtare e Kujdesit Paliativ. Dr. Prifti F et al. Përdorimi i Opioidëve dhe Opiofobia. Tiranë; 2012.
- Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- Oxford Handbook of Palliative Care, Maxs. Watson, 2005.
- Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.
- Watson M. et al. *Oxford handbook of Palliative Care. Second Edition*. New York, USA: Oxford University Press; 2009.
- West Midlands Palliative Care Physicians, *Guidelines for the Use of Drugs in Symptom Control*. 4th ed. 2007.
- Carter B, Black F, Downing GM. Bowel Care - Constipation and Diarrhea. In: Downing GM, Wainwright W, editors. *Medical Care of the Dying*. Victoria, B.C. Canada: Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care; 2006. p. 341-62.
- Tamayo AC, Diaz-Zuluaga PA. Management of opioid-induced bowel dysfunction in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2004 June 19;12:613-8.
- Waller A, Caroline NL. Diarrhea. *Handbook of Palliative Care in Cancer*. 2nd ed. Boston, MA; 2000. p. 223-9.
- Beckwith C. Evidence Based Symptom Control in Palliative Care: Constipation in Palliative Care Patients. *Evidence Based Symptom Control in Palliative Care: Systematic Reviews and Validated Clinical Practice Guidelines for 15 Common Problems in Patients with Life Limiting Disease*. 2000;8(1):47-57.

Protokoli Klinik: KONVULSIONE/KONTRAKSIONE

Rëndësia

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Krizat konvulsive mund të jenë shenja të para për një tumor të trurit, ndodhin në 50% të rasteve të pacienteve paliativ që kanë tumor primar të trurit, në 20-40 % të pacientëve që kanë metastaza në tru dhe në 70 % të pacientëve me HIV/AIDS mund të haset si komplikacion.

Qëllimi

Ky protokoll jep rekomandime për vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave të pacientëve adult që jetojnë me sëmundje të avancuar kërcënuese për jetën dhe përjetojnë simptomat e konvulsioneve apo kontraksioneve.

Përkufizime

Dridhja: është një tkurrje e pavullnetëshme e muskujve, tenton të jetë e përsëritëshme, ajo nuk ka një shkak të qartë dhe nuk konsiderohet si pjesë e funksionit normal të trupit.

Kontraksionet: janë përcaktuar si lëvizje të pavullnetëshme të çrregullta të vetme ose të përsëritura të pjesëve të trupit të lidhura me muskujt (myoclonus pozitiv) humbja e tonusit të muskujve (myoclonus negative).

Konvulsionet e pjesëshme të thjeshta: shfaqin një nivel normal të vetëdijes, preket vetëm një pjesë e veçantë e korteksit (duke prekur pjesën motore, ndijore, autonome dhe funksionin emocional)

Konvulsionet toniko-klonike të përgjithsuara: fillojnë me humbje të papritur të vetëdijes, pasohet me ngurtësim të muskujve dhe cianozë, pas një minute fillon kontraksioni muskujve, ndodh në një- dy minuta dhe pasohet nga faza post-iktale.

Konvulsionet komplekse të pjesëshme: hasen më shpesh në të rriturit në kujdesin paliativ, këto mund të zgjasin mesatarisht dy minuta dhe pasohen nga një fazë post-iktale.

Statusi epileptik: është një konvulsion që zgjat 5-minuta, ose konvulsione të një pas njëshme pa rifitim të vetëdijes.

Standarti i Kujdesit

1. Vlerësimi
2. Diagnoza
3. Edukimi
4. Trajtimi Jo-Farmakologjik
5. Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimi i Kontraksioneve dhe Konvulsioneve

Vlerësimi i vazhdueshëm gjithpërfshirës është themeli i menaxhimit efektiv të kontraksioneve dhe konvulsioneve duke përfshirë anamnezën, vlerësimin fizik, rishikimin e mjekimit, vlerësim mjekësor, psikosocial, të mjedisit fizik, diagnostikimit të përshtatshëm. Vlerësimi duhet të përcaktojë shkakun, efektivitetin si dhe ndikimin në cilësinë e jetës për pacientin dhe familjen e tij.

Model i standartizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është akronimi (O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Në ç’kohë kanë filluar këto simptoma? Sa kohë kanë zgjatur? Sa shpesh ju ndodh kjo gjendje?
------------------------	---

Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Kush mendoni ju është shkaktari i këtyre simptomave? Çfarë mendoni që ju qetëson dhe ju bën të ndiheni më mirë? Çfarë mendoni që e përkeqëson me tepër gjendjen tuaj?
Quality (Cilësia)	Çfarë ndjesie ju jep? A mund ta përshkruani atë? Si ndjeheni më pas?
Radiation (Përhapja)	Çfarë ndodh kur ju përjetoni këto kriza? Sa zgjasin këto gjendje?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i këtyre simptomave (në një shkallë prej 0 deri në 10. Ku me nr. 0 është përcaktuar, “nuk ka problem” dhe me nr. 10 “ka maximumin e shqetësimit”. Tani, kur ndihesh më qetë, kur ndihesh më keq, kur ndihesh në një gjendje të ndërmjetme ? Sa i shqetësuar jeni ju nga kjo simptomë? A ka ndonjë simptomë tjetër që e shoqëron këtë gjendje?
Treatment (Trajtimi)	Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh jeni duke përdorur? Sa efektive janë këto? A keni ndonjë efekt anësor nga barnat dhe trajtimet? Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh keni përdorur në të kaluarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se është duke e shkaktuar këtë simptomë? Si është kjo simptomë që ka prekur ju dhe familjen?
Values (Vlerat)	Cili është mendimi juaj për këtë simptomë? Cili është nivel i pranueshëm nga ju i këtij simptomi në shkallë nga 0-10? A keni ndonjë mendim ose ndjesi tjetër në lidhje me këtë simptomë, që ka rëndësi për ju apo familjen tuaj?

2. Diagnoza

Menaxhimi duhet të përfshijë trajtimin e shkaqeve të kthyeshme kur është e mundur. Ndërhyrja më e rëndësishme është identifikimi i shkakut kryesor dhe trajtimi në mënyrë të përshtatshme. Nëse shkakut kryesor nuk është i qartë atëherë trajtimi nuk mund të jetë i përshtatshëm. Përcaktoni nëse pacienti është duke përjetuar krizat e kontraksioneve apo konvulsioneve dhe etiologjinë për të përcaktuar ndërhyrjen e nevojshme.

- Shkaqet mund të jenë multifaktoriale. Përfshirë dhe shkaqet e zakonshme:

- Tumoret e trurit – primare ose metastatik.
- Shkaktarë metabolikë - hypoglycemia, hyponatremia, insufiçenca renale ose hepatike dhe hyperkalçemia.
- Toksiciteti nga drogat - përfshirë dhe neurotoksicitetin nga opioidet, krizat e shkaktura nga toksiciteti i opioideve shfaqen në një fazë të vonshme të efekteve anësore.
- Të tjerë shkaktarë janë:
 - Sëmundja Alzajmer, Nervozizëm para-vdekjes, Sëmundja Creutzfeldt-Jacob, Vartësia ndaj drogave (alkolit, barbiturateve, benzodiazepinave, opioideve), Hipoksia, Infeksionet (Toksoplasmoza, HIV/AIDS, Tuberkulozi, Infeksione të SNQ), Hemoragjitë Intracerebrale, Të Indukuara nga Rrezatimi (Edema/Nekroza), Atak Ishemik i Përkohshëm, Traumat, Sëmundja Parkinsonit, Epilepsia, Skleroza Amiotrofike.

3. Edukimi

Konvulsionet apo kontraksionet mund të ndërpresin gjumin, mund të vështirësojnë lëvizjet dhe të jenë të rënda për pacientin dhe familjarët. Pacientët dhe familjarët duhet të edukohen për të përmirësuar gjumin.

Këshilla për familjarët mbi konvulsionet në shtëpi:

- Sigurohu që pacienti të mos bjerë ose të përplasat me ndonjë objekt të mprehtë.
- Mos u përpiq të kufizosh pacientin.
- Mos u përpiq të shtysh ndonjë gjë me forcë në gojën e pacientit.
- Kur ndalon kriza ktheje pacientin në anën e tij më të rehatëshme.
- Pas një krize pacienti do të flejë më gjatë.
- Nëse kriza nuk ndalon vetë për 5-10 minuta ose ndodh një krize tjetër shumë shpejt pas të parës thërrit shërbimin mjekësor.
- Mos u mundo të japësh komanda bindëse.
- Krizat janë të frikëshme për pacientin dhe për familjarët, sigurohu që të kesh kohë për t'ja shpjeguar familjarit dhe pacientit.

4. Trajtimi jo-farmakologjik

Gjatë krizës:

- Largo objektet e mprehta ose të forta për të parandaluar një dëmtim.
- Krijimi i një rruge ajri të lehtë duke ngritur mjekren e pacientit.
- Kur kriza është e gjatë të kthehet në pozicion anësor derisa të kthellohet.
- Nëse është e nevojshme bëj një analizë gjaku.
- Për pacientët epileptikë jep oksigjen.

5. Trajtimi Farmakologjik:

Kontraksionet

- Të gjithë analgjezikët opioidë mund të shkaktojnë kontraksione, nëse doza nuk mund të ulet, në dhimbjet e qëndrueshme atëhere merrë në konsideratë ndryshimin e opioidit.
- Kur kontraksionet janë të rënda ose të gjeneralizuara, mund të përdorim një ose më shumë nga këto medikamente: **Baclofen****, **Diazepam***, **Clonazepam***, **Midazolam****, **Acid Valproik***, shiko mundësinë për rotacion të opioidit.
- Benzodiazepinat janë zgjedhja e parë për trajtim simptomatik, **Lorazepam*** përdoret shpesh dhe mund të jepet nga goja, s/c, s/l.
- **Midazolam**** mund të përdoret për trajtim (veçanërisht në kontraksionet nga toksiciteti i opioideve).

Konvulsionet

- Nëse ndodh konvulsioni dhe vazhdon të përsëritet atëhere mjekimi nuk është i duhuri.
- Profilaksia ndaj konvulsioneve duhet bërë pasi ndodh konvulsioni i parë.
- Zgjedhja e Benzodiazepinës për trajtimin akut bazohet në vlerësimin e rrugës së administrimit. Për shkak të rreziqeve duhet shmangur rruga orale.
- Studimet e fundit tregojnë se **Lorazepami*** është më efikas pasi jep një kontroll më të gjatë dhe jep më pak depresion respirator.
- **Midazolam**** mund të jepet i/v, s/c, nga goja por më e shpejta është rruga i/v. Rruga i/m nuk rekomandohet. Në të moshuarit duhet të përdoret një dozë e vogël (1-2 mg)

- **Clonazepam*** mund të përdoret si terapi e përkohëshme ndaj konvulsioneve kur terapia e më sipërme nuk funksionon. Fillo me **Clonazepam*** 0.5mg nga goja, pastaj rrite me 0.5mg çdo tre ditë derisa simptomat të kontrollohen, ndërprerja e papritur e Clonazepamit pas një kohe të gjatë përdorimi mund të precipitoj në status epileptik.
- **Gabapentin*** mund të përdoret si terapi ndihmëse ndaj konvulsioneve të pjesëshme. Fillohet me një dozë 300mg nga goja 3-4 herë në ditë dhe me një dozë mbajtëse 900-3600 mg nga goja në ditë.
- **Phenobarbital*** është efektiv në konvulsionet e pjesëshme dhe të gjeneralizuara. Jepet 20mg/kg i/v me shpejtësi 100mg/min.
- **Phenothiazine**** duhet të shmanget në pacientët ku irritimet cerebrale janë shumë të mundëshme.
- **Dexametazon*** nga goja ose s/c 8-16mg në ditë në konvulsionet nga tumoret e trurit ose metastazat.
- Reagimet farmakologjike ndaj medikamenteve janë variabël dhe shumë individuale, dozat duhet të titrohen nga klinikistët përgjegjës.

Statusi epileptik:

- Statusi epileptik duhet të kontrollohet dhe në pacientët jo-koshtient apo afër vdekjes.
- **Lorazepam*** është zgjedhja në statuset epileptike, preferohet rruga i/v ose rektale, rruga i/m nuk rekomandohet. Mos jep më shumë se 2 mg në minutë.
- **Phenitoin**** duhet të përdoret në satuset epileptike të forta me infuzion i/v 15-20mg/kg, në pacientët e moshuar përdoret një dozë e vogël.

Kontraksione, konvulsione:

- Merr në konsiderat rotacionin e opioideve – p.sh morphine në hydromorphone ose fentanyl.

Përdor:

- **Clonazepam*** – doza fillestare 0.5-1 mg nga goja ose s/c para gjumit ose 2 herë në ditë nëse është e nevojshme.
- **Lorazepam*** - 0.5-2 mg s/l ose s/c çdo 4 orë ose sipas nevojës.
- **Diazepam*** - 2.5-5mg nga goja ose rektale çdo 12 orë sipas nevojës.
- **Baclofen**** - 10-20mg sipas nevojës.

Konvulsion i thjeshtë i pjesëshëm:**Përdor:**

- **Lorazepam*** - 1-2 mg s/l ose s/c, më pas 1-2 mg çdo 4 orë ose çdo 6 orë.
- **Phenytoin SR**** - kapsulë 300mg nga goja në ditë ose (100mg 3 herë në ditë nëse përdoret likuid)

Për konvulsionet toniko-klonike të gjeneralizuara:**Fillohet me:**

- **Lorazepam*** - 4-8 mg i/v, s/c ose s/l si fillim, dhe më pas 2-4mg çdo 4 orë ose çdo 6 orë.
- **Diazepam*** - 10mg fillimisht dhe përsëritet çdo 15minuta (maximum i dozës 30mg në 8orë) deri sa të qetësohet.
- **Phenobarbital*** – 80-120mg s/c çdo 15min deri sa të qetësohet.
- **Phenytoine**** - 10-15 mg/kg i/v si fillim, më pas 25-50mg në minutë.

Vazhdohet me:

- **Phenobarbital*** - 80-240mg s/c çdo 12 orë, me 120mg s/c çdo 1 orë sipas nevojës, dhe në vazhdim infuzion s/c 1200mg në 24 orë. (kujdesi për stadin terminal)
- **Midazolam**** - 5mg s/c si fillim, me pas 1-4 mg në orë dhe në vazhdim infuzion s/c për të kontrolluar konvulsionin.
- **Phenytoin**** - 300mg nga goja në ditë para gjumit.
- **Acid-Valproik**** - 20 mg/kg dhe doza vazhdohet me 3-5mg/kg në minutë kur është infuzion ose likuid rektal.

Për status epileptikë**Fillimisht:**

- **Lorazepam**** - 2-8mg i/v ose s/c si fillim, më pas çdo 10-20 minuta deri sa të kontrollohet. OSE **Midazolam**** 5-10 mg s/c, ose **Diazepam*** 10-20 mg i/v ose rektal (nëse është e mundur).

- **Phenitoin**** - 50mg në minutë i/v deri sa të ndaloj konvulsioni ose maksimumi 20mg/kg në 24 orë.
- **Acid-Valproik**** - fillohet me 20mg/kg më pas 3-5mg/kg në minutë infusion.

Nëse statusi epileptic nuk kontrollohet:

Phenobarbital** - 120mg s/c ose i/v dhe titrohet doza deri sa të arrihet kontrolli.

Referenca

Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.

Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.

Emergencies in Palliative and Supportive Care, David Currow, Oxford University Press, 2006.

Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.

Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006 Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.

Oxford Handbook of Palliative Care, Maxs. Watson, 2005.

Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.

Capital Health Regional Palliative Care Program. Chronic Seizure Guideline for Pharmacological Management in Palliative Care Patients. March 20, 2003. Available from:

<http://www.palliative.org/pc/clinicalinfo/Clinical%20Practice%20Guidelines/PDF%20files/Chronic%20Seizure%20Pharmacological%20Management%20in%20Palliative%20Care.pdf>

Caraceni A, Martini C, Simonetti F. Neurological problems in advanced cancer. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 2004, paperback 2005. p. 703-26.

Capital Health Regional Palliative Care Program. Acute Seizure (Status Epilepticus) Protocol for Pharmacological Management in Palliative Care Patients. 2003 March 20, 2003. Available from: <http://www.palliative.org/pc/clinicalinfo/Clinical%20Practice%20Guidelines/PDF%20files/Acute%20Seizure%20Pharmacological%20Management%20in%20Palliative%20Patients.pdf>

Hanks G, Cherny NI, Fallon M. Opioid analgesic therapy. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 2004, paperback 2005. p. 335.

Black F, Downing GM. Pain - Analgesics. In: Downing GM, Wainwright W, editors. Medical Care of the Dying. 4th ed. Victoria, B.C. Canada: Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care; 2006. p. 187-251.

Protokoli Klinik: NAUZA/TE VJELLAT

Rëndësia e këtij protokoli

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Ky protokoll nuk trajton sëmundje specifike, ofrohet për specialistët e kujdesit paliativ në trajtimin e simptomave të të përzierit dhe të vjellave. Sipas studimeve këto simptoma shfaqen deri në 90% të pacientëve në kujdesin paliativ. Në shumicën e pacientëve këto simptoma mund të menaxhohen me sukses.

Qëllimi

Ky protokoll ofron strategji për vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave tek të rriturit (mosha 19 vjeç e lart) pra pacientëve që jetojnë me sëmundje të avancuar, sëmundje kërcënuese për jetën dhe që përgjatë periudhës së sëmundjes shfaqin simptomat e të përzierit dhe të vjellave.

Përkufizime

Nauzea apo të vjellat janë ndjesi të pakëndshme të cilat vijnë si rezultat i stimulimit të traktit gastrointestinal, kimiorceptorët ngacmojnë zonën në bazën e ventrikulit të katërt, aparatit vestibular ose korteksin cerebral. **Të vjellat** janë një refleks neuromuskular i dukshëm, që vjen nga një rrugë përfundimtare e përbashkët pas stimulimit të një ose më shumë zonave. Të vjellat janë simptoma që shprehen me nauzea, ndërsa nauzea nuk shprehet gjithmonë me të vjella. Të dyja këto simptoma, së bashku ose vetëm, mund të jenë shumë shkatërruese dhe shqetësuese për pacientët dhe familjarët e tyre.

Standarti i kujdesit

1. Vlerësimi
2. Diagnoza
3. Edukimi
4. Trajtimi Jo-Farmakologjik
5. Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimi

Vlerësimi i vazhdueshëm dhe gjithëpërfshirës është themeli i një nderhyrje efektive për kontrollin e nauzesë dhe të vjellave, kjo arrihet nëpërmjet vlerësimit fizik, anamnezës, vlerësimit mjekësor, vlerësimin e mjedisit fizik, dhe në fund vendosim diagnozën e duhur.

Model i standartizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është akronimi (O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values).

Onset (Fillimi)	Në ç'kohë kanë filluar këto simptoma? Sa kohë kanë zgjatur? Sa shpesh ju ndodh kjo ndjesi?
Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Kush mendoni ju, është shkaktari i këtyre simptomave? Çfarë mendoni që ju qetëson dhe ju bën të ndiheni më mirë? Çfarë mendoni që e përkeqëson më tepër gjëndjen tuaj?
Quality (Cilësia)	Çfarë e bën atë të ndihet në këtë mënyre? A mund të përshkruani këtë ndjesi?

Radiation (Përhapja)	A keni të përziera me apo pa të vjella çdo ditë?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i këtyre simptomave (në një shkallë prej 0 deri në 10. Ku me nr. 0 është përcaktuar, “nuk ka simptoma” dhe me nr. 10 “ka maximumin e simptomave”. Tani, kur ndihesh më qetë, kur ndihesh më keq, kur ndihesh në një gjëndje të ndërmjetme? Sa i shqetësuar jeni ju nga kjo simptomë? A ka ndonjë simptomë tjetër që e shoqëron këtë gjëndje?
Treatment (Trajtimi)	Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh jeni duke përdorur? Sa efektive janë këto? A keni ndonjë efekt anësor nga barnat dhe trajtimet? Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh keni përdorur në të kaluarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se është duke e shkaktuar këtë simptomë? Si është kjo simptomë, e durueshme apo e mundimshme?
Values (Vlerat)	Cili është mendimi juaj për këtë simptomë? Çfarë ndjesie ju shkakton, rehati apo e papranueshme? A keni ndonjë mendim ose ndjesi tjetër në lidhje me këtë simptomë, që ka rëndësi për ju apo familjen tuaj?

2. Diagnoza

Menaxhimi duhet të përfshijë trajtimin e shkaqeve të përsëritura, aty ku është e mundur dhe e këshillueshme lidhur me qëllimet e kujdesit. Ndërhyrja synon zvogëlimin e nauzesë dhe të vjellave për të cilat duhet marrë parasysh shkaku, (shpesh shumë faktorial) i simptomave dhe rrugëve qendrore emetogjenike dhe receptorët neurotransmetues që u korespondojnë atyre.

Shkaqe të nauzesë dhe të vjellave:

Kimike

- **Medikamentet:** opioide, digoxin, steroide, antibiotikë, anticonvulsantë, cytotoxina.
- **Biokimike:** hypercalcaemia, uremia, insuficienca organeve.

- **Toxinat:** faktorët tumoralë, infeksionet, medikamentet që dëmtojnë metabolizmin, radioterapia, ishemia e zorrës, toksinat ushqimore

Sistemi Gastrointestinal (nëpërmjet stimulimit vagal)

- **Irritimi Gastrik** nga: Aspirina, antiinflamatorët, steroidet, antibiotikët, hemoragjia, stresi, radiotherapia
- **Ileusi** i pjesëshëm ose i plotë
- **Konstipacioni**
- **Stazë gastrike**
- **Masa abdominale:** GI, GU, distension hepatic, karcinomatozë.

Sistemi nervor qëndror

- **Presioni i rritur intrakranial:** Metastazat e trurit, infeksionet e meningjeve, edema cerebrale, hemoragjia.
- **Psikologjike:** Frika, ankthi, dhimbja

Vestibulare

- Nauze të vjella nga lëvizja
- Tumori i trurit të vogël

3. Edukimi

Nauzea dhe të vjellat janë shqetësuese për t'u përjetuar. Sigurimi i informacionit dhe edukimi është themelor, për të aftësuar pacientin dhe familjen e tij, për t'i përballuar këto simptoma.

- Shpjegojini pacientit/familjes atë që nuk kuptojnë në lidhje me shkaktarët e shumtë të nauzesë dhe të vjellave, dhe se është e mundur që të përdoren strategji të mjekimit, që gjëndja të ndryshojë.
- Konsultohuni me një dietolog klinik për të marrë këshilla dietetike.
 - Pacienti duhet të heqë dorë nga ushqimet që e dëmtojnë (jotolerante)
 - Kufizoni ushqimin, kur kemi të bëjmë me distension të stomakut. Më pas filloni nga pak me patate të skuqura dhe akull. Pas të vjellurave vendosni të rrisni gradualisht sasinë e lëngjeve deri në ushqimet gjysëm të ngurta e deri tek ato të plota. Nëse të vjellat përsëriten, duhet të bëjmë hapa prapa deri në zgjidhjen e problemit.
 - Shmangni ushqimet pikante, yndyrat dhe ushqimet e kripura, apo ato me aroma të forta.

- Shmangni përzierjen e lëngjeve dhe ushqimeve të ngurta.
- Përdorni shpesh, vakte të vogla të lëngshme ose të buta kur pacienti është i uritur.
- Të mos konsumohen pije të ftohta dhe të gazuara.
- Shmangni qëndrimin shtrirë pas ngrënies.

4. Trajtimi Jo-Farmakologjik

- Modifikimet e ambientit – Eliminoni erërat e forta, përdorimin e aromatizuesve.

Mbani higjienë të mirë orale, sidomos pas episodeve të të vjellave.

Largimi i mëndjes nga ky shqetësim.

Konsultohuni me një punonjës social, mjek, këshillues shpirtëror, fizioterapist, për uljen e ankthit.

5. Trajtimi Farmakologjik

- Nauzea ndërmjetësohet nga disa neurotransmetues: katër më kryesorët janë; Serotonina (5HT₃), dopamina (D₂), acetilkolina (Ach_m) dhe histamina (H₁).
- Përzgjidhni antiemetikun, sipas etiologjisë së nauzesë e të vjellave dhe mekanizmave që i shkaktojnë.
- Rekomandimet e trajtimit - Përzgjidhni një antiemetik, duke u mbështetur në etiologjinë nëse nausea është e pakontrollueshme:
 - Metoclopramidi është zgjedhja e parë e zakonshme, që synon të parandalojë shkaqet e përbashkëta të nauzesë, në sëmundjet e avancuara.
 - Jepeni të plotë dozën e antiemetikëve, përpara se të ofroni medikamente të tjera.
 - Nëse nausea nuk është e kontrolluar me një antiemetik të veçantë, shtoni një tjetër antiemetik nga një tjetër grup, kjo, nëse vazhdojnë të përzierat për 48 orë, por mos ndërprisni medikamentin fillestar.
 - Konsideroni kombinimet, por duke monitoruar toksicitetin dhe mbivendosjen.
 - Përdorni dozimin e rregullt të antiemetikut, nëse persiston nausea dhe / ose të vjellat të vazhdueshme.
 - Të gjitha medikamentet duhet të titrohen në mënyrë individuale dhe në disa rrugë, kombinimi i medikamenteve mund të përdoret për të lehtësuar nauzenë.

- Jepni antiemetikë për profilaksi, për të parandaluar nauzenë nga opioidet me dozë të lartë dhe agjentët kimioterapeutikë.
- Ondansetroni, edhe pse i dobishëm në kimioterapi, në lidhje me nauzenë e zakonshme konsiderohet si një terapi e linjës së katërt për nauzenë kronike.

Medikamentet për Trajtimi e Nauzesë dhe të Vjellave

Medikamenti	Rruga	Doza	Frekuenca
Metoclopramide*	s/c ose PO ose i/v	10 deri 20mg	çdo 6 orë
Domperidone**	PO	10 deri 20mg	3-4 herë/ditë
Haloperidol*	s/c ose PO ose i/v	0.5 deri 2.5mg	nga çdo 6 orë deri çdo 24 orë
Methotrimeprazine**	PO	6.25 deri 12.5mg	nga çdo 4 orë deri çdo 24 orë
	s/c	6.25 deri 25mg	nga çdo 4 orë deri çdo 24 orë
Prochlorperazine**	PO	5 deri 10mg	nga çdo 4 orë deri çdo 6 orë
	Rektal	10mg	nga çdo 4 orë deri çdo 6 orë
	i/m ose i/v	10 deri 20mg	nga çdo 3 orë deri çdo 6 orë
Chlorpromazine*	PO ose s/c ose i/m	6.25mg	çdo 8 orë
Olanzapine*	PO ose i/m	2.5 deri 5mg	në Ditë
Dimenhydrinate**	PO, s/c, i/m, i/v	25 deri 50mg	nga çdo 4 orë deri çdo 6 orë

Promethazine*	PO ose s/c ose i/m	6.25mg	çdo 8 orë
Dexamethasone*	s/c ose PO ose i/v	4 deri 24mg	në Ditë ose 2-3 herë në ditë
Atropine*	s/c	0.4 deri 0.8mg	nga çdo 4 orë deri çdo 6 orë
Ondansetron**	PO ose i/v	8mg	nga çdo 8 orë deri çdo 24 orë
Granisetron***	PO	1mg	çdo 12 orë
Dronabinol**	PO	2.5 deri 15mg	nga çdo 4 orë deri çdo 8 orë
Nabilone**	PO	1 deri 2mg	fillimisht çdo 1-3 orë më pas nga çdo 8 orë deri në çdo 12 orë pas kemioterapisë
Octreotide**	s/c	50 deri 250µg	3 herë në ditë
Lorazepam*	s/c ose PO ose i/v	0.5 deri 2mg	nga çdo 4 orë deri çdo 24 orë

Referenca

Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.

Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.

Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.

Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006.

Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med*. 1996.

Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. Kujdesi Paliativ. Tiranë; 2012.

Shoqata Shqipëtare e Kujdesit Paliativ. Dr. Prifti F et al. Përdorimi i Opioideve dhe Opiofobia. Tiranë; 2012.

Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.

Oxford Handbook of Palliative Care, Maxs. Watson, 2005.

Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.

West Midlands Palliative Care Physicians, *Guidelines for the Use of Drugs in Symptom Control*. 4th ed. 2007.

Downing M. Nausea and Vomiting. In: Downing GM, Wainwright W, editors. *Medical Care of the Dying*. 4th ed. Victoria, British Columbia, Canada: Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care; 2006. p. 317 - 33.

Herndon CM, Jackson II KC, Hallin P, A. Management of Opioid Induced Gastrointestinal Effects in Patients Receiving Palliative Care. *Pharmacotherapy*. 2002 February 2002;22(2):240 - 50.-Critchley P, Plach N, Grantham M, Marshall D, Taniguchi A, Latimer E. Efficacy of Haloperidol in the Treatment of Nausea and Vomiting in the Palliative Patient: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2001 August 2001;22(2):631 - 4.

Bentley A, Boyd K. Use of clinical pictures in the management of nausea and vomiting: a prospective audit. *Palliative Medicine*. 2001 May 2001;15(3):247 - 53.

Han P, Arnold B, von Gunten CF. The Challenge of Chronic AIDS-Related Nausea and Vomiting. *Journal of Palliative Medicine*. 2001 March 2001;4(1):65 - 8.

Protokoli Klinik: MENAXHIMI I DHIMBJES

Rëndësia e Këtij Protokoli

Ky protokoll është përshtatur për përdorim nga të gjithë punonjësit e shëndetësisë (mjek specialist, mjek i përgjithshëm, infermier etj), të cilët ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ në banesë apo në institucione shëndetësore me shtretër.

Ky protokoll është përpunuar që të sigurojë, për të gjithë pacientët që kanë nevojë për shërbim të kujdesit paliativ, një trajtim të dhimbjes sa më adekuat

duke bërë të mundur një kontroll të mirë të dhimbjes dhe arritjen e një cilësie sa më të mirë të jetës për pacientin dhe familjen e tij.

Në veçanti, për pacientët me kancer në një fazë të avancuar vlerësohet se rreth 80% paraqesin dhimbje deri në shumë të fortë, për të cilat mjeku është i detyruar të propozojë një trajtim të duhur.

Qëllimi

Ky protokoll jep rekomandime për vlerësimin dhe menaxhimin e dhimbjes për pacientë të rritur që vuajnë nga sëmundje jetë kërcënuese duke përdorur medikamente analgjezike opioide, jo-opioide si dhe medikamente ndihmëse për të kontrolluar dhimbjen.

Ky protokoll nuk i referohet sëmundjeve specifike që paraqesin dhimbje të natyrave të ndryshme por dhimbjes si simptomë në sëmundjet jetë kërcënuese.

Dhimbja duhet kontrolluar në secilën fazë të sëmundjes, sepse ajo çon në një reagim stresi të trupit, me efektet e saj negative (rritje të tonusit muskular, rritje të konsumit të oksigjenit dhe të prodhimit të acidit laktik, vazokonstriksion të përgjithshëm, rritje të frekuencës kardiake, ulje të funksionit imunitar etj.).

Përkufizime

Dhimbja është një eksperiencë e pakëndëshme sensoriale dhe emotive shoqëruar nga një dëmtim efektiv potencial të indeve ose çfarëdo e përshkruar si e tillë. Dhimbja është gjithmonë një eksperiencë subjektive. Çdo individ mëson domethënien e fjalëve të tilla nëpërmjet eksperiencës përkatëse gjatë viteve të para të jetës. Sigurisht shoqërohet nga një komponent somatik, por ka edhe karakter të papëlqyer e për këtë dhe një shkarkim emocional.

Dhimbja është një dukuri subjektive, një ndjesi fizike e papëlqyeshme që shoqërohet me përvojë emocionale.

Standarti i kujdesit

1. Vlerësimi i dhimbjes
2. Diagnoza

3. Edukimi

4. Trajtimi Farmakologjik

1. Vlerësimi

Proçesi i kontrollit të dhimbjes fillon me vlerësimin e duhur të dhimbjes; anamnezën e kujdesshme, natyrën , shkakun, kontekstin personal që përfshin çështje psikologjike, sociale, shpirtërore, praktike dhe rrugët e transmetimit të dhimbjes si dhe rishikimin e medikamenteve.

Vlerësimi i karakteristikave të dhimbjes është i domosdoshëm për diagnostikimin dhe për vendosjen e një terapie të duhur.

Dhimbja mund të klasifikohet si:

Dhimbja akute është zakonisht e lidhur me një ngjarje lehtësisht të identifikueshme ose një gjëndje të caktuar. Zgjidhja vjen brenda pak ditësh ose javësh.

Dhimbja kronike mund të mos jetë e lidhur me një fenomen lehtësisht të identifikuar dhe mund të jetë e pranishme për një kohë të papërcaktuar.

Dhimbja akute dhe kronike mund të konceptohen në origjinë ose si dhimbje noçiceptive ose neuropatike. Një përshkrim më i plotë i rrugëve të transmetimit të dhimbjes mund të realizohet gjatë përshkrimit, gjetjeve fizike, rezultateve të analizave laboratorike dhe analizave imazherike.

Shoqata Ndërkombëtare e Studimit të Dhimbjes (IASP) ka publikuar përkufizime të dhimbjes dhe janë në sitin web të saj. (www.iasp-pain.org)

Dhimbja Noçiceptive

Dhimbja noçiceptive supozohet të përfshijë stimulimin direkt të noçiceptorëve mekanikë, kimikë ose termalë dhe transmetimin e sinjalit përgjatë nervave që funksionojnë normalisht.

Ajo mund të ndahet në nëngrupe; *dhimbje somatike* dhe *viserale*.

Dhimbja somatike - (lëkura, indet e buta, muskujt dhe kockat) ndodh si rrjedhojë e stimulimit të sistemit nervor somatik. Pacientët mund ta përshkruajnë si dhimbje të mprehtë, vrarëse, drithëruese që lokalizohet lehtësisht.

Dhimbja viserale – (kardiake, mushkëritë, aparati gastro-intestinal dhe genitor-uretral) rezulton si pasojë e stimulimit të sistemit nervor autonom. Pacientët mund ta kenë të vështirë për ta përshkruar ose lokalizuar këtë dhimbje. Dhimbja viscerale në përgjithësi reagon mirë ndaj opioideve dhe medikamenteve ndihmëse.

Dhimbja Neuropatike

Dhimbja neuropatike supozohet të jetë rezultat i çrregullimit të sistemit nervor periferik ose qëndror për shumë shkaqe. Ka shumë nëngrupe që përfshijnë dhimbje që mbështeten tek proceset periferike (neuroma e dhimbshme), dhimbje që mbështeten tek proceset e sistemit nervor qëndror (dhimbja fantom) dhe sindroma komplekse regjionale (më parë të referuar si causalgia ose distrofi simpatike). Këto dhimbje mund të klasifikohen bazuar në sindroma (pleksopati malinje, polineuropati e dhimbshme, dhimbje fantom, neuropaty postherpetike).

Pacientët kanë tendencën të përshkruajnë dhimbjet neuropatike me fjalë të tilla si djegëse, therëse, mpirëse, goditëse, ose një ndjenjë elektrizuese. Dhimbja neuropatike i përgjigjet mirë opioideve të kombinuara me medikamente ndihmëse (antidepresiv triciklik, antikonvulsante, antiaritmikë)

Dhimbja simpatike

Dhimbja simpatike është pasojë e dëmtimeve të nervave simpatikë, karakterizohet nga dhimbje djegëse me ndjeshmëri të lartë, është pak e ndjeshme ndaj analgjezikeve në përgjithësi por shpesh i përgjigjet mirë një blloku nervor simpatik regjional.

Kombinimi i dhimbjes fizike me aspektet psiko-sociale dhe shpirtërore si ankthi, zemërimi, depresioni është përcaktuar si **dhimbje totale**.

Parimet e përgjithshme në vlerësimin klinik dhe trajtimin e dhimbjes mund të përmblihen si më poshtë:

- Besimi tek ankesat e pacientit ("dhimbje është çfarë pacienti thotë se është dhimbje").
- Të kryhet një anamnezë e kujdesshme duke përfshirë vlerësimin e gjendjes psikologjike të pacientit dhe ekzaminim klinik.
- Të kryhet një trajtim analgjezik duke parashikuar një "follow up" të përshtatshëm.

- Të përshtatet terapia duke u bazuar në reagimin e fituar.
- Të administrohet mjekimi në një orar të caktuar (orë fikse) që ofron mbulim të vazhdueshëm gjatë gjithë ditës.
- Të përdoret rruga orale kur është e mundur.
- Të përdoren të gjitha klasat e barnave vetëm ose në kombinim me barna të tjerë, pa lënë pas dore medikamentet ndihmëse.
- Të parashikohen dhe trajtohen efektet anësore.

Model i standartizuar shumë i përdorshëm për vlerësimin është Akronimi (O-onset, P-palliativ, Q-quality, R-radiation, S-severity T-treatment, U-understanding dhe V-values)

Onset (Fillimi)	Në ç’kohë ka filluar dhimbja? Sa kohë ka zgjatur? Sa shpesh ndodh?
Palliativ (Lehtësimi/Nxitja)	Kush është shkaku i dhimbjes? Çfarë mendoni që ju qetëson dhe ju bën të ndiheni më mirë? Çfarë mendoni që e përkeqëson me tepër dhimbjen?
Quality (Cilësia)	Si është dhimbja? Djegëse? Shpuese? Rënduese? Therëse etj?
Radiation (Përhapja)	Ku fillon? Ku përhapet dhimbja?
Severity (Ashpërsia)	Cili është intensiteti i dhimbjes (në një shkallë prej 0 deri në 10. Ku me nr. 0 është përcaktuar, “pa dhimbje” dhe me nr. 10 “dhimbje maksimale”). Tani, kur ndihesh më qetë, kur ndihesh më keq, kur ndihesh në një gjëndje të ndërmjetme? Sa i shqetësuar jeni ju nga kjo simptomë? A ka ndonjë simptomë tjetër që e shoqëron këtë gjëndje? A ndodh që të keni dhimbje të papritura?
Treatment (Trajtimi)	Çfarë medikamentesh dhe trajtimesh jeni duke përdorur?

	Sa efektive janë këto? A keni ndonjë efekt anësor nga barnat dhe trajtimet? Çfarë medikamente dhe trajtimesh keni përdorur në të kaluarën?
Understanding (Kuptimi dhe ndikimi që kanë mbi ju)	Çfarë mendoni se është duke e shkaktuar këtë dhimbje? Si ndikon kjo simptomë tek ju dhe familja juaj?
Values (Vlerat)	Cili është mendimi juaj për dhimbjen? Cili është niveli i komfortit i pranueshëm për ju në një shkallë prej 0 deri në 10. (Ku me nr. 0 është përcaktuar, “pa dhimbje” dhe me nr. 10 “dhimbje maksimale”) A keni ndonjë mendim ose ndjesi tjetër në lidhje me këtë simptomë, që ka rëndësi për ju apo familjen tuaj?

Matja e Dhimbjes

Matja e dhimbjes bëhet në disa mënyra, sipas rastit: Shkalla Vizuale Analoge (SVA), Shkalla e Klasifikimit Verbal (SKV), Shkalla e Klasifikimit Numerik (SKN), Shkalla e Dhimbjes sipas Shprehjes së Fytyrës, etj.

Matja e dhimbjes kryhet para përkrahimit të medikamenteve për terapinë e dhimbjes, në mënyrë që të vlerësohet efektiviteti i tyre dhe për të përcaktuar ndryshimet.

Dhimbja duhet të trajtohet në bazë të intensitetit të saj dhe sipas SKN-së grupohet:

Dhimbje të lehtë (intensiteti 2 – 4 të SKN)

Dhimbje Moderuar (intensiteti 5 – 7 të SKN)

Dhimbje të forta (intensiteti 8 – 10 të SKN)

Matja e dhimbjes në përputhje me shkallën e klasifikimit numerikë (SKN) kryhet nga infermierët 3 herë në 24 orë, në orën 8:00, 14:00 dhe 20:00.

Për pacientë me defiqite njohëse përdoren mënyra të tjera si referimi i familjarëve.

2. Diagnoza

Shumë e rëndësishme në trajtimin e dhimbjes është identifikimi i shkaktarit kryesor dhe trajtimi në mënyrë sa më të përshtatshme. Kur shkaku kryesor është i qartë atëherë indikohet trajtimi i dhimbjes pavarësisht se në çfarë stadi është sëmundja. Vlerësim i kujdesshëm fizik dhe klinik apo dhe teste e ekzaminime laboratorike e imazherike mund të ndihmojnë në përcaktimin e shkaqeve të dhimbjes, gjithashtu dhe vlerësimi i rrethanave psiko-sociale.

Shkaqet e dhimbjes biomjekësore mund të grupohen si më poshtë:

1. Lidhur me kancerin:

- Dhimbja që shoqërohet me tumor parësor ose me metastaza të kockave, nervave, viscerele ose indeve të buta (60% deri në 80% e të gjithë pacientëve me kancer).

2. Lidhur me trajtimin:

- Dhimbje e shoqëruar nga terapia antineoplazike (20% deri në 25% e pacientëve me kancer) si kirurgjia, radioterapia dhe kimioterapia.
- Dhimbje e shkaktuar nga terapia medikamentoze ose kirurgjia jonoplazike

3. Çrregullime të tjera të dhimbshme që shoqërojnë stadet e përparuara të sëmundjeve:

- Dhimbje miofasciale (dhimbje e lokalizuar në muskul ose e përhapur).
- Artropatitë (dhimbje e artikulacioneve më shpesh për shkak të osteoartritit, sëmundje artikulare degjenerative ose artrit reumatoid).
- Neuropatitë (p.sh. diabet, sëmundje vaskulare periferike, herpes zoster).
- Cefale (hipertensioni, migrena, të përziera, etj).
- Ulçera kutane ose mukozale.
- Konstipacion.
- Dhimbje e shpinës (stenoze spinale, sindroma facet, spondiliartrozë/sëmundje e disqeve, etj.).

Problemet psikosociale/shpirtërore mund të shkaktojnë shumë vuajtje dhe çdo nivel vuajtjeje mund të shumëfishojë dhimbjen që po përjetohet. Dhimbja, ankthi, depresioni, zemërimi fuqizojnë njëra-tjetrën dhe mund të shumëfishojnë dhimbjen (Dhimbja Totale).

Manifestimet shoqëruese të dhimbjes

Shprehje të mimikës ose pozicione të trupit që janë tregues për praninë e dhimbjes. Tinguj që sugjerojnë dhimbje. Takikardia, takipnea, hipertensioni, djersitjet. Gjumë jo i mirë. Rënie e aftësive përshtatëse. Axhitimi/parehatia. Mënjanim nga marrëdhëniet sociale. Ulje e interesit ndaj kënaqësive të mëparshme, p.sh., shikimi i televizorit, leximi, qepja, tregimi i ngjarjeve jetësore. Shenja/simptoma të depresionit, ankthit.

3. Edukimi

Informacioni, sqarimet për pacientin dhe familjarët rreth situatave të dhimbjes dhe trajtimit të tyre marrin rëndësi të veçantë në gjithë planin e kontrollit të dhimbjes. Krijimi i një ambjenti sa më të mirë dhe komod për pacientin. Stimulimi i atyre aktiviteteve që sjellin rehati për pacientin bëhet objektiv i planit të ndërhyrjes. Teknika apo metoda të ndryshme të relaksimit gjejnë përdorim të shumtë. Pacientët kanë nevojë të dinë për terapinë që po përdorin (mënyrën e përdorimit) varësinë fizike kundrejt asaj psikologjike, toleranca, vesin e sëmundjes, efektet anësore dhe dozën e përshtatshme të analgjezikeve.

Sqarimi i pacientit dhe familjarëve për rëndësinë e marrjes së medikamenteve nga goja dhe me intervale kohore fikse.

4. Trajtimi i Dhimbjes

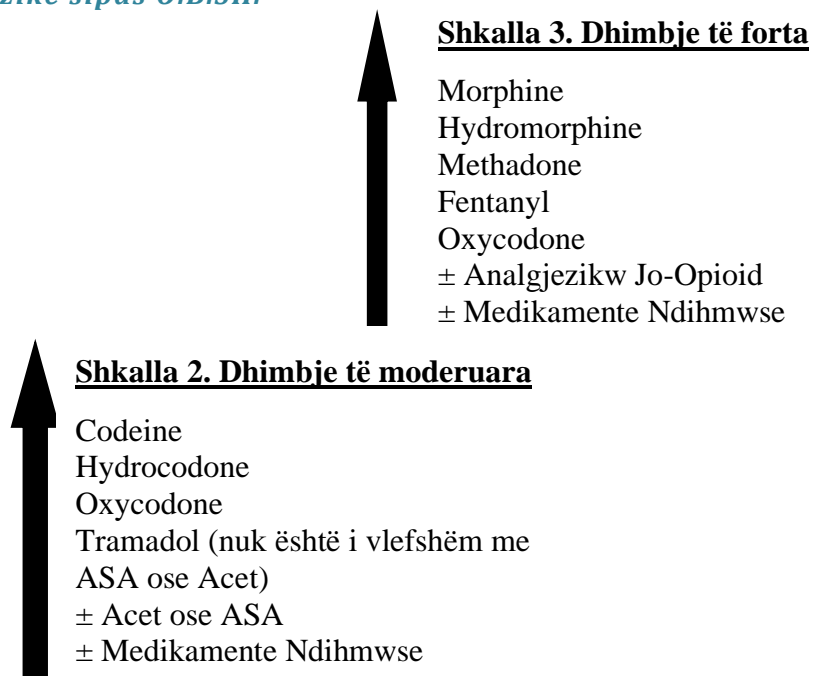
Kontrulli i dhimbjes përfshin ndërhyrje farmakologjike dhe jo-farmakologjike, edukimin e pacientëve, familjarëve, vlerësimin e rezultatve të trajtimit, dhe një rishikim i rregullt i planit të kontrollit të dhimbjes.

Ekziston një metodë akoma efektive për qetësimin e dhimbjes në 70 - 90% të pacientëve. Metoda konsiston në marrjen e medikamentit:

- **Nga goja:** Analgjezikët duhet të merren “nga goja” nëse është e mundur. Supostet rektale përdoren në pacientët me disfagi, të vjella të pakontrollueshme ose obstruksion gastrointestinal.
- **Me orë fikse:** Analgjezikët duhet të jepen “me orë fikse” p.sh. në intervale kohe fikse duke rritur dozën e analgjezikut gradualisht deri sa pacienti të ndihet mirë. Doza pasardhëse duhet të merret para se të mbarojë efekti i tjetrës. Disa pacientë kanë nevojë të marrin doza shtesë për dhimbjet e papritura. Këto doza duhet të jenë deri në 20% të dozës ditore.

- **Për individin:** Nuk ka doza standarte për opioidet. Doza e “duhur” është doza që qetëson dhimbjet e pacientit p.sh. morfina orale jepet nga 5mg në më shumë se 100mg çdo 4 orë.
- **Kujdes ndaj detajeve:** Ky element nënvizon nevojën për përdorim të rregullt të medikamenteve qetësuese të dhimbjes. Doza e parë dhe e fundit e pacientit duhet të lidhet me orën kur pacienti ngrihet apo shkon të flejë. Pacienti duhet të lajmërohet për efektet e mundshme anësore.
- **Me shkallë:** Trajtimi farmakologjik tani është mjet mirë i rekomanduar sipas shkallës së analgjezisë.

Shkalla analgjezike sipas O.B.SH.





Shkalla 1. Dhimbje të buta

Aspirin (ASA)
 Acetaminophen (Acet)
 Analgjezik Anti-inflamator
 (NSAIDs)
 ± Medikamente Ndhimese

Analgjezikët Jo-Opioid

Në analgjezikët jo-opiod përfshihen: aspirina, acetaminofeni, analgjezikët anti-inflamator jo-steroid.

Analgjezikët jo-opiod përdoren në dhimbjen e lehtë në të moderuar, në sindromat inflamatorë të dhimbshme, në dhimbjen e kockave, si bashkëshoqërues të analgjezikeve opiod për trajtimin e dhimbjes së moderuar në të fortë.

Për shkak të efekteve anësore terapia nuk duhet të zgjasë më shumë se 2 javë. Efektet anësore duhet të trajtohen me medikamente ndihmëse.

Medikamente të shkallës së parë analgjezike

Medikamenti	Gjysmëjeta (orë)	Doza mesatre orale Doza maksimale (mg/d)	Intervali	Efekte anësore
Paracetamol*	2-4	500-1000 4000	4-6	Çrregullime GI+ Hemoragji + Toksicitet hepatic ++
Aspirina*	3-5	500-1000 4000	4-6	Çrregullime GI+++ Hemoragji +++ Efekti AP ++ Reaksion alergjik + Hipersensibilitet +
Ibuprofen*	2-4	200-400	6-8	Çrregullime GI++

* Medikamente të rimbursuara. ** Medikamente të disponuara të pa rimbursuara. *** Medikamente të pa disponuara në treg.

		2000			Hemoragji++
Naproxen*	13	250-500 1250	8-12		Hemoragji++ Çrregullime GI+
Ketoprofen*	1.5	50-100 300	4-8		Çrregullime GI+
Indometacin*	4-5	50-100 200	8-12 24		Çrregullime+++ Hemoragji+++ Konfuzion mendor +++ Depresion +++
Piroxicam*	36-45	20 40	24		Çrregullime GI++ Hemoragji++
Diklofenak*	3-5	50 150	6-8		Çrregullime GI +++ Hemoragji ++
Ketorolak**	5	30-60mg i/m, i/v në fillim, pastaj 15-30mg çdo 6 orë	6-8		Çrregullime GI ++ Hemoragji ++ Konfuzion mendor ++

Analjezikët Opioid të Dobët

Analjezikët opioid të dobët përdoren për dhimbjen e modeuar në të fortë dhe bëjnë pjesë në shkallën e dytë të analjezisë sipas O.B.SH.

Codeine*: tab 15, 30mg

- Përveç trajtimit të dhimbjes, codeine përdoret dhe për të lehtësuar kollën dhe trajtuar diarenë.
- Ajo ka një potencë analjezike deri në një të dhjeten në krahasim me Morfinën.
- Codeine mund të kombinohet me aspirinën dhe acetaminofenin për trajtimin e dhimbjes. Dozat e rekomanduara janë 30-60mg çdo 4 orë dhe doza maksimale deri në 360mg në ditë.
- Efeket anësore të Codeines janë të njëjta me ato të opioideve të tjera (konstipacion, nauze, të vjella, somnolencë, depresim respirator, etj)

- Toleranca ndaj efekteve të Codeines zhvillohet me përdorimin për një kohë të gjatë, përfshirë dhe efektin terapeutik.
- Fillo trajtimin me 15-30mg nga goja çdo 4-6 orë (0.5 mg/kg), dhe mund të rrisim dozën deri në 60mg çdo 4-6 orë.

Tramadol: cap 50*, 100**mg, amp 50**, 100mg**, flakon 10ml 100mg/ml*, tableta me çlirim të zgjatur 100, 150, 200** mg, suposte 100 mg**

- Ka një potencë analgjezike deri në një të pestën e efektit të morfinës dhe eliminohet kryesisht nëpërmjet veshkave.
- Kundërintohet në: hipersensibilitet ndaj barit/opioideve, gjatë përdorimit të barnave me veprim në SNQ, insufiçenca të rënda renale dhe hepatike.
- Efektet anësore: djerësitje, nauze, të vjella, tharje goje, somnolencë, rrallë konvulsione, hypotension ortostatik, etj.
- Doza individualizohet për çdo pacient në raport me fortësinë e dhimbjes.
- Dozimi:
 - Nga goja ose i/m 50-100 mg çdo 4-6 orë.
 - Tretësirë orale me pika 10%, (1 pikë=2.5 mg), jepet 20-40 pika çdo 6-8 orë.
 - Doza maksimale deri në 400 mg/ditë.
- Mjekimi mund të zgjasë për një kohë të papërcaktuar në varësi të persistencës së dhimbjes dhe përgjigjes ndaj medikamentit.

Analgjezikët Opioid të Fortë

Analgjezikët opioid të fortë përdoren për dhimbjen e modeuar në të fortë dhe bëjnë pjesë në shkallën e tretë të analgjezisë sipas O.B.SH.

Morfina

- Morfina shpesh konsiderohet si “Standarti i Artë” i analgjezikëve opioid.
- Medikament agonist i receptorëve *mu* dhe eliminohet nëpërmjet veshkave.
- Efektet anësore të morfinës janë: të qënurit i përgjumur (somnolence), nauze, të vjella, konstipacion, deprimim respirator, aritmi, haluçinacione, prurit, etj.

- Efektet anësore veçanërisht konstipacioni, somnolence dhe nauze/të vjellat duhet të parandalohen dhe të mjekohen siç duhet. Për këtë arsye duhet të zbatohen protokollet përkatëse.
- Shpesh efektet më të zakonshme si somnolence dhe nausea, zhduken brenda pak ditëve nga fillimi i trajtimit.
- Në qoftë se efektet anësore bëhen shqetësuese e zëvendësojmë morfinën me një tjetër opioid duke konvertuar dozën.

Trajtimi i Efekteve Anësore të Morfinës

Efektet Anësore	Incidenca	Zgjedhja I	Zgjedhja II
Konstipacion	95%	Laksativë	Ndryshimi i Opioidit
Nauze dhe të vjella	30%	Antiemetikë Neuroleptikë	Ndryshimi i Opioidit
Sedacion	20%	Ndryshimi i Opioidit	Marrje në rrugë spinale
Retencion Urinar	5%	Kateterizim	Ndryshimi i Opioidit
Prurit	2%	Ndryshimi i Opioidit	Antihistaminikë
Haluçinacione	1%	Ndryshimi i Opioidit	Neuroleptikë
Depresion Respirator	rrallë	Naloxon	Naloxon

- Antidoti i Morfinës është **Nalaxone**** i/v, i/m, s/c, 0.4-2mg, përsëritet kjo dozë çdo 2-3min deri në maksimumin 10-20mg.
- Morfina përdoret jo vetëm për të trajtuar dhimbjen por edhe për të trajtuar dispnenë, qetësuar kollën si dhe për të arritur qetësim dhe rehati totale, sidomos në fund të jetës.
- Tek të moshuarit, sidomos tek ata që përdorin qetësues të ndryshëm, dozat e Morfinës duhet të jenë 20-25% më të reduktuara.
- Morfina nuk ka dozë maksimale. Efekti analgjezik është dozë-dependent dhe doza e marrë është proporcionale me tolerancën.

Format Farmaceutike të Morfinës

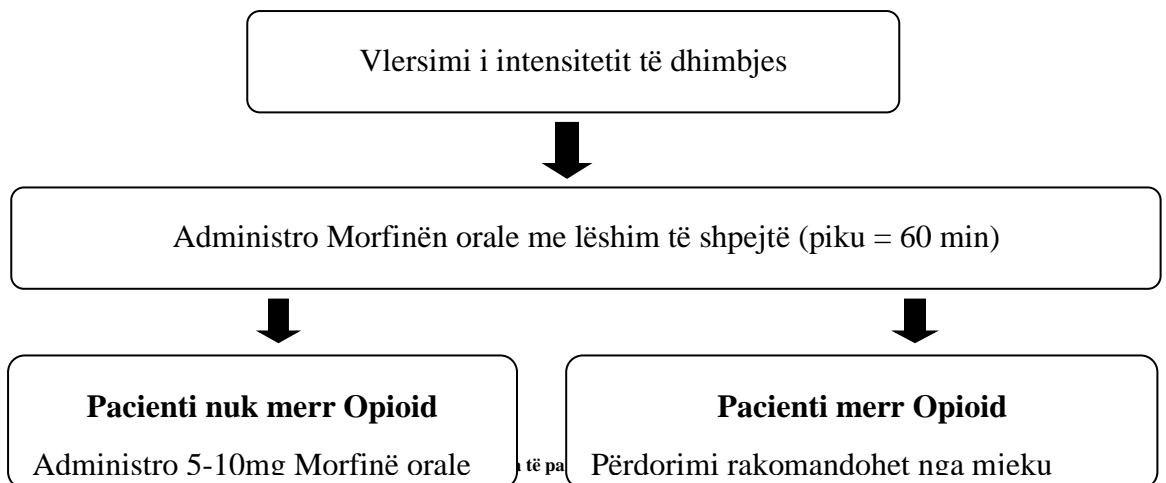
- ❖ **Oromorf***** Shurup 2mg/ml = 10mg çdo 5ml
- ❖ **Oromorf***** Sol. me Pika 4 Pika = 5mg
- ❖ **Morfinë*** amp. s/c, i/v 10mg/1cc
- ❖ **MS Contin*** (Morfinë me lëshim të ngadaltë) Tab. 10, 30, 60, 100mg

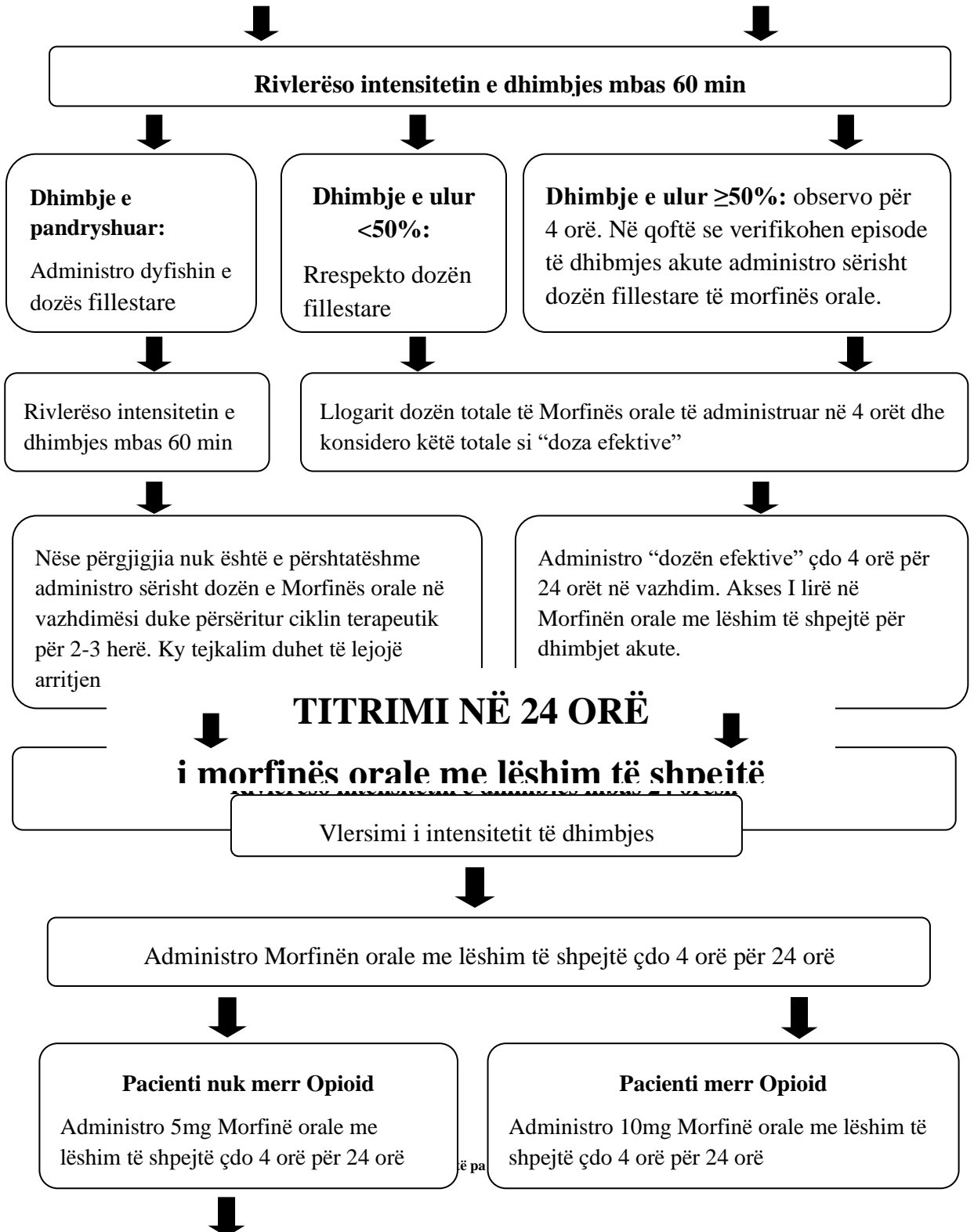
Për trajtimin e dhimbjes kronike është i domosdoshëm titrimi i Morfinës.

Për titrimin e Morfinës shihni tabelat e më poshtme:

TITRIMI I SHPEJTË

i morfinës orale me lëshim të shpejtë







Disponueshmëri mbi Morfinën orale me lëshim të shpejtë për dhimbjen akute

Për çdo episod të dhimbjes acute të hasur përpara dozës së programuar, administro sërish dozën fillestare të Morfinës; duke e përsëritur sipas nevojës, deri më një herë çdo orë



Rivlerëso intensitetin e dhimbjes mbas 24 orësh



Dhimbje e pandryshuar ose e ulur <50%

Llogarit dozën totale të Morfinës së administruar gjatë 24 orëve = me shumën e dozave së programuara + dozat e marra për dhimbjen akute.

Doza e re çdo 4 orë = dozazhin total të mëparshëm të Morfinës për 24 orë pjestuar me 6.



Dhimbje e ulur $\geq 50\%$

Llogarit dozën totale të Morfinës së administruar gjatë 24 orëve = “doze efektive”



- Nëse pacienti përdor për herë të parë Morfinë “opioid-naiv”, mjekimi fillon

Rivlerëso intensitetin e dhimbjes mbas 24 orësh

doza shqëruese shtesë, atëhere rritet doza e rregullt 24 orëshe. (Shih Titrimin e Opioideve)

- Rregullimi i dozës së Morfinës bëhet 24 – 48 - 72 orët e para.

Dozimi për Dhimbjen e Papritur

- Në dhimbjet e papritura kalimtare, që ndodhin në një sfond ku dhimbja bazë është e mirë kontrolluar, “doza e shpëtimit” është doza shtesë e përdorur për të kontrolluar dhimbjen e papritur.

- Nëse pacienti është duke u trajtuar me Morfinë dhe paraqet episode të “dhimbjeve të papritura” duhet t’i jepet Morfinë me lëshim të shpejtë nga goja si “dozë shpëtimi”, 20% e dozës 24 orëshe të Morfinës.
- Në pacientët që trajtohen me opioid të tjerë dhe paraqesin episode të “dhimbjeve të papritura”, fillimisht bëjmë konvertimin në Morfinë të opioidit (doza ekuanalgjzike) dhe pastaj administrojmë 20% të dozës ditore me Morfinë me lëshim të shpejtë nga goja. (Shih Tab. Tek rotacioni i Opioideve)

Raporti i ekuipotencës mes Morfinës nga goja dhe rrugëve të tjera:

- ❖ MORFINA NGA GOJA / MORFINA REKTALE: RAPORTI 1:1.
- ❖ MORFINA NGA GOJA / MORFINA I/V: RAPORTI 1:3.
- ❖ MORFINA NGA GOJA / MORFINA S/C: RAPORTI 1:3.

Fentanyl

- Opioid i sintetizuar, veprim analgjezik shumë më i madh se morfina. Agonist i pastër në receptorët *mu*. Metabolizmi hepatic.
- Efektet anësore: të qenët i përgjumur (somnia), nauze, të vjella, konstipacion, aritmi, depresioni respirator, kolaps. Paraqet efekte shumë të vogla anësore të konstipacionit dhe nauzesë.
- Antidote: Naloxone i/v, i/m, sc, 0.4-2mg. Përsëriteni çdo 2-3 minuta deri në një maksimum prej 10-20 mg.
- Përdoret në dhimbjet kronike të zgjatura, kancer ose jo, kur janë konsumuar alternative të tjera opioidesh si Morfina, etj. Dhe rezultatet kanë qenë jo-pozitive. Tek pacientët me dhimbje kronike të zgjatur, me vështirësi në gjellitje, apo të pa mundur për të administruar opioide në rrugë si s/c, i/v. Pacient me dhimbje në terren të insuficiencës renale dhe hepatic. Për të siguruar përdorimin e opioidit me orar.
- Kundër indikohet në hipersensibilitetin ndaj Fentanyl-it, dhimbja akute, dhimbja post-operatore, në dhimbjet e lehta deri të moderuara, në asmën bronkiale, shtatëzani, etj.

Format Farmaceutike

- ❖ **Fentanyl** Transdermal, Patch 25, 50*, 75, 100mcg/h**

❖ **Fentanyl Sublingual***** 400, 600, 1200mcg

- Fentanyl transdermal përdoret në pacientët që fillimisht kanë përdor të paktën 60mg Morfinë, 30mg Oksikodone apo 8mg Hydromorfinë në ditë për jo më pak se një javë.
- Fentanyl Patch aplikohet në lëkurë çdo 72 orë, arrin efektin maksimal mbas 24 orësh.
- Doza rregullohet në vartësi të ndryshimit të opioidit dhe rrugës së administrimit. (Shih Rotacioni dhe dozat ekuianalgjezike të opioideve)
- Mjekimit me fentanyl vazhdohet për kohë të pa përcaktuar në varësi të persistencës së dhimbjes dhe përgjigjes ndaj medikamentit.

Oksikodon

- Është një derivat semisintetik i tebainës.
- Analgjezia është kostante dhe e vazhdueshme për 12 orë.
- Arritja e gjendjes së qëndrueshme në 24 h.

Format Farmaceutike:

- ❖ Tab. nga 5,10,20,40,80mg (Oxycontin)***

Buprenofina

- Pavarësisht se është 30 herë më i fuqishëm se Morfina, ka një efikasiteti më të ulët.
- Agonist i receptoreve *mu* dhe *delta*, bllokon receptorët K. Metabolizmi hepatic.
- “Efekti tavan” është rreth 1mg/24h për administrimin intramuskular. (Efekti Tavan= një vlerë të caktuar pas të cilit edhe nqs. doza rritet, nuk e rrisin aktivitetin analgjezik, por vetëm efekte anësore).
- Pacientët e trajtuar me Buprenorfinë kërkojnë një dozë të Morfinës më të lartë se pacientët që trajtohen me opioid të tjerë për të arritur të njëjtin efekt analgjezik.
- Administrimi nën gjuhë lejon një absorbim të drejtpërdrejtë të ilacit.

- Doza maksimale ditore 1.2 mg.

Format Farmaceutike:

- ❖ kompresa 0,2 mg*** çdo 4 h nga goja (Temgesic tab)
- ❖ amp i/m, i/v 0,3 mg*** (Temgesic amp)
- ❖ Patch 35mcg/h - 52,5 mcg/h -70mcg/h*** (Transtec)

Metadon

- Opioid sintetikë. Metabolizim hepatic. Eliminim nga veshkat dhe biliar.
- Është konsideruar opioidi më i përshtatshëm në pacientët me dhimbje neuropatike që nuk reagojnë nga trajtimi me Morfinë dhe agonistë të tjerë.
- Duke e krahasuar me Morfinën, ka një penetrim më të shpejtë në SNQ.
- Analgjezia zgjat 6-8 orë. Mund të administrohet çdo 8-12 orë.
- Efektet anësore si nauze, konstipacion, konfuzion janë më të pakta se ne opioid të tjerë.

Format Farmaceutike

- ❖ Tab. 1, 5, 10, 25mg***
- ❖ Sol. me Pika 1mg/ml dhe 10mg/ml***
- ❖ Ka dhe përdorim i/v, s/c dhe i/m
- Trajtimi fillohet me 5mg çdo 8-12 orë dhe nëse është nevoja 5mg çdo 3 orë për dhimbjen e papritur.
- Në qofteë se kontrolli i dhimbjes është i pamjaftueshëm, rrit dozën mbas 1-2 ditësh në 10mg çdo 8-12 orë. Preferenca është që doza e rregullt mos të ndryshohet për 1 javë.
- Doza mund të titrohet deri në 1/3 – 1/2 një herë në javë.

Rotacioni i Opioideve, Dozat Ekuianalgjizike

Rotacioni i opioideve është kalimi nga trajtimi me një opioid në një tjetër me dozë ekuianalgjizike dhe ndryshimin nga një rrugë administrimi në një tjetër të njëjtë opioid.

Rotacioni i Opioideve Indikohet:

- Kur efektet anësore bëhen shtësuese gjatë titrimit të opioidit.
- Problematika të ndërveprimeve opioid-opioid.
- Preferenca dhe nevoja për një rrugë tjetër administrimi.
- Ndryshimet klinike (p.sh. shqetësim në rastet e abuzimit me drogën ose shfaqjet e sindromës së malabsobimit).
- Kur sygjerohet për përfitime më të mëdha nga një opioid me farmakokinetikë tjetër.
- Vlerësime të disponueshmërisë së medikamentit apo financiare.

Udhëzime për rotacionin e opioideve

- Llogarit dozën ekuivalente të opioidit të ri duke u bazuar në tabelën e ekuianalgjesisë. (Shih Tabelën më poshtë)
- Realizo një vlerësim të dytë për intensitetin e dhimbjes dhe të aspekteve psiko-sociale për të vendosur ose jo, për një rritje të dozës nga 15% deri në 30%.
- Titro dozën e opioidit të ri për të maksimizuar efektet e tij.

DOZAT EKUIANALGJEZIKE TË OPIOIDEVE

Dozat Orale/rectale	Analgjzikët	Dozat parenterale
100	Kodeinë	60
-	Fentanyl	0.1
15	Hidrocodone	-
4	Hidromorfone	1.5
2	Levorfanol	1
150	Meberidine	50
15	Morfinë	5
10	Oksikodone	-

Opioidet me veprim të zgjatur (Çlirim të Zgjatur)

- Përdoren kryesisht si dozë mbajtëse për të stabilizuar dhimbjen.
- Nuk përdoren për të trajtuar dhimbjen akute ose të pakontrolluar, por duhet të zëvendësohen me një opioid me çlirim të shpejtë.
- Përpara se të përdorim një opioid me veprim të zgjatur, përdor një opioid me veprim të shpejtë deri sa të titrohet doza ditore e përshtatshme.
- Kur përdorim opioide me veprim të zgjatur duhet dhënë gjithmonë një opioid me veprim të shkurtër në 10-15% të dozës ditore për dhimbjen e papritur. Preferohet përdorimi i të njëjtit opioid.

Ndërprerja e Opioidëve ndodh:

- Kur pacienti, kontrollin e duhur të dhimbjes e merr në një mënyrë tjetër (Radioterapi, bllok nervor, epidurale, etj).
- Nëse pacienti ka përdorur opioide për një kohë të shkurtër mund të ndërpritet opioidi menjëherë.
- Nëse pacienti ka përdorur opioide për më tepër se një javë sygjerohet, ulja e dozës 20-30% çdo 2-3 ditë deri sat ë hiqet fare.
- Simptomat e shkaktuara nga ndërpreja e opioidit mund të përmirësohen nga përdorimi i një antagonisti si Nalaxone.

Medikamentet Ndihmëse

Ne trajtimin e dhimbjes medikamentet ndihmwse jepen gjithmonw si shoqwruese te njw osw mw shumw analgjezikwve. Kwto medikamente pwrfs hijnw: antidepressivwt, antikonvulsantwt, kortikosteroidet dhe bifosfonatet.

Antidepressivwt:

Perdoren nw rastet e depresionit, pagjumesisw dhe dhimbjeve neuropatike.

Amitriptilina* 10-25-50mg nw darkw, **Duloxetina**** 30mg duke e rritur deri nw 60mg nw darkw, **Paroxetina*** 10-20mg nw darkw.

Antikonvulsantwt:

Lehtwsojne dhimbjet e shkaktuara nga dwmtimet neoplastike tw nervave.

Karbamazepina* 100-200mg nga goja, **Gabapeptina*** 100-400mg 3 herw nw ditw, **Pregabalina**** 25-50-75mg 2-3 herw nw dite.

Kortikosteroidet:

Kanw efekte tw mira analgjezike, antiinflamatore, ndikojnw oreksin dhe pwrmirosojnw tonusin dhe gjendjen e pwr gjithshme.

Prednizon* 5-25mg nw ditw, **Metilprednizolon*** 125-250mg nw ditw, **Dexamethason*** 4-24mg nw ditw, **Prednizolon*** 25-50mg nw ditw

Bifosfonatet:

Ndikojnw nw ruajtjen e strukturws sw kockws, nw dhimbjen nga lezionet kockore.

Clodronat disodium(Bonefos)* 400mg, pwr doret 1600mg nw ditw nga goja.

Acidi Ibandronic* 50mg, jepet 1 tab nw ditw nga goja.

Acidi Ibandronic* 3mg/3ml, aplikohet njw ampulw nw 3 muaj.

Acidi zoledronic* 4mg, kwrkon monitorim tw kujdesshwm tw kreatininws, aplikohet i/v sipas porosisw sw specialistit.

Referenca

Connor SR. Hospisi dhe Kujdesi Paliativ, Udhërrëfyes Bazik. Botimi i Dytë. Taylor & Francis Group; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2012.

Doyle D et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.

Education in Palliative and End-of-Life Care EPEC. *Participant's Handbook*. Chicago, USA: The EPEC Project; 2003.

Emergencies in Palliative and Supportive Care, David Currow, Oxford University Press, 2006.

Fine PG. Shoqëria Hospis. Botimi i dytë. New York: Oxford University Press; 2009. Përkthyer nga Shoqata Ryder Albania, Tiranë: Skanderbeg Books; 2013.

Fraser Health. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines. Surrey; 2006.

Il Dolore Manuale Clinico, S.E Abram MD, 1991.

- Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med.* 1996.
- Shoqata Ryder Albania. Dr. Prifti F et al. *Kujdesi Paliativ.* Tiranë; 2012.
- Shoqata Shqipëtare e Kujdesit Paliativ. Dr. Prifti F et al. *Përdorimi i Opioideve dhe Opiofobia.* Tiranë; 2012.
- Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- Oxford Handbook of Palliative Care,* Maxs. Watson, 2005.
- Palliative Medicine Secrets,* Suresh K, Joishy, MD, FACP 1999.
- Pereira J et al. Equianalgesic Dose Ratios for Opioids: A Critical Review and Proposals for Long-term Dosing. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001.
- Twycross R, Wilcock A, *Symptoms Management in Advanced Cancer.* 3rd ed. Radcliffe Medical Press 2001.
- Watson M. et al. *Oxford handbook of Palliative Care. Second Edition.* New York, USA: Oxford University Press; 2009.
- West Midlands Palliative Care Physicians, *Guidelines for the Use of Drugs in Symptom Control.* 4th ed. 2007.
- Black F, Downing GM. Pain – Analgesics. In: Downing GM, Wainwright W, editors. *Medical Care of the Dying.* 4th ed. Victoria, B.C. Canada: Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care; 2006. p. 189-251.
- Fitzgibbon D, Ready LB. Intravenous high-dose methadone administered by patient controlled analgesia and continuous infusion for the treatment of cancer pain refractory to high-dose morphine. *Pain* 1997;(73): 259-61.
- Downing, MP. Opioid rotation, neurotoxicity and paradoxical pain. Victoria Hospice Society palliative care medical intensive course November 2004 p. 1-6.
- Dean, M. Opioids in renal failure and dialysis patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004 Nov; 28(5):497-504.
- Bruera E, Palmer JL, Bosnjak S, Rico MA, Moyano J, Sweeney C et al. Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain : a randomized, double-blind study. *Journal of Clinical Oncology* 2004 Jan 1; 22(1):185-92.
- Weinberg, DS, Inturrisi, CE, Reidenberg, B, Moulin, DE, Nip, TJ, Wallenstein, S, Houde, RW, Foley, KM. Sublingual absorption of selected opioid analgesics. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* Sep 1988;44:355-42.
- A Guide to Symptoms Relief in Palliative Care Fifth Edition* Claud Regnard and Johochley, 2004.
- Abraham, JL. *A Physician's Guide to Pain and Symptom Management in Cancer Patients.* Baltimore, USA. John Hopkins University Press; 2000.
- American Pain Society. *Principles of Analgesics Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain.* American Pain Society 1999.
- Capire e trattare il Dolore, T.F Mammaiomi, 1991.

