



Manual Trajnimi

Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Hipertensionit në KSHP

2020

Ky dokument është hartuar nga:

Dr. Florjan Shehi (mjek familje)

Dokumenti është rishikuar nga një grup i përbërë nga:

Dr. Artanca Çollaku (mjeke familje)

Dr. Albiona Lamaj (mjeke familje)

Dr. Engjellushe Hasani (kardiologe)

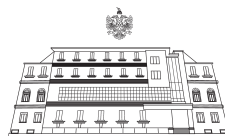
Hartimi dhe publikimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e Projektit Shëndet për të Gjithë të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC apo HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



REPUBLIKA E KOSOVËS
MINISTRIA E SHËNDETËSISË
DHE MBROJTJES SOCIALE



HAP
health for all project

Përmbajtja

Hyrje	5
Skenarë të Rasteve Klinike	6
Marrja e historisë dhe ekzaminimi fizik	32
Ekzaminimet laboratorike dhe Procedurat	39
Kundërindikacionet	42
Ndërhyrjet dietike	43
Lënia e duhanit	51
Ditar i matjes së presionit të gjakut në shtëpi	57
Prezantimi i llojeve të sfigmomanometrave	59
Vlerësimi i riskut kardiovaskular	62
Treguesit e monitorimit të zbatimit të protokollit të mjekimit për HTA-në dhe të cilësisë së menaxhimit të HTA-së në KSHP	63
Shkurtime	64
Referenca	65

Hyrje

Hipertensioni është një ndër diagnozat më të zakonshme në kujdesin primar, duke llogaritur që 1.2 miliardë persona vuajnë nga hipertensioni në të gjithë botën dhe duke qenë një nga faktorët kryesor të rrezikut për infarkt akut të miokardit, sëmundjet cerebro-vaskulare dhe sëmundjen kronike të veshkave.

Pavarësisht hulumtimeve të gjera gjatë dekadave të fundit, etiologjia e shumicës së rasteve të hipertensionit të të rriturve është akoma e panjohur dhe kontrolli i tensionit arterial është jo-optimal në popullatën e përgjithshme. Për shkak të morbiditetit dhe mortalitetit shoqërues si edhe kostos për shoqërinë, parandalimi dhe trajtimi i hipertensionit është një sfidë e rëndësishme e shëndetit publik.

Marrëdhënia midis Tensionit Arterial (TA) dhe riskut kardiovaskular (KV) është e drejtpërdrejtë dhe e vazhdueshme duke e bërë disi arbitrare dallimin midis normotensionit dhe hipertensionit, bazuar në vlerat e prera të TA. Megjithëse vlerat e tensionit arterial nuk parashikojnë me saktësi ngjarjet e ardhshme kardiovaskulare në nivelin individual, në praktikë vlerat e prera të TA-së përdoren për arsye pragmatike për të thjeshtuar diagnozën dhe vendimet në lidhje me trajtimin.

Ndërlidhja epidemiologjike midis tensionit arterial dhe rrezikut kardiovaskular vihet re edhe në nivele shumë të ulëta të TA-së. Sidoqoftë, 'hipertensioni' përcaktohet si niveli i TA-së në të cilin përfitimet e trajtimit (qoftë me ndërhyrje në stilin e jetës ose me medikamente) tejkalojnë pa dyshim rreziqet e trajtimit.

Ky Manual trajnimi është hartuar që të përdoret në trajnimin "Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Hipertensionit" me qëllim aftësimin e ekipit të mjekësisë së familjes në përdorimin e Protokollit të mjekimit të Hipertensionit në praktikën e përditshme të menaxhimit të rasteve me hipertension në Kujdesin Shëndetësor Parësor (KSHP).

Manuali është hartuar që të përdoret si material trajnues bashkë me Protokollin e mjekimit dhe Udhërrëfyesin klinik të Hipertensionit në "Trajnimet për Trajnerë" dhe nga "Grupi i Kolegëve" në nivel qendre shëndetësore dedikuar "Përdorimit të Protokollit të Mjekimit të Hipertensionit në KSHP".

Manuali i trajnimit përfshin gjithashtu treguesit për të matur zbatimin e protokollit të mjekimit të hipertensionit në praktikën e përditshme dhe cilësinë e ndjekjes së rasteve me hipertension nga ekipi i mjekësisë së familjes. Trajnimi "Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Hipertensionit" përfshin njohjen me këto tregues dhe si mund të maten gjatë monitorimit nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore të zbatimit të protokollit të mjekimit në praktikën e përditshme të menaxhimit të rasteve me hipertension, dhe të cilësisë së ndjekjes së këtyre rasteve nga ekipi i mjekësisë së familjes.

Skenarë të Rasteve Klinike

Rasti Klinik 1: Maria

Prezantimi

Maria është 42 vjeçe. Ajo ka ardhur në klinikë për një kontroll rutinë të gjendjes së saj shëndetësore të përgjithshme.

Në kartelën e saj, ju vini re se tensioni arterial i Marias është rritur që nga kontrolli i fundit dymbëdhjetë muaj më parë.

Ajo nuk konsumon duhan, pi 2-3 herë alkool (verë) në javë dhe nuk ka pasur ndonjë shqetësim shëndetësor me rëndësi.

Gjatë ekzaminimit

Matja e parë e presionit të gjakut të Marias në klinikë është 158/94 mmHg. Puls i saj është 72 rrahje në minutë dhe i rregullt.

Ekzaminuesi mendon se diagnoza është hipertension, prandaj kryen dhe një matje tjetër në krahun e Marias. Vlera e matjes së dytë është 149/93 mmHg.

Pyetja 1.1

Çfarë duhet të bëjë ekzaminuesi më pas?

Përgjigja 1.1

Ekzaminuesi duhet të masë sërish tensionin arterial në krahun tjetër gjatë vizitës. Në rastin e Marias, ndërmjet matjeve nuk ka ndonjë ndryshim të konsiderueshëm.

Pyetja 1.2

Cilën vlerë duhet të regjistrojë ekzaminuesi si vlerën e tensionit arterial?

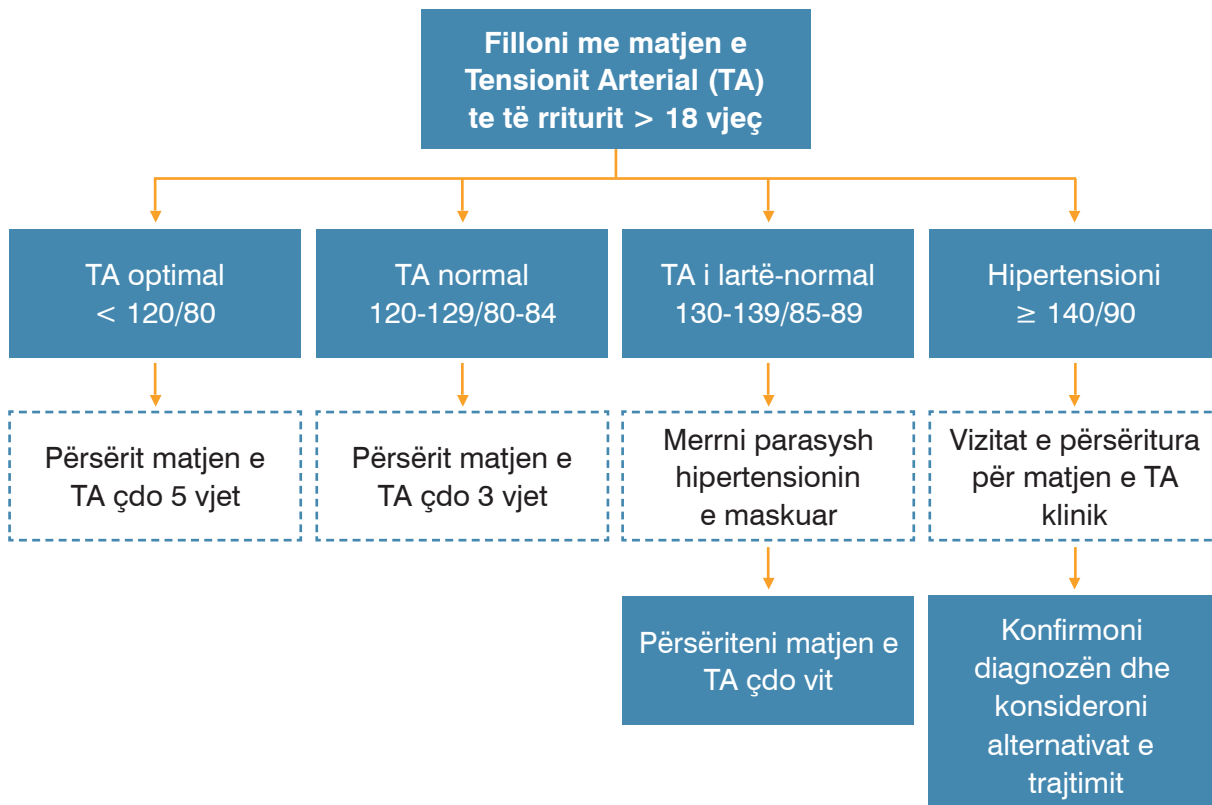
Përgjigja 1.2

Nëse diferenca ndërmjet matjeve në secilin krah nuk është e konsiderueshme, ekzaminuesi duhet të shënojë vlerën më të ulët të matur në cilindo krah. Në rastin konkret, kjo vlerë është 149/93 mmHg.

Nëse diferenca ndërmjet matjeve në secilin krah është e konsiderueshme, ekzaminuesi duhet të shënojë vlerën më të ulët të tensionit arterial, të matur në krahun me vlerën më të lartë.

Rekomandime të posaçme

- Për shkak se pajisjet automatike mund të mos kryejnë matje të saktë të tensionit të arterial nëse ka çrregullime të ritmit (për shembull, si pasojë e fibrilacionit atrial), atëherë palponi pulsën radial ose brakial përpara matjes së tensionit të arterial. Nëse pulsë është i çrregullt, matni manualisht tensionin arterial duke përdorur auskultimin mbi arterien brakiale.
- Krahë duhet të jetë i zbuluar për vendosjen e manshetës. Duhet kujdes me mëngët e gjata sepse duke i palosur mbi krah ato mund të luajnë rolin e lakut shtrëngues (5).
- Pacienti nuk duhet ta mbajë vetë krahun për shkak se ushtrimet izometrike do të ndikojnë në vlerat e tensionit arterial¹. Në pozicionin shtrirë në shpinë, nëse krahë është i mbështetur në krevat, atëherë do të jetë nën nivelin e zemrës, ndaj duhet të vendosni një jastëk nën të (1).
- Në vizitën e parë, kryeni matjen e TA në të dy krahët (1). Në rastin kur tensioni arterial matet në njërin krah dhe më pas në krahun tjetër dhe vlera e tensionit arterial në krahun e dytë është shumë më e ulët se sa në krahun e parë, ka gjasa që ndryshimi të jetë për shkak të aklimatizimit. Në këtë situatë, tensioni i arterial duhet të matet sërish në krahun e parë.
- Matjet e mëtejshme të tensionit arterial do të kryhen në krahun me vlerën më të lartë.
- Nëse vlera e tensionit të arterial të matur në ambientet e qendrës shëndetësore është 140/90 mmHg ose më e lartë, kryeni një matje të dytë gjatë të njëjtës vizite.
- Nëse vlera e matjes së dytë ndryshon në nivel të konsiderueshëm nga vlera e parë, kryeni një matje të tretë.
- Shënoni vlerën më të ulët të 2 matjeve të fundit si vlerën e tensionit arterial.



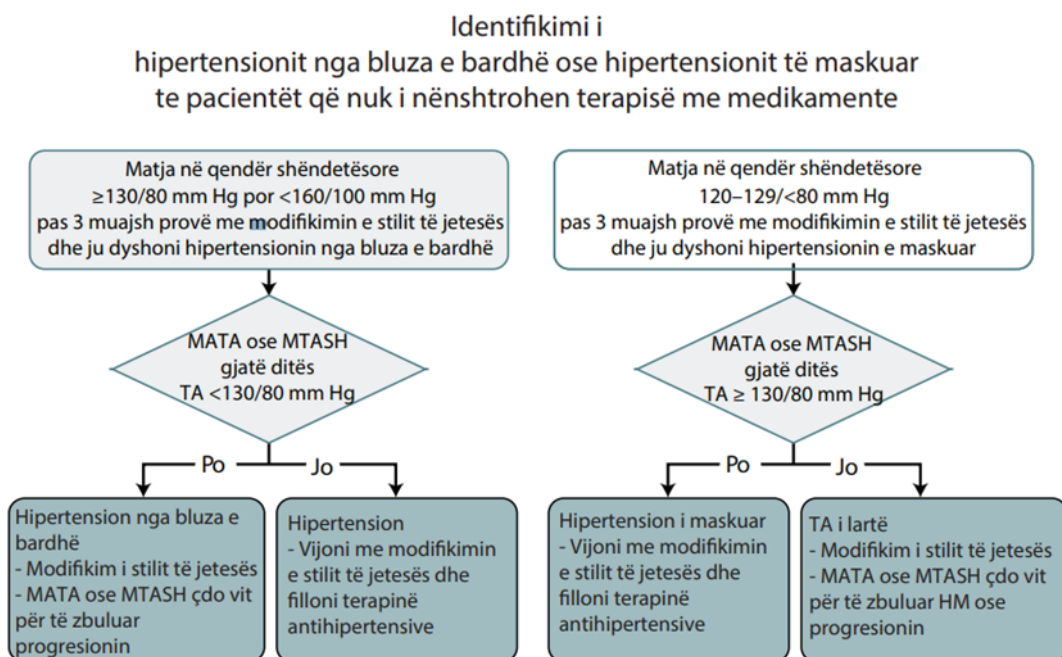
Pyetja 1.3

Tensioni arterial i pacientes është më i lartë se 140/90. Ju dyshoni se mund të jetë me hipertension - çfarë duhet të bëni më pas?

Përgjigja 1.2

Hapi i radhës është t'i ofroni Marias kryerjen e MATA (monitorimi ambulator i tensionit arterial), MTASH (monitorimi i tensionit arterial në shtëpi) ose kryerjen e matjeve të tensionit të arterial në qendrën shëndetësore.

Maria zgjedh të kryejë monitorimin e tensionit arterial në shtëpi (MTASH) nëpërmjet pajisjes së saj automatike apo gjysmë-automatike të matjes së TA.



Rekomandime të posaçme

Gjatë matjeve të kryera në klinikë, nëse presioni i gjakut:

- <120/80 matni presionin e gjakut çdo 5 vjet
- 120-129/80-84 matni presionin e gjakut çdo 3 vjet
- 130-139/84-89 matni presionin e gjakut çdo vit. Merrni në konsideratë hipertensionin e maskuar dhe kërkoni kryerjen e matjeve të presionit të gjakut në shtëpi.
- Nëse presioni i gjakut është 140-159/90-99, konfirmoni diagnozën e hipertensionit nëpërmjet matjeve të tjera në klinikë, shtëpi ose nëpërmjet monitorimit ambulator të presionit të gjakut.
- TA ≥ 160/100 filloni terapinë me barna antihipertensive në po të njëjtën ditë
- TA ≥ 180/120 (hipertension i rëndë) dhe shfaqje e dhimbjes së gjoksit, dispnesë ose simptomave neurologjike, referoni pacientin në urgjencë.

Rekomandime të posaçme

- *Pajisjet elektronike gjysmëautomatike (fryrje manuale e manshetës) ose automatike që masin TA në pjesën e sipërme të krahut janë metoda e parapëlqyer për MATSH. Këto pajisje janë të lehta në përdorim dhe shmangin subjektivitetin e matësit. Monitorët e pajisur me kujtesë automatike shmangin raportimin e gabuar nga ana e pacientëve lidhur me matjet e TA. Pajisjet që vendosen në gisht dhe në kyçin e dorës kanë saktësi më të ulët dhe nuk rekomandohen, përveçse kur matjet brakiale janë të vështira apo të pamundura për t'u kryer.*
- *Udhëzoheni pacientin (verbalisht por mundësisht me anë të një fletushke) rreth matjeve të TA në shtëpi në krahun e referuar (me vlerat më të larta të TA) dhe mësojini si të mbajë një kalendar të TA (7).*
- *Kur përdoret MTASH për të konfirmuar diagnozën e hipertensionit, sigurohuni që:*
 - *Për çdo matje të shënuar, të kryhen 2 matje të njëpasnjëshme, në interval kohor 1 minutë nga njëra-tjetra dhe personi të jetë në pozicionin ulur dhe*
 - *Vlera e tensionit të arterial të matet dy herë në ditë, mundësisht në mëngjes dhe në mbrëmje dhe matja e vlerave të kryhet për të paktën 4 ditë, mundësisht për 7 ditë. Mos përdorni vlerat e matura në ditën e parë dhe përdorni vlerën mesatare të të gjitha matjeve të mbetura për të konfirmuar diagnozën e hipertensionit. (1).*

Njëkohësisht, duhet të kryeni dhe shqyrtime për dëmtim të organeve target. Dëmtime të tilla si hipertrofia e ventrikulit të majtë, sëmundja kronike e veshkave dhe retinopatia hipertensive shkaktohen nga hipertensioni i pakontrolluar. Në rastet kur hipertensioni është zhvilluar rishtaz, klinicisti vendos nëse është i nevojshëm depistimi për dëmtime të organeve target (zakonisht këto dëmtime ndodhin përgjatë disa viteve me hipertension të pakontrolluar).

Në rastin e Marias ju duhet të rekomandoni:

- Për të matur nivelin e glukozës, të elektroliteve dhe të kreatininës në serum, ritmin e filtrimit glomerular (RFG), nivelin e kolesterolit total, HDL kolesterolit, LDL kolesterolit dhe triglicerideve.
- Analizën e urinës për të testuar prezencën e proteinurisë dhe hematurisë.

Nëse nuk e dini prej sa kohësh ka filluar hipertensioni, apo jeni i shqetësuar për dëmtime të organeve target, mund të bëni një EKG dhe të kryeni ekzaminimin e fundus oculi për vlerësuar praninë e retinopatisë hipertensive në hipertensionin e stadi 2 ose 3. Në rastin konkret këto teste nuk nevojiten.

Rekomandime të posaçme

Ekzaminimet laboratorike dhe Procedurat

Përpara fillimit të trajtimit, kryeni analizat e mëposhtme laboratorike rutinë:

- Analizë e gjakut komplet
- HbA1c
- Yndyrnat në gjak: kolesterolit total (TC), LDL kolesterolit, HDL kolesterolit, trigliceridet në gjak
- Niveli i kaliumit dhe natriumit në gjak
- Niveli i acidit urik në gjak
- Niveli i kreatininës dhe RFG-së
- Testet funksionale të heparit nëse nuk janë kryer gjatë vitit të fundit
- Analizë urine: niveli i proteinurisë dhe hematurisë
- EKG me 12 lidhje

Pas një jave, Maria paraqet matjet e mëposhtme të TA:

		E hënë	E martë	E mërkurë	E enjte	E premte	E Shtunë	E Diel
Mëngjes	1	155/80 154/82	160/80 160/82	150/85 148/88	139/88 138/86	141/85 140/80	139/88 135/80	122/85 120/85
	2							
Pasdite		145/91 144/90	155/88 150/80	145/85 140/80	125/80 130/75	121/88 120/80	142/87 142/80	135/90 135/88

Pyetja 1.4

A mund të vendosim diagnozën e hipertensionit tek Maria?

Përgjigja 1.4

Duke mos marrë në konsideratë matjet e ditës së parë, vlera mesatare e TA për ditët e mbetura është 139/84. Pacientja ka hipertension të stadit të 1-rë. Gjithashtu, pa qenë e nevojshme përlllogaritja e mesatares, ekzaminuesi vëren se shumica e matjeve janë mbi 135/85 mmHg, por nën 150/95 mmHg, çka tregon për hipertension të stadit 1.

Rekomandime të posaçme

Mos përdorni vlerat e matura ditën e parë dhe përdorni vlerën mesatare të të gjitha matjeve të mbetura për të konfirmuar diagnozën e hipertensionit (1).

Nëse nuk diagnostikohet hipertensioni, por ka evidenca të dëmtimit të organeve target, merri në konsideratë kryerjen e ekzaminimeve për shkaqe alternative të dëmtimit të organeve target (1).

Diagnostikimi tek të rriturit:

- *Hipertension i stadi 1 nëse TAS/TAD klinik $\geq 140/90$ mm Hg dhe vlera mesatare e TA ambulatorie të matur gjatë ditës ose vlera mesatare e TA të matur në shtëpi $\geq 135/85$ mm Hg (1,2)*
- *Hipertension i stadi 2 nëse TAS/TAD klinik $\geq 160/100$ mm Hg dhe vlera mesatare e TA ambulatorie të matur gjatë ditës ose vlera mesatare e TA të matur në shtëpi $\geq 150/95$ mm Hg 2*
- *Hipertension i stadi 3 nëse TAS ≥ 180 mm Hg ose TAD ≥ 120 mm Hg (2,3)*
 - *Urgjencë hipertensive në rastet kur TAS ≥ 180 mm Hg ose TAD ≥ 120 mm Hg por nuk ka shenja të dëmtimit të organeve target. Shumica e pacientëve janë asimptomatikë. Trajtimi në kohën e duhur i tensionit të arterial mund të parandalojë emergjencën hipertensive (3)*
 - *Emergjencë hipertensive në rastet kur rritja e tensionit arterial është e konsiderueshme dhe shoqërohet me dëmtim të organeve fundore (3):*
 - *Edema pulmonare (në rreth 23% të rasteve) dhe insuficienca kardiake (në rreth 12% të rasteve) janë raportuar si shenjat më të zakonshme klinike*
 - *Simptomat kardiologjike (si dhimbja e gjoksit dhe dispnea), dhimbja e kokës, dhe defiqiti neurologjik mund të jenë të zakonshme gjatë krizave hipertensive*
 - *Emergjenca hipertensive për shkak të krizës simpatike (si në rastin e mbidozës nga kokaina) paraqitet zakonisht me*
 - takikardi
 - dilatacion të pupilave
 - agresivitet
 - gjendje mendore të ndryshuar
 - konvulsione

Pyetja 1.5

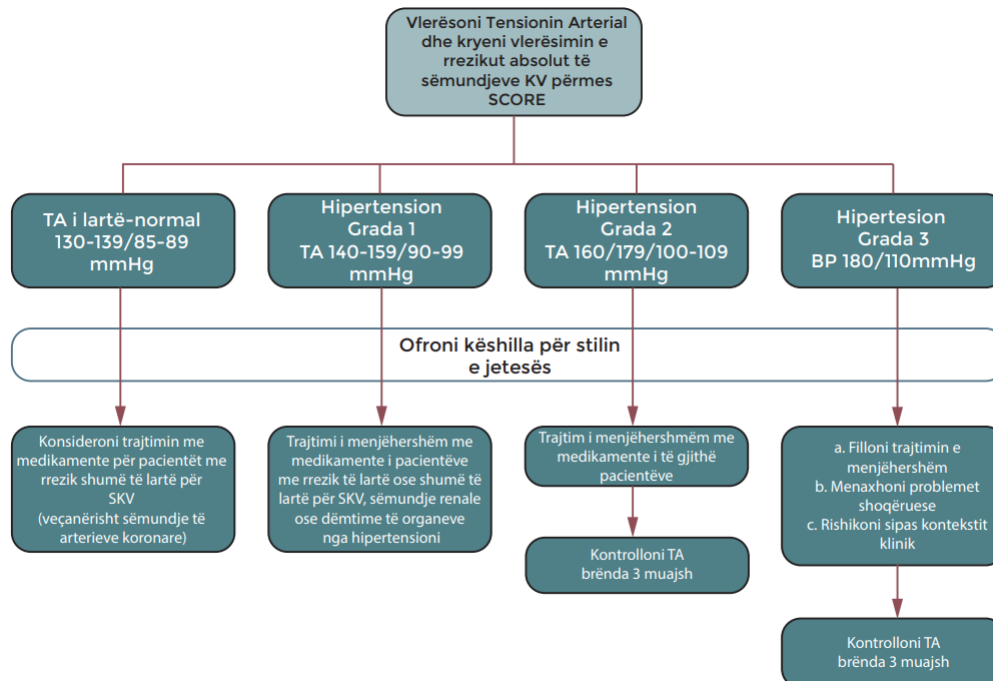
A do ta trajtojë ekzaminuesi hipertensionin e gradës 1 të pacientes?

Përgjigja 1.5

Hipertensioni trajtohet për shkak të riskut të komplikacioneve të mundshme. Këto vlera të TA, që janë paksa më të larta se sa vlerat normale, kërkojnë që ekzaminuesi të japë këshilla mbi stilin e jetesës dhe ta rivlerësojë pacienten pas 3-6 muajsh për të përcaktuar më pas trajtimin apo për të vazhduar me ndërhyrje në stilin e jetesës, në rast se këto të fundit kanë qenë të suksesshme.

Risku për dëmtimin e organeve nuk lidhet vetëm me hipertensionin por dhe me faktorë të ndryshëm si moshën, konsumin e duhanit dhe gjendjen e diabetit dhe nivelin e kolesterolit. Një metodë për të grupuar së bashku faktorët e riskut është llogaritësi SCORE.

Ekzistojnë 2 llogaritës SCORE, një kur njihet vlera e kolesterolit dhe një kur kjo vlerë nuk njihet.



Pyetja 1.6

Cili është risku kardiovaskular i Marias?

Së pari, a nevojitet të përlllogaritet risku KV?

Përgjithësisht, risku KV përlllogaritet te personat mbi moshën 40 vjeç.

A ka pacientja ndonjë nga kriteret e përjashtimit nga përlllogaritja e riskut KV formal?

Rekomandime të posaçme

Shtresëzimi i riskut nuk është i nevojshëm për individët që i përkasin kategorisë me risk të lartë, si:

- Pacientët me angina pectoris, sëmundje koronare të zemrës, infarkt të miokardit, atak ishemic tranzitor, aksidente cerebro-vaskulare, ose sëmundje vaskulare periferike, ose pacientë të cilët kanë kryer rivaskularizim koronar ose endarterektomi karotide;
- Pacientët me hipertrofi ventrikulare të majtë (të shfaqur në elektrokardiografi) ose retinopati hipertensive (grada III ose IV);
- Individët pa SKV të diagnostikuar, të cilët kanë nivel të kolesterolit total (TC) ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl) ose të LDL kolesterolit ≥ 6 mmol/l (240 mg/dl) ose raport TC/HDL-C > 8 ;
- Individët pa SKV të diagnostikuar, të cilët kanë presion të lartë të gjakut në mënyrë të vazhdueshme ($> 160-170/100-105$ mmHg);
- Pacientët me diabet të tipit 1 ose 2, me nefropati diabetike ose sëmundje të tjera renale me rëndësi;
- Pacientët me insuficiencë renale ose dëmtim renal të diagnostikuar

Pacientja nuk ka asnjë nga problematikat e mësipërme.

Si duhet të përlllogaritet risku kardiovaskular?

Rekomandime të posaçme

Hapi 1 Përzgjidhni llogaritësin e riskut KV* - SCORE, OBSH etj

Hapi 2 Përzgjidhni tabelat për gjininë përkatëse

Hapi 3 Përzgjidhni kutizat për duhanpirës ose joduhanpirës¹

Hapi 4 Përzgjidhni kutizën e grupmoshës (nëse mosha është 50-54 vjeç zgjidhni kutizën 50, nëse është 60-64 vjeç zgjidhni kutizën 60 etj.)

Hapi 5 Në këtë kutizë, gjeni qelizën më të afërt të pikës së takimit të presionit sistolik të gjakut² (mm Hg) dhe nivelit të kolesterolit total në gjak (mmol/l) ose BMI-së. Ngjyra e qelizës përkatëse përcakton riskun kardiovaskular 10-vjeçar.

* Përlllogaritja e riskut kardiovaskular është shtjelluar më gjatë në Manualin e trajnimit lidhur me protokollin e menaxhimit të dislipidemive

Për këtë do t'ju nevojitet informacioni si më poshtë:

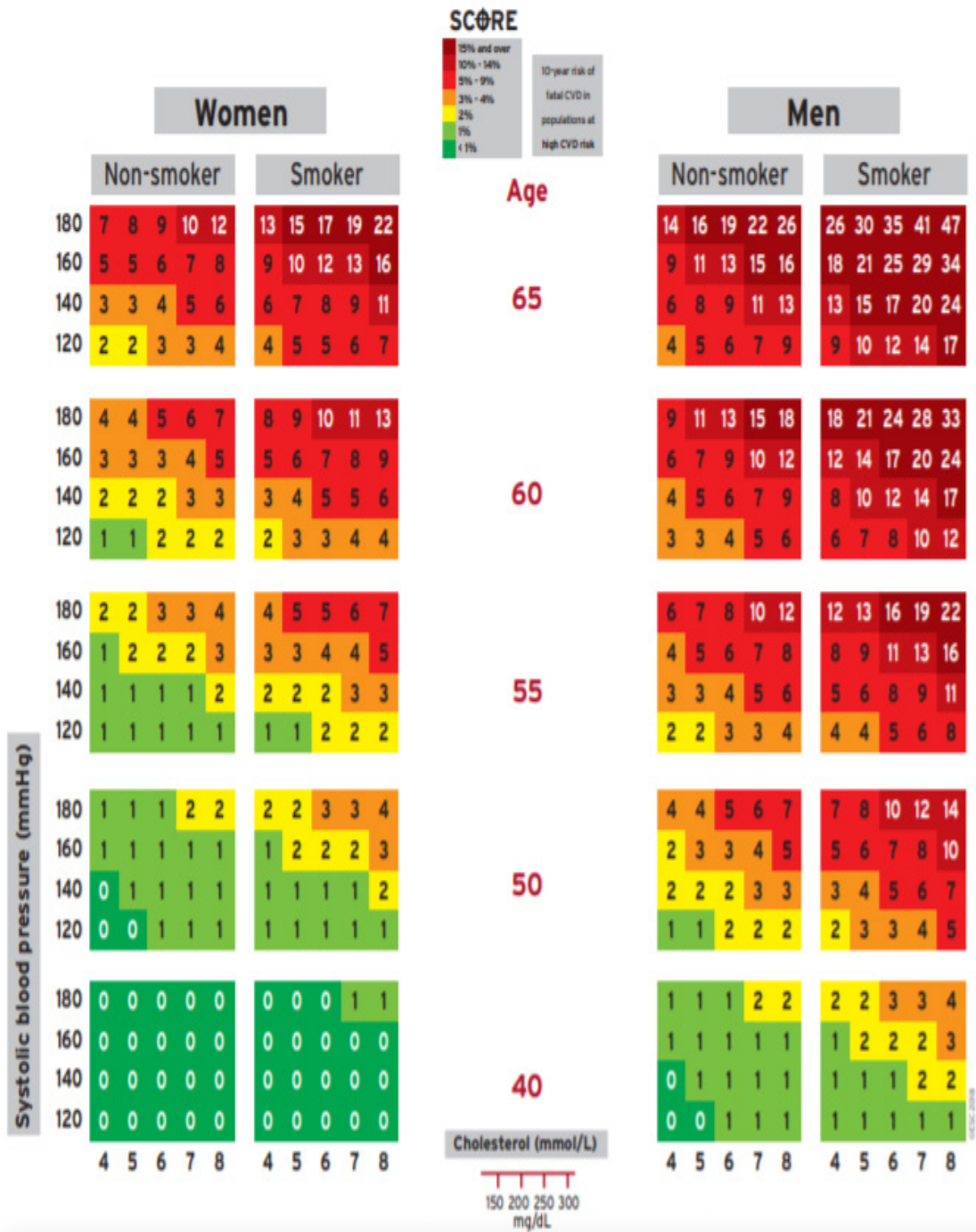
1. Maria është femër 42 vjeçe.
2. Nuk është diabetike. Nuk konsumon duhan.
3. Vlera mesatare e TA së saj në MTASH është 139 mmHg.
4. Niveli i kolesterolit të saj është 230 mg/dl=5.9mmol (për të konvertuar kolesterolin total në mmol, pjesëtoni me 39 vlerën në mg/dl)
5. Peshja e saj është 75 kg dhe ajo është 165 cm e gjatë, BMI 27.5, mbipeshë
6. Risku KV i saj është 0%, që është Risk i ulët për vdekshmëri nga një atak në zemër, goditje në tru apo problem tjetër i sistemit të qarkullimit në 10 vitet e ardhshme.
7. Vlerësimi i riskut duhet të përsëritet në intervale 4-6 vjeçare.

1 Të gjithë duhanpirësit aktualë dhe ata që kanë ndërprerë duhanin më pak se 1 vit përpara vlerësimit konsiderohen si duhanpirës gjatë vlerësimit të riskut kardiovaskular.

2 Presioni sistolik i gjakut, i përcaktuar si mesatarja e dy matjeve të kryera në klinikë në secilin nga dy rastet, është i mjaftueshëm për vlerësimin e riskut por jo për përcaktimin e një baze të paratrajtitimit.

SCORE - European High Risk Chart

10 year risk of fatal CVD in high risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status



Rekomandime të posaçme

Ju lutemi të keni parasysh që risku për SKV mund të jetë më i lartë nga sa paraqitet nga tabelat në rastet e mëposhtme:

- *pacientil/ja merr aktualisht terapi antihipertensive*
- *menopauzë e parakohshme*
- *po i afrohet kategorisë pasardhëse të moshës ose kategorisë pasardhëse të presionit sistolik të gjakut*
- *obezitet (duke përfshirë obezitetin qendror);*
- *jetesë sedentare;*
- *histori familjare për sëmundje të parakohshme koronare të zemrës (SKZ) ose goditje në tru tek të afërmit e shkallës së parë (meshkuj < 55 vjeç, femra < 65 vjeçe);*
- *nivel i lartë i triglicerideve (>2.0 mmol/l ose 180 mg/dl);*
- *nivel i ulët i HDL kolesterolit (< 1 mmol/l ose 40mg/dl te meshkujt, < 1.3 mmol/l ose 50 mg/dl te femrat);*
- *nivele të larta të proteinës C-reaktive, fibrinogjenit, homocisteinës, apolipoproteinës B ose Lp(a), ose glicemisë esëll, ose tolerancë e dëmtuar ndaj glukozës;*
- *Mikroalbuminuri (shton riskun 5-vjeçar të diabetikëve me rreth 5%);*
- *Puls i lartë.*
- *Probleme socio-ekonomike*

Krahas kësaj, ju mund të merrni informacion edhe mbi stilin e jetesës lidhur me dietën, aktivitetin fizik, konsumin e alkoolit, duhanit dhe kafeinës, konsumin e natriumit nga dieta dhe të jepni këshilla të posaçme mbi stilin e jetesës

Çfarë rekomandimesh do të jepnit për këtë paciente?

Rasti Klinik 2: Dritani

Dritani është një mashkull 53 vjeç.

Vlera e matjes së tensionit të tij arterial në qendrën shëndetësore është 176/108 mmHg (vlera e TA më e ulët e shënuar pas 2 matjesh). Ju nuk jeni në gjendje të konfirmoni diagnozën e hipertensionit me anë të monitorimit ambulator të tensionit arterial (MATA) pasi Dritani e ka refuzuar këtë metodë duke qenë se është shofer autobuzi dhe kjo gjë do ta pengonte gjatë punës.

Pyetja 2.1

Çfarë testi alternativ mund të përdorni për të diagnostikuar hipertensionin?

Përgjigja 2.1

Ju mund t'i rekomandoni Dritanit të kryejë monitorimin e presionit të gjakut në shtëpi (MTASH).

Nëse kjo gjë nuk është e mundur, atëherë mund t'i rekomandoni kryerjen e matjeve në klinikë.

Rekomandim i posaçëm

Rekomandohet që diagnoza e hipertensionit duhet të bazohet në:

- *Matje të përsëritura të presionit të gjakut në klinikë në më shumë se një vizitë, veçanërisht nëse hipertensioni është i rëndë (për shembull, grada 3 dhe veçanërisht te pacientët me risk të lartë), ose*
- *Matje e TA jo në kushte klinike, me anë të MATA dhe/ose MTASH, cilado të jetë më e realizueshme nga ana logjistike dhe ekonomike*

Pyetja 2.2

Gjatë këshillimit të Dritanit mbi mënyrën e kryerjes së MTASH, çfarë udhëzimesh duhet t'i jepni dhe në cilat matje do ta bazoni diagnozën tuaj?

Përgjigja 2.2

Duhet të siguroheni që çdo vlerë e shënuar e tensionit të arterial të bazohet në dy matje të njëpasnjëshme me interval 1 minutë nga njëra-tjetra ndërkohë që Dritani qëndron ulur.

Duhet t'i kërkoni Dritanit që ta masë tensionin arterial dy herë në ditë (mundësisht në mëngjes dhe në mbrëmje) dhe këto matje duhet të kryhen për të paktën 4 ditë rresht dhe mundësisht për 7 ditë.

Për të diagnostikuar hipertensionin duke u bazuar në MTASH, nuk duhet të përdorni matjet e kryera gjatë ditës së parë, por të përdorni mesataren e të gjitha matjeve të tjera (ose të vini re nëse shumica e matjeve janë mbi 140/90 mm Hg ose të përdorni gjykimin tuaj klinik).

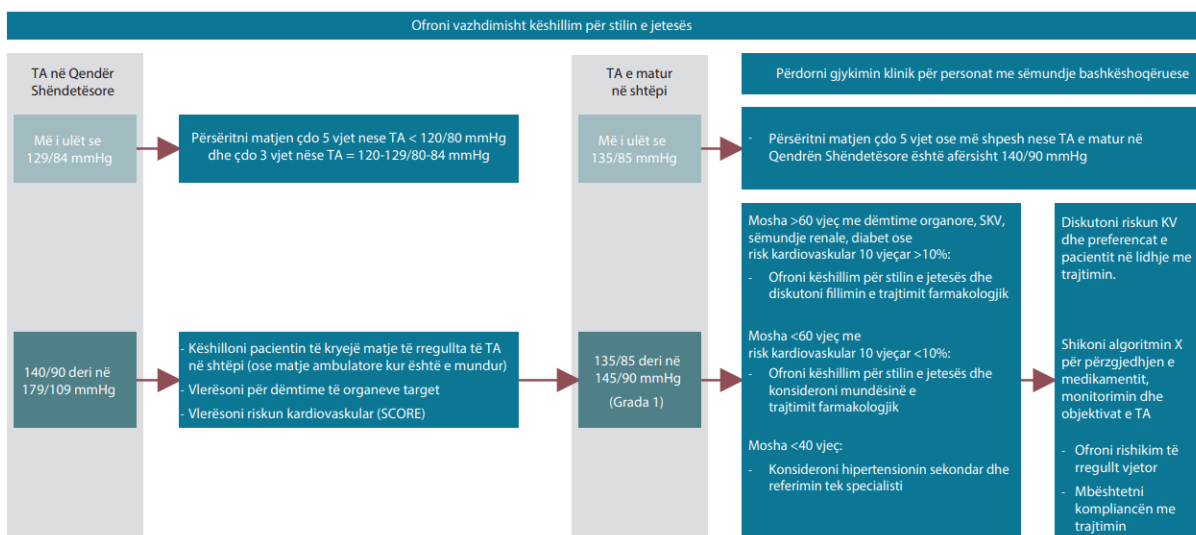
Ju mund t'i jepni pacientit një fletushkë mbi matjet e TA dhe një fletë për të shënuar vlerat e TA.

Rekomandime të posaçme

Kur përdoret MTASH për të konfirmuar diagnozën e hipertensionit, sigurohuni që:

- për çdo matje të shënuar, të kryhen dy matje të njëpasnjëshme, në interval kohor 1 minutë nga njëra-tjetra dhe personi të jetë në pozicionin ulur **dhe**
- tensioni i arterial të matet dy herë në ditë, mundësisht në mëngjes dhe në mbrëmje **dhe**
- matja e tensionit arterial të kryhet për të paktën 4 ditë rresht, mundësisht për 7 ditë.

Mos përdorni vlerat e matura ditën e parë, por përdorni vlerën mesatare të të gjitha matjeve të mbetura (ose vini re nëse shumica e vlerave janë mbi 140/90 ose përdorni gjykime të tjera klinike) për të konfirmuar diagnozën e hipertensionit.



Pyetja 2.3

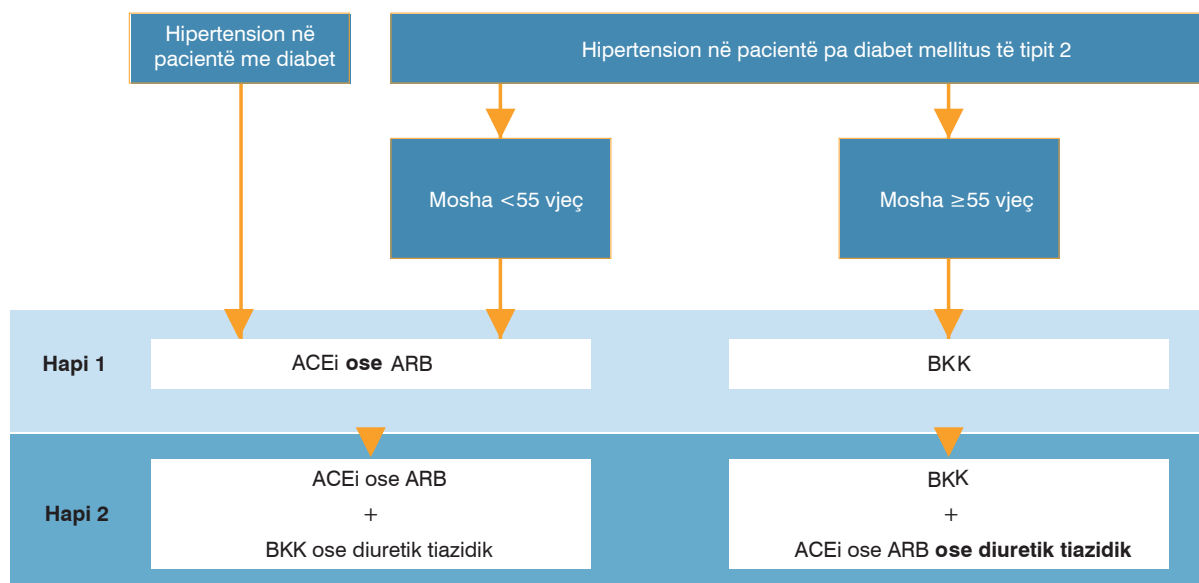
Rezultati mesatar i MTASH ishte 160/97 mmHg (ose ju vini re se shumica e matjeve janë mbi 150/95 ose përdorni gjykim tjetër klinik). Prandaj, ju konstatooni se tek TA i Dritanit ndikon ‘efekti i bluzave të bardha’. Megjithatë, pavarësisht kësaj, vlerat e MTASH të tij tregojnë për diagnozë të hipertensionit të gradës 2. Ju i ofroni këshilla mbi ndërhyrjet në stilin e jetesës në përputhje me rekomandimet e udhërrëfyesit dhe filloni trajtimin në hapin 1 dhe 2 për Dritanin.

Çfarë regjimi barnash do t’i ofronit Dritanit dhe si do të kryenit monitorimin e reagimit të tij ndaj trajtimit?

Përgjigja 2.3

Ju do të ndiqni protokollet vendase për kontrollin e presionit të gjakut përpara fillimit dhe vazhdimin e trajtimit me ACE inhibitorë në diagnozën e hipertensionit.

Shembull: fillim i Enalapril 10 mg në ditë dhe Hidroklortiazid 25 mg në ditë. Kryeni një vizitë kontrolli pas një muaji.



Rekomandime të posaçme

- *Ofroni trajtim me barna antihipertensivë krahas këshillimit mbi stilin e jetesës për të rriturit e cilësdo moshë me hipertension të vazhdueshëm të gradës 2. Filloni terapi të kombinuar me 2 barna antihipertensivë.*
- *Ofroni personave nën moshën 55 vjeç trajtimin e hapit 1 me antihipertensivë me një inhibitor të enzimës konvertuese të angiotenzinës (ACE) ose një bllokues të receptorit të angiotenzinës II (ARB) me kosto të ulët. Nëse jepet ACE inhibitor por nuk tolerohet nga pacienti (për shembull, për shkak të kollës), atëherë jepini një ARB me kosto të ulët.*

Pyetja 2.4

Dritani ka ardhur sërish pas një muaji me rezultatet e matura me MTASH pas trajtimit të hapit 1 dhe 2. Gjatë muajit të fundit, vlera mesatare e presionit të gjakut ka qenë 150/94 mmHg. Cila është vlera e synuar e presionit të gjakut për MTASH gjatë monitorimit të reagimit ndaj trajtimit dhe çfarë do të bënit në rastin e këtij rezultati?

Përgjigja 2.4

Për personat nën moshën 80 vjeç, vlera e synuar e presionit të gjakut për MTASH është nën 135/80 mmHg.

Presioni i gjakut të Dritanit nuk është vendosur nën kontroll ndaj ju duhet të bëni ndryshime në terapinë e tij.

Shembull: Mund të rrisni dozën e Enalapril në 20 mg,

Në këtë rast, ju mund të merrni në konsideratë përdorimin e dozës maksimale të Enalapril prej 40 mg. Megjithatë, nuk pritet ndonjë përfitim i konsiderueshëm nga rritja e dozës së Enalapril nga 20 mg në 40 mg. Doza e zakonshme e mbajtjes për trajtimin e hipertensionit është 20 mg, dhe nëse disponohen opsione të tjera, kjo dozë nuk shkon përtej kësaj vlere.

Nëse pacientit i shfaqet kollë, mund ta ndryshoni këtë bar me një ARB me kosto të ulët.

Nuk është e nevojshme të provoni një tjetër ACE inhibitor për të parë nëse funksionon më mirë, pasi të gjithë kanë efekt të ngjashëm.

Rekomandime të posaçme

Kur përdoret MATA ose MTASH për të monitoruar reagimin ndaj trajtimit (për shembull, te personat e identifikuar me 'efektin e bluzave të bardha'¹ dhe personat që zgjedhin ta monitorojnë tensionin e arterial në shtëpi), përpiquni që vlera mesatare e synuar e tensionit të arterial gjatë orëve të zakonshme që personi është zgjuar të jetë:

- *nën 130/80 mmHg për personat nën moshën 80 vjeç.*
- *nën 140/80 mmHg për personat 80 vjeç e sipër.*

Nëse tensioni i arterial nuk kontrollohet me anë të trajtimit të hapit të 2-të ofroni trajtimin e hapit të 3-të me një BKK (bllokues i kanaleve të kalciumit) të kombinuar me një ACE inhibitor ose ARB dhe një diuretik të ngjashëm me tiazidikët.

Pyetja 2.5

Kur Dritani vjen sërish në klinikë 1 muaj më vonë, rezultati i MTASH të tij është ende mbi 130/80 mmHg. Çfarë do të bëni më tej?

Përgjigja 2.5

Do të kontrolloni mënyrën se si Dritani ka zbatuar trajtimin.

Do të rishikoni medikamentet që merr për të siguruar që trajtimi i hapit 2 është optimal.

Rekomandime të posaçme

Përpara se të merrni në konsideratë trajtimin e hapit 3, rishikoni medikamentet për të siguruar që trajtimi i hapit 2 të jetë në dozat optimale ose dozat që tolerohen më mirë.

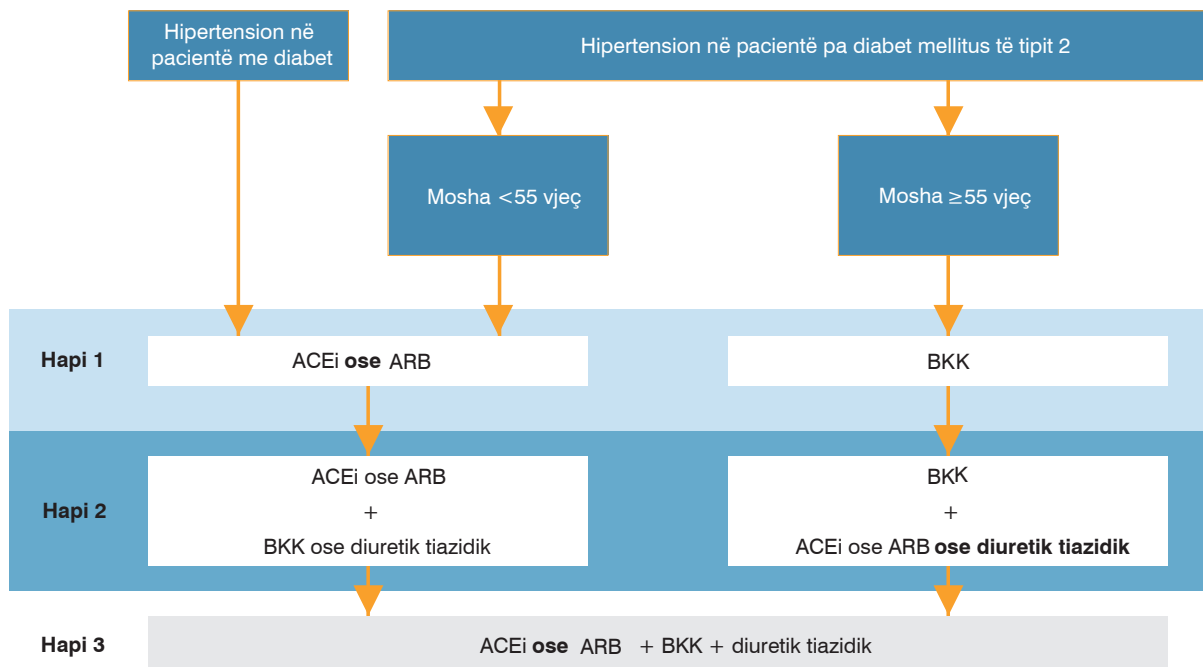
Pyetja 2.6

Dritani e ka zbatuar në mënyrën e duhur trajtimin dhe trajtimi i hapit 2 është optimal. Çfarë do të bëni më tej?

Përgjigja 2.6

Do t'i ofroni Dritanit një bllokues të kalciumit krahas ACE inhibitorit dhe diuretikut.

Shembull: Mund të filloni me një dozë Amlodipinë 5 mg/ditë. Kryeni një vizitë kontrolli pas një muaji.



Rekomandime të posaçme

Nëse nevojitet trajtim me tre barna, duhet të përdoret një kombinim i ACE inhibitorit (ose bllokues të receptorit të angiotenzinë-II), bllokuesit të kanalit të kalçiumit dhe diuretikut të ngjashëm me tiazidikët.

Pyetja 2.7

Dritani vjen sërish në klinikë dhe tensioni arterial ende nuk është i kontrolluar. Çfarë do të bëni më tej?

Përgjigja 2.7

Do të kontrolloni nëse Dritani ka marrë në mënyrë optimale trajtimin dhe rivlerësoni aderencën e tij me trajtimin me antihipertensivë.

Duhet të siguroheni që Dritani të përfshihet në vendimet e marra mbi trajtimin duke e përshtatur stilin e konsultës që kryeni me qëllim lehtësimin e përfshirjes së tij.

Duhet të vlerësoni njohuritë, të kuptuarit dhe shqetësimet e Dritanit lidhur me medikamentet antihipertensive që përdor dhe duhet të shqyrtoni nëse Dritani beson se i nevojiten këto medikamente.

Nëse identifikoni probleme praktike, do të merrni në konsideratë ndërhyrje të tilla si, t'i sugjeroni Dritanit që të mbajë shënim marrjen e barnave dhe të monitorojë gjendjen e tij, të thjeshtoni regjimin e barnave, të konsideroni forma të tjera të medikamenteve .

Duhet të siguroheni që Dritani të ketë marrë udhëzimet dhe materialet e duhura rreth përfitimeve të barnave dhe efekteve të padëshiruara anësore.

Do të përsërisni me Dritanin të gjitha këto hapa rregullisht gjatë rishikimit ose dhënies së trajtimit me barna antihipertensive.

Rekomandime të posaçme

Ofroni udhëzime dhe materiale të përshtatshme rreth përfitimeve të marrjes së barnave dhe efekteve të padëshiruara anësore që mund të shfaqen ndonjëherë, me qëllim që t'i ndihmoni pacientët të marrin vendime të informuara.

Për shkak se evidencat që mbështesin ndërhyrjet për përmirësimin e zbatimit të trajtimit janë të pamjaftueshme, përdorini ndërhyrjet vetëm për të zgjidhur problemet praktike që lidhen me moszbatimin e trajtimit në rastin kur identifikohet një nevojë konkrete. Përcaktoni synime të ndërhyrjes sipas nevojës. Ndërhyrjet mund të përfshijnë:

- *t'u sugjeroni pacientëve të mbajnë shënim marrjen e medikamenteve*
- *t'i inkurajoni pacientët të monitorojnë gjendjen e tyre*
- *të thjeshtoni regjimin e medikamenteve*
- *të përdorni forma alternative të medikamentit*
- *të përdorni sistemet e dozimit me shumë ndarje*

Pyetja 2.8

Ju konstatoni që Dritani e zbaton regjimin e medikamenteve dhe se ai po merr dozat optimale të ACE inhibitorit, bllokuesit të kanalit të kalçiumit dhe diuretikut të ngjashëm me tiazidikët. Çfarë do të bëni më tej?

Hapi 4

Hipertension rezistent: konfirmoni TA-në e lartë me MATA ose MTASH, kontrolloni për hipotension ortostatik dhe diskutoni aderencën

Konsideroni referimin ose shtoni

- spironolakton me dozë të ulët nëse niveli i kaliumit në gjak është ≤ 4.5 mmol/l
- alfa bllokues ose beta bllokues nëse niveli i kaliumit në gjak është > 4.5 mmol/l

Referoni tek një specialist nëse TA është i pakontrolluar edhe nëse përdoren dozat optimale të 4 medikamenteve

Përgjigja 2.8

Mund të merrni mendimin e një specialisti për Dritanin. Mund të merrni parasysh që do të duhet të fillohet trajtimi i hapit 4. Ky trajtim mund të fillohet nga ju ose specialisti.

Rekomandime të posaçme

- *Konsiderojeni si hipertension rezistent presionin klinik të gjakut që mbetet më i lartë se 130/80 mmHg pas trajtimit me dozat optimale ose të toleruara më mirë të një ACE inhibitori ose një ARB plus një BKK plus një diuretik, dhe merrni në konsideratë shtimin e një bari të katërt antihipertensiv dhe/ose këshillimin me specialistin.*
- *Merrni në konsideratë terapinë e mëtejshme me diuretikë si dozë e ulët e spironolaktonit për të rriturit me hipertension rezistent që fillojnë trajtimin e hapit 4 dhe që kanë nivel të kaliumit në gjak 4.5 mmol/l ose më pak. Tregoni kujdes të veçantë te personat me normë të ulët të përlogaritur të filtrimit glomerular për shkak se këta persona kanë risk të shtuar të hiperkalemisë.*
- *Gjatë përdorimit të terapisë së mëtejshme me diuretikë për hapin 4 të trajtimit të hipertensionit rezistent, monitoroni nivelin e natriumit dhe kaliumit në gjak dhe funksionin renal brenda 1 muaji pas fillimit të trajtimit dhe përsëriteni sipas nevojës në vijim.*
- *Merrni në konsideratë përdorimin e alfa bllokuesve ose beta bllokuesve për të rriturit me hipertension rezistent që fillojnë hapin 4 të trajtimit dhe që kanë nivel të kaliumit në gjak mbi 4.5 mmol/l.*
- *Nëse presioni i gjakut mbetet i pakontrolluar te personat me hipertension rezistent që marrin dozat optimale të toleruara të 4 barnave, këshillohuni me specialistin (1).*

Rasti Klinik 3: Alma

Prezantimi

Alma, 45 vjeç, merr 10 mg enalapril në ditë, siç është rekomanduar nga mjeku i saj i familjes. Pak ditë pasi fillimit të trajtimit, ajo filloi të kollitej. Ajo thotë së nuk vuan nga alergji sezonale, nuk ka dispne, nuk ka angioedemë dhe as sekrecione nasale.

Nuk ka as simptoma të një infeksioni viral të rrugëve të sipërme respiratore.
TA është menaxhuar mirë me enalapril.

Në ekzaminim

- *TA = 125/85 mmHg*
- *Pulsi = 60 / min*
- *SpO2 = 98%*
- *FR = 16 / min*

- Hunda pa edemë të mukozës së hundës, pa sekrecione.
- Faringu normal.
- Qafa pa nyje limfatike të palpueshme.
- Tiroidja me përmasa normale dhe pa noduse në palpim.
- Mushkëritë në auskultimin janë të pastra, me respiracion vezikular. Pa sibilanca, rale ose krepitacione.

Pyetja 3.1

Cilat janë shkaqet e mundshëm të kollës në këtë rast?

Përgjigja 3.1

Në bazë të historisë dhe ekzaminimit fizik nuk duket se kolla shkaktohet nga një infeksion viral i rrugëve të sipërme respiratore, një alergji stinore apo nga angioedema.

Enalapriili është shkak i mundshëm i kollës në rastin e Almës.

Koha e fillimit të kollës së induktuar nga ACE-i varion nga brenda pak orëve pas dozës së parë deri në disa muaj apo vite pas fillimit të terapisë. Në thelb, mund të ndodhë në çdo kohë pas fillimit të një medikamenti të klasës së ACE-i.

Zhdukja e kollës zakonisht ndodh 1 deri në 4 javë pas ndërprerjes së terapisë, por në disa raste mund të zgjasë deri në 3 muaj. Nëse kolla vazhdon për më shumë se 4-8 javë pas ndërprerjes së ACE-i mund të konsideroni hulumtimin e mëtejshëm duke patur parasysh diagnozën diferenciale të kollës kronike.

Pyetja 3.2

Cila do të ishte zgjidhja për këtë pacient me kollë?

Përgjigja 3.2

Trajtimi për kollën e shkaktuar nga frenuesit ACE është ndërprerja e trajtimit me agjentin shkaktar. Enalapriili apo çdo ACE-i mund të zëvendësohet me një ARB.

ARB gjithashtu mund të shkaktojë kollë, por shumë më rrallë sesa frenuesit e ACE.

Rasti Klinik 4: Iliri

Historia e pacientit

Iliri, 68 vjeç, ka filluar trajtimin me hidrokloriazid 25 mg 1 muaj më parë. Ai është i kënaqur me rezultatin e trajtimit për kontrollin e tensionit të tij.

Paraqitet në qendrën shëndetësore për një vizitë kontrolli të sugjeruar nga ju.

Ai po ndjek këshillat që ju i keni dhënë duke limituar sasinë e kripës që konsumon, madje kur ka mundësi nuk po e përdor fare atë.

Ekzaminimi

TA 126/78 mmHg

FK 78 / min

SpO₂ 98 %

FR 15 / min

Pesha 78 kg

Pyetja 4.1

A do të kryeni teste laboratorike në këtë vizitë? Nëse po, cilat analiza ?

Përgjigja 4.1

Kreatininë, RFG të përlogaritur, Na⁺ dhe K⁺

Monitorimi i diuretikëve në trajtimin e hipertensionit

Tiazidikët ose diuretikët e ansës në hipertension			
Monitoro	Frekuenca	Çfarë po kërkohet?	Si ta menaxhojmë ?
Elektrolitet	<ul style="list-style-type: none">○ 4-6 javë nga fillimi i trajtimit○ Më pas duhet të maten çdo 12 muaj.○ Nëse gjëndja klinike e pacientit ndryshon apo nëse shtohet një medikament i ri i cili mund të ndërveprojë me terapinë ekzistuese	Kalium < 3.5 mmol/L (or < 4 mmol/L në pacientët me risk të lartë)	Rishiko terapinë me diuretikë. Rrit marrjen e Kaliumit përmes dietës si p.sh: banane, portokall, bostan dhe konsidero suplementimin me kalium. Konsidero hiperaldosteronism (primar dhe sekondar).
		Rritje e kreatininës >20% osë RFG bie më shumë se >15%	Rimateni brenda 2 javëve, nëse funksioni renal përkeqësohet referoni tek specialisti.

Pyetja 4.2

Ju vini re që niveli i Natriumit është 130 mEq/L. Si do ta menaxhoni këtë situatë?

Përgjigja 4.2

Pacienti ka një hiponatremi kronike të shkaktuar nga diuretikët tiazidikë.

Një ndër shkaqet e hiponatremisë mund të jetë dieta e varfër me natrium. Pacienti këshillohet të shtojë sasinë e kripës së konsumuar deri në 5 g (një lugë kafe) kripë në ditë dhe të vazhdojë me marrjen diuretikut si normalisht. Niveli i Na⁺ mund të rikontrollohet pas një muaji.

Rikujtesë mbi hiponatreminë

Nivelet normale të Natriumit në serum janë 135-145 mEq/L

Përqëndrimi i Natriumit në serum <135mEq/L përkufizohet si **Hiponatremi**.

Ulja e përqëndrimit të Na⁺ në serum ≤120mEq/L përkufizohet si Hiponatremi e rëndë.

Simptomat dhe Shenjat

Në hiponatreminë kronike, nivelet e Na⁺ bien gradualisht për një periudhë prej 48 orësh apo më shumë kështu që simptomat dhe ndërlikimet janë graduale dhe zakonisht të moderuara. Hiponatremia nga përdorimi i diuretikëve është hiponatremi kronike.

Në hiponatreminë akute, ulja e përqëndrimit të Na⁺ ndodh shpejt, duke shkaktuar pasoja të rrezikshme, si p.sh: edemë cerebrale, e cila mund të çojë në koma ose në vdekje.

Shenjat dhe simptomat e hiponatremisë së lehtë akute zakonisht janë jo specifike, p.sh: nauze dhe letargji. Hiponatremia e lehtë, kronike zakonisht është asimptomatike.

Hiponatremia e rëndë (Na⁺ < 120 mmol/L) ose Hiponatremia e zhvilluar me shpejtësi mund të shoqërohet me çorientim, axhitim, humbje të ekuilibrit, kriza konvulsive, koma dhe vdekje, të shkaktuara nga edema cerebrale. Kur hiponatremia shoqërohet me humbje të likidit ekstraqelizor atëherë shenjat dhe simptomat përfshijnë: marrje mendsh, hipotension postural dhe mukoza të thata.

Të moshuarit janë më të ndjeshëm ndaj ndryshimeve të Na⁺ për shkak të pakësimit të: sasisë së ujit në trupin e tyre (e lidhur me moshën), mekanizmit të etjes, aftësisë për të përqëndruar urinën dhe funksionit renal. Të moshuarit gjithashtu kanë një sërë sëmundjesh bashkëshoqëruese që mund të ndikojnë në nivelet e Na⁺ dhe funksionit renal. Duhet të merren në konsideratë edhe medikamentet që ndikojnë në ripërthithjen ose ekskretimin e elektrolitëve p.sh: diuretikët zakonisht shkaktojnë çrregullime të natriumit.

Trajtimi

Trajtimi i hiponatremisë synon trajtimin e shkakut të saj, nëse është e mundur.

Në pacientët me hiponatremi të lehtë, nuk rekomandohet trajtim.

Konsideroni ndërprerjen e medikamenteve (nëse është e mundur) ose shkaktarëve të tjerë që mund të çojnë në hiponatremi.

Shumica e Na⁺ dhe Cl⁻ në dietë vjen nga kripa e tavolinës. Në ushqimet e papërpunuara zakonisht ka shumë pak Na⁺. Llogaritet që 75 % e kripës në dietë merret përmes ushqimeve të përpunuara dhe jo nga kripa e shtuar gjatë gatimit.

Pacientët të cilët kanë: përqëndrime të Na⁺ < 120 mmol/L ose > 150 mmol/L; ndryshime të shpejta të nivelit të Na⁺ ; simptoma neurologjike apo gjëndje të përgjithshme jo të mirë (sipas vlerësimit të klinikistit) referojini me urgjencë në sistemin sekondar ose terciar.

Rikujtesë mbi hiperuriceminë

Hiperuricemia përkufizohet si rritja e përqëndrimit të acidit urik në serum ≥ 7 mg/dL.

Ajo mund të ketë disa prezantime klinike si:

Hiperuricemi asimptomatike

Depozitime të kristaleve pa simptoma të gutës

Depozitime të kristaleve me përkeqësim akut të gutës.

Guta e avancuar:

- Me praninë e tofeve
- mund të progresojë në sinovit kronik nga guta, humbje të indit kartilaginoz dhe në erozione kockore.

Shkaqet e hiperuricemisë

	Dieta	Konsumi i tepërt i purinave, etanolit, dhe fruktozës
	Hematologjike	Patologjitë mieloproliferative dhe limfoproliferative, dhe policitemia
	Medikamentet	Etanoli, medikamentet citotoksike, Vitamin B ₁₂ (treatment of pernicious anemia)
	Të ndryshme	Obesity, psoriasis, hypertriglyceridemia
Rënie e ekskrecionit urinar të urateve		
	Medikamente	Etanoli, ciklosporina, tiazidet, furosemidi (Lasix) dhe diuretikë të tjerë të ansës, Aspirinë (dozë e ulët), Levodopa, Acidi Nikotinik (Nicolar)
	Renale	Hipertension, Sëmundje policistike e veshkave, Sëmundje Renale Kronike
	Metabolike/endokrine	Dehidratimi, acidoza laktike, ketozë, hipotiroidizëm, hiperparatiroidizëm
	Të ndryshme	Obezitet, sarkoidozë, shtatëzani

Pyetja 4.3 Niveli i acidit urik në serum është 7.9 mg/dL, si do të vepronit ju?

Përgjigja 4.3

Pacienti ka hiperuricemi asimptomatike. Ai do të këshillohet mbi konsumin e alkoolit dhe dietën: pakësim të konsumit të mishit të kuq dhe produkteve të detit si edhe të rrisë sasinë e konsumuar të vitaminës C.

Trajtimi

Hiperuricemia i predisponon pacientët për zhvillimin e gutës dhe të nefrolitiazës, por në pacientët asimptomatikë trajtimi nuk është i nevojshëm. Diagnostikimi i hershëm i hiperuricemisë asimptomatike i jep mundësinë klinikistit që të këshillojë mbi modifikimin apo korigjimin e shkaktarëve. Gjithsesi këta pacientë duhet të këshillohen për ndryshime në stilin e jetesës si p.sh: ndryshime në dietë, reduktim të konsumit të alkoolit dhe aktivitet fizik i cili mund të ulë nivelet e acidit urik.

Përrjashtim bëjnë pacientët që marrin shërbim onkologjik, të cilët mund të përfitojnë nga trajtimi profilaktik i hiperuricemisë së shkaktuar nga medikamentet citolitike.

Hiperuricemia Asimptomatike:

- Nuk rekomandohet trajtimi farmakologjik i hiperuricemisë asimptomatike për parandalimin e artritit nga guta, sëmundjeve renale ose eventeve kardiovaskulare
- Konsideroni modifikimin ose ndalimin e terapisë me diuretikë apo medikamente që rrisin riskun për zhvillimin e gutës

Inkurajoni ndryshime të stilit të jetesës, si p.sh:

- Pakësim të konsumit të mishit, produkteve të detit dhe alkoolit
- Rënie nga pesha

Terapia për uljen e acidit urik duhet të fillojë për të parandaluar rekurenat në persona me histori të gutës dhe një nga :

Të paktën 2 akutizime në vit (një akutizim në vit në persona me sëmundje kronike të veshkave \geq stadi 2),

- Tofe ose
- Histori të nefrolitiazës.

Vlerat e synuara të acidit urik në serum duhet të jenë më pak se 5-6 mg/dL

Pyetja 4.4

Niveli i kaliumit në serum është 3.5 mmol/L. Çfarë mendoni ju për këtë rast?

Përgjigja 4.4

Pacienti ka një hipokalemi të lehtë. Shkaktari më i mundshëm është diuretiku më të cilin po trajtohet. Pacienti mund të vazhdojë trajtimin me diuretikë, por duhet të këshillohet për rritjen e kaliumit në dietë. Vlera e kaliumit në serum duhet të matet sërish pas 6 muajsh dhe nëse është në të njëjtin nivel duhet të këshillohen suplementet me kalium.

Nëse vlera e K^+ është >3.5 mEq/L atëherë matja e elektroliteve bëhet 1 herë në vit.

Rikujtesë mbi hipokaleminë

Hipokalemi quhet ulja e përqëndrimi të kaliumit në serum < 3.5 mmol/L (3.5 mEq/L)

Hipokalemi e rëndë quhet ulja e përqëndrimit të kaliumit në serum ≤ 2.5 mmol/L

Shumica e pacientëve me hipokalemi të lehtë (3.0–3.5 mmol/L) janë asimptomatikë dhe simptomat fillestare mund të jenë jo specifike p.sh: dobësi trupore ose lodhje. Shenjat dhe simptomat bëhen më të dukshme kur niveli i kaliumit në serum bie nën 3.0 mmol/L, gjithsesi kur përqëndrimi bie shpejt ose pacienti ka risk të shtuar për aritmi, një rënie e lehtë e kaliumit mund të çojë në probleme klinike të rëndësishme.

Shenjat dhe simptomat e hipokalemisë:

- *Kardiake: hipotension, bradikardi ose takikardi, ekstrasistola atriale ose ventrikulare, aritmi ventrikulare, arrest kardiak*
- *Muskulare: rënie të forcës muskulare, fashikulacione, tetani, ulje të reflekseve*
- *Gastrointestinale: konstipacion, shenja të ngjashme me ileusin (distension abdominal, anoreksi, nauze dhe të vjella)*
- *Respiratore: hipoventilim, distres respirator (për shkak të ndikimit të hipokalemisë në muskujt respiratorë)*
- *SNQ: letargji, paralizë, parestezi, ndryshime të statusit mendor si p.sh: konfuzion, apati dhe humbje të kujtesës*

Ndryshimet karakteristike në EKG nga hipokalemia

Hipokalemia ndikon në aktivitetin elektrik të qelizave kardiake duke rritur ngacmueshmërinë e membranës që mund të shkaktojë bradikardi, takikardi, fibrilacion, ekstrasistola ose bllok kardiak. Në pacientët me vlera të kaliumit < 3.0 mmol/L rekomandohet një EKG.

Ndryshimet karakteristike të EKG-së në pacientët me hipokalemi janë: ulje të segmentit ST, sheshim i valës T, zgjatje të intervalit QT, invertim të valës T dhe praninë e valës U (18)

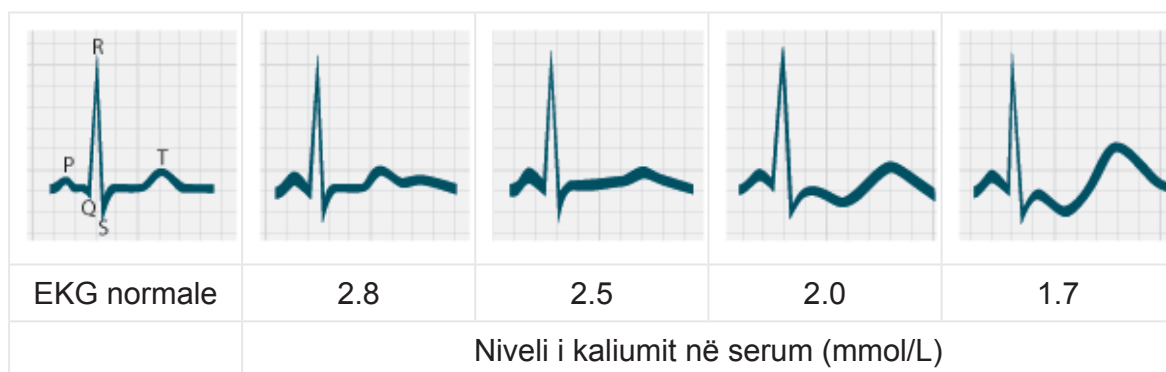


Figura: Ndryshimet karakteristike të EKG-së në hipokalemi

Nëse shfaqen simptoma kardiake ose neurologjike të rëndësishme, indikohet që pacienti të trajtohet me urgjencë. Refero pacientin për trajtim në shërbimin sekondar nëse vlerat e kaliumit në serum janë < 2.5 mmol/L.

Në hipokaleminë e moderuar nevoja për referim përcaktohet nga karakteristikat individuale të pacientit. Sugjerohet që të siguroheni për rezultatin e analizës, përsëriteni atë brenda 24 orëve dhe kontrolloni nëse janë shfaqur simptoma të lidhura me hipokaleminë. Konsideroni një EKG.

Konsideroni praninë e sëmundjeve akute si p.sh: sëmundje akute e veshkave, gastroenterit, ketoacidozë diabetike. Konsideroni gjithashtu sëmundjet që mund të shkaktojnë hipokalemi, p.sh: sëmundja akute dhe kronike e veshkave, sindroma Kushing.

Hipokalemia duhet të menaxhohet përmes trajtimit të shkakut.

Hipokalemia e shkaktuar nga diuretikët zakonisht ndodh në dy javët e para të trajtimit.

Matja e nivelit të kaliumit 2-8 javë pas fillimit të terapisë me diuretikë duhet të identifikojë shumicën e rasteve me hipokalemi. Pacientët me insufiçencë kardiake ose sëmundje renale duhet të monitorohen më shpejt pas fillimit të terapisë për shkak të ndryshimeve potencialisht më të shpejta në përqëndrimin e elektroliteve dhe likideve.

- *Hipokalemia e lehtë (kalium 3.1-3.4 mEq/L [3.1-3.4 mmol/L]) mund të jetë tranzitore kështu që konsideroni rimatjen e kaliumit në serum përpara se të filloni suplementimin me kalium.*
- *Provoni të reduktoni dozën ose të ndërprisni trajtimin me diuretikë nëse është e mundur*
- *Mund të nevojiten medikamente shtesë që pengojnë ekskretimin e kaliumit (si p.sh: diuretikët kalium-protectorë, amilorid, triamteren, ose spironolakton, beta bllokues, inhibitorët e enzimës konvertuese të angiotenzinës (ACE-i), bllokuesit e receptorëve të angiotenzinës II)*
- *Diuretikët kalium-protectorë rrisin riskun për hiperkalemi, prandaj në pacientët me diabet dhe sëmundje renale këshillohet monitorimi i shpeshtë i funksionit renal dhe nivelit të kaliumit në serum.*

Rasti klinik : Genti

Prezantimi

Genti 48 vjeç, trajtohet me spironolakton 25 mg çdo 12 orë, enalapril 20 mg në ditë, amlodipinë 10 mg në ditë dhe hidrokloriazid 25 mg në ditë.

Një muaj pas fillimit të terapisë me 4 hipertensivë ai paraqitet në qendrën shëndetësore për vizitën ndjekëse. Pacienti nuk ka ankesa dhe tensioni është i kontrolluar mirë.

Ekzaminimi fizik

TA 115/85 mmHg

FK 65/min, i rregullt

Zemër: Me tone të qarta, ritmike dhe pa zhurma

Mushkëritë: Respiracion vezikular.

Anësitë: Pa edema

Pyetje

Cilat janë disa prej efekteve anësore më të zakonshme të medikamenteve që po merr pacienti?

Përgjigje 5.1

ACE inhibitorët	Kollë e thatë, ulje e funksionit renal në pacientët me funksion renal të dëmtuar, hiperkalemi dhe angioedema
BKK	Edemë periferike, dhimbje koke, palpacione (specifike për amlodipinën dhe jo BKK-të e tjerë)
Diruetikët Tiazidikë	Gojë e thatë, disfunksion seksual, hipokalemi, hiponatremi, hiperkalcemi, hipomagnezemi, marrje mendsh, hiperuricemi, dhimbje koke, lodhje, krampe muskulare
Spironolaktoni	Hiperkalemia (e rrallë), gjinekomastia, dhimbje koke, impotencë dhe cikël menstrual i çrregullt.

Pyetja 5.2

Cilat analiza laboratorike duhet të bëjë pacienti?

Përgjigje 5.2

Kjo varet nga analizat e kryera në vizitat e mëparshme.

Nëse është ndjekur protokollin hap pas hapi, në këtë vizitë pacienti do të testohet mbi funksionin renal.

Pyetja 5.3

Niveli i K⁺ të pacientit është 5.5 mEq/L. A ka nevojë për ekzaminime shtesë?

Përgjigje 5.3

Këto vlera janë sugjeruese të një hiperkalemie të lehtë.

Pacienti po trajtohet me hidroklortiazid 25 mg. Nuk ka të dhëna që rritja e dozës do të përmirësojë balancën e elektroliteve. Rekomandohet eliminimi i ushqimeve të pasura me kalium.

Pakësoni dozën e spironolaktonit, enalaprililit ose e të dy medikamenteve bashkë. Nëse është e mundur ndërprisni terapinë me to.

Në këtë rast nuk ka nevojë për EKG.

Marrja e historisë dhe ekzaminimi fizik

Anamneza

Historia e sëmundjes së pacientëve me hipertension ndryshon në varësi të personave. Mund të jetë një historik i shkurtër dhe i thjeshtë te pacientët pa simptoma, pa sëmundje bashkëshoqëruese, pa zakone të pashëndetshme, dhe deri në historik që kërkon kohë të gjatë për të zbuluar shkaqet, zakonet e pashëndetshme, shenjat klinike që pacienti nuk i vë re, pa ia vënë ju në dukje.

E njëjta gjë ndodh me planin e trajtimit, i cili mund të jetë i thjeshtë, duke përfshirë vetëm barnat antihipertensive dhe kryerjen e testeve laboratorike rutinë me rezultate normale dhe reagim shumë të mirë ndaj trajtimit, deri te pacientët me probleme të veshkave, me dëmtim të zemrës, aritmi dhe dislipidemi dhe rezistentë ndaj trajtimit ose që përjetojnë efekte anësore dhe hipotension.

Më poshtë janë paraqitur disa nga të dhënat që duhet të mbahen parasysh për të ndihmuar ose kujtuar disa nga detajet e marrjes së historikut. Klinikisti do të përcaktojë se çfarë pyetjesh do t'i drejtojë pacientit për ta kryer vizitën në mënyrë të fokusuar.

Nëpërmjet marrjes së historisë, synimi i klinikistit do të jetë:

- Përcaktimi i diagnozës dhe gradës së hipertensionit,
- Ekzaminimi për shkaqe të mundshme sekondare të hipertensionit,
- Identifikimi i faktorëve që mund të kontribuojnë në zhvillimin e hipertensionit (stili i jetesës, barnat e njëkohshme, ose historia familjare) dhe identifikimi i faktorëve të njëkohshëm të riskut KV (duke përfshirë stilin e jetesës dhe historinë familjare),
- Identifikimi i sëmundjeve bashkëshoqëruese, dhe
- Përcaktimi nëse ka evidenca të dëmtimit të organeve si pasojë e hipertensionit ose sëmundje ekzistuese KV, cerebrovaskulare ose renale.

Historia

- **Anamnesis Morbi (Historia e sëmundjeve aktuale)**
- **Anamnesis Vitae (Historia mjekësore e së shkuarës)**
- **Historia familjare**
- **Historia sociale**

Anamnesis Morbi (Historia e sëmundjeve aktuale)	
A keni ndonjë shqetësim?	<p>I. <i>Pyeteni pacientin nëse ka ndonjë shqetësim</i> Hipertensioni primar është asimptomatik deri në momentin e shfaqjes së komplikacioneve. Nëse pacienti ka ndonjë shqetësim që nuk lidhet me shqetësimet e pritshme nga hipertensioni (kryesisht hipertensioni kronik ose i rëndë), rekomandojini pacientit të vijë për një vizitë tjetër për adresimin e këtyre shqetësimeve. Sigurojeni pacientin që vizita e ditës aktuale do të adresojë vetëm hipertensionin dhe zhvillojeni vizitën me fokusin te hipertensioni.</p>
M: A jeni dakord që t'ju pyes në mënyrë më të detajuar lidhur me shëndetin tuaj?	<p>II. <i>Shqyrtoni simptomat e organeve të prekura nga hipertensioni.</i> Kjo është mënyra e vlerësimit për dëmtim të organeve fundore në hipertensionin e rëndë. Në stadin 1 dhe 2 ju mund të zgjidhni nëse është e përshtatshme për t'i drejtuar pacientit këto pyetje.</p>
M: A keni dhimbje koke? P: Jo M: A keni të përziara ose të vjella? P: Jo M: A keni shqetësime të shikimit? P: Jo M: A ndjeni mpirje ose ndjesi shpimi nëpër trup? P: Jo M: A ju ka ndodhur të ndjeni pështjellim ose të humbisni ndërgjegjen? P: Jo	Pyeteni pacientin për simptoma neurologjike , si dhimbja e kokës, të përziara ose të vjella, dhe/ose shqetësime të shikimit (simptoma të rritjes së presionit intrakranial). Pështjellim, dobësi (encefalopati), mpirje ose ndjesi e shpimit në ekstremitete (Aksident Vaskulo-Cerebral (AVC) i mundshëm). Dhimbje koke në hipertensionin e rëndë (TA $\geq 180/120$ mmHg). Hipertensioni i rëndë mund të shoqërohet me dhimbje të kokës të shkaktuar nga rritja e presionit intrakranial. Në raste të tilla, merrni në konsideratë feokromocitomën; krizën hipertensive pa encefalopati; encefalopatinë hipertensive nëse shoqërohen me simptoma neurologjike, efekte anësore të barnave etj. Shfaqja e menjëhershme e dhimbjes së kokës mund të sugjerojë hemorragji subaraknoide.
A keni dhimbje të gjoksit, kryesisht gjatë aktivitetit fizik? Jo A keni vështirësi në frymëmarrje? Jo A keni kollë? Jo	Simptomat kardiovaskulare dhe respiratore , si dhimbja e gjoksit, dispnea, ortopnea, kolla (me gëllezë në ngjyrë rozë), ose lodhje, që mund të sugjerojnë për dekompensim kardiak. Shfaqja e menjëhershme e dhimbjes që përhapet në gjoks dhe/ose shpinë mund të sugjerojë për çarje të aortës

<p>A keni ndonjë shqetësim me urinimin? Si për shembull? Zgjim gjatë natës? Jo Urinim i shpeshtë? Jo A ndjeni etje?</p>	<p>Simptoma urinare si vështirësi me fillimin e urinimit, dhe/ose poliuri/oliguri/dizuri Ënjtje të kyçeve</p>
<p>A keni dhimbje të pulpave të këmbëve gjatë ecjes? Nëse po, në çfarë distance?</p>	<p>Sëmundje arteriale periferike: gjymtyrë të ftohta, claudicatio intermittens, distanca e ecjes pa dhimbje, dhimbje në qetësi</p>
<p>Anamnesis Vitae</p>	<p>Këto pyetje adresojnë historinë mjekësor të së shkuarës për sëmundje dhe faktorë të mundshëm risku</p> <p>Sëmundje kardiake</p> <p>Diabet</p> <p>Hiperlipidemi</p> <p>Sëmundje e tiroides (hipertiroidizëm, hipotiroidizëm)</p> <p>Sëmundje renale</p> <p>Atak ishemic tranzitor ose goditje në tru të mëparshme</p> <p>Obezitet</p> <p>Duke pasur parasysh rreziqet e shtuara nga përdorimi i agjentëve antihipertensivë te pacientët e moshuar, pyeteni pacientin për:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Historinë e rrëzimeve</i> • <i>Simptoma të hipotensionit ortostatik</i>
<p>Historia familjare</p>	<p>Historia familjare për hipertension</p> <p>Vdekje të parakohshme nga ataku në zemër ose goditja në tru?</p> <p>Historia familjare për diabet?</p> <p>Historia familjare për hiperkolesterolemi?</p> <p>Historia për sëmundje të veshkave?</p>

Historia sociale	
	Duhanpirja
	Alkooli
	Aktiviteti fizik
	Shkaktarët e stresit
	Gjendja financiare
Medikamentet	Kortikosteroidet
	Barnat anti-inflamatore jo steroide (NSAID)
	Antidepresivët (si inhibitorët e monoaminë oksidazës, antidepresivët triciklikë, inhibitorët e serotonin-norepinefrinës/ Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SSRI dhe SNRIs)
	Antipsikotikët e brezit të dytë

Pyeteni pacientin lidhur me shkaqet sekondare të hipertensionit nëse dyshoni për hipertension sekondar.

Ekzaminimi fizik

Ekzaminimi fizik. Qëllimi kryesor i ekzaminimit fizik është vlerësimi për shenja të dëmtimit të organeve fundore, sëmundje kardiovaskulare të diagnostikuara dhe për evidenca të shkaqeve të mundshme të hipertensionit sekondar. Ekzaminimi duhet të përfshijë dhe ekzaminimin funduskopik, që është i përdorur rrallë por ka rëndësi diagnostikuese, për të shqyrtuar retinopatinë hipertensive.

Gjendja e përgjithshme

Shumica e pacientëve paraqiten në gjendje të mirë. Rrallë herë mund të hasni pacientë të zbehtë, cianotikë, të djersitur, me dhimbje, të dobët, me defiçite neurologjike në varësi të komplikacioneve që mund të jenë shkaktuar nga hipertensioni.

Në gjendje qetësie, kontrolloni pulsën radial dhe vlerësoni rrahjet dhe ritmin e zemrës për të kërkuar për aritmi të mundshme si fibrilacioni atrial. Masni TA pas 5 minutave pushim siç udhëzohet në seksionet e mësipërme.

- Masni peshën dhe gjatësinë. Llogarisni Indeks të Masës Trupore (IMT) të pacientit.
- Masni perimetrin e belit për pacientët me BMI më të ulët se sa 35. Beli duhet të matet përreth zonës më të vogël nën kafazin e kraharorit dhe mbi këmbët. Nëse perimetri i belit ≥ 102 cm (40.2 inç) te burrat kaukazianë ose ≥ 88 cm (34.6 inç) te gratë kaukaziane, kjo tregon për obezitet abdominal.

Sytë: ekzaminoni fundus oculi nëpërmjet oftalmoskopisë dhe shqyrtoni për retinopati hipertensive. Kontrolloni simetrinë e pupilave dhe përshtatjen ndaj dritës.

Qafa: dëgjoni me anë të këmbanës së stetoskopit për zhurma mbi arteriet karotide (që gjë mund të sugjerojnë stenoze të karotides). Palponi për të vërejtur praninë e zmadhimit të tiroides që mund të sugjerojë për sëmundjen Graves-Bazedov.

Zemra: Nëpërmjet palpimit mund të identifikoni: pikën e intensitetit maksimal të zhvendosur lateralisht në hipertrofinë e ventrikulit të majtë. Auskultacioni: S4 (një nga gjetjet më të hershme fizike të hipertensionit, nëse është pranishëm), S3 (nga presioni i lartë atrial i majtë; sugjeron insufiçencë kardiake, mbingarkesë vëllimi, nevojë për trajtim), goditje e fortë sistolike e ventrikulit të djathtë (right ventricular heave) dhe zhurmë në pjesën e pasme (interskapulare) e pranishme në koarktacionin e aortës, zhurma valvulare (stenoze e aortës, regurgitim mitral)

Abdomeni: Kontrolloni për strije (sugjeron për sindromën Cushing). Dëgjoni për tinguj abdominalë (sugjeron hipertension renovaskular ose koarktacion të aortës). Palponi për aneurizëm të aortës abdominale, hepatomegali (pulsuese në rastin e regurgitimit trikuspidal), masë renale.

Në ekstremitete, kontrolloni për

- pulse femorale të dobëta, jo të pranishme dhe/ose të vonuara (koarktacion i aortës)
- pulse periferike të dobëta, jo të pranishme dhe/ose të vonuara (sëmundje arteriale periferike)
- tinguj femoralë (sëmundje arteriale periferike)
- edemë (mund të ndodhë në insufiçencën kardiake ose sëmundje të veshkave)
- Kryeni një ekzaminim të plotë neurologjik. Prania e defiçiteve neurologjike mund të sugjerojë goditje të mëparshme në tru.

Shenjat dhe Simptomat që sugjerojnë shkaqe specifike të Hipertensionit Sekondar		
<i>Shenjat/simptomat</i>	<i>Shkak i mundshëm i hipertensionit sekondar</i>	<i>Opsionet e testeve diagnostike</i>
<p>Rritje e përqendrimit të kreatininës në serum me të paktën 50% (≥ 0.5 deri në 1 mg për dL [44 deri në 88 μmol për L]) pas fillimit të terapisë me një inhibitor të enzimës konvertuese të angiotenzinës (ACE-i) ose bllokues të receptorit të angiotenzinës (ARB)</p> <p>Hipertension i moderuar deri në të rëndë dhe</p> <p>Zhurma mbi arteriet renale</p>	<p>Stenozë e arterieve renale</p>	<p>Angiografi CT</p> <p>Ultrasonografia Doppler e arterieve renale</p> <p>Angiografia me rezonancë magnetike me kontrastin gadolinium</p>
<p>Nivel i lartë i kreatininës në serum</p> <p>Proteinuri</p>	<p>Sëmundje renale</p>	<p>Norma e përlllogaritur e filtrimit glomerular (RFG)</p> <p>Ultrasonografi renale</p>
<p>Hipokalemi</p>	<p>Hiperaldosteronizëm primar</p>	<p>Nivelet e reninës dhe aldosteronit për përlllogaritjen e raportit të aldosteronit ndaj reninës.</p>
<p>Episodet e apnesë gjatë gjumit</p> <p>Përgjumje gjatë ditës</p> <p>Gërrhitje</p>	<p>Apnea obstruktive e gjumit</p>	<p>Polisomnografi (studim i gjumit)</p> <p>Rezultati Klinik i Apnesë së Gjumit me oksimetri të pulsit gjatë natës</p>

<p>Skuqje dhe ndjesi nxehtësie e lëkurës (flush)</p> <p>Dhimbje koke</p> <p>Tension Arterial i luhatshëm</p> <p>Hipotension ortostatik</p> <p>Palpitacione</p> <p>Djersitje</p> <p>Sinkop</p>	<p>Feokromocitomë</p>	<p>Metanefrina dhe normetanefrina urinare të fraksionuara 24-orëshe</p> <p>Metanefrinat e lira në plazmë</p>
<p>Diferenca e presionit sistolik të gjakut në krah dhe këmbë > 20 mm Hg</p> <p>Pulse femorale të vonuara ose jo të pranishme</p> <p>Zhurma</p>	<p>Koarktacion i aortës</p>	<p>Rezonancë magnetike/CT angiografia (të rriturit)</p> <p>Ekokardiografi transtorakale (fëmijët)</p>
<p>Qafa e Buallit</p> <p>Obezitet qendror</p> <p>Facies Lunata</p> <p>Strije</p>	<p>Sindroma Cushing</p>	<p>Kortizoli i lirë në urinë gjatë 24 orëve</p> <p>Ulja nga përdorimi i deksametazonit në dozë të ulët</p>
<p>Bradikardi/takikardi</p> <p>Intoleranca ndaj të ftohtit/ngrohtit</p> <p>Konstipacion/diarre</p> <p>Cikël menstrual i çrregullt, me gjakderdhje të lartë, ose që mungon</p>	<p>Çrregullime të tiroides</p>	<p>Hormoni tireo-stimulues</p>
<p><i>CT = tomografia e kompjuterizuar</i></p>		

Ekzaminimet laboratorike dhe Procedurat

Përpara fillimit të trajtimit, kryeni analizat e mëposhtme laboratorike rutinë:

- Gjak komplet
- HbA1c ose glicemi esëll
- Niveli i yndyrave në gjak: kolesteroli total (TC), LDL kolesteroli, HDL kolesteroli, trigliceridet në gjak
- Niveli i kaliumit dhe natriumit në gjak
- Niveli i acidit urik në gjak
- Niveli i kreatininës dhe RFG në gjak
- Testet funksionale hepatike
- Analizë urine
- EKG me 12 lidhje

Udhëzim mbi monitorimin e pacientëve hipertensivë që marrin ACE inhibitorë

Zakonisht, kryeni analizat e funksionit të veshkave: Kreatininë, Na⁺, K⁺ dhe RFG

- Përpara fillimit të trajtimit
- Dy deri në katër javë pas fillimit të trajtimit dhe në çdo rritje të dozës më pas
- Në ditën 4 dhe 10 pas fillimit të trajtimit ose rritjes së dozës te pacientët me risk të lartë për shfaqjen e hiperkalemisë ose përkeqësim të funksionit të veshkave (si në rastin e pacientëve me sëmundje vaskulare periferike, diabet, dëmtim ekzistues të veshkave, në moshë)

Kur duhet të merrni në konsideratë këshillimin me specialistin

- Pacienti ka dëmtim të veshkave (përqendrimi i kreatininës në serum > 2.2 mg/dl ose ritmi i filtrimit glomerular < 30 ml/min) ose ka sëmundje të konfirmuar ose të dyshuar renovaskulare përpara fillimit të trajtimit
- Rritje e konsiderueshme e përqendrimit të kreatininës ($\geq 30\%$) me ulje të madhe të tensionit të arterial pas fillimit të trajtimit (mund të sugjerojë praninë e sëmundjeve renovaskulare ndaj duhet të kryhen ekzaminime të mëtejshme)

Udhëzim mbi monitorimin e pacientëve hipertensivë që trajtohen me diuretikë

Tiazidikë ose të ansës

Zakonisht, kryeni analizat e funksionit të veshkave: Kreatininë, Na⁺, K⁺ dhe RFG

- Brenda 4-6 javësh nga fillimi i trajtimit me dozë të ulët

- Më pas, çdo 6-12 muaj
- Kurdo që gjendja klinike e pacientit ndryshon ose kur trajtimin i shtohet një bar me gjasa për ndërveprim
- *Spironolakton ose diuretikët që kursejnë kalium*
- Përpara fillimit të trajtimit (nuk duhet të fillohen nëse përqendrimi i kaliumit në serum > 5.0 mmol/l)
- Pas 5-7 ditësh, me titrim të dozës nëse kërkohet
- Çdo 5-7 ditë deri kur përqendrimi i kaliumit të jetë stabilizuar
- Më pas, në intervale të rregullta gjatë trajtimit kronik, nga 1-2 herë në vit deri në çdo 4-8 javë në varësi të faktorëve të riskut (të moshuar, çrregullim i funksionit renal ose kardiak)

Kur duhet të merrni në konsideratë këshillimin me specialistin

- Nëse përqendrimi i kaliumit rritet në > 6.0 mmol/l, spironolaktoni ose diuretikët që kursejnë kalium duhet të ndërpriten dhe duhet të këshilloheni me specialistin
- Përdorimi njëkohësisht i diuretikëve kaliprotektorë dhe inhibitorëve të angiotenzinës normalisht duhet të kryhet vetëm nga mjekët me përvojë në përdorimin e kombinimeve të tilla dhe me monitorim të shtuar sikurse te pacientët me risk të lartë

Do të rekomandonim kryerjen e analizave si më poshtë në rast se pacienti nuk ka ankesa të tjera.

	Shpeshtësia	Data	Data	Data
TA i matur në klinikë	Çdo muaj deri kur të arrihet vlera e synuar e TA Më pas çdo 6 muaj	Normal Anormal Sqarim _____		
Gjak komplet	Çdo vit			
Analiza e yndyrnave në gjak	Çdo 3 muaj nëse merr mjekim, deri kur të arrihet vlera e synuar Më pas çdo vit			
Kreatinina	Përpara, pas një muaji, 6 muaj më pas dhe më tej çdo vit			
RFG	0, 1, 6, 12 muaj, çdo vit			
Raporti albuminë/kreatininë	0,6,12 muaj, çdo vit			
Na	0,1,6, 12 muaj, çdo vit			
K	0,1,6, 12 muaj çdo vit			
ALT	0, 12 muaj çdo vit			
Analiza e urinës	0,6,12 muaj çdo vit			
EKG	Çdo vit			
Fundoskopi	Çdo vit nëse Hipertensioni është i stadit 2-3			

Kundërindikacionet

Kundërindikacione bindëse dhe të mundshme për përdorimin e barnave të caktuara antihipertensive

Bari	Kundërindikacionet	
	Bindës	I mundshëm
Diuretikët (tiazidikë/të ng-jashëm me tiazidikë, p.sh. klortalidon dhe indapamid)	<ul style="list-style-type: none"> Podagra (guta) 	<ul style="list-style-type: none"> Sindromi metabolik Intoleranca e glukozës Shtatzënia Hiperkalçemi Hipokalemi
Beta bllokuesit	<ul style="list-style-type: none"> Astma Çdo bllokim sinoatrial ose atrioventrikular i shkallës së lartë Bradikardi (rrahjet e zemrës < 60 rrahje për minutë) 	<ul style="list-style-type: none"> Sindromi metabolik Intoleranca e glukozës Pacientët atletë dhe fizikisht aktivë
Antagonistët e kalçiumit (dihidropiridinat)		<ul style="list-style-type: none"> Takiaritmia Insuficienca kardiake (HFrEF, klasa III ose IV) Edemë e rëndë paraekzistuese e këmbëve
Antagonistët e kalçiumit (verapamil, diltiazem)	<ul style="list-style-type: none"> Çdo bllokim sinoatrial ose atrioventrikular i shkallës së lartë Keqfunksionim i rëndë i VM (fraksioni i nxjerrjes së VM < 40%) Bradikardi (rrahjet e zemrës < 60 rrahje për minutë) 	<ul style="list-style-type: none"> Konstipacion
ACE inhibitorë	<ul style="list-style-type: none"> Shtatzënia Edemë e mëparshme angioneurotike Hiperkalemi (kaliumi >5.5 mmol/L) Stenozë e dyanshme e arterieve renale 	<ul style="list-style-type: none"> Gratë me potencial për lindjen e fëmijëve pa kontrceptivë të besueshëm
ARB	<ul style="list-style-type: none"> Shtatzënia Hiperkalemi (kaliumi >5.5 mmol/L) Stenozë e dyanshme e arterieve renale 	<ul style="list-style-type: none"> Gratë me potencial për lindjen e fëmijëve pa kontrceptivë të besueshëm

ACE = enzima konvertuese e angiotenzinës; ARB = bllokues i receptorit të angiotenzinës; HFrEF = insuficiencë kardiake me fraksion të reduktuar të nxjerrjes; VM = Ventrikuli i Majtë.

Ndërhyrjet dietike

Shqipëria gjendet në një pozicion të favorshëm në një zonë të globit pranë Detit Mesdhe, që ofron një nga dietat më të mira nga kjo klimë e shkëlqyer, konkretisht dietën mesdhetare. Dieta mesdhetare i referohet strukturës dietike të modeluar sipas ushqimeve të konsumuara në disa vende në pellgun e Mesdheut gjatë viteve 1960. Interesi për dietën mesdhetare filloi me vëzhgimin se sëmundja koronare e zemrës shkaktonte më pak vdekje në vendet mesdhetare, si në Greqi dhe Itali, sesa në SHBA dhe në Evropën Veriore. Studimet e mëpasshme zbuluan se dieta mesdhetare shoqërohet me ulje të faktorëve të riskut për sëmundjet kardiovaskulare.

Dieta përfshin shumë fruta, perime, drithëra (kryesisht integrale), vaj ulliri, fasule, fruta arnore, bishtajore, fara, peshk/fruta deti; produkte shpendësh dhe bulmeti në mënyrë të moderuar; dhe sasi minimale mishi dhe ëmbëlsirash (4).

Përshkrim i përgjithshëm i dietës mesdhetare:

- vëmendje të ushqimet minimalisht të përpunuara, të freskëta të stinës dhe të rritura në zonë
- çdo vakt bazohet në konsumin e lartë të ushqimeve me bazë bimore, si perimet, frutat, drithërat, frutat arnore, farat
- vaji i ullirit është burimi kryesor i yndyrave dietike, që përdoret në gatim, pjekje dhe marinim
- konsum i shpeshtë i sasive të ulëta në mesatare të peshkut, shpendëve dhe bulmetit
- fruta të freskëta si ëmbëlsira tipike e përditshme; ëmbëlsira që përmbajnë sheqer ose mjaltë me shpeshtësi të ulët
- mish i kuq i konsumuar jo shpesh dhe në sasi të vogla
- konsum opsional i verës (1-2 gota/ditë [burrat], 1 gotë/ditë [gratë]), zakonisht gjatë vakteve
- erëza të përdorura për t'i dhënë aromë ushqimit në vend të yndyrës, ose kripës

dhe komponentët e mënyrës së jetesës sipas dietës mesdhetare:

- aktivitet fizik i përditshëm
- vakte nën shoqërinë e familjes dhe miqve që mundësojnë ndjenjën e komunitetit dhe mbështetje shoqërore, si dhe çlodhje dhe çlirim nga stresi i përditshëm

Burimet e energjisë së përafërt të dietës mesdhetare përfshijnë:

- 37% yndyrë
- 19% nga yndyra mono të pangopura

- 5% nga yndyra poli të pangopura
- 9% nga yndyra të ngopura
- 43% karbohidrate
- 15% proteina

Frutat dhe perimet

Gjysma e çdo vakti duhet të përfshijë perime dhe fruta (shihni pjatën e shëndetshme) (5). Frutat dhe perimet e plota janë më të preferuara në krahasim me lëngjet për shkak të përmbajtjes së tyre të lartë në fibra dhe indeksit të ulët glicemik (një matje se sa shpejt tretet ushqimi). Patatet nuk përfshihen në këtë rekomandim sepse janë më të ngjashme në aspektin ushqyes me drithërat. Studimet vëzhguese kanë analizuar marrëdhënien ndërmjet sëmundjes dhe konsumit të frutave dhe perimeve. Konsumi i lartë është shoqëruar me ulje të Sëmundjes së Arterieve Koronare (SAK), sëmundjes cerebrovaskulare, kancerit dhe të sëmundjeve gastrointestinale. Perimet me gjethe të gjelbra kanë përfitimet më të mëdha. Të gjithë duhet të konsumojnë të paktën 5 porcione në ditë me një larmi frutash dhe perimesh. Rekomandohen nëntë racione ditore perimesh dhe frutash, me një larmi ngjyrash për të maksimizuar konsumin e fitokimikateve, antioksidantëve dhe vitaminave të ndryshme (5).

Një porcion frutash dhe perimesh për një të rritur është 80g. Si orientim i përafërt, 1 porcion është sasia që mund të mbajë pëllëmba e dorës e një të rrituri. Synoni ngjyra dhe larmi.

Konsumi i frutave dhe perimeve mund të përmirësohet duke:

- përfshirë gjithmonë perime në vakte (të paktën një porcion në vakt, por rekomandohet më shumë se 2 porcione/vakt);
- ngrënë fruta të freskëta dhe perime të pagatuara si vakte të lehta (të paktën 2 fruta/ditë, por rekomandohet 3-6);
- ngrënë fruta dhe perime të freskëta të stinës; dhe
- duke ngrënë një larmi frutash dhe perimesh (6)

Drithërat

Drithërat janë të disponueshme si produkte ushqimore mjaft të rafinuara që kontribuojnë në shëndetin e keq (p.sh., buka e bardhë), ose si drithëra integrale shumë pak të përpunuara që kontribuojnë për një dietë të shëndetshme (p.sh., orizi kaf). Pacientët mund të kenë vështirësi të kuptojnë se cilat drithëra dhe produkte drithërash janë të shëndetshme. Indeksi glicemik dhe ngarkesa glicemike, që marrin parasysh sasinë e karbohidrateve në një ushqim, mund të ndihmojnë për t'i kuptuar ato. Mënyra se si përpunohen drithërat integrale përcakton indeksin glicemik: drithërat e bluara imët do të treten më shpejt sesa drithërat më pak të përpunuara. Dietat që përmbajnë nivel të lartë drithërash të përpunuara shoqërohen me inflamacion të shtuar, nivele të larta të sëmundjes kardiovaskulare (SKv), diabet të tipit 2 i keqkontrolluar, dhe vështirësi për të humbur peshë. Drithërat integrale kanë vlerë më të lartë ushqyese me më shumë vitamina, proteina dhe fibra sesa drithërat e përpunuara, dhe shoqërohen me nivele të

ulëta të SKV-së. Të paktën 50% e sasisë totale të drithërave rekomandohen si drithëra integrale (5).

Proteinat

Për produktet shtazore ka përfitime shëndetësore kontradiktore, ku mish i kuq dhe i përpunuar ka efektet negative më të ndjeshme. Për shembull, ka një marrëdhënie të reagimit ndaj dozave ndërmjet konsumit të mishit të kuq dhe riskut për vdekshmëri nga të gjitha shkaqet. Megjithëse proteinat e larta dhe përmbajtja e yndyrnave lidhur me karbohidratet e ul përgjithësisht riskun e SKV-së dhe përmirëson nivelet e yndyrnave, të dhënat sugjerojnë se kjo nuk vlen kur proteinat vijnë nga burime shtazore. Proteinat me bazë bimore preferohen përgjithësisht si burim parësor. Kur konsumohen produkte shtazore, rekomandohet t'i kushtohet vëmendje peshkut, bulmetit, vezëve dhe mishit të pulës.

Deri në 70% e popullsisë së botës nuk e ka gjenin për të prodhuar laktazë në moshë madhore, dhe rrjedhimisht nuk mund t'i tresin plotësisht produktet e bulmetit. Produktet e bulmetit janë një burim i konsiderueshëm i sheqerit të shtuar dhe yndyrnave të ngopura. Megjithëse produktet e bulmetit sigurojnë kalçium, yndyrna, proteina dhe karbohidrate, sasi të përshtatshme të secilit prej këtyre komponentëve mund të merren nga ushqime të tjera. As konsumi i bulmetit dhe as sasia dietike e kalçiumit nuk shoqërohen me reduktim të frakturës së ijës; në fakt, ato janë shoqëruar me rritje të frakturës dhe vdekshmëri nga të gjitha shkaqet. Burimet jo nga bulmeti të kalçiumit përfshijnë zarzavatet, frutat arnore dhe bishtajore. Toleranca ndaj bulmetit, shoqërohet me ulje të riskut për diabetin e tipit 2 dhe sindromën metabolike, dhe krahasuar me konsumin e qumështit industrial, mund të shoqërohet me një rritje të vogël të gjatësisë në fëmijëri. Konsumi i produkteve të bulmetit nuk shoqërohet në mënyrë të pavarur me shtimin në peshë.

Bishtajoret përfshijnë një larmi bishtajash, të cilat janë të pasura me fibra të tretshme, proteina, hekur, vitaminë B dhe minerale, dhe kanë indeks të ulët glicemik. Për shkak të lëndëve të tyre ushqyese të veçanta, bishtajoret konsiderohen si proteina dhe perime, dhe janë elemente të rëndësishëm të strukturës së shëndetshme të ushqyerjes. Konsumi i bishtajoreve katër herë në javë krahasuar me më pak se një herë në javë shoqërohet me ulje të riskut për SAK dhe SKV, ulje të përsëritjes së polipeve kolorektale, rritje të jetëgjatësisë, përmirësim të kontrollit të glukozës në gjak, dhe menaxhim më të mirë të peshës (5).

Vajrat, yndyrat dhe frutat arnore

Yndyrnat dietike ndahen në tre kategori: të ngopura, poli të pangopura dhe mono të pangopura. Të gjithë këto janë nutrientë esenciale dhe çdo ushqim që përmban yndyrë ka një kombinim të çdo lloji të yndyrnave. Acidet yndyrore trans janë të rrezikshme dhe ndalohen. Përpjekjet për të ulur konsumin e yndyrnave gjatë 40 viteve të shkuara kanë sjellë rritje të konsumit të karbohidrateve të rafinuara në vend të yndyrës, si dhe

rritje të përgjithshme të sasisë së kalorive, që kanë rritur nivelet e triglicerideve dhe riskun për diabet të tipit 2, si dhe kanë kontribuar në shtimin në peshë, rritjen e niveleve të LDL kolesterolit dhe uljen e niveleve të kolesterolit lipoprotein me densitet të lartë, por nuk kanë prekur nivelet e SAK-së.

Yndyrnat dietike ndikojnë në mënyrë të ndryshme në nivelet e kolesterolit në serum dhe në riskun për SAK. Në krahasim me yndyrnat e ngopura, yndyrnat mono të pangopura ose poli të pangopura ulin riskun e SAK-së, edhe pse yndyrnat e ngopura që gjenden te bimët kanë efekt më dobiprurës në nivelet e yndyrnave.

Acidet yndyrore omega-3 dhe omega-6 janë yndyrna poli të pangopura. Një raport i pabalancuar i këtyre acideve yndyrore që favorizojnë omega-6 mund të sjellë shtim të aktivizimit të rrugës së acidit arakidonik, që rezulton në rritje të niveleve të trombozës, vazospazmës, kancerit, obezitetit, dhe çrregullimeve alergjike dhe inflamatore. Rritja e konsumit të ushqimeve të pasura me acide yndyrore omega-3 (p.sh., peshk, fruta arvore, perime të gjelbra) duke kufizuar përdorimin e vajrave të misrit dhe perimeve mund të rrisë raportin e acideve yndyrore omega-3 ndaj omega-6, që sjell ulje të inflamacionit dhe përfitime të tjera shëndetësore.

Yndyrnat mono të pangopura te vaji i ullirit, frutat arvore dhe avokadot janë të dobishme për parandalimin e SKv-së. Në përgjithësi, ka gjasa që fokusi tek yndyrat omega-3 dhe tek yndyrat mono të pangopura që vijnë nga peshku dhe bimët të jetë më dobiprurës. Konsumi i frutave arvore, duke përfshirë kikirikët, është shoqëruar me përfitime shëndetësore, si ulje e riskut për diabet, SKv dhe vdekshmëri, si dhe peshë më të ulët trupore. Evidenca të besueshme tregojnë se kur frutat arvore janë konsumuar si pjesë e dietës mesdhetare, ato kanë pakësuar përkeqësimin e aftësive kognitive lidhur me moshën.

Pijet

Pijet mund të kenë ndikim të ndjeshëm në cilësinë e dietës. Lëngjet e frutave, që janë të pasura me sheqer të shtuar, shoqërohen me diabet dhe konsumi i tyre duhet të shkurajohet. Pijet e ëmbëlsuara në mënyrë artificiale mund të rrisin riskun e diabetit të tipit 2 me rreth gjysmën e nivelit të pijeve të ëmbëlsuara me sheqer. Megjithatë, evidencat tregojnë se, krahasuar me pijet jo të ëmbëlsuara, ekspozimi i hershëm ndaj ëmbëlsuesve artificialë në embrion ose gjatë fëmijërisë së hershme mund të rrisë riskun për obezitet në moshë madhore. Zëvendësimi i pijeve të ëmbëlsuara (me sheqer dhe me ëmbëlsues artificialë) me pijet jo të ëmbëlsuara mund të ulë riskun për diabet të tipit 2, obezitet dhe presion të lartë të gjakut.

Çajrat e zinj dhe jeshilë jo të ëmbëlsuar kanë dëshmuar se kanë efekte pozitive në LDL kolesterol dhe në presionin e gjakut. Kafaja dhe çaji kanë rezultuar se mbrojnë ndaj depresionit.

Uji mund të jetë pija më e rëndësishme dhe dobiprurëse. Hidratimi i pamjaftueshëm (siç përcaktohet përmes osmolalitetit të lartë të urinës) shoqërohet me indeks të lartë të masës trupore.

Konsumi i moderuar i alkoolit (një pije në ditë për gratë, dy pije në ditë për burrat) ka treguar se ul riskun për SAK. Për shkak të rreziqeve që shoqërohen me përdorimin e tepërt, klinikistët nuk duhet t’iu rekomandojnë pacientëve të fillojnë të pinë pije alkoolike.

Erëzat

Për të shtuar kompleksitetin e shijeve të ushqimeve po studiohen shumë erëza për përfitime të mundshme shëndetësore prej tyre. Kripa është një element i zakonshëm që përmirëson shijen dhe është shoqëruar prej kohësh me rritje të riskut për Sëmundje Kardio-vaskulare (SKv) nëpërmjet efektit të saj në rritjen e presionit të gjakut. Ulja e sasisë së konsumit të kripës nga mesatarja aktuale prej 9 deri në 12g në ditë në një sasi modeste prej 5 deri në 6g në ditë do të ulte presionin sistolik të gjakut me 5.8 mm Hg, duke ulur në këtë mënyrë barrën e përgjithshme të popullsisë që vuan nga SKv-ja.

	Shpeshtësia	Ushqimi i detajuar	Madhësia e porcionit	Si duket
Perimet	≥ 2 porcione në vakt	Perime të gjelbra	80g	2 pjesë brokoli ose 4 lugë gjelle me kulm me spinaq të gatuar, lakër ose bishtaja jeshile ⁽⁸⁾
		Perime të gatuar	80g	3 lugë gjelle me kulm me perime të gatuar, si karrota, bizele ose misër i ëmbël, ose 8 copa lulëlakre ⁽⁸⁾
		Sallatë	80g	1.5 degë selinoje të plotë, një pjesë kastravec 5cm, 1 domate mesatare ose 7 domate qershi ⁽⁸⁾ , 2 duar sallatë jeshile
		Perime të konservuara dhe të ngrira ³	80g	Afërsisht e njëjta sasi siç do të konsumonit në një porcion të freskët. Për shembull, 3 lugë gjelle me kulm me karrota të konservuara ose të ngrira, bizele ose misër i ëmbël konsiderohen si 1 porcion secila ⁽⁸⁾
		Bishtajore dhe bishtaja ⁴	100g ⁷	3 lugë gjelle me kulm me fasule të pjekura, fasule, fasule në formën e veshkës, fasule kanelini, fasule lima ose qiçra ⁽⁸⁾
Frutat	1-2 porcione në vakt	Fruta të freskëta në përmasa të vogla	80g	2 ose më shumë fruta të vogla – për shembull 2 kumbulla, 2 mandarina, 2 kivi, 3 kajsi, 6 liç (lychee), 7 luleshtrydhe ose 14 qershi

3 Për perimet e konservuara, zgjidhni ato të konservuara me ujë pa kripë ose sheqer të shtuar.

4 Kini parasysh, sado shumë që të konsumoni, bishtajat dhe bishtajoret llogariten maksimalisht 1 porcion në ditë.

		Fruta të freskëta në përmasa mesatare	80g	1 copë frutë, si 1 mollë, 1 banane, 1 dardhë, 1 portokall ose 1 nektarinë (8)
		Fruta të freskëta në përmasa të mëdha		Gjysmë grejpfрут, 1 thelë papaja, 1 thelë pjepër (thelë 5cm), 1 thelë e madhe ananas ose 2 thela mango (thelë 5cm) (8)
		Fruta të thata ⁵	30g	1 lugë gjelle me kulm me rrush të thatë, stafidhe ose sultana (rrush i thatë), 1 lugë gjelle me fruta të përziera, 2 fiq, 3 kumbulla të thata ose 1 grusht copëza bananesh të thara(8)
		Fruta të konservuara ⁶		E njëjta sasi frutash që do të konsumonit për një porcion të freskët, si 2 dardhë ose 2 gjysma pjeshke, 6 gjysma kajsie ose 8 thela grejpfрут të konservuar ⁸
Proteinat nga produktet e bulmetit	2 porcione në ditë	Qumësht	200ml	1 gotë(8)
		Djathë	25g	Djathë në madhësinë e një "kutie shkrepëse"(8)
		Gjizë	100 g	3 lugë gjelle(8)
		Kos	125ml	Lugë gjelle në masën e një tasi të vogël kosi(8)
Proteinat nga burime të tjera	< 2 porcione në javë	Mish i kuq i gatuar	60-90g	Në masën e një kutie letrash(8)
	2 porcione në javë	Pulë e gatuar	60-90g	Në masën e një kutie letrash(8)
	≥ 2 porcione në javë	Peshk i gatuar	120 -140g	Pëllëmba e dorës
	2-4 porcione në javë	Vezë	60g	1 vezë
	≥ 2 porcione në javë	Fasule, bishtajore ose thjerrëza të gatuar	100g	3 lugë gjelle

⁵ Por, frutat e thata mund të jenë të pasura me sheqer dhe mund të jenë të dëmshme për dhëmbët. Përpiquni t'i zëvendësoni frutat e thata me ato të freskëta, veçanërisht ndërmjet vakteve. Për të ulur riskun e prishjes së dhëmbëve, frutat e thata mund të shijohen më shumë si pjesë e një vakti, për shembull si ëmbëlsirë, por jo ndërmjet vakteve.

⁶ Zgjidhni fruta të konservuara në lëng natyral në vend të shurupit.

	1-2 porcione në ditë	fruta arrore dhe fara(9)	28g	1 lugë gjelle me kulm me rrush të thatë, stafidhe ose sultana (rrush i thatë), 1 lugë gjelle me fruta të përziera, 2 fiq, 3 kumbulla të thata ose 1 grusht copëza bananesh të thara ³
Karbohidratet	1-2 porcione në vakt(7)	Bukë	25g(7)	1 fetë mesatare buke ½ pite/chapatti(8)
		Oriz	50-60g	2 lugë gjelle me oriz të gatuar 3 copa biskota orizi(9)
		Makarona	50-60 g makarona të gatuar	2 lugë gjelle makaronash të gatuar
		Drithëra	30-50g	3 lugë gjelle drithërash 2 copa biskotë tërshëre(8)
		Patate	100g	2 patate në madhësinë e vezës(7)
Vajrat	Çdo vakt(7)	Vaj ulliri	14g	1 lugë gjelle
Verë e kuqe	Duke iu përmbajtur dhe respektuar besimeve shoqërore ⁷			

Rekomandime dietike praktike për pacientët

Jepuni këshilla mbi stilin e jetesës personave me hipertension të dyshuar ose të diagnostikuar dhe vazhdoni t'u ofroni këshilla në mënyrë periodike.

Pyetini personat mbi dietën e tyre dhe ushtrimet fizike që kryejnë pasi një dietë e shëndetshme dhe ushtrimi i rregullt fizik mund të ulin presionin e gjakut. Ofroni udhëzime të posaçme dhe materiale të shkruara ose audiovizive për të promovuar ndryshimet në stilin e jetesës.

Pyetini personat mbi konsumin e alkoolit dhe inkurajojini që ta reduktojnë atë nëse pinë tepër, pasi kjo gjë mund të ulë presionin e gjakut dhe sjell përfitime më të gjera shëndetësore.

Këshillojini të reduktojnë konsumin e tepërt të kafesë dhe produkteve të tjera të pasura me kafeinë.

Inkurajojini personat që të konsumojnë sasi të ulët të natriumit në dietë, qoftë edhe duke reduktuar ose zëvendësuar kripën me natrium, pasi kjo gjë mund të ulë presionin e gjakut.

⁷ Konsumi optimal ditor për verën e kuqe është 1 gotë për femrat dhe 2 gota për meshkujt

Mos jepni suplemente kalçiumi, magnezi ose kaliumi si mënyrë për të ulur presionin e gjakut.

Ofrojuni këshilla dhe ndihmë duhanpirësve për të lënë duhanin.

Informojini personat mbi nismat vendore të ndërmarra për shembull nga, ekipet e kujdesit shëndetësor ose organizatat për pacientët për të ofruar mbështetje dhe promovuar ndryshime të shëndetshme në stilin e jetesës, veçanërisht ato që përfshijnë punë në grup për të motivuar zbatimin e ndryshimeve në stilin e jetesës (7).

Lënia e duhanit

Konsiderata të përgjithshme

- të gjithë mjekët duhet të këshillojnë çdo pacient duhanpirës që ta lërë duhanin. Evidencat tregojnë se këshillat e mjekut mbi këtë çështje rritin përqindjen e mospërdorimit
- ndërhyrjet duhen kryer prej më shumë se një lloj kliniciisti (p.sh. mjek, infermier, farmacist, profesionist i shëndetit oral)
- duhet kombinuar këshillimi me mjekimin, pasi ka më shumë efektshmëri sesa përdorimi i izoluar i këtyre dy elementeve
- klinicistët duhet të takohen ≥ 4 herë me personat që kërkojnë të lënë duhanin

Hapat e këshillimit për lënien e duhanit

1. **Mësoni nëse pacienti është duhanpirës:**
 - a. *A pini duhan? Sa?*
 - b. *A keni pirë ndonjëherë duhan? Kur e keni lënë duhanin?*
2. **Këshillojeni pacientin që ta lërë duhanin duke i përcjellë mesazhe të personalizuarra dhe të qarta:**

Shembull: “Gjëja më e mirë që mund të bëni për shëndetin është të lini duhanin”
“Ka shumë rëndësi që ta lini duhanin. Ju lutem, javën e ardhshme ejani sërish në zyrë që ta diskutojmë më tej këtë çështje”
“Duhet ta lini duhanin dhe na nevojitet kohë për të folur mbi këtë çështje!”
“Nikotina që përmbajnë cigaret është faktori madhor i problemit. Përparësia nr. 1 e shëndetit duhet të jetë lënia e duhanit. Do t’ju shpëtojë jetën”
3. **Vlerësoni se sa i gatshëm është pacienti për të lënë duhanin:**

Shembull: “Çfarë mendoni për lënien e duhanit aktualisht?”
“A keni provuar ta pakësoni ose ta lini duhanin?”
“A jeni gati ta lini duhanin tani? Çfarë ju shtyn që mos ta lini?”
“Çfarë do t’ju bindte që duhanpirja përbën problem?”
4. **Vlerësoni nëse pacienti është i varur nga nikotina:**
 - a. *A keni provuar ose e keni pasur ndonjëherë të nevojshme që të pakësoni duhanpirjen?*

- b. A irritoheni ndonjëherë kur njerëzit ju thonë ta lini duhanin?
- c. A ndjeheni ndonjëherë fajtor për faktin që pini duhan?
- d. A pini duhan gjysmë ore pasi jeni zgjuar (Gjëja e parë që bëni në mëngjes)?

Dy përgjigje “po” janë treguese të testit pozitiv të depistimit për varësi nga nikotina.

Për pacientët që janë të varur nga nikotina, medikamentet e rritin probabilitetin e lënies së duhanit me dy herë

4. Jepni ndihmën tuaj sipas fazës ku ndodhet pacienti

a. Pacienti nuk është gati (faza e mohimit)

Pacienti nuk beson se duhanpirja është problem ose refuzon që të marrë parasysh lënien e duhanit.

Në këtë fazë, pacienti:

- zakonisht nuk ka informacion mbi pasojat e sjelljes së tij
- mund ta mbivlerësojë ndryshimin dhe t'i nënvlerësojë dobitë
- ngurron (nuk do të ndryshojë, pasi duhanpirja i është bërë rutinë)
- rebelohet (nuk do të veprojë siç këshillohet)
- heq dorë (hutohet dhe demoralizohet nga ideja e ndryshimit)
- arsyeton (i kupton pasojat e sjelljes, por nuk pranon se rëndojnë mbi të)
- mund të ketë dështuar në përpjekjet e mëparshme për të ndryshuar

Qëllimi: pacienti fillon të mendojë që të ndryshojë.

Ndërhyrjet:

1. Edukoheni pacientin për efektet e duhanpirjes.

Ofroni informacione që lidhin problemet e pacientit me problemet e mundshme që vijnë nga duhanpirja.

Për shembull: *“Nikotina rrit presionin e gjakut dhe rrahjet e zemrës, ngushton arteriet dhe ngurtëson muret e tyre, si dhe shton gjasat për mpiksje gjaku. Streson zemrën dhe krijon mundësi për atak në zemër ose goditje në tru. Nëse pini duhan, përparësia nr. 1 e shëndetit duhet të jetë lënia e duhanit. Do t'ju shpëtojë jetën”.*

“Mund të jetë e nevojshme të rrisni dozën ose të merrni një bar shtesë për të kundërshtuar efektin e duhanpirjes, ndaj lënia e duhanit do të përmirësojë vlerat e TA-së dhe mund të ulë numrin e medikamenteve për kontrollimin e tij”

2. Prezantoni mëdyshjen (shqyrtoni vendimin për të vazhduar duhanpirjen), shprehni shqetësim, dhe rekomandoni lënien e duhanit.

Deklarata e mjekut mbi mëdyshjen: *“Sot, shumica e njerëzve janë dakord se duhanpirja dëmton shëndetin. Çfarë mendoni për këtë fakt?”*

Deklarata e mjekut ku shpreh shqetësim dhe nxit të menduarit: *“Jam i shqetësuar për shëndetin tënd dhe besoj se duhet të lësh duhanin. Si mund të të ndihmoj me këtë gjë?”*

Ky proces quhet “intervistim motivues” dhe nuk përfshin ballafaqimin, por përqendrohet tek empatia. Në këtë proces përgjegjës për ndryshimin e sjelljes nuk është mjeku, por pacienti

b. Pacienti ndihet i pasigurtë (Faza e të menduarit)

Pacienti e pranon se duhanpirja është problem. Ai i njih të mirat dhe të këqijat e abuzimit me substancat, por është në mëdyshje nëse dëshiron të ndryshojë. Ky pacient dëshiron që t’i përkushtohet ndryshimit, por nuk ka filluar ende ta bëjë.

Qëllimi: pacienti shqyrton dobitë dhe pengesat e ndryshimit.

Ndërhyrjet: Vlerësoni mendimet pozitive dhe negative për duhanpirjen.

Përkatësia	Nxiteni pacientin që të identifikojë arsyet për të lënë duhanin, të cilat lidhen personalisht me të	Shtatzënia, rreziku i sëmundjeve që i kanosen pacientit ose familjes së tij, ose një familjar që vuan nga astma
Rreziqet	Këshillojeni pacientin mbi efektet e dëmshme të duhanpirjes si për atë, ashtu edhe për familjen e tij, duke ndërthurur aspekte të historisë personale dhe asaj familjare, kurdo të jetë e mundur	Efektet mbi pacientin dhe familjen, miqtë dhe kolegët e tij dhe matja e “moshës së mushkërive” përmes spirometrisë mund të ndihmojnë në personalizimin e riskut
Shpërblimet	Kërkojini pacientit që të identifikojë dobitë e lënies së duhanit	Përmirësimi i shëndetit, kursimet financiare duke mos blerë cigare, si dhe largimi i aromës së duhanit
Pengesat	Eksploroni pengesat që mund të hasen nga pacienti gjatë lënies së duhanit	Prania e duhanpirësve në shtëpi ose në vendin e punës, histori apo dështime me lënien e duhanit, simptoma të rënda të tërheqjes, stres, komorbiditet psikiatrik, motivim i ulët, shtim në peshë, pëlqim i duhanpirjes

Përsëritja	Përfshini aspektet e secilës prej këtyre 5 fazave në çdo kontakt klinik me duhanpirës të pamotivuar	—
------------	---	---

Pengesat ndaj lënies së duhanit:

Pengesa Arsyetimi

Shtimi në peshë

Pas lënies së duhanit, pacienti do të shtojë mesatarisht 4-5 kg pas 12 muajsh. Dobitë e lënies së duhanit në shëndet janë më të mëdha sesa efektet shëndetësore të peshës së shtuar. Pirja e ujit dhe përzgjedhja e ushqimeve me pak kalori mund të ndihmojnë në minimizimin e shtimit në peshë. Sugjeroni që në planin afatshkurtër, pacienti të përqendrohet te lënia e duhanit dhe të merret më vonë me shtimin në peshë. Rreth 1 në 5 persona që e lënë duhanin, nuk shton në peshë.

Përballimi i stresit

Shpjegojini pacientit që duhanpirja shton stresin dhe do të ndihet më i qetë kur ta lërë. Gjatë ditës, disa duhanpirës përjetojnë episode të përsëritura ankthi dhe nervozizmi për shkak të tërheqjes nga nikotina. Kuptohet që kur pinë cigare, simptomat zbuten dhe pacienti mendon se kjo ndodh falë cigares. Mënyra të tjera më të shëndetshme dhe të efektshme për t'u qetësuar përfshijnë teknikat e frymëmarrjes dhe shtendosjes graduale të muskujve.

Tërheqja nga nikotina

Dëshira për të pirë duhan zgjat vetëm 2-3 minuta, ndonëse duket si përjetësi! Me kalimin e kohës, kjo dëshirë bie, por mund të zgjasë edhe për vite të tëra. Simptomat e tërheqjes nga nikotina janë më të rënda gjatë javës së parë, dhe zgjasin nga 2 deri në 4 javë. Zakonisht mund të kontrollohen me medikamente për lënien e duhanit dhe strategji të sjelljes, si teknikat e shpërqëndrimit dhe shmangia e nxitësve për të pirë duhan.

Frika nga dështimi

Shpjegoni se shumica e personave që e kanë lënë duhanin, kanë dështuar disa herë përpara se të kishin sukses. Përpjekjet e dështuara për ta lënë duhanin mund të konsiderohen përvoja të nxëni të cilat mund të rrisin gjasat për sukses herën tjetër. Krahas kësaj, me këshillimin e duhur profesional, mbështetje dhe medikamente, gjasat për sukses janë më të larta.

Presioni social ose nga miqtë

Gjatë javëve të para, zgjidhja më e mirë do të ishte shmangia e miqve që pinë duhan. Sugjerojini pacientit që t'iu kërkojë miqve të tij mos t'i ofrojnë cigare, dhe nëse është e mundur, mos të pinë duhan në praninë e tij. Nëse është nevoja, pacienti mund të largohet ndërkohë që ata pinë duhan. Diskutoni për përgjigjet e ndryshme që mund të japë pacienti kur i ofrojnë cigare. Nëse partneri pi duhan, t'i kërkohet që të tymosë jashtë.

Shembull: “Çfarë dëshironi të ndryshoni kësaj here?”

“Cilat ishin arsyet përse nuk bëtë ndryshime?”

“Çfarë ju frenon nga ndryshimi kësaj here?”

“Çfarë ju pengon nga ndryshimi sot?”

“Çfarë mund t'ju ndihmojë në këtë aspekt?”

“Çfarë elementesh (njerëz, programe dhe sjellje) ju kanë ndihmuar më parë?”

“Çfarë do t'ju ndihmonte kësaj here?”

“Çfarë mendoni se duhet të mësoni për të ndryshuar?”

“Dua t'ju ndihmoj që ta lini duhanin. A mund të ndaj me ju disa elemente që i shtojnë gjasat e suksesit?”

“A ju shqetëson diçka në veçanti në lidhje me lënien e duhanit? A shqetësoheni për dëshirën që të pini duhan ose për shtimin në peshë?”

Eksploroni mëdyshjen e pacientit për lënien e duhanit duke treguar empati dhe duke e pyetur, por njëkohësisht edhe duke respektuar autonominë dhe duke krijuar vetefikasitetin e pacientit.

c. Pacienti është gati (faza përgatitore)

Gati: Sapo të jetë dakord se dobitë e mospirjes së duhanit janë më të shumta se sa kënaqësia e duhanpirjes dhe vendos të heqë dorë, pacienti hyn në fazën përgatitore. Detyrat e pacientit dhe mjekut gjatë fazës përgatitore janë si vijon:

1. Përcaktimi i një date për ta lënë duhanin. Shpeshherë, datat kuptimplota, si ditëlindjet ose përvjetorët, e rrisin motivimin e pacientit.
2. Mbështetja për ta lënë duhanin. Pacienti duhet t'i informojë familjarët dhe persona të tjerë të rëndësishëm se ka vendosur ta lërë duhanin në një datë të caktuar, dhe duhet të kërkojë ndihmën e tyre. Mjeku mund ta nxitë pacientin që të bëhet pjesë e një grupi, komuniteti ose programi mbështetës, që përqendrohet te lënia e duhanit.
3. Përgatitja e mjedisit. Pacienti duhet të këshillohet që t'i heqë cigaret, tavllat dhe sende të tjera që lidhen me duhanin nga shtëpia, makina dhe zyra e tij. Pacienti duhet t'iu kërkojë të tjerëve që të mos pinë duhan në praninë e tij.

4. Përgatitja e planeve për të shmangur nxitësit. Kur pyeten, shumë pacientë mund të identifikojnë imazhe, rituale, përvoja shqisore, dhe shpërblime emocionale, që i lidhin me duhanpirjen. Mjeku dhe pacienti mund të fillojnë të diskutojnë për sjelljet e shëndetshme të zëvendësimit, që mund të ndihmojnë në parandalimin e kthimit. Këshillimi i pacientëve që të shmangin alkoolin është strategji e mirë, sepse konsumi i pijeve ul vetëpërmbajtjen, e rrjedhimisht edhe gjasat për sukses në lënien e duhanit.
5. Përzgjidhni një sistem për zëvendësimin e nikotinës, nëse është nevoja.
6. Nëse kërkohet, filloni përdorimin e bupropionit. Nëse bupropioni është pjesë e planit për lënien e duhanit, trajtimi duhet të fillohet nga një deri në dy javë përpara datës së lënies.

Faza e veprimit

Faza e veprimit fillon në datën e lënies së duhanit. Në këtë datë, duhet të ketë filluar marrja e bupropionit (nëse përdoret), sistemi i përzgjedhur i zëvendësimit të nikotinës duhet të jetë gati (nëse përdoret), si dhe sendet që lidhen me duhanin duhet të hiqen nga mjedisi rrethues i pacientit.

Gjatë fazës së veprimit, mbështetja sjellore përmes ndihmës vetjake ose takimeve profesionale në grup, vizitave të shpeshta në zyrë, dhe/ose telefonatave nga stafi mbështetës mund të përmirësojnë efektshmërinë e përpjekjes për ta lënë duhanin. Qëllimi i këtij komunikimi duhet të jetë mbështetja e vazhdiminës së lënies së duhanit te pacienti që ka ndërprerë së fundmi përdorimin. Ky komunikim duhet të zhvillohet të paktën çdo javë gjatë muajit të parë, dhe të përsëritet kur pacienti përfundon terapinë me bupropion dhe zëvendësim të nikotinës.

5. Planifikimi

Pacienti duhet të kontaktohet në datën e lënies së duhanit për ta uruar mbi mospërdorimin (e supozuar). Kontaktimi i pacientit të paktën katër herë të tjera për të mbështetur përpjekjet për të lënë duhanin rrit nivelin e mospërdorimit.

Pacienti që nuk arrin ta lërë duhanin ose i kthehet duhanpirjes duhet të rivlerësohet. Terapitë farmakologjike dhe këshillimi për ndryshimin e sjelljes duhet të merren parasysh, dhe pacienti duhet të nxitet për të caktuar një datë të re për ta lënë duhanin.

Është e rëndësishme që pacienti të raportojë dobietë e lënies së duhanit, efektet anësore të medikamenteve, si dhe vështirësitë aktuale ose të parashikuara të mospërdorimit. Sjelljet e shëndetshme të zëvendësimit mund të ndihmojnë në parandalimin e relapsit.

Faza e mirëmbajtjes shënohet nga vetëpërmbajtja e vazhduar e pacientit për të mos përdorur duhan. Rifillimi i duhanpirjes është i zakonshëm. Pacientët shpeshherë i kalojnë disa herë disa faza ndryshimi përpara se të arrijnë në një nivel të qëndrueshëm vetëpërmbajtjeje.

Ditar i matjes së presionit të gjakut në shtëpi

Emri: _____

Ju lutem monitoroni dhe regjistroni presionin e gjakut në shtëpi për 7 ditë të njëpasnjëshme (minimumi 5).

Në seksionin e shënimeve, shkruani çdo gjë që mund të ndikojë matjen, si të ndjerit keq ose ndryshimi i medikamenteve.

Mos harroni ta merrni ditarin në vizitën e radhës

Kur të matni presionin e gjakut:

- Monitoroni presionin e gjakut në mëngjes dhe në mbrëmje afërsisht në të njëjtin orar.
- Në mëngjes presionin e gjakut mateni përpara se të merrni medikamentet.
- Mos bëni ushtrime fizike, mos pini duhan, mos hani dhe mos pini kafeinë 30 minuta përpara matjes së presionit të gjakut.

Matja e presionit të gjakut:

- **Qëndroni** ulur në qetësi 5 minuta përpara se të filloni matjen (mos shikoni televizor, mos flisni, mos lexoni, mos e përdorni telefonin)
- **Mbajini** këmbët në dysheme, mos i kryqëzoni, zhvisheni pjesën e sipërme të krahut, mbështeteni kurrizin dhe krahët, dhe pjesën e sipërme të krahut mbajeni në nivelin e zemrës.
- **Shënoni** shifrat në tabelën më poshtë **saktësisht** siç dalin në ekran, pa i rrumbullakosur.
- **Kryeni** minimumi dy matje, duke lënë një hapësirë kohore prej **të paktën një minute** ndërmjet secilës matje. Nëse dy matjet e para janë shumë të ndryshme, kryeni edhe 2-3 matje të tjera. Shënoni mesataren e 2 matjeve të fundit. Shënoni numrin e matjeve.

	Data	Paradite (6 e mëngjesit - 12 e mesditës)			Pasdite (6 e pasdites - 12 e mesnatës)			Shënime
		Matjet		Mesatarja	Matjet		Mesatarja	
Dita 1		1:	/	/	1:	/	/	
		2:	/		2:	/		
Dita 2		1:	/	/	1:	/	/	
		2:	/		2:	/		
Dita 3		1:	/	/	1:	/	/	
		2:	/		2:	/		
Dita 4		1:	/	/	1:	/	/	
		2:	/		2:	/		
Dita 5		1:	/	/	1:	/	/	
		2:	/		2:	/		
Dita 6		1:	/	/	1:	/	/	
		2:	/		2:	/		
Dita 7		1:	/	/	1:	/	/	
		2:	/		2:	/		

Prezantimi i llojeve të sfigmomanometrave

Sfigmomanometrat me mërkur

Metoda e auskultimit duke përdorur një sfigmomanometër me mërkur është përdorur si standardi i referencës për matjen e TA-së në klinikë për dekada me radhë. Sfigmomanometri me mërkur është i ndërtuar në mënyrë të thjeshtë dhe nuk ekzistojnë ndryshime të konsiderueshme ndërmjet modeleve të prodhuesve të ndryshëm. Sfigmomanometri me mërkur është zëvendësuar tashmë në shumë ambiente mjekësore për shkak të shqetësimeve mjedisore lidhur me toksicitetin e mërkurit.



Sfigmomanometrat aneroidë

Sfigmomanometrat aneroidë janë të zakonshëm në ambientet mjekësore për metodën e auskultimit që prej mospërdorimit të pajisjeve me mërkur. Sfigmomanometrat aneroidë piren të japin vlera të gabuara dhe të kenë probleme me kalibrimin, veçanërisht nëse nuk përdoren me kujdes. Pajisjet aneroidë të vendosura në mur kanë më pak gjasa të pësojnë tronditje dhe si pasojë mund të kenë më rrallë nevojë për kalibrim krahasuar me pajisjet portative. Nevojitet kalibrim çdo 6 muaj për pajisjet e vendosura në mur dhe çdo 2-4 javë për pajisjet portative, me qëllim sigurimin e saktësisë së pajisjeve aneroidë.





Sfigmomanometrat hibridë

Sfigmomanometri hibrid përdor qasjen auskultatore por zëvendëson shtyllën e zhivës me një matës presioni elektronik. Në sfigmomanometrën hibrid, një shtyllë me kristal të lëngshëm ose ekran me diodë që lëshon dritë lëviz si një shtyllë zhive ose ekran aneroid. Sikurse të gjitha metodat e auskultimit, vëzhguesi duhet të dëgjojë për tonet Korotkoff (fazat 1 dhe 5) dhe të shënojë vlerat e TA. Një studim që vlerësoi monitorët hibridë konstatoi që ata janë alternativa të besueshme të sfigmomanometrave me mërkur dhe aneroidë. Shpeshtësia e kalibrimit për sfigmomanometrat hibridë nuk dihet.

Teknika Oshilometrike

Pajisjet oshilometrike përdoren shpesh për matjen e TA në ambientet klinike, ambulate, shtëpiake dhe spitalore, dhe vlerat e matjeve bazohen në amplitudën e luhatjeve që ndodhin në muret anësore të pjesës së sipërme të krahut. Shumica e pajisjeve oshilometrike e masin TA-në kur mansheta është duke u shfryrë, por disa prej tyre e kryejnë matjen gjatë fryrjes. Çdo pajisje oshilometrike përdor një algoritëm të posaçëm që njihet vetëm prej prodhuesit. Këto algoritme mund të modifikohen nga prodhuesi i pajisjes, dhe nuk nevojitet që këto ndryshime të raportohen. Prandaj, pajisjet e ndryshme, duke përfshirë ato nga i njëjti prodhues, nuk mund të përdoren në vend të njëra-tjetrës.

Llojet e Pajisjeve Oshilometrike

Sfigmomanometra oshilometrikë elektronikë të ndryshëm përdoren aktualisht për matjen e TA në klinikë. Pajisjet që fillimisht u krijuan për kryerjen e matjeve në shtëpi nga vetë pacienti janë përshtatur për përdorim në klinikë. Megjithatë, për shkak se këto pajisje nuk u krijuan posaçërisht për përdorim klinik, ato mund të mos jenë shumë të qëndrueshme dhe të besueshme. Sfigmomanometrat oshilometrikë profesionalë të përdorur nga ofruesit e kujdesit shëndetësor janë relativisht të kushtueshëm dhe janë përdorur kryesisht në kushte spitalore për matjen e vlerave të TA një e nga një. Gjatë 15 viteve të fundit, janë krijuar sfigmomanometra oshilometrikë plotësisht automatikë të aftë të kryejnë matje të shumfishta me një përdorim të vetëm, duke bërë të mundur matjet automatike të presionit të gjakut në klinikë



(AOBP). Nga ana tjetër, pajisjet gjysmëautomatike kryejnë vetëm një matje për çdo përdorim.

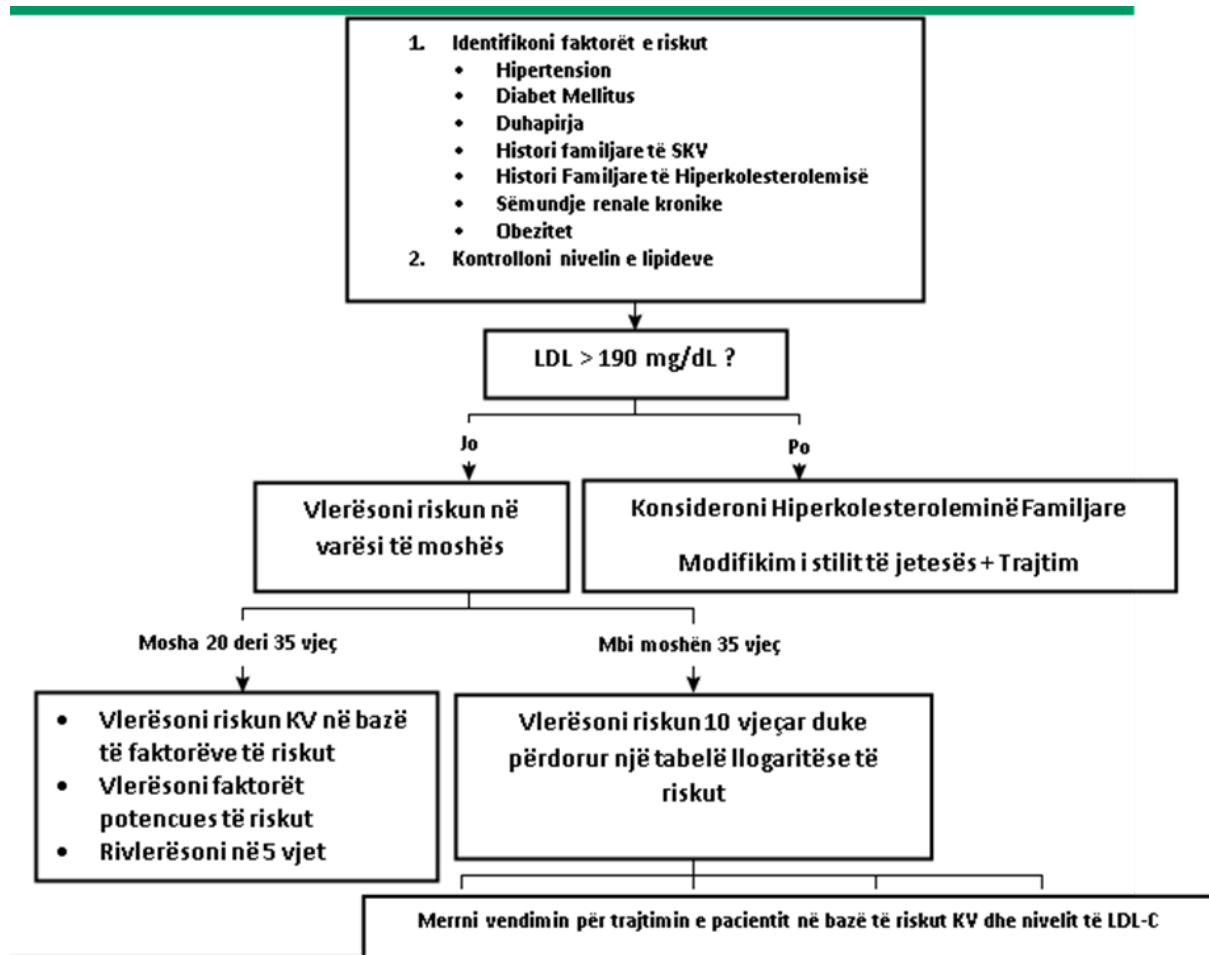
Matja Automatike e Presionit të Gjakut në Kushte Klinike

Monitoruesit e AOBP-së iu referohen pajisjeve të afta për të kryer matje të shumfishta të TA-së pas një periudhe pushimi me një përdorim të vetëm. Pajisjet aktuale AOBP japin një vlerë mesatare të matjeve të kryera, dhe nuk është e nevojshme që të mos llogaritet matja e parë. AOBP mund të kryhet me ose pa praninë e stafit mjekësor, që ndryshe referohen përkatësisht si *AOBP e mbikëqyrur dhe e pambikëqyrur*. Leximet e vlefshme të AOBP-së së pambikëqyrur mund të merren kur pacienti qëndron në qetësi në një dhomë ekzaminimi ose dhomë pritjeje, dhe matjet megjithëse lexohen në vende të ndryshme raportohen si të krahasueshme.



Si rezultat i kufizimeve të matjes rutinë të TA me anë të auskultimit në klinikë, duke përfshirë aftësitë e vëzhguesit, efektin e bluzave të bardha, preferencën e shifrave dhe problemet e kalibrimit, së fundmi AOBP është kthyer në metodën e rekomanduar për diagnostikimin e hipertensionit dhe menaxhimin e TA te pacientët me hipertension në disa vende (5).

Vlerësimi i riskut kardiovaskular



Një vlerësim i përgjithshëm i rrezikut relativ për SKV mund të bëhet duke llogaritur numrin e faktorëve tradicionalë të rrezikut të pranishme në një pacient (dmth., Hipertensioni, Diabeti, pirja e duhanit, historia familjare e SKV të parakohshme, sëmundje kronike të veshkave, mbipesha).

Vlerësimi i saktë i rrezikut absolut për një ngjarje të parë KV është i dobishëm dhe i dëshirueshëm veçanërisht kur rekomandoni trajtimin për një individ të veçantë. Në këtë kapitull do të diskutohet se cilët pacientë duhet t'i nënshtrohen vlerësimit të riskut KV, cila është qasja për vlerësimin e rrezikut dhe çfarë implikimesh ka vlerësimi i rrezikut për terapitë parandaluese. (5)

- Mund të konsiderohet llogaritja e riskut KV për të gjithë pacientët mbi 20 vjeç pa SKV të njohur.
- Vlerësimi periodik i rrezikut ofron mundësinë për të identifikuar faktorët e riskut KV dhe për të ofruar udhëzime për menaxhimin e duhur të faktorëve specifikë (p.sh., modifikimet dietike specifike për hipertensionin ose dislipidemitë, etj) dhe të riskut të përgjithshëm KV (p.sh., mbajtja e një diete të shëndetshme, ushtrime të rregullta, etj.)

Treguesit e monitorimit të zbatimit të protokollit të mjekimit për HTA-në dhe të cilësisë së menaxhimit të HTA-së në KSHP

Treguesit propozohen me qëllim që të përdoren për monitorimin, nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore, të zbatimit të protokollit të mjekimit në praktikën e përditshme të menaxhimit të rasteve me HTA, dhe të cilësisë së ndjekjes së rasteve me HTA nga ekipi i mjekësisë së familjes

I Treguesit lidhur me parandalimin, diagnostikimin e hershëm të HTA-së:

Të dokumentuara në kartelën e çdo pacienti:

I.1 mbi 18 vjeç që paraqitet për konsultë në QSH pamvarësisht arsyes së konsultës, vlerat e matura të TA -së, të paktën një herë në vit.

I.2 mbi 35 vjeç që paraqitet në QSH pamvarësisht arsyes së konsultës, vlerësimi i riskut kardiovaskular, të paktën një herë në vit.

II Cilësia e menaxhimit të HTA-së në KSHP

Të dokumentuara në kartelën e çdo pacienti me HTA:

II.1 vetëm me HTA: Vlerësimi i TA-së kundrejt synimit 140-90mmHG

II.2 me risk të lartë për SKV: Vlerësimi i TA-së kundrejt synimit 130-80mmHg

II.3 i datës, orës së vizitës së rikontrollit.

Monitorimi i këtyre treguesve duhet të integrohet në procesin e monitorimit të brendshëm dhe të jashtëm të praktikës së KSHP-së bazuar në protokolle mjekimi siç standardet bazike G1.2 dhe G 1.3 për akreditimin e qendrave shëndetësore parashikojnë (Standardet e Cilësisë për akreditimin e Institucioneve të Kujdesit shëndetsor Parësor, Urdhër i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr.630, datë 29.12.2017).

Shkurtime

ACE- Enzima Konvertuese e Angiotenzinës
AOBP- Matje Automatike të Presionit të Gjakut në klinikë
ARB- Bllokues i Receptorit të Angiotenzinës
AVC- Aksident Vaskulo-Cerebral
CT- Tomografia e Kompjuterizuar
MATA- Monitorimi Ambulator i Tensionit Arterial
MATSH- Monitorimi i Tensionit Arterial në Shtëpi
HfrEF- Insufiçencë Kardiake me Fraksion të Reduktuar të Ejeksionit
IMT- Indeksi i Masës Trupore
NSAID- Barna Anti-inflamatore jo steroide
RFG- Ritmi i Filtrimit Glomerular
OBSh- Organizata Botërore e Shëndetësisë
SAK- Sëmundje e Arterieve Koronare
SCV- Sëmundje Cerebrovaskulare
SKv- Sëmundje Kardiovaskulare
SKZ- Sëmundje koronare e zemrës
SNRIs- Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors
SHNH-Shoqëria Ndërkombëtare e Hipertensionit
TC- Kolesterol Total
TSH- Hormoni Stimulues i Tiroides
KV- Kardiovaskular
KSHP- Kujdesi Shëndetësor Parësor
VM- Ventrikuli i Majtë

Referenca

1. (Rekomandime | Hipertensioni te të rriturit: diagnostikimi dhe menaxhimi | Udhëzues | NICE) Recommendations | Hypertension in adults: diagnosis and management | Guidance | NICE. Aksesuar më 26 prill 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/chapter/Recommendations#diagnosing-hypertension>
2. (Rekomandime | Hipertensioni te të rriturit: diagnostikimi dhe menaxhimi | Udhëzues | NICE) Recommendations | Hypertension in adults: diagnosis and management | Guidance | NICE. Aksesuar më 26 prill 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/chapter/Recommendations#measuring-blood-pressure>
3. (Udhëzime të ESC/ESH 2018 për menaxhimin e hipertensionit arterial | Buletini Evropian për Zemrën | Oxford Academic) 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension | European Heart Journal | Oxford Academic. Aksesuar më 26 prill 2020. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>
4. (Modelet e dietës së Mesdheut dhe shëndeti kardiovaskular) Shen J, Wilmot KA, Ghasemzadeh N, et al. Mediterranean Dietary Patterns and Cardiovascular Health. *Annu Rev Nutr.* 2015;35:425-449. doi:10.1146/annurev-nutr-011215-025104
5. (Dieta për shëndetin: Qëllime dhe Udhëzime) Locke A, Schneiderhan J, Zick SM. Diets for Health: Goals and Guidelines. *Am Fam Physician.* 2018;97(11):721-728.
6. (Dietë e shëndetshme) Healthy diet. Aksesuar më 21 maj 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
7. (Përkufizimi i dietës Mesdhetare; Rishikim i literaturës. *Lëndë ushqyese.*) Davis C, Bryan J, Hodgson J, Murphy K. Definition of the Mediterranean Diet; a Literature Review. *Nutrients.* 2015;7(11):9139-9153. doi:10.3390/nu7115459
8. (Gjeni ekuilibrin - zgjidhni racionet! - Fondacioni Britanik i Ushqyerjes) Find your balance - get portion wise! - British Nutrition Foundation. Aksesuar më 21 maj 2020. <https://www.nutrition.org.uk/healthyliving/find-your-balance/portionwise.html>
9. (Të ngrënit e shëndetshëm - Përmasat e racioneve) Fife NHS. Healthy Eating - Portion Sizes. Published August 27, 2015. Aksesuar më 21 maj 2020. <https://www.nhsfife.org/nhs/index.cfm?fuseaction=nhs.pagedisplay&p2sid=6EBF8E0E-C5EF-627D-28A9FEA5DD4244E2&themeid=3B984BF2-65BF-00F7-D42941481355468F>

