

Raste Klinike:

Trajnimi “Aftësimi në Përdorimin
e Protokollit të Mjekimit të
HTA-së në KSHP”

Rasti Klinik 1: Maria

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

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

Gjatë ekzaminimit:

Pesha: 75 kg, Gjatësia 165 cm. BMI (kg/m²)=27,5. Pacientja është mbipeshë.

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.

Duke kqyrur të dhënat e kartelës së saj, ju vini re se tensioni arterial i Marias është rritur nga kontrolli i fundit dymbëdhjetë muaj më parë.

Pyetja 1: Çfarë duhet të bëjë ekzaminuesi më pas?



.....

→ **Përgjigja:** Ekzaminuesi duhet të masë sërish tensionin arterial në krahun tjetër, 2 matje gjatë vizitës. Në rastin e Marias, ndërmjet matjeve nuk ka ndonjë ndryshim të konsiderueshëm.

Pyetja 2: Cilën vlerë duhet të regjistrojë ekzaminuesi si vlerën e tensionit arterial?



.....

→ **Përgjigja:** Nëse diferenca ndërmjet matjeve në secilin krah nuk është e konsiderueshme, ekzaminuesi duhet të shënojë vlerën më të ulët të matur në cilindro 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.

Pyetja 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?



Empty dotted box for answer to Question 3.

→ **Përgjigja:** 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) për 4-7 ditë nëpërmjet pajisjes së saj automatike apo gjysmë-automatike të matjes së TA.

Pyetja 4: Çfarë duhet të rekomandoni për shqyrtime për dëmtim të organeve target?



Empty dotted box for answer to Question 4.

→ **Përgjigja:** 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 fundus oculi nuk nevojitet. EKG bëhet në çdo pacient me hipertension pavarësisht stadi të HTA.

Pas një jave, Maria paraqitet tek ju me matjet e mëposhtme të TA:

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

Pyetja 5: A mund të vendosim diagnozën e hipertensionit tek Maria?



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

Mbani parasysh!

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

Nëse nuk diagnostikohet hipertensionit, por ka evidenca të dëmtimit të organeve target, merrni në konsideratë kryerjen e ekzaminimeve për shkaqe alternative të dëmtimit të organeve target.

Diagnostikimi tek të rriturit:

Hipertension i stadi 1 nëse TAS/TAD klinik $\geq 140/90$ mm Hg dhe vlera mesatare e TA ambulatore të matur gjatë ditës ose vlera mesatare e TA të matur në shtëpi $\geq 135/85$ mm Hg

Hipertension i stadi 2 nëse TAS/TAD klinik $\geq 160/100$ mm Hg dhe vlera mesatare e TA ambulatore të matur gjatë ditës ose vlera mesatare e TA të matur në shtëpi $\geq 145/90$ mm Hg

Hipertension i stadi 3 nëse TAS ≥ 180 mm Hg ose TAD ≥ 110 mm Hg

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.

Emergjencë hipertensive në rastet kur rritja e tensionit arterial është e konsiderueshme dhe shoqërohet me dëmtim të organeve fundore (TAS ≥ 180 mm Hg ose TAD ≥ 120 mm Hg).

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

Emergjencia 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 6: A do ta trajtojë ekzaminuesi hipertensionin e gradës 1 të pacientes?



.....

→ **Përgjigja:** 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 mosha, konsumi i duhanit dhe gjendja e diabetit dhe niveli i kolesterolit. Një metodë për të grupuar së bashku faktorët e riskut është llogaritësi SCORE.

Pyetja 7: A ka pacientja ndonjë nga kriteret e përjashtimit nga përlllogaritja e riskut KV formal?



.....

→ **Përgjigja:** Pacientja nuk ka asnjë nga kriteret e përjashtimit nga përlllogaritja e riskut KV. (Maria është 42 vjeçe).

Llogaritja e riskut K-V 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 ishemik 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 insufiçencë renale ose dëmtim renal të diagnostikuar

Pyetja 8: Cili është risku kardiovaskular i Marias?



→ **Përgjigja:** Risku KV i saj është 0%, që është Risk i ulët (<1%) për vdekshmëri nga një atak në zemër, goditje në tru apo problem tjetër i sistemit të qarkullimit në 10 vitet e ardhshme.

Përgjithësisht, risku KV përlogaritet te personat mbi moshën 40 vjeç. Vlerësimi i riskut duhet të përsëritet në intervale 4-6 vjeçare.

Llogaritja e riskut K-V për Marien bëhet duke përdorur të dhënat si më poshtë:

- Moshë dhe seksi: Maria është femër 42 vjeçe.
- Përdorimi i duhanit: Nuk konsumon duhan.
- TA sistolik: Vlera mesatare e TA së saj në MTASH është 139 mmHg.
- Kolesterolit: Kolesterolit është 230 mg/dl=5.9mmol (për të konvertuar kolesterolin total në mmol, pjesëtoni me 39 vlerën në mg/dl)

Si përlogaritet risku kardiovaskular?

Hapi 1 Përzgjidhni llogaritësin e riskut KV – Tabela Europiane për risk të lartë për SKV, Tabela e OBSH etj

Hapi 2 Përzgjidhni tabelat për gjininë përkatëse

Hapi 3 Përzgjidhni kutizat për duhanpirës ose joduhanpirës

Hapi 4 Përzgjidhni kutizën e grupmoshës (nëse moshë 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 gjakut (mm Hg) dhe nivelit të kolesterolit total në gjak (mmol/l) ose BMI-së. Ngjyra e qelizës përkatëse përcakton riskun kardiovaskular 10-vjeçar.

Pyetja 9: A është risku KV për Marian më i lartë nga sa del nga llogaritja?



→ **Përgjigja:** Jo. Maria për momentin nuk ka asnjë nga kriteret që risku KV të jetë më i lartë nga përlogaritja.

Mbani parasysh që risku për SKV mund të jetë më i lartë llogaritja në rastet e mëposhtme:

- pacienti/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;
- Sëmundje kronike të veshkave
- Evidencë të pranishme të aterosklerozës në teste diagnostike

Pyetja 10: Çfarë këshillash do t'i jepnit kësaj pacienteje lidhur me stilin e jetesës?



A large rectangular area with a dotted border, intended for writing the answer to the question.

→ **Përgjigja:** Bazuar në informacionin mbi stilin e jetesës lidhur me dietën, aktivitetin fizik, konsumin e alkoolit, duhanit dhe kafeinës, konsumin e natriumit nga dieta, BMI jepni këshillat e duhura përkatëse

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 meqë puna (shofer autobuzi) që bën nuk e lejon të vijë në QSH.

Pyetja 1: Çfarë testi alternativ mund të përdorni për të diagnostikuar hipertensionin?



.....

.....

.....

.....

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

Pyetja 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:** Duhet të siguroheni që çdo vlerë e shënuar e tensionit 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.

Ju i jepni Dritanit për plotësim Ditarin e matjes së TA në shtëpi

Mbani parasysh! 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 $\geq 135/85$ mm Hg ose të përdorni gjykimin tuaj klinik).

Pyetja 3: Dritani kthehet tek ju pas një jave me ditarin e matjes së TA në shtëpi të plotësuar. 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 dhe filloni trajtimin në hapin 1 dhe 2 të trajtimit të HTA për Dritanin.

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



.....

→ **Përgjigja:** Ndiqni protokollet vendase për kontrollin e presionit të gjakut në diagnozën e hipertensionit. Shembull: filloni me Enalapril 10 mg në ditë dhe Hidroklortiazid 25 mg në ditë dhe planifikoni një vizitë rikontroli pas një muaji.

Pyetja 4: Dritani ka ardhur sërish pas një muaji me rezultatet e matura me MTASH duke marrë trajtimin e hapit 1 dhe 2. Ju vini re që 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:** 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 pritët 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.

Pyetja 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?



Area reserved for the answer to Question 5, indicated by a dotted-line box.

→ **Përgjigja:** 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.

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 në dozat që tolerohen më mirë.

Trajtimi sipas hapit 3 është me një BKK (blokues i kanaleve të kalciumit) të kombinuar me një ACE inhibitor ose ARB dhe një diuretik të ngjashëm me tiazidikët.

Pyetja 6: Dritani e ka zbatuar në mënyrën e duhur trajtimin dhe trajtimi i hapit 2 është optimal. Çfarë do të bëni më tej?



Area reserved for the answer to Question 6, indicated by a dotted-line box.

→ **Përgjigja:** Fillohet trajtimi sipas hapit 3 që është me një BKK (blokues i kanaleve të kalciumit) të kombinuar me një ACE inhibitor ose ARB dhe një diuretik të ngjashëm me tiazidikët.

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

Pyetja 8: Dritani vjen sërish në klinikë dhe tensioni arterial ende nuk është i kontrolluar. Çfarë do të bëni më tej?



A large rectangular area with a dotted border, intended for the student to write their answer to the question.

→ **Përgjigja:** 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 të lehtësojë përfshirjen e 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 të mbajë shënim marrjen e barnave dhe të monitorojë gjendjen e tij, të përdorë sistemet e dozimit me shumë ndarje, ose ju të thjeshtoni regjimin e barnave, të konsideroni forma alternative 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.

Pyetja 9: Ju konstatoi 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?



A large rectangular area with a dotted border, intended for the student to write their answer to the question.

→ **Përgjigja:** Mund të konsideroni referimin tek specialisti për Dritanin. Mund të merrni parasysh që do të duhet të fillohet trajtimi i hapit 4.

Rasti Klinik 3: Alma

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 se nuk vuan nga alergji sezonale, nuk ka dispne, nuk ka angioedemë dhe as sekrecione nazale.

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 apo krepitacione.

Pyetja 1: Cilat janë shkaqet e mundshëm të kollës në këtë rast?



Empty dotted box for answer to Question 1.

→ **Përgjigja:** Në bazë të historisë dhe ekzaminimit fizik nuk duket se kolla shkaktohet nga një infeksion viral i rrugëve të sipërme respiratore, nga ndonjë 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 parim, 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 2: Cila do të ishte zgjidhja për këtë paciente me kollë?



Empty dotted box for answer to Question 2.

→ **Përgjigja:** Trajtimi për kollën e shkaktuar nga frenuesit ACEi 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 ACEi.

Rasti Klinik 4: Iliri

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



Area for writing the answer to Question 1.

→ **Përgjigja:** Kreatininë, RFG të përlogaritur, Na⁺ dhe K⁺, acidi urik

Pyetja 2: Ju vini re që niveli i Natriumit është 130 mEq/L. Si do ta menaxhoni këtë situatë?



Area for writing the answer to Question 2.

→ **Përgjigja:** 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.

Kujtesë mbi hiponatreminë

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

Përqëndrimi i Natriumit në serum $<135\text{mEq/L}$ përkufizohet si Hiponatremi.

Ulja e përqëndrimit të Na^+ në serum $\leq 120\text{mEq/L}$ 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 ($\text{Na}^+ < 120\text{ mmol/L}$) 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 $\text{Na}^+ < 120\text{ mmol/L}$ ose $> 150\text{ mmol/L}$; 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.

Pyetja 3: Niveli i acidit urik në serum është 7.9 mg/dL, si do të vepronit ju?



.....

→ **Përgjigja:** Pacienti ka hiperuricemi asimptomatike. Hiperuricemia përkufizohet si rritja e përqëndrimit të acidit urik në serum ≥ 7 mg/dL.

Te pacientët asimptomatikë trajtimi nuk është i nevojshëm. Kështu pacienti do të këshillohet për pakësimin e konsumit të alkoolit dhe për dietën. Lidhur me dietën ai duhet të këshillohet të pakësojë konsumin e mishit të kuq dhe produkteve të detit si edhe të rrisë sasinë e konsumuar të vitaminës C.

Pyetja 4: Niveli i kaliumit në serum është 3.5 mmol/L. Çfarë mendoni ju për këtë rast?



.....

→ **Përgjigja 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 3.0mmol/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

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)

Nëse shfaqen simptoma kardiale ose neurologjike të rëndësishme, indikohet që pacienti të trajtohet me urgjencë.

Refero pacientin për trajtim në shërbimin spitalor 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 shu- micën e rasteve me hipokalemi. Pacientët me insufiçencë kardiale ose sëmundje renale duhet të monitorohen më shpejt pas fillimit të terapisë për shkak të ndryshimeve potencial- isht 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 protektorë, amilorid, triamteren, ose spironolakton, beta bllokues, inhibitorët e enzimës konvertuese të angiotenzinës (ACE-i), bllokuesit e receptorëve të angiotenzinës II)

Diuretikët kalium-protektorë 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 5: Genti

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
Zemra: Me tone të qarta, ritmike dhe pa zhurma
Mushkëritë: Respiracion vezikular.
Anësitë: Pa edema

Pyetja 1: Cilat janë disa prej efekteve anësore më të zakonshme të medikamenteve që po merr pacienti?



→ Përgjigje

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

Pyetja 2: Cilat analiza laboratorike duhet të bëjë pacienti?



Empty dotted box for the answer to Question 2.

→ **Përgjigje:** Kjo varet nga analizat e kryera në vizitat e mëparshme.

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

Pyetja 3: Niveli i K⁺ të pacientit është 5.5 mEq/L. A ka nevojë për ekzaminime shtesë?



Empty dotted box for the answer to Question 3.

→ **Përgjigje:** Këto vlera janë sugjeruese të një hiperkalemie të lehtë.

Pacienti po trajtohet me hidrokloriazid 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, enalaprilin ose e të dy medikamenteve bashkë. Nëse është e mundur ndërprisni terapinë me to.

Në këtë rast nuk ka nevojë për EKG.