



REPUBLIKA E SHQIPËRIË  
MINISTRIA E SHËNDETËSISË  
DHE MIRËQENIES SOCIALE



## UDHËZUES KLINIK PËR KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR: DHIMBJA E KRAHARORIT

2025



# **UDHËZUES KLINIK PËR KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR: DHIMBJA E KRAHARORIT**

**2025**

Hartimi dhe publikimi i këtij dokumenti u realizua në kuadër të projektit SOLIDAR-Bashkë në emergjencat shëndetësore, një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC. Pikëpamjet dhe përfundimet e shprehura në këtë publikim nuk pasqyrojnë domosdoshmërisht ato të Qeverisë Zvicerane apo të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) dhe GFA.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development  
and Cooperation SDC



**SOLIDAR**  
BASIRË NË EMERGJENCAT SHËNDETËSORE



**Dokumenti u hartua nën drejtimin e Grupi i Punës Për Cilësinë e Shërbimit të Urgjencave Mjeksores në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor, Grup i ngritur sipas vendimit nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, me Nr prot. 811; Nr 82, më Datë 13/02/2025.**

**Ky dokument është hartuar nga një ekip pune i përbërë nga:**

Dr. Rudina Preci (mjeke kardiologe)  
Dr. Ledia Qatipi (mjeke familje)  
MSc. Flutura Markaj (infermiere dhe menaxhere mjeksore)  
Dr. Valbona Iljazi (mjeke familje)

**Konsulentë në hartim:**

Dr. Elizabet Swain (mjek familje)  
Dr. Sylvia Glenn (mjek familje)

**Dokumenti është rishikuar nga një ekip pune i përbërë nga:**

Dr. Albana Koçiaj (mjeke urgjence)  
Dr. Artencë Collaku (mjeke familje)  
Dr. Shkëndije Gruda (mjeke familje)

Rishikuar nga Akademia e Mjekut të Familjes, përfaqësues Dr. Artencë Collaku  
Rishikuar nga Shoqata Shqiptare e Urgjencave Mjekësore, përfaqësues Prof. Edmond Zaimi  
Konsultuar me Urdhrin e Infermierit të Shqipërisë, përfaqësues, PhD. Blerina Duka

# PËRMBAJTJA

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>HYRJE.....</b>                                                                  | <b>1</b>  |
| <b>1 NEVOJA E HARTIMIT TË UDHËZUESIT .....</b>                                     | <b>1</b>  |
| <b>2 OBJEKTIVAT MJEKSORE .....</b>                                                 | <b>1</b>  |
| 2.1 PËRFITIMET E PRITSHME .....                                                    | 2         |
| 2.2 REZULTATI I PRITSHËM .....                                                     | 2         |
| 2.3 KY APLIKOHET KY UDHËZUES .....                                                 | 2         |
| 2.4 PROCESI I HARTIMIT TË UDHËZUESIT.....                                          | 2         |
| 2.5 FORMULIMI I REKOMANDIMEVE.....                                                 | 2         |
| 2.6 KONSIDERIMI I PËRFITIMEVE DHE DËMEVE.....                                      | 3         |
| 2.7 LIDHJA MIDIS REKOMANDIMEVE DHE EVIDENCAVE.....                                 | 3         |
| 2.8 PROCEDURA E PERDITËSIMIT .....                                                 | 3         |
| 2.9 QARTËSIA E PREZANTIMIT.....                                                    | 3         |
| 2.10 OPSIONE MENAXHIMI .....                                                       | 3         |
| 2.11 APLIKUESHMËRIA.....                                                           | 4         |
| 2.12 MJETET IMPLEMENTUESE.....                                                     | 4         |
| 2.13 IMPAKTI FINANCIAR.....                                                        | 4         |
| 2.14 KRITERET MONITORUESE/AUDITI.....                                              | 5         |
| <b>3 PËRKUFIZIMI/ETIOLOGJIA .....</b>                                              | <b>6</b>  |
| <b>4 ANAMNEZA DHE EKZAMINIMI FIZIK.....</b>                                        | <b>7</b>  |
| 4.1 ANAMNEZA .....                                                                 | 7         |
| 4.1.1 MËNYRA E FILLIMIT TË DHIMBJES .....                                          | 9         |
| 4.1.2 CILËSIA DHE VENDNDODHJA E DHIMBJES.....                                      | 9         |
| 4.1.3 SIMPTOMAT SHOQËRUESE .....                                                   | 9         |
| 4.1.4 ANAMNEZA E JETËS .....                                                       | 10        |
| 4.1.5 MEDIKAMENTET.....                                                            | 10        |
| 4.1.6 ANAMNEZA FAMILJARE.....                                                      | 11        |
| 4.1.7 ANAMNEZA SOCIALE.....                                                        | 12        |
| 4.1.8 FAKTORËT E RRISKUT .....                                                     | 12        |
| 4.1.9 A KA BËRË VLERËSIME DHE EKZAMINIME TË MËPARËSHME PËR DHIMBJE KRAHËRORI ..... | 13        |
| 4.2 EKZAMINIMI FIZIK.....                                                          | 13        |
| 4.2.1 PAMJA E PËRGJITHSHME .....                                                   | 13        |
| <b>5 VLERËSIMI I DHIMBJES SË KRAHARORIT .....</b>                                  | <b>15</b> |
| 5.1.1 INTERCHEST.....                                                              | 15        |
| 5.1.2 KRITERET WELLS.....                                                          | 17        |

|           |                                                                                                          |           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>6</b>  | <b>INTERPRETIMI I EKG .....</b>                                                                          | <b>20</b> |
| 6.1       | EKG 20                                                                                                   |           |
| 6.2       | NDRYSHIMET E EKG - SË NË PATOLOGJI KRYESORE QË SHKAKTOJNË DHIMBJE KRAHARORI .....                        | 24        |
| 6.2.1     | INFARKTI I MIOKARDIT .....                                                                               | 24        |
| 6.2.2     | INFARKT AKUT ANTERIOR .....                                                                              | 25        |
| 6.2.3     | INFARKT AKUT INFERIOR .....                                                                              | 26        |
| 6.2.4     | PERIKARDITI .....                                                                                        | 26        |
| 6.2.5     | TROMBOEMBOLIA PULMONARE .....                                                                            | 27        |
| 6.2.6     | DISEKACION AORTE .....                                                                                   | 27        |
| <b>7</b>  | <b>DIAGNOZA DIFERENCIALE .....</b>                                                                       | <b>28</b> |
| <b>8</b>  | <b>DHIMBJA E KRAHARORIT TEK FEMIJET DHE ADOLESHENTËT .....</b>                                           | <b>32</b> |
| <b>9</b>  | <b>MENAXHIMI I DHIMBJES SË KRAHARORIT .....</b>                                                          | <b>32</b> |
| 9.1       | MENAXHIMI I SKA OSE INFARKTIT AKUT TË MIOKARDIT (IAM) .....                                              | 33        |
| 9.2       | MENAXHIMI I RASTEVE SUSPEKT PËR TEP .....                                                                | 35        |
| 9.3       | MENAXHIMI I RASTEVE TË SUSPEKTUARA PËR PNEUMOTORAKS PRIMAR SPONTAN .....                                 | 35        |
| 9.4       | MENAXHIMI I ATAKUT TË PANIKUT .....                                                                      | 35        |
| <b>10</b> | <b>LISTA E PAJISJEVE TË NEVOJËSHME PËR VLERËSIMIN E DHIMBJES SE KRAHARORIT NË KUJDESHIN PARËSOR.....</b> | <b>38</b> |
| <b>11</b> | <b>LISTA E MEDIKAMENTEVE TË NEVOJËSHME PËR MENAXHIMIN E DHIMBJES SE KRAHARORIT NË PARËSOR.....</b>       | <b>38</b> |
| <b>12</b> | <b>DETYRAT DHE PËRGJEGJËSITE E MJEKUT DHE INFERMIERIT NË MENAXHIMIN E DHIMBJES SË KRAHARORIT .....</b>   | <b>39</b> |
| 12.1      | DETYRAT DHE PËRGJEGJËSITË E MJEKUT TË FAMILJES .....                                                     | 39        |
| 12.2      | DETYRAT DHE PËRGJEGJËSITË INFERMIERORE NË DHIMBJEN E KRAHARORIT .....                                    | 39        |
| <b>13</b> | <b>TREGUESIT E MONITORIMIT TË ZBATIMIT TË UDHËZUESIT TË TRAJTIMIT TË DHIMBJES SË KRAHARORIT .....</b>    | <b>44</b> |
| <b>14</b> | <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>                                                                                | <b>45</b> |
| <b>15</b> | <b>ANEKSE .....</b>                                                                                      | <b>49</b> |
| 15.1      | FORMA STANDARTE PËR VLERËSIMIN E URGJENCAVE MJEKSORE .....                                               | 49        |
| 15.2      | VLERËSUESI INTERCHEST DHE ALGORITMI I PËRDORIMIT TË TIJ .....                                            | 50        |
| 15.3      | VLERËSIMI PER TEP NËPËRMJET KRITEREVE WELLS, VLERËSUESIT PERC DHE ALGORITMI I PËRDORIMIT TË TYRE.....    | 51        |
| 15.4      | ALGORITMI I MENAXHIMIT TË DHIMBJES SE KRAHARORIT .....                                                   | 53        |
| 15.5      | LISTA E HOLLËSISHME E DIAGNOZËS DIFERENCIALE TË DHIMBJES SË KRAHARORIT .....                             | 54        |
| <b>16</b> | <b>SHKURTIME .....</b>                                                                                   | <b>59</b> |

## HYRJE

Ky Udhëzues është rezultat i një pune kërkimore bazuar në evidencat më të fundit dhe synon të krijojë një standart vlerësimi dhe menaxhimi për dhimbjen e kraharorit në kujdesin shëndetësor parësor, dhe në mënyrë të veçantë në qendrat e urgjencës 24/7.

Udhëzuesi përmban instrumenta klinike të nevojshëm, si vlerësues të validuar INTERCHEST, kriteret Wells, vlerësuesi PERC, që lehtësojnë vlerësimin e pacientëve me dhimbje kraharori, me qëllim përjashtimin e diagnozave jetë kërcënuese më të shpeshta si Sindromën koronare akute apo Trombembolinë pulmonare. Udhëzuesi përcakton qartë detyrat dhe përgjegjësitë e mjekut dhe infermierit të familjes në kujdesin për pacientët me dhimbje kraharori.

Hartimi i këtij Udhëzuesi do të pasohet nga hartimi i Manualit të Trajnimit për aftësimin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor parësor në përdorimin e Udhëzuesit të menaxhimit të dhimbjes së kraharorit në praktikën e tyre të përditshme.

Sipas të dhënave të OBSH mbi rrishtin kardivaskular për rajonet e Europës, të publikuara nga ESC 2023, Shqipëria bën pjesë në zonën e rrishtit të lartë për sëmundjet kardiovaskulare. Sipas të dhënave të INSTAT 2023 sëmundjet kardiake janë shkaku kryesor i vdekjeve në Shqipëri.

## 1 NEVOJA E HARTIMIT TË UDHËZUESIT

Pas vlerësimeve në periudhën Shkurt 2023-Tetor 2023 nëpërmjet observimeve, intervista në terren në 4 Rajonet: Shkodër, Elbasan, Vlorë dhe Tiranë dhe analizimit të të dhënave, *u konstatua nevoja e një udhëzuesi të menaxhimit të dhimbjes së kraharorit.*

Në Workshopin Kombëtar të Urgjencave, zhvilluar në Janar dhe Tetor 2024, pas prezantimit të vlerësimit analizues, u dakordësua nevoja e hartimit të Udhëzuesit të Dhimbjes së Kraharorit, si dokument bazë për hartimin e protokollit të dhimbjes së kraharorit në nivel institucional.

## 2 OBJEKTIVAT MJEKSORE

1. Vlerësimi i duhur i pacientit që prezantohet me dhimbje kraharori në kujdesin parësor, nëpërmjet anamnezës, ekzaminimit fizik dhe përdorimit të instrumentave ndihmës të vlerësohet rreziku për probleme jetë kërcënuese.
2. Interpretimi i EKG nga mjekët e familjes në kontekstin e dhimbjes së kraharorit.
3. Menaxhimi i dhimbjes së kraharorit sipas një algoritmi, që siguron vlerësimin e shpejtë të pacientit, bërjen brenda 10 minutave të para të EKG, dhe fillimin e mjekimit për urgjencat mjeksore deri në mbërritjen e ambulancës, apo transferimin në spital të pacientit.

## **2.1 PËRFITIMET E PRITSHME**

Ky Udhëzues, i cili ka shqyrtuar dhe marrë për bazë të gjithë përmbajtjen e ndërtuar mbi këtë temë, do të prezantojë një standart vlerësimi për pacientët me dhimbje kraharori; si dhe një standart menaxhimi të urgjencave më të shpeshta që prezantohen me dhimbje kraharori në kujdesin shëndetësor parësor, veçanërisht në qendrat 24/7.

## **2.2 REZULTATI I PRITSHËM**

Ekipi i mjeksisë së familjes do të pajiset me një Udhëzues Klinik për dhimbjen e kraharorit i cili do udhëheqë çdo hap vlerësimi dhe kujdesi për pacientët me dhimbje kraharori.

Pacientët që prezantohen me dhimbje kraharori do të marrin kujdesin e duhur, vlerësim të shpejtë, bërje brenda 10 min nga ardhja e pacientit të EKG dhe interpretim të saj dhe marrja e vendimit të duhur se ku duhet të shkojë pacienti.

## **2.3 KY APLIKOHET KY UDHËZUES**

Ky Udhëzues aplikohet për kujdesin shëndetësor parësor, kryesisht qendrat 24/7 të urgjencës së parësorit sepse në këtë sistem punojnë mjek familje dhe ka kufizim të investigimeve të nevojshme për konfirmim të disa urgjencave mjeksore, trajtimeve të specializuara dhe medikamenteve.

## **2.4 PROCESI I HARTIMIT TË UDHËZUESIT**

Procesi i zhvillimit të udhëzuesit ndoqi një qasje të strukturuar dhe shumë etapa. Drafti i parë u zhvillua me një shqyrtim gjithëpërfshirës të literaturës së fundit nga bazat e të dhënave dhe platformat shkencore, së bashku me udhëzimet klinike ndërkombëtare, duke përfshirë "Manualin për Mjekët e Përgjithshëm" (2008), "Udhëzuesin Klinik për Emergjencat Mjekësore" (2016), Udhëzimet ACC/AHA 2021 mbi Vlerësimin dhe Diagnostikimin e Dhimbjes së Gjoksit, Udhëzimet ESC 2023 mbi Sindromat Akute Koronare, Udhëzimet NICE 2023, Udhëzimet Praktike Kanadeze për Kujdesin Parësor, BMJ 2019: "Dhimbja e Gjoksit në Praktikën e Përgjithshme", Përditësimi i Mbështetjes së Avancuar të Jetës së Kryqit të Kuq Amerikan 2020.

Komentet mbi Draftin i u morën gjatë një takimi konsultativ të organizuar nga projekti SOLIDAR dhe u integruan në Draftin II, i cili iu dorëzua Shoqatës Shqiptare të Urgjencës Mjekësore dhe Akademisë së Mjekësisë Familjare. Rekomandimet e tyre formësuan Draftin III, i cili më pas u finalizua përmes konsultimeve me Grupin e Punës së Cilësisë së Shërbimeve Mjekësore të Emergjencës në Kujdesin Shëndetësor Parësor, të krijuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

## **2.5 FORMULIMI I REKOMANDIMEVE**

Rekomandimet u zhvilluan duke përdorur publikimet e shoqatës Amerikane të Kardiologjisë dhe të asaj Europiane, rekomandimet nga Udhëzuesit NICE, ato Kanadeze, përditësim nga Uptodate dhe duke konsideruar Sistemin e

Kujdesit Shëndetësor parësor në Shqipëri, në dakordësim me grupin rishikues, Shoqatën Shqiptare të Urgjencave Mjeksores dhe Akademinë e Mjekut të Familjes.

## **2.6 KONSIDERIMI I PËRFITIMEVE DHE DËMEVE**

Përfitimet e përdorimit të vlerësuesve të standartizuar si INTERCHEST, kriteret WELL'S dhe vlerësuesi PERC, janë mjete ndihmëse për të vlerësuar rrezikun për sëmundje kardiovaskulare jetëkërcënuese si dhe rrezikun për TEP; 2 nga shkaqet më të shpeshta jetëkërcënuese të dhimbjes së krahavorit.

Bërja e EKG brenda 10 min të para kur dyshohet problem kardiak, lajmërimi sa më shpejt i urgjencës 127, duke shpjeguar vlerësimin e pacientit, fillimi i trajtimit, vendosja e një linje venoze janë ndërhyrje të nevojshme që pacienti të referohet sa më shpejt në qendër të specializuar për vlerësimet, investigimet dhe procedurat e nevojshme që të ulët rreziku i mortalitetit.

## **2.7 LIDHJA MIDIS REKOMANDIMEVE DHE EVIDENCAVE**

Rekomandimet janë bërë bazuar në mjeksinë e bazuar në evidencë, informacion i përfitësuar nga organizata profesionale si Shoqata Europiane e Kardiologjisë, Shoqata Amerikane e Kardiologjisë, evidenca mbi sensitivitetin dhe specificitetin e instrumentave të validuar si Interchest, kriteret Well's dhe vlerësuesi PERC.

## **2.8 PROCEDURA E PERDITËSIMIT**

Udhëzuesi do të perditësohet sipas nevojës maksimumi deri 5 vite pas publikimit.

## **2.9 QARTËSIA E PREZANTIMIT**

Rekomandime specifike dhe të detyrueshme

- Mjeku të vlerësojë rrezikun për urgjencë jetë kërcënuese si SKA, TEP, pneumotoraks, disekacion aorte dhe rakturë ezofagu, nëpërmjet anamnezës, ekzaminimit objektiv, përdorimit të instrumentave klinikë të validuar si INTERCHEST, kriteret WELL'S dhe PERC.
- EKG të bëhet brenda 10 min të para.
- Pacienti të ketë linje venoze të hapur para se të transportohet.
- Te jepet Aspirinë kur dyshohet për SKA.
- Te mos vonohet transportimi i pacientit në spital kur dyshohen urgjencë jetë kërcënuese.

## **2.10 OPSIONE MENAXHIMI**

- Kur dhimbja e krahavorit dyshohet të jetë nga urgjencë jetë kërcënuese, pacienti do të ketë nevojë të transferohet në spital për vlerësime të mëtejshme për konfirmim diagnoze dhe trajtim.
- Pacientit duhet ti shpjegohet gjendja e tij, vlerësimi i mjekut dhe rekomandimet dhe ai të dakordësojë planin për vlerësim dhe trajtim në nivel spitalor.
- Nëse dhimbja e krahavorit nuk është nga shkaqe jetë kërcënuese, pacientit i jepen rekomandimet e nevojshme, përfshirë edhe konsulta me mjekë specialist.

## 2.11 APLIKUESHMËRIA

Lehtësuesit dhe barrierat e aplikimit:

- Monitorimi i zbatimit të Udhëzuesit të Dhimbjes së Krahavorit do të lehtësojë zbatimin e tij
- Trajtime për njohjen me Udhëzuesin e dhimbjes së krahavorit do të lehtësojnë zbatimin e tij praktik, përfshirë edhe trajnimin mbi interpretimin e EKG në kontekstin e dhimbjes së krahavorit.

Barrierat:

- Qëndrat e urgjencës së parësorit 24/7 nuk janë të pajisura njësoj, si përsa i përket pajisjeve mjeksore (jo të gjitha qëndrat kanë aparat rentgenografie, ekografi apo laborator), si përsa i përket disponibilitetit të ambulancave.
- Mungesa e Morfinës në listën e barnave të urgjencës në parësor, mungesa e LMWH.

## 2.12 MJETET IMPLEMENTUESE

Qendrat 24/7 do të pajisen me:

- Udhëzuesit.
- Algoritmet e menaxhimit dhe instrumenta të tjera si forma e vlerësimit të urgjencës, INTERCHEST, kriteret Wells, vlerësuesi PERC si instrumenta vlerësues.
- Do të suportohen të hartojnë Protokollin e Trajtimit të Dhimbjes së Krahavorit, bazuar në kapacitetet e tyre.

## 2.13 IMPAKTI FINANCIAR

Ky udhëzues është hartuar duke konsideruar jo vetëm rekomandimet e bazuara në evidenca shkencore, por edhe strukturën aktuale të qendrave të urgjencës së parësorit, diversitetin në pajisje, investigime imazherike dhe analiza laboratorike. Çdo qendër shëndetësore në varësi të kapaciteteve do të hartojë protokollin e saj të menaxhimit dhe trajtimit të dhimbjes së krahavorit.

Njohja me udhëzuesin rekomandohet të bëhet nëpërmjet edukimit në vazhdim, si detyrim për çdo mjek që punon në qendrat e urgjencës së sistemit parësorit.

Ka një minimum të pajisjeve dhe medikamenteve të nevojshme për të ofruar këtë shërbim, të cilat janë pjesë e udhëzuesit, nuk mund të ketë një qendër urgjence që ofron shërbimin për pacientët me dhimbje krahavori pa një aparat EKG, pa oksigjen, pa defibrilator.

Qëndrat e urgjencës së parësorit të cilat disponojnë edhe shërbimin e ambulancës për transferimin e pacientëve, kanë nevojë të kenë një listë më të zgjeruar me medikamente, përfshirë Morfinën dhe LMWH.

*Shtimi i medikamenteve të propozuara (Morfinë ampulë, Enoxaparine subkutane) në paketën bazë të shërbimeve të KSH për menaxhimin e dhimbjes kardiake, bazuar në Udhëzuesin Klinik, pritet të ketë një ndikim buxhetor rreth 31,130 lekë në vit për një qendër shëndetësore që mbulon 10,000 banorë.*

*Kjo përfaqëson një rritje të moderuar të kostos që mund të justifikohet me përfitimet në uljen e morbiditetit, përmirësimin e cilësisë së kujdesit emergjent dhe shmangien e komplikacioneve të rënda kardiake.*

| MEDIKAMENTI           | KOSTO NJËSI (LEKË) | SASIA PËR RAST | NUMRI RASTE/VIT | KOSTO TOTALE VJETORE (LEKË) |
|-----------------------|--------------------|----------------|-----------------|-----------------------------|
| Morfinë ampulë        | 1,613              | 1              | 10              | 16,130                      |
| Enoxaparine subkutane | 1,500              | 1              | 10              | 15,000                      |
| TOTAL                 |                    |                |                 | 31,130                      |

*Për zbatimin e rekomandimeve të Udhëzuesit Klinik për Dhimbjen e Krahavorit, nevojitet gjithashtu pajisja e qendrave shëndetësore me defibrilatorë automatikë të jashtëm (shembull marka AED, AED iPad CU-SP1).*

*Kostoja fillestare e një Defibrilatori plotësisht automatik AED (AED iPad CU-SP1), vlerësohet rreth 250,000 lekë për pajisje, me jetëgjatësi të pritshme 8 vjet. Përfshirë kostot e trajnimit të personelit dhe mirëmbajtjes së pajisjes, kostoja vjetore e amortizuar për qendër shëndetësore llogaritet rreth 32,000 lekë në vit, ndërsa materialet e konsumueshme të zëvendësueshme në vit llogariten në shifrën 50,000 Lekë.*

*Ky investim konsiderohet i justifikuar për shkak të rolit kritik në menaxhimin e emergjencave kardiace dhe potencialit për shpëtimin e jetës.*

| ZËRI                                 | VLERA (LEKË)                |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Kosto blerje model AED               | 250,000 lekë (çmim mesatar) |
| Jetëgjatësia e pajisjes (amortizimi) | 8 vjet                      |
| Kosto vjetore trajnimi + mirëmbajtje | 50,000 lekë/vit             |
| Kosto vjetore për materialet         | 50,000 lekë/vit             |
| Kostoja vjetore e amortizuar         | 32,000 lekë /vit            |

## 2.14 KRITERET MONITORUESE/AUDITI

Ky Udhëzues ka të përfshirë kriteret monitoruese, si dhe ka të qartësuar detyrat dhe përgjegjësitë e mjekut dhe infermierit në kujdesin për pacientët me dhimbje krahavori, që do të lejojnë grupet monitoruese të vlerësojnë zbatimin e udhëzuesit.

Dhimbja e krahavorit është dhimbje, diskomfort që ndjehet kudo përgjatë pjesës së përparme të krahavorit, midis qafës dhe pjesës së sipërme të barkut.

Dhimbja e krahavorit është një sfidë diagnostike në praktikën klinike në shërbimin parësor për shkak të gamës së gjerë të diagnozave të mundshme, përfshirë edhe diagnoza jetë kërcënuese.

1. Origjina e dhimbjes së krahavorit mund të jetë nga struktura brenda në krahavor, përfshirë lëkurën, brinjët, muskullin intervertebrale, pleurën, ezofagun, zemrën, aortën, diafragmën. Inervimi i strukturave të toraksit ndjek të njëjtën rrugë në sistemin nervor, duke e bërë të vështirë identifikimin e burimit të dhimbjes.
2. Në kujdesin shëndetësor parësor vizitat për dhimbjen e krahavorit zënë një pjesë të rëndësishme, por shkaku kryesor i prezantimit me dhimbje krahavori në parësor nuk është me origjinë kardiakë. Afërsisht 1% e të gjitha vizitave ambulatorë në kujdesin parësor në SHBA janë për dhimbje krahavori. Vetëm 2-4 % e këtyre pacientëve kanë anginë të paqëndrueshme ose infarkt akut të miokardit (IAM) (1). Sipas hartave të ndërtuara për rriskun kardiovaskular nga OBSH për rajonet e Europës, të publikuara nga ESC 2023, Shqipëria bën pjesë në zonën e riskut të lartë për sëmundjet kardiovaskulare.
3. Sipas të dhënave të INSTAT 2023 sëmundjet kardiakë janë shkaku kryesor i vdekjeve në Shqipëri.
4. Shkaqe të tjera të dhimbjes së krahavorit përfshijnë sëmundje pulmonare si pneumonia, embolia pulmonare etj; çrregullime psikologjike si ataku i panikut dhe çrregullime kardiovaskulare jo-ishemike si insuficienca kardiakë kongjestive, disekacioni i aortës torakale, perikarditi etj. Në SHBA në 15% të rasteve nuk arrihet një diagnozë përfundimtare.

Pacientët që paraqiten me shpesh me dhimbje krahavori janë pacientë të moshës 45-64 vjeç. Shkaqet më të zakonshme të dhimbjes janë dhimbjet muskulare të krahavorit, refluksi gastro-ezofageal dhe kostokondriti.

Mjeku i familjes duhet të identifikojë problemet urgjente jetë kërcënuese si Sindromën Koronare Akute (SKA) dhe Trombembolia Pulmonare, por nga ana tjetër duhet të mbrojë pacientin nga investigime dhe hospitalizimi i panevojshëm.

Bazuar në anamnezën dhe ekzaminimin fizik, mjeku i familjes duhet të vlerësojë probabilitetin që dhimbja e krahavorit është për shkak të sëmundjeve të arterieve koronare dhe të vendosë nëse investigime apo trajtime shtesë janë të nevojshme, ashtu si edhe kohën e realizimit të tyre. (5) Mjekët e familjes duhet të identifikojnë nëse dhimbja e krahavorit është jetë-kërcënuese dhe nëse është i nevojshëm hospitalizimi i pacientit.

Mjekët duhet të përdorin një vlerësues rrisht të standartizuar, që të përcaktojë nëse pacienti ka rrezik të ulët, të mesëm apo të lartë për problem kardiak. Pra duhet të zhvillojnë përjashtjen e duhur që do të ndihmojë të identifikojnë ata pacientë që kanë nevojë për më tepër vlerësime. Pacientët me rrezik të ulët shpesh nuk kanë nevojë për teste, por mund të referohen për vizita me specialistët përkatës dhe jo të hospitalizohen.

EKG duhet të bëhet tek çdo pacient me dhimbje në krahavor, përveç rasteve kur shkaqet jo kardiakë janë evidente. EKG duhet të bëhet brenda 10 minutave të para dhe të vlerësohet për ngritje të segmentit ST.

Troponinat kardiakë konsiderohen biomarkues standart të preferuar për vendosjen apo përjashtimin e diagnozës së infarktit akut të miokardit. Udhëzuesit aktual të ESC sygjerojnë matjen e troponinave me sensitivitet të lartë. Përparimet në teknologji kanë sjellë edhe evolucion në aparatet dhe metodat e matjes së troponinës. Ky evolucion

po mundëson aparatura që realizojnë matjen e troponinave me sensitivitet të lartë edhe në pikën e kujdesit (POCT), efikasiteti i të cilave është në studim në shumë vende të botës dhe probabilitet mund të jetë pjesë e Udhëzuesve të ardhshëm, gjë do sillte një zhvillim të ri në identifikim dhe menaxhim më adekuat të rasteve.

EKO POCUS - Eko në pikën e kujdesit/ te shtrati i pacientit, për qendra që e disponojnë aparaturën dhe kanë staf të trajnuar. Ky është një ekzaminim që gjithnjë e më shumë po sugjerohet të jetë në ndihmë të personelit mjekësor për të marrë një informacion shtesë në lidhje me diagnozat e dyshuara dhe menaxhimin sa më adekuat të pacientit.

Si në meshkujt dhe në femrat simptoma kryesore e SKA është dhimbja e krahavorit. Në pacientet femra, pacientët nën 40 vjeç apo mbi 75 vjeç, si dhe ata me diabet simptomat mund të jenë atipike.

Në pacientët mbi 75 vjeç, SKA duhet të konsiderohet kur simptomat shoqëruese të dhimbjes së krahavorit përfshijnë edhe dispne, sinkop, delir apo rrëzim të papritur. Një pacient diabetik, mund të pësojë infarkt akut miokardi pa dhimbje, me simptoma jo specifike si dispnea.

Një vlerësim i strukturuar rrisi duhet të përdoret për pacientët me dhimbje akute apo dhimbje të qëndrueshme krahërori, duke përdorur udhëzuesin bazuar në evidenca për të matur rrezikun e SKA.

## 4 ANAMNEZA DHE EKZAMINIMI FIZIK

Anamneza dhe ekzaminimi fizik janë elementët bazë për vlerësimin e çdo pacienti. Pacientët me dhimbje krahavori duhen vlerësuar urgjent dhe me seriozitet nga mjeku për të përjashtuar problemet me potencial jetë kërcënues.

- Vlerësimi i dhimbjes (fillimi, lokalizimi, cilësia, përhapja, intensiteti, koha e fillimit etj).
- Simptoma të tjera: nauze, të vjella, diaforezë.
- Historiku i sëmundjes: probleme kardiake apo pulmonare të mëparshme, sinkop.
- Faktorë rreziku: anamneza familjare pozitive për probleme kardiake, duhanpirja, obeziteti, diabeti, hipertensioni, dislipidemia.
- Vlerësimi i shenjave vitale.
- Ekzaminimi fizik.

### 4.1 ANAMNEZA

Një histori e detajuar e dhimbjes së krahavorit është thelbësore për identifikimin e shkakut. Elementet kryesore që duhen shqyrtuar përfshijnë:

1. **Lokalizimi i dhimbjes:** Ku pacienti e ndien dhimbjen: retrosternale, epigastrike, prekordiale. Në një zonë të lokalizuar ose e shpërndarë në të gjithë krahavorin.
2. **Përhapja:** Ku përhapet? Dhimbje epigastrike që përhapet në formë brezi është e lidhur me dhimbjet që jep pankreatiti, kolecistiti. Dhimbje epigastrike që përhapet retrosternale dhe ka lidhje me ushqimin, me pozicionin, që shoqërohet me lëngje në pjesën orale është e lidhur me refluksin gastroezofageal. Dhimbje retrosternale, shtrënguese me irradim në nofullën e poshtme, shpatull të majtë është dhimbje anginoze.

3. **Mënyra e fillimit:** e menjëhershme apo graduale. Çfarë po bënte kur filloi dhimbja? Filloi në qetësi? Filloi në efort? Pyesni pacientin nëse dhimbja i shfaqet natën në gjumë, në mëngjes, gjatë ditës apo sapo zgjohet.
4. **Cilësia e dhimbjes:** Si e përshkruan pacienti dhimbjen, si djegie, shtypje, rëndesë, tërheqje, thikë ose dërrmuese etj.
5. **Përhapja e dhimbjes:** A përhapet dhimbja dhe ku përhapet, në krahun e majtë, qafë, nofull ose kurriz.
6. **Intensiteti i dhimbjes:** Sa e fortë është dhimbja? Ta vlerësojme me shkallëzimin 0-10. (0 nuk ka dhimbje dhe 10 dhimbja më e fortë që ka përjetuar në jetën e tij/saj). Dhimbjet mbeten të njëjta si në fillim, shtohen me kalimin e kohës, janë konstante ose shfaqen dhe largohen vetë.
7. **Faktorët lehtësues:** A ka faktorë që e përmirësojnë? Nëse dhimbja përmirësohet kur pacienti shtrihet, në pozicion ulur i përkulur përpara, pas marrjes së Nitroglicerines, Ibuprofenit apo Alprazolamit.
8. **Faktorët përkeqësues:** A ka faktorë që e përkeqësojnë dhimbjen? A përkeqësohet gjatë sforcimit fizik, gjatë frymëmarrjes ose frymënxjerrjes, ekspozimit ndaj të ftohtit, gjatë ose pas ushqyerjes, gjatë lëvizjeve ose pozicioneve të caktuara si ulur, shtrirë apo në këmbë.
9. **Kohëzgjatja:** Sa zgjat dhimbja? Dhimbja zgjat disa minuta, zgjat për disa orë apo ditë.
10. **Shpeshtësia:** sa shpesh shfaqen dhimbjet, dhimbje për herë të parë, çdo ditë apo disa herë në ditë. (7)

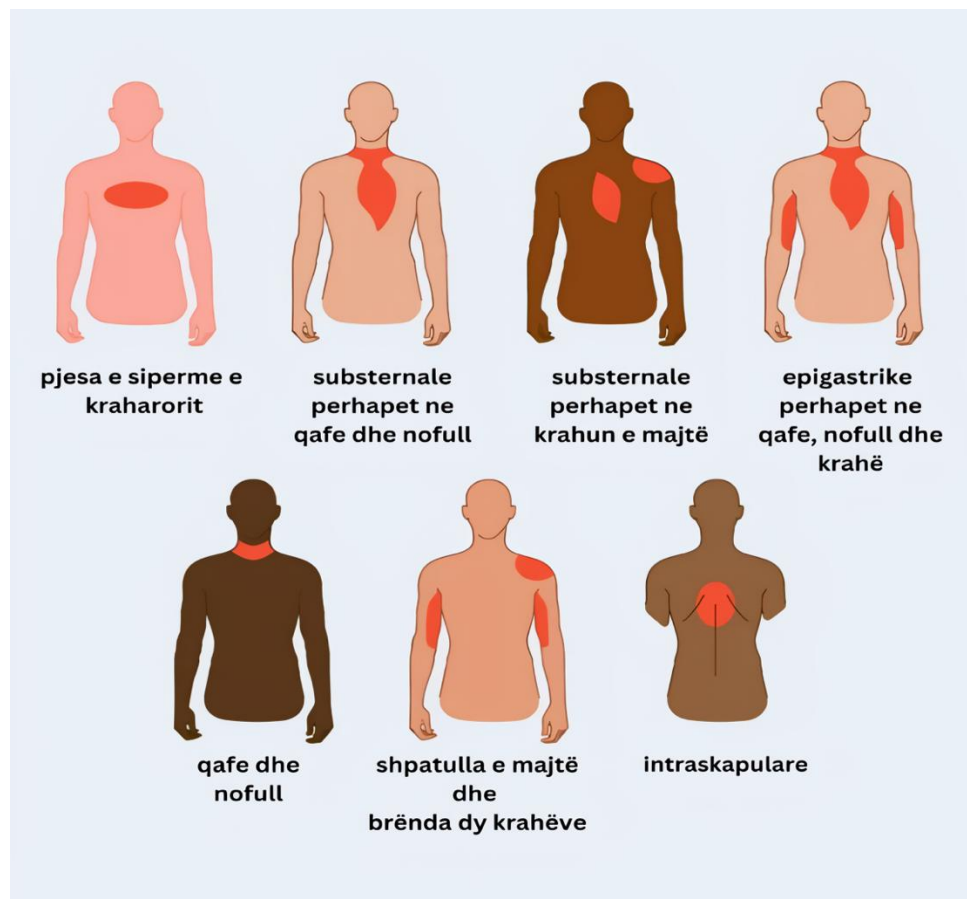


**Figura 1:** Lokalizimi dhe përhapja e dhimbjes. (Burimi: Foto adaptuar nga Medical News Today)

Vlerësimi i dhimbjes së krahërorit nëpërmjet elementëve të mësipërm e drejton MF për të bërë një diagnozë diferenciale midis dhimbjes kardiake dhe jokardiake.

#### 4.1.1 MËNYRA E FILLIMIT TË DHIMBJES

- Dhimbja e papritur dhe shumë e fortë mendo një urgjence mjeksore si disekacion akut të aortës, pneumotoraks, trombembolinë pulmonare dhe infarkti akut i miokardit.
- Dhimbja që përkeqësohet me kalimin e kohës dhe ndryshon karakter dysho për sindrom koronar akut.

#### 4.1.2 CILËSIA DHE VENDNDODHJA E DHIMBJES

- Dhimbje e menjëhershme, si thikë, me lokalizim retrosternal dhe përhapje pas në kurriz duhet dyshuar për **disekacion aorte**.
- Dhimbje e menjëhershme, si thikë, në zona të tjera të krahërorit, e shoqëruar me ulje saturimesh, e shfaqur pas një lëvizje të menjëhershme të trupit mund të jetë dhimbje nga **pneumotoraksi**.
- Dhimbje gjoksi e menjëhershme, shtrënguese, retrosternale, me irradim në anët e krahërorit dhe kurriz shoqëruar me diaforezë mund të jetë dhimbje nga **infarkti akut i miokardit**.
- Dhimbje e menjëhershme krahërore, e shoqëruar me alterime të hemodinamikes dhe saturimeve tek një pacient me aritmi ose vena varikoze apo obez, duhet dyshuar për **tromboemboli pulmonare**.
- Dhimbje që përshkruhet si shtypje, ngarkesë ose shtrëngim në krahëror, që lidhet me stresin fizik dhe psikik dhe që përhapet në krahë, qafë, ose nolla, mund të jetë nga **sëmundja ishemike kardiake**.
- Dhimbja e mprehtë ose pleuritike (lidhet me frymëmarrjen) është më pak e mundshme të jetë ishemike.
- Dhimbje e mprehtë, si thikë dhe e mirë lokalizuar, që shpesh shoqërohet edhe me traumë dhe që përkeqësohet nga lëvizja e artikulacionit dhe digjtopresioni (kur shtypim me gisht krahërorin e pacientit) është karakteristike për dhimbjen **muskulo-skeletike**.
- Dhimbje djegëse në krahëror ose epigastrium, në pacient që ka edhe shenja dhe simptoma të tjera të refluksit gastro-ezofageal, lidhja me ushqimet dhe pozicionin, dysho për dhimbje me origjinë **gastro ezofageale**. (7)

#### 4.1.3 SIMPTOMAT SHOQËRUESE

A ka pacienti simptoma shoqëruese si djersitje, nauze, të vjella, kollë, temperaturë, dispne, fishkëllima etj.

Simptomat shoqëruese na japin një informacion shtesë dhe na orientojnë drejt një diagnoze të mundshme. Psh kur pacienti ka dhimbje të fortë krahërore që shoqërohet me djersitje profuse, nauze apo edhe të vjella, duhet të përjashtojmë një urgjence kardiake.

Dhimbje krahërore që pasohet nga gjendje sinkopale, duhet përjashtuar një urgjencë madhore si Disekacioni i aortës ose IAM shoqëruar me aritmi malinje.

Kur pacienti prezantohet edhe me dispne duhet vlerësuar me shumë kujdes, për të përjashtuar urgjenca të dhimbjes së krahërorit si Trombembolia pulmonare apo Pneumotoraksi.

Kur dhimbja shoqërohet me temperaturë janë elementë të tjerë në ekzaminim që na ndihmojnë në diagnozë nëse pacienti ka pneumoni apo perikardit.

Pra pacienti shihet dhe vlerësohet në tërësi, anamneza, ekzaminimi fizik, faktorët e rrezikut, moshë e pacientit, sëmundje shoqëruese për të përcaktuar rrezikun që ka për sëmundje jetë kërcenuese. (7)

#### 4.1.4 ANAMNEZA E JETËS

Mjeku i familjes duhet të pyesë pacientin mbi problemet shëndetësore aktuale ose të mëparshme, informacion që mund të na ndihmojë dhe orientojë drejt diagnozës më të mundshme. Problemet më poshtë rrisin rrezikun që dhimbja të jetë kardiake.

- Probleme kardio-vaskulare
- Diabeti Melitus (DMT1 ose DMT2)
- Dislipidemitë
- Probleme të tiroides
- Sëmundje renale

Probleme gastro-intestinale si refluksi gastro-ezofageal japin dhimbje djegëse krahbarori.

Venat varikoze dhe probleme hematologjike rrisin rrezikun për Trombemboli pulmonare.

Sëmundje të shëndetit mendor (çrregullime ankthi, depression, çrregullime bipolare, etj) shpesh shoqërohen me dhimbje krahbarori.

Probleme muskuloskeletike janë ndër shkaqet më të shpeshta të dhimbjes së krahbarorit në kujdesin shëndetësor parësor.

Sëmundje malinje hematologjike si mieloma multiple mund të prezantohen edhe me dhimbje në krahbaror. (8)

#### 4.1.5 MEDIKAMENTET

Pyeteni pacientin nëse merr medikamente dhe çfarë medikamentesh merr.

Informacion që na ndihmon jo vetëm për të kuptuar çfarë probleme shëndetësore ka, por edhe nëse pacienti merr ndonjë medikament që mund të jetë përgjegjës për dhimbjen e krahbarorit, duke dëmtuar zemrën dhe rënduar gjendjen e pacientit.

Medikamentet më të zakonshëm që mund të shkaktojnë dhimbje krahbarori janë paraqitur në tabelën 2 të mëposhtme (9)

| KLASA/ MEDIKAMENTET                                                                  | EFEKTET ANËSORE KARDIAKE                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Antiinflamatorët Jo-Steroidal (NSAIDs)</b><br>Ibuprofen<br>Naproxen<br>Diclofenac | HTA,<br>Rrisin rrezikun për infarkt akut të miokardit |
| <b>Inhibitorët e Enzimave COX-2</b><br>Celecoxib                                     | HTA,<br>Rrisin rrezikun për infarkt akut të miokardit |

|                                                                           |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Thiazolidinedionet</b><br>Pioglitazone<br>Rosiglitazone                | Përkeqësojnë insuficiencën kardiale                                        |
| <b>Inhibitorët e Dipeptidyl Peptidase-4</b><br>Sitagliptin<br>Saxagliptin | Përkeqësojnë insuficiencën kardiale                                        |
| <b>Antiaritmikë të klasës së I</b><br>Flecainide                          | Përkeqësojnë aritminë aktuale<br>Japin palpitacione dhe dhimbje krahavori. |
| <b>Antiaritmikë të klasës së III</b><br>Dronedaronë<br>Sotalol            | Përkeqësojnë aritminë aktuale<br>Japin palpitacione dhe dhimbje krahavori. |
| <b>α1-blokuesit</b><br>Doxazosin                                          | Palpitacione<br>Vështirësi në frymëmarrje                                  |
| <b>Kalçiblokuesit</b><br>Diltiazem<br>Verapamil<br>Amlodipinë             | Palpitacione<br>Vështirësi në frymëmarrje                                  |
| <b>Vazodilatatorët periferikë</b><br>Minoxidil<br>Sildenafil              | Takikardi<br>Angina pectoris<br>Infarkt akut miokardi                      |
| <b>Kemioterapeutikët</b><br>Ciclofosfamidë<br>Doxorubicinë<br>5- FU       | Kardiotoksicitet                                                           |
| <b>Antipsikotikët</b><br>Klozapina                                        | Takikardi                                                                  |
| <b>Antimanikët</b><br>Litium                                              | Artmi<br>Palpitacione<br>Dhimbje krahavori.                                |

**Tabela 1:** Në tabelën nr 1 paraqiten medikamentet më të zakonshme që mund të shkaktojnë dhimbje krahavori. (9)

#### 4.1.6 ANAMNEZA FAMILJARE

Anamneza familjare është shumë e rëndësishme në përcaktimin e riskut për SKA.

Pyesni pacientin nëse ka histori familjare për hipertension, SKA, infarkt akut miokardi në moshë të herëshme të familjarëve, vdekje të papritur, aksident vaskular cerebral, emboli pulmonare, hiperkolesterolemi familjare, diabet, sëmundje renale, sëmundje të shëndetit mendor, kancer dhe sëmundje të tiroides.

#### 4.1.7 ANAMNEZA SOCIALE

Pacienti duhet pyetur veçanërisht mbi stilin e jetësës, dietën ushqimore dhe aktivitetin fizik, nivelin e stresit, duhanpirjen, konsumimin e pijeve alkolike, përdorimin e drogërave si kokaina, amfetamina dhe stimulantet e SNQ. (7)

#### 4.1.8 FAKTORËT E RRISKUT

Gjatë marrjes së anamnezës MF duhet të fokusohet në vlerësimin e faktorëve të rriskut për dhimbjen nga SKA, Trombembolia pulmonare, Disekacioni i aortës dhe Pneumotoraksi spontan.

**Faktorët e rriskut për SKA** përfshijnë:

- Gjinia mashkull mbi 55 vjeç
- Femra në menopauzë
- Anamnezë familjare për SKA
- Hipertensionin arterial
- Sëmundjet e arterieve periferike
- Diabeti Melitus
- Hiperkolesteroleminë
- Obesitetin
- Duhanpirjen

**Faktorët e rrezikut për Trombembolinë Pulmonare (TEP)** përfshijnë:

- Anamnezë të një imobilizimi të zgjatur, udhëtime të gjata, operacione ortopedike
- Sëmundje malinje
- Kontraceptive orale
- Shtatzania
- Sëmundje kronike të mushkërive
- Crregullime të hiperkoagulabilitetit
- Obezitet

**Faktorët e rriskut për Disekacion Aorte** përfshijnë:

- Hipertension
- Aterosklerozë
- Crregullime të indeve lidhore si sindromi Marfan (meshkuj të gjatë dhe të dobët)
- BVA (bikusbidi aorte)
- Kokainë
- Shtatzania

**Faktorët e rriskut për Pneumotoraks Spontan** përfshijnë:

- Meshkuj të gjatë, të dobët

#### **4.1.9 A KA BËRË VLERËSIME DHE EKZAMINIME TË MËPARËSHME PËR DHIMBJE KRAHËRORI**

Anamneza e detajuar, së bashku me faktorët e rrezikut, simptomat shoqëruese dhe testet e mëparshme, luajnë një rol të rëndësishëm në orientimin drejt diagnozës dhe marrjen e vendimeve për menaxhimin e pacientit.

Informacione shtesë për vlerësime të mëparshme, si prova ushtrimore, koronarografi, fibrogastroskopi etj. Një test normal në të kaluarën i provës ushtrimore zvogëlon mundësinë e SKA, por një provë ushtrimore negative nuk është e mjaftueshëm për të përjashtuar SKA në një pacient që paraqitet me dhimbje krahbarori. (7)

### **4.2 EKZAMINIMI FIZIK**

Ekzaminimi fizik është një ndër elementët bazë që na orientojnë drejt diagnozës së mundëshme.

#### **4.2.1 PAMJA E PËRGJITHSHME**

Shumica e pacientëve me dhimbje krahbarori janë të shqetësuar. Vlerësoni pamjen e përgjithshme të pacientit. Vini re djerësitjen, zbehtësinë e lëkurës, cianozën, shqetësimin e madh që mund të sugjerojnë shkaqe kardiale ose sistematike serioze. Shenjat e atakut të panikut sugjerojnë për shkak jokardial të dhimbjes.

Pamja e përgjithshme e pacientit na orientojnë për urgjencat mëdha dhe strategjitë e menaxhimit.

#### **Shenjat Vitale:**

- Presioni arterial
- Frekuencë kardiale
- Frekuencë respiratore
- Saturimet e oksigjenit
- Temperatura

Vlerat jonormale si hipoksi, takikardi, takipne, bradikardi dhe hipotension sugjerojnë për një diagnozë jetëkërcënuese dhe kërkojnë trajtim të menjëhershëm.

Matja e tensionit arterial (TA) të bëhet në të dy krahët për të vlerësuar ndonjë mospërputhje, e cila mund të jetë tregues për koartacion ose disekacionin e aortës. Matja e tensionit në 2 krahët zakonisht është e indicuar tek pacientë që shfaqin shenja hipertensioni dhe duhet për të diagnostikuar një koartacion aorte. Diferenca konsiderohet domethënëse në rastet kur është mbi 20 mm Hg në dy krahët.

Në rastin kur suspektohet disekacion aorte, klinika në përgjithësi është shumë dramatike dhe vlerësimi bëhet duke vlerësuar diferencën e pulseve. Kur kemi të bëjmë me dhimbje gjoksi që dyshohet për disekacion aorte, (nisur kjo nga karakteristikat e dhimbjeve, mos ndryshimi i EKG-se, zhurme diastolike në ERB) keshillohet kontrolli i të gjithave pulseve. Diferenca e pulseve midis arteries radiale të majtë dhe arteries radiale të djathtë si dhe arteries tibialis posterior dhe dorsalis pedis të të dy anëve është domethënëse dhe shton dyshimin për disekacion të aortës. (7)

**Ekzaminimi i Lëkurës:**

Gjatë ekzaminimit fizik vëreni nëse ka ndonjë lezion në lëkurë, si p.sh. shenja të herpesit (herpes zoster), që mund të shpjegojë dhimbjen e lokalizuar.

**Ekzaminimi i Qafës:**

Vlerësoni për distension të venave jugulare (JVD) si një shenjë e mundshme e insuficiencës kardiake ose tamponadës perikardiale. Kontrolloni për shenjën Kussmaul (rritje e JVD gjatë frymëmarrjes), që mund të tregojë perikardit konstriktiv ose tamponadë.

**Ekzaminimi i Zemrës:**

Kryeni auskultimin në 5 zona për të vlerësuar:

Zhurma jonormale të zemrës. Vendet ku duhet të auskultoni:

- Hapësira Interkostale e 2 djathtas = vatër aorte, kur dëgjon një zhurmë sistolike e fortë me përhapje drejt vazave të qafës mendo stenozën e aortes.
- Hapësira interkostale 3, bordi sternal i majtë, pika ERB (hapësira e tretë interkostale sin, afër sternumit) zhurma diastolike, zhurma e regurgitimit të aortës, e cila mund të jete edhe shenje e disekacionit të aortës ascendente.
- Në apeks, dëgjimi i një zhurme sistolike, e lidhur me regurgitimin mitral që nëse është zhurmë e re mund të jete e lidhur me rupturat e kordave tendine dhe infarktin inferior të miokardit.
- Shenja të perikarditit, si një fërkim perikardial.

**Ekzaminimi i Mushkërive:**

Vlerësojmë respiracionin:

- Respiracion i ulur ose heshtje pulmonare mund të tregojnë pneumotoraks ose efuzion pleural. Në perkusion kemi shtim të timpanizimit në pneumotoraks dhe ulje të tij (matitet) në efuzion pleural.
- Krepitacionet mund të tregojnë edemë pulmonare ose pneumoni, karakteristikat e tyre na ndihmojnë të kuptojmë nëse është edemë pulmonare (ralë krepitante fine, që dëgjohen në të dy pulmonet në të njëjtën nivel) apo nëse është pneumoni.

**Ekzaminimi i Krahavorit:**

Palponi krahavorin për:

- Dhimbje të riprodhueshme, që sugjeron shkaqe muskuloskeletale si psh kostokondriti (Sindroma Tietze).
- Krepitacione, që mund të tregojë emfizemë subkutane ose pneumotoraks.

**Ekzaminimi i Abdomenit:**

- Vlerësoni për dhimbje, masa ose anomali që mund të tregojnë dhimbje të referuar ose shkaqe gastrointestinale si GERD, pankreatiti akut etj. Hepatomegalia shoqëron insuficiencën kardiakë dexter.

## Ekzaminimi i Ekstremiteteve:

Kontrolloni për:

- Edemë unilaterale ose dhimbje të pulpës, që mund të tregojë trombozë të venave të thella (DVT).
- Edemë, që mund të sugjerojë insuficiencë kardiake ose kongestion venoz, në pacient me probleme të njohura kardiake.
- Vlerësoni simetrinë e pulsit dhe kontrolloni për shenja të sëmundjes arteriale periferike.

Kjo qasje sistematike siguron një vlerësim të plotë dhe mbështet diferencimin midis shkaqeve potencialisht kërcënuese për jetën dhe atyre benignje të dhimbjes në krahavor. (10)

## 5 VLERËSIMI I DHIMBJES SË KRAHAVORIT

Anamneza dhe ekzaminimi fizik janë elementët bazë që na orientojnë drejt shkakut të dhimbjes së krahavorit. Përjashtimi i një urgjencë jetë-kërcënuese është përqasja e duhur kur ne vlerësojmë një pacient me dhimbje krahavori, e cila do të kërkojë referim të shpejtë, pa vonuar pacientin. Më poshtë janë paraqitur 2 instrumenta klinike për vlerësimin e rrezikut për SKA dhe TEP.

### 5.1.1 INTERCHEST

Një test vlerësues internacional është INTERCHEST (11), i cili përcakton sa është probabiliteti që dhimbja e krahavorit të pacientit të jetë shkaktuar nga SKA (12). Pacientët me një pikëzim më të vogël se 2, kanë vetëm 2% shans për të pasur SKA. (13) Në literaturën ndërkombëtare INTERCHEST ka rezultuar testi paracaktues me sensitivitet (82–88.8%) dhe specifitet (74–82%) më të lartë për paracaktimin e SKA si etiologji të dhimbjes së krahavorit në kujdesin primar, në krahasim me MHS (Marburg Heart Score) dhe NTS (Netherland Triage Score) (14) (15). Testi INTERCHEST Score ka treguar aftësi diagnostikuese më të favorshme se testet vlerësuese të tjera, dhe ka rezultuar në më pak referime të gabuara dhe më pak raste të humbura të diagnozës së SKA (15).

## Vlerësimi INTERCHEST për Paracaktimin e SKA si Etiologji e Dhimbjes së Kraharorit

| Paracaktuesi Klinik                                       | Pikët | Grupi i rrezikuar     | SKA/total(%)  |
|-----------------------------------------------------------|-------|-----------------------|---------------|
| 1. Dhimbja e riprodhuar nga palpimi i murit të kraharorit | -1    | Risk i ulët (-1 to 0) | 1/295 (0.3)   |
| 2. Burra ≥ 55 vjeç ose gra ≥ 65 vjeç                      | +1    | Risk i mesëm (1 to 2) | 17/245 (6.9)  |
| 3. Mjeku fillimisht dyshoi për një gjendje të rëndë       | +1    | Risk i lartë (3+)     | 67/104 (64.4) |
| 4. Diskomforti në krahavor ndihet si presion/shtypje      | +1    |                       |               |
| 5. Dhimbja e krahavorit lidhet me aktivitetin fizik       | +1    |                       |               |
| 6. Histori për SKA                                        | +1    |                       |               |

**Total:**

**Tabela 2:** Vlerësimi INTERCHEST (Burimi: Adaptuar nga Sox HC, Aerts M, Haasenritter J. Zbatimi i rregullit vendimmarrës klinik për SKA në kujdesin parësor për të zgjedhur testin diagnostik dhe interpretimin e rezultateve. (Udhëzues në pikën e kujdesit). Akademia e mjekut të familjes. 2019)

## Përdorimi i INTERCHEST për vlerësimin e dhimbjes së krahavorit

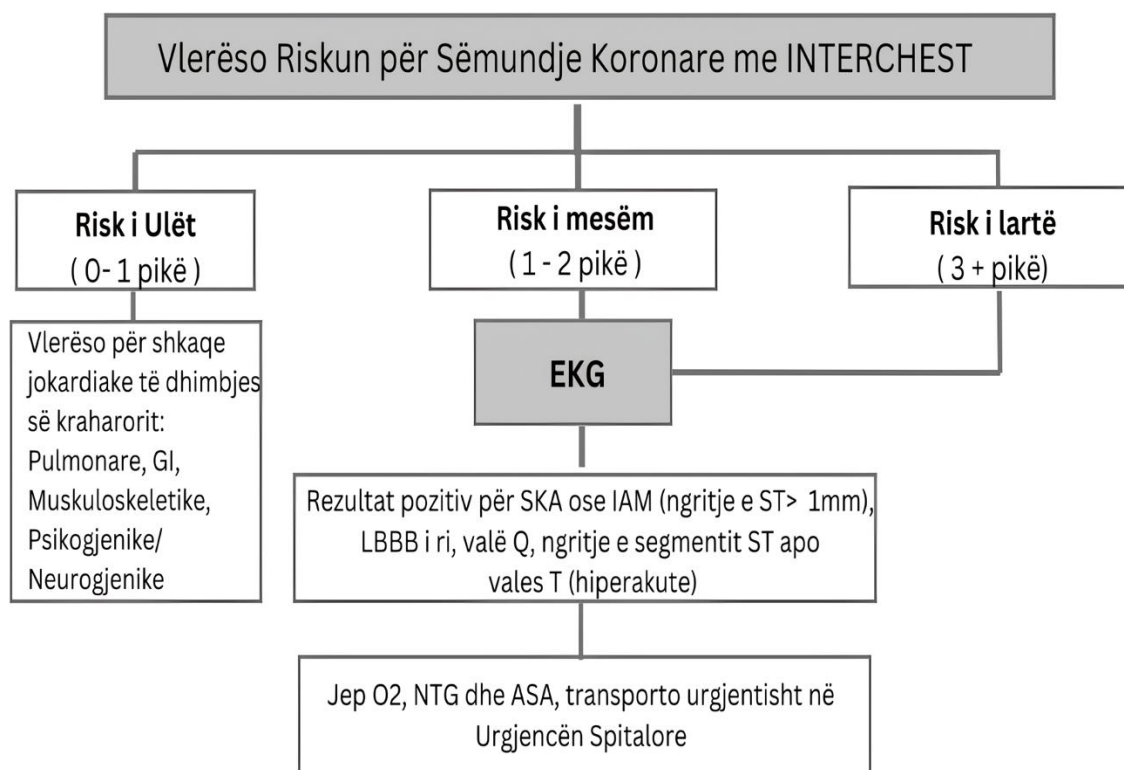


**Tabela 3:** Përdorimi i vlerësuesit INTERCHEST për vlerësimin e dhimbjes së krahavorit. (Burimi: Adaptuar nga Mark Herbert Ebell, Vlerësimi i dhimbjes së krahavorit në pacientët e kujdesit parësor, Mjeku Amerikan i Familjes)

### 5.1.2 KRITERET WELLS

Kriteret Wells vlerësojnë probabilitetin që dhimbja e krahavorit të jetë nga tromboembolia pulmonare (TEP). (16) Ato janë mjeti më i përdorur për vlerësimin e probabilitetit të TEP. Kriteret e Wells kanë një saktësi më të madhe dhe janë më praktike në përdorim në kujdesin parësor sesa kriteret Gjeneva. (17)

Përsa i përket klasifikimit të pacientit si "TEP e mundshme," përdorimi i kriterëve Wells arrin një saktësi prej 92.1% me sensitivitet 93% specificitet 90.5%, PPV 94.4% dhe NPV 88.2%. (18) (19)

Megjithatë kriteret e Wells kanë kufizime në përdorim, sepse nuk përjashtojnë dot TEP nëse ka rrezik të mesëm 2-6 pike. Në këtë rast nevojitet përdorimi i vlerësuesit PERC dhe matja e D-Dimer kur pacienti përgjigjet me "Jo: një prej pyetjeve të këtij vlerësuesi për të përjashtuar TEP. D-dimer negativ përjashton TEP. (20)

| KARAKTERISTIKAT                                               | PIKËT |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| Simptoma klinike të DVT (fryrje e këmbëve, dhimbje në palpim) | 3     |
| Diagnoza të tjera shumë pak probable                          | 3     |
| P > 100/min                                                   | 1.5   |
| Imobilizim > 3 ditë ose Operacion 4 javët e fundit            | 1.5   |
| Histori e mëparshme për DVT/PE                                | 1.5   |
| Hemoptizi                                                     | 1     |
| Kancer                                                        | 1     |
| Probabiliteti per TEP                                         | Piket |
| I lartë                                                       | >6    |
| I mesëm                                                       | 2-6   |
| I ulët                                                        | <2    |

**Tabela 4:** Përlllogaritja e Riskut për TEP me Kriteret WELLS (Burimi: Adaptuar nga Van Belle A, Buller HR, Huisman MV, et al. Efektiviteti i menaxhimit të TEP të suspektuar duke përdorur një algoritëm që kombinon probabilitetin klinik, testimin e D-dimerit dhe skanerin)

Nëse pacienti ka rrezik të mesëm ose të ulët,  $\leq 6$  pikë nga vlerësimi Wells, ne nuk përjashtojmë dot TEP, ndaj për këta pacientë përdoret vlerësimi PERC.

Tabela më poshtë, nëse i përgjigjet me "po" të gjitha pyetjeve, pacienti nuk ka nevojë për ekzaminime apo investigime, TEP është përjashtuar. Nëse përgjigjet me "Jo" qoftë edhe një prej tyre, duhet të bëhet D-dimeri për ta përjashtuar TEP. (21) Një D-dimer pozitiv kërkon investigime të mëtejshme dhe pacienti duhet të transportohet në spital. (22)

#### Vlerësimi PERC

mosha <50 vjec

Pulsi <100 rrahje/min

SaO<sub>2</sub> ≥95%

Nuk ka hemoptizi

Nuk merr estrogen

Nuk ka bërë kirurgji apo nuk ka pasë trauma që ka kërkuar hospitalisim në 4 javët e fundit

Nuk ka histori për tromboembolizem

Nuk ka enjtje unilaterale

**Tabela 5:** Përlllogaritja e Riskut për TEP me vlerësuesin PERC. (Burimi: Adaptuar nga: Steven Doherty. Trombembolia Pulmonare)

**Përdorimi i kriterëve Wells dhe vlerësuesi PERC për të vlerësuar riskun për TEP**

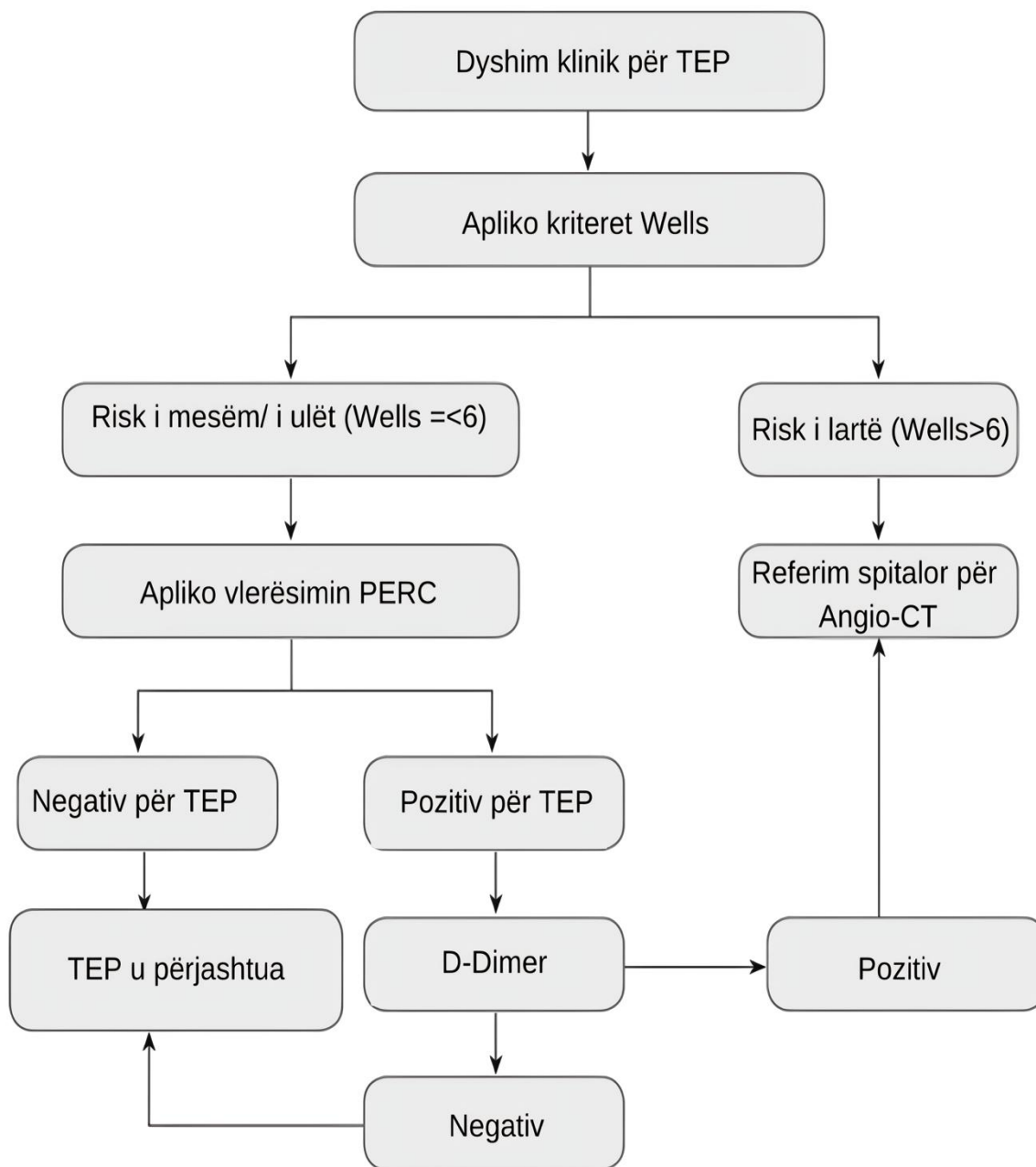


**Tabela 6:** Përdorimi i kriterëve Wells dhe vlerësuesit PERC për të vlerësuar riskun për TEP. (Burimi: Adaptuar nga: Steven Doherty. Emboli pulmonare)

## 6 INTERPRETIMI I EKG

### 6.1 EKG

EKG është një test jo invaziv dhe është një mjet shtesë shumë i vlefshëm që na ndihmon gjatë vlerësimit të pacientëve që paraqiten me dhimbje kraharori. (23)

Komponentët përbërës të EKG janë të paraqitur si më poshtë:

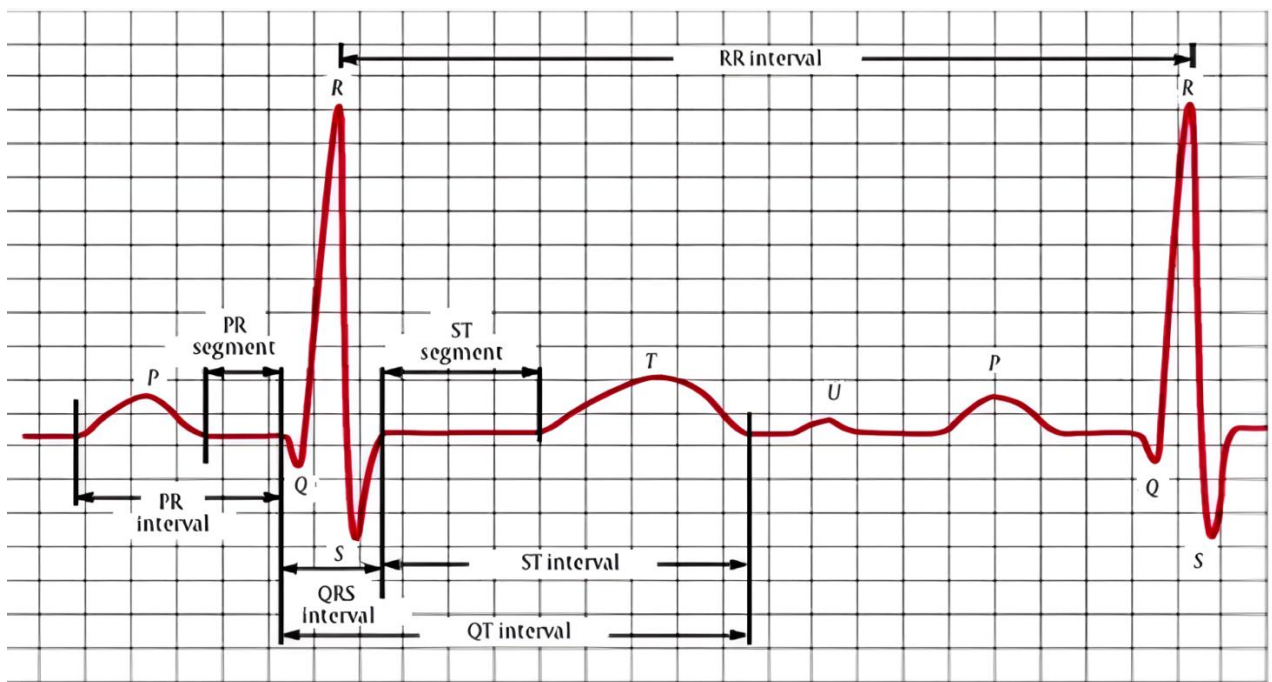


**Figura nr.2:** Ilustrim imazhi i EKG (Burimi: Foto nga HBIO/DSI, Studime të ECG)

Valët e EKG-së regjistrohen në letër të veçantë grafiku që ndahet në kuti të ngjashme me rrjetë 1 mm<sup>2</sup>.

Shpejtësia e letrës EKG është zakonisht 25 mm/sek.

Si rezultat, çdo kuti horizontale 1 mm (e vogël) korrespondon me 0,04 sek (40 ms) dhe kutitë më të mëdha që përfshijnë pesë kuti të vogla me vija më të theksuara përfaqësojnë intervale 0,20 sek (200 ms).

Kalibrimi standard është 10 mm (10 kuti të vogla), e barabartë me 1 mV.

- **Dhëmbi P** – paraqet depolarizimin e atriumeve
- **QRS** - shpreh depolarizimin e ventrikujve
- **Vala T** - shpreh repolarizimin e ventrikujve
- **P – R** – shpreh përcimin atrioventrikular ( norma 0.12 – 0.2 s)
- **QRS** – shpreh depolarizmin e ventrikujve norma 0.06 – 0.1 s
- **QT** - shpreh sistolën e ventrikujve norma 0.35 – 0.44 s
- **Segmenti ST** – përfaqëson interalin ndërmjet depolarizimit ventricklar dhe repolarizimit

## Rikujtesë

Hapat që duhet të ndjekim gjatë interpretimit të EKG janë:

1. *Frekuenca*
2. *Ritmi*
3. *Aksi*
4. *Intervalet dhe segmentet*
5. *Vala P, Vala Q, Vala T*
6. *Kompleksi QRS*

### 1 – Frekuenca

Llogaritja e shpejtë bëhet  $300 / \text{numrin e kuadrateve të mëdha mes intervale RR}$

- Norma 60 – 100 rrahje / min
- Bradikardi më pak se 60/min
- Takikardi më shumë se 100/min

### 2 – Ritmi

A janë intervalet R-R të barabartë? Nëse jo mendo për fibrilacion atrial, blloqe atrioventrikulare.

### 3 – Aksi

Deviation i aksit djathtas në kontekstin e dhimbjes së gjoksit mund të mendosh për trombomboli pulmonare.

### 4 – Intervalet dhe segmentet

*Intervali P – R:*

Alterimet e kohëzgjatjes së këtij intervali janë të lidhura me blloqet atrioventrikulare ose merrugët aksesore të përcimit atrioventrikular.

*Segmenti ST:*

- Është ndër segmentet më të rëndësishme në vlerësimin e dhimbjeve të gjoksit.
- Në infarktët e miokardit kemi ngritje me konveksitet nga lart të këtij segmenti.
- Në perikardite kemi ngritje me konkavitete nga lart të këtij segmenti.
- Në ishemitë kardiake mund të kemi depresion të këtij segmenti.

### *Intervali QT - QTc:*

Konsiderohet patologjik nëse > 440 ms tek meshkujt ose > 460 ms tek femrat i cili mund të zgjatet në ishemitë e miokardit.

### 5 - Valët

#### Vala P

- Vlerësimi i valës P është i rëndësishëm për te përcaktuar ritmin.
- Në fibrilacion atrial (FA) kemi mungesë të kësaj vale shoqëruar me R – R jo të barabarta.
- Subjekt me FA i pantikoagulluar dhe dhimbje krahbari na bën të mendojmë për tromboembolinë pulmonare.

#### Vala Q – Konsiderohet patologjike kur:

- > 40 ms (1 mm) e gjerë
- > 2 mm thellësi
- ¼ e thellësisë së kompleksit QRS

Në këto raste është tregues i Infarkti Miokardi aktual ose të kaluar.

#### Vala T

1. *Valët T hiperakute*
  - Janë të gjëra, me kulm asimetrike shihen në:
  - fazat e hershme të MI me ngritje ST (STEMI), dhe shpesh i paraprijnë ngritjes së valëve ST.
  - Vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet madhësisë së tyre në lidhje me kompleksin e mëparshëm QRS, pasi këto mund të duken 'normale' në madhësi nëse kompleksi i mëparshëm QRS është i një amplitude të vogël.



**Foto nr.3:** Foto e Valëve T hiperakute (Burimi: *Life in the Fastlane*)

## 2. Valët T të përmbysura

Shihen në kushtet e mëposhtme:

- Gjetje normale tek fëmijët
- Ishemia dhe infarkti i miokardit (përfshirë sindromën Wellens)
- Blloku i degëve
- Hipertrofitë ventrikulare
- Emboli pulmonare
- Kardiomiopati hipertrofike
- Rritja e presionit intrakranial

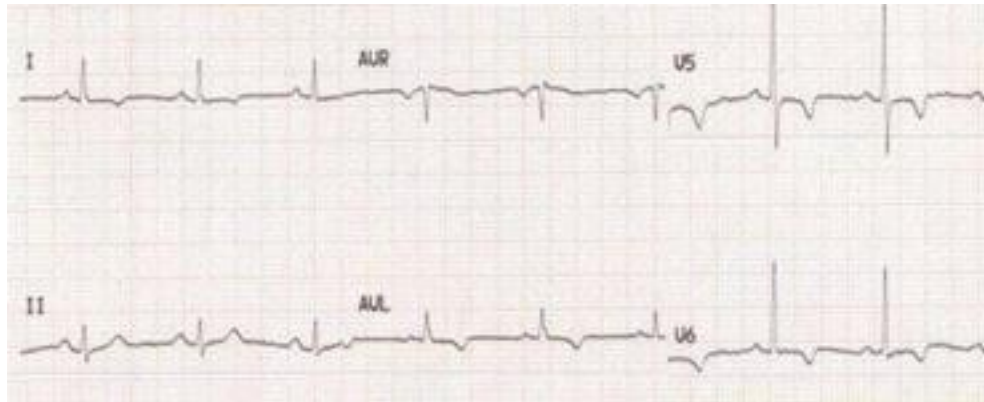


**Foto nr.4:** Foto e Valëve T të përmbysura (Burimi: Life in the Fastlane)

## 6 - Kompleksi QRS

Kur është i zgjeruar mund të kemi insuficiencë kardiake, por QRS ndryshon edhe në:

- Bllok Dege i Majtë apo i Djathtë (BDM apo BDD)
- Hiperkalemi (kujdes pacientët diabetikë dhe me insuficiencë renale)
- Hipotermia
- Wolff Parkinson White
- Helmimi nga antidepressantet triciklik
- Sindromi Brugata etj

## 6.2 NDRYSHIMET E EKG - SË NË PATOLOGJI KRYESORE QË SHKAKTOJNË DHIMBJE KRAHARORI

### 6.2.1 INFARKTI I MIOKARDIT

- Ngritje e segmentit ST me formimin e mëvonshëm të valës Q
- Këto ndryshime shpesh paraprihen nga valë T hiperakute

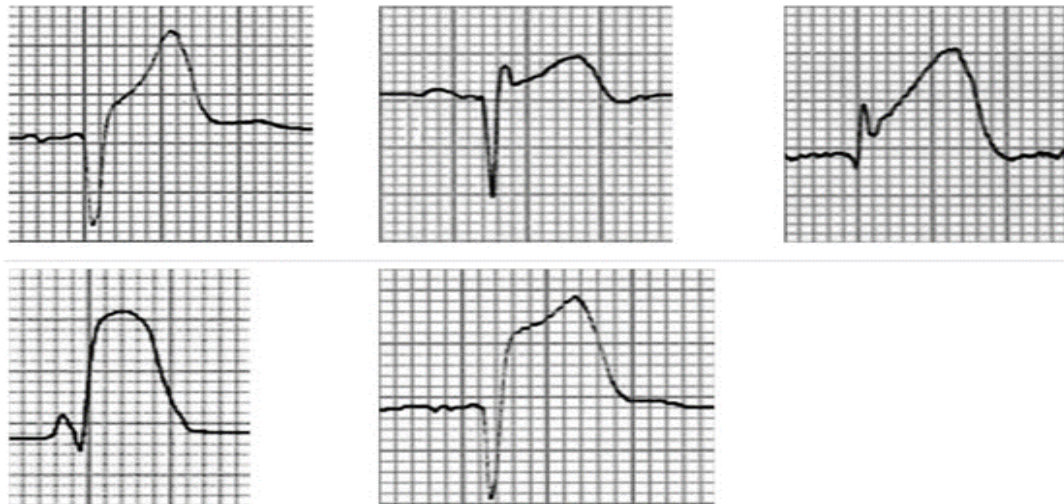


**Foto nr.5:** Foto e segmentit ST të ngritur (Burimi: Life in the Fastlane)

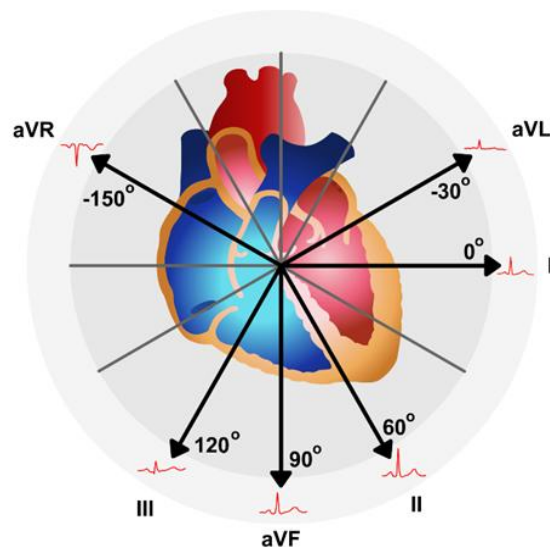


**Foto nr.6:** Foto e sistemit referues heksaksial (Burimi: EKG StatPearls)

Muret e zemrës, lidhjet ku shfaqen ndryshimet në EKG dhe arteriet që janë përgjegjëse për secilin territor të zemrës.

|                |                 |                                                                |
|----------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|
| Muri anterior  | V2 – V4         | Arteria deshendente anteriore e majtë ( LAD) – Degët diagonale |
| Pjesa Septale  | V1 – V2         | LAD – Degët septale                                            |
| Muri lateral   | aVL, D1, V5, V6 | Arteria cirkumflekse ( LCX)                                    |
| Muri inferior  | DII, DIII, aVF  | Arteria koronare e djathtë ( RCA) Dega deshendente posteriore  |
| Muri Posterior | V1 – V4         | LCX, RCA – dega deshendete posteriore                          |

**Tabela 7:** Muret e zemrës dhe shfaqja e ndryshimeve të tyre në EKG (Burimi: Tabele a adaptuar nga EKG StatPearls)

## 6.2.2 INFARKT AKUT ANTERIOR

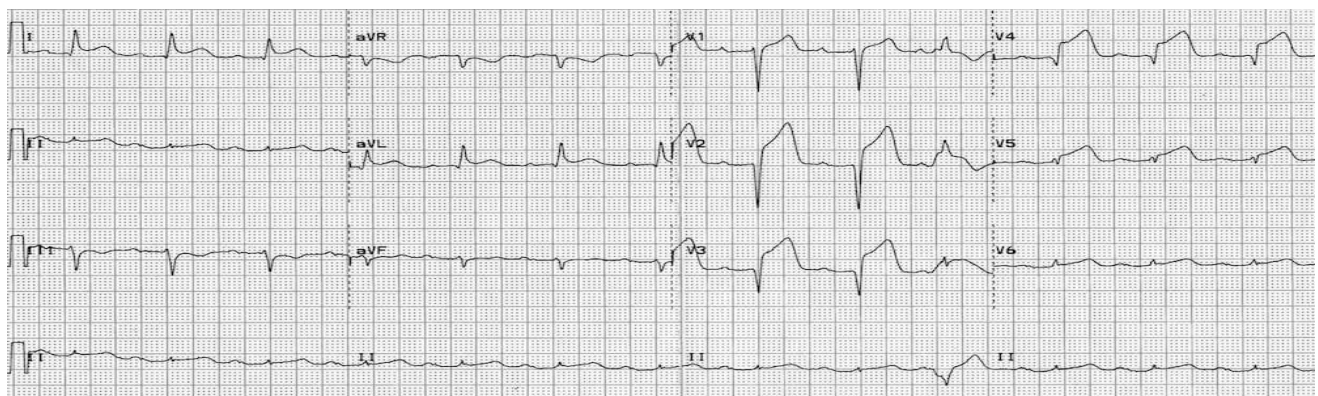


**Foto nr.7:** Shfaqja e infarktut akut anterior në EKG (Burimi: Foto nga Life in the Fastlane)

- Ka ngritje ST dhe formim të valës Q në V2-5
- Ngritja e ST tani është gjithashtu e pranishme në I dhe aVL
- Ka disa depresione reciproke ST në D III

### 6.2.3 INFARKT AKUT INFERIOR

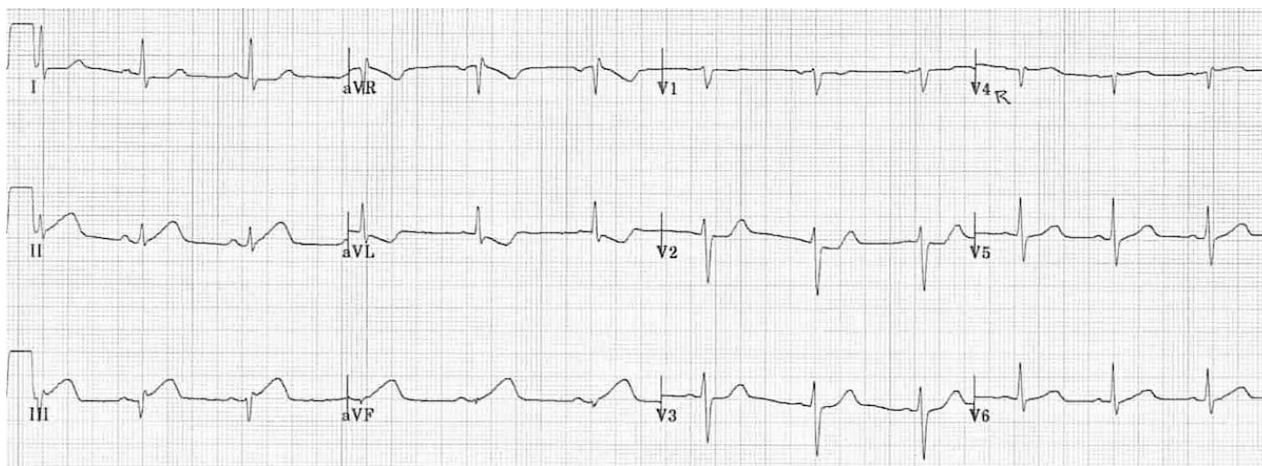


**Foto nr.8:** Shfaqja e infarktit akut inferior në EKG (Burimi: Foto nga Life in the Fastlane)

- Valët T hiperakute në D II, DIII dhe aVF me humbje relative të lartësisë së valës R
- Ngritja e ST dhe formimi i valës Q në D III
- Depresioni reciprok ST dhe përmbysja e valës T në aVL
- Ngritja e ST në lidhjet D III > D2 II sugjeron një mbyllje RCA; ngritje delikate ST në V4R do të ishte në përputhje me këtë.

### 6.2.4 PERIKARDITI

- Ngritje difuze e segmentit ST me konkavitet nga lart dhe depresion (ulje) e PR në pjesën më të madhe të lidhjeve standarte (DI, DII, DIII, aVL, aVF) dhe të lidhjeve prekordiale (V2 - V6)
- Depresion reciprok i ST dhe ngritje e PR në aVR ( ± V1)
- Takikardia sinusale është gjithashtu e zakonshme në perikarditin akut për shkak të dhimbjes dhe /ose efuzionit perikardial.

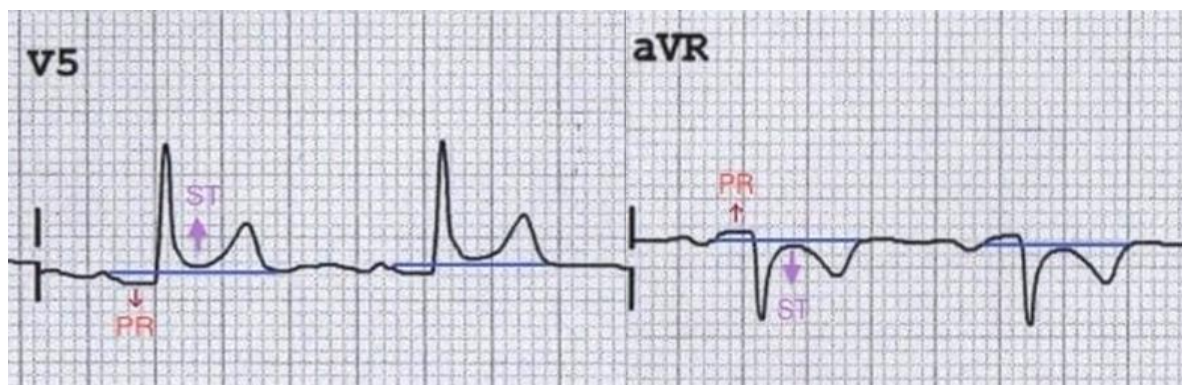


**Foto nr.9:** Shfaqja e Perikarditit në EKG (Burimi: Foto nga Life in the Fastlane)

Depresioni PR dhe ngritja e ST në V5Ngritja reciproke e PR dhe depresioni ST në aVR

- Faza 1 – ulje difuze e ST dhe PR me ndryshime reciproke në aVR (ndodh gjatë dy javëve të para)
- Faza 2 - normalizimi i ndryshimeve të ST; Sheshim i valës T (1 deri në 3 javë)
- Faza 3 - valët T bëhen të përmbysura (3 deri në disa javë)
- Faza 4 - EKG kthehet në normale (disa javë e tutje)

#### 6.2.5 TROMBOEMBOLIA PULMONARE

- Deviacion i aksit djathtas
- Takikardi
- Bllok i Degës së Djathtë komplet ose inkomplet
- Paternin S1Q3T3

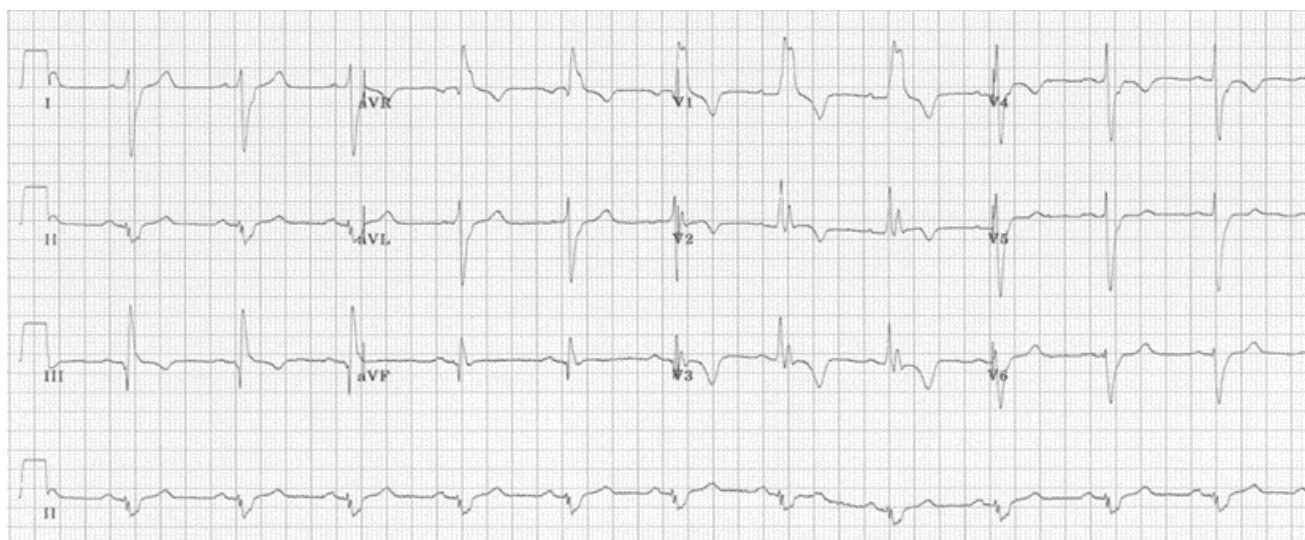


**Foto nr.10:** Shfaqje e Tromboembolisë Pulmonare (Burimi: Foto nga Life in the Fastlane)

#### 6.2.6 DISEKACION AORTE

EKG mund të jetë normale ose të ketë shenjat e Infarktit Inferior.

## 7 DIAGNOZA DIFERENCIALE

Shkaqet e dhimbjes së krahërorit variojnë nga gjëndje kërcënuese për jetën deri tek ato që janë beninjë.

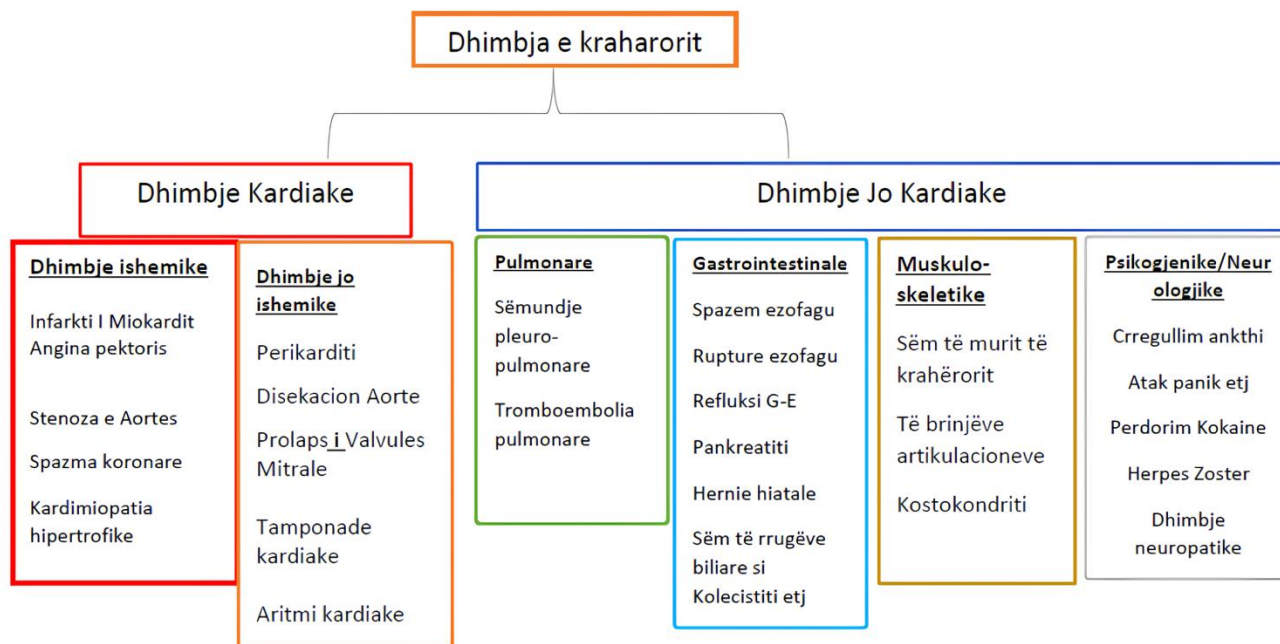


**Tabela 8:** Klasifikimi i dhimbjes së krahërorit, (Burimi; Modifikuar nga Approach to: Chest pain, Nasim Haghandish)

Përmbledhje e shkaqeve më të shpeshta të dhimbjes së krahërorit me përshkrim të karakteristikave specifike dhe gjetjeve në ekzaminim.

| DHIMBJE KARDIAKE ISHEMIKE | KARAKTERISTIKA TË DHIMBJES DHE GJETJE                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Infarkti i Miokardit      | <p>E forte</p> <p>E menjëhershme</p> <p>Kryesisht natën ose në orët e para të mëngjesit</p> <p>Qetësie apo eforti</p> <p>Lokalizim – gjithë paret anterior i krahërorit, përhapje në nofull, shpatulla, shpinë, krahë bilateralisht.</p> <p>Kohëzgjatje mbi 30 min</p> <p>Shoqëruar me nauze, të vjella, djersë, lipotimi deri në gjëndje shoku</p> |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Angina Pektoris                           | <p>Dhimbje gjoksi shtrënguese</p> <p>Retrosternale ose prekordiale</p> <p>Mundet të përhapet në nofull ose krahun e majtë</p> <p>Kohëzgjatje më pak se 30 min</p> <p>Mund të shfaqet në efort ± në qetësi</p>          |
| 1 - APQ - Angina Pektoris e Qëndrueshme   | Diskomfort kraharori që shkaktohet nga ishemia e miokardit, por që nuk lidhet me nekrozë, shfaqur prej më shumë se 4 javë dhe nuk ka ndryshuar as loji as intensiteti (ateroskleroze obstruktive e arterieve koronare) |
| 2 – APP – Angina Pektoris e Paqëndrueshme | Dhimbje gjoksi për herë të parë në efort apo shtim i intensitetit dhe shpeshtësisë së angorit të mëparshëm (trombi koronar joakutiv)                                                                                   |
| 3 – Sindromi X                            | Karakteristikat e dhimbjes anginoze, ndryshime në PUEKG me koronarografi normale – Disfunksioni endotelial, rritja e sensibilitetit ndaj dhimbjes kardiake, semundje okulte e a. koronare.                             |
| Spazmat koronare                          | <p>Karakteristikat e angina pektoris</p> <p>Ndikohen shumë nga ndryshimi i menjëhershëm i temperaturave</p>                                                                                                            |
| Stenoza e Aortës                          | <p>Karakteristikat e angina pektoris</p> <p>Zhurme sistolike në interkostalen e 2 djathtas me përhapje në vazat e qafës</p>                                                                                            |
| Kardiomiopatia Hipertrofike               | <p>Karakteristikat e angina pektoris</p> <p>Duhet ekzaminime imazherike etj për të vendosur specifikisht diagnozën.</p>                                                                                                |

**Tabela 9:** Karakteristikat kryesore të dhimbjes nga shkaqe kardiake ishemike (Burimi: bazuar në referencat 3, 8; 16)

| DHIMBJE KARDIAKE JO ISHEMIKE | KARAKTERISTIKA TË DHIMBJES DHE GJETJE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Perikarditi                  | <p>Dhimbje shpuese</p> <p>Përkeqësohet me përkulje përpara të trupit</p> <p>Nuk ndikohet nga aktiviteti</p> <p>Mundt ë shfaqet pas nje gjendje virale</p> <p>Në auskultacion mund të dëgjohen fërkimet e perikardit</p> <p>EKG- mund të këtë ngritje konkave në gjitha lidhjet, ulje PR etj</p>                                                                                                                                          |
| Disekacioni i Aortës         | <p>Dhimbje gjoksi e fortë</p> <p>E menjëhershme</p> <p>Lokalizim retrosternal me përhapje mes shpatullave</p> <p>Mund të shoqërohet me sinkop ose shenja neurologjike</p> <p>Diferencë pulsesh</p> <p>Zhurmë diastolike në ERB</p> <p>EKG mund të mos ketë ndryshime pavarësisht dhimbjes së fortë ose disa herë mund të shoqërohet me infarkt inferior të miokardit kur disekacioni është ne pjesën fillestare të aortës ascendente</p> |
| Prolapsi i valvulës Mitrale  | <p>Dhimbje në formë goditje</p> <p>Kohëzgjatje e shkurtër, disa sekonda</p> <p>Kryesisht tek femrat</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

**Tabela 10:** Përmbledhjet e karakteristikave të dhimbjes nga shkaqe kardiale jo ishemike (**Burimi:** bazuar në referencat 3; 8; 16)

| DHIMBJE JO KARDIAKE | KARAKTERISTIKAT DHE GJETJE |
|---------------------|----------------------------|
|---------------------|----------------------------|

### Shkaqe Pulmonare

|                              |                                                                                                                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sëmundjet pleuro – pulmonare | Dhimbje therëse, që ndikohet nga frymëmarrja.<br>Grafia e pulmonit mund të diagnostikojë pneumoni, pleurit etj |
| Tromboembolia Pulmonare      | Dhimbje e shoqëruar me dispne.<br>Ulje e saturimeve.<br>Wells score<br>EKG patognomonike S1 Q3 T3              |

### Shkaqe Gastrointestinale

|                            |                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Spazëm Ezofagu             | Mund të qetësohen nga trinitrina, por ngelet edhe disa min me vonë                                                                                                                                            |
| Rupturë Ezofagu            | Dhimbje e fortë kraharori dhe abdomen;<br>pas të vjellave, shoqëruar me hematemë, deri në shok.<br>± emfizemë kutane<br>kërcitja mediastinale – Shënja Hamman ( tingull kërcitës sinkron me rrahjet kardiake) |
| Refluks Gasto-ezofageal    | Djegëse, retrosternale, kthim i lëngjeve                                                                                                                                                                      |
| Hernie Hiatale             | Djegëse, shoqërohet me gromësira, nauze                                                                                                                                                                       |
| Pankreatit                 | Dhimbje epigatrike që përhapet në formë brezi                                                                                                                                                                 |
| Sëmundjet e Rugëve Biliare | Irradim retrosternal dhe hipokondër dekster<br>Eko abdominale                                                                                                                                                 |
| Kolecistit                 | Dhimbje e mprehtë ne hipokondër dexter që përhapet drejt shpatullës djathtas                                                                                                                                  |

### Muskulo - Skeletike

|                |                                                                                        |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Kostokondritet | Ndikohen nga shtypja / digitopresioni dhe nga lëvizjet e trupit gjatë qëndrimit statik |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------|

## Psikogjenike/ Neurologjike

|                  |                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Atak Paniku      | Anksioz, shumë vigjilent, djesë, ndjesi shpimesh, dridhje                              |
| Përdorim Kokaine | Anginë spastike ose Aritmi<br>Anamnezë për përdorim<br>EKG                             |
| Herpes Zoster    | Djegëse, interkostale, unilaterale, përhapje sipas dermatomës, mund të duken vezikulat |

**Tabela 11:** Përmbledhjet e karakteristikave të dhimbjes nga shkaqe Jo kardiace (Burimi: bazuar në referencat 1; 6; 7)

## 8 DHIMBJA E KRAHARORIT TEK FEMIJET DHE ADOLESHENTËT

Dhimbja jotraumitike e krahavorit te fëmijët dhe adoleshentët është një arsye e zakonshme për vizita te mjeku i famijes (MF). Dhimbja e krahavorit zakonisht nuk është serioze, por mund të shkaktojë shqetësim të konsiderueshëm për pacientët dhe familjet e tyre. Një anamnezë dhe ekzaminim fizik i plotë janë zakonisht të mjaftueshme për të përcaktuar shkakun. Në fëmijët që kanë anamnezë për probleme kardiace të lindura apo të fituara si ethja reumatizmale, gjetje jonormalë në ekzaminim fizik, duhet të referohen për vlerësime të metejeshme nga mjeku kardiopediatër dhe në varësi të gjendjes së tyre duhet të hospitalizohen. EKG në moshë pediatrike ka disa veçori dhe specifika dhe kërkon njohuri të mjaftueshme për interpretimin e saj.

## 9 MENAXHIMI I DHIMBJES SË KRAHARORIT

Dhimbja e krahavorit ka një diagnozë diferenciale shumë të gjerë, nga diagnoza beninjë, si kostokondriti ose refluksi gastroezofageal, në ato jetë kërcënuese si infarkti akut i miokardit ose tromboembolia pulmonare. Prandaj është e rëndësishme që mjeku i famijes të bëjë triazhimin e duhur të dhimbjes që të vendosë se ku do trajtohet pacienti, në QSH apo në urgjencën spitalore. Si rrjedhim menaxhimi i pacientit me dhimbje krahavori mund të jetë kompleks dhe i vështirë dhe kërkon saktësi dhe shpejtësi në vendimet mjekësore që MF do marrë për pacientin. Disa pacientë do trajtohen plotësisht në QSH dhe do dërgohen në shtëpi. Tek pacientë të tjerë në gjendje jetë kërcënuese, do fillojë trajtimi i menjëhershëm në dhomën e urgjencës së QSH me qëllim stabilizimin paraprak të gjendjes klinike dhe më pas transferimin e pacientit me ambulancë në Urgjencën Spitalore rajonale ku pacienti do trajtohet intensivisht për të dalë nga gjendja kritike. Identifikimi i rasteve me STEMI, kërkon një referim sa më të shpejtë për trajtimin imediat të të sëmurit nëpërmjet procedurave invazive si koronarografia dhe angioplastika (PCI).

Çdo pacient që vjen në QSH me dhimbje kraharori është i shqetësuar dhe potencialisht mund të jetë në gjendje të rëndë klinike. Prandaj është detyra e Mjekut dhe Infermierit të familjes që të mos largohet nga pacienti por të qëndrojë me të dhe ta qetësojë atë. Mundohuni ta vendosni pacientin në dhomën e vizitës të pajisur më mirë në QSH si dhoma e injeksioneve ose e urgjencave dhe ndiqni hapat e mëposhtëm të menaxhimit.

**Hapi 1** - Pacienti duhet të vendoset në pozicion gjysëm ndenjtur dhe të vlerësohen ABCDE si pjesë e vlerësimit standart për çdo urgjencë:

**A (Airways)** - rrugët e frymëmarrjes.

**B (Breathing)** - vlerëso frekuencën respiratore, saturimin të oksigjenit (SpO2) dhe auskulto pulmonin.

**C (Circulation)** - Mat pulsën, TA dhe auskulto zemrën. Vlerëso për hepatomegali dhe edema periferike.

**D (Disability)** - vlerëso statusin mendor, a është pacienti alert apo konfuz, anksoz apo i përgjumur, a ka shenja deficitesh neurologjike.

**E (Exposure)** - mat temperaturën për të përjashtuar hiperterminë ose hipoterminë.

*\*Jini të përgatitur për të ofruar CPR (rringjalljen zemër mushkëri) në çdo moment.*

Merr anamnezën dhe bëj një ekzaminim të fokusuar për të përjashtuar urgjencat e dhimbjes kardiake, duke vlerësuar faktorët e rrishtit për dhimbje për SKA dhe Trombemboli pulmonare. Nëse ka rrezik të lartë bazuar në Interchest dhe kriteret Wells.

**Hapi 2** - Bëj një EKG sa më shpejt, brenda 10 minutave.

**Hapi 3** - Orientohu drejt diagnozës në bazë të Anamnezës, Shenjave vitale, Ekzaminimit fizik, interpretimit të EKG-së dhe vlerës së Troponinës (nëse ka në qëndër shëndetësore dhe pacienti ka rrezik të lartë për SKA.)

**Hapi 4** - Nëse dyshon urgjencë telefono 127 menjëherë.

**Hapi 5** - Vendos ku do të shkojë pacienti - (shtëpi / spital).

**Hapi 6** - Fillo Trajtimin.

**Hapi 7** - Dokumento ngjarjen, duke përfshirë vlerësimin fizik, ndërhyrjet dhe reagimin e pacientit ndaj trajtimit. (24) (25)

## 9.1 MENAXHIMI I SKA OSE INFARKTIT AKUT TË MIOKARDIT (IAM)

Nëse dyshojmë për SKA ose Infarkt akut të miokardit (IAM), bazuar në vlerësimin e plotë të pacientit (anamneze, ekzaminim fizik dhe EKG), Mjeku dhe Infermierja e Familjes duhet të ndjekin këto hapa menaxhimi:

1. Lajmëro 127.
2. Vendosni pacientin në qetësi në pozicion gjysmë të ngritur dhe përpiku ta qetësosh.
3. Monitoroni ABC, shenjat vitale dhe hap një rrugë venoze. Jini të përgatitur për të ofruar CPR (ringjalljen zemër mushkëri).

**MONA**

#### 4. Nitroglicerinë

- Administroni Nitroglicerinë sublinguale në formë tabletash 2 x 0.3 mg ose 1 spraj nitroglicerine (400 mikrogram/spraj) çdo 5 minuta deri në 3 herë nëse është e nevojshme.
- Kujdes! Mos e tundni shishen para administrimit dhe mos përdorni nitrate tek pacientët me hipotension (TAS <90 mmHg ose >30 mmHg nën nivelin bazë).
- Kujdes! Mos apliko në pacientët me infarkt inferior dhe të ventrikulit të djathtë.
- Kundërrindikacione: anamnezë për përdorim në 24 orët e fundit të inhibitorëve të fosfodiesterazës (PDE), si sildenafil, vardenafil, tadalafil. (26) (27)

#### 5. Aspirinë

- Administroni aspirinë 300-325 mg, 3 tab 100 mg ose 4 tab 81 mg; për absorbim më të shpejtë rekomandohet te përtypen tabletat.
- Aspirina është i vetmi medikament, që ul mortalitetin 23%, ndaj nuk duhet të zëvendësohet me një medikament tjetër anti-inflamator (28)
- Kundërrindikacione: alergji nga aspirina dhe hemorragji gastro-intestinale.

#### 6. Oksigjenoterapi

- Rekomandohet të ruhet saturimi i O<sub>2</sub> >94%. Monitoro pulsoksimetrinë.
- Objektivi i SpO<sub>2</sub> në pacientët me SPOK duhet të jetë 90-92%, pasi normalizimi i vlerave të SpO<sub>2</sub> mund të çojë në arrest respirator.

#### 7. Morfinë

- Administrohet Sol Morfinë 10 mg/ml, 1ml e holluar me 19 cc Sol NaCl 0.9%; aplikohet 1 ccIV cdo 2 min duke monitoruar shenjat vitale. Kujdes saturimet! Jepet avash që të monitorosh për efekte anësore; pas 5 min dhe nëse dhimbja vazhdon mund të vazhdohet të jepet çdo 2 min nga 1 cc tjetër.
- Rekomandohet administrim deri në qetësimin e plotë të dhimbjes nëse nuk kemi kompromentim të saturimeve dhe hemodinamikës.
- Kundërrindkohet në pacientët me hipotension dhe ulje të saturimeve.
- Rekomandohet të jepet kur transporti bëhet nga qendrat 24/7 që kanë në dispozicion ambulancën.

#### 8. Betablokues

- Qëllimi i administrimit të betablokuesve është mbaja në nivele normale të frekuencës.
- kardiake që të mos rritet konsumi i oksigjenit; mundëson furnizimin më të mirë të arterieve koronare gjatë diastolës, si dhe parandalon aritmitë malinje. Preferohen të jenë kardioselektivë.
- Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol.

Dokumentoni ngjarjen, duke përfshirë vlerësimin fizik, ndërhyrjet dhe reagimin e pacientit ndaj trajtimit. (29) (30)

## 9.2 MENAXHIMI I RASTEVE SUSPEKT PËR TEP

Tromboembolia pulmonare (TEP) është një nga shkaqet jetëkërcënuese të dhimbjes së krahavorit në kujdesin parësor dhe si e tillë ka nevojë për një menaxhim të shpejtë. Pacientët me risk të lartë, bazuar në kriteret Wells, duhet të transportohen menjëherë në spital për konfirmim diagnoze dhe fillimin e trajtimit me antikoagulantë apo trombolitike sipas protokollit spitalor. Ndërsa tek pacientët me risk të ulët ose mesatar, do të përdorim rregullin PERC për të përjashtuar TEP, ata pacientë që u përgjigjen me po të gjitha pyetjeve nuk kanë TEP, ata që kanë qoftë edhe një përgjigje negative kanë nevojë të bëjnë D-dimerin për ta përjashtuar. (31)

Këto janë hapat e menaxhimit të pacientin me TEP:

1. Vendosni pacientin në qetësi në pozicion gjysmë të ngritur dhe thojini të qetësohet.
2. Mat shenjat vitale si TA, SpO2 dhe Frekuencën respiratore.
3. Llogaritni probabilitetin për TEP me kriteret e Wells.
4. Nëse pacienti ka Probabilitet të lartë për TEP (kriteret Wells >6 pikë) dhe ka ulje të saturimeve, telefono #127, jep Enoxaparinë 6000 UI, stabilizo pacientin me likide IV dhe O2 nëse SpO2 <92% dhe transfero pacientin në spital. (32) (33)

Nëse pacienti ka Probabilitet të ulët ose mesatar për TEP (kriteret Wells ≤6 pikë) dhe ka përgjigje negative në një nga pyetjet e PERC rule, duhet transferohet në spital që të bëhet D -dimeri për të përjashtuar TEP. (34)

## 9.3 MENAXHIMI I RASTEVE TË SUSPEKTUARA PËR PNEUMOTORAKS PRIMAR SPONTAN

Pneumotoraksi Spontan ndodh më shpesh tek pacientë ambulatorë e rinj, të gjatë, të dobët dhe të shëndetshëm dhe shoqërohet me dhimbje të papritur të krahavorit dhe dispne. Nëse pacienti është suspekt Pneumotoraks Primar Spontan, Mjeku dhe Infermjerja e Familjes duhet ndjekin këto hapa menaxhimi deri në mbërritjen e ambulancës. (35)

1. Bëj Rtg pulmoni, në qendrat 24/7 që kanë shërbimin e radiografisë, për konfirmim diagnoze.
2. Telefono Urgjencen #127.
3. Vendosni pacientin në qetësi në pozicion gjysmë të ngritur dhe qetësojeni atë.
4. Monitoroni shenjat vitale si TA, Pulsin, SpO2 dhe Frekuencën respiratore.
5. Jepini O2 nëse saturimet janë të ulta < 94%. (36) (37)

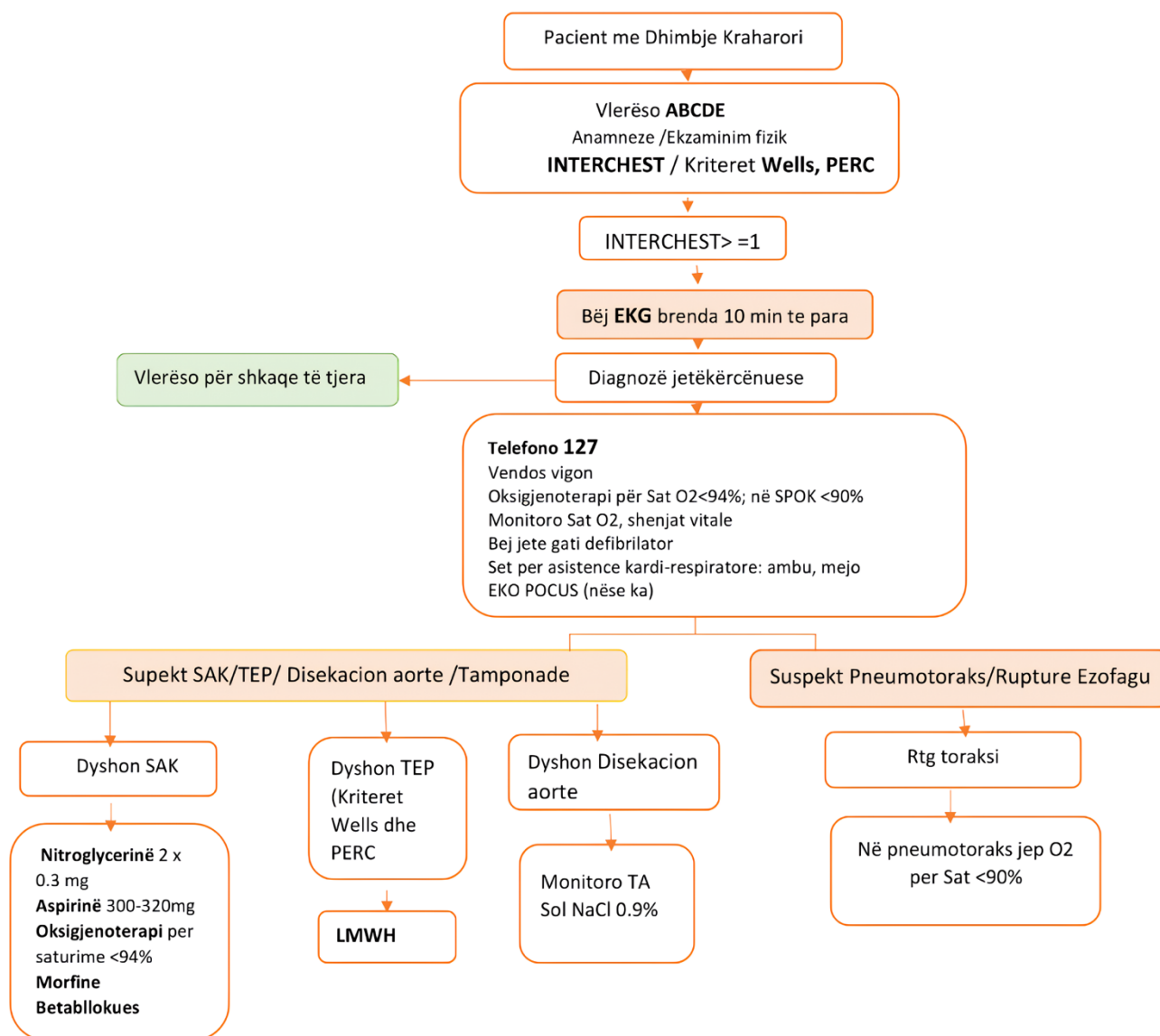
## 9.4 MENAXHIMI I ATAKUT TË PANIKUT

Ataku i panikut dhe gjendjet e ankthit janë të zakonshme në pacientët ambulatorë. Çrregullimi i panikut mund të jetë i pranishëm në 25-30 për qind të pacientëve me dhimbje në krahavor që nuk kanë sëmundje të arterieve koronare të zemrës. Dhimbja e fortë e krahavorit mund të jetë e ngjashme me dhimbjen nga SKA ose IAM. Prezantimi klinik dhe EKG do ndihmojnë në vendosjen e diagnozës. Prandaj ataku i panikut duhet menaxhuar sa më shpejt nga MF duke ndjekur këto hapa: (38)

1. Qetëso pacientin.
2. Këshillo pacientin të marri 10 frymëmarrje të thella me ekspirim të zgjatur 5-10 sekonda.

3. Jëpi Alprazolam 0.25-0.5 mg po/IM/IV – max 2 mgx1dose.
4. Nëse pacienti përmirësohet refero tek Psikiatri për vlerësim dhe trajtim të mëtejshëm.
5. Nëse pacienti nuk përmirësohet merr Urgjencën #127 dhe dërgo pacientin urgjent në spital. (39) (40)

## Algoritmi I menaxhimit të dhimbjes së krahërorit



**Morfina** do të përdoret nëse transportin e ben urgjenca 24/7, nëse disponohet në qendër dhe nëse nuk qetësohet nga TNG  
Sol Morfine 10mg/ml; 1ml e holluar me 19 cc sol NaCl 0.9%; aplikojme 1 cc cdo 2 min, deri në qetësimin e dhimbjes, duke monitoruar FR, SpO2 dhe TA

**LMWH** nëse disponohet në qendër 24/7 (Enoxaparin 6000 UI)

**Betablokues** :Për rastet me STEMI; metoprolol IV ne rast stemi qe I nenshtrohet coronarografise , pa shenja te insuficiencës akute kardiake dhe TA sistolik >120mmHg dhe pa kunderindikacione te tjera.

**EKO POCUS** (eko e pikën e kujdesit, tek shtrati I të sëmurit) për qendra që kanë eko dhe staf të trajnuar

**Rtg** ne qendrat 24/7 që kanë këtë shërbim

**Defibrilator, set intubimi** te jete gati nëse pacienti pëson arrest kardio-respirator

**Figura nr. 11:** Algoritmi i menaxhimit të dhimbjes së krahërorit (Burimi: Krijuar bazuar ne referencat 1; 7; 8)

## 10 LISTA E PAJISJEVE TË NEVOJËSHME PËR VLERËSIMIN E DHIMBJES SE KRAHARORIT NË KUJDESIN PARËSOR

Pajisjet më të nevojshme për menaxhimin e dhimbjes së krahërorit në qendrat 24/7 janë paraqitur në tabelën më poshtë.

| PAJISJET MJEKESORE QË DUHEN PËR VLERËSIMIN DHE MENAXHIMIN E DHIMBJES SË KRAHARORIT |                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                  | Aparat tensioni,                                                                                                                               |
| 2                                                                                  | Stetoskop                                                                                                                                      |
| 3                                                                                  | Aparat oksimeter (puls-oksimeter), Orë                                                                                                         |
| 4                                                                                  | EKG                                                                                                                                            |
| 5                                                                                  | Shiringa (2 mL, 5 mL, 20 ml)                                                                                                                   |
| 6                                                                                  | Vigon (kateter venoz (14, 16, 18, 20, 22),                                                                                                     |
| 7                                                                                  | Kateter urinar                                                                                                                                 |
| 8                                                                                  | Paisje për sistemin venoz (aparat serumi, sol Fiziologjik 0.9%, ringer etj)                                                                    |
| 9                                                                                  | Pajisjet për terapinë me oxigjen (bombul oksigjeni, valvula me njësinë matëse të volumit dhe kohës, kohëmatësin, tubi, maska, kanjula nazale.) |
| 10                                                                                 | Materiale të tjera si: ambu /valvul/maskë (700-1,000 mL për adultët)                                                                           |
| 11                                                                                 | Defibrilator automatic                                                                                                                         |

**Tabela 12:** Tabelë e krijuar bazuar në eksperiencën klinike dhe referencat

## 11 LISTA E MEDIKAMENTEVE TË NEVOJËSHME PËR MENAXHIMIN E DHIMBJES SE KRAHARORIT NË PARËSOR

Medikamentet më të nevojshme për menaxhimin e dhimbjes së krahërorit janë

1. Aspirinë 100 mg tab
2. Nitroglicerinë (NTG) tab 0.3 mg
3. Morfinë sol 10 mg/ml
4. Enoxaparinë 6000 UI
5. Solucion NaCl 0.9%
6. Metoprolol 50 mg

## **12 DETYRAT DHE PËRGJEGJËSITË E MJEKUT DHE INFERMIERIT NË MENAXHIMIN E DHIMBJES SË KRAHARORIT**

### **12.1 DETYRAT DHE PËRGJEGJËSITË E MJEKUT TË FAMILJES**

Dhimbja e krahavorit ka një diagnozë diferenciale të gjerë që përfshin 5 sisteme të organeve të trupit të njeriut. Mjeku i familjes duhet të identifikojë shkakun e dhimbjes së krahavorit dhe të marrë masa të menjëhershme për të diagnostikuar dhe trajtuar pacientin në bazë të udhëzuesit dhe protokollit të ndërtuar nga Qendra Shëndetësore. Detyrat dhe përgjegjësitë e mjekut të familjes konsistojnë në:

1. Identifikimin e problemeve urgjente jetë kërcënuese si SKA, IAM, TEP, Disekacion Aorte etj dhe dërgimin urgjent të pacientit në spital.
2. Qetësim e pacientit dhe të sigurimin e kushteve më të mira të mundshme për diagnostikimin dhe trajtimin e tij.
3. Marrjen e një anamnezë të SKAtë të dhimbjes dhe historisë personale, familjare, sociale, faktorëve të riskut dhe medikamenteve që merr pacienti.
4. Bashkëpunimin me infermierin e familjes (IF) për marrjen e shenjave vitale, bërjen e EKG-së dhe dhënien e O<sub>2</sub> dhe medikamenteve në rastet urgjente.
5. Interpretimin e EKG-së për të bërë diagnozë diferenciale midis dhimbjes kardiake (SKA, IAM) dhe jokardiake.
6. Bërjen e një ekzaminimi fizik të përgjithshëm por të fokusuar më shumë në sistemin kardiovaskular.
7. Përdorimin e instrumentave klinike për vlerësimin e rrezikut për SKA dhe TEP.
8. Menaxhimin e pacientit sipas hapave të algoritmit të protokollit të dhimbjes së krahavorit dhe të administrimit të terapisë së duhur.
9. Lajmërimin e menjëhershëm të Urgjencës dhe sigurimin e një transporti të shpejtë në spital për rastet jetë-kërcënuese.
10. Mbështetjen dhe suportin emocional për pacientin dhe familjarët.
11. Referimin e pacientit tek mjeku specialist për ndjekje të mëtejshme në rastet beninje/ jo jetë-kërcënuese.
12. Ndjekjen e pacientin në QSH pasi ka dalë nga spitali ose ka marrë rekomandimet e nevojshme nga mjeku specialist.
13. Edukimin e pacientit për parandalimin e një eventit kardiak në të ardhmen nëpërmjet një stili të shëndetshëm jetese dhe komplaincë të lartë në marrjen e medikamenteve për sëmundjet kronike si HTA, DMT, Dislipidemitë etj.

### **12.2 DETYRAT DHE PËRGJEGJËSITË INFERMIERORE NË DHIMBJEN E KRAHARORIT**

Menaxhimi i kujdesit infermior për dhimbjen kardiake përfshin vlerësimin e shpejtë, menaxhimin efektiv të dhimbjes dhe monitorimin e shenjave vitale për të siguruar ndërhyrjen në kohë dhe për të përmirësuar mirëqenien e pacientit.

### Ndërhyrjet infermierore në dhimbjen e krahavorit konsistojnë në:(41)(42)

- Bërja e EKG
- Hapjen e një rruge venoze
- Administrimin e medikamenteve
- Vendosjen e maskës së oksigjenit
- Monitorimin e pacientit
- Mbështetja emocionale dhe psikologjike e pacientit
- Edukimi i pacientit

Triazhi infermieror i dhimbjes së krahavorit duhet të fokusohet në kapjen e veçorive të dhimbjes së pacientit duke përdorur vlerësimin **PQRST**.

**P** - Shkaktari: Çfarë e provokon / shkakton dhimbjen?

**Q** - Lloji: A është dhimbja e mprehtë apo therëse?

**R** - Rrezatimi: A përhapet dhimbja në nofull, qafë apo krahë?

**S** - Intesiteti: Sa e fortë është dhimbja (shkalla 1-10)?

**T** - Koha dhe faktorët nxitës: Kur filloi dhe sa kohë ka që ndjen dhimbjen? (37)

|                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>P - Shkakton dhimbjen (Provocative)</b>   | Pyetni pacientin për faktorët që mund të kenë shkaktuar dhimbjen (aktiviteti fizik, stresi, ngrënia e ushqimeve të rënda, etj.). |
| <b>Q - Lloji i dhimbjes (Quality)</b>        | Pyetni për natyrën e dhimbjes: Si është dhimbja?<br>A është dhimbja, shtrënguese, djegëse, shpërthyes apo e mprehtë.             |
| <b>R – Iradimi i dhimbjes (Radiating)</b>    | Pyetni për vendndodhjen dhe shtrirjen e dhimbjes:<br>A po përhapet dhimbja nga krahavori në duar, qafë, nofull ose shpinë?       |
| <b>S – Intensiteti i dhimbjes (Severity)</b> | Sa e fortë është dhimbja?<br>Përdorni shkallën 1-10 për të matur intensitetin e dhimbjes.                                        |
| <b>T - Koha (Time)</b>                       | Kur ka filluar dhimbja? Sa ka zgjatur?<br>A është dhimbje e vazhdueshme apo meëhtë me ndërprerje(fillon, pushon)?                |

**Tabela 14:** Vlerësimi i dhimbjes nga infermierja sipas shkalles PQRST (Burimi: American Nurse Journal)

| MENAXHIMI INFERMIEROR I DHIMBJES SË KRAHARORIT | NDËRYRJET INFERMIERORE                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Vlerësimi i Dhimbjes së Krahavorit          | Pyeteni pacientin për kohëzgjatjen, natyrën (shtrënguese, djegëse, shpuese), vendodhjen dhe përhapjen e dhimbjes, intensitetin (shkalla 1-10), dhe simptomat shoqëruese (vështirësi në frymëmarrje, djersitje, marrje mendsh). |
| 2. Administrimi i Barnave për Dhimbjen         | Sipas urdhërit të mjekut administroni medikamentet<br>Monitoroni efektet anësore të barnave dhe reagimin e pacientit                                                                                                           |
| 3. Pozicionimi i pacientit                     | Pozicioni pacientin me kokën e ngritur në 45 gradë                                                                                                                                                                             |
| 4. Monitorimi i Shenjave Vitale, EKG           | Matni shenjat vitale: presionin e arterial, (TA), frekuencën kardiakë (FK), frekuencën e respiratore (FR), temperaturën (T) dhe saturimin e oksigjenit (SPO2)<br><br>Sipas urdhërit të mjekut bëj EKG                          |
| 5. Administrimi i Oksigjenit                   | Ofroni oksigjen sipas rekomandimit të mjekut. Monitoroni saturimet.                                                                                                                                                            |
| 6. Monitorimi i Vazhdueshëm                    | Monitoroni përgjigjen ndaj trajtimit<br><br>Dokumentoni ndryshimet në intensitetin e dhimbjes, shenjat vitale dhe gjendjen e përgjithshme në kartelën infermiere                                                               |
| 7. Mbështetja Psiko-emocionale                 | Ofroni mbështetje emocionale për pacientin dhe familjen. Qetëso pacientin për të ulur ankthin dhe stresin                                                                                                                      |
| 7. Kordinimi i kujdesit                        | Sipas urdhërit të mjekut nëse dyshohet për infarkt miokardi, Infermierja lajmëron urgjencen<br><br>Ndihmoni në transportimin e pacientit për në ambulancë                                                                      |

**Tabela 15:** Menaxhimi infermieror i dhimbjes së krahavorit (Burimi: American Nurse Journal) (43, 44)

Infermieri është përgjegjës për mbajtjen e dokumentacionit të plotë dhe të SKA të të dhënave të pacientit, përfshirë monitorimin e dhimbjes, administrimin e medikamenteve dhe reagimin e pacientit ndaj trajtimit.

### Kartela Infermiere për Dhimbjen e Krahavorit

Ky është një model kartele që mund të përdoret në qendrat e urgjencës primare 24/7.

**Informacione të Pacientit /Gjeneralitetet**

**Emri Mbiemri:**

\_\_\_\_\_

**Mosha:**

\_\_\_\_\_

**Data e lindjes:**

\_\_\_\_\_

**Alergji:**

\_\_\_\_\_

**Anamneza:**

**Si filluan simptomat?**

**Kohëzgjatja e simptomave:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vlerësimi i Menjëhershëm Infermieror**

**Statusi i ABC (Airway, Breathing, Circulation):** \_\_\_\_\_

**Shenjat vitale:**

**Tensioni arterial(TA):** \_\_\_\_\_

**Frekuenca Kardiake (FK):** \_\_\_\_\_

**Saturimi i oksigjenit (SPO2):** \_\_\_\_\_

**Frekuenca e frymëmarrjes(FR):** \_\_\_\_\_

**Temperatura (T)** \_\_\_\_\_

### **Procedurat Infermierore**

**Medikamentet e administruara:**

**DOZA:**

**KOHA:**

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

### **Monitorimi i Shenjave Vitale dhe Oksigjenimit**

**Koha e monitorimit:** \_\_\_\_\_

**Tensionin arterial:** \_\_\_\_\_

**Frekuencën e zemrës** \_\_\_\_\_

**Saturimin e oksigjenit** \_\_\_\_\_

**Frekuencën e frymëmarrjes:** \_\_\_\_\_

**Temperaturën** \_\_\_\_\_

### **Edukimi i Pacientit**

**Udhëzime për pacientin:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nënshkrimi i Infermieres:** \_\_\_\_\_

Edukimi i pacientit nga mjeku dhe infermierja është shumë i rëndësishëm dhe synon të reduktojë faktorët e modifikueshëm të riskut kardio-vaskular.

Edukimi i pacientëve ndihmon që ata të kuptojnë rëndësinë e mjekimit, monitorimit të presionit arterial, dhe ndryshimin e stilit të jetesës dhe inkurajon ata të bëjnë ndryshime pozitive në mënyrën e jetesës, si rënia e peshës për pacientët obezë, ndalimi i duhanit, dhe menaxhimi i stresit, të cilat janë thelbësore për parandalimin e dhimbjeve kardiale. (44)(45)(46)

## 13 TREGUESIT E MONITORIMIT TË ZBATIMIT TË UDHËZUESIT TË TRAJTIMIT TË DHIMBJËS SË KRAHARORIT

Treguesit klinikë përdoren për monitorimin e zbatimit të udhëzuesit klinik të dhimbjes së krahavorit në praktikën e përditshme nga ekipi i Mjekut dhe Infermierit të Familjes, duke u bazuar në kqyrjen e kartelave mjekësore.

### I. Treguesit e lidhur me vlerësimin e riskut për SKA ose patologji të tjera jetë-kërcënuese:

1. Dokumentimi i parametrave vitale.
2. Në kartelën e çdo pacienti me ankesë dhimbje krahavori ka të dokumentuar Vlerësimi INTERCHEST për Paracaktimin e SKA si etiologji e dhimbjes së krahavorit.
3. Në kartelën e çdo pacienti me ankesë dhimbje krahavori suspekt TEP ka të dokumentuar llogaritjen e Riskut për TEP me kriteret WELLS.

### II. Treguesit e lidhur me Diagnostikimin e dhimbjes së krahavorit:

1. Në kartelën e çdo pacienti me ankesë dhimbje krahavori ka të dokumentuar EKG e interpretuar nga MF në rastet me dhimbje krahavori me risk të mesëm ose të lartë për SKA.

### III. Treguesit e lidhur me Menaxhimin e dhimbjes së krahavorit:

1. Në kartelën e çdo pacienti me ankesë dhimbje krahavori ka të dokumentuar hapat e Menaxhimit të dhimbjes së krahavorit sipas protokollit.
2. Kartelës së pacientit ti bashkëngjitet edhe kartela infermiere.

## 14 BIBLIOGRAFIA

1. John R. McConaghy et al., Acute Chest Pain in Adults: Outpatient Evaluation – AAFP. American Academy of Family Physicians. 2020, December 15. Available at: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/1215/p721.html#initial-evaluation>.
2. Walker, H. K., Hall, W. D., & Hurst, J. W. (Eds.). (1990). *Chest pain or discomfort* (Chapter 9). In *Clinical methods: The history, physical, and laboratory examinations* (3rd ed.). Boston: Butterworths.
3. SCORE2-OP Working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J*. 2021 Jul 1;42(25):2455-2467. doi: 10.1093/eurheartj/ehab312. PMID: 34120185; PMCID: PMC8248997.
4. Sox HC, Aerts M, Haasenritter J. Applying a clinical decision rule for CAD in primary care to select a diagnostic test and interpret the results [Point-of-Care Guide]. *Am Fam Physician*. 2019;99(9):585.
5. International working Group on Chest Pain in Primary Care (INTERCHEST) Aerts M, Minalu G, Bösner S, et al. Pooled individual patient data from five countries were used to derive a clinical prediction rule for coronary artery disease in primary care. *J Clin Epidemiol*. 2017;81:120–128. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.09.011.
6. NCBI. Chest Pain. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025, Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470557/>
7. Judd E Hollander et al., *Approach to the adult with nontraumatic chest pain in the emergency department*. UPTODATE. 2025, February. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-nontraumatic-chest-pain-in-the-emergency-department>
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Recent-onset chest pain of suspected cardiac origin: assessment and diagnosis. Clinical guideline [CG95]. Published 24 March 2010; last updated 30 November 2016. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg95>.
9. American Heart Association. Drugs that may cause or exacerbate heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2020. 134(6), e32–e69. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000426>
10. NCBI. Chest Pain. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025, Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470557/>
11. Sox HC, Aerts M, Haasenritter J. Applying a clinical decision rule for CAD in primary care to select a diagnostic test and interpret the results [Point-of-Care Guide]. *Am Fam Physician*. 2019;99(9):585.
12. International working Group on Chest Pain in Primary Care (INTERCHEST) Aerts M, Minalu G, Bösner S, et al. Pooled individual patient data from five countries were used to derive a clinical prediction rule for coronary artery disease in primary care. *J Clin Epidemiol*. 2017;81:120–128. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.09.011.

13. Harskamp RE, Laeven SC, Himmelreich JC, Lucassen WAM, van weert H. Chest pain in general practice: a systematic review of prediction rules. *BMJ Open*. 2019;9:e027081. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027081.
14. Wang ZS, Yap J, Koh YLE, et al. Predicting coronary artery disease in primary care: development and validation of a diagnostic risk score for major ethnic groups in Southeast Asia. *J Gen Intern Med*. 2021;36:1514–1524. doi: 10.1007/s11606-021-06701-z.
15. Manten A, De Clercq L, Rietveld RP, Lucassen WAM, Moll van Charante EP, Harskamp RE. Evaluation of the Marburg Heart Score and INTERCHEST score compared to current telephone triage for chest pain in out-of-hours primary care. *Neth Heart J*. 2023 Apr;31(4):157-165. doi: 10.1007/s12471-022-01745-0. Epub 2022 Dec 29. PMID: 36580267; PMCID: PMC10033786
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). *Venous thromboembolic diseases: Diagnosis, management and thrombophilia testing (NICE guideline [NG158])*. Retrieved August 2, 2023, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng158>
17. Harder EM, Desai O, Marshall PS. Clinical Probability Tools for Deep Venous Thrombosis, Pulmonary Embolism, and Bleeding. *Clin Chest Med*. 2018;39(3):473-482. doi:10.1016/j.ccm.2018.04.001
18. Zhang NJ, Rameau P, Julemis M, Liu Y, Solomon J, Khan S, McGinn T, Richardson S. Automated Pulmonary Embolism Risk Assessment Using the Wells Criteria: Validation Study *JMIR Form Res* 2022;6(2):e32230 doi: [10.2196/32230](https://doi.org/10.2196/32230)
19. Sadeghi S, Bahrami P, Kimiyae Far S, Arabi Z. Determining the diagnostic value of three clinical criteria Wells', YEARS and modified Geneva in pregnant women with suspected pulmonary thromboembolism. *Am J Cardiovasc Dis*. 2022 Aug 15;12(4):240-246. PMID: 36147790; PMCID: PMC9490165.
20. Harder EM, Desai O, Marshall PS. Clinical Probability Tools for Deep Venous Thrombosis, Pulmonary Embolism, and Bleeding. *Clin Chest Med*. 2018;39(3):473-482. doi:10.1016/j.ccm.2018.04.001
21. Steven Doherty; Pulmonary embolism: An update; Australian Family Physician Association; Volume 46, Issue 11, November 2017
22. Steven Doherty, Pulmonary embolism: An update , Volume 46, Issue 11, November 2017; <https://www.racgp.org.au/afp/2017/november/pulmonary-embolism>
23. ECG interpretation in Life in Fast Lane: <https://litfl.com/anterior-myocardial-infarction-ecg-library>
24. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Available at: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/38/3720/7243210#441044869>
25. Hiten Patel. *Outpatient evaluation of the adult with chest pain*. UPTODATE. 2025, February. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/outpatient-evaluation-of-the-adult-with-chest-pain>
26. Ferreira JC, Mochly-Rosen D. Nitroglycerin use in myocardial infarction patients. *Circ J*. 2012;76(1):15-21. doi: 10.1253/circj.cj-11-1133. Epub 2011 Nov 1. PMID: 22040938; PMCID: PMC3527093

27. Twiner MJ, Hennessy J, Wein R, Levy PD. Nitroglycerin Use in the Emergency Department: Current Perspectives. *Open Access Emerg Med.* 2022;14:327-333  
<https://doi.org/10.2147/OAEM.S340513>
28. José Nunes de Alencar Neto; Morphine, Oxygen, Nitrates, and Mortality Reducing Pharmacological Treatment for Acute Coronary Syndrome: An Evidence-based Review; *Cureus.* 2018 Jan 25;10(1):e2114. doi: 10.7759/cureus.2114
29. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Recent-onset chest pain of suspected cardiac origin: assessment and diagnosis. Clinical guideline [CG95]. Published 24 March 2010; last updated 30 November 2016. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg95>.
30. The assessment and management of chest pain in primary care: A focus on acute coronary syndrome. *Australian Journal of General Practice* <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/may/chest-pain-in-primary-care>
31. Alsudairy et al, (2023). Primary Care in Management of Pulmonary Embolism in Prolonged Recumbences. *Saudi Medical Horizons Journal.* 3. 131-138. 10.54293/smhj.v3i3.81.
32. B Taylor Thompson et al., *Overview of Acute Pulmonary Embolus in Adults*. UPTODATE. 2025, February. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-acute-pulmonary-embolism-in-adults> ; <https://www.uptodate.com/contents/treatment-prognosis-and-follow-up-of-acute-pulmonary-embolism-in-adults>
33. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). *Venous thromboembolic diseases: Diagnosis, management and thrombophilia testing (NICE guideline [NG158])*. Retrieved August 2, 2023, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng158>
34. WHO Standardized Emergency Unit Form: General
35. Y C Gary Lee et al., *Pneumothorax- Etiology, Clinical presentation, diagnosis and treatment. Spontaneous Pneumothorax.* UPTODATE.2025, February. Available at : <https://www.uptodate.com/contents/pneumothorax-in-adults-epidemiology-and-etiology>; <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-pneumothorax>; <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-primary-spontaneous-pneumothorax-in-adults>
36. Massongo M, Leroy S, Scherpereel A, et al. Outpatient management of primary spontaneous pneumothorax: a prospective study. *Eur Respir J.* 2014;43(2):582-590. doi:10.1183/09031936.00179112
37. Brims, F. J. H., & Maskell, N. A. (n.d.). *Ambulatory treatment in the management of pneumothorax: A systematic review of the literature*. Retrieved from <https://thorax.bmj.com/content/68/7/664>
38. Peter P Roy- Byrne et al., *Panic disorder in adults- Epidemiology, Clinical presentation, diagnosis and treatment*.UPTODATE. 2025, February. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/panic-disorder-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>; <https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management>

39. Raju NN, Naga Pavan Kumar KSVR, Nihal G. Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Anxiety and Panic Disorders in Emergency Setting. *Indian J Psychiatry*. 2023 Feb;65(2):181-185. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\_489\_22. Epub 2023 Jan 30. PMID: 37063628; PMCID: PMC10096212.
40. Treatment of Panic Disorder: *Am Fam Physician*. 2005;71(4):733-739– Available at: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2005/0215/p733.html>
41. Goyal A, Zeltser R, Gunn AA. Unstable Angina (Nursing) [Updated 2022 Sep 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568785/>
42. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2021;Oct:[Epubaheadprint].[https://www.acc.org/Latest-in-Cardiology/ten-points-to-remember/2021/10/27/14/06/2021-Guideline-for-Chest-Pain-gl\\_chestpain](https://www.acc.org/Latest-in-Cardiology/ten-points-to-remember/2021/10/27/14/06/2021-Guideline-for-Chest-Pain-gl_chestpain)
43. American Nurse Journal. *Myocardial infarction: Nursing assessment and care*. My American Nurse.<https://www.myamericannurse.com/myocardial-infarction-nursing-assessment-and-care>
44. Nurseslabs. Angina pectoris (chest pain) nursing care plans. Nurseslabs.<https://nurseslabs.com/angina-pectoris-chest-pain-nursing-care-plans/#h-6-providing-patient-education-and-teachings-for-for-lifestyle-changes>
45. Julian M Aroesty et al., Chest pain: Beyond the basics. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/chest-pain-beyond-the-basics>
46. Johnson K, Ghassemzadeh S. Chest Pain. [Updated 2022 Dec 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470557/>
47. Edukimi në Vazhdim në KSHP: Manual për mjekët e përgjithshëm, Projekti PRO shendetit dhe Fakulteti i Mjekësisë, tetor 2008
48. Udhëzues Klinik i Urgjencës Mjekësore, Ministria e Shëndetësisë, Tetor 2016
49. Standardet Operacionale Të Punës (Sop) Dhe Protokollet e Praktikës Klinike Nëshërbimine Emergjencë-Urgjencave Mjekësore, Rishikuar: Nëntor 2022, Miratuar nga MSHMS me urdhër nr. 189/7, date 16.12.2022

## 15 ANEKSE

### 15.1 FORMA STANDARTE PËR VLERËSIMIN E URGJENCAVE MJEKSORE

(modifikuar nga forma standarte për vlerësimin e urgjencave të OBSH)

| DATA:<br>ORA : _ _     | ANKESA KRYESORE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SHENJAT VITALE ORA: _ _<br>TEMP: _ TA: _ / _ PULSI: _ FR: _<br>SPO2 : _ %<br>INTENSITETI I DHIMBJES : _ / 10 |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gjendja e përgjithshme | <input type="checkbox"/> Ngjyrë normale <input type="checkbox"/> i ngrohtë <input type="checkbox"/> I perfuzuar <input type="checkbox"/> I ndërgjegjshëm<br><input type="checkbox"/> I zbehtë <input type="checkbox"/> i ftohtë <input type="checkbox"/> gjendje shoku <input type="checkbox"/> komprementim ndërgjegjshëm<br><input type="checkbox"/> cianotik <input type="checkbox"/> me djersë                                    |                                                                                                              |
| Rrugëte frymëmarrjes   | <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> djegie orale Obstruksion: <input type="checkbox"/> gjuha<br><input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> trup i huaj<br><input type="checkbox"/> zë i ngjirur/nuk flet dot <input type="checkbox"/> gjak<br><input type="checkbox"/> të vjella                                                                                                              |                                                                                                              |
| Frymëmarrja            | Frekuenca respiratore: _____<br>Ngritja e krahavorit: <input type="checkbox"/> e sipërfaqshme <input type="checkbox"/> Retraksion <input type="checkbox"/> Paradoksale<br>Trakea: <input type="checkbox"/> në mes <input type="checkbox"/> e devijuar <input type="checkbox"/> e majtë <input type="checkbox"/> e djathtë<br>Respiracioni/ zhurma respiratore: <input type="checkbox"/> M _____ <input type="checkbox"/> D _____      |                                                                                                              |
| Qarkullimi             | Lëkura: <input type="checkbox"/> e ngrohtë <input type="checkbox"/> e thatë <input type="checkbox"/> e zbehtë <input type="checkbox"/> cianotike <input type="checkbox"/> e lagësht<br>Pulset: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> të dobëta <input type="checkbox"/> asimetrike<br>Rimbushja kapilare <input type="checkbox"/> <3 sec ose ____<br>JVD: <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |                                                                                                              |
| Ekzaminimi neurologjik | Reagimi <input type="checkbox"/> Lëviz te gjitha gjymtyrët<br><input type="checkbox"/> A- Alert <input type="checkbox"/> Deficit: _____<br><input type="checkbox"/> V- Verbal (reagon ndaj zërit)<br><input type="checkbox"/> P- Pain (reagon ndaj dhimbjes)<br><input type="checkbox"/> U- i pa vetëdijshëm <input type="checkbox"/> Glicemia<br>Pupilat: Përmasat: Majtas _____ Djathtas _____ Reagimi ndaj dritës                  |                                                                                                              |
|                        | Ekzaminim i fokusuar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                              |

## Vlerësimi INTERCHEST për Paracaktimin e SKA si Etiologji e Dhimbjes së Krahavorit

| Paracaktuesi Klinik                                       | Pikët | Grupi i rrezikuar     | SKA/total(%)  |
|-----------------------------------------------------------|-------|-----------------------|---------------|
| 1. Dhimbja e riprodhuar nga palpimi i murit të krahavorit | -1    | Risk i ulët (-1 to 0) | 1/295 (0.3)   |
| 2. Burra ≥ 55 vjeç ose gra ≥ 65 vjeç                      | +1    | Risk i mesëm (1 to 2) | 17/245 (6.9)  |
| 3. Mjeku fillimisht dyshoi për një gjendje të rëndë       | +1    | Risk i lartë (3+)     | 67/104 (64.4) |
| 4. Diskomforti në krahavor ndihet si presion/shtypje      | +1    |                       |               |
| 5. Dhimbja e krahavorit lidhet me aktivitetin fizik       | +1    |                       |               |
| 6. Histori për SKA                                        | +1    |                       |               |

**Total:**

**Tabela**

**2:** Vlerësimi INTERCHEST (Burimi: Adaptuar nga Sox HC, Aerts M, Haasenritter J. Zbatimi i rregullit vendimmarrës klinik për SKA në kujdesin parësor për të zgjedhur testin diagnostik dhe interpretimin e rezultateve. (Udhëzues në pikën e kujdesit). Akademia e mjekut të familjes. 2019)

### 15.3 VLERËSIMI PER TEP NËPËRMJET KRITEREVE WELLS, VLERËSUESIT PERC DHE ALGORITMI I PËRDORIMIT TË TYRE

| KARAKTERISTIKAT                                               | PIKËT |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| Simptoma klinike të DVT (fryrje e këmbëve, dhimbje në palpim) | 3     |
| Diagnoza të tjera shumë pak probable                          | 3     |
| P > 100/min                                                   | 1.5   |
| Imobilizim > 3 ditë ose Operacion 4 javët e fundit            | 1.5   |
| Histori e mëparshme për DVT/PE                                | 1.5   |
| Hemoptizi                                                     | 1     |
| Kancer                                                        | 1     |
| Probabiliteti per TEP                                         | Piket |
| I lartë                                                       | >6    |
| I mesëm                                                       | 2-6   |
| I ulët                                                        | <2    |

**Tabela 4:** Përlllogaritja e Riskut për TEP me Kriteret WELLS (Burimi: Adaptuar nga Van Belle A, Buller HR, Huisman MV, et al. Efektiviteti i menaxhimit të TEP të suspektuar duke përdorur një algoritëm që kombinon probabilitetin klinik, testimin e D-dimerit dhe skanerin)

| Vlerësimi PERC                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| mosha <50 vjeç                                                                             |
| Pulsi <100 rrahje/min                                                                      |
| SaO <sub>2</sub> ≥95%                                                                      |
| Nuk ka hemoptizi                                                                           |
| Nuk merr estrogen                                                                          |
| Nuk ka bërë kirurgji apo nuk ka pase trauma që ka kërkuar hospitalisim në 4 javët e fundit |
| Nuk ka histori për tromboembolizem                                                         |
| Nuk ka enjtje unilaterale                                                                  |

**Tabela 5:** Përlllogaritja e Riskut për TEP me vlerësuesin PERC. (Burimi: Adaptuar nga: Steven Doherty. Trombembolia Pulmonare)

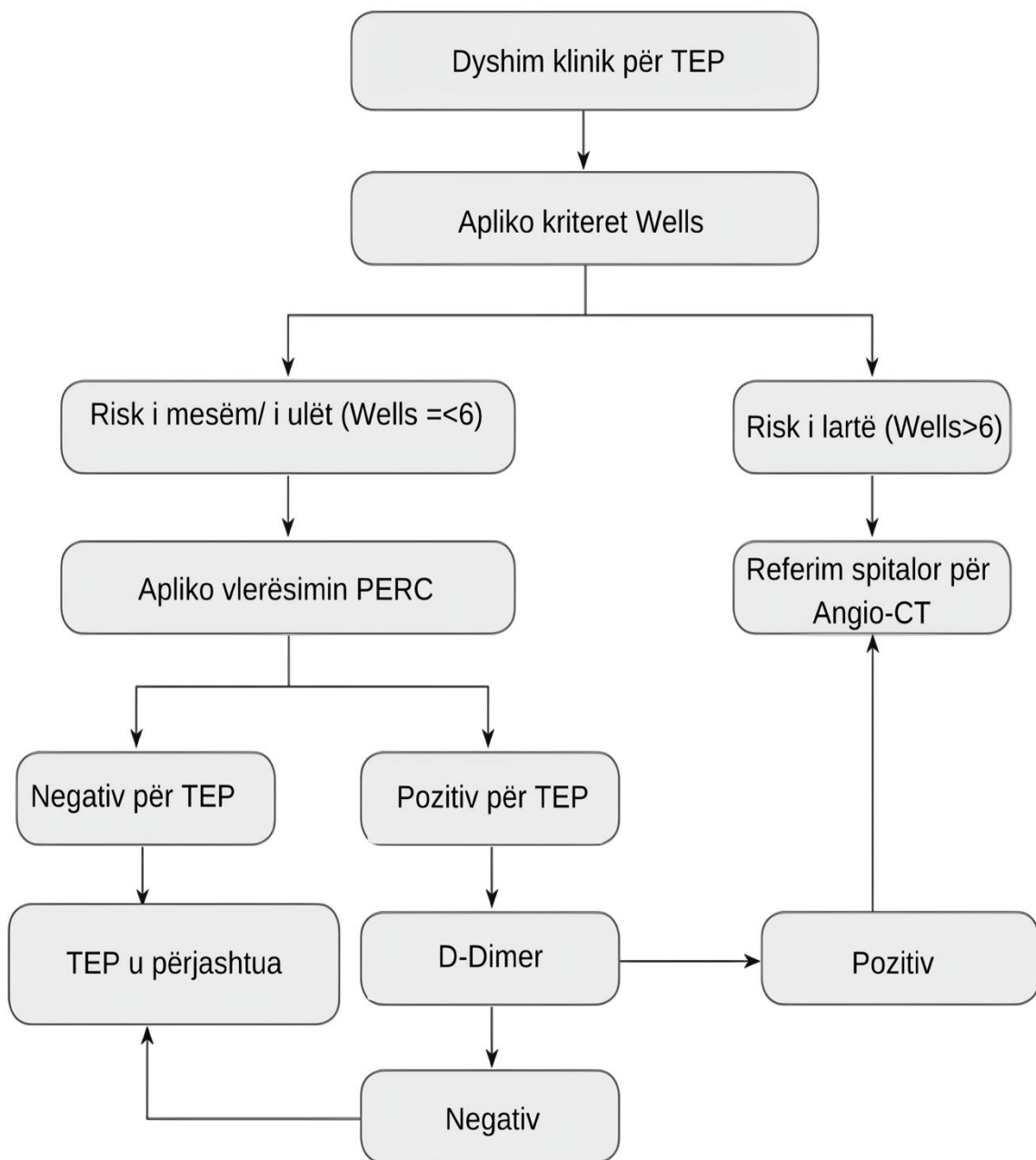
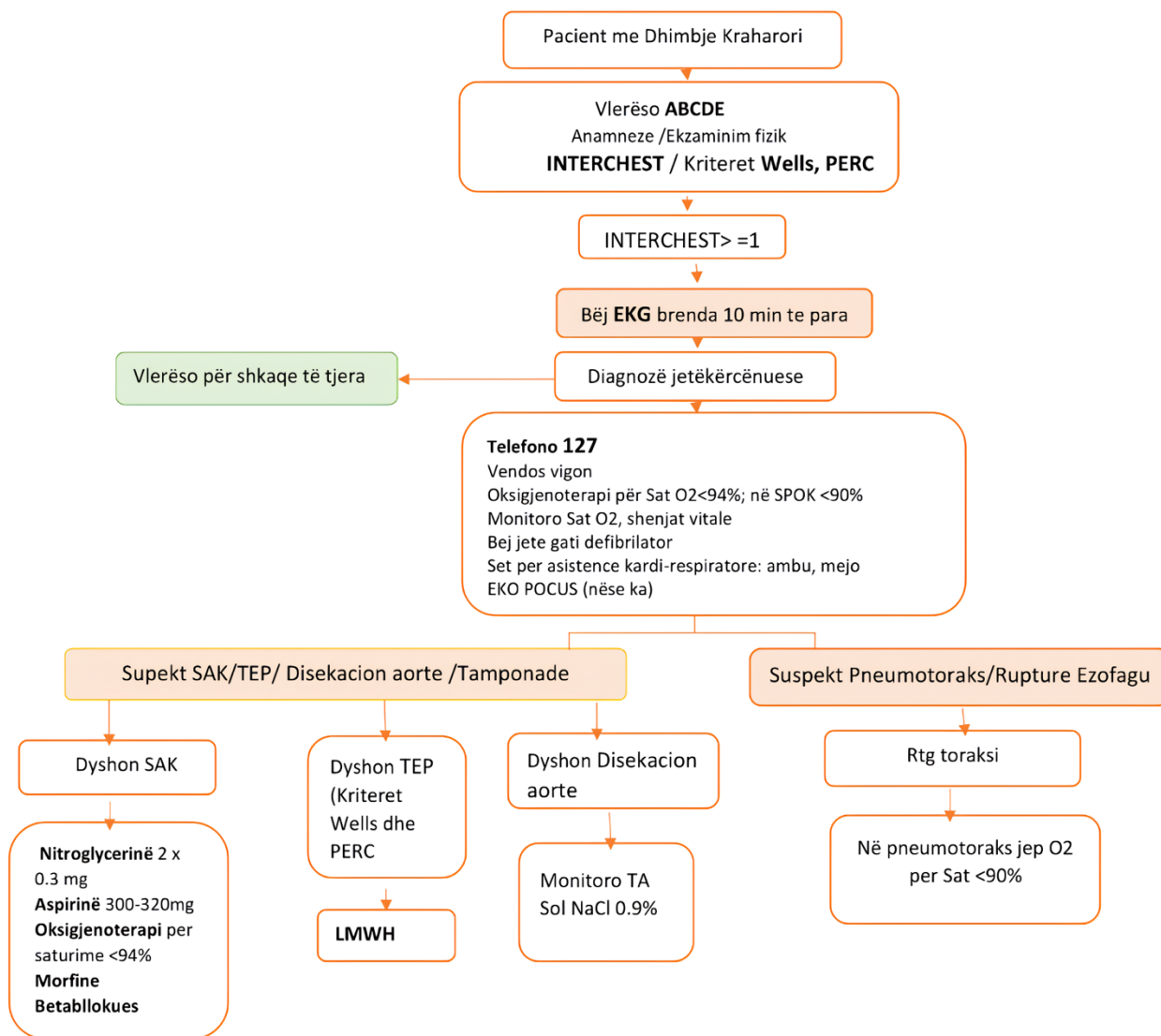


**Tabela 6:** Përdorimi i kriterëve Wells dhe vlerësuesit PERC për të vlerësuar riskun për TEP. (Burimi: Adaptuar nga: Steven Doherty. Emboli pulmonare)

## Algoritmi I menaxhimit të dhimbjes së krahërorit



**Morfina** do të përdoret nëse transportin e ben urgjenca 24/7, nëse disponohet në qendër dhe nëse nuk qetësohet nga TNG Sol Morfine 10mg/ml; 1ml e holluar me 19 cc sol NaCl 0.9%; aplikojme 1 cc cdo 2 min, deri në qetësimin e dhimbjes, duke monitoruar FR, SpO2 dhe TA

**LMWH** nëse disponohet në qendër 24/7 (Enoxaparin 6000 UI)

**Betablockues** :Për rastet me STEMI; metoprolol IV ne rast stemi qe I nenshtrohet coronarografise , pa shenja te insuficiencës akute kardiake dhe TA sistolik >120mmHg dhe pa kunderindikacione te tjera.

**EKO POCUS** (eko e pikën e kujdesit, tek shtrati I të sëmurit) për qendra që kanë eko dhe staf të trajnuar

**Rtg** ne qendrat 24/7 që kanë këtë shërbim

**Defibrilator, set intubimi** te jete gati nëse pacienti pëson arrest kardio-respirator

**Figura nr.11:** Algoritmi i menaxhimit të dhimbjes së krahërorit (Burimi: Krijuar bazuar ne referencat 1; 7; 8)

## URGJENCAT JETË-KËRCËNUESE

**Sindroma akute koronare (SKA)** – Pacientët me SKA shfaqin simptoma anginoze në gjëndje qetësie, anginë të re ose anginë progresive (më e shpeshtë, më e gjatë në kohëzgjatje ose që ndodh me më pak aktivitet fizik sesa më parë). Gratë, personat me diabet dhe adultët e rinj mund të paraqiten pa dhimbje tipike në krahator, por mund të kenë simptoma si dispne, dobësi, të përziera, të vjella, palpitacione ose gjendje sinkopi.

**Disekacioni i aortës** – Disekacioni i aortës është patologji e rrallë, por mund të jetë emergjencë kirurgjikale. Pacientët me disekacion akut të aortës zakonisht paraqiten me dhimbje të papritur dhe të mprehtë në krahator dhe shpinë, shpesh me ndjesi të "çarjes" ose "shkëputjes." Dhimbja mund të përhapet në pjesë të tjera të krahatorit ose abdomenit.

**Trombembolia pulmonare (TEP)** – Simptomat më të zakonshme të embolisë pulmonare përfshijnë dispne, dhimbje pleuritike në krahator, kollë dhe simptoma të trombozës së venave të thella. Faktorët e rrezikut për tromboemboli përmbledhen në një tabelë dhe Wells score është një mjet i dobishëm për të llogaritur probabilitetin e tromboembolisë pulmonare (TEP).

**Pneumotoraksi** – Pacientët me pneumotoraks spontan paraqiten me dhimbje pleuritike të papritur dhe dispne. Shenjat e çrregullimeve hemodinamike (p.sh., takikardi, hipotension) tregojnë për pneumotoraks që mund të çojë drejt kolapsit kardiopulmonar.

**Perforimi i ezofagut** – Ruptura spontane e ezofagut (sindroma Boerhaave) e shkaktuar nga vjellja të sforcuara dhe paraqitet me dhimbje të fortë retrosternale dhe ndonjëherë krepitacion subkutan.

**Tamponada kardiake** – Zhvillimi i tamponadës kardiake mund të ndodh në një pacient me efusion pericardial dhe mund të jetë kërcënues. Simptomat përfshijnë parehati në krahator dhe

dispne, së bashku me shenja si hipotension dhe takipne. Presioni venoz jugular zakonisht është i ngritur dhe tonet e zemrës të ulura.

---

**Aritmitë kardiake** – Aritmi të rrezikshme, si takikardia ventrikulare ose blloku i plotë i gradës së tretë, mund të paraqiten me dhimbje në krahavor. Takikardia ventrikulare shpesh shoqërohet me palpitacione, dispne ose sinkop.

---

**Angina pectoris** — Angina pectoris, përshkruan dhimbjen e krahavorit për shkak të vuajtjes së miokardit. Prezantimi klasik klinik i ishemi së miokardiale përfshin parehati të krahavorit që përkeqësohet me efort fizik dhe përmirësohet me nitroglicerinë brënda 5 minutave. Simptomat e ishemi së miokardit ndryshojnë sipas popullatave. Gratë, individët me diabet dhe pacientët adult më të rinj ka më shumë gjasa të paraqiten pa dhimbje krahavori, por me simptoma si dispne, dobësi, nauze dhe të vjella, palpitacione ose sinkop.

---

**Perikarditi/mioperikarditi** – Perikarditi akut i referohet inflamacionit të cipave tëperikardit. Etiologjitë përfshijnë infeksionin, medikamentet, çrregullimet autoimmune, ureminë dhe malinjitetin. Simptomat kryesore përfshijnë dhimbje të mprehtë, pleuritike të krahavorit që zvogëlohet nga përkulja përpara nga një pozicion ulur. Perikarditi ka ndryshime karakteristike në EKG si ngritje të shpërndara të segmentit ST dhe ulje të segmentit PR.

---

**Pneumotoraksi spontan** — Pneumotoraksi spontan ndodh kur ajri hyn në hapësirën pleurale, duke shkaktuar kolaps të pulmonit. Ai ndodh më shpesh tek individët e rinj, të gjatë, të dobët dhe të shëndetshëm (pneumotoraksi spontan primar) ose tek ata me sëmundje pulmonare kronike (pneumotoraksi spontan sekondar) si SPOK, fibroza cistike, dhe sëmundje malinje pulmonare. Simptomat përfshijnë dhimbje të papritur të krahavorit dhe dispne. Diagnoza bëhet me radiografi ose ekografi të krahavorit.

---

**Pleuriti dhe pneumonitë** — Pleuriti dhe pneumonitë shpesh shkaktojnë dhimbje të krahavorit që përkeqësohet me frymëmarrjen e thellë ose kollën. Simptomat shoqëruese mund të përfshijnë ethe, kollë dhe sputum. Diagnoza zakonisht bazohet në ekzaminimin klinik dhe testet imazherike.

---

**Hernia diafragmatike/ hiatale** — Në një hernie diafragmatike, e njohur gjithashtu si hernie hiatale, hapja fiziologjike e diafragmës zmadhohet dhe pjesa e sipërme e stomakut fryhet ose shtyhet lart përmes asaj hapjeje dhe hyn në krahavor. Herniet diafragmatike mund të shkaktojnë dhimbje djegëse krahavori, regurgitim të ushqimit ose lëngjeve në gojë dhe refluks gastroezofageal.

---

**Refluksi gastroezofageal (GERD)** — GERD është një shkak i zakonshëm i dhimbjes jo-kardiake të krahavorit dhe shpesh ndodh pas ngrënies ose në pozicion të shtrirë. Pacienti ankon për një ndjesi djegëse në pjesën qendrore të krahavorit që shoqërohet me kollë sidomos kur pacienti shtrihet. Përkeqësimi i simptomave nga ushqimet e yndyrshme, kafeja ose alkooli mund të sugjerojë këtë diagnozë. Trajtimi zakonisht përfshin antacide, frenues të pompës protonike (PPI) ose H<sub>2</sub>-blllokues.

---

**Ulcera peptike dhe perforacionet** — Ulcera peptike mund të shkaktojë dhimbje të stomakut që referohet në krahavor. Nëse ndodh një perforacion, dhimbja mund të jetë e papritur, e mprehtë dhe e shoqëruar me shenja peritoneale

---

**Ezofagiti** – Pacientët me ezofagit mund të paraqiten me dhimbje të papritur pas sternumit dhe odinofagi. Shkaqet përfshijnë kandidiazën, citomegalovirusin (si komplikacion i SIDA), ezofagiti i shkaktuar nga medikamentet dhe dëmtimet nga radioterapia.

---

**Herniet hiatale, kolecistiti akut, koledokolitiaza dhe pankreatiti** mund të kenë dhimbje të forta që përfshin krahavorin. Simptomat gastrointestinale që i shoqërojnë, si nausea, të vjellat, ikteri ose dhimbja abdominale, na orientojnë për diagnozën.

---

**Dhimbje muskulare dhe kostokondriti** — Dhimbja muskulare është një shkak i zakonshëm i dhimbjes së krahavorit, veçanërisht pas një traume ose aktiviteti fizik. Sindroma e kostokondritit është një shembull i zakonshëm që përfshin inflamacion të kërcit kotal dhe zakonisht shkakton dhimbje të lokalizuar dhe të ndjeshme në prekje.

---

**Fibromialgjia** – Dhimbja mund të vijë nga ndjeshmëria e shtuar ndaj stimujve që zakonisht nuk shkaktojnë dhimbje.

---

**Dhimbje skeletike** – Frakturat e brinjëve lidhen me dhimbje të murit të krahavorit që është e lokalizuar dhe e riprodhueshme me palpim dhe është pasojë e një traume në krahavor. Në disa raste mund të ndodhin pa traumë si në rastin e osteoporozës. Një shumëllojshmëri çrregullimesh sistemike gjithashtu mund të shkaktojnë dhimbje në murin e krahavorit nga patologjia e brinjëve. Këto janë të rralla, por përfshijnë sarkomën e brinjëve, mielomën multiple dhe metastaza kockore.

---

**Ataku i panikut** – Ataku i panikut dhe gjendjet e ankthit janë të zakonshme. Një në katër persona me atak paniku do të përjetojë dhimbje krahavori dhe vështirësi në frymëmarrje. Ataket e panikut zakonisht paraqiten me episode të papritura dhe spontane të frikës intensive që fillojnë papritmas dhe zgjasin disa minuta deri në një orë. Në çrregullimin e panikut, pacientët përjetojnë atake të përsëritura të panikut, me shqetësim për episodet e ardhshme ose shmangie të sjelljeve të lidhura me to. Simptoma të tjera të çrregullimit të panikut përfshijnë palpitacione, nauze, djersitje, marramendje dhe ndjesi të një katastrofe të afërt. Hiperventilimi gjatë një ataku paniku mund të rezultojë në dhimbje jo anginoze. Pacientët me çrregullime psikiatrike mund të zhvillojnë ose të kenë SKA bashkëshoqëruese dhe, në këta pacientë, ishemia mund të ndodhë gjatë një ataku paniku.

---

**Kokaina** – Ishemia miokardiale është gjendja më e zakonshme kardiake e lidhur me përdorimin e kokainës dhe zakonisht ndodh për shkak të spazmës së arterieve koronare. Komplikime të tjera kardiake të përdorimit të kokainës përfshijnë aritmitë kardiake, disekacionin e aortës, aneurizmat e arterieve koronare, miokarditin dhe kardiomiopatinë. Komplikimet pulmonare të përdorimit të kokainës gjithashtu mund të shkaktojnë dhimbje në krahavor, por shoqërohen me

---

simptoma respiratore. Këto përfshijnë toksicitetin akut pulmonar, pneumoninë eozinofile akute, pneumotoraksin dhe pneumomediastinum, si dhe sëmundjen vaskulare pulmonare.

**Metamfetamina** – Intoksikimi nga metamfetamina mund të imitojë intoksikimin nga kokaina dhe të shkaktojë komplikime të ngjashme kardiake.

---

**Herpes Zoster** – Dhimbja në kraharror, veçanërisht tek të moshuarit, mund të jetë simptoma paraqitëse e herpes zoster, duke paraprirë skuqjen karakteristike zakonisht për dy deri në tre ditë. Zakonisht është e pranishme mbindjeshmëria në dermatomën e prekur përgjegjëse për dhimbjen.

---

## 16 SHKURTIME

- ASA - Aspirinë
- DMT2 - Diabeti Mellitus Tip 2
- EKG - Elektrokardiograma
- FK - Frekuenca Kardiake
- FR - Frekuenca respiratore
- GERD - Refluksi Gastroezofageal
- IAM - Infarkti Akut i Miokardit
- IF - Infermieri i Familjes
- INTERCHEST Rule - Vlerësuesi INTERCHEST për paracaktimin e riskut për SKA
- INSTAT-Instituti i statistikave
- JVD - Distension i venave jugulare
- LMWH-Heparinë me peshë të vogël molekulare
- OBSH- Organizata Botërore e Shëndetësisë
- MF - Mjeku i Familjes
- NTG - Nitroglicerinë
- NSAIDs - Antiinflamatorët Jo Steroid
- PA - Presioni Arterial
- PCI -angioplastika
- POCUS - Eko ne pikën e kujdesit
- Rtg-Radiografi
- SKA - Sëmundja Akute Koronare
- TA - Tension Arterial
- TEP - Tromboembolia Pulmonare
- T - Temperatura
- WELLS Criteria - Kriteret e Wells për paracaktimin e riskut për TEP