

**UNIVERSITETI PUBLIK I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”
FAKULTETI I MJEKËSISË
DREJTIMI:INFERMIERI**



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KUJDESI INFERMIEROR NË TË SËMURËT ME
ARTRIT REUMATOID**

Studentja:
Donika Uka

Mentori:
Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha

Gjakovë 2017

**UNIVERSITETI PUBLIK I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”
FAKULTETI I MJEKËSISË
DREJTIMI:INFERMIERI**



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KUJDESI INFERMIEROR NË TË SËMURËT ME
ARTRIT REUMATOID**

Studentja:

Donika Uka

Mentori:

Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha

Gjakovë 2017

Ky punim është bërë me ndihmën e shënimeve nga librat e protokoleve në klinikën e reumatologjisë në QKUK-Prishtinë.

Në këtë punim janë përfshirë gjithsej 4 figura , 4 grafikona dhe 4 tabela

Mentori i temës është Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha,Internist – Reumatolog i cili me njohuritë dhe ndihmën e tij rreth punimit në fjalë ka dhënë kontributin dhe gatishmërinë për të arritur rezultatin e duhur.

DEKLARATË STUDENTORE

Deklaroj nën përgjegjësinë time se punimi është i shkruar nga unë , nuk është prezantuar asnjëherë më parë, para ndonjë komisioni ose institucioni tjetër që nuk mban vulën e universitetit dhe degës përkatëse ku është përcaktuar të prezantohet punimi në fjalë.

Donika Uka 2017

Artriti Reumatoid është një sëmundje autoimune e cila shkakton inflamacion të shtresës mbështjellëse të nyjave. Ky ind i trupit gabimisht sulmohet nga qelizat mbrojtëse të organizmit. Kjo është një sëmundje kronike, që do të thotë se ka periudha kur ajo mund të largohet krejtësisht, ndërsa rikthehet dhe madje përkeqësohet me kalimin e kohës. Trajtimi i hershëm është kyç për të penguar zhvillimin dhe përkeqësimin e kësaj sëmundje.

Falenderimet

Para se të filloj të paraqes punimin timë shprehë mirënjohjen time për personat që dhanë ndihmë për të realizuar deri në fund këtë detyrë. Shprehë falenderimet më të sinqerta për familjen time, për mbështetjen në çdo hap të shkollimit dhe në realizimin përfundimtar të këtij punimi, pa anashkaluar dhe shoqërinë që më mbështetën fuqishëm gjatë këtyre tri viteve e deri më sot.

Falenderoj stafin e universitetit, antarët e komisionit të cilët janë pëkushtuar për të arritur finalizimin e këtij rrugëtimi. Falenderoj Prof. Ass. Dr. Idriz Berisha për ndihmën e tij për hartimin e këtij studimi, gjithashtu dhe Ass. Dr. Adhurim Koshi për huazimin e literaturave të nevojshme.

Përmbajtja

1 .Hyrje	9
2. Reumatologjia	10
2.1 Anatomia e artikulaconeve	11
2.2 Inflamacioni i artikulacioneve.....	12
3. Artriti reumatoid	13
3.1 Epidemiologjia,Gjentika.....	15
3.2 Etiologjia,Patogjeeza.....	16
3.3 Patologjia	17
3.4 Ecuria klinike.....	18
3.5 Të dhënat laboratorike.....	19
3.6 Diagnoza.....	21
3.7 Mjekimi	22
3.8 Mënyrat ndihmëse për lehtësimin e AR.....	25
4. Qëllimet dhe objektivat e punimit	28
4.1.Materiali dhe metodat e punës.....	28
5. Analizat statistikore	29
6. Kujdesi infermieror tek pacientët me Artrit Reumatoid	37
6.1.Informimi dhe edukimi i pacientit.....	40
7.Diskutimet	41
8.Rekomandimet	42
9.Cv e studentit	43
10.Literatura	44

ABSTRAKT

Sëmundjet reumatizmale janë ndër shqetësimet më të shpeshta të shëndetit edhe në popullatën shqiptare, që prekin kryesisht moshat e rritura, por nuk mungon përhapja e tyre edhe tek më të rinjtë. Sikur ndodh me shumë sëmundje të tjera, trajtimi i hershëm i simptomave reumatizmale luan një rol të rëndësishëm në kontrollimin dhe shmangien e dhimbjeve të gjymtyrëve e deformimit të kockave. Këto komplikacione favorizohen nga fakti i shfaqjes së simptomave të dukshme që në stadet më të hershme. Reumatologët bëjnë me dije se këto sëmundje bartin një kosto të madhe, e cila nuk rëndon vetëm individin, por gjithë shoqërinë. Kjo pasi mostrajtimi, përveç dhimbjeve që shkakton tek pacienti, shton edhe mungesat në punë si rrjedhojë e paaftësisë për të kryer aktivitetet e përditshme. Sëmundjet reumatizmale renditen si shkak i dytë pas sëmundjeve të qarkullimit të gjakut, që ndikojnë në rritjen e paaftësie për punë. Kjo sëmundje bëhet më e shpeshtë tek moshat e treta, ku mbi 50 për qind e tyre vuajnë nga format më të ndryshme të reumatizmës. Femrat kanë përqindje më të madhe të kësaj sëmundje.

Fjalët Kyçe:

- Lëngu Sinovial
- Lubrifikimi
- Pannus
- Kartilago
- Tendinat
- Artikulacionet : radiocarpale,metacarpofaloengeale,proksimale interfalongeale,metotarsofalongeale
- Pes Valgus
- Pes Planus
- Sindroma Felty
- Cyclic Citrulline
- Antistreptolizina

SUMMARY

Rheumatic diseases are among the most common concerns of our population health, affecting mainly the adult years, but their proliferation is not lacking even to the youngest. As happens with many other diseases, early treatment of rheumatic symptoms plays an important role in controlling the pain of limb and avoiding bone deformation. These complications are favored by the fact of the appearance of visible symptoms in the earliest stages. Rheumatology suggest that these diseases carry a huge cost, which the individual, but the entire society. This because not treatment ,except pain to the patient, adds absence from work due to the inability to perform daily activities. Rheumatic diseases are ranked as the second after cardiovascular diseases, affecting the growth of incapacity for work. This disease becomes more common in the elderly, where over 50 percent of them suffer from various forms of rheumatism. Women have greater percentage of this disease.

Keywords:

- Synovial fluid
- Lubrication
- Pannus
- Kartilago
- Tendinite
- Joints: radiocarpale,metacarpofalangeale,proksimale interfalangeale,metotarsofalangeale
- Pes Valgus
- Pes Planus
- Syndrome Felty
- Cyclic citrulline
- Antistreptolizina

1.HYRJE

Artriti reumatoid është një sëmundje inflamatore sistemike kronike me etiologji të panjohur që prek kryesisht membranat sinoviale. Sëmundja shoqërohet me inflamacion të membranave sinoviale dhe formim të të ashtuquajturit “pannus” që shkakton: dhembje, edemë, ngurtësim mëngjesor dhe humbje të funksionit të nyjeve. Shkaku është i panjohur. Sëmundja haset në të gjitha moshat por është më e shpeshtë mbi 30 vjeç dhe sidomos te gratë. Sëmundja fillon në mënyrë të ngadaltë, të sëmurët ankohen për lodhje, djersitje pas çdo sforcimi ose gjatë natës, kanë zakonisht temperaturë subferile 37-37.5 C, gjendje nervozizmi, rënie të aftësive për punë, ftohje dhe djersitje të pëllëmbëve të duarve dhe këmbëve sidomos në mëngjes duart duken të ënjtura, kjo quhet ngurtësim mëngjesor e përcjellë me simetritet që shoqërohet me humbje të shkathtësisë së lëvizjes. Me kalimin e kohës ënjtja dhe dhimbja në kyçe bëhen më të forta dhe sëmundja përhapet dhe në kyçet e tjera si në gjunjë, bërryla, shpatulla dhe kështu mund të shpie deri në pikën kur i sëmuri të bëhet invalid. AR jep dëmtime në muskuj, në sy zemër, mushkëri dhe enë të gjakut derisa në lëkurë shfaqen nyje të forta që quhen nyje reumatoide. Ai është relativisht i shpeshtë dhe me një prevalencë rreth 0.8% tek të rriturit në të gjithë botën. AR-ja shkurton jetën dhe ndikon shumë në cilësinë e jetës së pjesës më të madhe të pacientëve. Në thelb, të gjithë pacientët kanë disa karakteristika sistemike si lodhje, temperaturë subfebrile, anemi dhe rritje të proteinave të fazës akute (shpejtësia e eritrosedimentit-ESR) dhe proteina C-riaktive (CRP). Pavarësisht këtyre karakteristikave, shënjestra kryesore e AR-së është membrana sinoviale, e cila është përgjegjëse për tiparet e ndryshimeve klinike. Indi sinovial proliferohet në mënyrë të pakontrolluar, duke çuar kështu në prodhim të tepërt të lëngut sinovial, shkatërrim të kartilagos, erozion të skajeve të kockave dhe dëmtim të tendinave dhe ligamenteve. Në dekadën e fundit ecuria e trajtimit të AR-së ka ndryshuar shumë. Terapitë aktuale japin përmirime klinike të rëndësishme për pjesën më të madhe të pacientëve, veçanërisht nëse diagnoza vendoset shpejt dhe nëse trajtohen me barnat e duhura antreumatike që modifikojnë sëmundjen (DMARD).¹

¹ D.Ausiello, “ Traktat mjekësor i Cecil-it ” Cap XXII, „Sëmundjet e reumatizmale fq, 1992

2. REUMATOLOGJIA

Reumatologjia është një nënspecialitet i mjekësisë interne, e cila përfshin vlerësimin dhe trajtimin jo-kirurgjikal të sëmundjeve dhe problemeve reumatike. Këto lëmi karakterizohen nga simptoma që prekin sistemin muskuloskeletik. Shumë nga këto probleme dhe sëmundje reumatologjike karakterizohen nga anomali të sistemit imunitar. Për këtë arsye, reumatologjia kërkon gjithashtu njohje të mirë të sistemit imunitar.

• Çfarë trajtojnë reumatologët?

Reumatologët trajtojnë artritin, disa sëmundje autoimune, çrregullimet e dhimbjes muskuloskeletore dhe osteoporozën. Ekzistojnë mbi 150 tip sëmundjesh të tilla, duke përfshirë artritin reumatoid, osteoartritin, podagrën, lupusin sistematik eritematoz, dhimbjen e shpinës, osteoporozën, fibromialgjinë dhe tendinitin. Disa prej këtyre sëmundjeve janë shumë të rënda dhe diagnostikimi dhe trajtimi i tyre mund të jenë shumë të vështira.

• Kur duhet të drejtoheni te reumatologu?

Nëse dhimbjet muskuloskeletore janë të rënda ose imobilizuese dhe zgjasin më shumë se 2-3 ditë, duhet të drejtoheni te mjeku. Shumë sëmundje reumatizmale nuk diagnostikohen lehtë në stadi të hershme. Reumatologët kanë përgatitjen e përshtatshme për të bërë ekzaminimet e nevojshme për zbulimin e shkakut të enjtjes dhe dhimbjes. Është me rëndësi të përcaktohet diagnoza e saktë për të filluar sa më parë trajtimin e përshtatshëm. Disa çrregullime muskuloskeletore i përgjigjen më mirë trajtimit në stadi të hershme të sëmundjeve. Për shkak të kompleksitetit të disa sëmundjeve reumatike, një vizitë e vetme te reumatologu mund të mos mjaftojë për të përcaktuar diagnozën dhe skemën e trajtimit. Këto sëmundje shpesh ndryshojnë ose zhvillohen me kalimin e kohës. Për këtë arsye duhet një bashkëpunim i vazhdueshëm i mjekut me pacientin për të gjetur metodën më të mirë dhe efikase të ndjekjes së këtyre rasteve.²

² Md.PhD.Mladin Miškulin , Specialistika në ortopedi dhe traumatologji,Zagreb,1998

2.1 ANATOMIA E ARTIKULACIONEVE

Artikulationet janë struktura anatomike të kockave,që sigurojnë stabilitetin mekanik dhe dinamikën e komplekseve të veçanta të trupit të njeriut.Kocka mbulohet me periost përveç zonave që artikulojnë me një kockë tjetër.Në rastin e fundit,sipërfaqja artikulare mbulohet me kërc.Nëse formimi i kockës nuk është në fazë aktive,shtresa e jashtme fibroze është shtresa kryesore e periostit,ndërsa shtresa e brendshme nuk përcaktohet mirë.Kockat që artikulojnë me kockat fqinje kanë artikulacione të lëvizshme(sinoviale).Në vendin ku kockat artikulojnë me një kockë tjetër fqinje si në rastin e artikulacioneve sinoviale sipërfaqja e kontaktit të kockës njihet si sipërfaqe artikulare.³Sipërfaqet artikulare mbulohen me kërc hialin,që quhet kërci artikular për shkak të vendosjes dhe funksionit të tij.Kërci artikular është i ekspozuar nga aktiviteti i artikulacionit. Artikulacioni është vendi i pikëtakimit të dy kockave. Trupi ynë ka shumë të tilla, në mënyrë që ne të lëvizim lirshëm. Ligamentet i mbajnë artikulationet të lidhura dhe stabël. Kërce të buta dhe të forta mbulojnë fundet e kockave, duke vepruar si amortizatorë dhe duke lejuar kockat të rrëshqasin lehtësisht mbi njëra-tjetrën. Kërci qëndron në lëngun sinovial që mban artikulationet të lubrifikuar.Nëse struktura apo funksioni i një artikulacioni dëmtohet atëherë, dhimbja, ënjtja dhe mpirja zhvillohen. Kërci artikular e merr ushqimin përmes difuzionit nga lëngu sinovial. Ndërveprimi i kërcit me elementet e lëngut sinovial kontribuon për fërkimin e ulët midis sipërfaqeve artikulare.⁴

³ L.Alija “Bazat Patologike të sëmundjeve 2” Siena 2014

⁴ M.Ross ,V.Pawlina, “Histologjia “Tabernakul” 2014 Kap 8, Faqe 205

2.2 Inflamacioni i artikulacioneve

Artriti mund të shkaktohet nga shumë faktorë që mund të ndërhyjnë në shkallë të ndryshme në dhimbje dhe prishjen e funksionit nga përgjigjja patologjike e kërcit artikular ndaj dëmtimit. Trauma e thjeshtë e një artikulacioni nga një incident i thjeshtë ose nga insulte të përsëritura mund të dëmtojë kërcin artikular që fillon të zëvendësohet nga kocka. Ky proces mund të çojë në ankilozë d.m.th jo funksion i kockës me një artikulation dhe humbje pasuese të lëvizjes.⁵ Artikulationet e gjurit dhe të këmbëve të futbollistëve dhe atletëve dhe artikulationet e duarve dhe të gishtave të instrumentistëve janë mjaft të brishtë ndaj këtij procesi. Përgjigjja imune ose proceset infeksioze mund të gjenden në artikulacione, si në artritin reumatoid dhe mund të dëmtojnë kërcin artikular, duke çuar në dhimbje të forta artikulare. Kirurgjia zëvendësuese e artikulationit të dëmtuar me një artikulation protetik mund të heqë dhimbjen dhe të funksionin e dëmtuar të artikulationit. Një shkak tjetër i zakonshëm i dëmtimit të kërcit artikular është depozitimi i kristaleve të acidit urik në artikulation vecanërisht në gishtat e duarve dhe këmbëve.⁶

⁵M.Ross ,V.Pawlina, “Histologjia” Tabernakul” 2014 Kap 8, Faqe 205

⁶Prof.Argjent Tofaj “Reumatologjia” Tiranë 2014

3.ARTRITI REUMATOID

Artriti reumatoid nga greqishtja arthro-nye itis-inflamacion,është sëmundje kronike-inflamatore sistemike e indit lidhor me etiologji të panjohur,e cila më shumë shkatrron sistemin lokomotor dhe më mire manifestohet te nyjet periferike të ekstremiteteve në kuptim të ndezjes kronike simetrike të më shumë nyjeve,i cili zakonisht fillon në nyje të vogla ndërsa më pas përhapet në duar,bërryla,shpatulla,gjunjë,kyçe.⁷

Stadet klinike të Artritit Reumatoid
<p>Stadi I (fillimi i AR)</p> <ul style="list-style-type: none">• Në ekzaminimet imazherike nuk përcaktohen saktë ndryshimet në kocka• Imazheria tregon për një osteoporozë të mundshme,ënjtje të indeve të buta ose të nyjeve
<p>Stadi II (stadi i moderuar)</p> <ul style="list-style-type: none">• Pamjet imazherike tregojnë osteoporozë me dëmtim të kockave• Kartilago të dëmtuar• Lëvizja e artikulacioneve e kufizuar dhe dhimbje të shfaqura dukshëm• Deviacion ulnar• Atrofi muskulare
<p>Stadi III (stadi i rëndë)</p> <ul style="list-style-type: none">• Shkatërrim i kartilagove dhe kockave• Deformim i kockave• Atrofi e thellë e muskujve• Lezione ekstra – artikulare
<p>Stadi IV (stadi terminal)</p> <ul style="list-style-type: none">• Fibrozë apo ankilozë e kockave ⁸

⁷ Sëmundjet Reumatizmale Manual” Dr.Besi Londër 2015 fq.1

⁸ I.Simonovska “Mjekësia interne dhe pediatria me kujdes” Kap,VII Fq 120

ARTRIT RHEUMATOID

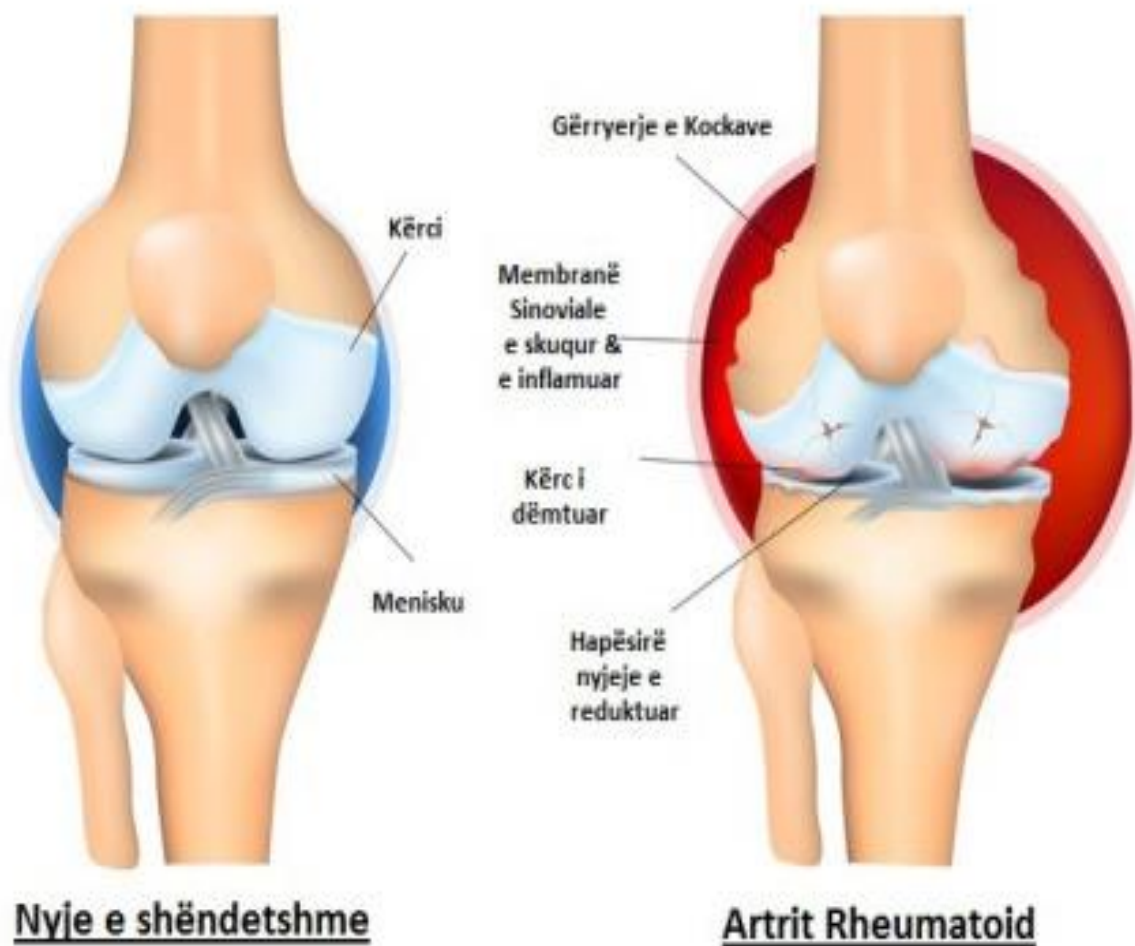


Fig.1. Nyje e shëndetshme dhe me AR

Burimi: <http://www.move.org.au/Conditions-and-Symptoms/Rheumatoid-Arthritis>

3.1 EPIDEMIOLOGJIA

AR-ja është e pranishme në të gjithë botën dhe ka një prevalencë të konsiderueshme prej 0.5 deri 1% të të rriturve, e cila pëson ndryshime në disa popullsia. Për arsye që janë ende të paqarta, prevalenca te femrat është tre herë më e lartë se te meshkujt. AR -ja mund të shfaqet në çdo moshë ,por fillimi para moshës 35 është i pazakontë te meshkujt. AR -ja ka një përbërës të rëndësishëm gjenetik, ndaj nuk është e çuditshme që ajo është e rrallë në disa vende dhe më e shpeshtë në disa vende tjera. Studimet në bazë të familjes tregojnë që sëmundja ka një predispozicion gjenetik. P.sh. AR forma e rëndë gjendet deri në 4 herë më tepër sesa normalja në kushërinjtë e parë të individëve me sëmundje të shoqëruar me praninë e antitropave përkatës pothuajse të gjithë të sëmurët me AR kanë ose do të kenë një kushëri të parë të prekur nga kjo sëmundje. Binjakët monozigotë janë deri në katër herë më të predispozuar për AR sesa binjakët bizigotikë, të cilët kanë risk për AR të ngjashëm me individët jo binjakë. Vetëm 15 – 20% e binjakëve monozigotikë janë të rrezikuar. Faktorët gjenetikë nuk japin përgjigje plotësisht për incidencën e AR, duke sugjeruar që faktorët ambientale mund të marrin pjesë në etiologjinë e kësaj sëmundje.⁹

GJENETIKA

Gjenetika luan rol të rëndësishëm në përcatimin e riskut për ashpërsinë e sëmundjes dhe për të zhvilluar AR-në. Studimet te binjakët tregojnë një përqindje përputheje për AR-në, e cila varion nga 15-20% për binjakët monozigotë dhe rreth 5% për dizigotë. Mesa duket, për të zhvilluar AR-në nevojitet ndërveprimi i faktorëve gjenetikë dhe mjedisorë, me sistemin imunitar dhe, në fund, me indin sinovial në të gjithë trupin. AR-ja ka një përbërës gjenetik të rëndësishëm, por ajo zhvillohet vetëm në 1 nga 25 të bardhët që kanë të ashtuquajturin "epitop të përbashkët". Për më tepër, edhe nëse një binjak monozigot ka AR, mundësia që tjetri të zhvillojë AR-në është vetëm 1 në 6. Duket qartë se faktorët e tjerë, përveç atyre gjenetikë, precititojnë zhvillimin e AR-së. Faktorët precipitues kanë qenë për një kohë të gjatë shënjestrae kërkimeve aktive. Mendohet se faktorë të tjerë shpërthyes janë bakteriet (Mykobakteria, Streptococcus, Mycoplasma, E. Coli, Helicobacter pylori), viruset (virusi i rubeolës, parvovirusi), dhe shumë të tjerë.⁹

⁹ L. Goldman, D. Ausiello "Traktat mjeksorë i Cecel-it", Tabernakul 2013, Kap 285, Fq 2003-2004

3.2 ETIOLOGJIA

Përdorimi i kontraceptivëve oralë është i shoqëruar me një ulje të incidencës së RA-së; duke qenë se efekti duket të jetë më i fortë për kontraceptivët oralë që kanë përmbajtje të lartë estrogeni, është arritur në përfundimin se estrogeni është përgjegjës për efektin mbrojtës. Studimet që janë përpjekur të zgjidhin çështjen e përdorimit të estrogenit pas menopauzës dhe efektet e tij në AR, kanë nxjerrë rezultate që bien në kundërshtim me njëri-tjetrin. Duhanpirja është e shoqëruar me një rritje domethënëse të riskut për të zhvilluar AR. Ky shoqërim është veçanërisht i fortë te burrat pozitivë për faktorin reumatoid, si dhe tek ata që kanë antitropa ndaj peptideve ciklike.⁹

PATOGJENZA

Ethja reumatizmale, artriti reaktiv (që më parë njihej si sindroma e Reiter, ndërsa sot quhet artriti i Lyme) janë shembuj të sindromave artritike, për të cilat faktorët shpërthyes infektivë janë treguar qartë, por izolimi i këtyre agjentëve në kohën kur ndodhin sindromat artritike është shpesh i vështirë ose i pamundur. Për modelet e artritit të kafshët ekzistojnë shumë shembuj të tjerë, ku përsihen edhe sindromat e shkaktuara nga bakteriet dhe streptokokët. Për më tepër, është treguar qartë se artriti reaktiv ndodh kur një nga faktorët e shumtë shpërthyes infektivë paraqitet në një zonë të veçantë të trupit (trakti gastrointestinal ose urogenital) të individëve që kanë një sfond të caktuar gjenetik. Moshë dhe seksi i individit, dhe prej këtej matura e sistemit imunitar, mund të jenë kritike për zhvillimin e kësaj sindrome, e cila shfaqet kryesisht midis moshës 15-40 vjeçare tek meshkujt. Pasi qartësohet fiziopatologjia e AR-së, shihet se ajo është komplekse në mënyrë të ngjajshme. Pavarësisht mungesës së të dhënave të qarta që lidhin ndonjë agjent infektiv me AR-në, besohet gjerësisht se këto kohë do të zbulohet një rol shpërthyes, mund të ndërtohen edhe strategjitë për parandalimin e sëmundjes, por ky informacion mund të mos i ndihmojë pacientët që e kanë tashmë sëmundjen. Infeksionet e mundshme që aktivizojnë sistemin imun, shkaktojnë fazën e hershme subklinike të procesit të sëmundjes reumatizmale, por nuk janë të pranishme kur zhvillohet sëmundja klinike.¹⁰

¹⁰ L. Goldman, D. Ausiello "Traktat mjeksorë i Cecel-it", Tabernakul 2013, Kap 285., Fq 2004-2005

3.3 PATOLOGJIA

Indet sinoviale janë shenjstra e parë e procesit inflamator autoimun në AR, pasi AR-ja fillon, indet sinoviale bëhen vendi i një ndërveprimi kompleks midis qelizave dhe makrofagëve. Proliferimi i indeve sinoviale që rrjedh nga këto procese, shkakton prodhimin e sasive të tepërta të lëngut sinovial. Sinoviti shkakton shkatërrimin e kartilagos dhe kockës, si dhe tendosjen e kapsulës artikulare, të tendinave dhe ligamenteve. Te pacientët këto efekte manifestohen nga shformimet dhe invalidizmi, të cilat përbëjnë tablonë klinike të AR-së. Rolet relative të sistemit imunitar qelizor dhe atij humoral, në fillimin dhe vazhdimin e AR-së, janë debatuar shumë, mesa duket të dy tipat janë të rëndësishëm. Megjithatë, ka shumë gjasa që mekanizmat e fillimit të procesit të sëmundjes të jenë të ndryshëm nga ata që e mbajnë sëmundjen kronike.¹¹

¹¹ L. Goldman, D. Ausiello "Traktat mjekësorë i Cecel-it", Tabernakul 2013, Kap 285 Fq 2005

3.4 ECURIA KLINIKE

Sëmundja fillon ngadalë me dobësi të përgjithshme, lodhje, pakësim të oreksit. Pastaj shfaqet ngurtësimi mëngjesor në duar dhe këmbë. Kështu i sëmuri sapo zgjohet nga gjumi i ndjenë duart dhe këmbët të ënjtura, të mpira, të rënuara, mezi i lëviz, veçanërisht kur i mbledhë gishtërinjtë e dorës për të shkruar, apo qepur. Zakonisht ngurtësimi zgjatë një orë ose më tepër, pastaj çdo gjë normalizohet dhe pacienti kryen lirisht aktivitetin e zakonshëm. Shumë herë gjatë ngurtësimit të sëmurët bëjnë lëvizje të gishtërinjëve me qëllim që të zhduket shtrëngimi sa më parë. Përveç këtyre, të sëmurët ndjejnë dhimbje në artikulacionet e vogla e të mesme sidomos gjatë flektimit pra kur pacienti përpiqet të mbyllë grushtin. Si dhimbjet artikulare ashtu edhe ngurtësimi mëngjesor kanë karakter simetrik. Këto mund të zgjasin me muaj ose vite pa patur shenja inflamatore, megjithatë palpimi i artikulacioneve e sidomos gishtit tregues dhe të mesit janë më të dhimbshëm gjatë palpimit. Herë tjetër fillmi i sëmundjes mund të jetë i menjëhershëm dhe brenda disa orësh ose ditësh, shfaqen shenja inflamatore të artikulacioneve, të cilat shumë herë shoqërohen me një temperaturë subfebrile. Në një stad tjetër të sëmundjes gishti i dytë dhe i tretë deformohen dhe marrin pamjen e qafës së mjellmës, në formë të shkronjës S ose Z, apo thënë ndryshe arrin në fleksim të artikulacioneve. Në këmbë preken artikulacionet metatarsofalangeale, të cilat për shkak të dhimbjeve e vështirsojnë ecjen e të sëmureve në këmbë. Këmba devijon nga jashtë (pes valgus) ose sheshohet tabani (pes planus), kurse gishtat mund të marrin formën e çekanit. Përveç këtyre të sëmurëve mund të shfaqen edhe shenja ekstraartikulare. Midis atyre mund të përmenden nyjat reumatoide të nënlekurës, të cilat gjenden në rreth 20% të rasteve. Ato kanë madhësi të ndryshme sa një bizele deri sa një lajthi kanë formë të rumbullakët ose vezake dhe janë të lëvizshme. Në format e rënda të artritis reumatoid mund të rriten nyjat limfatike, një formë e veçantë është Sindroma Felty, që krahas artritis shoqërohet me splenomegali, adenopati dhe leukopenia këto karakterizohen nga një inflamacion dhe ndonjëherë edhe me nekrozë të vazave të gjakut që mund të shoqërohen me ulçerë. Mund të preket edhe zemra, por më i shpeshtë është perikarditi reumatoid. Në sy artriti reumatoid quhet si shkaktar i inflamacionit të dy pjesëve të syrit: sklerës ku shkakton episklerit, sklerit dhe skleromalaci përforcuese të përbërë nga irisi dhe trupi cilair ku shkaktohen iriti dhe iridocikliti i përparshëm.¹²

¹²J.Adhami B.Resuli H.Cocoli K.Bodinaku Klinika dhe mjekimi i sëmundjeve të brendshme Tiranë 1990 Kap VIII , Fq 401

3.5 TË DHËNAT LABORATORIKE

Në gjak vërehet një anemi hipokrome, leukocitozë e lehtë me neutrofile dhe shumë rrallë leukopeni siç ndodh në sindromën Felty. Sindroma biologjike e inflamacionit karakterizohet nga një rritje e eritrosedimentit veçanërisht gjatë periudhave të acarimit të sëmundjes. Pothuajse paralelisht me eritrosedimentin rritet edhe fibrinogjeni dhe proteina C reaktive. Kjo e fundit është një glukoproteinë që vendoset në mes beta dhe gama globulinave. Vlen të përmendet se proteina C reaktive ndonjëherë mund të vërë në dukje procesin inflamator dhe atëherë kur sedimenti është ende brenda shifrave normale. Një test i ri, më specifik, i gjakut që përcakton artritin reumatoid është analiza e antitritit “cyclic citrulline”, i quajtur anti-CCP.¹³

Testet Laboratorike	Rezultatet
Proteina C-Reaktive	Tipike është rritja < 0.7g/ml
Sedimenti i eritrociteve	Zakonisht rritet >30mm/h
Hemoglobina-Hematokriti	Rritje e vogël, hemoglobina ka një vlerë mesatare rreth 10g/dl dhe anemi
Funksioni i heparit	Normal ose kemi një rritje të fosfatazës alkaline
Radiografia e artikulacioneve	Mund të jetë normale ose të tregojë ngushtim në hapësirat e artikulacioneve
Faktori Rh	Negative në 25% të pacientëve ku sëmundja sapo ka filluar
Vlerësimi i lëngut në artikulacione	Diagnoza nuk është e sigurtë vetëm nga zbrazja e artikulacionit, shpesh vërehet fluid në ngjyrë të verdhë, pra mund të trombohet në temperature të dhomës

Tab.1. Analizat laboratorike

¹³ L.Goldman, D.Ausiello, “Traktat mjekësor i Cecil-it” Cap XXII, Sëmundjet e reumatizmale, fq, 1996

EKZAMINIMI I LËGUT SINOVAL

Është i pasur me polinukleare (disa mijë) ndërsa normalisht përmban vetëm disa qindra. Rëndësi ka prania e fagociteve që janë leukocite me inkluzione citoplazmatike dhe që kanë pamjen e farave të rrushit. Ndonjëherë faktori reumatoid shfaqet më parë në likid se në serum.¹⁴

EKZAMINIMI RADIOLOGJIK

Në fillim vërehet një osteoporozë, pastaj vihen në dukje mikrogeode dhe më vonë geode, me erozione marginale të ekstremitetëve kockore. Krahas tyre dëmtohen edhe kartilagot artikulare me ngushtim të hapsirave. Më vonë kartilagot zhduken, po ashtu dhe hapësirat interartikulare ngushtohen.¹⁴



Fig. 2. Ekzaminimi i lëngut sinovial dhe ekzaminimi radiologjik

Burimi: <http://dovemed.com/>

<http://gazetadita.al/si-te-lehtesojme-dhimbjet-e-kyceve-dhe-gjymtyreve>

¹⁴ L. Goldman, D. Ausiello, "Traktat mjekësor i Cecil-it" Cap XXII, Sëmundjet e reumatizmale, Fq. 1997

3.6 DIAGNOZA

Në stadin e zhvillimit të plotë të sëmundjes diagnoza është e lehtë, kurse në stadin fillestar ose format atipike diagnoza është e vështirë. Për këtë janë përcaktuar kritere të ndryshme për vënien e diagnozës, por sot përdoren më gjerësisht ato të shoqatës Amerikane të Reumatizmit (ARA)¹⁵. Këto kritere janë:

- Ngurtësimi mëngjesor
- Dhimbje ose ndjeshmëri gjatë lëvizjeve në të paktën një artikulation
- Ënjtje e indeve të buta ose likid artikular në të paktën një artikulation me kusht që të zgjasë jo më pak se 6 muaj
- Ënjtja e një ose më shumë artikulacioneve të tjera brenda një kohe jo më e madhe se 3 muaj që nga prekja e parë
- Karakteri simetrik i prekjes së artikulacioneve
- Prania e nyjave subkutane
- Dëmtimet radiologjike karakteristike që vënë në dukje faktorin reumatoid

Diagnoza është e mundshme nëse gjenden tre nga kriteret e mësipërme që vazhdojnë prej më tepër se tri javë dhe të jenë vënë në dukje nga mjeku. Por për të qenë artrit reumatoid i vërtetë, ARA ka përcaktuar edhe 20 kritere përjashtimi, të cilat ai nuk duhet t'i ketë si p.sh shenjat e reumatizmit artikular akut, dhe shenjat e lupusit sistemik. Diagnoza diferenciale duhet bërë me: Lupusin eritematoz, reumatizmin artikular akut dhe sindromën shpatull-dorë. Prognoza lidhur me jetën varet nga ndërlikimet dytësore, dhe dëmtimi i disa organeve vitale. Në përgjithësi sëmundja nuk paraqet rrezik të menjëhershëm për jetën e të sëmurit, vdekja mund të vijë pas 20-25 vjetësh dhe kjo vetëm në rreth 50% të rasteve.¹⁶

¹⁵ Robert E. Rakel, MD : “ Traktati i mjekësisë së familjes ” Kap IV, Praktika e mjekësisë familjare, Fq, 920.

¹⁶ Prof. Sylejman Rexhepi “ Reumatologjia ” Prishtinë 2006

3.7 MJEKIMI

Duhet pasur parasysh se AR është sëmundje kronike e gjatë, me karakter progresiv që shumë herë e bën të sëmurin të paaftë për punë. Prandaj i duhet shpjeguar që në fillim se kjo është sëmundje e gjatë që ka nevojë për mjekim të vazhdueshëm. Në periudhat e reaktivizimit, kur të sëmurët kanë temperaturë, shenjat inflamatore të artikulacioneve dhe ndryshime biologjike të rëndësishme, ata duhet të vihen në regjim shtrati. Sipas gjendjes nga disa ditë në format e lehta deri në 2-3 javë. Për sa i përket dietës, ajo duhet të jetë e pasur me proteina, vitamina dhe kripëra minerale, duke kufizuar deri në një shkallë brumërat dhe sheqernat. Në të sëmurët me mbipeshë kujdesi ndaj ushqimit duhet të jetë me i shtuar sese obeziteti shpie në një mbingarkesë të artikulacioneve të inflamuar.

Trajtimi me barna: Mjekimi medikamentoz përbëhet nga barnat antiinflamatore jo steroide (BAIJS) të tillë si:

- ASPIRINA
- DICLOFENAC
- IBUPROFEN
- KETOPROFEN

Aspirina fillohet me doza 3-4 g/ditën pas buke e tretur në ujë ose më mirë në qumësht për të menjanuar çrregullimet gastrike. Doza e rekomanduar e diklofenak është 50-150 mg diklofenak në ditë, 1 deri 2 kapsula në ditë. Doza varet nga graviteti i gjendjes klinike. Në artritis reumatoid dhe osteoartriti, ketoprofen është e rekomanduar për të marrë një kapsulë katër herë në ditë. Pasi përdorni këtë bar duhet të pini shumë lëngje të paktën 100 ml, kjo mund të jetë ujë ose qumësht. Brufeni fillohet me doza mesatare 1200mg (drazhe prej 200mg secila) pastaj vazhdohet me doza mbajtëse 200-400 mg/ditën. Në grupin e antiinflamatorëve josteroidë futet edhe fenilbutazoni tableta 0.2 nga tri në ditë për 3-5 ditë, pastaj ulet me dy tableta për një javë dhe vazhdohet me nga një edhe për 2-3 javë. Indometacina me dozë ditore 75-150mg në formë kapsulash xhelatinore prej 25mg secila, ose me suposte 50 dhe 100 mg. Mund të japë dhimbje koke.¹⁷

¹⁷ Robbins Cotran Kumar "Pocket Companion to Robbins Pathologic Basis of Disease" Kap IX Fq.433

Barnat anti-reumatike modifikuese të sëmundjes (BMSA) ku bëjnë pjesë:

- METHOTREXATE
- ANTIMALARIKË
- KRIPËRAT E ARIT
- D-PENICILAMINA
- IMUNODEPRESORËT

Methotrexate-i është bari më i përdorur nga të gjitha barërat e BMSA. Vepron më shpejt se ilacet BASM që dolën në fillim dhe nëse përdoret doza optimale mund të japë efekt në 3-4 javë. Efekti i mekanizmit të barit është i paqartë, me sa duket ilaci vepron në disa qeliza të vecanta të sistemit imunitar. Methotrexate-i është shumë efektiv mbi sëmundjen. Megjithatë mund të shkaktojë efekte anësore që përfshijnë: irrim të gojës, të vjella, diarre, gjithashtu ky bar pakëson aftësinë metabolizuese të organizmit dhe përdorimin e acidit folik që është një vitaminë që rregullon rritjen e qelizave.

Kripërat e arit - Ky bar ul aktivitetin e artritit reumatoid por se si vepron saktësisht nuk dihet. Ky bar nuk përdoret më aq shpesh se më parë. Bari ekziston si tabletë edhe si injeksion. Efektet anësore përfshijnë: diarre, plasaritje lëkure, irrim të gojës. Gjatë trajtimit me këte bar duhet të bëhen rregullisht analizat e gjakut dhe urinës për të kontrolluar nëse ka toksicitet.

D-Penicilamina - fillohet me 20 mg ditën për 4 javë një orë para buke, pastaj bëhet 2 herë në ditë nga 250 mg për 4 javë të tjera, pas kësaj 3 herë për 2 muaj dhe nëse ka përmirësim ulet gradualisht në 250 mg si dozë mbajtëse. Duhet shoqëruar me B6 dhe duhen kontrolluar leukocitet e trombocitet pasi jep ulje të tyre. Imunodepresorët i kemi përdorur për herë të parë në vendin tonë që nga viti 1972 me 10 mg/ditën, pastaj me endoksan 100-150 mg/ditën.¹⁷

Kortozonikët: Rezultatet e para të tyre u pritën me entuziazëm të madh , por pastaj u pa se dukuritë anësore ndonjëherë duroheshin me keq se vetë sëmundja. Sot ata e kanë përdorimin më të madh në të sëmurët që nuk i përgjigjen terapisë me antiinflamatorë josteroidë. Në këto raste dozat fillestare nuk duhet të jenë më të larta se 15-20 mg/ditën pastaj vazhdohet me doza mbajtëse rreth 7 mg/ditën për kohë të gjatë. Në format akute kortizonikët përdoren me doza sulmi rreth 1 mg/kg peshë në ditë deltakorten në ditë nga goja ose ultrakorten me perfuzione intravenoze. Pastaj ultrakorteni zëvendsohet me deltakorten nga goja dhe me përmirsimin e gjendjes ulen dozat e tij gradualisht deri në dozën mbajtëse. Mjekimi bazë përbëhet nga antimalarikët e sintezës , klorokina me dozë 250 mg/ditën perhos ose hidroksiklorokina 200 deri 400 mg/ditën. Kjo e fundit është më pak toksike se klorokina.¹⁸

¹⁸ Robbins Cotran Kumar “Pocket Companion to Robbins Pathologic Basis of Disease” Kap IX Fq.434

Mjekimi lokal

Mund të përdoren edhe fizioterapia dhe gjimnastika mjekësore. Përderisa faktorët etiologjikë janë të pasigurtë, e vështirë është edhe profilaksia e vetë sëmundjes. Prandaj ajo do të përqendrohet kryesisht në parandalimin e ndërlikimeve të saj

Ndërhyrja kirurgjike: mund të jetë si opsion vetëm kur dëmtimi i nyjave i shkaktuar nga artriti reumatoid është bërë shumë i ashpër ose dhimbja nuk mund të kontrollohet me barna. Ndërhyrja kirurgjike ndihmon të rikthehet funksionimi i nyjave të dëmtuar.¹⁹



Fig.3. Trajtimi dhe kirurgjia e AR

Burimi: <http://www.nras.org.uk/an-overview-of-hand-surgery-in-rheumatoid-arthritis>

¹⁹ J.Adhami B.Resuli H.Cocoli K.Bodinaku Klinika dhe mjekimi i sëmundjeve të brendshme Tiranë 1990 Kap VIII , Fq 404

3.8 MËNYRAT NDIHMËSE PËR LEHTËSIMIN E ARTRITIT

Aplikimet e ngrohta dhe të ftohta: janë shumë të dobishme në lehtësimin e dhimbjeve, të ngurtësimit, të inflamacionit dhe spazmave të muskujve. Ngrohja sipërfaqësore mund të sigurohet nëpërmjet banjove me ujë të ngrohtë dhe kompensave të ngrohta. Banjot me parafinë ofrojnë një nxehtësi më të përqendruar dhe janë të dobishme. Ushtrimet terapeutike janë më të efektshme dhe japin rezultate më të mira pasi të jenë kryer aplikimet e nxehta. Por ka raste kur aplikimet e nxehta mund të rrisin dhimbjet, spazmat dhe ënjtjen.²⁰ Nëse kemi prezent një inflamacion akut, infermierja ose terapeuti aplikon kompresë të ftohta në formë të kompresave të lagur ose një qese me akull tek artikulacionet e nxehta për të lehtësuar dhimbjen. Si e nxehta dhe e ftohta janë analgjezike për receptorët e nervave të dhimbjes dhe relaksojnë spazmat e muskujve. Pushimi: është një faktor për të lehtësuar dhimbjen. Pushimi i kërkuar për pacientin përcaktohet nga shkalla e përfshirjes së inflamacionit dhe ndjeshmërisë së pacientit. Kur pacienti është në shtrat duhet të shtrihet në një dyshek të fortë, vetëm me një jastëk nën kokë për të shmangur rrezikun për deformim të kifoze dorsale (asnjëherë nuk duhet të vendoset jastëk nën gjunjë, kjo nxit mbledhjen e kontrakturave të këtyre bashkimeve). Nëse inflamacioni në kyçe është shumë i rëndë pacienti duhet të qëndrojë për njëfarë kohe regjim shtrati dhe t'i nënshtrohet një sërë ushtrimesh për lëvizjen.²¹

²⁰ E.Peka , L.Neçaj ,E.Rrustemi , D.Bego M.Çela,A.Dervishi,V.Zanaj,V.Mane "Infermieria ne specialitete" Tiranë 2005 Fq 66 Kap III

²¹ T.Bekteshi E.Kryeziu Y.Elezi H.Ahmetaj R.Manaj K.Pallaska R.Mehmeti A.Kerliu , Mjeksia interne me kujdes Prishtinë 1999 Kap 3 Fq 77

Përmirsimi i imazhit trupor

Qëllimi është që pacienti të demonstrojë sjellje që tregojnë një përmirësim të imazhit trupor, si p.sh pjesëmarrje në aktivitetet sociale. Prishja e imazhit trupor shkaktohet nga sëmundja dhe terapia medikamentoze, steroidet mund të shkaktojnë akne, shtim në peshë. Infermierja zbulon përceptimet e pacientit dhe familjarëve për këto ndryshime. Ndërhyrja më e rëndësishme për infermierën është komunikimi dhe pranimi nga ana e pacientit. Kur arrihet një besim midis pacientit dhe infermierës, infermierja inkurajon pacientin të shpreh ndjenjat e tij ose të saj. Një mënyrë tjetër për të përmirësuar imazhin trupor ndërkohë që pacienti ndodhet në spital është përdorimi i gjësendeve personale. Infermierja inkurajon pacientin për të veshur rrobat, për të krehur flokët dhe të bëjë tualetin e fytyrës nëse dëshiron. Infermierja ndihmon në rregullimin e paraqitjes së pacientit, ndihmon në përdorimin e bojrave kolorante për flokët, lyrjen e thonjëve dhe përdorimin e parfumave. Të gjitha këto mund të përmirësojnë imazhin e një paciente femër ose dhe konceptet e veta.²²



Fig.4. Ushtrimet që ndihmojnë në përmirësimin e imazhit trupor

Burimi: <http://rsvpmagazine.ie/5-top-tips-keep-fit-winter/>

²² E.Peka , L.Neçaj ,E.Rrustemi , D.Bego M.Çela,A.Dervishi,V.Zanaj,V.Mane "Infermieria ne specialitete" Tiranë 2005 Fq 65-66 Kap III

4. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E PUNIMIT

Vlerësimi i sëmundjeve me artrtit reumatoid tek pacientët e paraqitur në Klinikën e Reumatologjisë QKUK-Prishtinë për një periudhë kohore dhjetor 2015 – nëntor 2016

Meqenëse shkaqet e kësaj sëmundje nuk kanë hasur në një përfundim të saktë , qëllimi im është promovimi i më shumë faktorëve , cila është terapia e duhur , dhe dieta e duhur për pacientët që vuajnë nga kjo sëmundje. Poashtu qëllim kyç është edhe dhënia e një kujdesi infermieror adekuat tek këta pacientë.

Objektivat specifike

- Rastet me AR nga Dhjetor 2015 – Nëntor 2016
- Ecuria e sëmundjes tek dy gjinitë
- Shpërndarja e pacientëve në bazë të moshes
- Lista e terapisë
- Shpërndarja e sëmundjes sipas vendbanimit

4.1 Matriali dhe metodat e punës

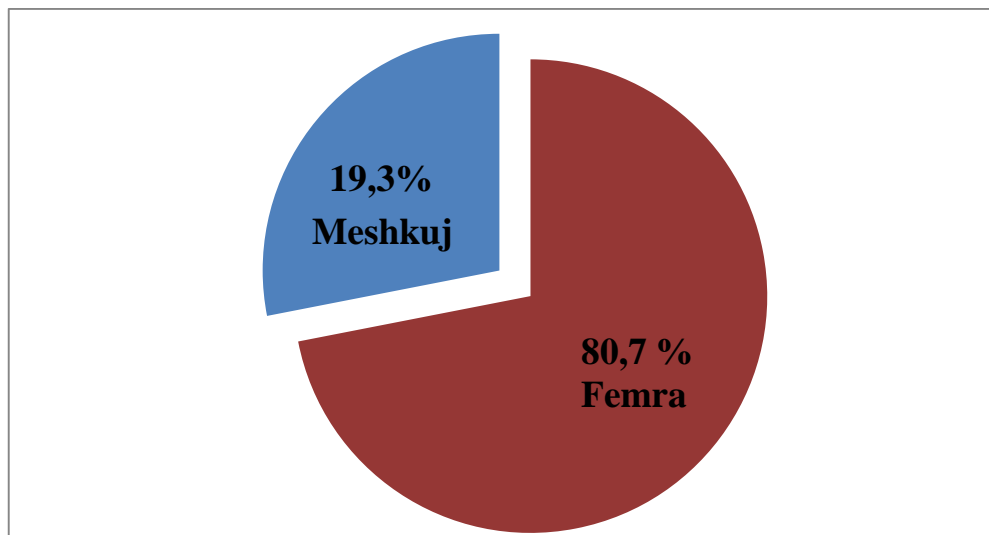
Për realizimin e këtij punimi , statistikat janë siguruar nga klinika e reumatologjisë në QKUK-Prishtinë.Studimi në fjalë merr kahje të një rishikimi të literatures dhe në bazë të studimit të rasteve në vijim mund të quhet edhe studim rasti.Studimi përfshinë pacientët që rënkojnë nga sëmundja e AR ,e cila si pikësypnim ka artikulacionet.Këtu përfshihen pacientë nga periudha vjetore 2015-2016.Objektivi kryesor ka qenë analiza dhe studimi kundrejt këtyre viteve tek popullata,mosha më e prekur,gjinia që paraprin në bazë të sëmundjes dhe barnat që janë përdorur.

5.ANALIZA STATISTIKORE

Rastet e regjistruara me Artrit Reumatoid në Klinikën e Reumatologjisë në QKUK-Prishtinë.

Për periudhën dhjetor-2015 deri nëntor-2016 në klinikën e Reumatologjisë janë paraqitur gjithsej 140 raste prej të cilëve 113 janë të seksit femër dhe 27 janë të seksit mashkull.

Graf.1. Rastet me AR sipas gjinisë



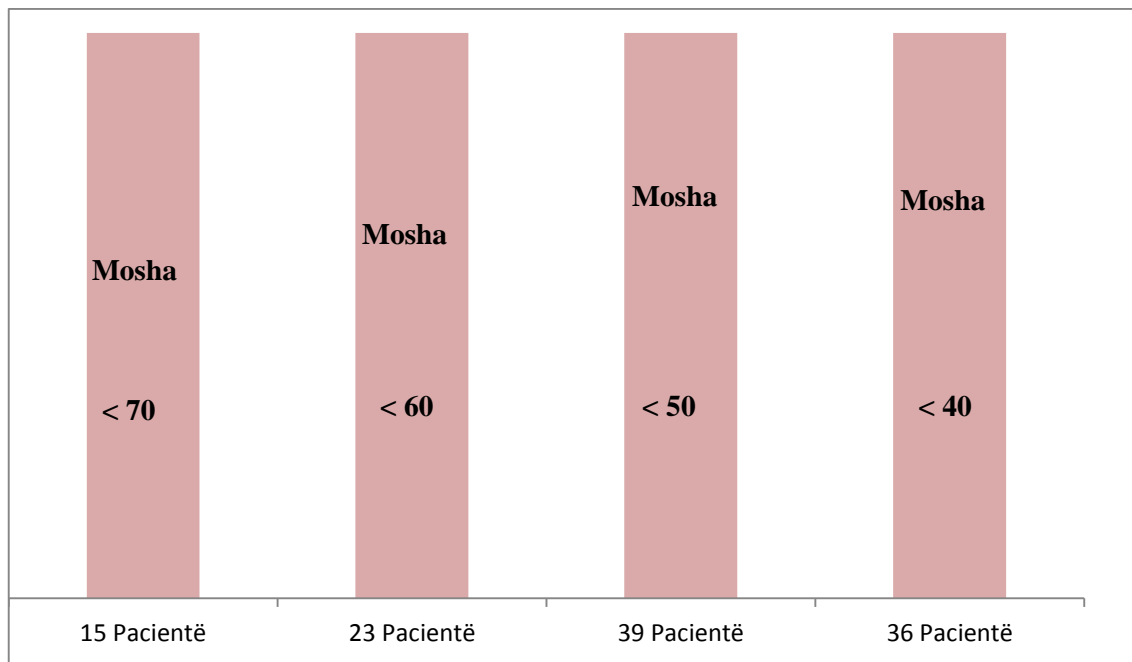
Komenti: Gjegjesisht të prekur me AR janë 80.7% e femrave dhe 19.3% e meshkujve

Tab.2. Pacientët me AR të ndarë në bazë të numrit , gjinisë femërore dhe moshës

Numri i pacientëve	Gjinia	Mosha
1	Femër	84vjeç
2	Femër	77vjeç
1	Femër	74vjeç
2	Femër	73vjeç
3	Femër	72vjeç
2	Femër	71vjeç
4	Femër	70vjeç
4	Femër	69vjeç
1	Femër	68vjeç
2	Femër	67vjeç
2	Femër	66vjeç
3	Femër	65vjeç
3	Femër	63vjeç
8	Femër	61vjeç
7	Femër	59vjeç
2	Femër	58vjeç
6	Femër	57vjeç
5	Femër	56vjeç
3	Femër	55vjeç
6	Femër	54vjeç
4	Femër	53vjeç
6	Femër	51vjeç
7	Femër	50vjeç
2	Femër	49vjeç
2	Femër	48vjeç
2	Femër	47vjeç
1	Femër	46vjeç
5	Femër	45vjeç
1	Femër	44vjeç
3	Femër	43vjeç
2	Femër	42vjeç
4	Femër	41vjeç
6	Femër	40vjeç
1	Femër	34vjeç

Komenti : Nga vrojtimi i tabelës rezultojmë se në hulumtimin në klinikën e reumatologjisë në Prishtinë kemi hasur në përqindje më të madhe të femrave të prekura me AR duke filluar nga mosha 34-84 vjeç.

Graf.2. Shpërndarja e pacientëve sipas moshes tek gjinia femërore



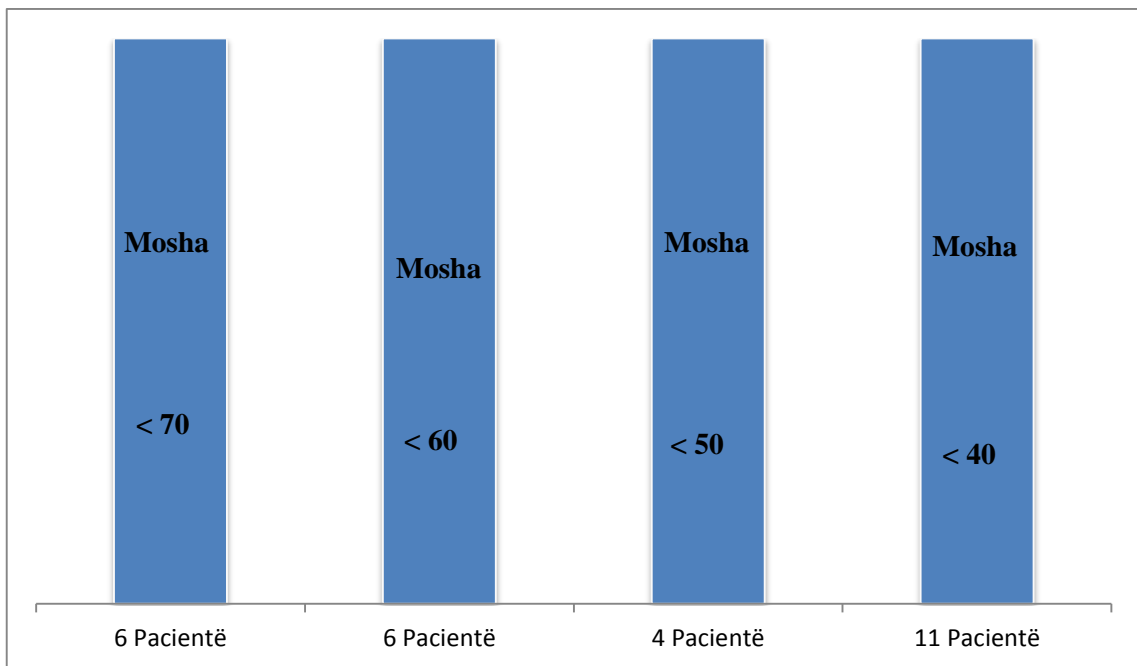
Komenti: Në bazë të një grafikoni siç shihet më lartë kemi paraqitur shpërndarjen e pacientëve në grupmosha të ndryshme , njëkohsisht edhe moshat më të predispozuara të prekura nga faktorët e AR , gjinia femërore paraprin në listën e të sëmurëve me artrit reumatoid dhe mosha më e prekur në rastin e studimit tonë është 40-59 vjeç.

Tab.3. Pacientët me AR të ndarë në bazë të numrit , gjinisë mashkullore dhe moshës

Numri i pacientëve	Gjinia	Mosha
1	Mashkull	75
3	Mashkull	74
1	Mashkull	73
1	Mashkull	72
2	Mashkull	70
1	Mashkull	69
1	Mashkull	67
1	Mashkull	66
1	Mashkull	61
1	Mashkull	59
1	Mashkull	58
1	Mashkull	56
1	Mashkull	53
1	Mashkull	50
2	Mashkull	49
1	Mashkull	45
1	Mashkull	41
3	Mashkull	40
1	Mashkull	39
1	Mashkull	27
1	Mashkull	20

Komenti: Tabela më lartë tregon se në bazë të hulumtimit në klinikën e reumatologjisë në Prishtinë pacientët e gjinisë mashkullore janë dukshëm më pak të predispozuar nga AR , në krahasim me gjininë femrore.

Graf.3. Shpërndarja e pacientëve sipas moshes tek gjinia mashkullore



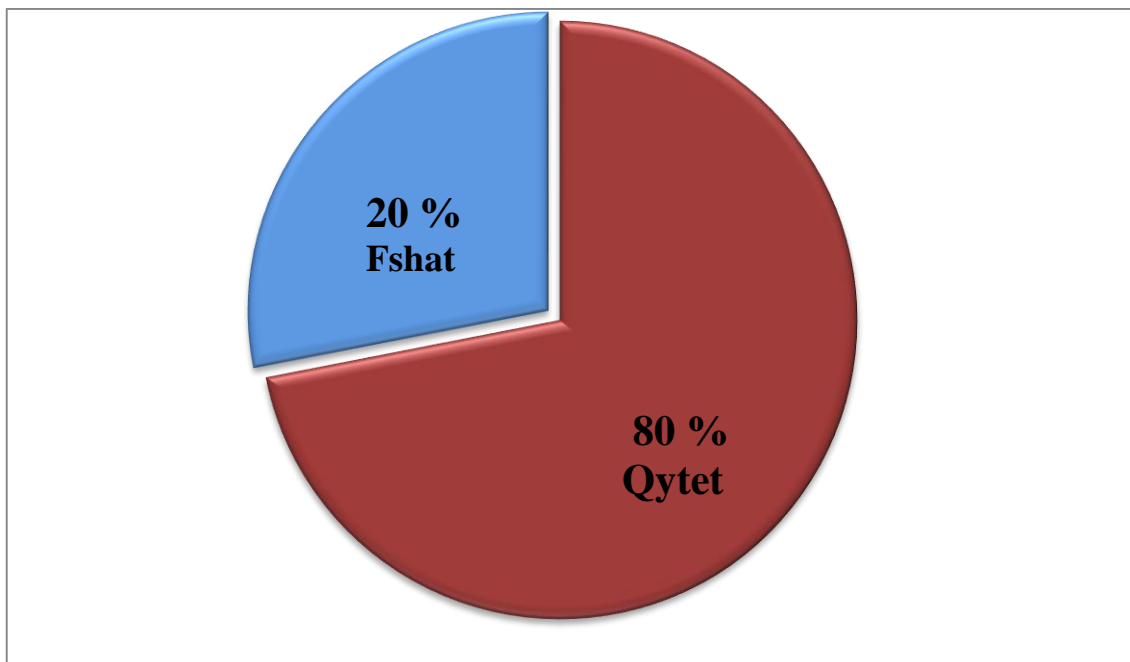
Komenti: Ky grafik tregon ndarjen e pacientëve në grupmosha të caktuara dhe atë në gjininë mashkullore, mosha më e prekur tek gjinia mashkullore fillon nga mosha 40 e tutje.

Tab.4.Lista e barnave më të përdorura

Lloji i barnave
Ideos Tableta
Naklofen Tableta
Advil Tableta
Metothreaxate Tableta
Ibutop Capsula
Sulfasalzin
Ibutop Gel
Prednizol
Ibuprofen Tableta
Aspirin Tableta

Komenti: Në tabelë janë paraqitur llojet e barnave të cilat janë përdorur më shpesh në klinikën e reumatologjisë në Prishtinë tek pacientët me Artrit Reumatoid , dhe njëkohësisht kanë efekt pozitiv për sëmundjen në fjalë

Graf.4. Shpërndarja e pacientëve sipas vendbanimeve



Komenti:Në grafikon është paraqitur shtrirja e popullatës me sëmundje të Artritit në zonat më të prekura ,që në rastin e studimit tone rezulton me përqindje më të madhe zona urbane.

6.KUJDESI INFERMIEROR TEK TË SËMURËT ME ARTRIT REUMATOID

Detyrimet e motrës medicinale janë të shumta.Para se gjithash,duhet pasur kujdes të posaçëm për temperaturë trupore.Çdo ngritje e papritur e temperaturës flet për keqësimin e sëmundjes.Pacientët e tillë janë të lidhur për shtrat duke qenë se kanë dhembje të theksuara të nyjave, dhembje këto të cilat e imobilizojnë pacientin.Për këtë arsye, duhet pasur kujdes që gjymtyra përherë të vendoset në pozitë fiziologjike apo në atë pozitë , e cila nuk shkakton dhembje.Për arsye të imobilitetit te pacientit duhet pasur kujdes të posaçëm lidhur me higjenën personale.Në rastet e komplikimit me kardit pacientët duhet vendosur në dietë me pak proteina dhe pak kripë , kurse në rastet e zhvillimit të komplikimit në veshka,duhet aplikuar dietën me më pak proteina, e posaçërisht me proteina të natyrës shtazore dhe me pak kripë.

Gjatë sëmundjes duhet rregullisht të aplikohet terapia përkatëse,si dhe të merret shpeshherë gjaku për analiza:

- kliniko-laboratorike, e para se të gjithash SE,hemogrami,formula lekocitare,titri i ASTO (antistreptolizina).

Në përcjelljen e pacientëve me AR me rëndësi është edhe:

- ekzaminimi i urinës, si dhe inçizimet elektrokardiografike dhe rëntgenologjike të gjoksit,në mënyrë që të bëhet zbulimi i karditit apo glomerulonefritit poststertokoksik.

Kujdesi infermieror konsiston në pesë hapa për arritjen e qëllimeve të caktuara në asistencën infermierore:

1. Vlerësimin infermieror
2. Diagnoza infermierore
3. Planifikimit infermieror
4. Zbatimit infermieror
5. Vlerësimi i arritjeve

Vlerësimi fillestar

Të dhënat objektive: K.L (femër) 34 vjeqare: pacientja ndihet mjaft e lodhur , me temperaturë dhe anoreksi

Shenjat vitale si vijojnë :

- **HTA:** 130-90 mmHg –mmHg
- **Pulsi:** 90 herë/ min
- **Respiracioni:** 30 res/ min
- **Temperatura:** 38 – 39 °C

Të dhënat subjektive: Pacienti pohon se ka plogështi , ka temperaturë , ngurtësim mengjesor , dhembje nyjesh , edema , skuqje , nxehtësi të lëkurës

Të dhënat aktuale: Pamundësi e lëvizjes,temperature,lodhje,edema,frymarrje e shpejtuar dhe dhëmbje nyjesh

Të dhënat historike: Pacienti tregon se kjo sëmundje është shfaqur edhe më parë qysh në moshën e mesme duke e përcjell pacientin kohë pas kohe por tani me dëmtime me të mëdha të artikulacioneve

DIAGNOZA INFERMIERORE

Çrregullime të termorregullacionit me ngritje të temperaturës si pasojë e inflamacionit, ndryshime në aktivitetin fizik si pasojë e sëmundjes, ndryshime të funksionit të kyçeve si dhimbje, ënjtje, skuqje, temperaturë lokale etj. Si pasojë e dëmtimeve të kyçeve nga inflamimi, çrregullime në ushqyerje e lidhur kjo me sasinë e pamjaftueshme të ushqimit, rreziku i komplikacioneve si pasojë e mosnjohjes së masave parandaluese të infeksionit

- Prishje të komfortit e lidhur me inflamacionin që zhvillohet në kyçe
- Prishje e aktivitetit fizik, si rrjedhim i kufizimit të veprimtarisë së kyçeve (ngurtësimi mëngjesor) lodhjes, inflamacionit dhe dhimbjes
- Ndryshime në nutricion e lidhur kjo me sasinë e pamjaftueshmërisë të ushqimit të marrë.
- Paaftësi për t'u vetëkujdesur (veshja, larja, tualeti) për shkak se kyçet janë të lodhura dhe të ngurtësuara, të dhimbshme të deformuara
- Çrregullime, shqetësime të pacientit rreth sëmundjes
- Prishje të imazhit trupor me efektet e humbjes së funksioneve të trupit.

PLANIFIKIMI INFERMIEROR

Mënyrat e trajtimit të artritit nga ana e infermierëve janë të shumta, më poshtë në bazë të disa pikave kyçe konsultojmë në planifikim infermieror:

- Menjanimin e dhimbjes
- Reduktimin e ngërçit
- Të ndalohet dëmtimi i kockave
- Ndihmojmë pacientët të ndihen komod
- Inkurajimi i pacientit
- Informata rreth sëmundjes
- Edukimi i pacientit

VLERËSIMI I ARRITJES STUDIMORE

- Infermiera ka arritur të sigurojë një komoditet të plotë për pacientin
- Kemi komunikuar me pacientin, dhe kemi siguruar shpjegim dhe informata të duhura për të
- Kemi arritur me stafin infermieror të ndajmë me kohë terapinë dhe poashtu kemi qenë të saktë edhe ndaj procedurave tjera të nevojshme
- Kemi pajisur pacientin me informata të mjaftushme rreth barnave që duhet të merren , dhe për efektet e tyre anësore
- Kemi aplikuar performancën e duhur që pacienti të ndihet i vlerësuar në mjedisin spitalor

6.1 INFORMIMI DHE EDUKIMI I PACIENTIT

Edukimi dhe këshillimi i pacientit është shumë i rëndësishëm pasi që kjo ndikon në lehtësimin e dhimbjes, rehatisë dhe vizitave të rregullta te mjeku. E rëndësishme është që të informohet pacienti me diagnozën , duke pasur gjithashtu parasysh historinë e sëmundjes së artritis reumatoid pacienti duhet të jetë i informuar se do ketë reduktim të lëvizjes që më pas kjo mos të vështirsojë punën e ekipit mjekësor. E nevojshme është edhe të inkurajojmë pacientin që të ndihet komod dhe të komunikojë me mjekun për interesat e tij shëndetsore , si p.sh terapinë e nevojshme.

7.DISKUTIMET

Duke u nisur nga studimi i rastit kemi arritur në këto konkluzione:

- Sëmundja ka filluar me prekjen e artikulacioneve të vogla të duarve në mënyrë simetrike dhe më pas me shpërndarje në artikulacione tjera
- Prania e ndjenjës së ngurtësimit mëngjesor
- Kur sëmundja vepron për një kohë të gjatë në organizëm pacienti e ka të vështirë të kryejë një aktivitet të zakonshëm ditor
- Jeta për pacientët me Artrit mund të shkurtohet për 5 vite,ndërsa ata që marrin terapinë me rregull kanë mortalitet më të ulët
- Sëmundja favorizohet nga infeksionet, sëmundjet kardiovaskulare dhe ulçerë gastrike

8.REKOMANDIMET

- Rekomandohet balancimi i duhur mes pushimit dhe ushtrimeve
- Rekomandohet që pacienti të mos krijojë stres dhe të ushqehet shëndetshëm
- Rekomandohet të konsumojë më pak ushqime që shkaktojnë inflamacion si:
sheqernat ,lëngjet e frutave,lëngjet me gaz
- Konsumoni sa më shumë çajra me bimë të gjelbëra
- Hani sa më shumë fruta me vitaminë A dhe C
- Rekomandohen sa më shumë ushqime të shëndetshme si:
omega 3,mish viçi i freskët,perime dhe ujë
- Rekomandohet që të shmangni ambientet e ftohta
- Rekomandohet të bëhet plazh çdo vit sepse rëra konsiderohet shumë e rëndësishme për mirëmbajtjen e kockave dhe tek të sëmurët me artrit është edhe më e favorizuar
- Rekomandohet të mos pijnë duhan dhe pije alkoolike.

9.CV E STUDENTIT

Të dhënat personale

Emri:	Donika
Mbiemri:	Uka
Data e lindjes:	25.12.1992
Kombësia:	Shqiptare
Vendlindja:	Gjakovë
Vendbanimi:	Lugbunar-Gjakovë
Gjendja civile:	Beqare
Tel:	049-444-530
Email:	donagirl_93@hotmail.com
Shkollimi i mesëm:	SHMM- Hysni Zajmi Gjakovë- Teknik i farmacisë
Shkollimi i lartë:	Universiteti i Gjakovës Fehmi Agani
Dega:	Infermieri e përgjithshme
Periudha e përfudimit të universitetit:	2016

10.Literatura

- 1.Md.PhD.Mladin Miškulin , Specialistika në ortopedi dhe traumatologji,Zagreb,1998
2. L.Alija “Bazat Patologike të sëmundjeve 2” Siena 2014
- 3.Sëmundjet Reumatizmale Manual” Dr.Besi Londër
4. T.Bekteshi E.Kryeziu Y.Elezi H.Ahmetaj R.Manaj K.Pallaska R.Mehmeti A.Kerliu , Mjeksia interne me kujdes Prishtinë 1999
5. D.Ausiello, “ Traktat mjekësor i cecil-it“- Sëmundjet e reumatizmale”
6. M.Ross ,V.Pawlina, “Histologjia “Tabernakul” 2014
7. I.Simonovska “Mjekësia interne dhe pediatria me kujdes”
- 8.J.Adhami B.Resuli H.Cocoli K.Bodinaku Klinika dhe mjekimi i sëmundjeve të brendshme Tiranë 1990
- 9..Robert E. Rakel, MD : “ Traktati i mjekësisë së familjes ” Praktika e mjekësisë familjare
- 10..Robbins Cotran Kumar “Pocket Companion to Robbins Pathologic Basis of Disease”
- 11..E.Peka,L.Neçaj,E.Rrustemi, D.Bego M.Çela,A.Dervishi,V.Zanaj,V.Mane "Infermiera ne specialitete" Tiranë 2005
12. A.Paturel,Arthritis Foundation-The Ultimate Arthritis Diet 2015
13. Prof.Argjent Tofaj “Reumatologjia” Tiranë 2014
- 14.Prof.Sylejman Rexhepi “Reumatologjia” Prishtinë 2006