

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

**TEMA: ROLI I INFERMIERES NË PARANDALIMIN
E TUBERKULOZIT**

Punoi:
Gentiana Meka

Mentori:
Prof.ass.Ramush Bejiqi

Gjakovë, Mars 2018

Punimi i temës së diplomës: “ROLI I INFERMIERES NË PARANDALIMIN E TUBERKULOZIT” të kandidates: GENTIANA MEKA , u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

Mentor i punimit është: Prof. Ass. Ramush Bejiqi

Punimi përfshinë: 33 faqe, 1 Tabelë, 2 Figura

Fjalët kyqe: Tuberkulozi, testi i tuberkulinës, Mycobacterium tuberculosis, pleuriti.

Unë, Gentiana Meka, studente e Universitetit të Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakulteti i Mjekësisë, Programi i Infermierisë, me përgjegjësi të plotë deklaroj se ky punim është origjinal dhe e gjithë literatura dhe burimet, të cilat i kam shfrytëzuar nëpërmjet këtij punimi, janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

FALËNDERIME

Falënderimet në radhë të parë i'a dedikoj familjes time, për mbështetjen dhe përkrahjen në çdo hapë të shkollimit tim për realizimin përfundimtar të këtij punimi. Një falënderim i veçantë shkon për Prof. Ass. Ramush Bejiqi, për përkushtimin dhe punën e palodhshme që e bëri që unë ta përfundoj këtë punim. Falënderoj gjithashtu edhe të gjithë profesorët e fakultetit të infermierisë, që punuan me mua gjatë këtyre tre viteve.

Ju faleminderit të gjithëve.

Lista e shkurtesave

TBC – Tuberkulozi

HIV – Human imunodeficienty virus

ADN – Acidi deoksiribonukleik

SNQ - Sistemi nervor qendror

LTSH - Lëngu Trunoro Shpinor

MRI - Magnetic Resonance Imaging

PPD – Purified Protein Derivate

BCG - Bacille Calmette Guerin

INH - Isoniazidi

RIF - Rifampicina

PZA - Pirazinamidi

EMB - Etambutoli

STM - Streptomicina

ETH - Etionamidi

IPV - Inactivated Polio Vaccine

OPV – Oral Povio Vaccine

OBSH - Organizata Botërore e Shëndetësisë

PËRMBAJTJE

I. HYRJE:.....	7
1.1. Etiologjia.....	9
1.2. Transmetimi dhe faktorët rriskues.....	9
1.3. Klinika.	10
1.4 Prova e tuberkulinës.	15
1.5. Leximi dhe interpretimi i rezultatit.....	16
1.6. B.C.G.....	17
1.7 Mjekimi i tuberkulozit.....	18
1.8 Parandalimi i TBC.....	20
1.9 Vaksinimi.....	21
1.10 Kalendar i vaksinimit	22
1.11 Kujdesi infermieror te pacientët me tuberkuloz.....	24
1.12 Edukimi shëndetësor	28
Abstrakt.....	30
Abstract.....	31
Referenca.....	32
Biografia e kandidatës.....	33

I. HYRJE

Tuberkulozi (TBC) është sëmundje infektive kronike e rëndësishme në kuptimin e sëmundshmërisë, vdekshmërisë dhe kostos së shërimit të të sëmurve nga tuberkulozi. Ndonëse ka mbi 50 vjet që ka filluar mjekimi me antituberkulotik, numëri i të sëmurve është më i madh se 25 vjet më parë. Përlllogaritet që afro 1/3 e popullatës botërore është infektuar nga mikrobakteri i TBC, rreth 3 milion njerëz vdesin në vit në botë nga kjo sëmundje, prej të cilëve gjysmë milioni janë fëmijë. Nga TBC-ja janë të prira shtresat e varfëruara të popullit, fëmijët, veçanërisht ata të moshës nën 2 vjeç, adoleshentët, të infektuarit me HIV, me kompromentim të sistemit imunologjik (sëmundje kronike, malnutricion, marrja e kimioterapisë, marrja e kortizonikëve, etj.), të sëmurët me diabet, personeli shërbyes, tek këta të sëmurë etj. Shkaktar i sëmundjes të TBC-së është grupi i mikobaktereve ku deri tani janë identifikuar gjithsej 5 lloje të këtij bakteri. Më të rëndësishmit për njerëz janë bakteriet e tuberkulozit dhe listeria e tuberkulozit (*M.Bovis*). Bakteri i tuberkulozit është bakter gram-pozitiv, aeorob i detyrueshëm, i palëvizshëm, nuk formon spore është në formë shkopi të përkulur me gjatësi 2-4 um, rritet në mjedise të thjeshta sintetike në temperaturat 37- 41C°. Mënjanimi i tij zgjatë 4-6 javë ndërsa prova e ndjeshmërisë ndaj barnave zgjat 2-4 javë të tjera, ndonëse ka edhe metoda më të shpejta. Prania e tij mund të vihet re për pak orë me përcaktimin e ADN-së bakteriale. Mund të shihet dhe drejtpërdrejt në materialin e marrë nga i sëmuri, me mikroskop. Sëmundja përhapet nga njeriu tek njeriu me rrugë aerogjene nëpërmjet spërklave që shpërndan i sëmuri me kollë dhe teshtitje, me të folurit, e më rrallë në kontakt të drejtpërdrejtë me sekrecionet, urinën etj. Fëmijët me TBC parësor rrallë infektojnë të tjerët, mikrobakteri është i rrallë në sekrecionet bronkiale të fëmijës. Ky i fundit nuk ka kollë me fortësi të mjaftueshme për t'i hedhur mikrobet në mjedis etj., megjithatë nuk duhet nënvlerësuar rrezikshmërinë e tyre. Infeksioni merret zakonisht nga një i rritur, i cili është infektues deri 2 javë pas fillimit të mjekimit me tuberkulotik. Kjo varet dhe nga forma e sëmundjes. Pasi që bakteria e tuberkulozit hynë në mushkëri dhe fillon të shumohet, individi pëson infeksionin tuberkular. Prova e tuberkolinës mund të jetë pozitive por ekzaminimi radiologjik i mushkërive nuk jep ndryshime, fëmija është pa shenja klinike. Fjala tuberkuloz kufizohet vetëm në individët që kanë shenja klinike e radiologjike. Koha ndërmjet fillimit të infeksionit tuberkular dhe sëmundjes mund të jetë disa javë ose muaj.

Mbi 95% e tuberkulozit shfaqet në mushkëri. Mikrobakteri në alveole shumohet duke dhënë vatrën mushkërore dhe i transportuar nga makrofagët nëpërmjet kanaleve limfatike kalon limfonodet regjionale. Preken zakonisht limfonodet hilare, por në prekje të lobit të sipërm të mushkërisë mundet edhe ata paratrakealë. Kjo tërësi e përbërë nga vatra mushkërore, inflamacioni i rrugëve limfatike (limfangoiti) dhe limfadeniti regjional, përbën kompleksin primar (parësor) tuberkular. Mund të ndodhë që sëmundja të mos diagnostikohet në këtë fazë. Vatra mushkërore mund të fibrotizohet e të inkapsulohet, mund të gazifikohet e të klasifikohet, limfadeniti mund të pësojë fibrotizim ose klasifikim por shërimi zakonisht nuk ndodh, në brendi mund të qëndrojnë bakteret për një kohë tepër të gjatë, me vite. Limfonodet e zmadhuara mund të ngjiten me murin bronkial e të derdhin kazeumin në lumenin e tyre duke krijuar kushte për shpërndarjen e TBC, pneumoni, atelektazë ose fistul. Gjatë zhvillimit të kompleksit parësor mikrobakteria mund të shpërndahet me gjak në mjaft inde të tjera, duke dhënë sëmundje të shpërndarë, lidhur kjo edhe me gjendjen imunologjike të individit. Në shumicën e rasteve vatrata e shpërndara nuk japin klinikë por një pjesë e tyre mund të inkapsulohen e të jenë me prejardhjen e rishfaqjes së tuberkulozit. Ndërlikimet e kompleksit parësor ndodhin në kohë të ndryshme. Shpërndarja limfo-hematogjene ku përfshihet TBC miliar dhe meningjiti TBC ndodh 3-6 muaj më pas, infeksioni endobronkial pas 3-9 muajsh, prekje e kyçeve pas disa vitesh dhe veshkat pas disa dhjetëvjeçarësh. Mushkëritë mund të preken ndoshta një vit më pas si rrjedhojë e riaktivizimit të mikrobaktereve në dëmtimet e inkapsulura. Kjo ndodhë më shumë tek adoleshentët e veçanërisht në ata me kompromentim të sistemit imunitar. Sa më i vogël të jetë fëmija aq më shumë mundësi ka që infeksioni tuberkular i pamjekuar të shndërrohet në sëmundje për 1-2 vjet (mbi 40% në fëmijët e vitit të parë, 25% në moshën 1-5 vjeç, 15% në 10-15 vjeçarët dhe 5-10% në të rriturit). Të vegjëlit priren më shumë për ndërlikime të hershme të kompleksit parësor ndërsa më të rriturit për ndërlikime të mëvonshme.¹

¹ Durim Bebeqi, Pediatra, faqe189-191.

Habitat and Morphology of *Mycobacterium tuberculosis*

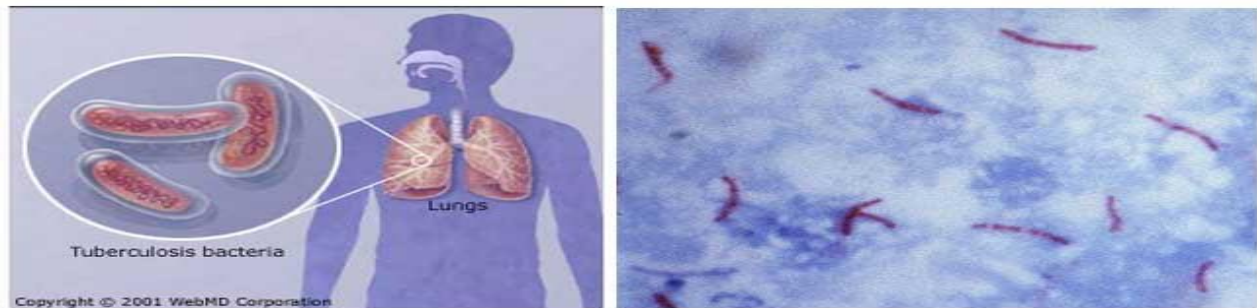


Figura 1. Habitati dhe morfologjia e mikrobakterës së tuberkulozit

1.1. Etiologjia

Organizmi i bakteries së tuberkulozit shumohet ngadalë dhe karakterizohet si organizëm aerobe që ngordh nga të nxehtit, dielli, thatësira dhe rrezet ultraviolette. Në kontrast me agjentët e tjerë infektiv, bacili i tuberkulozit vendoset në organizëm, qëndron i fshehur në organizëm qetësisht për vite derisa forcat imune të mbajnë të frenuar infeksionin e hershëm. Në qoftë se gjatë kësaj periudhe qetësie, imuniteti i organizmit shkatërrohet (dëmtohet) si rezultat i malnutricionit, imuno-supresorëve etj., organizmat fillojnë të shumohen.

1.2. Transmetimi dhe faktorët rrisues

Tuberkulozi transmetohet nga një person me sëmundje aktive pulmonare me anë të teshtitjes, kollitjes, të folurit, të kënduarit. Një person sensibil bie në kontakt me spërkalat dhe infektohet. Personat që janë në rrezik për infeksione nga tuberkulozi janë: personat që kanë qenë më parë të infektuar, personat tek të cilët bacili i tuberkulozit ka qenë jo aktivë, personat të cilët janë në kontakte me personat e infektuar me tuberkuloz, personat tek të cilët testi i tuberkulinës duhet të përsëritet (sepse nuk është plotësisht e qartë) për të treguar se ka një reaksion, personat me rezistencë të ulët për shkak të faktorëve të tillë si alkoolizmi, personat të cilët marrin terapi me kortikosteroide ose shuarje të imunitetit.

Jetesa në bashkësi, niveli i ulët i jetesës dhe një përkujdesje jo e mjaftueshme ndikojnë në përhapjen e tuberkulozit. Tuberkulozi është një nga sëmundjet më të përhapura në botë, që në kohën kur bota jetonte në varfëri.²

1.3. Klinika

TBC paraqitet në shumë forma klinike:

- **TBC parësore pa shenja.** Fëmijët nuk kanë shenja klinike të sëmundjes, kanë provën e lëkurës (Mantoux) pozitive, radiologjia negative. Këta fëmijë janë kandidatë për mjekim parandalues.
- **TBC parësor i mushkërive.** Kompleksi parësor përbëhet nga vatra në mushkëri dhe limfadeniti. Në mbi 70% të rasteve, në vendosje nën pleurë të vatrës mushkërore, prekja vendore e pleurës mund të quhet pjesë përbërëse e kompleksit parësor. Vatra mushkërore mund të vendoset në çdonjërin prej lobeve të mushkërisë, është e vogël dhe shpesh e pa dallueshme nga ekzaminimet radiologjike. Mund të formohen njëkohësisht më shumë se një vatër e tillë. Infeksioni përhapet në limfonodet hilare. Karakteristikë është dimensionimi më i madh i limfonodeve të prekura në krahasim me vatrën mushkërore. Në shumicën e rasteve kompleksi parësor shërohet herët por një pjesë e limfonodeve vazhdojnë të rriten duke dhënë shtypje të rrugëve të frymëmarrjes. Limfonodet e ajërosura mund të derdhen në bronke e të japin përhapje endobronkiale të sëmundjes, bllokim të bronkeve me emfizemën dhe atelektazën pasuese. Shenjat klinike janë të varfëra. Fëmija mund të ketë ethe të moderuara, dobësi, djersitje gjatë natës, mungesë oreksi, kollë të lehtë e të thatë e rrallë vështirësi jo të shprehur në frymëmarrje, mos shtim në peshë. Shenjat fizike në mushkëri janë të varfëra, disa kanë fishkëllima, dobësim të frymëmarrjes, takipne. Diagnoza vihet me historinë e sëmundjes, shenjat klinike, prova pozitive e tuberkulinës, ekzaminimet para klinike ku spikasin ato radiologjike dhe veçanërisht mënjanimi i shkaktarit. Shumica e rasteve me TBC parësor shërohen me mjekim të përshtatshëm. Në disa raste ndodh klasifikimi i vatrës mushkërore dhe i limfadenitit pas një periudhe 6-12 mujore. Rrallë mund të ndodhë fibrotizimi me rrjedhojë bronhektazinë, kryesisht në lobet e poshtme dhe në fëmijë të pa mjekuar mirë.

² Infermieristika në specialitete nga F.Peka L.Neqaj E.Rustami D.Bego A.Imami-Lelqaj M.Qela A.Dervishi V.Zanaj V.Mane faqe 21

- **TBC parësor pulmonar progresiv.** Është ndërlikim i rrallë por serioz. Limfadeniti zmadhohet, shndërrohet në një hapësirë plot me kazeum të pasur me mikrobaktere, me mure të holla ku mund të hyjë ajër e ndoshta kazeumi të derdhet në bronk ose pleurë me rrjedhojat përkatëse. Lehtësisht mbivendosen infeksionet dytësore. Klinika është e shprehur, me ethe të larta, kollë të fortë me shumë sputum, rënie në peshë. Frymëmarrja në auskultacion është e dobësuar, dëgjoen rrallë matitet. Me mjekim të përshtatshëm prognoza, dikur e keqe, është e mirë.
- **Pleuriti TBC.** Prekjet vendore të pleurës janë shumë të shpeshta sa që mund të quhet pjesë përbërëse e kompleksit parësor. Pleuriti tipik me lëng ndodh në 15-10% të rasteve dhe prek kryesisht moshat mbi 6 vjeç. Nën 2 vjeç thuajse nuk haset. Vjen 6-12 muaj pas infeksionit fillestar. Zakonisht është i njëanshëm. Shenjat klinike mund të fillojnë njëherazi me ethe të larta, dhimbje në anën e sëmurë, frymëmarrje e sipërfaqshme dhe dobësim i saj në auskultacion, në perkusion kapet matitet. Këto shenja mund të vazhdojnë disa javë pas fillimit të mjekimit. Lëngu i thithur nga hapësira e pleurave ka ngjyrë të lehtë e të verdhë, të rrallë me rrema gjaku, peshë specifike 1012-1025, shumicë qelizash (në ditët e para polimorf nukleare e që pasohen nga përparësia e limfomonociteve), proteina 2-4 g%, glukozja është e ulët. Ekzaminimi i drejtpërdrejtë për shkaktarin del negative, në mbjellje pozitiviteti arrin në afro 70%. Prognoza është e mirë.
- **TBC i perikardit.** Është formë e rrallë. Perikardi mund të preket drejtpërdrejtë nga mikrobakteria ose nga derdhja e limfonodeve të afërt të prekur. Lëngu në hapësirën perikardiale është serofibrinoz e nganjëherë hemorragjik me zhvillim të fibrinës e më vonë të një perikarditi konstruktiv. Klinika është e varfër, përfshin dobësi, ethe jo shumë të larta, humbje në peshë e rrallë dhimbje gjoksi. Mund të dëgjoen fërkime perikardiale. Në lëngun perikardial mund të mënjanohet shkaktari. Prognoza është e mirë.
- **Përhapja limfohematogjene e TBC** Është përmendur më lart se mikrobakteri përhapet me rrugë limfohematogjene në të gjithë organizmin, lidhur kjo me sasinë e shkaktarit që lëshohet nga kompleksi parësor dhe gjendjen imunologjike të të sëmurit. Bakteret mund të shpërndahen në të gjithë organizmin, në mushkëri dhe jashtë tyre.
- **TBC miliar.** Është ndërlikimi më i hershëm i infeksionit, 3-6 muaj pas formimit të kompleksit parësor, nga kalimi i një sasive të madhe mikrobakterësh në qarkullim. Prek më shumë fëmijët e vegjël. Shkaktari i lëshuar në qarkullim nga një vatër kazeoze

vendoset në kapilarë të vegjël duke formuar tuberkule me madhësi thujse të njëjta. Këto ndryshime i hasim më shpesh në mushkëri por mundet dhe në shpretkë, mëlçi ose palcën e kockave. Fëmijët me malnutricion dhe me deprimim të sistemit imun preken më shpesh. Sëmundja shfaqet shkallë-shkallë e rrallë fillimi është i njëhershëm, për pak ditë. Shenjat e para janë mungesa e oreksit, dobësia, humbja në peshë, ethe jo të shprehura. Në ekzaminimin objektiv nuk vërehen mënjanimet nga norma. Duhet të kalojnë disa javë që të preket mëlçia apo limfonode të zmadhuara që ethet të arrijnë shifra të larta. Duhet të kalojnë 3-4 javë të tjera që të shihen ndryshimet në mushkëri të cilat kapen vetëm kur madhësia e tuberkuleve kalon 2cm. Në këtë kohë mushkëritë janë të mbushura me tuberkule dhe klinikisht i sëmuri ka ethe të shprehura, vështirësi në frymëmarrje, kollë, e fishkëllima. Gjendja mund të ndërlikohet me pneumotoraks, pleurit ose pneumomediastinit. Në një pjesë të sëmurësh TBC miliar mund të shoqërohet me meningjit ose peritonit tuberkular. Ndryshime mund të vërehen dhe në sy ose lëkurë. Diagnoza e kësaj forme është e vështirë. Fëmija mund të paraqitet për një ethe me prejardhje të panjohur, ndërkohë që pozitiviteti i provës së tuberkules është shpesh negativ. Ndhmon historia e sëmundjes për një mundësi kontakti të fëmijës me një të sëmurë me TBC, shenjat klinike dhe ekzaminimet plotësuese. Radiografia e gjoksit jep ndryshimet karakteristike. Mënjanimi i mikrobakterit nga sputumi, thithja gastrike ose shpëlarja bronkiale vërteton diagnozën. Material për studim mund të merret edhe me biopsi të mëlçisë ose thithjen e palcës së kockave. Me gjithë mjekimin e përshtatshëm, shenjat klinike të TBC miliar tërhiqen ngadalë. Ndryshimet radiologjike qëndrojnë për disa muaj, kur mjekimi i përshtatshëm fillon herët, prognoza është e mirë.

- **Meningjiti TBC.** Është ndërlikimi më i rëndë i TBC limfohematogjen post primar. Tuberkulozi i SNQ fillon me formimin e një ose më shumë dëmtimeve kazeoze në korteks ose meningjit të cilët lëshojnë mikrobakterin në hapsirën subaraknoidale. Formimi i një eksudati të trashë xhelatinoz i vendosur kryesisht në bazën e trurit krijon kushte për bllokimin e rrugëve të LTSH me rrjedhje hidrocefalinë ose shenjat karakteristike të prekjës së nervave kranialë, veçanërisht të qifteve III, VI dhe VII. Meningjiti TBC ndodh 1 në 300 raste me infeksion parësor. Prek më tepër moshat 4 vjeçare, rrallë nën 6 muaj, zakonisht 3-6 muaj pas infeksionit parësor. Klinika në fëmijët e vegjël mund të jetë e shpejtë, disa ditësh. Zakonisht është e zgjatur dhe mund të ndahet në disa faza. Faza e parë,

pa shenja që të bëjnë të dyshosh për prekje të SNQ, por të përgjithshme, ato të një infeksioni tuberkularë. Zgjat 1-2 javë. Fillimi i fazës së dytë është i njehershëm me shenja tipike meningjeale si dhimbje e fortë koke, letargji, konvulsione, të vjella, ngrirje e qafës, shenja pozitive të Kernig e Brudzinski, paraliza të nervave kraniale etj. Këto shenja lidhen në kohë me zhvillimin e hidrocefalisë, rritjes së presionit brenda kokës dhe vaskulitit cerebral. Në disa fëmijë bie në sy më shumë shenja e një encefaliti si mos orientim, lëvizje të pavullnetshme, çrregullime në të folur. Faza e tretë karakterizohet nga koma, frymëmarrje dhe puls i çrregullt, paraliza të nervave kraniale, hemiplegji dhe paraplegji, decerebrim e vdekje. Klinika e meningjtit TBC është e vështirë, veçanërisht kur mjeku nuk dyshon për të. Gjithmonë duhet pasur në konsideratë mundësia në një fëmijë me shenjat e fazës së parë, të një tuberkulozi, një kontakti të mundshëm të fëmijës me një person tjetër të sëmurë me TBC. Ndërkohë duhet ditur se gati gjysma e të sëmurëve me meningjit TBC kanë negatëvitet të provës së Mantoux-së, në radiografinë e gjoksit mund të mos vërehet ndonjë ndryshim. Prova më e besueshme laboratorike është ekzaminimi i LTSH. Ky paraqitet opaleshent, mund të formojë një rrjetë në brendi kur lihet në qetësi për disa orë, ka shtim të qelizave deri në 500 për mm^3 , në fillim polimorf nuklearë por që shpejt këmbehen me përparësi të limfomonociteve. Glukoza është e ulët në nivelet 40-20 mg%, proteina të shtuara. Në LTSH mund të përcaktohet shkaktari me metodën e drejtpërdrejtë ose me mbjellje. Ky mund të mënjanohet gjithashtu dhe në lëngje të tjera si lëngu gastrik dhe urina. Ndihmesë të veçantë japin CT dhe MRI.

- **TBC i limfonodeve.** Quhet ndryshe edhe skrofulla. Është nga shfaqjet më të hershme të përhapjes limfohematogjene të TBC, dhe njëkohësisht më e shpeshta nga format jashtë mushkërive të sëmundjes. Limfonodet preken në mënyrë dytësore nga përhapja limfohematogjene e tuberkulozit, 6-9 muaj pas fillimit të kompleksit parësorë. Me prejardhje nga mushkëritë janë limfadenitet TBC submandibulare, cervikale të përparshme dhe supraklavikulare, ndërsa limfadenitet aksilare e inguinale nga TBC i lëkurës ose kockave. Limfonodet janë të zmadhuara, të forta në prekje, të tendosura të lidhura me indet e tjera. Nëse nuk mjekohen, infeksioni kalon në limfonodet e përafërta duke dhënë bashkim të tyre në formë pllakash e të lidhura fort dhe me inde të tjera. Lëkura mbi limfonodet është disi e tendosur. Nëse sëmundja vazhdon të mos mjekohet, limfonodi do të gazifikohet dhe nekrotizohet, kapsula e tij do të qahet, në lëkurë gjithashtu mund të

krijohen fistulat. Shenjat sistemike në skrofulla janë të varfëra, prova e tuberkulinës rezulton pozitive në shumicën e rasteve, ndërsa të dhënat radiologjike në mushkëri janë të varfëruara. Diagnozën e vendos histologjia e biopsive të limfonodeve të prekura dhe kërkesa bakteriologjike. Ndiemon në diagnozë kontakti i mundshëm me një të sëmurë tuberkular.

- **TBC i skeletit.** Spondiliti tuberkular është shfaqje e rrallë e TBC post primar, 12-24 muaj pas tij. Preken më shumë vertebrat, veçanërisht ato torakale. Mund të preken njëherësh më shumë se dy prej tyre. Trupi i tyre shkatërrohet duke dhënë shtrembërime të shtyllës së kurrizit. Infeksioni mund të kalojë edhe në indet përreth duke dhënë abscese paraspinalë. Klinikisht mund të kemi ethe, dhimbje shpine, kufizim lëvizjesh, qëndrim jonormal etj.

- **TBC abdominal dhe gastrointestinal.** Sot janë tepër të rralla rastet e TBC të gojës dhe ezofagut. Enteriti tuberkular, kryesisht i zorrës së hollë, shkaktohet nga marrja e qumështit të infektuar, nga mykobakteret e shpërndara nga një i sëmurë ose në rrugë hematogjene. Zakonisht në zorrë formohen ulcera të sipërfaqshme të shoqëruara me limfadenopatin korresponduese. Limfonodet e gazifikuara mund të shpërthejnë e të shkaktojnë peritonit me formim asciti. Ky i fundit mund të shkaktohet edhe në rrugë hematogjene. Diagnoza vihet me anamnezë, prania e TBC pulmonar, prova pozitive e tuberkulinës, biopsia e mundshme, paracentezë.

- **TBC i veshkave.** Shfaqet pas një periudhe të fshehtë tepër të gjatë që mund të shkojë në dhjetëvjeçare. Rruga e prekjes së veshkave është limfohematogjene. Vatrastipike të sëmundjes zhvillohen në parenkimë e më vonë mund të hapen në pelvis.

Infeksioni mund të përhapet edhe në zonat përreth. Klinikisht mund të jetë i heshtur. Shkaktari mund të mënjanohet në urinë (si dhe në TBC miliar pa prekje të veshkave).

1.4 Prova e tuberkulinës

Kjo provë, e quajtur ndryshe dhe prova e Mantoux-së, bëhet për të përcaktuar gjendjen imune të fëmijës ndaj mikrobakterit të tuberkulozit. Injektohet brenda në lëkurë 0,1 ml që përmban 5 unit tuberkulinë (PPD-Purified Protein Derivative). Tuberkulina është filtrat i kulturës së mikrobakterit të TBC. Ndjeshmëria ndaj saj zhvillohet 3 javë deri 3 muaj nga futja e mikrobrit në organizëm. Leximi bëhet 48-72 orë pas injektimit. Quket pozitiv një reaksion i lëkurës, i fortë në prekje, i ngritur mbi nivelin e lëkurës, me përmasa mbi 10 mm.

Kjo provë mund të ndikohet nga shumë faktorë, nga më të rëndësishmit gjendja imune e të sëmurit. Edhe nëse ka tuberkuloz ajo mund të dalë negativ në raste të deprimimit të sistemit imun në disa sëmundje virale si fruthi, parotiti, varicela, gripi, në moshë shumë të re, malnutricioni, në përdorimin e imunosupresorëve, të kortikosteroideve, vaksina me viruse të gjalla, në tuberkuloz të rëndë etj. Në negativitet mund të ndikojë edhe bërja jo e saktë e injektimit ose leximi i gabuar. Rezultatet e gabuara pozitive mund të vijnë nga sensibilizimi i kryqëzuar me mikrobaktere që nuk japin TBC. Po kështu reaksion pozitiv mund të japë edhe vaksina BCG (Bacille Calmette-Guerin), pozitivitet që mund të zgjasë 2-3 vjet. Forcimi në këto raste është nën 10 mm. Në fëmijë të vaksinuar, me Mantoux pozitiv mbi 10 mm duhet të bëhen kërkime të tjera për të mënjeluar tuberkulozin. Vaksinimi me BCG nuk është kundërindikim për provën e lëkurës. Në fëmijë pa faktorë rreziku për TBC, një forcim i vogël konsiderohet fals-pozitiv. Ai do të quhej pozitiv mbi 15 mm. Nga ana tjetër, në praninë e faktorëve të rrezikut (kontakt me një të rritur me TBC, në deprimim të sistemit imun etj.), një forcim mbi 5 mm do të vlerësohet si pozitiv.³

³ Pediatria nga Durim Bebeqi faqe 191-195



Figura.2. Testi i tuberkulinës⁴

1.5. Leximi dhe interpretimi i rezultatit

Testi duhet të lexohet pas 3-4 ditësh. Nëse ka ndodhur një reaksion do të shikohet një zonë eriteme (skuqje) e cila mund të jetë e vështirë të dallohet në lëkur të errët, edhe një zonë forcimi (trashje) të lëkurës. Diametri i forcimit matet gjatë aksit transversal të krahut. Një reaksion është pozitiv kur kemi një zonë të forcimit të lëkurës me diametër 10mm ose më shumë. Mbi 10mm diametër, sa më të mëdha të jenë përmasat e reaksionit, aq më pozitivë është testi. Nëse diametri është nën 10mm ai nuk është patjetër pozitivë. Një reaksion pozitiv nuk do të thotë se sëmundja është prezentë por identifikon ekspozimin ndaj tuberkulozit apo prezencën e një sëmundje joaktive. Për çdo pacient të veçantë duhet të merret parasysh rezultati i testit të bashku me të gjitha të dhënat e tjera mbi këta pacientë. Për personat me HIV, një reaksion 5mm ose më shumë konsiderohet pozitiv. Një reaksion negative i testit të Mantoux nuk përjashton një sëmundje të tuberkulozit apo infeksion.

⁴ Testi i tuberkulines e marrur nga Wikipedia

1.6. B.C.G

Është një vaksinë e cila përmban bacile të gjalla të cilat e kanë humbur rrezikshmërinë e tyre. (Bacilet vijnë nga një lloj i TBC së gjedhit i rritur në laboratore për shumë vjet). BCG stimulon imunitetin, duke rritur mbrojtjen e trupit pa qenë e dëmshme në vetvete. Pas vaksinimit me B.C.G, bacilet e tuberkulozit mund të hyjnë në trup, por në të shumtën e rasteve mbrojtja e forcuar e trupit do 'ti kontrollojë apo vrasë ato. Prova të kontrolluara në shumë vende perëndimore kanë treguar se B.C.G mund të jap 80% mbrojtje ndaj tuberkulozit për një periudhë 15 vjeçare nëse bëhet para infeksionit të parë.⁵

- **Prova laboratorike.** Ekzaminimet rutinë si ai i gjakut periferik, urina e plotë, provat e mëlçisë nuk japin ndryshime të veçanta në TBC të cilat merren si bazë për diagnozën e sëmundjes. Lëngjet trupore si ai pleural, LTSH ose i kyçeve japin rritje të qelizave, kryesisht limfomonociteve, rritje të proteinave dhe ulje të glukozës. Por ekzaminimi laboratorik më i rëndësishëm është mënjanimi i shkaktarit, pasuar nga prova e ndjeshmërisë së tij ndaj barnave. Material për ekzaminim mund të jenë lëngjet e sipër përmendura, por kryesisht është sputumi. Marrja e tij paraqet vështirësi në fëmijët e vegjël të cilët e nxjerrin me vështirësi. Zakonisht në ta sputumi merret me sondë nazogastrike, thithjen e tij në mëngjes, menjëherë pas zgjimit, para se përmbajtja e stomakut të zbrazet në zorrë. Rezultatet pozitive arrijnë në 50 %. Mënyra tjetër është shpërlarja bronkiale, metodë kjo që jep rezultate pozitive më të ulët. Materialet mund të shihen drejtpërdrejtë në mikroskop, por më e saktë është mbjellja në terene të posaçme të cilat sigurojnë një përgjigje pas 4-6 javësh. Rezultati negativ për shkaktarin nuk flet për mungesën e TBC. Diagnoza e tij është rrjedhojë e shumë të dhënave të tjera si historia e sëmundjes, klinika, radiologjikë etj. Në laborator të pajisur mund të përcaktohet prania e mikrobakterit me metoda gjenetike, me përcaktimin e ADN-së së tij, me një saktësi afër 100 % për një kohë të shkurtër, 2 ditë.

⁵ Infermieristika në specialitete nga E.Peka L.Neqaj E.Rustami D.Bego A.Imami-Lelqaj M.Qela A.Dervishi V.Zanaj V.Mane faqe 22

1.7. Mjekimi i tuberkulozit

Në dy dhjetëvjeçarët e fundit mjekimi i TBC-së ka pësuar ndryshime rrënjësore. Sot përdoren disa barna/medikamente antituberkulare në radhë të parë vendosen Isoniazidi, Rifampicina, Pirazinamidi, Etambutoli dhe Streptomicina. Efektshmeria arrihet më mirë me kombinimin e 3-4 prej tyre. Barnat e “skalionit të dytë” si Etionamidi, acidi paraminosalicilik, Kanamicina, Cikloserina janë rezervë vetëm për rastet kur haset rezistencë bakterore ose mospranim.

Isoniazidi (INH). Është baktericid, thithet lehtë, arrin nivelet e pranueshme në gjak për një kohë të shkurtër, depërton mirë në të gjitha indet e lëngjet, është i lirë. Përdoret PO 10 mg/kg/24h,bid (2 herë në ditë), ose (tri herë në ditë), (max:500 mg) dhe IM (doza më e madhe ditore 300 mg). Metabolizohet në mëlçi. Efektet anësore: neuriti periferik i cili kërkon, veçanërisht në fëmijë me kequshqyerje, shoqërimin me piridoksinë si dhe hepatotoksiciteti (më i shpeshti), rrallë anemia hemolitike ose shfaqjet alergjike.

Rifampicina (Rifampina, Rifadina-RIF). Është baktericide, depërton mirë në inde e lëngje trupore, përfshirë edhe LTSH. Nivelet në gjak i arrin pas 2 orësh. Përdoret PO, 10-20 mg /kg/24h, një herë në ditë, 1 orë para ose 2 orë pas ngrënies. Doza më e lartë ditore është 600 mg. Efektet anësore përfshijnë ngjyrimin e urinës, lotëve, djersës etj., shenja të ngjashme me një infeksion viral, rrallë trombocitopeni, por me mjaft rëndësi është hepatotoksiciteti, veçanërisht kur shoqërohet me INH. Ul efektin e disa barnave si antikoagulantët, glukozitet kardiake e kortikosteroidet.

- **Pirazinamidi (PZA).** Është më pak toksik se antituberkulet e tjerë. Përdoret PO, 30 mg/kg/24h, një herë në ditë. Doza më e madhe ditore është 2gr.
- **Etambutoli (EMB).** Nuk ka “emër” të mirë në përdorimin e fëmijëve, për arsye të efekteve toksike në sy (neuriti i nervit optik). Në dozë 15 mg/kg/24h është bakter statik dhe në 25 mg/kg/24h baktericid. Ipet një herë në ditë. Gjen përdorim në rastet e rezistencës bakterore ndaj barnave të tjerë.
- **Streptomicina (STM).** Është baktericide, përdoret shumë më pak se në të kaluarën, por mund të përdoret në rastet e shtameve rezistente. Mund të zëvendësoj etambutolin në fëmijët e vegjël. Ipet 20-40 mg/kg/24h, (dy here në ditë) IM. Doza më e madhe ditore, pavarësisht nga pesha është 1 gr. Kujdes duhet bërë për arsye të efekteve neurotoksike veçanërisht të nervit VIII.

- **Etionamidi (ETH)** Bakter statik, përdoret në rastet rezistente të sëmundjes, veçanërisht në prekjën e meningjeve (depërton mirë në LTSH). Është hepatotoksik. Përdoret 15-20 mg/kg/24h, (max. 1 gr./24h), PO.

- **Protokolli i mjekimit.** Preparatet antituberkulare japin rezultate të mira të kombinuara me njëri-tjetrin. Në morinë e protokolleve të këshilluara në literaturë, më i përshtatshmi mendohet të jetë përdorimi i antituberkularëve kryesorë si më poshtë:

Në 2 muajt e parë, INH + RIF + PZA (në disa raste i përforcuar me STM ose EMB ose ETH) i vazhduar për 4 muajt pasues me INH + RIF, çdo ditë për 2 javë, vazhduar 2 herë në javë, për të gjithë periudhën, pa ulur efektet e mjekimit. Studimet kanë treguar për një rezultat pozitiv të këtij mjekimi deri 95%. Shumica e rasteve të TBC-ve, jashtë mushkërive mjekohet me të njëjtat parime si ai i mushkërive i porsa përshkruar.

Përgjatë bënë TBC i SNQ-së, TBC i disimnuar dhe ai i kockave të kyçeve. Në këto raste mjekimi zgjat 9-12 muajt.

Problem në mjekimin e TBC mbetën rastet rezistence ndaj preparateve të mësipërme.

Përdorimi i kortikosteroidëve: Në disa raste është i dukshëm veprimi i tyre. Mund të përmirësojnë gjendjen e përgjithshme, ulin ethet, përmirësojnë oreksin. Por mund të rrisin rrezikun e riaktivizimit të një TBC të heshtur. Një fëmijë me meningjit TBC, në etapa të shkurta, kortikosteroidet përmirësojnë qarkullimin e gjakut, ulin edemën trunore (veprim anti-imflamator), kanë gjithashtu efekt në tuberkulozin endobronkial, prekjën e perikardit dhe në pleuritin TBC, duke lehtësuar shenjat por duke mos ndikuar në ecurinë e sëmundjes. Përdoret:

Predizoni, PO, 1-2 mg/kg/24h, bid, për 4-6 javë me ulje shkallë-shkallë.

Mjekimi i infeksionit tuberkular. Fëmijët me provën e Mantoux-së pozitiv, pa shenja klinike e radiologjike për TBC do të mjekohen me:

Doza ditore të INH për 9 muajt. Mund të këshillohet dhe mjekim 2 herë në javë.

Një fëmijë nën 6 vjeç që kanë pasur kontakt me të sëmurë tuberkular por me provë lëkure negative u bëhet mjekim me INH. Pas 3 muajsh nëse prova e përsëritur del pozitive mjekimi vazhdohet si më sipër. Nëse prova e dytë del negativ mjekimi ndërpritet.

Në rastet e rezistencës bakterore ndaj INH mund të përdoret RIF për 6-9 muajt.

Kujdes i veçantë në mjekimin e TBC i duhet kushtuar mbikëqyrjes së marrjes së barnave nga fëmija. Një bashkëpunim i personelit mjekësor me prindërit dhe fëmijën mund të qojë në suksesin e mjekimit.

1.8. Parandalimi i TBC

Mund të përmbliidhet në këto drejtime: mbrojtja ndaj ekspozimit me një të sëmurë, zbulimi dhe mjekimi i rasteve me TBC dhe vaksinimi. Të gjithë individët që jetojnë me një person të diagnostikuar duhet të ekzaminohen me imtësi, ndërmjet tyre mund të gjenden persona të infektuar, madje, në një përqindje të vogël, dhe të sëmurë. Rezistimet masive me provën e Mantoux mund të zbulojnë individët e infektuar, ndonëse një pjesë e tyre mund të jenë fals-pozitivë. Individët tuberkulen-negativë që kanë pasur kontakt iu ordinohet INH për 3 muaj, në përsëritje të provës së Mantoux-së në fund të këtij afati. INH përdoret gjithashtu në individët tuberkulen-negativë me rrezik të lartë infektimi dhe atyre tuberkulen-pozitivë, pa shenja klinike por me rrezik të madh të zhvillimit në sëmundje. Këshillohet dhënia e INH në doza 5-10 mg/kg/24h, 1 herë në ditë, PO, për një periudhë 6 mujore. Parandalimi me vaksinën Bacille Calmette-Guerin (BCG) është e vetmja mënyrë për të rritur mbrojtjen ndaj tuberkulozit. Bëhet zakonisht në nivelin e muskulit deltoid, brenda në lëkurë me age. Bëhet në moshën e të porsalindurit dhe në 6 vjeç (rivaksinim). Në vendin e injeksionit krijohet një papul e më vonë një kore e cila kur bie lën një ulqeracion që shërohet pa mjekim duke lënë një shenjë. Mund të kemi edhe prekje të limfonodeve regjionalë, me zmadhim të tyre e rrallë absces. Shenja të përgjithshme pas vaksinimit hasen tepër rrallë. Këto ndërlikime mund të jenë më të shprehura në fëmijë me kompromentim të sistemit imun. BCG këshillohet të bëhet edhe në fëmijë ku prova e tuberkules ka dalë negative, veçanërisht kur janë në rrezik ekspozimi. Kundër ndikohet në individë me depresim të sistemit imun si infeksion nga HIV, sëmundje malinje etj.

1.9. Vaksinimi

Vaksinimi nënkupton përdorimin e vaksinave apo toksikeve. Vakcina është një suspension i mikroorganizmave të zbutur ose vrarë, ose pjesë antigjenike të tyre. Toksoidi është toksinë e modifikuar bakterore. Këto nxisin sistemin imun për prodhimin e kundërtrupave, përgjigjen imune qelizore të cilat mbrojnë ndaj agentit infektiv. Ky është imunizim aktiv. Ai pasi ka synim një mbrojtje të përkohshme me përdorimin e kundërtrupave të prodhuara menjëherë.

Kemi këto nën grupe:

- 1) Vakcina nga mikroorganizmat të vrara (nxehtësi ose lëndë kimike). Janë të pastërta, me pak efekte anësore, por japin imunitet të shkurtër gjë që kërkon përdorimin e shpeshtë të dozave. Këtu futen vaksinat pertusit, tifos, tërbimit, gripit, poliomielitit (Salk ose IPV-Inactivated Polio Vaccine, vaksinë e inaktivizuar kundër poliomielitit).
- 2) Toksinë të cilat përgatiten nga toksina me paaftësi toksike (pas një përpunimi fiziko-kimik). Por me aftësi imunizuese quhen edhe anatoksina. Bëjnë pjesë anatoksina difterike dhe ajo tetanike.
- 3) Vakcina nga ekstrakte kimike të baktereve. Vibrioni i kolerës, kundër salmonelave, shigelave, pneumokokut, meningokokut.
- 4) Vakcina me mikrobe të gjalla, të zbutura. Mikrobet i nënshtrohen pasazheve për humbjen e hirliencës. Japin më shumë efekte dytësore e ndoshta kthim të shtamit vaksinal në të egër. BCG, tifo, paratifo, poliomielit (Sabin ose OPV-Oral Polio Vaccine, vaksine nga goja kundër poliomielitit) fruth, rubeolë, parotit.
- 5) Vaksinat sintetike të prodhuara me metoda të inxhinierisë gjenetike.

1.10. Kalendar i vaksinimit

Në vende të ndryshme mund të ketë dallime në kalendarin e vaksinimit, por gjithnjë duhen pasur për bazë udhëzimet e OBSH-së. Vaksinat mund të jenë të detyrueshme ose jo. Të detyrueshme përfshihen në kalendar. Kalendarin ynë i vaksinimit plotëson nevojat bazë për mbajtjen e një gjendje mbrojtje të mjaftueshme në popullatën fëmijërore.

Kalendarin ynë:

Mosha	Vaksina
Në lindje	BCG, Hepatit viral (doza I)
2 muaj	DTP, OPV I, Hepatit viral II
4 muaj	DTP II, OPV II
6 muaj	DTP III, OPV III, Hepatit viral III
12-15 muaj	Fruth, Rubeolë I
18-24 muaj	DTP riv.I, OPV riv.I
4-5 vjeç	Fruth, Rubeolë riv.I
6 vjeç	BCG riv.I (Mantoux neg.) DT riv.II, OPV riv.II
14 vjeç	DT riv. III
Gratë shtatzëna	Në çdo periudhë barre një dozë TT

Tabela.1. Kalendarin i vaksinimit

Në ruajtjen e efektshmerisë së vaksinave rol të veçantë luajnë kushtet e ruajtjes së tyre. Në përgjithësi kërkohet ruajtja e transportit të vaksinave në temperatura të ulëta, nën zero.

Instituti i Shëndetit Publik duhet të bëjë herë pas here vlerësimin e vaksinimeve.

Vaksinimi duhet të jetë i dokumentuar mirë për çdo fëmijë.

Në gjendje të veçanta mund të këshillohet vaksinimi ndaj pneumokokut, meningokokut, gripit, IPV, varicelës, kolerës, tifos etj. Futja në kalendar e vaksinave ndaj H. influenza, parotitit, rubeolës, DTaP DTP/Hib etj. Në vendin tonë mendojmë se i takon një të ardhmëje të afërt.

Rrugët e marrjes së vaksinave. Nga goja, PO (OPV). Vaksinat me përdorim parenteral duhen bërë larg nervave, vazeve. Në fëmijët e vitit të parë, vendi më i përshtatshëm është faqja e përparshme-anësore e kofshës dhe muskuli deltoid.

Muskujt gluteale nuk mund të përdoren për injeksione, ekziston rreziku i prekjes së nervit shiatic.

Kundër indikacionet për vaksinim: Të gjithë personat e shëndoshë duhet të vaksinohen. Nuk mund të vaksinohen fëmijët me sëmundje akute, me ethe, gjendje të rënda dhe me dëmtim të sistemit imunitar.

Efektet anësore të imunizimit aktiv: Mund të jenë të lehta deri në vdekjeprurëse. Mund të kemi zhvillimin e sëmundjeve pas përdorimit të tyre. Efektet mund të jenë alergjike, lokale ose sistemike, me urtikarie ose anafilaksi, ethe etj. Prindërit duhet të jenë të informuar për efektet e vaksinave, zakonisht gjendjet me ethe pas vaksinimeve duhet t'i trajtojnë thjesht me ulje të saj (acetaminophen, ibuprofen), kompresa në vendin e injeksionit dhe mund të kërkojmë këshillën e mjekut.⁶

⁶ Infermieristika në specialitete nga E.Peka L.Neqaj E.Rustami D.Bego A.Imami-Lelqaj M.Qela A.Dervishi V.Zanaj V.Mane faqe 22

1.11. Kujdesi infermieror te pacientët me tuberkuloz

Kujdesi infermieror ndahet në katër faza:

1. Vlerësimi infermieror,
2. Diagnoza infermierore,
3. Planifikimi infermieror dhe
4. Ndërhyrja infermierore.

1. Vlerësimi infermieror

Zbulimi i hershëm i tuberkulozit varët më shumë nga të dhënat subjektive sesa nga prezantimi i simptomave. Tuberkulozi ka një fillim të fshehtë dhe shumë pacientë nuk janë të ndërgjegjshëm për simptomet derisa sëmundja avancon. Një diagnozë tuberkulozi duhet të konsiderohet për çdo pacient me një kollë persistente apo simptoma të ngjashme me tuberkulozin si humbja në peshë, anoreksi, lodhje, djersë natën, apo temperaturë.

Historia

Një histori e plotë përfshinë vlerësimin për ekspozimin e mëparshëm të pacientit ndaj tuberkulozit. Infermieri merr informacion për origjinën e vendit dhe nëse udhëton në vende të huaja në të cilat numri i incidencave ndaj tuberkulozit është rritur. Infermieri duhet të shënoj nëse pacienti e ka kryer testin e tuberkulozit dhe rezultatin e testit. Përveç kësaj pyetet pacienti nëse ka kryer vaksinën B.C.G.

Vlerësimi fizik/manifestimi klinik

Pacienti me tuberkuloz zakonisht ka lodhje, letargji, nauze, anoreksi, humbje në peshë, cikël menstrual jo të rregullt, temperature subfebrile, e cila mund të ketë qenë prezentë për javë apo muaj. Temperatura mund të jetë e shoqëruar natën, me djersë. Pacienti së fundi paraqitet me kollë dhe me një sputum mukoide dhe mukopurulent, e cila herë pas here shoqërohet me gjak. Kolla mund të shoqërohet dhe me një dhembje kraharori.

Vlerësime të tjera diagnostike

Ekzaminimi i sputumit për prezencën e Mycobacterium tuberculosis tek kushdo që ka kollë për më shumë se tre javë është një metodë për konfirmimin e diagnozës. Kur mblidhet sputumi për ekzaminim duhet të sigurohet që enët mbajtëse duhet të jenë të forta për të evituar ngjeshjen kur dërgohen në laborator. Ato duhet të jenë me grykë të gjerë, të vidhosur mirë për të evituar tharjen dhe derdhjen. Metoda e sterilizimit pas përdorimit varet nga materiali i enës. Disa mund të digjen apo të sterilizohen. Nëse është e mundur ekzaminohen 3 kampione. Pasi mjekimi ka filluar, merret një kampion sputum për të zbuluar efektivitetin e terapisë. Shumica e pacientëve kanë sputum negative pas 3 muajsh trajtimi medikamentoz.

Kujdesi ku merret një kampion sputumi

- * duhet të përdoret një dhomë e caktuar për marrjen e kampionit,
- * i shpjegohet pacientit arsyeja e marrjes së kampionit. Shpjegohet si të kollitet në mënyrë që të nxjerrë sputum nga thellësia e kraharorit,
- * plotësohet etiketa me të gjitha të dhënat e saj,
- * qëndrohet prapa pacientit. Pacienti duhet të mbajë enën afër buzëve, pastaj të kollitet dhe të pështyjë në të,
- * mbyllet ena mirë, dhe dërgohet në laborator,
- * kryen veprimet për përfundimin e një procedure, lahen duart me ujë dhe sapun.

Tamponët laringal

Për pacientët që nuk kanë sputum, një laborator që mund të bëjë kultura, mund të ofrojë tampon special. Infermieri duhet të përdor maskë dhe përparëse kur merr tamponin, gjuha e pacientit mbahet duke përdorur një copë gazre dhe tamponi shtyhet pas gjuhës drejtë laringut. Pacienti mund të kollitet dhe tamponi mund të kapë pak mukus. Vendosët tampon përsëri në shishen sterile dhe dërgohet në laborator për kulturë.

2. Diagnozatat infermierore

Mungesë njohurish për sëmundjen, medikamentet, dhe teknikat për t'u vetkujdesur, mundësi për infeksione; mospajtim me regjimin terapeutike e lidhur me pamundësinë e ndryshimit të stilit të jetesës, alkoolizmin dhe mos besimit në vetvete.

3. Planifikimi

Qëllimet: pacienti të përvetësojë njohuri dhe të kuptojë sëmundjen dhe trajtimin; parandalimi i përhapjes së infeksioneve tek të tjerët; miratimi i regjimit terapeutikë.

4. Ndërhyrja infermierore

Parandalimi dhe edukimi i pacientit. Kimioterapia është metoda më efektive e trajtimit të sëmundjes dhe parandalimit të transmetimit. Tuberkulozi aktiv trajtohet me medikamente të kombinuara ndaj të cilave organizmi është i ndjeshëm. Terapia vazhdon derisa sëmundja të jetë nën kontrollë. Një nga arsyet kryesore për dështimin e trajtimit është se pacienti nuk i administron medikamentet në mënyrë të rregullt dhe për kohën e përcaktuar nga mjeku. Një nga detyrat kryesore të infermierit është t'i bëjë të qartë pacientit rëndësinë e administrimit të medikamenteve në mënyrë të rregullt dhe në kohë. Roli i infermieres është ti shpjegojë pacientit terapinë. Infermieri pranon se pacienti i cili është në gjendje ankthi nuk mund të përvetësojë mirë informacionet. Për këtë arsye infermieri përsërit informacionet, zbulon nëse pacienti i ka kuptuar dhe pranuar instruksionet. Pacienti duhet të jetë në gjendje të përshkruaj trajtimin e tij apo të saj dhe efektet anësore kryesore për të cilat duhet të njoftoj mjekun. Infermieri siguron dhe mbështetjen e anëtareve dhe familjes.

Izolimi respirator në kushte shtëpiake zakonisht nuk është i nevojshëm pasi rreziku për anëtarët e familjes ka kaluar para se sëmundja të diagnostikohet. Megjithatë infermieri instrukturon pacientet të mbulojnë gojën dhe hundën kur kollitet apo teshtin, të vendos një maskë kur është në kontakte me grupe njerëzish deri sa trajtimi i medikamenteve të luftojë në mënyrë efektive infeksionin. Infermieri këshillon pacientin për domosdoshmërinë e largjes se duarve. Pacienti dhe familjaret duhet të instruktohen me kujdes për komplikacionet e mundshme, hemorragji, pleurit, dhe simptoma të tjera të cilat janë

tregues për një recidiv të aktivitetit tuberkular. Alkoolizmi kronik është një problem që e bënë trajtimin ambulator të vështirë. Këta pacient duhet të drejtohen klinikave që trajtojnë luftën kundër alkoolizmit.

Infermieri informon pacientin që ekzaminimi i sputumit është i nevojshëm çdo 2-4 herë pasi të fillojë terapinë. Kur rezultatet e dy ekzaminimeve të sputumit janë negativë pacienti nuk konsiderohet infektues dhe mund të rikthehet në punën e mëparshme. Infermieri rikujton pacientit të shmangë rastin kur tek një pacient zhvillohet një tuberkuloz aktiv ai vendoset në një dhomë të izoluar, infermieri duhet të vendos maskë, duhet të lajë duart gjithmonë para dhe pas kryerjes së kujdesit për pacientin. Për të ruajtur privatësinë e një pacienti vendoset në derë një etiket “Izolim”. Kjo kategori izolimi kërkon një dhomë të ventiluar mirë dhe dera duhet mbajtur e mbyllur. Izolimi ndërpritet kur pacienti nuk konsiderohet më infektues. Pacienti mund të parandalojë nauzet e shkaktuara nga medikamentet në kohën para orarit të gjumit. Për të parandaluar nauzën e shkaktuar nga medikamentet këshillohet administrimi i medikamenteve anti-nauze. Infermieri instruktin pacientin për nevojën për të marrë një ushqim të mjaftueshëm dhe të gjitha elementet e nevojshme për përmirësimin e shëndetit. Infermieri rekomandon një rritje të sasisë së ushqimit të pasur me Fe, proteina, vitamina C. Tuberkulozi shpesh shfaqet tek personat të cilët janë të deprivuar nga ana ekonomike dhe sociale. Shumë persona janë të pamotivuar për të marrë pjesë në trajtimin e tyre. Këta paciente të cilët nuk miratojnë terapinë duhet t'i administrojnë medikamentet nën kontrollin e një personeli mjekësor. Këta pacientë kërkojnë kohë, mbështetje dhe një edukim.

1.12. Edukimi shëndetësor

Pacienti instruktohet të ndjek në mënyrë korrekte regjimin terapeutik të përshkruar nga mjeku. Infermieri thekson efektet anësore të medikamenteve dhe mënyrat për minimizimin e tyre për të shmangur komplikacionet. Infermieri rikujton se pacienti me TBC nuk është më problematik për personat e tjerë kur ai ndjek me përpikmëri trajtimin me medikamente për 2-3 javë. Megjithëse, pacienti duhet të vazhdoj trajtimin për 6 muaj apo më shumë sipas rekomandimeve. Në qoftë se pacienti përjeton humbje në peshë apo gjendje letargjike, ai/ajo duhet të rris aktivitetet e tij në mënyrë graduale. Pacienti duhet të siguroj një ushqyerje maksimale për të parandaluar ripërsëritjen e infeksionit. Infermieri duhet të instruktojë pacientin se Rifampina diskoloron urinën dhe likidet e tjera të organizmit. Qelsi i parandalimit të transmetimit të TBC-se është të identifikohen personat në kontakt me personat e infektuar kështu që ata mund të testohen dhe të trajtohen nëse është e nevojshme.

Përgatitja psikosociale

Infermieri i siguron pacientit informacione për tuberkulozin. Ky informacion do të ndihmoj pacientin, kur ai takon persona të tjerë, se nuk mund të shërbej si burim infeksioni, pasi ai është trajtuar për 2-3 javë.

Vlerësimi i arritjeve

Infermieri vlerëson kujdesin për pacientin me tuberkulozë në bazë të diagnozave infermierore të identifikuara. Arritjet e pritura janë që:

Pacienti siguron njohurit e nevojshme dhe kupton sëmundjen e tuberkulozit: përgjigjet pyetjeve për tuberkulozin në mënyrë korrekte; njeh emrat e medikamenteve që ai/ajo përmend efektet anësore të pritshme nga administrimi i terapisë. Parandalon përhapjen e infeksionit tek personat e tjerë; ndjek terapinë medikamentoze; përdor maska, faculet kur kollitet, teshtin etj.; raporton për observim të sputumit; inkurajon personat që janë në kontakt me të ti nënshtrohen ekzaminimit

Përshtatje me regjimin terapeutik; kontakton me mjekun; administron medikamentet ekzaktësisht sipas përshkrimit. Siguron peshën trupore nëpërmjet ushqyerjes adekuate.

Redukton stresin, ankthin për sëmundjen dhe trajtimin e saj. Rikthimi në nivelin e mëparshëm të aktiviteteve para ndërprerjes së trajtimit medikamentoz.

Masat parandaluese të tuberkulozit

Sterilizimi i këlbazës, shtresave të shtratit etj. Drita direkte e diellit i vret bacilet e tuberkulozit në 5 minuta. Ekspozimi në dritën e diellit është një metodë e përshtatshme në tropik (por bacilet mund të mbijetojnë për vite të tëra në errësirë, shpërndarja më e madhe e infeksionit ndoshta ndodhë në shtëpi të errëta apo kasolle).

Hipokloriti i sodës (1%) e lëngëzon gëlbasen dhe vret bacilin e tuberkulozit me shpejtësi, por duhet përdorur në enë prej qelqi sepse i dëmton metalet.

Ai gjithashtu i zbardhë materialet e ngjyrosura po të hidhet në to. Nxehtësia: bacilet e tuberkulozit shkatërrohen për 20 minuta në $60C^0$ dhe për 5 minuta në $70 C^0$. Kartpecetat duhet të digjen sa më shpejtë që të jetë e mundur pas përdorimit. Ekspozimi në ajër dhe dritën e diellit është një metodë e mirë dhe e thjeshtë, për të nxjerrë kuvertat, të leshtat, të pambuktat etj.⁷

⁷ Infermieristika në specialitete E.Peka L.Neqaj E.Rustami D.Bego A.Imami-Lelqaj M.Qela A.Dervishi V.Zanaj V.Mane faqe 21-24

Abstrakt

Tuberkulozi është sëmundja infektive kronike e rëndësishme në kuptimin e sëmundshmërisë, vdekshmërisë dhe kostos. Ndonëse ka mbi 50 vjet që ka filluar mjekimi me antituberkulotik, numër i të sëmuarve është më i madh se 25 vjet më parë. Me të rëndësishmit për njerëz janë *Mycobacterium.tuberculosis* dhe *Mycobacterium.bovis*. *Mycobacterium.tuberculosis* është bakter gram-pozitiv, aerob i detyrueshëm, i palëvizshëm, nuk formon spore, në formë shkopi të përkulur me gjatësi 2-4 um, rritet në mjedise të thjeshta sintetike në temperaturat 37- 41 C⁰.

Qëllimi i punimit: Është ngritja e vetëdijes te pacientët dhe nënat që te një fëmijë i porsalindur të vaksinohen me vaksinën e tuberkulozit.

Metodologjia: I gjithë punimi që kemi shfrytëzuar është rishikim literature dhe disa burime nga interneti.

Përfundim: Përllogaritet që afro 1/3 e popullatës botërore është infektuar nga mikrobakteri i TBC, rreth 3 milion njerëz vdesin në vit në botë nga kjo sëmundje, prej të cilëve gjysmë milion janë fëmijë. Nga TBC janë të prira shtresat e varfëra të popullit, fëmijët, veçanërisht ata të moshës nën 2 vjeç, adoleshentet, të infektuarit me HIV, me komprometim të sistemit imunologjik (sëmundje kronike, malnutricion, marrja e kimioterapisë, marrja e kortizonikëve, etj.), të sëmurët me diabet, personeli shërbyes tek këta të sëmurë etj. Në 2 dhjetëvjeçaret e fundit mjekimi i TBC ka pësuar ndryshime rrënjësore. Sot përdoren disa barna antituberkulare në radhë të parë vendosen Isoniazidi, Rifampicina, Pirazinamidi, Etambutoli dhe Streptomocina. Efektshmeria arrihet më mirë me kombinimin e 3-4 prej tyre. Barnat e “skalionit të dytë” si Etionamidi, acidi paraminosalicilik, Kanamicina, Cikloserina janë rezervë vetëm për rastet kur haset rezistencë bakterore ose mospranim.

Abstract

Tuberculosis is a chronic infectious disease important in terms of morbidity, mortality and cost. Although over 50 years have started with antituberculatory treatment, the number of patients is greater than 25 years ago. The most important for people are *Mycobacterium.tuberculosis* and *Mycobacterium.bovis*. *Mycobacterium.tuberculosis* is a gram-positive bacterium, mandatory aerobic, immobile, does not form spore, in the shape of a bent wand, 2-4 µm long, grows in simple synthetic environments at 37-41 C0.

Purpose of the Thesis: It is raising awareness in the patients and mothers that a newborn baby has to be vaccinated with the tuberculosis vaccine.

Methodology: All the work we have used is reviewing literature and some resources from the internet.

Conclusion: It is estimated that nearly one-third of the world's population has been infected by the TB's microbial, about 3 million people die each year in the world from this disease, of which half a million are children. TBCs affect the poorest people in the population, children, especially those under the age of 2, adolescents, HIV-infected, with compromise of the immune system (chronic illness, malnutrition, chemotherapy, cortisolosis, etc.). , diabetic patients, service personnel in these patients, etc. In the last two decades, TBC has undergone radical changes. Today some antitubercular drugs are used, in the first place Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Etambutol and Streptomycin. Effectiveness is best achieved by the combination of 3-4 of them. "Second Scale" drugs such as Etionamide, paramino-salicylic acid, Kanamycin, Ceycloserine are only available in cases of bacterial resistance or rejection.

Referencat

Pediatria nga Durim Bebeqi faqe 189-191.

Mycobacterium tuberculosis. Foto e marrë nga Wikipedia.

¹ Infermieristika në specialitete nga F.Peka L.Neqaj E.Rustami D.Bego A.Imami-Lejqaj
M.Qela A.Dervishi V.Zanaj V.Mane faqe 21

¹ Pediatria nga Durim Bebeqi faqe 191-195

Testi i tuberkulines e marrur nga Wikipedia

¹ Infermieristika në specialitete nga E.Peka L.Neqaj E.Rustami D.Bego A.Imami-Lelqaj
M.Qela A.Dervishi V.Zanaj V.Mane faqe 22

¹ Infermieristika në specialitete nga E.Peka L.Neqaj E.Rustami D.Bego A.Imami-Lelqaj
M.Qela A.Dervishi V.Zanaj V.Mane faqe 22

¹ Infermieristika në specialitete E.Peka L.Neqaj E.Rustami D.Bego A.Imami-Lelqaj
M.Qela A.Dervishi V.Zanaj V.Mane faqe 21-24

,

Biografia e kandidatëve (CV e shkurtër)

Informatat personale:	
Emri dhe mbiemri	Gentiana Meka
Ditëlindja	02.09.1994
Gjinia	Femër
Nr. Personal	1233269014
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni	045/210-504
Adresa	Kralan-Gjakovë
Email	
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Shkolla e Mesme e Mjekësisë “Hysni Zajmi” Gjakovë Dega:Mjekësi e Përgjithshme
Universiteti	Universiteti “Fehmi Agani ”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr.ID	140306079