

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË

FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI: INFERMIERI



**PUNIM DIPLOME**

SËMUNDJA ISKEMIKE E ZEMRES, VEÇORITË  
DHE KUJDESI

Punoi: Brendona Sinani

Mentori: Prof.Ass.Dr. Dardan Koçinaj

Gjakovë, Janar 2017

## **DEKLARATA:**

Unë, Brendona Sinani, nën përgjegjësinë time deklaroj se kjo Temë e Diplomës është punimi im origjinal i punuar sipas udhëzimeve të Universitetit të Gjakovës. E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara. Gjithashtu, deklaroj që ky punim nuk është publikuar apo përdorur më parë si projekt në këtë universitet apo në ndonjë institucion tjetër.

Brendona Sinani

Gjakovë, 2017

## **FALËNDERIME:**

Në radhë të parë dua të falënderoj familjen time, për mbështetje në çdo hap të shkollimit dhe për realizimin e këtij punimi.

Falënderim të veçantë kam për profesorin Dardan Koçinaj, e çmoj shumë për durimin që pati për diskutimet, këshillat dhe rekomandimet që mi dha për ta përfunduar këtë punim diplome.

Falënderoj të gjithë ata që më ndihmuan në këtë punim në çfarëdo mënyre që të marrë formatin e duhur.

Falënderoj miqtë e mi për mbështetjen që më kanë dhënë në çdo çast, posaçërisht Dorentina Gjugja dhe Elizabeta Pervorfi.

**Faleminderit të gjithëve!**

## PËRMBAJTJA

<b>1. ABSTRAKTI.....</b>	<b>6</b>
<b>2. HYRJE.....</b>	<b>7</b>
2.1 Zemra.....	8
2.2 Sëmundja ishemike e zemrës.....	12
2.3 Angina.....	14
2.4 Angina Pektoris e qëndrueshme.....	15
2.5 Trajtimi i faktorëve të rrezikut.....	22
2.6 Angina e paqëndrueshme.....	24
2.7 Infarkti i miokardit.....	27
2.8 Trajtimet për të reduktuar avancimin ndaj infarktit tëmiokardit.....	32
2.9 Vlerësimi fillestar infermieror.....	33
2.10 Vlerësimi fizik.....	34
2.11 Vlerësimi i dhimbjes.....	34
2.12 Vlerësimi psikosocial.....	35
2.13 Diagnozatat infermiere.....	35
2.14 Diagnozatat të pritshme.....	35
2.15 Planifikimi.....	36
2.16 Ndërhyrja infermiere.....	36
<b>3. QËLLIMI I PUNIMIT.....</b>	<b>37</b>
<b>4.METODOLOGJIA (Materialet dhe Metodatat).....</b>	<b>38</b>
<b>5. REZULTATET.....</b>	<b>39</b>
<b>6. DISKUTIMI.....</b>	<b>47</b>
<b>7. PËRFUNDIMI.....</b>	<b>48</b>
<b>8. A.REZYME.....</b>	<b>49</b>
<b>8. B.SUMMARY.....</b>	<b>50</b>
<b>9. REFERENCAT.....</b>	<b>51</b>
<b>10.CV e shkurtër e kandidatit.....</b>	<b>52</b>

## **SHKURTESAT:**

**MI-** infarkti i miokardit  
**ECG-**elektrokardiogram  
**IHD-**sëmundje ishemike e zemrës  
**SCD-**vdekja e papritur kardiake  
**PCI-**ndërhyrja perkutane në koronare  
**CABG-** bypass i arteries koronare përmes transplantit  
**CAD-**sëmundjet e arterieve koronare  
**CHD-**sëmundje koronare të zemrës  
**UA-**angina  
**STEMI-**infarkt  
**CK-MB-**izoenzima  
**ED-**departamenti i emergjences  
**LDH-**laktat dehidrogjenaza  
**ACE-**inhibitorë  
**T-**troponin  
**ST-**segmenti i vales T

## **Lista e figurave:**

Figura.1. Anatomia e zemrës

Figura.2 .Kujdesi infermieror

## **Lista e tabelave:**

Tabela 3. Numri i pacientëve me Angina Pektoris të qëndrueshme për nga gjinitë

Tabela 4. Përqindja e Angina Pektoris të paqëndrueshme sipas gjinisë

Tabela 5. Krahasimi i Angina Pektoris së qëndrueshme dhe të pa qëndrueshme në të dy gjinitë

Tabela 6. Numri i pacientëve me Angina Pektoris të qëndrueshme dhe të paqëndrueshme në bazë të grupmoshave

## **Lista e grafikoneve :**

Grafikoni 1. Struktura e pacientëve në bazë të gjinisë

Grafikoni 2. Struktura e numrit të pacientëve me Angina Pektoris të paqëndrueshme në bazë të gjinive

Grafikoni 3. Përqindja e të dy llojeve të Angina Pektoris në bazë të gjinisë

Grafikoni 4. Pacientët me Angina Pektoris të qëndrueshme sipas moshës

Grafikoni 5. Pacientët me Angina Pektoris të paqëndrueshme në bazë të grupmoshës

## 1. ABSTRAKT

Pasi që zemra është vendi ku buron jeta një studim mbi këtë organ dhe mbi sëmundjet që atakohet ky do të ishte shumë i rëndësishëm, kjo është edhe arsyeja e zgjedhjes së kësaj teme. Kequshqyeshmëria, streset e shumta si dhe përdorimi i tejet i yndyrave, sheqernave si dhe shumë faktorë të tjerë ndikojnë në paraqitjen e shumë sëmundjeve ndër to edhe kjo në fjalë “sëmundja ishemike”. Studimi ka të bëjë me informacionet gjenerale rreth kësaj patologjie ,statistikat për Angina Pektoris në vend dhe diferencat e saj me botë në vitet e fundit.

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri, në bashkëpunim me Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë.

Mentori i kësaj teme është Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj.

Punimi përmban gjithsej 52 faqe, 6 tabela, 2 figura,5 grafikone.

**Fjalët kyçe:** ischemia, diskomfort, spazëm, konstrukcion

## 2. HYRJE

“...është zemra ajo, virtyti dhe pulsi i gjakut të së cilës lëviz, përsoset, e prirur të ushqejë, por të mbrohet nga prishja dhe mpiksja...Në të vërtetë është nga vendi ku shpërthen jeta dhe burimi i të gjithë lëvizjeve ”

William Harvey (1578-1657)

Duke parë që në vendin tonë, kjo sëmundje është çdo ditë e më tepër në rritje unë vendosa të merrja këtë temë për të bërë ndërgjegjësimit dhe sensibilizim për rrezikun që shkakton kjo sëmundje.

Përveç shoqërimit historik të saj me emocionet njerëzore (si edhe keqardhja, fuqia dhe vendosmëria, në fakt, Aristoteli mendonte se ajo ishte streha e shpirtit...). Zemra është organ që mbështet gjallërisht jetën; ajo është përgjegjëse për pompimin e më tepër se 600 litrave gjak çdo ditë nëpër trup. Ajo nuk pushon më shumë se një fraksion të sekondës gjatë çdo here. Zemra është një pompë muskulore që mirëmban rrjedhën e gjakut në një drejtim. Ka dy karakteristika thelbësore, kontraktilitetin dhe ritmicitetin. Duhet ditur se gjithçka që dëmton zemrën tuaj ose e pengon punën e saj mund të çojë të pamjaftueshmëria e zemrës.

Kur ekziston patologjia, disfunksioni kardiak shoqërohet me pasoja fiziologjike shkatërruese. Sëmundjet e zemrës mbeten shkaku kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në vendet e industrializuara.

Iskemia krijohet kur nevojat e muskulit të zemrës për gjak janë më të mëdha se sa për ta furnizuar atë. Është një ndër goditjet më të shpeshta që shkakton vdekjen. Pamjaftueshmëria e zemrës zakonisht përkeqësohet me kalimin e kohës. Por trajtimi mund të ngadalësojë sëmundjen dhe të ndihmojë ndjenjën e mirë dhe të jeten më të gjatë.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Federik J. Shoen, MD, PHD, Richard N. Mitchell, MD, PHD, “Bazat e patologjisë së ROBBINS-IT”, Shkup, 2013, kap.11, fq.380

## **2 .1 ZEMRA**

Zemra është një pompë muskulore që mirëmban rrjedhën e gjakut në një drejtim. Zemra ka katër hapësira nëpër të cilat kalon gjaku, atriumet dhe ventrikujt, përkatësisht pjesave të majtë dhe të djathtë. Valvulat ruajnë daljet e hapësirave, duke parandaluar kthimin prapa të gjakut.<sup>2</sup>

Peshon 250 deri në 300 gram, kontrahohet me një ritëm prej 70 deri 75 herë në minutë, si dhe pompon afërsisht 5 litra gjak në një minutë. Në efort maksimal, frekuenca kardiake dhe debiti kardiak mund të rriten ndjeshëm deri në 200 rrahje për minutë dhe deri në 20 litra për minutë dhe këto ndryshime shoqërohen nga një rritje pothuajse e menjëhershme e qarkullimit të gjakut në enët koronare me rreth katërfishin e sasisë normale.<sup>3</sup>

Zemra është e mbështjellë nga një qese e hollë perkardiale. Fundi i kësaj qeseje është i ngjitur te diafragma, ndërsa maja e saj nuk është e lidhur fort në pjesën e sipërme të sternumit. Shumica e sipërfaqes anteriore kardiake është ventrikuli i djathtë. Atriumi i djathtë formon një vijë kufiri të hollë nga brinja e tretë deri tek e pesta në anën e djathtë të sternumit. Ventrikuli i majtë ndodhet në anën e majtë, prapa ventrikulit të djathtë. Apeksi (maja) ndodhet zakonisht në hapësirën e pestë ndërbrinjore në linjën medioklavikulare. Goditja apikale quhet pika e impulsit maksimal ose ictus cordis.

### **Muret e zemrës përmbajnë:**

- Muskulaturën kardiake për të hedhur gjakun
- Skeletin fibroz,
- Sistemin përçues.

### **Muri i zemrës përbëhet nga tre shtresa: epikardi, miokardi, dhe endokardi.**

*Epikardi*, përbëhet nga një shtresë qelizash mezoteliale të sipërfaqes së jashtme të zemrës dhe të indit lidhor në të. Enët e gjakut dhe nervat që furnizojnë zemrën shtrihen nën epikard dhe rrethohen nga indi dhjamor që mbron zemrën në kavitetin perkardial.

---

<sup>2</sup> Michael H.Ross, Wojciech Pawlina “HISTOLOGJI TEKST DHE ATLAS” me biologji qelizore dhe molekulare të integruar, Shkup, 2014, Kap.13 fq.365

<sup>3</sup> David A.Warell, Timothy M.Cox, John D.Firth, Edward J.Benz, Jr, P.H.Sudgen, N.J Severs, K.T. Macleod, P.A.Poole-Wilson,”Traktati i Oksfordit për mjeksinë “ Vëllimi II ,Shkup,2013 ,Kap.15 fq. 809



**Miokardi**, muskuli kardiak, përbëres kryesor i zemrës. Ka të njëjtin rregullim të filamenteve kontraktuese si muskuli i skeletit. Si pasojë, qelizat e muskulaturës kardiake dhe fibrat formojnë vijëzime të tërthorta. Fibrat muskulore kardiake shfaqin banda të tërthorta, të tërthorta të dendura të errëta, të quajtura disqet e ndërëna, të cilat kryqëzojnë fibrat në mënyrë lineare, ose zakonisht në një mënyrë që ngjan me ngjitjen e shkallëve.

Si rrjedhim, ndryshe nga muskulatura skeletike dhe visceral e strijuar, fibrat muskulore që përfaqësohen nga qeliza shumë bërthamore, fibrat kardiake konsistojnë në qeliza të shumta cilindrike të rregulta fund me fund.

**Endokardi**, përbëhet nga një shtresë e brendshme indi lidhor endotelial dhe subendotelial, një shtresë e mesme indi lidhor dhe qelizash të muskulaturës së lëmuar, si dhe një shtresë më e thellë.<sup>4</sup>

## **Mekanika Kardiake**

Kontraksioni i preparateve të izoluara të muskulaturës kardiake përcaktohet nga katër faktorë kyçë:

**Faktori i parë** është marrëdhënia ndërmjet gjatësisë fillestare të fibrës dhe forcës që ajo gjeneron: “parangarkesa fillestare” i zgjat sarkomeret, duke rritur ndjeshmërinë e miofilamenteve ndaj joneve Ca dhe duke i lejuar ata që të prodhojnë një forcë, e cila është në përpjestim të drejtë me parangarkesën (pra, me gjatësinë në gjendje qetësie).

**Faktori i dytë** që përcakton kontraksionin quhet “pas ngarkesa” nëse muskulit i bashkohet një masë pak përpara se ai të kontraktohet në mënyrë izotonike, ky muskul shfaq një forcë konstante (pasngarkesa) ndaj secilës duhet të ushtojë forcë gjatë kontraksionit, si dhe sasia dhe shpejtësia e kontraksionit janë në përpjesëtim të zhdrejtë me këtë faktor. Nëse parangarkesa dhe pasngarkesa mbahen në nivele konstante, forca maksimale dhe shpejtësia maksimale e kontraksionit mund të alterohen duke ndryshuar gjendjet inotrope të muskulit, që përgjithësisht arrihet nëpërmjet agjentëve kimikë dhe hormonalë.

Në të gjithë muskulin kardiak, këta tre faktorë (*parangarkesa, pasngarkesa dhe gjendja inotrope*) ndikojnë në vëllimin goditës (vëllimi i gjakut të hedhur nga ventrikuli gjatë sistolës) i cili, së bashku me frekuencën kardiake (*faktori i katërt*) përcaktojnë debitin

---

<sup>4</sup>Michael H. Ross, Wojciech Pawlina “HISTOLOGJI TEKST DHE ATLAS” me biologji qelizore dhe molekulare të integruar” Kap.13 fq.366

kardiak. Aparati kontraktil është me organizim shumë të rregullt dhe përbëhet nga tufa të miofibrileve të vijëzuara që përshkojnë të gjithë gjatësinë e qelizës. Miofibrilet (që janë përgjegjës) për kontraktimin përbëhen nga njësia sarkomerike e përsëritur. Secili sarkomer përbëhet nga filamentet e trasha që ndërfiten me filamentet e holla. Kontraksioni i miofibrileve në zemër është në thelb e ngjashme me atë të muskulaturës skeletike. Kokat globulare të miozinës ndërveprojnë me aktinën, ndërsa adenozinë fosfataza e aktomiozinës miofibrilare e shëndërron energjinë kimike të çliruar nga hidroliza e ATP-së në punë mekanike.<sup>5</sup>

## **Vëllimet, presionet dhe shpejtësia normale**

Vëllimi i gjakut tek të rriturit normal është rreth 5 litra dhe nga ky vëllim, rreth 1.5 litra janë në zemër dhe mushkëri-vëllimi i gjakut qendror.

Arteriet, kapilarët dhe venat pulmonare përmbajnë rreth 0.9 litra, me rreth 75 ml në kapilarët në çdo kohë. Vëllimi i gjakut në zemër është rreth 0.6 litra. Vëllimi telediastolik në ventrikul është rreth 140 ml, vëllimi goditës është rreth 90 ml, pra vëllimi telestolik është rreth 50 ml dhe fraksioni i ejsionit (vëllimi goditës/vëllimi telediastolik) është ndërmjet 50 dhe 70 %. Nga 3.5 litrat e gjakut në qarkullimin sistemik, pjesa më e madhe e tij, të paktën për 60 %, është në formën e gjakut venoz. Venat sistemike që përmbajnë pjesën më të madhe të vëllimit të gjakut zgjerohen me lehtësi, ndërsa hyrja e gjakut në zemrën që kontraktohet shoqërohet me pak ndryshime në presionin venoz.

Debiti kardial lidhet me madhësinë e trupit dhe shprehet më së miri me njësinë litër /min/m<sup>2</sup> të sipërfaqes trupore: “indeksi kardial”.

Indeksi kardial mesatar në kushte qetësie dhe relaksi është 3.5 litër/min/m<sup>2</sup> dhe vlerat nën 2 dhe mbi 5 konsiderohen jo normale. Indeksi kardial ulet me kalimin e moshës. Tek individët me madhësi mesatare, konsumimi i oksigjenit në gjendje qetësie është rreth 240 ml/min, ndërsa dallimi në përmbajtjen e oksigjenit ndërmjet gjakut arterial dhe gjakut të përzier venoz është rreth 40 ml/litër (dallimi arteriovenoz i oksigjenit). Vlera përfundimtare e debitit kardial bazal është 6 l/min nga ekuacioni i Fick-ut.<sup>6</sup>

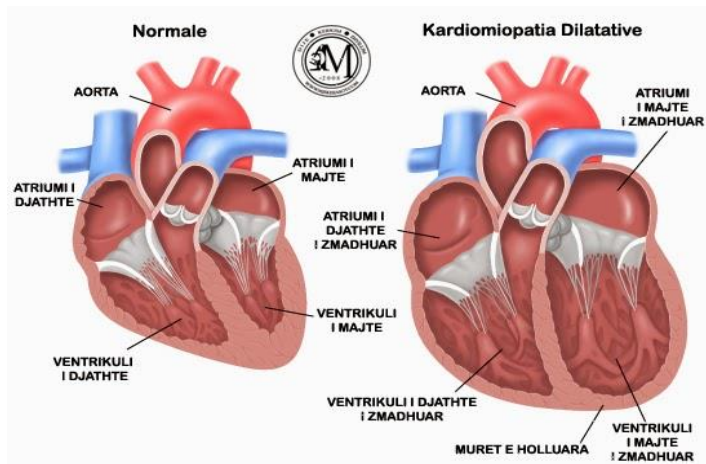
---

<sup>5</sup> David A.Warell, Timothy M.Cox, John D.Firth, Edward J.Benz, Jr, P.H. Sugden, N.J Severs, K.T. Macleod, P.A. Poole-Wilson “Traktati i Oksfordi për mjekësinë”, Vëllimi II, Shkup,2013, kap.15, fq.815

<sup>6</sup> David A.Warell, Timothy M.Cox, John D.Firth, Edward J.Benz, Jr, P.H. Sugden, N.J Severs, K.T. Macleod, P.A..Poole-Wilson “Traktati i Oksfordi për mjekësinë”, Vëllimi II, Shkup,2013, kap.15 fq.822

## Forma, pesha dhe funksioni i zemrës tek njerëzit

Figura 1: Anatomia e zemrës



*Burimi:* <https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEëiLsePB5vbQAhËCrxoKHfsSAfoQjRëIBë&url=http%3A%2F%2Ftollomed.com%2FHome%2>

Tek të posalindurit pesha e zemrës është rreth 20g, tek të rriturit 250-350g. Në moshën e pleqërisë pesha e zemrës bie. Në trupin e njeriut, zemra ndodhet në mediastinum, 2/3 majtas dhe 1/3 djathtas nga qendra. Mediastinum është pjesa qendrore e zgavrës së krahavorit që kufizohet nga dy mushkëritë. Zemra është e mbështjellë nga perikardi. Perikardi e mbron zemrën, mban strukturat përreth saj, dhe parandalon tejmbushjen e zemrës me gjak. Madhësia e zemrës është afërsisht sa madhësia grushtit. Gjaku rrjedh nëpër zemër në një drejtim, nga veshëzat në barkushë, dhe jashtë në arteriet e mëdha, (Aorta, Arteria Pulmonare).

Gjaku me oksigjen të varfëruar nga trupi hyn në veshëzën e djathtë nëpërmjet venave. Prej këtej gjaku kalon në barkushen e djathtë. Kjo e fundit pompon gjakun në mushkëri nëpërmjet arteries pulmonare. Pas humbjes së dioksidit të karbonit në mushkëri dhe marrjes së oksigjenit, gjaku përmes venave pulmonare hyn në veshëzën e majtë. Nga atje gjaku i pasur me oksigjen hyn në ventrikulin e majtë. Ky është qarkullimi i madh dhe i që dërgogël i gjakut që dërgon gjakun përmes aortës në të gjitha pjesët e trupit.

Barkushja e majtë është më e madhe se sa e djathta, sepse ajo duhet të dërgojë gjakun në të gjitha pjesët e trupit përveç mushkrisë, ndërsa barkushja e djathtë dërgon gjak vetëm në mushkëri.

Zemra është pompa. Në mënyrë që pompa të kryejë funksionin e saj duhet që muskuli i zemrës të jetë shëndoshë. Duhet që sistemi elektrik i zemrës të koordinojë tkurrjen e relaksim të si dhe duhet që muskuli të furnizohet rregullisht me gjak.

Gjatë tkurrjes (sistolës) të barkushes së majtë, presioni brenda barkushes natyrisht është më i lartë sesa presioni në aortë. Kjo e pengon qarkullimin e gjakut në shtratin koronar. Gjithashtu, fillesa e arterieve koronare gjatë sistolës mbyllet nga kuspët e valvulës së hapur të aortës. Si rrjedhojë, enët koronare nuk mund ta furnizohen me gjak gjatë sistolës. Nëse diastola shkurtohet, barkushja e majtë ka më pak kohë për t'u furnizuar me gjak.

Stenoza është ngushtim i vrimës së valvulës. Mbyllja jo e plotë përbën insuficiencë të valvulës. Pasojë e pamjaftueshmërisë është regurgitimi (rikthimi i gjakut). Venat rikthejnë gjakun në zemër. Që të kryejnë këtë funksion, venat janë të pajisura me valvula që nuk lejojnë kthimin e gjakut mbrapsht. Tkurrja e muskujve të gjymtyrëve i shtrydh venat dhe e shtyn gjakun drejt qendrës. Po ashtu, presioni negativ gjatë frymëmarrjes ndihmon kthimin e gjakut për në zemër.<sup>7</sup>

## **2. 2 SËMUNDJA ISKEMIKE E ZEMRËS**

Sëmundja iskemike e zemrës është e përkufizuar si çekuilibri midis mundësisë dhe kërkesës së zemrës për gjak të oksigjenuar. Shkaku më i shpeshtë i kësaj sëmundje është ateroskleroza. Në aterosklerozë, lumeni i arterieve koronare ngushtohet në mënyrë progresive për shkak të pllakave yndyrore.

Pllakat formohen nga depozitimi i lipideve, nga riprodhimi i qelizave muskulore të lëmuara dhe nga sinteza e rritur e proteoglikaneve dhe e kolagjenit brenda në intima. Rrjedhja e gjakut bëhet e rrezikshme pasi reduktohet 90 %. Po mbyllja e lumenit të ngushtë nga një tromb ose një pjesë, të lëshuar nga sipërfaqja e pllakës ateromatoze, përkeqësohet në një rast me ishemi akute, e cila karakterizohet nga dhimbja anginoze e lidhur me humbjen e gjakut të oksigjenuar në zonën e zemrës që furnizohet nga koronarja e prekur.

---

<sup>7</sup>Mark H. Swartz, William Harvey "TRAKTATI I DIAGNOZËS MJEKËSORE " Histori dhe Ekzaminim, Shkup,2013, kap.14, fq.391

Tromboza e arteries koronare, zakonisht paraprin dhe përkeqësohet në infarkt miokardi, p.sh nga pamundësia e furnizimit më gjak në një zonë që rezulton me vdekje të qelizave. Me kalimin e kohës, formohet një vrrade që zëvendëson indin e dëmtuar, por zona humbet aftësinë kontrahuese. Infarkte miokardihe të shumëfishta me kalimin e kohës shkaktojnë humbje të mjaftueshme të funksionit kardiak deri në vdekje.<sup>8</sup>

Obeziteti, rezistenca ndaj insulinës dhe diabeti melit Tip 2 po rriten dhe janë faktorë rreziku të fuqishëm për sëmundjen ishemike të zemrës. Furnizimi i mirë me oksigjen i miokardit kërkon një nivel të kënaqshëm të kapacitetit të gjakut për transportin e oksigjenit (që përcaktohet nga niveli i oksigjenit të inspiruar, funksioni pulmonar dhe përqendrimi i funksionit të hemoglobinës) dhe një nivel të përshtatshëm të fluksit të gjakut tek arteriet koronare. Qarkullimi koronar normal zotërohet dhe kontrollohet nga kërkesat e zemrës për oksigjen. Për shembull, ndryshimi i nevojave për oksigjen të zemrës gjatë ushtrimeve fizike dhe stresi emocional prek rezistencën vasculare koronare, në këtë mënyrë rregullon dhe furnizimin me oksigjen dhe lëndë ushqyese të miokardit (rregullimi metabolik). Duke reduktuar lumenin e arterieve koronare, ateroskleroza kufizon rritjet e përshtatshme në perfuzion kur rriten kërkesat për fluksin e gjakut, siç ndodh gjatë ushtrimeve fizike dhe stresi emocional.

Kur reduktimi i lumenit është i rëndë, furnizimi i miokardit në gjendje qetësie është i reduktuar. Fluksi koronar i gjakut mund të kufizohet gjithashtu edhe nga spazma. Iskemia e miokardit gjithashtu mund të shfaqet, nëse kërkesat e miokardit për oksigjen rriten në mënyrë të ndjeshme dhe kur fluksi koronar i gjakut mund të jetë i kufizuar, siç ndodh në hipertrofinë e rëndë të ventrikulit të majtë (LV), si pasojë e stenozës së aortës. Jo shpesh, bashkekzistojnë dy ose më shumë shkaqe të ishemisë, siç është rritja e kërkesave për oksigjen, për shkak të hipertrofisë sekondare të LV-së, si pasojë e hipertensionit, dhe një reduktim në furnizim me oksigjen, si pasojë e aterosklerozës koronare dhe anemisë.

Zhvillimi i menjëhershëm i ishemisë së rëndë, siç ndodh gjatë bllokimit të plotë ose gati të plotë të arteries koronare, shoqërohet me pamundësi pothuajse të menjëhershme të tkurrjes dhe të relaksimit normal të muskulit. Ishemia e pjesëve të mëdha të murit të ventrikulit shkakton insuficiencë të përkohshme të LV-së (nëse preket aparati i muskujve papilarë, mund të shfaqet regurgitimi mitral).

---

<sup>8</sup> Michael H. Ross, Wojciech Pawlina "HISTOLOGJI TEKST DHE ATLAS " me biologji qelizore dhe molekulare të integruar, Shkup, 2014, Kap.13, fq.386

Kur ishemia është e përkohshme, ajo mund të shoqërohet me angina pektoris, kur ajo është e zgjatur, mund të çojë te IM. Në bazë të këtyre çrregullimeve mekanike, gjatë ishemisë mund të gjenden një rang i gjerë i anomalive në metabolizem, në funksion dhe në strukturën e qelizave. Miokardi normal i metabolizon acidet yndyrore dhe glukozën deri në dyoksid karboni dhe ujë. Gjatë dëmtimit të rëndë të furnizimit me oksigjen, acidet yndyrore nuk mund të oksidohen dhe glokoza shëndërrohet në laktate, pH intraqelizor reduktohet, siç reduktohen edhe depot miokardiale të fosfateve të pasura me energji, domethënë ATP dhe kreatinë fosfati.

Ishemia shkakton gjithashtu edhe ndryshime karakteristike në elektrokardiogram EKG, siç janë përmbysja e valëve T ndërsa kur janë më të rënda edhe zhvendosja e segmenteve ST. Përmbysja kalimtare e valëve T ka të ngjarë të reflektojë isheminë transmurale, intramiokardiale. Ulja kalimtare e segmentit ST shpesh reflekton isheminë subendokardiale, ndërsa ngritja e segmentit ST mendohet se shkaktohet nga ishemia transmurale më e rëndë.<sup>9</sup>

*Manifestimet klinike të IHD-së janë pasojë direkt e furnizimit të pamjaftueshëm me gjak të zemrës. Janë katër sindroma klinike bazë të IHD:*

- ✓ Angina -pektoris e qëndrueshme
- ✓ Angina- pektoris e pa qëndrueshme
- ✓ Infarkti i miokardit
- ✓ Vdekja e papritur kardiake (SCD)<sup>10</sup>

## 2.3 ANGINA

Angina është forma më e shpeshtë klinike e ishemisë së miokardit, dhimbja e gjoksit, e cila mund të shkaktohet nga gjendje të ndryshme.<sup>11</sup>

Angina indentifikohet më shpesh nga karakteristikat e dhimbjes së kraharorit. Zakonisht dhimja formohet shpejt brenda 30 sekondave dhe zhduket gradualisht brenda 5-15 minutave, më me shpejtësi kur përdoret nitroglicerina. Ajo përshkruhet në mënyrë të ndryshme, por në mënyrë tipike shfaqet si ngushtim, shtrëngim; disa prej pacientëve e përshkruajnë një

---

<sup>9</sup>Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M, Antman, Andrew P, Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësië Interne " HARRISON, Shkup, 2013, kap.237, fq.1514

<sup>10</sup> Federik J. Shoen, MD, PHD, Richard N. Mitchell, MD, PHD, "Bazat e patologjisë së ROBBINS-IT, Shkup, 2013, kap.11, fq.388

<sup>11</sup> Lee Goldman, MD, Dennis Ausiello, MD, Pierre Theroux "Traktati mjekësor i Cecili-it ", Shkup, 2013, kap.70, fq.477

dhimbje, një ndjesi të diskomfortit ose dhimbje djegëse. Diskomforti më shpesh është mezosternal dhe në mënyrë klasike përhapet në qafë, shpatull dhe krah. Diskomforti gjithashtu mund të jetë prekordial dhe ai mund të përhapet në krah ose në shpinë ,nofull dhe në dhëmbë.

Intensiteti i dhimbjes varion nga diskomfort i lehtë deri në diskomfort të rëndë dhe karakteristikat dhe nxitësit e tij, ndonëse ndryshojnë ndërmjet pacientëve,zakonisht janë të ngjashëm në çdo njërin prej pacientëve të caktuar. Një shtrëngim i grushtit mbi sternum , ndërkohë që është duke u përshkruar dhimbja (shenja e Levine )është një përfaqësim klasik i një pacienti me anginë.

Është e rëndësishme të njohësh ekuivalentët e angines te pacientët të cilët mohojnë se kanë dhimbje ose diskomfort dhe që raportojnë vështirësi në frymëmarrje, marrje mendsh, lodhje, djersitje ose ankesa gastrointestinale. Në rastin kur këto simptoma shfaqen si reagim ndaj ushtrimit fizik ose të ndonjë stresi tjetër ,pacientët duhet vlerësuar për një ishemi të mundshme të miokardit .<sup>12</sup>

## **2.4 ANGINA PEKTORIS E QËNDRUESHME**

Dallimi ndërmjet angines së paqëndrueshme dhe asaj të qëndrueshme bazohet në veçoritë e angines: intenzitetin,nxitësit,kufirin e lejuar,ashpërsinë,kohëzgjatjen,manifestimet shoqëruese dhe reagimin ndaj gjendjes së qetësisë ose ndaj nitroglicerines. Angina tipike përcaktohet nga një përgjigje pohuese ndaj tre pyetjeve të thjeshta :

- A e ndjen diskomfort poshtë dërrasës së kraharorit
- A është ajo e percipitur nga tendosja
- A është lehtësuar ajo më shpejtësi nga gjendja e qetësisë ose nga nitroglicerina?

Pacientët përjetojnë këtë situatë përgjithësisht kur janë duke ecur( më shpesh kur ngjiten në një të përpjetë dhe menjëherë pas ngrënies) dhe kanë një ndjesi të dhimbshme. Dhembja lokalizohet në pjesën e sipërme , në raste të tjera në pjesën e mesme dhe ndonjëherë në pjesën e poshtme të dërrasës së kraharorit. Dhembja e angines së qëndrueshme përkeqësohet në mjedise të ftohta apo ku fryn erë, si dhe pas vaktit të bukës. Në shumë raste nxitet nga marrëdhënia seksuale apo nga ndonjë stres emocional.

---

<sup>12</sup>Lee Goldman , MD, Dennis.Ausiello,MD, Pierre Theroux “Traktati mjekësor i Cecili-it “,Shkup, 2013 ,kap.70, fq.479

Angina e qëndrueshme qetësohet menjëherë pas ndërprerjes së ushtrimeve dhe nga një tabletë apo nga spraji sublingual i nitrateve me veprim të shkurtër.

Nëse problemi nuk tejkalohet brenda 3 apo 4 minutash nga një nitrat, ai ose nuk anginë e qëndrueshme, ose nitratit është i skaduar, nuk ka efekt.<sup>13</sup>

## **Ekzaminimi objektiv**

Zakonisht është normal te pacientët me anginë të qëndrueshme, kur ata janë asimptomatikë por mund të nxjerr në pah dhe të dhëna për praninë e sëmundjes aterosklerotike në vende të tjera, ose si një aneurizëm e aortës abdominal.

**Auskultimi** mund të zbulojë zhurmat arteriale, prezencën e tonit të tretë e të katërt të zemrës, por nëse ishemia akute ose infarkti i mëparshëm ka dëmtuar funksionin e muskujve papilarë, ka një zhurmë sistolike apikale, si pasojë e regurgitimit mitral. Ekzaminimi gjatë një krize anginoze është i dobishëm, meqenëse ishemia mund të shkaktojë insuficiencë kalimtare të LV-ve me shfaqje të tonit madje me edemë pulmonare. Rritja e ndjeshmërisë së murit të kraharorit gjatë palpacionit, lokalizimi i diskomfortit me një masë gishti në kraharor ose riprodhimi i dhimjes gjatë palpacionit të kraharorit ka pak gjasa që të shkaktohet nga ishemia e miokardit.

## **Ekzaminimi Laboratorik**

Megjithëse diagnoza e IHD-ve mund të bëhet me një shkallë të lartë besueshmërie nga ekzaminimi objektiv, mund të jenë të dobishme një sërë testesh laboratorike të thjeshta.

Urina duhet të ekzaminohet për zbulimin e provave të prezencës së diabetit melit dhe të sëmundjes renale (duke përfshirë mikroalbuminurinë), meqenëse këto patologji e përshpejtojnë ateroskelozën.

Në mënyrë të ngjashme, ekzaminimi i gjakut duhet të përfshijë matjen e nivelit të lipideve (kolesteroli-total, LDL, HDL dhe trigliceridet), nivelin e glikemisë, nivelin e kreatininës ,të hematokritit dhe nëse është indikuar ,duke u bazuar në ekzaminimin objektiv dhe në funksionin e tiroides.

---

<sup>13</sup> David A.Warell, Timothy M.Cox, John D.Firth, Edward J.Benz, Jr, P.H. Sugden, N.J Severs, K.T. Macleod, P.A. Poole-Wilson “Traktati i Oksfordi për mjekësinë”,Shkup, 2013,Vëllimi II, kap.15 , fq.829



Një radiografi e kraharorit është e rëndësishme, sepse ajo mund të tregojë pasojat e IHD-ve, domethënë zmadhimin e zemrës, aneurizmën ventrikulare ose shenjat e insuficiencës kardiale. Këto shenja mund të mbështesin diagnozën e IHD-ve dhe janë të rëndësishme për vlerësimin e gradës së dëmtimit kardiak.<sup>14</sup>

## **EKG gjatë pushimit**

Shumica e pacientëve me CAD kanë EKG normale ose shumë prej tyre demonstrojnë dhëmb Q patologjik tregues të infarktit të mëparshëm. Te shumica e pacientëve, anomalitë minore të valës T dhe ST, janë të pranishëm por nuk janë specifike për CAD. Megjithatë, EKG-ja mund të jetë e dobishme nga ana diagnostike, në qoftë se regjistron gjatë një episodi të dhimbjes së kraharorit, pas së cilës ishemia çon shpesh në përmbysje të valës T ose denivezim të segmentit ST kalimtar, të cilat normalizohen mbas zhdukjes së dhimbjes.

Më rrallë, mund të vihet re ngritja kalimtare e ST segmentit, e cila sugjeron isheminë e rëndë transmurale ose spazmën e arterieve koronare. Një EKG me 12 derivacione e regjistruar në qetësi mund të jetë normale te pacientët me angina pectoris tipike, por mund të ketë gjithashtu edhe shenja të një infarkti të vjetër të miokardit. Megjithëse anomalitë e repolarizimit-domethënë ndryshimet në segmentin ST dhe të valëve T-si dhe hipertrofia e LV-ve dhe e çrregullimeve të përçimit intraventrikular sugjerojnë për një IHD, ato janë jospecifike, meqenëse mund të shfaqen edhe në sëmundje të perikardit, të miokardit dhe të valvulave të zemrës ose në rastin e mëparshëm, në mënyrë kalimtare nga ankthi, nga medikamentet ose nga sëmundja e ezofagut.<sup>15</sup>

## **Testi i induktimit të stresit me anë të ushtrimit fizik**

Studimet joinvazive më të dobishme në vlerësimin e anginës përfshijnë testin me ushtrime. Te pacientët pa anomali të valës T ose ST gjatë pushimit, testi ushtrimor i zakonshëm standard (ose biçikleta), pa metoda imazherike shtesë, duhet të jetë procedura fillestare, meqenëse është procedura më e favorshme dhe më kosto-efektive. Që ka një sensitivitet dhe specifitet rreth 80%.

---

<sup>14</sup> Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M, Antman, Andrew P, Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësië Interne" HARRISON, Shkup, 2013, kap. 237, fq. 1516-17

<sup>15</sup> Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M, Antman, Andrew P, Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësië Interne" HARRISON, Shkup, 2013, kap. 237, fq. 1517

Megjithatë, kur pamundësitë e sëmundjes së konsiderueshme të arterieve koronare janë të ulëta (p.sh. një grua e re me dhimbje shpuese në kraharor), testi është më pak specifik dhe rezultatet fals-pozitive janë më të shpeshta.

***Testi ushtrimor përdoret më shpesh:***

- Për të konfirmuar diagnozën e anginës
- Për të identifikuar pacientët me IHD me risk të lartë për komplikacione
- Për të vlerësuar përgjigjen e terapisë antianginoze dhe
- Si një procedurë depistuese për popullata të caktuara asimptomatike, të tillë si individët me faktorë potencial të riskut kardiak, pacientët e moshuar që janë gati për të filluar programet ushtrimore dhe individët, mirëqenia e të cilëve mund të ndikojë në sigurinë publike.

Gjatë testit, EKG-ja dhe frekuenca kardiake monitorohen në mënyrë të vazhdueshme dhe presioni i gjakut matet në intervale të caktuara. Rezultati i frekuencës kardiake dhe presioni sistolik i gjakut lidhet me kërkesën e miokardit për oksigjen dhe është i dobishëm në përshkrimin e pragut anginë. Ushtrimi vazhdohet derisa arrihet një frekuencë kardiake maksimale e lëshuar për moshën dhe gjininë ose bazuar edhe në simptome (p.sh., precipitimi i dhimbjes anginoze).

Megjithatë, testi duhet të përfundojë menjëherë në qoftë se zhvillohen hipotensioni, aritmitë ventrikulare ose depresioni i segmentit ST sinjifikant. Komplikacionet e testit ushtrimor janë të pakta ,vdekja dhe MI janë tepër të rralla. Megjithatë, faktorët e rrezikut janë të rritur dhe testi nuk duhet të kryhet në individë me anginë të paqëndrueshme ose stenoze aortike të avancuar. Testi ushtrimor sugjeron praninë e IHD në qoftë se prodhohet diskomforti tipik i kraharorit të pacienti, ose në qoftë se zhvillohen anomali tipike në EKG.

Kriteri i EKG-së për një test pozitiv është depresion sinjifikant e matur 0.08 sekonda mbas përfundimit të kompleksit QRS. Shkalla dhe lokalizimi i anomalive të segmentit ST nuk janë gjithmonë indikacione të besueshme të shtrirjes dhe lokalizimit anatomik të CAD. Megjithatë, të marra së bashku, madhësia, koha e fillimit dhe numri i derivacioneve në EKG, që zhvillojnë segmente jo-normale të ST, mund të parashikojnë shkallën e ashpërsisë së CAD. Për shembull, individët që zhvillojnë depresion të ST në derivacione relevante gjatë 3 minutave të para të ushtrimit, kanë më tepër mundësi për të pasur sëmundje të rëndë të tri vazave ose asaj të trungut të majtë.

Në të kundërt, një test negativ ose një test që bëhet pozitiv vetëm mbas 9 minutash ose në një frekuencë kardiake më tepër se 160 rrahje/në minutë, lidhet me një prognozë tepër të përmisuar edhe në qoftë se gjatë testit shfaqen angina ose depresione të segmentit ST.

Vlera diagnostike e një testi ushtrimor mund të kufizohet nga terapia medikamentoze, veçanërisht B-blokuesit, të cilët ulin frekuencën kardiake. Në qoftë se qëllimi i testit ushtrimor është konfirmimi i pranisë së anginës, preparate të tilla duhet të ndërpriten që 1 deri në 2 ditë përpara testit. Në qoftë se është e domosdoshme, nitroglicerina nën gjuhë mund të përdoret siç kërkohet gjatë asaj periudhe. Megjithatë, në qoftë se qëllimi është për të gjykuar efektet dhe të njehsojmë terapinë medikamentoze, atëherë, regjimi i zakonshëm medikamentoz duhet vazhduar deri në ditën e testimit.

## **Ekokardiografia**

Imazheria e ventrikulit të majtë me ultrasonografi mund të zbulojë anomali segmentare të lëvizjes së murit, treguese për infarkt të mëparshëm ose ishemi. Në stres ekokardiografi, funksioni i ventrikulit të majtë vlerësohet përpara dhe gjatë sforcimi; anomalitë segmentale regionale të lëvizjes së murit të induktuara nga ushtrimet, janë një tregues për ishemi.

Ekokardiografia ushtrimore është në këtë mënyrë analoge me ventrikulografinë ushtrimore me radionukleike dhe ka specifiket, sensitivitetet të ngjashëm për sa i përket sëmundjes koronare të rëndësishme. Për pacientët që janë të pafhtë për të kryer ushtrime, mund të kryhet testi i stresit farmakologjik me EKO në një nga të dyja mënyrat:

- *Duke përdorur vazodilatatorë të fuqishëm, të tillë si adenzina ose dipiradamoli (analogë me shintigrafinë me <sup>201</sup>Tl të përshkruar më sipër), ose*
- *Duke përdorur preparate stimuluese adrenergjike (p.sh., dobutamina).*

Secila prej këtyre teknikave shënon praninë e ishemisë së miokardit me anë të anomalive të lëvizjes së murit të ventrikulit të majtë të induktuara nga preparati.

## **Monitorimi ambulantor me EKG**

EKG ambulatore me frekuencë të moduluar monitoron zhvendosjet e segmentit ST (treguese të ishemisë). Rreth 40 % e pacientëve me CAD të stabilizuar të identifikuar kanë të tilla zhvendosje kalimtare dhe në shumicën e rasteve, episodet e heshtura asimptomatike janë akoma më të shpeshta se sa ngjarjet simptomatike.

Roli i kësaj teknike në dokumentimin e pranisë së CAD akoma nuk është përcaktuar, megjithatë, disa studime kanë treguar dobishmërinë e tij si një drejtim prognostik. Për shembull, mungesa e zhvendosjeve të segmentit ST në monitorimin ambulator parashikon një rrezik të ulët të komplikacioneve kardiake te pacientët që i nënshtrohen ndërhyrjeve kirurgjikale jokardiake.<sup>16</sup>

## **Arteriografia Koronare- Koronarografia**

Kjo metodë përcakton gjendjen e lumenit të arterieve koronare dhe mund të përdoret për të zbuluar ose për të përjashtuar ndryshimet koronare serioze. Megjithatë, arteriografia koronare nuk siguron informacion, në lidhje me murin arterial, dhe mund të dëmtojë në zbulimin e aterosklerozave të rënda që nuk e ngushtojnë lumenin.

Për tu theksuar është fakti se pllakat e aterosklerozës rriten në mënyrë karakteristike në intimën dhe në median e një arterieje koronare epikardiale, në fillim pa e ngushtuar lumenin, duke shkaktuar fryrje nga jashtë të arteries-proces të cilit i referohemi si rimodelimi negativ. Më vonë, gjatë zhvillimit të sëmundjes, rritja e mëtejshme shkakton ngushtim luminal.

### **Indikacionet -Arteriografia koronare indikohet te:**

- Pacientët me angina pectoris të qëndrueshme kronike, të cilët janë shumë simptomatik, pavarësisht terapisë medikamentoze dhe te të cilët konsiderohet të bëhet rivaskularizimi, domethënë një ndërhyrje perkutane koronare (PCI) ose pacienti do të jetë kandidat për bypass-i aorto koronar(CABG);
- Pacientët me simptoma shqetësuese që paraqesin vështirësi diagnostike, te të cilët është e nevojshme të konfirmohet ose të përjashtohet diagnoza e IHD;
- Pacientët me angina pectoris të diagnostikuar ose të mundshme, të cilët i kanë mbijetuar arrestit kardiak;
- Pacientët me anginë ose me të dhëna për ishemi gjatë testimit jo invaziv dhe me të dhëna klinike ose laboratorike te disfunktionit ventrikular, si dhe

---

<sup>16</sup> John Noble, Harry I Greene, Il Wendy Levinson, Geoffrey A. Modest, Cynthia D. Mulrow, Joseph E. Scherger, Mark J. Young, Leopold S. Lilly, "Traktati i mjekësisë së kujdesit parësor", Shkup, 2013, kap.63, fq.550

- Pacientët që gjykohej se kanë risk të lartë për të bërë episode të aksidenteve koronare, duke u bazuar në shenjat e ishemisë së rëndë, të marra edhe gjatë testimit jo invaziv, pavarësisht prezencës ose gravitetit të simptomave.<sup>17</sup>

## Prognoza

Indikuesit kryesorë prognostikë të pacientët që dihet se kanë IHD janë: moshë, gjendja funksionale e ventrikulit të majtë, lokalizimi, ngushtimi i arterieve koronare, si dhe aktiviteti i ishemisë së miokardit.

Angina pectoris- që ka filluar kohët e fundit-angina e paqëndrueshme, angina e hershme pas infarktimit të miokardit dhe angina që nuk i përgjigjet ose që i përgjigjet keq terapisë medikamentoze, të gjitha këto ndikojnë për aksidente koronare të pafavorshme.

Kur shkalla e vdekshmërisë rritet ndjeshëm me dëmtim të funksionit të LV-ve; anasjelltas, për çdo nivel të funksionit të LV-ve, prognoza ndikohet ndjeshëm nga sasia e miokardit që furnizohet me gjak nga vena që ka obstrukcion të madh. Prandaj, është e dobishme të mbliidhen të gjitha të dhënat që zbulojnë dëmtime të mëparshme të miokardit (prova të MI në EKG, ekokardiografi, imazheri me radioizotope ose ventrikulografi të majtë). Sa më e madhe është të jetë sasia e nekrozës së miokardit, aq më e vogël është mundësia e zemrës për të rezistuar dëmtimit të mëtejshëm dhe aq më e varfër është prognoza. Të gjitha shenjat e mësipërme të dëmtimit të mëparshëm, plus risku për dëmtime në të ardhmen, duhet të konsiderohen indikatorë të rrezikut.

Sa më i madh të jetë numri dhe shkalla e faktorëve të rrezikut për ateriosklerozën koronare (mosha e avancuar më shumë se 75 vjeç), diabeti, obeziteti, sëmundja shoqëruese e vazave periferike dhe/ose cerebrovaskulare, MI i mëparshëm, aq më e keqe është prognoza e pacientit me anginë.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M. Antman, Andrew P. Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësisë Interne" HARRISON, Shkup, 2013, kap. 237, fq. 1520

<sup>18</sup> Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M. Antman, Andrew P. Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësisë Interne" HARRISON, Shkup, 2013, kap. 237, fq. 1520-21

## 2.5 TRAJTIMI I FAKTORËVE TË RREZIKUT

Çdo pacient duhet të vlerësohet në mënyrë individuale, për sa i takon pritshmërisë dhe qëllimeve të tij, kontrollit të simptomave dhe parandalimit të ngjarjeve të padëshiruara, siç është infarkti i miokardit dhe vdekja e parakohshme. Grada e paaftësisë si dhe stresi fizik dhe emocional që përshpejton anginën duhet të regjistrohen me kujdes, në mënyrë që të vendosen objektivat e trajtimit.

*Plani i menaxhimit duhet të përfshijë elementet e mëposhtme:*

- Shpjegimin e problemit dhe sigurimin rreth aftësisë për të formuluar një plan trajtimi
- Identifikimin dhe trajtimin e patologjive përkeqësuese
- Rekomandimet për përshtatjen e aktivitetit fizik sipas nevojës
- Trajtimin e faktorëve të rrezikut që do të zvogëlojnë ndodhinë e rezultateve koronare të pafavorshme
- Terapinë medikamentozë për anginën dhe
- Konsideratë për rivaskularizimin

Një histori familjare për IHD të parakohshme duhet të nxisë një kërkim për faktorë rrezikut të trajtueshëm, si hiperlipidemia, hipertensioni dhe diabeti melit.

Obezitet rrit rrezikun për aksidente koronare të pafavorshme. Përveç kësaj, obeziteti zakonisht shoqërohet me nga tre faktorë të tjerë rrisht si: diabeti melit, hipertensioni dhe hiperlipidemia. Trajtimi i obezitetit dhe këtyre faktorëve të rrishtit që e shoqërojnë atë është një element i rëndësishëm i çdo plani për menaxhim. Dieta e varfër me acide yndyrore të ngopura dhe të pangopura për të arritur peshën trupore optimale, është një pikë kyqe në menaxhimin e IHD-së kronike.

Pirja e duhanit përshpejton aterosklerozën koronare në të dyja gjinitë dhe në të gjitha moshat, si dhe rrit rrezikun e trombozës, paqëndrueshmërinë e pllakës, infarktën e miokardit dhe rrezikun e vdekjes.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup>Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M, Antman, Andrew P, Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësisë Interne" HARRISON, Shkup, 2013, kap. 237, fq. 1521

**Tabela 1-Terapia medikamentoze-**

Preparati	Rruga e administrimit	Doza	Kohëzgjatja e efektit
<b>Nitroglicerina</b>	Tabelat sublinguale	0.3-0.6 mg deri në 1.5mg 0.4 mg, sipas nevojës	Afërsisht 10 minuta E ngjashme me tabletat sublinguale
	Pomadë	2 për qind 6 x 6 inc ; 15 x 15 cm 7.5-40 mg	Efekt deri në 7 orë
	Transdermale	0.2-0.8 mg /orë çdo 12 orë	8-12 orë gjatë terapisë intermitente
	Preparat me çlirim të zagjatur,i marrë me rrugë orale	2.5-13 mg	4-8 orë
	Intravenoz	5-200 ug/minute	Tolerance mund të vërehet pas 7-8 orësh
<b>Izosorbid dinitrati</b>	Sublinguale	2.5-10 mg	Deri në 60 minuta
	Orale	5-80 mg ,2-3 herë në ditë	Deri në 8 orë 2-3 minuta
	Spraj	1.25 mg çdo ditë	
	Tablet që përtypen	5 mg	2-2 ½ orë
	Tablet me çlirim të ngadalë me rrugë orale	40 mg 1-2 herë në ditë	deri në 8 orë
	Intravenoze	1.25-5.0 mg/orë	tolerances për 7-8 orë
	Pomadë	100 mg/24 orë	nuk është efektive
<b>Izosorbid mononitrati</b>	Sublinguale	2.5-10 mg	Deri në 60 minuta
	Orale	5-80 mg ,2-3 herë në ditë	Deri në 8 orë
	Spraj	1.25 mg çdo ditë	2-3 minuta
	Tableta me çlirim të ngadalë me rrugë me rrugë orale	40 mg 1-2 herë në ditë	Deri në 8 orë
	Intravenoze	1.25-5.0 mg/orë	Tolerancës për 7-8 orë
	Pomadë	100 mg/24 orë	Nuk është efektive
<b>Izosorbid mononitrati</b>	Orale	20 mg dy here në ditë	20 mg dy here në ditë
<b>Pentaeritrol tetranitrati</b>	Sublinguale	10 mg sipas nevojës	10 mg sipas nevojës <sup>20</sup>

<sup>20</sup> *Burimi* :u modifikua nga RJ Gibbons dhe bashkautorët.

## 2.6 ANGINA E PAQËNDRUESHME

UA përcaktohet si angina pektoris ose diskomfort ishemik ekuivalent, me të paktën një nga tre tiparet:

- Shfaqet në pushim (ose me veprimtari fizike minimale) dhe zakonisht zgjat më shumë se 10 minuta
- Është e rëndë dhe me fillim të ri (domethënë, brenda 4 deri 6 javëve të mëparshme)
- Shfaqet me një model rritës (domethënë, është dukshëm më e rëndë, më e gjatë ose më shpeshtë sesa episodet e mëparshme).

Shenja klinike dalluese e UA është dhembja e kraharorit që lokalizohet në mënyrë tipike në rajonin substernal ose ndonjëherë në epigastër, e cila përhapet në qafë, në shpatull dhe në krah. Ky diskomfort zakonisht është aq i rëndë sa të konsiderohet i dhimbshëm. Diagnoza e NSTEMI-i vendoset nëse pacienti me tipare klinike të UA-së shfaq prova të nekrozës, siç reflektohet nga bioshënjesit kardiakë të rritur. Më shpesh shkaktohet nga një reduktim i furnizimit me oksigjen dhe/ose nga një rritje e kërkesave të miokardit për oksigjen, që i mbivendosen ekzistencës së një pllake aterosklerotizuese koronare, me gradë të ndryshme të bllokimit.

***Janë identifikuar katër procese fisiopatologjike që mund të kontribuojnë në zhvillim:***

1. Ruptura ose erozioni i pllakës aterosklerotizuese me mbivendosje të trombit jo okluziv, që besohet se është shkaku kryesor –NSTEMI mund të ndeshë me emobilizimin e agregateve trombocitare ose të mbetjeve të pllakës aterosklerotizuese përgjatë rrjedhës së gjakut.
2. Obstruksioni dinamik (për shembull spazma koronare, si te një anginë e paqëndrueshme Prinzmetal).
3. Obstruksioni mekanik progresiv (për shembull, ateroskleroza koronare perkutane)
4. UA sekondare, që lidhet me rritje të kërkesave të miokardit për oksigjen dhe/ose zvogëlim të furnizimit (takikardia, anemia).<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup>Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M, Antman, Andrew P, Selwyn Eugene, Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësië Interne " HARRISON, Shkup, 2013, kap.238, fq.1527



## Rrugët diagnostike

Për diagnostikën e UA në ED përdoren katër modalitete: anamneza klinike, EKG, shënjesit kardiakë dhe prova ushtrimore. Qëllimet janë të :

- ✓ Të diagnostifikohet ose të përjashtohet infarkti i miokardit(duke përdorur shënjesit kardiakë)
- ✓ Të bëhet vlerësimi për ishemi të qetësisë (dhimbje kraharori në qetësi, EKG në seri ose të vazhdueshme)
- ✓ Të bëhet vlerësimi për CAD të rëndësishme(duke përdorur provat me provokim të stresit).

Vlerësimi i pacientëve përfshin monitorimin klinik për diskomfort rekurrent nga ishemia, kryerjen në seri të EKG-së dhe matjen e shënjesve kardiakë, të cilët, në mënyrë tipike bëhen që në fillim ose në orën e 4-t, të 6-të dhe të 12-të, pas paraqitjes në spital. Nëse vërehen rritje të reja në nivelin e shënjesve kardiakë (CK-MB /ose troponina ) , ndryshime në EKG, pacienti shtrohet në spital.

Nëse pacienti mbetet pa dhimbje dhe nëse shënjesit kardiakë vazhdojnë të mbeten normal, pacienti mund ti nënshtrohet provës ushtrimore. Kjo mund të bëhet që në orën e 6-të pas prezantimit të pacientit në ED ose në qendrën për pacientët me dhimbje të kraharorit, ose brenda 72 orësh, të një pacienti që trajtohet si pacient ambulator.

Për shumicën e pacientëve përdoret EKG standard e provës ushtrimore me pistë vrapimi, por për pacientët me anomali të qëndrueshme në EKG. Për, pacientët, të cilët nuk mund të ecin, përdoret stresi farmakologjik.

Angiografia nën drejtimin e CT-së po përdoret gjithnjë e më shpesh, për të përjashtuar CAD. Hapi i parë është të bëhet vlerësimi i gjasave për sëmundje të arterieve koronare (CAD). Pacientët me gjasa të ulëta për ishemi hyjnë në këtë rrugë dhe mbahen nën vëzhgim në një shtrat të lidhur me monitorët në departamentin e urgjencës(ED)ose në njësinë për vëzhgimin e pacientit, për një periudhë prej 6 orësh; por, nëse pacienti ka diskomfort rekurrent të kraharorit, bëhet elektrokardiogrami me 12 derivacione. Në momentin e prezantimit dhe rreth 6 orë më vonë merret një kuadër i plotë i shënjesve kardiakë.

Nëse pacienti zhvillon dhimbje rekurrente, nëse ka ndryshime të segmentit ST dhe të valës T, ose nëse ka rezultate pozitive për shënjesit kardiake, ai/ajo shtrohet në spital dhe trajtohet për UA. Nëse pacienti ka rezultate negative për shënjesit kardiakë dhe nuk ka dhimbje rekurrente, ai/ajo dërgohen për të bërë provën ushtrimore në një pistë vrapimi, ndërsa imazheria rezervohet vetëm për pacientët që kanë elektrokardiogram jonormal, në momentin e paraqitjes së pacientit. Nëse është pozitive, pacienti shtrohet në spital; nëse është negative, pacienti nxirret nga spitali dhe ndiqet në vazhdimësi nga mjeku i tij/saj i kujdesit shëndetësor primar.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M. Antman, Andrew P. Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësië Interne " HARRISON, Shkup, 2013 ,kap.238 ,fq1528

**Tabela 2 -Medikamentet që përdoren zakonisht në menaxhimin medikamentoz intensiv të pacientëve me anginë të paqëndrueshme dhe me MI pa ngritje të segmentit ST**

<p><b>Nitratet</b></p>	<p>Administrohen intravenoz kur simptomat nuk lehtësohen plotësisht pas dhënies sublinguale së tri tabletave nitroglycerine dhe pas fillimit të terapisë me beta bllokues.</p> <p>Evitohet te Hipotensioni dhe pacientët që marrin sildenafil ose frenues të tjerë të PDE-5</p> <p>Dozohet 5-10 ug/minute, me anë të infuzionit të vazhdueshëm.</p> <p>Titrohet deri në 75-100ug/minute, deri në qetësimin e simptomave ose deri në shfaqjen e efekteve anësore që kufizojnë përdorimin e saj (dhimbje koke ose hipotension me presion-sistolik të gjakut &lt;90 mmHg, ose me më shumë se 30 % poshtë niveleve fillestare të presionit arterial mesatar, nëse është prezentë një vlerë e rëndësishme e hipertensionit).</p> <p>Nitratet topike, orale, bukale janë alternative të pranueshme për pacientët, të cilët nuk kanë simptoma që janë duke u zhvilluar ose simptoma mesatare refraktare.</p>
<p><b>Beta bllokuesit</b></p>	<p>Metoprololi -5 mg/që rritet në mënyrë të ngadaltë (gjatë1-2 minutave të administrimit IV).Përsëritet çdo 5 minuta për një doze fillestare prej 15 mg.</p> <p>Pasohet në dhënien për 1-2 orë,nga 25-50 mg me rrugë orale,çdo 6 orë. Nëse është i dëshiruar një regjim shumë konservativ,dozat fillestare mund të reduktohen deri në 1-2 mg</p> <p>Esmololi ,fillon doza e mbajtjes prej 0.1 mg/kg për minute IV, titrimi me rritje graduale prej 0.05 mg/kg për minute,çdo 10-15 minuta,në varësi të tolerancës nga presioni i gjakut,derisa të arrihet një doze prej 0.20 mg/kg për minute.</p> <p>Dozë ngopje fakultative prej 0.5 mg/kg mund të jepet me anë të administrimit intravenoz të ngadaltë(2-5)minuta,për të siguruar një fillim shumë më të shpejtë të veprimit</p>
<p><b>Bllokuesit të kanaleve të kalciumit</b></p>	<p>Për pacientët, simptomat e të cilëve nuk lehtësohen nga dozat e përshtatshme të nitrateve dhe të beta bllokuesve, ose për pacientët që nuk nuk e kanë të mundur ti tolerojnë dozat e përshtatshme të njërit ose të dyja këtyre preparateve, ose për pacientët me anginë të qëndrueshme.</p>
<p><b>Morfinë sulfati</b></p>	<p>Për pacientët , simptomat e të cilëve nuk lehtësohen pas dhënies sublinguale në seri të tri tabletave të nitroglycerines, ose për ata pacientë,simptomat e të cilëve rishfaqen edhe kur ata janë nën terapi të përshtatshme anti-ishemike.</p> <p>Jepet 2-5 mg doze iv , mund të përsëritet çdo 5-30 minuta,sipas nevojës.</p> <p>23</p>

<sup>23</sup> *Burimi:* u modifikua nga E Brauwald dhe bashkautorët; Circulation 1994,90,613-622.

## 2.7 INFARKTI I MIOKARDIT

MI, i quajtur në gjuhën popullore ataku i zemrës, është nekroza e muskullit të zemrës që vjen si pasojë e ishemisë. Shkaku kryesor bazë i IHD-së është ateroskleroza dhe prandaj shpeshtësia e MI-ve rritet në mënyrë përparuese me rritjen e moshës dhe praninë e faktorëve të tjerë të rrezikut të tillë si hipertensioni, duhanpirja, diabeti. Përafërsisht 10% e MI-ve ndodhin në një rrezik me të rinj sesa 40 vjeç dhe 45 % ndodhin në një rrezik më të rinj sesa moshë 65. Personat e bardhë dhe ata me ngjyrë preken njëllëj. Meshkujt gjenden në një rrezik dukshëm më të madh sesa femrat.<sup>24</sup>

Elektrokardiogrami (EKG) me 12 derivacione është mjet diagnostik dhe klasifikues thelbësor, meqenëse ai gjendet në qendër të rrugës së vendimmarrjes për menaxhimin e pacientit. Ai lejon të bëhet dallimi ndërmjet pacientëve që paraqiten me ngritje të segmentit ST nga ata që paraqiten pa ngritje të segmentit ST. Nivelet serike bioshënuese kardiakë merren për të bërë dallimin ndërmjet anginit të paqëndrueshëm (UA) nga MI pa ngritje të segmentit ST(NSTEMI) dhe për të vlerësuar magnitudën e një ngritjeje të ST në MI(STEMI).<sup>25</sup>

***Në një MI tipik, ndodh seria e njëpasnjëshme e ngjarjeve të mëposhtme :***

- Ndodh në çarje e papritur e një pllake ateromatoze për shembull, hemorragji, erozion, ulçeracion, rakturim ose fisurim brenda pllakës, duke ekspozuar kështu kolagjenin subendotelial dhe përbërësit nekrotikë të pllakës.
- Trombocitet ngjiten, agregohen, bëhen të aktivizuara dhe çlirojnë agregues dytësorë të fuqishëm duke përfshirë tromboksanin A2 adenozinë difosfatine dhe serotoninën.
- Vazospazma stimulohet nga agregimi i trombociteve dhe çlirimi i ndërmjetësuesve
- Ndërmjetësues të tjerë aktivizojnë rrugën e jashtme të koagulimit, duke shtuar madhësinë e trombit
- Brenda disa minutave trombi mund të evoluojë duke bllokuar tërësisht lumenin koronar të enëve koronare.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Federik J. Shoen, MD, PHD, Richard N. Mitchell, MD, PHD, "Bazat e patologjisë së ROBBINS-IT" Shkup, 2013, kap. 11, fq. 390

<sup>25</sup> Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M. Antman, Andrew P. Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësisë Interne" HARRISON, Shkup, 2013, kap. 237, fq. 1533

<sup>26</sup> Federik J. Shoen, MD, PHD, Richard N. Mitchell, MD, PHD, "Bazat e patologjisë së ROBBINS-IT" Shkup, 2013, kap. 11, fq. 391

## Prezantimi Klinik

Te rreth një e dyta e rasteve, para STEMI-t ,duket se është prezent një faktor precipues, siç është ndonjë aktivitet fizik i sforcuar, një stres emocional,ose një sëmundje mjekësore apo kirurgjikale. Megjithëse STEMI mund të fillojë në çdo orë të ditës ose të natës, janë raportuar variacione gjatë ditës, ku pjesa më e madhe e tyre shfaqen në mëngjes, brenda disa orëve nga zgjimi i gjumit të natës.

Dhembja është ankesa më e zakonshme e pacientëve me STEMI në momentin e paraqitjes. Dhembja është e thellë dhe visceral; fjalët që përdoren më shpesh për ta përshkruar atë janë *rëndesë,ndjesi shtrëngimi dhe goditëse*,megjithëse ndonjëherë ajo përshkruhet si ndjesia e *goditjes me thikë ose e djegies*. Ajo ka karakter të ngjashëm me diskomfortin nga angina pectoris por zakonisht shfaqet në qetësi, është më e rëndë dhe zgjat më shumë.

Në mënyrë tipike, dhembja prek pjesën qendrore të krahavorit ose epigasttrin, por ndonjëherë përhapet edhe në krah. Vende më të rralla të përhapjes së dhimbjes përfshijnë abdomenin, shpinën, nofullën e poshtme dhe qafën. Dhembja e STEMI-t mund të përhapet lart deri në zonën oksipitale, por jo më poshtë se umbelikusi, e cila shoqërohet me dobësi trupore, djersitje, nauze, të vjella, ankth.<sup>27</sup>

## Rezultatet e ekzaminimit Fizik

Shumica e pacientëve janë në ankth dhe të shqetësuar, si dhe përpiqen në mënyrë të pasuksesshme ta qetësojnë dhimbjen duke lëvizur në shtrat. Shpesh ndodh edhe zbehja, që lidhet me djersitjen dhe ftohjen e gjymtyrëve. Kombinimi i dhimbjes substernale të krahavorit, që persiston për më shumë se 30 minuta, dhe e diaforezës ,sugjeron bindshëm për STEMI. Megjithëse shumë pacientë kanë një frekuencë normale të pulsit dhe presion normal të gjakut, gjatë orës së parë të STEMI-t, rreth një e katërta e pacientëve me infarkt anterior kanë manifestime të hiperaktivitetit të sistemit nervor simpatik(takikardi ose hipertension), ndërsa afërsisht gjysma e tyre me infarkt inferior shfaqin shenja të hiperaktivitetit të sistemit parasimpatik (bradikardi ose hypotension).

Rajoni prekordial zakonisht është i qetë, ndërsa impulsi apical mund të jetë i vështirë për tu palpuar. Te pacientët me infarkt të murit anterior mund të shfaqet, brenda disa ditëve të para

---

<sup>27</sup> Fauci A,Kasper D,Hauser S,Longo D,Jameson L ,Eliot M.Antman,Andrew P.Selwyn Eugene Braunwald,Josef Loscalzo“Parimet e mjekësië Interne “ HARRISON ,Shkup,2013,kap.238, fq.1533

pas patogjisë, një puls sistolik anormal në zonën periapikale. Shenja të tjera të disfunkcionit të ventrikulit të majtë në ekzaminim objektiv përfshijnë shfaqjen e tonit të tretë dhe të katërt të zemrës, zvoglimin e intensitetit të tonit të parë të zemrës, si dhe ndarjen paradoksale të tonit të dytë të zemrës. Mund të jetë e pranishme një zhurmë apikale e përkohshme ose stitolike e vonshme, si pasojë e çrregullimit të funksionit të aparatit të valvulës mitrale.

Te shumë pacientë me STEMI transmural, nëse ato do të ekzaminohen në mënyrë të vazhdueshme, në një moment të zhvillimit të sëmundjes dëgjohej një zhurmë fërkimi perikardiale. Puls në arterien karotide zakonisht ka vëllim të zvogluar, gjë që reflekton reduktimin e vëllimit hedhës.

Gjatë javës së parë pas STEMI-t mund të vërehet rritje e temperaturës deri në 38% C. Presioni arterial është i ndryshueshëm; te shumica e pacientëve me infarkt transmural presioni sistolik zvogëlohet me afërsisht 10-15 mmHg, nga vlerat që kishte para infarktut.

## **Rezultatet e ekzaminimit Laboratorik**

Infarkti i miokardit (MI) kalon nëpërmjet staveve të përkohshme që renditen më poshtë:

- Akute (pak në orët e para deri 7 ditë)
- Shërimi (7 deri 28 ditë)
- I shëruar (më shumë se 29 ditë)

Kur bëhet vlerësimi i rezultateve të testeve diagnostikuese për STEMI, duhet të merret në konsideratë faza e infarktut të miokardit. Testet laboratorike, të cilat kanë vlerë në konfirmimin e diagnozës, mund të ndahen në katër grupe:

1. EKG
2. Bioshënjesit kardiakë në serum
3. Imazheria kardiake
4. Të dhënat jospesifike të nekrozës dhe të inflamacionit indor.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M, Antman, Andrew P, Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësisë Interne" HARRISON, Shkup, 2013, kap. 238, fq. 1533

## Elektrokardiogrami

Te pacientët me një MI akute të mundshme, duhet të kryhet menjëherë një EKG. Ndonëse EKG nuk është fillestare nuk është as përsosmërisht specifike dhe as përsosmërisht e ndjeshme në të gjithë pacientët, të cilët zhvillojnë MI akute me rritje të segmentit ST, ai luan një rol vendimtar në stratifikimin fillestar, përzgjedhjen dhe menaxhimin.<sup>29</sup>

Midis pacientëve që paraqiten me diskomfort ishemic, por pa ngritje të segmentit ST, nëse në serum zbulohet një bioshënjes kardiale të nekrozës, atëherë diagnoza e STEMI-t është e vendosur në mënyrë përfundimtare. Një pjesë e vogël e pacientëve, të cilët fillimisht paraqiten pa ngritje të segmentit ST, mund të zhvillojnë një infarkt të miokardit me valë Q. Më parë besohet se MI transmural mund të ishte prezent, nëse në EKG vëreheshin valë Q ose humbje të valëve R; dhe se MI jo transmural mund të ishte prezent, nëse EKG-ja tregon vetëm ndryshime kalimtare të segmentit ST ose të valës T.<sup>30</sup>

## Shënjeshtat e infarktit në serum

**Kreatinin kinaza**-rritet në plazmë brenda 4-8 orëve dhe arrijnë kulmin në 24 orë dhe rikthehet në shifra normale për 48-72 orë.

**CK totale** nuk është specifike për dëmtimin e miokardit; ajo mund të rritet gjithashtu edhe mbas traumave të muskulit skeletik, injeksioneve intramuskulare dhe në hipotiroidizëm.

**Izoenzima CK-MB** është më specifike për diagnozën e MI akut. Ajo është e pranishme vetëm në sasi të vogla në indet jokardiale dhe nuk dikohet shumë nga dëmtimet e muskulit skeletik. Në MI akut, CK-MB (analiza e masës) zakonisht është më e madhe sesa 2.5% CK-së totale në serum. Izoenzima CK-MB dhe CK në serum duhet të maten që në fillim, pastaj 12 dhe 24 orë më vonë në vlerësimin diagnostik të një MI akut.

Izoformat e CK-MB gjenden në plazmë mbas një MI dhe janë tepër të ndjeshme në zbulimin e infarktit. Për shembull, një raport i CK-MB2 /CK-MB1 prej >1.5 është më tepër se 90% sensitive për zbulimin e një MI kur maten 4-6 orë mbas fillimit të një okluzioni koronar.

---

<sup>29</sup> Lee Goldman, MD, Dennis Ausiello, MD, Pierre Theroux "Traktati mjekësor i Cecil-it", Shkup, 2013, kap. 71, fq. 502

<sup>30</sup> Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M, Antman, Andrew P, Selwyn Eugene, Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësisë Interne" HARRISON, Shkup, 2013, kap. 238, fq. 1533-34

**Laktat dehidrogenaza LDH** rritet brenda 24-48 orëve të IM, arrin kulmin 3-5 ditë dhe rikthehet në nivelet bazë për 7-10 ditë.<sup>31</sup>

**Troponina T specifike për zemrën (cTnT)** dhe **troponina I specifike për zemrën (cTnI)** kanë sequenca amino-acidike të ndryshme nga ato të formave që janë të pranishme te muskujt skeletorë të këtyre enzimave. Meqenëse cTnT dhe cTnI normalisht nuk janë të zbulueshme te gjaku i individëve të shëndetshëm, mund të rriten pas STEMI-t deri në nivele rreth 20 herë më të larta sesa kurfiri i sipërm i referimit (vlera më e lartë e vërejtur te 99 % e popullatës së referimit që vuan nga MI).

Troponinat kardiake janë veçanërisht të dobishme kur ka dyshim klinik ose dëmtim të muskujve skeletorë, ose për një IM të vogël, që mund të jetë poshtë kufirit të zbulimit nga matjet e CK-së dhe CKMB-së, prandaj edhe ato kanë një vlerë të veçantë në dallimin e UA-s nga STEMI.<sup>32</sup>

## **Imazheria Kardiake**

Një radiografi e kraharorit është i vetmi test imazherik i kryer në mënyrë rutinë në momentin e pranimit në spital për MI acute.<sup>33</sup>

Kur EKG-ja nuk është diagnostifikuese për STEMI-n, zbulimi i hershëm i prezencës ose i mungesës së anomalive të lëvizjes së murit nga ekokardiografia mund të ndihmojë në marrjen e vendimeve për menaxhimin, siç është fakti nëse pacienti duhet të nënshtrohet terapisë së riperfuzionit (për shembull, fibrinolizës ose një ndërhyrjeje koronare perkutane).

Vlerësimi i funksionit të ventrikulit të majtë LV me anë të ekokardiografisë është i dobishëm për përcaktimin e prognozës.

Ekokardiografia edhe EKO me Doppler është e dobishme për zbulimin dhe përcaktimin e madhësisë së nekrozës së Miokardit dhe të regurgitimit mitral, që janë dy ndërlikime serioze të STEMI-t.

---

<sup>31</sup> John Noble, Harry I Greene, Il Wendy Levinson, Geoffrey A. Modest, Cynthia D. Mulrow, Joseph E. Scherger, Mark J. Young, Leopard S. Lilly, "Traktati i mjekësisë së kujdesit parësor", Shkup, 2013, kap.63, fq.560-61

<sup>32</sup> Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Eliot M. Antman, Andrew P. Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo "Parimet e mjekësisë Interne" HARRISON, Shkup, 2013, kap.238, fq.1534

<sup>33</sup> Lee Goldman, MD, Dennis Ausiello, MD, Pierre Theroux "Traktati mjekësor i Cecili-it", Shkup, 2013, kap.71, fq.504

Për të bërë vlerësimin e pacientëve që dyshohet për STEMI janë të disponueshme teknika të ndryshme të imazheve me radionukleike. Megjithatë , këto forma të imazherisë përdoren më rrallë sesa ekokardiografia, sepse ato janë më pak praktike e nuk kanë sensitivitet në shumë rrethana klinike.

Infarkti i miokardit mund të zbulohet në mënyrë të saktë me anë të rezonancës magnetike kardiake me rezolucion të lartë, duke përdorur metodën së cilës i referohemi si fiksion i vonshëm.<sup>34</sup>

## **2.8 TRAJTIMET PËR TË REDUKTUAR AVANCIMIN NDAJ INFARKTIT TË MIOKARDIT**

**Aspirina** frenon në mënyrë të pakthyeshme aktivitetin e ciklooksigenazës te trombocitet. Eksperimentet rastësore kanë treguar në mënyrë përfundimtare se aspirina redukton rrezikun e MI me 50 deri në 67% .

**Klopidogreli** është tienopiridinë, e cila frenon aktivizimin e trombociteve të ndërmjetësuar nga adenzin difosfati. Në kombinim me aspirinën, doza ngopëse është një sasi fillestare prej 300 mg dhe më pas prej 75 mg në ditë.

**Frenuesit e receptorëve të glikoproteinës IIB/IIIA** të trombocitit-blokojnë agregimin në përgjigje ndaj të gjithë agonistëve të mundshëm.

**ACE inhibitor**( kaptopril )-përdoren tek të sëmurët me mosfunksionim të ventrikulit të majtë dhe hipertension që vazhdon

**B-blokues** oral (metoprolol,-) redukton të rrahurat e zemrës

**Nitrat, nitroglicerin** -lehtëson ataket me shpejtësi, është vazodilatator,zgjeron në mënyrë të drejtpërdrejtë stenozen koronare dhe rrit transportin e oksigjenit në zonën ishemike.

**Statina** (si p.sh. Simvastatin 40 mg)- ulë vlerën e kolesterolit të përgjithshëm LDL dhe triglicerideve

**Heparinë (p.sh.,Lovenox)**- antikuagulant, në parandalimin e trombozës<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Fauci A,Kasper D,Hauser S,Longo D,Jameson L ,Eliot M.Antman,Andrew P.Selwyn Eugene Braunwald,Josef Loscalzo“Parimet e mjekësisë Interne “ HARRISON ,Shkup, 2013,kap.238,fq.1534



## **Ndërhyrja kirurgjikale kundrejt ndërhyrjes koronare perkutane**

Angiografia koronare dhe bypass-it aorto koronar tentojnë të dyja të përmisojnë fluksin e gjakut në miokard. Të dyja shoqërohen me faktorë rreziku potencialë, duke përfshirë insultin, dëmtimin e miokardit dhe vdekjen.

Përparësia kryesore e angioplastikës koronare është lehtësia e tij e përdorimit, duke e bërë të panevojshme anestezinë e përgjithshme, torakotominë, qarkullimin ekstrakorporal, ventilimin mekanik dhe konvaleshencën e zgjatur. Angioplastika e përsëritur dhe rivaskularizimi mund të arrihet më shpejt në gjendje emergjente. Disavantazhet e angioplastikës janë përqindjet e larta e ristenozeve të hershme dhe paaftësia për të liruar shumë stenoza për shkak të natyrës dhe shtrirjes së lezioneve koronare.<sup>36</sup>

Ajo ka përparësi se mund të kryhet te pacientët që kanë kundërrindikacione për terapinë me fibronolitikë.

Pacientët që i nënshtrohen procedurave angioplastike kanë qëndrim më të shkurtër në spital dhe rikuperim më të lehtë, të krahasuar me ata që i nënshtrohen CABG.<sup>37</sup>

## **KUJDESI INFERMIEROR**

### **2.9 VLERËSIMI FILLESTAR INFERMIEROR**

- Nëse dhimbja e kraharorit është prezente në kohën që infermieri është duke marrë intervistën, infermieri e ndërpret intervistën për të filluar ndërhyrjen për lehtësimin e dhimbjes dhe çrregullimeve të ritmit.
- Infermieri siguron një informacion për trajtimin e episodit të fundit të dhimbjes së kraharorit dhe medikamentet që pacienti ka administruar.
- Kur pacienti nuk përjeton dhimbje kraharorit, infermieri siguron informacion për historikun e sëmundjes në familje dhe faktorë rrisues, duke përfshirë zakonet në ngrënie ,mënyrën e jetesës, dhe nivelin e aktiviteteve fizike.

---

<sup>35</sup> Lee Goldman , MD, Dennis.Ausiello,MD, Pierre Theroux “Traktati mjekësor i Cecili-it “,Shkup, 2013 ,kap.71, fq.495-96

<sup>36</sup> John Noble,Harry I Greene,Il Wendy Levinson, Geoffrey A.Modest, Cynthia D.Mulrow,Joseph E.Scherger,Mark J.Young, Leopard S.Lilly , “ Traktati i mjekësisë së kujdesit parësor “,Shkup, 2013, kap.63, fq.571

<sup>37</sup> John Noble,Harry I Greene,Il Wendy Levinson, Geoffrey A.Modest, Cynthia D.Mulrow,Joseph E.Scherger,Mark J.Young, Leopard S.Lilly , “ Traktati i mjekësisë së kujdesit parësor “,Shkup, 2013, kap.63, fq.557

## **2.10 VLERËSIMI FIZIK**

Infermieri vlerëson nivelin e vetëdijes, është shumë e rëndësishme të vlerësohet orientimi në kohë, vend, hapësirë. Një humbje e vetëdijes do të thotë që zemra nuk po jep sasinë e duhur të gjakut për të kënaqur kërkesat e trurit për oksigjen. Inkurajohet pacienti të përshkruaj shqetësimet e menjëhershme të tij. Infermieri shënon prezencën e dhimbjes në kraharor, epigastër, nofull ,shpinë,apo krahë dhe i thuhet pacientit të tregojë shkallën e dhimbjes deri në 10, ku 10 përbën nivelin më të lartë të diskomfortit.

## **2.11 VLERËSIMI I DHIMBJES**

Dhimbja e kraharorit mund të shkaktohet nga shkaktarë të ndryshëm. Është shumë e rëndësishme të diferencohen tipet e dhimbjes së kraharorit dhe të identifikohen burimet që e kanë shkaktuar. Së bashku me mjekun ,infermieri pyet pacientin për të zbuluar karakteristikat e diskomfortit. Pyetjet që i drejtohen pacientit për sigurimin e informacionit për dhimbjen përfshijnë :

- ✓ Lokalizimin
- ✓ Përhapjen
- ✓ Intensitetin
- ✓ Kohëzgjatjen
- ✓ Faktorët që kanë shkaktuar dhe lehtësuar dhimbjen

Infermieri njëkohësisht shënon prezencën e çdo simptome të mëposhtme që shoqërohet:

- Nauze
- Të vjella
- Marrje mendsh
- Dobësi-frymëmarrje të shkurtër

## **2.12 VLERËSIMI PSIKOSOCIAL**

Mospranimi (refuzimi) është reaksion fillestar i dhimbjes së kraharorit në pacientët me angina apo infarkt të miokardit. Në përgjithësi pacientët me infarkt të miokardit presin më shumë se 2 orë pastaj drejtohen në spital.

Pacientët shpesh i shpjegojnë simptomat e tyre si rezultat të mostretjes apo mbilodhjes. Në disa situata zemërimi është një pjesë normale e adaptimit për sa i përket identifikimit të simptomave siç është diskomforti i kraharorit, është e dëmshme për pacientin. Infermieri i shpjegon pacientit domosdoshmërinë e raportimit të çdo diskomforti, thekson se ai ose ajo duhet të përpiqet të lehtësojë diskomfortin në mënyrë të menjëhershme. Frika, ankthi dhe zemërimi janë reaksione të zakonshme të pacientëve dhe familjarëve.

Vlerësimi infermieror fokusohet në indentifikimin e këtyre ndjenjave. Infermieri lejon pacientin dhe familjarët të shpjegojnë si e kanë kuptuar sëmundjen dhe të sqarojnë çdo keqinformim.

## **2.13 DIAGNOZAT INFERMIERORE**

Në bazë të vlerësimit, infermieri identifikon diagnozat e mëposhtme për pacientët me sëmundje të arterieve koronare.

- ✓ Dhimbje e lidhur me inbalancën midis mbështetjes dhe nevojave për Oksigjen
- ✓ Pamundësi individuale për tu përshtatur e lidhur me efektet e sëmundjes akute, ndryshimeve kryesore në mënyrën e jetesës
- ✓ Ulje e punës së zemrës e lidhur me disritmin
- ✓ Ulje e punës së zemrës e lidhur me disfunktionet e ventrikulit të majtë dhe të djathtë.

## 2.14 DIAGNOZA TË PRITSHME

Përveç diagnozave të zakonshme disa pacientë mund të përjetojnë një nga diagnozat e mëposhtme:

- ✓ frikë lidhur me kërcënimin e vdekjes
- ✓ ndryshime në aktivitetin seksual e lidhur me dhimbjen dhe efektin e sëmundjes
- ✓ pamundësi për të lëvizur e lidhur me dhimbjen dhe frikën e dhimbjes.

## 2.15 PLANIFIKIMI

- ✓ Lehtësimi i dhimbjes
- ✓ Përmisimi i perfuzioneve të miokardit
- ✓ Rritja e aftësive individuale për tu përshtatur me sëmundjen
- ✓ Rritja e aftësisë për kryerjen e aktiviteteve ditore
- ✓ Përmisimi i punës së zemrës

## 2.16 NDËRRHYRJA INFERMIERORE

Lehtësimi i dhimbjes: qëllimi kryesor është që pacienti të përjetojë një lehtësim të dhimbjes së kraharorit. Objektivi i trajtimit është të eliminojë diskon: fortin e kraharorit nëpërmjet:

- Lehtësimit të dhimbjes
- Zvogëlimit të kërkesave të miokardit për oksigjen
- Rritjes së furnizimit me oksigjen <sup>38</sup>

### Figura 2. Kujdesi Infermieror



Burimi <https://www.google.com/url?sa2Finfermieria-dhe-infermieret-e-anestezionit>

<sup>38</sup> Peka E, Neçaj L, Rrustami E, Bego D, Imami-Lelçaj A, Dervishi A, Zanaj V dhe Mane V, "Infermiestika në specialitete", Tiranë, 2005

### 3. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i këtij punimi është zgjerimi i njohurive mbi sëmundjen ishemike të zemrës, raporti infermieror profesional dhe ndërgjegjësimi në lidhje me këtë sëmundje përmes analizimit të disa karakteristikave bazë të pacientëve të hospitalizuar në repartin e njësisë koronare në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” dhe prezantimit të rastit. Objektivat kryesore të realizimit të këtij punimi janë:

- Prezantim i rastit
- Vlerësimi i të dhënave të pacientët me Angina Pektoris të paqëndrueshme dhe të qëndrueshme sipas numrit të hospitalizimit
- Vlerësimi i të dhënave të pacientët me Angina Pektoris të pa qëndrueshme dhe të qëndrueshme sipas gjinisë
- Vlerësimi i të dhënave të pacientët me Angina Pektoris të pa qëndrueshme dhe të qëndrueshme sipas moshës

## **4. METODOLOGJIA**

Studimi i rastit u realizua në repartin e njësisë koronare në spitalin regjional “Isa Grezda” në Gjakovë me leje të lëshuar nga drejtorja e spitalit.

Të dhënat janë siguruar në mënyrë retrospektive nga protokolet e hospitalizimit për periudhë 6-mujore, Janar-Qershor -2016 në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë

Të gjitha informacionet janë po ashtu të paraqitura në tabela dhe grafikone pas llogaritjes së strukturës.

## 5. REZULTATET

Rezultatet janë prezantuar në fillim me prezantim rasti e pastaj rezultatet nga përpunimi i të dhënave.

### PREZANTIM RASTI:

**Të dhënat subjective-** Një burrë 55-vjeç me inicialet F.B i lindur në Gjakovë me 08.04.1961. Gjendja sociale-ekonomike është mesatare, pesha trupore 71 kg me gjatësi 1.70 cm, nuk ka alergji ne barna,ndërsa në spital është hospitalizuar për here të dytë në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë. Pacienti paraqitet në njësinë koronare me ankesat e dhimbjes së gjoksit .

**Të dhënat objective-** Dhimbja shfaqet në pushim dhe në veprimtari fizike minimale dhe zakonisht zgjate më shumë se 10 minuta. Është e rëndë brenda 4 deri 6 jave ajo shfaqet me një model rritës domethënë, është dukshëm më e rëndë, më e gjatë ose më shpeshtë sesa episodet e mëparshme. Dhimbja ndodhte fillimisht gjatë ushtrimit të madh pacienti pohon se kjo gjendje shoqërohet me frymëmarrje shumë të dobët , nauze, djegie, dhe rëndim.

- Tensioni Arterial-145/95 mmHg
- Puls-50 rrahje/min
- Frymëmarrja -16/min
- Temperatura 37 C

**Të dhënat historike-** pacienti në fjalë ka një histori sëmundje të rëndësishme hipertensioni dhe hiperlipidemie. Ai merr atenolol për hipertensionin arterial dhe po përdor një dietë me pak kolesterol. Ai referon se gjatë pesë muajve të fundit ka pasur një rëndesë të here pas hershme substernale gjoksi që përhapet në krahun e majtë. Në historinë e tij familjare,babai i tij ka vdekur në moshën 56-vjeçare me infarkt miokardi.

**Të dhënat aktuale** – pacienti tashmë është i hospitalizuar në njësinë koronare si pasojë e dhimbjes së gjoksit, frymëmarrjes së dobët, ndjenjën e rëndesës. Pas te gjitha ekzaminimeve të nevojshme, mjeku adekuat konstaton me angina pectoris të pa qëndrueshme. Pacienti monitorohet në krevat i përshkruhet oksigjen plotësues. Pacienti qëndron i percjellur nga familjaret, dhoma është në gjendje të pastër dhe në temperature normale.

Pacientit i ordinohet terapi nga kardiologu:

- Aspirine, 160-325 mg në fillim dhe më pas e përditshme
- Heparine 100 mg
- Frenuesin e glikoproteinës IIb/IIIa
- Nitrate IV 10 ug/min
- B-blokuesit, metoprolol iv 5mg çdo 5 min për tri doza

## **DIAGNOZA INFERMIERORE**

Qëllimi i diagnozës infermierore është hartimi dhe zhvillimi i një plani, kujdesi individual në mënyrë të tillë që pacienti dhe familja e tij të mund të përshtaten me ndryshimet që rezultojnë nga problemet shëndetësore. Pas mbledhjes së të dhënave subjektive, objektive, historike dhe aktuale, duke shfrytëzuar planin e procesit të kujdesit infermieror, diagnozat potenciale dhe të mundshme infermierore për këtë pacient janë:

- ✓ Dhimbje e lidhur me inbalancën midis mbështetjes dhe nevojave për oksigjen
- ✓ Dispne e lidhur me pamjaftueshmërinë e transportit të oksigjenit
- ✓ Ulje e punës së zemrës e lidhur me disritmitë
- ✓ Frikë e lidhur me kërcënimin e vdekjes
- ✓ Ndryshime të ciklit të gjumit e lidhur me dhimbjen

## **PLANIFIKIMI INFERMIEROR**

Për çdo pacient i cili përjeton një episode akut angina, menaxhimi i dhimbjes është prioritet i çdo infermiere.

- ❖ Rehatia e pacientit
- ❖ Administrimi enteral dhe paraenteral i barnave të udhëzuara nga mjeku
- ❖ Plasimi i oksigjeno-terapis
- ❖ Monitorimi i shenjave vitale për të parandaluar ndërlikimet e mundshme, dhe të vogla
- ❖ Pregaditja e antiemetikëve në rast ndërlikimeve gastrointestinal



## ZBATIMI INFERMIEROR

Bashkëpunimi i ndërlidhur mjek-infermierë, pacient dhe familjarë është thelbësore. Ky raport ndihmon dhe lehtëson punën e mjekut dhe infermierëve, duke marrë parasysh edhe faktin që infermiera është ajo që në shumicën e kohës është në kontakt me pacientin. Tek rasti F.B disa prej karakteristikave kryesore të zbatimit infermieror janë:

- I moshuari është adaptuar me ambientin për aq kohë sa do kryej infuzionin
- Pacienti dhe familjarët janë të informuar për gjendjen shëndetësore
- Raportet e personelit me pacientin janë të mirëfillta
- Infermierja aplikon masat e higjienës në bashkëpunim me të tjerët
- Maten shenjat vitale dhe dokumentohen
- Pacienti pajtohet për marrjen e terapisë
- Administrohet terapia dhe dokumentohet
- Kontrollohet temperatura e dhomës
- Eliminohet çdo faktor (përveç atyre të domosdoshëm) që ndikon në prishjen e disponimit të pacientit
- Kontrollojmë vazhdimisht gjendjen fizike dhe shpirtërore të pacientit duke u munduar të parandalojmë komplikimet

## VLERËSIMI PËRFUNDIMTAR

- ✓ Pacienti përjeton lehtësim apo eliminim të dhimbjes
- ✓ Siguron një ritëm kardial normal
- ✓ Siguron një T.A, ritëm respirator, tinguj të frymëmarrjes, dhe puls peripheral në parametra të pranueshme
- ✓ Identifikon shqetësimet që do e shoqërojnë gjatë gjithë jetës si rezultat i prezencës së sëmundjes së arterieve koronare.
- ✓ Identifikon faktorët rrezikues dhe planin për ndryshimet në mënyrën e jetesës
- ✓ Shpjegon domosdoshmërinë e përdorimit të të gjithë medikamenteve, duke përfshirë nitroglicerinin
- ✓ Përshkruan se si ai mund të menaxhojë dhimbjen e kraharorit
- ✓ Rrit aktivitete në mënyrë graduale dhe kryen aktivitet ditore duke mos përjetuar dhimbje të kraharorit, dispne apo lodhje

## PREZANTIMI I REZULTATEVE NGA TË DHËNAT SPITALORE

Gjatë hulumtimit në Spitalin Rajonal të Gjakovës në repartin e njësisë koronare gjatë 6 mujorit të parë të vitit 2016 ishin paraqitur gjithsej 194 pacientë, prej tyre 114 pacientë me angina pektoris të qëndrueshme, raportet tregojnë se gjinia mashkullore dominonte me 79 (58 %) raste .

*Tabela 3. Numri i pacientëve me Angina Pectoris të qëndrueshme për nga gjinitë*

Gjinia	Numri	Përqindja
Meshkuj	79	58.00%
Femra	35	42.00%
Gjithsej	114	100.00%



*Grafikoni 1. Struktura e pacientëve në bazë të gjinisë*

Në tabelën 3 dhe grafikonin 1 është paraqitur numri i pacientëve në të dy gjinitë për angina pektoris e qëndrueshme. Sipas të dhënave të ilustruara shohim qartë se gjinia mashkullore ka një përqindje më të lartë se ajo femërore.

Pacientët me angina pektoris të pa qëndrueshme janë gjithsej 80 raste, ku prej gjinisë mashkullore janë 56 (63%), ndërsa prej gjinisë femërore janë 24 (37%). Ndarja sipas gjinisë.

**Tabela 4. Përqindja e Angina Pektoris të paqëndrueshme sipas gjinisë.**

Gjinia	Numri	Përqindja
Meshkuj	56	63.00%
Femra	24	37.00%
Gjithsej	80	100.00%

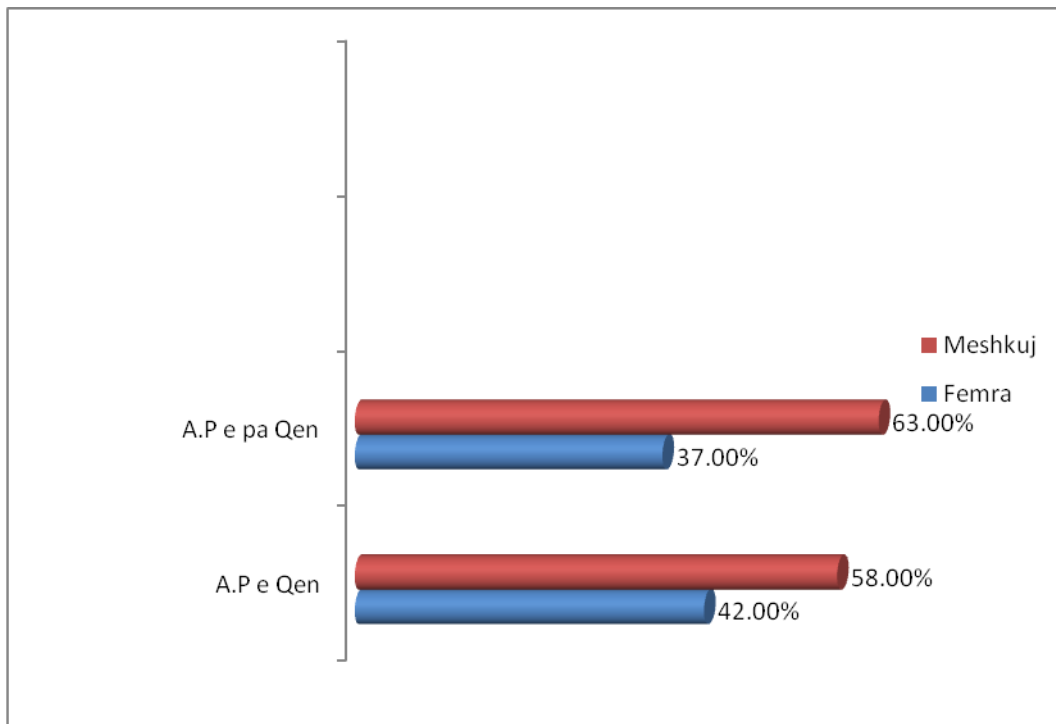


**Grafikoni 2. Struktura e numrit të pacientëve me A.Pektoris të paqëndrueshme në bazë të gjinive**

Në tabelën 4 dhe grafikun 2 kemi paraqitur numrin e pacientëve me angina pektoris të paqëndrueshme me gjithsej 80 pacientë, gjinia mashkullore paraqitet me numër më të madhë se gjinia e kundërt.

**Tabela 5. Krahasimi i Angina Pektoris e qëndrueshme dhe e pa qëndrueshme në të dy gjinitë**

Gjinia	A.P e paqëndrueshme/ Përqindja	A.P e qëndrueshme/ Përqindja
Meshkuj	63.00%	58.00%
Femra	37.00%	42.00%
Gjithsej	100.00%	100.00%



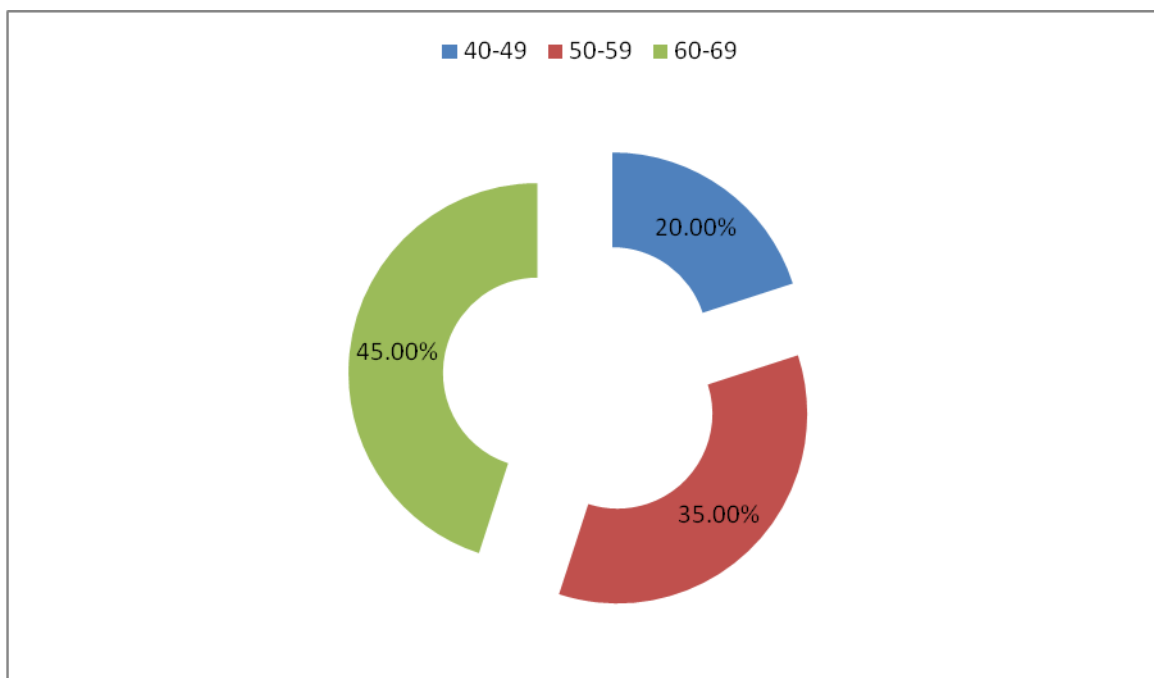
**Grafikoni 3.Përqindja e të dy llojeve të A.P në bazë të gjinisë**

Në tabelën 5 dhe grafikun 3 është paraqitur krahasimi në mes angina pektoris të qëndrueshme dhe asaj të paqëndrueshme në të dy gjinitë.

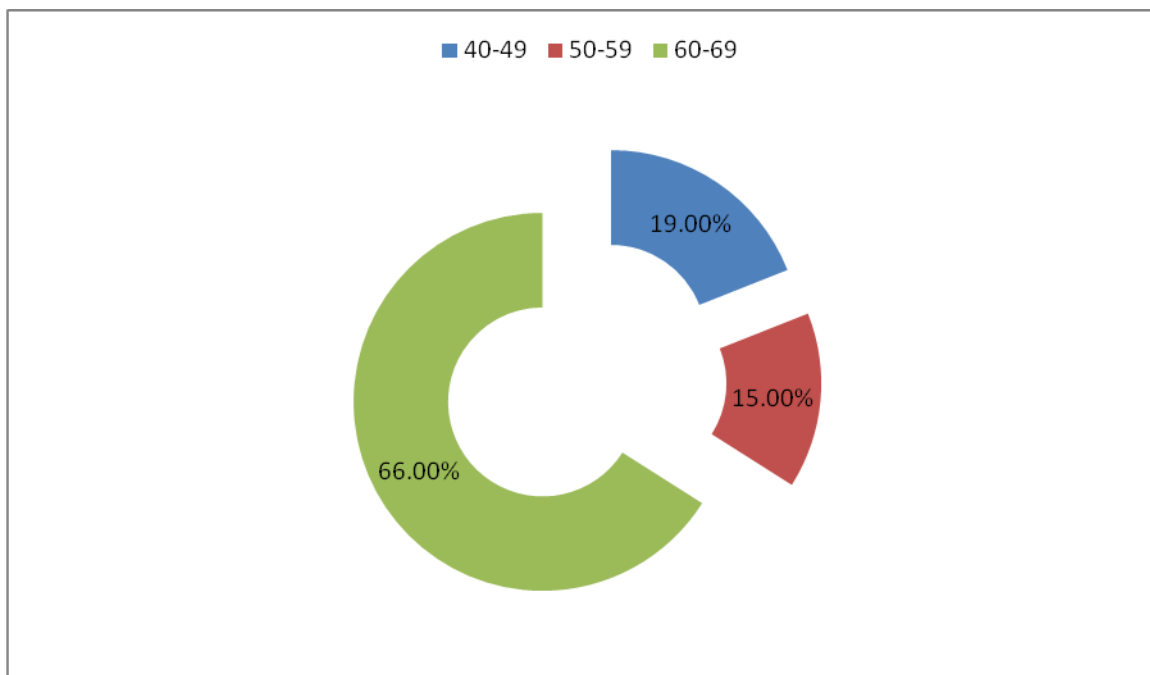
Pra në tabela dhe grafikone shihet qartë se angina pektoris e qëndrueshme është më shumë e shprehur me (58 %) te meshkujt më tepër se tek femrat ndërsa angina e paqëndrueshme poashtu me 63% meshkuj. Pra vërejmë se gjinia mashkullore dominon në të dyja llojet e anginës.

*Tabela 6. Numri i pacientëve me Angina Pektoris të qëndrueshme dhe te paqëndrueshme në bazë të grupmoshave.*

Grupmosha	A.P qëndrueshme	Përqindja	A.P e paqëndrueshme	Përqindja
40-49	28	20.00%	22	19.00%
50-59	37	35.00%	18	15.00%
60-69	49	45.00%	40	66.00%
Gjithsej	114	100.00%	80	100.00%



*Grafikoni 4. Pacientët me angina pektoris të qëndrueshme me ndarje sipas moshës*



***Grafikoni 5. Pacientët me angina pectoris të pa qëndrueshme me ndarje në bazë të grupmoshës***

Në tabelën 6 është paraqitur numri i pacientëve me Angina Pectoris të qëndrueshme dhe të paqëndrueshme sipas grupmoshës. Në të dy grafikonet Angina fillon prej moshës 40-69. Në grafikonin 4 angina e qëndrueshme u vërejt te 28 (20%) pacientë për grupmoshën 40-49, me 37 (35%) pacientë për grupmoshën 50-59 dhe me 49 (45%) pacientë për grupmoshën 60-69.

Në grafikonin 5 angina e paqëndrueshme u vërejt te 22 (19%) pacientë për grupmoshën 40-49, me 18 (15%) pacientë për grupmoshën 50-59 dhe me 40 (66%) pacientë për grupmoshën 60-69. Sipas numrit dhe përqindjes së dhënë shihet qartë se grupmosha me më shumë pacientë të shprehur është ajo 60-69 për të dy format klinike të sëmundjes iskemike të zemrës.

## 6. DISKUTIM

Sipas një studimi në Angli 2002 dhe 2003, 1.13 % (144.450 ) shfaqen për angina pektoris. Angina shfaqet me 58% të gjinisë mashkullore dhe 42% të gjinisë femërore. Moshë mesatare e pacientëve ishte 67.

Sipas statistikave të marrura në Spitalin e Gjakovës sa i përket numrit të hospitalizimit vërehet një dallim dukshëm i madhë me statistikat e Anglisë. Kjo për arsye se Anglia është një shtet me numër të popullsis më të madhë në krahasim me vendin tonë prandaj dukshëm edhe numri i të prekurve nga sëmundja është më i lartë.

Ndërsa sa i përket grupmoshës të dhënat përputhen me ato të vendit tonë.

Pavarësisht nga zhvillimi apo mos zhvillimi, numri i madh apo i vogël i popullsis natyra e sëmundjes nuk ndryshon, pra ajo prek më shumë moshën e shtyer. Një arsye e fort se pse në këtë moshë do të ishte se organizmi është më i dobët dhe mundësia e mbrojtjes ndaj sëmundjes është më e ulët.

Të dy studimet japin të njëjtat përfundime pra, angina prek gjininë mashkullore më shumë se atë femërore dhe të njëjtën moshë.

Pra siç e shohim në bazë të dhënave të marrura në njësinë koronare në spitalin regjional në periudhën Janar- Qershor kemi vërejtur se Angina Pektoris e paqëndrueshme është në numër më të vogël se ajo e qëndrueshme si dhe gjinia mashkullore dominon në të dyja llojet, ndërsa për nga grupmosha statistikat tregojnë se sëmundja fillon prej viteve 40-69 por periudha me më shumë pacientë të shprehur është ajo e moshave 60-69.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> <http://www.rightdiagnosis.com/a/angina/stats.htm>

## 7. PËRFUNDIME

Brenda 6 mujorit të parë të vitit 2016 në njësinë koronare janë hospitalizuar gjithsej 194 pacientë me angina pektoris , të qëndrueshme janë 114, dhe 80 pacientë me anginë të pa qëndrueshme, raportet tregojnë:

- ✓ Forma klinike e sëmundjes ishte Angina Pektoris e qëndrueshme
- ✓ Gjinia më e prekur nga sëmundja ishte ajo mashkullore me 58 %
- ✓ Angina ishte më e shprehur në grupmoshat 60-69 për të dy format klinike

### *Përfundimet e prezantimit të rastit:*

- Pacienti F.B me moshë 55 vjeç
- Gjinia - mashkull
- Paraqitet në njësinë koronare me ankesat e dhimbjes së gjoksit
- Pacienti në fjalë ka një histori të rëndësishme hipertensioni dhe hiperlipidemie
- Pas të gjitha ekzaminimeve të nevojshme mjeku konstaton me angina pektoris të pa qëndrueshme
- Mjeku i ordinon terapin pacientit

### *Pacientit i rekomandohet të :*

- ✓ Fillohet me ecjen
- ✓ Mbahet gjithmonë me vete nitroglicerina
- ✓ Matet pulsi para dhe pas kryerjes së ushtrimeve
- ✓ Ndërpritet aktiviteti kur është prezente rritja e pulsit, frymëmarja e shkurtër apo marrje mendsh
- ✓ Evitohet sforcimi (ngritja e peshave apo tërheqja e tyre)



## 8. A.REZYME

Ishemia e miokardit (muskulit të zemrës) krijohet kur nevojat e muskulit të zemrës për gjak janë më të mëdha se sa aftësia për ta furnizuar atë. Është një ndër sëmundjet më të shpeshta që shkakton vdekjen. Godet më shumë grup moshat 45-55 vjet. Preventiva e faktorëve të rrezikut zvogëlon morbiditetin dhe mortalitetin.

Përmes këtij punimi është hulumtimi i pacientëve me angina pectoris me ndarjen e kategorive në: numër, gjini dhe moshë në repartin e njësisë koronare në Spitalin Rajonal të Gjakovës, me një periudhë të caktuar kohore dhe me metodën retrospektive të grumbullimit të të dhënave .

Sipas rezultateve të fituara vijmë në përfundim se lloji më i përhapur i angina pectoris është ai i qëndrueshëm, sëmundja rezulton të prek më shumë gjininë mashkullore si dhe sëmundja fillon me grupmoshën 40-69 vjeçare.

**Fjalët kyçe:** Ishemia, Angina Pectoris

## **B.SUMMARY**

Myocardial ischemia (heart muscle) develops when the heart muscle needs for blood are greater than the ability to supply. Is one of the most common diseases that causes more death. Hit age group 45-55 years. Prevention of risk factors reduces morbidity and mortality.

Through this work is research of patients with angina pectoris sharing categories in: number, gender and age of the unit in the coronary unit in Gjakova Regional Hospital, with a certain time period and with retrospective method of data collection.

According to the results obtained, we conclude that the most common type of angina pectoris is the stable, the resulting disease affects more masculine and the disease starts 40-69 years age group.

**Key words:** Ischemia, angina pectoris

## 9. REFERENCAT

Federik J.Shoen, MD, PHD, Richard N.Mitchell, MD, PHD, “Bazat e patologjisë së ROBBINS-IT”, Shkup, 2013,

Michael H.Ross, Wojciech Pawlina “HISTOLOGJI TEKST DHE ATLAS” me biologji qelizore dhe molekulare të integruar, Shkup,2013

David A.Warell, Timothy M.Cox, John D.Firth, Edward J.Benz, Jr, P.H.Sudgen, N.J Severs, K.T. Macleod, P.A.Poole-Wilson,”Traktati i Oksfordit për mjeksinë”, Shkup,2013

Mark H. Swartz, William Harvey “TRAKTATI I DIAGNOZËS MJEKËSORE “Histori dhe Ekzaminim,Shkup,2013

Fauci A,Kasper D,Hauser S,Longo D,Jameson L, Eliot M.Antman, Andrew P.Selwyn Eugene Braunwald, Josef Loscalzo“Parimet e mjekësië Interne “ HARRISON, Shkup ,2013

John Noble, Harry I Greene, Il Wendy Levinson, Geoffrey A.Modest, Cynthia D.Mulrow, Joseph E.Scherger, Mark J.Young, Leopard S.Lilly ,“ Traktati i mjekësisë së kujdesit parësor “, Shkup, 2013

Lee Goldman, MD, Dennis.Ausiello, MD, Pierre Theroux “Traktati mjekësor i Cecili-it “,Shkup, 2013

Peka E, Neçaj L, Rrustami E, Bego D, Imami-Lelçaj A, Dervishi A, Zanaj V dhe Mane V, “Infermiestika në specialitete”, Tiranë,2005

<https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEëiLsePB5vbQAhËCrxoKHfsSAfoQjRëiBë&url=http%3A%2F%2Ftollomed.com%2FHome%2>

<https://www.google.com/url?sa2Finfermieria-dhe-infermieret-e-anestezionit>

<http://www.rightdiagnosis.com/a/angina/stats.htm>

## 10. CV e shkurtër e kandidatit

Brendona Sinani ka lindur më 03.03.1994 në Gjakovë, jeton në fshatin Xërxë në komunën e Rahovecit.

Shkollën e mesme të ulët e mbaroi në Shkollën “Hamëz Thaqi” në Xërxë, 2008-2009

Shkollën e mesme të lartë e mbaroi në Shkollën e Mesme të Mjekësisë “Hysni Zajmi” Gjakovë në vitin 2013.

Shkollimin universitar e filloi në vitin 2013 në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri.

Statusi i rregullt me nr të ID 130306056

Nr.Personal: 1233945494

Nr telefonit : 045-887-838

Adresa: Fshati “Xërxë”

Email:brendona.sinani@hotmail.com