

UNIVERSITETI I GJAKOVËS
“FEHMI AGANI ”
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I INFERMIERISË



DIPLOME

PUNIM

TEMA: KUJDESI INFERMIEROR TEK FËMIJËT ME SËMUNDJE
OBSTRUKTIVE RESPIRATORE

Mentori
Prof. Ass. Dr. Ramush Bejqi

Kandidatja
Laureta Zeneli

Gjakovë, 2017

DEKLARATË E AUTORËSISË

Deklaroj se kjo temë diplome e dorëzuar është punë origjinale, përpos ku është cekur ndryshe.

Kam treguar qartë praninë e të gjitha materialeve të shfrytëzuara dhe kemi cituar burimet, duke përfshirë çdo diagram, foto, grafike ose tabelë.

Me anë të kësaj deklaratë vërtetoj se kjo tezë hulumtimi apo ndonjë pjesë e saj nuk është paraqitur më parë për arritjen e ndonjë shkalle ose ndonjë kualifikimi tjetër në Universitetin e Gjakovës.

Kandidatja: Laureta Zeneli

Falënderim

Falënderojë prof. Ass.Dr Ramush Bejiqi, i cili më ndihmoi në përgaditjen e temës më këshilla dhe udhëzime të mirëfillta, stafin akademik të Fakultetit të Infermierisë në Gjakovë, për njohuritë dhe eksperiencën që më kanë ofruar gjatë kësaj periudhe të studimit.

Falënderojë familjen time për mbështetjen e dhënë gjatë gjithë shkollimit tim.

Përmbajtja

1. Abstrakti.....	5
2. Hyrja.....	6
2.1. Bronkitet.....	9
2.1.1. Bronkiti akut.....	9
2.1.2. Bronkiti kronik.....	10
2.1.3. Bronkiti obstruktiv akut dhe recidivues.....	10
2.2. Emfizema e mushkërive.....	12
2.3. Astma.....	14
2.4. Bronkioliti akut.....	23
2.5. Bronkiektazia.....	25
3. Roli i kujdesit infermieror.....	27
3.1. Vlerësimi infermieror.....	27
3.2. Diagnoza infermierore.....	27
3.3. Planifikimi infermieror.....	28
4. Qëllimi.....	29
5. Materilaj dhe metodologjia.....	29
5.1. Menaxhimi i të dhënave.....	29
6. Rezultatet.....	30
6.1. Të dhënat e SPOK-ut të shpërndara sipas grupmoshës.....	31
6.2. Fëmijët me SPOK të transfëruar në QKUK në Prishtinë.....	32
7. Diskutimi.....	34
8. Përfundimi.....	34
9. Konkluzione dhe rekomandime.....	35
10. Literatura.....	36

1. Abstrakti

Në këtë punim janë trajtuar çështjet që kanë të bëjnë më të kuptuarit ose konceptet e shkaktarëve të sëmundjeve pulmonare obstruktive (SPOK), historiku i shfaqës së problemeve obstruktive tek fëmijët në periudha, klasifikimi i shkaktarëve të SPOK-ut, menaxhimi i rasteve klinike tek fëmijët

me SPOK, si dhe punën që kryën infermieri në trajtimin e fëmijëve me sëmundje pulmonare obstruktive.

Punimi synon që duke u mbështetur në rezultatet e hulumtimit, duke marrë në konsideratë situatën ekzistuese dhe perspektiven e sistemit shëndetësor në Kosovë, të prezantojë menaxhimin dhe kujdesin e infermiereve për pjesëmarrje aktive në parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin adekuat, por edhe duke asistuar dhe mbështetur punën e mjekut, me qëllim që së bashku të parandalojmë me kohë komplikimet e mundshme nga sëmundjet pulmonare obstruktive .

Pikësnyimi i punimit është që të prezantohet incidenca e sëmundjeve pulmonare obstruktive të rastëve të diagnostifikura në ambulancën specialistike pediatrike në Spitalin Rajonal në Gjakovë, për vitin 2015. Janë analizuar 106 raste me SPOK; 57 raste kanë qenë me bronkiolit akut apo 53.77%, 45 raste me bronkit akut dhe bronkit kronik apo 42.45% dhe 4 raste me astma apo 3.77%. Këto të dhëna janë siguruar në menyrë retrospektive nga kartelat shëndetsore të fëmijëve të ekzaminuar pranë këtij institucioni.

Në bazë të diagramimeve është vërejtse grupmoshat më të prekura me SPOK janë moshat 2-4 vjeç me 28 raste apo 26.41%, kurse me e ultë është grupmosha 10-12 vjeç, 2 raste apo 1.88%.

Fjalët bosht: sëmundjet pulmonare obstruktive kronike, bronkioliti, bronkiti, astma

2.Hyrje

Sëmundjet pulmonare obstruktive kronike (SPOK) janë inflamacione kronike të rrugëve të frymëmarrjes dhe parenkimës mushkërore. Inflamimi shkakton obstrukcionin e rrugëve të frymëmarrjes dhe kufizimin e kalimit të ajrit nëpër to. Sëmundja është zakonisht progresive dhe nuk është reversible (e kthyeshme) në terapi.

Qrregullimet obstruktive pulmonare janë: bronkioliti, bronkiti akut dhe kronik, emfizema, astma, bronhektazia. SPOK kanë mes vete karakteristika të dallueshme anatomike dhe klinike.

Anatomia funksionale e sistemit respirator Organet e sistemit respirator janë: hunda, kaviteti i hundës, faringu, laringu, trakeja, bronket me degëzimet e tyre dhe mushkëritë që përmbajnë qeset e ajrit ose alveolat. Sistemi respirator ndahet në dy zona funksionale:

- zona respiratore ose zona e frymëshkëmbimit, e cila përbëhet nga bronkiolat respiratore, duktuset alveolare dhe alveolat(të gjitha struktura mikroskopike).
- zona përcjellëse - përfshinë të gjitha rruget e tjera respiratore përmes të cilave ajri arrinë në mushkëri.(1)

Qrregullimet e shoqëruara me obstruksion të rrymës së ajrit:

Spektri i sëmundjve pulmonare obstruktive kronike

(2)

Termi klinik	Vendi anatomik	Etiologjia	Shenjat/Simptomat
Bronkiti kronik	Bronku	duhanëpirja, ndotësit e ajrit	kollë, prodhim i spotumit
Bronkiektazia	Bronku	infeksionet e vazhdueshme	kollë, sputum purulent, temperturë
Astma	Bronku	shkaqe imunologjike, të papërcaktuara	guliçme episodike, kollë, dispne
Emfizema	Acinusi	duhanëpirja	dispne
Sëmundjet e rrugëve të voglatë ajrit, bronkioliti	Bronkioladuhanëpirja,	ndotësit e ajrit	kollë, dispne

1. Fiziologjia e Njeriut- Artan Shkoza , Tiranë 2007

2. Robbins –Basic Pathology 8 th Edition

Epidemiologjia Numri i rasteve me SPOK rritet me moshë; më të shpeshta janë në vendet ku tymosja e duhanit është më e lartë. Momentalisht janë shkakëtarë i katërt më rend i vdekjes në SHBA, ndërsa parashikohet që në vitin 2020 do të arrijnë në vendin e pestë në bote (në krahasim me vitin 1990 në vendin 12) pas sëmundjve ishemiike të zemrës, sëmundjve cerbrovaskulare, sëmundjve kancerogjene, fatkeqësive të ndryshme etj.

Etiologjia Faktorët e rrezikut për sëmundje pulmonare obstruktive janë të brendshëm dhe të jashtëm dhe rezultat i interaksionit midis tyre.

Faktorët e brendshëm të rrezikut janë:

- faktori gjenetik - mungesa e alfa-1-antitripsinës ,
- faktori i tejndjeshmërisë (hiperreaktiviteti) i rrugëve të frymëmarrjes,

- zhvillimi i mushkërive, pesha e lindjës e vogël dhe funksioni maksimal i arritur i mushkërive i vogël (me gjetje spirometrike) e rrisin rrezikun e paraqitjes së SPOK.

Faktorët e jashtëm të rrezikut janë:

- ekspozimi ndaj tymit të duhanit,
- ekspozimi ndaj pluhërit dhe kemikaleve,
- ndotja e ajrit në ambientet e mbyllura dhe të hapura
- infeksionet virale.

Manifestimet klinike SPOK karakterizohet me ecuri kronike dhe progresive të sëmundjes pa simptoma ose me simptoma të lehta dhe me përkeqësim (ekzacerbim). Kolla është simptoma e parë e sëmundjes që në fillim është e kohëpaskoshme e më vonë bëhet e përditëshme dhe produktive. Në disa të sëmurë lajmërohet dispnea që është simptoma kryesore për shkak të cilës të sëmuret kërkojnë ndihmën mjekësore. Wheezingu dhe shtypja në gjokës janë simptoma jospesifikë, mungesa e tyre nuk e përjashton diagnozën.

Diagnoza Vëhet në bazë të anamnezës dhe rezultateve të testeve të funksionit mushkëror, pa marrë parasysh ankesat subjektive. Në anamnezë duhet të kushtohet rëndësi faktorëve të rrezikut, anamnezës familjare pozitive për SPOK, infeksioneve respiratore të shpeshta në fëmijëri etj. (3)

Ekzaminimi fizikal në fazën e hershme ka vlerë të kufizuar diagnostike. Shenjat fizikale të obstrukcionit të rrugëve të frymëmarrjes janë të mangëta para paraqitjes së demtimt të funksionit respirator.

Shenjat tipike janë zhurma bronkiale, wheezing-u, sidomos gjatë eksperiumit. Spirometria është metodë e artë për diganostifikim dhe vlerësimin e SPOK-ut.

Mjekimi Plani i mjekimit dhe prevenimit të SPOK-ut përfshinë katër komponenta:

- vlerësimin dhe evoluimin e sëmundjës,
- zvogëlimin e faktorëve të rrezikut,
- mjekimine SPOK stabil dhe
- mjekimin e ekzacerbimit.

3.Pulmologjia-Ass. Dr.Skënder Baca ,Prishtinë 2005

2.1.Bronkitet

Mund të paraqiten në formë të:

- bronkitit akut ,
- bronkitit kronik dhe
- bronkitit obstruktiv akut dhe recidivues.

2.1.1. Bronkiti akut (Bronchitis acuta)

Bronkiti akut në moshën fëmijërore rrallë paraqitet si i vetëm, zakonisht është i shoqëruar me infeksionet e rrugëve të sipërme ose të poshtme të frymëmarrjes. Më shumë paraqitet gjatë dimrit. Shkaktarët janë të njëjtë me ata të rrugëve të sipërme ose të poshtme të frymëmarrjes (Adenoviruset, virusi i Influcencës,Parainflucencës etj).

Kolla është simptoma kryesore që e përcjellë bronkitin akut.Kolla është e thatë, me fillim të ngadalshëm; brenda disa ditëve kolla bëhet produktive,në fillimi me sekrecion seroz, I cili pastaj behët purulent.Fëmija është i zbehtë, i plogësht, ndonjëherë ankohet në dhembje në pjesën e

përparme të krahavorit, zakonisht gjatë kollës. Meqenëse është i shoqëruar me infeksione të rrugëve të sipërme ose të poshtme të frymëmarrjes, atëherë janë të shoqëruar edhe shenjat dhe simptomat nga këto.

Manifestimet klinike Fëmija është afebril ose me temperaturë të lehtë të ngritur trupore dhe ka manifestime klinike të rinofaringitit (ftohje) dhe konjuktivitit. Në auskultim dëgjohet frymëmarrje e ashpërsuar me kërcitje të hershme inspiratore.

Në radiografinë e mushkërive në fazën fillestare vizatimi bronkial është i theksuar. Hemogrami dhe sedimentimi i eritrociteve nuk janë karakteristike për sëmundjen.

Në diagnozë diferenciale, nëse kollja perziston, mund të vijjë bronkiolit akut, sidomos tek fëmijët e vegjël dhe fibroza cistike. Ndërlikimet paraqiten tek fëmijët me imunitet të komprometuar, në formë të otitit, sinusitit dhe pneumonisë.

Mjekimi Në rast se bronkiti është i shoqëruar me infeksione të rrugëve të sipërme respiratore, mjekimi është simptomatik: jepen antipiretik, lëngje. Duhet bërë lirim e rrugëve të sipërme respiratore, nëse janë të shprehura shenjat e rinofaringitit. Nëse është i shoqëruar me pneumoni, varësisht nga shkakëtari i pneumonisë, mjekohet me antimikrobikë. (3)

2.1.2. Bronkiti kronik (Bronchitis chronica)

Përkufizimi i bronkitit kronik tek të rriturit është kollja produktive e cila zgjatë 3 muaj sëpaku për 2 vjet, nuk merret edhe tek fëmijët. Të fëmijët manifestohet me kollë dhe në ekzaminim objektiv ndryshimet karakteristike për bronkit që zgjatin deri 8 javë.

Kolla është simptomë kryesore e cila paraqitet me shumë natën; mund të jetë e thatë ose produktive. Shpesh fëmija ndien dhembje në krahavor.

Ekzaminimi objektiv i përgjigjet atij të bronkitit akut, por ndryshimet përzisojnë më gjatë dhe mund të jetë prezente edhe fishkëllima. Në radiografinë e mushkërive është i theksuar vizatimi bronkial, më shumë në pjesët bazale të mushkërive.

Diagnoza Mbështetet në të dhëna anamnestike, ekzaminimin objektiv dhe në radiografinë e mushkërive. Në diagnozë diferenciale vijjë në konsiderim sëmundjet e mushkërive (bronhektazia, fibroza cistike, anamolitë e zemrës me shantmajta-djathta).

2.1.3. Bronkti obstruktiv akut dhe recidivues

Bronkiti obstruktiv akut dhe recidivues paraqet çdo infeksion të bronkeve ku janë prezente manifestimet klinike të bronkoobstruksionit (ekspirumi i zgjatur dhe fishkëllima). Ekzistojnë disa sinonime për këtë sëmundje si bronkiti astmatik, bronkiti spastik etj.

Konsiderohet si gjendje e shpeshtë tek fëmijët në 2-3 vitet e para të jetës; mendohet se rendësi ka diametri i bronkeve që të fëmijët gjerë në moshën 3 vjeçare është më i vogël dhe më lehtë bëhet mbyllja e tyre.

Etiologjia Mendohet se shkaktarë në paraqitjen e bronkitit obstruktiv kanë rendësi dy faktorë: faktori gjenetik dhe agjentët e jashtëm. Nuk do të paraqitej bronkiti obstruktiv me gjithë predispozicionin gjenetik nëse nuk provokohet nga faktorët e jashtëm. Në faktorët e jashtëm në radhë të parë ndikojnë infeksionet virusale, pastaj ekspozimi ndaj ngacmuesve të ndryshëm me natyrë alergjike, klimatike, toksike ose i panjohur. Rendësi të madhe ka ekspozimi i fëmijës ndaj tymosjës së duhanit.

Manifestimi klinike Fillon me sekrecion nga hunda, kollë të thatë dhe ngacmuese, plogështi, zbehje. Mund të ketë edhe temperaturë të ngritur trupore; në disa raste pason edhe takipnea dhe fishkëllima që dëgjohet nga rrethi.

Në ekzaminim mund të paraqitet skuqja e grykës dhe sekretimi nga hunda. Në auskultim dëgjohet frymëmarrja e dobësuar, inspirum i shkurtuar, ekspirium i zgjatur, me fishkëllima polifonike.

Në radiografinë e mushkërive ekzistojnë shenjat e mbiajritit të fushave mushkërore, brinjët janë horizontalisht të vendosura, hapësirat ndërbrinjore të zgjeruara, diafragma e lëshuar poshtë, mediastinumi i ngushtuar. Regjistrohet edhe rritje e transparencës së indit mushkëror.

Diagnoza diferenciale Në diagnozë diferenciale vijnë në parasysh astma, bronkioli akut, fibroza cistike, trupat e huaj në rrugët e frymëmarrjes.

Mjekimi Dhënia e β -2 agonistëve me veprim të shkurtër, në formë të inhalimit është zgjedhja e parë të mjekimi i bronkitit obstruktiv. Nëse dispnea është shumë e shprehur preferohet dhënia e kortikosteroideve. Dhënia e antimikrobikëve duhet të bëhet vetëm nëse paraqiten infeksionet dytësore bakterore. (4)

Prognoza Bronkiti obstruktiv ka prognozë të mirë, sepse të numër i madh i fëmijëve gjatë vitit të dytë dhe të tretë të jetës episodet rrallohen deri të zhdukja e tyre në 95-98% të rastëve. Nëse episodet e bronkitit obstruktiv fillojnë pas moshës tri vjeçare, pa shenja të infeksionit por si pasojë e provokimeve të tjera, atehërë prognoza nuk është e mirë dhe pritet që të këta fëmijë të zhvillohet astma.

Ekzistojnë disa parametra kur pritet që një fëmijë të zhvillojë astmë si:

- konstitucioni atopik i fëmijës, anamneza familjare pozitive,
- përqendrime të larta të IgE në serum,
- eozinofilia në strisho të hundës,
- eozinofilia në gjakun periferik,
- epizoda të bronkoobstruksionit, pa shenja të infeksionit viral

2.2.Emfizema e mushkërive (Emphysema pulmonum)

Emfizema karakterizohet më zgjerimin e vazhdueshëm të hapësirave alveolare, të shoqëruara me demtime të septeve alveolare. Definicioni mbështet në ndryshimet patoanatomike; pa dëmtim të alveoleve nuk ka emfizemë. Vetëm zgjerimi i hapësirave të ajrit (grumbullimi i ajrit) në hapësirën alveolare, pa shkatërrim të septeve alveolare, është mbiajrosje e mushkërive (Hiperinflacion).

Etiologjia dhe patogjeneza Etiopatogjeneza e emfizemës bazohet në baraspeshën në mes të veprimit të proteazeve dhe antiproteazeve në mushkëri. Në kushte normale vjen deri të lirimi i enzimeve proteolitike (proteazat janë elastaza, kologjenazat etj) ngaleukocitet, makrofaget alveolar dhe mikroorganizmat.

Proteazat neutralizohen nga antiproteazat në mushkëri. Në kushte normale raporti në mes proteazave dhe antiproteazave është i ekuilibruar. Në momentin kur kemi predominim të proteazave vie deri të demtimi i septeve alveolare dhe zhvillimi i emfizemës.

Veprimi i proteazave është i rritur në infeksionet e mushkërive. Enzimet proteolitike bëjnë demtimin e septeve alveolare nga formohen hapësira të ajrit duke përfshirë pjesët e acinusit, përkatësisht strukturën e mushkërive në pjesët distal të bronkiolave respiratore. (3)

Aktiviteti i enzimeve proteolitike është i shtuar në pjesët e poshtme të mushkërive, prandaj edhe emfizema zhvillohet në këto pjesë të mushkërive. Grumbullimi i makrofagve alveolar liron

faktorët kemotaktik për leukocitet dhe granulocitet neutrofile, të cilat aktivizojnë enzimet proteolitike (elastazën), e cila shkatërron arkitekturën e ndërtimit të mushkërive.

Faktorët që e zvogëlojnë e aktivitetin inhibitorëve të proteazve, funksioni i të cilave është ruajtja e indit lidhor nga dëmtimi i enzimave proteolitike të liruara nga bakteret e shkatërruara ose leukocitet, është alfa -1-antitripsina. Mungesa e alfa -1-antitripsinës është sëmundje trashëguese dhe trashëgohet në mënyrë autozomale recesive.

Tipet e emfizemës Klasifikohen sipas shpërndarjes anatomike brenda lobulit. Acinusi është struktura që ndodhet distal bronkiolave fundore dhe një grup prej tre deri pesë acinusesh quhet lobul. Ekzistojnë katër tipe kryesore të emfizemës (2)

- emfizema centroacinare
- emfizema panacinare,
- emfizema acinare distale,
- emfizema e çrregulltë

Emfizema centroacinare është tipi më i shpeshtë në mbi 60% të formave të emfizemës.

2. Robbins –Basic Pathology 8 th Edition

3. Pulmologjia – Ass Dr Skënder Baca , Prishtinë 2005

Pasqyra klinike Të sëmurët me emfizemë kryesisht janë të dobët, astenik. Simptomë e pare është frymëzënia gjatë aktivitetit fizik, me vonë edhe në qetësi, dispnea, cianoza.

Ndryshimet radiologjike tek emfizema vrehën shenjat e mbiajritit të mushkërive në atë pjesë, me spostimin e mushkërive në anën e kundert, zgjerimi i hapësirave ndërbrinjore, mbiajrimi i mushkërive, diafragma është e spostuar etj.

Diagnoza Diagnoza bazohet në manifestimet klinike, ekzaminim radiologjik dhe përcaktimin e alfa-1-antitripsinës.

Mjekimi Konsiston në mjekimin e sëmundjes themelore, e cila ka shkaktuar emfizemën. Për mjekimin e deficitit të alfa-1-antitripsinës përdoret dhënia e plazmës humane e pasuruar me alfa-1-antitripsinë në doze javore 60mg/kg të masës trupore në mënyrë intravenoze një herë në javë.

2.3.Astma

Astma është sëmundje kronike inflamatore e rrugëve të frymëmarrjes, që karakterizohet me simptoma periodike, vështirësi në rrjedhjen e ajrit (frymës) dhe tejndjeshmëri bronikale në themel të të cilave është inflamimi. Përcillet nga epizodet rekurente të kollës (sidoms naten dhe herët nëmengesë), dispne, fishkëllima dhe shtrëngim në krahëror. Këto episoda manifestohen me obstrukcion të rrugëve të frymëmarrjes që janë reverzibile në menyrë spontane ose me përdorim të barnave.

Epidemiologjia Astma paraqitet në çdo moshë, por në 80% të rastëve simptomat e para shfaqën deri në moshën 5 vjeçare. Të dhënat nga studimet botërore tregojnë se shpeshtësia e astmës është në rritje. Fëmijet që kanë astmë mesastarisht të rëndë, në mes moshës dy vjeçare dhe puberteti pritet që prej tyre 5% do të zhvillojnë formë të rëndë të astmës më vonë, kurse të fëmijët me formë të rëndë të astmës e me hospitalizime të shpeshta dhe të varur nga kortikosteroidet në 95% të rasteve do të kalojnë në të sëmurë adultë me astmë.

Etiologjia Shfaqja e astmës bronikale ndodhë pasojë e ndërveprimit të :

- faktorve të nikoqirit ,
- faktorve të ambientit.

Në faktorët e nikoqirit përfshihet komponentia trashëguese gjenetike e cila ndikon në tejndjeshmërin e rrugëve të frymëmarrjes ndaj alergjënve të ambientit si dhe në rregullimin e lirim të mediatorve të inflamacionit.

Sipas disa studimeve inflamimi i rrugëve të frymëmarrjes në astmë ndodhë si pasojë e humbjes se balances normale në mes dy popullatve “ kundërshtuese ” të limfociteve ndihmëse (helper) Th, atyre Th1 që luajnë rol në përgjigjen imune qelizore ndaj infeksionit dhe atyre Th2 që luajnë rol në inflamacion alergjikë.

Sistemi imunë i të posalindurit anon kah limfocitet Th2. Pas lindjes stimuj të ambientit siç janë ekspozimi ndaj agjentëve infektiv, ekspozimi ndaj kafshëve shtëpiake aktivizon limfocitet Th1 dhe mban balancimin e duhur Th1/Th2.

Faktorët që favorizojnë aktivizimin e limfociteve Th1:

- ekspozimi ndaj fëmijëve tjerë,
- ekspozimi ndaj kafshëve shtëpiake,

- ekspozimi ndaj infeksionit,
- jeta në ambient rural.

Faktorët që favorizojnë aktivizimin e limfociteve Th2:

- përdorimi i shpeshtë i antibiotikëve,
- mënyra e jetësës,
- dieta,
- jeta në ambiente urbane.

Manifestimet klinike Shenjat dhe simptomat klinike të astmës tek latanti dhe fëmijët e vegjël karakterizohen me kollë të lehtë dhe të thatë, sidomos natën dhe herët në mëngjes me ose pa fishkëllima të shoqëruara me frymëmarrje të vështirësuar, përdorimi i muskulatures ndihmëse dhe paraqitja e cianozës.

Duke marrë për bazë karakteristikat e rrugëve të frymëmarrjes tek latantit, astma manifestohet në disa forma:

- **Forma e parë** paraqitet tek latantët me dermatit atopik, të cilët shpesh kanë edhe senzibilizim alergjik në alergjën nutritivë (zakonisht në vezë dhe qumesht). Këta fëmijë fillojnë herët të kenë episoda të fishkëllimes dhe recidiva të shpeshta të obstrukcionit gjatë vitit të parë të jetës.
- **Forma e dytë** paraqitet tek latanti ku është e pranishme fishkëllima, që zgjatë me javë, e cila shafqet gjatë aktivitetit fizik dhe kur fëmija çan; gjatë gjumit është më pak e shprehur. Kolla nuk është shumë e shprehur ose mungon fare.
- **Forma e tretë** paraqitet tek fëmijët me simptoma të kohëpaskoshme, të cilat mund të jenë të rënda, por mes epizodave gjendja është e mirë. Përveq fishkëllimes kanë kollë të shprehur produktive.

Të astma manifestimet klinike mund të jetë prej formës së lehtë deri të forma e rëndë dhe në bazë të shenjave sulmi astmatik ndahet në:

- 1.Sulmi astmatik i lehtë,
- 2.Sulmi astmatik i mesëm,

3.Sulmi astmatik i rëndë.

Simptomat	Sulmi i lehtë	Sulmi i mesëm	Sulmi i rëndë
Vetëdija	normale	normale	përgjumuarë
Frymëmarrja	30% mbinormë	30-50% mbinormë	50% mbinormë
Ngjyra e lekurës	normal	e zbehtë	cianotike
Dispnea	nuk ka ose e lehtë	mesatare	e rëndë
Fishkëllima	në fund të ekspiriumit	gjatë tërë ekspiriumit	në inspi.dhe eksp

Diagnoza Diagnoza bazohet në të dhënat e anamnezës dhe në manifestimet klinike.

Manifestimet klinike kyçe që ndihmojnë në diagnostikimin e astmës janë: fishkëllima me tonalitet të lartë në ekspirium, kolla, sidoms natën, fishkëllima rekurente, frymëmarrja e vështirësuar. Manifestimet klinike paraqiten ose keqësohen në ngacmues të ndryshëm si: akitivitete fizik, infeksionet virusale, alergjenët inhalatorë (poleni, pluhur shtëpie, qimet e kafshëve etj), irituesit (tymi i duhanit, kemikalet avulluse), ndryshimi i kushteve klimatike, stresi etj.

Për verifikimin e diagnozës shërbën spirometria. Spirometria është metodë diagnostikuese e cila mund të bëhet të fëmijët mbi 5 vjeç.

Caktimi i diagnozës të latantit ose tek fëmijët e vegjël, ku nuk mund të realizohen testet funksionale të mushkërive, bazohet në anamnezen tipike dhe reagimin klinik në bronkodilatator (dëshmia e reversibilitetit). Fëmija me astmë zakonisht do të përmirësohet shpejtë, duke treguar shënja siç janë zvogëlimi i frekuencës respiratore, retraksioni i krahërorit dhe më pak distresi respirator.

Gjetjet laboratorike përfshijnë këto analiza, gjegjësisht teste.

1. Përcaktohet numri i eozinofileve në gjakun periferik (normal tek fëmijët është 250-400/mm³), duhet përjashtuar shkaktarët tjerë të eozinofilisë (aspergilloza, parazitët etj).
2. Përcaktimi i përqendrimit të IgE në gjak.
3. Testi i provokimit bronkial, ku bëjnë pjesë: testi i metaholinës ose histaminës;

4. Testet kutane alergologjike.
5. Testet funksionale të mushkërive -mund të bëhen tek fëmijët që bashkëpunojnë, (mbi moshën 5 vjeç). Nëse astma është e lehtë dhe në remision, vlerat e funksionit të mushkërive janë normale. Mirëpo, tek format e rënda, vlerat e kapacitetit total të mushkërive, kapaciteti funksional rezidual dhe vëllimi rezidual janë të rritura, për shkak të mbiajritit kronik të mushkërive. Këto vlera përmisohen pas përdorimit të bronkodilatatorve.(4)

Diagnoza diferenciale Të astma, në diagnoze diferenciale duhet pasur parasysh disa sëmundje si: riniti alergjik, sinusiti, bronkioliti, fibroza cistike, aspirimi kronik etj.

Mjekimi Mjekimi i astmës është mjaft kompleks dhe kërkon një planifikim afatgjatë, me çrast duhet bashkëpunim i ngushtë ndërmjet mjekut dhe fëmijës, respektivisht prindërve. Qëllimet e mjekimit tek astma janë:

- Parandalimi i simptomave kronike dhe të rënda,
- Mbajtja e funksioneve normale të mushkërive,
- Ruajtja e aktivitetit (vijimi i shkollës, aktivitetit fizik etj)
- Parandalimit të ekzacerbimeve të astmës dhe nevojës për vizita në qendrën mjekësore familjare ose në spital.

Mjekimi përfshinë marrjen e këtyre masave:

1. Masat e përgjithshme,
2. Përdorimin e barnave,
3. Mjekimin afatgjatë të astmës (duke përfshirë edhe mjekimin profilaktik)

Masat e përgjithshme Nëse ka lidhshmëri të qartë ndërmjet ekspozimit në alergjenë dhe paraqitjes së simptomave, atëherë masa e parë në mjekimin e astmës është shmangia e kontaktit me alergjenë ose agjenës tjetër të mundshëm, i cili është faktor provokues i sulmit astmatik.

Alergjenë mund të jenë: pluhuri i shtëpisë, kafshët shtëpiake, alergjenët ushqimorë apo faktore të tjerë provokues.

Mjekimi i astmës me barna Barnat që përdoren në mjekimin e astmës janë ndarë në dy grupe:

- I. barnat me veprim të shpejtë;
- II. barnat për kontrollë afatgjatë të astmës.

I. Barnat me veprim të shpejtë Për lehtësimin e simptomave janë: β -2 agonistët me veprim të shkurtër dhe bronkodilatatorët tjerë. (5)

1. β -2 agonistët relaksojnë muskulaturën e lëmuar të bronkeve për shkak të veprimit bronkodilatator në muskulaturën e lëmuar. Ekzistojnë 2 grupe të β -2 agonistëve:

a. me veprim të shkurtër (salbutamoli, fenoteroli etj.) dhe

b. me veprim të zgjatur (salmeteroli, formoteroli etj.).

2. Antikolinergjikët Antikolinergjikët veprojnë në receptorët muskarinik, duke penguar stimulimin e tyre nga acetil-kolina. Ipratropium-bromidi është bari i cili nga shumica e autorëve preferohet si bari shtesë të trajtimit me β -2 agonistë.

3. Metilksantinët Më i njohuri është teofilina, më shumë përdoret në mjekimin afatgjatë të astmës. Veprimi bronkodilatator është më i dobët se i β -2 agonistëve. Nëse jepen pas β -2 agonistëve kanë efekt të mirë bronkodilatator.

4. Kortikosteroidet Kortikosteroidet, edhe pse nuk kanë veprim të shkurtër, përdoren të ekzacerbimet e mesme dhe të rënda të astmës së bashku me β -2 agonistë me veprim të shkurtër. Përdoren në menyrë orale dhe parenterale, varësisht nga gjendja e fëmijës, në dozë 1-2mg/kg të masës trupore. Preferohet dhënia në menëgjës, në një doze ditore, jo me gjatë se 5-7 ditë.

5. Antihistaminikët Dhënia e antihistaminikëve është e kufizuar, vetëm në rast se është e verifikuar se astma është e shkaktuar nga poleni. Më së shpeshti përdoret loratidina.

II. Barnat për mjekim afatgjatë të astmes

1. Kromolina Mekanizmi i veprimit qëndron në stabilizimin e membranës së mastociteve. Jepen vetëm në formë inhalatore, në katër doza me 1-2 shkrepe në ditë.

2. Kortikosteroidet janë barnat e zgjedhiës së parë në kontrollin afatgjatë të astmës.

3. Antagonistët e leukotrienëve Leukotrienët janë një ndër mediatorët kryesor të astmës dhe veprojnë në të gjitha fazat e inflamacionit. Veprimi i këtyre barnave qëndron në pengimin e sintezës së leukotrienëve.

4. β -2 agonistët me veprim të zgjatur Salmeteroli dhe formoteroli janë bronkodilatatorë me veprim të zgjatur deri 12 orë. Përdoren në mjekimin afatgjatë të astmës, së bashku me kortikosteroide inhalatore.

Fëmija në episodin e parë të fishkëllimës dhe pa distress respirator zakonisht mund të menaxhohet në shtëpi vetëm me kujdes përkrahës. Bronkodilatatorët nuk janë të domosdoshëm. Nëse fëmija është në distress respirator apo ka fishkëllimë rekurente, jepi salbutamol, përmes nebulizatorit apo inhalatorit, në dozë të matur. Rivlerëso fëmijën pas 30 minutave, për të përcaktuar trajtimin pasues:

- *Nëse distressi respirator është shëruar* dhe fëmija nuk ka frymëmarrje të shpejtë, këshilloje nënën mbi kujdesin shtëpiak me salbutamol të inhaluar, apo kur ky nuk është në dispozicion, salbutamol shurup apo tableta orale.
- *Nëse distressi respirator perziston*, pranoje në spital dhe trajtoje me oksigjen, bronkodilatator me veprim të shpejtë dhe barna të tjera. Nëse nuk ka përgjigje pas 3 dozave të bronkodilatatorit me veprim të shpejtë, shto aminofilin intravenoz.

Oksigjeni

Jep oksigjen të gjithë fëmijëve me astmë që janë cianotik apo vështirsit e të cilëve janë në frymëmarrje, ndërthuren me të folurit, të ushqyerit apo thithjen në gji.

Aminofilina

Nëse fëmija nuk përmirësohet pas 3 dozave të bronkodilatatorit me veprim të shpejtë, të dhënë në intervale të shkurtëra si dhe pas prednizonit oral, jepi aminofilin intravenoz doza fillestare prej 5–6 mg/kg (deri në maksimumin prej 300 mg), të pasuar nga doza mbajtëse prej 5 mg/kg, çdo 6 orë. (6)

Mjekimi afatgjatë i astmës Astma është sëmundje kronike dhe rekurente. Plani i trajtimit afatgjatë behët duke u bazuar në shpeshtësinë dhe ashpërsin e simptomave. Përfshinë trajtimin e kohëpaskohshëm apo të rregullt me bronkodilatator dhe me kortikosteroide. (2)

Tabela 1. Klasifikimi i astmës në bazë të ashpërsisë klinike, para trajtimit			
Klasifikimi	Simptomat		Funksionet e mushkërive
	Ditën	Natën	

Shkalla 1 E lehtë e herë pas hershme	≤2herë nëjavë	≤2 herë në muaj	≥80%
Shkalla 2 e lehtë perzistente	>2ditë/javë por <1 nëditë	>2 herë në muaj	≥80%
Shkalla 3 E mesme perzistente	Tëpërditshme	>1 herë në muaj	>60%-<80%
Shkalla 4 e rëndë perzistente	Të vazhdueshme	shpesh	≤60%

1. **Astma e lehtë intermitente** Fëmijët e sëmurë të cilët kanë astmë të lehtë intermitente me simptoma <2 herë në javë dhe simptoma të natës <2 herë në muaj, ulja e funksionit mushkëror nuk është me shumë se 20%, paraqesin grupin ku mjafton vetëm dhënia e bronkodilatatorve. Këta fëmijë nuk kanë nevojë për terapi në mes ekzacerbimeve , aktiviteti i tyre nuk i kufizaur.
2. **Astma e lehtë përzistentë** Simptomat >2 herë në javë dhe simptomatë natës >2 herë në muaj. Mjekohet me dozë të ultë të kortikosteroideve, si alternative është dhënia e leukotrienëve si terapi e zgjedhjes së dytë.
3. **Astma e mesme perzistente** Fëmija i sëmurë ka më shumë simptoma çdo ditë , simptoma të natës ka ma shumë se 1 herë në javë, aktiviteti është i kufizuar, funksionet mushkërore janë mbi 60 % të ruajtura. Këta fëmijë duhet të mjekohën me dozë të ultë si dhe veprim të zgjatur të bronkodilatatorve, ose dozë të mesme të kortikosteroideve inhalatore.
4. **Astma e rëndë** Nëse astma është e rëndë perzistente, atëherë këta fëmijë kanë fishkëllima të përhershme, kanë nevojë për hospitalizime të shpeshta, aktiviteti i tyre është i limituar, gjumi i natës është i ndërprerë shpesh. Testet funksionale tregojnë obstruksion të rëndë, me rënie të funksionve mushkërore nën 60%. Këta fëmijë mjekohen me kortikosteroide inhalatore në doza të larta dhe bronkodilatatorë me veprim të zgjatur dhe sipas nevojës jepen edhe kortikosteroide sistemik.

Astma e lehtë intermitente nuk ka nevojë për terapi afatgjatë, ndërsa astma e lehtë perzistente, e mesme perzistente dhe e rëndë perzistente kanë nevojë për mjekim afatgjatë të astmës.

2.4. Bronkioliti (Bronchiolitis)

Bronkioliti akut është sëmundje akute e rrugëve të poshtme të traktit të frymëmarrjes që shkakton dispne akute obstruktive.Paraqitet në epidemi vjetore në periudhat e hërshme fëmijërore deri në dy vjet, më së shpeshti në moshën 2 - 6 muaj.Karakterizohet me dispne akute nga obstruksioni i rrugëve të frymëmarrjes dhe fishkëllima.

Etiologjia Virusi respirator sincicial është shkaktari më i shpeshtë i bronkiolitit akut, por ndonjëherë mund të shkaktojë edhe virusi i Parainfluencës dhe Adenoviruset.

Fiziologjia patologjike Virusi respirator sincicial ka afinitet për epitelin e bronkiolave, duke shkaktuar edemë dhe hipersekretim të mukozës së bronkiolave.Bronkiolat kanë diametër të vogël deri 300 mikron, me çrast lehtë shkaktohet mbyllja e tyre,si pasojë e kësaj kemi çrregullime në ventilimin kolateral të mushkërive. Qrregullimi i ventilimit është në të dy fazat e sëmundjes, por gjatë ekspiriumit diametri i rrugëve të frymëmarrjes është edhe më i vogël dhe shkakton robërimin e ajrit dhe mbiajrimin e mushkërive. Nëse obstruksioni është i plotë zhvillohet atelektaza (nënkupton atë pjesë te mushkërisë që nuk mund të zgjerohet, kur alveolet nuk mbushen me ajër, ajo pjesë është e kolabuar).

Manifestimet klinike Bronkioliti fillon si infeksion, me rritje të sekretimit nga hunda, kollë të thatë, që brenda disa oreve apo ditëve fillojnë shenjat e frymëmarrjes së vështirësuar, me takipne, dispne ekspiratore, e përcjell më fishkëllima, temperaturë të ngritur trupore. Episodet e fishkëllimës mund të zgjasin disa muaj pas një ataku të bronkiolitit akut.

Diagnoza Karakteristikat tipike të bronkiolitit në ekzaminim janë: vështirësi në të ushqyer apo pirje, vjellje, si pasojë e distresit respirator. Në auskultim dëgjohet frymëmarrje e dobësuar, inspirumi i shkurtër më kërcitje të vonshme inspiratore, ekspirumi është zgjatur, me fishkëllima të shumta .

Në radiografinë e mushkërive vërehen shenja të mbiajrit të mushkërive, për shkak të robërimit të ajrit, diafragma është maksimalisht e spostuar poshtë, hapësirat ndërbinjore janë të zgjeruara, brinjët janë të vendosura horizontalisht.

Diagnoza diferenciale Bronkiolitit duhet dalluar nga episodi i parë i bronkitit obstruktiv. Ky diferencim mund të bëhet vetëm me analiza virusologjike, duke pëcaktuar etiologjinë e kësaj gjendjeje. Kjo nuk është çdoherë e mundur. Prandaj një gjendje e rëndë e bronkoobstruksionit, e përcjellë me kërcitje difuze në të dyja anët e mushkërisë, është në favor të bronkiolitit akut.

Anamneza pozitive për astmë, përseritja e episodeve tek i njëjti fëmijë, fillimi i menjëhershëm, eozinofilia, reagimi i mirë në inhalim me β -2 agonistë nuk tregon në favor të bronkiolitit. Shenja klinike të ngjashme me bronkiolitit japin edhe fibroza cistike, sindroma e aspirimit, pneumonia, pamjaftueshmëria e zemrës etj.

Mjekimi Tek fëmijët me manifestime klinike të lehta nuk duhet ndonje mjekim specifik. Duhet këshilluar që rehidrimi të jetë adekuat, ushqyrja (natyrale apo artificiale) të jepet në sasi më të vogla por në intervale më të shpeshta kohore. Fëmijët, të cilët kanë nevojë të mjekohen në spital janë ata të cilët renia e saturimit është nën 90% dhe këtu duhet të jepet oksigjen shtesë. Të temperaturat trupore të larta duhet dhënë antipiretikë (acetaminofen). Dhënia e antimikrobikëve është e indikuar vetëm tek fëmijët me shenja të infeksionit dytësor bakteror. (3 , 7)

3.Pulmologjia – Ass Dr Skënder Baca , Prishtinë 2005

7.<http://www.who.int/child-adolescent-health> : Departament of Child and Adolescent Health and Development (CAN).

2.5. Bronhektazite

Bronhektazite janë zgjerim i përhershëm i bronheve të vogëla ose të mesme, i shoqëruar me shkatërrim të pjesëve elastike dhe muskulare të murit të bronheve, si pasojë e infeksioneve kronike. Nuk është një sëmundje parësore por dytësore që vjen nga infeksionet perzistente ose obstrukcioni i shkaktuar nga një shumë llojshmëri gjendjesh.

Në gjendjet që zakonisht predispozojnë për bronhektazi përfshihen:

- Obstrukcioni bronkial - shkaqe të zakonshme janë tumoret, trupat e huaj, komprimimi i bronkut nga nyjet limfatike të rritura (të tbc, neoplazmat etj).
- Gjendjet e lindura ose të trashëguara.
 - Në fibrozën cistike, si pasojë e obstrukcionit të shkaktuar nga sekretimi i mukosit jonormal dhe infeksionit zhvillohet një bronhektazi e gjerë dhe e rëndë.
 - Në gjendjet imunodeficitare, sidomos në pamjaftueshmërinë e imunoglobulinave.
 - Sindroma Kartagener (sindroma e cilieve të palëvizshme), një çrregullimi autozomal recesiv, ku për shkak të palëvizshmërisë së cilieve, paraqitet retinimi i sekretit dhe zhvillimi i infeksioneve të shpeshta të traktit të frymëmarrjes.

Patogjeneza Pas obstrukcionit të bronkut paraqitet kolapsi i asaj pjesë të mushkërisë, kurse ngecja dhe grumbullimi i sekretit distal nga obstrukcioni është terren i përshtatshëm për zhvillimin e baktereve dhe infeksionit. Në prezencën e infeksioneve organizmi reagon me reaksion inflamtor. Me evoluim të mëtutjeshëm të procesit në murin e bronkut vie deri të shkatërrimi i fijeve elastike, muskujve dhe kërcës së bronheve, me dobsim dhe zgjerim të tyre.

Manifestimet klinike Simptoma kryesore klinike e bronhektazive është kollja dhe ekspektorimi i sasive të shumta të sputumit (këlbazës) gjatë infeksioneve të traktit të frymëmarrjes. Fëmija është i zbehtë, refuzon ushqimin dhe humb në masë trupore. Manifestimet klinike karakterizohen më faza të ekzacerbimit gjatë infeksioneve të traktit të frymëmarrjes, të shoqëruara me temperaturë të ngritur trupore dhe faza të remisimit. Më vonë, mund të paraqiten gishtërinjtë e hipokratit, dispnea, hemoptizia etj.

Diagnoza Bazohet në manifestime klinike dhe metodat radiologjike .Nëse dyshohet në bronkiektazi, atëherë duhet kërkuar sëmundjen e cila mund të shkaktojë bronkektazinë, në radhë të pare fibrozën cistike, sindromen Kartagener, imunodeficiencat, trupat e huaj, tumoret etj. Më pare është përdorur bronkografia për diagnostikimin e bronkektazive, por tani është zëvendësuar me tomografinë e kompjuterizuar të mushkërive.

Mjekimi Mjekimi i bronkektazive konsiston në dhënien e antimikrobikëve gjatë ekzacerbimeve të sëmundjes. Pasi të diagnostikohet sëmundja themelore që ka shkakuar bronkektazinë duhet mjekuar atë. Eliminimi i mukusit paraqet një masë shumë të rëndësishme në mjekimin e të sëmurve me bronkektazi. Në radhë të pare është drenazha pozicionale, ku i sëmuri merr pozitë të caktuar për lirim të segmentit të caktuar nga mukusi; pastaj me goditje në atë pjesë e stimulojmë kollën dhe kështu shkaktohet ekspektorimi i sekretit. Përdorimi i mukolitikëve nuk preferohet, sepse vetëm mund të irritojnë bronket dhe nuk mund të depërtojnë në mukusin e trashë. Përdorimi i bronkodilatatorëve është treguar i efektshëm, për shkak se këta zvogëlojnë tonusin bronkial dhe ndihmojnë në eliminimin e mukusit. Te format e rënda, ku nuk ndihmojnë format konservative, merret parasysh largimi kirurgjik i segmentit ose lobit të përfshirë me bronkiektazi (lobektomia).

2.Robbins-Basic Pathology 8th Edition

4. Pediatria-Mehmedali Azemi & Mujë Shala ,Botimi i I Prishtinë 2010

3. Roli i kujdesit infermieror të femijët me sëmundje pulmonare obstruktive

3.1 Vlerësimi infermieror

Kujdesi infermierës tek i sëmuri kërkon njohuri dhe aftësi profesionale. Prandaj, është e nevojshme që çdo infermiere të jetë e aftë dhe të këtë njohuri në mënyrë që përgjegjësia dhe kujdesi të jenë në një nivel sa më të lartë të mundshëm.

Qëllimi i procesit të kujdesit nga ana e infermierës është të sigurojë kujdes, ndihmë dhe plotësim të nevojave të pacientit, për të ruajtur dhe përmirësuar shëndetin dhe mirëqënien e pacienti. Pas njohjes paraprake me pacientin infermieria formon dhe kontrollon kartelën infermiore. Nëse mjeku ka përcaktuar analiza laboratorike dhe teste diagnostikuese për të sëmurin atëherë në peripikshmeri ato i kryen dhe i referon te mjeku. Bën përkujdes ndaj pacientit (fëmijës) nga momenti i pranimit në spital, gjatë qëndrimit deri në lirim të fëmijës nga spitali.

3.2 Diagnoza e infermiore

Infermierja merr të dhënat themelore rreth pacientit: emrin, mbiemrin, anamnezën e sëmundjes, anamnezën familjare. Bën matjen e shenjave vitale, ekzaminimin fizik të pacientit me sëmundje pulmonare obstruktive që shfaqet me disa simptoma: kollë e thatë ose me këlbazë, frymëzënie, dhimbje gjoksi, veshtërsi në frymëmarrje etj. Këto sëmundje mund të shoqërohen edhe me simptoma të përgjithshme jo specifike si: temperaturë, humbje oreksi, zbehtësi, lodhje, djersitje, rënie në peshë etj.

Infermierja kujdeset për mirëqënien e pacienti, gjithmonë duke bashkëpunuar me mjekun dhe me shoqërusin e fëmijës, para, gjatë dhe pas procesit intervenues.

Ky kujdes bazohet në përgatitjen në ane fizike dhe psikike, duke filluar me shpjegimet e procedurës, administrimin e terapisë, kontrollin e shenjave vitale, pulsit, temperaturën, frymëmarrjen, frekuencën e zemrës etj.

Kujdesi i infermierës kryhet me rigorozitet dhe sipas rregullave, çdo procedurë dokumentohet. Nëna e fëmijës informohet lidhur me çdo procedurë lidhur me gjendjen e fëmijës dhe çdo shqetësim që do të ndjehet. Duhet të zbatohet në përpikmëri terapinë e vendosur nga mjeku, sipas kartelës mjekësore. Infermieria komunikon me pacientin në gjuhë të thjeshtë, të kuptueshme nga pacienti ose përcjellësi i pacientit, që fëmija të ndihet më mirë.

3.3 Planifikimi infermieror

- Vlerësimi i gjendjës së pacientit,
- Përcaktimi i prioriteteve të pacientit,
- Përgaditja psikike dhe fizike e pacientit për çdo ndërhyrje që i bëhet,
- Informimi i sakte i pacientit për perfitimet dhe pasojat e mundshme ndaj ndërhyrjeve mjekësore,
- Merrja e pëlqimit nga pacienti apo percjellesi për çdo ndërhyrje.

4. Qëllimi

Pikësypnim i punimit është paraqitja e incidencës së sëmundjeve pulmonare obstruktive tek fëmijët e diagnostifikuar në ambulnacën specialistike pediatrike në Spitalin Rajonal në Gjakovë, për vitin 2015. Tek pacientët e ndryshëm, në bazë të numrit të përgjithshëm të fëmijëve me SPOK, gjinisë, grupmoshave më të prekura, vendbanimi, prezenca e faktorëve të rrezikut dhe analiza si po ndryshon shfaqja e sëmundjës nëpër vite.

5. Materiali dhe metodologjia

Janë analizuar gjithsejt 106 fëmijë të hospitalizuar me sëmundje pulmonare obstruktive të cilët kanë qenë në trajtim në repartin e pediatriisë gjatë vitit 2015, në Spitalin Rajonal në Gjakovë, nga janë marrë të dhënat për vitin e lartpërmendur. Këto të dhëna janë siguruar në menyrë retrospektive nga kartelat shëndetsore. Shpërndarja e sëmundjeve është bërë në bazë të rasteve të diagnostikuara me sëmundje pulmonare obstruktive, lloji i sëmundjeve, grupmashave, vendbanimit, trajtimit në Spitalin Rajonal në Gjakovë apo transferi në Sherbimin terciar.

5.1 Menaxhimi i të dhënave

Të dhënat janë analizuar duke përdorur Microsoft Office Excel 2010, është bërë përpunimi statistikor, ku këto të dhëna janë paraqitur në mënyrë tabelore dhe grafike.

6.Rezultatet

Në tabelën dhe grafikun nr. 1 janë paraqitur rastet e sëmundjeve pulmonare obstruktive në bazë të numrit të përgjithshëm të rasteve gjatë vitit 2015 në Spitalin Rajonal në Gjakovë.

Në këtë tabelë shikojmë se numri i përgjithshëm ka qenë gjithsejt 106 fëmijë. Prej tyre numri më i madh i fëmijëve ka qenë me bronkiolit 57 raste ose 53.77%; pastaj vijojnë bronkitet akute dhe kronike me 45 raste, apo 42.45 %, astma me 4 raste apo 3.77% , ndërsa nga emfizema dhe bronhektazia nuk kanë pasur raste.

Tabela Nr. 1. Të dhënat të shpërndara sipas sëmundjeve

Sëmundjet obstruktive respiratore	Nr.	%
<i>Astma</i>	4	3.77
<i>Bronkioliti</i>	57	53.77
<i>Bronkitet akute dhe kronike</i>	45	42.45

<i>Emfizema</i>	0	0
<i>Bronhektazite</i>	0	0
Gjithësej	106	100

Graf.Nr. 1. Rastet me sëmundje sipas përqindjës

Në tabelën dhe grafikunin Nr .2 është paraqitur grupmosha e fëmijve me SPOK ,nga vëreht se mosha me e atakuar është 2 – 4 vjeç, me gjithësej 28 raste apo 26.41%, kurse më së paku e atakuar është mosha 10 - 12 vjeç,me 2 raste apo 1.88%.

Tabela 2. Të dhënat e SPOK-ut të shpërndara sipas grupmoshave

Grupmosha e sëmundjeve obstruktive respiratore	Nr.	%
<-1 vite	17	16.03
1 - 2 vite	21	19.81
2 -4 vite	28	26.41
4 -6 vite	24	22.64
6 -8 vite	9	8.49
8 -10 vite	5	4.71
10 - 12 vite	2	1.88
Gjithësej	106	100

Graf. 2. SPOK të shpërndara sipas grupmoshave

Në tabelën nr.3 janë evidente rastet e tranësferit për në në Prishtinë. Numri me i madh i fëmijëve të transferuar ne nivelin e trete te trajtimit jane me bronkit kronik,10 raste apo 45.45%, me bronkiolit me 9 raste, apo 40.91%, astme me 3 raste apo 13.64%.

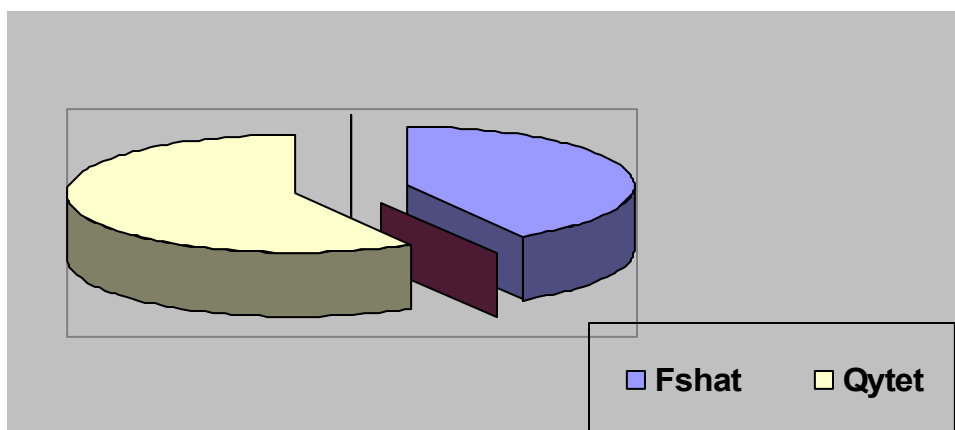
Tabela Nr.3. Fëmijët me SPOK të transferuar ne QKUK-Prishtinë

Sëmundjët obstruktive pulmonare në QKUK	Nr	%
<i>Astma</i>	3	13.64
<i>Bronkioliti</i>	9	40.91
<i>Bronkitet kronike</i>	10	45.45
<i>Emfizemat</i>	0	0
<i>Bronkektazite</i>	0	0
Gjithësej	22	100

Në tabelën nr. 4 dhe grafikonin nr.3 kemi bërë paraqitjen tabelare dhe grafike siaps numrit dhe përqindjës te të sëmurve fëmijë në bazë te vendbanimit. Nga qyteti janë evidentuar 57.54% të rasteve ,kurse nga fshati 42.45% raste.

Tabela Nr.4. Paraqitja tabelare siaps vendbanimit

Sëmundjet obstruktive pulmonare	Vendbanimit	%
Fshat	45	42.45
Qytet	61	57.54
Gjithësej	106	100



7.Diskutimi

Në bazë të analizës të rezultateve të lartpërmendura është vërejtur se fëmijët më të atakuar nga sëmundjet pulmonare obstruktive nga 106 pacient fëmijë për vitin 2015, janë ata me bronkiolit, më 53.77% të rasteve. Në bazë të diagramit është vërejtur se mosha më e prekur më SPOK është mosha 2 - 4 vjeç. Kjo do të thotë se kjo moshë është më e rrezikuara ndaj sëmundjeve pulmonare obstruktive kurse ka një ulje me të madhe të rasteve në vitet me të vonshme.

Një dukuri tjetër që është vërejtur në bazë të diagrameve dhe që mund të merret si shqetësuese është sëmundshmeria në bazë të vendbanimit, ku më të atakuar me sëmundje pulmonare obstruktive janë fëmijët nga qyteti me 57.54 %, kurse nga fshati me 42.45% të rasteve. Kjo është me siguri pasojë e ndotjes së ajrit me shumë në qytet edhe pse Gjakova tash nuk ka një industri të rëndësishme për ndotjen e ajrit. Asryen e përqindjes me të madhe të fëmijëve nga qyteti mund ta kërkojmë edhe në qëndrimin e gjatë të fëmijëve në hapësirë të kufizuar dhe pirja e duhanit në ato hapësira.

8. Përfundimi

Gjithësej në hulumtim kanë marrë pjesë 106 raste të fëmijëve me sëmundje pulmonare obstruktive për vitin 2015. Bronkioliti kanë qenë me 53.77% të rasteve, bronkiti akut dhe kronik me 42.45% të rasteve dhe astma me 3.77% raste.

Në bazë të diagrameve është vërejtur se grupmoshat më të prekura më SPOK janë moshat 2-4 vjeç me 28 raste apo 26.41%, kurse më përqindje me të ultë është grup-mosha 10-12 vjeç, me 2 raste apo 1.88%.

9. Konkluzione dhe rekomandime

Sëmundjët pulmonare obstruktive kronike janë sëmundje që shenojnë rritje çdo ditë e më shumë. Diagnostikohen vetëm kur janë klinikisht të dukshme dhe mesatarisht të avancuara në baze të prezantimit klinik dhe ekzaminimeve kliniko-laboratorike. Nga studimet është parë që SPOK-u janë më të përhapura në vendet ku pirja e duhanit është më e lartë. Prandaj, duhet të bëhet vetdijësi me qëllim evitimi i faktorëve të rrezikut dhe ne :

- Pakësim të pirjës së duhanit,
- Pakësimi të ekspozimit ndaj grimcave dhe kemikalve profesionale, që shkaktojnë SPOK-un,
- Pakësimi të ndotjes së ajrit në ambiente të brendshme dhe të jashtme,
- Duhet thekësuar se ndalimi i pirjës së duhanit është mënyra më efektive dhe më e lirë në shumicën e njerzëve për të pakësuar rrezikun e shfaqjes së SPOK-ut.

10. Literartura

1.Fiziologjia e Njeriut-Artan SHKOZA , Tiranë 2007

2.Robbins-Basic Pathology 8th Edition

3.Pulmologjia–Ass Dr Skënder Baca , Prishtinë 2005

4.Pediatria-Mehmedali Azemi & Mujë Shala ,Botimi i I Prishtinë 2010

5.Lippincott- Pharmacology 6th Edition

6.National Asthma Education and Prevention Program, National heart,Lung and Blood Institute, Expert Panel Report 2 :Guidelines for the Diagnosis and management of asthma. DC,NIH Publication, No.97-4051, April 1997

7.<http://www.who.int/child-adolescent-health> : Departament of Child and Adolescent Health and Develpoment (CAN).

|
|