

UNIVERSITETI “ FEHMI AGANI “ GJAKOVË

FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI: INFERMIERI

PUNIM

**“KUJDESI
INFERMIEROR
PACIENTI ME**



DIPLOME

**TE
LËNDIME**

TË KOKËS”

Kandidatja:

Jetlira Tofaj

Mentori:

Prof.Dr.Skender Ukaj

Abstrakti

Trauma është një nga problemet kryesore të shëndetit publik në mbarë botën.

Ajo është një nga shkaqet kryesore të vdekshmërisë dhe invaliditetit, si në vendet e

industrializuara ashtu edhe në vendet në zhvillim.

Në shkallë botërore, trauma është shkaku i shtatë (7) kryesor i vdekshmërisë , me 5.8 milionë vdekje në vit.

Prandaj qëllimi i këtij punimi është që të njihemi, se çka janë traumat e kokës, shkaktarët e tyre, llojet, mjekimi dhe parandalimi i tyre.

Poashtu, do të shpjegohet edhe roli i infermieres në kujdesin e pacientit me lëndime të kokës.

Punimi përmban:

37 faqe

5 figura

5 tabela

Shkurtesat e përdorura:

TBI (lëndimet traumatike të trurit)

ICP (presioni intrakranial)

SHKG (shkalla e komës prej Glasgow)

LCS (lëngu cerebrospinal)

CPP (presioni i perfuzionit cerebral)

RCG (rrjedhjet cerebrale të gjakut)

DAI (dëmtimi aksonal difuz)

Deklarata studentore

Unë Jetlira Tofaj me nr. ID 140306121 deklaroj se ky punim diplome me titull **“Kujdesi infermieror te pacienti me lëndime të kokës”** është origjinal i imi dhe se nuk përmban material të shkruar nga dikush tjetër.

Të dhënat janë burime të referuara dhe plotësisht të cituara.

Punimi është përgaditur sipas udhëzuesit për hartimin e punimit të temës së diplomës të Universitetit të Gjakovës “Fehmi Agani”.

Falenderime

Falenderim i veçantë i takon mentorit tim Prof.Dr. Skender Ukaj që më ndihmoj dhe më ofroj këshilla dhe sygjerime.

Falenderim i veçantë i takon familjes sime për, mirëkuptimin dhe mbështetjen që më kanë dhënë gjatë këtyre tre viteve studime.

Përmbajtja :

Abstrakti	2
1. Hyrje	6
Qëllimi i punimit	7
Objektivat	7
Metodologjia	8
1.1 Lëndimet e kokës-Definicioni	9
1.2 Epidemiologjia	10

1.3 Mekanizmat e lëndimeve	10
1.4 Faktorë të tjerë	10
1.5 Patologjit e lëndimeve	10
2. Patologjia dhe fizpatologjia e lëndimeve të kokës	
2.1 Frakturat e kafkës	11
2.2 Hematomat dhe kontuzionet intrakraniale	12
2.3 Hemorragjia subaraknoidale.....	14
2.4 Komocioni cerebral dhe demtimi i aksoneve	15
2.5 Ishemia	16
3. Ndërlikimet akute tek lëndimet e kokës	
3.1 Fistula me rrjedhje të LCS	17
3.2 Pneumocefalia	18
3.3 Dëmtimi vaskular dhe trombozat	18
3.4 Dëmtimi i nervave kranialë	19
3.5 Konvulsionet	19
3.6 Infeksionet	20
4. Diagnoza infermiore	21
4.1 Shkalla e komës Glasgow	22
4.2 Imazheria	23
4.3 Manifestimet klinike	23
4.4 Ekzaminimi	24
5. Menaxhimi infermior	
5.1 Shtrimi në spital	25
5.2 Menaxhimi i presionit intrakranial (ICP)	27
5.3 Vlersimi neurologjik i njëpasnjëshëm	28
5.4 Menaxhimi i presionit të gjakut	29
5.5 Menaxhimi i temperatures	29
5.6 Menaxhimi përmes medikamenteve	29
6. Kujdesi infermior	32
7. Pëfundimi	34
8. Rekomandimet	35
Literatura e përdorur	36
CV e shkurtë e kandidatës	37

1. Hyrje

Në këtë temë do të njihemi me faktorët dhe shkaqet më të shpeshta që çojnë në lëndime të kokës. Si ndikojnë këta faktorë, lidhja e tyre me moshën dhe gjininë më të prekur nga këto lloje lëndimesh. Vlerësimi në vendin e ngjarjes dhe kujdesi primar i pacientëve. Organizimi i punës së infermierëve, rivlersimi i pacientit, kryerja e diagnostikimit të dëmtimit, me mjete të përcaktuara nga mjeku. Mbas kryerjes së procedurave diagnostikuese përcaktohet lloji i menaxhimit të pacientit, përcaktohet menaxhimi neurologjik i mëvonshëm, menaxhimi medikamentoz. Kujdesi infermieror në pacientët me lëndime të kokës ka të bëjë me përcaktimin e planit të punës dhe zbatimit të këtij plani, për të patur një menaxhim sa më të mirë infermieror. Edukimi i familjarëve dhe i pacientit mbi gjendjen shëndetësore të pacientit, trajtimi dhe edukimi i vazhdueshëm në shtëpi. Lëndimet e kokës janë trauma mjaft të vështira dhe të rënda, dhe kërkojnë një kujdesje dhe përkushtim maksimal nga personeli mjekësor.

Qëllimi i punimit

Qëllimi i këtij punimi është që të njihemi se çka janë lëndimet, cilat janë shkaktarët, llojet e lëndimeve si dhe mjekimi i këtyre lëndimeve.

Poashtu, do të paraqesim rolin e infermieres në kujdesin e pacientit me këto lëndime.

Objektivat:

- Prezantimi i punimit si një lloj sëmundje me rëndësi mjekësore
- Roli i infermieres në kujdesin ndaj këtyre pacientëve
- Roli i infermieres në trajtimin e këtyre lëndimeve

Metodologjia

Duke e kontrolluar literaturën në mënyre taksative e kam prezantuar rolin e infermieres në diagnostikimin dhe trajtimin e pacientit me lëndime të kokës.

Në këtë punim kam përdorur metodën e rishikimit të literatures.

1.1 Lëndimet e kokës- Definicioni

Lëndimi i kokës është një shqetësim i shoqërisë moderne të industrializuar.

Një lëndim i kokës është çdo lloj lëndimi në tru, kafkë ose lëkure të kokës. Kjo mund të variojë nga një përplasje e lehtë e kokës ose plagë deri tek një lëndim traumatik i trurit (TBI).

Lëndimet e zakonshme të kokës përfshijnë:

- Plagë të kokës
- Thyerje të kafkës dhe
- Lëndime të trurit

Pasojat dhe trajtimet ndryshojnë shumë, varësisht nga ajo që ka shkaktuar lëndime në kokë dhe sa e rëndë është.

Lëndimet e kokës mund të jenë:

- Të hapura dhe
- Të mbyllura

Mund të jetë e vështirë të vlerësohet sa serioze është lëndimi i kokës vetëm duke shikuar. Disa lëndime të vogla në kokë mund të kenë gjakderdhje shumë, ndërkohë që disa lëndime të mëdha nuk kanë gjakderdhje fare. Është e rëndësishme që të gjitha lëndimet në kokë të trajtohen dhe të vlerësohen seriozisht.

1.2 Epidemiologjia

- Në SHBA ndodhja e dëmtimeve afër në afërsi të kokës është 200 ndër 100.000 persona.

- Bazuar në një popullatë prej 260 milion banorë, kjo përkthehet në më shumë se gjysëm milioni pacient në vit.¹
- Rreth 1/7 e tyre kanë vdekur gjatë rrugës për në emergjencë.
- Rritja e të plagosurve në kokë nga armët gjithashtu kontribon në menyrë domethënëse në këto të dhëna të pamëshirshme.
- Dhe sa i përket gjinisë, meshkujt janë 4 herë me shumë të prekur sesa femrat.
- Lëndimet e kokës shfaqen në të gjitha moshat por maksimumi i tyre është tek të rriturit e rinj të moshave ndërmjet 15 dhe 24 vjeç.
- Lëndimi i kokës është shkaku kryesor i vdekjes ndërmjet njerëzve të moshës nën 24 vjeç.

1.3 Mekanizmat e lëndimeve

- Aksidentet nga mjetet motorike janë shkaku më i zakonshëm i lëndimeve në kokë dhe mekanizmave më të zakonshëm të lëndimeve tek të rinjtë dhe tek adoleshentët
- Rrëzimet janë përgjegjës për grupin tjetër të lëndimeve që përbëhet nga grupet e moshave të vjetra dhe tek fëmijët e vegjël.

1.4 Faktorë të tjerë

- Alkooli dhe droga janë faktorë kontribues me 38% në të gjitha rastet me lëndime serioze të kokës

1.5 Patologjitë e lëndimeve

- Plagët me masë të mëdha kërkojnë heqje të menjëhershme kirurgjikale sepse heqja dhe vendosja e përbërësve intrakranialë mund të rezultojë me një cikël të përhershëm të përputhjes vaskulare, ënjtjes dhe presionit të lartë intrakranial (ICP).

2. Patologjia dhe fizpatologjia e lëndimeve të kokës

¹ Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland "Neurologjia Merrit" kap64, fq482

2.1 Frakturat e kafkës

Frakturat e kafkës mund të ndahen në lineare, komprimuese, ose bazilare.

Në qoftë se lëkura e kokës hapet nga fraktura, atëherë ajo konsiderohet një frakturë e hapur ose e përbërë.

- **Frakturat lineare**

rreth 80% e të gjitha frakturave janë lineare. Ato shfaqen më shpesh në regjionin temporoparietal, ku kafka është më e hollë. Fraktura lineare shpesh ngreh dyshimin e lëndimeve të trurit, por në ndryshim, CT në shumicën e pacientëve është normale. Frakturat lineare të kafkës përgjithësisht nuk kërkojnë ndërhyrje kirurgjikale dhe mund të menaxhohen në mënyrë konservative.²

- **Frakturat komprimuese (zhytëse)**

Në këto fraktura, një ose më shumë fragmente zhvendosen përbrenda, duke bërë presion mbi tru. Në 85% të rasteve, frakturat zhytëse janë të hapura ose të përbëra, dhe janë përgjegjëse për infeksione ose rrjedhjen e LCS. Madje edhe kur janë të mbyllura, shumica e frakturave zhytëse, kërkojnë ndërhyrje kirurgjikale për ngjitje të fragmenteve kockore dhe qepjen e lëkures së kokës. Te disa pacientë, frakturat zhytëse shoqërohen me çarje, komprimim ose trombozë të sinuseve venozë duralë bazë.

- **Frakturat basilare (frakturat e bazës së kafkës)**

Këto fraktura nuk vihen re nga grafite standarde të kafkës, por identifikohen me CT. Ato mund të shoqërohen me dëmtime të nervave kranialë ose një çarje durale, e cila mund të qojë në meningjit, në qoftë se bakterjet hynë në zonen subaraknoidale. Anosmia, ekimoza periorbitale bilaterale dhe rinorreja e LCS sygjerojnë fraktura të mundshme të kockave sfenoidale, frontale ose etmoidale.³

2.2 Hematomat dhe kontuzionet intrakraniale

² Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland “*Neurologjia Merrit*” kap64, fq484

³ R.Daniel Beauchamp, Mark Everes, Kenneth Mattox “*Traktati i Kirurgjisë Sabiston*” kap20, fq.478-479

Lëndimet e mëdha traumatike në kokë mund të klasifikohen si *hematoma epidurale, supdurale* dhe si *kontuzione*.

Kjo plagë krijohet në hapësira potenciale mes shtresave durale dhe araknoidale.

Njohuritë tradicionale përcaktojnë origjinën e trombozave subdurale në venat e holla që formojnë urë në hapësirën mes korteksit cerebral dhe kanalit venoz.

- **Hematoma epidurale**

Shoqërohen me gjakrrjedhje arteriale nga mesi i arteries meningjeale. Hemorragjia në hapësirën epidurale, përgjithësisht shkaktohet nga një çarje në murin e një arterje meningjeale, zakonisht arteria e mesme meningjeale, por në 15% të pacienteve⁴ hemorragjia shkaktohet nga një prej sinuseve durale, 75% janë të lidhura me një frakturë të kafkës. Dura ndahet nga kafka, nëpërmjet gjakut të ekstravazuar dhe përmasa e koagulimit rritet deri sa ena e ruptuar shtypet ose bllokohet nga hematoma.

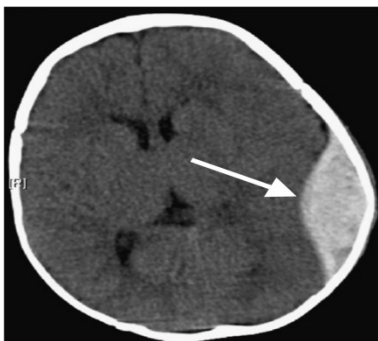


Figura1. Hematoma epidurale

Duke qenë se hemorragjia është arteriale, progresi drejt hernimit dhe drejt vdekjes mund të jetë i shpejtë. Përqindja e vdekshmërisë i afrohet 100% në pacientët e pa trajtuar dhe shkon nga 5% në 30% në pacientët e trajtuar. Ndërsa intervali ndërmjet dëmtimit dhe ndërhyrjes kirurgjikale ulet, mbijetesja përmirësohet. Përmirësimi funksional mund të jetë i shkëlqyer, në çoftë se ka pak dëmtim bashkëzistues të trurit.

⁴ Zimmerman R, Bilaniuk T “Radiologjia” kap14, fq200

- **Hematoma subdurale**

Hematomat subdurale zakonisht formohen nga një burim venoz, me mbushje me gjak të hapësirës potenciale ndërmjet membranave durale dhe araknoide. Në shumicën e rasteve, hemorragjia shkaktohet nga lëvizjet e trurit brenda kafkës që mund të çojnë në tendosje dhe qarje të venave që drenojnë nga sipërfaqja e trurit në sinuset durale. Hemorragjia subdurale, mundet të grumbullohet përgjatë sipërfaqes mediane të hemisferave, ndërmjet lobit temporal dhe bazës së kafkës ose në fossa crani posteriore. Hematomat subdurale mund të ndahen në *akute* dhe *kronike*.⁵

Hematoma subdurale akute- bëhet simptomatike brenda 72 orëve të dëmtimit, por shumica e pacientëve kanë simptoma neurologjike që në momentin e përplasjes. Pamja e zakonshme e pacientëve në këto raste është dilatimi ipsilateral i pupilave dhe hemiparezat kontrolaterale. Megjithatë, shenjat e ashtu-quajtura me lokalizim fals, janë të zakonshme me hematomën subdurale akute, për shkak se hernimi unkal mund të qojë në komprimim të pedunkujve kontralateralë cerebralë ose nervit të tretë kranial, nga kufiri tentorial (dhëmbi Kernohan).

Hematoma subdurale kronike- bëhet simptomatike pas 21 ditësh ose më vonë. Ato ka më shumë të ngjarë të hasen te pacientët më të mëdhenj se 50 vjeq. Në shumicën e rasteve të hematomës subdurale kronike, hemorragjia për shkak të atrofisë cerebrale bashkëzistuese, vjen si pasojë e traumave të parëndësishme që kanë komprimim të lehtë ose që nuk kanë komprimim të trurit. Hematomat subdurale kronike që qëndrojnë për një kohë të gjatë, në fund lëngëzohen përfundimisht, duke formuar higromen dhe në disa raste mund të ketë edhe calcifikim të membranave.

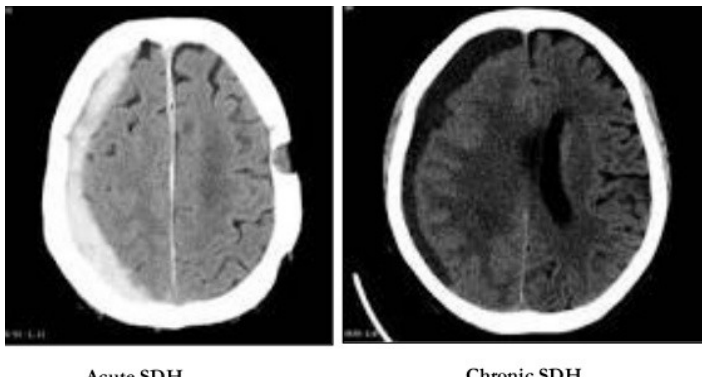


Figura2. HS-akute dhe kronike

5 Zimmerman R, Bilaniuk T “Radiologjia” kap14, fq200

- **Kontuzioni i trurit**

Është një lëndim funksional i trurit që rezulton pa humbje të vetëdijes ose me humbje të plotë të vetëdijes si dhe lëndim lokal organik i trurit.

Nëse gjaku absorbohet në LCS mund të shkaktojë dëme të përhershme neurologjike. Kontuzionet janë të pranishme në 20% deri në 30% tek të gjitha lëndimet e rënda të kokës. Pacientët që vuajnë nga kontuzioni mund të ndjehen të dobët dhe të mpirë, të humbasin koordinimin dhe të luftojnë me kujtesën ose problemet kognitive.

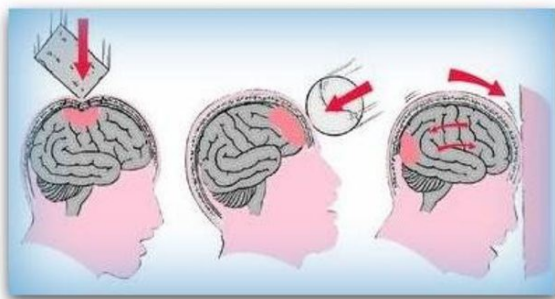


Figura3. Kontuzioni i trurit

2.3 Hemorragjia subaraknoidale

Te çdo pacient me dëmtim të kokës, pritet të ndodhë një ekstravazim i vogël i gjakut në hapësirën subaraknoidale. Në shumicën e rasteve, gjaku subaraknoid dallohet vetëm nëpërmjet ekzaminimit të LCS dhe nuk ka ndonjë rëndësi të madhe klinike. Në dëmtimet më serioze, kur çahen enët më të mëdha të gjakut që kalojnë përmes hapësirës subaraknoidale, nëpërmjet CT mund të dallohet hemorragjia subaraknoidale difuze ose fokale. Në këto raste, gjaku shpesh përhapet mbi konveksitete; në ndryshim, hemorragjia

6 Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland “*Neurologjia Merritt*” kap64, fq489

aneurizmale rezulton në koleksione gjaku që kufizohen në cisternat bazale. Megjithëse prania e një sasive të madhe të gjakut subaraknoid është një shenjë e keqe e prognozës, ndërlikimet e vonshme të hemorragjisë subaraknoidale akute, të tilla si hidrocefalia dhe ishemia nga vazospazma, janë të pazakonta pas hemorragjisë subaraknoidale traumatike.



Figura 4. Hemorragjia subaraknoidale

2.4 Komocioni Cerebral dhe dëmtimet e aksoneve

▪ Komocioni

Humbja e vetëdijes në momentin e përplasjes, shkaktohet nga lëvizjet në nxitim-frenim të kokës, të cilat rezultojnë në tendosje të aksoneve nga forca tërheqëse. Kur alterimi i vetëdijes është i shkurtër (p.sh. më pak sesa 6 orë), përdoret termi komocion. Mekanizmi, nëpërmjet të cilit komocioni çon në humbje të vetëdijes, besohet se është shkëputja e përkohshme funksionale e sistemit aktivizues retikular, i shkaktuar nga forcat rrotulluese në pjesën e sipërme të trungut të trurit. Shumica e pacientëve me vetëdije, kanë të dhëna normale në CT, për shkak se komocioni rezulton nga dëmtimi fiziologjik më tepër sesa nga dëmtimi struktural i trurit.

▪ Dëmtimi aksonal difuz (DAI)

Termi DAI përdoret në komat traumatike që zgjasin më tepër se 6 orë. Koma me kohëzgjatje 6 deri 24 orë, është menduar si DAI e lehtë; koma që zgjat më tepër se 24 orë, referohet si DAI e moderuar deri në e rënde, në varësi të mungesës ose pranisë së shenjave të dëmtimit të trungut të trurit, të tilla si gjendja e dekortikuar ose e decerebruar.

Pacientët mund të mbeten të pavetëdijshëm për ditë, muaj ose vite dhe ata të cilët janë shëruar, mund të mbeten me dëmtim të rëndë kognitiv dhe motor. Pas dëmtimit traumatik të trurit, DAI konsiderohet shkaku i vetëm më i rëndësishëm i paaftësisë persistente.⁷

2.5 Ishemia

Kohët e fundit është treguar që ischemia që n.q.s., rrjedhjet cerebrale të gjakut (RCG) matet menjëherë pas dëmtimit, afërsisht 1/3 e pacientëve me lëndime në kokë shfaqin nivele ishemie te RCG.⁸

Megjithëse rrjedhja e gjakut më pas mund të rritet në nivel normale ose më të mëdha se normalja, pamjaftueshmëria fillestare e RCG mund të shkaktojë dëme të pandreqshme.

⁷ Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland “*Neurologjia Merritt*” kap64, fq484

⁸ Zimmerman R, Bilaniuk T “*Radiologjia*” kap14, fq207

3. Ndërlikimet akute tek lëndimet e kokës

Lëndimet zakonisht mund të jenë parandaluese. Por ndodhja e tyre mund të fiillojë prej më të lehtëve dhe të përfundojë me fatalitet. Ndërlikimet akute të lëndimeve të kokës mund të jenë:

- Fistula me rrjedhje të LCS
- Pneumocefalia
- Dëmtimi vascular dhe trombozat
- Dëmtimi i nervave kranialë
- Konvulsionet
- Infeksionet

3.1 Fistula me rrjedhje të LCS

Fistulat me rrjedhje të LCS rezultojnë nga qarja e mëmbranave durale dhe araknoide. Ato hasen në 3% te pacientëve me lëndim të mbyllur të kokës dhe në 5% deri në 10% të atyre me fraktura të bazës së kafkës. Rrjedhja e LCS (lengu cerebrospinal) ndërpritet pas ngritjes së kokës, vetëm për pak ditë, në 85% të rasteve. Në qoftë se ajo persiston, futja e një dreni lumbar mund të ulë presionin e LCS, të reduktojë fluksin përmes fistulës dhe të përshpejtojë mbylljen spontane të qarjes durale. Pacientët me rrjedhje durale janë në rrezik të rritur për meningjit. Otorreja persistente e LCS ose rinorreja e tillë për më tepër se dy javë, japin sinjal për riparim kirurgjikal ashtu siq veprohet në meningjitin rekurrent.⁹

⁹ Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland “*Neurologjia Merritt*” kap64, fq496

3.2 Pneumocefalia

Pneumocefalia është një grumbullim i ajrit në kavitetin intrakranial, zakonisht në hapësirën subaraknoidale. Ajo zakonisht shfaqet me një frakturë të sinusit frontal. Ajri mund të mos duket për disa ditë pas dëmtimit dhe grumbullimi i tij dallohet vetëm kur pacienti tështin ose shfryn hundët. Prania e ajrit intrakranial i ka të njëjtat ndërlikime si një fistulë e LCS. Shumica e Pneumatocelave janë simptomatike, por dhimbjet e kokës ose simptomat mendore mund të vijnë si pasojë e hipotensionit intrakranial. Diagnoza vendoset nëpërmjet CT dhe zona e defektit dural, mund të identifikohet nëpërmjet studimeve me CT. Në qoftë se nuk haset rezorbimi spontan i ajrit, hapja në sinusin frontal duhet të riparohet në mënyrë kirurgjikale nëpërmjet një kraniotomie transfrontale.

3.3 Dëmtimi vaskular dhe trombozat

Dëmtimet traumatike mund të shoqërohen me ndarje të arterieve karotide ekstrakraniale ose intrakraniale ose arterieve vertebrale, të cilat mund të qojnë në trombozë në zonën e lembos intimale dhe insult që rezulton nga tromboembolia distale.

Diagnoza vendoset nëpërmjet MR. Antikoagulimi duhet të përdoret për të parandaluar trombozat dhe infarktin, megjithëse kjo mund të kundërlindkohet në qoftë se ka hemorragji bashkekzistuese intrakraniale.¹⁰

Simptomat lidhen me ICP të rritur ose me infarktin venoz dhe mund të përfshijë:

- Dhimbje koke

10 Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland “*Neurologjia Merritt*” kap64, fq497

- Të vjella
- Konvulsione
- Shkallën e ulur të vetëdijes ose hemiparezat.

3.4 Dëmtimi i nervave kranialë

Dëmtimi i nervave kranialë, është një ndërlikim i shpeshtë i fractures në bazën e kafkës. Nervi facial është nervi që dëmtohet më tepër në këto raste, duke ndërlikuar 0,3% deri 5% të të gjitha lëndimeve në kokë. Me raste, paraliza mund të mos zhvillohet për disa ditë pas dëmtimit. Rifitimi i pjesshëm ose i plotë i funksionit, është parimi në lëndimet traumatike të nervave cranial me përjashtim të nervit të parë ose të dytë.

3.5 Konvulsionet

Konvulsionet pas traumës mund të jenë të menjëhershme (brenda 24 orëve), të hershme (brenda javës së parë), ose të vonshme (shfaqen pas javës së parë).

Incidenca e sakte e konvulsioneve është e panjohur, por sipas paraqitjes së tyre në literaturë, varion nga 2.5% në 40%.

Si rregull, sa më i madh të jetë lëndimi aq më të mëdha janë gjasat që të zhvillohen konvulsionet.

3.6 Infeksionet

Infeksionet brenda kavitetit intrakranial pas lëndimit të kokës mund të jenë *ekstradurale* (p.sh., osteomieliti), *subdurale* (p.sh., empiema), *subaraknoidale* (p.sh., meningiti) ose *intracerebrale* (p.sh., abcesi).

- **Infeksionet ekstradurale**

Zakonisht shoqërohen prej infeksionëve të plagëve të jashtme ose osteomielitit të kafkës dhe janë dytësore.

- **Empiema subdurale**

Është një infeksion i mbyllur ndërmjet dures dhe araknoides. Abcesi intracerebral mund të pasojë frakturat e përbëra të kafkës ose dëmtimet në depërtim të trurit.

Diagnoza sygjerohet përmes CT dhe RM dhe konfirmohet nëpërmjet kulturës së indit të infektuar .¹¹

Trajtimi përfshin pastrimin kirurgjikal dhe administrimin e antibiotikëve.

- **Meningjiti**

Mund të pasojë çdo tip të fractures së hapur të lidhur me qarjen e dures, përfshirë frakturat e përbëra të kafkës, frakturat nga copat depërtuese të predhave ose frakturat lineare që shtrihen në sinuset nazale ose në veshin e mesëm. Meningjiti zakonisht zhvillohet 2 deri në 8 ditë pas dëmtimit, por mund të vonohet për disa muaj. Rastet e meningjitit, shkaktohen pothuajse gjithmonë nga pneumokoku ose bakteriet e tjera gram pozitive, për shkak se mund të jetë çdo mikroorganizëm patogjen.

11 R.Daniel Beauchamp, Mark Everes, Kenneth Mattox “*Traktati i Kirurgjisë Sabiston*” cap22, fq.503-505

Diagnoza varet nga të dhënat e LCS pas punkSIONIT lumbar.

Trajtimi në raste të tilla, duhet të përfshij mbylljen kirurgjikale të fistules.

4. Diagnoza infermierore

Rrethanat e aksidentit dhe gjendja klinike e pacientit, duhet të përcaktohen përmes anamnezës të marrë prej pacientit (në qoftë se është e mundur) dhe prej dëshmitarëve okularë.

Forca dhe lokalizimi i goditjes së kokës duhet të përcaktohen sa më parë të jetë e mundur.

Pacientët të cilët kanë një “*çrregullim te të folurit dhe janë të përkeqësuar*”, duhet të vlerësohen se kanë një hematomë të madhe intrakraniale deri sa të provohet e kundërta.

Infermierja duhet të marrë një informacion të saktë rreth :dhimbjes së kokës, nauzeve, të vjellave, konfuzionit ose konvulsioneve.

Duhet poashtu të përcaktojmë nëse pacienti para lëndimit ka përdorur drogë, alkool, ose ndonjë medikament tjetër.¹²

Përdorimi gjatë kohëve të fundit i drogave dhe alkoolit, haset në një përqindje të madhe të pacientët me traumë dhe gjendja e tyre e intoksikimit mund të ngatërrojë vlerësimet e statusit mendor.

Duhet të kryhet përcaktimi në bazë të shkallës Glasgow sa më shpejtë, dhe duhet të kryhet një ekzaminim i detajuar për të përcaktuar shpërndarjen e dëmtimit dhe gravitetin e tij.

Shenja të rëndësishme klinike për dëmtim të fshehtë mund të zbulohen gjatë një ekzaminimi të përgjithshëm klinik p.sh.¹³

12 Mark h. Swartz “*Traktat i diagnozës mjekësore*” kap12, fq237

13 Ann M. Price, Allison Gallagher “*Infermieria në raste kritike*” 2003 vëllimi8, kap3, fq126-133

- Një qarje e lëkures duhet që të palpohet për të përcaktuar një frakturë që ka ndodhur në kafkë.
- Ekimoza periorbitale bilaterale (sytë Rakun) dhe Ekimoza postarikulare (shenja Battle) janë tipare që tregojnë për frakturë të basis crani.
- Poashtu një rrjedhje e ujshme e qartë apo e përzier me gjak, që vjen nga veshi apo hunda, mund të jetë rrjedhje e LCS.

Më e zakonshme është hematoma subdurale, e cila përbën 3% të gjakderdhjeve intrakraniale. Shoqërimi me një lëndim të kokës, sidomos në suturën temporoparietale, rrit incidencën për hematomë epidurale, zakonisht nga rupturë e arteries mediane meningeale

Shkalla e komës prej Glasgow	
Parametrat	Pikët
1. Reagimet më të mira motorike	
Normale	6
Lokalizues	5
I tërhequr	4
I përkulur	3
I zgjatur	2
Asgjë	1
2. Reagimet më të mira verbale	
I orientuar	5
Konfuz	4
Verbalizues	3
Vokalizues	2
Asgjë	1
3. Hapja e syve	
Spontane	4
Me komand	3
Me dhimbje	2
Asgjë	1

Tabela1. Pikët në shkallën prej Glasgow

4.1 Shkalla e komës prej Glasgow (SHKG)

SHKG është standard për matjen e objekteve të shkallës së dëmtimit në kokë.

Pacientët janë vlerësuar në 3 kategori:¹⁴

- Përgjigjet më të mira mekanike

¹⁴ Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland “*Neurologjia Merritt*” kap64, fq490

- Përgjigjet më të mira verbale dhe
- Përgjigjet më të mira në hapjen e syve.

Një pacient normal neurologjik do të vlerësohet në maksimumin prej 15 pikësh, ndërsa pacientët me dëmtim të rënda do të vlerësohen me një pikë për qdo kategori me një total prej 3 pikësh.

Vlersimi i SHKG me 13-15 pikë reflekton dëmtim të lehtë në kokë, 9-12 pikë kemi dëmtim të mesëm në kokë dhe nga 8 e poshtë janë konsideruar si dëmtime të rënda.

Kjo ndarje në tre nivele ndihmon në përzgjedhjen e pacientëve të dëmtuar në kokë dhe përcakton urgjencën me të cilën duhet të trajtohen këta pacient.

4.2 Imazheria

Një tomografi e kompjutizuar (CT) pa kontrast duhet të ndërmerret sa më shpejt që të jetë e mundur. Nevoja për të ndërmarrë një ekzaminim neuroimazherik determinohet nga vlerësimi i SHKG. Në qdo pacient që dyshohet për lëndim të kokës, graviteti i tronditjes duhet të vlerësohet.¹⁵

Një hematomë subdurale është gjaku që grumbullohet ndërmjet trurit dhe dura mater. Një hematomë epidurale është gjaku i akumuluar ndërmjet kafkës dhe dura mater, ajo shfaqet si një opacitet konveks apo lentricular në imazhin e CT.

Frakturat e kafkës diagnostikohen më mirë nga dritarja kockore.

4.3 Manifestimet klinike

Shenjat dhe simptomat e lëndimeve traumatike variojnë në bazë të gradës së lëndimit.

Pacientët që vuajnë nga dëmtimet traumatike të lehta të trurit, shpesh kanë dhimbje koke, vështirësi në përqendrim, ankth, gjumë me ndërprerje.

Në lëndimet e moderuara, pacientët mund të kenë anomali sensoriale motorike në përfshirje të ndjeshmërisë dhe dëmtime në të folur.¹⁶

Në lëndimet e rënda, pacientët mund të jenë në gjendje komatoze.

Lobët orbitofrontale dhe temporale anterior janë më të prekurat. Kërkohej një vigjilencë ekstreme për të njohur zhvillimet e mëvonshme të hematomave dhe edemave, të cilat mund të

¹⁵ Zimmerman R, Bilaniuk T “Radiologjia” kap15, fq402

¹⁶ Goldman, Ausiell “Traktat mjekësor i Cecil-it” kap422, fq 2648

shfaqen disa ditë më vonë.

Në lëndimet traumatike mund të kemi një rritje të tensionit arterial.

Mund të zhvillohen gjithashtu apnea dhe disfunksione të trurit. Në varësi të dëmtimit, rezolucioni spontan mund të vonojë dhe laceracionet mikrovaskulare mund të përkeqësojnë këtë dëmtim.

4.4 Ekzaminimi

Pas vlerësimit fillestar neurologjik duhet të kryhet një ekzaminim më i detajuar fizik dhe neurologjik. Kafka duhet të palpohet për frakturë, hematoma dhe për qarje.

Një rrjedhje gjaku nga hundët dhe veshët, mund të tregojë për rrjedhje të LCS.

Pas përcaktimit të nivelit të vetëdijes së pacientit, duhet të kryhet një ekzaminim i saktë i statusit mendor, në qoftë se pacienti është bashkpunues.

Duhet të mbahen parasysh lëvizjet e syve, madhësia dhe forma e pupilave, si dhe reagimi ndaj dritës.¹⁷

Te pacientët komatoze duhet të testohen reflekset okulocefalike dhe okulovestibulare.

Ekzaminimi motor duhet të fokusohet në dobësinë ose pozicionimin asimetric.

Lëvizjet spontane duhet të vlerësohen për përdorimin preferencial të gjymtyrëve të një ane.

Pikë ne shkallën sipas Glasgow	Vdekshmëria
15	<1
11-14	3
8-10	15
6-7	20
4-5	50
3	80
Mosha ndërmjet pacientëve komatozë	
16-35	30
36-45	40
46-55	50
>56	80
Anomalitë e CT ndërmjet pacientëve komatozë	
Asnjë	10
Patologji intrakraniale pa edemë difuze ose zhvendosje të linjës së mesit	15
Patologji intrakraniale me edemë difuze	35
Patologji intrakraniale me zhvendosje të linjës së mesit (>5mm)	55
Presioni intracranial, ndërmjet pacientëve komatozë	
<20mmHg	15
<20mmHg i reduktueshëm	45

¹⁷ Goldman, Ausiell "Traktat mjekësor i Cecil-it" kap422, fq 2650

>20mmHg i paretuktueshëm	90
Etniteti patologic	
Hematoma epidurale	5-15
Plagët nga goditjet me armë zjarri	55
Hematoma subdurale akute	
E thjeshtë	20-25
E ndërlikuar	40-75
Bilaterale	75-100

Tabela2. Vlerësimi i vdekshmërisë së bazuar në veçoritë e ndryshme të dëmtimit të kokës.

5 Menaxhimi Infermieror

5.1 Shtrimi në spital

- **Grupi me rrezik të ulët**

Pacientët me rrezik të ulët, të cilat hasin të gjitha kriteret e përshkruara në tabelën 3.

Përgjithësisht mund të dalin nga reparti i urgjencës, pa CT, ndërkohe që një person është i disponueshëm për të observuar pacientin për 24 orët e tjera.

Në përgjithësi, këta janë pacientë të cilët nuk kanë ndonjë komocion dhe kanë të dhëna normale në ekzaminimin neurologjik.

Pacientëve u jepet një liste me simptomat (p.sh., dhimbje koke, të vjella, konfuzion) dhe instruktohen që të rikthehen menjëherë në repartin e urgjencës.

Kategoria e rrezikut	Karakteristikat
E lehtë	<p>Ekzaminimi neurologjik normal</p> <p>Pa komocion</p> <p>Asnjë intoksikim nga medikamentet ose alkooli</p> <p>Mund të ketë ankesa të dhimbjes së kokës dhe marrje mendsh</p> <p>Mund të ketë abrasion të skaltit, lacerime ose hematoma</p> <p>Mungesë e kriterëve të dëmtimit të moderuar ose të rëndë.</p>

E moderuar	9-14 pikë në shallën e komës sipas Glasgow (i konfuzuar, letargjik, stuporoz) Komocion, amnezi posttraumatike, të vjella, konvulsione, shenja të frakturës së bazës së kafkësme dëmtimin serioz facial, Intoksikimi alkoolik ose nga drogat. Jo e besueshme ose asnjë histori dëmtimi. Moshë <2 vjeq dhe >65 vjeq.
E rëndë	3-8 pikë në shkallën e komës sipas Glasgow (komatoz). Rënie progressive në nivelin e vetëdijes. Shenjat neurologjike fokale . Dëmtimi depërtues i kafkës ose frakturë e kafkës që palpohet e shkaktuar nga shtypja.

Tabela3 Kasifikimi i riskut për pacientët me dëmtim në kokë

▪ **Grupi me rrezik të moderuar**

Ndërmjet pacientëve të cilët kanë kaluar një komocion, një pikaaverazh i komës sipas SHKG prej 15 dhe CT normale , eliminon nevojën për shtrim në spital. Kriteret për shtrimin në spital për pacientët me dëmtim të kokës janë rradhitur në tabelen 4.

Pacientët me deficite të lehta deri të moderuara neurologjike dhe me të dhëna të CT's që nuk kërkojnë ndërhyrje neurokirurgjikale, duhet të pranohen për observim në kujdes intenziv. Për të kontrolluar për progression të hemorragjisë, shpesh është ndihmëse një ndjekje për 24 orë me CT. ¹⁸

- Hemorragji IC ose frakturë e identifikuar në CT të kokës
- Konfuzion, axhitim, ose nivel i depresuar i vetëdijes
- Shenja ose simptoma neurologjike fokale
- Konvulsione posttraumatike
- Intoksikimi nga alkooli dhe drogat
- Sëmundje tjetër bashkekzistuese me dëmtimin e trurit
- Mungesë për observim të saktë në mjediset e shtëpisë

Tabela4. Kriteret për shtrimin në spital pas dëmtimit të kokës

¹⁸ Goldman, Ausiell “Traktat mjekësor i Cecil-it” kap422, fq 2651

- **Grupi me rrezik të lartë**

Shtrohen në spital të gjithë ata pacientët me një dëmtim serioz të kokës. Një konsultim i hershëm neurokirurgjikal është vendimtar për arsye se pasi pacienti stabilizohet, vlerësohet dhe ndiqet me imazheri, menjëhere fillon të merret në konsideratë fakti nëse indikohet kirurgjia e urgjencës për rastin në fjalë.¹⁹

Menaxhimi me medikamente i pacientëve me dëmtim të rëndë, duhet të kryhet në një dhomë intensive.

5.2 Menaxhimi i Presionit intracranial (ICP)

Si rregull i përgjithshëm, një monitor i ICP's duhet të vendoset tek të gjithë pacientët me dëmtime të kokës, të cilët janë komatozë (d.m.th., 8 pikë në shkallën e komes sipas Glasgoë), pas reanimimit në qoftë se nuk ka prognozë të keqe dhe kur kujdesi intensiv nuk është i garantuar.

ICP normal është më pak se 15 mmHg.²⁰

Presioni i perfuzionit cerebral (CPP) monitorohet në rutinë në lidhje me ICP, për shkak se është një përcaktues i rëndësishëm i fluksit të gjakut cerebral. Qëllimi i menaxhimit të ICPs pas dëmtimit të kokës, është të ruajë ICP më pak se 20mmHg dhe CPP më lartë se 60mmHg.

Në qoftë se pacienti është i axhituar ose duhet të jetë duke kundërshtuar vendosjen e ventilatorit, një medikament sedativ me veprim të shkurtër, i dhënë me rrugë IV, i tillë si propofoli, fentanylli ose tiopentali, duhet të jepen për të arritur një gjendje të qetë të pacientit dhe pa lëvizje.

Manitoli dhe hiperventilimi përdoren vetëm pasi sedacioni dhe menaxhimi i CPPs dështojnë në normalizimin e ICPs. Manitoli dhe diuretiket osmotikë ulin ICPn, nëpërmjet efektëve të tyre dehidruese cerebrale 0.5g/kg deri 1,0 g/kg sipas nevojës. Dozat e mëtejshme duhet të jepen në

19 Ann M. Price, Allison Gallagher “*Infermieria në raste kritike*” 2003 vëllimi8, kap3, fq224

20 Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland, “*Neurologjia Merritt*” kap64, fq493

mënyre individuale në bazë të matjeve të ICPs. Efekti i manitolit është maksimal kur jepet shpejt, reduktimi i ICPs shfaqet brenda 10 deri 20 minutave dhe mund të zgjase për 2 deri në 6 orë.

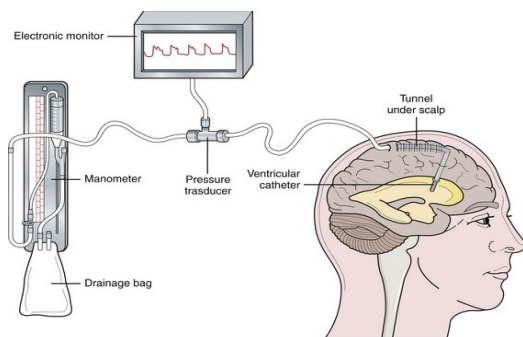


Figura5. Monitorimi i ICP

Humbjet me anë të urinës duhet të kompensohen me tretje fiziologjike normale të dhënë me rrugë IV, për të shmangur hipovoleminë dytësore. Terapia me barbiturate në dozë të lartë, me pentobarbital, që jepet në doza të njëjta me ato të përdorura për anestezi të përgjithshme (10 mg/kg deri 20 mg/kg, si një dozë ngarkese e pasuar nga 1 mg/kg/ore deri 4 mg/kg/orë), ul ICP në mënyre efektive te pjesa më e madhe e pacientëve .²¹

Hipotermia sistemike e lehtë deri në të moderuar (33°C), ka treguar se redukton ICP te pacientët me hipertension intrakranial refraktar ndaj fenobarbitalit. Arritja e gjendjes së hipotermisë është komplekse dhe kërkon një protokoll menaxhimi që thekson përdorimin e medikamenteve të tilla si meperidina, fentanylli ose deksedetomidina dhe preparatet bllokues neuomuskulare, po të jenë të nevojshëm për të parandaluar të dridhurat që rrisin stresin cerebral dhe metabolik dhe kundërshtojnë procesin e ftohjes.

21 Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland, "Neurologjia Merritt" kap64, fq494

1. Merr në konsideratë të përsërisësh CT dhe kryej heqjen nëpërmjet ndërhyrjes kirurgjikale të një lezioni hapsirëzënës intrakranial ose apliko drenimin ventrikular.
2. Kryej sedatimin me rrugë intravenoze, për të arritur një gjendje të qetë pa lëvizje.
3. Infuzion me substance presore në qoftë se CPP<70mm Hg ose reduktimin e presionit të gjakut, në qoftë se CPP mbetet >120mm Hg.
4. Jep manitol 0,25-1g/kg me rrugë intravenoze çdo 2-6 orë, sipas nevojës.
5. Hiperventilim ndaj niveleve të PCO2 prej 28-32mm Hg.
6. Terapia e fenobarbitalit me dozë të lartë (ngarko me 5-20 mg/kg, mbaj me 1-4mg/k/orë)
7. Hipotermi sistemike. (T=33%)

Tabela5. Protokoll i trajtimit të përshtatshëm për ICP e rritur (>20mm Hg për më tepër sesa 10 minuta) te një pacient që është nën monitorim.

5.3 Vlerësimi neurologjik i njepasnjëshëm

Në përgjithësi, pacientët të cilët janë të paafhtë që të mbrojnë rrugët e tyre të frymarrjes për shkak të niveleve të depresuara të vetëdijes së tyre, duhet të intubohen me një tub endotrakeal.

Hiperventilimi në rutinë nuk rekomandohet, në mungesë të ICP duhet të arrihen parametrat ventilatore për të ruajtur PCO2 në 35mmHg deri 40mmHg dhe PO2 në 90mmHg deri në 100mmHg.

5.4 Menaxhimi i presionit të gjakut

Në qoftë se pacienti tregon shenja të paqëndrueshmërisë hemodinamike, për të monitoruar presionin e gjakut, duhet të vendoset një kateter në arterien radiale, për shkak se autorregullimi i fluksit të gjakut cerebral dëmtohet shpesh në dëmtimin akut të kokës, presioni të rregullohet me kujdes për të shmangur hipotensionin që mund të qojë në ishemi cerebrale ose hipertensionin që mund të përkeqësojë edemen cerebrale.²²

Infuzioni i vazhdueshëm, vazopresoret me veprim të shkurtër (p.sh., fenilefrina dhe norepinefrina) dhe preparatet hipertensive (p.sh., labetaloli dhe nikardipina) preferohen për shkak të aftësive të tyre për të stabilizuar presionin e gjakut brenda një linje terapeutike.

5.5 Menaxhimi i temperaturës

²² Goldman, Ausiell "Traktat mjekësor i Cecil-it" kap422, fq 2654

Temperatura e lartë (d.m.th., më e madhe se 38,3 ° C) është e zakonshme pas TBI dhe mund të jetë rezultat i infeksionit ose mund të jetë temperaturë me origjinë qendrore. Edhe në ngritjet e vogla të temperatures mund të përkeqësohet dëmtimi traumatik dhe ishemic i trurit dhe këto gjendje duhet të trajtohen intensivisht.

Për ruajtjen e normotermisë, te pacientet komatoze me dëmtime të trurit, është parë se pajisjet më të reja ftohëse që shfrytëzojnë adezivët ftohës ose kateterat intravaskulare me shkëmbim nxehtësie, janë superior ndaj batanijeve ftohëse standarde me ujë qarkullues.

5.6 Menaxhimi përmes medikamenteve

▪ Antikonvulsivët

Në një studim klinik të pacientëve me hemorragji intrakraniale, fenitoina ose fosfenitoina (15mg/kg dozë ngarkese dhe pastaj 300mg/ditë) reduktuan shpeshtësinë e konvulsioneve të hershme posttraumatike (d.m.th, java e parë), nga 14% deri në 4%, por nuk parandaluan konvulsionet e vonshme.

Për pacientët me alergji nga fenitoina, acidi valproik i dhënë me rrugë IV, nuk është një alternativë e pranueshme. Në qoftë se pacienti nuk ka pasur konvulsione, antikonvulsivët profilaktike duhet të ndërpriten pas 7 ditësh. Te pacientët me dëmtime të kokës nivelet serike të antikonvulsivëve, duhet të miratohen nga afër, për shkak se nivelet subterapeutike shpesh rezultojnë nga hipermetabolizmi medikamentoz, veqanërisht te burrat më të rinj.

Krizat jokonvulsive dhe statusi epileptik, i cili mund të diagnostifikohet vetëm me monitorimin e vazhdueshëm me EEG, shfaqen mbi 10% të pacientëve komatozë me TBI, janë të lidhura me rezultate jo të mira dhe përgjithësisht garantojnë trajtim me infuzion të vazhdueshëm me Midazolam ose preparate të tjera të ngjajshme.

▪ Nimodipina

Në një studim klinik, gjatë kryerjes së CT, pacientëve me lëndime të kokës, me të dhëna të hemorragjisë subaraknoidale, iu administrua nimodipinë me rrugë orale çdo 6 orë, gjë që solli përmirësim tek këta pacientë.²³

23 Goldman, Ausiell "Traktat mjekësor i Cecil-it" kap422, fq 2655

Nimodipina mund të rrisë tolerancën neuronale ndaj ishemisë në nivelin qelizor ose mund të përmirësojë fluksin e gjakut kolateral. Hipotensioni ishte ngjarja më e zakonshme e pafavorshme.

- **Terapia intensive me insulin**

Terapia e vazhdueshme me insulin, për të kontrolluar glukozën ndërmjet 90mg/dL dhe 110 mm/dL te pacientët hiperglikemikë, ka treguar se redukton vdekshmërinë te pacientët në gjendje kritike për jetën me sëmundje kirurgjikale dhe është përshtatur në mënyrë të theksuar si një mundësi praktike në menaxhimin e TBI të rëndë në kujdesin intensiv.

- **Steroidet**

Glukokortikoidet janë përdorur për të trajtuar edemen cerebrale për vite me radhë dhe nuk kanë treguar që të ndryshojnë rezultatet në menyrë të favorshme ose të ulin ICP në pacientët me lëndime të kokës dhe, në fakt mund të rrisin rrezikun për infeksione, hiperglikemi ose ndërlikime të tjera.²⁴

Për këto arsye, deksametazoni dhe steroidet e tjerë, nuk janë të rekomanduar të përdoren te pacientët me dëmtime të kokës.

- **Antibiotikët**

Përdorimi në rutinë i antibiotikëve profilaktikë, te pacientët me lëndime të hapura të kokës, është i diskutueshëm dhe opinionet mbi këtë qështje janë të prera.

Antibiotikët profilaktikë më aktivitet gram pozitiv, të tillë si oksacilina, përdoren shpesh për të reduktuar rrezikun e meningjitit te pacientët me otorre të LCS, rinorre ose ajër intrakranial. Megjithëse këta agjentë mund të rrisin rrezikun e infeksionit me mikroorganizma më tepër virulente ose rezistente ndaj antibiotikëve.

- **Ushqyerja**

Dëmtimi i rëndë i kokës qon në një përgjigje të gjeneralizuar hipermetabolike dhe katabolike, me nevoja kalorike që janë 50% deri në 100% më të larta se në gjendje normale.²⁵

24 Mark h. Swartz “Traktat i diagnozës mjekësore” kap13, fq408

25 Mark h. Swartz “Traktat i diagnozës mjekësore” kap13, fq408-412

Ushqyerjet enterale nëpërmjet një tubi nazogastrik ose nazoduodenal, duhet të zëvendësohen sa më shpejt të jetë e mundur (p.sh., brenda 24 deri 48 orëve).

Ushqyerja e hershme enterale në ditën e parë pas dëmtimit, përgjithësisht tolerohet mirë dhe ka treguar se përmirëson rezultatin, krahasuar me ushqyerjen e vonuar.

Ushqyerja parenterale mbart një risk të shprehur, kryesisht tek ata me çrregullime infektive dhe elektrolitike dhe duhet të përdoret vetëm në ato raste kur mund të mos tolerohet ushqyerja enterale.

- **Menaxhimi me anë të administrimit të likuideve**

Vetëm likuidet izotonike, të tilla si tretje fiziologjike 0,9% ose tretje Ringer, duhet të administrohen te pacientët me lëndim të kokës. Solucioni hipertonic fiziologjik (d.m.th., solucioni 3% i klorurit të natriumit, solucioni i acetatit) mund të përdoret si alternativë te pacientët me edemë të theksuar të trurit dhe ka treguar se redukton numrin e rritjeve të ICP.

Ekulibri negative i likuideve shoqërohet me rezultate jo të mira pas lëndimeve të kokës dhe duhet të shmanget.

6. Kujdesi Infermieror

Prioriteti i parë i çdo infermieri është një rrugë ajrore adekuate.

Infermierja duhet të bëjë pastrimin e gojës dhe të asistojë në intubim, terapinë me oksigjen dhe duke vlerësuar vazhdimisht sistemin e frymarrjes së pacientit.

Infermierja gjithashtu duhet të monitoroj shenjat vitale të pacientit, të administrojë terapinë IV në mënyrë të përshtatshme së bashku me medikamentet e duhura.

Të vendosë kateterin urinar dhe të shënojë prodhimin urinar.

Njëkohësisht infermierja vazhdimisht vëzhgon nivelin e vetëdijes dhe statusit neurologjik të pacientit.

- **Siguria e pacientit**

Nëse pacienti është i shqetësuar , duhet të hetojmë shkakun dhe të bëjmë ndërhyrjet e duhura.

Shkaqet mund të jenë : diskomfort i shkaktuar nga dhimbja e madhe, kapsllëku, ndjesia shumë e nxehtë ose shumë e ftohtë , shtresat e rrudhave të krevatit, pozicioni i keq i trupit etj.

Shpjegojani pacientit të gjitha masat e kujdesit edhe nëse nuk jeni e sigurt që pacienti e kupton atë që ju thuani. ²⁶

Monitoroni pacientin dhe sigurohuni që paisjet ti mbani larg nga sytë e pacientit dhe që të mos mund ti arrijë dhe ti prek ato. Përdorni një zë të butë dhe flisni ngadalë me pacientin në mënyrë që të kuptojë informacionin që duhet.

Mos harroni zëri i njohur i një antari ose të ndonjë shoku, mund të qetësoj pacientin dhe të zvogëlojë ankthin dhe frikën.

- **Rehabilitimi dhe konsultimet me pacientin**

Përdorimi i mbajtësve metalike është e obligueshme, për ti mbajtur ekstremitetet e sipërme ose të poshtme në mënyrë funksionale dhe ul rrezikun e kontrakturave.

Duhet që të ja shpjegoni pacientit arsyen e ushtrimeve fizike dhe menjëherë të filloni me to, normal nëse gjendja e pacientit e lejon që të bëjë ushtrime fizike.

- **Informimi i familjarëve**

Për shkak se TBI ndikon në të gjithë familjen e pacientit, kujdes i vazhdueshëm duhet tu drejtohet anëtarëve të familjes. Ata do të kërkojnë një mbështetje të madhe emocionale dhe përgatitje për atë se do të jetë një shërim i zgjatur dhe mundësia e mbetjes me aftësi të kufizuara.

Anëtarët e familjes mund të kalojnë kohë të gjatë në spital, duke pritur për ndonjë ndryshim në gjendjen e pacientit. Përgatitni për ditë të mira dhe të këqija, dhe shpjegoni se përparimi i pacientit mund të jëtë i ngadalshëm. Dije se ruajtja e vazhdimësisë së pacientit mund të ndihmojë në krijimin e një marëdhënje të mirë me anëtarët e familjes, aftësitë e të cilëve mund të jenë të plogështa nga lodhja, frika, stresi, pikëllimi dhe

26 Ann M. Price, Allison Gallagher “ *Infermeria në raste kritike*” 2003 vëllimi8, kap20, fq503

zemërimi.²⁷

Në vitet e fundit, menaxhimi i TBI ka qar në përmirësimin e rezultateve të pacientit. Megjithatë, pacientët dhe familjet e tyre kanë gjasa të kërkojnë mbështetje të vazhdueshme. Duke i mësuar sa më shumë për kujdesin e duhur, do ti ndihmoni ata të përballen me pasojat e këtij dëmtimi e cila thellësisht mund të ndryshojë jetën.

7. Përfundimi

Duke analizuar rëndësinë e lëndimeve si sëmundje që prek prek trurin dhe është shumë dimensionale.

Konkludojmë se infermierët të cilët janë të aranzhuar në njësit e përkujdesjes ndaj pacientëve me lëndime në kokë duhet të jenë:

- Duhet të jenë të përgatitur në mënyrë maksimale që të përkujdesen për këta pacientë.
- Përkujdesjen ta bëjnë jo vetëm në aspektin profesional mjekësor por edhe në atë psiko-social.
- Infermierët duhet të jenë empatik me këta pacientë duke e marrë parasysh kronicitetin e këtij lëndimi si dhe komplikimet dhe invaliditetin që mund të shkaktojë.

27 Ann M. Price, Allison Gallagher “*Infermiera në raste kritike*” 2003 vëllimi8, kap20, fq507

- Infermierja e cila kujdeset për pacientin me lëndime të kokës duhet të aftësohet të :
 1. Vlerësojë klinikisht gjendjen e nevojat e pacientit, që ka lëndime të kokës.
 2. Duhet të menaxhojë (e vetme ose në bashkpunim me mjekun) rastet kur pacienti ka lëndime të kokës.
 3. Administrojë mjekimet dhe këshillat për pacientët me lëndime të kokës.
 4. Administrojë mjekimet terapeutike medikamentoze.
 5. Menaxhojë pacientin përmes këshillave në lidhje me mjekimin si dhe me mënyrën e jetës së pacientit duke filluar nga përkujdesja e ushqimit, aktiviteteve fizike etj.
 6. Këshilloj jo vetëm pacientët por edhe familjarët mbi përkujdesjen ndaj pacientëve me lëndime në kokë, në mënyrë që të bëjnë jetë të shëndoshë.
 7. Plotësojë saktë dokumentacionin e pacientëve me lëndime në kokë dhe të njëjtin ta ruaj me përkujdesje.
 8. Të ofroj komunikim me individët target, kujdes infermieror me përkushtim. |
 9. Gjithashtu, duhet të ofroj bashkëpunim, të koordinoj dhe të lehtësojë punën me ta.

8. Rekomandime

Rekomandimet lidhen me parandalimin e lëndimeve.

Lëndimet e trurit janë lëndime që nuk mund të shërohen, por të cilat mund të parandalohen.

Parandalimi mund të arrihet :

- Gjatë vozitjes së makinës duhet të vendoset rripi i sigurisë.

Është bërë një studim me pacientët të cilët kanë vendosur rripin e sigurimit dhe atyre që nuk e kanë vendosur, dhe është konkluduar se 95% e të gjithë pacientëve që kanë

vendosur rripin e sigurimit kanë pasur lëndime shumë më të lehta të kokës sesa ata që nuk e kanë pasur.

- Aksidentet me motorr janë një shkak kryesor dhe madhor i lëndimeve të kokës. Helmeta është mbrojtësja kryesore e kokës gjatë këtyre aksidenteve. Prandaj mbajtja e saj është faktor kryesor i parandalimit të lëndimit të trurit.
- Rrëzimet janë një faktor tjetër kryesor i lëndimeve të kokës. Kjo më shumë ndodh tek fëmijët e vegjël dhe tek të moshuarit. Mbathja e këpucave adekuate me gomë për mos rrëshqitje, si dhe ecja e ngadaltë dhe me kujdes janë faktorët parandalues të rrëzimeve ose rrëshqitjeve.
- Përdorimi i drogave dhe alkoolit janë në shkak tjetër i lëndimeve. Prandaj reduktimi i tyre është faktor parandalues i lëndimeve të trurit.

Literatura

1. Stephan A. Mayer, Lewis R. Rowland “**NEUROLOGJIA MERRIT**”
2. Daniel Beauchamp, Mark Everes, Keneth Mattox “**TRAKTATI I KIRURGISË SABISTON**”

3. Mark H. Swartz “**TRAKTAT I DIAGNOZËS MJEKËSORE**”

4. Lee Goldman, Dennis Auiello “ **TRAKTAT MJEKËSOR I CECIL-IT** “

5. Ann M. Price, Timothy J. Collins, Allison Gallagher “ **INFERMIERIA NË RASTE KRITIKE**”

6. Zimmerman R, Bilaniuk L, Gennarelli T “**RADIOLOGJIA**”

Cv e shkurtër e kandidates :

Të dhënat personale :	
Emri:	Jetlira
Mbiemri:	Tofaj

Data e lindjes:	06.04.1996
Kombësia:	Shqiptare
Shtetësia:	Kosovare
Vendlindja:	Gjakovë
Vendbanimi:	Junik
Telefoni:	044599053
E-maili:	jetliratofaj@gmail.com
Shkollimi i mesëm:	Sh.M.M."Hysni Zajmi"Gjakovë. Drejtimi: ass. Infermier i përgjithshëm
Shkollimi i lartë:	U.GJ.F.A. Fakulteti i Mjekësisë
Dega:	Infermieri
Viti akademik i studimeve:	2014/2017