

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

Fakulteti i Mjekësisë

Dega: Infermieri e Përgjithshme



Punim diplome

Tema: Komplikimet te Infarkti Akut i Miokardit

Studenti:

Leonis Deva

Mentori :

Prof.Dr.Ass. Dardan Koçinaj

Gjakovë, Janar 2017

'Volteri'

'Arti i mjekësisë konsiston në zbavitjen e pacientit, ndërsa natyra shëron sëmundjen.'

Falënderime

Falenderim i pafundë për mentorin tim Prof.-Dr. Dardan Koçinaj, i cili me punën e tij të palodhshme më qëndroi afër gjat punimit tim. Po ashtu, falënderoj edhe stafin akademik të Universitetit të Gjakovës "Fehmi Agani", që ma dhanë mundësinë ta përzgjedh dhe punoj këtë temë.

Ky punim është realizuar falë ndihmës së jashtëzakonshme të stafit të repartit të emergjencës dhe të njesisë koronare te spitalit rajonal të Gjakovës "Isa Grezda", të cilët me ndihmuan me përzgjedhjen e materialit dhe me mbledhjen e të dhënave.

Falenderime të veçanta iu shpreh familjes dhe shoqërisë për ndihmën dhe mbështetjen që ma dhanë gjatë punimit tim.

Faleminderit të gjithëve!

Unë Leonis Deva, student i Fakultetit të Mjekësisë-Dega Infermieri Gjakovë, deklaroj se kjo Temë Diplome është punimi im origjinal. E gjithë literatura dhe burimet e tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

Lista e shkurtesave

IM - Infarkti i Miokardit

SKZ - Sëmundjet Koronare të Zemrës

CK-MM - Kreatin Kinaza Muskulare

CK-BB - Kreatinin Kinaza Trurore

CK-MB - Kreatinin Kinaza Miokardiale

TA - Tensioni Arterial

HTA - Hipertensioni Arterial

EKG - Elektrokardiogrami

P.O - Per Os (Administrimi i terapisë në menyre orale)

I.V - Intravenoz

SHBA - Shtetet e Bashkuara të Amerikes

Përmbajtja

1. ABSTRAKT.....	7
2. HYRJA.....	8
Zemra.....	9
Pozicioni dhe ndërtimi i zemrës.....	10
Cfarë është infarkti i miokardit.....	10
Fizpatologjia.....	11
Shkaqet që qojnë në infarktin e miokardit.....	12
Shenjat klinike.....	14
Diagnozat diferenciale.....	16
Egzaminimet.....	17
Elektrokardiogrami.....	19
Mjekimi.....	22
Mjekimi i infarktut të miokardit.....	23
Mjekimi invaziv i IM.....	24
Si bëhet procedura e angioplastikes koronare.....	24
Komplikimet.....	25
Parandalimi.....	25
Kujdesi infermierorë.....	26
Qëllimet e kujdesit infermierorë.....	28
Kujdesi infermierorë pas angioplastikes koronare.....	30
Vlerësimi i arritjeve.....	31
3. QËLLIMI I PUNIMIT.....	32
4. METODOLOGJIA.....	33
5. REZULTATET.....	34

6. DISKUTIMI.....	37
7. PËRFUNDIMI.....	38
Rekomandimet.....	39
8a. REZYME.....	40
8b. SUMMARY.....	41
9. REFERENCA.....	42
10. CV E SHKURTËR E KANDIDATIT.....	43

1. Abstrakt

Hulumtimi është bërë me qëllim që të përshkruhen rastet e personave që sulmohen nga infarkti akut i miokardit si dhe që të njoftohen familjarët e tyre se si duhet të përkujdesen për këta pacient para dhe pas trajtimit të infarktit.

Ky hulumtim ka përfshirë rreth 40 pacientë të cilët janë lajmëruar në spitalin e Gjakovës. Gjatë punimit është vërejtur se shumë pacient nuk kishin njohuri aq sa duhet për sëmundjen e infarktit dhe se shpesh pacientët poashtu edhe familjarët i kishin shpërfillur simptomat e infarktit.

Familjarët dhe pacientët përfituan disa këshilla rreth rëndësisë së përdorimit të terapisë, kontrollave në rast të simptomave të anës kardiologjike, aktivitete fizike të lehta, etj.

Po ashtu, është bërë edhe shpjegimi i procedurës së angioplastikes të familjarët dhe vetë pacienti duke i treguar se nuk duhet të ketë frikë sepse më frikësuese është gjendja në të cilën gjindet.

Mentor i punimit tim është Prof. Dr. Ass. Dardan Koçinaj

Punimi përshinë : 43 faqe , 1 tabelë , 4 grafikone dhe 8 figura.

Fjalëkyqe :Infarkti , sëmundja , familja , terapia , angioplastika , aktivitetet fizike.

2. HYRJE

Infarkti i miokardit është ndër sëmundjet e para në listën e sëmundjeve që paraqesin rrezikshmëri, si dhe mbart në vetvete të papritura të shumta. Shpesh dëgjoheq që dikush vdiq papritur nga infarkti apo kaloi një situatë të rëndë e të rrezikshme nga kjo sëmundje.

Shpesh simptoma të cilat në dukje mund të duken të thjeshta mund të jenë treguesit e parë të një infarkti që mund t'i marrin edhe jetën pacientit nëse neglizhohet.

Infarkti i miokardit mund të shkaktoj një sulm në zemrën e pacientëve, duke qenë i maskuar mes simptomave të tilla si djersitja, ftohja e lëkurës apo edhe ngjashmërisë me një grip të zakonshëm. Askush prej nesh nuk ka në dorë tiparet gjenetike dhe sëmundjet e trashëguara, por ajo që ne mund të bëjmë, është parandalimi i faktorëve të rrezikut për sëmundjet kardiake të cilat përfshijnë: kufizimi i duahnpirjes, kontrolli i vazhdueshem i TA, sheqerit dhe yndyrës ne gjak si dhe shtimi i aktiviteteve fizike.

Personat më të rrezikuar janë ata me: HTA(hipertension arterial) , personat me moshë të shtyer (nuk janë më pak të rrezikuar as moshat e reja), duhanpirësit, personat me yndyrëra të rritura, jeta sedentare (pa aktivitete fizike), obeziteti, stresi dhe faktorët social.

Zemra (Cor)

Zemra paraqet një organ muskulo-kavitar, i cili kontrahohet në mënyrë të pavarur nga vullneti i njeriut, kontrahimi fillon me lindjen dhe përfundon me vdekjen e tij. Zemra ka formën e një konusi të sheshuar, në të cilën dallojmë bazën, majen, facies anterior dhe facies posterior. Zemra është e ndarë nga brenda në katër dhomza të quajtura: atriumi i majtë, ventrikuli i majtë, atriumi i djathtë dhe ventrikuli i djathtë. Çdo atrium komunikon me barkushen e anës së vet me anë të vrimes atrioventrikulare përkatëse. Atriumi i majtë ndahet nga atriumi i djathtë me anë të ndarëses interartialis, ndërsa ventrikujt ndahen me anë të ndarëses interventrikulare.¹ (Fig 1)

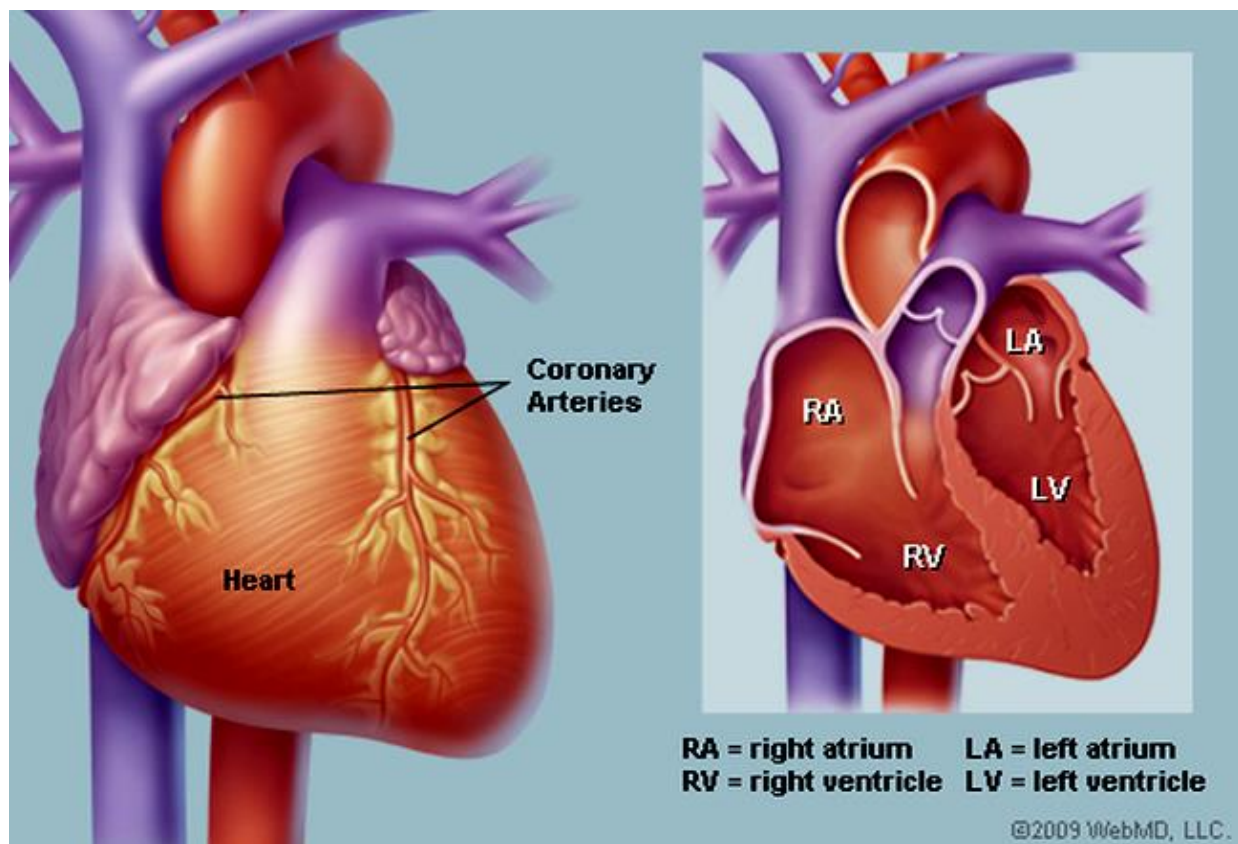


Fig 1 <http://www.webmd.com/heart/picture-of-the-heart#1>

¹ Totozani D. , Qamirani S. Anatomia normale e njeriut Faqe 8-20 (Pjesa e II) Tiranë,2001

Pozicioni dhe ndërtimi i zemrës

Pozicioni normal i zemrës është oblik me drejtim nga sipër poshtë nga e djathta në të majtë nga mbrapa para, e vendosur në pjesën më të madhe të sajë në anën e majtë. Në një përqindje shumë të vogël të rasteve mund të vendoset më tepër djathtas, në keto raste kemi të bëjmë me dextrokardi.

Zemra është e ndërtuar nga tre shtresa: shtresa e brendshme apo *endocardi*, shtresa e mesme apo *myocardi* dhe shtresa e jashtme apo *pericardi*¹.

Cfarë është infarkti i miokardit ?

Infarkti i miokardit është nekrotizimi i muskulit të zemrës. Kjo vjen si pasojë e bllokimit të arteries koronare nga pllakëzat artero-sklerotike që sjellë mosshqyerjen e saj me gjak dhe me oksigjen. Infarkti i miokardit përbën një nga patologjitë më të rënda dhe më aktuale për të gjitha moshat , veçanërisht për të moshuarit².

¹ Totozani D. , Qamirani S. Anatomia normale e njeriut Faqe 8-20 (Pjesa e II) Tiranë,2001

²<http://telegrafi.com/semundja-e-arterieve-koronare/>

Fizpatologjia

Dihet që zemra është një organ që merr dhe pompon vazhdimisht gjak. Në kushte rreziku rrjedhja e gjakut nëpër enet koronare mund të ndërpritet në mënyrë të menjëhershme dhe kjo ndodh kur ena e gjakut mbyllet dhe nuk lejon furnizimin e zonës përkatse të muskulit të zemres me gjak. Kjo zonë e muskulit të zemres është e mbyllur nga pllakat artero-sklerotike dhe nuk lejojnë ushqimin e kësaj pjese me oksigjen duke sjellë ndryshime të thella metabolike. Nëqoftëse nuk rivendoset furnizimi me gjak brenda 6 orëve ndryshimet janë të rrezikshme dhe ndodh nekrotizimi i muskulit të zemres si pasojë e një ishemie të zgjatur².(Fig 2)

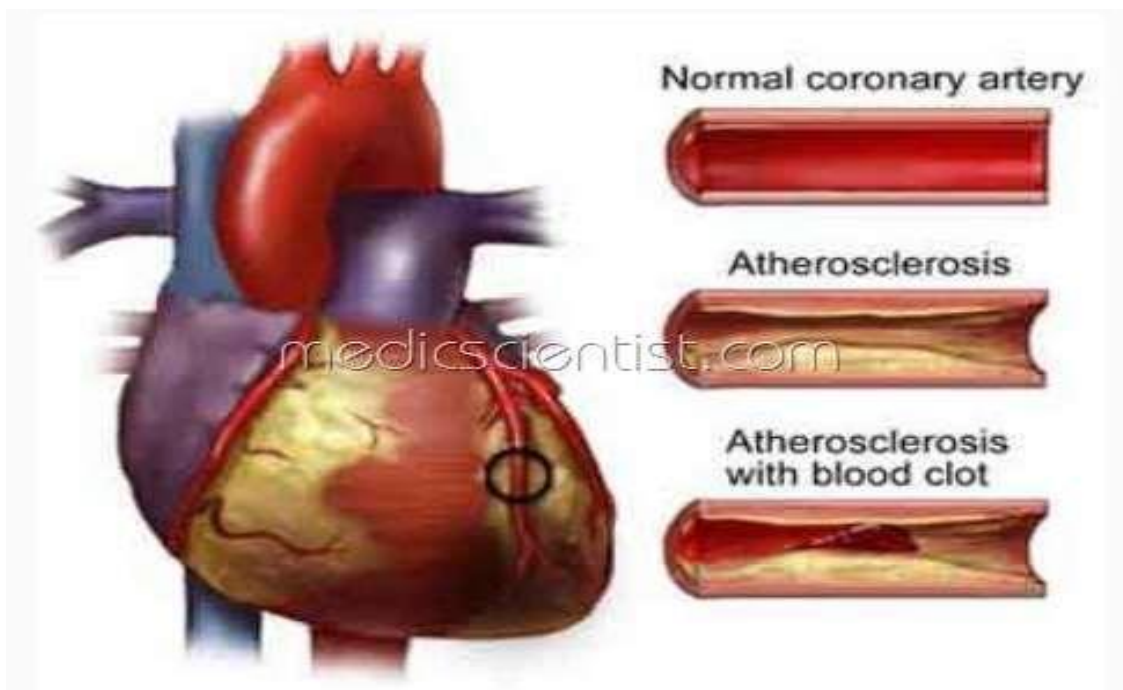


Fig 2 <http://medicscientist.com/wp-content/uploads/2011/07/Atherosclerosis1.jpg>

²<http://telegrafi.com/semundja-e-arterieve-koronare/>

Shkaqet që çojnë në infarkt in e miokardit (IM)

* Arteroskleroza - është gjendja kur pikat e materialeve yndyrore si kolesteroli shtresohen në muret e brendshme të arterieve koronare. Qelizat e gjakut mund të ngjiten për pjesën e dëmtuar dhe krijohen mpiksje. Kur formohet mpiksja e gjakut apo trombi, bllokun totalisht apo pjesërisht lumenin dhe qarkullimi i gjakut mund të ndërpritet tërësisht nëpër arterie. Ky bllokim i lumenit provokon infarkt in e miokardit apo atakun e zemrës. Mbi 90% e rasteve me infarkt të miokardit shkaktohen nga formimi i trombit dhe nga mbyllja (okluzioni) i arteries koronare të prekur.

* Hiperkolesterolemia - niveli i rritur i lipideve (yndyrave) apo acideve yndyrore te lirë është faktor tjetër i rëndësishëm që rrezikon për sëmundje koronare të zemrës. Në përgjithësi një pakësim në vlerat e kolesterolit total qon në ulje 2-3% të rrezikut të zhvillimit të sëmundjeve koronare të zemrës (SKZ). Rritja e niveleve të LDL apo të kolesterolit të keq provokon në vazhdimësi trashjen e murit të arterieve koronare duke sjellë humbjen e elasticitetit dhe të tonusit kardiak, gjë që pason IM.

* Hipertensioni arterial (HTA) - është faktori më i rëndësishëm për zhvillimin e sëmundjeve koronare. Personat me HTA kanë një rrisht 5 herë më të madh për zhvillimin e SKZ. Tek Njerëzit mbi 45 vjeq HTA është faktori kryesor i rrezikut për zhvillimin e IM, megjithatë rreziku për zhvillimin e tijë rritet me rritjen e presionit arterial në të gjitha grupmoshat. Përveç trashëgimisë, obezitetit, jeta sedentare, stresi, konsumimi i alkoolit, yndyrnat, etj luajnë rol të rëndësishëm në shkaktimin e HTA.

* Mosha - rreziku për këtë sëmundje rritet me rritjen e moshes. IM atakon më shpesh njerëzit në moshën 60-70 vjeq dhe më tepër meshkujt. Më shumë se 70% e rasteve me IM ndodhin pas moshës 70 vjeçare. Megjithatë arteroskleroza nuk fillon menjëherë në moshat e vjetra. Simptomat e hershme të saj bëhen të dukshme që në stadi shumë të hershme. Studimet kanë treguar që procesi arterosklerotik mund të bëhet i dukshëm që në moshën 3 vjeq. Kështu vazat koronare fillojnë të përfshihen në këtë proces nga mosha 20-30 vjeç.

* Gjinia - IM prek më shumë meshkujt sesa femrat. Meshkujt janë më të prekur para moshës 65 vjeq. Pas kësaj moshe rreziku është i njëjtë. Kjo ndodhë për shkak të mungesës së estrogjenit e cila pas menopauzës te femrat ulet ndjeshëm. Kjo gjë shpjegon që observimet në studimet epidemiologjike të tjera kanë treguar që femrat pranë menopauzës preken më pak se meshkujt nga SKZ, sepse hormoni femëror estrogjeni ka rol mbrojtës mbi zemrën e njeriut. Ky i fundit shkakton rritje të HDL-kolesterolit dhe ulje të LDL-kolesterolit. Vetëm 1 në 7 femra të moshës 45-64 vjeq kanë shenja të SKZ. Pas moshës 64 vjeçare raporti ndryshon 1 në 3.

Shkaqet jo-arterosklerotike.

Jo gjithmonë është e pranishme një pllakë arterosklerotike për zhvillimin e IM, ky i fundit mund të shkaktohet (veçanarisht të rinjtë) nga :

- * Një emboli që e merr origjinën nga infeksioni valvular ,
- * Një okluzion (mbyllje) sekondar nga vaskuliti ,
- * Një vazoplazem koronare ,
- * Anomalite kongenitale koronare ,
- * Traumata koronare ,
- * Përdorimi i kokainës ,
- * Faktorë që rrisin përdorimin e oksigjenit si ushtrimet e zgjatura, etet,
- * Faktorët që ulin oksigjenimin si hypoksija, anemija e thellë.

* Duhani - është faktor rreziku i fortë për zhvillimin e IM dhe të sëmundjeve të tjera koronare. Ka një lidhje midis numërit të cigareve të përdorimit të duhanit me rrezikun e zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare. Duhanpirësit e vjetër kanë një rrezik dy herë më të madh për zhvillimin e sëmundjeve të zemrës dhe tre herë më të madhe për vdekje kardiake të papritur. Efektet negative të vlerave të lipideve në gjak, rritja e prirjes për trombozë, etj.

* Trashëgimia - është faktori që nuk duhet anashkaluar. Është një informacion shumë i rëndësishëm në marrjen e anamnezës së të sëmurit².

²<http://telegafi.com/semundja-e-arterieve-koronare/>

Shenjat Klinike

Vuajtja e muskullit të zemres nga mosushqyerja me gjak që vjen si pasojë e bllokimit të arteries koronare shprehet në dy forma : *Tipike* dhe *Atipike* .

Shenjat Tipike janë:

*Dhimbje gjoksi- shpesh mund të përshkruhet si një dhimbje substernale apo retrosternale e paqartë,shtrënguese,shtyese,djegëse dhe ndonjëherë e fortë dhe e mprehtë në mesin e krahërorit. Kjo dhimbje zgjatë 30 minuta edhe më gjatë dhe shtrihet në qafë në duar sidomos në gishtat e dorës së majtë duke shkaktuar mpirje të krahut të majtë dhe të gishtave të katërt dhe të pestë. Përdorimi i nitroglicerines e qetëson atë. Dhimbja retrosternale është simptomë dhe te shenjat atipike kryesisht te diabetikët .

*Dispnea- çrregullimi në frymëmarrje. Ne këtë rast kemi një frymëmarrje të shkurtër madje dhe mund të humbasë. Mekanizmi i zhvillimit është rritja e presionit diastolik në ventrikulin e majtë dhe si rrjedhojë edhe në venen pulmonare. Rritja e presionit diastolik ndodh nga dëmtimi i muskullit kardiak si rezultat i IM. (Fig 3)

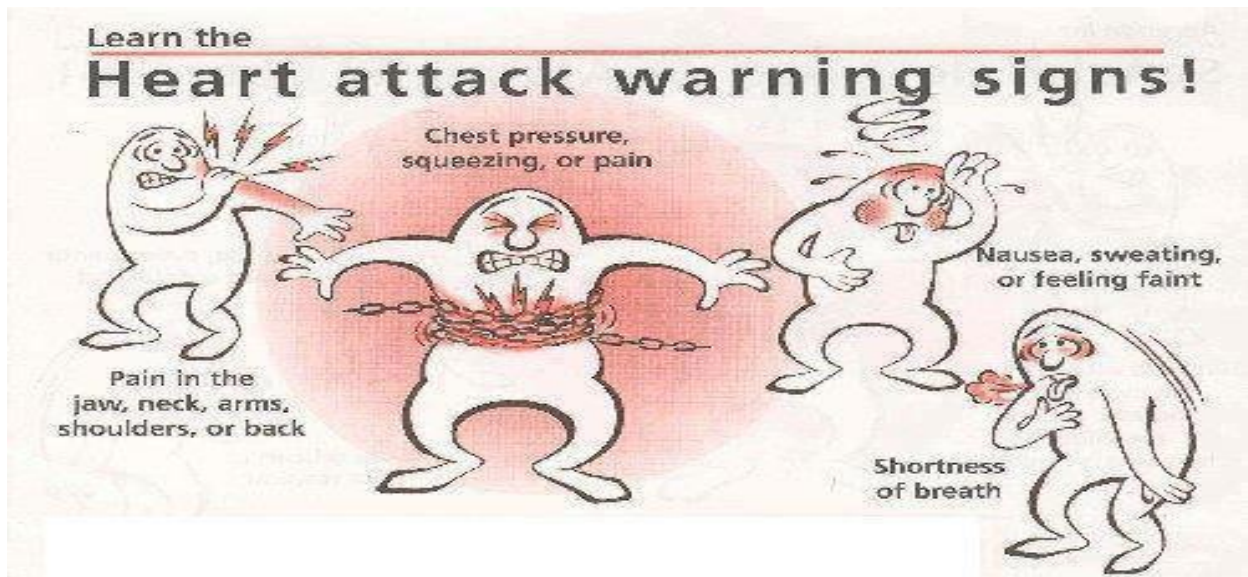


Fig 3 <http://healthyfoodscience.com/wp-content/uploads/2014/02/hawarning500w.jpg>

*Tahikardi - një aritmie shprehur me rrahje të shpeshta të zemrës e shoqëruar dhe me palpitatione.

*Zbehje - pacienti ka një lekure të zbehtë,ndonjëherë cianotike.

*Djersitje - Zbehja e lekurës shoqërohet edhe me djersë të ftohta.

*Asteni dhe fatigabilitet -pacienti shprehë lodhje dhe këputje trupore.

Shenjat atipike :

Shenjat atipike në raste të tjera të IM mund të prezantohen dhe me shenja të tjera atipike që përbëjnë një frekuencë të lartë për vendosjen e diagnozes në mënyrë të gabuar pasi mund të mos identifikojnë IM, por mund të ngatërrohet me angina pectoris apo dhe me ulceren gastrike.

*Dhimbje- në këtë rast dhimbja mund të lokalizohet në abdomen, në qafë, në nofull dhe pse janë eventuale të angina pectoris. Për të bërë ndryshimin midis sajë dhe IM përdorim nitroglicerinen ose bëjmë dallimin me anë të egzaminimit imazherik EKG.

*Pirozis- prania e sajë manifestohet me djegie të traktit gastrik.

*Nauze - shprehur me dobësi të theksuar.

*Gjendje konfuzionale- nga anoksia cerebrale.

*HTA- hipertension i zgjatur i shprehur.

*Temperatura- temperaturë subfebrile.

*Degjimi i zhurmës së katërt (s4). Një zonë diskenike (në IM anteriore) e cila mbetet prapa në tkurrje.

*Zhurmë sistolike me regurgitim mitral.

*Ritmi i Gallopit(s4), ralet pulmonare dhe edemë të anesive të poshtme².

²<http://telegrafi.com/semundja-e-arterieve-koronare/>

Diagnoza Diferenciale

Për vendosjen e diagnozes pozitive të një patologjije në fillim bëhet vendosja e diagnozave diferenciale të mundshme që kanë një bazë në të dhënat simptomatologjike të pacientit në shqyrtim.

Diagnozat diferenciale janë :

- * Diskenimi i aortes,
- * Stenoza e aortes,
- * Cholecystitis,
- * Spazma ezofageale,
- * Ezophagitis,
- * Gastritis akut,
- * Refluksi gastroezofageal,
- * Miokarditet,
- * Perikarditet akute,
- * Pneumotoraksi,
- * Embolia pulmonare,
- * Pneumonia,
- * Pankreatiti.

Çdo diagnozë diferenciale rrezohet apo bie poshtë mbi bazën e të dhënave apo egzaminimeve laboratorike dhe imazherike. Këto të dhëna bëjnë që të nxirret diagnoza përfundimtare.

Ekzaminimet

Të dhënat laboratorike- duhen marrë parasysh atëherë kur dyshohet për IM, duhen siguruar analiza të përsëritura gjatë 24 orëve.

*Kreatinine kinaza - ndahet në 3 izoenzima. Kreatinin kinaza muskulare (CK-MM) e cila është përgjegjëse për muskulin skeletik, kreatinin kinaza trurore (CK-BB) e cila gjendet në tru, kreatinin kinaza miokardiale (CK-MB) e cila gjendet në zemër.

*Troponina- është një e dhënë standarde në diagnostikimin e IM. Ajo rritet 3-12 orë pas paraqitjes së dhimbjes.

*CK-MB- është zgjedhur si e dhënë standarde për IM pasi ajo rritet 3-12 orë kur pacienti ka reflektuar për dhimbje të gjoksit,ajo arrinë kulmin pas 24 orëve dhe normalizohet pas 48-72 orë.

*Lipidet- (kolesteroli) duhet shqyrtuar niveli i tij në gjak brenda 24 orëve.

*Proteina C reaktive (PCR)- rritet gjatë sindromeve akute koronare.

*Provat e heparit(SGOT)- kjo transaminazë rritet në infarkt in e miokardit. (Fig 4)

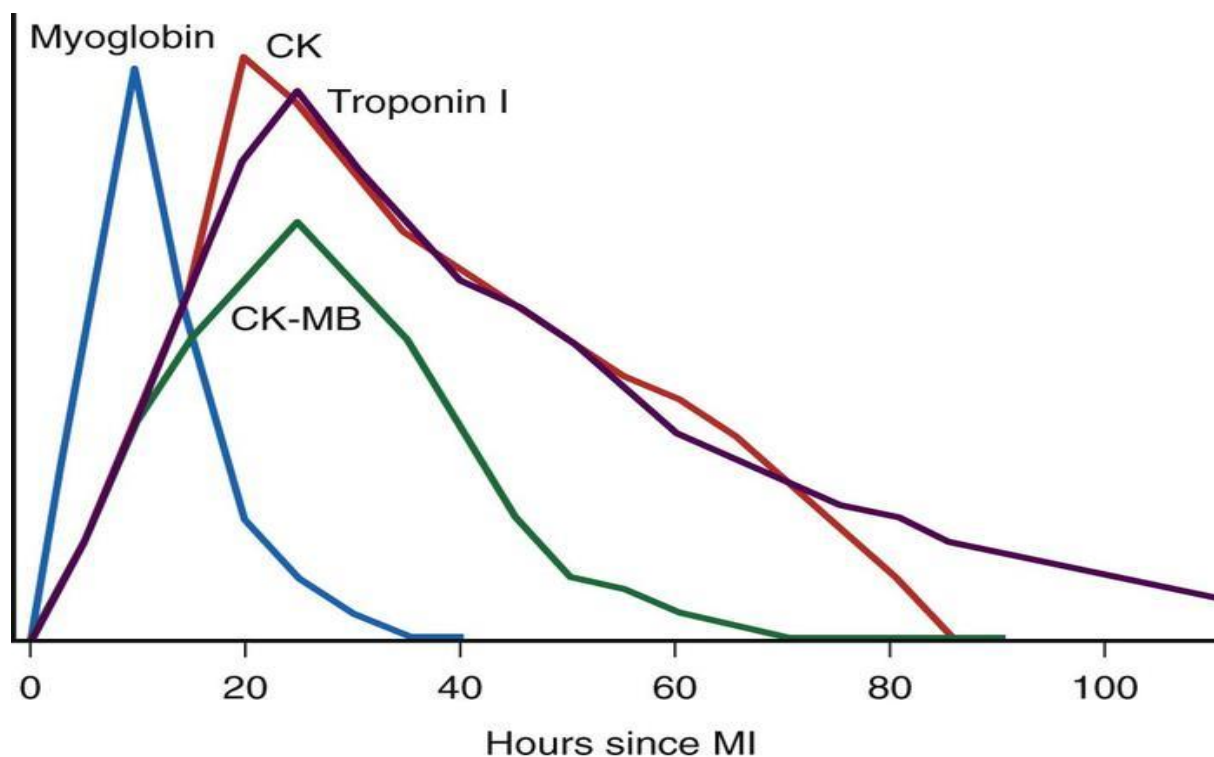


Fig 4 <http://healthyfoodscience.com/wp-content/uploads/2014/02/hawarning500w.jpg>

Të dhënat imazherike

*EKG- është mjaft e rëndësishme në përcaktimin e diagnozes në më shumë se 80% të rasteve. Indikohet menjëherë bërja e EKG nëse pacienti dyshohet për IM. Nëse EKG tregon ngritje të segmentit ST me shoqërim të ngritjes vertikale ose negativizim të dhëmbit T dhe duke shoqëruar kliniken e infarktës është e dhënë për IM. Depresioni i segmentit ST me ndryshime të dhëmbit T mund të jetë dhe infarkt pa dhëmbë Q.

*Radiografia- përcakton permasat e zemrës dhe vendos diagnozen për një insuficiencë kardiake të dekompenzuar, për një sëmundje pulmonare, etj.

*Echo e zemrës- vendos diagnozen e IM sepse me anë të sajë shikohet ajo pjesë e zemrës e cila nuk tkurret me të njejtin ritëm, mund të vendosë se cili ventrikul është i prekur gjithashtu ajo përcakton edhe rupturën e miokardit apo praninë e likidit perikardial.

*Angiografia koronare - është një procedurë e cila përcakton anatominë e koronareve duke përcaktuar vendin e bllokimit. Bën të mundur pamjen e enëve koronare të cilat e ushqejnë muskulin e zemrës. Me anë të kësaj metode bëhet i mundur përcaktimi i stenozeve (ngushtimeve) të arterieve koronare dhe jepet njohuri për fuqinë e kontraktimit të zemrës. Kjo është një ndër metodat për diagnostikimin e infarktës të miokardit³.

³https://sq.wikipedia.org/wiki/Infarkti_miokardial

EKG (Elektrokardiogrami)

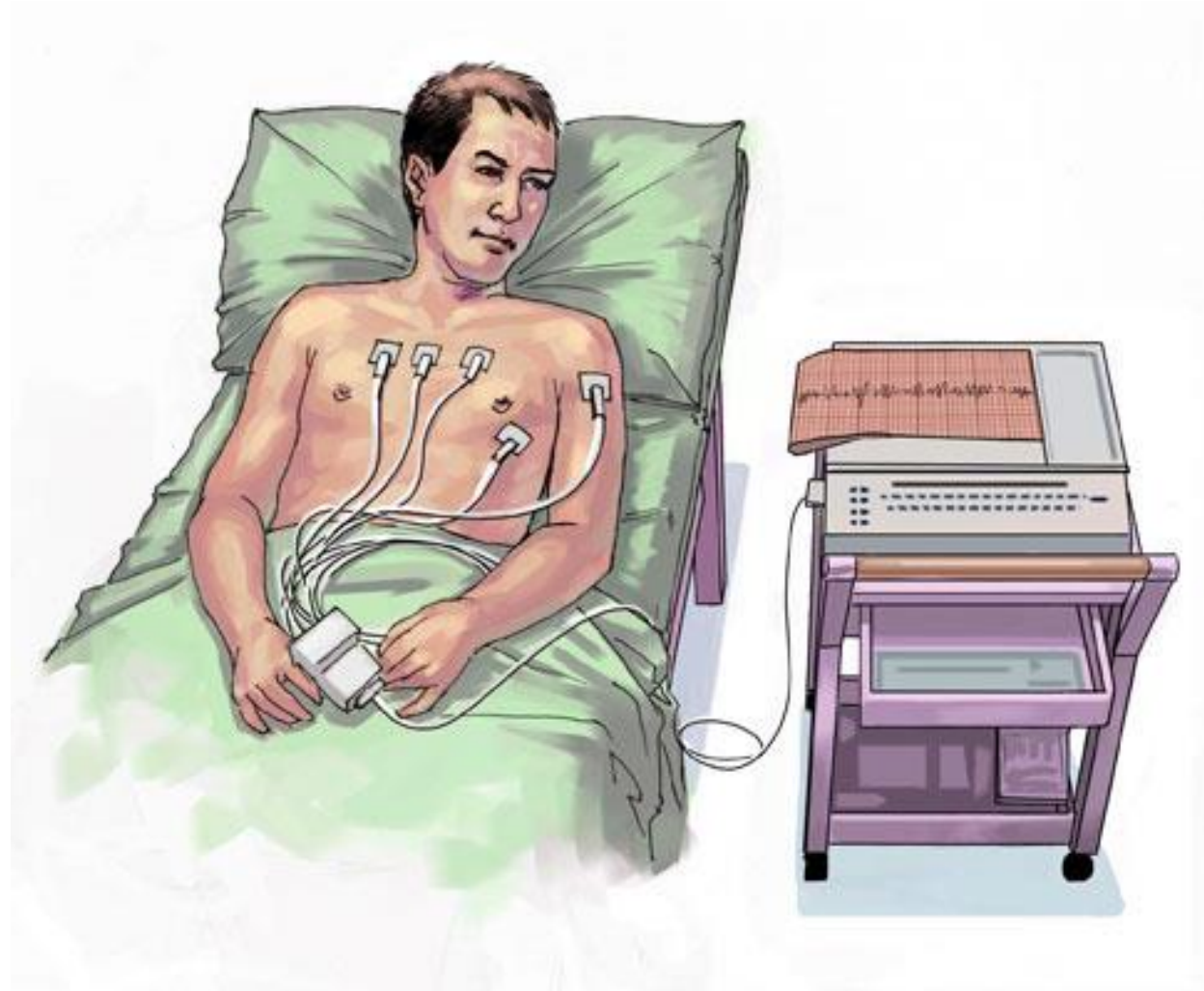


Fig 5 <http://www.skinsheen.com/userfiles/files/Electrocardiogram.jpg>

EKG është një provë në masat e aktivitetit elektrik në fusha të ndryshme të zemrës. Elektrokardiografia kryhet me një mjet të veçantë të quajtur elektrokardiograf. EKG është paraqitje grafike në shirit letre të aktivitetit elektrik të zemrës. Këto sinjale të prodhuara nga elektrodën përdoren për të zbuluar një anomali në normë apo në ritmin e rrahjeve të zemrës, përveç kësaj më kryesorja është që EKG mund të tregojë fushat e muskulit të zemrës të dëmtuara, nga forcat që ndodhin gjatë sulmit në zemër. Gjithashtu mund të identifikohen dhe sëmundjet që shkaktohen nga kufizimet e enëve të gjakut që furnizojnë muskulin e zemrës (sëmundjet koronare të zemrës). Siç e përmendëm më sipër EKG është një grafik në një shirit letre. Ky grafik përbëhet nga dy rrugë pozitive (drejtuar lart) dhe dy valë negative (drejtuar në rënje). EKG fillon me një valë pozitive (vala P për aktivizimin përkatës atrial) e ndjekur nga një vijë e shkurtër horizontale dhe pastaj vijë në rëndë njëri pas tjetrit tri valë Q.R.S të cilat

korespondojnë me tkurrjen ventrikulare. Në fund ka një valë T i cili së bashku me segmentin ST korrespondon me repolarizimin e qelizave të miokardit pas tkurrjes së ndodhur. (Fig 5)

Procedura e vendosjes se EKG

EKG është një aparat me katër elektroda që vendosen ne ekstremitetet e poshtme dhe të sipërme dhe nga gjashtë elektroda që vendosen në kafazin e krahërorit. Këto elektroda vendosen kështu:

V1 - Vendoset në hapsirën e 4 interkostale në anën e djathtë,

V2 - Vendoset në hapsirën e 4 interkostale në anën e majtë,

V3 - Vendoset në mes të V2 dhe V4,

V4 - Vendoset ne hapsirën e 5 interkostale mid-klavikulare,

V5 - Vendoset në hapsirën e 5 interkostale në vijen aksillare,

V6 - Vendoset në hapsirën e 5 interkostale midaksillare.(Fig 6)

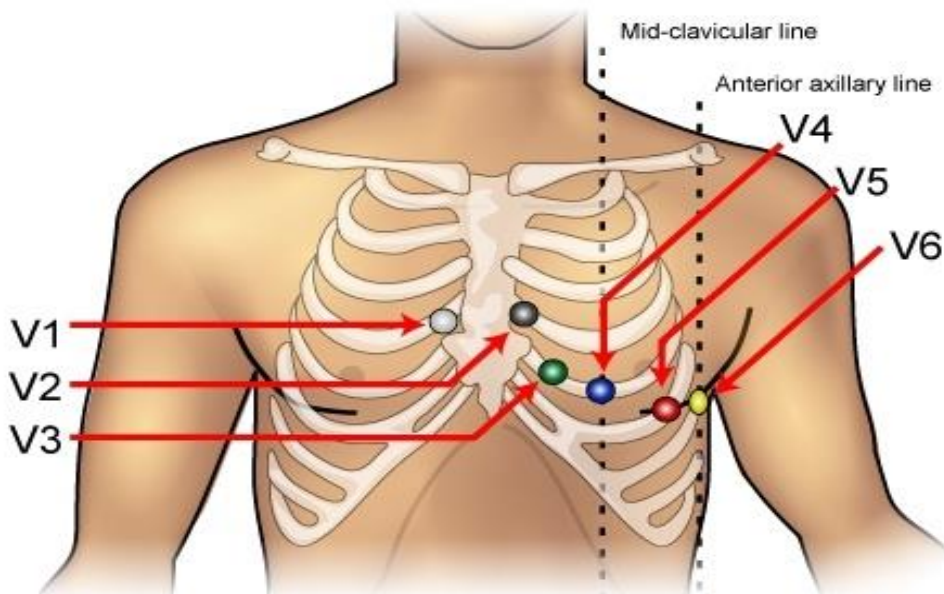


Fig 6 https://i.ytimg.com/vi_dNU6TOamQghq/default.jpg

Pas bërjes së procedurës shihet shiriti i EKG. Mund të kuptojmë një anomali në paraqitjen e elektrokardiogrames. Në rastin e infarktimit të miokardit kjo lloj anomalie shprehet në ndryshimin e valëve të EKG, kryesisht në valet S dhe T ose ndryshe në kompleksin ST. Valet P në shumicën e rasteve janë normale. Por dhe që mund të paraqiten me ndonjë ndryshim të tyre. Kompleksi ST janë të përmbysura, negative dhe vala S është sa 3/4 e valës R. Intervalët e valës P mund të ndryshojnë shpeshtësinë e tyre në sekonda në bazë të çdo pacienti që paraqitet me IM. Për këtë arsye dhe disa pacientë kanë shenja të palpitacioneve apo të aritmive. Të sëmurët a mund të kenë tahikardi apo jo, kjo varet nga vala P⁴. (Fig. 7)

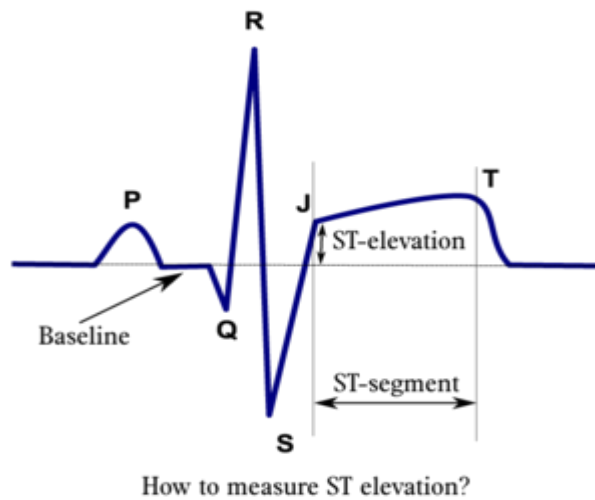


Fig 7 <https://rfclipart.com/image/big/d3-c1-c8/medical-electrocardiogram-ecg-on-chart-paper-Download-Royalty-free-Vector-File-EPS-173432.jpg>

⁴<https://sq.wikipedia.org/wiki/Elektrokardiografia>

Mjekimi

Trajtimi urgjent

Në repartet e urgjencave vijnë pacient të cilët nuk janë të diagnostikuar. Në këta pacientë fillon mjekimi urgjent duke u bazuar mbi të dhëna të marrura në momentë nga vetë pacienti apo në raste më të rënda kur pacienti nuk është i vetëdijshëm, nga familjarët.

Në trajtimin urgjent të IM bazohemi tek shenjat tipike që jep pacienti si p.sh dhimbje gjoksi që prek shpatullën, krahun e majtë dhe gishtat e 4 e 5 të dorës, dispne, tahikardi, etj. Duke u bazuar në këto shenja atëherë fillohet menjëherë vendosja e pacientit në shtrat dhe menjëherë hapet vija venoze për tretje fiziologjike, apo në raste më të rënda për një medikament specifik direkt në rruget venoze. Një mjekim tjetër urgjent është edhe përdorimi i nitroglicerines sublinguale. Ajo jepet e ndarë në tre doza. Fillohet 0.3mg deri në 1 mg për qdo 10-15 minuta. Trinitrina përdoret intravenoze e holluar me tretje fiziologjike 500 ml dhe jepet për të zgjeruar arteriet koronare. Trajtim tjetër më specifik jepet në raste akoma më të rënda kur pacienti nuk ka vetëdije. Në këto raste është mirë të kemi parasysh dhënien e oksigjenit me intubim apo masazhin e zemrës. Në kushte spitalore masazhi kardial mund të bëhet me defibrilator. Defibrilatori është një aparat që ndihmon në rikthimin e punës së zemrës duke shkarkuar një ngarkesë elektrike mbi pacientin. Defibrilatori ka dy pllaka perkatësisht A (apex) dhe S (sternum). Zakonisht bëhen dy goditje me 260-260 volt pastaj ngarkesa elektrike shtohet në 300 dhe 360 volt. Rivendosja e sistemit qarkullues është një nga pikat kryesore në trajtimin urgjent tek këta pacientë⁵.

⁵ Mr.Sc.Dr. Lenjani B., Mr.Sc.Dr. Ismaili F., Mr.Sc.Dr. Krasniqi S., Dr.Sc. Karemani N. Ndhma e parë Prishtinë, 2010. Faqe 109-199

Mjekimi i infarktit të miokardit

Mjekimi i IM bëhet në dy mënyra , me anë të mjekimit me medikamente dhe me anë të trajtimit invaziv.

Trajtimi medikamentoz për profilaksi konsiston në:

*Rregullimin e perfuzjonit në vendin e bllokuar, në mënyrë që zona e dëmtuar të rifitojë aktivitetin e sajë normal. Trajtimi bazohet në tre pika :

1. Rregullimin e balancës së prishur të oksigjenit mes marrjes dhe nxerrjes
2. Qetësimin e dhimbjeve
3. Parandalimin dhe trajtimin e komplikacioneve që mund të lindin.

Kjo është një treshe e suksesshme për trajtimin e IM .

*Trombolitikët - terapija me ta ka treguar sukses të mbijeteses në ata pacientë që është përdorur. Trombolitiket duhet të përdoren 6 orët e para kur vërehen ngritje të segmentit ST në lidhjet anteriore. Aktivizuesi i plazmogjenit indor (t-PA) është superiore në shkrirjen e trombit.

*Aspirinoprotektoret - 50 mg P.O ose I.V nëse pacienti vjellë. Jepen gjithmonë në fazen akute. Salospiri jepet 75-300 mg kundër formimit të trombit.

*Clopidogrel- jepet në 4 doza nga 75 mg P.O si profilaktik në vend të aspirines.

*Betablokuesit- reduktojnë re-infarktët dhe ishemië rekurente nese perdoren 24 orët e para pas IM. Efektet anësore janë të pakëta dhe përdorimi do të jetë i vazhdueshëm.

*Stanina- simvastatin 40 mg

*Heparina- dhe antikoagulantët tjerë kanë një rol ndihmës në pacientë që përdorin t-PA. Gjithashtu heparina perdoret në pacientë që do të kryejnë stendimin dhe pak të dhëna ka për efektin e tyre në IM.

*ACE-inhibitoret-e reduktojnë ritmin e vdekjes pas IM. Administrimi i ACE sa më i shpejtë të mundet dhe sa më gjatë të jetë e mundur në pacientë të cilet nuk kanë kunderindikacione. Janë tepër të dobishem në pacientë me disfunkcion ventrikularë.

*Morfina-sulfat- përdoret kur nitroglicerina nuk ka kryer efekt në lehtësimin e diskomfortit të krahërorit. Morfina lehtëson dhimbjen, zvogëlon kërkesat për oksigjenimin e miokardit dhe redukton qarkullimin e katekolamines⁵.

⁵ Mr.Sc.Dr. Lenjani B. , Mr.Sc.Dr. Ismaili F. , Mr.Sc.Dr. Krasniqi S. , Dr.Sc. Karemani N. Ndhma e parë Prishtinë,2010. Faqe 109-199

Mjekimi invaziv i IM

Kjo ndërhyrje konsiston në angioplastiken koronare me ballon dhe në vendosjen e një stenti koronar. Angioplastika koronare është procedura e hapjes së arteries koronare me anë të një balloni që fryhet i cili bën të mundur hapjen e tij. Nëqoftëse pas kësaj procedure arteria mbyllet përsëri atëherë për të menjanuar këtë bllokim vendoset stenti që është si një kafaz çeliku. Stenti pengon mbylljen e arteries për një kohë të gjatë. Ai qëndron gjatë gjithë kohës në brendësi të arteries duke parandaluar ngushtimin apo mbylljen e saj. Por duhet marrë parasyshë se IM nuk sherohet me angioplastiken koronare. Kjo është pjesë e trajtimit të IM.

Si bëhet procedura e angioplastikes koronare ?

Realizimi i angioplastikes koronare bëhet me ndihmen e një kateteri në maje të të cilit është i vendosur një ballon. Kateteri është i hollë dhe i gjatë, arrihet të shkohet deri te dhomzat e zemrës dhe te enët perkatëse, tek arteriet koronare atje ku ka një ngushtim apo bllokim të saj. Fryhet ballona e më pas shfryhet, hiqet dhe vërehet një përmirësim i fluksit të gjakut në atë arterie. Kjo procedurë zgjatë rreth 20 minuta. E gjithë kjo ndërhyrje realizohet me anestezion lokal (lidokain) e cila me anë të një gjilpëre e injektojmë rreth arteries femorale ose rreth arteries brahiale. Pas kësaj ndërhyrje pacienti është i monitoruar rregullisht 24 orët e para dhe më pas bëhen disa kontrolle të EKG⁶. (Fig 8)

Stent with Balloon Angioplasty

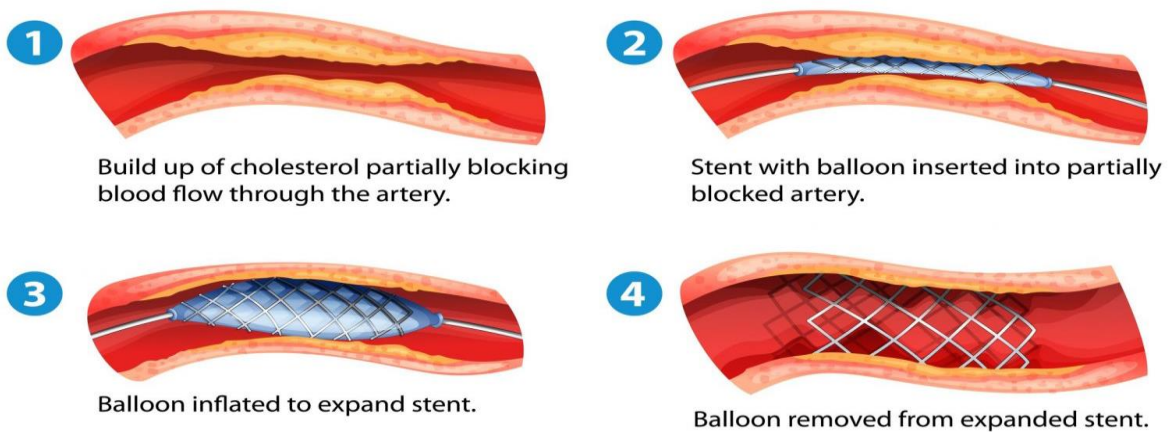


Fig 8 <http://www.indiacarez.com/wp-content/uploads/2015/02/Angioplasty1.jpg>

⁶<http://revistavital.al/angioplastika-koronare-urgjente-procedura-jete-shpetuese/>

Komplikimet

Disa nga komplikimet e Infartit Akut të Miokardit :

- *Komplikim vaskular
- *Çrregullime ritmi
- *Pamjaftueshmëria e zemrës
- *Çrregullim i aparatit vaskular
- *Infarkt pulmonar
- *Rupturë e strukturave të zemrës
- *Shoku kardiogjen
- *Vdekja
- *Komplikimet gjatë angioplastikës koronare⁶

Parandalimi

Në IM një hap shumë i rëndësishëm është dhe profilaksia. Trajtimi profilaktik fillon me mjekimin dhe parandalimin e arteriosklerozes dhe përveç trajtimit me anë të medikamenteve antisklerotike, rol të veçantë luajnë edhe:

Dieta - hapi i parë është që të ndiqet një dietë që ul në nivele minimale nivelin e LDL-kolesterolit në gjak. Konsumimi i saj dhe shumë fibrave dhe llojeve të ndryshme ushqimesh. Ushqimiet të jenë pa yndyrna të tepërta dhe më shumë burime shtazore si dhjami etj. Përdorimi i shtuar i alkoolit dhe i kripes në sasi të mëdha ndikon negativisht në këta pacientë. Një dietë pa sasi të madhe kripe dhe jo alkoolike do të ishte efikase për sëmundjen e IM. Ajo gjithashtu nuk do të shkaktonte HTA që është dhe një faktor predispozues për IM. Trajtimi i rregullt i HTA do të ulte rrezikun për shfaqjen e IM.

Ndalimi i duhanit - ndërprerja e duhanit pas një viti shkakton pakësimin e rrezikut të sëmundjes dhe gjithashtu do të përmironte qarkullimin e gjakut pasi duhani përmban monoksid karboni dhe ky i fundit ka aftësi për t'u lidhur direkt me hemoglobinen në gjak duke dhënë karboksihemoglobinen.

⁶ <http://revistavital.al/angioplastika-koronare-urgjente-procedura-jete-shpetuese/>

Aktiviteti fizik - një proces që ndikon pozitivisht është aktiviteti fizik duke filluar nga shëtitjet e lehta prej 1.5-3 km në ditë. Ky lloj aktiviteti ndikon dhe në mbajtjen e një peshe normale trupore, pasi mbipesha e favorizon IM dhe sëmundjet kardiovaskulare.

Shmangja e stresit - stresi ndikon në arterosklerozë dhe kjo e fundit është një nga shkaktarët predispozues të sëmundjeve kardiovaskulare që mund të qojnë në vdekje.

Përdorimi i aspirinoprotektorëve- përdorimi në doza të vogla të aspirinës apo të familjes së aspirinoprotektorëve ndihmon në parandalimin e trombozave të cilat përveç të tjerave favorizohen dhe nga arterosklerozal⁷.

Kujdesi Infermierorë

Kur një pacient paraqitet në ambientet spitalore dhe i jepet diagnoza përfundimtare në jemi të detyruar të i japim kujdes të veçantë për të parandaluar çdo komplikacion të mëtejshëm. Ky lloj kujdesi i jepet mbi bazë të shenjave apo ankesave që pacienti paraqet kur është nën kushtet e një eforti fizik apo të një krize kardiake. Kujdesi infermieror gjithashtu bazohet dhe në vendosjen e diagnozes pozitive që në rastin tonë është në pacientë që kanë pësuar IM.

Kujdesi infermierorë bazohet në këto pika:

1. Kujdesi infermierorë në shenjat vitale,
2. Dhënja e rëndësisë për shenjat dhe simptomat që pacienti ankon,
3. Kujdesi infermierorë në dhënien e terapisë,
4. Kujdesi infermierorë kur pacienti bënë ndërhyrje kirurgjike,
5. Kujdesi infermierorë ndaj komplikacioneve të më vonshme,
6. Informimi i pacientit për gjithçka rreth sëmundjes dhe kujdesit që ai vetë duhet të kryej pas daljes nga spitali.

Me rastin e hyrjes së pacientit në institucionin shëndetsorë, e bëjmë një vlerësim infermieror si në vijim:

Anamneza- Nëse dhimbja e krahërorit është prezente në kohën që infermieri është duke marrë anamnezën, ai e ndërpret menjëherë atë dhe fillon ndërhyrjen për lehtësimin e dhimbjes dhe çrregullimit të ritmit. Infermieri siguron një informacion për trajtimin e episodit të fundit të dhimbjes së krahërorit dhe medikamentet që pacienti i ka marrë deri më tani. Më pas

⁷ St.John-Ambulance, British Red Cross, St. Andrew's Ambulance association . First Aid Manual Botimi i III (Përkthyer në Gjuhen shqipe) Faqe 118-126 . Britani e madhe,2002.

siguron informacione për historikun e sëmundjes në antarët tjerë të familjes dhe faktorët e rrezikut duke përfshirë zakonet në ngrënie, mënyren e jetesës, nivelin e aktiviteteve fizike, etj.

Vlerësimi fizik- Infermieri vlerëson nivelin e vetëdijes, është shumë e rëndësishme të vlerësohet orientimi në kohë, vend dhe hapsirë. Një humbje e vetëdijes do të thotë që zemra nuk po e jep sasinë e duhur të gjakut për të plotësuar kërkesat e trurit me oksigjen. Inkurajohet pacienti të përshkruajë shqetësimet e menjëhershme të tij. Infermieri shënon prezencën e dhimbjes në gjoks, epigastër, nofull, shpinë ose krahë dhe i thuhet pacientit që të tregojë shkallën e dhimbjes nga 1-10, ku 10 përbën nivelin më të lartë të diskomfortit.

Vlerësimi i dhimbjes- Infermieri së bashku me mjekun pyet pacientin për të zbuluar karakteristikat e diskomfortit. Pyetjet që i drejtohen pacientit përfshijnë lokalizimin, përhapjen, intensitetin, kohëzgjatjen, faktorët që kanë shkaktuar dhe lehtësuar dhimbjen. Infermieri njëkohësisht shënon prezencën e simptomave të mëposhtme: nauze, të vjella, djersë të shumta, dobësi, frymëmarrje e shkurtër, etj.

Vlerësimi kardiovaskularë- Infermieri siguron menjëherë kontrollin e shenjave vitale. Ai bën matjen e tensionit arterial (TA), zbulon ritmin kardiak, interpreton monitorimin kardiak për të vlerësuar disritminë, matë frekuencën respiratore, etj. Hapet sa më shpejtë edhe vija venoze për të administruar tretjet dhe medikamentet e tjera venoze (IV). Infermieri duhet të administrojë oksigjenin sipas rekomandimit të mjekut. Infermieri vlerëson pulsën periferik dhe temperaturën e lekurës. Lekura duhet të jetë e ngratë dhe puls i prekshëm.

Vlerësimi psiko-social- Mospranimi i dhimbjes së krahërorit nga pacienti është një reaksion i shpeshtë në keto raste. Ky lloj reaksioni apo refuzimi është e dëmshme për pacientin. Infermieri i shpjegon pacientit domosdoshmërinë e raportimit të çdo ankese. Frika, ankthi dhe zemërimi janë reaksione të zakonshme të pacientëve dhe familjarëve. Vlerësimi infermior fokusohet në identifikimin e këtyre ndjenave. Infermieri lejon pacientin dhe familjarët të shpjegojnë se si e kanë kuptuar sëmundjen e IM dhe të sqarojnë çdo keqinformim. Infermieri në bazë të kujdesit ditorë ka kartelen e tijë për çdo pacient ku mund të vendosë diagnozën infermiorë. Në bazë të vlerësimit infermior identifikon disa diagnoza si p.sh:

1. Dhimbje e lidhur me disbalancën mes mbështetjes dhe nevojave për oksigjen të miokardit,
2. Ndryshime të përkufizimeve të indeve e lidhur me ndërprerjen e rrjedhës së gjakut,
3. Dispne e lidhur me pamjaftueshmërinë e transportit të oksigjenit,
4. Paafhtësi për të kryer aktivitetet e lidhur me inbalancën mes kërkesave dhe nevojave për oksigjen,
5. Ulje e punës së zemrës e lidhur me disritminë,
6. Frika e lidhur me kërcënimin e vdekjes,
7. Ndryshime të ciklit të gjumit e lidhur me dhimbjen,
8. Pamundësi për të levizur e lidhur me dhimbjen dhe frikën⁸.

⁸ Koci R. , Zallari K. Geriatria Tiranë, 2003

Qëllimet e kujdesit infermierorë

Lehtësimi i dhimbjes- Sigurimi i lehtësimit të dhimbjes bëhet me anë të oksigjenimit dhe me anë të medikamenteve. Përshkruhet oksigjeni dhe administrohet 2-4 litra me sondë nazale. Nëse presioni i gjakut stabilizohet infermieri duhet të ndihmojë pacientin për vendosjen e pacientit në cilendo pozitë që i përshtatet. Vendosja e pacientit në poziten gjysem-shtrirë shpesh siguron komfortin dhe oksigjenimin e indeve. Ndërsa lehtësimi i dhimbjeve me anë të medikamenteve bëhet me anë të nitroglicerines sublinguale. Infermieri e këshillon pacientin të mbajë tabletën nën gjuhë. Lehtësimi i dhimbjes do të fillojë pas 1-2 minutash dhe është evidente pas 5 minutash. Pas 5 minutash infermieri vlerëson intensitetin e dhimbjes dhe mat shenjat vitale.

Rritja e aftësive individuale për tu përshtatur me sëmundjen- Qëllimi është që pacienti të reduktojë ankthin, të shprehë ndjenjat e tij apo saj. Pacientët janë në gjendje të kontrollojnë disa aktivitete. Infermieri vlerëson nivelin e ankthit të pacientit ndërkohë që e lejon atë të shprehë ankthin dhe përpiqet të përcaktojë origjinën e tij. Përsëritja e spjegimeve të terapisë, besimit dhe qëndrimit afër e ndihmon pacientin. Gjatë fazës akute të sëmundjes mjeku mund të përshkruajë medikamente anksiolitike. Infermieri identifikon problematikat e zakonshme të pacientit të cilat janë:

- * Mospranimi
- * Zemërimi
- * Depresioni

Refuzimi është një mekanizem mbrojtës që lejon pacientin që të përdorë mekanizma për të përballuar kërcënimin. Kjo formë mospranimi zvogëlon ankthin e pacientit dhe infermieri nuk duhet ta disinkurajojë pacientin. Infermieri siguron qetësimin dhe shmang konfrontimet me pacientin, por me qetësi i tregon pacientit kur një sjellje është e dëmshme. Zemërimi mund të jetë prezent kur pacienti të rimarrë veten. Infermieri inkurajon pacientin të shprehë burimet e mërzitjes dhe i siguron pacientit të marrë vetë vendime për gjendjen e tij. Depresioni gjithashtu mund të jetë prezent. Infermieri dëgjon se si pacienti i shprehë ndjenjat e humbjes duke qenë të kujdesshem të mos ofrojë mbështetje fallco. Infermieri identifikon të gjitha përmirësimet e gjendjes së pacientit dhe i diskuton ato me vetë pacientin.

Rritja e aftësisë për kryerjen e aktivitetit ditorë - Ky është qëllimi kryesor. Ky qëllim realizohet me anë të rehabilitimit kardiak i cili ndahet në tri faza:

1. Fillon me sëmundjen dhe përfundon me daljen nga spitali
2. Fillon pas lëshimit nga spitali dhe vazhdon në shtëpi
3. I referohet vazhdimin të gjatë të trajtimit.

Në fazën e parë infermieri inkurajon pushim, por thekson edhe disa levizje të kufizuara. Infermieri ndihmon pacientin për kryerjen e disa aktiviteteve ditore si: banjo, lëvizjen nëpër korridore të vogla fillimisht me nga 100 hapa pastaj duke i shtuar aktivitet si ky gradualisht. Infermieri në mënyrë të vazhdueshme vlerëson rrahjet e zemrës, presionin e gjakut dhe nivelin e lodhjes pas çdo aktiviteti⁸.

⁸ Koci R. , Zallari K. Geriatria Tiranë,2003

Kujdesi infermierorë pas angioplastikes koronare

Kujdesi infermieror pas procedurës së angioplastikes koronare në pacientët me IM është pothuajse i njëjtë edhe me pacientët që nuk kanë bërë ndërhyrje kirurgjike. Pasi angioplastika ka përfunduar, infermieri e transferon pacientin në dhomën e reanimacionit dhe e monitoron me EKG. Bëhet matja gjatë 5-6 orëve të para matja e TA dhe pulsit periferik. Pyetet vazhdimisht pacienti se a ndien dhimbje të gjoksit apo mos ka vështirësi në frymëmarrje. Shikohet shpesh vendin ku është bërë angioplastika për ndonjë gjakderdhje të papritur, nëse ka gjakderdhje atëherë duhet që infermieri të ushtroj presion për 30 minuta për ndalimin e sajë dhe lajmërohet mjeku. Infermieri shikon për shtim të djersës, skuqjes apo nxehjes në zonën e ndërhyrjes. Vazhdimisht infermieri i jep informacion pacientit për procedurën e angioplastikes sepse kjo gjë ndikon në uljen e stresit dhe të frikës së pacientit.

Përgatitja dhe edukimi shëndetsorë në shtëpi

Pacienti largohet nga spitali në shtëpi me një terapi dhe me aktivitete të caktuara nga mjeku. Qëndrimi në spital varet nga gjendja e pacientit.

Edukimi shëndetsorë

Infermieri identifikon nevojat e pacientit dhe të familjarëve për planin e përkujdesjes dhe e harton një të tillë:

- Të mësuarit për anatominë normale dhe fiziologjinë e zemrës
- Patofiziologjinë e infarktit të miokardit
- Faktorët e rrezikut të tij
- Për aktivitetet e ushtrimit
- Ndërprerjen e duhanit (për duhanpirësit)
- Dieta të kujdesshme
- Marrjen e terapisë sipas përshkrimit të mjekut
- Qëndrimin në shtëpi javën e parë pas daljes nga spitali
- Infermieri i tregon metoda për reduktimin e stresit (lexim, t'i bie ndonjë vegle muzikore, të shikojë televizion, etj)

Infermieri luan një rol të rëndësishëm edhe në përgatitjen psikologjike të pacientit. Pacientët kanë nevojë për një mbështetje dhe mundësi ta shprehin pikëllimin, frikën dhe ankthin për sëmundjen e tyre.

Vlerësimi i arritjeve

- * Pacienti përjeton lehtësim apo eliminim të dhimbjeve
- * Siguron ritmin normal të zemrës
- * Siguron TA, ritëm të frymëmarrjes dhe puls periferik normal
- * Identifikon faktorët e rrezikut dhe planin për ndryshimet në mënyren e jetesës
- * Përshkruan se si mund të menaxhojë dhimbjen e krahërorit
- * Rritë aktivitetin në mënyrë graduale dhe kryen aktivitetet ditore duke mos përjetuar dhimbje të krahërorit, dispne apo lodhje⁹.

⁹<http://mjeksia.al/infrakti-i-miokardit.html>

3. Qëllimi i punimit

Qëllimi kryesorë i punimit që në fillim ka qenë analizimi i karakteristikave bazike të pacientëve të pranuar në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" Gjakovë, për periudhen janar-qershor 2016.

Qëllimet e punimit janë:

- Analiza e pacientëve për periudhen janar-qershor 2016,
- Analiza e pacientëve në bazë të gjinisë,
- Analiza e pacientëve në bazë të moshës,
- Analiza e pacientëve në bazë të vendbanimit.

4. Metodologjia

Për sigurimin e të dhënave ishte i domosdoshëm bashkëpunimi me spitalin rajonal "Isa Grezda" Gjakovë. Me leje të drejtorit dhe kryeinfermierëve të repartit të emergjencës dhe njesisë koronare, patëm qasje në protokollat e të sëmurëve duke e ruajtur konfidencialitetin e secilit pacient u mblodh materiali për këtë punim.

Nga protokollat e Spitalit janë marrë: moshë, gjinia, vendbanimi dhe diagnoza e pacientëve për periudhën Janar-Qershor 2016.

Metoda e këtij hulumtimi është retrospektive.

Rezultatet janë shprehur me numra absolut dhe me përqindje.

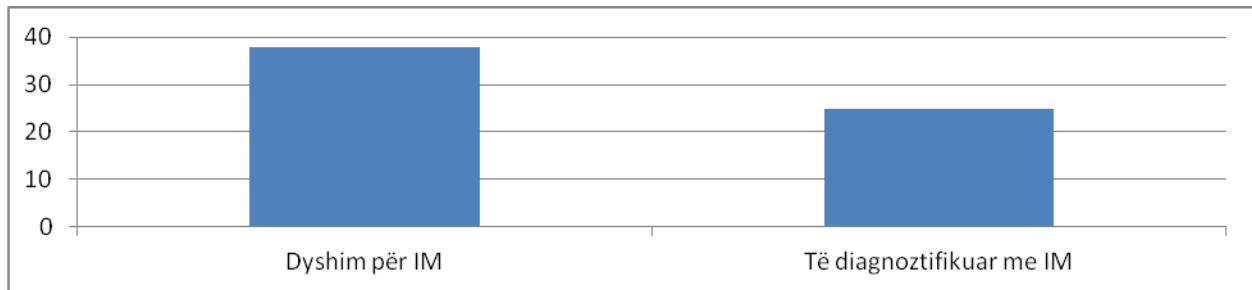
Paraqitja e rezultateve është bërë me tabelë dhe me grafikone.

5. Rezultatet

Në spitalin e Gjakovës për periudhën janar-qershorë 2016 janë diagnostifikuar 25 pacientë me IM (infarkt të miokardit) nga 38 pacientë që ishin lajmëruar në spital si pasojë e dhimbjes së gjoksit. (Tabela 1)

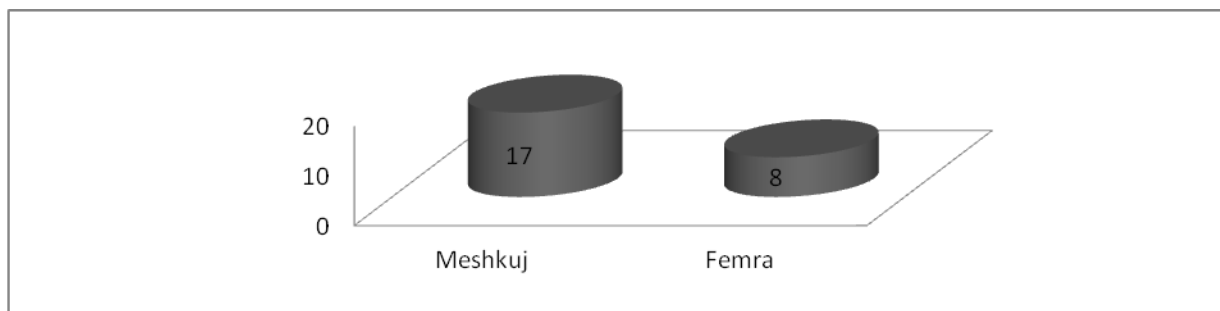
Tabela 1 Pacientët e pranuar me dhimbje gjoksi periudha janar- qershor 2016

Renditja e pacientëve te pranuar me dhimbje gjoksi dhe te diagnostifikuar me IM Periudha janar- qershor 2016			
Gjithësej pacientë	Te diagnofikuar me IM	Meshkuj	Femra
38(100.00%)	25(65.70%)	17(68.00%)	8(32.00%)
Pacientët sipas grupmoshave			
30-39 vj.	40-49 vj.	50-59 vj.	Mbi 60 vj.
2 (8.00%)	6 (24.00%)	11 (44.00%)	6 (24.00%)
Pacientët sipas zonave			
Urbane		Rurale	
18 (72.00%)		7 (28.00%)	



Grafiku 1: Raporti në mes të pacientëve të pranuar me dhimbje gjoksi dhe atyre të diagnostifikuar me IM

Siq është paraqitur në grafikun 1 shihet se 25 (65.70%) pacientë ishin diagnostifikuar me IM nga 38 që ishin lajmëruar në spital si pasojë e dhimbjeve në gjoks. (Tab.1 dhe Graf.1)



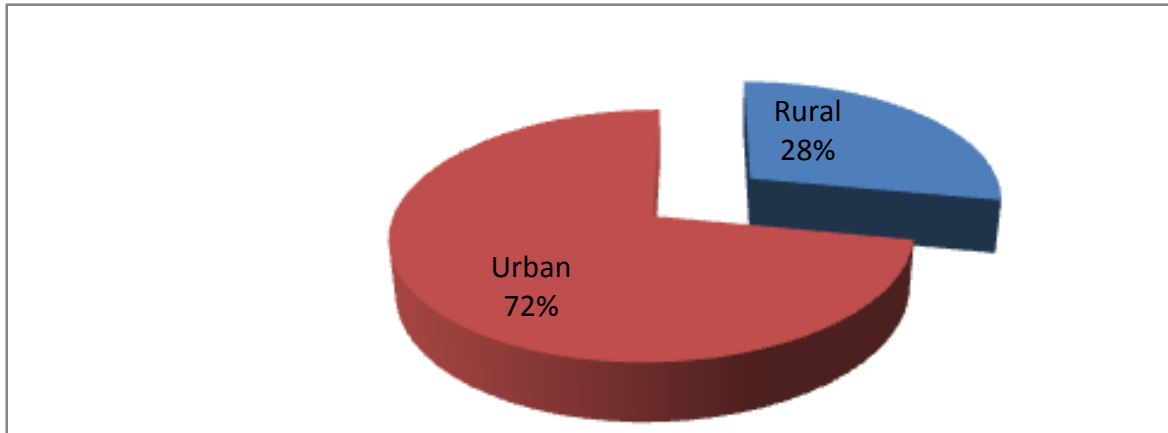
Grafiku 2: Raporti në mes te pacientëve meshkuj dhe femra

Prej 25 pacientëve të diagnostikuar me IM , 17 (68.00%) ishin meshkuj dhe 8 (32.00%) prej tyre ishin femra , kjo tregon se meshkujt janë më të atakuar nga IM. (Tab.1 dhe Graf.2)

Grafiku 3: Përqindja e pacientëve në bazë të moshës

2 pacientë (8.00%) ishin diagnostikuar me IM në moshën 30-39 vjeqare, 6 pacientë (24.00%) ishin të moshës 40-49 vjeqare, 11 pacientë (44.00%) ishin të moshës 50-59 vjeqare dhe 6 pacientë (24.00%) ishin mbi moshën 60 vjeqare.

Grupmoshat më të rrezikuara janë 50-59 vjeç duke parë dhe grafikun e mësipërm, por nuk janë më pak të rrezikuar dhe grupmoshat e tjera. Moshë kjo kur përafërsisht dy gjinitë njëjtë janë të rrezikuara nga kjo sëmundje. (Tab.1 dhe Graf.3)



Grafiku 4: Përqindja e pacientëve në bazë të vendbanimit

7 pacientë (28.00%) që ishin diagnostifikuar me IM në spitalin Rajonal të Gjakovës ishin nga fshatrat përreth qytetit të Gjakovës, ndërsa 18 pacientë (72.00%) ishin nga qyteti i Gjakovës. Pacientët ishin me pjesmarrje më të madhe me vendbanim në qytet që mund të arsyetohet me qasjen më të lehtë dhe të menjëhershme të pacientëve të qytetit në spital, ose edhe neglizhimi i dhimbjes nga të tjerët. Po ashtu në këto raste rritet mundësia e paraqitjes së komplikimeve të cilat mundën me qenë fatale ose kërkohet trajtim në qendrën terciare. (Tab.1 dhe Graf.4)

6. Diskutimi

Në një studim në SHBA thuhet se pacientët më të atakuar me IM janë të gjinisë mashkullore njejtë ishin të dhënat edhe në këtë punim.

Moshat më të atakuara në SHBA janë 55-64 vjeqare, ndërsa tek ne mosha më e atakuar ishte 50-59 vjeqare.

Sa i përket numrit të pacientëve ne SHBA në periudhen janar-dhjetor të vitit 2015 numri i pacientëve me IM ishte 735.000 , ku 389.762 prej tyre ishin meshkuj dhe 345.238 ishin femra. Ndërsa 286.500 pacientë ishin të moshës 55-64 vjeqare, kurse në këtë punim 44.00% ishin të moshës 50-59 vjeqare¹⁰.

Në punimin tjetër ku u hulumtua ndikimi i infarktut akut të miokardit në funksionin sitolik të ventrikulit të majtë, nga gjithsej 154 te analizuar, 64.3% janë të gjinisë mashkullore, me moshë mesatare 61.4 vjeqare. Sipas punimit në fjalë mortaliteti i hershëm spitalor ndodhë në 5.8% të rasteve përderisa pamjaftueshmeria e zemrës e komplikon infarktut akut të këtij organi, pra prezantohet me incidencë të lartë të disfunktionit të ventrikulit të majtë.¹¹

¹⁰ https://www.cdc.gov/heartdisease/heart_attack.htm

¹¹ Koçinaj D. , Gashi M. , Begolli L. , Berisha M. , Koçinaj A. , Berisha B. , Krasniqi Xh. The Impact of Acute Myocardial Infarction on Left Ventricular Systolic Function. Med Arh, 2011; 65(4): 207-209. doi:10.5455/medarh.2011.65.207-209

7. Përfundimi

Nga punimi mund të nxirren këto përfundime :

-Në spitalin e Gjakovës për një periudhë 5 mujore janar-qershorë 2016 janë diagnostifikuar 25 pacientë me IM (infarkt të miokardit) nga 38 pacientë që ishin lajmëruar në spital si pasojë e dhimbjes së gjoksit

- Prej 25 pacientëve të diagnostikuar me IM , 17 ishin meshkuj.

- Grupmoshat më të atakuara ishin 50-59 vjeç, por nuk janë më pak të rrezikuar dhe grupmoshat e tjera.

- 72.00% e pacientëve ishin nga qyteti i Gjakovës.

Nuk ka ndojnë dhimbje të lehtë, por ka dhimbje që sjellin vdekje, prandaj mos i duro dhimbjet!!

Rekomandimet

- Vetëdijësimi i popullatës për dhimbjen e gjoksit;
- Këshillimi për kontrrolla të rregullta;
- Modifikimi i faktorëve të rrezikut;
- Vetëdijësimi për mënyrat e diagnostikimit;
- Vetëdijësimi për mënyrat e trajtimit;
- Njohja me komplikimet eventuale.

8a. Rezyme

Infarkti i miokardit është ndoshta sëmundja e parë në listën e sëmundjeve që paraqesin rrezikshmëri, si dhe mbart në vetvete të papritura të shumëta. Shpesh dëgjohej që dikush vdiqë papritur nga infarkti apo kaloi një situatë të rëndë e të rrezikshme nga kjo sëmundje. Personat më të rrezikuar janë ata me: HTA, personat me moshë të shtyer (nuk janë më pak të rrezikuar as moshat e reja), duhanpirësit, personat me yndyrëra të rritura, jeta sedentare (pa aktivitete fizike), obeziteti, stresi dhe faktorët social.

Është një sëmundje shumë frekvente në botë, vazhdon të rritet edhe në Kosovë. Diagnostifikohet më shpesh te moshat e shtyera, por nuk përjashton edhe moshat e reja. Rreth 75% e infarktut të miokardit diagnostifikohet mbi moshën 60-70 vjeçare.

Punimi ka të bëjë me njohjen e komplikimeve të sëmundjes së infarktut akut të miokardit, mjekimin, mënyrën e parandalimit, kujdesin infermieror dhe ndërjegjsimin e pacientëve në lidhje me këtë sëmundje.

Gjatë punimit janë bërë krahasime mes teksteve shkollore, shkencore poashtu edhe revistave të ndryshme shkencore për të parë se ku ka ndryshime në tekstet e botuara më vonë, poashtu është bërë rishikimi i literaturës duke mos harruar pjesën më të rëndësishme të hulumtimit që janë statistikave. Përpunimi i statistikave është bërë në Spitalin Rajonal të Gjakovës "Isa Grezda" ku u përfshinë 38 pacientë nga të cilët 25 ishin diagnostikuar me IM.

Problemi kryesorë është humbja e madhe e kohës deri të arritja tek institucionet shëndetsore, pra largësia nga institucionet, sepse nga kjo varet jeta e pacientit.

8b. Summary

Myocardial infarction is probably the first disease to the list of diseases that present a risk, and carries unexpected things. Often we heard that someone died suddenly of a heart attack or passed a grave situation of dangerous from this disease. The most vulnerable are those with: HTA, people with older age (there are't less vulnerable the young ages), smokers, obsess people, sedentary life (without physical activity), obesity, stress and social factors .

It is a very frequent disease in the world, it continues to grow in Kosovo. Ages diagnosed more often deferred, but does not exclude the younger age groups. About 75% of myocardial infarction diagnosed over the age of 60-70 years.

This study deals with the recognition of disease acute myocardial infarction, treatment, mode of prevention, nursing care of patients and increasing citizens' awareness about this disease.

During this study are made comparisons between textbooks, scientific as well as scientific journals to see if there are differences in the texts published later, also reviewed the literature is not forgetting the most important part of the research are the statistics.

The collection of statistics has been made in Gjakova Regional Hospital "Isa Grezda" which included 38 patients of whom 25 were diagnosed with IM.

The main problem is the loss of the time to achieve health institutions, the distance from institutions, because this depends on a patient's life.

9. Referenca

- * Totozani D. , Qamirani S. Anatomia normale e njeriut Faqe 8-20 (Pjesa e II) Tiranë,2001
- * <http://telegrafi.com/semundja-e-arterieve-koronare/>
- * https://sq.wikipedia.org/wiki/Infarkti_miokardial
- * <https://sq.wikipedia.org/wiki/Elektrokardiografia>
- * Mr.Sc.Dr. Lenjani B. , Mr.Sc.Dr. Ismaili F. , Mr.Sc.Dr. Krasniqi S. , Dr.Sc. Karemani N. Ndihma e parë Prishtinë,2010. Faqe 109-199.
- * <http://revistavital.al/angioplastika-koronare-urgjente-procedura-jete-shpetuese/>
- * St.John-Ambulance, British Red Cross,St. Andrew's Ambulance association . First Aid Manual Botimi i III (Përkthyer në Gjuhen shqipe) Faqe 118-126 . Britani e madhe,2002.
- * Koci R. , Zallari K. Geriatria Tiranë,2003
- * <http://mjeksia.al/infrakti-i-miokardit.html>
- * Koçinaj D. , Gashi M. , Begolli L. , Berisha M. , Koçinaj A. , Berisha B. , Krasniqi Xh. The Impact of Acute Myocardial Infarction on Left Ventricular Systolic Function. Med Arh, 2011; 65(4): 207-209. doi:10.5455/medarh.2011.65.207-209
- * https://www.cdc.gov/heartdisease/heart_attack.htm

10. CV e shkurtër e kandidatit

Leonis Deva i lindur me 10.04.1994 në Gjakovë. Kam përfunduar shkollën fillore "Pjetër Muqaj" në fshatin Guskë. Shkollën e mesme të lartë e kam përfunduar në Gjakovë përkatësisht shkollën e mesme të mjekësisë "Hysni Zajmi" dhe diplomova në drejtimin "Assistent i Infermierisë së përgjithshme".

Pas përfundimit të shkollës së mesme aplikova për studime bachelor të infermierisë së përgjithshme dhe e pata fatin të pranohem dhe të vazhdoj me studime në Gjakovë.

Poashtu, kam ndjekur disa trajnime të ndryshme lidhur me degën e infermierisë, ku kam punuar edhe si infermier vullnetarë ne spitalin rajonal "Isa Grezda" në Gjakovë në repartin e emergjencës për një periudhë rreth një vjeqare. Aty me ndihmën e stafit kam fituar një përvojë të mirë sa i përket punës infermierore.

Nuk ka munguar as praktika rreth tre vjeqare në ambulantat si dhe në repartet e spitalit e qytetit të Gjakovës si: reparti internistik, neurologjik, pulmologjik, ortopedik, psikiatrik,etj.

Tani e ndjejë vetën të gatshëm dhe të sigurtë që të vazhdoj tutje të punoj me përkushtim si infermier i përgjithshëm.