

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

DEPARTAMENTI INFERMIERIS



**KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTËT ME
DISPNE**

PUNIM DIPLOME

Kandidat-i/ja:

Marigona Prenaj

Mentori:

Prof.ass. Iliriane Raça - Bunjaku

Gjakovë, Nëntor 2017

Abstrakt

Dispnea është një simptom respiratore, që shpeshë mundë të jetë alarm për një qregullim serioz respirator, ose sëmundje tjetër obstructive respiratore. Pasi që mundë të jetë prezente te të gjitha grupmoshat, një përgatitje e duhur ndaj kujdesit të këtyre pacientëve, do të ishte një ndihmë e madhe në përmirësimin e gjendjes dhe kujdesit ndaj pacientëve.

Qëllimi i këtij punimi është, shtjellimi i një simptome respiratore që quhet Dispne, dhe paraqitja e rreziqeve të mundshme që kjo simptom mund të na tregojë, siq janë problemet kardiake apo pulmonare.

Studimi i dispnes dhe problemet shëndetësore që mund të pasqyroj dispnea, kanë rëndësi të madhe në parandalimin dhe intervenimin në kohë te pacienti. Është bërë edhe një studim rasti, ku dispnea ishte symptom apo shenjë e në inafkti akut të miokardit.

Studimi është kryer në Shërbimin Urgjent të Prizrenit.

Abstract

Dyspnoea is a respiratory symptom, that often could be a warning for a very serious respiratory disorder, or any other obstructive respiratory disease. As it may be present in all ages, a right care to these patients, would be a big help on these patients' recovery.

The aim of this paper (work), is an elaboration of a respiratory symptom called Dyspnoea and the risks it may cause, such as cardiac and pulmonary changes.

The study of Dyspnoea and the health problems it can express, have a huge importance on prevention and intervention on time. One of the studies that has been done about Dyspnoea has shown that it's a symptom or a sign of a miocardial acute infarct. The study was done in Emergency Service of Prizren.

Deklarata

Nën përgjegjësinë time deklaroj se ky punim është shkruar nga unë dhe pergaditur prej meje, nuk është paraqitur më herët, nuk është prezantuar asnjëherë perpara nje komisioni për vlersim dhe nuk është botuar asnjëherë as edhe ndonjë pjesë e tij. Punimi nuk përmbanë material të shkruar nga dikush tjetër perveq rasteve të cituara dhe referuara.

Marigona Prenaj

Falenderimet

Pas perfundimit me sukses të studimeve kam knaqësin që ti shpreh falenderimet e mija të perzemerta ndaj të gjithë profesoreve dhe asistenteve për punën e palodhshme, vlersimin dhe faktin që nuk kursyen të na ndihmojnë dhe të ndajne me ne asgjë nga njohurit dhe ekperienact e tyre.

Falenderoj mentoren Prof.Ass Ilirijana-Raqa-Bunjaku për këshillimin, për sygjerimet, dhe për dhenjen e vrejtyeve gjatë punimit të temës së diplomes.

Falenderim i veçantë i takon familjes time për mbështetjen, besimin, dhe kurajon gjatë tri viteve të studimit tim.

PËRMBAJTJE

ABSTRAKT	2
2. HYRJE	8
2.1. Anatomia e Mushkërive	8
2.2. Funkzioni i mushkërive	10
2.3. Metodatat diagnostike në Pulmologji	11
2.4. Dispnea.....	12
2.5. Dispnea të të porsalindurit dhe fëmijët	13
2.6. Diagnoza	15
2.7. Rëndësia Klinike	16
2.8. Kujdesi infermieror	18
2.9. Mbikqyrja dhe vlerësimi i gjendjes së pacientit.....	18
2.10. Kujdesi Psikologjik.....	19
2.11. Komunikimi me pacientin me dispne	20
2.12. Pozicionimi i pacientit me dispne	20
2.13. Trajtimi.....	21
3. QËLLIMET DHE OBJEKTIVAT	23
STUDIM RASTI	24
4.1. Kujdesi infermieror	24
4.2. Vlersimi infermieror	24

4.3.	Planifikimi Infermieror	26
4.4.	Zbatimi Infermieror.....	26
4.5.	Trajtimi në shërbimin urgjencës.....	26
5.	REKOMANDIME	28
6.	REFERENCAT	29
7.	CV E SHKURTËR E KANDITATIT	30

2. Hyrje

Me dispne nënkuptohet ndjenja subjective të frymëmarrjes së vështërsuar. Dispnea është termi mjekësor për gulçim, ndonjëherë i përshkruar si "uria e ajrit". Është një ndjenjë e pakëndshme. Dispnea mund të shkojë nga të butë dhe të përkohshëm në dispne serioze dhe afatgjate. Nganjëherë është e vështirë të diagnostikohet dhe trajtohet dispnea, sepse mund të ketë shumë shkaqe të ndryshme. Mungesa e frymëmarrjes është një problem i zakonshëm. Sipas Qendrës Klinike Cleveland për Edukimin e Vazhdueshëm, 1 në çdo 4 persona që vizitojnë mjekun kanë dispne.¹

Ndjesia e dispense përshkruhet dobët ose pak nga pacienti, ndërsa fiziologjia e dispense mbetet e paqartë, por rrugët neurale multiple mund të përfshihen në të gjitha proceset që të qojnë drejt saj.² Zvogëlimi i oksigjenit në gjak ose ndërprerja e furnizimit me gjak në zemër ose mushkëri mund të shkaktojë dispnea. Shkaqe të tjera përfshijnë stresin, ankthin dhe sëmundjet si pneumonia. Dyspnea është një simptomë që mund të shoqërohet me simptoma të tjera, të tilla si ngushtësi në gjoks, ankthi dhe ndjenja e mbytjes. Pavarësisht ndjenjës së mbytjes, dispnea nuk shkakton mbytje ose vdekje, dhe pacientët mund të përjetojnë dispnea edhe me nivele normale të oksigjenit. Megjithatë, ata që përjetojnë dispnea duhet të kërkojnë kujdes mjekësor në mënyrë që të vlerësohen për praninë e sëmundjeve që prekin mushkëritë, rrugët e frymëmarrjes ose zemrën.³

2.1. Anatomia e Mushkërive

Janë organe voluminoze të vendosura në kavitetin torakal anash zemrës dhe vazove të mëdha që hyjnë dhe dalin prej saj. Kanë formën e një konusi të prerë, ku dallojmë bazën – basis pulmones të drejtuar poshtë dhe të vendosur mbi diafragmën dhe majen –apex të drejtuar sipër 2-3cm mbi brinjën e parë. Në secilin mushkëri dallojmë tri faqe: facies sternocostalis, medialis dhe inferior.(quhet dhe facies diaphragmatica). Facies sternocostalis

¹ Alana Biggers, MD.MPH., Dispnea-shkaqet,simptomat dhe trajtimi, Medical News, January 2017

² Traktat mjekësor i cecilil, Monica Kraft Md., 2013, paragrafi 2 faqe 591.

është më e madhe. Në të gjejmë gjurmët e brinjëve (impresiones costales) si dhe gjurmat e shkaktuar nga subclavia. Facies medialis ka vendosje sagitale dhe përbëhet nga një pjesë e pasme vertebrale dhe një e përparme, në mushkëri arteria pulmonare, bronku kryesore, arteriet bronkiale, (që ushqejnë me gjakë indin pulmonar), nervat dhe dalin venat pulmonare (mushkërore). Këto formojnë rrënjën e mushkëris. Faqet, ndahen njëra nga tjetra nëpërmjet tri buzëve: margo anterior, e mprehtë, e cila në mushkërin e majtë në pjesën e poshtme paraqet një gërryrje – incisura cardiaca, margo posterior, e rrumbullakosur dhe konsiderohet shpesh si faqja e pasme e pulmonit dhe margo inferior. Nepermjet dy fisurave obilike dhe horizontale, mushkëria e djathtë ndahet në tri lobe: lobi i sipërm, i mesit dhe i poshtëm.

Ndërsa mushkëria e majtë përbëhet nga lobi i sipërm dhe i poshtëm të ndara ndërmjet tyre nga fisura obilike. Lobi i sipërm nuk është asgjë tjetër veqse një zgjatim i vogël, në formën e gjuhës që veqohet për shkak të incizurës kardiake, në analogji me mushkërikërinë e djathtë konsiderohet si lobi i tretë i saj. Sot njihet dhe ndarja segmentare. Pulmoni i djathtë është më i shkurtër dhe më i gjerë, për shkak të shtypjes që ushtron nën të mëlqia e zezë, ndërsa i majti më i gjatë dhe më i ngushtë për shkak të shtypjes që i bën zemra sot (impression cardiaca).⁴ Bronket të cilat e bëjnë përcjelljen e ajrit përfundojnë në degëzime më të vogla që quhen ndryshe alveoli, ose që ndryshe quhen edhe qeset e mushkërive ku këtu bëhet shkëmbimi i gazrave. Sistemi i tërësishëm i frymëmarrjes ndryshe mund të quhet edhe sistemi bronkial. Kapaciteti i mushkërive është shumë i madh, ku volumi rezervë i mushkërive pra i vetëm njërës mushkëri është mjaftueshëm i madh sa për të jetuar vetëm me njërën mushkëri. Në mushkërinë e djathtë kemi tri lobe: lobi i sipërm, lobi i mesit, dhe lobi i poshtëm. Ku në këtë rast mushkëria e majtë përbëhet nga lobi i sipërm dhe nga lobi i poshtëm. Volumi i ajrit që gjendet në mushkëri ndryshon gjatë frymëkëmbimit, këto ndryshime mund të ndahen me anë të spirometrit. Mushkëritë nuk përmbajnë muskuj.

³ Rappaport E. Dyspnea: pathophysiology and differential diagnosis. Prog Cardiovasc. Dis. 1971;13:532–45. [PubMed]

⁴ Anatomia normale e njeriut, pjesa e par, Prof.Ass.Dr. Drita Totozani, Prof.Ass.Dr. Sofika Qamirani, Tiranë 2001. faqe 188.

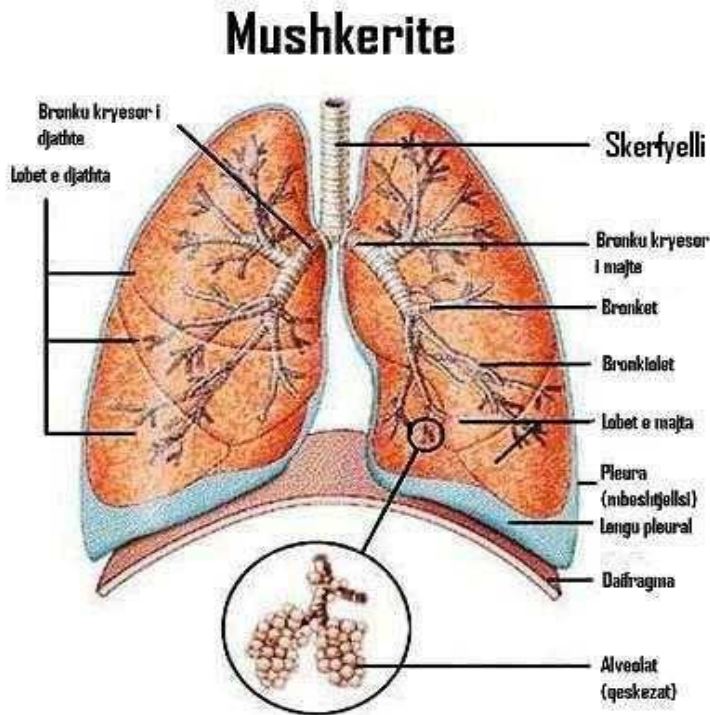


Fig.1. Mushkëritë normale të njeriut dhe ndarja anatomike⁵

Ajri lëvizë prej muskujve ndërmjet brinjëve dhe muskulit të diafragmës. Mushkëritë janë të mbështjellura me mbështjellës shumë të hollë e cila quhet pleura.⁴

2.2. Funkzioni i mushkërive

Funksioni i mushkerise eshte frymeshkembimi i gazrave.Gjithashtu ajo ka si funksion,pajisjen e indeve dhe te gjithe organeve tona me oksigjen dhe nxjerrjen jashte te dioksik karbonit. Frymëmarrja shërben për të oksigjenuar gjakun dhe për të larguar produktin perfundimtar të avullueshëm të metabolizmit, dioksidin e karbonit (CO₂).Insuficienca respiratore e nderpret këtë process dhe përfaqson insuficiencen e ventilimit të mushkërive, të perfuzionit të mushkërive, ose kombinimin e të dyjave

⁵ <https://www.google.com/search.mushkerit>.

Funksioni respirator i mushkërive në veti përfshinë tri komponente:

1. Ventilimin
2. Difuzionin
3. Perfuzionin.⁶

2.3. Metodatat diagnostike në Pulmologji

Krahas të dhënave të përgjithshme anamnestike është e nevojshme të shtrohen pyetje të caktuara të cilat kanë të bëjnë me sistemin respirator.

Simptomat dominante të sistemit respirator janë:

1. Kolla
2. Dispnea
3. Hemoptoe
4. Dhembja në krahëror⁶

⁶ Pulmologjia, Qrregullimet e sistemit respirator pjesa 10, seksioni 1 – Përqasja ndaj pacientëve me sëmundje të sistemit Respirator, David A. Lipson, Steven E. Weinberg, faqe 1538.

2.4. Dispnea

Dispnea është ndjenja e një frymëmarrjeje të vështirë, të rëndë dhe jot ë këndshme. Fjala e pakëndshme, është me rëndësi në këtë përcaktim; frymëmarrja e rëndë apo e vështirë, ndeshur te individët e shëndetshëm gjatë ushtrimit, nuk kualifikohet, si dyspnea, sepse është në nivelin e pritshëm për shkallën e përpjekjeve. Ndjesia e dispense përshkruhet dobët ose pak nga pacienti, ndërsa fiziologjia e dispensëmbetet e paqartë, por rrugët neurale multiple mund të përfshihen në të gjitha proceset që të qojnë drejt saj.

Zakonisht përjetohet nga njerëz me faza të avancuara të kancerit të mushkërive, astmës ose kushteve të tjera që prekin mushkëritë ose zemrën. Dispnea mund të shkaktohet nga faktorë fizikë, siç është pengimi i rrugëve të frymëmarrjes ose faktorë biologjikë, siç është ulja e sasisë së qelizave të kuqe të gjakut në trup. Individët mund të kenë bllokuar rrugët e frymëmarrjes, rrugët e ngushta ajrore ose lëngun në mushkëri ose zemër. Inflammacioni i indeve të mushkërive pas ekspozimit të rrezatimit mund të shkaktojë dhe fryrje. Zvogëlimi i oksigjenit në gjak ose ndërprerja e furnizimit me gjak në zemër ose mushkëri mund të shkaktojë dispnea. Shkaqe të tjera përfshijnë stresin, ankthin dhe sëmundjet si pneumonia. Dyspnea është një simptomë që mund të shoqërohet me simptoma të tjera, të tilla si ngushtësi në gjoks, ankthë dhe ndjenja e mbytjes. Pavarësisht ndjenjës së mbytjes, dispnea nuk shkakton mbytje ose vdekje, dhe pacientët mund të përjetojnë dispnea edhe me nivele normale të oksigjenit. Megjithatë, ata që përjetojnë dispnea duhet të kërkojnë kujdes mjekësor në mënyrë që të vlerësohen për praninë e sëmundjeve që prekin mushkëritë, rrugët e frymëmarrjes ose zemrën.⁷

⁷ Rappaport E. *Dyspnea: pathophysiology and differential diagnosis. Prog Cardiovasc Dis. 1971;13:532–45.* [[PubMed](#)]

2.5. Dispnea të të porsalindurit dhe fëmijët

Me dispne nënkuptohet ndjenja subjektive të frymëmarrjes së vështërsuar. Te latantët dhe fëmijët e periudhes parashkollore dispneja percaktohet në bazë të shenjave objektive, për të cilat sot përdoret me shumë nocioni distresi respirator.

Keto shenja janë:

1. Takipneja është frymëmarrje me frekuencë të shpjetuar mbi kufijet normal për moshë. Paraqitet tek infeksionet e parenkimës së mushkërive, por mund të paraqitet edhe në gjendje të ankthit, temperature të ulta të ambientit, temperature të lartë trupore, intoksikimit me barna, hipertiroidizmi etj.
 2. Retraksioni (terheqja) inspirator. Përdorimi i muskulaturës ndihëse të frymëmarrjes paraqitet te qdo fëmijë me dispne. Te latanti disponik në fund të inspiriumit paraqitet tërheqja e hapësirave ndërbrinjore, të procesit ksifoid, fosës jugulare dhe venave supraklavikulare. Të fëmijët nën 6 muaj vërehet edhe terheqje e harqeve ndërehet edhe terheqje e harqeve brinjore. Duhet diferencuar retraksionin subcostal që karakterizohet me sheshim të diafrgmës dhe paraqitet tek obstruksioni i rëndë i rrugëve të frymëmarrjes. Tek obstruksioni shumë i rëndë paraqitet fenomeni i kolovajzës (gjatë inspiriumit kraharori në vend që të zgjerohet kolabon dhe si pasojë e lëshimit të diafragmës barku zgjerohet dhe ngrihet, ndersa gjatë eksperiumit barku lëshohet dhe kraharori kthehet në pozitë të mesme).
 3. Rënkimi është zhurmë eksploratore që shkaktohet nga mbyllja e pjesëshme e glotisit para fillimit të eksperiumit, mandej pason hapja e shpejtë eksplozive. Paraqitet shpesh te të porsalindurit me mungesë të surfakanitit në mushkëri (hipo-surfakantoza e mushkërive) dhe të dhembjet pleu-rale.
 4. Tundjet e kokës. Janë lëvizje (fleksion) të kokës përpara si pasojë e fleksionit të qafës. Është shenjë e aktivizimit të muskulaturës ndihmëse të frymëmarrjes.
 5. Dridhja e flegrave dhe zgjerimi i zgavrave të hundës gjatë inspiriumit. Janë shenjë e dispense së rëndë dhe paraqitet për shkak të aktivizimit të muskulaturesë ndihmëse të frymëmarrjes së sforcuar ose e shkurtimit të inspiriumit të sëmundjet e ndryshme.
- Varsisht nga shkaktari, dispneja mund të jetë e tipit obstruktiv apo restriktiv.

- a) Dispnea obstruktive. Paraqitet për shkak të rrymimit të vështërsuar të ajrit nëpër rrugët e frymëmarrjes. Varsisht se ku paraqitet pengesa për rrymimin e ajrit, dispneja obstruktive mund të jetë inspiratore, nëse pengesa është prej hundës

deri te hyrja e trakës në kraharor. Në këtë rast inspiriumi është i vështirësuar dhe paraqitet stridori inspiarator. Stridori inspiarator mund të dëgjohej edhe pa stetoskop dhe paraqitet një zhurmë të fortë të ashper me tonalitet të lartë të gjatë gjatë inspiriumit. Për dallim nga stridori, gërhitja mund të degjohet edhe te fëmijet normal, dëgjohej në inspirium dhe ekspirium dhe paraqitet për shkak të dridhjes së indeve të buta në orofaring. Po ashtu gërhitja mund të dëgjohej edhe te fëmijet normal, dëgjohej në inspirium dhe ekspirium dhe paraqitet për shkak të dridhjes së indeve të buta në orofaring. Po ashtu gërhitja të rrugeve të sipërme të frymëmarrjes, riniti alergjik, hipertrofi të adenoideve dhe tonsilive.

Nëse ekziston pengesa në rrugët e poshtme të frymëmarrjes dispeneja obstruktive është ekspiratore dhe paraqitet në formë të fishkllimës (wheezing) që paraqitet një tingull të zgjatur muzikal me intensitet të ndryshem. Në disa raste mund të dëgjohej edhe pa stetoskop.

- b) Dispnea restrictive apo joobstruktive. Paraqitet për shkak të zvogëlimit të elasticitetit (komplijansës) së mushkërive apo kraharorit. Ekzistojnë shkaktarë të shumtë patoligjikë që ndikojnë në zvogëlimin e elasticitetit të mushkërive. Me zvogëlimin e elasticitetit të mushkërive dhe kraharorit kërkohet presion negative më i lartë për inspirimin e vëllimit të caktuar të ajrit, prandaj harxhohet më shumë energji për punën e frymëmarrjes. Për pasojë ka zvogëlimin e amplitudes e frymëmarrjes dhe shpeshtimin e frekuencës së frymëmarrjes. Prandaj, frekuenca e rritur e frymëmarrjes me retraksion inspiarator, pa shenja të obstruksionit të rrugëve të sipërme (stridor), apo të poshtme të frymëmarrjes (fishkëllimë) paraqet karakteristikën klinike të dispense restrictive.⁸

⁸ Frymarrja e vështirësuar (dispnea), Prof.assoc.dr.Mehmedali Azemi dhe Drita Telaku - Mr.Sc.Qosja, Pediatria, 2010 FAQE 550-551.

2.6. Diagnoza

Dispnea mund të përqaset në mënyrë sistematike. Në dispnenë akute, apo në mosngopjen me frymë, me vendosje të papritur, anamneza, ekzaminimi fizik dhe testimi laboratorik, duhet të përqendrohen sëpari në kushtet potenciale me rrezik për jetën, duke përfshirë këtu embolizimin pulmonar, edemën pulmonare, obstrukcionin akut të rrugëve të frymëmarrjes nga anafilaksia e trupave të huaj, pneumotoraksit si dhe pneumonin. Trajtimi i secilit përcaktohet nga natyra dhe ashpërsia e shkakut kryesor. Për dispnenë kronike, kushtet specifike që duhen marrë parasysh përfshinë: sëmundjen pulmonare të obstrukcionit kronik, astmën, sëmundjen intersteciale të mushkrive, insuficiencën kardiake, kardiomyopatinë, sëmundjen e refleksit gastroezofageal, sëmundje të tjera respiratore, përfshirë dhe sindromën e hiperventilimit. Një radiografi krahërori, një elektrokardiogram, testet e funksionimit pulmonar, si dhe një test ushtrimi me monitorim, përfshirë këtu dhe oksimetrinë e pulsit gjatë pushimit dhe ushtrimit, janë me rëndësi të dores së pare për vlerësimin e pacientit me dispnea të pashpjegueshme. Dobia e një testimi më të detajuar pulmonar, me presion maksimal inspirator dhe ekspirator, kurbat e vëllimit qarkullues, apo sfida me metakolin e depistimit tomografik të krahërorit, si dhe ekokardiografia, varen gjërësisht anamneza dhe ekzaminimi fizik, përfshirë këtu dhe rezultatet e këtyre testeve. Kur sëmundja e refleksit gastroezofageal, është shkak i dyshuar për dispnea, atëherë duhet të merret në konsideratë një ezofagogram e modifikuar e bariumit, apo një monitorim 24 orësh i pH të ezofagut. Testet e tjera më invasive si kateterizim kardiak, si dhe biopsia e mushkrive, mund të rekomandohen kur rezultatet e testeve, më pak invasive, nuk kanë qenë bindëse. Kur mundë paraqitet mundësia, përcaktimi përfundimtar i shkakut të dispense mundë të kryhet dhe me anë të observimit, secila terapi specifike e eliminon atë. Meqenëse dispnea mundë të shkaktohet njëkohësisht nga më shumë se një kondicion, gjatë trajtimit është mëse e rëndësishme të merret parasysh ky fakt⁹. Anamneza e dispnes ne kollen me ushtrim dhe atë productive të duhanpirësit; me qenë se kolla productive nuk është specifike ajo mund ti atribuohet COPD vetëm kur sindroma të tjera me flegmë kolle, janë përjashtuar, koha e ekspiracionit të sforcuar për të boshatisur më shumë se 80% te kapacitetit vital >4

⁹ Traktat mjekësor i cecil-it, Monica Kraft Md., 2013, paragrafi 3-4, faqe 591.

sekonda dhe ka reduktim të intensitetit të zhurmës së frymëmarrjes, wheezing pa sfrocim gjatë auskultimit, si dhe obstrukcion të pakthyeshëm të rrjedhjes ajrore ekspiratore në spirometri¹⁰.

Diagnoza e shkakut të dyspnea mund të bëhet relativisht e lehtë në prani të shenjave të tjera klinike të sëmundjes së zemrës ose të mushkërive. Vështirësia nganjëherë është hasur në përcaktimin e shkakuarit precipitues të frymëmarrjes në një pacient me kushte kardiake dhe pulmonare. Një problem shtesë diagnostik mund të jetë prania e ankthit ose çrregullimeve të tjera emocionale. Një histori e kujdesshme dhe ekzaminim fizik janë gjithnjë të dobishme, dhe ndonjëherë mund të jenë të domosdoshme kateterizimet e zemrës, studimet e funksioneve të mushkërive ose teste të tjera.¹¹

2.7. Rëndësia Klinike

Dyspnea mund të nxitet në katër mjedise të ndryshme:

1. Kërkesa e rritur ventilatore, siç është ngacmimi, sëmundja febrile, gjendja hipoksi, anemia e rëndë ose acidozë metabolike;
2. Kapacitet ventilator të zvogëluar, siç janë përfthimi pleural, pneumotorax, masa intratakale, dëmtimi i brinjëve ose dobësia e muskujve;
3. Rezistencë në rritje të rrugëve të frymëmarrjes si me astma ose sëmundje pulmonare obstruktive kronike; dhe
4. Rënë pajtueshmëria pulmonare siç është fibrozë intersticiale ose edemë pulmonare.

Në dështimin e hershëm të ventricularit të majtë, prodhimi kardiak nuk rritet mjaftueshëm në përgjigje të stërvitjes së moderuar; indeve dhe acidozës cerebrale ndodh, dhe pacienti përjeton dispnea në stërvitje. Gripi i frymës mund të shoqërohet me lodhje ose ndjesi të shtypjes së dhëmbëve ose të dhëmbëve. Në fazat e mëvonshme të dështimit të ventricularit

¹⁰ Traktat mjekësor i ceci-it, Monica Kraft Md., 2013 faqe 593.

të majtë, qarkullimi pulmonar mbetet i ngopur dhe dispneja ndodh me tendosje të butë. Për më tepër, pacienti mund të zhvillojë ortopne ose dispnea paroksizmale gjatë natës. Edemë pulmonare akute është manifestimi më dramatik i mbingarkesës së venave pulmonare dhe mund të ndodhë në vendosjen e një infarkti të vonshëm të miokardit ose në fazën e fundit të dështimit kronik ventrikular të majtë. Shkaqet kardiovaskulare të dispnes përfshijnë sëmundjet valvulare (veçanërisht stenozen mitrale dhe pamjaftueshmërinë e aortës), aritminë paroksizmale (si fibrilacioni atrial), rrjedhjen perikardike me tamponadë, hipertensionin sistematik ose pulmonar, kardiomiopatinë dhe miokarditin. Futja e pakufizuar e lëngjeve ose administrimi në një pacient me dështim oligurik të veshkave është gjithashtu i mundshëm që të precipitojë kongjestion pulmonar dhe dispnen. Sëmundjet pulmonare përbëjnë një tjetër kategori të madhe të kushteve që prodhojnë dispne. Shkaqet e rëndësishme pulmonare përfshijnë:

- astma bronkiale,
- sëmundja pulmonare obstruktive kronike,
- embolia pulmonare,
- pneumonia,
- rrjedhja pleurale,
- pneumotorax,
- pneumoniti alergjik dhe
- fibrozë intersticionale.

Përveç kësaj, dispnea mund të ndodhë në shtetet febrile dhe hypoxic dhe në shoqërim me disa kushte psikiatrike të tilla si ankthi dhe çrregullimi panik. Ketoacidoza diabetike rrallë shkakton dyspnea, por zakonisht shkakton frymëmarrje të ngadalta dhe të thella të quajtur frymëmarrje Kussmaul. Lezionet cerebrale ose hemorragjia intrakranjale mund të shoqërohen me hiperventilim intensiv dhe ndonjëherë frymëmarrje periodike të parregullt që quhet frymëmarrje e Biot. Hipoperfuzioni cerebral nga çdo shkak mund të rezultojë në

¹¹ Burki NK. Dyspnea. Clin Chest Med. 1980;1:47–55. [PubMed]

alternimin e periudhave të hiperventilimit dhe apnea të quajtur fryrje Cheyne-Stokes, edhe pse pacienti nuk mund të perceptohet nga ndonjë vështirësi frymëmarrjeje.¹²

2.8. Kujdesi infermieror

Infermierja përfshin kujdesin dhe mbështetjen e pacientëve, dhe lejon mundësi për të krijuar besim tek pacientët dhe infermierja. Këto ndërveprime të pacient-infermiere janë një aspekt i rëndësishëm i menaxhimit të pacientëve me dispne. Një vlerësim i plotë i infermierisë dhe matja e vëzhgimeve sistematike i lejon infermieres të fitojë një kuptim se si pacientët po e menaxhojnë frymëmarrjen e tyre.

Një vlerësim tipik do të përfshijë pyetjen e pacientëve për pyetjet në vijim:

- ✓ Çfarë i bën ata pa frymë;
- ✓ Çfarë e bën frymëmarrjen të lehtë / më keq;
- ✓ Historia e mëparshme e tyre mjekësore;
- ✓ Medikamente aktuale dhe të kaluara;
- ✓ Historia e tyre e duhanit.

Informacioni i marrë nga vlerësimi do të informojë rreth planit të kujdesit të pacientit.¹³

2.9. Mbikqyrja dhe vlerësimi i gjendjes së pacientit

Mbikqyrja dhe vlerësimi i pacientëve jep informacion rreth frymëmarrjes së tyre. Kjo do të përfshijë:

- Regjistrimi dhe vëzhgimi i frymëmarrjes

¹² Carrieri V, Janson-Bjerklie S. *The sensation of dyspnea: a review. Heart and Lung. 1984;13:436–447.*
[PubMed]

¹³ Samantha Prigmore, MSc, RGN, is respiratory nurse consultant, St George's Healthcare NHS Trust, London, *Assessment and nursing care of the patient with dyspnea - VOL: 101, ISSUE: 14, PAGE NO: 50*

- Vëzhgimi i ngjyrës së pacientit - cianoza është një zbardhje blu e lëkurës dhe mukozave dhe është më e dukshme rreth buzëve, veshëve, gojës dhe gishtërinjve. Kjo mund të tregojë një mungesë të rëndë të oksigjenit. Në pacientët me ngjyrë të errët, shenjat e perfuzionit të dobët ose cianoze mund të zbulohen nëse zona rreth buzëve ose shtresave të thonjve duket e errët në ngjyrë;
- Vëzhgimi i pozicionit të pacientit: duke u ulur në këmbë, me supet e ngritura lart, sugjeron që pacienti është duke punuar shumë për të marrë frymë. Një shkallë analoge vizuale mund të jetë një mjet i dobishëm për të vlerësuar përvojën e pacientëve në disponimin e tyre dhe kur ndonjë ndërhyrje ka qenë e dobishme.
- Vëzhgimet duhet të regjistrohen në mënyrë të saktë dhe të qartë në skemat e vëzhgimeve të pacientëve dhe në shënimet e tyre infermierore. Çdo anomali duhet të raportohet tek personeli mjekësor.

Vëzhgime të tjera të përdorura zakonisht në një vlerësim të frymëmarrjes përfshijnë oksimetri të pulsit (matjen e përqindjes së oksihemoglobinës të pranishme në kapilarë) dhe normën e rrjedhës së ekspansionit të pikut. Kjo mat normën maksimale të rrjedhjes që mund të përjashtohet nga mushkëritë, të cilat mund të tregojnë pengim të rrugëve të frymëmarrjes.¹⁴

2.10. Kujdesi Psikologjik

Dispnea mund të jetë shumë e frikshme për pacientët dhe mund të rezultojë në një ankth të shtuar, duke i bërë ata të bëhen më pa frymë. Ndërhyrja infermierore mund ta thyejë këtë cikël. Menagjimi i kohës me pacientë pa frymë, duke folur me qetësi ndaj tyre

¹⁴ *Samantha Prigmore, MSc, RGN, is respiratory nurse consultant, St George's Healthcare NHS Trust, London, Assessment and nursing care of the patient with dyspnea - VOL: 101, ISSUE: 14, PAGE NO: 50*

dhe duke i udhëzuar ata të marrin frymë ngadalë dhe duke marrë frymë së bashku me pacientët, mund të jenë shumë efektive.

Për disa pacientë, një qasje më e prekshme, me fërkim të butë të shpinës, ndonjëherë, mund të ndihmojë për të relaksuar pacientët, duke zvogëluar përpjekjet e frymëmarrjes. Megjithatë, disa njerëz nuk e gjejnë këtë qasje të dobishme, prandaj është e rëndësishme që të diskutohen me ta qasjet e prekura.

Sigurimi i dhomës që të jetë e ajrosur mire, mund të jetë i dobishëm te shumica e pacientëve.

Shpërqendrimi i vëmendjes së tyre duke biseduar rreth diçkaje tjetër jashtë sëmundjes mund të ndihmojë disa pacientë të heqin mendjen nga dispneja e tyre, dhe shumë prej tyre do të raportojnë se janë më pak të vetëdijshëm për simptomat e tyre kur ata janë të zënë me diçka tjetër.

2.11. Komunikimi me pacientin me dispne

Pacientët me dispne mund të jenë shumë pa frymë për të folur më shumë se një ose dy fjalë. Përdorimi i pyetjeve të mbyllura, të cilat mund të marrin përgjigje me një dremetje ose një tronditje të kokës, mund t'u lejojnë atyre të komunikojnë. Kjo kërkon kohë dhe durim dhe është thelbësore që infermierja të mos bëjë supozime në emër të pacientit. Nga ana tjetër, mundësimi i pacientëve për të shkruar në letër ose për të përdorur kartat flash mund t'u ndihmojë atyre të komunikojnë në mënyrë efektive.

Disa pacientë do të kërkojnë terapinë e oksigjenit me një maskë oksigjeni, e cila është një pengesë tjetër për komunikim. Kanalet e hundës janë një alternativë e dobishme, pasi ato lejojnë infermierin të vëzhgojnë lëvizjet e buzëve dhe të lexojnë lëvizjet e tyre.

2.12. Pozicionimi i pacientit me dispne

Qëllimi i pozicionimit të një pacienti me dispne është të maksimizojë funksionin e frymëmarrjes duke reduktuar përpjekjet fizike, prandaj individi duhet të jetë i rehatshëm dhe i mbështetur mirë. Sigurohuni që jastëkët janë duke mbështetur pjesën e vogël të krahut

të pacientit. Shumë jastëkë mund të shkaktojnë që një pacient të "zhytet" në to, duke kufizuar lëvizjet e gjoksit të tyre. Ngritja e lehtë e këmbës së krevatit mund të pengojë që pacienti të rrëshqet.

Shumë pacientë e gjejnë veten të rehatshëm ulur në buzë të krevatit ose në një kolltuk, përkulur përpara me krahët e tyre duke qëndruar në një jastëk. Pikat e prekshme të presionit përfshijnë këmbë, pjesën sakrale dhe bërrylat dhe këto duhet të vlerësohen me kujdes dhe të monitorohen. Hipoksia është një faktor rreziku i lidhur me ndryshimet në lëkurë. Pacientët duhet të inkurajohen ose ndihmohen për të lehtësuar pikat e presionit rregullisht dhe pajisjet lehtësuese të presionit mund të jenë të dobishme për të parandaluar prishjen e lëkurës. Pacientët që përjetojnë dispne kur ata ecin duhet të inkurajohen të marrin një pozicion që lejon zgjerimin e mushkërive; për shembull, duke u mbështetur në një mur, duke e mbështetur kokën në krahë të ngritur ose duke u përkulur mbi një dysheme.¹⁵

2.13. Trajtimi

Terapia e oksigjenit - Kjo përdoret për të trajtuar hipoksi (një nivel i ulët i oksigjenit arterial). Dëshmitë anekdotike sugjerojnë që disa pacientë të përfitojnë psikologjikisht nga përdorimi i oksigjenit. Oksigjeni është një ilaç dhe duhet të përshkruhet. Zakonisht shpërndahet me maskë fytyre, me rrjedhje fikse ose të ndryshueshme të oksigjenit, ose me një kanulë hundore. Infermieret duhet të sigurojnë se ata janë të njohur me mënyrën e përcaktimit të normës së rrjedhjes së oksigjenit për të siguruar që përqindja korrekte e oksigjenit të jepet.

Mund të kërkohet humidifikimi për të parandaluar tharjen e mukozave të gojës, dhe për të parandaluar mbajtjen e pështymës dhe mbajtjes së sputumit. Bateman dhe Leach (1998) rekomandojnë që humidifikimi t'u jepet pacientëve që marrin më shumë se katër litra / minutë oksigjen nëpërmjet një maskë fytyre ose nëse shpërndahet direkt në trake (nëpërmjet një trakeostomi).

¹⁵ *Samantha Prigmore, MSc, RGN, is respiratory nurse consultant, St George's Healthcare NHS Trust, London, Assessment and nursing care of the patient with dyspnea - VOL: 101, ISSUE: 14, PAGE NO: 50*

Bronkodilatatorët e thithur - Këto zakonisht përshkruhen për të trajtuar disponimin, sidomos kur shkak i frymëmarrjes është për shkak të obstrukcionit të rrugëve të frymëmarrjes, për shembull, astma dhe sëmundja pulmonare obstruktive kronike. Këto barna ndihmojnë për të hapur rrugët e frymëmarrjes duke lehtësuar muskujt e lëmuar bronkialë dhe kanë më shumë gjasa të dorëzohen nëpërmjet një inhalatori ose një nebulizuesi. Infermieret duhet të sigurojnë që pacientët janë në gjendje të përdorin korrektësisht inhalatorin e tyre në mënyrë që të sigurojnë depozitimin adekuat të barit në mushkëri.¹⁶

¹⁶ *Samantha Prigmore, MSc, RGN, is respiratory nurse consultant, St George's Healthcare NHS Trust, London, Assessment and nursing care of the patient with dyspnea - VOL: 101, ISSUE: 14, PAGE NO: 50*

3. Qëllimet dhe Objektivat

Qdo hulumtim apo punim që bëhet në kuadër të shëndetësisë, ka për qëllim përmirësimin e jetës së qdo pacienti, trajtimin sa më të mirë të secilës sëmundjeje, identifikimin e shkaktarëve dhe burimin e qrrregullimeve shëndetësore, edukimin dhe informimin rreth secilës problematik shëndetësore qoftë profesionistët shëndetsor apo popullatën. Prandaj me këtë punim synoj që të arrijë këto qëllime apo objektiva:

1. Shtjellimin e një simptome respiratore që quhet Dispne
2. Shkaqet që mund të sjellin pacientin në një gjendje të tillë
3. Rreziku që paraqet dispneja tek një pacient dhe në qka duhet të dyshojmë
4. Informimin mbi kujdesin që duhet kushtuar këtyre pacientëve si dhe edukimin e vetë pacientëve për përmirësimin e jetës së tyre

Roli i infermier-it/es në përmirësimin e gjendjes së pacientëve me dispne

STUDIM RASTI

4.1. Kujdesi infermieror

Infermierët janë puntorët shëndetësorë të cilët e kanë kontaktin e pare me pacientin. Kujdesi infermieror ndaj pacientit zbatohet prej kontaktit të pare me pacientin, e deri në lëshimin e tij nga institucioni shëndetësor. Shërbimi urgjent, si pjesa më e ndjeshme e zingjirit të kujdesit shëndetësor, kërkon vigjilenc dhe shkathtësi më të mira në zbatimin e kujdesit infermieror.

Një infermier/e i/e kujdesëshëmë/e duhet të vërej shenjat e hershme të komplikimeve dhe ti raportoj me qëllim të marrjes së masave parandaluese.

4.2. Vlersimi infermieror

Infermieri/a duhet të merr një informacion të saktë dhe të shpejtë për natyrën e sëmundjes dhe anamnezën familjare, ambientin në të cilën jeton dhe punon. Merret informacion nëse pacient ka ndonjë sëmundje kronike kardiake, ose ndonjë tjetër.

- Vlerësohet lëkura: nëse lëkura është e zbehtë, e ftohtë dhe e djersitur,
- Vlerësohet sistemi respirator: observohet për vështirësi në frymëmarrje,
- Vlerësohet sistemi kardiak: takikardi dhe T.A, cianoze
- Vlerësohet pozicioni që preferon pacienti, pozicioni që lehtëson frymëmarrjen

PACIENTI:

- ✓ **Emri dhe mbiemri: M. A.**
- ✓ **Data e lindjes: 11/07/1968**
- ✓ **Vendi i Lindjes: Prizren**
- ✓ **Gjinia: Mashkull**
- ✓ **Statusi: I martuar**
- ✓ **Vendbanimi: Fshati Zhur**
- ✓ **Profesioni: X**
- ✓ **Pesha: X**
- ✓ **Gjatësia: X**
- ✓ **Diagnoza: Dispne akute**

✓ **Të dhënat objective:**

Në momentin e paraqitjes së pacientit në shërbimin urgjent, tek pacienti verehet vështirsi në frymëmarrje, djersitje dhe zbehje.

✓ **Të dhënat subjektive:**

Pasi që pacienti në momentin e paraqitjes në shërbimin urgjent ishte në gjendje të komunikojë, atëherë anamneza është marr nga vet pacienti. Ai tregoj se nuk kishte pasur më herët një gjendje të tillë, shenjat ishin lajmëruar pa pritur dhe menjëherë si: ndjenja e frymëzënies, dhimbje në krahëror, djersitje.

✓ **Të dhënat momentale:**

Vërehet dispne, zbehje, djersitje, dhimbje të krahërorit, TA:-170-90, P.:-105, SPO2:-88.

Parametrat e EKG – evalvim te ST- segmentit, D1 AVL, V4, V5, V6 lateral.

Pas informimit të mjekut dhe leximin e EKG, mjeku konstatoi se kemi të bëjmë me I.M.(infarkt të miokardit).

4.3. Planifikimi Infermieror

Te secila sëmundje planifikimi infermieror ka procedurat e veta që duhet të zbatohen.

Ndërsa kur kemi të bëjmë me I.M. planifikimi infermieror duhet bërë në këtë mënyrë:

1. Vendosim pacientin në pozitë të shtrirë në shpinë,
2. Vendosim oksigjenin,
3. Sigurojm vijën venoze,
4. Monitorojmë shenjat vitale,
5. Përgatisim defibrilatorin.

4.4. Zbatimi Infermieror

Te pacientët me I.M. zbatimi infermieror duhet të jetë i shpejtë, i saktë dhe adekuat, i cili përfshinë:

1. Kontrollim i shpeshtë i shenjave vitale,
2. Aplikimi i preparateve të caktuara nga mjeku,
3. Pyesim pacientin nëse dhimbjet vazhdojn, nëse mund të flasë,
4. Shikojm nëse ka shtim djerse, rritje të dispnes,
5. I bëjmë të ditur pacientit, nëse mund të na informojë, nëse ka lehtësim të gjendjes apo përkeqësim,
6. Përgatitja për transport në emergjencë.

4.5. Trajtimi në shërbimin urgjencës

Pas vënies së diagnozës nga ana e mjekut, atëherë janë ndërmarr këto hapa me urdhër të mjekut, duke aplikuar te pacienti:

1. Nitroglicerín,
2. Morfin i.v.,
3. Aspirin 300 mg.,

4. Furosemid 80 mg, 40+40
5. Transport në repartin e emergjencës.

5. Rekomandime

Si infermier profesionist sidomos në qendrën e shërbimit urgjent por edhe në atë ambulatorë, duhet të njohim mirë shenjat e rrezikut, të cilat janë jetë kërcënuese për pacientin. Dispnea si një simptom respiratore është e lidhur ngushtë me problemet kardiake dhe pulmonare. Qdo pacient që paraqitet në qendrën shëndetësore me këtë simptom, duhet të merret me seriozitet, dhe të vihet kujdes i shtuar ndaj tyre deri në momentin që konstatohet se nuk kemi të bëjmë me problem serioze shëndetësore. Ne kemi këto rekomandime për secilin infermier që ballafaqohet me të tillë pacient:

1. Të merren menjëherë masat e shtuara të kujdesit shëndetësorë,
2. Të bëhet EKG menjëherë,
3. Matja e TA, pulsit, SPO₂,
4. Informimi i mjekut rreth këtyre parametrave menjëherë,
5. Të jenë sa më vigjilent që raste të tilla të mos përfundojnë jo mirë,
6. Të mos neglizhohen këta pacient me këtë simptom respiratore.

6. Referencat

- I. *Alana Biggers, MD.MPH., Dispnea-shkaqet,simptomat dhe trajtimi, Medical News, January 2017*
- II. *Traktat mjekësor i cecilit, Monica Kraft Md., 2013, paragrafi 2 faqe 591.*
- III. *Rappaport E. Dyspnea: pathophysiology and differential diagnosis. Prog Cardiovasc. Dis. 1971;13:532–45. [PubMed]*
- IV. *Pulmologjia, Qrregullimet e sistemit respirator pjesa 10, seksioni 1 – Përqasja ndaj pacientëve me sëmundje të sistemit Respirator, David A. Lipson, Steven E. Weinberg, faqe 1538.*
- V. *Anatomia normale e njeriut, pjesa e par, Prof.Ass.Dr. Drita Totozani, Prof.Ass.Dr. Sofika Qamirani, Tiranë 2001. faqe 188.*
- VI. *Samantha Prigmore, MSc, RGN, is respiratory nurse consultant, St George's Healthcare NHS Trust, London, Assessment and nursing care of the patient with dyspnea - VOL: 101, ISSUE: 14, PAGE NO: 50*
- VII. *Carrieri V, Janson-Bjerklie S. The sensation of dyspnea: a review. Heart and Lung. 1984;13:436–447. [PubMed]*
- VIII. *Frymarrja e veshtiresuar(dispnea), Prof.assoc.dr.Mehmedali Azemi dhe Drita Telaku - Mr.Sc.Qosja, Pediatria, 2010 FAQE 550-551.*
- IX. *Traktat mjekësor i cecil-it, Monica Kraft Md., 2013, paragrafi 3-4, faqe 591.*
- X. *Traktat mjekësor i cecil-it, Monica Kraft Md., 2013 faqe 593.*
- XI. *Burki NK. Dyspnea. Clin Chest Med. 1980;1:47–55. [PubMed]*

7. CV e shkurtër e kandidatit/es

Informatat personale	
Emri dhe Mbiemri	Marigona Prenaj
Datëlindja	21/06/1995
Gjinia	Femër
Nr. Personal	1240257773
Të dhënat kontaktuese	
Nr. Tel:	(+377) 045/606-226
Adresa	Fshati Dujak
Emaili	marigonaprenaj@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Ass. Infermier i përgjithshëm “Hysni Zajmi” Gjakovë
Universiteti	Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr. ID	140306064