

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI: INFERMIERI



Punim Diplome

**DISPNEA, LLOJI, KUJDESI DHE
MENAXHIMI I PACIENTIT**

Punoi:

Edonjeta Istrefaj

Mentori:

Prof.Ass.Dr. Dardan Koçinaj

Gjakovë, 2017

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës Fehmi Agani, Fakulteti i Mjekësisë, Departamenti i Infermierisë

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

Punimi përfshinë: 31 Faqe dhe 3 Figura.

DEKLARATA

Unë Edonjeta Istrefaj si studente e Fakultetit të Mjekësisë në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, deklaroj se kjo Temë e Diplomës me titull "**Dispnea, lloji dhe menaxhimi i pacientit**" është punimi im origjinal dhe se gjithë literaturën dhe burimet e tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

FALËNDERIMET

Falenderimi më i madh i takon Zotit i cili ma mundësoj që të arrijë deri këtu dhe ta përmbush një dëshirë timen për të cilën tash e sa vite e kam synuar Falenderoi familjen time të cilës i detyrohem për fillimin dhe finalizimin me sukses të këtij udhëtimi sa të vështir po aq edhe të bukur Falenderoi mentorin tim Profi Ass Dr Dardan Koqinaj i cili ishte gjithmonë i gatshëm të na ofroj ndihmen dhe mbështetjen e nevojshme për arritjen e përfundimit të këtij punimi. Dhe për fund një falenderim shumë i veçant për shoqërin time që ishin pran meje për gjatë këtij rrugëtimi si dhe për çdo ndihmë të dhënë gjatë gjith kohës u jam shumë mirënjohëse.

PËRMBAJTJE

1.	ABSTRAKTI.....	6
2.	HYRJE.....	7
2.1	Anatomia e shkurtër e sistemit respirator	8
2.2.	Sturktura dhe funksioni i mushkërive.....	9
2.3.	Dispnea	10
2.4.	Pasqyra klinike	11
2.5.	Mekanizmat e dispensë.....	12
2.6.	Vlerësimi i dispensë.....	13
2.7.	Dispnea e sistemit respirator.....	14
2.8.	Dispnea e sistemit kardiavaskular	15
2.9.	Dallimi mes dispensë së sistemit kardiovaskular dhe dispensë së sistemit respiratorë	16
2.10.	Diagnoza diferenciale	17
2.11.	Menaxhimi i pacientit.....	18
2.12.	Qasja ndaj pacientit	18
2.12.1.	Marrja e anamnezës dhe ekzaminimi objektiv	19
2.13.	Ekzaminimet themelore.....	19
2.13.1.	Testet Laboratorike.....	20
2.13.2.	Testet Imazherike	20
3.	QËLLIMI.....	21
4.	METODOLOGJIA E PUNËS	22
5.	REZULTAT	23
5.1.	Studim Rasti	23
5.2.	Kujdesi infermieror.....	24
5.3.	Vlersimi infermieror	24
5.4.	Planifikimi Infermieror.....	25
5.5.	Zbatimi Infermieror	25
6.	DISKUTIME	26
7.	PERFUNDIM	27
8.	a) REZYME.....	28
b)	RESUME.....	29
9.	REFERENCAT	30
10.	CV-ja e Kandidates.....	31

1. ABSTRAKTI

Ky punim është punuar në Universitetin e Gjakovës Fakulteti i Mjekësisë, Programi Infermieri . Në këtë punim jam munduar të ofroj njohuri rreth gjendjes patologjike siq është dispea, cilat janë llojet e saj komplikimet dhe trajtimi i saj si sëmundje. Punimi është i tipit të **Rishikimit të literatures** dhe **Studim rastit**. Literatura është marrë në biblioteken e qytetit të Gjakovës ‘Ibrahim Rugova’ dhe biblioteken e Universitetit "Fehmi Agani" në Fakultetin e Mjekësisë, ndërsa studimi është marrë në Spitalin Rajonal të Pejës.

2. HYRJE

Frymëmarrja është një veti e përgjithshme e të gjitha qelizave të gjalla. Organizmi i njeriut nuk mund të jetojë në qoftë se nuk merr në mënyrë të vazhdueshme nga mjedisi rrethues oksigjen dhe të nxjerr jashtë dioksidin e karbonit. Shkëmbimi i këtyre gazrave midis organizmit tonë dhe mjedisit të jashtëm bëhet nëpërmjet frymëmarrjes. Kafazi i krahërorit vihet në lëvizje me anën e muskujve të frymëmarrjes. Kur ai zgjerohet ajri futet në mushkërit, pastaj ai vjen përseri në pozicionin fillestar, zvogëlohet vëllimi i tij, ajri del nga mushkëritë. Gjatë frymëmarrjes brinjët ngrihen lart, ndërsa diafragma ulet poshtë. E kundërta ndodh gjatë frymënxjerrjes: ngrihet diafragma dhe ulen brinjët. Frymëmarrja është një proces aktiv, frymënxjerrja është pasive dhe zgjat sa dyfishi i frymëmarrjes.¹

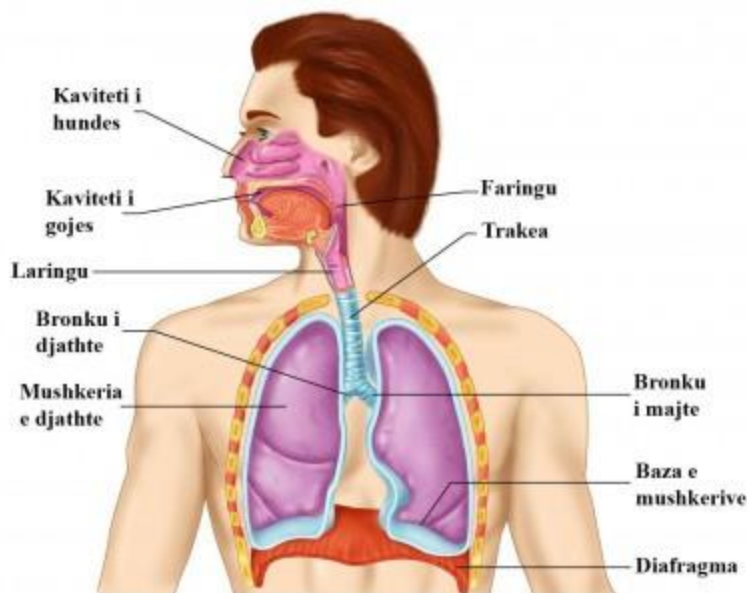


Figura.1. Anatomia e sistemit respirator²

Fjala Dispne vjen nga gjuha greke për "frymëmarrje me vështirësi" Shpesh përshkruhet si një frymëmarrje e vështirë, e mundimshme.

¹ *Anatomia me orientim klinik, Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M. R. Agur.*

² https://www.google.al/search?q=sistemi+respirator&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi5-rHmzZjXAhWjYpoKHbpwA8QQ_AUICigB&biw=1440&bih=745#imgrc=Eu6Bsisrd6XO0M

Shoqata torakale Amerikane e perkufizon dispnen si një “*eksperiencë subjektive të shqetësimit të frymëarrjes, që konsiston në ndjesi cilësisht të ndryshme, të cilat variojnë me intensitete. Përvoja derivohet nga nderveprimet midis faktorëve të shumt fiziologjik, psikologjik, shoqëror dhe mjedisor dhe mund të nxisë përgjigje dytësore fiziologjike dhe sjelljeje*” Dispnea është një simptomë që duhet dalluar nga shenjat e punës së lodhshme të frymëmarrjes.³



Figura.2. Pacienti me Dispne⁴

Burimi:

2.1 Anatomia e shkurtër e sistemit respirator

Organet e frymemarrjes janë: hunda, goja, laringu, faringu, trakea, mushkëritë, bronket, bronkiolet dhe alveolet.

Ajri pasi kalon të gjitha rruget e frymëmarrjes vjen në fshikezat mushkërore ku bëhet shkëmbimi i gazrave. Oksigjeni pasi kalon muret e holla të kapilareve futet në qarkullimin e vogël të gjakut dhe shkon në gjysmën e majtë të zemrës nga ku shperndahet në tërë qelizat e trupit. Ndersa dioksidi i karbonit i gjakut venoz lihet ne nivelin e fshikzave dhe del jashtë përmes rrugëve të frymëmarrjës.

³ *Dispnea (Parimet e mjeksis Interne Herrison) kap.33 fq: 221-224*

⁴<https://www.google.al/search?biw=1440&bih=745&tbm=isch&sa=1&ei=Ojz3WZChGsOB6ATp9LjICw&q=dispnea&oq=dispnea>

Mushkerite: janë të vendosura ne zgavren e krahavorit. Ato mbeshteten mbi diafragmen dhe siperfaqja e jashtme e tyre merr formen e brinjeve dhe të hapsirave midis tyre. Mushkeria e djathtë ka tri lobe, e majta dy. Janë të ndërtuara prej indi poroz, si sfungjer me mjaft elasticitet, me ngjyrë trendafili. Te femrat peshojnë rreth 1050 gram ndërsa tek meshkujt 1350 gram.

Pleura: Mushkëritë mbështillen me një cipë. Në hapsirën ndërmjet shtresave të saj qarkullon një sasi e vogël lëngu që nuk lejon ferkimin e tyre.

2.2. Sturktura dhe funksioni i mushkërive

Mushkeritë ndodhen në krahavor dhe janë të rrethuara nga brinjet. Funksioni i mushkerive është frymëshkembimi i gazrave. Gjithashtu ato kanë funksion pajisjen e indeve dhe të gjitha organeve me oksigjen, si dhe nxjerrjen jashtë të dioksidit të karbonit. Mushkëritë e njeriut përmbajnë 300-400 milion alveole me siperfaqe të përgjithshme 100 m. Si rrugë ndihmëse e frymëmarrjes është edhe goja. Në lëvizjet e frymëmarrjes marrin pjesë edhe muskuli i diafragmes, muskujt ndërbrinjorë, muskujt e kafazit te krahërorit dhe të murit të barkut.

Njeriu pa ajër mund të jetoj 5 min. Me rritjen e përqendrimit të CO_2 në ajër në 5% atëherë shkaktohet vështirsi në frymëmarrje dhe fillon helmimi i organizmit, e nese sasia e CO_2 rritet deri ne 12% atëherë shkaktohet vdekja e organizmit. Sasia normale e CO_2 në ajër është 0.03%.

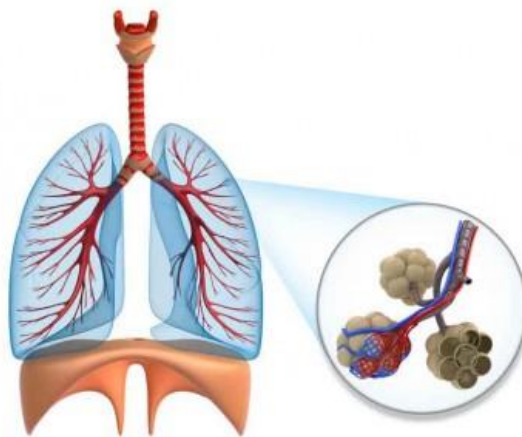


Figura.3. Mushkëritë ⁵

⁵ <https://www.google.al/search?biw=1366&bih=662&tbn>

2.3. Dispnea

Ndjenja subjektive e “mungesës së frymëmarrjes” quhet dispne. Dispnea është një manifestim i rëndesishem i sëmundjeve kardiake e pulmonare, gjithashtu haset edhe në gjendje të tjera si: neurologjike, metabolike dhe gjendje psikologjike. Është e rëndesishme të dallojmë dispnenë nga zbulime objektive te tahipnea ose frymëmarrja e shpejtë. Dispneja, një çrregullim shqetësues i frymëmarrjes, është një problem i zakonshem i kujdesit parësor. Ajo përmbanë shqetësimin që shfaqet me shumë çrregullime të zakonshme, si insuficienca kardiake kongjестive, ishemia akute e miokardit, sëmundja pulmonare obstruktive kronike, si dhe astma. Ndjesia e dispense mund të jetë rezultat i aktivimit të korës cerebrale nga kimiorceptorët qendror dhe periferik, ose nga një gamë mekanoreceptorësh në pjesën e sipërme të rrugëve të frymëmarrjes, në mushkëri dhe në muret e krahavorit⁶. Dispnea mund gjithashtu të jetë rezultat i rritjes së nivelit të ventilimit por edhe konsumimit të oskigjenit (p.sh. gjatë ushtrimeve). Dispnea e cila është rezultat i sëmundjeve kardiake, karakterizohet nga rezultate të papërshtatshme kardiake në plotësimin e kërkesës qelizore për oksigjen. Edhe pse në të shumtën e rasteve vjen nga pakësimi i debitit kardiak dhe rritjes së presionit kapilar pulmonar maksimal, dispnea mund të jetë edhe rezultat i gjendjeve me debit të lartë si p.sh. anemia, hipertireoidizmi dhe gjendjeve me debit normal p.sh. disfunksioni sistolik. Po ashtu dispnea dytësore ndaj sëmundjeve pulmonare mund të jetë rezultat i ndjenjës së shtimit të kontrollit respirator, lëvizjës së murit të krahavori, hiperinflacionit, bronkokonstriksionit ose dëmtimit në këmbimin e gazëve.⁷

Dispnea është simptomë e zakonshme pulmonare gjegjësishtë (mosmbushja ose mosngopja) me frymë. Dispnea mund të jetë e lidhur me astmën, bronkiolitin, pneumoninë ose problem të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes si krupi (difteria) dhe epiglotiti. Sistem i organeve që lidhet me dispnenë është është sistemi kardiovaskular. Dhe si shkak kryesor i atakëve të dispense te të rriturit dhe të më të moshurit është insuficienca kongjестive kardiake. Gjendje të tjera kardiake që shkaktojnë dispnenë përfshijnë pericarditis dhe kardiomiopati, po aq mire sa dhe difektet kongjentale të zemrës te fëmijët që paraqesin distress respirator.⁸

⁶ <http://doctorbesimedicalinformation.blogspot.al/2015/05/10-shkaqet-kryesore-te-vdekshmerise-ne.html>

⁷ *Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor, John Noble, kapitulli 19, faqe 175.*

⁸ *Traktati i Mjekësisë së Familjës, Robert E. Rakel, kapitulli 4, faqe 379.*

Pacienti mund të vëzhgohet gjatë një frymëmarrje të shpejt, ndërsa përcaktojm se ai ose ajo nuk ka munges në frymëmarrje e kundërta mund të jetë e vertetë. Një pacient mund të marrë frymë ngadalë, por të ketë dispne. Asnjëherë mos pretendoni që një pacient me frymëmarrje të shpejtë të ketë dispne. Është e rëndësishme që mjeku të pyes kur ndodh dispnea dhe në cilat pozicione. Dispnea paroksizmalë nocture është një mungesë e papritur e frymëmarrjës gjatë natës në gjumë. Pacientet pa pritur i kap një ndjesi e fort mbytjeje. Zakonisht ata shpejtojnë të qohen dhe nxitojnë për të dritarja për “ajër”. Sapo marrin pozicion të ngritur dispnea përmiresohet. Ortopnea është frymëmarrje e vështirë në pozicion të shtrirë. Pacientet kërkojnë dy ose më shumë jastek për të marrë frymë lirshëm.⁹

2.4. Pasqyra klinike

- Frymëmarrje të vështirë,
- Të mundimshme dhe
- Të pa vullnetshme.

Tek natyra nga rrugët e sipërme ajrore dallojmë stridor dhe obstrukcion të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes.

Te natyra pulmonare karakterizohen me Takipne, përdorim i muskujve ndihmës, gulcima, përdorim josimetrik të frymëmarrjes, lëvizje e dobët e ajrit .

Të natyra kardiovaskulare karakterizohet me zhurma dhe me zgjerim të venave jugulare.

Natyra e SNQ dallojmë nivelet e alteruara të ndërgjegjes .

Shenja të përgjithshme janë:

- Lëkura e ndjersitur e that kundër lëkures së that të ngrohtë,
- Zbehje,
- Cianoz
- Pacienti qendron në pozitën e ngritur në kemb,
- Edem,

⁹ *Traktati i Oksfordit për Mjekësinë, David A. Warrell, Timothy M. Cox, John D. Firth, Edward J. Benz,*

- Er\ë katotike e frymëmarrjes.¹⁰

2.5. Mekanizmat e dispensë

Njesit respiratore janë pasoja e ndërveprimeve ndërmjet sinjaleve motorike eferente ose dalëse, nga truri për në muskujt ventilator (para-kontrolli) dhe sinjaleve ndjesore aferente ose hyrëse nga receptor përgjat trupit (prapa-kontrolli), si dhe përpunimin integruës të këtij informacioni, që ne mendojm se mund të ndodhin në tru. Një gjendje sëmundjeje e caktuar, mund të qoj drejt dispnes me anë të një apo me tepër mekanizmave, disa prej të cilëve mund të jenë operative nën disa rrethana por jo disa të tjera.

Rruget aferente motore

Çrregullimet e pompës ventilator shoqërohen me punë të madhe të frymëmarrjës ose me përshtatje të një përpjekje të madhe për të marr frymë. Kur muskujt janë të dobët ose të lodhur, kërkohet një përpjekje më e madhe, edhe pse mekanika e sistemit është normale. Shtimi i sinjaleve neurale dalëse nga korteksi motorik mendohet të ndihet si pasojë e një shkarkimi korolar, që dërgohet në korteksin ndjesor në të njejtën kohë që dërgohen edhe sinjalet e muskujve ventilator.

Rruget aferente ndjesore

Kemoreceptoret të trupat karotid dhe të medulet aktivizohen nga hipoksemika, hiperkapnia akute dhe nga acidemia. Stimulimi i këtyre receptoreve si dhe receptorëve të tjerë që çojn në rritje të ventilimit, shkaktojnë një ndjesi urie për ajër. Mekanoreceptoret J, të ndjeshëm ndaj edemes intersticiale dhe receptoret vaskularopulmonar, të aktivizuar nga ndryshime akute në presionin e arterjes pulmonare, duket se ndihmojnë në urin për ajër. Hiperinflamacioni shoqërohet me ndjesin e pa aftesis për të marrë frymë thellë ose me ndjesin e një frymëmarrje të pakëndshme. Nuk është e qart nëse kjo ndjesi lind nga receptoret në mushkëri, në murin e kraharorit apo nëse është një variant

¹⁰ *Traktati i diganozes mjeksore- Histori dhe ekzaminime, fq: 370*

i ndjesis se uris për ajër. Metaboreceptoret të ndodhur në muskulin skeletor, mendohet se aktivizohen prej ndryshimeve në mjedisin biokimik lokal të indit aktiv gjatë ushtrimit dhe në momentin që stimulohen ndihmojnë në shqetesimin gjatë frymëmarrjes.

Integrimi: Mospershtatja eferente-riaferente

Një mospershtatje ose mospërputhje midis mesazhit të para-kontrollit në muskujt ventilator dhe pas kontrollit, nga receptoret që monitorojnë përgjigjen e pompës ventilator, rrit intensitetin e dispnes. Kjo ka një rëndësi të veçantë kur ka një qrrregullim mekanik të pompës ventilator, të tillë si në astmë ose në sëmundje pulmonare kronike obstruktive (SPOK).

Ankthi

Ankthi akut mund të rrisë ashpërsin e dispnes ose duke ndryshuar interpretimin e të dhënave ndjesore ose duke çuar drejt modeleve të frymëmarrjes, që zmadhojnë qrrregullimet fiziologjike në sistemin respirator. P.sh; të pacientet me kufizim të vëllimit respirator, frekuenca e rritur respiratore që shoqëron ankthin akut çon drejt hiperinflacionit, në rritje të punës së frymëmarrjes, një ndjesi të një përpjekjeje të madhe për të marrë frymë, një ndjesi të një frymëmarrjeje të pakëndeshme.¹¹

2.6. Vlerësimi i dispnesë

Cilësia e ndjesisë

Ashtu si me dhimbje vlerësimi i dispnes fillon me një përcaktim të cilësisë së shqetësimit.. Pytesoret mbi dispnen ose lista shprehjesh të përdorura zakonisht të pacientet vlerësojnë ata që kanë veshitësi që të bëjnë një përshkrim në lidhje me ndjesit e tyre gjatë frymëmarrjes.

Intensiteti ndjesor

Një shkallë Borg, e modifikuar ose një shkallë analoge pa mure, mund të përdoret për të matur dispnen në gjendje qetësie, menjëherë pas kryerjes së ndonjë ushtrimit fizik ose pas një prove fizike të riprodhueshme, p.sh. ngjytja e shkalleve në shtëpi. Një qasje alternative është që të hetosh rreth

¹¹ *Parimet e mjeksis Interne –Harrison, kapitulli .33 faqe: 221-224.*

aktiviteteve që mund të kryej një pacient, dmth. , që të fitosh një domethënje rreth paaftësisë së pacientit. Treguesi i Dispnes Bazale dhe Pytesoret e Semundjes Respiratore Kronike, janë mjete që përdoren shpesh për këtë qëllim.

Dimensioni emocional

Që një ndjesi të raportohet si simptom, ajo duhet të përceptohet si e pa këndeshme ose të interpretohet si jo normale. Ne jemi ende të fazat e hershme të të mesuarit rreth rrugëve më të mira për të vlerësuar dimensionet emocionale të dispnes. Disa terapi për dispnen, të tilla si rehabilitimi pulmonar mund të reduktojnë pjesërisht shqetësimin gjatë frymëmarrjes, duke ndryshuar këtë dimension.¹²

Ndarja e Dispnesë

Dispneja është pasojë e devijimeve nga funksioni normal në sistemet kardiopulmonare. Ndryshimet në sistemin respirator mund të konsiderohen në kontekstin e kontrolluesit (stimulimi i frymëmarrjes); popave ventilator (kockat dhe muskujt që formojnë murin e krahavorit, rrugët ajrore dhe pleurën); dhe shkëmbyesit e gazit (alveolat, vaskulatura pulmonare dhe parenkima që rrethon mushkërit). Në menyrë të ngjajshme, ndryshimet në sistemin kardiovaskular mund të grupohen në tre kategori: gjendje të shoqeruara me debit kardial të lart, normal dhe të ulët.

2.7. Dispnea e sistemit respirator

Dispnea e sistemit respirator- KONTROLLUESI

Hipoksemia akute dhe hiperkapnia shoqërohen me aktivitet të rritur kontrollues. Stimulimi i receptoreve pulmonar, siç ndodh në bronkosmazmen akute, edemen intersticiale dhe embolizmin

¹² *Parimet e mjeksisë Interne-Harrison, kapitulli .33 faqe: 221-224.*

pulmonar, gjithashtu çon drejt hiperventilimit dhe uris për ajër, si dhe drejt një ndjësie të ngushtimit të krahavorit në rastin e astmës. Lartësia e madhe, gjendjet me nivel të lart progesteronë, siç është shtatëzënia dhe medikamentet si aspirina, stimulojnë kontrolluesin dhe mund të shkaktojnë dispne edhe në rastin kur sistemi respirator edhe normal.

Pompa ventilator

Çrregullimet e rrugëve ajrore (p.sh. astma, emfizema, bronkiti kronik, bronkiektazit) çojn drejt rezistencës së rrugës ajrore dhe punës së frymëmarrjes. Hiperinflacioni rrit akoma me shumë punën e frymëmarrjes dhe mund të shkaktoj ndjesi të një paaftësie për të marrë frym thellë. Gjendjet që ngrin murin e krahavorit, të tilla si kifoskolioza, ose ato që dobësojn muskujt ventilator, gjithashtu shoqerohen me nje perpjekje te madhe per te marr frym. Efuzionet e medha pleurale mund te ndihmojn për dispne, duket rritur punën e frymëmarrjes dhe duke stimuluar receptoret pulmonar nese ka atelektaz të shoqëruar.

Shkëmbyesi i gazit

Pneumonia, edema pulmonare dhe aspirimi ndërhyjnë në shkëmbimin e gazit. Sëmundja vaskulare pulmonare dhe ajo interstiale e mushkëris dhe kongjestioni vaskular pulmonar mund të shkaktojnë dispne me anë të stimulimit të drejt për drejt të receptoreve pulmonar. Në këto raste lehtësimi i hipoksemis, në menyrë tipike, ka vetem një impakt të vogël mbi intensitetin e dispnes.¹³

2.8. Dispnea e sistemit kardiavaskular

Dispnea e sistemit kardiovaskular- DEBITI I MADH KARDIAK

Anemia e leht deri në mesatare shoqërohet me shqetesimin e frymëmarrjes gjatë ushtrimit fizik. Shumtet ndërkardiake nga e majta në të djatht mund të qojn drejt debitit të madhë kardiak dhe dispnes, ndonëse në fazat e tyre të vonshme këto gjendje mund të ndërlikohen nga zhvillimi i hipertensionit pulmonar, i cili kontribon në dispne. Mbetja pa frymë e shoqëruar me obezitet mesa duket vjen për shkak të mekanizmave të shumtë, përfshirë këtu debitin e madh kardiak dhe funksionin e dëmtuar të pompës ventilatore.

¹³ *Fizpatologjia e sëmundjeve- njohje me mjekesin klinike, Stephen J.McPhee, William M. Ganong.*

Debiti normal kardiak

Çrregullimi i ekujlibrave fiziologjike kardiovaskulare karakterizohet nga zhvillimi i hershëm i metabolizmit anaerob dhe nga stimulimi i kemo-receptoreve dhe metabo-receptoreve. Disfunksioni i diastolës- si pasojë e hipertensionit, stenoze së aortës apo kardiomiopatis hipertrofike- është një shkak i shpesht i njohur gjithnjë me shumë për mbetjen pa frymë të nxitur nga ushtrimet fizike. Sëmundja e perikardit, p.sh., perikarditi konstrikativ, është një shkak relativisht i rrallë i dispnes kronike.

Debiti i ulet kardiak

Semundjet të miokardit që vinë nga sëmundja e arterjes koronare dhe nga kardiomiopati jo ishemike, rezultojnë me një volum më të madh të ventrikulit gjatë fundit të diastoles dhe në një rritje të presionit të ventrikulit të majt si dhe të presionit kapilar pulmonar në fund të diastolës. Receptoret pulmonar stimulohen nga presionet e rritura në kapilar dhe nga edema intersteciale rezultante, duke shkaktuar dispne.¹⁴

2.9. Dallimi mes dispensë së sistemit kardiovaskular dhe dispensë së sistemit respiratorë

Dallimi midis dispnes së sistemit kardiovaskular dhe dispnes së sistemit respirator¹⁵

Nese një pacient ka të dhëna të sëmundjes pulmonare dhe të asaj kardiake, duhet të kryhet një test ushtrimesh kardio-pulmonare, me qëllim që të percaktohet se cili prej dy sistemeve është i përgjegjshëm për kufizimin e eforit fizik. Nëse, në maksimumin e eforit fizik pacienti arrin ventilimin maksimal të parashikuar, shfaq një rritje në hapsirën boshe ose shfaq hipksemi (saturimi i oksigjenit në 90%), apo zhvillon bronkospazem, që mesa duket shkak i problemit është sistemi respirator. Në menyrë alternative, nëse frekuenca kardiake është >85% nga maksimumi i parashikuar, nëse pragu anaerob shfaqet më heret, nëse presioni i gjakut rritet ose zakonisht shumë ose gjatë eforit fizik, nese pulsi i oksigjenit (konsumim/ ritëm i zemrës/ oksigjen) bie apo nëse ka

¹⁴ *Fizpatologjia e sëmundjeve- njohje me mjekesin klinike, Stephen J.McPhee, William M. Ganong.*

¹⁵ *Traktati i Mjekësis së Kujdesit Parësor, John Noble.*

ndryshime ishemike në elektrokardiogram, një qrrregullim i sistemit kardiovaskular ka shumë mundësi të jetë shpjegim për shqetësimin gjatë frymëmarrjes.

2.10. Diagnoza diferenciale

Qasja ndaj pacientit

Dispnea mund të përqaset në menyrë sistematike. Në dispne akute, apo në mosngopjen me frymë, me vendosje të papritur, anamneza, egzaminimi fillestar dhe testimi laboratorik duhet të përqendrohen se pari në kushtet potenciale në rrezik për jetën, duket përfshir këtu metabolizmin pulmonarë, edemen pulmonare, obstruksionin akut të frymëmarrjes nga anafilaksia e trupave të huaj, pneumotoraksit si dhe pneumonisë.

Për dispnen kronike, kushtet specifike që duhen marr parasysh përfshijnë: sëmundjen pulmonare të obstruksionit kronik, astmën, sëmundjen intersteciale të mushkërive, insuficiencën kardiake, kardiomiopatinë, sëmundjen e refleksit gastroezofagial, sëmundje të tjera respiatore, përfshir edhe sindromen e hiperventilimit.¹⁶

Një radiografi kraharori, një elektrokardiogram, testet e funksionimit pulmonar, si dhe një test ushtrimi me monitorim, përfshir këtu edhe oksimetrinë e pulsit gjatë pushimit dhe ushtrimit janë me rëndësi të dorës së parë për vlerësimin e pacientit me dispne të pashpjegueshme. Dobia e një testimi me të detajuar pulmonar me presion maksimal inspirator dhe ekspirator, kurbat e vëllimit qarkullues si dhe elektrokardiografia, varen gjerësisht nga anamneza dhe egzaminimi fizik, duke përfshir këtu dhe rezultatet e këtyre testeve.¹⁷ Kur sëmundja e refleksit gastroezofagial është shkaku i dyshuar për dispnenë, atëherë duhet të merret në konsiderat një ezofagogram i modifikuar i bariumit, apo një monitorim 24h i pH të ezofagit. Testet e tjera me invasive, si kateterizimi kardiak, biopsia e mushkërive mund të rekomandohet kur rezultatet e testeve më pak invasive, nuk kanë qenë bindëse. Kur mund të paraqitet mundësia, përcaktimi përfundimtar i dispnesë mund të kryhet edhe me anë të observimit, se cila terapi specifike e eliminon atë. Meqenëse dispnea mund të shkaktohet

¹⁶ *Traktati i Mjekësis së Kujdesit Parësor, John Noble.*

¹⁷ *Kujdesi Infermieror II, Batri Lenjani.*

njëkohësisht nga më shumë se një kondicion, gjatë trajtimit është me se e rëndësishme të merret parasysh ky fakt.¹⁸

2.11. Menaxhimi i pacientit

Synimi parësor është që të korigjohet problemi kryesorë i përgjegjshëm për simptomet. Nëse kjo gjë nuk është e mundur, mjeku përpqet që të pakësoj intensitetin e simptomës dhe të efektit të saj mbi cilësinë e jetës së pacientit. Oksigjeni shtes mund të administrohet nëse saturimi i oksigjenit gjatë gjendjes së qetësisë është $\leq 90\%$ ose nëse saturimi i pacientit bie në këto nivele gjatë kohës që ai kryen ndonjë aktivitet. Për pacientet me COPD problem për rehabilitim pulmonar kanë shfaqur efekte positive mbi dispnenë, kapacitetin ushtrimor dhe mbi shkallet e shtrimit në spital. Studimet e ndryshme kanë treguar shfaqjen e dobive konsekuente. Ndërhyrjet eksperimentale p.sh. ajri i ftoft në fytyrë, dridhja e murit të kraharorit— për të modeluar informacionin nga receptoret përgjatë sistemit respirator, janë në studim e sipër.

2.12. Qasja ndaj pacientit

Dispnea është ndjesi e një frymëarrje të vështirë, të rend dhe jo të këndshme. Fjala e pa këndshme është me rëndësi në këtë përcaktim; frymëmarrja e rend apo e vështirë ndeshur te individët e shëndetshëm gjatë ushtrimit, nuk kualifikohet si dispne, sepse është në nivelin e pritshëm për shkallën e përpjekjeve. Ndjesia e dispnesë përshkruhet dobët ose pak nga pacienti, ndërsa fiziologjia e dispnesë mbetet e pa qartë, por rrugët neurale multiple mund të përfshihen në të gjitha proceset që të qojn drejt saj.

¹⁸ *Qasja ndaj pacientit me dispne -Traktati Mjeksor i Cecelit kapitulli 83, faqe: 591,*

2.12.1. Marrja e anamnezës dhe ekzaminimi objektiv

Anamneza

Për të marrë një anamnezë, pacienti duhet të pyetet që të përshkruaj me fjalet e tij/saj se si duket shqetësimi, si edhe efekti i stimulit të pozicionit, infeksioneve dhe atij të mjedisit në dispne. Dispnea e natës sugjeron insuficienc kardiake kongjestive ose astmë. Episodet akute, me ndërprerje të dispense kanë me shumë të ngjarë që të pasqyrojnë episode të ishemis së miokardit, bronkospazem ose embolizëm pulmonar, ndërsa dispnea perzistente kronike është tipike e COPD-it për semundjet profesionale të mushkërive dhe për semundje të arterjës koronare.

Ekzaminimi objektiv

Duhet të filloj gjatë marrjës në pyetje të pacientit. Paaftësia e pacientit për të folur me fjali të plota përpara se të ndalet për të marr frymë thellë, sugjeron një gjendje që qonë drejt stimulimit të kontrolluesit ose që qonë drejt një demtimi të pompës ventilatore me kapacitet jetsorë të reduktuar. Të dhëna për punë të madhe për të marrë frymë (mbledhje supraklavikulare, përdorim i muskujve ndihmës të ventilimit dhe pozicioni i stolit me tri këmb, e karakterizuar nga ulja me njerën dorë të mbeshtetur në gjunjë) është tregues i qrrregullimeve ventilatore. Kur kryhet matja e shenjave jetësore, duhet të përfitohet një vlersim i sakt i shkallës respiratore dhe duhet të kryhet egzaminimi për një puls paradoksal; nëse është >10mmHg, të merret në konsiderat prania e COPD-it.

Pacientëve me dispne gjatë efortit fizik duhet tu kërkohet që ecin gjatë kohës që janë duke u vëzhguar për të riprodhuar simptoma. Pacienti duhet të egzaminohet për të dhëna të reja që nuk ishin të pranishme gjatë gjendjës së qetësis dhe për saturim të oksigjenit.

Duke u bazuar në anamnez dhe në ekzaminim objektiv, duket kryer një radiografi kraharori.¹⁹

2.13. Ekzaminimet themelore

Tek ekzaminimet themelore duhet bërë oksimetria e pulsit e cila mund të jetë fals-pozitive e rritur për shkak të ventilimit të rritur ose monoksidit të karbonit. Bëhet oksigjinimi, vlersohet shkalla e acidozes. Radiografia e kraharorit gjithashtu hyn tek ekzaminimet themelore për arsye se bëhet për

¹⁹ *Traktati i Mjekësis së Kujdesit Parësor, John Noble.*

diagnozen e gjendjës pulmonare, vlersohet madhësia e zemrës si dhe insuficienca kardiake kongjестive (CHF). Tek radiografia e krahorit duhet bërë vlersimi i volumeve të mushkërive . Hiperinfiltrimi na tregon për sëmundje obstruktive të mushkrive ndërsa volumet e ulta të mushkërive na paraqesin edem intersticinale ose fibroz, disfunkcion të diafragmes ose lëvizje të dëmtuara të murit të krahorit. Pariknema pulmonare duhet të egzaminohet për të dhëna të sëmundjeve intersticinale dhe emfizemës. Ekardiografia sugjerohet në pacientët të cilët dyshohen për disfunkcion sistolik hipertension pulmonar apo sëmundje valvulare të zemrës.²⁰

2.13.1. Testet Laboratorike

Duhet bërë edhe një list testesh laboratorike për gjendjen e dispnes ndër to janë edhe testet e vlersimit të anemis, numri i neutrofileve kanë rol ndihmës për vlersimin e proceseve infektive, testet e funksionit të gjendres tiroide.

2.13.2. Testet Imazherike

Duhet bërë EKG nese dyshojmë për një ishemi të miokardit ose CHF. Gjithashtu bëjmë edhe radiografin e indeve të buta të qafes për arsye se dyshojmë për një obstruksion të rugëve të sipërme respiratore kur dyshojmë për mastenia gravis duhet të bëjmë test të tensionit.²¹

²⁰ Gesheff T (2012) Ticagrelor, A New Antiplatelet Option for Treating Acute Coronary Syndromes: Practical Review for Allied Healthcare Professionals. Focus on Acute coronary syndromes. A Peer-Reviewed Newsletter 1.

²¹ <http://med.uottawa.ca/family/>

3. QËLLIMI

Qëllimi i këtij punimi është që të:

- Njihemi me dispnenë,
- Kuptojmë se si ndahet dispnea dhe si manifestohet,
- Shtjellohet kujdesi infermieror tek këta pacient, roli i infermierit/es në përmirësimin e gjendjës.
- Prezantohet rasti.

4. METODOLOGJIA E PUNËS

Burimi kryesorë i të dhënave për realizimin e këtij punimi është **Studimi i rastit**. Është shfrytëzuar material i nevojshëm i cili ka vënë në dukje termin e dispnesë, llojet e saj si dhe kujdesin infermieror me pacientë dhe kemi arritur ti qendrojmë komfort qëllimeve tona të cekura më lartë.

5. REZULTAT

5.1. Studim Rasti

Pacienti:

Pacienti me iniciale D.I i gjinis mashkull, rreth moshës 53 vjeqare nga Komuna e Pejës, i martuar dhe me profesion mësues. Pacienti ka gjatësi 1.70 m dhe kishte diagnozë Dispne akute.

➤ **Të dhënat objektive:**

Në momentin e paraqitjes së pacientit në shërbimin urgjent në Spitalin Rajonal të Pejës, tek pacienti verehet vështirsi në frymëmarrje, plogështi, djersitje dhe zbehje.

➤ **Të dhënat subjektive:**

Pacienti që ka ardh në shërbim urgjent në Spitalin Rajonal të Pejës ka qenë me vetëdije të plotë dhe i shoqëruar nga djali i tij, si shkak i veshitëris në frymarrje dhe ndjenj të ngulfatjës. Ai tregoj se nuk kishte pasur më herët një gjendje kaq të vështirë, përveq simptomave të lehta të cilat i ka lënë pas dore dhe i ka cilësuar si shenja apo simptoma të gripit. Pacientit ka pas këto simptoma si: ndjenja e frymëzënies, dhimbje në krahëror, djersitje, zbehje.

➤ **Të dhënat aktuale:**

Tek pacienti vërehet dispnea , zbehja, djersitja, dhimbje të mëdha krahërorit.

Pacientit i janë ? shenjat vitale: Tensioni arterial (TA:-180-95), Pulsu (P-110/min), Frymëmarrja (SPO2 - 87).

Parametrat e EKG – janë lexuar nga mjeku present dhe është konstatuar se pacienti ka problem me zemër gjegjësisht me një Infarkt Miokardi.

5.2. Kujdesi infermieror

Ne si infermier jemi ata që jemi në kontakt të pare me pacientin si dhe gjendjen e tij. Kujdesi infermieror ndaj pacientit zbatohet prej kontaktit të pare kur pacienti vjen në shërbimin tonë, gjatë kohës kur ai qëndron i hospitalizuar e deri tek lëshimi për në shtëpi.

Si infermier ne duhet të vërej shenjat e hershme të komplikimeve të pacientëve dhe ti raportoj me qëllim të marrjes së masave parandaluese dhe mos mundësin e përkeqësimit të mëtejshëm.²²

5.3. Vlersimi infermieror

Ne si infermier duhet të marrim informacion të saktë për natyrën e sëmundjes, si dhe marrim anamnezen e pacientit. Merret informacion nëse pacient ka pasur ndonjë sëmundje me herët ose nese ka tani. Pytet se qka punon, gjendjen ekonomike, statusin e të dhënat e tjera.

Fillohet edhe me ekzaminim fizik duke përfshirë :

- Vlerësimin e lëkurës: nëse lëkura është e zbehtë, e ftohtë dhe e djersitur;
- Vlerësimin e sistemit respirator: për vështirësi në frymëmarrje, për çdo ndryshim në ekspirium, inspirium.
- Vlerësimin e sistemit kardiovaskular: për çdo aritmi, çrregullim i ritmit të ekg, takikardi, kontrollohet shtypja e gjakut, mandej pulsi;
- Vlerësohet pozita e pacientit: pozicioni që lehtëson frymëmarrjen- ulur, gjysem shtrir, në këmb etj;

²² Robert E . Rakel MD .Textbook of Family Medicine . 7th edition , ISBN 978-608-210-248-1

5.4. Planifikimi Infermieror

Planifikimi infermieror ka disa teknika që duhet të zbatohen. Nëse kemi të bëjmë me pacient me problem në zemër p.sh. siq është rasti me Infarkt akut të miokardit. Atëherë planifikimi infermieror duhet bërë në këtë mënyrë:

1. Vendosim pacientin në pozitë të përshtatshme;
2. I tregojmë për të gjitha procedurat që do i ndermarrim dhe lusim bashkpunimin me të;
3. Vendosim oksigjenin;
4. Sigurojm vijën venoze;
5. Monitorojmë shenjat vitale; - Pulsin, Tesionin e gjakut, Saturimin me oksigjen, Temperaturën.

5.5. Zbatimi Infermieror

Te pacientët me çrregullime në zemër si p.sh. tek Infarkti Akut i Miokardit, atëherë 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, ordinimi i terapisë;
3. Pyesim pacientin nëse dhimbjet vazhdojnë, është thekse apo qfar lloji- 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.²³

²³ *Traktat i Diagnozës Mjekësore- Histori dhe Ekzaminim, Mark H. Swartz.*

6. DISKUTIME

Dispnea është frymëmarrje e vështirësuar që mund të jetë centrale nga sëmundjet e sistemit nervor qëndror, por mund të jetë inspiratore nga pengesa në rrugët e sipërme të frymëmarrjes. Mund të jetë edhe ekspirator në sëmundjet obstruktive kronike. Dallojmë forma e dispnesë me natyrë nga sistemi kardioaskular.

Frymëmarrja e zhurmshme është shenjë e sekrecioneve apo ngushticave në rrugët respiratore.

Sipas Medical Information in World karakteristikat e simptomës të dispnesë të paraqitura në vitin 2012 në botë, vëjnë në dukje se sëmundjet respiratore të mushkërive, bronkeve dhe trakesë zënë vendin e pestë për nga vdekshmëria apo shkalla e vdekshmërisë me 1.6 milion.²⁴

Dispnea sipas shkallës ndahet në atë akute dhe kronike. Sipas rezultateve në botë të marra nga Faculty of Medicine, Department of Family Medicine (Fakulteti i Mjekësisë në departamentin e mjekësisë së familjës), dhe të përshkuara në këtë punim e kanë ndarë dispnenë si symptom të shoqëruar me sëmundje të ndryshme pulmonare dhe të kategorizuara në moshë, mbi moshën 45 vjeq si dhe nën moshën 45 vjeq.²⁵

Vlen të cekësohet se dispnea paraqitet tek njerëzit mbi moshën 45 vjeqare me përqindje 8.20 % si dhe para moshës 45 vjeq me përqindje diku 7.00 %.²⁶

Në rasti tonë kemi një pacient rreth moshës 53 vjeqare i gjinis mashkullore që prezantonë me dispne në kuadër të Infarktut akut të miokardit.

²⁴ <http://doctorbesimedicalinformation.blogspot.al/2015/05/10-shkaqet-kryesore-te-vdekshmerise-ne.html>

²⁵ Fakulteti i Mjekësisë, departamenti i mjekësisë së familjës, Otavë.

²⁶ <http://med.uottawa.ca/family/>

7. PËRFUNDIM

Duhet të njohim mirë shenjat e rrezikut, të cilat janë jetë kërcënuese për pacientin.

Dispnea është një ankesë dhe pasqyrë e objekteve që është e lidhur zakonisht me problemet kardiake dhe pulmonare.

Prandaj çdo pacient që paraqitet në institucion shëndetësor me gjendje të tillë, duhet të merret me seriozitet, dhe të vihet kujdes i shtuar.

Propozimi i masave:

- Të merren menjëherë masat e shtuara të kujdesit shëndetësorë;
- Të bëhet EKG;
- Matja e parametrave vital- e tensionin arterial, pulsit, frymëmarrjen, temperaturën trupore;
- Informimi i mjekut rreth këtyre parametrave, më urgjent nese këta parametra janë me ndryshime të mëdha;
- Të jenë të aftë me punë ekipore, të menaxhohet pacienti në situata të tilla;

8. a) REZYME

Dispnea është simptomë e zakonshme pulmonare gjegjësishtë (mosmbushja ose mosngopja) me frymë. Dispnea mund të jetë e lidhur me astmën, bronkiolitin, pneumoninë ose problem të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes si krupi (difteria) dhe epiglotiti. Sistem i organeve që lidhet me dispnenë është është sistemi kardiovaskular. Dhe si shkak kryesor i atakëve të dispense te të rriturit dhe të më të moshurit është insuficienca kongjестive kardiake. Gjendje të tjera kardiake që shkaktojnë dispnenë përfshijnë pericarditis dhe kardiomiopati, po aq mire sa dhe difektet kongjентale të zemrës te fëmijët që paraqesin distress respirator. Dispnea sipas shkallës ndahet në atë akute dhe kronike.

Përmes këtij punimi është bërë vlerësimi i pacientit me dispne, qasja ndaj pacientit me dispne si dhe kujdesi infemieror. Rezultatet e fituara tregojnë se sëmundjet e mushkërive, bronkeve dhe traheve përbëjnë numrin e pestë të vdekjeve në botë të shkaktuara si rezultat i sëmundjeve pulmonare dhe kardiovaskulare.

Sipas rezultateve në botë të marra nga Faculty of Medicine, Department of Family Medicine (Fakulteti i Mjekësisë në departamentin e mjekësis së familjës), dhe të përshkruara në këtë punim e kanë ndarë dispnenë si simptom të shoqëruar me sëmundje të ndryshme pulmonare dhe të kategorizuara në moshë, mbi moshën 45 vjeq si dhe nën moshën 45 vjeq. Vlen të cekësohet se dispnea paraqitet tek njerëzit mbi moshën 45 vjeqare me përqindje 8.20 % si dhe para moshës 45 vjeq me përqindje diku 7.00 %.

Në rasti tonë kemi një pacient rreth moshës 53 vjeqare i gjinis mashkullore që prezantonë me dispne në kuadër te Infarktut akut të miokardit.

Fjalët kyqe: Dispnea, kujdesi infemieror.

b) RESUME

Dyspnea is a common pulmonary symptom, namely (non-filling or nausea) with breathing. Dyspnea may be related to asthma, bronchitis, pneumonia, or upper respiratory tract problems such as diphtheria and epiglottitis. The system of organs related to Dyspnea is the cardiovascular system. And as the main stimulant of dyspnea attacks in adults and older people is cardiac congestive insufficiency. Other cardiac conditions that cause dyspnea include pericarditis and cardiomyopathy, as well as congestive heart defects in children who experience respiratory distress. Dyspnea by degree is divided into acute and chronic.

Through this work is done the evaluation of the patient with dyspnea, access to the patient with dysfunction and infirmary care. The obtained results show that lung, bronchus and trachea diseases constitute the fifth death toll in the world caused by Pulmonary and Cardiovascular Diseases.

According to the World Outcomes obtained from Faculty of Medicine, the Department of Family Medicine (Faculty of Medicine in the Department of Family Medicine) and described in this paper, they have categorized dyspnea as a symptom associated with various pulmonary diseases and categorized in ages over 45 and under 45 years of age. It is worth mentioning that dyspnea appears to people at the age of over 45 with a percentage of 8.20%, as well as before the age of 45 with a percentage somewhere 7.00%.

Keywords: Dyspnea, infirmary care

9. REFERENCAT

1. Mauri L, Kereiakes DJ, Yeh RW, Shempp PD, Cutlip DE, et al. (2014) Twelve or 30 months of dual antiplatelet therapy after drug eluting stents. *N Engl J Med* 37: 2155-2166.
2. Lombardi N, Lenti MC, Matucci R, Mugelli A, Vannacci A (2015) Ticagrelor-related dyspnea: an underestimated and poorly managed event? *Int J Cardiol* 179: 238-239.
3. Cutlip D, Nicolau JC (2015) Long-term antiplatelet therapy after coronary artery stenting in stable patients. *UpToDate*.
4. Abergel E, Nikolsky E (2010) Ticagrelor: an investigational oral antiplatelet treatment for reduction of major adverse cardiac events in patients with acute coronary syndrome. *Vasc Health Risk Manag* 6: 963-977.
5. Serebruany VL (2012) Ticagrelor FDA approval issues revisited. *Cardiology* 122: 144-147.
6. Storey RF (2011) Pharmacology and clinical trials of reversibly-binding P2Y12 inhibitors. *Thromb Haemost* 105: S75-S81.
7. Gesheff T (2012) Ticagrelor, A New Antiplatelet Option for Treating Acute Coronary Syndromes: Practical Review for Allied Healthcare Professionals. Focus on Acute coronary syndromes. A Peer-Reviewed Newsletter 1.
8. Swartz, Marh H. Traktat i diagnozës mjekësore- Histori dhe Ekzaminim.
9. Goldman, Ausiello. Traktat mjekësor i Cecil-it, Arend Armitage Clemmons Drazen Griggs LaRusso.
10. Fizpatologjia e sëmundjeve – njohje me manifestime klinike, Stephan J.McPhee, William F. Ganong.
11. <http://doctorbesimedicalinformation.blogspot.al/2015/05/10-shkaqet-kryesore-te-vdekshmerise-ne.html>
12. <http://med.uottawa.ca/family/>
13. Traktati i Mjekësisë së familjës, Robert E. Rakel, MD.
14. Parimet e mjekësisë Interne Harrison, Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo.

10.CV-ja e Kandidates

Të dhëna personale	
1.Mbiemri	Istrefaj
2.Emri	Edonjeta
3.Nacionaliteti	Shqiptare
4.Shtetësia	Kosovare
5.Data e lindjës	17.07.1996
6. Gjinia	Femër
7.Numri Personal	1241506092
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni:	38649355178
Adresa:	Strelc i eperm
Emaili:	edonjetaistrefaj@hotmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e Mesme e Lartë	Shkolla e mesme e mjekësisë Pejë
	Dega: Asistent i infermierisë
Universiteti	Universiteti i Gjakovës "Fehmi Agani"
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr.ID- së	140306122