

**UNIVERSITETI PUBLIK I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”
FAKULTETI I MJEKËSISË
DREJTIMI:INFERMIERI**



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KUJDESI INFERMIEROR NË TË SËMURËT ME
INSUFICIENCË RENALE AKUTE**

Mentori:

Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha

Studentja:

Maria Lleshaj

Gjakovë 2016

**UNIVERSITETI PUBLIK I GJAKOVËS“FEHMI AGANI”
FAKULTETI I MJEKËSISË
DREJTIMI:INFERMERI**



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KUJDESI INFERMIEROR NË TË SËMURËT ME
INSUFICIENCË RENALE AKUTE**

Mentori:

Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha

Studentja:

Maria Lleshaj

Gjakovë 2016

Punimi është bërë me ndihmën e të dhënave të marra nga librat e protokolit në repartin e Urologjisë në Spitalin Regjional të Gjakovës.

Është i përbërë gjithsej nga 39 faqe, 7 tabela, 6 grafikone dhe 3 figura.

Mentori i temës është Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha, Internist – Reumatolog, me të kam komunikuar për literaturën që kam përdorur dhe pjesë e statistikave që kam nxjerrë.

Deklarata

"Deklaroj se kjo temë e diplomës është punimi im orgjinal. E gjithë literatura dhe burimet e tjera që i kam shfytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara" .

Po ashtu deklaroj se gjatë këtij punimi kam respektuar të gjitha rregullat e punës që ka përcaktuar universiteti i Gjakovës.

FALENDERIME DHE MIRËNJOHJE

Në radhë të parë falenderoj familjen time dhe bashkshortin që më kanë mbështetur për punimin e kësaj teme dhe që më qëndruan pranë në këtë rrugëtim.

Shpreh mirënjohje të pamasë për mentorin tim udhëheqës Prof.Ass.Dr.Idriz Berisha i cili me profesionalizmin e tij më ndihmoi dhe përkrahu gjatë punimit të kësaj teme, me qëllimin e mirë për ta finalizuar në mënyrë sa më të denjë.

Gjithashtu falenderoj edhe ekipin e komisionit të caktuar për mbrojtjen e kësaj teme të cilët kanë dhënë një kontribut të çmuar për finalizimin e kësaj teme.

Përmbajtja

1. HYRJE	9
2. STRUKTURA DHE FUNKSIONI I VESHKAVE	10
2.1.Anatomia e plotë.....	11
2.1.1. Nefroni, ndërtimi, struktura.....	12
2.2.Funksioni i veshkave.....	14
2.3.Sindromat kryesore renale.....	15
3. INSUFICIENCA RENALE AKUTE	16
3.1.Etiologjia.....	16
3.2.Paraqitja klinike.....	17
3.3.Simptomatologjia.....	19
3.4.Veçorit klinike dhe diagnoza diferenciale.....	20
3.5.Shkaktaret kryesorëtë IRA.....	21
3.6.Therapia specifike.....	22
3.7.Incidenca.....	23
3.8.Mortaliteti.....	23
3.9.Parandalimi.....	24
4. QËLLIMI I PUNIMIT DHE OBJEKTIVAT	25
4.1.Materiali dhe metodat e punës.....	25
5. REZULTATET	26
6. KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTËT ME IRA	31
6.1.Edukimi infermieror.....	33
7. DIALIZA	34
8. DISKUTIMI	35
9. REKOMANDIMET	37
10. CV E STUDENTIT	38
11. LITERATURA	39

ABSTRAKT

Sëmundjet e veshkave po bëhen çdo ditë e më shumë një problem i shëndetit publik në mbarë botën duke u shoqëruar me një sëmundshmëri dhe vdekshmëri të lartë.

Ato janë një problem social dhe ekonomik për të sëmurët, familjen e tyre dhe shoqërinë.

Insuficienca renale akute zhvillohet kur veshkat nuk janë të afta të rregullojnë balancin e ujit dhe përbërësve të tjerë kimik në gjak. Insuficienca renale është e formës akute që e karakterizon fillimi i menjëhershëm dhe humbja e përkohshme e funksionit të veshkave.

Për shkak se nuk egzistojnë terapi specifike për IRA, parandalimi ka një rëndësi shumë të madhe. Shumë raste të IRA mund të shmangen me kujdes të veçantë ndaj funksionit kardiovaskular dhe vëllimit intravaskular tek pacientët në risk të lartë, siç janë të moshuarit dhe ata me sëmundje renale kronike

Fjalët kyqe:

- Veshkët
- Anuri
- Oliguria
- Insuficiencë renale Kronike (IRK)
- Dializë

SUMMARY

Kidney diseases are becoming every day more and more a problem of public health worldwide being associated with a high morbidity and mortality.

They are a social and economic problem for patients, their family and society.

Acute renal insufficiency develops when the kidneys are not able to regulate the balance of water and other chemical compounds in the blood. Renal insufficiency is acute form that characterizes the beginning of immediate and temporary loss of kidney function.

Because there are no specific therapy for the ARI, prevention has a great importance. Many cases of ARI can be avoided with special attention to the cardiovascular function and intravascular volume to patients at a high risk, such as the old people and those with chronic kidney disease.

Keywords:

- Kidneys
- Anuria
- Oliguria
- Chronic Renal Insufficiency (CRI)
- Dialysis

1. HYRJE

Insuficienca renale akute ka një fillim të menjëhershëm dhe humbje të përkohshme të funksionit të veshkave. Mund të jetë pasojë e traumave, hemorragjive, përdorimit të disa medikamenteve, gjendjeve septike etj.

Nëse nuk trajtohet në kohë mund të pasojë me një ulje graduale të funksionit të veshkave deri në humbjen e aftësisë për të eliminuar nga organizmi substancat toksike, që shoqërohet me rritje të vlerave të azotemisë dhe kreatininës. Proteinuria është rritja e sasisë së proteinave në urinë. Proteinuria, edhe pse nuk është një sëmundje, në vetvete është një tregues se veshkat nuk funksionojnë në mënyrën e duhur.

Fillimi i sëmundjes shpesh mund të jetë i heshtur dhe pa shenja të dukshme për pacientin, ai i konsideron pjesë të normalitetit të tij të përditshëm. Ndër shqetësimet më të shpeshta që paraqesin të sëmurët me IRA përmendim: ndryshime të urinimit- urinim të shpeshtë (mbi 4-5 herë në ditë), urinim me dhimbje ose djegie, urinim me ngjyrë të kuqe apo të errët, ndryshim të sasisë së urinimit; edemat- vihet re shfaqje e ënjtjeve në këmbë, fytyrë apo duar (kjo vjen nga ulja e eliminimit të ujit nga organizmi); vështirësi në frymëmarrje- mund të jetë pasojë e grumbullimit të ujit në mushkëri, apo nga prania e anemisë; lodhje, të përziera, të vjella, rënie e oreksit, rënie në peshë etj.

Shkaku i sëmundjeve të veshkave, shpesh mbetet i panjohur. Sipas të dhënave glomerulonefriti kronik është shkaktar në 12-15 % të rasteve, infeksionet urinare kronike, në 25 %. Hipertensioni, mbetet gjithashtu një shkak kryesor në shfaqjen e insuficiencës renale, sidomos në moshat e rritura.¹

Për të parandaluar sëmundjet renale, duhet pasur parasysh se të gjithë ne duhet të bëjmë një ekzaminim të thjeshtë të urinës, të paktën një herë në vit, në kuadër kjo të një kontrolli të përgjithshëm që duhet të bëhet rutinë.

¹ L. Goldman, D. Ausiello "Traktat mjekësorë i Cecel-it", Tabernakul, 2013, Kap. XI, Fq 805

2. STRUKTURA DHE FUNKSIONI I VESHKAVE

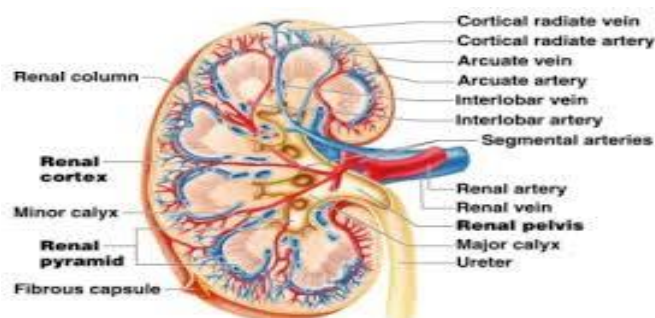
Përbërja shumëqelizore komplekse e veshkës pasqyron natyrën e komplikuar të rekuiziteve funksionale. Ky organ është përgjegjës për ruajtjen e vëllimit dhe përbërjen jonike të fluideve trupore; ekskretimin e lidhur ose jovolatil të produkteve të mbetjeve metabolike, të tilla si: kreatinina, urea dhe acidi urik; si dhe eliminimin e toksinave dhe ilaçeve egzogjene. Në vazhdim, veshka shërben si organ kryesor i endokrinës, që prodhon reninën, eritropoetinën, 1,25-dihidroksikolekalciferolin, prostaglandinën dhe kininën; ajo gjithashtu, shërben si një organ shënjtues për shumë hormone. Së fundi, veshka katabolizojnë proteinat me peshë të vogël molekulare dhe është përgjegjëse për një strehim të funksioneve metabolike (p.sh, amoniagjeneza dhe glikogjeneza).²

Veshka e ka origjinën nga dy burime:

- Sythi uretal- i cili rrit uretrin, pelviksin, kalicet dhe duktet kolektorë
- Blastema menaferike- e cila zhvillohet në glomerul dhe tubule

Gjatë embriogjenezës, në vazhdim evulojnë tri struktura organesh ekskretuese: pronefroza, mesonefroza dhe metanefroza.

Veshka si organ rrjedh nga metanefroza. Mekanizmat molekular dhe qelizorë që janë në themel të morfogjenezës renale, përfshijnë riprodhimin qelizor, shprehjen e protonkogjeve nukleare dhe gjenet e sekuencave eukariotike të AND, që kodojnë aminoacidet e proteinave, veprimet e faktorëve të rritjes peptide dhe alenimet në ngjitjen e qelizës dhe përbërjen e matrices jashtëqelizore.³



²Nicoladie Tam, "Renal Sistem", Copyright, 2015

³ K. L. Moore, a.m. Agur, A. F. Dalley, "Anatomia me orientim klinik", Tabernakul, 2014, Cap. II Fq 292-320

Fig.1. Struktura e veshkës

Burimi: [://rinstinkt.files.wordpress.com/2012-12-veshka.jpg](http://rinstinkt.files.wordpress.com/2012-12-veshka.jpg)

2.1. Anatomia e plotë

Veshkët janë të lokalizuara në hapësirën retroperitoneale dhe shtrihen nga vertebra e 12-të, në vertebën e 3-të lumbare. Veshka e djathtë është zakonisht më afër me bishtin dhe ajo e majta pritët që të jetë pak më e gjërë. Veshka e çdo njeriu të rritur peshon 115 deri 170 gr, masa është 11-6-2.5 cm dhe është e rrethuar nga një kapsule e fortë fibroelastike.

Sipërfaqja e prerë e veshkës me anë të biseksionit zbulon një zonë të brendshme të errët, si dhe zonën e jashtme të zbehtë, me trashësi rreth 1cm. Veshka e njeriut ka një konfigurim multipapilar, në të cilën mendula ndahet nga 8-18 masa të ngushta dhe kronike, të quajtura piramida.⁴ Baza e secilës nga piramidat është e pozicionuar në nyjen kortikomedulare dhe maja shtrihet drejtë nga pelvixi renal dhe formon një papilë. Në majën e çdo papile ka shumë të hapura të vogla, që përfaqësojnë fundet distale të dukteve kolektorë. Shtrihen poshtë ndërmjet piramidave, që çon në pozicione të korteksit, septa e Bertinit. Ekzaminimi nga afër i sipërfaqes së prerë, zbulon vijëzimet e holla gjatësore. Pavarësisht prej emrit të tyre, rreziqet medulare janë pjesë e korteksit dhe janë formuar nga segmente të drejta të tubulave proksimal, ansat e trasha zbritëse dhe duktet kolektorë.⁵

Pelvixi renal është zgjerimi në formë qesje i ureterit të sipërm. Dy ose tre kalicet kryesore shtrihen nga pelvixi dhe ndahen në kalice më të vogla, që rrethojnë papillen individuale.



⁴ K. L. Moore, a.m. Agur, A. F. Dalley, "Anatomia me orientim klinik", Tabernakul, 2014, Cap. II Fq 292-320

⁵2. Shkoza, Artan Ms, "Fiziologjia e njeriut" Shtëpia Botuese UFO press, 2008

Burimi:<https://rinstinkt.files.wordpress.com/2012-12-veshka.jpg>

2.1.1. Nefroni – ndërtimi dhe struktura e veshkave

Nefroni

Secila nga veshkat e njeriut përmban rreth $0.8-1.2 \times 10^2$ nefrone- njësitë funksionale të veshkës. Nefroni konsiston në glomerulin e rruzave renale të gjakut, tubular proksimal, pjesën e hollë të Henle dhe tubulin distal, të cilët e kanë origjinën nga blastema metanefrike.⁶

Ndërtimi

Në korteksin renal mund të dallohen dy zona arkitekurore:

- Labirinti kortikal- është zonë e vazhduar e parinkimës që rrethon rrezet medulare dhe rrezet medulare.
- Glomerulët, tubat mbështjellës proksimalë dhe destalë, tubulat lidhës, dukti kolektor fillestar, venat interlobulare dhe një rrjet i pasuruar kapilarësh, janë të lokalizuara në labirintin kortikal.

Në medulë, segmentet specifike të nefronit janë të zbuluar në nivele të sakta dhe e ndajnë medulën në zonën e brendshme dhe të jashtme, që më vonë ndahet në shiritin e brendshëm dhe të jashtëm. Në shiritin e jashtëm të medulës së jashtme janë pozicionet përfundimtare të tubulave të drejtë proksimal, ansat e trasha ngjitëse dhe duktet kolektorë. Pjesët e holla zbritëse dhe ngjitëse janë të lokalizuara në medulën e brendshme.

Organizimi i ndërlikuar i parinkimës në korteks dhe medula siguron një bazë anatomike për intergrimin e shumë prej funksioneve komplekse të veshkave.

⁶ Ideal Jaka, " Mjeksi Interne- Veshkat dhe sistemi urinar" 2015

Struktura

Veshka ka një vaskulturë të shtrirë që akomodon 20- 25% të tensionit kardiak.⁷

Degët kryesore arteriale renale formojnë ndarjet e përparme dhe të pasme, të cilat ndahen në pesë arterie të segmentuara. Arteriet e segmentuara përshkrojnë sinusin renal dhe ndahen në arterie interlobulare. Këto të fundit e shpojnë parenkimën dhe vazhdojnë rrugën drejt korteksit, përreth septës së Bertinit, midis piramidave të afërta renale.

Në nyjen kortikomedulare, arteriet interlobare degëzohen në arterie të lakuara, të cilat ndjekin një drejtim paksa të përkulur përreth bazës së piramidës. Arteriet e lakuara i japin fillësë arterieve interlobulare të cilat zbresin në korteks, në drejtim të sipërfaqes renale.⁸

Arteriolet centripetale janë degë të arterieve interlobulare dhe secila nga këto plotëson një glomerul të veçantë. Rrjetet kapilare të formuara nga arteriolet centrifugale të glomerulit sipërfaqësor dhe meskortikal plotësojnë labirintin kortikal dhe rrezet medulare, ndërsa arteriolet centrifugale të glomerulit jukstamedular janë përgjegjës për furnizimin e plotë medular me gjak. Në shiritin e jashtëm, këto enë ndahen për të formuar *Vasa recta zbritëse*, të cilat janë të lokalizuara në tufat vaskulare. Në nivele të ndryshme në medulë, vasa recta zbritëse del nga shtresa e indeve të specializuara, për të formuar rrjetat kapilare *Vasa recta ngjithëse*.⁹

⁷ L. Goldman, D. Ausiello "Traktat mjekësorë i Cecel-it", Tabernakul, 2013, Kap. XI

⁸ Shkoza, Artan Ms, "Fiziologjia e njeriut" Shtëpia Botuese UFO press, 2008

⁹ A. Fauci, E. Braunwald, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson, J. Loscalzo, " Parimet e mjësisë interne – HARRSON ", Tabernakul, 2013, Pjesa 12 " Sëmudjet e vshkave dhe të traktit urinarë " Fq 1741- 1747

2.2.Funksioni

- Veshkat e kontrollojnë nivelin e shumë substancave në gjak, me këtë ata e ruajnë përmbajtjen konstante të gjakut (homeostaza).¹⁰
- Veshkat e ruajnë ujin e trupit dhe e mbajnë atë në nivel që është i nevojshëm për vijimin normal të funksioneve të organizmit.
- I mbajnë vlerat normale të natriumit, kaliumit, kalciumit, fosforit dhe mineraleve tjera, që merren me ushqimin e që janë të rëndësishme për organizmin. Ata përthithen përmes veshkave në qoftë se janë në tepricë.
- Urea dhe produktet tjera hedhëse krijohen gjatë shpërbërjes së proteinave, të marra me ushqim (p.sh mish). Kreatinina është produkt hedhës i muskujve. Produktet hedhëse siç janë urea dhe kreatinina hidhen përmes veshkave. Nëse funksioni i veshkave është i zvogëluar, niveli i tyre në gjak rritet.
- Niveli i kreatinës në gjak është tregues për funksionin e veshkave. Shumica e produkteve hedhëse janë toksike nëse rritet niveli i tyre në gjak.
- Veshkat normale marrin pjesë edhe në krijimin e disa hormoneve të rëndësishme. Këto hormone marrin pjesë në rregullimin e tensionit të gjakut, në krijimin e rruazave të kuqe të gjakut në palcën kockore dhe në përthithjen e kalciumit nga zorrët.

¹⁰Trakati i Sëmundjeve të Brenshme, TiranëBoon A.N, Colledge R.N,Walker B.R, Hunter J. Davidson's Principles and Practice of Medicine, 20th Edition, International edition, 2006

2.3.Sindromat kryesore renale

Sëmundjet renale mund të ndahen në kategori madhore që zbulojnë njëra tjetrën, të cilat përdoren për të karakterizuar sindromat më të zakonshme renale.

- Sindroma nefritike-sindroma akute nefritike është e pazakontë por ka një paraqitje dramatike të glomerulonefriti akut. Disa nga sëmundjet që manifestohen me sindromën akute nefritike shkaktojnë glomerulonefritin progresiv nekrotizues me disfunkcion renal të shpejtë dhe të parikthyeshëm. Shenja dalluese e sindromes akute nefritike është prania e cilindrave të RBC(rruzat e kuqe te gjakut-eritrocitet), por as mungesa e tyre nuk e përjashtonë sindromën.
- Sindroma nefrotike- karakterizohet nga prania e proteinurisë më e madhe se 3.5g/ditë 1.73m^2 me edemën që e shoqëron hipertensioni dhe hiperlipidemia. Ajo çon në një shumëllojshmëri pasojash të tjera, të tilla si predispozicioni ndaj infeksionit dhe hiperkoagulabiliteti. Në përgjithësi sëmundjet e lidhura me sindromën nefrotike shkaktojnë disfunsione kronike të veshkave, por ato shumë rrallë shkaktojnë insuficiencën akute renale.
- Sëmundjet tubulointersticiale- ndryshojnë në paraqitjen nga insuficienca akute renale tek disfunsionet kronike të veshkave që manifestohen si insuficienca të zbutura renale asimptomatike.
- Sëmundjet vaskulare të veshkave- janë shkak i zakonshëm i hipertensionit, insuficiencës kongjestive kronike dhe insuficiencës renale.
- Insuficienca akute renale- është e formës akute dhe mund të jetë pasojë e traumave, hemorragjive, përdorimit të disa medikamenteve, gjendjeve septike etj. Shumica e rasteve të insuficiencës akute renale në spital kanë etiologji hemodinamike ose toksike.
- Insuficienca kronike renale- është një ulje graduale në vite e funksionit të veshkave deri në humbjen e aftësisë për të eliminuar nga organizmi substancat toksike, që shoqërohet me rritje të vlerave të azotemisë dhe kreatininës. Proteinuria është rritja e sasisë së proteinave në urinë. Proteinuria, edhe pse nuk është një sëmundje, në vetëvete është një tregues se veshkat nuk funksionojnë në mënyrën e duhur.¹¹

¹¹ E. Peka, E. Rustami, D. Bego, M. Qela, A. LelÇaj" Infermiestika në specialitete", Tiranë, 2014, Fq 128-140 "Insuficienca renale akute"

3. Insuficiencia akute renale

Insuficiencia akute renale (IRA) është një sindromë në të cilën ka një rënie të filtrimit glomerular (GFR) në një periudhë orësh apo ditësh. Pra, IRA është një keqësim i shpejtë i funksioneve renale e shoqëruar me një akumulim të produkteve të nitrogenit në trup.

IRA ndërlikon afërsisht 5-7% të pacientëve të shtruar në spital dhe deri në 30% të pacientëve në njësinë e përkujdesit intensiv.¹² Shumica e rasteve të insuficiencës akute renale në spital kanë etiologji hemodinamike ose toksike. Raste të tjera përfshijnë obstruksionin, sëmundjet tubulointerstiale të tilla si sëmundja e veshkave, sëmundjet vaskulare të tilla si:

HUS (Sindromi Hemolitik Uremik) dhe TTP (Trombocitopenia e Trombociteve Purpura), sklerodema e veshkës, sëmundjet ateroembolike, sindroma e antitrupeve antifosfolipid dhe sëmundjet glomerulare që shkaktojnë RPGN (glomerulonefriti me progresion të shpejtë).

3.1. Etiologjia

Shumë tipe të insuficiencës renale mund të çojnë në reduktimin e funksioneve renale. Hipotensioni i rëndë nga gjaku ose humbja e ujit rezultojnë në hipoperfuzion të gjakut në veshka dhe mund të çojnë në një IRA prerrenale. Sëmundja kardiake ose insuficiencia kardiake gjithashtu çojnë në zvogëlimin e përfuzioneve renale. Dehidrimi shkakton zvogëlim të volumit intravaskular dhe në këtë mënyrë zvogëlon mbështetjen me gjak të veshkave. Pacienti mund të jetë oligurik, ose anurik (më pak se 100ml/24h, nëse dehidrimi ose obstruksioni i rrjedhjes së gjakut renal është i rënduar.

Gjendje tjera që shkaktojnë IRA janë:

Agjentët nefrotoksikë - antibiotikët, medikamentet anti-inflamatore josteroidike, metalet e rënda, kontrastet; koaguluesi intravaskular; obstruksionet nga tromboza ose stenoza; kristalet e acidit nitrik ose bllokuesit e tjerë; reaksioni akut hemolitik i transfuzionit; komplikacionet e infeksioneve (endotoksinat ose sepsi); glomerulonefrit akut; vaskulitis; hipertensioni i lartë dhe sindromi i cirozës hepatorenale.

¹² E. Peka, E. Rustami, D. Bego, M. Qela, A. Lelçaj "Infermiestika në specialitete", Tiranë, 2014, Fq 128-140 "Insuficiencia renale akute"

3.2.Paraqitja klinike

Insuficienca renale akute shkaktohet nga një grup heterogjen çrregullimesh që kanë të përbashkët përkeqësimin e shpejtë të funksionit renal, duke sjellë akumulimin në gjak të mbetjeve të azotit që normalisht do të eskretoheshin në gjak.¹³Pacienti paraqitet me BUN(Gjaku Urea Nitrogjeni) dhe kreatininën që rriten shpejtë.Në varësi të shkakut dhe të momentit kur pacienti merr kujdes mjeksor, mund të ketë edhe cilësi të tjera që paraqiten.Pra, vëllimi i ulur i urinës (oliguria) është e zakonshme por nuk shihet gjithmonë.Vëllimi i urinës mund të jetë normal më herët ose në fakt në çdo kohë në forma të lehta të dëmtimit renal akut.Pacientët që paraqiten relativisht vonë mund të shfaqin secilën prej manifestimeve klinike të përshkruara më poshtë.

Simptomat fillestare janë në mënyrë tipike lodhje dhe pafuqi, me shumë mundësi pasoja të hershme të humbjes së aftësië për të ekskretuar ujë, kripra dhe mbetje me anë të veshkave. Më vonë shfaqen simptoma dhe shenja më të rënda të humbjes së aftësisë ekskretore renale të ujit dhe kriprave: dispne, ortopne, një zhurmë e tretë e theksuar në zemër (S3) dhe edema periferike. Statusi mendor i alteruar reflekton efekte toksike të uremisë në tru, me nivele të rritura të mbetjeve nitrike dhe acideve te fiksuara në gjak.

Manifestimet klinike të insuficiencës akute renale varen jo vetëm nga shkaku por edhe nga faza në historinë natyrale të sëmundjes në të cilën pacienti vjen nën kujdesin mjeksor. Pacientët me hipoperfuzion renal në fillim zhvillojnë azotemi prerrenale.Me trajtimin e duhur, perfuzioni renal mund të përmisohet në mënyrë tipike, azotemia prerrenale mund të përmbysset lehtë dhe zhvillimi i nekrozës tubulare akute mund të parandalohet.¹⁴Pa trajtim, azotemia prerrenale mund të përparojë në nekrozë tubulare akute.

Një sërë testesh klinike mund të ndihmojnë të përcaktohet nëse një pacient me shenja të insuficiencës renale akute është në fazën e hershme të azotemisë prerrenale ose ka përparuar në nekrozë tubulare akute të plotë.

¹³ S. J. McPhee, W. F. Ganong, "Fizpatologjia e sëmundjeve", Tabernakul, 2014, Cap. IV " Sëmundjet renale" Fq 456-462

¹⁴ Ideal Jaka, " Mjeksi Interne- Veshkat dhe sistemi urinar" 2015

Manifestimi më i hershëm i azotemisë prerrenale është një raport i rritur i BUN(Gjaku Urea Nitrogjeni) ndaj kreatininës në serum. Normalisht 10-15:1, ky raport mund të rritet në 20-30:1, në azoteminë prerrenale, me një kreatininë në serum normale ose pranë normales.

Analiza e urinës mund të jetë gjithashtu me vlerë.Nuk ka gjetje anormale tipike në azoteminë prerrenale të thjeshtë, ndërsa gjenden cilindra granularë, qelizat epiteliale tubulare dhe cilindra qelizash epiteliale në nekrozën tubulare akute.Cilindrat formohen kur copëzat në tubujt renalë marrin formën cilindrike.Në të njejtë mënyrë, meqë hipovolemia është një stimul për çlirimin e vazopresinës, urina përqëndrohet maksimalisht në azotemin prerrenale.Megjithatë, me progresim në nekrozë tubulare akute, aftësia për të prodhuar një urinë të përqëndruar humbet shumë.Pra, osmolalitet urinar prej më pak se 350mOsm/L është një gjetje tipike nekrozën tubulare akute.¹⁵

Simptomat e insuficiencës renale akute përfshijnë etjen dhe nauze ortostatike.Shenjat fizike të hipotensionit ortostatik, takikardisë, presionit të ulur venoz jugular, rënies së elasticitetit të lëkurës dhe membramat e thata të mukozës, sugjerojnë për insuficiencë prerrenale akute.

Ekzaminimi i kujdesshëm klinik mund të zbulojë shenja të sëmundjes hepatike kronike dhe të hipertensionit portal, insuficiencës kardiake të avancuar, sepsis ose shkaqe të tjera të uljes së vëllimit plazmatik efektiv.¹⁶Rastet e regjistruara duhet të rishqyrtohen për dokumentimin e një rënje progresive të diurezës dhe peshës trupore.

¹⁵ A. Fauci, E. Braunwald, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson, J. Loscalzo, " Parimet e mjësisë interne – HARRSON ", Tabernakul, 2013, Pjesa 12 " Sëmudjet e vshkave dhe të traktit urinarë " Fq 1751- 1760

¹⁶ L. Goldman, D. Ausiello "Traktat mjeksorë i Cecel-it", Tabernakul, 2013, Kap. XI

3.3.Simptomatologjia

Insuficiencia renale akute shpesh është asimptomatike dhe zakonisht diagnostifikohet me të dhënat laboratorike.

Oliguria (<400ml/ditë prodhonë urinë); dispne; hipertension; zgjerim i venave jugulare; edema pulmonare; edema periferike; asciti; efuzion pericardial; efuzion pulmonar; nauze të vjella etj.¹⁷

Insuficiencia preprenale

- Deficit vëllimor absolut ose relativë
- Membramat mukozë të thata
- Hipotension, takikardi
- Debit kardiak i ulët
- Insuficiencë kardiake kongjeste
- Vazodilatim sistemik:
 - Sepsa
 - Anafilaksi

Konsiderat geriatrike

- Pacientët e moshuar janë veçanërisht të prekshëm ndaj insuficiences prerenale.

Insuficiencia intrarenale

- Tromboza të arteries renale:
 - Dhimbje abdominale
 - Fibrilacion arterial
 - Infrakt i miokardit para pak kohësh
- Tromboza venoze renale:
 - Sindroma nefrotike
 - Embolia pulmonare
 - Dhimbje në flanke

¹⁷ A. Fauci, E. Braunwald, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson, J. Loscalzo, " Parimet e mjësisë interne – HARRSON ", Tabernakul, 2013, Pjesa 12 " Sëmudjet e vshkave dhe të traktit urinarë " Fq 1751- 1757

- Glomerulonefriti- Vaskuliti:
 - Infeksionet e fundit
 - Sinuzit
 - Rashit
 - Hemorragjipulmunare
- Sindroma uremike- hemolitike:
 - Paraprihet nga një infeksion viral ose bakterial
 - Infeksion i sipërm respirator ose diarre
- Purpura trombocitopetike trombolitike:
 - Ethe, konvulziona, anemi, komë, dhimbje koke
- Insuficiencia postrenale:
 - Hiperplazia beninjë e prostatës
 - Prostatitis
 - Dhimbje abdominale
 - Vezikë urinare e zgjeruar
 - Oliguria ose anuri

3.4.Veçoritë klinike dhe diagnoza diferenciale

Hapi i parë në vlerësimin e një pacienti me insuficiencë renale është përcaktimi nëse sëmundja është akute apo kronike. Nëse studimi i të dhënave laboratorike tregon që rritja e uresë nitrogjenike në gjak dhe e kreatininës është e freskët, kjo sygjeronë që procesi është akut. Megjithatë matjet e mëparshme nuk janë gjithmonë të disponueshme. Të dhënat që sugjerojnë sëmundje renale kronike përfshijën anemone, dhe veshka të vogla fibrotike.¹⁸

Kur diagnoza e insuficiencës akute renale është vendosur, duhet përcaktuar etiologjia e IRA. Në varësi të shkakut etiologjia duhet të jetë një nefrotoksik egzogjen (shpesh një medikament), ai duhet të eliminohet ose të ndërpritet. Së fundi duhet realizuar parandalimi dhe trajtimi i ndërlikimeve.

¹⁸ M. H. Swartz, "Traktati i diagnoses mjekësore", Tabernakul, 2013

3.5.Shkaqet kryesore të insuficiences renale akute

Çrregullimi	Shembuj
Hipovolemi	Humbje vëllimi me anë të lëkurës, traktit gastrointestinal ose veshkave, hemorragji, sekusitim i lëngut jashtëqelizor.
Insuficiencë kardiovaskulare	Nxjerrje e dobët kardiake (infarkt, tamponad). Grumbullim vaskular (anafilaksi, sepsis, ilaçe)
Obstruksion ekstrarenal	Obstruksion uretal:vezikal, pelvik, prostatik ose neoplazi retroperitoneale.
Obstruksion intrarenal	Kristale (acid urik, acid oksalik, sulfonamidet, metotreksat).
Rupture e fshikzës urinare	Trauma
Sëmundjet vaskulare	Vaskulit, Hipertension malinjë, Sklerodemi, Bllokim arterial ose venoz.
Glomerulonefrit	Sëmundje me komplekse immune. Sëmundje anti- GBM(glomerular bazament membranor)
Nefrit interstikal	Ilaçe, hiperkalemi, infeksione.
Postishemik	Të gjitha kushtet e rënditura më sipërnën hipovoleminë dhe insuficiencen kardiake.
Shkaktuar nga pigmenti	Hemolizë(reaksion transfuzioni, malaria). Rhabdmiolizë (trauma, koma, sëmundje muskujsh, goditje nga njetësija etij).
Shkaktuar nga helme	Antibiotikët. Material kontrasti. Agjentë anestetik. Metale të rënda. Tretës organik.
Lidhur me shtatzëninë	Abort septik. Hemorragji uterine. Eklampsi.

Burimi:L. Goldman, D. Ausiello "Traktat mjeksorë i Cecel-it", Tabernakul, 2013

3.6.Terapia specifike

Me përkufizim, IRA është shpejtë e rikthyeshme nën korrigjimin e anomalive hemodinamike primare dhe IRA postrenale zgjidhet me çlirimin e obstrukcionit. Deri tani nuk ka terapi specifike. Menaxhimi i këtyre çrregullimeve duhet të fokusohet në eliminimin e shkaktarit të anomalive hemodinamike ose të toksinave, shmangje të insultit shtesë, parandalimin dhe trajtimin e ndërlikimeve.

Trajtimi specifik i shkaqeve të tjera varet nga patologjia bazë.

Medikamentet që administrohen në IRA janë:¹⁹

- Albuterol 5mg me nebulizim
- Hidroksid alumini (Amfojel^R); 500-1500mg PO
- Karbonat kalciumi (Os-Cal); 250-3000mg PO
- Glukonat kalciumi; 10ml të solucionit 10% për 5minuta IV
- Dekstrozë D50 W 1 ampulë (50ml ose 25mg)
- Furosemid; 20-400mg IV
- Insulinë 20UI normale IV me dekstrozë
- Manitol 12.5-25G IV
- Bikarboant natriumi; 1-2 mE/kg IV
- Sulfonat i polisterenit të natriumit (Kajeksalat ^R); 1g/kg -15/60g PO ose 30-50g në klizmë mbajtëse me sorbital çdo 6 orë.

1. ¹⁹ Florika Mandro, Majlinda Zahaj, Sonila Jani, Shezai Braho, "Bazat e farmakologjisë klinike", Tiranë, Lilo, 2007

3.7.Incidenca

Incidenca e IRA varet kryesisht nga procesi i sëmundjes dhe është direkt e lidhur me moshën e pacientit, funksionet renale egzistuese, dhe numrin e faktorëve stimulues që kontribuojnë në rritjen e rrezikut.²⁰Boshatisja e volumit që çon në një azotemi prerenale është shkaktari më i zakonshëm i keqësimit të IRA, dhe është i kthyeshëm me një ndërhyrje të saktë në shumicën e rasteve.

3.8.Mortaliteti

Mortaliteti i pacientëve me IRA mund të jetë i lartë, në vartësi të rrethanave që marrin pjesë në situatën klinike të përgjithshme, dhe kushteve preegzistuese.Mbijetesa varet nga parandalimi i komplikacioneve të mëtejshme, siç janë infeksionet.Përveç rrethanava pjesmarrëse, infeksioni është shkaktari kryesor i vdekjes.

Mortaliteti më i lartë është gjatë traumave ose ndërhyrjeve kirurgjikale; IRA e shkaktuar nga substancat nefrotoksike është i shoqëruar me një shkallë më të ulët mortaliteti.

²⁰ J. Schaidler, S. Hayden, R. Wolfe, R. Barkin, P. Rosen, "Konsulta mjekësore e urgjencës së pesë minutave të para", Tabernakul, 2014, Fq 1404- 1410 " Urgjencat renale"

3.9.Parandalimi i sëmundjeve të veshkave

Infermierët kanë një rol të rëndësishëm në parandalimin e IRA. Infermieri është shpesh personi i parë që merr shënime për shenjat e disfeksionimit renal nëpërmjet një vlerësimi fizik të kujdeshëm dhe monitorimit të vlerave laboratorike. Njohja në kohë dhe korrigjimi i problemeve ekstrarenale zakonisht rivendos funksionet renale përpara se të ndodh dëmtimi i indeve.²¹ Vlerësimi i kujdeshëm fizik është kërkuar për të vlerësuar gjendjen e likideve të pacientit.

Nëse volumi vaskular është boshatisur, mund të jenë prezente zvogëlimi i sasisë urinare, hipotensioni postural dhe takikardia. Zëvendësimi i likideve në kohë mund të parandalojë problemet intrarenale që mund të çojnë në dëmtim të indeve renale dhe insuficiences renale.

Infermiera gjithashtu monitoron vlerat laboratorike për çdo ndryshim që mund të reflektojë dëmtime të funksioneve renale. Kur ndodh dëmtimi tubular renal, shenja e hershme është zvogëlimi i koncentrimin të urinës. Vlerat e tjera laboratorike që mund të ndihmojnë në monitorimin e funksioneve renale përfshihen:

- Kreatinina në serum
- Elektrolitet në urinë dhe serum
- Niveli i nitrogjen uresë në gjak

Infermieri është i ndërgjegjshëm për substancat nefrotoksike që pacienti mund të administrojë ose që mund të jetë i ekspozuar. Infermieri sqaron efektet nefrotoksike të medikamenteve dhe dozën para marrjes së medikamenteve. Antibiotikët janë grupi i medikamenteve që kanë efekte anësore nefrotoksike. Medikamentet jo steroide anti-inflamatore janë shkaktarë për IRA.²² Kombinimi i medikamenteve mund të shkaktojë reaksione sinergjike duke rritur në këtë mënyrë rrezikun për IRA. Nëse pacienti duhet të marr medikamente nefrotoksike, infermieri monitoron vlerat laboratorike dhe çdo manifestim klinik të disfeksionit renal.

²¹ "The fundamental nursing Process" Lippincot, 2007

²² Matjani. H, Manuali i medikamenteve, 2005, Tiranë

4. QËLLIMI I PUNIMIT DHE OBJEKTIVAT

Qëllimi i këtij punimi është prezentimi i incidencës së rasteve me IRA në spitalin rajonal "Isa Grezda" në Gjakovë për intervalin kohorë 2013-2016.

Ky punim ka për qëllim njehërit të vlerësuar nëvojat e përgjithshme fizike dhe psiqike për gjithë pacientët e diagnostifikuar me IRA, në mënyrë që të bëhet një qasje adekuate ndaj këtyre pacientëve meqenëse këtë periudhë e karakterizojnë ndryshime të mëdha të cilat nëse nuk trajtohen në kohë mund të shkatojnë dëmtime ireverzibile tek pacienti.

Objektivat

- Incidenca e rastëve me IRA gjatë periudhës 2013-2016
- Ndikimi i moshës në IRA
- Klasifikimi i shkaqeve madhore të IRA
- Simptomat më të zakonshme prezente

4.1. Materiali dhe metodat e punës

Për të realizuar këtë studim retrospektivë janë përdorur të dhëna të marra nga librat e protokollit në repartin e Urologjisë në Spitalin Regjional të Gjakovës.

Pra, ky studim është i tipit: rishikim i literaturës dhe studim rasti.

Në studim janë përfshirë të gjithë pacientët të diagnostifikuar me IRA për periudhën e vitëve 2013-2016.

Ne jemi ndalur dhe kemi vëzhduar në hollësi incidencën dhe trajtimin e rasteve të diagnostifikuar me IRA përfundimtare, të cilat për periudhën 4-vjeçare kishin përfshirë gjithsej 22 raste.

5. REZULATET

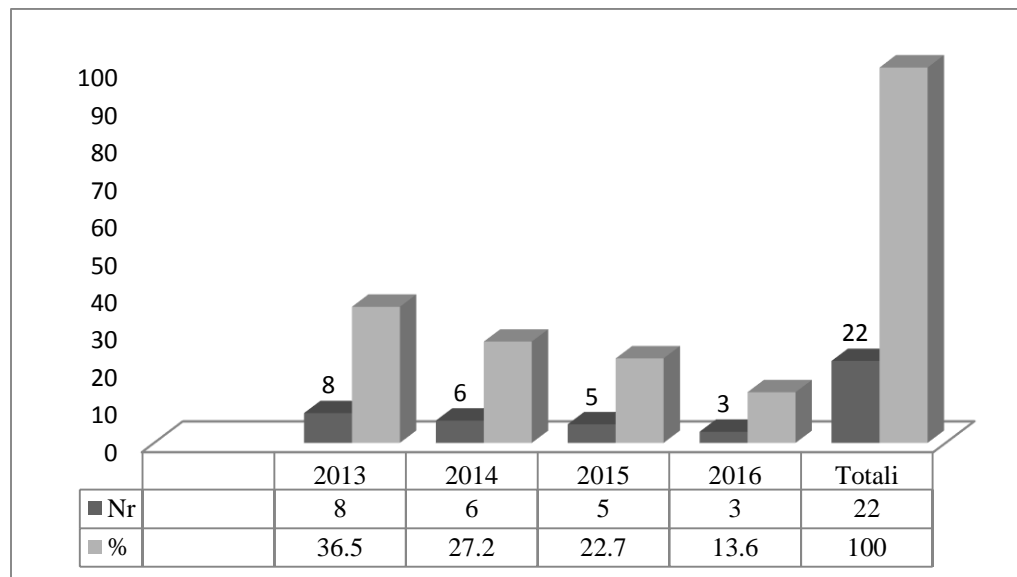
Tab.2. Incidenca e rastëve me IRA gjatë periudhës 2013-2016

Viti	Nr	%
2013	8	36.5
2014	6	27.2
2015	5	22.7
2016	3	13.6
Totali	22	100

Komenti:

- Siç shihet nga tabela e mësipërme në hulumtimin tonë të kryer në Spitalin Regjional të Gjakovës, gjatë vitëve 2013-2016 kemi pasur gjithsej 22 raste të diagnostifikuar me insuficiencë renale akute
- Numri më i madh i rastëve i takonin vitit 2013 me gjithësej 8 raste apo 36.5%.

Graf.1. Incidenca e rastëve me IRA gjatë periudhës 2013-2016



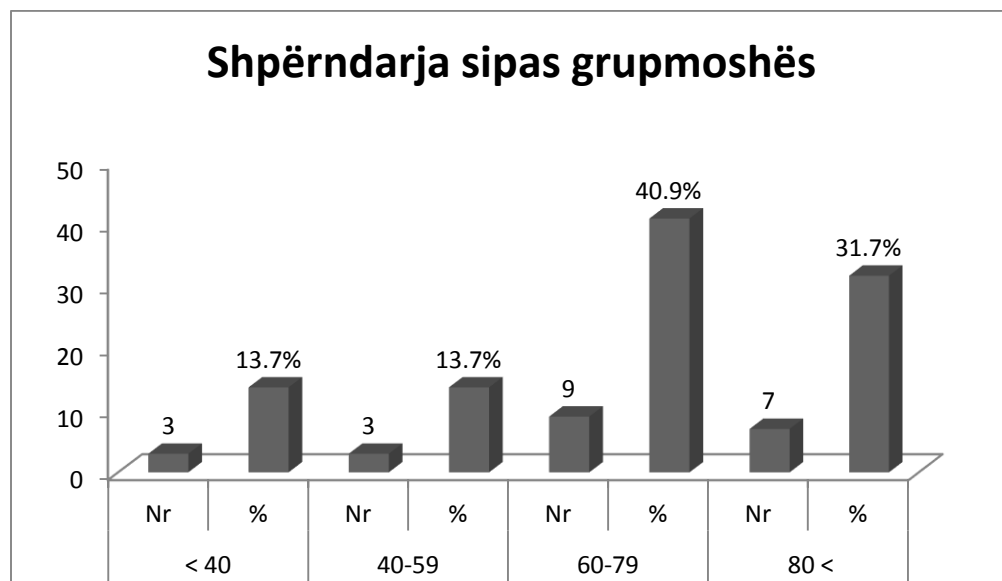
Tab.3. Paraqitja sipas grupmoshës për IRA gjatë viteve 2013-2016

Shpërndarja sipas grupmoshës							
< 40		40-59		60-79		80 <	
Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
3	13.7	3	13.7	9	40.9	7	31.7

Kometi:

- Siç shihet nga tabela e mësipërme në hulumtimin tonë të kryer në Spitalin Regjional të Gjakovës, me IRA kemi gjetur 22 pacientë për periudhën 2013-2016 nga mosha të ndryshme e cila lidhet me shumë faktorë predispozues.
- Të dhënat tregojnë se kjo patologji është më e shprehur që nga moshat e mesme e deri tek moshat e shtyra.
- Në rastin tonë kemi gjetur më teper pacientë tek grupmosha 60-79 me gjithësej 9 pacientë apo 40.9%.

Graf.2. Paraqitja sipas grupmoshës për IRA gjatë viteve 2013-2016



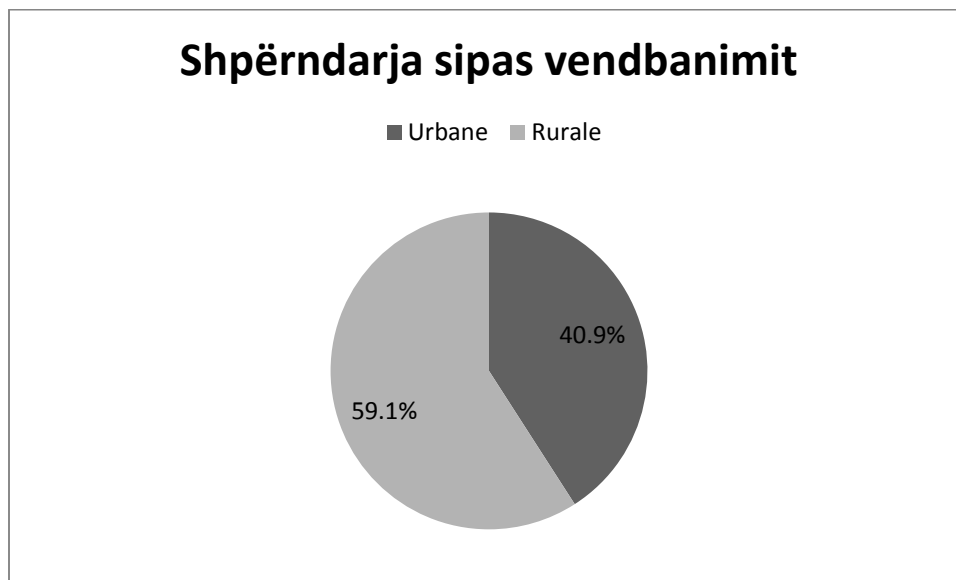
Tab.4. Rastet me IRA sipas vendbanimit

Vendbanimi	Nr	%
Urbane	9	40.9
Rurale	13	59.1
Gjithsej	22	100

Komenti:

Sipas tabelës së mësipërme dhe grafikonit shohim se raste me IRA kemi më shumë në vendet rurale me 59.1%, kurse me 40.9% e rasteve ishin në vendet urbane.

Graf.3. Rastet me IRA sipas vendbanimit



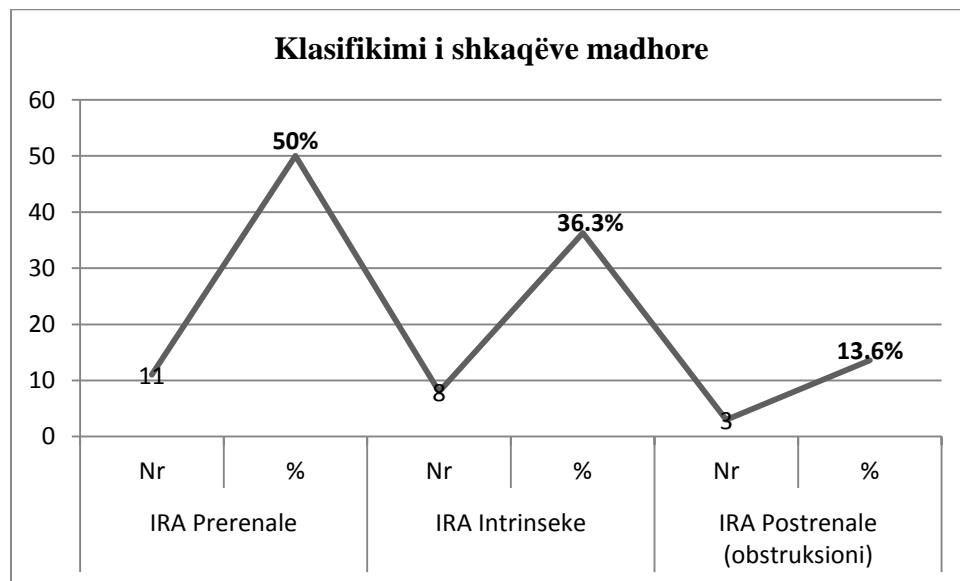
Tab.5. Klasifikimi i shkaqevet madhore të IRA

Klasifikimi i shkaqeve madhore	Nr	%
IRA Prerenale	11	50
IRA Intrinsike	8	36.3
IRA Postrenale (obstruksioni)	3	13.6

Komenti:

- Rezultatet e nxjerra nga pacientët të cilët ishin pjesë e studimit treguan se pjesa më e madhe e tyre ishin diagnostifikuar me IRA prerenale me gjithsej 50% apo 11 pacientë nga numri i përgjithshëm.
- Ndërsa 8 pacientë apo 36.3% i takonin IRA intrinsike dhe numri më i vogël i takonin IRA postrenale me gjithsej 3 pacientë apo 13.6%.

Graf.4. Tab.5. Klasifikimi i shkaqet madhore të IRA



Tab.6. Simptomat më të zakonshme prezente

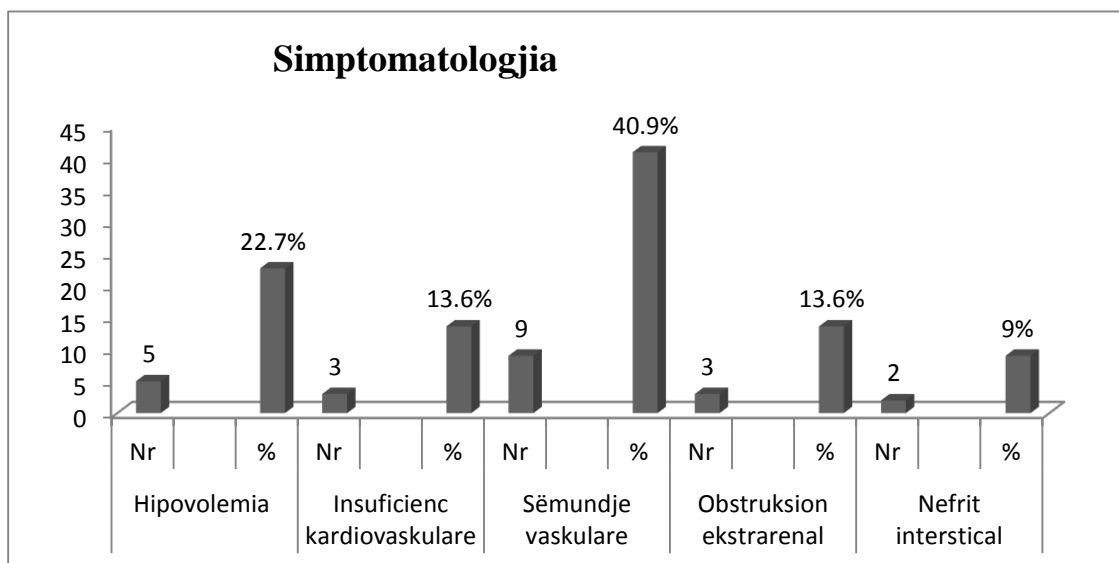
Simptomatologjia më e shprehur	Nr	%
Hipovolemia	5	22.7
Insuficiencë kardiovaskulare (infrakt, tamponad, anafilaksi, sepsi)	3	13.6
Sëmundje vaskulare (vaskulit, hipertension)	9	40.9
Obstruksion ekstrarenal	3	13.6
Nefrit interstical (Ilaçe, hiperkalemi, infeksione)	2	9

Komenti:

Tabela e mësipërme na paraqet simptomat më të shprehura te pacientët në bazë të kësaj renditje:

- Sëmundje vaskulare me gjithsej 9 pacientë apo 40.9%, kjo ndërlidhet drejtpërdrejt sidomos me hipertensionin si faktor kyç predispozues.
- Hipovolemi- 5 pacientë apo 22.7%
- Insuficiencë kardiovaskulare dhe obstruksion ekstrarenal- kishin nga 3 pacientë me gjithsej 13.6%.
- Nefrit interstical- 2 pacientë apo 9%, kjo lidhet me infeksione të ndryshme të patrajuara në kohë apo me përdorimin jo të rregullt të medikamenteve të ndryshme.

Graf.5. Simptomat më të zakonshme prezente



6. KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTËT ME IRA

Infermieri pyet pacientin në lidhje me shkaktarët e mundshëm të IRA. Ai gjatë marrjes së anamnezës studion me kujdes të dhënat e tij për sa i përket ekspozimit ndaj nefrotoksikëve, traumave, ndonjë operacion të fundit, transfuzionet, apo faktorë tjerë që mund të ndikojnë në iskemi renale. Arritja e qëllimeve të asistencës infermierore bëhet përmes këtyre hapave:

1. Vlerësimi infermieror
2. Diagnoza infermierore
3. Planifikimi infermieror
4. Zbatimi infermieror
5. Vlerësimi i arritjeve

Vlersimi fillestar

Të dhënat objektive: M.H 54 vjeçar, të vjella, dobësi e përgjithëshme trupore, shqetësim i shprehur dukshëm, edema periferike në ektrimite, lodhje dhe molisje, ndryshime në lëkurë (skuqje, sindroma rash, djegje).

Shenjat vitale si vijojnë :

- HTA: 180 mmHg – 100 mmHg
- Puls: >100 herë/ min
- Respiracioni: 24 res/ min
- Temperatura: 39 - 40 °C

Të dhënat subjektive: Nauze, vështirësi për të urinuar, ndryshim në sasinë e urinimit, anoreksi, dhembje abdominale, dhembje koke, gjendje mendore e ndryshuar, humbje në peshë, diarre.

Të dhënat aktuale: Hipertension, takikardi, edema në ektrimitetet e poshtme, oliguria, frymarrje e shkurtër dhe e shpeshtë, zgjerim i venave jugulare.

Të dhënat historike: Hipertension, infeksione të lehta urinare, anemi dhe pacienti ka hequr gurë nga fshikëza urinare. Pacienti poashtu është konsumues i alkoolit dhe i duhanit.

Diagnoza infermierore

Analiza e të dhënave e ndihmon infermierën të identifikojë diagnozën infermierore aktuale dhe potenciale si :

- Ankth lidhur me mungesën e njohurive për sëmundjen;
- Puls i shpejtuar si pasojë e stresit;
- Ndryshim në gjendjen e të ushqyerit si pasojë e nauzesë, të vjelluarve, shqetësimit fizikë dhe atij psikik;
- Çrregullimet në vetëkonceptin lidhur me ankthin;
- Anksiozitet lidhur me rezultatet dhe ambientin spitalor;
- Ndryshime në periferi si pasojë e grumbullimit të ujit (edema dhe ascite);
- Humbje e lëngut gastrointestinal përmes të vjellurave dhe diarresë
- Oliguria si pasojë e rënjes së filtrimit glomerular për pak kohë.

Planifikimit infermieror

Objektivat janë vendosur varësisht prej diagnozës apo llojit të ndërhyrjeve infermierore :

- Menaxhojmë stresin, duke përmisuar aftësinë e përshtatjes.
- Të kontrollojmë shenjat vitale që ti kthehen ato vlerave normale
- Reduktimi i dhembjes duke siguruar një komoditet për pacientin dhe duke ordinuar me përpikmeri terapin e përshkruar nga mjeku.
- Menaxhimi i funksioneve vitale (pulsi, temperatura, hipertensioni).
- Menaxhimi i edemes dhe ascitit si dhe mundësisë për infeksione.
- Mbajtja e balancës hidroelektrolitike
- Rritja e nivelit të njohurive të pacientit rreth diagnozës, procedurave ekzaminuese dhe vetë kujdesjes.

Vlerësimi i arritjeve

- Kemi arritur të qetësojmë dhëmbjet tek pacienti përmes terapisë dhe komoditetit
- Kemi asistuar në aplikimin me kohë të terapsë ditore dhe procedurave tjera rehabilituese, kjo ka ndihmuar pastaj për zbritjen në vlerat normale të shenjave vitale.
- Pacienti merr një shpjegim të qartë të sëmundjes, çfarë të pres, si të trajtoi dhe të jetoj me sëmundjen.
- Edukimi për përfshirjen e pacientit në teknikat e vetë- menaxhimit të sëmundjes, të tilla si identifikimi dhe raportimi i shpejtë i infeksioneve ose përkeqësimit të sëmundjes.
- Kam observuar pacientin për prezencën e irritabilitetit, agresivitetit, ankth, dhimbje koke ose konfuzion.
- Kam vlerësuar për efektet anësore mediakmentoze- ankth, takikardi, disritmia të zemrës, stimulim në SNQ, hipertension etj.
- Dhe kemi arritur me asistencën tonë të bëjmë një mobilizim adekuat për pacientin.

6.1.Edukimi infermieror

Pacientët të cilët kanë një IRA shpesh kanë një ritëm të lartë katabolik.Kjo gjendje hiperkatabolike shkakton dëmtim të muskujve për proteina, e cila çon në një rritje të azotemisë dhe një rritje më shumë të nivelit të ureintrogenit në serum.Nëse pacienti me IRA ka një marrje të mjaftueshme ushqimore, suportu i ushqimor nuk mund të jetë i nevojshëm.Infermieri vazhdimisht vlerëson marrjet orale të pacientit për tu siguruar nëse është marrë sasia e mjaftueshme e kalorive.

Shumë pacientë më IRA nuk mund të marrin sasinë e mjaftueshme të ushqimit për shkak të gjendjes së tyre ose si pasojë e anoreksisë.Në këto raste duhet të fillohen disa forma të mbështetjes ushqimore (ushqyerja totale paranterale ose hiperalimentacioni), për të shmangur katabolizmin.

7. DIALIZA

Indiakcionet për dializë në IRA përfshijnë:

- Uremin
- Hiperkalemin persistente
- Shtimin e volumit të likideve që nuk i përgjigjet terapisë diuretike
- Perikarditin uremik
- Encefalopatia uremike.

Për hemodializën e cila nevojitet për disa javë, kateteri zakonisht vendoset në venën subklavia ose në venën jugulare interne. Nëse vetëm një ose dy medikamente janë të nevojshme, si për largimin e medikamenteve ose toksinave, nëpërmjet hemoperfuzionit, mund të zgjidhet vena femorale. Vena femorale nuk mund të përdoret për një kohë të gjatë për shkak të kufizimit të pozicionëve, dhe mundësisë për komplikacione si hematoma dhe infeksione. Përsëritja e vendosjes së kanjulës në venën femorale gjithashtu mund të rrisë rrezikun për formacione, hematoma dhe e bën venë të papërdorshme.

Vena subklavia preferohet më shpesh se vena femorale sepse kanjula mund të lihet në vend gjatë trajtimit me hemodializë. Kjo gjithashtu është një disavantazh sepse sa më gjatë të qëndrojë kanjula në venë, aq më shumë rritet tendenca për infeksione.

Kanjula subklavia kërkon procedura sterile për tu vendosur dhe mbulohet më gaza sterile.



Fig. Pacientët në dializë
Burimi:<http://telegrafi.com>

8. DISKUTIMI

Në bazë të rezultatëve të studimit i cili është punuar në repartin e Urologjisë në Spitalin Regjional të Gjakovës dhe të dhënave të marra nga burime të ndryshme, mund të nxjerrim përfundime të rëndësishme si:

- Fazat e jetës së njeriut karakterizohen nga shfaqje të ndryshme të patologjive renale.
- IRA ndodh kur veshka nuk arrin të menaxhojë balancën e ujit dhe përbërësve të tjerë kimike në gjak.
- IRA mund të jetë rezultat akut ose kronik i një patologjie të mbartur po e cila qëndron në një gjendje latent.
- Ajo ka një fillim të menjëhershëm të sëmundjes dhe një ndërprerje të shpejtë të funksionit të veshkës.
- Nëse nuk trajtohet me kohë IRA progredon në IRK, ku këtu kemi një rënie të funksionit të veshkës deri në humbjen e plotë të funksionit të saj.
- Në dy rastet vihet re një rritje e konsiderueshme e vlerave të kreatininës dhe azotemisë.
- Përgjithësisht sëmundjet renale fillojnë pa shumë shqetësime por që vjen duke u theksuar.
- Shkak madhor i insuficencës renale vazhdonë të jetë hipertensioni.
- Në moshat madhore krahas ndikimeve të rëndësishme siç janë diabeti dhe hipertensioni , kemi një problematikë të shtuar edhe si pasojë e konsumit të alkoolit, drogave të ndryshme, përdorimit të tepruar dhe për një kohë të gjatë të medikamenteve që kanë ndikim mbi veshken etj.
- Ndër shqetësimet më të shpeshta që vihen re tek IRA janë: Edemat, lodhje, ndryshime në urinim, dhimbje, të përziera dhe të vjella, vështirësi në frymëmarrje, dhimbje mesi, rënie oreksi, rënie në peshë.
- Të dhënat tregojnë se kjo patologji është më e shprehur që nga moshat e mesme e deri tek moshat e shtyra.
- Në rastin tonë kemi gjetur më tepër pacientë tek grupmosha 60-79 me gjithësej 9 pacientë apo 40.9%.

- Rezultatet e nxjerra nga pacientët të cilët ishin pjesë e studimit treguan se pjesa më e madhe e tyre ishin diagnostifikuar me IRA Prerenale me gjithësej 50% apo 11 pacientë nga numri i përgjithshëm.
- Ndërsa 8 pacientë apo 36.3% i takonin IRA Intrinsike dhe numri më i vogël i takonin IRA Postrenale me gjithësej 3 pacientë apo 13.6%.
- Tek insuficiencat renale akute, mjekimet janë shumë komplekse dhe përfshijnë një
- numër të madh medikamentësh të shoqëruara me një kontroll intensiv nga ana e mjekut specialist.

9. REKOMANDIME

Personeli infermieror duhet të ofroj kujdes të veçantë në parandalimin dhe menaxhimin e IRA , dhe të mos neglizhojë asnjë procedure trajtuese të sëmundjes.

Disa nga rekomandimet që duhet të jap personeli infermierorë janë të cekura më poshtë:

- Gjëja me e thjeshtë qëduhet të bëjë secili prej nesh është të bëj një ekzaminim të thjeshtë të urinës, të paktën një herë në vit, në kuadër kjo të një kontrolli të përgjithshëm që duhet të bëhet rutinë.
- Pacientët me infeksione urinare kronike, duhet të kryejnë kontrolla më të shpeshta, një herë në 6 muaj, të mbajnë një dietë të caktuar, të pinë lëngje shpesh gjatë ditës, dhe të urinojnë gjithmonë përpara se të flenë.
- Pacientet diabetikë duhet të bëjnë një kontroll të rregullt të albuminurisë, të paktën një herë në gjashtë muaj, të mbajnë në normë shifrat e glicemisë dhe të kenë kujdes me dietën.
- Pacientët hipertensivë, duhet të mbajnë nën kontroll shifrat e tensionit, të kenë kujdes me dietën dhe aktivitetin fizik, pasi të gjitha këto ngadalësojnë progresionin drejt sëmundjes renale kronike.
- Pacientët me insuficiencë renale kronike, duhet të kryejnë kontrolla të shpeshta tek mjeku nefrolog, të paktën një herë në tre-katër muaj, duke bërë dhe një bilanc të përgjithshëm, për të parë ecurinë e sëmundjes.
- Pacientët që kanë bërë transplant të veshkave, duhet të ndiqen në mënyrë të rregullt nga mjeku nefrolog për të vlerësuar efikasitetin e trajtimit, për të parandaluar flakjen e organit të transplantuar, si dhe për të vlerësuar efektet anësore të terapisë me imunosupresorë.
- Pra, si përfundim mund të themi që secili nga ne, duhet t'i kushtojë rëndësi aparatit të tij urinar, duke bërë një kontroll, të paktën një herë në vit dhe kjo është mënyra më e mirë për të parandaluar një sërë sëmundjesh që prekin veshkat.
- Sëmundjet e veshkave mund të trajtohen. Sa më shpejt të diagnostikohen këto sëmundje, aq më shpejt dhe më mirë ju mund të ndikoni në ruajtjen e mirë të funksionit të tyre.

10. CV E STUDENTIT

Të dhënat personale

Emri:	Maria
Mbiemri:	Lleshaj
Data e lindjes:	25-01-1994
Kombësia:	Shqiptare
Vendlindja:	Gjakovë
Vendbanimi:	Sopot- Gjakovë
Gjendja civile:	E martuar
Tel:	+377 45 224 800
Email:	liala_01@live.com
Shkollimi i mesëm:	SHMM- Hysni Zajmi Gjakovë- Teknik i farmacisë
Shkollimi i lartë:	Universiteti i Gjakovës Fehmi Agani
Dega:	Infermieri e përgjithshme
Periudha e përfundimit të universitetit:	2016

11. LITERATURA

1. L. Goldman, D. Ausiello "Traktat mjeksorë i Cecel-it", Tabernakul, 2013
2. A. Fauci, E. Braunwald, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson, J. Loscalzo, " Parimet e mjësisë interne – HARRSON ", Tabernakul, 2013.
3. M. H. Swartz, "Traktati i diagnoses mjekësore", Tabernakul, 2013
4. J. Schaidler, S. Hayden, R. Wolfe, R. Barkin, P. Rosen, "Konsulta mjekësore e urgjencës së pesë minutave të para", Tabernakul, 2014
5. 2. Shkoza, Artan Ms, "Fiziologjia e njeriut" Shtëpia Botuese UFO press, 2008
6. E. Peka, E. Rustami, D. Bego, M. Qela, A. LelÇaj" Infermiestika në specialitete", Tiranë, 2014
7. S. J. McPhee, W. F. Ganong, "Fizpatologjia e sëmundjeve", Tabernakul, 2014
8. Nicoladie Tam, "Renal Sistem", Copyright, 2015
9. K. L. Moore, a.m. Agur, A. F. Dalley, "Anatomia me orientim klinik", Tabernakul, 2014
10. Florika Mandro, Majlinda Zahaj, Sonila Jani, Shezai Braho, "Bazat e farmakologjisë klinike", Tiranë, Lilo, 2007
11. Matjani. H, Manuali i medikamenteve, 2005, Tiranë
12. "The fundamental nursing Process" Lippincot, 2007
13. "Trakata i Sëmundjeve të Brenshme" TiranëBoon A.N, Colledge R.N,Walker B.R, Hunter J. Davidson's "Principles and Practice of Medicine" 20th Edition, International edition, 2006
14. Ideal Jaka, " Mjeksi Interne- Veshkat dhe sistemi urinar" 2015