

UNIVERSITETI GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

**Fakulteti i Mjekësisë
Programi i infermieri**



PUNIM DIPLOME:

**Insultet cerebrovaskulare te të moshuarit-llojet,
komplikimet dhe rehabilitimi**

STUDENTI:

Elizabeta Pervorfi

MENTORI:

Prof.Ass.Dr.Dardan Koçinaj

Gjakovë, Shkurt 2017

DEKLARATE

Unë, Elizabeta Pervorfi deklaroj se ky punim që e kamë dorëzuar për vlerësim tek mentori përfaqëson punimin tim origjinal, përveç rasteve të citimeve dhe referencave, gjithashtu deklaroj që ky punim nuk është publikuar apo përdorur më parë si projekt në këtë universitet apo në ndonjë institucion tjetër.

Elizabeta Pervorfi

Gjakovë 2017

FALENDERIME DHE DEDIKIME

Këtë punim, në diplomimin tim në Bachelor në departamentin Infermieri e përgjithshme ia dedikojë familjes time, e cila nuk kurseu asgjë që unë te paraqitem sa me mirë. Kam kënaqësin që të falënderojë stafin e Pedagoqeve që me kanë mbështetur dhe mësuar përgjatë këtyre kohëve të studimeve të mija. Ju jam mirënjohëse.

Unë kam pasur kënaqësin dhe fatin e madh që të udhëhiqem nga Prof.Ass.Dr Dardan Koçinaj i jam mirënjohëse profesorit i cili nuk e kurseu kohën, durimin dhe mirëkuptimin e tij për të më këshilluar dhe motivuar që ky punim të kishte një paraqitje sa me dinjitoze.

Faleminderit Profesor Dardan

Nuk mundem të kaloj pa e falënderuar edhe *Dr. Jetish Jetishi* i cili nuk hezitoj dhe nuk e kishte problem që të ndante kohën që të më ndihmonte dhe të më këshillonte rreth studimit të rastit në spital, po ashtu edhe shoqërinë time të cilët më kanë ndihmuar në hulumtimin e literaturës si dhe të gjithë koleget e mi të cilët nuk hezituan në asnjë moment për bashkëpunim.

Ju faleminderit të gjithëve

Përmbajtja

1. Abstrakt.....	6
2. Hyrja.....	7
2.1 Truri.....	8
2.2 Ndërtimi i trurit	9
2.3 Vështrim i përgjithshëm për insultet cerebrovaskulare	11
2.4 Sëmundjet cerebrovaskulare hemorragjike.....	13
2.5 Hemorragjia subaraknoidal.....	14
2.6 Hemorragjia intracerebrale primare.....	17
2.7 Sëmundja cerebrovaskulare ishemike.....	20
2.8 Trajtimi i sëmundjeve cerebrovaskulare.....	27
2.9 Anatomia cerebrovaskulare.....	28
2.10 Vlerësimi fillestar infermieror.....	33
2.11 Vlerësimi fizik.....	34
2.12 Vlerësimi Psikosocial.....	35
2.13 Diagnoza infermierore.....	35
2.14 Planifikimi infermieror.....	37
2.15 Diagnoza infermierore.....	38
2.16 Planifikimi infermieror.....	38
2.17 Zbatimi infermieror.....	40
2.18 Vlerësimi përfundimtar.....	40
2.9 Rekomandimet.....	41
3 Qëllimi i punimit.....	37
4 Metodologjia (Materiali dhe metodat).....	38
5 Rezultatet.....	39
6 Diskutim.....	49
7 Përfundim.....	50
8 a).Rezyme.....	51
8 b).Summary.....	52
9 Referencat.....	53
10 CV e shkurtër e kandidatit.....	54

Lista e shkurtesave

TIA (Atakt ishemic kalimtar)

LCS (Likidi cerebrospinal)

CT (Tomografia kompjuterike)

MRI (Rezonansa magnetike)

ICH (Hemorragjia intracerebrale primare)

CSF(Lëngu cerebrospinal)

Lista e figurave

Figura 1 Truri

Figura 2 Simptoma tek hemorragjia

Figura 3 Si bëhet goditja ishemike

Figura 4 Kujdesi infermieror tek pacientet me iskemi

Lista e tabelave

Tabela 1 Struktura e pacientëve në të dy gjinitë në Spitalin e Gjakovës

Tabela 2 Struktura e pacientëve me insulte ishemike dhe hemorragjike

Tabela 3 Struktura e pacientëve me insulte cerebrovaskulare në të dy gjinitë në Prizren

Tabela 4 Struktura e pacientëve me insulte ishemike dhe hemorragjike në Prizren

Tabela 5 Krahasimi në mes të qytetit të Gjaovës dhe atij të Prizrenit

Tabela 6 Krahasimi në mes të qytetit të Gjakovës dhe Prizrenit

Lista e grafikonave

Grafikoni 1 Struktura e pacientëve në të dy gjinitë në Gjakovë

Grafikoni 2 Struktura e pacientëve me insulte ishemike dhe hemorragjike

Grafikoni 3 Struktura e pacientëve në të dy gjinitë në Prizren

Grafikoni 4 Struktura e pacientëve me insulte ishemike dhe hemorragjike në Prizren

Punimi përfshin: 54 faqe

ABSTRAKT

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë, drejtimi Infermieri, në bashkëpunim me Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë.

Përmes këtij punimi janë vlerësuar të dhënat statistikore për insultet cerebrovaskulare te të moshuarit , gjatë një periudhe kohore të caktuar.

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

Punimi përmban gjithsej 54 faqe, 6 tabela, 4 figura, 4 grafikone.

HYRJJE

Logjikisht ne mendojmë se truri me gjithë ato lëvizje te ndërlikuara gjatë ditës, procesi i të menduarit, ndërveprimet me njerëz, të folurit, dhe veprimet e tjera të kryera gjatë ditës kërkojnë më shumë energji se sa të themi të qëndruarit shtrirë në shtratë.

Faktikisht ndodh e kundërta. Truri aktivitetin më të lartë e ka natën së sa ditën, prandaj kur ne pushojmë truri fillon te punojë, edhe pse shkencërisht ende nuk është shpjeguar kjo dukuri.

Truri është i vetmi organ në trupin e njeriut që nuk ka nerva, pavarësisht nga fakti se ai vepron si komandë qendrore për sistemin nervor qendrorë. Kjo do të thotë që truri i njeriut nuk ndien dhimbje.1 Çdo 2 sekonda ne rruzullin tokësor një person pëson goditje në tru dhe çdo 6 sekonda vdes një i sëmurë me goditje në tru, prandaj lajmërimi trajtimi dhe mjekimi kishte me qenë shpëtim jo vetëm për pacientin në rast por edhe për familjen shoqërinë dhe mjekun.

2.1 Truri

Truri(latinisht cerebrum –kokë) është pjesa më e rëndësishme dhe një organ tejet i ndërlikuari i sistemit nervor. Truri ka tërhequr gjithmonë vëmendjen, jo vetëm të psikologëve të sotëm, por edhe të dijetarve që nga kohët më të lashta, sepse aktiviteti i tij psiko-fizik, ndikon dhe drejton pothuajse shumicën e sjelljeve. I përbërë nga miliona neurone, truri (sidomos ai i qenies njerëzore) është organi më i ndërlikuar i çdo gjallese. Shprehur figurativisht ai është më i ndërlikuar se cilido kompjuter i sotëm modern, pra një super. Truri është edhe pjesa më e rëndësishme dhe më e ndërlikuar e sistemit nervor. Prandaj truri luan rol shumë të rëndësishëm për zhvillimin e jetës të njeriut: rregullon funksionimin e organeve: harmonizon organizmin në përgjithësi: bën të mundur lidhjen e organizmit me realitetin objektiv(nëpërmjet transmetit të impulsive nervore) dhe paraqet bazën fiziologjike për tërë jetën psikike, pra është bartësi i të gjitha proceseve psikike. Ai përbëhet nga më shumë se 200 miliardë neurone secili i lidhur nga mese 10.000 të tjerë. Këto lidhje formojnë trurin e njeriut me kompleksitetin e tij që veprojnë si pajisje e sigurte e cila mban edhe kujtimet më të vogla të një personi. Truri i të porsalindurit është katër herë më i lehtë se ai i një njeriu të rritur. Truri peshon rreth 1 400 gr, tek njerëzit truri vazhdon të rritet deri në moshën 20 vjeçare. Me të drejtë fiziologu Sherington, i cili zbuloi shumë ligje të funksionimit të trurit, e quajti atë “ top magjik” dhe konsideroi se truri do të mbetet fshehtësia e natyrës, e cila e fundit do të zbulohet njerëzimit.¹



Burimi [tps://www.google.al/search?q=truri](https://www.google.al/search?q=truri)

Siç u cekë edhe më lartë, inteligjenca nuk varet as nga pesha e as nga vjetërsia e trurit. Njeriu mund të arrijë rezultate fenomenale në moshë shumë të re dhe shumë të vjetër. P.SH. Gogeni filloj të merret me art pas moshës 30 vjeçare, Mikelangelo, veprat më madhështore i krijoj në moshën 80-vjeçare etj. Organizmi ka edhe organe të specializuar, që ndodhen të gjithë në kokë, që janë përgjegjës për shikimin, dëgjimin, nuhatjen

¹ <http://www.sa-kra.ch/truri.htm>

dhe shijimin. Truri ynë kryen shumë funksione si: arsyetimi, memoria, perceptimi, të kuptuarit, vëmendja, dhe emocionet. Truri ynë përmban biliona qeliza nervore (neuron-e) të grupuara në rajone specifike që kontrollojnë të gjithë procesin tonë mendorë dhe fizik. Pra, nuk na lejon ta përshkruajmë me një ligj të thjeshtë matematikor. Nuk ka dyshim që truri i njeriut është me të vërtetë një organ i pabesueshëm i cili kërkon kujdes maksimal për të mbajtur në lëvizje proceset vitale te trupit te njeriut. Këto janë vetëm disa nga funksionet vitale që kryen trupi i njeriut. Por gjëja më e mahnitshme në lidhje me trurin është se shumë fakte janë pakë të njohura nga shumë njerëz me një tru plotësisht funksional. Truri ynë përdor 20% të oksigjenit që futet në qarkullimin e gjakut. Truri është vetëm 2% e peshës trupore dhe konsumon më shumë oksigjen se çdo organ tjetër duke e bërë mjaft të ndjeshëm nga dëmtimet që shkaktohen nga mungesa e oksigjenit . Kështu që merrni frymë thellë, në mënyrë që truri juaj të mund të notojë në oksigjenin e mjaftueshëm.²

2.2 Truri i njeriut është i përberë nga 5 pjesë :truri i madh, truri i mesëm,truri i ndërmjetëm,truri i vogël,dhe palca kurrizore.

Truri ndahet ne:

*Truri i madh (cerebrum)

* Truri i vogël

* Truri i mesëm

Pjesa më e rëndësishme dhe më e zhvilluar e tij është korja e trurit ose siq quhet ndryshe, korteksi. Në zhvillimin e sistemit nervor, korja e trurit zhvillohet më vonë dhe ajo paraqet rezultatet më të larta të evolucionit. Sipërfaqja e tij është 2m² dhe përmban rreth 14 miliardë elemente qelizore.³

Truri i madh-cerebrum

Përben pjesën më të madhe të trurit. Ai është lehtësisht i dallueshëm për shkak se sipërfaqja e tij është shumë e rrudhosur. Truri i madh përfshin hemisferat cerebrale dhe ganglionet bazale. Hemisferat cerebrale, të ndara nga falx cerebri brenda fisurës cerebrale longitudinale, janë karakteristikat mbizotëruese të trurit. Për qëllime përshkruese,secila hemisferë cerebrale ndahet në katër lobe, të cilat lidhen me kockat me të njëjtin emër që shtrihen mbi to,por kufijtë e të cilave nuk korrespondojnë me to. Në pamjen superiore, cerebrumi ndahet katërsh nga fisura cerebrale longitudinale mediane dhe nga *sulkusi qendror* koronal. Sulkusi qendror

² Moore. Keith, Dalley. Arthur, Agur.Anne. Tiranë 2014 “Anatomia me orientim klinik.Kap7 , fq 878

³ <http://www.sa-kra.ch/truri.htm>

ndan *lobet frontale* (anteriorisht) nga *lobet parietale* (posteriorisht). Ato lidhen dhe komunikojnë me njëra tjetrën përmes një trakti të madh që quhet truri kollos. Disa thellime që quhen sulkuse, e ndajnë çdo hemisferë në katër lobe. Lobi i përparme quhet lobi frontal pas tij ndodhen lobi parietal dhe lobi temporal në pjesën e pasme ndodhet lobi oksipetal.

Truri i vogël (cerebelumi)- është masa më e madhe që shtrihet mbrapa ponsit dhe medulës dhe poshtë pjesës së pasme të cerebrumit. Ajo shtrihet poshtë tentoriumit cerebelli në fossa crani posterior. Përbëhet nga dy hemisfera laterale, të cilat bashkohen nga një pjesë e mesme e ngushtë, *vermisi*.

Truri i mesëm - Është i vendosur në mes të trurit të madh dhe palcës kurrizore. Tek rruazorët primitive truri i mesëm është vendi kryesor i lidhjes mes ngacmimeve dhe grupeve të muskujve.

Truri i ndërmjetëm - është i vogël. Në pjesën e poshtme të tij gjendet hipofiza e lidhur me hipotalamusin si qendër kontrolluese e metabolizmit, temperaturës së trupit, procesin e gjumit dhe funksione të tjera, ndërsa në pjesën e sipërme epifiza si gjëndër me tajim.

Ponsi- është pjesë e trungut të trurit midis trurit të mesëm, që vendoset rostralisht dhe medulës oblongata, që vendoset kaudalisht: shtrihet në pjesën anteriore të fossa crani posterior.⁴

Furnizimi arterial dhe drenimi venoz i trurit

Në mënyrë që truri të funksionojë, nevojitet një furnizim i vazhdueshëm me oksigjen dhe me lëndë ushqyese.

◆Truri ka furnizim të dyshimtë me gjak nga degët cerebrale të qifteve bilaterale të arterieve karotide interne dhe të arterive bazilare. ◆Anastomozat midis këtyre arterieve formojnë rrethin arterial cerebral. ◆Gjithashtu, anastomoza ka midis degëve të tri arterieve cerebrale në sipërfaqen e trurit. ◆Te të rriturit nëse bllokohet njëra nga të katra arteriet. Ato të tria që mbeten, zakonisht nuk mjaftojnë për të siguruar qarkullimin kolateral të mjaftueshëm: si pasojë ndodh dëmtimi i rrjedhjes cerebrale të gjakut (ishemia) dhe një insult ishemic. ◆Drenimi venoz nga truri kryhet përmes sinusëve venoze të durës të venave jugulare interne.⁵

⁴ Moore. Keith, Dalley. Arthur, Agur. Anne. Tiranë 2014 "Anatomia me orientim klinik. Kap7 , fq 878

⁵ Moore. Keith, Dalley. Arthur, Agur. Anne. Tiranë 2014 "Anatomia me orientim klinik. Kap7 , fq 888

2.3 Vështrimi i përgjithshëm për insultet cerebrovaskulare

Sëmundjet që e prekin trurin e njeriut me së shpeshti janë insultet cerebrovaskulare.

Insulti vazhdon të jetë një problem madhor i shëndetit publik i cili renditet në katër shkaqet kryesore të vdekjes në pjesën më të madhe dhe është përgjegjëse për një përqindje të larë të ngarkesës së çrregullimeve neurologjike. Më shpesh invalidues se sa vdekje prurës. Janë bërë hapa të mëdhenj në shtimin e njohurive mbi epidemiologjinë, etiologjinë dhe patogjenezën e sëmundjeve cerebrovaskulare, që kanë dërguar në zbulimin e metodave të reja për diagnozën dhe trajtimin.

Në kuptimin e gjerë të fjalës, Organizata Botërore e Shëndetësisë e ka përkufizuar insultin si një zhvillim të shpejtë të shenjave klinike të çrregullimeve fokale (në disa raste globale) të funksionit cerebral, që zgjasin më shumë se 24 orë apo që dërgojnë në vdekje pa ndonjë shkak të dukshëm, përveç atij me origjinë vaskulare. Sipas përkufizimeve klinike konvencionale, nëse simptomat neurologjike vazhdojnë për më shumë se 24 orë, ai person diagnostifikohet me insult: përndryshe, një deficit neurologjik fokal që zgjat më pak se 24 orë përkufizohet si atakt ishemic kalimtar (TIA). Përveç kohëzgjatjes, insulti klasifikohet edhe në bazë të patologjisë së dëmtimit cerebral fokal ekzistues, që mund të jetë ose infarkt, ose hemorragji.⁶

Faktorët të pamodifikueshëm të rrezikut

Faktorët përcaktues të insultit cerebrovaskular edhe pse çrregullimet cerebrovaskulare mund të shfaqen në qdo moshë, në qdo kohë, në të dyja gjinitë të të gjithë pjesëtarët e familjes dhe në të gjitha racat secili nga këta faktorë të pamodifikueshëm ndikon në incidencën e insultit. Përcaktuesi më i fuqishëm i insultit është mosha. Me plakjen e popullatës, prevalenca dhe ndikimi i insultit në shëndetin publik, padyshim do të rritet, Incidensa e insultit është më e madhe te femrat, tek ato me anamnezë familjare për insult dhe te disa grupe të caktuara racore-etnike.⁷

⁶ Sacco.Ralph "Neurologjia Merrit" Tiranë 2014, Kap.36.fq.275

⁷ Rowland.Lewis "Neurologjia Merrit" Tiranë 2014, Kap.4, fq287

Faktorët e modifikueshëm të rrezikut

Asgjë nuk është aksidentale për insultin, edhe pse një pjesë është emëruar keq si aksident vaskular cerebral. Në fakt, insulti është përgjegjësish rezultat i gjendjeve predisponuese, që e marrin origjinën shumë vjet para ngjarjes. Studimet epidemiologjike, siç janë studimet prospektive kohore apo ato rast-kontroll, vazhdojnë të identifikojnë shumë faktorë të riskut për insult. Përbërësit e profilit me rritje për insult që mund të modifikohen aktualisht janë: hipertensioni, sëmundja kardiake (sidomos fibrilacioni artrial), diabeti, hiperkolosterolemia, inaktiviteti fizik, duhanprja, abuzimi me alkoolin etj. Insultet që e prekin më së shpeshti trurin e njeriut janë: sëmundjet cerebrovaskulare hemorragjike, sëmundja cerebrovaskulare ishemike⁸

⁸ Rowland.Lewis"Neurologjia Merrit" Tiranë 2014,Kap.4,fq288

2.4 Sëmundjet cerebrovaskulare hemorragjike

Afërsisht 15% e të gjitha insulteve vijnë si pasojë e hemorragjisë intrakraniale. Insulti hemorragjik mund të jetë difuz (p.sh, hemorragji ne hapësirën subaraknoidale, apo intraventrikulare) ose fokale (p.sh hemorragji intraparenkimale). Rreth dy të tretat e hemorragjisë intrakraniale, kryesisht janë hemorragji subaraknoidale, ndërsa rreth një e treta është hemorragji intracerebrale. Hemorragjia subaraknoidale, zakonisht shkaktohet nga raptura (qarjet) e enëve ne sipërfaqen e trurit, ose e vetrikujve, apo në aftësi të tyre (p.sh aneurizmat, keqformimet vaskulare), kryesisht me hemorragji në hapësirën e likidit cerebrospinal (LCS). Hemorragjia intracerebrale, më së shpeshti shkaktohet nga raptura e arterieve, të cilat ndodhen brenda substances trunore (hemorragjia hipertensive, keqformimet vaskulare), por nuk përhapen në hapësirat e LCS-së. Të dyja insultet hemorragjike kanë një shkallë të lartë mortaliteti, e cila varet nga nënllloji dhe lokalizimi. Shtylla e trajtimit është parandalimi, pasi nuk ka terapi me efikasitet të mjaftueshëm për dëmtimet cerebrale të induktuara nga hemorragjia.⁹

Faktorët qe ndikojnë në sëmundje

Hemorragjia cerebrale njihet ndryshe nga populli edhe me fjalët i ra pika, ose i plasi gjaku në tru. Më të rrezikuar nga kjo sëmundje janë njerëzit që kanë probleme me zemrën dhe qarkullimin e gjakut. Për këta të sëmurë, mjeket rekomandojnë qe te evitohet sa me shume ekspozimi ndaj diellit, sidomos ne orët me te nxehta te ditës, temperaturat e larta bëhen shkak për rritjen e presionit te gjakut. Faktorët kryesore që ndikojnë ne avancimin e kësaj sëmundjeje kaq te rrezikshme te gratë janë:

- Pilulat kontraceptive
- Pirja e duhanit
- Mbipesha
- Migrena

Nëse këta katër faktorë do të bëheshin së bashku, atëherë rreziku për një hemorragji cerebrale do të ishte i dyfishtë dhe shumë i rrezikshëm për jetën, aq sa mund te themi vdekjeprurës.

⁹ Zivin, Justin. "Traktat mjekesor i cecil-it. Kap.432, fq.2719

2.5 Hemorragjia subaraknoidale

Hemorragjia në hapësirën subaraknoidale nga një aneurizëm e rupturave ose nga keqformimet e tjera vaskulare, shkakton një meningjit klinik (steril) dhe mund të nxisë vazospazmën, veçanërisht në enët që ndërtojnë circulus Willi. Nëse vazospazma është e rëndë, mund të qojë në infarkt cerebral dhe vdekje. Të dyja gjinitë preken njësoj, dhe shkalla e prekjës mund të jetë dy herë më e lartë tek afro-amerikanët, se sa tek të bardhët. Ruptura e aneurizmës është shkaku më i zakonshëm i hemorragjisë subaraknoidale jotraumatike. Përparësitë e bëra në teknikat imazherike kanë përmirësuar zbulimin e aneurizmave intrakraniale, por pjesa më e madhe e rasteve nuk zbulohen, deri pas rupturimit. Ndër faktorët e rrezikut bën pjesë duhanpirja, alkooli, drogat e paligjshme. Edhe pse hipertensioni është një faktor rreziku i mirëpërcaktuar për insultin ishemic, lidhja e hipertensionit jomalinjë me hemorragjinë subaraknoidale, nuk është e dokumentuar mirë: rënia e hipertensionit në popullatën e përgjithshme, nuk është shoqëruar me rënien e incidencës për hemorragjinë subaraknoidale.

Patofiziologjia

Shkaktarët kryesorë të hemorragjisë subaraknoidale janë aneurizmat dhe keqformimet arteriovenoze, por edhe trauma mund të shkaktojë këtë lloj hemorragjie. Ndër shkaqet më të rralla të hemorragjisë subaraknoidale bën pjesë vaskuliti, neoplazmat e sistemit nervor qendror dhe çrregullimet hematologjike si hemophilia, koagulopatia, intravaskulare e diseminuar dhe purpura trombocitopenike.¹⁰

Manifestimet klinike

Simptoma klasike e hemorragjisë subaraknoidale është një dhimbje e madhe e kokës me zhvillim shumë të shpejtë, e cila në mënyrë tipike quhet “dhimbja më e madhe e kokës në jetën time”.

Kjo dhimbje ndonjëherë shoqërohet me ngurtësim të qafës. Aneurizmat, gjatë zgjerimit të tyre në mënyrë graduale, mund të prodhojnë shenja dhe simptoma prodromale ose mund të shkaktojnë rrjedhje paralajmëruese, të cilat shkaktojnë dhimbje fokale, apo të gjenralizuara të kokës.

¹⁰ Zivin, Justin. “Traktat mjeksor i cecil-it. Kap.432, fq.2719

Dhimbje të tilla paralajmëruese, shpesh janë të rënda dhe mund të shoqërohen me nauze ose të vjella si dhe mund të shkaktojnë irritim meningeal. Presioni arterial i gjakut, shpesh është i rritur dhe temperatura trupore, zakonisht rritet sidomos gjatë ditëve të para pas hemorragjisë, ku produktet e gjakut në hapësirën subaraknoidale shkaktojnë meningjit akut. Në pothuajse gjysmën e pacientëve takohet një alterim kalimtar i statusit mendor, sidomos nëse presioni intrakranial tejkalon presionin cerebral arterial mesatar. Pacientët mund të qëndrojnë në koma për disa ditë në vartësi të lokalizimi i aneurizmës dhe sasia e hemorragjisë. Hemorragjia subaraknoidale akute shkakton irritim meningeal: rigiditeti dhe fotofobia duan disa orë që të zhvillohen. Vrojtimi oftalmoskopik zbulon hemorragji preretinale të mirë kufizuara, me ngjyrë të kuqe të ndezur, të njohura si hemorragji subhialoide dhe mendohet se janë rezultat i presionit të lartë intrakranial, presionit të rritur venoz retinal dhe i disektimit të gjakut përgjatë këllëfit të nervit optik. Keqfunksioni neurologjik, zakonisht nuk është një karakteristikë e spikatur, vetëm nëse aneurizma ngjesh strukturat trunore rrethuese, nje curril gjaku disekton drejtëpërdrejtë në regjionin trunor klinikisht elokuent ose nëse zhvillohet vazospazma pasuese.¹¹

Diagnoza

Të dhënat laboratorike

Duhet analizuar gjakun komplet, duke përfshirë trombocitet. Kohët e koagulimit duhet të përcaktohen, në mënyrë që të vlerësohet nëse pacienti ka infeksion, apo anomali të koagulimit. Gjaku duhet dërguar edhe për analiza elektrolitike që të shërbejnë si “baseline” për zbulimin e ndërlikimeve më të vonshme.

Imazheria

Pacienti duhet të dërgohet menjëherë për tomografi të kompjuterizuar emergjente(CT).Skaneri i kryer brenda 24 orëve të fillimit, në përgjithësi zbulon një zonë hiperintense, e cila nuk përputhet me hemorragjinë, nëse nuk është i pranishëm ne hapësirën subaraknoidale, gjaku shihet brenda cisterbave bazale në më shumë se 90% të pacientëve, 48 orë pas fillimit, ndjeshmëria e CT-së bie në 75%. Sekuencat e rezonancës magnetike konvencionale (MRI) (skanimet me matje T1 , apo T2) janë më pakë të ndjeshme se CT-ja. Lokalizimi i hemorragjisë subaraknoidale, nëpërmjet CT-së sugjeron burimin e hemorragjisë. Hiperintensiteti në cisternat bazale, fisurën silviane ose në fisurën intrahemisferike, shpesh indikon rupturën e aneurizmës sakulare, ndërsa përqendrimet e larta të gjakut sipër

¹¹ Zivin, Justin. “Traktat mjeksor i cecil-it Tiranë2013” Kap.432, fq.2719

konveksiteteve ose brenda parenikmës sipërfaqësore të trurit, përputhen më shumë me aneurizëm mikotike. Sasia e madhe e gjakut në hapësirën subaraknoidale rrit mundësinë e vazospazmës pasuese. CT-ja me kontrast mund të ndihmojë në identifikimin e disa anurizmave të mëdha. Nëse të dhënat e CT-se janë normale, por shkalla e dyshimit për hemorragjinë subaraknoidale mbetet e lartë, punkcioni lumbal zakonisht është diagnostik.¹²

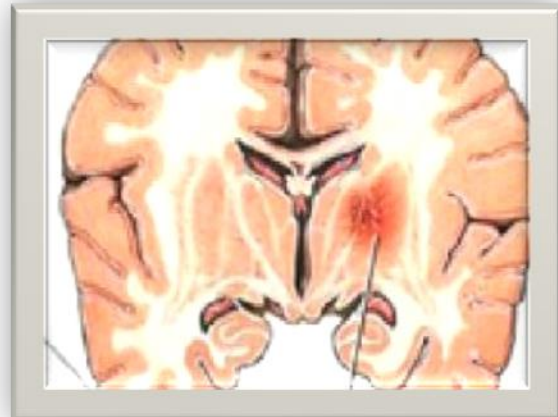
¹² Zivin, Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.432, fq.2719

2.6 Hemorragjia intracerebrale primare

Hemorragjia intracerebrale primare jotraumatike (p.sh, hemorragjia që nuk vjen nga dëmtimi ishemik) vjen kryesisht si pasojë e hipertensionit kronik të keqkontrolluar. Më rrallë, përgjegjës është keqformimi vaskular i ruptuar ose angiopatia amiloide. Hemorragjia intravaskulare mund të shkaktohet edhe nga diatezat hemorragjike dhe disa droga. Hemorragjia intracerebrale ka shkallën më të lartë të vdekshmërisë nga të gjithë nëntipet e insultit dhe pothuajse 60% e pacientëve të prekur vdesin brenda vitit të parë . Rreziku për hemorragji intracerebrale primare tek njerëzit me ngjyrë është rreth 40% më e lartë se tek të bardhët. Mbarë botën, incidence e hemorragjisë intracerebrale varion nga 10 në 40 për 1 milion banorë. Shkallët me moshë të rregulluar për meshkujt janë rreth 50% më të larta se tek femrat.¹³

Patofiziologjia

Në mënyrë tipike, hemorragjia intracerebrale primare konsiston në një zonë të madhe, konfluente të gjakut që koagulon. Pjesa më e madhe e hemorragjive ndodhin në bifurkacionet e arterieve, apo afër tyre me degjenerim të theksuar të medias dhe të muskulit të lëmuar. Disa javë më pas, gjaku largohet gradualisht nëpërmjet fagocitozës dhe pas disa muajsh mund të mbetet vetëm një kavitet i vogël, i kolapsur, i kufizuar me makrofagë që përmbajnë hemosiderinë. Hemorragjia intracerebrale prek kryesisht moshën nën 55 vjeç, duhanpirësit dhe ata që nuk i përmbahen mirë mjekimit me antihipertensiv konsumimi i tepruar i alkoolit. Hipertensioni lidhet me hemorragjinë në vende të ndryshme të trurit, sidomos në kapsulën ekstreme-putamen, kapsulën-interne-talamus, ponsin qendror dhe cerebellum. Më pak hemorragji ndodhin në lëndën e bardhë subkortikale,



Burimi .
<https://www.google.al/search?q=hemorragjia+cerebrale>

¹³ Zivin, Justin. "Traktat mjekësor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.432, fq.2722

sidomos në lobet frontale, temporale dhe oksipitale.¹⁴

Manifestimet klinike

Anomalitë neurologjike të shkaktuara nga hemorragjitë intracerebrale nuk dallojnë nga ato të shkaktuara nga insultet ishemike, por shkatërrimi i indit neural është baza e keqfunksionimit neurologjike të shkaktuar nga të dy entitetet. Shenjat dhe simptomat lidhen me lokalizimin e lezionit. Meqenëse vendi i hemorragjisë intracerebrale, shpesh dallon nga ai i insulteve ishemik, modelet karakteristike të humbjes neurologjike, mund të lidhen më shpesh me hemorragjinë intracerebrale se me insultet ishemike. Hemorragjitë mund të rriten nëse vazhdon gjakosja, ndërsa lezionet ishemike zakonisht, nuk ndryshojnë në madhësi pas okulzionit vaskular: si rezultat në mënyrë karakteristike, hemorragjitë shkaktajnë humbje progresive në rritje të funksionimit neurologjik deri sa të arrihet plateja, ndërsa insultet ishemike mund të jenë të luhatshme apo të mbesin statike, pas fazave të hershme të insultit. Rënia pasuese e nivelit të vetëdijes pas një hemorragjie intracerebrale shfaqen në rreth një të katërtën e pacientëve që janë fillimisht vigjilentë. Hemorragjia intrakraniale në secilin nga të katër lokalizimet tipike japin të dhëna karakteristike. Pacientët me hemorragji putamene masive bëhen letargjik, apo komatoz brenda minutave, apo orëve pas fillimit dhe njëkohësisht kanë dobësi kontralaterale (duke përfshirë fytyrën) me hemianopi kontralaterale dhe paralizë të vështirimit (p.sh. sytë e devijuar në drejtim të vendit të hemorragjisë). Simptoma e parë mund të jetë dhimbja oksipitale e kokës, gjetjet e zakonshme janë të ecurit e paqëndrueshëm, ataksia, nauzea dhe të vjellat që shpesh janë të rënda dhe përsëriten. Mundë të jenë të pranishme edhe anomali të ndryshme të lëvizjes së syve, dobësia nuk është e theksuar në fillim, por me përparimin dhe shtypjen e trungut trunor zhvillohet shpesh, në mënyrë të shpejtë dobësia fokale ose bilaterale dhe koma. Vazhdimi i hemorragjisë dhe ënjtjes trunore pasohet me dëmtim të rëndë të trungut cerebral dhe shkakton vdekjen e shpejtë të pacientit. Më rralla janë hemorragjitë talamike, në të cilat pacienti ka humbje të shpejtë të vetëdijes: ata të cilët i mbijetojnë, shpesh kanë hemiparezë kontralaterale, deficite ndjesore dhe hemianopati homonime. Më parë mendohej që hemorragjia pontine shkakton gjithmonë koma, por imazheria modern zbulon hemorragji më të vogla që nuk janë fatale. Pacientët me hemorragji të rëndë pontine bëhen komatoz, zakonisht me pupila shumë të vogla, por reaktive. Përgjigjet okulovestibulare shpesh humbin që në fillim, të vjellat mund të shfaqen në fillim.¹⁵

¹⁴ Zivin, Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.432, fq.2723

¹⁵ Zivin, Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.432, fq.2724

Diagnoza

Diagnoza e ICH mund të vendoset me anë të ekzaminimit me skaner, i cili siguron informacionin e duhur për përmasën dhe vendin e hematomës, si dhe për shkallën e përhapjes, për zhvendosjen nga linja e mesit dhe për zhvillimin e edemës cerebrale. Në pamjet e CT gjatë fazës akute, hemorragjia zakonisht është hiperdense, megjithëse anemia e thellë ose hemorragjia e vazhdueshme mund të bëjnë pamjen e saj më izodense. Pamja e gjakut në ekzaminim me MRI ndryshon për shkak se intensiteti i sinjalit lidhet me gjendjen e degradimit të hemoglobinës. Kjo gjendje ndryshon me kalimin e kohës: për këtë arsye MRI nuk është ekzaminimi i zgjedhur për ekzaminimin imazherik fillestar të hemorragjisë intracerebrale. Punksioni lumbar kundërrindkohet në hemorragjinë intracerebrale për shkak të riskut të hernies nga efekti i masës. Analizat për ICH në rastin e shtrimit në spital duhet të përfshijnë profilin e koagulimit dhe nivelin e trombociteve të gjithë pacientët, si dhe kohën e hemorragjisë nëse pacienti mjekohet me aspirinë.¹⁶

¹⁶ Richard S. Irwin James M. Rippe "Mjekësia e kujdesit intensiv" Tiranë 2014. Kap. 176 Fq 1993

2.7 Sëmundja cerebrovaskulare ishemike

Insulti ishemik shkaktohet nga pamjaftueshmëria e rrjedhjes së gjakut në një pjesë, apo në të gjithë trurin, insulti fokal, në mënyrë konvencionale përkufizohet si një deficit neurologjik, i cili zgjat më shumë se 24 orë dhe që shkaktohet nga ulja e fluksit të gjakut në arterien, e cila e furnizon me gjak një pjesë të trurit: ulja e fluksit të gjakut rezulton, përfundimisht me infarkt. Insultet dallohen nga sulmet ishemike kalimtare(TIA), nga fakti që TIA janë



përkufizuar historikisht në mënyrë arbitrare, si deficite neurologjike të induktuara nga ishemia, të cilat zgjasin më pak se 24 orë. Aktualisht mendohet se pothuajse të gjitha TIA zgjidhen më shpejt dhe një deficit që zgjat më shumë se 1 ose 2 orë ka shumë mundësi të shoqërohet me dëmtime të përhershme të trurit. Këto dëmtime, shpesh

Burimi

<https://www.google.al/search?q=goditja+is+hemike+ne+tru.>, kur enët e gjakut që furnizojnë trurin bllokohen

mund të paraqiten përmes tomografisë së kompjuterizuar (CT) ose rezonancës magnetike (MRI), pavarësisht rikuperimit klinik të plotë.

Dallim i rëndësishëm ndërmjet TIA dhe insultit është se nëse ishemia ka shkaktuar infarkt cerebral, apo nekrozë selective ishemike: diferencë kjo, e cila mund të mos hallohet brenda orëve të para, por pas fillimit të simptomave. Por, zakonisht bëhet e dukshme në mënyrë retrospective. Gjatë fazave të hershme, kur terapia akute mund të jetë dobiprurëse është e pamundur të parashikohet, nëse pacienti do të shërohet apo jo, pasi trajtimi është efikas vetëm kur jepet para se të kalojë një periudhë kohore gjatë të cilës simptomat të mund të zgjidhen spontanisht. Insultet ishemike dallohen nga ato hemorragjike, prej mungesës së tekstravazimit të gjakut, në parenkimën cerebrale. Ka dy klasifikime kryesore të insultit ishemik. **Tromboza** dhe **embolizmi**, të cilët shkaktohen nga okulzioni arterial me një tromb, i cili formohet lokalisht në vendin e pllakës aterosklerotike ose me embol dhe që janë përgjegjës për 65% të insulteve. Embolat formohen kur nga trombi mural në zemër, po në arteriet më proksimale këputet një pjesë dhe kjo pjesë ngecë aty ku diametri i vazave është zvogëluar dhe nuk lejon embolin të kalojë nëpër lumenin arterial. Shpesh është e pamundur të dallohet trombi nga emboli, nëpërmjet metodave imazherike ose materialit histopatologjik.

Kështu që të dy proceset klasifikohen së bashku, insultet e enëve të vogla që shpesh quhen lacuna shkaktohen nga okulzioni i arteriolave të vogla dhe përbejnë rreth 20% të insulteve. Lezioni histologjik i enëve të gjakut, në identifikimin e shkakut të insultit. Disa nga këto insulte shkaktohen nga anormalitetet vaskulare lokale por disa të tjerë pothuajse, pa dyshim shkaktohen nga embolia, 15% i mbetur i insulteve shkaktohet nga hemorragjia.

Epidemiologjia

Hipertensioni është faktori më i rëndësishëm i riskut për insultin ishemik dhe hemorragjik. Insidenca e insultit rritet në raport të drejtpërdrejtë me shkallën e rritjes së presionit arterial sistolik dhe diastolik mbi vlerat e pragut. Rreth 7-10% e meshkujve dhe 5-7% e grave, të moshës mbi 65 vjeq kanë sternoze karotide asimtomatike më të madhe se 50%. Studimet epidemiologjike sugjerojnë që vlerat e insultit të papritur, që ndodhë në anën ipsilaterale të sternozës janë rreth 1 deri në 2% në vit. Fibrilacioni atrial jovalvular ka një rrezik vjetor prej 3-5% për insult. Ky rrezik bëhet edhe më i madh në praninë e moshës së madhe, TIA apo insultit të mëparshëm, hipertensionit, dëmtimit të funksionit të ventrikulit të majtë dhe diabetit melit. Sipas studimeve epidemiologjike, rreziku për insult, tek duhanpirësit është pothuajse dyfish, në krahasim me jo duhanpirësit, por ky rrezik bëhet pothuajse identik me atë të jo duhanpirësve, 1 deri në 5 vjet pas lënies së duhanit. Rreziku relativ për insult është 2 deri në 6 herë më i lartë tek pacientët me diabet insulin-vartës. Rënia në peshë tek njerëzit me mbipeshë është e rekomandueshme, por humbja e peshës nuk është vërtetuar që redukton rrezikun për insult. Studimet epidemiologjike kanë zbuluar që konsumimi i frutave dhe perimeve lidhet me rrezikun më të ulët për insult, por asnjë studim rastësor nuk ka vërtetuar vlerën e ndryshimit të dietës. Konsumimi i rëndë i alkoolit mund të jetë një faktor rrezik për insultin ishemik dhe hemorragjik. Terapia zëvendësuese hormonale pas menopauzës ka treguar që rrit rrezikun për insult. Gjithsesi, përndryshe rreziku absolut për insult mbetet i ulët, tek pacientët e shëndetshëm, me rrezik të ulët. Analizat përfundimtare, sugjerojnë një rritje të rrezikut relativ, tek gratë që marrin kontraktiv oral, por rreziku absolut për insult është i vogël. Gratë që konsumojnë duhan dhe që janë hipertensive apo diabetike, që kanë dhimbje migrenoze të kokës ose kanë vuajtur më parë nga ngjarje tromboembolitike mund të kenë rrezik të rritur për insult, nëse marrin kontraktiv oral.

Patofiziologjia

Shenjat dhe simptomat precize të insultit ishemik varen kryesisht nga regjioni i paperfuzionuar. Ritmi në të cilin zhvillohen deficitet ka implikime të rëndësishme klinike.¹⁷ Simptomat mund të manifestohen si ishemi me dhimbje prapa, djersitje e harlisur, gulçim, vjellje dhe aritmi të zemrës. Megjithatë, një pjesë e konsiderueshme e pacientëve me ishemi kalon pa asnjë simptomë.

Simptomat e ishemise cerebrale mund të zbulohen në fazat fillestare, manifestime të sëmundjes janë:

- ❖ Shkelje e sistemit nervor,
- ❖ Harresa,
- ❖ Nervozizëm,
- ❖ Çrregullime të gjumit,
- ❖ Marramendje,
- ❖ Lodhja,
- ❖ Degradim,
- ❖ Dobësi,
- ❖ Dallimet në presionin e gjakut,
- ❖ Mosfunksionim i çështjes.¹⁸

Zhvillimi i insultit

Pothuajse menjëherë pas fillimit të okulzionit vaskular, simptomat dhe zakonisht, shenjat janë të luhatshme dhe përmisohen dhe përkeqësohen shpejt. Disa pacientë mund të jenë refuzues dhe presin që simptomat e tyre të kalojnë, duke vonuar kështu përkujdesjen mjekësore, aq sa terapia akute nuk është më efikase. Nëse simptomat zgjidhen plotësisht brenda 1ose 2 orëve, pacienti kishte TIA. Baza e kësaj zgjidhje nuk është e qartë. Ka mundësi të bëhet tretja e embolit me rikthim pasues të fluksit rajonal të gjakut, të ulet vazospazma dhe perfuzioni të përmirësohet në mënyrë sekondare, nga rritja e qarkullimit kolateral. Episodet ishemike që përfundimisht qojnë në infarkt, janë shpesh të luhatshme për disa orë pas fillimit. Në statet e hershme të dekursit ka mundësi që të parashikohet çfarë do të ndodhë. Rikuperimi mund të

¹⁷ Zivin, Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë2013 Kap.431, fq.2708

¹⁸ <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://medicine-al.mednews.in.ua/smundjeve-tjera/28706-ishemi-simptomat-llojet-dhe-trajtimi-i-smundjeve.html>

ndërpritet papritur dhe deficitet mund të rriten. Persistenca e çdo deficiti neurologjik mbi 2 orë, madje edhe nëse pacienti rikuperohet plotësisht më pas, pothuajse gjithmonë shoqërohet me një shkallë të dëmtimit indor. Deficitet neurologjike të mëdha mund të zhvillohen disa orë apo disa ditë pasi që anormaliteti është bërë i qëndrueshëm, një degjenerim ky që quhet insult në evolucion. Arsyet e mundshme janë dëmtimi i riperfuzionit, zgjerimi i embolit ose një insult i ri në të njëjtën shpërndarje vaskulare. Debiti i kompromentuar kardiak ose hipotensioni sistemik, që janë pasojë e ishemisë miokardiale, aritmive kardiake ose pamjaftueshmërisë kardiake, gjithashtu mund të kontribuojnë në disa raste. Pacientët mund të duken sikur kanë insult në evolucion si pasojë e çrregullimeve sistemike njësoj si imbalancat elektrolitike ose anormalitetet e glukozës, të cilat fillimisht duken sikur e përkeqësojnë inslutin, por janë sëmundje bashkekzistuese që nuk shkaktojnë zgjerim të infarktut. Edema cerebrale mund të zmadhojë shkatërrimin neurologjik në insultet e mëdha, duke shkaktuar sindroma të hernimit. Në infarkt mund të shfaqet hemorragjia sekondare: zakonisht, ky proces nuk shkakton shtim të deficiteve neurologjike, vetëm nëse gjaku zgjerohet në zonat jashtë kufijve fillestarë të infarktut, ose nëse shkakton efektin e masës dhe një presion të rritur intrakranial. Termi insult në evolucion përshkruan më shumë një kuadër klinik se sa një proces patologjik specifik.

Insulti I plotë kundrejt atij të paplotë

Insulti quhet i plotë nëse është dëmtuar e gjithë zona e trurit, e cila ushqehet me gjak nga një enë e okulduar. Nëse kjo gjë ndodh, nuk kanë përfitim terapitë profilaktike për parandalimin e zgjerimit të mëtejshëm. Nëse ka një dëmtim qelizor (humbje e neuroneve), por jo panekrozë cistike, insulti quhet i paplotë. Nëse insulti nuk është i plotë, pjesa indore e shpërndarjes vaskulare është në rrezik dhe duhet të merret në konsideratë profilaksia. Dallimi midis insulteve të plota dhe të paplota, përmes të dhënave klinike është i pamundur, sidomos gjatë fazave të para të insultit. Aktualisht, asnjë metodë diagnostike nuk identifikon me siguri indin e kërcënuar. Nga ana praktike, dallimi i insulteve të plota nga ato të paplota bazohet shpesh nëse pacienti ka të gjitha manifestimet e një prej sindromave të zakonshme të insultit apo vetëm disa prej tyre.¹⁹

¹⁹ Zivin, Justin. "Traktat mjekësor i cecil-it" Tiranë2013 Kap.431, fq.2709

Trajtimi

Trajtimi i insulteve cerebrovaskulare ishemike mund të ndahet në katër kategori kryesore:

- Parandalim
- Ndërhyrje vigjilente
- Terapi mbështetëse dhe
- Metodatat e reja ²⁰

Shkaqet e zakonshme dhe patogjeneza e insultit

Ateroskleroza është çrregullimi më i zakonshëm që shkakton insult.

Pllakat aterosklerotike mendohet se shkaktojnë insult nëpërmjet tre rrugëve:

1) Tromboza murale formohet në vendin e një lezioni aterosklerotik dhe koaguli abstrukton arterie në atë vend, 2) Ulcerimi ose raptura e pllakës, aterosklerotike qon në formimin e koagulit dhe embolizimin distal, 3) Hemorragjia në pllakë abstrukton arterien. Manifestimet klinike të insultit varen nga shkalla e okulzionit. Nëse okulzioni zhvillohet ngadalë, mund të ketë kohë për zhvillimin e kolateraleve dhe insulti shmanget. Nëse okulzioni është i menjëhershëm, vjen deri te insulti dhe shkalla e dëmtimit varet nga shtrirja e furnizimit kolateral, i cili është i disponueshëm për territorin e trurit të furnizuar nga ena e okluduar. Në këto rrethana, funksioni neurologjik mund të bëhet shumë i varuar nga ndryshimet e presionit arterial dhe rëniet e lehta mund të shkaktojnë insult, apo TIA rekurrente. Shumë shpesh, në sipërfaqen e ashpër të pllakës aterosklerotike formohet trombi fibrinoz trombocitar. Trombi mund të shpëputet dhe të notojë distalisht me rrymën e gjakut, deri sa të ngeçë në një degë distale, të vogël: ky proces quhet embolizimi nga arteria në arterie. Këto okulzione embolitike ka shumë mundësi të jenë simptomatike, sepse sa më distalisht të përfundojë, aq më i pakët është furnizimi kolateral. Gjithsesi, sasia e territorit, e cila privohet nga gjaku është më e vogël dhe simptomat, zakonisht janë më të rënda, se në okulzionin e trungut kryesor të enës.

Vendet më të zakonshme të formimit të trombit janë baza e aortës, bifurkacioni i arteries karotide komune ose pika ku arteriet vertebrale kanë origjinën nga arteriet subklavia.

²⁰ Richard S. Irwin James M. Rippe "Mjekësia e kujdesit intensiv" Tiranë 2014. Kap. 176 Fq 1990

Emboluset me origjinë kardiake

Embolat me origjinë nga zemra mund të ngecin në çdo pjesë të trupit: gjithsesi, meqenëse 20% e debitit kardiak normal shkakton në tru, ky i fundit, është vend i zakonshëm kardioembolizmit. Formimi i trombit dhe shkëputja e embolitë nga zemra, nxitet nga aritmia dhe anomalitë strukturore të vakvuave dhe dhomave të zemrës. Shpeshtësia llojeve të ndryshme të insultit, që shkaktohen nga kardioembolizmi mund të vlerësohet. Edhe pse disa insulte kanë origjinë të pastër embolitike dhe të tjerët janë në mënyre të padiskutueshme trombotike është e pamundur që të dallohen nga ana patologjike. Nuk ka asnjë test diagnostik që të vërtetojë se trombi, apo emboli me origjinë kardiake.²¹

Diagnoza

Anamneza jep të dhënat rreth vendit dhe gravitetit të insultit dhe ekzaminimi objektiv ndihmon në rafinimin e hipotezës mbi lokalizimin e lezioit. Bazuar në këtë informacion, testimet përfundimtare laboratorike mund të vazhdojnë me efikasitet.²²Nën dyshimin për ishemi cerebrale fillojmë menjëherë një studim për gjendjen neurologjike, sistemin kardiovaskular dhe statusin e frymëmarrjes.²³

Anamneza

Insulti, zakonisht fillon në një kohë që përcaktohet me saktësi. Aspekti më i rëndësishëm i anamnezës, e cila duhet marrë nga pacienti, apo nga vrojtuesit që shoqëronin pacientin nëse dyshohet insulti është koha e fillimit të simptomave. Nëse anormalitetet kanë filluar brenda tre orëve të kaluara, pacienti duhet të menaxhohet si një emergjencë akute dhe duhet filluar me terapinë trombolitike. Pacientët mund të jenë konfuzë, anksiozë, ose afazikë dhe mund të mos kuptojnë kohëzgjatjen e simptomave. Mund të jetë e nevojshme që fillimi i simptomave të lidhet me ngjarjet, të cilat pacienti apo shoqëruesit e tij mund t'i identifikojnë me saktësi. Disa nga pyetjet që mund të ju bëhen familjarëve apo shoqëruesve janë këto: *A është zgjuar pacienti me simptoma?* Në këtë rast, simptomat duhet të (që të merret në konsideratë trajtimi akut) supozohen që të kenë filluar në kohën kur pacienti njihej për herë të fundit në gjendjen premorbide zakonisht kur shtrihet në darkë. *A ishte pacienti duke parë televizion dhe nëse po, çfarë programi po jepej?* Shikimi i planit të programit televiziv në gazetë mund të ndihmojë

²¹ Zivin, Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.431, fq.2709

²² Zivin, Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.431, fq.2711

²³ <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://medicine-al.mednews.in.ua/smundjeve-t-tjera/28706-ishemi-simptomat-llojet-dhe-trajtimi-i-smundjeve.html>

në përcaktimin e kohës së fillimit. *A është njoftuar ambulanca dhe nëse po, në qafë kohe është ekzaminuar pacienti nga personeli jo mjekësorë?* Ky informacion, zakonisht disponohet në kartelat ambulatorë. TIA mund të jetë e dallueshme nga insulti gjatë fazave të hershme, por TIA, zakonisht zgjidhet, Brenda dy orëve të para. Përparimi i shpejtë i deficiteve ose prania e dhimbjes së kokës takohet më shpesh tek pacientët me hemorragji cerebrale. Edhe pse hemorragjia intracerebrale është përgjegjëse për rreth 15 % të insulteve, në përgjithësi hemorragjitë japin simptoma më të rënda që nuk mund të mohohen. Duke e krahasuar me këtë, pacientët me insulte të vogla ose me simptomat pakta, në të cilat mbizotërojnë ato sensore, shpesh ndodhen në gjendje mohimi dhe nuk kërkojnë ndihme mjekësore për një kohë të gjatë pas okulzionit të enës. Insultet ishemiike janë pothuajse gjithmonë të padhembshëm dhe nuk e zgjojnë pacientin nga gjumi, si dhe shpesh janë më të padukshme kur pacienti zgjohet normalisht në mëngjes. Ka një variacion ditor në shfaqjen e insulit, me një kulminacion në orët e vona të mëngjesit.²⁴

Ekzaminimi objektiv

Ekzaminimi neurologjik është një metodë kosto-efektive, për fillimin e vlerësimit diagnostik dhe shpesh ndihmon për të lokalizuar vendin e lezionit. Ekzaminimi kardiovaskular duhet të fokusohet në majtet e presionit arterial, duke përfshirë të dy krahët në mënyrë që të vlerësohet mundësia e disektimit të aortës ose prania e anormalitetet vaskulare, të ciat qojnë në fluks të reduktuar të trurit. Faktori më i madhë i riskut për insult është hipertensioni që ekziston tashmë. Gjithsesi, në shumë pacientë hipertensioni kalimtar pasohet menjëherë nga insulti, prandaj është e rëndësishme që të përcaktohet nëse pacienti ka pasur hipertension të qëndrueshëm. Pulsu mund të shfaqë aritmi, si fibrilacioni atrial, i cili mund të qojë në emboli cerebrale. Zhurmat e arterieve karotide mund të prodhohen nga sëmundja aterosklerotike e arterieve dhe një sëmundje e tillë lidhet me insultet embolitike dhe trombolitike. Dëshmia e sëmundjes vaskulare periferike mund të jetë një pasqyrim i arterterosklerozës së gjeneralizuar. Zakonisht, ekzaminimi neurologjik sugjeron lokalizimin dhe madhësinë e insulit. Insultet të shumta më të vogla mund të qojnë në demencë. Të folurit zakonisht është i prekur, që karakterizohet nga modele të ndryshme afazike, duke sugjeruar vendin e lezionit. Testimi i fuqisë, ndjesisë dhe i reflekseve të thella tendinoze jep informacion rreth modeleve të deficiteve dhe sugjeron vendin e lezionit vaskular. Stimulimi plantar që është një gjetje klasike tek pacientët me dëmtim të rrugëve të gjata tregon dëmtim të motoneuronit të sipërm,

²⁴ Zivin. Justin. "Traktat mjekësor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.431, fq.2711

të shkaktuar nga insulti. Gjithsesi, gjatë fazave të hershme të një insulti të shtrirë, reflekset janë më shumë të deprimuara sesa hiperaktive.²⁵

2.8 Trajtimi i sëmundjeve cerebrovaskulare

Insulti, përgjithësisht është një term që preferohet për një grup të sëmundjeve, të cilat karakterizohet nga fillimi i papritur dhe shkaktojnë dëmtime neurologjike. Afërsisht 85% e insulteve shkaktohen nga një fillim i papritur i papërshtatshmërisë së rrjedhjes së gjakut në disa zona të trurit, apo në të gjithë trurin .Pjesa tjetër e insulteve ndahen ndërmjet hemorragjisë në indin trunor dhe hemorragjisë në hapësirën rrethuese së trurit, zakonisht në hapësirën subaraknodidale. Një sinonim, i cili përdoret shumë shpesh për insultin ishte aksidenti cerebrovaskular, por ky term nuk pëlqehet më, duke qenë se insultet në të vërtetë nuk janë aksidente. Sot disponohen terapi profilaktike të mirëpërcaktuara dhe terapi akute, si edhe mjetet diagnostike janë përmirësuar në mënyrë të dukshme. Trajtimi i insulteve është bërë më racional dhe më i suksesshëm.²⁶

Epidemiologjia

Insulti është shkaku i dytë i vdekjeve në mbarë botën dhe i treti në botën e industrializuara (pas sëmundjeve kardiale dhe të gjithë llojeve të kancerit të marra së bashku). Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës është shkaku më i zakonshëm i invalidizimit të të rriturve. Në Kinë dhe ne Japoni, insulti është shkaku më i shpeshtë i vdekjeve. Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, incidence vjetore dhe shkalla e vdekjes nga insulti ka rënë në mënyrë të njëtrajtshme gjatë pjesës më të madhe të shekullit XX. Gjithsesi, vitet e fundit, shkalla e rënies është ngadalësuar dhe incidensa e insultit mund të jetë në rritje. Në Shtetet e Bashkuara rreth 750.000 insulte ne vit paraqiten për përkujdesje mjekësore dhe insultet shkaktojnë rreth 150.000 vdekje në vit. Në çdo kohë të dhënë ka rreth 3 milion të mbijetuar ndaj insultit në shtetet e Bashkuara të Amerikës. Shkalla e incidensës në shtetet e Evropës Perëndimore është pak më i lartë nga ajo në Shtetet e Bashkuara dhe disa shtete të Evropës Lindore, Kina dhe Japonia kanë shkallë shumë të lartë, pjesërisht bazuar në duhanpirje dhe tek faktorët ambientale dhe të dietës. Shalla e insultit, çdo dekadë afërsisht dyfishohet pas moshës 55 vjeç. Hipertensioni rrit rrezikun me katërfish, duhanpirja, pothuajse e dyfishon rrezikun dhe diabeti e rrit me dy,deri në gjashtë fish. Stenoza e karotidës dhe fibrilacioniatrial, ndoshta janë faktorët më të fuqishëm të rrezikut. Tek faktorët të tjerë të rrezikut bën pjesë obeziteti,

²⁵ Zivin.Justin. “Traktat mjeksor i cecil-it” Tiranë2013 Kap.431, fq.2711

²⁶ Zivin. Justin. “Traktat mjeksor i cecil-it”Tiranë2013 Kap.430.fq2702

hiperkolesterolemia, inaktiviteti fizik, abuzimi me alkoolin, hiperkomocisteinemia, abuzimi me droga dhe përdorimi i agjentëve oral kontrceptiv.

2.9 Anatomia cerebrovaskulare

Insultet zakonisht shkaktohen nga anormalitetet e qarkullimit cerebral. Gjithsesi, variacionet anatomike janë të shpeshta dhe territorin që furnizohet me nga një arterie e dhënë, nuk është plotësisht i parashikueshëm: si pasojë, sindromat e insultit mund të mos përputhen mirë me lokalizimin e dëmtimit vaskular. Për të marrë një informacion të detajuar mbi çdo pacient, në mënyrë individuale janë të nevojshme studimet e përshtatshme imazherike. Në shumë rrethana, imazheria joinvazive është e përshtatshme. Për anomalitë vaskulare si, stenoza, keqformimet, apo aneurizmat, angiografia është vendimtare për diagnozën, pasi kuptimi i anatomisë është i nevojshëm për zhvillimin e planeve trajtuese.

Truri furnizohet me gjak nga katër arterie kryesore: arteriet karotide interne dhe vertebrale bilaterale. Arteria karotide komune e majtë rrjedh direkt nga harku i aortës, por e djathta e ka origjinën nga degët e aortës. Arteria karotide komune e djathtë është degë e arteries inominata, ndërsa arteria vertebrale e majtë dhe e djathtë e kanë origjinën nga arteriet sublavaria.²⁷

Drenimi venoz

Venat në tru, në dallim nga venat e pjesëve të tjera të trupit, shpesh nuk shoqërojnë arteriet. Venat kortikale drenojnë në sinusin sagital superior, i cili shtrihet midis hemisferave cerebrale. Strukturat më të thella drenojnë në sinusin sagital inferior dhe në venën e madhe cerebrale (e Galenit), të cilat bashkohen në sinusin e drejtë. Secili sinus transversal kalon lateralisht në drejtim të kockës petroz, ku bëhet sinus sigmoidal, i cili del nga kafa në venën jugulare interne. Secili sinus kavernoza komunikon me binjakun e tij kontralateral dhe rrethon arterien karotide ipsilaterale. Të dy drenojnë në sinuset petrozale, të cilët nga ana e tyre drenojnë në sinusin sigmoid.²⁸

²⁷ Zivin. Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.430.fq2702

²⁸ Zivin. Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.430.fq2704

Fiziologjia normale

Metabolizmi dhe perfuzioni cerebral

Edhe pse truri përbën rreth 2 % të peshës trupore të njeriut, ai marrë rreth 14% të debitit kardial në qetësi. Kërkesat energjetike për aktivitetin normal të trurit janë të barabarta me kërkesat e pjesës më të madhe të indeve metabolikisht aktive, si zemra dhe veshkat. Metabolizmi aerobik i glukozës në trurin human normal konsumon një mesatare prej 140 umol të oksigjenit dhe 24 umol të glukozës për 100 g të trurit, çdo minutë. Aktivitetet normale cerebrale, si të menduarit apo gjumi, nuk alterojnë fluksin total të gjakut, përdorimin e glukozës apo kapje e oksigjenit në tru, por këto aktivitete ndryshojnë modelin e perfuzionit dhe përdorimit të energjisë në zonat specifike të trurit.²⁹

Ishemia cerebrale

Transporti jo i përshtatshëm i oksigjenit ose i glukozës.

Ishemia cerebrale -Llojet e hipoksisë

Ishemia- hipoksia cerebrale mund të ndahet në ishemi fokale, e shkaktuar nga okulzioni vaskular: ishemi globale, si rezultat i pamjaftueshmërisë kardiake të plotë: dhe në hipoperfuzionin- hipoksi difuze që shkaktohet nga sëmundjet respirator ose nga ulja e madhe e presionit të gjakut.³⁰

▪ Ishemia fokale

Ishemia cerebrale fokale shkaktohet zakonisht nga okulzioni embolik apo trombotik i enëve ekstrakraniale apo intrakraniale të gjakut, që rezultojnë në uljen e fluksit të gjakut Brenda territorit vaskular përkatës. Fluksi i gjakut në zonën qendrore të shtratit vaskular ishemic është zakonisht shumë i ulur por rrallëherë arrin zeron, për shkak të furnizimit pjesor me gjak nga enët kolaterale. Mënyra më e mirë e trajtimit të këtij regjioni ishemic është restaurimi

(rivendosja) i menjëhershëm i fluksit të gjakut. Një zonë kalimtare mund të jetë e pranishme midis indit me perfuzion normal dhe bërthamës së zonës ishemike. Ky rreth i indit të depresuar në mënyrë të moderuar është quajtur *penumbra ishemike*. Mendohet që qelizat e trurit në penumbra mbesin të gjalla për një kohë më të gjatë, se qelizat në bërthamën

²⁹ Zivin. Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.430.fq2704

³⁰ Zivin. Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.430.fq2706

ishemike. Ky ind me buzë të dukshme mund të rivendoset fluksi ose ndoshta përmes agjenteve toksik neuroprotektik. Madhësia dhe kohëzgjatja e penumbrës nuk njihet në çdo pacient, në mënyrë individuale dhe përcaktohet dobët me teknikat aktuale diagnostike. Ishemia cerebrale e mjaftueshme për të shkaktuar shenja dhe simptoma klinike, nëse është e rëndë, mund të çojë në dëmtime të pakthyeshme të neuroneve vulnerabël, brenda 5 minutave. Zgjatjet progresive më të mëdha të ishemisë rrisin mundësinë e dëmtimeve të përhershme. Nëse ishemia cerebrale persiston për më shumë se 6 orë, atëherë kompletohet infarkti i një pjesë, apo i të gjithë territorit vaskuar të përfshirë edhe në strategjitë e vetme për terapi detyrojnë rehabilitimin, siç është trajtimi me faktorët neurologjik ose transplant neutral. Zbulimi ose jo i dëshmisë klinike të dëmtimit cerebral permanent nga ishemia varet nga lokalizimi i indit cerebral të përfshirë.

▪ **Ishemia globale**

Ishemia cerebrale globale vjen si pasojë e asistolisë kardiake, të cilët redojktojnë fluksin e gjakut në zero, në të gjithë trurin dhe trurin. Ishemia globale për më shumë se 5 apo 10 minuta, në përgjithësinë është e papajtueshme me rikuperimin e kotë të ndërgjegjes, tek njerëzit normotermik. Nëse rivendoset fluksi i gjakut në kohë, duke parandaluar vdekjen kardiake, nekroza ishemike selective, zakonisht përfshin neuronet më të prekshme në neuronet CA 1 piramidale të hipokampusit, qelizat cerebrale Purkinje dhe neuronet pramidale të shtresës 3,5 dhe 6 të neokorteksit. Çdo gjë që pengon oksigjenimin apo furnizimin e përshtatshëmme glukozë të trurit, sihipoksemia, helmimi nga monoksidi i karbonit dhe hipoglicemia e rëndë dhe e zgjatur, mund të çojë po ashtu në dëmtime të tilla. Ringjallja kardiake ose shkaqet e tjera të hipotensionit të zgjatur, mund të shkaktojnë infarkt cerebral, sidomos në zonat kufitare që shtrihen midis degëve terminal të arterieve madhore të furnizimit dhe që shpesh emërohen *zona me shpërndarje në formë shatërvani*.³¹

▪ **Hipoksia difuze**

Hipoksia difuze, fillimisht shkakton çrregullim të funksionit cerebral, por jo dëmtime të pakthyeshme të tij. Personat me hipoksi cerebrale, sëmundje që vjen nga lartësitë e mëdha, sëmundjet polmunare ose anemia e rëndë mund të kenë konfuzion, dëmtim konjitiv (të njohurit) dhe letargji. Fillimi i komës paralajmëron dëmtime permanente të trurit. Fillimi më i ngadalshëm i reduktimit të oksigjenimit, i cili mund të shkaktohet nga ngjitja në lartësi ose

³¹ Zivin. Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.430.fq2706

zhbillimi gradual i anemisë lejon kompensimin, përmes një serë mekanizmash, gjithsesi, nëse hipoksia rritet, kompensimi dështon përfundimisht.

▪ **Hemorragjia cerebrale**

Hemorragjia në hapësirën subaraknoidale nga një aneurizëm e ruptuar ose nga keqformimet e tjera vaskulare, shkakton një meningjit kimik (steril) dhe mund të nxisë vazospazmën, veçanërisht në enët që ndërtojnë cirkulus Willi. Nëse vazospazma është e rëndë mjaftueshëm, mund të çojë në infarkt cerebral dhe vdekje. Hemorragjia intraparenkimale mund të jetë relativisht beninje. Hemorragjia në rajonin e infarktimit të mëparshëm, i cili quhet transformimi hemorragjik, nuk shkakton humbje të tjera funksionale. Gjithsesi, hemorragjia parenkimale primare shkakton dëmtim indor me disa mënyra. Nëse ruptohet një enë e madhe, sasia e gjakut në tru mund të jetë lartë. Pjesa e shpërndarjes vaskulare, distalisht vendit të rrupturës, nuk furnizohet më me gjak dhe rezulton në infarkt. Në vendin e rrupturës, hemorragjia cerebrale mund të shkaktojë dëmtime traumatike të indit të ekspozuar dhe gjaku, apo produktet e tij të degradimit në parenkimin trunor rrit volumin e përgjithshëm cerebral dhe edema që formohet shpejt në vendin dhe rreth vendit të hemorragjisë rrit përmbajtjen intrakraniale. Patologjia biokimike e shkaktuar nga ekspozimi i trurit ndaj gjakut nuk është përcaktuar ende. Hipertensioni idhet ngushtë me hemorragjinë intracerebrale. Studimet sugjerojnë që metaloproteinazat e matriksit në uret vazale janë të aktivizuara, duke çuar kështu në degradimin e indit vaskular me hemorragji pasuese.³²

▪ **Edema cerebrale**

Rritja patologjike e përbërjes ujore në indin trunor (edema), zakonisht zhvillohet në të gjitha llojet e insulteve hemorragjike dhe ishëmike. Enjtja e trurit dhe rritja e ICP-së lidhen proporcionalisht me vëllimin e ujit të grumbulluar: në disa rrethana, edema mund të shkaktojë degjenerime neurologjike dhe vdekje, nëpërmjet sindromave të hernimit. Hapësira intrakraniale përmban trurin, i cili peshon afërsisht 1 400 gr, rreth 75 ml gjak dhe afërsisht 75ml të lëngut cerebrospinal (CSF). Normalisht, vëllimi i indit cerebral është konstant, ndërsa gjaku intrakranial dhe lëngu cerebrospinal ndryshojnë në mënyrë reciproke, duke mbajtur në vlera normale ICP- në. Ekzistojnë disa mekanizma që kompensojnë rritjen e përmbajtjes intrakraniale deri në një shkallë të kufizuar, ku përfshihet zhvendosja e lëngut cerebrospinal në hapësira të tjera kraniale, reduktimi i vëllimit venoz të gjakut, reduktimi i

³² Zivin. Justin. "Traktat mjeksor i cecil-it" Tiranë 2013 Kap.430.fq2707

likidit normal intersticial cerebral dhe atrofia cerebrale kronike. Edema e trurit kategorizohet në bazë të fiziopatologjisë dhe kriterëve anatomike, në brendaqelizore dhe intersticiale. Edema brendaqelizore, e quajtur edhe *edema citotoksike*, shkaktohet kur dështon pompa jonike membranoze energji-vartëse, si rezultat i natriumit (Na⁺) dhe osmolet e tjerë hyjnë në qelizë dhe marrin me vete ujin nga kompartimenti intersticial dhe vaskular. Ky proces mund të fillojë brenda pak orësh pas fillimit të ishemiisë. Edema qelizore prek në mënyrë dominuese astroцитet, por përfshihen edhe neuronet, qelizat oligodendrogliale dhe ato endoteiale. Edema intersticiale, e quajtur dhe *edema vazogjene* shfaqet më vonë se forma brendaqelizore e edemës. Edema intersticiale, pas infarktimit cerebral përkeqësohet në mënyrë progresive, brenda 3 ditësh pas insultit. Grumbullimi i likidit brenda afërsisë së qelizave endoteliale të dëmtuara dhe zonës së infarktimit, mund të rrisë përmbajtjen ujore lokale të trurit me 10%. Grumbullimi intraqelizor i ujit rritet nga vlera normale prej 79%, në 81% të peshës trunore. Nëse qarkullimi cerebral rivendoset para se të zhvillohen dëmtime të pakthyeshme cerebrale, edema brendaqelizore zgjidhet pa sekela permanente. Gjithësesi, rritja e madhe e vëllimit cerebral, mund të çojë në hernim transtentorial të hemisferave cerebrale ose në hernim cerebral. Këto sindroma mund të rezultojnë në ishemi globale të pakthyeshme të hemisferave ose në shtypjen e trungut cerebral, humbjen e kontrollit cerebelar të qarkullimit dhe në vdekje nga arresti respirator. Nëse pacienti ka kaluar një insult të gjerë dhe mbijeton pas ditës së tretë ka shumë pak mundësi që ai të vdesë si pasojë e atij insultit.

Kujdesi infermieror te të moshuarit me insulte ishemike

2.10 Vlerësimi fillestar infermieror

Infermieri pyet pacientin në këtë rast të moshuarin ose familjaret e tij për faktorët rrisues dhe faktorët që kanë shkaktuar ishemi. Aktivitetet dhe hobet mund të zbulojnë një ekspozim mjedisor që mund të rrit rrezikun për insulte ishemike.

Sëmundjet e mëparshme dhe historia mjekësorë mund të tregojnë ekspozimin ndaj rrezatimit ose medikamenteve që gjithashtu rrisin rrezikun. Gjithashtu pyetet i moshuari ose familjarët e tij nëse ka përjetuar më parë nga problemet e më poshtme:

- Harresë,
- Nervozizëm,
- Çrregullime të gjumit,
- Marramendje,
- Lodhje,
- Dobësi,
- Dallimet në presionin e gjakut,
- Mosfunksionim i çështjes
- Frikë dhe pa siguri
- Ankth
- Paraliza
- Problem me bilancin
- Dhimbje ose mpirje
- Probleme me kujtesën ose të kujtuarit

2.11 Vlerësimi fizik

Është e rëndësishme që infermierët të kuptojnë barrën e një goditje si çështje e shëndetit publik. Kjo do t'i udhëheqë në zhvillimin e aftësive të duhura për t'u kujdesur për pacientët me insulte ishemike dhe për të edukuar pacientët dhe familjet për parandalimin e kësaj sëmundje.

Faza e parë e kujdesit është faza e emergjencës ose hiperakute, përfshin orët e para 3 deri në 24 orë pas fillimit të insulit. Kjo fazë zakonisht përfshin fazën paraspitalore (aktivizimin e shërbimeve emergjente mjekësore dhe përgjigjet) dhe protokollet e kujdesit. Fokusi është në identifikimin e simptomave goditje dhe vendndodhjen e infarkt, vlerësimin e pacientit për rrezikun e komplikimeve akute dhe afatgjata, dhe përcaktimin e mundësitë e trajtimit.

Faza 2 përfshin kujdesin akut, e cila përfshin periudhën prej 24 deri në 72 orë pas fillimit të insulit ishemik. Në këtë fazë, fokusi është në sqarimin e shkakut të insulit, parandalimin komplikime mjekësore, po ashtu duhet të përgatisim pacientin dhe familjen për shkarkimin, për parandalimin sëmundjes së mesme ose afatgjatë.

Marrja e një historie dhe kryerja e ekzaminimeve të përgjithshme mjekësore dhe neurologjike e shpejtë të sigurojë themelet e vlerësimit urgjente. Vlerësimi klinik plotësohet me testet diagnostike të zgjedhura. Mjeku duhet së pari të përcaktojë arsyen për dëmtimet neurologjike të pacientit. Pacientët me goditje zakonisht të pranishme me një histori, fillimin e papritur apo një fillim të shpejtë të simptomave neurologjike fokale. Disa pacientë mund të kenë hap pas hapi ose gradual përkeqësim të gjendjes.

Pacientit i bëhet ekzaminimi neurologjik dhe kardiovaskular:

- ❖ Ekzaminimi neurologjik sugjeron madhësinë e insulit ne tërësi,
- ❖ Ekzaminimi kardiovaskular duhet të fokusohet në mbajtjen e presionit arterial, duke përfshirë të dy krahët në mënyrë që të vlerësohet mundësia e disektimit të aortës ose prania e anormalitetet vaskulare, të cilat qojnë në fluks të reduktuar të trurit.

2.12 Vlerësimi psikosocial

Edhe pse identifikimi i saktë i simptomave të goditjes është një faktor kritik për sukses në trajtimin e hershëm të tij, infermierja duhet të përfshijë aspekte të tjera të pacientit paraspitalore. Njohja e simptomave goditje është një faktor i rëndësishëm në ofrimin e suksesshëm të terapive . Mjetet e vlerësimit paraspitalore janë zhvilluar për të ndihmuar dhe për të përmirësuar njohjen e simptomave goditje dhe për të përmirësuar aftësinë që ti identifikojë.

Është normale që të ndihen të zëmëruar, në ankth apo në depresion pas një goditje në tru. Pacienti mund të ndjehet i shqetësuar për punën, paratë dhe marrëdhëniet ,dhe lodhja e shkaktuar nga goditja mund të bëjë gjërat më keq.

Pacientët me insulte ishemike përjetojnë dëmtime në vizionin, lëvizjen e trupit dhe të folurit po ashtu mund të kenë humbje ndjenjash. Detyra e infermieres është që të bëjë pacientin të ndihet sa më komod në rastin e hospitalizimit dhe të kontribuojë në shërimin e tij. Ka raste që mund të kenë edhe verbërim problem më koordinimin, si dhe dobësi në trup. Mpirje ose dobësim i përnjëhershëm i fytyrës, krahëve, ose këmbëve (veçanërisht në njërin anë të trupit, në anën e kundër të pjesës së trurit që është prekur).

2.13 Diagnostifikimi infermieror

- ❖ Dëmtim të lëvizjes fizike kjo e lidhur me rigiditetin muskolor dhe dobësimin e vazhdueshëm të lëvizjes,
- ❖ Mungesë njohurish mbi sëmundjen
- ❖ Risku i lartë për hipertension
- ❖ Mbipesha sidomos e shprehur tek gjinia femërore
- ❖ Deficite të mëdha në vetëkujdesje (ushqyerja, veshja, higjiena personale) e lidhur me avancimin e sëmundjes.
- ❖ Goditja ndikon në mënyra të ndryshme
- ❖ Shumë të mbijetuar nga goditja vazhdojnë të përmisohen me kalimin e një kohe të gjatë, ndonjëherë për një numër vitesh.

2.14 Planifikimi infermieror

Plani i kujdesit infermieror tek të sëmurët me insult ishemik duhet të përcaktohet për një kohë të gjatë dhe të caktohet me saktësi.

Planifikimi përfshin:

- ✓ Përcjelljen e shenjave vitale
- ✓ Përmisimin e lëvizjes
- ✓ Përmisim në të folur
- ✓ Kujdesin për realizimin e CT-së
- ✓ Kujdesin për realizimin e MRI
- ✓ Përmisimin e komunikimit
- ✓ Kujdesin e atyre pacienteve të cilët kjo sëmundje i verbon
- ✓ Koordinim me lëvizjen e trupit

3 . Qëllimi i punimit

Qëllimi i këtij punimi është zgjerimi i njohurive rreth shenjave dhe simptomave të insulteve cerebrovaskulare. Mësimi dhe perfeksionimi i dijeve në lidhje me kujdesin e pacientëve me insulte cerebrovasulare dhe rritja e nivelit të kujdesit infermieror për këta pacientë. Ky studim realizohet për të dhënë një sqarim sa më të qartë të gjendjes aktuale të sëmundjes në qytetin e Gjakovës. Studimi përfshinë zbulimin e sëmundjes sipas gjinisë, moshë, kohëzgjatjes së hospitalizimit dhe vendbanimit.

Qëllimi kryesor i punimit ishte analizimi i pacientëve me insulte cerebrovaskulare me hospitalizim në Spitalin e Gjakovës “ Isa Grezda “ në repartin Neurologji në periudhën korrik-nëntor 2015 si dhe në Spitalin Regjional në Prizren.

4. Metodologjia

Për realizimin e këtij punimi kamë bërë rishikim të literaturës të 5 viteve të fundit të marra nga biblioteka e Gjakovës “Ibrahim Rugova” si dhe nga biblioteka e fakultetit “Fehmi Agani”.

Të dhënat rreth të sëmurëve dhe kujdesit infermieror i kemi marrë nga Spitalet Regjionale, ai i Gjakovës dhe Prizrenit, si dhe poashtu është prezantuar një rast.

Materialet të cilat janë përdorur për këtë studim janë marr në protokollet e repartit të Neurologjisë, nga muaji korrik deri ne muajin nëntor 2015. Pas marrjes se këtyre statistikave arrita deri në një përfundim me rezultatet të cilat janë marr për studim. Për marrjen e këtyre të dhënave janë lejuar nga drejtoria e spitalit të Gjakovës “Isa Grezda” dhe nga drejtoria e Spitalit të Prizrenit. Studimi është i tipit retrospektiv, rezultatet janë prezantuar përmes tabelave dhe grafikoneve pas përpunimit statistikor.

5 Rezultatet

Ne pjesen e parë kemi prezantuar studim rasti dhe pastaj kemi vazhduar me rezultatet nga te dhenat e poseduara .

5.1. Studim i rastit

Vlerësimi fillestar i rastit:

Të dhënat subjective-pacienti me inicialet A.K, i lindur në Gjakovë me vendbanim në Brekoc me 15.11 .1960, me gjendje sociale-ekonomike mesatare, me peshë 86 kg gjatësi 1.76. Ky është rasti i parë në familjen e tij.

Të dhënat objektive- pacienti është i lodhur, nervozë, çrregullime me gjumin si dhe tensioni arterial shumë i lartë, tahikardi, marramendje, dhimbje dhe mpirje, si dhe problem me kujtesën dhe të menduarit e qartë.

Temperatura 37.5 gradë

Shtypja e gjakut 150/96 mmHg

Pulsi mbi 80 rrahje ne minutë

Mungesa e reflekseve

Fytyra maskë

Njëra anë e ekstremiteteve e paralizuar

Pamundësi në ushtrimin e aktiviteteve të ndryshme

Të dhënat historike- pacienti dhe familjarët e tij pohojnë se i moshuari kishte ndonjë problem me parë. Aspekti më i rëndësishëm i anamnezës, e cila duhet marrë nga pacienti, apo nga familjarë që e shoqërojnë pacientin nëse dyshohet insulti është koha e fillimit të simptomave. Nëse anormalitetet kanë filluar brenda tre orëve të kaluara, pacienti duhet të menaxhohet si një emergjencë akute dhe duhet filluar me terapinë trombolitike. Pacientët mund të jenë konfuzë, ansiozë, ose afazikë dhe mund të mos kuptojnë kohëzgjatjen e simptomave. Mund të jetë e nevojshme që fillimi i simptomave të lidhet me ngjarjet, të cilat pacienti apo shoqëruesit e tij mund t'i identifikojnë me saktësi. Disa nga pyetjet që i bëhen familjarëve janë: Çfarë ishte duke bërë pacienti , ku ndodhet me kënd ishte, si dhe a është zgjuar me simptoma apo jo.

Të dhënat aktuale-pacienti tashmë është i hospitalizuar ne Spitalin Regjional “ Isa Grezda” Gjakovë në repartin e Neurologjisë. Ai është i shoqëruar nga familjarët apo përcjellës (bashkëshortja e tij), dhoma e pacientit është e pastruar dhe me një temperature normale.

Terapia që përdoret në këto raste është e ordinuar nga mjeku adekuat:

- **Antiedematoz** (Manitol)
- **Antikoagulant** (Frasksiparina)
- **Antiagregues** (Aspirina)
- **Antilipemik** (Atorvastatina)

Si dhe terapia tjetër varësisht prej semundjeve tjera (hipertensioni, diabeti, çrregullime të ritmit të zemrës) etj.

5.2 Diagnoza infermierore

Qëllimi i diagnozës infermierore është hartimi dhe zbatimi i një plani , kujdesi individual në mënyrë të tillë që pacienti dhe familja e tij të mundë të përshtaten me ndryshimet që rezultojnë nga problemet shëndetësore. Pacientët në përgjithësi kërkojnë një numër të kufizuar të testeve diagnostifikuese, si pjesë e vlerësimit emergjent. Sepse koha është thelbi në kujdesin e insulteve ishemik, institucionet duhet të kenë studime diagnostifikuese në 24-h në ditë dhe 7-ditë bazë\ javë. Nëse testet nuk janë në dispozicion, atëherë bëhet transferim i pacientit në një spital i cili është i pajisur për të bërë këtë.

Duhet të merren parasysh pas mbledhjes së të dhënave subjektive, objektive, historike dhe aktuale duke shfrytëzuar planin e procesit infermieror janë

- Plogështi, dobësi dhe marramendje,
- Temperaturë normale
- Vështirësi në lëvizje
- Komunikim jo të qartë
- Mpirje ose dobësim i përnjëhershëm i fytyrës, krahëve, ose këmbëve

5.3 Planifikimi infermieror

Duke u bazuar në vlerësimin e gjendjes së përgjithshme, prioritetet tona për pacientin A.K janë:

1. Përcjellja e shenjave vitale

- Të kontrollohet frymëmarrja
- Temperatura
- Puls
- Tensioni arterial

2. Përmisimi i lëvizjes

Një program i qartë progresi në lidhje me ushtrimet e përditshme:

- Që do rrisin fuqinë e muskujve
- Përmisimin dhe koordinimin e shkathësisë
- Përfundimin e rigiditetit muskolor
- Parandalimin e kontrakturave që shfaqen kur muskujt nuk përdoren

3. Përmisim në të folur

- Të përpiqet që të flasë sa më qartë
- Të flet ngadalë dhe rrjedhshëm

4. Koordinim me lëvizjet trupit

Të kujdesemi që pacienti të ndihet sa më mirë që është e mundur ta ndihmojmë rreth ushtrimeve fizioterapeutike. Është shumë e rëndësishme që të jenë edhe familjarë afër tij për arsye të ndryshme.

5. Kujdesi për realizimin e CT-së

Detyrë e jona është që ta pregadisim pacientin për bërjen e CT-së në mënyrë të mirë dhe sa më e shpejtë që është e mundur.

5.4 Zbatimi infermior

Spitalet tona janë plot me të sëmurë që diagnostifikohen dhe mjekohen nga mjekët tanë brenda të gjitha standardeve mjeksore dhe mundësive që ofron sistemi ynë shëndetësor andaj mardhëniet mjek pacient janë shumë të rëndësishme për mirëqenien e shëndetit. Tek rasti A.K disa prej karakteristikave kryesore të zbatimit infermieror janë :

- ✓ Pacienti dhe familjarët janë të informuar për gjendjen shëndetësore
- ✓ I moshuari është adaptuar me ambientin për aq kohë sa do ta përfundojë infuzionin
- ✓ Pacienti ka arritur forcimin e muskujve të këmbëve dhe ekuilibër nëpërmjet ushtrimeve
- ✓ Pacienti pajtohet për marrjen e terapisë
- ✓ Maten shenjat vitale dhe regjistrohen në listën e temperaturës
- ✓ Kontrollohet temperatura e dhomës
- ✓ Infermierja aplikon masat e higjienës në bashkëpunim me të tjerët
- ✓ Kontrollojmë vazhdimisht gjendjen fizike dhe shpirtërore të pacientit duke u munduar të parandalojmë komplikimet
- ✓ Komunikimi infermier pacient është në mënyrë shoqërore dhe të afërt
- ✓ Eliminohet çdo faktor që e pengon pacientin në ambientin ku qëndron
- ✓ Pacienti e ka kuptuar gjendjen e ti dhe është pajtuar që ti aplikoj terapitë me rregull

5.5 Vlerësimi përfundimtar

- ✓ Pacienti është i vetëdijshëm
- ✓ Temperatura është normale 37C
- ✓ Puls 80 rrahje në minutë
- ✓ Ka mpirje të dorës së djathtë
- ✓ Nuk ushqehet në mënyrë të rregullt
- ✓ Peshë e ti trupore ka rënë dukshëm nga 86 në 83
- ✓ Të gjitha procedurat janë realizuar në kushte sterile
- ✓ Nuk praqet pakënaqësi gjatë aplikimit të terapisë
- ✓ Po ashtu marrëdhëniet pacient- infermier janë shumë të mira
- ✓ Ankohet për dhembje herë pas here
- ✓ Te gjitha procedurat diagnostike terapeutike janë realizuar në kushte sterile sipas standardeve

5.6 Rekomandimet

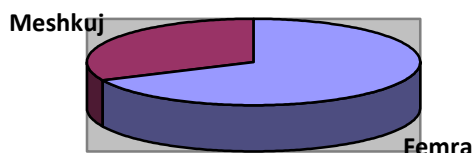
- ✓ Trajtimi antihipertensive është rekomanduar për të dy parandalimet e goditjeve dhe parandalimin e ngjarjeve të tjera vaskulare në personat të cilët kanë pasur një goditje ishemike apo TIA dhe janë përtej periudhës hiperakute.
- ✓ Demonstrimi i aftësive të komunikimit, ushtrimeve të fjalëve, ushtrimet për ekstremitete të prekura nga goditja.
- ✓ Të marrë terapinë me rregull të cilat i ka të përshkruara për presionin e gjakut, diabeti, ose kushte të tjera sipas udhëzimeve të mjekut.
- ✓ Një të mbijetuari me goditje i nevojitet mbështetja është pikërisht ajo që ai ka nevojë kështu që ata nuk duhet të mendojnë se janë vetëm në rehabilitim dhe shërimi. Pjesëmarrja në një grup mbështetje jo vetëm që do të ndihmojë pacientin më shumë por do ta ndihmojë të bëhet më i frymëzuar për të ecur përpara.
- ✓ Pacientët kanë nevojë për të marrë ndihmë në aktivitetet e përditshme pas një goditje në tru.
- ✓ Ushtrimi jo vetëm që do ta ndihmojë pacientin për të menaxhuar peshën e tij, por ai gjithashtu mund të ju ndihmojë për të reduktuar stresin, një nga faktorët kryesorë të rrezikut për një goditje të dytë. Bëni atë që ju mundeni, nëse kjo është një shëtitje rreth bllokut ose ushtrime të thjeshta kjo do të ju ndihmojë shumë.
- ✓ Nëse ju janë të kufizuara në atë që ju mund të bëni, kjo është në rregull, por sigurohuni që ju të bëni diçka dhe të bëni atë çdo ditë. Mjeku adekuat mund të rekomandojë ushtrimet që janë të përshtatshme për atë pacientë.
- ✓ Në mes të një të tretës dhe gjysma e njerëzve që mbijetojnë nga goditja bien në depresion. Depresioni mund të bëjë shërimin tuaj dhe rehabilitim më të vështirë. Shiqojmë për simptomat e hershme, të tilla si ndryshimet e dëmshme në qëndrimin ose aftësinë tuaj për të kontrolluar emocionet tuaja. Prandaj familja dhe miqtë janë shumë më rëndësi për atë pacientë që ti ketë sa më afër dhe ta ndien dashurinë e tyre.

5.7 Prezentimi i rezultateve nga te dhenat spitalore

Gjatë hulumtimit janë konstatuar 220 pacientë me insulte cerebrovaskulare ne Spitalin e Gjakoves, të gjinisë femërore janë 150 raste ndërsa të gjinisë mashkullore janë 70 raste. Në tabelën dhe në garfikonin numër 1 janë paraqitur rastet në bazë të gjinisë. Vërehet qartë se gjinia femrore (68.18%) është ajo qe është atakuar me shumë se gjinia e kundërt.

Tabela 1. Struktura e pacientëve me insulte cerebrovaskulare në të dy gjinitë ne Spitalin e Gjakoves

Gjinia	Numri	Përqindja
Femra	150	68.18%
Meshkuj	70	31.82%
Gjithsej	220	100.00%

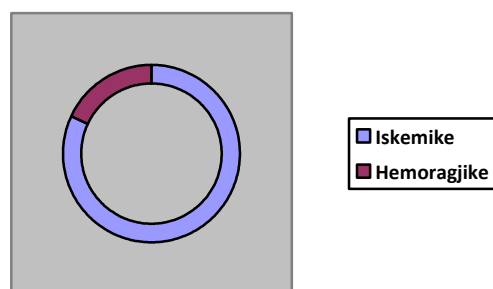


Grafikoni 1. Struktura e pacientëve me insulte cerebrovaskulare te dy gjinitë ne Spitalin e Gjakoves

Sipas të dhënave në repartin e Neurologjisë te Spitalit te Gjakoves nga gjithsej 220 pacientë, me insulte iskemike kanë qenë 180 raste ndërsa me insulte hemorragjike kanë qenë 40 raste.

Tabela 2. Numri i pacientëve me insulte ishemike dhe hemorragjike

Llojet e insulteve	Numri	Përqindja
Ishemike	180	81.81%
Hemorragjike	40	18.18%
Gjithsejë	220	100.00%

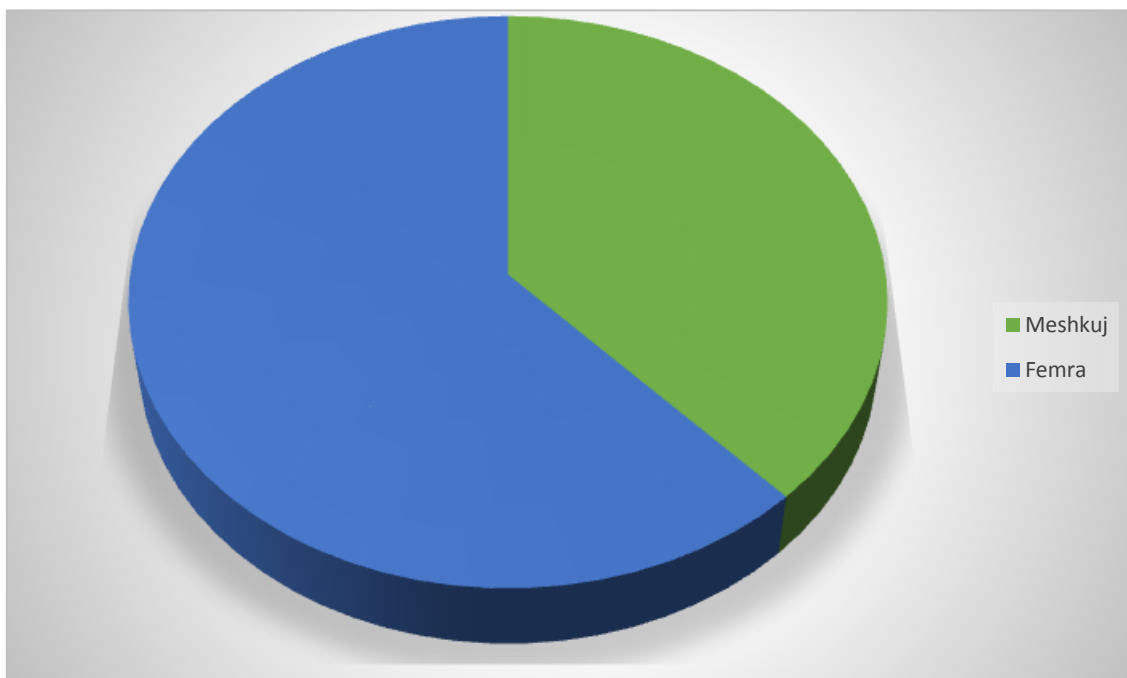


Grafiku 2. Numri i pacienteve me insulte ishemike dhe hemorragjike

Në tabelën dhe grafikunin numër 2 kemi numrin dhe përqindjen e pacientëve ku 180 (81.81%) raste kanë qenë insulte ishemike dhe 40 (18.18%) insulte hemorragjike.

Tabela 3. Struktura e pacientëve me insulte cerebrovaskulare në të dy gjinitë në qytetin e Prizrenit

Femra	155	64.32%
Meshkuj	86	35.68%
Gjithsej	241	100.00%

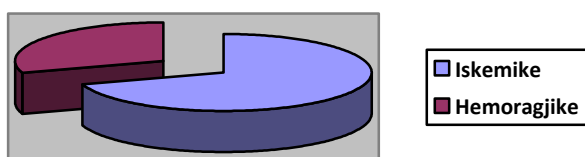


Grafikoni 3. Struktura e pacientëve me insulte cerebrovaskulare në të dy gjinitë në qytetin e Prizrenit

Në tabelën dhe grafikun 3 kemi strukturën e të dy gjinive në spitalin e qytetit të Prizrenit ku 155 ose 64.32% ishin femra dhe 86 ose 35.68% meshkuj me gjithsej 241 raste.

Tabela 4. Struktura e pacientëve me insulte iskemike dhe hemorragjike në qytetin e Prizrenit

Llojet e insulteve	Numri	Përqindja
Iskemike	169	70.12%
Hemorragjike	72	29.88%
Gjithsejë	241	100.00%



Grafiku 4. Struktura e pacientëve me insulte iskemike dhe hemorragjike në Prizren

Në tabelën e 4 kemi strukturën e pacientëve me 169 pacientë me insulte iskemike dhe 72 pacientë me insulte hemorragjike, si dhe në grafikun e 4 ku 70.12% ishin iskemike dhe 29.88% ishin hemorragjike.

Tabela 5. Pacientet me insult iskemik te analizuar sipas grupmoshave ne Spitalin e Prizrenit

Grupmosha	N (Përqindja)
45-55 vjeç	8 (4.73%)
56-65 vjeç	109 (64.49%)
Mbi 65 vjeç	52 (30.78%)
Gjithsej	169 (100.00%)

Në tabelën 5 është paraqitur ndarja e pacientëve me insulte iskemike në bazë të grupmoshave. Grupmosha më e prekur me insulte iskemike është ajo 56–65 vjeç duke numëruar gjithsej 109 pacientë apo 64.49% duke lënë pas grupmoshën mbi 65vjeç me 52 pacientë 30.78% ndërsa numri më i vogël i rasteve i takon grupmoshes 45-55 vjeç me 8 pacientë apo 4.73% (Tabela 5).

Tabela 6. Krahasimi në mes të qytetit të Gjakovë dhe atij të Prizrenit

Llojet e insulteve	Numri (Përqindja) Gjakovë	Numri (Përqindja) Prizren
Ishemike	180 (81.81%)	169 (70.12%)
Hemorragjike	40 (18.18%)	72 (29.88%)
Gjithsejë	220 (100.00%)	241 (100.00%)

Në tabelën 6 kemi krahasimin në mes të dhënave nga Spitali i Gjakovës dhe Prizrenit ku përqindjet ne qytetin e Gjakovës ishin 81.81% për insultet iskemike dhe 18.18% për ato hemorragjike, ndërsa ne Prizren 70.12% ishin insulte iskemike dhe 29.88% hemorragjike me që rast po e shohim se insultet ishemike ishin ne rritje në të dyja qytetet.

6. Diskutimi

Siç e shohim ne bazë të krahasimit të qytetit të Gjakovës dhe atij të Prizrenit, sa i perket insulteve iskemike në të dy qytetet, Gjakovë dhe Prizren, kishim më shumë raste se sa rastet me insulte hemoragjike, ndërsa gjinia femrore ishte më tepër e prekur se ajo mashkullore. Për studim janë marrë gjithsej 220 pacientë në qytetin e Gjakovës dhe 241 pacientë në qytetin e Prizrenit gjatë periudhës korrik- nëntor 2015, grupmosha më e shprehur ishte nga 56-65 vjeç.

Me rritjen e jetëgjatësisë, një popullsi në plakje, si dhe me rritje te pranise se trashësisë dhe diabetit, incidenca e insulteve ishemike është parashikuar të rritet. Në Kanada, katër nga pesë njerëzit mbi 20 vjeç kanë të paktën një ose më shumë faktorë të rrezikut për goditje në tru, ne studimin tone grupmosha me e prezentuar ishte 56-65 vjeç. Insulti është aktualisht shkaku i tretë kryesor i vdekjes, dhe shkaku kryesor i paaftësisë në Kanada. Rreth 300.000 Kanadezët jetojnë me efektet e goditjes dhe rreth 50,000 raste të reja çdo vite. Lloji dhe niveli i paaftësisë ndryshon, por mund të përfshijë vështirësi komunikimi, prekje e veprimtarive te ndryshme, kryerjen e përditshme të jetesës dhe kujdesit personal, si dhe depresioni. Goditja gjithashtu ndikon në familjen dhe për këtë arsye është konsideruar si një "të mbijetuarit e familjes me këtë sëmundje". Familja është ajo që luanë një rol të rëndësishëm në të gjithë trajektoren e insutit të sigurojë një burim të vazhdueshëm të mbështetjes për të mbijetuar goditjen.³³

³³ https://www.ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/23600/3/Ghazzawi_Andrea_2012_thesis.pdf

7 Përfundimi

- Për periudhën e analizuar u vërejt se mosha e shtyer dominonte në numrin e të hospitalizuarve me insulte cerebrovaskulare, duke treguar kështu se mosha ka një rol me rëndësi në shfaqjen e insulteve.
- Ne spitalin e Gjakoves “Isa Grezda” ne repartin e Neurologjis nga Korriku deri ne Nentor 2015, kane qene 220 pacient me insulte cerebrovaskulare.
- Gjinia më e atakuar ishte gjinia femrore.
- Mosha e prekur e te analizuarve ishte mbi 45 vjet me grupmoshen me te prekur 56-65 vjet.
- Nga Insultet cerebrovaskulare, ne Spitalin e e Gjakoves, dominonin Insultet iskemike.
- Ne Spitalin e Prizrenit ratstet me te shpeshta te insulteve cerebrovaskulare ishin rastet e insulteve iskemike.
- Numri i pacienteve te hospitalizuar ne gjakove ishin: ishemike 180 pacient, hemorragjike 40 pacient.
- Numri i pacienteve i hospitalizuar ne Prizren ishin: ishemike 169 pacient ndersa hemorragjike 72 paciente

8 a. Rezyme

Me insult cerebrovaskular kuptojme ndërprerjen e papritur të furnizimit me gjak të trurit të shkaktuar nga një shpërthim i një arterie në tru (hemorragji cerebrale) ose bllokimi i një enë gjaku, si nga një mpiksje të gjakut (mbyllje cerebrale). Aksident cerebrovaskular është term mjekësor për një goditje. Ka shenja të rëndësishme të një goditje që ne duhet të jemi të vetëdijshëm si ti vërejme me kohë dhe të lajmrohemi tek mjeku adekuat. Duhet të theksohet se disa pacientë me lloje të veçanta të insulteve cerebrovaskulare, si dhe lokalizimin e tyre janë në rrezik të lartë për zhvillimin e komplikimeve. Ky studim tregon se diagnostifikimi i duhur, si parandalimi dhe menaxhimi i komplikimeve në spital mund të përmirësoj parashikime afatshkurtra dhe afatgjata të goditjes.

Përmes këtij punimi është bërë vlerësimi i karakteristikave epidemiologjike (moshës, gjinisë, kohëzgjatjes së hospitalizimit,) të pacientët me insulte cerebrovaskulare në repartin e Neurologjisë në Spitalin Rajonal të Gjakovës, gjatë një periudhe të caktuar kohore duke përdorur metodën retrospektive të grumbullimit të të dhënave.

Rezultatet e fituara tregojnë se gjinia më e prekur me insulte iskemike është gjinia femërore me grupmoshën mbi 56 vjeç .

Në rezultate shohim qarte se insultet iskemike janë në rritje e sipër me gjithsej 180 ose (81.81%) raste iskemike, ndërsa hemorragjike 40 ose (18.18%) raste .Po ashtu kemi të dhëna edhe për qytetin e Prizrenit me 169(70.12%) iskemike, dhe 72(29.88%) hemorragjike pra siç e shohim në të të dy qytete insultet iskemike janë në rritje më shumë se ato hemorragjike .

Fjalët kyçe: sëmundjet, insultet cerebrovaskulare, hipertensioni, insultet iskemike , hemorragjike, hemorragjia intracerebrale.

8 B. Summary

Cerebrovascular stroke understand the sudden interruption of blood supply to the brain caused by an explosion of an artery in the brain (cerebral haemorrhage) or blockage of a blood vessel, such as by a blood clot (cerebral occlusion). Cerebrovascular accident is the medical term for a stroke. There are important signs of a stroke that we should be aware as you notice it in time and adequate lajmrohemi doctor. It should be noted that some patients with specific types of cerebrovascular insults, as well as their localization are at high risk for developing complications. The study shows that proper diagnosis, as prevention and management of complications in the hospital can improve short and long term predictions of the collision. Through this paper is the evaluation of the epidemiological characteristics (age, sex, duration of hospitalization) in patients with insults cerebrovascular ward of Neurology Regional Hospital in Gjakova, over a period of time using the method of retrospective data collection.

The results obtained show that the gender most affected by ischemic insults noun with age is over 56 years old.

See clear results in ischemic insults are growing to a total of 180 or (81.81%) ischemic, and hemorrhagic 40 or (18:18%) We have also instances data for the town of Prizren with 169 (70.12%) Ischemic and 72 (29.88%) hemorrhagic Well as we see in both cities ischemic insults are growing more than they hemorrhage.

Key words: cerebrovascular insults, hypertension, ischemic insults, hemorrhage, intracerebral hemorrhage

9. Referenca

<http://sherohu.com/truri-i-njeriut-dhjete-fakte-interesante-rreth-tij/>

<https://sq.wikipedia.org/wiki/Truri>

[tps://www.google.al/search?q=truri](https://www.google.al/search?q=truri)

<http://sherohu.com/truri-i-njeriut-dhjete-fakte-interesante-rreth-tij/>

<http://www.sa-kra.ch/truri.htm>

Moore. Keith, Dalley. Arthur, Agur. Anne. Tiranë 2014 “Anatomia me orientim klinik.

<https://sq.wikipedia.org/wiki/Truri>

Sacco. Ralph “Neurologjia Merrit” Tiranë 2014,

Zivin, Justin. “Traktat mjeksor i cecil-it” Tiranë 2013

<https://www.google.al/search?q=ischemia+cerebrale&tbs=isch&tbs=ring>

https://www.ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/23600/3/Ghazzawi_Andrea_2012_thesis.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10548187>

<https://bmcneurosci.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12868-016-0263-x>

10 Cv e shkurtër rreth kandidatit

Elizabeta Pervorfi e lindur me 25.10.1993 në Gjakovë, me kombësi Shqiptare, me nënshtetësi Kosovare.

Shkollën fillore kam kryer në shkollën "Engjull Gjoni" në Novosell, 2008-2009

Shkolla e mesme e lartë Infermieri e përgjithshme në shkollën "Hysni Zajmi" Gjakovë, 2012 vazhdimi në Universitetin e Gjakovës "Fehmi Agani" Fakulteti i Mjekësisë programi Infermieri, Shkurt 2017

Statusi i rregullt nr i ID 130306057.

Nr. Personal: 1231938547

Nr telefonit: 045-287-872

Adresa: Fshati "Novosell e ulët"

Email: pervorfielizabeta@gmail.com