

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

DEPARTAMENTI INFERMIERIS



**KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTËT ME
ABCES DHE INFARKT PULMONAR**

PUNIM DIPLOME

Kandidat-i/ja:

Leutrim Likaj

Mentori:

Prof.ass. Iliriane Raça - Bunjaku

Gjakovë, Nëntor 2017

ABSTRAKT

HYRJE. – Abscesi i mushkërive përcaktohet si nekrozë e indeve të mushkërive dhe formim i kaviteteve që përmbajnë mbetje nekrotike ose lëngje të shkaktuara nga infeksioni mikrobik. Infarkt quajmë nekrozën e qelizave apo indit që zakonisht vjen për shkak të bllokimit të qarkullimit të gjakut. Ky bllokim mund të vije për shkak të trombit që formohet në enë apo që mund të vije nga ndonjë vend tjetër në formë të embolisë.

QËLLIMI. – Qëllimi i këtij punimi është që të përshkruajmë problemet e pacientëve me absces dhe me infarkt pulmonar, kujdesin infermieror, si dhe trajtimin që ofrojnë infermierët për këta pacient në të gjitha fazat e sëmundjes.

METODOLOGJIA. – Është hulumtuar puna rutinë e infermierëve dhe janë marrë në shqyrtim materiale nga revista mjekësore ndërkombëtare, si dhe është bërë një rishikim i protokoleve infermiere.

PËRFUNDIMET. – Si përfundim theksojmë rëndësinë e madhe që infermieri luan në parandalimin e tromboembolizmit dhe abscesit pulmonar si dhe zhvillimit të këtyre sëmundjeve, përmes ndërhyrjeve në shënjestër që realizohen nëpërmjet procesit të edukimit shëndetësor të pacientit dhe të afërmeve të tij.

REKOMANDIMET. - Minimizimi i rrezikut për infarkt pulmonar; Parandalimi i formimit të trombeve; Sigurohuni nga rreziku që sjellë embolia pulmonare (tromboza e venave të thella); Monitoroni terapinë trombolitike; Menaxhoni dhimbjen; Menaxhoni oksigjenin; Lehtësoni ankthin; Monitoro për komplikime (goditje dhe dështim ventricular); Zhvilloni kujdesin postoperatorë; dhe Promovoni kujdesin në shtëpi.

Fjalët kyqe: Abscesi pulmonar, Infarkti pulmonar, pacienti, kujdesi infermieror.

ABSTRACT

INTRODUCTION. - Abscess of lungs is defined as necrosis of lung tissue and formation of cavities that contain necrotic residues or juices caused by microbial infection. Infarction is called cell or tissue necrosis that usually occurs due to blockage of the bloodstream. This blockage may come due to a trumpet that is formed in the container or that may come from any other place in the form of embolism.

PURPOSE. - The purpose of this paper is to describe the problems of patients with abscess and pulmonary infarction, nursing care, and the treatment offered by nurses for these patients at all stages of the disease.

METHODOLOGY. - Routine nursing work has been researched and materials from international medical journals have been reviewed, and a nursing protocols review has been made.

CONCLUSIONS. - Finally, we emphasize the great importance the nurse plays in preventing thromboembolism and pulmonary abscess as well as the development of these diseases through targeted interventions realized through the process of health education of the patient and his relatives.

RECOMMENDATIONS. - minimizing the risk of pulmonary infarction; Prevent formation of trumpets; Make sure the risk of pulmonary embolism (deep vein thrombosis); Monitor Thrombolytic Therapy; Manage pain; Manage oxygen; Alleviate anxiety; Monitor for complications (stroke and ventricular failure); Develop postoperative care; and Promote Home Care.

Key words: Pulmonary abscess, pulmonary infarction, patient, nursing care

Deklarata

Nën përgjegjësinë time deklaroj se ky punim është shkruajtur prej meje, nuk është prezantuar asnjëherë përpara një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është botuar i tëri ose pjesë të veçanta të tij. Punimi nuk përmban material të shkruar nga një person tjetër përveç rasteve të cituara dhe referuara.

Leutrim Likaj

FALENDERIM

Falenderimin e parë dua t`ua bëj prindërve të mi, babait dhe nënës time, e cila më hapi derën e diturisë, më mësoi të flas e të shkruaj, më dha dije, më dha edukatë!

Falenderoj motrat, vëllezërit për mbështetjen e pakursyer.

Falenderoj pedagogët e fakultetit të Infermierisë, veqanërisht mentoren Iliriane Raça-Bunjaku, e cila me vërejtjet dhe sygjërimet e saj në të gjitha fazat e punimit, ndikoi dukshëm në ngritjen e vlerës dhe cilësisë së këtij punimi.

PËRMBAJTJA

ABSTRAKT.....	02
HYRJE.....	07

KAPITULLI I

Anatomia e mushkërive, ç'është abscesi dhe infarkti pulmonar?, si bëhet diagnostikimi dhe mjekimi i tyre.

1.1. ANATOMIA DHE FIZIOLOGJIA E MUSHKËRIVE.....	09
1.2. ABSCESI I MUSHKËRIVE.....	10
1.3. INFARKTI PULMONAR.....	13
1.4. DIAGNOSTIFIKIMI.....	17
1.5. MJEKIMI.....	18

KAPITULLI II

Fazat e kujdesit infermieror dhe zbatimi i tyre në kujdesin për pacientët me absces dhe infarkt pulmonar.

2.1. FAZAT E PROCESIT TË KUJDESIT INFERMIEROR.....	18
2.2. VLERËSIMI.....	19
2.3. DIAGNOZA INFERMIERORE.....	20
2.4. PLANIFIKIMI.....	23
2.5. ZBATIMI.....	24
2.6. EVALUIMI.....	27
2.7. PËRFUNDIMI.....	29
2.8. VLERËSIMI PËRFUNDIMTAR.....	32
2.9. EDUKIMI SHËNDETËSOR.....	32
2.10. REKOMANDIMET INFERMIERORE.....	34

KAPITULLI III

Referencat dhe CV e shkurtër e kandidatit

3.1. REFERENCA.....35

3.2. CV E SHKURTËR E KANDIDAT IT/ES.....37

HYRJE

Abscesi i mushkërive përcaktohet si nekrozë e indeve të mushkërive dhe formim i kaviteteve që përmbajnë mbetje nekrotike ose lëngje të shkaktuara nga infeksioni mikrobik. Formimi i absceseve të shumta të vogla (<2 cm) herë pas here quhet pneumoni nekrotike ose gangrenë e mushkërive. Abscesi i mushkërive dhe pneumonia nekrotike janë manifestime të një procesi të ngjashëm patologjik. Dështimi për të njohur dhe trajtuar abscesin e mushkërive është i lidhur me rezultatin e dobët klinik.

Në vitet 1920, rreth një e treta e pacientëve me absces të mushkërive vdisnin. Dr David Smith supozonte se bakteriet përbënin mekanizmin e infeksionit, ai vuri re se bakteret e gjetura në muret e abscesit të mushkërive në autopsi i ngjanin baktereve të vërejtura në çarjen e gingivave. Një absces tipik i mushkërive mund të riprodhohet në modelet e kafshëve nëpërmjet një inokulumi intratraheal që përmban jo 1, por 4 mikrobe, që mendohet të jenë *Fusobacterium nucleatum*, specie *Peptostreptococcus*, një anaerobe e butë gram-negative dhe, ndoshta, *Prevotella melaninogenica*.

Abscesi i mushkërive ishte një sëmundje shkatërruese në epokën preantibiotike, kur një e treta e pacientëve vdisnin, një e treta shëroheshin, dhe tek pjesa tjetër krijoheshin sëmundje të pafavorshme, siç janë abscesi i përsëritur, empyema kronike, bronkitektazi ose pasoja të tjera të infeksioneve kronike pyogenike. Në periudhën e hershme postantibiotike, sulfonamidet nuk e përmirësuan rezultatin e pacientëve me absces të mushkërive. Pasi penicilina dhe tetraciklina u vunë në dispozicion, rezultatet u përmirësuan. Megjithëse kirurgjia resektionare shpesh konsiderohej si opsion i trajtimit në të kaluarën, roli i kirurgjisë është zvogëluar në masë të madhe me kalimin e kohës, sepse shumica e pacientëve me abscesë të thjeshtë të mushkërive i përgjigjen përfundimisht terapisë së zgjatur antibiotike.

Absceset e mushkërive mund të klasifikohen në bazë të kohëzgjatjes dhe etiologjisë së mundshme. Absceset akute janë më pak se 4-6 javë, ndërsa absceset kronike janë me kohëzgjatje më të gjatë. Absceset primare janë infektuese në origjinë, të shkaktuara nga aspirata ose pneumonia në një strehë të shëndetshme. Absceset dytësore shkaktohen nga një gjendje para-ekzistuese (p.sh., pengim), i përhapur nga një vend extrapolmonar, bronkitektazi dhe / ose një gjendje imunokompromituar. Absceset e mushkërive mund të karakterizohen

më tej nga patogjen përgjegjës, siç janë absceset e mushkërive të Staphylococcusit dhe abscesi anaerobik ose abscesi i Aspergillusit të mushkërive.

Infarkt quajmë nekrozën e qelizave apo indit që zakonisht vjen për shkak të bllokimit të qarkullimit të gjakut. Ky bllokim mund të vije për shkak të trombit që formohet në enë apo që mund të vije nga ndonjë vend tjetër në formë të embolisë. Afërsisht 99% e infarkteve janë shkaktuar nga trombo embolia dhe gjithmonë janë rezultat i okluzioneve arteriale të tilla.

Kujdesi infermieror tek kjo sëmundje konsiston në rëndësinë e madhe që infermieri luan në parandalimin e thromboembolizimit pulmonar dhe zhvillimin e kësaj sëmundje, përmes ndërhyrjeve në shënjestër që realizohen nëpërmjet procesit të edukimit shëndetësor të pacientit dhe të afërmeve të tij.

Pas identifikimit të pacientëve në rrezik, infermierja mund të kërkojë, për të identifikuar shenjat e para të thrombophlebitis që kanë sjellur deri te infarkti pulmonar. Ajo kujton në këtë drejtim, se shumica (95%) e rasteve të infarktimit pulmonar janë për shkak të trombit të formuar në venat e thella të këmbëve, kjo nënkupton përdorimin e mjeteve më efektive për parandalimin e kësaj gjendje e që janë: profilaksa dhe trajtimi i trombozave të venave të thella. Pastaj duhet promovuar mobilizimin e pacientit, pra kërkohet regjim shtrati, kjo mund të parandalojë ngjizjen e gjakut në periferi. Në pozicion ulur pacienti duhet të mbështetet për një mbështetje, është e nevojshme masazha e këmbëve dhe shmangia e mbajtjes së një pozicioni të përkuljes së gjunjëve kur pacienti gjendet në shtrat. Në duhet të inkurajojmë pacientët me rrezik për të përdorur shtërngues (llastik) në masën e duhur, dhe të edukojmë për metodat e veshjes së drejtë. Në fund të afërmit dhe pacientët duhet të informohen për njohjen e simptomave të lidhura me thrombophlebitis që shkaktojnë infarkt pulmonar dhe emboli pulmonare. Është më se e nevojshme që të insistojmë në rëndësinë e dy gjërave që janë: kontrollat periodike ose hetimet biokimike, si edhe përdorimi i duhur terapisë. Poashtu duhet të shpjegohet veprimi i barërave të përshkruara, dozimi, efektet anësore dhe mbikqyrjen e tyre, si dhe bashkëveprimi me barërat tjera.

KAPITULLI I

Njohurit bazë mbi abcesin dhe infarktin pulmonar, si bëhet diagnostikimi dhe mjekimi i tyre.

1.1. ANATOMIA DHE FIZIOLOGJIA E MUSHKËRIVE

Për kryerjen e funksioneve jetësore është e domosdoshme energjia, e cila lirohet gjatë zbërthimit të materieve të ndryshme ushqyese. Oksidimi i këtyre materieve kryhet me anë të O₂, gjatë oksidimit lirohet CO₂. Marrja e O₂ dhe nxerrja e CO₂ kryhet me anë të sistemit të organeve të frymkëmbimit.

Sistemin e organeve të frymkëmbimit te njeriu e përbëjnë: a) rrugët frymkëmbyese dhe b) mushkëritë.

Rrugët frymkëmbyese ndahen në ato të sipërme dhe të poshtme:

1. Rrugët frymkëmbyese të sipërme:

- zgavra e hundës
- zgavra e gojës
- fyti

2. Rrugët frymkëmbyese të poshtme:

- laringu
- trakeja
- bronket

Mushkëritë përfaqësojnë organet kryesore të frymkëmbimit, meqenëse në to kryhet këmbimi i gazrave. Mushkëritë janë të vendosura në mesin e krahërorit (mediasternum). Janë të përbëra nga dy krahë, i majti dhe i djathti (pulmo dextra et sinistra). I ngjajnë konit me bazë kah diafragma, e me majë përpjetë. Dallohen dy anë, e jashtme ose brirore dhe e brendshme, pastaj baza dhe maja. Në mes të anës së brendshme gjendet hyrja në mushkëri-hilusi. Ky shërben si hyrje në bronkin kryesor, të pareteve bronkiale dhe fijeve vegetative dhe daljen e venave. Te krahu i djathtë i mushkërive dallohen 3 lobe, kurse te i majti 2 lobe. Çdo lob ndahet në pjesë më të vogla lobuse-segmente, kurse këta në pjesë edhe më të vogla-lobuluse.

Degët e lobuluseve përfundojnë me meshikëza mushkërore - alveole të përshkuara me rrjetin e kapilarëve.

Pleura. - Mushkëritë janë të mbështjellura me një cipë të dyfishtë, pleura e murit të krahërorit dhe pleura mushkërore. Pleura e parë vesh muret e kafazit, pleura e dytë vesh mushkëritë. Ndërmjet dy pleurave gjendet një hapësirë e mbyllyr. Në hapsirën ndërpleurale egziston presioni negativ, më i vogël nga ai atmosferik, për shkak të tendencës së mushkërive të mblidhen dhe tendencës së kundërt të kafazit të hapen. Në këtë hapësirë ka pak lëng seroz i cili pengon fërkimin e dy pleurave gjatë frymëmarrjes[1]. Në mushkëri nuk ndejmë dhembje për arsye se mushkëritë nuk janë të inervuara me qeliza nervore.

1.2. ABSCESI I MUSHKËRIVE

Abscesi i mushkërive është një ndërlikim i pneumonisë i shkaktuar nga anaerobet e gojës. Pacientët që zhvillojnë absces të mushkërive janë të predispozuar dhe zakonisht kanë sëmundje periodontale. Një inokulum bakterial nga çarjet e gingivave arrin gjer në rrugët e frymëmarrjes, dhe fillon infeksioni sepse bakteret nuk eliminohen nga mekanizmi mbrojtës i nikoçirit (pacientit). Kjo rezulton në pneumonitis dhe progreson në nekrozë të indeve pas 7-14 ditësh, duke rezultuar në formimin e abscesit të mushkërive.

Mekanizma të tjerë për formimin e abscesit të mushkërive përfshijnë bakteremin ose endokarditin e valvulave trikuspide që shkaktojnë emboli septike (zakonisht të shumëfishta) në mushkëri. Sindromi Lemierre, që është një infeksion akut orofaringeal i ndjekur nga thrombophlebitis septike të venës së brendshme të qafës, është një shkak i rrallë i abscesit të mushkërive, ndërsa anaerobi oral *F-necrophorum* është patogjen më i zakonshëm.

Për shkak të vështirësisë në marrjen e materialeve të pakontaminuara nga bakteret jopagatike që kolonizojnë pjesën e sipërme, abscesi i mushkërive rrallëherë ka një diagnozë mikrobiologjike.

Raportet e botuara që nga fillimi i kohës antibiotike kanë vërtetuar se bakteret anaerobe janë patogjenet më të rëndësishme në abscesin e mushkërive. Në një studim të Bartlett et al. të vitit 1974, 46% e pacientëve me abscese të mushkërive kishin vetëm anaerobe të izoluara nga kulturat e pështymës, ndërsa 43% e pacientëve kishin një përzierje të anaerobeve dhe aerobe.

Anaerobet më të zakonshme janë speciet e Peptostreptococcus, speciet Bacteroides, speciet Fusobacterium dhe streptokoket mikroaerofile.[1]

Bakteret aerobike që mund të shkaktojnë rrallëherë absces të mushkërive përfshijnë Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae (rrallë), Klebsiella pneumoniae, Haemophilus influenzae, lloje Actinomyces, specie Nocardia dhe bacile gram-negative.

Dy studime nga Azia sygjerojnë se karakteristikat bakteriologjike të absceseve të mushkërive kanë ndryshuar. [2, 3] Ky konstatim konfirmohet nga një studim i kryer nga Takayanagi et al. duke sugjeruar se speciet e Streptococcus ishin llojet më të zakonshme, të ndjekura (në mënyrë të frekuencës në rënie) nga anaerobe, specie Gemella dhe Klebsiella pneumoniae. Këto lloje u identifikuan në këtë studim me aspiracionin e shiritit transthoracik me ultrasonografi të shpartanuar dhe brushat e mbrojtura të mostrës në një popullsi prej 205 pacientësh.

Ekzistojnë disa dallime gjeografike, me specie Streptococcus që janë më të përhapura në këtë studim (të bëra në një spital në Japoni), krahasuar me llogaritë e mëparshme të specieve bakterore anaerobe që janë më dominues në popullatat perëndimore. Popullsia e studimit kishte një 61% të individëve me sëmundje periodontale, 16,6% konsideroheshin "alkoolike", ndërsa 22,9% kishin diabet të rëndësishëm. Ato ishin kryesisht japonez, meshkuj (82%), duhanpirës (75.6%), dhe alkoolike (34%). [3]

Për të mbështetur gjetjet e Takayangi et al, një studim të kryer nga Want et al në një seri të 90 pacientëve me abscesë të mushkërive të fituara nga komuniteti në Tajvan, anaerobe u gjetën në vetëm 28 pacientë (31%). Bakteria mbizotëruese ishte K pneumoniae, në 30 pacientë (33%). Një tjetër gjetje e rëndësishme ishte se shkalla e rezistencës së anaerobeve dhe Streptococcus milleri në klindamicinë dhe penicilinë u rrit në krahasim me raportet e mëparshme. [2]



Figura 1. Një absces mushkëror i dendur me mure të dendura

Epidemiologjia

Frekuenca e abscesit të mushkërive në popullatën e përgjithshme nuk dihet.

Një mbizotërim mashkullor për abscesin e mushkërive është raportuar në seritë e botuara.

Absceset e mushkërive ndodhin më shpesh në pacientët e moshuar për shkak të rritjes së incidencës së sëmundjes periodontale dhe rritjes së përhapjes së disfagisë dhe aspiratës. Megjithatë, një seri rastesh nga një qendër urbane me prevalencë të lartë të alkoolizmit, raportoi një moshë mesatare prej 41 vjetësh. [4]

Prognoza

Parashikimi për abscesin e mushkërive pas trajtimit të antibiotikëve është përgjithësisht i favorshëm. Mbi 90% e abscesëve të mushkërive janë shëruar vetëm me menaxhimin mjekësor, përveç nëse shkaktohet nga pengesa bronkiale e mesme ndaj kancerit.

Faktorët pritës që lidhen me një prognozë të dobët përfshijnë moshën e avancuar, debilitimin, keqshqyerjen, infeksionin e virusit të imunitetit të mungesës së njeriut ose forma të tjera të immunosupresionit, keqdashje dhe kohëzgjatjen e simptomave më të mëdha se 8 javë. Shkalla e vdekshmërisë për pacientët me statusin imunokompromit themelor ose pengimin bronkial që zhvillojnë abscesin e mushkërive mund të jetë deri në 75%.

Organet aerobike, shpesh të blera spitalore, shoqërohen me rezultate të dobëta. Një studim retrospektiv raportoi shkallën e përgjithshme të vdekshmërisë së abscesëve të mushkërive të shkaktuara nga bakteriet gram-pozitive dhe gram-negative të përziera në afërsisht 20%.

1.3. INFARKTI PULMONAR

Infarkt quajmë nekrozën e qelizave apo indit që zakonisht vjen për shkak të bllokimit të qarkullimit të gjakut. Ky bllokim mund të vije për shkak të trombit që formohet në enë apo që mund të vije nga ndonjë vend tjetër në formë të embolisë. Afërsisht 99% e infarkteve janë shkaktuar nga trombo embolia dhe gjithmonë janë rezultat i okluzioneve arteriale të tilla.

Infarktët janë ndarë në bazë të ngjyrës së tyre dhe prezencës ose jo të kontaminimit bakterial pra kemi infarkt anemik të bardh dhe hemoragjik të kuq.

Infarktët e bardha zhvillohen në organe kompakte dhe me vaskularizim të tipit terminal si zemra, shpretka, veshka.

Infarktët e kuq zhvillohen në kushtet e oklusionit venoz, në indet e shkriфта, në inde me qarkullim të dyfishtë dhe në inde që më parë kanë qenë të kongjestionuara.

Infarkti i kuq është tipik për mushkритë në rastë se bllokohet ndonjë degë e arteries pulmonare. Dihet se ndërmjet degëve të arteries pulmonare dhe arterieve bronkiale ka anastomoza të dendura kështu që në zonën e infarktit vjen gjak nga arteria bronkiale, prandaj zona e infarktit përmytet nga gjaku. Ajo merr ngjyrë të kuqe dhe për këtë arsye ai quhet infarkt hemoragjik. Madje gjaku i ardhur nga arteria bronkiale mbush enët e gjakut por del edhe jashtë tyre dhe grumbullohet në alveolat nekrotike.

Infarkti Pulmonar është nekrozë e lokalizuar e indeve të mushkërive e shkaktuar nga pengimi i furnizimit me gjak arterial, në rastet më të shpeshta ndodhë për shkak të embolisë pulmonare. Në kushte normale kur zemra funksionon mirë dhe tensioni arterial është normal, infarkte në mushkri zakonisht nuk ndodhin, sepse presioni i gjakut në arterien bronkiale është i lartë dhe në saje të tij gjaku nëpërmjet anastomozave vjen shpejt në zonën ishemike, sjell aty oksigjenin e nevojshëm kështu që indi nuk nekrotizohet. Pra infarktët ndodhin në ato raste kur puna e zemrës është e dobësuar, e për pasoj presioni arterial në arterien bronkiale bie në zonën ishemike e cila shkon drejt infarktit. Kështu që gjaku i ardhur nuk e shpëton dot indin nga nekroza por vetëm e përmyt atë. Mikroskopikisht shikohet nekroz dhe përmytje me gjak e zonës nekrotike.

Infarktët paraqesin zona me madhësi të ndryshme mund të jenë mjaft të vegjël, bile edhe të padukshëm me sy (mikroinfarkte) por mund të jenë masive duke përfshirë një pjesë të mirë të organit ose nganjëherë tërë organin.

Infarkti bëhet i dukshëm me vonesë, por duke qenë se ndryshimet biokimike e ultrastrukturale janë të shprehura që në orët e para, atë mund ta zbulojmë shumë herët.

Në kushte normale tromboembolitë pulmonare nuk pasohen nga formimi i infarkteve, për arsye se indet pulmonare furnizohet me oksigjen nëpërmjet difuzionit nga hapsirat alveolare dhe nga arteriet bronkiale, të cilat kanë presion të lartë, sepse ata janë degë të aortës. Por në kushtet e egzistencës së insuficiencës kardiovaskulare infarktët pulmonare janë të shpeshta, sepse në këto gjendje ulet tensioni arterial dhe pakësohet efektiviteti i furnizimit me gjak nga arteriet bronkiale, kështu që shanset e zonës ishemike, për të shpëtuar nga infarkti janë të pakta.

Infarktët Pulmonare janë shembulli i infarkteve të kuq. Makroskopikisht ata paraqiten si figura gjeometrike në formë trekëndëshi me madhësi dhe vendosje të ndryshme dhe me ngjyrë kafe të errët si zona hemoragjike.

Embolia pulmonare është bllokimi i arteries kryesore pulmonare si pasojë e një trombi që ka qarkulluar nëpërmjet gjakut deri në nivel të saj. Shkaku kryesor i embolisë është tromboza e venave të thella. Embolia mund të ndodh edhe si pasojë e bllokimit nga ajri, yndyrnat dhe lëngu amniotik. Prognoza e sëmundjes varet nga trajtimi dhe prekja e pulmonit. Sëmundjet shoqëruese që shoqërojnë pacientin ndikojnë në prognozën e sëmundjes. Faktorët e rrezikut përfshijnë:

- Situatat e qëndrimit shtrirë për një kohë të gjatë (pas operacionit)
- Obeziteti
- Kanceri
- Estrogjenet
- Trombofilia

Simptomat paraqiten shpejtë dhe janë shprehje e prekjes pulmonare. Ato janë: Dispne, takipne, Dhimbje gjoksi, Kollë, Hemoptizi, Cianoze, Kolaps, Vdekje e menjëhershme.

Simptomë kryesore infarktës pulmonar është një dhimbje e e cila zakonisht keqësohet në inspirim dhe ngjanë në dhimbje pleuritike. Simptoma të tjera janë: vështirësi në frymëmarrje tachypnea, cianoze, kollë me gëlbasë e me gjak.

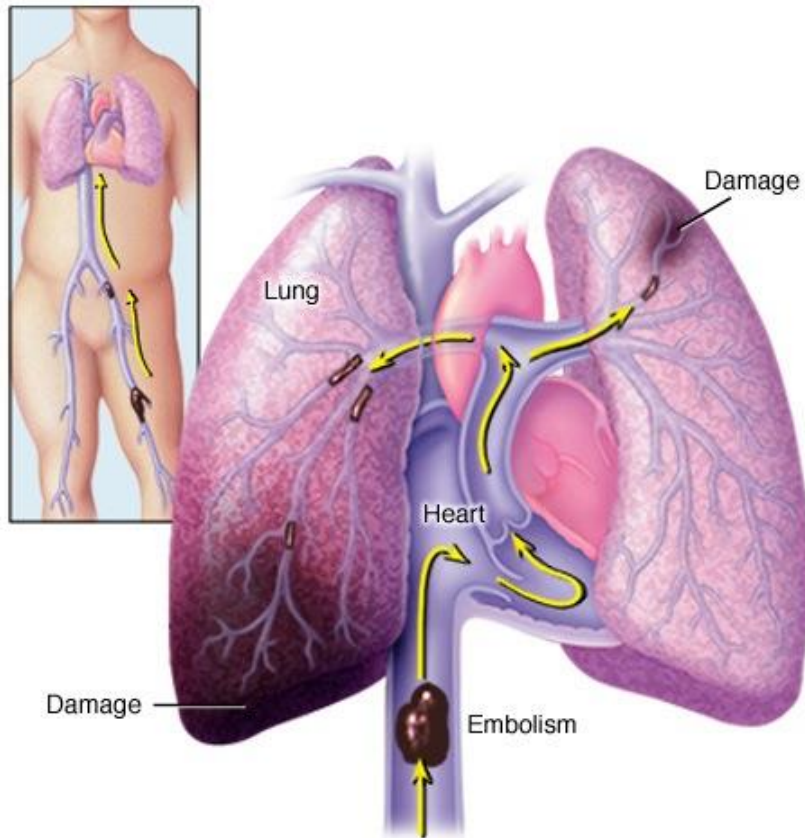


Figura.02. Paraqitja skematike e infarktit Pulmonar

TERAPIONI

Oksigjeni dhe antikuagulantët janë terapia primare për infarktën pulmonar, pastaj jepet: heparin qdo 12 h, betabloker, nitrate.

Kujdesi infermieror te pacientët me AM, infarkt të mushkërive:

Vlerëso gjendjen e pacientit:

1. Gjendjen e frymëmarrjes, frekuencën, SpO2, shtypjen e gjakut, pulsën.
2. Statusin mendor (ndërrimet në orientim dhe sjellje).
3. Monitoro nivelin e gazrave të gjakut (presionin parcial të oksigjenit në gjak, presionin parcial të CO2, pH e gjakut).

4. Poziciono pacientin si duhet në shtrat. Qëndrimi i shtrirë mund ta keqësojë gjendjen, vështirëson frymëmarrjen, rritë kthimin venoz në atriumin e djathtë, andaj ngritja e nivelit të shtratit ndihmon në përmirësimin e gjendjes së pacientit.

5. Jep oksigjen, ashtu si ka rekomanduar mjeku.

6. Rekomando pushim për pacientin, për shkak se qëndrimi i shtrirë ul nevojat metabolike të organizmit. (p.sh. nuk ngarkon aq zemrën dhe mushkëritë).

7. Jep medikamente (antikoagulante) ashtu si janë përshkruar nga mjeku.

1.4. DIAGNOSTIKIMI

Tek infarktët Pulmonare është karakteristike se 75% prej tyre ndodhin në lobet e poshtme. Në grafi të gjoksit shihet zona e infarktës që është në formë trekëndëshi, në periferi të mushkërisë. Në EKG shihet (jo gjithmonë): S e theksuar në lidhjen I, QIII e theksuar dhe valë T e inventuar në III. Takikardia sinusale është gjëja që vihet re më shpesh.

Diagnostifikimi konsiston në: EKO e këmbëve për të parë nëse ka trombozë të venave të thella; CT spirale e gjoksit; studim i ajrosjes dhe i furnizimit me gjak të mushkërive (V/Q scan); si dhe angiografia pulmonare e cila është mënyra më e saktë për të vendosur diagnozën.

Diagnoza vendoset nëpërmjet kombinimit të të dhënave klinike me ato imazherike.

Rtg. Pulmo, EKG, V/Q Lung Scan (me sintiografi), Angiografi me CT ose Angio CT.

D- dimer nuk është shumë specifike për tromboembolinë pulmonare megjithëse mund të na jap të dhëna për një studim të mëtejshëm.

Angiografia selektive pulmonare ka qenë metoda kryesore për vërtetimin e diagnozës. Kjo relaizohej nëpërmjet kateterizimit të djathtë të zemrës.

CT- skaner angiografia ku përdoren lëndët e kontrastit është metoda e re e studimit.

Diagnozat diferenciale më të shpeshta janë:

- Infarkti miokardial;
- Pneumotoraksi;
- Aneurismi aortës.

1.5. MJEKIMI

Për kurimin e infarktimit pulmonar parashikohen masa të menjëhershme për mpiksjen e gjakut që ka shkaktuar nekrozë të indit të mushkërive.

Trajtimi realizohet me:

- Antikoagulant
- Kirurgji

Trajtimi: heparinë; kumadinë; tPA për embolizmin masiv ose kur priset stabiliteti hemodinamik.

Terapia bazohet në pjesën tjetër absolute në regjim shtrati, dhe në: administrimin e oksigjenit, antitusikëve, antikoagulantëve dhe mundësisht antibiotikëve.

Prognoza e infarktimit pulmonar ndryshon në raport me madhësinë e infarktimit, zhvillimin e mundshëm të komplikimeve si dhe sëmundjen themelore që e ka përcaktuar fillimin.[4]

KAPITULLI II

Fazat e kujdesit infermieror dhe zbatimi i tyre në kujdesin për pacientët me abces dhe infarkt pulmonar.

1.1. FAZAT E PROCESIT TË KUJDESIT INFERMIEROR

Plani i kujdesit infermieror përfshin dokumentimin me shkrim të procesit infermieror që përdoret për të zgjedhur një apo më shumë probleme të pacientit. Plani i kujdesit infermieror konsiston në diagnozën infermiere me karakteristikat e saj (të dhënat subjektive dhe objektive që e mbështesin diagnozën), faktorët që kanë lidhje me të apo faktorët e rrezikut, qëllimet/caqet e pritura si dhe intervenimi infermieror, që kryhet nëpërmjet disa shkallëve të procesit infermieror:

- Vlerësimi (mblidhen të dhënat nga dosja mjekësore dhe vlerësimi fizik i pacientit).
- Diagnoza infermiere (bëhet një listë e vlerësimit të të dhënave jo normale, krahasojmë të dhënat e vlerësuara si jo normale në diagnozë të mundshme infermiere, vendosim cilën diagnozë infermiere të përdorim).
- Planifikimi (shkruajm qëllimet, përfundimet e matshme dhe intervenimet).
- Implementimi (inicojmë planin e kujdesit).
- Evaluimi (përcaktojmë nëse qëllimet/përfundimet janë arritur).

1.2. VLERËSIMI

Epidemiologjia e infarktimit pulmonar, meqenëse tek ne nuk kemi statistika të sakta do të paraqesim të dhënat nga Shtetet e Bashkuara:

1. Totali i rasteve: 650.000 në vit
2. Vdekje: 200,000 në vit
3. Vdekje në orën e parë: 11%

Mortaliteti rritet me moshën: Gjer në 40 vjet: 2,5% dhe Mbi 65 vjet: 40%.

Mortaliteti poashtu rritet nëse bëjmë humbjen e diagnozës (diagnostifikim joadekuat).

- Të diagnostifikuar në departamentin e emergjencave: 5% Vdekshmëria.
- Mosdiagnostifikimi: 30% Vdekshmëria.
- Gabimi i diagnozës: 50 deri në 70% Vdekshmëria.

Faktorët e rrezikut për infarkt Pulmonar:

- A. Shiko shkaqet e dhimbjeve të gjoksit.
- B. Shiko për dispnea.
- C. Shiko për shkaqet e dhimbjes së këmbëve.

Symptomat klasike

- Dhimbje gjoksi (80-90%)
- Dhimbje gjoksi Pleuritike (74%)
- Dhimbje gjoksi Jo-Pleuritike (14%)
- Kollë (40-53%)
- Hemoptyse (13-20%)
- Dyspnea (75-85%)
- Apprehension apo ankthi (50-65%)
- Syncope (5-13%)
- Diaphoresis (27-36%)

Shenjat (përqindja sipas rasteve):

- Tachypnea (80-90%)
- Frekuencat respiratore mbi 16 (92%)
- Frekuencat respiratore mbi 20 (70%)
- Hypoxemia (<80%)
- Tahikardia (40-50%)
- Temperaturë (40%)
- Gallupritëm (34%)
- Flebitis (32%)
- Edema (24%)
- Zhurmë kardiake (23%)
- Cyanosis (19%)
- Kolapsi circulator (8%)

Komplikimet

A. Hipertensioni pulmonar

B. Insuficiencë masive pulmonare

- 1. Hipotensioni sistemik dhe shoku
- 2. Dështimi i anës së djathtë të zemrës

1.3. DIAGNOZA INFERMIERORE

Diagnoza infermierore më e shpeshtë tek pacientët me absces pulmonar ose infarkt pulmonar është: Dëmtimi i shkëmbimit të ajrit nga mushkëritë që është i lidhur me mospërputhjen e perfuzionit me ventilim dhe / ose hypoventilimin e shoqëruar me dhimbje.

Kriteret e rezultateve

Rrahjet: 12 deri në 20 rrahje / minutë, eupnea.

Mungesa e tingujve gjatë frymëmarrjes

Pao2: 80-100 mm Hg

Oksigjenimi: 95%

P (aA) raporti: O₂ > 0,60

- ❖ Vlerësoni statusin e frymëmarrjes: kini parasysh shkallën dhe thellësinë e respiracionieve.
- ❖ Vëzhgoni për dyspnea dhe shqetësim. Hipoksia mund të manifestohet si rritje e nervozizmit apo ndryshim në nivelin e vetëdijes dhe norma e frymëmarrjes > 30 rrahje / min.
- ❖ Dëgjoni nëse frymëmarrja tingëllon si crackle, nëse rasti pleuritik mund të jetë i pranishëm.
- ❖ Kryeni vlerësimin fillestar dhe të vazhdueshëm sistematik të dhimbjes të tilla si: intensiteti, vendndodhja, cilësia, dhe faktorë tjerë rëndues apo lehtësues.
- ❖ Përdorni një raport vetanak për të vlerësuar shkallën e dhimbjes, të tilla si 0-deri-10 numerik, për të vlerësuar intensitetin e dhimbjes në pacientët të cilët janë të zgjuar dhe të orientuar.
- ❖ Vlerësoni për sjellje të tilla si: thirrjet, psherëtimat, dënesjet, qarjet, nervozizmin, tërheqjen apo armiçësi për shkak se ato mund të jenë shenja të dhimbjes. Megjithatë, mungesa e këtyre sjelljeve nuk do të thotë mungesa e dhimbjes.
- ❖ Vlerësoni për treguesit e fiziologjike, të tilla si rritjen e tensionit arterial, rritjen e pulsit, respiracioneve apo zbehje, të cilat mund të jenë shenja të dhimbjes.

1.4. PLANIFIKIMI

Tek planifikimi shkruajm qëllimet, përfundimet e matshme dhe intervenimet. **Hapi #1** Nëse kemi pacientin përpara atëherë duhet bërë një ekzaminim fizik, intervistim të pacientit dhe një kërkim të plotë të të dhënave të tij mjekësore (dosja) për të gjetur të gjitha shenjat dhe simptomat që ai ka. Nëse nuk e kemi pacientin por vetëm dosjen e tij atëherë duhet të mbështetemi në atë që kemi mësuar në lidhje me këtë çrregullim.

Vetëm atëherë, mund të vazhdojmë te **hapi #2** ku bëjmë një listë të shenjave dhe simptomave dhe i përdorim ato për të zgjedhur diagnozën infermierore.

Në **hapi 3#**, shkruajmë qëllimet dhe ndërhyrjet infermierore për shenjat dhe simptomat specifike që pacienti i ka në lidhje me çdo diagnozë infermierore.

Menaxhimi i një pacienti që vuan nga abscesi mushkëror (infarkti pulmonar) kërkon shpesh, por jo gjithmonë, përdorimin e një strukture të mbikqyrjes intensive për shkak të komplikimeve të shpeshta hemodinamike dhe frymëmarrjes së vështirësuar të cilat shoqërojnë kornizën e kësaj patologjie.

Pacienti në shumicën e rasteve, vjen zgjuar dhe i vetëdijshëm, ngarkesa e ankthit dhe frikës e bën që shpesh mos të qetësohet as nga kontakti me mjekun, dhe barra më e madhe bie mbi infermierin e cila është përgjegjëse, dhe duhet të shfrytëzoj aftësitë teknike, talentet si dhe aftësinë për të balancuar gjendjen emocionale dhe ndjeshmërinë.

Nga perspektiva e personelit infermieror, rasti me infarkt pulmonar absorbon një angazhim të rëndësishëm të kujdesit. Pacienti mund të pranohet në situatën urgjente ose emergjente: në të dy llojet e fazës urgjente mbizotëron pasiguria për kushtet klinike të personit. Rreziku për jetën e pacientit është aq i lartë sa që në shumicën e rasteve i jepet përparësi garantimit së mbijetesës. Prandaj, në veprimtarinë e infermierore, është themelore të bëhen protokollet prioritare, procedurat, monitorimi sistematik i evoluimit, gjendja klinike dhe efektet e ndërhyrjeve terapeutike.

Gjat procesit diagnostik dhe terapeutik infermieri bëhet garantues i aplikimit të drejtë të këtij procesi. Pavarësisht paqëndrueshmërisë së lartë klinike infermieri prodhon një mirëqenie të kufizuar për pacientin, përderisa tek ky i fundit është ende i nevojshëm një kapacitet i lartë i interpretimit të shenjave dhe simptomave. Infermieri duhet të veprojë në kompleksitetin, siç

është veprimi në një kohë të shkurtër, veçanërisht kur fazat akute janë vendimtare për jetën e pacientit.

Infermierët duhet të garantojnë njohuri të sakta në bazë të provave të fundit shkencore. Vëmendja për monitorimin e mundur, fillimin e komplikimeve, administrimi i barërave për të rivendosur hemodinamikën e pacientit dhe kontrollin e dhimbjes, janë me rëndësi vitale.

Monitorimi i parametrave vital ose instrumental, konsiderohet të jetë me interes të lartë për vlerësimin e kushteve klinike të pacientit. Objektivi kryesor i monitorimit është të identifikojë ndryshimet e hershme të parametrave që lejojnë për të zbatuar intervenime në kujdesin terapeutik dhe të shpejtë. Puna e infermierit është e nevojshme jo vetëm për të mbledhur të dhënat e ofruara nga makinat teknologjike të avancuara, por të jetë në gjendje për të interpretuar devijimet e parametrave nga limitet që konsiderohen fiziologjike, por edhe për të lidhur të dhënat për gjendjen e vërtetë klinike të pacientit. Monitorimi në fakt, duhet të jetë i lidhur me konceptin e interpretimit korrekt, dhe nuk duhet të nënvlerësohet, megjithatë është shumë i rëndësishëm komunikimi mes infermierëve dhe personave tjerë që ofrojnë kujdes shëndetësor, për informacione dhe për gjendjen klinike të pacientit, tipin e ndërhyrjeve, diagnostifikimin e mundshëm dhe terapionin e dhënë.

1.5. ZBATIMI

Infermieret kanë një plan kujdesi për zgjidhjen e problemeve duke zbatuar metodat shkencore. Infermierja kryen një verifikim, identifikon problemet dhe potencialin e personit, vendos që ndërhyrjet e planifikuara në fund duhet të zbatohen. Në këtë fazë të procesit, infermieri vepron si një përshkrues, ose si një profesionist shëndetësor i cili identifikon dhe tregon se cilat veprime të infermierisë janë për t'u zbatuar.

Ndërhyrjet janë të ndara sipas veprimeve të parashikuara, që rezultojnë nga një diagnozë infermierore ose nga problemet bashkëpunuese. Ndërhyrjet infermierore nuk duhet të zbatohen në vetën e parë. Ato janë ndërhyrje për zbatimin e të cilave infermieri mund të kërkojë ndihmën e stafit mbështetës. Ndërhyrjet e tilla duhet të jenë në radhë të parë relevante për infermierinë dhe pastaj në fushën e përgjegjësisë infermierore të arritshme në mënyrë autonome, pastaj të bëj zbatimin dhe vlerësimin e tyre.

Pra infermierja duke treguar se cilat veprime duhet të ndërmerren për të zgjidhur problemet infermierore, identifikon (diagnozën infermierore ose problemet bashkëpunuese), parasheh intervenimet, dhe kur është e nevojshme mund të mbështetet në stafin ndihmës, mirëpo transferimi i zbatimit të intervenimit në një person ndihmës, gjithmonë bëhet duke e mbajtur infermieri përgjegjës në për vlerësimin rezultatit të procesit.

Në "transferimin" e detyrave që bëjnë infermieri tek stafi mbështetës, nuk transferohen:

- * përgjegjësitë e të gjithë procesit të kujdesit;
- * përgjegjësitë e natyrshme "në ushtrimin e detyrave kur është e nevojshme";
- * pushtetin (kompetencat dhe përgjegjësitë) e vendim-marrjes; si dhe
- * mbikëqyrjen e veprimit.

Ndërhyrjet

Sigurimi i standardeve të kujdesit infermieror për të parandaluar trombo embolizmin:

- ✓ Aplikim i shtërnguesve;
- ✓ Lëvizjet aktive dhe pasive të gjymtyrëve të poshtme;
- ✓ hidrimi adekuat;
- ✓ shmanga e qëndrimeve ulur për një kohë të gjatë, përkulja në gjunjë.

- Këto masa do të ndihmojnë për të mbajtur rrjedhën, parandalimin e formimit të trombeve në venat periferike apo minimizimin e formimit të mëtejshëm të trombeve.

- Administrimi heparinën siç përshkruhet në infuzion, i cili duhet të jetë përgjithësisht i vazhdueshëm në doza të ulëta, mbani brenda limitit barërat e dhëna ashtu si janë të përshkruara. Në rast të teprimit me antikoagulant, administrimi sulfat protamine (Heparina është një antikoagulant i fuqishëm që deaktivizon trombin dhe blloqet që mund të formojnë trombe. Ajo gjithashtu pengon degranulimin e trombociteve rreth trombit dhe kufizon lirimin e substancave vasokonstriktore).

Administrimi i terapisë tromboembolike, sipas recetës ose protokolit përfshinë:

- Kundërrindikimet, të tilla si kirurgjia e fundit, goditja e fundit, gjakderdhje në vazhdim apo hipertension i rëndë.
- Administrimi përmes kateterit të futur në arterien pulmonare, ose përmes infuzionit.

- Doza fillestare e pasuar nga infuzione të vazhdueshme për disa orë.
- Kontrolli i vazhdueshëm me qëllim zbulimin e mundshëm të ndonjë gjakderdhje.

Teterapia trombolitike mund të jetë e përshkruar për pacientët tashmë të stabilizuar që kanë kaluar infarkt pulmonar. Bari trombolitik shpërndanë trombin tashmë të formuar, duke përmbysur simptomat dhe uljen e viskozitetit të gjakut, duke përmirësuar mikroqarkullimin dhe transportin e oksigjenit.

Minimizo rrezikun e gjakderdhjes, për shembull duke shmangur injeksionet intramuskulare, kur të jetë e mundur, dhe duke punuar me mjekun tuaj për të kufizuar bashkëveprimin mes antikoagulantëve, trombolitikëve dhe barërave të tjera. Zbuloni për ekzistimin e ndonjë gjakderdhje.

Trombolitikët dhe terapia antikoagulante rrisin rrezikun e gjakderdhjes. Zbulimi i hershëm i saj na ndihmon që të rregullojmë dozën para se të ndodhë ndonjë hemoragji masive.

Nëse, pavarësisht nga masat e përshkruara më sipër, kemi përsëritje të infarktit, përgatit pacientin për kirurgji.

Ndërhyrjet:

- Së pari futet kateteri qendror venoz për të siguruar kullimin, vendoset pacienti në pozitën e Trendelenburgut dhe e mësojmë atë për të zbatuar lëvizjet Valsalva gjatë procedurës.
- Këto masa do të rrisin presionin intratorakal dhe ndihmojnë për të parandaluar hyrjen e ajrit në kateter. Këto masa do të ndihmojnë për të parandaluar shkyçjen aksidentale të tubit, i cili është shkak më i zakonshëm i embolisë ajrore.
- Bashkangjit tubin me një unazë për gjoksin e pacientit. Kjo masë eliminon tërheqjen e kateterit, e cila mund të zgjerohet në hyrje dhe të rrisë rrezikun e hyrjes së ajrit.
- Në vend që të përdorni një fashë për ndaljen e gjakut, provoni të vendosni rreth tubit një gomë me skaje për të parandaluar dëmet dhe që mund të rezultojnë me rrjedhjet e ajrit.
- Veprimi i menjëhershëm mund të parandaloj embolinë ajrore.

- Monitoro për shenjat vitale dhe simptomat.
- Hyrja e ajrit në sistemin pulmonar arterial mund të bllokojë rrjedhjen e gjakut, duke shkaktuar bronkokonstriktimi në mushkëri (rajon të prekur).
- Nëse dyshoni në emboli ajrore:
 - Vendoseni pacientin në pozitë Trendelenburg në anën e majtë.
 - Administron oksigjen me maskë
 - Restarto protokollet për arrest respirator ose të zemrës, nëse paraqitet.
- Ky pozicion ju lejon të lëvizë ajrin larg nga valvula pulmonare dhe pengon hyrjen e ajrit shtesë.

1.6. EVALUIMI

Hapi 1 – Konsideroni Diagnozën Diferenciale

Shiko për shkaqet e dhimbjes së gjoksit, shiko për: Dispnea, Tachypnea, Hipoksia, sinus Takikardi, Shkaqet e dhimbjes së këmbëve.

Hapi 2 – Defino simptomat e Infarkit pulmonar tipike, atipike ose të rënda:

A është të paktën një nga tre faktorët të pranishm të cilët në 97% të rasteve tregojnë për I.P.

1. Dyspnea
2. Tachypnea
3. Dhimbje pleuritike të gjoksit

Hapi 3 - Vlerësimi

- A. Shiko Faktorët e Rrezikut për Infarkt Pulmonar
- B. Trombozë e venave të thella
- C. Histoinë familjare për tromboembolizëm
- D. Historia e kaluar mjekësore e ngjarjes paraprake

Përcaktoni probabilitetin e infarktimit pulmonar

1. Tri pyetje duke filluar - dispnea? Tachypnea? Dhimbjet pleuritike të gjoksit?

Nëse të tre simptomat mungojnë, përjashtoj infarktimit pulmonar.

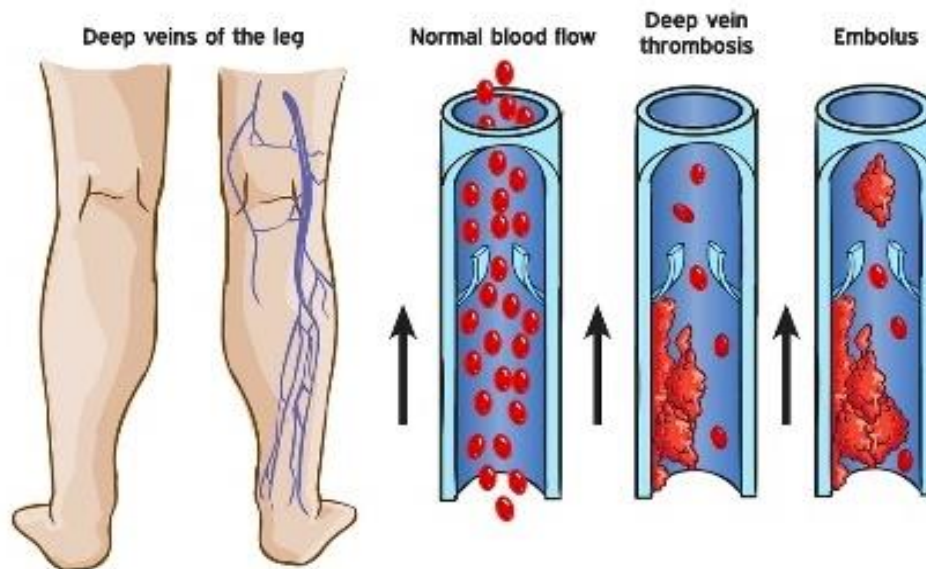


Figura. 03. Tromboza e venave të thella

1.7. PËRFUNDIMET

Si përfundim ritheksojmë rëndësinë e madhe që infermieri luan në parandalimin e tromboembolizmit dhe abscesit pulmonar si dhe zhvillimit të këtyre sëmundjeve, përmes ndërhyrjeve në shënjestër që realizohen nëpërmjet procesit të edukimit shëndetësor të pacientit dhe të afërmeve të tij.

Ndërhyrjet infermierore:

- Krijimi i një marrëdhënie mbështetëse,
- Ruajtja e një mikroklimë të përshtatshme,
- Informimi dhe sigurimi i pacientit duke përdorur komunikimin e duhur (verbal dhe joverbal),
- Monitorimi i normës së frymëmarrjes, lloj i frymëmarrjes, ngjyra e lëkurës, djersitja e lëkurës, temperatura e trupit.
- Terapioni në shënjestër, me oksigjen adekuat,
- Lirimin e rrugëve të frymëmarrjes,
- Ti sigurojë pacientit një vend adekuat,
- Mëson pacientin se si duhet lëvizur kursimin e oksigjenit,
- Ndhmon intubimin trakeal dhe lidhjen me respirator automatik,
- Lidhe pacientin në freskore automatike duke marrë parasysh teknikën e ventilimit (paraprakisht të miratuar nga mjeku),
- Asisto pacientin sipas ventilimit të zgjedhur.

Rreziku i komplikimeve kardiake

- paraqet restaurimin e shenjave vitale të ndryshuara dhe mbajtjen e një ekuilibri të qëndrueshëm kardiovaskular,
- nuk ka dështim ventrikular të drejtë,

- nuk paraqesin shok kardiogjenik.

Ndërhyrjet:

- Monitorimi, EKG e vazhdueshme,
- Kryerja e monitorimit të plotë të shenjave vitale: norma e zemrës, tensioni i gjakut, presioni qendror venoz (nëse është në dispozicion kateteri qendror venoz), diuresis çdo orë (është thelbësore futja e një kateteri urinar me urinometër),
- Ruajtja e bilancit të elektrolitëve,
- Vlerëso gjendjen e vetëdijes së pacientit,
- Siguroi pacientit mbështetje dhe qëndrim konstant,
- Monitorimi invaziv i presionit të gjakut, përmes kateterit arterial,
- Puna në ekip, sidmos me mjekun tuaj,
- Mjekimi, administrimi i barërave dhe infuzioneve. Rreziku potencial i gjakderdhjes nga antikoagulantët dhe / ose pllakëzave të gjakut.

Objektivi:

- Që pacienti të mos përjetojë trauma,

Ndërhyrjet:

- Informo / eduko pacientin duke kontrolluar mirëkuptimin,
- Monitorimi për shenja dhe simptome gjakderdhje, hematoma, hematuria, gjak në jashtëqitje, hematemesis, epistaxis, dhimbje koke të rënda,
- Rreziku potencial i komplikimeve infektive / inflamatore, okluzive, nga keqpozicionimi, hemorragjia, gjatë procedurave diagnostike dhe terapeutike, kateteri periferik venoz, kateteri venoz arterial qendror, monitorimi i kateterit të fshikëzës, çdo intubation tracheal.

Pacienti do të jetë subjekt i monitorimit të paktën çdo tre orë: të parametrave vital, lëngjeve dhe bilancit të elektrolitëve, si dhe në kontrollin e kohës së diurezës, deri në stabilizim nga këto. Ai gjithashtu duhet të mbështetet në të gjitha ato aktivitete që mund të përkeqësojnë dyspnean (të ushqyerit, eliminimi, mobilizimi dhe higjiena).

Ndërhyrjet infermierore janë kryer dhe regjistruar nga profesionistët, siç është planifikuar në fillim, për të ndryshuar gjendjen e rëndë të pacientit. Nëse ndërhyrjet janë efektive, ju do të vini re një përmirësim në 48 orët e para të vlerave të analizave të gjakut, normalizimin e tensionit të gjakut, ritmin e pulsit, ulje të dyspneas, kthimi i presionit arterial pulmonar, lëkura e nxehtë dhe e thatë, rifillimi i diuresis.

Aty ku trajtimi është i paefektshëm dhe gjendja e pacientit është rëndë e komprometuar, mjeku do të vlerësojë mundësinë e terapisë kirurgjike (vena Cava filtra, embolectomy kirurgjikale).

Pasi të jetë stabilizuar gjendja klinike, pacientët do të inkurajohen të shprehin dyshimet dhe shqetësimet e tyre; pyetje për të duhet të jenë datat (përgjigjet: konciz dhe i saktë). Aty pacienti duhet të jetë i informuar për trajtim, dhe se si ata mund të punojnë së bashku përmes njoftimit të menjëhershëm të shenjave në kohë.

Sigurimi i njohurive për parandalimin e përsëritjes dhe ruajtja nga efektet anësore e trajtimit me antikoagulant si:

- ✓ Duhet patur kujdes ndonjë gjakderdhje, për të shmangur goditjet me objekte që mund të shkaktojnë të nxira.
- ✓ Përdorni një furçë dhëmbësh me fije të buta.
- ✓ Gjithmonë konsultohuni me mjekun tuaj para se të merrni ndonjë ilaç.
- ✓ Minimizo futjen e laksativëve sepse ata dobësojnë absorbimin e Vitaminës K.
- ✓ Mos qëndroni gjatë në këmbë, ose ulur për periudha të zgjatura.
- ✓ Kur udhëtoni, praktikoni shpesh ndryshimin e pozicioneve, ndani kohë për të ecur, ndërsa jeni ulur bëni ushtrime aktive të këmbëve.
- ✓ Kërkoni menjëherë ndihmën e mjekut ose infermierit në rastin e shenjave të zeza ose të përgjakshme në lëkurë.

Pas kalimit të fazës akute, pacienti gradualisht rinis mobilizimin aktiv për të rifilluar vetë plotësimin e nevojave vetanake.

1.8. VLERËSIMI PËRFUNDIMTAR

Infermierja është përgjegjëse për kujdesin e përgjithshëm, parandalues - kurativ - paliativ dhe rehabilitues, i cili është arritur përmes aktiviteteve infermiore. Procesi infermior është i përbërë nga një seri fazash të planifikuara dhe veprimesh për të përmbushur dhe zgjidhur nevojat e personit. Mbledhja e të dhënave është e zhvilluar në katër faza:

1. Vlerësimi infermior (problemi dhe zgjidhja e mundshme);
2. Planifikimi (shkruajmë planin e supozuar);
3. Zbatimi i planit të kujdesit;
4. Vlerësimi i rezultateve të arritura dhe Kontrollit të tyre në krahasim me ato të pritshme.

1.9. EDUKIMI SHËNDETËSOR

Pas identifikimit të pacientëve në rrezik, infermierja mund të kërkoj, për të identifikuar shenjat e para të thrombo flebitis që kan sjellur deri te infarkti pulmonar. Ajo kujton në këtë drejtim, se shumica (95%) e rasteve të infarktut pulmonar janë për shkak të trombit të formuar në venat e thella të këmbëve, kjo nënkupton përdorimin e mjeteve më efektive për parandalimin e kësaj gjendje e që janë: profilaksa dhe trajtimi i trombozave të venave të thella. Pastaj duhet promovuar mobilizimin e pacientit, pra kërkohet regjim shtrati, kjo mund të parandaloj ngjizjen e gjakut në periferi. Në pozicion ulur pacienti duhet të mbështetet, është e nevojshme masazha e këmbëve dhe shmangia e mbajtjes së një pozicioni të përkuljes së gjunjëve kur pacienti gjendet në shtrat. Ne duhet të inkurajojmë pacientët me rrezik për të përdorur shtërngues (elastik) në masën e duhur, dhe ti edukojmë për metodat e veshjes së drejtë.

Në fund të afërmit dhe pacientët duhet të informohen për njohjen simptomave të lidhura me shkaktarët që shkaktojnë infarktut pulmonar dhe abscesin mushkëror. Është më se e

nevojshme që të insistojmë në rëndësinë e dy gjërave që janë: kontrolla periodike ose hetimet biokimike, si edhe përdorimi i duhur terapisë. Poashtu duhet të shpjegohet veprimi i barërave të përshkruara, dozimi, efektet anësore dhe mbikqyrja e tyre, si dhe bashkëveprimi me barërat tjera.

Për të siguruar kujdesin optimal që plotëson nevojat e personit me infarkt pulmonar është e rëndësishme që ekipi i infermierëve të gjitha njohuritë, aftësitë dhe detyrat ti kthej në energji dhe punë, në mënyrë që të ndihmon personin për të rifilluar aktivitetet e përditshme me siguri dhe besim.

1.10. REKOMANDIMET INFERMIERORE

- ❖ Minimizimi i rrezikut për infarkt pulmonar;
- ❖ Parandalimi i formimit të trombeve;
- ❖ Sigurohuni nga rreziku që sjellë embolia pulmonare (tromboza e venave të thella);
- ❖ Monitoroni terapinë trombolitike;
- ❖ Menaxhoni dhimbjen;
- ❖ Menaxhoni oksigjenin;
- ❖ Lehtësoni ankthin;
- ❖ Monitoro për komplikime (goditje dhe dështim ventricular)
- ❖ Zhvilloni kujdesin postoperatorë; dhe
- ❖ Promovimi i kujdesit në shtëpi

KAPITULLI III

Referencat dhe CV e shkurtër e kandidatit.

3.1. LITERATURA

1. Seo H, Cha SI, Shin KM, et al. Focal necrotizing pneumonia is a distinct entity from lung abscess. *Respirology* 2013;18:1095-100. PubMed
2. Yazbeck MF, Dahdel M, Kalra A, et al. Lung abscess: update on microbiology and management. *Am J Ther* 2014;21:217-21. PubMed
3. Bartlett JG. The role of anaerobic bacteria in lung abscess. *Clin Infect Dis* 2005;40:923-5. PubMed
4. Schweigert M, Dubecz A, Stadlhuber RJ, et al. Modern history of surgical management of lung abscess: from Harold Neuhof to current concepts. *Ann Thorac Surg* 2011;92:2293-7. PubMed
5. Moreira Jda S, Camargo Jde J, Felicetti JC, et al. Lung abscess: analysis of 252 consecutive cases diagnosed between 1968 and 2004. *J Bras Pneumol* 2006;32:136-43. PubMed
6. Puligandla PS, Laberge JM. Respiratory infections: pneumonia, lung abscess, and empyema. *Semin Pediatr Surg* 2008;17:42-52. PubMed
7. Gonçalves AM, Menezes Falcão L, Ravara L. Pulmonary abscess, a revision. *Rev Port Pneumol* 2008;14:141-9. PubMed
8. Magalhães L, Valadares D, Oliveira JR, et al. Lung abscesses: review of 60 cases. *Rev Port Pneumol* 2009;15:165-78. PubMed
9. Ando K, Okhuni Y, Matsunuma R, et al. Prognostic lung abscess factors. *Kansenshogaku Zasshi* 2010;84:425-30. PubMed
10. Stock CT, Ho VP, Towe C, et al. Lung abscess. *Surg Infect (Larchmt)* 2013;14:335-6. PubMed
11. Bartlett JG. Anaerobic bacterial infection of the lung. *Anaerobe* 2012;18:235-9. PubMed

12. Wang JL, Chen KY, Fang CT, et al. Changing bacteriology of adult community-acquired lung abscess in Taiwan: *Klebsiella pneumoniae* versus anaerobes. *Clin Infect Dis* 2005;40:915-22. PubMed
13. Pande A, Nasir S, Rueda AM, et al. The incidence of necrotizing changes in adults with pneumococcal pneumonia. *Clin Infect Dis* 2012;54:10-6. PubMed
14. Takayanagi N, Kagiya N, Ishiguro T, et al. Etiology and outcome of community-acquired lung abscess. *Respiration* 2010;80:98-105. PubMed
15. Nicolini A, Cilloniz C, Senarega R, et al. Lung abscess due to *Streptococcus pneumoniae*: a case series and brief review of the literature. *Pneumonol Alergol Pol* 2014;82:276-85. PubMed
16. Brook I. Anaerobic pulmonary infections in children. *Pediatr Emerg Care* 2004;20:636-40. PubMed
17. Prof. Esheref Saraqini, Dr. Hariet Zherka-Saraqini, Anatomia dhe fiziologjia e njeriut.
18. Prof.Dr.Shyqyri Subashi&Eduart Haxhihyseni, Patologjia

3.2. CV e shkurter e Kandidatit

Informatat personale	
Emri dhe Mbiemri	Leutrim Likaj
Datëlindja	21/10/1994
Gjinia	Mashkull
Nr. Personal	1234650765
Të dhënat kontaktuese	
Nr. Tel:	(+386) 49/415-043
Adresa	Fshati Krajk
Emaili	leutrimlikaj@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Ass. Infermier i përgjithshëm “Luciano Motroni” Prizren
Universiteti	Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	I rregullt
Nr. ID	140306069