

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 4-2020

STOMAT KIRURGJIKE TEK TË USHQYERIT ENTERAL DHE ROLI I INFERMIERIT/ES

Donjeta Avdiu

University for Business and Technology - UBT

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Avdiu, Donjeta, "STOMAT KIRURGJIKE TEK TË USHQYERIT ENTERAL DHE ROLI I INFERMIERIT/ES" (2020). *Theses and Dissertations*. 1763.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/1763>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact knowledge.center@ubt-uni.net.



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

STOMAT KIRURGJIKE TEK TË USHQYERIT ENTERAL DHE ROLI I

INFERMIERIT/ES

Bachelor

DONJETA AVDIU

Prill,2020

Prishtinë



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik 2016/2017

Studente: Donjeta Avdiu

**STOMAT KIRURGJIKE TEK TË USHQYERIT ENTERAL DHE ROLI I
INFERMIERIT/ES**

Mentor: prof. Shqiptar Demaçi dr sc.

Prill/2020

Prishtinë

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar për përmbushjen e kërkesave të pjeshme për Shkallën
Bachelor.

ABSTRAKT

Qëllimi i këtij punimi është që të mësohet më tepër për të ushqyerit enteral, cilat janë sëmundjet më të shpeshta ku është i nevojshëm ushqimi enteral, mënyrën se si mirret, si dhe moshat më të prekura, ndikimet pozitive apo negative që shkakton.

Metodologjia– Studimi analizon të dhëna në mënyrë retrospektive pacientët gjatë vitit 2019 të cilët kanë qenë të trajtuar në Klinikën e Anesteziologjise në repartin e Intensivës Qendrore, Qendrën Klinike Universitare të Kosovës (QKUK), Prishtinë.

Rezultatet – Të dhënat na tregojnë se numri më i madh i pacientëve me të ushqyerit enteral janë meshkuj (220) 58% dhe femra (130) 42%. Moshat më të prekura që përdorin ushqyerjen enterale janë: 44-54 vjeçar me 26%, 55-64 vjeç me 38% dhe 66-74 vjeçar me 36%. Në bazë të dhënave të paraqitura rezultojnë që 30% e pacientëve janë diagnostifikuar me Arrest kardiak, 45% me Politraumë, 25% me Abdomenakut. Si dhe 95% e pacientëve përdorin sondë nazo-gastrike.

Konkluzioni – Marrja e ushqimit në kohën dhe sasinë e duhur ndihmon në luftimin e komplikimeve dhe mund të jetë pjesë e rëndësishme e shërimit të një pacienti. Përdorimi i metodave të drejta në marrjen e ushqimit enteral ka rol kyç në shëndetin e pacientit.

FALENDERIME DHE MIRËNJOHJE

Në këtë pjesë të veçantë falenderoj mentorin prof. Shqiptar Demaçi. dr.sc.

Falënderoj Repartin e Intensivës Qendore (QKUK) – Prishtinë që më ndihmuan ta grumbulloj materialin për punim, veçanërisht motrën Valentina. Një falenderim tjetër i fuqishëm nga brendësia ime shkon për më të shtrenjtën familje që në çdo hap timin i kam pasur pranë. Fal për krahes suaj në çdo veprim timin dhe anën financiare që për asnjë moment nuk u kursyen për mua, sot gëzoj fatin të e mbroj këtë punim Diplome. Gjatë këtij punimi jam konsultuar me shumë kolegë dhe shoqëri të drejtimeve të ndryshme mjekësore, për qëllim- marrjen e shumë mendimeve dhe grumbullimin e materialit që në fund nga ky punim të dalin rezultate me peshë.

Faleminderit të gjithëve!

PËRMBAJTA

LISTA E FIGURAVE	IV
LISTA E TABELAVE	IV
FJALORI I TERMAVE	V
1.HYRJE	1
2. SHQYRTIMI I LITERATURËS	2
2.1 Anatomia e sistemit gastrointestinal	2
2.2 Qasjet për ushqyrje enterale	7
2.2.1 Sonda nazo gastrike	8
2.2.2 Jejunostomia kirurgjikale	9
2.2.3 Gastrostomia endoskopike perkutane	9
2.3 Indikacionet dhe kundër- indikacionet	10
2.4 Indikacionet kryesore për Gastrostomi	11
2.5 Materialet dhe mjetet e nevojshme për vendosjen e GEP	12
2.6 Nutricioni nëpërmjet sondave	16
2.7 Ushqyerja (Nutricioni)	17
2.8 Teknikat e administrimit të ushqyerjes enterale	18
2.9 Përkujdesja gjatë administrimit të ushqyerjes enterale	19
2.9.1 Normat higjienike bazë për shmangien e kontaminimit të mishelave ushqyese	19
2.10 Llojet kryesore të tubave ushqyes enteral	20
2.11 Ushqimi i të sëmurit nëpërmjet sondës Nazogastrike	23
2.12 Ushqimi i të sëmurëve nëpër Gastrostomë	24
2.13 Kujdesi infermieror	25
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	26
4. METODOLOGJIA	27
5. ANALIZA DHE PREZENTIMI I REZULTATEVE	28
6. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	32
7. REFERENCA	35
8.SHTOJCAT	36

LISTA E FIGURAVE

Figura 1:Ndërtimi anatomik i traktit digjektiv	4
Figura 2:Inserimi i sondës nazogastrike	8
Figura 3:Paraqitet numri i pacinetëve sipas gjinisë	26
Figura 4:Numri i pacientëve me ushqyerje enterale sipas grupmoshës	27
Figura 5:Përqindja e pacientëve me diagnozat më të shpeshta gjatë vitit 2019.....	28

LISTA E TABELAVE

Tabela 1: Mënyrat e marrjes së ushqimit enteral	7
Tabela 2:Janë paraqitur indikacionet kryesore për gastrostomi.....	10
Tabela 3:Materiallet dhe mjetet e nevojshme për vendosjen e GEP.....	12
Tabela 4:Kjo tabelë paraqet normat kirurgjike për të evituar kontaminimin e mishelave.....	14
Tabela 5:Normat higjienike bazë për shmangien e kontaminimit të mishelave ushqyese	19
Tabela 6:Diagnozat më të shpeshta gjatë vitit 2019.	28

FJALORI I TERMAVE

(QKUK) - Qendra Klinike Universitare e Kosovës

(SNG) - Sonda nazo-gastrike

(PEG) - Gastrostomia endoskopike perkutane

(PEJ) - Jejunostomia endoskopike perkutane

(NE) - Nutricioni (të ushqyerit) Enteral

(SLA) - Skleroza laterale amiotrofike

(ORL)- Oto - rino- laringologjia

(TNG) - Tubi nazogastrik

(TOG) - Tubi orogastrik

(HCl) - Acidi klorhidrik

(ADN) - Acidit dezoksiribonukleik

1.HYRJE

Viteve të fundit përkrahja për aplikimin e të ushqyerit enteral tek pacientët e rëndë në Mjekimin Intenziv ka evoluar si një komponentë thelbësore në kujdesin e këtyre pacientëve. Mosushqyerja ka qenë e lidhur me rezultate të dobëta në mesin e pacientëve të Mjekimit Intenziv, siç dëshmohet nga morbiditeti dhe mortaliteti i lartë si dhe kohëzgjatja e qëndrimit në Mjekimin Intenziv. Viteve të fundit numri i madh i studimeve në bazë të dhënave sugjeron se në prani të një zorre funksionale, të ushqyerit duhet të administrohet nëpërmjet rrugës enterale kryesisht për shkak të morbiditetit të lidhur me mënyrat e tjera të të ushqyerit.

Efektet favorizuese të të ushqyerit enteral përfshijnë: përdorimin më të mirë të substratit ushqyes, parandalimin e atrofisë mukozale, ruajtjen e florës së zorrëve, integritetit dhe imuno kompetencës. Prandaj, viteve të fundit ka pasur një interes në rritje në mesin e hulumtuesve për të filluar aplikimin e ushqimit enteral ndaj pacientëve sa më shpejt të jetë e mundur.

Studimet eksperimentale në kafshë kanë treguar se të ushqyerit e hershëm enteral është shoqëruar me një ulje të gjendjes hypermetabolike, me supresion të hormoneve katabolike dhe me ulje të translokimit bakterial nga trakti digjektiv. Derisa punimet multicentrike humane kanë treguar se të ushqyerit e hershëm enteral u shoqërua me një incidencë shumë më të ulët të infeksioneve dhe kohëzgjatje të reduktuar të qëndrimit hospitalor.

Mjekimi i të sëmurëve me rrezik jetësor në tridhjetë vjetët e fundit ka përparuar shumë. Përkundër përparimit të masave të reanimimit mortaliteti i lartë, posaçërisht në fazën e avansuar të sëmundjes, ende ka mbetur problem i madh. Mu për këtë vëmendja e shumë hulumtuesve në këto vitet e fundit është drejtuar në këto faza të avansuara të sëmundjes, siç janë çrregullimet e rënda metabolike dhe përkrahja jo adekuate e nutricionit që shkaktojnë insuficencë të organeve apo edhe sistemeve të organeve dhe vdekje. Me kohë është bërë e ditur që mosushqyerja adekuate mund të ketë pasoja fatale dhe që hiperkatabolizmi i të sëmurëve me rrezik jete në kohë shumë të shkurtër shkakton dobësim të statusit nutritiv. Gjithashtu është bërë e ditur, që mortaliteti dhe komplikimet siç është deficit imunologjik dhe infeksionet korelojnë me malnutricionin. Tani është përgjithësisht e

pranuar, që ushqimi enteral meqë është më fiziologjik, më pak invaziv dhe gjithashtu më i lirë është më i preferuar si formë fillestare e përkrahjes nutritive tek të sëmurët në mjekim intensiv. (Vistano, 2017)

2.SHQYRTIMI I LITERATURËS

2.1 Anatomia e sistemit gastrointestinal

Funksionet e sistemit digjestiv

Sistemi digjestiv me ndihmën e sistemit të qarkullimit i furnizon me ushqim rreth 100 trilion qeliza në organizmin e njeriut. Ushqimi futet në traktin digjestiv dhe vazhdimisht zërthehet në grimca më të vogla. Enzimet e sistemit digjestiv i zërthejnë këto grimca të vogla në molekula të cilat absorbohen në zorrë, kalojnë në sistemin e qarkullimit të gjakut dhe përmes tij shpërndahen në tërë organizmin. Në funksionet e sistemit digjestiv bëjnë pjesë:

-Marrja e ushqimit: Ushqimi dhe uji merren përmes gojës, -Tretja e ushqimit: Gjatë procesit të tretjes ushqimi zërthehet në grimca dhe më vonë në molekula të vogla të cilat kanë mundësi të absorbohen, - Absorbimi: Qelizat epiteliiale që e mbulojnë lumenin e zorrëve absorbojnë molekulat e vogla ushqimore (aminoacidet, monosaharidet, acidet yndyrore, vitaminat, mineralet dhe ujin), -Eliminimi i produkteve të dëmshme dhe të panevojshme: materialet e patretshme siç janë fibrat, poashtu edhe produktet e dëmshme ekskretohen në traktin digjestiv dhe eliminohen në feces.

Sistemi digjestiv është i ndërtuar nga trakti digjestiv (gastro-intestinal) si dhe nga organet tjera shoqëruese. Trakti digjestiv përbëhet nga: kaviteti oral (hapësira e gojës), faringu, ezofagu, lukthi (stomaku), zorra e hollë, zorra e trashë dhe anusi (fig 1). Gjëndrat aksesore (shtesë) janë të shoqëruar me traktin digjestiv. Gjëndrat e pështymës i hedhin produktet e tyre në hapësirën e gojës, ndërsa mëlçia dhe pankreasi në zorrën e hollë. Pjesët e ndryshme të traktit digjestiv janë të specializuara për funksione të ndryshme. Pothuajse të gjitha segmentet e traktit digjestiv ndërtohen nga katër shtresa, duke filluar nga lumeni këto janë: *tunica mucosa*, *tunica submucosa*, *tunica muscularis* dhe *tunica serosa* apo *adventitia*. Organet intraperitoneale shtresën e jashtme e kanë të

ndërtuar nga tunica serosa ndërsa ato ekstra-peritoneale nga adventitia.(mayoclinic, 2018)

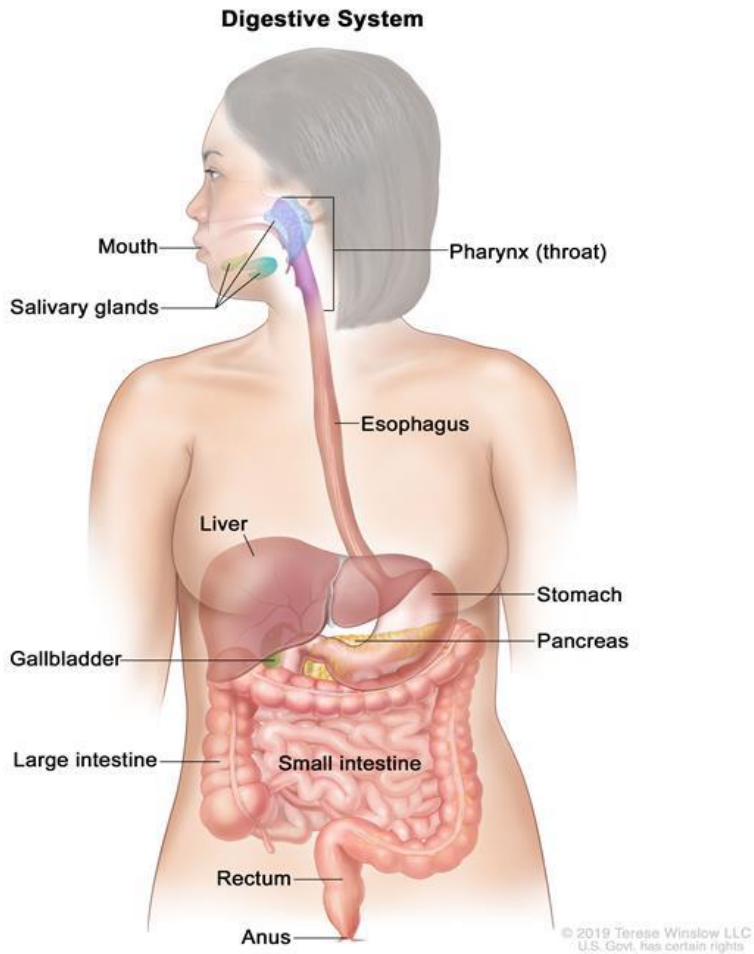


FIGURA 1:NDËRTIMI ANATOMIK I TRAKTIT DIGJESTIV

(Huazuar nga National cancer institute)

Kaviteti oral dhe Gastrointestinal

Kaviteti oral (hapësira e gojës) është pjesa e parë e traktit digjektiv.

Kufizohet nga buzët, faqet, qiellza e fortë dhe e butë. Këtu janë të vendosura edhe gjuha dhe dhëmbët.

Faringu

Faringu-apo gryka, e cila lidh hapësirën e gojës me ezofagun është i ndërtuar nga tri pjesë (kate): nazo-faringu, oro-faringu dhe laringo-faringu. Ushqimi normalisht kalon vetëm nëpër oro-faring dhe laringo-faring. Ezofagu është një tubmuskulor i mbuluar nga mbrenda me mukozë me epitel shumështrësor të sheshtë.

Ezofagu

Ezofagu është një tub muskolor i mbuluar nga brenda me mukozë me epitel shumëshresor të sheshtë. Ezofagu e lidh faringun me lukthin (stomakun). Është i gjatë rreth 25 centimetra dhe shtrihet posterior në raport me trakenë dhe anterior në raport me shtyllën kurrizore. Pjesa e sipërme e ezofagut ndërtohet nga muskulatura skeletore ndërsa pjesa e poshtme nga muskulatura e lëmuar. Sfinkteri i sipërm dhe i poshtëm ezofageal vazhdimisht kontrollojnë futjen e ushqimit në ezofag nga faringu dhe largimin e tij në lukth.

Procesi i gëlltitjes- mund të ndahet në tri faza:

1. Faza e vullnetshme,
2. Faza faringeale dhe
3. Faza laringeale.

Lukthi

Lukthi është segmenti më i dilatuar (i gjerë) i traktit digjektiv.

Ezofagu në pjesën e poshtme vazhdon me lukthin. Vendi ku ezofagu lidhet me lukthin njihet si cardia, për shkak se ndodhet afër zemrës. Pjesa më e sipërme e lukthit quhet fundus, segmenti më i madh i lukthit quhet *corpus* (trup). Vendi ku lukthi kalon në duoden njihet si regjioni pilorik (pylorus), i cili është i ndërtuar nga një shtresë më e trashë e muskujve të lëmuar, këta muskuj e ndërtojnë sfinkterin pilorik. Muri i lukthit histologjikisht është i ndërtuar nga këto shtresa kryesore: tunica mucosa, submucosa, muscularis dhe serosa. Në mukozën e lukthit janë të vendosura disa qeliza epiteliale cilindrike që prodhojnë mukusin (mucinën) e cila e mbron lukthin nga acidi klorhidrik (HCl). Në mukozën e lukthit ndodhen edhe gjëndrat gastrike, këtu ndodhen qelizat që prodhojnë acidin klorhidrik, pepsinogjenin dhe gastrinën. Acidi klorhidrik prodhon një mjedis acidik në lukth me pH=2.0. Ky acid shkatërron mikroorganizmat-bakteriet, pra ka rol mbrojtës, por gjithashtu aktivizon pepsinogjenin në pepsinë. Pepsina zbërthen lidhjet kovalente të proteinave duke i zbërthyer ato në zinxhirë të shkurtër peptidik. Poashtu në lukth prodhohet edhe faktori intrinsik (faktori i brendshëm) i cili lidhet me vitaminën B12 dhe mundëson absorbimin e saj në zorrën e hollë.

Vitamina B12 është shumë e rëndësishme në sintetizimin e acidit dezoksiribonukleik (ADN) në rruzat e kuqe të gjakut (eritrocitet). Lukthi nga jashtë është i mbështjellur me *tunica serosa*, e cila në fakt prezanton peritoneumin visceral.

Zorra e hollë

Zorra e hollë ka një gjatësi përafërsisht 6 metra dhe ndërtohet nga tri pjesë kryesore: duodeni, jejunumi dhe ileumi. Duodeni (zorra dymbëdhjetë-gishtore) është segmenti i parë i zorrës së hollë, e formon një hark në abdomen. Duktusi i përbashkët biliar i cili vjen nga mëlçia dhe duktusi pankreatik i cili vjen nga pankreasi derdhin produktet e tyre në një pikë të përbashkët në nivel të duodenit. Për të rritur sipërfaqen absorbuese, zorrët e holla i kanë tri modifikime: palosjet (plica) circularis, villet dhe mikrovillet. Në duoden ndodhen gjëndrat duodenale të cilat prodhojnë mukus. Mukusi i mbron zorrët e holla nga enzimat digjестive dhe nga acidet e lukthit. Lëvizja e ushqimit në zorrë mundësohet përmes kontraksioneve peristaltike të murit të zorrëve. Sasia më e madhe e materieve ushqyese në zorrë absorbohet në nivel të jejunumit. Zorrët nga jashtë mbështillen me peritoneum.

Zorra e trashë

Edhe zorra e trashë është e ndërtuar nga disa segmente: cekumi, koloni ascendent (ngritës), koloni transvers, koloni descendent (zbritës), koloni sigmoid dhe rektumi. Cekumi është pjesa fillestare e zorrëve të holla, në këtë segment derdhet përmbajtja nga zorrët e holla, më saktësisht ileumi. Apendiksi (shtojca krimbake) është një zgjatje (sakus) nga cekumi. Segmenti i fundit i zorrëve të trasha-rektumi, përfundon me kanalin anal. Kanali anal është i ndërtuar nga një sfinkter i brendshëm (i ndërtuar nga muskujt e lëmuar) dhe nga një sfinkter i jashtëm (i ndërtuar nga muskujt skeletor). Funkcionet e zorrës së trashë janë absorbimi i ujit dhe prodhimi i fecesit. Defekimi është procesi i eliminimit të fecesit. Refleksi aktiv (i pavullnetshëm) lëviz masën fekale në drejtim të sfinkterit të jashtëm. Kontrollimi i kontraksionit të sfinkterit të jashtëm është i vullnetshëm.

Mëlçia

Mëlçia është organ i vendosur në kuadrantin e sipërm të djathtë të abdomenit. Nëse shikohet nga përpara në mëlçi vërejmë dy lobe, të majtin dhe të djathtin. Ndërsa, nëse e shikojmë nga poshtë, mund të dallojmë katër lobe. Arteria hepatike dhe vena porta dërgojnë gjak në mëlçi. Ndër funksionet e rëndësishme të mëlçisë është prodhimi i bilës, e cila del nga mëlçia përmes sistemit

të duktuseve hepatike. Duktusi i majtë dhe i djathtë hepatic bashkohen për të formuar duktusin e përbashkët (communis). Bila për një kohë ruhet në veziken biliare, ku grumbullohet duke kaluar nëpër duktusin cystic. Duktusi cistik lidhet me duktusin biliar *communis* duke formuar ductus choledocus i cili vazhdon dhe derdhet në duoden së bashku me duktusin pankreatik. Përveq prodhimit të bilës, e cila ka rëndësi të madhe në emulsifikimin e yndyrnave, mëlçia bën procesimin e produkteve ushqimore që absorbohen në zorrë, prodhon molekula të reja dhe bën detoksifikimin e molekulave të dëmshme.

Pankreasi

Pankreasi është edhe gjëndër endokrine edhe ekzokrine. Funkzionet endokrine i realizon përmes prodhimit të disa hormoneve që lirohen në qarkullimin e gjakut, si insulina dhe glukagoni. Ndërsa funksionin ekzokrin e realizon përmes prodhimit të enzimeve digjестive të cilat përmes duktusit pankreatik derdhen në duodenum. Pankreasi është i ndërtuar nga koka, e cila është e mbështetur në harkun duodenal, nga trupi dhe bishti. Në pankreas bëhet prodhimi i enzimeve si: lipaza (zbërthen lipidet), amilaza (zbërthen amidonin) dhe tripsina (zbërthen proteinat). Poashtu në pankreas prodhohen edhe jonet bikarbonate (HCO_3^-) – bëjnë neutralizimin e acideve të cilat nga lukthi kalojnë në duoden. (Elpaso back clinic, 2017)

2.2 Qasjet për ushqyrje enterale

TABELA 1: MËNYRAT E MARRJES SË USHQIMIT ENTERAL

<ul style="list-style-type: none"> • Sonda nazo-gastrike (SNG) ose nazo- jejunale 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrostomia sipas Vicelit (Witzelit)
<ul style="list-style-type: none"> • Gastrostomia endoskopike perkutane (GEP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrostomia sipas Kaderit
<ul style="list-style-type: none"> • Jejunostomia endoskopike perkutane (JEP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Jejunostomia kirurgjikale laparotomike ose laparoskopike

(Kirurgjia për Infermierinë - issue, 2015)

2.2.1 Sonda nazo gastrike

Sonda nazo gastrike, falë thjeshtësisë së përdorimit, përbën rrugën e aksesit më të shpeshtë për sigurimin e nutricionit enteral. Por, SNG që është pak e pranueshme nga pacientët, bëhet shkak për shfaqjen e disa komplikacioneve, megjithëse të nënvlerësuara si: vendosja e gabuar, vendosja ne bronke, erozione dhe dekubituse ezofageale, dekubituse nazale etj. Gjithashtu ajo është pak e indikuar në kushte ambulatorë, sepse duke qenë e dukshme, kufizon kontaktet dhe jetën sociale të pacientit. Për këto arsye, sipas linjave guide, ajo përdoret për NE për një periudhë deri 1 muaj. (issuu,2015)

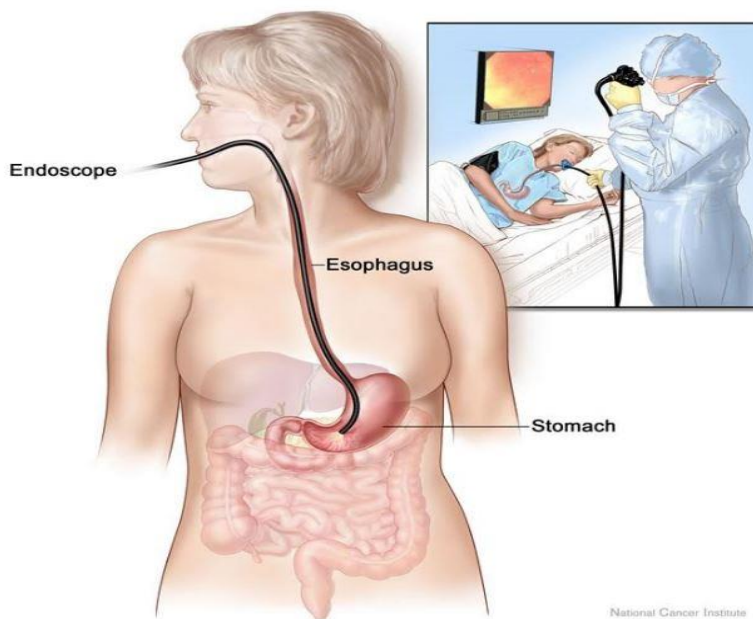


FIGURA 2:INSERIMI I SONDËS NAZOGASTRIKE

(Huazuar nga Gazeta Shëndeti)

2.2.2 Jejunostomia kirurgjikale

Jejunostomia kirurgjikale mundëson futjen e produkteve ushqimore direkt në një anë të jejunumit proksimal. Vendosja e sondës kryhet në sallën e operacionit, nën anestezi gjenerale. Pas kryerjes të një incizioni abdominal të vogël, nxirret një ansë jejunale, brenda të cilës implantohet një sondë 12 French (4mm), që fiksohet në zorrë, peritoneum, fasciet muskulare dhe në lëkurë. Jejunostomia

ushqyese indikohet në rastet kur parashikohet një periudhë e gjatë e të ushqyerit enteral, të paktën një muaj. Ajo mund të indikohet edhe në rastet e ezofagektomive apo gastektomive totale dhe të kryhet në të njëjtën kohë me interventet e sipërpërmendura, gjatë fazës abdominal të kirurgjisë, megjithëse NTP dhe anastomozat më të sigurta me stapler, kanë bërë që indikacionet e saj në këto lloj interventesh të reduktohen ndjeshëm. Jejunostomia indikohet edhe kur GEP është i pamundur të realizohet, për shkak të infiltrimit të stomakut nga lezionet neoplazike. Duhet theksuar se jejunostomia paraqet kosto më të larta krahasuar SNG dhe GEP. Nga ana tjetër, jejunostomia krahasuar me SNG, është më e pranushme nga pacienti, mund të mbahet lehtësisht dhe në mënyrë abulatore dhe i lejon pacientët të kryejnë jetë aktive dhe sociale, gjithashtu redukton risqet e refluksit gastro-ezofageal të produkteve të injektuara, fenomen që vërehet në ushqyerjen me Sondë nazo gastrike dhe me Gastrostomi endoskopike perkutane.

2.2.3 Gastrostomia endoskopike perkutane

GEP është një procedurë për NE që konsiston në pozicionimin e një sonde në stomak me rrugë endoskopike. Vetë termi përshkruan procedurën ashtu edhe rrugën e realizimit të saj. Kjo metodë u realizua për herë të parë në 1979, nga dy kirurgë pediatrikë, Guaderer dhe Ponsky, te një fëmijë 6 muajsh, i pa aftë të gëlltisë.

Kjo metodë është e mundur: -Të garantohen nevojat energjetike në pacientë me aparat gastro-intestinal funksional, por të pa aftë të marrin produkte ushqyese nga goja për një periudhë që parashikohet të jetë më e gjatë se një muaj. - Redukton presionin për shkak të përmbajtjes dhe gazeve intestinale që grumbullohen si pasojë e një obstrukcionit në nivel gastric apo intestinal. Ky dekomprimim bëhet i nevojshëm në pacientët me atoni gastrike, pseudo-obstrukcionet intestinale apo me sëmundje cerebrale apo terminale. -Ri-integron bilën në pacientët me obstrukcion të rrugëve biliare apo fistula biliare. -Siguron, sidomos tek fëmijët, administrimin e medikamenteve me shije të keqe.

Avantazhet e Gastrostomise endoskopike perkutane krahasuar me gastrostomitë dhe jejunostomitë kirurgjikale janë mungesa e nevojës së anestezisë gjenerale si dhe kryhet në një kohë të shkurtër (5-15 minuta), si në sallë ashtu edhe në mënyrë ambulatore. Ajo paraqet më pak komplikacione se jejunostomia, ul ditë-qëndrimin spitalor, siguron një ri-integrim më të shpejtë tek pacientët në familje dhe shoqëri, po ashtu pranohet më mirë edhe nga vetë pacientët, përparësi tjetër e kësaj

metode është arsyeja estetike (mbulohet më mirë me rroba). Gastrostomia endoskopike perkutane shpesh shërben për përmirësimin e cilësisë së jetës, sidomos në sëmundjet me evolucion të ngadaltë. Në qoftë se sonda vendoset mirë dhe sigurohet përkujdesja e nevojshme, ajo mund të qëndrojë edhe mbi 5 vjet. Për shkak të tendencës natyrale për performim, është e këshillueshme që gastrostomia endoskopike perkutane të hiqet rreth 1 viti, duke e zëvendësuar me një gastrostomi më të shkurtër, me ballon. Duhet theksuar se kjo procedure është reverzibile, mjafton që të paktën pas një muaji të hiqet stonda, të tamponohet plaga dhe ajo mbyllet në mënyrë spontane brenda 2-3 ditësh. (issuu, 2015)

2.3 Indikacionet dhe kundër- indikacionet

Gastrostomia endoskopike perkutane është e ndikuar në të gjithë ata pacientë me trakt gastrointestinal funksional, që kanë nevojë për të ushqyerit enteral për një periudhë më të gjatë se një muaj, dhe që nuk mund të sigurojnë nevojat energjetike nga goja. Rastet më të shpeshta që kanë indikacion për Gastrostomi endoskopike perkutane janë ato kur kompromitohen mekanizmat e gjellitjes dhe gjendjet e ndërgjegjes, apo në të cilët është e pranishme një pengesë progresive në ezofag apo stomakun proksimal. Kundër-indikacionet absolute për GEP përfaqësohen nga ato raste kur nuk është e mundur afrimi i paretit gastrik me atë abdominal, p.sh. për shkak të interpozimit të organeve (hepar, kolon) apo për shkak të ndryshimeve anatomike nga interventet e mëparshme. Obeziteti nuk përbën kundër-indikacion. (Gjata, 2015)

2.4 Indikacionet kryesore për Gastrostomi

TABELA 2:JANË PARAQITUR INDIKACIONET KRYESORE PËR GASTROSTOMI

<p>Sëmundje Neurologjike</p>	<p>Skleroza laterale amiotrofike (SLA), vaskulopati cerebral (disfagi neurologjike, hemoragji cerebrale, iktus) traumë cerebrale, demenca, neoplazi cerebrale, epilepsi, hidrocefali, sindromi Guillan-Barre, absces cerebral, Alzheimer, Parkinson.</p>
-------------------------------------	--

Sëmundje Neoplazike	Kancer ezofagu, kancer gastrik, neoplazi ORL, kancer pulmonar, neoplazi cerebrale
Sëmundje të tjera	AIDS, diabeti, sëmundjet psikiatrike, insuficiencë respiratore, fibrozë cistike, divertikul Zenker, stenoze peptike e ezofagut, ahalazia, botulizem, sindroma Daun.

(Kirurgjia për Infermierinë - issuu, 2015)

Përgatitja dhe teknika e procedurës

Duhen vlerësuar hemogrami dhe parametrat e koagulimit (PT, PTT). Duhet verifikuar hapja e gojës, duhet larë dhe pastruar abdomenin superior dhe të kanjullohet një akses venoz. Pacienti duhet peshuar dhe pesha duhet shënuar në një skenë të vecantë, ku duhet shënuar edhe vlerat e ditëve pas interventit, për tu verifikuar sa më heret të jetë e mundur një rënie në peshë. Duhet informuar pacienti dhe familjarët për mënyrën si do të sigurohet ushqyerja, duke i shpjeguar modalitetin, kohën, sasinë dhe natyrën e ushqimeve që do të administrohen. Ditën e interventit, pacienti, i cili duhet të mos ketë ngrënë prej 8 orësh, i nënshtrohet antibiotiko-profilaksisë dhe dërgohet në sallë. Infermieri i sallës bën pre-medikimin me midazolam, atropin dhe flumenazil.

Kryhet endoskopia dhe individualizohet pika më e përshtatshme për vendosjen e GEP. Një mjek dhe infermier tjetër përgadisin fushën dhe bëjnë anestezinë locale. Procedura mund të përshkruhet në mënyrë sistematike si më poshtë:

1. Preparohet fusha kirurgjike në abdomenin e sipërm.
2. Gastroskopi dhe ndriçim i paretit abdominal.
3. Infiltrimi i lëkurës me anestetik lokal, mini-incision rreth 3 mm dhe futja e një kanjule me stomak nën pamjen endoskopike.
4. Futja përmes kanules, e një dopio fije sa të kapet me anë të pincetës endoskopike.

5. Nxjerrja e fijos nga goja dhe ankorimi i sondës në të me një nyje.
6. Tërheqja e fijos nga jashtë abdomenit, derisa sonda të kalojë në stomak dhe të dalë edhe ajo jashtë abdomenit.
7. Fiksimit si nga ana gastrike ashtu edhe ajo jashtë abdominale e sondës.
8. Mjekimi i plagës dhe lidhja e GEP me një qese drenazhi. (issuu, 2015)

2.5 Materialet dhe mjetet e nevojshme për vendosjen e GEP

TABELA 3: MATERIALET DHE MJETET E NEVOJSHME PËR VENDOSJEN E GEP

Komprese sterile	Leukoplast
Gazra sterile	Shiringë për të aspiruar anestetikun lokal, Lidokainë 2%
3 vegla kirurgjikale (gërshërë, klema dhe mbajtse për tupfera)	Komprese sterile me vrimë në qoftë se nuk është e përfshirë në setin e GEP
Mbajtës për dezinfektantin iodik jo të alkolic	Set GEP

(Kirurgjia për Infermierinë - issuu, 2015)

Norma të përgjithshme për përkujdesjen e sondes për nutricion enteral. Përkujdesja ndaj sondës fillon me kontrollin e përditshëm të lëkurës përreth stomes, duke vlerësuar shfaqjen e shenjave të infeksionit (skuqje, edema, prania e pozit ose sekrecioneve) dhe duhen ndërruar gazrat të paktën një herë në ditë gjatë javës së parë. Gjatë ndërrimit të plagës vendi shpërlahet me ujë të oksigjenuar dhe fiziologjik dhe duke vënë gazra sterile përreth tubit. Në qoftë se gazrat lagen më shpejt, ato duhen ndërruar për të shmangur iritacionin dhemacerimin e lëkurës. Në rastet e rrjedhjes të lëngut gastrik apo enterik, duhet të ketë parasysh efektin tepër irritues të acidit chlorhidrik mbi lëkurën, sidomos kur ajo është hipotrofikë. Është e nevojshme të lahet lëkura, edhe me ujë e sapun dhe pastaj thahet duke filluar nga zona e inserimit të sondës, me lëvizje rrethore drejt periferisë, së fundi dizinfektohet. Zakonisht GEP fiksohet me lëkurën me një trekëndësh apo disk silikoni të

butë, është e nevojshme të pastrohet me kujdes edhe lëkura nën të, duke rrotulluar sondën. Në fund të mjekimit duhet kontrolluar pozicionimin e mirë të sondës. Në qoftë se vërehet zgjerim i brimës duhet zëvendësuar kjo me një sondë më të gjerë. Kur ushqyerja shoqërohet me refluks ezofageal, duhet tërhequr sonda dhe duhet ngadalësuar koha e administrimit të ushqimit.

Trajtimi i komplikacioneve

Pas vendosjes së një sonde për NE, komplikacioni më i shpeshtë është rrjedhja peristomale, që shoqërohet me hiperemi dhe leziona trofike të lëkurës përreth saj. Në këtë rast duhet pastruar me kujdes lëkura përreth vend-inserimit të sondës dhe mjekohet sa herë që vërehet lagështi. Në raste të veçanta mund të aplikohen dhe krem për lyrje apo pasta mbrojtëse. Në disa raste rrjedhjet mund të ndalohen thjeshtë duke e tërhequr më shumë sondën, ndërsa në raste të tjera sonda duhet zëvendësuar me një tjetër më të gjerë. Një tjetër komplikacion i shpeshtë është bllokimi i sondës. Në këto raste duhet shtrënguar sonda, sikur do të shtrydhet, por përdoret edhe lavazhi. Nëse dështohet mund të tentohet edhe zhblokimi i saj me forca special apo sonda gastroskopi. Heqja aksidentale e GEP lidhet shpesh me veprime të gabuara të pacientit apo pakujdesi të personelit. Megjithatë, vetë materiali nga i cili përbëhet sonda, në këto raste shkakton vetëm një traumë të lehtë lokale dhe asnjë pasojë, nëse sonda është vendosur të paktën prej 2 muajsh, kohë gjatë së cilës është krijuar një komunikim direkt midis lumenit dhe ambientit të jashtëm. Me heqjen e GEP gastrostomia fillon të mbyllet spontanisht brenda 24-36 orësh. Në qoftë se zëvendësimi i GEP nuk mund të realizohet menjëherë, atëherë gastrostomia duhet mbajtur e hapur duke vendosur në vend të saj një kateter Folley, sepse në qoftë se vrëma mbyllet vendosja duhet të bëhet nga fillimi. Midis komplikacioneve më të shpeshta janë çrregullimet gastro-intestinale si nausea, diarreja dhe refluksi gastro-efozofageal. Nausea zhduket me ndërprerjen e ushqyrjes dhe duke pakësuar porcionin e ushqimit të administruar dhe shtuar numrin e ushqyerjes. Në qoftë se shfaqen të vjella ndërpritet ushqyerja dhe rifillon pas rreth një ore duke ngadalësuar shpejtësinë e administrimit (20-30ml/h). Diarreja është padyshim komplikacioni madhor i të ushqyerit enteral që mund të shkaktohet nga intoleranca ndaj laktozës që përmbajnë produktet nutrient, për shkak të kontaminimit të tyre apo për shkak të osmolaritetit të lartë, në këtë rast kalohet në produkte iso-osmolare. Edhe administrimi i shpejtë, ashtu si edhe dhënia e produkteve të ftohta mund të bëhen shkak për shpërthimin e diarresë.

Aspirimi është një komplikacion i frikshëm, sidomos në pacientet me alterim të nivelit të ndërgjegjes dhe karakterizohet me kollë persistent, ndjenjë mbytje dhe cianozë. Situata mund të rëndohet me hipoksemi, pneumoni, infeksion dhe obstruksion i rrugëve të frymarrjes. Pas zgjidhjes së kësaj situate acute, ushqyerja duhet të vazhdojë duke e vendosur pacientin gjatë ushqyerjes në pozicion gjysëm ndenjtur. (kirurgjia për infermierinë, 2015)

TABELA 4:KJO TABELË PARAQET NORMAT KIRURGJIKE PËR TË EVITUAR KONTAMINIMIN E MISHELEVE

Është i preferueshëm përdorimi i solucioneve të parapërgatitura, sterile dhe gati për përdorim.	Të kufizohet vetëm në raste shumë të nevojshme administrimi i njëkohshëm i medikamenteve.
Diluim i ushqimeve me ujë steril.	Te dezinfektohet bashkuesi i administrimit përpara dhe pas dhënies të medikamenteve.
Duart duhen larë mirë dhe të thahen me kujdes.	Hapja e flakoneve apo qeseve, të paraprirë nga dezinfektimi i pikës së hapjes, të bëhet me gërshërë apo hapës të lara parapraktisht me ujë të ngrohtë.
Të evitohet kontakti i sistemeve nutricionalë me veshjet apo lëkurën e manipulatore.	
Vendosja e sistemeve nutrizionale në vende të pastra dhe dezinfektuara.	

(Kirurgjia për Infermierinë - issue, 2015)

2.6 Nutricioni nëpërmjet sondave

Principet e fiziologjisë të aparatit digjestiv

Funksioni thelbësor i aparatit digjestiv është përthithja e ushqimeve, duke siguruar kalimin nga hapësira gastro-intestinale në qarkullimin sistemik. Absorbimi realizohet nga qelizat epiteliale që veshin shtresën mukoze të zorrës të hollë. Aftësia absorbuese varet nga përbërësit e ndryshëm të ushqimit normal. Karbohidratet: sheqeret komplekse që futen në formën e oligosakarideve (amide, sacaroze, laktozë) ose polisakaridet shërbehen nga amilazat salivare dhe pankreatike dhe absorbohen për t'u hidrolizuar më vonë në monosakaride. Absorbimi i tyre realizohet me osmozë.

Proteinat: digjestionin e proteinave fillon në nivelin gastrik dhe vazhdon nga peptizat pankreatike në nivelin intestinal duke i transformuar ato në peptide të vogla apo amino-acide, që depërtojnë në qelizë me një transport specifik për çdo klasë amino-acidesh.

Lipidet: përbëhen nga triglyceride të esterifikuar me acide yndyrore me zingjirë të gjatë (olike, linoleike, palmitike, stearike) dhe me zinxhirë të mesëm. Acidet yndyrore me zinxhirë të gjatë treten në nivel intestinal nga lipazat pankreatike që i transformojnë në monoglyceride dhe dy qeliza acidesh yndyrore. Këto produkte, në kontakt me kripërat biliare formojnë mishela dhe në këtë mënyrë absorbohen po me anë të procesit të absorbimit-asimilimit. Absorbimi i acideve me zinxhirë të mesëm kryhet në dy mënyra: rreth 1/3 absorbohen të pa modifikuara, ndërsa 2/3 në formë mishelash, pasi janë shpërbërë nga lipazat pankreatike në glycerol dhe acide yndyrore me zinxhirë të mesëm. (ScienceDirect, 2014)

2.7 Ushqyerja

Përgjithësisht ushqyerja fillon rreth 24h pas pozicionimit të tubit. Zgjedhja e formulës ushqimore, shkalla e absorbimit dhe tolerabilitetit janë në funksion të tipit dhe sasisë së ushqyesëve të ndryshëm, si dhe karakteristikave të tyre fizike (viskoziteti, osmolariteti, hemogjeniteti etj.) Formulatat e ndryshme duhet të kenë një bilancë midis përbërësve të ndryshëm ushqimor. Ekzistojnë 3 tipe mishelash ushqimore për ushqyerje enterale: Dieta natyrale që përbëhet nga përzierja e përbërësve natyral, përgaditja e të cilave mund të jetë e tipit artizanal: përbërësit e ndryshëm

ushqyes perzihen përgjithësisht me anën e frulatorit, dhe kthehen në formë të lëngët ose gjysmë të lëngët. Industriale: përzierësit janë të përgaditur që më parë dhe falë përbërjes së tyre të përcaktuar dhe ekuilibruar, garantojnë sigurimin e plotë të elementeve të ndryshme nutritive si vitaminave, oligoelementeve dhe ujit, janë më homogjene dhe të lëngshme, duke kaluar kështu nëpër sonda më të holla dhe janë më të sigurtë ndaj kontaminimit. Këto tipe ushqimore i nënshtrohen një procesi të vërtetë digjektiv, prandaj mund të përdoren vetëm në pacientë që kanë një funksion normal gastro-enteral dhe bilio-pankreatik.

Dieta kimikisht të përcaktuara; polimerike: përbëhen nga proteinat, polisakaridet dhe lipidet komplekse, përthithen pas procesit digjektiv prandaj kanë nevojë për funksion të mirë të traktit digjektiv. Semielementare: bëhet fjalë për elemente të absorbueshme pa digjestion, aminoacide dhe polypeptide me zinxhir të mesëm dhe të gjatë, vajra vegjetale dhe oligosakaride. Për këtë arsye procesi digjektiv që nevojitet është minimal. Monomerike ose elementare: përbëhen nga monosakaride, aminoacide të thjeshtë, triglyceride me zinxhir të mesëm, elektrolite, vitamina dhe oligoelemente që absorbohen plotësisht, pa lënë skorie dhe absorbohen pa nevojën e ndonjë procesi paraprak digjektiv. Ato përdoren edhe në pacientët me intolerancë ndaj glutines apo laktozes. Dieta modulare ose specifike përdoren në pacientë me patologji të veçanta, si insuficiencia renale, insuficiencia hepatike etj. (healthline, 2018)

2.8 Teknikat e administrimit të ushqimit enteral

Ekzistojnë teknika të ndryshme për administrimin e NE, përzgjedhja e të cilave varet nga diametri dhe tipi i sondës (GEP apo sondë intestinale), nga gjendja klinike e pacientit dhe integriteti anatomo-funksional i intestinit. Pompat: Sonda mund të lidhet me një pompë me shpejtësi të rregullueshme duke krijuar mundësinë e administrimit të mishelave ushqyese me një shpejtësi konstante në një periudhë kohë të ndryshueshme (12-24h). Përparsitë e pompës është se parandalon fenomenet e lidhura me fluksion e shpejtë, si diarea, nausea, të vjellat dhe refluksi. Shumë pompa mund të programohen.

Përdorimi i pompave është shumë i thjeshtë:

a. Mbahet qesja me kontenitorin e ushqyeseve mbi nivelin e rotorit të pompës

b. Futet kanjula

c. Programohet shpejtësia e infuzionit të pompës

d. Lidhet me GEP

e. Kur përfundon ushqimi mbyllet pompa, shpërllahet GEP me ujë të pijshëm dhe mbyllet tapat e GEP.

Si pikë të dobët ka detyrimin e pacientit për të qëndruar i imobilizuar me orë të tëra. Për këtë arsye, në pacientët ambulatorë apo ata që lëvizin është e preferueshme të përdoren teknika të tjera sapo të përmblihet ushqyerja në 8-12orë.

Gravitacionale: kjo metodë, që është shumë e ngjashme me atë me pompë, shfrytëzon forcën e gravitetit për të siguruar administrimin e ushqyerjes. Kontenitori vendoset në një nivel më të lartë krahasuar me pacientin, duke rregulluar fluksin e ushqyerjes me një morsetë të ngjashme me ato të sistemeve infusive.

Duhet që të mbahet gjithmonë parasysh:

- të vendoset kontenitori mbi nivelin e pacientit
- bashkohet me anë të një sistemi kontenitori me GEP
- rregullohet shpejtësia e fluksit

Pas ushqyerjes lahet PEG dhe mbyllet tapat me GEP.

Me bolus: Në këtë mënyrë ushqyerja NE sigurohet me anën e injektimit të tij nëpërmjet një shiringe 30-60ml. Kjo metodë shërben si për administrimin e ushqimeve të parapërgatitura ashtu edhe të atyre të përgatitura në mënyrë artizanale.

Në këto raste:

a. mbushet shiringu me ushqim duke u munduar të mos futen bula ajri.

b. bashkohet shiringa me stonden.

c. injektohet sasia e ushqimit dhe mbushet shiringa përsëri.

d. injektimi bëhet me ngadalësi.

e. me përfundimin e ushqyerjes lahet sonda dhe mbyllet tapat.

Kjo metodë ka risk më të lartë për aspirim, regurgitacion dhe efekte anësore gastro-intestinale, por i siguron pacientit autonomi dhe lëvizje më të lartë.

2.9 Përkujdesja gjatë administrimit të ushqyerjes enterale

-Është e domosdoshme larja e kujdesshme e duarve me ujë dhe sapun përpara se të fillojë përgaditja e ushqimeve.

-Tundet mirë kontenitori i lëndëve ushqyese dhe zbatohen teknikat e asepsisë në përgjithësi.

-Nëse preparatet janë në formë pluhuri, shtohet sasia e nevojshme e ujit, sipas indikacioneve dhe në qoftë se është ruajtur në frigorifer duhet sjellë në temperaturën e ambientit. Për të përgaditur dozat e një shuajte apo ato ditore përzihen përbërësit e ndryshëm në një kontenitor special, përgjithësisht një qese, të pajisur me mbyllës dhe pastaj lidhet me GEP. Edhe në këtë rast duhen të zbatohen rregullat higjienike. Me përfundimin e përgaditjes të ushqimeve, pacienti vendoset në një pozicion gjysmë të ndenjtur, pozicion që duhet të ruhet, të pakën edhe një orë pas përfundimit të ushqyerjes.

Kontrollohet pozicionimi i GEP dhe reziduat gastrike:

- Para çdo ushqyerje.
- Çdo 3-5 orë nëse është i vazhdueshëm.
- Nëse reziduat gastrike janë mbi 100 °C ndërpritet ushqyerja për 1-2 orë, ose ulet shpejtësia e administrimit.
- Kur reziduat mbeten të larta ose nëse sonda ka lëvizur ndërpritet ushqyerja.
- Mbahet në observim pacienti për të vërejtur dhe sinjalizuar simptoma si:

1.Kollë, vështirësi në frymarrje apo cianozë të shkaktuara nga aspirimi apo refluksi i përmbajtjes ushqimore në rrugët e frymëmarrjes. (nauze, të vjellura, diare, alterim i koshiences)

2.Lahet sonda para dhe pas administrimit të ushqimit 30-50°C me ujë të ngrohtë, ndërsa në metodën e vazhdueshme sonda duhet shpërlarë çdo 3-4 orë.

3. Medikamentet nuk duhen përzier me ushqimet, por aplikohen në mënyrë të veçantë. Preferohen medikamentet në formë të lëngët, kur nuk është e mundur thyhen tabletat, administrohen një nga një dhe pas çdo tableti injektohet 5°C ujë.

4. Regjistrohet çdo ditë sasia e lëndëve ushqyese të administruara dhe çdo javë pesha trupore e tij/saj.

5. Pastërtia e kavitetit të gojës duhet të jetë e përditëshme dhe zbuten e pastrohen buzet dhe mukozat me substancë specifike. (MedicineNet, 2018)

2.9.1 Normat higjienike bazë për shmangien e kontaminimit të mishelave ushqyese

Pacienti mund të bëjë dush 6-7 ditë pas vendosjes të sondës.

TABELA 5: NORMAT HIGJENIKE BAZË PËR SHMANGIEN E KONTAMINIMIT TË MISHELAVE USHQYESE

<p>-Preferohen mishelat e përgaditura industrialisht, sterile dhe të gatshme për përdorim.</p>	<p>-Kufizohet vetëm në rastet tepër të nevojshme administrimi i njëkoshëm i medikamenteve.</p>
<p>-Treten ushqimet me ujë steril. -Lahen mirë duart dhe pastaj thahen me shumë kujdes.</p>	<p>-Dezinfektohet konektori i ushqimit përpara dhe pas administrimit të medikamenteve.</p>
<p>-Evitohet kontakti i sistemit ushqyes me veshjet apo lëkurën e personit që do të aplikojë ushqyerjen. Vendosen sistemet ushqyese mbi një sipërfaqe të pastër dhe të dezinfektuar.</p>	<p>-Hapen flakonet apo kutitë, pasi janë dezinfektuar pikat e hapjes, duke përdorur gërrshërë apo hapëse të veçanta, që duhet pastruar paraprakisht me ujë të ngrohtë dhe sapun.</p>

2.10 Llojet kryesore të tubave ushqyes enteral janë:

Tubi nazogastrik (TN) fillon në hundë dhe përfundon në stomak.

Tubi orogastrik (TOG) fillon në gojë dhe mbaron në stomak.

Tubi nazoenterik fillon në hundë dhe përfundon në zorrë (nëntipet përfshijnë tubat nasojejunal dhe nasoduodenal).

Tubi Oroenterik fillon në gojë dhe përfundon në zorrë.

Tubi gastrostomik vendoset përmes lëkurës së barkut drejt e në stomak (nëntipet përfshijnë GEP, PRG, dhe tubat e butonave).

Tubi i jejunostomisë vendoset përmes lëkurës së barkut drejt e në zorrë (nënlojet përfshijnë tubat PEJ dhe PRJ).

Procedura për vendosjen e tubit

Tubi nazo gastrik (TNG) ose tubi oro-gastrik (TOG)

Vendosja e një tubi nazogastrik ose tub orogastrik, është i pakëndshëm, mirëpo mjaft drejtpërdrejtë dhe pa dhimbje. Anestezia nuk kërkohet. Në mënyrë tipike një infermiere do të masë gjatësinë e tubit, lubrifikoni majën, vendosni tubin në hundën ose gojën tuaj dhe përparoni derisa tubi të jetë në stomak. Tubi zakonisht sigurohet në lëkurën tuaj duke përdorur shiritë të butë. Infermierja ose mjeku më pas do të tërheqin disa lëng të stomakut nga tubi duke përdorur një shiringë. Ata do të kontrollojnë pH (aciditetin) e lëngut për të konfirmuar se tubi është në stomak. Në disa raste, një rreze X e gjoksit mund të jetë e nevojshme për të konfirmuar vendosjen. Pasi të konfirmohet vendosja, tubi mund të përdoret menjëherë.

Tubat Nasoenterike ose oroenterike

Tubat që mbarojnë në zorrë shpesh kërkojnë vendosje endoskopike. Kjo do të thotë të përdoret një tub i hollë i quajtur endoskop, i cili ka një kamerë të vogël në fund, për të vendosur tubin ushqyes. Personi që vendos tubin do të jetë në gjendje të shohë se ku po e vendosin atë përmes kamerës në endoskop. Endoskopi hiqet, dhe vendosja e tubit ushqyes mund të konfirmohet me aspirim të përmbajtjes së stomakut dhe me radiografi. Është praktikë e zakonshme të prisni 4 deri në 12 orë para se të përdoret tubi i ri itë ushqyerit. Disa njerëz do të zgjohen gjatë kësaj procedure, ndërsa të tjerët mund të kërkojnë qetësim të vetëdijshëm.

Nuk ka rikuperim nga vendosja e tubit në vetvete, por mund të duhen një ose dy orë kohë që ilaçet për qetësim të zhduken. (Gjata, 2015)

2.11 Ushqimi i të sëmurit nëpërmjet sondës Nazogastrike

Indikacionet për ushqim nazogastrik janë: të sëmurët rëndë, te gjendjet septike, te gjendjet komatoze, te dëmtimi i mukozës së kavitetit oral, te refleksi i shuar i kapërdirjes, te foshnjët, te sëmundja e tetansonit me trizmus të theksuar, pas djegieve të thella, pas operimeve të ndërlikuara, te polotraumat, tek i sëmuri me frymëmarrje artificiale dhe në përgjithësi te kaheksitë e theksuara. Kjo mënyrë e ushqimit mund të aplikohet, po që se është i ruajtur resorpcioni intestinal, te ndërhyrjet maksilofaciale në hapsirën e gojës, kur është i shuar, i humbur funksioni i hapsirës (kavitetit) së gojës. Ushqimi që jepet nëpër sondë, duhet t'u përshtatet nevojave fizilogjike dhe plotësuse të organizmit, sipas llojit dhe natyrës së sëmundjes. (Bazat Themelore të Infermierisë, 2017)

2.12 Ushqimi i të sëmurëve nëpër Gastrostomë

Gastrostoma është një vrimë e bërë në mënyrë operative në murin e lukthit, në të cilin futet dreni i gomës (sonda e gomës), me qëllim që të bëhet të ushqyerit artificial i të sëmurit. Është një vrimë e bërë më operacion në murin e lukthit, e cila shërben për dekompression të përkohshëm dhe aspirimin e përmbajtjes lukthore e duodenale, për ushqyerje të përkohshme të të karcinomës së ezofagut, te gjendjet e rënda inoperabile – te gjendjet definitive. Dallojmë dy tipa të gastrostomës: **gastrostomia sipas Vicelit (Witzelit)** – maja e katërt sipas Pezzerit ose e drenit vendoset në lumenin e lukthit nëpërmjet një incizioni të vogël në murin e përparmë të tij, **gastrostomia sipas Kaderit**- përmes një prerjeje të vogël kateteri sipas Foley vendoset në mënyrë pingule në lumenin e lukthit. Këto janë dy mënyrat operative, që përdoren më së shpeshti për të ushqyerit artificial.

Gastrostomia ose jejunostomia

Vendosja e tubave të gastrostomisë ose jejunostomisë është gjithashtu një procedurë që mund të kërkojë qetësim të vetëdijshëm, ose herë pas here anestezi të përgjithshme. Një endoskop përdoret për të vizualizuar se ku duhet të shkojë tubi, dhe më pas bëhet një prerje e vogël në bark për të ushqyer tubin në stomak ose zorrë. Tubi sigurohet më pas në lëkurë. Shumë endoskopistë zgjedhin të presin 12 orë para se të përdorin tubin e ri të ushqyerit. Rimëkëmbja mund të zgjasë pesë deri

në shtatë ditë. Disa njerëz pësojnë siklet në vendin e futjes së tubit, por prerja është aq e vogël sa që zakonisht shërohet shumë mirë. (Bazat Themelore të Infermierisë, 2017)

2.13 Kujdesi infermieror

Pacientit i kërkohet të përshkruajë ushqimet e zakonshme ditore që konsumon dhe kohën e vakteve. Infermieri krahason këtë informacion me piramidën e ushqimeve dhe vlerëson deficitet në ushqyerje. Infermieri bashkë me pacientin, zbulon çdo ndryshim në zakonin e ngrënies si rrjedhojë e ndonjë sëmundjeje. Shënohet në kartelë çdo ndryshim në oreks dhe humbja në peshë në mënyrë të pavullnetshme. Infermieri shënon çdo ndryshim në shfaqjen e nauzesë, të vjellurave, urithit dhe çdo simptomë diskomforti që shfaqet gjatë fazës kur mirret ushqim enteral. Punimet e shumta vërtetojnë se ushqimi enteral mundëson përkrahje nutritive më të mirë ngase ruan integritetin e mukozës së traktit gastrointestinal si dhe zvogëlon sekrecionin e hormoneve katabolike. Ushqimi enteral ndikon në rrjetin e sekrecionit të imunoglobulinës A (IgA), i cili ka rëndësi vendimtare në pengimin e adherencës së bakterieve në qelizat e mukozës. Nga ana tjetër bëhet e ditur që pneumonia nozokomiale si komplikim i rëndë tek të sëmurët me rrezik jete lidhet me kolonizimin e lëngut gastrik. Posaqërisht tek të sëmurët në ventilim mekanik me sondë gastrike të vendosur, lëngu i kontaminuar gastrik mund të derdhet në traktin e poshtëm respirator. Sipas shumë autorëve, alkalinizimi i lëngut gastrik është arsye kryesore për kolonizimin e tij e kësaj gjithashtu i kontribon me dilucion ushqimi enteral. Prandaj me arsye autorët ushqimin enteral e radhisin në faktor të rrezikut për pneumoninë nozokomiale. (vistano, 2017)

Vlerësimi fizik /Manifestimi klinik Infermieri vlerëson për shenja dhe simptoma të deficiencës ushqimore. Infermieri inspekton flokët e pacientit, sytë, kavitetin oral, thonjtë dhe sistemin muskuloskeletor dhe nervor. Observohet gjendja e lëkurës, duke përfshirë këtu edhe prezencën e ndonjë skuqje apo lezioni të hapur. Infermieri bën matjen e masave antropometrike, monitoron të gjitha ushqimet e marra, observon pacientët nëkohën e marrjes së ushqimit enteral, problemet eventuale.

Vlerësimi Psikosocial - Infermieri vlerëson: Vlerëson gjendjen e pacientit para marrjes së ushqimit enteral, gjatë dhe pas marrjes së tij. Parashtron pyetje të ndërsjellta për të fituar njohurit se kur pacienti nuk ndihet mirë dhe ka nevojë për ndihmën tonë. Me këshilla jo të drejtpërdrejta i qëndron afër pacientit në mënyrë që ai ta pranojë më lehtë sëmundjen e tij.

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Qëllimi kryesor i këtij punimi është të tregohet rëndësia e ushqyerjes enterale, roli dhe funksioni i tij dhe po ashtu të zgjerohen njohuritë për ushqyerjen enterale. Vetëdijësimi i stafit mjekësor dhe pacientit, si dhe të tregohet rëndësia rolit të infermierëve në kujdesin e këtyre pacientëve.

Objektivat-të dihet rëndësia e ushqyerjes enterale, të kemi njohuri rreth ushqyerjes enterale, të mirat që i sjell ky ushqim tek pacientët, roli i infermierës gjatë ushqyerjes enterale, përkuqdesja e marrjes së ushqimit në kohë dhe në mënyrën e drejtë. Ushqimi enteral përdoret për të parandaluar kequshqyerjen tek pacientët të cilët nuk janë në gjendje të marrin ushqim të lirë me rrugë orale.

Rezultatet e ushqyerjes parenterale: janë të ruajtura nivelet e shëndetit dhe energjisë. Pacienti mund të ketë nevojë për këtë trajtim vetëm përkohësisht, ose mund të ketë nevojë ta përdorë atë për pjesën tjetër të jetës. Nevojat ushqyese mund të ndryshojnë me kohën.

4. METODOLOGJIA

Studimi analizon të dhëna në mënyrë retrospektive gjatë vitit 2019 të cilët kanë qenë të shtrirë, trajtuar në Klinikën e Intensivës Qendrore, QKUK, Prishtinë. Të dhënat janë marrë nga protokoli (libri i pacientëve të regjistruar) dhe këto të dhëna përfshijnë:

- Moshën
- Gjininë
- Diagnozatat më të shpeshta
- Procedurat e përdorura

Qëllimi i studimit është qëstudimi të jetë i saktë, për këtëpërveç të dhënave nga protokoli kemi përdorur edhe të dhëna nga librat e ndryshëm si dhe nga faqe të ndryshme online. Të dhënat statistikore të punimit janë paraqitur në tabela dhe grafikone.

5. ANALIZA DHE PREZINTIMI I REZULTATEVE

Të dhënat e grumbulluara për pacientët me ushqyerje enterale sipas gjinisë janë paraqitur në grafikun. Këto të dhëna na tregojnë se (220 pacienta) 58% janë meshkuj dhe (130 pacienta) 42% janë femra. (Fig.1).

Procedura më e shpeshtë e marrjes së ushqimit enteral është përmes sondës nazo gastrike. Në bazë të informatave të grumbulluara nga motrat kryesore nëpër reparte, kemi vërejtur që numër i pakët gjatë vitit ka përdorur mënyra të tjera të marrjes së ushqimit enteral. 95% e rasteve përdorin Sonden Nazogastrike.

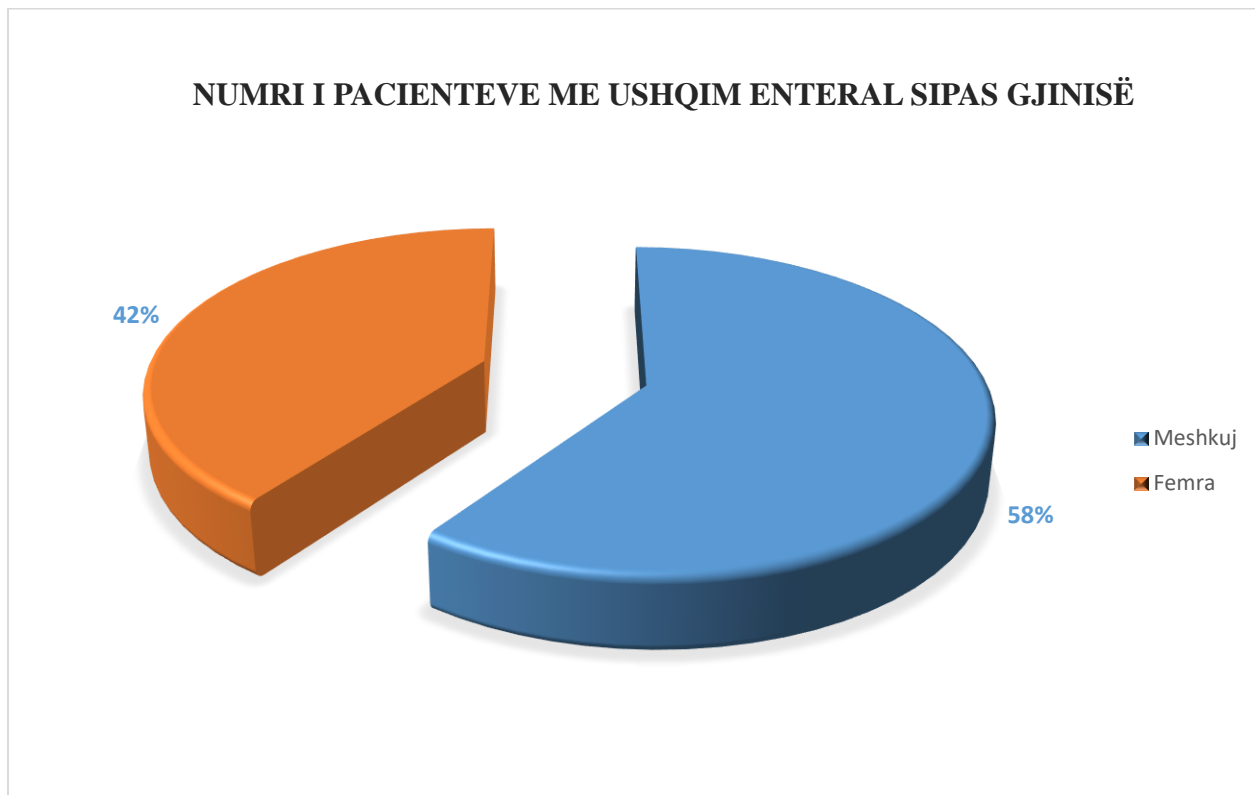


FIGURA 3:PARAQITET NUMRI I PACINETËVE SIPAS GJINISË

Në bazë të të dhënave të paraqitura në Figurën 1, rezulton se gjinia mashkullore më e prekur me ushqim enteral me 58% apo (220 pacienta) dhe gjinia femërore me 42% apo (130 pacienta).

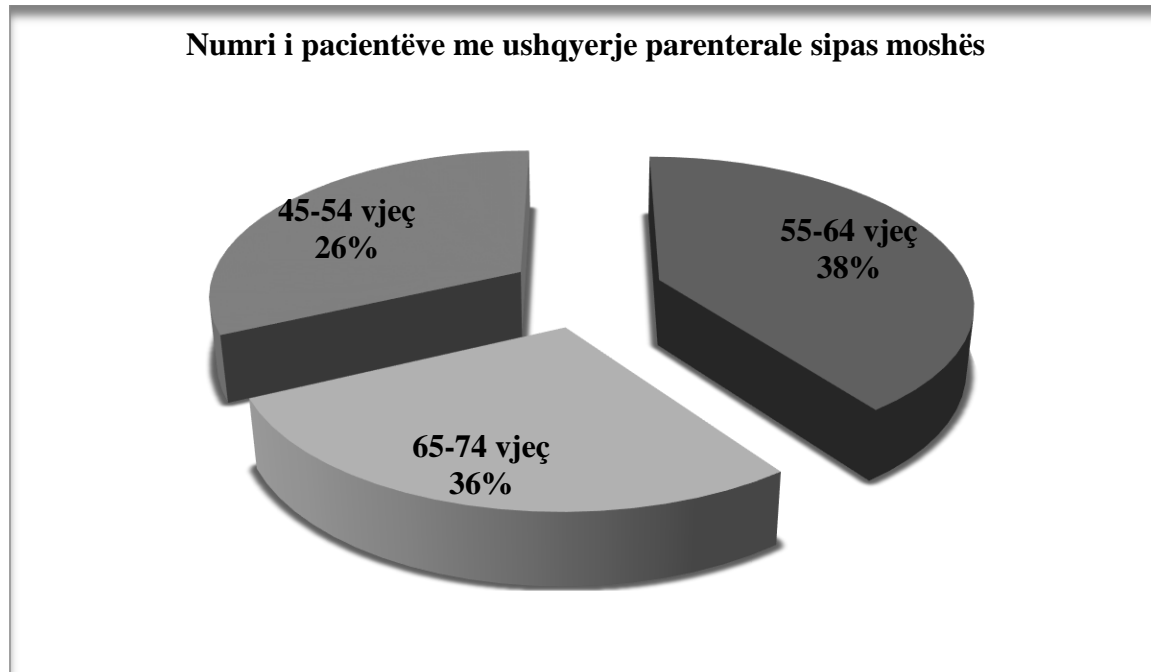


FIGURA 4: NUMRI I PACIENTËVE ME USHQYERJE ENTERALE SIPAS GRUPMOSHËS

Në bazë të të dhënave të paraqitura në Figuren 2, rezulton se moshat tek të cilat zbatohet ushqyerja enterale më së shpeshti janë moshat 44-54 vjeç 26% apo (70 pacienta), 55-64 vjeç 38% apo (150 pacienta), dhe 65-74 vjeç 36% apo (130 pacienta).

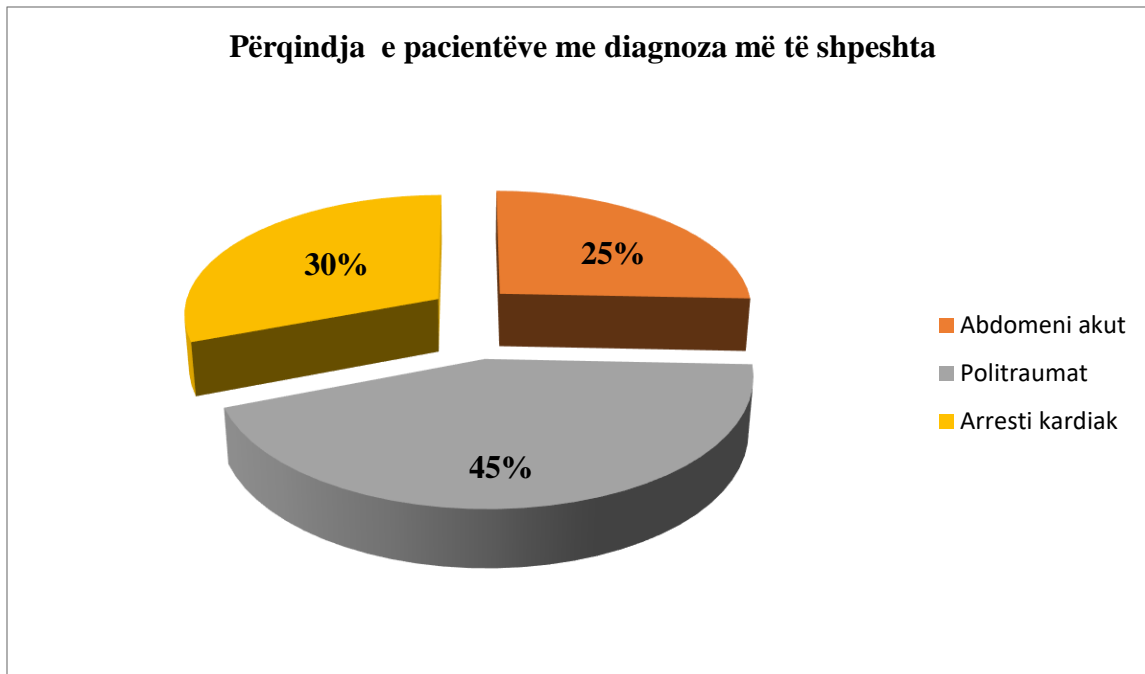


FIGURA 5: PËRQINDJA E PACIENTËVE ME DIAGNOZAT MË TË SHPESHTA GJATË VITIT 2019.

Në bazë të të dhënave të paraqitura rezultojnë që 30% e pacientëve janë diagnostifikuar me Arrest kardiak, 45% me Politraumë, 25% me Abdomen akut.

TABELA 6: DIAGNOZAT MË TË SHPESHTA GJATË VITIT 2019.

Diagnozat më të shpeshta	Femra	Meshkuj
Abdomeni akut	38	37
Politrauma	50	81
Arresti kardiak	22	42
Gjithsej	110	160

6. KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

Vlerësimi i drejtë, përkujdesja dhe dhënia në mënyrë të duhur ndihmon në parandalimin e komplikimeve gjatë ushqyerjes enterale. Rishikimi i ushqyerjes totale enterale gjatë ditës në baza 8 orëshe në mënyrë që të vërehen ndryshimet në elektrolitë ose ekuilibër acid-bazë ndihmon në adresimin e duhur pa humbje të zgjedhjeve të kushtueshme të ushqyerjes totale enterale. Sot, ekzistojnë numër i protokolleve infermierore në të cilët mund të informohemi dhe të punojmë në ngritjen tekniko-profesionale në këtë fushë. Bashkëpunimi me ekipin mjekësor kontribon në rritjen e cilësisë së shërbimit shëndetësor.

6.1 Rekomandimet infermierore

-Çështjet që ndikojnë në rritjen e cilësisë për kujdesin dhe sigurinë e pacientit janë:
-Cilësia dhe performanca; Administrimi i shërbimeve infermierore; Menaxhimi infermior;
Standardet profesionale infermierore dhe Procesi infermior. -Cilësia është produkt i dëshirës njerëzore. - Cilësia mund të matet nga jashtë, por përmirësohet vetëm nga brenda, prej njerëzve që e dëshirojnë atë. - Thelbi i cilësisë janë njerëzit: pasioni, dedikimi dhe kujdesi maksimal i tyre. Cilësia është bërja e gjërave të duhura, në kohën e duhur dhe në mënyrën e drejtë.

Proceset e menaxhimit të cilësisë janë:

- Planifikimi i cilësisë – është proces i identifikimit të standardeve që janë të rëndësishëme për projektin dhe mënyrën e përmbushjes së tyre.
- Sigurimi i cilësisë – siguron monitorimin dhe përmirësimin e proceseve të cilësisë ekzistuese.
- Procesi apo sistemi që ka lejuar një defekt të ndodhë është ai që nevojitet të rikonstruktohet dhe pikërisht kjo është ajo që quhet sigurim i cilësisë.
- Kontrolli i cilësisë – është procesi i monitorimit të rezultateve specifike të projektit për të përcaktuar nëse ato përputhen me standardet relevante të cilësisë.

Performanca arrihet me reflektimin, sqarimin dhe paraqitjen e vlerave të infermierisë. Shkathtësitë për marrëdhënie me njerëz përfshijnë motivimin dhe shkathtësitë e komunikimit.

Administrimi i shërbimeve infermierore

Administrimi i shërbimeve infermierore është proces i planifikimit, organizimit, udhëheqjes dhe kontrollimit të resurseve humane, materiale, financiare dhe informative që lidhen me mënyrën organizative të punës në arritjen e objektivave të paradefinuar.

Menaxhimi

Menaxhimi mund t'i referohet procesit të cilin ekipi menaxhues e ndjek për të përmbushur qëllimet organizative. Menaxhimi i mirë shëndetësor gjithmonë zgjedh shkathtësitë, jo personat.

Shkathtësitë për menaxhim të mirë shëndetësor:

- Komunikimi efektiv
- Shkathtësi efektive të konceptimit
- Krijimi i ekipit të punës

Standardet profesionale infermierore janë qëndrimet rreth niveleve të performancës që kërkohet nga infermierët të arrijnë në praktikën e tyre në kujdesin dhe sigurinë e pacientit. Ata duhet të:

- reflektojnë vlerat e profesionit të infermierisë
- sqarojnë atë që profesioni pret prej tyre
- kuptojnë më mirë obligimet e tyre profesionale
- përkrahin kompetencën e tyre të vazhdueshme dhe zhvillimin profesional
- avokojnë për ndryshime në politikë dhe praktikë
- definojnë dhe zgjidhin problemet profesionale të praktikës
- përfshihen në kurset dhe programet edukative për infermieri

Roli kryesor i infermierit është të ruajë konfidencën e pacientit si dhe ti mbrojë interesat e pacientit.

(Current perspectives on enteral nutrition in adults)

7. REFERENCA

- “Kirurgjia për infermierinë” Arben Gjata- Tiranë 2015 volumi i parë [Online] Qasshëm nga:https://issuu.com/arbengjata/docs/kirurgjia_per_infermierine-2_arben_
- Current perspectives on enteral nutrition in adults. BAPEN, PO Box 922, Maidenhead, Berkshire, UK SL6 4SH; 199 [Online] Qasshëm nga:
[https://clinicalnutritionespen.com/article/S1751-4991\(09\)00040-7/fulltext](https://clinicalnutritionespen.com/article/S1751-4991(09)00040-7/fulltext)
- Artificial nutritional support in clinical practice. Edward Arnold, ; 1995[Online] Qasshëm nga:
[https://clinicalnutritionespen.com/article/S1751-4991\(09\)00040-7/fulltext](https://clinicalnutritionespen.com/article/S1751-4991(09)00040-7/fulltext)
- Medically reviewed by Katherine Marengo, LDN, RD, specialty in nutrition, on October 29, 2018 — Written by Megan Dix, RN, BSN Enteral Feeding: Hoë It Ëorks and Ëhen It’s Used [Online] Qasshëm nga:
<https://www.healthline.com/health/enteral-feeding>
- Agre P, Brown P, Stone K. Tube feeding troubleshooting guide. The Oley Foundation. March 2016 [Online] Qasshëm nga:
<https://www.americannursetoday.com/enteral-feeding-indications-complications-and-nursing-care/>
- McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. BMJ1994;308:945–8 [Online] Qasshëm nga:
https://gut.bmj.com/content/52/suppl_7/vii1
- “ Bazat Themelore të Infermierisë” Basri Lenjani, Myrvete Paçarada, Nexhbedin Karemani, Skender Brataj, Kelmend Pallaska dhe Stela Muça 2018
- Pittard W, Levkoff A. Parenteral nutrition for the neonate. In: Tsang R, Nichols B, editors. Nutrition during Infancy. Hanley and Belfus; Philadelphia: 1988. pp. 323–335. [Online] Qasshëm nga:
https://journals.lww.com/clinnutrinsight/Citation/1989/03000/Nutrition_During_Infancy.16.aspx

8. SHTOJCAT

Burimi kryesor i mbledhjes së të dhënave kanë qenë librat e regjistrit nga arkivi i Klinikës së Anesteziologjisë në repartin e Intensivës Qendrore-Prishtinë gjatë vitit 2019 të shfrytëzuara në mënyrë ligjore.

Shtojca.1.

Përqindja e pacientëve të ushqyer me ushqyerje parenterale sipas gjinisë.

Meshkuj: 58%

Femra: 42%

Shtojca.2.

Përqindja e pacientëve të ushqyer me ushqyerje parenterale sipas moshës.

45-54 vjeçar: 26%

55-64 vjeçar: 38%

65-74 vjeçar: 36%

Shtojca.3.

Përqindja e pacientëve me diagnozat më të shpeshta.

Abdomeni akut: 25%

Politraumat: 45%

Arrest i kardiak: 30%