

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 3-2021

PËRKUJDESJA INFERMIERIKE NDAJ TË SËMURIT ME TRAKEOSTOMË

Erbolina Behluli

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

Behluli, Erbolina, "PËRKUJDESJA INFERMIERIKE NDAJ TË SËMURIT ME TRAKEOSTOMË" (2021). *Theses and Dissertations*. 2208.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2208>

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

**PËRKUJDESJA INFERMIERIKE NDAJ TË SËMURIT ME
TRAKEOSTOMË**

Shkalla Bachelor

Erblina Behluli

Mars, 2021 / Ferizaj



Kolegji UBT

Fakulteti Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik 2017 \ 2018

Erblina Behluli

**PËRKUJDESJA INFERMIERIKE NDAJ TË SËMURIT ME
TRAKEOSTOMË**

Mentori: Hajrullah Fejza

Mars/ 2021

Ky punim është përpiluar dhe është dorëzuar pas përmbushjes së kërkesave të pjesshme

për Shkallë Bachelor

ABSTRAKT

Hyrja: Një trakeostomi është një vrimë e bërë në mënyrë kirurgjike, që kalon nëpër pjesën e përparme të qafës tuaj në trake, ose mbrapa. Trakeostomi quhet hapja ose stoma e bërë nga kjo prerje. Stoma mund të shërbej si rrugë ajrore ose mund të shërbeje si vend për vendosjen e një tubi të trakeostomisë. Mënyra e parë është kur kjo procedurë kërkohet në mënyrë urgjente dhe mënyra e dytë është kur nuk kërkohet më mënyrë urgjente. Një trakeostomi mund të përdoret për të ndihmuar njerëzit që kanë nevojë të jenë në ventilatorë për më shumë se dy javë ose që kanë kushte që bllokojnë ajrin.

Qëllimi: Qëllimi i punimit është identifikimi i shkaktarëve të trakeostomës dhe roli i infermierëve gjatë punës me personat me trakeostomë. Ky punim gjithashtu ka për qëllim që pacientët me trakeostomë të trajtohen me kohë, të marrin terapinë e duhur, kujdesi infermior të jetë sa më adekuat, dhe të mundohemi të japim sa më shumë këshilla për kujdesin e trakeostomës.

Metodologjia: Metodologjia e këtij punimi konsiston në ri shqyrtimin e literaturës (secondary research), kjo metodologji është përdorur për të studiuar konceptet teorike të trakeostomës. Për këtë janë përdorur artikuj të shumtë studimorë, libra nga botimet më të ndryshme nga botues të famshëm botërorë.

Përfundimet: Sipas studimeve të bëra, mosha më e rrezikuar për një prognozë jo të mirë gjatë aplikimit të trakeostomisë është grupmosha 0-9 vjec. Kjo grupmoshë është mjaft delikate dhe jo shumë e kujdesshme, gjithashtu është një grupmoshë që nuk komunikon mirë me personelin shëndetësor. Grupmoshat nga 9-vjeç e më lart kanë prognozë shumë të mirë nga të gjithë pacientët që i nënshtrohen trakeostomisë.

Rekomandimet: Rekomandohen pacientët të bëjnë frymëmarrje të thella, kollitje të herë pas hershme që ndihmon në parandalimin e grumbullimit të sekrecioneve. Lëvizje të herë pas hershme që ndihmon në lëvizjen e sekrecioneve dhe nxerrjen jashtë të tyre. Fizioterapi e krahërorit dhe drenimi postural janë të rëndësishme në mobilizimin e sekrecioneve dhe është mir të përdoren gjatë periudhës post-operatore.

Fjalët kyçe: *Trake, kanulë, kujdes, pastrim, trakeostomë.*

MIRËNJOHJE/FALËNDERIME

Fillimisht dua të falënderoj stafin e fakultetit të UBT-së, të cilët kontribuan në formimin tim gjatë karrierës profesionale. Gjatë studimit kam pasur mundësi që të përvetësoj eksperiencë të ndryshme e sidomos gjatë trajtimeve kam marrë shumë njohuri të reja për sa i përket shëndetit të njeriut.

Këtu gjej vend të falënderoj Universitetin për mundësinë që më ka dhënë që të arrij objektivat e mia.

Gjithashtu falënderoj profesor Hajrullah Fejzën për ndihmën dhe mbështetjen e tij gjatë punimit të temës së diplomës.

Dedikuar: familjes sime!

PËRMBAJTJA

LISTA E FIGURAVE.....	V
LISTA E TABELAVE.....	V
FJALORI I TERMAVE	VI
1. HYRJE	1
Ndërtimi i rrugëve ajrore të sipërme dhe i atyre të poshtme	1
1.1 Qëllimi kryesor i punimit	3
1.2 Qëllimi tjetër i punimit	4
1.3 Hipotezat	4
1.3.1 Hipoteza e parë.....	4
1.3.2 Hipoteza e dytë.....	4
2. SHQYRTIMI I LITERATURËS	5
2.1 Indikacionet me të shpeshta për trakeotomi	6
2.2 Indikacionet absolute për trakeotomi urgjentë	7
2.3 Kujdesi postoperativ i të trakeotomuarëve	10
2.4 Komplikacionet e mundshme gjatë dhe pas trakeotomisë.....	12
2.5 Cannula trachealis	14
2.6 Dekanulimi	16
2.7 Pjesët përbërëse të tubit të trakeostomisë dhe kujdesi që duhet të tregojmë	16
2.8 Pajisjet që duhet të qëndrojnë pranë pacientit	17
2.9 Kujdesi për tubin e brendshëm.....	17
2.10 Për të pastruar tubin e brendshëm veprojmë	17
2.11 Kujdesi për dorëzën e tubit tëtrakeostomisë.....	18
2.12 Kujdesi për tubin folës të trakeostomisë.....	18
2.13 Kujdesi për valvulën e të folurit	18
2.14 Komponentet më të rëndësishme gjatë kujdesit të një pacienti me trakeostomë.....	19
2.15 Lagështimi i gazeve të inspiruar.....	19
2.16 Rekomandimet për kujdesin në shtëpi.....	20
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	22

4.	METODOLOGJIA.....	23
5.	ROLI I INFERMIERIT NË KUJDESIN E PACIENTËVE ME TRAKEOSTOMË.....	24
6.	KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	25
7.	BIBLIOGRAFIA	26

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Paraqitja skematike e rrugëve ajrore. (Huazuar nga Pinterest)	1
Figura 2. Paraqitja e kanules trakeale. (Huazuar nga Nurse Times)	6
Figura 3. Paraqitja skematike e trakeostomës. (Huazuar nga NurseTimes)	11
Figura 4. Paraqitja skematike e kanules. (Huazuar nga Wikipedia).....	15

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Paraqitja statistikore e jetesës dhe vdekshmërisë së pacientëve	21
--	----

FJALORI I TERMAVE

- **Trake** - ëshë tubi i madh i ajrit që del nga laringja në bronke.
- **Stoma**- është intervenim kirurgjikal, i cili përbëhet nga lidhja e trakesë për lëkure.
- **Trakeostomi**-është njëincision i bërë nën kërcinkrikoid ndërmjet unazës së dytë dhe të katërt trakeale.
- **Temporane** - për një periudhë të shkurtër kohe që mund të mbyllet lehtësisht.
- **Tubi i trakeostomise** -përfaqëson një rrugë ajrore artificiale e futurë në trake gjatë trakeostomisë.
- **Permanente** - e cila kërkon ndërhyrje kirurgjikale për t'u mbyllur për një periudhe të gjatë.

1. HYRJE

Arsyeja pse mora në studim këtë temë është fakti se rastet me trakeostomi në vendin tonë nuk janë të shumta. Duke mos pasur kontakt me raste të tilla personeli mjekësor veçanërisht ai infermieror e ka të vështirë të kujdeset për këta pacientë. Është e rëndësishme që të mësojmë edhe të marrim sa më shumë informacion rreth procedurës së kryerjes së trakeostomisë në mënyre që t'u vijmë në ndihmë këtyre pacientëve dhe të sigurojmë një kujdes të veçantë për ta. Qëllimi i studimit është të mësojmë sa më shumë rreth kësaj procedure në mënyre që t'u sigurojmë pacientëve një mënyre jetese sa më të mirë. Duhet të bëjmë që këta pacientë të mos izoloohen nga shoqëria, por të përshtaten me mënyrën e re të jetesës dhe të integrohen sa më mirë në shoqëri, në mënyre që të bëjnë një jetë sa më komode dhe sa më normale edhe pse tashmë janë ndryshe nga pjesa tjetër e shoqërisë. Personeli mjekësor, por kryesisht ai infermieror duhet të bëjë një punë të palodhur me këta persona si nga ana profesionale ashtu edhe nga ana morale.

Ndërtimi i rrugëve ajrore të sipërme dhe i atyre të poshtme

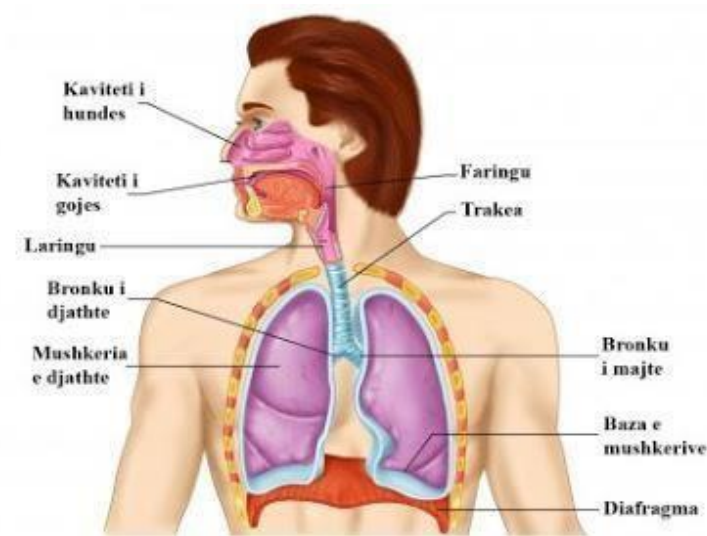


Figura 1. Paraqitja skematike e rrugëve ajrore. (Huazuar nga Pinterest)

Hunda ka rol të rëndësishëm në rrugët e sipërme ajrore, pasi bën filtrimin e ajrit nga grimcat e mëdha ajrore, membranat mukozale të nazofaringsit gjithashtu filtrojnë ajrin dhe e lagështojnë atë. Ajri i inspiruar zbret poshtë nëpërmjet orofaringsit në laringofaring.

Pastaj kalon në laring ku janë të vendosura kordat vokale. Laringu është i lokalizuar në maje të trakës. Kur marrmi frymë kordat vokale hapen duke e lënë ajrin të kalojë lehtësisht në trake. Kerci krikoid është një nga strukturat më të rëndësishme të laringut, përdoret gjatë procedurës së trakeostomisë.

Trakea e ka formën e një tubi me gjatësi 10/14cm, e cila shtrihet në laringsi dhe nëpërmjet qafës zbret në toraks duke i ndarë bronket, bronkun e majtë dhe bronkun e djathtë. Trakea është një pjesë e sistemit të frymëmarrjes. Trakea transporton ajrin ndërsa ezofagu transporton ushqimin. Trakea është tubi më i gjatë, por ezofagu është më fleksibil (Behxheti.N, 2013).

Trakea furnizohet nga arteriet inferiorë tiroide, ndërsa ezofagu furnizohet nga arterie të ndryshme në vend ndodhje të ndryshme në trup. Trakea është pjesa e mbrendshme e mbuluar me mukoze. Mukoza ka qeliza me fije që mundësojnë nxjerrjen e sekretit (këlbasës) nga rrugët e frymëmarrjes. Shumë e ndieshme në ngacmime dhe reagon me provokimin e refleksit të kollës.

Bronket organe gypore, qifte, shtrihen në të dy anët e mushkërive. Fillojnë nga bifurkacioni trahes. Degëzohen nga bronket kryesore e deri te alveolat. Bronket kryesore ndodhen jashtë mushkërive, ndërsa degët tjera janë brenda mushkërive.

Bronku kryesor i djathtë është më i pjerrët se sa bronku kryesor i majtë. Bronket janë të veshura me mukoze të holla e të ndieshme, si dhe janë të pasura me qeliza me cilie (fije). Sekreti bronkial është produkt i gjëndrrave bronkiale dhe krijohet me qëllim të lagës së rrugëve të frymëmarrjes. Bronket kanë fije muskulore, të cilat i ngushtojnë ato dhe këto fije reagojnë në barna të ndryshme, pluhur, substanca alergjike, etj (Behxheti.N, 2013).

Pjesa përfundimtare e bronkeve quhet Alveole dhe është pjesa më e rëndësishme, sepse këtu kryhet procesi i frymëmarrjes (Beqiraj.R, 2011).

Mushkëritë janë organe të frymëmarrjes. Ajri lëvizet prej muskujve ndërmjet brinjëve dhe muskulit të Diafragmës. Mushkëritë janë të mbështjella me mbështjellës shumë të hollë e cila quhet Pleura (Shkoza.A, 2009).

Problemët e rrugëve respiratore janë:

- Infeksionet.
- Dëmtime të qafës ose gojës.
- Tumorët.
- Anomalitë kongjenitale.
- Dëmtime të laringut.

Problemët e mushkërive mund të jenë:

- Dëmtime të kafazit të krahërorit.
- Disfunksion i diafragmës.
- Sëmundjet kronike pulmonare.
- Displazi bronkopulmonare.

Problemët e tjera që mund të jenë:

- Gjendjet komatoze.
- Probleme të muskujve të fytyrës.
- Reaksione të forta alergjike.
- Kirurgjia faciale dhe djegiet faciale (Limani.A, 1997).

1.1 Qëllimi kryesor i punimit

Çdo studim apo analizë domosdoshmërisht duhet të ketë një qëllim në mënyrë që të përcaktohen hapat dhe metodat e realizimit të qëllimit. Prandaj, edhe në kuadër të këtij punimi diplome nuk mund të realizohet pa pasur një qëllim. Në këtë rast qëllimi kryesor i këtij punimi të diplomës është që përmes hulumtimit dhe analizës t'u ofrojë studiuesve një mundësi që të kuptojnë qartë dhe drejt përkujdesjen e pacientit me trakeostomë.

1.2 Qëllimi tjetër i punimit

Përveç qëllimit kryesor, me këtë punim, kemi për qëllim edhe të vlerësojmë dhe përshkruajmë ndikimet dhe ndryshimet që kanë pësuar pacientët gjatë operacionit.

Arsyeja për nxitjen e këtij studimi është trajtimi i pamjaftueshëm ose jo i plotë nga autorët e ndryshëm. Duke përfunduar këtë punim diplome, ofrohet material për studiuesit e ardhshëm që hulumtojnë dhe analizojnë më shumë për përkujdesjen e të sëmurit me trakeostomë.

1.3 Hipotezat

1.3.1 Hipoteza e parë

Trakeostoma bëhet tek të gjithë pacientët që i kanë të bllokuara rrugët e sipërme të frymëmarrjes, kjo është vërtetuar tek të gjithë pacientët.

1.3.2 Hipoteza e dytë

Gjatë operacionit të trakeostomës njeriu pëson shumë ndryshime dhe gjatë operacionit aktiviteti fizik zvogëlohet si pasojë e faktorëve të ndryshëm. Kjo hipotezë është vërtetuar nga hulumtimi i bërë dhe grupmosha 0-9-vjeçare ka dalë më e rrezikuar.

2. SHQYRTIMI I LITERATURËS

Trakeostomia është një incision i bërë nën kërcin krioid ndërmjet unazës së dytë dhe të katërt trakeale ajrore. Trakeotomia si intervenim kirurgjik përmendet që në shekullin e parë para erës sonë nga Celiqe Aureliani. Paulos Aegineta në shkrimet e veta ka përshkruar indikacionet për trakeotomi sipas kirurgut më të njohur të shekullit të dytë, Antilos. Indikacionet e propozuara dhe teknika e aplikuar e trakeotomisë nga Antilo ka mbetur e pandryshuar gati për trembëdhjetë shekuj. Mbi bazë njohurive anatomike dhe fiziologjike të laringut dhe të trakesë e ka ndryshuar dhe përsosur teknikën e trakeotomisë. Ai është i pari i cili në trakeostomë ka vendosur kanulën trakeale.

Teknika e trakeotomisë vazhdimisht është përsosur deri në ditët e sotme. Ekzistimi i mënyrave të shumta të hapjes së trakesë ose i varacioneve të tyre flet se nuk ka metodë të përkryer. Një përparim të dukshëm ka shënuar përsosja dhe përshtatja e kanulavetrakeale. Me teknikën e trakeotomisë nënkuptohet mënyra e hapjes së trakesë, përkatësisht formimi i trakeostomës. Teknika e trakeotomisë duhet të jetë ajo e cila mundëson që akti i hapjes së trakesë të jetë i shpejtë, i sigurtë dhe sa më i thjeshtë (A. Rashid, 2017).

Përparsi i duhet dhënë teknikës së hapjes së trakesë që maksimalisht e mënjanon mundësinë e paraqitjes së komplikacioneve. Në bërjën me sukses dhe me kohë të trakeotomisë rol të rëndësishëm ka përgaditja para intervenimit, pozita e pacientit, pajisja me instrumentarium adekuat dhe gjendja e përgjithshme e pacientit. Indikacionet për trakeotomi në ndërkohë janë zgjeruar në të gjitha proceset patologjike që rrezikojnë mbylljen e rrugëve respiratore nga laringu e poshtë. Trakeotomia indikohet edhe në një mënyrë indirekte që ndikojnë në çrregullimet e respiracionit.

Trakeostomia bëhet për tri arsye kryesore:

1. Në rastin kur rrugët e sipërme ajrore janë të bllokuara aplikojmë procedurën e trakeostomise për të lehtësuar kalimin e ajrit në to.
2. Përdoret për të parandaluar grumbullimin e sekrecioneve trakeo bronkiale dhe ndihmon në lëvizjen e tyre.
3. Lehtëson përshtatjen e frekuencës respiratore dhe presionit me pacientët me respiracion të drejtuar.

2.1 Indikacionet me të shpeshta për trakeotomi

Mbyllja e rrugëve të sipërme të frymëkëmbimit nga anomalitë kongjenitale, lëndimet, tumoret, trupat e huaj, inflamacionet akute e kronike, paralizat laringale dhe proceset e tjera që bëjnë kompresion nga jashtë në laring e trake.

Mbyllja nga sekretet e rrugëve të poshtme të respiracionit të tetanosi, poliomieliti, botulizmi, miastenia gravis, lezionet bulbare ose periferike të fijeve nervore dhe gjendja komatoze.

Intervenimet kirurgjike parciais e totale në laring.

Depresioni i qendrës respiratore që zgjat më shumë se 48 orë.

Disa intervenime kirurgjike në krahëror etj (Limani.A, 1997).



Figura 2. Paraqitja e kanules trakeale. (Huazuar nga Nurse Times)

2.2 Indikacionet absolute për trakeotomi urgjentë

Paraqitja e stridorit, cianozës, tërheqja brenda e jugulumit, gropës supra klavikulare, dhe hapësirave interkostale.

Trakeotomia mund të jetë trakeotomi urgjente dhe e planifikuar (kirurgjike), si dhe në trakeotomi të përkohshme dhe definitive. Trakeotomia urgjente indikohet në çfarë do lloj kushtesh. Qëllimi i saj është hapja e shpejtë e rrugës së frymëkëmbimit dhe shpëtimi i jetës së pacientit. Në këto raste nuk merren parasysh kushtet aseptike dhe anestezioni. Gjatë hapjes së trakesë në kushte të urgjencës, hemostaza bëhet vetëm pas hapjes së trakesë (V. Bilali, 2017).

Intervenimi bëhet ashtu që gishti tregues i dorës së majtë vëhet në pomum Adami, ndërsa gishti i madh dhe gishti i mesëm i së njëjtës dorë në të dy anët laterale të laringut, duke i shtyer anash muskujt e qafës dhe enët e mëdha të gjakut. Prerja bëhet në vijën medial të qafës nëpër të gjitha shtresat. Pas hapjes së trakesë, në trakeostomë vendoset kanula trakeale.

Çdo trakeotomi urgjente në rastet kur jeta e pacientit është shpëtuar duhet të revidohet. Trakeotomia urgjente nuk mund të konsiderohet intervenim i lehtë dhe nuk është e sigurtë se këtë mund ta bëjë mjeku i praktikës së përgjithshme.

Nga praktika dhe të dhënat nga literatura mund të konkludohet se këtë mund ta bëjnë vetëm mjekët me përvojë, që në kushte normale kanë ushtruar disa herë këtë intervenim. Numri i mjekëve me përvojë të këtyllë është i vogël, prandaj në vend të trakeotomisë urgjente propozohet të bëhet konikotomia ose tirotomia. Trakeotomia e planifikuar (kirurgjike) mund të bëhet në kushte spitalore, me posedim të instrumentariumit adekuat dhe nga mjeku specialist otorinolaringolog ose kirurgu i aftësuar për këtë lloj intervenimi (A. Rashid, 2017).

Trakeotomia e planifikuar bëhet te pacientët të cilët kanë pengesa në kalueshmërinë e ajrit nëpër rrugët respiratore ose te pacientët të cilët indikohen intervenime kirurgjike në rrugët e frymëkëmbimit, sidomos në laring, si dhe te pacientët që duhet për një kohë më të gjatë të jenë të lidhur në aparat për frymëkëmbim artificial. Paraprakisht pacientit i jepet premedikacion, zakonisht me rrugë parenterale si Fortral, Atropin, Phenergan ose preparate të tjera me efekt të ngjashëm. Në rastet e vështirësive të shprehura në frymëkëmbim premedikacioni është i kundër indikuar. (H. Matjani, 2005)

Për trakeotomi pacienti duhet të jetë në pozitë të shtrirë në shpinë, me pjesën e krahrorit të ngritur lartë mbi nivelin e abdomenit dhe me kokë të ekzistuar. Pas pastrimit të pjesës së përparme të qafës dhe pjesërisht të krahrorit me tretje të “Betadinës” (preparat I jodit) 10% ose me ndonjë antiseptik të ngjashëm, aplikohet anestezioni infiltrative lokal. Anestezioni lokal infiltrohet në tehun e përparmë të gjysmës së poshtme të m. sternokleidomastoid në të dy anët dhe në jugulum, në formë shkronjës “V” sipër dhe poshtë (në formë të rombit).

Prerjet në lëkurë mund të bëhen në drejtime të caktuara, varësisht nga indikacioni për trakeotomi. Dy janë drejtimit më të shpeshta që përdoren në prerjen e lëkurës. Drejtimi vertikal në vijën mediale të qafës dhe drejtimi transversal me prerje në formë të gjysmëharkut të kthyer nga lart.

Prerja vertikale sipër fillohet nga pomum Adami, vazhdohet poshtë nëpër vijën mediale, deri në nivel të jugulumit. Në të njëjtin akt duhet prerë lëkura dhe platizma. Indet e buta preparohen me gërshërë ose me pean deri në prezantimin e istmusit të gjëndrës tiroide dhe tërhiqen anash me ekarterë.

Istmusi i tiroidesë fiksohet në të dy anët me pean adekuat dhe prehet për së gjati. Në vazhdim bëhet hemostaza me elektro kauter ose duke u lidhur tehet e prera të istmusit. Nën të prezantohet pjesa e përparme e trakesë.

Në raste të caktuara istmushi mund të mos prehet fare, por vetëm të dislokohe prej poshtë sipër. Dislokimi i istmusit bëhet duke u ndarë së pari me pean ose gërshërë nga muri i përparëm i trakesë. Istmusi i dislokuar tërhiqet lart me ekarterë ose fiksohet me ligaturë. Muri i trakesë përgatitet ashtu që nga pjesa e përparme e saj mënjanohe në tërësi anash indi lidhor, që të shihet qartë relievi i trakesë. Para se të hapet muri i trakesë në lumen infiltrohet anestetik lokal 1-2 cm.

Prerja e lëkurës në drejtim transversal bëhet në nivel të jugulumit në formë të gjysmëharkut të kthyer nga lart. Prerja duhet të jetë aq e gjatë sa të mundësojë prezantimin e murit të përparmë të trakesë pa pengesa. Preparimi i indeve të buta bëhet njësoj sikur edhe te prerja për së gjati e lëkurës. Pas prezantimit të pjesës së përparme të trakesë bëhet incidimi i murit të trakesë. Incidimi bëhet në pjesën e përparme të trakesë, ndërmjet harkut kërcor të dytë dhe të katërt të saj (A. Rashid, 2017).

Prerja duhet të bëhet në drejtim nga poshtë lart, me qëllim që t'i iket mundësisë së dëmtimit të enëve të mëdha të gjakut dhe lëndimit të kupolave të mushkërive.

Prerja në murin e përparmë të trakesë mund të jetë për së gjati, në formë të shkronjës “Y”, në formë të dritarës ovale dhe në formë të shkronjës “U”, të kthyer poshtë. Forma e prerjes së murit të trakesë në shumicën e rasteve përkon me qëllimin e bërjes së trakeostomës dhe prirjes së kirurgut.

Te trakeotomitë e përkohshme incidimi i trakesë zakonisht bëhet për së gjati dhe në formë të shkronjës “Y”, ndërsa te trakeotomitë definitive më shpesh bëhet prerja ovale dhe në formë të shkronjës “U”. Buzët e hapjes së trakesë, te trakeostoma e përkohshme, fiksohet për lëkurë me më pak ligature (zakonisht deri në 4 ligatura).

Nëse trakeostoma është definitive, muri i trakesë duhet të fiksohet mirë për lëkurë. Fiksimi i murit të trakesë për lëkurë mundëson që kanula trakeale të plasohet më lehtë në trake, dhe të para pengohen ngushtimin e trakeostomës si dhe infeksioni i saj përreth. Pas formimit të trakeostomës vëhet kanula trakeale e cila ka për detyrë që trakeostomën ta mbajë të hapur, ta pengojë ngushtimin ose mbylljen e saj dhe të rastet në frymëkëmbim të rregulluar me respirator lidhjen e aparatit për frymëkëmbim.

Me qëllim të para pengimit të rrjedhjes së sekretit në bronke, ditët e para pas trakeotomisë vëhen kanulat me kaf. Kanulat me kaf përdoren edhe te pacientët të cilët frymëkëmbimin e realizojnë me aparat respirator (frymëkëmbim i rregulluar) si dhe te pacientët të cilët funksioni mbrojtës i laringut është jofunksional.

Përparësia e kanulave me kaf qëndron në atë se ato mund të fryhen në pjesën distale (pjesa e fundit në trake) dhe në mënyrë të kontrolluar mund të mbyllet hapësira ndërmjet sipërfaqes së jashtme të kanulës dhe pjesës së sipërme të trakesë. Kanula me kaf në këtë mënyrë mundëson pengimin e futjes në bronke të sekretit nga plaga, të peshtymës dhe të lëndëve ushyese nga goja nëpërmjet të laringut, si dhe daljen e ajrit në mënyrë të pakontrolluar te pacientët e lidhur në aparat respirator. Kanula trakeale pa kaf ka për detyrë vetëm ta mbajë trakeostomën e hapur.

Kanulat trakeale, si ato pa kaf edhe ato me kaf kanë lumen dhe gjatësi të ndryshme, dhe varësisht nga diametri i trakeostomës përdoren kanulat trakeale me numër të caktuar. Te të gjitha kanulat trakeale është i shënuar numri si dhe dimensionet e saj. Për plasim të kanulës trakeale më e përshtatshme është hapja e trakesë në formë të shkronjës “U” të kthyer poshtë (A. Rashid, 2017).

Meqë kapaku i formuar në këtë mënyrë nga muri i trakesë, poshtë është i fiksuar për trake ndërsa pjesa e lirë tërhiqet nga lart poshtë dhe përpara, dhe fiksohet me suturë (qepje) për lëkurë.

Trakeostoma definitive - nënkupton trakeostomën që do të mbetet derisa pacienti të jetë gjallë. Indikohet te rastet e laringektomive totale, faringo laringektomive totale, te stenozaat laringale që nuk mund të korigjohen me plastikim dhe te pacientët me laring jofunksional.

Trakeostoma e përkohshme – nënkupton hapjen e trakesë për një kohë derisa të mënjanoen shkaqet që kanë kushtëzuar hapjen e trakeostomës. Në literaturë mjekësore mund të hasen termat si trakeotomi e sipërme dhe trakeotomi e poshtme.

Trakeotomi e sipërme- quhet hapja e trakesë mbi harkun e dytë kërcor ndërsa, **trakeotomi e poshtme** - quhet hapja e trakesë nën harkun e katërt kërcor. Trakeotomia e sipërme si dhe trakeotomia e poshtme rekomandohen vetëm në rastet kur ka pengesa për hapjen e trakesë në mes të harkut të dytë dhe të katërt kërcor të trakesë.

2.3 Kujdesi postoperativ i të trakeotomuarëve

Pasi të jetë formuar trakeostoma, për një kohë pritët derisa pacienti të qetësohet. Kanula duhet t'i përshtatët diametrit të trakeostomës. Për dy vrimat, që ka kanula anash, lidhet shiriti prej gazës ose materialit të ngjashëm, me qëllim të fiksimit të saj për qafë. Kanula duhet të vëhet me kujdes. Në fillim ajo kthehet anash e duke e futur brenda rrotullohet ashtu që vrima proksimale e kanulës kthehet përpara.

Nën pjesën e sipërme të zgjeruar të kanulës vëhen disa shtresa të gazës sterile. Pacienti në shtrat vëhen në pozitë gjysmë të shtrië (L. Tamburi, 2000).

Pas trakeotomisë pacienti duhet të jetë nën mbikëqyrje të vazhdueshme të infermierës ose personit tjetër shëndetësor me përvojë. Me qëllim të parandalimit të infeksionit të plagës, disa ditë pas operacionit pacienti mund të trajtohet me antibiotikë dhe analgjetikë si dhe me terapi tjetër, varësisht nga procesi primar. (H. Matjani, 2005)

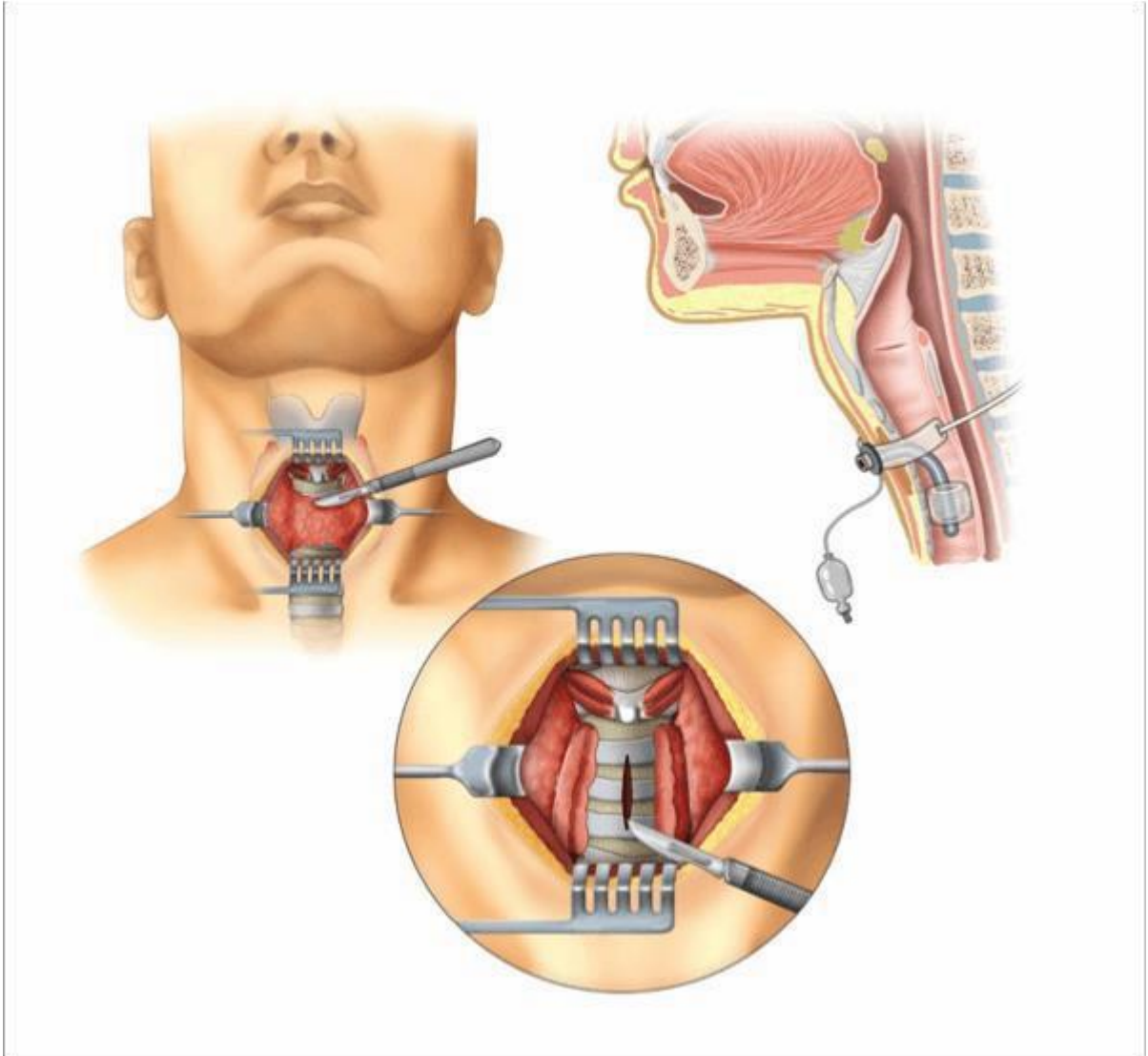


Figura 3. Paraqitja skematike e trakeostomës. (Huazuar nga NurseTimes)

Ditët e para pas operacionit pranë pacientit duhet të jetë aspiratori dhe herë pas here duhet të aspirohet sekreti nga trakeostoma, nëpërmjet kanulës. Për ta zbutur dhe të holluar sekretin në trake here pas here duhet të injektohet tretje fiziologjike. Në rast të mbushjes me sekret viskoz të kanulës, ajo duhet të hiqet dhe të pastrohet.

Kanula trakeale zakonisht ndërrohet një herë në ditë, në rast nevojë edhe më shpesh. Shumë shpesh kanula mund të mbyllet me sekret me konsistencë viskoze dhe me veti ngjitëse për murin e kanulës dhe të trakesë. Menjëherë pas trakeotomisë mund të formohen edhe koagulumet e gjakut të aspiruar në trake e bronke (L. Tamburi, 2000).

Ndonjëherë ndodh që sekreti i grumbulluar ose koagulimi i gjakut të vendosen në pjesën distal të kanulës. Në këto raste edhe pas ndërrimit të kanulës, nëse nuk bëhet aspirimi i kujdesshëm i trakesë, pacienti mund të ketë vështirësi në frymëkëmbim.

Në disa raste koagulimi i formuar ose sekreti i tharë mund të forcohen aq sa nevojitet që ato të nxirret me kapëse, me ndihmën e bronkoskopit. Për ta parandaluar tharjen e sekretit dhe mbylljen e kanulës ose edhe të trakesë, ambient ku vendoset pacienti duhet të jetë i klimatizuar (lagështia dhe temperatura e ajrit duhet të jenë adekuate.) (Tomja A, 2004).

2.4 Komplikacionet e mundshme gjatë dhe pas trakeotomisë

- Gjakderdhja.
- Pneumotoraksi.
- Emfizema mediastinale.
- Apnea.
- Emfizema subkutane.
- Mediastiniti.
- Infeksioni lokal (V. Bilali, 2017).

Lëndimet e enëve të gjakut- ndodhin zakonisht në rastet kur raportet topografike nuk janë normale, kur kirurgu është i papërvujë dhe në rastin kur pacientët nuk janë të qetë gjatë ndërhyrjes kirurgjike si dhe nga zhvillimi i nekrozave përreth trakeostomës.

Gjakderdhjet në fazat e më vonshme- postoperative mund të paraqiten zakonisht si pasojë e nekrozës së shkaktuar nga mosaplikimi i kanulave adekuate. Gjakderdhjet më të shpështa vijnë nga arteriet dhe venat tiroidea ima (P. Engels, 2009).

Për t'i ikur lëndimit të enëve të gjakut, gjatë trakeotomisë duhet të shkohet përreth murit të trakesë. Gjakderdhje të vogla ndodhin prej enëve venoze me kalibër të vogël, zakonisht te fëmijët. Gjakderdhjet e vogla nuk paraqesin ndonjë problem të madh.

Gjakderdhjet e vonshme që mund të shkaktohen si pasojë e infeksioneve lokale, paraqesin vështërsi më të mëdha. Si gjakderdhje të rrezikshme konsiderohen ato që vijnë nga nekroza e indit të gjëndrrës tiroide përreth trakeostomës.

Ndërprerja e gjakderdhjes duhet të bëhet shpejt dhe në mëyrë adekuate. Te rastet e lëndimit të enëve të gjakut ato duhet të lidhen, ndërsa te rastet si pasojë e nekrozës, më parë duhet të hiqet nekroza dhe të bëhet hemostaza adekuate me elektrokoagulim ose me qepje (P. Engels, 2009).

Apnea-mund të ndodhë te pacientët të cilët para trakeotomisë janë trajtuar me oksigjen të pastër, ose për shkak të hiperventilimit menjëherë pas trakeotomisë. Apnea manifestohet me ndërprerje të menjëhershme të frymëkëmbimit. Ajo shkaktohet si pasojë e bllokimit të qendrës së respiracionit për shkak të shtimit të presionit parcial të oksigjenit në gjak.

Në raste të këtilla duhet të merren masa për rivënien e funksionit të respiracionit. Të sëmurit i jepet frymëkëmbim artificial me gaz të përzier prej gazit karbonik dhe oksigjenit.

Frymëkëmbimi artificial jepet derisa të normalizohet presioni parcial i oksigjenit dhe gazit karbonik në gjak dhe të vehet frymëkëmbimi i rregullt (A. Cipriano, 2015).

Pneumotoraksi- shprehet me prezistim dhe keqësim të vështërsive në frymëkëmbim edhe pas trakeotomisë. Pneumotoraksi mund të shkaktohet te lëndimet e pleurës së apekseve të mushkërive ose të pëlçitjes së pleurës vulnerable në regjionin e bifurkacionit të trakesë dhe përreth bronkeve kryesore.

Emfizema mediastinale-mund të paraqitet për shkak të rritjes së shtypjes intrapulmonale dhe manipulimeve jo të kujdesshme gjatë trakeotomisë. Në këto raste pleura në regjionin e hiluseve mund të pëlçasë dhe të paraqitet pneumotraksi. Në raste të këtilla duhet të reagohet shpejt, veqanërisht nëse paraqitet pneumotraksi bilateral.

Diagnostifikimi i pneumotoraksit bëhet me auskultim, perkusion dhe me rentgenografi. Terapia konsiston në nxerrjen e ajrit jashtë me anë të punktimit, drenimit dhe aspirimit të ajrit nga hapësira pleurale dhe nga mediastinum.

Emfizema subkutane-karakterizohet me depërtimin e ajrit në regjionin nënlëkuror. Emfizema paraqitet me depërtimin e ajrit në regjionin subkutan gjatë kollitjes dhe të shtimit të presionit intra-abdominal dhe intratorakal. Ajri ndonjëherë depërton në tërë indin subkutan të qafës e mund të kalojë edhe në mediastinum.

Emfizema subkutane manifestohet me fryrje të qafës dhe me krepitacione gjatë palpimit. Format e lehta të emfizemës subkutane kalojnë pa terapi, ndërsa format më të shprehura mjekohen me futjen e gjilpërave me lumen më të gjerë në regjionin subkutan dhe me heqjen e disa ligaturave të trakeostomës.

Mediastiniti-si komplikacion i trakeotomisë është i mundshëm, por rrallë haset. Mediastiniti më shpesh haset te faringolaringektomitë. Mjekimi i mediastinitit duhet të bëhet me ordinim të dozave të larta të antibiotikëve dhe të terapisë tjetër shoqëruese. Paraqitja e mediastinitit paraqet rrezik të lartë për jetën e pacientit (V. Bilali, 2017).

Infeksioni lokal-mund të paraqitet si pasojë e infeksionit përreth trakeostomës. Infeksionit lokal mund ti iket nëse sterilizimi i instrumenteve dhe i gazës bëhet me kujdes, nëse punohet me dorëza sterile dhe nëse përdoren antibiotikë për ta parandaluar infeksionin (Limani.A, 1997).

2.5 Cannula trachealis

Kanula trakeale janë tubuse të ndërtuara nga metali, materiali plastik apo nga, goma. Dimensionet dhe format e tyre janë të ndryshme. Madhësia e kanulave është shënuar me numra të shtypur në vetë kanulën. Të gjitha kanulat kanë formë të tillë që lehtë mund të plasohen në trake dhe të fiksohen për qafë.

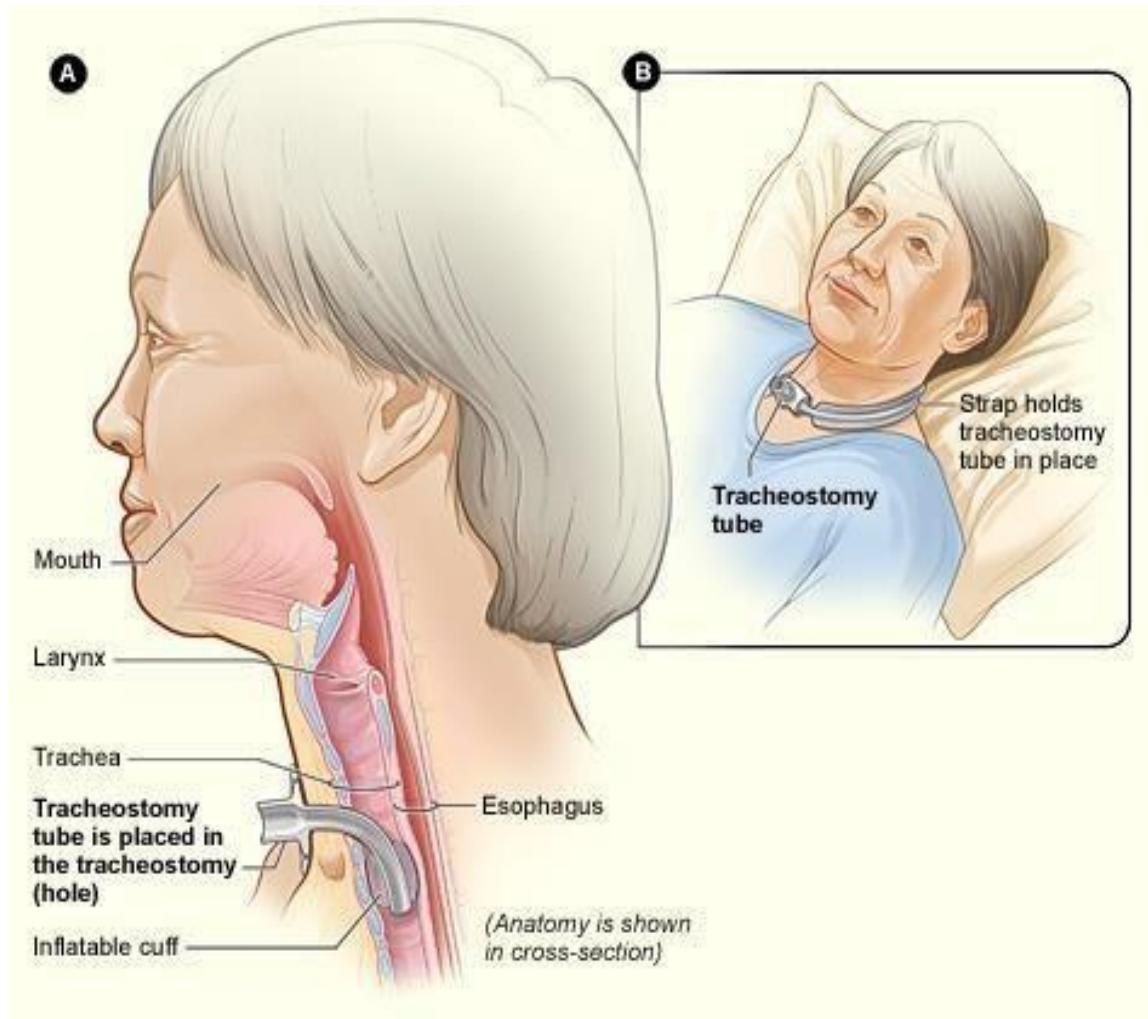


Figura 4. Paraqitja skematike e kanules. (Huazuar nga Wikipedia)

Kanulat metalike zakonisht ndërtohen nga tubi i jashtëm dhe tubi i brendshëm. Tubi i brendshëm mund të nxirret pa pengesa nga tubi i jashtëm dhe shërben për pastrimin e sekretit që, grumbullohet në lumen të tij pa u nxjerrë kanula në tërësi. Kanulat nga materiali plastik mund të jenë të thjeshta ose në pjesën distale të mbështjella me mbështjellës që mund të mbushet me ajër (të fryhet).

Këto të fundit quhen kanula me kaf. Kafi mund të fryhet nga jashtë me anë të një tubusi të hollë, dhe kështu bën të mundur që të mbyllet në tërësi boshllëku në mes të murit të jashtëm të kanulës dhe murit të trakesë. Kanula plastike me kaf ka përparësi të rastet e aplikimit të frymëkëmbimit artificial dhe te pacientët ku ekziston rreziku i aspirimit të gjakut ose sekretit.

Te operacionet plastike në laring, sidomos te rastet e stenozave, aplikohen kanula të dedikuara posaqërisht për këtë qëllim. Kanulat e tilla emërtohen si ‘T’kanula. Ka edhe lloje të tjera të kanulave trakeale që përdoren në raste të caktuara (C. Durbin, 2010).

2.6 Dekanulimi

Me dekanulim nënkuptohet nxerrja e kanulës dhe mbyllja e trakeostomës. Kanula definitivisht hiqet atëherë kur kanë pushuar shkaqet për formimin e trakeostomës.

Te shumica e pacientëve trakeostoma mbyllet që në mënyrë spontane, pas disa ditëve pas heqjes së kanulës trakeale. Në rastet kur trakeostoma nuk mbyllet në mënyrë spontane, rekomandohet mbyllja kirurgjike, duke e bërë plastikimin e murit të përparmë të trakesë me indet përreth.

Zakonisht para se të hiqet kanula pacientit i rekomandohet që dy tri ditë kanulën ta mbajë të mbyllur. Nëse gjatë kësaj kohe nuk ka vështirësi në frymëkëmbim, atëherë bëhet dekanulimi.

Ndodh që në një numër të pacientëve pas dekanulimit të paraqiten pengesa në frymëkëmbim.

Shkaqet e pengesave në frymëkëmbim pas dekanulimit mund të jetë ngushtimi i trakesë, ngushtimi i regjionit subglotik, formimi i indit të granulacionit, trakeomalacia, edema dhe shkaqet e tjera subjektive. Indi i granulacionit në trake, te të trakeotomuarit formohet zakonisht për shkak të kanulave joadekuate dhe të qëndrimit të tyre për një kohë më të gjatë. Vendet predispozuese të formimit të indit të granulacionit janë pjesa rreth trakeostomës dhe pjesa distale e skajit të kanulës.

Në rast të paraqitjes së pengesave në frymëkëmbim pas dekanulimit, duhet të merren masa adekuate për mënjanimin e pengesave. Nëse fjala është për formimin e indit të granulacionit ai duhet të ekscidohet me ndihmën e bronkoskopit dhe të hapen rrugët e frymëkëmbimit (L. Tamburi, 2000).

2.7 Pjesët përbërëse të tubit të trakeostomisë dhe kujdesi që duhet të tregojmë

- Tubi i brendshëm që rrin i fiksuar pas tubit të jashtëm dhe mund të lëvizet me lehtësi për t’u pastruar.

- Tubi i jashtëm.
- Dorëza e trakeotomisë që ndihmon në vendosjen e tubit të trakeostomisë që ndihmon duke siguruar një kalim sa më të mirë të ajrit.
- Dorëza rregulluese e cila rregullon ajrin e grumbulluar në dorezë.
- Valvula hyrëse që pengon kalimin e ajrit të injektuar.
- Valvula folëse e cila përdoret për të lehtësuar të folurën e pacientit (Limani.A, 1997).

2.8 Pajisjet që duhet të qëndrojnë pranë pacientit

- Dorëza sterile për aspirimin e sekrecioneve.
- Qese për hedhjen e mbeturinave.
- Pajisjet lagështuese për të zbutur sekrecionet.
- Tubi rezervë me madhësi të njejtë.
- Aspiratori.
- Enë të pasur për vendosjen e valvulave të folurit (Tomja A, 2004).

2.9 Kujdesi për tubin e brendshëm

Është e rëndësishme të pastrohet shpesh dhe të mbahet e pastër dhe e thatë. Qëllimi i kujdesit infermieror konsiston në:

- ☒ Parandalimin e infeksionit.
- ☒ Parandalimin e zhvendosjes së tubit.
- ☒ Mbajtja e lirë e rrugëve respiratore.
- ☒ Ruajtja e lëkurës (Limani.A, 1997).

2.10 Për të pastruar tubin e brendshëm veçanërisht

Për të pastruar tubin e brendshëm veçanërisht kështu:

- ☒ Lajmë duart.
- ☒ Vendosim dorëza dhe e heqim pjesën e ndotur.
- ☒ Vendosim tubin ne ujë dhe lëndë aseptike.
- ☒ Shpërlajmë tubin me ujë të ftoftë dhe të rrjedhshëm.
- ☒ Bëhet tharja dhe e vendosmi përseri në vend të vet.
- ☒ Sigurojmë që pacienti është mirë, dhe të gjitha këto dokumentohen në kartelën e pacientit (Tomja A, 2004).

2.11 Kujdesi për dorëzën e tubit tëtrakeostomisë

- ☒ Të parandalojë aspirimin e rrjedhjeve nga gypi eseophageal.
- ☒ Të parandalojë aspirimin e sekrecioneve për shkak të paaftësisë së faringut.
- ☒ Gjatë operacionit të parandalohet gjakderdhja nga plaga (Limani.A, 1997).

2.12 Kujdesi për tubin folës të trakeostomisë

- ☒ Të përmirësojmë funksionin gëlltitës.
- ☒ Kujdes duhet të kemi gjatë aspirimit.
- ☒ Kujdes gjatë ushqyerjes (Stroni.G, 2010).

2.13 Kujdesi për valvulën e të folurit

- ☒ Kujdes të madh gjatë gëllitjes.
- ☒ Nxerrja e ajrit bëhet përmes hundës dhe gojës.
- ☒ Valvula e të folurit nuk vendoset kur pacienti është fjetur.
- ☒ Heqja e kanjulës bëhet vetëm nga mjeku (Bilali.V, 2017).

2.14 Komponentet më të rëndësishme gjatë kujdesit të një pacienti me trakeostomë

Te pacientët me trakeostomë kemi parasysh mobilizimin e sekrecioneve, lagështimin e gazeve të inspiruar, sigurimin e rrugeve ajrore, të kemi kujdes që tubi i trakeostomisë të mos dalë jashtë.

Mobilizimi i sekrecioneve- është e rëndësishme për të parandaluar grumbullimin e sekrecioneve (Limani.A, 1997).

2.15 Lagështimi i gazeve të inspiruar

Arsyeja pse ne duhet të sigurojmë lagështinë e duhur është:

- Të ruhet funksioni muko-ciliare.
- Të parandalohet tharja e sekrecioneve.

Në periudhen e menjëhershme post operatore lagështia sigurohet nga një ventilator mekanik ose nëpërmjet një aerezoli të nxehtë duke përdorur një tub T që i ngjitet tubit të trakeostomisë ose duke përdorur një maskë trakeostomie. I rekomandohet pacientit të pijë lëngje sa më shumë vetëm atyre rasteve kur mjeku ju ndalon një gjë të tillë.

Përdoret një lagështues në dhomën ku qëndron pacienti, pajisja pastrohet çdo ditë. Likidet mund të merren edhe me rrugë intravenoze. Të gjitha këto bëjnë që sipërfaqja mukozale të jetë e lagësht dhe sekrecionet ti bashkangjiten ciljeve, kjo bënë që sekrecionet janë më të lëvizshme.

Lagështuesi i nxehtë rekomandohet tek:

- Pacientët e dehidruar.
- Pacientët e palëvizur.
- Pacientët me sekrecione të trasha.

Aplikimi i lagështuesve përdoret-ndizet pajisja, monitorohet temperatura, monitorohet niveli i ujit dhe ndryshohet shisha vazhdimisht, tubat ndryshohen dhe shënojmë datën dhe orën.

Aspirimi i sekrecioneve- është procedurë e frikshme për pacientin, bëhet për arsye që të sigurojmë një rrugë të lirë ajrore duke lëvizur sekrecionet endotrakeale. Aspirimi bëhet vetëm atëherë kur është e nevojshme, por më shumë aplikohet në periudhën post operatore (L. Tamburi, 2000).

Për të kryer një teknikë të rregullt aspirimi veprojmë në këtë mënyrë: përgatimi të gjitha pajisjet që na nevojiten, lajmë duartë me ujë dhe sapunë, veshim dorëza sterile, lidhim kateterin aspirues me aspiratorin, hiqet kateteri steril nga qesja, ndezim aspiratorin, sigurojmë që pacienti është i oksigjenuar mirë, i thuhet pacientit të bëjë frymëmarrje të thellë dhe menjëherë por me kujdes futet kateteri thithës në tubin e trakeostomisë, aspirimi nuk duhet të zgjasë më shumë se 15 sekonda.

Në rastet kur tubi i trakeostomisë del jashtë kemi parasysh: kërkojmë menjëherë ndihmë mjekësore, ruajmë qetësinë në qoftëse tubi ka qëndruar për më shumë se pesë ditë trakti është i formuar mirë dhe nuk mundet të mbyllet, nuk largohemi nga pacienti kërkojmë që pacienti të marrë frymë normalisht, përgatitemi për një rivendosje të tubit, pasi e vendosmi tubin lidhet me kujdes duke lënë një hapësirë të vogël nëpërmjet lidhjes dhe qafës së pacientit, kontrollon pozicionin e tubit duke kerkuar pacientit të marrë frymë thellë (Limani.A, 1997).

2.16 Rekomandimet për kujdesin në shtëpi

1. Tubi i trakeostomisë mund të bllokohet nga sekrecionet prandaj i rekomandojmë pacientit që ta pastrojë disa herë në ditë atë.
2. Përdoren kompresa të ngrohta për të lehtësuar dhimbjen.
3. Është e rëndësishme që zona të mbahet e thatë dhe e pastër.
4. Përdorimi i terapisë sipas rekomandimeve të mjekut.
5. Duhet të evitohet kontakti me ujin.
6. Të mbajë një identifikues në raste urgjente.
7. Përdorni një shall për të mbuluar stomën.
8. Sigurojmë që edhe pse stoma është e mbuluar pacienti të marrë frymë nëpërmjet saj.

9. Në dush sigurohemi që uji të mos kalojë nëpërmjet stomës.
10. Mos shkoni në zona ku ka pluhur, tym duhani etj.
11. Raportoni te mjeku kur do të merrni ndonjë medikamenti sepse ilaçet mund të provokojnë shtimin e sekrecioneve (Tomja A, 2004).

Më poshtë tregojmë një statistikë mbi jetesën dhe vdekshmërinë e pacientëve me trakeostomi të moshave të ndryshme (Limani.A, 1997).

Tabela 1. Paraqitja statistikore e jetesës dhe vdekshmërisë së pacientëve

GRUP MOSHAT	PACIENTET NE JETË	PACIENTËT E VDEKUR
0-3	55%	20%
4-6	58%	45%
7-9	89%	0%
13-20	80%	0%
>20	0%	0%

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Gjatë shtjellimit të kësaj teme diplome është parë se trakeostomia është një temë e thellë, e cila ka një literaturë të gjerë, që flet për llojet, indikacionet dhe kundërindikacionet e trakeostomisë.

Qëllimi i punimit është identifikimi i shkaktarëve të trakeostomës dhe roli i infermierëve gjatë punës me personat me trakeostomë.

Ky punim gjithashtu ka për qëllim që të theksoj se pacientët me trakeostomë duhet të trajtohen me kohë, të marrin terapinë e duhur, që kujdesi infermieror të jetës sa më adekuat dhe që të mundohemi të japim sa më shumë këshilla për kujdesin e trakeostomës.

4. METODOLOGJIA

Punimi i diplomës është i llojit të shqyrtimit të literaturës ekzistuese. Kërkimi i literaturës është realizuar përmes mekanizmave kërkues të ofruar nga PubMed dhe Google Scholar, me qëllim që të grumbullohen sa më shumë të dhëna rreth përkujdesjes së sëmurëve me trakeostomë. Gjatë kërkimit janë grumbulluar numër i mjaftueshëm i hulumtimeve. Në punim janë përfshirë hulumtime me qasje të plotë, në të cilën përshkruhen karakteristikat e hulumtimeve rreth përkujdesjes infermiore të pacientëve me trakeostomë.

4.1 Pyetjet kërkimore

- Çka është trakeostoma?
- Cilat janë indikacionet për trakeostomë?
- Çfarë kujdesi infermior duhet të tregohet për këta pacientë?
- Cili është edukimi shëndetësor që duhet t'u jepet pacientëve?

4.2 Hipoteza

Kujdesi infermior tek pacientët me trakeostomë ndikon drejtpërdrejt në rezultatin e trajtimit si dhe përmisimin e cilësisë së jetës.

5. ROLI I INFERMIERIT NË KUJDESIN E PACIENTËVE ME TRAKEOSTOMË

Kujdesi infermieror te pacientët me trakeostomë është e rëndësishmë të pastrohet shpesh kanula trakeale, dhe të mbahet e pastër dhe e thatë.

Për të pastruar tubin e brendshëm duhet të:

- ☒ Pastrojmë duart.
- ☒ Vendosim dorëza dhe e heqim pjesën e ndotur.
- ☒ Vendosim tubin ne ujë dhe lëndë aseptike.
- ☒ Shpëlajmë tubin me ujë të ftoftë dhe të rrjedhshëm.
- ☒ Bëhet tharja dhe e vendosim përsëri në vend të vet.

Qëllimi i kujdesit infermieror konsiston në:

- ☒ Parandalimin e infeksionit.
- ☒ Parandalimin e zhvendosjes së tubit.
- ☒ Mbajtja e lirë e rrugëve respiratore.
- ☒ Ruajtja e lëkurës
- ☒ Të parandalojë aspirimin e rrjedhjeve nga gypi eseophageal.
- ☒ Të parandalojë aspirimin e sekrecioneve për shkak të paaftësisë së faringut.

- ☒ Kujdes gjatë ushqyerjes.

Gjithashtu te pacientët me trakeostomë kemi parasysh mobilizimin e sekrecioneve, lagështimin e gazeve të inspiruar, sigurimin e rrugëve ajrore, të kemi kujdes që tubi i trakeostomisë të mos dalë jashtë.

Arsyeja pse ne duhet të sigurojmë lagështinë e duhur është të ruhet funksioni muko-ciliare dhe të parandalohet tharja e sekrecioneve (L. Tamburi, 2000).

6. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Trakeotomia zakonisht përdoret në rastet kur nevojitet të sigurohet një frymëmarrje e kontrolluar për një periudhë më të gjatë kohore.

Mosha më e rrezikuar për një prognozë jo të mirë gjatë aplikimit të trakeotomisë është grupmosha 0-9 vjeç. Kjo grupmoshë është mjaft delikate dhe jo shumë e kujdesshme, gjithashtu është një grupmoshë që nuk komunikon mirë me personelin shëndetësor. Kjo ndodh për shkak të frikës që kanë dhe për shkak të moskuptimit të mirë të sëmundjes dhe të situatës ku ndodhen. Organizimi i tyre është mjaft delikat dhe nuk mund të absorbojë mirë trupat e huaj.

Grupmoshat nga 9-vjeç e më lart kanë prognozë shumë të mirë të të gjithë pacientët që i nënshtrohen trakeostomisë. Pasi kjo grupmoshë është e vetëdijshme për sëmundjen që kanë dhe për situatën në të cilën ndodhen, janë bashkëpunues me stafin mjekësor.

Rekomandimet për pacientë janë:

- a. Frymëmarrje të thella, kollitje të here pas hershme që ndihmon në parandalimin e grumbullimit të sekrecioneve.
- b. Lëvizje të here pas hershme që ndihmon në lëvizjen e sekrecioneve dhe nxerrjen jashtë të tyre.
- c. Fizioterapi e krahorit dhe drenimi postural janë të rëndësishme në mobilizimin e sekrecioneve dhe është mirë të përdoren gjatë periudhës post-operative.

7. BIBLIOGRAFIA

- [1] Ruke Beqiraj, Remzije Belegu –Histologji me embriologji, 2011
- [2] Nasir Behxheti, Selim Çerkezi, Argjent Muça – Anatomia e njeriut ,2013
- [3] Artan Shkoza – Fiziologjia e njeriut botimi II, 2009
- [4] Adem Limani - Otorinolaringologjia kirurgjia e kokës dhe qafës.
- [5] Stroni G Pilaca A Habibi E –Sëmundjet Infektive e Kujdesi Infermieror, 2010
- [6] Matjani. H, Manuali i medikamenteve, 2005, Tiranë.
- [7] Bilali V.-Infermieristika ne Sëmundjet Infektive, 2017.
- [8] Tomja A, Pula A, - Bazat e infermieristikës së Përgjithshme, Tiranë, 2004.
- [9] Tamburri LM. Care of the patient with a tracheostomy. *Orthop Nurs.* 2000 Mar-Apr;19(2):49-58; quiz 58-60. doi: 10.1097/00006416-200019020-00008. PMID: 11062636.
- [10] Rashid, A. O., & Islam, S. (2017). Percutaneous tracheostomy: a comprehensive review. *Journal of thoracic disease*, 9(Suppl 10), S1128–S1138.
<https://doi.org/10.21037/jtd.2017.09.33>
- [11] Engels, P. T., Bagshaw, S. M., Meier, M., & Brindley, P. G. (2009). Tracheostomy: from insertion to decannulation. *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie*, 52(5), 427–433.
- [12] Cipriano, A., Mao, M. L., Hon, H. H., Vazquez, D., Stawicki, S. P., Sharpe, R. P., & Evans, D. C. (2015). An overview of complications associated with open and percutaneous tracheostomy procedures. *International journal of critical illness and injury science*, 5(3), 179–188. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.164994>
- [13] Durbin CG Jr. Tracheostomy: why, when, and how? *Respir Care*. 2010 Aug;55(8):1056-68. PMID: 20667153.