

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 3-2021

KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTËT ME SËMUNDJE KARDIOVASKULARE

Sokol Thaqi

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

Thaqi, Sokol, "KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTËT ME SËMUNDJE KARDIOVASKULARE" (2021).
Theses and Dissertations. 2599.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2599>

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

KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTËT ME SËMUNDJE KARDIOVASKULARE

SHKALLA BACHELOR

Sokol Thaqi

Mars,2021

PRISHTINË



KOLEGJI UBT FAKULTETI I INFERMIERISË

Punim Diplome

Viti akademik 2017|2020

Sokol Thaqi

KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTËT ME SËMUNDJE KARDIOVASKULARE

Mentori: Dr.sc Hajrullah Fejza

Mars,2021

**Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjesshme për
Shkallë Bachelor**

ABSTRAKTI

Sëmundja kardiovaskulare (CVD) është një çështje kritike shëndetësore globale dhe infermierët kardiovaskularë luajnë një rol jetik në uljen e barrës globale dhe duke kontribuar në përmirësimin e rezultateve në individë dhe komunitete. Infermierët kardiovaskularë kërkojnë njohuri, aftësi dhe burime që do t'u mundësojnë atyre të funksionojnë si udhëheqës në CVD.

Qëllimi i këtij punimi është zgjerimi i njohurive mbi sëmundjet kardiovaskulare, duke përfshirë etiologjinë, patologjinë, diagnostikimin, trajtimin, si dhe kujdesin infermior në çështjet e menaxhimit, trajtimit, parandalimit dhe edukimin e pacientëve. Sigurisht përdorimi i masave që parandalojnë sëmundjet kardiovaskulare, kur është e mundur, janë qëllime ideale.

Metodologjia- Për të realizuar këtë punim është përdorur shqyrtim i literaturës për të studiuar konceptet teorike në përgjithësi. Janë përdorur artikuj të shumtë studimorë, libra nga botimet më të ndryshme nga botues të famshëm botërore.

Pyetësorë, ku burimi kryesor i të dhënave për realizimin e këtij punimi janë protokollet në Spitalin Rajonal në Prizren në Njësinë Koronare, ndaras për muajt Nëntor dhe Dhjetor si dhe një studim rasti.

Rezultatet- Në bazë të këtij hulumtimi, shohim se sëmundjet kardiovaskulare prekin më shumë gjininë mashkullore, po ashtu një numër më i madh i pacientëve banonin në zona rurale, dhe ky hulumtim tregon se nga sëmundjet kardiovaskulare, janë të rrezikuara kryesisht moshat e treta. Andaj kur bëhet fjalë për të moshuarit duhet t'ju kushtohet një kujdes i veçantë, për shkak të sëmundjeve tjera shoqëruese.

Konkluzione- Në këtë punim janë përmbledhur gjitha pikat kryesore dhe nga të dhënat mund të konkludojmë se sëmundjet kardiovaskulare janë më të shpeshta te meshkujt se sa të femrat, moshat e shtyra janë më të rrezikuara se moshat e reja, po ashtu diagnostikimi i hershëm është mënyra më efektive për parandalimin e këtyre sëmundjeve. Ne presim që të përmirësojmë ndjeshëm cilësinë e programeve të parandalimit në praktikën e përgjithshme, klinikat ambulatorë, d.m.th. në praktikën e përditshme klinike. Ne mund të përmirësojmë kujdesin standard në të gjithë vendin dhe të jemi të sigurt që pacientët marrin këshillat më të mira të mundshme dhe të jemi të sigurt që këshillat tonat të janë plotësisht të kuptueshme për një shumicë të madhe të pacientëve tanë.

MIRËNJOHJE!

Unë dua të falënderoj të gjithë ata që më mbështetën, motivuan dhe frymëzuan në krijimin e këtij punimi. Veçanërisht falënderoj prindërit e mi për mbështetjen financiare dhe motivimin e tyre gjatë studimeve, që gjithmonë kishin një vesh të hapur dhe ishin në krahun tim me këshilla dhe veprime. Gjithashtu dua të shpreh falënderimin tim të thellë për Dr.Hajrullah Fejza për sugjerimet dhe ndihmën e dhënë gjatë realizimit të këtij studimi, gjithashtu gjithë profesorëve për kontributin e tyre gjatë studimeve.

Në fund, por më e rëndësishmja për krijimin e këtij punimi, dua të falënderoj dy infermiere që më ndihmuan dhe pacienten që vuri në dispozicion kohën e saj, pa të cilat ky studim nuk do ishte i mundur.

PËRMBAJTJA

ABSTRAKTI	3
MIRËNJOHJE!	4
LISTA E FIGURAVE	6
LISTA E TABELAVE	6
1. HYRJE	1
2. SHQYRTIMI I LITERATURËS	2
2.1. Çka janë sëmundjet kardiovaskulare?	2
2.2. Anatomia e zemrës	3
2.3. Përmbledhje e simptomave të veçanta	7
SËMUNDJET MË TË RËNDËSISHME KARDIOVASKULARE	13
Diagnoza dhe mjekimi	32
METODA DIAGNOSTIKE NË KARDIOLOGJI	33
Intervenimet infermierore para procedurës	37
Intervenimet infermierore pas procedurës	38
Komplikimet	38
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	39
4. METODOLOGJIA	40
5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E TË DHËNAVE	41
6.KONKLUZIONE DHE REKOMADIME	51
7. REFERENCAT	53

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Sistemi kardiovasklar.....	3
Figura 2. Anatomia e zemrës	4
Figura 3. Enet e gjakut	6
Figura 4. Shenja Levine.....	8
Figura 5. Pozita ortopnoikee pacientit	20
Figura 6. Elektrokardiograma normale	35

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Karakteristikat e dhimbjes së kraharorit	9
Tabela 2. Shkaqet e dhimbjes së kraharorit.....	9
Tabela 3. Klasifikimi i hipertensionit.....	14
Tabela 4. Gjinia e pacientëve të hospitalizuar, gjatë muajit Nëntor	41
Tabela 5. Gjinia e pacientëve të hospitalizuar, gjatë muajit Dhjetor.....	41
Tabela 6. Grupmosha e pacientëve të hospitalizuar.	42
Tabela 7. Vendbanimi i pacientëve të hospitalizuar, gjatë muajit Nëntor	43
Tabela 8. Vendbanimi i pacientëve të hospitalizuar, gjatë muajit Dhjetor	44
Tabela 9. Simptoma te infarktit te miokardit.....	48

FJALORI I TERMAVE

CVD- sëmundja kardiovaskulare

EKG-elektrokardiogrami

SAK- sëmundja e arterieve koronare

IAM- infarkti akut i miokardit

HTA-hipertensioni

GERD- refluksi gastroezofageal

1. HYRJJE

Prevalenca e CVD, duke përfshirë hipertensionin, CHD, dështimet e zemrës dhe goditjen në tru, rritet nga rreth 40% te burrat dhe gratë 40-59 vjeç, në 70-75% te personat 60-79 vjeç dhe në 79-86 % midis atyre të moshës 80 vjeç ose më të vjetër. Pra, incidenca rritet me moshën, (Curtis, 2018).

Edhe pse incidenca e CVD tek gratë është zakonisht më e ulët se tek burrat, gratë kanë një vdekshmëri më të lartë dhe prognozë më të keqe pas ngjarjeve akute kardiovaskulare. Këto ndryshime gjinore ekzistojnë në CVD të ndryshme, duke përfshirë sëmundjen koronare të zemrës, goditjen në tru, dështimin e zemrës dhe sëmundjet e aortës. Këto ndryshime gjinore kanë shkaktuar shqetësime të përhapura dhe shqyrtimi i ndryshimeve gjinore është i një rëndësie të madhe për parandalimin, diagnostikimin, trajtimin dhe menaxhimin e CVD.

Në fushën e gjerë kundër sëmundjeve të zemrës, informimi i publikut, përbën një ndër sektorët më të rëndësishëm. Është fakt konkret dhe i dukshëm se informimi dhe sensibilizimin ka çuar në diagnostikim të parakohshëm të sëmundjeve kardiovaskulare.

Kjo temë është një burim shtesë për të mësuar në lidhje me SKV dhe zgjedhjet tuaja.

Në pjesën e parë është paraqitur se çka janë sëmundjet kardiovaskulare, anatomia e zemrës, kurse në pjesën e dytë dhe të tretë koncepte teorike te këtyre sëmundjeve, llojet, etiologjinë, manifestimet klinike, diagnostikimin dhe trajtimin infermieror.

Qëllimi dhe objektivat

Qëllimi i këtij punimi është zgjerimi i njohurive mbi sëmundjet kardiovaskulare, duke përfshirë etiologjinë, patologjinë, diagnostikimin, trajtimin, si dhe kujdesin infermieror në çështjet e menaxhimit, trajtimit, parandalimit dhe edukimin e pacientëve. Sigurisht përdorimi i masave që parandalojnë sëmundjet kardiovaskulare, kur është e mundur, janë qëllime ideale.

Objektivat e punimit janë:

- Njohja e anatomisë dhe fiziologjisë së sistemit kardiovaskular
- Njohja e faktorëve etiologjikë
- Njohja e komplikimeve si dhe
- Kujdesi infermierore tek rastet me sëmundje kardiovaskulare.

2. SHQYRTIMI I LITERATURËS

2.1. Çka janë sëmundjet kardiovaskulare?

Sistemi qarkullues transporton lëngjet në të gjithë trupin; ai përbëhet nga sistemet kardiovaskulare dhe limfatike. Zemra dhe enët e gjakut e ndërtojnë rrjetin e transportimit të gjakut, pra sistemin kardiovaskular. Përmes këtij sistemi, zemra e pompon gjakun në të gjithë sistemin e gjerë të enëve të gjakut. Funkzioni parësor i sistemit kardiovaskular është të shpërndajë lëndët ushqyese dhe të largojë metabolitet nga çdo qelizë e trupit, (*Wei, 1992*).

Sëmundjet kardiovaskulare janë sëmundje që prekin zemrën dhe enët e gjakut dhe shoqërohen me çrregullime të qarkullimit të gjakut dhe zemrës. Këto përfshijnë mbi të gjitha sëmundjen iskemike të zemrës, apopleksinë (goditje), por edhe defekte të lindura dhe të fituara të zemrës, pezmatime të zemrës dhe dështimin e zemrës. Shkaku themelor i sëmundjeve kardiovaskulare është zakonisht arterioskleroza (*Polte, 2001*). CHD, e cila mund të çojë në angine pektoris dhe infarkt miokardi, ka rëndësinë më të madhe në këtë kontekst. CHD është një çrregullim i qarkullimit të gjakut në arteriet koronare, të cilat furnizojnë zemrën dhe janë përgjegjëse për efikasitetin e zemrës. Furnizimi joadekuat i zemrës me oksigjen dhe lëndë ushqyese në një kufizim të daljes kardiake dhe kështu në zvogëlimin e performancës së të gjithë organizmit. Nëse një ose më shumë enë koronare (infarkt akut i miokardit) janë bllokuar plotësisht nga një mpiksje gjaku, furnizimi me gjak dhe oksigjen në zemër është i shqetësuar, gjë që qon në shkatërrimin e indeve të miokardit nëse nuk bëhet sa më shpejtë që të jetë e mundur, mundësisht me anë të një kateterizimi kardiak, zgjidhet. Infarkti i miokardit mund të çojë në dëmtime të pariparueshme vetëm pas gjashtë orësh, (*Warrell, 2003*).

Problematika e sëmundjeve kardiovaskulare

Sëmundja kardiovaskulare (CVD) është një kontribuues kryesor në sëmundjen globale dhe vdekshmërinë; është jashtëzakonisht e kushtueshme dhe vendos një barrë të konsiderueshme për individët dhe komunitetet.

Pesha që zënë sëmundjet kardiovaskulare të zemrës, ka pasur rritje të ndjeshme me kalimin e viteve. Janë të shumta rastet në të cilat krizat e zemrës shkaktojnë vdekje të parakohshme ose gjymtim të organeve të trupit të njeriut.

Faktorët riskues të këtyre sëmundjeve kanë filluar të shfaqen në masë edhe tek të rinjtë. Çelësi i eliminimit të këtyre sëmundjeve ka të bëjë me ndjekjen e vizitave dhe konsultave të rregullta te mjeku. Është shumë e rëndësishme që të mbahet një balancë e mirë, ndërmjet përdorimit të medikamenteve dhe llojeve të tjera të terapive mjekësore për ndalimin e këtyre sëmundjeve.

Infermierët kardiovaskularë mund të luajnë një rol kryesor në luftimin e barrës në rritje të CVD, e cila, ngjashëm me sëmundjet e tjera kronike, shoqëron tranzicionet demografike dhe epidemiologjike që ndodhin në të gjithë botën. në parandalimin e CVD.

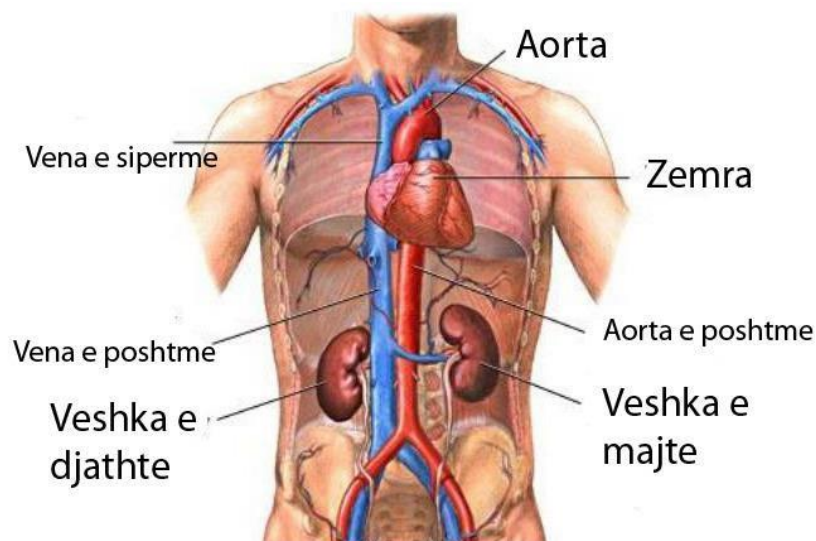


Figure 1. Sistemi kardiovaskular

Burimi: [www.google.com/ cardiovascular+system](http://www.google.com/cardiovascular+system)

2.2. Anatomia e zemrës

Zemra është organ muskuloz-zgavror, me formë koni, shtrihet ndërmjet mushkërive, me majën apex e drejtuar poshtë, përpara dhe në të majtë ndërsa baza e drejtuar lartë dhe në të djathtë. Zemra e një njeriu normal peshon 250 deri në 300 gram, kontraktohet me një ritëm prej 70 deri në 75 herë për një minutë, si dhe pompon afërisht 5 litra gjak në minutë.

Zemra, pak më e madhe se grushti i mbledhur, është një pompë thithëse dhe shtytëse, me vetërregullimi, pjesët e së cilës punojnë në harmoni për të shtyrë gjakun në të gjithë trupin. Ana e

djathtë e zezës merr gjakun e varfër me oksigjen (venoz) nga trupi me ane të SVC dhe IVC dhe e pompon atë përmes trunkusit pulmonar dhe arterieve pulmonare në drejtim të pulmoneve për oksigjenim. Ana e majtë e zezës e merr gjakun e ngopur me oksigjen (arterial) nga pulmonet me anë të venave pulmonare dhe e pompon atë në aortë, për ta shpërndarë më pas në trup. (Wilcox, 2005).

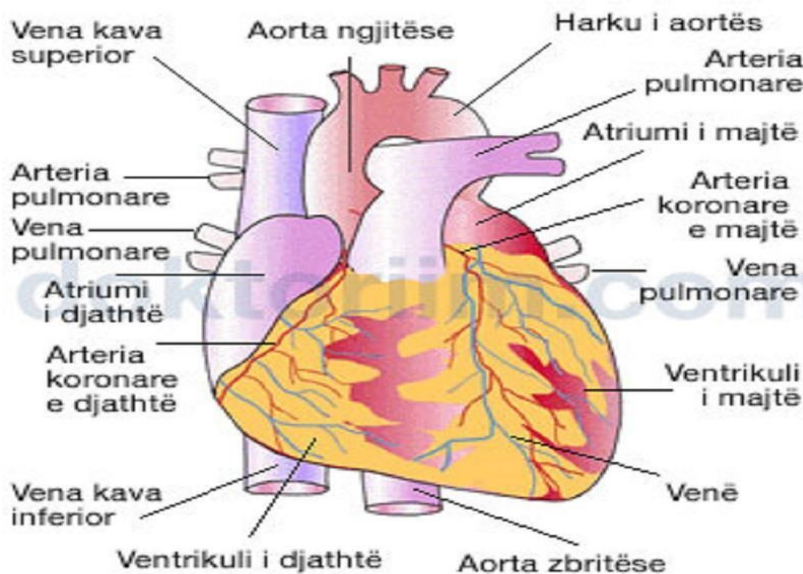


Figure 2. Anatomia e zezës

Burimi: www.google.com/anatomia+e+zemres

Muri i secilës dhomë të zezës përbëhet prej tre shtresash, nga sipërfaqësorja, deri te e thella:

1. Endokardi, një shtresë e hollë e brendshme ose membrane kufizuese e zezës, që mbulon gjithashtu edhe valvulet e saj.
2. Miokardi, shtresa e mesme e përdredhur dhe e trashë, që përbëhet prej muskulit kardiak.
3. Epikardi, një shtresë e hollë e jashtme që formohet nga shtresa viscerale e perikardit seroz.

Zemra ka katër dhoma: atriumin e djathtë dhe të majtë, si dhe ventrikulin e majtë dhe të djathtë. Atriumet janë dhoma grumbulluese, që pompojnë gjakun në ventrikuj (dhoma shkarkuese).

Veprimet pompuese në sinkron të dy pompave atriventrikulare të zemrës (AV) (dhoma e majtë dhe e djathtë) përbëjnë ciklin kardiak. Sikli fillon me një periudhë të zgjatjes dhe mbushjes ventrikulare (diastole) dhe përfundon me një periudhë të shkurtimit dhe boshatisjes të ventrikulit (sistola).

Dy tonet e zemrës dëgjohen me stetoskop: i pari dëgjohe ndërsa gjaku përcillet nga atriumet në ventrikuj, kurse i dyti ndërsa ventrikujt e hedhin gjakun jashtë kavitateve të zemrës. Tonet e zemrës prodhohen nga zhurma përplasëse e valvulave njëdrejtimëshe, që normalisht nuk e lejojnë gjakun të kthehet mbrapa gjatë kontraktimit të zemrës.

Funksioni i zemrës ka të bëjë me pompimin e sasive të mjaftueshme të gjakut të oksigjenuar, i cili përbëhet nga produktet ushqyese, metabolitet dhe hormone, me qëllim përballimin e nevojave metabolike dhe ruajtjen në mënyrë të herëpashershme dhe të qëndrueshme të mjedisit të brendshëm. Zemra ka dy karakteristika thelbësore, kontraktilitetin dhe ritmicitet, (*Ward, 2002*).

Përmbajtja kardiake e ATP-së, molekulës përçuese të energjisë, është e mjaftueshme vetëm për të mbështetur kontraksionin për disa rrahje të saj (rreth 5 -10) dhe furnizimi me lëndë endogjene (p.sh. Glikogjen, triglyceride, endogjene) është i kufizuar duke pasur parasysh intensitetin e punës që zemra duhet të bëjë. Në mënyrë që të mbahet oksidimi i lëndëve endogjene, regjenerimi i ATP-së dhe kontraksionet e zemrës, është i domosdoshëm një sistem shumë i specializuar i qarkullimit koronar dhe qarkullimi i rregullt i gjakut nëpër këto enë koronare për të siguruar furnizimin e mjaftueshëm me O₂ dhe me lëndë endogjene, si dhe për të larguar produktet madhore të oksidimit (CO₂).

Qarqet vaskulare

Zemra përbehet nga dy pompa muskulore, që megjithëse gjenden pranë njëra-tjetrës, veprojnë në seri, duke e ndarë qarkullimin në dy përbërës: qarkullimi pulmonar dhe sistemik.

Ventrikuli i djathtë e shtyn gjakun me përmbajtje të ulët oksigjeni që kthehet nga qarkullimi sistemik në mushkëri, përmes arterieve pulmonare. Dioksidi i karbonit shkëmbehet për oksigjenin në kapilarët e mushkërisë dhe, më pas, gjaku i pasuruar për oksigjenin në kapilarët e mushkërisë dhe, më pas, gjaku i pasuruar me oksigjen rikthehet përmes venave pulmonare në atriumin e majtë të zemrës. Ky qark, nga ventrikuli i djathtë, në atriumin e majtë përmes mushkërive, është

qarkullimi pulmonar. Ventrikuli i majtë e shtyn gjakun e pasur me oksigjen përmes arterieve sistemike (aortës dhe degëve të saj), duke shkëmbyer oksigjenin dhe lëndët ushqyese me dyoksidin e karbonit në pjesën e mbetur të kapilarëve të trupit. Gjaku i varfëruar në oksigjen rikthehet në atriumin e djathtë të zemrës përmes venave sistemike (të cilat formojnë venat cava superior dhe inferior). Ky qark, nga ventrikuli i majtë, në atriumin e djathtë, është qarkullimi sistematik, (Malouf, 2005).

Faktikisht, qarkullimi sistematik ndërtohet nga shumë qarqe paralele që iu shërbejnë regjioneve të ndryshme dhe/ose sistemeve të organeve të trupit.

Enët e gjakut

Enët e gjakut janë tuba që bartin gjakun. Ka tri lloje enësh të gjakut: arterie, vena dhe kapilarë.

Arteriet janë enë gjaku, që transportojnë gjak nën presion relativisht të lartë (krahasuar me venat përkatëse) nga zemra dhe e shpërndajnë atë në gjithë trupin.

Në përgjithësi, venat e kthejnë gjakun e varfër në oksigjen nga pjesët e ndryshme të trupit në zemër.

Kapilarët janë tuba të thjeshtë endoteliale, që lidhin skajet arteriale dhe venoze të qarkullimit dhe lejojnë shkëmbimin e materialeve me lëngun jashtë qelizor (ECF) ose intersticial.

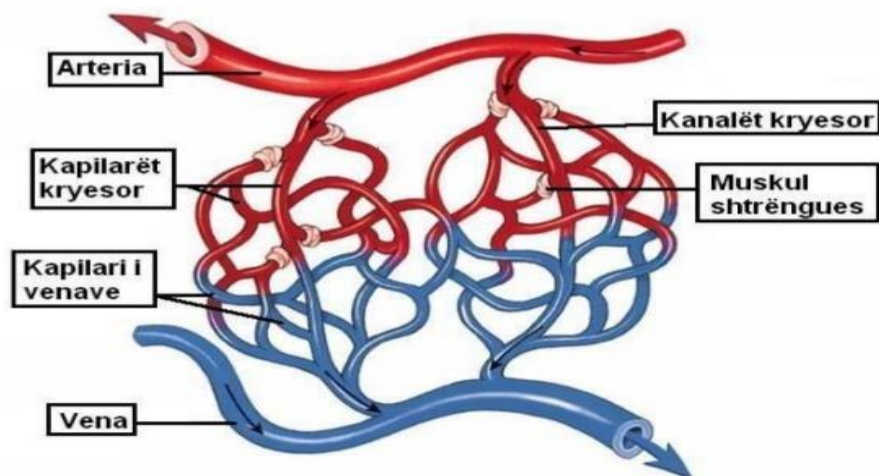


Figure 3. Enët e gjakut

Burimi: [www.google.com/ enet+e+gjaku](http://www.google.com/enet+e+gjaku)

Faktorët rriskues të CVD:

- Mosha
- Faktorët
- Hipertensioni
- Pirja e duhanit
- Diabeti tip 2
- Gjinia mashkullore
- Sëmundjet kronike të veshkave

Sa i përket parandalimit dhe uljes së shkallës së vdekshmërisë është e rëndësishme zvogëlimi i përqendrimeve mesatare të kolesterolit, prevalence e pirjes së duhanit dhe nivelet e presionit të gjakut. (*Anderson, 1991*)

2.3. Përmbledhje e simptomave të veçanta

Simptomat e rëndësishme të sëmundjes kardiake janë këto më poshtë:

- Dhimbje e kraharorit
- Palpitacione
- Dispne
- Sinkopa
- Lodhje
- Edemë deklive
- Hemoptizi
- Cianoze

Dhimbja e kraharorit

Është një ndër shkaqet më të shpeshta të vizitave në urgjencën spitalore dhe një simptomë më e rëndësishme e sëmundjes kardiake. Megjithatë nuk është patognomonike për sëmundjen e zemrës. Dihet se dhimbja e kraharorit mund të rezultojë edhe nga çrregullimet pulmonare, intestinale, të fshikëzës së tëmthit dhe çrregullimeve muskuloskeletoale, (*Gardner, 2011*).

Angina pectoris është simptoma kryesore e SAK. Angina është zakonisht pasoja e hipoksisë së miokardit, e cila rezulton nga mosbalancimi midis furnizimit koronar dhe kërkesës së miokardit. (Tabela 1).

Zakonisht, një pacient mund ta përshkruajë anginën duke mbledhur grushtin dhe duke e vendosur atë mbi sternumin. Kjo është një shenjë patognomonike e anginës zakonisht e quajtur shenja Levine. (Figura 4).

Shoqërohet me frikë, zbehje, djersitje, plogështi, puls të përshpejtuar, puls i rrallë herë mund të jetë i ngadalësuar), tension të lartë të gjakut

Detyrat e infermieres:

- Të qetësoj psikikisht pacientin (anksioziteti)
- Të lajmëroj mjekun për të ndërmarrë masat e nevojshme diagnostiko dhe mjekuese



Figure 4 Shenja Levine

Burimi: www.google.com/levine+sign

Në rast se dhimbja e krahavorit ka një shkak kardiak, arteroskleroza koronare dhe sëmundja e valvulës aortike janë shkaqet më të përhapura. Angina dhe dhimbje të krahavorit mund të shfaqen në një sërë mënyrash. Karakteristikat e radhitura këtu janë shfaqjet më të zakonshme. Dhe kjo tabelë duhet të merret thjeshtë si një udhëzues.

Në përgjithësi është më mirë ta lejosh pacientin të përshkruajë natyrën e dhimbjes. Këto përshkrime janë parashikuar për t'u përdorur vetëm kur pacienti nuk është në gjendje të karakterizojë dhimbjen (tabela 1 dhe 2).

Tabela 1. Karakteristikat e dhimbjes së kraharorit

Karakteristikat	Anginë	Jo anginë
Vendndodhja	Përhapje retrosternale	E lokalizuar poshtë zonës mamare të majtë
Përhapja	Krahu i majtë, nofulla e poshtme, shpina	Krahu i djathtë
Përshkrimi	“dërmuese”, “e shurdhët”, “shtypëse”, “shtrydhëse”	“e mprehtë”, “goditëse”, “therëse”
Intensiteti	I dobët në të rëndë	Torturuese
Kohëzgjatja	Minuta	Sekonda, orë, ditë
Precipituar nga	Lodhje, emocione, të ushqyerit, i ftohti	Frymëmarrja, qëndrimi, lëvizja
I lehtësuar nga	Çlodhje, nitroglicerina	Jo specifike

Tabela 2. Shkaqet e dhimbjes së kraharorit

Sistemi organik	Shkaku
Kardiak	Sëmundja koronare arteriale Sëmundja aortike valvulare Hipertensioni pulmonar Prolapse mitral valvular Perikarditi Stenoza hipertrofike subaortike idiopatike

2. Palpitacionet

Është ndjenjë e rrahjes së zemrës dhe shpesh nuk ka bazë patologjike, por është pasojë e çrregullimeve funksionale neurovegjetative.

Simptoma e palpitacioneve përkufizohet si ndjesia e rrahjes së zemrës nga vetë individi. Palpitacionet mund të vijnë nga ndjesia e një ritmi kardiak jonormal, por edhe nga ndjesia jonormale e ritmit normal. Shoqërohet me frikë, ndjenjë të mungesës së ajrit.

Te njerëzit fiziologjikisht të shëndoshë provokohet me: lodhje, pagjumësi, ushqim të tepruar, sasi të mëdha të alkoolit, çajit, kafesë, duhanit ose stimuluesve të tjerë, narkotikëve, mos aktivitet fizik.

Detyrat e infermieres:

- informoni mjekun,
- Vëmendje e veçantë duhet të kushtohet nëse palpitations zgjasin më gjatë, në të moshuarit për shkak të komplikimeve të mundshme,
- Puna e mëtejshme sipas udhëzimit të mjekut

3. Dispnea

Ndjenjë subjektive e mungesës së ajrit. Paraqitet edhe te sëmundjet respiratore. Ajo me prejardhje nga zemra është pasojë e dobësisë së zemrës, para së gjithash barkushes së majtë.

Dispnea e zemrës mund të jetë prej disa shkallëve të ndryshme:

- a. dispnea gjatë lodhjes – simptoma kryesore për dobësinë fillestare të zemrës.
- b. dispnea në qetësi dhe ortopnea – është dispne që paraqitet kur pacientët janë të shtrirë. Nëse dispnea përmirësohet në pozitën gjysmë të ulur ose të ulur quhet ortopnea.
- c. dispnea paroksizmale e natës (astma kardiiale) - është dispne akute e zemrës që paraqitet gjatë gjumit, disa minuta ose disa orë pas shtrirjes.
- d. dispnea e papritur akute me kollitje me sekret shkumor e cila paraqitet gjatë edemit akut të mushkërive.

Detyrat e infermieres:

- Vëzhgimi(observimi) i pacientëve të tillë dhe vendosja në një pozitë të ulur,

- Relaksimi psikik i pacientëve,
- Ndryshimet e regjistruara të shënohen në dokumentacionin mjekësorë,
- Informoni mjekun për intensitetin dhe kohën e paraqitjes

4. Sinkopa

Është humbja e pa pritur e përkohshme e vetëdijes, e cila shkakton dobësim dhe alivanosje, por ekziston shërim spontan, pa patur nevojë për terapi. Është pasojë zvogëlimi të dukshëm të furnizimit me gjak të trurit.

Shkak për të mund të jetë: hipotensioni, gjendje të rënies së vëllimit në minutë zemrës (pamjaftueshmëri e zemrës, aritmi të zemrës), ngritje e shpejtë nga krevati, streset emocionale, etj.

Nganjëherë sinkopa mund të ndërlidhet me ekzistimin e anomalive të zemrës, çrregullim malinje të ritmit të zemrës, bllokime të zemrës, efuzion në perikard etj.(Gardner, 2011).

5. Marramendja

Është simptomë që karakterizohet me ndjenjë të jo stabilitetit dhe rrotullimit të sendeve rreth nesh ose rrotullimit tonë rreth sendeve.

Zakonisht paraqitet gjatë ndryshimeve të presionit të gjakut, çrregullimeve të ritmit të zemrës (si zakonisht gjatë bradikardive, bllokimeve), anomalive të zemrës dhe dobësisë së zemrës.

6. Lodhja

Është simptomë e përgjithshme e cila paraqitet në gjendje dhe sëmundje të ndryshme. Te sëmundjet e zemrës është pasojë e qarkullimit të çrregulluar.

Karakteristike është se shfaqet në fund të ditës dhe gjatë aktiviteteve të cilat janë kryer pa asnjë problem më parë.

Kjo lodhje duhet të dallohet nga lodhja e depresionit, kur pacienti edhe pas një gjumi të mirë zgjohet i lodhur dhe mezi i fillon aktivitetet e përditshme, por gjatë ditës nuk është e theksuar aq shumë.

7. Cianoza - në të njëjtën kohë është edhe simptomë edhe shenjë klinike, kurse manifestohet me ngjyrë të kaltër të lëkurës dhe mukozave të trupit. Kjo ndodh si rezultat i reduktimit të oksigjenit dhe grumbullimit të hemoglobinës të reduktuar.

Dallohen dy lloje të cianozës:

- cianozë e tipit qendror - pasojë e rritjes intensive të hemoglobinës së oksiduar, kurse qarkullimi i gjakut nëpër lëkurë dhe mukozë është normale. Paraqitet te anomalitë e zemrës me spostim të djathtë - majtë, sëmundjet pulmonare me çrregullim të ventilimit dhe qarkullimit të mushkërive, rrallë herë te anomalitë e hemoglobinës.
- cianoza e tipit periferik – është pasojë e vazokonstriktimit periferik të enëve të gjakut dhe zvogëlimit të qarkullimit periferik.

Detyrat e infermieres:

- pacienti zakonisht është i frikësuar, të relaksohet,
- të vendoset në pozitë gjysmë të ulur
- qetësi dhe pushim,
- masazhi i pjesëve periferike e përmirëson qarkullimin e gjakut

8. Edemet

Ndodhin si pasojë e grumbullimit të ujit dhe kripës.

Qarkullimi i ngadalësuar, ndërprerja venoze dhe presioni i rritur hidrostatik çojnë deri te kalimi i lëngut nga enët e gjakut në intersticium.

Në fillim edemet janë periferike dhe më vonë të përgjithshme dhe i përfshijnë organet e brendshme.

Detyrat e infermieres:

- Ndërrimi i pozitës në mënyrë të rregullt (në pozitë shtrirë) çdo 2 orë
- Kontrolli i pamjes së jashtme dhe masazhi e vendeve të predisponuara
- Kujdesi i gjymtyrëve të poshtme për përmirësim të qarkullimit
- pacienti vendoset në pozitë ulur

- urgjent lajmërohet mjeku, pastaj veprohet sipas udhëzimeve të mjekut
- Shkruani masat e vëzhguara dhe të ndërmarra në dokumentacionin mjekësorë

Edemet kardiake janë: të njëjta dhe simetrike, pa ndryshime të theksuara të temperaturës sipërfaqësore ose të ftohta; të zbehtë ose me zbehje tipike cianotike;

Në fillim paraqiten te thembrat dhe nën gjunjë.

Te të pa mjekuarat përhapen lartë nëpër të dy ekstremitet e poshtme, vithet, deri në paraqitjen e edemeve nëpër tërë trupin (anasarka).

SËMUNDJET MË TË RËNDËSISHME KARDIOVASKULARE

1. HIPERTENSIONI ARTERIAL

Si hipertension llogaritet niveli i tensionit asistoli të gjakut i njëjtë ose më i madh se 140 mm Hg ose tensioni diastolik i gjakut i njëjtë ose më i madh se 90 mm Hg i fituar pas matjeve të përsëritura për disa javë si dhe disa muaj. Hipertensioni arterial është njëri prej faktorëve më të rëndësishëm të rrezikut për rritjen e vdekshmërisë dhe sëmundjeve kardiovaskulare.

E përshpejton arteriosklerozën e arterieve koronare, cerebrale dhe renale dhe shkakton mbingarkesë të zemrës. Si rezultat i kësaj, pacienti hipertenziv ka rrezik të shtuar të zhvillojë sëmundje koronare, goditje në tru, pamjaftueshmëri të veshkave dhe dobësi të zemrës.

Faktorët të cilët e përcaktojnë TA janë vëllimi minor dhe rezistenca totale vaskulare periferike. Në mirëmbajtje të TA përfshihen edhe faktorët që veprojnë ndaj vëllimit minor dhe rezistencës periferike vaskulare. Ato janë faktorët neural, humoral dhe lokal.

Shkaktarët e identifikueshëm të hipertensionit:

- Apnea e gjumit
- Barërat ose reaksionet e lidhura me ilaçet
- Sëmundja kronike e veshkave
- Sëmundja renovaskulare
- Sëmundjet e gjëndrës tiroide

Tabela 3. Klasifikimi i hipertensionit

Klasifikimi	Sistoliku	Diastoliku
Normal	< 120 mmHg	Dhe < 80 mmHg
Prehipertension	120 – 139 mmHg	80 – 89 mmHg
Stadi I	140 – 159 mmHg	90 – 99 mmHg
Stadi II	≥ 160 mmHg	≥ 100 mmHg

Sipas etiologjisë hipertensionit ndahet në: esencial (primar) dhe sekondar (dytësor).

HIPERTENSIONI ARTERIAL ESENCIAL

Nga të gjitha rastet e hipertensionit rreth 95% i takojnë hipertensionit esencial. HTA esencial është sëmundje të e cila nuk ekziston një shkak i veçantë përgjegjës për paraqitjen e tij, nuk mund të sqarohet me një mekanizëm patogjen të të gjithë pacientët. Edhe pse nuk dihet shkak kryesor, llogaritet se paraqitja e tij aktivizohet nga faktorët e mjedisit në bashkëveprim me dispozitën gjenetike.

Nga faktorët e mjedisit do të theksojmë:

konsumi i tepërt i kripës, mbipesha, profesioni, mënyra e jetesës, pirja e duhanit, përdorimi i tepërt i alkoolit, mos aktiviteti fizik. Hipertensionit esencial shpesh paraqitet te disa familje për shkak të pre dispozicionit gjenetik.

HIPERTENSIONI ARTERIAL SEKONDAR

Nga të gjitha rastet me HTA vetëm 5 % i takojnë hipertensionit sekondar arterial.

Këtu dihet saktë shkaku që e ka shkaktuar. Edhe pse e takojmë te një numër i vogël pacientësh, ai nuk duhet injoruar për shkak se korrigjimi i shkakut mund të sjell deri në mjekimin e hipertensionit.

Sipas shkakut që e ka shkaktuar HTA sekondar ndahet në:

1. Hipertensioni i veshkave (renal)- paraqitja e këtij hipertensionit sekondar është rezultat i sëmundjeve të veshkave, kurse i dedikohet çrregullimit të balancit të natriumit dhe lëngjeve, si dhe çrregullimit të tajitjes së veshkave për materiet të cilat marrin pjesë në rregullimin e tensionit.
2. Hipertensioni endokrin – është rezultat i sëmundjeve të rralla endokrine (feokromocitom, akromegalia, sindrom adrenogjital, hiperparatireoidizëm, sëmundje të gjëndrave tiroide, Syndroma Cushing).
3. Hipertensioni kardiovaskular – hipertensioni sekondar mund të jetë rezultat i ngushtimit të lindur të aortës, insuficiencës së aortës, bradikardisë e rëndë.
4. Hipertension i shkaktuar nga barnat - më shpesh janë kontraktivët të cilat përmbajnë estrogjene, pika për hundë, etj.

Pasqyra klinike:

Në numrin më të madh të rasteve HTA është asimptomatik. Shpesh hetohet rastësisht në shikime sistematike ose pas dëmtimit të rëndë të organeve të trupit, si zemra, veshkat, retina, SNQ. Si simptoma më e shpeshtë është kokë dhimbja.

Në raste të presioneve të mëdha kokë dhembjet janë të shpeshta, veçanërisht në mëngjes ose gjatë zgjimit, sipas lokalizimit janë oksipitale dhe kalojnë spontanisht pas disa orëve.

Si rezultat i ndikimit të HTA në SNQ, përveç kokë dhimbjes paraqitet edhe marramendja, tini tus (zhurmë te veshët) ose vjen deri te infarkti i trurit dhe gjakderdhja në tru.

Nga ana e zemrës paraqiten dhimbje në kraharor, dispnea gjatë lodhjes.

Veshkat mund të jenë shkak i HTA sekondar, por çrregullimet e funksionit të tyre mund të jenë shkak i hipertensionit. Dëmtimi i retinës nga hipertensioni jep zvogëlim të pamjes, shikim të mjegullt, etj.

Diagnoza:

- Anamneza;
- Ekzaminimi fizikal; matje e kujdesshme e tensionit të gjakut, kontroll i zembrës, mushkërive, abdomenit.
- Teste laboratorike- analiza e urinës; pasqyra e gjakut; në serum përcaktohet: urea, kreatinini, acidi urik, glukozja, kolesterolit, trigliceridet, proteinat, kaliumi, kalciumi.
- EKG – hipertrofi e ventrikulit të majtë tregon për hipertension kronik;
- Ehokardiografia;
- Eko të veshkave;
- Kontroll i fundusit të syrit.

Mjekimi:

Masat e përgjithshme- zvogëlim i peshës trupore, aktiviteti fizik, konsum i vogël i kripës, kufizimi i alkoolit, ndërprerja e pirjes së duhanit, ushqim dietal (me kalori të vogla, pa acide yndyrore të ngopura, e pasur me pemë dhe perime, peshk).

Trajtimi medikamentoz - qëllimi i terapisë është të ulët tensioni në nivelin normal. Barna që përdoren për terapi të hipertensionit janë: beta bloktorë, diuretikë, ACE inhibitor, antagonist të kalciumit, vazodilatatorët dhe barna të tjera antihipertenzive. Çfarë do të përdoret varet nga vetë rasti konkret. Kur vjen te normalizimi i tensionit, terapia nuk duhet të ndërpritet por duhet zvogëluar doza dhe tensioni të kontrollohet me vëmendje. Mirë është të bëhen kontrole çdo gjashtë muaj te mjeku që e ka caktuar terapinë.

Mjekimi i krizës hipertenzive dhe renditja e veprimit:

- Mjekimi të fillohet në qendrën primare mjekësore.
- Furosemid (20 mg i.v.; në rast të edemes pulmonale jepet deri 80 mg)
- NTG (1 mg i.v.; vazhdohet me infuzion 5-100 µg/min); kontraindikkacion

Intervenimet infermierore

- Menaxhimi farmakologjik
- Rekomandimet për dietën
- Ndryshimi i stilit të jetesës

2. INSUFICIENCA KARDIAKE

Insuficienca kardiake (pamjaftueshmëria e zemrës)- nënkupton çrregullimet strukturale dhe/ose funksionale të zemrës të cilat shkaktojnë rënie të punës së zemrës që manifestohet me perfuzion jo adekuat të indeve.(*Jones, 2015*).

Etiologjia dhe patofiziologjia

Dallojmë katër forma themelore të dëmtimit të miokardit të cilat shkaktojnë sindromën klinike të pamjaftueshmërisë së zemrës.

1. Sëmundja e arterieve koronare e cila duke shkaktuar iskemi të miokardit dëmton forcën kontraktuese të tij dhe kështu shkakton pamjaftueshmëri të zemrës. Më e shprehur është pas infarktut të miokardit.
2. Mbingarkesa e shtypjes dhe/ose vëllimore është pasojë e mos mjekimit të hipertensionit dhe sëmundjes së valvulave të zemrës. Që nëse zgjatë shumë shkaktojnë dëmtim të miokardit.
3. Shkatërrimi i miociteve nga shkaqe të panjohura më së shpeshti shkakton kardiomiopati dilatative idiopatike (më rrallë hipertrofike ose restriktive).
4. Dëmtimet toksike të miokardit me: alkool, barëra, ose me helme të tjera gjithashtu mund të shkaktojnë pamjaftueshmëri të zemrës e posaçërisht nëse përsëriten.

Klasifikimi i pamjaftueshmërisë së zemrës

Ekzistojnë disa klasifikime të pamjaftueshmërisë së zemrës, më së shpeshti përdoren: akute dhe kronike, e anës së majtë dhe e anës së djathtë.

- Insuficienca akute e zemrës nënkupton edemin akut kardiogjen të mushkërive dhe shokun kardiogjen.

- Insuficienca kronike e zemrës paraqet zhvillimin progresiv të pamjaftueshmërisë së zemrës, ndonëse kjo nuk duhet të merret si çështje definitive ngase funksioni i zemrës mund të ndryshoj.
- Insuficienca e anës së djathtë ose të majtë të zemrës ka të bëjë me pasqyrën klinike. Tek insuficienca e anës së djathtë dominojnë shenjat sistemike të kongjestionit, ndërsa te insuficienca e anës së majtë dominojnë shenjat e vëllimit minator të redukuar.

Pasqyra klinike

Simptomat dhe shenjat më të theksuara te pacientët me pamjaftueshmëri të zemrës janë dispnea, ortopnea, dispne paroksizmale gjatë natës, ndjesia e lodhjes dhe e dobësisë, urinim i shtuar gjatë natës (nikturia) dhe simptomat cerebrale.

Të sëmurët me insuficiencë akute të zemrës janë të ushqyer mirë, ndërsa ata me sëmundje kronike janë me nënpeshë deri në kaheksi. Për shkak të hipoperfuzionit lëkura është e zbehtë, e ftohët dhe e djersitur. Është e pranishme cianoza periferike (akrocianoza). Gjatë auskultimit të zemrës është i pranishëm ritmi i galopit, ndërsa në rastet kur shkas i pamjaftueshmërisë janë çrregullimet në valvula ose defektet e lindura janë të pranishme zhurmat karakteristike për rastet e veçanta.

Nga të dhënat e auskultimit në mushkri janë të pranishme zhurma të lëngshme në mushkëri (zakonisht të dy anshme). Për shkak të stazës në sistemin venoz rëndom e hasim zgjerimin e venave në qafë, zmadhimin e mëlçisë, praninë e ascitit dhe edemat simetrike në formë brumi në këmbë.

Diagnoza

Bazohet në të dhënat nga anamneza, ekzaminimi objektiv dhe nga testet dhe procedurat diagnostiko.

Mjekimi

Mjekimi i pamjaftueshmërisë së zemrës konsiston në: aplikimin e masave të përgjithshme, terapia medikamentoze dhe ndërmarrjen e veprimeve të tjera në vartësi nga indikacioni.

- Masat e përgjithshme të mjekimit – nënkuptojnë dietën për redukimin e peshës nëse bëhet fjalë për klientët me mbipeshë, redukimin e konsumimit të kripës dhe të lëngjeve, ndërprerjen e pirjes së duhanit, ndërprerjen e konsumimit të pijeve alkoolike, preferohet

aktiviteti fizik i kujdesshëm në vartësi nga gjendja e klientit (ushtrimet dinamike, shëtitja). Te pacientët me pamjaftueshmëri të zembrës të shkallës NYHA IV, nuk preferohet aktiviteti fizik.

- Terapia medikamentoze – nënkupton administrimin e barërave të ndryshme: diuretikët, inhibitorët e enzimës së konvertimit të angiotenzinës (ACE), glikozidët e digitalisit, vazodilatatorët, barërat antikoagulante, antiaritmikët, oksigjenoterapia etj.
- Format tjera të mjekimit – nënkupton metodat kirurgjike dhe ato invazive.

Kujdesi infermieror

Konsiston në promovimin e shëndetit dhe procesin diagnostik infermieror.

- Promovimi i shëndetit – nënkupton ndërmarrjen e veprimeve që janë të drejtuara nga faktorët e rrezikut, me qëllim të zvogëlimit të rrezikut dhe të incidencës së insuficiencës së zembrës. Edukohen klientët dhe familjarët e tyre lidhur me sëmundjen koronare si shkak kryesor i pamjaftueshmërisë së zembrës. Diskutohet lidhur me faktorët e rrezikut dhe stilin e jetesës.
- Vlerësimi – grumbullohen të dhënat subjektive (historia e sëmundjes – anamneza) dhe objektive (ekzaminimi objektiv). Ndërmerren testet diagnostiko: BNP (Peptidi Natriuretik i Trurit), elektrolitet në serum, Urea, Kreatinini, niveli i digitalist në serum, Analizat e gazrave arteriale, EKG, Ekokardiografia dhe Radiografia e gjoksit.
- Diagnozatat infermiore dhe intervenimet – pamjaftueshmëria ndikon në kualitetin e jetës duke ndërhyrë në aktivitetet ditore si që janë vetë kujdesi dhe efikasiteti. Zvogëlimi i kërkesës për oksigjen të zembrës është qëllimi kryesor i kujdesit infermieror. Kjo përfshinë sigurimin e pushimit, ndërmarrjen e veprimeve për trajtimet e përshkruara për të zvogëluar ngarkesën kardiake, për të përmirësuar forcën e kontraktilitetit të miokardit dhe për të menaxhuar simptomat.

Edemi kardiogjen i mushkërive

Patofiziologjia, pasqyra klinike dhe diagnoza. Edemi kardiogjen i mushkërive është njëri nga komplikimet më të rënda të pamjaftueshmërisë së zembrës dhe duhet të mjekohet në mënyrë urgjente. Vjen si pasojë e rritjes së shtypjes venoze që manifestohet me mbushje të venave të mushkërive dhe që kanë si pasojë daljen e lëngut në hapësirat alveolokapilare. E tërë kjo klinikisht

manifestohet me takipne, dispne dhe ortopne. E tërë kjo shoqërohet me frikë, mungesë ajri, kollitje e cila shoqërohet me këlbazë në formë shkume dhe me prani të gjakut. Në auskultim janë të pranishme ralet e njoma. Përkeqësohet hipoksemia, paraqitet acitemia dhe hiperkapnia që përfundon me arrest respirator.

Edemi i mushkërive e rrezikon jetën dhe duhet të kuptohet si urgjencë mjekësore. Masat në procesin e trajtimit konsistojnë në:

- Morfin në mënyrë intravenoze në dozë 2-5 mg. Mund të përsëritet disa herë. E qetëson klientin dhe e zvogëlon harxhimin e oksigjenit.
- Oksigjenoterapia me rrjedhë të lartë dhe nëpërmes të maskës me koncentrim 100% oksigjen dhe me shpejtësi 4-8 L/min.
- Pozicionimi i pacientit në pozitë ortopneike, që nënkupton vendosjen e pacientit në pozitë ulur në kënd 90° (Figura 9).
- Diuretikët e hënzës së henleut me rrugë intravenoze (Furosemid 40-100 mg) e vendosin shpejtë dierezën dhe zvogëlojnë mbingarkesën me lëngje.
- Vazodilatator nëse shtypja sistolike është >100 mmHg (Natrium Nitroprusid 20-30 µg/min. me rrugë intravenoze).

Pos terapisë së lartshënuar mund të jepet edhe digitalis me veprim të shpejtë dhe të vendosen fasha elastike në gjymtyrë ose të lidhen tri gjymtyrë me mansheta.



Figure 5 Pozita ortopnoikee pacientit

Burimi: [www.google.com/ pozita+ortopnoike](http://www.google.com/pozita+ortopnoike)

Kujdesi infermiror

Bëhet një vlerësim i shpejtë i pacientit dhe njoftohet stafi përgjegjës për të dhënat e konstatuara. Diagnozatat e rëndomta infermiore janë: Çrregullim i ndërrimit të gazrave lidhur me praninë e lëngut në mushkëri. Ankth lidhur me ndjenjën e ngufatjes dhe frikës.

Intervenimet infermiore: ordinohet oksigjenoterapia nëpërmes maskës, vendoset pacienti në pozitë ortopneike, monitorohen shenjat vitale, hapet linja venoze, vendoset kateteri urinar, bëhet monitorimi kardiak, regjistrohet EKG dhe pulsoksimetria.

Shoku kardiogjen

Shoku kardiogjen është komplikim serioz i insuficiencës së zemrës që më së shpeshti haset pas infarktit të miokardit kur dëmtimi tejkalon 40% të masës së ventrikulit të majtë.

Pasqyra klinike. Sëmundja më shpesh manifestohet me takikardi, hipotension, obligo-anuri, çrregullime të vetëdijes, distres respirator (rale, takipne), lëkurë e ftohët dhe e lagësht, dobësim të pulsit në periferi dhe dhimbje në gjoks.

Intervenimet infermiore. Monitorimi i zhurmave të frymëmarrjes. Vlerësimi i raleve dhe wheezing-ut. Monitorimi i zhurmave dhe toneve të zemrës. Administrimi i oksigjenoterapis, mund të jetë i nevojshëm intubimi dhe ventilimi. Administrimi intravenoz i Morfinës, diuretikëve dhe/ose nitroglicerines për të zvogëluar parangarkesën. Administrimi intravenoz i vazopresorëve dhe/ose inotropëve pozitiv për të rritur vëllimin minator të zemrës. Monitorim hemodinamik në vazhdimësi.

SËMUNDJA E ARTERIEVE KORONARE (SAK)

Sëmundja e arterieve koronare është dëmtim i miokardit të zemrës i shkaktuar nga disbalanci mes rrjedhjes koronare (furnizimi me oksigjen) dhe nevojave të miokardit për oksigjen, për shkak të ndryshimeve në qarkullimin koronar. Furnizim i pa mjaftueshëm me gjak i muskullit të zemrës.

Muskuli i zemrës nuk e merr sasinë e duhur të gjakut të oksigjenuar për shkak të:

- Stenoza aterosklerotike
- Spazmi i arterieve koronare
- Tromboza e arterieve koronare

Të gjitha rezultojnë me iskemi të miokardit. Qoftë e fshehtë apo simptomatike (angina).

Etiologjia: Shkak më i shpeshtë (95%) e sëmundjeve të arterieve koronare (SAK) është arteroskleroza.

Shkaqet tjera të mundshme përfshijnë:

- Arteritisi
- Spazmi i arterieve koronare
- Disa sëmundje infektive
- Anormali të lindura
- Kontraceptivët oral.

Vetëm 5% nga rastet janë pasojë e spazmave, malformacione të lindura të arterieve koronare, hipertrofis së miokardit e shkallës së lartë, anemi, etj.

Faktorët e rrezikut për SAK:

Zhvillimi SAK është i lidhur me karakteristikat e mënyrës së jetës dhe lidhjes me faktorët e rrezikut. Me eliminimin ose zbutjen e faktorëve të rrezikut deri diku mund të ngadalësohet zhvillimi i SAK ose plotësisht të ndalohe paraqitja e sëmundjes.

Faktorët kryesorë të rreziku janë: tensioni i lartë i gjakut, sëmundja e sheqerit, nivel i rritur i yndyrave në gjak, pirja e duhanit.

Faktorët e rrezikut të cilët kontribuojnë në zhvillimin e SAK janë: stresi psikik, trashësia tej mase, jeta me tradita të këqija, mos aktiviteti fizik, profesioni.

Faktorët shtesë: predispozita gjenetike; mosha; gjinia (kryesisht meshkujt).

Të modifikueshëm

- Dieta: Niveli i yndyrave në gjak
- Duhan pirja
- Hipertensioni
- Stresi
- Inaktiviteti Fizik
- Faktorët

Të pa modifikueshëm

- Moshë dhe Gjinia
- Anamneza familjare pozitive (Herediteti)

Roli i infermierëve qëndron në promovimin e shëndetit:

- Identifiko dhe menaxho personat me rrezik të lartë
- Ushtrimet: Filloni që në rini
- Monitorimi i faktorëve të modifikueshëm të rrezikut

Manifestimet klinike të SAK:

I. ANGINA PECTORIS:

1. Angina pektoris gjatë lodhjes:

a) e sapo krijuar; b) stabile gjatë lodhjes; c) e keqësuar gjatë lodhjes.

2. Angina pektoris spontane

1. Infarkti akut i miokardit
2. Dobësia e zemrës së majtë
3. Vdekje e papritur

ANGINA PECTORIS

Ngushtimi i arterieve koronare, si pasojë e aterosklerozës, shkakton qarkullim jo adekuat të gjakut nëpër enët e muskulit të zemrës dhe kështu shkaktohet dhembja. Dhembja zakonisht nxitet nga aktiviteti fizik, ekscitimi, ose stresi emocional.

Paraqet sindromë klinikë ku dominon dhimbja e kohëpaskohshme e kraharorit e shkaktuar nga iskemia e përhershme ose kalimtare e miokardit.

Në pasqyrën klinike është karakteristike dhimbja në kraharor me rastin e angina pectoris karakteristikat e të cilit i kemi përshkruar në pjesën ku i përshkruar simptomat e sëmundjeve në sistemin kardiovaskular.

Në praktikën klinike angina pectoris ndahet në:

Angina pectoris stabile-karakterizohet me dhimbje anginoze të shkaktuara nga faktori i përcaktuar saktësisht fizik ose nga ndonjë shkak tjetër që sjell deri në nevojë të rritur të miokardit për oksigjen. Dhimbja kalon shpejtë pas mbarimit të aktivitetit ose pas marrjes së nitroglicerinit (nën gjuhë)

Angina pectoris jostabile është sindromë kalimtare mes angina pectoris stabile dhe infarktut akut të miokardit. Karakterizohet me dhimbje pas ngarkesës fizike, që deri atëherë nuk është vërejtur ose paraqiten episode të dhimbjeve prekordiale që nuk janë të lidhura me nevojat e rritura të miokardit për oksigjen. Dhimbja paraqitet në qetësi; është lajmëruar rishtas; është me intensitet, forcë ose kohëzgjatje në rritje; nuk lehtësohet nga pushimi, dhe përgjigjet ngadalshëm në terapi me nitroglicerinë.

Angina vazospastike ose Prinzmetal – rëndom paraqitet në qetësi ose në aktivitete minimale, më shpesh lajmërohet gjatë natës.

Pasqyra klinike

Dhimbja:

1. Prapa ashtit të kraharorit (prapa sternumit)
 2. Përhapet në tërë gjoksin, në shpinë, në krah dhe në drejtim të qafës dhe të nofullës së poshtme,
 3. Mund të filloi në epigastrium dhe të jetë e shoqëruar me mundim dhe vjellje
- Ndjenja e shqetësimit (anksiozitetit)
 - Dispne, dobësi, djersë të ftohta, etj.
 - Prinzmetal: zgjatë më shumë; e zgjon pacientin nga gjumi
 - Mund të shkaktoi aritmi, rënie të kontraktilitetit të miokardit

Diagnoza dhe mjekimi i SAK

Në EKG gjatë dhimbjes më shpesh ka depresion të ST-segmentit dhe më rrallë ngritje (elevim) të ST-segmentit.

Me ndalimin e dhimbjes rezultati i EKG është normal.

Stres testi koronar është një metodë e rëndësishme diagnostiko për diagnostikimin e angina pectoris në momentin kur pacienti nuk ka dhimbje.

- Hollter EKG.
- Koronarografia.
- Imazheria me radionukleide.

Testet laboratorike: Yndyrat në serum, enzimat kardiake.

Terapia:

Masa të përgjithshme: ndalimi i pirjes së duhanit, zvogëlimi i aktivitetit fizik, zvogëlimi i peshës trupore, ushqimi i shëndoshë, eliminimi i faktorëve të rrezikut.

Nga barnat jepen: nitrate (tableta nitroglicerina gjatë sulmit akut, përveç nëse nuk është i ulur tensioni i gjakut), beta blokator, sedativ, aspirinë, antagonist të kalciumit.

Revaksularizimi kirurgjik me bypass ose stentimi aplikohen nëse pacienti nuk reagon në trajtimin medikamentoz.

Diagnozat infermierore

- Anksiozitet
- Rënie e vëllimit minutorë të zemrës
- Dhimbje akute

Intervenimet infermierore

- Monitorimi i shenjave vitale

- Të njoftohet mjeku kur shtypja sistolike është më e ulët se 90 mmHg dhe pulsi është më i ulët se 60/min.
- Vlerësoni dhimbjen e gjoksit sa herë që pacienti e lajmëron atë: Përcaktoni vendin, kualitetin, rrezatimin, intensitetin (shkalla nga 1-10)
- Të regjistrohet EKG sa herë që pacienti ka dhimbje
- Regjistroni hyrje-daljet. Vlerësoni funksionin e veshkave.
- Vendoseni pacientin në pozitë gjysëm-Fowler
- Qetësojeni pacientin që të zvogëlohet shpenzimi i oksigjenit
- Ordinoni nitroglicerina sa të filloi dhimbja
- Lajmërojeni mjekun nëse dhimbja zgjatë më shumë se 10 minuta ose janë shpenzuar 3 tableta nitroglicerinë.

INFARKTI AKUT I MIOKARDIT (IAM)

Është pasojë e ndërprerjes së furnizimit me gjak të miokardit për kohë më të gjatë si pasojë e bllokimit të arteries koronare. Kjo shkakton nekrozën (vdekjen) e miokardit që furnizohet nga ena e mbyllur.

Paraqet nekrozë iskemike e kufizuar e miokardit e shkaktuar nga zvogëlimi i shpejtë ose ndërprerja e plotë e qarkullimit koronar.

Që të vjen deri në infarkt duhet të kemi opstrukcion të enës koronare të gjakut kurse hipoksia (furnizim i zvogëluar me oksigjen) e miokardit të zgjat më shumë se 20 minuta. (*Warrell, 2016*).

Etiologjia e IAM:

Shkak më i shpeshtë për ngushtimin e një arterie koronare është arterioskleroza të cilës i ndërlidhet trombi i cili sjell deri në mbyllje të plotë të arteries koronare. Pastaj, shkak tjetër është pëlcitja e pllakave ateromatoze me mikro gjakderdhje në murin e enëve të gjakut.

Te një përqindje më e vogël e të sëmurëve me IAM nuk ka ndryshime opstruktive të arterieve koronare dhe llogaritet se rol kryesor ka spazma e arterieve koronare.

Pasqyra klinike IAM:

Dhimbja e kraharorit është simptoma dominante. Dhimbja zgjat më shumë se 15 minuta dhe më shpesh lokalizohet pas sternumit, në të gjithë pjesën para zemrës ose epigastrium. Shpesh dhimbja zgjerohet drejt dorës së majtë, drejtë qafës dhe mund drejt shpinës dhe dy shpatullave.

Dhimbja është e thellë dhe përshkruhet si “shtrëngim me mengele”, “djegie”, “therje me thikë” ose si “peshë e rënd”. Ka intensitet të vazhdueshme dhe shpesh forcohet dhe nuk ndalet edhe pas marrjes së tabletave nitroglicerina. Paraqitet më shpesh në mëngjes.

Faktor predisponues si zakonisht nuk ka, rrallë ngarkesa fizike, shqetësimi.

Mund të shoqërohet me ndjenjën e plogështisë, të ftohtit, marramendje, palpitacione, alivanosje, etj.

Të sëmurët janë të djersitur, me lëkurë të zbehte e te ftohte, me frikë nga vdekja e afërt, ne ankth dhe të shqetësuar dhe mund të ketë namuze dhe vjellje. TA ulet në orët e para dhe më vonë normalizohet.

Në momentin e infarktimit paraqitet bradikardia dhe gjatë një infarkti më të madh paraqitet takikardia si pasojë e insuficiencës së zemrës.

Vdekja e papritur si pasojë e aritmisë zakonisht paraqitet në orët e para.

Diagnoza e IAM:

- pasqyra klinike - me dhimbje karakteristike të kraharorit.
- EKG – ndryshimet tipike për infarkt akut paraqiten pas disa orëve nga fillimi i sëmundjes dhe për afërsisht vërtetohet madhësia dhe lokalizimi i nekrozës.

Diagnozat infermierore

- Perfuzion i pamjaftueshëm i indeve
- Rënie e vëllimit minutorë të zemrës

Intervenimet infermierore

- Monitorimi i shenjave vitale (Pulsi, Shtypja e gjakut, frymëmarrja, vetëdija, saturimi me oksigjen);
- Regjistrimi i EKG me 12 derivacione gjatë çdo ataku të dhimbjes;
- Monitorimi i vazhdueshëm i EKG për aritmi;
- Edukimi i pacientit në lëshim: I shpjegohet për rolin e dietës, dallimin në mes të dhimbjes anginoze dhe të infarkt, kur të merr nitroglicerinë dhe kur të kërkoj ndihmën emergjente. Ndërrimin e stilit të jetesës, nevojën për rehabilitim kardiak dhe kufizimet lidhur me aktivitetin fizik.

Shenja klasike për IAM janë:

1. Iskemia – paraqet furnizim i zvogëluar me gjak dhe karakterizohet me valën T të kthyer (inverse).

2. Lezioni - nënkupton infarkt akut, ky rezultat flet për infarkt të freskët.

Lezioni shënohet me ngritje (elevim) të segmentit- ST mbi vijën horizontale të EKG.

3. Nekroza ose infarkti te EKG-ja diagnostikohet me majën-Q të theksuar.

Maja (piku)- Q i theksuar është ai i cili është i gjerë sa një katror i vogël (te letra e EKG së) ose i cili është më i thellë se 1/3 e kompleksit QRS.

Rezultati laboratorik - të rëndësishme janë enzimata që arrijnë nga miofibrilet e shkatërruara anë qarkullim.

Ato janë: Troponina, SGOT (transaminza glutamat-oksal acetike në serum), LDH (laktat dehidrogjenaza), CPK (kreatin fosfokinoza), kurse më specifi ke është CPK-MB

Leukocitoza qëndron për 2-3 ditë, SE i përshpejtuar qëndron për 2-3 javë.

- Ehokardiografia - zbulohen komplikime gjatë infarkt (derdhje të vogla në perikard, formim i aneurizmave te muri që ka qësuar infarkt, etj.).

Komplikimet te IAM:

- çrregullimi i ritmit të zemrës dhe përçueshmërisë;
- pamjaftueshmëri e zemrës paraqitet te gjysma e të sëmurëve me IAM.

Komplikimet më të rralla janë:

- reinfarkti (infarkt i përsëritur); - ruptura (pëlçitja) e miokardit; - trombembolia; - perikarditi.

Mjekimi I IAM:

Të sëmurët me IAM vendosen në njësi koronare, reparte speciale për kujdes intensiv.

Qëllimi kryesor është ndjekja e vazhdueshme gjatë 24 orëve e punës së zemrës në monitor, izolimi dhe qetësia e plotë.

- menjëherë i sëmuri shtrihet në shtrat dhe kyqet monitori.
- sipas nevojës i vihet maskë ose kateter hunde për oksigjen (3-5 litra në minutë);
- i aplikohet kanilë dhe kyqet tretje infuzioni (NaCl 0,9%, glukozë 5%).
- i jepet terapi përkatëse; - vendoset kateteri urinar; - merret gjak për analiza laboratorike.

Mjekimi përbëhet nga:

I. Masa të përgjithshme:

- menjëherë jepen barna për qetësim të dhimbjes - analgetikë (më mirë morfinë në dozë prej 2-8 mg.).
- Pasi që të sëmurët janë të shqetësuar jepen sedativë. Nëse i sëmuri ka hipotension ose bradikardi jepet atropin.

Nëse dhimbja nuk qetësohet dhe tensioni nuk zvogëlohet jepen nitrate intravenozë (nirmin, nitroglicerina të tretur ne infuzion). Oksigjen jepet vetëm te të sëmurët ku dhimbja nuk qetësohet dhe ka shenja të dobësisë së zemrës ose për shok.

II. Masat kryesore:

1. qëllimi kryesor është rikanalizimi (riperfuzioni) i trombit dhe mbajtja e rrjedhjes të arteria e infarktut. Për këtë jepet terapi trombolitike, gjegjësisht terapi fibrinolitike (streptokinaza ose urokinaza), në 6-12 orët e para, e cila mundëson shkatërrim të trombit okluziv.

Pastaj vazhdohet me heparin gjatë 48 orëve dhe tableta aspirin (100-300 mg. në ditë).

2. Revaskularizimi sipas IAM me angioplastikë koronare perkutane transluminale - PTCA.

Përmes arteries femorale pas koronarografi së bërë vihet balon kateter në vendin e arteries koronare të stenozuar. Pastaj baloni fryhet dhe bën presion në muret e arterieve koronare dhe mekanikisht i zgjeron.

Për të arritur rezultate më të mira me angioplastikë rekomandohet vendosja e stentave, e cila e parandalon paraqitjen e ristenoze në vendin e zgjerimit të arterieve koronare- infarktut.

Për të parandaluar okluzion të ri, pas PTCA dhe stentimit rekomandohet aplikimi i barbave antiagregues në rrugë intravenoze.

Në këtë mënyrë trajtohen 80% e pacientëve me sëmundje të arterieve koronare kurse 20% trajtohen me bypass.

Revaskularizimi kirurgjik (me bypass operacion). Mjekimi me formimin e urës mbi enën e gjakut e cila është e mbyllur (by-pass) përdoret në këto raste:

- kur nuk mund të bëhet PTCA,
- kur ka mbyllje të arteries së majtë koronare,
- kur ka leziona në shumë enë të gjakut të zemrës.

III. Masa shtesë profilaktike dhe mjekimi i komplikimeve:

- antiaritmikët nuk janë terapi e rregullt por përdoren si terapi shtesë tek çrregullimet e ritmit të zemrës.
- kardioverzioni-defibrilimi - te aritmi të rënda me takikardi ventrikulare.
- diuretik jepen te të sëmurët me dobësi të VM.
- β-blokatorët (atenolo, propranolol) e zvogëlojnë shpenzimin e oksigjenit në llogari të ngadalësimit të punës së zemrës dhe zvogëlimin e tkurrjes së miokardit.

- aspirina ka efekt antiagregues.- ACE – inhibitorët - jepen te pacientët me shfaqje të dobësisë së zemrës në fazën e hershme dhe e zvogëlojnë vdekshmërinë.

SËMUNDJE TË QARKULLIMIT PERIFERIK TË GJAKUT

Çrregullimet e qarkullimit periferik nënkuptojnë dëmtim të arterieve, venave dhe enëve limfatike.

Në praktikë më të shpeshta janë sëmundjet e arterieve dhe venave të ekstremiteteve. Këtu si zakonisht bëhet fjalë për opstrukcion për shkak të ndryshimeve aterosklerotike të enëve të gjakut, endarteritis obliterans Morbus Burger, angjiopatitë diabetike dhe gangrenat, kurse nga sistemi i venoz, varikozitetet, tromboflebitet dhe flebotrombozat.

ANOMALITË E LINDURA TË ZEMRËS

Anomalitë e lindura të zemrës janë çrregullime të stukturave të zemrës dhe/ose funksionit të zemrës që janë të pranishme që në lindje, mirëpo klinikisht mund të janë të pranishme edhe te të rriturit. Prevalenca e tyre në popullatën e përgjithshme është 0.8% dhe janë anomalitë e lindura më të shpeshta në përgjithësi.

Etiologjia:

Shkaktarët dhe mekanizmat e saktë të anomalive kongjenitale të zemrës nuk janë të njohur në tërësi. Mirëpo janë të rëndësishëm këta faktorë;

- Faktorët gjenetik, si në rastin e trisomisë 13 dhe trisomisë 21
- Faktorët e jashtëm, si viruset (toksoplazmoza, rubeola, citomegalovirusi, virusi i herpes simplex), materiet kimike (talidomidi, fenitoina dhe toksinet e ndryshme) dhe ata fizik (rrezatimi).
- Sëmundjet e nënës, diabeti (rreziku 4x më i lartë), alkoolizmi dhe sëmundjet kronike.

Klasifikimi:

- Ka shumë lloje të klasifikimit të anomalive të lindura të zemrës, mirëpo më shpesh përdoret klasifikimi sipas efektit hemodinamik të anomalive. Sipas këtij klasifikimi kemi dy grupe të veseve të lindura të zemrës:

- Veset me cianozë, cianoza është e pranishme që në lindje dhe është pasojë e përzierjes së gjakut arterial dhe atij venoz, kështu që vlerat e faturimit me oksigjen në gjakun arterial janë më ulëta se normalisht. Këtu bëjnë pjesë: veset me shant (komunikim) nga e djathta në të majtë.
(Tetrallogjia Fallot, Trilogjia Fallot, etj), transpozicioni i plotë i enëve të mëdha të gjakut (dalje e gabuar e enëve të mëdha të gjakut), anomalitë e komplikuara të zemrës me zgavra të bashkuara (një ventrikul i përbashkët, një parabarkushe e përbashkët, etj.).
- Veset pa cianozë, cianoza nuk është e pranishme, ose paraqitet shumë vonë. Këtu bëjnë pjesë: veset me shant (komunikim) nga e majtë në të djathtë (defekti i septumit interatrial, defekti i septumit interventrikular, fistula aorto-pulmonare), anomalitë e zemrës me stenoza valvulare (stenoza e aortës, stenoza e arteries pulmonare, etj.).

Pasqyra klinike:

Sëmundja nuk duhet të manifestohet domosdoshmërisht që në fëmijëri, simptomat për herë të parë mund të paraqiten në moshë të rritur. Shumica e këtyre veseve kanë një periudë simptomatike të gjatë. Te disa manifestimet klinike janë të pranishme që në lindje (veset me cianozë) dhe kërkojnë trajtim kirurgjik urgjent. Te këta fëmijë shpesh haset rritje dhe zhvillim i dobët, infeksione respiratore të shpeshta dhe endokardit.

Diagnoza dhe mjekimi

Veprimet diagnostiko standarde janë anamneza dhe ekzaminimi objektiv, EKG, radiografia e gjoksit, ekokardiografia, rezonanca magnetike, kateterizimi dhe angiokardiografia. Më e rëndësishmja është detektimi i zhurmave në zemër dhe dërgimi me kohë në ekzaminim ekokardiografik i këtyre fëmijëve.

Mjekimi është konservativ dhe kirurgjik. Mjekimi konservativ përfshinë terapinë medikamentoze (kufizimi i aktivitetit, profilaksa e endokarditit, mjekimi i aritmive, etj.). Mjekimi kirurgjik përfshinë intervenimet korrektuese (korrigjimi i anomalive) dhe intervenimet paliative me qëllim të lehtësimit të simptomave me që korrigjimi i anomalisë nuk është i mundur.

METODA DIAGNOSTIKE NË KARDIOLOGJI

Anamneza - anketim i të sëmurit për atë se kur ka filluar sëmundja, për cilat simptoma ankohet, kjo është e një rëndësie të veçantë.

Pacientët me probleme kardiake zakonisht citojnë probleme specifike si:

- Dhimbje ose shqetësim në gjoks, qafë, nofull , ose në krah;
- Vështirësi në frymëmarrje ose mungesë ajri;
- Një ndjenjë e “trazimit” të zemrës;
- Cianoze, zbehje ose ndryshime të tjera në lëkurë (si rënie e dendësisë së qimeve në lëkurë si dhe lëkura e hollë dhe me shkëlqim);
- Shtypja e lartë ose e ulët e gjakut, dobësia, lodhja dhe marramendja;
- Djersitja.

Ekzaminimi objektiv (fizik) e bën mjeku dhe përbëhet nga: inspektimi, perkusioni, palpacioni dhe auskultimi.

Me inspektim infermierët vrojtojnë gjendjen e përgjithshme të pacientit (nënveshë, mbipeshe, frekuencën dhe mënyrën e frymëmarrjes, ngjyrën e lëkurës dhe mukozave etj), ënjtjet dhe lëndimet në ënjtjet inspektojmë qafën për prani të venave të fryra dhe për pulsime venoze.

Me palpacion me këtë metodë infermierët prekin (palpojnë) gjoksin për të ndjerë lëvizjet e kraharorit, dridhjet e gjoksit dhe pikën e pulsit maksimal.

Me perkusion përcaktohet madhësia e zemrës. Sot me paraqitjen e metodave bashkëkohore perkusioni e ka humbur rëndësinë. Auskultacioni edhe më tej është metodë e cila jep të dhëna për punën dhe gjendjen e zemrës.

Ekzistojnë metoda diagnostiko invazive dhe jo invazive.

Metodat joinvazive janë:

- 1. Elektrokardiografia - EKG** është përshkrim grafi i potencialeve elektrike të zemrës.

Kjo metodë bazohet në përçimin e impulseve elektrike të cilat krijohen në zemër me ndihmën të kablllove deri te aparati elektrokardiografit.

Detyrat e infermieres:

- kontrollin e saktësisë dhe kalibrimit të pajisjes
- përgatitja e pacientëve (depilimi)
- vendosja e elektrodave (dhe aparaturave)
- dhënien e udhëzimeve për qëndrimin dhe sjelljen e pacientit

Në pika të caktuara të sipërfaqes së trupit vendosen elektrodat.

Dallimet midis potencialeve të elektrodave adekuate e regjistrojnë përçuesit e EKG-së.

Këta përçues ndahen në dy grupe:

Derivacionet prekordijale unipolare: i regjistrojnë potencialet mbi vetë zemrën në rafshin horizontal dhe shënohen me: V1, V2, V3, V4, V5, V6.

Derivacionet standarde bipolare: vendosen në dorën e majtë, dorën e djathtë dhe këmbën e majtë. Ato janë: D1, D2, D3, aVL, aVR, aVF.

Në trasenë e EKG mund ti vërejmë këto pjesë:

- vala P– paraqet depolarizimin e para barkusheve (atriumeve) (përhapja e impulsit për kontraksion).
- QRS-kompleksi – depolarizim e barkusheve (ventrikulëve).
- vala T– paraqet repolarizimin e barkusheve(faza e kthimit në gjendje qetësie).
- Vala e repolarizimit e para barkusheve përputhet me kompleksin QRS.

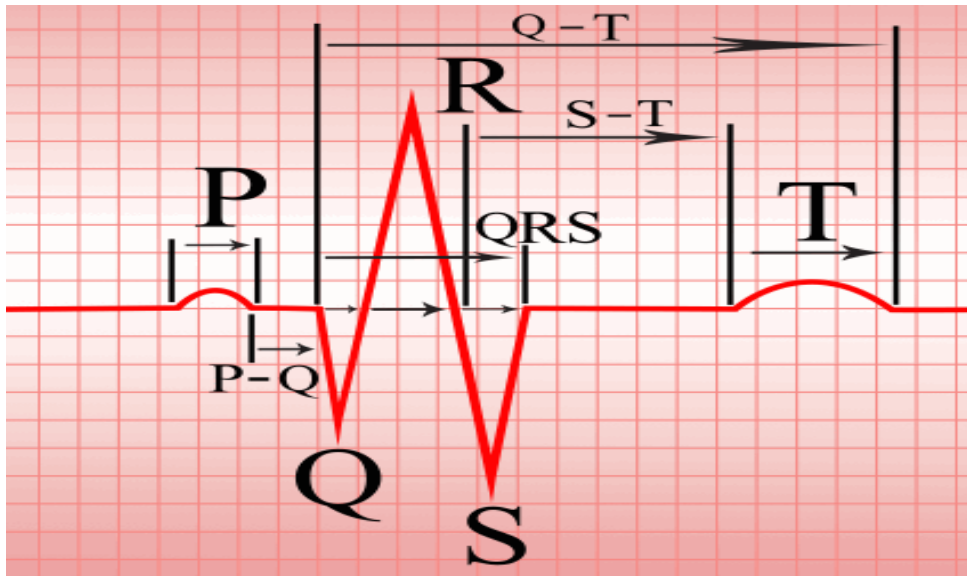


Figure 6. Elektrokardiograma normale

Burimi: [www.google.com/ elektro+diagrama+pqrs](http://www.google.com/elektro+diagrama+pqrs)

Ndryshimet në P-valën, QRS-kompleksin, ST-segmentin, T-valën, si dhe ndryshimet në kohëzgjatjen dhe krijimin e tyre i shprehin çrregullimet e aktivitetit elektrik të zemrës dhe bashkë me pasqyrën klinike tregojnë se është prezentë ndonjë sëmundje e zemrës.

2. Stres testi koronar- Ergometria

- Është testimi i punës së zemrës gjatë ngarkesës fizike që përdoret për diagnostikim e sëmundjes iskemike të zemrës.
- Ai është test i shkëlqyeshëm për diagnozë të sëmundjes së arterieve koronare, veçanërisht për angina pektoris, kur ende nuk janë paraqitur simptomat.

Detyrat e infermieres

- përgatitja e pacientit për test ergometrik
- këshilla për veshmbathje dhe për ndërprerjen eventuale të terapisë së caktuar (sipas udhëzimit dhe urdhëresës)
- Të sjellë dokumentacionin mjekësorë që posedon
- Shpjegon fenomenin që pacienti duhet të tregojë nëse paraqiten gjatë testit (lodhje, dispne, dhimbje, marramendje etj.)
- kontrollimin e aparatit dhe pajisjeve për punë në rast të ndërlikimeve

- Kryeni testin dhe kontrolloni vlerën e pulsit dhe tensionit

3. Ekokardiografia

Është metodë joinvazive që përdor ultratingullin i cili kalon nëpër zemër dhe refuzohet në sipërfaqet kaluese, (p.sh., mes gjakut dhe muskullit të zemrës) duke dhënë eho që mund të shihet në ekran.

Me ndihmë të kësaj metode mund të shihen strukturat e zemrës.

Detyrat e infermieres:

- shpjegoni metodën dhe qëllimin e ekzaminimit (çfarë mund të ketë me vete)
- nëse ka alergji të bëhen përgatitjet paraprake para testit
- nëse pacienti është klaustrofobik, i jep një qetësues

Metodat tjera joinvazive janë:

- Dopler –ekokardiografia
- Elektrokardiografia dinamike Holter
- Kateterizimi i zemrës
- Angiografia
- Angiografia koronare (koronarografia)

Detyrat e infermieres:

- Planifikimi dhe caktimi i datës dhe orës së vizitës
- mirëmbajtja e objekteve, pajisjeve dhe materialeve konsumuese (kateteri, gjilpëra, dezinfektues, material steril)
- përgatitja e pacientëve (sigurimi i pëlqimit)
- Ndihma në procedurat diagnostiko

METODAT INVAZIVE:

1. Kateterizimi i zemrës – Kjo metodë nënkupton futjen e kateterit në zemër nëpërmes të arteries femorale ose radiale ose nëpërmes të sistemit venoz dhe manipulimin me kateter brenda hapësirave të zemrës dhe enëve të mëdha të gjakut me qëllim të:

- Marrjes së mostrave të gjakut për vlerësimin e saturimit me oksigjen dhe matjes së shtypjeve në hapësirat e zemrës dhe në enët e gjakut;
- Futjes së kontrastit për përfitim të imazheve të strukturave të zemrës dhe për vlerësimin e rrjedhës së gjakut;
- Për kryerjen e angioplastikës (\pm stentim), valvuloplastikës dhe biopsisë së miokardit, si dhe për kryerjen e procedurave si p.sh. mbyllja e defektit interatrial nëpërmes të kateterit.
- Për kryerjen e ekokardiografisë intravaskulare.

Gjatë procedurës, EKG dhe shtypja arteriale duhet të monitorohen në vazhdimësi.

2. Elektrofiziologjia intrakardiale – kjo teknikë e kateterizimit mund të përcaktojë llojin dhe origjinën e aritmive, mund të lokalizojë dhe eliminojë rrugët aberrante (jonormale) që janë shkas i aritmive.

3. CT angiografia – mundëson pasqyrimin me kontrast të arterieve koronare. Kjo mund të diagnostikojë stenoza të rëndësishme ($>50\%$) të arterieve koronare me një saktësi prej 89%. Vlera parashikuese negative e kësaj metode është 99%, gjë që e bën këtë një alternativë jo invazive efektive ndaj angiografisë koronare rutinore (koronarografia) për të përjashtuar sëmundjen e arterieve koronare. (Falb, 2000)

Intervenimet infermierore para procedurës

- Anamneza dhe ekzaminimi objektiv i shkurtë (Shtypja e gjakut, pulsi, zhurma, aneurizmat;
- Pasqyra complete e gjakut, Urea dhe Elektrolitët, testet e funksionit të mëlçisë, testet e koagulimit të gjakut, RTG e gjoksit, EKG;
- Miratimi me shkrim për angiografi \pm angioplastikë \pm stentim \pm trajtim kardiokirurgjik. Të shpjegohen arsyet e procedurës dhe komplikimet e mundshme;

- Rruga venoze, ideale në dorën e majtë;
- Pacienti nuk duhet të merr asgjë nga goja të paktën 6 orë para procedurës;
- Pacienti duhet të merr gjithë terapinë e mëngjesit, mirëpo, nuk duhet të merr antidiabetikët oral.

Intervenimet infermierore pas procedurës

- Puls, shtypja e gjakut, pozita e punktimit arterial (për zhurmë dhe ënjtje), pulset në gjymtyrët e poshtme;
- Pasqyra e gjakut dhe testet e koagulimit) nëse dyshohet për humbje të gjakut), EKG.

Komplikimet

- Gjakderdhjet,
- Reaksionet alergjike në kontrast,
- Mungesë e pulseve në periferi (diseksioni, tromboza ose spazmi arterial),
- Angina e gjoksit (zakonisht largohet me nitroglicerinë),
- Aritmitë,
- Tamponada e perikardit dhe infeksionet.

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Sëmundjet kardiovaskulare janë shkaku kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë tek dy gjinitë në të gjithë botën. Çdo vit SKV-të janë përgjegjëse për 17.5 milionë vdekje të parakohshme, dhe deri në vitin 2030 pritet të rritet në 23 milion.

Gjatë këtij punimi është vërejtur se sëmundjet kardiovaskulare janë një temë e thellë dhe ka një literaturë të gjerë. Dhe duke pasur parasysh se këto sëmundje, paraqesin një problem botërorë që në vazhdimësi janë duke u marrë masa të mjekimit apo rehabilitimit të këtyre sëmundjeve. Dhe meqë kjo është një çështje kritike globale dhe ne si infermierë kardiovaskularë luajmë një rol jetik në uljen e barrës globale dhe duke kontribuar në përmirësimin e rezultateve në individë dhe komunitete, duhet që të mbahen sa ma shumë ligjërata, për të bërë një vetëdijesim rreth mënyrës së mbrojtjes, parandalimit, mbështetjen, ndihmën që ofrojnë institucionet shëndetësore etj.

4. METODOLOGJIA

Për këtë punim është përdorur kjo metodologji studimi:

Rishqyrtim i literaturës që është përdorur për të studiuar konceptet e sëmundjeve kardiovaskulare në përgjithësi.

Studim rasti - që është marrë me vetëpëlqimin dhe me të gjitha të drejtat e konfidencialitetit të pacientit.

Në punim gjithashtu janë të përfshira edhe të dhënat statistikore të marra në Njësinë Koronare në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit. Rastet që janë marrë në studim janë të ndarë në muajin Nëntor me gjithsej 40 pacientë dhe Dhjetor me gjithsej 31 pacientë që janë të ndarë sipas gjinisë, vendbanimit dhe moshës. Fillimisht për realizimin e punimit është marrë leje nga Drejtoria e Spitalit të Prizrenit dhe pëlqimin e pacientit.

5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E TË DHËNAVE

Rezultatet janë paraqitur në tabela dhe grafikone ku i kemi klasifikuar pacientët sipas, gjinisë, moshës dhe vendbanimit.

Tabela 4. Gjinia e pacientëve të hospitalizuar në Njësinë Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit në vitin 2020, gjatë muajit Nëntor.

Gjinia	N	%
Femër	14	35%
Mashkull	26	65%
Gjithsej	40	100.00

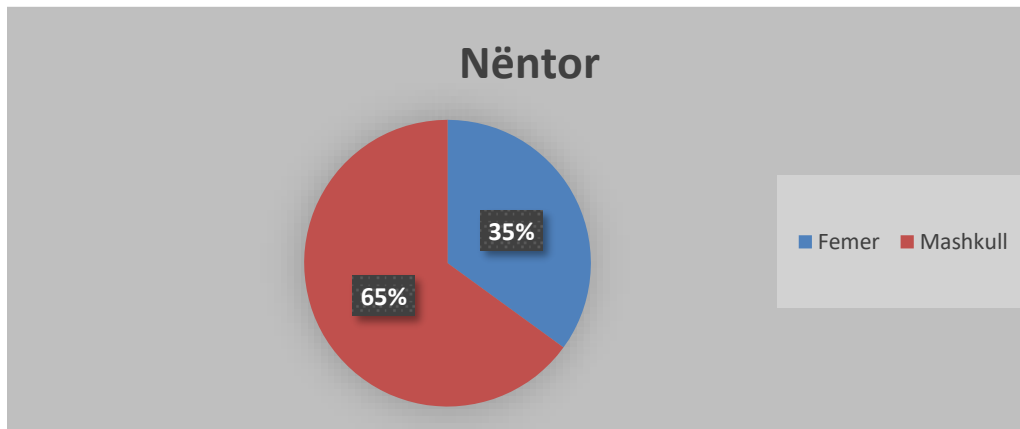


Figura 1. Struktura e pacientëve të hospitalizuar sipas gjinisë në Njësinë Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit në vitin 2020, gjatë muajit Nëntor.

Nga të dhënat e marra në Njësinë Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit, gjatë muajit Nëntor rezultojnë 14 femra dhe 26 meshkuj të hospitalizuar.

Tabela 5. Gjinia e pacientëve të hospitalizuar në Njësinë Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit në vitin 2020, gjatë muajit Dhjetor.

Gjinia	N	%
Femër	12	39%
Mashkull	19	61%
Gjithsej	31	100.00

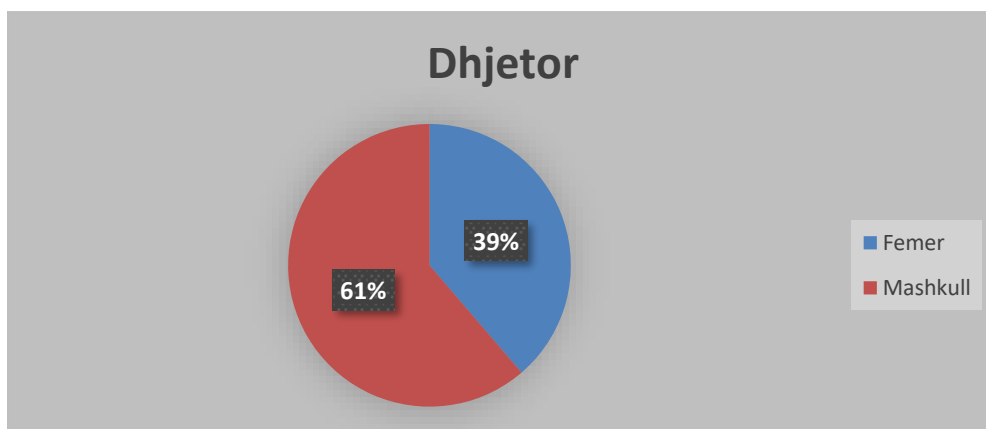


Figura 2. Struktura e pacientëve të hospitalizuar sipas gjinisë në Njësine Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit në vitin 2020, gjatë muajit Dhjetor.

Nga të dhënat e marra në Njësine Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit, gjatë muajit Dhjetor rezultojnë 12 femra dhe 19 meshkuj të hospitalizuar.

Po ashtu vërejmë se gjinia mashkullore është më e prekur se ajo femërore.

Tabela 6. Grup moshë e pacientëve të hospitalizuar në Njësine Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit në vitin 2020, gjatë muajit në muajin Nëntor dhe Dhjetor.

Mosha	45-50 vjeç	51-60	61-70	71-80	81 +	Gjithsej
Nëntor	5	7	14	9	5	40
Dhjetor	2	7	13	6	3	31
Gjithsej	7	14	27	15	8	71
%	10%	14.20%	27.38%	15.21%	11%	100.00

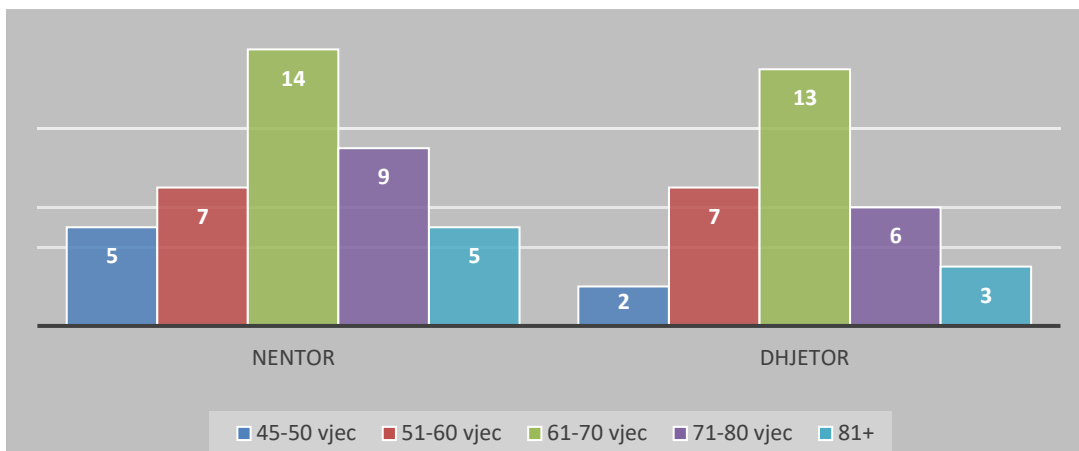


Figura 3. Grup moshë e pacientëve të hospitalizuar në Njësinë Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit në vitin 2020, gjatë muajit në muajin Nëntor dhe Dhjetor.

Sa i përket grupe moshës më të prekur me sëmundje kardiovaskulare gjatë muajit Nëntor, është ajo 61-70 vjeç, gjithashtu edhe për muajin Dhjetor moshë më e prekur është po e njëjta 61-70 vjeç kurse më pak e prekur 45-50 vjeç.

Tabela 7. Vendbanimi i pacientëve të hospitalizuar në Njësinë Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit në vitin 2020, gjatë muajit Nëntor.

Vendbanimi	N	%
Fshat	24	60%
Qytet	16	40%
Gjithsej	40	100.00

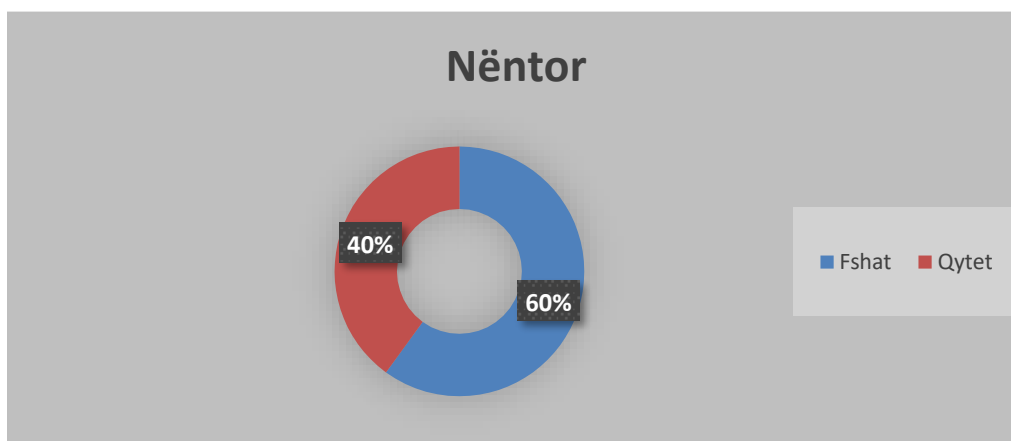


Tabela 8. Vendbanimi i pacientëve të hospitalizuar në Njësinë Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit në vitin 2020, gjatë muajit Dhjetor.

Vendbanimi	N	%
Fshat	18	58%
Qytet	13	42%
Gjithsej	31	100.00

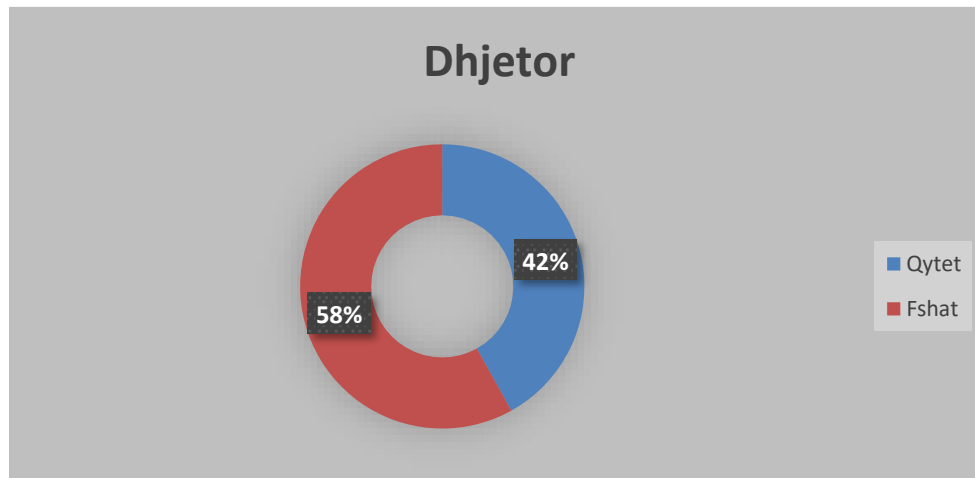


Figura 4 dhe 5. Vendbanimi i pacientëve të hospitalizuar në Njësinë Koronare të Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit në vitin 2020, gjatë muajit Nëntor dhe Dhjetor.

Në muajin Nëntor të prekur me sëmundje kardiovaskulare ishin 24 pacient në fshat dhe 16 pacient në qytet, kurse në muajin Dhjetor 18 pacient në fshat ishin, ndërsa në qytet 13 pacient.

STUDIM RASTI

Një studim rasti: Njohja e Infarkt të Miokardit

Të qenit i vetëdijshëm për simptomat që përjetojnë gratë mund të parandalojë një ngjarje të rrezikshme për jetën.

Një paciente e moshës 52-vjeçare me initiale LB që përjetoj simptoma të infarkt të miokardit për shumë muaj; as mjekët e saj dhe as pacientja nuk i njohën. Duhet diskutuar shenjat dhe simptomat

e MI tek gratë dhe duhet theksuar se si mosnjohja e tyre mund të çojë në diagnostikim të gabuar dhe madje edhe vdekje. Ky rast ilustron se sa e rëndësishme është që ofruesit e kujdesit shëndetësor të marrin në konsideratë mundësinë e sëmundjes së zemrës në çdo grua simptomat e së cilës mund të jenë me origjinë kardiake, edhe kur shkaku duket se është diçka tjetër.

Fjalët kyçe: infarkt akut i miokardit, sëmundje kardiovaskulare, sëmundje koronare të zemrës, infarkt miokardi, simptoma prodromale, faktorë rreziku.

LB është një grua 52-vjeçare që paraqitet në Departamentin e emergjencës me djegie të ezofagut, të përziara dhe të vjella. Disa javë më parë, ajo kishte një injeksion të kortizonit në gjurin e majtë për dhimbje dhe iu përshkrua naproxen dy herë në ditë për tre javë derisa ënjtja të qetësohej. Ajo mori ilaçet siç ishte përshkruar, me ushqim. Që atëherë, ajo përshkruan ndjenjën e një ndjesie djegieje në ezofagun e saj. Në fillim ajo ia atribuoi shqetësimin historisë së saj të sëmundjes së refluksit gastroezofageal (GERD). Por pastaj ndjenja u përkeqësua disa ditë më parë - ajo tha se ndjehej sikur naproxen ishte "duke ndenjtur në fytyrë tim" - dhe nuk ndjeu asnjë lehtësim me omeprazol. Të nesërmen në mëngjes, kur ndjeu përkeqësimin e vazhdueshëm të ndjesisë së djegies, ajo thirri gastroenterologun e saj, i cili tha se simptoma ka të ngjarë të ishte një efekt i pafavorshëm i naproxen, por që ajo të vinte atë ditë për një endoskopi.

LB është përcjellë nga dy infermiere dhe gastroenterologu i saj për endoskopinë. Në atë kohë, presioni i saj i gjakut ishte 130/60 mmHg, që ishte pak më i lartë se zakonisht. Askush nuk vuri në dyshim simptomat e saj ose nuk rekomandoi një elektrokardiogramë (EKG). Endoskopia tregoi erozion të konsiderueshëm të ezofagut (si dhe kandidiazë). LB u dërgua në shtëpi me tre ilaçe: sucralfate, flukonazol dhe nystatin. Simptomat e saj fillimisht u përmirësuan. Që nga ajo kohë, LB thotë se ajo ka pasur përkeqësim të dhimbjeve të ezofagut, veçanërisht gjatë natës, si dhe të përziara dhe të vjella. Në 4:30 të mëngjesit, pasi pati të vjella tre herë, ajo e çoi veten drejt ED, duke sjellë me vete raportin e endoskopisë. Në ED, ajo i tregoi raportin infermierit dhe tha se mendonte se të vjellat kishin lidhje me erozionin e ezofagut, veçanërisht pasi endoskopia e kishte konfirmuar tashmë këtë. Ajo e përsëriti këtë kur i dha historinë e saj mjekut.

Historia e pacientit. Përveç historisë së dhimbjes në gju dhe GERD, LB ka hipertension të lehtë, i cili kontrollohet mirë me amlodipinë 5 mg në ditë. Ajo gjithashtu ka astmë, për të cilën po merr fluticasone (inhalues Advair Diskus) 250 mcg / 50 mcg në ditë, montelukast 10 mg në ditë, dhe

albuterol sipas nevojës (rrallë); ajo gjithashtu ka pasur disa kurse prednisone në vitin e fundit, por jo në gjashtë muajt e fundit. LB kishte një histerektomi shtatë vjet më parë, e cila ishte e komplikuar nga një absces i perforimit të zorrëve që kërkonte një kolektomi të pjesshme. Ajo më parë ka pasur diabet gestacional. Ajo raporton se nëntë muaj më parë ajo kishte një nivel të ngritur të hemoglobinës së glukozuar (HbA1c) prej 7.2%, për të cilën mjeku i saj përshkroi metforminë. HbA1c e saj më pas u përmirësua në 6.2% rreth gjashtë muaj më parë; tani është 6.6%. Niveli aktual i kolesterolit aktual të saj është brenda kufijve normalë në 179 mg / dL; niveli i saj i kolesterolit në lipoproteinë me dendësi të lartë është i lartë dhe niveli i kolesterolit në lipoproteinë me densitet të ulët është i ulët. Ajo thotë se ecën tre km dy herë në javë, por raporton se fiton 35 kg. gjatë gjashtë viteve të fundit. Ajo ia atribuon shtimin e peshës punës së orëve më të gjata dhe ngrënies së ushqimeve më të përgatitura dhe të përpunuara. Ajo nuk ka arritur menopauzën. Ajo kurrë nuk ka pirë duhan. Ajo shprehet se i përmbahet regjimit të saj të ilaçeve dhe nuk merr vitamina apo mjete shëruese bimore. Ajo merr vaksinën e gripit çdo vit. Ajo nuk ka asnjë alergji të njohur ndaj ilaçeve ose ushqimeve. Ajo me të vërtetë ka alergji ndaj pluhurit dhe polenit.

Historia familjare dhe shoqërore. LB është një grua me të ardhura të mesme. Ajo jeton me burrin e saj dhe ka dy fëmijë të rritur që jetojnë jashtë shtëpisë. Ajo është më e madhja nga pesë vëllezërit e motrat; dy motrat dhe dy vëllezërit e saj janë mirë me shëndet. Babai i LB kishte një infarkt miokardi (MI) në moshën 64 vjeç dhe një MI të dytë në 71. Nëna e LB vdiq në moshën 64 vjeçare nga mieloma e shumëfishtë. Një nga gjyshet e saj vdiq në moshën 59 vjeçare si pasojë e MI. Të tre motrat e gjyshes gjithashtu vdiqën nga MI. LB ka përjetuar shumë stres gjatë vitit të fundit. Ajo nuk ka pagjumësi ose përjeton dobësi ose djersitje të pazakontë, megjithëse thotë se nuk është ndjerë "e duhur" për shumë muaj, duke përshkruar një ndjenjë të përgjithshme të "sëmundjes". Një infarkt i miokardit të murit inferior zakonisht shkaktohet nga okluzioni i arteries koronare të djathtë, duke rezultuar në dëmtimin e një pjese të murit inferior të zemrës. Ndonjëherë referohet si një MI diafragmatike, sepse ky mur shtrihet mbi diafragmë.

LB vendos të bej EKG për të përjashtuar një MI.

Çfarë tregon një EKG?

EKG zbuloi një mur akut inferior të MI. LB u dërgua me urgjencë në dhomën e ndërhyrjes për një kateterizim kardiak urgjent, i cili tregoi se arteria e saj e përparme e majtë ishte 95% e bllokuar.

Ajo kishte një fraksion të nxjerrjes nga barkusha e majtë prej 39%. U vendos një stent. U përshkruan ilaçe të reja. Asaj iu dha aspirina 325 mg në ditë, bisoprolol 5 mg në ditë, klopidogrel 75 mg në ditë, losartan 25 mg në ditë, nitroglicerinë 0,6 mg në mënyrë sublinguale sipas nevojës dhe simvastatin 10 mg në ditë. Ajo gjithashtu vazhdoi ilaçet e saj për astmën, metforminën dhe omeprazolin. Pas nëntë javësh të konvalesueshme, LB përfundoi me sukses programin e rehabilitimit kardiak 12-javor të spitalit.

A mund te parandalohet ky MI?

Me përjashtim të një infermieri në ED, asnjë nga ofruesit e kujdesit shëndetësor të LB nuk e kishte konsideruar mundësinë e MI. Edhe gastroenterologu i LB kishte thënë se normalisht do të supozonte se simptomat e LB kishin lidhje me zemrën - por jo në këtë rast. Këtu ajo ishte e sigurt se simptomat e LB ishin efektet anësore të naproxen. Ajo kurrë nuk sugjeroi që LB ishte madje në rrezik për MI.

Por si mund të ishte kaq e sigurt?

Gratë me MI kanë më shumë gjasa se burrat të paraqesin lodhje, dhimbje qafe, sinkopë, të përziera, dhimbje të krahut të djathtë, marramendje dhe dhimbje të nofullës.

Dhe megjithëse vetë pacientja në fjalë LB nuk mendonte se ishte në rrezik për MI - madje duke pasur parasysh historinë e saj familjare dhe praninë e disa faktorëve të rrezikut (të tilla si hipertensioni i trajtuar dhe një histori e diabetit gestacional, si dhe gulçim dhe të përziera / të vjella). Ajo kurrë nuk kishte pirë duhan, nivelet e kolesterolit të saj ishin brenda kufijve normalë, dhe ajo ushtroi dhe kishte ngrënë gjithmonë fruta dhe perime. Për më tepër, ajo ndihej e mbrojtur sepse nuk kishte arritur ende në menopauzë. Ajo mohoi që ofruesi i saj i kujdesit parësor të kishte folur ndonjëherë me të rreth rrezikut të saj të MI. Është e vërtetë që efektet anësore të naproxenit dhe prania e kandidiazës i bënë të vështira të njihen simptomat e LB. Dhe fakti që ilaçet që ajo u dha pas endoskopisë fillimisht përmirësuan simptomat e saj konfirmuan më tej për LB dhe gastroenterologun e saj se ato ishin gastrointestinale (GI) në origjinë. Në fakt, një EKG në kohën e endoskopisë mund të ketë treguar ose jo ndryshime kardiake.

Gjithashtu është e mundur që MI e saj të mos ndodhë derisa ajo të paraqitet me të përzier dhe të vjella në ED. Por është po aq e mundur që episodet e saj të marrjes së frymës, simptomat e

shqetësimit të ezofagut dhe ankesat e lodhjes ishin të lidhura me zemrën. Megjithëse ky është sigurisht një rast sfidues, nëse klinikët do të kishin qenë më të kujdesshëm ndaj ankesave të paqarta të LB, me njohjen e mëparshme dhe ndërhyrjen mjekësore, është e mundur që ky pacient të ketë shmangur një MI ose të paktën të minimizojë dëmet e pësuar.

Tabela 9. Simptoma te infarktit te miokardit

Simptomat të përjetuara nga burrat dhe gratë:	Simptomat që ka më shumë të ngjarë të përjetojnë nga gratë:
Presion ose dhimbje gjoksi	Gulçim
Dhimbje ose parehati në njërin apo të dy krahët	Lodhje
Djersitje	Dhimbje shpine, qafë ose nofullës
Marramendje	Të përzier dhe të vjella

Sëmundjet e zemrës tek gratë

Sipas Shoqatës Amerikane të Zemrës (AHA), sëmundja kardiovaskulare (CVD) është shkaku kryesor i vdekjes tek gratë - si dhe tek burrat. Më shumë se një në tre gra të rritura kanë një formë të CVD. Dhe CVD ishte përgjegjëse për vdekjet e pothuajse 400,000 grave amerikane në 2011 - përafërsisht numri i grave që vdiqën në të njëjtën periudhë nga kanceri, sëmundja kronike e frymëmarrjes së poshtme dhe diabeti së bashku. Dhe ndërsa shumë gra besojnë se kanceri i gjirit është rreziku më i madh për shëndetin e tyre, shumë më pak gra (40,931) vdiqën nga kanceri i gjirit atë vit. Pavarësisht nga këto statistika alarmante, një sondazh AHA 2012 tregoi se vetëm rreth gjysma e grave e dinë që CVD është vrasësi numër një i grave. (Grundy, et al (1999). Tani e dimë që MI mund të jetë më e vështirë të njihet tek gratë sepse gratë nuk kanë gjithmonë të njëjtat simptoma si burrat; për më tepër, simptomat e burrave janë studiuar më gjerësisht dhe për këtë arsye konsiderohen tipike. Por studimet e fundit po sfidojnë prezantimin e njohur të MI si një shfaqje dramatike dhe akute e dhimbjes në gjoks e ndjekur nga kolapsi. Dhimbja dërrmuese e gjoksit dhe gulçimi janë simptomat më të zakonshme tek burrat por jo domosdoshmërisht të gratë. Sipas një meta-analize, gratë me MI akute (AMI) kanë më pak të ngjarë se burrat të përjetojnë

dhimbje gjoksi, dhe shumë më tepër kanë mundësi të paraqiten me lodhje, dhimbje qafe, sinkopë, të përziera, dhimbje krahu të djathtë, marramendje dhe dhimbje nofullash.

Gratë gjithashtu përjetojnë simptoma prodromale të MI dhe mund t'i përjetojnë ato ditë, javë dhe muaj para një ngjarjeje. Në një studim të 515 grave, pacientët përjetuan lodhje, probleme me gjumë dhe gulçim katër javë ose më shumë para se të kishin një AMI. Më pak se 30% raportuan dhimbje prodromale të gjoksit dhe gati gjysma nuk përjetuan aspak dhimbje gjoksi.

Faktori më i rëndësishëm që ndikon në kohën e trajtimit të gratë është aftësia e pacientit të njohë simptomat e saj si të lidhura me zemrën.

Coventry dhe kolegët sugjerojnë që fushatat kombëtare të shëndetit publik përfshijnë shumëllojshmërinë e plotë të simptomave AMI dhe tërheqin vëmendjen se si AMI mund të shfaqet tek gratë, si dhe tek burrat. AHA me të vërtetë i ka theksuar këto pika, veçanërisht në fushatën e saj Go Red for Women. Kurrikulat arsimore të infermierëve dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor duhet të përfshijnë gjithashtu këtë informacion, dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet t'u mësojnë pacientëve të tyre femra se çfarë të kërkojnë, veçanërisht nëse këta pacientë janë në një grup në rrezik. Gratë shpesh vonojnë trajtimin për MI dhe shpesh sepse nuk i njohin simptomat. Në veçanti, klinikët e ED duhet të mësojnë se një pacient mund të ketë një MI pa përjetuar dhimbje në gjoks. Koha e trajtimit është thelbësore për mbijetesën e një pacienti që ka një MI. Faktori më i rëndësishëm që ndikon në kohën e trajtimit të gratë është aftësia e pacientit të njohë simptomat e saj si të lidhura me zemrën. Faktorët që shoqërojnë rritjen e kohës së trajtimit në pacientët me sindromë akute koronare - një term ombrellë për shenjat dhe simptomat e ishemiës së miokardit, përfshirë MI - përfshijnë "seksin femëror", "mungesën e njohjes dhe zbritjen e simptomave", "vetë-trajtimin, dhe "mospërputhja midis simptomave të pritshme dhe reale": katër faktorë që kanë të bëjnë me rastin e LB. Ripërfuzioni brenda tre orësh mund të ruajë funksionin e miokardit; vonesa mund të shkaktojë dëme të pakthyeshme në zemër. Ndërgjegjësimi për rrezikun e CVD është një faktor i rëndësishëm në aftësinë e një pacienti për të parandaluar një sulm në zemër. Edhe me historinë e saj familjare të sëmundjes së zemrës, LB nuk mendonte se ajo ishte në rrezik për një MI. Perceptimi i saj i rrezikut të saj dhe mënyra se si i vendosi simptomat e saj mund të ketë ndikuar në vendimmarrjen e infermierëve dhe mjekëve që e trajtuan atë. LB ia atribuoi ankesën e saj fillestare të erozionit të ezofagut GERD, dhe kur nuk mori lehtësim nga mjekimi i

vetëm me omeprazol, ajo e thirri gastroenterologun e saj duke menduar se kishte një problem më serioz të GI. Edhe pasi ajo filloi të përjetonte të përzier dhe të vjella, ajo vazhdoi të besonte se ishte një problem i GI dhe kjo ishte arsyeja pse ajo solli raportin e endoskopisë me vete në ED.

Ky rast ilustron se sa e rëndësishme është që të gjithë praktikuesit të marrin në konsideratë mundësinë e sëmundjes së zemrës kur përballen me një grua, simptomat e së cilës mund të lidhen me zemrën edhe kur duket se janë diçka tjetër. Të gjithë infermierët dhe mjekët duhet të vazhdojnë të edukojnë pacientët e tyre për seriozitetin e sëmundjes së zemrës, për identifikimin dhe zvogëlimin e faktorëve të rrezikut që ata mund të kenë dhe për rëndësinë e kërkimit të ndërhyrjes së hershme për një MI duke promovuar zbulimin dhe reagimin e hershëm. Infermierët janë në një pozicion unik për të bërë një ndryshim në jetën e grave me CVD dhe mund t'i edukojnë ato për rrezikun e tyre të MI, si dhe për mënyrën se si të njohin një MI dhe madje të parandalojnë një të ndodhë.

6.KONKLUZIONE DHE REKOMADIME

Sëmundjet kardiovaskulare janë shkaku kryesor i vdekjeve në botë. OBSH ka vendosur si objektiv për vitin 2015 reduktimin me 25% të vdekjeve të parakohshme të shkaktuara nga sëmundjet kronike, në të cilat SKV-të zënë vendin e parë. Çdo vit SKV-të janë përgjegjëse për 17.5% milionë vdekje të parakohshme, dhe në vitin 2030 pritet të rritet në 23 milion.

Në hulumtimin tim, të realizuar sipas të dhënave statistikore dhe të dhënat për pacient në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit, në Njësinë Koronare, për muajt Nëntor dhe Dhjetor me gjithsej 81 pacient, 26 janë të gjinisë femërore dhe 45 të gjinisë mashkullore. Nga kjo vërejmë se sëmundjet kardiovaskulare prekin më shumë gjininë mashkullore.

Po ashtu, nga rezultatet kemi vërejtur se nga gjithsej 81 pacient, 42 prej tyre banonin në zona rurale dhe 29 në zona urbane.

Po ashtu ky hulumtim tregon se nga sëmundjet kardiovaskulare, janë të rrezikuara kryesisht moshat e treta. Andaj kur bëhet fjalë për të moshuarit duhet t'ju kushtohet një kujdes i veçantë, për shkak të sëmundjeve tjera shoqëruese.

Informacioni në lidhje me SKV, bazuar në gjetjet e studimit, do të jetë lehtësisht i pranueshëm për pacientet, nëse merr parasysh njohuritë, besimet dhe praktikat e tyre. Duhet përmirësuar vetëdijen e tyre për rëndësinë e ekzaminimeve të rregullta dhe testeve të tjera për zbulimin e hershëm. Qëllimi i ndërhyrjes bazuar në gjetjet e këtij studimi është rritja e niveleve të mbijetesës dhe zvogëlimi i vdekshmërisë në pacientët me SKV.

- Të mbahen edukime të vazhdueshme profesionale (EVP) për infermierët lidhur me trajtimin dhe edukimin e pacientëve që shërbimet ndaj tyre të jenë cilësore.
- Të shpërndahen broshura dhe informata mediatike lidhur me sëmundjet kardiovaskulare.
- Për menaxhimin më të mirë të sëmundjeve kardiovaskulare duhet që popullata të jetë e mirë informuar dhe të jetë më e ndërgjegjshme për ruajtjen e shëndetit.
- Ofruesit e kujdesit shëndetësorë duhet të monitorojnë në mënyrë të vazhdueshme shenjat vitale të pacientëve, të vëzhgojnë pacientin për të parandaluar zhvillimin e komplikimeve, të përkrahë dhe promovojë sigurinë tek pacienti, të edukojë pacientin lidhur me sëmundjen, dhe të sqarojnë procedurat që duhet të ndermirren te pacienti.
- Mbështetja e vazhdueshme nga familjarët.
- Mbani një dietë të ekuilibruar
- Ruani një peshë trupore të arsyeshme
- Qëndroni të paktën aktiv fizikisht
- Kontrolloni nivelin e kolesterolit, vecanarisht nëse familja juaj ka një histori të sëmundjes së zemrës
- Shmangni prijen e duhanit, si dhe marrjes së drogave në rrugë dhe atyre intravenoze
- Kujdesuni për shëndetin tuaj të dhëmbëve, pasi që minimizon mundësinë e infeksioneve që mund të ndikojnë në zemrën tuaj.
- Mënjanimi i stresit
- Menaxhimi i drejtë i terapisë farmakologjike
- Duhet ndjekur ekzaminimet e rregullta mjekësore.

7. REFERENCAT

1. Curtis, Al-Khatib, S. M., Stevenson, W. G., Ackerman, M. J., Bryant, W. J., Callans, D. J., A. B., ... & Page, R. L. (2018). *Journal of the American College of Cardiology*, 72(14), e91-e220.
2. Wei, J. Y. (1992). Age and the cardiovascular sistem. *New England Journal of Medicine*, 327(24), 1735-1739.
3. Polte, Rabelink, T. J., & Stroes, E. (2001). Atherosclerosis.
4. Warrell, D. A., Benz Jr, E. J., Cox, T. M., & Firth, J. D. (Eds.). (2003). *Oxford textbook of medicine* (Vol. 1). Oxford University Press, USA.
5. Wilcox, P., Winn, S., & Fyvie-Gauld, M. (2005). 'It was nothing to do with the university, it was just the people': the role of social support in the first-year experience of higher education. *Studies in higher education*, 30(6), 707-722.
6. Whitaker, R. H. (2010). Anatomy of the heart. *Medicine*, 38(7), 333-335.
7. Malouf ,Pellikka, P. A., Sarano, M. E., Nishimura, R. A., , J. F., Bailey, K. R., Scott, C. G., ... & Tajik, A. J. (2005). *Circulation*, 111(24), 3290-3295.
8. Anderson, K. M., Odell, P. M., Wilson, P. E., & Kannel, W. B. (1991). Cardiovascular disease risk profiles. *American heart journal*, 121(1), 293-298.
9. Gardner, R. S., Clark, A. L., & Dargie, H. (2011). *Oxford textbook of heart failure*. Oxford University Press.
10. Sowers, J. R., Epstein, M., & Frohlich, E. D. (2001). Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: an update. *Hypertension*, 37(4), 1053-1059.
11. Jones, R. (2005). *Oxford textbook of primary medical care* (Vol. 2). Oxford University Press.
12. Cox, T., & Dwight, J. (Eds.). (2016). *Oxford Textbook of Medicine: Cardiovascular Disorders*. Oxford University Press.
13. FitzGerald, G. A. (2004). Coxibs and cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine*, 351(17), 1709-1711.
14. Warrell, D., Cox, T., Firth, J., & Dwight, J. (Eds.). (2016). *Oxford textbook of medicine: cardiovascular disorders*. Oxford university press.

15. Martin, C. G., & Turkelson, S. L. (2006). Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(2), 109-117.
16. Rolley, J. X., Salamonson, Y., Dennison, C. R., & Davidson, P. M. (2010). Nursing care practices following a percutaneous coronary intervention: results of a survey of Australian and New Zealand cardiovascular nurses. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(1), 75-84.
17. Falb, D. (2000). *U.S. Patent No. 6,156,500*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

SHTOJCË

Pyetsori:

1. Gjinia: F ose M

2. Moshë: 45-81+ vjeç

3. Vendbanimi:

Urban Rural

4. Statusi:

Beqar/e I/e martuar I/e ve

5. Niveli i edukimit:

- Fare
- Fillor
- Te mesem
- Te larte

6. Punësimi:

Po Jo

7. Si i vlerësoni CVD si sëmundje?

- Të lehta
- Të rënda

8. Sa ke njohuri për simptoma të CVD?

- Pak
- Shumë
- Aspak

9. Sa keni njohuri për metodat për zbulimin e hershëm të CVD?

- Pak
- Shumë
- Aspak

10. A ka pasur ndonje antare i familjes se afert (prinderit , motra/vellezer) CVD ?

Po Jo

11. A konsumoni duhan ?

Po Jo

12. A konsumoni alkool ?

Po Jo

13. A mbani dieta ?

Po Jo

14. A merrni ndonjë medikament ?

Po Jo

15. A perdorni ushqime me yndyre ?

Po Jo

16. Cila metode ju ka ndihmuar ne diagnostikimin e CVD?

- Anamneza
- Elektrokardiografia
- Ekokardiografia
- Asnjera

17. Si e vlerësoni statusin financiar ?

Mire

Dobët

18. A keni bërë ndonjëherë ekzaminimin me ultratingull?

- Po
- Jo

19. A mendoni se CVD mund të zbulohen përmes EKG-së?

- Po
- Jo
- Nuk e di