

Spring 3-2021

ASTMA BRONKIALE - TRAJTIMI

Viola Verbovci

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

Verbovci, Viola, "ASTMA BRONKIALE - TRAJTIMI" (2021). *Theses and Dissertations*. 2632.
<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2632>

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 për Infermieri

ASTMA BRONKIALE - TRAJTIMI

Studimet Bachelor

Viola Verbovci

Mars, 2021

Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti për Infermieri

Punim Diplome
Viti akademik 2016/2017

Viola Verbovci
ASTMA BRONKIALE-TRAJTIMI

Mentor: Dr.Sc. Fitim Alidemaj

Mars, 2021

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

ABSTRAKT

Astma është sëmundje kronike e mushkërive e cila i inflammon dhe ngushton rrugët e frymëmarrjës. Astma shkakton perioda përsëritëse të “wheezing”-ut (zë fishkëllues gjatë frymëmarrjës), ngushtim të gjoksit, zënie të frymës dhe kollitje. Kollitja zakonisht paraqitet gjatë natës ose herët në mëngjes.

Rrugët e frymëmarrje të inflamuara bëhen shumë të ndjeshme dhe reagojnë ndaj substancave të caktuara të quajtura alergjene të cilat shkaktojnë sulme të astmës. Astma është një nga sëmundjet kronike më të zakonshme në mbarë botën.

Astma së pari është vërenjtur në Egjiptin e Vjetër dhe ishte trajtuar me pirjen e një përzierje aromatike të njohur si “aksyphi”. Astma ishte emëruar zyrtarisht si problem specifik respirator nga Hipokrati në vitet 450 p.l.k, me një fjalë greke që kishte kuptimin e frymëmarrjës së zhurmshme, gjë që lidhet edhe me emrin modern të sotshëm. Në vitet 200 p.l.k besohet se astma kishte lidhshmëri me emocionet.

Fjalët kyqe: astma bronkiale, frymëmarrja shëndeti, sëmundje, etj.

FALËNDERIME DHE MIRËNJOHJE

Sot, pas finalizimit të studimeve falenderoj të gjithë ata që më përkrahen dhe mbështetën gjatë këtij rrugëtimi! Falenderoj dhe u jam mirënjohëse familjes për përkrahjen e tyre të pakushtë gjatë gjithë kësaj periudhe.

Në këtë drejtim, dëshiroj të shpreh falënderimet e mia për profesor-mentor, Dr.Sc. Fitim Alidema për bashkëpunimin që kemi pasur gjatë gjithë periudhës së përgatitjes së këtij punimi, për orientimin, mbështetjen, kontributin dhe besimin që tregoi ndaj punës sime. Falenderoj të gjithë profesorët për punën e palodhshme, korektësinë dhe gatishmërinë për të ndarë me ne njohuritë dhe eksperiencat e tyre profesionale.

Ju faleminderit!

PËRMBAJTA

Contents

ASTMA BRONKIALE-TRAJTIMI	2
ABSTRAKT.....	3
FJALORI I TERMAVE	7
2.1 Çfarë është astma?	10
2.2 KLASIFIKIMI I ASTMËS	12
2.3 Epidemiologjia.....	12
2.4 Shkaktarët.....	13
2.4.1 Ambiental.....	14
2.4.2 Gjenetik	15
2.4.3 Mjekësorë.....	15
2.5 Patofiziologjia	16
2.6.1 Historia e sëmundjës	17
2.6.2 Ekzaminim fizikal	17
2.6.4 Ekzaminimi funksional i sistemit respirator.....	19
2.7 Diagnoza diferenciale.....	20
2.9 Parandalimi	22
3. QËLLIMI.....	23
8. REKOMANDIME	Error! Bookmark not defined.

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Astma bronkiale	10
Figura 2. Shkaktaret e astmes bronkiale	14
Figura 3. Trajtimi i astmes bronkiale	21
Figura 4. Parandalimi i astmes bronkiale.....	22
Figura 5. Përqindja sipas gjinisë	25
Figura 6. Grafikoni linear që tregon shtrirjen sipas moshës	26
Figura 7. Grafikoni perqindjes sipas duhanpirjes.....	28
Figura 8. Grafikoni I trendit të paraqitjes së rasteve me astmë ndërvite.....	29

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Tabela e klasifikimit të astmës bronkiale.....	12
Tabela 2. Numri dhe përqindja e rasteve sipas gjinisë.....	25
Tabela 3. Tabela tregon numrin e pacientëve sipas grupmoshes që i takojnë.....	26
Tabela 4. Tabela e rasteve sipas duhanprijës.....	27
Tabela 5. Tabela e paraqitjes së rasteve ndër vite.....	28
Tabela 6. Tabela e numrit dhe perqindjeve të rasteve sipas shkallës së sëmundjeve.....	30

FJALORI I TERMAVE

OBSH - Organizata botërore e shëndetësisë

FVC – Kapaciteti i sforcuar vital

FEV1 – Kapaciteti i sforcuar vital në sekondën e parë

PEF – Rjedhja ekspiratore më e lartë

FRC – Kapaciteti funksional residual

VSR – Kufizim shumë i rëndë

SR - Kufizim i rëndë

OPR – Pengesë me kufizim të mundshëm

1. HYRJE

Astma së pari është vërenjtur në Egjiptin e Vjetër dhe ishte trajtuar me pirjen e një përzierje aromatike të njohur si “aksyphi”. Astma ishte emëruar zyrtarisht si problem specifik respirator nga Hipokrati në vitet 450 p.l.k, me një fjalë greke që kishte kuptimin e frymarrjës së zhurmshme, gjë që lidhet edhe me emrin modern të sotshëm. Në vitet 200 p.l.k besohej se astma kishte lidhshmëri me emocionet.

Në vitin 1873, njëra nga letrat e para të mjekësisë moderne rreth kësaj teme mundohej ta përshkruante patofiziologjinë e kësaj sëmundje, përderisa një vit më herët u konkludua se astma mund të shërohej me fërkimin e gjoksit me preparate të kloroformit. Trajtimi mjekësor në vitin 1880, përfshinte përdorimin intravenoz të barit të quajtur pilocarpin. Në vitin 1886, F.H. Bosworth teorizoi një lidhje në mes të astmës dhe rinitit alergjik. Adrenalina ishte referenca e parë për trajtimin e astmës në vitin 1905. Kortikosteroidet orale filluan të përdorën për këtë sëmundje në vitet 1950, përderisa kortikosteroidet e inhaluara dhe beta agonsitët veprimshkurtër filluan të përdorën në vitet 1960-të.

Gjatë periudhës 1930-1950, astma ishte e njohur si njëra nga “shtatë të shenjtat” sëmundje psikosomatike. Shkaktarët e saj konsideroheshin të jenë psikologjik, me trajtime shpesh të bazuara në psikoanalizë dhe shërime tjera me fjalë. Pasi që psikonanalistët e shpjegonin fishkëllimën astmatike si vaj i shtypur i fëmijës për nënën, ata konsideronin se trajtimi i depresionit është shumë i rëndësishëm për pacientët që vuajnë nga astma.

2.SHQYRTIM I LITERATURËS

2.1 Çfarë është astma?

Astma është sëmundje kronike e mushkërive e cila i inflamon dhe ngushton rrugët e frymëmarrjes. Astma shkakton perioda përsëritëse të “wheezing”-ut (zë fishkëllues gjatë frymëmarrjes), ngushtim të gjoksit, zënie të frymës dhe kollitje. Kollitja zakonisht paraqitet gjatë natës ose herët në mëngjes.

Edhe pse astma është një sëmundje mirë e njohur, nuk ka pajtim universal rreth definicionit të saj. Është e definuar nga “Iniciativa Globale për Astmën si çrregullim kronik inflamator i rrugëve të frymëmarrjes në të cilin shumë qeliza dhe elemente qelizore luajnë rol. Inflamacioni kronik është i shoqëruar me hiperngacmueshmëri të rrugëve të frymëmarrjes që dërgon epizode të përsëritura të fishkëllimës, frymëzënies, ngushtim të gjoksit dhe kollitje, veçanërisht gjatë natës dhe herët në mëngjes. Këto epizoda janë zakonisht të shoqëruara me obstruksion të gjerë të rrugëve të frymëmarrjes brenda mushkërive, gjë që shpesh është reverzibile spontanisht ose me trajtim.

Për nga intensiteti dhe shpeshtësia e manifestimeve klinike astma është shumë e ndryshueshme e ndonjëherë edhe vdekjeprurëse. Astma bronkiale është infalacion kronik i rrugëve të frymëmarrjes në të cilin marrin pjesë shumë qeliza, por më shumë mastocitet, granulocitet eozinofile dhe limfocitet T.



Figura 1. Astma bronkiale

Astma është sëmundje që karakterizohet me kriza akute dhe të përsëritura bronkoobstruktive, me frymëmarrje të vështirësuar, kollë të thatë dhe fishkëllima në krahërorë, kryesisht natën dhe herët në mëngjes. Muret e brendshme të rrugëve të frymëmarrjes janë të enjtura dhe të inflamuar. Enjtja apo inflamimi i bën rrugët e frymëmarrjes shumë sensitive ndaj iritimeve dhe rrit mundësinë e paraqitjes së një reaksioni alergjik. Pasi që inflamacioni shkakton ngushtimin e rrugëve të frymëmarrjes, atëherë më pak ajër kalon si nga mushkëritë për në ambientin e jashtëm, ashtu edhe nga ambientin e jashtëm për në mushkëri, duke shkaktuar kështu uljen e nivelit të shkëmbimit të ajrit. Meqensë mushkëritë nuk mund të marrin mjaftueshëm oksigjen, atëherë shfaqet edhe mungesa e oksigjenit në gjak e kështu edhe mungesa e tij në organet tjera vitale, gjë që mund të jetë fatale gjatë një sulmi astmatik. Inflamacioni është përgjigjeje e indeve në infeksion ose dëmtim dhe mund të jetë acute ose kronike.

Qëllimi i parë i reaksionit inflamator është që ta shkatërroj ose inaktivizoj agjentin i cili e ka shkaktuar infeksionin, ndërsa qëllimi i dytë është që t'indin e dëmtuar ta kthej në gjendjen e mëparshme. Astma bronkiale është një sindrom që karakterizohet me obstrukcion të rrugëve të frymëmarrjes dhe një formë specifike të inflamacionit të murit të bronkove ku marrin pjesë një numër i madh i qelizave inflamatore dhe mediatorëve dhe njëkohësisht është i rritur reaktiviteti bronchial. Inflamacioni bronchial të astma paraqet një kompleks të ndryshimeve që ndodhin në enët e gjakut, epitelin bronchial, qelizat inflamatore, membranën bazale, në muskulaturën e lëmuar dhe në gjëndrrat mukoide, të gjitha këto ndryshime ndodhin për shkak të veprimit të mediatorëve të inflamacionit. Astma si sëmundje është e pashërueshme, por me trajtim të mirë dhe menaxhim të duhur nuk ka arsye për tu shqetësuar rreth mënyrës së jetës së personit që vuan nga astma, ngase nuk pengon në zhvillimin e një jetë aktive dhe normale. Obstrukcioni i rrugëve të frymëmarrjes është i kthyeshem dhe tërhiqet në mënyrë spontane ose me mjekim. Inflamacioni bronchial gjithashtu sjell deri te obstrukcioni bronchial dhe rrit reaksionin bronchial në ngacmues (irritant) të ndryshëm. Për nga intensiteti dhe shpeshtësia e manifestimeve klinike, astma është shumë e ndryshueshme dhe ndonjëhere vdekjeprurëse. Astma mund të shkaktohet edhe nga probleme psikologjike të cilat ndikojnë drejtpërdrejtë në mosfunksionimin e organeve të frymëmarrjes. Astma shpesh konsiderohet si një reaksion alergjik.

2.2 KLASIFIKIMI I ASTMËS

Astma klinikisht klasifikohet në bazë të frekuncës së simptomave, volumit të sforcuar ekspirator (forced expiratory volume) në një sekond (**FEV**) dhe “peak expiratory floe rate”. Astma poashtu mund të klasifikohet si atopike (ekstrinsike) apo jo-atopike (intrinsike), duke u bazuar në atë se a janë simptomat të përcipituara nga alergjenet (atopike) apo jo (jo-atopike).

Tab.1: Tabela e klasifikimit të astmës bronkiale.

SHKALLA	FREKUNECAT E SIMPTOMAVE	SIMPTOMAT GJATË NATËS	%FEV ₁ e predikuar	%FEV ₁ variabla	Përdorimi i SABA
INTERMITENTE	≤2 /javë	≤ 2 /muaj	≥80%	<20%	≤2 ditë/javë
PERSISTENTE E LEHTË	>2 /jave	3-4 /muaj	≥80%	20-30%	>2 ditë/javë
PERSITENTE MESATARE	Çdo ditë	>1/javë	60-80%	>30%	Çdo ditë
PERSISTENTE E RËNDË	E vazhdueshme	Frekuente (7 x/javë)	<60%	>30%	≥dy herë/ditë

2.3 Epidemiologjia

Astma është e përhapur në tërë botën pa marrë parasysh racën apo nacionalitetin. Prevalenca e astmës në SHBA sillet prej 1-10%, ndërsa në shumë shtete prej 1-5%. Sipas të dhënave të vitit 2018-të, 235-330 milion njerëz në botë janë të prekur nga astma dhe përafërsisht 250.000 njerëz çdo vit vdesin nga kjo sëmundje. Shifrat varën nga vendi në vend me prevalenca nga 1 deri në 18%. Është më e përhapur në vendet në zhvillim. Prandaj shihen shifra më të ulëta në Azi, Evropën Lindore dhe Afrikë. Në vendet e zhvilluara shfaqet më shumë të ata persona që kanë probleme

ekonomike, ndërsa në vendet në zhvillim më shumë tek të pasurit. Arsyeja për këtë nuk është shume e ditur. Vendet me të ardhura të ulëta përbëjnë deri në 80% të mortalitetit. Përderisa astma shfaqet dy herë më shumë në meshkuj sesa femra, astma e rëndë shfaqet në shifra të barabarta. Në kontrast, femrat e rritura kanë prevalencë më të madhe sesa meshkujt dhe është më e shpeshtë në rini sesa në pleqëri.

Shifrat globale të astmës kanë pësuar ngritje të konsiderueshme nga vitet e 60-ta deri në vitin 2008, duke u konsideruar kështu si një problem i madh publik mjekësorë që nga viti 1970. Astma prek përafërsisht 7% të popullatës në SHBA dhe 5% të popullatës në Mbretërinë e Bashkuar. Kanadaja, Australia dhe Zelanda e Re kanë shifra nga 14-15%. (MA Haxhiu Leukotrienet dhe astma bronkiale. Praxis Medica ,1986).

2.4 Shkaktarët

Astma shkaktohet nga një kombinim kompleks dhe jo plotësisht i qartë i interaksioneve gjenetike dhe ambientale. Këta faktorë ndikojnë në shkallën e sëmundjes dhe përgjigjëjen ndaj trajtimit. Besohet se rritja e numrit të sëmurëve me astmë është pasojë e ndryshimit të epigjenetikës (faktorëve trashëgues) dhe ndryshimit të vazhdueshëm të ambientit ku jetojmë.

Ekspozimi ndaj irrituesve dhe substancave të ndryshme që shkaktojnë alergji (alergjen) mund të shkaktojë shenja dhe simptoma të astmës.(Ekzaminimi klinik i sëmundjeve të brendshme – J.Rexhepi, Prishtinë, 1982)

Shkaktarët e astmës janë të ndryshëm nga personi në person dhe mund të përfshijnë:

- Alergjenët ajrorë, të tillë si poleni, pluhuri, sporet e mykut, lëkura e kafshëve shtëpiake ose grimcat e mbeturinave të buburrecave
- Infeksione të frymëmarrjes, të tilla si ftohja e zakonshme
- Aktiviteti fizik
- Ajri i ftohtë
- Ndotësit e ajrit dhe irrituesit, siç është tymi

- Ilaçe të caktuara, duke përfshirë bllokuesit beta, aspirinën dhe ilaçet anti-inflamatore josteroide, të tilla si ibuprofen (Advil, Motrin IB, të tjerë) dhe natriumi naproksen (Aleve)
- Emocione të forta dhe stres
- Sulfitet dhe konservantët shtuar në disa lloje të ushqimeve dhe pijeve, duke përfshirë karkaleca, fruta të thata, patate të përpunuara, birrë dhe verë.
- Sëmundja e refluksit gastroezofageal (GERD), një gjendje në të cilën acidet e stomakut kthehen në fytin tuaj

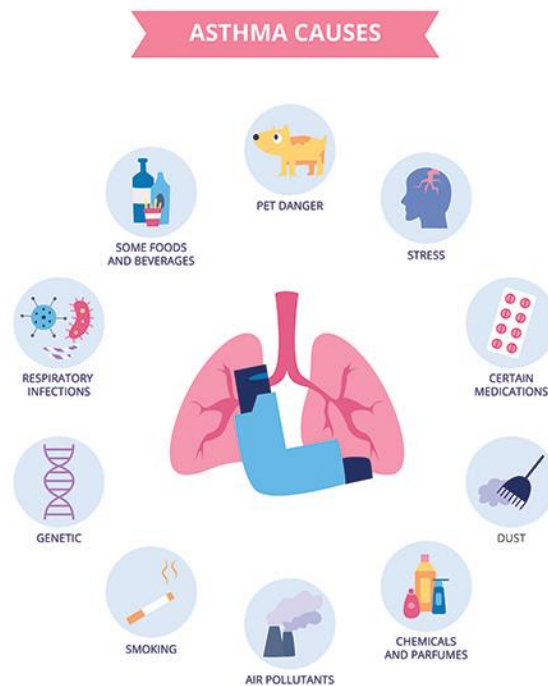


Figura 2. Shkaktarët e astmës bronkiale

2.4.1 Ambiental

Shume faktorë ambiental janë shoqëruar me zhvillimin e astmës duke përfshirë alergjene, ndotës të ajrit dhe nokse tjera kimike ambientale. Pirja e duhanit gjatë shtatëzansisë dhe pas saj shoqërohet me rrezik të shtuar për simptoma të astmës. Cilësia e ulët a ajrit nga faktorë si ndotja e ajrit nga trafiku ose nivelet e larta të ozonit, janë lidhur më zhvillimin e astmës dhe rritjen e shkallës së sëmundjës.

Ekspozimi ndaj alergjenëve të brendshëm poashtu shton rrezikun për astmë. Alergjen i brendshëm më i zakonshëm është pluhuri i shtëpisë. Poashtu, ekspozimi ndaj formaldehidit shton rrezikun. Disa infeksione virale respiratore, siç janë virusi respirator sincitial dhe rinovirusi, mund ta rrisin rrezikun e shfaqjes së astmës.

2.4.2 Gjenetik

Historia familjare është faktor risku për shfaqjen e astmës me disa gjene të ndryshme të përfshira. Nëse një binjak është prek nga astma, atëherë probabiliteti që binjaku tjetër të preket është rreth 25%. Në vitin 2006, në një studim të vetëm mbi 100 gjene janë gjetur që shoqërohen me astmë. Disa variant specifike gjenetike mund të shkaktojnë astmën vetëm atëherë kur kombinohen me faktorë specifik ambiental. Një shembull i kësaj është një polimorfizëm i vetëm nukleotid në regjionin CD14 dhe ekspozimi ndaj endotoksinës (një produkt bakterial). Ekspozimi ndaj endotoksinave mund të vijë nga burime të ndryshme ambientale duke përfshirë pirjen e duhanit, qenët dhe fermat e ndryshme. Atëherë, risku për astmën përcaktohet nga gjenetika e personit dhe niveli i ekspozimit ndaj endotoksinave së bashku.

2.4.3 Mjekësorë

Faktori më i fortë i rrezikut për zhvillimin e astmës është historia e ndonjë sëmundje atopike, siç mund të jenë ekzema atopike apo riniti alergjik. Astma është lidhur edhe me vaskulitin dhe sindromën Churg-Strauss, një sëmundje autoimune. Personat me tipe të veçanta të urtikaries, poashtu mund të përjetojnë simptoma të astmës. Kemi një korelacion midis obezitetit dhe rrezikut për astmën, që ka shënuar rritje viteve të fundit. Disa faktorë mund të hynë në lojë duke përfshirë rënien e funksionit respirator për shkak të shtresimit të masës yndyrore, meqënesë indi adipoz mund të dërgojë në një gjendje pro-inflamatore.

Barërat beta-blokatore siç është propranololi mund të shkaktoj astmën në atë të cilët janë më të ndjeshëm. Megjithatë, beta-blokatorët kardioselektiv paraqiten si të sigurtë në personat me sëmundje të lehte apo të moderuar. Medikamente tjera të cilat mund të shkaktojnë ndërlikime janë grupet e barërave ASA (Acidi Acetilsalicilik) dhe NSAID (barërat anti-inflamatore jo-steroidë).

2.5 Patofiziologjia

Astma është rezultat i infamacionit kronik të rrugëve të frymëmarrjes e cila rezulton në rritjen e kontraktilitetit të mukujve të lëmuar rrethues. Ky përveç faktorëve tjerë dërgon në ngushtimin e rrugëve të frymëmarrjes dhe në simptomën klasike të “wheezing”-ut. Ngushtimi është tipik reverzibil me apo pa trajtim. Ndonjëherë rrugët e frymëmarrjes ndryshojnë vetvetiu. Ndryshimet tipike të rrugëve të frymëmarrjes përfshijnë një rritje të eozinofileve dhe trashjen e laminës retikulare. Muskujt e lëmuar të rrugëve të frymëmarrjes mundën kronikisht të rriten në madhësi së bashkë me rritjen e numrit të gjëndrravë mukozale. Qeliza tjera përfshijnë: limfocitet T, makrofagjet dhe neutrofilet. Mund të ketë poashtu përfshirje të komponenteve tjera të sistemit imunitar duke përfshirë: citokinet, kemokinet, histaminat dhe leukotrinet ndër të tjera. (Musa Haxhiu, Fiziologjia Patologjike e Respiracionit – Prishtinë, 1987).

2.6 Diagnostikimi

Momentalisht, nuk ka test të saktë të vetëm për diagnostikimin e astmës. Diagnoza për astmë duhet të dyshohet atëherë kur kemi histori të përsëritur të “wheezing”-ut, kollitjes ose vështirësi në frymëmarrje dhe këto simptoma keqësohen gjatë aktivitetit fizik, infeksioneve virale, kontaktit me alergjene dhe ndotës të ajërit.

Testet e tjera për të diagnostikuar astmën përfshijnë:

Sfida e metakolinës. Metakolina është një shkaktar i njohur i astmës. Kur thithni, do të bëjë që rrugët e frymëmarrjes të ngushtohen pak. Nëse reagoni ndaj metakolinës, ka të ngjarë të keni astmë. Ky test mund të përdoret edhe nëse testi fillestar i funksionit të mushkërive është normal. Testet e imazheve. Një rreze X në gjoks mund të ndihmojë në identifikimin e çdo anomalie ose sëmundje strukturore (të tilla si infeksioni) që mund të shkaktojë ose përkeqësojë probleme të frymëmarrjes.

<https://www.healthline.com/health/asthma#types>

Testimi i alergjisë. Testet e alergjisë mund të kryhen nga një test i lëkurës ose testi i gjakut. Ata ju tregojnë nëse jeni alergjik ndaj kafshëve shtëpiake, pluhurit, mykut ose polenit. Nëse identifikohen shkaktarët e alergjisë, mjeku juaj mund të rekomandojë të shtëna alergjie.

Testi i oksidit nitrik. Kjo provë mat sasinë e oksidit të azotit të gazit në frymën tuaj. Kur rrugët tuaja të frymëmarrjes janë të përflakur - një shenjë e astmës - mund të keni nivele më të larta se normale të oksidit të azotit. Ky test nuk është gjerësisht i disponueshëm.

Eozinofilet e pështymës. Ky test kërkon disa qeliza të bardha të gjakut (eozinofilet) në përzierjen e pështymës dhe mukusit (pështymës) që shkarkoni gjatë kollitjes. Eozinofilet janë të pranishëm kur simptomat zhvillohen dhe bëhen të dukshme kur njollosen me një ngjyrë me ngjyrë trëndafili.

Testim provokues për stërvitje dhe astmë të shkaktuar nga ftohja. Në këto teste, mjeku juaj matë bllokimin e rrugëve të frymëmarrjes para dhe pasi të keni kryer një aktivitet të fortë fizik ose të merrni disa frymëmarrje të ajrit të ftohtë.

2.6.1 Historia e sëmundjës

Mjeku që ekzaminon pacientin e dyshuar me astmë duhet ta pyes pacientin për historinë familjare të astmës dhe alergjive. Duhet të merret parasysh paraqitjen e simptomave të astmës dhe sa shpesh shfaqen ato. Pacienti duhet të tregoj nëse simptomat paraqiten vetëm në kohë të veçanta gjatë vitit apo në vende të caktuara dhe se a përkeqësohen gjatë natës. (Ahmetaj H , Daka H.. Mjekimi nën kontroll i astmës. Praxis Medica 1995,)

2.6.2 Ekzaminim fizikal

Trakti i sipërm respirator, gjoksi dhe lëkura janë fokusat e ekzaminimit fizikal për astmën. Gjetjet fizike që rrisin probabilitetin për astmën janë të listuara më poshtë. Mungesa e këtyre gjetjeve nuk e eliminon mundësinë e sëmundjes së astmës. Sepse sëmundja sipas definicionit është e ndryshueshme dhe shenjat e obstruksionit të rrugëve të frymëmarrjes shpesh mungojnë gjatë sulmeve astmatike.

- Hiperekspanzioni i toraksit, veçanërisht në fëmijë, përdorimi i muskujve ndihmës dhe deformitetet e gjoksit.

- Tingujt e “wheezing”-ut gjatë fryëmarrjes normale apo faza e zgjatur e ekzaltimit të sforcurar. “Wheezing”-u mund të ndëgjohe vetëm gjatë ekzaltimit të sforcurar, por nuk është një indikator i besueshëm i limitmit të rrugëve të frymëmarrjes.
- Rritje e sekrecionit nazal, enjtëje të mukozave dhe polipe nazale.
- Dematiti atopik/ekzema ose ndonjë manifestim tjetër alergjik i lëkurës. (Ekzaminimi klinik i sëmundjeve të brendshme” – J.Rexhepi, Prishtinë, 1982).²

2.6.3 Testet Alergoligjike

Analizimi i komponenteve alergjike të astmës rezulton në një krahasim kritik të informacionit të ofruar nga intervista, testet e lëkurës, mundësisht të kompletuara me teste imunologjike të përzgjedhura dhe teste tjera stimuluese nazala apo bronkiale. Për disa alergjenë, është e mundëshme që të studiohet ambient alergjik i këtyre pacientëve. Testet e lëkurës lejojnë një analizë të lehtë të mastociteve të lëkurës që bartin IgE specifike dhe që degranulohen pas përdorimit të ekstraktit alergjenik. Nga testet in vitro, phadiatop paraqet një test skringu të alergjeneve respiratore që është më i besueshëm nga të gjitha analizat e IgE-ve. Nga testet alergoligjike të shumta më e besueshmja mbetet Pharmacia UNI-CAP testi, si metodë in vitro. (Mapp CE, Boschetto P, Maestrelli P, Fabbri LM (2005). "Occupational Asthma". American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine).

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/323523#diagnosis>

2.6.4 Ekzaminimi funksional i sistemit respirator

Keto teste janë më se të nevojshme për përcaktimin e shkallës së astmës. Me matjen e funksionit të mushkërive mund të përcaktohet shkalle e dëmtimit funksionit të mushkërive në fazën e remisioinit, por të dhënat janë edhe më të rëndësishme në fazat acute të sëmundjës si dhe reverzibiliteti i osbtruksionit të bronkeve. Në përcaktimin e shkallës së bronko-obstruksionit dhe reverzibilitetit te tyre përdoren aparate të vogla bartëse që janë shumë praktike dhe që e masin kalimin e ajrit nëpër rrugët e frymëmarrjes si aparati i Ërigh-it që është matës i kalimit(rrjedhjes) maksimale të ajrit në eskperium. Ky parametër quhet rrjedhja më e madhe e ajrit në eksperium (PEF), në anglisht “Peak Expiratory Floë”.

Është më rëndësi që PEF të matet në mëngjes dhe në mbrëmje dhe variabiliteti me i madhë ditor flet për keqësimin e pasqyrës klinike të astmë. (Ekzaminimi klinik i sëndjeve të brendshme” – J.Rexhepi, Prishtinë, 1982.)³

2.6.5 Spirometria

Spirometria është testi më i zakonshëm nga testet pulmonare funksionale, që matë funksionin e mushkërisë, veçanërisht sasinë (volumin) dhe apo shpejtësinë (rrjedhjen) e ajrit që mund të inhalohet dhe nxirret. Spirometria është një mjet i rëndësishëm që përdoret për gjenerimin e pneumotacografeve, që janë ndihmues në diagnostifikimin e rasteve si astma, fibroza pulmonare apo fibrozës cistike. Spirometria është e rekomandueshme që kështu të ndihmohet diagnoza dhe trajtimi. Është testi më i mirë për diagnostifikimin e astmës. Nëse vëllimi respirator i sforcuar në sekondën e parë (FEV₁) i matur me këtë teknikë përmirësohet më shumë se 12% pas administrimit të bronkodilatatorit si sablutamoli, atëherë kjo do të thotë që është shumë përkrahëse për diagnozën. (Forgacs, Paul – Lung sounds, Ballerie Tindall, London 1978).

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/323523#diagnosis>

2.6.6 Pletizmografia pulmonare

Pletizmografët pulmonar përdorën zakonisht që të masin kapacitetin funksional residual (FRC) të mushkërive – volumin në mushkëri kur muskujt respirator janë të relaksuar dhe poashtu matet edhe kapaciteti total mushkëror.

2.7 Diagnoza diferenciale

Shumë gjendje tjera mund të shkaktojnë simptoma të ngjashme me astmën. Tek fëmijët, sëmundjet tjera të traktit respirator siç janë riniti alergjik apo sinusitis duhet të konsiderohen poashtu si shkaqe tjera të obstruksionit pulmonary duke përfshirë: asprimin e trupave të huaj, stenozen trakeale apo laringotrahomalacinë, rrathët vaskular, gjendrra të zmadhuara lifmatike. Në të rritur, sëmundjet kronike obstruktive pulmonare, sëmundjet kongjestive të zemrës, apo kollitjet nga marrja e ACE inhibitorëve duhet të merren parasysh. Sëmundjet kronike obstruktive pulmonare mund të bashkëjetojnë me astmën dhe mund të shfaqen si komplikime të astmës kronike. Pas moshës 65 vjeçare, personat me rrugë obstruktive të frymëmarrjës do të kenë astmën të shoqëruar më sëmundjën kronike obstruktive pulmonare. Obstruksioni tumoroz i shkaktuar nga tumori që bënë kompresion në rrugët e sipërme të frymëmarrjës si dhe edema laringeale mund të përngjajnë në sulmin astmatik. (Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma" - National Heart Lung and Blood Institute, 2007).

2.8 Trajtimi

Edhe pse nuk ka shërim për astmën, simptomat e saj mund të përmirësohen. Një plan specifik monitorues dhe trajtues për simptomat duhet të krijohet. Ky plan duhet të përfshij reduktimin e ekspozimit ndaj alergjeneve dhe përdorimin e medikamenteve. Plani trajtues duhet të shkruhet dhe të këshillohen mënyrat e trajtimit ndaj ndërrimit të simptomave. Trajtimi më efikas i astmës është zbulimi i nxitësëve, siç janë pirja e duhanit, kafshët shtëpiake, aspirini etj, si dhe largimi nga ekspozimi ndaj tyre. Nëse ky largim është jo i mjaftueshëm, atëherë rekomandohet përdorimi i

medikamenteve. Barërat farmaceutike duhet të zgjedhen duke u bazuar në shkallën e sëmundjes dhe frekuencën e simptomave (Ekzaminimi klinik i sëndjeve të brendshme” – J.Rexhepi, Enti i teksteve, Prishtinë, 1982). Bronkodilatatorët rekomandohen për shërimin e simptomave të shkurtëra. Në personat që kanë sulme të zakonshme, nuk nevojitet ndonjë medikament tjetër, Nëse sëmundja është e lehtë (më shumë se dy sulme në javë), kortikosteroidet e inhaluara në doze të vogël. Për pacientët që kanë sulme çdo ditë, përdoret një dozë më e lartë e kortikosteroidëve. Në raste të rënda, kortikosteroidet orale shtohen në terapi. Roli i infermierës në trajtimin e pacientëve të sëmurë me astmë është i padiskutueshëm. Infermierja duhet të fokusohet në ndihmën ndaj pacientit me astmë duke diskutuar për benifitet, pengesat dhe planet e detajuara rreth menaxhmentit të shërimit të asmtës. Në çdo vizitë ato duhet t’i përshtatën nevojave, pritjeve dhe kënaqësisë së pacientëve. Mësimi i veprimeve që duhet t’i kryej vet pacienti i sëmurë me astmë është poashtu një hap shumë i rëndësishëm që çdo infermiere duhet ta bëj. Në përfundimin e çdo vizite që infermierja duhet të pyes pacientin se çfarë hapi të ardhshëm ka në trajtimin e sëmundjës dhe nëse ka ndonjë keqkuptim apo gabim të përmirësohet.(Ekzaminimi klinik i sëndjeve të brendshme” – J.Rexhepi, Enti i teksteve, Prishtinë, 1982)⁴



Figura 3. Trajtimi i astmës bronkiale

2.9 Parandalimi

Evidenca e efektivitetit të matjeve për ta parandaluar zhvillimin e astmës është e dobët. Disa tregojnë shenja të mira duke përfshirë limitimi i ekspozimit ndaj tymit të duhanit edhe brendauterinë edhe pasë lindjës, dhënia e gjirit dhe rritje të ekspozimit ndaj kujdesit ditor, por asnjëra nga këto nuk është vërtetuar që të rekomandohet. Largimi nga kafshët shtëpiake, poshtu theksohet si rekomandim. Pakësimi apo eliminimi i komponenteve në vendet e punës nga njerëzit e ndjeshëm mund të tregoj efektivitet.(National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP) (2007). "Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma" - National Heart Lung and Blood Institute)

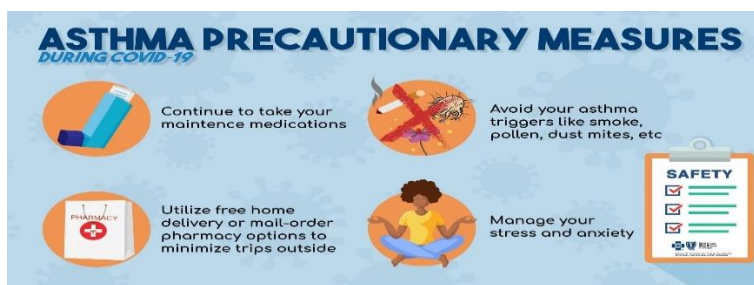


Figura 4. Parandalimi i astmës bronkiale

2.10 Prognoza

Prognoza për astmën është kryesisht e mirë, veçanërisht për fëmijët me sëmundje të lehtë. Mortaliteti ka rënë gjatë dekadave të fundit për shkak të diagnostifikimit më të hershëm dhe përmirësimit të kujdesit. Globalisht shkakton paaftësi të moderuar apo të rëndë në 19.4 milion njerëz (të dhënat e vitit 2004). Gjysma e personave që janë diagnostifikuar në fëmijëri me astmë nuk do të bartin sëmundjen pas një dekade. Trajtimi i hershëm me kortikosteroide mund ta parandalojë rënien e funksionit mushkërorë.

3. QËLLIMI

Qëllimi i këtij punimi është të paraqitet trendi i paraqitjes i astmës bronkiale sipas gjinisë dhe moshës në periudhën kohore 2015-2018 në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës – Klinikën e Pulmologjisë. Nga rezultatet e fituara të nxjerrren rekomandime se cila gjini apo moshë duhet të ketë kujdes nga faktorët që shkaktojnë astmën bronkiale. Poashtu, qëllimi i këtij punimi është që të shihet se a ka ndikim duhanpirja në shkaktimin e astmës bronkiale. Trendi i zhvillimit të kësaj sëmundjeje nëpër vite do të jetë poashtu pikësynim i këtij hulumtimi shkencor. Duke i marrë për bazë katër parametra kryesor të spirometrisë të cilës ju kanë nënshtruar këta pacientë, do të nxjerrën të dhëna statistikore rreth nivelit apo shkallës së spirometrisë. Këto rezultate shprej që të shërbejnë si shabllone krahsuese në të ardhmën, ku do të analizohej pastaj se a ka rritje apo ulje trendi për faktorët e cekur më lartë.

4. METODOLOGJIA E PUNËS

Për këtë punim retrospektiv kam shfrytëzuar materialin arkivor të Klinikës Pulmologjike në Qendrën Klinike Universitare në Prishtinë, duke i shfrytëzuar historitë e pacientëve të pranuar, të diagnostifikuar, të operuar dhe në mënyrë terapeutike të trajtuar në përidhuën kohore Janar 2017- Qershor 2020. Nga arkiva janë nxjerr 55 histori të pacientëve të diagnostifikuar me astmën bronkiale, të cilët i janë nënshtruar testimi të funksioneve pulmonare. Testit të cilit i janë nënshtruar këta pacient ka qenë testi më i zakonshëm nga testet e funksionit pulmonar, ai i spirometrisë. Në këtë test janë marrë parasysh katër parametra kryesor të tij:

- I. FVC – Forced Vital Capacity (Kapaciteti i sfrocurar vital)
- II. FEV1 – Forced Vital Capacity in 1st second (Kapaciteti i sforcurar vital në sekondën e parë)
- III. FEV1/FVC ratio (Raporti FEV1/FVC)
- IV. PEF – Peak Expiratory Flow (Rrjedhja ekspiratore më e lartë)

Nga këto katër parametra të analizuar janë nxjerrë disa shkallë interpretimi të spirometrisë, duke filluar nga ajo më e përkeqësuar deri tek ajo normale:

- Very Severe Restriction (Kufizim shumë i rëndë)
- Severe Restriction (Kufizim i rëndë)
- Obstruction with Possible Restriction (Pengesë me kufizim të mundshëm)
- Moderate Severe Obstruction (Pengesë e rëndë e moderuar)
- Moderate Restriction (Kufizim i moderuar)
- Mild Restriction (Kufizim i butë)
- Normal Spirometry (Spirometri normale)

Materiali i grumbulluar është analizuar detajisht dhe është i paraqitur në mënyrë tabelare dhe grafike në pjesën e rezultateve.

5. REZULTATET

Tab. 1 – Numri dhe përqindja e rasteve sipas gjinisë

GJINIA	Numri i pacientëve	Përqindja
Meshkuj	30	55%
Femra	25	45%

Në tabelën e mësipërmë është shprehur numri i pacientëve të sëmurë sipas gjinisë dhe moshës. Gjinia mashkullore ka numër më të madhë të prekjes nga kjo sëmundje me 30 të sëmurë apo 55%, ndërsa astma bronikiale ka kursyer paksa më shumë gjininë femërore në raport me gjinië mashkullore, duke i prekur 25 femra apo e shprehur në përqindje 45%.

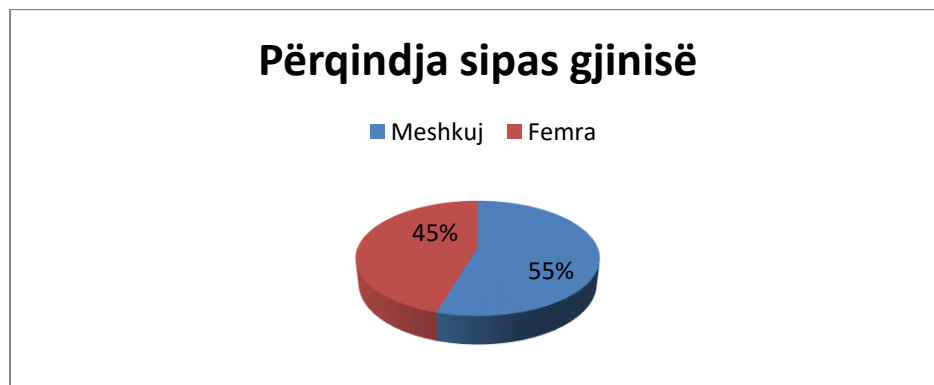


Figura 5. Përqindja sipas gjinisë.

Në grafikonin e mësipërm është shprehur në mënyrë grafike përqindja e prekjes me astmë bronikiale, ku ngjyra e kaltërt tregon rastet nga gjinia mashkullore, ndërsa ajo e kuqe ato të gjinisë femërore.

Tab.2 – Tabela tregon numrin e pacientëve sipas grupmoshës që i takojnë

Grupmosha	Nr. i pacientëve
1-10 vjet	5
11-20 vjet	9
21-30 vjet	9
31-40 vjet	4
41-50 vjet	9
51-60 vjet	11
61-70 vjet	3
71-80 vjet	5

Tabela e mësipërme tregon numrin e rasteve sipas grupmoshave. Mund të shihet një paraqitje më e madhe e astmës bronkiale tek grupmoshat 11-20, 21-30, 41-50, e sidomos tek ajo 51-60 vjeç.

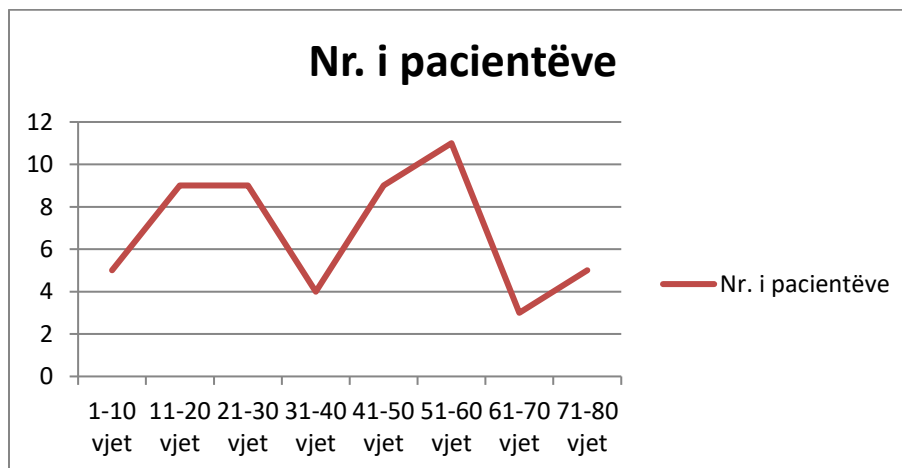


Figura 6. – Grafikoni linear që tregon shtrirjen sipas moshës

Grafikoni i mësipërm tregon një ngritje në grupmoshat 11-20 dhe 21-30 vjeç, duke pësuar një rënie drastike në grupmoshën 31-40 vjeç, për të pësuar ngritjen më të lartë të tij në grupmoshën 51-60 vjeç.

Mosha mesatare

Tab.3 - Mosha mestare e të sëmurëve me astmën bronkiale	
MOSHA MESATARE	39.7 vjet

Tabela e mësipërme tregon moshën mesatare të këtyre 55 pacientëve të shtrirë në Qendrën Klinikë Universitare të Kosovës – Klinika e Pulmologjisë, të prekur nga astma bronkiale.

Tab.4 – Tabela e rasteve sipas duhanpirjës.

STATUSI	Duhanpirës	Jo- duhanpirës	Ish-duhanpirës	TOTAL I
Numri	12	36	7	55
Përqindja	21.82%	65.45%	12.73%	100%

Tabela e mësipërme tregon që astma bronkiale prek më së shumti jo-duhanpirësit më një numër 36 nga 55 apo 65.45%, pastaj prek duhanpirësit me një përqindje 21.82% apo 12 nga 55 personat e përfshirë në këtë hulumtim dhe më së paku prek ish-duhanpirësit, 7 nga 55 apo 12.73% të tyre.

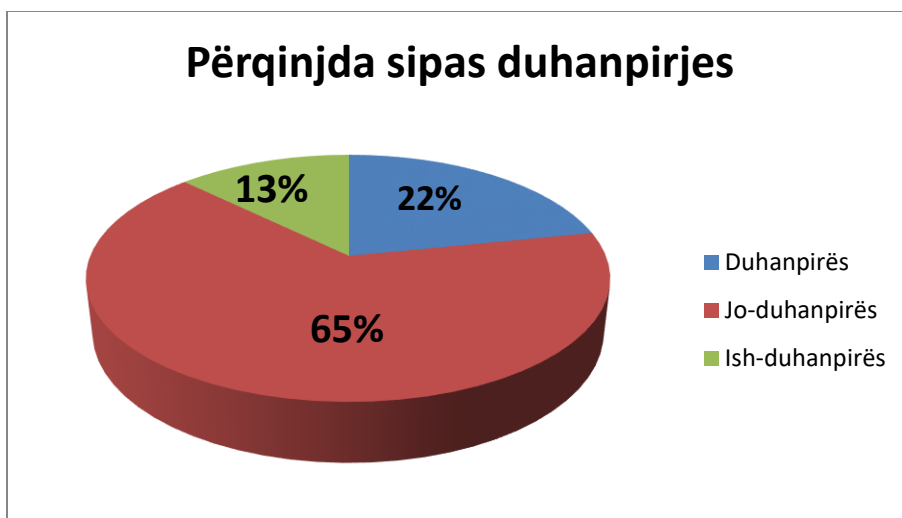


Figura 7. Grafikoni i përqindjës sipas duhanpirjes.

Siç shihet nga grafikoni i mësipërm, astma bronkiale ka shtrirje më të madhe tek personat që nuk pijnë duhan me një përqindje rreth 65%, e shfaqur në grafikun më ngjyrë të kuqe. Ngjyra e kaltërt tregon përqindjen e personave të prekur nga astma bronkiale e që pijnë duhna dhe që ka një përqindje rreth 22%. Ndërsa, ngjyra e gjelbërt në grafikun tregon përqindjen e të prekurve nga astma bronkiale e që kanë qenë duhanpirës më parë. Këta persona përbëjnë një përqindje rreth 13% në hulumtimin tonë.

Tab. 5: Tabela e paraqitjes së rasteve ndër vite.

VITI	2017	2018	2019	2020	TOTALI
Numri	8	23	11	13	55
Përqindja	15.54%	41.81%	20%	23.63%	100%

***Vërejtje: Viti 2020 përfshin rastet nga janari deri në qershor.**

Tabela e mësipërme tregon që astma bronkiale gjatë katër viteve të fundit në Kosovë më e shprehur ka qenë në vitin 2017 me një numër prej 23 të prekurëve apo me përqindje prej 41.81 %. Ndërkohë që viti 2020, vetëm deri në qershor të këtij viti janë paraqitur 13 persona të prekur nga astma apo një përqindje prej 23.63 %, që i bie të jetë një përqindje mjaft e lartë duke e pasur parasysh që është analizuar vetëm gjysma e vitit.

Nëse vazhdon trendi i njëjtë i rritjes si i gjysëm vitit të kaluar, atëherë viti 2020 do të shënojë përqindjën më të lartë të të prekurëve gjatë katër viteve të fundit në Kosovë.

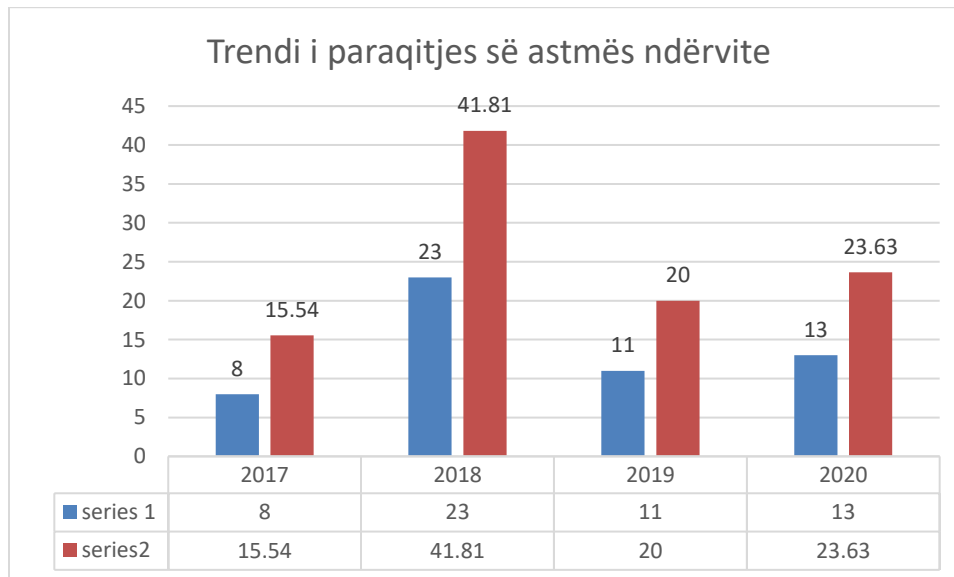


Figura 8. Grafikoni i trendit të paraqitjes së rasteve me astmë ndër vite.

Nga grafikoni i mësipërm mund të mësojmë që numri i rasteve gjatë katër viteve të fundit më i larti ka qenë në vitin 2018, ku ka prekur 23 persona, pastaj periudha e gjysëm vitit 2020 me një numër prej 13 rasteve, një shifër mjaftë e lartë kjo për një gjysëmvit. Ky vit ka shumë gjasa që ta ketë përqindjën më të lartë të paraqitjeve të kësaj sëmundje gjatë katër viteve të fundit në Kosovë. Pastaj vije viti 2019, me një numër prej 11 rasteve dhe përqindjën më të ulët gjatë katër viteve të fundit e shënon viti 2017, me një 8 raste të vetme të paraqitura.

Tab. 6: Tabela e numrit dhe përqindjeve të rasteve sipas shkallës së sëmundjës.

SHKALLA E SPIROMETRISË	Nr.	Përqindja
Very Severe Restriction*	3	5.45%
Severe Restriction	6	10.90%
Obstruction with Possible Restriction	4	7.28%
Moderate Severe Obstruction	4	7.28%
Moderate Restriction	11	20%
Mild Restriction	7	12.73%
Normal Spirometry	20	36.36%
TOTAL	55	100.00%

*Vërejtje: Termat në shqip gjenden në pjesët e mëparshme të hulumtimit tonë, saktësisht në kapitullin e metodologjisë së punës.

Tabela e mësipërme tregon për numrin e rasteve sipas stadi të sëmundjës e matur me testin e spirometrisë. Janë marrë katër parametra bazë të këtij testi:

- I. FVC – Forced Vital Capacity (Kapaciteti i sfrocuar vital)
- II. FEV1 – Forced Vital Capacity in 1st second (Kapaciteti i sfrocuar vital në sekondën e parë)
- III. FEV1/FVC ratio (Raporti FEV1/FVC)
- IV. PEF – Peak Expiratory Flow (Rrjedhja ekspiratore më e lartë)

Nga tabela shihet që 20 nga gjithsejt 55 të prekurit me astmë që kemi përfshirë në hulumtimin tonë kanë spirometri normale. Pastaj përqindje të madhe përfshin edhe “Moderate Restriction” apo në shqip (Kufizimi i moderuar) me një përqindje prej 20% apo 11 raste gjithsejt. Lista vazhdon me “Severe Restriction”, pastaj “Moderate Severe Obstruction” e kështu me radhë.

6. DISKUTIMI

Sipas të dhënave nga “National Heart, Lung and Blood Institute”, astma prek të gjitha grupmoshat, por më së shumti fillon në fëmijëri. Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës mbi 25 milion njerëz vuajnë nga astma, prej tyre 7 milion janë fëmijë. Në fëmijëri, astma më shumë shfaqet tek djemët sesa tek vajzat. Për dallim tek të rriturit, ajo prek njëtrajtësisht si femrat ashtu edhe meshkujt. Nuk është akoma e qartë, se si gjinia apo hormone seksuale kanë ndikim në shfaqjen e astmës bronkiale.

Për dallim në hulumtimin tonë sipas të dhënave nga Klinika e Pulmologjisë i bërë me anë të metodës krahasuese është detektuar që gjinia mashkullore është më e prekur se ajo femërore, me përqindje 55%, gjegjësisht 45%. Nga të dhënat për moshën është vërenjtur se moshja mestare e prekjës nga sëmundja e astmës bronkiale është 39.7 vjet.

Një prej faktorëve që mund të nxit paraqitjen e astmës bronkiale padyshim që është duhani. Megjithatë, në studimin tonë është vërenjtur se duhani nuk ka edhe aq shume ndikim në paraqitjen e kësaj sëmundjeje. Rreth 65% kanë qenë jo-duhanpirës dhe kjo na bën të kuptojmë që duhani nuk ka rol përcaktues.

Gjatë katër viteve të fundit ka pasur luhatje të trendin e paraqitjes së kësaj sëmundjeje. Në vitin 2017 ka pasur një ngritje, për të pasur pastaj një ulje e paraqitjes së astmës në vitin 2018, e duke pësuar prapë ngritje në gjysmëvitin 2019, duke u paraqitur më shumë raste sesa në tërë vitin 2018, çka lehtësisht mund të çoj në ngritje rekorde të numrit gjatë katër viteve të fundit.

Meqenësë kjo sëmundje prek rreth 7% të popullatës në Shtetet e Bashkuara dhe 5% të popullatës në Mbretërinë e Bashkuar, në vendin tonë kjo përqindje mund të konsiderohet shumë më e vogël, edhe pse nuk ka të dhëna të sakta për numrin e gjithmbarshëm të të prekurëve me këtë sëmundje.

Astma prek më së shumti njerëz në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, por variron shumë nëpër popullësi të ndryshme etnike. Prevalenca e astmës është më e larta në popullin portorikan, afrikano-amerikan, filipin-amerikan, ndërsa është më e ulëta ndër meksikanë dhe korean. Është e rëndësishme të dihet që incidenca e astmës është më e lartë në vendet e zhvilluara, sesa ato që janë në zhvillim. Kjo me siguri lidhet me ndotjen e ajrit. Mortaliteti i kësaj sëmundjeje ka rënë gjatë dekadave të fundit për shkak të zhvillimit që janë bërë në diagnostifikim dhe kujdesit ndaj pacientëve.

7. PËRFUNDIMI

- Bazuar në të dhënat nga ky hulumtim del që astma bronkiale prek lehtësisht më shumë meshkujt sesa femrat, ndërsa kryesisht prek moshën me të vjetër se 40 vjeç.
- Edhe pse shkaktarët e saktë e këtij diskrimini gjinor nuk dihen, vërehet se femrat janë me të ndjeshme ndaj kësaj sëmundjeje sesa meshkujt, prandaj edhe kujdesi i gjinisë femërore duhet të jetë më i madh në pastrimin e ajrit dhe ambientit ku jetojnë, largimi nga kontakti me alergjenët (irritantët) e ndryshëm që mund të provokojnë shfaqjen e kësaj sëmundjeje.
- Raporti i paraqitjës së astmës tek fëmijët ka rënë dekadën e fundit, por ka mbetur i njëjtë tek të rriturit. Më shumë preken djemët nga astma sesa vajzat, por pas moshës 15 vjeçare astma është më e shpeshtë tek gratë sesa tek burrat.
- Rreth 8% e fëmijeve që vuajnë nga astma jetojnë me dikë që pi cigare brenda shtëpisë. Në studimin tonë përqindje më të lartë kanë joduhanpirësit sesa duhanpirësit. Rreth 65% nuk kosumojnë duhan, rreth 22% kosumonin duhan dhe 13% prej tyre kishin konsumuar duhan gjatë një faze të caktuar në jetën e tyre.
- Vizitat në spital nga personat që vuajnë me astmë janë më të shpeshta gjatë muajve Shkurt dhe Maj për fëmijët, ndërsa gjatë dimrit më shumë për të rriturit. Kjo rezulton në marrjen ditë të lira nga puna apo shkolla.
- Gjatë shtatëzanisë, disa gra mendojnë së sëmundja e tyre përmirësohet, përderisa disa medojnë që përkeqësohet ose mbetet e njëjta. Kujdesi i shtuar ndaj astmës gjatë shtatëzanisë shoqërohet me rënie e nivelit të komplikimeve që lidhën me shtatëzaninë.
- Shtatëzenat që vuajnë nga astma duhet të konsultohen më personelin mjekësorë rreth asaj së çfarë të bëjnë nëse paraqiten simptomat astmatike.
- Është e rëndësishme të dihet që astma nuk shkaktohet nga faktorët emocional, ashtu siç besohet para disa vitesh. Lodhja emocionale dhe stresi mund të shkaktojnë lodhje, e cila mund ta prek sistemin imun dhe të rrit simptomatologjinë astmatike ose ta nxit shfaqjen e sulmit astmatik. Megjithatë, këto reagime konsiderohen më shumë sikur ndikime sesa shkaqe.

- Shumë pyesin se pse astma është një dukuri në rritje. Disa shkencëtarë teoritizojnë se ulja e një sëmundje të caktuar mund të jetë faktor për rritje të paraqitjes së astmës alergjike. Ata besojnë që është e mundur që sistemi imun jo mirë i përgatitur mund mbireagoj ndaj më pak irritantëve, duke mundësuar kështu lirimin e histaminës dhe substancave tjera inflamatore në mushkëri.
- Disa hulumtues tjerë besojnë se rritja e numërit të orëve që fëmijët kalojnë brenda hapësirave të mbyllura është më e lartë viteve të fundit dhe kështu ekspozimi ndaj alergjenëve të tepihëve mund të jetë faktorë nxitës për paraqitjen e astmës.
- Ekspozimi ndaj alergjenëve që gjenden në ambientin e jashtëm poashtu mund të ketë ndikim. Polenët e ndryshëm, kualiteti i dobët i ajrit, vendet ku pihet duhan, kontakti me shtazët, infeksionet virale dhe të ftohtit e shumë të tjera kanë gjithashtu ndikim në paraqitjen e kësaj sëmundjeje.
- Megjithatë, astma nuk duhet ta ndaloj askë nga zhvillimi i një jete aktive dhe të shëndetshme. Gjendja kronike kërkon trajtim të duhur afatgjatë, menaxhim aktiv dhe përpikmëri në zbatimin e “aksionit të planifikuar astmatik”.
- Astma mund të jetë gjendje stresuese për tu menaxhuar dhe stresi i tillë mund ta nxit shfaqjen e astmës akoma më shumë. Personat që vuajnë nga astma duhet ta zvogëlojnë stresin sa më shumë që munden dhe të mësojnë të përballën me sfidat dhe frustrimet e të jetuarit me astmë në mënyrë shumë positive.
- Poashtu, zhvillimi i teknologjisë dhe hulumtimeve shkencore në fushën e kësaj sëmundjeje do të na mundësojë bazën gjenetike dhe molekulare. Zhvillimi i mëtejshëm i farmakogjenetikës do të mund të identifikojë akoma më mirë reagimin e pacientëve në barëra të ndryshëm anti-inflamatore.

Edhe pse astmë është një sëmundje që nuk mund të parandalohet, mund të merren hapa që të kontrollohet kjo sëmundje dhe të prevenohen simptomat e saj. Rekomandohen disa gjëra:

14 që trendi i paraqitjës së astmës është rritur gjatë dy viteve të fundit në krahasim me vitet 2017 dhe 2018. Në këtë hulumtim është vërejtur që duhanpirja edhe pse ka ndikim të pamohueshëm, nuk është faktor përcaktues në shkaktimin e astmës, pasi që në studimin tonë 36 nga 55 pacientët që janë përfshirë nuk kanë pirë duhan, përderisa 12 prej tyre ishin duhanpirës dhe 7 nga ta kishin qenë duhanëpirës në një fazë të jetës së tyre.

Këta pacientë i janë nënshtruar testit të spirometrisë, nga i cili janë marrë parasysh katër parametra bazë. Testi tregon që shumica nga pacientët kanë spirometri normale ose kanë ndonjë kufizim të butë apo të moderuar në funksionimin e rrugëve të frymëmarrjes.

Qëllimi i mjekimit të astmës bronkiale është që të zvogëlohen në minimum simpitomet kronike, në atë mënyrë që astma e rëndë të kthehet në atë mesatarisht të rëndë, astma mesatarisht e rëndë në atë të lehtë, ndërsa astma e lehtë të bëhet pa simptome.

Kuptimi i sotëm që astma nuk është vetëm një sëmundje bronkoobstruktive, por është edhe sëmundje inflamatore kronike, ka sjellje në një qasje të re në mjekimin e astmës. Nga masat e përgjithëshme që duhet ndër marrë në mjekimin e astmës bronkiale është evitimi i rrethaneve që kanë sjell deri tek sulmi astmes.

9. PERMBLEDHJE

Astma bronkiale është sëmundje kronike e mushkërive e cila inflamon dhe ngushton rrugët e frymëmarrjes. Faktorët e mundshëm janë të shumtë nga ata ambiental e gjenetik deri tek ata mjekësorë. Në këtë punim është hulumtuar incidenca e astmës bronkiale sipas gjinisë dhe moshës, në intervalin kohor nga 2017 deri në qershor 2020 në pacientët e shtrirë në Klinikën e Pulmologjisë në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës (QKUK). Nga 55 pacientë të shtrirë në këtë interval kohor, të ekzaminuar me metoda të përgjithëshme dhe speciale për diagnostifikimin e astmës bronkiale ka dalë që 30 prej tyre të jenë meshkuj, ndërsa 25 prej tyre të gjinisë femëore, rezultat ky i shprehur në përqindje 55% meshkuj, gjegjësisht 45% femra. Sipas të dhënave nga ky hulumtim del që astma bronkiale prek pak më shumë meshkujt sesa femra, ndërsa mosha mesatare e prekjës është 39.7 vjeç.

Hulumtimi ka treguar që trendi i paraqitjes së astmës është rritur gjatë dy viteve të fundit në krahasim me vitet 2017 dhe 2018. Në këtë hulumtim është vërejtur që duhanpirja edhe pse ka ndikim të pamohueshëm, nuk është faktor përcaktues në shkaktimin e astmës, pasi që në studimin tonë 36 nga 55 pacientët që janë përfshirë nuk kanë pirë duhan, përderisa 12 prej tyre ishin duhanpirës dhe 7 nga ta kishin qenë duhanëpirës në një fazë të jetës së tyre.

Këta pacientë i janë nënshtruar testit të spirometrisë, nga i cili janë marrë parasysh katër parametra bazë. Testi tregon që shumica nga pacientët kanë spirometri normale ose kanë ndonjë kufizim të butë apo të moderuar në funksionimin e rrugëve të frymëmarrjes.

Kuptimi i sotëm që astma nuk është një sëmundje bronkoobstruktive, por është edhe sëmundje inflamatore kronike, pasi ka sjellë një qasje të re në mjekimin e astmës. Nga masat e përgjithshme që duhet ndërmarrë në mjekimin e astmës bronkiale është evitimi i rrethanave që kanë sjellë deri tek sulmi astmatik.

10. REFERENCAT

1. Halil Ahmetaj, I. Mandura, V. Moracic, M. Miric, MA Haxhiu Leukotrienet dhe astma bronkiale. Praxis Medica 1986, vol. 30, No 2, 99-114
2. Daka H, Ahmetaj H, Jakupi M, Haxhiu MA: The role of alpha-adrenoreceptors in response of airway smooth muscle to bronchoconstrictive agents. Period biol. 1986, Vol. 88, Supp. 1, 189.
3. Musa Haxhiu, Halil Ahmetaj. Fiziologjia Patologjike e Respiracionit. ed. Enti i Teksteve dhe Mjeteve Mësimore të Kosovës – Prishtinë, 1987
4. Ahmetaj H , Daka H.. Mjekimi nën kontroll i astmës. Praxis Medica 1995, vol. 38, 27-30
5. “Pulmologjia” – grup autorësh, Universiteti i Prishtinës, Fakulteti i Mjekësisë, Prishtinë, 2005
6. “Pneumatofizilogjia” – I. Spahiu, Prishtinë, 1986
7. “Ekzaminimi klinik i sëndjeve të brendshme” – J.Rexhepi, Enti i teksteve, Prishtinë, 1982.
8. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/asthma/symptoms-causes/syc-20369653>
9. <https://www.nhs.uk/conditions/asthma/treatment/>
10. <https://www.healthline.com/health/asthma#types>
11. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323523#diagnosis>
12. <https://www.news-medical.net/health/Asthma-Epidemiology.aspx>