

University of Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 5-2021

Roli i Infermieres në Kujdesin e Fëmijëve me Herni Inguinale

Rajmonda Balaj

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



Part of the [Nursing Commons](#)



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

**ROLI I INFERMIERES NË KUJDESIN E FËMIJËVE ME HERNI
INGUINALE**

Shkalla Bachelor

Rajmonda Balaj

Maj/2021
Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome
Viti akademik 2017-2018

Rajmonda Balaj

**“ROLI I INFERMIERES NË KUJDESIN E FËMIJËVE ME HERNI
INGUINALE”**

Mentori: Prof.Asoc.Sejdi Statovci

Maj / 2021

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

ABSTRAKT

Hyrje:Hernia është një gjendje në të cilën një organ ose një pjesë e organit depërton në një hapësirë tjetër të trupit përmes një pike të dobët ose përmes një defekti. Hernia inguinale shfaqet në regjionin inguinal. Te femijet hernia inguinale është e tipit indirekt që nënkupton se organet abdominale (më së shpeshti zorrët) lëshojnë hapësirën abdominale përmes kanalit inguinal dhe dalin nën lëkurën e regjionit inguinal ose në skrotum.

Qëllimi i studimit: Ky studim ka pasur për qëllim evidentimin e rolit dhe rëndësisë së kujdesit infermieror tek fëmijët me hernie inguinale. Perkuajesja, këshillat prindërve, përgatitja preoperatorë, menaxhimi i dhimbjes dhe perkuajesja për plagen janë momente kyçe në punën e infermieres në lidhje me fëmijët me herni inguinale. Qëllimi kryesor i këtij punimi është dhenja e rekomandimeve me qëllim ngritjen e nivelit të perkuajesjes infermiere ndaj fëmijëve me herni inguinale.

Materiali dhe metodologjia: Ky punim është një hulumtim retrospektiv i realizuar në kuadër të hulumtimit tim për temën e diplomës në nivelin bachelor. Metodologjia e përdorur për realizimin e këtij studimi është një gërshetim i shqyrtimit të literaturës dhe metodës sasiore, e cila ka patur për qëllim hulumtimin e të dhënave statistikore të pacientëve me hernie inguinale të cilët janë operuar gjatë vitit 2020 në Klinikën e Kirurgjisë së Fëmijëve në SHSKUK. Të dhënat e pacientëve janë marr nga protokoli operativ i Klinikës së Kirurgjisë së Fëmijëve në SHSKUK, për periudhën Janar-Dhjetor 2020.

Rezultatet: Ky hulumtim përfshin 97 pacientë, të moshave të ndryshme nga 0 – 16 vjeç, të operuar për shkak të hernisë inguinale. Nga të gjitha rastet gjinisë mashkullore I përkasin 67 raste (69 %), ndërsa gjinisë femrore 29 raste (31%). Bazuar në moshën e pacientëve pediatrik të operuar dominojnë fëmijët e grupmoshës 0-5 vjeç me gjithsej 58 raste (59%), ndërsa me numrin më të vogël përfaqësohet grupmosha 10-16 vjeç (13%).

Nga këto raste pjesa më e madhe e tyre kanë qenë nga Rajoni i Prishtinës 59 raste (60.82%) dhe më së paku nga Rajoni i Pejës dhe Gjilanit me nga 2 raste (2%).

Konkluzionet: Hernia inguinale është një gjendje shëndetësore e cila mund edhe të kërcënojë jetën e pacientëve pediatrik nëse nuk trajtohet me kohë dhe në mënyrën adekuate. Kjo patologji zë një vend të rëndësishëm për sa i përket numrit të operacioneve që kryhen gjatë një viti dhe praktikisht është patologjia me numrin më të madh të rasteve që operohen. Njohja e kësaj patologjie, informimi i drejtë i prindërve me shenjat e inkarcerimit të hernisë dhe trajtimi adekuat dhe në kohën e duhur i shoqëruar me një kujdes të avansuar infermieror janë çelësi i suksesit në trajtimin e fëmijëve me herni inguinale.

Fjalë kyçe: infermieri, hernie, inguinale, fëmijë, Kosovë, etj.

MIRËNJOHJE

Në radhë të parë dua të falënderoj familjen time, pa përkrahjen e së cilës nuk do të ishte i mundur shkollimi dhe karriera ime.

Një falënderim i posaçëm i dedikohet mentorit tim Prof.Asoc.Sejdi Statovci , i cili jo vetëm gjatë studimeve, por edhe gjatë këtij punimi të diplomës më dha mbështetje dhe inspirim për punë.

Një falënderim i sinqertë i dedikohet shoqërisë dhe kolegeve të mi, që më kanë bërë më të lehtë këtë periudhë të studimeve dhe kanë qenë pranë meje çdo herë.

TABELA E PËRMBAJTJES:

ABSTRAKT	I
MIRËNJOHJE	III
Lista e figurave	V
Lista e grafikëve.....	Error! Bookmark not defined.
Lista e tabelave	V
1. HYRJE	6
1.1 Llojet e hernive	6
1.2 Anatomia dhe elementet përbërëse të kanalit inguinal	9
1.3 Hernia inguinale tek foshnjët dhe fëmijët	10
1.4 Epidemiologjia	12
1.5 Etiopatogjeneza.....	13
1.6 Anamneza.....	15
1.7 Diagnoza diferenciale	17
1.8 Imazheria	18
1.9 Trajtimi i hernieve inguinale.....	19
2 SHQYRTIMI I LITERATURËS	21
2.1 Disa klasifikime të hernisë inguinale	21
2.2 Roli i infermieres në përkujdesjen e fëmijëve me herni inguinale	23
2.2.1 Përgatitja preoperative e pacientit	24
2.2.2 Periudha Postoperatore.....	25
3 DEKLARIMI I PROBLEMIT	26
3.1 Parandalimi i komplikimeve për shkak të inkarcenimit të hernisë	26
3.2 Kujdesi pasoperator në shtëpi.....	27
4 METODOLOGJIA.....	29
5 REZULTATE DHE DISKUTIME	30
5.1 Struktura e pacienteve me herni inguinale sipas gjinise.....	30
5.2 Struktura e pacienteve me herni sipas lokalizimit të hernisë inguinale	31
5.3 Struktura e pacienteve me herni inguinale sipas grupmoshës	32
5.4 Shpërndarja gjeografike e pacientave me herni inguinale sipas vendbanimit	33
5.5 Struktura e pacientave sipas urgjencës së intervenimit kirurgjik	35
5.6 Struktura e pacientave me herni inguinale sipas kohezgjatës së hospitalizimit	36
5 PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME	38
6 REFERENCA	39

7	Shtojcat.....	40
---	---------------	----

Lista e figurave

Figura1: Tipet e hernive	8
Figure 2: Hernia inguinale.....	16
Figure 3: Ekoja e hernies inguinale	18
Figure 4: Klasifikimi i Gilbert.....	22
Figure 5:Struktura e pacienteve me herni inguinale sipas gjinisë	30
Figure 6: Paraqitja grafike e pacientëve sipas lokalizimit të hernisë inguinale.....	31
Figure 7: Paraqitja grafike e pacientëve me herni inguinale sipas grupmoshës.....	33
Figure 8: Shpërndarja e pacientëve sipas vendbanimit	34
Figure 9: Paraqitja grafike e pacientëve sipas inkarcerimit të hernisë inguinale.....	35
Figure 10: Paraqitja grafike e pacientëve sipas kohezgjatjes së hospitalizimit	37

Lista e tabelave

Tabela 1: Numri i pacientëve me hernie inguinale sipas gjinisë	30
Tabela 2: Paraqitja tabelare e pacientave sipas lokalizimit të hernisë inguinale	31
Tabela 3: Struktura e pacienteve me herni inguinale sipas moshës dhe gjinisë	32
Tabela 4: Paraqitja tabelare e pacientave sipas vendbanimit të tyre	34
Tabela 5:Struktura e pacientave sipas inkarcerimit të hernisë inguinale.....	35
Tabela 6: Paraqitja tabelare në bazë të kohëzgjatjes së hospitalizimit	36

1. HYRJE

Fjala hernie vjen nga fjala greke “hernios”, që do të thotë syth, bulë, shpërthim, dalje rrupture ose çarje e një pjese ose të një strukture. Hernia është një nga problemet më të zakonshme kirurgjikale në fëmijëri në mbarë botën. Hernia është një gjendje në të cilën një organ ose një pjesë e organit depërton në një hapësirë tjetër të trupit përmes një pike të dobët ose përmes një defekti.

Shpesh herë herniet nuk kanë simptoma a fare pak të tilla. Pacienti ose prindi i tij mund të vërejnë një enjtje ose “gjëndër” në barkun e tij tek regjioni abdominal, ose nën vete. Kjo fryrje mund të zhduket në momentin që pacienti shtrihet dhe nuk sforcohet. Kur pacienti të kollitet ose të merret me aktivitet fizik atëherë shfaqet prapë. (Gjata, 2015).

1.1 Llojet e hernive

Varësisht se në cilën pjesë të trupit gjendet defekti apo pika e dobët që lejon kalimin e organeve apo pjesëve të organit nga vendi i tyre normal në një hapësirë tjetër të trupit (në të cilën nuk e kanë vendin), ashtu dallojmë edhe tipe të ndryshme të hernive. Në vazhdim po paraqesim disa nga tipet e ndryshme të hernive:

1. ***Hernia umbilikale (e kërthizës)*** – defekti gjendet në anulusin umbilikal dhe për pasojë gjatë sforcimit vjen deri te migrimi i ansave të zorrëve nga hapësira e barkut, përmes anulusit umbilikal, jashtë barkut dhe nën lekurën e kërthizës. Ndonjëherë defekti mund të jetë i lokalizuar pak më lart nga anulusi umbikal dhe atëherë quhet herni supraumbilikale.

Manifestohet me fryrje të regjionit të kërthizës gjatë sforcimeve si kollitja, kërcimi, vrapimi etj. Kur pacienti pushon e fryra zhduket sepse zorrët rikthehen në hapësirën e barkut. Pacienti nuk ka dhimbje dhe as ankesa të tjera.

Në rast të inkarcerimit – bllokimit të hernisë, ansat e zorrëve që kanë dalë përmes anulusit umbilikal bllokohen dhe nuk mund të rikthehen në abdomen prandaj pacienti ka dhimbje, vjellje dhe kjo paraqet urgjencë kirurgjike.

2. ***Hernia epigastrike*** – defekti është i lokalizuar ne regjionin epigastrik të murit të përparmë abdominal dhe zakonisht përgjatë vijës së mesme (linea alba).

3. ***Hernia inguinale*** – lokalizohet në regjionin inguinal. Zorrët, omentumi i madh ose vezorja te femrat e leshojnë abdomenin përmes defektit të murit abdominal e shkaktuar nga dobësia e muskulaturës. Ky lloj defekti shfaqet kryesisht tek të rriturit, gratë që kanë patur shumë lindje etj. dhe quhet herni inguinale direkte.

Te fëmijët kryesisht haset hernia inguinale indirekte dhe nuk ka të bëjë me dobësinë e muskujve të murit të barkut por ndërlidhet me mosmbylljen e processus vaginalis peritonei (zgjatimi vaginal i peritoneumit) që për pasojë hapësira e barkut nuk është e mbyllur komplet por përmes këtij zgjatimi komunikon me regjionin inguinal ose edhe skrotumin te djemtë (qesja në të cilën gjenden testiset) apo labiumet e mëdha të vulvës te vajzat.

Hydrocella – është grumbullim i lëngut perreth testiseve, i cili lëng vjen nga hapësira e abdomenit përmes procesit vaginal të peritoneumit. Etiopatogjeneza është e njëjtë me herninë inguinale por dallimi qëndron te fakti se te hernia procesi vaginal i peritoneumit është më i gjerë dhe lejon kalimin e zorrës, ndërsa te hydrocella procesi vaginal është i ngushtë dhe nuk lejon kalimin e zorrës por vetëm të lëngut nga abdomeni.

4. ***Hernia femorale*** - lokalizohet pak më poshtë se hernia inguinale dhe defekti gjendet në regjionin femoral.

5. ***Hernia diafragmale***–defekti lokalizohet në diafragmë dhe për pasojë organet abdominale si zorrët e holla, zorra e trashë (koloni), lukthi dhe shpretka depërtojnë nga hapësira e barkut në hapësirën e gjoksit (kaviteti torakal).

Hernia torakale mund të jetë e fituar si pasojë e ndonjë traume që ka shkaktuar çarjen apo defektin ne diafragmë ose mund të jetë e lindur (hernia diafragmale kongjenitale) ku defekti në diafragmë është i bashkëlindur. Tipi kongjenital i hernisë ndodh më tepër në anaën e majtë dhe shoqërohet me mos zhvillim të

mushkërisë së majtë për shkak se organet abdominale kanë qendruar prej fillimit në toraks dhe i kanë zënë hapësirën e mushkërisë.

6. **Discus hernia** – është herni që ndodh në nivele të ndryshme të shtyllës kurrizore (më tepër në pjesën lumbale) dhe shkaktohet si pasojë e dëmtimit të diskut intervertebral që ka për pasojë depërtimin e një pjesë të diskut në hapësirën e kanalit spinal dhe shtypjen e palcës kurrizore ose të nervave të caktuar spinal. Manifestohet me dhimbje të forta dhe mpirje.
7. **Hernia incizionale** – shfaqen në vendin e plagës operative, pas ndonjë intervenimi kirurgjik, si rezultat i mosngjitjes së mirë të shtresave të murit abdominal në vendin e incizionit. Të tilla janë p.sh. hernitë lumbale (në vendin e një lumbotomie), ose hernitë tjera kudoqoftë në murin e abdomenit.

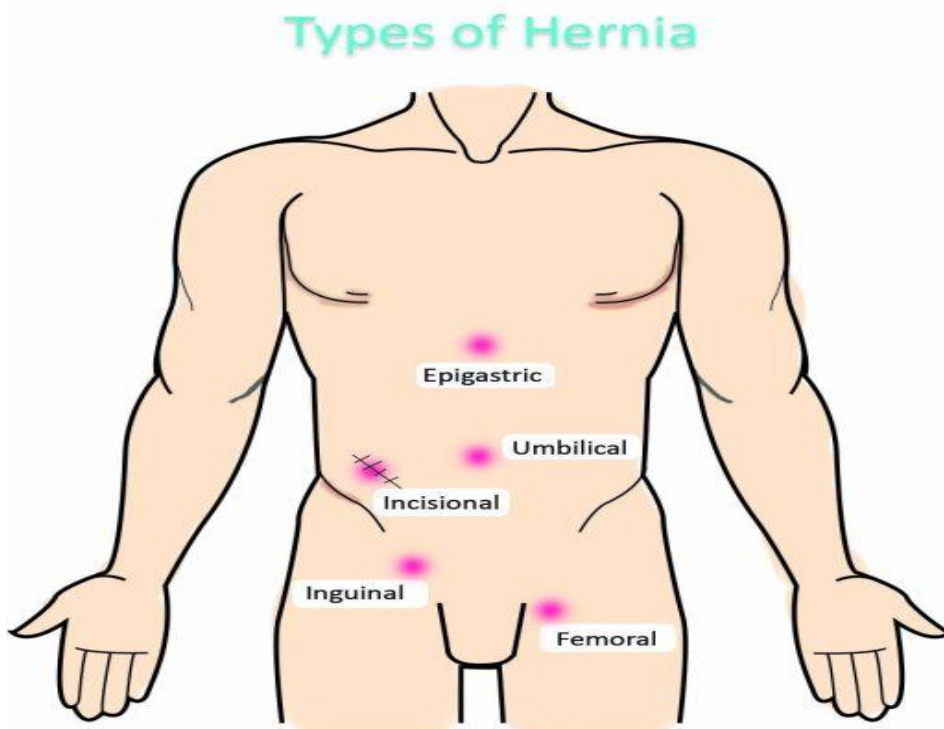


Figura1: Tipet e hernive

(Huazuar nga: <https://www.keyholeclinic.in/hernia/best-hernia-treatment-center-kochi/>)

1.2 Anatomia dhe elementet përbërëse të kanalit inguinal

Kanali inguinal është një kanal në fundin anësor të barkut me një gjatësi 2 dhe 4 cm, nëpër të cilin kalon tek meshkujt funiculus spermaticus, ndërsa tek femrat ligamentum teres uteri. Kanali inguinal vendoset në pjesën e poshtme të murit abdominal anterior, në rrëzën e kofshës, mbi ligamentum inguinale Pouparti. Ai ka drejtim oblik, nga sipër poshtë, nga jashtë brenda ose nga ana laterale në anën mediale dhe nga prapa përpara. Kanali inguinal ka katër mure: anterior, posterior, superior dhe inferior, si dhe ka dy anuluse: anulus internus dhe anulus externus. (Gjata, 2015)

- **Muri i përparshëm** është aponeuroza e muskulit oblique externus abdominis, pa fibra muskulore dhe në pjesën e jashtme të tij musculus oblique internus abdominis.
- **Muri posterior** formohet në një pjesë të vogël të rasteve vetëm nga fascia transversalis, kurse në një numër shumë më të madh të rasteve në pjesën e jashtme ose laterale përforcohet edhe nga aponeuroza e musculus transversus abdominis, ndërsa medialisht nga aponeuroza e musculus obliquus internus abdominis, nga Falx aponeurotica inguinalis dhe ligamentum interfeveolare Hasselbach.
- **Muri i sipërm** formohet nga arcus muscularis i përbërë prej fibrave muskulore të harkuara të margo inferior të musculus obliquus internus abdominis dhe nga fibra muskulore dhe aponeuroza e musculus transversus abdominis, që medialisht përfundojnë në zonën bashkuese ose në një ligament të përbashkët në tuberculum pubicum.
- **Muri i poshtëm** formohet nga ligamentum inguinale Pouparti, madje në pjesën mediale ose të brendëshme të këtij muri merr pjesë edhe ligamentum lacunare Gimbernat.

1.3Hernia inguinale tek foshnjat dhe fëmijët

Hernia inguinale mund të jetë një gjendje e zakonshme që kërkon riparimin kirurgjikal brenda hapësirës kohore së moshës pediatrike dhe është një nga të gjitha procedurat kirurgjikale më të shpeshta të kryera në të gjithë botën. Incidenca e hernive është afërsisht tre deri në pesë në foshnjat e sapolindura dhe trembëdhjetë në foshnjat para lindjes. Incidenca është më e larta gjatë vitit të parë të jetës me një kulm gjatë muajit të parë. (Alam et al, 2013)

Hernia dhe hidrocela diagnostikohen nga një anamnezë e kujdesshme dhe diagnostikimi fizik. Një histori e një fryrjeje të përhershme në zonën e ijeve, labias ose skrotumit duhet të konfirmohet duke ekzaminuar fëmijën në këmbë, ndërsa sforcohet ose qan, ose duke bërë presion në bark. Kur nuk shihet ndonjë fryrje, trashja e prekshme e kordonit spermatik ka mbi 90% ndjeshmëri dhe specifike për praninë e një hernie inguinale(Brandt, 2008).

Aktualisht hernia inguinale trajtohet me intervenim kirurgjik efektiv (të planifikuar) dhe në shumicën e vendeve të botës janë operacione ditore. d.m.th. pacienti lirohet në shtëpi disa orë pas intervenimit kirurgjik. Kështu, profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet t'u sigurojnë pacientëve kujdesin më efektiv dhe intensiv gjatë qëndrimit relativisht të shkurtër në spital(Moss et al, 2001)

Shërimi spontan i hernisë inguinale nuk mund të ndodh dhe për këtë arsye duhet të riparohen në mënyrë kirurgjikale menjëherë pas diagnozës.Trajtimi përfundimtar për hernin inguinale është operacioni i hershëm, një herniotomi. Kjo do të zvogëlojë rreziqet e inkarcerimit me ndërlikimet e tij shoqëruese. Që këto komplikime të shmangen, diagnostikimi në kohë dhe teknika operative janë të rëndësishme(Abantanga et al, 2011).

Foshnjat e lindura para kohe kanë më shumë të ngjarë të zhvillojnë hernie, kështu që shumica e qendrave pediatrike riparojnë të gjitha herniet e parakohshme të foshnjave para se të dalin nga spitali nëse rreziku i anestezisë është i ulët. Përndryshe foshnja mund të kthehet në nevojë për operacion urgjent me një rrezik më të lartë të ndërlikimeve kirurgjikale dhe anestetike.

Hernia inguinale e inkarceruar: Një hernie e inkarceruar ndodh kur indet ose organi bllokohen brenda keses herniale dhe nuk kthehen prapa. Kjo quhet hernia inguinale e inkarcenuar (hernia e burgosur) dhe kërkon kujdes mjekësor të menjëhershëm.

Një hernie e inkarcenuar çon në ënjtjen e organit të inkarceruar dhe kjo mund të ketë për pasojë strangulimin, ku rrezikohet furnizimi me gjak i organit të inkarcenuar. Fëmija mund të ketë dhimbje, gjithashtu fryerja mund të bëhet shumë e fortë dhe mund të bëhet ngjyrë të kuqe.

Organi i inkarceruar nuk mund të shtyhet përsëri në zgavrën e tij origjinale dhe këto gjendje janë urgjenca kirurgjikale dhe duhet sa më shpejtë të konsultohet kirurgu i fëmijëve..

1.4 Epidemiologjia

Herniet inguinale shfaqen në 1-3% të popullsisë të fëmijëve të shëndetshëm. Zhvillohen 10herë më shumë tek foshnjat e lindura para kohe, dhe gjithashtu raporti është 10herë më i lartë tek djemtë se sa tek vajzat. Përafërsisht 5% e të gjithë meshkujve zhvillojnë një hernie gjatë jetës së tyre.

Në përgjithësi 60% e hernieve ndodhin në anën e djathtë, 30% në anën e majtë dhe vetëm 10% në të dy anët. Rekomandohet që fëmijët që kanë hernie në të majtë të kontrollohen për hernie në të dy anët sepse 60-70% e popullsisë së përgjithshme të fëmijëve që kanë hernie inguinale në zonën e majtë kanë gjithashtu dhe në anën e djathtë.

Llojet e hernies që shfaqen më shpesh gjatë fëmijërisë janë: hernia inguinale, hernia kërthizës (umbilikale) dhe hernia epigastrike.

Një studim që e vleroi incidencën e hernies inguinale tek pothuajse 800000 fëmijë, dhe zbuloi se incidenca kumulative e saj nga lindja e deri në moshën 15vjeç ishin te meshkujt 6.62% dhe te femrat 0.74%.

Incidenca e hernies inguinale tek meshkujt ka një shpërndarje me dy kulme 0-1 vjeç dhe pastaj mbi 40 vjeç.

1.5 Etiopatogjeneza

Etiopatogjeneza e hernies inguinale te fëmijët është e lidhur me zbritjen (descensus) të testisit nga hapësira abdominale në skrotum te djemtë. Testiset zhvillohen në hapësirën e barkut gjatë jetës intrauterine dhe në muajt e fundit të jetës intrauterine ato zbresin në skrotum përmes kanalit inguinal. Gjatë zbritjes në skrotum ato marrin me vete një pjesë të peritoneumit (zgjatimi vaginal i peritoneumit) i cili mbyllet spontanisht pasi të ketë përfunduar zbritja e testisit. Një hernie inguinale te fëmijët ndodh për shkak të mos mbylljes spontane të zgjatimit vaginal të peritoneumit dhe për pasojë hapësira e barkut komunikon me regjionin inguinal, gjë që normalisht nuk duhet të ndodh.

Te vajzat nëpër kanalën inguinal kalon një ligament i mitrës që ngjitet nga prapa buzëve të mëdha të vulvës.

Këto hernie quhen herni inguinale indirekte dhe dallojnë nga hernitë e të rriturve sepse nuk janë të shkaktuar nga dobësia e muskujve të murit abdominal, siç ndodh tek të rriturit (herni direkte), por shkak është tek mosmbyllja e processus vaginalis të peritoneumit siç u përshkrua më sipër.

Herniet inguinale ndodhin më shpesh tek foshnjat që lindin para kohe. Gjithashtu herniet janë më të zakonshme tek fëmijët që kanë:

- Një prind ose vëlla (motër) i cili ka pasur hernie si foshnje,
- Fibroza cistike,
- Displazia e zhvillimit tënyjes së kofshës
- Testikuj të pa zbritur,
- Probleme me uretrën.

Situata të tjera që favorizojnë shfaqjen e hernive janë edhe gjendjet në vazhdim:

Traumat. Traumat abdominale shoqëruara me demtime serioze të strukturave anatomike të paretit abdominal, me dëmtime indore të renda, vaskulare dhe nervore, sensore dhe motore, si dhe ndërhyrjet kirurgjikale me infeksion plagë dhe reaksion fibrocitik mjaft të

shprehur japin ulje të aftësisë kontraktuese muskulore dhe bëhen shkak për lindje të hernieve.

Operacionet e mëparshme. Incizionet kirurgjikale duhet të jenë sa më pak traumatike, e të presin sa më pak struktura muskulore, vaskulare dhe nervore. Teknika e saktë e mbylljes së plagës operatore me një shtrese jep më pak hernie. Duhet të eliminohen suturat në afersi dhe me tension.

Mosha. Siq u tha tek epidemiologjia e hernisë inguinale, shfaqja e hernisë inguinale tek meshkujt ka një shpërndarje me dy kulme 0-1 vjeç dhe pastaj mbi 40 vjeç.

Në moshën e vjetër hernia haset më shpesh për shkak të dobësisë, të plakjes, hipotonisë e hipotrofinisë biologjike të strukturës muskuloaponeurotike e fasciale të paretit abdominal nga predominimi i proceseve fibrosklerotike në të gjithë organizimin. Në këto kushte paretit abdominal nuk mund ti bëjë ballë presionit të shtuar intra-abdominal nga prania e një faktori herniogjenik.

Gjinia. Hernia inguinaleshfaqet në të dy gjinitë, por më shpesh në gjininë mashkullore. U tha më heret se raporti i incidencës së hernisë inguinale është 10 herë më i lartë tek djemtë se sa tek vajzat.

Historia familjare. Hernia inguinale nuk është sëmundje e trashëguar. Hernia mund të jetë kongjenitale (hernia zhvillohet prej lindjes) por nuk është e trashëguar nga prindërit. Sidoqoftë, në shumë studime gjenetike të autorëve të huaj ka rezultuar se ekziston një predispozicion familjar por ende nuk është e qartë se si transmetohet ai (Gjata, 2015).

1.6 Anamneza

Hernia inguinale paraqet seri spektrash, nga gjetjet aksidentale të simptomave herniare te urgjencat kirurgjikale si inkarcerimi e strangulacioni sakusit herniar. Herniet asimptomatike diagnoztkohen gjatë ekzaminimit fizik ose tërheqin vëmendjen e pacientit si një fryerje anormale. Këto mund të identifikohen gjatë një procedure laparoskopike intra-abdominale.

Inspeksioni i pelvisit i ndjekur nga lëvizja e intestinit në abdomenin e sipërm do të shfaq orificiumin myoperctineal që krijon hernien direkte, indirekte ose femorale.

Pacientët që prezantohen me simptoma të hernies inguinale përgjithësisht kanë dhimbje në regjionin inguinal. Rrallë pacientët mund të paraqiten me simptoma ekstrainguinale si ndryshime në normalitetin e vezikës urinare dhe të urinimit. (Lau, Y., 2002) Në varësi të madhësisë së hernia inguinale mund të ushtrojë presion mbi nervat në afërsi duke sjellë një zmadhim të gamës simptomatike. Këtu përfshihen shtrëngimi i gjeneralizuar, dhimbje e mprehtë lokale dhe dhimbje që pacienti e referon. Shtrëngimi ose ndjenja e shtypjes në regjionin inguinal janë ankesa të zakonshme, zakonisht në mbyllje të një dite me aktivitet të zgjatur fizik. Dhimbjet e mprehta na ndikojnë në qoftë se është cënuar nervi dhe kjo nuk është e lidhur me aktivitetin fizik të përformuar nga pacienti.

Dhimbjet neurogjenike mund të referohen në skrotum, testikuj dhe kofshë (në pjesën e brendëshme). Duhet bërë pyetje për të ndriçuar simptomatikën ekstainguinale. Një konsideratë e veçantë në historinë e sëmundjes që merret nga pacienti mund ti jepet kohëzgjatjes dhe progresivitetit të simptomave.

INGUINAL HERNIA IN CHILDREN

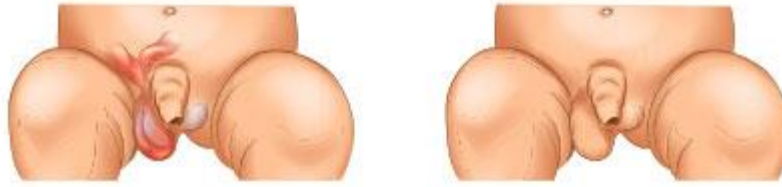


Figure 2: Hernia inguinale

(Huazuar nga : <http://www.southernngem.in/inguinal-hernia.php>)

Herniat rrisin madhësinë dhe përmbajtjen me kalimin e kohës. Shumë rrallë mund të ndodhë që një pacient të prezantohet me histori të një hernie akute inguinale. Ka më shumë mundësi që një hernie inguinale asimptomatike e njohur/ekzaminuar më përpara të bëhet e evidente kur pacienti përjeton situata të caktuara si aktiviteti i fuqishëm fizik.

Palpacioni realizohet duke futur gishtin tregues të dorës së djathtë në anulus inguinalis extrenus dhe më thellë në canalis inguinalis deri në anulus internus dhe i thuhet të sëmurit të kollitet ose të shtrëngohet (prova Valsalves)(Gjata, 2015).

Gjatë kollitjes masa herniare e futur në anulus inguinalis internus, rrëshqet në canalis inguinalis dhe bën presion mbi majen e gishtit tregues(Rowe et al, 2008). Tërheqja graduale e gishtit tregues ndiqet nga presioni i butë i masës herniare mbi të, duke bërë përpjekje për të dalë në anulus extern. Sipërfaqja e lëmuar e masës herniare, konsistenca e butë dhe elastike gjatë palpacionit dhe pa dhimbje, kur në sakus janë futur ansat intestinale.

Nëse në të është i pranishëm omentum preken kokrrizat e epiplonit. Kur në sakus ndodhet vezika urinare dhe nëse ndodhen organet gjinitale femërore të brendshme rritet volumi i masës herniare gjatë menstracioneve dhe i sëmuri paraqet çrregullime urinare.

Ekzaminimi i pjesëve kontrolaterale i lejon doktorit të krahasojë shtirjen hernieare ndëmjete kraheve. Kjo është veçanërisht e përdorshme në rastet e hernieve të vogla. Madhësia e fryrjes në pjesën e prekur mund të krahasohet me pjesën e paprekur të muskulit kur abdomeni është i tendosur. (Rowe et al, 2008) Disa teknika të ekzaminimit fizik janë përdorur për të diferencuar hernien direkte nga ajo indirekte.

Testi i Okluzionit Inguinal kryhet duke vendosur gishtin tregues mbi anulusin intern inguinal dhe pacienti instruktohet të kollitet. Nëse impulsi i kollitjes është i kontrolluar atëherë hernia është indirekte (Gjata, 2015). Nëse impulsi i kollitjes vazhdon hernia është direkte. Gjithashtu vendosja e një gishti në kanal inuinal mund të përdoret së bashku me impulsin e kollës për të përcaktuar tipin e hernies. Nëse impulsi i kollës ndihet në majën e gishtit kemi hernie indirekte. Nëse ndihet në pjesën dorsale të gishtit kemi hernie direkte. Sidoqoftë kur rezultatet e diagnozës gjatë ekzaminimit klinik krahasohen me gjetjet gjatë operacionit kanë një probabilitet të lartë për të ndryshuar (50%) nga diagnoza e saktë e tipit të hernies (Koga et al, 2003). Nga kjo dalim në përfundim që këto teknika nuk duhen përfomuar për të përcaktuar tipin e hernies por vetëm për të përcaktuar nëse kemi apo jo ekzistencë të saj.

1.7 Diagnoza diferenciale

Ne duhet të jemi të kujdesshëm në vendosjen e diagnozës së hernies inguinale dhe në të gjitha rastet që nuk jemi të sigurtë duhet të kemi parasysh edhe patologjitë e tjera që kanë pak a shumë të njëjtat shfaqje klinike me hernien inguinale. (Gjata, 2015)

Pra kur diagnoza është ambigue bëhen ekzaminime radiologjike për të vërtetuar atë. Patologjitë kryesore që duhet të kemi parasysh në kryerjen e diagnozës diferenciale për hernien inguinale janë:(Gjata, 2015)

1. Sëmundjet malinje, si: limfoma, sarcoma retroperitoneale, metastaza dhe tumoret e testikujve.
2. Varikocela. Epididimitis, torsioni testikular, testikuj ektopik, hydrocelë, tekstikul i padiferencuar.
3. Hidroadenite.

4. Limfonoduj, ciste sebace.
5. Ciste të duktusit të “Nuch” (femrat).
6. Hematoma.
7. Abscese të regjionit inguinal.

1.8 Imazheria

Në shumicën e rasteve mjafton ekzaminimi klinik për të vendosur diagnozën e hernisë inguinale. Fryerja e regjionit inguinal gjatë sforcimit dhe zhdukja e fryrjes kur fëmija relaksohet është e mjaftueshme për të vendosur diagnozën e hernisë inguinale. Në rastet kur kemi dyshime për vendosjen e diagnozës së hernies inguinale, herniet që nuk vërehen në ekzaminimin fizik, mund të përdorim imazherinë. Më shpesh përdoret Echo, ndërsa CT-scanner dhe MRI rezonanca magnetike shumë rrallë. Secili nga këto ekzaminime ka avantazhet dhe disavantazhet e veta. (Gjata, 2015)

Echo-ja është ekzaminimi më pak invaziv për pacientët e s’futen në radiacion. Strukturat anatomike duken më qartë nga prezenca e kockave por që gjithësesi janë pak në kanalin inguinal, strukturat e tjera si vazat epigastrike inferiore përdoren të përcaktojnë anatominë inguinale. (Gjata, 2015)

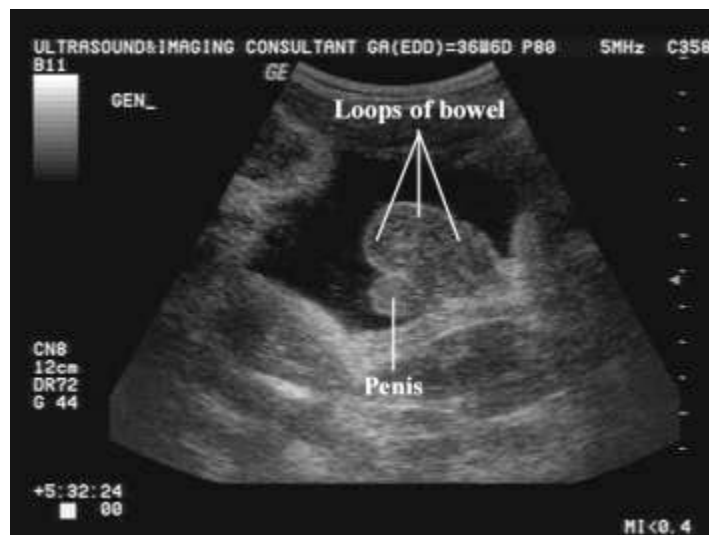


Figure 3: Ekoja e hernies inguinale

(Huazuar nga <http://4.bp.blogspot.com/bVZLT5TfVvY/VBUMDF332YI/AAAAAAAAAEpY/NHRq-6Ljiw/s1600/image004.jpg>)

Presioni pozitiv intra-abdominal përdoret të nxjerrë përmbajtjen herniare të abdomenit. Lëvizja e kësaj përmbajtje është esenciale për të bërë diagnozën me echo e mungesa e saj mund të çojë në një rezultat fals negativ.

CT-scanner dhe MRI rezonanca magnetike prodhojnë imazhe statike që të bëjnë të aftë të përshkruash anatominë inguinale dhe jo vetëm të përcaktosh prezencën e hernies por edhe të bësh diagnozë diferenciale. CT-scanner është më i përdorshëm në rastet e dyshimta klinike (Gjata, 2015). Sidoqoftë, tek fëmijët këto metoda diagnostike përdoren shumë rrallë për faktin se CT e ekspozon fëmijën ndaj rrezatimit jonizues, ndërsa MRI kërkon që fëmija të futet në anestezi.

1.9 Trajtimi i hernieve inguinale

Trajtimi i hernieve inguinale në vitet e fundit i është nënshtruar një debati të përsa i përket rezultateve me metodat tradicionale dhe nëse duhet kryer që në fillim një trajtim kirurgjikal apo nëse ka raste në të cilat pacienti mund të presë duke i'u nënshtruar një kontrolli të vazhdueshëm.

Ndërhyrja kirurgjikale ka qenë dhe është metoda radikale e trajtimit të të gjithë llojeve të hernieve të rrëzës së kofshës reponibile dhe të inkarceruara.

Hernia inguinale është defekti më i zakonshëm me të cilin përballet kirurgu pediatrik. Besohet që këto hernie zhduken shumë rrallë, prandaj për këtë arsye praktikisht të gjitha duhet të riparohen përmes intervenimit kirurgjik. Përparimi në teknikat kirurgjike kanë sjellë rritjen e numrit të foshnjëve dhe fëmijëve të operuar, uljen e komplikimeve dhe vdekshmërisë.

Tek fëmijët nuk përdoren materialet prostetike por reparimi kirurgjik i hernisë inguinale konsiston në mbylljen e procesit vaginal të peritoneumit (herniotomia).

Në rastet e ndërhyrjeve operative duhen marrë në konsideratë disa çështje për arritjen e efekteve të dëshiruara, si: koha optimale e ndërhyrjes pas diagnostikimit, intolerancën ushqimore, llojin e anestezisë dhe nevojën për vendosjen në oksigjen pas ndërhyrjes.

Teknikat operative tek të rriturit zakonisht ndahen në dy grupe: teknikat pa materiale protetike dhe ato me materiale protetike (përdorimi i rrjetës apo materialeve tjera për të përforcuar vendin e defektit).

Shkalla e përsëritjes së hernisë inguinale (hernia inguinale recidivante) te fëmijët pas operimit sillet rreth 1%, që do të thotë se një në 100 fëmijë të operuar nga hernia inguinale do të shfaqet përsëri hernia dhe do të ketë nevojë për ndërhyrje kirurgjike të sërishme. Në rast të operimeve urgjente për shkak të hernisë inguinale të imkarceruar kjo incidencë shtë akoma më e lartë.

2 SHQYRTIMI I LITERATURËS

2.1 Disa klasifikime të hernisë inguinale

Ekzistojnë disa klasifikime mbi herniet inguinale, si ai i Harkins, McVay, Casten, Gilbert-Rutkoë, Robbins, etj, të cila ndihmojnë në standardizimin e rezultateve të hernieve të ndryshme por deri tani përdorimi klinik i tyre është i kufizuar. Një klasifikim i ndan herniet në varësi të pozicionit si: direkte, indirekte dhe femorale, por një klasifikim i tillë nuk është i plotë duke qenë se nuk merr parasysh kompleksitetin e hernieve. Fuchaud doli në përfundimin se një pikë e dobët e përbashkët, fascia transversale, predisponon në krijimin e të tre llojeve. Me trajtimin dhe rikonfigurimin e kësaj zone ripërsëritja e kësaj hernie ulet. Një klasifikim ideal mund të ishte i aftë të bënte preoperatorisht shtresëzimin e hernies dhe të lejonte përcaktimin e mënyrës më të saktë të trajtimit dhe jo marrjen e vendimeve në sallën operatore më fushën operatore të hapur.

Ndërsa klasifikimi preoperator bazohet në ekzaminimin fizik. Klasifikimi intra-operator është gjithashtu i komplikuar pasi shumë komponente të hernies inguinale nuk mund të vlerësohen me metodën laparoskopike. Klasifikimi i llojeve të ndryshme të hernieve ndihmon për të zgjedhur më mirë dhe për të përdorur më drejtë një teknikë operative rezultative.

Ndërsa klasifikimi i Gilbert kërkon vlerësimin intraoperator dhe ndan hernien në 5 tipe, 3 indirekte dhe 2 direkte.(Gjata, 2015)

Classification for Inguinal Hernias

TYPE	1	2	3	4	5
Internal Ring	<IFB	IFB	>IFB	Norm	Norm
Peritoneal Sac	Y	Y	Y	N	N
Canal Floor	I	I	DES	DES	DES (IFB)




Figure 4: Klasifikimi i Gilbert

(Huazuar nga: https://humasidikabbekasi.files.wordpress.com/2014/05/pit1_hernia_dr-gunadi-petrusspb.pdf)

*Indirekte:

- a) E vogël;
- b) Mesatare
- c) E madhe

*Direkte:

- a) E gjithë hapësira
- b) Divertikulare
- c) Kombinuar
- d) Femorale

Tipi 1 (a) ka një unazë të vogël interne.

Tipi 2 (b) ka një unazë interne të dilatuar në mënyrë të moderuar.

Tipi 3 (c) ka një unazë më të madhe se 2 gishta.

Tipi 4 (d) hernie direkte e përfshirë në destruktimin e gjithë hapësirës.

Tipi 5 (c) përfaqëson hernie direkte me një divertikul të vogël të hapur jo më shumë se 1 gisht.

Ruthow dhe Robbins më vonë e zgjeruan klasifikimin e Gilbert duke përfshirë hernien e kombinuar tipi 6 (f), që është kombinimi i një sakusi të hernies direkte dhe indirekte dhe tipin 7 (g) që është hernie femorale.

Sistemet e ardhshme të klasifikimit duhet të marrin parasysh lehtësinë e përdorimit, objektivitetin dhe numrin e variacioneve anatomike ndërmjet kirurgjisë së hapur dhe laparoskopike.

2.2 Roli i infermieres në përkujdesjen e fëmijëve me herni inguinale

Kujdesi infermieror është kujdesi për njerëzit si një qenie e tërë në lidhje me përkrahjen shëndetësore, ruajtjen e shëndetit, mëkëmbjen e tij dhe vdekjen. Infermieristika konsiderohet si arti më i vjetër dhe profesioni më i ri.

Sipas Këshillit Ndërkombëtar i Infermierëve, përgjegjësia e infermierëve, konsiston në:

- Promovimin e shëndetit
- Parandalimin e sëmundjes
- Ruajtjen dhe rifitim të shëndetit
- Pakësimin e dhimbjes.

Qëllimi i komunikimit në kujdesin dhe sigurinë e pacientit:

- Për të zgjidhur problemin
- Për të shmangur shqetësimin
- Për të marrë informata
- Për të hequr merakun

Pasi pacienti paraqitet në klinikë merret historia e plotë shëndetësore e tij:

- Duhet pyetur prindërit nëse fëmija vuan nga sëmundje të tjera
- Pyetet prindi nëse fëmija ka kryer ndërhyrje kirurgjikale të mëparshme.

- Të informohemi për të gjitha medikamentet që përdor pacienti, pasi disa prej këtyre medikamenteve mund të jetë e nevojshme të nderpriten para ndërhyrjes kirurgjikale.
- Duhet të informohemi nëse pacienti bën aktivitete fizike pasi që herniet shtohen nga aktivitetet fizike të rënda.

2.2.1 Përgatitja preoperative e pacientit

Përgatitja para operacionit përfshin agjërimin për 6orë. Për tu ekspozuar më mirë Brenda operacionit dhe për të minimizuar rrezikun e dëmtimit të fshikëzës, fshikëza duhet të zbrazet para operacionit. (Jie et al, 2017)

Periudha preoperative është mjaft e rëndësishme për të vlerësuar statusin fizik dhe psikologjik të pacientit:

1. Duhet të bëhet një histori e plotë dhe një ekzaminim fizik i përgjithshëm i pacientit lidhur me prezencën e sëmundjeve tjera shoqeruese apo anomalive të lindura që mund të ketë femija.
2. Duhet të bëhet një vlerësim i detajuar i gjendjes së përgjithshme fizike dhe psikologjike, në mënyrë që të parandalohen komplikacionet postoperative. Në këtë kuptim është e nevojshme konsulta pediatrike preoperative dhe vizita preoperative e anesteziologut.
3. Bëhen analizat preoperative rutinore si hemogrami, koha e gjakderdhjes dhe koha e koagulimit, dhe eventualisht analiza të tjera që mund të kërkojë pediatri ose anesteziologu. Ekzaminimet tjera si EKG, Rtg pulmo etj. kërkohen vetëm në raste të veqanta.
4. Operacioni i hernisë është operacion ditor. Pacienti pranohet në Klinikë në ditën e intervenimit kirurgjik, ku bëhet matja antropometrike dhe bëhen përgatitjet e fundit preoperative, bëhet shënimi me marker në lëkurën e regjionit inguina ku duhet të operohet varësisht nga cila anë.

5. Vlerësohet vendi i shfaqjes së hernies, gjendja e përgjithshme e lëkurës, për shenja të mundshme të infeksionit.

2.2.2 Periudha Postoperatore

Periudha postoperative fillon me pranimin e pacientit në dhomën e rizgjimit dhe mbaron me arritjen e rezultateve të operacionit.

- 1) Funkcionet jetësore dhe psikologjike duhen mbrojtur derisa efektet e anesteziës të kenë mbaruar.
- 2) Dhimbja është prezente te pacientët postoperatorë, prandaj infermierja konsultohet me mjekun anesteziolog dhe fillon dhënia e analgjezikëve.
- 3) Vlerësohet niveli i vetëdijes së pacientit.
- 4) Mbahen në shënim parametrat vital dhe duhet të kontrollohen qdo 15minuta deri të stabilizohet gjendja e pacientit.

3 DEKLARIMI I PROBLEMIT

Hernia inguinale zë një vend të rëndësishëm për sa i përket numrit të operacioneve që kryhen. Në Amerikë kryhen rreth 800.000 operacione në vit. Kjo hernie përbën rreth 90% të hernieve abdominale. Në Kosovë gjithashtu sipas të dhënave të QKUK janë kryer 97 ndërhyrje operative brenda vitit 2020. Nga këto raste pjesa më e madhe e tyre kanë qenë meshkuj të moshës 1-5 vjeç, nga Rajoni i Prishtinës.

Zbulimi i hernias është me rëndësi të madhe, për shkak se mund të ndalohej furnizimi me gjak i një pjesë organi ose indi, që bllokohet nga hernia. Ndërhyrja në kohë, minimizon rezikun e komplikacioneve të tjera siç është iskemia dhe gangrena e organit të inkarceruar. Hernia shikohet si një problem urgjent dhe që duhet trajtuar sa më parë të jetë e mundur, prandaj dhe ky studim merr një rëndësi akoma më të madhe në vërejtjen e simptomave si dhimbje të forta dhe të menjëhershme, të vjella, kapslllek ose gazra dhe kur ajo bëhet më e fortë dhe sensitive.

3.1 Parandalimi i komplikimeve për shkak të inkarcenimit të hernisë

Prindërit duhet të informohen për shenjat e para të inkarcenimit të hernisë inguinale tek fëmijët të cilat janë:

- Shqetësimi dhe shprehja e dhimbjes nga fëmija.
- Kur fëmija befaz fillon të qaj pa arsye dhe nuk mund të qetësohet.
- Fryrja nuk kalon më.
- Fëmijët vjellin dhe e vjella është një shenjë serioze e sëmundjes.
- Refuzohet marrja e ushqimit.

Nëse prindërit vërejnë disa nga shenjat që cekëm më lart duhet të ndërmarrin disa masa në shtëpi:

- Duhet t'i vendosni fëmijës ndonjë jastëk të vogël posht plevikut me qëllim që të ngrejmë plevikun më lartë.

- Duhet të mundohen të qetësojnë fëmijën sepse sforçimi gjatë vajit e thekson më tepër masën e hernisë.
- Pasi që fëmija të qetësohet atëherë me një presion të lehtë me dorë duhet tentuar të rikthehet brenda përmbajtjen e hernisë.
- Nëse fryerja është e fortë, e dhimbshme dhe nuk kthehet brenda në abdomen me presion të lehtë atëherë fëmijë duhet dërguar urgjent te kirurgu i fëmijëve.

Prindi duhet të informohet se vonesa mund të ketë për pasojë gangrenën apo "kalbjen" e zorrës ose edhe të vezores te vajzat.

3.2 Kujdesi pasoperator në shtëpi

Infermierët duhet të inkurajonë prindërit të mbajnë foshnjën kur qan dhe gjatë ushqyerjes dhe duhet informuar fëmijës se duhet të shmangë shtyrjen, ngritjen dhe nuk duhet të përfshihet në aktivitete që kërkojnë shumë energji.

Gjithashtu duhet treguar prindërve se fëmijës nuk i duhet bërë dush i plotë por duhet të pastrohet me sfungjer të lagur deri sa incizioni të shërohet plotësisht. Ose mund te perdoren gaza rezistente ndaj ujit ne vendin e plages dhe femija mund te beje dush.

Duhet informuar prindërit se plaga duhet mbajtur e fashuar deri sa të shërohet plotësisht dhe gjithashtu duhet shpjeguar se si duhet vendosur pelena në mënyrë që të mos mbulojë incizionin.

Duhet shpjeguar prindërve se fëmijës i duhet një dietë e pasur në lëngje dhe proteina për të parandaluar kapsllëkun. Gjithashtu duhet qetësuar prindërit duke u shpjeguar atyre se normalisht fëmija e toleron mirë këtë lloj ndërhyrje dhe e kalon pa dëmtime. Gjithashtu është një nga ndërhyrjet më të shpeshta në moshat pediatrike.

Duhet sugjeruar prindërit që të lejojnë fëmijën që të ecë deri në banjo ose të ecë herë pas here nëpër dhomë sepse qëndrimi shtrirë favorizon grumbullimin e sekretit në rrugët e

frymëmarrjes dhe për pasoj nxit kollitjen. Dhe pastaj kollitja shkakton dhimbje në plagën operatore dhe shton tensionin në plagë.

4 METODOLOGJIA

Ky punim është një hulumtim retrospektiv i realizuar në kuadër të hulumtimit tim për temën e diplomës në nivelin bachelor. Metodologjia e përdorur për realizimin e këtij studimi është një gërshetim i shqyrtimit të literaturës dhe metodës sasiore, e cila ka patur për qëllim hulumtimin e të dhënave statistikore të pacientëve me hernie inguinale të cilët janë operuar gjatë vitit 2020 në Klinikën e Kirurgjisë së Fëmijëve në SHSKUK. Të dhënat e pacientëve janë marr nga protokoli operativ i Klinikës së Kirurgjisë së Fëmijëve ne SHSKUK, për periudhën Janar-Dhjetor 2020.

Të dhënat janë analizuar dhe janë sistemuar ne databazën ne Excel. Të dhënat e analizuara janë paraqitur në mënyrë tabelare dhe në grafikone me numrin e pacientëve dhe përqindjen.

Janë analizuar konkretisht të dhënat demografike si gjinia, moshë dhe vendbanimi dhe gjithashtu kohëzgjatja e hospitalizimit. Të gjithë pacientët janë ndarë në tre grup moshë:

0-5 vjeç, 5-10 vjeç dhe 10-16 vjeç dhe janë analizuar të dhënat e tyre.

5 REZULTATE DHE DISKUTIME

5.1 Struktura e pacientëve me herni inguinale sipas gjinisë

Sipas të dhënave statistikore të marra në QKUK, rezultojnë që gjatë vitit 2020 ka pasur 97 pacientë me hernie inguinale të cilët kanë kryer ndërhyrje kirurgjikale për trajtimin e saj apo herniotomi. Prej tyre 67pacienta (69%) ishin te gjinise mashkullore dhe 30pacienta (31%) ishin te gjinise femrore.

Tabela 1: Numri i pacientëve me hernie inguinale sipas gjinisë

Gjinia	Numri	%
Femra	30	31
Meshkuj	67	69
Totali	97	100

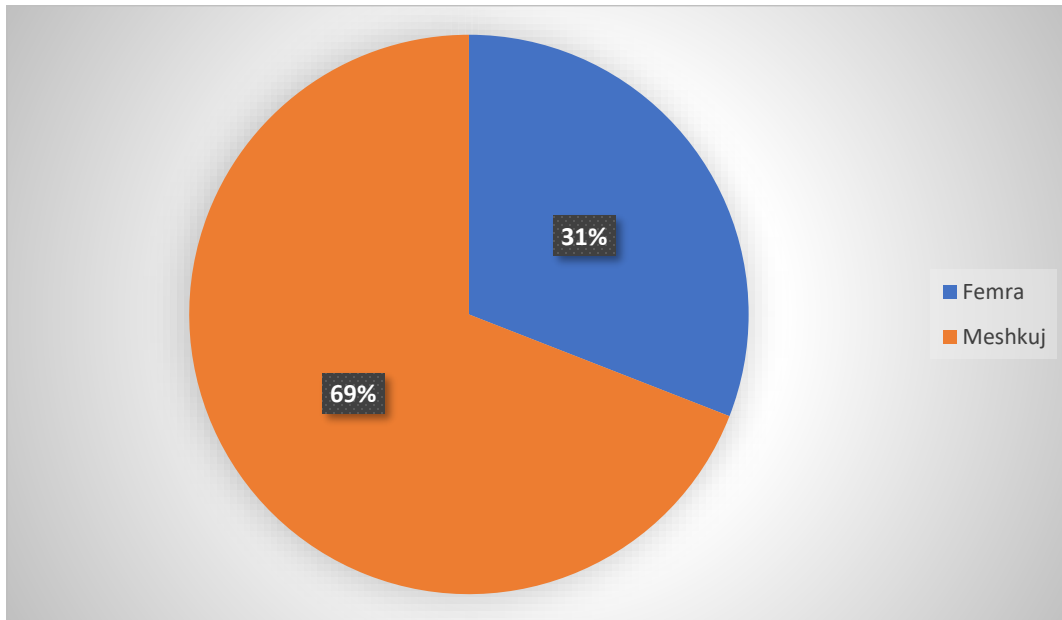


Figure 5:Struktura e pacienteve me herni inguinale sipas gjinisë

Siç shihet dhe nga grafiku më sipër, 31% e pacientëve të hospitalizuar me hernie inguinale, janë të gjinisë femërore dhe 69% e tyre të gjinisë mashkullore. Rezultatet tona konfirmojnë edhe një herë faktin që theksohet në literaturë se hernia inguinale te djemtë

është dukshëm më e shpeshtë se sa te vajzat, ndonëse në hulumtimin tonë kemi fituar përqindje më të lartë të vajzave se sa përqindja që haset në literaturë.

5.2 Struktura e pacientëve me herni sipas lokalizimit të hernisë inguinale

Në këtë punim kemi thënë që hernia lokalizohet në vendin që shfaqet, në anën e majtë, në anën e djathtë ose në të dy anët. Prandaj më posht do të paraqesim numrin e pacientëve në bazë të lokalizimit të hernisë.

Tabela 2: Paraqitja tabelare e pacientëve sipas lokalizimit të hernisë inguinale

Lokalizimi hernise	N	%
Në anën e majtë	33	34.02
Hernia në anën e djathtë	59	60.82
Në të dy anët	5	5.15
Totali	97	100

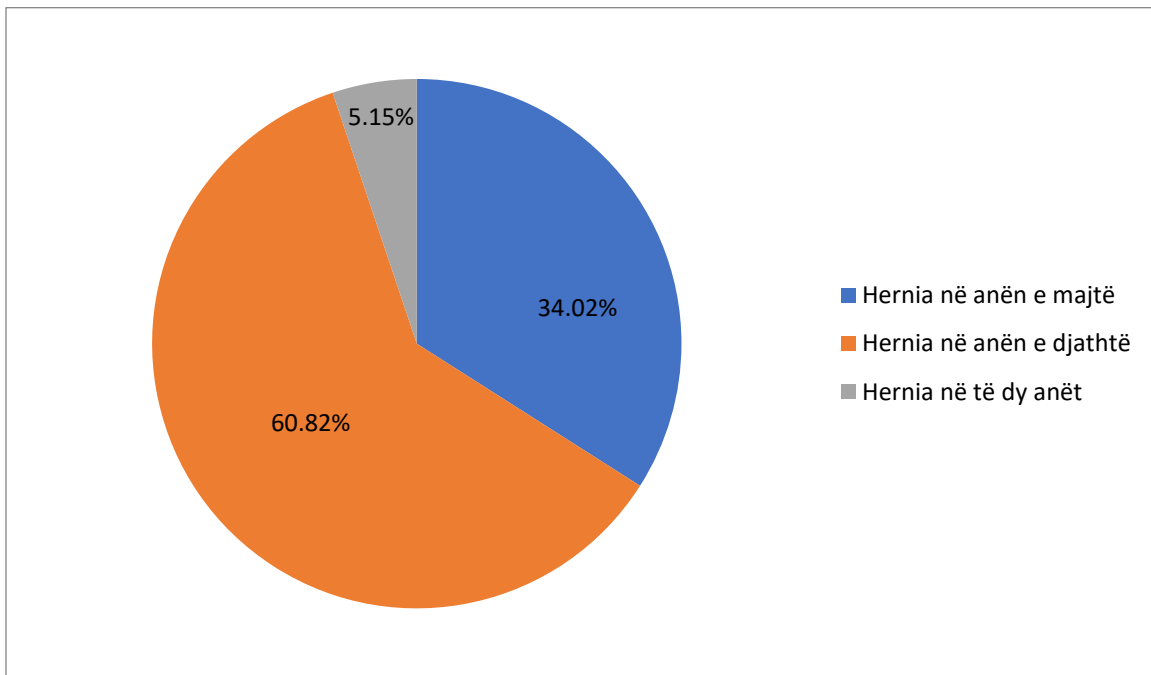


Figure 6: Paraqitja grafike e pacientëve sipas lokalizimit të hernisë inguinale.

Siç shihet dhe nga grafiku më sipër, 33pacientë ose 34.02% e pacientëve të hospitalizuar janë me hernie në anën e majtë, 59pacientë ose 60.82% e tyre hernie në anën e djathtë dhe 5pacientë ose 5.15% me hernie në të dy anët. Rezultatet tona konfirmojne edhe nje here faktin qe theksohet ne literature se hernia inguinale në anën e djathtë është dukshem më e shpeshte se sa hernia në anën e majtë dhe ajo në të dy anët.

5.3 Strukturta e pacientëve me herni inguinale sipas grupmoshës

Pacientet e operuar nga hernia ingunale janë grupuar në tre grupe sipas moshës së tyre. Grupmosha e parë përfshin fëmijët e operuar nga 0-5 vjeç, grupimi i dytë janë fëmijët e operuar nga 5-10 vjeç dhe grupmosha e tretë përfshin pacientët nga 10 deri 16 vjeç .

Më tujte kemi analizuar ndërlidhjen mes moshës dhe gjinisë së pacienteve me herni inguinale dhe kemi fituar rezultatet e paraqitura në vazhdim në tabelën 3.

Tabela 3: Struktura e pacientëve me herni inguinale sipas moshës dhe gjinisë

Grup mosha	Femër		Mashkull		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-5	12	12.3	47	48.4	59	60.7
5-10	11	11.3	14	14.4	24	25.7
10-16	7	7.2	6	6.1	13	13.3
Total	30		67		97	
%		31		69		100

Nga analizimi i të dhënave të paraqitura në tabelën 3 mund te shihet se në grupmoshën e parë dominojnë pacientët e gjinise mashkullore me gjithsej 47 pacientë ose (48.4%). Po ashtu ne grupmoshen e dyte kemi numer me te madh te pacientëve meshkuj ndaj atyre te

gjinise femrore me gjithsej 14 pacienta ose (14.4%). Te grupmosha e trete numri me i madh i pacientëve jane te gjinise femrore me gjithsej 7 pacientë apo (6.1%).

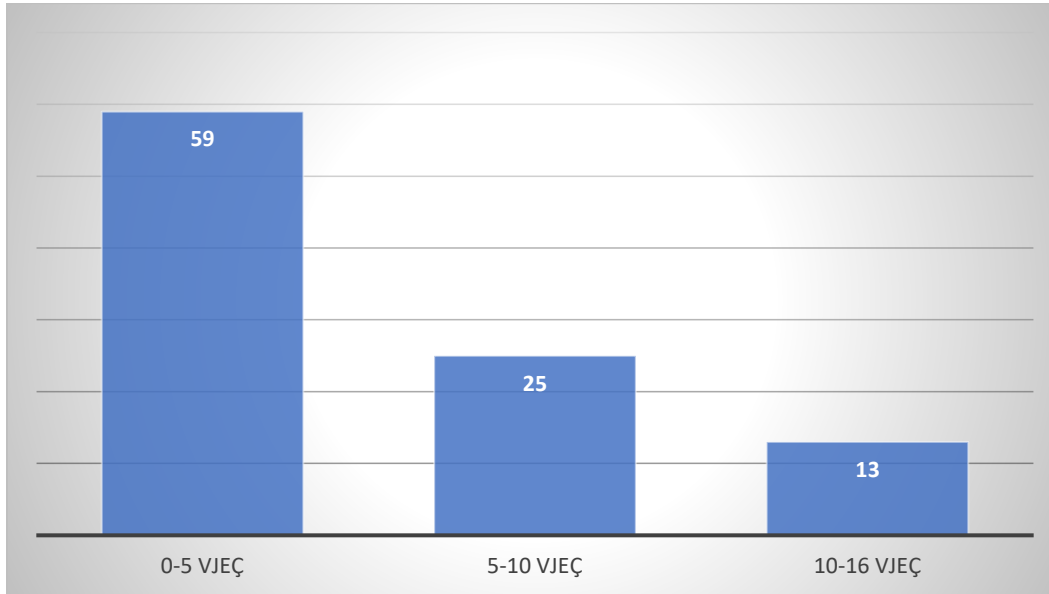


Figure 7: Paraqitja grafike e pacientëve me herni inguinale sipas grupmoshës.

Siç shihet nga grafiku më sipër, 59 prej pacientëve (60.8%) kanë qenë të moshës 0-5 vjeç, ndërsa 25 të tjerë (25.7%) të moshës 5-10 vjeç dhe 13 pacientë të tjerë (13.4%) të moshës 10-16 vjeç.

Këto rezultate vënë në dukje faktin se numri me i madh i hernive inguinale paraqiten te fëmijët e moshave më të vogla.

Shikuar ne total, gjinia mashkullore eshte e perfaqesuar me gjithsej 67 pacienta me herni inguinale ose 69%, ndersa gjinia femrore perfaqesohet me 30 pacienta apo 31%.

5.4 Shpërndarja gjeografike e pacientëve me herni inguinale sipas vendbanimit

Pacientët me henri inguinale operohen edhe ne spitalet regjionale te Kosovës prandaj në hulumtimin tonë janë të paraqitur sipas vendbanimit vetëm pacientët e operuar në

SHSKUK. Në vazhdim kemi paraqitur në mënyre grafike pacientat sipas komunave prej nga vijnë pacientat.

Tabela 4: Paraqitja tabelare e pacientëve sipas vendbanimit të tyre

Vendbanimi i pacientëve	Rajoni Prishtinës	Rajoni Mitrovicës	Rajoni Prizrenit	Rajoni Gjakovës	Rajoni i Pejës	Rajoni Gjilanit	Rajoni Ferizajit	Totali
Nr. pacientëve	59	19	3	6	2	2	6	97
%	60.82	19.58	3.09	6.18	2.06	2.06	6.18	100

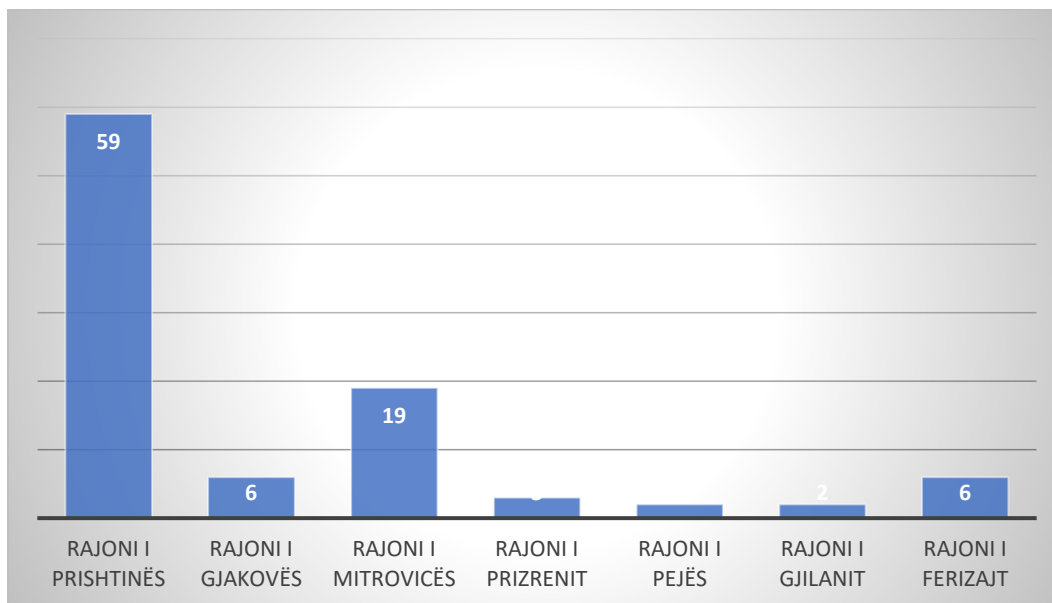


Figure 8: Shpërndarja e pacientëve sipas vendbanimit

Nga shpërndarja që shihet dhe më sipër në grafikun 4, mund të shohim që Rajoni i Prishtinës mban dhe numrin më të madh të operimeve të kryera për hernien inguinale me 59 raste nga 97 në total, interpretuar në përqindje janë 60.82% e pacientëve. Pason

Komuna e Mitrovices me 19 pacientë ose 19.58%, pastaj pasojnë Komunitat e Gjakovës dhe Ferizajit me nga 6 pacientë ose 6.18%, pastaj vjen komuna e Prizrenit me 3 pacientë ose 3.09% dhe në fund vijnë Komuna Pejës dhe e Gjilanit me nga 2 pacientë ose 2.06% .

5.5 Struktura e pacientëve sipas urgjencës së intervenimit kirurgjik

Nga të gjithë pacientët e operuar për shkak të hernisë inguinale vetëm pesë prej tyre (5.1%) janë operuar si raste urgjente për shkak të inkarcerimit të hernisë. Të gjithë të tjerët 92 (94.8%) janë operuar si raste të planifikuara me kirurgji ditore efektive.

Tabela 5: Struktura e pacientëve sipas inkarcerimit të hernisë inguinale

Ditë qëndrimi në spital /Gjinia	Femër		Mashkull		Totali	
	N	%	N	%	N	%
1 ditë	1	20	0	0	1	20
2 ditë	2	40	2	40	4	80
Mbi dy ditë	0	0	0	0	0	0
Totali	3	60	2	40	5	100

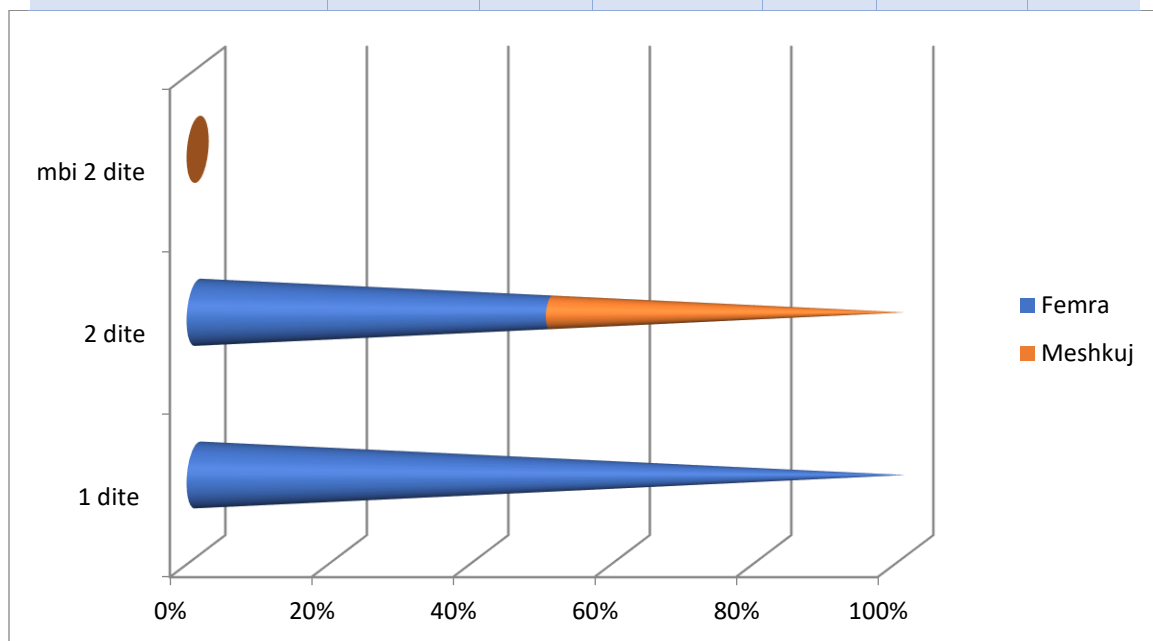


Figure 9: Paraqitja grafike e pacientëve sipas inkarcerimit të hernisë inguinale

Nga të dhënat e analizuara 5 pacientë kanë qenë me herni inguinale te inkarceruar. Tre nga ta (60%) kanë qenë femra dhe dy kanë qenë meshkuj ose (40%). Te gjithë pacientat me herni te inkarceruar i përkasin moshës 0-5 vjeç.

5.6 Struktura e pacientëve me herni inguinale sipas kohëzgjatjes së hospitalizimit

Siq kemi thënë edhe më lartë në këtë punim, hernia inguinale operohet si operacion ditor dhe pacienti lëshohet në shtëpi disa orë pas operimit. Rrjedhimisht shumica e pacientëve qëndrojnë vetëm një ditë të hospitalizuar. Sidoqofte pacientet me herni inguinale te inkarceruar ose me komplikacione eventuale mund të qëndrojnë edhe me gjatë.

Tabela 6: Paraqitja tabelare në bazë të kohëzgjatjes së hospitalizimit

Kohëzgjatja e hospitalizimit	N	%
1 ditë	60	61.85
2 ditë	35	36.08
Mbi 2 ditë	2	2.06
Totali	97	100

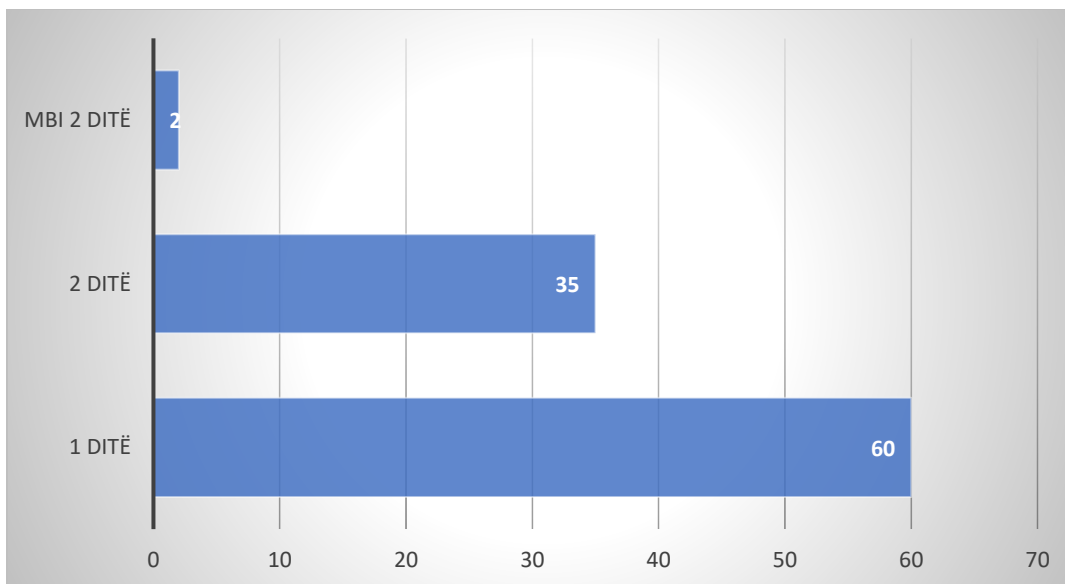


Figure 10: Paraqitja grafike e pacientëve sipas kohezgjatjes se hospitalizimit

Nga të dhënat e analizuara rezulton se 60 prej pacientëve kanë kryer ndërhyrje operative brenda dite dhe janë larguar nga spitali, ndërsa pjesa e mbetur 35 e tyre kanë pasur 1 natë qëndrimi dhe vetëm 2 raste mbi një natë qëndrimi në spital, në varësi dhe të komplikacioneve që mund të jenë paraqitur nga ndërhyrja operative.

5 PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

Bazuar në rezultatet e këtij studimi dhe në literaturën relevante të shqyrtuar, ky studim sugjeron rekomandimet e mëposhtme:

- 1) Kur fëmija sforcohet, qan ose kollitet, palpo në zonën umbelike për të vërenjtur ndonjë ënjtje dhe vlerëso sa mund të kthehet zorra në pozicion korrekt nga komprimimi me delikatesë.
- 2) Shpjegoju prindërve se si duhet ta mbajnë fëmijën kur ushqehet ose kur është i irrituar. Gjithshtu mësoju se është shumë e rëndësishme që fëmija të gromësojë shpesh në mënyrë që të nxjerrë ajrin e gëlltitur.
- 3) Prindërit duhet ta ushqejnë dhe ta mbajnë fëmijën sa më të qetë në mënyrë që të parandalojnë të qarat të cilat nxisin daljen e zorrës.
- 4) Informo prindërit rreth ndërhyrjes kirurgjikale për trajtimin e hernies ose hidrocelës dhe ecurinë e progresit që duhet të presin. Shpjegoju prindërve se zakonisht hernia zgjidhet vetë dhe nëse jo mund të trajtohet me ndërhyrje kirurgjikale.
- 5) Vlerëso dhimbjen në zonën e operuar dhe shenjat joverbale të dhimbjes si të qarat, letargjinë apo shprehjen e fytyrës. Administro analgjezikët sipas shkallës së dhimbjes dhe moshës së fëmijës. Vendos fëmijën në një pozicion të rehatshëm.
- 6) Fëmijës nuk i duhet bërë dush i plotë por duhet të pastrohet me sfungjer të lagur deri sa incizioni të shërohet plotësisht.
- 7) Qetëso prindërit duke u shpjeguar atyre se normalisht fëmija e toleron mirë këtë lloj ndërhyrje dhe e kalon pa dëmtime. Gjithashtu është një nga ndërhyrjet më të shpeshta në moshat pediatrike.
- 8) Vendos fëmijën në pozicion anash ose ulur ndërsa vjell; mbaj aspiratorin gati për çdo rast. Administro antiemetikë siç është porositur nga mjeku.
- 9) Kur nauzeja dhe të vjellat qetësohen fillo me sasi të vogla lëngjesh; mund të fillohet edhe rehidrimi oral; tek latantët që ushqehen me qumësht gjiri duhet t'u jepet shpesh dhe pak.

6 REFERENCA

- Abantanga F., & Lakhoo K. (2011). Inguinal and femoral hernias and hydroceles. *Paediatric Surgery: A Comprehensive Text For Africa*, 358-364.
- Alam I., & Khan M., & Jeelani S., & Ahmad M. (2013). Clinico-Pathological Study of Inguino Scrotal Swelling in Children. *Journal of Practitioner*, 1-3.
- Brandt M. (2008). Pediatric Hernias. *Surgical Clinics journal of North America* 88 (1), 27-43.
- Gjata, A. (2015). *Hernia Inguinale (Manual Kirurgjikal)*. Tiranë: QSUT "Nënë Tereza".
- Hughes I., & Acerini C. (2008). Factors Controlling Testis Descent. *European Journal of Endocrinology*, 75-82.
- Koga, H. me b.p. (2003). Pfannenstiel incision for incarcerated inguinal hernia in neonates. *J Pediatr Surg*, 16-18.
- Lau, Y. (2002). History of treatment of groin hernia. *World J Surg* 2002, 748-759.
- Moss L. & Hatch I. (2001). Inguinal hernia repair in early infancy. *Am J Surg*, 596-599.
- Rowe, I., & Copelson, W., & Clatworthy, W. (2008). The patent processus vaginalis and the inguinal hernia. *J Pediatr Surg* 1969, 102-107.
- Walsh, S. (2003). The incidence of external hernias in premature infants. *Acta Paediatr*, 16-18.
- Jie Chen, ChenBing Chu, YingMo Shen, ZhenYu Zou and Xin Yuan, (2017) *Indivizualized Treatment of Inguinal Hernia in Children*

7 Shtojcat

Shtojca 1:

Gjinia e pacientëve me hernie inguinale

Femra 29 (31%)

Meshkuj 67(69%)

Shtojca 2:

Numri i pacientëve në bazë të lokalizimit të hernies

Në anën e majtë 33 pacientë (34.02%)

Në anën e djathtë 59 pacientë (60.82%)

Në të dy anët 5 pacientë (5.15%)

Shtojca 3 :

Mosha e pacientëve me hernie inguinale

0-5vjeç 59 pacient

5-10 vjeç 25 pacient

10-16 vjeç 13 pacient

Shtojca 4 :

Numri i pacientëve sipas moshes dhe gjinisë

Mosha/gjinia	F	M
0 – 5 vjeç	12	47
5 – 10 vjeç	11	14
10 – 16 vjeç	7	6

Shtojca 5 :

Shpërndarja e pacientëve sipas vendbanimit

Rajoni Prishtinës	59
Rajoni Gjakovës	6
Rajoni Mitrovicës	19
Rajoni Prizrenit	3
Rajoni Pejës	2
Rajoni Gjilanit	2
Rajoni Ferizajit	6

Shtojca 6 :

Ditë qëndrimi në spital

1 ditë	60
2 ditë	35
Mbi 2 ditë	2