



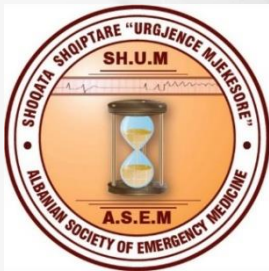
SOLIDAR

BASHKË NË EMERJENCAT SHËNDETËSORE



NDIHMMA E PARË

Udhëzues për personelin shëndetësor
në shërbimin e kujdesit shëndetësor
parësor



NDIHMJA E PARË

Material burimor për personelin
shëndetësor në shërbimin e kujdesit
shëndetësor parësor

FALENDERIME

Grupi i punës dëshiron të falenderojë Znj. Jeta Deda, Drejtoreshë e Përgjithshme e Operatorit të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor, si dhe drejtorët rajonalë: Z. Arben Asllani (Elbasan), Z. Visar Jerina (Shkodër), Z. Lorenc Rexho (Vlorë) dhe Dr. Lorenc Hashorva (Tiranë), për mbështetjen e dhënë dhe krijimin e lehtësirave në organizimin e trajnimeve me personelin shëndetësor në këto zona. Po ashtu, falenderimet shkojnë edhe për Drejtuesit e Qendrave Shëndetësore për bashkëpunimin e tyre.

GRUPI I PUNËS

Prof. Dr. Edmond Zaimi

Arian Boci, Ph.D, M.P.H., M.Sc

REDAKTORË TEKNIK

Prof. Dr. Elizana Petrela

Dr. Marin Zaimi

Dr. Albana Koçiaj

Dr. Jonida Kito

Hartimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e projektit SOLIDAR-BASHKË NË EMERGJENCAT SHËNDETËSORE, një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) dhe zbatuar nga GFA Consulting Group GmbH. Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC dhe GFA.

një projekt nga



SOLIDAR
BASHKË NË EMERGJENCAT SHËNDETËSORE



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**

PËRMBAJTJA

HYRJE	8
Qëllimi i udhëzuesit	8
KAPITULLI 1	9
ÇFARË ËSHTË NDIHMA E PARË (NP)?	9
1.1 Qëllimi i Ndhmës së Parë	9
1.2. Kush mund ta japë Ndhmën e Parë?	11
1.3. Kutia e Ndhmës së Shpejtë	12
KAPITULLI 2 VLERËSIMI I VENDNGJARJES	13
2.1. Siguria e vendngjarjes dhe vlerësimi fillestar i viktimës	13
2.3. Vlerësimi i shpejtë i viktimës	15
2.4. Kontrolli i trupit të viktimës	16
2.5. Dhënia e Ndhmës së Parë	16
2.6. Pozicioni i sigurisë	16
2.8. Protokollu i dhënies së Ndhmës së Parë	23
2.9. Dhënia e Ndhmës së Parë NË NJË SKENË KRIMI	24
KAPITULLI 3	26
ANAFILAKSIA	26
KAPITULLI 4	32
ASFIKSIA	32
KAPITULLI 5	36
ASTMA BRONKIALE	36
KAPITULLI 6	41
DËMTIMET E SHPINËS DHE TË QAFËS	41
KAPITULLI 7	46
DHIMBJA E GJOKSIT	46
KAPITULLI 8	50
DHIMBJA E VESHIT	50
KAPITULLI 9	53
DJEGJET	53
KAPITULLI 10	57
FASHATIMET	57
KAPITULLI 11	69
FRAKTURAT	69
KAPITULLI 12	72
GODITJA NGA I NXEHTI	72
KAPITULLI 13	75
GODITJA NGA I FTOHTI (HIPOTERMIA)	75
KAPITULLI 14	77
HEMORRAGJITË (GJAKDERDHJET)	77
KAPITULLI 15	81
HEMORRAGJIA NGA HUNDËT (EPISTAKSIS)	81
KAPITULLI 16	83
HIPOGLICEMIA DHE HIPERGLICEMIA	83
KAPITULLI 17	86
INTOKSIKACIONET MEDIKAMENTOZE	86
KAPITULLI 18	90
MBYTJA NË UJË	90
KAPITULLI 19	92
PICKIMET DHE KAFSHIMET (QEN, GJARPËR, BLETË)	92
KAPITULLI 20	95
PLAGËT DHE TRAJTIMI I TYRE	95
KAPITULLI 21	98
PRESINKOPA DHE SINKOPA	98
KAPITULLI 22	101
SHOKU (Shock)	101
KAPITULLI 23	104

GODITJA NË TRU (STROKE) DHE DËMTIMET TRAUMATIKE TË TRURIT	104
Kapitulli 24.....	107
TË VJELLAT DHE DIARREA.....	107
KAPITULLI 25	110
GODITJA NGA RRYMA ELEKTRIKE	110
Bibliografia	113

Lista e tabelave:

Tabela 1: Vlerat normale të pulsit sipas grupmoshës.....	19
Tabela 2: Vlerat normale të frekuencës respiratore sipas grupmoshave.	20
Tabela 3: Shkalla AVPU për vlerësimin e vetëdijes së viktimës	21
Tabela 4: Përcaktimi i nivelit të prioritetit për dhënien e Ndhmës së Parë.....	22
Tabela 5: Evakuimi sipas prioritetit të urgjencës	22
Tabela 6: Protokoll i dhënies së Ndhmës së Parë sipas metodologjisë: DRS-ABCD.....	23
Tabela 7: Situatat e mundshme për dëmtime të shtyllës kurrizore	42
Tabela 8: Përkufizime të rëndësishme mbi stabilizimin e shtyllës kurrizore.....	44

Lista e figurave:

Figura 1: Përmbledhje infografike e mesazheve kryesore në lidhje me Ndhmën e Parë	10
Figura 2: Pozicioni i Sigurisë	17
Figura 3: Matja e frekuencës respiratore përmes vendosjes së dorës mbi gjoks	21
Figura 4: Anafilaksia.....	30
Figura 5: Anafilaksia refraktare.....	31
Figura 6: Stabilizimi manual i qafës.....	44
Figura 7: Fashimi spiral	59
Figura 8: Fashimi i gjurit	60
Figura 9: Fashimi i këmbës dhe i kavigjës	60
Figura 10: Fashimi i dorës	61
Figura 11: Fashimi i një kyçi të ndrydhur	62
Figura 12: Fashimi i trupave të huaj, frakturat e hapura	63
Figura 13: Fashimi i gjerë	63
Figura 14: Fashimi në formë tete.....	64
Figura 15: Fashimi i kokës	64
Figura 16: Vendosja e një fashatimi në këmbë	65
Figura 17: *Të mbahet parakrah gjatë kësaj procedure	66
Figura 18: Vendosja e një fashoje ngritëse	67
Figura 19: Lidhja e nyjeve të sheshta	67

HYRJE

Përmbajtja e këtij udhëzuesi bazohet kryesisht në udhëzimet e Këshillit Evropian të Reanimimit (KER) 2021, si dhe në informacione nga organizata të tjera prestigjioze, si Kryqi i Kuq Amerikan, Shoqata Amerikane e Zemrës, dhe në ushtrime e demonstrime praktike të fituara nga përvoja e gjatë e trajnerëve të përfshirë në këtë projekt.

Ky udhëzues është hartuar në kuadër të projektit **"SOLIDAR-Bashkë në Emergjencat Shëndetësore"**, një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC), zbatuar nga GFA Consulting Group GmbH (GFA) në partneritet me Shoqatën Shqiptare të Urgjencës Mjekësore (ASEM) dhe Instituti për Shëndet, Politika Sociale dhe Zhvillim Kërkimor (IHSPRD).

Qëllimi i udhëzuesit

Udhëzuesi mbi Ndhmën e Parë (NP), këtej e tutje referuar si NP, është hartuar për të ofruar një dokument të strukturuar dhe gjithëpërfshirës për profesionistët shëndetësorë (dhe jo vetëm), të cilët synojnë të bëhen profesionistë të certifikuar në Ndhmën e Parë (NP) dhe Manovrat Bazë Jetëshpëtuese (MBJ).

Ky material, së bashku me udhëzuesin për MBJ, synon të sigurojë njohuri të thelluara teknike, aftësi praktike dhe strategji pedagogjike për të ofruar ndihmën e parë në mënyrë cilësore dhe efektive, me qëllim shpëtimin e jetës së personave që ndodhen në situata kritike mjekësore.

Gjithashtu, ky dokument përfaqëson një udhëzues standard, i cili garanton cilësinë e trajnimit dhe kontribuon në përmirësimin e përgjithshëm të aftësive të punonjësve shëndetësorë për reagim të shpejtë dhe efektiv në dhënien e ndihmës së parë në institucionet shëndetësore dhe në komunitet.

Udhëzuesi është i ndarë në 24 kapituj, ku në secilin prej tyre përshkruhen në mënyrë kronologjike dhe skematike hapat që duhen ndjekur në rastet e dhënies së Ndhmës së Parë sipas dinamikës dhe tipologjisë së rastit.

KAPITULLI 1: ÇFARË ËSHTË NDIHMA E PARË (NP)?

NP është një aftësi thelbësore që i mundëson individëve të reagojnë në mënyrë efektive në raste emergjente. Pavarësisht nëse bëhet fjalë për lëndime të lehta apo situata kërcënuese për jetën, njohja e bazave të Ndhmës së Parë mund të bëjë dallimin mes jetës dhe vdekjes derisa të mbërrijë ndihma profesionale mjekësore.

Ajo i referohet kujdesit të menjëhershëm dhe të përkohshëm që i ofrohet një personi të lënduar apo të sëmurë papritur, përpara se të mbërrijë ndihma mjekësore profesionale.

Qëllimi kryesor i Ndhmës së Parë është të ruajë jetën, të parandalojë përkeqësimin e gjendjes dhe të ndihmojë në rikuperimin e personit.

1.1 Qëllimi i Ndhmës së Parë

Qëllimi i Ndhmës së Parë dhe veprimet ndihmuese mund të ndryshojnë në varësi të situatës specifike. Ato ndikohen nga faktorë të ndryshëm si: mjedisi ku ndodh urgjenca, burimet në dispozicion, niveli i trajnimit të personit që ofron ndihmën dhe legjislacioni apo rregulloret përkatëse në fuqi.

Në mënyrë të përmbledhur, qëllimet kryesore të Ndhmës së Parë dhe komponentët përkatës janë si më poshtë:

- 1- Të shpëtojë jetën
 - a. Përmes përdorimit të shtypjeve të gjoksit (Ringjallja Zemër Mushkëri)
 - b. Kontrolli dhe menaxhimi i gjakderdhjeve jetëkërcënuese
- 2- Të parandalojë përkeqësimin e gjendjes shëndetësore
 - a. Kujdesi ndaj plagëve
 - b. Trajtimi i plagëve të hapura dhe imobilizimi frakturave
 - c. Vendosja e viktimës në pozicionin e sigurisë.
- 3- Të ndihmojë në shërimin e viktimës
- 4- Të lehtësojë dhimbjen dhe sigurojë komfortin e trajtimit
 - a. Lehtësimi i dhimbjes
 - b. Ofron siguri dhe komfort gjatë trajtimit
 - c. Mbron viktimën nga temperaturat ekstreme (i nxehti apo i ftohti).

Parimet kryesore të Ndhmës së Parë janë:

- ✓ Të jetë e qëndrueshme nga pikëpamja mjekësore dhe e bazuar në provat më të mira shkencore;
- ✓ Edukimi për Ndhmën e Parë duhet të jetë universal: të gjithë duhet të mësojnë ndihmën e parë;
- ✓ Sjelljet ndihmëse duhet të promovohen: të gjithë duhet të veprojnë.

Sipas udhëzuesit të fundit të Këshillit Evropian të Reanimimit (Dhjetor 2021), organizata përgjegjëse për hartimin e standardeve dhe kurrikulave të trajnimeve në Evropë, janë miratuar pesë mesazhe kyçe, të njohura edhe si “**standardet e arta**” në lidhje me Ndihmën e Parë.

Këto pesë mesazhe paraqiten në mënyrë infografike në Figurën 1.

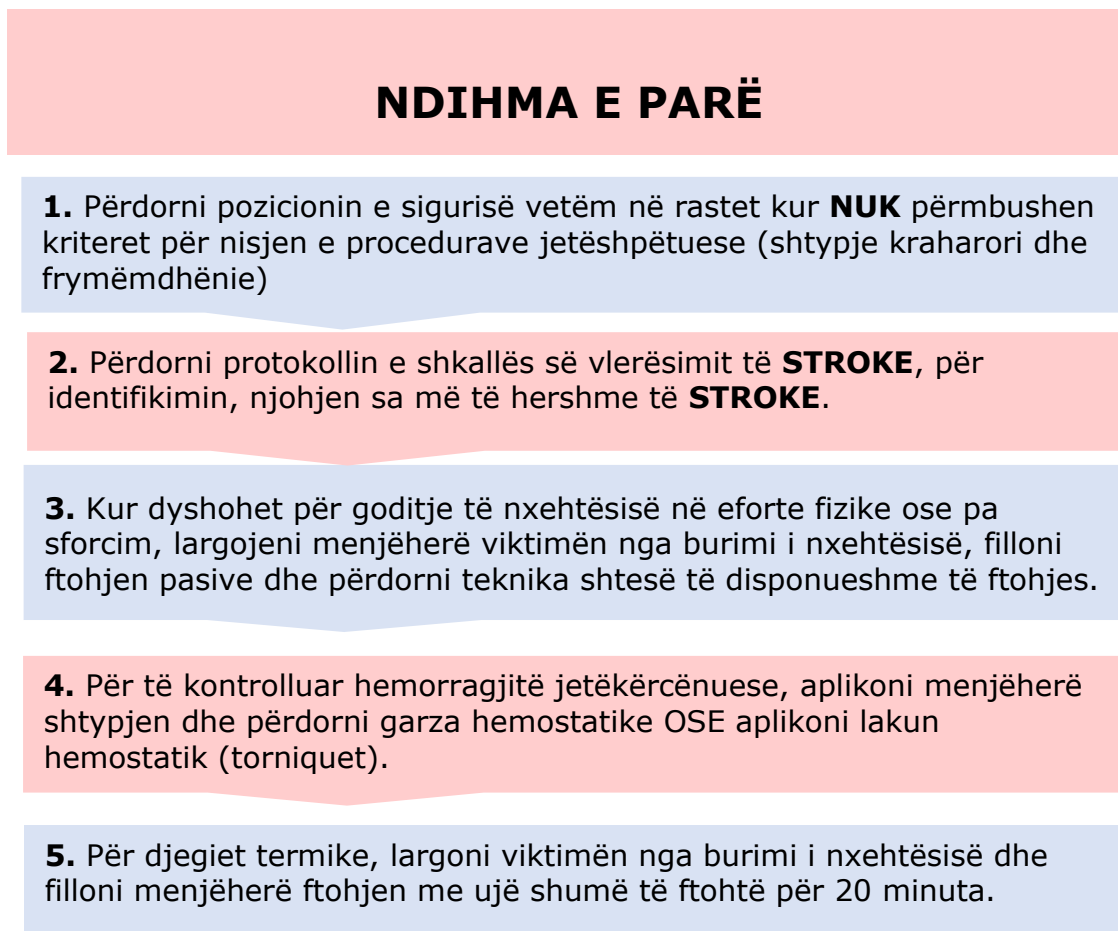


Figura 1: Përmbledhje infografike e mesazheve kryesore në lidhje me Ndihmën e Parë

 **Të gjithë duhet të mësojnë bazat e Ndhmës së Parë!**

1.2. Kush mund ta japë Ndhimën e Parë?

NP mund të jepet nga çdokush, përfshirë edhe vetëkujdesin, pavarësisht nga përvoja ose formimi mjekësor. Megjithatë, njohja e teknikave bazë të ndihmës së parë rrit ndjeshëm mundësinë për një reagim të saktë dhe përmirësimin e rezultateve në situata emergjente.

Në Shqipëri, ofrimi i Ndhimës së Parë është i rregulluar me **Ligjin Nr. 147/2014 “Për Shërbimin e Urgjencës Mjekësore”**, i cili në nenin 3, pika 7, përcakton se:

“Dhënës i Ndhimës së Parë Mjekësore” ose DHNPM (shpëtimtari) është një individ, vullnetar ose jo, i cili është i certifikuar nga struktura përgjegjëse për këtë qëllim.

Detyrat dhe kufizimet e DHNPM

✓ Ofrimi i Ndhimës së Parë

- DHNPM jep ndihmën e parë deri në mbërritjen e shërbimit të urgjencës ose të një profesionisti mjekësor.

✓ Detyrat kryesore përfshijnë:

- Vlerësimin e **sigurisë së vendngjarjes**, identifikimin e nevojës për ndihmë dhe përcaktimin e llojit të ndërhyrjes së duhur.
- Kryerjen e **Manovrave Bazë Jetëshpëtuese (MBJ)**, si: vlerësimi i parametrave jetikë, masazhi kardiak, ventilimi jo invaziv, dhënia e O₂, imobilizimi në rastet e traumave, etj.
- Mbajtjen e **shënimeve** mbi llojin e ndihmës së ofruar, natyrën e emergjencës dhe detaje të tjera të rëndësishme.
- Kontrollimin periodik të **Kutisë së Ndhimës së Parë** nëse ekziston një e tillë në vendin e veprimit.

Kufizimet në përdorimin e medikamenteve

✓ Vetëm DHNPM të certifikuar dhe punësuar në **institucione shëndetësore** mund të rekomandojnë përdorimin e medikamenteve, në përputhje me nevojat e rastit dhe kualifikimet e tyre.

Pajisja me mjete mbrojtëse personale

✓ DHNPM duhet të jetë i pajisur me materiale personale mbrojtëse si: doreza, garza, syze mbrojtëse, maskë ventilimi, solucione dezinfektuese, etj.. Kjo ndihmon në **parandalimin e infeksioneve** përmes kontakteve me lëngjet trupore (gjak, plazmë, lëngje të tjera).

1.3. Kutia e Ndhmës së Shpejtë

Nuk ka ndonjë listë universale se çfarë materialesh/pajisjesh/medikamentesh duhet të përmbajë Kutia e Ndhmës së Shpejtë.

Përmbajtja e saj varet nga disa faktorë, të tillë si:

- Lloji i institucionit (shkollë, vend pune, ambulancë, institucion publik ose privat);
- Burimet në dispozicion (financiare dhe logjistike)
- Trajnimi i personelit që ofron ndihmën e parë
- Kërkesat ligjore dhe rregulloret përkatëse në fuqi në vendin përkatës



Qëllimi kryesor është që kutia të përmbajë materiale të mjaftueshme për të ofruar ndihmën fillestare në rast urgjence, deri në mbërritjen e ndihmës profesionale mjekësore

Megjithatë, rekomandohet që kutia të përmbajë pajisje dhe materiale bazë, si më poshtë (Shih Aneksin A për listën e plotë):

- fasho sterile me përmasa të ndryshme
- leukoplast
- solucione antiseptike (p.sh., jod povidon, alkool 70%)
- doreza njëpërdorimshe
- maskë për frymëmarrje artificiale (maskë xhepi me valvul)
- termometër
- pulsoksimetër
- gërhërë mjekësore
- batanije termike (emergjence)
- ujë të pastër ose solucione për larje plagësh

Në varësi të burimeve njerëzore dhe infrastrukturore, kutia e ndihmës së parë mund të përfshijë edhe **medikamente të caktuara**, si:

- * *analgjezikë (qetësues dhimbjeje),*
- * *antibiotikë të thjeshtë,*
 - *antihistaminikë (të rekomanduar nga mjeku specialist dhe të përdorur vetëm nga personel i kualifikuar).*



Kutia e Ndhmës së Parë duhet të pajiset me materialet e nevojshme sipas protokolleve standarte në fuqi, të kontrollohet rregullisht përmbajtja e saj, të përdoret nga personel i trajnuar, si dhe të vendoset në vende të dukshme dhe lehtësisht të arritshme.

KAPITULLI 2: VLERËSIMI I VENDNGJARJES

Në rastet e një urgjence mjekësore, sidomos kur ndodh në komunitet apo mjedise me shumë njerëz, zakonisht shoqërohet me rrëmuje apo mbipopullim në vendngjarje, kryesisht nga paniku, kurioziteti ashtu dhe nga dëshira e tepruar e personave të patrajnuar që ndodhen pranë viktimës, të cilët duan të japin ndihmën e parë. Kjo situatë, në vend që të ndihmojë, mund të **pengojë ofrimin e ndihmës së parë** dhe të krijojë rrezik shtesë si për viktimën, ashtu edhe për shpëtimtarin. Për këtë arsye, një nga **detyrat kryesore të shpëtimtarit, para se të fillojë ndërhyrjen**, është **vlerësimi i vendngjarjes** për të siguruar një mjedis të sigurt dhe të kontrolluar.

Pas vlerësimit të sigurisë së vendngjarjes, shpëtimtari përpaket të kuptojë dinamikën e urgjencës mjekësore dhe hapat që do të ndërmerren për dhënien e ndihmës së parë në mënyrë efektive dhe cilësore.

Hapat kryesorë të vlerësimit të vendngjarjes dhe dhënies së Ndhmës së Parë

2.1. Siguria e vendngjarjes dhe vlerësimi fillestar i viktimës



2.1.1. Siguria e vendngjarjes

-  Sigurohu që mjedisi është i sigurtë (shpëtimtari, viktimja dhe të tjerët përreth vendngjarjes).
-  Vlerëso shkurtimisht dinamikën e ngjarjes:
 - * Çfarë ka ndodhur?
 - * A ka rreziqe të mëtejshme (zjarr, gaz, vajra, rrymë elektrike)?
 - * A mund të ndërhysh **pa rrezikuar veten**?
-  Vendos kufij fizikë (p.sh., lër hapësirë rreth viktimës).

2.1.2. Vlerësimi fillestar i viktimës

-  Kontrolllo gjendjen e përgjithshme të viktimës: vetëdija, frymëmarrja, lëvizjet.
-  Identifiko shenjat e dëmtimeve të dukshme:
 - * Gjakderdhje të jashtme
 - * Deformime trupore
 - * Reagim i munguar
-  Telefono menjëherë 127.
-  Filloni dhënien e ndihmës së parë sipas protokolleve përkatëse.

2.1.3. Mbledhja e informacionit mjekësor

-  Nëse viktimja është e vetëdijshme:
 - * Pyet për simptomat, historikun shëndetësor, alergjitë, medikamentet.
-  Nëse viktimja nuk reagon:
 - * Vëzhgo për shenja vitale dhe dëmtime të mundshme fizike.
 - * Pyet dëshmitarët rreth asaj që çfarë ka ndodhur dhe për çdo informacion tjetër shëndetësor në lidhje me viktimën.

2.1.4. Kujdesi pas dhënies së ndihmës

-  Monitoro gjendjen e viktimës në mënyrë të vazhdueshme:
 - * Niveli i vetëdijes
 - * Frymëmarrja
 - * Puls
-  Jep ndihmë sipas protokollit derisa:
 - * Të mbërrijë ndihma profesionale, ose
 - * Të organizohet transporti për në spital.



Hapat e mësipërm duhet të ndiqen në mënyrë kronologjike. Vlerësimi i sigurisë së vendngjarjes dhe ai fillestar i viktimës nuk duhet të zgjasin më shumë se 2 minuta

2.1.5. Siguria në vendngjarje dhe vlerësimi i mekanizmit të dëmtimit.

2.2. Vlerësimi i Vendngjarjes

Para çdo ndërhyrjeje, sigurohu që mjedisi ku do të jepet ndihma e parë është i sigurtë, si për shpëtimtarin, ashtu dhe për viktimën apo personat e tjerë në vendngjarje.

Rreziqet që duhen vlerësuar:

2.2.1. Rreziqet direkte në mjedisin apo zonën ku do të jepet Ndihma e Parë

- *  Mjete motorrike në lëvizje ose të përfshira në aksident (rrezik për përplasje të mëtejshme).
- *  Gazra shpërthyes ose rrjedhje gazi (butan, propan, oksigjen, etj).
- *  Zjarr aktiv, tym i dendur, fije elektrike të ekspozuara.
- *  Lëndë rrëshqitëse në tokë si vaj, ujë apo kimikate.
- *  Gazra toksikë ose substanca helmuese.
- *  Objekte që mund të bien nga lartësi, si mjete prerëse/shpuese.

2.2.2. Mekanizmi i dëmtimit

- *  Rënie nga lartësia
- * → Kontrolllo për fraktura, hemorragji, trauma në kokë.
- *  Nxjerrje nga automjeti pas përplasjes
- * → Kontrolllo për trauma të shtyllës kurrizore, gjoksit dhe abdomenit.
- *  Frenim i papritur i mjetit
- * → Kontrolllo për dëmtime të brendshme nga goditja me timonin (shenja të traumës abdominale apo të gjoksit).

2.3. Vlerësimi i shpejtë i viktimës

Menjëherë pas sigurimit të vendngjarjes, bëhet vlerësimi i parametrave jetikë, bazuar në qasjen A-B-C:

- A (Airway): rrugët e ajrit
- B (Breathing): frymëmarrja
- C (Circulation): qarkullimi gjakut

✓ **Kontrolli i rrugëve të ajrit (A: Airway):** nëse viktimja është i vetëdijshëm dhe reagon, pyeteni “**çfarë ju ndodhi**”? Kontrolloni gojën nëse ka lëngje (të vjella, gjak, jargë) apo trupa mekanikë, të cilët mund të bllokojnë rrugët e frymërrjes dhe sigurohuni që ato të jenë të lira.

! **Në rastet kur viktimja nuk reagon apo nuk është i vetëdijshëm, atëherë:**

- *lironi rrobat (rreth qafës, gjoksit apo mesit)*
- *lironi rrugët e ajrit përmes metodës së ngritjes së kokës dhe mjekrës, apo tërheqjes së mjekrës (në rastet kur dyshohet për dëmtime të kokës apo qafës).*

✓ **Kontrolli i rrugëve të frymëmarrjes (B- Breathing):** nëse viktimja është i vetëdijshëm, pyete “**si ndjehesh**” dhe vlerëso frymëmarrjen, nëse është e rregullt apo jo, ritmin dhe thellësinë e saj.

! **Në rastet kur viktimja nuk merr frymë, apo frymëmarrja është e çrregullt, fillo menjëherë RZM (Ringjallja-Zemër-Mushkëri).**

✓ **Kontrolli i qarkullimit të gjakut (C- Circulation):** kontrolloni pulsën (rrahjet, ritmin dhe forcën e tij), ngjyrën e lëkurës (nëse është e zbehtë, e lagur) dhe temperaturën e trupit.

! **Kontrolloni për vatra hemorragjike të jashtme (plagë apo dëmtime të tjera).**

! **Në rastet kur viktimja nuk ka puls, fillo menjëherë RZM.**

2.4. Kontrolli i trupit të viktimës

Me të dy duart bëhet qyrrja e plotë fizike e të dëmtuarit (nga koka te këmbët) në mënyrë që të identifikohen dëmtimet e mundshme të trupit, vatrast hemorragjike apo plagët e hapura.

Kujdes i veçantë duhet gjatë qyrrjes për:

- ✱ **Dëmtime apo fraktura të jashtme**
 - Kontrolli i kokës dhe qafës
 - Gjoksit dhe barkut
 - Kurizit
 - Fraktura të eshtrave (anësive) të poshtme dhe të lartme
- ✱ **Dëmtime të tjera të mundshme, të cilat mund të shihen me sy të lirë apo preken e duarve** (fraktura të brinjëve, hemorragji të brendshme, etj.).
- 📌 **Vishni doreza dhe kontrolloni shpesh ato për shenja hemorragjike (gjaku).**
- 📌 **Tregoni kujdes që gjatë qyrrjes fizike të viktimës të mos shkaktoni dëmtime të tjera.**
- 📌 **Shikoni reagimin e mundshëm të viktimës gjatë qyrrjes fizike (rënkime, dhimbje, ankesa të tjera) dhe mundohuni të kuptoni dinamikën e dhimbjes.**

2.5. Dhënia e Ndhmës së Parë

Nëse viktimë është i vetëdijshëm dhe dëmtimet janë jo jetëkërcënuese, shpëtimtari jep ndihmën e parë dhe vendos viktimën në pozicionin e sigurisë. Viktimë monitorohet deri në ardhjen e ekipit të urgjencës mjekësore.

NËSE VIKTIMA NUK REAGON, është pa puls apo me frymëmarrje të çrregullt/agonale, fillo menjëherë RZM dhe nëse është e mundur fillo DAJ (Defribilator Automatik i Jashtëm) deri në ardhjen e ekipit të urgjencës mjekësore.



"Në rastet kur viktimë ka fraktura apo gjakrrjedhje të jashtme, imobilizo frakturën/at dhe përpuni të kontrolloni hemorragjinë."

2.6. Pozicioni i sigurisë

Pozicioni i sigurisë rekomandohet për të rriturit dhe fëmijët me gjendje të ulur vetëdijeje si pasojë e një sëmundjeje ose gjendjeje jo traumatike, të cilët kanë frymëmarrje normale dhe nuk përmbushin kriteret për nisjen e RZM-së, KER rekomandon vendosjen e individit në një anë (anash), njohur ndryshe si **"pozicioni i sigurisë"**, në krahasim me lënien e tyre shtrirë në shpinë (Fig. 2).



Kur përdoret: pozicioni i sigurisë rekomandohet për persona të pavetëdijshëm, por që

kanë frymëmarrje normale dhe nuk kanë trauma evidente në kokë, qafë ose shtyllë kurrizore.



Pse është i rëndësishëm: Ky pozicion ndihmon në:

- Parandalimin e mbytjes nga gjuha ose të vjellat
- Sigurimin e rrugëve të frymëmarrjes të hapura
- Mundësimin e monitorimit të vazhdueshëm të viktimës

Për vendosjen e personit në pozicionin e sigurisë, rekomandohet të ndiqet radha e mëposhtme e veprimeve:

- * *Sigurohuni që mjedisi të jetë i sigurtë për ju dhe për viktimën.*
- * *Kontrolloni frymëmarrjen: nëse është normale dhe nuk kërkohet RZM, vazhdoni me vendosjen në pozicionin e sigurisë.*
- * *Vendoseni krahun më të afërt të viktimës në kënd të drejtë me trupin.*
- * *Sillni krahun tjetër përmbi gjoks, me dorën të vendosur mbi faqen përballë.*
- * *Kapni këmbën e largët dhe tërhiqeni drejt vetes për të rrotulluar trupin.*
- * *Pasi të jetë kthyer në anë, përkulni pak kokën pas për të liruar rrugët e ajrit.*
- * *Kontrolloni rregullisht frymëmarrjen dhe vetëdijen.*
- * *Mos e lini vetëm viktimën, përveç rasteve kur duhet të ndihmoni të tjerë ose të kërkonti ndihmë.*



Figura 2: Pozicioni i Sigurisë

Edhe pse vendosur në pozicionin e sigurisë, viktimë duhet të mbahet nën kontroll të vazhdueshëm për të kontrolluar nëse rrugët e ajrit janë të lira (që pacienti të mund të marrë frymë) dhe për nivelin e reagimit.

Nëse ndonjë nga parametrat përkeqësohet (p.sh. frymëmarrja ose vetëdija), personi duhet të vendoset në shpinë dhe të fillohen RZM nëse është e nevojshme.



Kur Nuk duhet përdorur pozicioni i sigurisë

- Në raste të traumës në shtyllën kurrizore, qafë apo kokë
- Kur ka frymëmarrje agonale
- Kur pacienti është në arrest kardiak – në këtë rast kërkohet menjëherë RZM



Kujdes: gjatë vendosjes së viktimës në pozicionin e sigurisë:

- Mos përdorni forcë të tepër
- Vëzhgoni për shenja të përkeqësimit gjatë çdo momenti
- Nëse ka ndonjë ndryshim në frymëmarrje apo vetëdije, rivlerësoni situatën dhe filloni manovrat përkatëse

2.7. Rivlerësimi i gjendjes së viktimës

Rivlerësimi i viktimës rekomandohet në rastet kur ka më shumë se një dëmtim të jashtëm (si fraktura, plagë, vatra gjakderdhjeje) ose kur ofrimi i ndihmës mjekësore vonohet dhe viktimë duhet të transportohet sa më parë në Qendrën Shëndetësore apo pranë Shërbimit të Urgjencës.

Qëllimi i rivlerësimit është mbledhja e informacionit më të detajuar mbi gjendjen e viktimës, përfshirë dëmtime që mund të jenë anashkaluar gjatë vlerësimit fillestar ose që mund të kenë ndryshuar me kalimin e kohës.

 **Rivlerësimi duhet të kryhet bazuar në katër hapa kryesorë:**

1.  **Marrja e historikut** – Bëhen pyetje lidhur me ngjarjen dhe simptomat që ka përjetuar viktimë.
2.  **Vlerësimi i shenjave vitale** – Matet ritmi i frymëmarrjes, pulsi, tensioni arterial dhe niveli i vetëdijes.
3.  **Ekzaminimi fizik i plotë** – Kryhet kontroll i kujdesshëm nga koka te këmbët për të identifikuar dëmtime të dukshme ose të reja.
4.  **Ndihma e Parë** – Jepet e menjëhershme sipas nevojës për të stabilizuar gjendjen e viktimës.

Historiku: nëse viktimë reagon dhe gjendja mjekësore e lejon, shpëtimtari/ët duhet të mbledhë/in informacion mjekësor në lidhje me gjendjen mjekësore nga vetë personi i dëmtuar, i cili përfshin historinë se si ka ndodhur ngjarja/aksidenti, shenjat apo dëmtimet e mundshme, historinë mjekësore të viktimës, vlerësimin e vetëdijes dhe ngjyrën e lëkurës së viktimës.

Çfarë ka ndodhur

- **Informacion paraprak**
 - Çfarë ka ndodhur dhe si?
- **Ankesat kryesore**
 - Çfarë shenjash dhe ankesash raporton i dëmtuari?
 - Përshkrimi i vendngjarjes dhe natyrës së aksidentit
 - Natyra e dëmtimit dhe lloji i dhimbjes.

Historia mjekësore

- *Probleme të mëparshme mjekësore*
- *Nën trajtim mjekësor për patologji të ndryshme*
- *A është alergjik nga ndonjë medikament, ushqim, insekt apo alergenët e tjerë.*
- *A është i siguruar apo ka kartën e shëndetit*

Nëse viktimë nuk reagon, informacioni mund të mblidhet (nëse është e mundur) nga personat që mund të gjenden pranë viktimës.

Shenjat vitale (jetësore): Monitorimi i katër shenjave kryesore vitale: *Pulsi, Frekuenca respiratore, Vetëdija, Ngjyra dhe Temperatura e lëkurës*



Pulsi është goditja që krijohet nga luhatjet e volumit të enëve të gjakut si rezultat i ritmit të zemrës. Tregon numrin e të rrahurave të zemrës për minutë, ku vlerat normale në kushte qetësie tek personat e rritur varion nga **60 deri në 100 rrahje në minutë**. Në tabelën 1 jepen vlerat normale të pulsit sipas grupmoshave.

Matja e pulsit:

- Gjeni një arterie ku pulsi ndihet lehtë (si p.sh. arteria karotide apo radiale në kyçin e dorës).
- Pasi ta keni gjetur pulsën, numëroni rrahjet për **30 sekonda** dhe **shumëzoni rezultatin me 2** për të llogaritur pulsën për një minutë.

Gjithashtu, mund të numëroni për **15 sekonda** dhe shumëzoni me **4**, por metoda 30-sekondëshe është më e saktë.

Pasi të keni gjetur pulsën, numëroni rrahjet deri në **30** dhe shumëzoheni me **2** (apo **15 me 4**). Në Tabelën 1, vlerat normale të pulsit sipas grupmoshës

Tabela 1: Vlerat normale të pulsit sipas grupmoshës

<i>Mosha</i>	<i>Vlerat normale sipas grupmoshës (rrahje/min)</i>
Porsalindur (0-1muaj)	70 - 190
Foshnjat (deri 11 muaj)	80 - 160
Fëmijët (1-2 vjeç)	80 - 130
Fëmijët (3-4 vjeç)	80 - 120
Fëmijët (5-6 vjeç)	75 - 115
Fëmijët (7-9 vjeç)	70 - 110
Fëmijët mbi 10 vjeç dhe të rriturit	60 - 100
Personat atletikë (sportistët)	40 - 60

Vlerëso numrin e rrahjeve, ritmin dhe forcën e tij.

Në mungesë të pulsoksimetrit, pulsi matet në mënyrë manuale, përmes palpimit (prekjes). Dy gishtat e dorës (tregues dhe të mesit) vendosen mbi arterien karotide (qafë), radiale (kyçin e dorës), femorale, popliteale, dorsale, etj.



Frekuenca Respiratore?

Frymëmarrja është një proces jetik, i cili përbëhet nga tre faza kryesore:



- Frymëmarrja - zgjat rreth **1.3-1.5 sekonda**
- Frymënxjerrja - zgjat rreth **2.3-2.5 sekonda**
- Pauza ndërmjet cikleve - rreth **0.5 sekonda**



Frekuenca respiratore është **numri i akteve respiratore** (frymëmarrje të plota) për minutë në **kushte qetësie**. Në tabelën 2, paraqiten vlerat e frekuencës respiratore sipas grupmoshave.

Tabela 2: Vlerat normale të frekuencës respiratore sipas grupmoshave.

<i>Mosha</i>	<i>Vlerat normale sipas grupmoshës (akte/min)</i>
Porsalindur (0-1muaj)	30-60
Foshnjat (6-12 muaj)	24-30
Fëmijët (1-5 vjeç)	20-30
Fëmijët (6-11 vjeç)	12-20
Fëmijët mbi 12 vjeç	12-18

Matja e frekuencës respiratore?

Mund të bëhet në disa mënyra:

- **Inspektim** - duke vëzhguar ngritjen dhe uljen e krahavorit
- **Auskultim** - duke dëgjuar lëvizjet e ajrit me stetoskop
- **Monitorë elektronikë** - sidomos në mjedise spitalore

Kontrollo nëse viktimë merr frymë apo jo, dhe nëse PO vlerëso:

- ⇒ *Frekuencën respiratore (numrin e akteve respiratore/min)*
- ⇒ *Ritmin e frymëmarrjes (normale, e çrregullt apo agonale)*
- ⇒ *Thellësinë e frymëmarrjes (sipërfaqësore/thellë)*
- ⇒ *Numrin e frymëmarrjeve/min, ritmin dhe thellësinë e saj*



Vlerat normale të frekuencës respiratore mund të ndryshojnë nga shumë faktorë, si mosha, pesha, gjinia, gjendja shëndetësore, temperatura e mjedisit, pozicioni trupit, etj.

Metoda praktike:

Nëse për arsye të ndryshme, frekuenca respiratore nuk mund të matet përmes inspektimit, auskultimit apo monitorëve elektrikë, atëherë, veproni si më poshtë (Figura 3):

1. Vendosni njërën ose të dyja duart mbi gjoksin e viktimës (ose vëzhgoni nga afër lëvizjet e tij)
2. Numëroni frymëmarrjet për 30 sekonda.
3. Shumëzojeni rezultatin me 2
4. Rezultati final tregon frekuencën respiratore për minutë

Figura 3: Matja e frekuencës respiratore përmes vendosjes së dorës mbi gjoks



➔ **Vetëdija** e viktimës vlerësohet përmes shkallës **AVPU (Tabela 3)** që përfaqëson katër nivele të përgjigjes (*Alert, Verbal, Pain, Unresponsive*).

Kjo është një metodë e thjeshtë dhe e shpejtë për të matur gjendjen mendore dhe nivelin e vetëdijes. Kjo shkallë përdoret gjerësisht në urgjencën mjekësore për të vlerësuar shpejt se si reagon një person në nevojë për ndihmë dhe ndihmon personelin shëndetësor në marrjen e vendimeve të shpejta për trajtim të mëtejshëm apo thirrje për ndihmë të specializuar.

Tabela 3: Shkalla AVPU për vlerësimin e vetëdijes së viktimës

ALERT I vetëdijshëm	Zgjuar: reagon, hap sytë në mënyrë spontane, ndjek komunikimin verbal dhe reagon ndaj komandave të dhëna nga shpëtimtari. <i>Nëse gjendja e vetëdijes është e paqëndrueshme, kalon në hapin tjetër: VERBAL STIMULI</i>
VERBAL Reagues	Përgjigjet ndaj thirrjes: hap sytë vetëm pasi e thërret/tund, reagon dhe përgjigjet nga pyetjet e shpëtimtarit.
PAIN Dhimbje	Përgjigjet ndaj dhimbjes: hap sytë dhe reagon (lëviz, rënkon) ndaj dhimbjes së stimuluar nga shpëtimtari.
UNRESPONSIVE Nuk reagon	Nuk përgjigjet: viktimë nuk reagon dhe nuk përgjigjet ndaj thirrjes apo ndaj dhimbjes.

⚠ Shkalla AVPU është lehtësisht e përdorshme për vlerësimin e vetëdijes së viktimës. Në rastet kur viktimë është zgjuar dhe reagon ndaj stimuljeve verbale, vendoseni në pozicionin e sigurisë dhe monitorojeni deri në ardhjen e ndihmës mjekësore.

Nëse vetëdija e viktimës vlerësohet të jetë **V, P apo U** duhet trajtuar si urgjencë mjekësore dhe fillohet dhënia e ndihmës së parë dhe njoftimi urgjencës mjekësore.

➔ **Ngjyra dhe temperatura e lëkurës** është një tjetër element i rëndësishëm në rivlerësimin e gjendjes së viktimës. Vëmendje e veçantë duhet patur në ngjyrën e lëkurës, temperaturën dhe lagështinë e saj. Në kushte normale, lëkura është me ngjyrë normale, me temperaturë rreth 36.5 °C dhe e thatë.



- Në rastet e shock-ut, lëkura mund të jetë cianotike, e ftohtë dhe e lagësht (djersitur).
- Kqyrja e plotë fizike dhe përcaktimi prioriteteve në dhënien e Ndhmës së Parë

Pas vlerësimit fillestar dhe sigurimit të vendngjarjes, bëhet **kqyrja e plotë fizike** e viktimës, nga **koka tek këmbët**, për të identifikuar të gjitha dëmtimet dhe për të përcaktuar **llojin dhe përparësinë e ndërhyrjes**.

Ky vlerësim bëhet më i detajuar sesa ai në fazën fillestare dhe përfshin:

- *Inspektim dhe palpim të secilës zonë të trupit për dëmtime.*
- *Vlerësim të shenjave vitale (frymëmarrje, qarkullim, vetëdije).*
- *Vlerësim i gjendjes së përgjithshme dhe nevojës për transport të menjëhershëm (Tabela 4 dhe 5).*

Tabela 4: Përcaktimi i nivelit të prioritetit për dhënien e Ndhmës së Parë

Niveli	Përshkrimi i gjendjes	Veprimi
PRIORITET I LARTË	Viktima nuk reagon, por ka frymëmarrje të rregullt.	Vendoseni në pozicionin e sigurisë, nëse nuk ka dyshim për dëmtime në kokë, qafë apo shtyllë kurrizore.
PRIORITET I LARTË	Viktima reagon, por ka dëmtime të rënda: shtypje në gjoks, dëmtime të kokës, fraktura të mëdha, plagë të thella.	Jepni ndihmën e parë sipas dëmtimeve dhe përgatiteni për transport urgjent.
PRIORITET I ULËT	Dëmtime të lehta, si gërvishtje ose plagë ku hemorragjia ndalet shpejt.	Pastro, dezinfekto dhe mbulo plagën; monitoro gjendjen. Nuk kërkon transport urgjent për në Qendër Mjekësore.

Tabela 5: Evakuimi sipas prioritetit të urgjencës

Kategoria	Situatat	Veprimet
URGJENTE	Viktima nuk reagon Dëmtime në kokë, gjoks, bark	Kërkohet transport i menjëhershëm për në qendrën mjekësore.
URGJENCË E MODERUAR	Plagë të thella Fraktura	Jep ndihmën e parë në vend, pastaj përgatit transportin urgjent .
TRANSPORT I ZAKONSHËM	Dëmtime të lehta Viktima është e vetëdijshme dhe stabile	Transporti mund të bëhet pa urgjencë, por nën monitorim të vazhdueshëm .

Transporti i specializuar

- Nevojitet në rastet me:

- ✧ Dëmtime të shtyllës kurrizore

- ✧ Trauma të gjoksit apo barkut

- ✧ Dëmtime të shumëfishta

- Nëse viktimë është e vetëdijshme, por nuk mund të ecë:

- ✧ Përdorni karrocë mjekësore, mbështetje nga 2-3 shpëtimtarë, ose mjet transporti të përshtatshëm

2.8. Protokoli i dhënies së Ndhmës së Parë

Ashtu siç është shpjeguar në seksionet e mësipërme, dhënia e Ndhmës së Parë përfshin disa elementë thelbësorë: sigurimin e vendngjarjes, garantimin e sigurisë së shpëtimtarit/ëve, vlerësimin e gjendjes së viktimës dhe përcaktimin e llojit të ndërhyrjes që do të realizohet. Për këtë arsye, është shumë e rëndësishme të hartohet një plan ndërhyrjeje i bazuar në protokolle dhe standarde ndërkombëtare, të cilat mundësojnë ofrimin e ndihmës së parë në mënyrë të sigurtë dhe cilësore.

Protokolli që përdoret zakonisht është ai i bazuar në qasjen **DRS-ABCD** (*Danger, Response, Send for help, Airway, Breathing, CPR, and Defibrillation / Rrezik, Reagim, Dërgo për ndihmë, Rrugët e ajrit, Frymëmarrja, RKP dhe Defibrilimi.*), i cili ndihmon shpëtimtarët të vlerësojnë një urgjencë mjekësore, por edhe të japin ndihmën e parë cilësore dhe efektive deri në ardhjen e ekipit të urgjencës mjekësore.

Pavarësisht nga natyra e urgjencës, zbatimi me përpikmëri i këtij protokoli është thelbësor për çdo person që ofron ndihmën e parë. Ai ndihmon shpëtimtarin të ruajë përqendrimin dhe të veprojë në mënyrë të organizuar, duke rritur ndjeshëm mundësinë për të parandaluar dëmtime të mëtejshme dhe për të përmirësuar mbijetesën e viktimës.

Protokolli DRS-ABCD paraqitet në mënyrë të detajuar në Tabelën 6.

Tabela 6: Protokoli i dhënies së Ndhmës së Parë sipas metodologjisë: DRS-ABCD

Danger (<i>Siguria</i>)	Sigurohuni që vendngjarja është e sigurtë (shpëtimtari/ët, viktimë apo personat e tjerë) për dhënien e ndihmës së parë.	
Response (<i>Reagimi</i>)	Kontrollo nëse viktimë reagon, i përgjigjet thirrjeve apo dhimbjes. Kontrollo frymëmarrjen, pulsën, nëse ka vatra hemorragjike, fraktura, etj.	

Send (Kërko ndihmë)	Kërko ndihmë dhe telefono Urgjencën Mjekësore 127	
Airway (Rrugët e ajrit)	Liro rrugët e ajrit dhe ktheje viktimën në pozicionin e sigurisë	
Breathing (Frymëmarrja)	Kontrollo nëse viktima merr frymë (shiko, dëgjo, ndje) për ≥10 sek. Nëse NUK merr frymë fillo RZM Nëse merr frymë normalisht, ktheje në pozicionin e sigurisë.	
CPR (RZM)	Fillo RZM (30:2) Vazhdoni RZM, derisa: - Viktima të reagojë - Arrin ekipi i urgjencës mjekësore - Nuk jeni më në gjendje të jepni RZM	
Defibrillate (Defibrilimi)	Filloni përdorimin e DAJ (Defibrilator Automatik të Jashtëm) sa më shpejt të jetë e mundur sipas udhëzimeve zanore.	

2.9. Dhënia e Ndihmës së Parë në një SKENË KRIMI

Shpeshherë, shpëtimtarët apo personeli shëndetësor që ofron manovrat bazë jetëshpëtuese (MBJ) apo Ndihmën e Parë përballen me ngjarje apo situata që krahas dhënies së ndihmës mjekësore, vendngjarja konsiderohet “skenë krimi”.

Edhe pse vendngjarja mund të jetë subjekt i një “skene krimi” dhënia e ndihmës së parë është përparësi absolute. Është e rëndësishme, që personeli shëndetësor që jep ndihmën e parë në vendngjarje të jenë të kujdesshëm dhe të mos dëmtojnë provat në vendngjarje, të cilat janë element i rëndësishëm për organet policore në zbardhjen e dinamikës së ngjarjes.

Është e rëndësishme, që personeli mjekësor të bashkëpunojë ngushtë me organet kompetente (policia/zjarrëfiksit) etj., me qëllim: *sigurinë e personelit mjekësor (PM) dhe e viktimës; dhënien e ndihmës së menjëhershme dhe profesionale, si dhe ruajtjen e provave kriminale pa ndikuar në to.*

Në rastet kur ndihma e parë do të jepet në një vend që konsiderohet zonë krimi është e rëndësishme të ndiqen hapat e mëposhtëm:

1. Siguria në vendngjarje

- ✓ Mos hyni në vendngjarje pa konfirmim nga forcat e rendit.
- ✓ Rreziku duhet të eliminohet përpara se të jepet ndihma e parë.
- ✓ Shpëtimtari nuk vepron nëse ka agresor aktiv ose mjedisi nuk është i sigurtë.

2. Ndihma e parë: Prioriteti është mbrojtja e jetës

- ✓ Kontrolloni vetëdijen, frymëmarrjen dhe qarkullimin.

3. Ruajtja e skenës së krimit

- ✓ Mos lëvizni sende të panevojshme.
- ✓ Shmangni gjurmët (këmbë, gjak, gishta).
- ✓ Përdorni rrugë të qarta për lëvizje, hyrje/dalje të njëjtë.

4. Menaxhimi i provave

- ✓ Mos prekni armët ose objektet e dyshimta.
- ✓ Rrobat e viktimës vendosini në qese plastike të pastra.
- ✓ Pajisjet e përdorura hiqini pas përfundimit të ndihmës.

5. Komunikimi me forcat e rendit

- ✓ Koordinoni hyrjen me policinë.
- ✓ Respektoni çdo udhëzim të tyre.
- ✓ Jini të qartë dhe të saktë në raportimin se çfarë keni parë/dëgjuar.

6. Dokumentimi i situatës

- ✓ Regjistroni çdo veprim të bërë ndaj pacientit.
- ✓ Kujdes për fjalët e viktimës ose dëshmitarëve. Mos i injoroni.
- ✓ Mbani mend pamjen e skenës para dhe pas ndërhyrjes suaj.



Kujdesi ndaj viktimës ka përparësi absolute. Ruajtja e provave duhet të bëhet pa penguar ndërhyrjen mjekësore.

KAPITULLI 3: ANAFILAKSIA

Anafilaksia është një **reaksion alergjik sistemik**, i rëndë dhe me fillim të shpejtë, i cili mund të kërcënojë jetën. Zakonisht përfshin:

- Traktin respirator
- Sistemin kardiovaskular
- Lëkurën dhe/ose mukozat

Sipas Organizatës Botërore të Alergjisë (WAO), anafilaksia është:

“Një gjendje hipersensitiviteti e rëndë, me fillim të menjëhershëm dhe potencialisht jetëkërcënues, që përfshin sistemin respirator, kardiovaskular dhe zakonisht (por jo gjithmonë) shoqërohet me ndryshime kutane ose të mukozave.”

Anafilaksia karakterizohet nga fillimi i papritur dhe përparimi i shpejtë i simptomave, probleme me rrugët e frymëmarrjes dhe/ose me qarkullimin e gjakut. Zakonisht, ka ndryshime të lëkurës dhe/ose mukozave (skuqje, urtikarie, angioedema). Diagnoza mbështetet nëse pacienti ka qenë i ekspozuar ndaj një alergjeni të njohur. Megjithatë, mbi 30% të rasteve mund të mos kenë një shkaktar të dukshëm.

Ndryshimet vetëm në lëkurë ose mukozat nuk janë shenjë e anafilaksisë dhe në rreth 10-20% të reaksioneve alergjike janë të pakta ose mungojnë (p.sh. disa pacientë fillimisht paraqiten vetëm me bronkospazmë ose hipotension).

Shkaktarët më të zakonshëm

Kategoria	Shembuj
Ushqime	Kikiriku, arrat, peshku, vezët, qumështi
Medikamente	Antibiotikët (penicilinë), aspirina, antiinflamatorë
Insekte	Pickimet nga bletët, grerëzat, formikat
Substanca mjekësore	Vaksinat, latex, substanca radiokonstraste
Faktore fizikë	Aktivitet fizik, temperaturë ekstreme

Pacientët me **histori atopie** janë më të rrezikuar, sidomos për anafilaksinë nga ushqimi ose lateksi.



Modelet kohore të anafilaksisë

1. **Unifazike** - Reagim i vetëm, zgjidhet brenda 30-60 minutash
2. **Protraktuar** - Zgjat me orë ose ditë, pa përmirësim të plotë
3. **Bifazike** - Simptomat rikthehen pas një periudhe asimptomatike (1-72 orë, më shpesh brenda 8 orëve)



Shenjat dhe simptomat



Lëkura dhe mukoza

- Eritemë, urtikarie, angioedemë
- Prurit, skuqje periorbitale, edemë buzësh, lotim, ndjesi pickimi



Trakti respirator

- Kongjestion nazal, ndjesi mbytjeje, kollë e thatë
- Stridor, bronkospazëm, fishkëllimë, gulçim, cianozë
- Arrest respirator



Gastrointestinale

- Nauzea, të vjella, dhimbje barku, diarre



Kardiovaskulare

- Hipotension, takikardi, palpitacione, shok, arrest kardiak



Sistemi nervor qendror

- Marramendje, konfuzion, ndryshim gjendjeje mendore, humbje e vetëdijes



Të tjera

- Shije metalike, krampe uterine, ndjenjë ankthi ekstrem (aura)



Kriteret klinike për vendosjen e diagnozës

Anafilaksia diagnostikohet kur ndodh një **fillim akut (brenda minutash/orësh)** me një nga këto kritere:

- *Prekje e lëkurës ose e mukozave + simptomat respiratore ose hipotension/shok*
- *Dy ose më shumë simptoma (nga lëkura, rrugët e frymëmarrjes, tretja, presioni i ulët) pas ekspozimit ndaj alergjenit të dyshuar*
- *Rënie e presionit arterial pas ekspozimit ndaj alergjenit të njohur*

Menaxhimi urgjent i anafilaksisë

 **Hapi i parë:** Ndalo ekspozimin ndaj shkaktarit (ndërprerja e burimit, heqja e pickimit, etj.)

 **ABCDE:** Vlerëso rrugët e ajrit, frymëmarrjen, qarkullimin, gjendjen mendore dhe ekspozimin:

- ➔ Telefono për ndihmë 127 apo kërko ndihmë të specializuar mjekësore.
- ➔ Injekto epinefrinë (adrenaline) intramuskulare në pjesën e mesme anterolaterale të kofshës 0,01 mg/kg të solucionit 1:1000 (1mg/1ml), maksimumi 0.5mg (adultët) dhe 0.3 mg (fëmijët). Regjistroni Kohën e dozës dhe përsërite për 5 minuta, nëse nevojitet. Shumica e pacientëve përgjigjjen në dozën e I ose II.
- ➔ Vendose viktimën me kurriz ose në pozicion konforti, nëse ka probleme të distresit respirator dhe/ose të vjella. Ngrijini ekstremitetet. Nëse është shtatzënë, shtrije viktimën në anën e majtë.
- ➔ Kur indikohet, i jepet oksigjen me fluks të lartë 6-8 l/minutë, me maskë faciale ose rrugë orofaringeale
- ➔ Duhet siguruar rrugët venoze duke përdorur age apo kateter me diametër të gjerë (14-16 gauge). Kur indikohet, jepet shpejt 1-2 litra solucion NaCl 0,9% (psh 5-10 ml/kg në 5-10 minutat tek një i rritur dhe 10 ml/kg tek fëmijët).
- ➔ Kur indikohet në çdo kohë, bëhet RZM ose DAJ nëse është e mundur.
- ➔ Në intervale të rregullta monitoro presionin arterial, funksionin dhe frekuencën kardiale, statusin respirator dhe oksigjenimin (monitorim i vazhdueshëm, nëse është e mundur)

Administrimi i adrenalines

- **Doza IM** në pjesën anterolaterale të kofshës:
 - Të rriturit: 0.5 mg (0.5 ml nga 1mg/ml = 1:1000)
 - Fëmijët: 0.01 mg/kg (maks 0.3 mg)
- Përsërit çdo 5 minuta nëse nuk ka përmirësim
- Regjistro kohën e dozës

Mbështetje shtesë

MASA	PËRSHKRIMI
 Pozicioni i pacientit	Shtrirë, me këmbët lart (ose në krah të majtë nëse është shtatzënë)
 Oksigjenoterapi	6-8 L/min me maskë ose rrugë orofaringeale
 Qasje IV	Me age 14-16G; infuzion i shpejtë NaCl 0.9% (1-2 litra te të rriturit)
 Monitorimi	TA, FC, SpO ₂ , gjendja mendore në mënyrë të vazhdueshme

SOS Kur adrenalina nuk funksionon?

Në mungesë përmirësimi pas 2 dozave adrenaline:



Sigurohu që ndihma po vjen



Vazhdo me algoritmin për **anafilaksinë refraktare**



Adrenalina IV jepet në mjedise të monitoruara vetëm nga mjekë të trajnuar



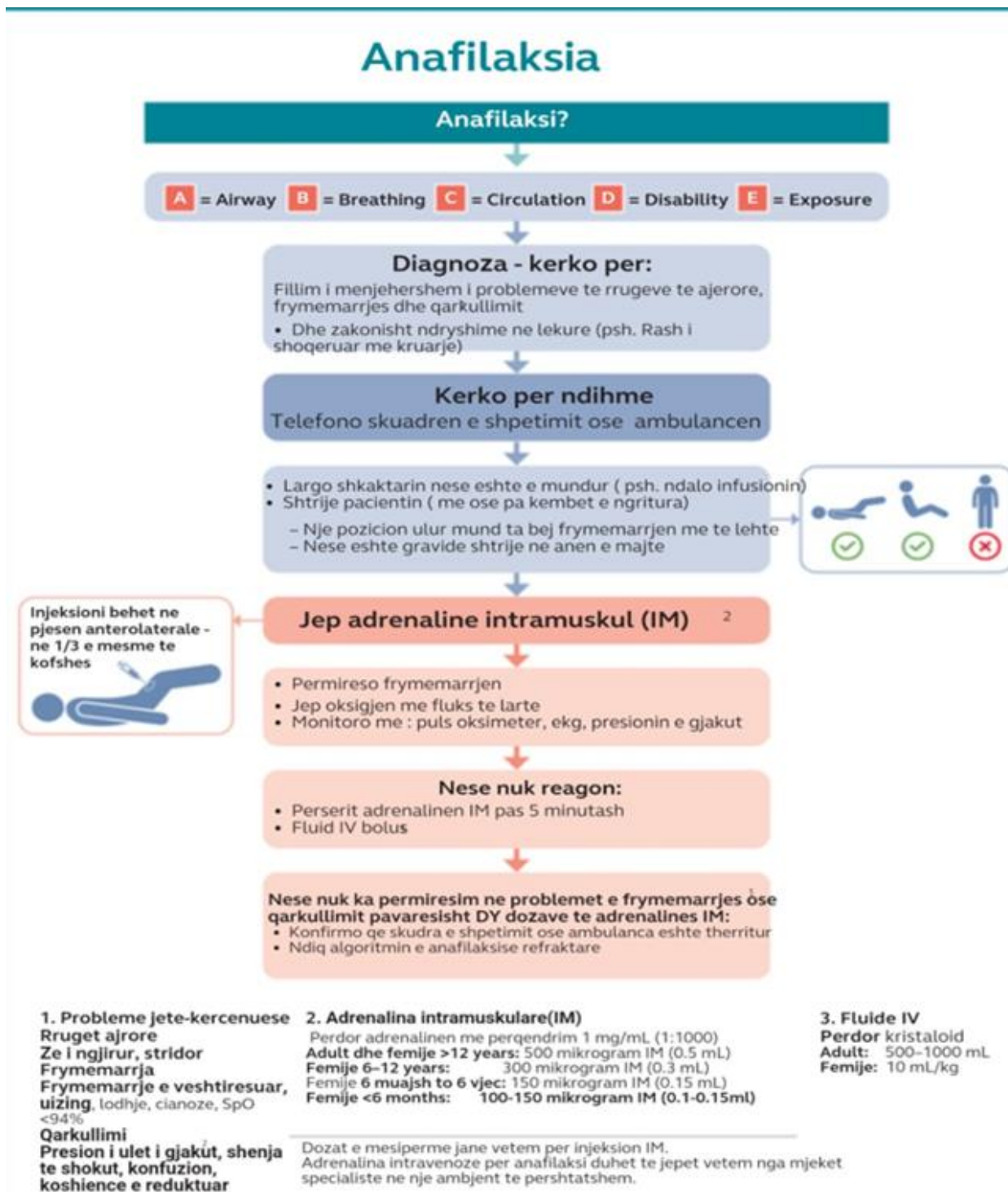
Shenjat paralajmëruese për gjendje kritike:

- Zë i ngjirur
- Stridor
- Frymëmarrje e vështirësuar
- Frymëmarrje me fishkëllima
- Cianoze
- Ulje e saturimit të oksigjenit, SpO2 nën 94%
- Ulje TA
- Gjendje shoku
- Dëmtime të vetëdijes
- Konfuzion

Algoritmet e rekomanduara

Aplikoni algoritmin klinik sipas qasjesABCDE. Në figurën 4 më poshtë paraqitet algoritmi i menaxhimit të anafilaksisë, gjithmonë duke respektuar qasjen ABCD.

Figura 4: Anafilaksia

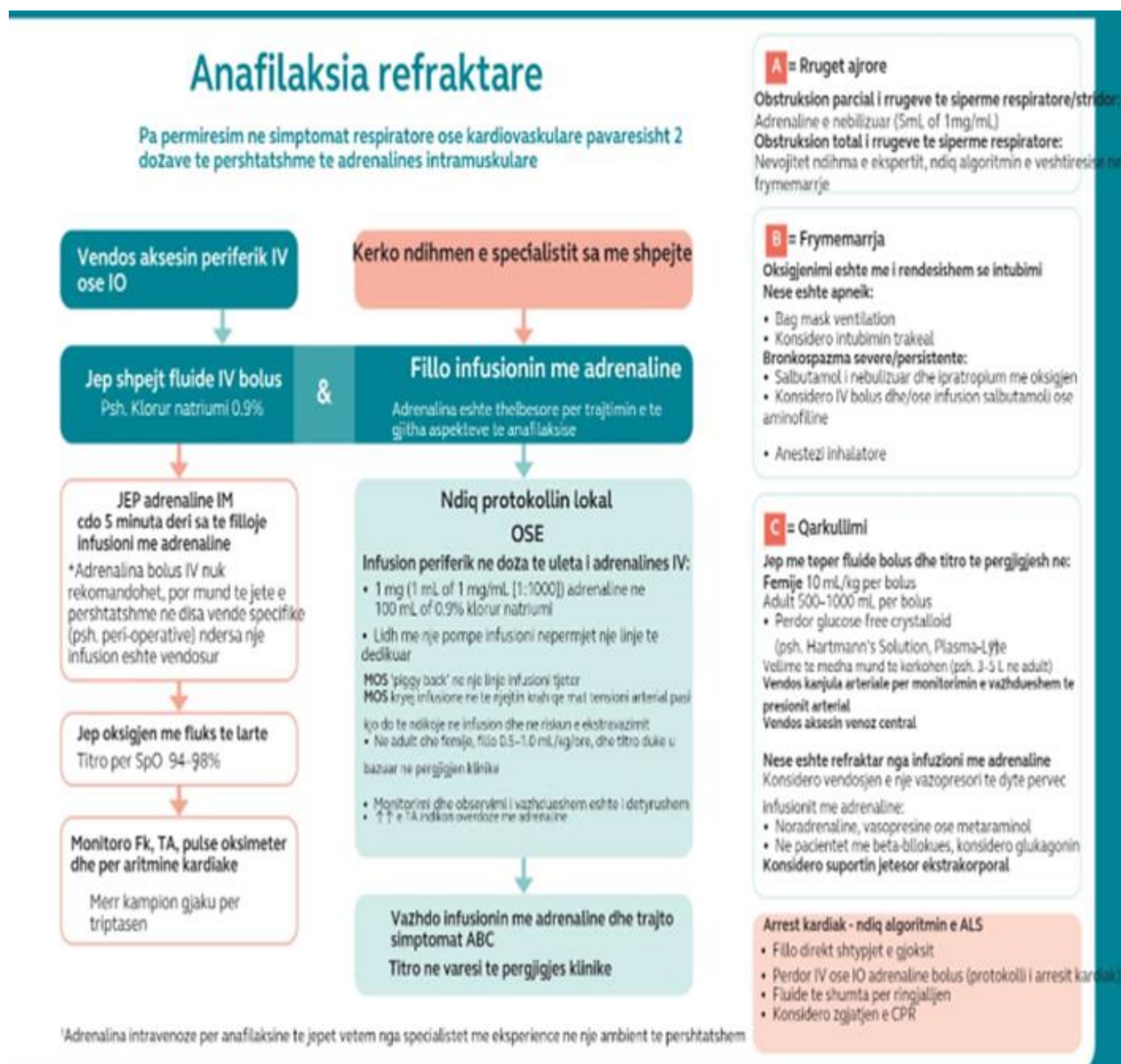


Nëse pas aplikimit të dy dozave të adrenalinës nuk ka përmirësim të gjëndjes, duhet të sigurohemi që ekipi i shpëtimit është duke ardhur dhe të vazhdohet me algoritmin e anafilaksisë refraktare, i cili paraqitet në figurën 5 më poshtë.

Përdorimi i adrenalinës IV bëhet vetëm nga mjekët specialistë, në mjedise të përshtatshme trajtimi dhe monitorimi.

Referojuni diagramës për **anafilaksinë refraktare**, nëse ka vonesë në përmirësim (Figura 5).

Figura 5: Anafilaksia refraktare



KAPITULLI 4: ASFIKSIA

Asfiksia, e njohur gjithashtu edhe si **Mbytja** është një gjendje urgjente ku organizmi nuk merr oksigjen të mjaftueshëm për të mbështetur funksionet jetësore. Çdo ndërprerje në procesin e shkëmbimit të gazeve (thithjen e oksigjenit dhe daljen e dioksidit të karbonit) mund të shkaktojë humbje të vetëdijes, mbytje ose vdekje.

Mungesa e oksigjenit mund të çojë në **hipoksi**, humbje vetëdijeje, dëmtime cerebrale, arrest respirator dhe **vdekje**, nëse nuk trajtohet menjëherë. Hipoksia mund të variojë nga format më të lehta deri në ato serioze apo jetëkërcënuese. Disa nga indet e trupit mund të funksionojnë për një kohë të gjatë me nivele të ulëta të oksigjenit, ndërsa të tjerët dëmtohen shpejt.

Asfiksia dhe hipoksia: Asfiksia ndodh kur oksigjeni nuk arrin në rrugët e frymëmarrjes, ndërsa hipoksia ndodh kur indet nuk mund të marrin apo përdorin sasinë e duhur të oksigjenit.

 Asfiksia çon gjithmonë në hipoksi, por jo çdo hipoksi është rezultat i asfiksisë.

 Shkaqet më të zakonshme të asfiksisë:

Mekanizmi	Shembuj praktikë
 Mekanike	Mbytje me objekte, bllokim rrugësh të ajrit me ushqim, strangulim
 Pozicionale	Foshnjë e pozicionuar gabim, e vendosur në gjumë me fytyrë poshtë
 Kimike	Monoksid karboni, cianid, tym, gazra toksikë
 Alergjike	Anafilaksia - edemë e rrugëve të frymëmarrjes
 Farmakologjike	Mbidozë me opioide - depresion respirator
 Neurologjike	Konvulsione, paralizë e muskujve të frymëmarrjes
 Traumatike	Goditje në krahavor, fraktura qafe

Simptomat klinike:

- Vështirësi në frymëmarrje
- Cianoze (blu në buzë, gishta, lëkurë)
- Zë i ngjirur ose i zhurmshëm
- Humbje e vetëdijes
- Marramendje ose konfuzion
- Lëvizje e pakët e gjoksit gjatë frymëmarrjes
- Shtrëngim në gjoks
- Urgjenca neurologjike: konfuzione, konvulsione, koma



Shkaktarët specifikë dhe menaxhimi i tyre



Mbytja me trup të huaj

Zakonisht ndodh gjatë ngrënies. Viktima përpiqet të marrë frymë, kollitet por pa zë - shenjë tipike e bllokimit total.

Çfarë të bëni:

- Nëse personi është i vetëdijshëm por nuk flet:
 - Kryeni menjëherë **manovrën Heimlich**
- Nëse viktima bie pa ndjenja:
 - Filloni **RZM (Ringjallje Zemër-Mushkëri)**
 - Kontrolloni gojën për objekte dhe largojini ato



Asfiksia nga gazra toksikë (p.sh. tymi i zjarrit)

Thithja e tymit mund të shkaktojë dëmtime në rrugët e frymëmarrjes dhe pengesë oksigjeni.

Simptomat:

- Kolla e vazhdueshme
- Ngjirje zëri
- Irritim i syve dhe i hundës
- Frymëmarrje e zhurmshme
- Shenja bloze rreth gojës/hundës

Menaxhimi:

- Evakuoni menjëherë viktimën në ajër të pastër
- Kryeni vlerësim **ABCDE**
- Oksigjenoterapi (në kushte spitalore)
- Trajtim në mjedis të monitoruar



Asfiksia alergjike (Anafilaksia)

Ndodh kur një reaksion alergjik mbyll rrugët e frymëmarrjes.

Trajtimi:

- Adrenalinë IM (0.5 mg tek të rriturit)
- Oksigjen
- Monitorim
- Transport urgjent



Mbidozë me opioide

Shkakton ndalje respiratore graduale.

Trajtimi:

- **Nalokson (Narcan)** IM/IV/IN sipas protokollit
- RZM nëse ka arrest
- Oksigjen dhe monitorim



Asfiksia e të sapolindurit

Ndodh në lindje për shkak të hipoksisë fetale.

Shenjat:

- Foshnjë që nuk qan menjëherë
- Lëvizjet e pakët, ngjyrë e errët, tonus i ulët

Trajtimi:

- Ringjallje neonatale sipas protokolleve të NRP
- Ventilim me maskë dhe çantë (bag-valve-mask)
- Transferim në neonatologji



Diagnoza në situata urgjence mjekësore

Skenari tipik:

- Viktima mban duart në fyt (shenja universale e mbytjes)
- Nuk flet, nuk kollitet, lëvizjet janë të frikësura
- Cianoze, humbje vetëdijeje
- Vëzhgimi i thjeshtë mjafton për të vepruar pa humbur kohë



Trajtimi Anafilaksisë në praktikë

Situata	Veprimi
Mbytje tek i rrituri	Heimlich + RZM nëse humb ndjenjat
Mbytje tek foshnja	5 goditje në shpinë + 5 shtypje kraharori (si te CPR)
Tymi/gaz toksik	Nxirreni menjëherë jashtë + O ₂ + RZM nëse nuk fryn
Mbidozë me opioide	Nalokson + RZM + thirrje urgjence
Anafilaksia	Adrenalinë IM + thirrje urgjence



Dokumentimi dhe vlerësimi

Pas menaxhimit, **dokumentoni**:

- Orën e ndërhyrjes
- Llojin e ndërhyrjes (RZM, Heimlich, O₂, adrenalinë, nalokson)
- Reagimin e pacientit
- Transferimin për në spital



KUJDES!

- Mos vononi asnjë veprim kur ka dyshim për asfiksi: **veproni menjëherë**.
- Rritja e CO₂ dhe ulja e O₂ çojnë në acidemi dhe dështim multiorganik.
- Shmangni ventilimin e fortë me BVM për të evituar insuflacion gastrik → rrezik për të vjella dhe aspirim.

KAPITULLI 5: **ASTMA BRONKIALE**

Astma bronkiale është një sëmundje kronike e rrugëve të poshtme të frymëmarrjes, e cila karakterizohet nga inflamacion kronik, hiperreaktivitet bronkial dhe ngushtim i kthyeshëm i rrugëve të frymëmarrjes. Simptomat përfshijnë:

- Kolla
- Vështirësi në frymëmarrje
- Fishkëllima
- Shtrëngim në gjoks



Shkaqet dhe faktorët përkeqësues



Faktorë të brendshëm:

- Predispozita gjenetike (atopia)
- Hiperreaktivitet bronkial
- Gjendje psiko-emocionale
- Gjinia (më e shpeshtë te meshkujt në fëmijëri)
- Obeziteti



Faktorë të jashtëm:

- Alergenë shtëpiakë dhe ambientalë (pluhur, polen, myk)
- Tym duhani
- Infeksione respiratore virale
- Aktivitet fizik i tepruar
- Ajri i ftohtë, ndotja
- Ushqime/aditivë
- Medikamente (aspirinë, beta-blokues)

⚠ Shenjat klinike të një krize astmatike:

<i>Shenjat</i>	<i>Veçoritë Karakteristike</i>
<i>Frymëmarrje e zhurmshme</i>	E dëgjuar pa stetoskop
<i>Kolla e thatë</i>	Veçanërisht gjatë natës
<i>Shtrëngim në gjoks</i>	Nuk lehtësohet nga ndryshimi i pozicionit
<i>Vështirësi në të folur</i>	Shenjë rëndese
<i>Përdorimi i muskujve shtesë</i>	Shenjë e lodhjes respiratore
<i>Saturimi i ulët i oksigjenit</i>	<94% = hipoksemi

▲ Sulmi akut i astmës

Klasifikimi sipas ashpërsisë:

<i>Tipi</i>	<i>Shenjat kryesore</i>	<i>SpO₂</i>	<i>RR</i>	<i>HR</i>
<i>E lehtë</i>	Kollë, fishkëllimë e lehtë	>95%	<20	<100
<i>Mesatare</i>	Frymëmarrje e vështirësuar, flasim me fjali	90-95%	20-30	100-120
<i>E rëndë</i>	Frymëmarrje e zhurmshme, flet me fjalë të shkurtra	<90%	>30	>120
<i>Rrezik për jetën</i>	Cianoze, mosperceptim fishkëllimë, letargji, GCS i ulët	<85%	Çrregullt	Bradikardi ose takikardi ekstreme

Shenjat paralajmëruese kritike

- Mungesë fishkëllime në frymëmarrje për shkak të rrjedhjes minimale të ajrit
- SpO₂ < 88% pavarësisht oksigjenimit
- Agjitacion → konfuzion → letargji
- Marrje fryme paradoksale torako-abdominale
- GCS në ulje → arrest respirator i afërt

Ndhimja e parë jashtë spitalit



1. Qetësimi i pacientit

- Qëndrimi i qetë: ul ankthin dhe ndihmon frymëmarrjen.
- Pozicionim optimal: i ulur, me shpinën drejt dhe shpatullat e relaksuara.



2. Inhalatorët

- Bronkodilatatorët me veprim të shpejtë (SABA): salbutamol 2-4 shtypje me ndarës (spacer).
- Përsëritet çdo 20 minuta deri në përmirësim.



3. Oksigjenoterapi

- Nëse është e mundur, filloni oksigjen suplementar me rrjedhje të lartë, sidomos kur saturimi është <94%.



4. Thirrja për ndihmë mjekësore

- Nëse nuk ka përmirësim pas inhalatorit apo shenjat përkeqësohen → **Urgjencë!**



Menaxhimi në institucionin shëndetësor



Qasja ABCDE

KOMPONENTI	VEPRIMI
A - Rruga ajrore	Kontroll i lirit të rrugëve të frymëmarrjes
B - Frymëmarrja	Oksigjen (94-98%), bronkodilatatorë me nebulizator, steroide
C - Qarkullimi	Vendosje e linjës IV, administrim i lëngjeve sipas rastit
D - Gjendja neurologjike	Vlerësim i vetëdijes dhe reagimit
E - Ekspozim	Vlerësim për ndërlikime ose shkaktarë të tjerë



Trajtimi emergjent spitalor



Medikamente kryesore

MEDIKAMENTI	DOZIMI
<i>Medikamenti</i>	5 mg çdo 15-30 min ose 10 mg/orë me nebulizator
<i>Salbutamol (SABA)</i>	0.5 mg çdo 4-6 orë
<i>Ipratropium bromid</i>	40-50 mg PO ose IV
<i>Prednizolon</i>	100 mg IV çdo 6 orë
<i>Hidrokortizon</i>	1.2-2 g IV mbi 20 min në rast astme të rëndë



Medikamentet që shmangen

- Sedativët (rrit rrezikun e arrestit)
- Adrenalina - vetëm në rast anafilaksie
- Antibiotikët - vetëm nëse ka prova për infeksion bakterial



Statusi astmatik (kriza refraktare)

Kur pacienti nuk përmirësohet me terapinë standarde:

- **Konsideroni përdorimin e:**
 - Magnesium IV
 - Ventilim i ndihmuar
 - Terapi intensive (ICU)
 - Ketaminë IV ose aminofilinë IV sipas vendimit të specialistit



Monitorimi dhe vlerësimi i progresit

- Matja e PEF (Peak Expiratory Floë- Rrjedha Maksimale Ekspiratore) çdo 15-30 min
- Matja e SpO₂: Mbajeni >94%
- Analiza e gazrave në gjak kur nuk ka përmirësim
- Radiografi toraksi vetëm kur dyshohet ndërlikim (pneumotoraks, infeksion)



Menaxhimi i pastrajtimit dhe dalja nga kriza

- Vazhdoni kortikosteroidet për 5-7 ditë
- Edukimi i pacientit për përdorimin e inhalatorit
- Plani individual i veprimit për menaxhimin e krizave të ardhshme
- Referimi për ndjekje te pneumologu

Menaxhimi emergjent i krizës akute

1. Oksigjenimi

- 6-10 L/min me maskë → qëllimi $SpO_2 \geq 94\%$
- Vlerëso rregullisht SpO_2 dhe cilësinë e ventilimit

2. Bronkodilatatorët me veprim të shpejtë (SABA)

- Salbutamol 2.5-5 mg nebulizim, çdo 20 minuta për 3 herë
- Mund të kombinohet me Ipratropium 0.5 mg në raste të rënda

3. Kortikosteroidet sistemike

- Metilprednizolon 125 mg IV ose Prednizolon 50 mg PO
- Jepen sa më herët → veprojnë në 4-6 orë

4. Në raste refraktare ose kritike

- Adrenalinë IM (0.3-0.5 mg) → nëse dyshohet për komponent anafilaktik
- Sulfat magnezi 2 gr IV për 20 min
- Ventilim BVM + përgatitje për intubim, në GCS në rënie



Kujdes profesional

- Mos e neglizhoni një pacient me "pak fishkëllimë" → mungesa e zhurmave nuk do të thotë përmirësim
- Shmangni intubimin e parakohshëm, por mos e vononi kur ka ulje të vetëdijes
- Çdo krizë e moderuar ose e rëndë duhet të ndiqet për **të paktën 2-3 orë pas stabilizimit**

KAPITULLI 6: DËMTIMET E SHPINËS DHE TË QAFËS

Dëmtimet e qafës dhe të shtyllës kurrizore ndodhin më së shpeshti si pasojë e **veprimit të forcave të mëdha mekanike apo përplasjes së dy apo më shumë trupave**, të cilat tejkalojnë kapacitetin mbrojtës të strukturave të shpinës dhe qafës.

Shkalla e dëmtimit varet nga **masa dhe shpejtësia** e trupit që përplasët. Ky kombinim përbën **energjinë kinetike**, e cila përcakton fuqinë e goditjes dhe pasojat e saj. Kjo energji matet me formulën: ***Energjia kinetike = masa e trupit x shpejtësia²***.

Kjo do të thotë që **shpejtësia** ka ndikim shumë më të madh në shkallën e dëmtimit, pasi rritet në **fuqi katrore**.

Shembull: Një person që përplasët me një automjet me shpejtësi 20 km/orë ka një energji goditëse të kufizuar.

Kur i njëjti person përplasët me një mjet me shpejtësi mbi 100 km/orë, energjia që përthithet nga trupi është **shumë herë më e madhe** dhe rreziku për dëmtim të shtyllës kurrizore është jashtëzakonisht i lartë.

▲ Përfundim: Sa më e madhe të jetë shpejtësia dhe masa e përplasjes, aq më e madhe është energjia dhe rreziku për dëmtime të rënda.

Llogaritja e Energjisë Kinetike dhe roli i saj në dhënien e Ndhmën së Parë?

Në ndihmën e parë, **vlerësimi i mekanizmit të dëmtimit** është një tregues i rëndësishëm për të dyshuar për: zhvendosje, thyerje ose shtypje të rruazave dhe, në shumë raste, kompresim apo dëmtim të **palcës kurrizore**.



Dëmtimet përfshijnë kryesisht lëndime në **vertebra** (kockat e shtyllës kurrizore), **palcën kurrizore** (truri i zgjatur që kontrollon ndjesinë dhe lëvizjet) dhe **strukturat mbështetëse** (disqet, ligamentet dhe muskujt përreth).

Në rastet e përplasjeve të forta, **rreziku kryesor është dëmtimi i palcës kurrizore**, e cila është pjesë kritike e sistemit nervor qendror. Në varësi të vendndodhjes dhe ashpërsisë së dëmtimit, pasojat mund të jenë:

- **Paralizë e përkohshme** (shpesh me shërim të mundshëm)
- **Paralizë e përhershme** (tetraplegji ose paraplegji)
- **Çrregullime të funksioneve jetësore** (frymëmarrje, kontroll i urinës dhe jashtëqitjes)
- **Vdekje**, në rast të dëmtimeve të rënda, sidomos në qafë (segmenti cervikal i lartë)

Këta lëndime kërkojnë **trajtim të kujdesshëm dhe të menjëhershëm**, pasi çdo lëvizje e gabuar e viktimës mund të përkeqësojë gjendjen dhe të shkaktojë dëmtime të pakthyeshme.



Kur duhet të dyshohet dëmtimi spinal?

Mundësitë e një dëmtimi të shtyllës kurrizore janë paraqitur në mënyrë skematike në Tabelën 7:

Tabela 7: Situatat e mundshme për dëmtime të shtyllës kurrizore

Situata e mundshme	Shembull
Rënie nga lartësi	Shkallë, pemë
Hedhje me kokë	Në ujë të cekët
Aksidente trafiku	Shpejtësi e lartë, pa rrip
Trauma direkte	Goditje nga objekte të rënda (në kokë, qafë apo shpinë)
Lëvizje e papritur	Rrotullim ose përkulje e papritur
Trauma në kokë/fytyrë	Frakturë, mavijosje, gjakderdhje

Çdo aksident me mekanizëm të fortë përplasës duhet të trajtohet me dyshim për dëmtim të shtyllës kurrizore, derisa të vërtetohet e kundërta nga personeli i specializuar mjekësor.

Shenjat klinike

- Dhimbje në qafë apo shpinë.
- Ngurtësim i qafës.
- Dhimbje dhe/ose mavijosje në lëkurë mbi shtyllën kurrizore.
- Humbja e kontrollit të gjymtyrëve - viktimat mund të mos jetë në gjendje të lëvizë krahët ose këmbët.
- Humbje e ndjeshmërisë ose ndjesi jonormale, si p.sh. djegie ose ndjesi shpimi gjilpërash.
- Vështirësi në frymëmarrje.
- Humbje kontrolli të urinimit/defekimit.

Menaxhimi emergjent në vendngjarje dhe në shërbim shëndetësor



Çfarë duhet të bëni:

- Ndiqni gjithmonë **DRS-ABCD** (*Danger, Response, Send for help, Airëay, Breathing, CPR, and Defibrillation* = *Rrezik, Reagim, Dërgo për ndihmë, Rrugët e ajrit, Frymëmarrja, RKP dhe Defibrilimi*)

Nëse pacienti **REAGON** dhe është i **VETËDIJSHËM**: Imobilizimi i menjëhershëm:

1. Qetësojeni pacientin dhe mos e lejoni të lëvizë.

- * Sigurojeni që është në një pozicion të qëndrueshëm dhe pa rrezik të menjëhershëm.

2. Vlerësoni gjendjen përmes skemës **SRK-ABCD** (Shikoj, Reagoj, Kuptoj - Rrugët e ajrit,

Frymëmarrja, Qarkullimi, Verësimi neurologjik.

- * Për të kontrolluar gjendjen, kërkojini viktimës që të lëvizë butësisht kokën drejt përpara, vetëm nëse kjo nuk shkakton dhimbje.
- * Mos e detyroni të lëvizë kokën nëse ankohet për dhimbje.

3. Thërrisni menjëherë Shërbimin e Urgjencës (112) ose kërkon dikë tjetër ta bëjë këtë.

- * Jepni informacione për gjendjen e viktimës dhe dyshimin për dëmtim të shtyllës kurrizore.

4. Kërkojini viktimës të mbajë kokën dhe trupin sa më qetë që të jetë e mundur.

- * Theksoni që çdo lëvizje e panevojshme mund të përkeqësojë gjendjen.

5. Fiksimi i kokës në vijë neutrale:

- * Mund ta bëni duke vendosur jastëkë, peshqirë apo batanije të palosura në të dy anët e kokës.
- * Ose, në mungesë të tyre, mbani kokën me duar në pozicionin ku ndodhet, duke e stabilizuar.



Qëllimi i kësaj procedure:

- Parandalimi i lëvizjeve të panevojshme që mund të dëmtojnë më tej palcën kurrizore.
- Ruajtja e funksioneve jetësore deri në mbërritjen e ndihmës mjekësore.
- Komunikim i vazhdueshëm dhe qetësues me pacientin për të shmangur panikun.



Nëse pacienti nuk është i vetëdijshëm:

- Kontrolloni frymëmarrjen me teknikën përkuqe e kokës dhe ngritje e mjekrrës.
- Nëse merr frymë → Mos e lëvizni!
- Nëse nuk merr frymë → Filloni RZM, duke e vendosur pacientin në shpinë, me kujdes të madh për qafën.

Vlerësimi i ABC + neurologjik



A (Airway-Rrugët e ajrit): ruhet hapësira e frymëmarrjes pa manipulim të kokës.



B (Breathing-Frymëmarrja): vlerëso shenja të dështimit respirator në dëmtimet e sipërme c cervikale.



C (Circulation): kontrollo puls, tension dhe shenja të shokut neurogjjen.



N: vlerëso ndjeshmërinë, forcën motorike, GCS dhe praninë e simptomave fokale neurologjike.



Rëndësia e imobilizimit (në kushte të zakonshme të dhënies së Ndhmës së Parë)

Shmangia e lëvizjeve të panevojshme të viktimës me dëmtime të qafës dhe shpinës, parandalon dëmtimet e mundshme të shtyllës kurrizore. Imobilizimi i menjëhershëm është hapi më i rëndësishëm për të parandaluar përkeqësimin e dëmtimit të palcës kurrizore.



Stabilizimi manual i qafës

Në pacientët me trauma, dëmtimet e kolonës cervikale janë të rralla, por gjithsesi të rënda dhe potencialisht kërcënuese për jetën. Prandaj, gjatë dhënies së ndihmës së parë, qëllimi

është të minimizohet çdo lëvizje e panevojshme e qafës për të parandaluar dëmtime shtesë (Figura 6).

Figura 6: Stabilizimi manual i qafës



Përkufizime të rëndësishme

Në Tabelën 8, jepen në mënyrë të përmblodhur disa përkufizime mbi stabilizimin e dëmtimeve të shtyllës kurrizore.

Tabela 8: Përkufizime të rëndësishme mbi stabilizimin e shtyllës kurrizore

Termi	Përkufizimi
Imobilizim	Përdorimi i pajisjeve për të bllokuar lëvizjet e shtyllës kurrizore, si: Scoop - Stretcher (barellë ndarëse) apo qafore cervikale.
Stabilizim i shtyllës kurrizore	Mbajtja në pozicion neutral, zakonisht manualisht
Kufizim lëvizjeje	Zvogëlim i lëvizjes me pajisje si qafore apo mjete rrethore mbështetëse (thasë me rërë, jastëk, etj.)
Stabilizim manual	Përdorimi i duarve/krahëve për të fiksuar qafën në rastet kur dyshohet për dëmtim spinal, stabilizim i cili vazhdon deri në ardhjen e ndihmës së specializuar.

 **Duhet minimumi dy persona për stabilizim dhe zhvendosje të sigurt.**

- Njëri mban kokën e viktimës të palëvizur në vijë neutrale.
- Tjetri siguron që trupi i viktimës të mos lëvizë gjatë manovrave ose ndihmës.
- Nëse ekziston rreziku i të vjellave, viktimë duhet të vendoset në pozicionin spinal të sigurisë, për të ruajtur rrugët e frymëmarrjes.

KUJDES!

- ✓ Nëse përdorni duart për fiksime, mos mbuloni veshët e viktimës, me qëllim që ai të mund të dëgjojë udhëzimet tuaja.
- ✓ Mos e zhvendosni pacientin, përveçse nëse është në rrezik të menjëhershëm për jetën (zjarr, mbytje, shembje, etj.).

Kur duhet të lëvizet viktimat?

- ✓ Vetëm në raste të domosdoshme për shpëtimin e jetës, si:
- ✓ Rrezik nga mjedisi (zjarr, përmbytje)
- ✓ Mungesë frymëmarrjeje që kërkon RZM
- ✓ Të vjella me rrezik aspirimi

Gabimet që duhen shmangur

- ✓ Lëvizja e panevojshme e viktimës
- ✓ Mbulimi i veshëve të viktimës
- ✓ Rrotullimi i kokës gjatë vlerësimit
- ✓ Ngritja e viktimës pa koordinim mes ndihmësve

Të veçantat për fëmijë

- ✓ Te fëmijët, kërcitja mund të mungojë edhe në dëmtime serioze.
- ✓ Trupi i tyre është më fleksibël, por palca kurrizore më e ndjeshme.
- ✓ Përdorni mbështetje të buta (batanije të palosura, jastëkë) për të mbajtur kokën në vijë me trupin.

KUJDES!

- ✓ Mungesa e simptomave nuk e përjashton dëmtimin e shtyllës
- ✓ Çdo traumë në kokë, qafë ose aksident me energji të lartë trajtohet si potencialisht me dëmtim spinal

KAPITULLI 7: DHIMBJA E GJOKSIT

Dhimbja e gjoksit apo e krahavorit është një nga simptomat më të shpeshta që përballet personeli shëndetësor në praktikën e përditshme, veçanërisht në mjekësinë e urgjencës dhe kujdesin parësor. Dhimbjet e gjoksit mund të jenë me natyrë të ndryshme, që nga ato muskulare, dhimbjet e barkut apo ato me natyrë psikologjike, të cilat në përgjithësi nuk janë jetëkërcënuese. Gjithashtu, ato mund të jenë tregues për probleme serioze të lidhura me zemrën (infarkti miokardit) apo mushkëritë (embolia pulmonare), të cilat janë gjendje të rënda mjekësore jetëkërcënuese.

Dhimbja e gjoksit (krahavorit) është një nga simptomat më të zakonshme, me të cilat përballet personeli shëndetësor në praktikën e përditshme, veçanërisht në mjekësinë e urgjencës dhe kujdesin parësor. Shkaqet dhe simptomat më të zakonshme të dhimbjes së gjoksit janë paraqitur në formë të përmbledhur si më poshtë:

Shkaqet më të zakonshme të dhimbjes së gjoksit

KATEGORIA	SHEMBUJ
 Kardiake	Infarkti i miokardit, angina, perikarditi
 Pulmonare	Emboli pulmonare, pneumotoraks, pleurit
 Gastrointestinale	Refluks, ezofagit, ulçer gastrike
 Muskulo-skeletore	Nevralgi ndërbrinjore, frakturë brinjësh
 Psikologjike	Ankth, atak paniku

Çdo pacient me dhimbje të papritur gjoksi duhet të konsiderohet si **urgjencë potenciale** derisa të përjashtohen shkaqet serioze

Kur mund të dyshohet për infarkt?

Shenjat paralajmëruese të një sulmi në zemër përfshijnë:

- Dhimbje gjoksi si **presion, shtrëngim ose rëndesë** në mes të gjoksit, që **zgjat >5 minuta** ose rikthehet pas një periudhe të shkurtër
- Përhapje e dhimbjes në **krah, shpatull, qafë, nofull ose shpinë**
- Vështirësi në frymëmarrje (gulçim)
- Djersitje të ftohta, marramendje
- Të përziera ose të vjella
- Në disa raste, **pa dhimbje** - sidomos te të moshuarit apo diabetikët

Historia dhe ekzaminimi fizik

Për të orientuar diagnozën, përdorni skemën si më poshtë, e cila bazohet në formulën “OPQRST”:

ELEMENTI	PYETJA
Shfaqja (Onset)	Kur filloi dhimbja?
Provokimi (Provocation)	Çfarë e përkeqëson ose e lehtëson?
Lloji dhimbjes (Quality)	Si është dhimbja? (therëse, shtypëse, djegëse)
Përhapja (Region/Radiation)	Ku ndjehet? A përhapet?
Ashpërsia (Severity)	Sa e fortë është (0-10)?
Koha (Time)	Sa ka zgjatur? A është përmirësuar/përkeqësuar?

Shkaqet kryesore për t'u diferencuar

KATEGORIA	DIAGNOSTIKIMI I MUNDSHËM	TIPARET KRYESORE
 Kardiake (urgjente)	Infarkt miokardi, angina, perikardit	Dhimbje shtypëse, retrosternale, >20 min, shpesh me përhapje
 Pulmonare (urgjente)	Emboli, pneumotoraks i tensionit	Dispne, hipoksi, takikardi, asimetri në auskultim
 Aortike	Diseksion aorte	Dhimbje e fortë si “shpim thike”, shpesh me hipertension ose goditje
 Gastrointestinale	Refluks, ulçer, spazma biliare	Pas ushqimit, djegie, nuk lidhet me aktivitet fizik
 Muskuloskeletale	Kostokondrit, tension muskolor	Lidhet me lëvizjen, ndjeshmëri në palpim
 Psikogjenike	Ankth, atak paniku	Hiperventilim, parestezi, simptoma difuze

Diferencimi me shkaqe jo-kardiake

SHENJA	MË SHUMË PËR KARDIAKE	MË SHUMË PËR JO-KARDIAKE
Karakteri	Presion, shtrëngim	Therje, pickim
Pozicioni	Nuk lehtësohet me ndryshim pozicioni	Ndryshon me pozicionin
Frymëmarrja	Nuk ndikon	Thellohet me frymëmarrje
Aktiviteti	Fillon gjatë lëvizjeve fizike	Fillon në qetësi ose gjatë frymëmarrjes
Lehtësimi	Jo me pushim (në raste të rënda)	Zakonisht po me pushim

Shenjat që kërkojnë veprim të menjëhershëm

- Djegie ose shtypje në mes të gjoksit >20 minuta
- Rrezatim i dhimbjes në krahun e majtë, qafë, nofull ose shpatull
- Marrje fryme, djersitje të ftohta, të përziera
- Hipotension ose pamje e shokuar
- SpO₂ <90% pavarësisht oksigjenit
- Puls i parregullt, takikardi ose bradikardi ekstreme
- Humbje e vetëdijes

Ndihma e parë

1. Qetësoni pacientin dhe vendoseni në **pozicion ulur ose gjysmë shtrirë**
2. **Mos e lini vetëm** - mbani kontakt verbal dhe vëzhgoni ndryshimet
3. **Nëse përdor nitroglycerinë** jepini një dozë nën gjuhë
4. Jepni **aspirinë 150-300 mg**, nëse pacienti nuk ka alergji apo kundërindikacione
5. Monitoroni **frymëmarrjen, pulsimin, vetëdijen**
6. Përgatituni për **RZM dhe përdorim të DAJ**, nëse pacienti humb vetëdijen

Menaxhimi urgjent i dhimbjes së gjoksit

1. Vlerësimi ABC + EKG e menjëhershme

- Monitoro parametrat jetësorë: HR, RR, BP, SpO₂, temperaturë
- Vendos pacientin në pozicion të rehatshëm (gjithmonë shtrirë në dyshime për infarkt)
- EKG sa më shpejt → interpreto për STEMI/NSTEMI

2. Oksigjenoterapia

- Jepet vetëm nëse SpO₂ < 94%, 2-4 L/min

3. Medikamentet bazë (nëse dyshohet infarkt, sipas protokolleve)

- **Aspirinë 160-325 mg PO** - menjëherë nëse nuk ka kundërindikacione
- **Nitroglicerinë sublinguale** - nëse TAsist > 100 mmHg dhe pa shenja shoku
- **Morfine** për dhimbje të forta dhe ankth (nën kujdesin e mjekut)
- Hapja e rrugëve IV dhe përgatitje për referim

4. Vendimmarrja klinike

- Pacientët me dyshime për STEM, emboli, diseksion aorte → **referim urgjent me shoqërim mjekësor**
- Pacientët me shkaqe jo-kardiake, stabile, mund të ndiqen në shërbim ose ambulatorisht me këshillim dhe trajtim përkatës



Kujdes profesional

- Dhimbja e gjoksit te gratë dhe te të moshuarit shpesh është **atipike** - qëndroni vigjilent
- Mos përdorni nitroglicerinë në diseksion të aortës
- Referimi pa vonesë shpëton jetë → nuk rekomandohet ndalimi për ekzaminime shtesë në strukturat bazë kur ka shenja STEMI.

KAPITULLI 8: DHIMBJA E VESHIT

Dhimbja e veshit (otalgjia) është një ankesë e zakonshme, sidomos tek fëmijët, por edhe te të rriturit. Ajo mund të jetë:

- **Primare (nga veshi vetë):** zakonisht shkaktohet nga infeksione ose trauma lokale.
- **Sekondare (referuese):** kur dhimbja buron nga zona të tjera (fyti, dhëmbët, nyjet temporomandibulare) dhe ndjehet në vesh për shkak të lidhjeve nervore.

 Shkaqet më të zakonshme

✓ Otagjia primare

SHKAKU	PËRSHKRIMI
Otitis media akute	Infeksion i veshit të mesëm, sidomos te fëmijët
Otitis externa (veshi i notarit)	Infeksion i kanalit të jashtëm, shpesh pas ekspozimit ndaj ujit
Trauma e kanalit të veshit	Pas pastrimit me shtupa pambuku, objekte të huaja
Barotrauma	Ndryshim presioni (fluturim, zhytje)
Vaksulë cerumeni (dyll i veshit)	Bllokim që shkakton presion dhe dhimbje

✓ Otagjia sekondare

SHKAKU	PËRSHKRIMI
Infeksion i fytit (tonsilit, faringit)	Dhimbja referohet në vesh
Infeksion i dhëmbëve	Sidomos dhëmbët e poshtëm
Problemet temporomandibulare (ATM)	Klikime ose dhimbje gjatë përtypjes
Tumore të qafës ose kanaleve të veshit	Rrallë, por duhet përjashtuar në moshë të mëdha ose dhimbje të qëndrueshme

 **Shenjat që tregojnë nevojë për vlerësim mjekësor urgjent:**

- Dhimbje e fortë që nuk qetësohet me analgjezikë
- Rrjedhje nga veshi (posaçërisht me erë ose me gjak)
- Ulje e dëgjimit

- Temperaturë e lartë (>38.5°C)
- Djegie, skuqje ose enjtje rreth veshit
- Ndjesi tërheqjeje të fëmijës nga veshi
- Dhimbje pas fluturimit ose zhytjes (barotrauma)

Vlerësimi dhe menaxhimi në praktikë

1. Ekzaminimi fizik

- Inspektimi i aurikulës dhe kanalit auditiv → kërko: skuqje, edemë, lëng
- Otoskopia → vlerëso timpani: integritetin, ngjyrën, pozicionin
- Palpimi i mastoidit për ndjeshmëri ose fryrje
- Ekzaminim orofaringeal, të qafës dhe TMJ-së në dhimbje referuese

2. Trajtimi simptomatik

- Analgjezikë (Paracetamol, Ibuprofen) - Kurrësi aspirinë te fëmijët <12 vjeç (rrezik i sindromës Reye)!!
- Ngrohje lokale ose kompresa (jo në raste me kullim)
- Higjienë aurikulare → **vetëm me qetësi dhe pa futur objekte në vesh**

3. Trajtimi specifik sipas shkakut

GJENDJA	TRAJTIMI BAZË
Otitis externa	Pastrim lokal + pikatore me antibiotik lokal (Ciprofloxacin + Dexamethasone)
Otitis media akute	Analgjezikë + Antibiotik oral (Amoxicillin 500 mg/8h x 7 ditë)
Perforim timpani	Referim + mospërdorim pikatoreje pa përshkrim specialisti
Barotrauma	Analgjezik + dekongjestion nazal + referim ORL nëse zgjat >72h



Dhimbja e veshit te fëmijët

- Fëmijët e vegjël mund të shfaqin:
 - Tërheqje të vazhdueshme të veshit
 - Të qara gjatë natës
 - Refuzim të ushqimit ose gjidhënies
 - Temperaturë dhe nervozizëm



Kujdes profesional

- Antibiotikët topikë nuk përdoren nëse tympani është i perforuar (rrezik për dëmtim të dëgjimit)
- Çdo dhimbje veshore te pacientët me sistem imunitar të komprometuar duhet trajtuar me kujdes
- Mos ndërhyri me irrigacion apo pastrim mekanik agresiv pa indikacion dhe pa mjetet e duhura

KAPITULLI 9: DJEGIET

Djegiet janë dëmtime të indeve që ndodhin si pasojë e ekspozimit ndaj:

Nxehtësisë (flakë, objekte të nxehta)

- ➡ Rrymës elektrike
- ➡ Substancave kimike
- ➡ Rrezatimit (UV, rreze X)
- ➡ Fërkimit mekanik

Këto dëmtime mund të jenë të lehta ose të rënda, dhe kërkojnë vlerësim të shpejtë dhe trajtim të menjëhershëm në praktikën e ndihmës së parë.



Klasifikimi i djegieve sipas thellësisë

SHKALLA	TIPARI KLINIK	PARAQITJA KLINIKE
I (sipërfaqësore)	Eritemë, dhimbje, pa flluska	P.sh. djegie nga dielli
II (pjesërisht e thellë)	Flluska, dhimbje e fortë, lagështi	Shtresë dermale e dëmtuar
III (e plotë)	E bardhë ose e karbonizuar, pa dhimbje	Nervat e dëmtuara plotësisht
IV	Pjesëmarrje e kockës ose muskujve	Nekrozë e thellë, e zezë



Vlerësimi i sipërfaqes së djegur (TBSA)



Rregulli i 9-shes (adultët)

- Koka - 9%
- Trungu përpara - 18%
- Trungu mbrapa - 18%
- Çdo krah - 9%
- Çdo këmbë - 18%
- Organe gjenitale - 1%



Teknikë alternative: Sipërfaqja palmare e dorës = 1% TBSA

E dobishme për djegie të shpërndara.

Djegiet e rënda kërkojnë REFERIM urgjent:

- TBSA >10% për djegie të shkallës II ose çdo djegie të shkallës III
- Lokalizim në fytyrë, qafë, duar, këmbë, organe gjenitale
- Djegie nga rryma elektrike ose substanca kimike
- Të gjitha djegiet te fëmijët dhe të moshuarit
- Kombinim me trauma të tjera
- Shenja të shokut ose komplikime të frymëmarrjes

Menaxhimi fillestar në vendngjarje dhe QSH 24/7

1. Siguria dhe ndalimi i shkakut

- Siguroni vendin dhe ndalni ekspozimin (fikni burimin e zjarrit/flakën, hiqni rrobat e djegura)
- Mos përdorni vaj, akull apo substanca të panjohura

2. ABC dhe stabilizimi i pacientit

- A (Rrugët e ajrit- Airëay): kontroll për obstrukcion nëse djegia ka përfshirë fytyrën/gjuhën
- B (Frymëmarrja-Breathing): dëgjoni për fishkëllima, zhurma të pazakonta → dyshoni për djegie të rrugëve ajrore
- C (Qarkullimi-Circulation): monitoro tensionin arterial, shenjat e shokut

3. Ftohja e zonës së djegur

- Lani me ujë të rrjedhshëm të vakët për 10-20 minuta (brenda 3 orëve nga dëmtimi)
- Mos përdorni akull - rrezikon dëmtime të mëtejshme të indeve
- Mbulojeni zonën me garza sterile të lagura me NaCl 0.9% ose garza të pastra jongjitëse

4. Analgjezi dhe hidratim

- Jepen analgjezikë oralë ose IV (Paracetamol, Ibuprofen, në raste të rënda edhe opioidë)
- Hidratim oral ose IV sipas shkallës së djegies dhe gjendjes klinike
- Te pacientët me TBSA >10% → konsideroni formulën e Parkland-it për lëngje IV (4 mL x kg x % TBSA për 24 orë)



Ndihma e parë për djegiet termike

1. Ndalo procesin e djegies

- Hiqni rrobat e djegura (jo ato të ngjitura me lëkurën)
- Hiqni bizhuteritë pranë zonës së prekur

2. Ftoh plagën

- Mbajeni nën ujë të rrjedhshëm 16-20°C për 20 minuta
- Mos përdorni akull ose kompresa të ftohta direkte

- Te fëmijët → kujdes nga **hipotermia**

3. Mbulo plagën

- Me **garzë sterile të thatë** ose **letër celofon**
- Mos i shponi **fluskat**

4. Analgjezi

- Paracetamol ose ibuprofen IV/PO

Djegiet elektrike

- Zakonisht **dëmtime të thella (shkalla III)** edhe kur lëkura duket normale
- Ka **plagë hyrëse dhe dalëse**
- Rrezik për **arrest kardiak, shok elektrik, rabdomiolizë**

Ndihma e parë

- **Mos prekni** viktimën pa siguruar mjedisin
- Ndërprisni burimin e energjisë
- Filloni menjëherë RCP, nëse nuk ka frymëmarrje
- Mbulo plagën → **garzë sterile**
- Transport në spital për monitorim të ritmit, analizat, terapinë me likide

Djegiet kimike

- Shkaktohen nga **acide ose baza** (lëngje, pluhura)
- Mund të përkeqësohen për aq kohë sa kontakti vazhdon

Ndihma e parë

- Hiqni rrobat dhe objektet që kanë kontaktuar me substancën
- Nëse është pluhur, **pastroni para se të lani**
- Lajeni zonën me **ujë për të paktën 30 minuta**
- Shmangni përhapjen e substancës në lëkurë të shëndoshë
- **Mbulo plagën**, vendosni **analgjezikë**, transport

Djegiet kimike të syrit (emergjencë okulistike)

- **Shpëlarje e menjëhershme:** fillohet që në vendngjarje, vazhdohet gjatë rrugës dhe në spital
- Zgjat **të paktën 30 minuta**, përdorni Ringer Lactate ose NaCl 0.9%
- Synohet **pH 7.0-7.2**
- Më pas → antibiotikë, kortikosteroidë topikalë, analgjezikë sistemikë



Kur kërkohet transport drejt QSUNT?

INDIKACIONI	SHEMBUJ
>10% TBSA	Në çdo gradë
Djegje në fytyrë, duar, këmbë, organe gjenitale, artikulacione	Rrezik për dëmtim funksional
Djegje elektrike, kimike, inhalatore	Urgjencë
Djegje me komorbiditete	Diabet, sëmundje kardiake, etj.
Fëmijë në spitale pa personel të specializuar	Referim i detyrueshëm



Trajtimi spitalor i djegieve të rënda

- ABCDE fillimisht
- Oksigjenoterapi → sidomos për viktimat në mjedise të mbyllura
- Intubim i hershëm nëse ka **shenja respiratore**
- **Terapia me likide:** Ringer Lactate → 4 ml x kg x % TBSA në 24 orë
- Kateter urinar, SNG, kontroll i temperaturës
- Profilaksi për **tetanosin**
- Monitorim për **mioglobinuri / hemoglobinuri** (te rryma elektrike)



Djegiet e lehta që trajtohen në vend

- Lahet me sapun të butë dhe ujë
- Aplikohet antibakterial topikal (p.sh. silver sulfadiazine)
- Fashohet me garzë sterile
- Rievualimi çdo 24-48h
- Kontroll i qarkullimit periferik



Kujdes profesional

- Mos përdorni substanca tradicionale (vaj, kafe, detergjent) - rrezik për infeksion dhe dëmtim më të thellë
- Djegiet kimike: shpëlarje e menjëhershme për 20-30 minuta + referim
- Djegiet elektrike: kërkohet gjithmonë **EKG dhe monitorim kardiak** për 24h (edhe pa lëzime të dukshme)
- Mos përdorni pomada me antibiotik topik pa vlerësim specialistik

KAPITULLI 10: FASHATIMET

Mjekët dhe infermierët e Qendrave Shëndetësore 24/7 dhe të Spitaleve Bashkiake janë në vijën e parë të përballjes me urgjencat mjekësore. Njohja dhe zbatimi i teknikave të sakta të fashimit është një aftësi thelbësore për menaxhimin e plagëve, frakturave dhe gjakderdhjeve. Fashimet dhe mënyra se si të aplikohen ato, janë të llojeve dhe formave të ndryshme, në varësi të plagës, llojit të dëmtimit dhe të materialit të disponueshëm.

Fashot, të përmasave dhe formave të ndryshme, mund të gjenden në çdo farmaci, por në mungesë të tyre, fashimi mund të realizohet edhe me mjete rrethore si: peshqirë, shami, çarçafë, etj.

 **Asnjëherë mos vendosni direkt mbi plagë** lecka me push në sipërfaqen e tyre (si p.sh: stofra), pasi ato mund të ngjiten në plagë.

Mbulesa e plagëve (Garza)

Një garzë duhet të jetë e gjerë, në mënyrë që të mbulojë plagën dhe të shtrihet deri në 2.5 cm anash saj. Ajo duhet të jetë e pastër, sterile, me qëllim që mikrobet të mos depërtojnë në brendësi të plagës. Garza gjithashtu duhet të jetë prej materiali që lejon djersën të avullojë, pasi grumbullimi i djersës krijon lagështi, që nga ana e saj është një mjedis i përshtatshëm për rritjen e mikrobeve.

Funksionet e garzës:

- Të mbrojnë plagën
- Të kontrollojë hemorragjinë dhe të ndihmojë në koagulimin e gjakut
- Të thithë lëngjet në plagë
- Të parandalojë infeksionin

Mbulimi i plagëve. Rregullat:

- Duart duhet të jenë të lara mirë, me ujë dhe sapun
- Plaga dhe zona përreth saj duhet të pastrohen mirë, kur plaga nuk është tepër e gjerë dhe kur është kontrolluar hemorragjia
- Të përdoret mbi plagë, pambuk i mbështjellë me garzë. Kjo do të ndihmojë të thithen lëngjet nga plaga dhe të ndalojë hemorragjia
- Ndërroni garzat e plagës nëse ajo ka kontakt me zona jo të pastra të lëkurës, duke e zëvendësuar me garza të reja. Kjo, parandalon infeksionin
- Vendosni gjithmonë një garzë mbi plagë

 **Mos vendosni mbi plagë garza që kanë qenë mbi një lëkurë të papastër.**

 **Mos prekni me duar plagën apo pjesë të fashos që do të jenë në kontakt direkt me plagën.**

 **Mos flisni dhe mos u kollitni mbi një plagë apo garzë.**

Fashimet e Improvizuara

Nëse në një situatë urgjente nuk janë të disponueshme fasho, garza, apo çdo material tejtër i pastër, i thatë, absorbues dhe pa push, atëherë mund të përdoret diçka tjetër, p.sh.: një

shami duarsh, copëza rrobash apo një peshqir i larë. Këto mund të fiksohen me anë të një shalli apo ndonjë gjë tjetër të ngashme.

Fashot

Fashot e gatshme janë të përbëra nga material pambuku, basëm, tyl elastik, letër speciale, etj. Dy janë tipet kryesore të fashove: fashot në top dhe fasho trekëndëshe.

Përdorimet:

- Të ushtrojnë presion direkt mbi plagë dhe të kontrollojnë hemorragjinë
- Të sigurojnë veshjet e plagëve
- Të parandalojnë, kufizojnë lëvizjet e padëshirueshme të anësisë së dëmtuar
- Të parandalojnë enjtjet
- Të mbajnë (suport) një anësi apo artikulation të dëmtuar
- Të ndihmojnë ngritjen apo mbajtjen e viktimës

***Fashot nuk duhen përdorur për mbushje, kur disponohen materiale më të plota.**

Vendosja e fashove:

- Vendosni fashon ndërkohë që viktima është e ulur apo e shtrirë
- Qëndroni përballë viktimës, i ulur apo në këmbë, dhe punoni në anën e dëmtuar të viktimës
- Mbajeni pjesën e dëmtuar në pozicionin në të cilin ajo do të fashohet
- Kur viktima është e shtrirë, kalojini fashot nëpër hapësirat natyrale të bërrylit, gjurit, shpinës dhe qafës dhe kalojini ato me delikatesë deri në pozicionin e përshtatshëm
- Nëse fasho përdoret për të imobilizuar një frakturë, nyja lidhet me anën e padëmtuar të trupit, apo anësisë.
- Nëse janë të dëmtuara të dyja anët, lidhni nyjet në mes të pjesës së dëmtuar
- Nëse duhet një nyje për të siguruar një fasho, bëni një nyje të sheshtë
- Përpara se të fashohet apo të imobilizohet një frakturë, duhen vendosur mbushje të plota mes anësive dhe trupit dhe në zonat e kockave të anësive (p.sh.: gjunjët dhe bërrylat)
- Indet përreth dëmtimit mund të enjten. Kontrollojini fashot vazhdimisht për t'u siguruar që ato nuk po bëhen tepër të shtrënguara
- Kur fashohet një anësi, gishtat e dorës apo të këmbës, sipas rastit, të mbahen jashtë, të pambuluara, në mënyrë që me anë të tyre, të kontrollohet qarkullimi i gjakut në anësitë e viktimës
- Nëse një fasho po përdoret për të ushtruar presion direkt dhe për të kontrolluar hemorragjinë, të lidhet një nyjë, sipër mbushjes, mbi plagë.

Fashimi nuk duhet të bëhet tepër i shtrënguar, sepse mund të bllokojë qarkullimin e gjakut. Ato duhen shtrënguar aq sa të kontrollojnë hemorragjinë, të sigurojnë fashimin e plagës dhe të parandalojnë lëvizjet.

Fashimi i thjeshtë spiral

- Mbajeni me dorë pjesën e dëmtuar në pozicionin në të cilin doni ta fashoni
- Mbajeni topin e fashos sipër anësisë

- Vendoseni cepin e fashos mbi anësi dhe filloni fashimin nga poshtë-lart dhe nga brenda-jashtë. Hapeni topin e fashos pak e nga pak.
- Bëni një rrotullim të pjerrët, të shtrënguar mirë, që të fiksojë fashon (a)
- Vazhdoni të bëni rrotullime të tilla. Çdo rrotullim duhet të mbulojë dy të tretat e harkut paraprak me buzët paralele (b)
- Realizoni një rreth horizontal për ta mbyllur
- Palosini fundet e fashos (c)
- Fiksojeni atë në pjesën e jashtme të anësisë, pra larg vendit të dëmtuar (d)
- Kontrolloni qarkullimin e gjakut

Nëse jeni të detyruar të bëni një fashim, bëjeni atë me kujdes. Lëvizjet e panevojshme të viktimës mund të shkaktojnë dhimbje dhe shok. Kini shumë kujdes që t'i minimizoni sa më tepër lëvizjet e vendeve të dëmtuara.

Figura 7: Fashimi spiral



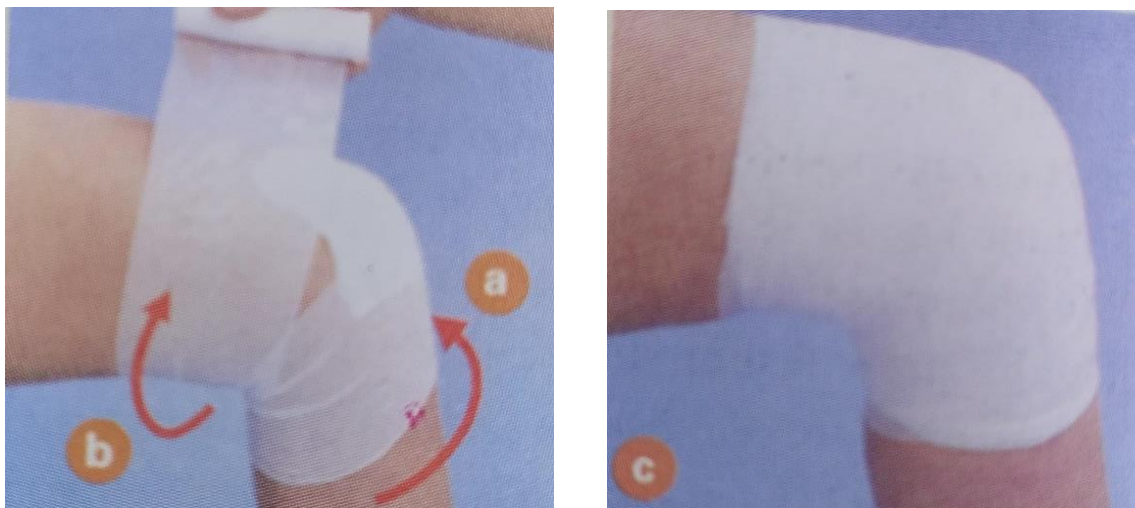
- * Me leukoplast
- * Duke e prerë fashon dhe duke lidhur fundet e saj (në drejtim të kundërt) rreth anësisë, me nyje.

Fashimi i gjurit

- Kërkojini viktimës që ta mbajë anësinë në pozicionin që e ndien më të rehatshëm
- Fiksojeni fashon në njërën anë të kupës së gjurit
- Bëni një rreth të drejtë , duke e kaluar sipër kupës së gjurit (a)
- Pastaj bëni një rrotullim në pjesën e sipërme të këmbës (b)
- Sërish bëni një rrotullim rreth pjesës së poshtme të gjurit
- Vazhdoni sërish hapat 4 dhe 5, por duke mbuluar pak më tepër se dy të tretat e rrethit paraardhës

- Përfundoni fashimin e artikulacionit duke bërë një ose dy rrotullime rreth pjesës së sipërme të gjurit dhe, duke e fiskuar fashimin në pjesën e jashtme të këmbës (c)
- Kontrolloni qarkullimin e gjakut.

Figura 8: Fashimi i gjurit



Fashimi i këmbës dhe i kavaljes

- Fillohet fashimi duke e mbajtur fillimin e fashos poshtë këmbës dhe duke mbështjellë në fillim trinën e këmbës (shputa e këmbës) (a).
- Kalojeni fashon nga maja e trinës rreth kavaljes, në formën e tetës, kalojeni prapa, sipër dhe më pas poshtë trinës (b). Brezat e fashove vendosini njëri mbi tjetrin, në mënyrë që të mbulohet plotësisht trina, thembra dhe të fiksohet kavalja (c).
- Përfundojeni duke kaluar një rreth horizontal rreth kavaljes.
- Fiksojeni fundin e fashos në pjesën e jashtme të kavaljes.

***Nëse është dëmtuar vetëm këmba, atëherë vetëm një rrotullim i fashos rreth kavaljes do ta siguronte fashimin.**

Figura 9: Fashimi i këmbës dhe i kavaljes



Fashimi i dorës

- Kërkojini pacientit që ta mbajë dorën e dëmtuar, me pëllëmbën të drejtuar për nga poshtë
- Fiksojeni fillimin e fashos në pjesën e brendshme të kyçit (artikulationit) duke bërë një rrotullim horizontal.
- Fashimi realizohet duke e kaluar fashon nga shpina e dorës drejt bazës së gishtit të vogël, pastaj rreth shputës së dorës, poshtë gishtërinjve
- Kaloje fashon në pjesën e pasme të gishtërinjve horizontalisht, në mënyrë që buza e sipërme e fashos të jetë paralele me bazën e thoit të gishtit të vogël
- Kalojeni fashon sërish poshtë nga shuplaka e dorës dhe kalojeni diagonalisht në shpinën e dorës, drejt kyçit të dorës
- Mbulojeni dorën duke realizuar fashime të tilla në formë tete
- Në fund, bëni një fashim horizontal në kyçin e dorës
- Sigurojeni fashatimin në pjesën e pasme të kyçit të dorës
- Përdor testin e thoit për të kontrolluar gjendjen e qarkullimit të gjakut

Figura 10: Fashimi i dorës



Fashimi i një kyçi të ndrydhur

1. Fiksojeni fashon në kyç, me anë të një fashimi horizontal (a)
2. Kalojeni fashon diagonalisht nëpërmjet shputës së dorës në pjesën e përparme të gishtit të madh (b)
3. Kalojeni fashon prapa në shpinën e dorës, kalojeni në pjesën e shuplakës së dorës, poshtë dhe rreth pjesës së pasme të kyçit (c)
4. Përsëriteni hapin 2 dhe 3 derisa kyçi i dorës të fiksohet si duhet
5. Kontrolloni qarkullimin e gjakut

Figura 11: Fashimi i një kyçi të ndrydhur



Fashimi rreth trupave të huaj/frakturave të hapura

1. Mbulojeni plagën (a) (lexo frakturat e hapura)
2. Fikso cepin e fillimit të garzës poshtë topave të tamponit, në pjesën e brendshme të anësisë (b)
3. Bëni dy rrathë horizontal për të fiksuar fashon dhe kalojeni edhe një herë atë mbi tamponin prej pambuku
4. Kalojeni fashon diagonalisht poshtë anësisë dhe pastaj mbi tampon, duke shmangur kockat apo trupat e huaj (c)
5. Kaloni përsëri prapa, për të filluar sërish
6. Vazhdoni hapat 4 dhe 5, derisa tamponi të jetë i sigurtë
7. Kontrolloni qarkullimin



Figura 12: Fashimi i trupave të huaj, frakturat e hapura

Gjatë fashimit të një frakture të hapur ndiqni hapat e mësipërm, por realizoni kalime diagonale sipër dhe poshtë topave tamponues, për të mënjeluar ushtrimin e një presioni të tepërt mbi frakturë.

Fashot trekëndore

Megjithëse fasho të tilla mund të blihen të gatshme, është e mundur që ato të realizohen edhe duke e prerë një copë materiali (si çarçaf apo basëm) me sipërfaqe jo më tepër se 1m², diagonalisht përgjysëm. Një fasho trekëndore ka:

- * majën
- * fundin
- * bazën

PËRDORIMET E FASHOVE TREKËNDORE:

- * Si fasho për suport apo/dhe mbrojtje.
- * Për të siguruar fashime në kokë, dorë apo këmbë
- * Për të bërë fashime të gjera dhe të ngushta.

FASHIMET E GJERA

FASHIMET E GJERA nevojiten në imobilizimin e frakturave

Bërja e një fashimi të gjerë

- * përthyeje bazën dhe bëj një buzë të ngushtë (a)
- * kaloje majën drejt bazës (b)
- * përthyeje të gjithë fashon në gjysëm, sërish në të njëjtin drejtim (c).



Figura 13: Fashimi i gjerë

FASHIMET E NGUSHTA

Këto hyjnë në punë për të siguruar fashime në kyçin e dorës apo në kavigjellë, kur nuk disponohen lloje të tjera fashosh dhe, për të aplikuar një fashim në formë tete në këmbë dhe në kavigjellë, gjatë imobilizimit të frakturave.

Bërja e një fashimi të ngushtë

- * bëni një fasho të gjerë
- * paloseni atë në gjysëm sërish (drejt bazës)

Bërja e një fashimi në formë tete

- * kaloje fashon e ngushtë poshtë kavigjellëve dhe lëreni të barabartë në të dy anët e tyre (a)
- * kryqëzoje fashon mbi kavigjellë (b)
- * mbështilli fundet e fashos rreth këmbëve dhe fiksoje fashon e ngushtë në shputën e këmbëve duke e lidhur nyje (c).



Figura 14: Fashimi në formë tete

FASHIMET E KOKËS

Zakonisht përdoren fashot trekëndore më tepër për t'i mbajtur në vend të palëvizura fashot mbi plagë, se sa për të kontrolluar hemorragjitë.

Vendosja e një fashimi koke

- * bëj një palë përgjatë bazës së fashos trekëndore.
- * vendose qendrën e bazës së fashos në mes të hapsirës mes dy vetullave (a).
- * anët dhe fundet e fashos të kalohen nga prapa kokës së viktimës.
- * kryqëzoji fundet e fashos nga prapa kokës dhe më pas kaloji para ballit. Maja e fashos trekëndore duhet lënë e lirë mbi fundet e kryqëzuara.
- * lidhi fundet në ballë duke përdorur një nyjë të sheshtë.
- * shtyji poshtë me kujdes fundet e fashos, ndërkohë që me dorën tjetër mban kokën e viktimës që të mos lëviz, për të shtërnguar fashatimin.
- * ngriji anët lart dhe fiksoji ato në fashon mbi ballë. (d).



Figura 15: Fashimi i kokës

FASHIMI I KËMBËS (OSE I DORËS)

Fashot trekëndore përdoren në këmbë apo dorë, kur fashot që mbulojnë plagët kanë nevojë që të mbahen të palëvizura dhe nuk nevojitet ushtrim shtypjeje direkte.

Vendosja e një fashatimi në këmbë (apo në dorë)

- * vendose këmbën e viktimës në një fasho trekëndore, në mënyrë të tillë që maja e fashos të jetë në drejtim të kundërt me majën e këmbës së viktimës, në drejtim të gishtave dhe baza të mbulojë thembrën dhe kavigjeshën e viktimës (ose kyçin e dorës) (a).
- * ngrije majën e fashos lart, që të arrijë në pjesën e poshtme të kavigjeshës.
- * kaloji anët e fashos në pjesën e sipërme të këmbës dhe kryqëzoji.
- * kaloji fundet nga prapa kyçit, kryqëzoji sërish, duke i kaluar ato sërish para (b).
- * lidhi ato me një të sheshtë mbi majën e fashos (c)
- * përthyeje majën mbi nyje dhe fiksoje atë në fashon mbi trinën e këmbës me një karficë (d).



Figura 16: Vendosja e një fashatimi në këmbë

FASHOT MBAJTËSE

Fashot mbajtëse janë dy tipe: fasho krahut dhe fasho ngritëse. Ato duhen aplikuar gjithmonë nga ana e dëmtuar, në mënyrë që personi që e jep ndihmën të jetë në gjendje që ta mbajë anësinë gjatë aplikimit.

PËRDORIMET:

- * Për të mbajtur të mbrojtur anësitë e dëmtuara
- * Për të mos lejuar lëvizjen e krahut, kur ka dëmtime të krahavorit.

FASHOT E KRAHUT

Ky tip fashimi është efektiv vetëm kur viktimë mund të qëndrojë i ulur ndenjur ose në këmbë. Ajo e mban parakrahun mbi krahavor. Nëse është aplikuar si duhet, dora e viktimës do të qëndrojë pak më lart se bërryli dhe gishtërinjtë duhet të duken.

Vendosja e fashos së krahut

- * viktimë duhet ulur ndenjur. Thuaj viktimës ta mbajë krahun e tij/saj, pasi ju ta keni pozicionuar atë, me dorën pak më lart se bërryli.
- * kaloje njërin cep të fashos trekëndore mes parakrahut dhe krahavorit derisa maja të vijë në nivelin e bërrylit

- * tërhiqe fundin e sipërm lart, mbi shpatullën e anës së padëmtuar, rrotulloje përreth qafës dhe kaloje para poshtë në shpatullën e anës së dëmtuar (a).
- * ngrije lart fundin e poshtëm dhe lidhe me fundin tjetër (b) me një nyjë të sheshtë, të lidhur në nivelin e dërrasës së krahavorit.
- * kaloje majën e fashos para dhe fiksoje atë në pjesën e përparme të fashos (c)
- * kontrollo qarkullimin e gjakut dhe rirregulloje fashimin nëse lind nevoja.



Figura 17: *Të mbahet parakrahu gjatë kësaj procedure

FASHOT NGRITËSE

Ky tip fashimi përdoret kur ka hemorragji nga dora, apo kur ka dëmtime komplekse të shpatullës apo të krahavorit. Nëse aplikohet si duhet, krahu duhet të jetë në një pozicion të ngritur mirë.

Vendosja e një fashoje ngritëse:

- * ndiq hapin e parë (përpara) si në aplikimin e një fashoje normale krahu.
- * vendos një fasho trekëndore mbi parakrah, në mënyrë të tillë që njëri fund, të mbulojë dorën disa cm mbi majat e gishtërinjve. Maja e fashos duhet të mbulojë bërrylin dhe ta kalojë atë në një sasi të mjaftueshme (a).
- * kaloje me kujdes bazën e fashos poshtë parakrahut, bërrylit dhe dorës (b)
- * kaloje fundin e poshtëm të fashos rreth shpinës së viktimës, mbi shpatullën nga ana e padëmtuar dhe mbajeni aty.
- * me dorën tjetër tuajën, tërhiqni fundin që ndodhet nga gishtërinjtë e dorës së dëmtuar të viktimës dhe bashkojeni me fundin tjetër të saj në nivelin e shpatullës (c)
- * lidhi fundet bashkë nëpërmjet një nyjeje të sheshtë në nivel mbi dërrasën e krahavorit.
- * puthite mirë pjesën mes krahut dhe pjesës së përparme të fashatimit.
- * mbërtheje palën në pjesën e fashos në nivelin e krahut (d).



Figura 18: Vendosja e një fashoje ngritëse

NYJET E SHESHTA

Lidhja e nyjeve të sheshta

- * Mbaj në secilën dorë nga një cep të fashos.
- * Kaloje cepin e majtë sipër dhe pastaj poshtë cepit të djathtë (a)
- * Kaloje atë që është tani cepi i djathtë sipër dhe poshtë të majtit (b)
- * Shtrëngoje fort nyjen (c).

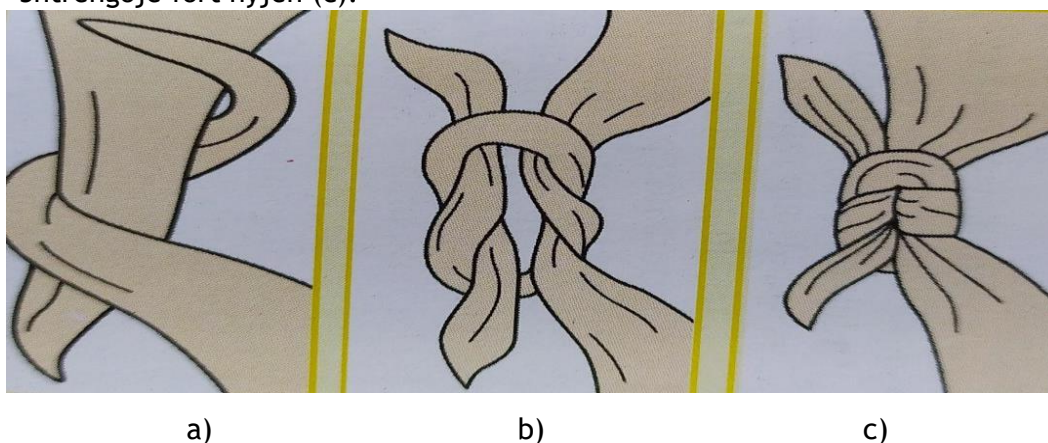


Figura 19: Lidhja e nyjeve të sheshta



Kujdes profesional

- Mos aplikoni fasha të kompresionit të lartë në rastet me diabet apo me qarkullim periferik të dëmtuar
- Ndërroni fashot sterile çdo 24-48 orë, ose më shpesh në plagë me sekrecione
- Në plagë të thella → përdorni tamponim me garza sterile të lagura + ndërrim të kujdesshëm
- Mos e lini plagën të zbuluar në mjedise jo sterile - rrezik infeksioni

KAPITULLI 11: FRAKTURAT

Fraktura është ndërprerje ose çarje në strukturën e kockës, zakonisht si pasojë e traumës direkte, presionit të tepruar, apo tensionit të përsëritur. Frakturat mund të jenë urgjenca mjekësore që kërkojnë **imobilizim të menjëhershëm, kontroll të gjakderdhjes dhe transport të sigurtë.**



Klasifikimi i frakturave

Sipas kontaktit me mjedisin e jashtëm:

Lloji	Përshkrimi
Fraktura e mbyllur	Kocka është e thyer, por lëkura nuk është e prerë
Fraktura e hapur (e ekspozuar)	Kocka del përmes lëkurës ose ka plagë që lidhet me thyerjen

Sipas formës së thyerjes:

- E drejtpërdrejtë (transversale)
- E pjerrët (oblike)
- Spirale (nga rrotullimi)
- Fragmentare (kominutive)
- E ndarë (avulsive)
- E shtypur (kompresive), sidomos te shpina (vertebra)



Shenjat dhe simptomat

- Dhimbje e fortë në vendin e dëmtuar
- Deformim i dukshëm
- Pamundësi për të lëvizur gjymtyrën
- Enjtje, nxirje
- Zhurmë (krepitus) gjatë lëvizjes
- Gjakderdhje në frakturat e hapura
- Lëkurë e ftohtë ose e zbehtë në ekstremitet
- Mungesë pulsimi periferik → **shenja e dëmtimit vaskular (urgjencë)**



Kur fraktura është emergjencë?



Aktivizo urgjencën nëse:

- Ka deformim të dukshëm të gjymtyrës

- Ka frakturë të hapur me gjakderdhje
- Dyshohet për dëmtim të shtyllës kurrizore apo qafës
- Personi nuk ndien apo nuk lëviz gjymtyrën
- Ka mungesë pulsimit / ngjyrë e kaltër në ekstremitet
- Viktima është pa ndjenja ose ka trauma të shumëfishta

Veprimet e menjëhershme në praktikë

1. Stabilizimi i vendit të frakturës

- Mos e lëvizni gjymtyrën e dëmtuar përpara imobilizimit
- Vendosni një mbështetje të fortë (splint) që mbulon nyjet përpara dhe pas frakturës
- Përdorni materialet në dispozicion (shkopinj druri, karton, fashot trekëndore, batanije të palosura) nëse splintet nuk janë në dispozicion

2. Kontrolli i qarkullimit periferik

- Kontrolloni për puls, ngjyrën e lëkurës dhe ndjeshmërinë **para dhe pas imobilizimit**
- Shenjat e qarkullimit të dëmtuar kërkojnë ndërhyrje të menjëhershme ose referim

3. Analgjezi dhe mbështetje

- Jepni analgjezikë oralë ose injeksion (Paracetamol, Ibuprofen, ose në raste më të forta → Metamizol, Tramadol)
- Vendosni akull të mbështjellë në fashë të thatë për reduktim të edemës

4. Frakturë e hapur - veprime shtesë

- Mbulojeni plagën me **garzë sterile pa ushtruar presion direkt mbi kockë**
- **Mos tentoni të futni pjesët e kockës brenda plagës**
- Jepni profilaksi me antibiotik (Amoxicillin-Clavulanate ose Cefazolin) dhe vaksinë kundër tetanozit sipas rastit
- Referoni menjëherë në spital për trajtim kirurgjikal



Mos harroni të monitoroni shenjat jetësore gjatë gjithë kohës.

Imobilizimi bazë në praktikë

ZONA E DËMTUAR	IMOBILIZIMI
Parakrah / kyç	Me shinë dhe mbështetje në shall
Krah / shpatull	Shall + lidhje në trup
Këmbë / kofshë	Bashkim me këmbën tjetër ose dërrasa të forta
Gishta	Me fashim tek gishti ngjitur
Qafa / shpina	Me qafore + mbajtje në pozicion horizontal

Kujdes i veçantë për frakturat kritike

LOKALIZIMI	RREZIKU POTENCIAL	VEPRIMI
Pelvisi	Hemorragji e brendshme masive	Monitorim + referim urgjent
Kocka e femurit	Shok hemorragjik te të moshuarit	Lëngje IV + imobilizim + referim
Kafkë (fraktura kraniale)	Dëmtim i trurit	Vlerësim neurologjik, evitim lëvizjeje
Kurrizi (kolona spinale)	Palcë spinale → paralizë	Imobilizim strikt në pozicion neutral, referim

Kujdes profesional

- Mos lëvizni pacientët me dëmtim të mundshëm të shpinës ose qafës pa imobilizim adekuat
- Në mungesë të radiografisë → trajtoni çdo dëmtim me deformim si frakturë derisa të përjashtohet
- Frakturat në fëmijë kërkojnë vlerësim të kujdesshëm për abuzim fizik në raste të paqarta
- Monitoroni për shok te pacientët me trauma të mëdha → shenjat vitale çdo 10-15 min

KAPITULLI 12: GODITJA NGA I NXEHTI

 **GODITJA NGA I NXEHTI** ndodh kur trupi nuk është më në gjendje të rregullojë temperaturën e vet dhe ajo rritet përtej **40°C**, duke shkaktuar **dëmtime serioze të organeve** dhe potencialisht **vdekje**. Mund të ndodhë pas ekspozimit të zgjatur në diell, punës fizike në kushte të nxehta ose gjatë valëve të të nxehtit.

Klasifikimi i çrregullimeve nga i nxehti

LLOJI	PËRSHKRIMI	SHENJA KRYESORE
◆ Lodhja nga i nxehti	Dështim i lehtë i termorregullimit	Djersitje, lodhje, marramendje
◆ Sinkopa nga i nxehti	Rënie e përkohshme e qarkullimit cerebral	Humbje e shkurtër e ndjenjave
▲ Goditja nga i nxehti	Temperatura trupore >40°C, dëmtim neurologjik	Konfuzion, koma, krizë

Kur është emergjencë?

- Temperatura > 40°C
- Konfuzion / Çorientim
- Konvulsione
- Mosreagim
- Lëkurë e nxehtë, e thatë (pa djersë në faza të avancuara)

Shenjat dhe simptomat

- Temperaturë e lartë trupore
- Lëkurë e kuqe dhe e thatë
- Konfuzion, irritim, çorientim
- Marramendje, sinkopë
- Rrahje të shpejta zemre
- Kriza epileptike
- Humbje e vetëdijes

Menaxhimi urgjent

1. Evakuimi dhe siguria

- Largoni pacientin nga mjedisi i nxehtë
- Vendoseni në vend të freskët, të ajrosur mirë, në pozicion shtrirë

2. Ftohja aktive e pacientit

- Hiqini rrobat
- Vendosini kompresa të lagura me ujë të ftohtë në qafë, sqetulla, ijë
- Ventilim me ventilator ose ventilim manual
- Vendosja e pacientit në banjë të ftohtë nëse është e mundur (35-37°C)
- Mos përdorni akull direkt në lëkurë - rrezik për vazokonstriksion

3. Monitorimi dhe trajtimi mbështetës

- Monitoroni temperaturën trupore çdo 5-10 min
- Qëllimi: zbritja e temperaturës në <39°C në 30 minutat e para
- Vendosni **venë periferike dhe filloni rehidratim IV** (NaCl 0.9% ose Ringer Lactate)
- **Jepni lëngje izotonike ose CE 3-8% oral/IV**, vetëm nëse personi është i vetëdijshëm
- Jepni oksigjen sipas nevojës
- Kontrolloni glukeminë dhe elektrolitet

4. Farmakologji (nëse nevojitet)

- Benzodiazepina (Diazepam) në rastet me konvulsione
- Antipiretikët (Paracetamol, Ibuprofen) **NUK** janë efektivë në heatstroke → **Nuk rekomandohen**
- Antishok nëse ka shenja të hipotensionit refraktar ndaj lëngjeve
- **Telefononi urgjencën mjekësore** - transporti drejt spitalit është i domosdoshëm

Rekomandime për rehidrimin

TIPI I LËNGUT	REKOMANDOHET KUR	PËRSHKRIM
CE 3-8%	Dehidrim mesatar	Pijet sportive, lëngje me sheqer/kripë
CE 0-3% ose ujë	Opsion alternativ	Mund të zgjasë rehidrimi
Qumësht i skremuar	Rehidrim efektiv, tolerancë e mirë	Alternativë e vlefshme
✗ Alkooli	Kurrë	Shton dehidratimin

 Rekomandohet të zëvendësohen 1.25-1.5 litra lëngje për çdo 1 kg të humbur në peshë.



Teknikat e ftohjes

METODA	EFEKTIVITETI	PËRDORIMI
Zhytja në ujë të ftohtë	★★★★	Më e efektshmja, kërkon mjedis dhe logjistikë
Pako akulli	★★★	Praktike në terren
Ventilim + ujë	★★	Efektive për ftohje avulluese
Çarçafë të njomë + ventilator	★★	Kombinim praktik në mjedis klinik



Kujdes profesional

- Goditja nga i nxehti është **urgjencë me vdekshmëri të lartë** → trajtohet si urgjencë mjekësore absolute
- Mos e ngatërmoni me ethet nga infeksionet - mungesa e djerësitjes + ndryshime të vetëdijes janë të rëndësishme
- Ftohja aktive duhet të fillojë në vendin e ngjarjes ose urgjencën e QSH/Spitalit Bashkiak
- Trajtimi me **antipiretikë është i paefektshëm dhe i panevojshëm**

KAPITULLI 13: GODITJA NGA I FTOHTI (HIPOTERMIA)

Hipotermia ndodh kur temperatura e trupit bie nën **35°C**, duke çuar në ngadalësim të funksioneve trupore, konfuzion, humbje ndjenjash dhe në raste të rënda, **arrest kardiak**. Mund të ndodhë si pasojë e ekspozimit të zgjatur në ambiente të ftohta, veçanërisht nëse trupi është i lagësht apo i pambrojtur.

Klasifikimi i Hipotermisë

LLOJI	TEMPERATURA TRUPORE	SHENJAT KLINIKE
E lehtë	32-35°C	Dridhje, lëkurë e ftohtë, konfuzion i lehtë
E moderuar	28-32°C	Dridhje e ndërprerë, ngadalësim i frymëmarrjes dhe pulsit
E rëndë	<28°C	Humbje vetëdijeje, arefleksi, arrest kardiak

Shenjat dhe simptomat

- Dridhje intensive (mungon në faza të avancuara)
- Lëkurë e ftohtë, e zbehtë ose e mavijosur
- Lëvizje të ngadalta, përgjumje
- Humbje përqendrimi dhe vështirësi në të folur (i paqartë)
- Marramendje, koordinim i dobët
- Puls i ngadalshëm, frymëmarrje e cekët
- Humbje e ndjenjave në raste të rënda

Kur duhet të dyshohet për hipotermi?

Dyshohet gjithmonë kur një person:

- Është ekspozuar ndaj të ftohtit për një kohë të gjatë
- Është lagur nga shiu ose është zhytur në ujë të ftohtë
- Ka sjellje të çuditshme ose mungesë reagimi në mjedise të ftohta
- Ka veshje të papërshtatshme për kushtet klimatike

Menaxhimi urgjent

1. Ndërprerja e ekspozimit

- Largoni pacientin nga mjedisi i ftohtë
- Hiqni rrobat e lagura dhe mbulojeni me batanije të thata
- Vendoseni në një mjedis të ngrohtë dhe të ajrosur mirë

2. Ngrohja pasive dhe aktive e kontrolluar

- **Në hipoterminë e lehtë:** mbulim me batanije + pije të ngrohta (jo alkool, jo kafeinë)
- **Në rastet më të rënda:**
 - Ngrohje e gjymtyrëve periferike (qafë, sqetulla, ijë) me kompresa të vakëta
 - Ngrohje me ajër të nxehtë nëse është e mundur
 - Evitoni ngrohjen agresive të gjymtyrëve → rrezik për “afterdrop” (ulje e mëtejshme e temperaturës nga qarkullimi periferik)

3. Trajtimi mbështetës

- Hapja e rrugëve intravenoze dhe injektim i solucionit NaCl 0.9% në temp. 38-42°C
- Monitorim EKG për aritmi
- Monitorim i temperaturës së brendshme (rektale ose ezofageale) çdo 10-15 minuta
- Referim urgjent për hipoterminë e mesme dhe të rëndë
- **Monitoroni shenjat jetësore** - nëse nuk ka frymëmarrje apo puls, filloni menjëherë RCP dhe thërrisni urgjencën

4. Reanimacioni në hipoterminë ekstreme

- Arrest kardiak në hipotermi → **reanimacioni NUK duhet të ndalet derisa temperatura trupore të jetë >32°C**
- Defibrilimi mund të mos jetë efektiv në <30°C → provojeni një herë dhe përsëriteni vetëm kur temperatura rritet
- Përdorni pak medikamente → metabolizmi i ulët i vonon efektin

! Çfarë duhet shmangur

- **Mos vendosni burime nxehtësie direkt mbi lëkurë**
- **Mos masazhoni apo fërkoni gjymtyrët** - kjo mund të dëmtojë indet apo të shkaktojë fibrilacion ventrikular
- **Mos jepni alkool** - zgjeron enët e gjakut dhe përkeqëson hipoterminë
- **Mos lejoni lëvizje të papritura të trupit** - zemra është e ndjeshme në fazat e rënda



Kur është urgjencë?

- Temperatura < 32°C
- Pacienti është i pavetëdijshëm ose nuk përgjigjet
- Ka ngadalësim ekstrem të pulsit dhe frymëmarrjes
- Mungesë e pulsit periferik ose zbehje e theksuar
- Shenja të **arrestit kardiak** → Filloni menjëherë reanimimin (RCP)



Kujdes profesional

- Mos bëni masazh të fuqishëm → rrezik për aritmi
- Mos administroni ilaçe për aritmi derisa të ngrohet trupi
- Mbani lëvizje minimale gjatë transportit të pacientëve me hipotermi të rëndë
- Në hipoterminë e mesme dhe të rëndë, vendosni monitorim të vazhdueshëm EKG dhe të temperaturës së brendshme

KAPITULLI 14: HEMORRAGJITË (GJAKDERDHJET)

Hemorragjia është **dalja e gjakut nga enët e gjakut** si rezultat i dëmtimit traumatic ose jopatologjik të tyre. Mund të ndodhë **jashtë trupit (eksterne, rrjedhja e gjakut është e dukshme)** ose **brenda trupit (interne, gjaku grumbullohet brenda trupit, pa u dukur jashtë)** dhe përfaqëson një **emergjencë mjekësore**, sidomos nëse është masive apo e vazhdueshme.



Klasifikimi



Sipas vendndodhjes:

LLOJI I HEMORRAGJISË	PËRSHKRIM	RREZIKU
● E lehtë	Gërvishtje, prerje sipërfaqësore	Minimal
● E moderuar	Plagë më të thella ose rrjedhje më e bollshme	Mesatar
▲ E rëndë	Humbje e madhe gjaku, rrezik jete	Maksimal



Sipas enës së dëmtuar:

LLOJI	PËRSHKRIMI KLINIK	PAMJA E GJAKUT
Arteriale	E shpejtë, pulsative, me presion të lartë	Ngjyrë e kuqe e nderur
Venoze	E vazhdueshme dhe më e ngadaltë	E kuqe e errët
Kapilare	E ngadaltë dhe sipërfaqësore	Rrjedhje uniforme në sipërfaqe



Pse është urgjencë?

- Mund të shkaktojë **shok hemorragjik**
- Vdekja nga hemorragjia ndodh brenda **5 minutave**
- Është shkaku kryesor i vdekjes në traumë (35% e rasteve)



Shenjat klinike të hemorragjisë së rëndë

- Lëkurë e zbehtë, e ftohtë, djersitje
- Takikardi, hipotension
- Ndryshime të vetëdijes, konfuzion, agjitacion
- Frymëmarrje e shpejtë dhe e cekët
- Zbritje e shenjave vitale me kalimin e minutave

- Rënie e diurezës
- Shenja specifike sipas vendit të hemorragjisë (p.sh. abdomen i fryrë në hemoperitoneum)



Veprimet në ndihmën e parë

Gjithmonë filloni me parimin SRK - ABCD:

1. Siguria e vendit dhe personale
2. Reagimi i pacientit
3. Kërkimi i ndihmës (thirrja 127)
4. A - B - C - D: Ajri, Frymëmarrja, Qarkullimi, Vetëdija



Veprimet urgjente në praktikë

1. Vlerësimi fillestar

- Vlerësoni vendin e gjakderdhjes dhe sasinë e humbjes së gjakut
- Kontrolloni parametrat jetësorë (TA, puls, FR, SpO₂, gjendja mendore)

2. Ndërhyrjet për hemorragjitë eksterne



Kompresioni direkt

- Vendosni presion të fortë me garzë sterile mbi vendin e gjakderdhjes
- Mbajeni për 5-10 minuta dhe rivlerësoni



Imobilizimi dhe pozicionimi

- Vendosja e gjymtyrës në nivel më të ulët për të ngadalësuar rrjedhjen
- Imobilizimi ndihmon në mbylljen e përkohshme të enëve të dëmtuara



Fashimi presiv

- Pasi të ndalet rrjedhja → aplikoni fashë presioni mbi kompresën
- Kontrolloni qarkullimin distalisht pas fashimit (puls, ngjyrë, ndjesi)



Laku hemostatik [turniket]

- Aplikohet vetëm në gjymtyrët me hemorragji të pakontrollueshme
- Vendoset mbi vendin e gjakderdhjes dhe shënohet ora e aplikimit
- Rrezik për ishemi nëse mbahet >2 orë

3. Menaxhimi i hemorragjive interne

- Supozoni gjithmonë hemorragji të brendshme në pacientë me trauma dhe hipotension pa rrjedhje të dukshme
- Transport urgjent në strukturë më të specializuar (imazheri, kirurgji)
- Vendosni 1-2 linja IV të mëdha për reanimacion me lëngje



Trajtimi mbështetës dhe mjekimi

- Vendosni akses venoz të madh (**16G ose 18G**) dhe jepni:
 - 500-1000 ml NaCl 0.9% ose Ringer Lactate për të ruajtur perfuzionin
- Monitoroni: TA, puls, FR, diureza, SpO₂ çdo 5-10 minuta
- Grupimi i gjakut dhe përgatitja për transfuzion nëse dyshohet hemorragji e madhe
- Oksigjen suplementar me maskë
- Vlerësimi i koagulimit në pacientët me terapi antikoagulante



Këshilla praktike



Hemorragjitë e jashtme

Veprimet për prerje dhe gërvishtje të vogla:

- Lani plagën me ujë të rrjedhshëm
- Dezinfektoni rreth saj
- Vendosni garzë sterile dhe fashoni lehtë



Hemorragjitë e rënda - veprimet urgjente:

1. Ekspozoni plagën (hiqni rrobat)
2. Vendosni pacientin në pozicion të rehatshëm
3. Presion direkt me garzë mbi plagë
4. Nëse nuk ndalon:
 - Vendosni garzë të dytë mbi të parën
 - Shtypni më fort
5. Nëse ka trup të huaj në plagë:
 - **Mos e hiqni!**
 - Vendosni garza rreth tij dhe ushtroni presion
6. Përdorni garza hemostatike nëse janë të disponueshme (p.sh., me kaolin apo kitosan)



Laku hemostatik (Tourniquet)

Kushtet për përdorimin

- Hemorragji e rëndë, e pakontrollueshme në gjymtyrë
- Kur presioni direkt nuk funksionon
- Kur ka vonesë të ndihmës spitalore
 - Vendoset **5-7 cm mbi plagë**, jo mbi artikulation
 - Shtrëngohet derisa të ndalet hemorragjia
 - **Shkakton dhimbje**, por është jetëshpëtues
 - **Shëno orën** e vendosjes dhe **mos e hiqni** deri në spital



Në mungesë të lakut hemostatik të gatshëm, **mund të improvizohet** me shirit jo elastik + shkop për shtrëngim

Hemorragjitë e brendshme

Çfarë janë?

Ndodhin **brenda trupit**, pa rrjedhje të dukshme gjaku. Janë më të vështira për t'u identifikuar dhe kërkojnë **dyshim të lartë klinik**.

Shenjat paralajmëruese:

- Marramendje, nauzea, të vjella
- Zbehje, djersitje e ftohtë
- Dhimbje gjoksi ose barku
- Shenja Grey-Turner (ekimozë në flanke)
- Shenja Cullen (ekimozë në rreth të kërthizës)
- Rënie e tensionit, përgjumje, konfuzion

Veprimet në terren

1. Vendoseni pacientin **shtrirë (në shpinë)**
2. **Ngrini këmbët** mbi nivelin e zemrës (nëse nuk dyshohet për dëmtim të shtyllës kurrizore)
3. **Mos jepni asgjë për të pirë/ngrënë**
4. **Mbulojeni pacientin** për të shmangur hipoterminë
5. Vendosni **akses venoz**, nëse i disponueshëm
6. **Monitoroni shenjat jetësore**
7. **Transferim urgjent në spital**

E RËNDËSISHME

- **Mbani qetësi** dhe përqëndrohuni te metodat bazë
- **Shmangni masa të padobishme**, si ngritja e gjymtyrëve ose shtypja e pikave të presionit
- **Çdo minutë vlen** në rastet e hemorragjive të mëdha
- Mjekët dhe infermierët duhet të **dokumentojnë orën** e aplikimit të lakut hemostatik dhe veprimet e kryera.

Kujdes profesional

- Mos u vononi me vendimin për referim nëse humbja e gjakut nuk kontrollohet
- Monitoroni për **shenjat e shokut hipovolemik** → jepni trajtim simptomatik ndërkohë që prisni ndihmën e specializuar
- Trajtimi agresiv me lëngje në hemorragji të brendshme duhet të balancohet për të shmangur diluimin e faktorëve të koagulimit.

KAPITULLI 15: HEMORRAGJIA NGA HUNDËT (EPISTAKSIS)

Epistaksisi është dalja e gjakut nga zgavra e hundës si pasojë e këputjes së enëve të gjakut të mukozës nazale. Ajo është një ndër **emergjencat më të shpeshta të ORL-së**, dhe në shumicën e rasteve është beninje, por mund të jetë e rëndë ose të përsëritet tek pacientët me çrregullime të koagulimit apo të hipertension.



Llojet e epistaksisit

TIPI	PËRSHKRIMI	FREKUENCA
◆ Anteriore	Rrjedhje nga pjesa e përparme e hundës (plexusi Kiesselbach)	90% e rasteve, më pak të rënda
▲ Posteriore	Rrjedhje më e thellë, nga enë më të mëdha	Më e rrallë, më e rrezikshme



Shkaqet e zakonshme



Lokale:

- Trauma direkte (përplasje, gërvishtje me gisht)
- Thatësia e mukozës (klime e thatë, ajër i kondicionuar)
- Infeksione të traktit respirator të sipërm
- Tumore beninje apo malinje në kavitetin nazal



Sistemike:

- ✓ Hipertension arterial
- ✓ Antikoagulantë/oral antiplateletë
- ✓ Çrregullime të koagulimit (hemofili, trombocitopeni)
- ✓ Sëmundje hepatike apo veshkore kronike
- ✓ Alkoolizmi, konsumimi i kokainës



Kur është urgjencë?

- Gjaku rrjedh për më shumë se **20 minuta** pa ndalim
- Rrjedhje e bollshme nga **të dyja flegtrat**
- **Dëmtim i dukshëm facial**
- Pacienti ka **vështirësi në frymëmarrje**
- Epistaksis në një pacient me **hemofili, antikoagulantë** ose **hipertension** të pakontrolluar
- **E përsëritur shpesh**, pa shkak të dukshëm

Menaxhimi në praktikë

1. Masat fillestare

- Qetësoni pacientin dhe ulni në pozicion të drejtë me kokën përkulur lehtë përpara (për të shmangur aspirimin ose gëlltitjen e gjakut)
- Fshijeni butësisht gjakun nga hunda
- Vendosni kompresë të ftohtë në hundë dhe ballë

2. Kompresioni i hundës

- Instruktojeni pacientin të shtrëngojë flegelat e hundës (për 10-15 minuta pa ndërprerje)
- Kjo metodë mjafton për të ndalur shumicën e epistaksave anteriore

3. Nëse hemorragjia vazhdon pas 15 minutash

- Përdorni garza me **adrenalinë ose lidokainë** për të ngushtuar enët e gjakut
- Aplikoni **pomadë me efedrinë ose oksimetazolinë** (në formë sprej ose garzë)
- Realizoni **tamponadë anteriore** me garzë të sterilizuar ose me një tampon komercial të përthithshëm (Merocel)

4. Tamponada posteriore (në raste të rralla)

- Kërkon trajnim të veçantë dhe shpesh ndihmë nga ORL
- Përdoret në raste me rrjedhje që nuk kontrollohen nga tamponada anteriore



Mbështetja mjekësore dhe laboratorike

- Vlerësoni shenjat vitale, puls, TA (rrezik i hemorragjisë në pacientët hipertensivë)
- Matja e hemoglobinës në raste të humbjes së madhe të gjakut
- Kontrolloni koagulimin në pacientët me përdorim antikoagulantësh
- Vendosni linjë IV në raste hemorragjie të konsiderueshme



Kujdes i veçantë

- Mos përdorni garza me pambuk të zakonshëm → ngjitet në mukozë dhe shkakton trauma shtesë
- Mos e lini tamponadën për më shumë se 48 orë për të shmangur infeksionin ose nekrozën
- Jini të kujdesshëm me pacientët me apne gjumi ose insuficiencë respiratore gjatë tamponadës



Parandalimi dhe ndjekja

- Trajtoni shkaktarët e zakonshëm: rinite, hipertension, barnat
- Rekomandoni shmangien e fërkimit të hundës, fryrjes së fortë të saj dhe ambientit të thatë
- Në raste të përsëritura → konsultë ORL për elektrokoagulim ose trajtim kirurgjikal të zonës Kiesselbach.

KAPITULLI 16: HIPOGLICEMIA DHE HIPERGLICEMIA

Hipoglicemia është ulja e nivelit të glukozës në gjak <70 mg/dL. Nivele më të ulëta (<54 mg/dL) kërkojnë veprim urgjent. Është një urgjencë mjekësore sepse truri varet nga glukozja për furnizim energjie.

 **HIPOGLICEMIA (niveli glukozës < 60 mg/dL)**

Rëndësia klinike

Menaxhimi i urgjencave metabolike si **hipoglicemia** dhe **hiperglicemia** është jetik për profesionistët e vijës së parë. Të dyja situatat mund të jenë **kërcënuese për jetën**, por janë të menaxhueshme në terren me veprime të shpejta dhe të sakta.

Shkaqet më të zakonshme

- Mbidozë e insulinës ose barnave sulfonilure
- Mungesë vakti pas insulinës
- Aktivitet fizik i rëndë
- Sëmundje hepatike, renale, sepsis
- Tumore të pankreasit (insulinoma)
- Alkoolizëm pa ushqyerje

Grupi më i rrezikuar

- Diabetikë në insulinoterapi
- Të moshuar që jetojnë vetëm
- Pacientë me demencë apo pa aftësi njohëse

Shenjat dhe simptomat

FAZA E HERSHME		FAZA E AVANCUAR	
Lodhje, djersitje, ankth		Konfuzion, vështirësi në të folur	
Dridhje, zbehje, palpitacione		Shikim i turbullt, epilepsi, koma	
Nuhatje ose shije metalike		Humbje vetëdijeje	



Veprimet e ndihmës së parë

1. **SRK - ABCD:** Siguro vendin, vlerëso vetëdijen, liro rrugët e ajrit
2. **Nëse pacienti është koshient:**
 - Jepni 15-20 gr karbohidrate të shpejta (sheqer në ujë, lëng frutash, tabletë glukozë)
3. **Nëse është i pavetëdijshëm:**
 - Vendosni në **pozicion anësor të sigurtë**
 - Jepni **Dextrozë 50%**, 20-50 ml IV ngadalë
 - Vazhdoni me **Dextrozë 10%**, 5-10 mg/kg/min
 - Glukagon IM (1 mg) nëse nuk ka akses venoz
 - Monitorim i vazhdueshëm i glicemisë çdo 15 minuta derisa të stabilizohet
4. **Kontrolli i efektivitetit:**
 - Përmirësim brenda 5-10 minutash
 - Nëse jo: dysho për stroke, mbidozim medikamentesh, intoksikim



Masat shtesë

- Merrni kampion gjaku para glukozës
- Në pacientë me alkoolizëm: jepni **tiaminë IV** për të shmangur encefalopatinë e Ëernicke-s
- Monitoroni gliceminë çdo 30 min derisa të stabilizohet



Parandalimi

- Edukimi i pacientit dhe familjarëve
- Mbajtja e identifikuesve mjekësorë (bejzh diabeti)
- Rishikimi i dozave të insulinës
- Regjistrim i rasteve të përsëritura dhe referim te mjeku specialist



HIPERGLICEMIA (niveli glukozës > 250 mg/dL)



Përkufizimi: Hiperglicemia është rritje e glukozës në gjak >180 mg/dL, por bëhet urgjente kur shkon >300 mg/dL dhe sidomos kur shoqërohet me ketoacidozë diabetike (DKA) apo gjendje hiperosmolare (HHS).



Shkaqet më të zakonshme

- Mungesë insulinoterapie / doza të pamjaftueshme
- Sëmundje akute (infeksione, stroke, IAM)
- Kortikosteroidë, antipsikotikë
- Stres akut, trauma
- Dieta e pasur me karbohidrate të thjeshta



Komplikacionet urgjente

1. Ketoacidoza diabetike (DKA)

- Glukoza > 250 mg/dL
- pH < 7.3, ketone në urinë, bikarbonat < 15 mEq/L
- Tipike për diabet tip 1

2. Statusi hiperosmolar (HHS)

- Glukoza > 600 mg/dL, pH > 7.3
- Osmolaritet > 320 mOsm/kg
- Tipike për diabet tip 2



Shenjat klinike

- Etje, poliuri, të vjella, dhimbje koke
- Dhimbje barku, dobësi ekstreme
- Era e acetonit nga goja
- Lëkurë e thatë, takikardi, frymëmarrje e shpejtë
- Konfuzion, përgjumje, koma



Menaxhimi i menjëhershëm në terren

1. SRK - ABCD
2. Matje e glicemisë kapilare
3. Rehidratim oral ose IV (NaCl 0.9%)
4. Insulinë me veprim të shpejtë (Novorapid, Humalog) sipas skemës
5. Rivlerësim pas 30 min - nëse gjendja përkeqësohet, dërgim urgjent në spital



Menaxhimi spitalor

- Vazhdohet rehidratimi IV
- Monitorim i elektroliteve (sidomos kaliumit)
- Insulinoterapi IV me pompë ose bolus
- Kërkim për shkaktarët e krizës (infeksione, barnat, dieta, stres akut)



Kujdes profesional në të dy rastet

- Evitoni hipogliceminë pasivisht gjatë trajtimit agresiv të hiperglicemisë
- Identifikoni shkakun bazë për të ndaluar përsëritjen
- Referoni urgjent në strukturë të nivelit më të lartë kur situata tejkalon kapacitetet e trajtimit lokal (DKA, HHS, koma).

KAPITULLI 17: INTOKSIKACIONET MEDIKAMENTOZE

Intoksikacioni medikamentoz përfshin ekspozimin e trupit ndaj një sasie të tepërt të një substance farmaceutike, që mund të jetë **aksidentale**, **e qëllimshme** (për vetëvrasje), ose **abuzive**. Kjo mund të shkaktojë **efekte toksike sistemike**, deri në humbje vetëdijeje, dëmtime të organeve apo edhe vdekje.

 **Kategoritë kryesore të substancave që shkaktojnë helmime**

 **Substanca të ligjshme (barnat me ose pa recetë)**

- Opioidët (morfina, tramadoli, metadoni)
- Benzodiazepinat (diazepam, lorazepam)
- Analgjezikët (paracetamol, ibuprofen)
- Antihipertensivët (beta-blokues, ACE inhibitorë)
- Antidiabetikët (insulina, sulfonilure)

 **Substanca të paligjshme ose të abuzuara**

- Kanabis, kokainë, heroinë
- Amfetaminë, ekstazi, LSD ose droga të tjera me origjinë të panjohur
- Solvente industriale, bojë, tretës
- Produkte bujqësore (insekticide, herbicide)
- Substanca korrozive (acide dhe baza të forta)

 **Pasojat klinike**

- Efekte neurologjike: konfuzion, përgjumje, koma, epilepsi
- Depresion respirator: bradipne, arrest respirator
- Efekte kardiake: bradikardi, hipotension, aritmi
- Dëmtime gastrointestinale dhe hepatike (shpesh nga paracetamoli)
- Çrregullime metabolike (acidozë, hipoglicemi)

 **Menaxhimi fillestar në terren**

Ndiqui algoritmin SRK - ABCD:

- **S - Siguro ambientin** dhe veten nga kontaminimi
- **R - Reagimi i viktimës** (vetëdija, gjendja)
- **K - Kërko ndihmë** (telefononi 127 ose 112)
- **A - Airëay:** kontrollo dhe liro rrugët e ajrit
- **B - Breathing:** vlerëso frymëmarrjen dhe mbështete nëse mungon
- **C - Qarkullimi:** vlerëso pulsën, shtypje torakale nëse është nevoja
- **D - Defibrilim:** vetëm nëse është e indikuar dhe në dispozicion

Veprime të menjëhershme të ndihmës së parë

- Mos i nxisni të vjellat, veçanërisht në pacientë të pavetëdijshëm
- Ruani ambalazhin e substancës së dyshuar (ndihmon për trajtimin)
- Mos e braktisni viktimën, edhe nëse vetë ose të afërmit e kërkojnë këtë
- Rivlerësoni pacientin në mënyrë dinamike
- Monitoroni frymëmarrjen dhe qarkullimin
- Nëse substanca është korrozive:
 - hiqni rrobat me kujdes
 - shpëlajeni zonën e kontaminuar me ujë të rrjedhshëm për 20 min
 - mos përdorni akull, alkool apo substanca të tjera

Trajtimi i përgjithshëm

Masat e para:

- Lirimi i rrugëve të frymëmarrjes dhe stabilizimi frymëmarrjes
- Perfuzione IV me NaCl 0.9%
- Kontrolli i glukozës në gjak → nëse e ulët, trajtohet menjëherë

Dekontaminimi:

- Aktivizimi i karbonit të aktivizuar (1g/kg peshë) nëse pacienti paraqitet <1 orë nga gëlltitja dhe nuk ka humbje vetëdijeje
- Lavazhi gastrik vetëm në raste të veçanta, me kujdes dhe me indikacion të qartë.

Antidotët më të përdorur

SUBSTANCA TOKSIKE	ANTIDOTI
Paracetamol	N-acetylcysteine (NAC)
Benzodiazepina	Flumazenil (me kujdes - rrezik konvulsionesh)
Opioidët	Naloxonë
Heparina	Protaminë
Antikoagulantët oralë	Vitamina K
Beta-blokues	Glukagon, adrenalinë
Methemoglobinemia	Methylene Blue

MBIDOZIMI NGA OPIOIDËT

Toksidromi tipik:

SISTEMI	MANIFESTIME
SNQ	konfuzion, përgjumje, miozë, koma
Frymëmarrja	bradipne < 8/min, hipoventilim
Kardiovaskular	hipotension, bradikardi
Tretja	të vjella, konstipacion
Trakti urinar	retension urinar

Trajtimi:

- **Mbështetje e frymëmarrjes** me oksigjen (maskë ose kanjulë)
- **Antidoti: Naloxone**
 - Intranasal: 0.4 mg
 - Intramuskular: 2 mg
 - Intravenoz: 0.4-2 mg bolus çdo 2-3 min, max 10 mg
- **Transport urgjent në spital**
- **Monitorim për 2-4 orë** pas përgjigjes së parë



PICKIME DHE KAFSHIME

- Shkaktojnë trauma mekanike dhe infeksione
- Nëse ka shenja të **reaksionit alergjik** → monitoroni dhe jepni adrenalinë i.m.
- Nëse pickimi është në gojë/fyt → kuba akulli, pozicion anësor
- **Asnjëherë mos përdorni turniketa** në gjymtyrë të pickuar/kafshuar
- Mbani gjymtyrën të imobilizuar dhe të ngritur
- Vendosni kompresë të ftohtë, jo akull direkt



Kur duhet referimi urgjent në spital?

- Humbje vetëdijeje ose epilepsi
- Frymëmarrje e pamjaftueshme
- Hipotension i rëndë
- Përdorim i substancave të panjohura ose të shumëfishta
- Nëse është përdorur një substancë me rrezik të lartë për jetën (opioidë, paracetamol, benzo, organofosfate).



Kujdes profesional

- Mos e nënvlerësoni asnjë rast intoksikimin, edhe kur pacienti duket klinikisht i qëndrueshëm në fillim
- Është jetike të merren **masa mbrojtëse** për personelin në rastet me rrezik inhalimi apo kontakt me toksina
- Intoksikimet kronike (nga barnat psikotrope ose qetësuesit) mund të kërkojnë vlerësim edhe nga ana psikiatrike

KAPITULLI 18: MBYTJA NË UJË

Mbytja është një proces i dëmtimit të frymëmarrjes që ndodh si rezultat i zhytjes së plotë (submersion) ose asaj të pjesshme (immersion) në një mjedis të lëngshëm, zakonisht ujë.

Fiziopatologjia

1. Mbytja shpesh fillon me **panik**, mbajtje fryme dhe hipoksi.
2. Uji mund të hyjë në mushkëri përmes **spazmës së laringsit** që më pas çlirohet.
3. **Hipoksia, hiperkapnia, acidimi, arresti respirator** dhe më pas **arresti kardiak** ndodhin brenda 3-5 minutash.

Shenjat dhe simptomat

SISTEMI	SHENJAT
Frymëmarrje	Dispne, stridor, shkumë në gojë/hundë, hipoksi
Qarkullim	Bradikardi, cianozë, hipotension, arrest kardiak
Neuro	Humbje vetëdijeje, konfuzion, koma, konvulsione
Të tjera	Hipotermi, dhimbje muskulore, të vjella, marramendje

Parandalimi

- Notimi në zona të mbikëqyrura
- Mjetet e shpëtimit pranë vendeve të ujit
- Mësimdhënia e notit dhe ndihmës së parë që në moshë të hershme
- Mbikëqyrja e vazhdueshme e fëmijëve
- Mos përdorimi i alkoolit pranë ujërave

Menaxhimi emergjent

1. Sigurimi i ambientit dhe shpëtimi

- Asnjë ndërhyrje pa vlerësuar sigurinë e shpëtimtarit: përdorni mjetet e shpëtimit ujor
- Hiqni menjëherë viktimën nga uji dhe vendoseni në një sipërfaqe të sheshtë dhe të thatë
- Nëse është e mundur, kërkoni ndihmë të specializuar gjatë shpëtimit

2. Vlerësimi dhe veprimi i menjëhershëm (ABCDE)

A - Airway (Lirimi rrugëve të ajrit)

- Siguroni rrugët e ajrit - hiqni çdo trup të huaj ose baltë nga goja
- Nëse pa vetëdije: pozicioni lateral i sigurisë

B - Breathing (kontrolli frymëmarrjes)

- Kontrolloni frymëmarrjen → nëse mungon, **nisni frymëmarrje artificiale**
- Filloni ventilim me maskë dhe ambu bag, preferohet me O₂ 100%

C - Circulation (kontrolli puslit)

- Kontroll i pulsit dhe TA
- Nëse pa puls → **nisni CPR menjëherë (30:2)**
- Vendosni akses venoz dhe filloni perfuzion IV me NaCl 0.9% ose RL

D - Disability (dëmtimet e mundshme)

- Vlerësoni GCS, pupilat, reflekset
- Monitorim për dëmtime neurologjike pas rikthimit të vetëdijes

E - Exposure (shmangja e ekspozimit)

- Hiqni rrobat e lagura, mbështillni me batanije për të parandaluar hipoterminë
- Matni temperaturën → hipotermia mund të maskojë shenjat vitale



Kujdes i veçantë për HIPOTERMINË

- Në rast hipotermie të moderuar/rëndë (<35°C): ngrohje graduale me infuzione të ngrohta, batanije termike
- Mos deklaroni vdekjen pa ngrohje të plotë të trupit ("nuk është i vdekur derisa të jetë i ngrohtë dhe i vdekur")



Mbështetja mjekësore dhe vendimet klinike

- Vendosni **oksigenim të vazhdueshëm**, monitoroni SpO₂
- Vendosje e monitorit kardiak, EKG, vlerësim për aritmi
- Konsideroni intubimin nëse pacienti ka gjendje respiratore të paqëndrueshme
- Ekzamino për trauma të qafës/kurritzit në rast mbytjeje në ujë të rrëmbyeshëm



Vlerësimi dhe ndjekja laboratorike

- Gjak komplet, gazra arteriale, elektrolite, glukemi
- Radiografi torakale (kontroll për edema pulmonare, aspirim)
- Hemokulturë në rast dyshimi për infeksion (veçanërisht ujë i ndotur)



Parandalimi

- Edukimi i komunitetit për rrezikun nga uji dhe rëndësinë e masave mbrojtëse
- Kujdes i veçantë për fëmijët pranë ujit - gjithmonë nën mbikëqyrje
- Trajnim i personelit të QSH-ve në shpëtim dhe reanimacion në mjedise jashtëspitalore
- Promovimi i përdorimit të jelekëve të shpëtimit dhe notit të sigurtë

KAPITULLI 19: PICKIMET DHE KAFSHIMET (QEN, GJARPËR, BLETË)

 Pickimet dhe kafshimet janë incidente të zakonshme në mjedise të jashtme, që mund të shkaktojnë nga **reaksione lokale të lehta**, deri te **shok anafilaktik, infeksione të rënda** apo **vdekje**, nëse nuk trajtohen në mënyrën e duhur dhe të menjëhershme.



A. PICKIMI NGA BLETA / GRERËZA



Simptomat më të shpeshta

- Enjtje, skuqje dhe dhimbje lokale
- Kruarje, skuqje e përgjithshme e lëkurës
- Vështirësi në frymëmarrje, fryrje e buzëve/gjuhës
- Shok anafilaktik



Veprimet urgjente

1. **Hiq thumbin** (nëse është i pranishëm) me kartë ose pjesë plastike, jo me pincë
2. **Apliko akull** mbi vendin e pickimit për 10-15 minuta
3. **Antihistaminikë** oralë për enjtje të lehtë
4. **Adrenalinë intramuskulare (0.5 mg, IM)** nëse shfaqen shenja anafilaksie
5. **Pozicioni i sigurtë lateral** për pacientë të pavetëdijshëm
6. **Monitorim i frymëmarrjes dhe qarkullimit**
7. Referim urgjent në spital në rast shoku, fryrje të rrugëve të ajrit, ose më shumë se një pickim



B. PICKIMI NGA GJARPRI



Shenjat klinike

- Vendi i pickimit: dy shenja dhëmbësh, skuqje, dhimbje intensive
- Edemë lokale që përhapet
- Gjakderdhje nga vendet e infuzioneve
- Nauzea, vjellje, takikardi, konfuzion, shok
- Paralizë (në raste me helm neurotoksik)



Shënim:

- **Jo të gjithë gjarpërinjtë janë helmues** → por trajto si urgjencë derisa të vërtetohet e kundërta
- **Shenjat sistemike** mund të vonohen disa orë

X Çfarë NUK duhet të bëhet:

- **X** Mos e prisni plagën
- **X** Mos thithni helmin
- **X** Mos aplikoni lak hemostatik të ngushtë
- **X** Mos e ngrohni ose digjni vendin e pickimit

✓ Ndhurma e parë

- Imobilizoni gjymtyrën dhe vendoseni më poshtë se niveli i zemrës
 - Qetësoni pacientin - paniku rrit qarkullimin e helmit
1. Mos lejoni lëvizje të panevojshme
 - Vendosni akull në vendin e plagës (jo direkt mbi lëkurë)
 2. Monitoroni shenjat jetësore dhe referoni urgjent në spital



C. KAFSHIMET NGA QENI



Rreziqet

- Infeksion bakterial (Streptococcus, Staphylococcus, Pasteurella, tetanus)
- Trauma mekanike - lëndime muskulare, kockore, nervore
- Rrezik për ekspozim ndaj tërbimit

✓ Menaxhimi në terren

1. Lani plagën menjëherë me ujë të bollshëm dhe sapun për 15 minuta
2. Aplikoni antiseptik lokal (betadinë, klorheksidinë)
3. Mbulojeni me fashë sterile
4. Mos qepni plagët në fushë - vetëm në spital
5. Pyesni për vaksinën antitetan dhe antirabike
6. Referoni për profilaksi në qendrën më të afërt të shëndetit publik nëse:
 - Qeni ishte i panjohur ose agresiv
 - Nuk është i vaksinuar
 - Pacienti nuk ka pasur vaksinë kundër tërbimit



Kujdes shtesë për të gjitha llojet e kafshimeve/pickimeve

SITUATA	MASA
Viktima humb vetëdijen	Pozicioni lateral i sigurtë
Reaksion alergjik i rëndë	Adrenalinë IM, oksigjen
Reaksion lokal i përhapur	Antihistaminik + kortikosteroid

Dhimbje ekstreme	Analgjezikë të lejuar në terren
Plagë me inde të ekspozuara	Mbulo me garzë sterile, mos prek



Kujdes profesional për të gjitha rastet

- Dokumentoni gjithçka: ora, vendi, progresi i simptomave, ndërhyrjet e kryera
- Vlerësoni për rrezik të lartë: fëmijët, të moshuarit, pacientët me sëmundje kronike
- Bëni edukim të komunitetit për parandalim: kujdesi me kafshët, përdorimi i dorezave, jelekëve mbrojtës në fshat apo pyll
- Ndiqni protokollet kombëtare dhe referoni në kohë çdo rast që i tejkalon kapacitetet e trajtimit lokal.

KAPITULLI 20: PLAGËT DHE TRAJTIMI I TYRE

Plagë quhet çdo prishje e integritetit të lëkurës apo mukozës, si pasojë e traumës mekanike, termike, kimike apo patologjike. Çdo plagë përbën një **rrezik potencial për infeksion, gjakderdhje dhe humbje të funksionit të zonës përkatëse**.

Klasifikimi i plagëve

KRITERI	LLOJET
Sipas agjentit	Gërvishtje, prerëse, shpuese, shtypje, kafshime, plagë armësh, plagë diabetike, dekubitus
Sipas sterilitetit	Sterile (p.sh. kirurgjikale), të kontaminuara, të infektuara
Sipas thellësisë	Të cekëta (vetëm lëkura), të thella (muskul, enë gjaku, nerva, kocka)
Sipas rrezikut	Minore (plagë e vogël, e kontrollueshme), majore (plagë e madhe, e thellë, në zona kritike)

Rreziku për infeksion

Infektimi i plagëve ndodh kur mikroorganizmat hyjnë në indet e ekspozuara. Faktorët që e favorizojnë përfshijnë:

- Mungesën e pastrimit të menjëhershëm
- Ndotjen e mjedisit
- Vonesën në trajtim
- Thellësinë dhe lokalizimin e plagës
- Diabetin, keqshqyerjen ose imunosupresionin te pacienti

Qëllimet e trajtimit të plagës

- ✓ Parandalimi i infeksionit
- ✓ Ndalimi i gjakderdhjes (hemostaza)
- ✓ Mbyllja dhe mbrojtja e plagës
- ✓ Lehtësimi i dhimbjes
- ✓ Rivendosja e funksionit të zonës së dëmtuar

Hapat që duhen ndjekur për trajtimin e plagëve

1. Përgatitja

- Vish doreza sterile
- Siguro sterilitetin e instrumenteve dhe materialeve
- Vendos pacientin në pozicion të rehatshëm

2. Pastrimi

- Lani duart dhe zonën përreth plagës me ujë të rrjedhshëm dhe sapun
- Hiqni trupat e huaj me pinca sterile
- Shpëlani plagën me **ujë të oksigjenuar** ose **solucion fiziologjik (NaCl 0.9%)**

3. Dezinfectimi

- Aplikoni antiseptik (klorheksidinë, betadinë) në zonën rreth plagës
- **Shmangni irrituesit, si alkooli i fortë, në plagë të hapur**

4. Mbulesa dhe mbrojtja

- Mbulojeni plagën me **garzë sterile**
- Aplikoni **fashë jo të presuara**, për të parandaluar isheminë
- Ndërroni fashon çdo ditë ose sa herë laget/ndotet

Menaxhimi i hemostazës

METODA	PËRSHKRIMI
Shtypja direkte	Me garzë sterile, për 5-10 minuta
Fashimi i kompresuar	I dobishëm në plagë gjymtyrësh
Ligatura	Për enë gjaku të identifikueshme në plagë të hapur
Kauterizimi	Vetëm në ambiente të specializuara
Kompresa të ftohta	Në raste rrjedhje të lehtë për kontraktim enësh

Analgjezi dhe anestezi

- **Analgjezikë orale** (paracetamol, ibuprofen) në plagë të dhimbshme
- **Anestezi lokale** në plagë që kërkon sutura
 - Anestezi trunkale për dorë/gishtërinj
 - Anestezi infiltrative për trup

Mbyllja e plagëve

LLOJI I PLAGËS	TRAJTIMI
Plagë e pastër, incizive	Qepje me materiale të absorbueshme dhe jo të absorbueshme
Plagë e kontaminuar	Lini të hapur për drenazh dhe monitorim
Plagë diabetike/dekubitus	Kërkon kujdes të specializuar dhe debridim periodik

Kujdesi mjekësor

- **Antibiotik profilaktik** në plagë të thella, të ndotura ose me rrezik të lartë (Amoxiclav 875/125 mg x 2, ose tjetër sipas alergjisë)
- **Analgjektiv** për kontroll të dhimbjes (Paracetamol, Ibuprofen)
- **Vaksina e tetanozit**: nëse ka më shumë se 10 vjet nga doza e fundit, jepni 1 dozë përforcuese; në plagët me rrezik të lartë, nëse kanë kaluar >5 vjet
- **Referim** për ndërhyrje kirurgjikale në rast ekspozimi të strukturave të thella, gjakderdhje të pakontrolluar ose nekrozë.

Kujdesi klinik

- Mos përdorni **jod direkt në plagë të hapura të thella** - mund të shkaktojë irritim
- Ndalo **qepjen** në plagë kafshimesh ose që janë infektuar
- **Antibiotikët sistemikë** nuk janë të nevojshëm për çdo plagë - vetëm kur ka infeksion të konfirmuar
- **Vaksina antitetanozit** është e detyrueshme në plagët e hapura në pacientë me status të panjohur

Kujdes profesional

- Plagët e mbuluara duhen kontrolluar çdo 24-48 orë për shenja infeksioni
- Ndalohe larja në ujë derisa mjeku të rekomandojë ndryshe
- Duart e pastra për çdo manipulim me fashën ose plagën
- Nëse shfaqen temperaturë, rrjedhje e verdhë/jeshile, fryrje ose dhimbje në rritje → vlerësim mjekësor urgjent

KAPITULLI 21: PRESINKOPA DHE SINKOPA

Presinkopa është një gjendje ku pacienti ndjen një ndjesi të menjëhershme marramendjeje, boshllëku në kokë, djersitje, të përziera apo njolla të zeza para syve, pa humbur plotësisht vetëdijen.

Sinkopa është humbje e papritur, e shkurtër dhe e rikthyeshme e vetëdijes për shkak të **hipoperfuzionit cerebral**. Sipas udhëzimeve ESC 2018, ajo karakterizohet nga:

- fillim i shpejtë,
- kohëzgjatje e shkurtër,
- rikuperim spontan i plotë.

 **Kujdes:** Sinkopa është simptomë, jo sëmundje, por mund të sinjalizojë sëmundje serioze, sidomos kardiake.

Shkaqet më të zakonshme

Jo serioze:

- Dehidrim
- Ekspozim në temperatura të larta
- Emocione të forta
- Dhimbje akute
- Urinë, defekim, kollë, kthim koke (sinkopa situacionale)
- Hipotension ortostatik (pas qëndrimit në këmbë, medikamente, humbje lëngjesh)

Serioze:

- Aritmi kardiake (TV, FA me pauzë, blloqe AV)
- Sëmundje të valvulave (stenozë e aortës)
- Miokardiopati hipertrofike
- Disekim aorte, emboli pulmonare
- Sindroma si Brugada, QT i zgjatur
- Historik familjar për vdekje të papritur

Simptomat dhe shenjat paralajmëruese

PRESINKOPA	SINKOPA
Marramendje	Humbje e papritur e vetëdijes
Djersitje, nausea	Rënie pa paralajmërim
Ndjenjë rënieje	Rikthim spontan i vetëdijes
Errësim i shikimit	Mund të ndodhë në këmbë, shtrirë, gjatë sforcimeve
Palor, ndjenjë boshllëku në kokë	Mund të shoqërohet me trauma nga rrëzimi



Ndihma e parë në vendngjarje

Presinkopa

1. Vendosni pacientin të shtrirë me këmbët të ngritura
2. Lironi rrobat e ngushta, siguroni ajrim të mirë
3. Qetësoni pacientin dhe inkurajoni frymëmarrje të thellë
4. Aplikoni **manovra kontrapresive** (kryqëzim i këmbëve, shtrëngim i duarve, vendosje në bisht)
5. Monitoroni shenjat jetësore
6. Vlerësoni për shenja përkeqësimi

Sinkopa

1. Kontrolloni **vetëdijen dhe frymëmarrjen**
 - Nëse pacienti nuk merr frymë: filloni menjëherë RCP dhe përdorni DAJ nëse disponohet
 - Nëse merr frymë, por nuk reagon: vendoseni në **pozicion lateral të sigurtë**
2. Thërrisni urgjencën:  **127**
3. Kontrolloni për lëndime nga rrëzimi
4. Siguroni ambjentin dhe dokumentoni kohëzgjatjen e episodit



Veprimet e menjëhershme

1. Siguroni **pozicionin e duhur** - pacienti i shtrirë me këmbët e ngritura (pozicioni Trendelenburg)
2. Monitoroni shenjat vitale çdo 5 minuta
3. **Siguroni akses venoz** nëse presioni është i ulët
4. Kontrolloni **nivelin e glukozës në gjak**
5. Mbani pacientin nën vëzhgim për rikuperim spontan
6. Evitoni ngjitjen ose lëvizjen pa ndihmë për të paktën 30 minuta pas episodit

Anamneza e detajuar (pas rikuperimit)

- **Fillimi i simptomave:** me paralajmërim apo jo?
- **Aktiviteti gjatë episodit:** në këmbë, shtrirë, gjatë sforcimit?
- **Kohëzgjatja dhe rikuperimi:** brenda 1 minute?
- **Histori familjare** për sëmundje kardiake, Brugada, vdekje të papritur?
- **Medikamente** në përdorim: beta-blokues, diuretikë, antidepressantë?
- **Episodet e mëparshme** të ngjashme?



Kur kërkohet hospitalizim?

Personat me:

- Episod sinkopal gjatë ushtrimeve fizike
- Episod pa paralajmërim
- Shkak të panjohur + risk kardiak
- Historik të aritmisë ose sëmundje kardiake
- Moshë e avancuar + faktorë risku

Roli i QSH 24/7 dhe Spitaleve Bashkiake

Profesionistët e vijës së parë duhet të:

- Klasifikojnë sinkopën sipas rrezikut
- Sigurojnë stabilitetin hemodinamik të pacientit
- Referojnë urgjentisht për ekzaminime kardiologjike (EKG, echokardiografi)
- Monitorojnë shenjat jetësore dhe ndërhyjnë në rast arresti

Kujdes profesional

- Hidratim i mirë ditor
- Ushqim i rregullt (parandalimi i hipoglicemisë)
- Lëvizje graduale nga shtrati në këmbë
- Kujdes me medikamentet që ulin tensionin
- Monitorim i tensionit në pacientët me hipertension, diabet apo sëmundje të zemrës

KAPITULLI 22: SHOKU (Shock)

Shoku është një gjendje kërcënuese për jetën, që ndodh kur sistemi qarkullues dështon të furnizojë organet vitale me oksigjen dhe lëndë ushqyese të mjaftueshme. Pasojat janë hipoperfuzioni i indeve, hipoksi dhe nëse nuk trajtohet në kohë, **dëmtim multiorganor dhe vdekje**.



Përkufizim klinik: Hipotension i qëndrueshëm me perfuzion të ulët të indeve, manifestuar me oliguri (<30 ml/h), ndryshim i statusit mendor, ekstremitete të ftohta dhe laktate >2 mmol/L.



Klasifikimi sipas mekanizmit patologjik

TIPI	PËRSHKRIMI	SHEMBUJ
 Hipovolemik	Humbje gjaku ose lëngjesh	Trauma, hemorragji, djegie, diarrea
 Distributiv (Vasodilator)	Zgjerim patologjik i enëve të gjakut	Shok septik, anafilaktik, neurogjen
 Kardiogjen	Pamjaftueshmëri e zemrës për të pompuar gjak	Infarkt, aritmi, insuficiencë e majtë
 Obstruktiv	Pengesë në qarkullimin e gjakut	Emboli pulmonare, tamponadë kardiake



Stadet klinike të shokut

- Stadi fillestar**
 - Reduktim i perfuzionit, metabolizëm anaerob
- Stadi i kompensimit**
 - Aktivizim simpatik, rritje e frekuencës kardiake
- Stadi progresiv**
 - Dështim i kompensimit, acidozë metabolike, rënie e tensionit
- Stadi refraktar**
 - Dëmtim i parikthyeshëm i organeve, vdekje iminente



Shenjat dhe simptomat klinike

SHENJAT KRYESORE	SHENJAT PËRPARIMTARE
Hipotension (TA <90 mmHg)	Zbehje, lëkurë e ftohtë, djersitje
Takikardi (>100 rrahje/min)	Frymëmarrje e shpejtë dhe e cekët
Oliguri (<30 ml/orë)	Marramendje, konfuzion, agjitacion
Rënie e vetëdijes	Laktacidozë, cyanosis



Ndihma e parë për pacientin në gjendje shoku

1. Zbatoni DRS-ABCD
2. Thërrisni urgjencën ( 127) menjëherë
3. Vlerësoni shkakun (hemorragji, alergji, infarkt, etj.)
4. Shtrirja në shpinë, me ngritje të lehtë të këmbëve (nëse nuk ka dëmtime spinale)
5. Mbulojeni pacientin për të parandaluar hipoterminë
6. Mos jepni ushqim ose pije; vetëm gllënjka të vogla uji nëse është i vetëdijshëm
7. Oksigjen nëse disponohet dhe pacienti ka shenja hipoksemie
8. Monitorim i shpeshtë i TA, FR, FK çdo 2 minuta



Objektivat e trajtimit

- ✓ Mbështetja e qarkullimit (IV, likide)
- ✓ Trajtimi i shkakut (hemorragji, sepsis, alergji)
- ✓ Ruajtja e oksigjenimit dhe perfuzionit cerebral
- ✓ Parandalimi i dëmtimit multiorganor



Shembuj praktikë

- **Shok hipovolemik:** Trajtim me likide IV, ndalimi i gjakderdhjes, vlerësim për transfuzion
- **Shok anafilaktik:** Adrenalinë IM menjëherë, oksigjen, lëngje IV, antihistaminikë
- **Shok septik:** Antibiotikë IV, likide, monitorim intensiv, referim urgjent
- **Shok kardiojgen:** Oksigjen, konsultë kardiologjike emergjente, mos jepni shumë likide!



Kujdes profesional

- Shoku është **gjendje që kërkon ndërhyrje të menjëhershme** - çdo minutë vonesë rrit rrezikun e vdekshmërisë
- Monitorimi dhe reagimi i hershëm janë çelësi për **parandalimin e dëmtimit të organeve vitale**
- Vlerësoni **efikasitetin e trajtimit me rikthimin e diurezës, TA dhe vetëdijes**
- **Mungesa e përgjigjes ndaj bolusit të parë të lëngjeve kërkon rishikim të diagnozës dhe referim urgjent**

KAPITULLI 23: GODITJA NË TRU (STROKE) DHE DËMTIMET TRAUMATIKE TË TRURIT

Goditja në tru (Stroke) ndodh kur qarkullimi i gjakut në një pjesë të trurit ndërpritet ose kufizohet, duke shkaktuar mungesë oksigjeni dhe dëmtim të menjëhershëm të qelizave nervore. Është një **urgjencë mjekësore** dhe çdo minutë vonesë mund të ndikojë rëndë në mbijetesën dhe aftësitë e pacientit.

Llojet e goditjes në tru

TIPI	SHKAKU	PËRQINDJA
 Ishemik	Blokim i një ene gjaku në tru	85%
 Hemorragjik	Çarje e një ene gjaku në tru	15%

Shenjat paralajmëruese të stroke: përdorni FAST / CPSS

KONTROLLI	ÇFARË TË BËNI	NORMAL / JO NORMAL
F - Face	Kërkoni një buzëqeshje	Të dyja faqet lëvizin njësoj/ njëra nuk lëviz
A - Arm	Kërkoni të ngrejë të dy krahët	Të dy ngrihen njësoj / Njëri bie poshtë
S - Speech	Bëni një pyetje të thjeshtë	Flet qartë / Fjalë të çoroditura ose jo përgjigje
T - Time	 KOHA ËSHTË TRU	Thërrisni 127 menjëherë!

Nëse një nga tre testet është **jo normal**, ekziston **72% mundësi** që personi të ketë goditje në tru.

Faktorët e rrezikut

- Hipertension arterial
- Diabet mellitus
- Aritmi kardiake (p.sh. fibrilacion atrial)
- Duhanpirje
- Obezitet
- Histori personale ose familjare me goditje në tru
- Inaktivitet fizik



Si të veproni në ndihmën e parë

1. Zbatoni protokollin DRS-ABCD
2. Siguroni **pozicion të rehatshëm** dhe mos i jepni pacientit të hajë apo pijë
3. **Mos jepni oksigjen rutinë**, përveç se në rast hipoksie të dukshme (SpO2 <94%)
4. Nëse pacienti është i pavetëdijshëm por merr frymë, **pozicioni i sigurisë**
5. Monitoroni shenjat vitale: TA, FR, FK, vetëdija
6. **Telefononi 127 menjëherë dhe evidentoni momentin e parë të simptomave**
7. Informoni spitalin paraprakisht (nëse jeni në pozicion për ta bërë këtë)
8. **Regjistroni kohën e fillimit të simptomave** - ky informacion përcakton nëse pacienti mund të trajtohet me trombolizë.



Goditja në tru dhe oksigjeni

- ◆ **Mos përdorni oksigjen rutinë** tek pacientët me goditje akute në tru
- ◆ Oksigjeni duhet të jepet **vetëm në prani të hipoksisë**, duke përdorur pulsoksimetri
- ◆ Doza e rekomanduar: nasal cannula 1-2 L/min ose maskë nëse saturimi është < 94%



Dëmtimet traumatike të trurit (Traumatic Brain Injury - TBI)

Këto ndodhin pas **traumave në kokë**, shpesh gjatë rrëzimeve, aksidenteve rrugore apo goditjeve sportive. Dëmtimet e kokës mund të jenë të lehta, mesatare ose të rënda.



Shenjat paralajmëruese:

- Humbje vetëdijeje (edhe për pak sekonda)
- Marramendje, konfuzion
- Vjellje, nauze
- Çorientim, përgjumje e theksuar
- Papërgjegjshmëri ndaj thirrjeve ose dhimbjes



Vlerësimi i vetëdijes - AVPU

SHKALLA	KUPTIMI
A - Alert (i vetëdijshëm)	I zgjuar dhe i orientuar
V - Voice (reagon ndaj zërit)	Reagon ndaj zërit
P - Pain (reagon ndaj dhimbjes)	Reagon vetëm ndaj dhimbjes
U - Unresponsive (pa reagim)	Nuk reagon ndaj asnjë stimulimi

Shkalla Glasgoë e komës (GCS)

Jo gjithmonë praktike për ndihmësin e parë, por sa për referencë:

REAGIMI	PIKËT
Hapja e syve	1-4
Përgjigjja verbale	1-5
Reagimi motorik	1-6

GCS <8 është kritike - kërkon intubim dhe ndërhyrje intensive

Çfarë NUK duhet bërë

-  Mos jepni ushqim apo pije
-  Mos vendosni pacientin shtrirë me kokën prapa nëse ka dëmtim të vetëdijes
-  Mos administroni barna pa urdhër të mjekut
-  Mos shtyni kohën e transportit për "të parë si shkon" - çdo minutë është i rëndësishëm!

Kujdes profesional

- Goditja në tru është një **urgjencë mjekësore** - çdo minutë llogaritet për rikuperimin neurologjik
- **Mos jepni aspirinë ose ilaçe të tjera**, përpara ekzaminimit imazherik (CT), pasi mund të shkaktoni hemorragji fatale
- Ndryshimet në të folur ose orientim kërkojnë **vlerësim të menjëhershëm të sistemit nervor qendror**
- Edukimi i pacientëve me rrezik (hipertension, diabet, FA) për kontrollin e faktorëve është thelbësor për parandalim

KAPITULLI 24: TË VJELLAT DHE DIARREA

Të vjellat janë nxjerrje të pavullnetshme të përmbajtjes së stomakut nëpërmjet gojës. Është një simptomë, jo një sëmundje më vete, dhe shpesh sinjalizojnë infeksion viral gastrointestinal, por mund të lidhen edhe me intoksikime, trauma, stres ose sëmundje sistemike.

Diarrea është zbrazja e shpeshtë e feçeve me përbërje të lëngshme. Zakonisht është virale, por mund të jetë bakteriale, parazitare, ose të shoqërohet me sëmundje inflamatore të zorrëve, intolerancë ushqimore apo medikamente.

Rëndësia në urgjencë

Të dyja - të vjellat dhe diarrea - **rrezikojnë dehidrim të shpejtë**, veçanërisht tek foshnjat, fëmijët dhe të moshuarit. Kjo mund të çojë në **shok hipovolemik** nëse nuk trajtohen menjëherë.

Shkaqet më të shpeshta

- Gastroenterit viral (Rotavirus, Norovirus)
- Ushqime të kontaminuara
- Intoleranca ndaj laktozës
- Helmimi me ushqim
- Efekte anësore nga medikamentet
- Sëmundje kronike (IBD, Crohn, koliti ulceroz)

Shenja paralajmëruese

Te të rriturit:

- Të vjella apo diarre që zgjasin >2 ditë
- Ethe >38.5°C
- Gjak në të vjella apo në feçe
- Dehidrim (gojë e thatë, urinim i rrallë, përgjumje)
- Dhimbje barku të vazhdueshme

Te fëmijët/foshnjat:

- Refuzim i lëngjeve ose ushqimit
- Mungesë urinimi për >6 orë
- Pelenë e thatë për më shumë se 3 orë
- Vjellje të përsëritura me ngjyrë të gjakosur ose të zezë
- Diarrea me gjak ose ngjyrë të zezë

- Fontanelë e fundosur
- Qepallat dhe sytë e fundosur
- Qarje pa lot

Si të veprojmë: protokoli i ndihmës së parë

SRK-ABCD

1. Siguro vendin
2. Reagimi i pacientit - kontrollo vetëdijen
3. Kërko ndihmë - thirr 127 në rastet e rënda
4. **Airëay** - siguro rrugët e ajrit
5. Breathing - monitoro frymëmarrjen
6. Circulation - kontrollo qarkullimin, shenjat e shokut
7. Disability - vlerëso gjendjen neurologjike

Kujdesi për dehidrimin

Shenjat e dehidrimit:

- Etje ekstreme
- Goja dhe buzët e thata
- Urinim i rralluar dhe i errët
- Rënie tensioni, takikardi
- Elasticitet i ulët i lëkurës

Rehidrimi:

- **Të rriturit:** ujë, çajra të lehtë, tretësira rehidrimi oral (ORS)
- **Fëmijët/Foshnjat:** ORS me lugë ose pipetë, në sasi të vogla dhe të shpeshta

Ushqimi

- **Ushqimi lejohet nëse pacienti nuk ka të vjella aktive**
- Dietë e lehtë: banane, oriz, bukë të thekur, mollë të ziera, kos
- Shmangni: ushqime të yndyrshme, të fërguara, erëza, lëngje frutash të ambalazuara

Kujdes i veçantë për fëmijët dhe foshnjat

- Vëzhgoni nga afër lëvizjet, reagimet, urinimin
- Mbani nën kontroll temperaturën trupore dhe kushtet e ambientit
- Trajtimi me antibiotik duhet të konsiderohet vetëm nëse ka tregues klinikë për infeksion bakterial dhe pas përjashtimit të shkaqeve virale.

- Mjeku duhet të bazojë vendimmarrjen mbi vlerësimin klinik dhe udhëzimet përkatëse, ndërsa infermierët duhet të monitorojnë reagimin ndaj trajtimit dhe efektet anësore të mundshme.
- Monitoroni për shenja të përkeqësimit çdo 1-2 orë

GJENDJA	TRAJTIMI
Diarre e lehtë	Rehidrimi oral me ORS (lëngje të përgatitura ose tretësira farmaceutike)
Diarre e rëndë ose me të vjella të vazhdueshme	Lëngje IV (NaCl 0.9% ose RL) + analizë për elektrolite
Të vjella persistente	Antiemetik (ondansetron IV/IM) + glukozë IV në rast hipoglicemie
Diarre bakteriale me gjak/temperaturë	Antibiotik sipas protokollit lokal, vetëm pas vlerësimit nga mjeku



Këshilla klinike për personelin

- Mos përdorni **antidiarreikë** në rastet me **dizenteri** apo me **shkak infektiv** të dyshuar
- **Evitohet trajtimi simptomatik empirik** me antibiotikë në mungesë të një indikacioni të qartë
- Vlerësoni me kujdes **dehidratimin tek fëmijët dhe të moshuarit** - janë më të rrezikuar
- Pacientët me shenja neurotoksike, takikardi ose presion të ulët kërkojnë trajtim IV dhe referim.

KAPITULLI 25: GODITJA NGA RRYMA ELEKTRIKE

Goditja elektrike ndodh kur një person vjen në kontakt me një burim aktiv të rrymës elektrike, duke lejuar që energjia elektrike të kalojë nëpër trupin e tij. Kjo mund të shkaktojë **dëmtime të menjëhershme** në zemër, tru, muskuj, organe të brendshme, si dhe **djegje të rënda të lëkurës** apo indeve të thella.

Llojet e ekspozimit

TIPI I RRYMËS	KARAKTERISTIKA	RREZIKSHMËRIA
AC (Alternating Current)	Rrymë që ndryshon drejtim	Më e rrezikshme për fibrilacion ventrikular
DC (Direct Current)	Rrymë me drejtim të qëndrueshëm	Më shumë djegie, më pak fibrilacion
Tension i ulët (<1000 V)	Zakonisht shtëpiake	Rrezikon më shumë zemrën dhe muskujt
Tension i lartë (>1000 V)	Industrial, linja të tensionit të lartë	Dëmtime të thella dhe të shumta

Rreziqet më të mëdha

- Arrest kardiak nga fibrilacioni ventrikular
- Ndërprerje e frymëmarrjes nga paraliza muskulore
- Djegie të thella në pikat e hyrjes/daljes
- Trauma sekondare (rrëzim, përplasje)
- Dëmtim neurologjik afatgjatë

Shenjat dhe simptomat

SISTEMI	SIMPTOMA TË MUNDSHME
 Kardiovaskular	Fibrilacion ventrikular, asistoli, takikardi
 Respirator	Apne, respiracion i pakoordinuar
 Neurologjik	Konfuzion, humbje e vetëdijes, paralizë, kriza
 Lëkura	Djegje në pikën e kontaktit (hyrje/dalje)
 Muskuloskeletal	Spazma, fraktura nga kontraktime të forta
 Sy	Verbim i përkohshëm (nëse ndodh flash)

Si të veprojmë në ndihmën e parë

HAPI I PARË: Siguria personale!

X Mos u afroni te viktimë pa siguruar që rryma është ndërprerë!

- ✓ Nëse nuk jeni të sigurtë, thërrisni teknikun për të ndërprerë rrymën
- ✓ Mos prekni viktimën nëse ende është në kontakt me burimin

HAPI I DYTË: Vlerësimi dhe veprimi urgjent

1. Zbatoni DRS-ABCD
2. Kontrolloni vetëdijen dhe frymëmarrjen
3. Nëse nuk merr frymë - nisni menjëherë CPR
4. Thirrni urgjencën mjekësore 127
5. Vendosni viktimën në pozicion të sigurisë (nëse është i vetëdijshëm dhe merr frymë)

Kujdesi ndaj dëmtimeve



Djegie

- Ftohni zonën me ujë të rrjedhshëm për 10-20 minuta
- Mbulojeni me garzë të pastër, pa ushtruar presion
- Mos përdorni kremra ose lëndë shtëpiake



Trauma nga rrëzimi

- Vlerësoni për fraktura ose dëmtime të qafës/shpinës
- Mos lëvizni pacientin nëse ka dyshim për dëmtime spinale



Monitorimi i zemrës

- Monitoroni për çrregullime ritmi
- Nëse disponohet, përdorni defibrilatorin automatik (AED)

Kur të dërgohet me urgjencë në spital?

- ✓ Humbje e vetëdijes (edhe për pak sekonda)
- ✓ Apne ose frymëmarrje jonormale
- ✓ Shenja të çrregullimeve të ritmit të zemrës
- ✓ Djegie të dukshme ose dyshim për djegie të brendshme
- ✓ Kriza epileptike pas ekspozimit
- ✓ Çdo kontakt me rrymë të lartë tensioni (>1000V)

Komplikacionet e mundshme

- Aritmi kardiake të vonshme
- Djegie të thella të indeve
- Insuficiencë renale akute (nga rabdomioliza)
- Neuropati periferike
- Dëmtime të organeve të brendshme

Kujdes profesional

- Edhe kontaktet në dukje **minimale** mund të jenë **të rrezikshme**, për shkak të dëmtimeve të brendshme të padukshme
- Të gjitha rastet kërkojnë **EKG** dhe vëzhgim për të paktën 6-24 orë në varësi të simptomave
- Vlerësoni për **dëmtime të shtyllës kurrizore** në rast rënieje pas goditjes
- Nëse ka **djegje elektrike të rënda**, ndiqni protokollet e trajtimit të djegieve

Bibliografia

1. Olasveengen TM, Mancini ME, Maconochie IK, et al. 2021 International Consensus on CPR and ECC Science Ëith Treatment Recommendations. *Resuscitation*. 2021;169:1-61.
2. European Resuscitation Council. *European Resuscitation Council Guidelines 2021*. Available from: <https://erc.edu>
3. World Health Organization. *Basic emergency care: approach to the acutely ill and injured*. Geneva: ËHO; 2022. Available from: <https://ëëë.ëho.int/publications/i/item/9789240019284>
4. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *First Aid Guidelines for Europe*. Geneva: IFRC; 2020.
5. St John Ambulance. *First Aid Manual*. 11th ed. London: DK Publishing; 2021.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *NICE Guidelines*. Available from: <https://ëëë.nice.org.uk/guidance>
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Emergency Preparedness and Response*. Atlanta: CDC; 2023. Available from: <https://ëëë.cdc.gov>
8. UpToDate. *Emergency medicine topics*. Available from: <https://ëëë.uptodate.com>
9. British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society. *British National Formulary*. London: BMJ Group and Pharmaceutical Press; 2023.
10. Resuscitation Council UK. *Emergency First Aid Guidance*. London: Resuscitation Council UK; 2023. Available from: <https://ëëë.resus.org.uk>