

University of Business and Technology in Kosovo

**UBT Knowledge Center**

---

Theses and Dissertations

Student Work

---

Winter 11-2019

## **ROLI I INFERMIERËS TE PACIENTËT ME FRAKTURA TË GJYMTYRËVE TË SIPËRME**

Ageta Arifi

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



Part of the [Nursing Commons](#)

---



Kolegji UBT  
Fakulteti i Infermierisë

**ROLI I INFERMIERËS TE PACIENTËT ME FRAKTURA TË  
GJYMTYRËVE TË SIPËRME**

Shkalla Bachelor

Ageta Arifi

Nëntor, 2019

Prishtinë



Kolegji UBT  
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome  
2016/2017

Ageta Arifi

**ROLI I INFERMIERËS TE PACIENTËT ME FRAKTURA TË  
GJYMTYRËVE TË SIPËRME**

Mentori: Dr. Zejnë Buja

Nëntor, 2019

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

---

## ABSTRAKT

Hyrje - Fraktura është ndërprerje e plotë e kontinuitetit të kockës e cila më së shpeshti paraqitet me veprimin e forcës së jashtme. Shfaqen si pasojë e rrezimeve, goditjeve, aksidenteve. Qëllimi i punimit është të tregohet rëndësia dhe roli i infermierëve në kujdesin e pacientëve me fraktura të gjymtyrëve të sipërme.

Metodologjia - Punimi analizon në mënyrë retrospektive pacientët e trajtuar me fraktura të gjymtyrëve të sipërme në Klinikën e Kirurgjisë Ortopedike, QKUK në Prishtinë, gjatë periudhës 2016-2018.

Rezultatet - Të dhënat (statistikat) na tregojnë se numri më i madh i rasteve sipas anatomisë është me fraktura të humerusit me 56% dhe të radiusit me 27%. Numri i rasteve më të atakuara sipas grupmoshës është mosha prej 31-50 vjeç. Si dhe sipas gjinisë, 70% të gjinisë mashkullore janë të atkuar.

Konkluzioni - Kujdesi infermieror, ndaj pacientëve me fraktura është parandalimi i komplikimeve gjatë shërimit.

---

## MIRËNJOHJE / FALENDERIME

Falenderoj familjen time për mbështetjen shpirtërore dhe financiare, për përkrahjen, durimin dhe dashurinë si dhe vullnetin që kanë ofruar përgjatë këtyre viteve të studimit dhe rreth përgatitjes së temës së diplomes.

Falenderim i veçantë shkon për mentorin tim Prof. Dr. Zejnë Buja, të cilit i jam mirënjohës që nuk kurseu kohën e tij për të më këshilluar dhe motivuar që ky punim të kishte një paraqitje sa më dinjitoze, që më pranoi këtë temë. Po ashtu, për sqarimet dhe njohuritë rreth këtij punimi.

Patjetër që i falenderoj po ashtu edhe të gjithë profesorët e Fakultetit të Mjeksisë për edukimin dhe përgatitjen profesionale gjatë këtyre viteve të studimit.

# PËRMBAJTJA

<b>LISTA E FIGURAVE.....</b>	<b>V</b>
<b>LISTA E TABELAVE.....</b>	<b>V</b>
<b>LISTA E GRAFIKONEVE.....</b>	<b>V</b>
<b>FJALORI I TERMAVE.....</b>	<b>VI</b>
<b>1.HYRJE.....</b>	<b>1</b>
<b>2.SHQYRTIMI I LITERATURES.....</b>	<b>2</b>
<b>2.1 Anatomia e sistemit skeletor.....</b>	<b>2</b>
<b>2.1.2 Klavikula.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1.3 Shpatulla (scapula).....</b>	<b>4</b>
<b>2.1.4 Krahu (Humeri).....</b>	<b>5</b>
<b>2.1.5 Parakrahu.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1.6 Eshtrat e dorës.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1.7 Eshtrat e rrënjës së dorës.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1.8 Eshtrat e shuplakës së dorës.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1.9 Eshtrat e gishtave të dorës.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Patofiziologjia.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2.1 Ngjitja ( Konsolidimi ) i zgjatur.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 Klasifikimi i frakturave.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3.1 Varësisht nga lloji i forcës e cila shkakton thyerje dallojmë:.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.2 Ndarja e thyerjeve sipas zhvendosjes së fragmenteve:.....</b>	<b>14</b>
<b>2.4 Simptomatologjia dhe diagnostika e thyerjeve:.....</b>	<b>15</b>
<b>2.5 Traumatizmi i gjymtyrëve të sipërme.....</b>	<b>17</b>
<b>2.6 Fraktura e klavikulës ( Fractura clavicaule).....</b>	<b>18</b>
<b>2.7 Frakturat e skapulës (shpatulles) (Fractura scapulae).....</b>	<b>19</b>
<b>2.8 Frakturat e kockës së krahut (Fractura humeri).....</b>	<b>22</b>
<b>2.8.1 Frakturat e pjesës proksimale të humerusit (fracturae partis proximalis humeri) .....</b>	<b>22</b>
<b>2.8.2 Frakturat e pjesës së mesme të kockës së humerusit (fractura partis medialis seu diaphyseos humeri).....</b>	<b>24</b>

2.8.3 Frakturat e pjesës distale të humerusit.....	25
2.9 Frakturat në nyjen e bërrylit .....	25
2.10 Thyerjet e diafizës së ulnës dhe radiusit (fractura antebrachi):.....	26
2.10.1 Fraktura e Ulnës (fracturae ulnae): .....	27
2.10.2 Fraktura e Radiusit (fractura radii): .....	27
2.11 Frakturat në regjionin e dorës ( shuplakës):.....	28
2.11.1 Thyerja e kokcave karpale .....	29
2.11.2 Thyerjet e kockave metakarpale .....	30
2.11.3 Thyerjet e falangjeve të gishtave .....	30
2.12 Mjekimi i frakturave dhe imobilizimi definitive.....	31
2.13 Kujdesi infermieror për frakturat e ekstremiteteve të sipërme .....	34
2.14 Kujdesi infermieror sipas autoreve të huaj.....	36
3.DEKLARIMI I PROBLEMIT.....	38
5.ANALIZA DHE PREZANTIMIMI I REZULTATEVE .....	40
6.KONKLUSIONE.....	43
7.REFERENCAT .....	45
8.SHTOJCAT .....	46

## LISTA E FIGURAVE

Figura.1. Gjymtyrët e sipërme .....	2
Figura.2. Klavikula .....	3
Figura.3. Skapula .....	4
Figura.4. Humerusi .....	5
Figura.5. Parakrahu .....	6
Figura.6. Eshtrat e dorës .....	7
Figura.7. Procesi i shërimit të frakturave .....	11
Figura.8. Llojet e frakturave .....	15
Figura.9. Fraktura e klavikules .....	18
Figura.10.Imobilizimi me ndihmen e fashes sipas Desaultese .....	19
Figura.11.Fraktura e skapules .....	20
Figura.12. Fraktura e Skapulës në Rtg.....	21
Figura.13. Imobilizimi me ndihmen e fashes së Desaultese .....	22
Figura.14. Pjesët e Humerusit.....	23
Figura.15.Imobilizimi i humerusit .....	24
Figura.16. Fraktura e olekranonit.....	26
Figura.17. Fraktura e Ulnes .....	27
Figura.18. Fraktura e radiusit.....	28
Figura.19. Frakturat në regjionin e dorës.....	29
Figura.20. Kujdesi infermieror tek pacientët me fraktura të eksremiteve të sipërme .....	35

## LISTA E TABELAVE

Tab.1. Llojet e frakturave sipas anatomisë .....	40
Tab.2.Numri i pacientëve me fraktura sipas grupmoshës.....	41
Tab.3.Numri i pacientëve sipas gjinisë.....	42

## LISTA E GRAFIKONEVE

Grafikoni.1. Llojet e frakturave sipas anatomisë .....	40
Grafikoni.2. Numri i pacientëve me fraktura sipas grupmoshës .....	41
Grafikoni.3. Numri i pacientëve sipas gjinisë.....	42



## **FJALORI I TERMAVE**

RTG - Rentgen

EKG - Elektrokardiogram

QKUK - Qendra Klinike Universitare e Kosovës

## 1.HYRJE

Fraktura është ndërprerje e plotë e kontinuitetit të kockës e cila më së shpeshti paraqitet me veprimin e forcës së jashtme. Shfaqen si pasojë e rrezimeve, goditjeve, aksidenteve. Gjithsesi frakturat mund të shfaqen edhe gjatë një aktiviteti normal ose pas një dëmtimi minimal kur kockat vuajnë si rrjedhojë e ndonjë sëmundje si kanceri apo osteoporoza.

Përveç dëmtimit të kockave mund të përfshihen edhe struktura të tjera si dëmtime të indeve të buta, hemoragji në muskuj dhe artikulacione, dëmtime të nervave dhe enëve të gjakut.

Skeleti është tërësia e kockave të trupit, të cilat lidhen me njëra - tjetrën me anë të kyçeve. Boshti i skeletit përfshin kockat e fytyrës, të kafkës dhe të shtyllës vertebrore dhe kafazi i krahërorit ku qëndrojnë brinjët.

Skeleti lidhet me gjymtyrët e sipërme me anë të brezit të supit. Çdo pjesë e skeletit përmbush një funksion të caktuar: kockat e boshtit të skeletit mbajnë trupin dhe mbrojnë organet jetësore, kurse kockat e gjymtyrëve bëjnë të mundur lëvizjet e shumëllojshme, kontribuojnë në qëndrueshmërinë e trupit, bëjnë të mundur ecjen si dhe kapjen e shtrëngimin e objekteve.

Kockat mbahen nga një sistem gjenial nyjesh dhe menteshash që i mundësojnë kurrizorëve të lëvizin. Kockat nuk janë aq të forta dhe të rënda siç duken. Nga brenda kanë hapësira boshe, që i bëjnë të lehta dhe lejojnë kalimin e enëve të gjakut dhe të nervave.

Kockat janë inde të gjalla ato rriten dhe shërohen vetë, një lloj si lëkura. Në raste të thyerjes së ndonjë kocke, indi i ri kockor formohet me shpejtësi dhe plotëson boshllëkun.

Kockat lidhen ndërmjet veti me nyje të cilat ju mundësojnë atyre njëherit që të mund të lëvizin. Në të gjitha nyjet e lëvizshme ndodhet një lëngë që rrethon nyjen dhe e bën atë të lëviz me lehtësi. Njeriu leviz me anë të sitemit lokomotor. Zakonisht lidhet me sutura kercore dhe nyje. (Bytyqi, 2019, f.39)

## 2.SHQYRTIMI I LITERATURES

### 2.1 Anatomia e sistemit skeletor

Në gjymtyrët e sipërme bëjnë pjesë këta eshtra duke filluar nga:

- Ashti lidhës (uriza - klavikula)
- Ashti i shpatullës (scapula)
- Ashti nënsqetullor - krahu (humerus)
- Eshtrat e parakrahut
- Eshtrat e dorës (Gilroy & MacPherson & M.Ross, 2006)

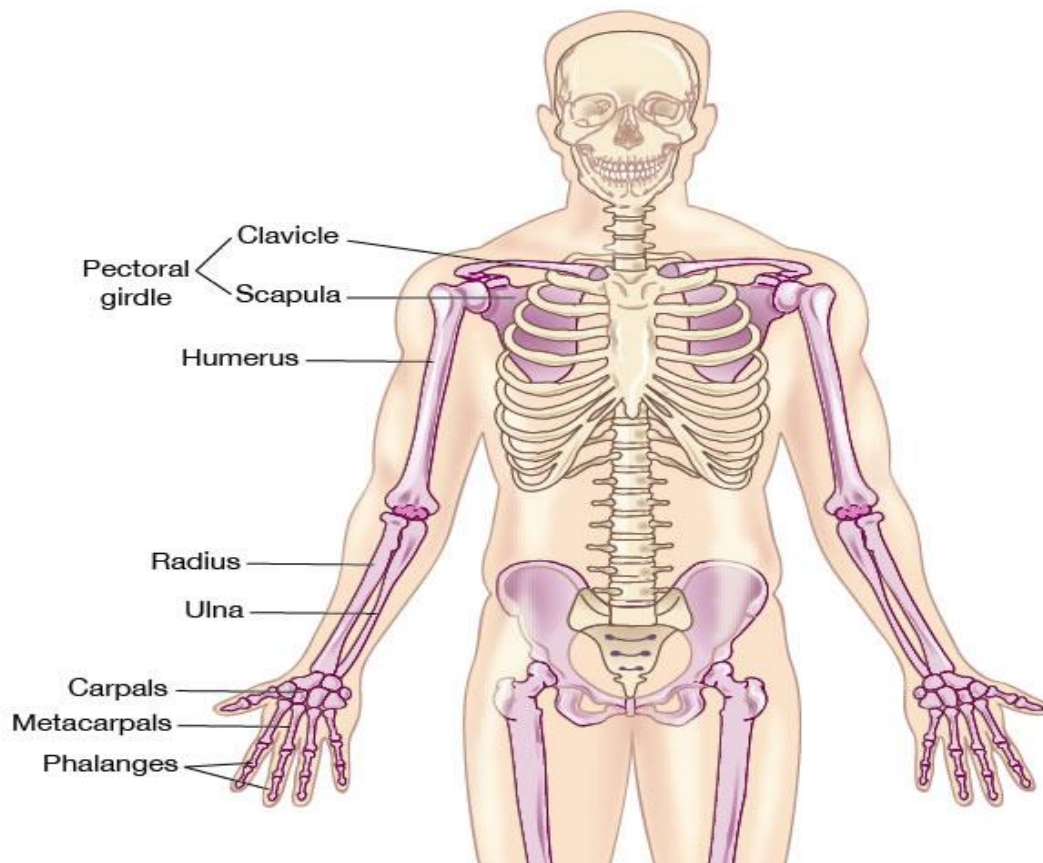


Figura.1. Gjymtyrët e sipërme (Huazuar nga Skeleti - Atlas Skeletal System)

### 2.1.2 Klavikula

Klavikula është një kockë çift, e cila ndodhet në anën e përparme dhe të sipërme të kafazit të krahërorit. Ka formë të përdredhur si shkronja SS.

Ka dy kurba, një mediale më të madhe, me konveksitet nga përpara, dhe një tjetër më të vogël, me konveksitet nga prapa.

Klavikula përbëhet nga trupi dhe dy skajet.

Klavikula nëpërmjet lidhjes së saj nga njëra anë me kafazin e krahërorit (sternumin) e nga ana tjetër me rrethin e supit (akromionin e skapulës), i jep rrethit të supit forcë e stabilitet, mban të larguar krahun nga trugu si edhe nga ana tjetër ndihmon në rritjen e vëllimit të lëvizjeve.

Pacientët me frakturë të klavikulës diagnostikohen lehtë, pasi e mbajnë kokën të përkulur nga ana e frakturës dhe krahun e kanë të përkulur në bërryl dhe e mbajnë me dorën e shëndoshë. (Moore & Dalley, 1999)



Figura.2. Klavikula (Huazuar nga Animated Anatomy)

### 2.1.3 Shpatulla (scapula)

Shpatulla shërben si lidhës i krahut dhe klavikulës. Shpatulla është e vendosur në pjesën e sipërme të shpinës (kurrizit) dhe ka formë të trekëndëshit. Shpatulla bën pjesë në grupin e eshtrave të gjymtyrëve të sipërme.

Shpatulla lidhet me klavikulën nëpërmjet akromionit, muskujt lëvizës të dorës janë të lidhura ngusht me shpatullën.

Tek shpatulla dallojmë: dy anë, tre kënde dhe tre brinjë.

Ana e përparme quhet brinjore pasi shtrihet mbi brinjë, ndërsa ana tjetër quhet shkëmbore.

Këndet janë: këndi i sipërm, këndi i poshtëm dhe këndi i jashtëm.

Brinjët (shpatullor) janë: brinjët e jashtëm, të brendshëm dhe të sipërm (eHealthStar, 2014)

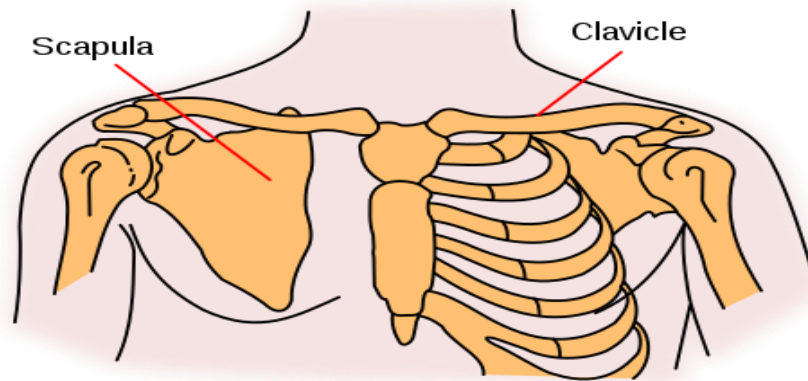


Figura.3. Skapula (Huazuar nga Pediaa.com)

#### 2.1.4 Krahu (Humeri)

Krahu përbëhet prej një ashti që quhet humerus, ky asht krijon nyje me shpatullën dhe me parakrahun.

Trupi ka formën e prizmës tre anëshe, ku përforcohen muskujt.

Skaji i sipërm përbëhet prej tre pjesë të cilat janë: koka që artikullohet me shpatullën, qafa anatomike dhe dy gungat (gunga e madhe dhe gunga e vogël) në të cilat përforcohen muskujt.

Skaji i poshtëm përmban pjesën e mesme artikulare dhe dy pjesë anësore joartikulare. Pjesa artikulare nga jashtë ka kokërza artikuluese që nyjzohen me radiusin dhe në anën mediale është një cilindër që lidhet me ulnën (Romer & Parsons, 1997, pg 198 - 199)

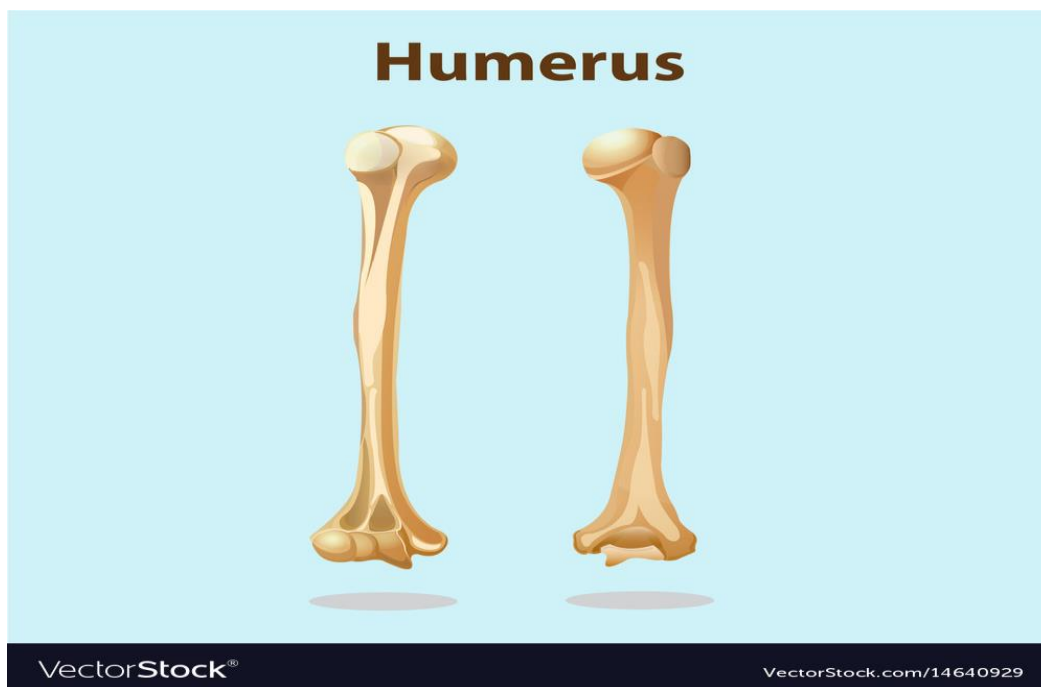


Figura.4. Humerusi (Huazuar nga VectorStock.com)

### 2.1.5 Parakrahu

Parakrahu ka formë të prizmit. Parakrahu është i përbërë prej dy eshtrave të vendosura paralelisht, medialisht është ashti i llanës (ulna) dhe lateralisht ashti rrezor (radiusi) të lidhura me kollapin dhe me rrënjën e dorës.

Anatomia e parakrahut është e përbërë prej muskujve dhe eshtrave të cilat artikuloohen ndërmjet veti dhe njëkohësisht bashkpuojnë me eshtrat tjera të lidhura me kyçet përkatëse.

(Bartleby, 2011)



Figura.5. Parakrahu (Huazuar nga Yourhealthyjoints.com)

### 2.1.6 Eshtrat e dorës

Eshtrat e dorës përbëhen prej 27 eshtra të ndara në tre grupe: eshtrat e rrënjës të dorës, eshtrat e shuplakës dhe eshtrat e gishtave ose falangjet.

### 2.1.7 Eshtrat e rrënjës së dorës

Janë 8 eshtra karpale (carpus) që radhiten në dy rradhë me nga 4 eshtra. Këto eshtra janë të vogla dhe ndërmjet tyre janë të artikuluar dhe të lidhura me lidhje të shkurtra dhe të forta. Këto eshtra në anën e sipërme lidhen me radiusin dhe në anën e poshtme me eshtrat e shuplakës.

### 2.1.8 Eshtrat e shuplakës së dorës

5 eshtra metakarpale (metakarpus) që përbëjnë shputën dhe njëkohësisht dorën, të cilat numërohen prej gishtit të madh, si i pari, i dyti etj.

### 2.1.9 Eshtrat e gishtave të dorës

Eshtrat e gishtave (phalanges) që janë 14 duke pasur parasysh se gishti i madh ka 2 eshtra, në secilin gisht ka nga tre eshtra. Edhe pse janë të shkurtëra këto eshtra bëjnë pjesë në eshtrat e gjata. Gishtat (falangat) i ndajmë në tre grupe ndërmjet të cilave kemi: falanga e poshtme, falanga e mesme dhe falanga e sipërme. (Bartleby, 2011)

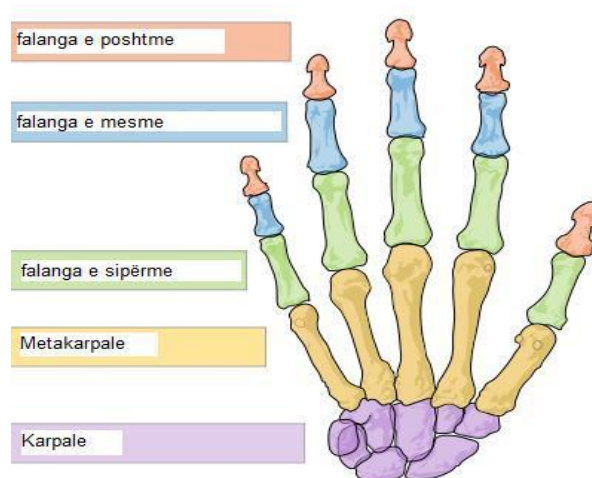


Figura.6. Eshtrat e dorës (Huazuar nga Wikiwand)



## 2.2 Patofiziologjia

Shërimi i frakturës është proces i orkestruar mirë që përfshinë ndërveprimin e llojeve të ndryshme të qelizave, citokineve të ndryshme, kemokineve dhe faktorëve të rritjes që mund të rezultojnë me rekonstrukcionin e kockës pa ind cikatriciell hipertrofik.

Qëllimi i mjekimit të frakturave është që të arrihet funksioni sa më afër atij të cilin i sëmuri e ka pasur para thyerjes, e i cili mund të arrihet vetëm nëse bëhet në çastin e duhur dhe me metodën adekuate për çdo të sëmurë në mënyrë të posaçme. Shërimi i kockës së thyer është një nga proceset regjeneruese më të rëndësishme të organizmit, që përfundon jo me cikatrice si indet tjera, por me rivendosjen e indit kockor shumë të ngjashëm me formën e tij të mëparshme.

Proceset të cilat çojnë në shërimin e kockës.

Kocka ka aftësi: osteoinduktive, osteogjenetike dhe osteokonduktive.

- Osteoinduksioni është proces përmes të cilit formohet kocka e re nga qelizat mezenkimale pluripotente të padiferencuara të mjedisit (muskujt, periosti etj) dhe faktorëve të rritjes dhe diferencimit të cilët janë sjellë aty përmes kemotaksisë. Në një ambient të tillë stimulohet diferencimi i këtyre qelizave mezenkimale pluripotente në qeliza kockore. Pra, me osteoinduksion një ind i diferencuar stimulon diferencimin e indit tjetër të padiferencuar në kockë. Prandaj, ruajtja e periostit gjatë ndërhyrjeve operative është me rëndësi, jo vetëm për ruajtjen e vaskularizimit lokal, por edhe për arsye se periosti është i pasur me qeliza osteoprogjenitore pa të cilat osteoinduksioni është i pamundur.
- Osteogjeneza është proces, gjatë të cilit formohet kocka në një mikroambient të pasur me qeliza tashmë të diferencuara, pra osteoblaste, të cilat, me „komunikimin“ e mëtejshëm të tyre stimulojnë mitozën, formimin e matriksit kockor dhe kështu marrin pjesë në formimin e mëtejshëm të kockës.
- Osteokonduksioni, për dallim nga dy proceset e mësipërme, nuk është proces i formimit aktiv të kockës, por me këtë proces arrihet integrimi i osteociteve në strukturën tridimensionale të bartësve, që mund të jetë i ndërtuar nga materialet natyrore (hidroksiapatiti, koralit etj. (Bytyqi, 2019)

### 2.2.1 Ngjitja ( Konsolidimi ) i zgjatur

Shërimi i kockës është proces i ngadalshëm në të cilin mund të ndikojnë shumë faktorë. Nëse fraktura nuk sanohet për 4-6 muaj, atëherë kemi të bëjmë me sanimin e zgjatur. Në qoftë se përkundër ngarkimit dhe imobilizimit gjatë 3-4 javëve të ardhshme nuk vjen deri te konsolidimi kockor, më së shumti vjen në konsiderim ndërhyrja kirurgjike e serishme (osteosinteza dhe spongioplastika eventuale autologe). Për procesin e sanimit të frakturës është me rëndësi që indet e buta (lëkura dhe indi nënlëkuror) mbi frakturë të jenë mirë të mbuluara.

Koha për shërimin e frakturave varet nga shumë faktorë, ndër të cilët më të rëndësishmit janë: moshja e të sëmurit, lokalizimi dhe konfiguracioni i frakturës, dislokimi dhe furnizimi me gjak i fragmenteve të frakturës.

- Mosha e të sëmurit
- Lokalizimi dhe konfiguracioni i frakture
- Furnizimi me gjak i fragmenteve (Bytyqi, 2019)

- Pas reponimit dhe imobilizimit në vendin e thyerjes fillon procesi regjenerativ kompleks i krijimit të kallusit, qëllimi i të cilit është ngjitja e fragmenteve kockore. Fillon 2-4 jave pas lendimit.

- Mënyra e tretë e sanimit të thyerjeve është direkte. Fjala është për angiogjenin apo krijimin direkt të kockës. Sanimi angiogjen i thyerjes paraqitet nëse fragmentet idealisht janë adaptuar, dhe se plasaritja e frakturës është e karakterit fisural dhe nëse në vendin e thyerjes plotësisht janë përjashtuar të gjithë faktorët mekanik.

- Koha e shërimin të thyerjeve është e ndryshme, jo vetëm në disa kocka por varet edhe nga moshja, gjinia, mënyra e të ushqyerit, sëmundjet përcjellëse etj. Si rregull, kjo periudhë zgjatë midis 3 dhe 14 javësh. (Prpiç, 2005)

Komplikimet e përgjithshme

- Trombembolia pulmonare
- Pneumonia hipostatike

- Dekubitusi

### Komplikimet lokale

- osteomieliti posttraumatik primar dhe sekondar
- lëndimet primare ose sekondare të nervav dhe enëve të gjakut në afërsi të hapësirës së thyerjes
- thyerjet në nyje (artikulare) me rrezik prej infeksionit ose nga paraqitja e artrozës sekondare

### Shërimi i dobët i thyerjes (Fractura male sanata):

- Ngjitja e keqe ose jo e drejtë e frakturës do të thotë që kocka e thyer është ngjitur në pozitë të keqe, e cila shkakton deformitetet anatomik dhe pozitë funksionale të pa mjaftueshme
- Deformimi më i shpeshtë është ngjitja e frakturës me fragmente dislokuese longitudinalisht i cili shkakton shkurtimin e anësisë
- Për proqesin e ngjites së thyerjes e rëndësishme është që pjesët e buta (lëkura dhe indi nënlëkurore) mbi frakturë të jenë mirë të vaskularizuara
- Kontrakturat pas thyerjes paraqiten për shkak të imobilizimit për kohë të gjatë e cila shkakton ndryshime të rëndësishme strukturale dhe progresive në muskuj dhe në indin lidhor interkapsular
- Profilaksa e kontrakturës konsiston në imobilizimin adekuat të nyjeve dhe në mjekimin e sukseshëm të thyerjeve të cilat nuk kërkojnë imobilizim të gjatë.
- Mjekimi i kontrakturës pas thyerjes është mjaftë kompleks dhe përfshin një seri procedurash konzervative fiziatrike, kurse sipas nevojës edhe intervenime - operative korrektive. (Bytyqi, 2019)



Figura.7. Procesi i shërimit të frakturave (Huazuar nga medstock.com)

### Shërimi i zgjatur

- Për procesin e ngjitjes së thyerjes e rëndësishme është që pjesët e buta ( lëkura dhe indi nënlëkuror) mbi frakturë të jenë mirë të vaskularizuara.
- Kontrakturat pas thyerjes paraqiten për shkak të imobilizimit për kohë të gjatë e cila shkakton ndryshime të rëndësishme strukturale dhe progresive në muskuj dhe në indin lidhor interkapsular.
- Profilaksa e kontrakturës konsiston në imobilizimin adekuat të nyjeve dhe në mjekimin e sukseshëm të thyerjeve të cilat nuk kërkojnë imobilizim të gjatë.
- Mjekimi i kontrakturës pas thyerjes është mjaftë kompleks dhe përfshin një seri procedurash konzervative fiziatrike, kurse sipas nevojës edhe intervenime- operative korrektive. (Prpiç, 2005)

## 2.3 Klasifikimi i frakturave

### 1.Thyerja mund të jetë spontane dhe traumatike

- Thyerja spontane paraqitet si pasojë e ndryshimeve patologjike ne kocka (tumorët kockor, metastazat, osteoporoza, osteomieliti).
- Thyerjet traumatike paraqiten me veprimin e forcës mekanike ne kockën e shëndoshë.

## 2. Frakturat mund të jenë të mbyllura dhe të hapura

- Fraktura e mbyllur (kur është i ruajtur integriteti i lëkurës)
- Fraktura e hapur, gjegjësishtë e komplikuar (kur është i ndërprerë integriteti i lëkurës me dëmtime të shumta të pjesëve të buta dhe mundësi te madhe te paraqitjes së infeksionit).

## 3. Frakturat mund të jenë complete dhe inkomplete

- Frakturat complete (fisura e thyerjes nëpër tërë cirkumferencën e kockës) dhe
- Frakturat inkomplete (fisurat, green-stick).

## 4. Sipas drejtimit të plasaritjes së frakturës kemi thyerje transversale, të pjerrta, spirale dhe kominutive.

- Në llojin e frakturës ndikojnë: mekanizmi i lëndimit, drejtimi i forcës vepruese e cila ndikon në kockë.

## 5. Varësisht nga vendi i veprimit të forcës së jashtme dallojmë fraktura kockore direkte (paraqitet në vendin e veprimit të forcës) dhe indirekte (thyerja larg nga vendi i veprimit të forcës).

- Nëse veprimi i forcës rezulton me thyerje në vende të ndryshme të skeletit, flasim për thyerje të shumëfishta. (Bytyqi, 2019)

### 2.3.1 Varësisht nga lloji i forcës e cila shkakton thyerje dallojmë:

#### 1. Thyerjet për shkak të lakimit, të cilat paraqiten për shkak të veprimit indirekt të forcës goditëse shtypëse nëpër konveksitetin e kockës

2. Thyerjet për shkak të goditjes, të cilat mund të paraqiten me veprimin e forcës midis lëshuarjes së spirancës dhe pjesës së kockës më pak të fiksuar (psh. thyerja suprakondilare e kockës së humerusit).
3. Thyerjet për shkak të shkëputjes, të cilat paraqiten te tërheqja e përnjëhershme dhe tejmasë e ngjitjes së tetivës.
4. Thyerjet torzive, spirale dhe rotative të shkaktuara me torzion të trupit me ekstremitete të fiksuar (psh. thyerja spirale e kockës së kërcirit te skiatorët).
5. Thyerjet kompresive për shkak të veprimit aksial e cila shkakton shtypje të fortë të disa pjesëve të trupit në disa kocka spongioze (thyerja kompresive gjatë renjes nga lartësitë në kockën e thembrës ose në kurriz).
6. Thyerjet kominutive më së shpeshti të shkaktuara me forcën direkte të intenzitetit shumë të fortë, kurse zakonisht paraqiten në kombinim me lëndimet e pjesëve të buta, të enëve të gjakut dhe të nervav (psh. lëndimet gjatë punës me makina, lëndimi i këmbësorit në të cilin është hudhur automjeti, renja nga lartësitë shumë të larta).
7. Thyerjet impulsive, të cilat paraqiten nëse forca direkt vepron në kockat e sheshta (kafkës, të krahorit ose sternumit) dhe vie deri te thyerjet cirkumskripte të cilat janë, në të vërtetë, thellim i një pjese të kockës e rrethuar me strukturën e shëndosh.
8. Lëndimet e kockave nga armët e zjarrit, të cilat paraqiten si pasojë e veprimit të predhës ose të ndonjë projektili tjetër në kockë. Si rregull çdo plagë me armë zjarri duhet trajtuar si të komplikuar dhe primarisht të infektuar.
9. Epifiziolizat te personat e rinjë, të cilat paraqiten me lëndimin e plasaritjeve epifiziale të rritjes.
10. Stres - thyerjet
  - Ky është lloji i thyerjeve të shkaktuara më së shpeshti nga veprimet e sforcuara, edhe pse etiologjia e tyre nuk është sqaruar deri në fund (stres-thyerjet në komblik në tremujorin e fundit të shtatëzanave).

- Si rregull ato thyerje shërohen pa mjekim ose ai është vetëm simptomatik ( analgjetik dhe pushim) (Prpiç, 2005)

### 2.3.2 Ndarja e thyerjeve sipas zhvendosjes së fragmenteve:

Duke vërejtur pozitën e fragmentit distal ndaj atij proksimal dallojmë:

- Dislocation ad axim (sipas boshtit),
- Dislocation ad latus (anash),
- Dislocation ad longitudinem (sipas gjatësisë).

a) cum contarctione - fragmentet kalojnë njëri pranë tjetrit dhe sjellin deri te shkurtimi i ekstremitetit,

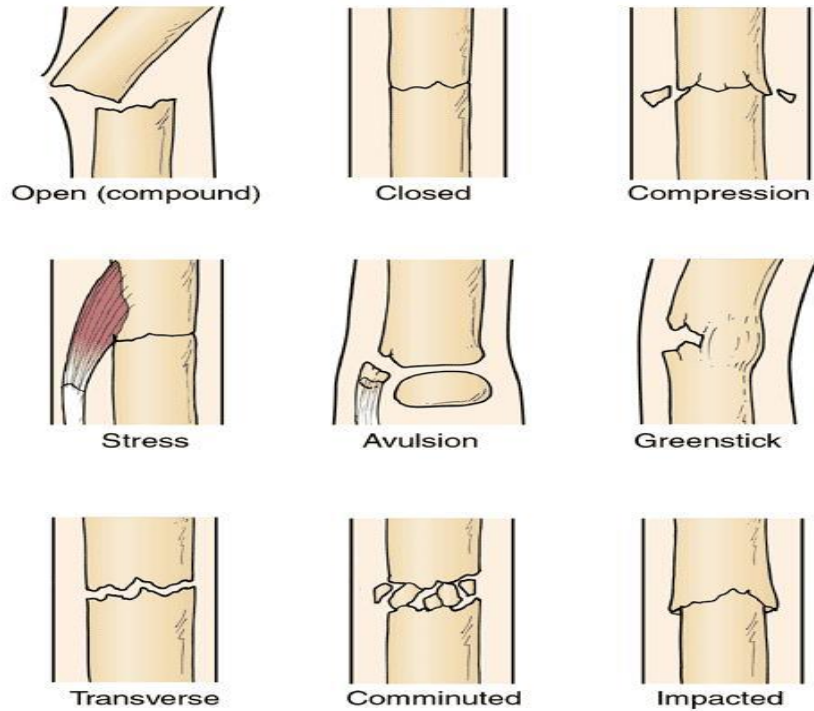
b) cum distractiones - diastaza midis fragmenteve paraqitet si pasojë e fijeve muskulare ose të fijeve të ligamenteve (psh. thyerja e patellës ose e olekranonit);

- dislocatio ad peripheriam – zhvendosje rotative e fragmentit kockor distal për rreth boshtit për së gjati.

Thyerjet e hapura më tutje ndahen në tri shkallë:

1. thyerja e hapur te e cila ka ardhur deri te lendimi i lëkures nga brenda jashtë, plage e paster, me lendim minimal te indeve te buta, pa largim te theksuar te periostit,
2. thyerja e hapur me kontuzion minimal të indeve të buta për shkak të veprimit direkt të forcës, pa prani te lembove avulzive, me te medha se 1 cm, shkaktohen nga perplasja ose komunikimi i moderuar,
3. thyerja e hapur të cilen e karakterizojnë dalja jashte e kockes se thyer, dëmtimet e zgjëruara të lëkurës, të muskujve, enëve të gjakut, nervav dhe tetivav. (Prpiç, 2005)

## Types of Fractures



Copyright © 2005 McKesson Corporation and/or one of its subsidiaries. All Rights Reserved.

Figura.8. Llojet e frakturave (Fizioterapia.AI)

### 2.4 Simptomatologjia dhe diagnostika e thyerjeve:

Sidomos vend të rëndësishëm ka marrja precize e anamnezës, inspeksioni dhe palpacioni i tërë trupit, si dhe ekzaminimi i të gjitha funksioneve të sëmurit. Ekzistojnë shenjat klinike të sigurta dhe të besueshme të thyerjeve kockore.

Shenjat e sigurta janë:

- deformiteti i shkaktuar me çvendosjen e fragmenteve,
- lëvizja abnormale : simptomi më i rëndësishëm (ajo mund të mungojë te e ashtuquajtura thyerja e impaktuar dhe inkomplete),



- krepitacioni : nuk është e preferueshme si metodë diagnostike sepse provokon dhembje të fortë me rrezikshmëri nga dëmtimi sekundar i enëve të gjakut dhe nervav.

Shenjat e besueshme të thyerjeve janë:

- dhembja në vendin e thyerjes,
- hematoma në afërsi të thyerjes - humbja e gjakut mund të jetë bukur e madhe te disa fraktura (femuri, kombliku),
- çrregullimi i funksionit (functio laesa),
- rrjedhja e gjakut në hapsirën e nyjes (haemarthros), nëse thyerjet përmes fisurave janë në lidhje me nyjet fqinje.

Metodat diagnostike

1. Nga anamneza fitojmë të dhëna për mekanizmin e paraqitjes së thyerjes, për vështërsitë subjektive dhe objektive.
2. Me inspeksion të pjesës së lënduar të trupit vërtetojmë ndryshimet e jashtme (deformimin, edemën, hematomën, dhe eventualisht lëndimin e indeve të buta).
3. Me palpim shumë të kujdesshëm hulumtohet gjendja lokale e kockës së thyer. Diagnostifikimi i lëvizjeve abnormale dhe krepitacioni në ditët e sotme nuk është e domosdoshme.
4. Çdo herë është e domosdoshme ekzaminimi i përgjithshëm i të sëmurit për shkak të mundësisë të lëndimeve të tjera të trupit dhe shokut traumatik.
5. Rentgenografia (Rtg) mundëson diagnozën e sigurtë të thyerjes, dhe në të njëjtën kohë është edhe bazë për planifikimin e mjekimit. (Bytyqi, 2019)

Lendimet percjellese te frakturave

Te thyerjet e kockave shpesh paraqiten lëndime të disa strukturave anatomike për rreth fragmenteve kockore. Keto janë lëndimet më të rëndësishme:

- Muskujt mund të jenë të shtypur, kurse ligamentet dhe kapsulat e nyjeve të shqyera, parësisht te frakturat në afërsi të nyjeve.
- Enët e mëdha të gjakut mund të jenë të dëmtuara në mënyra të ndryshme nga veprimi i drejtëpërdrejtë i traumës te paraqitja e frakturës apo për shkak të shtypjes të një fragmenti.
- Trunku nervor mund të jetë i dëmtuar nga trauma e cila shkakton thyerje apo nga fragmenti kockor i cili e shtyp nervin, ndrydh ose, më rrallë kemi ndërprerje të plotë. Nervi mund të dëmtohet edhe për kohë të gjatë pas lëndimit kur “rrinë kaluer” në një fragment.
- Tetivat rrallë janë të dëmtuara te thyerjet e brendshme. Megjithatë, raptura e tetivave mund të paraqitet më vonë, nëse ajo pa ndërprerë rrëshqet mbi sipërfaqen e vrazhdët te reponimi jo adekuat i frakturës.

Komplikimet e frakturave

- Shoku traumatik: Te thyerja e kockave të gjata mund të zhvillohet shoku traumatik për shkak të dhembjeve të forta dhe gjakderdhjes së madhe në regjionin e frakturës.
- Embolia yndyrore: Eshte me e rallë. (Prpiç, 2005)

## 2.5 Traumatizimi i gjymtyrëve të sipërme

Traumatizimi i supit

Traumat e supit janë ndër traumat më të shpeshta për shkak të ekspozimit të veçantë në goditjet direkte. Frakturat në regjionin e supit përfshijnë lëndimet e kockave të cilat marrin pjesë në nderitimin e hallkës së supit:

1. Frakturat e klavikulës
2. Frakturat e skapulës
3. Frakturat e pjesës proksimale të humerusit (Prpiç, 2005)

## 2.6 Fraktura e klavikulës ( Fractura clavicaule)

Klavikula është e vendosur ndërmjet skapulës dhe sternumit dhe është sipërfaqësore. Më së shpeshti këto fraktura ndodhin me veprimin e forcës indirekte, gjatë rrëzuarjes në dorën e shtrirë, në bërryl ose krah po ashtu paraqiten te fatkeqësitë e komunikacionit, gjatë rënjes ose goditjes së brezit të supit në objekt të fortë (kaleruesit, biqiklistët). Thyerja e klavikulës bënë pjesë te moshat e reja dhe perbëjnë rreth 10% të të gjitha thyerjeve te kockave. (Prpiç, 2005)



Figura.9. Fraktura e klavikules (ortopedumar.ro)

Frakturat mund të jenë:

- Frakturat e zakonshme të 1/3 së mesme të kalavikulës.
- Në vendin e dytë janë thyerjet e 1/3 laterale.
- Thyerjet e 1/3 mediale janë të rralla.
- Frakturat e shumëfishta. (Bytyqi, 2019, f.40)

Simptomat janë:

- Supi është i lëshuar, pengesat funksionale janë të theksuara,
- I lënduari nuk mund ta lëviz as aktivisht e as pasivisht supin,
- Për shkak të dhembjeve të forta dora lakohet në bërryl dhe mbahet me dorën e shëndoshë,
- Në vendin e lëndimit paraqitet edema e theksuar dhe lokalisht dhembja gjatë tentimit që të lëvizen fragmentet dëgjohet krepitacioni. (Prpiç, 2005)

Mjekimi:

- Ndhimja e parë: kryesore është që në vendin e lëndimit të vendoset imobilizimi me ndihmën e fashës sipas Desaultese ose Velpeau.
- Te jepen analgjetik kunder dhembjeve.
- Mjekimi konzervativ dhe kirurgjik. (Bytyqi, 2019, f.40)



Figura.10.Imobilizimi me ndihmën e fashes sipas Desaultese (ortohelp.com)

## 2.7 Frakturat e skapulës (shpatulles) (Fractura scapulae)

Skapula është e vendosur ndërmjet muskujve të mëdhenjë të brezit të supit dhe roli themelor i saj qëndron në levizshmërinë e brezit të supit.

Frakturat e skapulës nuk janë të shpeshta dhe zakonisht ndodh nën veprimin e forcës së fortë direkte (për shkak të rrëzuarjes ose goditjes në krah) ose indirekte gjatë rrëzuarjes në dorë të shtrirë. (eHealthStar, 2014)

Frakturat e skapulës sipas lokalizimit ndahen në:

1. Frakturat e trupit të skapulës
2. Frakturat e qafës së skapulës
3. Frakturat e procesuesit (zgjatimit) akromial dhe koronoid paraqiten me rrallë
4. Frakturat e kupëzës nyjore (cavitas glenoidale). (Bytyqi, 2019, f. 39)



Figura.11.Fraktura e skapules (Radiopaedia.org)

#### Pamja klinike

- Shfaqen edema dhe dhembje të forta në regjionin e skapulës,
- Lëvizjet në nyjen e krahut janë të vështirësuar dhe me dhembje, ose tërësisht janë të pamundura,
- Me palapcion haset ndjeshmëri e fortë palpatore, kurse rrallë here krepitacione,

- Në lëkurë paraqiten gjakderdhje petekiale ose hematomi nënlëkuror, (Prpiç, 2005)
- Dislokimi nuk mund të ekzistojë gjithmonë, diagnoza klinike është e vështirë dhe se shumë fraktura të skapulës kalojnë të pavërejtura nëse nuk realizohet Rtg.
- Në fotografinë e rentgenit shihet vendi i thyerjes, lokalizimi i saktë i saj (NCBI, 2019)



Figura.12. Fraktura e Skapulës në Rtg (Wikipedia.org)

#### Mjekimi :

- Ndhmë e parë: në vendin e lëndimit sa më parë të vendoset imobilizimi me ndihmën e fashës së Desaultës, kundër dhembjeve jepet analgjetik.
- Si rregull përdoret mjekimi konzervativ. Imobilizimi i shkurtë i dorës me fashën e Desaultës apo në telat abduktiv është i nevojshëm kryesisht me rastin e thyerjeve të kupës nyjore apo të qafës së skapulës, për 3-6 javë.
- Terapia fizikale me ushtrime aktive të dorës duhet të filloj herët.
- Mjekimi kirurgjik mund të jetë i indikuar te thyerjet e qafës dhe kupës nyjore me dislokim. (Prpiç, 2005)

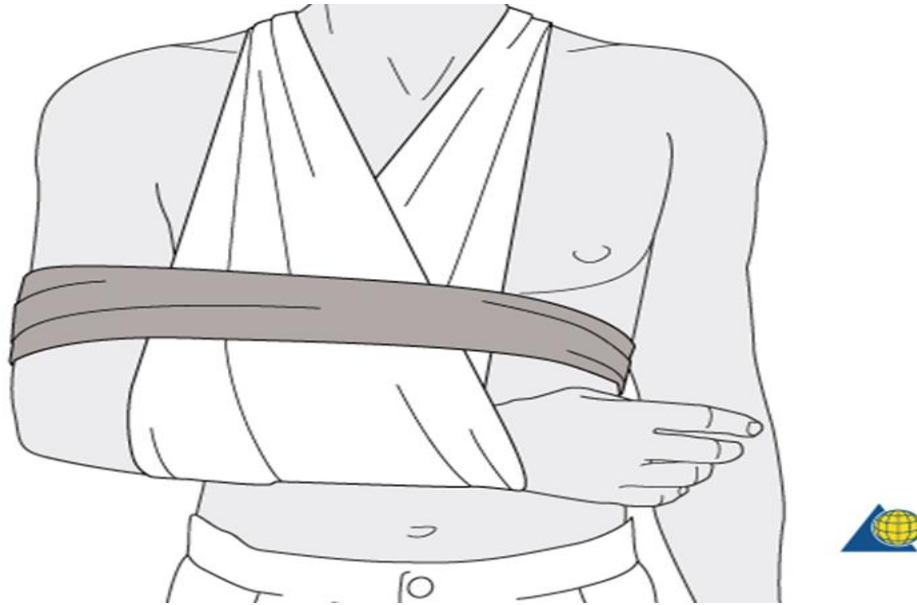


Figura.13. Imobilizimi me ndihmen e fashes së Desaultese (aofoundation.org )

## 2.8 Frakturat e kockës së krahut (Fractura humeri)

Frakturat e humerusit janë mjaftë të shpeshta dhe kryesisht paraqiten te personat e moshuar.

Kocka e humerusit është e ndarë në tre të 1/3:

- proksimale,
- të mesme dhe
- distale . (NCBI, 2019)

### 2.8.1 Frakturat e pjesës proksimale të humerusit (fracturae partis proximalis humeri)

Frakturat e pjesës proksimale të humerusit janë frakturat më të shpeshta. Kjo frakturë zakonisht shfaqet te rrëzuarja në dorë të shtrirë. Shkaku pse vjen deri te fraktura në këtë regjion është dobësia

e kockës në zonën kalimtare në mes të kortikalisit masiv të diafizës dhe spongiozës së ngjeshur të kokës humerale.

Pjesa proksimale përfshinë kokën e kockës së humerusit, qafën anatomike dhe të dy tuberkulat deri te regjioni indirekt nën qafën kirurgjike, kurse pjesa e mesme shumicën e diafizës së kockës.

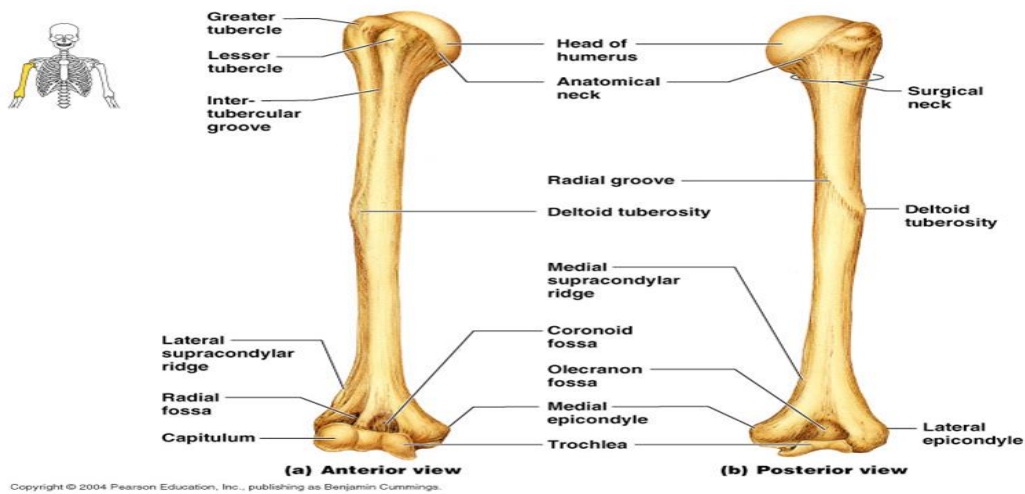


Figura.14. Pjesët e Humerusit (studyblue.com)

Pasqyra klinike:

- Paraqitet edemë në regjionin e krahut për shkak të hematomit të madh,
- Dhembje të forta në krah të cilat rriten gjatë tentimit të lëvizjeve aktive apo pasive,
- I lënduari me dorë të shëndoshë mban dorën e lënduar, e cila është e lakuar në bërryl,
- Me palpim të krahut palpoheh koka e humerusit në brendin e nyjes. Te thyerja luksative filxhani i nyjes është i lirë.

Mjekimi:

- Qëllimi kryesor i mjekimit të lëndimeve të sistemit lokomotor është të mbajë funksionalitetin e mirë të nyjes,
- Imobilizimi i nyjes së krahut duhet te jetë në pozitën abduktive të humerusit.



- Mjekimi konservativ është i mundur në të shumtën e frakturave të pjesës proksimale të humerusit,
- Mjekimi operativ nevojitet vetëm në raste të veçanta si në rastet:
  - a) Dislokimit të madh të fragmenteve
  - b) Frakturës Luksative
  - c) Frakturës epifizare që nuk mund të reponohet
  - d) Frakturës multifragmentare (Prpiç, 2005)



Figura.15.Imobilizimi i humerusit (braceability.com)

### **2.8.2 Frakturat e pjesës së mesme të kockës së humerusit (fractura partis medialis seu diaphyseos humeri)**

Këto thyerje shpesh janë pasojë e veprimit direkt të forcës, por mund të paraqiten edhe me mekanizmin indirekt të moskordinimit të aksionit muskular. Këto janë frakturat që lokalizohen ndërmjet buzës së poshtme të muskulit pektoralis major dhe vijë që kalon rreth 4 gishta sipër linjës së bërrylit.

Pasqyra klinike:

- Paraqitet edemë e madhe dhe deformitet në regjionin e bërrylit,
- Dora nuk mund të ngritet për shkak të dhembjeve.

Mjekimi:

- Mjekimi konzervativ konsiston në repozicionin dhe fiksimin e dorës me fasho sipas Desault dhe Velpeaux. (NCBI, 2019)

### **2.8.3 Frakturat e pjesës distale të humerusit**

- Fraktura suprakondilare,
- Fraktura e kondilit lateral,
- Fraktura e kondilit medial,

Pasqyra klinike:

- Paraqitet edemë e madhe dhe deformitet në regjionin e bërrylit.
- Dhimbjet që shtohen në palpacion dhe gjatë tentimit të lëvizjeve të dorës në bërryl.

Mjekimi:

- Mund të jetë konzervativ dhe kirurgjik. (Prpiç, 2005)

### **2.9 Frakturat në nyjen e bërrylit**

Këto thyrje gati çdo herë janë të lidhura me rrjedhjen e gjakut në bërryl dhe me çvendsoje të fragmenteve.

Thyrjet në regjionin e bërrylit:

- Thyrjet e olekranonit,
- Të processus coronoidei ulnae dhe
- Thyrjet e kokës së radiusit.

Thyerja e olekranonit është më e shpeshtë te të rriturit. Zakonisht ndodh gjatë rrëzuarjes direkte në bërryl ose gjatë veprimit të forcës indirekte me kontraktimin e fortë të muskulit triceps kur parakrahu është papritmas në fleksion të theksuar. (Prpiç, 2005)

Paqyra klinike:

- Shihet edema dhe hematoma,
- Presioni në olecranon është i dhembshëm.

Mjekimi:

- Mjekimi konzervativ: vjen në shprehje nëse nuk ka dislokim ose dislokimi është shumë i vogël, ku bërryli shtrihet në mënyrë pasive, olekranoni mund të kthehet në pozitën normale.
- Mjekimi operativ është metodë e zakonshme dhe e nevojshme kur egziston dislokimi i fragmenteve. (Bytyqi, 2019, f.50)

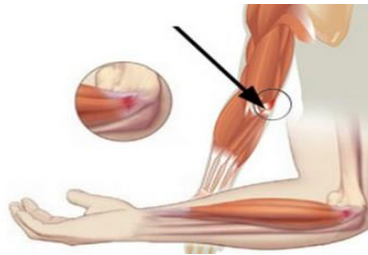


Figura.16. Fraktura e olekranonit (jointmed.ru)

## 2.10 Thyerjet e diafizës së ulnës dhe radiusit (fractura antebrachi):

Frakturat e parakrahut përfshijnë 20% të të gjitha frakturave, pra janë fraktura më të shpeshta ndër të gjitha frakturat. Këto fraktura më tepër takohen te personat e rinjë dhe të moshës së mesme. Në aspektin anatomik parakrahu ndërtohet nga dy kocka. Thyerja e njëkohësishme e të dy kockave të parakrahut është më e shpeshtë se sa fraktura e veçantë e ulnës respektivisht radiusit. Fraktura ndodhë gjatë rrëzuarjes në dorë të shtrirë ose me veprimin direkt të forcës.

Simptomat:

- Deformim, ëntja e dhembshme, humbje e funksionit, parakrahu gjendet në pozicionin e supinacionit, i sëmuri e mban atë me dorën e shëndoshë. (Bytyqi, 2019, f.51)

### 2.10.1 Fraktura e Ulnës (fracturae ulnae):

Fraktura e ulnës zakonisht ndodh gjatë rrëzuarjes në objekt të mprehtë ose kur dora ngritet me qëllim mbrojtje nga goditja direkte me shkop.

Simptomat:

Në vendin e thyrjes shihet ënjtje e dhimbshme, kurse rotacioni i parakrahut është i vështirësuar për shkak të dhembjeve.

Mjekimi:

- Mjekimi konservativ aplikohet poqëse është i mundur repozicioni manual i ulnës.
- Mjekimi operativ është i nevojshëm kur repozicioni dhe retencioni nuk janë të mundur.

(Prpiç, 2005)

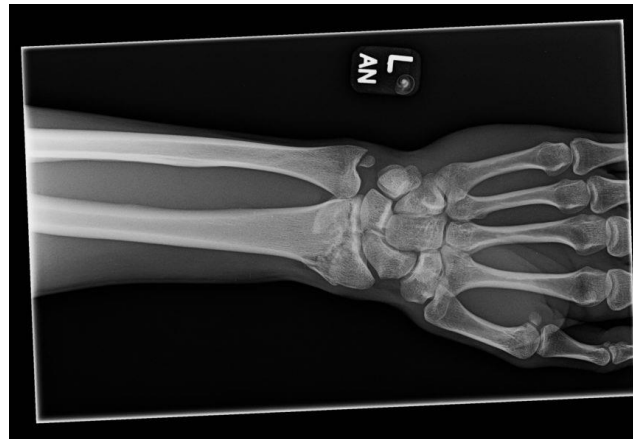


Figura.17. Fraktura e Ulnes (Huazuar nga caordthod)

### 2.10.2 Fraktura e Radiusit (fractura radii):

Kjo frakturë është relativisht e shpeshtë te adultët e rinj dhe shkaktohet zakonisht gjatë rrëzuarjes në dorë të shtrirë me bërrylin në pozitën e fleksionit të lehtë dhe veprimit të forcës abduktive.

Simptomat:

- Për rreth nyjes së dorës, sidomos në anën volare, shihet të ënjturit (edema).

Mjekimi:

- Trajtimi varet nga shkalla e dëmtimit të kokës së radiusit. (Bytyqi, 2019, f.54)



Figura.18. Fraktura e radiusit

### 2.11 Frakturat në regjionin e dorës ( shuplakës):

Frakturat e dorës janë dëmtime mjaft të shpeshta dhe mund të prekin metakarpet, kockat karpale dhe falangat. Në rastin e frakturave të metakarpeve dhe falangave përdoret imobilizimi me gips. Në frakturat e hapura apo të zhvendosura ka indikacion reponimi kirurgjikal dhe përdorimi i shtizave, pllakave, vidave apo fiksatorëve eksterne për fiksimin e fragmenteve kockore.

Te frakturat në regjionin e shuplakës dallojmë:

- a) thyerjet e kockave karpale,
- b) thyerjet e kockave metakarpale,

c) thyerjet e falangjeve të gishtave. (Bytyqi, 2019, f.59)



Figura.19. Frakturat në regjionin e dorës (Huazuar nga shutterstock)

### 2.11.1 Thyerja e kokcave karpale

Në regjionin e karpit më së shpeshti është e përfshirë kocka skafoide. Kjo thyerje paraqitet në personat e rinjë, te renja në dorën fortë të shtrirë. Te të vjetrit i njejtë lëndim shkakton thyerjen e radiusit në vendin tipik, sepse pjesa distale e radiusit është pika me rrezistencë më të ulët.

Pasqyra klinike:

- Paraqitet ndjeshmëria e dhembjes dhe edema në nyjen e dorës krejt afër, nën procesusin stiloid të radiusit (fosa anatomike),
- Regjioni i tuberozitas së kockës skafoide në bazë të eminencës së tenarit gjithashtu është e dhembshme,
- Paraqiten dhembjet gjatë lëvizjeve të caktuara në nyjen e dorës, e sidomos te tentimi i ekstenzionit me devijim radial.

Mjekimi:

- Mjekimi konservativ: reponimi manual dhe imobilizimi.
- Mjekimi kirurgjik është i nevojshëm te cvendosja (dislokimi) e fragmentev. Nëse rezultati klinik është në rregull, kurse rentgenologjikisht më nuk shihet e kur reponimi nuk është i mundur (Prpiç, 2005)

### **2.11.2 Thyerjet e kockave metakarpale**

Këto thyerje paraqiten sidomos nga veprimi i forcës direkte në dorë te lëndimet e topitura apo për shkak të forcës indirekte me rastin e rrahjeve. Thyerja e qafës së kockës së 5-të metakarpale shpesh shihet te bokserët, sepse paraqitet gjatë goditjeve me dorën e bërë grusht.

Pasqyra klinke:

- dhembje dhe edeme,
- kurse lëvizja e gishtërinjëve është e vështirësuar.

Mjekimi:

- Mjekimi konservativ: Thyerjet në regjionin e qafës së kockave metakarpale: reponimi manual dhe imobilizimi

### **2.11.3 Thyerjet e falangjeve të gishtave**

Zakonisht janë pasojë e veprimit të forcës direkte. Sipas tipit të plasaritjes së frakturës dallojmë: transverze, të pjerrta, për së gjati dhe kominutive.

Pasqyra klinike:

- edemë lokale,
- deformimit dhe shkurtimit të gishtit të lënduar.

Mjekimi:

- Mjekimi mund të jetë konservativ dhe operativ (Prpiç, 2005)

## 2.12 Mjekimi i frakturave dhe imobilizimi definitive

Ndihma e parë mjekësore te frakturat dhe imobilizimi transportues:

- Imobilizimi është detyrë themelore e ndihmës së parë. Me bërë imobilizimin d.m.th. me penguar lëvizjen e kockës së thyer.
- Më e rëndësishmja është vendosja e shkopit-splintit (të lidhur për anësinë e lënduar) në vendin e ngjarjes.
- Rreptësisht është e ndaluar të drejtuarit dhe çfaredo qoftë tërheqje të kockës së thyer sepse më tepër do të kishim mundur të dëmtojmë se sa të ndihmojmë, sepse egziston rreziku që të dëmtohen enët e gjakut dhe nervat për rreth, dhe bile që edhe një thyerje të mbyllur ta kthejmë në të hapur, te komplikuar, nëse me atë rast me tërheqje kocka shpon lëkurën. (Bytyqi, 2019)

Qëllimi i imobilizimit është :

- Që të zvogelohen dhembjet dhe me atë rreziku nga paraqitja e shokut,
- Që të evitohet mundësia e lëvizjes se fragmenteve të thyera të kockës.
- Lëvizja e fragmenteve jo vetëm që shkakton dhembje por me rastin e lëvizjes mund të lëndohen edhe enët e gjakut, nervat dhe lëkura.
- Kur të jetë bërë imobilizimi, i sëmurit transportohet në spital.

Rregullat themelore të imobilizimit transportues:

- Është e nevojshme të imobilizohen dy nyje fqinje.



- Shkopi nuk guxon të jetë i lirë pas përforsimit me fashim, sepse imobilizimi nuk është i plotë.
- Fasha nuk guxon që për së tepërmi të shtrëngohet, sepse mund të dëmtojë qarkullimin periferik dhe nervat.
- Shkopi duhet të mbështillet me pambuk dhe me fashë që të pengohet dëmtimi indeve për shkak të shtypjes.
- Para vendosjes së shkopit nuk zhvishen rrobat dhe këpucët nga anësia e lënduar që të mos shkaktohen dhembjet dhe çvendosja e fragmenteve kockore më pas.

#### Bazat e mjekimit të thyerjeve:

- Shpëtimi i jetës është në vendin e parë. Vetëm kur të kalon rreziku nga asfiksia, shoku, gjakderdhja dhe gjendjet tjera të rrezikshme, mund të ndërhyhet në përkujdesjen e thyerjeve.
- Çdo të sëmurë të traumatizuar duhet në themel të ekzaminohet në mënyrë që mos të shpëtojnë thyerjet në pjesët tjera të trupit.
- Menjëherë duhet përjashtuar traumën e topitur të toraksit dhe të abdomenit.
- Mund të ekzistojnë indikacionet për osteosintezën stabile urgjente, por në radhë të parë duhet të ndërmerren të gjitha masat e terapisë intenzive (reanimatore). Vetëm kur funksionet vitale stabilizohen, duhet qasur osteosintezës.
- Thyerjet e hapura janë plagë potenciale të kontaminuara. Përpunimi primar me vendosjen e suturave të shtyera dhe imobilizimi zvogelojnë rrezikun nga infeksioni.
- Kurre nuk duhet ndërmarre procedurat e reponimit derisa i sëmuri nuk ka marre terapinë adekuate të antishokut.
- Para çdo reponimi duhet të jetë bërë fotografimi rentgenologjik, në dy projeksione.
- Çdo reponim dhe operim i kockave kërkon që më parë të regjistrohen të gjitha çrregullimet e sensibilimit dhe të qarkullimit.
- Kryerja e drejtë e reponimit është vendosja e fragmentit distal të vendoset në atë proksimal.
- Duhet që vëmendja të koncentrohet në fragmentin e reponuar, duke vendosur funksionin e ardhshëm në plan të dytë.

- Pas çdo reponimi duhet që pas 48-72 orëve të kontrollohet gjendja e qarkullimit, kurse gjatë kësaj të fokusohet në temperaturën dhe ngjyrën e lëkurës, sensibilitetin dhe pulsën periferik.
- Nëse pas imobilizimit ose reponimit paraqiten dhembjet ose pengesat në qarkullim, duhet fashën e gipsit për së gjati me e pre deri në ngjitjen e fundit (sindromi kompartment!).
- Enët e gjakut punohen (operohen) në të njëjtën kohë me osteosintezën primare e cila iu mundëson stabilitet. Është rregull që më parë të përkujdesen kockat (osteosinteza), pastaj arteriet, venat, nervat, kurse pas kësaj tetivat dhe strukturat tjera të buta me lëkurën. (Bytyqi, 2019)

#### Imobilizimi definitiv i jashtëm:

- Imobilizimi definitiv i jashtëm arrihet me ndihmën e fashës së gipsit dhe paraqet fiksimin e jashtëm të fragmenteve.
- Qëllimi i këtij imobilizimi terapeutik është që të mbaj anësinë në pozitë të caktuar deri në shërimin e plotë të thyerjes

#### Principet e imobilizimit të jashtëm me gips janë:

- Duhet të përfshijë dy nyje fqinje (mbi dhe nën frakturë) që të pengohen lëvizjet e fragmenteve;
- Nuk guxon të ndërrohet deri sa të formohet kallusi i mjaftueshëm fibrotik, përveq nëse për ndërrim nuk egzistojnë indikacione të veqanta (infeksioni, dislokimi i fragmenteve)
- të zgjasë deri te kryerja e ngjitjes;
- Që fasha e gipsit sipas gjatësisë të mos shkurtohet ashtu që imobilizimi i anësisë të jetë i plotë.

#### Llojet e gipsit imobilizues janë:

- Llongeta e gipsit është lloji më i thjeshtë i gipsit imobilizues. Llongeta me disa fasha lidhëse përforcohet për anësi. Përdoret pas reponimit vetëm te disa thyerje (thyerja e

radiusit në vendin tipik apo te thyerja e nyjes së kembes (articulatio talocrural). Pas disa ditësh llongeta kthehet në fashë cirkulare të gipsit.

- Fasha cirkulare e gipsit përbëhet prej llongetës së gipsit dhe mbështjellësit të fashës së gipsit e cila përforcon llongetën për anësi (Prpiç, 2005)

### **2.13 Kujdesi infermieror për frakturat e ekstremiteteve të sipërme**

Kujdesi infermieror i një pacienti me fraktura , bazohet në parandalimin e komplikimeve gjatë shërimit. Duke kryer një vlerësim të saktë stafi infermieror mund të menaxhojë dhimbjen e pacientit për të parandaluar komplikimet. (Nurseslabs, 2019)

Kur vlerësoni një pacient me thyerje kontrolloni 5 pikat kryesore:

- dhimbjen,
- pulsën,
- zbehjen,
- parestezia dhe
- paraliza.

Dhimbja: përcakton se ku gjendet lëndimi.

Dhimbja e përkeqësuar mund të tregojë për një edemë të rritur, mungesë të furnizimit

adekuat me gjak ose dëmtim të indeve.

Pulsi: kontrolloni pulset periferike sidomos ato që janë në vendin e thyerjes.

Zbehja: shiqoni ngjyrën e lëkures, kontrolloni temperaturën veqanërisht në zonën

e thyer.

Parestezia: shqyrtoni zonën e dëmtuar për rritje ose ulje të ndjeshmërisë.

- A është ankuar pacienti për mpirje ose ndjesi shpimi ?

Paraliza:

- Kontrolloni lëvizshmërinë e pacientit?
- A mund të lëvizë gjymtyrët e tij?

Të gjitha rezultatet e vlerësimit të infermierisë duhet të dokumentohen në tabelën e pacientit dhe në këtë mënyrë mund të ndiqen lehtësisht ndryshimet. Kontrolloni të gjitha lidhjet fashat , për t`u siguruar që asgjë të mos shkaktojë shtrëngim ose presion. (Nurseslabs, 2019)



Figura.20.Kujdesi infermieror tek pacientët me fraktura të eksremiteve të sipërme (Huazuar nga orthopedic-nurse)

## 2.14 Kujdesi infermieror sipas autoreve të huaj

Faza preoperatorë - Kujdesi preoperator përfshin fazën prej momentit që mjeku vendos për operim. Kjo periudhë mund të zgjatë disa minuta, disa ditë, disa javë në varësi nga gjendja dhe lloji i frakturës. Gjatë kësaj kohe bëhet përgatitja e pacientit për operacion, pacientit u ipet një listë e gjatë e gjërave që duhet të bëjnë dhe nuk duhet të bëjnë para operimit.

Procedurat pre-operative janë të dizajnuara për të përmirësuar rezultatin e operacionit për të zvogëluar rrezikun për komplikime. Përfshirja e anestezisë dhe konsultave mjekësore në kujdesin preoperativ të pacientit e bën menaxhimin më të lehtë dhe mund të ndikojë në rritjen e rezultateve.

Vlerësimi respirator: Vlerësimi pulmonar është i rëndësishëm për të identifikuar faktorët që mund të ndikojnë negativisht gjatë operimit. Rekomandohet vlerësim i toraksit .

Vlerësimi kardiak: Vlerësimi kardiak bëhet nga një ekip i përbërë nga një kardiolog, kirurg anesteziolog, ku bëhet radiografia e toraksit, EKG përdoren për të shikuar nëse egziston ndonjë patologji kardiake.

Vlerësimi i veshkave: Funkcioni i veshkave të pacientit ka rëndësi të madhe për operacion.

Faza postoperatorë - Faza postoperatorë është faza finale, fillon pas operimit të pacientit kur pacienti vendoset në dhomën e zgjimit dhe mbaron kur pacienti shkon në shtëpi.

Faza postoperatorë ndahet në dy faza:

- Faza e parë është kur pacienti është nën anestezion.
- Faza e dytë është faza në të cilën bëhet shërimi dhe parandalimi i komplikacioneve.

Qëllimi i kujdesit postoperator është rivendosja e ekuilibrit psikologjik të pacientit, parandalimi i komplikacioneve dhe dhembjeve, kthimi i pacientit në funksion normal. (Nurseslabs, 2019)

Një analizë e 5953 frakturave të rishikuara në një njësi të vetme ortopedike të traumës në vitin 2000 tregoi se ekzistojnë tetë kthesa të ndryshme të shpërndarjes së frakturave, në të cilat mund të vendosen të gjitha frakturat.

Vetëm dy kthesa të frakturave përfshijnë kryesisht pacientë të rinj; gjashtë të tjerët tregojnë një incidencë të rritur të frakturave në pacientët më të vjetër.

Supozohet në mënyrë popullore që thyerjet osteoporotike shihen kryesisht në palcën e krahavorit, humerin proksimal dhe rrezen distale, por analiza e të dhënave tregon se 14 fraktura të ndryshme tani duhet të konsiderohen se janë potencialisht osteoporotike.

Rreth 70% e frakturave te burrat, 30% e frakturave në gratë dhe 70% e frakturave spitalore janë potencialisht osteoporotike. (Giannoudis, 2006, Pg 691 - 697)

### 3.DEKLARIMI I PROBLEMIT

Qëllimi kryesor i punimit është të tregohet rëndësia e rolit të infermiereve në kujdesin e pacientëve me frakturë të gjymtyrëve të sipërme. Duhet theksuar se shëndeti i çdo pacienti është gjëja primare që çdo infermier duhet ta ketë parasysh dhe të tregojë një kujdes të veçantë. Po ashtu qëllimi qëndron edhe në zgjerimin e njohurive rreth frakturave të ekstremiteteve të sipërme.

Objektivat e temës janë: të krijojmë njohuri në parandalimin dhe diagnostifikimin e frakturave të ekstremiteteve të sipërme.

Frakturat e ekstremeve të epërme si formacion anatomik dhe funksional përbëhet nga shumë elementë të fortë (kockorë) dhe të butë (muskuj, ligamente, kapsula artikulare etj) të cilët dëmtohen shpesh gjatë aktivitetit të përditshëm të njeriut.

Dëmtimet e ekstremiteteve të sipërme ndeshen në rreth 15-20 % të të gjithë frakturave të skeletit human. Trajtimi i këtyre dëmtimeve, ndonëse ka një përparim të dukshëm, ende mbeten problematike sidomos në kuptimin e pasojave që mbetet qoftë nga vetë dëmtimi apo edhe nga trajtimi jo korrekt i tyre përfshirë edhe rehabilitimin funksional. Lidhur me mënyrën e mjekimit , këto dëmtime mund të trajtohen me të dy mënyrat, konservative dhe kirurgjikale.

Vlerësimi i trajtimit varet nga preferencat individuale, nga tipi i frakturës, dëmtimet shoqëruese neuro-vaskulare etj. Është e rëndësishme njohja e faktit se trajtimi përfundon me rehabilitimin dhe rivendosjen e funksionit të segmentit të dëmtuar, duke plotësuar kështu të gjithë programin e domosdoshëm të trajtimit.

## 4.METODOLOGJIA

Studimi analizon të dhëna në mënyrë retrospekive për 93 raste, të cilët kanë qenë të shtrirë dhe të trajtuar, gjatë periudhës 2016 - 2018 në Klinikën e Ortopedisë, QKUK, Prishtinë.

Nga ky punim janë nxjerr këto variabla siç janë: numri përgjithshëm i rasteve, me fraktura të ekstremiteteve të sipërme, mosha dhe gjinia e tyre.

Për studim të mëtejme dhe kompletim të materialit, në mënyrë sa më reale dhe të saktë, janë përdorur edhe burime të tjera.

Siç janë:

- Të dhënat nga protokollet në Kirurgjinë e Ortopedisë.
- Hulumtimet, në biblioteka të ndryshme (material i nevojshëm dhe i mjaftueshëm për të dhënat e frakturave të ekstremiteteve të sipërme).
- Figurat e nevojshme dhe materialet shtesë (burimë përkatëse në internet).

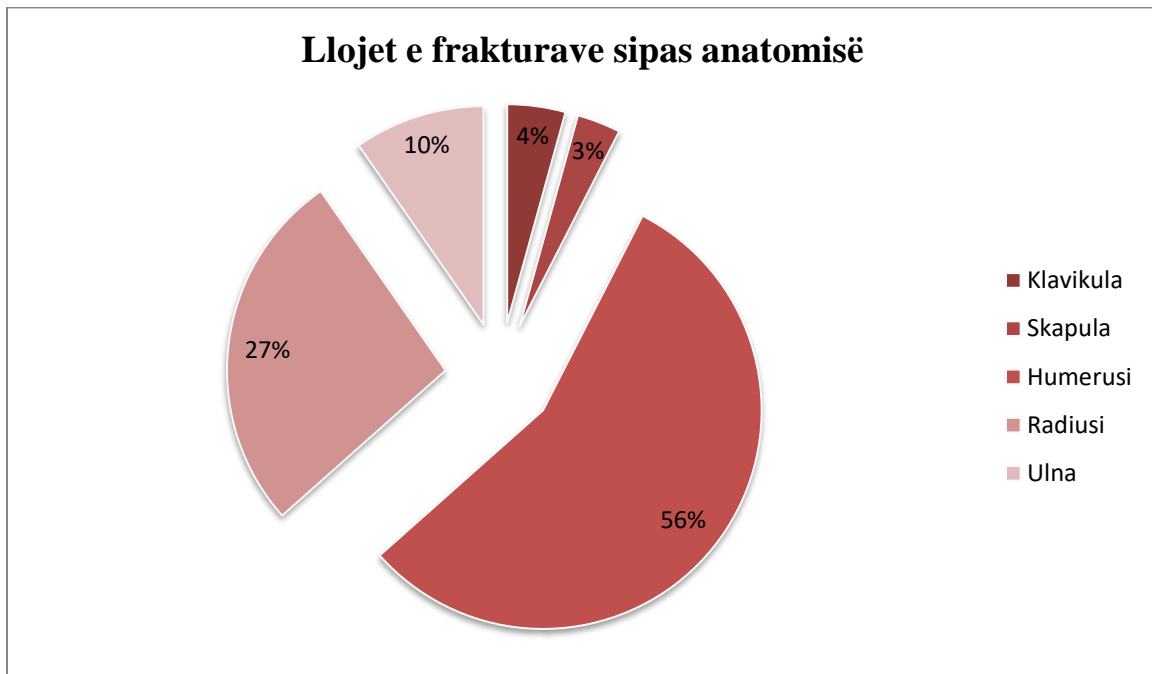
Të dhënat e punimit gjithashtu janë analizuar në mënyrë statistikore, janë punuar në programin Excel dhe janë paraqitur me tabela dhe grafikone.



## 5.ANALIZA DHE PREZANTIMIMI I REZULTATEVE

Tab.1. Llojet e frakturave sipas anatomisë

Llojet e frakturave	Gjithsej
Klavikula	4
Skapula	3
Humerusi	52
Radiusi	25
Ulna	9

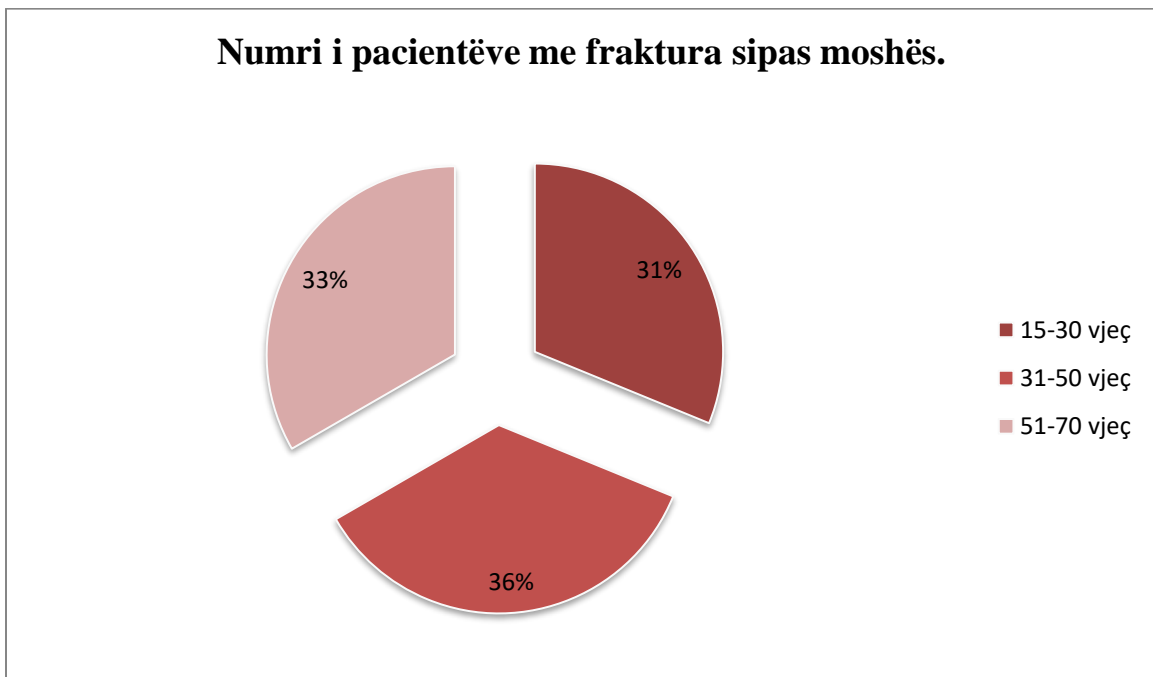


Grafikoni.1. Llojet e frakturave sipas anatomisë

Rezultatet tregojnë se numri më i madh i pacientëve sipas llojeve të frakturave është: Fraktura e Humerusit, Radiusit dhe Ulnes, në raport meshkuj - femra vihet re se numri më i madh është tek meshkujt me një përqindje më të lartë.

Tab.2.Numri i pacientëve me fraktura sipas grupmoshës

Numri i pacientëve	Klavikula	Skapula	Humerusi	Radiusi	Ulna	Gjithsej
15-30 vjeç	4	1	2	15	7	29
31-50 vjeç	0	2	21	9	1	33
51-70 vjeç	0	0	29	1	1	31

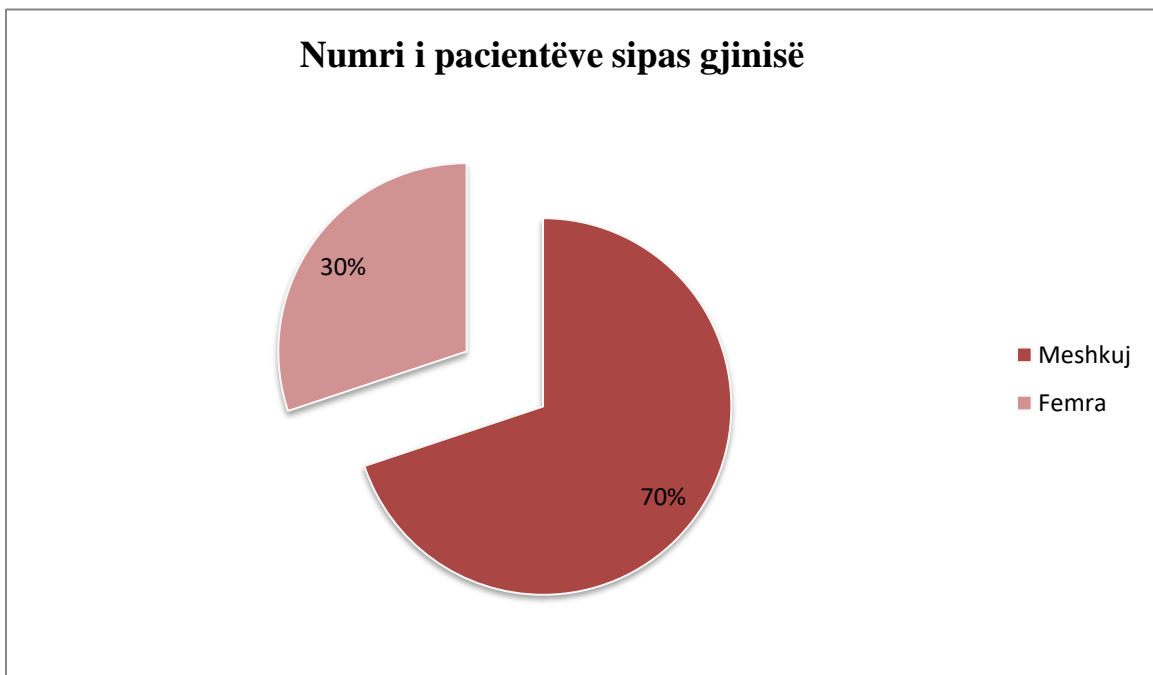


Grafikoni.2. Numri i pacientëve me fraktura sipas grupmoshës

Në bazë të dhënave, të paraqitura në tabelën e sipërme që pasqyrohet përmes grafikomit, rezultojnë të jenë më të prekura moshat prej 31-50 vjeç me 36 %.

Tab.3.Numri i pacientëve sipas gjinisë

Llojet e frakturave	Meshkuj	Femra
Klavikula	2	2
Skapula	2	1
Humerusi	33	19
Radiusi	15	10
Ulna	6	3
Gjithsej	58	25



Grafikoni.3. Numri i pacientëve sipas gjinisë

Të dhënat e grumbulluara për frakturat sipas gjinisë janë paraqitur në tabelën numer 3 dhe po ashtu në grafikon, të dhënat na tregojnë se 70 % janë meshkuj me fraktura të ekstremiteteve të sipërme.

## 6.KONKLUSIONE

Vlerësimi i saktë, nga ana e stafit infermieror mund të menaxhojë dhembjen e pacientit dhe parandalimin e komplikimeve të tjera. Duhet theksuar se roli i kujdesit postoperator është rivendosja e ekuilibrit psikologjik të pacientit, parandalimi i komplikacioneve dhe dhembjeve, kthimi i pacientit në funksion normal.

Komunikimi i mire në mes stafit të infermierëve dhe pacientëve është thelbësor, për arritjen e rezultateve të mira ndaj pacientëve dhe sukseseve të infermierëve.

Komunikimi kryen një rol shoqëror dhe më pas përkrah një person të sëmurë, duke ndërtuar dhe ruajtur rolin e marrëdhënieve staf infermieror - pacient.

Procesi i kujdesit infermieror dhe sigurimi i pacientit (të menduarit kritik) përfshin:

- Ekzaminimin,
- Diagnozën infermierore,
- Planifikimin,
- Zbatimin,
- Vlerësimin.

## REKOMANDIME

- Rëndësia e trajtimit të duhur të pacienteve.
- Niveli i komunikimit duhet të jetë në nivelin më të lartë.
- Infermierët të kanë më shumë njohuri profesionale rreth kujdesit dhe ndikimit të frakturave tek të rriturit.
- Ekipet e stafit infermieror duhet të jenë të vetëdijshëm për frakturat ekstremiteve tek të rriturit dhe të kenë kujdes gjate trajtimit.
- Infermieret duhet të janë të kualifikuar,
- Të ju ofrohen trajnim profesionale për trajtimin e fraktuarve,

- Infermieret duhet të kanë etikë në punë dhe të janë të trajnuara për aspektet që kanë të bëjnë me menaxhimin e sëmundjeve, duke ndihmuar mjekun për të qenë i suksesshëm në shërimin e sëmundjeve tek pacientët.
- Të zbatohet procesi infermieror.
- Të edukohen pacientët.
- Të zhvillohen programe ndërgjegjësimi.
- Institucionet shëndetësore të pajisen me mjete shtesë promovuese.
- Të kanë respekt për pacientët.
- Të vlerësojnë nevojat e pacientëve.
- Infermieret të kenë me shumë njohuri profesionale rreth kujdesit të pacientëve me frakturë
- Infermieret duhet të promovojnë shëndetin dhe edukojnë pacientët në lidhje me frakturën

## 7.REFERENCAT

- Bytyqi, C (2019, Janar – Prishtinë) *Traumatologjia (Lendimet)*. PUBLIKUAR: Universiteti i Prishtinës " HASAN PRISHTINA" - Fakulteti i Mjekësisë
- Byqyti,C. *PROÇESI I SHËRIMIT DHE KONSOLIDIMIT TË FRAKTURËS KOÇKORE*. Universiteti i Prishtinës " HASAN PRISHTINA" - Fakulteti i Mjekësisë
- Gilroy, M. A & MacPherson, R. B & Ross, M. L (eds.) (2006) *Thieme Atlas of Anatomy*, 2nd Ed. Publisher: Thieme
- Moore, L.K & Dalley, F.A (1999) *Clinically Oriented Anatomy 4<sup>th</sup> Ed.* Toronto, Ontario, Canada.
- *eHealthStar*, (2014) [Online] Qasshëm nga:  
<https://www.ehealthstar.com/anatomy/shoulder-blade-scapula> [Qasja: December 2, 2014]
- Romer, A. Sh & Parsons,Th. S (1977) *The Vertebrate Body 3d Ed.* Philadelphia, pp. 198–199 .
- Bartleby (2011) [Online] Qasshëm nga:  
<https://www.bartleby.com/107/> [Qasja: July 19, 2011]
- Prpiç, I me bashkëpunor (2005) *Kirurgjia për Student të Mjekësisë*.  
Published: Skolska knjiga - Zagreb
- NCBI ( 2019 ) [Online] Qasshëm nga:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482281/> [Qasja: June 15, 2019]
- Gulanick, M & Myers, J. L. (2016) *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes 9<sup>th</sup> Ed.* Elsevier Health Science . Chicago [Online] E qasshme nga:  
<https://nurseslabs.com/8-fracture-nursing-care-plans/> [Qasja: September 9, 2019]
- P. V. Giannoudis *Injury* (2006) Volume 37 , Issue 8 , Pages 691-697 . England, UK.

## 8.SHTOJCAT

Burimi kryesor për mbledhjen e të dhënave kanë qenë protokollet nga arkiva e Klinikës së Orotopedisë në QKUK - Prishtinë, gjatë viteve 2016-2018, janë shfrytëzuar të dhënat në mënyre ligjore dhe etike dhe të gjitha të paraqitura në tabela në baze të sygjërimeve të mentorit.

### Shtojca.1.

Llojet e frakturave sipas anatomisë

Klavikula: 4

Skapula: 3

Humerusi: 52

Radiusi: 25

Ulna: 9

### Shtojca.2.

Numri i pacientëve me fraktura sipas moshës

15-30 vjeç: 29

30-50 vjeç: 33

50-70 vjeç: 31

### Shtojca.3.

Numri i pacientëve me fraktura sipas gjinisë

Meshkuj: 58

Femra: 25