

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË**  
**UNIVERSITETI I TIRANËS**  
**FAKULTETI I MJEKËSISË**

**DISERTACION**

për marrjen e gradës shkencore

**“DOKTOR I SHKENCAVE ”**

**TEMA: “TRAUMA NË SFERËN ORL NË KOHË PAQE”**

Autori: **Gjergji BIZHGA**

Udhëheqës shkencor: **Prof. Dr. Pjerin RADOVANI**

**TIRANË, 2011**



REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I TIRANËS  
FAKULTETI I MJEKËSISË  
DEPARTAMENTI I ORL & OKULISTIKË

**DISERTACION**

I PARAQITUR NGA

**Z. GJERGJI BIZHGA**

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

**“DOKTOR I SHKENCAVE ”**

TEMA: **“TRAUMA NË SFERËN ORL NË KOHË PAQE”**

Mbrohet në datë: .....2011.

**PERPARA JURISË:**

1. .... KRYETAR
2. .... ANËTAR (OPONENT)
3. .... ANËTAR (OPONENT)
4. .... ANËTAR
5. ....ANËTAR

## **Parathënie**

*Sikurse epidemiologjia e traumës në përgjithësi ka ndryshuar në mënyrë të ndjeshme me ndryshimin e sistemit, ashtu dhe trauma në sferën ORL ka ndryshuar si nga pikëpamja sasiore dhe në problematikën e dëmtimeve të shkaktuara.*

*Nëpërmjet këtij studimi të realizuar në Qendrën Kombëtare të Traumës është synuar evidentimi i të gjitha dëmtimeve që hasen në sferën ORL, të shkaqeve të tyre krahasuar me të dhënat e përgjithshme të pacientit dhe të gjitha këto sipas rëndësisë së dëmtimit, mënyrës së përgjithëshme të trajtimit, dhe rezultatet përfundimtare të pacientëve me traumë ku përfshihet sektori ORL.*

*Një arsye madhore e këtij studimi është dhe evidentimi i të metave dhe dobësive në mënyrën e trajtimit, të ardhura si pasojë e dobësive organizative në pritjen dhe trajtimin e urgjencave, mungesave teknike, paaftësisë profesionale, neglizhencës apo abuzimit.*

*Duhet marrë në konsideratë që trauma ORL në shumicën e rasteve shoqërohet edhe me traumë të organeve të tjera që në pikëpamjen mjekësore janë më kritike për jetën dhe kjo shpesh herë krijon terrenin që trauma ORL të nënvleftësohet nga kolegët e specialiteteve të tjera, por megjithëse pacienti mund ti mbijetojë traumës ai do të vuajë një sërë pasojash që së paku, janë të lidhura me cilësinë e jetës.*

*Kjo situatë krijohet edhe kur vetë mjekët specialistë ORL nuk shfaqin interesin e duhur apo nuk bëjnë përpjekje për ngritjen e kapacitetit profesional në mënyre të vazhduar.*

*Dhe një nga objektivat e këtij studimi do të jetë ndihma e tij në hartimin e një protokolli bashkëkohor për standartizimin e diagnostikimit dhe trajtimin e traumës në sferën ORL në përputhje me objektiva afat-shkurtër, afat-mesëm dhe afat-gjatë.*

**SHKURTESA**

<b>QKT</b>	<b>Qendra Kombëtare e Traumës</b>
<b>GSC</b>	<b>Glasgow Coma Scale</b>
<b>GOS</b>	<b>Glasgow Outcome Scale</b>
<b>CSF</b>	<b>Cerebro Spinal Fluid</b>
<b>TAA</b>	<b>Traumë nga Aksidentet Automobilistike</b>
<b>TSHT</b>	<b>Traumë Shkaqe të Tjera</b>
<b>TAF</b>	<b>Traumë nga Armët e Ftohta</b>
<b>TAP</b>	<b>Traumë nga Aksidentet në Punë</b>
<b>TAZ</b>	<b>Traumë nga Armët e Zjarrit</b>

**Përmbajtja**

	<b>Faqe</b>
<b>Parathënie</b>	i
<b>Hyrje</b>	
1.1 Epidemiologjia e Politraumës në Botë	vi
<b>Metodologjia</b>	
<b>2.1 Materiali dhe Metoda</b>	
2.2 Qëllimi	1
2.3 Objektivat	1
2.4 Metodologjia e analizës së të dhënave	10
<b>Rezultatet e studimit</b>	
<b>3.1 Të dhëna mbi numrin total të rasteve të studimit</b>	
3.1.1 Numri total i rasteve me traumë të paraqitur në urgjencën e QKT	11
3.1.2 Të dhënat kryesore socio-demografike të numrit total të rasteve	13
3.1.3 Shkaku i traumës dhe moshë e pacientëve	16
<b>3.2 Trajtimi Spitalor</b>	
3.2.1 Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe të dhënave socio-demografike.	
3.2.2 Trajtimi mjekësor primar i pacientëve me dëmtim të regionit ORL në kuadër të politraumës sipas specialitetit.	22
3.2.3 Lloji i plagës të regionit ORL krahasuar me shkakun e traumës	25
3.2.4 Thellësia e dëmtimit të regionit ORL prej traumës.	28
3.2.5 Trauma sipas regionit anatomik ORL të përfshirë në dëmtim.	31
3.2.6 Shkalla e rëndësisë së dëmtimit në traumat e regionit ORL.	34
3.2.7 Frakturat e indit kockor në traumat e regionit ORL.	36
3.2.8 Komplikacionet e traumës.	40
3.2.9 Rezultati përfundimtar i traumës të regionit ORL.	43
3.2.10 Ndikimi i faktorëve të riskut në rezultatin përfundimtar të traumës	47
<b>3.3 Trajtimi Ambulator</b>	
3.3.1 Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe të dhënave socio-demografike.	49
3.3.2 Lloji i plagës me përfshirjen e regionit ORL krahasuar me shkakun e traumës.	52
3.3.3 Trauma sipas regionit anatomik ORL të përfshirë në dëmtim.	54
3.3.4 Shkalla e rëndësisë së dëmtimit në traumat e regionit ORL	56
<b>Diskutimi</b>	81
<b>Përfundime dhe Rekomandime</b>	151
<b>Bibliografia</b>	156

## Mirënjohje

Dëshiroj të falënderoj në mënyrë të veçantë, dhe ti shpreh mirënjohjen time me të madhe **Prof. Dr. Pjerin Radovanit** i cili me formimin e tij të lartë si intelektual i shquar dhe si profesionist me aftësi të rralla ka ndikuar në formimin dhe përgatitjen time si mjek specialist. E falënderoj për seriozitetin dhe rigorozitetin në rolin e udhëheqësit shkencor gjatë këtyre 4 viteve që jam marrë me studimin e temës. Me këtë rast dua të shpreh mirënjohjen kolegut dhe mikut tim **Dr. Muhamet Kondit** që bëri të mundur informatizimin kompjuterik të të dhënave dhe nxjerrjen e rezultateve. Kam një kënaqësi të veçantë të shpreh konsideratën time me të thellë shokut tim të shkolles të mesme dhe të lartë **Dr. Artan Simakut** i cili realizoi me profesionalizëm analizimin statistikor dhe formatimin perfundimtar të materialit. Në fundi falënderoj të gjithë shokët, miqtë, kolegët si dhe çdo person tjetër që ka kontribuar në realizimin me sukses të këtij punimi që për hir të të vërtetës ka qenë i vështirë por në përfundim jam i kënaqur pasi dhe vetë kam përfituar mjaft gjëra të reja që në rrethana të tjera ndoshta nuk i kam vënë re apo vlerësuar sa duhet. Në përfundim të këtij punimi unë vërtetova shprehjen filozofike tërësisht nga **Zoti Al Gore ish Zv. President i SHBA** që kam dëshirë ta përmend dhe si mbyllje “**Në gabojmë në ato gjëra që mendojmë se i dimë shumë mirë se për ato gjëra që ne vetë dyshojmë thellojmë procesin e njohjes**”.

**Dr. Gjergji BIZHGA**

## HYRJE

### 1.1 Epidemiologjia e Politraumës në Botë

Trauma plotëson kriteret e klasifikimit të sëmundjeve epidemike globale, duke qenë me kalimin e kohës një shkak i shpeshtë dhe i rëndësishëm i morbiditetit dhe mortalitetit në të gjithë kontinentet pavarësisht nga përpjekjet për të kontrolluar ndikimin e saj. Në gjithë botën, vdesin çdo ditë rreth 16,000 njerëz si pasojë e një traume (5.8 milion vdekje në vit), dhe parashikimet për vitin 2020 tregojnë deri në 8.4 milionë vdekje në vit

[2,17,26]. Si pasojë, trauma do të jetë shkak i dytë më i zakonshëm i viteve me aftësi së kufizuar dhe të jetës së humbur brenda 13 viteve të ardhshme (e dyta pas HIV/AIDS-it). Pa dyshim, barra kryesore dhe gjithnjë në rritje e traumës është në vendet në zhvillim krahas industrializimit dhe rritjes së transportit të motorizuar të tyre. Trauma mbetet shkak më i zakonshëm i vdekjes dhe paafësisë tek fëmijët dhe të rinjtë në botën e zhvilluar [26]. Incidenca dhe tendencat e traumës ndryshojnë në të gjithë botën në raport me zhvillimin e shoqërisë në përgjithësi .

Sipas Eurostat, në vendet e BE për vitet 2008-2010 si pasojë e traumave humben jeten 230000 persona në vite, çdo dy minuta vdes një person si pasojë e traumës, 25 vete shtrohen në spitale dhe 125 vete marrin mjekim ambulator.

Politrauma zakonisht rezulton nga çlirimi i energjisë së lartë në më shumë se në një sistem apo region në të njëjtën kohë dhe nga një dëmtim apo nga disa dëmtime të ndryshme , aksidentet automobilistike mbeten shkak kryesor për vdekjet dhe traumat e rënda në Evropë [2]. Siç është përmendur tashmë, nga traumat e trafikut rrugor (AA) vdesin 127 000 njerëz në vit në 53 vendet e rajonit evropian të OBSH (Sethi, et al. 2006a). Çdo vit raportohen të paktën 2.4 milion njerëz të plagosur në AA. Pothuajse 55% e vdekjeve hasen në njerëz të rinj të moshës 15-44 vjeç dhe 75% e tyre hasen tek meshkujt në krahasim me femrat. Traumat e trafikut rrugor janë shkak kryesor i vdekjeve tek të rinjtë e moshës 5-29 vjet. Në përgjithësi, numri më i madh i vdekjeve nga politrauma ndodhin në kontekstin traumave të kokës dhe të krahërorit.

Përafërsisht 16% e rasteve të regjistrit të traumës kanë politrauma, që nënkupton dëmtime të konsiderueshme në më shumë se një pjesë të trupit (duke qenë se gjymtyrët dhe legenit përbëjnë një region të trupit). Përqindja është më e ulët tek të moshuarit.



Moshës mediane e pacientëve me politraumë nuk ndryshon dukshëm nga ajo e rasteve të tjera të regjistrit të traumës: fëmijët me politraumë janë pak më të rritur, 11 kundrejt 8.4 vjeç, ndërsa përqindja e rasteve të shkaktuar nga AA pothuajse dyfishohet për të gjitha grupmoshat 65%-82%. Trauma penetruese që nenkupton traumat nga armet e zjarrit apo armet e ftoheta është përgjegjëse për 2,4% të të gjitha rasteve me politraumë. Vërehet mbizotërimi i meshkujve edhe në grupmoshat më të reja.

Politrauma është e rrallë tek personat mbi 65 vjeç, dhe vdekshmëria e saj është dyfish më e lartë krahasuar me grupmoshat më të reja. Brenda grupmoshave më të reja, vdekshmëria lidhur me politraumën është më e madhe se shumica e regjioneve të përfshira në dëmtim, duke sugjeruar për një rol për përmirësim të kujdesit për politraumën.

Në Mbretërinë e Bashkuar, incidenca vjetore e traumave të kokës është 6,6% dhe rreth 1% e të gjithë pacientëve që paraqiten në urgjencë kanë dëmtim të kokës.(1) Në Skoci, rreth 100.000 pacientë paraqiten çdo vit në repartin e urgjencës prej të cilëve mbi 15% hospitalizohen, një nivel prej rreth 330 për 100,000 banorë.(2) Shumica (93%) e pacientëve janë vlerësuar me 15 pike sipas Glasgow Coma Scale në paraqitje, ndërsa vetëm 1% kanë një rezultat me ose me pak se 8 pike vlerësuar sipas GCS.. (3) Trauma është shkaku kryesor i vdekjeve nën moshën 45 vjeç dhe deri në 50% e tyre vijnë për shkak të një dëmtimi në kokë. Rreth gjysma e pacientëve të rritur të shtruar me dëmtime në kokë vuajnë për një kohë të gjatë prej aftësisë së kufizuar psikologjike dhe / ose fizike, të përcaktuara nga Glasgow Outcome Scale (GOS), dhe pacientët të cilët pesojnë dëmtime intrakraniale si rrjedhojë e një komplikacioni të traumës së kokës mund të vuajnë pasoja afatgjata, veçanërisht në qoftë se terapia definitive është e vonuar. Udhëzimet dhe protokollat standarte mund të ndihmojnë për të arritur kujdes optimal.

## II. METODOLOGJIA

### Materiali dhe Metoda.

Studimi është i tipit retrospektiv me kohort homogjen në të cilin është eliminuar bias-i i përzgjedhjes. Në studim morën pjesë 1536 pacientë, 1244 meshkuj dhe 292 femra.

Për studimin me temë traumat e sferës ORL në kohë paqe fillimisht u ndërtua një kartelë standarte që do të përdorej për mbledhjen e të dhënave nga kartelat klinike dhe librat e urgjencës për të gjithë të sëmurët e paraqitur në urgjencën e Qendrës Kombëtare të Traumës, Spitali Ushtarak gjatë vitit 2007. Për mbledhjen e rezultateve të të dhënave u ndërtua një data bazë e veçantë në programin kompjuterik SPSS 16, sipas kërkesave që parashikonim të mbledhnim. Trauma në sferën ORL u studiuar në krahasim me shkaqet dhe gjeneralitetet e përgjithëshme të pacientëve.

Studimi përbëhet nga dy pjesë kryesore:

Pjesa spitalore që analizon 320 pacientë të shtruar në spital dhe pjesa ambulatorie që analizon 1216 të sëmurët të trajtuar ambulatorisht.

Për pacientët që janë paraqitur në spital të dhënat janë marrë kryesisht nga kartelat klinike bazuar në të dhënat e përgjithëshme të kartelës si dhe në përshkrimet klinike të

pacientëve, gjithashtu dhe në rezultatet e egzaminimeve radiologjike (Ro-grafive, CT) dhe laboratorike.

Ndërsa për pacientët e trajtuar në mënyrë ambulatorë të dhënat janë mbledhur nga librat e rregjistrimit të trajtimit mjekësor kirurgjikal të pacientëve që janë paraqitur në urgjencë.

Për të realizuar qëllimin e studimit u vendosën disa objektiva kryesore dhe në funksion të tyre, studimi bazohet në disa pjesë që bëjnë të mundur një përfytyrim sa më të plotë të traumës në sferën ORL në kontekstin e politraumës në përgjithësi dhe traumës kokë-qafë në veçanti.

## **Qëllimi**

Studimi synon të studiojë epidemiologjinë e rasteve me traumë në sferën ORL në kuadrin e politraumës, shkaqet e traumës, llojin e dëmtimeve dhe faktorët e riskut.

## **Objektivat e studimit**

- Të studiojë frekuencën absolute dhe relative dhe gjeneralitetet kryesore të pacientëve me traumë në sferën ORL që paraqiten për trajtim në kuadrin e politraumës në Qendrën Kombëtare të Traumës (QKT) për pacientët e trajtuar në mënyrë spitalore dhe pacientët e trajtuar në mënyrë ambulatorë.
- Te studiojë rastet me traumë në regionin kokë-qafë që paraqesin dëmtime në sferën ORL sipas shkakut të tyre krahasuar me llojin e plagës (e hapur / mbyllur), me llojin e indeve të dëmtuara (e indeve të buta dhe/ose shoqërimin me frakturë të indit kockor), me frakturat e kockave të veçanta që marrin pjesë në formimin e skeletit kockor të regionit ORL dhe në lidhje me shkakun.
- Të studiojë rastet me traumë në regionin ORL sipas shkakut të tyre krahasuar krahasuar me regionin anatomik të prekur, me rëndësinë e dëmtimit, me komplikacionet dhe trajtimin kryesor të marrë, si dhe me rezultatin përfundimtar të pacientit.

- Të ndihmojë në planizimin dhe hartimin e një protokollit bashkëkohor për të standartizuar diagnostikimin dhe trajtimin e traumës në sferën ORL, të promovojë standarte të larta të kujdesit dhe reduktimin e komplikacioneve për pacientët me traumë.
- Ti shërbejë politikëbërësve për njohjen e problematikave që lidhen me traumën në përgjithësi dhe hartimin e strategjive që lidhen me përmirësimin e trajtimit të saj.
- Të shërbejë si referencë dhe burim të dhënash shkencore për studiues të tjerë me interes për kërkime në këtë fushë. Përdorimi i të dhënave për studime meta-analitike brenda dhe jashtë vendit.

### **Metodologjia e analizës së të dhënave**

Të dhënat janë analizuar me anë të paketës statistikore SPSS 16.0. Variablat kategorikë janë paraqitur në tabela me frekuencat absolute dhe relative përkatëse. Vlerësimet pikësore janë shoqëruar me vlerësimin intervalor 95%CI. Është përdorur testi  $\chi^2$  me korreksionin e Yates për vlerësimin e shoqërimit të variablave. Janë përdorur testi parametrik ANOVA dhe testi jo parametrik Kruskal Wallis për vlerësimin e lidhjes midis variablave. Testet statistikore janë të dyanshme, niveli i sinjifikancës është përcaktuar për  $\alpha=0.05$ . Është përdorur analiza multivariate me teknikën e regresionit logjistik për vlerësimin e faktorëve të riskut dhe kontrollin e konfunduesve. Janë përdorur tabela dhe grafikë për vizualizimin e të dhënave dhe rezultateve.

Bazuar në objektivat e studimit, në mënyrë të veçantë, analiza është fokusuar në shpërndarjen e frekuencave dhe përcaktimin e prevalencave të:

Numri total i rasteve me traumë të paraqitur në urgjencën e QKT.

Të dhënat kryesore socio-demografike të numrit total të rasteve

Shkaku i traumës dhe mosha e pacientëve

Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe të dhënave socio-demografike.

Trajtimi mjekësor primar i pacientëve me dëmtim të regionit ORL në kuadër të politraumës sipas specialitetit.

Lloji i plagës të regionit ORL krahasuar me shkakun e traumës.

Thellësia e dëmtimit të regionit ORL prej traumës.

Trauma sipas regionit anatomik ORL të përfshirë në dëmtim.

Shkalla e rëndësisë së dëmtimit në traumat e regionit ORL.

Frakturat e indit kockor në traumat e regionit ORL.

Komplikacionet e traumës.

Rezultati përfundimtar i traumës të regionit ORL.

Ndikimi i faktorëve të riskut në rezultatin përfundimtar të traumës

### **III.MATERIALI DHE METODA**

#### **3.1.1 Numri i përgjithshëm i rasteve me traumë të paraqitur në urgjencën e QKT.**

Meqenëse se ky spital është Qendra Kombëtare e Traumës, kontigjentit të pacientëve nga rrethi i Tiranës i shtohet edhe numri i pacientëve që dërgohen nga rrethet për një trajtim më të specializuar.

Për të krijuar një ide sa më të saktë rreth numrit të rasteve me traumë në përgjithësi dhe ORL në veçanti dhe mënyrës së trajtimit spitalor apo ambulator, studimi është ndarë në disa pjesë të cilat pasqyrojnë të dhënat që lidhen me:

#### **❖ Të dhënat mbi numrin total të rasteve të studimit**

## ❖ Trajtimin Spitalor

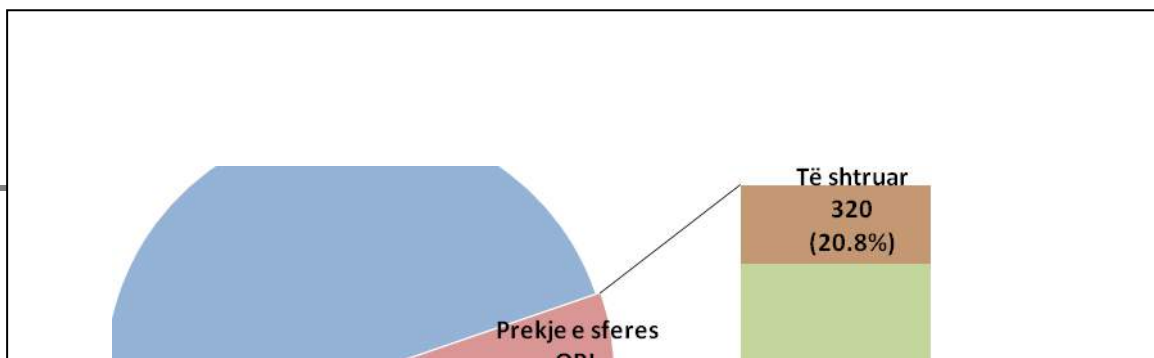
## ❖ Trajtimin Ambulator

**Tabela 1. Numri i përgjithshëm i rasteve me traumë të paraqitur në urgjencën e QKT.**

Lloji i Traumës	Shtruar		Ambulatorë		Total
	N	%	N	%	
Pa dëmtim të sferës ORL	2191	87.3	10881	89.9	13072
Me dëmtim të sferës ORL	320	12.7	1216	10.1	1536
<b>Total</b>	<b>2511</b>	<b>100.0</b>	<b>12097</b>	<b>100.0</b>	<b>14608</b>

$$\chi^2=15.7 \quad P<0.01$$

**Fig. 1 Shpërndarja numrit të përgjithshëm të rasteve me traumë sipas sektorit të përfshirë dhe llojit të trajtimit.**



**Tabela 2. Shpërndarja e rasteve me traumë të sferës ORL sipas shkakut të traumës.**

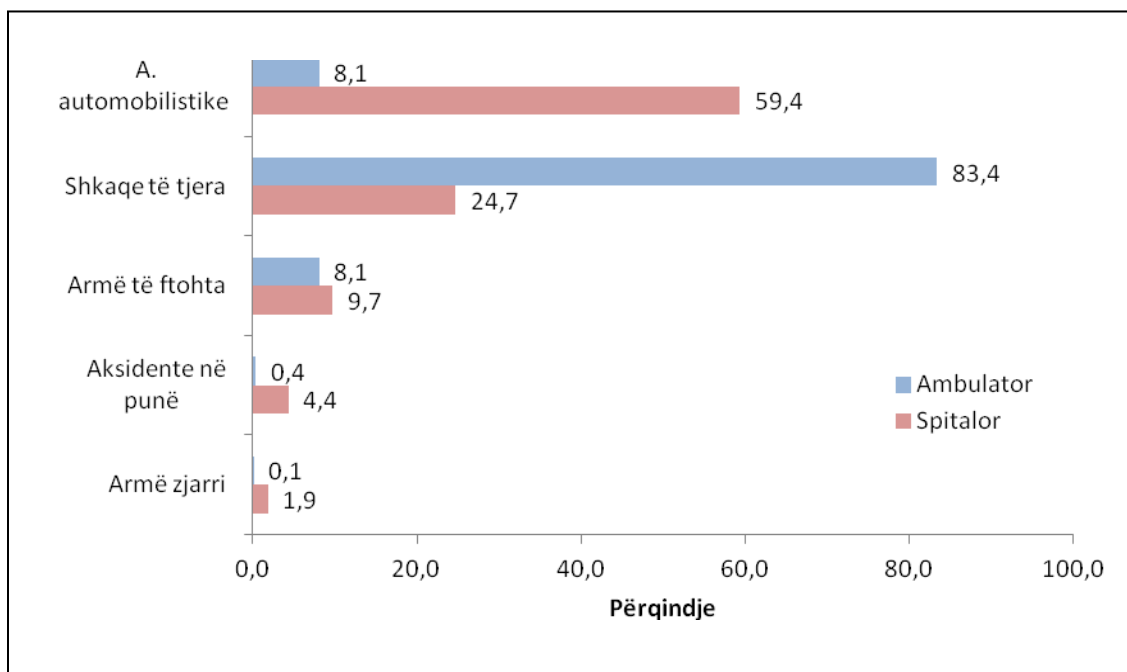
<b>Shkaku i traumës</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>95% CI</b>
Shkaqe të Tjera	1093	71.2	68.8 - 73.4
A. automobilistike	288	18.8	16.9 - 20.8
Armë të Ftohta	129	8.4	7.1 - 9.8
Aksidente në Punë	19	1.2	0.7 - 1.8
Armë Zjarri	7	0.5	0.2 - 0.9
<b>Total</b>	<b>1536</b>	<b>100.0</b>	

**P<0.01****Tabela 3. Pesha specifike e shkaqeve të traumës krahasuar me mënyrën e trajtimit. (përqindje ndaj totalit të rasteve sipas kategorisë së trajtimit)**

<b>Trajtim Spitalor (n=320)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>95% CI</b>
A. automobilistike	190	59.4	53.9 - 64.6

Shkaqe të tjera	79	24.7	20.2 - 29.7
Armë të ftohta	31	9.7	6.9 - 13.4
Aksidente në punë	14	4.4	2.6 - 7.2
Armë zjarri	6	1.9	0.8 - 4.0
<b>Trajtim Ambulator (n=1216)</b>			
A. automobilistike	98	8.1	6.6 - 9.7
Shkaqe të tjera	1014	83.4	81.2 - 85.3
Armë të ftohta	98	8.1	6.6 - 9.7
Aksidente në punë	5	0.4	0.1 - 0.9
Armë zjarri	1	0.1	0.02 - 0.4

**Fig. 1 Pesha specifike e shkaqeve të traumës krahasuar me mënyrën e trajtimit.**

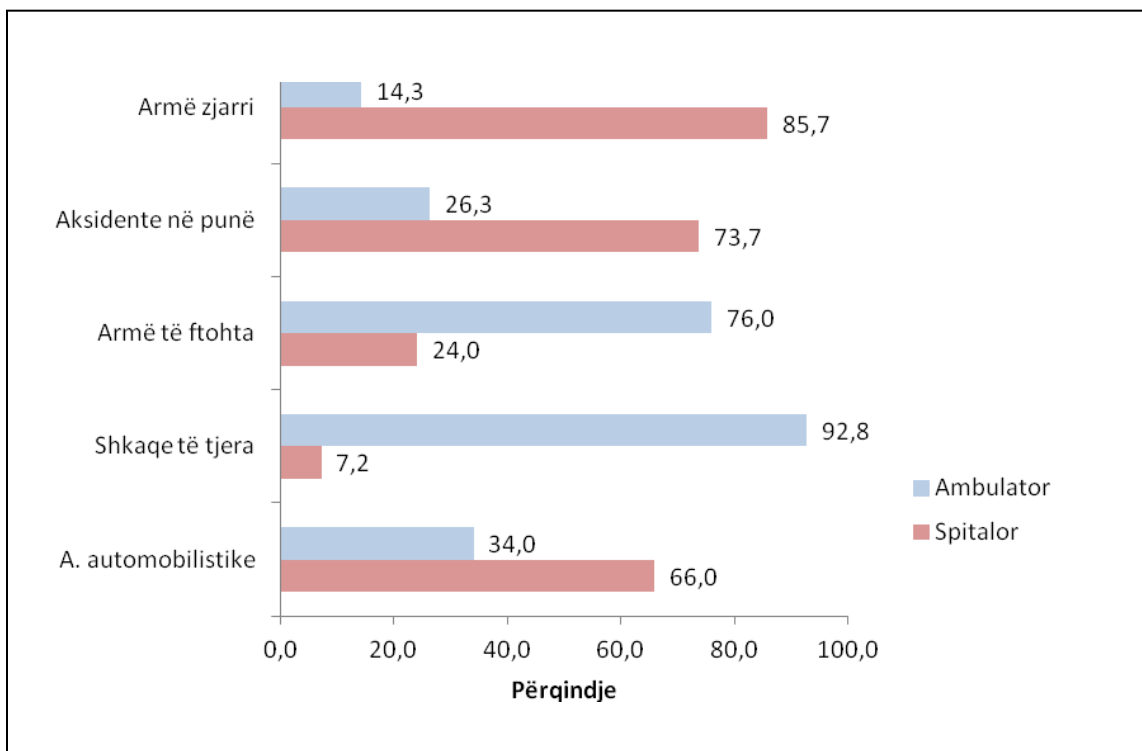


**Tabela 4. Krahasimi i peshës specifike të mënyrës së trajtimit sipas kategorive të shkakut. (përqindje ndaj totalit të rasteve sipas kategorisë të shkakut)**

Shkaku i traumës	Trajtim Spitalor		Trajtim Ambulator		Total (%)
	N	%	N	%	
A. automobilistike (n=288)	190	66.0	98	34.0	100.0
Shkaqe të tjera (n=1093)	79	7.2	1014	92.8	100.0
Armë të ftohta (n=129)	31	24.0	98	76.0	100.0
Aksidente në punë (n=19)	14	73.7	5	26.3	100.0
Armë zjarri (n=7)	6	85.7	1	14.3	100.0

P<0.01

**Fig. 2** Krahasimi i peshës specifike të mënyrës së trajtimit sipas kategorive të shkakut



### 3. 1. 2 Të dhënat kryesore socio-demografike të numrit total të rasteve



Tabela 5. Numri i rasteve sipas gjinisë

Gjinia	N	%
Femra	292	19.0
Meshkuj	1244	81.0
<b>Total</b>	<b>1536</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 588.8 \quad P < 0.01$$

Fig. 3 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë

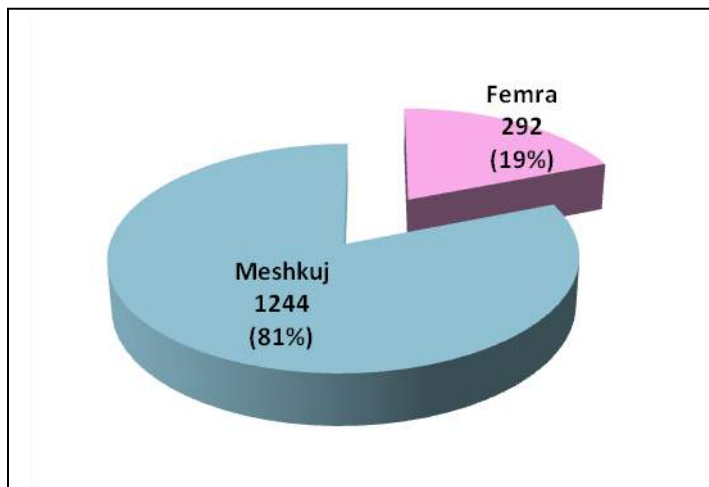
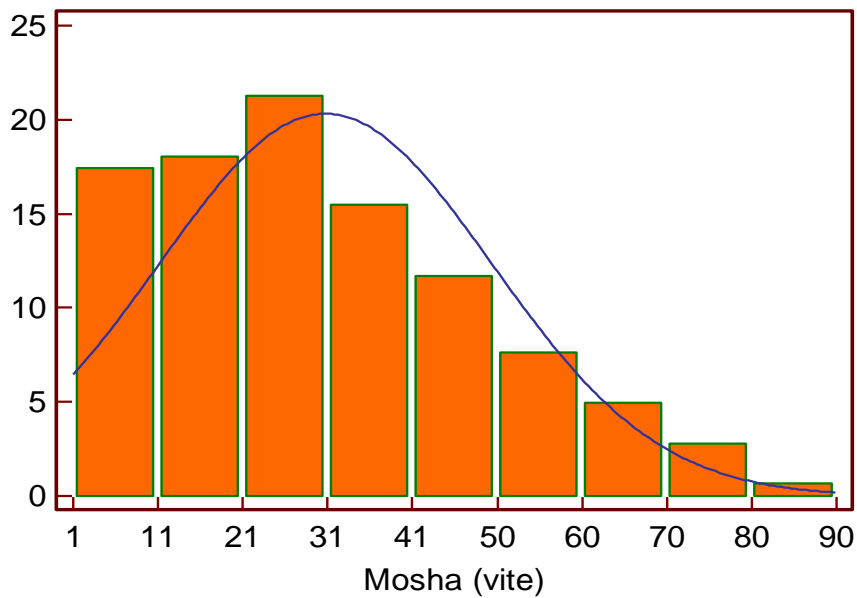


Tabela 6 Statistika e përmblodhur e kampionit në studim

Madhësia e kampionit	1536
Vlera më e vogël	1
Vlera më e madhe	88
Mosha mesatare	30.4 [ 95%CI (29.4 – 31.4) ]
<b>Mosha mediane</b>	<b>27 [ 95%CI (26.0 – 28.0) ]</b>
Deviacioni standard	19.4

**Fig. 4 Histogrami i moshës së pacientëve**



**Tabela 7. Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës dhe sipas mënyrës së trajtimit (ambulator / spitalor)**

Grupmosha (vite)	Ambulator		Spitalor		Total
	N	%	N	%	
1-10	229	18.8	39	12.2	268
11-20	235	19.3	42	13.1	277
21-30	262	21.5	65	20.3	327
31-40	177	14.6	61	19.1	238
41-50	134	11.0	46	14.4	180
51-60	84	6.9	33	10.3	117
61-70	57	4.7	19	5.9	76
71-80	29	2.4	14	4.4	43
81-90	9	0.7	1	0.3	10
<b>Total</b>	<b>1216</b>	<b>79.2</b>	<b>320</b>	<b>20.8</b>	<b>1536</b>

$$\chi^2_{\text{for trend}} = 19.4 \quad P < 0.01$$

Fig. 5 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës dhe mënyrës së trajtimit

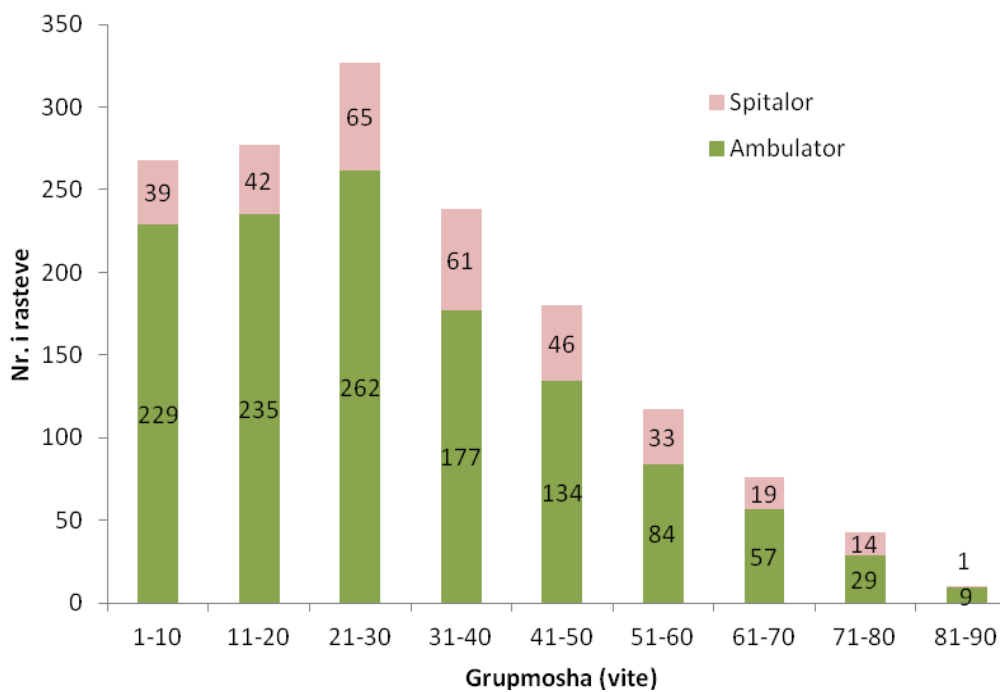


Tabela 8. Statistika e përmblodhur e moshës sipas shkakut; (vite)

Shkaku i traumës	Minimumi	25%	Mediana	75%	Maksimumi	Moda
Armë të Ftohta	2	21	28	40	72	20
Armë Zjarri	16	28	30	44	68	28
A. automobilistike	2	21	32	48	88	20
Aksidente në Punë	2	23	34	47	52	47
Shkaqe të Tjera	1	13	25	42	88	5

Kruskal-Wallis H = 32.8      P<0.01

**Krahasimi i kategorive të shkakut të traumës: (Post hoc Conover test)**

Shkaku i traumës	n	Ndryshimi (P<0.05) ndërmjet kategorive
(1) Armë të Ftohta	129	(5)
(2) Armë Zjarri	7	
(3) A. automobilistike	288	(5)
(4) Aksidente në Punë	19	
(5) Shkaqe të Tjera	1093	(1)(3)

**Fig. 9** Box-plot i moshës së numrit total të pacientëve sipas shkakut të traumës.

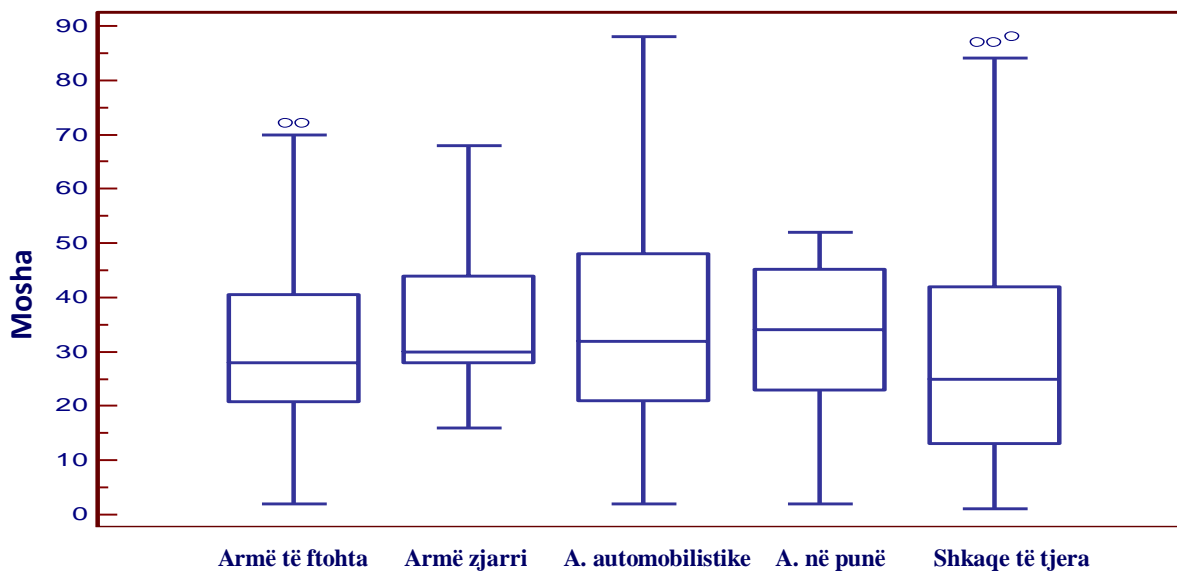


Tabela 10. Shpërndarja e rasteve sipas shkaktit të traumës dhe grupmoshës

Grupmosha (vite)	Shkaqe të tjera	Aksidente automobilistike	Armë të ftohta	Aksidente në punë	Armë zjarri	Total
1-10	240	17	10	1	0	268
11-20	198	54	22	2	1	277
21-30	212	68	39	5	3	327
31-40	155	51	26	6	0	238
41-50	122	36	16	4	2	180

<b>51-60</b>	73	34	9	1	0	117
<b>61-70</b>	51	19	5	0	1	76
<b>71-80</b>	33	8	2	0	0	43
<b>81-90</b>	9	1	0	0	0	10
<b>Total</b>	<b>1093</b>	<b>288</b>	<b>129</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>1536</b>

Kruskal-Wallis H = 32.8      **P<0.01**

### 3. 2 Trajtimi Spitalor

#### 3. 2. 1 Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe të dhënave socio-demografike.

Për realizimin e një prej objektivave për të studiuar traumën në sferën ORL krahasuar me shkaqet dhe të dhënat e përgjithëshme të pacientit dhe për të mos konfunduar të dhënat e studimit në përgjithësi, duke ditur që pacientët që hospitalizohen paraqesin dëmtime më të shprehura dhe më të rëndësishme është menduar që pacientët që janë trajtuar në spitale të studiohen veçmas nga pacientët që janë trajtuar në mënyrë ambulatorie.

Në këtë pjesë shkaqet e traumës ndahen në 5 grupe.

Në grupin Trauma nga Shkaqe të Tjera (TSHT) janë përfshirë traumat sportive, shtëpiake apo ato që ndodhin gjatë aktivitetit jetësor dhe nuk mund të klasifikohen ndryshe, si dhe një pjesë pacientësh për të cilët nuk mund të evidentohet shkakun në kartelë.

Në grupin Trauma nga Aksidentet në Punë (TAP) janë përfshirë të gjitha rastet me traumë që janë aksidentuar gjatë punës si pasojë e pakujdesisë apo nga mos marrja e masave teknike.

Në grupin Traumë nga Aksidentet Automobilistike (TAA) janë përfshirë të gjitha rastet ku si shkak i traumës kanë shërbyer automjetet e ndryshme. Pacientët kanë qënë si në rolin e shoferit apo të pasagjerit, si dhe në rolin e viktimës, i ndodhur rastësisht në vendngjarje.

Në grupin Trauma me Armë Zjarri (TAZ) janë përfshirë rastet me plagë me armë zjarri me qëllim vrasjeje, vetëvrasjeje apo aksidentale.

Në Traumet nga Armët e Ftohta (TAF) janë përfshirë rastet me plagë të shkaktuara me mjete të mprehta apo të forta për arsye ushtrim dhune.

Në gjeneralitetet e përgjithshme të pacientit janë përfshirë moshë mediane, gjinia dhe vendbanimi, të cilat studiohen krahasuar me shkaqet, veçmas dhe në tërësi.

Vendbanimi është ndarë : në Tiranë, që u takon pacientëve që sipas gjendjes civile banojnë në Tiranë dhe vendbanim Rrethe: pacientët që sipas gjendjes civile banojnë në rrethe dhe janë sjellë me urgjencë në spital, si dhe rastet me traumë që janë dërguar nga spitalet e rretheve për një trajtim më të specializuar.

**Tabela 11. Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës, moshës, gjinisë, vendbanimit. Frekuencat absolute dhe relative.**

	N	(%)	P
<b>Shkaqet e Traumës</b>			
Aksidente automobilistike	190	59.4	
Shkaqe të tjera	79	24.7	
Armë të ftohta	31	9.7	
Aksidente në punë	14	4.4	
Armë zjarri	6	1.9	
			<b>&lt; 0.01</b>
<b>Grupmosha (vite)</b>			

1-10	39	12.2	
11-20	42	13.1	
21-30	65	20.3	
31-40	61	19.1	
41-50	46	14.4	
51-60	33	10.3	
61-70	19	5.9	
71-80	14	4.4	
81-90	1	0.3	
			<b>&lt; 0.01</b>
<b>Gjinia</b>			
Meshkuj	232	72.5	
Femra	88	27.5	
			<b>&lt; 0.01</b>
<b>Vend banimi</b>			
Tiranë	174	54.4	
Rrethe	146	45.6	
			<b>&gt; 0.05</b>

Tabela 12. Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe gjinisë.

	Meshkuj		Femra		P
	N	%	N	%	
Aksidente automobilistike	138	72.6	52	27.4	<b>&lt; 0.01</b>
Shkaqe të tjera	52	65.8	27	34.2	<b>&lt; 0.01</b>
Armë të ftohta	26	83.9	5	16.1	<b>&lt; 0.01</b>
Aksidente në punë	10	71.4	4	28.6	<b>&lt; 0.01</b>
Armë zjarri	6	100.0	0	0.0	<b>&lt; 0.01</b>

Tabela 13. Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe vendbanimit.



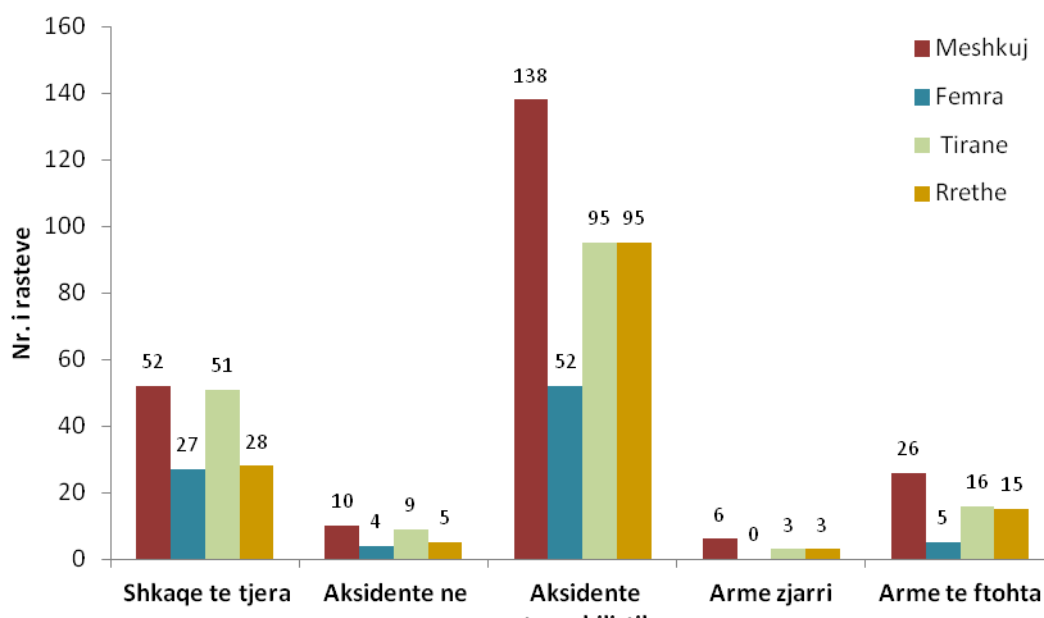
Shkaqet e Traumës	Tiranë		Rrethe		p
	N	%	N	%	
Aksidente automobilistike	95	50.0	95	50.0	> 0.05
Shkaqe të tjera	51	64.6	28	35.4	> 0.05
Armë të ftohta	16	51.6	15	48.4	<b>0.01</b>
Aksidente në punë	9	64.3	5	35.7	> 0.05
Armë zjarri	3	50.0	3	50.0	> 0.05

Tabela 14. Statistika e përmbledhur e moshës sipas shkakut; (vite)

	Minimumi	25%	Mediana	75%	Maksimumi	Moda
Armë të Ftohta	17	26	36	50	72	28
Armë Zjarri	28	28	37	44	68	28
A. automobilistike	2	22	35	50	88	20
Aksidente në Punë	23	30	34.5	40	47	23
Shkaqe të Tjera	2	8	27	46	80	2

Kruskal-Wallis H = 8.1 P=0.086

Fig. 10 Shpërndarja e rasteve sipas shkaqeve



### **3 .2. 2 Trajtimi mjekësor primar i pacientëve me prekje të regionit ORL në kuader të politraumës sipas specialitetit.**

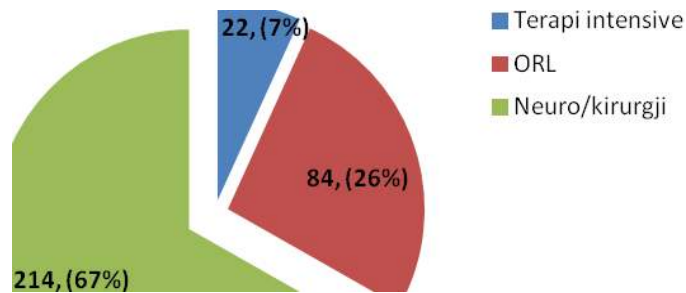
Duhet të kihet parasysh ditur që kur përmendet termi ‘traumë’ konsiderohen pacientë të politraumatizuar ku sektori ORL përfshihet me dëmtime të karakterit primar apo me dëmtime që për rëndësinë e trajtimit dalin në planin dytësor.

Trauma e sferës ORL gjatë trajtimit shpesh herë del në plan dytësor si pasojë e politraumës apo afërsisë që ka me organe apo sisteme më të rëndësishme për jetën dhe janë traumatizuar. Trajtimi i pacientëve me traumë në regionin kokë-qafë ku ekzistojne dhe dëmtime të sferës ORL kryhet në bashkëpunim me shërbimin e Terapisë Intesive dhe shërbimin e Neurokirurgjisë, kjo në vartësi të nevojave primare që ka patur pacienti për trajtim. Të dhënat bazohen në raportin përfundimtar të daljes së pacientit nga spitali. Trauma në regionin maksilofacial është konsideruar si pjesë e sferës ORL, ndërsa nuk janë llogaritur pacientët me dëmtime parësore Okulare.

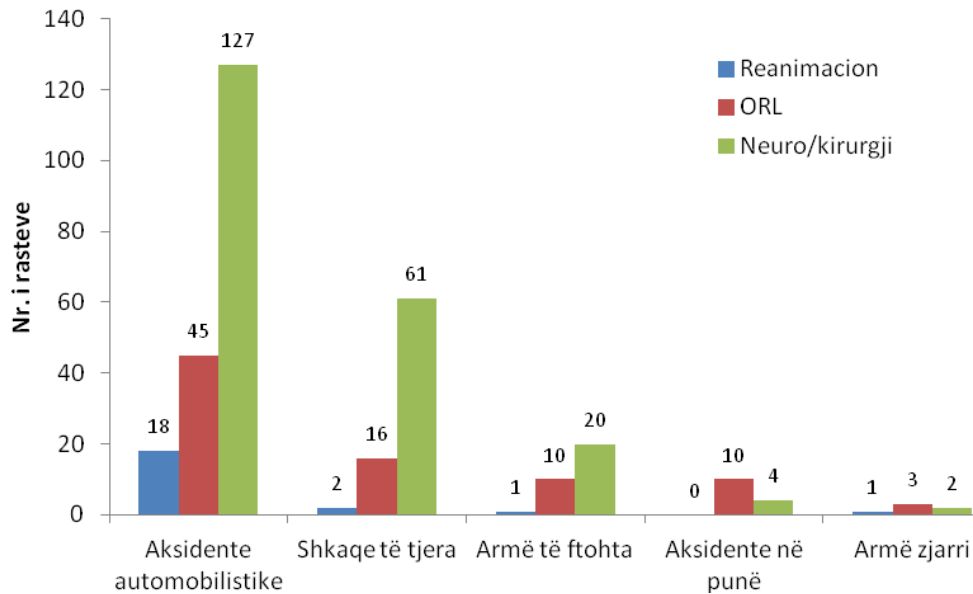
**Tabela 15. Trajtimi mjekësor primar sipas specialitetit**

Trajtimi sipas specialitetit	N	%
Terapi intensive	22	6.9
ORL	84	26.2
Neuro/kirurgji	214	66.9
Total	320	100.0

$$\chi^2=180, \quad p<0.01$$

**Fig. 11 Trajtimi mjekësor primar sipas specialitetit****Tabela 16. Trajtimi mjekësor primar sipas specialitetit dhe shkakut të traumës**

Shkaqet e Traumës	T. Intensive		ORL		Neuro/kirurgji		p
	N	%	N	%	N	%	
Aksidente automobilistike	18	9.5	45	23.7	127	66.8	<0.01
Shkaqë të tjera	2	2.5	16	20.3	61	77.2	<0.01
Armë të ftohta	1	3.2	10	32.3	20	64.5	<0.01
Aksidente në punë	0	0.0	10	71.4	4	28.6	<0.01
Armë zjarri	1	16.7	3	50.0	2	33.3	>0.05

**Fig. 12** Trajtimi mjekësor primar sipas specialitetit dhe shkakut të traumës

### 3. 2. 3 Lloji i plagës të regionit ORL.

Duke marrë parasysh që organet ORL janë organe kavitare dhe kufizohen me hapësirën endokraniale, vlerësimi i plagës apo traumës si plagë e hapur apo mikse është një konstatim i rëndësishëm në vlerësimin e përgjithshëm të llojit të traumës së pacientit.

Çdo shkak ka veçoritë e tij në lidhje me traumën, sigurisht në vartësi të intesitetit të forcës së ushtruar dhe të rrethanave të tjera të individit. Për evidentimin e rolit që luan shkakut i traumës është kryer krahasimi edhe me shfaqjen e dëmtimeve traumatike. Plagët e shkaktuara janë klasifikuar si plagë të hapura, plagë të mbyllura dhe plagë mikese.

Plagët e hapura nënkuptojnë të gjitha traumat që shoqërohen me dëmtim të tërësisë së indit të lëkurës dhe të indeve nën të, duke përfshirë otorenë, rinorenë, otoragjinë, dhe dëmtime të shprehura të mukozës së kaviteteve nazale.

Me traumë të mbyllur nënkuptohen traumat tek cilat nuk shfaqen plagë në lëkurë. Trauma në këto raste prek kryesisht organet dhe sistemet kavitare, sistemin nervor qendror, veshin e mesëm, rastet me hemotimpanium, rastet e hemosinuziteve, rastet e

hematomave të septumit, rastet e hematomave të laringsit si dhe hematomat dhe edema e indeve të buta të regionit ORL.

Traumat mikse nënkuptojnë rastet ku shfaqen plagë të hapura në një vend e shoqëruar me traumë të mbyllur në një vend tjetër.

**Tabela 17. Lloji i plagës në regionin ORL**

Lloji i plagës	N	%
Mikse	51	15.9
E mbyllur	165	51.6
E hapur	104	32.5
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2=61, \quad p<0.01$$

**Fig. 13 Lloji i plagës në regionin ORL**

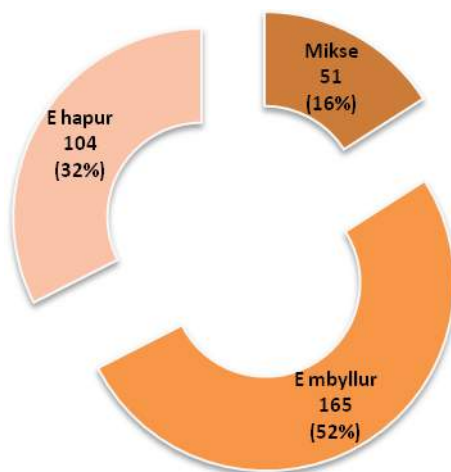
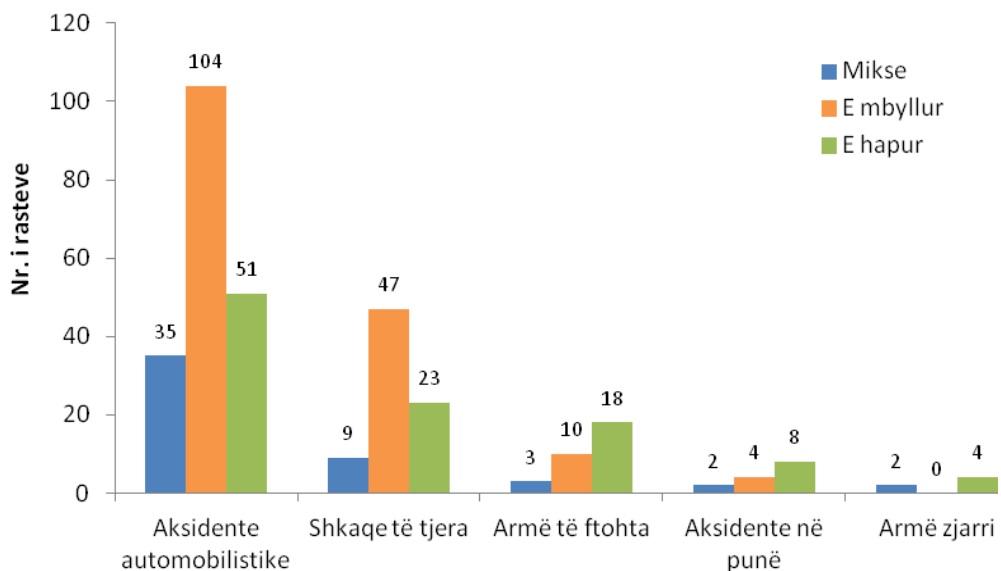


Tabela 18. Lloji i plagës në regionin ORL sipas shkakut të traumës

Shkaku i Traumës	Mikse		E mbyllur		E hapur		p
	N	%	N	%	N	%	
Aksidente automobilistike	35	18.4	104	54.7	51	26.8	<0.01
Shkaqe të tjera	9	11.4	47	59.5	23	29.1	<0.01
Armë të ftohta	3	9.7	10	32.3	18	58.1	<0.01
Aksidente në punë	2	14.3	4	28.6	8	57.1	>0.05
Armë zjarri	2	33.3	0	0.0	4	66.7	>0.05

Fig. 14 Lloji i plagës në regionin ORL sipas shkakut të traumës



### **3. 2. 4 Thellësia e dëmtimit të regionit ORL prej traumës.**

Studiohet thellësia e dëmtimit krahasuar me traumën sipas shkakut dhe në tërësi. Duke ditur rolin dhe rëndësinë që kanë në përgjithësi indet e veçanta në ndërtimin anatomik, funksionin fiziologjik të sferës ORL, për trajtimin dhe për prognozën e dëmtimeve traumatike, në punim është përfshirë një pjesë që studion rastet me traumë në ne lidhje me thellësinë e dëmtimit, që nënkupton llojin e indit apo indeve të dëmtuar. Indet e dëmtuar ndahen në traumë të indeve të buta, që nënkupton dëmtimet e lëkurës, muskujve, enët e gjakut, si edhe kur trauma shoqërohet dhe me fraktura të indeve të forta, që nënkupton frakturat e indit kockor ose kartilaginoz që marrin pjesë në formimin e strukturës skeletike kockore ose kërcore të organeve ORL. Sipas shkakut të traumës, intesitetit të forcës së ushtruar dhe të rrethanave të tjera të individit shfaqen edhe dëmtimet traumatike që nënkuptojnë dëmtimin e indeve të buta apo të strukturave skeletike. Thellësia e dëmtimit ndahet në dy kategori. Traumë e indeve të buta dhe

traumë që shoqërohet me fraktura të indeve të forta, të cilat janë klasifikuar si trauma mikse pasi nënkuptohen edhe dëmtimet e indeve të buta. Thellësia e dëmtimit studiohet e krahasuar me shkakun e traumës në veçanti dhe në total.

**Tabela 19. Thellësia e dëmtimit prej traumës.**

Thellësia e dëmtimit	N	%
E Indit të butë	44	13.8
Mikse	276	86.3
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 166,7 \quad p < 0.01$$

**Fig. 15 Thellësia e dëmtimit prej traumës.**

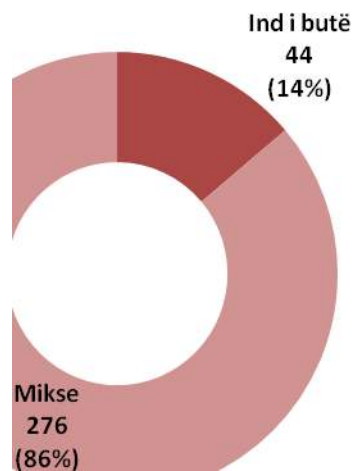
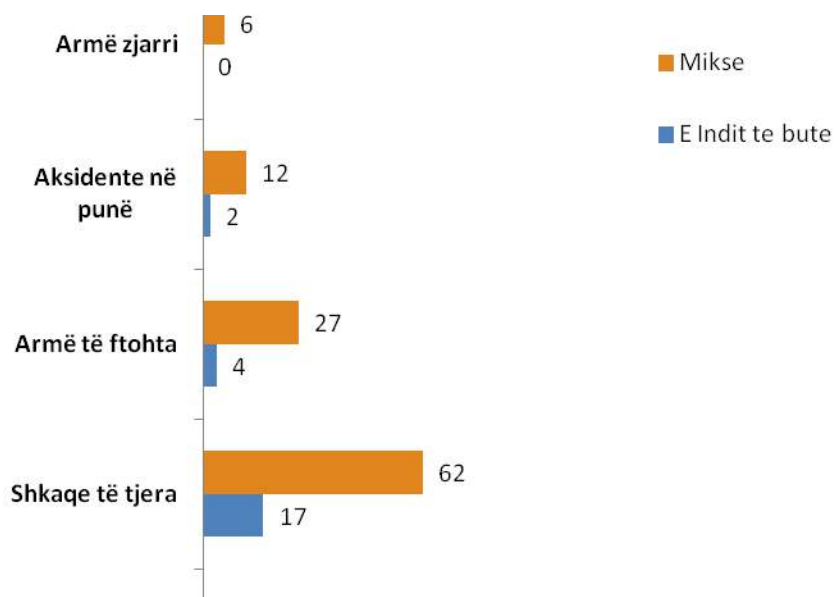




Tabela 20. Thellësia e dëmtimit sipas shkakut të traumës.

Shkaku i Traumës	E Indit të butë		Mikse		p
	N	%	N	%	
Aksidente automobilistike	21	11.1	169	88.9	<0.01
Shkaqe të tjera	17	21.5	62	78.5	<0.01
Armë të ftohta	4	12.9	27	87.1	<0.01
Aksidente në punë	2	14.3	12	85.7	<0.01
Armë zjarri	0	0	6	100.0	<0.01

Fig. 16 Thellësia e dëmtimit sipas shkakut të traumës.



### **3. 2. 5 Trauma sipas regionit anatomik ORL të përfshirë në dëmtim.**

Për të analizuar sa më mirë sferën ORL në lidhje me dëmtimet post traumatike, ajo është ndarë në 3 regione anatomike. Duke ditur që Brenda kufijve të regionit ORL ndodhen organe apo sisteme me rëndësi dhe funksione të ndryshme, edhe shkalla e dëmtimit të tyre në përgjithësi varet nga shkaku dhe lloji i traumës. Sfera ORL është ndarë në këto regione:

- a) regioni temporo-parietal, i cili përfshin traumat e veshit të jashtëm, veshit të mesëm, veshit të brendshëm, nervin facial, gjendrat e pështymës, artikulacionin temporo-mandibular, arterien temporale superficiale, dhe regionin temporo-parietal të vendosura në pozicion lateral në lidhje me kokën.
- b) regioni facial, që dominohet nga piramida nazale, sinuset paranazale, periorbita, balli, pjesa anteriore e faqeve, buzët, goja, mjekëra, arteria faciale, maksilare, etmoidale anterior dhe posteriorë, dhëmbët, gjuha.

- c) Regioni coli media ku përfshihen traumat e laringsit, faringsit, trakesë, oezofagut, dhe indet e buta të qafës.

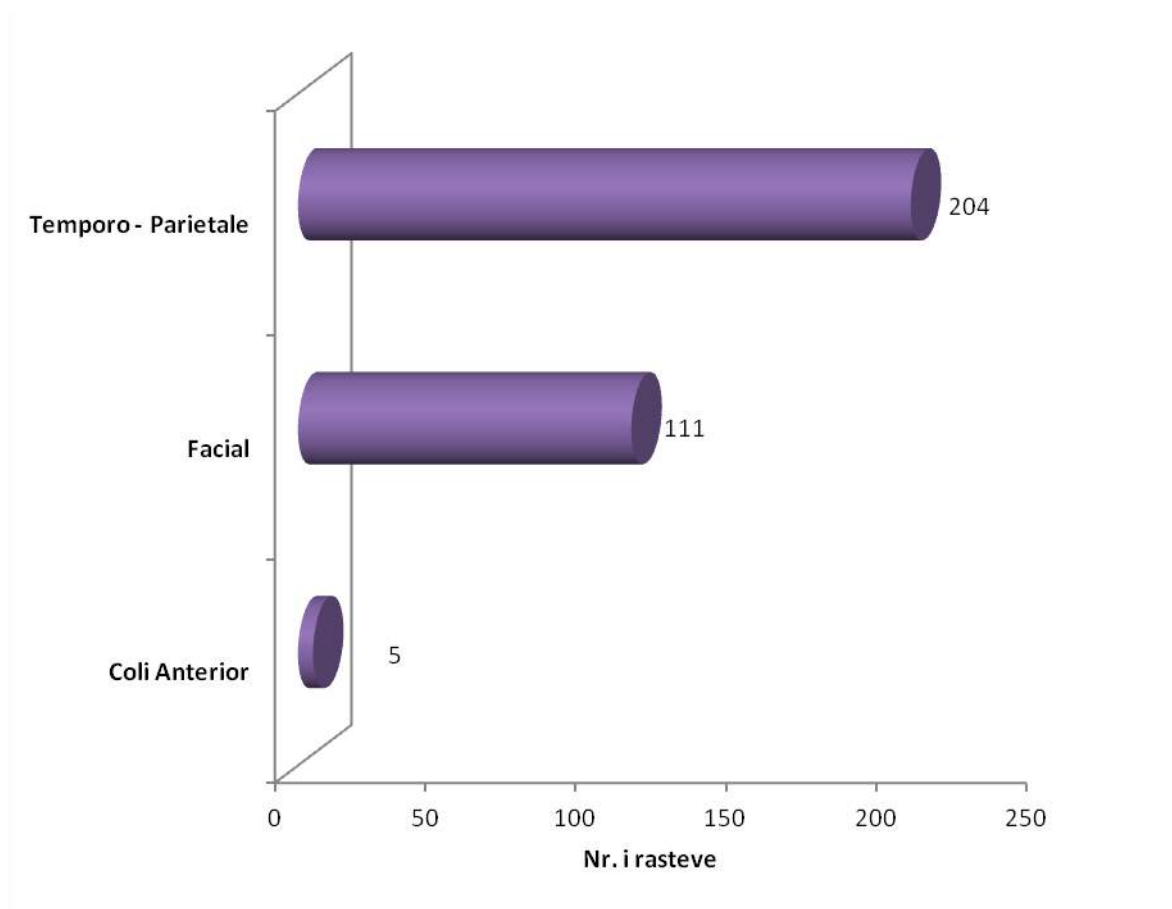
Në terrenin e politraumës dëmtimet nuk i perkasin një organi të veçuar por kur ato ndodhin, kanë karakter regional dhe janë në vartësi të shkakut dhe të forcës së ushtruar gjatë traumës.

**Tabela 21. Trauma në sferën ORL sipas regionit anatomik të përfshirë në dëmtim.**

<b>Regioni i Traumes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Colli Anterior	5	1.6
Facial	111	34.7
Temporo - Parietal	204	63.8
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2=185,9 \quad p<0.01$$

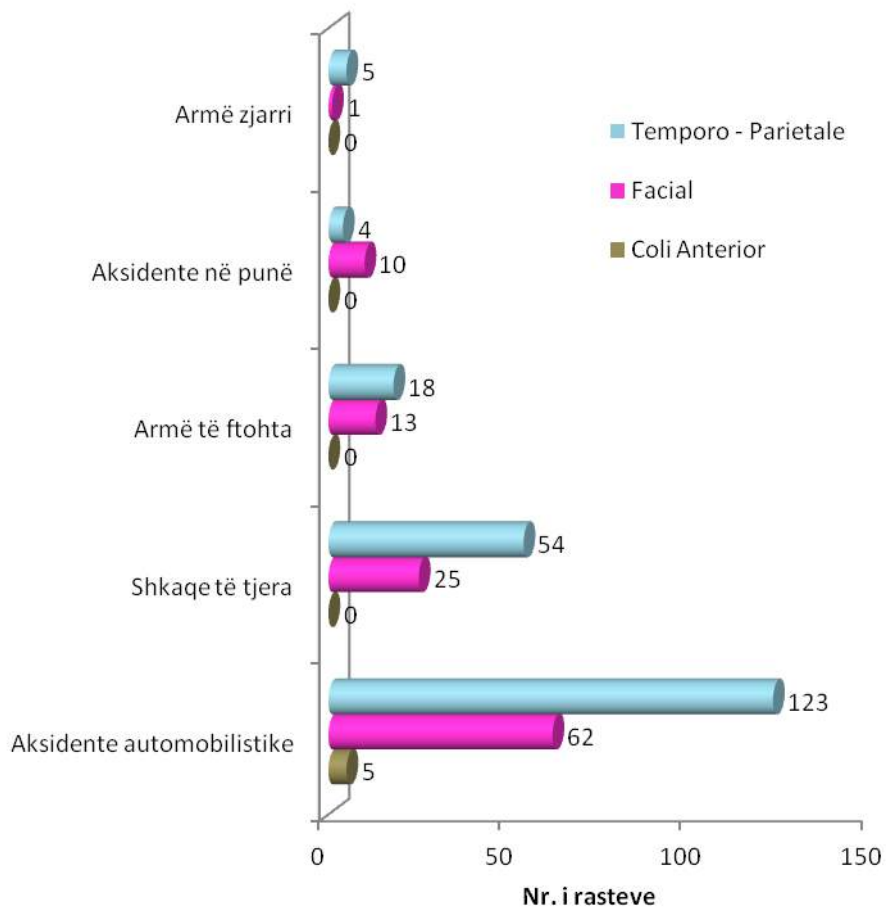
**Fig. 17 Regioni anatomik i përfshirë në dëmtim.**



**Tabela 22. Trauma në sferën ORL sipas regionit anatomik dhe shkakut.**

Shkaku i Traumës	Colli Anterior		Facial		Temporo Parietal		p
	N	%	N	%	N	%	
Aksidente automobilistike	5	2.6	62	32.6	123	64.7	<0.01
Shkaqe të tjera	0	-	25	31.6	54	68.4	<0.01
Armë të ftohta	0	-	13	41.9	18	58.1	>0.05
Aksidente në punë	0	-	10	71.4	4	28.6	>0.05
Armë zjarri	0	-	1	16.7	5	83.3	>0.05

**Fig. 18 Regioni anatomik dhe shkakut i traumës.**



### 3. 2. 6 Shkalla e rëndësisë së dëmtimit në traumat e regionit ORL.

Trauma ORL, sipas rëndësisë dhe shkallës së dëmtimit, shkakut të traumës, dhe në total. Theksohet që në kontekstin e politraumës, rastet e marra në studim kanë pësuar traumë të kokës në përgjithësi, dhe një prej objektivave është studimi i traumës në regionin ORL sipas rëndësisë së dëmtimit. Pacientët janë klasifikuar në dy grupe:

- pacientë me traumë kokë-qafë ku dëmtimet në sferën ORL janë më të shprehura dhe janë më të rëndësishme në krahasim me dëmtimet e sektorëve të tjerë, dhe
- pacientë të tjerë të politraumatizuar ku dëmtimet ORL dalin në plan të dytë, pasi dëmtimet kanë prekur organe apo sisteme më të rëndësishme nga pikpamja vitale. Rëndësia e dëmtimit nga trauma studiohet në krahasim me shkakun e traumës dhe në total.

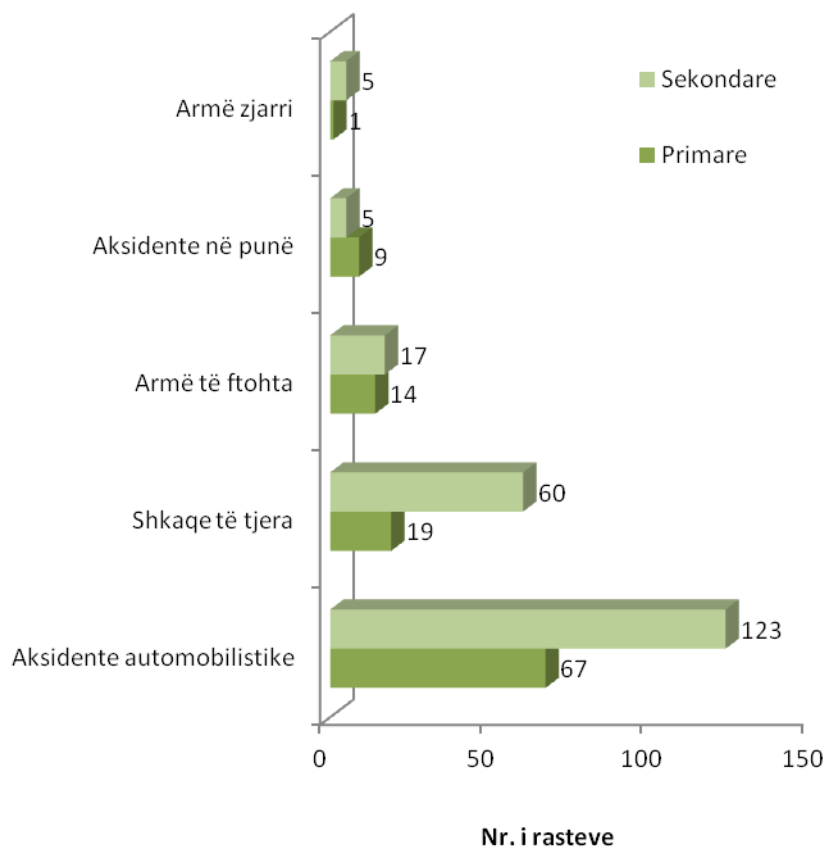
**Tabela 23. Trauma ORL sipas rëndësisë së dëmtimit.**

Lloji i Traumës	N	%
Primare	110	34.4
Sekondare	210	65.6
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2=185,9 \quad p<0.01$$

**Tabela 24. Trauma ORL sipas rëndësisë së dëmtimit dhe sipas shkakut.**

Shkaku i Traumës	Primare		Sekondare		P
	N	%	N	%	
Aksidente automobilistike	67	35.3	123	64.7	<0.01
Shkaqe të tjera	19	24.1	60	75.9	<0.01
Armë të ftohta	14	45.2	17	54.8	>0.05
Aksidente në punë	9	64.3	5	35.7	>0.05
Armë zjarri	1	16.7	5	83.3	>0.05

**Fig. 19** Shkalla e rëndësisë të dëmtimit sipas shkakut të traumës.

### 3. 2. 7 Frakturat e indit kockor në traumat e regionit ORL.

Nisur nga përdorimi rutinë i CT për gjithë pacientët me traumë në regionin kokë-qafë, i cili është një egzaminim me efektivitet të lartë në evidentimin e frakturave në regionin e kokës, si dhe nga rëndësia që kanë shfaqja e frakturave si një tregues i rëndësishëm mjekësor dhe ligjor për gjykimin mbi ashpërsinë e forcës së ushtruar që shërben në një farë mase dhe për vlerësimin e dëmtimit, në një pjesë të veçantë, i referohemi kockave kryesore të sferës ORL dhe përkatësisht:

kocka temporale, maksilare, zigomatike, mandibulare, nazale, orbitale, sinusi frontal.

Në rastet që janë hasur fraktura në më shumë se dy kocka të veçanta, ato janë grupuar në një pjesë të veçantë të quajtur fraktura mikse.

Frakturat e indit kockor janë studiuar në krahasim me shkakun, në veçanti dhe në total. Në regionin ORL ndodhen edhe kocka të tjera por në kontekst të pacientit me politraumë nuk janë studiuar në mënyrë të veçantë por janë grupuar në frakturat e kockave që kanë lidhje anatomike dhe funksionale.

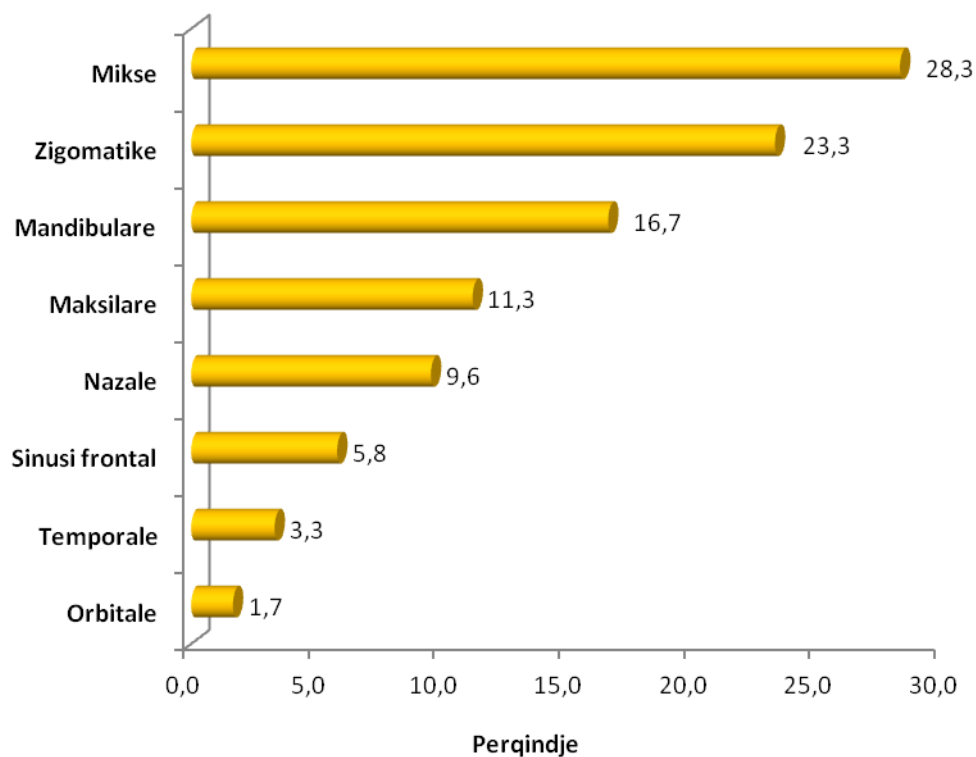
**Tabela 25. Frekuenca e hasjes së frakturave të indit kockor në traumat e regionit ORL.**

<b>Indi kockor</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Miks	68	28.3
Zigomatik	56	23.3
Mandibular	40	16.7
Maksilar	27	11.3
Nazal	23	9.6
Sinusi frontal	14	5.8
Temporal	8	3.3
Orbital	4	1.7
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2=123,1 \quad p<0.01$$

**Figura 20. Peshat specifike e frakturave të indit kockor në traumat e regionit ORL.**





**Tabela 26. Frekuenca e frakturave të indit kockor në traumat e regionit ORL sipas shkakut. Numri i rasteve.**

Frakturat e indit kockor									
Shkaku i Traumës	Mikse	Maksilar	Mandibular	Nazal	Orbital	Temporo- parietal	Zigomatik	Sinusi frontal	Total
Armë të ftohta	5	1	6	1	1	1	8	2	25
Armët ë Zjarrit	2	0	0	0	0	0	1	0	3
A. automobilistike	49	23	21	14	2	1	32	6	148
Aksidentet në Punë	8	0	1	0	0	0	3	0	12
Shkaqe të tjera	4	3	12	8	1	6	12	6	52
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>56</b>	<b>14</b>	<b>240</b>

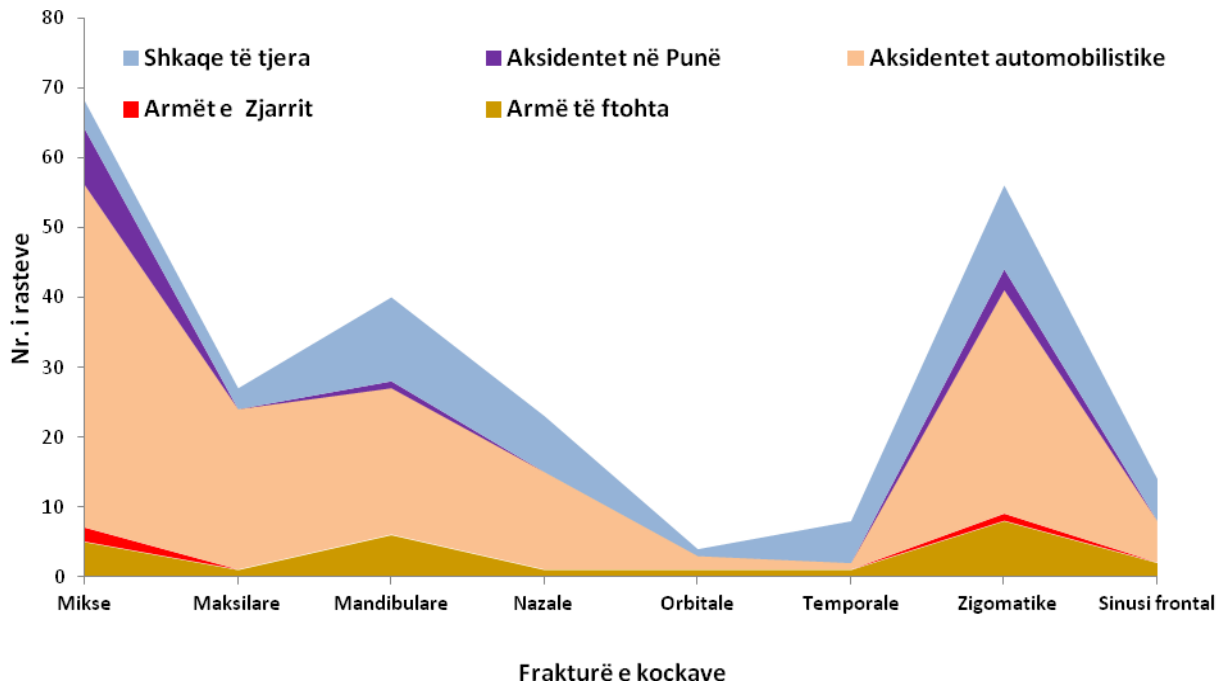
ANOVA & Student-Newman-Keuls post hoc test , F = 7.15  $p < 0.01$

**Tabela 27. Frekuenca e frakturave të indit kockor në traumat e regionit ORL sipas shkakut. Përqindje ndaj totalit.**

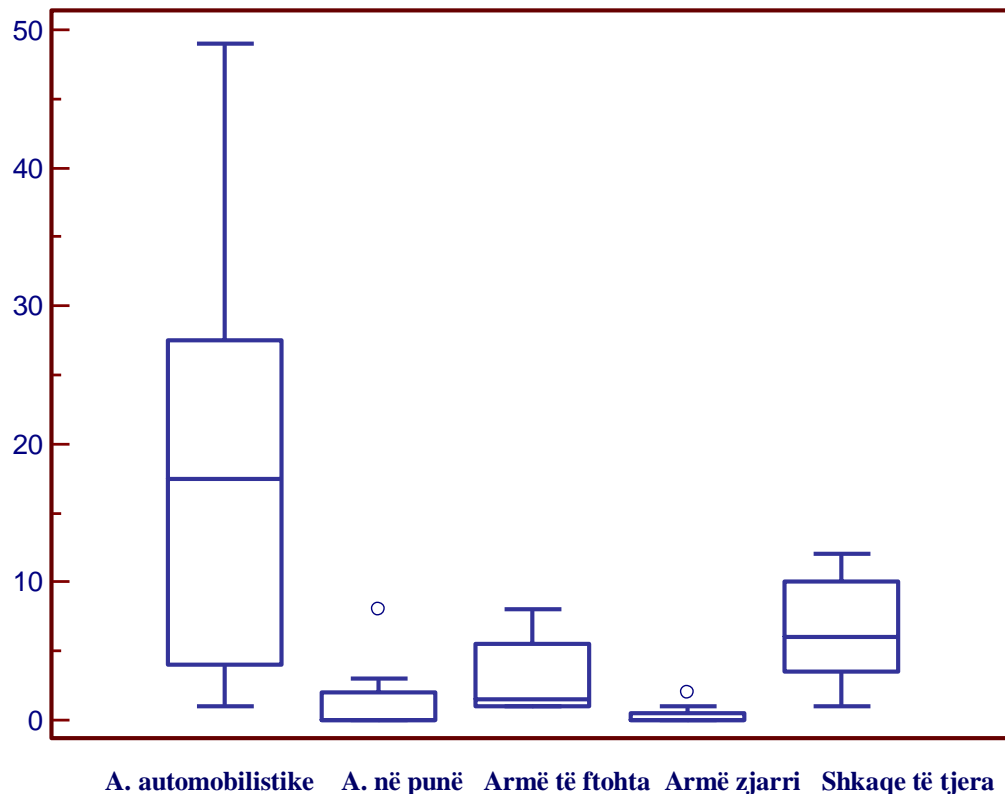
**Frakturat e indit kockor**

Shkaku i Traumës	Mikse	Maksilar	Mandibular	Nazal	Orbital	Temporo-parietal	Zigomatik	Sinusi frontal	Total
Armë të ftohta	20.0	4.0	24.0	4.0	4.0	4.0	32.0	8.0	100.0
Armët e Zjarrit	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	100.0
A. automobilistike	33.1	15.5	14.2	9.5	1.4	0.7	21.6	4.1	100.0
Aksidentet në Punë	66.7	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	100.0
Shkaqe të tjera	7.7	5.8	23.1	15.4	1.9	11.5	23.1	11.5	100.0

**Fig. 21** Frakturat e indit kockor në traumat e regionit ORL sipas shkakut.



**Fig. 22** Box-plot i numrit të frakturave sipas shkakut



### 3. 2. 8 Komplikacionet e traumës.

Pasojat më të rënda për pacientët që mbërrijnë në spital janë komplikacionet që ndodhin pas traumës deri në momentin e stabilizimit dhe monitorimit të gjendjes së përgjithshme. Traumet e regionit kokë-qafë shoqërohen me risk më të lartë për komplikacione të cilat janë në vartësi të dëmtimeve primare dhe të cilësisë së trajtimit mjekësor spitalor. Është shfrytëzuar ky rast për të krijuar një opinion mjekësor rreth komplikacioneve që ndodhin tek pacientët që mbërrijnë gjallë në spital dhe i nënshtrohen egzaminimeve diagnostikuese dhe trajtuese për traumet e regionit kokë-qafë në përgjithësi. Me komplikacion kuptohen rastet kur një shkak shkakton një pasojë dhe kjo pasojë shërben si një shkak për një dëmtim akoma dhe më të rëndë.

Komplikacionet janë ndarë në të herëshme dhe në të vonëshme. Në komplikacione të herëshme janë përfshirë:

pasojat që çenojnë ventilimin pulmonar, pasojat që lidhen me hemoragjinë, çrregullimet në lidhje me koshiencën e pacientit, komocioni cerebral, monoplegjia, hemiplegjia, tetraplegjia, epilepsia, kontuzioni cerebral, hemoragjia ekstradurale, subdurale, subaraknoidale, cerebrale, frakturat e basis crani, likuorin cerebro-spinal, pneumocela, paraliza e nervave kraniale. Në komplikacione të vonuara janë përfshirë, çrregullimet e ekuilibrit dhe të dëgjimit, çrregullimet e personalitetit, çrregullimet e kujtesës, konfuzioni, deliri, demenca, psikoza, epilepsia, gjendjet komatoze, parezat ose paralizat sensore ose motorre, meningiti, abcesi cerebral, meningocela, meningoencefalocela, likuoret persistente, muko-pyocelat, stenozaat e trakesë.

**Tabela 28. Lloji i komplikacioneve**

Komplikacione	N	%
Të herëshme	180	82.2
Të vonëshme	39	17.8
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2=89,5 \quad p<0.01$$

**Fig. 23 Numri dhe lloji i komplikacioneve**

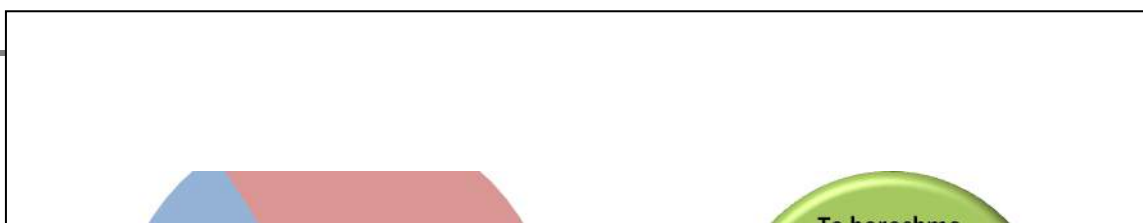
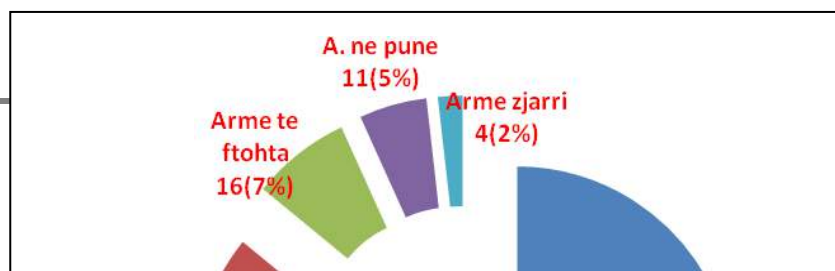


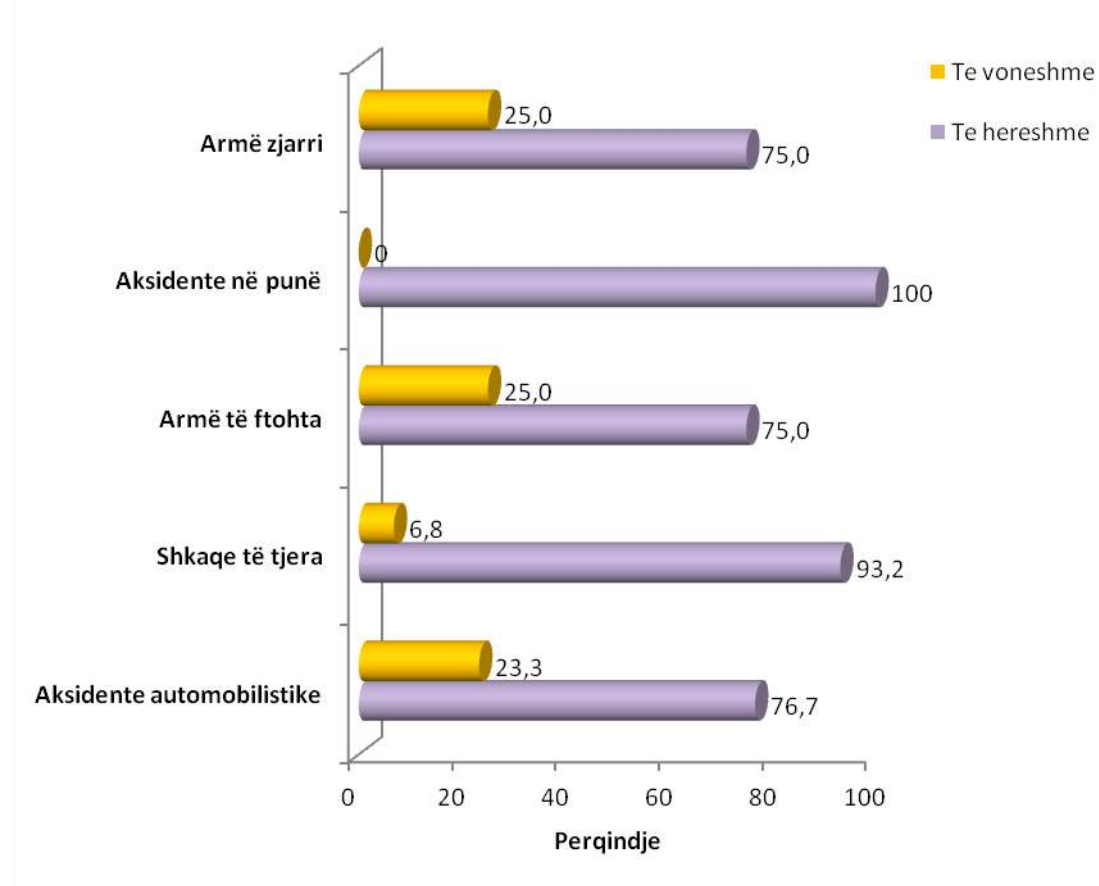
Tabela 29. Lloji i komplikacioneve sipas shkakut të traumës.

Shkaku i Traumës	Të hereshme		Të vonëshme		p
	N	%	N	%	
Aksidente automobilistike	99	76.7	30	23.3	<0.01
Shkaqe të tjera	55	93.2	4	6.8	<0.01
Armë të ftohta	12	75.0	4	25.0	>0.05
Aksidente në punë	11	100.0	0	0.0	<0.01
Armë zjarri	3	75.0	1	25.0	>0.05

Fig. 24 Shpërndarja e numrit total të komplikacioneve sipas kategorive (n=219)



**Fig. 25 Shpërndarja e llojit të komplikacioneve sipas shkakut të traumës.**



### **3. 2. 9 Rezultati përfundimtar i traumës të regionit ORL.**

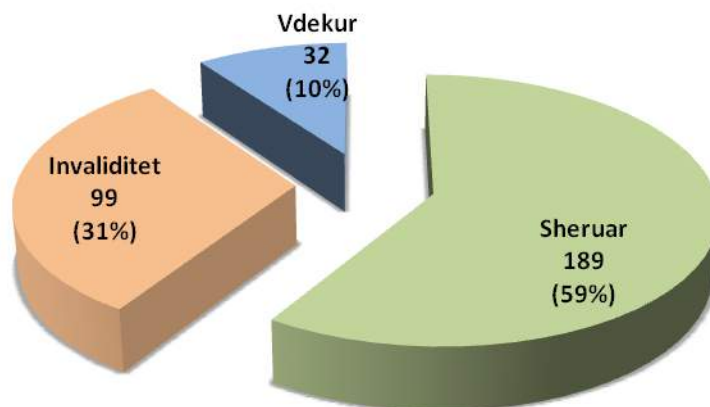
Nisur nga fakti që traumat e kokës në përgjithësi edhe kur mbrijnë gjallë në spital dhe trajtohen në mënyrë korrekte, ato përsëri kanë nevojë për trajtim të zgjatur në kohë dhe shpesh herë shoqërohen me pasoja për jetën, si edhe ka raste që megjithë trajtimin mjekësor përfundojnë në vdekje. Rezultatet përfundimtare të trajtimit të pacientëve me traumë në regionin kokë-qafë në përgjithësi dhe ORL në veçanti, janë studiuar duke i klasifikuar në tre grupe: përkatësisht pacientë që janë konsideruar shëruar në daljen nga spitali, pacientë që kanë marrë grup invaliditeti dhe në pacientë të dalë ne exitus nga spitali. Përfundimet studiohen në krahasim me shkakun, në veçanti dhe në total.

**Tabela 30. Rezultati përfundimtar i traumës me prekje të sferës ORL**

Përfundimi	N	%
Shëruar	189	59.1
Invaliditet	99	30.9
Vdekur	32	10.0
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2=116,4 \quad p<0.01$$

**Fig. 26 Rezultati përfundimtar i traumës me prekje të sferës ORL**



**Tabela 31. Rezultati përfundimtar i traumës me prekje të sferës ORL sipas shkakut**

Shkaku i Traumës	Shëruar		Invaliditet		Vdekur		P
	N	%	N	%	N	%	
A. automobilistike	106	55.8	59	31.1	25	13.2	<0.01
Shkaqe të tjera	55	69.6	20	25.3	4	5.1	<0.01
Armët e Ftohta	15	48.4	15	48.4	1	3.2	>0.05
Aksidentet në Punë	11	78.6	3	21.4	0	0.0	>0.05
Armet e Zjarrit	2	33.3	2	33.3	2	33.3	>0.05

Fig. 27 Rezultati përfundimtar i traumës me prekje të sferës ORL sipas shkakut

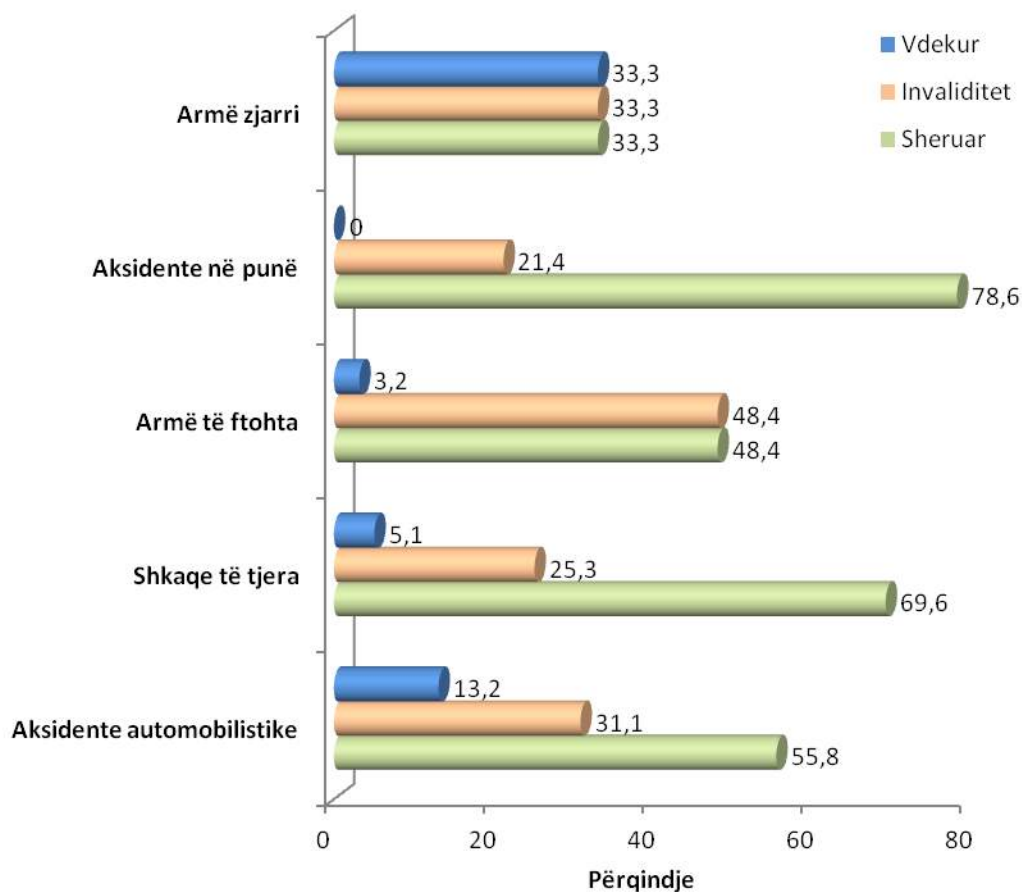
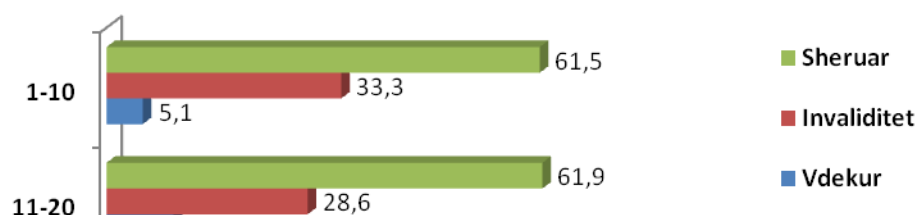


Tabela 32. Rezultati përfundimtar i traumës me prekje të sferës ORL sipas grupmoshës



Grupmosha (vite)	Shëruar		Invaliditet		Vdekur		p
	N	%	N	%	N	%	
<b>1-10</b>	24	61.5	13	33.3	2	5.1	<b>&lt;0.01</b>
<b>11-20</b>	26	61.9	12	28.6	4	9.5	<b>&lt;0.01</b>
<b>21-30</b>	39	60.0	22	33.8	4	6.2	<b>&lt;0.01</b>
<b>31-40</b>	41	67.2	16	26.2	4	6.6	<b>&lt;0.01</b>
<b>41-50</b>	28	60.9	16	34.8	2	4.3	<b>&lt;0.01</b>
<b>51-60</b>	17	51.5	14	42.4	2	6.1	>0.05
<b>61-70</b>	7	36.8	4	21.1	8	42.1	>0.05
<b>71-80</b>	7	50.0	2	14.3	5	35.7	>0.05
<b>81-90</b>	0	0.0	0	0.0	1	5.1	>0.05

**Fig. 28** Rezultati përfundimtar i traumës sipas grupmoshës



### **3. 2. 10 Ndikimi i faktorëve të riskut në rezultatin përfundimtar të traumës**

**Analiza multivariate****Tabela 33. Regresioni logjistik multivariat; (vdekje/mbijetesë)**

	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>	<b>P</b>
<b>Gjinia</b>			
Femra	1		
Meshkuj	2.6	0.8 – 8.1	0.08
<b>Grupmosha (vite)</b>			
1-10	1		
11-20	0.6	0.1– 3.9	0.6
21-30	0.4	0.1– 2.7	0.3
31-40	0.7	0.1– 4.5	0.7
41-50	0.3	0.1 – 3.1	0.3
51-60	0.5	0.1 – 4.3	0.5
61-70	<b>6.1</b>	<b>1.1 – 32.9</b>	<b>0.03</b>
71-80	<b>10.2</b>	<b>1.6 – 65.2</b>	<b>0.01</b>
81-90	<b>26.5</b>	<b>1.5 – 48.1</b>	<b>0.02</b>
<b>Shkaqet e Traumës</b>			
Armë të ftohta	1		
Armë zjarri	<b>58.3</b>	<b>3.7 – 90.7</b>	<b>0.003</b>
Aksidente automobilistike	<b>12.1</b>	<b>1.6 – 93.2</b>	<b>0.01</b>
Aksidente në punë	0.01	0.0 – >1.0E12	0.9
Shkaqe të tjera	0.3	0.03 – 3.1	0.3

Score 156.6      **p < 0.001**  
Likelihood Ratio 103.3      **p < 0.001**

**3. 3 Trajtimi Ambulator.**

Pacientët që trajtohen ambulatorisht janë raste që trajtimi i tyre konsiston kryesisht në trajtimin e plagës, por kjo procedurë kryesisht kryhet pasi janë përjashtuar dëmtimet e tjera të cilat nuk vërehen në momentin e parë. Trajtimi i plagës para se gjithash kërkon njohuri dhe eksperiencë të mjaftueshme mbi karakteristikat e plagëve, në lidhje me shkakun e traumës dhe me veçoritë e tjera që paraqet sfera ORL.

Nisur nga fakti që pacientët e trajtuar ambulatorisht paraqesin dëmtime më të lehta dhe pa kompromentim të gjendjes së përgjithëshme, të dhënat për ta janë studiuar veç nga të dhënat për pacientët që janë shtruar në spital. Pacientët e trajtuar ambulatorisht janë studiuar në lidhje me shkakun e traumës dhe gjeneralitetet e përgjithëshme të pacientëve, në lidhje në rëndësinë e traumës krahasuar me regionin ORL, në lidhje me llojin e plagës (e hapur / mbyllur), në lidhje me regionin e traumatizuar, (regioni facial, regionin temporo-parjetal, regionin i përparshëm i qafës).

### **3. 3. 1 Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe të dhënave socio-demografike.**

**Tabela 34. Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës, moshës, gjinisë, vendbanimit. Frekuencat absolute dhe relative.**

	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>P</b>
<b>Shkaqet e Traumës</b>			
Shkaqe të tjera	1014	83.4	
Aksidente automobilistike	98	8.1	
Armë të ftohta	98	8.1	
Aksidente në punë	5	0.4	
Armë zjarri	1	0.1	
			<b>&lt; 0.01</b>
<b>Grupmosha (vite)</b>			
1-10	229	18.8	
11-20	235	19.3	
21-30	262	21.5	
31-40	177	14.6	
41-50	134	11.0	
51-60	84	6.9	
61-70	57	4.7	
71-80	29	2.4	
81-90	9	0.7	
			<b>&lt; 0.01</b>
<b>Gjinia</b>			
Meshkuj	1012	83.2	
Femra	204	16.8	
			<b>&lt; 0.01</b>
<b>Vend banimi</b>			
Tiranë	1136	93.4	
Rrethe	80	6.6	
			<b>&lt; 0.01</b>

**Tabela 35. Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe gjinisë.**

Shkaku i traumës	Meshkuj		Femra		P
	N	%	N	%	
Shkaqe të tjera	838	82.6	176	17.4	<0.01
Aksidente automobilistike	80	81.6	18	18.4	<0.01
Armët e ftohta	89	90.8	9	9.2	<0.01
Aksidentet në punë	4	80.0	1	20.0	>0.05
Armët e zjarrit	1	100.0	0	0.0	>0.05

**Tabela 36. Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe vendbanimit.**

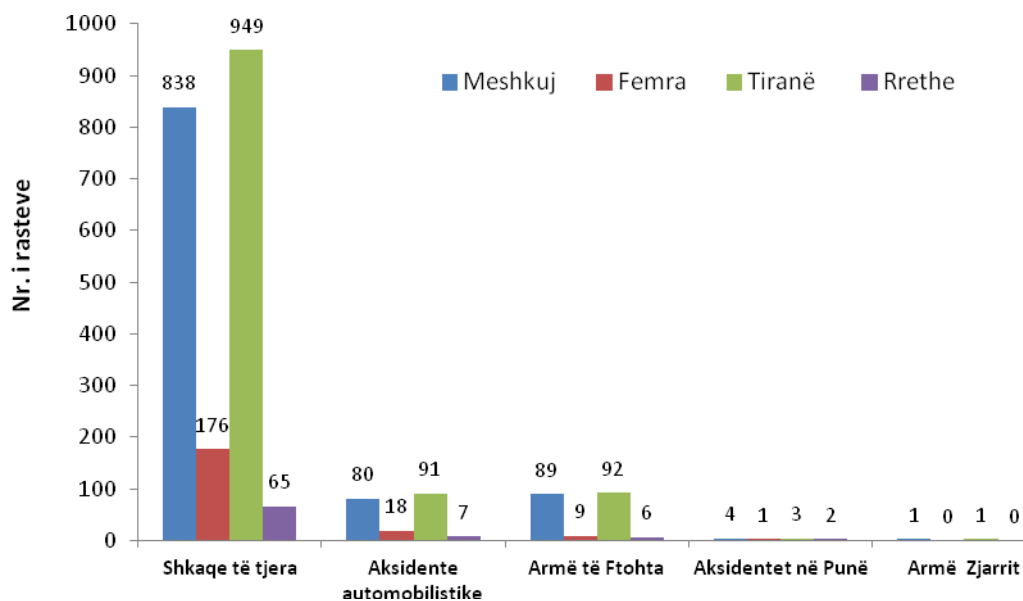
Shkaku i Traumës	Tirane		Rrethe		P
	N	%	N	%	
Shkaqe të tjera	949	93.6	65	6.4	<0.01
Aksidente automobilistike	91	92.9	7	7.1	<0.01
Armë të ftohta	92	93.9	6	6.1	<0.01
Aksidentet në punë	3	60.0	2	40.0	>0.05
Armë zjarrit	1	100.0	0	0.0	>0.05

**Tabela 37. Statistika e përmblodhur e moshës sipas shkakut; (vite)**

	Minimumi	25%	Mediana	75%	Maksimumi	Moda
Armë të ftohta	2	20	27	40	70	20
Armë zjarri	-	-	16	-	-	-
A. automobilistike	2	20	27	45	73	18
Aksidente në punë	2.	16	20	47	52	2
Shkaqe të tjera	1	14	25	42	88	5

Kruskal-Wallis H = 5.9 P=0.19

**Fig. 29 Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës, gjinisë dhe vendbanimit.**



### 3. 3. 2 Lloji i plagës të regionit ORL krahasuar me shkakun e traumës.

**Tabela 38. Shpërndarja e rasteve totale me traumë sipas llojit të plagës.**

Lloji i plagës	N	%
E mbyllur	29	2.4
E hapur	1187	97.6
<b>Total</b>	<b>1216</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 1100,9 \quad p < 0.01$$

**Tabela 39. Shpërndarja e llojit të plagës sipas shkaqeve të traumës**

Shkaku i Traumës	E mbyllur		E hapur		P
	N	%	N	%	
Shkaqe të tjera	27	2.7	987	97.3	<0.01
A. automobilistike	2	2.0	96	98.0	<0.01
Armët e ftohta	0	0.0	98	100.0	<0.01
Aksidentet në punë	0	0.0	5	100.0	>0.05
Armët e zjarrit	0	0.0	1	100.0	>0.05

**Fig. 30 Shpërndarja e llojit të plagës sipas shkaqeve të traumës**

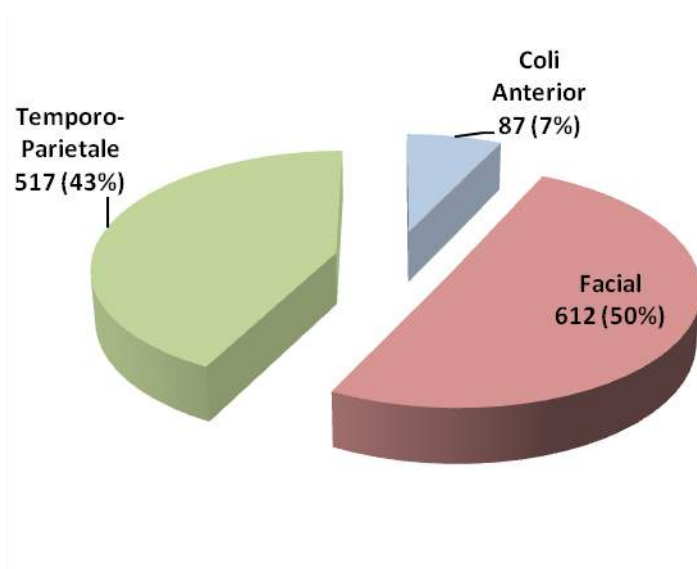


**3. 3. 3 Trauma sipas regionit anatomik ORL të përfshirë në dëmtim.**

**Tabela 40. Shpërndarja e rasteve me traumë sipas regionit anatomik.**

<b>Regioni i traumës</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Coli Anterior	87	7.2
Facial	612	50.3
Temporo-Parietale	517	42.5
<b>Total</b>	<b>1216</b>	<b>100.0</b>

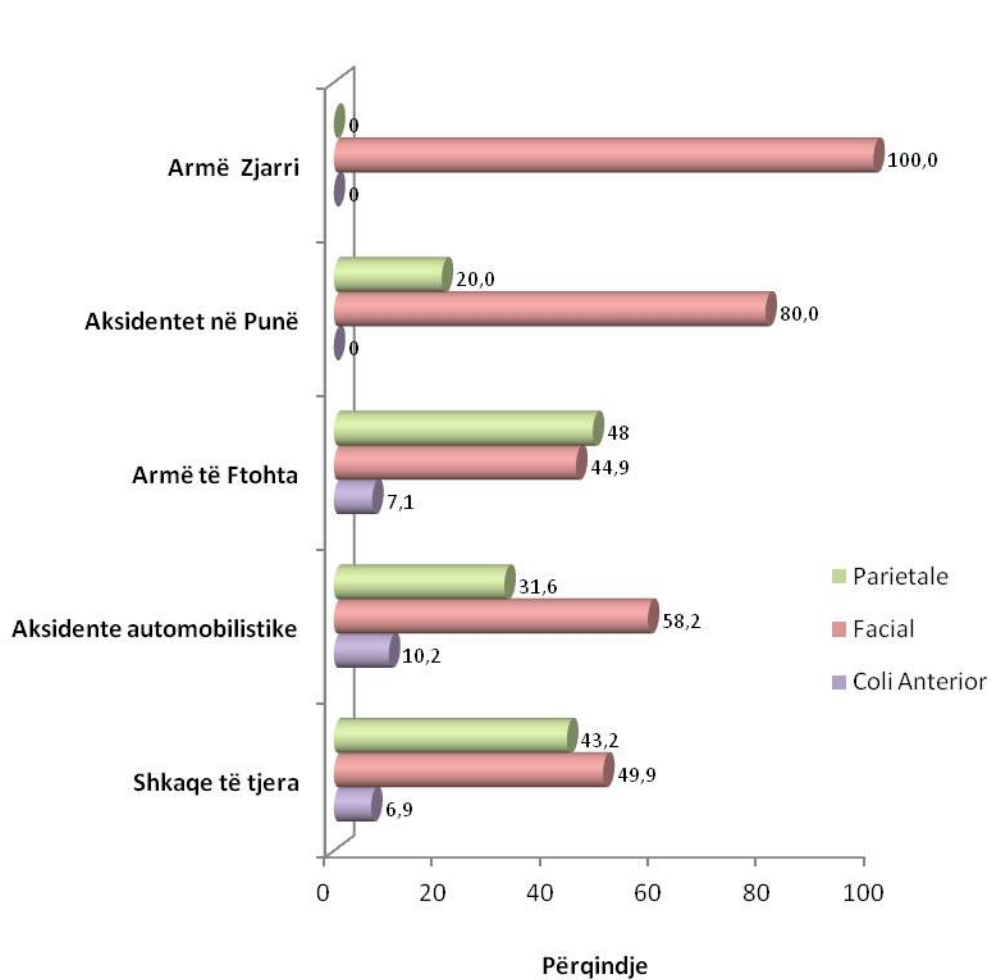
$$\chi^2 = 386 \quad p < 0.01$$

**Fig. 31 Shpërndarja e rasteve me traumë sipas regionit anatomik.**

**Tabela 41. Shpërndarja e rasteve me traumë sipas regionit anatomik dhe sipas shkaqeve të traumës**

Shkaqet e Traumës	Coli Anterior		Facial		Temporo/Parietal		p
	N	%	N	%	N	%	
Shkaqe të tjera	70	6.9	506	49.9	438	43.2	<0.01
A. automobilistike	10	10.2	57	58.2	31	31.6	<0.01
Armët e ftohta	7	7.1	44	44.9	47	48.0	<0.01
Aksidentet në punë	0	0.0	4	80.0	1	20.0	>0.05
Armët e zjarrit	0	0.0	1	100.0	0	0.0	>0.05

**Fig. 32 Shpërndarja e rasteve me traumë sipas regionit anatomik dhe sipas shkaqeve të traumës**



### 3.3.4 Shkalla e rëndësisë së dëmtimit në traumat e regionit ORL

**Tabela 42. Shpërndarja e rasteve me traumë sipas shkallës së rëndësisë të dëmtimit.**

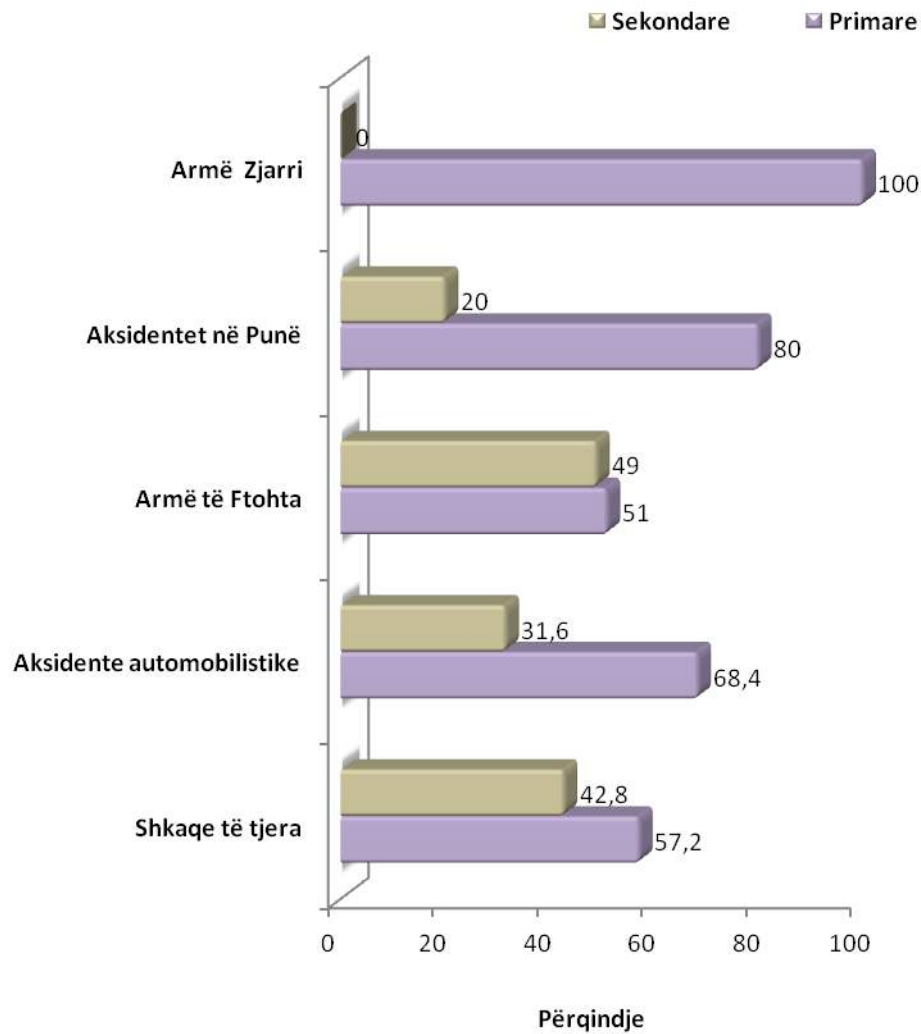
Loji i traumës	N	%
Primare	702	57.7
Sekondare	514	42.3
<b>Total</b>	<b>1216</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2=28.7 \quad p<0.01$$

**Tabela 43. Shpërndarja e rasteve me traumë sipas shkallës së rëndësisë të dëmtimit dhe sipas shkaqeve të traumës.**

Shkaku i Traumës	Primare		Sekondare		P
	N	%	N	%	
Shkaqe të tjera	580	57.2	434	42.8	<0.01
Aksidente automobilistike	67	68.4	31	31.6	<0.01
Armë të ftohta	50	51.0	48	49.0	>0.05
Aksidente në punë	4	80.0	1	20.0	>0.05
Armë zjarri	1	100.0	0	0.0	>0.05

**Fig. 33 Shpërndarja e rasteve me traumë sipas shkallës së rëndësisë të dëmtimit dhe sipas shkaqeve të traumës.**



**Rezultatet.****3. 1 Të dhëna mbi numrin total të rasteve të studimit**

Gjatë vitit 2007 janë paraqitur ambulatorisht dhe janë shtruar pranë Qendrës Kombëtare të Traumës gjithsej 14608 pacientë që kanë pësuar traumë në përgjithësi. Prevalenca e traumës të spherës ORL rezulton 10.5% (95% CI: 10.1 – 11.0). 1536 pacientë ose (10.5%) prej tyre paraqesnin prekje të spherës ORL, krahasuar me 13072 (80.5%) pacientë të cilët nuk paraqesnin prekje të spherës ORL. Ndryshimi ndërmjet tyre është statistikisht i rëndësishëm, ( $\chi^2=15.7$ ;  $p<0.01$ ).

2511 (17.2%) e totalit të pacientëve janë shtruar në spital ndërsa 12097 (82.8%) e tyre janë vizituar ambulatorisht. Ndryshimi ndërmjet tyre është statistikisht i rëndësishëm, ( $p<0.01$ ).

Traumat nga Shkaqe të tjera zënë peshën specifike kryesore në dëmtimet e spherës ORL me 1093 raste ose 71.2% (95%CI: 68.8 - 73.4) të numrit total të rasteve me traumë të spherës ORL të paraqitur në QKT. Në vendin e dytë renditen Aksidentet automobilistike me 288 raste ose 18.8% (95% CI: 16.9 - 20.8) të totalit. Në vendin e tretë renditen traumat nga Armët e ftohta me 129 raste ose 8.4% (95%CI: 7.1 - 9.8) ose të totalit. Traumat nga Aksidentet në punë renditen në vendin e katërt me 19 raste ose 1.2% (95% CI: 16.9 - 20.8) të totalit dhe në vendin e fundit renditen traumat nga Armët e zjarrit me 7 raste ose 0.5% (95%CI: 7.1 - 9.8) të totalit. Vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet kategorive të shkakut ( $p<0.01$ ).

Në studim morën pjesë 1536 pacientë, 1244(81%) meshkuj dhe 292(719%) femra me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ( $\chi^2=588.8$   $P<0.01$ ).

Mosha e pacientëve nuk i nënshtrohet shpërndarjes normale dhe si rrjedhojë është më e saktë mosha mediane në krahasim me moshën mesatare të pacientëve.

Mosha mediane e pacientëve pjesëmarrës në studim është 27 vjeç, 95%CI (26.0 – 28.0).

Prej totalit të pacientëve me prekje të spherës ORL vërehet që 1216 (79.2%) janë trajtuar ambulatorisht, numër ky katër herë më i madh krahasuar me 320 (20.8%) pacientë të shtruar. Ndryshimi ndërmjet tyre është statistikisht i rëndësishëm, ( $p<0.01$ ).

Vërehet mbizotërim i trajtimit spitalor në kategoritë e aksidenteve automobilistike, aksidenteve në punë dhe armëve të zjarrit me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me trajtimin ambulator ( $p<0.01$ ). Në kategoritë e tjera të shkakut vërehet mbizotërim i trajtimit ambulator, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me trajtimin spitalor ( $p<0.01$ ).

Vërehet që më të prekura janë grupmoshat <40 vjeç me përkatësisht 74.2%, të pacientëve të trajtuar ambulatorisht dhe 64.4% të pacientëve të trajtuar në spital. Me rritjen e moshës vërehet një trend në rënie i numrit të pacientëve ( $\chi^2$  for trend =19.4  $P<0.01$ ).

320 (12.7%) e pacientëve të shtruar paraqesnin prekje të spherës ORL, krahasuar me 2191 (87.3%) të cilët nuk paraqesnin prekje të spherës ORL. Ndryshimi ndërmjet tyre është statistikisht i rëndësishëm, ( $p < 0.01$ ).

1216 (10.1%) e pacientëve të paraqitur ambulatorisht paraqesnin prekje të spherës ORL, krahasuar me 10881 (89.9%) të cilët nuk paraqesnin prekje të spherës ORL. Ndryshimi ndërmjet tyre është statistikisht i rëndësishëm, ( $p < 0.01$ ).

Mosha mediane e pacientëve me traumë nga armët e ftohta është 28 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë  $< 21$  vjeç ndërsa 75% e tyre janë  $< 40$  vjeç. Mosha që haset më shpesh është 20 vjeç.

Mosha mediane e pacientëve me traumë prej armëve të zjarrit është 28 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë  $< 28$  vjeç ndërsa 75% e tyre janë  $< 44$  vjeç. Mosha që haset më shpesh është 28 vjeç.

Mosha mediane e pacientëve me traumë prej aksidenteve automobilistike është 32 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë  $< 21$  vjeç ndërsa 75% e tyre janë  $< 48$  vjeç. Mosha që haset më shpesh është 20 vjeç.

Mosha mediane e pacientëve me traumë prej aksidenteve në punë është 34 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë  $< 23$  vjeç ndërsa 75% e tyre janë  $< 47$  vjeç. Mosha që haset më shpesh është 47 vjeç.

Mosha mediane e pacientëve me traumë nga shkaqe të tjera është 25 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë  $< 13$  vjeç ndërsa 75% e tyre janë  $< 42$  vjeç. Mosha që haset më shpesh është 5 vjeç.

Theksohet mosha e re e pacientëve me traumë prej aksidenteve automobilistike, armëve të ftohta dhe armëve të zjarrit.

Vërehet mbizotërim i theksuar i grupmoshave të reja në të gjitha kategoritë e shkakut të traumës: 56.8% e pacientëve janë  $< 30$  vjeç, 72,3% janë  $< 40$  vjeç, dhe 84% e tyre  $< 50$  vjeç.

## 3.2 Trajtimi Spitalor

### 3. 2. 1 Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe të dhënave socio-demografike.

Në total janë 320 pacientë të marrë në studim me moshë mediane 35 vjeç. 232(72.5%) pacientë janë meshkuj dhe 88(27.5%) janë femra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ; ( $p < 0.01$ ). 174(54.4%) banojnë në Tiranë dhe 146(45.6%) banojnë në Rrethe të ndryshme të vendit. Nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm përsa i përket vendbanimit ; ( $p > 0.05$ ).

Vërehet mbizotërim i aksidenteve automobilistike në 190 (59.4%) pacientë, ndjekur nga shkaqe të tjera në 79 (24.7%) pacientë, nga armët e ftohta në 31 (9.7%) pacientë, aksidentet në punë në 14 (4.4%) pacientë dhe armët e zjarrit në 6 (1.9%) pacientë. Ndryshimi ndërmjet tyre është statistikisht i rëndësishëm, ( $\chi^2 = 360$ ,  $p < 0.01$ ).

Nga të dhënat e paraqitura në tabelën 1 vërehet që traumat nga Aksidentet Automobilistike zënë peshën specifike kryesore me 190 raste ose 59.4% të totalit të rasteve. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 36 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <22 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <50 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 20 vjeç. 138(72.6%) janë meshkuj dhe 52(27.4%) janë femra. 95(50%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 95(50%) në Rrethe.

Traumat nga Shkaqet e tjera zënë vendin e dytë në peshën specifike të traumës me 79 raste ose 24.7% të totalit të tyre. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 27 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <8 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <46 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 2 vjeç. 52(65.8%) pacientë janë meshkuj dhe 27(34.2%) janë femra. 51(64.6%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 28(35.4%) në Rrethe.

Trauma nga Armët e ftohta zë vendin e tretë në peshën specifike të traumës me 31 raste ose 9.6% të totalit. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 36 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <26 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <50 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 28 vjeç. 26 (83,9%) pacientë janë meshkuj dhe 5(16.1%) janë femra. 16(51.6%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 15(48.4%) në Rrethe.

Trauma nga Aksidentet në punë zë vendin e katërt me 14 raste ose 4.4% të peshës specifike totale të shkaqeve të traumës. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 34.5 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <30 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <40 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 23 vjeç. 10 (71,4%) pacientë janë meshkuj dhe 4(28.6%) janë femra. 9(64.3%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 5(35.7%) në Rrethe.

Trauma nga Armët e zjarrit haset në 6 pacientë ose 1.8% të totalit të peshës specifike. Moshë mediane rezultojnë 37 vjeç, 25% e pacientëve janë <28 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <44 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 28 vjeç. 100% e pacientëve janë të gjinisë mashkullore ndërsa 3 (50%) e tyre banojnë në Tiranë.

Vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm sipas gjinisë brenda kategorive, me mbizotërim të pacientëve meshkuj; ( $p < 0.01$ ).

Përveç kategorisë së traumës nga armët e ftohta, nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm sipas vendbanimit brenda kategorive.

Vërehet mbizotërim i theksuar i grupmoshave të reja në të gjitha kategoritë e shkakut të traumës.

64.7% e pacientëve janë <40 vjeç, 79,1% e tyre janë <50 vjeç.



### 3 .2. 2 Trajtimi mjekësor primar i pacientëve me prekje të regionit ORL në kuadër të politraumës sipas specialitetit.

Numri më i madh i pacientëve, 214 ose 67% e tyre janë trajtuar në repartin e Neurokirurgjisë, ndjekur nga reparti i ORL-MF (Maksilo - Facial) me 84 pacientë ose 26% të tyre dhe nga reparti i Terapisë Intensive me 22 pacientë ose 7% te tyre, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=180$ ,  $p<0.01$ )

Në repartin e Terapisë Intensive janë trajtuar 18 pacientë me traumë të shkaktuar prej aksidenteve automobilistike ose 9.5% e numrit total nga ky shkak ;  
Me traumë nga Shkaqe të tjera janë trajtuar 2 pacientë ose 2.5% e tyre ;  
Me traumë prej Armëve të ftohta dhe Armëve të zjarrit janë trajtuar nga 1 pacient ose përkatësisht 3.2% dhe 16.7% e tyre.

Në repartin ORL janë trajtuar 45 pacientë me traumë të shkaktuar prej aksidenteve automobilistike ose 23.7% e numrit nga ky shkak ;  
Me traumë nga Shkaqe të tjera janë trajtuar 16 pacientë ose 20.3% e tyre ;  
Me traumë prej Armëve të ftohta dhe Aksidenteve në punë janë trajtuar nga 10 pacientë ose përkatësisht 32.3% dhe 71.4% e tyre.  
Me traumë prej Armëve të zjarrit janë trajtuar 3 pacientë ose 50.0% e tyre.

Në repartin e Neurokirurgjisë janë trajtuar 127 pacientë me traumë të shkaktuar prej aksidenteve automobilistike ose 66.8% e numrit total nga ky shkak ;  
Me traumë nga Shkaqe të tjera janë trajtuar 61 pacientë ose 77.2% e tyre ;  
Me traumë prej Armëve të ftohta janë trajtuar nga 20 pacientë ose 64.5% e tyre.  
Me traumë prej Aksidenteve në punë janë shtruar 4 pacientë ose 28.6% e tyre.  
Me traumë prej Armëve të zjarrit janë shtruar 2 pacientë ose 33.3% e tyre.

Vërehet që numri më i madh i pacientëve brenda kategorive të shkakut të traumës është trajtuar në repartin e Neurokirurgjisë me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me repartet e tjera, ( $p,0.01$ ). Vetëm në kategorinë e traumës prej Armeve të zjarrit nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ( $p>0.05$ ).

### 3. 2. 3 Lloji i plagës të regionit ORL.

Numri më i madh i pacientëve, 165 ose 67% e tyre kanë plagë të mbyllur, ndjekur nga 104 pacientë ose 32.5% te tyre me plagë të hapur dhe 51 pacientë ose 15.9% te tyre me plagë mikse, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=61$ ,  $p<0.01$ )

Me plagë mikse rezultojnë :

35 pacientë me traumë të shkaktuar prej aksidenteve automobilistike ose 18.4% e numrit total të tyre prej këtij shkak;

9 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 11.4% e tyre ;

3 pacientë me traumë prej Armëve të ftohta ose 9.7% e tyre.

2 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 14.3% e tyre.

2 pacientë me traumë prej Armeve të zjarrit ose 33.3% e tyre.

Me plagë të mbyllur rezultojnë :

104 pacientë me traumë të shkaktuar prej aksidenteve automobilistike ose 54.7% e numrit total të tyre nga ky shkak ;

47 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 59.5% e tyre ;

10 pacientë me traumë prej Armeve të ftohta ose 32.3% e tyre.

4 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 28.6% e tyre.

Me plagë të hapur rezultojnë :

51 pacientë me traumë të shkaktuar prej Aksidenteve automobilistike ose 26.8% e numrit total nga ky shkak ;

23 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 29.1% e tyre ;

18 pacientë me traume prej Armeve të ftohta ose 58.1% e tyre.

8 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 57.1% e tyre.

4 pacientë me traumë prej Armëve të zjarrit ose 66.7% e tyre.

Vërehet që numri më i madh i pacientëve brenda kategorive të traumës prej Aksidenteve automobilistike, Shkaqeve të tjera dhe Armëve të ftohta kanë plagë të mbyllur me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me llojet e tjera të plagëve ( $p<0.01$ ).

Në kategorinë e traumës prej Aksidenteve në punë dhe Armëve të zjarrit nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ( $p>0.05$ ).

### 3. 2. 4 Thellësia e dëmtimit të regionit ORL prej traumës.

Vërehet mbizotërim i dëmtimeve mikse, që nënkupton dëmtime të indeve të buta dhe të indit kockor, në 276 pacientë ose 86.3% e numrit të rasteve të marrë në studim ndërsa dëmtim i indeve të buta vërehet në 44 pacientë ose 13,8% të numrit të rasteve me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=166,7$   $p<0.01$ ).

Sipas shkakut të traumës, me dëmtime të indeve të buta rezultojnë 21 pacientë me traumë prej aksidenteve automobilistike ose 11.1% e tyre nga ky shkak, 17 raste me traumë prej shkaqeve të tjera ose 21.5% e tyre, 4 pacientë me traumë prej Armëve të ftohta ose 12.9% e kësaj kategorie, 2 pacientë ose 14.3% e traumave nga aksidentet në punë.

Me dëmtime mikse rezultojnë 169 pacientë me traumë prej aksidenteve automobilistike ose 88.9% e tyre nga ky shkak, 62 raste me traumë prej shkaqeve të tjera ose 78.5% e tyre, 27 pacientë me traume prej Armëve të ftohta ose 87.0% e kësaj kategorie, 12 pacientë ose 85.7% e traumave nga aksidentet në punë, dhe 6 pacientë ose 100% e rasteve të traumave me armët e zjarrit.

Vërehet mbizotërim i dëmtimeve mikse tek të gjitha kategoritë e traumës me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me dëmtimet e indit të butë ( $p<0.01$ ).

### 3. 2. 5 Trauma sipas regionit anatomik ORL të përfshirë në dëmtim.

Vërehet mbizotërim i dëmtimeve të regionit Temporo-parietal në 204 pacientë ose 63.8% të numrit të rasteve të marrë në studim, ndjekur nga dëmtimet e regionit Facial në 111 pacientë ose 34.7% të rasteve, ndërsa dëmtim i regionit Colli anterior vërehet në 5 pacientë ose 1.6% te numrit të rasteve me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=185,9$   $p<0.01$ ).

Dëmtime në regionin Colli Anterior janë vërejtur vetëm në 5 pacientë me traumë prej aksidenteve automobilistike ose në 2.6% te totalit të tyre nga ky shkak.

Dëmtime në regionin Facial janë vërejtur:

Në 62 pacientë me traumë prej aksidenteve automobilistike ose në 2.6% te totalit të tyre nga ky shkak.

Në 25 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 31.6% të tyre ;

Në 13 pacientë me traumë prej Armeve të ftohta ose 41.9% të tyre.

Në 10 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 71.4% të tyre.

Në 1 pacient me traumë prej Armëve të zjarrit ose 16.7% të tyre

Dëmtime në regionin Temporo-parietal janë vërejtur:

Në 123 pacientë me traumë prej aksidenteve automobilistike ose në 64.7% të totalit të tyre nga ky shkak.

Në 54 pacientë me traumë nga Shkaqe te tjera ose 68.4% të tyre ;

Në 18 pacientë me traumë prej Armeve të ftohta ose 58.1% te tyre.

Në 4 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 28.6% të tyre.

Në 5 pacientë me traumë prej Armeve të zjarrit ose 83.3% të tyre

Vërehet mbizotërim i dëmtimeve të regionit Temporo-parietal krahasuar me regionet e tjerë brenda kategorive ‘Aksidente automobilistike’ dhe ‘Shkaqe të tjera’ me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p<0.01$ ).

### 3. 2. 6 Shkalla e rëndësisë së dëmtimit ne traumat e regionit ORL.

Vërehet mbizotërim i dëmtimeve Sekondare në 210 pacientë ose 65.6% të numrit të rasteve të marrë në studim, krahasur me dëmtimet Primare në 110 pacientë ose 34.4% të rasteve, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=185,9$   $p<0.01$ ).

Prej aksidenteve automobilistike janë vërejtur dëmtime primare në 67(35.3%) pacientë ndërsa dëmtime sekondare në 123 pacientë ose në 64.7% të totalit të tyre nga ky shkak.

Prej traumës nga Shkaqe të tjera janë vërejtur dëmtime primare në 19(24.1%) pacientë ndërsa dëmtime sekondare në 60 pacientë ose në 75.9% të totalit të tyre.

Prej traumës nga Armëve të ftohta janë vërejtur dëmtime primare në 14(45.2%) pacientë ndërsa dëmtime sekondare në 17 pacientë ose në 54.8% të totalit të tyre.

Prej traumës nga Aksidentet në punë janë vërejtur dëmtime primare në 9(64.3%) pacientë ndërsa dëmtime sekondare në 5 pacientë ose në 35.7% të totalit të tyre.

Prej traumës nga Armëve të zjarrit janë vërejtur dëmtime primare në 1(16.7%) pacientë ndërsa dëmtime sekondare në 5 pacientë ose në 83.3% të totalit të tyre.

Në kategoritë ‘Aksidente automobilistike’ dhe ‘Shkaqe të tjera’ vërehet mbizotërim i dëmtimeve sekondare me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me dëmtimet primare ( $p<0.01$ ).

Brenda kategorive të tjera, nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet dëmtimeve primare dhe sekondare, ( $p <0.05$ ).

### 3. 2. 7 Frakturat e indit kockor në traumat e regionit ORL.

240 pacientë rezultojnë me fraktura të kockave ORL ose 75% e numrit të pacientëve të marrë në studim, ose 88.8% e frakturave të regionit kokë-qafë.

Vërehet mbizotërim i frakturave mikse, që nënkupton fraktura të më shumë se një kocke në sferen ORL në të njëjtën kohë, në 68 pacientë ose në 28.3% të totalit të tyre, ndjekur nga frakturat e indit kockor zigomatik në 56 pacientë ose në 23.3% të totalit të tyre dhe frakturat e indit kockor mandibular në 40 pacientë ose në 16.7% të tyre.

Frakturat e indit kockor maksilar vërehen në 27 pacientë ose në 11.3% të totalit të tyre.

Frakturat e indit kockor nazal vërehen në 23 pacientë ose në 9.6% të totalit të tyre.

Frakturat sinusit frontal vërehen në 14 paciente ose në 5.8% të totalit të tyre.

Frakturat e indit kockor temporal vërehen në 8 pacientë ose në 3.3% të totalit të tyre.

Frakturat e indit kockor orbital janë vërejtur vetëm në 4 pacientë dhe klasifikohen në vendin e fundit me 1.7% të totalit të tyre.

Vërehet që numri më i madh i frakturave është shkaktuar nga Aksidentet automobilistike në 148 pacientë ose në 61.7% të tyre, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me të gjithë kategoritë e tjera të shkakut të traumave (ANOVA & Student-Newman-Keuls post hoc test,  $F = 7.15$   $p < 0.01$ )

Në vendin e dytë klasifikohen frakturat nga shkaqet e tjera në 52 pacientë ose 21.7% të totalit të tyre, ndjekur nga frakturat e shkaktuara prej Armeve të ftohta në 25 pacientë ose 10.4% të totalit të tyre dhe frakturat e shkaktuara prej aksidenteve në punë në 12 pacientë ose në 5.0% të totalit të tyre. Frakturat prej armëve të zjarrit janë vërejtur në 3 pacientë ose në 1.3% të totalit të tyre.

Me frakturë mikse rezultojnë :

5 pacientë me traumë të shkaktuar prej Armëve të ftohta ose 20% e numrit total të tyre nga ky shkak;

2 pacientë me traumë prej Armëve të zjarrit ose 66.7% e tyre.

49 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 14.3% e tyre

8 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 66.7% e tyre.

4 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 7.7% e tyre ;

Me frakturë të indit kockor maksilar rezultojnë :

1 pacient me traumë të shkaktuar prej Armeve të ftohta ose 4% e numrit total të tyre ;

23 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 15.5% e tyre

3 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 5.8% e tyre ;

Me frakturë të indit kockor mandibular rezultojnë :

6 pacientë me traumë të shkaktuar prej Armeve të ftohta ose 24% e numrit total të tyre ;

21 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 14.2% e tyre

1 pacient me traumë prej Aksidenteve në punë ose 8.3% e tyre.

12 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 23.1% e tyre ;

Me frakturë të indit kockor nazal rezultojnë :

1 pacient me traumë të shkaktuar prej Armëve të ftohta ose 4% e numrit total të tyre ;

14 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 9.5% e tyre

8 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 15.4% e tyre ;

Me frakturë të indit kockor orbital rezultojnë :

1 pacient me traumë të shkaktuar prej Armëve të ftohta ose 4% e numrit total të tyre ;

2 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 1.4% e tyre

- 1 pacient me traumë nga Shkaqe të tjera ose 1.9% e tyre ;  
    Me frakturë të indit kockor temporal rezultojnë :  
1 pacient me traumë të shkaktuar prej Armeve të ftohta ose 4% e numrit total të tyre ;  
1 pacient me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 0.7% e tyre  
6 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 11.5% e tyre ;  
    Me frakturë të indit kockor zigomatik rezultojnë :  
8 pacientë me traumë të shkaktuar prej Armëve të ftohta ose 32% e numrit total të tyre ;  
1 pacient me traumë prej Armëve të Zjarrit ose 33.3% e tyre.  
32 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 21.6% e tyre  
3 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 25% e tyre.  
12 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 23.1% e tyre ;  
    Me frakturë të sinusit frontal rezultojnë :  
2 pacientë me traumë të shkaktuar prej Armëve të ftohta ose 8% e numrit total të tyre ;  
6 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 4.1% e tyre  
6 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 11.5% e tyre ;

### 3. 2. 8 Komplikacionet e traumës.

Komplikacione janë vërejtur në 219 pacientë ose 68% e numrit të pacientëve që janë marrë në studim.

Prej tyre, komplikacione të herëshme janë vërejtur në 180 pacientë ose 82.2% te tyre, ndërsa komplikacione të vonëshme janë vërejtur në 39 pacientë ose 17.8 të pacientëve të cilët kanë manifestuar komplikacione, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=89,5$   $p<0.01$ )

Prej traumës nga Aksidentet automobilistike janë shfaqur komplikacione në 129 pacientë të cilët përbëjnë 40.3% të totalit të pacientëve në studim dhe 59% të numrit total të komplikacioneve.

Prej tyre, 99(76.7%) komplikacione janë të herëshme dhe 30(23.3%) të vonëshme, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p<0.01$ ).

Prej traumës nga Shkaqe të tjera janë shfaqur komplikacione në 59 pacientë të cilët përbëjnë 18.4% të totalit të pacientëve në studim dhe 27% të numrit total të komplikacioneve.

Prej tyre, 55(93.2%) komplikacione janë të herëshme dhe 4(6.8%) të vonëshme, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p<0.01$ ).

Prej traumës nga Armë të ftohta janë shfaqur komplikacione në 16 pacientë të cilët përbëjnë 5% të totalit të pacientëve në studim dhe 7% të numrit total të komplikacioneve.

Prej tyre, 12(75%) komplikacione janë të herëshme dhe 4(25%) të vonëshme, pa ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p>0.05$ ).

Prej traumës nga Aksidente në punë janë shfaqur komplikacione në 11 të cilët përbëjnë 3.4% e totalit të pacientëve në studim dhe 5% të numrit total të komplikacioneve.

100% e këtyre komplikacioneve janë të herëshme.

Prej traumës nga Armë zjarri janë shfaqur komplikacione në 4 pacientë të cilët përbëjnë 1.3% të totalit të pacientëve në studim dhe 2% të numrit total të komplikacioneve.

Prej tyre, 3(75%) komplikacione janë të herëshme dhe 1(25%) të vonëshme, pa ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p>0.05$ ).



### 3. 2. 9 Rezultati përfundimtar i traumës të regionit ORL.

Vërehet që shumica e pacientëve, 189 ose 59% e tyre janë shëruar, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet kategorive ( $\chi^2=116,4$   $p<0.01$ ).

99 pacientë ose 31% e tyre kanë përfunduar me invaliditet dhe 32 pacientë ose 10% e tyre kanë përfunduar në exitus.

106 pacientë me traumë prej aksidenteve automobilistike ose 55.8% e tyre nga ky shkak janë shëruar, 59 pacientë ose 31% e tyre rezultuan në invaliditet ndërsa 25 ose 13.2% e tyre përfunduan në exitus. Vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet tre përfundimeve të kësaj kategorie, ( $p<0.01$ )

55 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 69.6% e tyre janë shëruar, 20 pacientë ose 25.3% e tyre rezultuan në invaliditet ndërsa 4 pacientë ose 5.1% e tyre përfunduan në exitus. Vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet tre përfundimeve të kësaj kategorie, ( $p<0.01$ )

15 pacientë me traumë prej Armëve të ftohta ose 48.4% e tyre janë shëruar, 15 pacientë ose 48.4% e tyre rezultuan në invaliditet ndërsa 1 pacient ose 3.2% e tyre përfunduan në exitus. Nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet tre përfundimeve të kësaj kategorie, ( $p>0.05$ ).

11 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 78.6% e tyre janë shëruar, dhe 3 pacientë ose 21.4% e tyre rezultuan në invaliditet. Nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet dy përfundimeve të kësaj kategorie, ( $p>0.05$ ).

Përsa i përket traumave prej Armëve të zjarrit, kanë rezultuar nga 2 pacientë për secilin përfundim ose përkatesisht nga 33.3% për secilin përfundim.

Nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet tre përfundimeve të kësaj kategorie, ( $p>0.05$ ).

Vërehet që përqindja më e lartë e shërimit është në grupmoshat nën 50 vjeç me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tre përfundimeve të kësaj kategorie, ( $p<0.01$ ).

### 3. 2. 10 Ndikimi i faktorëve të riskut në rezultatin përfundimtar të traumës

Në analizën multivariate nëpërmjet metodës së regresionit logjistik e cila kontrollon për konfunduesit e mundshëm, vërehet që grupmoshat >60 vjeç, Armët e zjarrit dhe Aksidentet automobilistike janë faktorë të cilët rrisin riskun e pacientit për të përfunduar në exitus.

Grupmoshat >60 vjeç kanë më tepër gjasa për të vdekur sesa grupmoshat më të reja, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. (**p<0.05**).

Gjithashtu, Armët e zjarrit dhe Aksidentet automobilistike janë dy nga shkaqet e traumës të cilat kanë shumë herë më tepër gjasa për të rezultuar në vdekje krahasuar me shkaqet e tjera (**p<0.05**).

Nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm përsa i përket riskut për exitus ndërmjet dy gjinive (RR 1.3 ; 95%CI (0.5 – 3.2) ; p=0.7)

### 3. 3 Trajtimi ambulator.

#### 3. 3. 1 Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe të dhënave socio-demografike.

Në total janë 1216 pacientë të marrë në studim me moshë mediane 35 vjeç. 1012(83.2%) pacientë janë meshkuj dhe 204(16.8%) janë femra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ; ( $p < 0.01$ ). 1136(93.4)% banojnë në Tiranë dhe 80(6.6%) banojnë në Rrethe të ndryshme të vendit. Vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm përsa i përket vendbanimit ; ( $p < 0.01$ ).

Vërehet mbizotërim i Shkaqeve të tjera në 1014(83.4%) pacientë, ndjekur nga aksidentet automobilistike dhe Armë të ftohta me nga 98(8.1%) pacientë secila kategori, aksidentet në punë në 5(0.4%) pacientë dhe armët e zjarrit me 1(0.1%) pacientë. Ndryshimi ndërmjet tyre është statistikisht i rëndësishëm, ( $\chi^2 = 360$ ,  $p < 0.01$ ).

Nga të dhënat e paraqitura në tabelën 34 vërehet që traumat nga Shkaqet e tjera zënë peshën specifike kryesore me 1014 raste ose 83.4% të totalit të rasteve. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 25 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <14 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <42 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 5 vjeç. 838(82.6%) janë meshkuj dhe 176(17.4%) janë femra. 949(93.6%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 65(6.4%) në Rrethe.

Traumat nga Aksidentet automobilistike zënë vendin e dytë në peshën specifike të traumës me 98 raste ose 8.1% të totalit të tyre. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 27 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <20 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <45 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 18 vjeç. 80(81.6%) pacientë janë meshkuj dhe 18(18.4%) janë femra. 91(92.9%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 7(7.1%) në Rrethe.

Trauma nga Armët e ftohta zë vendin e tretë në peshën specifike të traumës me 98 raste ose 8.1% të totalit. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 27 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <20 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <40 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 20 vjeç. 89 (90.8%) pacientë janë meshkuj dhe 9(9.2%) janë femra. 92(93.9%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 6(6.1%) në Rrethe.

Trauma nga Aksidentet në punë zë vendin e katërt me 5 raste ose 0.4% të peshës specifike totale të shkaqeve të traumës. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 20 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <16 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <47 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 2 vjeç. 4 (80%) pacientë janë meshkuj dhe 1(20%) janë femra. 3(60%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 2(40%) në Rrethe.

Trauma nga Armët e zjarrit haset në 1 pacient ose 0.1% të totalit të peshës specifike. Moshë e pacientit është 16 vjeç, është i gjinisë mashkullore dhe banon në Tiranë.

Vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm sipas gjinisë dhe vendbanimit brenda kategorive, me mbizotërim të pacientëve meshkuj dhe me banim në Tiranë në kategoritë: “Shkaqe të tjera”, “Aksidente automobilistike” dhe “Armë të ftohta” ( $p < 0.01$ ).

Nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm sipas gjinisë dhe vendbanimit në dy kategoritë e tjera.

Vërehet mbizotërim i theksuar i grupmoshave të reja në të gjitha kategoritë e shkakut të traumës.

59,6% e pacientëve janë <30 vjeç dhe 74,2% e tyre janë <40 vjeç.

### 3. 3. 2 Lloji i plagës të regionit ORL krahasuar me shkakun e traumës.

Pothuajse të gjithë pacientët, 1187 ose 97.6% e tyre kanë plagë të hapura, dhe vetëm 29 pacientë ose 2.4% e tyre kanë plagë të mbyllur me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=1100,9$   $p<0.01$ )

Në shpërndarjen e llojit të plagëve sipas shkakut rezulton që :

987 pacientë me traumë të shkaktuar nga Shkaqe të tjera ose 97.3% e numrit total të tyre nga ky shkak kanë plagë të hapura dhe 27 pacientë ose 2.7% e tyre kanë plagë të mbyllura ;

96 pacientë me traumë të shkaktuar prej Aksidenteve automobilistike ose 98% e numrit total të tyre kanë plagë të hapura dhe 2 pacientë ose 2% e tyre kanë plagë të mbyllura ;

98 pacientët me traumë të shkaktuar prej Armëve të ftohta ose 100% e tyre kanë plagë të hapura ;

5 pacientët me traumë të shkaktuar prej Aksidenteve në punë dhe pacienti me traumë nga Armët e zjarrit ose përkatësisht 100% e tyre kanë plagë të hapura ;

### 3. 3. 3 Trauma sipas regionit anatomik ORL te përfshirë në dëmtim.

Vërehet mbizotërim i lehtë i dëmtimeve të regionit Facial në 612 pacientë ose 50% të numrit të rasteve të marrë në studim, ndjekur nga dëmtimet e regionit Temporo-parietal në 517 pacientë ose 43% të rasteve, ndërsa dëmtim i regionit Colli anterior vërehet në 87 pacientë ose 7% të numrit të rasteve me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=386$   $p<0.01$ ).

Dëmtime në regionin Colli Anterior janë vërejtur:

Në 70 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose në 6.9% të totalit të tyre nga ky shkak.  
Në 10 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose në 10.2% të totalit të tyre.  
Në 7 pacientë me traumë nga Armë të ftohta ose në 7.1% të totalit të tyre.

Dëmtime në regionin Facial janë vërejtur:

Në 506 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose në 49.9% të totalit të tyre nga ky shkak.

Në 57 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 58.8% të tyre ;

Në 44 pacientë me traumë prej Armëve të ftohta ose 44.9% të tyre.

Në 4 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 80% të tyre.

Në 1 pacient me traumë prej Armëve të zjarrit ose 100% të tyre

Dëmtime në regionin Temporo - parietal janë vërejtur:

Në 438 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 43.2% të tyre nga ky shkak;

Në 31 pacientë me traumë prej Aksidenteve automobilistike ose 31.6% të tyre ;

Në 47 pacientë me traumë prej Armëve të ftohta ose 48% të tyre.

Në 1 pacient me traumë prej Aksidenteve në punë ose 100% të tyre.

Brenda kategorive të shkakut, vërehet mbizotërim i dëmtimeve të regionit Facial me ndryshim statistikisht të rëndësishëm vetëm me dëmtimet e regionit Colli Anterior ndërsa nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm me regionin Temporo-parietal.

### 3. 3. 4 Shkalla e rëndësisë së dëmtimit në traumat e regionit ORL.

Vërehet mbizotërim i dëmtimeve Primare në 702 pacientë ose 57.7% të numrit të rasteve të marrë në studim, krahasur me demtimet Sekondare në 514 pacientë ose 42.3% të rasteve, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=185,9$   $p<0.01$ ).

Prej traumës nga Shkaqe të tjera janë vërejtur dëmtime primare në 580(57.2%) pacientë ndërsa dëmtime sekondare në 434 pacientë ose në 42.8% të totalit të tyre nga ky shkak.

Prej aksidenteve automobilistike janë vërejtur dëmtime primare në 67(68.4%) pacientë ndërsa dëmtime sekondare në 31 pacientë ose në 31.6% të totalit të tyre.

Prej traumës nga Armëve të ftohta janë vërejtur dëmtime primare në 50(51%) pacientë ndërsa dëmtime sekondare në 48 pacientë ose në 49% të totalit të tyre.

Prej traumës nga Aksidentet në punë janë vërejtur dëmtime primare në 4(80%) pacientë ndërsa dëmtime sekondare në 1 pacient ose në 20% të totalit të tyre.

Prej traumës nga Armëve të zjarrit janë vërejtur dëmtime primare në 1 pacient ose në 100% të totalit të tyre.

Brenda kategorive ‘Shkaqe të tjera’ dhe ‘Aksidente automobilistike’ vërehet mbizotërim i dëmtimeve primare me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me demtimet sekondare ( $p<0.01$ ).

Brenda kategorive të tjera, nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet dëmtimeve primare dhe sekondare, ( $p <0.05$ ).

## IV DISKUTIM

### 3 .2. 1 Shkaku i traumës dhe të dhënat socio-demografike.

Diskutim në lidhje me të dhënat e përgjithëshme për pacientët e paraqitur në urgjencën e traumës dhe për trajtimin paraprak në momentin e parë.

Spitali ku janë mbledhur të dhënat është Spitali Ushtarak Qendror Universitar, Tiranë dhe konkretisht Qendra Kombëtare e Traumës e cila ka filluar ta kryejë këtë funksion qysh prej vitit 1993 dhe ka marrë këtë emër prej vitit 1997. Qendra Kombëtare e Traumës është e përbërë nga shërbimi i Urgjencës, shërbimi i Terapisë Intensive, dy shërbime të Kirurgjisë të Përgjithëshme dy shërbime Traumatologji-Ortopedi, shërbimi i Neurokirurgjisë, shërbimi i ORL- Maxilofacial-Okulistikë dhe Blloku i Sallave të operacionit. Ekipi i mjekëve të shërbimit të urgjencës përbëhet prej dy mjekësh kirurgë të përgjithshëm, dy mjekë ortopedë-traumatologë, dy mjekë reanimatorë-anestezistë ndërsa specialistët e specialiteteve të tjera thirren në urgjencë në rast nevojë.

Nga të dhënat e tabelës Nr.1 rezulton që numri i përgjithshëm i pacientëve që janë paraqitur në Urgjencën e Qendrës Kombëtare të Traumës është 14608. Nga këta 2511 ose 17% janë shtruar urgjent për diagnostikim dhe trajtim mjekësor dhe 12097 ose 83% kanë marrë trajtim ambulator.(statitika e spitalit)

Pacientë me dëmtime në sferën ORL rezultojnë 1536 që i korrespondon një prevalencë prej 10,5% të pacientëve me traumë në përgjithësi, ndërsa 320 janë hospitalizuar që në raport me numrin total të pacientëve të shtruar rezulton të jetë 12,7%. Raporti midis pacientëve me dëmtime ORL që janë paraqitur në urgjencë dhe pacientëve që janë shtruar është 20.8%. Raporti midis pacientëve që janë trajtuar ambulatorisht me dëmtime në sferën ORL krahasuar me pjesët e tjera të trupit është 10%. Keto të dhëna perafrohen dhe me të dhëna të tjera të dhëna nga autore të ndryshme duke përfshirë vendet të zhvilluara dhe vende në zhvillim.

Të dhënat për vendin tonë për traumën në përgjithësi janë të krahasueshme me vendet e zhvilluara dhe sidomos me U.S përse i përket nivelit të hospitalizimit me rreth 16% të totalit të rasteve me traumë, ndërsa prevalenca e dëmtimeve të sferës ORL është më e ulët, 6.6% - 7.8% të totalit të rasteve me traumë. [ 8,11,12,23,42]

Duke pasur parasysh që trauma nënkupton dëmtimin e pacientit në mënyrë të papritur gjatë aktivitetit të tij jetësor, edhe mbëritja e tij në spital ndikohet nga rrethanat dhe mundësitë e rastit. Në këte qendër mbërrijnë tre kontigjente pacientësh: kontigjenti i parë janë pacientët e politraumatizuar që sillen me urgjencë në spital me automjete private nga persona të rastësishëm në vendgjarje, në më të shumtën e rasteve, policia, familjarët, shërbimi mjekësor. Theksohet mënyra e mbërritjes, pasi ka shumë rëndësi kontakti i parë me pacientin e politraumatizuar në përgjithësi dhe veçanërisht në pacientët me traumë kokë-qafë, nga ana tjetër ka shumë rëndësi mënyra e transportimit dhe asistencë mjekësore gjatë transportit për në spital. Ky moment është shumë i rëndësishëm si në drejtim të mbijetesës ashtu dhe në drejtim të trajtimit pas mbërritjes në spital. Theksohet ky moment pasi në vendin tonë mbetet për tu dëshiruar në krahasim se si duhet të jetë, që nënkupton një shërbim mjekësor të kualifikuar me mjete dhe aparaturën e nevojshme dhe të domosdoshme që mbërrin në vendgjarje dhe kryen veprimet e rastit dhe organizon evakuimin e pacientit apo pacientëve drejt spitalit. Kontigjenti i dytë janë pacientët e politraumatizuar të cilët vijnë nga rrethet e tjera për një trajtim më të kualifikuar. Ky kontigjent mbërrin përgjithësisht i monitoruar me autoambulancë ose me helikopter dhe i

shoqëruar nga personel i kualifikuar mjekësor, por gjendja e përgjithëshme e këtyre pacientëve është më e rëndë, për të gjitha arsyet që janë përmendur për kontigjentin e parë plus dhe mungesat në mundësi dhe kualitet të rrethit nga ai vjen. Kontigjenti i tretë janë pacientët e traumatizuar pa kompromentim apo rrezik të gjendjes së përgjithshme por që paraqiten për shërbim mjekësor për dëmtimin që paraqesin. Këtu klasifikohen pacientët e trajtuar ambulatorisht por gjithsesi vlerësimi për rëndësinë e dëmtimit duhet të kryhet nga mjekët specialistë të ekipit të urgjencës. Qysh në fillim vlen të theksohet se edhe në QKT mënyra e pritjes së pacientit bëhet në mënyrë të rastësishme sipas eksperiencës së stafit mjekësor që ndodhet me shërbim në urgjencë dhe jo sipas një protokollit të mirë përcaktuar dhe miratuar më parë për veprimet që duhet të kryejë stafi mjekësor me mbritjen e pacientit në urgjencë. Nga ana tjetër, jemi koshientë për mungesat tona në materiale dhe pajise mjekësore, megjithëse vazhdimisht janë bërë investime në drejtim të zgjerimit të ambienteve por përsëri nevojat janë shumë më të mëdha se mundësitë për një trajtim mjekësor korrekt. Në rastet e pacientëve me traumë vlen të theksohet, që në sallat e urgjencës mungon ngrohja si diçka elementare por që ndikon në mënyrë thelbësore në drejtim të gjendjes së përgjithëshme të pacientit me traumë. Nga analizimi i kartelave vërehet që përshkrimi për gjendjen e përgjithëshme të pacientit në mbëritje shpesh herë është i pa qartë dhe vlerësimi i funksioneve vitale nuk bëhet sipas një rregulli standart. Kartelat klinike vazhdojnë të plotësohen sipas modelit të vjetër tradicional dhe në të njëjtin format për të gjithë kontigjentin e pacientëve që shtrohen në spital. Duke marrë në konsideratë QKT, gjendja e pacientit duhet të dokumentohet në një kartelë klinike të veçantë e cila të mbështetet në vlerësimin klinik të pacientit që realisht do të ndihmonte dhe lehtësonte punën për menaxhimin më të mirë të pacientëve ku treguesit kryesorë të funksioneve vitale për gjendjen e pacientit të shënohen në mënyrë vlerësuese dhe jo përshkruese e cila do të ndihmonte në vlerësimin e situatës së përgjithëshme shëndetësore të pacientit në mbëritje dhe gjatë trajtimit. Nga ana tjetër, kartela shërben edhe si një dokument i rëndësishëm për vlerësimin mjekoligjor të trajtimit. Vlerësimi i gjendjes shëndetësore të pacientit, veçanërisht pacientit me traumë kokë-qafë kryhet me mbërritjen në spital dhe vizita e mjekut duhet të fillojë me anamnezën rreth e traumës, që në rastet e mungesës së koshientësisë merret nga shoqëruesit e pacientit, dhe atë sa mundim të informohemi rreth gjendjes së tij shëndetësore para aksidentit, operacionet e kryera, sëmundjet infektive të mundshme dhe vaksinimit. Do të ishte mirë që pacientit t'i bëhen foto dhe menjëherë të bëhet vlerësimi i funksioneve vitale që janë: 1-Frymëmarrja dhe rrugët e frymëmarrjes. Frymëmarrja vërehet lidhur me shpeshhtësinë, thellësinë, lëvizjet e kraharorit. Rrugët e frymëmarrjes në lidhje me trupa të huaj, deformim të skeletit të jashtëm, përmbajtje të ndryshme në hapsirën e gojës, pozicioni i rrënjës së gjuhës. Stabilizimi dhe mbajtja nën kontroll e rrugëve të frymëmarrjes është detyra më e rëndësishme në pacientë me dëmtime multiple kokë-qafë. Rrugët e frymëmarrjes mund të bllokohen në çdo moment nga koagulat ose edema e indeve.



**Tabela 1. Shkaqet e obstruksioneve post traumatike të rrugeve të frymëmarrjes.[1]**

<b>Në gojë</b>	Ç'vendosjet posteriore të gjuhës, trupa të huaj, garëza, sekrecione, proteza, përmbajtje gastrike, të vjella, debris, koagula.
<b>Në gjuhë</b>	Edemë ose hematome, fraktura bilaterale e mandibulës.
<b>Në faring</b>	Hematoma.
<b>Ne laring</b>	Fraktura e kartilagove shoqëruar me kolaps, edema, hematoma.
<b>Në trake</b>	Frakturë e shoqëruar me kolaps, transeksion.

Paralelisht me vlerësimin e rrugëve të frymëmarrjes të pacientit, në rast nevojë fillon edhe dhënia e ndihmës mjekësore, që konsiston në heqjen e trupave të huaj apo protezave në gojë, pastrimin, aspirimin e gojës, vendosje në pozicion anash e pacientit, fiksimi dhe mbajtja me dorë e nofullës së poshtëme, vendosje suture në pjesën posteriore të gjuhës e cila tërhiqet, intubim ose trakeostomi. 2-Vlerësimi i Hemoragjisë, pasi hemoragjia nga koka dhe qafa shpejt bëhen kërcënuese për jetën si nga humbja e gjakut ashtu dhe nga aspirimi i saj. Hemoragjitë në sferën ORL ndahen në hemoragji centrale që nënkupton ato lloj hemoragjie që nuk mund të identifikohen dhe të ligohen direkt; të tilla janë hemoragjitë nga arteria maksilare, etmoidale anterior dhe posteriore, arteria karotis interna, porcioni faringeal, ndërsa në hemoragji periferike përfshihen hemoragjitë nga vaza që mund të komprimohen nga presioni i ushtruar direkt mbi to; të tilla janë hemoragjitë nga arteria faciale, linguale, karotis, temporale. Vlerësimi i sistemit kardiovaskular fillimisht bëhet nëpërmjet matjes së tensionit arterial dhe palpimit të pulsit në arterien karotide dhe paralelisht fillohet me dhënien e solucioneve intravenose.

3-Vlerësimi i problemeve akute endokraniale siç janë, rritja e presionit intrakranial, hematomat endokraniale, edema e trurit dhe për ekskludimin e tyre bëhet vlerësimi i statusit neurologjik nëpërmjet përgjigjeve të pacientit dhe vlerësohet reagimi karshi dhimbjes që bën pacienti. CT, matja e presionit endokranial dhe të gjitha këto janë shumë të rëndësishme në lidhje me trajtimin urgjent që duhet të marrë pacienti i sapo mbëritur në urgjencë. 4-Verifikimi për hemoragji të organeve të brendëshme në toraks, abdomen, perikard .5-Verifikimi i problemeve që lidhen me dëmtimin e medulës spinale dhe veprimi sipas rastit. 6-Vlerësimi i dëmtimit të indeve të buta. [1,33].Në rastet e pacientëve që paraqesin dëmtime traumatike të karakterit primar në sferën ORL, pasi mbrijnë në urgjencë, për mjekët që presin urgjencën trajtimi paraprak fillon me:

1-sigurimin e ventilimit pulmonar 2- ndalimin e hemoragjisë dhe paralelisht fillimin e perfuzioneve të ngrohura 3-mbajtja e ngrohtë e ambientit 4- qetësimi i dhimbjes

5-vlerësimin e dëmtimeve në sy 6-vlerësimin e frakturave të nofullës 7-vlerësimin dhe trajtimin e dëmtimeve të indeve të buta.[1,33].

### **3 .2. 2 Trajtimi mjekësor primar i pacientëve me prekje të regionit ORL në kuadër të politraumës sipas specialitetit.**

Duhet patur parasysh që shumëllojshmëria e dëmtimeve traumatike që ndodhin tek pacienti pas traumës, në radhë të parë të janë te lidhura me shkakun e traumës. Duke patur parasysh shkakun e traumës nënkuptojmë mekanizmin dinamik të forcave vepruese në momentin që ndodh trauma por njekohësisht rëndësi të madhe ka moshja e pacientit, gjinia, dhënia e ndihmës së parë mjekësore dhe transporti për në spital. Shkaqet e traumës janë grupuar në pesë grupe kryesore dhe konkretisht:

Në traumë nga Aksidente Automobilistike (TAA), traumat nga Shkaqe të Tjera (TShT), Trauma nga Aksidentet në Punë(TAP), Trauma nga Armët e Zjarrit(TAZ) dhe Trauma nga Armët e Ftohëta (TAF). Qysh në momentin e parë të kontaktit të personelit mjekësor dhe veçanërisht në urgjencën e spitalit, pyetja e parë që duhet drejtuar është rreth shkakut të traumës. Në kushtet e mungesës së koshiençës nga pacienti të pyeten dëshmitarët e rastit apo kushdo tjetër shoqëruar i pacientit që ka dijeni mbi rrethanat e ndodhjes së aksidentit. Orietimi rreth shkakut të traumës ndihmon shumë ekipin mjekësor për fillimin e trajtimit, që nënkupton dhënien e ndihmës së parë të specializuar në lidhje me organet apo sistemet me rëndësi jetike dhe fillimin e kryerjes së egzamimeve më të nevojshme sipas rastit. Njohja me shkakun ka rëndësi të madhe për arësye se çdo shkak ka veçoritë e tij karakteristike dhe njohja e tyre krijon avantazh për mjekun dhe pacientin në drejtim të vlerësimit paraprak të rrezikut, diagnostikimin dhe trajtimin në vazhdim. Shpeshherë trauma shoqërohet me politraumë, që nënkupton përfshirjen në dëmtim jo vetëm të një indi apo organi të vetëm por dëmtime të ndryshme në inde, organe apo sisteme të ndryshme, me afërsi apo pa afërsi anatomike, me ndikim direkt apo indirekt mbi gjendjen shëndetësore në përgjithësi.

Në total janë 320 pacientë të hospitalizuar për vitin 2007 të cilët pacientët kanë pësuar traumë nga shkaqe të ndryshme në sferën ORL. Duke parë që sfera ORL është e ndërtuar nga ana anatomike dhe funksionon nga ana fiziologjike në lidhje të ngushtë me organe dhe sisteme të tjera akoma më të rëndësishme nga pikpamja vitale, shpesh herë ndodh që dëmtimi në këtë sferë të jetë i shoqëruar edhe me dëmtime apo traumë të këtyre organeve apo sistemeve, apo edhe me dëmtime në pjesë të tjera të trupit që nga pikpamja e trajtimit marrin rëndësi të parësore në krahasim me dëmtimet në sferën ORL. Moshja mediane është 35 vjeç, një tregues mjaft i rëndësishëm. Vërehet që moshja e re e pacientëve të traumatizuar korespondon me të gjithë të dhënat statistikore në botë në lidhje me traumën, ku sot trauma zë vendin e parë të hospitalizimeve për moshat nën 40 vjeç dhe zë vendin e parë të vdekjeve nën moshën 45 vjeç. Në krahasim me gjininë 232 (72.5%) pacientë janë meshkuj dhe 88(27.5%) janë femra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ), e dhënë që tregon se gjinia mashkullore është më e prekur prej traumës në përgjithësi dhe është krahasueshme dhe me tregues të tjerë ndërkombëtarë për këtë të dhënë.[11,12,23,30,42] Në lidhje me vendbanimin 174

(54.4%) banojnë në Tiranë dhe 146 (45.6%) banojnë në Rrethe të ndryshme të vendit. Nuk vërehet ndryshim statistiki i rëndësishëm përse i përket vendbanimit ; ( $p>0.05$ ).

Nga kjo e dhënë vërehet që Tirana ka një numër më të lartë rastesh me traumë në krahasim me numrin e popullsisë, kjo për faktin se në Tiranë janë zhvillimet më intensive shoqërore dhe ekonomike, dhe nga ana tjetër vërehet një numër i madh pacientesh që transferohen për trajtim në QKT, kjo për dy arsye:

e para, trauma në sektorin kokë qafë paraqet vështirësi të shumta për trajtimin mjekësor dhe kërkon ekipe mjekësore me specialistë të ndryshëm dhe me eksperiencë në këtë drejtim, çka në shumë rrethe mungojnë dhe e dyta, trajtimi i këtyre tipe traumash kërkon edhe reparte të veçanta dhe të pajisura me aparaturë për monitorim dhe asistim të organeve me rëndësi jetike të cilat mungojnë ose nuk vihen dot në punë nga shërbimet mjekësore në rrethe .

1-Trauma nga AA ka rëndësi të madhe nga këndvështrimi social, ekonomik dhe mjekësor në të gjithë botën. Në vendin tonë pak a shumë është një problematikë e re që ka ardhur në rritje me hapjen e vendit tonë me botën, pasi vendi jonë aktualisht klasifikohet në vendet në zhvillim dhe ndeshet me gjithë problematikën e këtyre vendeve. Duke qënë se ne trashëguam nga e kaluara një prapambetje më të theksuar në drejtim të infrastrukturës dhe eksperiencës së munguar në lidhje me njohjen dhe zbatimin e rregullave të qarkullimit rrugor, pasojat janë edhe më të mprehta, të gjitha këto në lidhje me AA dhe pasojat që lidhen me to, pasi nga njëra anë shtohet numri i aksidenteve, nga ana tjetër duhet një mundësi gjithmonë në rritje për përmirësimin e trajtimit të traumës nga AA dhe gradualisht të krijojohet një experiencë e jona me parametra bashkëkohore në konceptim dhe trajtimin e kësaj lloj trauma. Trauma automobilistike është një koncept i gjerë dhe përfshin disa elemente si në drejtim të llojit të automjetit që kryen aksident, pozicionin e pacientit të aksidentuar në lidhje me automjetin si shofer, pasagjer, kalimtar i rastit, vendosja apo jo e rrypit të sigurimit, vendosja apo jo e kaskës mbrojtëse, funksionimi apo jo i jastekëve mbrojtës në momentin e aksidentit. Në studimin tonë të gjitha këto specifikime nuk janë marrë parasysh. Traumata nga Aksidentet Automobilistike (TAA) të marrë në studim janë 190 raste ose 59.3% në krahasimin me totalin e rasteve tona. Nga të dhënat e publikuara nga Ministria e Brendshme (Drejtoria e Përgjithëshme e Policisë) rezulton që numri i përgjithshëm i të plagosurve nga AA të konsideruar në gjendje të rëndë të jetë 392 persona, nga këta 314 ose 80.1% gjinisë mashkullore dhe 78 raste ose 19.9% i takojnë gjinisë femërore [2,8,11,12,13,14,30,31,40]. Në QKT janë trajtuar 190 raste me traumë në sektorin kokë-qafë ose 48.4% të të gjithë rasteve të të plagosurve të konsideruar rëndë nga të gjitha AA për vitin 2007 në të gjithë vendin. Gjithashtu, edhe ky studim tregon që traumat e kokës dhe të qafës zënë rreth 50% të dëmtimeve në rastet e AA. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 36 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <22 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <50 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 20 vjeç. [31]

Në lidhje me gjininë 138(72.6%) janë meshkuj dhe 52(27.4%) janë femra, me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p<0.01$ ). 95(50%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 95(50%) në Rrethe. Nuk vërehet ndryshim statistiki i rëndësishëm përse i përket vendbanimit ; ( $p>0.05$ ).[31]

Nga analizimi i këtyre të dhënave rezulton që aksidentet automobilistike zënë vendin e parë të shkaqeve që shoqërohen me dëmtime traumatike në sferën ORL. Duke krahasuar të dhënat tona me një studim të ngjashëm të kryer në Shtetet e Bashkuara (Robert. J.

Keim) ku janë marrë në studim 1042 pacientë me traumë të regionit facial që nënkupton regionin që është marrë në studim, në 54% të pacientëve shkak ishin aksidentet automobilistike, duke përfshirë gjithashtu dhe vendet e Europës aksidentet automobilistike janë përgjegjëse për 47% - 58% të rasteve me traumë të sferës ORL dhe meshkujt preken dy here me teper se femrat, të dhëna këto që korenspondojnë edhe me gjetjet e studimit tonë. [4,11,12,13,18,34,]. Në rastet e aksidenteve automobilistike, dëmtimet kokë-qafë zënë 50% të rasteve dhe në 11% të aksidenteve automobilistike hasen fraktura të kockave të sferës ORL. Sot në të gjithë botën, përveç vendeve në konflikt, kjo lloj traumë zë vendin e parë dhe për këtë arsye është e rëndësishme për të studiuar gjithë veçoritë e kësaj lloj traume për të shërbyer në radhë të parë për uljen e numrit të aksidenteve dhe nga ana tjetër në lidhje me diagnostikimin dhe trajtimin e pacientëve të aksidentuar. Dëmtimet si pasojë e traumave nga AA janë në vartësi të mekanizmave të ndryshëm që veprojnë gjatë aksidntit ku megjthëse një pacient nuk ka plagë të hapura ose fraktura kjo nuk përjashton dëmtimet e përmbajtjes endokraniale ose organeve kavitare në sektorin ORL, ose një pacient që i mbijeton dëmtimit, pa dëmtime të vrejtura në momentin e parë, mund të pësojë hemoragji të ndryshme kërcënuse për jetën ose lënë pasojë invalidizuese për pacientin. Veçoritë e dëmtimeve nga AA janë rezultat i një mekanizmi të veçantë ku dëmtimet përfundimtare të shkaktuara nga forca e ushtruar nga jashtë janë në raport me intesitetin e forcës. Duke njohur faktorët fizikë që përfshihen në dëmtim, ka mundësi të kuptojmë mundësitë, madhësinë dhe rëndësinë e dëmtimit, si dhe të parandalojmë pasojat që lidhen me fazën akute ose gjatë fazës së shërimit. Elementët fizikë në dëmtimet kokë qafë nënkuptojnë një objekt në lëvizje që godet pacientin në qetësi ose e kundërta. Është vërtetuar që koka në qëndrim të lirë pëson shumë më tepër dëmtime sesa koka në pozicion të fiksuar për të njëjtën forcë të ushtruar. Ky fakt tregon edhe rëndësinë e madhe që ka mbajtja e rripit të sigurimit dhe mbështetëset e kokës të sediljeve gjatë udhëtimit me makinë. Në përplasje, energjia kinetike e sistemit shpërndahet nga shtrembërimi dhe fërkimi i objektit. Indet e trupit të njeriut janë më të dobëta se objekti që shkakton dëmtimin dhe si pasojë ato vuajnë një dëmtim shumë më të madh. Gjatë përplasjes, indet e trupit që pësojnë goditje kanë një limit zgjatjeje, por në rast se forca e ushtruar e kalon këtë limit atëherë shfaqen destruksione të këtij indit. Ndodhja e dëmtimit dhe shtrirja e tij janë në vartësi nga : 1-drejtimi i përplasjes, 2-magnituda e forcës, 3-toleranca e indit, 4-shpërndarja e forcës. Ashtu siç u përmend më lartë, moshë mediane është 36 vjeç, e dhënë që tregon mjaft qartë që trauma nga AA prek moshat e reja dhe siç analizuar me sipër kjo, moshë e pacientëve që preken më tepër nga traumat prej aksidenteve automobilistike është 20 vjeç, të dhëna këto të krahasueshme me gjithë vendet e tjera, ku moshë më e prekshme është <35 vjeç. [2,3,8,12,23,30,]. Kjo vjen kryesisht nga mosrespektimi i rregullave të qarkullimit dhe nga stimulimi i organizmit me alkool apo substanca të tjera. Trauma në përgjithësi dhe sidomos trauma nga AA zë vendin e parë të sëmundshmërisë për moshat nën 40 vjeç që fillojnë në mënyrë akute dhe kanë ecuri të gjatë ndoshta me pasojë për gjithë jetën. Ka rëndësi të madhe që trauma të studiohet në krahasim me moshën pasi zë vendin e parë të sëmundshmërisë në lidhje me moshën në literaturën botërore, ku përveç pasojave që shkakton në aspektin personal ka impakt dhe në atë social, pasi trajtimi i saj ka kosto të lartë. Në vendin tonë një pjesë e koston përballohet nga shteti dhe mungesat përballohen nga individit ose familjarët e tij, si dhe impakt tjetër social pasi trauma kërkon

shpesh herë rikuperim të gjatë ose shkakton invalidizim të pacientit dhe shoqëria duhet të paguajë gjatë për individin e traumatizuar.

Trauma nga AA në lidhje me gjininë rezultojnë 72.6% haset tek gjinia mashkullore dhe 27.3% tek gjinia femerore me ndryshim statistikor të rëndësishëm. Kjo e dhënë korelacionon me të dhënat të tjera me karakter epidemiologjik publikuar nga studiues të ndryshëm nga e gjithë bota. [2,4,8,11,20,23,30,42]. Kjo e dhënë në vendin tonë ka të lidhje dhe me përdorimin dhe shfrytëzimin e automjeteve më shumë nga gjinia mashkullore ku 90% e makinave drejtohen nga individë të gjinisë mashkullore. Në lidhje me trajtimin rezultojnë që 50% e pacientëve janë nga Tirana kjo dhe për faktin që Tirana si kryeqytet ka numrin më të math të banorëve ku sipas të dhënave zyrtare numërohen rreth 700000 banorë dhe nga ana tjetër, duke qenë edhe qendër e madhe urbane, qarkullimi rrugor është më i madh dhe më i dendur ku një pjesë e personave që qarkullojnë janë nga rrethet nga ana tjetër, 50% e pacientëve janë nga rrethet. Për këtë arsye, në më të shumtën e rasteve pacientët e politraumatizuar sillen për trajtim mjekësor më kompetent, sepse është në konsideratë Qendrën Kombëtare e Traumës ku vlen të theksohet se trajtimi i traumë kokë-qafë sidomos trauma kraniaio-cerebrale bëhet pranë QKT pasi në rrethet nuk ka shërbim neurokirurgjikal i cili është shumë i rëndësishëm kur hasen trauma të kokës në përgjithësi.

2- Trauma nga shkaqe të tjera (TShT). Në këtë grupim janë përfshirë traumat me orgjinë nga aktiviteti jetësor i përditshëm në shtëpi, (brenda shtëpisë, shkallë, oborr, çati, kopësht) dhe gjatë ushtrimit të aktivitetit sportiv. Në këtë pjesë janë përfshirë dhe të gjitha rastet e tjera me traumë që nuk mund të grupoheshin në tjetër grup. Nga të dhënat tona rezultojnë 79 raste me TShT ose 24% e totalit. Kjo lloj traumë ze vendin e parë në raport me shpeshësinë edhe në studimin tonë por në raport me trajtimin ze vendin e dytë pasi pjesa më e madhe trajtohen ambulatorisht. Krahasuar me të dhëna të publikuara rezultojnë të jetë në shifra të përafërta, në këtë rast në Shtetet e Bashkuara, si dhe me publikime nga vendet në zhvillim kjo traumë rezultojnë përafërsisht 28% të rasteve me traumë që paraqesin dëmtime koke-qafe dhe hospitalizohen, si traumë ze gjithmone vend të konsiderueshëm duke përfshirë traumat gjatë aktivitetit jetësor dhe gjatë aktivitetit sportiv [8,11,12,13,18,23]. Me këtë rast kuptohet që pavarësisht diferencave në drejtim të zhvillimit midis dy vendeve tona, incidenca e kësaj lloj traumë duket e përafërt. TShT zë vendin e dytë përse i përket shpeshësisë së kësaj lloj traumë dhe në krahasim me gjeneralitetet e tjera të pacientit rezultojnë që mosha mediane të jetë 27 vjeç, e dhënë që tregon moshën e re që prek kjo traumë, që kuptohet ka lidhje me aktivitetin jetësor dhe sportiv që në këtë moshë është më intensiv. Mosha që haset më shpesh është 2 vjeç.

Në krahasim me shpërndarjen sipas gjinisë 52(65.8%) pacientë janë meshkuj dhe 27(34.2%) janë femra me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ). Vërehet një shpërndarje në raport 2\1 në favor të gjinisë mashkullore, e dhënë kjo që spjegohet me veprimtarinë fizike ku gjinia mashkullore është më prezente.[12,23,24,31,42]

Gjithsesi, femrat peken më tepër se sa prej traumës nga AA. Sipas vendbanimit, 51(64.6%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 28(35.4%) në rrethet, pa ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ). Është një e dhënë e rëndësishme që pacientë nga rrethet janë transferuar për kurim në QKT. Kjo e dhënë është më sinjifikate për arsye se trauma ndodh në më të shumtën e rasteve pranë vendbanimit dhe këtu duket që dhe kjo lloj traumë mund të jetë dhe politraumë, ndërsa në lidhje me rëndësinë mund të jetë me

pasoja të rrezikshme për jetën e nënkuptuar nga transferimi i pacientit nga rrethet për në Qendrën Kombëtare të Traumës.

Trauma nga Armët e zjarrit haset në 6 pacientë ose 1.8% të totalit të peshës specifike. Moshë mediane rezulton 37 vjeç, 25% e pacientëve janë <28 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <44 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 28 vjeç. 100% e pacientëve janë të gjinisë mashkullore ndërsa 3 (50%) e tyre banojnë në Tiranë.

3-Trauma nga Armët e Zjarrit (TAZ). Janë 6 raste ose 1.8% e pacientëve që janë marrë në studim. Nga kjo e dhënë vërehet që në kohë paqe kjo lloj traume zë vendin e fundit për nga shpeshësia në krahasim me shkaqet e tjera. Trauma nga armët e zjarrit në sektorin kokë-qafë në më të shumtat e rasteve është me efekt të shpejtë letal dhe për më tepër pothuajse në të gjitha rastet është një akt me dashje që kërkon egzekutimin e shpejtë dhe të sigurtë të viktimës ose dhe në rastet e vetëvrasjeve me armë, përgjithësisht viktimat zgjedh kokën për një efekt më të sigurtë dhe të shpejtë dhe sigurisht egziston një numër i vogël pacientësh të plagosur rastësisht apo duke luajtur me armë. Nga studimi i regjistrit të autopsive në Institutin e Mjekësisë Ligjore për vitin 2007 rezultoi që numri i përgjithshëm i personave të vrarë me armë zjarri gjatë këtij viti kanë qenë gjithësejt 44 persona. Nga kjo e dhënë vërehet që egziston një diferencë e madhe ndërmjet personave që pësojnë plagë me armë zjarri në regionin kokë-qafë dhe personave që kanë marrë trajtim mjekësor në QKT. Kjo justifikon faktin që është një sektor me struktura të rëndësishme vitale që në rastin e plagëve me armë zjarri, në më të shumtën e rasteve përfundimi letal është i shpejtë, pa patur mundësi dhe kohë për ndihmë dhe trajtim mjekësor. Studimi bazohet në të dhëna epidemiologjike në kohë paqe dhe gjithësesi të dhënat që 1.8% e rasteve rezultojnë me plagë me armë zjarri indirekt tregon që kjo lloj traume është shkaku i fundit për nga shpeshësia në kohë paqeje dhe në rast se krahasohet me studime të tjera të këtij lloji por në kushte lufte ose konflikti shoqëror, ky shkak ndryshon kah në drejtim të shpeshësisë. Moshë mesatare rezulton 37 vjeç, që përkon dhe me aktivitetin maksimal të individit, në kushtet e një shoqërie të hapur ku egziston aktiviteti legal dhe ilegal, individë të ndryshëm përfshihen në konflikte të ndryshme interesash sa që kërkojnë eliminimin fizik të njëri tjetrit me paramendim. Në krahasim me gjininë të 6 rastet ose 100% i takojnë gjinisë mashkullore, dhe kjo e dhënë përputhet me gjithë të dhënat ndërkombëtare ku plagët me armë zjarri janë me qëllime eliminimi fizik ndërmjet kundërshtarësh apo rivalësh të armiqësuar për vdekje me njëri tjetrin, apo për motive të dobëta apo për qëllime vetëvrasjeje, si dhe nga pakujdesia në kohë paqe dhe i përshtatet natyrës njerëzore të gjinisë mashkullore [12,18,23,42]. Por edhe gjinia femërore përfshihet e prekur nga kjo traumë, në më të shumtën e rasteve në rolin e viktimës, por nuk përjashtohen dhe rastet në formën e agresorit . Pavarësisht se në studimin tonë nuk ka patur raste nga gjinia femërore kjo lloj traume sigurisht që haset dhe tek kjo gjini. Në krahasim me vendbanimin, 3 raste ose 50% i takojnë vendbanimit Tiranë dhe 3 të tjerë janë nga rrethet, e dhënë kjo që lidhet me Tiranën si kryeqytet ku është përqëndrimin më i madh i popullsisë dhe i aktiviteteve ekonomike të vendit, dhe si pasojë dhe situata kriminale gjithmonë është më e lartë. Por duke qenë se kemi të bëjmë me Qendrën Kombëtare të Traumës si dhe për çdo lloj traume tjetër, transporti i pacientëve gjithmonë mbetet i lartë, për më tepër kur kemi të bëjmë me traumat nga armët e zjarrit ku kërkohen trajtime shumë të specializuara të cilat në rrethet nuk kryhen.

Plagët nga armët luftarake janë dëmtime të shkaktuara nga objekte me shpejtësi të madhe lëvizëse si pasojë e shpërthimit të përmbajtjes eksplozive në rastet e paisjeve të ndryshme

luftarake ose nga ushtrimi i presionit të madh lokal në rastet e armëve të zjarrit. Natyra dhe shkalla e dëmtimit është në vartësi të këtyre faktorëve:

1-thellësia e dëmtimit 2-shtrirja e dëmtimit 3-frakturat 4- pasojat e shkaktuara nga dëmtimet endokraniale 5-dëmtimi i enëve të gjakut 6-dëmtimi i sistemit ventrikular 7- shkalla e kontaminimit të plagës.[1,33]

a-Plagët tejkuese nga AZ. Trajektorja e këtyre lloj plagësh përshkon tejprtej trupin ose një pjesë të trupit duke dëmtuar indet e buta dhe indet e tjera që prek gjatë trajektores së tij. Plagët sipërfaqësore nga AZ shkaktohen nga predhat që përshkojnë në mënyrë tagentiale një pjesë të sipërfaqes trupore. b-Dëmtimet e shkaktuara nga predha nuk janë depërtuese, kryesisht janë sipërfaqësore dhe u takojnë indeve të buta por mund të përfshihen në dëmtim enë të mëdha gjaku dhe nerva. Sigurisht trupa të huaj futen në plagë dhe bëhen shkak për kontaminimin e plagës duke shtuar riskun e infeksionit. Në rastet e plagëve nga plumbi, plaga ka këto karakteristika: plaga hyrëse është e vogël dhe e rrumbullakët dhe ka shenja të pakta hemoragjie por në brendësi mund të shkaktojë hemoragji të madhe, plaga dalëse është më e madhe dhe me buzë të crregullta.

Plagët nga pjesët metalike nga armët eksplozive janë plagë me dëmtime të shprehura dhe të çregullta në lëkurë që vazhdojnë me plagë të thella dhe shoqërohen me shkëputjen e pjesëve të mëdha indesh .

Shtrirja e dëmtimeve tejkuese përcaktohet nëpërmjet imazherisë diagnostikuse ose kirurgjisë. Nga energjia e çliruar gjatë impaktit, mund të dëmtohen dhe strukturat kufitare me indet e përfshira në dëmtim, enë gjaku, nerva. Risku i infeksionit në këto lloj plagësh është i madh nga hyrja e trupave të huaj në trajektoren e plagës. [1,33]

c-Plagët jo tejkuese hasen në rastet kur predha nuk arrin të përshkojë gjithë indet dhe mbetet në brendësi. Në këto ekziston vendi i hyrjes por mungon plaga dalëse e predhës. Kjo ndodh në rastet kur forca e ushtruar në predhë nuk është e mjaftueshme për të tejkuar trupin dhe varet nga tipi dhe kalibri i predhës si dhe nga regionin trupor i përfshirë në dëmtim. Rëndësia e dëmtimit varet nga strukturat e dëmtuara. Shkaktarët në më të shumtën e rasteve për këto plage janë armët me përmbajtje eksplozive që kur shpërthejnë shndërrohen në pjesë të vogëla metalike që shërbejnë si predha duke shkaktuar dëmtime masive të indeve, shoqëruar me dëmtime të mbyllura dhe përgjithësisht kanë vetëm plagë hyrëse. [1]

4-Trauma nga Armët e Ftohta. Me armë të ftohta nënkuptohen përdorimi i mjeteve të ndryshme rrethore apo të parapregatitura me madhësi dhe formë të ndryshme si dhe me majë apo me teh të mprehtë etj. që perdoren nga individë të veçantë për qëllime kriminale apo për qëllime vetëvrare. Rëndësia e dëmtimit varet nga lloji i armës, madhësia e armës së përsosur, gjendja e buzëve të armës si dhe nga indet apo regionin i përfshirë në dëmtim. Si armë të tilla, shpesh herë përdoren thikat, kacavidat, levat, forca fizike (grushta, shkelma), litari etj. Shtrirja e dëmtimit ka lidhje direkte me vendin e plagës, diametrin dhe gjatësinë e objektit dhe me përfshirjen e enëve të gjakut apo nervave në dëmtim, në ndryshim nga raumat nga armët e zjarrit ku dëmtimet janë më komplekse dhe jo vetëm direkte.

(TAF) Në studimin tonë janë 31 raste me traumë nga armët e ftohëta ose 9.6% krahasuar me shumën e rasteve. Nga kjo e dhënë rezulton që kjo lloj traume është shumë më prezente krahasuar edhe me TAZ. Kjo për faktin që trauma e shkaktuar nga armët e ftohta është më e shpeshtë dhe gjithmonë më pak e rrezikshme, për vetë specifikat që kanë këto dy lloj traumash. Nga krahasimi i të dhënave tona me numrin e vdekjeve të

shkaktuara nga ushtrim dhune me mjete të ftohëta në regionin kokë-qafë dhe me pasojë vdekjen e viktimës ka pa marrë ndihmë mjeksore, për vitin 2007 kanë qënë 13 raste ose 41.9% e rasteve të shtruara në spital duke mos përfshirë këtu rastet e vetëvrasjes që kryesisht janë varje në litar pasi kjo e dhënë nuk i intereson studimit. Kjo lloj traume në kohë paqe haset më shpesh dhe është më e shprehur në vendet e prapambetura sesa në vendet në zhvillim, pasi ushtrimi i kësaj lloj dhune sigurisht është në raport me nivelin kulturor dhe ekonomik të shoqërisë në përgjithësi. Siç dihet, vendi yne hyn tek vendet në zhvillim dhe si i tillë rastet e ushtrimit të dhunës nuk janë të pakta. Megjithatë, zë vendin e tretë në traumat sipas shkakut, pas traumave automobilistike dhe traumave nga shkaqe të tjera. Nga ana tjetër vërejmë se kemi të bëjmë me pacientë që janë hospitalizuar dhe kjo tregon për rëndësinë e dëmtimeve që janë vërejtur në urgjencë të cilat kanë kondicionuar shtrimin në spitale.

Mosha mediane është 36 vjeç e dhënë kjo qëlidhet me faktin që objekt i ushtrimit apo pësimit të dhunës fizike janë kryesisht moshat në dekadën e tretë deri në dekadën e pestë të jetës. Njëkohësisht këtu ndikon dhe formimi i tyre kulturor dhe ai shoqëror në përgjithësi, si vend në zhvillim kuptohet që dhuna është më e shprehur sesa në vendet e qytetëruara dhe **me zhvillim ekonomik-shoqëror më të përparuar se vendi jonë**. Përsa i perket gjinisë, vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet meshkujve dhe femrave, ( $p < 0.05$ ). 26 raste ose 83,8% i takojnë gjinisë mashkullore. Kjo e dhënë konfirmon edhe në studimin tonë që dhuna gjithmonë haset në më të shumtën e rasteve në gjinisë mashkullore por vërehet që 5 raste ose 16.2% janë të gjinisë femërore dhe ka të bëjë me dhunën e ushtruar në familje ose mardhënie të ngushta shoqërore në drejtim të gjinisë femërore. Pavarësisht gjinisë, sfera kokë-qafë është më e prekura nga kjo lloj traume, pasi gjithmonë është objekt i sulmit të agresorit. Duke patur parasysh organet dhe sistemet me rëndësi jetike që ndodhen në këtë region duhen njohur pasojat që mund të lindin në moment por dhe me vonë nga dëmtimet me armë të ftohëta. Nga këta 16 raste ose 51.6 i takojnë vendbanimit Tiranë dhe 15 raste ose 48.4 i takojnë rretheve. Nga kjo e dhënë nxjerrim dy përfundime: që dhuna në kryeqytet është më e shprehur se në rrethet e tjera në raport me popullsinë dhe që dëmtimet nga kjo lloj traume mund të jenë aq shumë të rëndësishme si në drejtim jetik ashtu dhe për eliminimin e pasojave sa të kërkojë transferimin e pacientit në QKT.

5-TAP rezulton me 14 raste ose 4.4% e numrit të përgjithshëm të pacientëve që janë marrë në studim. Në këtë pikëvështrim zë vendin e katërt në studimin e traumës sipas shkakut dhe në përqindje. Është tregues që, pavarësisht se në të shkuarën kjo lloj traume ka qënë më e shpeshta si pasojë e numrit të madh të punëtorëve që punonin në kushtet e një vendi me prapambetje të theksuar industriale por me shtrirje të madhe dhe të shumëllojshme, në kushtet e reja që jetojmë sot sektori industrial është reduktuar shumë dhe nga ana tjetër pjesa e mbetur punon jashtë kushteve teknike, megjithatë haset jo rrallë dhe më e rëndësishme është se pjesa më e mëdhe e atyre që aksidentohen ende në punë nuk aarrijnë që të marrin ndihmë mjekësore pasi humbasin jetën menjëherë. Numri i vdekjeve nga aksidentet në punë për vitin 2007 ka qënë 25 vetë, shifer kjo që i takon të gjithë territorit të vendit dhe bëhet fjalë për persona që kanë pësuar vdekje të menjëhershme pa qënë e mundur të marrin ndihmë mjekësore. Kjo e dhënë tregon mortalitetin e lartë që kanë aksidentet në punë te cilat kryesisht janë rënie nga lartësia dhe vdekja ka ardhur si pasojë e politraumës ku gjithmonë ka qënë i përfshirë dhe regionin kokë-qafë. Vlen të përmendet një aksident që ndodhi në një ndërmarrje demontimi



predhash ku humbën jetën 26 vetë pa përfshirë dhjetëra të plagosur apo aksidentet e herëpashërëshme që ndodhin në miniera apo në sektorin e ndërtimit, të gjitha këto nga mos sigurimi i kushteve të sigurisë nga punëdhënësit në shumicën e rasteve por dhe nga mos zbatimi i kushteve të sigurisë nga viktima apo në rastin tonë pacienti. Në këto rrethana e rëndësishëme është marrja e masave të sigurimit teknik dhe kualifikimi i vazhdueshm tekniko-profesional. Moshë mediane rezultojnë 35 vjeç. Kjo e dhënë sigurisht tregon që TAP prek moshat më aktive në drejtim të punës dhe aktivitetit fizik e cila pasqyrohet dhe në raportet gjinore ku 10 pacientë ose 71.4% i takojnë gjinisë mashkullore dhe 4 raste ose 28.6% i takojnë gjinisë femërore ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.05$ ). Përfshirja e gjinisë femërore tregon që jo vetëm punët e rënda si në miniera apo ndërtim por dhe punët e tjera në dukje më të lehta mund të bëhen shkak i aksidenteve në punë nga mosmarrja e masave të sigurimit teknik apo nga mos zbatimi i tyre. Në krahasim me vendbanimin, 9 raste ose 64.2% janë nga Tirana dhe 5 raste ose 35.8% janë transferuar nga rrethet në QKT. Kjo e dhënë ka të bëjë me numrin më të madh të punëtorëve në shkallë republike që banojnë në Tiranë dhe nga ana tjetër rezultojnë që një pjesë janë sjellë nga rrethet për trajtim më të kualifikuar pasi dëmtimet kanë qenë serioze dhe kanë kërkuar trajtime më shumë se sa ato që afrohen në rrethe.

### **Trajtimi mjekësor primar i pacientëve me dëmtim të regionit ORL në kuadër të politraumës sipas specialiteti dhe në bashkëpunim të disa specialiteteve në të njëjtën kohë.**

Egzistojnë diferenca në trajtimin e traumave në vende të ndryshme por sidoqoftë specialitetet bazë për trajtimin e traumave janë:

Terapia intensive, që nënkupton dhe anesthesiologjinë, kirurgun traumatolog, neurokirurgun, otorino-laringologun, maksilofacialin. Ndërkohë që trajtimi fillestar është kufizuar në identifikimin dhe eliminimin e situatave akute që kërcënojnë jetën e pacientit, etapat e mëvonëshme kanë të bëjnë me trajtimin adekuat dhe eliminimin e pasojave në rastet e traumave kokë-qafë dhe trajtimi kryhet nga një mjek specialist. Trajtimi i pacientëve me traumë në sektorin kokë-qafë kërkon një kualifikim të lartë profesional të shpejtë dhe në ekipe të vogla me specialistë të ndryshëm. Pacientët e marrë në studim në rastin tonë janë grupuar në tre grupe në lidhje me trajtimin dhe për këtë ndarje jemi bazuar në diagnozat përfundimtare në dalje, kjo me qëllim për të krijuar një përshtypje sa më reale rreth prioritetit në lidhje me trajtimin që kanë paraqitur të gjitha rastet me traumë në sferën ORL.

Numri më i madh i pacientëve, 214 ose 67% e tyre janë trajtuar në repartin e Neurokirurgjisë, ndjekur nga reparti i ORL-MF (Maksilo - Facial) me 84 pacientë ose 26% të tyre dhe nga reparti i Terapisë Intensive me 22 pacientë ose 7% te tyre, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2 = 180$ ,  $p < 0.01$ )

1-Në repartin e TI janë trajtuar gjatë gjithë kohës së qëndrimit në spital 22 raste apo 7% të numrit total të pacientëve. Është shumë e rëndësishme të theksojmë që ky grupim pacientësh gjatë kohës që ka qenë i shtruar në TI ka marrë dhe gjithë trajtimet e tjera të mundëshme që merren në vendin tonë ose që është në gjendje të afrojë ky shërbim, dhe përsëri pacientët kanë vazhduar të kenë kompromentim të funksioneve vitale që nuk ka lejuar trajtime të tjera rehabilituese në shërbime të veçanta. Pacientët e trajtuar vetëm në

repartin e TI kuptohet kanë paraqitur gjatë gjithë kohës kompromentim të funksioneve vitale, kryesisht probleme që janë lidhur me statusin neurologjik të pacientit dhe të bazuara në vlerësimin klinik sipas GCS (The Glasgow Coma Scale). Dhe prej këtyre 18 ose 83% janë shkakëtuat nga aksidentet automobilistike. Kjo e dhënë tregon që traumat nga AA janë traumat me dëmtime dhe pasoja më të mëdha në raport me trauma nga llojet e tjera të shkaqeve të traumave marrë së bashku. Kjo spjegohet me vetë mekanizmat e dëmtimeve direkte dhe indirekte gjatë aksidentit spjeguar më sipër.

2-Në repartin ORL-MF (Maxilo-Facial) janë trajtuar në mënyrë përfundimtare 84 pacientë ose 26,2% të numrin total. Kjo e dhënë tregon që megjithëse dëmtime të rëndësishme në sferën ORL janë vërtur në të gjithë pacientët e marrë në studim vetëm në 84 ose 26.% ë pacientëve trajtimi përfundimtar është kryer nga shërbimi ORL-MF. Kjo e dhënë tregon që trauma në sferën kokë-qafë në më të shumtën e rasteve shoqërohet me dëmtime të organeve më të rëndësishme nga pikpamja vitale dhe në këtë rast fjala është për strukturat endokraniale të cilat janë më të rëndësishme nga pikpamja vitale dhe funksionale të organizmit në përgjithësi. Duke analizuar trajtimin ORL-MF në krahasim me shkakun, vërehet që vendin e parë e zënë traumat nga AA me 45 raste ose 53% kjo tregon se rreth gjysma e traumave ku trajtimi primar i takon sferës ORL janë me orgjinë nga AA por në krahasim me rastet me traumë nga AA që janë marrë në studim këto raste përbëjnë 23.7% të rasteve në përgjithësi. Kjo tregon që në rastet e traumave të kokës në përgjithësi nga AA, trajtimi primar ORL zë një vend më të vogël në krahasim me trajtimet e tjera. Kjo spjegohet me nevojën për trajtim mjekësor që ka pacienti në lidhje me shtrirjen e dëmtimit dhe kompromentimin e funksioneve vitale. TShT me 16 raste ose 19,2% e pacientëve të trajtuar përfundimisht në repartin ORL dhe në krahasim me numrin e përgjithshëm të pacientëve me orgjinë nga TShT zë 20.3% të numrit total. Kjo tregon që dhe sa i përket këtij shkak, trajtimi i pacientëve bëhet përfundimisht në repartin ORL. Për këtë shkak zënë një vend të vogël në krahasim me dëmtimin dhe nevojën për trajtim përfundimtar. Traumat nga AF me 10 raste ose 15.6% e rasteve që janë trajtuar përfundimisht në repartin ORL dhe në krahasim me numrin e përgjithshëm të pacientëve të trajtuar nga ky lloj shkak përbën 32.3% të rasteve. TAP janë 10 raste ose 15.6% e rasteve të trajtuar përfundimisht në repartin ORL dhe në krahasim me numrin e përgjithshëm të këtij kontigjenti pacientësh është 71.4%. Kjo e dhënë tregon që në shumicën e rasteve, traumat nga aksidentet në punë në regionin kokë-qafë kanë marrë trajtim përfundimtar ORL. TAZ janë 3 raste ose 50% e pacientëve me këtë lloj shkak janë trajtuar në repartin ORL. Kjo tregon që traumat e regionit të kokës nga AZ që arrijnë ti mbijetojnë traumës janë rastet ku dëmtimet më të shprehura i përkasin sferës ORL. Nga gjithë këto të dhëna vërehet që trajtimi përfundimtar i pacientëve me traumë në regionin ORL në shumicën e rasteve bëhet në repartin e neurokirurgjisë pasi siç është përmendur janë në kontekstin e politraumës dhe rolit që luan rëndësia e dëmtimit në radhën e punës dhe trajtimin e përgjithshëm të pacientit.

3-Në repartin e Neurokirurgjisë janë trajtuar në mënyrë përfundimtare 214 raste në total ose 66.8% e tyre. Kjo e dhënë tregon që në traumat e sektorit kokë-qafë organi që dëmtohet më shumë nga pikpamja e rëndësirë jetike janë strukturat endokraniale dhe vëmendja kryesore përqëndrohet në sferën neurologjike dhe dëmtimet e tjera dalin në plan të dytë. Kjo gjë krijon dhe mundësi për vonesa dhe mos vlerësim sa duhet të dëmtimeve në sferën ORL. Në krahasim me shkakun, TAA zënë vendin e parë me 127 raste ose 59.3% kjo spjegohet me faktin që TAA zë vendin e parë përsa i përket shkakut

të traumës. Përsa i përket incidencës së shkaqeve të traumave dhe nga ana tjetër tregon rëndësinë e dëmtimit që shfaqen si pasojë e dëmtimeve direkte dhe indirekte karakteristike për AA. Nga të dhënat e literaturës rezulton që sektori kokë-qafë zë 50% të dëmtimeve në rastet për sa i përket vendit tonë do të duheshin studime të tjera më të hollësishme për këtë problem. Shkaqet e tjera të marra së bashku zënë 40% të pacientëve që kanë marrë trajtim përfundimtar neurokirurgjikal por në raport me numrin e pacientëve sipas shkakut kemi TAA, TShT, TAF ku trajtimi përfundimtar ka qenë neurokirurgjikal në më shumtën e rasteve të pacientëve që kemi marrë në studim. Këto përbëjnë dhe numrin më të madh të pacientëve të trajtuar në spital. Nga të dhënat e literaturës bashkëkohore trauma zë vendin e pestë të vdekjeve në vendet e zhvilluara industrial, duke ndjekur sëmundjet e zemrës, kancerin, vdekjet e menjëhershme, sëmundjet respiratore kronike [1,11,12,23,34]. Vdekshmëria trefishohet kur në traumë përfshihet koka. Me fjalë të tjera trauma e kokës është faktori kryesor për prognozën e pacientit. Trauma kranio-cerebrale përkufizohet si dëmtim i neurokraniumit, e cila përfshin indet e buta, kockat e kraniumit, membranat e buta dhe të forta të kraniumit, cerebelumin dhe cerebrin. Egzaminimi klinik për vlerësimin e funksioneve të trurit bëhet nëpërmjet testimit të nivelit të koshiencës së pacientit duke përcaktuar nëse pacienti është në komë nëpërmjet rregullit kur ai nuk hap sytë pasi stimulohet dhimbje. Testohet refleksi pupilar, dhe lëvizjet ekstra okulare; madhësia e pupils, reagimi ndaj dritës, anizokoria, refleksi corneal. Shkalla e dëmtimit të trurit klasifikohet sipas Glasgow 's Coma Scale.

Shkallët e komës sipas Glasgow.[1]

GCS vlerësohet niveli i koshiencës së pacientit duke përdorur tre kritere madhore.

Hapjen e syve, lëvizjet motorre të ekstremiteteve, saktësia në përgjigje ndaj pyetjeve.

Egzaminimi i pacientit është i thjeshtë dhe i shpejtë. Pikët maksimale janë 15 dhe minimale 3.

Pacienti ka pësuar traumë të rëndë në qoftë se vlerësimi GCS rezulton me më pak se 9 pikë. Në këtë gjendje pacienti nuk hap sytë edhe ndaj stimulimit të dhimbshëm, paraqet përgjigje të lokalizuar ndaj dhimbjes dhe lëshon tinguj të pa kuptimtë

Tabela 2. Vlerësimi i shkallëve të Komës sipas Glasgow.[1]

Kriteret	Reagimi	Rezultati
<b>Hapja e syve</b>	Spontane	4
	E kërkuar	3
	Nga dhimbja	2
	Mungon	1
<b>Saktësia e përgjigjjes</b>	Orjentohet drejt	5
	Nuk orjentohet drejt	4
	Vetëm fjalë	3
	Tinguj	2
	Mungon	1
<b>Vlerësimi i lëvizjeve motore</b>	I përgjigjet saktë komandave.	6
	Ankon dhimbje.	5
	Gjendje fleksioni.	4
	Lëvizje atipike gjatë fleksionit.	3
	Gjendje ekstensioni	2
	Mungojnë	1

Tabela 3. Klasifikimi i traumave të kokës bazuar në GCS

Klasifikimi i gjendjes së komës	Rezultati GCS
E lehtë	13-15

<b>E mesme</b>	9-12
<b>E rëndë</b>	3-8

Pacientët me traumë të kokës qëndruan nën vlerësimin klinik të vazhdueshëm duke përdorur kriteret GCS.

Diagnostikimi imazherik.

Lloji i egzaminimit imazherik bazohet në klasifikimin e rëndësisë së dëmtimit.

Në dëmtimet e lehta të kokës egzaminimi radiologjik është i mjaftueshëm për ekskludimin e frakturave të kokës. Fraktura është indikacion për CT të kokës.

Në traumat me dëmtim të moderuar të kokës dhe në vlerësimin GCS me 9-12 pikë, trauma duhet të vlerësohet me anën e CT.

Në traumat e rënda të kokës vlerësimi me CT duhet të bëhet menjëherë dhe gjithashtu, të vazhdojë trajtimi neurokirurgjikal menjëherë.

Qëllimi kryesor i vlerësimit CT është për përcaktimin e masave ndaj hemoragjive të mundëshme intrakraniale.

### 3. 2. 3 Lloji i plagës të regionit ORL.

Në këtë pjesë pasqyrohet lloji i plagës (e hapur, e mbyllur, mikse) në krahasim me shkaku dhe gjeneralitetet e tjera kur trauma ka përfshirë sektorin ORL.

Trauma krahasuar me llojin e plagës nënkupton shfaqjen e jashtme të dëmtimit dhe vlerësimi kryhet nëpërmjet inspeksionit, palpacionit egzaminimet radiologjike dhe interventit kirurgjikal. Numri më i madh i pacientëve, 165 ose 51.6% e tyre kanë plagë të mbyllur, ndjekur nga 104 pacientë ose 32.5% të tyre me plagë të hapur dhe 51 pacientë ose 15.9% të tyre me plagë mikse, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=61$ ,  $p<0.01$ )

Nga të dhënat tona janë 104 pacientë me traumë të hapur dhe duke i shtuar dhe 51 pacientë me traumë mikse janë 155 pacientë ose 48.7% e pacientëve në përgjithësi dhe 165 pacientë ose 51.6% me traumë të mbyllur.

Këto të dhëna tregojnë që probabiliteti i llojit të traumës në përgjithësi është në shifra të përafërta në krahasim me shkaqe të veçanta. Vetëm plagët prej armëve të zjarrit në të gjitha rastet janë plagë të hapura. Në rastet e shkaqeve të tjera hasen të gjitha llojet e plagëve. Ajo që theksohet është se lloji i traumës nuk ndihmon në parashikimin e prognozës së pacientit në sferën ORL por në mënyrën e trajtimit.

Në studimin tonë janë 104 raste ose 32.5% e rasteve me traumë të hapur që janë trajtuar në spitale. Nga të dhënat e literaturës traumat e hapura rezultojnë në 50% të totalit të rasteve të traumave të sferës ORL dhe incidenca e tyre është në rritje [1,33,36,37,40]

Sipas shkakut të traumës, me plagë të hapur rezultojnë 51 pacientë me traumë të shkaktuar prej Aksidenteve automobilistike ose 26.8% e numrit total të tyre ;

23 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 29.1% e tyre ; 18 pacientë me traumë prej Armëve të ftohta ose 58.1% e tyre. 8 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 57.1% e tyre. 4 pacientë me traumë prej Armëve të zjarrit ose 66.7% e tyre.

Nga pikëpamja neurokirurgjikale traumat e kokës ndahen në trauma të hapura dhe në trauma të mbyllura.[1,9,33,40,47]

Traumë të hapur në përgjithësi konsiderohen ato raste kur ka dëmtim të tërësisë të indit të lëkurës në rastin e traumave të regionit kokë-qafë duke patur parasysh që kemi të bëjmë me organe kavitare. Plagët e hapura ndahen në dy kategori :

- a- plagë direkte e hapur konsiderohen rastet kur plaga prek strukturat kufizuese të kavitateve dhe drejtimi i plagës është nga jashtë brenda dhe praktikisht kur dëmtohet dura dëmtimi përfshin komunikimin midis hapsirës kraniale të jashtme dhe të brendëshme, ose dëmtimi përshkon strukturat mbrojtëse dhe mbërrin në hapsirat e sinuseve, ose kur dëmtohen strukturat e veshit të mesëm dhe kryesisht membrana tympanike, ose kur plaga në qafë penetron në rrugët e frymëmarrjes dhe të ushqimit. Këto konsiderohen traumë e hapur.
- b- b- plagë indirekt e hapur konsiderohet fraktura e një kaviteti të mbushur me ajër si në rastin e frakturave të murit posterior të sinusit frontal. Rrjedhja e lëngut cerebrospinal nga hunda dhe veshi tregon për dëmtim të basis crani.

Një plagë e hapur përfshin komunikimin midis hapsirës kraniale të jashtme dhe të brendëshme. Këto ndahen në dy kategori:

Plagë direkte të hapura të kokës, me plagë në lëkurën e kokës që vazhdon me frakturë të indit kockor nën të dhe dëmtim të durës.

Plagë indirekte të hapur të kokës që lidhet me frakturën e një kaviteti të mbushur me ajër si p.sh sinusi frontal.

2- Trauma e mbyllur haset në 165 raste ose 51.6 % te rasteve. Sipas shkakut të traumës, me plagë të mbyllur rezultojnë 104 pacientë me traumë të shkaktuar prej aksidenteve automobilistike ose 54.7% e numrit total të tyre ; 47 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 59.5% e tyre ; 10 pacientë me traumë prej Armëve të ftohta ose 32.3% e tyre. 4 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 28.6% e tyre.

Vërehet që numri më i madh i pacientëve brenda kategorive të traumës prej Aksidenteve automobilistike, Shkaqeve të tjera dhe Armëve të ftohta kanë plagë të mbyllur me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me llojet e tjera të plagëve ( $p < 0.01$ ).

Me trauma të mbyllura janë grupuar ata pacientë që janë vërejtur edema, emfizemë, hematoma të indeve të buta, dëmtime parenkimatoze apo hematoma të organeve kavitare shoqëruar me fraktura por pa spostim të strukturave. Spostimi duhet të jetë më pak se 3 mm. Në krahasim me lëkurën nuk kanë patur plagë që përshkon gjithë shtresat e lëkurës. Me plagë të mbyllura të regionit kokë-qafë nënkuptohen traumat kur struktura kufizuese e organeve kavitare mbetet e pa prekur dhe konkretisht nuk ka likuore, nuk ka fraktura të mureve kockore të sinuseve dhe kavitetit timpanik nuk ka dëmtim të shtresës së mukozës në hypofarings-laring-trake. Në traumat e mbyllura ekzistojnë kryesisht dëmtime parenkimat ose që shpesh herë shoqërohen me edemë të indeve dhe hematoma. Në pacientët me traumë të rëndë që paraqet hematoma epidurale apo subdurale kërkohet dekompressioni neurokirurgjikal urgjent. Në traumat e lehta ose të moderuara që nuk konstatohen hematoma vazhdohet me trajtimin konservativ. Pacientët gjatë gjithë kohës monitorohen dhe vlerësohen me pikë në bazë të sistemit GCS. Hematomat intracerebrale observohen në ditët e para dhe përgjithësisht nuk rekomandohet evakuimi kirurgjikal por në fazën subakute dita 2-4 pas traumës.[1,36]

Hemoragjitë subaraknoidale konsiderohen trauma me prognozë të keqe dhe trajtimi është i kombinuar, megjithëse kjo shenjë konsiderohet një faktor i pafavorshëm për prognozën.

3-Traumë mikse ka në rastet kur hasen të dya llojet e plagëve në organe apo sisteme të ndryshme. -Në traumën mikse janë grupuar rastet që në një region vërehen shenjat e një plage të hapur dhe në një region tjetër shenjat e një plage të mbyllur. Në grupimin e traumave mikse janë 51 raste ose 15.9% e numrit të pacientëve që janë marrë në studim. Sipas shkakut të traumës, me plagë mikse rezultojnë 35 pacientë me traumë të shkaktuar prej aksidenteve automobilistike ose 18.4% e numrit total të tyre ; 9 pacientë me traumë nga Shkaqe të tjera ose 11.4% e tyre ; 3 pacientë me traumë prej Armëve të ftohta ose 9.7% e tyre. 2 pacientë me traumë prej Aksidenteve në punë ose 14.3% e tyre. 2 pacientë me traumë prej Armeve të zjarrit ose 33.3% e tyre.

Në praktikën e përditshme shpesh herë nënvleftësohet trajtimi i pacientit sipas llojit të plagës dhe për të vlerësuar llojin e plagës duhet që pacienti të nëneshtrohet një egzaminimimi të imtësishëm klinik dhe imazherik që fillohet me vlerësimin e indeve të buta, rinoskopinë, otoskopinë dhe egzaminim imazherik, egzaminime të ndryshme për verifikimin e prezencës së liquorit. Për të arritur në një përfundim në lidhje me plagën vlerësimi duhet të fillojë nëse ka shfaqje në lëkurë të plagës dhe dëmtimet që shfaqen nën të, vlerësimin e hemoragjisë kudo që të shfaqet, edemën, hematomat e indeve të buta dhe hematomat e organeve kavitare (në hapsirën endokraniale, sinuse, kavitet timpanik, laring) frakturat e indit kockor, rinorenë, otorenë, pneumoencefalus, emfizemrën subkutane. Egzistenca e një plage të hapur të kokës nuk ndikon në parashikimin e prognozës. Është shumë e rëndësishme që një plagë e hapur të kthehet sa më shpejt që të jetë e mundur në plagë të mbyllur.[1,8,13,15,24] Procedura që duhet të kryhet:

-Pastrimi dhe përpunimi i indeve të buta.

-Ngritja e frakturave zhytëse në se ka.

-Heqja e sekuestrave kockore.

-Heqja e indeve trunore të devitalizuara dhe të dëmtuara.

Qepja e durës dhe qepja e indeve subkutane dhe lëkurës.

Rezultati varet nga shtrirja e dëmtimit në tru. Dëmtimet e shtresës parenkimatozë të trurit shpesh nënvleftësohen në traumat e mbyllura të kokës.

Pa marrë parasysh që konsiderohet një plagë e hapur apo e mbyllur e kokës, pacienti duhet të nënshtrohet një vlerësimi të shpejtë neurologjik si dhe të egzaminohet menjëherë nëpërmjet CT.

Klasifikimi klinik i pacientëve me traumë koke bazohet në shkallën e dëmtimit të koshiencës e cila vlerësohet sipas Glasgow Coma Scale. Me anë të CT kryhet vlerësimi i dëmtimit sipas klasifikimit Marshall.[1,15,33,]

Vlerësimi klinik përpara se të kryhet vlerësimi imazherik nënkupton:

Inspeksionin e kokës në lidhje me: ekimozat, hematomat, plagët, hemoragjinë arteriale, galea hematomen, likuorenë, dalje të indit trunor jashtë kafkës.

### 3. 2. 4 Thellësia e dëmtimit të regionit ORL prej traumës.

Thellësia e dëmtimit krahasuar me traumën.

Në këtë pjesë studiojmë traumën në sferën ORL në raport me format e ndryshme të dëmtimeve të indeve në sferën ORL. Dëmtimet ndahen në dy kategori:

a- në dëmtime të indeve të buta dhe 2- dëmtime të indeve të buta dhe strukturave kockore apo kartilaginoze. Dëmtimet traumatike shkaktohen nga forca të jashtëme që ndryshojnë në vartësi të tipit dhe drejtimit të forcës së ushtruar mbi regionin e përfshirë. Ato ndahen në trauma që shkaktohen nga forca mekanike dhe në trauma të shkaktuara nga rënia në kontakt me faktorë termikë apo kimikë. Në vartësi të shkakut të traumës, forcës së ushtruar apo faktorëve termikë apo fizikë haset dhe shumëllojshmëri e shfaqjes së dëmtimeve. Trauma e indeve të buta në regionin ORL ka rëndësi të vecantë për arsye të dendësisë së strukturave shumë të rëndësishme që ndodhen në region si rrugët e frymëmarrjes, enë të mëdha gjaku, çiftet e nervave kraniale, sistemi nervor qendror, sistemi okular, veshi me gjithë komponentët e tij, nofullat, hunda me sinuset paranazale, gjendrat e pështymës, oezofagu. Nga ana tjetër, plagët nga traumat në këtë region në radhë të parë paraqesin risk për jetën, në radhë të dytë shoqërohen me dëmtimin e funksionit të strukturës së dëmtuar dhe në përfundim, ato lënë cikatrice me pasoja estetike për pacientin.[1,13,40]

Njohja sa më e mirë e të gjithë problematikës së traumës në sferën ORL do të bëjë të mundur minimizimin e pasojave që lidhen me traumën e regionit.

Sipas shkakut të traumës, me dëmtime të indeve të buta rezultojnë 21 pacientë me traumë prej aksidenteve automobilistike ose 11.1% e tyre, 17 raste me traumë prej shkaqeve të tjera ose 21.5% e tyre, 4 pacientë me traume prej Armëve të ftohta ose 12.9% e kësaj kategorie, 2 pacientë ose 14.3% e traumave nga aksidentet në punë.

Nga analizimi i këtyre të dhënave vërehet që numri i pacientëve të shtruar në spital me traumë vetëm të indeve të buta është më i ulët sesa traumat ku përvec dëmtimit të indeve të buta ka dhe fraktura të kockave të sferës ORL. Megjithatë për arsyet që renditem më lart këto dëmtime duhen marrë në konsideratë dhe të trajtohen me kompetencë të lartë mjeksore. Mungesa e frakturave të indit kockor nuk përjashton dëmtimet endokraniale sidomos ato parenkimatoze, ndërkohe pacienti mund të pësojë një hemoragji apo një formë tjetër dëmtimi pas aksidentit. Dëmtimet më të shpeshta traumatike të indeve të buta janë: abrazioni që nënkupton dëmtime mekanike superficiale që kryesisht përfshijnë pjesën avaskulare të epidermës. Në rast se ka dëmtim të kapilarëve të shtresës dermale ka hemoragji dhe dalje të exudatit në sasi të dukshme. Ekspozimi i mbaresave nervore



necorium e bën plagën shumë të dhimbshme. Plagët janë të mbuluara nga papastërti të ndryshme të vendngjarjes. Këto plagë epitelizohen pa lënë cikatrice.

Plagët shpuse ose penetrante. Janë relativisht të vogla. Plaga superficiale shpesh shfaq hemoragji minimale. Sidoqoftë, këto plagë mund të jenë shumë të thella dhe vlerësimi fillestar është i vështirë. Në vartësi të objektit që e shkakton, buzët e plagës mund të jenë të lëmuara (thikë, gozhdë) ose jo të rregullta. Plagët shpuese kanë risk të lartë për tu infektuar. Shërimi primar ndodh kur përpunohen në mënyrë kirurgjikale, përndryshe shërimi është sekondar.[1,46]

Plagët prerëse. Prerja shkaktohet nga objekte më të mëdha të mprehte (thika, xham, etj) që mund të penetrojnë në shtresat më të thella të indeve. Buzët e plagës janë të lëmuara dhe hemoragjike. Zakonisht uk vërehet mungesë indi. Shërimi primar ndodh pas suturimit. Plagët nga kafshimi apo pickimi.

Këto lloj plagësh shkaktohen nga kafshë me dhembë të mprehtë (qen, mace etj.) dhe plagët e shkaktuara janë më të laceruara ose punktuse. Karakteristikë është se këto plagë duken me vështirësi në sipërfaqe dhe paraqesin dëmtime në thellësi. Hemorragjia mungon ose është në sasi minimale. Kafshimet nga kafshë me molarë të mëdhenj (si kali) shkaktojnë plagë dërrmonjëse me buzë të dhëmbëzuara dhe me hemoragji të konsiderueshme. Hematomat mund të gjenden në indet përreth indit të dëmtuar dhe mund të dëmtojnë strukturat nën të siç janë kockat.[1]

Trauma kontuzive në indet e buta nuk penetron shtresën epiteliale të lëkurës por dëmton strukturat sipërfaqësore dhe të thella, përfshirë dhe enët e gjakut duke krijuar hematoma dhe edemë e indeve që në regionin e fytyrës. Kur ato janë të vogla reabsorbohen gradualisht, ndërsa në septum dhe aurikul duhen drenuar pasi shpesh herë infektohen duke përfunduar në destruksion të kartikagos që pasohen nga deformim i theksuar. Rëndësi të madhe kanë hematomat e masive në qafë dhe të scalpit. Nëse grumbullimi i gjakut mund të vazhdojë dhe të përhapet midis facieve të qafës, ushtrohet presion në rrugët e frumëmarrjes dhe mbi enët e mëdha të gjakut, të cilat mund të infektohen dhe të shoqërohen me pasoja më të rënda.[1,46,47]

Trauma mikse, që nënkupton dëmtime të indeve të buta dhe të indit kockor, janë 276 raste ose 86.3% e numrit të pacientëve të marrë në studim. Sipas shkakut të traumës, me dëmtime mikse rezultojnë 169 pacientë me traumë prej aksidenteve automobilistike ose 88.9% e tyre, 62 raste me traumë prej shkaqeve të tjera ose 78.5% e tyre, 27 pacientë me traume prej Armëve të ftohta ose 87.0% e kësaj kategorie, 12 pacientë ose 85.7% e traumave nga aksidentet në punë, dhe 6 pacientë ose 100% e rasteve të traumave me armët e zjarrit. Vërehet mbizotërim i dëmtimeve mikse tek të gjitha kategoritë e traumës me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me dëmtimet e indit të butë ( $p < 0.01$ ). Vërehet mbizotërim i dëmtimeve mikse, që nënkupton dëmtime të indeve të buta dhe të indit kockor, në 276 pacientë ose 86.3% e numrit të rasteve të marrë në studim ndërsa dëmtim i indeve të buta vërehet në 44 pacientë ose 13,8% të numrit të rasteve me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2 = 166,7$   $p < 0.01$ ).

Nga të dhënat tona vërehet që pacientët ku trauma ka përfshirë indet e buta dhe indin kockor zënë pjesën më të madhe të pacientëve që janë shtruar për trajtim në spital pa dallim në lidhje me shkakun e traumës. Të dhënat janë të krahasueshme edhe me literaturën ku prevalenca e dëmtimeve të indeve të buta dhe indit kockor luhet nga 66% - 78%. [2,8,11,18,33]. Kjo e dhënë tregon që traumat më të rënda shoqërohen me fraktura

të indit kockor apo atij kartilaginoz të cilët nga pikpamja anatomike dhe fiziologjike shërbejnë si barrierë e rëndësishme mbrojtëse për organet që janë të vendosura në të. Kur forca e ushtruar e tejkalon kufirin tolerues të indit kockor shfaqen frakturat dhe depërtim i forcës së ushtruar në strukturat në vazhdim. Identifikimi i frakturave në kockat e fytyrës është një shenjë që duhet të nxisë kërkimin për fraktura të tjera kranio-cervikale deri sa të vërtetohet mungesa e tyre. Trauma mikse nuk nënkuptohet vetëm në lidhje me indet e dëmtuara, por dhe në lidhje me pasojat e shfaqura nga dëmtimi i strukturave. Trauma që prek inde të ndryshme kompromenton dhe punën e organeve apo sistemeve të ndryshëm prandaj në këto raste konsiderohet i gjithë kompleksiteti i trajtimit të traumës në sektorin kokë-qafë. Traumet mikse shpesh herë shoqërohen me traumë neurocerebrale që kompromenton situatën e përgjithëshme të pacientit kjo bën të mundur që dëmtimet në sferën ORL të nënvleftësohen apo të trajtohen me vonesë. Që të kuptohet më mirë trauma mikse, pasi janë analizuar format e ndryshme të shfaqjes së jashtme të traumës apo plagës/plagëve që kanë më shumë lidhje me lëkurën apo shfaqjen e jashtëme të dëmtimit në lëkurë po analizohen dhe dëmtimet specifike të strukturave indore që lidhen me traumën, të cilat në konceptimin teorik të problemit përbëjnë atë që quhet traumë mikse.

Karakteristikat e dëmtimeve kockore.[1]

Dëmtimet kockore nga pikëpamja e patomekanizmit ndahen në dy grupe:

Fraktura direkte kur fraktura ndodh në vendin e goditjes. Fraktura indirekte kur thyerja ndodh në distancë nga vendi i goditjes.

Nga pikpamja klinike frakturat ndahen: Fraktura të mbyllura, kur indet e buta që ndodhen mbi të mbeten të pa prekura; Fraktura të hapura (Indet e buta duke përfshirë dhe lëkurën janë të dëmtuara dhe paraqesin plagë të hapur)

**Tabela 4. Frakturat e hapura klasifikohen:[1]**

<b>Grada e parë</b>	Fragmenti kockor shfaqet nga brenda në drejtim të lëkurës e cila paraqitet me plagë të vogla në lëkurë.
<b>Grada e dytë</b>	Dëmtimi nga jashtë brenda me dëmtime kontuzive të lëkurës dhe muskujve shoqërohen me plagë të mëdha në lëkurë.
<b>Grada e tretë</b>	Kemi dëmtime masive të lëkurës, indeve të buta, nervave dhe enëve të gjakut.

Në vartësi të kursit të linjës së frakturës në lidhje me aksiin e kockës ato ndahen: Fraktura transverse, oblike, longitudinale si dhe cominutive. Frakturat defektoze kryesisht lidhen me plagët nga armët e zjarrit. Fraktura sipas shklopit të gjelbërt në rastet kur nuk ka dëmtim të periostit parandalon zhvendosjen e fragmenteve kockore.

Shërimi i indit kockor.

Shërimi direkt ose primar i frakturave.

Ky lloj shërimi është i mundshëm në frakturat ku fundet kockore të tyre janë të bashkuara me njëra tjetrën dhe duhen eliminuar lëvizjet. Ka dy tipa shërimi të frakturave. a-shërim nëpërmjet kontaktit që realizohet nëpërmjet sistemit Haversian të proliferimit. b-shërim nëpërmjet hapsirës që haset në rastet e mos reduktimit të plotë të fundeve kockore të frakturuara që përfundon në shfaqjen e hapsirës midis fragmenteve që mbushen me kockë laminare. Hapësirat më të mëdha ndahen në kamera të vogëla nga trabekula fibroze të kockës të mbushura me kockë laminare.

Shërimi indirekt ose sekondar i indit kockor.

Çvendosja e fragmenteve kockore çon në nekrozë të indit. Qelizat mezenkimale janë rezultat i hiperemisë që shoqërohet me eksudat në fazën e inflamacionit aseptik. Mikrofaqët dhe makrofaqët absorbojnë koagulat dhe krijohet indi i granulacionit. Ky proces ndodh në të dy anët e kockës, nga ana e palcës dhe nga ana e periostit. Në qoftë se osteoklastet shkatërrojnë kockën nekrotike, gjerësia e kockës së munguar shikohet në grafi. Fibrat e kolagjenit shtrihen menjëherë nëpërmjet indit të granulacionit dhe bashkojnë fragmentet. Në këtë fazë fragmentet janë të lëvizshëm në lidhje me njeri tjetrin, dita e 6-12. Formacioni osteid çon në formimin e kallusit osteid, (formimi i rrjetës kockore), dita 12-21.

Aplikimi i tërheqjes ndikon në formimin e kockës orgjinale laminare, ndërsa riformimi i arkitekturës orgjinale të trabekulave kockore realizohet në sajë të shtrëngimit dhe tërheqjes së segmentëve.

Pseudoartrozat. Mungesa e stabilitetit të mjaftueshëm mekanik në zonën e frakturës shkakton krijimin e indit lidhor në hapsirën e fragmenteve dhe si pasojë ka mosngjijtje të fragmenteve kockore.

Trajtimi i frakturave. Kohëzgjatja dhe cilësia e shërimit të frakturës do të përcaktohet nga pesëprocedurat që mund të nevojiten të përdoren.

1-Reponimi. Reponimi është një vendosje kirurgjikale e fragmenteve në pozicionin e tyre natyral. Kjo procedurë mund të kryhet në mënytë manuale ose duke përdorur instrumenta ndihmës. Frakturat e fytyrës përgjithesisht nuk mund të reponohen vetëm me dorë por kërkojnë edhe ndihmën e instrumentave të vecantë sipas rastit.

Fiksimi. Me këtë procedurë nënkuktohet mbajtja e bashkuar e fragmenteve kockore pas reponimit. Fiksimi mund të jetë jo i qëndrueshëm në rastet e fiksimit me tel dhe i qëndrueshëm me osteosintezë. Fiksimi ndahet në fiksion fleksibël që nuk u reziston dot lëvizjeve normale dhe fiksion absolut që u reziston lëvizjeve normale.

Retensionit. Kjo është një metodë e qëndrueshme duke siguruar fiksionin e segmentit të frakturuar me qëllim që të parandalohet çvendosja e fragmenteve dhe të sigurojë shërimin e frakturës. Kjo procedurë përfshin metoda të ndryshme të lidhjes, fashimit, tamponimit sidomos në frakturat e hundës. Në rastet e dëmtimeve dentoalveolare të mandibulës, suturimi intermaksilar me tel i nofullës së sipërme dhe të poshtme në okluzion terminal është tipike për një procedurë shtesë retensionit.

Imobilizimi. Me këtë procedurë kuptohet imobilizimi i fragmenteve të frakturuara që janë bashkuar për tu ngjitur. Në anatominë kraniofaciale kjo procedurë ka lidhje me mandibulën si e vetmia kockë e lëvizshme. Ka dy lloj imobilizimesh, rigid dhe elastik. Pllakat metalike të vendosura në nofullën e sipërme dhe të poshtme mund të lidhen duke përdorur tel çeliku që nuk ndryshket ndërmjet shinave. Ky quhet fiksion intermaksilar

rigid, ose në rastin e fiksimit elastik mund të arrihet duke përdorur shina elastike. Reabilitimi dhe terapia funksionale. Veçanërisht për traumat apo frakturat e artikulacionit temporo-mandibular nisja dhe shtimi progresiv i terapisë funksionale është vitale. Fillimi i shpejtë i terapisë funksionake mund të kompromentojë hapjen e gojës apo të pasohet nga ankiloza e artikulacionit.

Dëmtimi i artikulacioneve. Një artikulacion dëmtohet kur ai lëviz në drejtim të kundërt ose përtej kufirit të tij anatomik. Dëmtimet ndahen në këto kategori:

Kontuzioni. Në këto raste ka shtypje të sipërfaqes artikulare, hemoragji nga kapsula artikulare dhe hematoma e hapsirës artikulare. Hematoma shkakton zgjerimin e artikulacionit dhe pasohet nga dhimbja dhe edema. Kontuzioni zakonisht shërohet pa pasoja negative. Sidoqoftë, distensioni i kapsulës artikulare mund të çojë në një artikulacion të paqëndrueshëm dhe në rastet që ka proliferim të indit lidhor shfaqet ankyloza artikulare.

Distortioni. Në këtë rast ka çvendosje të sipërfaqes artikulare përtej parametrave anatomikë. Simptomat janë si të kontuzionit.

Dislokacioni. Ky rast ndodh kur koka kondilare nuk kthehet në pozicionin e saj anatomik pas distorcionit. Reponimi është i nevojshëm. Në shumicën e rasteve ka mungesë apo kufizimin maksimal të lëvizjeve të artikulacionit.

Frakturë me çvendosje. Ky dëmtim ndodh në qoftë se pjesë fragmentesh të vogëla shkëputen nga fosa artikulare e procesit kondilar. Ndërprerja e ushqyerjes përfundon në sekuestracion të fragmenteve dhe ankyloza ndodh nga dëmtimet masive të sistemit të trabekulave kockore.

Dëmtimi i kartilagove. Ky lloj dëmtimi ndahet në dëmtimin e plotë ose në dëmtim të pjesshëm të kartilagove. Presioni i ushtruar në anën e padëmtuar në një dëmtim të pjesshëm çon në deformim të kartilagos në anën e pa dëmtuar. Hemoragjia dhe hematoma ndërmjet perikondrit dhe kartilagos ndërpret ushqyerjen e kartilagos dhe çon në vdekjen e indit kartilaginoz dhe mbart rezikun e infeksionit. Evakuimi i hematomës dhe rikthimi i ushqyerjes është baza e trajtimit.

Shërimi i kartilagos. Kartilagot nuk kanë enë gjaku të tyre për furnizim. Dëmtimet çojnë në zvendësimin e kartilagos me ind lidhor të padiferencuar.

Dëmtimet Muskulare. Shenjat klinike dhe simptomat. Në një traumë, muskujt mund të dëmtohen pjesërisht ose plotësisht. Këputja e pjesëshme e fibrave mund të krijojë një difekt kur muskuli është i tendosur. Në rastet kur dëmtimi është i plotë ka mungesë të lëvizjes ose vërehet lëvizje anormale e muskulit. Adaptimi i pjesës më të madhe të fibrave është shumë i rëndësishëm për rifitimin e funksionit të muskulit. Në rastet kur adaptimi është i pamundur zvendësohet muskuli me ind lidhor dhe si pasojë do të ketë kufizim të lëvizjes së muskulit. Hemoragjia në muskul do të favorizojë krijimin e indeve cikatriciale. Në dëmtimet e muskujve temporalë mund të vërehet kufizim në hapjen e gojës, ndërsa muskuli ocular mund të çojë në diplopi. Procesi i shërimit të muskulit është i njëjtë me atë të plagës në përgjithësi. Rigjenerimi i muskulit nuk është i mundur. Dëmtimi i nervave periferikë. Dëmtimi i nervave mund të ndahet në tre grupe në vartësi të shtrirjes të dëmtimit.

Neuropaksia. Në këtë rast ka dëmtim të shtresës që mbulon nervin, që quhet mielinë, pa dëmtime degjenerative të aksonit. Neuropraksia prek nervat motorë dhe që kanë mielinë. EMG tregon valë normale. Shërimi ndodh për 3-6 javë.

Aksonotmezis. Në këtë rast ndodh shkëputja e neuroaksis ndërkohë që indi lidhor që vesh nervin mbetet i paprekur. Menjëhere pas dëmtimit ndodh degjenerimi primar ose degjenerimi valerian. Koha e rigjenerimit të plotë është nga 3-6 muaj.

Neurotmezis. Kjo nënkupton shkëputjen e plotë të gjithë gjatësisë së nervit. Në fazën e herëshme neurotmesis nuk mund të diferencohet nga aksonotmesis nga ana e shfaqjes klinike. Shërimi mund të realizohet nëpërmjet suturimit të nervit ose transplantit të tij. Paraliza e mbetur është rezultat i pamjaftueshmërisë apo cilësisë së ulët të rigjenerimit. Ndryshe nga qelizat nervore trupore, proceset nervore ose nervat periferikë janë të aftë të rigjenerohen. Shpejtësia e rritjes është afërsisht 1cm në muaj.[1]

### 3. 2. 5 Trauma sipas regionit anatomik ORL të përfshirë në dëmtim.

Nga të dhënat e paraqitura në tabelën 21 vërehet mbizotërim i dëmtimeve të regionit Temporo-parietal në 204 pacientë ose 63.8% të numrit të rasteve të marrë në studim, ndjekur nga dëmtimet e regionit Facial në 111 pacientë ose 34.7% të rasteve, ndërsa dëmtim i regionit Colli anterior vërehet në 5 pacientë ose 1.6% të numrit të rasteve me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=185,9$   $p<0.01$ ).

Traumë në regionin coli anterior vërehet në 5 raste ose 1,6% e numrit të përgjithshëm me traumë të trajtuar në spital. Në krahasimin sipas shkakut rezultojnë që nga aksidentet automobilistike janë 5 raste me trauma të regionit coli anterior ose 2.6% e traumave automobilistike. Traumë e regionit facial vërehet në 111 raste ose 34.6% e totalit të pacientëve spitalorë. Në krahasimin sipas shkakut rezultojnë që nga aksidentet automobilistike janë 62 raste ose 32.6% e traumave nga ky shkak, nga shkaqe të tjera janë 25 raste ose 31.6% e traumave nga shkaqe të tjera, nga armët e ftohta 13 raste ose 41.9% e traumave nga armët e ftohta, nga aksidentet në punë janë 10 raste ose 71.4% e traumave nga aksidentet në punë, nga armët e zjarrit 1 rast ose 16.6% e rasteve me armë zjarri. Traumë e regionit temporo-parietal vërehet në 204 pacientë ose 63.7% e numrit total të tyre. Prej këtyre, 123 raste janë me origjinë nga aksidentet automobilistike ose 64.7% e traumave nga aksidentet automobilistike, nga shkaqe të tjera janë 54 raste ose 68.3% e traumave nga shkaqe të tjera, nga armët e ftohta janë 18 raste ose 58.1% e rasteve me armë të ftohta, nga aksidentet në punë janë 4 raste ose 28.5% e traumave nga aksidentet në punë, nga armët e zjarrit janë 5 raste ose 83.3% e rasteve me armë zjarri.

Vërehet mbizotërim i dëmtimeve të regionit Temporo-parietal krahasuar me regionet e tjerë në kategoritë 'Aksidente automobilistike' dhe 'Shkaqe të tjera' me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p<0.01$ ). Të dhënat janë të krahasueshme me literaturën ku dëmtimet e regionit temporo-parietal arrijnë deri në 70% të rasteve me traumë të sferës ORL [13,16,17,24,42].

1-Traumet e regionit temporo-parietal.

Traumë e regionit temporo-parietal vërehet në 204 raste ose 63.7% e numrit total, shifër që korendikon me sipërfaqen e marrë në shqyrtim sepse siç është përmendur, duke qenë bilaterale zë 2/3 e regionit të kokës, pra prevalenca e dëmtimit të regionit ndërmjet sipërfaqeve anësore dhe regionit anterior të fytyrës gjatë traumës, është në shifra afërsisht të njëjta, por regionit temporo-parietal duke qenë bilateral paraqet numër rastesh të dyfishuara. Në krahasim me shkaqet në veçanti rezultojnë që 123 raste janë me origjinë nga aksidentet automobilistike ose 64.7% e traumave nga ky shkak, shifër kjo dy herë më

e lartë se numri i traumave të regionit facial. Kjo e dhënë lidhet me sipërfaqen bilaterale të regionit. Nga kjo e dhënë vërehet që prevalenca e traumave të regionit temporo-parietal në rastet e AA është më e madhe krahasuar me traumat e regioneve të tjera, si e tillë dhe problematika që lidhet me këtë region është më e madhe edhe si frekuencë absolute. Janë 54 raste me TShT ose 68.3% e traumave nga shkaqe të tjera dhe kjo e dhënë ka të njëjta arësytetime si TAA. Nga armët e ftohëta janë 18 raste ose 58.1% e rasteve me armë të ftohta. Në frekuencë absolute vërehet një numër më i madh rastesh në krahasim me traumat e regionit facial nga TAF por si përqindje ndaj totalit të dëmtimeve sipas regionit vërehet një numër më i ulët, që interpretohet që ky region ka një prevalencë më të ulët në rastet e këtyre lloj traumave në krahasim me regionin facial, i cili krahasuar me sipërfaqen që zë, ka një numër më të madh rastesh të traumave të kokës të regionit ORL dhe me dëmtime të konsiderueshme. Me TAP janë 4 raste ose 28.6% e traumave nga aksidentet në punë. Duke konsideruar që regionin zë 2/3 e regionit të kokës vërehet një prevalencë e ulët e prekjes së këtij regionin nga ky shkak, veçori që lidhet me natyrën e veçantë të këtyre lloj aksidentesh. Me TAZ janë 5 raste ose 83.3% e rasteve me TAZ. Nga 6 raste që janë gjithësej, 5 raste i përkasin këtij regionin dhe në konsideratë janë plagosjet kur drejtimi i predhës është me kënd dhe dëmton kryesisht strukturat sipërfaqësore ose nuk prek strukturat endokraniale, pasi dëmtimet që shkaktojnë AZ janë të shumëfishta dhe përgjithësisht fatale kur plaga është në kokë dhe me drejtim përpjendikular.

Pjesa më e ekspozuar e këtij regionin është veshi i jashtëm. Shkaqet e traumave të veshit të jashtëm janë shpërthimet e eksplozivit, plagët penetruese, ose kontuzive, traumat nga ngrirja apo djegiet termike ose me lëndë kimike janë më të rralla. Veshi i jashtëm, në sajë të refleksit mbrojtës të largimit të kokës në mënyrë reflektore dëmtohet vetëm nga trauma direkte. Mekanizmi i dëmtimit të aurikulës dhe kanalit të jashtëm të dëgjimit: Traumata kontuzive dëmtojnë shtresën sipërfaqësore të lëkures duke krijuar seroma, hematoma të veshit të jashtëm: Trauma prerëse shoqërohet me lacerime ose me amputimin e pjesëve të veçanta deri në amputimin e plotë të llapës së veshit. Dëmtimet termike apo kimike shkaktojnë ndryshime në sipërfaqen e jashtme të veshit.

Dëmtimet e veshit të mesëm. Dëmtimi i daullës së veshit shkaktohet nga trauma direkte dhe indirekte. Dëmtimet direkte shkaktohen nga objekte të forta që përdoren për pastrim apo aksidentalisht gjatë saldimit, ku copa të vogëla metalike mund të dëmtojnë daullen e veshit, si dhe nga substanca të ndryshme termike apo kimike të cilat mund të shkaktojnë dëmtime masive të daullës së veshit. Dëmtimet indirekte shkaktohen nga ushtrimi i presionit pozitiv në vesh si në rastin e shpërthimeve, ose goditjeve në vesh. Dëmtimet e zinxhirit kockor shkaktohen direkt nga një objekt ose indirekt në kuadrin e traumës së kokës në përgjithësi, ose nga frakturat e kockës petroze, pjesë e kockës temporale. Disartikulimi i inkusit haset në 75% të rasteve dhe është lezioni më i shpeshtë.

Traumata e veshit të brendshëm. Në pjesën më të madhe shoqërohen me rupturë të dritares së rrumbullakët. Shenjat tipike të saj janë: dëmtimi i rëndë i dëgjimit, nauze, të vjella, marrje mendësh.

Mekanizmi i dëmtimit të rupturës së dritares së rrumbullakët mund të jetë imploziv ose eksploziv, gjithashtu, duhen të merren në konsideratë defektet kogenitale ose të fituara të dritares.

Rupturat janë implozive kur forca e ushtruar pas shpërthimit transmetohet nga kanali i jashtëm i dëgjimit ose nga tubi i eustakut në dritaren e rrumbullakët.

Rupturat janë eksplozive kur dëmtohet membrana e dritares së rrumbullakët nga presioni i rritur në lëngun cerebrospinal ose perilimfë, nëpërmjet aqueduct cochlear.

Deformimi traumatik i labirintit kockor është shkaku më i shpeshtë i rupturës së membranës së dritares së rrumbullakët.[1]

Shenjat klinike: Otoragjia nga kanali i jashtëm i dëgjimit. Diagnostikimi klinik dhe radiologjik është i rëndësishëm për të diktuar burimin e hemoragjisë e cila vjen nga kanali, veshi i mesëm apo është me orgjinë intrakraniale. Në veshin e traumatizuar duhet të shmangët manipulimi afër membranës timpanike. Veshi duhet të mbulohet me bandazh steril për disa ditë. Duhet që pacienti të marrë dhe nje antibiotik që kalon barrieren hemato-encefalike.

Otoarea: Rrjedhja e likuorit cerebrospinal nga veshi quhet otore. Likuorea me likid cerebrospinal ndodh në 6% të frakturave të bazës së kokës ku 2/3 e saj është e ndërtuar nga kocka temporale. Për verifikimin e saj në rastet e dyshuara kërkohet të kryhet testi imunologjik me anë të  $\beta$ -2 transferrin dhe  $\beta$ -trace protein që përcakton në se ka likuor në kanalin e jashtëm të dëgjimit. Kjo metodë ende nuk aplikohet në spitalin ku është kryer studimi. Përcaktimi dhe trajtimi i tyre kryhet me metoda të vjetra tradicionale dhe përgjithësisht trajtimi është konservativ. Nuk duhen kryer manipulime në kanalin e jashtëm të dëgjimit në se vërehet otore. Në rast se vërehet otore në veshin e mesëm si 'puls sindrom' në asnjë mënyre nuk duhet të kryhet paracentezë. Liquori mund të shfaqet në nazofarings nëpërmjet tubit të eustakut.

Ulja e dëgjimit. Kjo shenjë mund të jetë me origjinë neurosensoriale ose konduktive. Uljet neurosensoriale të dëgjimit. Ulja e menjëherëshme e dëgjimit është një shenjë e rupturës së membranës së rrumbullakët. Dëmtimi i dëgjimit ndodh edhe në rastet që nuk verifikohet frakturë. Traumat kontuzive të kokës shpesh shoqërohen me rënie të menjëherëshme të dëgjimit, që njihet si ulja neurosensoriale posttraumatike e dëgjimit. Ulja e dëgjimit ndodh edhe në rastet e frakturave transversale dhe të kombinuara. Dëmtimi mund të jetë progresiv.

Uljet konduktive të dëgjimit. Diferenca e madhe ndërmjet dëgjimit ajror dhe kockor është tregues i dëmtimeve serioze në veshin e mesëm. Ulja e dëgjimit konduktiv ndodh në rastet e dëmtimit të membranës timpanike, frakturat dhe shkëputjet e zinxhitit kockor, grumbullimi i gjakut ose likuorit cerebrospinal në kavitetin timpanik. Ulja konduktive e dëgjimit si pasojë e frakturave longitudinale nuk mund të diferencohet në stadin e hershëm pas traumës.

Çrregullimet vestibulare. 75% e pacientëve me traumë të kokës paraqesin çrregullime vestibulare edhe kur nuk është vërejtur frakturë. Pacientët ankohen për vertigo që shoqërohet me nistagmus horizontal që nuk ndryshon drejtim. Nistagmusi i provokuar vërehet pas ndryshimit të pozicionit të kokës së pacientit. Nistagmusi spontan në drejtim të kundërt të dëmtimit shoqërohet me shenja shumë të shprehura të vertigos. Nistagmusi në drejtim të anës së dëmtuar mund të jetë edhe shenjë e labirintit seroz dhe hematomës në veshin e brendshëm. Ankesat subjektive janë më pak të shprehura se sa në rastet e nistagmusit në anë të kundërt të dëmtimit.[1]

Dëmtimet e nervit facial. Në studimin tonë nuk ka të dhëna të sakta për këtë patologji, për arësye të shumta, por njohja dhe vlerësimi i saj ka rëndësi të madhe funksionale dhe kozmetike për pacientin. Nervi facial përbëhet nga tre pjesë. Pjesa intrakraniale, temporale dhe pjesa ekstra temporale. Sipas kësaj ndarjeje, sektorit ORL i përket të studiojë dhe trajtojë dy pjesë: pjesa temporale dhe pjesa ekstratemporale. Në vartësi të

vendosjes së dëmtimit shfaqen dhe dëmtimet e funksionit të organeve. Funksioni i sekretimit të gjendres lakrimale, të prodhimit pështymës, marrja e shijes nga gjuha dhe refleksi stapedius mbeten të paprekur në rast se dëmtimi vendoset më poshtë se dalja e degëve përkatëse. Dëmtim central konsiderohet në ato raste kur vërehet humbja e të gjitha funksioneve të nervit facial. Dëmtimet e nervit ndodhin kryesisht nga traumat kontusive. Dëmtimet e nervit klasifikohen si neuropraksi. Trajtimi është konservativ. Aksonotmesis klasifikohet kur rigjenerimi do një kohë më të gjatë se në rastet e neuropraksisë, neurotmesis kur ndodh prerja e plotë e nervit dhe humbasin e funksionet e tij. Paralizat konsiderohen të menjëherëshme kur shfaqen menjëherë pas traumës dhe paralizat quhen të vonuara kur shfaqen 48 orë apo më shumë pas traumës. Një paralizë do të konsiderohet si neurotmesis pas një ndjekjeje të paktën 10 ditore.

Dëmtimet e artikulacionit temporomandibular dhe gjendrës parotis që janë pjesë e rëndësishme e regionit janë konsideruar probleme maksilofaciale.[1]

**2-Trauma e regionit facial** vërehet në 111 raste ose 34.6% të totalit të tyre ose 1/3 e rasteve me traumë të marrë në studim. Krahasuar me traumat e regionit temporo-parietal të cilat zënë 2/3 e rasteve, vërehet që prevalenca e traumës në regionin e fytyrës është në shifra pothuajse të barabarta me dy regionet anësore temporo-parietale pasi regionin temporo-parietal është bilateral dhe zë 2/3 e sipërfaqes. Në krahasim me shkakun, 62 raste ose 32.6% e traumave janë nga aksidentet automobilistike, e dhënë kjo që i korrespondon prevalencës së traumës së këtij regionin në përgjithësi, ose 55.8% të traumave të regionit facial. Kjo shifër lidhet me faktin që prevalenca e këtij lloj shkakut është më e madhe se prevalenca e shkaqeve të tjera. Me trauma nga shkaqe të tjera janë 25 raste ose 31.6% e traumave nga ky shkak. Edhe në këtë rast ka një përputhje ndërmjet rasteve me traumë në regionin facial në përgjithësi dhe traumave të këtij regionin me origjinë nga shkaqet e tjera. Krahasuar me numrin e përgjithshëm këto trauma zënë 22.5% të traumave të regionit facial, shifër që konsideron numrin e përgjithshëm të rasteve totale të regionit sipas shkakut. Me traumë nga armët e ftohta janë 13 raste ose 41.9% e traumave nga armët e ftohta. Në këtë rast, frekuenca e traumës së regionit facial është më e madhe se frekuenca mesatare e traumës së këtij regionin, dhe kjo shpjegohet me faktin që në rastet e përdorimit të armëve të ftohta fytyra mbetet pjesa më e ekspozuar dhe më e sulmuar. Janë 13 pacientë me traumë të regionit facial nga armët e ftohta të cilët përbëjnë 11.7 % të totalit të traumave të regionit facial. Kjo e dhënë është tregues i numrit të ulët të rasteve të traumës prej këtij shkakut në përgjithësi. Me traumë nga aksidentet në punë janë 10 raste ose 71.4% e traumave nga aksidentet në punë. Edhe në këtë rast vërehet që dëmtimet në fytyrë janë shumë më të shpeshta se në regionet e tjera që janë marrë në studim. Kjo shpjegohet që kryesisht, aksidentet në punë janë rëniet nga lartësia, bazuar në ligjet e fizikës mbi rënien e lirë dhe rolin që luan forca e rëndësës. Fytyra është pjesa që dëmtohet më shpesh dhe si gjatë veprimtarive të tjera në punë, pjesa e fytyrës është më afër dhe në kontakt më të drejtëpërdrejtë me mjetet e punës të cilat në një moment mund të bëhen objekt aksidenti. Krahasuar me numrin e përgjithshëm të traumave të fytyrës 10 rastet me këtë traumë përbëjnë 9% të totalit të traumave të sipërpërmendura shifër që shpjegohet me numrin e ulët të rasteve nga ky lloj shkakut. Me traumë nga armët e zjarrit është vetëm 1 pacient ose 16.6% e rasteve me trauma nga ky shkak. Kjo e dhënë lidhet me mortalitetin e lartë që ka ky lloj shkakut në regionin e fytyrës pasi probabiliteti për dëmtimin e strukturave me pasoja jetike në regionin e kokës



është shumë i madh dhe mbijetesa, qoftë dhe të arrijë të mbërijë gjallë në spital, është e ulët në krahasim me traumat e regionit temporo-parietal. Propabiliteti i mbijetesës është më i madh në rastet që nuk preken struktura të rëndësishme neurocerebrale si rrjedhojë e nivelit të dëmtimit apo drejtimit të predhës.

Diagnostikimi i dëmtimeve të pjesës qendrore të fytyrës.

Regioni i fytyrës është i përbërë nga tre pjesë: pjesa e sipërme është balli dhe kufizohet me skalpin nëpërmjet vijës së flokëve dhe nga poshtë me vetullat. Pjesa e mesme nga pikëpamja anatomike shtrihet nga dhëmbët e maksilës tek pjesa e sipërme e orbitës, rrënja e hundës dhe kufizohet me basis crani anterior dhe media. Pjesa e poshtme përfshin regionin mandibular me gjithë strukturat përbërëse.

Pjesa qendrore e fytyrës është objekt i diagnostikimit dhe trajtimit në mënyrë të veçantë për mjekun specialist ORL.[1]

Pjesët përbërëse të cilës janë: regionin maksilar, hunda, kocka sfenoidale, kocka zigomatike, kocka lakrimale, vomeri. Pjesa qendrore përbëhet prej një sistemi kavitetesh. Suturat skeletike të forta (nasale, maksiljugulare, pterigopalatine) absorbojnë forcën e përtypjes dhe e transmetojnë atë në kafkë. Suturat janë prej kocke laminare të butë. Foramen infraorbitale shërben si pikë referimi për vlerësimin e frakturave të pjesës qendrore të fytyrës. Me përjashtim të muskulit maseter dhe pterigoid medial dhe lateral, në pjesën tjetër të skeletit kockor mungojnë muskujt e fuqishëm. Çvendosjet e mëdha okulare ndodhin kryesisht si rezultat i deformimit të sketetit nga forca e traumës sesa si pasojë e forcës së tërheqjes muskulare. Përjashtim vërehet në rast deformimi nga tërheqja e muskulit pterigoid medial në plagët e hapura me mungesë indi në pjesën anteriore dhe të mesme të fytyrës të shoqëruara dhe me frakturë të maksilës. Sistemi kavitar i fytyrës konsiston në kavitetin orbital, sinuset maksilare, kavitetin nazal, qelizat ethmoidale, sinusin sfenoidal. Ndërkohë, orbita ose zgavra okulare siguron mosdëmtimin dhe funksionimin e muskujve okularë që janë vitalë për shkallën e shikimit. Skeleti kockor i hundës dhe sinuseve paranazale siguron frymëmarrjen fiziologjike me hundë. Mukoza e hundës dhe e sinuseve paranazale përmban epitel ciliar që ndihmon në pastrimin e vazhdueshëm të përmbajtjes së sinuseve në kavitetin nazal. Çrregullimet e ventilacionit çojnë në dëmtime të epitelit ciliar. Shenja më e shpeshtë e traumave të fytyrës është hemoragjia nga hunda e shoqëruar me edemë të indeve të buta dhe hematoma periorbitale, hemoragji subkonjunktivale dhe bllokim të frymëmarrjes me hundë. Në traumat që shoqërohen me fraktura të kockave të fytyrës dëmtimet shoqërohen edhe me asimetri të skeletit kockor të fytyrës. Kur në traumë përfshihet dhe basis crani propabiliteti i dëmtimit të fijeve nervore olfaktore është i madh. Dëmtimet skeletike vihen më shumë në dukje pas reabsorbimit të edemës së indeve të buta. Frakturat e fytyrës që nuk shërohen në pozicionin e tyre normal anatomik jo vetëm që dëmtojnë anën kozmetike dhe funksionin mastikator, por njëkohësisht dëmtojnë dhe funksionin e hundës dhe të sinuseve paranazale që çojnë në shfaqjen e sinuziteve kronike, ndërsa malpozicioni i orbitës mund të çënojë mprehtësinë e shikimit.

Mjeti diagnostikues më i mirë për vlerësimin e dëmtimeve të fytyrës mbetet CT (axial dhe koronal) në krahasim me Ro-grafine konvencionale pasi evidenton dhe fragmentet e vogëla kockore të fraktuara dhe shmanget mbivendosja e strukturave si në rastet e Ro-grafive konvencionale.[6,10,11,14,23,30].

**3-Me traumë të regionit colli anterior** janë 5 raste ose 1,6% e numrit të përgjithshëm të rasteve me traumë, dhe në të 5 rastet traumat janë shkaktuar nga AA të cilat përbëjnë 2.6% të traumave automobilistike.

Siç vërehet, në konsideratë është një numër i vogël pacientësh. Kjo shpjegohet me funksionin reflektor mbrojtës që luan harku i mandibulës gjatë traumave në përgjithësi. Megjithatë, për vetë rëndësinë e strukturave që ndodhen në qafë dhe specifikën që kanë duhet të njihen veçoritë përkatëse.

Aksidentet automobilistike zënë peshën specifike kryesore në totalin e dëmtimeve të secilit region të marrë në studim, përkatësisht 60.3% të totalit të dëmtimeve të regionit temporo-mandibular, 55.9% të totalit të dëmtimeve të regionit facial dhe 100% të dëmtimeve të regionit colli anterior me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë e tjera të shkakut të traumës sipas regionit ( $p < 0.01$ ).

Plagët e indeve të buta të qafës ndahen në trauma kontuzive dhe të mprehta.

Traumata kontuzive të indeve të buta të qafës.

Këto lloj traumash mund të jenë shkaktuar nga përdorimi i rripit të sigurimit, nga goditjet në qafë ose nga përdredhja e qafës.

Një nga dëmtimet më të rëndësishme dhe më të rrezikshme që mund të ndodhë janë dëmtimet e enëve të gjakut.

Megjithëse dëmtimi direkt i arteries karotis mund të ndodhë vetëm si pasojë e ushtrimit të një force të madhe të jashtme për arsye të kapacitetit elastik të zgjatjes të mureve të enës por që e cila nga ana tjetër mund të çojë në shfaqjen e anurizmave. Vena jugulare ka mure më të dobëta dhe mund të dëmtohet më lehtë. Të dy këto enë të mëdha mbulohen nga muskuli sternokleidomastoid.

Shenjat e dëmtimit mund të jenë përcaktuar nga vlerësimi klinik, echo, echo Doppler, CT. Në rast se vërehet një edemë në qafë e cila progreson me shpejtësi nuk duhet hezitur për intubimin e pacientit. Në rastet që intubimi paraqet vështirësi teknike duhet kryer trakeostomi ose krikotirotoni.

Plagët me buzë të mprehta të indeve të buta në qafë janë plagë penetrante të shkaktuara nga goditjet apo përplasjet me mjete të mprehta, nga armët e zjarrit. Është i nevojshëm mjekimi i menjëhershëm.

Procedura e trajtimit të plagëve të hapura.

Në rastet e traumave të qafës përveç vlerësimit dhe trajtimit të traumave të indeve të buta një rëndësi të veçantë dhe speciale merr diagnostikimi i dëmtimit të laringut dhe trakesë. Në këtë kontekst, mund të thuhet që mandibula luan një rol të rëndësishëm për mbrojtjen e laringut dhe pjesës cervikale të trakesë gjatë traumave që shoqërohen me përkulje të menjëherëshme të kokës dhe qafës. Dëmtimi i këtij regionit ndodh kur frenohet refleksi mbrojtës ku koka nuk përkulet përpara gjatë aksidentit. Për të kuptuar më mirë dëmtimet duhet të njihet mirë struktura anatomike dhe funksionale e bllokut laringo-trakeal.

Struktura e fortë e laringut përbëhet nga katër kartilago.

Kartilago tyroidea, kartilago epiglottis, kartilago aritenoidea, kartilago krikoidea.

Kartilago tiroidea formohet nga dy lamina që takohen në kënd të drejtë tek burrat dhe në kënd 120 gradë tek gratë. Epiglotisi bashkohet në anën e brendshme të kartilagos tiroidea. Ana e pasme e kartilago krikoidea vendoset brenda hapësirës së kartilago tyroidea duke u artikulluar me të dhe me kartilago aritenoidea. Ligamenti vokal dhe ai muskular janë fiksuar tek procesi vokal i aritenoides. Trakeja shtrihet nga kartilago tyroidea deri në bifurkacionin e saj në një distancë prej 10-13 cm në terma topografikë të kolonës

vertebrale, nga vertebra e gjashtë deri në vertebrën e katërt torakale. Trakeja është e ndërtuar nga 15-18 gjysëm unaza kartilaginoze anteriorisht dhe posteriorisht nga pjesa membrane e trakesë.

Muskujt e laringut janë të ndarë në dy grupe, ata që hapin laringun dhe ata që e mbyllin atë. Muskuli i vetëm që hap rimën glotike është muskuli krikoaritenoid posterior. Muskuli krikoaritenoid është i vetmi muskul që inervohet nga nervi laringreal superior. Gjithë muskujt e tjerë inervohen nga nervi laryngeal inferior ose rekurent, i cili orgjinohet nga nervi vagus pasi ai hyn në toraks, dhe ndodhet midis ezofagut dhe trakesë.

Patomekanizmi dhe Klasifikimi.[1,15,27,28]

Traumat e laringsit dhe të trakesë mund të grupohen në vartësi të patomekanizmit.

Trauma direkte. Traumat kontuzive të jashtëme (përplasjet, goditjet, përdredhjet, mbytjet, tërheqjet e menjëherëshme me koken kthyer mbrapa). Traumat kontuzive të brendëshme (intubimet e zgjatura, endoskopia, kolla e fortë, trupat e huaj). Traumat e jashtme të mprehta, (traumat penetruese, kafshimet, plagët nga armët e zjarrit, objektet e prishura). Traumat e brendshme të mprehta (objekte me majë të mprehtë, aspirimi i trupave të huaj). Traumat e mprehta shpuese (armët e zjarrit, shpimet, kafshimet). Dëmtimet e mukozës endolaringeale (dëmtimet kimike, djegiet me ujë të nxehtë, djegiet termike]

Trauma indirekte. Klasifikohen në vartësi të shkallës së dëmtimit e cila siguron informacion të vlefshëm për ecurinë dhe për trajtimin mjekësor të nevojshëm.

**Tabela 5. Klasifikimi klinik sipas shkallës së dëmtimit të laringsit.[1]**

Shkalla	Përshkrimi
1	Hematoma të dukshme, hemoragji, nuk vërehet frakturë.
2	Hematomë, edemë, frakturë pa zhvendosje.
3	Fragmente të lira kartilaginoze. Disfunksion i kordave vokale, frakturë me zhvendosje të kartilagove.
4	Traumë e hapur e laringsit, shkëputje e trakesë nga laringsi.

### 3. 2. 6 Shkalla e rëndësisë së dëmtimit në traumat e regionit ORL.

Në këtë pjesë studiohet lidhja ndërmjet rëndësisë së dëmtimit në vartësi me sferën ORL, shkakun e traumës, gjeneralitetet e pacientëve. Me rëndësi dëmtimi kuptohet dëmtimin kryesor që paraqet pacienti.

Nga të dhënat e paraqitura në tabelën nr.23 vërehet mbizotërim i dëmtimeve Sekondare në 210 pacientë ose 65.6% të numrit të rasteve të marrë në studim, krahasuar me dëmtimet Primare në 110 pacientë ose 34.4% të rasteve, me ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=185,9$   $p<0.01$ ).

Nga këto të dhëna vërehet që tek pacientët që hospitalizohen me traumë kokë-qafë dëmtimet në sferën ORL në shumicën e rasteve dalin në planin dytësor pasi siç dihet në rastet e traumave të kokës organi më i ndjeshëm dhe më i rëndësishëm ndaj dëmtimit është sistemi nervor qendror. Fakti që jo të gjithë individët me traumë kokë-qafë kanë pësuar dëmtime të SNQ lidhet edhe me diferencat individuale të strukturave indore në drejtim të fortësisë dhe qëndrueshmërisë. Të dhënat janë të krahasueshme me literaturën ku dëmtimet primare të SNQ arrijnë deri në 75% të rasteve me traumë [2,8,11,12,30,40,47]. Përsa i përket pacientit me traumë të kokës duhet të bëhet vlerësimi klinik i vazhdueshëm sipas Glasgow Coma Scale. Tek pacientë të ndryshëm për të cilët vlerësimi i dëmtimeve të SNQ nuk mund të bëhet direkt vlerësimi për ta bëhet indirekt, dhe një ndimesë të madhe ka dhënë CT pasi ndihmon për zbulimin e dëmtimeve në sektorin kokë-qafë dhe përmirëson saktësimin e diagnosës në një kohë të shkurtër duke bërë të mundur vlerësimin e rëndësisë së dëmtimit. Megjithatë, jo të gjitha dëmtimet mund të jenë prezente në momentin e parë. Ato mund të shfaqen pas pak orësh ose pas disa ditësh, si ka dhe raste që komplikacionet shfaqen pas disa muajsh apo vitësh, zhvillime që duhen marrë në konsideratë kur flitet për pacientë me traumë kokë-qafë. Dëmtimet e shprehura në fytyrë që reflektojnë pasojat e jashtme të absorbimit të energjisë së ushtruar gjatë traumës nuk duhet që të tërheqin gjithë vëmendjen e mjekut dhe të nënvleftësojë vlerësimin e SNQ. Pacienti në hyrje mund të paraqesë probleme emergjente që lidhen me sferën ORL në drejtim të frymëmarrjes dhe hemoragjisë por intubimi dhe ndalimi i hemoragjisë duhet të klasifikohet tek trajtimet paraprake të pacientit dhe krijon mundësi për saktësimin dhe vlerësimin e dëmtimit. Në rastet ku dëmtimet më të rëndësishme janë në sferën ORL dhe trajtimi i tyre duhet të bëhet në kohën e duhur dhe me cilësi. Kjo ka lidhje me mënyrën tonë të organizimit të punës pasi në vazhdojmë të punojmë me ekipe të veçanta dhe në vartësi të prioritetit të momentit sipas specialiteteve, ndërsa, në fakt, pacienti duhet ti nënshtrohet ndërhyrjes në ekip me specialistë të ndryshëm, etapat e ndërhyrjes të përcaktohen paraprakisht dhe pacienti të dalë nga salla e operacionit i trajtuar në mënyrë përfundimtare për të gjithë problemet që lidhen me traumën. Trajtimi sipas prioritetit të çastit krijon mundësinë që pacienti të operohet disa herë dhe në disa raste një dëmtim me pak i rëndësishëm për jetën të nënvleftësohet, dhe si pasojë krijohen mundësi për të patur dëmtime të përherëshme të funksionit të pjesëve të caktuara nga mos trajtimi në kohë dhe me cilësi. Trauma në sferën ORL pas kalimit të

momentit të parë që lidhet me frymëmarrjen dhe hemoragjinë, nuk ka rrezik të madh për jetën por ndikon në mënyrë në ndjeshme në cilesinë e saj, ku përveç anës funksionale ka lidhje me dëmtime kozmetike të individit me ndikim të madh në jetën e tij individuale dhe shoqërore. Në rastet e traumës prioritare në sferën ORL dhe pasi të eliminohen rreziqet akute që kërcënojnë jetën, trajtimi i urgjencës duhet të përqëndrohet në drejtim të: ndalimit të hemoragjisë, dëmtimet orbitale me risk për dëmtimin e shikimit, frakturat e nofullave, dëmtimin e indeve të buta. Në lidhje me shkakun, nga aksidentet automobilistike janë 67 raste ose 35,3% e rasteve ku dëmtimet ORL dalin në plan të parë dhe 123 raste ose 58,5% dëmtimet në sferën ORL dalin në plan dytësor. Kjo e dhënë lidhet me forcën e ushtruar gjatë aksidenteve dhe me shfaqjen e dëmtimeve direkte dhe indirekte që ndodhin në këto raste. Dëmtimet e sistemit nervor qendror si nga pikëpamja jetike janë shumë më të shpeshta dhe më të rëndësishme për pacientët e hospitalizuar. Në këto raste kërkohet një trajtim në drejtim të mbajtjes dhe ruajtjes të parametrave jetësore më të rëndësishëm që kryhet në repartin e terapisë intensive dhe trajtime neurokirurgjikale urgjente që lidhen me traumën e SNQ. Në këto raste trauma e vërejtur në sferën ORL del në plan dytësor. Sipas origjinës, nga shkaqe të tjera janë 79 raste gjithsej, prej të cilave në 19 raste ose 24.1% të tyre, dëmtimet në sferën ORL dalin në plan primar dhe në 76% në plan sekondar, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.05$ ). Nga kjo e dhënë vërehet që tek pacientët e hospitalizuar, në shumicën, e rasteve dëmtimi i kalon kufijtë e sferës ORL që nënkupton kompromentimin e organeve dhe sistemeve me rëndësi jetike. Me traumë nga armë e ftohta gjithësej janë 31 raste, prej të cilëve në 14 raste ose 45.1% të tyre, dëmtimi në sferën ORL paraqitet me rëndësi primare dhe 17 raste ose 54.8% të tyre ku dëmtimi ka rëndësi dytësore, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.05$ ). Në këto raste vërehet që dëmtimet në sferën ORL me karakter primar janë më shumë së në traumat e sipërpërmendura. Kjo shpjegohet me natyrën e traumës dhe kryesisht lidhet me dëmtimet direkte dhe janë përgjithësisht të lokalizuara, por nga ana tjetër vërehet që përsëri predominojnë dëmtimet e SNQ. Kjo shpjegohet sepse në konsiderate është një pacient i hospitalizuar, që nënkupton pacientin me dëmtime të rëndësishme që ka nevojë për trajtim të vazhduar dhe të monitorohet gjendja e tij. Trauma nga aksidentet në punë janë 14 raste dhe krahasuar me rëndësinë e dëmtimit, në 9 raste ose 64.3% të tyre, dëmtimi primar i takon sferës ORL dhe në 5 raste ose 35.8% të tyre dëmtimet ORL paraqiten me rëndësi dytësore. Në këtë rast vërehet dominim i rëndësisë së dëmtimit në sferën ORL që shpjegohet me natyrën e lokalizuar të dëmtimit pa efekte indirekte. Rastet ku sfera ORL del në plan dytësor, janë ato të politraumës nga aksidentet në punë, siç janë rënia nga lartësia, ku dalin në plan të parë dëmtimet e SNQ. Trauma nga armët e zjarrit janë 6 raste dhe prej tyre 1 rast ose 16.6% shfaqën dëmtime me rëndësi primare të sferës ORL dhe 5 raste ose 83.3% e tyre, ku dëmtimet ORL dalin në planin dytësor. Kjo shpjegohet me natyrën e dëmtimit të plagëve nga armët e zjarrit në regionin e kokës ku preken shumë struktura dhe dëmtimet janë shumëllojshme. Megjithatë, numri i vogël i kësaj lloji traume nuk tregon që kjo lloji traume ndodh rrallë, por mbijetesa e pacientëve me plagë me armë zjarri në kokë është e veçantë.

### 3. 2. 7 Frakturat e indit kockor në traumat e regionit ORL.

Për të eleminuar daljen e më shumë rasteve me frakturë se sa numri i pacientëve në përgjithësi, është krijuar ndarja e frakturave mikse, e cila nënkupton gjetjen e frakturave të strukturave kockore në më shumë se dy kocka që janë marrë në studim. Nga të dhënat e mbledhura në tabelën nr. 21 rezultojnë 240 pacientë me fraktura të kockave ORL ose 75% e numrit të përgjithshëm të pacientëve të marrë në studim. Shfaqja e frakturave pas aksidentit, pavarësisht shkakut, është një tregues i mirëfilltë dhe i drejtëpërdrejtë i forcës së ushtruar gjatë aksidentit mbi kockat e fraktuara në mënyrë direkte apo indirekte, ku koka është subjekt i dëmtimeve. Fraktura e indit kockor ndodh në momentin e kapërcimit të kufijve tolerues të kockës ose kockave të përfshira. Numri i pacientëve me fraktura mikse, që nënkupton fraktura të më shumë se një kocke në sferën ORL në të njëjtën kohë, është 68 ose 21.5% e numrit të përgjithshëm të pacientëve. Nga AA janë 49 raste me fraktura mikse ose 33.1% e pacientëve me traumë nga AA ose 72.1% të frakturave mikse dhe 148 raste me fraktura nga AA në përgjithësi ose 77.9% e pacientëve të shtruar me traumë kokë-qafë nga AA, me ndryshim statistikor të rëndësishëm me shkaqet e tjera të traumës (ANOVA & Student-Newman-Keuls post hoc test,  $F = 7.15$   $p < 0.01$ ).

Nga të dhënat e literaturës, frakturat në regionin kokë-qafë ndodhin në 50% të rasteve pas AA [12,14,19,22,24]. Në vendin tonë mbetet për t'u verifikuar pasi këtu del jashtë objektit të studimit. Në vetvete, çdo kockë e marrë në studim ka pjesët e saj përbërëse dhe çdo lloj frakture ka rëndësinë e saj, por kur konsiderojmë frakturat mikse nënkuptohen frakturat e më shumë se dy kockave, që duke patur parasysh që kockat që janë marrë në studim ndërtojnë jo vetëm skeletin e fytyrës por marrin pjesë të rëndësishme tek strukturat kraniale, kuptohet që dëmtimi i tyre veç e veç paraqet pasoja të rëndësishme dhe shumëfishohet dëmtimi kur ka frakturat të kobinuara. Por ky studim në nuk ka për qëllim të përcaktojë prognozën e pacientit në vartësi të frakturave por studion rëndësinë që ka çdo kockë në vecanti përsa i përket sferës ORL në mënyrë të përgjithshme.

Nga AF janë 5 raste me fraktura mikse ose 7.4% e totalit të këtyre frakturave dhe 20% të peshës specifike të frakturave të shkaktuara nga AF. Në 20 rastet e tjera ose 80% të traumave nga AF janë vërtetë fraktura të kockave të veçanta. Nga AP janë 8 raste me traumë mikse ose 66.7% e traumave nga aksidentet në punë. Nga TShT janë 4 raste me fraktura mikse dhe 52 raste me fraktura në përgjithësi ose 65.9% e rasteve nga TShT. Nga analizimi i këtyre të dhënave vërehet që frakturat janë një tregues i mirëfilltë i ashpërsisë së traumës dhe shërbejnë edhe si një kriter për trajtimin e pacientit në mënyrë spitalore apo ambulatorie. Trajtimi në spital nuk nënkupton vetëm pacientët që vijnë me gjendje të përgjithshme të kompromentuar, por zbulimi i frakturave është një tregues që duhet ta nxisë mjekun të kërkojë egzaminime shtesë për verifikimin e gjithë strukturave kokë-qafë. Njëkohësisht ky grupim pacientësh duhet mbajtur në observacion pasi janë kontigjenti më i predispozuar për të ndodhur komplikacione të vonuara.

### **Frakturat e kockës maksilare.**

Parë nga këndveshtrimi i traumave të rënda dhe që veprojnë në mënyrë të papritur, maksila luan rolin e një kafazi për përmbajtjen e saj të brendshme dhe të një amortizatori për SNQ. Këto veti i atribuohen kryesisht faktit që maksila është kocke statike që lidhet me bazën e kafkës nëpërmjet suturave solide dhe e dyta, zgjatja e saj kryhet nëpërmjet artikulationit që ka me kockën palatine, procesin pterigoid dhe disa pjesë të kompleksit ethmoidal, vomerin. Në të njëjtën kohë nga pneumatizimi i kockës gjatë rritjes varet dhe shkalla e elasticitetit të strukturës kockore që ndihmon në mos fragmentimin e kockës nga traumat e jashtme. Maksila në bazë të vetive elastike që ka ndihmon në përhapjet e goditjes në një sipërfaqe më të gjerë në lidhje me bazën e kafkës. Një forcë më e madhe frakturon maksikën dhe përplasit në bazën e pjerrët të bazës së kafkës. Tek fëmijët, madhësia e vogël e kockës, elasticiteti më i madh i saj, mungesa e zhvillimit të sinusit kontribuojnë në numrin e ulët të frakturave të maksiles. Fraktura të pjesës qendrore të fytyrës nën moshën 12 vjeç janë vetëm 0.5%. Një veçori tjetër e maksilës është se kjo ka pak aftësi të absorbojë forcën dhe transmetimi i saj në drejtim të kraniumit varet nga drejtimi i objektit goditës, shpejtësia e objektit, vendi i goditjes, madhësia e sipërfaqes së goditur.

Fraktura të kockës maksilare hasen në 27 pacientë ose 11.5% e pacientëve të marrë në studim tek të cilët janë evidentuar fraktura. Nga këto, një rast është me frakturë nga armët e ftohëta ose 4% e traumave me këtë lloj shkak, ndërsa 23 raste janë nga aksidentet automobilistike, ose 15.5% e traumave nga AA kanë patur frakturë vetëm të maksilës. Nga njëra anë vërehet që AA luajnë rolin kryesor në këtë lloj frakture, nga ana tjetër në renditje zë vendin e 3-të për nga prevalenca në rastet e AA dhe vendin e 4-të në krahasim me shkaqet e tjera. Në studim janë dhe 4 raste me frakturë të kockës maksilare nga shkaqe të tjera ose 7.7% e gjithë traumave të këtij grupimi dhe 1 rast nga AF. Kocka maksilare është shumë e ndjeshme ndaj traumave me drejtim horizontal dhe në lidhje me gjininë skeleti kockor është provuar që frakturohet më lehtë tek femrat.

Kocka maksilare, nasale, etmoidale, sfenoidale, zygomatike, lakrimale, vomeri përbëjnë atë që quhen kockat e mesit të fytyrës, ku përfshihet kraniumi visceral pa mandibul, që shtrihet nga dhëmbët e maksiles tek pjesa e sipërme e orbitës, rrënja e hundës dhe kufizohet me basis crani anterior dhe media.

Frakturat e kockës zygomatike. Frakturat vetëm të kockës zygomatike në studimin tonë zënë vendin e parë për nga shpeshtësia. Në literaturën borërore renditen në vendin e dytë pas frakturave të hundës, por duke patur parasysh që vetëm e frakturat kockave nazale trajtohen ambulatorisht, rezulton që frakturat e kockës zygomatike të zënë vendin e parë me 56 raste ose 52.8% të frakturave të kockave të mesit të fytyrës [13,14,18,23,]. Por kemi parasysh që në studim janë marrë rastet me traumë të rëndë ku nuk mund të identifikohet incidenca e saktë e frakturave pasi grupi që është marrë në studim nuk ka patur për qëllim incidencën e frakturave në veçanti por studimin e tyre si fenomen në përgjithësi. Duke qenë se trauma prek më shumë burrat në literaturë edhe frakturat e zygomatikut hasen më shumë tek burrat në 85% të rasteve, dhe përse i përket moshës, rreth 80% e tyre hasen nga mosha 18 -45 vjeç, e dhënë që korenspondon me vetë incidencën e përgjithëshme të traumës. Reponimi apo fiksimi i fragmentëve është i nevojshëm për anën funksionale dhe estetike pasi kocka zygomatike me prominimin e saj dhe me simetrinë bilaterale në lidhje me kockat e tjera të fytyrës ka rëndësi të madhe në paraqitjen dhe tiparet e jashtme të fytyrës.

Frakturat e kockave nazale. Piramida nazale ndodhet në pozicionin me prominent në pjesën qendrore apo në mesin e fytyrës dhe si pasojë vazhdimimisht është objekt dëmtimesh nga trauma të jashtme me orgjinë nga shkaqe të ndryshme. Trauma e hundës në vartësi të frakturave të kockave nazale dhe dëmtimit të kartilagove mund të dëmtojë funksionin e saj dhe aparcën. Diagnostikimi i shpejtë dhe trajtimi i duhur në rastet e frakturave me çvendosje dhe deformim të jashtëm të piramidës do të bëjë të mundur restaurimin e funksionit fiziologjik dhe formën e piramidës nazale. Vonesat në trajtim gjatë fazë së shërimit do të duhet të kërkojnë më vonë kryerjen e rhinoseptoplastikës për rregullimin e deformimit. Në studimin tonë janë 23 raste ose 9.5% e rasteve me fraktura në përgjithësi. Kemi parasysh që një kontigjent përfshihet tek frakturat mikse, me frakturë të kockave nazale dhe të septumit nazal të pa shoqëruara me fraktura të tjera, por duke ditur që këta pacientë janë trajtuar në mënyrë spitalore tregon që pacientët kanë patur edhe fenomene të tjera shoqëruese, sidomos ato që lidhen me SNQ, pasi vetëm frakturat e kockave nazale pasi egzaminohet në tërësi pacienti janë trajtuar ambulatorisht. Nga këto 14 raste ose 60.8% e rasteve i takojnë aksidenteve automobilistike dhe 8 raste ose 34.7 % e tyre traumave nga shkaqe të tjera, një rast ose 4.3% e tyre nga armët e ftohta. Nga këto të dhëna vërehet që AA zënë vendin e parë dhe të dytin TShT, e dhënë që korenspondon me numrin e përgjithshëm të pacientëve në vartësi të shkakut. Faktor përcaktues në tipin e frakturave të kockave nazale është drejtimi i goditjes që pëson hunda dhe intesiteti i forcës goditëse. Frakturat e shkaktuara nga një goditje me drejtim frontal ose antero-posterior ndodhin në plan horizontal gjatë pjesës të poshtme më të hollë të kockave nazale dhe shoqërohen me sheshimin, shtypjen, zgjerimin e kurrizit kockor të hundës. Buzët e apertura piriforme janë vendi i frakturave në copa të vogëla si pasojë e traumave kontuzive të shkaktuara nga objekte me bazë të vogël që nuk kanë nevojë për reponim në rast se nuk ka çvendosje të madhe. Tipi më i zakonshëm i frakturave shkaktohet nga goditjet laterale ose anësore veçanërisht nga tendenca e largimit të kokës që pasohet nga goditja. Kur forca e ushtruar nuk është e madhe ka frakturë dhe spostim në brendësi të vetëm një ane, kur forca është më e madhe ka frakturim të të dy anëve të procesit frontal të maksilës dhe septumit. Në këto raste ka një çvendosje nga brenda nga ana e dëmtimit dhe një çvendosje nga jashtë nga ana tjetër që shoqërohet me çvendosje të gjithë kavitetit nazal.

#### Frakturat e septumit nasal.

Frakturat e septumit nazal janë të lidhura me frakturat e kockave nazale por septumi mund të luksohet ose të frakturohet edhe pa fraktura shoqëruese të kockave nazale. Septumi kartilaginoz mund të frakturohet në vendin e bashkimit me vomerin dhe laminën përpjendikulare të etmoidit si rezultat i një goditjeje laterale, ose nga përpara majës së hundës, por kjo është në vartësi të forcës goditëse pasi kjo pjesë e septumit është e lëvizëshme dhe vetëm kur forca e ushtruar i tejkalon kufijtë e resistencës atëherë shfaqen fraktura që në të shumtën e rasteve janë në planin vertikal dhe në nivele të ndryshme. Por dhe fraktura horizontale janë vërejtur paralel me kartilago-vomer suturë. Kur hunda është goditur nga një forcë e përqëndruar në majën e saj, atëherë ka frakturim të kartilagos dhe çvendosje paralele të saj në lidhje me laminën përpjendikulare të etmoidit. Në këto raste do të ketë një trashje të septumit dhe dublikimin e tij. Si pasojë do të ketë shkurtim të hundës dhe deformimin e vrimave të saj. Septumi luan një rol të madh në formën e



jashtme të piramidës nazale. Reponimi i kockave nazale nuk mund të jetë i plotë pa diagnostikuar drejt dhe trajtuar në mënyrë adekuate frakturat e septumit. Në rast se nuk trajtohet septumi do të ndodhin asimetria e majës së hundës, columelave, vrimave të hundës, asimetria e kartilagoave alare dhe laterale, pasi është struktura më e rëndësishëm e gjysmës së poshtme të piramidës nasale.

### **Frakturat e kockave të pjesës së mesme të fytyrës ose pjesës qendrore të saj që klasifikohen si Frakturat Le Fort.**

Nga të dhënat, janë 106 raste ose 44.1% e rasteve me frakturë ose 33.1% e gjithë pacientëve. Nga kjo e dhënë vërehet që në rastet e traumave, vetëm frakturat e pjesës së mesme të fytyrës zënë 1\2 e rasteve me frakturë pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm me pjesët e tjera të fytyrës ( $\chi^2=3.0$   $p=0.08$ ). Ky është një tregues që frakturat e pjesës qendrore të fytyrës janë më të shpeshtat pas traumave, kjo për dy faktorë: e para është pjesa më e ekspozuar dhe e dyta, këto kocka e kanë më të ulët nivelin tolerues ndaj forcës së ushtruar nga jashtë. Maksila renditet e treta dhe kocka frontale ka nivelin më të lartë të tolerances. Pikërisht maksila e ka nivelin e tolerancës 150-300 Ibs, kocka zygomatike harku 200-400 Ibs, trupi 200-650 Ibs, mandibula në goditjet përballë e ka prapen të tolerancës 550-900 Ibs, në goditjet anësore 300-750 Ibs, kocka frontale 800-0 Ibs.

Këto lloj frakturash klasifikohen sipas Le Fort dhe përfshijnë grupin e kockave të pjesës së mesme të fytyrës, ku maksila zë vendin kryesor.[1,23,24,42]

Le Fort 1. Linja e frakturës kalon nga apertura piriforme mbi spinën nasale vazhdon nëpër murin anterior të sinusit maksilar, suturën zygomatiko-maksilare, tuberositetin e maksilës nëpër fundin e kockës palatine, muri nasal i sinusit maksilar dhe përfundon në aperturën piriforme. Përfshirja e vomerit dhe e kartilagos kuadrigulare shpesh herë shoqërohen me hematoma të septumit. Çvendosja përgjithësisht është në drejtim të traumës por maksila mund të çvendoset në drejtim të boshtit vertikal e të rrotullohet. Çvendosjet e maksilës përfundojnë në malokluzion. Palpimi me dorë identifikon linjën e frakturës pasi paraqitet e shkallëzuar, gjithashtu vërehet dhe lëvizshmëria jonormale e maksilës.

Le Fort 2. Ky tip frakture klasifikohet kur ka shpëputje të një fragmenti në formë piramide nga maksila. Linja e frakturës kalon nga maksila në skeletin kockor të hundës, ethmoid, kockat lakrimale, duke përfshirë dhe kockat e sfenoidit. Shkaktari kryesor janë traumat kontuzive.

Le Ford 3. Linja e frakturës kalon nga sutura maksilare mbi kockën lakrimale në këndin medial të orbitës pa dëmtuar nervin optik, duke u shtrirë në nivelin e suturës posteriore orbitale dhe vazhdon gjatë suturës sfenozygomatike deri në kranium, deri në nivelin e murit lateral të orbitës në nivelin e lartësisë së suturës zygomatikofaciale. Frakturat e kockës maksikare trajtohen nga specialistët maksilofacialë.

Frakturat Le Fort duhen përjashtuar në çdo rast që ka pësuar goditje të fortë në fytyrë, të cilat përgjithësisht shoqërohen me malokluzion dhe dhimbje në përtypte. Pseudotrismus shpesh shoqërohet me kafshim në rastet e frakturave unilaterale apo bilaterale por jo simetrike, me rrotullim të dukshëm të segmentëve të maksilës. Mosmbyllja dot plotësisht e gojës manifestohet si pseudotrismus dhe ndodh në rastet kur segmenti posterior i maksilës pengon mandibulën ose dhëmbët e maksilës, ose dhëmbët e saj pengojnë okluzionin. Në këto raste shpesh herë është shoqëruar epistaksis dhe në sasi të madhe dhe vjen shpesh herë nga arteria etmoidale anteriore ose arteria maksilare interna. Në rastet e

spostimeve ekstreme të segmentit posterior dhe inferior të segmentit maksilar atëherë shfaqet obstrukcion i rrugëve të frymëmarrjes. Vështirësia në qëllitje është një shenjë e zakonshme. Skeleti facial duhet të vlerësohet duke filluar nga lartë poshtë. Fillimisht kocka frontale, rima orbitale, orbita, harqet zygomatike, kocka zygomatike, maksila, hunda, dhëmbët, alveoli, palatumi, kaviteti oral, mandibula, kocka hyoide. Regioni frontal dhe orbital ekzaminohen në radhë të parë në se ka liquore ose fraktura kompresive, për zgjerimin apo deformimin e distancës interorbitale shoqëruar apo jo me telekantus. Nëpërmjet palpacionit diktohet shkaputje apo deformim i shkallëzuar i suturës zygomatikofrontale të harkut orbital të poshtëm apo më rrallë të harkut orbital të sipërm. Kapakët e syrit duhet të hapen për të parë globuset okulare dhe strukturat e tjera që lidhen me të. Dhëmbët e parë duhet të egzaminohen për qëndrueshmërinë e tyre. Lëvizja e spinës nazale anteriore pa lëvizjen e kockave nazale konsiderohet tipi i parë i frakturës e cila konsiderohet si lëvizja e rreme e dhëmbëve (fals teeth sign). Në rastet e Le Fort 2 do të arrijë të lëvizë piramidën nazale por kocka zygomatike dhe sutura zygomatikofrontale mbeten të palëvizura dhe shfaqet ajo që quhet shenja e hundës falco (fals nose sign). Kur ka shkaputje të mëdha kraniofaciale dhe kockat e pjesës së mesme të fytyrës spostohe në drejtim të kockave të bazës së kokës pasi suturat lidhëse nasofrontale, zygomatikofrontale dhe zygomatikotemporale janë shkaputur. Këto raste konsiderohen Le Fort tre. Klinikisht shfaqen si fytyra fallco ose (fals face, sign). Në të gjitha rastet e frakturave të këtyre kockave pacienti duhet të egzaminohet në lidhje me hemoragjinë, liquorenë, okluzionin, qëllitjen, hematomat e ndryshme sidomos ato që lidhen me orbitën dhe globusin okular, lotimin, nuhatjen. Në kohën e sotme një ndihmesë të madhe jep egzaminimi CT i pacientëve me traumë kraniofaciale për saktësimin dhe përcaktimin e shtrirjes së dëmtimit. Ky egzaminim ka vite që kryhet si egzaminim rutinë në institucionin që është kryer studimi.

Frakturat e kockave etmoidale, sfenoidale, lakrimale për vetë faktin e lidhjeve anatomike që kanë me kockat që janë marrë në shqyrtim, janë grupuar së bashku me strukturën kockore që ato janë pjesëmarrëse në ndërtimin e saj.

### **Frakturat e Sinusit Frontal.**

Në studimin tonë janë gjetur 14 raste ose 5.8% të numrit të përgjithshëm të pacientëve me fraktura në sferën ORL të pa shoqëruar me fraktura të tjera. Shkak për frakturat e sinusit frontal shërbejnë aksidentet me forcë të madhe goditëse, por mund të shërbejnë dhe aksidentet me forcë të ulët goditëse si dhe objektet e mprehta dhe jo të mprehta mund të shkaktojnë fraktura të sinusit frontal. Aksidentet automobilistike janë shkaku më i shpeshtë i frakturave të sinusit frontal në studimin tonë janë 6 raste ose 42.8% të rasteve me fraktura të sinusit frontal, 6 raste të tjera nga traumat nga shkaqe të tjera dhe 2 raste nga armët e ftohëta ose 14.2% e rasteve që lidhen me goditjet direkte në regionin e sinusit me armë të ftohta. Edhe sot funksioni i sinusit nuk është plotësisht i qartë por teoria më e pranuar është roli mbrojtës dhe absorbues që luan sinusi për strukturat endokraniale pasi ndërtimi i tij me dy mure me hapsirë në mes shërben për shpërndarjen prekraniale të forcës së ushtruar. Në rast se dëmtohet muri i përparshëm muri i pasëm shërben si mbrojtës i strukturës endokraniale frontale. Sinusi frontal ndodhet më përpara se sinuset e tjera, kjo shërben për absorbimin e forcës në rastet e traumave kraniofaciale. Forca e ushtruar duhet të jetë 800-0 Ib që të shkaktojë frakturë të sinusit. Të gjitha frakturat e sinusit duhen të konsiderohen të hapura për vetë faktin e lidhjes anatomike që ka me

hundën. Duktusi fronto-nasal ka rëndësi të madhe në hartimin e planit për trajtimin e sinusit për parandalimin e komplikacioneve të shpejta dhe të vonëshme. Frakturat e murit anterior janë më pak të rëndësishme por janë frakturat që shoqërohen më shpesh me dëmtim të duktusit nasofrontal kur ka dhe dëmtime të kompleksit ostemeatal. CT jep një ndihmesë të madhe në vlerësimin e sinusit frontal. Persistenca e likidit në vazhdim tregon që është një frakturë e murit anterior me kompromentim të duktusit nazofrontal.

Muri posterior është më i hollë dhe përgjithësisht shoqëron frakturat e murit anterior. Kalimi i këtij kufiri krijon mundësi për dëmtimin e strukturave endokraniale duke filluar me durën. Duktusi nasofrontal ka shumë mundësi të dëmtohet nga dëmtimi i murit posterior. Prezenca e liquorit cerebrospinal është një tregues i qartë i dëmtimit të durës. Fraktura të kombinuara të murit anterior dhe murit posterior ndodhin në rreth 75% të rasteve, këto fraktura janë ose në plan vertikal dhe dëmtimi kryesisht prek dyshemënë e sinusit me probabilitet të madh për dëmtimin e duktusit, ose në plan horizontal. Këto shtrihen në pjesën e sipërme të sinusit, zakonisht nuk e prekin duktusin por shoqërohen me dëmtime të mëdha cerebrale dhe me prognozë të keqe.

Likuoret cerebrospinale. Në rastet e frakturave të sinusit frontal shfaqja e liquoreve tregon komunikim direkt midis lëkurës apo hundës me SNQ. Kjo tregon dëmtimin e murit të pasëm të sinusit. Dëmtimi i durës nënkupton dhe dëmtimin e masës trunore pasi forca që ka dëmtuar durën është e aftë të dëmtojë strukturat nën të. Vlerësimi i statusit neurologjik dhe evidentimi i vendit të dëmtuar janë shumë të rëndësishëm për ecurinë e trajtimit. Komplikacionet intrakraniale janë të lidhura me frakturat e sinusit në 12-17% të rasteve, dëmtimet okulare ndodhin në 59% të rasteve me frakturë të sinusit frontal. 45% e frakturave të sinusit frontal kanë lidhje me frakturat e pjesës së mesme të fytyrës, 50% e tyre shoqërohen me rinore.[1,6]

Frakturat e kockës temporale. Në studimin tonë janë 8 raste me frakturë të kockës temporale të pa shoqëruar me fraktura të tjera ose 3.3% e numrit të përgjithshëm të pacientëve me fraktura dhe prej këtyre 6 raste janë me orgjinë nga TShT, 1 nga AA dhe një nga AF. Numri i frakturave të kockës temporale është shumë më i madh për faktin që AA zënë vendin e parë si në numër rastesh ashtu dhe në rëndësinë e dëmtimit, por rastet që lidhen me këtë lloj shkak janë pacientë të politraumatizuar dhe me shumë fraktura, prandaj një pjesë e madhe e këtyre frakturave janë grupuar tek grupi i frakturave mikse. Frakturat e kockës temporale hasen në 2-5% e pacientëve me traumë të kokës që paraqiten në spital. Frakturat e bazës së kokës llogariten në 27% të frakturave të kokës në përgjithësi. Kocka temporale merr pjesë në 2/3 e basës së kokës dhe prekja e saj haset në 20% të pacientëve me frakturave të kafkës. Shkaku kryesor i frakturave janë traumat kontuzive pas AA dhe kryesisht traumat pas aksidenteve me motorcikletë. Tradicionalisht frakturat e kockës temporale janë ndarë në fraktura gjatësore dhe transversale. Frakturat transversale shkaktohen nga trauma laterale direkte të regionit temporal ndërsa frakturat gjatësore janë pasojë e traumës direkte të regionit frontal ose më shpesh të regionit oksipital. Shpeshherë shumica e frakturave gjatësore dhe frakturave transversale janë mikse. Frakturat që përfshijnë kapsulën otike dhe shoqërohen me humbje të funksioneve vestibulare dhe dëgjimit neurosensorial janë klasifikuar si fraktura transversale dhe ato që shoqërohen me humbje konduktive të dëgjimit duke përfshirë dhe veshin e jashtëm janë konsideruar si fraktura gjatësore. Kursi i drejtimit të frakturave gjatësore kalon nga nëpërmjet aksit të kanalit të jashtëm të dëgjimit në drejtim të apeksit. Vija e frakturës kalon anteriorisht kapsulës otike duke mos dëmtuar pjesën sensore të

veshit të brendshëm. Pjesa skuamose dhe kanali i jashtëm janë përfshirë duke çuar në dëmtim të lëkurës së kanalit, membrana timpanike dëmtohet duke çuar në ulje të dëgjimit. Frakturat gjatësore zënë rreth 80% të frakturave të kockës temporale dhe rreth 20% e tyre janë shoqëruar me paralizë të nervit facial dhe vendi më i zakonshëm është regioni periganglionar para se të fillojë porcioni timpanik. Rreth 40% e rasteve shoqërohen me ulje konduktive të dëgjimit që vazhdon nga 3-6 jave pas dëmtimit, dhe prej këtyre 20 % mbeten me ulje të dëgjimit në krahasim me veshin e padëmtuar.

Frakturat transversale hasen në rreth 10-20 % të rasteve me frakturë të kockës temporale. Ato karakterizohen klinikisht me shurdhësi, paralizë vestibulare ose të dyja. Vija e frakturës kalon nga foramen magnum nëpër kapsulën otike, fosa crani media dhe mbaron afër foramen spinosum. Kursi i drejtimit shpesh herë prek kanalën e brendshëm të dëgjimit. Dëmtimi i nervit facial ndodh në 40-50% të rasteve në regionin perigenikular afër sementit distal të labirintit. Diagnostikimi i frakturave të kockës temporale bëhet nëpërmjet CT dhe IMR.[1,7,16]

### **Frakturat e orbitës.**

Në studimin tonë janë 4 raste me frakturë vetëm të orbitës ose 1.6% e pacientëve që kanë pësuar fraktura nga pacientët e marrë në studim. Traumat e fytyrës prodhojnë shumëllojshmëri frakturash midis të cilave janë prezente edhe frakturat e orbitës. Frakturat janë të lidhura me shkallën e forcës së ushtruar dhe lokalizimin e saj. Lloji i frakturës varion nga një frakturë e izoluar e mureve të hollë kockor të orbitës deri në fraktura të rëndësishme me prekje zygomatikomaksilare, naso-orbitale, LeFort 2 ose LeFort 3. Një forcë që shkakton frakturë të kockave orbitale është e aftë të shkaktojë dëmtime të rëndësishme okulare. Në këtë mënyrë, çdo pacient tek i cili vërehet një frakturë e orbitës duhet të kryejë një vizitë oftalmologjike për të vlerësuar gjendjen intra okulare të syrit. Prevalenca e dëmtimeve okulare në rastet e traumave faciale varion nga 15%-45%. Egzaminimi oftamologjik zakonisht është i kufizuar në rastet e pacientëve pa koshiencë, në këto raste riparimi i skeletit facial nuk është urgjencë. Vetëm në rrethana të vecanta, pasi pritet kthimi i koshiencës së pacientit, stabilizohen parametrat e përgjithshëm dhe edema fillon të reabsorbohet atëherë mund të realizohet një egzaminim i plotë oftalmologjik. Kur ka dëmtime në regionin e kantusit medial, është i nevojshëm një egzaminim i sistemit lakrimal. Përgjithësisht dëmtimet okulare në orbitë janë indikacion për ndërhyrjet urgjente pasi në rastet e frakturave të orbitës duhet pritur për reabsorbimin e edemës pas traumës por jo më vonë se një javë pas traumës, sidomos në moshën pediatrike pasi ndodhin fibroza dhe cikatrice që vështirësojnë procedurën dhe kufizojnë rezultatin. Në studimin tonë nga 4 raste gjithsej 2 janë me orgjinë nga AA, një nga TShT dhe një tjetër nga AF. Nga këto të dhëna si edhe të dhëna të literaturës, vërehet që shumë shkaqe mund të shërbejnë për frakturat e orbitës, sidomos AA të cilat janë më të shpeshtat për të prodhuar dëmtime të orbitës. Në fraktura të mureve të orbitës përfshihen frakturat e 4 mureve kockore dhe frakturat e apeksit orbital. Frakturat e orbitës janë të shoqëruara me frakturat e kockës zygomatike ose frakturat e pjesë së sipërme të maksilës të klasifikuara si Le Fort por një lloj i veçantë frakturash që shoqërohen me frakturë të dyshemesë së orbitës dhe futjen e përmbajtjes okulare në drejtim të sinusit maksilar dhe njihen si 'Blow out Fractures, ose 'Blow in' që nënkuptojnë dëmtimin e fletës kockore ndërmjet orbitës dhe sinusit maksilar, ku përmbajtja okulare mund të futet në të në madhësi të ndryshme. Në dëmtimin e murit

medial ndodhi futja e përmbajtjes së orbitës në qelizat ethmoidale. Spostimi i fragmenteve në drejtim të orbitës do të dëmtojë lëvizjen e muskujve të syrit. Këto lloj frakturash hasen pas një goditjeje direkte në regionin okular ose lidhen me traumat e pjesës së mesme apo qëndrore të fytyrës. Mekanizmi i shfaqjes së frakturës ndodh sipas: 1- teorisë së forcës hidraulike, ku përmbajtja orbitale nuk mund të durojë një forcë të rritur në mënyrë të menjëhershme nga presioni i cili shpërndalet në muret e orbitës duke shkaktuar shtypjen e tyre, dhe 2- teoria e transmetimit ku forca traumatike e ushtruar në regionin përreth orbitës transmetohet në muret e saj duke i deformuar ato. Në këto raste trauma shoqërohet dhe me dëmtime të indeve të buta përreth orbitës. Harqet kockore të orbitës e mbrojnë përmbajtjen e orbitës nga objekte me diametër më të madh se 5cm, ndërsa objektet më të vogëla penetrojnë në orbitë duke dëmtuar përmbajtjen e saj. Diagnostikimi i dëmtimeve të orbitës dhe shtrirja e tyre kryhet nëpërmjet CT aksiale dhe spirale si dhe Ro-grafive konveccionale. Çdo hernation i përmbajtjes së orbitës duhet të trajtohet me rrugë kirurgjikale. Në rastet e dëmtimit të murit medial pa spostim të fragmenteve në orbitë mund të trajtohet konservativisht.

Frakturat e murit të sipërm të orbitës ose murit lateral ndodhin shumë rrallë të izoluara pasi është një strukturë shumë e fortë kockore. Shtypja e murit të sipërm të orbitës vërehet si sheshim i harkut të sipërm të orbitës që shpesh shoqërohen dhe me dëmtim të durës dhe shfaqjen e liquorës në nivelin e kapakut të sipërm të syrit. Në regionin periorbital vërehen pulsime që i përkasin enëve të gjakut endokraniale. Një tjetër shenjë është ptoza e kapakut të sipërm nga dëmtimi i muskulit levator palpebre, diplopia në pozicion horizontal ndodh për shkak të hematomës së muskulit rectus superior. Diagnostikimi kryhet me CT aksial dhe spiral. Trajtimi është kirurgjikal dhe kryhet në kuadër të përgjithshëm të traumës. [5,14,42]

### **Frakturat e kockës mandibulare.**

Mandibula dhe maksila formojnë skeletin kryesor të fytyrës dhe janë përcaktuese në formën dhe madhësinë e kavitetit oral. Mandibula merr pjesë në formimin e 1/3 të poshtëme të skeletit të fytyrës dhe dallohet për kompleksitetin e lëvizjes, ndryshe nga maksila. Lëvizshmëria e mandibulës është e rëndësishme pasi bën të mundur hapjen e gojës dhe ndryshimin e madhësisë së kavitetit oral duke bërë të mundur përzierjen e ushqimeve dhe lëngjeve. Lëvizja vetëm e mandibulës ndihmon më tutje në përpunimin e ushqimit nëpërmjet kordinimit të përtpjes me gëlltitjen si dhe ndihmon në artikulimin e të folurit dhe në realizimin e frymëmarrjes me gojë.

Një pacient mund të përsojë frakturë të kockës mandibulare si një dëmtim i vetëm ose kjo mund të jetë një prej dëmtimeve të tjera. Në 40% të rasteve pacientët me frakturë të mandibulës paraqesin dhe dëmtime të tjera shoqëruese dhe 1/3 e tyre paraqesin kërcënim për jetën në rast se nuk diagnostikohen dhe trajtohen në kohë. Pozicioni i ekspozuar i mandiblës e bën atë të jetë shumë vulnerable dhe të preket shpesh nga trauma në regionin kokë-qafë. Frakturat e mandibulës klasifikohen në grupin e pjesëve të tjera të trupit që pësojnë më shumë dëmtime si pasojë e traumës. Shkaqet e frakturave janë goditjet e papritura, akasidentet automobilistike, rëniet nga lartësia. Në rastet e traumave të kokës frakturat e mandibulës janë të lidhura me dëmtimet e tjera kraniale, kraniocerebrale dhe veçanërisht me dëmtimet e kolonës vertebrale, pjesa cervikale. Në studim, fraktura vetëm të kockës mandibulare janë gjetur në 40 raste ose 16,7% e pacientëve të marrë në studim tek të cilët janë vërejtur fraktura në regionin e kokës, dhe

renditet e dyta pas kockës zygomatike për nga prevalenca në studimin tonë. Në krahasim me shkakun, vendin e parë e zënë AA me 21 raste ose 52.5% e rasteve vetëm me frakturë të mandibulës, ose 11% e traumave nga AA janë shoqëruar vetëm me frakturë të kockës mandibulare. Një nga shkaqet më të shpeshtë janë goditjet me armë të ftohëta në nofull të cilat janë 6 raste ose 15% të peshës specifike të frakturave të mandibulës dhe 19.3% të rasteve me traumë nga armët e ftohëta. Në shumë raste, pacientët me frakturë të mandibulës të pa shoqëruar me politraumë nuk paraqiten në urgjencën e Qendrës Kombëtare të Traumës. Kjo shpjegon numrin e ulët në krahasim me shkakun të kësaj lloji frakturave. 12 prej rasteve, ose 30% e frakturave të mandibulës janë me orgjinë nga shkaqe të tjera. Këto raste përbëjnë 15.1% të numrit të rasteve me traumë nga shkaqe të tjera. Si dhe në rastet e tjera, ky lloj shkakut zë vendin e dytë pas traumave nga AA. Ka 1 rast nga aksidentet në punë të cilat në shumicën e tyre janë rëniet nga lartësia, që në kuadër të politraumës shpesh herë shoqërohen dhe me frakturë të mandibulës. Në studimin tonë duke qenë se në konsideratë është politrauma, një kontigjent i rëndësishëm i frakturave klasifikohen në grupin e frakturave mikse, e cila na jep mundësinë për një përfytyrim më të drejtë të dëmtimeve në përgjithësi, por nga ana tjetër ul egzaktesinë e dëmtimeve në veçanti.

Frakturat e mandibulës shkaktohen nga trauma direkte dhe indirekte. Trauma direkte është shkakun më i shpeshtë i dëmtimit në regionin e mjekrës dhe fraktura përfshin procesin alveolar dhe dhëmbët, më rrallë ndodh që të kemi frakturë të ramusit mandibular. Trauma indirekte është shkakun i frakturave të qafës kondilare dhe artikulationit temporo-mandibular. Frakturat mandibulare ndodhin më shpesh në regionin e procesit kondilar, në këndin e mandibulës, regionin e dhëmbëve kaninë. Shenjat klasike të frakturave të mandibulës.

Deformimi dhe çvendosja. Deformimi vërehet si pasojë e çvendosjes së fragmenteve kockore ose ulja nga niveli i kurorës dentale apo procesit alveolar që vërehen me sy ose preken gjatë egzaminimit oral. Nga ana e jashtme duket në formën e një këndi ose si një harkim por edhe mund të mos vërehet si pasojë e edemës të indeve të buta, dhe shpesh shoqërohen me malokluzion.

Lëvizshmëria jo normale. Lëvizjet jo normale të fragmenteve kockore janë një shenjë karakteristike e frakturave dhe ato vërehet në frakturat e procesit alveolar, frakturën e mandibulës në nivelin e dhëmbëve, frakturat e këndit të mandibulës. Megjithatë, është e vështirë të ndahet nëse është lëvizje e fragmenteve të mandibulës apo e lëvizje jo normale e dhëmbëve të luksuar. Në frakturat e plotë të ramusit të mandibulës përfshirë dhe ato të artikulationit temporo-mandibular, diagnoza nuk bazohet në lëvizjet jo normale të mandibulës pasi ato shoqërohen me humbjen e plotë të kontinuitetit dhe stabilitetit të mandibulës.

Kërcitja. Sipërfaqja e mandibulës është e lëmuar kështu dhe kërcitja gjatë egzaminimit të fragmenteve kockore është shumë e lehtë dhe nga ana tjetër egzaminimi klinik provokon dhimbje të madhe prandaj duhet kufizuar.

Hematomat dhe Edema. Hemoragjia në dyshemenë e gojës në anën bucale të faqes, në indet e buta të mjekrës, më rrallë në indet e buta të gjuhës dhe faringut, vjen si pasojë e frakturave dhe dëmtimit të indeve të buta. Gjithmonë dëmtimet shoqërohen me edemë të indeve të buta. Hematomat dhe edema në dyshemenë e gojës shpesh mund të jenë dhe të rrezikshme për jetën sidomos kur shoqërohen me humbjen e plotë të stabilitetit të mandibulës. Dhimbja në palpim është tregues i imflacionit.

Kufizimi i funksioneve. Frakturat e mandibulës shoqërohen me kufizimin apo reduktimin e funksionit të përtypjes, të të folurit, dhe të gëlltitjes.

Diagnoza vendoset nëpërmjet Ro-grafive konveccionale në rutinën e përditshme sidomos në rastet me frakturë vetëm të mandibulës. Ro-grafitë duhet të bëhen në dy plane, panoramik dhe postero-anterior. Pozicione speciale përdoren për ekspozimin e artikulationit temporo-mandibular. Përdorimi i CT jep të dhëna më precize në lidhje me dëmtimin, sidomos në rastet që shoqërohen me dëmtime të tjera në regionin e kokës.[1,13,23,42]

### 3. 2. 8 Komplikacionet e traumës.

Trauma e krahasuar me komplikacionet e herëshme ose para hospitalizimit dhe të vonëshme ose pas hospitalizimit.

Për të vlerësuar ecurinë e traumës në lidhje me komplikacionet pacientët janë klasifikuar në dy grupe: me komplikacione të herëshme që përgjithësisht i përket komplikacioneve që ndodhin menjëherë pas traumës dhe deri në momentin e vlerësimit dhe diagnostikimit klinik, pasi në këtë moment fillon dhe trajtimi mjekësor si në drejtim të trajtimit të komplikacioneve ashtu dhe në drejtim të parandalimit të tyre, me komplikacionet e vonëshme që lidhen në radhë të parë me shkallën e dëmtimit nga trauma dhe në radhë të dytë me trajtimin e marrë gjatë kohës së qëndrimit në spitale. Gjithashtu, komplikacionet janë analizuar edhe në vartësi të shkakut të traumës.

Komplikacione janë vërejtur në 219 pacientë ose 68% e numrit të pacientëve që janë marrë në studim me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me pacientët të cilët nuk kanë shfaqur komplikacione ( $p < 0.05$ )

Prej tyre, komplikacione të herëshme janë vërejtur në 180 pacientë ose 82.2% të tyre, ndërsa komplikacione të vonëshme janë vërejtur në 39 pacientë ose 17.8 të pacientëve të cilët kanë manifestuar komplikacione ose në 12.2% të pacientëve të marre në studim. Vërehet mbizotërim i komplikacioneve të herëshme me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me komplikacionet e vonëshme ( $\chi^2 = 89,5$   $p < 0.01$ ).

Nga të dhënat e literaturës vërehet një prevalencë më e ulët i komplikacioneve të vonëshme të cilat arrijnë deri 7.7% të totalit të pacientëve, si rrjedhojë e trajtimit të traumës bazuar në protokollet shkencore. Analizimi i rezultateve, me komplikacione të herëshme janë 180 raste ose 56.2% e numrit të përgjithshëm të pacientëve që janë marrë në studim, ndërsa janë 39 raste me komplikacione të vonëshme ose 12.1% e pacientëve që janë marrë në studim. Nga kjo e dhënë vërehet që komplikacionet e herëshme që lidhen me traumën dhe me transportin për në spital luajnë rolin kryesor për ecurinë e gjendjes shendetësore të pacientit. Mbërritja gjallë e pacientit të traumatizuar në spital në shumicën e rasteve shënon dhe ndërprerjen e përkeqësimit të gjendjes shendetësore të tij, në radhë të parë duke asistuar funksionet vitale kur paraqiten dukshëm të kompromentuara dhe menjëherë kalohet në diagnostikimin e dëmtimeve dhe trajtimin e tyre sipas rëndësisë dhe momentit më të përshtatshëm. Pacienti me traumë të rëndësishme në sektorin kokë-qafë dhe që paraqet komplikacione të herëshme është në monitorim të vazhdueshëm përse i përket problematikës që lidhet me dëmtimet, por nën mbikqyrje mbahen të gjitha organet apo sistemet e tjera. Duhet verifikuar funksioni i tyre aktual

pasi gjendja aktuale e funksionit të tyre ndikon në ecurinë e gjendjes së përgjithëshme shëndetësore të pacientit me traumë, ashtu si edhe dëmtimet traumatike apo trajtimet mjekësore mund të ndikojnë në funksionin e tyre. Nga të dhënat vërehet që 39 raste ose 12.1% e pacientëve pësojnë komplikacione të vonëshme që nënkuptojnë probleme shëndetësore që shfaqen gjatë kohës së trajtimit mjekësor dhe lidhen me dëmtimet primare, nivelin e trajtimit mjekësor dhe kushtet dhe mundësitë e trajtimit të pacientit në spitalin ku është kryer studimi. Nga numri i përgjithshëm i pacientëve, duke zbritur numrin e pacientëve që janë diagnostikuar me komplikacione të herëshme apo të vonëshme janë dhe 101 pacientë ose 31.5 % e rasteve që kanë paraqitur dëmtime por nuk janë vërejtur komplikacione si pasojë e dëmtimeve të hasura. Megjithatë, dëmtimet kanë qenë të rëndësishme dhe është dashur trajtim spitalor për rehabilitimin e tyre, por në krahasim me rastet e tjera që janë hospitalizuar ky kontigjent përbën  $\frac{1}{3}$  e pacientëve dhe kryesisht janë pacientë me dëmtime primare në sferën ORL. Duke i analizuar komplikacionet në vartësi të shkakut, në 12 raste ose 38.7% janë vërejtur komplikacione të herëshme dhe në 4 raste ose 12.9% të vonëshme që në total përbën 50% të pacientëve me traumë nga armët e ftohëta. Kjo tregon për ashpërsinë e dhunës së ushtruar në pacientët e marrë në studim. Trauma nga AZ janë 4 raste gjithësej ose 66.6% të pacientëve me traumë nga armët e zjarrit. Kjo shpjegohet me vetë natyrën e dëmtimeve direkte dhe indirekte që shkaktojnë AZ. Gjithësej, komplikacione nga AA janë vërejtur në 129 pacientëve ose 67.8% e rasteve me traumë nga AA, nga të cilët 99 pacientë ose 52.1% e traumave nga aksidentet automobilistike shfaqën komplikacione të herëshme dhe 30 pacientë ose 15.7% e tyre të vonëshme. Kjo e dhënë tregon që AA shoqërohen me dëmtime që shpejt pasohen nga komplikacione të rrezikshme për jetën e pacientit si pasojë e dëmtimeve direkte dhe e politraumës në përgjithësi në këto aksidente. Nga aksidentet në punë kanë shfaqur komplikacione 11 pacientë ose 78,5% e traumave të këtij lloji. Kjo tregon për pacientë me dëmtime të mëdha dhe si pasojë e dëmtimeve janë shfaqur komplikacione. Kjo kuptohet pasi në konsideratë janë pacientë të politraumatizuar dhe me dëmtime komplekse. Me komplikacione prej traumës nga shkaqe të tjera janë vërejtur gjithësej 59 pacientë ose 74.6% e pacientëve me traumë nga ky lloj shkak, ku predominojnë komplikacionet e herëshme në 55 raste ose 69.6% e rasteve. Në përfundim të argumentimit mund të thuhet që dëmtimi është njëra anë ndërsa ana tjetër janë komplikacionet që lidhen me të, dhe ato që përcaktojnë në më të shumtën e rasteve prognozën e pacientit. [ 11,23,26,35,38].



### 3. 2. 9 Rezultati përfundimtar i traumës të regionit ORL.

Për të studiuar rezultatet përfundimtare të trajtimit pacientët janë klasifikuar në tre grupe, përkatesisht: pacientë të shëruar, pacientë që kanë marrë grup invaliditeti dhe në pacientë që kanë vdekur. Përfundimet janë studiuar krahasuar me shkakun dhe me gjeneralitetet. QKT është një shërbim relativisht i ri për vendin tonë dhe në kushtet e reja ekonomiko-shoqërore që jetojmë numri i përgjithëshëm i traumave ka ardhur në rritje në përputhje dhe me ndryshimet e këtyre kushteve që kanë ndodhur në vendin tonë. Mënyra e trajtimit të pacientëve të politraumatizuar ka ndryshuar në drejtim të përmirësimit të infrastrukturës dhe të nivelit shkencor të trajtimit, që nga pikëpamja e përgjithëshme kanë ndikuar në pakësimin e komplikacioneve të vonuara, në rritjen e numrit të pacientëve që dalin shëruar nga spitali dhe uljes së vdekshmërisë, por duke krahasimi i këtyre të dhënave nuk është objekt i këtij studimi. Pacientë që në dalje u është rekomanduar për të marrë grup invaliditeti apo kanë vdekur gjatë trajtimit dëmtimet primare i kanë takuar SNQ, pasi në vitin që është marrë në studim nuk ka patur raste pacientësh që të jenë trajtuar me grup invaliditeti apo të kenë dalë vdekur nga spitali. Megjithatë trauma në regionin ORL mbetet shumë e rrezikshme për jetën për dy arsye: e para është se rrugët e sipërme të frymëmarrjes janë pjesë e organeve që studion dhe trajton ORL, dhe sigurimi dhe mbajtja nën kontroll e tyre është detyrë kryesore e ekipeve të urgjencës e aq më shumë e mjekëve ORL, e dyta lidhet me hemoragjinë, që përveç humbjes së gjakut në politraumë shpesh herë shoqërohet dhe me aspirimin e gjakut apo koagulave në rrugët e frymëmarrjes dhe në kontekstin e një traumë me dëmtime të koshiencës në shumë raste bëhet shkak kryesor për humbjen e jetës së pacientit, në momentin e ndodhjes së traumës dhe deri në momentin e transportimit të tij në spital.

Pacientë që kanë dalë shëruar nga spitali janë 189 raste ose 59% të pacientëve të marrë në studim. Kjo e dhënë tregon se shumica e pacientëve që janë shtruar me traumë kokë-qafë si rezultat i trajtimit të kryer kanë dalë nga spitali në gjendje shëndetësore të konsideruar shëruar me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë invaliditet dhe vdekje ( $\chi^2 = 116,4$   $p < 0.01$ ).

Krahasuar me të dhënat e literaturës vërehet që niveli i shërimit të pacientëve është më i lartë, deri në 83% te rasteve, si rrjedhojë e menaxhimit dhe trajtimit me te mire të traumës [11,24,35,36].

Krahasuar me shkakun e traumës rezulton që:

Me traumë nga armët e ftohta janë shëruar 15 pacientë ose i 48.% e rasteve me traumë prej armëve të ftohta, 2 pacientë me traumë nga armët e zjarrit ose 33.3% e pacientëve të këtij grupimi, 106 pacientë me traumë nga aksidentet automobilistike ose 55.8 e pacientëve me traumë nga AA, 11 pacientë nga aksidentet në punë ose 78.5% e pacientëve me traumë nga AP, 55 pacientë me traumë nga shkaqe të tjera ose 69.6 % e pacientëve me këtë lloj shkak.

Nga analiza rezulton që janë 99 pacientë ose 30.9% e pacientëve të marrë në studim që kanë marrë grup invaliditeti. Kjo lidhet me pasojat e traumas, që me gjithë trajtimin e

marrë nuk është arritur shërimi dhe riaftësimi i plotë i pacientit. Në këtë grupim janë klasifikuar pacientët e trajtuar me grup të ndryshëm invaliditeti, por ajo që është më e rëndësishme është se pacientët me traumë primare në sferën ORL nuk janë trajtuar me grup invaliditeti. Në studim janë 15 pacientë nga armët e ftohëta ose 48.3 % e pacientëve me këtë lloj shkak, 2 pacientë me traumë nga armët e zjarrit ose 33.3% e pacientëve me këtë lloj shkak, 59 pacientë me traumë nga aksidentet automobilistike ose 31.5% e pacientëve nga ky lloj shkak, 3 pacientë me traumë nga aksidentet në punë ose 21.4% e pacientëve nga ky lloj shkak, 20 pacientë me traumë nga shkaqe të tjera ose 25.3% e pacientëve nga ky lloj shkak. Në grupin e tretë janë klasifikuar rastet që kanë përfunduar me vdekje, 32 raste ose 10% e numrit të pacientëve që janë marrë në studim. Nga këta, 1 rast është me traumë nga armët e ftohta ose 3.2% e pacientëve nga ky lloj shkak, 2 raste nga trauma me armë zjarri ose 33.3% e pacientëve nga kjo lloj traume, 25 raste nga trauma nga AA ose 13.2% e pacientëve me këtë lloj shkak. Ndërsa gjatë këtij viti për të gjithë vendin janë 384 raste vdekjesh në rrugë pas aksidentit, në shpërndarjen sipas gjinisë janë 295 raste të gjinisë mashkullore ose 76.8% e totalit dhe 89 raste ose 23.2% të gjinisë femërore, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.05$ ). Duke krahasuar shifrat midis të vdekurve në rrugë, që janë 384 dhe të plagosurve rëndë që janë 392 vërehet që në spital mbërrijnë gjysma e personave që kanë nevojë për trajtim urgjent të kualifikuar mjekësor. Janë 4 pacientë që kanë vdekur gjatë trajtimit trauma e të cilëve ishte me origjinë nga ShT ose 5% e pacientëve të trajtuar nga ky lloj shkak. Duke analizuar të dhënat në lidhje me rastet që kanë përfunduar në exitus, vërehet që kjo shifër është e ulët në krahasim me rastet e politraumatizuar në sferën kokë-qafë që shtrohen në spital dhe për më tepër nuk ka patur raste vdekjesh ku dëmtimet primare i përkasin sferës ORL, pasi me mbërritjen e pacientit në spital menjëherë fillon sigurimi i rrugëve të frymëmarrjes nëpërmjet intubimit apo trakeostomisë dhe stabilizimin i sistemit respirator që në pacientët me trauma të rëndësishme të kokës kërkon edhe vendosjen dhe mbajtjen e pacientit në regjim respiratori. [

Masa e dytë është ndalimi i hemoragjisë me origjinë nga sfera ORL që shpesh herë kërkon mënyra të veçanta dhe të kombinuara për ndalimin e hemoragjisë nga sfera ORL. Këto të dy masa, në rast se merren në kohë dhe me efikasitet bëjnë të mundur sigurimin e jetës për pacientët me dëmtime primare në sferën ORL. Mortaliteti i lartë në vendgjarje prej traumave, në shumicën e rasteve vjen si pasojë e mungesës së plotë apo të kualifikuar të asistencës mjekësore të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes që shpesh herë kërkon dhe disa masa apo mjete të thjeshta mjekësore që do të bënin të mundur transportin të pacientit me traumë kokë-qafë gjallë në spital. [1,2,12,31,32,38]

### 3. 2. 10 Ndikimi i faktorëve të riskut në rezultatin përfundimtar të traumës

Ashtu si edhe në literaturë Armët e zjarrit dhe Aksidentet automobilistike janë dy nga shkaqet e traumës të cilat kanë shumë herë më tepër gjasa për të rezultuar në vdekje krahasuar me shakqet e tjera (**p<0.05**).

Në analizën multivariate nëpërmjet metodës së regresionit logjistik vërehet që grupmoshat >60 vjeç, Armët e zjarrit dhe Aksidentet automobilistike janë faktorë të cilët rrisin riskun e pacientit për të përfunduar në exitus.

Grupmoshat >60 vjeç kanë më tepër gjasa për të vdekur sesa grupmoshat më të reja, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (**p<0.05**).

Gjithashtu, Armët e zjarrit dhe Aksidentet automobilistike janë dy nga shkaqet e traumës të cilat kanë shumë herë më tepër gjasa për të rezultuar në vdekje krahasuar me shakqet e tjera (**p<0.05**).

Nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm përsa i përket riskut për exitus ndërmjet dy gjinive (RR 1.3 ; 95%CI (0.5 – 3.2) ; p=0.7)

Gjetjet e studimit perputhen plotësisht me të dhenat e literatures [3,20,26,31,32].

## Trajtimi Ambulator

Për një studim më të plotë të rasteve me trauma ORL janë mbledhur të dhënat sipas kërkesave tona për të gjithë pacientët e paraqitur në urgjencë me dëmtime traumatike kokë-qafë të cilët janë trajtuar në menyrë ambulatorë. Të dhënat janë pasqyruar në tabela dhe rezultatet në total të tyre janë paraqitur grafikisht. Studimi i të dhënave është ndarë në pjesë të vecanta ku shpjegohen dhe arsyet dhe specifikimet e rubrikave të vecanta në mënyrë të përmbledhur.

Për rastet e paraqitura në urgjencë pacientë ambulatorë me dëmtime në sferën ORL konsiderohen pacientët që në radhë të parë nuk paraqesin kompromentim të funksioneve vitale, si dhe dëmtimi nuk paraqet rrezik për jetën. Trajtimi i dëmtimit është lokal duke e shoqëruar me trajtime të tjera të natyrës së përgjithëshme me natyrë profilaktike. Në se për pacientët që shtrohen për trajtim në spitale trajtimi mjekësor fillon me vlerësimin e funksioneve vitale, në rastet e pacientëve të trajtuar ambulatorisht trajtimi fillon me egzaminimin e pacientit që duhet të kryhet sipas një procedure standarte e cila në shumicën e rasteve neglizhohet ose kryhet në mënyrë empirike duke mos zbatuar një radhë fikse punë dhe me cilësi profesionale të ulët. Nisur nga këto të meta dhe dobësi propozohet një procedurë standarte e egzaminimit të pacientëve me traumë në sferën ORL që paraqiten në urgjencë në gjendje shëndetësore të përgjithëshme të mirë.

### Egzaminimi i pacientit.[1]

Procedurat standarte të vlerësimit për gjithë organet dhe sistemet e kokës dhe të qafës duhen kryhen për gjithë pacientët e prezantuar me traumë të kokës. Vlerësimi sistematik do të minimizojë riskun e mbivlerësimit të ndonjë aspekti të veçantë.

Anamneza e pacientit. Në qoftë se pacienti është inkoshient ose jo në gjendje t'u përgjigjet pyetjeve, të dhënat merren nga dëshmitarët e aksidentit, shoqëruesit e pacientit apo familjarëve të tij. Është e rëndësishme të dihet mirë mekanizmi i dëmtimit direkt dhe indirekt, si në rastin e përdorimit të helmetës mbrojtëse apo rripit të sigurimit. Është vitale marrja e të dhënave për gjendjen shëndetësore të pacientit para aksidentit. Këto të dhëna duhet të përqëndrohen rreth gjendjes të përgjithshme shëndetësore para aksidentit, operacionet e kryera, sëmundjet infektive, vaksinimi (tetanos, tërbim). Një nga pyetjet duhet të jetë nëse është i siguruar, dhe nëse ka kartë identiteti.

Inspeksioni. Ky përfshin vlerësimin e dëmtimeve të jashtëme siç janë maviosiet, hematomat, plagët. Çdo dëmtim që në pamje të parë duket i parëndësishëm mund të jetë kritik për jetën. Inspeksioni na ndihmon në vlerësimin e hemoragjsë, plagës, trupave të huaj dhe hematomave.

Palpacioni. Palpacioni kërkon një vlerësim sistematik rigoroz. Qëllimi i palpacionit është të zbulojë deformime të strukturave, hematomat, krepitacione, lëvizje jo normale. Palpacioni kryhet nga të dyja anët njëkohësisht me të dyja duart.

Qafa. Fillon nga egzaminimi i regionit jugular dhe vazhdon me vlerësimin e regionit anterior të qafës, me regionin posterior të kokës dhe përfundon me ballin.

Veshi. Vlerësohet llapa e veshit. Është shumë e rëndësishme për të përcaktuar hemoragjinë, që vjen kanali i jashtëm i dëgjimit apo vjen në kanal nga veshi i mesëm.

Orbita. Vlerësimi fillon me kavitetin e sipërm të orbitës, vazhdon me egzaminimin e regionit lateral të orbitës, pjesa e harkut infraorbital dhe pjesa mediale e orbitës.

Nofulla e poshtëme. Vlerësimi i mandibules fillon nga maja e mjekrës dhe vazhdon me këndet dhe në fund me kondilet. Shfaqja e dhimbjes gjatë shtypjes së majës së mjekrës tregon së në dëmtim është përfshirë regionin iartikulacionit temporomandibular.

Artikulationi temporomandibular. Futet gishti i vogël në kanalën e jashtëm të dëgjimit dhe instruktohet pacienti të hapë gojën. Në këtë mënyrë palpohe kondilet e artikulationit temporomandibular. Çvendosja e mandibulës nga pozicioni central kur pacienti hap gojën është shenjë e frakturës së saj.

Vestibulum oral. Vestibulum oral kontrollohet me gisht duke filluar nga harku mandibular i djathtë, vazhdohet me vestibulumin mbi maksilën nga e djathta në të majtë dhe poshtë në drejtim të harkut të majtë të mandibulës. Duhet një vëmendje e madhe në egzaminimin e dhëmbëve të dëmtuar. Goditja e dhëmbëve të maksilës me një spatul metalike prodhon tingull dhe në rastin e frakturave ky tingull është i pakësuar.

Palatumi dhe maksila. Lëvizshmëria e maksilës vlerësohet nga palpimi i nofullës, jo i dhëmbëve. Shkëputja e kockës palatine është shenjë e frakturave sagitale. Vlerësimi i lëvizshmërisë së maksilës.

Le Fort I. Lëvizshmëria e maksilës vlerësohet duke vendosur një gisht në drejtim të aperturës piriforme dhe me gishtat e tjerë shtyhet mbrapa dhe para maksilës.

LeFort II. Një gisht është vendosur në harkun orbital në nivelin e foramen infraorbitale dhe në anën tjetër bëjmë shtytjen e palatumit nga brenda për të vlerësuar nëse ka mobilitet të maksilës në këtë nivel.

Le Fort III. Lëvizshmëria e maksilës në këtë rast provohet duke i vendosur gishtat në nivelin e suturës zygomatikofrontale.

Egzaminimi i funksioneve. Mbas palpacionit fillohet me egzaminimin e funksioneve. Këto lloj egzaminimesh janë në vartësi të dëmtimit dhe të koshiencës së pacientit.

Sytë. Vlerësohet madhësia e pupilës dhe reagimi i saj në lidhje me dritën. Në raste kur vërehet zgjerim të pupilës me reagim indirekt ndaj dritës kjo njihet si pupila amaurotike e cila kërkon egzaminime të tjera. Paraprakisht kryhet egzaminimi i shikimit dhe njëkohësisht i lëvizjes së globeve okulare duke ndjekur lëvizjet e gishtit në një distancë të caktuar, ajo që quhet perimetria e gishtit. Vëmendje e caktuar duhet të tregohet në rastet që paraqesin diplopi. Në rastet në gjendje kome bëhet stimulimi transkranial.

Nervi trigeminus. Sensibiliteti sensor i nervit mund të observohet në shkallë të ndryshme, hyperesthesia, anestezia, paresthesia. Me një copë pambuk që kalon nga periferia në qendër të fytyrës testohet sensibiliteti në të dy anët.

Vlerësimi i dëgjimit. Vlerësimi fillestar i dëgjimit mund të realizohet nëpërmjet provave kamertonale.

Nervi facial. Ky egzaminohet duke i kërkuar pacientit të rrudhë ballin, të mbyllë sytë dhe të kryejë veprime me buzë.

Ekzaminimet radiologjike. Vlerësimi radiologjik është komplementar në diagnostikimin klinik. Egzaminimet grafike që kanë vlerë të veçantë sidomos në lidhje me frakturat apo trupat e huaj do të kryhen në lidhje me regionin apo pjesën e dëmtuar.

Tomografia e kompjuterizuar. CT sot është një metodë standarte e vlerësimit të dëmtimeve komplekse. Sidoqoftë, CT tredimesional është më i vlefshëm pasi ndihmon në hartimin e planit të rikonstruksionit. Për egzaminimin kraniofacial duhen prerje çdo 3mm në planin axial dhe atë koronal, për frakturat e kockës petroze duhen prerje 2mm.

Angiografia. Kryhet në rastet kur ka hemoragji që nuk mund të identifikohet burimi i saj. Embolizimi mund të realizohet në të njëjtën kohë. Rezonanca magnetike kryhet në raste të rralla sidomos për të gjetur fistulat cerebrospinale apo për të vlerësuar përmbajtjen e orbitës.

**Tabela 6. Vlerësimi fillestar si radhë pune.[1]**

<b>Anamneza</b>	Vlerësimi i ndërgjegjjes, të vjellat, frymëmarrjen me hundë, nuhatjen, shijen në gojë, shikimin, sensibilitetin.
<b>Inspeksioni dhe palpacioni</b>	Vlerësohet hemoragjia, plagët e hapura, trupat e huaj.
<b>Egzaminimet funksionale</b>	Vlerësohet fusha vizive, shija, nuhatia, sensibiliteti.
<b>Imazheria diagnostike</b>	CT,a-p dhe l-l të kokës.
<b>Trajtimi i menjëhershëm</b>	Dalje jashtë kafkës e indit trunor, hemoragjia intercerebrale, presioni intercerebral, humbja e fushës vizive.
<b>Trajtimi fillestar konservativ</b>	Likuorea, pneumocefalus.
<b>Diagnostikimi imazherik</b>	Vlerësimi radiologjik i sinuseve, harqet zygomatike, OPG, CT.
<b>Kujdesi i menjëhershëm</b>	Përpunimi i dhëmbëve të dëmtuar, mjekimi i frakturave të hapura.
<b>Trajtimi vijues</b>	Imobilizimi kraniofacial dhe rikonstruksioni.

### 3. 3. 1 Shpërndarja e rasteve sipas shkakut të traumës dhe të dhënave socio-demografike.

Në total janë 1216 pacientë të marrë në studim të cilët kanë marrë trajtim ambulator ose 10% krahasuar me rastet e tjera që janë trajtuar ambulatorisht. Kjo e dhënë lidhet me numrin e pacientëve që janë paraqitur në QKT për trajtim dhe pas vizitave dhe egzaminimeve nuk kanë rezultuar dëmtime të rëndësishme dhe pacientët janë trajtuar ambulatorisht. Por duhet përmendur që një kontigjent më i madh trajtohet nga shërbimi mjekësor ambulator. Në këtë kontekst, ajo që vërehet është përafërsisht volumi i punës që duhet të kryejë shërbimi ORL në drejtim të pacientëve që trajtohen në mënyrë ambulatorie për peridhën kohore një vjeçare. Në shpërndarjen e rasteve sipas shkakut të traumës vërehet mbizotërim i Shkaqeve të tjera në 1014(83.4%) pacientë, ndjekur nga aksidentet automobilistike dhe Armë të ftohta me nga 98(8.1%) pacientë secila kategori, aksidentet në punë në 5(0.4%) pacientë dhe armët e zjarrit me 1(0.1%) pacientë. Ndryshimi ndërmjet tyre është statistikisht i rëndësishëm, ( $\chi^2=360$ ,  $p<0.01$ ).

Me traumë me origjinë nga shkaqe të tjera janë 1014 pacientë ose 83.3 % e rasteve me traumë në sferën ORL që janë trajtuar ambulatorisht. Kjo e dhënë tregon rëndësinë e shkakut të traumës pasi për pacientët e trajtuar ambulatorisht TShT zë vendin e parë duke treguar dhe ndryshimin midis pacientëve të shtruar në spital dhe të trajtuar ambulatorisht, ku kjo lloj traume zë vendin e parë në peshën specifike të rasteve të trajtuar ambulatorisht. Moshë mediane rezultojnë 25 vjeç, kjo tregon që edhe në rastet e pacientëve ambulatorë vihet në dukje moshë e re e pacientëve, që është një karakteristikë e traumës në përgjithësi. Gjinia mashkullore mbizotëron me 838 raste ose 82.6% e rasteve me këtë lloj shkak, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me femrat ( $p<0.05$ ). Në krahasim me vendbanimin, nga Tirana janë 949 raste ose 93.6% e pacientëve. Vërehet që në ndryshim nga rastet me traumë që janë trajtuar në spital, dominojnë në mënyrë absolute rastet nga Tirana. Traumet nga aksidentet automobilistike janë hasu në 98 pacientë ose 8% e rasteve. Kjo e dhënë tregon që trauma nga aksidentet automobilistike që kërkon trajtim ambulator është shumë e ulët krahasuar me rastet e tjera që kanë marrë trajtim ambulator, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p<0.05$ ). Kjo tregon dhe një herë që AA shoqërohet me trauma me pasoja të rënda në përgjithësi për jetën dhe shëndetin. Moshë mediane e pacientëve të kësaj kategorie është 27 vjeç. Vërehet që 25% e pacientëve janë <20 vjeç ndërsa 75% e tyre janë <45 vjeç. Moshë që haset më shpesh është 18 vjeç. 80(81.6%) pacientë janë meshkuj dhe 18(18.4%) janë femra. 91(92.9%) e rasteve banojnë në Tiranë dhe 7(7.1%) në Rrethe. Trauma nga Armët e ftohta zë vendin e tretë në peshën specifike të traumës në sferën ORL të trajtuar ambulatorisht me 98 raste ose 8.1% të totalit. Vërehet që është një numër 3 herë më i madh rastesh krahasuar me pacientët që janë trajtuar në spital. Kjo tregon që trauma nga AF në shumicën e rasteve ka marrë trajtim ambulator. Të dhënat e tjera në lidhje me

gjeneralitetet nuk paraqesin veçori krahasuar me rastet me traumë në përgjithësi që janë trajtuar në mënyrë ambulatorie. Aksidentet në punë janë vërejtur në 5 pacientë ose 0.4% të pacientëve të trajtuar ambulatorisht, dhe krahasuar me pacientët e trajtuar në spitale paraqitet në shifra më të ulëta, rreth 1/3 e pacientëve me TAP që janë trajtuar në spital. Kjo e dhënë tregon për rëndësinë e dëmtimit si pasojë e aksidenteve në punë që në shumicën e rasteve paraqiten me dëmtime të rëndësishme që kërkon trajtim spitalor. Nga armët e zjarrit është një rast 16 vjeç i gjinisë mashkullore nga Tirana. Ky është një rast ku dëmtimet kanë qenë sipërfaqësore pasi dëmtimet nga armët e zjarrit në sferën kokë-qafë në shumicën e rasteve janë fatale, dhe rastet që mbijetojnë paraqesin dëmtime masive që kërkojnë trajtime të veçanta.[12,20,36,40]

### 3. 3. 2 Lloji i plagës të regionit ORL krahasuar me shkaku të traumës.

Traumat janë klasifikuar në dy kategori sipas llojit të tyre: të hapura dhe të mbyllura. Traumë e hapur konsiderohen traumat me dëmtim të tërësisë të indit të lëkurës dhe traumë e mbyllur konsiderohen traumat që shoqërohen pa dëmtim të tërësisë së lëkurës. Me tërësi kuptohet dëmtimi i të gjitha shtresave të lëkurës. Trauma studiohet në lidhje me shkaku dhe gjeneralitetet. Aplikohet serum antitetanik si profilaksi.

Pothuajse të gjithë pacientët trajtuar ambulatorisht, 1187 ose 97.6% e tyre kanë plagë të hapur, dhe vetëm 29 pacientë ose 2.4% e tyre kanë plagë të mbyllur me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=1100,9$   $p<0.01$ )

Nga kjo e dhënë vërehet që pacientët e paraqitur në urgjencë dhe janë trajtuar ambulatorisht kryesisht paraqesin plagë të hapura me origjinë nga shkaqe të tjera, që nënkupton traumat e pësuar gjatë aktivitetit të përditshëm jetësor të cilat vërehen në 987 paciente ose 83.1% të gjithë pacientëve të trajtuar ambulatorisht. Përveç që ky është shkaku kryesor i traumave me plagë të hapura, nga ana tjetër vërehet që kjo lloj traume është dhe më e shpeshta, dhe që në shumicën e rasteve shoqërohet dhe me dëmtime më të lehta. Me traumë të hapur nga AA janë 96 raste ose 8% e tyre, që tregon që si në frekuencë absolute ashtu edhe relative, në përqindje, ky lloj dëmtimi mbetet i ulët për sa i përket trajtimit ambulator, për arsye që janë shpjeguar më lart. Plagë të hapura janë vërejtur në të gjitha rastet me TAF që janë trajtuar ambulatorisht çka tregon që mjetet që janë përdorur për goditje kanë qenë me buzë të mprehta, por në këtë grup janë klasifikuar dhe traumat e tjera që janë shoqëruar me otoragji ose epistaksis. Me traumë nga armët e ftohta janë 98 raste ose 8.2% e totalit të pacientëve me trauma në sferën ORL që janë trajtuar ambulatorisht. Rastet që janë trajtuar ambulatorisht janë 3 herë më shumë sesa rastet që janë shtruar për trajtim në spital. Me traumë nga aksidentet në punë janë 5 raste dhe që të 5 pacientët kanë patur plagë të hapur në regionin ORL. Krahasuar me rastet që janë trajtuar në spital është një numër më i vogël, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p<0.05$ ), që lidhet me shkallën e dëmtimit që pëson pacienti gjatë aksidenteve në punë të cilat sipas studimit tonë rezultojnë në më të shumtën e rasteve me dëmtime serioze kur trauma përfshin sektorin ORL. Nga armët e zjarrit është vetëm 1 rast në total dhe që kuptohet me plagë të hapur, pasi plaga e hapur është tipari kryesor i armëve luftarake ose të zjarrit, dhe në këtë rast kuptohet që ka dëmtime sipërfaqësore. Armët e zjarrit shkaktojnë dëmtime të shumta dhe kanë nevojë për trajtim



spitalor në ekip. Nga studimi ynë dhe nga praktika e deritanishme rezultojnë që kujdesi dhe trajtimi i plagëve tek pacientët e trajtuar ambulatorisht është i ulët dhe jo në përputhje me karakteristikat e plagës sipas shkakut, por kjo kryhet në mënyrë të përgjithshme dhe shpesh herë nga personeli i mesëm dhe në kushte të mungesës të materiale të nevojshme. Për këto arsye sugjerohet që vlerësimi i plagës dhe trajtimi i saj duhet të kryhet në përputhje me vlerësimet bashkëkohore për këtë problem. Në rastin e traumave të hapura tek pacientët ambulatorë, plagët shfaqen me formë, madhësi dhe karakteristika të ndryshme në vartësi të shkakut të traumës. Plagët e hapura në lëkurë shfaqen në formën e abrazionit ose dërmishjes dhe gjithmonë duhet ekzaminuar për trupa të huaj të inseruar në plagë të cilat duhen hequr pasi lënë ndryshime permanente në lëkurë. Plaga duhet të pastrohet dhe të dizinfektohet, të bëhet hemostazë e plagës. Plaga mbulohet me garzë me pomadë ose thjesht garzë sterile. Është mirë që buzët e plagës të mos ngjiten me garzën. Është i nevojshëm një komprimim i lehtë pasi ndihmon riepitelizimin. Pacientit duhet t'i aplikohet serum antitetanik si profilaksi.

Me traumë të mbyllur janë 29 pacientë ose 2.3% e rasteve dhe shkak kryesor i traumës është nga shkaqe të tjera. Në rastet e trajtuara ambulatorisht dominojnë dëmtimet e indeve të buta dhe kryesisht plagët e hapura. Në vartësi të dëmtimit duhet të dihet dhe mënyra shkencore e trajtimit, pasi nënvleftësimi mund të sjellë pasoja të paparashikuara për pacientin. Plagët nga objektet shpues-penetruese duhen kontrolluar fillimisht nëse objekti ndodhet i futur në plagë. Në këto raste, për të shmangur mundësinë e një hemoragjie të madhe mbi të vendosen kompresa sterile dhe fashohet deri në momentin e marrjes së mjekimit përfundimtar. Për saktësimin e pozicionit të objekteve radio-opake bëhet Ro- grafi e plagës. Në rast se konstatohet dëmtim i vazave të mëdha apo nervave, objektet duhen hequr me rrugë kirurgjikale duke hapur plagën shtresë pas shtrese, dhe të vlerësohet klinikisht trajektorja e plagës në drejtim thellësisë dhe të shtrirjes për të përjashtuar dëmtime më të thella të organeve, enëve të gjakut, nervave, tendineve. Pasi dizinfektohet plaga duhet mbuluar, edhe kur nuk dyshohet për kontaminim. Vëmendje duhet treguar për drenimin e mirë të plagës. Trajtimi me antibiotikë duhet filluar para operacionit, sidomos në dëmtimet e farinksit dhe sinuseve. Zgjedhja e antibiotikut varet nga lloji i indit të dëmtuar, shkalla e dëmtimit të indit dhe lloji i operacionit. Kujdes duhet treguar në drejtim të profilaksië me serum antitetanik.

Plagët prerëse. Në këto raste fillimisht duhet të bëhet kontroll i plotë i gjithë trajektorës së plagës, në gjatësi dhe thellësi dhe verifikimi i funksioneve të organeve apo indeve që lidhen me plagën. Plaga pastrohet me ujë të oksigjenuar dhe solucion fiziologjik. Plagët trajtohen duke i modeluar dhe mbajtur buzët e plagës të bashkuara, dhe duke e qepur në shtresa. Mund të vendoset dhe dren për 24 orë. Lëkura qepet me sutura sipas rastit dhe mbulohet me garza sterile të thata të cilat hiqen nga dita e 5-të për buzët në ditën e 10-të për skalpin. Në rastin e plagëve të fytyrës, ndryshe nga pjesët e tjera të trupit, mbyllja primare mund të realizohet dhe në rastet kur plaga nuk është e freskët. Vëmendje duhet t'i kushtohet profilaksisë për sëmundjen e tetanozit.

Plagët nga kafshimi. Në këto raste kur konsiderohet regioni facial kryhet pastrimi i plagës nga indet nekrotike duke përdorur mjete zmadhuese dhe duhen vendosur dren. Duhet të shmangët ekcizioni dhe suturimi sekondar i plagës, duhet të realizohet bashkimi dhe përshtatja e buzëve të plagës dhe në raste e defekteve të mëdha, duhen përdorur teknikat e vendosjes së grafeve për mbulimin e defektit sipas rastit. Pacienti duhet të trajtohet me antibiotikë për profilaksi dhe në rastet që dyshohet që kafsha është e sëmurë me tërbim

kërkohet të fillohet bëhet imunizimit aktiv si dhe këshillohet që paralelisht të shoqërohet me imunizim pasiv. Serumi antitetanik aplikohet për ata pacientë që dyshohet që nuk janë të imunizuar. Kafshimet nga njeriu mbartin rrezikun e infektimit me HIV, hepatit B ose C. Në rast se dyshohet një infektim i tillë, duhet të bëhen provat serologjike për përcaktimin e tyre. Për plagët e hapura nga armët e zjarrit në momentin e parë kur pacienti paraqitet me hemoragji, bëhet komprimin i plagës, dhe në rastet ku ka dëmtime të kavitetit oral pacienti intubohet ose bëhet trakeostomi e urgjencës dhe fillohet trajtimi. Në rastet ku ka mbetje të copave metalike të predhave duhet të bëhet pastrimi i plagës dhe heqja e tyre, të bëhet qepja e buzëvë të plagës, dhe në rastet që është e nevojshme të aplikohen dhe teknikat për mbylljen primare të defektit. Në rastet e plagëve tejshkuese plaga pastrohet, drenohet dhe përpunohet çdo dëmtim. Për rastet ku paraqiten dëmtime të shprehura, trajtimi përfundimtar bëhet pas disa ditësh, pasi plaga të pastrohet nga indet nekrotike që shoqërojnë këto lloj dëmtimesh. Rasteve për qëllime mjeko-ligjore duhet t'i kushtohet një vëmendje e madhe për dokumentimin e kujdesshëm të dëmtimeve duke i fotografuar, duhen trajtuar të gjithë trajektoret e plagës dhe duhen të shoqërohet me terapi adekuate me antibiotikë dhe duhet të aplikohet profilaksia me serum antitetanik. Suturimi apo qepja e plagëve në regionin ORL. Me përjashtim të plagëve të vogëla në qafë, plagët e kokës dhe të qafës duhen të qepen me sutura të ndërprera. Plaga duhet të qepet në shtresa nga brenda-jashtë. Për qepjet e brendëshme duhet material i absorbueshëm (4-0,5-0), buzët e plagës duhet të qepen me me suturë atraumatike me material të pa absorbueshëm me trashësi (12-0 deri në 5-0). Suturat hiqen nga dita e 5-7 për lëkurën dhe nga dita e 7-10 për mukozën.

Plagët e mbyllura ose kontuzive. Në studimin tonë janë gjithësej 29 raste dhe prej këtyre 27 raste ose 93.1% e tyre janë me orgjinë nga TShT ose 2.4% te peshës specifike në kontekstin e traumës ambulatorë që është marrë në studim. Pacientët janë paraqitur në spital për trajtim mjekësor dhe pas egzaminimeve kanë rezultuar vetëm dëmtime kontuzive që shpesh herë paraqiten në formën e hematomave dhe edemave të indeve të buta, ku trajtimi i tyre mbeten kompresat e ftohëta dhe mbulimi me antibiotikë si profilaksi. Indet e buta të fytyrës edematizohen lehtësisht pas traumës, në vartësi kjo të shkallës së dëmtimit, por kur nuk ka dëmtime të tjera edema dhe hematomat reabsorbohen brenda pak ditësh. Vëmendje dhe trajtim i veçantë duhet të tregohet në rastet e hematomave të aurikulës, septumit, laringut dhe qafës. [1,12,14,22,34,36]

### 3. 3. 3 Trauma sipas regionit anatomik ORL të përfshirë në dëmtim.

Në këtë pjesë, trauma e trajtuar ambulatorisht studiohet e krahasuar regionin ORL i cili është ndarë në tre regione: colli anterior, facial, temporo-parjetal.

Vërehet mbizotërim i lehtë i dëmtimeve të regionit Facial në 612 pacientë ose 50% të numrit të rasteve të marrë në studim, ndjekur nga dëmtimet e regionit Temporo-parietal në 517 pacientë ose 43% të rasteve, ndërsa dëmtim i regionit Colli anterior vërehet në 87 pacientë ose 7% të numrit të rasteve, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2=386$   $p<0.01$ ).

70 pacientë ose 80.4% e rasteve me traumë të regionit coli anterior të paraqitur në spital dhe të trajtuar ambulatorisht janë me origjinë nga shkaqe të tjera, me ndryshim statistikor të rëndësishëm me kategoritë e tjera të shkakut ( $p<0.05$ ). Traumata e këtij regionit janë të rralla si rezultat i refleksit mbrojtës gjatë traumave, që nënkupton lëvizjen reflektore të qafës, dhe si rezultat i rolit mbrojtës që luan harku i mandibulës gjatë traumave. Megjithatë, traumata e këtij regionit duhet të vlerësohen me kujdes edhe kur duken si të pa rëndësishme për vetë veçoritë strukturore që ka qafa. Në lidhje me shkakun predominon trauma nga shkaqe të tjera që nënkupton traumata nga aktiviteti jetësor i përditshëm dhe që në krahasim me traumata me origjinë tjetër rezulton të jetë me pasoja më të lehta. Në krahasim me numrin total të traumave të qafës rezulton që vetëm 5(5.4%) janë shtruar për trajtim spitalor, shifër kjo e ulët në krahasim me traumata e qafës në përgjithësi që paraqiten në urgjencë. Me traumë të regionit facial janë 612 pacientë ose 50.3% e pacientëve. Kjo e dhënë tregon që pjesa e fytyrës duke qenë pjesa më e ekspozuar e regionit kokë-qafë pëson edhe më shumë dëmtime në krahasim me regionet e tjera që janë marrë në shqyrtim, të cilat përbëjnë dhe 1/2 e rasteve me traumë kokë-qafë që janë trajtuar ambulatorisht. Kjo shihet edhe si një veçori krahasuar me traumata e marra në studim të trajtuara në mënyrë spitalore ku kjo traumë zë 1/3 e numrit të përgjithshëm të traumave të regionit ORL. Në praktikën ambulatorie në këtë grupim janë klasifikuar edhe frakturat e hundës të cilat pas përpunimit janë trajtuar ambulatorisht. Nga këta 506 janë me origjinë nga trauma nga shkaqe të tjera ose 82.6% e pacientëve me traumë të regionit facial. Kjo tregon që ky lloj shkak është më i shpeshti për pacientët që paraqesin dëmtime të lehta në krahasim me pacientët që trajtohen në mënyrë spitalore, me ndryshim statistikor të rëndësishëm me kategoritë e tjera të shkakut ( $p<0.05$ ). Me traumë në regionin temporo-parietal janë gjithësej 517 raste ose 42.5% e pacientëve me traumë në regionin kokë-qafë të trajtuar ambulatorisht. Meqenëse ky region është bilateral, vërehet që trauma e trajtuar ambulatorisht e këtij regionit është më pak e shpeshtë se trauma faciale. Në qendër të këtij regionit ndodhet veshi i jashtëm, trajektorja faciale e nervit facial, arteria temporale superficiale, gjendra parotis, artikulacioni temporo-mandibular, të gjitha këto me ndërtim anatomik dhe fiziologjik të ndryshëm. Në rastet e traumave

kërkohej një vlerësim i veçantë i dëmtimit dhe i funksionit të çdo strukture të veçantë që përfshin ky region, si për arsye trajtimi pasi çdo dëmtim ka specifikën e vetë për t'u trajtuar, sikurse dhe për arsye ligjore, pasi dëmtimi i tyre paraqet rrezikun e dëmtimeve të përherëshme që çenojnë cilësinë e jetës. Në 438 pacientë ose 84.7% të rasteve me dëmtime të këtij regionit, trauma është me origjinë nga shkaqe të tjera, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë e tjera të shkakut ( $p < 0.05$ ). Kjo e dhënë tregon që dhe për këtë region ky është shkak kryesor, sikurse për gjitha traumat e trajtuara ambulatorisht. [25,33,34,36]

### 3. 3. 4 Shkalla e rëndësisë së dëmtimit në traumat e regionit ORL.

Nga rezultatet lidhur me rëndësinë e dëmtimit për pacientët ambulatorë vërehet mbizotërim i dëmtimeve Primare në 702 pacientë ose 57.7% të numrit të rasteve të marrë në studim, krahasur me dëmtimet Sekondare në 514 pacientë ose 42.3% të rasteve, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $\chi^2 = 185,9$   $p < 0.01$ ).

Nga këto të dhëna rezulton tek pacientët e trajtuar në mënyrë ambulatorë, traumat në regionin ORL shoqërohen me dëmtime të lehta, ndryshe nga pacientët e trajtuar në mënyrë spitalore ku dëmtimet në sferën ORL dalin në plan dytësor. Nga kjo e dhënë vërehet që sektori ORL luan rol mbrojtës për strukturat endokraniale, pasi kur dëmtimet tejkalojnë kufijtë e këtij regionit ato janë më të rëndësishme dhe dëmtimet e sferës ORL dalin në planin dytësor. Me traumë të rëndësishme sekondare janë klasifikuar ata pacientë të cilët kanë patur dëmtime më të rëndësishme në pjesë të tjera të kokës, si regionin orbital, regionin oral, ku dëmtimet në regionin ORL kanë dalë në plan dytësor. Gjithsesi, në konsideratë është politrauma, e cila në çdo rrethanë si veçori të saj ka përfshirjen e disa regioneve apo strukturave anatomike në të njëjtën kohë, si në rastet ambulatorë ashtu dhe për rastet spitalore. Por prioriteti i trajtimit është i ndryshëm, pasi në rastet spitalore sfera ORL del në plan dytësor krahasuar me sferën neurokirurgjikale. Shkak kryesor mbeten TShT në 580 raste ose 82.6% të pacientëve që paraqesin dëmtime ORL primare për rastet ambulatorë dhe në 434 raste ose 84.4% të pacientëve ku sfera ORL paraqet dëmtime të rëndësishme dytësore, në ndryshim nga rastet spitalore që shkak kryesor janë AA. [23,40]. Pavarësisht rëndësisë së dëmtimit, regionit apo shkakut të traumas, mjekimi i plagëve sidomos për pacientët që trajtohen ambulatorisht, që jo rrallë në spital vazhdon të kryhet nga personeli infermieror, duhet të ndryshojë në mënyrë intuitive në përputhje me rekomandimet bashkëkohore duke patur parasysh 10 parimet kryesore të mjekimit të plagës: [1]

1. Mjeku të marrë informacion rreth aksidentit dhe mundësisht pacientit t'i bëhen fotografi.
2. Plaga duhet të mjekohet nën anestezi të përgjithëshme apo lokale, sidomos tek fëmijët dhe infiltrimi i anestezisë të bëhet nga indet në drejtim të buzëve të plagës, ndërkohë lënda anestetike të përmbajë epinefrinë.
3. Plaga ekzaminohet për trupa të huaj, dëmtime neurovaskulare dhe pastrohet me dizinfektantë para mjekimit.
4. Aplikohet hemostazë e kujdesshme, më mirë me termokoagulim sesa nëpërmjet suturave.

5. Duhet të shmanget ekcizionin i buzëve të plagës përveç indeve të devitalizuara dhe të nekrotizuara, dhe për adaptimin e buzëve fillimisht të vendosen sutura subkutane.
6. Për qepjen e lekurës të përdoren age atraumatike dhe duhet të shmanget përdorimi i instrumenteve që dëmtojnë buzët e plagës.
7. Plaga duhet mbyllur nga brenda jashtë dhe fillohet nga kockat, mukoza, muskujt, lëkura.
8. Gjithmonë duhet të sigurohet një drenim i mirë i plagës.
9. Pacienti duhet të marrë antibiotikë dhe t'i aplikohet vaksina antitetanike për profilaksi.
10. Të vendoset bandazh steril mbi plagë dhe të ndërrohet çdo ditë.

## **KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME**

1. Epidemiologjia e traumës është e lidhur ngushtësisht me faktorët e zhvillimit shoqëror dhe emacipim kulturor të vendit.
2. QKT është institucioni kryesor për trajtimin e traumës në sferën ORL në kuadër të politraumës në vendin tonë.
3. Kartela klinike e pacientit që ka pësuar trauma apo politraumë duhet të jetë e një formati të veçantë ku vlerësimet klinike të shënohen në mënyre standarte dhe jo përshkruese.
4. Shkaku kryesor i politraumave në përgjithësi dhe asaj ORL në veçanti janë aksidentet automobilistike ku regionin kokë qafë përfshihet në rreth 50% të rasteve. Për rastet ambulatorë shkaku kryesor është trauma nga shkaqe të tjera.
5. Armët e zjarrit dhe Aksidentet automobilistike janë faktorë riskun për pacientin për të përfunduar në exitus.
6. Vërehet mbizotërim i theksuar i grupmoshave të reja në të gjitha kategoritë e shkakut të traumës. Theksohet moshën e re e pacientëve me traumë prej aksidenteve automobilistike, armëve të ftohta dhe armëve të zjarrit.
7. Trajtimi mjekësor i traumave në regionin kokë qafë kërkon trajtim në ekip me grup specialistësh ku të përfshihet mjeku neurokirurg, mjeku reanimator, mjeku okulist, mjeku ORL, mjeku maksilofacial të mbështetur me infrastrukturë në drejtim të trajtimit kirurgjikal dhe terapisë intensive.

8. Radha e punës së trajtimit mjekësor për të sëmurin e politraumatizuar duhet të bazohet në sistemin ABCDE.
9. Evidentimi i frakturave të indit kockor tregon mbi rëndësinë e dëmtimit, ndërsa mungesa e tyre nuk përjashton dëmtime të rëndësishme.
10. Vlerësimi i traumës (e hapur, e mbyllur) në vartësi të shkakut ndihmon në zgjedhjen e mënyrës së trajtimit. Për rastet ambulatorie ka rëndësi zbatimi i rregullave të trajtimit të plagës.
11. Dëmtimet traumatike e regionit ORL në kuadër të politraumës të regionit kokë-qafë në më të shumtën e rasteve paraqesin rëndësi dytësore pas stabilizimit të rrugëve të frymëmarrjes dhe ndalimit të hemoragjisë.
12. Frakturat e indit kockor janë një tregues i rëndësishëm i shkallës së ashpërsisë së traumës që në studimin tonë në 75% ë rasteve që janë trajtuar në spital janë vërejtur fraktura të skeletit kranio-facial, ndërsa rastet e trajtuara ambulatorisht kryesisht nuk paraqesin fraktura.
13. Vlerësimi i dëmtimeve në lidhje me regionin ka rëndësi për mënyren e trajtimit dhe për parandalimin e komplikacioneve, pasi çdo region i vecantë ORL ka veçoritë e tij në krahasim me të tjerët.
14. Traumata e regionit kokë-qafë shoqërohen në më të shumtën e rasteve me komplikacione të hërshme që kondicionojnë dhe vlerësimin e gjendjes së përgjithëshme të pacientit në 48 orët e para.
15. Rezultatet përfundimtare të trajtimit, sidomos kur dëmtimet paraqesin rëndësi primare në sferën ORL dhe pacientët arrijnë ti mbijetojnë traumës në momentin e parë, janë në vartësi të mundësive dhe kualitetit të shërbimit mjekësor për stabilizimin e rrugëve të frymëmarrjes dhe ndalimin e hemoragjisë, të cilat krijojnë të gjitha mundësitë që ti mbijetojnë traumës.
16. Traumës në përgjithësi duhet ti kushtohet një vëmendje më e madhe në aspektin teorik dhe praktik në programet bazë të formimit të studentëve dhe mjekëve specialistë të sferës së kirurgjisë të fakultetit të mjeksisë.
17. Paralelisht me përmirësimin e të gjithë aspekteve në trajtimin e traumës në QKT duhet të krijohen dhe qendra të tjera alternative në Tiranë dhe rrethe, të pajisura me personel mjekësor, aparaturë dhe infrastrukturë të përshtatshme dhe të mjaftueshme për trajtim sa më bashkëkohor të rasteve me traumë.

## **APPENDIX**

**Skema e Menaxhimit të Traumës në Regionin ORL në Kuadër të Politraumës[1]**

## Prioritetet në Menaxhimin e Traumës

**Tabela 7. Hapat thelbësore të trajtimit të pacientëve me traumë**

<b>Faza</b>	<b>Përshkrimi</b>
Reanimim	Stabilizim dhe restaurimin i funksioneve vitale
Operacioni i parë	Menaxhimi fillestar urgjent
Stabilizimi	Kujdes intensiv, diagnozë më e detajuar, masa përgatitore
Operacioni i dytë	Trajtimi definitiv i plagës
Rehabilitimi	Rehabilitim, terapi fizike
Operacioni i tretë	Masa korigjuese dytësore



**Tabela 8. Lista e parametrave për menaxhimin fillestar**

<b>Qëllimi</b>	<b>Masat</b>
Të lirohen dhe të mbahen të lira rrugët e frymëmarrjes ( intubim, krikotirotoni, traketomi)	Pastrimi i rrugëve të sipërme të frymëmarrjes nga sekrecionet ose rënia e gjuhës prolapsed (kombinim i thyerjes së maksilës dhe mandibulës), dhëmbëve
Stabilizimin i qarkullimit	Vendosja e aksesit intravenoz, monitorim i likideve, reanimim
Të përjashtohet presioni intracerebral, hematoma intrakraniale, enjtja e trurit	Statusi neurologjik, CT, ndoshta presion intrakranial (ICP), kateter, dekompresim hematome, evakuim
Të përjashtohet hemorragjia e brendëshme	Traumata e kraharorit: CT, të drenohet nëse është e nevojshme Traumata e barkut: Echo, CT ose lavazh peritoneal, laparotomi nëse është e nevojshme EKG, ekokardiogramë, perikardiocentezë
Të përjashtohet paraplegjia dhe sindromi ndarje	Statusi neurologjik, CT, dekompresion dhe stabilizimi i kolonës vertebrale nëse është e nevojshme Shenjat klinike, sensacionet, përgjigja motore, fashotomi nëse është e nevojshme, reduktimin i frakturës, osteosinteze
Dëmtimet e indeve të buta	Menaxhimi i plagëve

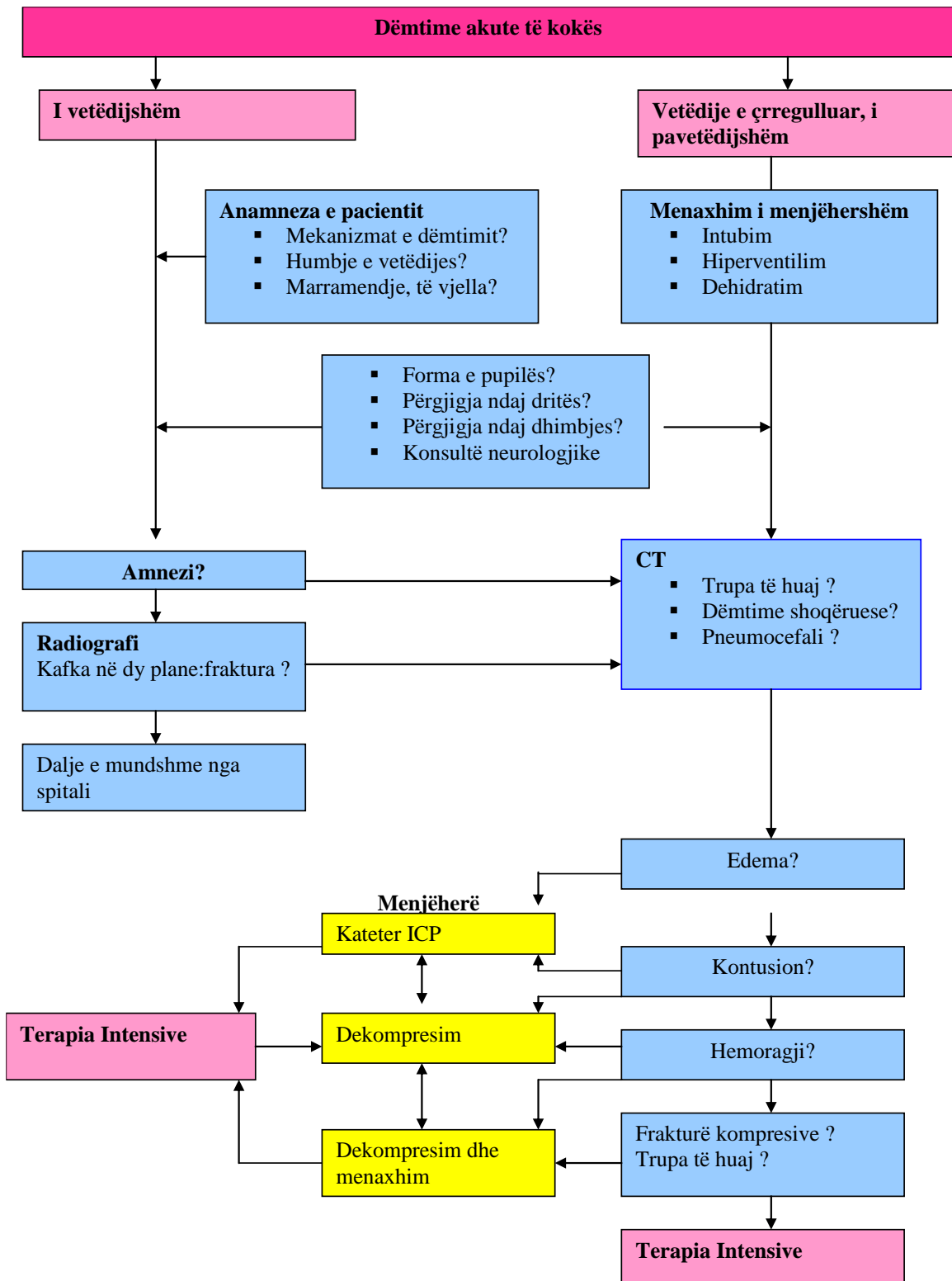
**Vlerësimi fillestar**

Tabela 9. Parametrat që duhen vlerësuar fillimisht

<b>Historia e pacientit</b>	Humbje e vetëdijes, të vjella
	Dëmtimi i frymëmarrjes me hundë, humbje e nuhatjes / çrregullim i shijes, dëmtim i pamjes, çrregullime ndjesore
<b>Inspeksioni dhe palpacioni</b>	Hemorragji, plagë të hapura, trupa të huaj
	Rrjedhje e likidit cerebrospinal ose e masës së trurit
	Enjtje, hematoma, krepitus ajrore
	Hapësire ndërmjet kockave, lëvizshmëri jo normale
<b>Testime funksionale</b>	Funksione pamore
	Ndjesia e shijes / funksioni i nuhatjes
	Vlerësimi i ndjesive
<b>Imazheria diagnostike</b>	CT, pamje kraniale a-p, pamje anësore e kafkës
<b>Kujdes i menjëhershëm</b>	Të përjashtohet hemorragjia intracerebrale, presion intracerebral, humbja e shikimit
<b>Trajtim i ndermjetem</b>	Rrjedhje e likidit cerebrospinal, pneumocefali
<b>Orbita dhe globi i syrit</b>	Gjerësia dhe reagimi i pupilës, vlerësim bruto i pamjes, pozicioni i globit, lëvizshmëria, diplopia.
<b>Imazheria diagnostike</b>	Vlerësim radiologjik i sinuseve para nazale, krahasim i harqeve zygomatike, OPG, Clementschitsch, CT
<b>Kujdes i menjëhershëm</b>	Riplantim i dhëmbëve
	Menaxhimi i frakturave të hapura
<b>Trajtim i ndermjetem</b>	Reponimi kraniofacial dhe fiksimi

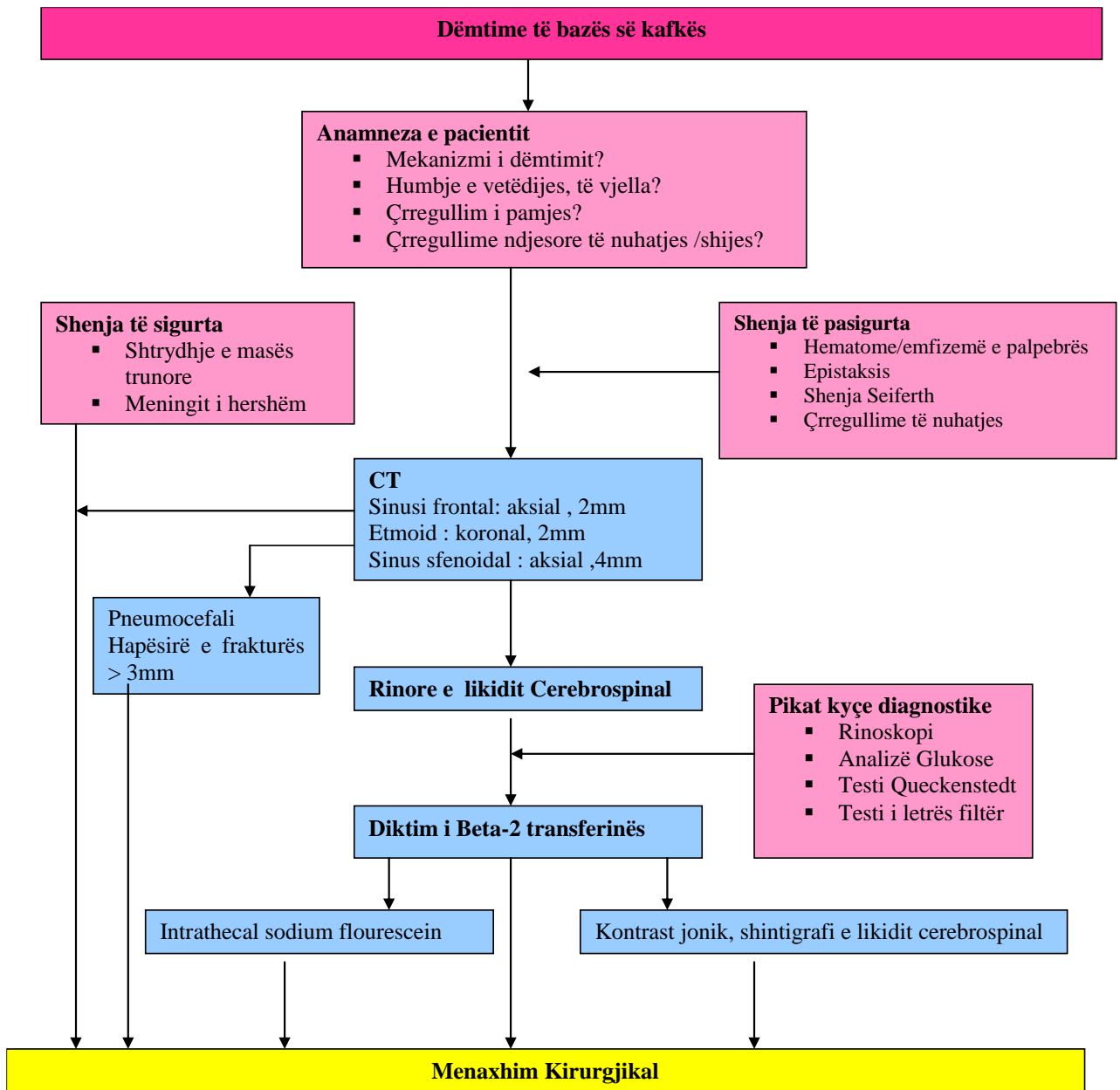
## Dëmtimet e neurokraniumit

## Figura 1. Diagrama për dëmtimet akute të kokës

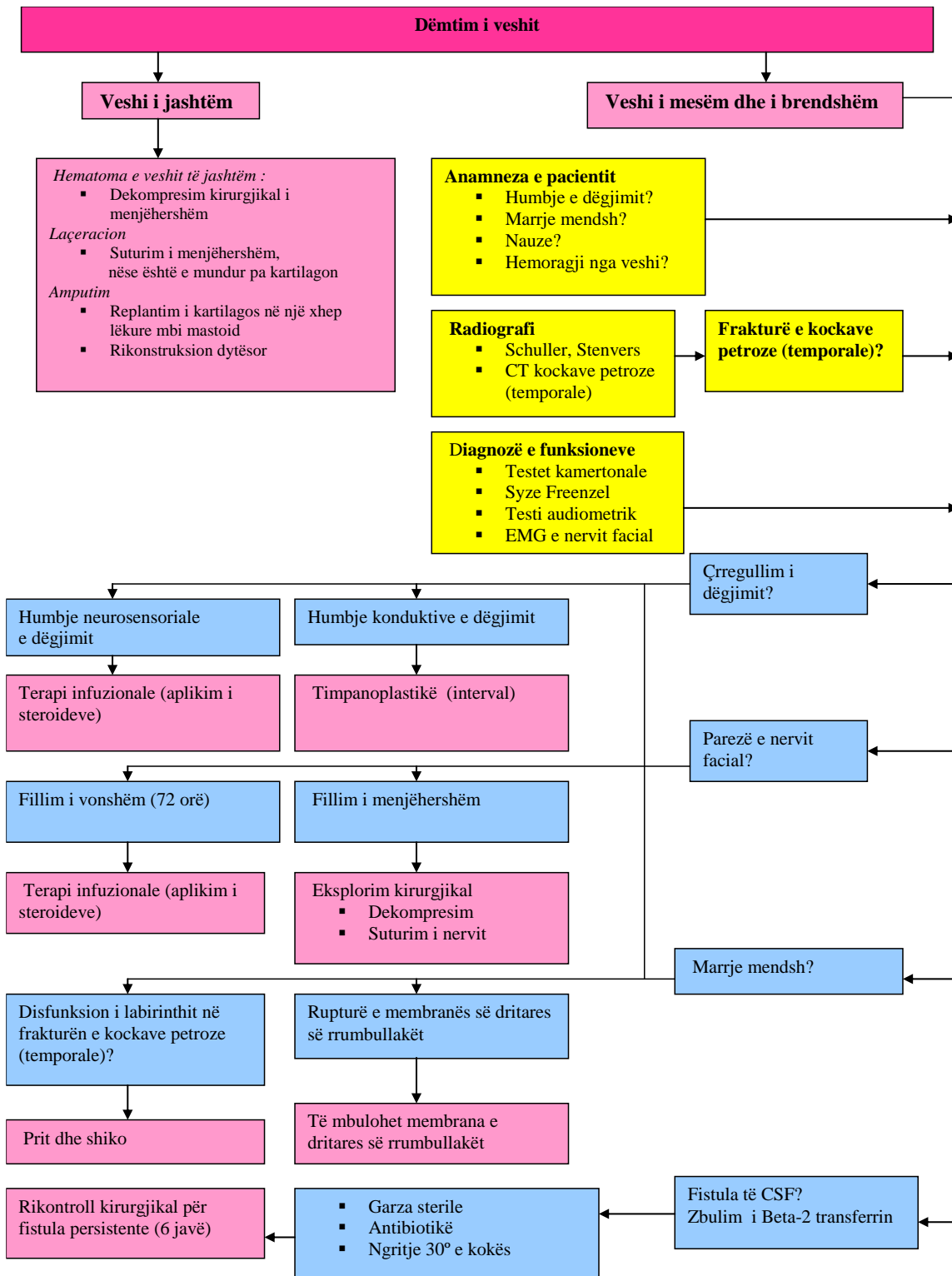


**Dëmtimet e Bazës së Kafkës**

**Figura 2. Diagrama për dëmtimet e bazës së kafkës**



**Dëmtimet e Veshit dhe Bazës Laterale të Kafkës**  
**Figura 3. Diagrama për dëmtimet e veshit**



**Tabela 10. Parametrat që duhen vlerësuar për dëmtimet e veshit dhe bazës laterale të kafkës**

<b>Anamneza e pacientit</b>	Dëmtim i dëgjimit, zhurmë në veshët, marrje mendsh
<b>Inspeksioni dhe palpacioni</b>	Asimetri e fytyrës për shkak të enjtjes ose paralizës
	<i>Veshi i jashtëm:</i> hematoma, plagë të hapura, dëmtime të kartilagos, hapësirë ndërmjet kockave.
	<i>Kanali i dëgjimit:</i> artikulacioni temporomandibular (bllokim terminal and lëvizje e artikulacionit)
<b>Otoskopia ,mikro-otoskopia</b>	Hemoragji nga veshi i mesëm me dëmtim të kanalit dëgjimor dhe membrana timpanike, të përjashtohet hemorragjia e jashtme
	Rrjedhje ose pulsime të likidit CSF ose mase trunore në KJD ose kavitet timpanik.
	Frakturë “Step –off” e pjesës së pasme të kanalit jashtëm të dëgjimit (frakturë gjatësore e kockës temporale petroze)
	Step -off i pjesës së përparshme të kanalit të jashtëm të dëgjimit (frakturë e artikulacionit temporomandibular)
	Membranë timpanike e paprekur dhe hemotimpanum (frakturë transversale e kockës temporale petroze)
<b>Testi i dëgjimit</b>	Provat kamertonale (Weber,Rinne)
	Audigram tonale
<b>Testi i Balancës</b>	Vertigo në anamnezë
	Syze Frenzel (nystagmus spontan, testimi i pozicionit)
	Testim i koordinimit (testi Unterberger, test Romberg)
<b>Imazheri diagnostike</b>	CT i kockës temporale petroze

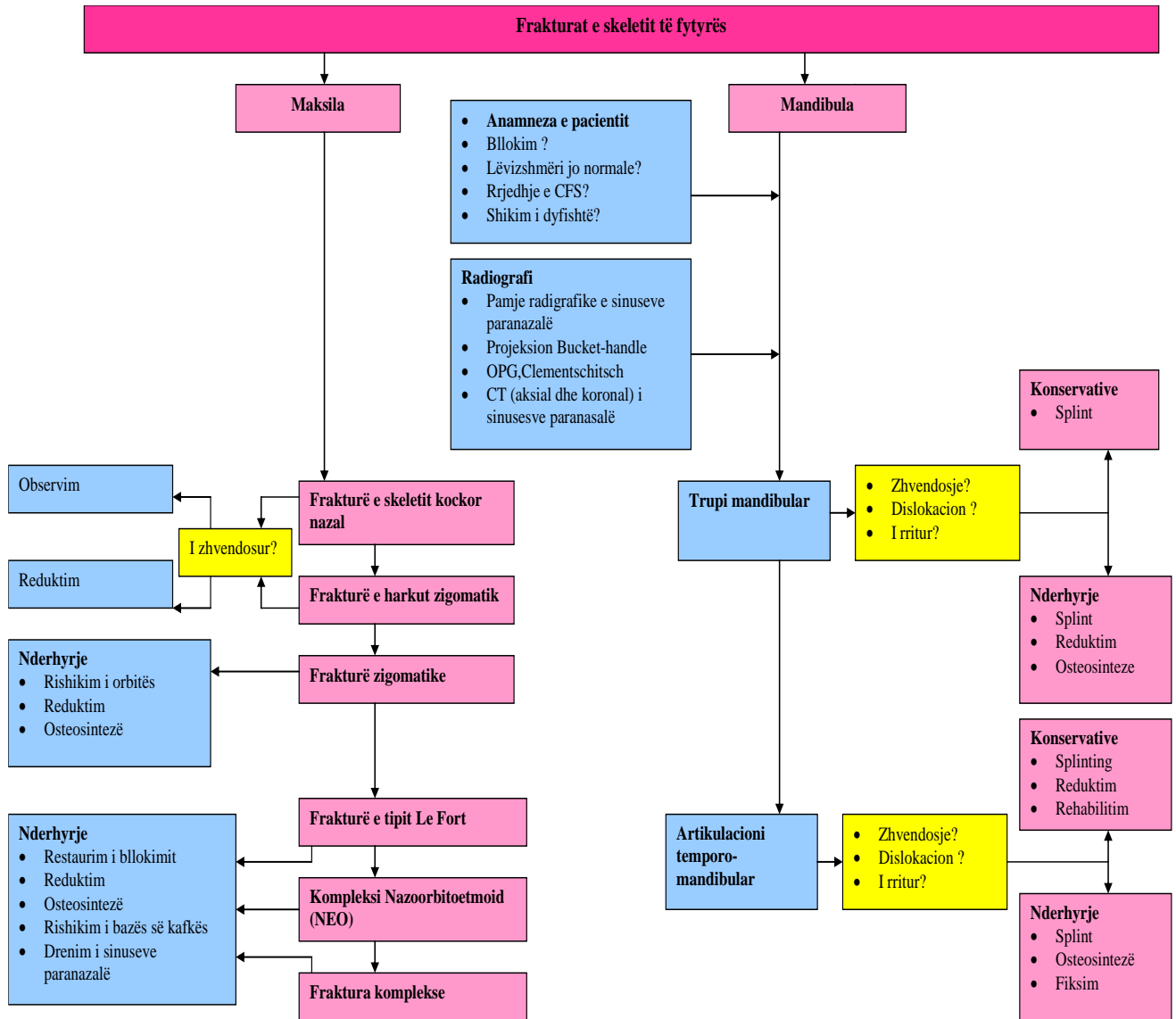
## Dëmtimet e Nervit Facial

**Tabela 11. Parametrat që duhen vlerësuar për dëmtimet e nervit facial**

<b>Anamneza e pacientit</b>	Paralizë pre-ekzistuese
<b>Inspeksion</b>	Funksion motor i vullnetshëm, krahasim i skajeve të muskulaturës shprehëse të fytyrës
<b>Testim funksional</b>	Lokalizim i dëmtimit të nervit, EMG
<b>Diagnozë radiologjike</b>	CT i kockës temporale petroze
<b>Menaxhim i menjëhershëm</b>	Hemorragji e pakontrolluar nga veshi
	Paralizë e papritur e nervit facial (në 48 orët e para)
<b>Trajtim i ndermjetem</b>	Paralizë persistente ose në zhvillim e nervit facial
	Humbje konduktive e dëgjimit

**Dëmtimet Kraniofaciale**

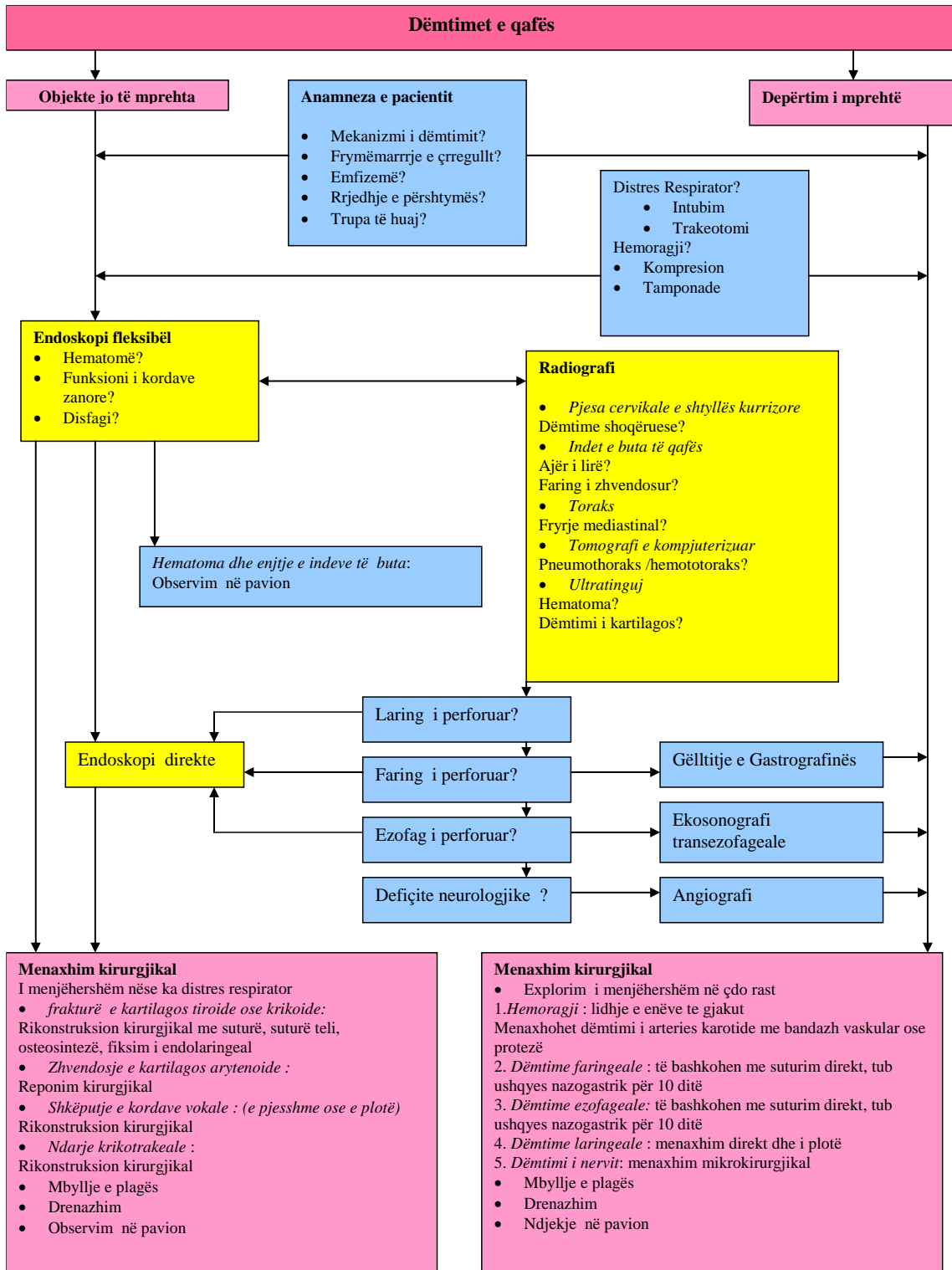
**Figura 4. Diagrama për dëmtimet e skeletit facial**





**Dëmtimet e Qafës**

**Figura 5. Diagrama për dëmtimet e qafës**



**Tabela 12. Parametrat që duhen vlerësuar për dëmtimet kraniofaciale**

<b>Anamneza e pacientit</b>	Trismus, tetanos, dhimbje (lëvizje e artikulationit), frymëmarrje e dëmtuar me anë të hundës, dëmtim i pamjes, çrregullime ndjesore.
<b>Inspeksioni dhe palpacioni</b>	Asimetri e fytyrës
<i>Extraoral</i>	Hemorragji dhe plagë të hapura, perforacione, enjtje, hematoma
	Dhimbje
<i>Intraoral</i>	Hemorragji, hematoma, fraktura te tipit step -offs, dëmtime gingivale, hematoma gingivale
	Fractura të dhëmbëve, luksacion i dhëmbëve
<b>I kombinuar extraoral dhe intaroal</b>	Lëvizshmëri jonormale
<b>Rinoskopia</b>	Hemorragji mukozale, frakturë e septale, rrjedhje e CSF
<b>Testimi funksional</b>	Goditje e nofullës, test i ndjeshmërisë së dhëmbëve, test i nuhatjes

Tabela 13. Parametrat që duhen vlerësuar për dëmtimet e qafës

<b>Anamneza e pacientit</b>	Dhimbje gjatë gëlltitjes, paaftësi për gëlltitje, kolle, distres respirator, humbje e zërit
<b>Inspeksioni dhe palpacioni</b>	Stridor gjatë frymëmarrjes
	Plagë të hapura, hemorragji, rrjedhje pështyme
	Enjtje, hematoma, dhimbje, krepitus, krepitacione ajrore
<b>Testim funksional</b>	Ngjirje ose humbje zëri
	Aftësia për gëlltitje
<b>Teknikat endoskopike</b>	Faringolaringoskopi transnazale
	Laringoskopi suspension
	Trakeobronkoskopi: gërvishtje mukozale, unazë kartilaginoze e lirë, zhvendosje e kartilagos arienoide, imobilizim i kordave zanore.
<b>Imazheri diagnostike</b>	Toraksi, indet e buta të qafës, CT
<b>Menaxhim i menjëhershëm</b>	Krikotirotoni, trakeostomi, trajtim i plagëve të hapura
<b>Trajtimt intervalor</b>	Trajtim përfundimtar

**Tabela 14. Testet klinike kryesore për diktimin e rinoresë së CSF**

<b>Metoda</b>	<b>Gjetjet</b>
Rinoskopi	Rrjedhje e dukshme e likidit cerebrospinal nga sinuset paranazale
Test indeve	Ndryshe nga mukoza nazale, CSF nuk shkakton rigiditet të indeve
Test i letrës filtër	Një kampion i sekrecioneve të në letër filtër shfaq një kufi të lehtë CSF dhe një zonë të errët qendrore të gjakut
Testi Queckenstedt	Shtypja e venës së qafës dhe si rezultat rritja e presionit intrakranial çon në rritjen e rrjedhjes CSF

## 10 (Dhjetë) Rregullat për Menaxhimin e Plagës[1]

1. Anamnezë e detajuar e pacientit, duke përfshirë mundësisht edhe fotografi.
2. Anestezia duhet të jetë e përshtatshme. Fëmijët dhe pacientët me traumë më të mëdha duhet të trajtohen nën anestezitë përgjithshme. Në regionin e kokës dhe qafës duhet të përdoret një anestetik lokal me epinephrinë për të ndihmuar hemostazën dhe të zgjasë kohën e mbetjes së lëndës anestetike në inde. Anestezia nuk duhet kurrë të fillojë nga plaga në indin përreth, por gjithmonë nga indet përreth drejt plagës. Preferohet anestezia konduktive.
3. Duhet të bëhet inspeksion i plotë (trupat e huaja, dëmtime neurovaskulare) dhe pastrim i plotë i plagës (peroksid hidrogjeni, jod polyvidonë) para trajtimit.
4. Duhet përdorur hemostazë me koagulantë (monopolarë apo bipolarë) në vend të suturimit që traumatizon indet.
5. Të shmanget ekcizioni i plagës. Sidoqoftë, komponentët nekrotikë dhe indet e devitalizuara duhet të hiqen me kujdes (lupë zmadhuese, mikroskop). Plagët e çrregullta suturohen duke fiksuar buzët e plagës me indin subkutan. Kjo eliminon tensionimin e indeve, duke lejuar mbylljen më të lehtë të hapësirës së mbetur në mes.
6. Të përdoren materiale atraumatike për qepje dhe instrumentet më të mira. Të shmanget traumatizimi shtesë në skajet plagës që shkaktohet nga kapja indeve me forceps. Duhet të jenë në dispozicion instrumenta atraumatike.
7. Plagët janë gjithmonë të mbyllura nga brenda jashtë (kocka, mukoza, muskuj, lëkurë). Sutura e plagëve të lëkurës bëhet gjithmonë me suturim të indit subkutan. Sutura fillohet nga buzët e lira tek ato të bashkuara dhe nga skajet më të holla në ato më të trasha të lëkurës për të lejuar bashkëngjitjen e saktë të buzëve të plagës.
8. Duhet të sigurohet gjithmonë drenim i përshtatshëm i zonës së plagës.
9. Antibiotikët duhet të administrohet sipas nevojës; duhet të kontrollohet vaksinimi ndaj tetanozit.
10. Të përdoret lidhja me fasho dhe të ndërrohet çdo ditë.

**Tabela 15. Antibiotikët më të zakonshëm të përdorur për dëmtimet e regionit të kokës dhe qafës duke përfshirë udhëzimet për dozën.**

Lloj i dëmtimit	Antibiotikët	Dozimi	Doza ditore maksimale
Dëmtim i kokës me mbushjen e hapësirave me likid cerebrospinal	Ceftriaxone	2x1 g i.v.	4g
	Metronizadole	2x500 mg i.v.	2g
	(Cotrimoxazole)	2x1 g	2g
Dëmtim i indeve të buta të qafës pa penetrim	Sultamicillin	3x2 g i.v.	12g
	(Cefotaxime)	2x2 g i.v.	12g
Dëmtim i indeve të buta të qafës me penetrim	Sultamicillin	3x2 g i.v.	12g
	(Cefotaxime)	2x2 g i.v.	12g
	Metronizadole	2x500 mg i.v.	2g
Dëmtim të indeve të buta të faqes duke përfshirë dëmtimin e skeletit të hundës	Clindamycin	2x600 mg i.v.	2.7g
	(Cefotaxime)	2x2 g i.v.	12g
	Clindamycin	2x600 mg i.v.	2.7g
Dëmtim i veshit të jashtëm/mesëm	(Ciprofloxacine)	2x400 mg i. v.	1.2g
	Ofloxacin	Administrim lokal (3 x ditë)	

## 1. Skema e Menaxhimit të Traumës së Kokës në Përgjithësi (47.[www.tarn.ac.uk](http://www.tarn.ac.uk))

### Udhëzime kryesore

Udhëzimet kryesore klinike që duhet të jenë prioritet për zbatim.

### Të rriturit

#### Vlerësimi fillestar

Menaxhimi i pacientëve me dëmtime në kokë duhet të udhëhiqet nga vlerësime klinike dhe protokolle të bazuara në Glasgow Coma Scale dhe Glasgow Coma Scale Score.

#### Indikacionet për shtrim në spital

Pacientët e rritur me ndonjë nga shenjat dhe simptomat e mëposhtme duhet të shtrohen në spital për vlerësimin e mëtejshëm të dëmtimeve të mundshme të trurit:

- GCS <15 në vlerësimin fillestar (nëse mendohet të jetë e lidhur me alkoolin të vëzhgohet për dy orë dhe të shtrohet në qoftë se rezultati mbetet GCS <15 pas kësaj kohe)
- konvulsione post-traumatike (të përgjithshme ose fokale)
- shenja neurologjike fokale
- shenjat e një frakture të kafkës (duke përfshirë rrjedhjen e likuorit cerebrospinal nga hunda apo veshët, haemotympanum, kontuzion post aurikular ose periorbital)
- humbje e vetëdijes
- dhimbje koke të forta dhe të vazhdueshme
- të vjella të përsëritura (dy ose më shumë raste)
- amnezi post-traumatike > 5 minuta
- amnezi retrograde > 30 minuta
- mekanizëm me risk të lartë dëmtimi (aksident rrugor, rënie nga lartësitë)
- koagulopatitë, medikamentoze apo nga shkaqe të tjera.

#### Indikacione për CT të kokës

CT skanimit duhet të kryhet menjëherë tek pacientët e rritur që kanë ndonjë nga këto karakteristika:

- hapje e syve vetëm gjatë dhimbjes (GCS 12/15 ose më pak)
- konfuzion apo përgjumje (GCS 13/15 ose 14/15), e cila nuk përmirësohet brenda jo më shumë se një orë nga vëzhgimit klinik ose brenda dy orëve prej dëmtimit (nëse intoksikimi nga droga ose alkooli është apo jo një faktor kontributiv i mundshëm)

- thyerje e bazës së kafkës dhe / ose dëmtime penetruese
- përkeqësim i vetëdijes apo shenja fokale neurologjike të reja
- vetëdije të plotë (GCS 15/15) pa asnjë frakturë, por të tjera, p.sh.
  - Dhimbje koke të forta dhe të vazhdueshme
  - Dy episode me të vjella
- një histori koagulopatie (p.sh. përdorimi i warfarin) dhe humbja e vetëdijes, amnezi apo shenja neurologjike.

CT duhet të kryhet brenda tetë orësh në një pacient të rritur i cili është mirë, por ka ndonjë nga karakteristikat e mëposhtme:

- moshë > 65 (me humbje të vetëdijes apo amnezi)
- shenja klinike të një frakture të kafkës (p.sh. hematoma të kokës), por jo shenja klinike me indikacion për CT të menjëhershëm
- ndonjë aktivitet konvulsiv
- amnezi retrograde (> 30 minuta)
- mekanizëm i rrezikshëm i dëmtimit (këmbësorë të goditur nga automjetet, rënie nga lartësitë), apo sulme (p.sh. trauma hapur me një armë).

Në pacientët e rritur të cilët kanë GCS <15 me indikacion për CT të kokës, skanimi duhet përfshijë pjesën e qafës të shtyllës kurrizore.

Indikacione për t'u shtruar në spital

Një pacient i rritur duhet të shtrohet në spital, nëse:

- niveli i vetëdijes është i dëmtuar (GCS <15/15)
- pacienti është plotësisht i vetëdijshëm (GCS 15/15), por ka një indikacion për CT scan (Nëse skaneri është normal dhe nuk ka arsye të tjera për shtrim, atëherë pacienti nuk shtrohet në spital)
- pacienti ka probleme të rëndësishme mjekësore, p.sh. përdorimi i antikoagulantëve
- pacienti ka probleme sociale, ose mund të mos jetë i mbikqyrur nga një i rritur përgjegjës.

Konsulta neurokirurgjikale

Një pacient me dëmtim në kokë duhet të konsultohet me një neurokirurg:

- kur CT tregon një lezion intrakranial të kohëve të fundit
- kur një pacient i plotëson kriteret për CT por nuk ekziston skaner.
- kur pacienti ka karakteristika klinike që sugjerojnë vlerësimin, monitorimin, apo menaxhimin prej një specialisti neurokirurg, pavarësisht nga rezultati i CT.

Të gjithë pacientët me dëmtim të rëndë në kokë (GCS 8 / 15 ose më pak) duhet të transferohen dhe të trajtohen në repartin e TI te pavionit të neurokirurgjisë.



Këshilla për daljen nga spitali

Pacientëve dhe kujdestarëve të tyre duhet t'i jepen këshilla dhe informacione të përshtatura për nevojat e tyre.

## **Fëmijët**

Vlerësimi fillestar

Duhet të tregohet kujdes i madh gjatë interpretimit të Glasgow Coma Scale tek fëmijet <5 vjeç dhe kjo duhet të bëhet nga mjekët me përvojë në menaxhimin e fëmijë të vegjël.

Indikacionet për shtrim në spital

Përveç indikacioneve për shtrimin e të rriturve në spital, fëmijët që kanë pësuar një dëmtim në kokë duhet të shtrohen në spital, nëse ekziston ndonjë nga këto faktorë risku:

- dyshimi klinik për dëmtim jo-aksidental
- Sëmundje shoqëruese të rënda (p.sh. vështirësi në të mësuar, autizëm, çrregullime metabolike)
- Vështirësi për kryerjen e një vlerësimi të plotë
- Nuk shoqëruar nga një i rritur përgjegjës
- Rrethana shoqërore të pa përshtatshme.

Indikacione për CT të kokës

CT i menjëhershëm duhet të bëhet në një fëmijë (<16 vjeç), i cili ka ndonjë nga karakteristikat e mëposhtme:

- $GCS \leq 13$  në vlerësimin në repartin e urgjencës
- humbje të vetëdijes >5 minuta
- dyshim për dëmtim të hapur ose të mbyllur të kafkës ose fontanela të tensionuara
- Deficite neurologjike fokale
- Ndonjë shenjë e thyerje së bazës së kafkës.

CT duhet të kryhet brenda tetë orëve, nëse janë të pranishme ndonjë nga këto tipare (me përjashtim të indikacioneve për CT të menjëhershëm):

- Prania e kontuzioneve / enjtje / gërvishtje > 5 cm në kokë
- konvulsione post-traumatike, por jo histori epilepsie
- amnezi (anterograde apo retrograde) që zgjat > 5 minuta
- dyshim klinik për dëmtime jo-aksidentale në kokë

- rënie nga lartësitë
- mosha <1vjeç: GCS <15 në repartin e urgjencës vlerësuar nga personel me përvojë në monitorimin e GCS pediatrik
- tre ose më shumë episode diskrete të vjellash
- përgjumje jo normale (ngadalësi në përgjigje).

Nëse një fëmijë me dëmtim në kokë i plotëson kriteret për shtrim në spital dhe është i përfshirë në një aksident automobilistik, CT duhet të bëhet menjëherë.

#### Indikacione për shtrim në spital

Fëmijët të cilët kanë pësuar një dëmtim në kokë duhet të shtrohen në spital, nëse ekziston ndonjë prej këtyre faktorëve të riskut:

- Ndonjë indikacion për një CT scan
- Dyshim për dëmtim jo-aksidentale
- Sëmundje shoqëruese të rëndësishme
- Vështirësi për kryerjen e një vlerësimi të plotë
- Fëmija nuk shoqërohet nga një i rritur përgjegjës
- Rrethanat shoqërore të pa përshtatshme.

#### Referimi për njësinë neurokirurgjike

Një pacient me dëmtim në kokë duhet të konsultohet me një neurokirurg:

- kur CT tregon një lezion intrakranial të kohëve të fundit
- kur një pacient i plotëson kriteret për CT por nuk ekziston skaner.
- kur pacienti ka karakteristika klinike që sugjerojnë vlerësimin, monitorimin, apo menaxhimin prej një specialisti neurokirurg, pavarësisht nga rezultati i CT.

Të gjithë pacientët me dëmtim të rëndë në kokë (GCS 8 / 15 ose më pak) duhet të transferohen dhe të trajtohen në repartin e TI të pavionit të neurokirurgjisë.

#### Këshilla për daljen nga spitali

Pacientëve dhe kujdestarëve të tyre duhet t'i jepen këshilla dhe informacione të përshtatura për nevojat e tyre.

**KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME**

18. Epidemiologjia e traumës është e lidhur ngushtësisht me faktorët e zhvillimit shoqëror dhe emancipim kulturor të vendit.
19. QKT është institucioni kryesor për trajtimin e traumës në sferën ORL në kuadër të politraumës në vendin tonë.
20. Kartela klinike e pacientit që ka pësuar trauma apo politraumë duhet të jetë e një formati të veçantë ku vlerësimet klinike të shënohen në mënyre standarte dhe jo përshkruese.
21. Shkaku kryesor i politraumave në përgjithësi dhe asaj ORL në veçanti janë aksidentet automobilistike ku regionin kokë qafë përfshihet në rreth 50% të rasteve. Për rastet ambulatorë shkaku kryesor është trauma nga shkaqe të tjera.
22. Armët e zjarrit dhe Aksidentet automobilistike janë faktorë riskun për pacientin për të përfunduar në exitus.
23. Vërehet mbizotërim i theksuar i grupmoshave të reja në të gjitha kategoritë e shkakut të traumës. Theksohet moshën e re e pacientëve me traumë prej aksidenteve automobilistike, armëve të ftohta dhe armëve të zjarrit.
24. Trajtimi mjekësor i traumave në regionin kokë qafë kërkon trajtim në ekip me grup specialistësh ku të përfshihet mjeku neurokirurg, mjeku reanimator, mjeku okulist, mjeku ORL, mjeku maksilofacial të mbështetur me infrastrukturë në drejtim të trajtimit kirurgjikal dhe terapisë intensive.
25. Radha e punës së trajtimit mjekësor për të sëmurin e politraumatizuar duhet të bazohet në sistemin ABCDE.
26. Evidentimi i frakturave të indit kockor tregon mbi rëndësinë e dëmtimit, ndërsa mungesa e tyre nuk përjashton dëmtime të rëndësishme.
27. Vlerësimi i traumës (e hapur, e mbyllur) në vartësi të shkakut ndihmon në zgjedhjen e mënyrës së trajtimit. Për rastet ambulatorë ka rëndësi zbatimi i rregullave të trajtimit të plagës.
28. Dëmtimet traumatike e regionit ORL në kuadër të politraumës të regionit kokë-qafë në më të shumtën e rasteve paraqesin rëndësi dytësore pas stabilizimit të rrugëve të frymëmarrjes dhe ndalimit të hemoragjisë.

29. Frakturat e indit kockor janë një tregues i rëndësishëm i shkallës së ashpërsisë së traumës që në studimin tonë në 75% ë rasteve që janë trajtuar në spital janë vërejtur fraktura të skeletit kranio-facial, ndërsa rastet e trajtuara ambulatorisht kryesisht nuk paraqesin fraktura.
30. Vlerësimi i dëmtimeve në lidhje me regionin ka rëndësi për mënyren e trajtimit dhe për parandalimin e komplikacioneve, pasi çdo region i vecantë ORL ka veçoritë e tij në krahasim me të tjerët.
31. Traummat e regionit kokë-qafë shoqërohen në më të shumtën e rasteve me komplikacione të hërshme që kondicionojnë dhe vlerësimin e gjendjes së përgjithëshme të pacientit në 48 orët e para.
32. Rezultatet përfundimtare të trajtimit, sidomos kur dëmtimet paraqesin rëndësi primare në sferën ORL dhe pacientët arrijnë ti mbijetojnë traumës në momentin e parë, janë në vartësi të mundësive dhe kualitetit të shërbimit mjekësor për stabilizimin e rrugëve të frymëmarrjes dhe ndalimin e hemoragjisë, të cilat krijojnë të gjitha mundësitë që ti mbijetojnë traumës.
33. Traumës në përgjithësi duhet ti kushtohet një vëmendje më e madhe në aspektin teorik dhe praktik në programet bazë të formimit të studentëve dhe mjekëve specialistë të sferës së kirurgjisë të fakultetit të mjeksisë.
34. Paralelisht me përmirësimin e të gjithë aspekteve në trajtimin e traumës në QKT duhet të krijohen dhe qendra të tjera alternative në Tiranë dhe rrethe, të pajisura me personel mjekësor, aparaturë dhe infrastrukturë të përshtatshme dhe të mjaftueshme për trajtim sa më bashkëkohor të rasteve me traumë.

## VII. BIBLIOGRAFIA

2. Arne Ernst, Michael Herzog, Rainer O.Seidl. Head and neck trauma, Thieme Stuttgart 2006, 2-3,10-11,15,27-35,38-40,50,53-60,69-76,79-83,96-99,120-124,130, 205-208.
3. Ameratunga S, Jackson R, Norton R. Death and injury on roads. *BMJ* 2006;333:53-4.
4. Age: Is It All in the Head? Factors Influencing Mortality in Elderly Patients With Head Injuries.Richmond R, Aldaghlis TA, Burke C, Rizzo AG, Griffen M, Pullarkat R.J Trauma. 2010 Feb
5. American College of Surgeons Committee on Trauma. . Advanced Trauma Life Support for doctors. (ATLS). 7th ed. Chicago: The College; 2004.
6. Anthony J,Maninglia, English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Orbital fractures,chapter34,1990; 1-10.
7. Bailey BJ, Tan LK. Nasal and frontal sinus fractures. In: Head and Neck Surgery - Otolaryngology. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 1998:1007-31.
8. Bruce W.Pearson,JohnM.Fredrikson. English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992,Trauma to the temporal bone, chapter 13,1980;1-4.
9. Cryer PC, Davidson L, Styles CP, Langley JD. Descriptive epidemiology of injury in the South East: identifying priorities for action. *Publ Health* 1996; 110: 331–338.
10. Charles W.Cummings, John M.Fredrickson, Charles J. Krause, David E.Schuller. Otolaryngology head and neck surgery. Mosby Year Book, St.Louis, Missouri 1993, 1864-1873.
11. CharlesW, Gross,English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Nasal fracrures,chapter26,1988;1-4.

12. Champion HC, Copes WS, Sacco WJ, Lawnick MM, Keast SC, Frey CF. The major trauma outcome study: establishing national norms for trauma care. *Journal of Trauma* 2005;30:1356–1365
13. Faul M, Xu L, Wald MM, Coronado V. Traumatic Injuries in the United States: Emergency Department Visits, Hospitalizations and Deaths, 2002-2006. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2010.
14. Gassner et al. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9543 cases with 21067 injuries. *J Cranimaxillofac Surg.* 2003, 31(1):51-61.
15. Gopalakrishna G, Peek-Asa C, Kraus JF. Epidemiologic features of facial injuries among motorcyclists. *Ann Emer Med.* 1998, 32(4):425-30.
16. Hans Behrbohm, Oliver Kaschke, Andrew Swift. *Ear, Nose and Throat Diseases*, Thieme Stuttgart 2009, 311-313.;54,201-203,277,308,392,427;
17. Hasso AN, Ledington JA. Traumatic injuries of the temporal bone. *Otolaryngol Clin North Am* 1988; 21(2): 295-316.
18. Ishman SL, Friedland DR. Temporal bone fractures: traditional classification and clinical relevance. *Laryngoscope* 2004; 114(10); 1734-41.
19. Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The Global Burden of Injuries. *Am J Public Health* 2000;90: 523–526.
20. Katzen JT, Jarrahy R, Eby JB, Mathiasen RA, Margulies DR, Shahinian HK. Craniofacial and skull base trauma. *J Trauma* 2003; 54(5): 1026-1034
21. Lyons RA, Jones SJ, Deacon T, Heaven M. Socioeconomic variation in injury in children and older people: a population based study. *Inj Prev* 2003; 9: 33–37.
22. John Jacob Ballenger. *Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head and Neck*, Lea&Febiger 1991, 589-598.
23. Livingston DH, Loder PA, Koziol J, Hunt CD. The use of CT scanning to triage patients requiring admission following minimal head injury. *J Trauma.* Apr 1991;31(4):483-7; discussion 487-9. [Medline].

24. Maximiana Cristina de Souza Maliska<sup>1</sup>; Analysis of 185 maxillofacial fractures in the state of Santa Catarina, Brazil; *Braz. oral res.* vol.23 no.3 São Paulo July/Sept. 2009, <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000300008>
25. Muraoka M, Nakai Y. Twenty years of statistics and observation of facial bone fracture. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1998; 538:261-5. [Medline].
26. Murray JA, Maran AG, Mackenzie IJ, Raab G. Open v closed reduction of the fractured nose. *Arch Otolaryngol.* Dec 1984;110(12):797-802. [Medline].
27. Murray CL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020. *Lancet* 1997; 349: 1498–1504.
28. Nels R. Olson. *English Otolaryngology*, J.B.Lippincott Company 1992,1-13. Olson NR. Surgical treatment of acute blunt laryngeal injuries. *Ann Oto| Rhino|Laryngo|* 1978; 87:716-721.
29. Olson NR. Surgical treatment of acute blunt laryngeal injuries. *Ann Oto| Rhino|Laryngo|* 1978; 87:716-721.
30. Paul J,Donald, *English Otolaryngology*, J.B.Lippincott Company 1992,Zygomatic Fractures,chapter 36,1990.1-4.
31. Prasad B Rajendra, Tony P Mathew, Amit Agrawal, and Gagan Sabharawal ;Characteristics of associated craniofacial trauma in patients with head injuries: An experience with 100 cases, *J Emerg Trauma Shock.* 2009 May-Aug; 2(2): 89–94. doi: [10.4103/0974-2700.50742](https://doi.org/10.4103/0974-2700.50742)
32. Qirjako G, Burazeri G, Hysa B, Roshi E Factors associated with fatal traffic accidents in Tirana, Albania: cross-sectional study.. *Croat Med J.* 2008 Dec;49(6):734-40
33. Qirjako G, Burazeri G, Hysa B, Roshi E. Magnitude and fatality from road accidents among children in Tirana, Albania.*Med Arh.* 2008;62(2):100-1.
34. Ray Smith, *English Otolaryngology*, J.B.Lippincott Company 1992;General principles in the management of head and neck trauma;chapter 33,1977;1-2,9-17

35. Rocchi et al. Craniofacial trauma in adolescents: incidence, etiology and prevention. *J Trauma*. 2007, 62(2):404-9.
36. Robert J, Keim; English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Central nervous system complications of head and neck trauma, chapter38;1988;1-12.
37. Roy CW, Pentland B, Miller JD. The causes and consequences of minor head injury in the elderly. *Injury* 1986;17(4):220-3.
38. Scott-Brown's. Diseases of the ear, nose and throat. Butterworth&Co.Ltd.1971, 505-513.
39. Selassie A W, Zaloshnja E, Langlois, JA,Miller T, Jones P, Steiner C. Incidence of Long-term Disability Following Traumatic Brain Injury Hospitalization, United States, 2003. *Journal of Head Trauma Rehabilitation. Focus on Clinical Research and Practice*. 23(2):123-131, March/April 2008.
40. Stephen D, Keefe, English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Frontal sinus fractures, chapter 28,1992;1-4. English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Early management ofpatients with a head injury: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2000. (SIGN guideline 46). Available from url: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign46.pdf>
42. Thomas O,Wildes; English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Soft – tissue injurie of the Neck. Chapter 46,1990;1-4.



- 
43. Thiago Bittencourt Ottoni Carvalho<sup>1</sup>; Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases *Braz. j. otorhinolaryngol.* (Impr.) vol.76 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2010,<http://dx.doi.org/10.1590/S180886942010000500006>
44. Vincent JL and Berre J. Primer on medical management of severe head injury. [Review] *Critical Care Medicine* 2005 33(6):1392-9 Jun.
45. Wald SL. Advances in the early management of patients with head injury. *Surg Clin North Am.* Apr 1995;75(2):225-42. [Medline].
46. Wyatt JP, Beard D, Gray A, Busuttill A, Robertson CE. Rate, causes and prevention of deaths from injuries in south-east Scotland. *Injury* 1996;27(5):337-340
47. William R.Simpson. English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992,Initial treatment of head and neck wounds.chapter 5,1986, 21-34.
48. [www.tarn.ac.uk](http://www.tarn.ac.uk)
49. Bruce W.Pearson,JohnM.Fredrikson. English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992,Trauma to the temporal bone, chapter 13,1980;1-4.
50. CharlesW, Gross,English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Nasal fracrures,chapter26,1988;1-4.
51. Stephen D, Keefe, English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Frontal sinus fractures, chapter 28,1992;1-4. English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992
52. Robert J, Keim; English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Central nervous system complications of head and neck trauma, chapter38;1988;1-12.

53. Thomas O,Wildes; English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Soft – tissue injurie of the Neck. Chapter 46,1990;1-4.
54. Ray Smith, English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;General principles in the management of head and neck trauma;chapter 33,1977;1-2,9-17.
55. Anthony J,Maninglia, English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992;Orbital fractures,chapter34,1990; 1-10.
56. Paul J,Donald, English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992,Zygomatic Fractures,chapter 36,1990.1-4.
57. 75.Nels R. Olson. English Otolaryngology, J.B.Lippincott Company 1992,1-13. Surgical treatment of acute blunt laryngeal injuries. Ann Oto| Rhino|Laryngo| 1978; 87:716-721
58. Hans Behrbohm, Oliver Kaschke,Tadeus Nawka,Andrew Swift; Ear, nose, throat disease. 3<sup>rd</sup> ed,Thieme2009;54,201-203,277,308,392.427;

**59. Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.) vol.76 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2010**

60. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000500006>

## **Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases**

**Braz. oral res. vol.23 no.3 São Paulo July/Sept. 2009**

<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000300008>

ORIGINAL ARTICLES  
ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

Analysis of 185 maxillofacial fractures in the state of Santa Catarina, Brazil

Maximiana Cristina de Souza Maliska<sup>I</sup>; Sergio Monteiro Lima Júnior<sup>II</sup>; José Nazareno Gil<sup>III</sup>. Analysis of 185 maxillofacial fractures in the state of Santa Catarina, Brazil; **Braz. oral res. vol.23 no.3 São Paulo July/Sept. 2009**,<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000300008>

61.

62.

63. Thiago Bittencourt Ottoni Carvalho<sup>I</sup>; Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases *Braz. j. otorhinolaryngol.* (Impr.) vol.76 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2010

64. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000500006>

65. **Launa Renata Londero Cancian<sup>II</sup>; Caroline Gabriele Marques<sup>III</sup>; Vânia Belintani Piatto<sup>IV</sup>; José Victor Maniglia<sup>V</sup>; Fernando Drimel Molina<sup>VI</sup>**

66. David Hayes, MD, Colonel, MC, USA, Resident manual of trauma to the face, head, and neck. General Principles in Treating Facial, Head, and Neck Trauma, chapter 2, 2011;

J Emerg Trauma Shock. 2009 May-Aug; 2(2): 89–94.

doi: [10.4103/0974-2700.50742](https://doi.org/10.4103/0974-2700.50742)

PMCID: PMC2700599

PMID: [19561967](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19561967/)

Characteristics of associated craniofacial trauma in patients with head injuries: An experience with 100 cases

Prasad B Rajendra, Tony P Mathew, Amit Agrawal, and Gagan Sabharawal

;Characteristics of associated craniofacial trauma in patients with head injuries: An experience with 100 cases, J Emerg Trauma Shock. 2009 May-Aug; 2(2): 89–94.

doi: 10.4103/0974-2700.50742

[Author information](#) [Article notes](#) [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)