

UNIVERSITETI I GJAKOVËS "FEHMI AGANI"

FAKULTETI I MJEKËSISË

DEGA: INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTËT ME
ULÇER GASTRIKE

Emri i kandidateve:

Shqipdona Syla

Orgesa Zymeri

Mentori:

Prof. Dr. Idriz Berisha

Gjakovë, Prill 2019

Betimi i INFERMIERIT!

*Betohem solemnisht përpara **Zotit** dhe në prani të kësaj Asambleje që ta kaloj gjithë jetën time në pastërti morale dhe ta ushroj profesionin tim me ndershmeri.*

Do të shmangem nga gjithçka dëmtuese dhe joshëse, si dhe nuk do të mbaj dhe nuk do të jap kurrë me dijeninë time asnjë medikament demprurës.

Zotohem se do të bëje gjithçka që varet prej meje për të mbajtur të ngritur nivelin tim profesional dhe do të mbaj në fshehtësi gjithcka personale apo familjare që më është besuar mua gjatë ushtrimit të detyrës, ku jam thirrur të shërbej.

Do të bashkëpunoj me besnikëri me mjekun dhe do t'i kushtohem plotësisht mirëqënies së atyre që kanë nevojë për përkujdesjet e mia.

Nëse shkel betimin jam gati të dal përpara gjyqit dhe të gjykojem penalisht si çdo i pandehur.

Betohem për detyrën që po më ngarkohet!

Deklarata e origjinalitetit

Ne, Shqipdona Syla me nr. ID: 15036150 dhe Orgesa Zymberi me nr. ID 150306153 studente në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi: Infermieri deklarojmë se punimi i titulluar:

“KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTËT ME ULÇER GASTRIKE”,

është puna jonë origjinale, të njëjtën nuk e kemi kopjuar nga asnjë punim i studentëve tjerë.

Pjesa teorike është realizuar nga studentja Shqipdona Syla, kurse rezultatet janë nxjerr nga studentja Orgesa Zymberi.

Falenderime dhe mirënjohje

“Për të ëndërruar një ëndërr të duhet aq pak kohë, janë sekondat që i japin formën e duhur, por duhen vite për ti dhuruar jetë kësaj ëndërre, janë njerëzit që mundësojnë këtë ëndërr, dashuria, vullneti dhe shpeshherë sakrificat .”

Çdo punë që realizohet me ndihmën e të tjerëve është punë që të dhuron akoma më shumë dashuri brenda saj, kështu edhe në lidhje me finalizimin e këtij punimi duhet të falenderoj disa persona.

Një falenderim i veçantë shkon për të nderuarin Prof. Dr. Idriz Berisha i cili gjithmonë është treguar i gatshëm për çdo lloj këshille, për çdo lloj përkrahje, përveç kësaj mbështetje të ofruar, falenderimi special bazohet në nderin që na dhuroj si mentor i temës.

Po ashtu dëshirojmë ta falenderojmë familjen që janë fryma jonë motivuese, besimi jonë në çdo gjë, dhe miqtë tanë për mbështetjen që na kanë dhënë në çdo çast.

Faleminderit të gjithëve!

Përmbajtja

KAPITULLI I

Abstrakti

I. Hyrje.....	9
II. Qëllimi dhe objektivat.....	10
III. Metodologjia.....	10
 Kujdesi infermieror.....	11
 1. Trakti Digjestiv.....	12
1.1 Goja.....	12
1.2 Buzët dhe Faqet.....	12
1.3 Gjuha.....	13
1.4 Qiellza.....	13
1.5 Gjëndrat e pështymës.....	13
1.6 Faringu.....	14
1.7 Laringu.....	14

KAPITULLI II

2. Lukthi.....	15
2.1 Muskulatura e lukthit.....	15

KAPITULLI III

3.1 Ulçera gastrike.....	16
3.2 Gastriti Akut dhe Kronik.....	16
3.2.1 Diagnoza.....	17
3.2.2 Komplikacionet.....	17
3.3 Hemorragjia.....	17
3.4 Obstruksioni.....	17
3.5 Ulçera gastrike të perforuara.....	18
3.6 Ulçera gastrike me hemorragji.....	18
3.7 Ulçera gastrike e tipit I.....	19

3.8 Ulçera gastrike e tipit II dhe III.....	19
3.9 Obstruksioni.....	21

KAPITULLI IV

4. Helikobakter Pylori.....	24
4.1 Faktorët e riskut të Helikobakter Pylorit.....	24
4.2 Simptomat e Helikobakterit Pylor.....	24
4.3 Diagnostifikimi i H.Pylor.....	26
4.4 Medikamentet për mjekimin e Helikobakterit.....	27
4.5 Efektet anësore të mjekimit	28

KAPITULLI IV

5. Rasti I.....	29
6. Rasti II.....	30

Lista e shkurtesave

NSAID - ose droga anti-inflamatore jo steroidale

PUD- (Planned Unit Development) Shqip (zhvillimi i njësisë së planifikuar)

GI – gastrointestinale

GIB- gjakderdhje gastrointestinale

MVC- Kontrolluesi i modelit të shikimit

TA- Tensioni Arterial

I.V- Intravenoze

HCI- Healthcare it Consulting shqip (Shëndetësia dhe konsultimi)

TBL- Tableta

ABSTRAKTI

Lukthi mbetet ndër organet më të ndijshme në trupin e njeriut, prandaj edhe kujdesi duhet të jetë i shtuar mbi mënyrën e të ushqyerit, prandaj duhet të njihemi nga afër për rreziqet që mund të na kanosen nga mos kujdesi, cilat janë sëmundjet nga të cilat rrezikohemi sa i përket këtij organi dhe si t'i parandalojme ose t'i mjekojm.

Qëllimi i këtij punimi të diplomës është njohja me sëmundjen e ulçerës gastrike , patogjenezen, paraqitjen klinike, mjekimin, incidencën dhe prevalencën e sëmundjes, krahas kësaj edhe për helikobakterin Pylor, Faktorët e riskut të Helikobakter Pylorit, Simptomat e Helikobakterit Pylor, diagnostifikimi i H.Pylor, medikamentet për mjekimin e Helikobakterit si dhe efektet anësore të mjekimit.

Si rast studimor kemi shfrytëzuar trajtimin e dy pacientëve të semurë me ulçer gastrike njëri me anë të terapisë e tjetri si rast më i nderlikuar me anë të ndërhyrjes kirurgjike.

I. HYRJE

Sëmundja e ulçerës, nga e cila dikur njerëzit vuanin gjatë gjithë jetës, sot shërohet shumë shpejt. Më problematike është ulçera që krijohet nga mikrobet, por edhe ajo që shkaktohet nga konsumi i madh i ilaçeve, fenomen ky që po bëhet gjithnjë e më i shpeshtë.

Me termin ulçerë kuptojmë një demtim të mukozës dhe submukozës gastrike ose duodenale (pjesa poshtë stomakut, fillimi i zorrës së hollë) që shkakton gërryerje të thellë të këtyre shtresave nepërmjet procesit të saj inflamator, aktiv. Shpeshherë, ky acarim arrin deri në pjesën muskulore të stomakut apo duodenit.

Ulçerat zakonisht kanë natyrë kronike dhe përsëritëse. Përgjithësisht, mukoza dëmtohet mbi 5 centimetra dhe thellësia deri në submukoze. Ulçerat duodenale (afër zorrës së hollë) dhe ato gastrike (të stomakut) kanë mjaftë tipare të përbashkëta në drejtim të patogjenezës, diagnozës dhe trajtimit. Ashtu sikurse kanë edhe shumë elemente të ndryshme që dallojnë midis tyre. Shenja kryesore e ulçerës është dhimbja. Kjo dhimbje shfaqet në varësi të lokalizimit të ulçerës, por mund të shfaqet edhe direkt mbas ushqimit që është karakteristik tek ulçerat e stomakut. Por mund të shfaqet edhe dy orë pas ushqimit, e cila është karakteristik e ulçerës së duodenit. Dhimbja është e fortë, e cila zakonisht përhapet edhe në kurriz mbrapa. Ulçera gastroduodenale dëmton mukozën e stomakut në nivelin e duodenit apo të stomakut, 70% e ulçerave kanë si shkak bakterien "Helicobacter pylori".

Ka raste kur ulçera është shkaktuar jo nga ky bakter, por si shkak i përdorimit të aspirinës apo ilaçeve anti-inflamatore. Për të shmangur këtë, mjeku mund të rekomandojë një trajtim mbrojtës afatgjatë, që të pakësoj sekrecionet gastrike.

II. Qëllimi dhe objektivat

Qëllimi i këtij punimi të diplomës është njohja me sëmundjen e Ulçerës gastrike, hemorragjitë, komplikacionet, paraqitjen klinike, vet kujdesi për këtë sëmundje, mjekimin dhe prevalencën e sëmundjes së ulçerës gastrike në Qytetin e Gjakovës.

Objektivat janë:

Njohja me sëmundjen e ulçerës gastrike

Kujdesi dhe prevalenca ndaj ulçerës gastrike.

Paraqitja klinike e sëmundjes së ulçerës gastrike dhe mjekimi i kësaj sëmundje.

III. Metodologjia

Për realizimin e këtij punimi në tëresi janë përdorur të dhëna të ndryshme , në menyrë që gjithçka e transmetuar të jetë sa më e saktë dhe e besueshme . Të dhënat primare të perdorura në këtë punim janë marrë nga librat universitarë, të autorëve të lëmive përkatëse, ndërsa si të dhëna sekondare janë marrë nga interneti , dhe shtjellimi i analizave të ndryshme mbi dukuritë e trajtuara.

KUJDESI INFERMIEROR

Kujdesi infermieror është përkujdesi, impenjimi, dedikimi për të plotësuar nevojat e shëndetit (fiziologjike, psikologjike, sociale) të individit.

Infermieristika, pra Kujdesi infermieror është kujdesi për njerëzit si një qenie e tërë në lidhje me përkrahjen shëndetësore, ruajtjen e shëndetit, mëkëmbjen e tij dhe vdekjen.

Infermieristika konsiderohet si arti më i vjetër dhe profesioni më i ri.

Sipas Florence Nightigale "Profesioni infermier është të vendosë pacientin në konditat më të mira për natyrën e secilit dhe veprimet kundrejt tij, pra janë të dyja art dhe shkencë". "Roli thelbësor i infermieres qëndron në ndihmën e individit, të sëmurë ose të shëndetshëm, në ruajtjen ose rifitimin e shëndetit (ose në ndodhjen pranë çasteve të fundit), nëpërmjet kryerjes së detyrave të cilat ai mund t'i përmbushë vetë nëse do të ketë forcë, vullnet ose do të zotërojë njohuritë e duhura, dhe në lehtësimin e pjesëmarrjes aktive të tij, për ta ndihmuar të rifitojë pavarësinë e tij sa më shpejt të jetë e mundur".

Sipas Këshillit Ndërkombëtar tëInfermiereve, përgjegjësia e infermierëve, konsiston në: -
Promovimin e shëndetit - Parandalimin e sëmundjes - Ruajtjen dhe rifitimin e shëndetit -
Pakësimin e dhimbjes

1.3 Gjuha- Funkzionet e gjuhës fillojnë me digjestionin mekanik kryesisht me përtypjen dhe përcjelljen e shukut ushqimor për në faring. Është organ sensitiv i rëndësishëm, që shërben për të kontrolluar konsistencën e shukut ushqimor, shijen dhe rendin e njeriut në qënien më të lartë për hir të të folurit. Shërbehet nga muskulatura e strijuar dhe poshtë nga një shtresë mukoze.

1.4 Qiellza- Përbëhet nga:

- Qiellza e fortë apo pjesa e përparme, që përbëhet nga maxilla dhe kocka palatine, formon tavanin e gojës dhe dyshejen e hundës
- Qiellza e butë apo pjesa e prapme, që ndan zgavrën e gojës nga nazofaringu, në qendër ndodhet uvula, anash janë harqet palatine.

-

1.5 Gjëndrat e Pështymës-

Njihen tre çifte gjëndrash:

-Gjendra Parotis

-Submandibulare

-Linguale

Pështyma është një përzierje e lëngshme, pa shije, produkt i gjëndrave të pështymës dhe sekrecionit të gjëndrave mukoze të gojës. Ajo lubrifikon shukun ushqimor, përmban kripra dhe enzima që marrin pjesë në fillimin e aktit të tretjes.

1.6 Faringu-

Është një pjesë kalimtare ku kryqëzohen sistemi respirator dhe ai digjektiv. Ndahet në 3 pjesë:

E sipërmja - ose **Nazofaringu** (Epifaringu) që ndodhet mbi qiellzën e butë.

E poshtmjja- **Laringofaringu** (Hypofaringu) Ai ka formën e një Koni.

E mesmja – **Ozofaringu** (Mezofaringu) që shtrihet nga qiellza e butë deri në epiglot

Ezofagu-Është një tub membrano-muskulor, prej të cilit shuku ushqimor kalon nga Faringu në Stomak. Shumë gjëndra të mukozës dhe të submukozës, sigurojnë një shtresë lubrifikuese që sigurojnë kalimin me lehtësi të ushqimit në stomak.

1.7 Laringu

- Është pjesë e rrugëve të frymëmarrjes, vazhdimi i faringut ku kryqëzohen rrugët e frymarrjës dhe ato digjective, por në laring prodhohet edhe zëri. Struktura mbështetëse e laringut përbëhet nga 3 kërce teke, prej të cilave më i madhi është kërci :

-Tiroid (**Cartilago Thyreoidea**). Ka formë rombi dhe tek meshkujt formon atë që quhet molla e Adamit, e cila është e dukshme në pjesën e përparme të qafës, nën kërcin Tiroid vendoset kërci krikoid (**Cartilago cricoidea**), edhe në këtë rast lidhjet ndërmjet dy kërcëve sigurohen me anë muskujsh dhe ligamentesh, më i madhi i të cilevë është **ligamentitirokrikoid** apo **ligamentum conicum**, vend ku realizohet koniotomia.

Kërci i tretë është Epiglotti (**Epiglottis**) që paloset mbi laring gjatë aktit të gëlltitjës dhe ngrihet lartë gjatë aktit të frymëmarrjës, pra shërben si një valvole ndërmjet rrugëve të ushqimit dhe të frymëmarrjës.

KAPITULLI II-Lukthi si pjesë kryesorë e traktit digjestiv

2. Lukthi- është organi kryesor i sistemit tretës (**digjestiv**). Gjendet nën diafragmë majtas prej mëlçisë. Kur është mesatarisht i mbushur i ngjan një gypit dhe është i gjatë rreth 25cm, forma e tij është sikurse e fasulës. Në lukth bëhet përzierja dhe zbutja e mëtejme e ushqimit, i cili përgatitet për të kaluar në zorrë të hollë. Lukthi përbëhet nga dy pjesë: **kardia(lidhet për ezofag)** dhe **pilorusi (lidhet për zorrën dymbëdhjetgjishtore)**

Lukthi tajon një lëng i cili quhet lëngu i lukthit, ky lëng tajohet në 3 faza: **faza cefalike, faza gastrike dhe faza humorale.**

Gjithashtu lukthi ka disa gjëndra të cilat prodhojnë produkte të cilat ndihmojnë në zbërthimin e ushqimit, pjesa më e madhe është me acid klorhidrik-acid shumë i fuqishëm i cili bën tretjen e ushqimit, përveç këtij lëngu kemi edhe gastrinen që është shumë i rendësishëm, këto lëngje prodhohen nga mukoza e lukthit gjatë marrjes së ushqimit që të mundesojë tretjen e ushqimit.

2.1 Muskulatura e lukthit përbëhet prej tre shtresave:

- Shtresa e jashtme e cila është ndërtuar nga muskuj longitudinal
- Shtresa e mesme e cila është ndërtuar nga muskuj rrethor
- shtresa e brendshme është ndërtuar nga muskuj të pjerrët.

Në pjesën e brendshme gjenden dhe fushat gastrike, kurse lukthi është i inervuar nga sistemi nervor autonom.

Ushqimi në lukth qëndron nga 4-6 orë.

Në lukth tajitet lëngu i lukthit i cili përbëhet nga:

- acidi klorhidrik (HCl) - i cili parandalon tretjen e sheqerit në lukth, krijon pH optimale për veprim 1-1.5 dhe zhdok bakteret e ardhura me fazën e gëlltitjes.
- Mucina - lag ushqimin dhe e kthen në Himus
- Fermentet: Proteaza, Libofermentet
- Kripërat minerale.

Me kalimin e një pjese të vogël të ushqimit në duodenum fillon zbrazja e lukthit.

KAPITULLI III –Semundjet e lukthit

3.1Ulceragastrike

-Përfaqëson një sfidë klinike, për vet faktin se është shpesh e vështirë të bëhet diferencimi ndërmjet karcinomes gastrike dhe ulçerës beninje.Ulçera gastrike karakterizohet nga episodet e përseritura të lehtësimit dhe relapsit, dhe kjo ulçerë jep dhimbje, hemorragji dhe obstrukcion, si dhe te perforojnë.Në disa raste ulçerat beninje kanë shkaktuar edhe fisula gastrokolike spontane.Ndërhyrja kirurgjikale është e nevojshme në 8 -20% të pacientëve që zhvillojnë komplikacione nga sëmundja e tyre ulçeroze gastrike.Hemorragjia shfaqet në rreth 35-40% të rasteve gjatë ecurisë së ulçerimit gastrik.Zakonisht, pacientët me hemorragji domethënëse janë më të moshuar, kane me pak gjasa që hemorragjia të ndalojë dhe kanë shkallë më të lartë sëmundshmërie dhe vdekshmërie sesa pacientët që kanë hemorragji nga ulçerat deudonale.Hemorragjia është më e shpeshtë të pacientët me ulçera gastrike të Tipit : II dhe III, ndërsa pacientët me ulçera gastrike të Tipit IV mund të paraqiten gjithashtu me hemorragji kërcenuese për jetën.Gjithsesi, komplikacioni më i shpeshtë i ulçerës gastrike është perforacioni. Shumica e perforacioneve shfaqen përgjate pjesës së përparme të kurbatures së vogël.Në përgjithësi, pacientët më të moshuar kanë shkallë të rritura të perforacionit dhe ulçerat më të mëdha shoqërohen me shkallë më të lartë vdekshmërie dhe sëmundshmërie.Ngjashëm me ulçerat deudonale, edhe te pacientët me ulçera gastrike të Tipit II dhe III mund të shfaqet obstrukcioni i zbrazjes gastrike.Megjithate, duhet bërë diferencimi i kujdesshëm midis obstrukcionit beninj dhe obstrukcionit dytësor nga carcinoma antrale.

3.2 Gastritit Akut dhe Kronik- Gastriti kronik përfshin ënjtjen (**edemën**) ose **infeksionin (inflamacionin)** e mukozës së stomakut (**pjesa e brendshme e muskulaturës së stomakut**). Gastriti kronik mund të jetë pa dhimbje ose me ngacmime të lehta e të vazhdueshme të stomakut. Kjo ndodh për një kohë të gjatë e të vazhdueshme, në dallim nga gastriti akut, i cili vjen në mënyrë të menjëhershme dhe të papritur. Në disa raste, gastriti kronik është i lidhur me ulçerat e stomakut dhe mund të rrisë kështu rrezikun për kancerin në stomak.

3.2.1 Diagnoza- Janë probleme të paretit abdominal, gastritet, sëmundjet e rrugëve biliare (**Temthit**), pankreatit (**infeksionet e pankreasit**).

Është e rëndësishme të theksohet se disa njerëz keqkuptohen me këte diagnozë. Nuk do të thotë që edhe pse jeni diagnostifikuar njëherë me ulçer do ta keni atë gjithë jetën. Është e rëndësishme të ritheksohet që në ditet e sotme ulçerat janë totalisht të kurueshme. Ulçerat Gastrike janë të kurueshme, por duke marrë një mjekim të përshtatshëm për një muaj ose në vazhdimësi.

3.2.2 Komplikacionet- Më të shpeshta të ulçerave janë: Hemorragjia dhe perforacioni (plasja e stomakut) të cilat mund ta rrezikojnë seriozisht jetën e pacientit. Në qoftë se edhe pas një muaj mjekim simptomat vazhdojnë, do të thotë që ulçera mund të jetë malinje (Kancer).

3.3 Hemorragjia - E traktit të sipërm digjektiv (nga stomaku) që vjen si pasojë e nje ulçere peptike është një nga shkaqet më të shpeshta që rezulton me një shkallë të lartë mortaliteti (Vdekshmërie). Shenjat më të shpeshta të kesaj lloj hemorragjie janë hematemesis (te vjella me gjak të paster ose të vjella me permbajtje hemorragjike me ngjyrë kafe të errët) Melena (jashteqitje me ngjyrë te zezë).

3.4 Obstruksioni- Ky komplikacion është me i rallë. Shumë raste janë të lidhura me ulçera duodenale ose të kanalit pilorik, me ulçera gastrike numerohën vetëm 5% të rastëve.

Obstruksioni i zbrazjës gastrike

Obstruksioni i zbrazjes gastrike është indikacioni më i rrallë për kirurgji. Kjo gjendje është më e shpeshtë në rastin e ulçerave duodenale dhe të ulcerave gastrike të tipit III, si dhe kerkon përjashtimin e malinjitetit. Obstruksioni është një prezantim ipazakontë i ulçerave gastrike të Tipit I dhe prania e tij duhet të sygjerojë një malinjitet okult. Të gjithë pacientët me obstruksion të zbrazjes gastrike kanë nevojë për dekompenzim nazogastrik disaditor para kirurgjisë, për korrigjimin e cekuilibrit hidro-elektrolik, terapi antisekretore dhe endoskopi me biopsy para kirurgjisë. Parimi kryesor është kategorizimi i pacinetit si me obstruksion akut apo kronik. Nese pacienti ka obstruksion akut, ai duhet trajtuar në mënyrë jo kirurgjikale me dekompresim nazogastrik, likide IV, mbështetje ushqyese sipas nevojës dhe me terapi acido-supresive; duhet testuar dhe trajtuar per H. pylori. Në rastin e obstruksionit kronik nga ulçera duodenale beninje, rekomadojmë vagotominë e qelizave parietale me gastrojejunostomi, që hiqet nga kjo procedurë janë zakonisht me obstruksion akut të zbrazjes gastrike, dhe jo me obstruksion kronik të zbrazjes

gastrike. Argumenti fiziologjik për realizimin e vagotomisë së qelizave parietale me gastrojejunostomi qëndron në faktin se kjo procedurë ruan inervimin e antrumit të bllokuar në mënyre kronike. Si rezultat, pacienti mund të ketë probleme kronike më të pakta të zbrazjes sesa do të kishte në rastin e vagotomisë trunkale. Për ulçerat gastrike të Tipit II ose II të obstruktura, rekomandojmë gastrektominë me vagotomi, që ndiqet nga trajtimi i H.pylori.

3.5 Ulçerat gastrike të perforuara:

Për ulçerat gastrike të Tipit I të perforuara, që shfaqen te pacientët e qëndrueshëm, rekomandohet gastrektomia distale me anastomozën Billroth I. Te pacientët e paqendrueshëm rekomandohet fashimi i thjeshtë i ulçerës gastrike me biopsy dhe trajtim të H.pylori (nëse janë pozitiv). Megjithatë, edhe nëse biopsia është negative, risku për malinjitet duhet përjashtuar; prandaj, dokumentimi i shërimit është i nevojshëm; dhe kjo bëhet përmes përsëritjes së endoskopisë dhe biopsisë, nëse nuk shërohet, shtimi i vagotomisë për ulçerat gastrike të tipit I të perforuara nuk ka vlerë. Meqenëse duken njëjloj si ulçerat duodenale, ulçerat gastrike të Tipit II dhe III mund të trajtohen thjeshtë përmes mbylljes me fashë, me apo pa vagotomi trunkale, si dhe piloroplastikë, varësisht nga gjendja shëndetsore, gjendja hemodinamike dhe shkalla e peritonitet, që ndiqet nga trajtimi i H.pylori. Edhe në këtë rast kjo gjë bëhet nëse pacientët janë pozitiv për H.pylori.

3.6 Ulçera gastrike me hemorragji

Për ulçerat gastrike të Tipit I që kanë hemorragji rekomandohet gastroktemia distale me anastomozë sipas Billroth I. Disa kanë sygjerruar shtimin e vagotomisë te pacientët që vazhdojnë administrimin e NSAID-it, edhe pse të dhënat mbi këtë qështje janë të paqarta. Nga ana tjetër, nëse pacientit i duhet të administrojë NSAID, ato duhet të marrin Misoprostol, një analog i prostaglandinës, meqenëse është zbuluar se redukton me 40% shfaqjen e komplikacioneve GI tek ata pacientë që duhet të marrin NSAID.(21) Për ulcerat gastrike të Tipit II dhe III që kanë hemorragji indikohet gastrektomia distale, së bashku me vagotominë.

3.7 Ulçera gastrike e Tipit I

Për ulçerat e Tipit I, malinjiteti mbetet shqetësimi kryesor, prandaj ekscizioni i ulçeres distale (40-50%) me anastomozë Billroth I. Vagotomia nuk është e nevojshme, edhe pse 15% e ulçerave gastrike të Tipit I mund të jenë të Tipit II. Në raste të tilla, ndërhyrjes kirurgjikale i shtohet edhe vagotomia trunkale. Shkalla e sëmundshmërisë, e lidhur me gastrektominë totale pa vagotomi dhe rindërtim Billroth I, është rreth 3-5% për trajtimin e planifikuar të ulçerës gastrike të Tipit I. Shkalla e vdekshmërisë varion nga 1 në 2 %, dhe kjo vdekshmëri lidhet me një shkallë rekurrence prej më pak se 5%. Gjithsesi, është me rëndësi të kujtojmë se prezantimi i një ulçere gastrike jo shëruese, në praninë e H.pylori, duhet të krijojë shqetësime serioze rreth pranisë së një malinjiteti. Nëse malinjiteti është i pranishëm, duhet kryer gastrektomi subtotale me gastro-jejunostomi Billroth II apo gastro-jejunostomi Roux-en-Y. Zakonisht, vagotomia nuk është e nevojshme për ulçeren gastrike të Tipit I, meqenëse ajo nuk varet nga acidi gastrik. Edhe pse teknikisht është më e vështirë, duhet bërë gjithashtu edhe vagotomia e qelizave parietale me ekscizion në formë pyke të ulçerës. Edhe pse PUD-I i refraktuar është i rrallë, është me rëndësi të sigurohemi se ka kaluar një kohë e përshtatshme dhe është administruar terapia e përshtatshme që lejon shërimin e ulçerës. Kjo përfshin konfirmimin e çrrenjosjes së H.pylori dhe që NSAID-i është eliminuar, si shkak potencial. Në të vërtetë, shumica e pacientëve me ulçerë gastrike të Tipit I duhet të shërohen pas terapisë së përshtatshme medikamentoze.

3.8 Ulçerat gastrike të Tipit II apo III

Duke supozuar që ulçera kishte kohë të mjaftueshme për shërim dhe se H.pylori është çrrenjosur, duhet bërë gastrektomia distale në kombinim me vagotominë trunkale. Studime të ndryshme kanë treguar se pacientët, të cilët i janë nënshtruar vagotomisë shumë-selektive për ulçerat gastrike të Tipit II apo III, kanë rezultate më të dobëta se ata që i janë rezekimit. Gjithsesi, ende ka nga ata që e mbështesin kryerjen e vagotomisë laparoskopike të qelizave parietale dhe rezervojnë rezekSIONIN përnata pacientë që zhvillojnë rekurenca të ulçerës.

Ulçera duodenale

Pacientët që vuajnë nga sëmundja e ulçerës duodenale mund të paraqiten në mënyra të ndryshme. Simptoma më e zakonshme, e lidhur me sëmundjen e ulçerës duodenale, është dhembja abdominale, midepigastrike, e cila zakonisht lokalizohet mirë. Në përgjithësi, dhembja është e tolerueshme dhe shpesh qetësohet përmes ushqimit. Përveç kësaj, dhembja mund të jetë episodike, sezonale në pranverë e në vjeshtë, ose mund të ripërsëritet gjatë periudhave të stresit emocional. Për këto arsye, si dhe për shkak se qetësohet, shumë pacientët nuk kërkojnë ndihmë mjekësore, derisa kalojnë shumë vite. Kur dhembja bëhet e qëndrueshme, kjo sugjeron që ka një depërtim më të thellë të ulçerës, ndërsa referimi i dhembjes në shpinë zakonisht është shenjë e penetrimit në pancreas. Irritimi difuzperitoneal është zakonish shenjë e perforimit të lirë.

Perforimi

Në rreth 5% të rasteve, ulçera penetruese do të depërtojë përmes duodenit në kavitetin e lirë peritoneale dhe të nxis një peritonit kimik. Pacientët në mënyrë tipike mund të kujtojnë kohën e saktë të fillimit të dhembjes abdominale, e cila shpesh shoqërohet me ethe, takikardi, dehidrim dhe ileus. Ekzaminimi abdominal tregon një ndjeshmëri të mprehtë, rigiditet dhe shenjën e rikthimit (rebound). Shenja dalluese e perforimit të lirë është demonstrimi i ajrit të lirë poshtë diafragmës, në një radiografi torakale në këmbë. Ky komplikacion i ulçerës duodenale paraqet një emergjencë kirurgjikale. Pasi bëhet diagnoza, kryhet kirurgjia, sipas një mënyre eksplorative pas reanimimit me likide.

Hemorragjia

Shkaku më i shpeshtë i vdekjeve të pacientëve me PUD është hemorragjia tek ata që kanë problem madhore mjekësore ose janë më të moshuar se 66 vjeç. Meqenëse duodeni ka një furnizim të bollshëm me gjak dhe arteria gastroduodenale shtrihet menjëherë posteriorisht bulbit duodenal, hemorragjia GI nga një ulçerë duodenale është mjaftë shpeshtë. Shumica e rasteve me hemorragji masive GI të sipërme është në fakt dytësore nga ulçera duodenale hemorragjike, që vjen si pasojë e penetrimit të saj në arterien gastroduodenale. Fatmirësisht, pjesa më e madhe e ulçerave janë sipërfaqësore ose të lokalizuara në ato pjesë të duodenit ku gastroduodenale apo degët e saj nuk ndodhen afër. Për rrjedhojë, shumica e ulçerave duodenale paraqiten vetëm me episode të lehta hemorragjike. Ulçerat duodenale hemorragjike përbëjnë rreth 25% të gjithë pacientëve me hemorragji të sipërme GI që paraqiten në spital.

3.10 Obstruksioni

Inflamacioni akut i duodenit mund të çojë gjithashtu në obstruksion mekanik, që shoqërohet me bllokim të rrugës dalëse dhe manifestohet me vonesë të zbrazjes gastrike. Në rastet me të vjella të tej zgjatura, pacientët mund të dehidratohen dhe të zhvillojnë një alkalozë metabolike hipokalemike dytësore nga humbja e lëngut gastrik të pasur me jone hidrogjen, klor dhe kalium. Në këtë situatë, reanimimi me likide kërkon zvendësimin e mangësive të klorit dhe kaliumit, si dhe aspirimin nazogastrik për çlirimin e stomakut të bllokuar. Përveç inflamacionit akut, inflamacioni kronik i duodenit mund të çojë në episode të përsëritura të shërimit, që ndiqen nga riparimi i cikatrizimi me fibrozë përfundimtare dhe stenoza e lumenit duodenal. Në këtë rast, obstruksioni shoqërohet me të vjella të padhembshme të sasive të mëdha të përmbajtjes gastrike, me anomaly të ngjajshme metabolike, sin ë rastin akut. Stomaku mund të zgjerohet në mënyrë massive dhe shumë shpejt humb tonusin e tij muskolor. Rënia e theksuar në peshë dhe kequshqyerja janë gjithashtu të zakonshme në raste të tilla.

Hemorragjia gastrointestinale

Matja e ritmit kardiak dhe presionit të gjakut përbën mënyrën më të mirë të vlersimit të një pacienti i cili shfaqet me GIB. Rastet me hemorragji në sasi klinikisht të konsiderueshme çojnë në ndryshime postural të ritmit kardiak apo të presionit të gjakut, në shfaqjen e takikardisë si dhe, në fund, në shfaqjen e hipotensionit në pozicionin e shtrirë. Në ndryshim nga këto raste, vlerat e nivelit të hemoglobinës nuk bien menjëherë me shfaqjen e formës akute të GIB-së dhe kjo për shkak të reduktimeve reciproke të sasive të plazmës dhe të eritrociteve në gjak (d.m.th, “ personat që e nxjerrin krejtësisht gjakun e tyre”). Si rrjedhojë, hemoglobin mund të paraqitet me vlera normale apo minimalisht të ulëta në fillim të shfaqjes së një episodi të rëndë të hemorragjisë. Me hyrjen e likideve ekstravaskulare në hapsirën vaskulare me qëllim rivendosjen e vëllimit, vëmë re se bien edhe vlerat e hemoglobinës, por këtij procesi mund t’i duhen deri në 72 orë për të përfunduar. Pacientët me forma të ngadalta dhe kronike të GIB-së mund të paraqesin vlera vërtet të ulëta të hemoglobinës, pavarësisht presionit të gjakut dhe ritmit kardiak. Me zhvillimin e anemisë ferredifitare shohim se vëllimi mesatar korpuskular (MCV) do të paraqesë vlera të ulëta dhe shkalla e përhapjes së eritrociteve do të pësojë një rritje.

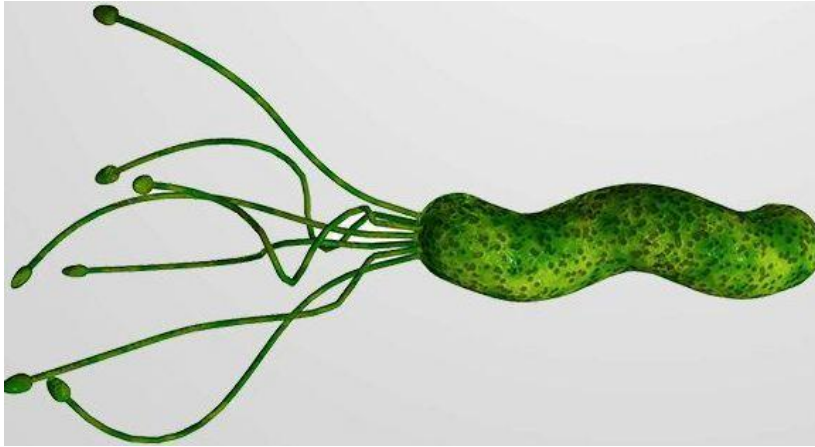
Fiziopatologjia e ulçerës gastrike

Ulçerat gastrike mund të shfaqen kudo në stomak, megjithatë ato zakonisht shfaqen në kurbaturën e vogël pranë incizurës. Rreth 60% e ulçerave ndodhen në këtë vend dhe klasifikohen si ulçera gastrike të Tipit I. Në përgjithësi, këto ulçera nuk lidhen me sekretimin e shtuar acid dhe, në fakt, mund të kenë debit acid normal apo të ulur. Shumica shfaqen brenda 1.5cm të kalimit histologjik ndërmjet mukozës fundike dhe antrale, si dhe nuk shoqërohen me anomali mukozale duodenale, pilorik apo prepilorike. Nga ana tjetër, ulçerat gastrike të Tipit II (rreth 15%) janë të lokalizuara në trupin e stomakut, në kombinim me ulcerat gastrike. Ky lloj i ulçerave zakonisht shoqërohet me sekretim të shtuar acid. Ulçerat gastrike të Tipit III janë ulçera prepilorike me hipersekretim të acidit gastrik.

Ulçera gastrike

Ulçerat gastrike rrallëherë zhvillohen para moshës 40vjeç, ndërsa incidence kulmore është midis moshave 55 dhe 65 vjeç. Mundësia më e madhe e shfaqjes së tyre është te klasat më të ulëta sesa tek ato më të larta social-ekonomike, ndërsa janë pak më të shpeshta te raca jo e bardhë sesa te popullata e bardhë. Patogjeneza e saktë e ulçerave gastrike beninje mbetet e panjohur. Disa sëmundje, që mund te predisponojnë për ulçerim gastrik janë mosha më e madhe se 40 vjeç, gjinia (raporti femër-mashkull është 2:1), administrimi i medikamenteve barrier-thyes, siç janë aspirina apo NSAID-i, anomalitë e sekretimit acid dhe pepsinës, staza gastrike, si pasojë e zbrazjes së vonuar gastrike, ulçera bashkë-egzistuese duodenale, refluksi duodenal gastrik i biles, gastritis dhe infeksioni me H.pylori. Disa rrethana klinike, të cilat mund të redisojnë për ulçerat gastrike, janë konsumimi kronik i alkoolit, pirja e duhanit, terapia për një kohë të gjatë me kortikosteroid, infeksioni dhe terapia intra-arteriale. Nga sekretimi acid dhe ai i pepsinës, prania e acidit është thelbësore në prodhimin e ulçerës gastrike, por gjithsesi, debiti secretor total duket se është më pak i rëndësishëm. Megjithatë, vlen të theksohet që shërimi i shpejtë pason terapinë antiaacidike, terapinë antisekretore ose vagotominë, madje edhe në rastet kur pjesa e stomakut me lesion lihet e paprekur, sepse, në prani të dëmtimit të mukozës gastrike, acidi është ulcerogjenik, edhe nëse është i pranishëm në sasi normale apo më të ulëta sesa normalja.

4. Helikobakter Pylori



Helicobacter Pylori, i njohur gjithashtu si H.Pylori, është bakter që zakonisht gjendet në stomak. Ai është prezent në pothuajse gjysmën e popullatës së botës.

Shumica e njerëzve të infektuar me helikobakter pylori nuk kanë simptoma (shenja), dhe nuk shfaqin kurrë probleme. Megjithatë H.pylori është i aftë të shkaktojë një sërë problemesh të traktit tretës, përfshirë ulçerën dhe shumë më rrallë kancerin e stomakut. Nuk është ende e qartë përse disa njerëz me H.pylori shfaqin probleme dhe disa jo.

4.1 Faktorët e riskut të Helikobakter Pylorit

Probabilisht H. pylori përhapet nga konsumimi i ushqimeve dhe ujit të infektuar me materiale fekalesh. H.pylori shkakton ndryshime në stomak dhe duoden (zorrën 12-gishtore). Bakteri infekton indet mbrojtëse të mukozës së stomakut. Ky fenomen çon në çlirimin e disa enzimave dhe toksinave dhe aktivizon sistemin imun (mbrojtës). Së bashku, këta faktorë në mënyrë direkte dhe indirekte mund të dëmtojnë qelizat e stomakut dhe duodenit. Si rrjedhojë shkaktohet inflamacion kronik (pezmatim i vazhdueshëm) në mukozën e stomakut (gastritis) dhe duodenit (duodenitis).

Si rrjedhojë e këtyre ndryshimeve, stomaku dhe duodeni janë më të ndjeshëm prej lëngjeve tretëse, siç është acidi gastrik.



4.2 Simptomat e Helikobater Pylori

Shumë individë me gastrit ose duodenit kronik nuk kanë simptoma (shenja). Megjithatë, shumë njerëz shfaqin probleme serioze përfshirë ulçerën e stomakut apo të duodenit.

Ulçera mund të shfaqë një sërë simptomash, por më të shpeshtat janë:

Dhimbje ose diskomfort (ndjenjë jorehatie) në pjesën e sipërme të barkut;

Fryrje barku;

Ndjesia e ngopjes pas një vakti të vogël;

Humbje oreksi;

Nauze ose të vjella;

Jashtëqitje të errët ose të zezë si qymyri;

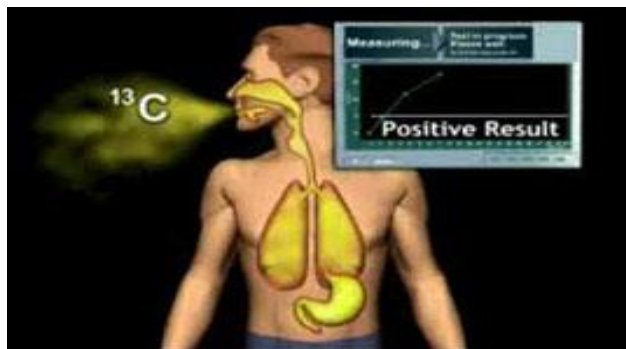
Ulçera mund të gjakosë dhe të shkaktojë anemi dhe këputje trupore

4.3 Diagnostifikimi i H.Pilori

Ka disa mënyra për të diagnostikuar H.Pilori, por testet më të shpeshta janë si më poshtë:

Testet e gjakut — testet e gjakut mund të zbulojnë antitruapat specifike që sistemi imunitar i trupit prodhon si rezultat i përgjigjes ndaj bakterit H.Pilori.

Breath testi (testi frymes) — ky test, i njohur ndryshe si testi ureazës kërkon që ju të pini një lëng specifik i cili përmban substancën që shpërbën bakterin H.pilori. Produktet e shpërbërjes mund të zbulohen në frymën tuaj. Për të kryer këtë test ju duhet të jeni esëll, të mos keni pirë qoftë dhe ujë dhe të mos keni larë dhëmbët



Testet ne feçe — këto teste zbulojnë H.Pilori në feçe (mbetjet ushqimore)

Biopsia — Gjatë procedurës së gastroskopisë doktori me anë të një paisjeje merr material në mukozën e stomakut duke e gërvishur atë. Ky material futet në formalinë 10% dhe dërgohet në laborator. Pasi ngjyroset me preparate specifike vëzhgohet prej mjekut anatomopatolog në mikroskop. Ky test është 100%

4.4 Medikamentet-

Një medikament i vetëm nuk kuron infeksionin e marrë nga H.pilori.

Trajtimi konsiston në marrjen e disa medikamenteve për 7 ose 14 ditë.

Shumica e kohës së trajtimit përfshin medikamente që quhen "inhibitor të popmpës protonike". Ky medikament ulë prodhimin e acidit gastrik i cili lejon shërimin e indeve të dëmtuara prej infeksionit.

Gjithashtu rekomandohen dy antibiotikë të cilët ulin riskun e mossuksesit të mjekimit dhe rezistencës së antibiotikut.

Meqënëse është rritur numri i pacientëve me infeksion prej H.Pilorit që kanë rezistencë ndaj antibiotikëve, është shumë e rëndësishme të merren medikamentet e rekomanduara dhe të jetë konfirmuar më parë prania e helikobakter pilorit. i sigurtë por dhe më i kushtueshmi.

Trajtimi konsiston në marrjen e disa medikamenteve për 7 ose 14 ditë.

Shumica e kohës së trajtimit përfshin medikamente që quhen "inhibitor të popmpës protonike". Ky medikament ulë prodhimin e acidit gastrik i cili lejon shërimin e indeve të dëmtuara prej infeksionit.

Gjithashtu rekomandohen dy antibiotikë të cilët ulin riskun e mossuksesit të mjekimit dhe rezistencës së antibiotikut.

Meqënëse është rritur numri i pacientëve me infeksion prej H.Pilorit që kanë rezistencë ndaj antibiotikëve, është shumë e rëndësishme të merren medikamentet e rekomanduara dhe të jetë konfirmuar më parë prania e helikobakter pylorit.

4.5 Efektet anësore të mjekimit.

Mbi 50% e pacientëve kanë efekte anësore gjatë marrjes së mjekimit për H.Pylori. Zakonisht këto efekte janë të lehta dhe më pak se 10% e pacientëve ndalojnë mjekimin prej efekteve anësore të forta. Për ata që kanë efekte anësore prej mjekimit mund të bëhen ndryshime në doza ose në kohën e marrjes së mjekimit.

Disa prej efekteve anësore më të shpeshta janë si më poshtë:

Shija metalike në gojë.

Skuqje të lëkurës, dhimbje koke, nauzea, të vjella, djersitje dhe shpeshtim të rrahjeve të zemrës (takikardi). Të gjitha këto efekte anësore ndodhin në qoftë se gjatë mjekimit konsumohet alkool.

Konstipacion (kapsllëk) dhe feçe të ngjyrosura.

Diarre (barkëqitje), dhe dhimbje stomaku ne formë krampesh (shtrëngimi)

Trajtim i pasuksesshëm — Mbi 20 % e pacientëve me infeksion prej H.Pylorit nuk kurohen plotësisht pas kurës së parë . Në këto raste rekomandohet një mjekim i dytë i cili konsiston në dhënien e inhibitorëve të popmpës protonike dhe 2 antibiotikëve për 14 ditë.

KAPITULLI V Kujdesi Infermieror tek pacientet me ulcer gastrike

5. Rast 1.

Anamneza:

Emri: A

Mbiemri: R

Gjinia: M

Mosha: 30 vjeqar

Adresa: Gjakove

Dt. e pranimit: 10.10.2018

Dt. e lëshimit: 15.10.2018

Pacienti është pranuar me datën 10.10.2018 në Spitalin Regjional të Gjakovës “**Isa Grezda**” dhe është vizituar nga Kirurgu i repartit të Kirurgjisë Dr. V.SH me këto shenja klinike: dhimbje abdomen në pjesën e sipërme në forme therje me thike, vjellje, anoreksi, ndjenje këputje, gjendje ankthi, hemoragji gastrike.

Doktori rezulton dhe vlerëson se pacienti ka Ulçer Gastrike të perferuar (të shpërthyer) dhe është e domosdoshme që pacienti të ushtrohet një operacioni kirurgjikale.

Të nesërmen pacienti iu nenshtrua ndërhyrjes kirurgjike dhe rezultoi me rezultat të mirë, pacienti pas operimit kalon në dhomen intensive dhe vazhdon terapinë që është keshilluar nga mjeku përkatës. Pas 5 dite qëndrimi në spital pacienti u leshua për në shtëpi në një gjendje shumë më të mirë.

Plotësojme kartelën infermiere me të dhëna të pacientit, bëjmë vlerësimin infermieror dhe japim mbështetje emocionale.

Kontrrolla pas një jave në ambulancën specialitike Kirurgjikale.

6. Rasti II

Emri: M

Mbiemri: L

Gjinia: F

Mosha: 23

Adresa: Gjakovë

Dt. e pranimit: 15.10.2018

Dt. e lëshimit: 18.10.2018

Pacientia është pranuar në Repartin Internistik nga mjeku kujdestar Dr.V.J në Spitalin Regjional “Isa Grezda” në qytetin e Gjakovës.

Egzaminimi objektiv: Në pranim e vetëdijshëm.

Pacientia paraqitet me këto shenja kryesore: Lodhje, plogështi, vjellje me gjak, dhe me dhimbje të medha. E orientuar në kohë dhe hapësire ndaj personave të tjerë, komunikon, eupnoike, acianotike, afebrile, antikterike, lekura dhe mukozat ne norme, merr pozitë active në shtrat, aksioni ritmik i zemrës, tone të qarta, TA (tensioni arterial) 120/80... 110/70. Mjeku rrezulton se pacientia vuan nga një Ulçer Gastrike po jo e gjendjes shumë të rendë dhe qëështë e shërueshme pas terapise që do të marrë.

Analizat laboratorike: SE: 16 Nr. Er: 4.19 Hgb: 11.2 gr./L Hct: 34.6%

Leukocitet: 5.8 Trombocitet: 217 Glikemia: 4.3 /L Urea: 3.2 mmol/L

Trigliceridet: 0.51 mmol/L Holestero: 4.11 mmol/L AST: 35 U/L Ac.urik: 250 H.pylori--2.9 Rtg pulmo et cor:

Raporti ezofago-gastro-duodenoskopik: dg. Bulbitis erosive acuta. (dr. H.H).

Përfundimi: Leshohët në shtëpi në gjendje të përmiresuar shëndetësorë me rekomandim që të përdore këtë terapi:

Tbl. Fenix 20mg S 2x1...3 javë.

Gen. Sucralfate S 3x1...2 javë

Rekomandohet dietë në ushqim (çdo pacient duhet të dallojë vetë së cilat ushqime i pengojnë dhe atyre duhet t'iu shmanget).

Kontrolla pas dy javësh në ambulancën specialitike Internistike.

Kujdesi infermieror te pacientët e diagnostifikuar me ulçer gastrike

- 1.Ofrimi i mbështetjës fizike dhe emocionale
- 2.Japim ushqime të buta dhe jo të forta
- 3.Administrojme lengjet I.V sic është urdhëruar nga mjeku për të ruajtur lengjet trupore
- 4.Keshillojme pacientin të haje pak por shpesh për të reduktuar sasinë e sekretimit të stomakut që rezulton me dhembje.
- 5.Kerkojme nga pacineti që të tregojë dhe të kerkoj ndihme dhe kujdes të menjehershëm në qoftë se përseritën shenjat dhe simptomat.

Përfundime

Tashme janë bërë shumë të qartë së cilët janë këta faktore të cilët ndikojne në shfaqjen e semundjës. Një nga me të rendësishmët është H-pylori (helikobakterpilori, lloj bakteri), si dhe përdorimi i preparateve anti-flamatore si aspirina dhe medikamentet për kurimin e reumatizmës. Por krahas këtyre shkaktarëve, një rol tjetër ka edhe predispozicioni gjenetik. Është vënë re se është e shpeshtë prania e semundjës ulçeroze te personat e shumicës së familjës por dhe faktore të tjerë, të cilët janë më pak të rendësishëm se të parët. Këtu futet duhani, shpeshtia e ulçerës së duhan pirësit është më e lartë të personat që konsumojne duhan. Ky faktor ndikon edhe në ecurinë e semundjës, ku të semurët që pinë duhan kanë më tepër veshirësi për kurimin e semundjës. Vetë duhani nxit prodhimin e acidit të stomakut dhe hiper-aciditeti është një nga shkaqët kryesorë të zhvillimit të ulçerës. Por mendohet që duhani ndikon edhe në rolin e zbrazjës së stomakut, si dhe në krijimin e lendëve toksike. Një tjetër faktor është edhe stresi si ai psikologjik ashtu edhe ai fizik, të cilët shkaktojnë prodhim të shumë të acidit klorhidrik dhe demtim te funksioneve fiziologjike normale të stomakut. Shenja kryesorë e ulçerës është dhimbja. Kjo dhimbje shfaqet në varësi të lokalizimit të ulçerës, por mund të shfaqet edhe direkt mbas ushqimit që është karakteristike tek ulçerat e stomakut. Por mund të shfaqet edhe dy orë pas ushqimit, e cila është karakteristike e ulçerës së duodenit. Dhimbja është e forte, e cila zakonisht përhapët edhe në kurriz mbrapa, ku në përgjithësi e zgjon të semurin nga gjumi, rreth orës dy apo tre të natës. Kjo përkon me pikun më të madh të acarimit të aciditetit të stomakut. Krahas dhimbjes vijnë edhe shenjat e tjera, ku të semurët kanë urth, djegie të stomakut, gromësira, kthim të lengjëve në gojë. Po kështu të semurët mund të kenë të vjella, dhe kjo është me tipike në ulcerën kur është me aciditet, por vihet re një stenoze nesë ka gjithmonë nxjerrje të ushqimit.

Rekomandime

- Vizita të mjeku specialist menjëherë pas dhimbjes, nuk duhet të vonojme vizitën tek mjeku sepse cdo vonesë mund të na kushtojë shumë në mjekimin e shpejt dhe evitimin e pasojave tjera.
- Eliminim të duhanit dhe të stresit të cilat kanë ndikim mjaftë negativ në shëndetin e njeriut në përgjithësi e veçmas në perhapjen e kësaj sëmundje.
- Të mos përdorin preparatët e dëmshme për stomakun duke e ditur që preparatët joadkuate ngacmojnë në mase të madhe sëmundjën.
- Jo aspirine dhe medikamenteve reumatizmale, këto lloje të medikamentevë nuk janë të preferushme për mjekimin e kësaj sëmundje.
- Të eliminohen ushqimet pikante, sepse ka ndikim të drejtëpërdrejtë në ulçere, nëse nuk eliminohen do të përballeni me dhimbje të medha të stomakut, dhe mjekimi i ulçerës do të jetë më i vështirë.
- Jo përdorim të pijeve me gaz
- Marrja e medikamenteve rregullishtë ndihmon jashtëzakonishtë shumë në shërimin e shpejtë duke evituar kështu pasojat tjera anësore.


Referencat

1. Mark Feldman MD, Lawrence S. Friedman, MD, Lawrence J. Brandt, MD
“GASTROINTESTINAL AND LIVER DISEASE”
2. NORTON J. GREENBERGER “CURRENT” Diagnosis & Treatment
3. Shtypshkronja “Eurolindja” Tiranë 1996, “Mjekësia e Urgjesës”
4. Fauci, Braunwal, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo “Parimet e Mjeksisë
Interne”HARRISON
5. Behluli I, “Anatomia”
6. Kraja E. “Bazat Infermierisë I”
7. www.wikipedia.org

BIOGRAFI E SHKURTËR E KANDIDATËS (CV)

Informatat personale:	
Emri (emri i prindit) Mbiemri	Shqipdona (Demë) Syla
Datëlindja	15/09/1996
Gjinia	F
Të dhënat kontaktuese;	
Adresa	Rracaj, Gjakovë
E-mail	shqipdonad@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit;	
Shkolla e mesme e lartë	Pediatri
Universiteti	Universiteti Fehmi Agani, Gjakovë
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr.ID	150306150

BIOGRAFI E SHKURTËR E KANDIDATËS (CV)

Informatat personale:	
Emri (emri i prindit) Mbiemri	Orgesa (Xhafer) Zymeri
Datëlindja	08/11/1996
Gjinia	F
Të dhënat kontaktuese;	
Adresa	Gjakovë
E-mail	orgixh@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit;	
Shkolla e mesme e lartë	Mami
Universiteti	Universiteti Fehmi Agani, Gjakovë
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr.ID	150306153