

UNIVERSITETI "FEHMI AGANI" GJAKOVË

FAKULTETI I MJËKËSIS

POGRAMI:MAMI



**PRAECLAMPSIO:ROLI I MAMISË DHE KUJDESI TE  
GRATË ME PRAECLAMPSION**

PUNIM DIPLOME

Kandidatja:

Almire Vehebiu

Mentor:

Prof.Asist.Selami Sylejmani,MD,PhD

Gjakovë, 2019

Punimi i temës së diplomës: **“Roli i mamisë dhe kujdesi te grate me praeklampsion”** i  
kandidates: **Almire Vehebiu**, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani”  
Gjakove

MENTOR I PUNIMIT: Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë

Punimi perfshin:

28 faqe

8 figura

## Deklarata

Unë **Almire Vehëbiu** me nr. të ID 150305009 deklaroj se kjo temë e diplomës “Roli i mamisë në përgatitjen e gruas shtatzënë për lindje”, e llojit të studimit: Rishikim i literaturës, është punim i imi origjinal.

E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

I gjithë punimi është punuar dhe përgatitur duke respektuar dhe mbështetur në këshillat dhe rregullorën për përgatitjen e temës së diplomës të përcaktuara nga ana e Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

## FALËNDERIMET

Falënderim të posaçëm i shpreh udhëheqësit të këtij punimi:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, i cili me durim dhe korrektësi maksimale, në çdo kohë ka qenë i gatshëm për të më dhënë këshilla, sugjerime dhe mendime për realizimin dhe përfundimin e këtij punimi.

U jam mirënjohës të gjithëve, që në çfarëdo mënyre kontribuan në kryerjen dhe përfundimin e këtij punimi e sidomos:

Profesorëve, asistenteve, stafit udhëheqës dhe gjithë personelit të Universitetit “Fehmi Agani”, të cilët në mënyrën më të mirë të mundshme u munduan që dijen e tyre ta transmetojnë edhe tek ne studentët.

Shpresoj që përpjekjet dhe përkushtimi i tyre për të na edukuar si student dhe mami të ardhshme do të kthehet në të mirën e vendit tonë.

Në fund, por jo edhe në vendin e fundit, falënderime të pafundme për familjen time, të cilët më mbështetën drejt rrugëtimit tim dhe përfundimit të këtij synimi. - Pa ndihmën dhe përkrahjen e tyre, nuk do të mund të realizoja synimet e mia, për çka për jetë u jam mirënjohës dhe falenderues.

## IV

### **Permbajtja:**

Abstrakt.....	5
<b>Kapitulli I- Rishikim Literature</b>	
1.1 Shtatzania.....	8
1.2 Lindja gjallë.....	9
<b>Kapitulli i II- Diagnoza.....</b>	<b>10</b>
2.1 Diagnoza e shtatzanisë.....	10
2.2 Ndryshimet endokrinologjike, fiziologjike dhe anatomike.....	11
2.3 Shenjat e sigurta të shtatzënisë.....	12
<b>Kapitulli III - Parametrat klinikë të moshës së shtatzënisë.....</b>	<b>13</b>
3.1 Ekografia.....	13
3.2 Madhësia uterine .....	13
3.3 Lartësia uterine.....	13
3.4 Të rrahurat e zemrës fetale.....	13
3.5 Perceptimi i lëvizjes fetale.....	13
3.6 Vlerësimi i moshës së shtatzënisë dhe ditës së lindjes.....	14
<b>Kapitulli i IV- Gestozat ne Shtatezani.....</b>	<b>15</b>
<b>Kapitulli i V- Hipertensioni Arterial.....</b>	<b>16</b>
5.1 Hipertensioni.....	16
5.2 Hipertensioni në shtatëzani.....	16
5.3 Hipertensioni kronik.....	17
5.4 Udhëzimi.....	17
Dieta ushqimore foto.....	18

## V

<b>Kapitulli VI - Preeklampsia dhe eklampsia</b> .....	19
6.1 Preeklampsia.....	20
6.2 Sa e rrezikshme është Preeklampsia.....	20
6.3 Kush rrezikohet më shumë.....	20
6.4 A ka ndonjë kurë për Preeklampsinë.....	21
6.5 Çfarë trajtimesh mund të përdoren.....	21
6.6 Çfarë mund të ndodhë tek bebi.....	21
6.7 A ka efekte afatgjata Preeklampsia.....	22
6.8 A mund të parandalohet Preeklampsia.....	22
<b>Kapitulli VI - Eklampsia</b> .....	23
6.1 Definicioni i para-eklampsisë.....	23
6.2 Paraeklampsia e lehtë.....	23
6.3 Paraeklampsia e rëndë.....	23
6.4 Eklampsia dhe eklampsia kërcënuese.....	24
Rekomandimet.....	25
Rezime.....	26
Referencat.....	27
Biografi e shkurtër e kandidatës (CV).....	28

## ABSTRAKTI

Ky punim është realizuar me qëllim të zgjerimit të njohurive të infermiereve të ardhshëm në fushën e Gjinekologjisë. Lexuesit mund të informohen rreth Shtatzënisë dhe Hipertensionit Arterial. Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës "FEHMI AGANI", Fakulteti i Mjekësisë, Programi Mami.

Përmes këtij punimi kemi arritur të kuptojmë se shumë nëna potenciale kuptojnë se shtatzënia është proces i vështirë dhe aspak i padëmshëm. Shtatzënia ndahet në periudha tremujore për ta kuptuar dhe përcjellë më lehtë. Njëkohësisht, secila periudhë (tremestër) në vetvete përmban probleme pak a shumë "serioze". Tema e këtij artikulli të radhës është "**Roli i mamise dhe kujdesi te grate me praeclampsion**" i cili mund të shfaqet në cilëndo fazë të shtatzënisë dhe që mund të shkaktojë probleme serioze. Këtu do t'i gjeni përgjigjet se si hetohet hipertensioni në shtatzëni, çfarë shkakton, si trajtohet dhe nëse mund të parandalohet.

# Kapitulli I- Rishikim Literature

## 1.1 Shtatzania

Shtatezania (në mjekësi përdoret edhe me shprehjen graviditet nga lat. graviditas) është një gjendje e veçantë e nënës gjatë së cilës, në trupin e saj, është duke u zhvilluar një fetus. Produkti human i konceptimit nga momenti i fertilizimit deri në javën e tetë të shtatzanisë quhet embrion; nga java e tetë e shtatzënisë deri në lindje quhet fetus.

Mosha e vlerësuar e fetusit llogaritet nga dita e parë e menstruacioneve të fundit menstrual (LMP- last period ), duke pranuar një cikël menstrual 28 ditor dhe ndahet në tre tremujor, secili zgjatë tre muaj.

### **Stadet e shtatzënisë:**

Tremujori i parë ( java 1 - 12 - të)

Tremujori i dytë ( java 13 - 28 - të)

Tremujori i tretë ( java 29- 42 - të)

**Gravide** quhet një grua që është shtatzënë, pavarësisht nga rezultati i shtatzënisë. Me krijimin e shtatzënisë së parë ajo bëhet primigravide, dhe me shtatzënitë në vazhdim një multigravide.

**Graviditeti** është numri total i shtatzënive (normale ose jonormale). Multigravide quhet një grua që nuk është dhe nuk ka qenë shtatzënë më parë

**Pariteti** është lindja e një fetusit të gjallë apo të vdekur, i cili peshon 500 gr ose më shumë.

**Nulipare** është një grua që nuk ka realizuar kurrë një lindje përveq abortit. Primipare konsiderohet një grua, e cila ka pasur vetëm një fetus ose fetusë që kanë arritur të lindin pas javës së 24-të të shtatzënisë ose mbi 500gr. Përfundimi i një shtatzënie pas fazës së abortit i jep paritet nënës, ndërsa multipare është një grua e cila ka realizuar dy ose më shumë shtatzëni. Nga një këndvështrim klinik praktik, një fetus konsiderohet i jetushëm kur ka arritur një moshë shtatzënie 23-24 javë dhe një peshë 500-600 gr ose më shumë. Megjithatë, mbijetesa e një fetusit 20 - 23 javë që peshon 500 gr ose më pak është shumë e rallë, qoftë edhe me një përkujdesje optimal.



**1.2 Lindja gjallë** - është ekspluzioni i plotë i produktit të konceptimit nga nëna, pavarësisht nga kohëzgjatja e shtatzënisë, pas së cilës fëmija merr frymë ose tregon të dhëna të tjera të jetës (p.sh rrahjet e zemrës, pulsacione të kordonit umbilical, ose lëvizje të përcaktuara të muskujve të pavullnetshme), pavarësisht prerjës së kordonit umbilical ose shkollitjes së placentës. Një individ i lindur gjallë nga momenti i lindjes deri në 1 vjeç quhet foshnje.

**I porsalinduri preterm** është një bebe e lindur para javës së 37-të të shtatzënisë (259 ditë).

**I porsalinduri term** është një bebe e lindur gjallë që ka plotësuar 37 javë të shtatzënisë (dhe zakonisht peshon më shumë se 2500 gr).

**I porsalinduri postterm** (serotin) është ai që ka plotësuar 42 javë ose më shumë të shtatzënisë. Një shtatzëni e zgjatur tradicionalisht është përcaktuar si shtatzëni që ka zgjatur dy javë më shumë se fundi i afatit të përcaktuar (294 ditë).



Figura 1. Shtatezania

# Kapitulli i II - Diagnoza

## 2.1 Diagnoza e shtatzënisë

Shtatzënia është gjendje fiziologjike, por rëndësia e diagnostifikimit sa më të hershëm të saj është mjaft e rëndësishme. Çdo mjek, i cili merr përsipër kujdesin shëndetësor të grave në moshë riprodhuese, pavarësisht nga specialiteti apo nga natyra e punës së tij, duhet të vlerësojë shtatzëninë në të gjitha hapat diagnostikë apo terapeutikë. Diagnoza e hershme e shtatzënisë sot konsiderohet si një tregues i rëndësishëm për shëndetin publik, që reflekton efikasitetin e kujdesit të para lindjes të ofruar nga sistemet shëndetësore. Në kushte të mundësisë gjithmonë e në rritje të ekzaminimit ekografik gabimet në diagnostifikimin e shtatzënisë janë gjithmonë më të ralla edhe në javët e para të saj kur uterusit është akoma një organ pelvik. Megjithatë, duke u nisur nga madhësia e uterusit, ndonjëherë ekziston mundësia e gabimit të diagnozës, zakonisht duke e ngatërruar me ndonjë tumor të madh. Kjo ndodh zakonisht në gra me moshë të madhe kur shtatzënia ka më pak të ngjarë të jetë, por gjithmonë në terren të një procesi diagnostik të mangët.

## 2.2.Ndryshimet endokrinologjike, fiziologjike dhe anatomike.

Ndryshimet endokrinologjike, fiziologjike dhe anatomike të shtatzënisë zakonisht shkaktojnë shfaqjen e simptomave klinike që tregojnë se shtatzënia ekziston. Manifestohen në tre grupe të mëdha, që klasifikojnë në vetvete diagnozën e shtatzënisë: në shenjat të supozuara, të mundshme dhe të sigurta.

Shenjat e supozuar (subjektive) të shtatzënisë:

- Amenorea,
- Ndryshimet në gjinjë dhe ndjenja e koklavitjes,
- Kloasma dhe linea nigra,
- Rritje e barkut dhe stria gravidum,
- Nauze dhe vjellje,
- Lodhje,
- Shenjat e mundëshme (objektive) të shtatzënisë:
  - **Shenja e Hegar'it** - (zbutja e segmentit të poshtëm uterin) 6-8 javë.
  - **Shenja e Goodell'it** - (zbutja e cerviksit, mitrës dhe vaginës gjatë shtatzënisë) 4-6 javë.
  - **Ballottement** - rënja dhe ngritja e fetusit në lëngun amniotik që e rrethon si përgjigje nga goditja e pa pritur mbi mitër.
  - **Testi pozitiv i shtatzënisë.**
  - **Kontraksionet e Braxton Hicks'it** - më shpesh ndihen pas 28 javësh. Ato rëndom largohen gjatë ecjës ose ushtrimeve
  - Zgjerimi dhe zbutja e mitrës.
  - **Shenja e Chadëick'ut** - ngjyrosja e kaltërt e cerviksit, vaginës dhe labiave gjatë shtatzënisë si pasojë e kongjesionit vaskular të rritur.
  - **Shenja e Osiander'it** – (pulsimet e fronikse)

## 2.3 Shenjat e sigurta të shtatzënisë:

- Lodhje
- Gjakderrdhje nga gjizja
- Përzierje apo vjellje
- Rritje e ndjeshmërisë ndaj aromave
- Fryerje e barkut
- Urinim i shpështë
- Nuk kanë arrdhur menstruacionet
- Temperatura bazë e trupit rri lartë
- Dëshmia : një test pozitiv shtëpiak nga shtëpia



Figura 2. - Shenjat e sigurta te shtatëzanisë



Figura 3. - Përzierje apo vjellje

# Kapitulli III- Parametrat klinikë të moshës së shtatzënisë

## 3.1 Ekografia

**Ekografia:** është teknika e përdorur më gjegjësisht për përcaktimin e moshës së shtatzënisë. Në javën e 6-12 të shtatzënisë mund të matet distanca kranio - kaudale e embrionit (nga maja e kokës deri tek të ndenjurit), dhe kjo është metoda më e sigurt për të përcaktuar moshën e shtatzënisë. Matja e diametrit biparietale fetale së bashku me gjatësinë e femurit dhe cirkumferencën abdominale përdoret për të vlerësuar moshën e shtatzënisë dhe/ose rritjen fetale pas javës së 13- të të shtatzënisë. Pas javës së 30-të, vlerësimi i moshës së shtatzënisë më anë të ekografisë është më pak e saktë. Ekografia përdoret për të matur parametrat e rritjes fetale, për të vlerësuar peshën fetale, anatominë fetale dhe për të matur vëllimin e likidit amniotik.

**3.2 Madhësia uterine :** një ekzaminim në fillim të tremujorit të parë lejon përcaktimin e saktë të moshës së shtatzënisë. Në javën e 8-të të shtatzënisë uterusu është i palpshëm mbi simfizën pubike. Në javën e 12-të të shtatzënisë uterusu bëhet një organ abdominal. Në javën e 16-të të saj ai zakonisht ndodhet në pikën e mesit ndërmjet simfizës pubike dhe umbilikut.

**3.3 Lartësia uterine përputhet** për afërsisht me moshën e vlerësuar të shtatzënisë në javën e 26 - 34 –të të saj. Pas javës së 36-të të shtatzënisë lartësia uterine mund të ulet për shkak se koka fetale zbret në pelvis.

**3.4 Të rrahurat e zemrës fetale:** RZF- të mund të dëgjohen me anë të fetoskopit në javën e 20-të të shtatzënisë, ndërsa ekografia Doppler zakonisht i dallon rrahjet e zemrës fetale në javën e 7- të të shtatzënisë.

**3.5 Perceptimi i lëvizjes fetale:** lëvizja e parë fetale zakonisht perceptohet mesatarisht në javën e 17- të tek multiparet dhe në javën e 18- të tek primiparet.

### 3.6 Vlerësimi i moshës së shtatzënisë dhe i ditës së lindjes

Pasi është vënë diagnoza e shtatzënisë, është thelbësore të përcaktohet kohëzgjatja e shtatzënisë dhe përcaktimi i ditës së lindjes. Normalisht, shtatzënia humane zgjat 280 ditë ose 40 javë (9 muaj kalendarikë ose 10 muaj hënorë) nga dita e parë e gjakderdhjeve menstruale të ciklit të fundit menstrual normal (LMP – last menstrual period). Kjo gjithashtu mund të llogaritet 266 ditë ose 38 javë nga ovulacioni i fundit në një cikël normal prej 28 ditësh. Metoda më e lehtë për të përcaktuar moshën e shtatzënisë është me anë të një kalendari shtatzënie, por dita e lindjes mund të përcaktohet edhe matematikisht duke përdorur rregullin e Negel-it: zbrit 3 muaj nga muji i ciklit menstrual normal të fundit (LMP), dhe shto 7 ditë prej ditës së parë të gjakderdhjeve menstruale të ciklit të fundit menstrual normal.



Figura 4. Vlerësimi i moshës së shtatzënisë

## Kapitulli i IV- GESTOZAT NE SHTATEZANI

**4.1** Zhvillimi i frytit ne mitër te shtatëzenat mundë te shkaktojë semundje të ndryshme, keto janë semundje, të cilat paraqiten vetëm ne shtatezani dhe quhen gestoza ose toksikoza.

Gestozat apo tokiskoizat, sipas kohës në te cilën paraqiten i kemi ndarë:

- ne gestozat e hershme dhe
- te vonshme te shtatëzenise.

Në gestozat e hershme quhen kështu ngase në muajt e parë,bejnë pjesë:

- 1.Ptyalismus gravidarum-*Hipersecrecion i gjendrave te pështymes.*
- 2.Hypermensis gravidarum-*Vjelljet e teperta te shtatëzanise.*

Në gestozat e vonshme :

- 1.Nefropatio gravidarum

Hipertension i indukuar nga shtatzenia-PIH-SY paraqitet pa 20 jg.

- 2.Pre-eklampsia

- 3.Eklampsia

# Kapitulli i V - Hipertensioni Arterial

**5.1 Hipertensioni** - paraqet shtypjen e lartë të gjakut mbi vlerat 140/90 mmHg. Presioni i lartë i gjakut (PGJ-je) është ndër faktorët kryesorë të rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare dhe mund të shkaktojë dëmtim të enëve të gjakut dhe dëmtim të organeve. Disa nga shenjat që shoqërojnë hipertension janë: kokëdhembje, marrëmendje, zhurmë në vesh, nervozizëm, çrregullime të gjumit, etj. Qrregullimet hipertensive përfaqesojnë ndërlikimin më të zakonshëm mjekësor të shtatëzarisë, me një shfaqje të raportuar ndërmjet 5 dhe 10 përqind. Mundësia e shfaqjes ndryshon prej spitaleve, rajoneve dhe vendeve të ndryshme. Këto çrregullime janë një shkak i rëndësishëm i vdekshmërisë dhe i sëmundshmërisë së nënës, edhe në prag të lindjes, në të gjithë botën.

## 5.2 Hipertensioni në shtatzani

Termi Hipertension në shtatëzëni përdoret shpesh për të përshkruar një shumëllojshmëri pacientesh, që mund të kenë vetëm rritje të lehtë të presionit të gjakut ose hipertension të rëndë me keqfunksionimesh të ndryshme organesh. Hipertensioni i shtatëzarisë është shfaqja e një PGJ-je të lartë gjatë shtatëzarisë ose gjatë 24 orëve të paslindjes pa shenja, ose simptoma tjera të preeklampsisë, ose të hipertensionit që ka egzistuar më parë. PGJ-ja duhet të kthehet në nivel normal brenda 6 javëve pas lindjes. Hipertensioni përcaktohet si një PGJ më e lartë ose e barabartë me 140 mm Hg sistolike, ose 90mm Hg diastolike. Është e njohur se disa gra me hipertension shtatzanie mund të kenë hipertension kronik të padiagnostikuar, nderkohe që disa të tjera mund të shfaqin me pas sindromen klinike të preeklampsisë. Në përgjithësi mundësia e përparimit të preeklampsisë varet nga mosha e shtatëzarisë në kohën e diagnostikimit, me norma më të larta, nëse fillimi i hipertensionit është përpara javës së 35-të të shtatëzarisë.



## **5.3 Hipertensioni kronik**

### **Përshkrimi**

Femra që ka shtypje normale të gjakut prej 140/90 ose më të lartë ose kjo vlerë është fituar para 20javëve gestative ose 6 javë apo më tepër postpartal duhet të konsiderohet se vuan nga hipertensioni kronik. I njejtë pacient mund të japë të dhëna për shtypje të lartë të gjakut dhe mund të jete nën terapi medikamentoze.

Hipertensioni kronik favorizon rrezik të shtuar për:

- 1.Mos zhvillim të duhur intrauterin ( Intrauterine Growth Restriction= IUGR ) : zhvillimi dhe oksigjenimi i reduktuar i fetusit , ndonjëherë edhe në atë shkallë që fetusit vdes in utero.
- 2.Abruptio placentae : shkolitja e parakohshme e placentes.
- 3.Para-eklampsia dhe eklampsia.

## **5.4 Udhëzimi**

Femra me hipertension kronik duhet të udhëzohet për kujdes të gjinekologu/obstetri.

## **DIETA USHQIMORE**

- Kufizoni përdorimin e tepruar të kripës.
- Tregoni kujdes me yndyrat.
- Shmangni të skuqurat, "fast food"-et.
- Reduktoni konsumimin e mishit, kryesisht mishin e kuq, mishin e qengjit, si edhe marrjen e ushqimeve të pasura me kalium (banane, kumbulla etj.)
- Shmangni përdorimin e alkoolit.
- Rekomandohet një gotë verë e kuqe e mirë në ditë.
- Përdorimi i zarzavateve.
- Rritja e aktivitetit fizik.
- Lënia e duhanit.

Figura 5. Dieta e ushqimeve te gratë shtatzëna me hipertension



Figura 6. Ushqimet të pasura me vitamina

## Kapitulli VI- Preeklampsia dhe eklampsia

Triada klasike e preeklampsisë përfshinë hipertensionin, proteinurinë (prania e proteinave në urinë) dhe edemen. Gjithsesi egziston marrëveshje universale se edema nuk duhet të konsiderohet si pjesë e diagnozës së preeklampsisë. Në mungesë të proteinurisë, sindroma e preeklampsisë duhet të merret në konsideratë kur hipertensioni i shtatzanisë është i pranishëm në lidhje me simptomat cerebrale të vazhdueshme, dhimbje epigastrike ose në kuadrantin e sipërm të djathtë të barkut, të përziera dhe të vjella, kufizim i rritjes së fetusit ose rezultate jo normale të analizave laboratorike, si : trombocitopenia dhe rritja e nivelit të enzimave të mëlqisë.

### 6.1 Preeklampsia

Është një formë hipertensionit, i cili është i veçantë për shtatzanitë të njeriut. Gjetjet klinike të preeklampsisë mund të manifestohen ose si një sindromë e nënës ose si një sindromë fetale ( kufizime në rritjen e fetusit, zvogëlim të lëngut amniotik dhe oksigjenim jonormal). Për më tepër fiziologjia patologjike e preeklampsisë me fillim të hershëm mund të jetë ndryshe nga ajo e preeklampsisë që zhvillohet në kohën e lindjes, gjatë lindjes ose në periudhën e pas lindjes. Mundësia e shfaqjes së preeklampsisë lëviz ndërmjet 2 dhe 7 përqind të gratë e shëndetshme, që nuk kanë lindur më parë. Te këto gra preeklampsia është përgjithësisht e lehtë, me fillim pranë kohës së lindjes ose gjatë lindjes (75 përqind e rasteve) dhe situata mban vetëm një rrezik të rritur minimalisht për përfundimet jo të favorshme të shtatzanisë.



Foto 7. Gruaja gjate matjes se tensionit

## **6.2 Sa e rrezikshme është Preeklampsia?**

Zakonisht Preeklampsia është e lehtë, por në 1% të shtatzanive është e formës së rëndë duke vënë në rrezik jetën e bebit dhe të nënës në të njëjtën kohë. Vdekjet fetale janë pasojë e pamundësisë së placentës për të plotësuar nevojat e bebit me oksigjen, distakos së placentës dhe nga lindjet e detyruara para kohe për të shpëtuar jetën e nënës. Vdekjet e nënës mund të vinë për shkak të krizës hipertensive, distakos së placentës, hemorragjive në lindje, crregullimeve të koagulimit dhe komës eklamptike.

## **6.3 Kush rrezikohet më shumë?**

- Rrezik më të lartë paraqesin shtatzanat që kanë:
- një histori familjare për këtë komplikacion
- PE në shtatzaninë e parë.
- shtatzani multiple (binjakë, trinjakë)
- sëmundje të ndryshme (diabet, sëmundje të veshkave, hipertension, migrenë).
- nënat në moshë > 35 vjece dhe < 20 vjece
- Obezitet.

## **6.4 A ka ndonjë kurë për Preeklampsin ?**

Një shtatëzani e prekur nga preeklampsia nuk mund të kthehet në normale. Por vetëm mund të ndalohet duke kryer lindjen e bebit. Kryerja e lindjes kryhet në atë moment që të jetë me përfitim për nënën dhe për bebin në të njëjtën masë. Për fat të keq jo gjithnjë zgjidhjet janë të lehta. Kur preeklampsia shfaqet herët në shtatzani, ndërprerja (e detyruar) e shtatzanisë vë në rrezik jetën bebit.

## **6.5 Çfarë trajtimesh mund të përdoren?**

Shtatzanat me preklampsi të formës së rëndë zakonisht hospitalizohen. PE të rëndë kemi në rastet me vlera të larta të tensionit arterial dhe me proteinuri të madhe. Hospitalizimi ka për qëllim vlerësimin se sa serioze është dhe sa shpejt progreson ajo. Nuk duhet harruar se Preeklampsia është progresive. Ajo veç përparon dhe nuk përmirësohet. Qëllimi final i hospitalizimit është përcaktimi i kohës së duhur për lindje (qoftë edhe para kohe) me qëllim që tu paraprihet komplikacioneve të rrezikshme për jetën e nënës apo të bebit. Ndër medikamentet e përdorura në periudhën e shtrimit janë antihipertensivët dhe anti konvulsantët, të cilët reduktojnë komplikacionet e Preeklampsisë. Dhënia e këtyre medikamenteve mund të sjellë një kohë të vyer për të stimuluar mushkëritë e bebit me kortizonikë të cilët duan 24-48 orë të japin efekt

## **6.6 Çfarë mund të ndodhë tek bebi?**

Me reduktimin e fluksit të gjakut nga nëna te placenta, bebi merr më pak oksigjen dhe lëndë ushqyese. Kjo sjell fillimisht një ngadalësim të rritjes në peshë (IUGR) dhe më vonë edhe mungesë të oksigjenit. Në momentin që Preeklampsia dyshohet, bebi duhet të monitorizohet me kujdes po aq sa edhe nëna. Në rastet kur rritja ndalon ose kur gjendja e bebit është në rrezik, atëherë programohet lindja e bebit. Ky vendim është shumë më i lehtë për shtatzanitë që kanë kaluar javën e 30-të. Për shtatzanitë më të vogla se 30 javë, asgjë e sigurtë nuk mund të thuhet për mbijetesën e bebit. Edhe mbi 30 javë, bebi mund të jetë në rrezik, por nga ana statistikore vdekshmëria dhe sëmundshmëria është më e vogël se sa kur shtatzania ndërpritet për shkak të PE para javës së 30-të.

### **6.7 A ka efekte afatgjata Preeklampsia?**

Për shumicën dërrmuese të nënave që kalojnë Preeklampsine, nuk ngelen pasoja afatgjata, pasi lindja i zhduk të gjitha efektet negative të Preeklampsise. Në një pjesë shumë të vogël, mund të mbeten disa pasoja në organet që vuajnë më shumë gjatë preeklampsise (mëlcia dhe veshka). Gjithashtu një pjesë e vogël zhvillon hipertension me kalimin e viteve. Efektet tek bebi varen nga fakti se sa herët kanë lindur neqenese janë prematur, dhe sa gjatë bebi i është nënshtruar mungesës së oksigjenit në mitrën e nënës me Preeklampsi.

### **6.8 A mund të parandalohet Preeklampsia?**

Ende nuk ka një mendim unanim lidhur me ndonjë medikament apo dietë e cila mund të parandalojë Preeklampsine. Debatet më të shumta lidhen me përdorimin e aspirinës, e cila mendohet se parandalon ose vonon shfaqjen e preeklampsise në femrat që janë më shumë të rrezikuara për të kaluar Preeklampsinë. Jo më kot edhe në USA përdoret shprehja: "One aspirin a day takes the doctor away".



Foto 8. Përdorimi i aspirines në shtatëzani

## Kapitulli VII - Eklampsia

Ajo mund të prekë bebin, nënën ose të dy bashkë në më të shumtën e rasteve. Mund të shfaqet në cdo moment pas javës së 20-të të shtatzanisë.

Tek nëna ajo mund të shkaktojë crregullime me tensionin arterial (hipertension) dhe humbje të proteinave me urinën (proteinuria, albuminuria). Fillimisht këto crregullime mund të jenë të heshtura, minore por më vonë mund të bëhen serioze.

Bebi në barkun e nënës mund të rritet më ngadalë në peshë (IUGR) ose mund të vuajë nga pakësimi i sasisë së oksigjenit që sjell placenta.

### 7.1 Definicioni i para-eklampsisë

Hipertensioni (TA $\geq$ 140/90 i fituar 2 herë me pauzë prej më së paku 6 orë në mes dy matjeve) që fillon pas javës së 20-të të shtatzanisë.

### 7.2 Paraeklampsia e lehtë

Ngritja e shtypjes së gjakut: diastolik  $\geq$ 90 mm Hg dhe/ ose sistolik  $>$  140mm Hg, e fituar dy herë me pauzë prej më së paku 6 orë në mes dy matjeve : edema , zakonisht në regjionin pretibial ( megjithëse enjtja e shputave ose pjesëve të poshtme të këmbëve zakonisht është normale në fund të shtatëzanisë) ; dhe proteinuria , së paku 500mg në urinën e mbledhur 24-ore ose  $>1+$  në test trakën e urinës.

### 7.3 Paraeklampsia e rëndë

Ngritje e shtypjes së gjakut : diastolik  $\geq$ 110 mm Hg dhe sistolik  $\geq$ 160 mm Hg ; edema ( paratibiale ose të gjeneralizuara { të duarve dhe të fytyrës }) ; proteinuria, së paku 5g në urinën e mbledhur 24 orë ose  $\geq+3$  në test trakë për urinë.

#### **7.4 Eklampsia dhe eklampsia kërcënuese**

Personeli shëndetësor duhet të jetë i njoftuar për paraqitjen e shenjave dhe simptomave të eklampsisë kërcënuese të mundshme, përfshirë në vijim:

- Kokëdhembjet e forta,
- Ngritja papritmas ose e konsideruar e TA,
- Ndjenja e nauzesë ose vjellja prezente,
- Dhembje në epigastrium ose në kaudrantin e sipërm të djathtë,
- Qrregullime të të pamurit,
- Hiperrefleksion,
- Zverrdhje,
- Oliguri( p.sh.,  $\leq 500$ ml në 24 orë, urina zakonisht karakterizohet me sasi të vogël dhe ngjyrë të mbyllët ) .
- Edema të papritura ose te theksuara, posaqërisht në fytyrë , sakrum ose në pjesën e poshtme të shpinës.

Eklampsia kërcënuese ose prezente mund të parandalohet, ose të mbizotërohet rrespektivisht me anë të terapisë antikonvulzive (p.sh dhënia e magnezium sulfatit ).

#### **Përcjellja e nevojshme për eklampsinë kërcënuese**

- Përcjellja e nivelit të vetëdijes,
- Përcjellja dhe evidentimi i diurezës ; nëse nëna ka vështirësi në përdorimin e lopatës, atëherë duhet të vendoset kateteri i Foley-it ; oliguria është një shenjë e keqe prognostike,
- Normalisht nuk duhen të përdoren diuretikët,
- 
- Përcjellja e rregullt antenatale e mirëqenies së fetusit, duke përdorur doptone ose përcjelljen e ritmit të zemrës së fetusit
- Përkujdesja ndaj nënës duhet të bëhet në ambient të sigurt
- Frymëmarrja dhe aspirimi duhen të jenë të siguruara ( në dispozicion )



## 7.5 Rekomandimet

Rekomandimet aktuale për menagjimin e hipertensionit në shtatzani janë të :

- Reduktojnë marrjen e kriprave ( ti shmanget marrjes së ushqimeve në konzerva )
- Marrë ushqim të pasur me proteina ( rreth 70gr qdo ditë )
- Vizitohet sa më shpejtë gjinekologu nëse nuk ka marrë medikamente për shtypje të lartë të gjakut dhe për arsye se medikamentet dhe doza ndoshta nevoiten të nderrohen gjatë shtatëzansisë.
- Shtrihet më shpesh në krahun e majtë ( pozitë që shton qarkullimin e gjakut drejt placentës dhe ndihmon që tek fetusit të ngritet niveli i oksigjenit, duke e zvogeluar komprimimin e venës kava)
- Matet dhe shënohet shtypja e gjakut së paku qdo dy javë.
- Të gjitha femrave duhen tu mësohen shenjat dhe simptomat e para-eklampsisë dhe duhen të inkurajohen që të kenë kujdes të rregullt paranatal.

### Menaxhimi i rekomanduar

Objektivi kryesor i trajtimit të grave me hipertension-preeklampsi shtatzënie duhet të jetë gjithmonë siguria e nënës dhe më pas lindja e një foshnje matur që nuk do të ketë nevojë për një kujdes intensiv dhe të zgjatur. Ky objektivi mund të arrihet duke krijuar një plan menaxhimi që merr në konsideratë si : rëndesën e sëmundjes, moshën e shtatzanisë, gjendjen e fetusit dhe të nënës në kohën e kontrollit fillestar, fillimin e shtërzimeve, rezultatit Bishop të cerviksit dhe dëshirat e nënës.

## Rezyme

**Hyrje:** Shtatzënia (në mjekësi përdoret edhe me shprehjen graviditet nga lat. graviditas) është një gjendje e veçantë e nënës gjatë së cilës, në trupin e saj, është duke u zhvilluar një fetus. Produkti human i konceptimit nga momenti i fertilizimit deri në javën e tetë të shtatzënisë quhet embrion; nga java e tetë e shtatzënisë deri në lindje quhet fetus. Shtatzania është proces normal që ndodh në trupin e femrës, por nganjehere mund të komplikohet me ngritjen e tensionit arterial, hipertensionin i cili shkakton probleme serioze si nënës ashtu edhe fetusit dhe rrezikon jetën e tyre.

**Qëllimi i punimit:** Qëllimi i këtij punimi është të zgjerojmë njohurit për procesin e shtatzanisë dhe hipertensionin arterial që kohëve të fundit ka një incidenc të lartë.

## Referencat

1. ACOG Committee Opinion No, 267; Exercise during pregnancy and the postpartum period.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists, Obstet Gynecol 2002; 99:171.
3. ACOG Practice Bulletin No. 27 May 2001
4. Robson Sc, Hunter S, Bozs RJ et al. Serial Study of factors pregnancy. Am J Physiol 1989;256: H 1060-5.
5. Faye C. Laing, MD, Mary C, Frates, MD, and Carol B. Benson, MD; Vlerësimi ekografik në shtatzëni.
6. Gjinekologji e Berek dhe Novak. fq :181
7. American College Of Obstetricians and Gynecologists: The pregnancy calendar.
8. ACOG Educational Bulletin No. 260, September 2000
9. <http://www.dreltonpeci.al>
10. Obstetrika-shtatzanite normale dhe shtatzanite patologjike. Henry Galan, Laura Goetzl, Mark Landon, Eric R. M. Jauniau.
11. Kujdesi per nenen dhe femijen. M.Sc Rezarta Lalo, Rudina Qerqizaj.
12. Karakushi, Shkurte. Ligjerata; Praktika klinike: Roli i mamisë në kujdesin intrapartal, Gjakovë.

## Biografi e shkurtër e kandidatës – CV

<b>Informatat personale:</b>	
Emri dhe Mbiemri	Almire Vehebiu
Datëlindja	09.06.1995
Gjinia	Femër
Nr.Personal	1232615369
<b>Te dhënat kontaktuese</b>	
Telefoni	049/ 882-792
Adresa	Bresanë, Dragash
Emaili	<a href="mailto:almiravehbiu95@gmail.com">almiravehbiu95@gmail.com</a>
<b>Te dhënat e kualifikimit</b>	
Shkolla e mesme e lartë	Shkolla e Mesme e Mjekësisë “Luciano Motroni ” Prizren Dega:Mami
Universiteti	Universiteti “Fehmi Agani” Gjakovë
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësië
Program	Mami
Statusi	E rregullt
Nr. ID	150305009

