

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

**Kujdesi infermieror te të sëmurët me
ulçerë gastrike**

Studentet:

Shkenca Kuka
Sejmira Tarashaj

Mentori:

Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha

Gjakovë, 2018

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

Kujdesi infermieror te të sëmurët me

ulçerë gastrike

Studentet

Shkenca Kuka

Sejmira Tarashaj

Mentori

Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha

Gjakovë, 2018

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agaim” Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri, i gjithë materiali i shfrytëzuar në punimin e kësaj teme janë cekur më poshtë.

Mentori i temes është Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha.

Ky punim ka gjithësej 40 faqe dhe 2 figura.

DEKLARATË STUDENTORE

Deklaroj se ky është punim i bërë nga ne dhe nuk është publikuar më parë.

E gjithë literatura dhe burimet e shfrytëzuara në përgaditjen e këtij punimi janë të cekura më poshtë.

FALENDERIMET

Të gjesh fjalët e duhura të falenderosh ata që të mbështetën nuk është e lehtë. Falenderojmë për zemërsisht mentorin e temës Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha për udhëzimet dhe ndihmën e dhënë në përgaditjen e këtij punimi të diplomës.

Gjithashtu, falenderojmë nga zemra familjet tona për mbështetjen e dhënë gjatë gjithë kesaj kohe, pa cilën mbështetje nuk do të kishim arritur këtu ku jemi.

Në mbështetje të Rregullores për studime themelore të Fakultetit të Mjekësisë neni 46 dhe të vendimit të Këshillit të Fakultetit të Mjekësisë të datës 02.10.2017 nr.ref.005/368 deklarojmë se :

Pjesa e parë e temës së diplomës duke përfshirë hyrjen ,anatomia e lukthit,ulçerën gastrike,komplikacionet ,diagnostikimi, trajtimi është punuar nga unë SHKENCA KUKA , ndërsa

Pjesa e dytë e temës së diplomës nga kujdesi infermieror është punuar nga unë SEJMIRA TARASHAJ.

Përmbajtja:

1.Abstrakti	8
2.Hyrje	9
2.1.Anatomia e lukthit.....	11
2.2.Ulçera e lukthit.....	13
2.3.Epidemiologjia.....	17
2.4.Shkaktarët kryesorë.....	18
2.5.Paraqitja klinike.....	19
2.6.Diagnostikimi.....	20
2.7.Komplikacionet e ulçerës.....	21
2.8.Trajtimi.....	22
2.9.Dieta ushqimore.....	24
2.10.Kujdesi infermieror.....	26
3.Qëllimi i punimit	32
4.Materiali dhe Metoda	33
5.Rekomandime	34
6.Diskutime	35
7.Përfundimi	36
8.a) Rezyme	37
8.b) Summary	38
9.Referencat	39
10.CV e studenteve	40

Shkurtesat

IgG- Imunoglobulina G

H.pylori-Helikobakter pylori

NSAID- barnat josteroide antiinflamatore

C-urea- Karbon urea

1.Abstrakti

Ky punim është bërë në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakultetin e Mjekësisë, Programi Infermieri.

Qëllimi i këtij punimi është të dihet më tepër se ulçerën gastrike, për mënyrën se si shkaktohet, si diagnostifikohet, si dhe mbi mënyrën e trajtimit.

Mentor i këtij punimi është Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha

Ky punim ka gjithësej 40 faqe, dhe 2 figura.

2.Hyrje

Ulçera gastrike është një dëmtim në mukozat gastrike që përhapet në mukozat muskulare. Gjenden zakonisht në bashkimin e bazës dhe pilorit, por ulçerat e vogla mund të zhvillohen në antrum. Më shumë ulçera gastrike zhvillohet në karvaturën e vogël pranë pilorit.¹

Ulçera gastrike është mjaftë e shpeshtë te individet të popullatave perendimore 1 në 10 individë preken me ulçer gjatë jetës. Ato janë shkaku kryesor i shfaqjes së sëmundjeve dhe vdekjes, dhe janë shumë të rëndësishme për anën ekonomike. Kërkimet në fushën e ulçerës gastrike fillimisht u përqendruan në shtimin e sekretimit gastrik gjatë rasteve me sëmundje gastrike. Trajtimet për të luftuar aciditetin kaluan nga preparatet antacid alkaline përmes antagonistëve të receptorit H₂, tek inhibitorët e pompës prototonike, terapia mbajtëse ishte e nevojshme sepse ulçerat shfaqeshin përsëri. Pikëpamja mbi këtë sëmundje ndryshoj rrënjësisht në vitin 1983 nga zbulimi i *Helicobacter pylori*-t dhe në këtë mënyrë ndryshoj edhe roli i tij në ulçerën gastrike. Pjesa më e madhe e pacientëve me ulçerë gastrike janë të infektuar me *H.pylori*-n dhe zhdukja e përnjëhershme e infeksionit mundëson shërim të ulçerës. Edhe banorët e vendeve të zhvilluara janë të infektuar me *H.pylori*-n por prevalence është më e ulët dhe është duke rënë në regjione ku gjendja sanitare dhe higjiena kufizojnë transmetimin e tij².

Ulçera gastrike zakonishtë ndodhë në një rajonë me mukozë të inflamuar. Ky inflamim i emëruar gastrit, ndonjë herë mund të identifikohet me endoskopi nga shenjat e edemës, skuqja dhe ënjtja e mukozave, por vlersimi mikroskopik i biopsisë endoskopike të kampionëve kërkohet për vënien e diagnozës së inflamacionit mukozal. Gastriti klasifikohet në baze të segmenteve të stomakut, të përfshira në gastrit mbizotruës në pjesën anterale, gastrit të përgjithshëm ose pangastrit. Aspektet endoskopike janë zakonishtë jo specifike, për aq kohë sa mukoza gastrike ka ose pamje tipike të një guri kalldrëm me miniaturë, të emëruar gastrit modular. Një ulçerë gastrike është një defekt mukozal, që ka diametër të paktën 0.5 cm, që depërton mukozën muskulare. Defektet më të vogla mukozale quhet

¹ E.Paka, L.Neqaj, E.Rustemi, D.Bego, A.Imami-Leçaj,M.Çela, A.Dervishi, V.Zanaj, Z.Mane "Infermieristika në specialitetet" :77

² David A. Werrell, Timothy M. Cox, Johan D. Firth, Eduard J. Benz, Jr" Traktati i Oksfordit për mjekësinë" :558

erozione. Ulçera gastrike në ndahen në ulçera proksimale, të lokalizuara në trupin e stomakut dhe ulçera distal të lokalizuara kryesishtë në antrum dhe në këndët e stomakut. Ulçerat gastrike janë të lokalizuara kryesishtë përgjatë kubaturës së lazerit, veqanërsisht në zonën transitore, ku mukoza e trupit shndërrohet në mukozë antrale³.

³ Goldman L, Ausiello D” Traktati mjekësorë i Cecit-it” Tiranë 2013:1010

2.1. Anatomia e lukthit

Trakti degjistik fillon nga goja vazhdon me ezofagun, lukthin, zorret dhe perfundon me anusin.

Lukthi (ventriculous s. gaster) paraqet pjesën më të gjerë të aparatit tretës, është rezervuar i ushqimit me kapacitet 1200/1500 ml, i cili pranon ushqimin nga kapërcalli dhe e fillon tretjen e tij nën ndikimin e fermenteve të lukthit (saccus digestorios), e përzier atë dhe e shëndrron në një gjendje gjysmë të lëngët të cilin ngadalë e hedhë në pjesën fillestare të zorrës së hollë, në zonën dymdhëdhjetë gishtore duodenum. Forma dhe madhësia e tij janë shumë variable varësisht nga pozita e trupit të njeriut dhe nga sasia e ushqimit të cilin e përmbanë.

Lukthi ka dy vrima, vrimën hyrëse (ostium cardiacum) dhe dalëse (ostium pyloricum).

Ndërtimi i lukthit.

Muri i lukthit, i trashë 2/3 mm, përbëhet nga:

vërmesa seroze, muskulare, shtrojës nenjargore dhe vëmesës jargore.

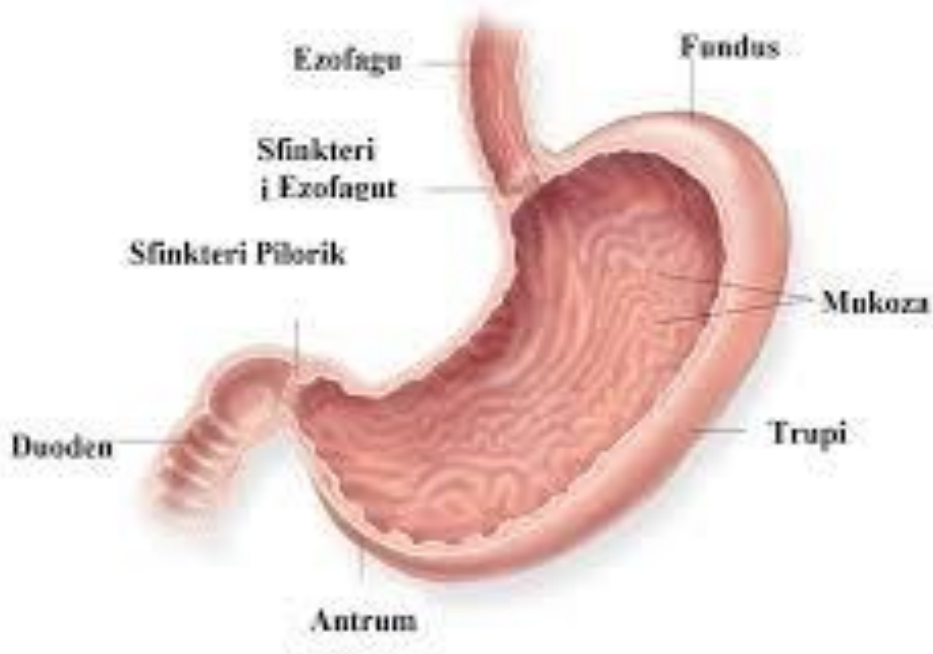
Vërmesa seroze (*tunica serosa*) është shtresa më e siperfaqshme e lukthit të cilën e formon peritoneumi viscerali cili e mbështjell murin e përparëm dhe të pasëm të tij dhe te kthesat e tij vazhdon me dyfishime peitoneale, rizën e vogël dhe rizën e madhe.

Vërmesa muskulare (*tunica muscularis*) është e përbërë prej tri shtresave të fijeve muskulore të lëmuara, të jashtme, të mesme dhe të thellë. Shtresën e jashtme e formojnë fije gjatësore (stratum longitudinal), shtresën e mesme fije rrethore (stratum circulatore) dhe shtresën e thellë, fijet e pjerrta muskulore (fibrae obliquae).

Vërmesa nënjargore (*telea submucosa*) është përbërë nga indi lidhor i shkruftë i cili lidhë shtresën muskulore dhe atë jargore. Kjo shtresë e pasur me anë të gjakut dhe gërshetimit nerve plexus submucosus.

Vërmesa jargore (*tunica mucosa*) idhet me vërmesën muskulore me anë të shtrojes nënjargore. Vërmesa jargore është e përbërë prej pllakës epiteliale (lamina epithelialis) pllakës së mirëfilltë të jargores (lamina propria mucosae) dhe pllakës muskulore të jargores (lamina muscularis mucosae). Lukthi i mbushur mesatarisht në këmbë e merr formën e tij

në formë të grepit të vendosur vertikalisht me gjatësi rreth 25 cm, gjerësi rreth 10/20 cm dhe trashësi 8/9 cm. ⁴



<https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&ved=2ahUKEëih6sGfsaLeAhUIbFAKHVf8Cë8QjRx6BAgBEAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.shkollaibrahimkodra.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F07%2F19.-Kanceri-i-stomakut.pdf&psig=AOvVaw2iqZEunSOuOrd14WjkzuEf&ust=1540584074462867>

⁴ Behluli I “ Anatomia”: 118

2.2. Ulçera e lukthit

Ulçerat gastrike janë të rëndësishme, sepse ato shkaktojnë përkeqësim të gjendjes shëndetësore, hemorragji dhe në disa raste shoqërohen me perforim, shkaqet e të cilit janë të vështira për tu diferencuar nga kanceret gastrike. Pjesa më e madhe e tyre shoqërohen me infeksionin nga *H.pylori* dhe çrrënjësia e bakterit pakëson ndjeshëm rekurencën e ulçerës, gjë që tregon rolin shkaktar të bakterit. Shumica e ulçerave gastrike shoqërohen me përdorimin e NSAID. Në fillim të shekullit të XX, ulçerat gastrike ishin më të shpeshta në Mbretërinë e Bashkuar në krahim me ulçerën duodenale dhe shfaqeshin shpeshëherë te femrat e reja. Aktualisht, ato janë më të rralla dhe shfaqen më tepër te personat e moshuar. Ulçera ndodhë kur faktorët agresivë janë më të shpeshtë se mbrojtja e mukozës. Frenimi i acidit gastrik përshpejton shërimin e ulçerave gastrike, kështu që acidi kontribuon në mënyrë të qartë, por nivelet e sekretimit acid janë normale ose pak nën vlerat normale te këta pacientë, kështu që acidi nuk mundë të konsiderohet si shkaku kryesorë.⁵

Të dhënat e fundit tregojnë një rritje të numrit të personave të moshuar me sëmundje ulçerike. Futja e endoskopisë si metode e re me rëndësi në diagnostikim ka ndikura në zbulimin më të madh të rasteve të sëmurëve me ulçerë. Ekspozimi i gjatë ndaj faktorëve dëmtes të tipit farmakologjik apo të dëmtesve toksik bashkë me faktorët psikosocialë ndikojnë në rritjen e frekuancës së lezioneve ulçeroze te të moshuarit. Tek të moshuarit ka raste që shenjat janë më të lehta ose jo tipike. Mungesa e dhimbjes takohet gati te 1/3 e të moshuarve. Hemorragjia akute është ndërlikimi më i shpeshtë për moshën e tretë. Ajo përbën 80% të komplikacioneve të ulçerës së stomakut me një vdekshmëri deri në 30% të rasteve.⁶

Ka dallim në mes erozioneve dhe ulçerës. Erozionet mund të shërohen brenda disa ditëve ndërsa ulçera kërkon më shumë kohë. Ulçerat janë leziona të rikthyeshme dhe të përsëritura, që më shpeshë diagnostikohen në moshat e mesme dhe te të moshuarit, por mund të bëhen të dukshme edhe në rini. Shpesh ato shfaqen pa ndikime të qarta precipituse dhe mund të shërohen më vonë pas një periudhe nga disa javë në disa muaj të sëmundjes aktive. Por që edhe pas shërimit mund të mbetet zonë e natyrshme për zhvillimin e ulçerave gastrike pjesërishtë për shkak të infeksionit të herëpërhershëm me *H.pylori*-n prandaj, është

⁵ David A. Werrell, Timothy M. Cox, Johan D. Frith, Eduard J. Benz, Jr "Traktati i Oksfordit për mjekësinë: 562

⁶ ZALLARI K. "Parime të geriatriisë dhe të gerontologjisë":89-90

e vështirë të merren të dhëna të sakta për prevalencën e sëmundjës aktive. Ndikimet gjenetike luajnë pak ose aspak rol në zhvillimin e ulçerave gastrike. Duhanëpirja dëmton rrjedhjen e gjakut mukozal dhe shërimin. Alkooli nuk është provuar ende që shkakton drejtpërdrejtë ulçerim, por ciroza nga alkooli shoqërohet me një incidencë të lartë të ulçerave. Kortikosteroidët me doza të larta dhe me përdorim të përsëritur ndihmojnë formacione peptik.⁷

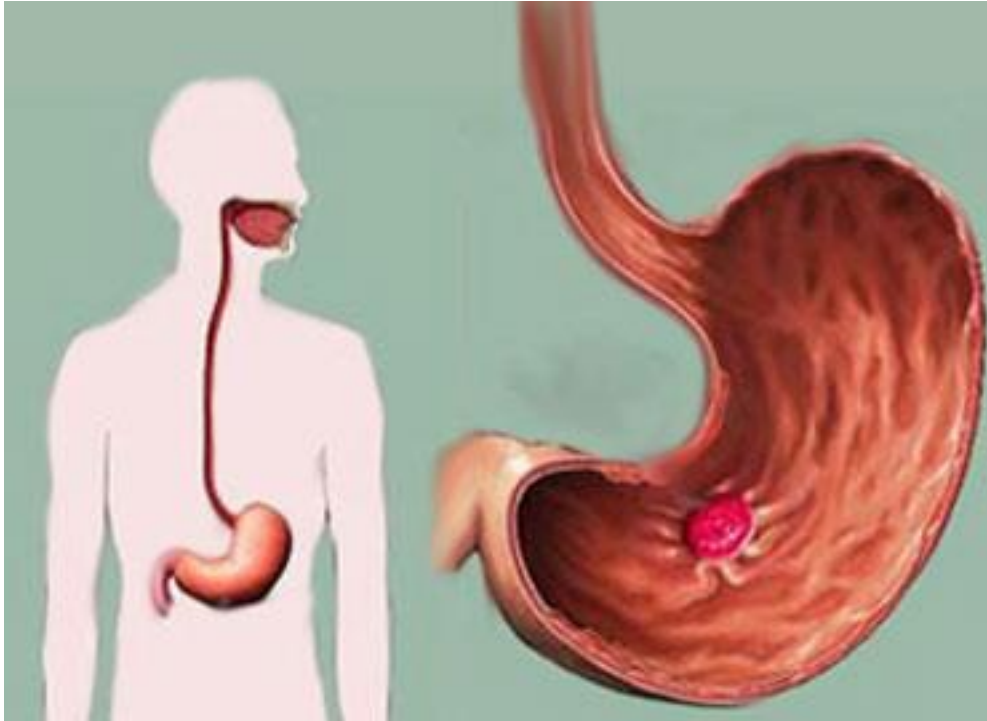
Shumica e ulçerave gastrike shpohen përgjatë murit të mëparshëm të kthesës së vogël të stomakut. Përforacioni mund të vihet re me radiografi të thjeshtë abdominale, testi me barium dhe perforacioni janë të kundërlindura nëse dyshojmë shpimin dhe konsulta kirurgjikale është e detyrueshme. Vdekshmëria shkon nga 30-50% në rastet me perforacion, veqanërisht te pacientët e vjetër dhe të dobët. Depërtimi ndodh kur ulçera shpon organet tjera përreth, përfshinë zorrën e hollë, pankreasin, mëlçinë, pjesën bilare ose më shumë se vetëm njërin. Paraqitja e zakonisht është e lidhur dhe me formën e një pankreatiti akut. Stenoza e pilorit ndodh në 1-3% të rasteve dhe vjen nga inflamacioni akut apo nga obstruktionet mekanike për shkak të dhëmbëzimit të junktionit gastroduodenal. Paraqitja e stenozën së pilorit gjithashtu është i lehtë dhe shfaqet me shenjat e GERD, ngopje e shpejtë, humbje në peshë, dhimbje abdominal, dhe të vjella. Nëse obstrukcioni vjen nga inflamacioni parësorë, i përgjigjet mirë terapisë, ndërsa rastet nga dhëmbëzimi kërkojnë ndërhyrje kirurgjike ose endoskopike. Metodat diagnostikuse për ulçerë përfshijnë ezofagografinë me dyfish kontrast bariumi dhe endoskopinë e sipërme. Edhe pse ekzaminimi me barium ka një saktësi prej 80-90%, parapëlqehet endoskopia sepse shumë studime kanë treguar epërsi në vënien e diagnozës së ulçerave gastrike. Përkundër kostos së lartë dhe rrezikut më të madh për ndërlikime si gjakosja, perforacioni, mbiqetësimi, endoskopia e sipërme është hapi fillestar për të vendosur diagnozën e një ulçere. Krahasimet e kostos për kohë të gjatë flasin në perkrahje të endoskopisë mbi mënyrat e tjera të diagnostikimit dhe pacientët parapëlqejnë endoskopinë mbi ekzaminimin me barium. Për më tepër, gjatë endoskopisë mund të merret material për biopsi, fshirje ose të dyja, për të vënë emrin e patologjisë bazë.⁸

Si diagnoza diferenciale te ulçera gastrike përfshihen: refluksi gastroezofageal, kolika

⁷ Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell "Bazat e Patologjisë" së Robbins-it :593-595

⁸ Robert E.Rakel.MD"Traktati i Mjekësisë së Familje" Tiranë 2013:1133

biliare, kolecistiti, pankreatiti, gastritis, aneurizma e aortës abdominal, disektimi i aortës, infarkti i miokardit, formë simptomatike, por pa ulçerë endoskopike e cila quhet dispepsi joulçeroze.⁹



https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&ved=2ahUKEëjDs4PPyLHeAhWEqaQKH5AnoQjRx6BAGBEAU&url=%2Furl%3Fsa%3Di%26source%3Dimages%26cd%3D%26ved%3D2ahUKEëjDs4PPyLHeAhWEqaQKH5AnoQjRx6BAGBEAU%26url%3Dhttp%253A%252F%252Fwww.keshilla.net%252Fulcera-ne-bark%252F%26psig%3DAQvVaë3H-n4s4A5nSrfVK5W8j8c_%26ust%3D1541105327725465&psig=AQvVaë3H-n4s4A5nSrfVK5ë8j8c_&ust=1541105327725465

⁹ Jeffery J, Schaidler, Stephen R, Hayden, Richard E. Wolfe, Roger M. Barkin, Peter Rosen “Konsulta Mjekësore e Urgjencës së Pesë Minutave të Para”:1212

Më parë nëse, një pacientë me i ri se 50 vjeq kishte dispepsi dhe nuk kishte shenja apo simptome alarmi që flasin për komplikacione të ulçerës ose sëmundje malinje, rekomandohej kryesisht një cikël trajtimi empirik me frenim të sekretimit të acidit. Edhe pse kjo metodë vazhdon të praktikohet edhe sot nga disa mjek. Referimi te gastrologu bëhet vetëm kur ka nevojë për ekzaminim endoskopik dhe për vlerësim të mëtejshëm në trajtim nëse endoskopia del negative. Pjesa më e madhe e ulçerave gastrike shërohen me një terapi standarte. Një ulçerë gastrike që nuk shërohet brenda 12 javëve quhet ulçerë refrektare. Kur të përjashtohet edhe përdorimi I NSAID, gjithashtu duhet të ndalohet edhe duhanpirja. Në rastin e ulçrës gastrike duhet të përjashtohet sëmundja malinje. Ulçerat ne korpus dhe në fundusin e stomakut kanë potencial të jenë malinje. Më shumë se 90% e ulçerave refrektare shërohen pas një cikli prej 8 javësh trajtim. Shkaqet e rralla të ulçerës refrektare të cilat mund të diagnostikohen nga biopsitë gastrike janë ischemia, sëmundja e Crohn, amiloidoza, sarkoidoza, limfoma, gastroenteritis eozinofilik¹⁰.

¹⁰ Fauci, Braunwel, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo "Parimet e Mjekësië Interne" HARRISON:1862

2.3. Epidemiologjia

Prevalenca mbarë botërore e ulçeres gastrike reflekton prevalencën e H.pylori-t. Kolonizimi me këtë bakter praktikisht shoqërohet gjithmonë me gastrit aktiv kronik, i cili vazhdon për aq kohë sa një individë mbetet i kolonizuar dhe zhduket ngadalë brenda 6 deri 24 muaj, pas zhdukjes së H.pylori-t. Rënja e incidencës e shoqëruar me një pakësim të rasteve të shtruara në spital dhe në kirurgji për sëmundjen e ulçerës, besohet se reflekton kryesisht në uljen e prevalencës së kolonizimit gastrik me H.pylori. Zvogëlimi sëmundjes së ulçerës është gjithashtu rezultat i përhapjes së gjerë të terapisë çrrënjësore, me reduktim të fortë të përsëritjes së ulçerës te pacientët pozitivë për H.pylor-in.¹¹

Ulçera gastrike prek 1.8% të popullatës së SHBA-ve. Studimet tregojnë se kjo sëmundje prekë njësojë si meshkujt ashtu dhe femrat. Faktorët më të zakonshëm të riskut me ulçerë gastrike janë infeksionet me H.pylor dhe duhanpirja.¹²

Moshat mbi 65 vjeqë kanë simptome më të lehta ose jo tipike. Mungesa e dhimbjeve takohet në gati 1/3 e të moshuarve dhe prania e karakterit ulçerativ shfaqet me hemorragji (melana ose hematemeze) në mbi gjysmen e subjekteve që konsumojnë barna me efekt negative në mukozën e stomakut. Efekti negativ i alkoolit dhe duhanit në mukozën e stomakut tashmë është i njohur, nëpërmjet stimulimit të sekrecionit dhe aciditetit gastrik, si dhe dëmtimit të barrierës së mukozës gastrike. Nga pikpamja patogjenetike dhe fizpatologjike, sëmundja ulçeroze është konsideruar heretogjene lidhur me etiologjinë, ku janë të njohur faktorët ambientalë, agjentët dëmtues, veqanërishtë mbi një nënshtrat gjenetik¹³.

¹¹ Goldman L, Auasiello D” Traktati mjekësorë i Cecil-it” Tiranë 2013:1010

¹² Noble J. “Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësorë”:910

¹³ Zallari K “Parimet të geriatrisë dhe të gerontologjisë”:89

2.4. Shkaktarët kryesorë

Faktorët kryesorë që kontribuojnë janë: agjentët infektiv si *Helicobacter pylori* dhe përdorimi i barnave NSAID.

Helicobacter pylori është një bakter në formë spirale gram negativ. Në vendet e industrializuara mbi 60% e subjekteve me moshë mbi 60 vjeq janë të infektuar nga ky mikroorganizem dhe shpeshësia e *H.pylori* rritet me moshën. *H.pylori* është shumë i ndjeshëm ndaj amoksicilinës, metonidazolit ose tinidazolit dhe bismuthit, ky i fundit përveq një veprim mbrojtës ka edhe një veprim antibakterial në raport me *H.pylorin*.

14

10 -20% të individëve që janë të infektuar me *H.pylorin* zhvillojnë ulçerë gastrike.

Lidhshmëria midis *H.pylori* dhe ulçerës gatrike është e mirëlidhur, ndryshueshmëria midis ndërveprimeve të patogjenëve bartës që ka shkaktuar ulçerime mbetet për tu zbërthyer.

NSAID janë shkaktarët kryesorë të ulçerave gastrike te personat që nuk janë të infektuar me *H.pylorin*. Meqenëse NSAID janë ndër barnat më të përdorur, masa e toksicitetit gastrodeudenal që shkaktohet nga këta faktorë është shumë e madhe. Faktorët rrezikues më të lartë të toksicitetit nga NSAID janë në moshat e mëdha, doza e lartë dhe përdorimi i tejzgjur i tyre. Në rrezik më të lartë janë veqanërisht ata që marrin preparate për gjendjet reumatike kronike. Frenimi i sintezës së prostaglandinës mukozale, që rritë sekretimin e acidit hidroklorik dhe redukton prodhimin e muknës dhe të bikarbonatit, është pika kyçe e ulçerimit gastrik e shkaktuar nga NSAID. NSAID po ashtu mund të penetrojnë në qelizat mukozale të zorrëve. Nuk është përcaktuar plotësisht nëse bashkërezistenca e *H.pylori* mund të prekë ulçerimin e shkaktuar nga NSAID. Rastet e tjera mund të veprojnë vetëm ose në bashkërendim me *H.pylorin* ose NSAID për të ndihmuar ulçerimin gastrik.¹⁵

Agjentë të tjerë infektivë janë përdorimi i duahnit, alkoolit, rritja e stresit, rrezatimi etj.¹⁶

¹⁴ Tamburi A. Byku B. Fyga L. Andoni R. Jacaj Z “Mikrobiologjia Mjekësore”:243-244

¹⁵ Noble J. “Trakti i Mjekësisë së Kujdesit Prësorë”:912

¹⁶ E.Paka, L.Neqaj, E.Rustemi, D.Bego, A.Imani-Leçaj, M.Çela, A.Dervishi, V.Zanaj, V.Mane “Infermieristika në specialitete” Tiranë 2005:78

2.5. Paraqitja klinike

Pacientët me ulçerë gastrike kronike kanë prirje të jenë mbi 40 vjeq dhe zakonisht vijnë nga grupe me zhvillim të ulët social-ekonomik. Dhimbja epigastrike është simptomamë e shpeshtë. Zakonisht, ajo rrezatohet në shpinë, në qoftëse ulçera lokalizohet në murin posterior.

Ushqimet dhe antacidet zakonisht e lehtësojnë atë. Ajo ndodhë në mënyrë tipike me përkeqësimet që zgjasin për disa javë dhe me periudha pa simptoma ndërmjet tyre. Dhimbja gjatë natës shfaqet te një numër i vogël pacientësh me ulçera gastrike. Ulçera gastrike shpesh shkakton nauze, anoreksi, ose rënje në peshë, që është shenjë sugjeruse për kancer gastrik. Disa pacientë kanë të vjella por shumë ulçera nuk kanë simptome deri në momentin që pacienti paraqitet me hemorragji, dhe në praktikë ndërmjet këtyre sëmundjeve nuk mund të bëhet dallimi i lehtë në bazë të simptomeve.

Pjesa më e madhe e pacienteve me dhimbje epigastrike kanë dispepsi joulçeroze ose refluks gastro-intestinal, diagnoza diferenciale e ulçeres gastrike përfshinë kancerin gastrik, limfomën, sëmundjen Crohn, sifilizin, tuberkulozin etj.

Duhet pasur parasyshë se kanceret gastrike shkaktojnë në disa raste ulçera që ngjasojnë me ulçeren gastrike të thjeshtë por këto mund të shërohen kur sekretimi frenohet, konfuzioni i mëvonshëm mund të ndodhë për shkak se biopsitë nga buzët e ulçerës nuk përmbajnë gjithmonë qeliza malinje.¹⁷

¹⁷ David A. Werrell, Timothy M. Cox, Johan D. Frith, Eduard J. Benz, Jr “Traktati i Oksfordit për Mjekësinë”:562

2.6. Diagnostikimi

Tek 66% e pacientëve me ulçerë gastrike, vendosja e diagnozës vendoset vetëm në bazë të anamnezës dhe ekzaminimit objektiv, diagnozë që zakonisht është e vështirë për tu vënë dhe jo shumë e sigurtë. Diagnoza e ulçerës gastrike zakonisht bëhet me anë të ezofagogastroduodenoskopisë apo serive gastrointestinal të sipërme. Këto metoda priren të përkojnë me njëra-tjetren, edhe pse ndjeshmëritë dhe specifitetet e raportuara mund të mos jenë të zbatueshme në të gjitha qendrat, për shkak se ato varen shumë edhe nga përvoja e ekzaminuesit në radiologji dhe gastroendoskopike. Prandaj, nëse disponohet, vlerësimi endoskopik është i parapëlqyer për pacientet tek të cilët dyshojmë për ulçerë gastrike. Testet laboratorike japin në përgjithësi pak ndihmë në vlersimin e pacientëve me ulçerë të pandërlikuar. Matjet e sekretimit të acidit gastrik janë përgjithsisht të dobishme vetëm te pacientët me nivele serike të rritura të gastrinës.

Te këta pacientë, matja e pH gastrike gjatë endoskopisë është e dobishme për të dalluar gastritin atrofik apo shkaqet e tjera të rënies së sekretimit të acidit.

Testet laboratorike luajnë një rol të rëndësishëm në diagnozën e infeksionit nga H.pylori, më së shumti me anë të përcaktimit serologjik të antitropave imunoglobulinë G (IgG) në gjak periferik, i cili është i ndjeshëm më shumë se 90% dhe specific 90% për infeksion nga H.pylori. Testet e frymëmarrjes me ¹³C-urea dhe ¹⁴C-urea mund gjithashtu të përcaktojnë infeksionin nga H.pylori dhe janë metodat më të ndjeshme për të përcaktuar çrrënjosjen e suksesshme të mikroorganizmit. Pacienti gëlltit urenë e shënuar me karbon 13 apo karbon 14. Nëse H.pylori është i pranishëm në mukoza gastrike, ureza bakteriale metabolizon urenë në amoniak dhe dioksid karbon të shënuar, i cili përthithet në rrymën e gjakut dhe ekstrahohet me anë të mushkërive.

Mostra e frymës së ekspiruar grumbullohen në interval pas gëlltitjes së uresë dhe analizohen duke përdorur ose spektrometrin e masës ¹³C ose numëruesin e shintilimit ¹⁴C. Testimi I uresë në frymëmarrje ka një sensitivitet 95% dhe specifitet 98% për diagnozën e infeksionit nga H.pylori. saktësia e lartë diagnostike dhe natyra joinnvazive e tij, e bëjnë

këtë test një mënyrë superior të dokumentimit të H.pylorit dhe konfirmimit të çrrenjosjes së mikroorganizmit 4-6 janë pas ndërprerjes së trajtimit. Për pacientët, të cilët I nënshtrohen endoskopisë së sipërme, disa teste për H.pylori mund të kryhen në mostrat e biopsisë së mukozës gastrike.

Kultura e H.pylorit është e vështirë dhe aktualisht përdoret rrallë për diagnozën e infeksionit në praktikën klinike. Ekzaminimi histologjikë i drejtëpërdrejtë i mostrave të biopsisë është një metodë e ndjeshme dhe specifike për diagnozën e infeksionit me H.pylor dhe mbetet standarti i artë. Testi i shpejtë i urezës ofron një rrugë më të shpejtë dhe më pak të kushtueshme për përcaktimin e infeksionit nga H.pylori nga një mostër e biopsisë. Këto teste përdorin një matriks me xhel të ngopur si me ure ashtu edhe me tregues të ngjyrës të ndjeshëm nga Ph. Biopsitë gastrike vendosen në xhel dhe në prani të ureazës së lidhur me H.pylori, nga urea gjenerohet amoniaku dhe xheli shëndrrohet në ngjyrë të kuqe, ndërkohë që pH bëhet gjithënjë e më alkaline. Testimi i shpejtë i ureazës ka një sensitivitet 92% nëse lexohet në 3 orë dhe një sensitivitet 98% në 24 orë, me një specifitet prej 100%.¹⁸

2.7. Komplikacionet e ulçerës

Komplikacionet më të shpeshta të ulçerës janë hemorragjia, perforacioni, obstrukcioni i pilorit dhe kriza ulçerike.

Hemorragjia: është komplikacioni më serioz i ulçerës. Një hemorragji e vogël nga ulçera manifestohet nga prezenca e gjakut në feces (melen) me ngjyrë katrani. Një hemorragji massive, pacienti vjellë gjak të ndritshëm ose ngjyrë kafeje (hematmeza). Hemorragji ndodhë më shpesh te pacientët pleq. Veprimi i acidit gastrik me gjakun rezulton në një masë granulare të errët dhe veprimi i gjakut me përmbajtje duodenale dhe intestinale mund të rezultojnë në feces të zi.

Perforacioni: te pacientët me perforacion, përmbajtja gastroduodenale (acid peptik, bilë dhe

¹⁸ Nobel J “Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësorë”:914

lëngu pankreatik) boshatiset nepërmjet mureve anterior të stomakut apo duodenit në kavitetin peritoneal. Menjëherë një dhimbje fillon në regjionin e mesem epigastrik dhe përhapet në gjithë trupin. Dhimbja karakteristike bën që pacienti të jetë i frikësuar, abdomen është i tendosur, i papërkulshëm. Pacienti pozicionohet me këmbë të mbledhura në kraharor për të reduktuar tensionin në muskujt abdominal. Pacienti rëndohet brenda pak orëve, ndodh septikemia bakteriale e ndjekur nga shoku hipovolemik.

Obstruksioni i pilorit: obstruksioni pilorik manifestohet me vjellje të shkaktuar nga staza dhe dilatacioni gastrik. Obstruksioni ndodh në pilor dhe shkaktohet nga edema, inflamacioni apo kombinimi i këtyre faktorëve. Kur vjellja vazhdon, pacienti mund të përjetoj hipokloremi nga humbja e një sasive të madhe lëngë acid gastrik. Hipokalemia mund të rezultoj nga të vjellat. Pacienti hospitalizohet kështu që i administrohet terapi IV likidësh dhe elektrolitësh.

Kriza ulçerike: mund të zhvillohet nga komplikacionet e tjera të ulçerës, streset e shtuara në jetën e pacientit dhe nga paaftësia për të bërë ndryshimet e mundëshme në stilin e jetës.¹⁹

2.8. Trajtimi

Trajtimi i ulçerave gastrike behet duke eliminuar shkakun, në qoftë se kjo gjë është e mundur dhe duke dhënë preparate shëruese të ulçerës, nëse është e nevojshme.

Administrimi i një frenuesi të pompës protonike siq është omeprazoli përshpejton shërimin e ulçerës. Deri në momentin që shërohet ulçera pacienti i nënshtrohet një ekzaminimi endoskopik qdo 4 deri 6 javë dhe duhet të merren biopsi të shumta nga kufiri i ulçerës për të përjashtuar kancerin. Në qoftë se NSAID duhet të përdorën, stomaku mund të mbrohet kundër ulçerave të mëtejshme me anë të frenuesve të pompës protonike ose me anë të misoprostolit.²⁰

¹⁹ E. Paka, L.Neqaj, E.Rustemi, D.Bego, A.Imami-Leqaj, M.Qela, A.Dervishi, V.Zanaj, V.Mane “Infermieristika në specialitetet” Tiranë: 77-78

²⁰ David A. Werrell, Timothy M. Cox, Johan D. Frith, Eduard J. Benz, Jr “Traktati i Oksfordit për Mjekësinë”:563

Trajtimi i ulçerës gastrike përfshin trajtimin jomedikamentoz dhe atë mediakmentoz.

Trajtimi jomedikamentoz

Qëndrimi në shtrat dhe modifikimi i dietës kanë qenë shtyllat e shërimit të ulçerës gastrike. Dietat e lehta të pasura me qumësht janë rekomanduar së bashku me ngrënjen e vakteve më të pakta e më të shpeshta në mënyrë që të ulen tendosja gastrike dhe sekretimi i acidit. Këto trajtime nuk janë vlersuar asnjëherë në studimet e kontrolluara klinike dhe më vonë u zbulua se vetë qumështi është një stimulant i fuqishëm i sekretimit të acidit gastrik. Prandaj, nuk janë këshilluar më tej as modifikimet e dietës përveç këshillimit të pacientëve që t'ju shmangen ushqimeve specifike që percipitojnë dipepsinë. Masat e përgjithshme janë ndërprerja e pirjes së duhanit dhe konsumimit të alkoolit dhe nëse është e mundur ndërprerja e NSAID.²¹

Trajtimi medikamentoz

Objektivi kryesor i terapisë medikamentoze në shërimin e ulçerës është të siguroj pushim për stomakun. Qëllimi i terapisë përfshinë: reduktimin e sekrecioneve (medikamente hiposekretuse), neutralizim të acidit (antacid). Mbrojtjen e mukozave mbrojtëse nga ulja e aktivitetit të pepsinës dhe acidit hidroklorik. Medikamentet hiposekretore reduktojnë sekretimin e acidit. E rëndësishme është që medikamentet hiposekretuese kur jepen në mënyrë orale për ulçerat, duhen të administrohen në një dozë të vetme në mbrëmje, para orarit të gjumit. Për një efekt optimal antacidet jepen 2 orë pas ushimit për të reduktuar hidrogjenin që është i shtuar në duoden. Antacidet janë efikase 30 min deri 3 orë pas administrimit. Masa tjera terapeutike përfshinë: mjeku mund të përdorë ezofagogastroduodenoskopin për të parë ezofagun dhe stomakun direkt për të identifikuar vëndet e hemorragjisë. Injekton terapi, elektrokoagulate nëpërmjet endoskopit për të kontrolluar hemorragjinë. Trajtimi i hemorragjive të traktit të sipërm gastrointestinal me elektrokoagulator nëpërmjet endoskopit ka zvogëluar ditët e qëndrimit në spital, nevojën për transfuzione dhe numrin e procedurave kirurgjikale. Nevojitet një regjim shtrati absolute për të mbajtur presionin e gjakut në vlera të ulta dhe për të zvogëluar lëvizshmërinë intestinale për disa ditë pasi hemorragjia është eliminuar. Gjatë ditëve të para pasi është trajtuar hemorragjia, përqendrohet vëmendja për kontrollimin e aktivitetit sekretor në stomak. Për të arritur këtë mjeku rekomandon ranitidinë ose cimetidinë. Menaxhimi i

²¹ Nobel J "Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësorë": 915

perforacionit menaxhohet nëpërmjet zëvendësimit imediat të antibiotikëve. Infermieri monitoron me kujdes marrjet dhe nxerrjet. Menaxhimi i obstruksionit pilorik shkakohet nga edema, sapzma e indeve. Simptomet e obstruksionit në lidhje me vështirësitë në boshatisje të stomakut përfshijnë ndjenjën e mbushjes plotë, dinstenson dhe nauze pas ushqyerjes dhe të vjeltit e sasisë së ushqimeve të patretura. Trajtimi i obstruksionit është direkt, rivendosje e likideve dhe balancim të elektrolitëve dhe eliminimin e stomakut të dilatuar.²²

Kombinimi i bismuthit, metronidazolit dhe tetraciklinës shënon terrapin e trefishtë, e cila është mjaftë efektive ndaj H.pylorit.Kjo terapi edhe pse mjaftë efektive, ka shumë problem. Efektet anësorë të terapisë së trefishtë janë: nga përdorimi i bismuthit mund të shoqërohet me feces të zi. Ndërsa komplikimi më I frikshëm i amoksicilinës është koliti pseudomembranoz. Efekte tjera anësore të amoksicilinës janë diarre, nauze, të vjella,rash kutan dhe reaksion alergjik.²³

2.9. Dieta ushqimore

Përdorimi i një diete është i rëndësishmë sepse ajo neutralizon acidet dhe redukton hipermortilitetin dhe mundë të lehtësoj dhimbjen. Ushqimi në vetvete vepron si një antacid për neutralizimin e acidit gastrik për 30-60 min. Infermieri instrukton pacientin për të shmangur substancat të cilat rrisin sekrecionet acide, duke përfshirë pijet të cilat përmbajnë kafeinë. Infermieri mëson pacientin të eliminojë çdo ushqim që shkakton diskonfort. Gjatë fazës akute dieta zakonisht është e butë dhe jo irrituese. Infermieri inkurajon pacientin të eliminojë ushqimet që mund të shkaktojnë simptomat e një gastritis si ushqimet pikante, shumë të ftohta etj. Vaktet në kohën e gjumit duhet shmangur sepse mund të stimulojnë acidin gastrik. Këshillohet pacienti të ha sipas një orari të përcaktuar sepse intervalet në

²² E. Paka, L.Neqaj, E.Rustemi, D.Bego, A.Imami-Leçaj, M.Çela, A.Dervishi, V.Zanaj, V.Mane “Infermieristika në specialitetet” Tiranë:79-81

²³ Fauci, Braunwel, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo “Parimet e Mjekësië Interne” HARRISON:1862

mes vakteve të ushqimit ndihmonjë në neutralizimin e sekrecioneve gastrike. Qumështi mund të përdoret në sasi të vogla sepse ai është një neutralizues i varfër. Pacientëve u ndalohet rreptësishtë pirja e duhanit si dhe e alkoolit për shkak të efekteve të tyre stimuluese. Inkurajohet pacienti të marrë sasi të madhe të ujit sepse uji konsiderohet si një antacid i mirë rekomandohen 6-8 gota ujë në ditë. Inkurajohet pacienti të ha në një atmosferë relaksuese sepse ndihmon në uljen e ankthit, e cila ndihmon në uljen e sekrecioneve të acidit klorhidrik.

2.10. Kujdesi Infermieror

Procesi i kujdesit infermieror është procedurë që ndërtohet nga vet i sëmundjes dhe zbatohet nga infermieri/ja. Shikohet si një proces problem zgjidhës që punon sipas një përkujdesje infermiere. Kujdesi infermieror përfshinë vlerësimin fillestar, diagnozen, planifikimin zbatimin dhe vlerësimin e rezultateve të arritura.²⁴

Vlerësimi infermieror

Infermieri mbledhë të dhëna në lidhje me shkaktarët apo faktorët rrezikues për sëmundjen ulçeroze. Infermieri shënon moshën e pacientit, seksin dhe profesionin. Vlerëson menyrat e jetesës aktuale dhe identifikohen ditët stresante. Infermieri pyet pacientin për faktorët dietikë si p.sh. marrjet e kafeinës apo pirjes së alkoolit, marrjen e irituesve, mënyrën e ngrënjes, pytet pacientin për ushqimet e marra 72 orët e fundit, duke përfshirë zakonet në ushqyerjen, preferencat, pirjen e duhanit. Infermieri zbulon nëse pacient ka administruar ose është duke administruar medikamente si p.sh. kortikosteroide, aspirinë apo medikamente jo steroide antiinfamatorë. Infermieri pyet gjithashtu nëse pacient i është nënshtruar ndonjë trajtimi rrezatues. Infermieri merr informacion për shqetësime gastro-intestinale, dhimbje dhe nëse këto shqetësime kanë ndikuar në procesin e ngrënjes dhe gjumit, si dhe mënyrat për lehtësimin e tyre. Simptomat klasike kanë një lidhje të ngushtë me procesin e ngrënjes. Në ulçerën gastrike diskonforti rritet gjatë ngrënjes në mënyrë të veçantë pas pirjes së ujit të ngrohët. Pas lehtësimit të dhimbjes me ushqime ose antacid, personi rikthehet te fle dhe zgjohet në mëngjes pa dhimbje. Dhimbje mund të rritet nga ushqimet të tilla si domate, qepë, ushqimet e skuqura, alkool apo pije që përmbajnë kafeinë dhe disa medikamente si aspirinë, kortikosteroide.

Vlerësimi fizik

Pacienti përshkruan diskonfort, dhimbje ose urthin. Dhimbja në ulçerën gastrike zakonisht shfaqet në epigastriumit e sipërm. Infermieri vlerëson për prezencën e ndjenjës së ngopjes apo urisë. Infermieri vlerëson të vjellat, që është një simptom në sëmundjet ulçeroze, zakonisht tek pacientët me disfunkcion të sfinkterit të pilorit. Të vjellat vijnë si rezultat i stazës gastrike e shoqëruar me obstruksion të pilorit. Infermieri vlerëson për deficite në

²⁴ Kraja E. "Bazat e Infermierisë I"

vëllimin e lëngjeve, tendencën për hemorragji, mat shenjat vitale orthostatike tek të gjithë pacientët me ulçerë gastrike. Ndryshimet orthostatike karakterizohen nga ulje e presionit sistolik dhe rritje të pulsit kur pacienti ngrihet nga një pozicion shtrirë në qëndrim drejtë. Infermieri vlerëson pacientin për marrje mendësh, në mënyrë të veçantë kur ai është në këmbë. Marrje mendësh është një tjetër simptomë e deficiteve në vëllimin e lëngjeve.

Vlerësimi psikosocial

Infermieri vlerëson ndikimin e ulçerës në mënyrën e jetesës, në profesion, familje dhe aktivitete sociale, aftësinë e pacientit dhe gadishmërinë e tij për të ndryshuar programin ditorë nëpërmjet reduktimit të streseve profesionale apo integritit në planin terapeutik, asftësinë për tu përshtatur dhe zgjidhur problemin. Infermieri vlerëson ndikimin e ndryshimit të mënyrës së jetesës, profesionit janë një informacion i rëndësishëm. Infermieri vlerëson dhe zbulon aftësinë e pacientit për tu përshtatur nga mjeku dhe duhet të siguroj një mbështetje për pacientin.

Diagnoza infermierore

Përfshinë prishjen e konfortit lidhur me dëmtimet e mukozava gastrike, rrezik i lartë për ndryshime në peruzionin e indeve e lidhur me komplikacionet (hemorragji, perforacion ose obstrukcion).

Diagnoza të pritshme përveq diagnozave të zakonshme

Pacienti mund të paraqes dhe diagnoza të tjera, të cilat janë: mungesë njohurish e lidhur me mosfamiljarizimin me medikamentet, dietën, shenjat dhe simptomet, paaftësi individuale për tu përshtatur e lidhur me ndryshimet e rëndësishme që kërkohen në stilin e jetës, ndryshimet në ushqyerje, më pak se nevojat e organizmit, e lidhur me anoreksin, nauzen dhe dietën e detyruar, prishje të cikleve të gjumit e lidhur me diskonfortin.

Planifikimi

Qëllimet kryesore janë: lehtësimi i dhimbjeve, mospërjetimi i komplikacioneve të ulçerës, reduktimi i ankthit, përmirësimi i ushqyerjes, sigurimi i një pushimi të mjaftueshëm, përvetësimi i njohurive për parandalim dhe menaxhimin e sëmundjes.

Ndërhyrja infermierore

Përfshinë lehtësimin e dhimbjeve e cila realizohet nëpërmjet admistrimit të terapisë medikamentoze të përshkruar nga mjeku. Infermieri monitoron pacientin për keqësim të dhimbjeve dhe raporton menjëherë tek mjeku.

Medikamentet dhe dieta ndihmojnë në përmirësimin e konfortit në pacientët më ulçerë. Për lehtësimin e shenjave dhe simptomave infermieri vë theksin për zbatimin e planit trajnues për të zvogëluar stimulimet gastrike.

Pushimi dhe ulja e aktiviteteve infermieri mëson pacientin të shmangë aktivitete fizike intensive. Kjo redukton aktivitetin motor, i cili stimulon sekrecionet gastrike.

Pushimi fizik dhe mental janë shumë të rëndësishëm. Zvogëlon stimulesit e mjedisit për të parandaluar stimulimin e acidit gastrik. I mësohen pacientit mënyra të ndryshme për të ruajtur energjitë gjatë një aktiviteti ditor, të ulesh në një stol gjatë gatimit, të ulesh në një karrige gjatë dushit, të rezervosh 30 min për tu veshur në mëngjes.

Të gjitha këto minimizojnë humbjen e energjive e cila ndikon në refuktimin e lodhjes.

Përmirësimi i perfuzioneve në inde: qëllimi kryesor është që pacienti të mos përjetoj komplikacione të ulçerës si hemorragji, përforacion apo obstrukcion në qoftë se do të ndodhin këto komplikacione, qëllimi është që pacienti të mos përjetojë ndryshime të perfuzioneve në inde. Monitorimi dhe njohja e komplikacioneve që në fazën e hershme do të ishin tepër të rëndësishme për trajtimin e ulçerës.

Trajtimi i hemorragjisë, infermieri observon simptomet për të vlersuar shkallën e hemorragjisë. Infermieri vendosë sondën nazogastrike për të zbuluar prezencën ose mungesën e gjakut në stomak, vlersuar ritmin e hemorragjisë, parandaluar dilatimin gastrik. Një përson me hemorragji mesatare (më pak se 500 ml) janë prezente dobësia dhe perspirimi. Humbja e gjakut më shumë se 1 L/24 orë mund të shkaktojë shenja dhe simptoma të shokut, si p.sh. hypotension, dobësi, rënie të pulsit, diaforeze. Tek pacientët në të cilin hemorragjia është e dukshme shtrohet në spital dhe monitorohet në mënyrë të kujdesshme për shenjat e hemorragjisë.

Infermieri përshkruan dhe dokumenton hemorragji në prezencën e hematemezës apo melenave (ngjyrën, sasinë dhe konsistencën e gjakut, frekuencën e hemorragjisë, shenjat vitale). Gjaku i ndritshëm është tregues i një gjakrrjedhje të re, gjaku i errët sygjeron për gjakrrjedhje të vjetër. Terapia për gjakrrjedhjen masive ndihmon për trajtimin e shokut hypovolemik, parandalimin e dehidrimit dhe imbalancën elektrolitike, ndalimin e gjakrrjedhjes, siguron pushim. Mjeku përdor endoskopin së bashku me terapi koagulante për të kontrolluar hemorragjinë dhe vendosur nevojën për ndërhyrje kirurgjikale. Pacienti vendoset në shtrat, nuk i lejohet asnjë gjë nga goja dhe i admisistrohet likide IV derisa

hemorragjia të ndërpritet.

Terapia vazopresion: administrimi intra arterial i vazopresorëve kontrollojnë me sukses hemorragjinë akute. Infermieri observon për komplikacione të shkaktuara nga efektet e vazopresorëve, të cilët përfshijnë: dhimbje në vendin e injektimit apo nekroze lokale, dhimbje kraharori, vështirësi në urinim, nauze dhe të vjella, krampe abdominal dhe të stomakut, gromësira. Kjo procedurë është e kundërrindikuar për pacientët me problem kardiakë. Reduktimi i ankthit infermieri duhet të vlerësoj çfarë pacienti di dhe dëshiron të dijë për sëmundjën. Vlerësohet niveli i tij i ankthit. Pacientët me ulçerë janë zakonisht ansioz por jo gjithmonë ankthi i tyre është i dukshëm. Pacientit i lejohet të shprehë ndjenjat e tij, frikën, ankthin, i shpjegon qëllimet e kryrjes së testeve ekzaminuese dhe administrimin e medikamenteve sipas një plani të caktuar dhe çdo ndryshim në planin e kujdesjes mund të shkaktojë ankth dhe rritje të sekrecioneve gastrike. Infermieri i bën të qartë pacientëve se ata janë pranë tyre për çdo problem. Infermieri hyn në një interreasion me pacientin duke qenë qetësues për pacientin, duke e ndihmuara pacientin të identifikojë shkaktarët stresues dhe duke i mësuar teknikat dhe metodat relaksuese. Infermieri inkurajon pjesëmarrjen e familjarëve të tij në kujdesje dhe mbështetje emocionale të tyre.

Edukimi shëndetësor

Pacientit në shtëpi i rekomandohet një pushim për të vazhduar rikuperim. Pacientët që i janë nënshtuar ndërhyrjes kirurgjikale apo kanë patur komplikacione si hemorragji, kërkojnë asistencë në aktivitetet e tyre ditore. Fokusimi primar i parapërgaditjes për në shtëpi është të mësuarit në mënyrë individuale për faktorët riskues për parandalimin e një ripërsëritje të ulçerës. Infermieri instruktin pacientin dhe familjarët për faktorët që ndikojnë në zhvillimin e ulçerës. Infermieri mëson pacientin për simptomet që duhet ta detyrojnë të paraqitet në spital, si p.sh. dhimbje abdominal, nauze dhe të vjella, fekale të zeza, dobësi apo marrje mendësh. Pacienti përshkruan simptomet sërish tek infermieri për të demonstruar kuptimin e tyre. Infermieri gjithashtu mëson pacientin edhe për dietën që duhet të përdorë. Pacienti duhet ta përqëndrojë vëmendje në mjekim: pacienti duhet të njohë medikamentet me të cilat do të trjatohet në shtëpi, duke përfshirë emrin, dozën, efektet anësore. Pacienti duhet të evitojë medikamentet që përmbajnë aspirinë apo ibrufen. Dieta: pacienti duhet të dijë se çfarë ushqimesh duhet të përdorë. Ai nuk duhet të pij kafe qaj, alkool dhe të përdorë erza, sepse kanë një potencial të madh për stimulimin e acidit.

Pacienti duhet të përdorë antacid në qoftë se ai ka ngrënë apo ka pirë më shumë se zakonisht dhe duhet të kuptojë rëndësinë e ngrënjes në orare të përcaktuara dhe interval midis vakteve.

Pushimi dhe reduktimi i streseve: pacienti duhet të dijë se streset në familje dhe streset në punë janë stimulus të sëmundjes. Pacienti duhet të jetë i vetëdijshëm se pirja e duhanit shkakton rritjen e irritimit të ulçerës. Pacienti duhet të planifikojë periudhat e pushimit apo të relaksuese pas një periudhe stresante.

Komplikacionet: pacienti duhet të jetë i aftë të dallojë shenjat dhe simptomat e komplikacioneve dhe duhet ta kontrollojë menjëherë mjekun.

Hemorragji- lëkurë e ftohtë, konfuzion, rritje e rrahjeve të zemrës, frymëmarrje e sforcuar, gjak në feces.

Perforacioni- dhimbje të mëdha në abdomen, abdomen të ngurtësuar dhe tendosje, të vjella, temperaturë e lartë, dhe rritje e rrahjeve të zemrës.

Obstruksioni i pilorit- nauze, të vjella, abdomen i fryer, dhimbje abdominal.

Intractabiliti-dhimbje persistente dhe diskomfort në lidhje me stresin, ushqimet e marra dhe regjimi medikamentoz.

Perforcimi i kujdesit- pacienti duhet të jetë i vetëdijshëm se ky kujdes për sëmundjen duhet të vazhdojë përreth një vit. Është e rëndësishme të kuptohet se si modifikimet në mënyrën e jetesës, punës dhe ushqyerjes parandalojnë ripërsëritjen e ulçerës. Vlersimi i arritjeve

Pacienti përjeton më pak dhimbje: nuk ka më dhimbje midis ngrënjes dhe vakteve, përdorë antiacide për të parandaluar dhimbje, eviton ushqimet dhe lëngjet që shkaktojnë dhimbje, ha vaktet në orare të caktuara, përdorë antikolinergen sipas përshkrimit të mjekut.

Përjeton më pak ankthe: përdorë sedativë dhe qetësues sipas përshkrimit të mjekut, indentifikon situatat që provokojnë stres, indentifikon ndryshimet në mënyrën e jetesës për të reduktuar stresin, përfshin familjen në diskutim për ndryshimin dhe rregullimin e mënyrës së jetesës.

Siguron ruajtjen e integritetit të indeve: shmang ushqimet dhe pijet që shkaktojnë iritim të indeve, ha rregullisht sipas një plani ushqyerje, ha ngadalë dhe në një atmosferë relaksuese, adminstron medikamentet në orar të caktuar, përmbushë pushimin e nevojshëm: alternon

periudhën e aktiviteteve me periudhën e pushimit, përdorë teknika për ruajtjen e energjisë gjatë aktiviteteve në jëtën e përditshme, kufizon aktivitetet e tepërta.²⁵

²⁵ E. Paka, L.Neqaj, E.Rustemi, D.Bego, A.Imami-Leçaj, M.Çela, A.Dervishi, V.Zanaj, V.Mane “Infermieristika në specialitetet” Tiranë: 78:82

3. Qëllimi i punimit

Qëllimi i këtij punimi është të rriten njohurit mbi atë se çka është ulçera gastrike, çka e shkakton ulçerën gastrike, cilat janë komplikacionet e ulçerës gastrike, detyrat e infermierit/es te të sëmurët me ulçer gastrike, mënyra e trajtimit e ulçerës gastrike.

Objektivat e punimit:

- ❖ Çka është ulçera gastrike
- ❖ Çka e shkakton ulçerën gastrike
- ❖ Komplikacionet e ulçerës gastrike
- ❖ Si diganostikohet ulçera gastrike
- ❖ Si trajtohet ulçera gastrike

4. Materiali dhe Metoda

Në realizimin e këtij punimi është shfrytëzuar literature e cekur më poshtë.

Metoda e përdorur në realizimin e këtij punim është metoda rishikim literature.

5. Rekomandime

Për të sëmurët me ulçerë gastrike rekomandohet:

- ❖ Qumështi dhe prodhimet e qumështit
- ❖ Vezë
- ❖ Mish viqi, pule, peshk
- ❖ Supë, karrota, lulëlakër, makarona
- ❖ Caj mali, kamomil
- ❖ Patate, pure patatesh
- ❖ Fruta të pjekur pa fara si mollë, dardha, pjeshkë, banana
- ❖ Biskota
- ❖ Gjalpë
- ❖ Bukë e bardhë jo e freskët
- ❖ Oriz
- ❖ Pudding
- ❖ Duhet ngrën shpesh dhe në porcione të vogla
- ❖ Ushqimet nuk duhet të përmbajnë shumë krip
- ❖ Duhet evituar gjellërat e ftohat dhe shumë të nxehta
- ❖ Të mos konsumohet alkool dhe duhan
- ❖ Të mos konsumohen pije të gazuara, si dhe pije që përmbajnë kafeinë
- ❖ Të mos konsumohen ushqime të skuqura
- ❖ Të mos konsumohen ushqime pikante

6. Diskutimet

Duke u nisur nga rishikimi i leteraturës kemi arritur në konkluzion se ulçera gastrike është një dëmtim i ulçerës gastrike që prek dhe pjesën muskulore. Shkaktarët kryesore janë: H.pylori si dhe përdorimi I NSAID. Ulçera gastrike është sëmundje që prek të dyja gjinitë. Tek personat e moshuar mund ti kenë simptomet më të lehta apo jo tipike. Ulçera gastrike është sëmundje që shërohet por mund të përsëritet.

7. Përfundimi

Ulçera gastrike është dëmtim i mukozës gastrike që prekë edhe pjesën muskulare. , Ndërlikimi më i shpeshtë i ulçerës gastrike është hemorragjia. Ajo përbënë 60% të komplikacioneve të ulçerës së stomakut me një vdekshmëri deri në 30% të rasteve. Si diagnozë diferenciale te ulçera gastrike përfshihen: refliksi gastroezofageal, kolika biliare, pankreatiti, koecistiti, disektimi i aortës, etj.

Simptoma më e zakonshme e ulçerës është dhimbja epigastrike. Ulçera gastrike shpesh shkakton: nauze, anoreksi, humbje në peshë.

Diagnoza në të shumtën e rasteve me akzaminim endoskopik por përdorer edhe analizat laboratorike.

Trajtimi i ulçerës përfshinë reduktimin e sekrecioneve dhe neutralizimin e ulçerës.

Infermierja vleron nevojat e pacientit, kujdeset që pacienti ka kuptuar drejtë mënyrën e përdorimit të barnave, ushqimet që e përkeqësojnë ulçerën gastrike. Jepë këshilla për një dietë të shëndetshme me ushqimet që duhet të përdoren.

8. a) Rezyme

Hyrje: Ulçera gastrike është një dëmtim në mukozën gastrike që përhapet në mukozat muskulare. Gjendet zakonisht në bashkimin e bazës dhe pilorit, por ulçerat e vogla mund të zhvillohen edhe në antrum. Shkaktarët kryesorë janë infeksionet me H.pylorin dhe përdorimi i NSAID.

Metodologjia: Në realizimin e këtij punimi është përdorur metoda rishikim literature.

Diskutimet: duke u nisur nga rishikimi i literaturës kuptojmë se ulçera gastrike është një inflamacion i mukozës gastrike që prek edhe pjesën mukulore. Shfaqet njëjtë tek të dy gjintë.

Përfundimi: Ulçera gastrike inflamim i mukozës gastrike. Ndërlikimi më i shpeshtë i ulçerës gastrike është hemorragjia. Si diagnozë diferenciale përfishihen: refluksi gastroezofageal, kolika biliare, kolecistiti, pankreatiti, gastritisi, disketimi i aortës, etj. Simptoma më e shpeshtë e ulçerës është dimbja epigastrike. Ulçera gastrike shpesh shkakton nauze, anoreksi, rënje në peshë. Trajtimi i ulçerës gastrike përfshinë reduktimin e sekrecioneve dhe neutralizimin e ulçerës. Infermiri vleron nevojat e pacientit dhe këshillon pacientin.

Qëllimi i punimit: Qëllimi i këtij punimi është që të rriten njohurit mbi atë se çka është ulçera gastrike, çka e shkakton, simptomet kryesore, mënyrën e diagnostikimit, mënyrën e trajtimit, etj.

8.b) Summary

Introduction: Gastric ulcer is an impairment in the gastric mucosa that spreads in the muscular mucosa. It is commonly found in the joining of the base and the pylor, but small ulcers can also be developed in the antrum. The main causes are H.pylorin infections and the use of NSAIDs.

Methodology: Literature review methods have been used in the realization of this paper.

Discussions: starting from the review of literature we understand that gastric ulcer is an inflammation of the gastric mucosa that affects the tubular part. Appears alike in both tones

Conclusion: Gastric ulcer inflammation of the gastric mucous membrane. The most common complication of gastric ulcer is hemorrhage.

Differential diagnoses include gastro-oesophageal reflux, biliary colic, cholecystitis, pancreatitis, gastritis, aortic dissection, and so on. The most commonly occurring ulcer symptom is epigastric dislocation. Gastric ulcers often cause nausea, anorexia, weight loss. The treatment of the gastric ulcer involves reducing secretions and nourishing the ulcer. The nurse evaluates the patient's needs and advises the patient.

Purpose of the work: The purpose of this paper is to increase the knowledge on what is gastric ulcer, what causes it, the main symptoms, the way of diagnosis, the way of treatment, etc.

9. Referencat

- ✚ David A. Warrell, Timothy M. Cox. Johan D. Firth, Eduaward J. Benz, Jr. “Traktati i Oksfordit për Mjekësinë”
- ✚ Behluli I. “Anatomia”
- ✚ Robert E. Rakel MD “Traktati i Mjekësisë së Familjes”
- ✚ Jeffry J. Schaidler, Stepfen R. Hayden, Richard E. Wolfe, Roger M. Barkin, Peter Rosen “Konsulta Mjekësore e Urgjencës së Pesë Minutave të Para”
- ✚ Fauci, Braunwal, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo “Parimet e Mjekësisë Interne”HARRISON
- ✚ E.Paka, L.Neqaj, E.Rustami, D.Bego, A.Imami-Leçaj, M.Çela, A.Dervishi, V.Zanaj, V.Mane “Infermieristika në specialitetet” Tiranë 2005
- ✚ Kraja E.”Bazat e Infermierisë I”
- ✚ Kumar, Abbas, Fausto, Mitchel “Bazat e Patologjisë së Robbins-it”
- ✚ A.Tamburi, L.Fyga, Z.Jacaj, B.Byku, R.Andoni “Mikrobiologjia mjekësore”
- ✚ Zallari K. “Parimet e Geriatriisë dhe të Gerantologjisë”
- ✚ Goldman L, Ausiello D. “Traktati Mjekësor i Cecil-it”
- ✚ Noble J. “Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor”

10. CV e studenteve

Të dhënat personale		
Emri dhe Mbiemri	Shkenca Kuka	Sajmira Tarashaj
Datëlindja	18.01.1991	24.09.1995
Gjinia	Femër	Femër
Të dhënat kontaktuse		
Nr. Telefonit	049-125-199	049-265-859
Email	shkencakuka@hotmail.com	
Të dhënat e kualifikimit		
Shkolla e mesme	SH.M.M “Hysni Zajmi” Gjakovë	SH.M.M “ Luciano Motroni” Prizren
Universiteti	“Fehmi Agani” Gjakovë	“Fehmi Agani” Gjakovë
Fakulteti	I mjekësisë	I mjekësië
Drejtimi	Infermieri	Infermieri
Statusi	I-e rregullt	I-e rregullt
ID	140306028	140306003