

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË

FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI I INFERMIERISË



Punim diplome

Tema: Kujdesi infermieror te të sëmuret me gastrit akut
dhe kronik

Kandidatja:

Donjeta Hoti

Mentori:

Prof.Dr.Ass.Idriz Berisha

Gjakovë, Nëntor 2017

Ky punim është bërë në Universitetin “Fehmi Agani” Gjakovë dhe në institucionin shëndetësorë në spitalin rajonal “Isa Grezda” Gjakovë në repartin e Internos.

Mentori i temës është Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha i cili me këshillat dhe ndimën e tij rreth punimit në fjalë ka dhënë kontributin e nevojshëm për të arritur rezultatin e duhur.

Punimi përmbanë gjithsej: 37 faqe, 4 tabela, 4 grafikone dhe 2 figura.

Deklaratë studentore

Deklaroj se ky Punim Diplome ka përbërje tërësisht origjinale. E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara me referenca dhe plotësisht të cituara. I gjithë punimi është punuar dhe përgaditur duke rrespektuar dhe mbështetur në këshillat dhe rregulloren për përgaditjen e temes së diplomes të përgaditur nga ana e Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

Falënderimet

Para se të filloj të paraqes punimin tim dua të shpre falënderimet dhe mirnjohjen time për ata të cilët më ndimuan në finalizimin e studimeve të mija.

Falënderoj familjen time për përkrahjen dhe përkushtimin gjatë gjithë këtyre viteve akademike.

Një falënderim i veçant shkon për mentorin tim Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha i cili me përkushtim profesional dhe të pakursysheëm më ndimoi në realizimin e këtij punimit andaj e falënderoj për durimin, këshillat dhe huazimin e literaturës së nevojshme.

Në fund falënderoj miqtë e mi për mbështetjen e tyre që treguan për mua si dhe një falënderim shkon për antarët e komisionit vlerësues të punës sime.

Përmbajtja

1. Abstrakti	7
2. Hyrje	8
2.1 Anatomia stomakut.....	9
2.2 Gastriti akut dhe kronik.....	10
2.3 Epidemiologji.....	13
2.4 Patogjeneza.....	14
2.5 Etiologjia, Simptomat.....	15
2.6 Tiparet klinike.....	16
2.7 Testet laboratorike.....	17
2.8 Infeksionet gastrike.....	18
2.9 Diagnoza.....	19
2.10 Trajtimi.....	20
2.11 Mjekimi (medikamentet).....	21
2.12 Kujdesi infermieror te të sëmuret me gastrit akut dhe kronik.....	22
3. Qëllimi i punimit	25
4. Metodologjia (Materiali dhe metodat).....	26
5. Rezultatet	27
6. Diskutimi	31
7. Përfundimi	32
8a. Rezyme	33
8b. Summary	34
9. Referencat	35
10. CV e shkurtër e kandidatit	36

Lista e shkurtesave

H.pylori - Helikobakter pilori

PPI - Frenuesit të pompës protonike

IV - Intravenoze

Lista e figurave

Figura 1. Anatomia e stomakut.

Figura 2. Tipet kryesore të gastriti kronik joeroziv.

Lista e tabelave

Tabela 1. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas të dy gjinive.

Tabela 2. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas moshës.

Tabela 3. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas vendbanimit.

Tabela 4. Struktura e pacienteve me gastrit kronik në bazë të muajve.

Lista e grafikoneve

Grafikoni 1. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas të dy gjinive.

Grafikoni 2. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas moshës.

Grafikoni 3. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas vendbanimit.

Grafikoni 4. Struktura e pacienteve me gastrit kronik në bazë të muajve.

1. Abstrakti

Ky punim është realizuar me qëllim të zgjerimit të njohurive të infermierëve të ardhshëm në fushën e gastroenterologjisë. Lexuesit mund të informohen rreth sëmundjes së gastriti akut si dhe atij kronik. Ky punim është bërë në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani” , Fakulteti i Mjekësisë, Programi Infermieri si dhe në bashkëpunim me Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë.

Përmes këtij punimi kemi arritur të bëjmë vlersimin dhe ecurin e sëmundjes në qytetin e Gjakovës për një periudhë kohore të caktuar.

Mentori i temës është: Prof.Ass.Dr.Idriz Berisha.

Punimi përfshinë: 37 faqe, 4 tabela, 4 grafikona dhe 2 figura.

2. Hyrje

Gastriti i referohet inflamacionit të mukozës gastrike. Për shumicën e episodeve të gastritit është përgjegjës Helikobakter pilori. Inflamacioni akut me *H.pylori* shkakton inflamacion mukozal gastrik, i cili është shpesh josimptomatik, por mund të shoqërohet me shqetësim të lehtë epigastrik. Zakonisht i kufizuar në antrum, procesi inflamator mund të përhapet proksimalisht me kalimin e kohës duke përfshirë trupin dhe fundusin e stomakut.¹ Gastriti klasifikohet si akut dhe kronik. Incidenca e gastriti është më e lartë tek burrat se tek grat, më e lartë tek njerëzit në moshën 40-50 vjeç, dhe paraqitet më e rëndë tek pirësit e duhanit dhe alkoolit.

Gastriti akut është inflamacion i mukozave gastrike ose submukozave pas ekspozimit ndaj irrituesve lokal. Në gastritin akut ndodhin shkallë të ndryshme të nekrotizimit të mukozave dhe inflamacionit. Diagnoza nuk mund të bazohet vetëm në simptoma klinike pa konfirmimin histologjikë. Rigjenerimi komplet dhe shërimi zakonisht ndodh brenda pak ditëve. Në pacientët me gastrit akut ose pas ekspozimit ndaj një agjenti etiologjik, ndodh një fillim i shpejtë i dhimbjes epigastrik, anoreksi, ngërç, nauze, të vjella dhe hemorragji gastrike. Simptomat eliminohen për pak orë ose ditë dhe variojnë nga shkaktarët që e kanë shkaktuar.

Gastriti kronik përkufizohet si inflamacion i përhapur në mukozat e stomakut. Gastriti kronik zakonisht shërohet por ajo mund të qoj drejt hemorragjisë dhe formimit të një ulqere. Gastriti kronik shkakton dhimbje epigastrike që letësohet nga ushqimi . Disa pacientë kanë anoreksi dhe dhimbje te shtuar nga të ngrënit dhe të vjellit. Gastriti kronik shoqërohet me atrofi të glandulave gastrike dhe mund të shkaktohet nga qdo gjendje që lejon refluxin e bilës dhe acidit biliar ne stomak. Irritimi kronik lokal nga alkooli, medikamentet, pirja e duhanit, agjentët infektiv dhe agjentët e mjedisit shkaktojnë sëmundje. Moshë e madhe, faktorët gjenetik (p.sh anemia pernicioze), sëmundjet (p.sh diabeti dhe sëmundjet renale) dhe sëmundjet autoimmune janë faktor endogjen që shoqërohen me gastrit kronik.²

¹ Noble.J, Greene.H, Levinson.W, Modest.G, Mulrow,C, J.Scherger, Young.M Traktati i mjekësisë së kujdesit parësor .Tiranë 2013: 918

² Peka.E, Neqaj.L, Rustami.E, Begu.D, Imami-Lelqaj.A, Qela.M, Dervishi.A, Zanaj.V, Mane.V Infermieristika në specialitete. Tiranë 2005: 75-76

2.1 Anatomia e stomakut

Stomaku është segmenti më i gjerë i traktit digjektiv midis ezofagut dhe zorrës së hollë. Ai është organ i specializuar në grumbullimin e ushqimit të gëlltimit, i cili përgaditet për tretjen nga ana kimike dhe mekanike dhe kalon në duoden. Stomaku shërben si një përzierës dhe rezervuar i ushqimit: funksioni kryesor i tij është tretja enzimatike. Lëngu gastrik e kthen gradualisht një masë ushqimi në një përzirje gjysmë të lëngshme, kimusi (greq., për lëng), i cili kalon mjaft shpejt në duoden.³ Stomaku mund të ndahet në disa zona të ndryshme në bazë të strukturës dhe funksionit: Kardia është një zonë e vogël pak larg nga sfinkteri i poshtëm që nuk sekretion acid. Korpus ose trupi, është një pjesë e rëndësishme e stomakut. Gjëndrat gastrike në korpus përmbajnë qeliza parietale të cilat sekretojnë acid hidroklorik dhe qelizat kryesore (chief cells), të cilat sekretojnë pepsinogjenin dhe faktorin intrinsik. Korpus është një rezervuar i cili është vendi kryesor për tretjen e ushqimit. Antrumi pilorik është një zonë distale e tretjes që sekretion hormonin gastrinë nga qelizat G. Është shumë muskular, bluan ushqimin dhe rregullon zbrazje e ushqimit.⁴

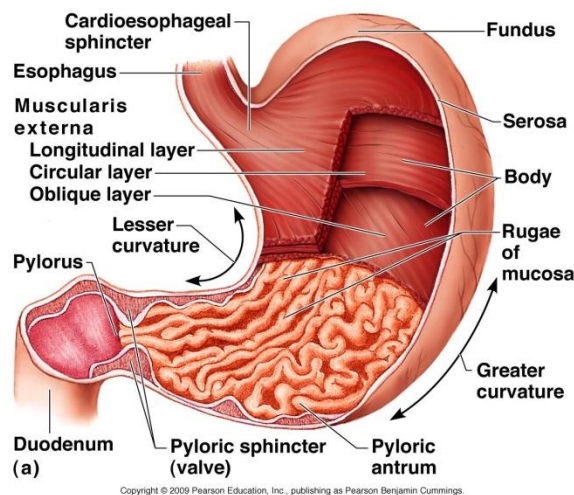


Fig. 1.1. Anatomia e stomakut.

Burimi: <https://www-s.acm.illinois.edu/sigbio/project/digestive/middle/stomach.html>.

³ Moore.K, Dalley.A, Agur.A Anatomia me orientim klinik. Tiranë 2014: 230

⁴ McPhee.S, Ganong.W Fizpatologjia e sëmundjeve.Tiranë 2014: 352

2.2 Gastriti akut dhe kronik

Gastriti është inflamacion i shtresës mukozale të stomakut. Klinikistët shpeshë pretendojnë që diskomforti i sipërm abdominal i zgjatur shkaktohet nga gastriti. Anatomopatologët e diagnostifikojnë gastritin në mënyrë korrekte kur ata shohin mikroskopikisht shfaqjen e inflamacionit, megjithatë kur ata shohin një infiltrat me leukocite polimorfonukleare shpesh e keqinterpretojnë gastritin si akut. Kjo bazohet në shoqërimin e polimorfeve për një kohë të shkurtër. Megjithatë, në stomak sikundër në kolon, njëinfiltrate prominent me polimorfonukleare shpesh gjendet në proceset inflamatore kronike. Si përfundim diagnoza e gastritit mund të bëhet vetëm me ekzaminim histologjik të mukozës gastrike. Bazë për diagnozën është shfaqja mikroskopike e inflamacionit por në të njëjtën kohë gastriti mund të quhet akut ose kronik, bazuar në atë sesa kohë ai zgjat. Gastriti kronik përfshin një gjendje që zgjat të paktën prej 6 muajsh.

Gastritet erozive- Erozionet janë pothuajse gjithmonë të shoqëruara me shfaqjen e inflamacionit disa here gjatë dekursit të tyre. Megjithatë shkalla e inflamacionit mund të jetë e vogël. Kështu disa studiues preferojnë për këtë qrrregullim termin erozione multiple gastrike. Gastritet erozive mund të ndahen në gastrite të formës akute dhe kronike.

Gastriti eroziv akut- Kjo gjendje karakterizohet nga erozione gjakosëse që shërohet për disa ditë. Hemorragjia (hematemeza, melena ose të dyja bashkë) shpesh është e kufizuar dhe e paktë. Patologjia mikroskopike shifet mirë në mikroskop. Fillimisht erozionet duken si zona multiple fokale hemorragjike me diameter 2 mm. Ato mund të shpërndahen në të gjithë stomakun ose mund të lokalizohen në fundus, trup ose antrum. Kur hemorragjia aktive ndalon erozionet duken si njolla të zeza. Më vonë kur fillon cikatrizimi ato duken si defekte të vogla me bazë të bardhë. Mukoza midis erozioneve është shpesh e skuqur dhe friable. Termi friable do të thotë që mukoza gjakoset shumë lehtë kur preket me endoskop. Gastriti akut eroziv mund të ndodhë për shkaqe jo të dukshme megjithatë disa pacientë do të kenë një histori për marrje të aspirins, ose të kenë konsumuar sasira të konsiderueshme alkooli ose do të kenë qenë nën një gjendje stresi. Gastriti eroziv është konsideruar si një qrrregullim nga prishja e ekuilibrit midis faktorëve mbrojtës dhe faktoreve agresivë në lumenin e stomakut.

Gastriti eroziv kronik- Ky gastrit është një qrrugullim i rrallë i karakterizuar nga erozione multiple gastrike që acarohen e shërohen për një periudhë disa vjeçare. Ankesat e zakonshme janë anoreksia, nauzeja dhe diskomforti i sipërmbard abdominal. Disa pacientë kanë humbje ose rënie të theksuar në peshë ose hemorragji okulte makroskopike.

Gastriti kronik joeroziv- Ky gastrit është studiuar gjatë, por përcaktimi i tij mbetet i pasigurtë, sepse së pari, gastriti kronik joeroziv është i zakonshëm në njëzë në dukje të shëndetshëm, të cilët nuk tujtohen dhe së dyti, gastriti mund të mos jetë difuz por zona-zona kështu që biopsit e marra mund të qojnë në gabime. Stomaku realisht është i ndarë në dy pjesë. Tri të katërtat proksimale (fundusi dhe trupi) përmbajnë gjëndra që prodhojnë acid, pepsinë 1 dhe 2 dhe faktori intrisek, kurse një e katërta distale i korrespondon antrumit që përmban gjëndra pilorike që sekretojnë mukus dhe pepsinogjenin 2. Siq është parë ka dy tipa kryesorë të gastritit kronik joeroziv, gastriti kronik i gjëndrave të fundusit dhe i trupit (tipi A) dhe gastriti kronik i gjëndrave pilorike, d.m.th antrale (tipi B).

Gastriti kronik fundal (tipi A i gastritit)- Ky çrregullim prek mukozën e trupit dhe fundusit në mënyrë difuze. Shtresa mukozale antrale nuk preket. Ka tri tipa kryesorë anatomopatologjikë të këtij tipi të gastritit: gastriti sipërfaqësor, gastriti atrofik dhe atrofia gastrike.

Prevalenca dhe rëndimi i gastritit kronik fundal (tipi A i gastritit) rritet me moshën. Tipi më i zakonshëm është gastriti sipërfaqësor, i cili gjendet në rreth 40% të popullatës së përgjithshme mbi 50 vjeç. Gastriti atrofik prek rreth 5% të tërë popullatës adulte por prevalenca e tij mund të jetë më e lartë se 20% në personat mbi 60 vjeç. Ajo është zakonisht më e shpesh në farefisën e pacientëve me anemi pernicioze, në pacientët me sëmundje të tiroides dhe në insuficiencën adrenal idiopatke. Ajo është prezente (atrofia gastrike) në pacientët me anemi pernicioze Addisoniane, por jo të gjithë pacientët me atrofi gastrike kanë anemi pernicioze. Gastriti kronik fundal (tipi A i gastritit) nuk shkakton simptoma. Anemia perinicioze trajtohet me ineksione të vitamins B12 një herë në muaj. Pacientët me gastrit atrofik (tipi A) ose atrofia gastrike kanë rrezik të lartë për kancer gastik, siq është vërejtur kanceri varton më shpesh në trup sesa në antrum, i cili është vend më shpesh për kancer gastrik.

Gastriti kronik antral (tipi B i gastritit)- Gjithashtu i quajtur gastriti i gjëndrave pylorike është më i zakonshëm se gastriti i gjëndrave të trupit (tipi A i gastritit). Ai prek rreth 20% të popullatës dhe 50% të personave mbi 50 vjeç. Gastriti kronik antral fillon në antrum por me rritjen e moshës, shtrihet më sipër pak e nga pak duke prekur gjëndrat e trupit të stomakut (Në stadet e vona është vështirë të dalloshë atë nga tipi A i gastritit). Pacientët me ulqer gastrike kronike pothuajse gjithmonë kanë gastrik kronik të gjëndrave pylorike të stomakut. Shkaku i tipit B të gastriti është i panjohur. Përhapja e gastritit sugjeron që ai mund të jetë i lidhur me refluksin biliopankreatik në antrum nëpërmjetë pilorit, megjithatë variacionet gjeografike sygjerojnë se edhe faktoret ambiental të tillë si irritantet dietetik mund të përfshihen në shkaqet e gastritit B. Së fundi është izoluar në mukozen e pacientve me gastriti antral, bacili *H.pylori*. Manifestimet klinike në shumicën e pacientve nuk shkakton simptoma. Pacienti sekretion sasira normale ose pak të ulta të acidit në vartësi të përfshirjes të gjëndrave të trupit të stomakut. Simptomat qetësohen shpesh nga antiacidet dhe antisekretoret. Rreziku nga kanceri gastrik është i rritur në pacientë që kanë gastrit tipi B të shprehur veqanarisht nëse predominon metaplazia intestinale.⁵

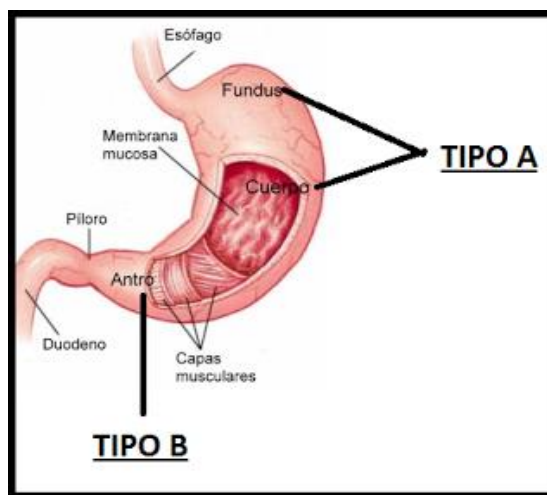


Fig.1.2.Tipet kryesore të gastriti kronik joeroziv.

Burimi: <https://sites.google.com/site/gastritisesyha/gastritis-cronica>.

⁵ Resuli.B, Prifti.S, Bibolli.I, Kajo.I, Basho.J, Babameto.A Gastroenterologjia. Tiranë 2000: 154-161

2.3 Epidemiologjia

Prevalenca sipas moshës e *H.pylori* ndryshon thelbësisht mes vendeve të ndryshme, por gjithsesi ekzistojnë dy modele përfaqësuese:-Në vendet e grupit të parë (kryesisht vende në zhvillim), ka një rritje të shpejtë të prevalencës përpara moshës 20 vjeç, pas së cilës prevalence stabilizohet në rreth 80% gjë që lë të kuptohet se ky bakter fitohet në fëmijëri dhe qëndron gjatë gjithë jetës. Në vendet e grupit të dytë (vendet e zhvilluara), prevalenca e infeksionit rritet në mënyrë të vazhdueshme me moshën me një vlerë prej 1 % për qdo vit jetë. Sipas kësaj teorie, rreth 30% e 30 vjeçarëve e marrin infeksionin në fëmijëri ashtu si 60% e 60 vjeçarve. Përveq shoqërimit me moshën dhe zona gjeografike, *H.pylori* është i lidhur ngushtë dhe me kushtet social-ekonomike, sidomos gjatë fëmijërisë. Kjo shpjegon dhe prevalencat e ndryshme të infeksionit në grupe etnike të ndryshme, pavarësisht zonës së njejt gjeografike.⁶ Shënues të gjendjes social-ekonomike që lidhen me prevalencën e infeksionit përfshijnë nivelin e përgjithshëm të higjienës, furnizimin me ujë, kushtet sanitare si dhe mbipopullimin në banesë. Këta faktorë shoqëruar mbështesin idenë se *H.pylori*, në pjesën më të madhe të rasteve merret gjatë fëmijërisë dhe është i pranishëm gjatë gjithë jetës në mungesë të një trajtimi të përshtatshëm. Megjithëse pjesa më e madhe e të rriturve të infektuar janë infektuar në fëmijëri, ka shembuj të dokumentuar të rasteve të infektimit për herë të parë me *H.pylori* në moshën e rritur, dhe studime të ndryshme na tregojnë se mbipopullimin dhe kushtet e këqija sanitare janë faktorë rrësiku për këtë dukuri. Gjendja civile lidhet shumë pak me infeksionin nga *H.pylori* (në disa studime nuk lidhet fare), duke mbështetur idenë se infeksioni mes të rriturve është shumë i rrallë. Ndërsa sa i përket përhapjes mendohet se merret drejtpërdrejt nëpërmjet kontaktit njeri-njeri. Megjithëse majmunët dhe macet shtëpijake mund të infektohen, ato nuk shërbejnë si rezervuar për infektimin e njerëzve. Por është e paqartë nëse ky bakter transmetohet nëpërmjet rruges fekale-orale, orale-orale ose dyjat bashkë.⁷

⁶ Cohen.J, Powderly.W, Berkley.S, Calandra.Th, Clumeck.N, Finch.R, Hammer.S, Holland.S, Kiehn.T, Maki.D, Macadam.K, Norrby.S, Opa.S, Ronald.A, Solberg.C, Verhoef.J. Sëmundjet infektive. Vëllimi 1. Tiranë 2013: 149

⁷ Goldam.L, Ausiello.D, Traktati Mjekësor i cecil-it . Tiranë 2013: 919

2.4 Patogjeneza

Patogjeneza është kuptuar shumë pak, nga njëra anë për shkak se mekanizmat normal të mbrojtjes mukozale gastrike nuk janë plotësisht të qartë. Gastriti akut shoqërohet shpesh me;

- Përdorimin e gjatë të preparateve antiinflatore josteroidale (NADIS), veqanërisht aspirina
- Konsumimin e tepërt të alkoolit, duhanpirja e tepruar
- Trajtimin e kancerit me preparate kimioterapeutike
- Infeksionet sistemike
- Stresin e rëndë (p.sh., trauma, djegësirat, kirurgjia)
- Iskemin dhe shokun
- Tentativat për vetëvrasje me acid dhe baza
- Traumata mekanike (p.sh., intubimi nazogastrik)
- Refluksin e materialit biliar pas gastrektomisë distale.

Një ose më shumë nga ndikimet e mëposhtme mendohet të jetë operative në këto raste të ndryshme; qarja e shtresës së mukozës aderente, stimulimi i sekretimit të acidit me infuzionin e mëparshëm të jonit të hidrogjenit në epitelin sipërfaqësor, rritja e prodhimit të burfenit bikarbonat nga qelizat epiteliale sipërfaqësore, rrjedha e pakësuar e gjakut mukozal dhe dëmtimi direkt i epitelit.

Personat me gastrit kronik dhe *H.pylori* zakonisht kanë përmisime të simptomave të tyre kur trajtohen me antibiotikë dhe me frenuesit të pompës protonike (PPI). *H.pylori* është një informacion pa spore në formë të S-së i shkopinjve gram negative i cili mund të zhvillohet në dy mënyra; (1) një tip antral me prodhim të lartë të acidit dhe me rrezik më të lartë për zhvillimit e ulqerave duodenale dhe (2) një pangastrit me atrofi mukozale multifokale, me sekretim të ulët të acidit dhe me risk të lartë për adenokarcinomën. Përmisimet e gastriti kronik të pranishëm mund të kërkojnë më shumë kohë.⁸

⁸ Abbas.K, Mitchell.F Bazat e patologjisë së Robbins-it. Tiranë 2013: 592-593

2.5 Etiologjia

Gastriti akut

- Stresi (sepsis, djegiet, trauma); -Pakësim i fluksit të gjakut splanknik, që rezulton në pakësim të prodhimit të mukusit, të sekretimit të bikarbonatit dhe të sintezës së prostaglandiave.
- Alkooli; -Indukton prodhimin e leukotrieneve që mund të shkaktojnë stazë mikrovaskulare kongjestion dhe rritje të përshkueshmërisë vaskulare, qon në hemorragji.
- Medikamentet antiinflatore josteroidale (NSAID), duke përfshirë aspirinën;- Ndërhyjnë me sintezën e prostaglandinave, duke qar në një kaskadë të ngjashme me atë të induktuar nga alkooli, shkaktojnë në erozion të mukozës.

Gastriti kronik

- Shkaktohet nga *H.pylori*
- Të paqarta mekanizmat e *H.pylori*; -Bakere spirale gram-negative të zbuluara në shtresat e mukozës -Përmban enzimën urezë, e cila i mundëson atij ndryshimin e pH (alkalinë) të mikromjedisit të tij.⁹

Simptomat

- Dispepsia
- Dhimbja ose shqetësimi epigastrik (episodik dhe kronik)
- Fryrja e barkut, mostretja, gogësimat dhe djegia e urthit
- Anoreksia, nauzea/të vjellat
- Dehidrimi, takikardia dhe qrrregullimet elektrolitike (me të vjellat)
- Hematemeza, melena, zbehja dhe shenjat e uljes së volumit (gastrit hemorragjik).

⁹.Schaidler.J, Hayden.S, Wolfe.R, Barkin.R, Rosen.P Konsulta mjekësore e urgjencës pesë minutave të para. Tiranë 2014: 394

2.6 Tiparet klinike

Gastriti akut në varësi të ashpërsis së ndryshimeve anatomike mund të jetë plotësisht josimptomatik dhe mund të shkaktojë dhimbje të ndryshueshme epigastrike me të përziera dhe të vjella, ose mund të shfaqet si hematemëzë e dukshme, melenë dhe me humbje vdekjeprurëse të gjakut. Në përgjithësi, është një nga shkaqet më kryesore të hematemëzës, veqanërisht të të alkoolizuarit. Mandej edhe në disa raste të caktuara, gjendja është mjaft e zakonshme, 25% e personave që marrin aspirinë qdo ditë për artritin reumatik, zhvillojnë gastritin akut ndonjëherë gjatë vazhdimësisë së tyre dhe shumë prej tyre pësojnë hemorragji okulte ose të dukshme. Rreziku për hemorragjin nga medikamentet antiinflatore josteroidale, duke përfshirë gastritin, lidhet me dozen, dhe kështu rrit gjasat për këtë komplikacion të personat që kërkojnë përdorim afatgjatë të këtyre medikamentve.

Gastriti kronik zakonisht shkakton pak simptoma ose nuk shkakton asnjë simptomë. Mund të ndodhin diskomforte abdominale, të përzierat dhe të vjellat. Kur ndodh humbja e rëndë e qelizave parietale në rastin e gastriti autoimun, janë të pranishme në mënyrë karakteristike, hidrokloridria ose alkorhidria (që i referohet përqendrimeve të acidit hidroklorik luminal gastrik) dhe hipergastrinemia. Individët me gastrit kronik nga shkaqe të tjera mund të jenë hipoklorhidrikë, por meqë qelizat parietale nuk shkatërrohen asnjëherë plotësisht, këta persona nuk zhvillojnë aklorhidri ose anemi pernicioze. Nivelet e gastrines në serum janë normale ose të larta vetëm në mënyrë modeste. Më e rëndësishme është marrëdhënia e gastriti kronik në zhvillimi të ulqerës peptike dhe karcinomës gastrike. Shumica e individëve me një ulqerë peptike, qoftë kjo gastrike apo duodeale, kanë infeksion *H.pylori*. Rreziku afatgjatë i karcinomës gastrike për personat me gastrit kronik të shoqëruar me *H.pylori* është rritur afërsisht sa 5-fishi në lidhje me popullsinë normale. Për gastritin autoimun, rreziku i kancerit është në një përpjesëtim prej 2%-4% të individëve të prekur që është mbi popullsinë normale.¹⁰

¹⁰ Abbas.K, Mitchell.F Bazat e patologjisë së Robbins-it. Tiranë 2013: 592-593

2.7 Testet laboratorike

- Vlera laboratorike normale në rast të gastriti të pandërlikuar
- Gjaku komplet; -Anemi në rast të gastriti hemorragjik akut. -Leukocitozë; infeksion
- Elektrolitet, kreatinina, glukoza
- Amilaza/lipaza në rast të diagnozës diferenciale për pankreatitin
- Analiza e urinës; -Vlerësimi i dehidrimit/ketozën (urinë).

Procedura diagnostike/kirurgjia

- EKG; -Për pacientët e moshuar. -Iskemia miokadriale gjatë diagnozës diferenciale.
- Endoskopia; -Ambulatorisht, përveq rasteve të hemorragjisë së rëndësishme. - Vizualizimi i vendeve të hemorragjisë, konfirmimi histologjik të inflamacionit të mukozës dhe zbulimi i *H.pylori*
- Testimi joinvaziv për *H.pylori* :-Testet e frymëmarrjes me urenë. -Testimi i antigjenit në feqe
-Serologjia për të zbuluar antitruapat ndaj *H.pylori*.

Diagnoza diferenciale

- Sëmundja e ulqeres peptike
- Dispepsia joulqeroze (simptomat pa prani të ulqerës në endoskop)
- Refluksi gastroezofageal
- Kolika biliare
- Pankreatiti
- Hepatiti
- Aneurizmat e aortës abdominale
- Infrakti i miokardit¹¹

¹¹Schaider.J, Hayden.S, Wolfe.R, Barkin.R, Rosen.P Konsulta mjekësore e urgjencës pesë minutave të para. Tiranë 2014: 394

2.8 Infeksionet gastrike

Sifilisi terciar shkakton deformime të ndryshme të stomakut si defekte mbushje, ulqeracione. Sifilisi sekondar mundet të shkaktojë plika të zgjeruara gastrike dhe gastrit eroziv. Diagnoza dyshohet te pacientë me simptoma gastrike të cilët dihet se vuajnë nga sifilisi. Spiroketa mund të demonstrohet në biopsit gastrike me ngjyrimet specifike. Shpesh mund të bëhet një supozim diagnostik dhe të opservohet trajtimi me penicilin. Si rregull operacioni mund të kryhet për të përjashtuar një patologji malinje ose të korigjojë obstrukcionin nga deformimet e stomakut.

Turbekulozi gastrik është tepër i rrallë. Ekzaminimi radiologjik me barium dhe endoskopia zakonisht tregojnë ulqeracione dhe plika të trasha mukozale në pjesën distale të stomakut. Diagnoza bëhet nga të dhënat e granulomës kazeoze në biopsit gastrike. Trajtimi me barna antituberkulare.

Kandidoza gastrike zakonisht është nën hijen e prekjës ezofageale dhe ndodh kryesisht në pacientët me gjendje imunodepresive. Kandida është gjetur quditërisht në ulqerat gastrike kronike në pacientët me imunodeficiencë. Herpes simpleks dhe citomegalovirusi mund të prekin stomakun, përsëri të të sëmurët me imunodeficiencë. Si dhe kandida, prekja ezofageale është zakonisht me prominente.

Gastriti akut flegmonoz është një formë e rrallë e gastritit nga infeksionet bakteriale pusiforme të murit të stomakut. Infeksioni streptokoksik është shkak më i zakonshëm, por mund të jenë përgjegjës edhe stafilokoket, pneumokoket ose *Escherichia coli* dhe bakteriet tjera gazformuese. Në disa pacientë këto organizma duket se hyjnë në murin e stomakut pas kirurgjis gastrike. Në pacientët e tjerë nuk evidentohet shkak i dukshëm, megjithatë alkoolizmi, sëmundjet e heparit, iskemia e stomakut dhe infeksionet në pjesë të tjera predispozojnë gastritin flegmonoz. Pacientët ankohen për dhimbje akute të pjesës së sipërme të abdomenit me nauze e të vjella. Gjithashtu kanë temperaturë dhe leukocitoz. Disa pacientë kanë ascit purulent. Në qofët se infeksioni shkaktohet nga organizma gazformues, një ekzaminim radiografik i barkut tregon gaz në muret e stomakut.¹²

¹²Resuli.B, Prifti.S, Bibolli.I, Kajo.I, Basho.J, Babameto.A Gastroenterologjia Tiranë 2000: 167

2.9 Diagnoza

Për gastritin eroziv si procedur e parë diagnostike për vendosjen e diagnozës është endoskopia. Procedura mund të kryhet brenda 24 orëve të para për arsye sepse erozionet shërohen shpejt dhe mund të mungojnë. Në qoftë se endoskopia vonohet është e rëndësishme, për të marrë një pamje të mirë të mukozës, të bëhet një lavazh nëpërmjet një tubi të gjërë, për të zbrazur stomakun nga gjaku. Erozionet nganjëher mund të shikohen me dubël kontrast, kjo bëhet nese endoskopia është e kundërindikuar ose jo e suksesshme dhe hemorragjia ka ndaluar. Nëse hemorragjia nuk ka ndaluar mund të kryhet angiografia, por nuk duhet të kryhet përpara ekzaminimit me barium për shkak të errësimit të pamjes.

Te gastitet erozive kronik diagnoza vendoset me ekzaminimin radiologjik me dubël kontakt i cili tregon një shenjë karakteristike: ngritje multiple të mukozës me erozione centrale që përmbajnë barium. Kur ato shikohen përball duken si target. Gastroskopisti shikon leziona të ngritura mbi nivelin e mukozës, të vogla me një erozion central të bardhë të rrethuar nga një rreth hiperemik. Biopsitë tregojnë zakonisht inflamacion, shpesh me pak leukocite polimorfonukleare.

Te gastriti kronik fundal (tipi A i gastriti) diagnoza nuk mund të bëhet vetëm me ekzaminim radiologjik me barium dhe as me endoskopi. Diagnoza bëhet vetem me ekzaminim histologjik të materialit të marrë nga mukoza gastrike. Anemia pernicioze diagnostikohet nga anemia makrocitare nga niveli i ulët në serum i vitamines B12 dhe thithja anormale e vitamines B12 e matur me testin Shilling. Biopsia gastrike nuk është e nevojshme në adultët me anemi pernicioze të vendosur.

Si në gastritin kronik fundal (tipit A i gastriti) ashtu edhe në gastritin kronik antral (tipi B i gastriti) diagnoza bëhet me biopsi, zakonisht të kryer gjatë investigimit për shqetësime abdominal ose të një regjioni tjetër. Biopsit tregojnë gastrit antral probablisht me shumë leukocite polimorfonukleare sesa janë zakonisht prezente dhe prezencën e *H.pylori-t*.¹³

¹³ Resuli.B, Prifti.S, Bibolli.I, Kajo.I, Basho.J, Babameto.A Gastroenterologjia. Tiranë 2000: 156-162

2.10 Trajtimi

Përpara shtrimit në spital: Bëhet menagjimi i rrugëve ajrore, i frymarrjes dhe i qarkullimit (ABC-të), rehidrimi me likide intravenoze (IV).

Stabilizimi fillestar: Menagjimi i rrugëve ajrore, i frymarrjes dhe i qarkullimit në rast të gastritit eroziv akut ose hemorragjik, që paraqitet me paqëndrueshmëri hemodinamike. Rehidrimi me likide intravenoze me solucion Ringer laktat ose me solucion fiziologjik 0,9% nëpërmjet kanjula ve me diametër të madh. Tubin nazogastrik për dekompression gastrik dhe lavazh. Kateterizimin për të vlersuar rehidrimin me likide.

Trajtimi në repartin e urgjencës: Kontrolli i dhembjes me anë të anticeve, H2 antagonis, sukralfat. Si dhe bëhet shmangja e narkotikëve sepse mund të maskojnë sëmundjen e rënd.

Trajtimi te gastriti hemorragjik akut bëhet me likide IV, transfuzione të gjakut nëse hematokriti është i ulët, eliminimi i shkaqeve (alkooli, sepsi ose traumat). Parandalimi i gastriti akut, nëse pacienti është i sëmur rënd: Me anë të anticeve qdo orë ose frenuesit të pompës protonike (PPI) ose antagonistët H2 intravenoz. Qëllimi është të mbahet niveli i pH>4.

Te gastiti kronik duhet të bëhet trajtimi i infeksionit nga *H.pylori*: Me anë të testeve invazive ose joinvazive për të konfirmuar infeksionin. Alternativat e terapisë me antibiotik nga goja për qrrënjosje të *H.pylori*: Ku regjimet më të zakonshme përbëhen nga PPI-të (omeprazoli 20mg ose lansoprazoli 30mg) plus klaritromacinë 500mg dhe amoksicilinë 1g, të gjithë dy herë në ditë për dy javë. Për pacientët alergjik ndaj penicilinës: PPI plus klaritromicinë 500mg dy herë në ditë plus metronidazol 500mg 2 herë në ditë për 14 ditë. Trajtimi është i kundërshtuar për gastritin asimptomatik ose gastritin dispeptik joulceroz. Shtesa në dietë me vitamin B12 për gastritin atrofik.¹⁴

¹⁴ Schaidler.J, Hayden.S, Wolfe.R, Barkin.R, Rosen.P Konsulta mjekësore e urgjencës pesë minutave të para. Tiranë 2014: 394-395

2.11 Mjekimi (medikamentet)

- Cimetidinë (H2-blokues): 800mg nga goja përpara gjumit (doza te fëmijët: 20-40mg/kg\24 orë) për 6-8 javë.
- Famotidinë (H2-blokues): 40mg nga goja përpara gjumit (doza te fëmijët: 0,5-0,6mg/kg qdo 12 orë) për 6-8 javë.
- Lansoprazol (PPI): 30mg nga goja dy herë ne ditë për 2 javë.
- Maaloks plus: 2 deri 4 tableta nga goja katër herë në ditë.
- Mizoprostol: 100-200mg nga goja katër herë në ditë.
- Mylanta: 2-4 tableta nga goja katër herë në ditë.
- Nizatidinë (H2-blokues): 300mg nga goja përpara gjumit për 6-8 javë.
- Omeprazol (PPI): 20mg nga goja dy herë në ditë (doza te fëmijët: 0,6-0,7mg/kg qdo 24 orë) për dy javë.
- Pantoprazol (PPI): 40mg nga goja ose IV në ditë për dy javë.
- Ranitidin (H2-blokues): 300mg nga goja përpara gjumit (doza të fëmijët: 5-10mg/kg\24 orë qdo 12 orë) për 6-8 javë.
- Subsalicilati i bismutit: 525mg, 2 tableta nga goja katër herë në ditë.
- Sukralfat: 1g nga goja katë herë në ditë për 6-8 javë.¹⁵

¹⁵Schaider.J, Hayden.S, Wolfe.R, Barkin.R, Rosen.P Konsulta mjekësore e urgjencës pesë minutave të para. Tiranë 2014: 395

2.12 Kujdesi infermieror te të sëmuret me gastrit akut dhe kronik

Procesi i kujdesit infermieror- Është një procedurë që ndërtohet nga vetë i sëmuri dhe zbatohet nga infermierja dhe ekipi i kujdesit. Shikohet si një proces problem-zgjidhës që punon sipas një përkujdesi infermiere të individualizuar. Shërben si një guide për infermieret profesional dhe ka karakterin: E një strukture që siguron një përkujdesje infermiere për individet, familjet dhe komunitetet, E rregullt dhe sistematike, Indipendentë, E përkujdesjes specifike për individët, familjaret dhe komunitetet, Që ka në qender klientin duke përdorur fuqitë e klientit. Procesi i kujdesit infermieror përbëhet nga: **Vlerësimi, Diagnoza infermiere, Planifikimi, Zbatimi dhe Evaluimi.**¹⁶

Vlersimi infermieror- Infermieri merr informacion për dhimbjen epigastrike, tendosjen abdominal, gërqe, mos tretje të ushqimit, nauze ose te vjella. Vlersimi përfshin: fillimin, kohëzgjatjen, lokalizimin dhe frekuencën e simptomave, faktorët që ndikojnë në përkeqësimin e gjendjes, shkallen e paaftësis për kryrjen e aktiviteteve ditore. Infermieri observon për shenja të ankthit, shqetësimeve, siq janë: nervozizëm, shqetësime apo rënkime, ndryshime të shenjave vitale. Vlersimi abdominal evidenton: tendosjen mbi hapsiren epigasrike, distension, rritje të zhurmëve të zorrëve apo valëve të peristaltikës.

Diagnoza infermiere- Ndryshime në ushqyerje më pak se nevojat e organizmit, si pasoj e marrjes së ushqimeve irrituese, defiqitet në vëllimin e lëngjeve si pasoj e marrjes së pamjaftueshme të lëngjeve dhe humbjes së tepërt nga të vjellat, munges njohurish me administrimin e dietës dhe masave parandaluese të ndërlikimeve.

Planifikimi- Qëllimet kryesore janë: reduktimi i marrjes së ushqimëve irrituese, sigurimi i lëngjeve të nevojshme për organizmin, ndëgjegjësimi për dietën që duhet të marr.

Ndërhyrja infermiere- Pacientët me gastrit shpesh nuk paraqiten në spitale, megjithëse ata kanë një gastrit akut ose kronik që përfundon me një imbalancë të lëngjeve, elektroliteve dhe hemorragji. Trajtimi i kësaj situate përqëndrohet direkt në lehtësimin e simptomave dhe shmangien e shkaktarit që e ka shkaktuar diskomfortin.

¹⁶ Kraja.E “Bazat e infermierisë 1”

Masat ushqimore- Për gastritin akut duhet të sigurohet një mbështetje fizike dhe emocionale dhe të ndimohet pacienti ti shpreh simptomat dhe ankesat e tij si: nauzea, të vjella, urth dhe lodhje. Shumë pacientë nuk lejohen të marrin asgjë nga goja për orë apo ditë deri sa simptomat akute të qetësohen. Kur simptomat të qetësohen i ofrohet pacienti ujë me copa akulli të vogla. Për të siguruar ushqyerjen, për të reduktuar nevojat për terapi intavenoze dhe për të minimizuar iritimin e mukozave gastrike rekomandohet marrja e ushqimeve të buta, në sasi të vogla dhe në mënyrë të shpeshtë. Pas fillimit të ushqimit, observohet në mënyrë të vazhdueshme për ripërsëritjen e epizodave gastrike dhe raportohet menjëherë te mjeku. Nuk inkurajohet marrja e pijeve më përmbajtje kafeine sepse kafenia e stimulon sistemin nervor qendror i cili stimulon rritjen e aktivitetit gastrik dhe sekretimin e pepsinës. Nuk lejohet pirja e duhanit sepse nikotina redukton sekretimin e bikarbonateve pankreatike dhe si rrjedhojë pengohet neutralizimi i acidit gastrik në duoden. Nikotina gjithashtu rritë stimulimin parasimpatike, e cila rrit aktivitetin muskular në zorrë dhe mund të shkaktojë nauze dhe të vjella. Infermieri duhet të jetë gjithmonë i vëmendshëm për të zbuluar shenjat e një hemorragjie gastrike (hematemesis, takikardi, hipotension). Në qoftë se është e evidente lajmërohet mjeku si dhe shenjat vitale maten çdo 5-15 minuta. Për gastritin kronik, pacientit i thuhet të identifikoi dhe të eliminojë çdo ushqim irritues që mund të shkaktojë ndryshime inflamatorë. Kujdesi infermieror përqëndrohet tek simptomat evidente. Bëhet monitorimi i sasisë së lëngjeve të marra dhe të nxjerra për të zbuluar shenjat e herëshme të dehidratimit. Në qoftë se marrja e lëngjeve refuzohet nga pacienti, rekomandohet marrja e 3 litrave lëngje me rrugë IV sipas përshkrimit të mjekut. Sasia e elektrolitve (natrium, kalium) monitorohet çdo 24 orë për të zbuluar shenjat e herëshme të prishjes së bilancit.

Bilanci hidrik- Monitorohet sasia e lëngjeve të marra dhe të nxjerra për të zbuluar shenjat e mëhershme të dehidratimit (nxjerrja minimale 30ml/h dhe marrja minimale 1.5 l/ditë). Në qoftë se marrja e ushqimeve dhe lëngjeve refuzohet nga pacienti, rekomandohet marrja e 3 litrave lëngje në rrugë IV sipas përshkrimit të mjekut. Sasia e elektrolitve (Natrium, kalium) monitorohet çdo 24 orë për të zbuluar shenjat e herëshme të prishjes së bilancit hidrike.

Menagjimi i dietës- Vlersohen njohurit e pacientit për dietën që ai duhet të marr dhe edukimi për dietën bëhet në mënyr të individualizuar. Pra pacientit i rekomandohet një dietë e butë që përmbanë kaloritë e nevojshme, sipas preferencave, në porcione të vogla, në mënyr të shpeshtë.

Pracionet e vogla dhe të shpeshta rekomandohen për të kontrolluar sekrecionet gastrike. Qdo ushqim i ri që shtohet duhet të shtohet një nga një. Pacientit i jepet një listë të substancave që duhet të evitohen (kafein, nikotinë, ushqime pikante). Mjekët dhe infermierët instruktojnë pacientin për medikamentet që shkaktojnë irritim gastrik. Këto medikamente janë: agjentët kimioterapeutik, aspirina, kortikosteroidet, agjentët josteroid anit-inflamator si indometacinë, ibuprofen. Antacidet, sedativet dhe antikolergenët administrohen sipas përshkrimit të mjekut.¹⁷

Vlersimi\arritje e pritshme- Pacienti merr më pak ushqime irrituese: eliminon pijet që përmbajnë kafein nga dieta, shmang ushqimet pikante dhe erëzat. Siguron blancin hidrik: pi 6 deri në 8 gota ujë në ditë, toleron terapinë IV, 3 litra në ditë, urinon përafërsisht 1.5 lita në ditë, ruan integritetin, turgorin e lëkurës, rrit sasin e marrjes së lëngjeve dhe ushqimeve me pakësimin e simptomave. Kupton rëndësinë e mbajtjes së dietës, përvetëson këshillimet për kufizimin e dietës, modifikon marrjen e kalorive sipas preferencave individuale, ha në sasi më të vogël dhe më të shpeshta, administron medikamentet sipas përshkrimit.

¹⁷ Peka.E, Neqaj.L, Rustami.E, Begu.D, Imami-Lelqaj.A, Qela.M, Dervishi.A, Zanaj.V, Mane.V Infermieristika në specialitete. Tiranë 2005: 75-77

3. Qëllimi i punimit

Qëllimi i këtij punimi është shtjellimi i gastriti akut dhe kronik si sëmundje në përgjithësi dhe kujdesi infermieror te këta të sëmur si dhe qëllim tjetër i këtij punimi është prezantimi i incidencës së rasteve me gastrit kronik në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë, për periudhën kohore Janar-Qershor 2017. Ky hulumtim realizohet për të dhënë një sqarim sa më të qartë të gjendjes aktuale të sëmundjes, në spitalin rajonal të Gjakovës.

Objektivat

- Vlerësimi i rasteve të sëmundjes me gastrit kronik sipas gjinisë.
- Vlerësimi i rasteve të sëmundjes me gastrit kronik sipas moshës.
- Vlerësimi i rasteve të sëmundjes me gastrit kronik sipas vendbanimit.
- Vlerësimi i rasteve të sëmundjes me gastrit kronik sipas muajve të humumtuar.

4. Metodologjia (Materialet dhe metodat)

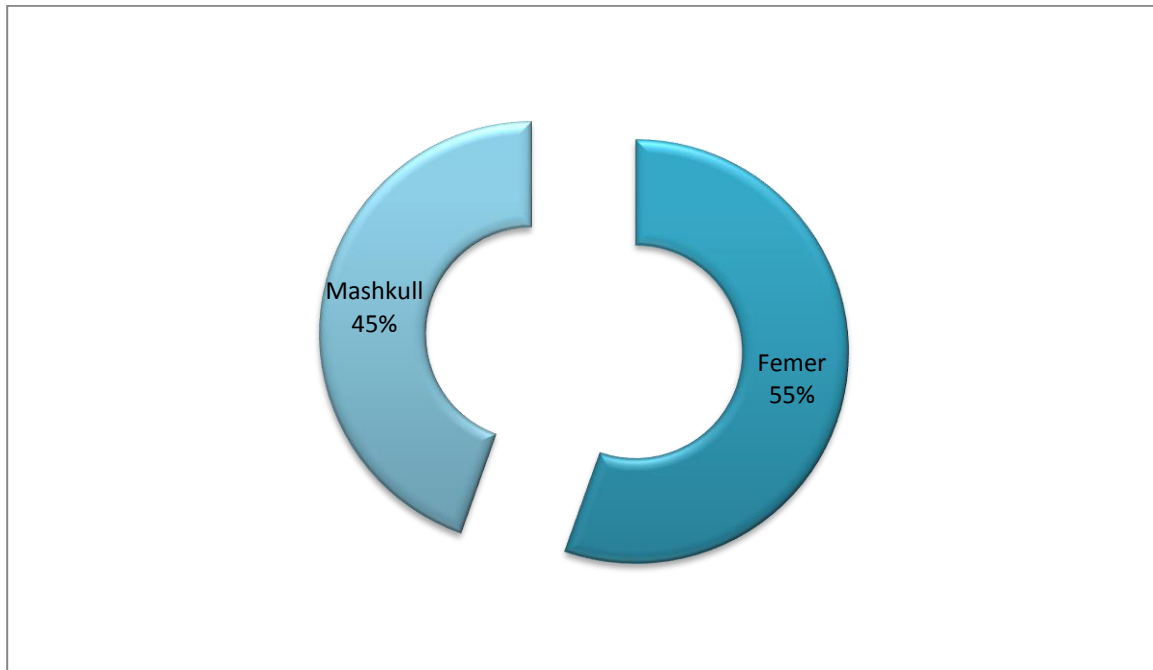
Për realizimin e këtij punimi, statistikat janë marrë nga protokolet e repartit të Internos në spitalin rajonal të Gjakovës. Studimi në fjalë merr kahje të një rishikimi të literaturës dhe në bazë të studimit të rasteve në vijim mund të quhet edhe studim rast. Metoda e grumbullimit të të dhënave është e tipit retrospektiv. Studimi përfshinë pacientët me sëmundje të gastriti kronik nga periudha kohore Janar-Qershor 2017. Paraqitja e të gjitha të dhënave të analizuara është bërë përmes tabelave dhe grafikoneve të cilat paraqesin numrin dhe përqindjen e pacienteve me gastrit kronik.

5. Rezultatet

Gjatë hulumtimit janë konstatuar 83 pacienta me gastrit kronik, ku nga gjinia femërore janë 46 raste ndërsa nga gjinia mashkullore janë 37 raste. Në tabelë dhe në grafikonin 1 janë paraqitur rastet me gastrit kronik sipas gjinisë.

Tabela 1. Struktura e pacienteve me gastrit kronik të dy gjinive.

Gjinia	Numri	%
Femer	46	55%
Mashkull	37	45%
Gjithsej	83	100%



Grafikoni 1. Struktura e pacienteve me gastrit kronik të dy gjinive.

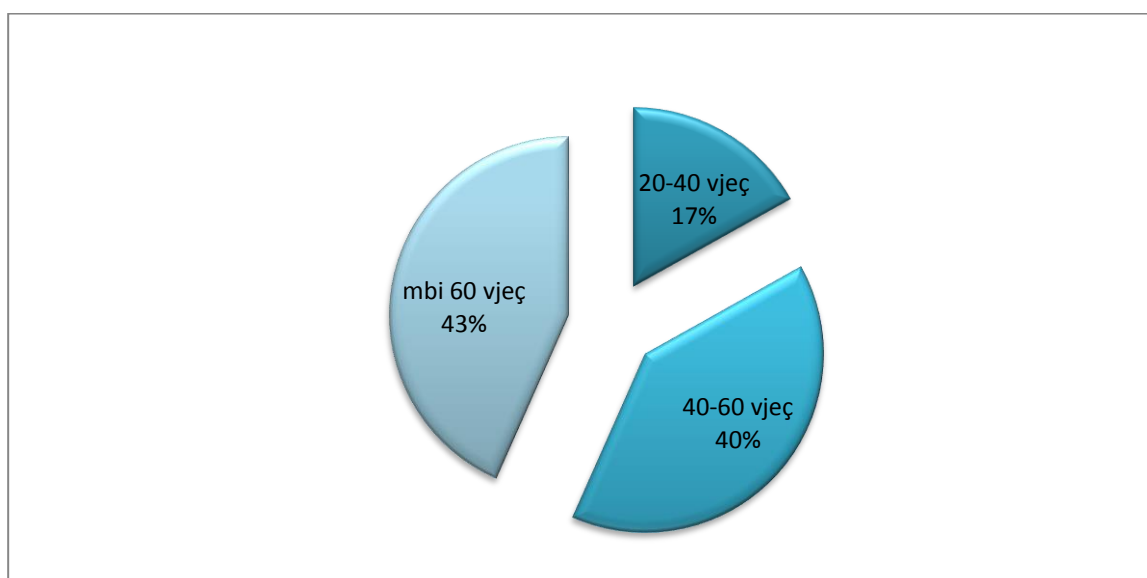
Komenti:

Rezultatet e arritura tregojnë se për periudhën kohore Janar-Qershor me gastrit kronik ishin më të atakuara gjinia femërore me 46 raste ose 55% ndërsa gjinia mashkullore me 37 ose 45%.

Nga 83 raste me gastrit kronik për 6 muaj të viti nga Janari deri në Qershor 2017, rastet janë konstatuar edhe sipas moshës, që të përcaktohet se cila moshë është më e atakuar.

Tabela 2. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas moshës.

Mosha	Nr. i rasteve	%
20-40 vjeç	14	17%
41-60 vjeç	33	40 %
Mbi 60 vjeç	36	43%



Grafikoni 2. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas moshës.

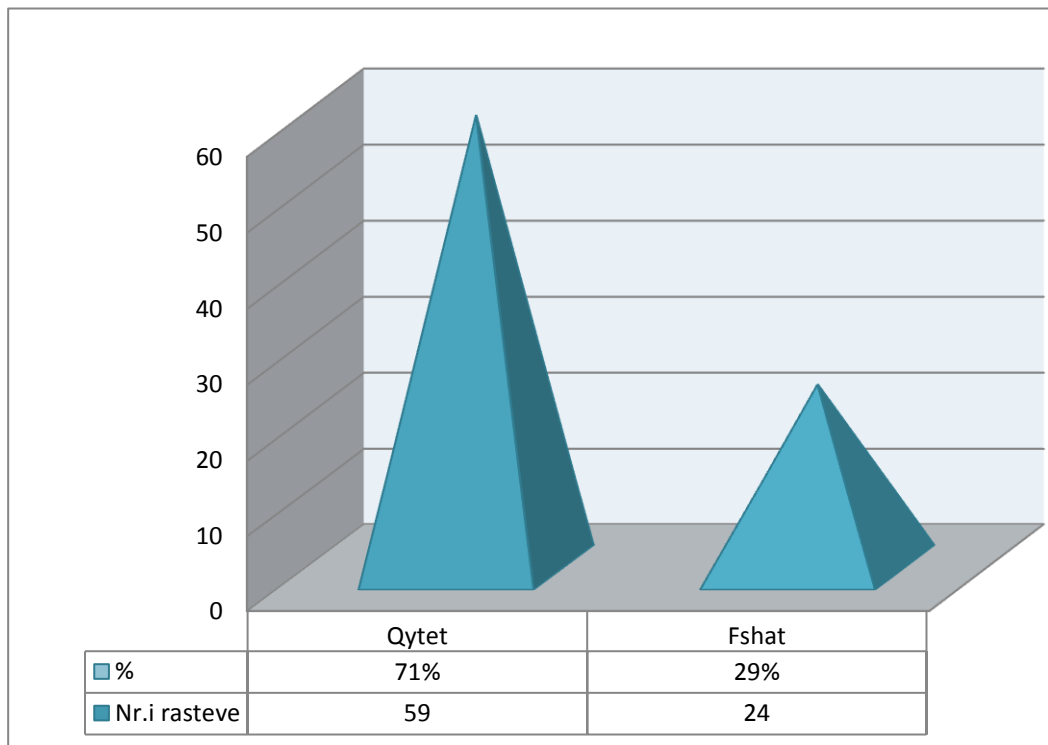
Komenti:

Grupmosha më e prekur me gastrit kronik është ajo mbi 60 vjeç duke numëruar gjithsej 36 raste apo 43%, duke lënë pas grupmoshen 41-60 vjeç me 33 raste apo 40%, ndërsa numri më i vogël i rasteve i takon grupmoshës 20-40 vjeç me 14 raste apo 17% .

Nga numri i përgjithshëm me gastriti kronik rastet janë konstatuar edhe sipas vendbanimit sa raste kanë qenë prej qytetit dhe sa prej fshatrave.

Tabela 3. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas vendbanimit.

Vendbanimi	Nr. i rasteve	%
Qytet	59	71%
Fshat	24	29%



Grafikoni 3. Struktura e pacienteve me gastrit kronik sipas vendbanimit.

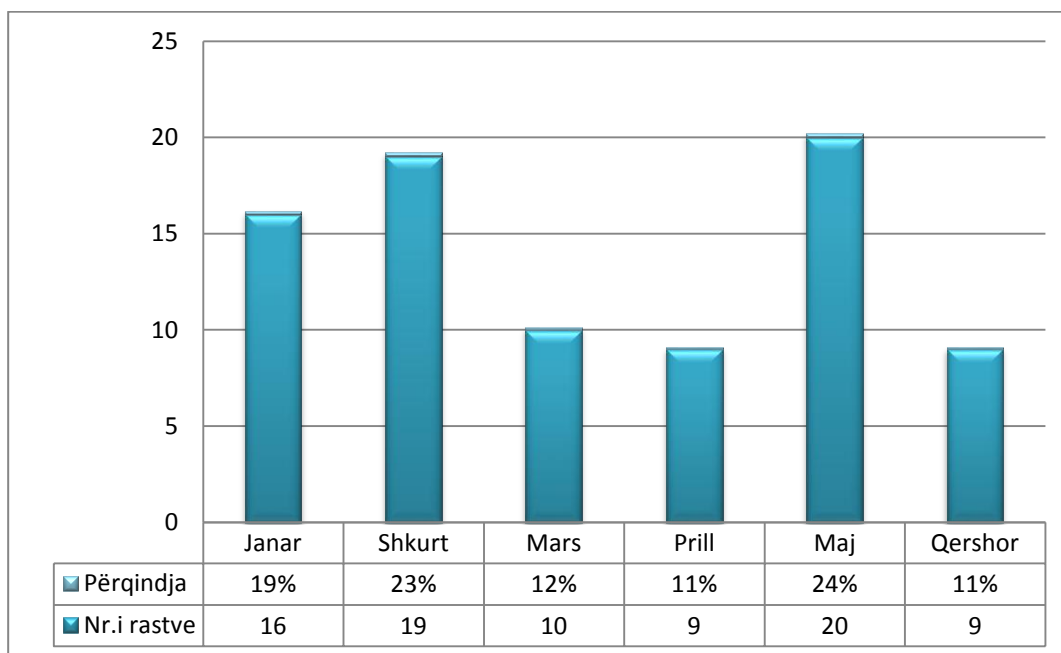
Koment:

Sipas tabelës së mësipërme dhe grafikoni shohim se raste me gastrit kronik kemi më shumë në qytet me 59 raste ose 71% ndërsa ne fshatra 24 raste ose 29% .

Në tabelen 4 dhe grafikonin 4 janë paraqitur të dhënat për numrin e pacienëve me gastrit kronik gjatë muajve të vitit, duke filluar nga Janari i vitit 2017 deri në Qershor të vitit 2017.

Tabela 4. Struktura e pacienteve me gastrit kronik në bazë të muajve.

Muajt	Nr. i rasteve	%
Janar	16	19%
Shkurt	19	23%
Mars	10	12%
Prill	9	11%
Maj	20	24%
Qershor	9	11%



Grafikoni 4. Struktura e pacienteve me gastrit kronik në bazë të muajve.

Komenti:

Këto të dhëna tregojnë se muaji Maj ka pasur numër më të lartë të rasteve me gastrit kronik, gjithsej 20 raste ose 24% , ndërsa muaji Prill dhe Qershor numër më të ulët me nga 9 raste apo 11%.

6. Diskutimi

Burimi kryesor i të dhënave për analiza statistikore ka qenë Spitali Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë. Në këtë hulumtim numri i rasteve me gastrit kronik për periudhë kohore Janar-Qershor 2017 është marrur nga protokolet e repartit të internos. Në këtë hulumtim janë përfshirë gjithësej 83 pacientë, ku prej këtyre 83 pacientëve 46 kanë qenë të gjinisë femërore ose 55%, ndërsa të gjinisë mashkullore kanë qenë 37 pacientë ose 45% ku ky rezultat tregon se gjinija femërore për këtë periudh kohore ka qenë më e atakuar. Ndërsa sipas grupmoshës prej 83 pacientëve 36 prej tyre ishin të moshës mbi 60 vjeç apo 43% duke lënë pas moshën 41-60 vjeç me 33 pacientë apo 40% dhe mosha më pak e prekur në periudhë të hulumtimit ishte mosha 20-40 vjeç me 14 pacientë apo 17%. Sa i përket vendbanimit pacientët që jetojnë në qytet kanë qenë më të atakuar se me gastrit kronik me rreth 59 pacientë apo 71% ndërsa ata që jetojnë në fshat ishin 24 pacientë apo 29%. Ndërsa në bazë të muajve Janar-Qershor 2017 muaji me më shumë pacientë ishte muaji Maj me 20 pacientë apo 24% ndërsa muaji Prill dhe Qershor kishin numër më të ulët te pacientëve nga 9 pacientë apo 11%.

7. Përfundimi

Si përfundim pas gjithë këtyre statistikave që janë bërë ne spitalin rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë në repatin e Internos nga Janari deri ne Qershor 2017, kanë qenë 83 pacienta me gastrit kronik ku gjinia femërore ishte më e atakuar, mosha më e prekur ishte mosha mbi 60 vjeç, më shumë pacientë ishin me vendbanim nga qyteti ndërsa sa i përket muajve më i atakuari ishte muaji Maj ndërsa muaji Prill dhe Qershor kishin numër më të ulët të rasteve me nga 9 raste apo 11%.

Disa rekomandime për pacientët:

- ❖ Pacientëve ju rekomandohet që të marrin më pak ushqime irrituese, të eliminojnë pijet të cilat përmbajnë kafein nga dieta, të shmangen ushqimeve pikante dhe erëzave pra të zgjedhin erëza të cilat nuk janë irrituese gjatë ushqyerjs.
- ❖ Pacientet këshillohen gjithëashtu që të sigurojnë bilancin hidrik, pra të pijnë 6 deri në 8 gota me ujë në ditë në mënyrë që të mos kemi prishje të bilancit hidrik.
- ❖ Pacientët duhet të kuptojnë rëndësin e dietës pra rekomandohet një dietë e butë që përmban kalorit e nevojshme, sipas preferencave por ne porcione të vogla dhe në mënyr të shpeshtë. Ku pacienteve ju jepet një listë e substancave që duhet të evitohen (p.sh kafeina, nikotina, ushqimet pikante) si dhe ju tregohet që irritim kronik lokal që shkaktohet nga alkooli, medikamentet, pirja e duhanit, agjente infektiv si dhe agjentet e mjedisit shkaktojnë sëmundje.
- ❖ Si dhe instruktohen pacientët që të administrojnë medikamentet në mënyrë të rregullt dhe të ju përmbahen rekomandimeve mjekësore.

8. a. Rezyme

Gastriti është një inflamacion i mukozave të stomakut. I cili klasifikohet si akut dhe kronik. Gastriti akut është inflamacion i mukozave gastrike ose i submukozave pas ekspozimit ndaj irrituesve lokal. Gastriti kronik është inflamacion i mukozave të stomakut.

Qëllimi i këtij punimit është marrja e të dhënave me gastrit kronik për përcaktimin ecurisë së sëmundjes në qytetin e Gjakovës, duke grumbulluar të dhënat personale të cilat kanë qenë të regjistruara në protokolet e repartit të Internos në spitalin “Isa Grezda” Gjakovë.

Në realizimin e këtij punimit është përdorur metoda e rishikimit të literaturës dhe në bazë të studimit të rasteve në vijim mund të quhet edhe studim rast. Metoda e grumbullimit të të dhënave është e tipit retrospektiv. Grumbullimi i të dhënave është marrë në protokolet e repartit të internos me të cilat është bërë studimi i këtyre statistikave gjatë periudhës Janar-Qershor 2017 për pacientet me gastrit kronik, të dhënat të cilat janë paraqitur në tabela dhe grafikone.

Në bazë të grumbullimit të të dhënave tek personat me gastrit kronik, nga 83 rasteve të cilët janë paraqitur në repatin e internos, 46 janë të gjinisë femërore ndërsa 37 të gjinisë mashkullore. Moshë më e prekur është mbi 60 vjeç. Ndërsa sipas vendbanimit në qytete janë konstatuar 59 persona ndërsa në fshatra 24 persona. Në bazë të muajve të hulumtuar muaji më shumë raste ishte muaji Maj me 20 raste ndërsa muaji Prill dhe Qershor kishin numër më të ulët të rasteve me nga 9 raste apo 11%.

8.b. Summary

Gastritis is an inflammation of the stomach mucous membranes. Which is classified as acute and chronic. Acute gastritis is inflammation of the gastric or submucosal mucous membranes after exposure to local irritants. Chronic gastritis is inflammation of the stomach mucous membranes.

The purpose of this paper is to obtain data with chronic gastritis for determining the progress of the disease in the city of Gjakova, by collecting data of persons who have been registered in the protocol department interns of the hospital "Isa Grezda" Gjakova.

In the implementation of this paper, a literature review method has been used and the following case study can be called a case study. The method of collecting data is of a retrospective type. Collection of data is obtained in internist department protocols which is the study of the statistics made during January-June 2017 time for patients with chronic gastritis, the data which are presented in tables and graphic.

Based on collecting data on persons with chronic gastritis, from 83 cases who presented to the internist department 46 are women while 37 are men. The affected age is over 60 years. While according to settlements in towns were registered 59 persons and from villages are 24 persons. Based on the months investigated months, most cases were in May with 20 cases while April and June had the lowest number of cases with 9 cases or 11%.

9. Literatura

1. Noble.J, Greene.H, Levinson.W, Modest.G, Mulrow,C, J.Scherger, Young.M Traktati i mjekësisë së kujdesit parësor. Tiranë 2013.
2. Peka.E, Neqaj.L, Rustami.E, Begu.D, Imami-Lelqaj.A, Qela.M, Dervishi.A, Zanaj.V, Mane.V Infermieristika në specialitete. Tiranë 2005.
3. Moore.K, Dalley.A, Agur.A Anatomia me orientim klinik. Tiranë 2014.
4. McPhee.S, Ganong.W Fizpatologjia e sëmundjeve. Tiranë 2014.
5. Resuli.B, Prifti.S, Bibolli.I, Kajo.I, Basho.J, Babameto.A Gastroenterologjia. Tiranë 2000.
- 6 . Cohen.J, Powderly.W, Berkley.S, Calandra.Th, Clumeck.N, Finch.R, Hammer.S, Holland.S, Kiehn.T, Maki.D, Macadam.K, Norrby.S, Opal.S, Ronald.A, Solberg.C, Verhoef.J. Sëmundjet infektive. Vëllimi 1. Tiranë 2013.
7. Goldam.L, Ausiello.D, Traktat Mjekësor i cecil-it. Tiranë 2013.
8. Kraja.E Bazat e infermierisë 1.
9. Schaidler.J, Hayden.S, Wolfe.R, Barkin.R, Rosen.P Konsulta mjekësore e urgjencës pesë minutave të para. Tiranë 2014.
10. Abbas.K, Mitchell.F Bazat e patologjisë së Robbins-it. Tiranë 2013.

10. CV e shkurtër e kandidatit

Të dhënat personale:	
Emri dhe mbiemri	Donjeta Hoti
Gjinia	Femër
Datëlindja	28.02.1996
Vendbanimi	Rogovë
Të dhënat e kualifikimit:	
Shkolla fillore	“Haxhi Hoti” Rogovë
Shkolla e mesme e lartë	Mjekësi e Përgjithshme “Hysni Zajmi” Gjakovë
Universiteti	Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Të dhënat kontaktuese:	
Adresa	Rogovë
Email-i	donjeta.7@outlook.com