

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI MAMI



**KUJDESI I MAMISË NË GJENDJET
EMERGJENTE GJATË LINDJES**

PUNIM DIPLOME

Kandidatet:

Leonita Islami

Florentina Gjoka

Mentori:

Prof. Asist. Selami Sylejmani MD PhD

Gjakovë, 2018

INFORMATA RRETH PUNIMIT

Punimi i temës:

"Kujdesi i mamisë në gjendjet emergjente gjatë lindjes ", i kandidateve **LEONITA ISLAMI** dhe **FLORENTINA GJOKA** u pranua në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin " Fehmi Agani" në Gjakovë. Mentor i këtij punimi është **Prof. Asist. SELAMI SYLEJMANI, MD, PhD.**

Punimi përfshinë 33 faqe dhe 4 fotografi.

DEKLARATA E KANDIDATEVE

Unë **Leonita Islami** dhe unë **Florentina Gjoka**, me përgjegjësi të plotë deklarojmë se punimi i diplomës me titull: "**Kujdesi i mamisë në gjendjet emergjente gjatë lindjes**" është punimi ynë original dhe se çdo e dhënë në të është e cituar dhe plotësisht e referuar

FALENDERIMET

Unë **Leonita Islami** dhe unë **Florentina Gjoka** falenderojm të gjithë ata që na mbeshtetën gjatë jetës, punimit final si dhe përgjatë tri viteve studimi:

Falenderojm stafin akademik të **Universitetit të Gjakovës “Fehmi Agani”** në **Fakultetin e Mjekësisë**.

Falenderojm mentorin tonë, **Prof. Asist. Dr. Selami Sylejmani**, i cili gjatë mësimit na dhuroj njohuri të reja dhe na ndihmoj në përgaditjen e temës me korrektësi duke na dhënë këshilla dhe udhëzime të mirëfillta.

Në fund por jo të fundit falenderojmë familjen tonë për përkrahjen e pa kursyer gjatë gjithë shkollimit.

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 temes së diplomes duke përfshirë hyrjen, procesin e lindjes, menaxhimin e pacientes në lindje e deri tek emergjencat gjatë lindjës janë punuar nga unë LEONITA ISLAMI, ndërsa**
- **Pjesa e dytë e temes nga paraqitja e traumave tek fëmijet në lindje, qëllimi i punimit, metoda e punës e deri tek nxerrja e rekomandimeve i takojnë pjesës të punuar nga unë FLORENTINA GJOKA.**

PËRMBAJTJA

ABSTRAKTI	1
1. HYRJE	2
1.1. Procesi i lindjes	3
1.2. Patofiziologjia e lindjes	4
1.2.1. Faza e parë e lindjes	4
1.2.2. Faza e dytë e lindjes	4
1.2.3. Faza e tret e lindjes	4
1.3. Menaxhimi i pacientës në lindje	5
1.4. Lindja imediale	5
1.5. Lindja abnormale dhe emergjencat gjatë lindjes	8
1.5.1. Kordoni i prolabuuar	8
1.5.2. Menaxhimi i kordonit të prolabuuar	9
1.5.3. Prezantimi me pjesën e poshtme- Breech	10
1.5.4. Menaxhimi i prezantimit me pjesë të poshtme	11
1.5.5. Prezantimi me gjymtyrë	11
1.5.6. Kordoni umbilikal rreth qafës	12
1.5.7. Menaxhimi i kordonit umbilikal rreth qafës	13
1.5.8. Placenta akreta	13
1.5.9. Inversioni uterin	15
1.5.10. Menaxhimi i inverzionit uterin	16
1.7. Traummat sipas lokalizimit të sistemeve të organeve	18
1.7.1. Dëmtimet në cranium	18
1.7.2. Dëmtimet dhe traummat me pasoj hemoragjike intra- craniale (brenda kokës) 20	
1.7.3. Traummat e lindjës në shpine	21
1.7.4. Traummat e nervit periferik	21
1.7.5. Traummat në organe	22
1.7.6. Trauma në qafë	23

1.7.7. Frakturat e klavikules	23
1.7.8. Traummat e ekstremiteteve.....	23
1.7.9. Demtimet traumatike të hundës	24
1.7.10. Dystokia e shpatullave	24
QËLLIMI I PUNIMIT	26
METODA E PUNËS.....	27
REKOMANDIMET	28
REZYME	29
RESUME	30
REFERENCAT	31
CV- JA E KANDIDATEVE.....	32

ABSTRAKTI

Emergjenca definohet si një dukuri apo gjendje serioze që ndodh papritmas dhe kërkon veprim të menjëhershëm.

Traumat e lindjes janë dëmtime që ndodhin gjatë aktit të lindjes. Ato janë të shumëllojshme, të shumanëshme dhe të pashmangëshme, ndodhin kur ka ekip të pa aftë gjithashtu edhe të aftë obstetrikal ose edhe si pasojë e procesit të pritjes së lindjes së fëmijës.

Në këtë punim do të diskutohet mbi: kujdesin emergjent themelor, procesin e lindjes, emergjencat që ndodhin në lindje, traumat që shoqërohen në fëmijë pas lindjes si dhe rolin e mamive apo profesionistëve shëndetësorë në minimizimin e këtyre rasteve.

***Fjalë kyçe:** procesi i lindjes, emergjenca në lindje, traumat pas lindjes.*

1. HYRJJE

Shumica e foshnjave lindin pa ndërlikime. Shumë emergjence obstetrike mund të ndodhin dhe çdo punëtor shëndetësor që merret me lindjen e foshnjave duhet të dijë si t'i menaxhojë. Emergjencia definohet si një dukuri apo gjendje serioze që ndodh papritmas dhe kërkon veprim të menjëhershëm. Edhe pse definicioni nënkupton që janë të paparashikueshme, përgatitja dhe parandalimi duhet të jenë të zbatohen për ta ulur rrezikun e shfaqjes së emergjencave.

Në këtë punim do të diskutohet mbi: kujdesin emergjent themelor, procesin e lindjes, emergjencat që ndodhin në lindje, traumat që shoqërohen në fëmijë pas lindjes si dhe rolin e mamive apo profesionistëve shëndetësorë në minimizimin e këtyre rasteve.



Figura.1. Procesi i lindjes normale

1.1. Procesi i lindjes

Akti i lindjes është i rrezikuar nëse ka mospërputhshmeri në mes të perimetrit të kokës/ të kanaleve të lindjes. Shkaktarët e drejtpërdrejtë të këtyre lëndimeve janë faktorët mekanikë, hipoksia dhe iskemia e disa organve të organizmit.

Incidenca sillet rreth 3.7/ 100.000 të lindur gjallë dhe është më e shpeshtë te:

- Shtatzënitë primare;
- Keqformimet e pelvikut amtar;
- Lindja e zgjatur / e vrullshme;
- Përdorimi i forcepsit / vakumit;
- Foshnjët LGA;
- Keqformimet e bashkëlindura të frytit;

Traumat e lindjës janë dëmtime që ndodhin gjatë aktit të lindjes. Ato janë të shumëllojshme, të shumanëshme dhe të pashmangëshme, ndodhin kur ka ekip të pa aftë gjithashtu edhe të aftë obstetrikal ose edhe si pasojë e procesit të pritjës së lindjes së fëmijës.

1.2. Patofiziologjia e lindjes

Lindja e fetusit është kulminacioni i shtatzënisë. Procesi i lindjes në përgjithësi ndahet në tri faza:

1.2.1. Faza e parë e lindjes

Faza e parë e lindjes fillon me fillimin e kontraksioneve të mitrës dhe përfundon me dilatimin e tërësishëm të qafës së mitrës. Zgjat rreth 8 orë tek nuliparat (gratë që nuk kanë lindur kurrë) dhe 5 orë te multiparat (gratë që kanë pasur një apo më tepër lindje). Kontraksionet mund të jenë të parregullta në fillim. Më vonë gjatë fazës së parë, kontraksioneve iu rritet intensiteti, gjersa intervalet ndërmjet tyre shkojnë duke u shkurtuar.

1.2.2. Faza e dytë e lindjes

Faza e dytë e lindjes fillon me dilatimin e tërësishëm të qafës së mitrës dhe mbaron me lindjen e fetusit. Tek pacientet nulipare, faza e dytë zgjat rreth 50 minuta, gjersa tek pacientet multipare, zgjat rreth 20 minuta. Kontraksionet janë të forta, dhe secili zgjat 2 deri 3 minuta. Shpesh, pacientet ndjejnë dhimbje në pjesë e poshtme të shpinës, me lëshimin e fetusit në pelvik. Nevoja për shtytje zakonisht fillon në fazën e dytë. Membranat rëndomë rruptohen në këtë fazë nëse nuk janë rruptura më herët.

1.2.3. Faza e tretë e lindjes

Faza e tretë e lindjes fillon me lindjen e fetusit dhe mbaron me lindjen e placentës. Lindja e placentës rëndom ndodh 30 minuta pas lindjes së fetusit.

1.3. Menaxhimi i pacientës në lindje

Lindja shoqërohet me dhimbje dhe ajo rëndom fillon në abdomen dhe tek disa gra fillon në shpinë. Më vonë, me lëshimin e fetusit në drejtim të pelvikut, dhimbja mund të kalojë në shpinë. Kontraksionet janë të rregullta dhe në përgjithësi iu rritet frekuenca dhe intensiteti. Gjatësia e gjithmbarshme e lindjes mesatarisht është 6-12 orë, me variacione të theksuara individuale. Mitra dhe qafa e mitrës i nënshtrohen një numri të ndryshimeve që lehtësojnë lindjen e fetusit. Në fillim, qafa e mitrës tëhollohet dhe shkurtohet. Në fillim të shtatzënisë, qafa e mitrës është mjaft e trashë dhe e gjatë, por pas tëhollimit është shumë e hollë. Dilatimi është ngrehja progresive e hapjes cervikale. Qafa e mitrës dilaton nga pozicioni i mbyllur në 10 cm, që konsiderohet dilatim komplet. Kur dilatimi dhe tëhollimi të jenë kompletuar, koha e foshnjës kalon te poshtë në vagjinë. Në fazën e dytë të vonshme, koka mund të shihet tek hapja e vagjinës gjatë kontraksioneve. Kjo quhet crowning. Pjesa e foshnjës që lind e para quhet pjesa prezantuese. Në shumicën e rasteve, kemi të bëjmë me kokën. Në raste, të ndenjurat apo pjesët tjera mund të prezantohen të parat. Pjesa prezentuese e foshnjës nuk mund të determinohet pa u shfaqur crowning, meqenëse ekzaminimet vagjinale nuk duhet të kryhen.

Me gjasë, një ndër vendimet më të rëndësishme që duhet të merret në lidhje me pacienten në lindjes është nëse duhet të tentohet me lindjen e foshnjës në vendndodhje apo pacienti të transportohet në spital. Ka shumë faktorë që duhet të merren parasysh kur merret vendimi. Këtu përfshihet numri i lindjeve të mëparshme të pacientes, gjatësia e procesit të lindjes në shtatzëninë e mëparshme, si dhe frekuenca e kontraksioneve.

1.4. Lindja imediale

Shenjat dhe simptomat vijuese indikojnë se lindja është iminente:

- Kontraksionet ndodhin më shpesh se në çdo 2-3 minuta. Intervallet maten nga fillimi i një kontraksioni deri në fillimin e kontraksionit tjetër. Nëse kontraksionet janë të ndara më tepër se 5 minuta, në përgjithësi ka mjaft kohë për transportimin e nënës në spital.
- Nëna ka nevojë për shtytje ose ndjen sikur ka nevojë të madhe.
- Ka sasi të madhe të sekrecioneve që përmbajnë gjak.

- Perineumi është i fryrë dhe crowning është evident.
- Nëna beson se lindja është e pashmangshme.

Nëse cilat do shenja janë prezentë, personeli shëndetësor duhet të kërkojë ambulancë të dytë dhe të përgatitet për lindje. Në raste të tilla, foshnja duhet të lind në vendndodhje ose në ambulancë. Me përjashtim të rasteve kur si pjesë prezantuese paraqitet kordoni umbilikal, personeli nuk duhet ta vonojë lindjen. Megjithatë, faktorë të caktuar mund të determinojnë nevojën për transport të menjëhershëm, përkundër kërcënimit për lindje iminente, ku përfshihen:

- Ruptura e prolonguar e membranave, meqenëse koha e prolonguar ndërmjet rupturës dhe lindjes shpesh çon në infeksione fetale dhe/ose maternale.
- Prezantimet abnormale, kur foshnja prezantohet me këmbë teposhtë ose në mënyrë traverse.
- Distresi fetal, që evidentohet nga bradikardia fetale.
- Njolla të mekoniumit, prezenca e së cilës tregon se fetusi ka bërë jashtëqitje brenda mitrës.

Nëse kontraksionet janë më tepër se 5 minuta larg njëri-tjetrit, dhe pacientja nuk ndien nevojë për shtytje dhe nuk vërehet crowning:

- Pacientja të pozicionohet në krahun e majtë dhe ta ketë përballë personelin shëndetësor.
- Të bëhen përgatitje për ta asistuar lindjen nëse vjen deri te ndryshimi i statusit të pacientes.

Për pacientet me kontraksione më të shpeshta se çdo 5 minuta, por pa asnjë shenjë tjetër të lindjes iminente, duhet të iniciohet transporti por ekziston rreziku që lindja të fillojë gjatë rrugës. Duhet të merren parasysh këto:

- Koha e transportit deri te institucioni shëndetësor pranues. Koha e shkurtër e favorizon transportin e pacientes për në spital.

- Gjendja e rrugës,
- Kushtet meteorologjike, etj.

1.5. Lindja abnormale dhe emergjencat gjatë lindjes

1.5.1. Kordoni i prolabuuar

Kordoni i prolabuuar shfaqet kur kordoni umbilikal është pjesa e parë që prezantohet gjatë lindjes ose është duke u zgjatur nga vagjina dhe është shtypur ndërmjet fetusit dhe pelvikut ashtëror, duke e ndërprerë qarkullimin fetal. Kjo ka tendencë të shfaqet më shpesh në prezantimet abnormale, me lindjet multiple apo premature, ose në konjuksion me rupturën e parakohshme të membranave. Është emergjencë serioze, dhe deri te vdekja fetale vie shpejt nëse nuk ka intervenim të menjëhershëm. Prezantimi i kordonit është prezenca e kordonit umbilikal ndërmjet pjesës prezantuese të fetusit dhe qafës së mitrës, me apo pa rupturën e membranave. Prolabsi i kordonit definohet si lëshimi i kordonit umbilikal nëpër qafën e mitrës, qoftë përgjatë pjesës prezantuese, ose edhe më rrezikshëm, përtej pjesës prezantuese në prezencë të rupturës së membranave. Kordoni edhe mund të shihet jashtë vagjinës. Kjo mund të rezultojë në asfiksi për shkak të qarkullimit të dobët prej dhe kah fetusit për shkak të kompresimit të kordonit dhe vazospazmës. Kordoni umbilikal i prolabuuar është një emergjencë obstetrike në të cilin kompresimi i kordonit umbilikal mund të ketë pasoja fatale nëse nuk lirohet shpejt. Nëse membranat nuk janë të rruptuara, prezantimi i kordës është tragjedi që pret të ndodhë. Kompresimi i kordonit nga ana e pjesës prezantuese kompreson enët umbilikale të gjakut, duke shkaktuar hipoksi. Diagnoza bëhet me matjen e rrahjes së zemrës fetale dhe ekzaminim vagjinal.

Gjersa kordoni i këputur apo i prolabuuar mund të shfaqet në mënyrë spontane, më së shpeshti shfaqet pas rupturës artificiale të membranave nga një stacion i lartë para se të angazhohet koka. Në mënyrë themelore, kordoni umbilikal i liruar nxirret jashtë vagjinë me rrjedhjen e lëngut amnial dhe efektit të gravitetit. Gjersa shumica e obstetërve kanë provuar një apo më tepër herë që ta vendosin kordën në mitës, kjo nuk është treguar e suksesshme. Është me rëndësi të dihet se nëse foshnja është gjallë, nëse mosha gjestative është premtuese, dhe nëse ka anomali.

Kompresimi i kordonit lirohet duhet e ngritur kokën fetale në mënyrë vagjinale gjersa bëhen përgatitjet për seksion cezarian. Ngritja mund të asistohet me vendosjen e nënës në pozitë e

Trendelenburgut apo gjunj-kraharor. Lindja vagjinale operative mund të merret në konsideratë nëse cerviksi është dilatuar tërërisht dhe koka është poshtë në pelvis.

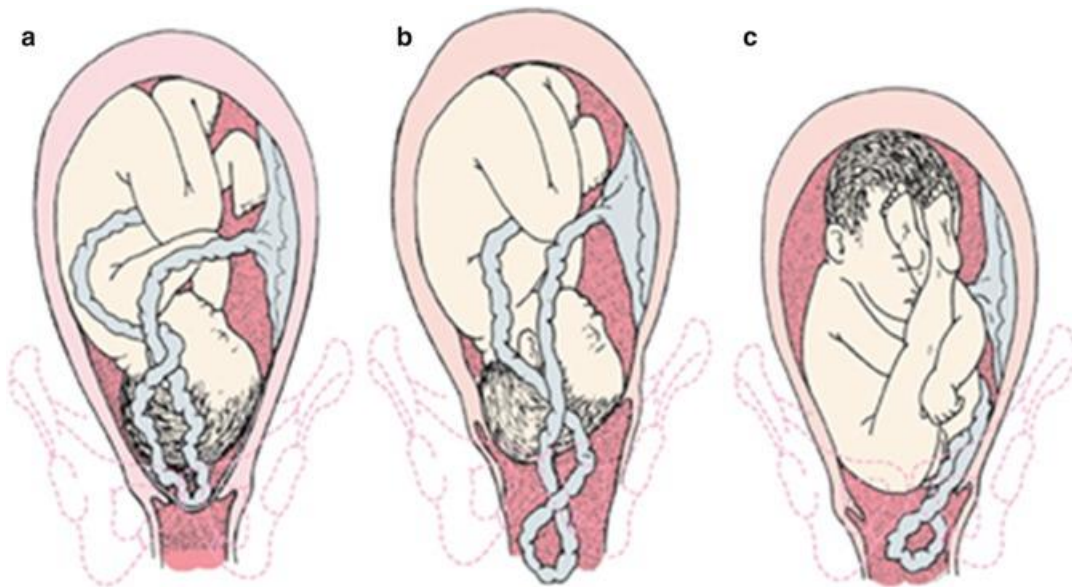


Figura.2. Kordoni umbilikal i prolabuar

1.5.2. Menaxhimi i kordonit të prolabuar

Nëse vërehet kordoni në vagjinë:

1. Të administrohet qarkullimi i oksigjenit.
2. Nëna të pozicionohet në pozitën gjunj-kraharor ose pozitën Trendelenburg, me ije të ngritura e kokë të zbritur.
3. Futet dora me dorëza në vagjinë dhe lehtë shtyhet pjesa prezantuese (koka) lartë dhe larg nga kordoni. Kjo e redukton shtypjen ndaj kordonit dhe ri- mundëson qarkullimin e gjakut në kordon. Kur zbatohet kjo procedurë, duhet të kujdesemi që duart mos ta shtypin kordonin.

4. Kordoni i prolabuuar mbahet i ngrohtë dhe i lagësht duke e vendosur në vagjinë, nëse është e mundur.
5. Nëse ka në dispozicion të menjëhershëm, të vijë edhe personeli shtesë në ambulancë.
6. Të transportohet deri te institucioni më i afërt që ka kapacitet për obstetrikë operative.
7. Të lajmërohet institucioni pranues mbi statusin e nënës dhe foshnjës gjatë udhëtimit.
8. Të raportohen të gjitha informatat stafit të institucionit pranues.

1.5.3. Prezantimi me pjesën e poshtme- Breech

Shumica e foshnjave lindin me kokë teposhtë, apo vertex. Megjithatë, në rreth 3% të lindjeve, pjesë prezantuese janë këmbët apo të ndenjurat. Prezantacionet e tilla janë më të shpeshta tek foshnjat premature dhe tek nënat me abnormalitete uterine. Lindjet e tilla rëndomë bartin risk të rritur për traumë fetale, anoksi dhe prolaps të kordonit. Për shkak se seksioni cezarian është shpesh i kërkuar, lindja në prezantacionet e tilla më si miri kryhet në spital. Megjithatë, nëse lindja në vendndodhje është e pashmangshme, rekomandohen manovrat vijuese:

- Nëse membranat janë të ruptuara, të kontrollohet dhe të identifikohej pjesa prezantuese.
- Nëse membranat nuk janë të ruptuara, të mos kontrollohet për pjesën prezantuese.

Duhet të shmangen ekzaminimi vaginal apo çfarëdo procedure që mund të kontribuojë në ripturën e parakohshme të membranave.

Breech birth positions

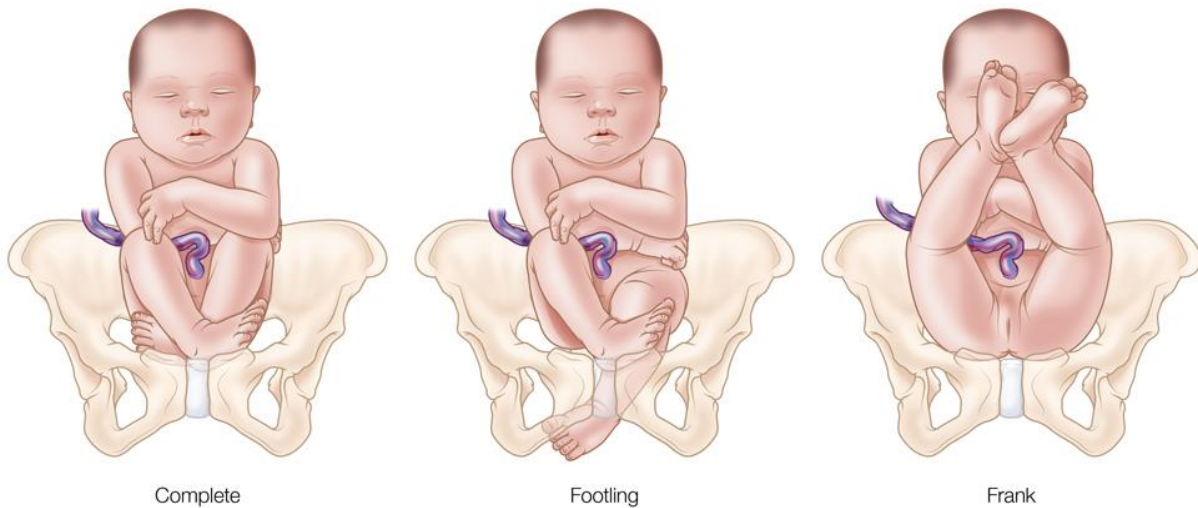


Figura.3. Prezantimi me pjesë të poshtme (breech presentation)

1.5.4. Menaxhimi i prezantimit me pjesë të poshtme

Rezultatet optimale fitohen kur respektohen principet vijuese:

- Të mos interferojmë me lindjen derisa trupi mos ta kalojë hapjen vagjinale.
- Nëna duhet të aplikojë fortë shtypje teposhtë dhe të pushojë ndërmjet kontraksioneve
- Të mirëmbahet shtypje suprapubike gjatë lëshimit të foshnjës për ta ndihmuar lindjen dhe për ta mbajtur kokën në pozitë të përkulur (flexed)

1.5.5. Prezantimi me gjymtyrë

Në raste të rralla, pjesa prezantuese e foshnjës është krahu, këmba apo shputa. Kjo quhet prezantimi me gjymtyrë. Lindjet me prezantime të tilla është e pamundur të kryhen në terren. Këto foshnja zakonisht duhet të lindin në mënyrë kirurgjike.

Në rastet e prezantimit me gjymtyrë, duhet:

1. Të administrohet oksigjen i qarkullimit të lartë.
2. Pacientja të vendoset në pozitën gjunj-kraharor ose pozitën e Trendeleburgut, me ije të ngritura dhe kokë të zbritur.
3. Nëse ka në dispozicion të menjëhershëm, personel shtesë të vijë në ambulancë.
4. Të bëhet transporti deri në institucionin më të afërt shëndetësor që ka kapacitete për obstetrikë operative.
5. Të lajmërohet institucioni pranues mbi statusin e nënës dhe foshnjës gjatë udhëtimit.
6. Të monitorohet pacientja gjatë udhëtimit.
7. Të raportohen të gjitha informatat stafit të institucionit pranues.

1.5.6. Kordoni umbilikal rreth qafës

Kordoni umbilikal i lidhur, shtrëngueshëm rreth qafës mund të shkaktojë mbytjen e foshnjës. Prandaj, është e nevojshme që të lirohet menjëherë.



Figura.4. Kordoni umbilikal rreth qafës së bebit

1.5.7. Menaxhimi i kordonit umbilikal rreth qafës

Sapo të është bërë nxjerrja/lindja e kokës, duhet të verifikohet me prekje mos ka kordon umbilikal të lidhur përreth kokës apo qafës. Nëse ndjehet kordoni:

- Duhet të bëhet tentimi për largimin e kordonit mbi kokën e foshnjës ndërmjet kontraksioneve.
- Nëse kjo nuk ka sukses, duhet të bëhet tentim për largimin e kordonit mbi shpatullën prezantuese.

Nëse asnjëra nuk ka pasur sukses:

- Të shtrëngohet kordoni në 2 vende, të larguara 5 cm mes vete.
- Të pritët kordoni ndërmjet atyre dy vendeve, duke u siguruar që të mos pritët foshnja.
- Largohet kordoni nga qafa e foshnjës.
- Kryhet lindja e foshnjës.
- Të kontrollohet kordoni për gjakderdhje. Nëse ende ka gjakderdhje, të vendoset një shtrëngim tjetër në kordonin e atashuar me foshnjën, në afërsi të shtrëngimit të parë. Të kontrollohet kordoni prapë për gjakderdhje.
- Të vazhdohet me lindjen.

1.5.8. Placenta akreta

Placenta zakonisht i bashkëngjitet murit të mitrës, megjithatë ekziston një kusht që ndodh kur placenta ngjitet shumë thellë në mur të mitrës. Kjo gjendje njihet si placenta accreta, placenta increta, ose placenta percreta në varësi të ashpërsisë dhe thellësisë së shtojcës së placentës. Përafërsisht 1 në 2,500 shtatzania kanë përvojën e placentës accreta, increta ose percreta.

Shkaqet

Shkaku specifik i akreditimit të placentës është i panjohur, por mund të lidhet me placenta previa dhe dërgesat e mëparshme cezariane. Placenta accreta është e pranishme në 5% deri 10% të grave me placentë previa. Një shpërndarje cesarean rritë mundësinë e një akreditimi të ardhshëm të placentës, dhe sa më shumë cezarianë, aq më i madh është rritja. Cezarianët e shumëfishtë ishin të pranishëm në mbi 60% të rasteve të akreditimit të placentës.

Rreziqet e akumulimit të placentës tek foshnja

Shpërndarja e parakohshme dhe ndërlikimet e mëvonshme janë shqetësimet kryesore për fëmijën. Fluksi i gjakut gjatë tremujorit të tretë mund të jetë një shenjë paralajmëruese se ekziston akcentja e placentës, dhe kur ndodh akreditimi i placentës, zakonisht rezulton në lindje të parakohshme. Ofruesi juaj i kujdesit shëndetësor do të shqyrtojë gjendjen tuaj dhe do të përdorë medikamentet, dhe çdo gjë tjetër që është e nevojshme për të ndihmuar vazhdimin e shtatzënisë drejt termit të plotë.

Rreziqet e akumulimit të placentës tek nëna

Placenta zakonisht ka vështirësi të ndahet nga muri i mitrës. Shqetësimi kryesor për nënën është hemoragjia gjatë përpjekjeve manuale për të shkëputur placentën. Hemoragjia e rëndë mund të jetë kërcënuese për jetën. Shqetësime të tjera përfshijnë dëme në mitër ose organe të tjera (percreta) gjatë heqjes së placentës. Histerectomia është një ndërhyrje e zakonshme terapeutike, por rezultatet përfshijnë humbjen e mitrës dhe aftësinë për të konceptuar.

Trajtimi

Trajtimi mund të bëhet me anë të seksionit cezarian dhe hysterektomisë abdominale nëse diagnoza e placentës është e diagnostikuar para lindjes. Pitocin dhe antibiotikët përdoren për menaxhimin post-kirurgjik. Kur ka placentë pjesërisht të ndarë me accreta fokale, opsioni më i mirë është heqja

e placentës. Nëse është e rëndësishme për të shpëtuar mitrën e gruas (për shtatzëni të ardhshme), atëherë resektimi rreth placentës mund të jetë i suksesshëm. Është shumë e rëndësishme që puntorët shëndetësorë të njihen me faktorët e rrezikut dhe me modalitetet diagnostikuese për akreditimin e placentës për shkak të natyrës të saj emergjente dhe rrezikut të lidhur me hemoragjinë kërcënuese për jetën. Për të rritur sigurinë e pacientit, është e rëndësishme që intervenimi të kryhet nga një ekip obstetrik me përvojë që përfshin një kirurg obstetrik, me specialistë të tjerë kirurgjikale, si urologët, kirurgët e përgjithshëm dhe onkologët gjinekologë. Për shkak të rrezikut të humbjes masive të gjakut, vëmendja duhet t'i kushtohet niveleve të hemoglobinës të nënës para operacionit. Shumë paciente me placentë accreta kërkojnë lindje të parakohshme për shkak të fillimit të menjëhershëm të hemoragjive masive.

1.5.9. Inversioni uterin

Inversioni uterin shfaqet si një masë hemorragjike në introitus pas tërheqjes së kordonit umbilikal gjatë largimit të placentës. Kjo pasohet me gjakderdhje masive, shok dhe dhimbje. Inversioni shoqërohet me tërheqjen e tepërt të kordonit, presionit fundal, kord të shkurtër ose largim tepër të shpejtë të placentës. Rivendosja manuale duhet të tentohet menjëherë, para zhvillimit të unazës cervikale dhe edemës. Rivendosja manuale mund të kërkojë anestezi halothane (halothane anesthesia) apo tokolizë të pasur me pitocin. Trajtimi kirurgjik me histerektomi mund të kërkohet në rastet e rënda. Mitra e invertuar është emergjencë e rrallë që shfaqet kur mitra kthehet nga brenda jashtë pas lindjes. Kur ndodh inversioni uterin, ligamentet suportuese dhe enët e gjakut që e furnizojnë mitrën me gjak janë të shkoqitura, rëndomë duke shkaktuar shok të rëndë. Inversioni uterin rëndomë shkaktohet nga tërheqja e kordonit umbilikal gjersa jemi në pritje të lindjes së placentës ose nga tentimet për shprehjen e placentës gjersa mitra është e relaksuar.

1.5.10. Menaxhimi i inverzionit uterin

Në vjen deri te inverzioni uterin:

- Të veprohet shpejt.
- Pacientja të shtrihet me shpinë.
- Të administrohet oksigjeni.
- Të mos tentohet me shkolitje të placentës apo tërheqje të kordonit.
- Të iniciohen një apo dy IV me hapje të madhe.
- Të lajmërohet institucioni shëndetësor pranues gjatë udhëtimit

1.6. Traumat e lindjes dhe faktoret predispozues

Ndikojnë disa faktorë në shfaqjen e traumave të lindjes ndër më kryesorët janë:

- Markosomia
- Prematuriteti
- Disproporcioni cephalo-pelvie
- Dystocia
- Lindja e zgjatur
- Prezantimi podalik...etj

1.7. Traummat sipas lokalizimit të sistemeve të organeve

1.7.1. Dëmtimet në cranium

Caput succedaneum (tumor i lindjes)

Shkaktohen si pasojë e shtypjes që bën kanali i lindjes në indet e buta të kokës. Lokalizohet në pjesën e përparme të kokës, nuk ka nevojë për terapi ashtu që resorbohet për 3-4 ditë.

Është një e enjte e përhapur disa herë echimatce e indeve të buta të scalpit, vërehet në atë pjesë të tij që prezantohet në lindje. Ajo i kalon suturat ndarëse të kokës. E njehta pamje me të njejtat dëmtime shfaqet në fyturë kur prezntohet bebi me fytyrë. Më shpesh është në pjesen parietale dhe oksipitale të kokës. Madhësia dhe forma e këtij tumori është e ndryshme. Zakonisht ky zhduket brenda 1-2 javë pa mjekim dhe pa e ngacmuar. Nuk ka mjekim të veçant, mirpo kur ka ekimozë të shprehur në bilirubin të lartë aplikohet fototerapi.

Erithemat, abrasions, ecchymosis dhe nekroza e indeve dhjamore te nën lekures

Adiponekroza nënlëkurore paraqitet në javën e parë pas lindjes. Është një e enjtur e fortë me madhësi të qershisë që lokalizohet në shpinë, në pjesën gluteale të LGA. Kanë ngjyrë të errët. Ndodhin sidomos në presionet e shtuara intrauterine, nga përdorimi i forcepsit apo mjeteve të tjera. Hemorragji të tilla ndodhin dhe në muskuj sidomos në qafë dhe fëmija detyrohet të mbaj kokën anash. Mjekimi bëhet me terapinë: vitaminë C, K, kalcium dhe hemoterapi.

Frakturat e kockave të kokës

Frakturat e kafkës janë të ralla për faktin se kockat e kafkës janë të pa mineralizuara dhe suturat membranoze, lejojnë mbivendosjen e kockave të kafkës gjatë aktit të lindjes, mund të ndodhin në përdorimin e forcepsit ose në lindjet e vështira. Shumica e tyre janë lineare. Mund të jenë të shtypura pa shenja ose në vatërtësi të shtypjes me shenja qendrore nga vetë shtypja ose gjakderdhja. Frakturat e bazës së kockës hanë më serioze të shoqeruara me gjakderdhje, shok,

rrjedhje LTSH nga hunda dhe veshët. Frakturat lineare nuk mjekohen. Frakturat e bazës së kokës trajtohen intensivisht për shokun me përdorim të trasfuzioneve, antibiotikëve etj. Frakturat e vogëla të shtypura nuk kërkojnë mjekime të mëdha.

1.7.2. Dëmtimet dhe traumat me pasoj hemoragjike intra- craniale (brenda kokës)

Cephalehmatoma

Është pasojë e gjakderdhjes në mes të periostit dhe ashtit të klavikulës (subperiostale). Lokalizohet në eshtrat okso-pital dhe temporal. Nuk ka ndryshime në ngjyrën e lëkurës. Shfaqet shkallë shkallë disa orë pas lindjes ose nga dita e 2-3-të, pasi gjakderdhja është e ngadalet. Nuk ka mjekim, bëhet fototerapi në gjakderdhje të mëdha, transfusion.

Cefalehmatoma externe (gjaku në kokë)

Gjakderdhja që ndodh midis periostit dhe kockës së kokës, me shpesh në parietale dhe më rrallë në oksipitalen. Mund të ketë përmasa të ndryshme por kurrë nuk i kalon kufijt e suturave. Fillon të ulet nga java e dytë dhe të zhduket fare pas disa muajsh. Nuk duhet të ngacmohet apo të thithet me shiringë pasi mund të infektohet dhe atëherë kërkon ndëhyrje. Nuk ka mjekim por mund të aplikohen kompresa me të ftoht mbi të në ditët e para.

Cephalohematomat interne (gjakderdhja në cipat e trurit)

Është gjakderdhja brenda e kafkës, midis kockës dhe dura materit, mund të shoqerohet me kompresion (shtypje) të masës së trurit me pasoja në vartësi të madhësisë së hemorragjisë dhe zonës ku ndodhë. Këto ndodhin në lindjet e vështira ose në përdorimin e forcepsit.

Hemorragjitë endokraniale

Patologji e rënd tek i porsalinduri, quhet hemorragjia meningocerebrale. Lokalizohet në vende të ndryshme të trurit, midis cipës araknidale dhe masës së trurit, intraventriculare dhe midis duramaterit e araknoides. Sipas disa statistikave zënë 1 deri në 3% të lindjeve të vështira.

1.7.3. Traumata e lindjës në shpinë

Kolona vertebrale dëmtohet gjatë lindjeve të vështira dhe kur shpina është e tendosur. Dëmtohen vertebrat C7 dhe T1. Kemi frakturë ose luksacion. Prerja e medulës spinale është paralizë komplet poshtë nivelit të saj.

1.7.4. Traumata e nervit periferik

Dëmtimet e nervit periferik

Më i shpeshti është dëmtimi apo paraliza e nervit të fytyrës (trigeminus) zakonisht pas përdorimit të forcepsit, kur paraqitja për lindje është me kokë. Nervi mund të dëmtohet nga shtypja që mund ti bëhet në jeten brenda uterine, gjatë lindjes. Shfaqet ditët e para pas lindjes, zakonisht është paralizë periferike, që bie në sy menjëherë gjatë qarjes kur ana e sëmurë tërhiqet drejt të shëndoshës. Syri i asaj qëndron i hapur, këndi i buzës varet poshtë, balli në anën e prekur është i shpeshtë.

Paraliza e nervit frenik

Paraliza e nervit frenik zakonisht është e njëanshme. Mund të jetë e veçuar ose e kombinuar me paralizë të pleksit brakial. Preken nervat 3-4-5 cervikal me shenjë klinike paralize të diafragmës. Nuk ka mjekim të veçantë, fëmija trajtohet me oksigjenoterapi, monitorimin e lëngjeve që mer-aplikohen antibiotik në shfaqjen e pneumonisë. Në gjendje të rënduar fëmija trajtohet me frymarrje të drejtuar.

Paraliza brakiale

Prek muskujt e gjymtyrëve të sipërme nga dëmtimet mekanike në nivelet C5-T1. Pleksi brakial dëmtohet nga lindjet e vështira, të zgjatura, me fëmijë me peshë të madhe, në pozicion jonormal ose në përdorim jo normal të forcepsit. Prekja e këtij pleksi mund të jetë një dëmtim i tij nga goditja hematoma ose edema për rreth nervave ose mund të jetë shqyrja e pleksit. Në dëmtimet e rënda krahu është plotësisht i paralizuar, i pafuqishëm, asnjë reflex nuk është i pranishëm. Mjekimi fillestar është konservativë, për parandalimin e kontrakturave me procedura fizioterapeutike të bëra në shtëpi nga nëna.

1.7.5. Traummat në organe

Ruptura e heparit

Melçia dëmtohet po njëllor sa truri i fëmijës në lindjet e vështira, ajo dëmtohet më shpesh nga presioni i kokës në paraqitjet e lindjeve podalike- dhe kjo jep rupturen e heparit. Duke dhënë kështu hemorragji, formohet një masë gjaku hematoma poshtë kapsulës hepatike. Bebi në këtë rast është i zbehtë, anemik, ka tahipne dhe takikardi.

Ruptura e lienit

Paraqitjet sikurse më lartë tek hepari. Pra paraqitet tek lindjet podalike, çrregullimet e faktorëve të koagulimit të gjakut. Trajtimi bëhet me vitaminë K, C, transfusion gjaku.

1.7.6. Trauma në qafë

Paraliza Erb-Duchenne

Është lëndim i degës së 5-të dhe të 6-të të gërshetit të qafës. Paralizë e muskullit të krahut dhe të nënkrahut; krahu është i lënduar, dora mbetet e varur për trup, në pozitë me rrotacion të brendshëm dhe pronacion.

1.7.7. Frakturat e klavikules

Refleksi Mooro mbetet pasiv

Nuk janë të rralla dhe diagnostifikohen në javën e parë pas lindjes; në lindjet e vështira me tërheqje apo me mjete. Ngjitet vetë pa ndërhyrje.

1.7.8. Traummat e ekstremiteteve

Fraktura e humerusit

Ndodhin në lindjet e vështira, me ndërhyrje të aparaturave, në tërheqje nga personeli gjatë aktit të lindjes.

Imobilizimi dhe trajtimi infermieror/ mamisë

- Vendosim një shtresë të mbështjelljes së pambukut apo jastekut ndermjet krahut dhe krahorit, prej aksillës deri tek bryli'
- Fiksojmë krahun për gjoks apo krahorë me anë të fashave;
- Flektojmë bërrylin e krahut të prekur në këndin 90 shkallë,;
- Kontrollojmë gishtrinjtë dy herë në ditë gjatë tri ditëve të para;
- Nëse gishtrinjtë bëhen blu apo të enjtur hiqet fasha dhe rimobilizojmë përsëri më lehtë;
- Tre ditët e para kontrollojmë lëvizshmërinë e gishtrinjëve dhe ngjyren;
- Pas 10 ditëve hiqet fasha dhe bëhet vizit mjekut për rikontroll.

Fraktura e femurit

- Fiksojmë imobilizimin e foshnjës përmes lidhjes së një fasho elastike prej kofshave deri në gju;
- Kërthiza nuk imobizilohet;
- Kontrollojmë gishtrinjtë dy herë në ditë për tre ditë më rallë;
- Shiqohet ngjyra dhe e enjutura- nese ka nevojë edhe hiqet fasha dhe fashohet përseri më lehtë;
- Pas 14 ditëve bëhet kontroll bebit te mjeku.

1.7.9. Dëmtimet traumatike të hundës

Paraqiten tek traumat e lindjes me paraqitje faciale, dhe ndodh dëmtimi i kartiligonave të septumit. Është e shpeshtë dhe vrimat e saj janë asimetrike, ka edem dhe frymëmarrja është e vështirësuar.

1.7.10. Dystokia e shpatullave

Është një rast specifik i punës në obstetrikë, ku pas daljes së kokës, shpatulla e përparme e foshnjës nuk mund të kalojë më poshtë, ose kërkon manipulim të rëndësishëm që të kalojë më poshtë, simfizi pubike. Dystokia e krahut është një emergjencë obstetrike dhe mund të ndodhë vdekja e fetusit nëse foshnja nuk dorëzohet, për shkak të ngjeshjes së kordonit të kërthizës brenda kanalit të lindjes. Kjo ndodh në rreth 0.3-1% të lindjeve vaginale.

- a) Një fëmijë është jashtëzakonisht i madh, gratë mbipeshë dhe gratë me diabet janë në rrezik për të pasur fëmijë të mëdhenj,
- b) Hapja e pelvisit të nënës është shumë e vogël për shpatullat e fëmijës. Edhe pse ka disa faktorë rreziku për dystocine supeve, ofruerit e kujdesit shëndetësor zakonisht nuk mund parashikojnë ose të parandalojnë atë. Ata shpesh zbulojnë se vetëm pasi ka ndodhur.

Faktorët e rriskut

- a) Fëmija i saj është shumë i madh. (Por në të shumtën e rasteve me dystoki të supeve, pesha e fëmijës është normale. Dhe për foshnjat më shumë të mëdha.
- b) Ajo ka diabet.
- c) Ajo është shtatzënë me më shumë se një fëmijë.
- d) Ajo është obeze.
- e) Barra ka zgjatur më shumë se dita e parashikuar e lindjes.
- f) Ajo ka pasur dystoki të supeve ose një fëmijë shumë të madh në të kaluarën.

Komplikimet tek fëmija

- a) Lëndimin e nervave të supit ,të krahut dhe të dorës. Kjo mund të shkaktojë dridhje apo paraliza. Në shumicën e rasteve, problemet zhduken në 6 deri 12 muaj.
- b) Thyerja e klavikules apo krahut.
- c) Mungesa e oksigjenit në rastet më të rënda, të cilat janë të rralla, mund të shkaktojë dëmtime të trurit dhe madje edhe vdekjen e fëmijës.

Komplikimet tek nëna

- a) Gjakderdhje të rënda pas lindjes
- b) Çarjen e mitrës, vaginës, qafës së mitrës apo rektumit
- c) Në shumicën e rasteve, ndërlikimet mund të trajtohen dhe të menaxhohen.

Trajtimi - Intervenimet që mund të bëhen:

1. Duke shtypur kofshët e nënës drejt barkut te saj.
2. Aplikojmë presion në barkun e nënës.
3. Duke thyer klavikulen e fëmijës, ndërsa ajo është ende në brendësi të nënës.
4. Kryerja e nje prerje më të gjerë në vaginën e gruas (një episiotomi).
5. Kryerja e një lindjeje cezareane perpara se te shfaqet distocia. Ngaqe dystocia e supeve është vështirë të parashikohet, zakonisht nuk rekomandohet një lindje cesareane për të parandaluar atë.

QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi kryesor i punimit është:

- **Roli i mamisë gjatë aktit të lindjes,**

Si dhe qëllime tjera janë:

- **Cilat janë emergjencat në lindje dhe si menagjohet me to, si dhe**
- **Të paraqitet traumat tek foshjet pas lindjes.**

METODA E PUNËS

Metodologjia e punës për punimin tonë, është ajo e rishikimit të literaturës, janë marrë të dhëna nga autorë të ndryshëm dhe literatura të ndryshme të cilat kanë paraqitur mjaft qart gjendjen e lindjes, emergjencat gjatë lindjes si dhe traumat e lindjes tek foshnjat.

REKOMANDIMET

- Trajtimi i stafit mjekësor- infermieror, mamive dhe mjekëve gjinekolog obsteter në vazhdimësi.
- Të paiset spitalet apo edhe klinikat me aparatura bashkohore.
- Të bëhet trajtimi i nënave të reja para shtatzënisë dhe gjatë saj.
- Të tregohet përkushtim dhe vëmendje e madhe gjatë aktit të lindjes nga personeli, pasi që kanë të bëjnë me dy jetë.
- Komunikimi i prinderve të bebit dhe trajtimi i tyre në vazhdimësi.
- Komunikimi personal- nëna gjatë aktit të lindjes, bashkpunimi i ndërsjelltë.
- Të minimizohen lindjet me trauma.
- Të bëhen vizita të mjaftueshme sipas kalendarit obsteter-gjinekologë gjatë shtatzënisë, me eko, vlersimi i pozicionimit të fetusit.
- Dhoma të veqanta për nënat që lindin dhe bebet e tyre, jo të përbashkëta.
- Mbështetje emocionale dhe trajtim të vazhdueshëm të prindërve etj.

REZYME

Akti i lindjes është i rrezikuar nëse ka mospërputhshmeri në mes të perimetrit të kokës/ të kanaleve të lindjes. Shkaktarët e drejtpërdrejtë të këtyre lëndimeve janë faktorët mekanikë, hipoksia dhe iskemia e disa orzanve të organizmit.

Traumat e lindjes janë dëmtime që ndodhin gjatë aktit të lindjes. Ato janë të shumëllojshme, të shumanëshme dhe të pashmangëshme, ndodhin kur ka ekip të pa aftë gjithashtu edhe të aftë obstetrikal ose edhe si pasojë e procesit të pritjes së lindjes së fëmijës.

Si emergjenca në lindje janë: prolapsi i kordonit që definohet si lëshimi i kordonit umbilikal nëpër qafën e mitrës, qoftë përgjatë pjesës prezantuese, ose edhe më rrezikshëm, përtej pjesës prezantuese në prezencë të rrupturës së membranave. Prezantimi me pjesët e poshtme i fëmijës nëpër kanalin e lindjes, prezantimi me gjymtyrë, kordoni umbilikal rreth qafës, placenta akreta, inversioni uterin etj të cilat vinë si shkak i faktorëve predispozues e që më të shpeshtë janë lindja podalike si dhe lindja e zgjatur por edhe të tjera.

Në këtë punim do të diskutohet mbi: kujdesin emergjent themelor, procesin e lindjes, emergjencat që ndodhin në lindje, traumat që shoqërohen në fëmijë pas lindjes si dhe rolin e mamive apo profesionistëve shëndetësorë në minimizimin e këtyre rasteve.

RESUME

The act of birth is endangered if there is a discrepancy between the perimeter of the head / nasal canal. The direct causes of these injuries are mechanical factors, hypoxia ischemia and some organs of the organism.

Birth traumas are injuries that occur during the act of birth. They are diverse, diverse and inevitable, occur when there is an inadequate and obstetric team or inadequate team or as a result of the birth acceptance process.

As an emergency in the east are: the prolapse of the cord that is defined as the release of the umbilical cord in the cervix, or along the entry or even more dangerous, beyond the part of the appearance in the presence of the membrane rupture. Presentation with the lower parts of the child through the ejaculation channel, limbs appearance, umbilical cord around the neck, placenta of acne, inversion of the uterus, etc., which come as a result of the predisposing and the most common factors are podalic births such as and prolonged births but also others.

This paper will discuss: basic emergency care, birth process, emergencies occurring at birth, traumas associated with childbirth and the role of midwives or health professionals in minimizing these cases.

REFERENCAT

1. Berek, Jonathan S. **Gjinekologjia e Berek dhe Novak**. [ed.] Blerina Cela Gentian Vyshka.
2. Obstetrika.
3. Teksti i Traumes, Kapitulli **Traumat Pediatrike**, Prof. Assoc. Pirro Prifti, Tiranë 2013
4. **Ortopedia**, tekst për studentët e Fakultetit të Mjekësisë- Prof. As. Ilija Mazniku, Prof. As. Eduart Gjika, Prof. As. Panajot Boga.
5. **Neonatologjia** për studentët e Fakultetit të Mjekësisë dhe Infermierisë, Tiranë, 2010.
6. Departamenti për Shëndet Riprodhues dhe Hulumtime. Organizata Botërore e Shëndetësisë, Gjenevë 2007.
7. Lutfi Alia, Obstetrike- **Gjinekologjia**. Kursi i formimit dhe i azhornimit profesional në mjek obsteter-gjinekolog.

CV- JA E KANDIDATEVE

Të dhëna personale	
1.Mbiemri	Islami
2.Emri	Leonita
3.Nacionaliteti	Shqiptare
4.Shtetësia	Kosovare
5.Data e lindjës	24.05.1993
6. Gjinia	Femër
7.Numri Personal	1233258438
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni:	049-835-331
Adresa:	Gjakovë rr. Xhavit Islami
Emaili:	leonitaislami1@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e Mesme e Lartë	Shkolla e Mesme e Mjekësisë Hysni Zajmi Gjakovë
	Asistente e mamisë
Universiteti	Universiteti i Gjakovës "Fehmi Agani"
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr.ID- së	130305030

Të dhëna personale	
1.Mbiemri	Gjoka
2.Emri	Florentina
3.Nacionaliteti	Shqiptare
4.Shtetësia	Kosovare
5.Data e lindjës	02.11.1993
6. Gjinia	Femër
7.Numri Personal	1233263202
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni:	049-243-602
Adresa:	Gjakovë, Dardani
Emaili:	/
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e Mesme e Lartë	Shkolla e Mesme e Mjekësisë Hysni Zajmi Gjakovë
	Asistent infermier i pediatriisë
Universiteti	Universiteti i Gjakovës "Fehmi Agani"
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr.ID- së	130305022