

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË

FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI: MAMI



PUNIM DIPLOME

TEMA:EMERGJENCAT OBSTETRIKE

Kandidatja:

Ardijana Kusari

Mentor:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

Gjakovë, Dhjetor 2017

Punimi i temës së diplomës: “**EMERGJENCAT OBSTETRIKE**”, i kandidates: **Ardijana Kusari**, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

MENTOR I PUNIMIT:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

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

Punimi përmban: 58 faqe

7 figura

DEKLARATA E KANDIDATES

Unë **Ardijana Kusari**, deklaroj se kjo temë e Diplomës, “**EMERGJENCAT OBSTETRIKE**”, e llojit të studimit: **Rishikim i literaturës**, është punim i im origjinal.

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

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

FALËNDERIMET

Falenderim të posaçëm i shpreh udhëheqësit të këtij punimi:

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

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

- **Profesorëve, asistentëve, stafit udhëheqës dhe gjithë personelit të** Universitetit “Fehmi Agani”, të cilët në mënyrën më të mirë të mundshme u munduan që dijen e tyre ta transmetojnë edhe tek ne studentët.
- **Në fund, por jo edhe në vendin e fundit, falenderime të pafundme për familjen time**, të cilët më mbështetën drejt rrugëtimit tim dhe përfundimit të këtij synimi.

Pa ndihmën dhe përkrahjen e tyre, nuk do të mund të realizoja synimet e mija, për çka për jetë u jam mirënjohëse dhe falenderuese.

PËRMBAJTJA

1. Hyrje	8
2. Kujdesi themelor emergjent	Error! Bookmark not defined.
2.1 Vlerësimi obstetrik	10
2.2 Vlerësimi fetal	10
3. Emergjencat obstetike	11
3.1 Anatomia dhe fiziologjia e sistemit reprodaktiv femëror.....	11
3.2 Vezoret	11
3.3 Tubat fallopian.....	11
3.4 Mitra	11
3.5 Vagjina	11
3.6 Vulva	11
4. Anatomia dhe fiziologjia e pacientit obstetrik	12
5. Zhvillimi fetal	13
6. Vlerësimi i pacientit obstetrik.....	14
7. Ekzaminimi fizik	16
8. Ndërlikimet e tremestrit të parë	16
8.1 Gjakderdhja vagjinale.....	16
8.2 Aborti.....	16
8.3 Shtatzënia ektopike.....	19
8.4 Shtatzënia ektopike me shok	21
9. Ndërlikimet e tremestrit të tretë.....	21
9.1 Abruptio Placentae	22
9.2 Placenta Previa	23
9.3 Placenta e mbajtur	25

9.4	Ruptura e parakohshme e membranave.....	26
9.5	Ruptura e mitrës	26
9.6	Sindromi i Hipotensionit Supin	27
9.7	Çrregullimi hipertensiv i shtatzënisë	28
9.8	Pre-eklampsia	28
9.9	Eklampsia	29
9.10	Lindja e parakohshme	31
9.11	Trauma	33
10.	Lindjet potencialisht me risk të lartë	34
10.1	Lindjet multiple.....	34
10.2	Lindjet e parakohshme	36
11.	Patofiziologjia e lindjes.....	36
11.1	Menaxhimi i pacientes në lindje	37
12.	Lindjet abnormale	39
12.1	Kordoni i prolapsuar	39
12.2	Breech (prezantimi me pjesët e poshtme).....	41
12.3	Prezantimi me gjymtyrë.....	43
12.4	Kordoni umbilikal rreth qafës	43
12.5	Lindjet e vonuara apo me progres abnormal	44
12.6	Mekoniumi.....	44
13.	Ndërlikimet antepartum.....	45
13.1	Hemorragjia antepartum	45
14.	Ndërlikimet postpartum.....	46
14.1	Hemorragjitë postpartum	46
14.2	Inversioni uterin	47
15.	Emergjencat tjera	48
15.1	Dhimbja akute abdominale gjatë shtatzënisë.....	48

15.2	Koagulimi i shpërndarë intravaskular.....	49
15.3	Distocia e shpatullave	50
15.4	Embolizmi i lëngut amnial.....	50
15.5	Trauma gjatë shtatzënisë.....	51
15.6	Reanimacioni kardiopulmonar gjatë shtatzënisë	52
15.7	Seksioni cesarian postmortem	52
15.8	Seksioni çezarian nën anestezi lokal.....	52
15.9	Seksioni çezarian pa anestezi.....	53
16.	Transporti i pacientit obstetrik	53
	Rezyme	55
	Abstract.....	56
	Referencat	57
	Biografi e shkurtër e kandidatës – CV (Curriculum Vitae).....	58

1. Hyrje

Një numri të vogël por megjithatë sinjifikant të grave u zhvillohen ndërlikime që mund t'ua kërcënojnë jetën atyre apo foshnjave të tyre. Situatat emergjente mund të jenë stresuese dhe të provokojnë një diapazon të reagimeve emocionale dhe konsekuencave për të gjithë ata që janë të përfshirë. Njesite akute duhet të kenë mjete gjithëpërfshirëse multidiciplinare për reagim rapid ndaj emergjencave obstetrike. Në qendrat e lindjes dhe tek lindjet në shtëpi, mamitë janë përgjegjëse për masat emergjente dhe transferim të menjëhershëm.

Shpjegimi i qartë dhe gjakftohtë ndihmon në uljen e ankthit të gruas dhe partnerit të saj. Duhet të jemi të kujdesshëm ndaj dinjitetit të gruas, të jemi të vetëdijshëm që zgjedhjet e saj mund të reduktohen, ta njohim frikën me të cilën ballafaqohet dhe të reagojmë në mënyrë të përshtatshme ndaj nevojave të saj.

Edhe kur shfaqen emergjenca serioze, mamitë mund të kontribuojnë shumë në krijimin e një ambienti që e respekton gruan si person me ndjenja dhe emocione e jo vetëm si objekt që dërgohet në spital.

Shumica e foshnjave lindin pa ndërlikime. Shumë emergjenca obstetrike mund të ndodhin dhe çdo punëtor shëndetësor që merret me lindjen e foshnjave duhet të dijë si t'i menaxhojë. Disa emergjenca ndodhin shpesh, siç janë: lindja e parakohshme, hemorragjia postpartum dhe pre-eklampsia. Disa ndodhin rrallë, siç janë: embolizmi i lëngut amniotik, inversioni uterin, dhe shtatzënia abdominale.

Emergjenca 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 obstetrikë, emergjencat mund të klasifikohen si: maternale (antenatale dhe postnatale), dhe fetale.

Asnjë specializim i mjekësisë nuk është më i ngarkuar me emergjenca se sa obstetrika. Obstetrika është unike në atë se duhet të kujdesemi për dy pacientë njëkohësisht¹. Në obstetrikë duhet të kujdesemi për dy pacientë, nënën dhe foshnjën apo fetusin. Menaxhimi i një pacienti ka ndikim të madh në gjendjen edhe të tjetrit.

Ndonjëherë duhet të merren vendime për shpëtimin e njërit në disfavor të tjetrit, respektivisht, prioritet i jepet nënës.

Në këtë punim do të diskutohet mbi: kujdesin emergjent themelor, vlerësimet obstetrike dhe fetale, lindjen e parakohshme, rupturën e parakohshme të membranave, pre-eklampsinë e rëndë, eklampsinë, kordonin umbilikal të prolapsuar, hemorragjitë antepartum, abortet me shok hemorragjik, inversionin uterin, hemorragjinë postpartum, shtatzëninë abdominale, embolizmin e lëngut amnial, etj.

2. Kujdesi themelor emergjent

Kujdesi themelor i pacientit përfshin ABC-në e reanimacionit: rrugët e frymëmarrjes, frymëmarrja dhe qarkullimi. Pacientit duhet t'i bëhet vlerësim i shpejtë, të grumbullohet sa më tepër të dhëna të anamnezës, dhe të kryhet ekzaminim i shpejtë fizik.

A janë shenjat vitale stabile? A është pacienti në shok? A kanë nëna dhe fëmija nevojë për oksigjen? Çfarë ekzaminime laboratorike dhe radiografike janë të nevojshme? Sa sasi të gjakut ka në dispozicion?

2.1 Vlerësimi obstetrik

A ka ardhur dikush me pacientin? A është pacienti me vetëdije? A ka shenja të traumave të jashtme? A ka gjakderdhje aktive? A ka pacienti dhimbje? A është pacienti në fazën e lindjes? Sa ka përparuar shtatzënia? Shumica e pacientëve që marrin kujdes prenatal e tregojë datën e terminit, nëse janë me vetëdije. Nëse jo, të vlerësohet a është pacienti në termin apo para terminit? A dëgjohet zemra fetale?

Një ultratingull mund të ofrojë të dhëna si: mosha gestative, a është fryti i gjallë, lokalizimi i placentës, prezantimi, numri i fetuseve, etj. Nëse ka vetëm një fetus, matja e lartësisë fundale i korrespondon javëve të gestacionit.

2.2 Vlerësimi fetal

Nëse shtatzënia është me shanse për sukses, a mundet pacienti të marrë përkujdesje në këtë institucion apo ka nevojë të transferohet në një institucion me nivel më të lartë të kujdesit? A janë shërbimet obstetrike në dispozicion në atë institucion? A është dikush në dispozicion për t'u përkujdesur për foshnjën nëse duhet të lindë? A ka pediatër dhe infermiere ose neonatologë në dispozicion? A ka anestezion? A ka nevojë pacienti tocolysis, Betamethasone, apo Group B Strep prophylaxis? A mund të monitorohet foshnja?

3. Emergjencat obstretike

3.1 Anatomia dhe fiziologjia e sistemit reproduktiv femëror

Sistemi reproduktiv femëror përbëhet nga dy vezore, dy tuba fallopian, mitra, vagjina dhe gjenitalet e jashtme.

3.2 Vezoret

Vezoret janë organe të vogla që gjendet në afërsi të mitrës. Ato janë përgjegjëse për prodhimin e një pjese të hormoneve femërore dhe për prodhimin e komponentës femërore të reproduksionit, vezës (ovumit).

3.3 Tubat fallopian

Tubat fallopian janë tuba që bëjnë lidhjen e vezoreve me mitrën. Ata transportojnë ovumin drejt mitrës. Fertilizimi zakonisht ndodh në tubin fallopian, që është i hapur në skajin që është ngjitur me vezoret. Kjo jep qasje direkte në kavitetin abdominal dhe në mitër. Tubi fallopian është burim i infeksioneve (salpingitis), veçanërisht sëmundja inflamatore e pelvikut (PID).

3.4 Mitra

Mitra është organ muskular, e vendosur poshtë në pelvik. Një pjesë e saj, qafa e mitrës (cerviksi), vazhdon drejt vagjinës. Pjesa e sipërme e mitrës quhet fundus. Mitra është vendi i implantimit dhe zhvillimit të fetusit.

3.5 Vagjina

Vagjina shtrihet nga mitra deri te vulva. Është organ femëror i kopulacionit dhe kanal i lindjes. Hapja e jashtme e vagjinës quhet introitus.

3.6 Vulva

Vulva është gjenitale eksterne e femrës. Përbëhet nga labia majora, labia minora dhe gjëndrrat aksesore (*accessory glands*).

4. Anatomia dhe fiziologjia e pacientit obstetrik

Shtatzënia fillon me fertilizimin e vezës. Ovulacioni është rritja dhe shkarkimi i vezës, apo ovumit, nga vezoret. Ovumi zhvillohet nën ndikimin e hormoneve, estrogen dhe progesteron. Katërbëdhjetë ditë para fillimit të ciklit vijues menstrual, ovumi lirohet nga vezoret në kavitetin abdominal. Më pastaj futet në hapjen e gjerë të tubit fallopien, prej nga transportohet në mitër.

Nëse gruaja ka pasur marrëdhënie brenda 24 deri 48 orëve para ovulacionit, fertilizimi mund të ndodhë në tubin fallopien. Fertilizimi është kombinim i ovumit femëror dhe spermatozoidit mashkullor. Pas fertilizimit, ovumi fillon menjëherë të ndahet. Ovumi i fertilizuar vazhdon teposhtë përgjatë tubave fallopien drejt mitrës, ku përfundimisht ngjitet në murin e brendshëm të mitrës. Procesi quhet implantim. Placenta, e cila është organ i shkëmbimit mes nënës dhe fëmijës, zhvillohet herët gjatë shtatzënisë.

Placenta ka disa funksione të rëndësishme për zhvillimin e fetusit. Ajo mundëson shkëmbimin e gazrave respiratorë, transportin e materieve ushqyese nga nëna tek fetusit, nxjerrjen e jashtëqitjeve, dhe transferimin e nxehtësisë. Për më tepër, placenta shndërrohet në gjëndërr aktive endokrine, duke prodhuar disa hormone të rëndësishme. Placenta është e bashkangjitur me fetusin në zhvillim nëpërmes kordonit umbilikal. Ky kordonin normalisht përmban dy arterie dhe një venë. Vena umbilikale e transporton gjakun e oksigjenizuar drejt fetusit, gjersa arteriet umbilikale e kthejnë gjakun relativisht të deoksigjenizuar në placentë.

Qeska amniale po ashtu zhvillohet herët gjatë shtatzënisë. Qeska amniale përbëhet nga membranat që e rrethojnë dhe e mbrojnë fetusin në zhvillim. Më vonë, qeska amniale mbushet me lëng amnial, që i ofron mbrojtje fetusit nga traumat dhe ofron një ambient stabil në të cilin fetusit mund të zhvillohet. Vëllimi i lëngut amnial, rreth 1000 ml, mirëmbahet nga gëlltitja kontinuale e fetusit të lëngut si dhe me urinim të vazhdueshëm.

5. Zhvillimi fetal

Zhvillimi fetal fillon menjëherë pas implantimit dhe është shumë kompleks. Ka disa caqe zhvillimore me të cilat punëtorët shëndetësorë duhet të jenë në dijeni.

E para, kohëzgjatja normale e shtatzënisë është 40 javë nga dita e parë e ciklit të fundit menstrual të nënës. Kjo është afërsisht 10 muaj hënorë, ose përafërsisht 9 muaj kalendarik. Koha kur ndodh fertilizimi quhet konceptioni. Konceptioni ndodh përafërsisht 14 ditë pas ditës së parë të ciklit të fundit menstrual. Me këtë informatë, është e mundshme të kalkulohet me saktësi të konsiderueshme, data e përafërt e lindjes së foshnjës. Kjo datë quhet data e terminit. Në aspektin mjekësor kjo njihet si data e vlerësuar e lehonisë (*estimated date of confinement-EDC*). Zakonisht kjo datë i tregohet gruas shtatzënë gjatë vizitës së parë prenatale.

Gjatë zhvillimit normal fetal, gjinia e frytit rëndomë mund të përcaktohet kah fundit i muajit të tretë. Kah fundi i muajit të pestë, mund të detektohen tonet e zemrës fetale (FHT) me anë të stetoskopit. Gruaja shtatzënë në këtë kohë fillon edhe t'i ndjejë lëvizjet e frytit. Kah fundi i muajit të gjashtë, fryti mund të mbijetojë nëse ka lindur para kohës. Fryti i lindur pas përfundimit të muajit të shtatë kanë gjasa shumë të mira për mbijetesë. Kah mesi i muajit të nëntë, fryti konsiderohet se është brenda terminit, apo i zhvilluar në tërësi.

Në përgjithësi, shtatzënia ndahet në tri tremestra. Secili tremestër zgjat përafërsisht 13 javë, apo 3 muaj kalendarikë. Shumica e organeve të frytit zhvillohen gjatë tremestrit të parë. Prandaj, kjo është periudha kur fryti është më i ndijshëm ndaj zhvillimit të defekteve të lindura.

6. Vlerësimi i pacientit obstetrik

Qasja initiale ndaj pacientit obstetrik duhet të jetë e njëjtë sikur ndaj atyre jo-obstetrikë, me vëmendje të veçantë kushtuar fetusit në zhvillim. Vlerësimi inicial dhe i vazhdueshëm duhet të kryhet shpejt. Është me rëndësi që anëtarët e ekipit të tregojnë gjakftohtësi, duke bërë punë profesionale dhe në bashkëpunim me ofruesit e tjerë të shërbimeve mjekësore. Kur lindja të jetë e pashmangshme, mund të kërkohet personel shtesë sepse kemi të bëjmë me dy pacientë (nëna dhe foshnja) të cilët kanë nevojë për kujdes emergjent. Personeli duhet të jetë i vetëdijshëm për rolin dhe përgjegjësitë në rast se ka ardhur deri te lindja në kushte shtëpiake, të realizuara nga mamitë. Personeli duhet të ketë qasje në anamnezën mjekësore dhe obstetrike, ku përfshihen si vijon:

- Data e pritshme e lindjes dhe gestacioni aktual
- Anamneza e shtatzënisë aktuale:
 - Kujdesi prenatal
 - Çfarëdo problemesh gjatë shtatzënisë
 - Koha e fillimit të kontraksioneve
 - Frekuenca dhe kohëzgjatja e kontraksioneve
 - Statusi i membranave: intakte apo të rruptuara
 - Evidenca e njollosjes së mekoniumit
- Problemet e anticipuara me lindjen e shtatzënisë aktuale:
 - Shtatzëni multiple
 - Pesha e vogël apo e madhe e lindjes
 - Lokacioni abnormal i placentës
- Anamneza e shtatzënive dhe lindjeve të mëparshme :
 - Kohëzgjatja e lindjes paraprake
 - Numri i lindjeve të gjalla
 - Anamneza e hemorragjive postpartum
 - Anamneza e lindjeve të parakohshme apo abnormale
 - Seksioni cesarian apo lindje vagjinale
- Anamneza post medikale

Lindja e foshnjës në vend duhet të merret në konsiderim në rrethana vijuese:

- Kur lindja mund të pritët brenda disa minutave.
- Kur kemi të bëjmë me ndonjë fatkeqësi natyrore, mot të keq, apo tipe të tjera të katastrofave kur shkuarja në spital është e pamundur.
- Kur nuk ka transport në dispozicion.

Si përcaktohet që lindja do të ndodhë brenda disa minutave? E para, duhet të shikohet për shenja të nevojës për ekspulsion. T'i shpjegohet shtatzënës çka do të bëhet dhe pse. Të vihet perde dhe të sigurohet privatësia e shtatzënës². E dyta, duhet të bëhen këto pyetje:

- A keni kontraksione? Sa është intervali ndërmjet kontraksioneve?
- Sa zgjasin kontraksionet?
- A ndjeni sikur keni tendosje apo nevojë për jashtëqitje?
- A keni pasur ndonjë shpërthim të lëngjeve nga vagjina?
- Fëmijët tjerë a i keni lindur me seksion cesarian?

Po ashtu mund të parashtrohen pyetje vijuese:

- A keni pasur shtatzëni të komplikuar në të kaluarën?
- Çka ka treguar sonogrami juaj i fundit?
- A përdorni çfarëdo lloj barnash?
- A keni ndonjë alergji?
- A është e mundshme që kjo shtatzëni është multiple?
- A jeni vizituar te doktori gjatë shtatzënisë?
- A ju ka përmendur doktori ndonjë komplikim të pritshëm?

Nëse pacientja ndien dhimbje, përpiquni të përcaktoni kur kanë filluar dhimbjet dhe a kanë filluar papritmas apo ngadalë. Po ashtu, përpiquni të përcaktoni karakterin e dhimbjes: kohëzgjatjen, lokacionin dhe përhapjen. Është me rëndësi të veçantë të përcaktohet nëse dhimbja ndihet rregullisht.

7. Ekzaminimi fizik

Në përgjithësi, shenjat vitale të pacientes shtatzënë duhet të kryhen me pacienten të shtrirë në anën e majtë të saj. Me përparimin e shtatzënisë, mitra rritet në madhësi. Kah tremestri i tretë, kur pacientja është e shtrirë në shpinë, pesha e mitrës bën shtypje ndaj *inferior vena cava*, duke penguar kthimin e gjakut venoz nga ekstremitetet e ulëta. Kthimi i pacientes në anën e majtë, e lehtëson këtë problem. Tensioni i gjakut ka tendencë të jetë më i ultë gjatë shtatzënisë, dhe shkalla e pulsit të jetë më e shpejtë (10-15 të rrahura në minutë). Kjo ndodh për shkak të ndryshimeve normale që shfaqen në sistemin kardiovaskular.

8. Ndërlikimet e tremestrit të parë

8.1 Gjakderdhja vagjinale

Gjakderdhja vagjinale gjatë shtatzënisë është gjithmonë çështje brengosëse. Gjakderdhja gjatë shtatzënisë së hershme shpesh shkaktohet nga aborti spontan, shtatzënia ektopike, ose trauma vagjinale.

8.2 Aborti

Aborti është ndërprerja e shtatzënisë para se fetusit të ketë gjasa për mbijetesë, në mënyrë të përgjithshme konsiderohet të jetë rreth javës së 20-të të gestacionit. Në përgjithësi, njerëzit e paramendojnë abortin si ndërprerje të shtatzënisë me kërkesën e nënës, ndërsa dështimin si një aksident. Në aspektin mjekësor, termi “abort” i referohet të dy tipeve të humbjes së fetusit. Shpesh, aborti rezulton nga defektet fetale ose infeksionet maternale. Klasifikimi i abortit përfshin:

8.2.1 Aborti spontan

Aborti spontan, rëndomë i quajtur dështim, shfaqet vetvetiu. Shumica e aborteve spontane ndodhin para javës së 12-të të shtatzënisë. Shumë aborte spontane ndodhin brenda 2 javëve pas konceptonit dhe merren gabimisht si cikle menstruale.

8.2.2 Aborti i kërcënuar

Aborti i kërcënuar është shtatzëni në të cilin qafa e mitrës është pak e hapur dhe fetusi mbetet në mitës dhe ende i gjallë. Në disa raste të abortit të kërcënuar, shtatzënia mund të shpëtohet.

8.2.3 Aborti i paevitueshëm

Aborti i paevitueshëm është aborti në të cilin fetusi ende nuk ka kaluar nga mitra, por shtatzënia nuk mund të shpëtohet.

8.2.4 Aborti jokomplet

Aborti jokomplet është ndër abortet kur disa, por jo të gjitha indet fetale kanë kaluar. Abortet jokomplete shoqërohen me incidencë të lartë të infeksioneve.

8.2.5 Vlerësimi i abortit

Shumica e grave që kanë pasur aborte, do të kenë gjakderdhje vagjinale. Shpesh, gratë që kanë abort në tremestrin e parë, raportojnë kalimin e indit apo mpiksje ekstensive. Në abortet në tremestrin e parë të vonshëm dhe tremestrin e dytë, mund të kaloj fetusi i identifikueshëm. Për më tepër, do të ndihen ngërçe dhe dhimbje abdominale. Nëse aborti nuk është i ditëve të fundit, mund të jenë prezente shenja të qarta dhe simptoma të infeksionit. Ekzaminimi fizik duhet të përfshijë shenjat vitale ortostatike, nëse është e mundur. Çfarëdo indi apo koagulati të madh duhet të mbahen dhe t'i dorëzohen personelit të departamentit të emergjencës.

8.2.6 Aborti me shok hemorragjik

Aborti me shok hemorragjik mund të shfaqet me cilindo tip të abortit: komplet, jokomplet, septik, të induktuar apo të humbur (*missed*). Pacienti që prezantohet me shok hemorragjik nga një abort ka nevojë për një ekzaminim të shpejtë klinik, dy linja intravenoze të diametrit të madh (*large-bore IV lines*), numërim komplet të gjakut, analiza të koagulimit, dhe përcaktimin e tipit dhe përputhjes së gjakut.

Rhogam i jepet pacientëve Rh negativ. Ekzaminimi pelvik duhet ta tregojë:

- Madhësinë e mitrës,
- Gërvishjet (*lacerations*),
- Dilatimin cervical, dhe

- Shkallën e gjakderdhjes aktive.

Ekzaminimi ultrasonografik duhet të tregojë çfarëdo produktesh të mbajtura të konceptcionit. Pacientët me aborte septike janë në risk të rritur për koagulimin intravaskular të shpërndarë (*disseminated intravascular coagulation*), bllokim akut renal, dhe sindromin e shqetësimit respirator adult (*adult respiratory distress syndrome*).

Mitra e zbrazët mund të menaxhohet me pitocin, methergine, antibiotikë, masazh dhe transfuzion të gjakut me korrektim të çfarëdo abnormaliteteve të mpiksjes. Produktet e mbajtur të konceptcionit do të kërkojnë dilatatim dhe kiretazh dhe ndonjëherë largim të mitrës me dilatatim dhe evakuim. Mitra është e butë gjatë shtatzënisë dhe shumë lehtë perforohet. Perforimi uterin duhet të merret në konsideratë tek pacientët me gjakderdhje të konsiderueshme të cilët tashmë kanë pasur dilatatim dhe kiretazh. Pacientëve dhe abort septik, duhet të jepen antibiotikë të trefishtë (*triple antibiotics*).

8.2.6.1 Menaxhimi i abortit

Pacientja që ka abortuar duhet të trajtohet në mënyrë të njëjtë si pacientët me risk për shok hipovolemik.

- Anketim fillestar
- Sigurimi i anamnezës
- Regjistrimi i shenjave vitale
- Vendosja e rrobave kundrejt hapjes vagjinale, nëse është e nevojshme
- Vendosja e pacientes në krahun e majtë
- Trajtimi për shok
- Kryerja e vlerësimit të detajuar gjatë rrugës
- Sjellja e fetusit apo çfarëdo indi në institucionin e kujdesit shëndetësor
- Transportimi deri në institucionin më të afërt adekuat shëndetësor
- Lajmërimi i institucionit pranues gjatë rrugës

1. Të administrohet oksigjeni dhe të vendoset I.V.

2. Nëse pacientja ka gjakderdhje të rëndë dhe ka shenja se po i afrohet shoku, duhet të vendoset I.V. i dytë.
3. Për shkak të mundësisë për nevojë të rapid bolus dhe/ose administrim të gjakut, duhet të inicohet I.V. me diametër më të madh(16 ose 18ga).

Nëse aborti ndodh gjatë apo menjëherë pas tremestrit të tretë të vonshëm, fetusi mund të kalojë. Shpesh, placenta nuk shkollitet, dhe fetusi mbetet pezull nga kordoni umbilikal. Në raste të tilla, duhet të pritët kordoni umbilikal me mjetin përkatës. Me kujdes mbështillet fetusi me mbulesë tekstili apo material tjetër të përshtatshëm, dhe transportohet deri në spital bashkë me nënën.

Aborti është moment shumë pikëllues. Ofroni përkrahje emotive ndaj prindërve. Prindërve që kërkojnë ta shohin fetusin, duhet t'u lejohet kjo.

8.3 Shtatzënia ektopike

Shtatzënia ektopike, implantimi i ovumit të fertilizuar jashtë mitrës, ndodh një herë në 200 shtatzëni. Vendi më tipik i implantimit është në tubën falopiane. Megjithatë, ovumi mund të ngjitet edhe në vezore dhe kudo tjetër brenda kavitetit abdominal.

Shtatzënia ektopike është emergjencë mjekësore. Fetusi në zhvillim mund të rritet aq shumë sa të shkaktojë rakturë të tubit fallopian, duke shkaktuar gjakderdhje ekstensive në pelvik dhe kavitetin abdominal. Gratë mund të vdesin nga komplikimet e shtatzënive ektopike të raktuara.

Disa faktorë mund të sjellin deri te shtatzënia ektopike. Këtu përfshihen:

- Infeksionet paraprake të pelvikut, siç është PID,
- Adhezionet pelvike nga intervenimet kirurgjike paraprake,
- Ligacionet tubale, ose
- Prezenca e IUD.

Të gjitha këto kanë tendencë të lënë gërvishtje në tubin fallopian, duke penguar kështu transportin e fetusit në vendin e tij normal të implantimit në mitër.

Shumica e pacientëve me shtatzëni ektopike kanë dhimbje abdominale, që mund të jetë i rëndë.

Shpesh, haset në gjakderdhje vagjinale. Në 15-20% të rasteve, gratë raportojnë dhimbje të shpatullave. Pacientet shpesh raportojnë simptoma të ndërlidhura me shtatzëninë, siç janë zbutje e gjinjve, të përzier, të vjellura ose ligështim. Shumë pacientë raportojnë anamnezë të mëhershme të PID, ligacion tubal, shtatzëni të mëhershme ektopike, ose operacione të pelvikut.

8.3.1 Vlerësimi i shtatzënisë ektopike

Pacientja me shtatzëni ektopike është në risk për zhvillim të shpejtë të shokut. Duhet të përcillen shpesh dhe në mënyrë të rregullt shenjat vitale. Shenjat vitale ortostatike mund të ndihmojnë, përveç nëse pacienti është në shok të qartë. Ekzaminimi abdominal mund të zbulojë zbutje të konsiderueshme të kuadrantit të poshtëm, shpesh më të theksuar në njërin anë se në tjetrën. Duhet t'iu shmangemi ekzaminimeve abdominale të përsëritura, sepse kjo mund të shkaktojë rupturën e shtatzënisë ektopike. Gjakderdhja vagjinale mund të variojë nga të lehtë deri te hemorragjitë e bollshme. Mos të kryhen ekzaminime vagjinale në terren.

8.3.2 Menaxhimi i shtatzënisë ektopike

Shtatzënia ektopike është vështirë të diagnostikohet në terren. Megjithatë, një paciente e dyshuar për shtatzëni ektopike duhet të trajtohet si çdo pacient tjetër në shok apo në risk për shok hipovolemik.

1. Pacientja duhet të pranojë oksigjen me qarkullim të lartë dhe përkrahje ventilues siç indikohet.
2. Të fillohet me IV.
3. Të përsëritet përcjellja e shenjave vitale në mënyrë të rregullt.
4. Pacientja duhet të pozicionohet në anën e majtë dhe transporti duhet të jetë i shpejtë, meqë kërkohet intervenimi menjëhershëm kirurgjik.
5. Duhet të merret anamnezë e fokusuar, duke përfshirë datën e ciklit të fundit menstrual dhe datën e pritshme të lindjes.
6. Duhet të shkohet në institucionin shëndetësor që ka kapacitete për obstetrikë operative.

8.4 Shtatzënia ektopike me shok

Një shtatzëni ektopike me shok kërkon menaxhim adekuat kirurgjik, e jo menaxhim mjekësor apo konzervativ. Pacienti me test pozitiv të shtatzënisë dhe dhimbje abdominale apo pelvike konsiderohet se ka shtatzëni ektopike, përderisa nuk vërtetohet e kundërta. Ekzaminimi ultrasonografik i abdomenit duhet ta vizualizojë vendin e shtatzënisë tek pacienti me madhësi normale në nivelet prej 5.000 deri 6.000 mIU. Ekzaminimi ultrasonografik transvagjinal duhet ta identifikojë shtatzëninë në nivelin prej 1.200-1.500 mIU.

Pacienti me shtatzëni ektopike në shok, ka nevojë për numërim komplet të gjakut, Beta HCG kuantitative, teste të koagulimit, dhe tipin dhe përputhshmërinë e gjakut. Vendosen dy linja intravenoze me diametër të madh. Nëse pacienti është Rh negativ, i jepet Rhogam.

9. Ndërlikimet e tremestrit të tretë

Edhe pse gjakderdhja e tremestrit të tretë mund të shkaktohet nga lëndimi i vagjinës ose qafës së mitrës, më së shpeshti është rezultat i një apo dy gjendjeve: *abruptio placentae* ose *placenta previa*. Gjakderdhja vagjinale mund të silltet prej gjurmëve të thjeshta deri te hemorragjitë jetë-kërcënuese. Në përgjithësi, etiologjia e saktë e gjakderdhjes vagjinale gjatë shtatzënisë nuk mund të determinohet në terren. Me hemorragji antepartum, përfshirë këtu *abruptio placentae*, *placenta previa* dhe rupturën uterine, trajtimi është si vijon:

- Vlerësimi fillestar,
- Sigurimi i anamnezës
- Regjistrimi i shenjave vitale
- Të vendosen rroba kundrejt hapjes vagjinale
- Pozicionimi i pacientes në anën e majtë
- Trajtimi për shok
- Të kryhet vlerësimi i detajuar gjatë rrugës
- Transportimi deri te institucioni më i afërt shëndetësor adekuar
- Lajmërimi i institucionit pranues gjatë rrugës

9.1 Abruptio Placentae

Abruptio placentae është ndarja e parakohshme e placentës nga muri i mitrës. Ndarja mund të jetë e pjesshme apo e tërësishme. Ndarja e tërësishme pothuajse gjithmonë rezulton në vdekjen e fetusit. Shumë faktor mund të sjellin deri te abruptio placentae, ku përfshihen:

- Pre-eklampsia,
- Hipertensioni maternal,
- Multipariteti,
- Trauma abdominale, ose
- Kordoni umbilikal tepër i shkurtër

Kur vie deri te abruptio placentae, gjaku ka tendencë të grumbullohet prapa placentës ndarëse. Si rezultat, humbja e gjakut vaginal është minimale. Nëse placenta nuk është ndarë në tërësi, mund të shkaktojë shtypje në murin e mitrës gjakderdhëse. Nëse placenta është e ndarë në tërësi, kjo shtypje humbet dhe krejt papritmas mund të vie deri te hemorragjia e rëndë.

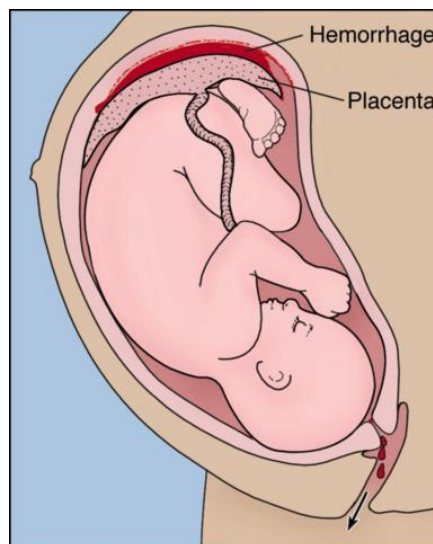


Fig.1: Te abruptio placentae, placenta ndahet para kohe nga muri i mitrës.

9.1.1 Vlerësimi i Abruptio Placentae

Më së shpeshti, pacientët që vuajnë nga abruptio placentae kanë dhimbje abdominale të madhe dhe konstante. Abdomeni është shumë i zbutur. Gjakderdhja vagjinale mund të sillet prej mungesës së plotë deri te ajo shumë e rëndë. Nëse ka, gjakderdhja do të jetë me ngjyrë shumë të mbylltë. Në raste, pacientja ka anamnezë të abruptio placentae në shtatzënitë e mëparshme.

Ekzaminimi fizik mund të zbulojë një mitër shumë të zbutur që mund të ndihet si i kontraktuar. Të mos bëhen ekzaminime vagjinale në terren.

9.1.2 Menaxhimi i Abruptio Placentae

Në rastet e abruptio placentae janë në rrezik dy jetëra.

1. Të administrohet oksigjeni në përqendrim të lartë. Fetusi po ashtu pranon oksigjen kur i administrohet nënës, përveç nëse është shfaqur abrupcion i plotë.
2. Të vendosen një ose dy IV me diametër të madh.
3. Të monitorohen shenjat vitale në mënyrë konstante.
4. Pacientja të transportohet shpejt.
5. Nëse fetus ka gjasa për sukses, trajtimi definitiv është seksioni cesarian.

9.2 Placenta Previa

Placenta previa është atashimi i placentës shumë ultë në mitër asisoj që ajo pjesërisht apo tërësisht e mbulon hapjen interne të qafës së mitrës. Janë 3 kategori të placenta previa:

- Komplete,
- Parciale, dhe
- Margjinale

Placenta previa komplete në tërësi e mbulon hapjen interne cervikale dhe është e rrallë.

Placenta previa parciale është mbulesa parciale me placentë e hapjes interne cervikale.

Placenta previa margjinale ndodh kur placenta është në afërsi të hapjes cervikale por nuk shtrihet përmbi të.

Placenta previa margjinale ose parciale shfaqet në rreth 1 në çdo 200 shtatzëni. Faktorët predispozitë përfshijnë:

- Multiparitetin,
- Moshën maternale më të madhe se 35, dhe
- Shtatzënitë e njëpasnjëshme brenda pak viteve

Implantimi i placentës ndodh herët në shtatzëni. Përveç nëse është bërë ekzaminim ultrasonografik, placenta previa rëndomë nuk detektohet deri në tremestrin e tretë. Në këtë kohë, kur presioni i fetusit ndaj placentës rritet, ose fillojnë kontraksionet e mitrës, cerviksi nuk dallohet ose tëhollohet, kjo rezulton në gjakderdhje placentale. Marrëdhëniet seksuale apo ekzeminimi me gishta, e nxisin gjakderdhje nga placenta previa.

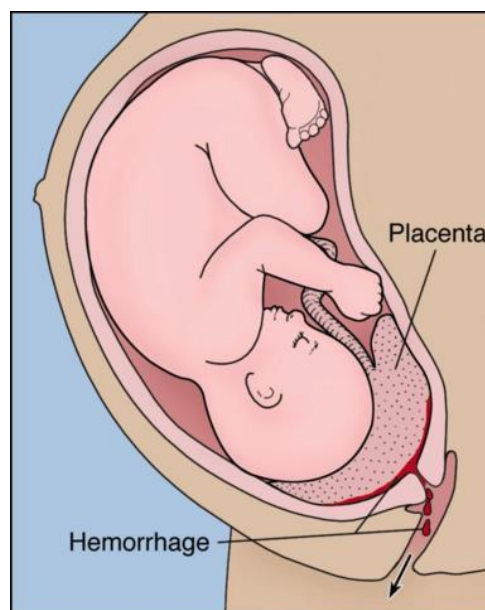


Fig.2: Në placenta previa, placenta zhvillohet përmbi dhe e mbulon (në tërësi apo pjesërisht) qafën e mitrës.

9.2.1 Vlerësimi i Placenta Previa

Pacientja me placenta previa rëndomë është multigravide, pra grua që ka qenë shtatzënë më tepër se një herë, në tremestrin e tretë të shtatzënisë. Ajo mund të ketë anamnezë të placenta previa të mëhershme ose gjakderdhje herët gjatë shtatzënisë aktuale. Deri tek gjakderdhja mund të ketë ardhur pas marrëdhënieve seksuale apo ekzaminimit vaginal, ose mund të mos ketë pasur fare gjakderdhje deri në fillimit të lindjes.

Shenja më e shpeshtë e placenta previa është gjakderdhja vagjinale me ngjyrë të kuqe të çeltë dhe pa dhimbje. Në fakt, çdo gjakderdhje pa dhimbje në shtatzëni konsiderohet placenta previa derisa nuk konstatohet ndryshe. Gjakderdhja mundet por nuk është e thënë të shoqërohet me kontraksione të mitrës. Mitra rëndomë është e butë, dhe fetusi mund të jenë në prezantim jo të zakonshëm. Të mos tentohet kurrë ekzaminimi vaginal sepse gishti ekzaminues mund ta shpojë placentën, duke shkaktuar hemorragji fatale.

Sikurse edhe me abruptio placentae, janë në pyetje dy jetë. Trajtimi duhet të përfshijë hapat vijues:

1. Të administrohet oksigjeni për përqëndrim të lartë.
2. Të vendosen një apo dy IV me hapje të madhe.
3. Të monitorohen shenjat vitale në vazhdimësi.
4. Pacientja të transportohet shpejtë.
5. Nëse fetusi ka ende gjasa për sukses, trajtimi definitiv është seksioni çezarian.

9.3 Placenta e mbajtur

Shtatzënia abdominale është e rrallë dhe rëndomë paraqitet vetëm një herë në karrierën e një punëtori shëndetësor. Shtatzënitë abdominale lindin nga shtatzënitë e ruptuara ektopike me ri-implantim në organ tjetër, rëndomë zorrë apo organe të tjera të brendshme. Këto shtatzëni mund ta mbërrijnë terminin por kurrë lindjen sepse nuk janë brenda mitrës. Të gjitha shtatzënitë abdominale duhet të kryhen me laparotomi. Shtatzënia abdominale është tipi i vetëm i shtatzënisë në të cilin placenta mbetet e panxjerrë. Kordoni umbilikal është i lidhur me suturë të absorbueshme. Qëndrimi aktual është se resorpcioni placental mund të përshpejtohet me Methotrexate postpartum.

9.4 Ruptura e parakohshme e membranave

Ruptura e parakohshme e membranave është emergjenca e dytë për nga rëndësia në obstetrikë. Lëngjet që dalin nga vagjina konsiderohen membrana të rruptuara nëse nuk konstatohet ndryshe. Diagnoza bëhet me ekzaminim me spekulum me nitrazin, mbledhje, ferning dhe vlerësim ultrasonografik të vëllimit të lëngut amnial. Amniocenteza me instilim të *methylene blue* mund të përdoren po ashtu për diagnostikim. Gjatë ekzaminimit me spekulum steril, duhet të vërehet dilatimi i cerviksit. Cerviksi i mbyllur përkundër cerviksit të dilatuar plotësisht me lindje të pashmangshme do të ndikojnë në menaxhimin e emergjencës.

- A është lindja iminente?
- Cila është pjesa prezantuese?
- A ka fetusin gjasa të mira për mbijetesë?
- Cila është mosha gestative? Ekzaminimi ultrasonografik mund të japë përgjigje në këto pyetje.
- Pak a shumë si të lindja e parakohshme, a ka mundësi pacientit t'i ofrohet kujdesi në këtë institucion apo ka nevojë të transferohet?
- A ka nevojë së pari të stabilizohet që më pas të transferohet?

9.5 Ruptura e mitrës

Ruptura uterine është shqyrja apo ruptura e mitrës. Zakonisht ndodh gjatë lindjes apo me fillimin e lindjes. Sidoqoftë, mund të shfaqet edhe para lindjes me traumë abdominale. Gjatë procesit të lindjes, shpesh rezulton nga kontraksionet tetanike uterine ose mitrës me vrragë të shkaktuara në mënyrë kirurgjike, si për shembull nga ndonjë seksion cezarian i mëparshëm. Po ashtu mund të ndodhë pas një lindjeje të prolonguar apo të obstruktuar, siç është rasti i disproporcionit cefalopelvik ose në konjksion me prezantimet abnormale.

9.5.1 Vlerësimi i rupturës uterine

Pacientja me rupturë uterine shpesh mund të jetë në shok. Mund të ketë anamnezë të dhimbjes kontinue abnormale që është rritur në intensitet. Lindja mund të ketë filluar, dhe duket sikur është ndalur kur ka ndodhur ruptura e mitrës. Gjatë ekzaminimit fizik, hetohet shok i thellë pa shenja të hemorragjisë së jashtme.

9.5.2 Menaxhimi i rupturës uterine

Menaxhimi është i njëjtë me atë të pacientëve me shok.

1. Të administrohet oksigjen në përqëndrim të lartë.
2. Të vendoset një ose dy IV me diametër të madh.
3. Të monitorohen shenjat vitale.
4. Pacientja të transportohet shpejt.
5. Nëse fetus i ka gjasa për sukses, trajtimi definitiv është seksioni çezarian me riparim të mëpastajmë apo largim të mitrës.

9.6 Sindromi i Hipotensionit Supin

Sindromi i hipotensionit supin rëndomë shfaqet në tremestrin e tretë të shtatzënisë. Masa dhe pesha e rritur e mitrës gravide shtyp *inferior vena cava* kur pacientja është e shtrirë në shpinë, në masë të konsiderueshme duhet e zvogëluar kthimin e gjakut në zemër dhe duke e reduktuar outputin kardiak. Disa pacientë kanë predispozicion për këtë problem për shkak të uljessë gjithmbarshme të vëllimit të gjakut ose për shkak të anemisë.

9.6.1 Vlerësimi i Hipotensionit Supin

Sindromi i hipotensionit supin rëndomë shfaqet tek pacientet vonë gjatë shtatzënisë, të cilat kanë qenë të shtrira në shpinë për një periudhë kohore. Pacientet duhet të pyeten mbi episodet e mëhershme të natyrës së ngjashme dhe mbi hemorragjitë e kohëve të fundit apo humbjet e lëngjeve.

9.6.2 Menaxhimi i Hipotensionit Supin

1. Nëse nuk ka indikacione të humbjes së lëngjeve (*volume depletion*), vendoseni pacienten në pozitën e majtë laterale rekumbente.
2. Të monitorohen shenjat vitale maternale shpesh.
3. Nëse ka evidencë klinike të humbjes së lëngjeve, të administrohet oksigjeni dhe të fillohet me IV.
4. Të monitorohen shenjat vital dhe monitori SAED.
5. Pacientja të transportohet menjëherë.

9.7 Çrregullimi hipertensiv i shtatzënisë

Krahas gjakderdhje vagjinale, duhet të njihemi edhe me problemet që e shoqërojnë shtatzëninë që kolektivisht njihen si çrregullimet hipertensive të shtatzënisë, të njohura më parë si toksemi të shtatzënisë.

Këto çrregullime karakterizohen me hipertension, shtim në peshë, edeme, proteina në urinë dhe, në etapat e vonshme, kriza (*seizure*). Çrregullimet hipertensive të shtatzënisë paraqiten në rreth 5% të shtatzënisë. Mendohet se shkaktohen nga vasopazma abnormale te nëna, që rezulton në rritjen e shtypjes së gjakut dhe simptoma të tjera shoqëruese. Këto çrregullimet përfshijnë edhe pre-eklampsinë dhe eklampsinë.

9.8 Pre-eklampsia

Pre-eklampsia është gjendje që ka të bëjë specifikisht me shtatzëninë, e karakterizuar me tension të rritur të gjakut dhe proteinuri. Mund të shpie në kriza (eklampsi) dhe bllokim të shumë organeve të gruas, gjersa ndërlikimet fetale përfshijnë peshë më të vogël se ç' duhet për moshën gestative, lindje të parakohshme, abropsion placental dhe vdekje perinatale. Globalisht, pre-eklampsia është shkaktari kryesor i mortalitetit maternal³.

Pacientet pre-eklamptike vuajnë nga: hipertensioni, shtimi abnormal i peshës, edema, kokëdhimbja, proteina në urinë, dhimbje epigastrike, dhe në raste, vështirësi në shikim. Nëse nuk trajtohet, pre-eklampsia mund të avancojë në stadin vijues – eklampsi.

Pre-eklampsia e rëndë është emergjencë obstetrike që kërkon trajtim të menjëhershëm. Shtypja sistolike e gjakut prej 160 mm Hg ose ajo distolike prej 110 mm Hg kërkon intervenim të menjëhershëm. Diagnoza e PIH të rëndë po ashtu bëhet me proteinuri prej 5 gramë në grumbullim 24 orësh ose +3 në matjen e mostrës së rastësishme. Oliguria prej <500 cc e jashtëqitjes së urinë përgjatë 24 orëve, çfarëdo simptomash të CNS, edema apo cianoza pulmonare, analizat e funksionit të çrregulluar të mëlçisë, platele të ulta, IUGR, apo dhimbje abdominale të kuadrantit të djathtë të sipërm po ashtu mund ta konfirmojnë diagnozën⁴.

Trajtim i pre-eklamptisë së rëndë është lindja, pa marrë parasysh moshën gestative. Sulfati i magnezium përdoret për të parandaluar krizat, hidralazina për kontrollimin e tensionit të gjakut pas ngarkimit të dozës së magneziumit, dhe Lasix i rezervuar për

edeme pulmonare. Diuretikët përdoren vetëm për edemat pulmonare dhe dështim kongjestive, për shkak të riskut të rritur të precipitimin e embolusit pulmonar. Synim është lindja vagjinale, mirëpo seksioniçezarian përdoret në rastet e induksionit të dështuar, prezantimeve të padëshiruara, apo përkeqësimit të tensionit të gjakut⁵.

Me magnezium vazhdohet së paku deri në 24 orë postpartum dhe shpesh 48 orë. Pre-eklampsia mund të zhvillohet deri në 2 javë postpartum. Nivelet terapeutike të magneziut janë në diapazonin 4-6 me nivelet e matura rëndomë çdo gjashtë orë. Nëse kreatinina është 1.3 apo më lartë, infuzioni i magneziumit reduktohet në shkallën prej 50%. Sa më e lartë të jetë shkallat e infuzionit të magneziumit, aq më shpesh maten nivelet e magneziumit.

9.9 Eklampsia

Eklampsia është manifestimi më serioz i çrregullimeve hipertensive të shtatzënisë. Karakterizohet me aktivitet të krizës “grand mal”. Eklampsia shpesh paraprihet me vështirësi në shikim, sikurse janë drita pulsuese apo pika para syve. Po ashtu, zhvillimi i dhimbjes epigastrike në kuadrantin e djathtë të sipërm të abdomenit shpesh indikon krizën në ardhje. Eklampsia mund të dallohet nga epilepsia duke e shqyrtuar anamnezën dhe dukjen fizike të pacientit. Pacientet që bëhen eklamptik rëndomë janë edematozë dhe kanë rritje të theksuar të presionit të gjakut, gjersa epileptikët zakonisht kanë anamnezë të krizave dhe marrin barna antikonvulsantë.

Diagnoza diferenciale përfshin epilepsinë, hipertensionin e pakontrolluar, lupusin, hemorragjitë intrakraniale, tumoret e trurit, aneurizmat, ITP, çrregullimet metabolike, vasculitis cerebral, trombozat venoze kavernoze, punktura postdurale, CVA, dhe injektimet e pavëmshme vaskulare të anestetikëve që përdoren për anesteziën epidural. Kjo e fundit rëndomë shoqërohet me një shije metalike, një aurë dhe ndjenjë të çuditshme para krizës.

Imazheria cerebrale jo gjithmonë është e domosdoshme përveç nëse ka ndryshime fokale, rekurrencë të krizave, përkeqësim të gjendjes së pacientit, apo nëse ka nevojë të përjashtohen etiologjitë tjera. Rëndomë trajtohet me lindje, dhe nuk duhet të ndalet shkaku i Betametazonit. Duhet t’iu shmangemi diuretikëve përveç nëse ka edeme pulmonare. Të kufizohen lëngjet për të parandaluar incidencën e edemës cerebrale. Trajtimi bëhet me sulfat të magneziumit. Nëse pacienti është duke përdorur magnezium

dhe ka kriza, atëherë duhet t'i jepet më tepër magnezium. Rrallë herë mund të përdoren edhe antikonvulsantët. Hidralizina dhe labetololi përdoren për trajtimin e tensionit të gjakut. Nitroglicerina mund të jetë e nevojshme postpartum. Shtypjet sistolike të gjakut prej > 160 mm Hg dhe diastolike prej > 110 mm Hg rrisin gjasat e atakut/sulmit (stroke).

Çrregullimet hipertensive të shtatzënisë kanë tendencë të shfaqen më së shpeshti gjatë shtatzënisë së parë. Po ashtu më shpesh shfaqen tek pacientet që vuajnë nga hipertensioni. Diabeti mellitus po ashtu është i shoqëruar me incidencë të rritur të këtij procesi të sëmundjes. Pacienteve që u zhvillohet pre-eklampsia janë në risk të rritur për hemorragji cerebrale, në zhvillimin e bllokimit të veshkave, dhe edeme pulmonare. Pacientet që janë pre-eklamptik kanë varfërim të vëllimit intravaskular, meqenëse një pjesë e madhe e lëngjeve të trupit është në hapësirën e tretë. Nëse vie deri te eklampsia, kjo shpesh rezulton në vdekjen e nënës dhe frytit.

9.9.1 Vlerësimi i çrregullimeve hipertensive

Zhvillimi i anamnezës së saktë ka rëndësi të jashtëzakonshme sa herë që ka dyshime në ndonjë nga çrregullimet hipertensive të shtatzënisë. Pacientet duhet të pyeten mbi fitimin e tepërt në peshë, kokëdhimbjet, problemet me shikim, dhimbjet epigastrike dhe ato të kuadrantit të sipërm të djathtë të abdomenit, apo krizat.

Gjatë ekzaminimit fizik, pacientet me pre-eklampsi rëndomë janë edematoz në masë të theksuar. Shpesh janë të zbehtë dhe kanë reflekse hiperaktive. Tensioni i gjakut, që rëndomë është i ngritur, duhet të matet pasi pacientja të ketë pushuar 5 minuta në pozitën e majtë laterale rekumbente.

9.9.2 Menaxhimi i çrregullimeve hipertensive

Trajtimi definitiv i çrregullimeve hipertensive të shtatzënisë është lindja e fetusit. Megjithatë, në terren, duhet të përdoren taktikat vijuese të menaxhimit për të parandaluar tensionet e larta të rrezikshme apo aktivitetet e krizës.

Pre-eklampsia: Pacientja që është hipertensive dhe tregon shenja dhe simptoma të tjera të pre-eklampsisë, siç janë edema, kokëdhimbjet, dhe pengesat në shikim, duhet të trajtohet shpejt.

1. Të sigurohet anamneza

2. Pacientja të trajtohet me kujdes të shtuar, të mbahet e qetë dhe dritat të jenë të dobësuara.
3. Të bëhen përgatitje për krizat e mundshme.
4. Të bëhet vlerësimi inicial.
5. Të regjistrohen shenjat vitale.
6. Pacientja të vendoset në pozitën e majtë laterale rekumbente, dhe shpejt të kryhet një vlerësim e detajuar.
7. Të fillohet me IV
8. Pacientja të transportohet shpejt, pa drita dhe sirena.
9. Të lajmërohet institucioni pranues gjatë udhëtimit.

Eklampsia. Nëse pacientja ka pasur tashmë krizë apo kriza duket se është e pashmangshme, atëherë veç masave të cekura, të administrohet oksigjeni dhe të menaxhohen rrugët e frymëmarrjes në mënyrë adekuate.

9.10 Lindja e parakohshme

Problemi kryesor obstetrik në të gjithë botën është lindja e parakohshme. Lindja e parakohshme definohet si lindje para javës së 37-të të gestacionit. Asnjë problem tjetër nuk i kushton më tepër sistemit shëndetësor në gjithë botën. Lindjet e parakohshme përbëjnë rreth 10% të të gjitha lindjeve, por edhe përbëjnë 85% të morbiditetit neonatal dhe mortalitetit. Lindja e parakohshme kërkon qasje agresive për ta ndalur lindjen, për ta determinuar shkaktarin, dhe parandalimin e lindjes. Duhet të bëhen përpjekje për përcaktimin e shkaktarit, edhe pse në 50% të rasteve etiologjia është e papërcaktuar⁶.

Lindja e parakohshme trajtohet me tocolysis, rëndomë Magnesium sulfat ose terbutaline. Nëse gestacioni është më pak se 34 javë, Betamethasone jepet për përshpejtimin e maturitetit të mushkërive nëse dështon tocolysis. Prophylaxis for Grup B Strep jepet. Vendimi merret nëse pacienti është stabil dhe ka nevojë të transferohet në institucion të nivelit më të lartë të kujdesit. Shpesh vendimi mund të jetë që pacienti të stabilizohet dhe të transferohet ose të stabilizohet dhe të lindë e pastaj të transferohen nëna dhe foshnja. Gratë shtatzëna në lindje duhet të transferohen me ambulancë ose helikopter, varësisht çka ka në dispozicion dhe nga kushtet e motit.

Nëse pacienti është në fazën e lindjes, një infermiere e specializuar për lindje duhet ta shoqërojë në ambulancë. Nëse lindja është e pashmangshme apo është në proces, obstetri ose mjeku që mund të kryejë lindje vagjinale duhet të udhëtojë me gjithë pacientin.

Ndonjëherë lindja është e pashmangshme në një institucion në të cilin nuk ka fare shërbime obstetrike. Një mjek i aftë për të kryer lindje vagjinale dhe një infermiere duhet ta shoqërojnë pacientin gjatë transportit. Sot, shumica e institucioneve terciare dhe kuaternare nuk pranojnë transferimin e shtatzënës në lindje pa shoqërim nga ana e mjekut. Shumë institucione pranuese kërkojnë që pacienti të jetë stabil para se të bëhet transferimi.

Kontraindikacione ndaj tocolysis përfshijnë sëmundjet kardiake, anomali të rënda fetale, hipertiroidizëm, kokëdhimbje të rënda të shkaktuara nga migrena, diabet të pakontrolluar, dilatatim të avancuar cervikal dhe shqetësim fetal (*fetal distress*). Shqetësimi fetal duhet të menaxhohet para se të bëhet transferimi, nëse kjo gjë është e mundur. Tokoliza profilaktike (*prophylactic tocolysis*) përdoret shpesh gjatë transferimit, nëse nuk kundërrindikohet, për ta minimizuar riskun e lindjes gjatë rrugës.

Ndonjëherë është e vështirë të përcaktohet fillimi i procesit të lindjes. Shumë javë para se të fillojë procesi i lindjes, mitra pëson kontraksione të parregullta, kështu duke e përgatitur veten për procesin e lindjes. Me afrimin e ditës së pritshme të lindjes, këto kontraksione bëhen gjithnjë e më të shpeshta. Përfundimisht, kur kontraksionet janë të forta dhe më të rregullta, është shenjë se ka filluar procesi i lindjes. Lindja konsiston në kontraksionet e mitrës që e ndryshojnë dilatimin e qafës së mitrës. Kontraksionet e lindjes janë të forta, relativisht të rregullta, dhe shkaktajnë dhimbje. Kontraksionet e Braxton-Hicks, ndonjëherë të quajtura lindje e rrejshme, në përgjithësi janë më pak intensive se kontraksionet e lindjes dhe nuk shkaktajnë ndryshime në qafën e mitrës.

Është pothuajse e pamundshme të bëhet dallimi ndërmjet lindjes së rrejshme dhe asaj të vërtetë në terren. Për t'i dalluar, nevojitet ekzaminim i përsëritur vagjinal përgjatë kohës, për të përcaktuar nëse qafa e mitrës është duke u hapur apo dilatuar. Kjo nuk duhet të bëhet në terren, prandaj pacientet me kontraksione uterine duhet të transportohen në spital për vlerësim të mëtejshëm.

Kontraksionet Braxton-Hick nuk kërkojnë trajtim infermierik dhe pacientja duhet të transportohet për të marrë vlerësim nga mjeku. Lindjes së vërtetë që fillon para javës së

38-të të gestacionit i referohemi si lindje e parakohshme dhe kërkon intervenim. Shumë kushte mund të çojnë në lindje të parakohshme, duke përfshirë rupturën e parakohshme të membranave dhe abnormaliteteve në qafën e mitrës apo në mitër. Në shumë raste, mjekët tentojnë ta ndalin lindjen e parakohshme për t'i dhënë fetusit kohë shtesë për zhvillim në mitër.

9.10.1 Vlerësimi i lindjes së parakohshme

Kur ballafaqohemi me paciente me kontraksione të mitrës, së pari duhet të përcaktohet mosha e përafërt gestative e fetusit. Nëse është më pak se 38 javë, dyshohet në lindje të parakohshme. Nëse mosha gestative është mbi 38 javë, pacientja duhet të trajtohet si paciente brenda terminimit.

Pas përcaktimit të moshës gestative, duhet të sigurohet anamneza obstetrike koncize. Pastaj pacientja pyetet nëse ndjen nevojë për shtytje apo nëse ka nevojën e madhe apo të vogël. Ajo duhet të pyetet edhe për statusin e membranave të saj. Çfarëdo ndjesie e rrjedhjes së lëngjeve nga vagjina duhet të interpretohet si rupturë e membranave derisa të mos konstatohet ndryshe. Të palpohen kontraksionet duhet e vendosur dorën në abdomenin e pacientes. Të vërehet intensiteti dhe kohëzgjatja e kontraksioneve, si dhe intervalet ndërmjet kontraksioneve.

9.10.2 Menaxhimi i lindjes së parakohshme

Lindja e parakohshme, në veçanti nëse është e hershme, duhet të ndalet nëse është e mundur. Procesi i ndaljes së lindjes, apo tokoliza, nuk bëhet në terren dhe pacientja duhet patjetër të transportohet në spital menjëherë.

9.11 Trauma

Personeli shëndetësor i emergjencës shpesh pranon thirrje për ndihmë grave shtatzëna që kanë pësuar aksident me motoçikletë apo kanë pësuar rënie. Në shtatzëni, sinkopat (të fikët) paraqiten shpesh. Sinkopa e shtatzënisë shpesh rezulton nga shtypja e *inferior vena cava* ose nga ndryshimet normale në sistemin kardiovaskular që e shoqërojnë shtatzëninë. Pesha e mitrës gravide ndikon në drejtpeshimin e pacientes, duke e bërë më të suspektuar për rënie.

Shtatzënat viktima të traumave të mëdha janë më të suspektuara për lëndime jetë-kërcënuese se ato që nuk janë shtatzëna, për shkak të vaskularitetit të rritur të mitrës

gravide. Në përgjithësi, lëngu amnial e mbron fetusin nga traumat mjaft mirë. Megjithatë, në traumat direkte abdominale, pacientja shtatzënë mund të pësojë ndarje të parakohshme të placentës nga muri i mitrës, lindje të parakohshme, abort, rakturë të mitrës, dhe me gjasë edhe vdekje fetale. Prezenca e gjakderdhje vagjinale apo abdomeni i zbutur tek pacientet shtatzëna duhet ta rrisë susceptibilitetin për lëndime serioze. Vdekja fetale mund të rezultojë nga vdekja e nënës, ndarja e placentës nga muri i mitrës, shoku maternal, riktura e mitrës, ose lëndimet e kokës fetale. Çdo paciente shtatzënë që ka pësuar traumë duhet të transportohet menjëherë në departamentin e emergjencës dhe të vlerësohet nga një mjek.



Fig.3: Kur dyshohet në lëndime të kurrizit, gruaja shtatzënë duhet të imobilizohet dhe transportohet në pozitë të shtrirë. Për të parandaluar shtypjen e vena cave, dërrasa duhet të kthehet për 10-15 shkallë në të majtë.

10. Lindjet potencialisht me risk të lartë

10.1 Lindjet multiple

Lindjet multiple janë mjaft të rralla. Zakonisht, nëna e di ose dyshon në prezencën e më tepër se një fetus. Duhet të dyshohet në lindje multiple nëse abdomeni i nënës mbetet i madh pas lindjes së foshnjës. Në lindjet binjake, lindja shpesh fillon më herët se ç'pritet dhe foshnjat në përgjithësi janë më të vegjël se foshnjat e lindura vetëm. Rëndomë, te lindjet binjake, njëri fetus është në pozitën me kokë përprjetë, e tjetri me kokë teposhtë. Mund të jenë prezentë një apo dy placenta.

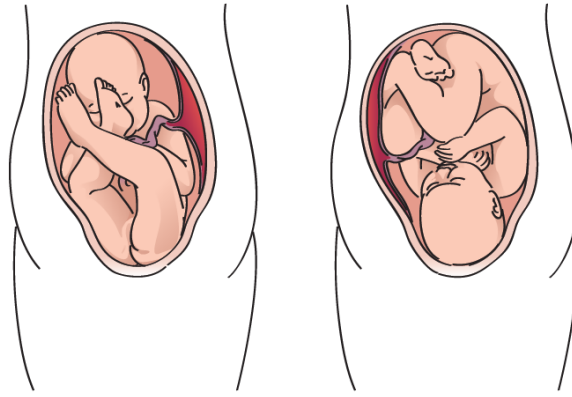


Fig.4: Prezantimi i binjakëve

Kur lindja multiple është iminente:

1. Duhet të kontrollohet dhe identifikohet pjesa prezantuese, nëse membranat janë ruptura.
2. Nëse membranat nuk janë ruptura, të mos kontrollohet për pjesën prezantuese. Më së miri është të ruhen membranat intakte derisa qafa e mitrës të dilatohet. Ekzaminimi vaginal apo çfarëdo procedure tjetër mund të kontribuojë në rupturën e parakohshme të membranave, prandaj duhet të evitohen.
3. Kordoni i prolapsuar është më i shpeshtë tek lindjet multiple pas rupturës së membranave.
4. Duhet të kërkohet personel shtesë sa më parë të jetë e mundur në mënyrë që të trajtohen nëna dhe foshnjat.
5. Çdo foshnje të menaxhohet në mënyrë të njëjtë si tek lindjet singël.
6. Pas lindjes së foshnjës së parë, menjëherë të pritët kordoni umbilikalqë të parandalohen hemorragjitë e foshnjave vijuese.
7. Lindja e foshnjës së duhet shpesh është e vonuar.
8. Nëse është e mundur, pacientja duhet të transportohet në institucion që ofron obstetrikë operative.
9. Nëse lindja e foshnjës së dytë fillon gjatë udhëtimit, ambulanca duhet të ndalet skaj rrugës për ta kryer lindjen.
10. Duhet të shënohen kohët e lindjes të secilës foshnje.
11. Në mënyrë të qartë të shënohen foshnjat veç e veç.
12. Të lajmërohet institucioni pranues gjatë udhëtimit.

10.2 Lindjet e parakohshme

Foshnjat e parakohshme janë ato që kanë lindur para javës së 37-të të gestacionit apo që peshojnë më pak se 2.5 kg. Çdo foshnje duhet të menaxhohet në të njëjtën mënyrë si në lindjet brenda terminit. Duhet të merret parasysh se foshnjat e parakohshme janë në veçanti susceptibile ndaj humbjes së ngrohtësisë trupore dhe ndërlikimeve të shoqëruara me humbjen e ngrohtësisë trupore.

1. Foshnja të mbështillet me batanije të ngrohta dhe të thara.
2. Foshnja të mbështillet me folie ose batanije për mbijetesë
3. Të administrohet oksigjeni nëpërmes maskës së pathyeshme të varur mbi kokën e foshnjës
4. Të iniciohet reanimacioni neonatal, nëse është e nevojshme
5. Të monitorohet dhe transportohet deri në institucionit më të afërt përkatës shëndetësor
6. Të lajmërohet institucioni pranues gjatë udhëtimit

11. Patofiziologjia e lindjes

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

1. **Faza e parë.** 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.
2. **Faza e dytë.** 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 ruptohen në këtë fazë nëse nuk janë ruptura më herët.

3. **Faza e tretë.** 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.

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 teposhtë 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.

11.1 Menaxhimi i pacientes në lindje

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.

11.1.1 Lindja është iminente

Shenjat dhe simptomat vijuese indikojnë se lindja është iminente:

- Kontraksionet ndodhin më shpesh se në çdo 2-3 minuta. Intervalet 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 rakturës 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 fetusu 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.

12. Lindjet abnormale

12.1 Kordoni i prolapsuar

Kordoni i prolapsuar 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. Propalsi 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 fetusi për shkak të kompresimit të kordonit dhe vazospazmës.

Kordoni umbilikal i prolapsuar 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 vaginal.

Gjersa kordoni i prolapsuar mund të shfaqet në mënyrë spontane, më së shpeshti shfaqet pas rrupturës 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 gestative është premtuese, dhe nëse ka anomali.

Kompresimi i kordonit lirohet duhet e ngritur kokën fetale në mënyrë vagjinale gjersa bëhen përgatitjet për seksion çezarian. 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.

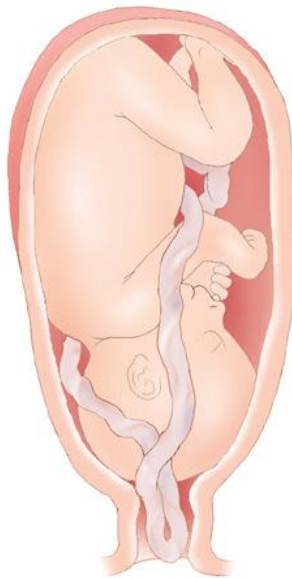


Fig.5: Kordoni i prolapsuar

12.1.1 Menaxhimi i kordonit të prolapsuar

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 prolapsuar 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

12.2 Breech (prezantimi me pjesët e poshtme)

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 kordonit⁷.

Për shkak se seksioni çezarian 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 rupturën e parakohshme të membranave.



Fig.6: Tipet e prezencioneve ku prijnë pjesët e poshtme (breech presentation)

12.2.1 Menaxhimi i prezantimit me pjesët e poshtme

Rezultatet optimale fitohen kur respektohen principet vijuese:

- Të mos interferojmë me lindjen derisa trupi mos ta kalojë hapjen vagjinale.
- Nëna duhet të aplikojë fort 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*)

Nëse lindja nuk është iminente:

- Pacientja të vendoset në anën e majtë, nëse mund ta tolerojë.
- Nëse ka në dispozicion të menjëhershëm, personel shtesë të vijë në ambulancë.
- Të bëhet transporti deri në institucionin më të afërt shëndetësor që ka kapacitete për obstetrikë operative.
- Të lajmërohet institucioni pranues mbi statusin e nënës dhe foshnjës gjatë udhëtimit.
- Të raportohen të gjitha informatat stafit të institucionit pranues

12.3 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.

12.4 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.

12.4.1 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
- Largohe 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.

12.5 Lindjet e vonuara apo me progres abnormal

Kur lindja është vonuar apo nuk përparon në mënyrë normale dhe nuk ka dy kontraksione të forta brenda 5 minutave, ose pacientja tregon shenja të dhimbjes së madhe abdominale apo shok:

- Të ofrohet oksigjen me përqëndrim të lartë.
- Të trajtohet shoku, nëse është indikuar.
- Pacientja të vendoset në krahun e majtë dhe të mos ngritet koka.
- Të bëhen përgatitje për lindje të mundshme gjatë udhëtimit.
- Nëse ka në dispozicion të menjëhershëm, personel shtesë të vijë në ambulancë.
- Të bëhet transporti deri në institucionin më të afërt shëndetësor që ka kapacitete për obstetrikë operative.
- Të lajmërohet institucioni pranues mbi statusin e nënës dhe foshnjës gjatë udhëtimit.
- Të raportohen të gjitha informatat stafit të institucionit pranues.

12.6 Mekoniumi

Rreth 12% të lindjeve ndërlikohen me prezencën e mekoniumit, material me ngjyrë të gjelbër të mbylltë në lëngun amnial. Mekoniumi mund të jetë i trashë apo i hollë. Nëse foshnja aspiron mekonium të trashë, mund të vie deri te sëmundje serioze të mushkërive apo ndonjëherë edhe deri te vdekja. Prandaj, nëse shihet mekoniumi në

lëngun amnial ose shihen njolla të mekoniumit, duhet të bëhet suksioni/përthithja e foshnjës pas lindjes.

13.Ndërlikimet antepartum

13.1 Hemorragjia antepartum

Hemorragjia antepartum është një term i ri që përdoret në vend të asaj që është quajtur gjakderdhja e tremestrit të fundit. Sipas definicionit, hemorragjia antepartum është gjakderdhje gjatë gjysmës së dytë të shtatzënisë. Definicionet tjera përfshijnë gjakderdhjen pas javës së 24-të. Shkaktari më i shpeshtë i gjakderdhjes së lehtë është marrëdhënia seksuale dhe rëndomë është vetë-kufizuese. Në shkaktarët e rëndësishëm të gjakderdhjes përfshihen:

- Placenta previa,
- Abrupsioni placental,
- Vasa previa, dhe
- Ruptura uterine.

Vasa previa është prezantimi i enëve umbilikale të gjakut të cilëve u mungon *Wharton's Jelly* nën pjesën prezantuese. Ruptura e një ene të gjakut shkakton gjakderdhje nga fryti. Abrupsioni placental është ndarja e parakohshme e placentës për shkak të gjakderdhjes, karakterizohet me dhimbje të konsiderueshme, tetani uterine dhe shok, me apo pa gjakderdhje të jashtme. Placenta previa karakterizohet me gjakderdhje pa dhimbje nga placenta që e mbulon cerviksin. Seksioniçezarian është metoda e kërkuar e lindjes. Gjakderdhja mund të shfaqet në konjuksion me rupturën uterine nga ndonjë prerje e mëparshme çezariane apo operacion të mitrës, siç është miomektomia. Ruptura uterine karakterizohet me abnormalitete të të rrahurave të zemrës fetale.

Shkalla e gjakderdhjes vagjinale apo abnormaliteteve të të rrahurave të zemrës fetale do ta përcaktojnë lindjes, pa marrë parasysh moshën gestative. Ekzaminimi ultrasonografik mund të ndihmojë në përcaktimin e diagnozës.

14.Ndërlikimet postpartum

14.1 Hemorragjitë postpartum

Hemorraghia postpartum është humbja e 500 cc të gjakut apo për lindje vagjinale apo > 1000 cc për prerje cesariane gjatë 24 orëve të para pas lindjes. Ndodh në 5% të lindjeve. Shkaktar më i shpeshtë i hemorragjive postpartum është atonia uterine, ose mungesa e tonit të muskulit uterin. Kjo ka tendencë të ndodh më së shpeshti tek multigravidat dhe më shpesh ndodh pas lindjeve multiple apo lindjeve me foshnjë të madhe. Atonia uterine ndodh po ashtu në lindjet e shpejta (që zgjasin më pak se 3 orë), apo te lindjet e prolonguara. Hemorragjia postpartum mund të shkaktohet edhe nga placenta previa, abruptio placentae, mbetjet e pjesëve të placentës, çrregullimet me koagulim te nëna, ose shqyerje vagjinale apo cervikale. Në raste, mitra nuk arrin të kthehen në madhësinë e vet normale gjatë periudhës postpartum, dhe hemorragjia postpartum shfaqet shumë kohë pas lindjes⁸.

Ndër shkaktarët përfshihen: atoni uterine, placenta e mbajtur, fibroidet, lindja e prolonguar, gestacioni multipël, infeksioni, mitra e ruptuar, lindja e precipituar (*precipitate labor*), fshikëza e mbushur e urinës, ose DIC.

Trajtimi përfshin eksporimin vaginal, eksporimin e mitrës, pitocin, methergine, kompresimin bimanual, Hemabate, IV fluidet, O'Leary-O'Leary ligacionet e arterieve uterine, sutura e kompresionit uterin (*uterine compression sutures*), ose histerektomi çezariane (*cesarean hysterectomy*).

14.1.1 Vlerësimi i hemorragjisë postpartum

Vlerësimi i pacientes me hemorragji postpartum duhet të fokusohet në anamnezë dhe faktorët predispozitiv të sipërcekur. Duhet të mbështetemi në pasqyrën klinike të pacientit dhe shenjat vitale të saj. Mitra ndjehet e butë gjatë ekzaminimit fizik, ndërsa gjakderdhja nga vagjina është e qartë⁹.

14.1.2 Menaxhimi

- Të bëhet masazh i lehtë i fundusit të mitrës me lëvizje rrethore fërkuese në abdomenin e poshtëm të pacientes
- Të verifikohet nëse mitra është bërë e fortë.

- Të rivlerësohet fundusi çdo 5 minuta për t'u siguruar që të mbetet i fortë. Nëse fundusi bëhet i butë, të bëhet masazh i serishëm derisa të forcohet. Të aplikohet teknikë e kujdesshme kur të bëhet masazhi i mitrës. Teknikat e ashpra apo të papërshtatshme mund ta dëmtojnë mitrës dhe rezultojnë në gjakderdhje të shtuar.
- Të vendoset foshnja në kraharorin e nënës.
- Të vendosen rroba në hapjen vagjinale.
- Të menaxhohet gjakderdhja nga të çarat/plasaritjet, duke përdorur shtypje direkte.
- Të bashkohen këmbët e pacientes për ta ndihmuar kontrollimin e gjakderdhjes
- Të trajtohet për shok, nëse indikohet.
- Vlerësohet humbja e gjakut.
- Lajmërohet institucioni shëndetësor pranues gjatë udhëtimit.
- Monitorohet nëna dhe foshnja gjatë rrugës.

14.2 Inversioni uterin

Inversioni uterinshfaqet 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 kërkojë 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.

14.2.1 Menaxhimi

Në vie deri te inversioni 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

15. Emergjencat tjera

15.1 Dhimbja akute abdominale gjatë shtatzënisë

Çfarëdo që shkakton dhimbje tek gratë që nuk janë shtatzënë, mund të shkaktojë dhimbje edhe gjatë shtatzënisë. Shkaktari numër një i dhimbjes abdominale gjatë shtatzënisë janë kontraksionet uterine për shkak të lindjes. Shkaktarët e tjerë përfshijnë:

- Apendicitin akut,
- Melçinë e ruptuar,
- Shpretkën e ruptuar,
- Kolecistitin akut (*acute cholecystitis*),
- Pyelonephritis-in,
- Torzionin ovarian,
- Traumën,
- Abrupsionin placental,
- Rupturën uterine,
- Obstruksionin intestinal,
- Fibroidin e infarktuar (*Infarcted fibroid*),
- Dhimbjen e ligamenteve të rrumbullakta (*round ligament pain*),
- Gurët në veshka,
- Obstruksionet ureterale për shkak të mitrës së rritur,
- Aneurizmin e ruptuar, dhe
- Abscesin pelvik.

Menaxhimi varet nga diagnoza. Duhet të merret parasysh se çfarëdo intervenim kirurgjik abdominal apo pelvik pothuajse gjithmonë do të shkaktojë kontraksione uterine. Për këtë shkak, laparotomia eksploratore pas javës së 35-të të gestacionit duhet të përfshijë edhe lindjen cezariane.

15.2 Koagulimi i shpërndarë intravaskular

Koagulimi i shpërndarë intravaskular (*Disseminated Intravascular Coagulation – DIC*), është koagulopati konsumptive (*consumptive coagulopathy*) që është rrjedhojë e disa shkaktarëve, ku përfshihen:

- Pre-ekslampsia
- Eklampsia,
- Humbja masive e gjakut,
- Abrupsioni,
- Vdekja intrauterine fetale,
- Aborti septik,
- Embolizmi i lëngut amnial,
- Sepsis,
- Sëmundja trofoblastike gestative (gestational trophoblastic disease), ose
- Aborti salin (*Saline abortion*).

Ka gjakderdhje masive nga disa vende, përfshirë këtu vendet e IV, incizionet, mitrën dhe membranat mukoze (*mucous membranes*). PT, PTT, dhe koha e gjakderdhjes janë të prolonguara. Platelet dhe fibrinogjenet janë të ulta. FSP dhe FDP janë të ngritura. Ka hemolizë me hemoglobiuri dhe LDH të ngritur.

Menaxhimi përfshin korrigjimin e shkaktarit nxitës dhe trajtimin empirik me kristaloid dhe koloid, gjak të freskët nëse ka në dispozicion, rruaza të kuqe të paketuara, oksigjen, plazmë të freskët të ngrirë në çdo 2-3 njësi të qelizave të paketuara dhe plateleteve. Krioprecipitati mund të jepet po ashtu kur fibrinogjeni është < 100 . Një njësi e plateleteve do ta rrisë numrin e plateleteve në 5.000 – 10.000. Rëndomë jepen 12 paketime të plateleteve para operacionit në mënyrë që të rritet numri i plateleteve mbi 100.000. PCV duhet të mbahet mbi 30 dhe derdhja e urinës 30-60 cc/orë. CVP duhet të monitorohet.

15.3 Distocia e shpatullave

Frika më e madhe në obstetrikë është distocia e shpatullave. Frika e dytë më e madhe është hemorragjia masive. Retraksioni i menjëhershëm i kokës pas lindjes me pamundësi të nxjerrjes së shpatullave është përshkrim klasik i distocisë së shpatullave. Edhe pse janë përshkruar manovra të ndryshme për lirim të distocisë së shpatullave, Pozita e McRoberts, presioni suprapubik dhe episiotomia gjeneroze do të ofrojnë lehtësimin më të madh.

Pozita McRoberts përfshin hiperfleksionin e kofshave kundrejt murit abdominal të nënës, që rrit diametrin AP të pelvikut dhe ofron më tepër hapësirë lateralisht. Episiotomia gjeneroze po ashtu ndihmon. Një episiopektomi, siç përshkruhet në tekstet e vjetra, zakonisht nuk është e nevojshme. Obstetrit e gjeneratave të reja hezitojnë ta presion episiotominë herët. Presioni suprapubik përfshin identifikimin e shpatullës anteriore dhe shtyrjen e saj në mënyrë laterale; nuk ka hapësirë për shtyrje të thjeshtë direkte posteriore¹⁰.

Nxjerrja e shpatullës posteriore, manovri Wood's Corkscrew, manovri Gaskin, dhe procedura të tjera të shumta janë përshkruar. Manovri Zavanelli përfshin rivendosjes së kokës në pelvik dhe kryerjen e prerjes cesarese. Kjo nuk është aq e lehtë, sepse ngritja e kokës është e vështirë dhe duhet të mbahet në atë pozitë gjersa të kryhet lindja nga sipër me seksioniçezarian.

Avery modifikimi i manovrit të Zavanellit përfshin ngritjen e kokës dhe versionin intern (*internal version*) në prezantimin me të ndenjura, ashtu që nxjerrja me të ndenjura të mund të kryhet nga sipër¹¹. Kjo redukton presionin që kërkohet për ta mbajtur kokën të ngritur, por njëkohësisht parandalon pjesën prezantuese nga rënia prapa në pelvik.

Nëse lindja është tepër e ngadalshme, mund të shfaqen hipoksia dhe dëmtimi i trurit. Nëse lindja është tepër e shpejtë, mund të shfaqen lëndime të nënës dhe frytit.

15.4 Embolizmi i lëngut amnial

Embolizmi i lëngut amnial është një emergjencë obstetrike e rrallë por shumë fatal, me mortalitet të vlerësuar 70%-90%. Skenari i rëndomtë është shqetësimi respirator (*respiratory distress*), pastaj kolaps pas shtyrjes ose menjëherë pas lindjes. Lëngu amnial futet në sistemin e qarkullimit dhe shkakton osbstruksion akut pulmonar

vaskular dhe hipertension, shok, hipoksi, cianozë, komë dhe DIC. Tromboembolia pulmonare dhe embolitë e ajrit krijojnë situatë të njëjtë.

Trajtimi përbëhet nga reanimacioni kardiopulmonar, ventilimi mekanik, Dopamine, steroide, korigjimi i acidozës, transfuzioni i gjakut, dhe terapi të komponentës së gjakut për ta korigjuar DIC. Nëse nëna nuk ka lindur ende, duhet të merret vendim a të kryhet lindja e foshnjës a jo. Nëse është aplikuar anestezi epidural dhe funksionon, mund të përdoret për kryerjen e seksionitçezarian emergjente për ta shpëtuar foshnjën. Përndryshe, anestezi i përgjithshëm mund të nevojitet për kryerjen e seksionitçezarian. Për shkak të DIC dhe kohës së nevojshme, anestezi lokal kundërrindikohet. Nëse nëna nuk mund të shpëtohet dhe foshnja ende është e gjallë, apo ka qenë gjallë brenda 4 minutave të fundit, mund të kryhet seksionçezarian postmortem në shtrat me dorëza dhe një thikë. Foshnja pothuajse gjithmonë do të ketë nevojë për reanimacion.

15.5 Trauma gjatë shtatzënisë

Gratë shtatzëna janë të ekspozuara ndaj traumave të njëjta sikurse edhe pjesa tjetër e popullatës. Trajtimi është i njëjtë si për gratë jo-shtatzëna. Trajtimi kurrë nuk guxon të mungojë për shkak të shtatzënisë së gruas. Trajtimi përfshin dy pacientë, e njëri prej këtyre, foshnja, mund të jetë por edhe të mos jetë me gjasa për sukses. Çfarëdo gjëje që është e mirë për nënën, është po ashtu edhe për foshnjën. Duhet së pari të kujdesemi për nënën, pastaj për foshnjën. Nëse nëna vdes, edhe foshnja do të vdesë pa kurrfarë intervenimi.

Për shkak se abdomeni mund të jetë i mbështjellur, duhet të bëhen radiografi për përvijimin e traumës. Administrohet tetanus prophylaxis. Duhet të përdoren antibiotikë përkatës, duke shmangur sulfa, tetracycline dhe chloramphenicol. Nëse nëna ka qenë shofere e veturës, gjithmonë merret në konsideratë abrupcioni placentar. Nëse është prezent gjakderdhja vagjinale, Apt Testi mund të tregojë nëse ka origjinë fetale. Nëse pacienti është Rh negativ, duhet të administrohet Rhogam pasi të jetë caktuar doza adekuate me testin Kleihauer-Betke për kuantifikimin e sasisë së gjakut fetal në qarkullimin maternal.

Bëhet vlerësimi i foshnjës dhe përcaktohet mosha gestative dhe gjasat për mbijetesë. Ekzaminimi ultrasonografik është shumë i dobishëm në këto raste.

15.6 Reanimacioni kardiopulmonar gjatë shtatzënisë

Reanimacioni kardiopulmonar mund të kërkohet gjatë shtatzënisë. Ventilimi mund të jetë i vështirë. Pozita Trendelenburg e vështirëson edhe më tej ventilimit. Për shkak të riskut të regurgitacionit dhe aspirimit nga presioni i rritur abdominal dhe sfinkserit të relaksuar gastroezofageal, duhet të merret në konsiderim intubacioni i hershëm endotrakeal. Kompresimi i jashtëm i kraharrorit duhet të shfaqet në 15 shkallë majtas decubitus lateral për t'iu shmangur kompresionit aorto-kaval¹². Kompresioni i kraharrorit duhet të shfaqet më lartë në midsternum.

15.7 Seksioni cesarian postmortem

Seksioni cezarian postmortem është aplikuar që nga kohët e lashta. Nga këndvështrimi praktik, fetusi mund të ekzistojë brenda mitrës pa qarkullim maternal dhe oksigjenizim vetëm për një periudhë të shkurtër, që aktualisht vlerësohet të jetë 4 minuta. Kur koha nuk dihet, rezultatet rëndomë nuk janë të mira. Shpesh, është më së miri që të mos shkohet me lindje nëse koha e lindjes është prolonguar.

Seksioni cesarian postmortem kurrë nuk duhet ta largojë vëmendjen nga reanimacioni maternal. Shansat për sukses dhe mosha gestative duhet të determinohen para kalimit në seksion cezarian. Gjasat për sukses mund të determinohen me ekzaminim ultrasonografik, Doppler ose me fetoskop. Nëse foshnja do të lindë, duhet të jetë dikush që të përkujdeset për të. Largimi i mitrës mund t'i ndihmojë përpjekjeve për reanimacion. Lindja kryhet me hapjen e abdomenit me incizion mesvijor, dhe pastaj hapjen e mitrës me incizion klasik mesvijor të seksionit cezarian. Foshnja lind, pastrohen rrugët e frymëmarrjes, bëhet prerja e kordonit, foshnja reanimohet, determinohet APGAR dhe regjistrohet koha e lindjes. Në këtë pikë, CPR duhet të ndalet, koha e vdekjes të regjistrohet, dhe incizioni i lëkurës abdominale të mbyllet.

15.8 Seksioni cezarian nën anestezion lokal

Në raste të rralla, mund të jetë e nevojshme të kryhet seksioni cezarian emergjent nën anestezion lokal. Pothuajse gjithmonë, kjo ndodh kur shërbimet e anestezionit nuk janë në dispozicion. “Field block” anestezioni kryhet duke e bërë infiltrimin e lëkurës, duke e bërë incizionin e tij, infiltrimin e indit subkutanoz, duke e bërë incizionin e tij, e tjerë,

derisa të hyhet në peritoneum. Peritoneumi është shtresa që shkakton më së shumti dhimbje gjatë incizionit, pasuar nga mitra. Kur foshnja të ketë lindur, qetësimi mund të kryhet me narkotikë, nëse anestezi i nuk është në dispozicion. Mbyllja bëhet më pastaj dhe aplikimi i “field block” merr kohë dhe vetëm indi i infiltruar mund të pritët.

15.9 Seksioni çezarian pa anestezi

Vetëm në raste të rralla, mund të jetë e nevojshme të merret në konsiderim seksioni çezarian pa asnjë formë të anestezi i. Kur anestezi i nuk është në dispozicion dhe koha për kryerjen e lindjes nuk lejon anestezi i “field block”, seksioni çezarian pa asnjë formë të anestezi i do t’i ofrohet gruas në lindje. Një nënë e motivuar mund ta tolerojë dhimbjen e jashtëzakonshme si funksion i instiktit të nënës për ta shpëtuar fëmijën e vet. Duhet të merret leje nga nëna me shpjegim të qartë dhe pritshmëritë për mbijetesën e foshnjës.

16. Transporti i pacientit obstetrik

Një pacient obstetrik duhet të transportohet në pozitën “majtas lateral dekumbitus” (“left lateral decumbitus”), përveç kur vendoset në ambulancë apo helikopter ku kjo pozitë është jostabile. Një infermier i emergjencës duhet të udhëtojë bashkë me pacientin. Nëse për lindje ka mjaft kohë, një mami dhe një infermiere duhet ta shoqërojnë pacientin. Nëse lindja është iminente apo pacienti është jostabil, transporti i domosdoshëm dhe foshnja me shansa për sukses, një obstetër apo mjek tjetër kompetent për lindje vagjinale duhet ta shoqërojnë pacientin.



Fig.7: Pozita “left lateral decumbitus”

Duhet të vihen në dispozicion pajisje të mjaftueshme për lindje vagjinale ku përfshihen: IV lëngjet, barna kundër dhimbjes, pitocin, methergine dhe oksigjen. Përcjellja e toneve të zemrës fetale gjatë transportit rëndomë nuk ndihmon, përveç se për të dokumentuar se fryti është ende gjallë. Nëse ka ngadalësim apo arrest të zemrës fetale, intervenimi me seksion cesarian nuk është i mundshëm brenda ambulancës.

Rezyme

Hyrje: Një numri të vogël por megjithatë sinjifikant të grave u zhvillohen ndërlikime që mund t'ua kërcënojnë jetën atyre apo foshnjave të tyre. Situatat emergjente mund të jenë stresuese dhe të provokojnë një diapazon të reagimeve emocionale dhe konsekuencave për të gjithë ata që janë të përfshirë. Njësitë akute duhet të kenë mjete gjithëpërfshirëse multidisciplinare për reagim rapid ndaj emergjencave obstetrike. Në qendrat e lindjes dhe tek lindjet në shtëpi, mamitë janë përgjegjëse për masat emergjente dhe transferim të menjëhershëm.

Të dhëna të përgjithshme: Emergjencat obstetrikale janë gjendje që rrezikojnë jetën e pacientes. Simptomat më të shpeshta të emergjencave obstetrikale janë: dhimbjet, mjegullimi i vetëdijes deri në humbje të vetëdijes, gërrqe toniko-klonike. Një numer jo i vogël i këtyre gjendjeve mund ta rrezikojnë jetën e pacientes siç është situata me shokun hemorragjik, shokun endotoksik, shokun anafilaktik, sëmundjet dhe çrregullimet e koagulimit, sëmundja e tromboembolisë si dhe komplikimet gjatë anestezionit me rastin e reanimacionit të këtyre gjendjeve. Rreth 50% e rasteve emergjente në obstetrikë të cilat rrisin morbiditetin dhe mortalitetin e nënës, mund të parandalohen.

Përfundim: Është me rëndësi të dihet etiologjia dhe potenciali i këtyre gjendjeve për të vlerësuar shkallën e sëmundjes dhe vdekshmërinë e pacientes, në mënyrë që të mund të merren masa përkatëse për të siguruar jetën e këtyre pacienteve.

Fjalët kyç: obstetrika, shtatzënia, komplikimet, emergjencat.

Abstract

Introduction: A small but significant number of women develop complications that may threaten their or their babies lives. Emergency situations may be stressful and provoke a range of emotional reactions and consequences for all involved. Acute unit should have multi-disciplinary comprehensive equipment to react to emergencies in obstetrics. In labor center as well as labor in home conditions, midwives are responsible for emergency measures and immediate transfer.

General data: Obstetric emergencies are conditions that threaten patient's life. Most common symptoms of obstetric emergencies are: pain, lightheadedness and loss of consciousness, tonic-clonic cramps. A number of these conditions may threaten the life of the patient such as: hemorrhagic shock, endotoxic shock, anaphylactic shock, coagulation diseases and disorders, tromboembolia disease as well as complications during anesthesia during resuscitation of these conditions. About 50% of emergent cases in obstetrics that increase morbidity and mortality of the mother, can be prevented.

Conclusion: It is important to know the ethyology and potential of the condition to evaluate theseverity of the disease and mortality of the patient, so that proper measures can be undertaken to save those patient's lives.

Key words: obstetrics, pregnancy, complications, emergencies.

Referencat

- ¹ Haskett TF: Essential Management Press Limited, 3rd Edition, 1999
- ² Lothian, J. (2004) Do not disturb: the importance of privacy in labor. *Journal of Perinatal Education*. Lamaze Publication 13(3), 4–6.
- ³ Shennan, A.H., Green, M., Chappell, L.C. (2017) Maternal deaths in the UK: pre- eclampsiadeaths are avoidable. *Lancet* 389, 582–4.
- ⁴ Shennan, A.H., Chappell, L.C. (2001) Preeclampsia. *Contemporary Clinical Gynaecology and Obstetrics* 1, 353–64.
- ⁵ Yeomans E: Eclampsia: A Survival Guide. Presented at the Alabama Section Meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists; May, 2006.
- ⁶ Avery DM, *American Journal of Clinical Medicine*® • Spring 2009 • Volume Six, #2
- ⁷ Chadwick, J. (2002) Malpositions and presentations. In: Boyle, M. (ed.), *Emergencies Around Childbirth*, pp. 76–9. Radcliffe Medical Press, Abingdon.
- ⁸ Crafter, H. (2002) Intrapartum and primary postpartum haemorrhage. In: Boyle, M. (ed.), *Emergencies Around Childbirth: A Handbook for Midwives*, pp. 113–26. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- ⁹ Baker, K. (2014) Postpartum haemorrhage and the management approaches in the third stage of labour. *MIDIRS* 24(2), 191–6.
- ¹⁰ Simkin, P., Ancheta, R. (2017) *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*, 4th edn. Wiley- Blackwell, Chichester.
- ¹¹ Avery DM: Conversion to Breech Presentation Following Successful Vaginal Elevation of the Head. *Medicolegal OB/GYN News*. 2006.
- ¹² Wyllie, J., Ainsworth, S., Tinnion, R. (2015) *Resuscitation and Transition of Newborn Babies at Birth*. UK Resuscitation Council, London. www.resus.org.uk

Biografi e shkurtër e kandidatës – CV (Curriculum Vitae)

Informatat personale:	
Emri dhe Mbiemri	Ardijana Kusari
Datëlindja	05.07.1995
Gjinia	Femër
Nr. Personal	1241500906
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni	045 699 842
Adresa	Gjakovë
Emaili	ardijanakusari@hotmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Shkolla e mesme e Mjekësisë ‘Hysni Zajmi’ Gjakove
Universiteti	Universiteti “Fehmi Agani” Gjakovë
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr. ID	140305038