

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

Fakulteti Mjekësisë-Gjakovë

Drejtimi: Infermieri



**KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTI I
DEHIDRUAR**

PUNIM DIPLOME

Mentor:

Prof. Asist. Dr. Iliriane Raça Bunjaku

Gjakovë, 2018.

Punimi i temës së diplomës: “KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTI I DEHIDRUAR”,
i kandidateve: **Arbnora Mula dhe Brendona Hoxhaj** , u punua në Fakultetin e
Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

MENTOR I PUNIMIT:

Prof. Asist. Iliriane Raça Bunjaku, MD, PhD

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

Punimi përmban: 28 faqe

4 tabelë

3 figura

DEKLARATA E KANDIDATES

NE, ARBNORA MULA DHE BRENDONA HOXHAJ, DEKLAROJMË SE KJO TEMË E DIPLOMËS, “KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTI I DEHIDRUAR”, E LLOJIT TË STUDIMIT ËSHTË PUNIM I YNË ORIGINAL. E GJITHË LITERATURA DHE BURIMET TJERA QË I KAM SHFRYTËZUAR GJATË PUNIMIT JANË TË LISTUARA NË REFERENCA DHE PLOTËSISHT TË CITUARA.

I GJITHË PUNIMI ËSHTË PUNUAR DHE PËRGATIT DUKE RESPEKTUAR DHE MBËSHTETUR NË KËSHILLAT DHE RREGULLOREN PËR PËRGATITJEN E TEMËS SË DIPLOMËS TË PËRCAKTUARA NGA ANA E UNIVERSITETIT “FEHMI AGANI” GJAKOVË DHE TË DHËNAT E PACIENTËVE TË CILËT JANË MARR NË SPITALIN RAJONAL “ISA GREZDA” NË GJAKOVË.

FALËNDERIMET

Falënderim të posaçëm i shpreh udhëheqësit të këtij punimi:

Prof. Asist. Iliriana Raça, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, e cila me korrektësi maksimale, në çdo kohë ka qenë e gatshme për të më dhënë këshilla, sugjerime dhe mendime për realizimin dhe përfundimin e këtij punimi.

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

- ❖ *Profesorëve, asistenteve, stafit udhëheqës dhe gjithë personelit të Universitetit “Fehmi Agani”, të cilët në mënyrën më të mirë të mundshme u munduan që dijen e tyre ta transmetojnë edhe tek ne studentët.*
- ❖ *Në fund, por jo edhe në vendin e fundit, falënderojmë familjet tona, të cilët na mbështetën drejt rrugëtimit tonë në përfundimin e këtij synimi.*
- ❖ *Pa ndihmën dhe përkrahjen e tyre, nuk do të mund të realizoja synimet tona, për çka për jetë u jam mirënjohëse dhe falënderuese.*

Përmbajtja

1. Hyrje

1.1. Përbërja elementare e organizmave të gjallë

1.2. Përbërje jo organike në organizmat e gjallë

1. Sëmundja inflamatore e zorrëve

2. Roli i infermiereve

3.1. Anatomia dhe fiziologjia e sistemit të tretjes

Figurat klinike, simptomat dhe ndërlikimet e sëmundjes inflamatore

3. të zorrëve

4.1. Pamja klinike dhe ndërlikimet e sëmundjes së Crohn

4.2. Simptoma të mundshme të sëmundjes së Crohn:

4.3. Foto klinike dhe komplikime të kolit ulcerative

4.4. Diagnoza ulcerative e kolit

5. Dehidratimi

5.1. Objektivat

5.2. Ndërhyrjet

5.3. Vlerësimi:

5.4. Të vjellat

5.5. Objektivat:

5.6. Ndërhyrjet:

5.7. Vlerësimi:

6. Rezultatet e studimit

Hipertensioni

Hipotension

Yzotonycheskoe dehidratim

Përfundim

Konkluzione

Literatura

1.Hyrje

1.1. Përbërja elementare e organizmave të gjallë

Në natyrë deri më tani janë zbuluar 109 elemente. Prej tyre, në komponime që bëjnë pjesë në përbërjen e organizmave të gjallë hasen vetëm 26 elemente të cilët quhen bioelemente. Në Tabelën 1-1 është dhënë përfshirja relative e bioelementeve në organizmin e njeriut.

Klasifikimi i bioelementeve

Bioelementet mund të klasifikohen në më shumë mënyra:

Sipas funksionit në organizmat e gjallë:

- Bioelemente ndërtuese;
- Bioelemente katalitike ose oligoelemente.

Sipas përfshirjes në organizmat e gjallë:

- makroelemente janë bioelemente me prezencë më të madhe në organizmat e gjallë. Në këtë grup të bioelementeve bëjnë pjesë: karboni (20%), hidrogjeni (10%), oksigjeni (63%), azoti (3%), kalciumi (1,5%), fosfori (1,2%), kaliumi, squfuri, klori, natriumi dhe magneziumi (Tabela 1-1).
- mikroelemente janë bioelemente që janë të pranishëm në organizmat e gjallë. Në këtë grup të bioelementeve bëjnë pjesë: Mn, Fe, Co, Cu, Mo, B, F, Si, V, Ni, Zn, As, Se, Cr dhe I. Këto elemente nuk hasen te të gjitha llojet e organizmave të gjallë, por disa prej tyre janë karakteristik për vetëm për lloje të veçanta (Tabela 1-1).

Tabela 1-1.

Përfshirje relative e bioelementeve në organizmin e njeriut

Elemente	Në përqindje
Oksigjen	63
Karbon	20
Hidrogjen	10
Azot	3
Kalcium	1.5
Fosfor	1.2
Kalium	0.2
Squfur	0.2
Klor	0.2
Natrium	0.1
Magnezium	0.05
Hekur, kobalt, bakër, zink, jod	<0.05 secili
Selen, Fluor	<0.01 secili

1.2. Përbërje jo organike në organizmat e gjallë

Në organizmat e gjallë përbërje organike e pranishme në përqindje më të madhe është uji, me përqindje prej rreth 65-90. Me përqindje më të vogël janë kripërat minerale (rreth 10%), ndërsa në gjurmë hasen acidi klorhidrik dhe karbonik. Në Tabelën 1-2 është dhënë prania e ujit dhe kryerave minerale në përqindje në organizmin e rritur të mashkullit dhe femrës.

Tabela 1-2.

Përbërja kimike e mashkullit (25 vjet, 70 kg) dhe femrës së rritur (25 vjet, 58 kg)

substancia	gjinia		femër	
	mashkull		kg	%
	kg	%	kg	%
proteina	11.90	17.0	4.93	8.5
yndyra	9.45	13.5	12.76	22.0
karbohidrate	1.05	1.5	0.87	1.5
ujë	43.4	62.0	35.96	62
kripëra minerale	4.20	6.0	3.48	6.0
gjithsej	70.0	100	58	100

Uji është substanca jo organike më e rëndësishme dhe më e pranishme në organizmat e gjallë. Ai hyn në përbërje të gjitha qelizave, lëngjeve ndërqelizore, inde dhe organe. Në organizmin e një njeriu të rritur ka më shumë se dy të treta (60- 70%) ujë nga masa e tij. Uji ka rëndësi të

madhe për funksionimin e organizmit të njeriut. Gjatë funksionit normal organizmit një njeriu të rritur i nevojiten rreth 40 g ujë në 1 kg maç trupore. Këtë ujë organizmi kryesisht e zëvendëson (plotëson) përmes ushqimit dhe gjatë pirjes së ujit (rreth 35 g), ndërsa rreth 5 g krijohet me zbërthimin e substancave organike. Nëse niveli i tij bie vetëm për 2%, do të paraqiten simptome të dehidrimit, i cili në disa raste mund të përfundojë me vdekje. Nevojat ditore për të njeriut ujë janë individuale dhe varen nga sasia e ujit që organizmi harxhon gjatë ditës, nga gjinia, nga, aktiviteti fizik, nga gjendja shëndetësore, nga mënyra e jetesës dhe aspekte tjera. Uji në organizëm gjendet në qeliza si ujë intracelular (70%) dhe në hapësirat ndërmjetqelizore si ujë ekstracelular (30%). Në organizëm uji mund të haset si i lire dhe i lidhur.

Uji i lirë mund të jetë i lëvizshëm dhe i fiksuar.

- ❖ uji i lëvizshëm paraqitet si tretës i substancave organike dhe inorganike dhe në përqindje më të madhe merr pjesë në ndërtimin e gjakut dhe limfës.
- ❖ uji i fiksuar është i pranishëm ndërmjet fijeve elastike dhe të kolagjenit.

Uji i lidhur paraqitet në formë të ujit të hidratues që është i lidhur për proteinat trupore.

Te organizmat e gjallë, përveç në strukturën, uji ka më shumë funksione. A:

- është tretës universal për shumë substanca inorganike dhe organike. Ai kryen transport të substancave ushqyese të tretura në të deri te të gjitha indet, ndërsa prodhimet përfundimtare të metabolizmit të tretura në të i hedh jashtë organizmit;
- mundëson konstipacion – lëvizjen e ushqimit nëpër traktin digjektiv;
- e mundëson tretjen e ushqimit dhe absorbimin e materieve ushqyese në gjak;
- në përbërje të urinës dhe djersës ka rol në tajitjen e materieve të tretshme të panevojshme nga organizmi;
- luan rol mekanik me atë që indeve dhe organeve u jep fortësi dhe elasticitet, ndërsa trurit mbrojtje nga lëndimet dhe dridhjet;
- e lehtëson dhe mundëson lëvizjen e nyjeve;
- mundëson transportin e hormoneve deri te organet e duhura;
- merr pjesë në termorregullimin e organizmit;
- i mundëson reaksionet kimike që zhvillohen në organizëm;
- mundëson kërkesën e koloideve në organizëm;
- është preventivë nga sëmundje të ndryshme.

2. Sëmundja inflamatore e zorrëve

Emri i IBD (sëmundja inflamatore e zorrëve) quhet emri për inflamimin kronik idiopatik të sistemit gastrointestinal, i cili sipas ndarjes tradicionale i referohet sëmundjes së Crohn dhe kolit ulcerativ dhe sipas një kuptimi më të ri janë shtuar edhe dy forma: kolit i padefinuar dhe pouchitis (inflamacion i rezervuarit të ilealeve të legenit të bëra pas protoctektomisë).¹

Megjithëse këto dy sëmundje përshkruhen veçmas, ato duhet të respektohen së bashku. Ato tregojnë inflamacion të përsëritur të segmenteve të disa trakteve digjестive me manifestime klinike shumë të ndryshme dhe, në përgjithësi, kronike por të paparashikueshme gjatë sëmundjes. Sëmundja e Crohnit është një sëmundje kronike inflamatore e sistemit të tretjes së etiologjisë së panjohur. Procesi inflamator mund të ndërhyjë me çdo pjesë të sistemit të tretjes nga zgavra e gojës në anus. Koliti ulcerativ është një sëmundje kronike e zorrëve inflamatore, karakteristika kryesore e të cilës është me acarime të shumta, kryesisht që prekin rektumin dhe shtrihen vazhdimisht proksimal.²

Incidenca dhe prevalenca e sëmundjeve inflamatore të zorrëve janë të lidhura qartë me mënyrën urbane të jetës dhe me shfaqjen e sëmundjeve në vende dhe rajone të caktuara të botës. Këto sëmundje po rriten gjithnjë e më shumë. Sëmundja e Crohn ndikon në të gjitha grupmoshat, shumica e të cilave ndodhin midis moshës 15 dhe 30 vjeç. Sëmundja e Crohn pothuajse në mënyrë të barabartë prek të dy gjinitë. Kolit ulceroz zakonisht ndodh shpesh në mes 15 dhe 35 vjeç. Të dyja gjinitë janë pothuajse të prekur nga prevalenca e butë e grave.³

Shenjat klasike të sëmundjes së Crohn janë dhimbje spazmatike në quadriiceps më të ulët të barkut, diarre, temperatura subfebrile, humbje peshe, ënjtje dhe parakalim që korrespondojnë me fenotipet e ndryshme, shpërndarjen dhe aktivitetin e sëmundjes. Koliti ulcerativ manifestohet në disa forma klinike: forma akute, kronike, fulminante dhe e vazhdueshme.

Figura klinike varet nga aktiviteti i sëmundjes dhe segmenti i prekur nga inflamacioni. Simptomat klasike janë diarreja, dhimbja e barkut, humbja e peshës, febrilitas, simptomat e

¹ D. Petrač i suradnici: Interna medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.

² J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina, odabrana poglavlja, Zdravstveno veleučilište, Naklada Slap, 2008.

³ A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

dobësisë, anoreksi, nauze, ankthi dhe shtojca e gjakut në stol (zakonisht i përzier me mukozë dhe shpesh me pleh).⁴

Zvogëlimi i zorrëve është një nga karakteristikat themelore të rrjedhës natyrore të sëmundjes së Crohn. Shfaqja e një fistule është rezultat i inflamacionit përmes murit të tërë të zorrëve dhe përhapjes së tij përmes serozës intestinale.

Pacientët shpesh kanë arthralgji, sacroileitis, dhe në disa raste ndodh spondilititi ankiloz. Komplikimet e kolit ulceroz janë të zorrëve dhe jashtëstudentale. Nga komplikimet e zorrëve ne gjejmë hemorroidet, fistulat anal, absceset perianale, prolapsat e zorrës, shtyllat e kolonës, kolit fulminant dhe perforimin e kolonës. Nga ndërlikimet extraintestinalë të kolit ulceroz, vlen të përmendet mbijetesa e fëmijëve të paushqyer, si dhe komplikime të shumta ushqyese dhe metabolike në pacientët e rritur.

Pamja klinike, gjetjet laboratorike, gjetjet endoskopike dhe patohistologjike dhe metodat radiologjike janë standardi i arit për diagnozën e sëmundjes së zorrëve inflamatore.⁵

Rëndësia e marrjes së saktë të anamnezës dhe procedurave diagnostike të kryera ka një rol kyç për të luajtur në trajtimin e pacientëve. Kur merrni anamnezë teshtitëse është e rëndësishme t'u kushtoni vëmendje çrregullimeve që lidhen me traktin e tretjes: kapsllëk, diarre, vjellje, dhimbje barku, humbje peshe. Diagnoza e sëmundjes së Crohn-it konfirmohet nga iragografia dhe kalimi i zorrëve, ndërsa në kolit ulcerative diagnoza e pacientëve bazohet në një ekzaminim klinik (ndjeshmëria e dhimbshme e kuadrantit të majtë të barkut) dhe kolonoskopia dhe iragografia.⁶

Trajtimi i sëmundjes së zorrëve inflamatore përbëhet nga terapitë mjekësore, kirurgjikale, ushqyese dhe simptomatike. Qëllimet kryesore të trajtimit janë kontrolli i procesit inflamator dhe zëvendësimi i humbjes ushqimore. Përbërjet farmaceutike të përdorura në trajtimin e sëmundjeve inflamatore të zorrëve nuk nënkuptojnë trajtim etiologjik, por vetitë e tyre farmakologjike ndërhyjnë me mekanizma të caktuara patofiziologjike në procesin inflamator. Për këtë arsye, trajtimi i fazës akute, recidivës, fazës së qetësisimit, faljes, si nga përzgjedhja e

⁴ Po aty, D. Petrač i suradnici: Interna medicina.

⁵ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina.

⁶ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

përbërjes farmaceutike dhe nga dozimi i përshkruar ndryshojnë. Indikacionet për trajtimin kirurgjik janë mungesa e efikasitetit të ilaçeve dhe nevoja për trajtimin e komplikimeve.⁷

Duhet të theksohet rëndësia e bashkëpunimit të ngushtë midis kirurgëve, gastroenterologëve dhe infermierëve në kursin paraoperativ dhe postoperativ të kujdesit të pacientit. Terapia simptomatike përbëhet nga zëvendësimi i lëngjeve dhe elektroliteve, korigjimi i anemisë dhe hipoproteinemisë, pushimi fizik dhe mendor, dhe përdorimi i barnave kundër stooleve të shpeshta dhe dhimbjeve abdominale. Rëndësia e trajtimit është gjithashtu dieta që është planifikuar sipas dëshirës së pacientit dhe zgjedhjes së ushqimeve dhe përdoren forma të ndryshme të të ushqyerit: ushqimi parenteral, ushqimi enteral dhe dieta e ulët me proteina të ulët me kalori.⁸

3. Roli i infermiereve

Roli i një infermiere në trajtimin e pacientëve me sëmundje inflamatore të zorrëve është i shumtë. Është me rëndësi të madhe të marrim cilësi dhe histori të plotë mjekësore, të përcaktojmë ashpërsinë e diagnozës dhe të zbatojmë ndërhyrjet e duhura, të pajtohemi me qëllimet në bashkëpunim me pacientin, të edukojmë pacientët dhe të përfshijmë familjen në procesin e trajtimit, të ndikojmë në socializimin e pacientit dhe mbështetjen më të rëndësishme psikologjike për të sëmurët. Sëmundja e Crohn dhe koliti ulcerative shpesh kanë depresion dhe ankth.

3.1. Anatomia dhe fiziologjia e sistemit të tretjes

Parakusht themelor i jetës është ndryshimi i substancës (metabolizmit). Prandaj, trupi duhet të ushqehet rregullisht me lëndët ushqyese që formojnë molekula të reja të nevojshme për të rritur të reja dhe të ndryshojnë qelizat dhe indet e konsumuara, dhe njëkohësisht të japin energji për mijëra reaksione kimike që ndodhin vazhdimisht në trup. Konvertimi i pjesës më të madhe të produkteve ushqimore arrihet me ndryshime kimike në përbërjen e tyre dhe sistemi i tretjes gjithashtu përfshin pajisje kimike që konvertojnë komponimet kimike komplekse në komponime kimike të thjeshta dhe të tretshme në ujë.

Sistemi i tretjes, *aparati i digestorit*, pranon ushqimin dhe lejon futjen e ushqyesve nga zona përreth në trup.

⁷ Po aty, D. Petrač i suradnici: Interna medicina

⁸ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

Gryka e laringut, cavitas oris, është pjesa fillestare e sistemit të tretjes, dhe vjen nga buzët në faring.

Shpimi i laringut dhe organet shoqëruese (buzët, dhëmbët, gjuha dhe gjëndrat e pështymës) kryejnë shumë aktivitete, të tilla si marrja dhe përpunimi i ushqimit me anë të përtypjes dhe nxitjes me pështymë, dhe shtypja e ushqimit në traktin e tretjes. Gjuha, qëndron në pjesën e poshtme të zgavrës së mesit dhe kryesisht është formuar nga muskujt në sipërfaqen e mbuluar me mukozën, ndërsa pjesa e prapme e muskujve arrin kockat e eshtrave.⁹

Në zgavrën me gojë, ushqimi u prek së pari nga pështymë, amilazë degradon niseshten e permbajtur nga ushqimet e maltozes dhe glukozes, dhe perjashton sponges pështymë, gjëndra pështymëse, për afërsisht litër në litër dhe gjysmë dite.¹⁰ Deri në 70% të niseshtës shpërndahet në gojë.

Fyt, faring, është hapësira prapa gojës dhe kryqi është sistemi i frymëmarrjes dhe i tretjes. Kur sasia e ajrit, kalon nga gryka e gojës në fyt, atëherë muskujt e pjesës së sipërme të ezofagut e bllokojnë kalimin e ajrit në stomak. Në gëlltitje (veprim vullnetar), ushqimet e gojës kalojnë nga fyti në ezofag, dhe kapaku i fytit, epiglottis, mbyll hyrjen në fyt në mënyrë që të mos hyjnë grimcat e ushqimit.

Tubi është në njerëz rreth tetë metra i gjatë dhe vazhdon nga fyti në ezofag, stomak, hollë dhe zorrës së trashë. Në një tub të tretjes ushqimi është degraduar kimikisht dhe substanca të dobishme absorbohen (resorbed), dhe substanca të tjera të panevojshme janë të excreted. Ezofagu, është organ i tubave muskolor, i gjatë 25 cm poshtë faringut dhe ndodhet përballë shtyllës kurrizore. Fundi i poshtëm i ezofagut kthehet pak në të majtë, kalon nëpër mjekër dhe hyn në stomak.¹¹

Ngjyra e lobuar kalon përmes ezofagut për rreth dhjetë sekonda, dhe përmes nyjeve të ezofagut dhe stomakut, kardiakët hyjnë në stomak.¹²

Kur kalon ushqimi, ezofagja zbutet për ta bërë ushqimin të hyjë në stomak dhe pastaj godet dhe parandalon regurgitimin.

⁹ P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta, Temelji anatomije čovjeka, Medicinska biblioteka, Zagreb 1999.

¹⁰ Po aty, P. Keros, D. Chudy, Anatomski atlas, Mosta, Zagreb, 2002.

¹¹ Po aty, P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta

¹² Po aty, P. Keros, D. Chudy, Anatomski atlas, Mosta, Zagreb, 2002.

Stomaku, dyqani ushqimor përmban një vëllim deri në një litër e gjysmë dhe ushqimi tretet në të njëjtën kohë.

Stomaku ndodhet në pjesën e sipërme të barkut midis mëlçisë dhe shpretkës dhe pak në të majtë të avionit qendror, siç tregohet në figurën 2.1.

Jashtë, stomaku është i veshur me një shtresë të hollë, të lagur, seroze, dhe brenda është e trashë dhe shumë rezistente ndaj mukozës së rrudhosur. Në mur gjenden gjëndra të shumta që sekretojnë lëngje të tretjes dhe mukozës. Të ashtuquajturat gjëndrat limfatike kapin acidin hidroklorik, i cili stimulon hormonin gastrin. Ushqimi që hyn në stomak pajtohet në shtresat dhe lëngu i stomakut depërton lehtë në të, dhe pasi ushqimi është përzier me lëng stomak dhe bëhet pustular (himus), ajo shpërndahet në zorrë.¹³

Ushqimi i përzier me lëng stomak formon një kollë të trashë stomaku. Dita e mukozës stomakut nxjerr rreth një litër dhe gjysma e një lëngu të stomakut që përmban acid të tretshëm dhe një enzimë të pepsinës, e cila vepron në proteina.¹⁴

Muri i stomakut të brendshëm mbrohet nga një shtresë me trashësi deri në një milimetër të trashë për të parandaluar dëmtimin e acidit të stomakut. Enzima e pepsinës shërben për të degraduar proteinat në peptide, acidi klorhidrik degradon yndyrën dhe slurri i stomakut është i holluar për të mos dëmtuar muret e stomakut. PH relative e acidit stomak është më pak se 2.

Me enzimat e tretjes së proteinave, lipases gjithashtu excreted në stomak, por në një masë më të vogël. Lipoza nuk ka asnjë ndikim të madh në degradimin e yndyrës, sepse ai priset në zorrë të vogël. Ushqimi i stomakut duhet të jetë i lëngët, dhe lëndët e ngurta duhet të priten në madhësi deri në 2 milimetra.

Kur kalon gojën nga stomaku në zorrë të vogël, është e nevojshme që të neutralizohet acidi nga stomaku për të shmangur dëmtimin e mureve të vogla të zorrëve. Me neutralizim, makromolekulat (proteinat, yndyrat dhe karbohidratet) duhet të ndahen në molekula më të vogla për të hyrë në qarkullimin e gjakut. Në këtë proces, është e rëndësishme për pankreasin, i cili në lëngjet e tij përmban jonet bikarbonat, të cilat neutralizojnë acidin icus.¹⁵

¹³ Po aty, P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta, Temelji anatomije čovjeka,

¹⁴ P. Keros, D. Chudy, Anatomski atlas, Mosta, Zagreb, 2002.

¹⁵ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

Kalimi nga stomaku në duodenum quhet portreti, pylorus, dhe ekziston një muskul rrethore që formon një kurth muskolor unazor, sphincterpylori m, i cili mbyllet kalimin në duodenum.¹⁶

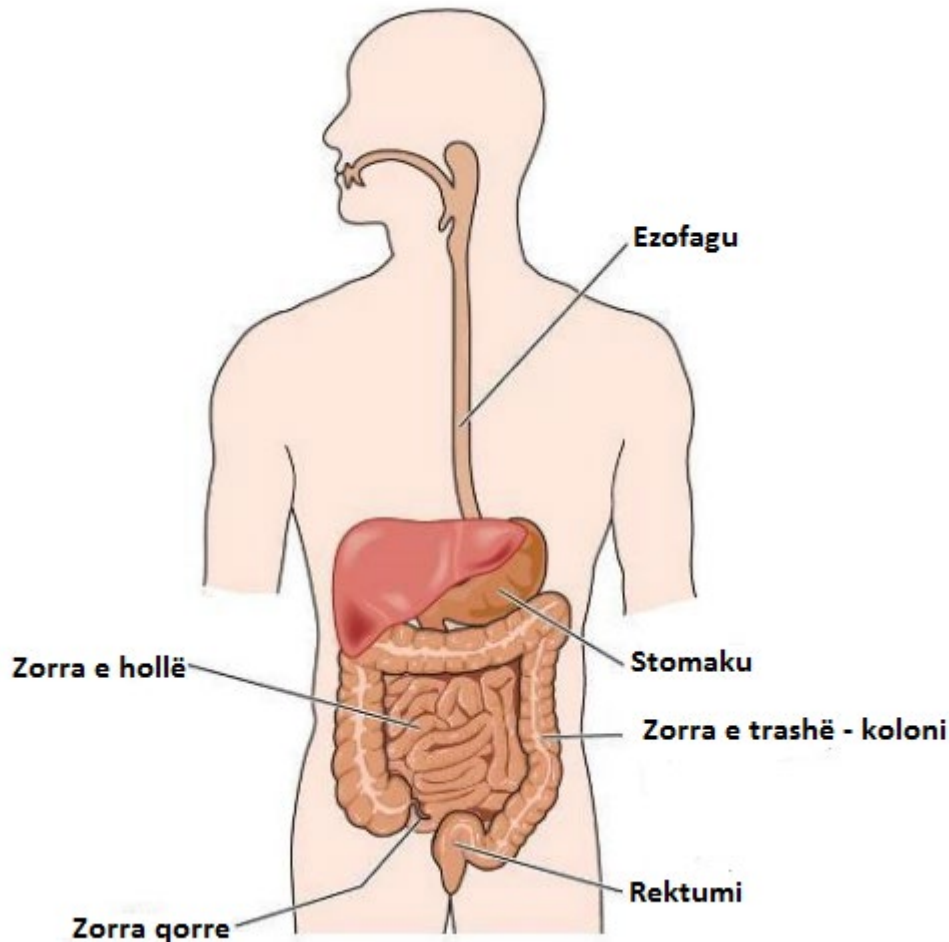


Figura 2.1. Anatomia e sistemit të tretjes.¹⁷

Cipë e hollë, *tenest intestinum*, ka tre pjesë, duodenum (deri në 25 centimetra të gjatë, me mëlçinë dhe pankreasin), një kolon (2-6 metra në gjatësi, në të cilin ushqimi shpërbëhet) dhe cistën vito (rreth 4 metra në gjatësi, ku përbërësit e ushqimit të dekompozuar absorbohen në gjak). Duodenumi, segmenti i parë i zorrës së hollë, është i ngjashëm me shkronjën C dhe gjatësia është rreth 25-30 cm nga pjesa dalëse e kanalit torakal në ligamentin Treitz, pas së

¹⁶ Po aty, P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta, Temelji anatomije čovjeka,

¹⁷ https://www.google.hr/search?q=anatomija+probavnog+sustava&biw=1600&bih=799&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjx27Poo7OAhUoLZoKHafZC0oQ_AUIBigB&dpr=1#imgrc=OnD79Mfhzi7JSM%3A

cilës fillon zorra e trashë. Në zbritjen ose seksionin 2 ka papilla Vateri përmes së cilës fshikëza e kullon pemën e fryrëzuar dhe pankreatike.

Në duoden, mukusi gastrik ndikohet nga veprimi i lëngjeve të lupusit, enzimat e të cilëve marrin pjesë në tretjen e karbohidrateve, proteinave dhe yndyrës, si dhe veprimin e kanalit biliar që shton degradimin e yndyrës.

Funksioni primar i zorrëve të vogla është fundi i tretjes së ushqimit, thithja e ushqyesve dhe transferimi i ujit dhe elektrolitit. Mjalti ka një rol imun në mbrojtje kundër mikrobeve të shumta dhe toksinave ushqimore.

Tretja e karbohidrateve ndodh në duodenumin distal, dhe tretja e proteinave mbaron në ileumin proximal. Vitaminat, mineralet dhe elementët absorbohen në pjesë të ndryshme të zorrëve të vogla.¹⁸

Produktet e këtyre proceseve të tretjes gjatë kalimit nëpër çorape të hollë absorbohen në mënyrë aktive dhe pasive përmes murit të zorrëve dhe më pas sistemi i venës së portës kalon direkt në mëlçi.¹⁹

Dishepulli shkon në zorrë. Kjo gete, jejunum, vazhdon te majtja duodenale e shtyllës së tretë të dobët dhe ka një rrjedhë të trashë rozë. Vito çorape, ileum, mbaron në pjesën e poshtme të barkut dhe rrjedh në pjesën fillestare të zorrës së trashë.

Gete është rreth gjashtë këmbë e gjatë dhe mund të vendoset në zgavrën e barkut, e rrënjosur në një numër gjarpërues, anus, mbushur gjithë zgavrën e barkut. Baza e zorrëve të vogla formon një shtresë të muskujve të butë. Muskujt ndahen në dy shtresa, rrethi i brendshëm, dhe shtresa e jashtme, dhe lëvizja peristaltike e shtyp përmbajtjen përmes zorrëve. Muri i zorrëve brenda është i mbuluar me një membranë mukoze që është rrudhur në rrudha të tërthorta, pincë.

Gjatë tretjes, ushqimi duhet të përzihet me lëngje të tretjes dhe kjo ndihmohet nga lëvizjet e veçanta të zorrëve, të quajtura segmentim. Në zorrët dhe në venat e zorrëve, pjesët ushqimore të tretura janë rigrupuar përmes membranave mukozale të zorrëve dhe pjesët e mukozës së zorrëve rrisin sipërfaqen e kontaktit ndërmjet përmbajtjes së zorrëve. Nëpërmjet tubave të gjakut kapilarë dhe tubave limfatikë të barkut dhe mbulesave rrjedhin një sasi e madhe e

¹⁸ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

¹⁹ Po aty, P. Keros, D. Chudy, Anatomski atlas, Mosta, Zagreb, 2002.

gjakut dhe substancat nga përmbajtja e zorrëve të tretura në ujë janë më së shumti të shpërndara përmes plazmës së gjakut ose anijes limfatike dhe gjakut ose limfës së ujit nga zorrët.²⁰

Zorreve intestinale, *intestinum crassum*, përbëhet nga një dhimbje barku me shtojcën, zorrës së trashë dhe rektumin, që shtrihet nga ileumi në anus dhe rreth 1.5 metra i gjatë. Një çorape e hollë hapet në zorrën e trashë në anën dhe nën atë hyrje në pjesën e poshtme të djathtë të barkut krijon qesen e zorrëve me fillimin e zorrës së trashë, të quajtur *cecum verbum*, *caecum*.

Shtojca *vermiformis* u shtrëngua fort në pjesën e poshtme të shtojcës. Zvarritja e zorrës së trashë, deri në mëllçinë, ngjitet lart në lartësinë e zorrës së trashë. Pastaj zorrët shkulen në të majtë dhe shkon poshtë në të majtë si një zorrë tërthor, *transversum zorrës së trashë*, pastaj zbret në anën e majtë të barkut me zorrën e trashë, *kolon descendens*.

Zorra është komunikuar para hyrjes në enën e vogël të përkulur në formën e një sigma të letrave greke, kështu që ne flasim për një *sigmoideum* të zorrës së trashë që përfundon në rektum. Gete e drejtpërdrejtë formon fashen përpara boshtit të kryqëzuar dhe hapet nga jashtë drejt anusit.

Ka dy sphincters në zonën e gjoksit, të brendshme që formon një muskul të butë dhe nuk është nën vullnetin tonë, dhe e jashtme, të cilat mund të jenë të shtrënguara vullnetarisht dhe të relaksuar.

Gete e trashë është e ndryshme nga ajo e hollë, e gjerë dhe e rrudhur nga jashtë. Muskuzat gjatësore në muret e zorrës së trashë ndahet në tri trupa, kështu që në muret e jashtme kanë tre shirita gjatësorë, *taeniae*. Muskujt janë më të ngushtë se çorape, prandaj është pjesërisht e plasaritur dhe projeksionet tërthore, *ndarësit*, midis të cilave janë brazdat e stërvitura.²¹

Sëmundja e fytit ka një funksion fiziologjik që përbëhet nga absorbimi i ujërave, prodhimi i shërbyesve dhe formimi i masës fjalike. Sluz është hidriran xhel që lubrifikon zverkun e trashë të hundës dhe ka mbrojtje kundër veprimit të dëmshëm të bakterijëve dhe kimikave.

²⁰ C. Bunker Rosdahl, Textbook of Basic Nursing, 2004.

²¹ Po aty, P. Keros, M. Pečina, M. Ivančić-Košuta, Temelji anatomije čovjeka,

Paketuar pak mbeturina të grumbulluara në rrjedhën e poshtme të urinës formojnë feces që herë pas here zbrazen përmes kanalit të çekanit, defekacioni.²²

Procesi i defektimit është një mekanizëm i komplikuar, që përfshin sistemin nervor qendror, gjirin e shpinës, eferentne dhe aferentne nervore dhe muskujve të pllakave të mesme. Sistemi i florës normale përmban 400 deri në 500 lloje të baktereve dhe disa lloje të grykës.²³

4. Figurat klinike, simptomat dhe ndërlikimet e sëmundjes inflamatore të zorrëve

4.1. Pamja klinike dhe ndërlikimet e sëmundjes së Crohn

Pamja klinike e sëmundjes së Crohn është shumë e ndryshueshme dhe jashtëzakonisht e paparashikueshme. Simptomat e sëmundjes varen nga vendndodhja, shtrirja dhe aktiviteti i ndryshimeve inflamatore, dhe në përfshirjen e strukturave ose organeve ngjitur, por edhe në paraqitjen e komplikacioneve extraintestinale.²⁴

Në shumicën e pacientëve, sëmundja karakterizohet nga periudha e aktivitetit që ndryshojnë me periudhat e remizionit të plotë ose relative. Në minoritetet, sëmundja është përgjithmonë aktive. Veprimtaria e sëmundjes anashkalohet në bazë të simptomave subjektive, treguesve klinikë dhe laboratorikë objektivë dhe gjetjeve endoskopike të Figura 7.1.1. Sëmundja e Crohn mund të ndahet në butë, të moderuar ose të rëndë. Kursi i sëmundjes është zakonisht i ngadalshëm, i pakkontrollueshëm, me përkeqësime të rastit.²⁵

Manifestimet klinike janë shumë më të ndryshme se në kolit ulceroz, për shkak të zgavrës së zorrëve dhe përfshirjes së zorrëve. Pacientët mund të kenë simptoma shumë vite para diagnostikimit dhe për shkak të simptomave të paspecifikuara shpesh dyshojnë për një sindrom të brendshme të zorrëve.²⁶

²² Po aty, P. Keros, D. Chudy, Anatomski atlas, Mosta, Zagreb, 2002.

²³ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

²⁴ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

²⁵ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

²⁶ Jukić, Patologija, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.



Figura 7.1.1. Endoscopy e zorrës së vogël - foto e parë është një çorape normalisht hollë, dhe në anën tjetër, një zorrë e vogël është prekur nga sëmundja e Crohn.²⁷

4.2. Simptoma të mundshme të sëmundjes së Crohn:

- dhimbje - ngërqe në kuadrantin e poshtëm të djathtë të barkut (varet nga shkalla e ngushtimit të zorrëve)
- karrige të shurdhër - kryesisht pa furnizim me gjak,
- temperatura subfebrile (30-70% e pacientëve)
- humbje peshe (55-75% e pacientëve)
- kuptim subjektiv i lodhjes
- të përzier dhe të vjella (20-40% e pacientëve)
- gjak i trashë (okult) në stol (50% e pacientëve).²⁸
- masë e dukshme në kuadrantin e poshtëm të djathtë (në shfaqjen e abscesit)
- i tejmbushur dhe parakalimi
- tenezmi (në rastin e përfshirjes së zorrës së trashë)
- distension barkut dhe peristaltik patologjike
- perforimi dhe zorrët e fistulave (30% e pacientëve)
- dhimbje ose plagë ose dhimbje në gojë dhe mishrat
- Gëlltitja e dhimbshme dhe / ose e rëndë.²⁹

Komplikimet më të zakonshme lokale të sëmundjes së Crohn janë kufizimet, fistulat dhe absceset intrabdominale. Streaks mund të jenë ndryshe të gjatë dhe të shumëfishtë, dhe në

²⁷ http://perpetuum-lab.com.hr/wiki/plab_wiki/interna-medicina/crohnova-bolest-r152/

²⁸ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

²⁹ Po aty, D. Petrač i suradnici: Interna medicina

fazën e hershme të sëmundjes, pasojat janë inflamacion akut dhe edemë, ndërsa më vonë fibrozë rezulton në një shtrirje të caktuar. Fistulat janë komplikime shumë të zakonshme të sëmundjes, rezultati është inflamacioni i murit të zorrëve dhe përhapja e tij përmes serozës dhe mund të përfundojë si intraabdominal abscese. Fistulat entero-enterike çojnë në sindromën e lakit të verbër për shkak të përhapjes së bakteleve. Pneumaturia është simptoma e fistulës midis zorrëve dhe fshikëzës, që kërkon kujdes të menjëhershëm kirurgjik, pasi ato rezultojnë në infeksione urinare të rënda dhe dështimin e mundshëm të veshkave.³⁰

Perfuzioni është një ndërlikim i rrallë dhe mund të jetë shenja e parë e sëmundjes. Komplikimet mund të përfshijnë gjakderdhje, sëmundje perianale dhe peritoneale, megakolon toksik dhe kancer, shfaqja e të cilave është më e madhe se në popullatën e përgjithshme.³¹

Sëmundja e Crohn gjithashtu ka disa komplikacione specifike. Mungesa e disaccharidit të disodiumit është e zakonshme në inflamacion të vogël të zorrëve. Në rast të inflamacionit në ileumin e terminalit, vitamina B12 dhe kripërat biliare janë keqadaptuar.

Kripërat biliare të neutralizuara kanë një efekt të madh në mukozën e zorrës së trashë dhe kontribuojnë në ashpërsinë e diarresë. Inflamacioni i rrugëve limfatike shkakton malapsorption të yndyrës, dhe ulçera mukozale shkakton humbje të proteinave.

Paketimi i vitaminës K ndodh për shkak të gjakderdhjes dhe mungesa e vitaminës D çon në demineralizimin e kockave, kështu që ekziston një potencial për osteoporozën. Kequshqyerja është një nga problemet kryesore të sëmundjes së Crohn që në fëmijët dhe adoleshentët çon në ndërprerje të zhvillimit.³²

Komplikimet extraintestinalë të kësaj sëmundjeje mund të jenë: skuqe të lëkurës dhe membranat mukozale të dukshme, stomatiti aforistik, steatozë e mëlçisë, pericolangit, kolit, ndryshime në nyje të përbashkët, sakroileitis, spondilitis ankylosing, nefrolysis, gishtat hidronophageal, trombozë të thellë venoze dhe embolizëm, pabarazitë e elektroliteve dhe të ngjashme.³³

³⁰ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

³¹ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina.

³² Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

³³ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

Kriteret endoskopike për aktivitetin e sëmundjes Crohn u vendosën në vitin 1987 nga Silverstein dhe Tytgat, dhe u ndanë në kolitin Crohn në fazën e gjumit, ku ka mucus epitelial mukozal vaskulare minimale, një formë e butë e karakterizuar nga eritema e qartë fokale dhe dobësi e butë ndaj mukozës pa nekrozë të epitelit, një formë me ulçerë me më pak se 5 milimetra dhe një formë të rëndë të shoqëruar me ulçera më të gjata se 5 milimetra me kufizime, fistula dhe gjakderdhje të gjërë.

4.3. Foto klinike dhe komplikime të kolit ulcerative

Pamja klinike e kolit ulceroz varet nga veprimtaria e sëmundjes dhe zona e prekur nga inflamacioni. Kursi i sëmundjes në përafërsisht 70% të pacientëve karakterizohet nga periudha të alternuara të aktivitetit dhe faljes, dhe aktiviteti i vazhdueshëm ka rreth 10-15% të pacientëve. Veprimtaria e sëmundjes klasifikohet si sëmundje e butë, mesatarisht e rëndë dhe e rëndë.³⁴

Për shkak të ndryshimit në skenë klinike, simptoma duhet të përcaktohet nga pesha, sepse ajo ka dallime në përdorimin e terapisë.³⁵

Simptomat karakteristike për kolit ulcerative janë:

- Qarkullimi të gjakut dhe diarresë (shpesh në sasi të vogla, dhe gjaku është përdorur më së shpeshti i përzier me mukus ose pleh)
- dhimbje barku
- humbja e peshës trupore
- temperaturën e trupit të ngritur
- dehidratim
- simptomat e dobësisë (dispneja, lodhja)
- anoreksi
- të përzier
- ankthi.

Kriteret endoskopike për aktivitetin e kolit ulceroz u krijuan në vitin 1987 nga Silverstein dhe Tytgat, dhe u ndanë në kolit ulcerativ në fazën e gjumit, një formë e butë, e moderuar dhe e rëndë e kolit ulcerativ, e cila është e rëndësishme në qasjen e mëtejshme terapeutike.

³⁴ Po aty, D. Petrač i suradnici: Interna medicina.

³⁵ Po aty, C. Bunker Rosdahl, Textbook of Basic Nursing, 2004.

Një kolit ulceroz në fazën e gjumit nuk ka ndryshim në mukozë, ka granula të imta dhe pseudopolime me vija të vogla individuale të paraqitura në Figurën 7.2.1. Forma e butë karakterizohet nga eritema dhe dobësi mukozale. Forma e moderuar e rëndë e kolit ulceroz paraqet ulçera të vetme ose të shumëfishta, eritemë, cenueshmëri dhe granulocitet e mukozës me nxjerrjen e mukusit. Kullime të thella, të mëdha me gjakderdhje spontane, cenueshmëri të shënjuar të mukozës me sasi të bollshme të pusit dhe mukusit, karakterizohen nga një formë e rëndë e kolit ulcerativ.

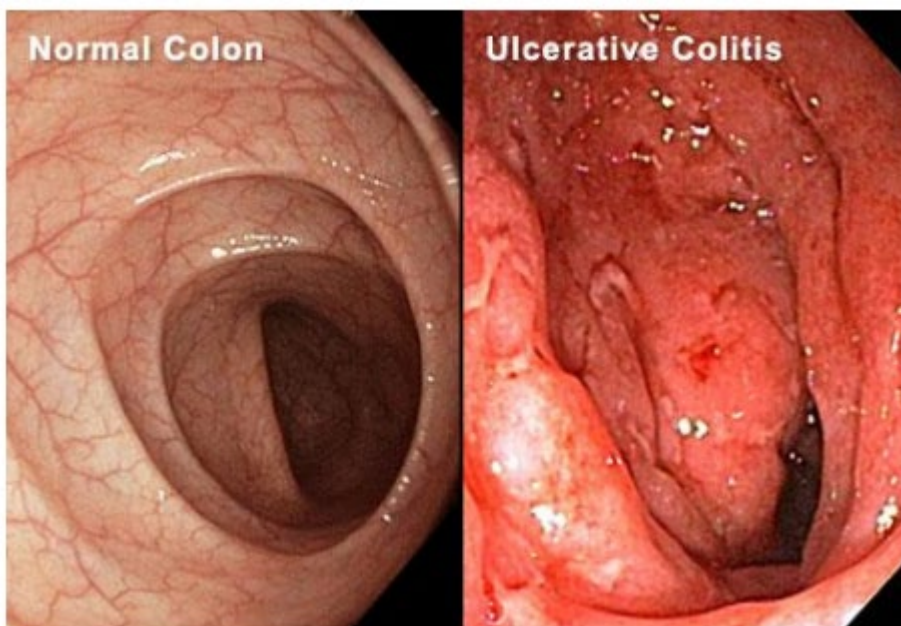


Figura 7.2.1. Pamja endoskopike e rreshtimit të shëndetshëm të zorrës së trashë dhe mukozës me kolit ulceroz.³⁶

Manifestimet extraintestinalë dhe të zorrëve janë në të vërtetë komplikime të kolit ulceroz, siç renditen në Tabelën 7.2.2. Komplikimet e zorrëve të kolit ulceroz përfshijnë: sëmundje perianale (hemorroide, fissures anale, abscesi perianal dhe ishyrolytic, prolapsi rektale), gjakderdhje masive që mund të jetë një indikacion i proktoektomisë akute, pseudopolimeve (rezultat i rigjenerimit hiperplastik të membranës mukoze, jo polipeve ose lezioneve premaligne), perforimi i kolonës (që rezulton nga megacolon toksik me vdekshmëri të lartë) dhe megakolon toksik.³⁷

³⁶https://www.google.hr/search?q=crohnova+bolest+slike&biw=1600&bih=799&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjJraSaj_DNAhWF6CwKHQdQCDEQ_AUIBigB#tbm=isch&q=ulcerative+colitis&imgcr=HibDGCYJ2y8juM%3A

³⁷ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

Megacolon toksik është një komplikacion vdekjeprurës me një lethemëri prej 30%, e cila është kolit fulminant me dilatimin akut të kolonës në më shumë se 6-7 centimetra në diametër. Është shfaqur klinikisht nga çmenduria dhe ulja e peristaltikës së zorrëve me diarre të zvogëluar dhe / ose gjakderdhje.³⁸ Perforimi është një ndërlikim i shpeshtë me shokun septik dhe vdekshmërinë e lartë. Ekziston një gjendje e rëndë e përgjithshme e pacientit dhe diagnoza e vonshme që mund të maskohet nga doza të larta të kortikosteroideve.³⁹

Për shkak të kohëzgjatjes së gjatë të sëmundjes, zhvillimi i kancerit të zorrës së trashë është një ndërlikim i rëndësishëm. Faktorët e rrezikut janë kohëzgjatja e sëmundjes, shtrirja dhe aktiviteti i sëmundjes dhe historia pozitive e familjes. Rreziku fillon të rritet pas 10 vjetësh nga fillimi i sëmundjes në një shkallë deri në 1% në vit, kështu që rreziku kumulativ vlerësohet të jetë 10% pas 20 vitesh sëmundjeje.⁴⁰ Të dy kolit ulcerative dhe sëmundja Crohn kanë të njëjtat komplikacione ekstracelulare, vetëm kolangiti primar sklerozues dhe gangrenozumi pioderma ndodhin më shpesh në pacientët me kolit ulcerative. Përveç kolit ulcerativ, vlen të përmendet mbijetesa në fëmijët me kequshqyerje dhe komplikime të shumta ushqyese dhe metabolike në pacientët e rritur (anemi, mangësi hekuri dhe vitamina).⁴¹

³⁸ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

³⁹ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

⁴⁰ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

⁴¹ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

Komplikime lokale (zorrëve)	Komplikime extraintestinale
Rrjedhje gjaku	Lëkurë: eritema nodoze, gangrenosum pyoderma
Shpim	Zorrët e hundës: stomatiti akut, gjuha e dhimbshme
Megacolon toksik (dilation kryq seksional mbi 6 centimetra me humbjen e haistry në kolit të rëndë)	Rheumatologic: artriti periferik, sacroileitis, spondylitis ankylosing
Shtërngimi i fibrozës	Sytë: episcleritis, uveitis
Pseudopolipi	Hemorroide: Cholangitis primar sklerozë, kolelitiasi
Kanceri i zorrës së trashë (në pacientët sëmundja e të cilave zgjat më shumë se 10 vjet dhe është vazhdimisht aktiv)	Renal: gurë, pengesë uretrale

Figura 7.2.2. Komplikimet e kolit ulcerativ⁴²

4.4. Diagnoza ulcerative e kolit

Diagnoza e kolit ulcerative rezulton nga një kombinim i kritereve klinike dhe morfologjike siç rrjedhën e sëmundjes, masën dhe shpërndarjen e ndryshimeve anatomike dhe përjashtimin e sëmundjeve të veçanta inflamatore. Në shumicën e pacientëve diagnoza është bërë në bazë të karakteristikave klinike, ekzaminimin fizik, gjetjet laboratorike dhe gjetjet endoskopike me verifikim histopatologjik. Para një diagnoze përfundimtare duhet përjashtuar një numër i kushteve të tjera dhe sëmundjet që bëjnë diagnozën diferenciale: bakteriet, parazitët, ishemi, rrezatimi, Behçet ose transmetohet në mënyrë seksuale, trauma, kancer ose polipe, kanceri i zorrës së trashë, kanceri limfoma, diverticulosis dhe sëmundjet specifike inflamatorë të shkaktuara nga patogjene ndryshme.⁴³ Në fazën akute të gjetjeve laboratorike ka leukocytosis, thrombocytosis, dhe duhet kontribuar në gjetjen e CRP dhe fibrinogjenit, të cilat janë tregues të inflamacionit. Një mangësi e përbashkët është hekuri anemia, hypoalbuminemia dhe hypokalemia.

⁴² Jadranka Morović-Vergles dhe Associates, Mjekësia e Brendshme, Kapitujt e Përzgjedhur, Politeknik Shëndetësor, Naklada Slap, 2008.

⁴³ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

Në rreth 80% të pacientëve janë të pranishëm antitropa pozitive, shpesh të lidhura me kolangiti primar sklerozues. Ekzaminimi fizik në shumicën e pacientëve është normale dhe jonormale në pacientët me sëmundje të rënda dhe efekte sistemike me ethe, takikardi, dehidratim, ndjeshmëri të dhimbshme në prekje përgjatë zorrës së trashë dhe komplikime extraintestinale. Ana pozitive janë leukocytes pa patogjene bakteriale specifike të zorrëve, amebiasis dhe të tjera parazite, infeksione fungale, dhe prania e toksinave.⁴⁴ Colonoscopy, si një ekzaminim endoscopic, bën diagnozën kryesore të kolit ulcerative. Gjatë ekzaminimit endoskopik disa vende duhet të merren me mostrën e mukozës për PHD. Me kolonoskopi total ne mund ta përcaktojmë me saktësi shkallën e sëmundjes, dallojmë mirëqenien nga strukturat malinje, zbulojmë polipet ose kancerin e zorrës së trashë. Nëse kolonoskopia e përgjithshme nuk mund të bëhet, më së shpeshti për shkak të ngushtimit të lumenit të zorrëve, duhet të kryhet një xenograft me dy rreze X-ray. Të dy kërkimet duhet të bëhen pas për të qetësuar inflamimin akut, sepse pastrimi dhe vetë-testimi mund të shkaktojnë zhvillim toksik megacolon.⁴⁵

Megacoloni toksik është një komplikim vdekjeprurës me një normë fataliteti prej 30%, dhe është një kolit galopant me zgjerim akut të zorrës së trashë me më shumë se 6-7 centimetra në diametër. Distensionet klinike manifestohen duke reduktuar lëvizjen peristaltice duke reduktuar diarrenë dhe / ose gjakderdhjen.⁴⁶

Perforimi është një ndërlikim i shpeshtë me shokun septik dhe vdekshmërinë e lartë. Çon në gjendjen e përgjithshme të pacientëve dhe diagnozë të rëndë të vonuar, që mund të maskohet nga terapia lartë me corticosteroid.⁴⁷ Për shkak të kohëzgjatjes së sëmundjes, zhvillimi i kancerit të zorrës së trashë është një ndërlikim i rëndësishëm. Faktorët e rrezikut janë kohëzgjatja e sëmundjes, shtrirja dhe aktiviteti i sëmundjes dhe historia pozitive e familjes. Rreziku fillon të rritet pas 10 viteve të fillimit të sëmundjes në shkallën prej 1% në vit, ndërsa rreziku vlerësuar kumulativ paraqet 10% pas 20 vitesh kohëzgjatje të sëmundjes.⁴⁸ Por edhe koliti uleroz dhe sëmundja e Crohn-it kanë të njëjtat komplikime extraintestinale, vetëm sclerosing primar kolangiti pyoderma gangrenizimin e më shpesh në pacientët me kolit ulcerativ.⁴⁹ Së bashku me kolit ulcerative duhet theksuar rritja e vonuar e fëmijëve për shkak

⁴⁴ Po aty, D. Petraç i suradnici: Interna medicina

⁴⁵ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

⁴⁶ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

⁴⁷ Po aty, A. Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.

⁴⁸ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

⁴⁹ Po aty, D. Petraç i suradnici: Interna medicina

të keqshqyerjes, dhe shumë komplikacione ushqyese dhe metabolike në pacientët e rritur (anemia, mangësi në hekur dhe vitaminë).⁵⁰

Komplikime lokale (zorrëve)	Komplikime extraintestinale
<i>Rrjedhje gjaku</i>	<i>Lëkurë: eritema nodoze, gangrenosum pyoderma</i>
<i>Shpim</i>	<i>Zorrët e hundës: stomatiti akut, gjuha e dhimbshme</i>
<i>Megacolon toksik (dilation kryq seksional mbi 6 centimetra me humbjen e haustry në kolit të rëndë)</i>	<i>Rheumatologic: artriti periferik, sacroileitis, spondylitis ankylosing</i>
<i>Shtrëngimi i fibrozës</i>	<i>Sytë: episcleritis, uveitis</i>
<i>Pseudopolipi</i>	<i>Hemorroide: Cholangitis primar sklerozë, kolelitiasi</i>
<i>Kanceri i zorrës së trashë (në pacientët sëmundja e të cilave zgjat më shumë se 10 vjet dhe është vazhdimisht aktiv)</i>	<i>Renal: gurë, pengesë uretrale</i>

Tabela 7.2.2. - Komplikime të kolit ulcerativ⁵¹

5. Dehidratimi

Përkufizimi: Një gjendje që paraqet një mungesë të vëllimit intersticial, intracellular ose intravaskular të lëngjeve.

Faktorët kritik: çrregullime endokrine, humbja e lëngjeve (diarre, të vjella, gjakderdhje, hipertermi), djersitje anormale, dëmtime neurologjike, mungesa e njohurive, stresi, vështirësi në qëllitje, sëmundje gastrointestinale, depresion, anoreksi, marrja e tepërt e laksativëve.

Karakteristika kryesore: hipotension, hipotension ose norma e dobësuar e zemrës, hipertermia, fontanelle e tërhequr, dobësi, lodhje, rritje e frymëmarrjes, turgor të dobësuar të lëkurës, lëkurë të thatë dhe të zbehtë, konfuzion, letargji, etje, sytë e fundosur, qarkullimin e pabarabartë të fluideve.

5.1. Objektivat

- Pacienti do të kuptojë shkaqet e problemit dhe mënyrat të cilat mund të ndihmojnë, do të tregojnë interes dhe dëshirë për konsum të fluideve.

⁵⁰ Po aty, J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina

⁵¹ Jadranka Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina, odabrana poglavlja, Zdravstveno veleučilište, Naklada Slap, 2008.

- Pacienti nuk do të tregojë shenja dhe simptoma të dehidrimit.
- Pacienti do të rrisë marrjen e lëngut në një minimum prej 2000ml / ditë.
- Peshë specifike e urinës do të jetë brenda kufijve normalë.
- Pacienti do të ketë një turgor të mirë të lëkurës, gjuhë të lagur dhe mukozë.
- Shenjat vitale do të jenë brenda kufijve të vlerave normale.

5.2. Ndërhyrjet

- Shpjegojeni pacientit rëndësinë e pirjes së lëngjeve që janë përshkruar dhe caktoni sasinë dhe kohën e pirjes së lëngjeve gjatë ditës.
- Siguroni pacientin me lëngun e dëshiruar ose pije që preferojnë gjatë ditës.
- Ndhmoni pacientin në pije nëse ai nuk është në gjendje të pijë vetëm.
- Përshkruani pacientin me shenja të dehidrimit.⁵²
- Kontrolloni elasticitetin e lëkurës, shfaqjen e etjes, gjuha e thatë, duhet vëzhguar nëse ka një problem në të folur, lëkurë të thatë, sy të fundosur, dobësi.⁵³
- Monitoroni qarkullimin e lëngjeve, marrjen dhe nxjerrjen gjatë 24 orëve.
- Ndiqni diuresis, peshë specifike e urinës, aroma e ngjyrës dhe urinës.
- Ndiqni dhe vini re humbjen e lëngjeve gjatë diarres, të vjellave ose gjakderdhjes.
- Matni peshën e trupit të pacientit.
- Matni funksionet vitale çdo 4 orë në pacientë të qëndrueshëm.
- Monitorim të vazhdueshëm të funksioneve vitale.
- Vëzhgoni shenja të statusit të ndryshuar mendor (nervozizëm, përgjumje).
- Vëzhgoni shenjat e ngarkesës së qarkullimit.
- Monitoroni vlerat e analizave laboratorike të gjakut.

⁵² Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.

⁵³ M. Gordon, Nursing Diagnosis, process and application, Second edition, Boston, 1995.

- Shpjegoni pacientit të mos mbështetet në etjen si një tregues për marrjen e lëngut.
- Udhëzoni pacientin të monitorojë hidratimin e tij duke monitoruar ngjyrën e urinës.
- Nëse është e nevojshme, plotësoni lëngun parenteral siç është përshkruar.
- Vendosja dhe mbajtja e kateterit intravenoz me shkallë më të lartë të rrjedhjes.
- Aplikoni terapinë farmakologjike dhe antidiabologjinë siç përshkruhet.
- Mbani shënime mbi marrjen dhe nxjerrjen e lëngjeve gjatë 24 orëve.

5.3. Vlerësimi:

- Pacienti është i hidratuar, pini ml të lëngjeve për 24 orë, turgori i lëkurës dhe mukozës janë në gjendje të mirë, presioni i gjakut, pulsi, frymëmarrja, temperatura e trupit është, diarre është ml / h.
- Pacienti tregon dëshirën dhe interesin për të marrë lëngun.
- Pacienti njih dhe raporton shenjat e dehidrimit.
- Pacienti nuk e rriti marrjen e lëngjeve deri në 2000 ml ditë pas dite dhe urdhëroi rimbushjen e lëngjeve parenterale ml.
- Peshë e trupit të pacientit është, dhe nuk humbet / fiton mbi peshën e trupit.
- Pacienti është ende i dehidruar, diuretik edhe pas 48 orëshml, peshë specifike e urinës është⁵⁴

5.4. Të vjellat

Përkufizim: gjendje e refleksit të fortë, nxjerrje e përmbajtjes stomakut përmes gojës por ndonjëherë përmes hundës.

Faktorët kritik: infeksionet, dhimbja, sëmundjet gastrointestinale, sëmundjet e sistemit nervor, sëmundjet metabolike, anoreksia dhe bulimia, periudha post-operative, efektet anësore të medikamenteve, konfuzion dhe përgjumje, çrregullim i funksioneve vitale, dehidratim, dhimbje barku.

⁵⁴ Po aty, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara,

5.5. Objektivat:

- Pacienti nuk do të vjellë.
- Pacienti do të raportojë frekuencë të reduktuar të vjelljes për 24 orë.
- Pacienti do të njohë dhe të raportojë me kohë për simptomat e të vjellave.
- Pacienti nuk do të tregojë shenja dhe simptoma të dehidrimit.

5.6. Ndërhyrjet:

- Pacienti pa ndjenja duhet vendosur në pozitën e rimëkëmbjes.
- Aplikoni një masë të ftohtë dhe të lagët në ballin dhe qafën e pacientit.
- Sigurimi i kushteve optimale të mikroklimit në dhomë.
- Vëzhgoni përmbajtjen e vobitur.
- Ventiloni dhomën.
- Shpjegojeni pacientit shkakun e të vjellave.
- Siguroni pacientin të pushojë para ngrënies.
- Hiqni erëra të pakëndshme dhe skena nga mjedisi.
- Pas një kohe, vendoseni pacientin në pozicionin e ulur.
- Aplikoni një dietë të përshkruar.
- Shpjegojeni pacientit se ai ka ushqim të mirë dhe ha ngadalë.
- Shmangni ushqimin e ëmbël dhe me aromë, lëngje të ajrosura.
- Aplikoni një antiemetik të urdhëruar.
- Dokumentoni frekuencën dhe kohëzgjatjen e të vjellave dhe pamjen dhe sasinë e përmbajtjes së vobitur.
- Edukoni pacientin për dietë dhe hidratim.

5.7. Vlerësimi:

- Pacientët vjellin herë në ditë në sasiml.
- Pacienti njihet për acarim në mjedis dhe eliminon me sukses ato.
- Pacienti është i lodhur nga të vjella të shpeshta.⁵⁵

6. Rezultatet e studimit

Bazuar në natyrën e humbjes në periudhën kohore ka kaluar simptomat e para pasi, dehidratimi është klasifikuar në tri lloje: hipertension, hipotension dhe yzotonycheskuyu.

6.1. Hipertensioni (vododefītsytna, brendaqelizor) dehidratim - Zhvilluar me humbjen e ujit (kryesisht diare intensive, hipertermi, dispne dhe hyperhidrosis). Kjo provokon rritjen e elektroliteve në plazmë veçanërisht sodiumit. Vëllimi i gjakut është i mbushur duke lëvizur lëngun ndërqelizor në gjak, duke rezultuar në një rritje të presionit osmotik të lëngjeve për normalizimin llogor të qelizave që shkon në hapësirë ekstracelulare, duke shkaktuar të qelizat dehidratim.

⁵⁵ Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.

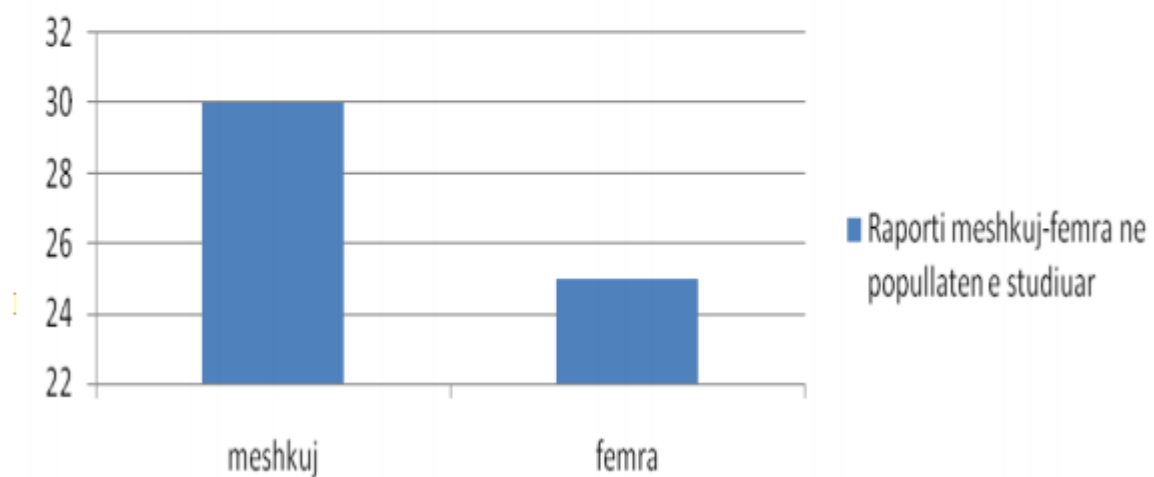
Qëllimi – kam zgjedhur, kujdesin infermieror në të sëmurët me dehidratim të HTA, për arsye se është një nga patologjitë e cila është rritur ndjeshëm këto kohët e fundit në vendin tonë.

Objektivat – duke ditur se pacientët me dehidratim të HTA (sëmundje e fshehur), objekt i studimit është të zbulohet me kohë, në mënyrë që të ketë mjekim efikas.

Rezultatet – nga 55 pacientë (30 meshkuj dhe 25 femra) të studiuar u pa se 24 ishin me dehidrim, nga të cilët 15 ishin meshkuj dhe 9 femra.

Po të njëjtët pacientë u rikonfirmuan nga ekipi i mjekëve që bënë rivlerësimin.

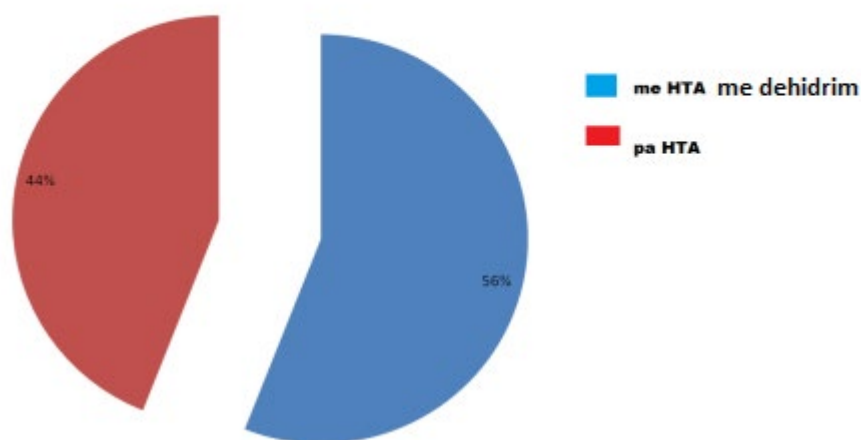
Raporti meshkuj-femra ne popullaten e studiuar



Grafiku 1 – Raporti meshkuj-femra në popullatën e studiuar.

Në këtë paraqitje skematike në përqindje vërehet predispozita e lartë që pacientët me dehidrim kanë me HTA.

Prevalenca e HTA me dehidrim



Grafiku 2 – Prevalenca me HTA me dehidrim.

6.2. Hipotension (hipoosmoticheskaya, ekstracelular) dehidratim - Zhvilluar si rezultat i humbjes së konsideruar të elektroliteve në krahasim me një humbje të ujit, dhe karakterizohet nga rënia e gjakut në të vjella dhe diare intensive të përhapur. Për të normalizuar homeostasis natriumi e lëviz hapësirën intersticiale, në gjak dhe ujë - nga gjaku në hapësirën intersticiale. Leviz lëngun brenda qelizave shkakton përmbajtjen e tepërt të ujit në qelizë.

6.3. Yzotonycheskoe dehidratim - Zhvilluar si rezultat i humbjes proporcionale të ujit dhe elektroliteve. Në këtë rast, ato janë uniforme që zvogëlohen nga gjaku, në rrjedhën e limfatikeve dhe indeve, osmolariteteve dhe niveli i sodiumit në plazmën e gjakut mbetet i pandryshuar. Shumica e mjekëve thonë se ky është lloji më i zakonshëm i dehidratimit. Gjendja e pacientit është zakonisht e butë.

6.4. Përfundim

Duke krahasuar peshën e një fëmije në diare me peshë gjatë sëmundjes (në kohën e shqyrtimit) mund të llogaritet shkalla e dehidratimit:

Klasën e I (Faq) - 4.5% humbje peshe;

Klasën II (Mesatar) - humbja e 6-9% të peshës;

Klasën III (E rende) - humbja prej më shumë se 9% te peshës.⁵⁶

Me humbjen e lëngjeve në vlerë prej 15-20% të peshës trupore, ka çrregullime të rënda metabolike në trup. Humbja e lëngjeve në vlerë prej 20-22% te peshës çon në vdekje. Në mungesë të informacionit mbi peshën e fëmijës në fillimin e sëmundjes, shkalla e dehidrimit mund të vendoset me indikacione klinike.

Shkalla e dehidrimit të parë (të butë) - Zhvilluar në 9 e 10 rasteve të diuresë akute të fëmijët. Përcaktimi funksionon - etjen e cila tashmë është duke u zhvilluar me humbjen e 1.5-2% sipas peshës. Mukoza e gojës dhe sytë janë me lagështi, kryesohen mesatarisht çdo 6 orë, të vjella të rralla, humbja e peshës trupore - jo më shumë se 5%.⁵⁷

Shkalla i dehidrimit të dytë (mesatar) - Zhvilluar për 24-48 orë (humbje peshe - 6.9%). Duke trazuar ushqimet të shpeshta (6-10 herë në ditë), të vjella të shpeshta. Nëse ju e humbni 6-7% peshën e trupit ka ankth, thatësi të butë të mukozave, impuls të paqëndrueshem palpitacion pak. Me humbjen e 8-9% nga pesha e simptomave të bëhet më i theksuar – membranat të mukozës të thatë, pështyma ngjitet e ul elasticitetin e lëkurës dhe indeve , tërhiqet fontanella e përparme, sytë zbuten kanë ngjyrë cyanotike të lëkurës, mungesa e urinimit, shënjat e qarkullimit të indeve.

Shkalla i dehidrimit të tretë (të rënda) - Zhvilluar dhe përshpejtuar (më shumë se 10 herë në ditë) zbrazje të lëngshme, të vjella të vazhdueshme. Simptomat nga humbje të konsiderueshme të lëngjeve (10% peshë). Simptomat më të rënda - thatësi e mukozës së gojës, humbje e elasticitetit të lëkurës, mungesa e shprehjes fytyrës, tërhiqet fortë fontanella e përparme dhe sytë, tharje e kornesë, acrocyanosis, lëkura shfaqet me njolla të bardha duart dhe këmbët e ftohta, e rritë në masë të madhe normën e zemrës, ul presionin e gjakut , një rënie të mprehtë të urinë.

⁵⁶ <http://www.al.emed.org.ua>

⁵⁷ Doc. Dr: Mujë Shala, Dr: Basri Lenjani, Kujdesi shëndetësor faqe 54

Konkluzione

Planifikimi i kujdesjeve infermierore i paraprinë aktivitetet e ndërhyrjeve që i përkasin të sëmurit. Proiritetet e mija infermierore janë:

- Sigurimi i një ambienti të qetë për pacientin.
- Identifikimi i faktorëve të rrezikut dhe veprimeve individuale.
- Ndikojnë në lodhje identifikimi i alternativave për të mbajtur
- Nivelin e dëshiruar të gjendjës dhe aktevitetit.
- Informimi i pacientit lidhur me gjendjen shëndetsore të tij.

Bashkpunojmë me stafin mjekësor në mënyrë që të bëjmë një trajtim sa më adekuat për pacientin duhet te krijojmë një marrëdhënie të shëndoshë komunikimi me pacientin për efekt pozitiv, sigurimi i paisjeve që i nevojiten siq janë: monitorimi i shënjave vitale, bëhet ekzaminimi fizik auskultimi dhe perkusioni aspiratori, marrja e gjakut për analiza, vendosja e kateterit urinar, përshkruajmë datën e dhenies së terapisë, cili infermier do ta aplikojë terapinë, koha e dhenies së terapisë dhe ordinimi i terapisë.

- Terapia;

Hapja e rrugeve venoze gjetja e venes

Dhënja e tretjeve infuzive tretjet kristalore fiziologjike.

Rehidrimi i të sëmurit në rrugë paranterale

Ringer,glucosalina 2,5% dhe 5% (natriklorid infundibile)

Zbatimi total i rrugëve paranterale

Antidiaretiket .

Literatura

- Včev, Bolesti debelog crijeva, Osijek, 2002.
- Bunker Rosdahl, Textbook of Basic Nursing, 2004.
- Petrač i suradnici: Interna medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
- Doc. Dr: Mujë Shala, Dr: Basri Lenjani, Kujdesi shëndetësor faqe 54
- Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.
- Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.
- <http://www.al.emed.org.ua>
- http://perpetuum-lab.com.hr/wiki/plab_wiki/interna-medicina/crohnova-bolest-r152/
- https://www.google.hr/search?q=anatomija+probavnog+sustava&biw=1600&bih=799&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjx27Poo7OAhUoLZoKHaFZC0oQ_AUIBigB&dpr=1#imgre=OnD79Mfhzi7JSM%3A
- https://www.google.hr/search?q=crohnova+bolest+slike&biw=1600&bih=799&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjJraSaj_DNAhWF6CwKHQdQCDEQ_AUIBigB#tbm=isch&q=ulcerative+colitis&imgre=HIbDGCYJ2y8juM%3A
- J. Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina, odabrana poglavlja, Zdravstveno veleučilište, Naklada Slap, 2008.
- Jadranka Morović-Vergles dhe Associates, Mjekësia e Brendshme, Kapitujt e Përzgjedhur, Politeknik Shëndetësor, Naklada Slap, 2008.
- Jadranka Morović-Vergles i suradnici, Interna medicina, odabrana poglavlja, Zdravstveno veleučilište, Naklada Slap, 2008.
- Jukić, Patologija, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.
- M. Gordon, Nursing Diagnosis, process and application, Second edition, Boston, 1995.
- P. Keros, D. Chudy, Anatomski atlas, Mosta, Zagreb, 2002.
- P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta, Temelji anatomije čovjeka, Medicinska biblioteka, Zagreb 1999.