

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI: *INFIERMIERI*



PUNIM DIPLOME

Tema: **TË USHQYERIT E TË SËMURËVE PAS
HIPERTENSIONIT**

Mentori:
Prof. Ass. Dr. Antigona Ukëhaxhaj

Kandidatja:
Emirjeta Ukshini

Gjakovë, SHKURT 2018

Punimi i temës së diplomës: “**Të ushqyerit e të sëmurëve pas hipertensionit**”, i kandidatës: Emirjeta UKSHINI, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

MENTOR I PUNIMIT:

Prof. Asist.Dr. Antigona UKËHAXHAJ

Profesoresh e Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

Punimi përmban: 33 faqe

1 tabelë

5 figura

Deklarata

Unë **Emirjeta Ukshini**, deklaroj se kjo temë e diplomës me titullin: *“Të ushqyerit e të sëmurëve pas hipertensionit”* është punimi im origjinal.

Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër përveç rasteve të citura dhe referuara. E kam zgjedhur këtë temë dhe jam përpjekur ta studioj me një përgjegjësi të madhe. Kjo temë nuk është prezantuar asnjëherë para një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është botuar deri më tani e tërë ose në pjesë të veçanta të saj. E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit, janë të listuara në listën e referencave dhe plotësisht të cituara.

Nga fillimi deri në përfundimin e këtij punimi, kam respektuar rregulloren për hartimin e temës së diplomës, të përcaktuar nga Universiteti publik “Fehmi Agani” në Gjakovë.

Falënderimet

Tani që kam arritur në fund të këtij punimi, dëshiroj t'ju shpreh falënderimet e mia të gjithë atyre që në mënyra të ndryshme më ndihmuan në zhvillimin, avancimin dhe realizimin e këtij punimi, pa ndihmën e të cilëve vështirë që do të arrija.

Një falënderim të veçantë për profesoreshën **Dr. Antigona Ukëhaxhaj** që tregoi përkushtimin dhe optimizmin për të më ndihmuar. Falë këshillave, udhëzimeve dhe rekomandimeve që më dha gjatë realizimit të kësaj teme, unë kam arritur ta përfundoj me sukses punimin. Andaj unë i jam mirënjohëse për ndihmën dhe mbështetjen e vazhdueshme gjatë realizimit të këtij punimi.

Falënderoj dhe shpreh mirënjohje të thellë për miqtë e mi, të cilët më kanë mbështetur për fillimin dhe finalizimin me sukses të punimit të diplomës.

Në fund dëshiroj të shpreh një mirënjohje të thellë për familjen time të cilës i detyrohem shumë.

Janë ata që nisën ëndrrën time, përcollën çdo hap timin, sidomos kur ndodhesha në vështirësi. Janë ata që më frymëzuan, vunë dorën te supi im gjatë finalizimit të këtij udhëtimi, sa të vështirë aq edhe të bukur. Ata brumosën qëllimet e mia me frymë dashurie.

Ju falënderit të gjithëve!

Përmbajtja

Shkurtesa-----	6
Abstrakt-----	7
1. HYRJE-----	8
1.1. Shëndeti-----	8
1.2. Shëndeti si koncept “tërësor”-----	8
1.3. Depresioni-----	9
1.4. Diabeti-----	9
1.5. Sulmi në tru-----	10
1.6. Etiologjia-----	10
1.7. Hipertensioni-----	11
1.7.1. Çfarë është hipertensioni?-----	13
1.7.2. Cilat janë produktet që përmbajnë shumë kripë dhe duhen mbajtur larg tavolinës?-----	14
1.7.3. Po alkooli, a lejohet te pacientët me hipertension?-----	14
1.7.4. A ka lidhje pesha me hipertensionin?-----	15
1.7.5. Çfarë sugjerohet të përdoret për stabilitetin e hipertensionit?-----	15
1.8. Efektet e hipertensionit-----	16
1.9. Klasifikimi i hipertensionit-----	16
1.10. Pragu i fillimit të mjekimit-----	18
1.11. Modifikimet e stilit të jetesës dhe të ushqyerjes-----	19
1.12. Mjekimi medikamentoz i HTA-----	21
1.13. Disa konsiderata speciale për mjekimin-----	23
1.14. “Dieta për hipertensionin, ja pse sugjeroj DASH”-----	25
2. QËLLIMI-----	28
3. MATERIALI DHE METODOLOGJIA E PUNIMIT-----	29
4. DISKUTIM-----	30
5. PËRFUNDIM-----	31
6. RESYME-----	32
7. LITERATURA-----	33
8. Biografia e kandidatës-----	34

SHKURTESAT:

TA - Tensioni arterial

HTA - Hipertensioni arterial

EKG - Elektrokardiogram

EKO - Ekokardiografia

OBSH - Organizata Botërore e Shëndetësisë

AHA - American Heart Association (Asociacioni Amerikan i Zemres)

NHANES - National Health and Nutrition Examination Survey (Vëzhgimi i Egzaminimit Kombëtar të Shëndetit dhe Ushqimit)

IMT - Indeksi i Masës Trupore

DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension (Qasjet Dietike për të Ndaluar Hipertensionin)

HPTEK – Vlerësimi i parametrave pararendës tek pacientët me vdekshmëri

TEPA – Vlerësimi i ndikimit

PSAP – Faktor pararendës i pacientit

Abstrakt

Kjo temë do të diskutojë për të ushqyerit e të sëmurëve me hipertension, në thelb është një problem serioz shëndetësor dhe është e rëndësishme për tu vlerësuar se si pacientët pas pranimit në institucionet e kujdesit shëndetësor.

Në këtë temë do të shqyrtohet përgjegjësia e detyrës së kujdesit të pacientëve dhe përdorimi i mjeteve të vlerësimit të rrezikut, reduktimi i faktorëve të rrezikut (të brendshëm dhe të jashtëm), klasifikimi sipas stadeve, kujdesi infermieror, diagnostifikimi, komplikacionet e mundshme, parandalimi dhe trajtimi. Te hipertensioni arterial duhet të shmanget imersimi në ujë të ftohtë. Hipertensioni ose shtypja e lartë e gjakut është një sëmundje në të cilën shtypja e gjakut ka nivele të larta dhe permanente mbi arterjet.

Dihet se presioni arterial nuk është konstant dhe në periudha të ndryshme gjatë ditës ndryshon nga vlerat më të larta gjatë sistolës në vlerat më të ulëta gjatë diastolës së zemrës. Nëse këto vlera i tejkalojnë kufijtë e përcaktuar për presionin ose shtypjen normale atëherë flasim për presion të lartë të gjakut ose hipertension. Sipas kritereve të përcaktuara nga OBSH (Organizata botërore e shëndetësisë) vlerat normale të presionit arterial sistolik janë rreth 140 mmHg ndërsa presioni diastolik duhet ti ketë vlerat rreth 90 mmHg.

Diagnostikimi i hipertensionit është i komplikuar sepse ai varet edhe nga gjendja psikike e pacientit dhe ka vlera të ndryshueshme gjatë ditës. Shpesh shkaku i tij nuk është i përcaktueshëm dhe atëherë bëhet fjalë për *hipertension esencial* dhe mund të shfaqet edhe nga ndonjë defekt ose infeksion i ndonjë organi p.sh., i veshkave atëherë kemi *hipertension sekondar (organik)*.

Fjalët kyçe: *hipertension, kujdesi i pacientit, trajtimi, etj.*

I. HYRJA

1.1. Shëndeti

Sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë shëndeti është:

“Gjendja e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe shoqërore dhe jo thjesht mungesë e sëmundjes apo e pa fuqisë fizike të organizmit” (Andrija Stampar, Presidenti i Parë i Asamblesë së Përgjithshme të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, 1946).

Siç shihet, përkufizimi i Organizatës Botërore të Shëndetësisë përfshin jo vetëm sferën e mirëqenies fizike, por edhe atë mendore dhe shoqërore, në ndryshim nga këndvështrimi biomjekësor i cili fokusohet vetëm në aspektin fizik të shëndetit.

Ky përkufizim (deri diku) gjithë-përfshirës i shëndetit ka, megjithatë, shumë kufizime të cilat, në njëfarë mënyre, janë të kundërtat e modelit bio-mjekësor.

Së pari, një gjendje mirëqenieje të plotë (fizike, mendore dhe shoqërore) është një koncept shumë ideal për t’u realizuar (përmbushur) në praktikë. Kjo do të thotë se, sipas këtij koncepti, vështirë se mund të gjenden në popullatë individë plotësisht të shëndetshëm.

Nga ana tjetër, edhe nëse për një moment pranohet se një gjendje e tillë ideale (d.m.th. mirëqenie e plotë fizike, mendore dhe shoqërore) ekziston, atëherë në më të mirën e rasteve kjo gjendje do t’i referohej thajse ekskluzivisht subjekteve 20-30 vjeçarë të privuar nga çdo sëmundje, në kulmin e energjive dhe të aktivitetit të tyre fizik, si dhe me kushte të kënaqshme socioekonomike. Mirëpo, me kalimin e viteve, thjesht si rezultat i moshimit njerëzit do të “devijonin” gradualisht nga kjo gjendje ideale (d.m.th. nga “shëndeti i plotë”). Nga kjo, intuitivisht mund të konkludohet se, përftimi i një gjendje e mirëqenieje të plotë sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë do t’i referohej, në rastin më të mirë, vetëm subjekteve me moshë të re.¹

1.2 Shëndeti si koncept “tërësor”

Sipas këtij këndvështrimi, shëndeti konsiderohet si koncept “tërësor” duke ju referuar shumë elementëve si: “tërësisë së individëve” të një shoqërie, “tërësisë së komuniteteve”, “tërësisë së dimensioneve të shëndetit”, apo “tërësisë së faktorëve përcaktues të shëndetit”. Koncepti “tërësor” i shëndetit përshkohet nga një filozofi e unitetit mes dimensioneve dhe aspekteve të ndryshme që përcaktojnë shëndetin e individit në veçanti, dhe të popullatës në tërësi.

1.3 Depresioni

Të dhënat e arsimimit dhe të ardhurave mund të konsiderohen si komponente të zgjedhura nga statusi socio-ekonomik të cilat kanë lidhje të forta me depresionin si çrregullim psikologjik. Statusi i ulët socio-ekonomik është i lidhur zakonisht me morbiditetin e lartë psikiatrik, paaftësisë dhe qasje të dobët në kujdesin ndaj vetvetes. Në vendet ku studimet epidemiologjike janë kryer është arritur përfundimi se, grupi më i ultë arsimor ka një prevalencë më të lartë të sëmundjeshmërisë psikiatrike. Varfëra, stilet përballuese ndaj situatave, ngjarjet e vazhdueshme të jetës, kërkimi i vazhdueshëm i mënyrave të mbijetesës, ekspozimi ndaj stresit dhe mbështetja e dobët sociale, janë disa shembuj të faktorëve të rrezikut psikiatrik që janë më të përhapura në grupet e personave me një status ekonomik më të ultë. Duke u nisur nga kjo kuptojë se grupacionet siç janë individët e pa punë, studentët, pensionistët, nënat që rrinë në shtëpi dhe rrisin fëmijët, kanë tendenca më të larta për gjendje depresive, dhe kjo pikërisht për shkak të lidhjes së këtij çrregullimi psikik dhe statusit socio-ekonomik.²

1.4 Diabeti

Si diabeti i tipit 2 edhe pozita socio-ekonomike lidhen me vdekshmërinë e përgjithshme, e cila shpjegohet vetëm pjesërisht nga prania e disa patologjive të ndryshme në të njëjtin individ. Këto janë rezultatet e një studimi të publikuar në revistën "PLos One" të autores kryesore Else-Marie Dals-Gaard nga Depratamenti i Shëndetit publik në Universitetin e Aarhusë në Danimarkë. "Kërkime të mëparshme e kanë lidhur pozicionin socio-ekonomik dhe diabetin e tipit 2 me vdekshmërinë, por dihet shumë pak për lidhjen midis këtyre dy gjendjeve dhe nivelet e vdekshmërisë në prani të patologjive të shumta te individit", thotë autorja e cila bashkë me kolegët ka zhvilluar një studim të gjithë danezët në moshë mesatare mes 40 dhe 69 vjeç, të cilët nuk kanë pasur diabet të asnjë tipi ndërmjet viteve 2001 dhe 2006, duke pasur një total prej 2.330.206 përsoneash.³

Grupi i cili është nën studim, i zgjedhur ndërmjet regjistrave kombëtarë është ndjekur më pas për gati një dekadë. "Kemi vlerësuar nivelin e vdekshmërisë të standardizuar për moshë, nivelin e shkollimit, të ardhurat dhe patologjitë e shumta", vazhdon më tej kërkuesja duke theksuar se gjatë vëzhgimit janë vënë re 139.681 raste me diabet të tipit 2 dhe se janë verifikuar në total 195.661 vdekje prej të cilave 19.959 mes individëve të diagnostikuar me

diabet të tipit 2. Niveli i vdekshmërisë së standardizuar me moshë rritet me reduktimin e pozicionit socioekonomik për persona të cilët nuk janë diagnostikuar me diabet, ndërsa prania e diabetit të tipit 2 ka një impakt të fortë si mbi pozicionin socio-ekonomik si mbi vdekshmërinë e përgjithshme", thonë autorët duke shtuar më tej se efekti i kombinuar i diabetit të tipit 2 dhe pozicionit socioekonomik mbi vdekshmërinë. Ndryshe nga femrat me diabet të cilat kanë të ardhura të larta, niveli i vdekshmërisë është shumë herë më i lartë te bashkëmoshataret të cilat kanë diabet të tipit 2 dhe me të ardhura më të ulta:

rezultate këto të cilat nuk ndryshojnë duke i konsideruar të dyja këto kushte veçmas. "Prania e diabetit të tipit 2, të ardhurat e ulëta dhe niveli i ulët i shkollimit lidhen me një rritje të vdekshmërisë për të gjitha rastet te popullsia daneze, e cila pjesërisht shpjegohet vetëm nga prania e patologjive të ndryshme, përfundon Dalsgaard, duke theksuar nevojën e studimeve të tjera për të qartësuar këtë fakt.⁴

1.5 Sulmi në tru

Një goditje, ose, një sulm në tru ndodh kur qarkullimi i gjakut në tru ndërpritet. Sipas një studimi të kryer në Amerikën Veriore faktorët kryesor janë tensioni i lartë i gjakut, pirja e duhanit, mbipësia, të ushqyerit në mënyrë jo të shëndetëshme dhe së fundi mungesa e lëvizjes. Mjekët kanë pyetur dhe studiuar të dhënat për 3000 pacientë që kanë përjetuar goditje në tru dhe 3000 persona të shëndoshë.

1.6 Etiologjia

Gjendja e të pasurit tension të lartë të gjakut është referuar edhe si hipertension. Hipertensioni mund të lindë nga shumë gjëra. Si dietë të pahijshme me rritjen e konsumit të yndyrnave dhe kolesterolit të lartë në ushqim mund të shkaktojnë tensionin e lartë. Shqetësime emocionale mund të rrisin rrezikun e hipertensionit. Ndonjëherë, mjekët nuk mund të nxjerr në pah rrënjët e hipertensionit, por për ata të cilat arsyeja janë përcaktuar zgjidhje është më e dukshme.

Faktori nervor është shumë i rëndësishëm në shfaqjen e sëmundjes. Faktorët favorizues janë:

- Sforcimet fizike, barra, ushqimet me yndyrna.
- Trashëgimia (herediteti).
- Moshë.
- Raca.

- Duhani.
- Seksi.
- Kolesterolin në intoleranca ndaj glukozës.
- Pësia e trupit.
- Veprimtaria e retinës.

1.7 Hipertensioni

Ndikimi i statusit socio-ekonomik në hipertension është i komplikuar dhe shpesh i paqartë. Megjithatë disa determinantë të modifikueshëm si edukimi dhe profesioni janë të lidhur me hipertensionin. Gjithashtu ndikojnë vendbanimi urban, rural ose gjendja ekonomike individuale, lokale ose nacionale, janë të lidhur me hipertension edhe pse kjo lidhshmëri shpesh është e komplikuar dhe kontradiktore. Shpjegimi i mundshëm për këtë ndikim është se në vendet me të zhvilluara ekonomishtë ka programe me të mira të preventimit, qasje më e lehtë dhe më e mirë në shërbimet shëndetësore.

Hipertensioni Arterial përfaqëson një nga faktorët më të rëndësishëm të rriskut për sëmundjet Kardio-Vaskulare dhe për këtë arsye ka edhe vendin e parë si shkak i vdekjes në mortalitetin në përgjithësi. Hipertensioni arterial ka edhe një primat tjetër, atë të numrit më të madh të njerëzve që vuajnë nga kjo sëmundje. Sot në botë vuajnë rreth 1 miliard njerëz nga HTA dhe parashikohet që në vitet në vijim kjo shifër të arrijë në 1.5 miliard. Hipertensioni është rritja e presionit të gjakut mbi 140/90 mmHg dhe paraqet faktorin kryesorë të rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare, prandaj zbulimi i hershëm dhe trajtimi i tij mund të parandalojnë shfaqjen e komplikimeve që rezultojnë nga HTA i pa trajtuar. Numri më i lartë i pacientëve të hospitalizuar me HTA është në muajin Mars, duket ende periudhë që organizmin e gjen të pa përgatitur në ndikim të kushteve atmosferike. Llogaritet se hipertensioni është shkaktar i më shumë se gjysmës së vdekjeve në SHBA. Është faktorë rreziku dhe i pavarur për insultin (gjakderdhjet në tru) dhe sëmundjet kardiovaskulare. Sfidat e sotme për praktikën parandaluese qëndrojnë në kontrollën më efektive të hipertensionit të moshuarit dhe zbulimin e mjekimit ideal të mjekimit dhe trajtimit të tij. Sfidat e shëndetit të gjerë të publikut shtrihen në përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullatës në lidhje me hipertensionin, pasivitetin fizik, mbipeshën, konsumimi i lartë i kripës dhe alkoolit. Masa e tillë parandaluese dhe qasja e shëndetit publik premtojnë në minimizimin e shfaqjes së tensionit të lartë të gjakut që kur njerëzit janë të ndijshëm ndaj tyre.⁷

Mjekimi anti-hipertensiv redukton ndjeshëm rrezikun kardio-vaskular, por për të arritur këtë qëllim kërkohet një njohje e mirë e epidemiologjisë së HTA, historisë natyrore të saj, mekanizmave fizpatologjikë të hipertensionit arterial esencial, hipertensionit sekondar, të dish të vlerësosh saktë shkallën e dëmtimit të organeve target, rrugët e diagnostikimit të tyre e mjetet që perdoren sot, si edhe më e rëndësishmja, të dish të mjekosh mirë e me efikasitet këtë patologji të rëndë e kaq të shpeshtë.

Në mjekimin e HTA sot ne ndeshemi me disa probleme të rëndësishme si: inercia terapeutike (të kënaqurit me mjekimin e HTA, por pa arritur normalizimin e tij), mosnjohja e saktë e mekanizmave të veprimit të medikamenteve anti-hipertensive, mosvlerësimi në kohë i dëmtimit të organeve target nga HTA, diagnozës së Hipertensionit Sekondar etj.⁵

Presioni i lartë i gjakut ose hipertensioni është një sëmundje shumë e përhapur, e cila prek deri 25% të popullatës. Mjeku endokrinolog-diabetolog, sqaron se një hipertension i pamjekuar shton rrezikun për atakë kardiakë, tromboza dhe hemorragji të trurit, dëmtime të veshkave dhe syve. Elementi bazë në dietën e të sëmurëve me hipertension është reduktimi i sasisë së kripës. Mjeku i famshëm diabetolog gjatë intervistës rekomandon disa këshilla, për mënyrën se si duhet të ushqehen dhe të zhvillojnë aktivitete fizike për personat e prekur nga tensioni i lartë i gjakut.

Figura 1. Medikamente antihipertensive.



Presioni i larte i gjakut

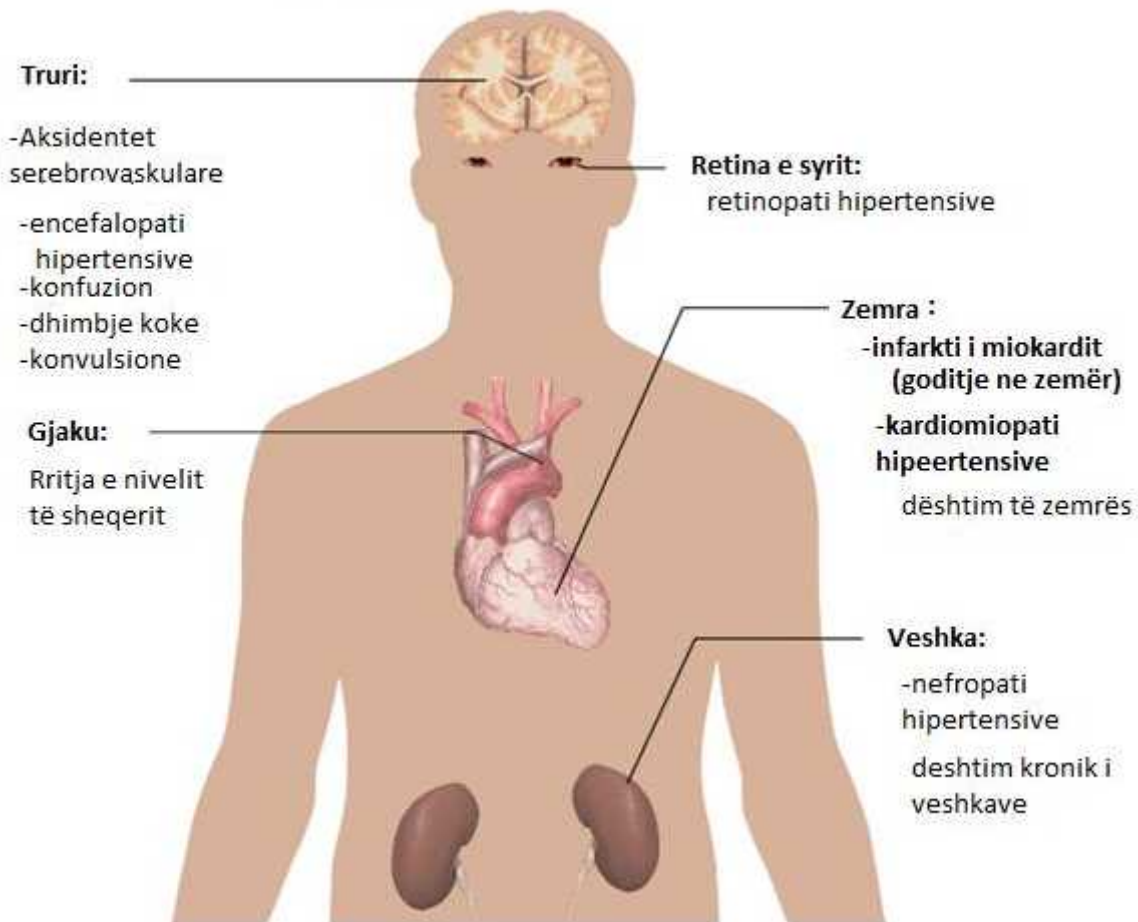


Figura 2. Dëmtimet që sjell presioni i lartë i gjakut.

1.7.1 Çfarë është hipertensioni?

Tensioni i gjakut është forca që ushtrohet mbi arteriet, kur gjaku kalon në to. Tensioni i lartë i gjakut (hipertensioni) do të thotë që gjaku ushtron presion më të lartë se normalja mbi arteriet. Tensioni i gjakut kur zemra rreh, quhet tensioni sistolik, ndërsa tensioni kur zemra po pushon quhet tensioni diastolik. Të gjithë e dinë që kur matet tensioni i gjakut jepet me shifra si 120/80. Shifra më e lartë tregon tensionin sistolik, më e ulëta tensionin diastolik. Presioni i lartë i gjakut ose hipertensioni është një sëmundje shumë e përhapur, ajo prek deri 25% të popullatës. Zakonisht me rritjen e viteve të njeriut kemi dëmtim të enëve të gjakut, të cilat humbin elasticitetin dhe bëhen më të ngurta. Një hipertension i pamjekuar shton rrezikun për atakë kardiakë, tromboza dhe hemorragji të trurit, dëmtime të veshkave dhe syve. Ndryshimi i disa aspekteve të jetës tuaj sidomos dieta mund të shërbejë pozitivisht në trajtimin e kësaj sëmundje.

Elementi bazë në dietën e të sëmurëve me hipertension është reduktimi i sasisë së kripës. Marrja e kripës me shumicë çon në mbajtje të ujit në organizëm dhe në rritje të tensionit. 3/4 e sasisë ditore të kripës që në marrim është e fshehur në produktet e gatshme si konservantët, mishi dhe peshku i konservuar, prandaj këshillohet që të gatuhet në kushte shtëpiake. Si rregull nuk lejohet të merret më pak se 0.25 gr kripë për 100 gr ushqim ose më shumë se 1.25 gr kripë për 100 gr ushqim. Bëhu i ndërgjegjshëm për kripën: Gatuj më pak kripë. Vendos mbajtësen e kripës larg tavolinës. Elimino sa më shumë produktet e konservuara. Kontrolllo sasinë e kripës tek çdo produkt që konsumoni. Përdor produkte që kanë doza të vogla të kripës.⁶



1.7.2 Cilat janë produktet që përmbajnë shumë kripë dhe duhen mbajtur larg tavolinës?

Ushqimet që përmbajnë më shumë kripë janë mishi i kriposur, salsiçet, sallami, proshutat, supat e paketuara, salca e sojës, majoneza, patatinat, peshku dhe mishi i tymosur, djathi, biskotat me kripë, salcat dhe pastat, sanduiçi, buka, drithërat etj.

Nevojat fiziologjike për kripë në rrethana të zakonshme janë 1 - 2gr të kloridit të sodiumit në ditë, ditëlidhjet klinike-ekperimentale dhe epidemiologjike në mes të konsumimit të kripës dhe hipertensionit, po përparojnë dukshëm. Kufizimi i kripës lejon që presioni i lartë i gjakut të kontrollohet nga doza të vogla të mjekimeve antihipertenzive. Në shumë pacientë, kufizimi i kripës mund të çojë në një kontrollë të zbutur ose të moderuar të hipertensionit, pa qenë nevoja e marrjes së mjekimeve përkatëse.⁷

1.7.3 Po alkooli, a lejohet te pacientët me hipertension?

Studime që janë bërë, tregojnë lidhjet pozitive mes konsumimit të alkoolit dhe nivelit të lartë të presionit në gjak, te individët lidhet me dozën e marrë dhe veprojnë pavarësisht nga pesha trupore dhe zakoni i duhanpirjes. Provat përputhen me raport pozitiv të konsumimit të alkoolit me lipoproteinat, me densitetet të lartë (HDL) në gjak dhe modifikimin e alkoolit për të ndryshuar nivelet e kolesterolit.⁸

Dozat e moderuara të alkoolit mund të mbrojnë zemrën tuaj, por dozat e mëdha e rrisin tensionin. Në qoftë se ju vuani nga hipertensioni nuk duhet marrë me shumë se 2-3 porcione për burrat dhe 1-2 porcione në ditë për gratë. Porcioni nënkupton gjysmën e një gote birrë 250 ml birre ose 100 ml verë të kuqe ose 25 ml raki (1 teke raki).

1.7.4 A ka lidhje pesha me hipertensionin?

Rënia në peshë: Ka një lidhje të fortë mes rritjes së tensionit dhe njerëzve mbi peshë, sidomos tek personat që kanë mbi peshë të belit (qendrore). Humbja e 5-10% të peshës përmirëson dukshëm vlerat e tensionit arterial. Rekomandohen rëniet e lehta dhe të qëndrueshme të peshës jo më shumë se 1-2 kg në muaj.

Prandaj ulja në peshë dhe kufizimi i kripës në mënyrë të pavarur janë shumë të rëndësishme në uljen e presionit të lartë të gjakut ⁹

1.7.5 Çfarë sugjerohet të përdoret për stabilitetin e hipertensionit?

Fruta dhe perime të paktën deri në 5 porcione në ditë, duhet të jenë të freskëta të ngrira ose të thara. Në qoftë se do t'i merrni të konservuara shikoni sasinë e kripës. Merrni ushqime me pak yndyrë, psh qumështi i skremuar, kos me pak yndyrë 2-3 herë në ditë, vaj peshku 2-3 porcione në javë si peshk i egër, salmon, sardele, etj. Preferohen produkte të detit të jenë ose të freskëta, ose të ngrira dhe jo të konservuara. Në disa vende po përdoren produkte që quhen ushqime funksionale, që s'janë gjë tjetër veçse produkte të gatshme për uljen e tensionit.



Figura 3. Matja e gjakut.

1.8Efektet e hipertensionit

Nëse ju keni disa probleme me enët e gjakut në veshkët tuaja atëherë mundësia për shfaqjen e hipertensionit është më e lartë. Parenkima e veshkave dhe sëmundjet renale vaskulare janë dy sëmundjet më të zakonshme të veshkave që mund të shkaktojnë tensionin e lartë. Një person shtatzënë është gjithashtu e ndjeshme ndaj hipertensionit si gjatë shtatzënisë, ndryshimet e mëdha ndodhin në trupin e një gruaje. Kur një organ përshtatet për fëmijën në rritjen brenda saj, edhe pse këto ndryshime konsiderohen të gjitha si normale, disa nga këto aktivitete eventualisht mund të çojë në hipertension.

Nëse ju keni problem në zemër, shanset janë që, tensioni juaj i gjakut bëhet i çrregullt. Tensioni juaj i gjakut ose mund të jetë i ulët apo i lartë, në varësi të reagimit të zemrës tuaj dhe trupin tuaj. Nëse hipertensioni vazhdon, ka probleme të ndryshme që mund të lindin nga ai. Njerëzit me hipertension mund të kontaktojnë një goditje në çdo kohë. Shanse e AVC janë shumë të larta. Hipertensioni mund të shkaktojë vizione me të meta. Kur enët e gjakut të bukura të syve qahen për shkak të tensionit të lartë ju mund të keni vizion të turbullt, e cila mund të çojë në verbëri. Hipertensioni mund të dëmtojë veshkat, enët e gjakut të veshkave mund të bëhen më të dendura me presionin e lartë të gjakut. Një mënyrë për të qenë i lirë nga hipertensioni është duke kontrolluar rregullisht tensionin e gjakut.¹⁰

1.9Klasifikimi i hipertensionit

Në 95% të rasteve kur shkaku i saktë i hipertensionit është i panjohur, ajo quhet hipertension thelbësor apo hipertension primar. Stili i jetesës, mjedisi, dhe historia e gjendjës familjare të gjithë luajnë një rol në këto raste.

Në tjetrin 5% e rasteve, shkaku mund të jetë i lidhur në një gjendje mjekësore. Historitë mjekësore dhe familjare shpesh ndihmon në përcaktimin e problemit themelor mjekësor që çoi në presionin e lartë të gjakut.

Disa nga kushtet mjekësore që mund të rrisin presionin e gjakut të një personi mund të përfshijë:

- Sulme të mëparshme në zemër,
- Një goditje e mëparshme,
- Rregullime hormonale,
- Sëmundje të veshkave.

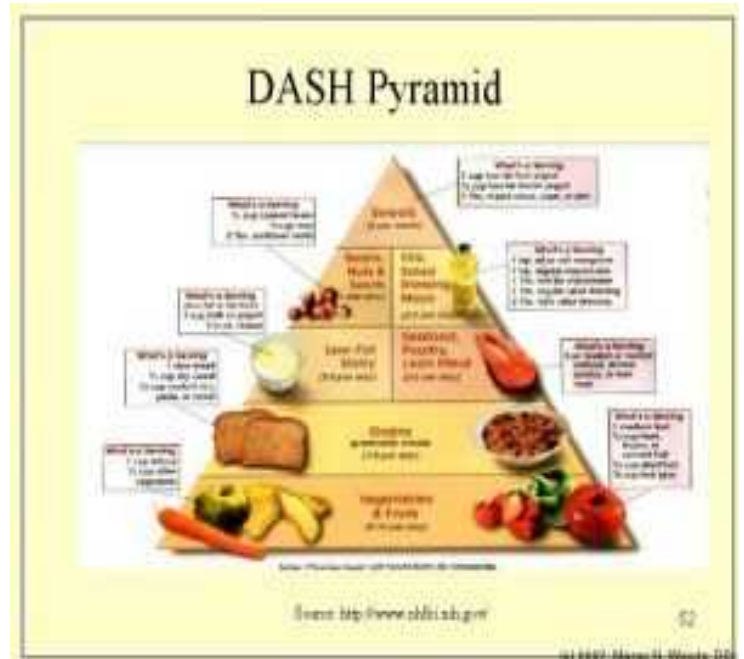


Figura 4. Piramida e DASH.

Tabela 1. Klasifikimi i nivelit të tensionit arterial NE mmHG.

	Presioni sistolik	Presionidiastolik
Optimal	<120mm/HG	<80mmHG
Normal	<130mm/HG	<85mm/HG
Normal I larte	130-139mm/HG	85-89mm/HG
HTA stadi I	140-159mm/HG	90-99mm/HG
HTAstadi II	160-179mm/HG	100mm/HG
HTA stadi III	>180mm/HG	>110mm/HG

Stadet e hipertensionit arterial:

- Stadi i parë – nuk ngrihen shifrat e TA në mënyrë të theksuar. Shpesh ato kthehen në normë e janë funksionale.
- Stadi i dytë – shifrat janë të rritura, mbi normë, në mënyrë të qëndrueshme. Në këtë stad ka ndryshime si në enët e gjakut të trurit dhe të zemrës.
- Stadi i tretë – shifrat janë mjaft të rritura. Ka ndryshime distrofike, sklerotike në inde e organe.¹¹

1.10 Pragu i fillimit të mjekimit

Pragu i fillimit të mjekimit përcaktohet jo vetëm nga shifrat e TA, por kryesisht nga niveli i rrezikut kardiovaskular, që paraqet sëmundja në individë të caktuar, që mund të kenë edhe bashkëekzistenca të patologjive të tjera shoqëruese apo histori të ndryshme familjare për ngjarje kardiovaskulare. Mjekimi medikamentoz, si rregull, fillon kur rreziku kardiovaskular është mbi 15% për 10 vjet, që sidoqoftë konsiderohet risk i ulët. Rreziku i lartë kardiovaskular në 10 vjet, konsiderohet kur kalon masën 30%. Megjithatë, flimi i mjekimit medikamentoz, bëhet i butë kur kërkohen ulje të TA 10/5 mmHg (monoterapi), ndërsa kur qëllimi është të realizohen ulje të TA >20/10 mmHg, terapia medikamentoze duhet të jetë më agresive (politerapi). Në grupe të caktuara pacientësh, terapia medikamentoze duhet fluar edhe kur shifrat e TA janë brenda normës, por në nivelet “normal i lartë” (TAS 130/139 mmHg dhe TAD 85-90 mmHg). Në këto grupe futen të gjithë ata të sëmurë, me prekje të njohur vaskulare aterosklerotike (SAK, etj.) apo me predispozitë për to, për arsye të tjera (diabet sheqeri, etj.), për një prekje të tillë në të ardhmen e shpejtë. Hezitimi për flimin e mjekimit, në rastet e indikacioneve jo të qarta për të, ka treguar se në 10-17% të këtyre të sëmurëve, shumë shpejt sëmundja avancohet dhe futet në indikacione të qarta mjekimi të HTA dhe për këtë arsye në përgjithësi flimi i mjekimit nuk duhet vonuar.

Sidoqoftë, në të gjitha rastet e mara në diskutim për HTA, duhen rekomanduar imediatisht dhe pa dallim, modifikimet e nevojshme të stilit të jetesës dhe të ushqyerjes, si masa e parë e mjekimit.

Qëllimi i mjekimit të HTA. Në shumicën e të sëmurëve, është që të arrihet niveli i TA <140/90 mmHg, me një përfitim më të madh kur arrihet niveli < 130/85 mmHg. Tek të moshuarit mund të pranohet si qëllim edhe arritja e TAS deri në 140-145 mmHg, por duhet pasur kujdes që TAD të mos zbresë nën 65 mmHg, që mund të bëhet faktor, vetëm në këtë grup të sëmurësh, për ngjarje të pafavorshme kardiovaskulare.

Në disa grupe të sëmurësh me rrezik të lartë kardiovaskular, qëllimi për tu arritur nga mjekimi i HTA është më rigoroz. Tek këta pacientë kërkohet një terapi më agresive dhe kjo ndodh tek:

- zezakët që bëjnë më shumë komplikacione nga HTA dhe ku edhe TAD 85-90 mmHg mund të çojë në dëmtime renale
- të sëmurët me diabet mellitus, ku ulja e TA 130/85 mmHg redukton incidencën e ngjarjeve të pafavorshme kardiovaskulare. Bile edhe ulja e TAS < 110 mmHg solli një reduktim të komplikacioneve mikro dhe makrovaskulare tek këta të sëmurë.

- të sëmurët me sëmundje renale kronike progresive, që kanë proteinuri >1-2 gr/ditë. Tek ky grup, TA <125/75 mmHg mund ta ngadalësojë mjaft humbjen e funksionit renal.¹²

1.11 Modifikimet e stilit të jetesës dhe të ushqyerjës

Modifikimi i stilit të jetesës dhe të ushqimit indikohet tek të gjithë hipertonicët, si masë e parë e mjekimit. Ato mund të ulin TA dhe mund të vonojnë apo deri të stopojnë sëmundjen e hipertensionit arterial. Po ashtu, ato edhe vetëm, mund të ulin mjaft morbozitetin dhe mortalitetin që vjen si pasojë e komplikacioneve kardiovaskulare të HTA.

Ndërprerja e duhanit: Efekti i duhanit mbi TA është i drejtpërdrejtë për rritjen e tij dhe ndërprerja e duhanit e heq këtë influencë negative mbi TA. Duhani, përveç se është një faktor direkt rreziku aterosklerotik, influencon për rritjen e insulin-rezistencës, obezitetit dhe progresionin e efekteve të dëmshme mbi veshkën.

Reduktimi i peshës: Rritja e peshës edhe në përmasa të vogla, ka një influencë të rëndësishme mbi HTA. Gratë me indeks masë (BMI) 24 bëjnë HTA 2 herë më shumë se ato me BMI 21, për 18 vjet. Në shumicën e njerëzve, rritja e peshës realizohet nëpërmjet depozitimeve të dhjamtit në pjesën e poshtme të trupit (sindromi metabolik). Ky obezitet i poshtëm është një faktor me vetë rreziku për HTA. Po ashtu, ai influencon edhe mbi apnenën obstruktive të gjumit, e cila, me vete, ka një influencë në mbajtjen e një TA të qëndrueshme. Edhe uljet e lehta në peshë kanë një influencë të rëndësishme mbi reduktimin e TA. Kështu, vetëm ulja prej 1 kg e peshës, mund të çojë në një rënie të TA prej 1.6/1.3 mmHg. *Aktiviteti fizik:* Rritja e aktivitetit fizik mund të çojë në uljen e peshës, por mund të influencojë si në mosshfaqjen për herë të parë të HTA, ashtu edhe të diabetit të sheqerit apo të secilës nga sëmundjet kardiovaskulare. Ushtrimet aerobike sjellin uljen e TA gjatë kryerjes së tyre, me një efekt që mund të zgjasë edhe më pas gjatë ditës. Ulja e TA është më e madhe, sa më të gjata janë ushtrimet aerobike, por nuk influencon nga intensifikimi i tyre.

Reduktimi i marrjes së kripës në ushqim: Modeli i kripur i dietës së vendeve të zhvilluara është akuzuar si shkak i zhvillimit të HTA në shoqëri. Sidoqoftë, është vërtetuar se pakësimi i kripës tek hipertonicët, sjell përfitime të qarta në reduktimin e shifrave të TA. Vetëm ulja e 78 mmol/24 orë kripë, solli rënien e TA me 5.0/2.7 mmHg, tek hipertonicët, dhe 2.0/1.0 mmHg tek normotensivët. Raporti i sasisë së reduktimit të kripës me shifrat e TA është linear tek hipertonicët. Sa më pak kripë konsumohet, aq më shumë ulen shifrat e TA. Megjithatë, sipas studimeve, ulja e kripës për 6 muaj me 33 mmol/24 orë solli vetëm një reduktim të TA me 1.1/0.6 mmHg. Jo të gjithë të sëmurët i pergjigjën mirë reduktimit të kripës për uljen e

shifrave të TA. Më të ndjeshëm nga reduktimi i kripës janë zezakët dhe të moshuarit. Nganjëherë, reduktimi i tepruar i kripës, mund të jetë edhe kundërproduktiv, nëpërmjet stimulimit të tepruar të aktivitetit të sistemit nervor simpatik apo sistemit renineangiotenzinë, që mund të kundërbalancojnë efektet përfutuese nga ky reduktim. Kështu, restriksioni i kripës është i rëndësishëm për mosshfaqjen e HTA dhe ka njëfarë influence për mjekimin e kësaj sëmundje. Rruga më e mirë për këtë restriksion, që nuk është i kollajshëm tek pacientët në afate të gjata, është zëvendësimi i ushqimeve të industrializuara (që kanë shumë Na konservues) me ushqime natyrale (që kanë më pak Na). Sidoqoftë, në këtë drejtim, mund të jepën disa këshilla:

- mos shto kripë në gjellë dhe mos përdor kripën e tavolinës
- evito ushqimet në “fast-food”
- evito antiacidët me përmbajtje Na
- kur nuk mund të evitosh nevojën e shijës për kripë gjelle, përdor kripë kaliumi, që ka shije të njëjtë

Shtimi i sasisë së kaliumit dhe kalciumit në ushqim: Kaliumi është parë se sjell një ulje të shifrave të TA me një mesatare 3.1/2 mmHg, sidomos tek zezakët dhe tek ata që përdorin shumë kripë. Sidoqoftë, marrja e tepërt e tij mund të shkaktojë probleme të tjera të hiperkalemisë dhe duhet përdorur me kujdes vetëm atëherë kur ka tendencë për hipokalemi. Edha marrja në ushqim e kalciumit sjell ulje të TA me 1.44/0.84 mmHg. Megjithatë, marrja e tepërt e tij mund të sjellë rritjen e incidencës së nefrolithiasës dhe pasoja të tjera të padëshërueshme.

Roli i kafesë: Efekti i kafesë, mbi rritjen e shifrave të TA, nuk duket aq i madh sa ç’ekziston në legjendën popullore. Përdorimi i theksuar i saj sigurisht mund të influencojë edhe negativisht në shifrat e TA. Kështu në metanalizën e 11 studimeve, u gjet se përdorimi i 5 filxhanave kafe në ditë solli një rritje të TA vetëm prej 2.4/1.2 mmHg. Përdorimi i reduktuar i kafes ditore (1-2 kafe në ditë) nuk duket të ketë ndonjë influencë të rëndësishme mbi TA.

Përdorimi i alkoolit: Përdorimi i alkoolit ka një efekt me dy drejtime në lidhje me HTA. Doza të vogla të tij sjellin parandalimin e HTA, ndërsa dozat mesatare apo të larta ditore kanë një efekt negativ për rritjen e shifrave të TA. Sipas studimeve, doza përfutuese është <2 porcione nga 12 ml për burrat dhe 1 porcion 12 ml për gratë, që çon në uljen e incidencës së HTA me 14% dhe rritjen e kësaj incidence me 31% kur tejkalohen këto doza. Si përfundim, mund të thuhet se nga modifikimi i stilit të jetesës dhe ushqyerjes mund të përftohet mjaft për uljen e TA. Konkretisht, nga reduktimi i peshës prej 10 kg mund të përftohet një ulje 5-10 mmHg e

TA, nga adaptimi në vakte të fraksionuara të ushqimit, një ulje prej 8-14 mmHg, nga rritja e aktivitetit fizik 2-8 mmHg dhe nga rregullimi i konsumit të alkoolit, një ulje prej 2-4 mmHg (gjithmonë kur flasim për TAS). Në një studim, vetëm nga rregullimi në të njëjtën kohë i të gjitha mënyrave të gabuara të jetesës (ulje peshe 10 kg, reduktim i kripës 10%, rritje e aktivitetit fizik dhe eliminim i alkoolit), u arrit që TA të reduktohej mesatarisht me 8.6/8.6 mmHg.¹³

1.12 Mjekimi medikamentoz i HTA

Në qoftë se nga modifikimi i stilit të jetesës dhe mënyrës së ushqyerjes nuk arrihen kufjtë e TA <140/90 mmHg në përgjithësi dhe për diabetikët e ata me IRK <130/80 mmHg, si dhe në rastet kur paraqiten tek mjeku të sëmurë me TA >160/100 mmHg, merrret menjëherë vendimi për fillimin e terapisë medikamentoze. Në momentin kur merrret vendimi për mjekim medikamentoz shtrohet pyetja në se terapia fillestare duhet të jetë agresive apo graduale. Si rregull, preferohet ajo graduale me rritje progresive të dozave, sipas nevojës, për të evituar efektet anësore dhe sidomos rënien e tepëruar e të menjëherëshme të TA, që mund të prodhojë simptoma si dobësi, lodhje, etj., të cilat vijnë nga një autorregullim i dëmtuar i fluksit cerebral tek hipertonicët. Me kalimin e kohës së mjekimit, ky autorregullim cerebral normalizohet dhe me rritjen e dozave të mjekimit, ulja e mëtejshme e TA, drejt normalizimit, nuk sjell më simptoma. Pra me këtë logjikë, flimisht në mjekimin e një hipertonicu që paraqitet për herë të parë tek mjeku, preferohen doza të vogla të medikamenteve të zgjedhur. Zgjedhja e medikamentit fillestar: Sipas studimeve të mëparshme, si preferencë e parë për mjekimin e HTA mund të zgjidhet cilido prej medikamenteve, që i përkasin njërës nga klasave të diuretikëve, ACE-fermuesve, Ca-blokuesve, ARB apo B-blokuesve. Midis tyre, më i preferuari për fillimin e mjekimit është rekomanduar diuretiku në dozë të vogël dhe më pas, sipas nevojës, janë bashkangjitur një nga një medikamentet e klasave të tjera. Llogjika e mjekimit të HTA, si dikur edhe tani, është “më mirë disa medikamente në dozë të vogël-mesatare sesa njëri prej tyre në dozë të lartë”. Sot, pas thellimeve të studimeve për mjekimin e HTA, janë përcaktuar disa preferenca fillestare, bazuar në kushtet ku ndodhet i sëmuri që po mjekojmë si p.sh. moshë e tij, prania e disa kondicioneve apo sëmundjeve bashkëshoqëruese, etj. Kështu, diuretikët preferohen më shpesh në të sëmurët me insuficiencë kardiake, moshë të avancuar apo HTA sistolik dhe evitohen në ata me podager. B-blokuesit preferohen në HTA të shoqëruar me SAK apo IM të kaluar, insuficiencë kardiake, takiaritmi, migrenë dhe evitohen në ata me asthma bronkiale, sëmundje obstruktive pulmonare apo

çrregullime të përcimit kardiak. Ca-blokuesit preferohen në moshë të avancuara dhe HTA sistolik, duke u përpjekur të evitohen në rastet e çrregullimeve të përcimit kardiak (verapamili dhe diltiazemi). ACE-frenuesit preferohen tek hipertonicët me insuficiencë kardiake apo disfunkcion sistolik shoqërues të ventrikulit të majtë, ata me IAM të kaluar si dhe tek diabetikët apo nefropatët me proteinuri, duke u evituar tek gratë me barrë, stenoza bilaterale të arterieve renale dhe në rastet me hiperkalemi. ARB preferohen në të gjithë ata që kanë efekte anësore nga ACE-frenuesit (si p.sh. kollë), tek diabetikët dhe nefropatët si dhe në rastet me insuficiencë kardiake, duke u evituar gjatë gravidancës, hiperkalemisë dhe në stenoza bilaterale të arterieve renale. Alfa-blokuesit preferohen tek prostatikët dhe evitohen në të sëmurët me insuficiencë kardiake.

Një rekomandim tjetër, që duhet pasur parasysh, është që fillimi i terapisë tek të rinjtë, preferohet të bëhet me ACE-frenues apo ARB dhe tek të moshuarit me Ca-blokues. Në të dyja moshat, në shumicën e rasteve diuretikët janë një shoqërues i rekomanduar. Monoterapi apo terapi e kombinuar? Duke pasë parasysh se shumica e të sëmurëve që paraqiten për herë të parë kanë shifra të TA >160/100 mmHg, si dhe shumë prej tyre kanë si shoqërues edhe diabetin e sheqerit apo një nefropati kronike (ku shifrat e TA këshillohen të ulen <130/80 mmHg) rekomandimi i fillimit të terapisë për HTA është që të bëhet me kombinim preparatësh dhe jo me monoterapi. Aq më tepër, sot dihet qartë nga studimet se diuretikët në dozë të vogël, fuqizojnë mjaft efektin e cilido medikamenti, të secilës klasë tjetër antihipertensive. Megjithatë, në mjaft të sëmurë është e nevojshme që fillimi i terapisë të bëhet me më shumë se 2 apo 3 medikamente, në vartësi të shifrave fillestare të TA dhe të nivelit të këtij reduktimi, për të cilën ka nevojë i sëmurit. Në këto raste, kombinimi i medikamenteve është i lirë, por në shumicën e rasteve diuretikët janë të pranishëm. Një parim tjetër i mjekimit të HTA është mundësisht zgjedhja e medikamenteve me vetëm një dozë ditore (medikamente me lëshim të ngadalshëm). Kjo ka rëndësi të veçantë, sepse në këtë mënyrë lehtësohet komforti i të sëmurit për mjekim (ai s' duhet të mendojë disa herë gjatë ditës për mjekimin) dhe kështu rritet complianca e mjekimit (numri i të sëmurëve që nuk mërzhiten nga mjekimi, por e marrin rregullisht atë për kohë të gjatë). Nga ana tjetër, medikamentet me lëshim të ngadalshëm, pra me një dozë ditore, kanë një përqendrim konstant të medikamentit në gjak dhe për pasojë një efekt pa kurba ditore mbi uljen apo jo të TA. Ndryshe ndodh me terapitë e fraksionuara antihipertensive (disa herë në ditë), të cilat realizojnë efekte maksimale gjatë çlirimit të lartë në gjak të medikamentit dhe dobësim të efektit në pjesë të ndryshme të ditës. Ky variabilitet efekti, gjatë ditës, mund të bëhet i

dëmshëm, sepse mund të shoqërohet edhe me një variabilitet shoqërues të frekuencës së ritmit të zemrës, që mund të sjellë efekte të padëshirueshme, duke shtuar atakët kardiale koronarë dhe probablisht edhe incidencën e IAM në këta të sëmurë. është pikërisht kjo arsye, që ka bërë akuzat e mirënjohura ndaj nifedipinës afatshkurtër, në mjekimin e HTA. Përveç këtyre arsyeve, marrja disa herë gjatë ditës e medikamenteve për mjekimin e HTA, prish komfortin e jetesës dhe të aktivitetit të pacientit dhe kontribuon për shtimin e numrit të hipertonicëve që ndërpresin mjekimin.

Në këtë llogjikë, sot më të preferuarit janë medikamentet e kombinuara në një tabletë, me efekt të zgjatur. Për fat të mirë, numri i tyre është shtuar mjaft në treg dhe ka lehtësuar shumë mjekimin e të sëmurëve me HTA. Momenti që rekomandohet për marrjen e këtij mjekimi të kombinuar në një tabletë është si rregull mëngjesi.¹⁴

1.13 Disa konsiderata speciale per mjekimin

Ndërpreja e medikamenteve: Ndërpreja e mjekimit, si rregull, sjell ringritjen e TA në 80% të rasteve dhe vetëm në 20% të të sëmurëve mund të ruhen nivelet e mëparshme të TA pas ndërprejes. Duke ditur se më sa vështirësi arrihet niveli i duhur i uljes së TA, nuk rekomandohet në asnjë mënyrë ndërprerja e terapisë antihipertensive, me përjashtim të rasteve kur medikamentet japin efekte anësore.

HTA rezistent: Ka disa raste kur HTA është rezistent ndaj mjekimit. Kjo do të thotë kur TAD nuk zbret nën 90 mmHg, me gjithë përdorimin e mbi 3 medikamenteve. Kjo situatë mund të vijë kur i sëmuri nuk i merr rregullisht ilaçet. Po ashtu ajo përsëritet në rastet kur, nga matjet që kryhen gjatë vizitës mjeksore, shifrat e TA mund të jenë më të larta, për shkak të emocioneve të veçanta (ndryshe nga jeta reale, shifrat rezultojnë të larta, pavarësisht nga mjekimi). Megjithatë, ka edhe mjaft arsye të tjera që mund të realizojnë rezistencën ndaj mjekimit, midis të cilave më e shpeshta është rritja e masës së volumit qarkullues, nga dozimi i ulët i diuretikut, apo marrja pa kriter e kripës, që mund të rregullohet shpesh nga rritja dozës së diuretikut apo zgjedhja e një diuretiku me potent.

Anestezia në të sëmurët me HTA: Në mungesë të insuficiencës kardiake shoqëruese, HTA nuk shton aspak rreziqet kardiovaskulare të kirurgjisë. Megjithatë, është e rekomanduar që para interventit HTA të kontrollohet mirë nëpërmjet mjekimit, për të reduktuar rrezikun e iskemisë së miokardit. Përdorimi i β -bllokuesve është i rekomanduar, sidomos para intubimit dhe veçanërisht në kirurgjinë vasculare.

HTA te fëmijët: Për fat të keq, nuk ka të dhëna për përdorimin afatgjatë të antihipertensivëve tek fëmijët. Përderisa këto mungojnë, këshillohet që edhe për fëmijët të përdoret llogjika e mjekimit antihipertensiv si edhe tek adultet. Lufta për uljen e peshës tek fëmijët me HTA, është shumë e rëndësishme, sepse vetëm ulja e obezitetit mund të mjaftojë për normalizimin e TA në mjaft raste.

HTA tek të moshuarit: Në mjaft të moshuar mund të gjendet HTA me sfngmomanometër dhe TA normal, kur matjet bëhen brenda në arterie. Ky quhet pseudo HTA dhe lidhet me rritjen e rigiditetit të mureve të arterieve që nuk shtypen (kolapsohen) nga mansheta. Sidoqoftë, është dokumentuar që mjekimi i HTA, si sistolik e diastolik, tek të moshuarit edhe > 80 vjeç, sjell një reduktim të rëndësishëm të riskut kardiovaskular. Megjithatë, ulja e TA tek hipertonicët e moshuar duhet bërë shumë gradualisht, kryesisht nëpërmjet Cablllokuesve e diuretikëve, që veprojnë më mirë dhe japin më pak efekte anësore. Nivelet e TA që duhen arritur janë rreth 140 mmHg për TAS dhe kujdes duhet bërë që TAD të mos ulet shumë (<65 mmHg).

HTA dhe diabeti i sheqerit: Tek një i sëmurë me HTA + diabet sheqerit duhet bërë një kujdes i veçantë. Kjo për arsye se këta janë dy faktorë rreziku kardiovaskularë, që nuk mbliidhen por shumëzohen, përsa i përket efekteve negative që mund të krijojnë. Mjekimi i HTA, në këta të sëmurë, duhet të jetë më intensiv dhe qëllimi për tu arritur gjithmonë është <130/80 mmHg. Ulja e TA sa më poshtë këtij kufri, mund të sjellë një reduktim prej mbi 50% të komplikacioneve vaskulare dhe kardiake, renale, të retinës apo neuropatisë autonome në këta të sëmurë.

Në rast se në këta të sëmurë është prezentë proteinuria, është i domosdoshëm përdorimi i një ACE-frenuesi apo ARB. Efekt të favorshëm në mjekim paraqesin edhe diuretikët, β-blllokuesit apo Ca-blllokuesit.

HTA dhe impotenca seksuale: Në të sëmurët me HTA, mund të jetë shpesh i pranishëm disfunksioni erektil, sidomos tek diabetikët. Problemi mund të theksohet akoma më shumë nga diuretikët (edhe në sasi të vogël) në këta të sëmurë. Në këto raste, në terapi shtohet sildenafili, i cili rikthen funksionin erektil edhe në prani të terapisë antihipertensive, pa dhënë efekte anësore në përgjithësi.

HTA dhe insuficiencia kardiake: Në rastet me insuficiencë kardiake, për shkak të rënies së debitit të zemrës, mund të dekapitohet TA sistolik duke maskuar HTA. Megjithatë, TAD mund të mbetet i rritur edhe me shumë, për shkak të rritjes së rezistencave vaskulare periferike gjatë insufciences kardiake. Ulja e tyre, dhe për pasojë edhe e TAD, sjell përmirësim të insufciencës kardiake kongjestive. Në këto raste, medikamente të preferuar

janë ACE-frenuesit, ARB dhe β -bllokuesit vazodilatatorë. Një efekt të mirë kanë të gjithë antihipertensivët, përveç vazodilatatorëve direktë, edhe për reduktimin e hipertrofisë së ventrikulit të majtë, si prelude i insuficiencës kardiake kongjестive.

HTA dhe SAK: Bashkëzistenca e HTA me SAK e bën mjekimin antihipertensiv më të rëndësishëm, sepse vetëm ulja e TA mund të sjellë lehtësimin klinik të SAK. Mjekimi i preferuar në këta të sëmurë janë: β -bllokuesit dhe Ca-bllokuesit. Edhe në fazën akute të infarktit të miokardit mund të kemi një rritje të TA nga stimuli simpatik prej anginës së gjoksit. Në rastet me infarkt akut përdoren të gjithë ata antihipertensivë, që nuk ulin debitin kardiak, midis të cilëve më të preferuarit janë β -bllokuesit dhe ACE-frenuesit.¹⁵

1.14 “Dieta për hipertensionin, ja pse sugjeroj DASH”

Dieta DASH (Trajtim Dietik për Ndalimin e Hipertensionit) e ul tensionin e gjakut brenda dy javëve, kryesorja është ulja e kripës jo më shumë se 2,300 mgr në ditë, e barabartë me një lugë çaji (1.500 mgr). Dieta DASH rekomandon të hahen shumë drithërat, fruta dhe zarzavate, arra/bajame, fara, fasule e thjerrëza. Është provuar se presioni i gjakut bie kur dieta përmban pak yndyrë, pak kolesterol dhe më shumë fruta, zarzavate dhe qumësht pa yndyrë. Kjo dietë përfshin edhe drithërat, peshkun, mishin e bardhë. Zvogëlohet sasia e mishit të kuq, ëmbëlsirave, sheqerit, pijeve me sheqer. Dieta është e pasur me potas, magnez dhe kalcium, si dhe proteina dhe fibra. Potasi është ushqimi më i mirë për trajtimin e tensionit.



Figura 5. Perimet.

Potasi është element ushqyes shumë i rëndësishëm në mirëfunksionimin e organizmit. Ai mundëson tkurrjen e muskujve dhe ndihmon në dërgimin e impulseve nervore në gjithë

trupin. Potasi ndihmon në nxjerrjen jashtë të mbeturinave. Sasia e rekomanduar ditore e potasit është 4.700 mgr. Disa ushqime që kanë potas janë: kajsia, bananet, bostani, kivi, fasulet, qumështi, portokalli dhe lëngu i tij, patatja, kumbullat, spinaqi, domatja, lëngu i zarzavateve, kungulli i dimrit, mishi i bardhë dhe peshku. Magnezi është mikroushqyes që gjendet tek kockat, indet trupore dhe organet e trupit. Ai është i nevojshëm për funksionin normal të muskujve dhe nervave, rrahjeve të qëndrueshme të zemrës, kocka të forta dhe sistem të fortë imunitar. Potasi dhe magnezi punojnë bashkë në trup. Edhe kalciumi është ushqyes i trios që ul tensionin e gjakut, dieta DASH rekomandon 1.250 mgr në ditë. Edhe sikur kalciumi të mos e ulë tensionin, studimet tregojnë se nivelet e ulëta të kalciumit mund ta rrisin tensionin e gjakut.

Hudhra është suplementi legjendar me popullor në trajtimin e tensionit të lartë. Ndhmon shumë zemrën dhe në uljen e kolesterolit. Lënda çudibërëse në hudhër quhet allicinë, që i jep hudhrës erën e keqe, por ul tensionin e gjakut kolesterolin. Doza e rekomanduar është të paktën 10 mgr allicinë në ditë.¹⁶

Shumë nga ne vuajnë nga hipertensioni, dhe këtë e vëmë re kryesisht pasi konsumojmë diçka. Ushqimi është ndër elementët kyç që lidhet drejtpërdretë me hipertensionin.

Sëmundja hipertonike është një sëmundje që prek moshat e rritura dhe që mund të jetë e dylllojshme: hipertensioni primar (parësor) dhe sekondar (dytësor).

Në të shumtën e rasteve hipertensioni është parësor dhe shfaqet mbi bazën e ngushtimit të enëve të gjakut nga sëmundja që quhet arteriosklerozë.

Arterioskleroza favorizohet jo vetëm nga mosha dhe prirja gjenetike, por edhe nga ushqyerja e tepërt. Dihet statistikisht se arterioskleroza shfaqet 3-5 herë më shumë tek njerëzit e dhjamosur sesa tek njerëzit normalë. Ndërsa hipertensioni sekondar shfaqet tek të sëmurët që vuajnë nga sëmundje të tjera të organeve të ndryshme të organizmit. Në mjekimin e sëmundjes hipertonike, një rol të rëndësishëm luan dieta dhe regjimi i ushqyerjes. Problemi kryesor i ushqimit të hipertonekëve është ai i përdorimit të kripës së gjellës. Dihet se kripa e gjellës ndikon negativisht në rritjen e presionit arterial. Japonezët p.sh përdorin mesatarisht 15 gr kripë në ditë, ndërsa nordikët 16 gr. Për të respektuar këtë dozë, është mirë që gjella të gatuhet pa kripë, në mënyrë që kripa të shtohet para ngrënies dhe e peshuar. Lidhur me konsumimin e ujit, këtyre të sëmurëve gabimisht u kufizohet, me pretekstin se ai hyn në gjak

dhe rrit masën e qarkullimit të tij, duke rritur në të njëjtën kohë edhe presionin e gjakut. Nëse i sëmuri nuk mban regjimin e duhur ndaj kripës, atëherë marrja e ujit mbi masën e duhur shkakton rritjen e presionit arterial. Ushqimi kryesor i hipertonicëve duhet të jetë mishi dhe produktet e tij, sepse me anën e tyre sigurohen substancat që i nevojiten organizmit të njeriut, siç janë: proteinat, yndyrat, karbohidratet, vitaminat dhe kripërat minerale. Të sëmurët që vuajnë nga hipertensioni mund të marrin mish viçi, pule, derri e qengji, por pa i kriposur ato. Nuk duhet të përdorin mishin dhe peshkun e konservuar, si dhe sallamin, për faktin se ato në përgjithësi përmbajnë kripë. Vezët dhe yndyrat bimore nuk mund të hiqen nga racioni ushqimor i të sëmurëve që vuajnë nga hipertensioni. Buka e këtyre të sëmurëve nuk duhet të përmbajë kripë. Po kështu, edhe makaronat e orizi duhet të gatohen pa kripë. Por, duhet pasur gjithnjë parasysh që buka, makaronat dhe orizi përmbajnë shumë kalori, gjë që e favorizon dhjamosjen e të sëmurit, prandaj ato duhet të konsumohen në sasi të pakta, brenda normave dietetike. Të sëmurët hipertonicë rekomandohet të hanë të gjitha frutat, ndërsa nga perimet nuk u rekomandohet marrja e spinaqit, kastravecit, panxharit, selinos, lakrës së kuqe dhe konservat e përgatitura prej tyre. Të këta të sëmurë ndalohet pirja e kafesë dhe e kakaos, sepse shkaktojnë nervozitet, pagjumësi dhe rritje të presionit arterial. Lidhur me pijet alkoolike, duhet thënë se përveç një zgjerimi që enëve të gjaku që shkaktojnë fill pas marrjes, ato ndikojnë negativisht në ecurinë e sëmundjes. Pijet alkoolike ndikojnë negativisht në veprimtarinë e zemrës dhe enëve të gjakut. Të sëmurëve hipertenzivë u lejohe të pinë 1 gotë verë të kuqe, është mirë çdo darkë. Ushqimet që duhen kufizuar janë: gjalpi, gjiza e djathi i yndyrshëm dhe mishi i bagëtive të imëta.¹⁷

II.QËLLIMI

Qëllimi kryesor i këtij punimit është:

- Ka qenë të njohemi më mirë me etiologjinë, klinikën dhe shkaqet e hipertensionit.
- Mënyrën e të ushqyerit të drejtë te të sëmurët me hipertension si një element kyç në përfitimet e redukimit të komplikimeve nga hipertensioni.
- Matja e rregullt e tensionit arterial dhe mjekimi i duhur dhe efektive.

III. MATERIALI DHE METODOLOGJIA E PUNIMIT

Duke e konsultuar literaturën e viteve të fundit, në mënyrë taksative e kam prezentuar rolin dhe rëndësinë e hipertensionit, diagnostikimit, shkaqet, trajtimi medikamentoz të të sëmurëve me hipertension.

Në këtë punim është përdorur metoda e rishikimit të literaturës bazuar në ushqimin e drejtë dhe adekuat në parandalimin e komplikimeve të mundshme dhe kualitetit të jetës së të sëmurëve me hipertension.

IV. DISKUTIMI

Mjekimi i HTA është një “art” që nuk drejtohet ndaj hipertensionit por ndaj hipertonicitetit, duke marrë parasysh të gjitha veçoritë shoqëruese tek i sëmurit. Që ai të jetë i suksesshëm kërkohet:

- Eksperienca e mjekut
- Edukimi i të sëmurit
- Bashkëpunimi i ngushtë midis tyre.

Bazuar në shkaktarët që sjellin te hipertensionin, që tashmë janë të njohur si; faktori nervor është shumë i rëndësishëm në shfaqjen e sëmundjes si dhe faktorët tjerë favorizues si; forcimet fizike, barra, ushqimet me yndyrna, trashëgimia (herediteti), mosha, raca, duhani, seksi (gjinia), kolesterolin në intolerancë ndaj glukozës, mbipeshja, duhani, alkooli, sëmundjet tjera kronike e shtojnë edhe më tepër rolin në gjetjen dhe trajtimin e hershëm të sëmundjes, në mënyrë që të parandalohen komplikimet që do të shihenin deri te shkalla e invaliditetit, rritja e morbiditetit dhe mortalitetit.

Pacientët me hipertension kërkojnë një kujdes të veçantë shëndetësor, terapeutik dhe ushqimor.

Trajtimi adekuat medikamentoz, lënja e duhanit, aktiviteti fizik dhe largimi nga jeta sedentare, ndërrimi i shprehive të këqija jetësore, ushqimi adekuat dhe reduktimi i atyre që përkeqësojnë sëmundjen do të ndikonin në përmisimin e gjendjes së tij shëndetësore dhe mbajtjen e shenjave vitale.

V. PËRFUNDIM

Kohët e fundit rekomandohet që shifrat e tensionit të gjakut tek diabetikët me H.T.A duhet të jenë detyrimisht gjithmonë më pak se 130/80mm Hg pasi tensioni arterial mbi këto shifra tek diabetikët jep në një kohë që te njerëzit pa diabet, tensioni arterial në këto shifra mund të mos jap dëmtime. Në rastet kur diabetikët kanë edhe hipertension arterial rreziku për sëmundjet kardiovaskulare dyfishohet ndërsa rreziku për shfaqjen e stadiit përfundimtare të insuficiencës renale kronike është 5 – 6 herë më i madh tek pacientët diabetike që kanë hipertension arterial se sa ato pa HTA. Tromboza e venave të thella është faktori më i rëndësishëm parashikues i TEPA. PSAP>45mmHg në momentin e parë, është faktori më i rëndësishëm pararendës i HPTEK tek pacientët me TEP akut. HPTEK është sëmundje serioze pasi pakëson ndjeshëm mbijetesën për shkak të insuficiencës së zemrës së djathtë dhe vdekjes.

Rezyme

Pamjaftueshmëria kronike terminale e veshkave (insuficiencia renale kronike terminale-IRKT) viteve të fundit paraqet një ndër problemet më të mëdha sociale dhe ekonomike në tërë botën për arsye të kostos tejet të lartë të mjekimit dhe trajtimit me hemodializë (HD). Sëmundjet kronike renale paraqiten si anomali strukturale dhe funksionale e dobësuar e filtrimit glomerular më pak se 60 ml/min/1,73 m². IRKT për shëndetin publik është një çështje sfiduese jo vetëm për shkak se numri i pacientëve me IRKT është në rritje të vazhdueshme në vendet e zhvilluara, por edhe sepse studimet e fundit epidemiologjike kanë treguar se sëmundjet kronike renale janë një ndër faktorët më të rëndësishëm për rrezikun nga sëmundjet kardiovaskulare (SKV). Për të parandaluar ose zvogëluar zhvillimin e IRK në nivel të komunitetit, është më se e nevojshme që të identifikohen shkaqet e saja, sepse GFR reduktohet edhe nga plakja dhe tek të moshuarit mbi 65 vjeç është më e shpeshtë krahasuar me moshën më të re. Përveç plakjes, faktorë të mundshëm në zhvillimin e pamjaftueshmërisë kronike renale janë: hipertensioni arterial. Hipertensioni arterial është një sëmundje që shoqëron Diabet mellitus tip 2 dhe merr pjesë në rrezikun kardiovaskularë në 85% të diabetikëve sidomos me diabet mellitus tip 2. Hipertensioni është një problem serioz me ndikime të rëndësishme për individët, familjet, komunitetin dhe shërbimet shëndetësore. Ai është një nga sëmundjet e shpeshta kronike, që është parë në shërbimin shëndetësor parësor.

Qëllimi:

Të vlerësohet niveli i njohurive dhe aftësive të vetëvlerësuara të infermierëve, në lidhje me menaxhimin e pacientëve me HTA primar, si parakusht për menaxhimin e cilësisë së kujdesit dhe përmirësimin e shëndetit për këtë kategori pacientësh, dhe të ushqyerit e tyre pas hipertensionit. Vlerësimi i parametrave pararendës të HPTEK tek pacientët me TEPA, si dhe vlerësimi i ndikimit të HPTEK në vdekshmëri.

Të japë një eksperiencë të kualifikuar e të plotë në fushën e HTA, Komplikacioneve Kardio-Vaskulare të tij dhe për rrugët e diagnostikimit e mjekimit modern të HTA.

Objektivi:

- Të vlerësohet niveli i njohurive të mjekëve dhe infermierëve të familjes në lidhje me treguesit e kontrollit të HTA primar.
- Të vlerësohet niveli i njohurive të mjekëve dhe infermierëve të familjes në lidhje me ushqimin e drejte dhe mjekimin e HTA primar.
- Të përcaktohet niveli i aftësive të mjekëve dhe infermierëve për të menaxhuar pacientët me HTA primar me anë të vetëvlerësimit.

VI.LITERATURA

1. Else-Marie Dalsgaard, Mette V Skriver, Anneli Sandbaek, Mogens Vestergaard Socioeconomic position, type 2 diabetes an long term risk of deaths. PLoS One 2015 5; (10) 5.
2. <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/190/4/293.full.pdf>
3. Pascall G. Health and health policy. In: Baldock J& Manning, N & Vickerstaff S, editors. Social policy. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2003.fq. .387-418
4. Marmot M, Wilkinson R, editors.Social determinants of health. 2nd ed. Oxford: Oxford Univeristy Press; 2006.
5. Bernal AL: Overview of current research in parturition. Exp Physiol 2000; fq. 86:213.
6. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: fq. 1549-1562.
7. Maxcy- Rosennay-Last, Robert B.Wallace, Neal Kohatsu; Shëndet Publik dhe Mjekësi Parandaluese faqe 1073-1099
8. Shala M, Lenjani B. Kujdesi shëndetësor për klasen e II të shkollës së mesme të mjekësisë. Prishtinë. 2001: fq. 32-36.
9. Kumar V, Abbas A, Fausto N, Mitchell R. Basic Pathology ROBBINS. Tiranë. 2010: fq. 252-256
10. Abrams B, Altman SL, Pickett KE: Pregnancy weight gain: still controversial. Am J Clin Nutr 2000; 71 (Suppl):1233S.
11. Owen J et al: Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. JAMA 2001; 286:1340. [PMID: 11560539]
12. Simonovska-Hentu L. Mjekësia interne dhe pediatria me kujdes viti III. Shkup. 2010: fq. 42-44.
13. Adhami J, Resuli B, Cocoli H, K.SH.M. Bodinaku K. Klinika dhe mjekimi i sëmundjeve të brendshme. Tiranë. 1990: fq.44-46.
14. Kumar V, Abbas A, Fausto N, Mitchell R. Basic Pathology ROBBINS. Tiranë. 2010: fq. 252-256.
15. Alija L. Bazat patologjike të sëmundjeve. Siena (Itali). 2014: fq. 24-27.
16. Kumar V, Abbas A, Fausto N, Mitchell R. Basic Pathology ROBBINS. Tiranë. 2010: fq. 252-256

VII. BIOGRAFI E SHKURTËR E KANDIDATES

<u>Informatat personale:</u>	
Emri dhe mbiemri	Emirjeta Ukshini
Ditëlindja	14.09.1994
Gjinia	Femër
Nr. personal	1241005913
<u>Të dhënat kontaktuese</u>	
Telefoni	045/563-633
Adresa	Rr. “Xhafer Kurhasku” Cërmjan
Emaili	ukshiniemirjeta@gmail.com
<u>Të dhënat e kualifikimit</u>	
	Shkolla e mesme e Mjekësisë “Hysni Zajmi” - Gjakovë Dega: Stomatologji
Universiteti	Universiteti “Fehmi Agani” Gjakovë
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr. ID	140306107