

University for Business and Technology in Kosovo

## UBT Knowledge Center

---

Theses and Dissertations

Student Work

---

Spring 3-2020

### HEMORAGJIA E BRENDSHME GASTROINTENSTINALE

Qendresa Avdijaj

*University for Business and Technology - UBT*

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Nursing Commons](#)

---

#### Recommended Citation

Avdijaj, Qendresa, "HEMORAGJIA E BRENDSHME GASTROINTENSTINALE" (2020). *Theses and Dissertations*. 1977.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/1977>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact [knowledge.center@ubt-uni.net](mailto:knowledge.center@ubt-uni.net).



Kolegji UBT

Fakulteti I Infermierisë

## **HEMORAGJIA E BRENDSHME GASTROINTENSTINALE**

Shkalla Bachelor

Qendresa Avdijaj

Mars,2020

Prishtinë



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik 2016-2017

Qendresa Avdijaj

**HEMORAGJIA E BRËNDSHME GASTROINTENSTINALE**

Mentori: Prof. Zaim Gashi dr.sci

Mars / 2020

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjesshme  
për Shkallën Bachelor

## **ABSTRAKTI**

Epilogu përfundimtar i këtij punimi të diplomes përmbledh të gjitha informatat në lidhje me ‘Hemorragjinë e traktit digjestiv’ duke përcaktuar simptomat që manifestohen me rastin e shfaqjes së saj, komplikimet, diagnozën si dhe rolin e infermierit në trajtimin dhe implementimin e përvojës mjeksore në trajtimin e kësaj sëmundje .

Rëndsi e vecantë i është kushtuar simptomave dhe metodave të duhura në trajtimin e Hemorragjisë dhe rrezikut si produkt i saj.

Rëndsia e kësaj teme konsiston në njohjen e masave parandaluese si dhe implemetimi i preventivave mbrojtëse me anë të informimit të masës për rrezikun që vjen si produkt i Hemorragjisë , e mbi të gjitha metodat e duhura që duhet frekuentuar në rast të mjekimit të saj nga ana e personelit mjekësor .

Tema përmban 48 faqe, 4 figura dhe 6 tabele.

## **FALËNDERIME DHE MIRËNJOHJE**

Epilogu perfundimtar i përpjekjeve tre vjecare rezultoi i suksesshem fale përkushtimit dhe përkrahjes morale dhe financiare të familjes parapraktisht dhe të shoqerisë në përgjithsi. Një falenderim i vecante për stafin universitar personelin që falë profesionalizmit të tyre arriten suksesshem ta implementojnë përvorjen e tyre në kultivimin e njohurive tona .

Në vecanti e falenderoj mentorin Zaim Gashi për gadishmerinë e tij në realizimin e këtij projekti. Gjithashtu përkrahja e nikoqireve të suksesit të tyre është faktor determinues në arritjet e mia të deritanishme .

## Përmbajtja

LISTA E FIGURAVE.....	IV
LISTA E TABELAVE.....	IV
HYRJE.....	1
2.SHQYRTIMI I LITERATURES.....	2
2.1.1. Anatomia e traktit digjestiv.....	2
2.1.2. Funksionet e sistemit digjestiv.....	3
2.2. Hemorragjia në traktin digjestiv .....	5
2.2.1.Epidemiologjia .....	6
2.2.2. Patofiziologjia.....	6
2.2.3. Pasqyra klinike .....	7
2.3. Burimet e hemoragjise se traktit digjestiv .....	8
2.3.1. Burimet e sipërme të hemoragjisë gastrointestinale.....	8
2.3.2. Burimet e poshtme te hemoragjise gastrointestinale.....	10
2.4 Shkaqet kryesore te hemoragjise .....	11
2.4.1 Komplikacionet .....	17
2.4.2 Faktorët e rrishtit të hemoragjis në traktin digjestiv.....	17
2.4.4.Diagnostifikimi .....	19
2.4.5.Trajtimi.....	22
2.4.6. Kujdesi Infermieror .....	25
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT .....	27
4. MATERIALI DHE METODAT .....	28
5. PREZENTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE .....	31
6. KONKLuzionet dhe rekomandimet .....	36
7.REFERENCAT .....	39

## **LISTA E FIGURAVE**

Figure 1 Ndërtimi anatomik i traktit digjektiv.....	2
Figure 2 Hemorroidet .....	15
Figure 3 Metodat diagnostike të percaktimit të gjakderdhjes digjestive – Endoskopia.....	22
Figure 4 Paraqitja e Forrest-it me anë të figurave .....	29

## **LISTA E TABELAVE**

Table 1 Pacientët me gjakderdhje digjestive sipas grup-moshës dhe gjinisë .....	31
Table 2 Klasifikimi sipas Forrest-it .....	32
Table 3 Me ekzaminim endoskopik janë gjetur .....	32
Table 4 Medikamentet në shfaqje të gjakderdhjeve digjestive .....	33
Table 5 Shkaqet e gjakderdhjeve gastrointestinale .....	34
Table 6 Paraqitja tabelare e rasteve që janë përfshirë në studim: .....	34

## **HYRJE**

Hemoragjia është një shenjë e një sëmundje dhe jo sëmundja vetë. Shkaku i hemorragjis mund të mos jetë serioz por lokalizimi i burimit të saj është i rëndësishëm. Zakonisht, hemorragjia vjen nga plagët e dukshme që kërkojnë vëmendje të shpejtë mjekësore (hemorragjitë e jashtme). Pothuajse çdo organ mund të pësojë traumë.

Hemoragjia e brendshme është një nga pasojat më të rënda të traumës. Simptomat e hemorragjisë së brendshme varen se cila pjesë e trupit është e përfshirë dhe cili organ është dëmtuar. Simptomat mund të jenë shumë të rënda, mund të vijnë duke u përkeqësuar gradualisht, ose ka raste kur pacienti nuk ka ankesa. Hemorragjia e brendshme është humbja e gjakut brenda trupit. Për shkak se ndodh brenda trupit hemorragjia mund të vazhdojë pa u vënë re në fillim. Hemorragjitë e brendshme të rënda mund të shkaktojnë tronditje dhe humbje të vetëdijes. Trakti tretës përfshin ezofagun, stomakun, zorrën e hollë, zorrën e trashë, rektumin dhe anusin.

Gjakderdhja gastrointestinale (GI) është një simptomë e një çrregullimi në traktin tuaj tretës. Gjaku shpesh shfaqet në jashtëqitje ose të vjella por nuk është gjithmonë i dukshëm, megjithëse mund të bëjë që jashtëqitja të duket e zezë ose e zbehtë. Niveli i gjakderdhjes mund të shkojë nga i butë në i rëndë dhe mund të jetë i rrezikshëm për jetën.



## 2.SHQYRTIMI I LITERATURES

### 2.1.1. Anatomia e traktit digjestiv

Sistemi digjestiv është i ndërtuar nga trakti digjestiv (gastro-intestinal) si dhe nga organet tjera shoqëruese. Trakti digjestiv përbëhet nga: kaviteti oral (hapësira e gojës), faringu, ezofagu, lukthi (stomaku), zorra e hollë, zorra e trashë dhe anusi (fig 1). Gjëndrat aksesore (shtesë) janë të shoqëruar me traktin digjestiv. Gjëndrat e pështymës i derdhin produktet e tyre në hapësirën e gojës, ndërsa mëlçia dhe pankreasi në zorrën e hollë. Pjesët e ndryshme të traktit digjestiv janë të specializuara për funksione të ndryshme. Pothuajse të gjitha segmentet e traktit digjestiv ndërtohen nga katër shtresa, duke filluar nga lumeni këto janë: tunica mucosa, tunica submucosa, tunica muscularis dhe tunica seroza apo adventitia. Organet intraperitoneale shtresën e jashtme e kanë të ndërtuar nga tunica seroza ndërsa ato ekstra-peritoneale nga adventitia..

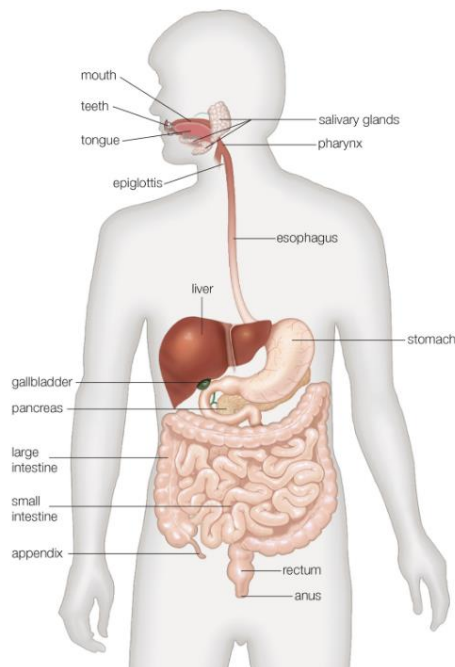


Figure 1 Ndërtimi anatomik i traktit digjestiv

Linku 1 <https://www.britannica.com/science/human-digestive-system>

### **2.1.2. Funkzionet e sistemit digjestiv**

Sistemi digjestiv me ndihmen e sistemit te qarkullimit i furnizon me ushqim rreth 100 trilion qeliza në organizmin e njeriut. Ushqimi futet në traktin digjestiv dhe vazhdimisht zërthehet në grimca më të vogla. Enzimet e sistemit digjestiv i zërthejnë këto grimca të vogla në molekula të cilat absorbohen në zorrë, kalojnë në sistemin e qarkullimit të gjakut dhe përmes tij shpërndahen në tërë organizmin. Në këtë kapitull do të sqarohet struktura dhe funksioni i organeve digjестive si dhe gjëndrave shoqëruese.

#### **Në funksionet e sistemit digjestiv bëjnë pjesë:**

- 1. Marrja e ushqimit:** Ushqimi dhe uji merren përmes gojës.
- 2. Tretja e ushqimit:** Gjatë procesit të tretjes ushqimi zërthehet në grimca dhe më vonë në molekula të vogla të cilat kanë mundësi të absorbohen.
- 3. Absorbimi:** Qelizat epiteliale që e mbulojnë lumenin e zorrëve absorbojnë molekulat e vogla ushqimore (aminoacidet, monosaharidet, acidet yndyrore, vitaminat, mineralet dhe ujin).
- 4. Eliminimi i produkteve të dëmshme dhe të panevojshme:** materialet e patretshme sic janë fibrat, poashtu edhe produktet e dëmshme ekskretohen në traktin digjestiv dhe eliminohen në feces.

### **2.1.3. Trakti i tretjes është i ndarë në dy pjesë;**

#### **Trakti i sipërm i tretjes përfshinë;**

- Zgavren e gojes
- Ezofag-tub muskolor që transporton ushqimin nga fyti ne stomak
- Stomak
- Pjesa e sipërme e zorrëve të holla

#### **Trakti i poshtëm i tretjes përfshinë;**

- Pjesë më të ulët të zorrëve të holla

- Zorrë e hollë
- Anusi
- ❖ **Zgavra e gojës** – kjo përfaqson zgavrën që fillon me vrimën e gojës , që përpara kufizohet me buzët kurse prapa me hyrjen në laring.
- ❖ **Gjuha** – më pjesën e prapme të saj është e fiksuar për dyshemenë e zgavrës së gojës. Mukoza më të cilën është e mbuluar, është e trashë, e vrazhdë, për shkak të shumë puqërrzave-papilave. Papilat kanë formë e funksione të ndryshme, janë struktura shqisore për pranimin e ngacmimeve të shijës, prekjes, temperatures dhe dhëmbjes
- ❖ **Dhëmbët** – janë organe eshtërore të ngulur në nofulla. Ndahen në dhëmbet qumështorë dhe të përhershëm. Dhëmbët qumështorë (20) paraqiten ne intervalin prej 6-12 muaj kurse rreth vitit 6-12 ndërrohen me ata të përhershmit qe janë 32.
- ❖ **Fyti** – është pjesë e traktit digjestiv që ndodhet para shtyllës vërtebrore, komunikon me zgavrën e hundës, të gojes dhe të laringut. Shtrihet nga baza e kafkës deri të vertebra e VI qafore ku vazhdon në ezofag.
- ❖ **Kapërçelli-ezofagu** – është gyp muskolor, që lidh fytin me lukth.
- ❖ **Lukthi** – është pjesë më e gjerë e sistemit tretës.Ka formën e një strajce (25cm), gjendet në pjesën e sipërme të zgavrës barkore, nën diafragmë.
- ❖ **Zorra e hollë** – është gyp muskulo-mukoz e gjatë 5-7m, i cili përcjellë ushqimin nga lukthi deri në pjesën fillestare të zorrës së trashë. Këtu përfundon tretja e ushqimit. Kryhet resorbimi dhe pjesët e patretura hudhën në zorrën e trashë.
- ❖ **Zorra e trashë** – është pjesa përfundimtare e kanalit tretës, e gjatë rreth 1.5m. Kjo , nga zorra e hollë pranon qullin, ia merr këtij lëngun e tepërt dhe e shëndrton në fekalie (feces).
- ❖ **Gjëndrrat pështymore** – këto janë gjëndrra të cilat ekskretin e tyre, pështymen e derdhin në gojë.
- ❖ **Pankreasi** – është gjëndërr që ndodhet prapa lukthit mbi murin e prapëm të barkut, në nivelin e vërtebrës së I të belit. Është gjëndërr me sekrecion të jashtëm (ekzokrin) dhe të brendshëm (endokrin).
- ❖ **Mëlçia** : Mëlçia është organi më i madh parenkimatoz në trupin tonë, peshon rreth 1.5 kg gjendet nën gjysmën e djathtë të diafragmës.

## 2.2. Hemorragjia në traktin digjestiv

Gjakderdhje GI (Gastroindestinale) është shfaqja e gjakut në traktin digjestiv. Karakterizohet me vjellje të gjakut, gjakderdhje rektale, jashëtqitje të zezë katran apo gjakderdhje okulte kronike.

Manifestimet klinike të gjakderdhjeve digjestive varen nga vendi i gjakderdhjes, sasia e gjakderdhjes dhe prania e sëmundjeve tjera.

Me gjakderdhje digjestive pra nënkuptojmë çdo gjakderdhje në lumenin e traktit digjestiv apo tretës. Shkaktarët e gjakderdhjes mund të jenë lokal dhe të përgjithshme (hemophilia, leukemia, trombocitopenia etj).

### **Sipas lokalizimit dallojmë dy grupe të mëdha të gjakderdhjes nga trakti digjestiv:**

- a) Gjakderdhjet nga pjesa e sipërme të traktit digjestiv proksimalisht nga ligamenti i Treitz-it që fillon nga goja, ezofagu, stomaku dhe duodeni.
- b) Gjakderdhjet nga pjesa e poshtme e traktit digjestiv, distalisht nga ligamenti i Treitz-it me origjinë nga zorra e trashë, rektumi dhe anusi

### *Kurse në bazë të humbjes së gjakut kemi:*

Bazuar në evolucionin e saj, kjo humbje mund të jetë akute ose kronike, varësisht nga vëllimi i humbur i gjakut dhe koha që ka humbur

- a) Një vëllim i madh i humbur në një kohë të shkurtër është një hemoragji Akute.

Pra hemoragjia e papritur dhe e rëndë quhet hemoragji akute.

- b) Ndërsa humbjet e ngadalta në një kohë më të gjatë përbëjnë një hemoragji Kronike.

Pra hemoragjia e butë që vazhdon për një kohë të gjatë, ose fillon dhe ndalet quhet hemoragji kronike.

### 2.2.1.Epidemiologjia

Ka raste të hemoragjive gastrointestinale që nuk janë pasqyruar kurr në literaturën mjeksore. Padyshim ka raste kur individet kanë hemorroide të jashtme ose një episod të vetëm të hematemezës që nuk kërkojnë kurr kujdes mjeksore. Është vënë re se hemoragjia në traktin digjestiv ndodh më shpesh në traktin e sipërm digjestiv si (gojë, ezofag, lukth dhe në pjesën proksimale të duodenit ) që zënë 85-90% të rasteve.

Trakti i poshtëm gastrointestinal që përbëhet nga zorra e trashë, rektumi dhe anusi zënë 10-15%te rasteve.

Incidenca e hemoragjisë së sipërme gastrointestinale varion nga 50-170 raste për 100.000 banorë në vit. Në përgjithsi incidenca e hemoragjisë gastrointestinale rritet me moshën zakonisht mbi 60 vjeçë dhe për gjininë mashkullore.

Vdekshmëria nga hemoragjia e traktit digjestiv është e lidhur drejtpërdrejtë me moshën dhe sëmundjet bashkëshoqëruese të gjakderdhjes.

Disa studime raportojnë se vetem 1/3 e vdekshmerisë nga hemoragjia në traktin digjestiv lidhet drejtpërdrejtë me gjakderdhjen ndërsa 2/3 e pacientëve mendohet që të vdesin nga shkaqe të tjera. Shkaqe të tjera përfshijnë sëmundjet malinje, ciroza dhe sëmundjet kronike të frymëmarrjes që janë faktorë me prognozë të keqe.

### 2.2.2. Patofiziologjia

Organizmi njerzor mund ti përshtatet humbjes graduale të gjakut pa ndonjë çrregullim domethënës të funksioneve përmes aktivizimit të mekanizmave homeostatik , të cilët përfshijnë rritjen e aktiviteteve neurovegjetative, lirim të katekolaminave, hormonit adrenokortikotrop (ACTH), hormonit antidiuretik (ADH), aldosteronit, glukokortikoidëve dhe prostaglandinëve.

Më me rëndësi është shpejtësia e humbjes së gjakut se sa vëllimi i gjakut të humbur. Humbja e lehtë e gjakut në sasi 10-15% të vëllimit intravaskular aktivizon mekanizmat homeostatik.

Kontraksioni i sistemit venoz bën rishpërndarjen e gjakut nga bazeni venoz për të mbajtur vëllimin cirkulator, që është me e rëndësishme se sa masa aktuale e eritrociteve.

Tek gjakderdhjet profuze, kur mekanizmi hemostatik dështon, i sëmuri mund të bjerë në gjendje shoku kur humb vetëm 10% të vëllimit të gjakut sepse shfaqen ndryshime në vëllimin minutor dhe shtypjen e gjakut.

Te gjakderdhjet e rënda, me humbjen e më shumë se 15% të vëllimit të gjakut, vjen deri të dështimi i mekanizmave kompenzatorë. Mund të shfaqet sinkopa, marramendja, mundimi, djersitje dhe etje.

Mbajtja e vëllimit minutor arrihet përmes rritjes së frekuences dhe forcës së kontraksionit të zemrës, vazokonstruksionit periferik dhe rritjes së sekretimit të aldosteronit dhe hormonit antidiuretik (ADH).

Me shfaqjen e acidozës paraqitet edhe shoku. Të gjakderdhjet më të rënda me humbje të më shumë se 30% të vëllimit të gjakut, gjithmonë shfaqet hipotensioni për shkak të rënjes së madhe të vëllimit minutor, prandaj edhe kemi shfaqje të dëmtimit të rëndë multiorganik-insuficiencë akute të veshkave, dëmtim të mëlçisë, rënja e përfuzionit koronar shpejtë shkakton ishkemi të miokardit.

Sa i përket hematokritit (hct), deri të rënia e tij nuk vjen në të njëjtën kohë me paraqitjen e gjakderdhjes, për shkak të humbjes proporcionale të plazmës dhe eritrociteve. Në momentin kur lëngjet ekstravaskulare kalojnë në hapësirën intravaskulare, atëherë fillon të bie vlera e hematokritit (Hct-së). Për këtë arsye peshën e gjakderdhjes nuk mund ta vlerësojmë në bazë të vlerave të hematokritit menjëherë pas gjakderdhjes, por pas disa orësh ose ditësh.

### 2.2.3. Pasqyra klinike

Simptomat dhe shenjat e gjakderdhjes së traktit digjestiv varen nga vëllimi i gjakut të humbur, si dhe janë shprehje e të gjitha ngjarjeve të përshkruara në kuadër të fispatologjisë. Shtypja e gjakut dhe frekuenca e zemrës janë shprehje e shpejtësisë së humbjes së gjakut. Në fillim, shenjë e vetme fizike mund të jetë hipotensioni postural. Tek humbjet e mëdha të gjakut tahikardia dhe

vazokonstriksioni tentojnë të mbajnë vëllimin qarkullues, por se hipotensioni është prezent edhe në pozitë të shtrirë.

Hemoragjitë nga trakti tretës ndahen në hemoragjit nga pjesa e sipërme (goja, ezofagu, lukthi dhe zorra dymbëdhjetëgjishtore ose (duodeni) ~80% ) dhe hemoragjia nga pjesa e poshtme e traktit tretës (zorra e hollë jejunum dhe ileum~2%) dhe zorra e trashë (koloni dhe rektumi~18%).

**Hematemeza:** Nënkupton vjellje të përmbajtjes me gjak të freskët ose me ngjyrë kafe të mbyllët dhe flet për gjakderdhje nga pjesa e sipërme e traktit tretës. Gjaku i vjellur mund të jetë I freskët, me ngjyrë të kuqe ose i mbyllët, me ngjyrë të kafes së zezë.

**Melena:** Është feçes (jashtëqitje) me ngjyrë të zezë si katrani dhe nënkupton gjakderdhjen nga pjesa e sipërme e traktit tretës. Ngjyra si katran vjen për shkak të zbërthimit të hemoglobinës në traktin tretës në hematin nën ndikimin e lëngut të lukthit e cila i jep ngjyrën e zezë feçesit. (Duhet dalluar ngjyrën si katran të feçesit të melena prej ngjyrës së zezë të feçesit pas marrjes së preparateve të hekurit, bismuthit apo ngrënies së boronicave.)

**Hematokezia:** Është paraqitja e gjakut të kuqë të qelur ose të mbyllët në rektum dhe është shenjë e gjakderdhjes nga pjesa e poshtme e traktit tretës.

**Gjakderdhja okulte:** Mund të jetë kronike ose akute e ngadaltë. Në këtë rast, humbja e gjakut nuk vërehet, mirëpo vërtetohet përmes testimeve të veçanta të mostrave të fecesit (hemokult testi apo gvajakol prova). Kjo formë e gjakderdhjes mund të paraqitet në cilën do pjesë të traktit tretës. I sëmurit në këtë rast nuk ka shenja objektive (të dukshme) të humbjes së gjakut, por vetëm simptoma të humbjes së tij. Lëkura dhe mukozat e dukshme janë të zbehta. Gjithashtu lajmërohet edhe sinkopa, dispnea, stenokardia dhe shoku.

## **2.3. Burimet e hemoragjise se traktit digjektiv**

### **2.3.1. Burimet e sipërme të hemoragjisë gastointenstinale**

Janë patologji të shpeshta në kohën e sotme, por edhe mjaftë urgjente, që kërkojnë diagnostikim dhe trajtim adekuat dhe të shpejtë. Gjakderdhjet e sipërme digjestive pëbejnë 80% dhe ato të poshtme 20% nga gjakderdhjet e përgjithshme digjestive. Këto gjakderdhje i ndan ligamenti

Treitz. Incidenca e gjakderdhjeve të sipërme digjestive është rreth 100 raste në 100 000 banorë në vit. Kjo incidence është më e madhe në moshën e shtyer. Vdekshmëria nga këto gjakderdhje është rreth 10%. Faktorë rreziku janë: moshja e shtyer dhe të sëmurët e hospitalizuar me komorbiditete. Arësyeja më e shpeshtë për gjakderdhje është ulçera gastroduodenale, rreth 50%.

Ulçerat peptike janë shkaktarët më të zakonshëm të shfaqjes së rasteve me hemoragji në pjesën e sipërme të traktit tretës duke zënë deri në ~ 50% të tyre; një numër gjithnjë e më i madh vjen si pasojë e përdorimit të terapive mjekuese me medikamente antiinflamatore josteroide (NSAID) me reduktim të prevalencës së pranisë së *Helicobacter pylori*. Lacerimet e sindromës MalloryWeiss zënë ~5-10% ose 15% të rasteve në fjalë. Raporti i pacientëve me hemoragji të shkaktuar nga prania e variçeve varion mjaft nga ~5 deri në 30%, në varësi të popullatës. Gastropatia hemoragjike ose erozive (p.sh., e shfaqur si pasojë e përdorimit të NSAID-ve apo konsumimit të alkoolit) dhe ezofagiti eroziv shpeshherë janë të aftë të shkaktojnë shfaqjen e formës së lehtë të hemoragjisë së sipërme të traktit digjektiv.

Faktorët e rrezikut për gjakderdhje mund të vlerësohen përmes treguesve klinik dhe endoskopik. Në radhë të parë, paraqitja e hematemezës dhe melenës, tregon për gjakderdhje të sipërme digjestive. Gjaku i “kuq” i freskët në të vjellurat tregon për gjakderdhje aktive, ndërsa gjaku i hematinizuar (ngjyrë të kafët të mbyllët) tregon se gjakderdhja është ndaluar. Te gjakderdhjet massive nga ulçera mund të paraqitet hematohezia, me prani të gjakut të freskët në feces.

Pesha e gjakderdhjes mund të vlerësohet edhe me përcaktimin e hematokritit dhe jostabilitetit hemodinamik (hipotensioni, kolapsi ortostatik, tahikardia dhe pulsi i vogël dhe filiform). Gjakderdhja që ndodh gjatë hospitalizimit ka prognoze me të rënde. Klasifikimi i gjakderdhjeve sipas Forrest, ka rëndësi jo vetëm për statusin aktual por edhe për të përcaktuar nëse mund të rishfaqet gjakderdhja ose jo.

Qëllimet kryesore të terapisë janë: stabilizimi hemodinamik i të sëmurët, ndalja e gjakderdhjes, parandalimi i gjakderdhjes së hershme (72 ore), parandalimi i gjakderdhjes së vonshme, pas leshimit nga spitali. Stabilizimi hemodinamik realizohet përmes dhenies së kristaloideve dhe koloideve dhe, sipas hemogramit dhe koagulogramit, edhe transfuzioneve të gjakut. Duhet të bëhet gastroskopia brenda 24 orëve, dhe kjo është e shoqëruar me reduktimin e nevojës për transfuzione,



redukimin e rigjakosjes dhe nevojen e zvogeluar per operim, ne krahasim me endoskopite e mevonshme.

Metodat endoskopike per ndalimin e gjakderdhjes jane: injektive, mekanike dhe termike. Rigjakosja e hershme lajmerohet ne 10 deri 30% te rasteve, ku rendesi te madhe kane, pervoja e endoskopistit dhe diametri i enes se gjakut (mbi 1mm). Pason ketu, ndalja e dyte e gjakut ne “second look endoscopy”, nese dhe pas kesaj nuk arrihet ndalja e gjakderdhjes, i semuri kalon ne trajtim kirurgjik.

Ne parandalimin e hershem te gjakderdhjes, rendesi te madhe ka aplikimi i IPP parenteral, i cili permes mbajtjes se pH ne vlera te larta mundeson stabilitetin e koagulumit. Shume studime te randomizuara tregojne per efikasitetin e kjarte te IPP ndaj H2RA ne trajtimin e ketyre gjendjeve.

Parandalimi i gjakderdhjes se vonshme konsiston ne eradikimin e infeksionit me helicobacter pylori (me skema te ndryshme, ne radhe te pare me terapine e trefishte) dhe kujdesin per marrjen e antireumatikeve josteroid (marrja e njekohshme e IPP dhe COX-2 inhibitoreve).

### 2.3.2. Burimet e poshtme te hemorragjise gastrointestinale

Paraqesin patologji te shpeshta ne kujdesin primar. Rreth 20% te gjakderdhjeve jane nga pjesa e poshtme e sistemit digjestiv dhe rreth 25% ndalen spontanisht. Hematohezia massive ne 15% te rasteve rrjedh nga pjesa e siperme e traktit digjestiv. Shkaqet me te shpeshta te gjakderdhjeve te poshtme nga koloni jane: divertikujt, angiodisplazonet, koliti iskemik, hemoroidet, semundjet inflamatore, neoplazite, gjandjet pas rrezatimit. . Gjakderdhja e shoqeruar me dhimbje dhe humbje ne peshe, sugjeron kancerin. Pasi shumica e kancereve rektal palpohen, ekzaminimi fizikal eshte i domosdoshem.

Diagnoza e ketyre gjakderdhjeve mundesohet nga teknikat endoskopike, radiologjike dhe nukleare. Edhe ketu mund te perdoren metoda hemostatike endoskopike me sukses evident. Nuk jane te rralla edhe gjakderdhjet pas polipektomise si dhe biopsive nga zorra.

Nese nuk mund te kontrollohet gjakderdhja me metoda konzervative dhe endoskopike, pason intervenimi kirurgjik, reseksioni intestinal i lokalizuar ose kolektomia subtotale.

### **Diagnoza Infermierore**

- Vëllimi i lëngjeve i pakët
- Ulja e debitit kardiak / cardiac output
- Ankthi

### **2.4 Shkaqet kryesore te hemorragjise**

**Acidi i stomakut** mund të shkaktojë inflamacion i cili mund të çojë në hemorragji në pjesën e poshtme të ezofagut. Zakonisht, kjo situatë shoqërohet me djegie kraharori dhe quhet ezofagitis ose inflamacion i ezofagut. Në shumë raste, muskujt ndërmjet fundit të ezofagut dhe fillimit të stomakut nuk realizojnë mbylljen plotësisht të sfinkterit i cili në këtë rast lejon kthimin e lëngjeve acide të stomakut në ezofag dhe si rrjedhojë ndodh inflamacioni.

Një shkak tjetër që s'ka lidhje me fenomenin e sipërpërmendur, janë variçet (vena të fryra), në pjesën e poshtme të ezofagut të cilat mund të çahen dhe të shkaktojnë hemorragji të madhe. Cirroza e mëlçisë është shkak më i zakonshëm që shkakton variçet.

**Hemorragjia ezofageale** mund të ndodhë dhe nga disa të çara të mukozës së ezofagut të quajtura Mallory-Weiss të cilat ndodhin për shkak të të vjellave të shpeshta si rezultat i presionit të rritur të abdomenit (barkut) nga kolla, hernia hiatale apo shtatzënia. Kanceri i ezofagut gjithashtu mund të shkaktojë hemorragji.

**Stomaku** është një vend i zakonshëm ku ndodhin hemorragjitë. Inflamacioni bashkë me Helicobacter Pylori, alkooli, aspirina dhe medikamente të tjera si për shembull anti-inflamatorët josteroidë (ibuprofeni, voltareni, nimesulid, etj.), kryesisht ato që kurojnë sëmundjet reumatizmale, mund të shkaktojnë ulçer ose inflamacion.

**Ulçerat akute ose kronike** mund të zmadhohen dhe të gërryejnë një enë gjaku duke shkaktuar hemorragji.

Gjithashtu, në pacientët që vuajnë nga djegiet, shoku, dëmtime në kokë, kanceri ose në ata të cilët i janë nënshtruar një operacioni të madh, ka gjasa të krijohet ulçera nga stresi. Hemorragjia mund të ndodhë edhe si rezultat i një tumori benign apo kanceri, ndonëse këto sëmundje nuk shkaktojnë hemorragji të mëdha. Një tjetër burim i shpeshtë hemorragjie nga trakti i sipërm tretës është duodeni.

Sëmundja ulçeroze është shkaktari më i shpeshtë i gjakderdhjes prej pjesës së sipërme të traktit tretës është gjakderdhja prej ulçerës gastrike dhe duodenale.

**Ulçera peptike:** Ndodh në stomak, kryesisht në duoden dhe më rrallë në ezofagun e poshtëm. Ulçera peptike është një dëmtim i vazhdueshëm i mukozave. Mund të ndodh në çdo pjesë të traktit gastrointestinal që është në kontakt me acidin klorhidrik dhe pepsinën.

Komplikacionet më të shpeshta të ulçerës peptike janë: hemorragjia, perforacioni, obstruksioni i pilorit (bllokimi i pilorit) dhe kriza ulçerike. Tipet e ulçerës peptike janë: ulçera gastrike, duodenale dhe ulçera stresante. Gjithashtu komplikimet e ulçerës peptike janë;

- Akute; Gjakderdhja nga ulçera, Perforimi
- Kronike; Penetrimi, Stenozimi, Alterimi malinj

**Ulçera gastrike:** Është një dëmtim në mukozat gastrike që përhapen në mukozat muskulare. Gjenden zakonisht në bashkimin e bazës dhe pilorit, por ulçerat e vogla mund të zhvillohen në antrum. Më shumë ulçerat gastrike zhvillohen në kurvaturën e vogël pranë pilorit.

Ulçera gastrike ndodh zakonisht në moshat 40 dhe 50 vjeçare. Ka një sërë faktorësh që e shkaktojnë ulçerën gastrike si aspirina, ibuprofeni ose medikamente të tjera anti-inflamatore, duhani, alkooli dhe stresi, teofilina dhe kafeina. Ndonjëherë shumë acid prodhohet nga stomaku si pasojë e tretjes. Shumë kërkime kanë treguar se shumë njerëz me ulçer kanë një infeksion në stomak nga një bakterie e quajtur *Helikobakter pylori* që është shumë e rëndësishme në zhvillimin e ulçerave.

**Gastriti tip A dhe B** Tipi A është formë e rrallë, kaplon korpusin dhe fundusin gastrik, ndërsa antrumi është i kursyer. Është formë autoimune, sjellë te anemia pernicioze.

Tip B formë më e shpeshtë. Te të rinjtë kaplon antrumin, ndërsa te të moshuarit tërë lukthin. Për zhvillimin e sëmundjes nevojiten 15 deri 20 vite. Hulumtimet e shumta tregojnë se shkaktar është H. pylori. Diagnoza e të dy formave bëhet me biopsi. Trajtimi nuk kërkon terapi specifike. Te tipi B çrënjosje e H. pylori, te tipi A duhet të trajtohet anemia pernicioze me vitaminë B12 me rrugë parenterale.

**Kanceri i zorrës së trashë** është një nga kancerat më të shpeshtë. Inflamacioni nga një sërë faktorësh mund të prodhojë një hemorragji të gjerë të zorrës. Inflamacione të ndryshme intestinale mund të shkaktojnë diarre me gjak. Koliti ulçeroz mund të shkaktojë inflamacion dhe hemorragji të një zone të gjerë të zorrës prej ulceracioneve të vogla. Sëmundja Crohn e zorrës së trashë gjithashtu mund të shkaktojë hemorragji.

**Sëmundja divertikulare** gjithashtu mund të shkaktojë hemorragji. Pacientët që marrin mjekime për hollimin e gjakut mund të kenë hemorragji të traktit digjektiv, veçanërisht nëse marrin aspirina.

**Angiodysplasia**-Angiodysplasia është kur keni enë gjaku anormale ose të zgjeruara në traktin tuaj GI. Këto enë të gjakut mund të bëhen të brishta dhe të rrjedh gjak.

**Polipet e kolonit** - Polipet e zorrës së trashë mund të shkaktojnë gjakderdhje të GI. Mund të keni më shumë se një polip të zorrës së trashë në një kohë. Disa lloje polipesh mund të jenë kancerogjene ose mund të bëhen kanceroze.

**Variçet e ezofagut**-Gjakderdhjet nga varikset ezofageale, paraqesin gjendjet me urgjente në gastroenterologji, zakonisht të zhvilluara si pasoje të cirozes hepatike, me hemostaze spontane në rreth 50% të rasteve. Mjekimi me medikamente konsiston në aplikimin e analogeve të somatostatines, infuzioneve, antibiotikeve dhe dhenien adekuate të transfuzioneve të gjakut, plazmes dhe trombociteve, por edhe vitamins K. Trajtimi endoskopik bëhet përmes sklerozimit apo ligatures së venave të zgjeruara, nëse këto deshtojnë, bëhet aplikimi i sondes Sengstaken-Blackemoor dhe më pas TIPS. Përveç shanteve portosistematike, transplantimi është hapi final në trajtimin e këtyre gjendjeve.

**Ezofagiti**- Shkaku më i zakonshëm i ezofagitit është refluksi gastroesophageal (GER). GER ndodh kur sfinkteri juaj i poshtëm i ezofagut është i dobët ose relaksohet kur nuk duhet. Acidi i stomakut mund të dëmtojë ezofagun tuaj dhe të shkaktojë plagë dhe gjakderdhje.

**Gastrit** -Është një inflamacion i mukozave të stomakut. Gastritis klasifikohet si akut dhe kronik. Klasifikimi i gastriteve ka të bëjë me tipin e inflamacionit dhe jo me kohën në të cilën atozhvillohen. Incidenca e gastritit është më e lartë tek burrat se tek gratë, më e lartë tek njerëzit më të rritur 40-50 vjeç, dhe paraqitet më e rëndë tek pirësit e duhanit dhe alkoolit.

Trajtimi i tij zakonisht bëhet më antibiotik dhe antiacidet. Disa shkaqe të zakonshme të gastritit përfshijnë përdorimi i ilaçeve anti-inflamatore josteroide (NSAID) që shkaktojnë ;

-infeksione

-Semundja Crohn

-sëmundje të rënda

-dëmtime të rënda

Nëse nuk mjekohet, gastriti mund të çojë në ulcera ose zona të lodhura të shtresës së stomakut që mund të rrjedh gjak në traktin tuaj GI.

**Hemorroide ose çarje anale** - Bejne pjese ne grupin e patologjive anorektale, ku bejne pjese edhe: fisura anale, sinusi pilonidal, fistulat dhe absceset, proktiti, prolapsi rectal, proktalgia fugax, pruriti anal, tumoret dhe semundjet seksuale.

Hemoroidet paraqesin venat e dilatuara, ne kanal in anal dhe rektumin distal. Mund te jene te jashtme (nen linjen dentate) dhe te brendshme (mbi linjen dentate). Shkaktaret kryesore jane: qendrimi i gjate ne kembe, fecesi i forte dhe konstipacioni. Ne kliniken e tyre dominojne dhimbjet (sidomos nese jane te trombozuar) anorektale. Dhimbja intensifikohet gjate defekimit.

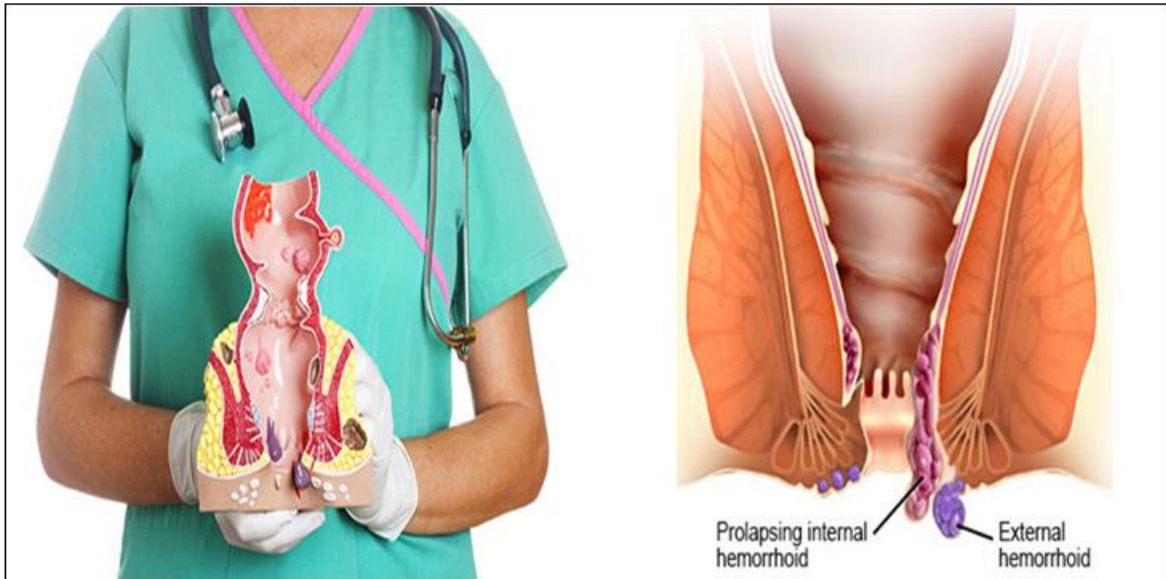


Figure 2 Hemorroidet

Linku 2 <https://www.balkanweb.com/menyra-me-e-mire-per-te-parandaluar-dhe-trajtuar-hemorroidet/>

### **Si parandalohet formimi i hemoroideve dhe trajtimi i tyre**

Trajtimi medikamentoz i hemoroideve: ka për qëllim të lehtësojë simptomat, por të rëndësishme janë masat parandaluese për formimin e tyre. Parandalimi i përsëritjeve të hemoroideve do të kërkojë jashtëqitjen normale (pa kapsllëk) e cila arrihet me një diete të pasur me fibra dhe lëngje.

Me anë të kësaj diete arrihet që materialet fekale të jenë të buta dhe lehtësisht të lëvizshme nëpër zorrë duke mënjanuar shtërzimet në defektim dhe uljen e presionit të venave të anusit. Duke ngrënë sasinë e duhur me fibra ushqimore dhe pirja e 6 deri në 8 gota lëngjesh (pa alkool) rezultojnë në jashtëqitje të butë e të formuar, e cila bën të lehtë zbrazjen e zorrës. Fibrat ushqimore merrën nëpërmjet konsumit të frutave, perimeve dhe miellit me përmbajtje krudesh.

Mjeku mund t'ju rekomandojë të merrni edhe fibra suplementare, produkte farmaceutike. Aktiviteti fizik ku përfshihet edhe e cura dhe rritja e sasive të fibrave dhe lëngjeve në diete janë një kombinim i duhur për parandalimin dhe mos përsëritjen e hemoroideve.

### **Ezofagu – Inflamacioni (ezofagiti)**

- Vena të zgjeruara (varice)
- Gërvishtje (Mallory-Weiss sindrom)
- Kanceri
- Sëmundje të mëlçisë

### **Stomaku**

- Ulcerat
- Gastritet
- Kanceri

### **Zorra e holle**

- Ulcerat duodenale
- Infamacioni (sindromi i zorrës së irrituar)
- Kanceri

### **Zorra e trashe dhe rectumi**

- Hemorroidet
- Infeksioni
- Inflammacion (koliti ulceroz)
- Polipet kolorektale
- Kanceri kolorectal
- Sëmundja divertikulare

## **2.4.1 Komplikacionet**

### **Komplikacionet e mundëshme të hemoragjisë së traktit tretës:**

- Anemi
- Dehidratim
- Dhimbje gjoksi - në qoftë se ka sëmundje të zemrës
- Përhapja e infeksionit
- Shok
- Vdekje

Sepse hemoragjitë e traktit digjektiv mund të jenë për shkak të sëmundjeve të rënda, dështimi për të kërkuar trajtim mund të rezultojë në komplikacione të rënda dhe dëmtim të përhershëm. Pasi shkakun themelor është diagnostikuar, është e rëndësishme të ndjekin planin e trajtimit të kujdesit shëndetësor për të zvogëluar rrezikun e komplikimeve të mundëshme.

### **2.4.2 Faktorët e rriskut të hemoragjis në traktin digjektiv**

1. Përdorimi i alkoolit
2. Pirja e duhanit
3. Përdorimi për një kohë të gjatë të kontraktivëve
4. Përdorimi i antikoagulantëve
5. Përdorimi i antiinflamatorëve josteroid ose aspirinës
6. Ulçera gastrike
7. Ciroza hepatike
8. Historia e infeksioneve bakteriale, të tilla si Helikobakter pylori.



### **2.4.3. Shenjat e hemorragjisë së traktit digjestiv**

Shenjat e hemorragjisë së traktit digjestiv varen nga lokalizimi dhe ashpërsia e gjakderdhjes. Në qoftë se gjaku vjen nga zorra e trashë dhe rektumi, ai mund të jetë i pastër ose i përzier me materialet fekale. Materialet fekale mund të jenë të përziere me gjak të errët në qoftë se hemorragjia vjen nga pjesa e sipërme e zorrës së trashë apo prej zorrëve të holla. Kur ka hemorragji në ezofag, stomak apo duoden, materialet fekale zakonisht janë me ngjyrë të zezë. Materialet e vjella mund të jenë me përmbajtje gjaku të pastër ose në ngjyrë kafe. Në qoftë se hemorragjia është e fshehte pacienti nuk mund ta dallojë ndryshimin e ngjyrës së feçeve.

Kur ndodh papritur hemorragji masive, pacienti ndihet i dobët, ka marramendje, dobësi të përgjithshme, frymëmarrje të dobët, krampe abdominale ose diarre. Mund të ndodhë gjendje shoku me puls të shpejtuar, rënie të presionit të gjakut dhe vështirësi për të urinuar. Pacienti mund të bëhet shumë i zbehtë.

Kur hemorragjia është e pakët dhe ndodh për një periudhë të gjatë kohe, pacienti fillon të ndihet gradualisht i lodhur, letargjik (i plogësht), me vështirësi në frymëmarrje, dhe i zbehtë prej anemisë. Anemia është një situatë ku pakësohen rruazat e gjakut të pasura me hekur dhe hemoglobina.

#### **Si të dalloni gjakun në feçe dhe të vjellat?**

- Gjak i pastër që mbulon feçet .
- Gjak i errët i përziere me feçet.
- Feçe të zeza ose katran.
- Gjak i pastër në të vjella.
- Të vjella me përmbajtje gjaku në ngjyrë kafe.

#### **Cilat janë shenjat e hemorragjisë akute?**

- Një nga shenjat e hemorragjisë të përmendura më sipër.
- Dobësi e përgjithshme.
- Vështirësi në frymëmarrje
- Marramendje
- Dhimbje barku në formë krampesh.
- Ligështi
- Diarre

#### **Cilat janë shenjat e hemorragjisë kronike?**

- Njëra prej shenjave të hemorragjisë të përmendura më sipër.
- Pafuqi
- Lodhje
- Vështirësi në frymëmarrje
- Plogështi
- Ligështi

#### **2.4.4.Diagnostifikimi**

Vendi i hemorragjisë duhet të lokalizohet. Historia mjekësore dhe ekzaminimi i plotë fizik janë të rëndësishëm. Shenja të tilla si ndryshime në funksionin e zorrës, ndryshime të ngjyrës së materialeve fekale (të zezë apo katran), përbërja e tyre (e butë apo e fortë), dhe prania e dhimbjeve apo ndjeshmëria mund të ndihmojnë doktorin se cila pjesë e traktit tretës është e prekur.

Për shkak të marrjes së hekurit, bismuthit ose përdorimit të disa ushqimeve të cilat mund t'i japin ngjyrë të errët materialeve fekale të njëjtë me atë që i jep hemorragjia nga trakti tretës, doktori

mund të testojë feçet tuaja për praninë e hemorragjis me një analizë të quajtur feçe për gjak okult. Matja e parametrave të gjakut mund të tregojë nëse pacienti është anemik, duke ndihmuar doktorin të mendojë për ndonjë hemoragji të mundshme.

**Testet e gjakut-** Ju mund të keni nevojë për një numërim të plotë të gjakut, një test për të parë se sa shpejt mpiksja e gjakut, një numër i trombociteve dhe testet e funksionit të mëlçisë.

**Testet e stolit-** Analizimi i stolit tuaj mund të ndihmojë në përcaktimin e shkakut të gjakderdhjes okult.

**Lavage nasogastrike-** Një tub kalohet përmes hundës në stomakun tuaj për të hequr përmbajtjen e stomakut tuaj. Kjo mund të ndihmojë në përcaktimin e burimit të rrjedhjes suaj.

**Endoskopia** është mënyra më e shpeshtë dhe më e sigurtë e diagnostikimit e cila lejon pamje direkt të vendit të hemorragjisë. Në shumë raste endoskopia përdoret njëkohësisht dhe si mënyre trajtimi. Kjo procedurë përdor një aparat fotografik të vogël në fund të një tubi të gjatë, i cili kalohet përmes gojës tuaj për të mundësuar mjekun tuaj që të ekzaminojë traktin tuaj të sipërm gastrointestinal.

**Colonoscopy** - Kjo procedurë përdor një aparat fotografik të vogël në fund të një tubi të gjatë, i cili kalohet përmes rektumit tuaj për të mundësuar mjekun tuaj të ekzaminojë zorrën dhe rektumin tuaj të madh.

**Endoskopia kapsulare-** Në këtë procedurë, ju gëlltisni një kapsulë me madhësi të vitaminës me një kamerë të vogël brenda. Kapsula udhëton nëpër traktin tuaj të tretjes duke marrë mijëra fotografi që dërgohen në një regjistruer që ju vishni në një rrip rreth belit tuaj. Kjo i mundëson mjekut tuaj të shohë brenda zorrëve tuaja të vogla.

**Sigmoidoskopia fleksibël** - Një tub me një dritë dhe kamerë është vendosur në rektumin tuaj për të parë në rektumin tuaj dhe pjesën e fundit të zorrëve të mëdha që çon në rektumin tuaj (zorrën e trashë sigmoidale).

**Enteroskopia e ndihmuar nga tullumbace** - Një fushë e specializuar inspekton pjesë të zorrëve tuaja të vogla që testet e tjera që përdorin një endoskop nuk mund t'i arrijnë. Ndonjëherë, burimi i gjakderdhjes mund të kontrollohet ose trajtohet gjatë këtij testi.

**Angiografia**- Një bojë kontrasti injektohet në një arterie, dhe një seri rreze X merren për të kërkuar dhe trajtuar enët e gjakderdhjes ose anomalitë e tjera.

**Testet e imazhit** - Një shumëllojshmëri e testeve të tjera të imazhit, të tilla si një skanim CT i barkut, mund të përdoren për të gjetur burimin e rrjedhjes së gjakut.

**Procedura të tjera** ; Ekzistojnë një sërë metodash të tjera për të lokalizuar burimin e gjakderdhjes. Radiografia me barium, në përgjithësi është më pak e saktë se sa endoskopia në lokalizimin e hemorragjisë. Ajo është e pavlefshme për të marrë biopsi dhe për ta trajtuar atë.

Skeneri është i vlefshëm veçanërisht në rastet kur kemi sëmundje inflamatore apo kancer. Angiografia është një teknikë që përdor lëndë kontrast për të nxjerrë në pah enët e gjakut.

Kjo procedurë është shumë e përdorur në situatat kur pacienti ka hemorragji të madhe aq sa lënda kontrast rrjedh nga enët e gjakut dhe identifikon lokalizimin e gjakderdhjes. Në raste të veçanta angiografia lejon injektimin e një ilaçi nëpërmjet arteries për të ndaluar hemorragjinë.

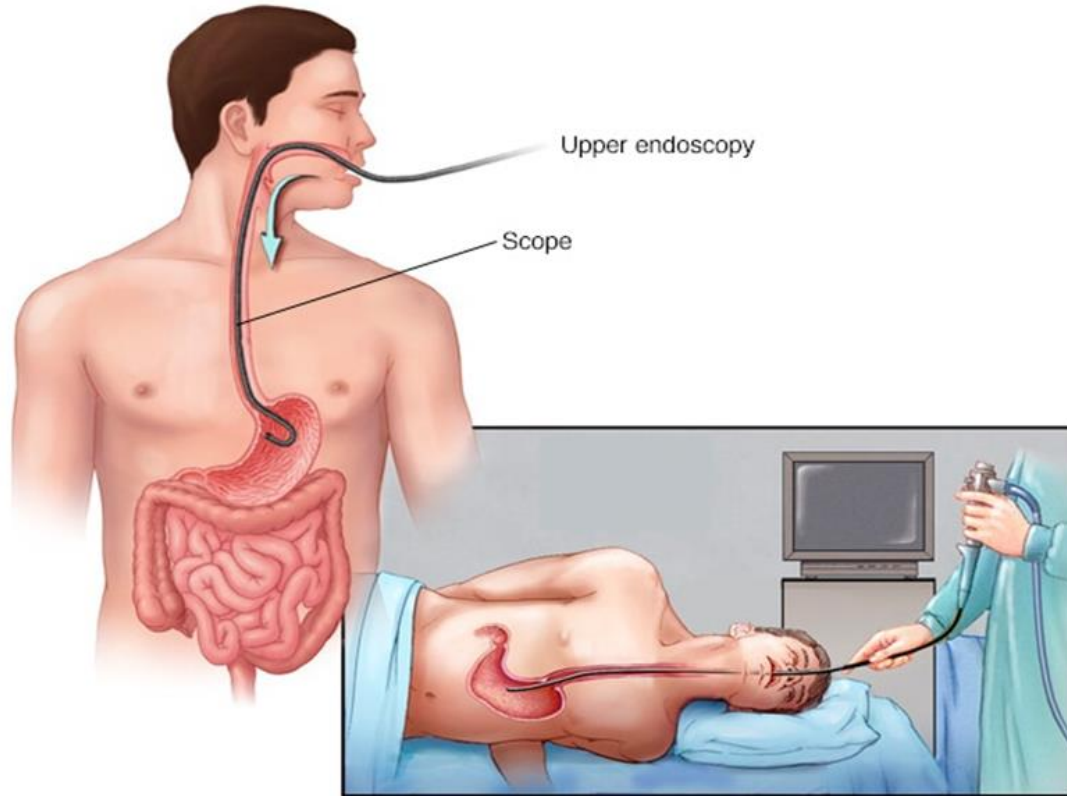


Figure 3 Metodat diagnostike të percaktimit të gjakderdhjes digjестive – Endoskopia

Linku 3 <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/endoscopy/about/pac-20395197>

#### 2.4.5.Trajtimi

Kur dyshojmë në hemoragji prej traktit tretës, duhet të bëjmë një vlerësim të shpejtë të të sëmurit. Masim shtypjen e gjakut, frekuencën e zemrës, pulsën periferik, përcaktojmë ngjyrën e lëkurës dhe mukozave të dukshme, zverdhjen, gjendjen e vetëdijes, ndërsa prej ekzaminimeve bëjmë EKG-në pasqyren e gjakut, koagulogramin, grupin e gjakut dhe Rh faktorin, urenë, glikeminë, elektrolitet, bilirubinën dhe transaminazat. Ekzaminimi digitorrektal ndihmon në vlerësimin e vendit të gjakderdhjes.

Hapi i parë terapeutik është stabilizimi hemodinamik i të sëmurit. Vendoset kanila i.v me lumen te gjerë, e sipas nevojës vendosen edhe dy kanilla. Shpejtësia e infuzionit të tretjeve kristaloide dhe koloidale përcaktohet në bazë të statusit kardiopulmonar. Qëllimi i infuzionit është përmirësimi i shpejtë i qarkullimit të eritrociteve të mbetura dhe zëvendësimi i vëllimit të humbur. Përdorimi i oksigjenit bëhet tek të sëmurët me saturim të zvogëluar. Tek të sëmurët me sëmundje të mushkërive duhet bërë analizat gazore te gjakut arterial. Gjithashtu duhet të kontrollohet edhe sasia e urinës së eliminuar.

Tek të sëmurët me humbje të 10-20% të gjakut qarkullues nuk është i nevojshëm zëvendësimi i gjakut, mirëpo kjo realizohet përmes tretjeve fiziologjike. Tretjet koloidale (albuminat dekstrani etj) më gjatë mbahen në qarkullim sesa tretjet kristaloide (tretjet fiziologjike, dextrose etj), prandaj janë edhe më të mirë në mbajtjen e stabilitetit hemodinamik. Nëse bëhet fjalë për pacientë të dehidruar, atëherë tek ata krahas tretjeve koloidale jepen edhe tretje kristaloide.

Tek të sëmurët me gjakderdhje masive, më Hct më të vogël se 20% është e nevojshme të jepen tranfuzione të gjakut të plotë. Tek të sëmurët të cilët kanë humbur më shumë se 3 litra gjak , duhet t'u jepet gjak i ngrohur për të penguar hipoterminë.

Tranfuzioni i trombociteve indikohet te humbja e më shumë se 50% të vëllimit të gjakut.

### **Trajtimi konsiston ;**

- Vlerësimi fillestar ABCD
- Dy linja venoze
- Oksigjen
- Transfuzionet e gjakut
- Plazem e freskët
- Përqendrimi i faktorit të VIII
- Administrimi oral ose venoz i barnave
- Përgaditja para, asistimi gjatë dhe përkujdesja pas ekzaminimeve imazherike
- Aplikimi i dietave
- Identifikimi i simptomave dhe shenjave në përkeqsim të sëmundjeve
- Trajtimi i ankthit

### **Trajtimi tek gjendjet urgjente;**

-(Gjakderdhja masive nga trakti gastrointestinal –Pankreatiti akut )

- Akomodimi në kujdes intensiv
- Monitorimi i funksioneve vitale
- Ndërprerja e marrjes së lëngjeve dhe ushqimit për OS
- Rehidrimi
- Vendosja e sukcionit (për të parandaluar kalimin e përmbajtjes acidike nga stomaku në duodenum
- Kujdesi i përgjithshëm
- Përgaditja e pacientëve për procedurat diagnostike

**Mjetet terapeutike invasive;** Mjetet terapeutike invasive janë mekanike(sonda hemostatike), radiologjike, infuzion angiografik, farmakologjik selektiv, embolizim selektiv.

### **Terapia e barnave për gjakderdhje të sipërme GI ;**

- Faza akute ; injeksion i epinefrines. (Ulja e sekretimit të stomakut)
- PPI (pantoprazole – protonix)
- Bllokuesit e receptorit H2 (Cimetidinës)

**Nderhyrjet terapeutike jo-invazive ;** Realizohen nëpërmjet korigjimit të volemise , me lëngje, gjak, barna antisekretive antiacide , ulja e fluksit splanknik ( somatostatia e derivative sintezë ,  $\beta$  bllokues ).

#### 2.4.6. Kujdesi Infermieror

Roli i infermier-es/it në menaxhimin e një pacienti me një rrjedhje akute të sipërme të hemoragjis digjестive kërkon vëmendje të veçantë. Në radhë të parë, infermierja do të ketë një rol të veçantë në kujdesin infermieror që ndihmon një pacient më shok hipovolemik. Ngushëllimi i pacientit mund të mirëmbahet duke vlerësuar nevojën për analgjetik. Infermierja, e cila duhet të jetë e sigurtë në reanimim ( rrugët e frymëmarrjes, frymëmarrjen, dhe qarkullimin e gjakut), gjithashtu do të kërkohet të ndër marrë vlerësimin e vazhdueshëm të gjendjes së lëngjeve dhe elektrolitve të pacientit.

Infermierët duhet të jenë të vetëdijshëm se hemoragjitë në traktin tretës shpesh mund të fshehin një problem tjetër, më pak të qartë. Prandaj, vlerësimi infermieror i pacientëve është i një rëndësie parësore. Është thelbësore që të fitoni sa më shumë informacion sa i përket problemeve shëndetësore të pacientit, përdorimit të ilaçeve dhe marrjes së alkoolit. Hemoragjit digjестive mund shpesh të lindin nga abuzimi me alkoolin ose keqpërdorimi i NSAID-it.

Vlerësimi fizik duhet të përqendrohet në peshën, gjendjen e lëkurës dhe humbjen e muskujve, dhe shenjat e tjera të sëmundjes së mëlçisë. Mirëqenia psikologjike duhet të shqyrtohet për të përcaktuar nëse një pacient është tepër i shqetësuar për shkak të pasigurisë së prognozës së tyre ose procedurave të shumëfishta të diagnostikimit dhe trajtimit që mund të kenë përjetuar.

Pacientëve u duhet t'u jepet kohë e mjaftueshme për të diskutuar dhe shqyrtuar aspektet emocionale të sëmundjes së tyre. Infermieret duhet të përfshijnë në mënyrë aktive pacientët në edukimin sa i përket diagnozës, terapisë së drogës apo barnave dhe faktorëve që e shkaktojnë atë.

Referimi i duhur i kujdesit parësor mund të kërkohet për të siguruar mbështetje adekuate.

Hapi i parë në ndërhyrjen infermiore është stabilizimi i rrugëve të frymëmarrjes, administrimi IV i lëngjeve ose të transfuzionit të gjakut.

Ruajtja e ekuilibrit hidro-elektrolik nëpërmjet likideve zëvendësuese për të rivendosur humbjet anormale të gjakut. Likidet zëvendësuese intravenoze janë vija e parë e trajtimit për hipovoleminë. Trajtimi fillestar me këto likide mund të sigurojë kontrollin e gjakderdhjes dhe



të arrijë të bëhet i mundur transfuzioni nëse ai është i nevojshëm. Të gjitha likidet koloide janë likide zëvendësuese solucionet koloide duhet të infuzohen në një volum të barabart me atë të gjakut deficitar.

Hapi tjetër bëhet monitorimi i vazhdueshëm i parametrave vital, presionit arterial, frekuences kardiak dhe frekuences respiratore.

Dhe shenjave si: takikardi, tahipne, oliguria, konfuzion ose lodhje, lëkurë të zbehtë, dhimbje koke, të ftohtë në duar dhe këmbë, disfagis etj.

### **3. DEKLARIMI I PROBLEMIT**

Qëllimi i këtij punimi është analiza e shkakut të gjakderdhjes si dhe vlerësimi i faktorëve të rrezikut nga gjakderdhjet gastrointestinale .Përcaktimi i etiologjisë dhe mënyra e trajtimit.

Gjithashtu, qëllimi i këtij punimi është se personat me depression duhet të trajtohen me kohë, të marrin terapinë e duhur, kujdesi infermieror të jetë sa më i mire dhe i përkushtuar ndaj pacientëve, si dhe të japim sa më shumë këshilla për parandalimin, intervenimin dhe trajtimin e gjakderdhjeve.

#### **Objektivat**

1. Klasifikimi i shkaktarëve të gjakderdhjes
2. Klasifikimi i simptomave
3. Llojet e gjakderdhjeve
4. Trajtimi

#### 4. MATERIALI DHE METODAT

- Në studim janë përfshirë 165 pacientë, me gjakderdhje gastroduodenale, nga gjithsejt 636 pacientë të hospitalizuar në Klinikën e Gastro- Hepatologjisë ,për periudhën Janar – Gusht të vitit 2019.
- Moshë mesatare e të sëmuarëve ishte 50 vjeç. Moshë më e re ishte 18vjeç (1pacient), ndërsa moshë më e vjetër ishte 97 vjeç ( 1pacient). Rastet e hulumtuara ishin pacientë të hospitalizuar, në QKUK, Klinikën e Gastroenterologjisë me Hepatologji, në periudhën e cekur më lartë.
- Te dhënat e fituara, janë prezentuar me tabela dhe grafikone.

Në këtë studim janë përfshirë 165 pacientë, me gjakderdhje gastroduodenale, nga 636 të cilët kanë qenë të hospitalizuar në QKUK-në Klinikën e Gastroenterologjisë me Hepatologji në Prishtinë në periudhën 01.01.2019-01.09.2019.

Diagnoza është vendosur me ndihmën e metodave: endoskopike, laboratorike, klinike si dhe radiologjike.

Klasifikimi i gjakderdhjeve u bë sipas klasifikimit të Forrest-it, po ashtu në punim i kemi klasifikuar edhe rastet me gastrit erozive, dhe rastet të cilat nuk i kemi bërë ekzaminimin endoskopik, shkak për këtë ishte gjendja e rëndë kardiake.

Me ekzaminim endoskopik janë verifikuar lezionet në segmentin proksimal të traktit digjektiv.

- Klasifikimi i Forrest-it duket kështu:
- Gjakderdhje shpricuese nga një ulçerë (F-Ia).
- Gjakderdhje kulluese nga një ulçerë (F- Ib).
- Arteriet me enë të dukshme të gjakut në ulçerë (F- IIa).
- Një koagul gjaku që mbulon fortë ulcerën (F-IIb).

- Ulçera me shenjë te zeze ne nje skaj (F-IIc).
- Asnjë burim gjakderdhjeje nuk është zbuluar (F-III).

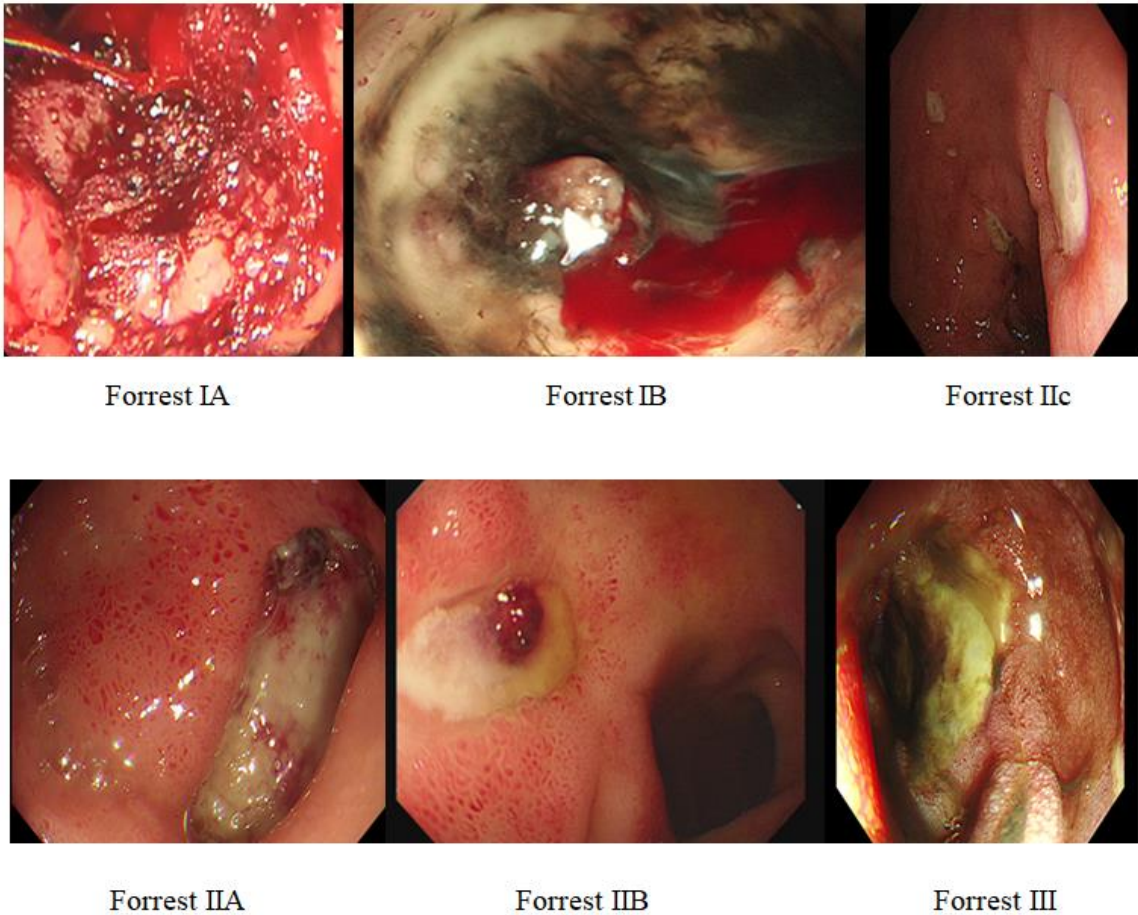


Figure 4 Paraqitja e Forrest-it me anë të figurave

**Bazuar në këtë klasifikim, rreziqet e rikthimit të pacientit dhe vdekjes llogariten si mëposhtë:**

- F/Ia: Sëmundja e komplikuar, rreziku i përsëritjes 55-100%, vdekshmëria deri 11%, simptomat janë të theksuara;
- F/Ib: njësor si F/Ia, simptomat janë të theksuara;
- F/IIa: sëmundje e komplikuar, rreziku i rikthimit 40-50%, vdekshmëria deri 11%;

- F/Ib: sëmundje e komplikuar, rreziku i rikthimit është 20-30%, vdekshmëria –deri 7%;
- F/Ic: rreziku i përsëritjes në këtë lloj sëmundjeje është 10-20%, vdekshmëria është 6%;
- F/III: rreziku i përsëritjes në këtë lloj sëmundjeje është 5%, vdekshmëria është 2%.

## 5. PREZENTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

Në studimin tonë janë përfshirë gjithsejt 165 pacientë me gjakderdhje gastrointestinale, prej të cilëve 86 ishin meshkuj (52.1%) dhe 79 (47.8%) ishin femra

Table 1 Pacientët me gjakderdhje digjестive sipas grup-moshës dhe gjinisë

Grup-mosha (vjet)	Gjinia				Gjithsej	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
30-39	5	3.03	16	9.69	21	12.7
40-49	9	5.45	5	3.03	14	8.48
50-59	25	15.1	20	12.1	45	27.2
60-69	25	15.1	28	16.9	53	32.1
70+	15	9.09	17	10.3	32	19.3
<b>Gjithsej</b>	<b>79</b>	<b>47.87</b>	<b>86</b>	<b>52.1</b>	<b>165</b>	<b>100.0</b>

**Të pacientët janë analizuar :**

1. Shkalla e gjakderdhjes;

- Humbje e vogël e gjakut (deri në 10%).
- Humbja mesatare e gjakut (deri në 20%). Pacienti zhvillon fazën e shokut hemorragjik, por është i vetëdijshëm.
- Humbje masive e gjakut (më shumë se 25%). Ajo karakterizohet me dekompenzim të gjendjes dhe shfaqjen e shokut hemorragjik.

2. Parametrat e koagulimit të gjakut

3. Gjetjet endoskopike

4. Madhësia e ulçerës

5. Lokalizimi i ulçerës dhe numri i tyre

**Sipas madhësisë së ulçerës, i kemi nda në :**

- a) ulçera të mëdha,
- b) të mesme dhe
- c) erozione, me apo pa gjakderdhje të dukshme.

Ndërsa sipas klasifikimit të Forrestit, në Forrest I, II dhe III

Table 2 Klasifikimi sipas Forrest-it

Klasifikimi Forrest	Nr.pacientëve	%
I	4	4.93%
II	32	39.50%
III	45	55.55%
Gjithsejt	81	100

Table 3 Me ekzaminim endoskopik janë gjetur

Lezionet e segmentit proksimal të tr.digjestiv	numri i pacientëve	%
Ulcere Forrest I	4	2.42 %
Ulcere Forrest II	32	19.39 %
Ulcere Forrest III	45	27.27 %
Melena (pa endoskopi)	42	25.45 %
Gastrobulbit eroziv	42	25.45 %
<b>Gjithsejt</b>	<b>165</b>	<b>100 %</b>

:

Në punimin tonë janë përfshirë edhe rastet të cilat si shkas ka qenë përdorimi i medikamenteve si : Aspirin, diklofen, brufen, klopidogrel, farin. Në të gjitha rastet e ekzaminuara në punim është bërë edhe verifikimi i terapise që e ka përdorur pacienti, për shkak të sëmundjeve kardiovaskulare.

Në këtë është vërejt se nga të gjitha rastet e studiuara, gjithsejt 165 me gjakderdhje, 87 pacientë janë evidentuar se kanë përdorur nja nga anti agreguesit apo antikoagulantet e përmendur më lartë.

Andaj në bazë të kësaj, konkludojmë se një shkaktar i rrezikshëm në shfaqjen e gjakderdhjeve të sipërme digjестive është edhe përdorimi i antiagreguesve, antikoagulantëve dhe barnave tjera anti inflamatore josteroide.

Table 4 Medikamentet në shfaqje të gjakderdhjeve digjестive

Gjakderdhjet nga përdorimi i medikamenteve	Nr. i pacientëve	%
Aspirin tab.+Clopidogrel tab.+ Farin tab.	66/165	40%
Brufen,Diklofen (NSAID)	21/165	12.72%
Gjithsejt	87/165	52.72%

Diagnostifikimi i gjakderdhjes të sipërme GI është vendosur gjatë ekzaminimit endoskopik. Janë vërejtur edhe koagulumet adherente në ulçerë.



Table 5 Shkaqet e gjakderdhjeve gastrointestinale

<b>Gjakderdhje gastrointestinale (Forrest)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
I	4	2.42%
II	32	19.39%
III	45	27.27%
<b>Gjithsej</b>	<b>81</b>	<b>49.09%</b>

Gjakderdhja nga ulçera, janë vërejtur të 81 pacient, sipas Forrest I,II,dhe III apo 49.09 % të të sëmuarëve.

Table 6 Paraqitja tabelare e rasteve që janë përfshirë në studim:

Gjakderdhjet	numri i pacientëve			%
<b>Erozionet gastrointestinale</b>	<b>42</b>			<b>25.45%</b>
<b>ulçera</b>	<b>81</b>			<b>49.09%</b>
<b>Melenë(pa endoskopi)</b>	<b>42</b>			<b>25.45%</b>
<b>Gjakderdhje</b>	medikamentoze	87	52.7%	<b>100.0</b>
	jomedikamentoze	78	47.27%	
<b>gjithsejt</b>	<b>165</b>			<b>100%</b>

- Gjakderdhja nga përdorimi i antiagreguesve, antikuagulantëve, dhe NSAID 87 pacientë apo 52.7 %

- Gjakderdhja të pa verifikuara me endoskopi kanë qenë 42 pacientë apo 25.45 %

## 6. KONKLuzionet dhe Rekomandimet

Gjakderdhjet e sipërme digjестive, jovariceale janë shkaktarët të shpeshtë të sëmurët me patologji kardiovaskulare. Përdorimi i NSAID është gjetur në një % të lartës i shkak i këtyre gjakderdhjeve.

NSAID - Këto barëra ndikojnë në frenimin e aktivitetit të ciklooksigenazës duke penguar formimin e prostoglandinave.

Prostoglandina E luan rol me rendësi në mekanizmat mbrojtëse gastroduodenale. Duke redukuar nivelin e prostoglandinave në mukoz, aspirina dhe të tjerat alterojn dhe zvoglojn rezistencën qelizore duke shkaktuar kështu erozione dhe ulçera.

Përdorimi i NSAID ( aspirina etj.) janë shkaktar në një përqindje të madhe ( rreth 30%), të shfaqjeve të ulçerave, sidomos atyre gastrike e më pak atyre duodenale.

Ulçerat shfaqen në stomak dhe duoden dhe shpeshherë janë me natyrë kronike. Afërsisht deri në 10% e popullatës është e prekur nga kjo patologji dhe moshë më e atakuar është 55-65 vjeç, dhe zakonisht është më e shprehur në gjinin mashkullore.

Ulçera duodenale është më e shprehur se sa ajo gastrike. Ulçerat duodenale atakohen më shpesh në moshat e vjetra, ndërsa ulçera gastrike në moshat më të reja.

Incidence e sëmundjes është në rënje të sipër. Prevalenca e gjithëjetës për sëmundje të ulcerës peptike në SHBA shkonë deri në 12% të mashkujt dhe 10 % të femrat. Afërsisht 50% e pacientëve kanë mundësin e ripërsëritjes mbrenda 5 viteve.

Gjakderdhjet nga ulceracionet kanë qenë të mëdha ndërsa nga erozionet kanë qenë të vogla.

Studimi i jonë ka treguar se gjakderdhjet më të mëdha dhe më të rrezikshme ishin nga ulçera Forrest II , 19.39 % e të sëmuarëve, pasi që ato me Forrest I kishim raste më pak. Incidenca e hemorragjisë nga trakti i sipërm digjестiv është më e larta te pacientët meshkuj mbi 60 vjeç.

Endoskopia është metoda më e përdorur në diagnostikimin e shkakut dhe lokalizimit të gjakderdhjes .

Ulçera gastroduodenale ishte shkaku i gjakderdhjes në pothuajse 50% të rasteve, që është në përputhje me të dhënat nga studimet në të gjithë botën.

Ulçera e duodenit është pothuajse dy herë më e shpesht si pikë e gjakderdhjes sesa ulçera e stomakut.

Terapia konservatore në të shumtën e rasteve ka qenë efi­kase në ndalimin e gjakderdhjes, gjë që tregon rëndësinë e madhe të diagnostikimit në kohë dhe aplikimit të terapisë moderne adekuate në trajtimin e këtyre sëmundjeve, veçanërisht ulcerës gastroduodenale.

Teknikat e parandalimit për gjakderdhje të sipërme dhe të poshtëme gastrointestinale bazohen në parandalimin e kushteve të lidhura. Ushqimi i një diete të shëndetshme, duke ushtruar lehtësisht dhe duke shmangur alkoolin dhe duhanin, mund të ndihmojë në nxitjen e një jetese të shëndetshme.

#### **Pacienteve ju rekomandohet:**

- Te pinë më shumë ujë
- Pacientave ju rekomandohet që te konsultohen me mjekun para se të fillojn trajtimin me aspirina.
- Pas ngrënies, qëndroni të drejtë për të paktën një orë për të shmangur zbatcën e acidit.
- Nëse vihen re shenja të gjakderdhjes gastrointestinale, kërkoni menjëherë këshillë mjekësore.
- Pacienteve ju rekomandohet konsumimi i ushqimeve të pasura me fibra dhe përdorimi i laksative kur është e nevojshme stimulon lëvizshmërin,e zorrëve, duke parandaluar konstipacionin i cili më pas mund të çojë në sëmundjen divertikulare dhe hemoroide.
- Më shumë vëmendje duhet t'i kushtohet drogës, sidomos barnave anti-inflamatore josteroide të cilat, nëse merren për periudha të gjata dhe në disa raste pa mbrojtje stomakut, mund të shkaktojnë ulçera dhe gjakderdhje. Rreziku i një ulçere duodenale dhe gastrite është më i madhë nëse Helikobakter pylori është i pranishëm.

Ushqimi besohet të ketë një rol shumë të rëndësishëm në shkaktimin dhe parandalimin e hemorroideve. Njerëzit që përdorin dieta të pasura me fibra kanë më pak të ngjarë të preken nga kjo patologji, ndërsa ata që preferojnë ushqimet e përpunuara kanë rrezik më të lartë. Sot, ka një tendencë gjatë ushqyerjes për të përdorur shumë lëngjet e frutave dhe të perimeve, qofshin këto të konservuara apo edhe të freskëta. Në këtë mënyrë kemi eliminuar pjesën e fibrave tek frutat dhe perimet. Vlera e tyre nuk qëndron vetëm tek lëngu, por tek tërësia.

Nëpërmjet frutave dhe perimeve ne marrim vitaminat, kripërat minerale, por edhe fibrat.

## 7.REFERENCAT

[1] Gastrointestinal (gi) Bleeding

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/gastrointestinal-bleeding>

[2] Cunha , J. P. (2016, January). Gastrointestinal Bleeding (GI Bleeding). Retrieved from [https://www.emedicinehealth.com/gastrointestinal\\_bleeding/article\\_em.htm](https://www.emedicinehealth.com/gastrointestinal_bleeding/article_em.htm)

[3] Cokodhima , A. (2011, July). Hemorragjia e traktit digjestiv (tretës). Retrieved from <http://www.altincekodhima.com/index.php?go=hemoragjia>

[4] Xhakollari , A. (2014). Hemoragjia e brëndëshme Gastroindestinale, diagnostifikimi, trajtimi dhe kujdesi infermieror. Durrës, Shqipëri.

[5] Idrizi , S. (2018). Hemoragjia e brendshme . Gjakovë , Kosovë.

[6] Prof.dr.Zaim, G. (n.d.). Infermieri e Mjekesise Interne.

[7] Mayo Clinic Staff. (n.d.). Gjakderdhja gastrointestinale , Simptomat dhe shkaqet. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/gastrointestinal-bleeding/symptoms-causes/syc-20372729>

[8] Përmbledhje e gjakderdhja gastrointestinale . (2016, May 4). Retrieved from <https://medlineplus.gov/gastrointestinalbleeding.html>

[9] Struktura dhe funksionimi i sistemit tretës. (2018, September 13). Retrieved from <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/7041-the-structure-and-function-of-the-digestive-system>

[10] Ekipi mjekësor dhe editorial i Shoqatës Amerikane të Kancerit. (2019, December 1). Shenjat dhe simptomat e tumoreve gastrointestinale . Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/gastrointestinal-stromal-tumor/detection-diagnosis-staging/signs-symptoms.html>

[11] Tumoret Neuroendokrine Pankreatike. (2019, April 19). Retrieved from <https://www.cancer.gov/types/pancreatic/patient/pnet-treatment-pdq>

[12] Nguyen, M. (2019). Kanceri i stomakut. Retrieved from <https://www.msdmanuals.com/home/digestive-disorders/tumors-of-the-digestive-system/stomach-cancer>

- [13] Nguyen, M. (2019, July). Tumoret me zorrë të vogla që janë jo kanceroze. Retrieved from <https://www.merckmanuals.com/home/digestive-disorders/tumors-of-the-digestive-system/small-intestine-tumors-that-are-noncancerous>
- [14] Yuan , G. L., & Zhang, Z. F. (2019). Heqje të sistemit gastrointestinal. Retrieved from <http://www.cancerindex.org/clinks2k.htm>
- [15] Khanna, S. (2017). Sëmundjet dhe kushtet. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/peptic-ulcer/symptoms-causes/syc-20354223>
- [16] Edward, E., & Woldman, M. D. (n.d.). Zgjidhje Akute. Lidhja e tyre me stresin sistematik dhe dëmtimin adrenal. Retrieved from <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/315182>
- [17] Asha , M., Chung , K. T., & Eteraf-Oskouei, T. (n.d.). Ulçera të stomakut dhe çfarë mund të bësh për to. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/stomach-ulcer>
- [18] Përkufizimi & fakte për ulcerat peptike (ulçera në stomak) (2014, November) [niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/peptic-ulcers-stomach-ulcers/definition-facts](https://niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/peptic-ulcers-stomach-ulcers/definition-facts)
- [19] Ulçera e stomakut. (2018, August). Retrieved from <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/stomach-ulcer>
- [20] Variçet e ezofagut. (2016). Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/esophageal-varices/symptoms-causes/syc-20351538>
- [21] Gjakderdhjen në ezofag (2016 ,May). Retrieved from <https://www.webmd.com/digestive-disorders/qa/what-causes-bleeding-in-the-esophagus>
- [22] Acid Reflux Disease. (2019). Retrieved n.d., from <https://www.webmd.com/heartburn-gerd/guide/what-is-acid-reflux-disease#1>
- [23] Gerson, L. (2012, November). Treatment of gastroesophageal reflux during pregnancy. *Gastroenterology and hepatology*, 8(11), 763-764 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966174/>
- [24] Testi i acidit të stomakut. (n.d.). Medical Encyclopedia . from: <https://medlineplus.gov/ency/article/003883.htm>
- [25] Al-Hamid, H. (2019, May 8). Angiodysplasia of the Colon. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/170719-overview>

- [26] Hunt, W. (2018, December 11). Angiodysplasia. Retrieved from <https://teachmesurgery.com/general/small-bowel/angiodysplasia/>
- [27] Symptoms of gastritis. (2019, May 20). Retrieved from <https://www.nhs.uk/conditions/gastritis/>
- [28] University of California, Berkeley. (n.d.). Hemorrhoids and Anal Fissures. Retrieved from <https://uhs.berkeley.edu/sites/default/files/Hemorrhoids.pdf>
- [29] Kirurgjia e Përgjithshme. (2016, 1). Retrieved from <https://www.bassmedicalgroup.com/conditions-treatments/general-surgery>
- [30] Bladder and Bowel Community. (2019). Hemorrhoids, Anal Tears And Fissures. Retrieved from <https://www.bladderandbowel.org/bowel/bowel-problems/hemorrhoids-anal-tears-and-fissures/>



