

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Fall 11-2021

Lindja e indukuar dhe përfundimi peripartal

Arlinda Uka

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

Uka, Arlinda, "Lindja e indukuar dhe përfundimi peripartal" (2021). *Theses and Dissertations*. 2167.
<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2167>

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.



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Lindja e indukuar dhe përfundimi peripartal

Shkalla Bachelor

Arlinda UKA

Shkurt/ 2021

Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome
Viti akademik 2016-2017

Arlinda UKA
Lindja e indukuar dhe përfundimi peripartal

Mentori: Dr. Sci. Hana Bejiqi

Shkurt/ 2021

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar me përmbushjen e kërkesave të pjesshme për shkallën Bachelor

ABTRAKTI

Lindja e indukuar është proces i stimulimit artificial të mitrës për të filluar lindjen. Stimulimi i lindjes nënkupton stimulimin e mitrës gjatë lindjes për të rritur frekuencën dhe forcën e kontraktimeve.

Induksioni dhe stimulimi i lindjes ende janë sfidë për obstetrit, mamitë dhe infermieret në botë edhe te ne, sepse bartin një sërë rreziqesh si për shëndetin e nënës ashtu edhe për frytin - të porsalindurin. Andaj, qëllimi i punimit tonë është që të hulumtohen rastet e lindjeve të indukuara dhe të stimuluar në Klinikën Obstetrike - Gjinekologjike në QKUK, në periudhën Janar-Mars, 2020.

Studimi është i llojit retrospektiv, i serisë të rasteve të lindjeve me induksion dhe stimulim, të cilat janë kryer në Klinikën Obstetrike-Gjinekologjike në Prishtinë. Si burim i të dhënave na ka shërbyer protokoli i evidencës në sallë të lindjes dhe bllokun në operator. Pacientët me induksion dhe stimulim janë analizuar sipas moshës së nënës, vitalitetit të porsalindurit të vlerësuar sipas APGAR score në minutën e parë dhe të pestë të lindjes si dhe peshës së të porsalindurve në lindje. Gjithashtu, synim i hulumtimit tonë ka qenë edhe analiza e ndërhyrjeve dhe komplikimeve në rastet e indukuara dhe të stimuluar ku lindja është kryer me rrugë vaginale.

Të dhënat janë analizuar me programin Microsoft Excel. Rezultatet janë paraqitur në formë tabelare dhe me grafikone.

Gjate periudhës së studimit, në KOGJ kanë qenë gjithsej 591 raste me stimulim, induksion dhe SC për arsye të dështimit të induksionit. Kanë qenë 527 raste me stimulim dhe 64 raste me induksion; 20 prej tyre kanë përfunduar me prerje cezariane, (SC). Në lindjet e stimuluar ka dominuar grup moshë $\geq 20-30$ vjeç, me 264 raste. Ka dominuar pesha e lindjes ≥ 2500 gr në 505 raste, Apgar-score ka qenë te numri më i madh i të porsalindurve në minutën e 5-te me vlera 7-10. Në asfikion kanë lindur vetëm 2 foshnje.

Induksioni është aplikuar në 64 shtatzëna. Lindja me induksion është kryer vetëm në 44 lindje kurse në 20 raste induksioni ka dështuar. Janë indukuar 21 shtatzëna të moshës $\geq 30-40$ vjeç ; 32 të porsalindur kanë qenë me peshë të lindjes ≥ 2500 gr, 28 të porsalindur kanë pasur AS në minutën 5 7-10. Asfikion kane pasur 8 të porsalindur.

Pas dështimit të induksionit, në 13 raste lindjet janë kryer me prerje cezariane dhe atë te nënat e grup moshes $\geq 20-30$ vjet. Në 20 raste të pors alindurit ishin me peshë ≥ 2500 gram, 19 të porsalindur kishin AS5 7-10 dhe asnjë i porsalindur nuk ka qenë në asfiksion.

Në 54% të rasteve lindja vaginale e indukuar dhe stimuluar nuk kishte komplikime dhe intervenime. Ne 39% të rasteve është dashur të bëhet episiotomia medio-laterale e anës së djathtë si dhe sutura. 7% e rasteve kanë patur rupturë të perineumit te shkallës së parë. Lëndime të tjera nuk janë gjetur.

Bazuar në rezultate tona, te lindja e indukuar Nw 18% tw rasteve të porsalindur kanë qenë asfiktik. Në 31% të rasteve ka dështuar induksioni dhe lindjet janë përfunduar me prerje cezariane. Episiotomia medio-laterale e djathtë dhe sutura janë kryer në 39% të rasteve. Sugjerojmë se menaxhimi i shtatzënisë, vendosja e indikacioneve pre induksion dhe stimulim të lindjes si dhe aplikimi i episiotomise në lindje duhet të bazohen ekskluzivisht në kriteret e Programit “Kujdesit Efektiv Perinatal” - EPC program” OBSH 2014, program i cili përdoret edhe në shtetet tjera të botës, ku është kujdesi për shëndetin perinatal më i avansuar. Ky program i bazohet në dëshmi, ku çdo veprim duhet të jetë i bazuar në fakte.

MIRËNJOJET/FALENDERIMET

Falenderoj zotin së pari që më ka dhënë shëndet dhe mundësi për të studiuar.

Falenderoj familjen time; prindërit, vllaun dhe dy motrat që më kanë mbështetur qdo herë si në aspektin financiar ashtu edhe moral.

E falenderoj dhe shprehë mirënjohje ndaj mentores time, Dr.Sci. Hana Bejqi për përkushtimin dhe kohën e saj në mentorimin e temës time.

Falenderoj të gjithë profesorët për ligjerimin dhe sjelljen e tyre korrekte, si dhe gjithë stafin e UBT-së.

Shprehë mirënjohje dhe falenderim për Klinikën Obstetrike Gjinekologjike të Kosovës që më lejuan të kem qasje në të dhënat protokolare.

PËRMBAJTJA

ABTRAKTI	i
MIRËNJOJET/FALENDERIMET	iii
PËRMBAJTJA	iv
LISTA E FIGURAVE	vi
LISTA E TABELAVE	vi
FJALORI I TERMAVE	vii
1. HYRJA	1
2. SHQYRTIMI I LITERTURES.....	2
2.1 Lindja normale	2
2.1.1 Fazat e lindjes.....	2
2.1.2 Faza e parë e lindjes	2
2.1.3 Faza e dytë e lindjes	2
2.1.4 Faza e tretë	3
2.1.5 Faza e katërt	3
2.2 Çka është lindja e indukuar ?	3
2.3 Indikacionet për lindje të indukuar.....	4
2.4 Kundër indikacionet	5
2.5 Rreziqet	5
2.6 Bishop score	5
2.7 Metodat natyrale.....	6
2.7.2 Vaji i ricinit dhe banjot e nxehta	7
2.7.3 Stimulimi i gjinjve.....	7
2.7.4 Marrëdhëniet seksuale.....	7
2.7.5 Akupunktura.....	8
2.8 Metodat kirurgjike.....	9
2.8.1 Pëlçitja e cipave amniale (ang. stripping membranes).....	9
2.8.2 Amniotomia(ang. artificial rupture of membranes(AROM)).....	9
2.9 Metodat mekanike	10

2.9.1 Dilatorët osmotik.....	10
2.9.2 Kateteri transcervikal i Foley.....	11
2.9.4 Infuzioni extraamniotik me krip.....	12
2.10 Metodatat farmakologjike	12
2.10.1 Prostaglandinat (PGE1 DHE PGE2).....	12
2.10.2 PGE1 misoprostoli	13
2.10.3 PGE2 dinoprostone	13
2.10.4 PGE1 kunder PGE2.....	13
2.10.5 Oksitocina.....	14
2.10.6 Mifoprostone	14
2.10.7 Relaksina	14
2.11 Menaxhimi infermieror	15
2.11.1 Monitorimi për lindje të sigurt dhe proces të lindjes	15
2.11.2 Planifikimi.....	16
2.11.3 Implementimi	17
2.11.4 Evoluimi.....	17
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	18
4. METODOLOGJIA.....	19
4.1 Konceptualizimi i hulumtimit	19
4.2 Instrumenti	19
5. PREZANTIMI DHE ANALIZIMI I TË DHËNAVE.....	20
6. REKOMANDIME NGA OBSH	35
6.1 Parime të përgjithshme që lidhen me lindje të indukuar.....	35
6.2 Rekomandime specifike, fuqia (F) e tyre dhe kualiteti i evidentimit (KIE).....	35
6.3 Konkluzioni.....	36
7. REFERENCAT	38
8. APPENDIX.....	40

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Përfundimi i lindjes te aplikimi i induksionit	20
Figura 2. Intervenimet dhe komplikimet te lindja vaginale e indukuar dhe stimuluar	21
Figura 3. AS në 1 minutë te lindja e simuluar	24
Figura 4. AS në 5 minuta te lindja e simuluar	25
Figura 5. Moshë e grave te lindja e stimuluar	26
Figura 6. Peshë e foshnjës te lindjet e stimuluar	27
Figura 7. AS në 1 minutë te lindja e indukuar	28
Figura 8. AS në 5 minuta te lindja e indukuar	28
Figura 9. Lindja e indukuar sipas paritetit	29
Figura 10. Peshë e foshnjës te lindjet e induktuara	30
Figura 11. Moshë e grave te lindja e indukuar	31
Figura 12. AS në 1 minutë te lindja e indukuar që ka përfunduar me SC	32
Figura 13. AS në 5 minuta te lindja e indukuar që ka përfunduar me SC	33
Figura 14. Peshë e foshnjës te lindja e indukuar që ka përfunduar me SC	33
Figura 15. Moshë e grave te lindja qe induksioni ka përfunduar me SC	34

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Vlersimi i Bishopit	6
Tabela 2. Lindja e stimuluar sipas moshës së nënës, vitalitetit në min1 dhe 5 dhe peshës së lindjes	22
Tabela 3. Lindja e indukuar vaginale sipas moshës së nënës, vitalitetit në min1 dhe 5 dhe peshës së lindjes	22
Tabela 4. Lindja që pas induksionit ka përfunduar me SC sipas moshës së nënës, vitalitetit në min1 dhe 5 dhe peshës së lindjes	23

FJALORI I TERMAVE

OBSH- organizata botërore e shëndetësisë

SC- prerje cezariane

Post term pregnancy – shtatzëni pas terminit.

Prelabour rupture of membrane – pëlcitje e parakohshme e cipave amniale.

Chorioamioniti – infeksion i i cipave amniale.

Oligohidroamnioni – sasi e zvogëluar e lëngut amnial.

Diabeti gestacional – diabeti që zhvillohet gjatë shtatzënisë.

Abrupcioni placentar – shkollitje e parakohshme e placentës nga muri i mitrës.

Incidenca – numri i rasteve të reja në numrin e popullatës së egzaminuar.

Placenta previa – placenta pararendese.

Preeklampsia- është një komplikim i shtatzënisë dhe e tensionit të lartë të gjakut.

Eklampsia – komplikim i avancuar i pre-eklampsisë.

Macrosomia fetale – një i porsalindur me peshë më të madhe se 4000 gr.

Hemorragjia antepartale – gjakderdhja para shtatzënisë.

Prolaps i kordonit umbilikal – rënie e kordonit umbilikal.

1. HYRJA

Gjatë dekadave të fundit incidenca e lindjeve të indukuara për shkurtimin e kohëzgjatjes së shtatzënisë ka vazhduar të rritet. Në vendet e zhvilluara përqindja e foshnjave të lindura në term me induksion mund të jetë i madh deri një në katër lindje. Kur lindja e indukuar vlerësohet e nevojshme, moshë gestacionale e fetusit duhet të jetë 39 javë ose më shumë.

Indikacionet për lindje të indukuar janë: shtatzënia pas terminit, hipertensioni kronik ose gestacional, preeklampsia, eklampsia, macrosomia fetale, abrupcioni placentar, hemorragjia e pa shpjegueshme antepartale, oligohidramnioni, ngecje intrauterine në rritjen e fetusit etj.

Kunderindikacionet janë: shtrirja transversale e fetusit, vasa previa, placenta previa, histerektomia klasike, prolaps i kordonit umbilikal, infeksioni aktiv gjenetik me herpes.

Për të vlerësuar nëse qafa e mitrës është e gatshme për lindje të indukuar përdoret vlerësimi sipas Bishop - it. Nëse vlerësimi është më pak se 6 pikë do të thotë që qafa e mitrës nuk është e gatshme për lindje. Metodat që përdoren për lindje të indukuara janë: metoda natyrale, mekanike, kirurgjike, farmakologjike. Menaxhimi infermieror të disa prej këtyre metodave dhe kujdesi ndaj gruas në fazat e lindjes është i rëndësishëm për përfundimin e suksesshëm të lindjes. Janë paraqitur disa rekomandime të përgjithshme dhe të veçanta nga OBSH.

Metoda për mbledhjen e të dhënave e përdorur është marrja e informacioneve nga mjetet elektronike dhe nga shfrytëzimi i publikimeve në literaturë. Po ashtu, janë përdorur statistikat e marra nga protokollin e lindjeve në KOGJ.

2. SHQYRTIMI I LITERTURES

2.1 Lindja normale

Fillon çfarëdo kohe mes javëve 37 dhe 42 të shtatzënisë. Qafa e mitrës zbutet dhe fillon të hapet, fillojnë kontraksionet dhe uji shpërthen(medicinenet.com).

2.1.1 Fazat e lindjes

Lindja ka tre faza :

1. Faza e parë e lindjes
2. Faza e dytë e lindjes
3. Faza e tretë e lindjes(faza placentare)
4. Faza e katërt e lindjes(faza e hemostazës)(Marianne Belleza, 2018)

2.1.2 Faza e parë e lindjes

Faza e parë e lindjes e përbëhet prej fazës latente, fazës aktive dhe fazës së tranzicionit(Marianne Belleza, 2018).

Faza latente - fillon me kontraktimet e mitrës deri në zgjerim të qafës së mitrës(Marianne Belleza, 2018)

Faza aktive - ndodh kur zgjerimi cervical është 4-7 cm dhe kontraksioni zgjatë 40-60 sekonda në interval 3-5 min(Marianne Belleza, 2018).

Faza e tranzicionit - ndodh kur kontraktimet arrijnë kulmin e tyre, me interval prej 2 – 3 min dhe zgjerim prej 8 –10 cm(Marianne Belleza, 2018).

2.1.3 Faza e dytë e lindjes

Fillon me zgjerim komplet cervical deri të lindja e foshnjës Marianne Belleza, 2018)

2.1.4 Faza e tretë

Fillon me lindjen e foshnjës deri në lindjen e placentës(Marianne Belleza, 2018).

2.1.5 Faza e katërt

Definohet si periudha e menjëhershme pas lindjes dhe përfshin 2 orët e para pas lindjes(Marianne Belleza, 2018)

2.2 Çka është lindja e indukuar ?

Është definuar si proces i stimulimit artificial të mitrës për të filluar lindjen(WHO 2011).

Procesi fillon në mënyrë artificiale. Përfshihen hapja mekanike e qafës së mitrës, shpërthimi i ujërave ose përdorimi i medikamenteve(WHO 2011). Historia e lindjes së indukuar daton që nga përshkrimet origjinale të Hipokratit për stimulimin e gjinjve dhe zgjerimin mekanik të kanalit të qafës së mitrës. Gjatë shekullit të dytë pas Krishtit, Soranus praktikoi një kombinim të procedurave për të nxitur lindjen, duke përfshirë shpërthimin artificiale të membranave. Metodave të tjera të lindjes së indukuar u prezantuan gjatë kësaj periudhe. Moshion ishte i pari që përshkroi zgjerimin manual të qafës së mitrës dhe Casis shpiku disa instrumente që shërbyen për zgjerimin e qafës së mitrës.Nga shekujt II deri në XVII, metodat mekanike u përdoren për të nxitur lindjen. Në 1756, në një takim të mbajtur në Londër, mjekët diskutuan mbi efikasitetin e metodave për lindje të indukuar(Sanchez Ramos L, Kauntiz A, 2009).

Në 1810, James përdori i pari amniotominë si metodë në Shtetet e Bashkuara për të shkaktuar lindje të parakohshme. Amniotomia dhe metodat e tjera mekanike ishin metodat e lindjes së indukuar që u përdorën më së shumti deri në shekullin e 20-të(Sanchez Ramos L, Kauntiz A, 2009).

Në vitin 1906, Dale vërejti që ekstrakte nga lobi infundibular i gjëndrrës së hipofizës shkaktuan kontraktime të mitrës. Në vitin 1913 filloi të përdorej ekstrakti i hipofizës nga obstetrit si metodë hormonale(Sanchez Ramos L, Kauntiz A, 2009).

Fillimisht, hormoni oksitocinë (ekstrakti i hipofizës) është administruar përmes rrugëve intramuskulare ose nën lëkurore, ndërsa në vitin 1943, Page sugjeroi që oksitocina të ipet në formën e një infuzioni intravenoz. Në vitin 1953, u zbulua formula strukturore e oksitocinës. Që nga viti 1955 oksitocina sintetike është përdorur si metodë e lindjes së indukuar (Sanchez Ramos L, Kauntiz A, 2009).

Në vitin 1968, Karim dhe kolegët e tij ishin të parët që përdorën prostaglandinat për lindje të indukuar. Që atëherë, prostanglandinat u përdorën si metodë e lindjes së indukuar, në lloje dhe forma të ndryshme të administrimit. Viteve të fundit, misoprostoli analog sintetik i prostaglandinës është duke u përdorur si një metodë efektive e lindjes së indukuar (Sanchez Ramos L, Kauntiz A, 2009)

Të dhëna të pabotuara nga sondazhi global i OBSH- se për shëndetin e nënës dhe foshnjave treguan se 9.6 % e lindjeve ishin me induksion (WHO 2011).

Në përgjithësi sondazhi zbuloi që vendet afrikane kanë shkallë me të ulët të lindjeve të indukuara (me e ulët në Nigeri , 1.4 %) krahasuar me vendet aziatike dhe të Amerikës Latine (me e larta Sri Lanka , 35.5 %)(WHO 2011).

Për të vlerësuar nëse lindja e indukuar është e nevojshme duhet të vlerësohen; shëndeti i nënës, shëndeti i foshnjës , mosha gestacionale e foshnjës, pozicioni i foshnjës në mitër dhe statusi i qafës së mitrës. Pjekja e qafës së mitrës (cervical ripening) është komponenti më i rëndësishëm për lindje të indukuar (Mahdy H, Glowacki C, Euro EU 2020). Para lindjes qafa e mitrës fillon të zbutet dhe përbërësit e indit lidhës të qafës së mitrës rimodelohen, pastaj pasojnë kontraksionet e mitrës. Ky proces tregon që qafa e mitrës është e gatshme për lindje (Roxanne A Vrees, 2018).

Lindja e indukuar vlerësohet e nevojshme, kur mosha gestacionale e fetusit është 39 javë ose më shumë (Roxanne A Vrees, 2018).

Shkalla e lindjes së indukuar u dyfishua midis viteve 1990 dhe 2006 dhe ka vazhduar të rritet (Roxanne A Vrees, 2018).

2.3 Indikacionet për lindje të indukuar

Indikacionet për lindje të indukuar mund të përfshijnë: shtatzëninë pas terminit, pëlçitjen e parakohshme të cipave , chorioamioniti, ngecja inrauterine e rritjes së foshnjës , oligohydramnioni, diabeti gestacional, hipertensioni kronik apo gestacional, abrupcioni placentar, macrosomia fetale, hemorragjia e pa shpjegushme antepartale, shtatzënia me bineqë pas javës 38, kolestaza, eklampsia, preeklampsia dhe gjendje të caktuara mjekësore (p.sh sëmundjet e veshkave, obeziteti etj)(MayoClinic, 2020)(Kenny L and Myers J).

2.4 Kundër indikacionet

Janë të njëjta sikurse te lindja natyrale. Këto kundër indikacione përfshijnë: shtrirjen transversale të fetusit, vasa previa, placenta previa, prolaps i kordonit umbilikal, infeksioni aktiv gjenetik me herpes, lindja paraprake me prerje cezariene ose intervenim kirurgjik paraprak në mitër(Roxanne A Vrees April 2018).

2.5 Rreziqet

Lindja e indukuar bart disa rreziqe:

- Dështimi i induksionit,
- Tonet e ulëta të zemrës,
- Infeksion,
- Rupturë të mitrës
- Gjakderdhje pas lindjes(MayoClinic, 2020).

2.6 Bishop score

Ndërsa koha e lindjes afrohet, qafa e mitrës bëhet më e butë, shkurtohet dhe fillon të zgjerohet. Ky proces pasqyron përgatitjet natyrore për induksion. Nëse lindja indukohet para se të ketë ndodhur ky proces, atëherë lindja e indukuar do të zgjasë më shumë(Kenny L and Myers J).

Bishope prodhoi një sistem vlersimi për të përcaktuar sa ka përparuar ky proces para lindjes së indukuar (Kenny L and Myers J). Tabela 1.

Rezultatet e larta (një qafë e mitrës ‘e favorshme’) tregojnë për një lindje të indukuar më të lehtë, më të shkurtër dhe që ka më pak mundësi të dështojë(Kenny L and Myers J).

Rezultate të ulëta (një qafë e mitrës 'e pafavorshme') tregojnë për një lindje të indukuar më të gjatë që ka më shumë mundësi të dështojë dhe të rezultojë me prerje cezariane(Kenny L and Myers J).

Nëse vlerësimi është më pak se 6 pikë do të thotë që qafa e mitrës nuk është e gatshme për lindje(Roxanne A Vrees, 2018).

Bishop score bazohet në këta faktor ;

Sa është zgjerimi i qafës së mitrës(Roxanne A Vrees, 2018)?

Sa është shkurti i qafës së mitrës(Roxanne A Vrees, 2018)?

Qëndrimi i foshnjës (Roxanne A Vrees, 2018)?

Qëndrueshmëria e qafës së mitrës(Roxanne A Vrees, 2018).

Pozicioni i qafës së mitrës(Roxanne A Vrees, 2018).

Tabela 1. Vlersimi i Bishopit

Parametri i pikëve	Zgjerimi (cm)	Shkurtimi (%)	Qëndrimi i foshnjës	Pozicioni i qafës së mitrës	Konsistenca e qafës së mitrës
0	0	0-30	-3	posterior	fort
1	1-2	40-50	-2	qendror	mesatar
2	3-4	60-70	-1, 0	anterior	bute
3	5-6	≥ 80	+1, +2	-	-

2.7 Metodatat natyrale

2.7.1 Shtesat bimore

Duke pasur parasysh rritjen e shpejtë në industrinë e shtesave bimore, nuk është për t'u habitur fakti që shtatzënat kërkojnë informacion në lidhje me agjentë alternativ për lindje të indukuar(Josie L. Tenore, 2003).

Agjentët e përshkruar zakonisht përfshijnë , fara të zeza, cohosh të zi dhe blu dhe gjethe të kuqe të mjedrës. Fara e zezë, e cila thuhet se ka efekt tonik të mitrës, është përdorur për të përgatitur gratë

për induksion. Cohosh i zi ka një mekanizëm të ngjashëm të veprimit, ndërsa cohosh blu mund të stimulojë kontraktimet e mitrës. Gjethet e mjedrës së kuqe përdoren për të përmirësuar kontraktimet e mitrës. Rreziqet dhe përfitimet e këtyre agjentëve janë ende të panjohura sepse cilësia bazohet në një traditë të gjatë të përdorimit nga një popullatë e caktuar dhe raportet anekdotike. Përfundimi i vetëm sa i përket rolit të shtesave (suplementeve) bimore në pjekjen e qafës së mitrës ose lindjen e indukuar është ende i pasigurt (Josie L. Tenore, 2003).

2.7.2 Vaji i ricinit dhe banjot e nxehta

Vaj i ricinit, banjot e nxehta janë rekomanduar për pjekjen e qafës së mitrës ose lindjen e indukuar. Mekanizmat e veprimit për këto metoda janë të panjohura. Rishikimi i literaturës tregon se një studim i dizajnuar dobët, ku përfshihen 100 pjesëmarrëse, ka studiuar vajin e ricinit si metodë stimuluese për lindje. Nuk kishte ndonjë ndryshim në rezultatet obstetrike ose neonatale. Të gjitha gratë që konsumuan vajin e ricinit raportuan se kishin të përziera. Nuk ka asnjë dëshmi që mbështet përdorimin e tyre si metoda të zbatueshme për pjekjen e qafës së mitrës ose lindjen e induktuar (Josie L. Tenore, 2003).

2.7.3 Stimulimi i gjinjve

Masazhi i gjirit dhe stimulimi i thithave mundësojnë lirimin e oksitocinës nga gjëndra e hipofizës. Si teknika më e përdorur është masazhi i butë i gjinjve ose aplikimi i kompresave të ngrohta në gjinjë për një orë, tre herë në ditë. Nga përdorimi i kësaj teknike lirohet oksitocina. Në bazë të disa kërkimeve stimulimi i gjinjve mund të jetë efektiv për lindje të indukuar, shmangie të medikamenteve për induksion dhe redukton shkallën e gjakderdhjes postpartale (Josie L. Tenore, 2003).

2.7.4 Marrëdhëniet seksuale

Teorikisht ka shume arsye pse mund të stimulojnë lindjen. Marrëdhëniet seksuale mund të ndikojnë në fillimin e lindjes. Nga marrëdhëniet seksuale, stimulohet segmenti i poshtëm i mitrës.

Ky stimulim rezulton në një çlirim lokal të prostaglandinave. Një studim i kryer te 28 gra rezultoi në të dhëna minimale të dobishme, kështu që roli i marrëdhënieve seksuale si një metodë për promovimin e fillimit të lindjes mbetet i pasigurt(Josie L. Tenore, 2003).

2.7.5 Akupunktura

Akupunktura si metodë është vendosja e gjilpërave shumë të imëta në vendet e caktuara me qëllim parandalimin ose shërimin e sëmundjes(Josie L. Tenore, 2003). Është përdorur qindra vjet. Në mjekësinë perëndimore, mendohet se akupunktura mund të stimuloj çlirimin e prostaglandinave dhe oksitocinës. Shumica e studimeve që kanë të bëjnë me akupunkturën ishin të dizajnuara dobët dhe nuk përmbushin kriteret rigorozë të përcaktuara nga rishikuesit e Cochrane. Mënyra se si funksionon është e paqartë, dhe duhet të administrohet vetëm nga akupunkturist të licencuar(Ashly Marcin ,2020).

2.8 Metodatat kirurgjike

2.8.1 Pëlcitja e cipave amniale (ang. stripping membranes)

Pëlcitja e cipave amniale, është një procedurë që mund të ndihmojë në nxitjen e lindjes tek gratë shtatzëna që janë afër ose kalojnë terminin e lindjes. Bëhet me ndihmën e një pincete ose me përdorimin e një dorëze me thumb. Pëlcitja e cipave amniale është efektive dhe e sigurt për shumicën e grave(Jenifer Huizen, 2018).

Pëlcitja e cipave amniale tek një lindje normale ndihmon procesin e lindjes(10), sepse lirohen kemikate natyrore të quajtura prostangladine. Prostanglandinet ndihmojnë në zbutjen e qafës së mitrës dhe stimulojnë kontraksionet e mitrës(Jenifer Huizen, 2018)

Pëlcitja e cipave amniale mbart rrezik të vogël, por prapë se prapë nuk mund të jetë e përshtatshme për të gjithë(Jenifer Huizen, 2018).

Ka disa raste kur pëlcitja e cipave amniale nuk duhet të bëhet siç janë: lindja e parakohshme, infeksion akut bakterial i qafës së mitrës, placenta previa, infeksion aktiv i herpesit, vasa previa, pozicioni jo normal i fetusit(Jenifer Huizen, 2018).

2.8.2 Amniotomia(ang. artificial rupture of membranes(AROM)).

Cipat amniale shpesh shpërndahen artificialisht(Roxanne A Vrees,2018).

Zgavra amniotike është një hapësirë e mbyllur brenda mitrës në të cilën fetusi zhvillohet dhe mbrohet gjatë periudhës së shtatzënisë. Zgavra amniotike përbëhet nga një membranë me shtresë të dyfishtë, e cila përfshin një shtresë të brendshme të njohur si amnion dhe një shtresë të jashtme të njohur si korion. Kjo hapësirë formohet në fillim të shtatzënisë dhe është e mbushur me lëng seroz gjatë javëve të para të shtatzënisë. Me zhvillimin e mëtejshëm të fetusit, posaçërisht të sistemit urinar të fetusit, lëngu në këtë hapësirë rritet ndërsa fetusi në zhvillim nxjerr urinën. Urina e fetusit përfshin pjesën më të madhe të lëngut amniotik(Mahdy H, Glowacki C, Euro EU 2020).

Gjatë lindjes cipat amniale pëlcastin spontanisht(Mahdy H, Glowacki C, Euro EU 2020).

Amniotomia, e njohur gjithashtu si pëlçitje artificiale e cipave amniale (AROM) dhe nga përshkrimi laik "thyerja e ujit", është shkëputja e qëllimshme e qeses amniotike. Kjo procedurë është e zakonshme gjatë menaxhimit të lindjes dhe është kryer nga obstetrit për qindra vjet si procedurë e lindjes. Arsyet e shkëputjes së qëllimshme të qeses amniotike gjatë lindjes janë të shumëfishta, duke ndikuar në shpejtësinë e lindjes, duke lejuar monitorim më të drejtpërdrejtë të gjendjes së fetusit, dhe vlerësim cilësor të lëngut amniotik(Mahdy H, Glowacki C, Euro EU 2020).

Dy arsyt kryesore për shkëputjen artificiale të cipave amniale janë; për të nxitur lindjen dhe për të monitoruar te rrahurat e zemrës së fetusit(Mahdy H, Glowacki C, Euro EU 2020).

Përdoret si metodë kur lëngu amniotik nuk shpërthen në mënyrë natyrale. Doktorit bën një vrimë të vogël në qesen amniotike me mjet special(The American College of Obstetricians and Gynecologist June, 2018).

Rreziqet janë : infeksion i nenës dhe foshnjës, rapture e mitrës, rrit rrezikun për lindje cezariane, vdekje fetale(The American College of Obstetricians and Gynecologist June, 2018).

2.9 Metodat mekanike

Ka disa metoda mekanike për pjekje të qafës së mitrës (cervical ripening).Disa nga këto metoda janë: dilatatorët osmotik, kateteri transcervikal i Foleyt (KTF), katetri me balon të dyfishtë(Roxanne A Vrees, 2018).

Metodat mekanike shkaktojnë dilatatim direkt, po ashtu lirojnë endogjenet prostaglandin dhe oksitocin(Roxanne A Vrees, 2018).

Përdorimi i metodave mekanike duhet të bëhet me kujdes te shtrirja e ulët e placentës, sepse ka rrezik potencial për hemorragji(Roxanne A Vrees, 2018).

2.9.1 Dilatatorët osmotik

Komponentët sintetike që përdoren më së shumti nga kjo metodë janë; laminaria dhe dilapan(Roxanne A Vrees, 2018).

Dilatatorët janë hidrofilik, absorbojnë ujin, gjë që shkakton zgjerimin e qafës së mitrës(Roxanne A Vrees, 2018).

Për të vlerësuar efektet e dilatatorëve sintetikë osmotikë (Dilapan-S / Dilasoft) tek gratë që kishin lindje të indukuar, u bë një studim prospektiv ndërkombtar(Europian Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 2018).

Rezultatet kryesore ishin kohëzgjatja e futjes së Dilapan-S / Dilasoft (orë), induksioni total - intervali i lindjes (orë) dhe shkalla e lindjeve vaginale brenda 24 orëve (%). Rezultatet dytësore ishin numri i dilatatorëve të futur, rritja e rezultatit të Bishop pas nxjerrjes së Dilapan-S / Dilasoft, ndërlikimet gjatë induksionit (kontraksionet e mitrës, tahisistola e mitrës dhe hiperstimulimi, efekti në fetus). Dhe pas induksionit (infeksionet dhe rezultatet neonatale), agjentët / procedurat e përdorura për induksionin pasues të lindjes, shpejtësia e menjëhershme e mundimeve spontane pas periudhës së pjekjes së qafës së mitrës, shkalla e lindjeve spontane vaginale, shkalla e lindjeve instrumentale vaginale dhe prerjeve cezariene(Europian Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 2018).

Shkalla e përgjithshme e ndërlikimeve ishte e ulët, përfshirë rrezikun e infeksionit.

Dilapan-S / Dilasoft janë metoda të sigurt dhe efektive për pjekjen e qafës së mitrës. Përdorimi i tyre shoqërohet me nivele të ulëta të ndërlikimeve të nënës dhe foshnjës(Europian Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 2018).

2.9.2 Kateteri transcervikal i Foley

Kateteri i Foley është i vendosur brenda qafës së mitrës. Më së shpeshti kateteri insertohet brenda kanalit të mitës me ndihmën e forcepsit gjatë një ekzaminimi me spekullum. Mund të vendoset gjatë ekzaminimit digital. Kateteri qëndron më shumë se 24 orë. Pas heqjes së kateterit shumica e grave kërkojnë që lindja e indukuar të vazhdojë tutje me oksitocin apo prostanglandin(Roxanne A Vrees, 2018).

Përdoren madhësi të ndryshme të kateterit (14- 26) dhe vëllimi i ndryshëm i balonit të kateterit (25- 80 ml të kripës sterile ose ujit)(Roxanne A Vrees, 2018).

Një eksperiment i bërë rastësisht krahasoi vëllimin e balonit 30-80 ml. Nuk kishte ndonjë ndryshim të gratë që kanë pasur më shumë se një lindje(Roxanne A Vrees, 2018).

2.9.4 Infuzioni extraamniotik me krip

Kateteri përdoret për të futur kripën brenda hapësirës së murit të mitrës dhe amnionit. Kjo rezulton në lirim të prostanglandinës. Vlerat janë 30 - 40 ml për orë (Roxanne A Vrees, 2018).

Rishikimi i Chocrane për metoda mekanike të lindjes së indukuar nuk përmendi asnjë provë që mbështet përdorimin e kësaj metode (Roxanne A Vrees, 2018).

2.10 Metodat farmakologjike

2.10.1 Prostanglandinat (PGE1 DHE PGE2)

Prostaglandinat janë hormone të prodhuara natyrshëm nga trupi, të cilat janë të rëndësishme në fillimin e lindjes. Prostaglandinat e prodhuara në mënyrë sintetike janë përdorur në praktikën klinike që nga vitet 1960 për të nxitur kontraktimet e mitrës. Ato përdoren më shpesh tek gratë kur qafa e mitrës është e papjekur (dmth. Me një Bishop <6). Prostaglandinat nxisin pjekjen e qafës së mitrës dhe veprojnë në kolagenin e qafës së mitrës, në këtë mënyrë qafa e mitrës zbutet dhe është gatshme për lindje. Prostaglandinat stimulojnë kontraktimet e mitrës (Alferovic et al n.d).

Pavarësisht përdorimit të gjerë të prostaglandinave si metode farmakologjike të lindjes së indukuar, ato mund të shkaktojnë një numër efektesh anësore, duke përfshirë të përziera, të vjella, diarre dhe ethe. Përveç kësaj, për shkak të efektit të tyre në mitër, prostaglandinat mund të shkaktojnë kontraksione që zgjasin shumë, janë të shpeshta ose janë shumë të forta. Aktiviteti i tepruar i mitrës, ose hiperstimulimi, mund të shoqërohet me shqetësime të foshnjës dhe në një numër të vogël të rasteve mund të shkaktojnë rrupturë të mitrës, veçanërisht në ato gra që kanë pasur ndonjë ndërhyrje në mitër ose lindje me prerje cezariene (Alferovic et al n.d).

Prostaglandinat janë të disponueshme në një shumëllojshmëri formulimesh dhe dozash, dhe mund të jepen përmes rrugëve të ndryshme të administrimit; vaginal, intracervikal, oral dhe më rrallë intravenoz (Alferovic et al n.d).

2.10.2 PGE1 misoprostoli

Misoprostol është një analog PGE₁ që është efektiv në stimulimin e kontraksioneve të mitrës. Misoprostol është i lirë dhe nuk kërkon hapësira të veçanta për ruajtje, mund të administrohet përmes disa rrugëve: administrimi oral (gëlltitur si tabletë ose tretur në një tretësirë), vaginal (futet në vaginë si tablet ose xhel), rektal (futet në rektum si tabletë) dhe buccal ose sublingual (tableta tretet respektivisht në faqe ose nën gjuhë). Rrugë të ndryshme të administrimit kanë avantazhe dhe disavantazhe. Misoprostoli oral ka fillim të shpejtë të veprimit, ndërsa administrimi vaginal shoqërohet me thithje më të ngadaltë por veprim më të zgjatur(Alferevic et al n.d).

Doza tipike për misoprostol intravaginal është 25 microgram çdo 3 deri 6 orë. Doza orale është 100 mcg. Administrimi sublingual është më efikas se ai oral në doza të njëjta. Nëse krahasohen dhënia intravaginale 25 mcg me dhënien orale 100 mcg kanë të njëjtin efikasitet(Alferevic et al n.d).

Megjithëse misoprostoli përdoret gjerësisht në praktikën obstetrike për indikacione të tjera (p.sh. aborti), ka pasur shqetësime në lidhje me përdorimin e tij për shkak të efekteve anësore, siç është ruptura e mitrës. Disa studime të vogla kanë raportuar aktivitet të tepërt të mitrës kur përdoret misoprostoli, të tilla si tahisistola e mitrës (më shumë se pesë kontraksione në 10 minuta për të paktën 20 minuta), hipersistolë mitre / hipertonus (një tkurrje që zgjatë 2 minuta). Nga një analizë e bërë në lidhje me përdorimin e misoprostolit vaginal sugjeroi që pavarësisht rritjes së aktivitetit të tepërt të mitrës, misoprostoli nuk ndikon tek fetusin, veçanërisht në një dozë më të ulët (<25 mcg)(Alferevic et al n.d).

2.10.3 PGE2 dinoprostone

Prostaglandinë sintetike. Përdoret në dy forma; në formë gelli ose insertimi vaginal.Në formë gelli përdoret në sasi 0,5 mg, ndërsa te insertimi vaginal 10 mg. Përmes insertimit vaginal prostanglandinat lirohen më ngadalë se te mënyra përmes gellit(Roxanne A Vrees, 2018).

2.10.4 PGE1 kunder PGE2

Në një eksperiment të rastësishëm, misoprostoli intravaginal është krahasuar me dinoprostoin në formë të gellit. Koha e indukimit deri në shpërndarje vaginale ishte më e shkurtër me

misoprostol sesa te dinoprostoni. Nuk kishte ndryshim në shpërndarjen e këtyre agjentëve ndërmjet dy grupeve të studimit. Incidenca e tahisitoles ishte e ngjashme në mes dy grupeve. Misoprostoli është shumë më i lirë se dinoprostoni (Roxanne A Vrees, 2018).

2.10.5 Oksitocina

Oksitocina është një hormon që prodhohet natyrshëm nga trupi, dhe që ka disa funksione, përfshirë stimulimin e kontraksioneve të mitrës në fazën e dytë dhe të tretë të lindjes. Analogët e oksitocinës, të administruara në mënyrë intravenoze, janë agjentët më të zakonshëm të induksionit që përdoren në të gjithë botën. Oksitocina administrohet kur qafa e mitrës është e zgjeruar (ose e favorshme) dhe mund të kombinohet me metodën e shkëputjes artificiale të cipave amniale (amniotomia). Oksitocina mund të shkaktojë aktivitet të tepërt të mitrës(Alferevic et al n.d).

2.10.6 Mifoprostone

Mifepristoni (Mifeprex) është një agjent antiprogesteronik. Progesteroni pengon kontraktimet e mitrës, ndërsa mifepristoni ka veprim kundërt me progesteronin. Për të parë rezultatet e përdorimit të mifprostonit u bën prova testimi ne 594 gra. Rezultatet kanë treguar se gratë e trajtuara me mifeprostone kanë më shumë mundësi të kenë një qafë të mitrës të favorshme për lindje brenda 48 deri në 96 orëve. Mundësia që këto gra te lindin brenda 48 deri në 96 orë ishte shume e madhe, ndërsa mundësia për të lindur me prerje cezariane ishte më e vogël. Sidoqoftë, ka pak informacione në dispozicion, në lidhje me rezultatet e mifprostonit, ndikimin e tij tek fetusi dhe efektet anësore që mund ti shkaktoj nënës. Kështu që, ka informacion të pamjaftueshëm për të mbështetur përdorimin e mifepristonit për induksion gjatë lindjes(Josie L. Tenore, 2003).

2.10.7 Relaksina

Relaksina është hormon që nxit pjekjen e qafës së mitrës. Recensentët e Cochrane vlerësuan rezultatet e katër studimeve që përfshinë 267 gra, dhe arritën në përfundimin se nuk ka mbështetje të mjaftueshme për përdorimin e relaksinës si stimulim për lindje. Ashtu si shumë nga metodat e tjera, nevojiten prova të mëtejshme për përdorimin e kësaj metode(Josie L. Tenore, 2003).

2.11 Menaxhimi infermieror

2.11.1 Monitorimi për lindje të sigurt dhe proces të lindjes

a. AROM

- Shpjegimi i procedurës së AROM dhe informon pacienten se lindja pason pas 6-8 orë të aplikimit të AROM(Rnpedia.com).
- Monitorimi i toneve të zemrës të fetusit para, gjatë dhe pas procedurës(Rnpedia.com).
- Vëzhgon dhe regjistron ngjyrën, sasinë dhe erën e lëngut amniotik, kohën e procedurës, statusin e qafës së mitrës , temperaturën e nënës(Rnpedia.com).
- Mat dhe regjistron temperaturën e pacientes çdo 2 orë për të vlerësuar për infeksion(3).
- Monitoron fillimin e lindjes(Rnpedia.com).
- Fillon monitorimin e vazhdueshëm të brendshëm dhe të jashtëm të fetusit, dhe vlerëson rrahjet e zemrës të fetusit 110 – 160 rrahje/ min(Rnpedia.com).
- Nëse ka bradikardi të vazhdueshëm (më pak se 120 rrahje/min), ndërprejnë medikamentet, administrojnë oksigjen, njoftojnë mjekun, ri pozicionon pacienten në pozicionin e shtrirë anësor, dhe kryejnë ekzaminim vaginal; shqetësimi i fetusit mund të rezultojë me përparim të lindjes më të shpejtë, zbritje e fetusit, prolaps i kordonit(Rnpedia.com).
- Vlerëson dhe regjistron shenjat vitale dhe rrahjet e zemrës së fetusit (FHR) çdo 15 – 30 min, në varësi të fazës së lindjes dhe statusit të rrezikut, vlerëson për shenjat e lindjes, nëse lindja është gati për të filluar(Rnpedia.com).

a. Lindja me metoda farmakologjike

- Supozitori (prostanglandinë) futet çdo 2 orë(Rnpedia.com).
- Mban të ftohtë supozitorin dhe sjell në temperaturë të dhomës para insertimit(Rnpedia.com).
- Pas insertimit pacientja qëndron e shtrirë duke u mbajtur në duar për 15 – 20 minuta(Rnpedia.com).
- Gelli futet në mitër nga kateteri 2 herë, 6 orë larg njëra tjetrës(Rnpedia.com).
- Monitoron për efektet anësore të mëposhtme ;
 - i. Dhimbje koke

- ii. Nauze
- iii. Të vjellura
- iv. Hipotension
- v. Hipertension
- vi. Dispne
- vii. Stimulim të mitrës(Rnpedia.com)

Oksitocina injektohet me një normë prej 1 -2 mU/min dhe rritet me 1- 2 mU/min cdo 15 – 30 min deri sa të vendose një model kontraktimi(Rnpedia.com).

- Monitoron shenja vitale dhe rrahjet e zemrës së fetusit(Rnpedia.com).
- Limiton lëngjet IV (intravenoze) në 150 ml /orë(Rnpedia.com).
- Përzier 10 IU oksitocin në 1000 mL laktat Ringer dhe ia vendos shtatzënës (Rnpedia.com).
- Monitoron për intoksikim (helmim) nga uji(Rnpedia.com).
- Rishikon protokollin e spitalit në lidhje me sasinë, shkallën, dhe intervalin e oksitocines(Rnpedia.com).

2.11.2 Planifikimi

Me të gjitha të dhënat e mbledhura gjatë vlerësimit dhe përmes një diagnoze të saktë, duhet bëhet një plan kujdesi për gruan gjatë lindjes për të ndihmuar atë gjatë përparimit të lindjes(Marianne Belleza, 2018).

Kujdesi në fazën e parë të lindjes - lindja duhet që të filloj natyrshëm jo të induktohet artificialisht. Gruaja duhet të lejohet të lëvizë lirshëm gjatë lindjes. Lejimi i gruas të marr një pozicion të përshtatshëm për lindje(Marianne Belleza, 2018).

Kujdesi në fazën e dytë të lindjes - vendi i lindjes duhet të përgatitet. Gruaja duhet të marr pozicionin më të përshtatshëm për lindje. Pjesë tjetër e rëndësishme është promovimi i shtytjes efektive në fazën e dytë të lindjes. Pastrimi perineal është gjithashtu pjesë integrale e fazës së dytë(Marianne Belleza, 2018).

Kujdesi në fazën e tretë – duhet ti kushtohet rëndësi e veçantë lindjes së placentës në këtë fazë. Pas lindjes së placentës, duhet administruar oksitocina IM (10UI intramuskulare) për të promovuar kontraktimet e mitrës. Nëse kryhet episiotomia duhet bërë qepja e saj si dhe riparimi perineal duhet të përfshihet në planin e kujdesit(Marianne Belleza, 2018).

2.11.3 Implementimi

Disa ndërhyrje implementohen për ti dhënë rehati dhe siguri nënës gjatë dhe pas periudhës së lindjes(Marianne Belleza, 2018).

Gruaja inkurajohet të zbraz fshikëzën urinare çdo 2 orë. Vlerësohen dhe rishikohen teknikat e frymëmarrjes së gruas. Informon gruan për intervenimet e nevojshme. Krijon një plan kujdesi të lindjes për gruan në mënyrë që ajo të mund të integroj preferencat e saj në planin e kujdesit. Siguron lëngje për të shmangur tharjen e gojës. Lejimi i gruas të ecë dhe lëviz lirshëm gjatë lindjes. Mos ndërhyrja tek gruaja gjatë kontraktimit për të mos shqetësuar në përqendrimin e teknikave të saj(Marianne Belleza, 2018).

2.11.4 Evoluimi

Lindja e sigurt dhe e shëndetshme e gruas është e mundur nëse nuk shfaqen probleme gjatë lindjes. Shtatzëna nuk duhet të shfaq shenja të distendimit të fshikëzës urinare dhe duhet të jetë në gjendje të urinoj çdo dy orë. Shtatzëna ka nivel të tolerueshëm të dhembjes. Ajo e shpreh dëshirën e saj për mënyrën e lindjes(Marianne Belleza, 2018)

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Induksioni dhe stimulimi i lindjes ende janë sfidë për obstetrit, mamitë dhe infermieret në botë edhe te ne sepse, bartin një sërë rreziqesh si për shëndetin e nënës ashtu edhe për frytin - të porsalindurin. Andaj qëllimi i punimit tonë është që të hulumtohen rastet e lindjeve të indukuara dhe të stimuluar që kanë lindur në Klinikën Obstetrike - Gjinekologjike në QKUK, në periudhën Janar-Mars, 2020.

4. METODOLOGJIA

4.1 Konceptualizimi i hulumtimit

Studimi është i llojit retrospektiv, i serisë së rasteve të lindjeve me induksion dhe stimulim, të cilat janë kryer në Klinikën Obstetrike - Gjinekologjike në Prishtinë

Për hulumtim më të thukët, pacientet janë analizuar sipas moshës së nënës, vitalitetit të porsalindurit të vlersuar sipas APGAR score në minutën e parë dhe të pestë të lindjes si dhe peshën në lindje.

Janë analizuar edhe rastet ku ka dështuar induksioni por lindja është kryer me prerje cezariene sipas moshës së nënës, vitalitetit të porsalindurit në minutën e parë dhe pestë si dhe peshën e lindjes.

Gjithashtu, synim i hulumtimit tonë ka qenë edhe analiza e ndërhyrjeve dhe komplikimeve në rastet e indukuara dhe stimuluar ku lindja është kryer me rrugë vaginale.

4.2 Instrumenti

Burim i të dhënave ka shërbyer protokoli i evidencës në salla të lindjes dhe bllokun operator.

Të dhënat janë analizuar me programin Microsoft Excel, ndërsa rezultatet e fituara janë paraqitur në formë grafike dhe tabelare.

5. PREZANTIMI DHE ANALIZIMI I TË DHËNAVE

Gjatë periudhës së studimit në KOGJ kanë qenë gjithsej 591 raste me stimulim, induksion dhe SC për arsye të dështimit të induksionit.

Kanë qenë 527 raste me stimulim, 64 rastet me induksion, ku 20 prej tyre kanë përfunduar me prerje cezariane(SC).

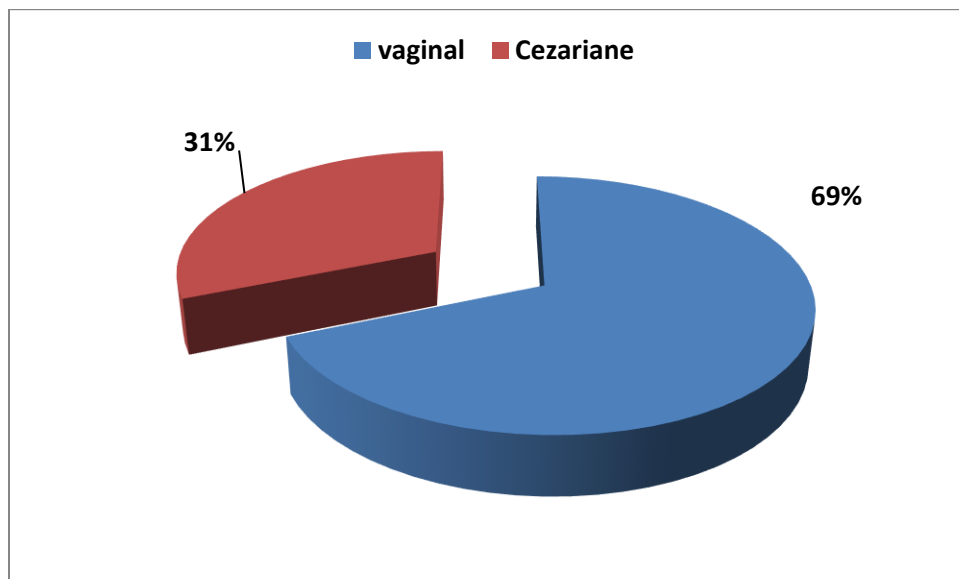


Figura 1. Përfundimi i lindjes te aplikimi i induksionit

Figura 1 pasqyron se përqindja më e madhe, 69% te rasteve, ku është indukuar lindja, kanë përfunduar me rrugë vaginale, ndërsa ne 31% të rasteve është dashur të kryhet lindja me prerje cezariane.

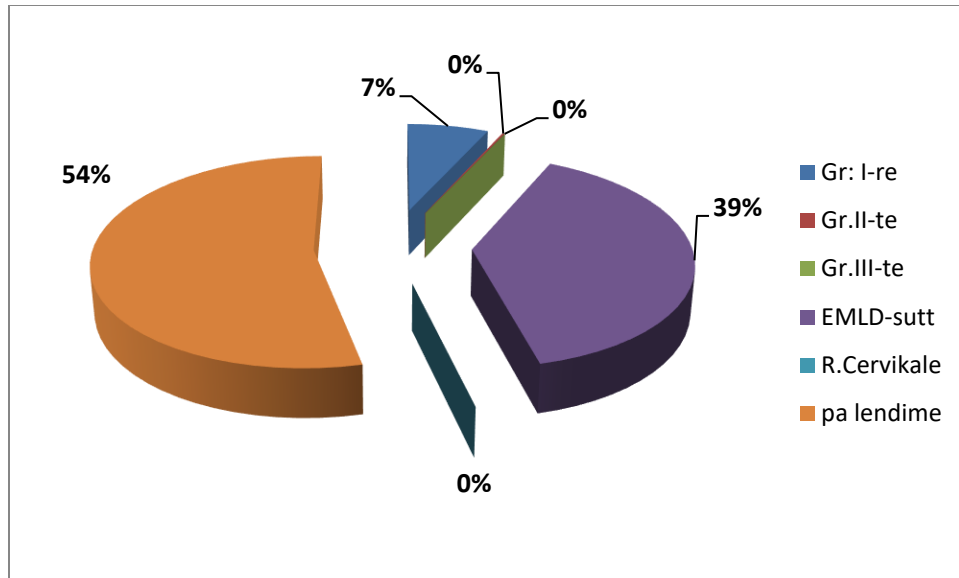


Figura 2. Intervenimet dhe komplikimet te lindja vaginale e indukuar dhe stimuluar

Nga figura 2 shihet se në 54% të rasteve të stimuluar dhe indukuara nuk ka asnjë komplikim. Ne 39% të rasteve është dashur të bëhet episiotomia medio-laterale e anës së djathtë si dhe sutura. 7% të rasteve kanë pasur rapture të perineumit të shkallës së parë ndërsa lëndime tjera nuk janë gjetur.

Tabela 2. Lindja e stimuluar sipas moshës së nënës, vitalitetit në min1 dhe 5 dhe peshës së lindjes

Stimulim							
Mosha		AS në 1 minutë		AS në 5 minuta		Pesha e foshnjës	
Rangu	Raste	Rangu	Raste	Rangu	Raste	Rangu	Raste
< 20 vjet	6	0-3	5	0-3	2	≥ 500 - 1000 gr	0
≥ 20-30 vjet	264	4-6	28	4-6	9	≥ 1000-1500 gr	1
≥ 30-40 vjet	234	7-10	482	7-10	503	≥1500-2000 gr	2
≥ 40 vjet	14					≥ 2000-2500 gr	13
						≥ 2500 gr	505

Tabela 3. Lindja e indukuar vaginale sipas moshës së nënës, vitalitetit në min1 dhe 5 dhe peshës së lindjes

Induksion							
Mosha		AS në 1 minutë		AS në 5 minuta		Pesha e foshnjës	
Rangu	Raste	Rangu	Raste	Rangu	Raste	Rangu	Raste
< 20 vjet	1	0-3	9	0-3	8	≥ 500 - 1000 gr	6
≥ 20-30 vjet	19	4-6	4	4-6	4	≥ 1000-1500 gr	2
≥ 30-40 vjet	21	7-10	27	7-10	28	≥ 1500-2000 gr	2
≥40 vjet	3					≥ 2000-2500 gr	2
< 20 vjet						≥ 2500 gr	32

Tabela 4. Lindja që pas induksionit ka përfunduar me SC sipas moshës së nënës, vitalitetit në min1 dhe 5 dhe peshës së lindjes

Lindjet që pas induksionit kanë përfunduar me SC							
Mosha		AS në 1 minutë		AS në 5 minuta		Pesha e foshnjës	
Rangu	Raste	Rangu	Raste	Rangu	Raste	Rangu	Raste
< 20 vjet	1	0-3	0	0-3	0	≥ 500 - 1000 gr	0
≥ 20-30 vjet	13	4-6	1	4-6	0	≥ 1000- 1500 gr	0
≥ 30-40 vjet	5	7-10	18	7-10	19	≥ 1500- 2000 gr	0
≥ 40 vjet	1					≥ 2000- 2500 gr	0
< 20 vjet						≥ 2500 gr	20

Të dhënat nga tabelat (2,3,4) janë paraqitur në mënyrë grafike.

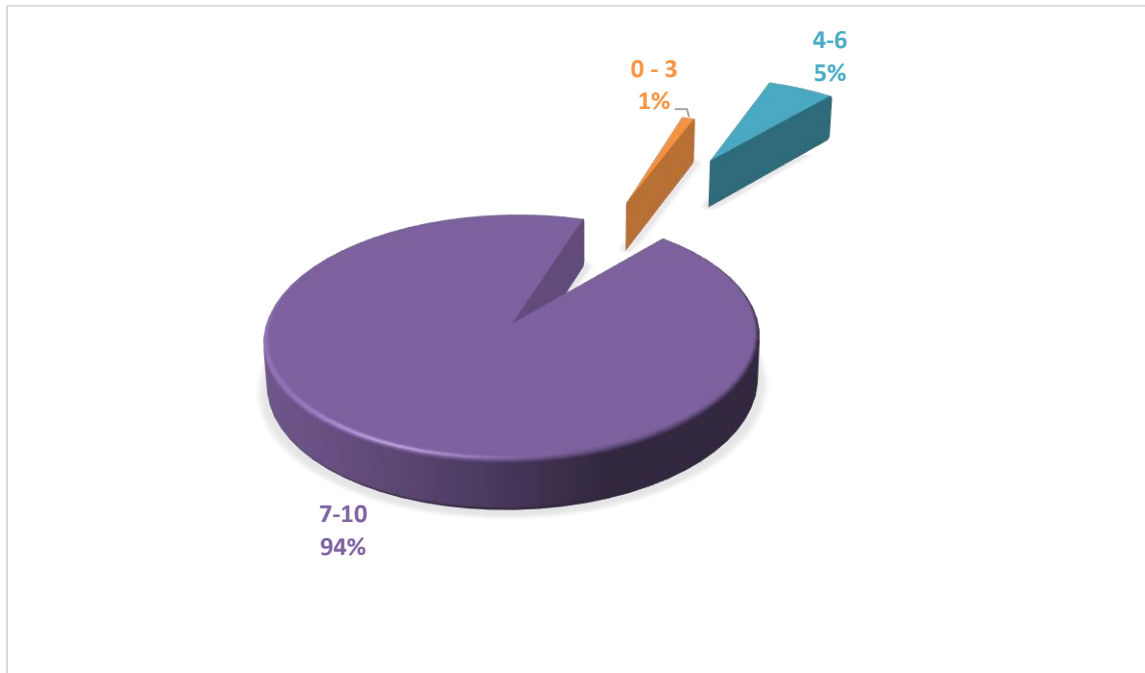


Figura 3. AS në 1 minutë te lindja e simuluar

Nga figura 3 shihet që te lindjet e stimuluar APGAR score ka qenë me vlerë 7-10 në 94% të rasteve, 4-6 në 5% të rasteve ndërsa 0-3(asfiksion) vetëm 1% i rasteve.

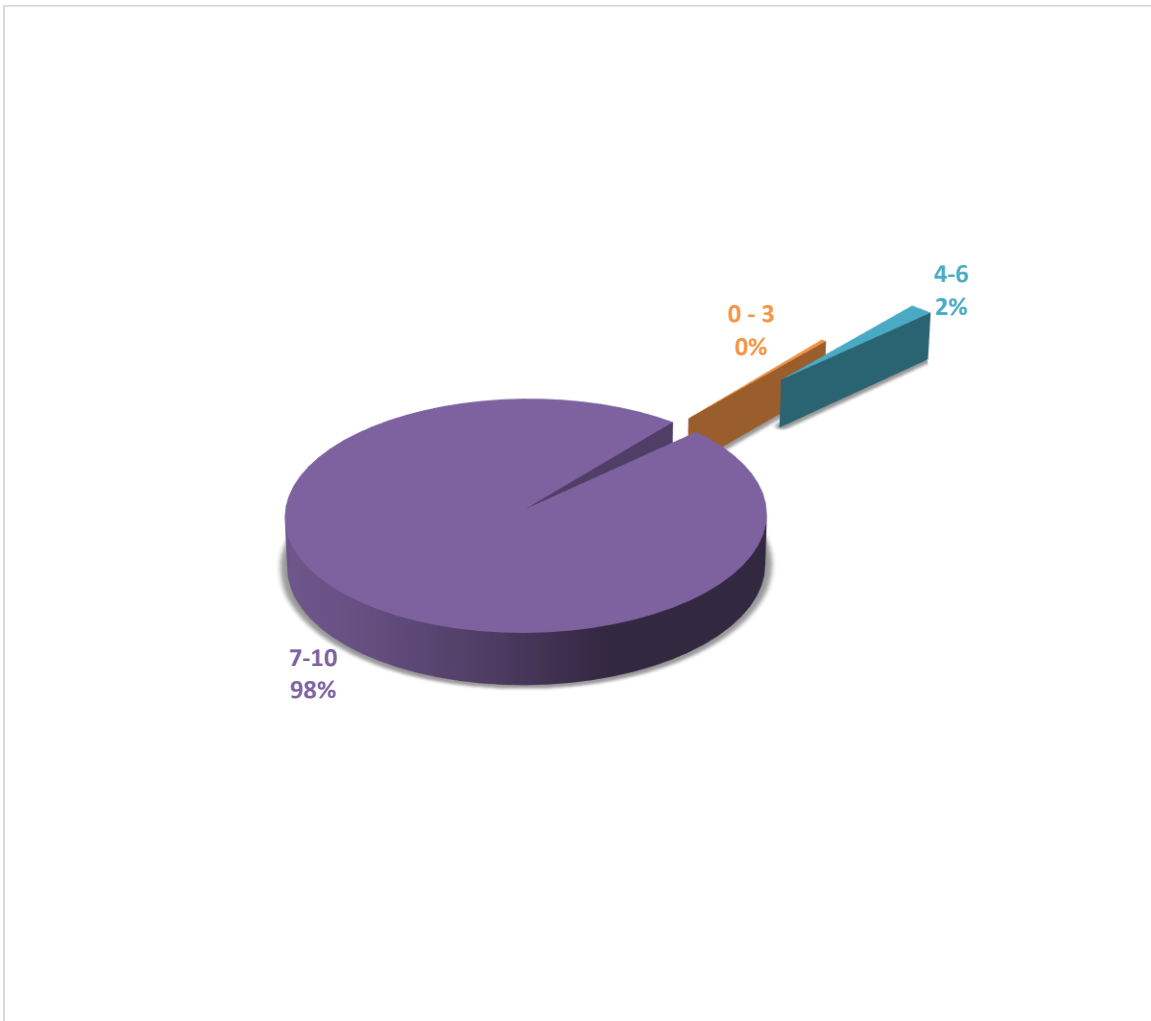


Figura 4. AS në 5 minuta te lindja e simuluar

Nga figura 4 shihet që te lindjet e stimuluar APGAR score ka qenë në 98% të rasteve 7-10, 2% të rasteve 4-6, ndërsa ka pasur vetëm 2 raste me vlerë 0-3(asfiksion), por në përqindje është shfaqur me 0% për shkak të numrit të vogël .

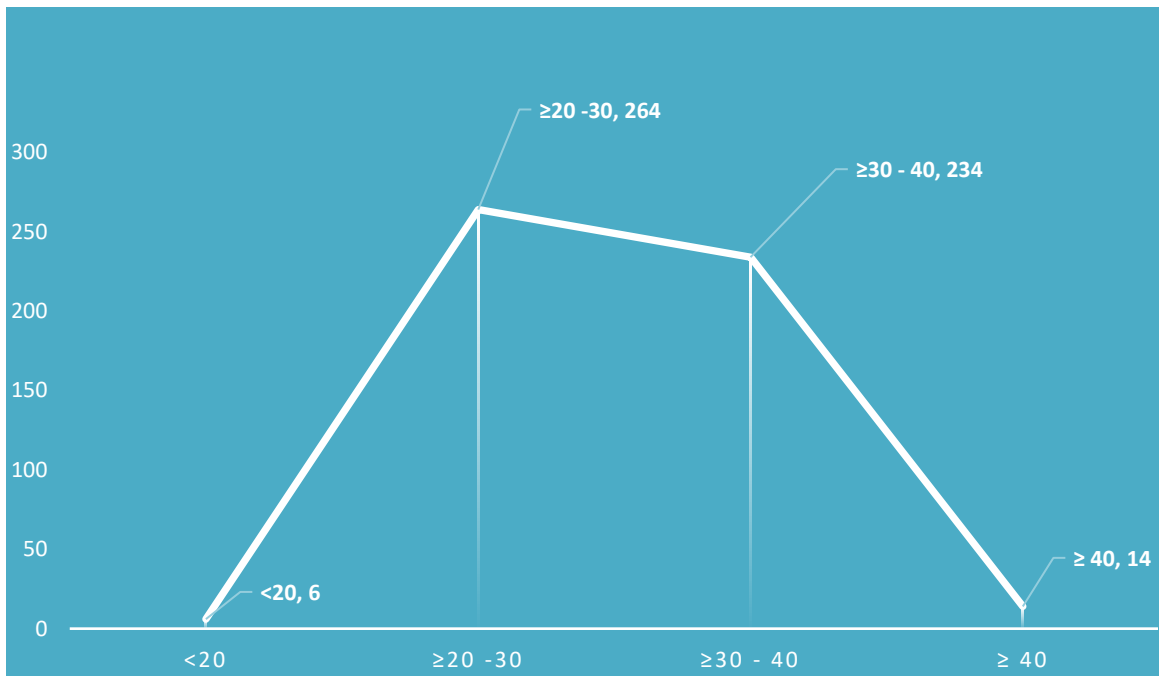


Figura 5. Mosha e grave te lindja e stimuluar

Nga figura 5 vërejmë që ka pasur lindje të stimuluar më shumë tek moshat më e madhe ose baras 20 – 30 vjet dhe më e madhe ose baras 30 – 40 vjet.

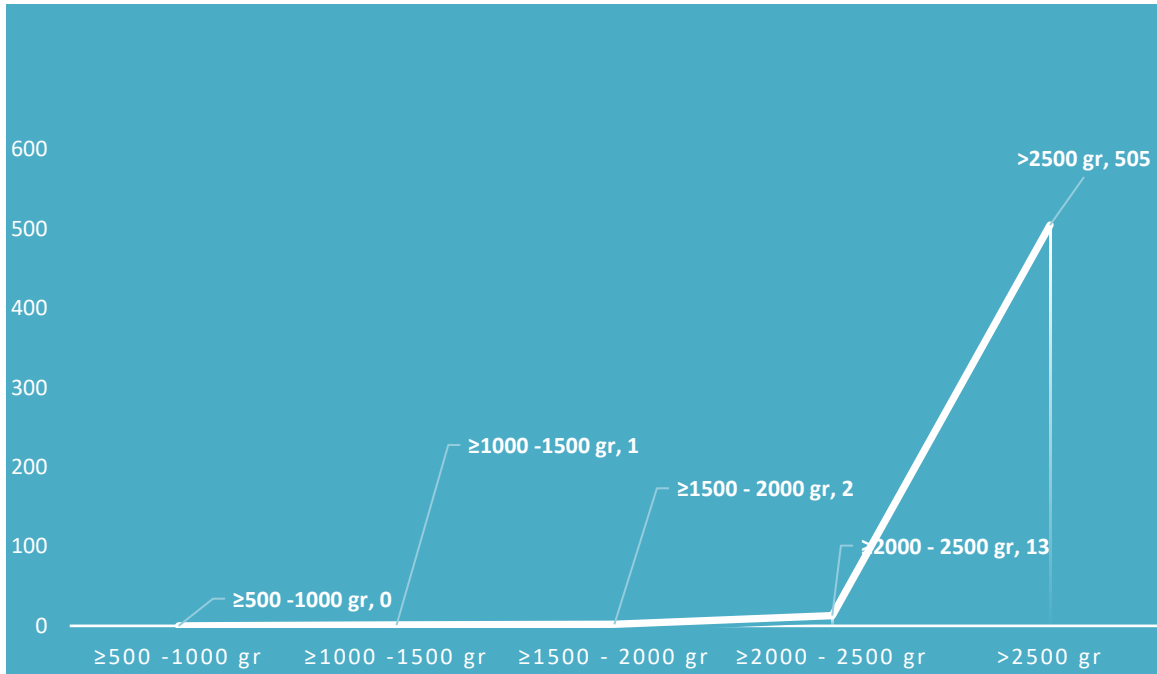


Figura 6. Pesha e foshnjës te lindjet e stimuluar

Nga figura 6 vërejmë që tek lindjet e stimuluar numri më i madh i foshnjave kanë lindur me peshë më të madhe se 2500 gr.

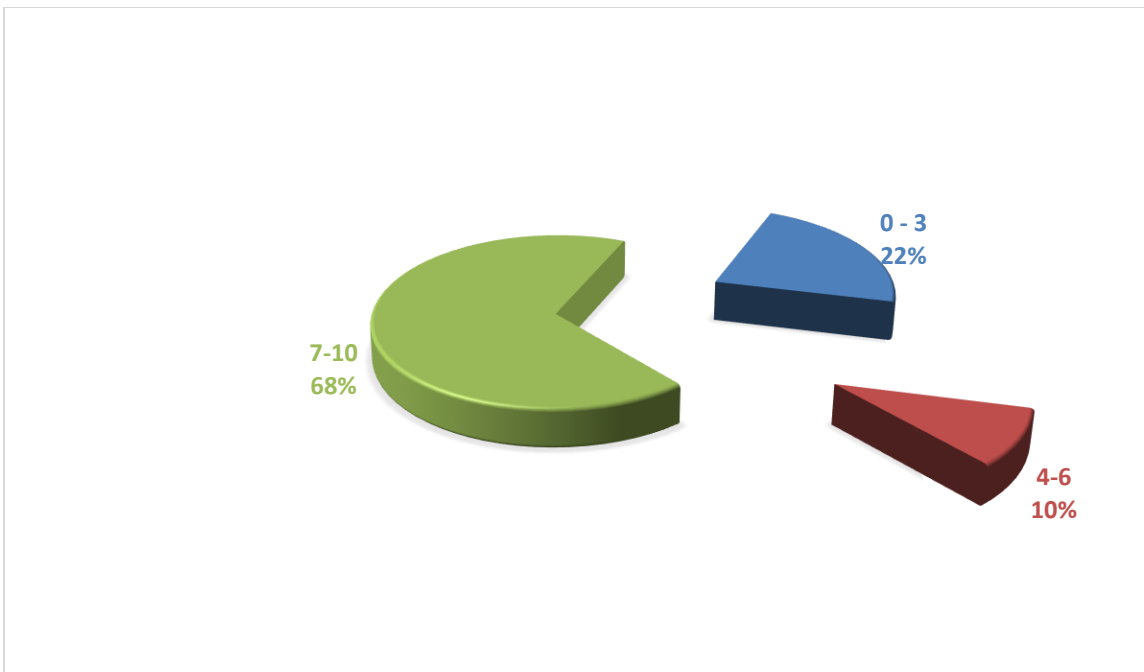


Figura 7. AS në 1 minutë te lindja e indukuar

Nga figura 7 shihet që te lindjet e indukuara numri më i madh i foshnjave të lindura e kanë APGAR score në minutën e parë me vlerë 7-10 pra 68% e tyre, AS me vlerë 0-3(asfiksion) është 22% e rasteve dhe me vlerë 4-6 kanë qenë 10% e rasteve.

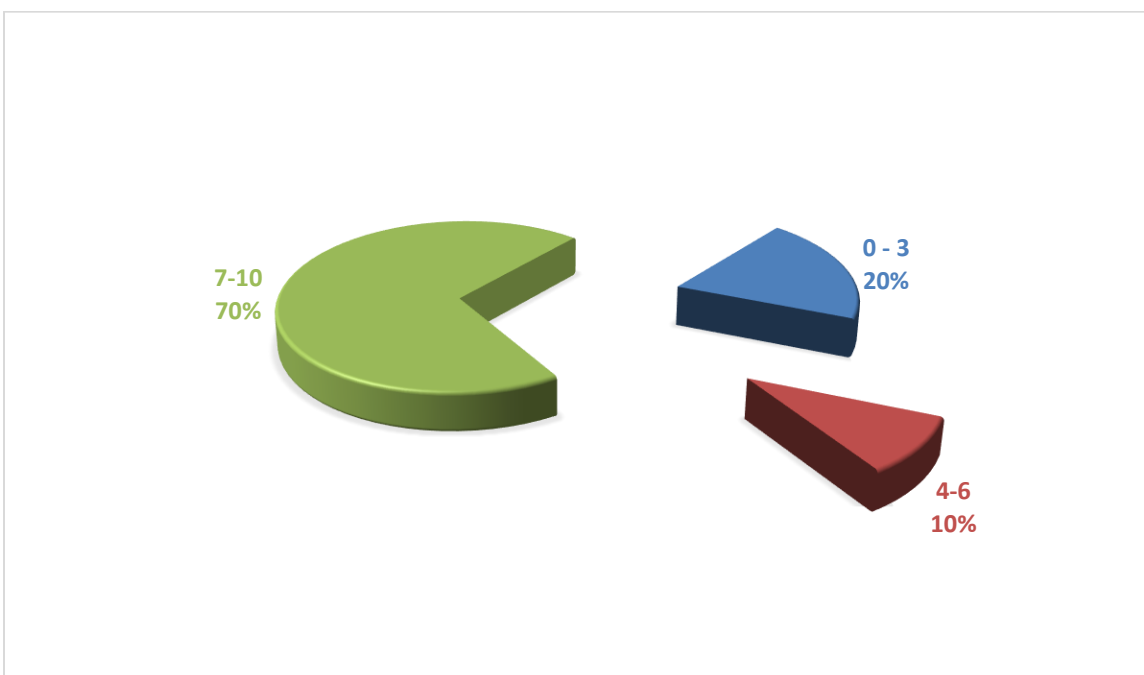


Figura 8. AS në 5 minuta te lindja e indukuar

Nga figura 8 vërejmë që te lindja e indukuar AS në minutën e pestë në 70 % të rasteve është vlera 7-10, vlera 4-6 është 10%, ndërsa vlera 0-3(asfiksion) është 20% e rasteve.

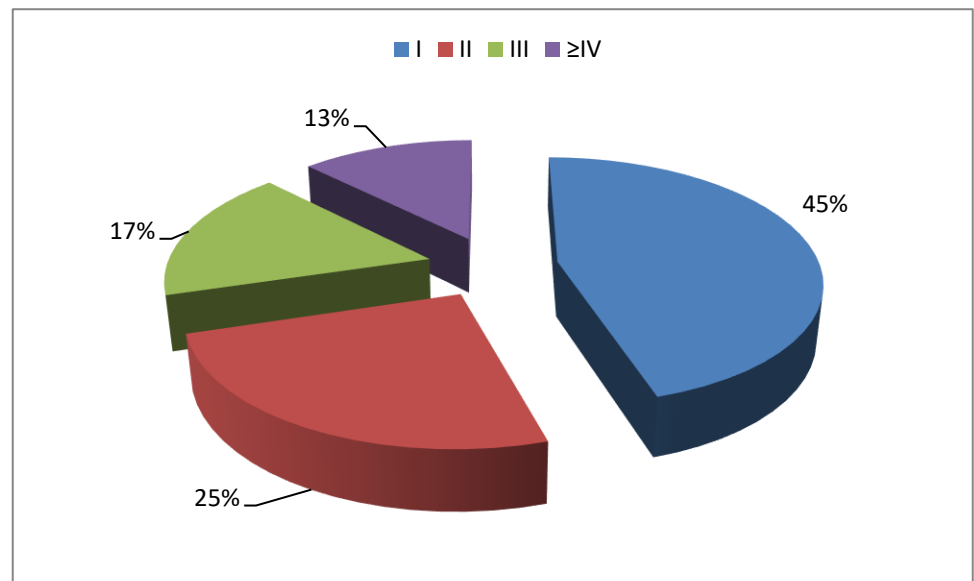


Figura 9. Lindja e indukuar sipas paritetit

Figura 9 pasqyron se përqindja më e madhe e rasteve, 45% e tyre është indukuar lindja në shtatzëninën e parë e pasuar nga 25% te lindja e dytë, 17% te lindja e tretë dhe 13% te rastet me baras dhe mbi 4 lindje.

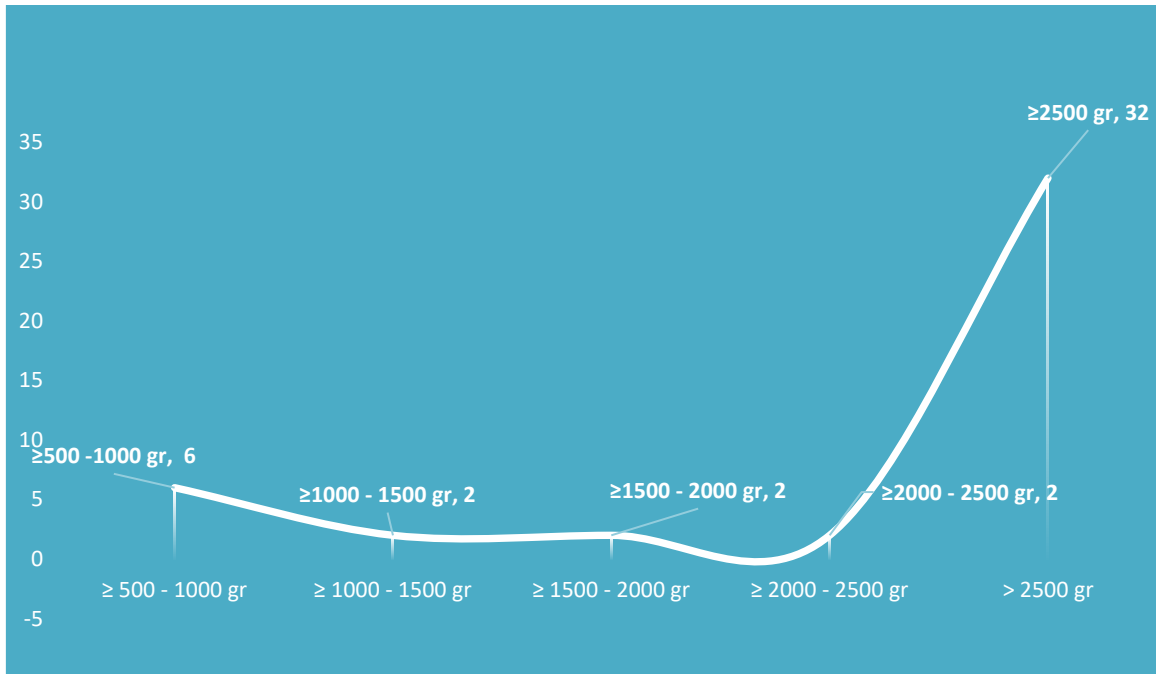


Figura 10. Pesha e foshnjës te lindjet e indukuara

Figura 10 pasqyron që pesha e foshnjave te lindjet e indukuara në shumicën e rasteve, përkatësisht në 32 raste ka qenë më e madhe se 2500 gr, ndërsa ka pasur raste pak me peshë nën 2500 gr.

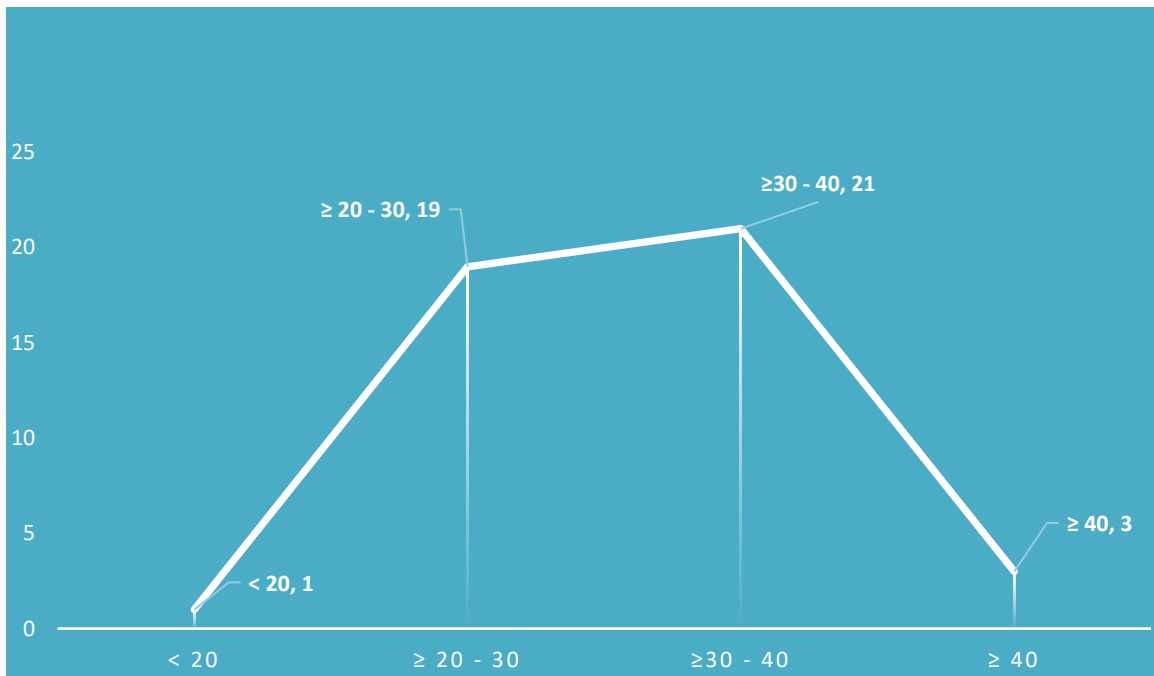


Figura 11. Moshë e grave të lindja e indukuar

Nga figura 11 shohim që raste të lindjeve të indukuara në bazë të moshës së nënave, më së shumti lindje ka pasur të moshave më e madhe ose baras 20 – 30 vjet dhe më e madhe ose baras 30 – 40 vjet.

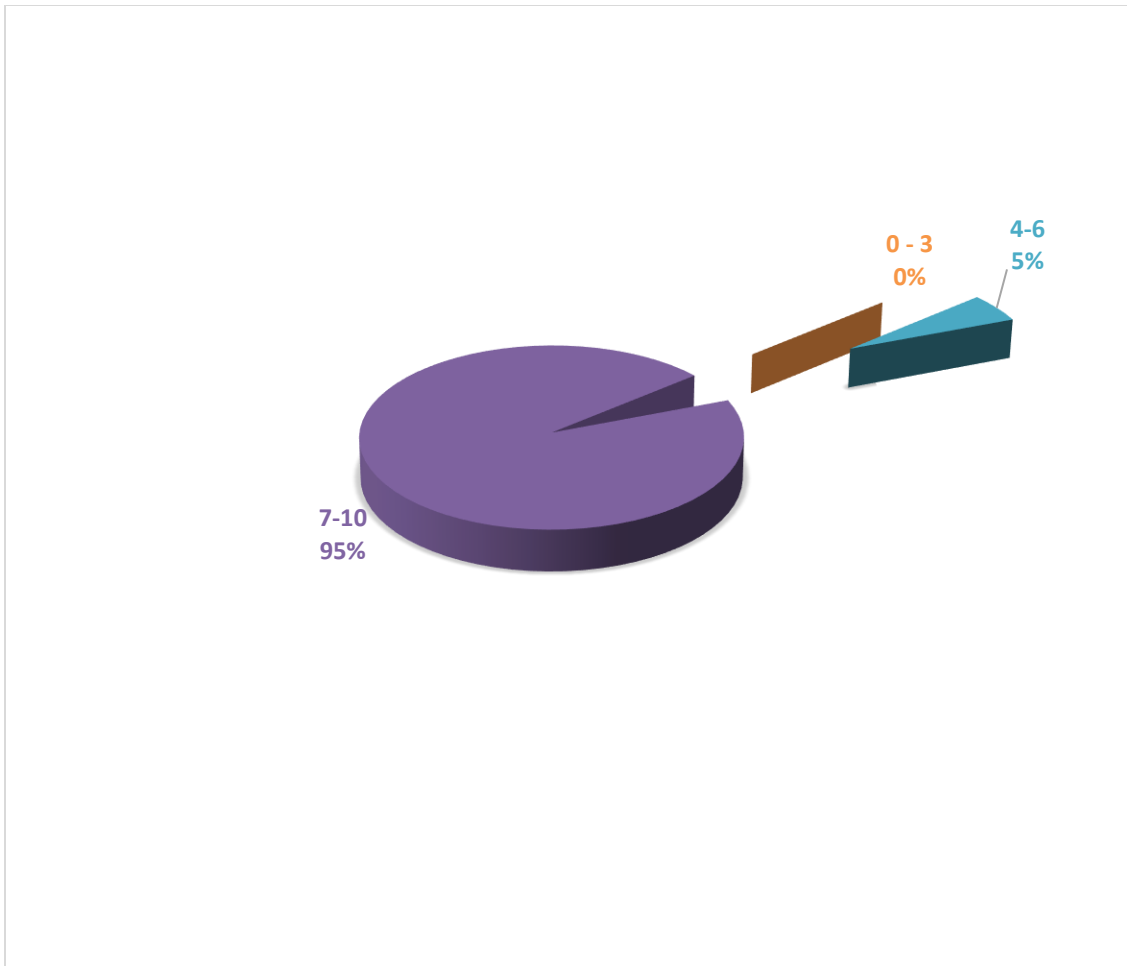


Figura 12. AS në 1 minutë te lindja e indukuar që ka përfunduar me SC

Nga figura 12 shohim që shumica e lindjeve të indukuara që kanë përfunduar me SC, AS në 1 minutë ka qenë me vlerë 7-10 në 95% të rasteve, ndërsa vetëm 5% e rasteve ka qenë me vlerë 4-6, nuk ka pasur me vlerë 0-3(asfiksion).

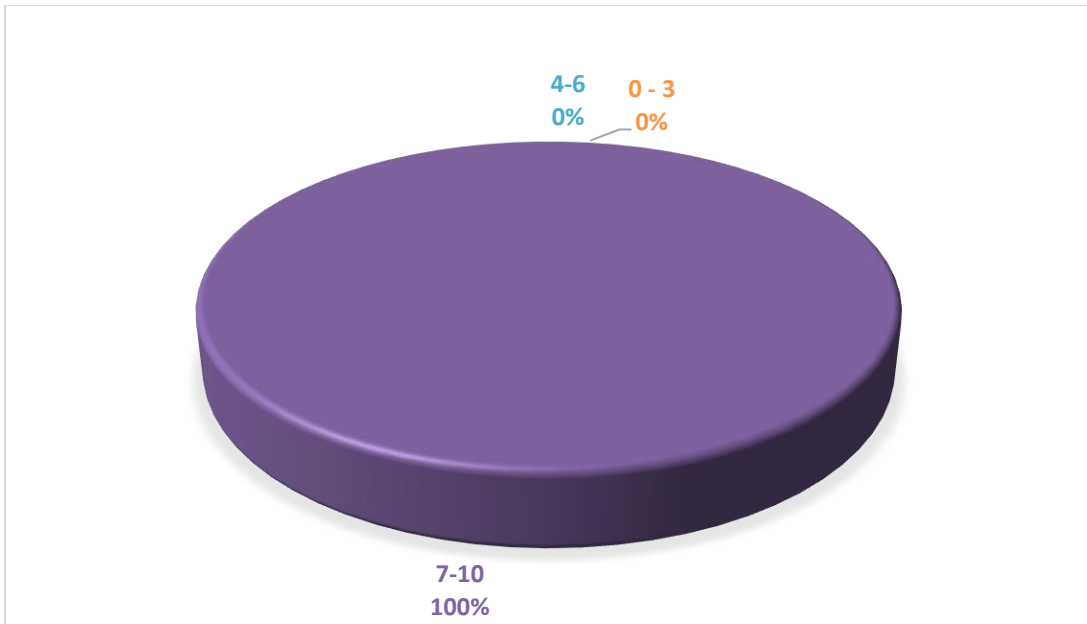


Figura 13. AS në 5 minuta te lindja e indukuar që ka përfunduar me SC

Figura 13 tregon që të gjitha rastet te lindjet e indukuara që kanë përfunduar me SC, kanë pasur vlerën e AS në minutën e pestë 7-10, pra 100% të rasteve.

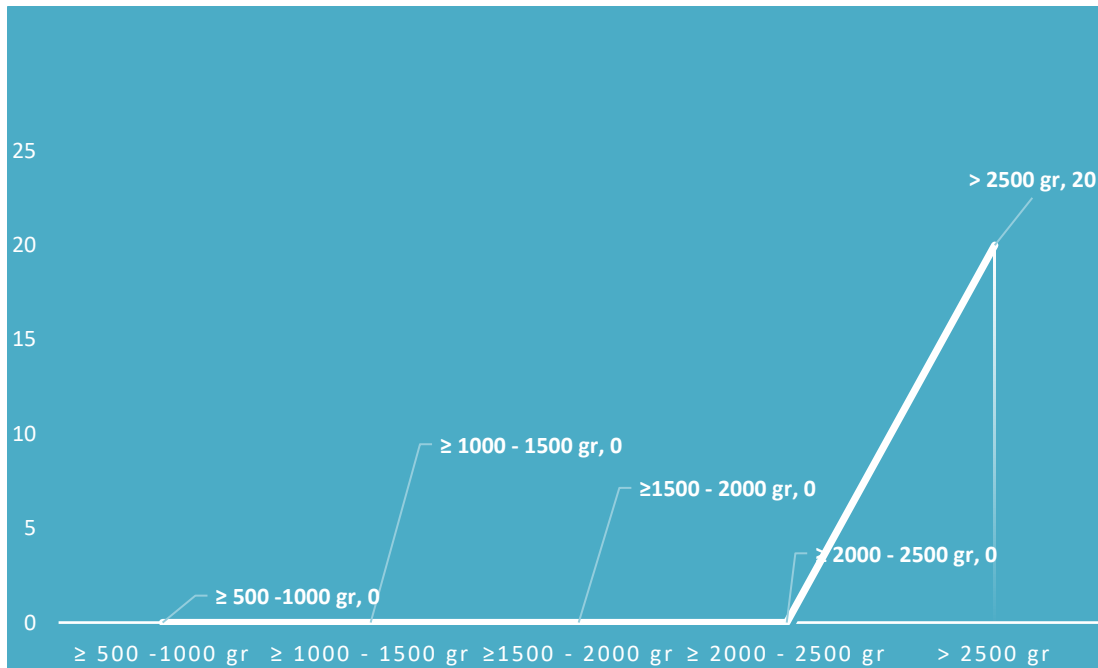


Figura 14. Pesha e foshnjës te lindja e indukuar që ka përfunduar me SC

Nga figura 14 shihet që të gjitha foshnjat te lindjet e indukuara që kanë përfunduar me SC, kanë lindur me peshë më të madhe se 2500 gr.

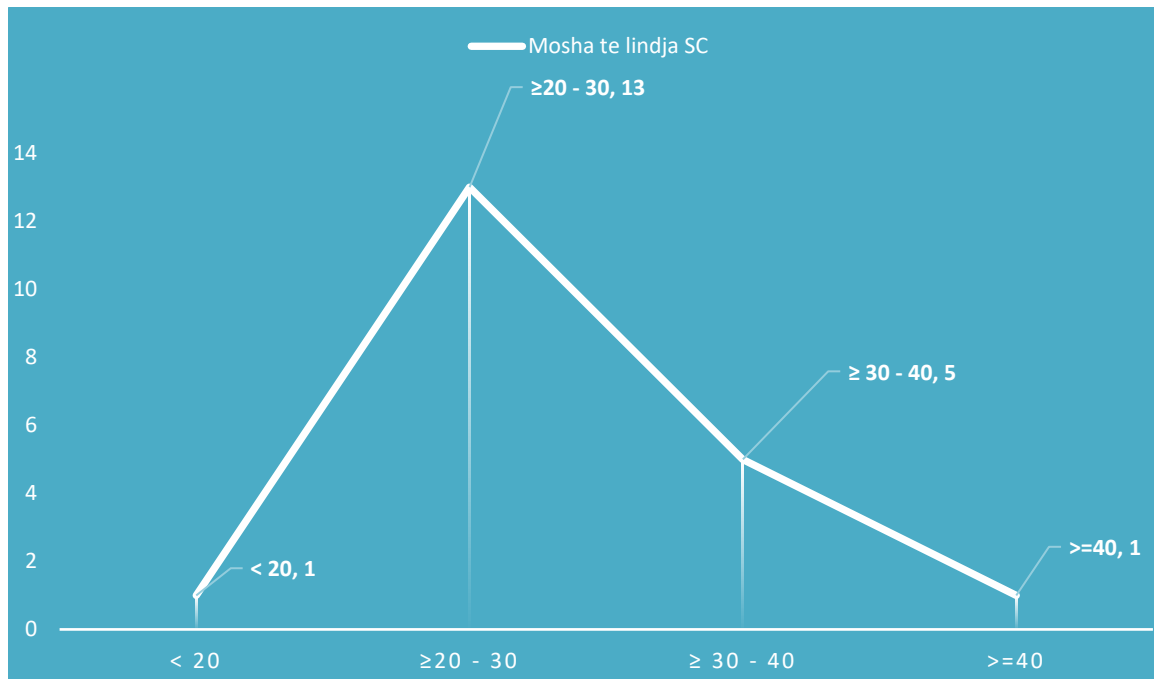


Figura 15. Mosha e grave te lindja qe induksioni ka perfunduar me SC

Figura 15 pasqyron që te shumica e lindjeve të indukuara që kanë përfunduar me SC, mosha e nënave ka qenë më e madhe ose baras me 20 – 30 vjet në 13 raste, në 5 raste ka qenë më e madhe ose baras me 30 - 40 vjet, ndërsa nga një rast ka qenë me më e vogël se 20 vjet dhe më e madhe se 40 vjet.

Duke iu referuar literaturës lindja e indukuar është rritur viteve të fundit.

Marr parasysh shqyrtimin e literaturës lindja e indukuar nuk është e pershtatshme tek të gjitha rastet me probleme gjatë shtatëzanisë. Rastet ku është i nevojshem induksioni dhe ku nuk mund të përdoret janë shfaqur tek shqyrtimi i literatures. Poashtu shohim që për lindjen e indukuar është i rëndësishëm vlersimi i Bishopi-t, sepse pa këtë vlersim lindja e indukuar nuk kryhet.

Indukimi i lindjes nuk është gjithmonë i sukseshëm, mund edhe të dështoj. Kjo vërehet edhe tek studimi i rasteve të induksionit në KOGJ në periudhën 1 Janar deri me 31 Mars të 2020, ku nga 64 raste të induksionit 20 prej tyre kanë dështuar dhe është dashur të vazhdohet me SC.

Gjatë studimit të rasteve në KOGJ mosha e nënave dhe numri i shtatëzanive ishte i ndryshëm, nga kjo kuptojmë që nuk ka rëndësi cila lindje është me radhe apo mosha e nënës, por në rend të parë është shëndeti i nënës dhe foshnjës.

Cila do metodë e lindjes së indukuar që përdoret, qëllimi është përfitimi të jete më i madh se reziku si për nënën ashtu edhe foshnjën.

7. REFERENCAT

- (1) MedicineNet n.d, *Medical definition of labour*, <https://www.medicinenet.com>
- (2) Marianne Belleza 2018, *Labour*, Nurseslabs, <https://nurseslabs.com/labor>
- (3) RNpedia n.d, *induction of labour*, <https://www.rnpedia.com>
- (4) Alferevic at al n.d , *Pharmacological methods for induction of labor*, copyright Queen's Printer and Controller of HMSO 2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- (5) Josie L. Tenore M.D Northwestern University medical school, Chicago Illinois, 2003, *Methods for cervical ripening and induction of labor*, AAFP foundation, <https://www.aafp.org>
- (6) Laurie Barclay, MD 2009, *Guidelines on labor induction reuced* <https://www.medscape.com>
- (7) MayoClinic 2020, *labor induction*, <https://www.mayoclinic.org>
- (8) The American College of Obstetricians and Gynecologist June 2018, *Labor Induction*, <https://www.acog.org>,
- (9) Mahdy_H, Glowacki C, Euro EU 2020, *Amniotomy*, Copyright StatPearls Publishing LLC, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- (10) Jenifer Huizen August 2018, *What to know about membrane stripping*, <https://www.medicalnewstoday.com>
- (11) Sanchez Ramos L, Kauntiz A, April 2009, *Induction of Labor*, The Global Library of Women's Medicine (GLOWM), <https://www.glowm.com>
- (12) European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology (EJOG), August 2018, *Synthetic osmotic dilators in the induction of labor*, <https://www.ejog.org>
- (13) WHO, *Recommendations for induction of labour*, World Health Organisation, <https://apps.who.int>
- (14) Kenny L and Myers J. *Obstetrics by ten teachers 20th EDITION* (chapter 12). Manchester, UK, 2017
- (15) Roxanne A Vrees April 2018, *Induction of Labor*, <https://emedicine.medscape.com>

(16) WHO 2011, *Background, Methods, Results, Evidence and recommendations*, www.ncbi.nlm.nih.gov

(17) Ashly Marcin May 13,2020, *Natyral ways to induce labour*, www.healthline.com

8. APPENDIX

1. Lindja e indukuar është:
 - a. Metodë e lindjes
 - b. Proces i stimulimit artificial të mitrës për të filluar lindjen
 - c. Fazë e lindjes
2. Sa faza ka lindja?
 - a. 2
 - b. 3
 - c. 4
3. Kundërindikacion për lindje të indukuar është:
 - a. Diabeti gestacional
 - b. Hipertensioni kronik
 - c. Oligohydroamnioni
 - d. Placenta previa
4. Nëse vlersimi i Bishopit për lindje të indukuar është më i vogël se 6:
 - a. Qafa e mitrës është e gatshme për lindje
 - b. Qafa e mitrës nuk është e gatshme për lindje
5. Në sa faktor bazohet vlersimi i Bishopit?
 - a. 3
 - b. 5
 - c. 6
6. Metodë kirurgjike e lindjes së indukuar është:
 - a. PGE1 misoprostoli
 - b. Akupunktura
 - c. Amniotomia
7. Sa lindje me induksion kanë qenë në KOGJ nga 1 Janari deri me 31 mars?
 - a. 64
 - b. 44
 - c. 20
8. Në sa raste ka dështuar induksioni në periudhën 3 mujore të studimit të rasteve në KOGJ?

- a. 22
 - b. 20
 - c. 24
8. Sa përqind e foshnjeve kanë pasur asfiksion të AS në 1 min të lindja e indukuar?
- a. 30%
 - b. 40%
 - c. 22%
9. Te lindjet e indukuara që kanë përfunduar me SC në KOGJ, te gjitha foshnjët kanë lindur me peshë më të madhe se 2500 gr.
- a. E pasaktë
 - b. E saktë
10. Lindja e indukuar nuk rekomandohet të gratë me një shtatzëni të pa komplikuar në moshën gestacionale më pak se 41 jave:
- a. Është rekomandim specifik nga OBSH
 - b. Është rekomandim i përgjithshëm nga OBSH