

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Winter 2-2021

Shtatëzënia e komplikuar me PIH Syndromë, komplikimet amtare dhe fetale

Vjollca Bytyqi

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

Bytyqi, Vjollca, "Shtatëzënia e komplikuar me PIH Syndromë, komplikimet amtare dhe fetale" (2021). *Theses and Dissertations*. 2234.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2234>

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 Infermierisë

Shtatëzënia e komplikuar me PIH Syndromë, komplikimet amtare dhe fetale

Shkalla Bachelor

Vjollca Bytyqi

Shkurt/ 2021

Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti Infermierisë

Punim Diplome

2017/2018

Vjollca Bytyqi

Shtatëzënia e komplikuar me PIH syndromë, komplikimet amtare dhe fetale

Mentori: Dr. Sc. Hana Bejiqi

Shkurt/ 2021

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjeshme
për Shkallë Bachelor

ABSTRAKT

Hyrje: Hipertensioni i shkaktuar nga shtatëzënia (pregnancy induced hypertension- PIH) ndërlikon 6-10% të shtatëzënive. Përkufizohet si presion sistolik i gjakut > 140 mmHg dhe presion diastolik i gjakut > 90 mmHg. Klasifikohet si i butë (PSGJ 140-149 dhe PDGJ 90-99 mmHg), i moderuar (PSGJ 150-159 dhe PSGJ 100-109 mmHg) dhe i rëndë (PSGJ \geq 160 dhe PDGJ \geq 110 mmHg). PIH syndroma është një nga shkaqet kryesore të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare dhe fetale. Gratë me PIH syndromë janë të rrezikuara nga rreziku i madh për; abruption të placentës, (shkollitje e parakoheshme e placentes, shkollitja e placentes nga java e 21+), ngjarjeve cerebrovaskulare (insult cerebrovaskular – ICV), aneurizem të eneve të gjakut në tru, dështimit të organeve hematopoetike dhe koagulimit intravaskular të shpërndarë – DIK. Fetuset nga këto shtatëzëni janë në rrezik më të madh të ngadalësimit të rritjes intrauterine IUGR, prematuritetit dhe vdekjes intrauterine.

Ky punim është realizuar me qëllim të zgjerimit të njohurive të infermierëve të ardhshëm në fushën e Gjinekologjisë, respektivisht kujdesit infermior tek gratë shtatëzëna me çrregullime hipertensive.

Metodologjia: Ky studim është retrospektiv ku janë përfshirë gratë shtatëzëna me çrregullime hipertensive, përkatsisht me preeklampsi, eklampsi dhe hellp syndromë të shtruar dhe të trajtuara në Klinikën Obstetrike Gjinekologjike, QKUK Prishtinë, gjatë periudhës kohore 2019-2020. Të dhënat në punim janë marrë nga protokollet e pacientëve të Klinikës Obstetrike Gjinekologjike.

Rezultatet: Në periudhën kohore 2019-2020 nga 162 paciente të prekura me hipertension gjatë shtatëzënisë, 101 paciente kanë qenë vetëm me hipertension, 50 paciente kanë qenë me preeklampsi, 2 paciente kanë qenë me eklampsi dhe 9 paciente me hellp syndromë.

Përfundimi: Përmes këtij punimi kemi arritur të pasqyrojmë dhe vleresojmë rëndësinë e rolit të infermieres në kujdesin ndaj pacienteve me hipertension gjatë shtatëzënisë, të hulumtojmë më shumë rreth komplikimeve dhe rreziqeve nga hipertensioni siq janë; shkaktaret e sëmundjes, shenjat e sëmundjes, diagnostifikimi, parandalimi, kujdesi infermior të gratë shtatëzëna me hipertension dhe numri i grave që rrezikohen nga kjo sëmundje gjatë shtatëzënisë.

MIRËNJOHJE/FALENDERIME

Fillimisht dua ta falënderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon e vazhdueshme gjatë studimeve.

Falënderoj të gjithë profesoret dhe stafin akademik të UBT-së.

Falënderoj Dr. Sc. Hana Bejiqi për mbështetjen e vazhdueshme gjatë punimit të këtij punimi, për punën e palodhshme, për durimin, korrektësin dhe këshillat që më ofroi gjatë kësaj kohe.

PERMBAJTJA	
FJALORI I TERMAVE	8
1 HYRJE	9
1.1 Klasifikimi hipertensionit gjatë shtatëzënisë	9
1.2 Simptomat e hipertensionit në shtatëzëni	11
1.3 Diagnoza e hipertensionit	12
1.4 Si ndikon hipertensioni në shtatëzëni	14
1.5 Kush është në rrezik më të lartë të shfaqjes së hipertensionit gjatë shtatëzënisë	15
2. SHQYRTIMI I LITERATURES	16
2.1 Pre-eklampsia	16
2.1.1 Patofiziologjia e preeklampsisë	18
2.1.2 Shenjat dhe simptomat e preeklampsisë	19
2.1.3 Diagnostikimi i preeklampsisë	20
2.1.4 Çfarë mund të ndodh me nënën?	21
2.1.5 Çfarë mund të ndodh tek fetusi	22
2.1.6 Faktorët predispozues të preeklampsisë	22
2.1.7 Menaxhimi i preeklampsisë	22
2.1.8 Parandalimi i preeklampsisë	23
2.2 Eklampsia	24
2.2.1 Çfarë e shkakton eklampsinë?	24
2.2.2 Simptomat e eklampsisë?	25
2.2.3 Diagnostikimi i eklampsisë	26
2.2.4 Komplikimet te nëna dhe te fetusi	27
2.2.5 Parandalimi i eklampsisë	29

2.3 Syndroma HELLP	29
2.3.1 Simptomat e syndromes HELLP	30
2.3.2 Diagnostifikimi i syndromes HELLP	31
2.3.3 Syndroma HELLP tek nëna dhe fetusi	31
2.3.4 Trajtimi i syndromës HELLP	32
2.3.5 Parandalimi i syndromës HELLP:	33
2.5 Menaxhimi i infermierorë	33
2.5.1 Vlerësimi i infermierisë	34
2.5.2 Ndërhyrjet infermierore	34
3 DEKLARIMI I PROBLEMIT	35
4 METODOLGJIA	36
5 PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE	37
6 KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	42
7. REFERENCAT	43
8. SHTOJCAT	45

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Matja e presionit të gjakut nga infermierja	12
Figura 2. Simptomat e eklampsisë	26
Figura 3. Mënyrat e lindjes të shtatzënave me sëmundje hipertensive	37
Figura 4. Sëmundjet hipertensive në relacion me grup moshën e nënës	39
Figura 5. Struktura e sëmundjeve hipertensive në shtatzëni	41

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Karakteristikat e llojeve të hipertensionit dhe pre-eklampsisë	17
Tabela 2. Paraqitja tabelare e numrit të lindjeve me sëmundje hipertensive për vitin 2019-2020	37
Tabela 3. Struktura e shtazënave sipas grup moshës	38
Tabela 4. Struktura e shtatzënave sipas llojit të hipertensionit	40

FJALORI I TERMAVE

(PIH syndrom) – shtatëzania e komplikuar me hipertension

(TA) –Tensionsioni arterial

(HTA) –Hipertensionioni arterial

(PE) – Preeklampsia

(HELLP Syndrom) –hemoliza, rritja e nivelit të enzimave hepatike në gjak dhe trombocitopenia

(PGJ) – Presioni i gjakut

(PSGJ) – Presioni sistolik i gjakut

(PDGJ) –Presioni diastolik i gjakut

(ALT) –Alaninë - transaminaza

(AST) –Aspartat – transaminaza

(PPT) –Purpura trombotike trombocitopenike

(IURG) – Kufizimi i rritjes intra uterine

(TJS) –Testimi jo stresues

(MRI) – Imazheria e rezonancës magnetike

(DIK) – Koagulimi intravaskular i diseminuar

(SDRA) –Sindroma e distresit respirator të rriturit

(IV)–Intravenoz

1 HYRJE

Presioni i gjakut është forca me të cilën zemra shtyen gjakun kunder forcës së mureve të gjakut. Zemra pompon gjak në arteriet (enët e gjakut) që bartin gjakun në të gjithë trupin. Presioni i lartë i gjakut, i quajtur ndryshe hipertension, do të thotë që presioni në arterie është mbi vlerat 140/90 mmHg (1).

Hipertensioni i shkaktuar nga shtatëzënia (PIH syndromë) është një gjendje ku vazospazma ndodh gjatë shtatëzënisë në arteriet e vogla dhe të mëdha në trup. Te presioni i lartë i gjakut regjistrohet rritje e rezistencës së enëve të gjakut. Kjo pengon qarkullimin laminar të gjakut në shumë organe dhe sisteme të organeve tek nëna në barrë duke përfshirë çregullimin e rrjedhjes normale të gjakut në mëlçi, veshka, organin truror, mitër dhe placentë -uren lidhese mes nënës dhe frytit. **Është shumë me rëndësi të kuptohet se hipertensioni në shtatëzëni zanafillen e ka në ngjitjet patologjike të placentes në miter.** Njihet gjithashtu si hipertensioni gjestacional.

Hipertensioni i Shkaktuar nga Shtatëzënia (PIH syndromë) është një formë e presionit të lartë të gjakut në shtatëzëni që ndërlikon 6-10% të shtatëzënive dhe përben shkakun madhor të sëmundshmërisë amtare dhe fetale(2).

1.1 Klasifikimi i hipertensionit gjatë shtatëzënisë

Çrregullimet e hipertensionit gjatë shtatëzënisë klasifikohen në 4 kategori: 1) hipertension kronik, 2) preeklampsi-eklampsi, 3) preeklampsi e mbivendosur në hipertension kronik dhe 4) hipertensioni gjestacional (hipertensioni kalimtar i shtatëzënisë ose hipertensioni kronik i identifikuar në gjysmën e fundit të shtatëzënisë). Hipertension i shkaktuar nga shtatëzënia (PIH-syndroma) preferohet mbi termin më të vjetër, por të përdorur gjerësisht, EPH-gestoza sepse është më i saktë.

- **Hipertensioni kronik;** Hipertensioni kronik është presion i lartë i gjakut që: ose i paraprin shtatëzënisë, ose shfaqet para javës së 20 të shtatëzënisë. Njihen dy kategori të hipertensionit: e lehtë (deri në 179 mmHg sistolike dhe 109 mmHg diastolike) dhe e rëndë (\geq 180 mmHg sistolike ose 110 mmHg diastolike). Hipertensioni kronik ndërlikon

rreth 5% të të gjitha shtatëzënive. Por edhe hipertensioni që vazhdon më shumë se 42 ditë pas lindjes, klasifikohet si hipertensioni kronik.

Mund të jetë parësor-esencial, dhe dytësor-i superponuar, në terren të patologjive të tjera si: sëmundjet renale, diabeti, Lupusi etj.

Inçidenca e HTA kronik varion midis popullatave të ndryshme duke shkuar nga 0.5-4% të rasteve dhe mesatarja është 2.5 %. Hipertensioni kronik në shtatëzëni zakonisht është idiopatik (80 % të rasteve) ose nga sëmundjet renale (20 % të rasteve). Shumica e shenjave klinike, te shtatëzënat me hipertension kronik, lajmerohen në moshën mbi 30 vjeç te multiparet me probleme mjekësore shoqëruese si: diabeti ose sëmundjet renale. Inçidenca është më e lartë në gratë e racës së zezë dhe në gratë me histori familjare për hipertension. Një grua që ka lindur një apo disa fëmijë dhe ka hipertension në shtatëzëni, ka të ngjarë të ketë hipertension kronik (3, 17).

- **Hipertensioni kronik me preeklampsi të mbivendosur;** Kjo gjendje shfaqet te gratë që janë diagnostikuar me presion të lartë kronik të gjakut përpara shtatëzënisë, por më pas komplikohet me rritje të metutjeshme të presionit të gjakut dhe lajmerim të proteinave në urinë. Pasojë e hipertensionit kronik te gratë është preeklampsia, e cila rritë sëmundshmërinë e nënës dhe fetusit. Diagnostikimi i preeklampsisë që i mbivendoset hipertensionit kronik bazohet në një ose më shumë shenja të më poshtme: shtimi në peshë i cili nganjeherë mund të jetë 0.5-1kg në javë (për shkak të rritjes së sasisë së lëngut ekstracelular dhe retences së Na); edemat në ekstremitetet e poshtme, të cilat çdo ditë rriten, duke përfshirë: shputat, nën gjurin, e më vonë edhe barkun dhe fytyrën; fillimi i proteinurisë, që përcaktohet si sekretimi në urinë i 0.5 g proteinash ose më shumë gjatë 24 orëve; hipertensioni, i cili mund të jetë i moderuar: 160/110mmHg ose i rëndë deri 200/140mmHg dhe paraqet rrezik akut për nënën.
- Te gratë me hipertension por pa proteinuri përpara javës së 20-të shtatëzënisë, si dhe ato me hipertension dhe proteinuri gjithashtu për para javës së 20, vendosja e diagnozës kërkon shfaqjen e shenjave të hipertensionit të rëndë, trombocitopeninë dhe rritjen e nivelit të enzimave të mëlçisë.

- **-Hipertensioni gjestacional (PIH Syndroma);** Hipertensioni pa proteinuri, që shfaqet mbas javës së 20-të të shtatëzënisë quhet hipertension i shtatëzënisë. Diagnostikohet vetëm gjatë shtatëzënisë. Hipertensioni percaktohet si një PGJ më i lartë ose i barabartë me 140 mmHg sistolike, dhe 90 mmHg diastolike. Rrallë mund të komplikohet me preeklampsi. PGJ normalizohet pas javës së 12-të shtatëzënisë. Mund të përsëritet në shtatëzënitë e ardhme dhe është parashikues i HTA esencial në të ardhmen. Kur ky hipertension përsiston edhe 12-të javë pas lindjes, atëherë duhet të konsiderohet si hipertension arterial kronik (17).
- **-Preeklampsia:** është një formë hipertensioni, i cili është përcaktuar si hipertension i shtatëzënisë pas 20 javësh plus proteinuria. Gjetja klinike e preeklampsisë mund të manifestohet: ose si sindromë e nënës (hipertension dhe proteinuri me ose pa anomali të tjera multisistemike), ose si një sindromë fetale (kufizime në rritjen e fetusit, zvogëlim të lëngut aminiotik dhe oksigjenim jonormal). -Syndroma e preeklampsisë së nënës përfaqëson një shtrirje klinike me ndryshime të mëdha, ndërmjet preeklampsisë në fund të shtatëzënisë pa ndërlikime të fetusit, kundrejt preeklampsisë që lidhet me peshë të ulët lindjeje dhe lindje të parakohshme (17).

1.2 Simptomat e hipertensionit në shtatëzëni

Simptomat mund të përfshijnë:

- Rritja e presionit të gjakut,
- Mungesa ose prania e proteinave në urinë (për të diagnostikuar hipertensionin gjestacional ose preeklampsinë),
- Edemë (ënjtje),
- Shtim i papritur i peshës,
- Ndryshimet vizuale të tilla si vizioni i paqartë ose i dyfishtë,
- Të përziera, të vjella,
- Dhimbje të barkut të sipërm të anës së djathtë ose dhimbje rreth stomakut,
- Urinimi i sasive të vogla të urinës,

- Ndryshimet në testet funksionale të mëlçisë ose veshkave (4).

1.3 Diagnoza e hipertensionit

Diagnoza e hipertensionit duhet mbështetur në matjet e shtypjes së gjakut në ambulancë apo në spital. Hipertensioni në shtatëzëni duhet definuar si shtypje sistolike e gjakut prej ≥ 140 mmHg dhe / apo shtypja diastolike e gjakut prej ≥ 90 mmHg, bazuar në mesataren prej të paktën dy matjeve, të kryera 15 minuta ndaras nga njëra tjetra, me përdorimin e të njëjtës dorë.

Ne studimin tonë duhet të kemi parasysh se objekt kemi paciente shtatëzëne dhe duhet ta japim diagnozen infermirore sa më të saktë: nëse kemi të bëjmë me hipertension kronik ose hipertension në shtatëzani (duke u bazuar ne moshen gjestative).



Figura 1. Matja e presionit të gjakut nga infermierja

(Huazuar nga; <https://parenting.firstcry.com/>)

Infermieret gjithashtu kanë një rol në uljen e presionit të gjakut të pacientet me hipertension gjatë shtatëzënisë. Në figurën 1. Shihet mënyra e matjes së presionit të gjakut nga infermierja për të vlerësuar PGJ në shtatëzëni. Kjo na ndihmon në diagnostikimin e çrregullimeve si pasojë e

hipertensionit në shtatëzëni vlerësimin e cilësisë së jetës së grave në shtatëzëni me hipertensionin dhe ecurinë e metutjeshme të shtatëzënisë.

Menyra e matjes së gjakut;

- Zhvishni rrobat e ngushta,
- Sigurohuni që pacientja të jetë e relaksuar gjatë matjes së presionit të gjakut,
- Matja mund të bëhet në të dy duart, dora të jetë e mbështetur në nivel të zemrës,
- Përdorni manzhetën e madhësisë së përshtatshme,
- Fryni manzhetën deri 20-30 mmHg mbi shtypjen sistolike të gjakut të palpuar,
- Shfryni manzhetën ngadalë nga 2 mmHg në sekondë apo në çdo rrahje puls,
- Regjistroni shtypjen diastolike të gjakut si zhdukje të tingullit,
- Nëse shtypja e gjakut është vazhdimisht më e lartë në njërin dorë, duhet të përdoret dora me vlera më të larta për të gjitha matjet e metutjeshme të PGJ (5, 17)

Vlersimi i proteinurisë;

- Testi i zhytjes së shiritit në urinë mund të përdoret për të kontrolluar proteinurinë.
- Nëse shiriti tregon se proteinuria është $\geq 1+$ apo në çfarëdo rasti të dyshimit të lartë klinik, kërkoni proteinat e njollës urinare: grumbullimi 24 orësh i urinës për të matur (kuantifikuar) proteinurinë;
- Proteinuria tregon për dëmtim glomerular dhe pothuajse gjithmonë ndodh pas hipertensionit.
- Proteinuria zakonisht është në intervalin prej 1-3 g në ditë, nga e cila 50-60% është albuminuri, por në raste të rënda mund të jenë edhe fraksionet tjera të proteinave.

Edema

- Vetëm edema e papritur dhe/ apo e gjeneralizuar duhet të vlerësohet për diagnozën e preeklampsisë,

- Edema e duarve dhe nyjeve të këmbëve shpesh janë reagime fiziologjike normale (50-80 %) në një qarkullim të rritur dhe shtim peshë në shtatëzëni (18,6).

1.4 Si ndikon hipertensioni në shtatëzëni?

Presioni i lartë i gjakut gjatë shtatëzënisë mund të shkaktojë probleme serioze, përfshirë problemet e rritjes së fetusit, lindjen e parakohshme dhe përkeqësimin e kushteve para-ekzistuese si shkak i presionit të lartë të gjakut. Presioni i lartë i gjakut gjatë shtatëzënisë mund të ndikojë në zhvillimin e placentës, duke bërë që furnizimi me materie ushqyese dhe oksigjen, për foshnjën të jetë i kufizuar. Kjo mund të çojë në lindje të parakohshme, peshë të ulët të fetusit në lindje, ndarje placentare (shkëputje) dhe komplikime tjera për foshnjën.

Presioni i lartë i gjakut gjatë shtatëzënisë mund të ndikojë në organizem në mënyra të ndryshme. Nënmat me presion të lartë të gjakut gjatë shtatëzënisë janë në një rrezik më të lartë të komplikimeve para, gjatë dhe pas lindjes. Jo vetëm që shëndeti i nënës është në rrezik, por edhe foshnja mund të ndikohet nga presioni i lartë i gjakut gjatë shtatëzënisë.

Presioni i lartë i gjakut mund të ndikojë në enët e gjakut që të zvogëlojë rrjedhjen e gjakut në: mëlçi, veshke, mitër dhe placentë.

Kjo gjendje mund të përkeqësohet dhe të çojë në preeklampsi dhe eklampsi. Ose të shkaktojë probleme serioze si në vijim;

- Shkëputje e parakohshme e placentës (ndodh kur placenta ndahet nga mitra shumë herët),
- Rritja e pamjaftueshme e fetusit –ngecja intrauterine e rritjes, (IUGR)
- Konvulsionet (eklampsia),
- Vdekja e nënës dhe fetusit,

1.5 Kush është në rrezik më të lartë të shfaqjes së hipertensionit gjatë shtatëzënisë?

Një grua ka më shumë të ngjarë të zhvillojë hipertension gjatë shtatëzënisë nëse:

- Është nën moshën 20 vjeç ose mbi 40 vjeç,
- Ka një histori të hipertensionit kronik (presion i lartë i gjakut para se të mbetet shtatëzënë),
- Ka pasur hipertension gjestacional ose preeklampsi gjatë shtatëzënieve paraprake,
- Ka një histori familjare të hipertensionit gjestacional,
- Ka diabet ose diabet gjestacional,
- Ka mbipeshë,
- Ka një çrregullim të sistemit imunitar ose sëmundje autoimune, siç është lupusi;
- Ka sëmundje të veshkave,
- Ka shtatëzëni të shumëfishta, (1)

2. SHQYRTIMI I LITERATURES

2.1 Preeklampsia

Preeklampsia është një formë hipertensioni, i cili është përcaktuar si hipertension i shtatëzënisë i shoqëruar me proteinuri. Gjetjet klinike të preeklampsia mund të manifestohen ose si sindromë e nënës ose si një sindromë fetale.

Preeklampsia po bëhet një diagnozë gjithnjë e më e zakonshme në vendet e zhvilluar dhe mbetet një shkak i lartë i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së nënës dhe frytit, në vendet në zhvillim. Vonesa në lindjen e fetusit në vendet e zhvilluara, bazohet në faktorët e rrezikut të shoqëruar me preeklampsi, të cilët përfshijnë moshën më të vjetër të nënës, mbipeshen dhe / ose sëmundjet vasculare.

Sëmundja paraqet hipertension primar dhe shpesh proteinurinë e nënës, e cila mund të përparojë në mosfunksionim multi-organik, duke përfshirë sëmundjen hepatike, renale dhe cerebrale, nëse fetusi dhe placenta mbijetojnë. Mosfunksionimi endotelial i nënës për shkak të faktorëve qarkullues të origjinës fetale nga placenta është një shenjë dalluese e paraklampsisë.

Presioni i lartë i gjakut gjatë shtatëzënisë mund të çojë në ulje të rrjedhjes së gjakut në placentë, prishje të placentës, lindje të parakohshme ose sëmundje të ardhshme kardiovaskulare.

Pas lindjes së fëmijës, presioni i lartë i gjakut që ishte prezent gjatë shtatëzënisë, zakonisht kthehet në nivel normal (17).

Tabela 1. Karakteristikat e llojeve të hipertensionit dhe pre-eklampsisë

Lloji	Presion i lartë i gjakut (matur dy herë, me 6 orë diference)	Proteinuria	Simptomat e ashpërsisë
Hipertensioni gjestacional (zhvillohet gjatë shtatëzënësisë)	Mbi 140/90 mmHg	Nuk ka proteinuri të rëndësishme	Asnjë
Preeklampsia e lehtë	Ndërmjet 140/90 dhe 160/110 mmHg	Nuk ka proteinuri të rëndësishme	Asnjë
Preeklampsia e rëndë	Më e madhe se ose e barabartë me 160/110 mmHg	Me ose pa proteinuri domethënëse (rezultati i provës së pikës së urinës më i madh ose i barabartë me +2)	Dhimbje koke, vizion të paqartë, dhimbje djegieje epigastrike, ulje të daljes së urinës, ulje ose mungim të goditjes fetale
Pre-eklampsia e mbivendosur	Më e lartë se para shtatëzënës në një grua të njohur hipertensive kronike	Proteinuria e rëndësishme ose përkeqësuese	Me ose pa simptoma të ashpërsisë

2.1.1 Patofiziologjia e preeklampsisë

Preeklampsia mund të përfaqësojë më shumë se një gjendje të vetme ose të përfshijë nëntipe të sëmundjes me shkaqe të ndryshme dhe paraqitje klinike. Gjetjet klinike sugjerojnë që patogjeneza e preeklampsisë vazhdon në faza:

Faza e hershme ndodh gjatë javës 8 deri 18 të shtatëzënisë dhe përfshin zhvillim të ndryshuar të placentës që zvogëlon rrjedhën e gjakut, midis qarkullimit të nënës dhe fetusit. Në këtë fazë të hershme nuk mund të diagnostikohen shenjat apo simptomat klinike. Shenjat dhe simptomat e preeklampsisë nuk shfaqen deri në gjysmën e dytë të shtatëzënisë, megjithëse ato janë sekondare ndaj perfuzionit të dëmtuar të placentës që ndodh në javët e para të shtatëzënisë.

Roli i placentës në qarkullimin nënë – fetus: Placenta siguron materie kryesor të ushqimit për fetusin në rritje gjatë shtatëzënisë, duke i dhënë materie ushqyese të nevojshme dhe oksigjen. Dy faktorë janë kritikë në këtë proces shkëmbimi: shpërndarja e qarkullimit të nënës në placentë dhe sipërfaqja adekuate e placentës për një shkëmbim të substancave midis qarkullimit të nënës dhe fetusit. Qarkullimi i nënës sjellë materie thelbësore për ushqimin e fetusit përmes arterieve spirale në placentë.

Për të përmbushur nevojat e fetusit deri sa rritet, arteriet spirale të mitrës së nënës duhet t'i nënshtrihen një transformimi që i lejon ata të perfuzojnë placentën në mënyrë efektive gjatë gjithë shtatëzënisë. Transformimi i arterieve spirale të nënës vendoset gjatë zhvillimit të placentës në javët e para të shtatëzënisë. Në preeklampsi, ky transformim është i dëmtuar, gjë që rezulton me një reduktim placentar. Përfuzioni që shkakton një reagim inflamator, rezulton me lirim të citokinave proinflamator dhe krijimin e një balancimi në mes të faktorëve proangiogjenik dhe atyre antiangiogjenike.

Në gjysmën e dytë të shtatëzënisë, ky proces inflamator shfaq shenja dhe simptoma që formojnë bazën për diagnozën e preeklampsisë. Rreshtimi endotelial i enëve të gjakut gjatë qarkullimit të gjakut të nënës është i dëmtuar, duke shkaktuar shtrëngim vazo sistemik dhe hipertension. Endoteli i dëmtuar rritë gjasat e formimit të mpiksjes në vendet e dëmtimit të endotelit. Produktet e mpiksjes konsumohen në formimin e mpiksjes, duke zvogëluar disponueshmërinë e tyre në qarkullimin e nënës dhe duke rritur rrezikun për gjakderdhje. Rritja e përshkueshmërisë vaskulare bënë që lëngu të lëvizë nga kapilarët e nënës në hapësirën intersticiale, duke prodhuar edemë, hemokoncentrim dhe zvogëlim të rrjedhës së gjakut. Edema dhe vazokonstriksioni

dëmtojnë funksionin e mëlçisë, duke zvogëluar disponueshmërinë e albuminës dhe produkteve kryesore të koagulimit. Fluksi i zvogëluar i gjakut renal aktivizon sistemin renin-angiotensin-aldosteron, duke përkeqësuar vazokonstriksionin. Rritja e depërtueshmërisë së kapilarëve glomerular të veshkave lejon që proteina, kryesisht albumina, të kalojë në filtrat glomerular dhe të ekskretohet me urinë (8).

2.1.2 Shenjat dhe simptomat e preeklampsisë

Preeklampsia në stadi fillestar nuk shfaq simptoma. Në këtë stad ajo mund të diagnostikohet nga testet laboratorike. Në shumicën e rasteve kombinimi i hipertensionit me shfaqjen e proteinurisë (proteinat, albuminat në urinë) sugjeron për PE. Megjithatë kjo nuk vlen në të gjitha rastet. Tensioni arterial në preeklampsi zakonisht është mbi vlerat 140/90 mmHg. Një tjetër shenjë (më pak specifike) është edhe edema (enjtja nga grumbullimi i likideve) e këmbëve, duarve dhe fytyrës. Megjithatë edema për shkak se gjindet edhe në një pjesë të mirë të shtatzënive normale nuk mjafton për të dyshuar në preeklampsi (9).

Simptomat e zakonshme të preeklampsisë:

- Presion të lartë të gjakut,
- Ënjtje në fytyrë ose duar,
- Dhimbje koke,
- Shtim i tepërt i peshës,
- Të përzier dhe të vjella,
- Probleme me shikimin, duke përfshirë episode me humbje të shikimit ose vizion të paqartë,
- Vështirësi në urinim,
- Dhimbje barku, veçanërisht në pjesën e sipërme të barkut në të djathtë (9),

2.1.3 Diagnostikimi i preeklampsisë

Preeklampsia përcaktohet si presion i lartë i gjakut pas javës së 20 të shtatëzënisë (≥ 140 mmHg sistolike ose ≥ 90 mmHg diastolike), plus proteinë ($> 0,3$ g / 24 orë). Në praktikën klinike përdorim kriteret e dy matjeve të presionit të lartë të gjakut me distancë prej 6 orësh dhe një proteineuri prej 300 mg në një ekzemplar urine 24-orëshe. Preeklampsia diagnostikohet me rregullin "30-15": presioni sistolik më shumë se 30 mmHg mbi nivelin bazë dhe presioni diastolik më shumë se 15 mmHg mbi nivelin bazë. Sidoqoftë, ky rregull është diskredituar sepse është tepër jospesifik. Në mënyrë të ngjashme, edema e përgjithësuar (që prek fytyrën dhe duart) mund të jetë mbresëlënëse dhe dikur konsiderohet si një kriter diagnostik, por nuk konsiderohet sepse është shumë i ndryshueshëm. Preeklampsia mund të shkojë nga e lehtë në të rëndë. Preeklampsia e rëndë përcaktohet si:

- Matjet e presionit të lartë të gjakut (sistolik ≥ 160 mmHg dhe diastolik ≥ 110 mmHg) të matura të paktën në 6 orë tek pacientet në shtrat,
- Proteinuria (5 g / 24 orë ose + 3+ në dy mostra të rastit me 4 orë),
- Manifestimet e sëmundjes së organeve fundore: oliguria (< 500 ml në 24 orë), çrregullime cerebrale ose vizuale, edemë pulmonare, cianozë, dhimbje epigastrike ose sipërme të djathtë, funksion i dëmtuar i mëlçisë, trombocitopeni ose kufizim i rritjes së fetusit.

Ndryshimet hematologjike përfshijnë:

- Trombocitopenia - trombocitet zvogëlohen në mënyrë dramatike, ndoshta konsumohen nga dëmtimi i endotelit. Numërimet mund të jenë deri në 20 deri $50 \times 10^9 / L$.
- Hemokoncentrimi - mjekët e ndjekin preeklampsinë me analiza serike të hematokritit.
- Hemoliza mikroangiopatike - përfundimisht, qelizat e kuqe gjenden përmes mikroqarkullimit.

Ndryshimet hepatike zakonisht janë të kufizuara në nekrozën hepatoqelizore, të demonstruara nga nivelet e ngritura të alaninës aminotransferazës (**ALT**) dhe aspartat aminotransferazës (**AST**).

Ndonjëherë ka hemorragji subkapsulare dhe madje këputje të mëlçisë, e cila në 60 % të rasteve shkakton vdekshmëri e nënave.

Ndryshimet neurologjike janë të zakonshme dhe përfshijnë: dhimbje koke, vizion të paqartë, skotoma (duke parë njolla ose "dëborë"), hiperrefleksi, rrallë verbëri kortikale dhe kriza të përgjithësuara të eklampsisë.

Ndryshimet renale - Endotelioza glomerulare është dëmtimi patognomonik i preeklampsisë: glomerulat janë të zmadhuar, deformuar dhe mbushur me okluzione, me hipertrofi të qelizave intrakapilare. Testimi laboratorik tregon një ulje të shpejtësisë së filtrimit glomerular, ulje të rrjedhës renale të gjakut (e para më shumë se e dyta) dhe proteineuria joselektive (dmth të gjitha proteinat përfshirë albuminën atë që zbulohen nga testi i zhytjes së shiritit në urinë).

Ndryshimet e fetusit - Perfuzioni i placentës është ulur në preeklampsi, dhe pasojat kryesore janë kufizimi i rritjes intrauterine të fetusit dhe oligohidramnios (është një vëllim i mangët i lëngut aminotik).

Mungesa e oksigjenit dhe lëndëve ushqyese, të cilat mund të dëmtojnë rritjen e fetusit,

Lindja e parakohshme,

Vdekja perinatale lidhet kryesisht me lindjen e parakohshme, shkëputjen e placentës dhe asfiksionin intuterine (10, 17).

2.1.4 Çfarë mund të ndodh me nënën?

Sinjalet, nga pamundësia e placentes për të siguruar një fluks normal gjaku kapen nga enët e gjakut të nënës. Këto enë të gjaku ngushtohen duke bërë që funksioni i veshkave të dëmtohet. Kjo bënë që produktet që duhet të eliminohen nga veshkat akumulohen në gjakun e nënës, ndërkohë që proteinat e gjakut të humbasin përmes urinës. Me përparimin e sëmundjes, mëlçia e nënës, mushkëritë, truri dhe sistemi i koagulimit mund të preken gjithashtu. Komplikacionet më të rrezikshme të preeklampsisë janë konvulzionet (eklampsi), hemorragjia cerebrale (iktus),

edema pulmonare (likidi në mushkëri), insuficienca renale (bllokimi i funksionit të veshkave), insuficienca hepatike (bllokimi i funksionit të mëlçisë) dhe çregullimet në koagulim. Të gjitha janë të rrezikshme për jeten e nënës (9).

2.1.5 Çfarë mund të ndodh tek fetusi

Më reduktimin e fluksit të gjakut nga nëna te placenta, fetuesi merr më pak oksigjen dhe lëndë ushqyese. Kjo sjell fillimisht një ngadalësim të rritjes në peshë (IUGR) dhe më vonë edhe mungesë të oksigjenit. Në momentin që preeklampsia dyshohet, fetuesi duhet te monitorizohet me kujdes po aq sa nëna. Në rastet kur rritja ndalon ose kur gjendja e fetuesit është në rrezik, atëherë programohet lindja e fetuesit. Ky vendim është shumë më i lehtë për shtatëzënit që kanë kaluar javën e 30-të. Për shtatëzënitë më të vogla se 30 javë, asgjë e sigurtë nuk mund të thuhet për mbijetesën e fetuesit. Edhe mbi 30 javë, fetuesi mund të jetë në rrezik, por nga ana statistikore vdekshmëria dhe sëmundshmëria është më e vogël se sa kur shtatëzënia ndërpritet për shkak të preeklampsisë para javës së 30-të (9).

2.1.6 Faktorët predispozues të preeklampsisë

Janë identifikuar disa faktorë predispozues që rrisin rrezikun për preeklampsi:

- Situata në të cilën gruaja nuk ka lindur ose nuk ka qenë shtatëzënë më parë,
- Preeklampsi në familje,
- Obeziteti,
- Shtatëzëni me shumë fetuse,
- Preeklampsia në shtatëzëni të mëparshme,
- Përfundimi i dobët në shtatëzëni të mëparshme,
- Kufizimi i rritjes intrauterine, distako e placentës, vdekje të fetuseve (17) .

2.1.7 Menaxhimi i preeklampsisë

Preeklampsia nuk ka mjekim specifik. Është kjo arsyeja që sot studimet e mëdha përqendrohen tek parandalimi. Trajtimi përfundimtar i preeklampsisë është lindja e fëmijës për të parandaluar komplikacionet që bëhen shkak për vdekshmëri fetale dhe amtare. Zakonisht rekomandohet hospitalizimi me qëllim që të gjykojmë dhe të shmangim riskun e konvulsioneve, si dhe të vlerësojmë mundësit e mbijetesës së fetusit.

Preeklampsia i vë nënën dhe fetusin në rrezik. Sidoqoftë, është një çrregullim i nënës. Shtylla kryesore e trajtimit është zbulimi i hershëm dhe shpërndarja e menaxhuar për të minimizuar rreziqet e nënës dhe fetusit. Nëse shtatëzënia është në fund, vendimi është i lehtë; foshnja duhet të lindë. Vendimi për të ofruar ndihme, përfshin balancimin e rreziqeve të përkeqësimit të preeklampsisë kundrejt atyre të lindjes së parakohshme. Lindja në përgjithësi nuk indikohet për gratë me preeklampsi të butë deri në 37 deri në 38 javë të shtatëzënisë dhe mund të ndodhë deri në 40 javë. Nëse është larg terminit, nëna duhet të pranohet për vlerësim. Shtatëzëna do të ketë nevojë për:

- Testet fillestare dhe laboratorike serike (numërimi i plotë i qelizave të gjakut, kreatinina, acidi urik, ALT, AST),
- Ultrasonografia për të matur rritjen e fetusit dhe vëllimin e lëngut amniotik dhe ultrasonografinë Doppler. Raportet sistolike / diastolike të arteries kërthizore të matura nga ultrasonografia e Dopplerit mund të zbulojnë insuficiencën e hershme uteroplacentare,
- Testimi para lindjes (testi jostresiv ose profili biofizik). Profili biofizik është një vlerësim i mirëqenies fetale. Fetuset që oksigjenohen mirë sillen normalisht duke përdredhur, përpëlitur, përkulur dhe zgjatur ekstremitetet dhe duke marrë frymë. Fetuset që janë hipoksikë qëndrojnë akoma, duke u përpjekur të ruajnë oksigjenin,
- Një mbledhje 24-orëshe e urinës për proteina.
- Qëllimet e trajtimit janë parandalimi i krizave, ulja e presionit të gjakut për të shmangur dëmtimin e organeve të nënave dhe përsheptimin e lindjes(10).

2.1.8 Parandalimi i preeklampsisë

Disa metoda për të parandaluar preeklampsinë (17):

- Dieta me proteina të larta dhe kripra të ulëta,
- Shtesë plotësuese ushqyese (proteinë) ,
- Kalcium,
- Magnez,
- Zink,

- Vaj peshku dhe vaji i aguliqes,
- Medikamentet antihipertensive, përfshirë edhe diuretikët,
- Preparatet antitrombocitike,
- Aspirina në doza të ulëta,
- Dipiridamol,
- Heparinë,
- Vitamina E dhe C (17).

2.2 Eklampsia

Eklampsia është klasifikimi më i rëndë i PIH syndromës, një ndërlikim kërcënues për jetën e shtatëzënës.

Eklampsia është një gjendje që ndikon te një grua shtatëzënë, zakonisht e diagnostikuar edhe më parë me preeklampsia (presion të lartë të gjakut dhe proteina në urinë), për të zhvilluar gjendje kome. Në disa raste, koma mund të jenë shenja e parë e dallueshme që një grua shtatëzënë ka pasur eklampsia.

Asnjëherë nuk ka pasur prova që të sugjerojnë një evolucion të rregullt të sëmundjes që fillon me preeklampsia të butë, përparon në preeklampsia të rëndë, dhe përfundimisht në eklampsia. Procesi i sëmundjes mund të njihet në formën e tij më të butë dhe të mbetet i tillë gjatë gjithë shtatëzënisë, ose mund të paraqitet si eklampsia me lulëzim të plotë. Më pak se një në 100 gra me preeklampsia do të zhvillojnë eklampsia (e karakterizuar nga konvulsione / ose gjendje kome).

Deri në 20 % të rasteve të të gjitha shtatëzënive janë të ndërlikuara nga presioni i lartë gjakut. Komplikimet që vijnë nga presioni i lartë i gjakut, preeklampsia dhe eklampsia mund të përbëjnë deri në 20 % të rasteve të vdekjeve të nënës (11, 17).

2.2.1 Çfarë e shkakton eklampsinë

Askush nuk e di se çfarë e shkakton saktësisht preeklampsinë ose eklampsinë, megjithëse anomalitë në endotel (shtresa e brendshme e mureve të enëve të gjakut) janë konsideruar si një shkak i mundshëm. Meqenëse shkak i saktë i preeklampsisë ose eklampsisë është kuptuar

dobët, nuk është e mundur të parashikohet në mënyrë efektive kur do të ndodhë eklampsia, ose të miratohen masa parandaluese që mund të parandalojnë zhvillimin e këtyre problemeve (11).

Shkaku i saktë i eklampsisë nuk dihet. Faktorët që mund të luajnë një rol përfshijnë:

- Probleme të enëve të gjakut,
- Faktorët e trurit dhe sistemit nervor (neurologjik),
- Dieta,
- Gjenet,

Eklampsia ndjek një gjendje të quajtur preeklampsia. Ky është një ndërlikim i shtatëzënisë në të cilën një grua ka presion të lartë të gjakut dhe gjetje të tjera.

Shumica e grave me preeklampsia nuk vazhdojnë të marrin kriza. Është e vështirë të parashikosh se cilat gra do të kenë krizë. Gratë me rrezik të lartë të krizave shpesh kanë preeklampsia të rëndë me gjetje të tilla si:

- Testet anormale të gjakut,
- Dhimbje koke,
- Presion shumë i lartë i gjakut,
- Ndryshimet e vizionit,
- Dhimbje në bark (11),

2.2.2 Simptomat e eklampsisë

Meqenëse preeklampsia mund të çojë në eklampsia, mund të ketë simptoma të të dy gjendjeve. Sidoqoftë, disa nga simptomat mund të vijnë për shkak të kushteve të tjera, të tilla si sëmundja e veshkave ose diabeti (12).

Symptoms of Eclampsia Patient



Figura 2. Simptomat e eklampsisë

(E huazuar nga: <http://nursingexercise.com/>)

- Dhimbja e kokës oksipitale ose frontale e vazhdueshme,
- Trubullime ne shikim,
- Foto fobia,
- Dhimbje epigastrike ose dhimbja në kuadrin e sipërm të djathtë të barkut,
- Çregullime kognitive (12).

2.2.3 Diagnostikimi i eklampsisë

Diagnoza e eklampsisë është e sigurt në prani të edemës së përgjithshme, hipertensionit, proteinurisë dhe konvulsioneve. Gjithsesi eklampsia shfaqet me një spektër të gjerë shenjash klinike që janë: mungesa e hipertensionit apo hipertensioni minimal, mungesa e proteinurisë dhe edemave ose hipertension e proteinuri e rëndë bashke me edema të përhapura. Hipertensioni konsiderohet si shenja patognomonike për diagnostikimin e eklampsisë. Simptomat, shenjat klinike dhe shumë gjetje laboratorike i gjejm edhe në një sërë sëmundjesh tjera. Shkaku më i zakonshëm i konvulsioneve, që shfaqen të shoqëruara me hipertension ose proteinurinë gjatë shtatëzënis, ose menjëherë pas lindjes, është eklampsia (17).

Diagnoza diferenciale e eklampsisë:

- Encefalopatia hipertensive,
- Epilepsia,
- Hipoglicemia, hiponatremia,
- Leukoencefalopatia posteriore,
- PPT –ja (purpura trombotike trombocitopenike),
- Sindroma e punkcionit postdural,
- Vaskuliti /angiopatitë,
- Insultet cerebrovaskulare,
 - Hemorragjia,
 - Ruptura e aneurizmave ose keq formimet,
 - Embolia arteriale, tromboza,
 - Tromboza venoze,
 - Encefalopatia hipoksike ishemike,
 - Angiomas.

2.2.4 Komplikimet te nëna dhe te fetusit

Shtatëzënitë e komplikuar me eklampsi shoqërohen, gjithashtu, me frekuenca të larta të sëmundjeve të nënës, si distako e placentës (7 deri në 10 % të rasteve), edema pulmonare (3 deri në 5 % të rasteve), insuficiencia renale akute (5 deri 9 % të rasteve) dhe arresti kardiopulmonar (2 deri në 10 % të rasteve). Është e rëndësishme të theksohet se ndërlikimet e nënës janë konsiderueshëm më të mëdha te gratë, te të cilat eklampsia shfaqet përpara lindjes, veqanërisht tek ato, te të cilat eklampsia shfaqet shumë kohë për para lindjes. Vdekshmëria dhe sëmundshmëria në prag të lindjes mbeten të larta në shtatëzënitë eklamptike. Frekuenca e vdekshmërisë te të porsalindurve, lëviz nga 5.6 % deri në 11.8 % të rasteve. Kjo normë e lartë e vdekshmërisë te të porsalindurve lidhet me prematuritetin, distakon e placentës dhe kufizimin e theksuar të rritjes së fetusit.

Frekuenca e lindjeve të parakohshme është afërsisht 50 % të rasteve, më afërsisht 25 % të rasteve mundësi shfaqjeje përpara javës së 32-të të shtatëzënisë (17).

Menaxhimi i eklampsisë

Masat e përgjithshme përfshijnë:

- Kujdesi për sistemin respirator nga:
 - Animi kokëposhtë për të ndihmuar kullimin e sekretimit bronkial,
 - Ndryshimi i shpeshtë i pozicionit të pacientes,
 - Mbani të pastër traktin e sipërm të frymëmarrjes,
 - Antibiotik profilaktik ,
 - Administroni oksigjen me rrjedhje të lartë, duke i siguruar rrugët e frymarrjes
 - Një profesionist mjekësor duhet të jetë gjithmonë i gatshëm në kryerjen e intubacioneve,
- Gjuha mbrohet nga kafshimi me një mbrojtës plastike gojës,
- Pas qetësimit, vendoset një kateter Foley. Grumbullimi i sasisë së urinës për vlerësimin e proteinave, hematurisë dhe peshës specifike,

Vëzhgimi i nënës përfshinë matjen e

- Pulsit,
- Temperatures,
- Presionit të gjakut,
- Frekuencës së frymëmarrjes,
- Urines,
- Numrit të përshtatjeve dhe kohëzgjatjes së komës,
- Kontraksionet e mitrës,

Vëzhgimi për fetusin:

Vëzhgimi i fetusit përfshin: monitorimin e vazhdueshëm të zemrës fetale, një status të profilit biofizik dhe vlerësimin ultrasonografik të rritjes së fetusit. Gjurmimi i rrahjeve të zemrës fetale

mund të zbulojë bradikardi, ngadalësime kalimtare të vonshme, të rrahjeve të zemres fetale dhe takikardi kompensuese.

Është e dëshirueshme të fillohen kortikosteroidet për pjekjen e mushkërive të fetusit.

2.2.5 Parandalimi i eklampsisë

Parandalimi eklampsisë kërkon njohjen e etiologjisë dhe të patogjenezës së saj, si dhe metodat e zbulimit të pacienteve me rrezik të lartë për shfaqjen e konvulsioneve. Gjithsesi, siç u diskutua më parë patogjeneza e eklampsisë nuk njihet mirë. Parandalimi i eklampsisë mund të bëhet, duke përdorur preparatet farmakologjike që parandalojnë konvulsionet tek gratë me preklampsi. Parandalimi mund të jetë tretësor, duke parandaluar konvulsionet pasuese të gratë, të cilat është shfaqur eklampsia. Skemat aktuale të menaxhimit, të krijuara për të parandaluar eklampsinë, bazohen në zbulimin e hershëm të hipertensionit të shtatëzënisë ose të preeklampsisë dhe përdorimin në vijim të mënyrave të parandalimit të këto gra (17).

2.3 Syndroma HELLP

Sindroma HELLP është një ndërlikim serioz i hipertensionit të rëndë të shkaktuar nga shtatëzënia (probleme të tensionit të lartë të shtatëzënisë). Ndodh në rreth 10 % të grave me presion të lartë të gjakut gjatë shtatëzënisë. Ajo shoqërohet me sëmundje të konsiderueshme amtare dhe perinatale.

Syndroma HELLP është një ndërlikim i preeklampsisë ose eklampsisë së rëndë. Syndroma HELLP është një grup i ndryshimeve fizike duke përfshirë prishjen e qelizave të kuqe të gjakut, ndryshimeve në mëlçi dhe trombocitet e ulëta (qelizat e gjetura në gjak që janë të nevojshme për të ndihmuar gjakun të mpikset për të kontrolluar gjakderdhjen).

Ky sindrom karakterizohet nga hemoliza, rritja e nivelit të transaminazave dhe trombocitopenia. Është formë e rëndë e preeklampsionit e cila paraqitet në mes të javës 28 dhe 38 të shtatëzënisë dhe nëse nuk dallohet me kohë, në bazë të vlerave klinike dhe laboratorike mund të vie deri të sindromi hepatorenal dhe sindroma adulte hemolitike uremike me përfundim fatal për shtatëzënë dhe fetusin.

HELLP– është shkurtesa për fjalët fillestare të cilat nënkuptojnë:

H-hemolysis – anemia mikroangiopatike hemolitike.

EL-elevated liver enzymes – niveli i ngritur i enzimave të mëlçisë.

LP-loë platelets – trombocitopenia gjegjësisht numri i zvogluar i trombociteve (13).

Sindroma HELLP shkakton probleme me gjakun, mëlçinë dhe presionin e gjakut dhe nëse nuk trajtohen, këto çështje mund të dëmtojnë nënën dhe fetusin.

Sindroma HELLP mund të shkaktojë komplikime të mëdha.

Kjo përfshin:

- Konvulsione,
- Goditje në tru,
- Prishja e mëlçisë,
- Abrupcion placentar (ndarja e placentës nga muri i mitrës para lindjes së foshnjës)

Shkëputja e placentës mund të shkaktojë gjakderdhje, të ndikojë në rritjen e fetusit dhe të çojë në lindje të parakohshme ose lindje të femijës së vdekur (13).

2.3.1 Simptomat e sindromës HELLP

Simptomat përfshijnë:

- Lodhje,
- Vizion të paqartë,
- Shtim i papritur i peshës,
- Ënjtje, sidomos në fytyrë dhe duar,
- Dhimbje koke,
- Nauze ose të vjella,
- Konvulsione,
- Dhimbje në pjesën e sipërme të djathtë të barkut,
- Gjakderdhje nga hunda e cila që nuk ndalet aq shpejt sa zakonisht.

2.3.2 Diagnostifikimi i sindromës HELLP

Mundësia e shfaqjes së sindromës HELLP luhetet në varësi të studimeve, gjë që pasqyron edhe dallimet në kriteret diagnostikuese. Syndroma rezulton të jetë më e zakonshme te gratë me ngjyrë të bardhë të lekures dhe ka frekuencë më të lartë te pacientet preeklampitike, që janë menaxhuar në menyrë konservative. Diagnostikimi i hershem i sindromës HELLP mund të jetë një sfidë, për faktin se shumë gra shfaqen me simptoma jo specifike ose me shenja të vogla preeklampsie. Shenjat e ndryshme dhe simptomat e raportuara nuk janë specifike të sindromës HELLP dhe mund të gjenden edhe te gratë me preeklampsi-eklampsi të rëndë pa sindromën HELLP.

Kriteret për diagnostikim të përdorura për sindromën HELLP janë të ndryshueshme dhe jo të qëndrueshme. Hemolioza e përcaktuar si prania e anemisë hemolitike mikroangiopatike, është shenja dalluese e triadës së sindromës HELLP (14).

Disa teste mund të ndihmojnë në diagnostikimin e sindromës HELLP:

- Testet e gjaku, për të vlerësuar nivelet e trombociteve, enzimat e mëlçisë dhe numrin e qelizave të kuqe të gjakut,
- Testi i urinës, për të kontrolluar proteinat,
- MRI, për të përcaktuar nëse ka gjakderdhje në mëlçi,
- Kriteret për të vendosur diagnozën e sindromës HELLP (14)

2.3.3 Syndroma HELLP tek nëna dhe fetusi

Prania e sindromës e HELLP lidhet me një rrezik të lartë për vdekje të nënës (1 % të rasteve) dhe frekuencë të lartë të sëmundshmërisë të nënës si: edema pulmonare (8 % të rasteve), insuficienca renale akute (3 % të rasteve), DIK (15 % të rasteve), distako e placentës (9 % të rasteve), hemorragjia ose insuficienca hepatike (1% të rasteve), sindroma e detresit respirator te të rriturit (SDRA), sepsis dhe insulte (<1 % të rasteve).

Vdekshmëria e përgjithshme perinatale nga sindroma HELLP (lindja e vdekur, plus vdekja neonatale) varon nga 7.7 deri në 60 % të rasteve. Shumica e këtyre vdekjeve iu atribuohen

shkëputjes së placentës (placenta që ndahet para kohe nga mitra), dështimi të placentës me asfiksi intrauterine (fetusi nuk merr oksigjen të mjaftueshëm), (15, 17).

2.3.4 Trajtimi i sindromës HELLP

Ka disa menyra të trajtimit ose shërimit të sindromës HELLP. Shumica e këtyre mënyrave janë të ngjashme me ato të aplikuara për menaxhimin e preeklampsisë së rëndë.

Trajtimi përfshinë:

- Pushim në shtrat (mund të rekomandohet në shtëpi ose në spital).
- Shtrim në spital (pasi personeli dhe pajisjet e specializuara mund të jenë të nevojshme).
- Transfuzione të gjakut (për anemi të rëndë dhe trombocite të ulëta).
- Dhenia e Sulfatit magnezit (për të parandaluar krizat).
- Medikamente antihipertensive (për të ulur presionin e gjakut).
- **Monitorimi i fetusit (për të kontrolluar shëndetin e fetusit) përfshinë:**
Numërimi i lëvizjeve fetale - mbajtja e shënimeve të goditjeve dhe lëvizjeve fetale. Një ndryshim në numër ose frekuencë është tregues i mirë që fetusi është nën stres.
- Testimi jo stresues (TJS) - një test që matë rrahjet e zemrës së fetusit në përgjigje të lëvizjeve të fetusit.
- Profili biofizik - një test që ndërthur testin e stresit me ultrazërin për të vëzhguar fetusin.
- Studime të rrjedhës me Doppler - aplikimi i ultrazërit për të matur rrjedhën e gjakut.
- Testimi laboratorik i mëlçisë, urinës dhe gjakut (për ndryshimet që mund të sinjalizojnë përkeqësimin e sindromës HELLP).
- Medikamentet - kortikosteroide, që mund të ndihmojnë në pjekjen e mushkërive të fetusit (papjekuria e mushkërive është një problem i madh i foshnjave të lindura parakohe).
- Lindja (nëse sindroma HELLP përkeqësohet dhe rrezikon mirëqenien e nënës ose fetusit, atëherë lindja e hershme mund të jetë e nevojshme).

2.3.5 Parandalimi i sindromës HELLP:

Identifikimi i hershëm i grave në rrezik për sindromën HELLP mund të ndihmojë në parandalimin e disa ndërlikimeve të sëmundjes. Edukimi në lidhje me shenjat paralajmëruese

është gjithmone i rëndësishëm sepse njohja e hershme mund të ndihmojë gratë të marrin trajtim dhe të parandalojnë përkeqësimin e sëmundjes (16).

2.5 Menaxhimi i infermieror

Kujdesi infermieror për PIH syndromë përfshinë keshillimin për ushqimin adekuat, kujdesin e mirë para lindjes dhe kontrollin e hipertensionit para-ekzistues gjatë shtatëzënësise, duke ulur incidencën dhe ashpërsinë e preeklampsisë. Njohja e hershme dhe trajtimi i shpejtë i preeklampsisë mund të parandalojë përparimin në eklampsi.

Infermierët gjithashtu kanë rol në uljen e presionit të gjakut të pacientet me çrregullime hipertensive. Këto janë ndërhyrje të thjeshta, por mund të krijojnë një efekt pozitiv kur zbatohen si duhet.

Infermierët janë profesionistët e parë që kanë kontakte me gratë shtatëzëna në urgjencë obstetrike, prandaj është thelbësore që kujdesi infermieror të drejtohet nga provat aktuale shkencore. Mbledhja e të dhënave të hollësishtme, ekzaminimi i kujdesshëm fizik dhe vëmendja ndaj vlerave të presionit të gjakut dhe shenjave tjera të preeklampsisë janë ndër detyrat themelore infermiore. Poashtu zbulimi i hershëm i rasteve, mbledhja dhe monitorimi i testeve përkatëse laboratorike, veçanërisht vlerat e proteinurisë përgjatë 24 orëve, janë me rëndësi të veçantë.

Vlerësimi i fetusit, ndërhyrjet e sakta dhe të shpejta, përkujdesja dhe edukimi shëndetësor gjatë gjithë shtatëzënësise dhe lindjes, sigurojnë përsosmëri të kujdesit dhe uljen e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare dhe fetale te këto paciente. Për më tepër, ne theksojmë nevojën për të vetedijesuar gratë në lidhje me rëndësinë e ndjekjeve për parandalimin e komplikimeve të vonshme të çrregullimeve hipertensive.

Ndjekje të tilla janë: monitorimi afatgjatë i të dhënave klinike dhe adaptimi i zakoneve të shëndetshme të jetesës. Çfarëdo ndërlikimesh të ketë një shtatëzëne, ajo gjithmonë ka një ndërhyrje dhe zgjidhje përkatëse.

E vetmja gjë që duhet të bëjmë si ofrues të kujdesit shëndetësor është të bashkëpunojmë dhe të sigurojmë se ajo që ne ofrojmë për pacienten dhe familjen e saj, është për mirëqenien e tyre dhe për mirëqenien e jetës së vogël brenda saj.

2.5.1 Vlerësimi i infermieror

- Vlerësoni shenjat vitale, veçanërisht presionin e gjakut. Një presion i lartë i gjakut prej 140/90 mmHg dhe më lart tregon për hipertension.
- Prania e proteinurise mund të përcaktohet përmes testeve të urinës.
- Vlerësoni pacientin për praninë e edemës në fytyrë, gishta dhe gjymtyrë të sipërme.
- Vlerësoni njohuritë e pacientit / çiftit për procesin e sëmundjes. Jepni informacion në lidhje me patofiziologjinë e PIH syndromës, implikimet për nënën dhe fetusin dhe arsyetimin për ndërhyrje, procedurat dhe testet, sipas nevojës, sepse krijon bazën e të dhënave dhe ofron informacion. Jepni informacion në lidhje me fushat në të cilat mësimi është i nevojshëm. Marrja e informacionit mund të përmirësojë të kuptuarit dhe të zvogëlojë frikën, duke ndihmuar në lehtësimin e planit të trajtimit për shtatëzënën.

2.5.2 Ndërhyrjet infermierore

- Promovoni pushimin në shtrat në një pozicion të shtrirë për të ndihmuar në sekretimin e natriumit.
- Promovoni ushqimin e mirë, pasi gruaja duhet të vazhdojë ushqimin e saj të zakonshëm të shtatëzënisë.
- Jepni mbështetje emocionale për të krijuar një marrëdhënie të besueshme dhe lejoni shtatëzënës të shprehë frikën e saj.
- Jepni informacion në lidhje me sigurimin e mjaftueshëm të proteinave në dietë për pacientet me preeklampsi të mundshme ose të butë, sepse proteinat janë thelbësore për rregullimin e lëngjeve intravaskulare dhe ekstravaskulare. (17)

3 DEKLARIMI I PROBLEMIT

Qëllimi kryesor i këtij punimi është përcaktohet rëndësia dhe roli infermieror në kujdesin te gratë shtatëzëna me çrregullime hipertensive, duke përfshirë:

- Faktorët predispozues,
- Masat e parandalimit,
- Kontrollin e barnave,
- Studimin e rastit,
- Rekomandimet infermierore.

Realizimi i këtij punimi synon përmbushjen e disa objektivave:

- Për të parë inçidencen e shtatëzënisë me PIH syndromë,
- Për të vlerësuar ecurinë e shtatëzënisë dhe menaxhimin e PIH syndromës,
- Për të vlerësuar komplikimet e shtatëzënisë me PIH syndromë,
- Për të vlerësuar kujdesin shëndetsor tek gratë shtatëzëna me PIH syndromë,
- Për të vlerësuar sukseset dhe dështimet e shtatëzënisë me PIH syndromë.

4 METODOLGJIA

Në mënyrë retrograde janë analizuar 162 paciente me çregullime hipertensive, të pranuar dhe trajtuara gjatë periudhës kohore 2019-2020 në Klinikën Obstetrike Gjinekologjike, QKUK në Prishtinë. Për marrjen e të dhënave janë shfrytëzuar protokollet e pacientëve të kesaj Klinike. Gjatë analizimit të pacientëve janë marrë në konsideratë edhe këto variabla: grupmosha, lloji i hipertensionit dhe menyra e lindjes. Gjithashtu, është bërë edhe analiza statistikore i rasteve me çregullime hipertensive, ku prezantimi i rasteve është bërë përmes tabelave dhe grafikoneve; në punim është përdorur programi Microsoft Excel.

5 PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

Tabela 2. Paraqitja tabelare e numrit të lindjeve me sëmundje hipertensive për vitin 2019-2020

Lindje normale	Lindjet me S.C	Gjithsej
23	139	162

Në këtë tabelë është paraqitur numri i lindjeve me sëmundje hipertensive; nga kjo shihet se numri total i lindjeve që kanë përfunduar me prerje cezariane është më i lartë se lindjet që janë kryer me rrugë vaginale.

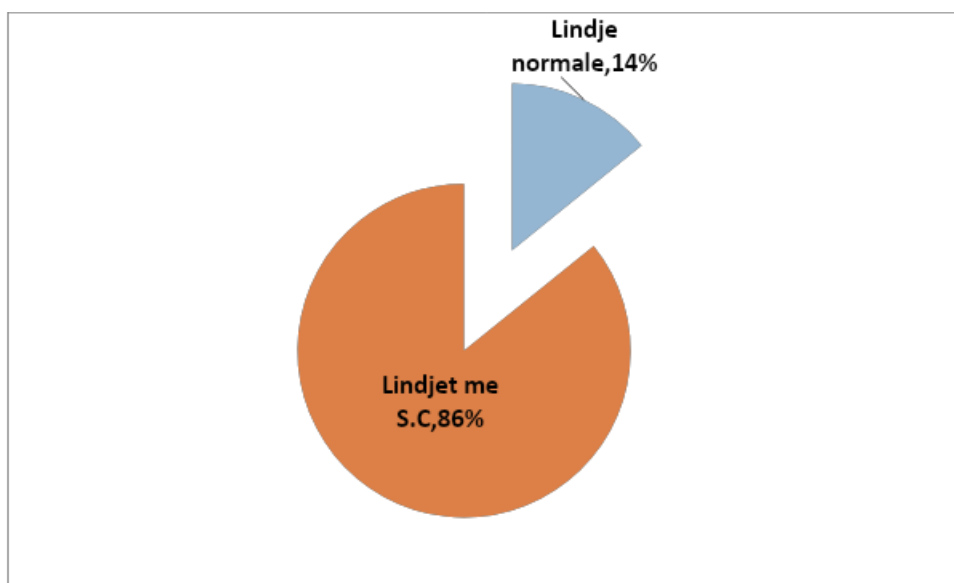


Figura 3. Mënyrat e lindjes te shtatzënat me sëmundje hipertensive

Nga kjo figurë shifet se në 86% të rasteve lindja është përfunduar me prerje cezariane dhe vetëm në 14% të rasteve me sëmundje hipertensive lindja është kryer me rrugë vaginale.

Tabela 3. Struktura e shtazënave sipas grup moshës

Mosha e shtatëzënës në shfaqjen e sëmundjes	< 20vjeq	20-30 vjeq	30-40 vjeq	≥ 40 vjeq	Gjithsej
Hipertension	3	35	57	6	101
Preeklampsi	1	19	26	4	50
Eklampsi	0	2	0	0	2
Syndroma HELLP	0	5	4	0	9

Në këtë tabelë është paraqitur grupmosha e nënave të diagnostifikuar me çrregullime hipertensive dhe nga kjo vijme në përfundim që grup mosha $\geq 30-40$ vjeçe është më e prekura nga çrregullimet hipertensive.

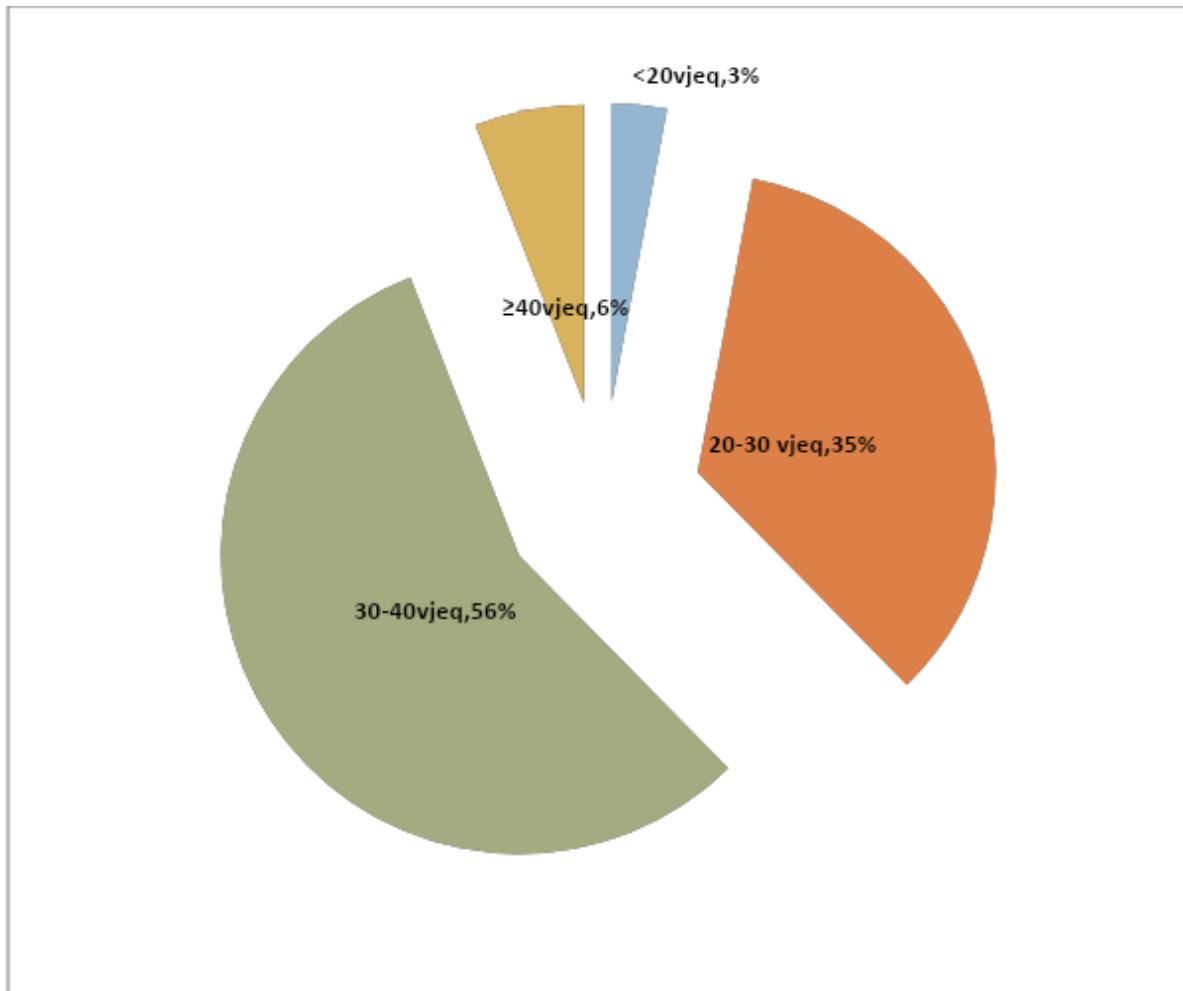


Figura 4. Sëmundjet hipertensive në relacion me grup moshën e nënës

Figura paraqet qartë se grupmosha nënave ≥ 30 -40 vjeçe ka qenë më e prekura nga sëmundjet hipertensive, në 56% të rasteve.

Tabela 4. Struktura e shtatzënave sipas llojit të hipertensionit

Shtatëzënat e prekura nga këto lloje të hipertensionit	Gjithsej
Hipertension	101
Preeklampsi	50
Eklampsi	2
Syndroma HELLP	9

Në këtë tabelë janë paraqitur shtatëzënat e prekura sipas tipit të hipertensionit si dhe numri i shtatëzënave të prekura me eklampsi dhe HELLP Sy.

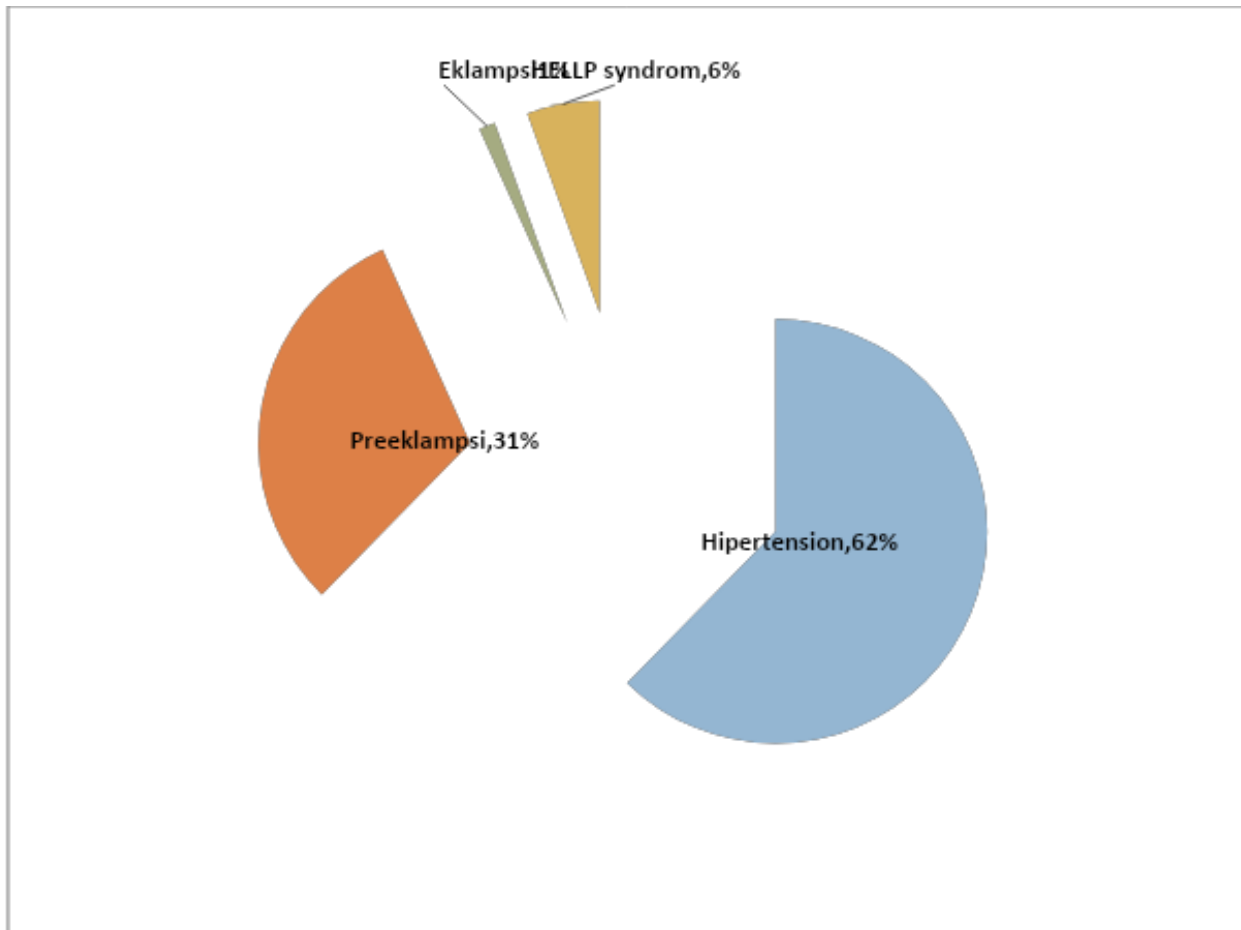


Figura 5. Struktura e sëmundjeve hipertensive në shtatzëni

Nga kjo figurë shifet se hipertensioni është gjetur në studimin tonë në përqindjen të lartë, në 62% të shtatëzënave; preekplamsia ishte në 31%, HELLP sy në 6% dhe eklampsia ishte vetëm në 1% të rasteve të sëmundjet hipertensive në shtatëzëni.

6 KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

Rekomandimet aktuale për menaxhimin e hipertensionit në shtatëzëni janë:

- Të reduktojë marrjen e kriprave gjatë shtatëzënise,
- Të marrë ushqim të shëndetshëm dhe të pasur me proteina.
- Të vizitohet sa më shpejtë te gjinekologu, nëse nuk ka marrë medikamente për shtypje të gjakut të lartë nganjëherë medikamentet dhe doza nevoiten të ndërrohen gjatë shtatëzënisë.
- Të shtrihet më shpesh në krahun e majtë (pozitë kjo që shton qarkullimin e gjakut drejt placentës dhe ndihmon që tek fetusit të ngritet niveli i oksigjenit).
- Së paku qdo dy javë të bëhet matja e shtypjes së gjakut .
- Të gjitha grave shtatëzëna duhet tu mësohen shenjat dhe simptomat e para-eklampsisë dhe duhet të inkurajohen që të kenë kujdes të rregullt paranatal.

Menaxhimi i rekomanduar: Objektivi kryesor i trajtimit të grave me çrregullime hipertensive-preeklampsi gjatë shtatëzënisë duhet të jetë siguria e nënës dhe fetusit. Fillimisht, njohja me përkufizimet e këtyre patologjive në shtatëzëni, diagnostifikimi, dhe mbi të gjitha, parandalimi i tyre. Ky objektivi mund të arrihet duke krijuar një plan menaxhimi që merr në konsideratë rëndësinë e sëmundjes, moshën e shtatëzënes, gjendjen e fetusit dhe të nënës në kohën e kontrollit fillestar dhe me vonë deri në lindje.

7. REFERENCAT

[1] High Blood Pressure (Hypertension) During Pregnancy: Prevention High Blood Pressure During Pregnancy. (1/22/2019)

<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/4497-high-blood-pressure-hypertension-during-pregnancy>

[2] Evangelia Kintiraki¹, Sophia Papakatsika², George Kotronis², Dimitrios G Goulis¹, Vasilios Kotsis² (Apr-Jun 2015) Pregnancy-Induced hypertension

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26158653/>

[3]. Alessia Mammaro,¹ Sabina Carrara,² Alessandro Cavaliere,³ Santina Ermito,⁴ Angela Dinatale,⁴ Elisa Maria Pappalardo,⁵ Mariapia Militello,⁶ and Rosa Pedata⁷ (2009 Jan-Mar)

Hypertensive Disorders of Pregnancy

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279097/#_sec10title

[4]. Pregnancy induced hypertension(2019)

<https://childrenswi.org/medical-care/fetal-concerns-center/conditions/pregnancy-complications/pregnancy-induced-hypertension>

[5]. Mark A.Brown, Laura A. Magee, Louise C. Kenny, S.Ananth Karumanchi, Fergus. Mccarthy, Shigeru Saito, David R.Hall, Charlotte E. Warren, Gloria Adoyi and Salisu Ishaku (October 25, 2019)

https://www.gfmer.ch/Obstetrics_simplified/Hypertensive_disorders_in_pregnancy.htm

[6]. Mark A.Brown, Laura A. Magee, Louise C. Kenny, S.Ananth Karumanchi, Fergus. Mccarthy, Shigeru Saito, David R.Hall, Charlotte E. Warren, Gloria Adoyi and Salisu Ishaku (October 25, 2019)

https://www.gfmer.ch/Obstetrics_simplified/Hypertensive_disorders_in_pregnancy.htm

- [7]. Antenatal Care Module: 19. Hypertensive Disorders of Pregnancy (2017)
<https://www.open.edu/openlearncreate/mod/oucontent/view.php?id=50>
- [8]. Anderson, Cindy M. PhD, CRNP, ANEF, FAHA, FAAN, Schmella, Mandy J. PhD, RN, Preeclampsia: Current Approaches to Nursing Management
https://www.nursingcenter.com/ce_articleprint?an=00000446-201711000-00026
- [9]. Dr Elton Peçi, Preeclampsia <http://www.dreltonpeci.al/pre-eklampsia/>
- [10]. Alessia Mammario, ¹ Sabina Carrara, ² Alessandro Cavaliere, ³ Santina Ermito, ⁴ Angela Dinatale, ⁴ Elisa Maria Pappalardo, ⁵ Mariapia Militello, ⁶ and Rosa Pedata ⁷ (2009) Hypertensive Disorders of Pregnancy
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279097/#:~:text=Hypertensive%20disorders%20during%20pregnancy%20are,chronic%20hypertension%2C%20and%204\)%20gestational](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279097/#:~:text=Hypertensive%20disorders%20during%20pregnancy%20are,chronic%20hypertension%2C%20and%204)%20gestational)
- [11] Dr. Daut Gorani dr.sci. (July 5, 2019) Internist & Kardiolog ELITA PLUS
- [12] Dr. Daut Gorani dr.sci. (July 5, 2019) Hipertensioni në shtatzëni, EPH gestozat
<http://elita-plus.com/2019/07/05/hipertensioni-ne-shtatzeni-eph-gestozat/>
- [13]. Euna Chi, MD (September 12, 2018) HELLP Syndrome
<https://www.healthline.com/health/hellp-syndrome#complications>
- [14]. The editors Preeclampsia Foundation <https://www.preeclampsia.org/hellp-syndrome>
- [15]. Pregnancy induced hypertension (2019)
<https://childrenswi.org/medical-care/fetal-concerns-center/conditions/pregnancy-complications/hellp-syndrome>
- [16]. Marianne Belleza, R.N. (January 19, 2017) Pregnancy Induced Hypertension
<https://nurseslabs.com/pregnancy-induced-hypertension/>
- [17]. Henry Galan, Laura Goetzl, Mark Landon, Eric R. M. Jauniaux. fq 864-890 Obstetrika-shtatzanite normale dhe shtatzanite patologjike.

8. SHTOJCAT

Shtojca.1. Numri lindjeve me sëmundje hipertensive

Lindje normale: 23

Lindje SC: 139

Gjithsej: 162

Shtojca.2. Struktura e shtatëzënave sipas grupmoshës

<20 vjeq:3(Hipertension) 10(Preeklampsi) 0(Eklampsi) 0(Syndroma HELLP)

20-30vjeq: 35(Hipertension) 19(Preeklampsi) 2(Eklampsi) 5(Syndroma HELLP)

30-40vjeq: 57(Hipertension) 26(Preeklampsi) 0(Eklampsi) 4(Syndroma HELLP)

≥ 40vjeq: 6(Hipertension) 4(Preeklampsi) 0(Eklampsi) 0(Syndroma HELLP)

Shtojca.3. Struktura e shtatëzënave sipas llojit të hipertensionit

Hipertension 101

Preeklampsi 50

Eklampsi 2

Syndroma HELLP 9