

University of Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Winter 12-2019

KUJDESI INFERMIEROR TE TË SEMURËT ME KOLIT ULÇEROZ

Teuta Nazifi

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



Part of the **Nursing Commons**



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

KUJDESI INFERMIEROR TE TË SEMURËT ME KOLIT ULÇEROZ

Shkalla Bachelor

Teuta Nazifi

Janar /2020

Prishtinë



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik:2016\2017

Teuta Nazifi

KUJDESI INFERMIEROR TE TË SEMURËT ME KOLIT ULÇEROZ

Mentori : Prof.dr.Zaim Gashi dr.sc.mr.sci.

Dhjetor / 2019

Ky punim është perpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjesshme për Shkallë Bachelor

ABSTRAKT

Ky punim është bërë me qëllim studimi, jo vetëm për faktin se është një sëmundje kronike dhe serioze, por edhe për nevojën e ndërgjegjësimit të të sëmuarve për mbajtjen nën kontroll të kësaj sëmundje, pasi që kjo patologji mundë të sjell deri në një perfundim letal për pacientin, karcinomen kolorektale. Kjo është një patologjie nga trakti gastrointestinal. Fjala është për kolitin ulçeroz.

Koliti ulçeroz është një sëmundje inflamatore që prek rektumin dhe shtrihet në mënyr proksimale duke prekur pjesë të tjera të tij, disa herë gjithë kolonin.

Shkaktarët mbetën përgjithësisht të panjohur, por supozohet të jenë : infeksioze, alergji ushqimore, ambientale, imunologjike etj.

Nga pikpamja patogjenetike sëmundja zhvillohet me mekanizma imune të kombinuara : humorale dhe qelizore.

Kjo sëmundje manifestohet me inflamacion kronik të zorrës së trashë, që shkakton ulçera në zorrë, e përcjellur me: barkqitje të shpeshta me primesa gjaku dhe sekret të shtuar të zorrëve, dhimbje barku, humbje peshe etj. Sëmundja paraqitet nga moshat e reja deri në ato mosha ma të shtyera (15 deri 40 vjec, raste më të rralla edhe mbi këtë moshë).

Punimi është bërë në Klinikën e gastroenterologjis me hepatologji, në SHSKUK.

Fjalë kyçe : Kolit ulçeroz, pankolit, sëmundje inflamatore e zorrëve

MIRËNJOHJE DHE FALËNDERIME

Mirënjohje dhe falenderimi shkon për të gjithë pedagogët në universitetin „ UBT,, Prishtinë. Në saje të profesionalizmit të tyre si dhe përkushtimit për të percjellur njohuri mjekësore të brezat e rinjë, kam arritur deri ne diplomim.Falënderoj edhe familjen time që më mundësuan të jem pjes e këtij profesionalizmi.

Gjithashtu dua të falenderoj mentorin tim Prof.dr.Zaim Gashi dr.sc.mr.sci.i cili ndoqi me kujdes çdo hap të zhvillimit të këtij punimi dhe ofroi bashkëpunimin për finalizimin e tij.

Shpresoj se me zbatimin e njohurive të fituara, do gjëjë vendë për zbatimin e tyre në jetën time profesionale, në atë mënyr që të ndikoj sado pakë në shëndetin e popullit tim.

Një falenderim të veçantë dëshiroj të shprehë për të gjithë ata që pranuan të jenë pjesë e këtij studimi, duke i'u përgjigjur anketave dhe intervistave.

PËRMBAJTJA

LISTA E FIGURAVE	VII
LISTA E TABELAVE.....	VII
FJALORI I TERMAVE:.....	VIII
1.HYRJE	9
1.1Çfarë është koliti ulçeroz	9
2.1 Anatomia e kolonit.	10
2.1.1.Përbërja e kolonit.	10
2.1.2.Fiziologjia e zorrës së trashë:	11
2.1.Epidemiologjia e kolitit ulçeroz	11
2.2.1 Incidenca e K.U.	11
2.2.2. Mortaliteti te K.U.	12
2.2.3. Fillimi i sëmundjes	12
2.2.4. Faktori hereditar në shfaqjen e sëmundjes.	12
2.2.5. Faktori imunodeficiar.	12
2.3. Etiologjia e kolitit ulçeroz	12
2.4. Patogjeneza e kolitit ulçeroz	13
2.5. Klinika e kolitit ulçeroz	16
2.5.1 Format klinike të kolitit ulçeroz	16
2.6. Laboratori te koliti ulçeroz	19
2.7 Komplikimet te koliti ulçeroz	21
2.7.1. Anemi	21
2.7.2. Megakolon toksik	21
2.7.3. Perforimi	21
2.7.4. Strikturat beninje	21
2.7.5. Opstruksion i zorrëve.	22
2.7.6. Karcinoma e kolonit.	22
2.7.7. Hemoragjia masive	22
2.8 Diagnoza diferenciale	22
2.9. Sëmundjet tjera imituese te Kolitit Ulçeroz	23

2.9.1. Diagnoza diferenciale te koliti ulçeroz	24
2.10. Manifestimet ekstraintestinale te kolitit ulçeroz	25
2.10.1. Manifestime dermatologjike :	26
2.10.2. Manifestimet reumatologjike:	26
2.10.3. Manifestimet në sy:	26
2.10.4. Manifestimet hepatobiliare:	27
2.10.5. Manifestimet urologjike	27
2.10.6. Manifestime të tjera:	27
2.11. Mjekimi i kolitit ulçeroz	28
2.11.1. Aminosalicilatet:	29
2.11.2. Kortikosteroidet	30
2.11.3. Terapia biologjike	30
2.11.4. Mjekimi i kolitit ulçeroz në aktivitet (ataku akut)	30
2.11.4.2. Forma klinike e lehtë	30
2. Perforacioni	32
2.12. Indikacionet kirurgjike të koliti ulçeroz	33
2.13. Ushqimi tek pacientët me kolit ulçeroz.	33
2.2. Kujdesi infermieror te të sëmurët me kolit ulçeroz	34
2.2.1. Etapat e kujdesit infermieror	34
2.2.2. Vlerësimi i të dhënave nga infermieri/ia.	35
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	38
4. METODOLOGJIA	39
5. PREZENTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE	40
5.1. Prezentimi i rezultateve.	40
5.2. Analiza e rezultateve.	40
6. KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME	43
6.1. EDUKIMI I PACIENTIT DHE KUJDESI NË SHITËPI	44
7. REFERENCAT	46
8. SHTOJCAT	47
8.1. Pyetësor	47

LISTA E FIGURAVE

Figure 1 Anatomia e kolonit, pjeset e saj.....	10
Figure 2 Ndërtimi histologjik i zorrës së trashë.....	11
Figure 3 Pseudopolipe të koliti ulçeröz.....	14
Figure 4 Colit ulçeröz. Kripte iregulare me abscess dhe infiltrim inflamator kroni	15
Figure 5 Koliti ulçeröz i avancuar	15
Figure 6 Pamje endoskopike e kolitit ulçeröz. Marrje e biopsis me forceps	16
Figure 7 Paraqitja grafike e formave të kolitit ulçeröz	18
Figure 8 pamje e ekzaminimit endoskopik, kolonoskopi.....	20
Figure 9 pamje radiologjike e kolitit ulçeröz. Megakoloni toksik.	21
Figure 10 Paraqitja grafike e rasteve të kolitit ulçeröz, gjinia mashkuj, të hospitalizuar	41
Figure 11 Paraqitja grafike e rasteve të kolitit ulçeröz, gjinia femra, të hospitalizuar	41

LISTA E TABELAVE

Table 1 Manifestimi klinik i koliti ulçeröz.....	17
Table 2 Manifestimi klinik i kolitit ulçeröz	19
Table 3 Diagnoza diferenciale te K.U dhe M.C. (parimet e mjeksise interne,„Harrison” tab.289.4 f.1892)	23
Table 4 Sëmundjet imituese të Kolitit Ulçeröz. (parimet e mjeksis interne „Harrison” tab.289.5 f.1892)	24
Table 5 Manifestimet ekstraintestinale te kolitit ulçeröz. (Parimet e mjeksis interne,„Harrison”	28
Table 6 Preparatet (aminosalicilatet) për mjekimin e kolitit ulçeröz. (Traktati Mjekësor i Cecelit.2013)..	29

FJALORI I TERMAVE:

S.I.Z. Sëmundje inflamatore e zorrëve

K.U.- Koliti ulçeroz

M.C.-Morbus Crohn

Tab.-Tabela

Graf.-Grafikoni

1.HYRJE

1.1Çfarë është koliti ulçeroz

Koliti ulçeroz është një sëmundje që shkakton inflamacion dhe ulçera në mukozën e rektumit apo edhe të zorrës në tërësi. Një shenjë e inflamacionit të mukozës së zorrës është diarea (barkqitja). Kur inflamacioni prek rektumin dhe pjesën e poshtme të zorrës quhet proktit ulçerativ. Kur prek komplet zorrën e trashë quhet pankoliti.

Koliti ulçeroz mund të shfaqet në të gjitha grupmoshat por zakonisht fillon midis moshës 15-30 vjeç dhe më pak e shpeshtë është midis moshës 50-70 vjeç. Prek burrat dhe gratë, faktori gjenetik luan rol rreth 20% të rasteve, të cilët kanë histori familjare lidhur me kolitin ulçeroz. Shkaktari i kësaj sëmundje nuk është i njohur.

Egziston predispozita familjare, por krahas kësaj rëndësi të madhe në paraqitjen e saj ka edhe autoimuniteti.¹ Kjo sëmundje mund të paraqitet në formën klinike të : lehtë, të moderuar, të rëndë dhe forma fulminante. Sëmundja është përshkruar për herë të parë në vitin 1859 nga Samuel Eilks një mjek në Guy's Hospital i cili vuri re se “ Koliti i thjeshtë idiopatik” mund të ishte ndryshe nga format e tjera të kolitit, kryesisht nga dizenteria bakteriale. U deshën shumë vite që të pranohej ky koncept , por më në fund në vitin 1931, Sir Arthur Hurst arriti të jap një përshkrim të plotë të sëmundjes, duke përfshirë këtu pamjet sigmoidoskopike.

Incidenca e kolitit ulçeroz variron në zonat e ndryshme gjeografike. SHBA, Britania e Madhe, Norvegjia kanë incidencë të madhe. Në SHBA incidenca është 11/100.000 banorë nga moshja 15 deri 30 vjeç, por sëmundja mund të shfaqet edhe në moshan deri në 80 vjeç. Vendet si në Evropën përendimore, Afrikën jugore dhe Australi, kanë incidencë më të vogël 2-6/100.000 banorë.

Mortaliteti më i madh të të sëmurët me kolit ulçeroz (K.U.) ndodhë në vitin e parë të sëmundjes por edhe në kohë zgjatjen e sëmundjes, ku mund të zhvillohet karcinoma kolorektale. (Azemi M I.-J. V., 2016), (David A, 620).

2. SHQYRTIMI I LITERATURËS

2.1 Anatomia e kolonit.

Koloni i një të rrituri është 1.5-1.8 m. i gjatë, segmentet e tij përbërëse janë: cekumi, apendiksi, koloni ascendent, koloni transversal, descendent, sigmoidi, rektumi dhe kanali anal³. Koloni ka katër pjesë, ascendente, transversale, descendente dhe sigmoidale që vendosen njëra pas tjetrës në formë harku. Koloni rrethon zorrën e hollë, ku koloni ascendent ndodhet në të djathtë të zorrës së hollë, koloni transversal sipër dhe ose përpara saj, koloni descendent dhe koloni sigmoid në të majt

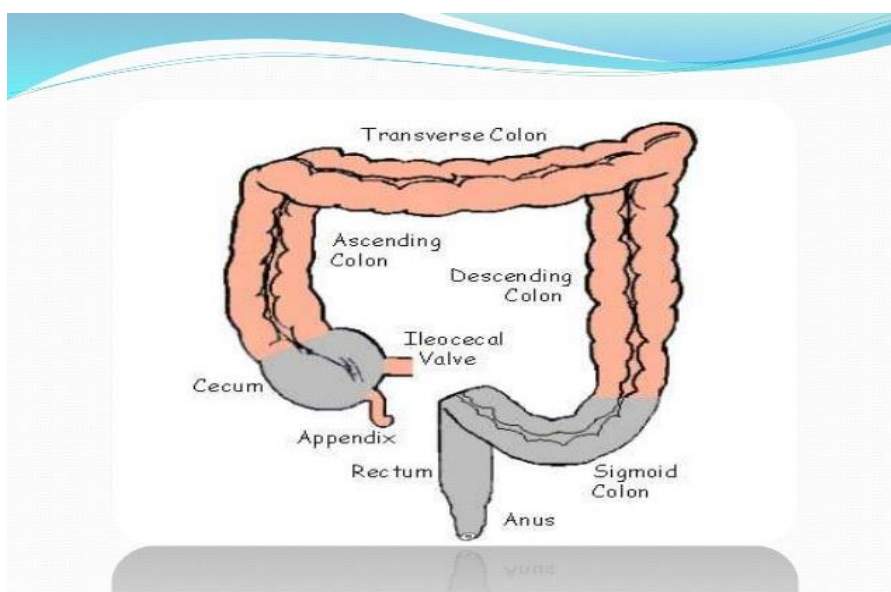


Figure 1 Anatomia e kolonit, pjeset e saj

(vdocuments.site)

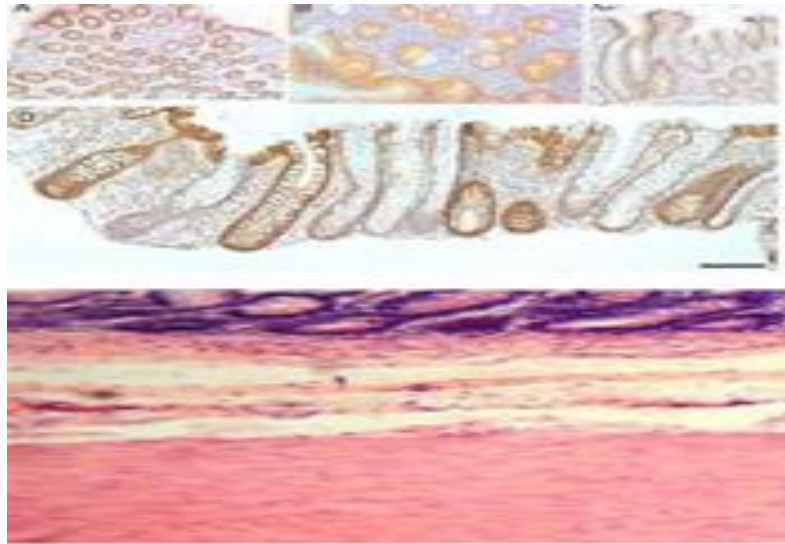
2.1.1. Përbërja e kolonit.

Muri i kolonit përbëhet nga: mukoza, submukoza, shtresa muskulare e brendshme (cirkulare), shtresa muskulare e jashtme dhe seroza. Muri i zorrës së trashë është i rrethuar me epitel, i cili është i invaginuar duke formuar kështu mikrovielt, ku vendosen gjëndrat e zorrëve ose kriptet intestinale. Kriptet intestinale dhe mikrovielt mbulohen nga epiteli.

2.1.2.Fiziologjia e zorrës së trashë:

Zorra e trashë kërkon rreth 16 orë për të mbaruar tretjen e ushqimit. Largon ujin dhe qdo nutrient të absorbueshëm mbetur nga ushqimet, përpara se të qohen në mbetjet e patretura të zorrës.

Koloni absorbon vitaminat e krijuara nga bakteret e kolonit si vitamina K, vitamin B12, tiaminë dhe riboflavin. Zorra e trashë sekretionon jone K^+ dhe Cl^- . Zorra e trashë është e përgjegjshme për magazinimin e mbetjeve, për rikthimin e ujit duke mbajtur atë në balancë, duke absorbuar vitamin (si vitamin K), dhe duke gjetur vend për mikroorganizma që njihen me emrin flora mikrobike e kolonit.



Ndërtimi histologjik i zorrës së trashë

Figure 2Ndërtimi histologjik i zorrës së trashë

(shutterstock)

2.1.Epidemiologjia e kolitit ulçeröz

2.2.1 Incidenca e K.U.

Incidenca e kolitit ulçeröz variron në zonat e ndryshme gjeografike. SHBA, Britania e Madhe, Norvegjia kanë incidencë të madhe. Në SHBA incidenca është 11/100.000 banorë nga moshë 15

deri 30 vjeç, por sëmundja mund të shfaqet edhe në moshan deri në 80 vjeç. Vendet si në Evropën përendimore, Afrikën jugore dhe Australi, kanë incidencë më të vogël 2-6/100.000 banorë.

2.2.2. Mortaliteti te K.U.

Mortaliteti më i madh të të sëmurët me kolit ulçeroz (K.U.) ndodhë në vitin e parë të sëmundjes por edhe në kohë zgjatjen e sëmundjes, ku mund të zhvillohet karcinoma kolorektale.

2.2.3. Fillimi i sëmundjes

Fillimi i sëmundjes mund të jetë në dy periudha kohore:

- a. Nga mosha 15 deri në moshën 30 vjecare dhe
- b. Nga mosha 60 deri në moshën 80 vjecare.

Raporti mashkuj/ femra është 1/1.

2.2.4. Faktori hereditar në shfaqjen e sëmundjes.

Rendësi në shfaqjen e sëmundjes ka edhe faktori hereditar. Nëse njëri prind vuan nga K.U. atëhere edhe fëmijët e tyre kanë gjasa të sëmurën nga kjo sëmundje, e cila mund të shkon deri në 10%. Nëse dy prindërit vuajn nga kjo sëmundje atëhere gjasat për tu shfaqur në fëmijët e tyre janë deri në 36%.

2.2.5. Faktori imunodeficitar.

Rol më rendësi në shfaqjen e K.U. luan edhe faktori imunodeficitar si:

- a. Hypogama globulinemia
- b. Deficiti i IgA selektiv dhe
- c. Angioedema hereditare

2.3. Etiologjia e kolitit ulçeroz

Koliti ulçeroz, edhe pse si entitet njihet para 100 viteve, etiologjia dhe patogjeneza e saj ende nuk është kjartë e definuar.

Studimet e ndryshme kanë dhënë hipoteza te ndryshme. Njerëzit me predispozicion gjenetik, faktorët e jashtëm (infektiv) dhe faktorët e brendshëm (p.sh. barriera intestinale e qelizave

epiteliale), së bashku shkaktojnë gjendje kronike në çrregullimin e funksionit imun mukozal, të cilat modifikohen më shumë nën ndikimin e faktorëve të jashtëm (duhani).

Sot mendohet se sëmundjet inflamatore janë si pasojë e përgjigjes jo adekuate, në cilëndo qoftë florë endogjene mikrobiale të zorrëve me ndonjë nga komponentet e autoimunitetit.

Faktorët ekzogjen, kanë rëndësi në shfaqjen e K.U. në këtë grup bëjnë pjesë :

- a. mycobacterium paratuberculosis
- b. paramiksoviruset dhe
- c. helikobakteri.

Po ashtu edhe patogjen të tjerë mund të inicojnë K.U. si:

- a. salmonella
- b. shigella
- c. campylobakteri etj.

2.4. Patogjeneza e kolitit ulçeroz

Koliti ulçeroz është sëmundje e cila zakonisht shfaqet në rektum dhe zgjerohet proksimalisht duke përfshirë një pjesë të kolonit apo tërë kolonin. Afërsisht 40-50% procesi është vetëm në rektum dhe rektosigmë. 30-40% procesi përfshin edhe regjionin mbi sigmë. 20% procesi inflamator përfshin tërë kolonin.

Në shumicën e rasteve sëmundja inflamatore kufizohet në mukoz dhe submukozën nën të. Shtresat më të thella , muskulozja dhe seroza, zakonisht nuk prekën dhe procesi nuk shtrihet në limfonodulat rajonale, përveç ndonjë rasti me hiperplazi reaktive jo specifike.

Lezioni primar mendohet se është abcesi kriptik, që prek kriptin e Lieberkuhn- it. Në majën e kriptit grumbullohen polomorfonuklearë, ndërsa qelizat epiteliale kriptike fillojnë të shfaqin ndryshime degjenerative.

Në ekzaminimin mikroskopik qelizat epiteliiale paraqesin shkurtrim të mikrovilëve epiteliiale, dilatacion të retikulimit endoplamatik, fryerje të mikokondrive, rritje të lizosomeve dhe zgjerim të hapsirave interqelizore. Me zhvillimin e abscesit kriptik ndodhë nekrozë e plotë e epitelit kriptik, me infiltrim polimorfonuklearësh nëpër epitelin kolonik dhe shtim të infiltratit kronik inflamator (limfocite, qeliza plazmatike, eozinofile, mastocite). Vërehet gjithashtu zgjerim i vazave të submukozës.

Absceset mund të bashkohën me njëra-tjetrën nën mukozë, duke gërmuar nan të në tri drejtime, e duke lënë nga një anë, një fragment të mukozës të varur mbi ulceracion.

Ndonëse shumica e këtyre proceseve hasën edhe në sëmundje të tjera inflamatore apo infeksioze të kolonit, disa fenomene, si: kronicizimi i infeksionit, shtrirja e theksuar e abscesëve dhe zhvillimi profuz i indit të granulacionit, janë karakteristike për kolitin ulçeröz. Në format më të rënda të kolitit ulçeröz , procesi patologjik mund të depertojë në shtresat e thella të murit të kolonit: muskulozën bile edhe serozën. Zgjerimi proksimal shfaqet në kontinuitet dhe përfshin tërë shtresën mukozale. Kur përfshin tërë kolonin, inflamacioni hyn edhe 1-2cm në ileumin terminal në 10-20% të pacienteve dhe kjo quhet Ileiti Backëosh. Në proceset e zgjatura inflamatore formohen të ashtuquajturat pseudopolipe, si pasoj e regjenerimit epithelial.

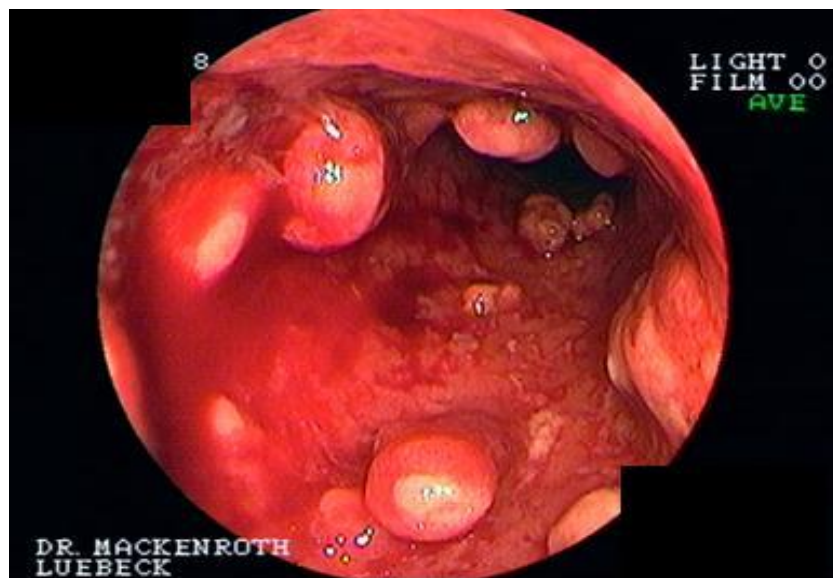


Figure 3Pseudopolipe të koliti ulçeröz

(Pamje endoskopike), (MEDTUB)

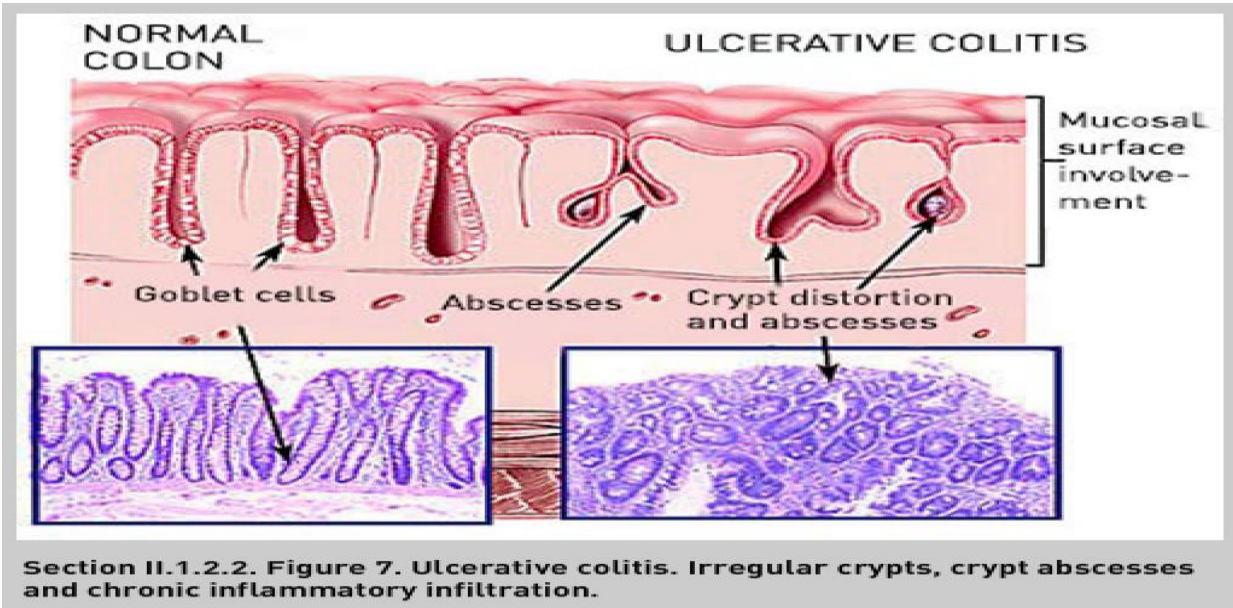


Figure 4 Colit ulceroz. Kripte iregulare me abscess dhe infiltrim inflamator kroni
(endoinflamatoria.com)

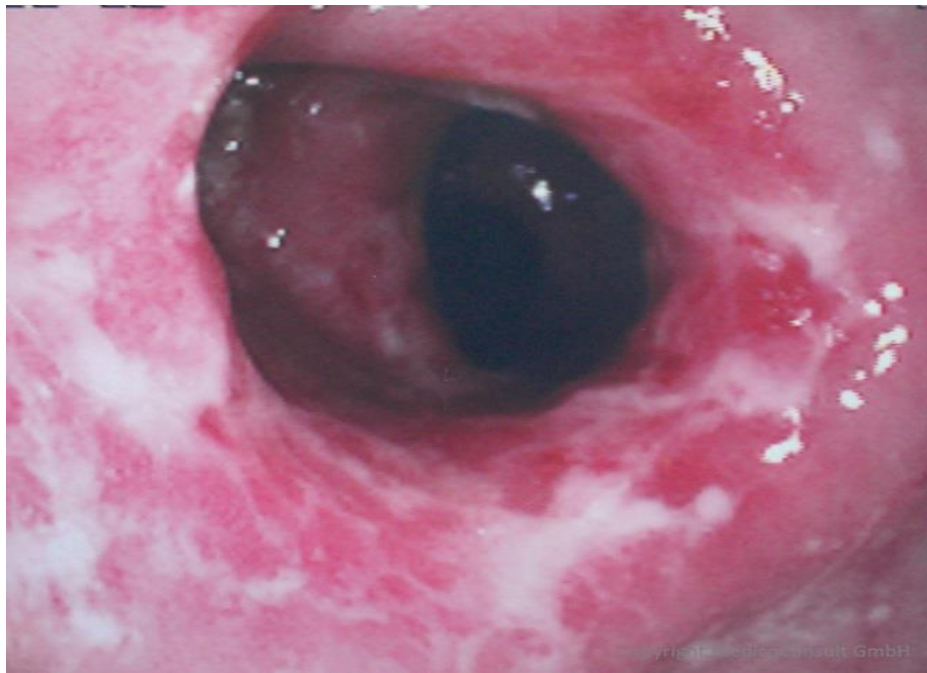


Figure 5 Koliti ulçeroz i avancuar
(Pamje endoskopike)(medtube)

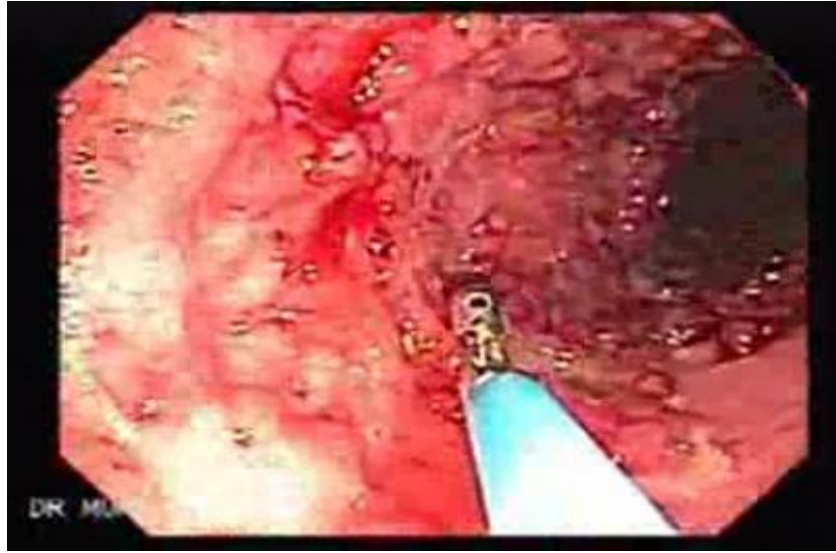


Figure 6 Pamje endoskopike e kolitit ulceros. Marrje e biopsis me forceps

(medtube)

2.5. Klinika e kolitit ulçeroz

Sëmundja mund të filloj në mënyr të pa pritur, me episode rektoragjike të lehtë dhe të rralla, që mund të interpretohen si hemorroide, ose me diare fuminante dhe hemoragji të rëndë. Shumica e pacientëve shfaqin atake intermitente të sëmundjes me remisione të plota midis tyre. Të sëmurët tjerë kanë vetëm një atak të sëmundjes, me remission që mund të shkoj deri 15 vjet, ndërsa një numër kanë shqetësime të vazhdueshme, pa arritur remission. Simptomet kryesore që manifestohet K.U janë: a) diarea (barkqitjet), b) gjakderdhje rektale c) tenezmet d) dhimbjet abdominale, e) humbje peshe, f) anemi etj.

2.5.1 Format klinike të kolitit ulçeroz

Sëmundja e kolitit ulçeroz paraqitet në tri forma klinike:

a) Forma e lehtë : Është forma më e shpeshtë e kolitit ulçeroz dhe prek rreth 60% të pacientëve. Koloni më shpesh preket vetëm në segmentin rekto sigmoidal, më rrallë në tërë gjatësin e tij. Tiparët e përgjithshme klinike, si moshja e fillimit të sëmundjes, shpeshtësia e atakeve, komplikacionet ekstra kolonike, janë të ngjashme me format më të rënda. Kjo formë karakterizohet me diare dhe hemoragji e lehtë dhe gjendje e përgjithshme e mire. Rrallë pacientët mund të ankojnë për anoreksi, dobësi të përgjithshme dhe dhimbje të lehta abdominale, në formë krampesh, por që nuk e bëjnë të nevojshme regjimin e htratit. Ankojnë në episode te rektoragjisë. Diagnoza vendoset me kolonoskop.

b) Forma e mesme : kjo formë prek rreth 25 % të pacientëve me kolit ulçeroz. Shenjat klinike janë më të shprehura se në format e lehta. Në fillim të sëmundjes, diarea është symptom madhore. I sëmuari defekon katër deri pesë here në ditë feçe të qullëta dhe me gjak. Dhimbjet abdominale mund të jenë shqetësuese dhe e ygjojnë të sëmuarin nga gjumi. Pacienti ankon edhe në humbje të oreksit dhe rënie në peshë. Po ashtu mund të zhvillohet edhe forma e komplikimeve të rënda, temperature, gjakderdhje massive. Kjo formë I përgjigjet shumë mire mjekimit.

c) Forma e rëndë : kjo formë paraqitet rreth 15% e të sëmuarëve. Sëmundja, zakonisht fillon papritur, me simptoma që përparojnë duke rënduar gjendjen e të sëmuarit. Diarea është shumë e shprehur dhe gjakderdhja po ashtu. Kjo formë e rëndë, i pergjigjet dobët mjekimit.

Table 1 Manifestimi klinik i koliti ulçeroz

(John Noble)

Koliti ulçeroz:Manifestimi Klinik I sëmundjes	E lehtë	E moderuar	E rëndë
Diarea	<4 në ditë	4-6 në ditë	>6 në ditë
Gjaku ne feces	Pak	E moderuar	Shumë
Rritja e temperaturës	Jo	<37.5C	>37.5C
Tahikardia	Jo	<90 mesatare	>90
Anemi	E lehtë	>75%	<75%
Sedimenti	<30mm		>30mm
Pamja endoskopike	Eritem, zvogelim I vaskolatures	Eritem e shprehur në prekje gjakderdh	Gjakderdhje spontane

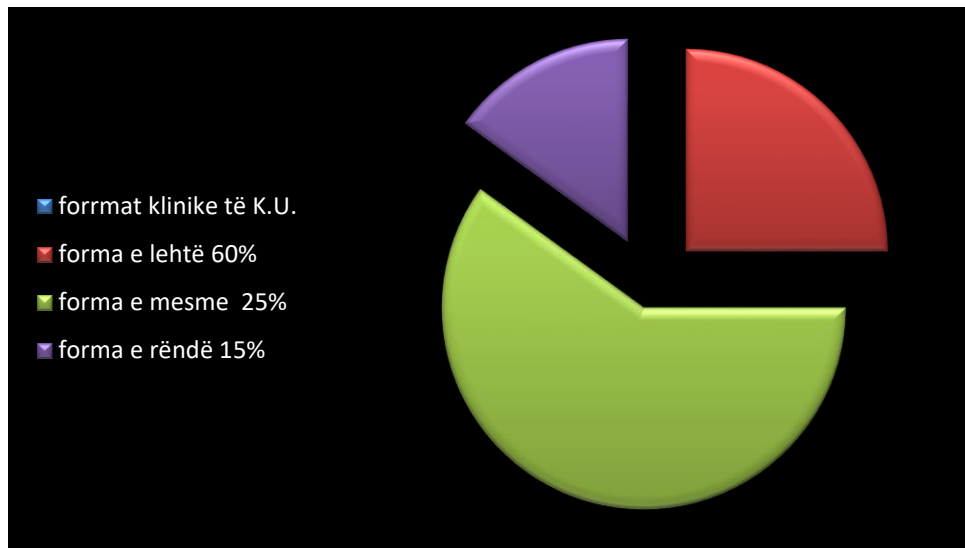


Figure 7 Paraqitja grafike e formave të kolitit ulceroz
(protokoll/gastroenterologji)

Një ndarje tjetër e formave të kolitit ulceroz është:

- 1. Forma e lehtë** e cila manifestohet me: diare (<4 në ditë), diare me gjak (intermitente), temperaturë (normale), puls (normal), hgb (normale), SE (< 30mm), dhimbja abdominale (të lehta në formë krampesh), anoreksi dhe humbje peshe (+/-), kompliakcione (-)
- 2. Forma e rëndë** e cila manifestohet me: diare (>6 në ditë), diare me gjak (të shpeshta), temperaturë (>37.5 C), puls (> 90/min), hgb (<75%) SE (>30mm), dhimbje abdominale (shqetësuse e zgjon të sëmurin nga gjumi), anoreksi dhe humbje peshe (+), komplikacione (megakollon toksik, i përgjigjet mirë mjekimit).
- 3. Forma fulminante** e cila manifestohet me: diare (>10 në ditë), diare me gjak (te vazhdueshme), temperaturë (> 37.5 C), puls (>90/min), hgb (duhet transfuzione gjaku), SE (>30mm), dhimbje abdominale (e fortë, e papritur që përparon, abdomen i tendosur dhe timpanik), anoreksi dhe humbje peshe (+++), kompliakcione (shok hemoragjik, anemi, megakollon toksik, karcinom kolorektale)

Table 2 Manifestimi klinik i kolitit ulçeroz

(John Noble)

format klinike të kolitit ulçeroz			
format	e lehtë	e rëndë	fulminante
diare	<4 në ditë	>6 në ditë	>10 në ditë
diare me gjakë	intermitente	të shpeshta	të vazhdueshme
temperaturë	normale	37.5 C	> 37,5C
pulsi	normal	>90/min	>90/min
hgb	normal	<75%	duhet TRS gjaku
SE	<30mm	>30mm	> 30mm
dhimbje abdominale	të lehta në formë krampesh	shqetësuse	e fortë, e papritur
anoreksi dhe humbje peshe	plus/minus	plus	3+
kompliakcioni	minus	megakollon toksik	shok hemoragjik, megakollon toksik, Ca.kolorektal

2.6. Laboratori te koliti ulçeroz

Në përcaktimin e diagnozës sa më të hershme të kolitit ulçeroz nevojiten disa egzaminime me anën e të cilëve vijmë në përfundim në diagnozën e saj.

- S.E. : Po thuaj se në të gjitha format klinike është i lartë.
- Hemogrami: leukocitet janë të rritura nga 20.000 deri në 50.000 për mm³.
- CRP : zakonishtë i rritur
- Klostridium difficile-antitoksina A dhe B. Mundë të jetë pozitiv.
- Imazheria. Radiografia tregon ajer nëpër kolon.
- Irigografia me kontrast të dyfishtë: mund të diagnostifikohet megakoloni toksik.
- Kolonoskopia (Si standard i artë) : në këtë ekzaminim vërehën ndryshimet mukozale të kolonit. Kolonoskopia është metoda më e imtësishme dhe më e sigurtë për diagnostikimin e kolitit ulçeroz dhe për përjashtimin e disa situatave të tjera si përshebull: sëmundjen e Crohnit, sëmundjen divertikulare ose kancerin e zorrës.



Figure 8 pamje e ekzaminimit endoskopik, kolonoskopi

(moda horizon)

Si përmbledhje, në diagnostifikimin e kolitit ulçeroz ndihmojnë :

Disa teste mjekësore përdorën për të diagnostifikuar kolitin ulçeroz.

1. Ekzaminimi fizik dhe historia mjekësore zakonishtë janë procedurat e para për të arritë deri të diagnoza e sëmundjes.
2. Ekzaminimet laboratorike të gjakut janë të nevojshme për të parë nëse pacienti ka anemi, e cila mund të jetë e shkaktuar nga hemorragjia në kolon ose vetëm në rectum.
3. Testet laboratorike mundë të zbulojnë nivele të larta të leukociteve, të cilat indikojnë na praninë e një inflamacioni.
4. Ekzaminimi i fekaleve po ashtu mund të zbulojë praninë e leukociteve



Figure 9 pamje radiologjike e kolitit ulçeröz. Megakoloni toksik.

(medtube.net.)

2.7 Komplikimet te koliti ulçeröz

Në 15% të rasteve sëmundja mund të shfaqet në komplikacione:

2.7.1. Anemi në 1% të rasteve (jepen 6-8 njësi gjaku për 24-48 orë pastaj kolektomi totale)

2.7.2. Megakolon toksik- Shfaqet ku diametri i kolonit transversal kalon 5-6cm me humbje të haustrave. Mund të shfaqet në 5% të ataqeve. Afërsisht 50% të dilatimeve akute tërhiqen me terapi medikamentoze. Shkaku është depertimi i inflamacionit në shtresat e thella të zorrës deri të shtresa muskulare e zorrës. Si pasoj e kësaj zorra e humb tonusin e muskulaturës i cili pastaj shpie deri të dilatimi akut. Nga ana tjetër prania e fenomeneve inflamatore dhe nekrotike në thellësi të zorrës, dëmton gjendjen e përgjithshme të pacientit duke e intoksikuar atë.

2.7.3. Perforimi- Mortaliteti deri në 15%.

Shfaqet me: a. dhimbje të forta abdominale të pa pritura, b. tahikardi, c. temperature, d. fryerje barku e percjellur me dhimbje gjatë palpacionit. Ne kete fazë nëse bëhet rtg.nativ i abdomenit vërehen prania e ajrit nën diafragmë.

2.7.4. Strikturat beninje- në 10% të pacientëve, shfaqet si pasoj e hipertrofisë dhe trashjes së shtresave muskulare të mukozës së zorrës.

2.7.5. Opstruksion i zorrëve.

2.7.6. Karcinoma e kolonit.

Pacientët me kolit ulçeroz për një kohë të gjatë janë në risk të rritur për zhvillimin e displazisë epiteliiale të kolonit dhe karcinomës. Pacientet me kolit të gjerë kanë një risk prej:

1. 5 % të kancerit të kolonit 20 vjet pas kolitit ,
2. 15 % pas 25 vitesh dhe
3. 25 % pas 35 vitesh .

2.7.7. Hemoragjia masive

Hemoragjia masive nga koliti ulçeroz është një ngjarje e pazakontë, që ndodh në më pak se 5% të pacientëve që kërkojnë operacion. Është e qartë se pacientët kanë nevojë për rigjenerim të lëngjeve dhe stabilizim përpara ndërhyrjes kirurgjikale me plotësim të vëllimit jashtëqelizor dhe transfuzione sipas nevojës. Kolektomia subtotale është procedura e zgjedhjes dhe zakonisht është e mjaftueshme. Megjithatë, nëse gjakrrjedhja vazhdon nga mukoza e mbetur rektale, mund të jetë e nevojshme proktektomia urgjente.

2.8 Diagnoza diferenciale

Sëmundjet inflamatore të zorrëve (S.I.Z.), si koliti ulçeroz dhe M.Crohn (M.C), duhet dalluar edhe pse klinikisht pothuajse kanë të njejtën simptomatologjike.

Table 3Diagnoza diferenciale te K.U dhe M.C.

(„Harrison” tab.289.4 f.1892)

Pasqyra Klinike, endoskopike dhe radiologjike te K.U dhe M.C		
Klinike	Koliti ulçeroz	M.Crohn
Gjaku në feces	Po	Kohë pas kohe
Mucus	Po	Kohë pas kohe
Simptome sistemike	Përkohësisht(Kohë pas kohe)	Shpesh
Dhimbje	Kohë pas kohe	Shpesh
Masë abdominale	Rrallë	Po
Fistula	Jo	Po
Obstruksion I zorrëve të holla	Jo	Shpesh
Recidiv pas intervenimit kirurgjik	Jo	Po
ANCA-pozitive	Shpesh	Rrallë
Endoskopike		
Rektumi I poshtëm	Rrallë	Shpesh
Sëmundjet kontinuele	Po	Kohë pas kohe
Me kalldërm	Jo	Po
Granuloma në biopsi	Jo	Përkohësisht
Radiografike		
Ileumi terminal abnormal	Kohë pas kohe	Po
Koliti segmentar	Jo	Po
Koliti asimetric	Jo	Po
Striktura	Kohë pas kohe	Shpesh

2.9. Sëmundjet tjera imituese te Kollitit Ulçeroz

Eksizojtojnë edhe disa sëmundje tjera të natyrave të ndryshme qoftë infetike, joinfektive, parazitare, neoplastike apo virale të cilat në simptomatologjinë e tyre manifestohen pothuajse njëjtë. Në tabelën e mëposhtme janë të dhënat e sëmundjeve të cilat imitojnë Kollitin Ulçeroz.

Table 4 Sëmundjet imituese të Kolitit Ulçeroz.

(„Harrison” tab.289.5 f.1892)

Sëmundjet që emitojnë Kolitin Ulçeroz			
Etiologji infektive		Mykobakteriale	Virale
Bakteriale		Tuberkulare	Citomegalovirusi
Salmonella		Mycobacterium avium	Herpes simplex
Shigella			HIV
E.Coli toksik		Parazitare	
Klostridium difficile		Amebiaza	Këpurdha
Gonorrhea		Isospora	Histoplazma
Chlamidia trachomatis		Trichiuris trichiura	Kandida
			Aspergilloza
Etiologji joinfektive		Neoplastike	
Inflamatore		Limfoma	Barat dhe kemikalet
Apendiciti		Ca.Metastatike	
Divertikuliti		Ca.Ileumit	NSAID
Koliti ischemik		Karcinoidi	Fosfasida
Sindroma Bechet		Polipoza familjare	Ari
Hedhja e transplantit			Kontraceptivët
			Kimioterapia

2.9.1. Diagnoza diferenciale te koliti ulçeroz

Pasi që koliti ulçeroz manifestohet me disa simptome te njejta me disa sëmundje tjera, është e nevojshme që ti sqarojm disa nga ato.

2.9.1.1. Kolutet infeksioze :

simptomatologjia në fazat akute ose në format e rënda të kolitit ulçeroz është e ngjashme me diarretë nga infeksionet e kolonit, sidomos nga, Shigella, Salmonella, Amebat dhe

Cambylobakteret. Ekzaminimi sigmoidoskopik dhe bioptik nuk ndihmon në vendosjen e diagnoses pasi shenjat morfologjike nuk janë tipike. Diferencimi bëhet në bazë të shenjave klinike, pasi që koliti ulçeroz është një sëmundje kronike me anamnezë të gjatë, kurse kolitet infective janë përgjithësisht akute dhe paraqesin anamnezë të shkurtër. Ndihmë diagnostike na japin edhe ekzaminimet laboratorike, të cilat vertetojnë apo e përjashtojn faktorin bacterial.

2.9.1.2. Kolitet virale.

Dallohën kryesisht klinikisht, pasi që janë enterite të kombinuara me fenomene të sipërme digjестive, si të përziera, të vjella, dhimbje epigastrike, që zgjasin për një kohë të shkurtër.

2.9.1.3. Sindromi i zorrës së iritueshme.

Ka shenja kronike si: krampe abdominale dhe diarre intermitente, ngjan mjaft të koliti ulçeroz në format e lehta.. ajo diferencohet nga forma e mesme dhe e rëndë pasi që këtu mungojn pusët e feceve me gjak, temperatura dhe gjendja e përgjithshme, pasi që këtu gjendja e përgjithshme është dukshëm më e mire.

2.9.1.4. Sëmundja divertikulare e zorrës.

Divertikuloza shpeshë paraqitet klinikisht me rektoragji massive. Kur divertikujt inflamohen paraqitet edhe tempertaura e lartë, krampe abdominale me ecure kronike ose intermitente.

2.9.1.5. Sëmundjet diarreike e zorrëve të holla.

Mund të ngjën me kolitin ulçeroz. Ekzaminimi radiologjik e përjashton këtë.

2.9.1.5. Koliti nga radiacioni.

Shfaqet pas radioterapis, sidomos të femrat të cilat trajtohen nga carcinoma e ovarit.

Vështirësi më të madhe ka diagnoza diferenciale me Morbus Crohn, pasi që simptomatologjia dhe klinika po thuajse është e njëjtë. Ekzaminimi endoskopik vendos diagnozën e saktë.

2.10. Manifestimet ekstraintestinale te kolitit ulçeroz

Koliti ulçeroz, përpos manifestimeve inflamatore intestinale, manifestohet edhe me ndryshime patologjike në sistemet tjera të organizimit si :

2.10.1. Manifestime dermatologjike :

- a) Erythema nodosum- në 10% të rasteve me K.U.
Noduset e dhimbshme dhe të kuqe karakteristike e eritemës nodoze zakonishtë vërehet në pjesën e lëkurës së kërcinjëve, por mund të shfaqet kudo në lëkurën e këmbëve. Ato ndodhin si reaksion „hipersenzibiliteti’ në një numër të madh szmundjesh ku përfshihen proceset infeksioze, si streptokoksike, fungale, tuberkulare, ose ato jo infeksioze, si sarkoidoza.
- b) Pyoderma gangrenosum- 1 deri 12% të pacientëve me K.U.
Lezioni i piodermës gangrenoze është mjaftë karakteristik për sëmundjen inflamatore të zorrës. Pamja e jashtme është patognomonike, me një zone të ulçeruar dhe të dhimbshme, që rrethohet prej indi subkutan të infiltruar në ngjyrë violete. Shkaku i piodermës gangrenoze nuk është i njohur.
- c) Pyoderma vegetanc – në zonat intertriginoze

2.10.2. Manifestimet reumatologjike:

- a) Artriti periferik- në 15 deri 20% të rasteve. Prekë zakonishtë artikulacionet e mëdha : të kofshëve, gjunjëve, nyjet e këmbëve, shpatullat dhe bërrylat.
- b) Spondiliti ankilozant- deri në 10% të rasteve
- c) Sakroileiti

2.10.3. Manifestimet në sy:

- a) Konjuktiviti: zakonishtë është bilateral dhe më tepër shkakton discomfort se sa pengesa në të pamur.
- b) Uveiti. Komplikacion më i rrallë, por shumë I rendë të koliti ulçeroz.
- c) Iritis

2.10.4. Manifestimet hepatobiliare:

- a) Steatoz hepatike. Dëmtim më i shpeshtë që vihet re të koliti ulçeroz. Shenjë e vetme që shifet është një zmadhim minimal i mëlçis.
- b) Kolelitiaz.
- c) Kolangjiti sklerotizant primar. Komplikacion i rrallë por serioz, bëhet fjalë për një process inflamator specific që nisat në duktuset biliare ([Goldman, Ausiello, 2013](#))

2.10.5. Manifestimet urologjike

- a) Kalkuloza renale
- b) Fistula uretrale

2.10.6. Manifestime të tjera:

- a) Tromboemboli
- b) Oteoporoz
- c) Endokardit
- d) Miokardit
- e) Pankreati

Table 5 Manifestimet ekstraintestinale te kolitit uceroz.

(„Harrison’)

Manifestimet ekstraintestinale të K.U.			
Manifestimet dermatologjike	Manifestimet reumatologjike	Manifestimet urologjike	Manifestime të tjera
Erythema nodosum - 10% të rasteve me K.U	Artriti periferik - 15 deri 20 %	Kalkuloza renale	Trombeomboli
Pyoderma gangrenosum - 1 deri 12%	Spondiliti ankilozant - deri në 10%	Fistula uretrale	Oteoporoz
Pyoderma vegetanc - në zonat intertriginoze	Sakroileiti		Endokardit
			Miokardit
Manifestimet në sy	Manifestimet hepatobiliare		Pankreatit
Konjuktivitis	Steatiz hepatike		
Uveitis	Kolelitiaz		
Iritis	Kolangjiti sklerozant primar		

2.11. Mjekimi i kolitit ulceroz

Pasi që K.U. është një sëmundje kronike, edhe mjekimi i saj duhet të jetë nën përcjelljen rigoroze të mjekut. Varësisht nga gjendja klinike dhe endoskopike e sëmundjes mjekimi duhet të filloj sa më pare.

Table 6Preparatet (aminosalicilatet) për mjekimin e kolitit ulceroz.

(Traktati Mjekësor i Cecelit.2013)

Preparatet që përdorën në mjekimin e K.U.	Formula	lirohet në :	dozimi gr/ditë
Sulfasalazina 500mg.	Sulfapiridin 5-ASA	kolon	3-6 gr/ ditë në formën akute. 2-4gr/ditë në mbajtje
Olsalazin 250mg.	5-AS-5-ASA	kolon	1-3 gr/ ditë
Balsalazin 500/750mg.	Aminobenzol-alanin 5-ASA	kolon	2-4 gr/ në ditë
Preparatet me lirim të ngadalshëm			
Asacol 400mg.	Eudogrit s (pH 7)	ileum distal-kolon	2,4 - 4.8 gr/ditë në formën akute, 0.8-4.8 gr/ditë,mbajtje
Claversal 250/500mg.	Eudogrit L (pH 6)	ileum - kolon	1.5-3 gr/ ditë, në formën akute. 0.75- 3 gr/ ditë në mbajtje
Preparatet me lirim gradual			
Pentasa 250mg		lukth- kolon	2-4gr/ditë, në formën akute 1.5-4 gr/ditë në mbajtje

2.11.1. Aminosalicilatet:

Agjentët që përmbajnë (5ASA) janë elementet kryesore të terapisë që përdoren për trajtimin e kolitit ulceroz . 5ASA duket se vepron nga sipërfaqja luminale. .

Më të përdorshmit janë:

A- Pentaza,. Liron gjysmën e preparatit aktiv në zorrën e hollë dhe pjesën tjetër në kolon. Pentaza përdoret me dozë mbi 2g/ditë (3-3,5g/ditë) në format mesatarisht aktive. Minimumi i kohëzgjatjes së mjekimit është 16 javë.

B- Mesalaminat. Lirojnë gjysmën aktive në ileum terminal dhe pastaj me distalisht. Mesalamina përdoret me dozë 4g/dite, minimumi 16-18 jave. Efikasiteti i saj është i lartë kur kombinohet me 30-40 mg/ditë Prednison. Koha e mjekimit në këtë rast mund të ulët në 12-14 javë, në format e moderuara klinike.

C- Sulfasalazina. Kjo nuk ka efikasitet nëse përdoret nën 4-6g/ditë.

Në mënyr me konkrete rekomandohet:

- A- Pentaze 3,5g/ditë në format e moderuara me prekje të zorrës së hollë.
- B- Mesalaminat (Azakol) 4g/ditë në format me prekje të ileumit terminal dhe/ose kolonit proksimal.
- C- Sulafasalazinat në Crohnin e kolonit me dozë 6g/ditë.
- Kohëzgjatja e mjekimit nga 12-16 javë.

2.11.2. Kortikosteroidet

Preparatet, kortikosteroide janë efektive për trajtimin e kolutit ulçeroz me shkallë të lehtë deri në shkallën mesatare . Për shkallën mesatare deri në shkallën më të rëndë përdoret terapia parenterale. Doza tipike fillestare e prednisonit, është 40 mg në ditë. Pacienti merrë doza të larta kortikosteroidesh deri sa simptomat fillojnë të zhduken dhe më pas doza ulet gradualisht. Të disa pacientë ,aktiviteti i sëmundjes shpërthen kur doza e prednisonit ulët më pak se një nivel i caktuar (varësia ndaj steroideve). Për shumicën e pacientëve marrja e një prednisoni në një dozë të vetme në mëngjes është po aq efektive sa marrja e tij në doza të ndara.

2.11.3. Terapia biologjike:

Përvec terapi bazë që është përshkruar më lartë, në stadet e komplikimeve apo edhe të rezistencës me terapi per orale, përdoret edhe terapia biologjike.

Infliximabi. Modifikon pergjigjen indore biologjike. Është efikas në trajtimin e fistulave dhe stenozave. Infliximab 100mg, administrohet intravenoz. Doza e rekomanduar është 5 mg/kg peshë, me infuzion në javën 0, 2, 6 dhe cdo 8 jave. Në pacientë që nuk reagojnë ndaj mjekimit mund të rritet doza në 7.5 – 10 mg/kg peshë dhe mund të shpeshtohen ciklet e mjekimit çdo 6 javë.

2.11.4. Mjekimi i kolutit ulçeroz në aktivitet (ataku akut).

2.11.4.1. Proktiti.

Mjekohet në mënyre lokale me suposte ose me klizma :

- 1). Kortizonikë 20-40mg/ditë (klizmë ose supost)
- 2) Mesalazine 2 herë nga 2g ose 1 herë 4g suposte ose klizëm.

Nëse simptomat persistojne, mjekimi lokal mund të kombinohet me atë proral me kortizonike ose aminosalicilate.

2.11.4.2. Forma klinike e lehtë

Nënkupton jo më shumë se 4-5 jashtëqitje në 24 orë dhe gjendje të përgjithshme të mir. Në këto raste jepet :

- 1). Kortizonik 20mg/ditë për 4 javë.
- 2). Kortizonike lokalisht (shiko me lart)

Opsion mjekimi është edhe fillimi i mjekimit me ; a. Salazopirine 3-4g/ditë; b. Mesalazine 2-3g/ditë.

para fillimit të kortizonikeve. Për ata që nuk i përgjigjen mjekimit me aminosalicilate, fillimi i tillë mund të dojë shumë javë deri në përmirësimin e simptomave.

2.11.4.3. Forma klinike e mesme.

Nënkupton me shumë se 5 defekacione në 24 orë, pa shenja evidente të alterimit sistemik. Në këtë formë klinike rekomandohet :

- 1-Kortizonik (Prednison), 40-60mg/ditë për 3-4 javë
- 2-Reduktivimi i tij në 20mg/ditë pas 3-4 javë
- 3-Mjekimi i mëtejshëm si në formën e lehtë.

2.11.4.4. Forma klinike e rënd.

Nënkupton klinikisht diarre të shpeshta, profuse, me përmbajtje gjaku, shoqëruar me shenja klinike të alterimit të përgjithshëm si, takikardi, anemi, temperatur.

Mjekimi i rekomanduar është :

1. Shtrim në spital.
2. Kortizonike i/v.
Hidrokortizon i/v 100mg cdo 6 orë.
Metilprednizolon i./v. 15-16mg cdo 6 orë.
3. Klizma rektale me 100 mg Hidrokortizon në 100 ml uj cdo 30 minuta(tolerohen mirë).
4. Likide nga goja (ujë , lëngje.).

Ky mjekim vazhdohet 5-7 ditë, nëse në ndjekje në dinamikë pacienti përmiresohet.

Pas kësaj periudhe :

1. Kortizonike nga goja, Prednison 40-50mg/ditë
2. Mesalazine (Salazopirine), 2-3 g/ditë
3. Dietë e lehtë e ekuilibruar

Nëse mjekimi endovenoz për 5-7 ditëve dështon dhe pacienti nuk përmiresohet ose përkeqesohet, rruga e mjekimit është : kolektomi urgjente

2.11.4.5. Semundja kronike aktive.

Nënkupton relapsingun e sëmundjes në mënyre përsëritëse kur ndërpriten kortizoniket ose kur doza ulët në 15-20mg/dit. Në këto raste rekomandohet ;

1-Shtrim në spital për Kortizonike i./v.

2-Imunodepresore për të mbajtur doza të vogla kortizoni. Imuran 2- 2,5mg/kg/ditë.

Ata japin përmirësim pas 3-6 jave mjekimi dhe vazhdojnë për shumë muaj. Shumë protokolle rekomandojnë mbi 18-24 muaj mjekim. Nëse simptomat përsistojnë edhe pas kësaj terapie, ka indikacion për intervenim kirurgjik.

2.11.4.6. Mjekimi mbajtës.

Kur semundja është në remision përdoret mjekimi mbajtës me Aminosalicilate.

Më efikase dhe me më pak efekte anësore është Mesalazina dhe Olsalazina, dozat mbajtëse të tyre janë :

- 1). Mesalazina 1g 2 herë në ditë
- 2). Olsalazina 0,5g 2 herë në ditë.

2.11.4.7. Mjekimi i komplikacioneve.

- 1. Hemoragjia.**Trajtim intensiv me gjak kombinuar me trajtimin e formës së rënd, me qëllim që hemoragjia të ndalojë. Nëse pacienti ka nevojë për më shumë se 6 deri 8 unitete gjaku për 24-48 orë dhe hemoragjia nuk ndalon : kolektomi urgjente.
- 2. Perforacioni.** Antibiotik me doza të larta dhe kolektomi urgjente. Mortaliteti 16%.
- 3. Megakolon toksik.** Ndodh ne 4-5% të formave klinike të rënda.
 - nëse ndodh gjatë atakut të formës klinike të rëndë : kolektomi urgjente
 - nëse është shenjë klinike në momentin e atakut prezantues të sëmundjes :
 - a. Likide dhe elektrolite per os.
 - b. Kortizonikë i./v.

Me këtë mjekim përfitojnë rreth 50% e pacientëve. Koha e pritjes 24-48 orë. Nëse nuk ka përmiresim : kolektomi urgjente.

3. Pseudopolipet nuk konsiderohen premalinje dhe mund të zhduken rastësisht.
4. Kanceri kolorektal. Diagnostikimi dhe trajtimi i tij kërkon ndjekje endoskopike të programuara dhe mjekim kirurgjikal.

2.12.Indikacionet kirurgjike të koliti ulceroz

Në rastet e caktuara, kur terapia medikamentoze dhe dieta nuk kanë efektin e tyre, dhe shfaqen komplikacionet e sëmundjes atëherë mbetet që të bëhet edhe tretmani kirurgjik. Afërsisht rreth 20% të rasteve bien në gjendje të intervenimit kirurgjik, si pasojë e shfaqjes së gjakderdhjes së tepërt, apo para se të shfaqet faza më e rëndë, kanceri kolorektal. Indikacionet kirurgjike janë.

- 2.12.1. Koliti ulceroz rezistent në terapi
- 2.12.2. Koliti ulceroz fulminant
- 2.12.3. Koliti ulceroz- forma e megakolonit toksik
- 2.12.4. Koliti ulceroz- forma e perforimit
- 2.12.5. Koliti ulceroz- manifestimi me gjakderdhje massive
- 2.12.6. Profilaksa për Ca.kolorektale.

2.13.Ushqimi tek pacientët me kolit ulçeroz

Dieta dhe përzgjedhja e ushqimeve që duhet të ketë i sëmuari me kolit ulçeroz, luan një rol shumë me rëndësi në përmirësimin e gjendjes së përgjithshme, duke e zvogëluar simptomatologjin e sëmundjes. Pacientët duhet të ushqehen me ushqime të lehtë cilat nuk formojnë shumë celuloz, sepse duhet kursyer organizmin nga lodhja për tretje të ushqimit. Pacienti duhet të ketë një dietë rigorozë, jo shumë të rreptë dhe të pa nevojshme, por një dietë që t'i japë atij të gjitha lëndët ushqyese, vitaminat dhe kripërat e nevojshme. Duhet të eliminoj ushqimet që ndikojnë në shtimin e gazrave në zorrë si : përdorimi i tepruar i lëngjëve të gazuara , lakrave, kumbullave, bizeleve, fasules dhe qumështit.

Ushqimet e thata janë të ndaluara, ushqimi për çdo vakt duhet të jetë në sasi të pakët në mënyrë që të tretet më lehtë, duhet të jenë ushqime të ziera dhe të përtypën mire. Duhet po ashtu të largohën ushqimet e skuqura dhe me yndyrë. Po ashtu duhet të largohën pijet që përmbajnë kafeinë: si çaj, kafe, pijet e gazuara, pasi që shkaktojnë rritje të prodhimit të acidit gastrik. Alkooli dhe nikotina rrisin prodhimin e acidit gastrik, për këtë duhet që këto të menjahën. Frutat e thata, manaferrat, frutat me fara janë ushqime me përçindje të larta në fibra, që mund të irritojnë zorrën. Ushqimet që përmbajnë squfur ose sulfate mund të shkaktojnë prodhim të tepërt të gazit. Sulfatet gjenden në shumë ushqime, përfshirë birrën, verën, qumështin, vezët, djathin, mollët e thata dhe kajsitë, bajamet, makarona gruri, bukë, kikirikë, rrush, kumbulla, mish të kuq. Ushqimet me fara kanë përmbajtje të lartë fibre, mund të rrisin tranzin e zorrëve, dhimbjet e barkut dhe shtimin e gazit. Mishi, sidomos mishi yndyror.

Yndyra e tepërt nuk absorbohet siç duhet, kjo mund t'i bëjë simptomat më keq. Mishi i kuq i lartë në sulfate shkakton dhe rritje të gazrave. Arrat mund të shkaktojnë përkeqësim të dhimbjeve abdominale, fryrje dhe diarre.

2.2.Kujdesi infermieror te të sëmurët me kolit ulçeroz

Rëndësi të veçantë, gjatë procesit të diagnostifikimit dhe të trajtimit të të sëmurët me K.U. ka edhe infermierja. Kontaktin e parë me pacientin që e bënë, infermierja merr informacione të rëndësishme nga i sëmuari.

2.2.1. Etapat e kujdesit infermieror

2.2.1.1. Njohja me pacientin- Infermierja informohet për historinë e hollësishme të sëmundjes, për alergjitë që mund ti ketë i sëmuari, medikamentet që i ka përdorur, sa kohë i ka përdorur, a kanë pasur ndonjë efekt përdorimi i medikamenteve, kohën kur i ka marrur etj. Peshohet pacienti në peshore, i regjistrohen shenjat vitale si: TA, pulsi, temperatura. Vendoset katetri urinar dhe matet diureza, nëse ka sondë nazogastrike, matet sasia e lengut të hudhur në kese. Për të gjitha këto e informon mjekun.

2.2.1.2. Diagnoza infermierore

Bazohet në të dhënat anamnestike që i mere nga pacienti si dhe nga ekzaminimet që i bënë. Duke i shqyrtuar me përpikëmeri të gjitha të dhënat, infermierja vie në përfundim në diagnozen infermierore.

2.2.1.3. Plani i punës dhe zbatimi:

vlerësimi i gjendjes së pacientit, bisedime me të sëmurin dhe arritja e besimit të ndërsjell. Infermierja shikon eliminimin e feçeve dhe tenezmave, lidhshmëria e tyre me ndonjë gjendje stresore apo të natyrës tjetër. Shikohet konzistenca e fekaleve dhe frekuenca e defekimit si dhe saisa e tyre, po ashtu edhe përmbajtja e saj në pamje makroskopike (a ka mukus apo edhe gjakë).

Zbatimi i terapis së caktuar nga ana e mjekut, sipas protokolit për sëmundje inflamatore. Shikon sasin e lëngjëve që duhet kompensuar, dhënja e preparative kundër dhimbjeve. Të gjitha këto në bashkpunim me mjekun por edhe pacientin, duke ia spjeguar rendësin e terapis si dhe seriozitetin e sëmundjes.

2.2.2. Vlerësimi i të dhënave nga infermieri/ia.

Infermierja interviston pacientin që në kontaktin e parë të saj me të. Ajo e pyet për simptomatologjin që e ka pacienti duke filluar nga ajo më e thjeshta si p.sh. arsyeja e ardhjes në klinik. Pyet nëse pacienti ka dhimbje, qfarë dhimbjesh ka, kur i shfaqën më shumë, me qfarë intenziteti i ka dhimbjet, a e zgjojnë nga gjumi. Po ashtu pyet se këto dhimbje a kanë lidhshmëri me marrjen e ushqimit, nëse po, kur i shfaqen para apo pas sa kohe pas marrjes së ushqimit, shpërndarjen e kësaj dhimbjeje.

Pyet edhe për nevojat fiziologjike të jashtëqitjes, çfarë mase janë ato, a kanë ndryshim ngjyre apo sasi, a janë me primesa gjaku apo me gjakë në sasi më të mëdha. Pyetje tjera që kanë rendësi për këtë patologji janë: çfarë ushqimi konsumon pacienti, a ndien etje apo urinim të shpeshtë, a ka ndonjë anëtar i familjes i cili ka simptomatologji të njejtë etj. Të gjitha këto të dhëna që infermierja i merr nga i sëmuari ajo i protokolon dhe njëkëhësishtë e informon mjekun me shqetësimet që ndien pacienti.

2.2.2.1. Veprimet e infermierëve

Ekzaminimi fizik

Një rol me rëndësi ka edhe ekzaminimi fizik që bënë infermierja tek pacienti:

- a. Inspeksioni: shikon pamjen e jashtme të abdomenit, a ka ndonjë ndryshim i cili bie në sy, si p.sh. fryrje asimetrike e abdomenit, ndonje cicatrix post operator etj.
- b. Palpacion : palpon abdomenin për ndonjë masë apo fortësi në abdomen.
- c. Perkusion : perkuton abdomenin dhe ndegjon ndonjë ndryshim në tingullin perkutor në abdomen.
- d. Po ashtu auskulton zhurmat që mund të shfaqen në abdomen.

Për të gjitha këto infermierja e informon mjekun, por edhe duke fituar një përshtypje infermiore për këtë patologji.

2.2.2.2..Kujdesi infermior tek të semurët me K.U.

Kujdesemi që pacienti të defekoj në tualet,ose në pamundësi në uturak, por gjithmonë duke u kujdesur për të ruajtur një higjenë të lartë. Antidiarreikët aplikohen sipas përshkrimit të mjekut dhe ndërkohë shënohet dhe raportohet me kujdes sasia dhe frekuenca e defekimit pas fillimit të terapisë. Pushimi në shtrat është i rekomanduar sepse ndihmon në rritjen e peristaltikës së zorrës

a. Lehtësimi i dhimbjeve. Infermiera shenonë karakterin e dhimbjes si një dhimbje djegëse, besdisëse apo e herpasëshme me staza abdominale. Mediakamentet antikolinergjike jepen sipas udhëzimeve të mjekut,30 minuta para ushqimit për të ulur peristaltikën e zorrëve, kurse analgjezikët jepen sipas nevojave të pacientit dhe në varësi të intensitetit të dhimbjes.

b. Sigurimi i likideve. Për të korigjuar mungesën e likideve i jepen pacientit një sasi e mjaftueshme likidesh si në rrugë orale dhe në atë parenterale.

Pushimi apo qëndrimi në shtrat janë të këshilluara për pacientet që janë në gjendje febrile,që kanë diare të vazhdueshme ose/dhe hemoragji.

- c. Ushtrimet aktive janë të inkurajuara për ata persona që janë të detyruar të qëndrojnë në pushim shtrati dhe kjo për të ruajtur tonusin muskular dhe për të parandaluar komplikacionet tromboembolike, dekubituset etj
- d. Infermiera duhet të jetë e përgaditur në vetvete dhe të kuptojë që sjelljet e pacientit mund të indukohen nga faktorë të shumtë të cilat vënë në pah ndryshimet emocionale të pacientit.

- e. Ndonjë pacient i cili mund të jetë duke vuajtur nga diskomforti i shkaktuar nga defekimet e shumta dhe të shpeshta apo dhe dhembje rektale(anale) është ansioz , i deprimuar dhe mund të kalojë dhe në gjendje depressive. Kështu që është shumë e rëndësishme zhvillimi i marrëdhënieve të mira me pacientin në mënyrë që ai të kuptojë qartë që atij po i ofrohet një mbështetje emocional dhe në këtë mënyrë ai ta pranojë këtë mbështetje. Rekomandojeni pacientin masat apo teknikat për reduktimin e stresit : si teknikat relaksuese,ushtrimet e frymarrjes etj.

3.DEKLARIMI I PROBLEMIT

Tema të cilën e kam marrë për detyrë ta trajtoj në punimin tim të diplomës, konsideroj që është mjaftë e vështir për tu punuar dhe njëherësh është një sfidë të cilën duhet ta kaloj. Gjatë hartimit të kësaj teme kam hasur në disa vështirësi, duke filluar nga vetë tema por edhe nga serioziteti i paraqitjes së kësaj teme me shumë rëndësi shëndetësore. Mirëpo duke ju falënderuar profesionalizmit të profesorëve si dhe përkushtimin tim po ashtu edhe klinikës së gastroenterologjisë më hepatologji, që më lejuan qasje në dokumentacionin e historisë së sëmundjeve për pacient, arrita ta sfidoj këtë vështirësi. Duke parë se është një sëmundje serioze dhe mjaftë e rënd, si synim timin pata që në këtë temë ti paraqes në disa pika të gjitha të dhënat me më rëndësi të kësaj patologjie, që së paku të mund të ndihmojm dhe trajtojmë të sëmurët më kolidit ulceroz. Po ashtu një problem ka qenë se nuk kam pasur mundësi të kontaktoj me të gjithë pacientët, që kanë këtë patologji.

4.METODOLOGJIA

Në studim janë përfshirë pacient të cilët kanë qenë të hospitalizuar në klinikën e gastroenterologjis dhe që kanë qenë të diagnostifikuar sipas protokolit për sëmundje inflamatore, duke filluar nga anamneza, ekzaminimi laboratorik, imazherik, endoskopik e deri të biopsia. Të gjitha rastet e paraqitura në punim, iu është shikuar historia në dokumentacionin e arkivës së kësaj klinike. Janë paraqitur të dhënat në form teorike si dhe në formë tabelare, duke u munduar që të përfshihen të gjitha të dhënat me rendësi për këtë sëmundje inflamatore. Po ashtu, për paraqitje sa më të mire është shfletuar edhe literatura e ndryshme, protokole të cilat janë të aprovuara nga komisionet e ndryshme dhe të cilat janë na përdorim, në këtë mënyr janë krijuar tabela dhe grafikone, në bazë të të dhënave të marra. Gjatë shqyrtimit të literaturës kam hasur edhe në të dhëna shumë të rëndësishme të cilat i kam përdorur në formulimin e tabelave dhe figurave, të cilat mendoj se janë shumë të vlefshme, që ta kuptojmë sa më shumë rëndësin e kësaj teme.

5.PREZENTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

Të dhënat e mara nga historia e pacientëve dhe të shtruar në klinikën e gastroenterologjis në QKUK gjatë periudhësë : prill/2018- prill/2019.

5.1. Prezentimi i rezultateve.

Nga të dhënat e nxjerra gjatë kësaj periudhe , vërejmë se në këtë klinikë kanë qenë të hospitalizuar gjithsej 16 pacientë te diagnostifikuar me kolit ulçeroz. Të gjithë këta ishin të diagnostifikuar sipas protokollit për sëmundje inflamatore duke filluar nga anamneza e deri te histopatologjia e procesit inflamator, duke bërë kështu edhe vlerësimin klinik dhe stadifikimin e saj .

5.2.Analiza e rezultateve.

- Nga analiza e të dhënat e marra vijmë në përfundim:
- Raporti i të sëmurëve mashkuj/femra ishte 1:1.
- Moshë më e atakuar ishte moshë nga 19-30 vjec.
- Moshë më e vjetër ka qenë 66 vjec, ndërsa moshë më e re 20 vjec.
- Këto të dhëna përputhen me të dhënat ne regjionet e ndryshme, sipas literaturës.

Table 7Rastet e kolitit ulceroz periudha prill

(protokoll/gastroenterologji 2018/ 2019)

mashkuj		femra		gjithsej
1940-1950	2 raste	1950-1960	1 rast	
1970-1980	2 raste	1970-1980	1 rast	
1981-2000	4 raste	1981-2000	6 raste	
8		8 (1 exitus letalis)		16

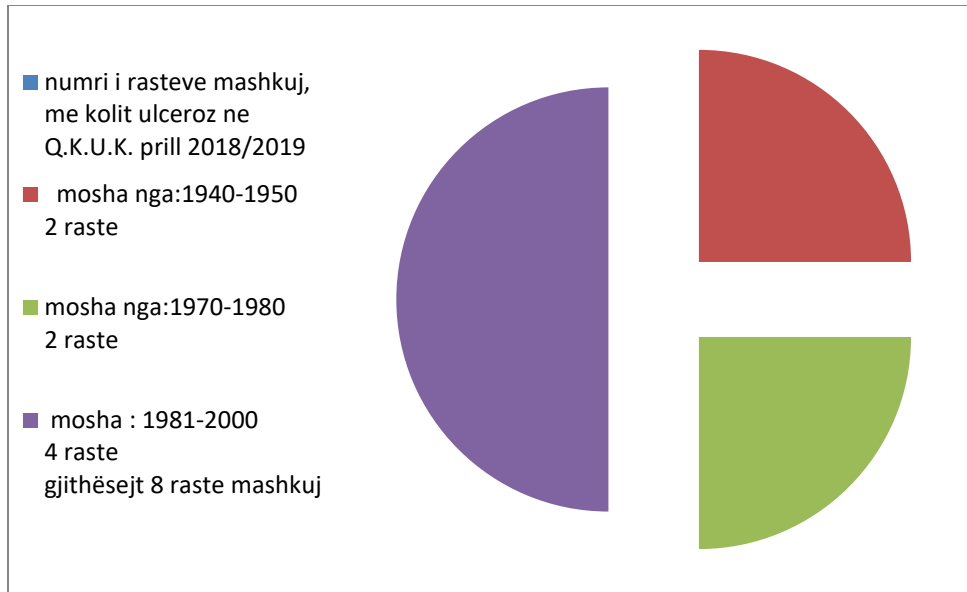


Figure 10 Paraqitja grafike e rasteve të kolitit ulçeroz, gjinia mashkuj, të hospitalizuar (protokoll/gastroenterologji)

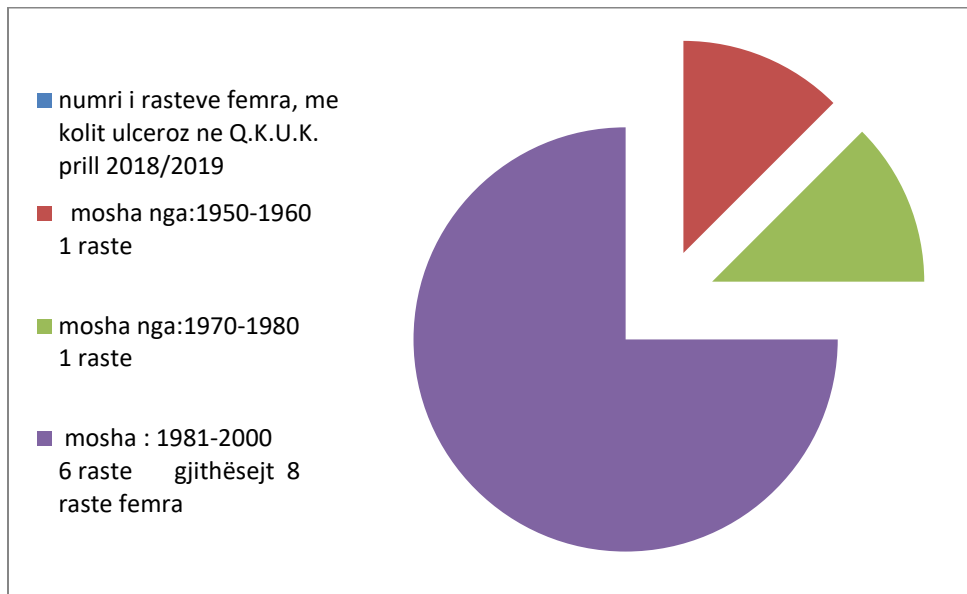


Figure 11 Paraqitja grafike e rasteve të kolitit ulçeroz, gjinia femra, të hospitalizuar (protokoll/gastroenterologji)

Në 16 raste të studjuara paraqiten raste prej formave më të lehta klinike deri në ato më të rëndat duke e llogaritur nje rast si exitus letalis. Disa prej pacientëve më këtë patologji kanë qenë disa

here të hospitalizuar, për shkak të recidivit të sëmundjes apo edhe mos marrjes së terapisë me rregull.

Manifestimi klinik i sëmundjes është shfaqur me: dhimbje abdominale, jashtëqitje te shpeshta 4 deri 6 ne 24 orë, lodhje, anemi, humbje peshe etj.

me ndryshime në lëkur në formë të eritemave, pas marrjes së terapis biologjike me Terapija që kanë përdorur, ka qenë terapi per orale me: aminosalicilate, kortikosteroid dhe imunosupresor. Ndersa terapia biologjike (amp. Infliximab a 100mg), është përdorur të dy pacient, dhe ka pasur rezultate shumë të mira. Pacient te të cilët kanë pasur manifestime ekstraintestinale, e sidomos Infliximab, pas ciklit te dytë pothuajse ato manifestime ishin tërhequr në tërësi.

Në këtë punim është vërejt se mosha ma e atakuar ka qenë mosha 20-30 vjeq. Por edhe mosha më e vjetër ka qenë e prekur me këtë patologji.

6.KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Në bazë të dhënave që i kam studjuar në këtë punim, vij në përfundim se koliti ulçeroz është një sëmundje inflamatore e zorrëve të trasha (kolonit), i cili ka një ecuri klinike me remisione dhe ekzacerbime të shpeshta. Studimet më të hershme kanë sugjeruar një mbizotërim të sëmundjes te femrat por gjatë viteve të fundit ka pasur një ndryshim ndërmjet meshkujve dhe femrave. Në paraqitjen e kësaj sëmundje, vërehet se sëmundja paraqitet në të dy gjinit, pothuajse në raport të barabart (1: 1 në rastin tone). Moshë më e atakuar është mosha e re, ndërmjet asaj 20 deri 30 vjeç. Si konkluzion mund të themi se :

Koliti ulçeroz është sëmundje inflamatore te zorres, qe karakterizohet me inflamacion dhe ulceracione te segmentit tretes. KU si sëmundje kronike, periudhat simptomatike alternohen nga periudha remisioni, kohëzgjatja e të cilave ndryshon ndërmjet pacientëve dhe tek i njejti pacient në periudha të ndryshme. Simptomat kryesore te sëmundjes aktive jane : diarreha, rektoragjia, dhimbje e krampe abdominal, temperatur, alterim i gjendjes së përgjithshme. Sëmundja shkakton komplikacione të rënda lokale dhe sistemike.

Incidenca e SIZ (sëmundje inflamatore të zorrëve) varion nga 1 në 20 raste në 100 000 individë në vit, ndërsa prevalenca 8 deri ne 246 raste në 100 000 individë.

Moshë e fillimit të sëmundjes është e hershme: 15-45 vjeç KU.

Etiologjia e saktë e KU është e panjohur. Megjithatë, janë gjetur disa faktorë që kontribuojnë potencialisht në zhvillimin e sëmundjes, ku bëjnë pjesë: faktorët gjenetik dhe imunologjike, stresi psikologjik dhe infeksionet. Si faktorë risku të sëmundjes njihen: përdorimi i antiinflamatoreve jo-steroidë, nivelet e ulura të antioksidanteve, përdorimi i produkteve të qumshtit dhe ushqime të tjera me përbërje aminoacidesh me permbajtje squfuri.

Diagnoza mbështetet në të dhënat klinike, radiologjike dhe endoskopike (sigmoidoskopi/kolonoskopi).

Ne ekzaminimin objektiv mund të zbulohën shenjat e manifestimeve ekstrakolonike, si: konjuktiviti, uveiti, stomatiti aftoz, eritema nodoze, pioderma gangrenoze, artriti, etj. Përpos këtyre mund të vihen në dukje edhe shenja të alterimit të gjendjes së përgjithshme në format e rënda të kolitit ulçeroz, si: takikardi, temperatur e lartë, shenja të dehidrimit. Me shfaqjen e ndërlikimeve të kolitit ulçeroz gjithashtu mund të vërehën ndryshime, si p.sh megakoloni toksik që paraqitet me distension dhe timpanizëm të shprehur të abdomenit.

Në format e lehta dhe të mesme të KU, në munges të shfaqjeve ekstrakolonike, ekzaminimi objektiv mund të rezultojë krejt normal.

Ekzaminimet laboratorike ndihmojnë në përjashtimin e diagnozave të tjera dhe në vlerësimin e gjendjes së përgjithshme të pacientit.

Ekzaminimi radiologjik luan një rol të rëndësishëm në diagnostikimin e kolitit ulçeroz dhe në diferencimin e këtij të fundit me morbus Crohn. Në ekzaminimin radiologjik bëjnë pjesë radiografia direkte dhe ajo me kontrast.

Faktorët ekzogjen, kanë rëndësi në shfaqjen e K.U. në këtë grup bëjnë pjesë :

a. Mycobacterium paratuberculosis. Në rastet e studjuara nuk kemi hasur në ndonjë pacient I cili ka pasur edhe ndonjë sëmundje shoqëruese të mushkërive.

b. Paramiksoviruset dhe

c. Helikobakteri. Me këtë bakterje kanë qe tre pacientë që e kanë pasur pozitiv testin për heliko bakter.

Po ashtu edhe patogjen të tjerë mund të inicojnë K.U. si: a. salmonella, b. shigella, c. campylobakteri etj.

Edhe pse si sëmundje është mjaftë kronike, mund të rekomandojmë se kjo patologji mund të kontrollohet duke qenë nën kontrolla të rregullta dhe periodike si dhe përdorimi i rregullt i terapis, së caktuar sipas protokollit, që e përshkruan mjeku ordinues. Me ndihmën familjare dhe shoqëris, personat e atakuar me këtë patologji, mund të kthehen jetës normale dhe pa ndonjë problem jetësor.

6.1. Edukimi i pacientit dhe kujdesi në shtëpi

Vlerësoni njohuritë që posedon pacienti rreth sëmundjes dhe sidomos vlerësoni nevojën që ai ka për të marrë sa më shumë njohuri të tjera rreth sëmundjes dhe menaxhimit medikal dhe intervenimit kirurgjikal. Kontrolli mental i pacientit është i domosdoshëm sidomos kur kemi të shfaqur shkakun e acarimit. Sigurojini pacientit informacion të saktë rreth menaxhimit të ushqimit. Një dietë e pasur me proteina, kalori dhe vitamina si dhe një ushqim i ushqyeshëm dhe i shijshëm, do të lehtësonte simptomat dhe do të pakësonte ritmin e diresë. Pacientit i shpjegohet qëllimi i

përdorimit të steroideve, agjentëve antiinflamator, medikamenteve antibakteriale dhe antidiareike si dhe antispazmatikët. Theksoni që medikamentet duhet të merren sipas përshkrimit dhe udhëzimit të mjekut dhe nuk duhet të ndërpriten menjëherë (veçanërisht steroidet), të cilat mund të shkaktojnë probleme serioze nëse ndërpriten në mënyrë të menjëhershme

7. REFERENCAT

Majno, P., Mentha, G., Toso, C., Morel, P., Peitgen, H. and Fasel, J. (2019). *Anatomy of the liver: An outline with three levels of complexity – A further step towards tailored territorial liver resections.*

Ellis, H. (2019). Anatomy of the liver.

Old Farmer's Almanac. (2019). Best Days for 2019. [online] Available at: <https://www.almanac.com/bestdays/calendar> [Accessed 19 Dec. 2019].

Anon, (2019). [online] Available at: <https://www.usmagazine.com/celebrity-news/pictures/celebrity-deaths-of-2019-stars-weve-lost/> [Accessed 19 Dec. 2019].

En.wikipedia.org. (2019). QAnon. [online] Available at: <https://en.wikipedia.org/wiki/Qanon> [Accessed 19 Dec. 2019].

Bultum, J., Yigzaw, N., Demeke, W. and Alemayehu, M. (2019). Alcohol use disorder and associated factors among human immunodeficiency virus infected patients attending antiretroviral therapy clinic at Bishoftu General Hospital, Oromiya region, Ethiopia.

Fernando De Ritis, L. (2019). Biochemical laboratory tests in viral hepatitis and other hepatic diseases: Evaluation and follow-up*. [online] PubMed Central (PMC). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2555202/> [Accessed 19 Dec. 2019].

Juza, R. and Pauli, E. (2019). Clinical and surgical anatomy of the liver: A review for clinicians.

Anon, (2019). *Liver: Anatomy and Functions.* [online] Available at: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/liver-anatomy-and-functions> [Accessed 19 Dec. 2019].

En.wikipedia.org. (2019). QAnon. [online] Available at: <https://en.wikipedia.org/wiki/Qanon> [Accessed 19 Dec. 2019].

Newman, T., 2018. What does the liver do. *Medical News Today [Internet]* [accessed 13 Aug 2018] Available at <https://www.medicalnewstoday.com/articles/305075.php>.

8. SHTOJCAT

8.1. Pyetësor

1.Emri dhe mbiemri:

2.Mosha:

3.Vendlindja:

4.Vendbanimi:

a. Rurale b.Urbane

5.Statusi martesor:

a.Beqar/e b.I/e martuar c.I/e divorcuar

6.Statusi ekonomik familjar:

a.I ulët b.Mesatar c.I lartë

7.Mosha kur jeni diagnostifikuar me sëmundjen:

a.0-30vjeç b.30-60 c.60-90

8.Lloji I sëmundjes:

a.Akut b.Kronik

9.Ndonjë anëtar të diagnostifikuar nga kjo sëmundje:

a.Po b.Jo

10.A jeni duke përdorur terapi:

a.Po b.Jo

11.A konsumoni lëndë narkotike:

a.Duhan b.Alkool c.Drogë

12.Koha kur jeni hospitalizuar:

a.Ditë b.Javë c.Muaj