



Viti i XIV -të i Botimit, Nr.1,  
Qershor 2022

## HEMORRAGJIA E PASLINDJES NË SHQIPËRI: NJË STUDIM RETROSPEKTIV RAST-KONTROLL

Ilta Bylykbashi\*, Afërdita Manaj\*, Edlira Bylykbashi\* , Mirela Rista\*

\*Spitali Universitar i Obstetrike dhe Gjinekologjise “Mbretëresha Geraldinë” Tiranë

Adresë kontakti: [ilta.bylykbashi@yahoo.com](mailto:ilta.bylykbashi@yahoo.com)

### Përmbledhje

**Qëllimi** : Hemorragjia e paslindjes (HP) është shkaku kryesor i vdekshmërisë amtare gjatë lindjes në mbarë botën. Të dhënat mbi prevalencën dhe faktorët e rrezikut të e HP në Shqipëri janë të mangëta, ndaj qëllimi i studimit është të hedhë dritë mbi këtë ngjarje të rëndë.

**Metodat**: Ky studim rast-kontroll përfshiu të gjithë gratë shtatëzëna të lindura ne SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”, Tiranë, gjatë periudhës 2014-2020. Rastet ishin gra shtatëzëna te diagnostikuara me HP dhe kontrollet ishin gra shtatëzëna pa HP.

Në total, gjatë periudhës 2014-2020, u regjistruan 48,869 lindje gjallë, të kryera në këtë spital. Midis tyre, u diagnostikuan 1,882 lindje me HP (raste). Të dhënat mbi faktorët e rrezikut për HP u nxorrën nga kartelat spiatlore. U krahasuan rastet dhe kontrollet dhe u pa lidhja e tyre me HP dhe të faktorëve të pavarur duke përdorur Regresionin Logjistik Binar.

**Rezultatet**: Prevalenca e HP gjatë 2014-2020 ishte 3.9%, me një rritje monotone vit pas viti. Faktorët që rritën në mënyrë sinjifikative gjasën e HP ishin: atonia uterine, rupture uterine, grisjet vaginale dhe cervicale, retensioni i placentës dhe membranav, vendbanimi në fshat (OR=1.5), pre-eklampsia (OR=3.8), lindjet të mëparshme cesareane (OR=5.5), shtatëzania multiple (OR=6.7), placenta previa (OR=5.2), trauma obstetrikale (OR=5.1), fetusi makrosom në lindje (OR=5.2), shkollitja manual e placentës (OR=1.6) dhe zgjatja e periudhës së tretë të lindjes (OR = 9.1).

**Konkluzionet** : Epidemiologjia e HP në Shqipëri është e ngjashme me atë të raportuar në vende të tjera. Studime të mëtejshme do të nevojiten për të përplotësuar gjetjet tona.

**Fjalët çelës**: *Shqipëri, epidemiologji, hemorragji e paslindjes, prevalencë, faktorë rreziku*

## POSTPARTUM HEMORRHAGE IN ALBANIA: A RETROSPECTIVE CASE-CONTROL STUDY

### Abstract

**Background:** Postpartum hemorrhage (PPH) is the leading cause of death related to pregnancy worldwide. The burden of PPH affects disproportionately developing countries. However, information about PPH prevalence and risk factors in Albania is scarce. In this context, the aim of the present study was to fill this knowledge gap.

**Methods:** This study included all 1882 pregnant women experiencing PPH (cases), and 1882 pregnant women without PPH (controls) selected among pregnant women showing up at the University Obstetric-Gynecological Hospital “Queen Geraldine” in Tirana during 2014-2020. Information on risk factors of PPH were retrieved from women’s hospital records. Cases and controls were compared to determine the association of PPH with independent factors using the Binary Logistic Regression test.

**Results:** The prevalence of PPH during 2014-2020 was 3.9%, with a monotonous increase year after year. Factors that significantly increased the likelihood of PPH were: uterine atony, uterine rupture, vaginal and cervical tear, retained products of conception and retained placenta, rural residence (OR=1.5), preeclampsia (OR=3.8), previous cesarean section (OR=5.5), multiple pregnancy (OR=6.7), placenta previa (OR=5.2), obstetrical trauma (OR=5.1), large baby at birth (OR=5.2), manual removal of placenta (OR=1.6) and prolonged third stage of labor (OR = 9.1).

**Conclusion:** The epidemiology of PPH in Albania is similar to that reported in other countries. Future studies are needed to replicate our findings.

**Keywords:** *Albania, epidemiology, postpartum hemorrhage, prevalence, risk factors.*

## Hyrje

Hemorragji e Paslindjes (HP) konsiderohet humbja mbi 500 ml gjakderrdhje në një lindje vaginale, apo humbja mbi 1000 ml gjakderrdhje në një lindje cezariene (1,2). HP mund të vijë si rezultat i shkollitjes së placentës, pamjaftueshmërisë kontraktuese uterine (atonia uterine), korioamnionitit, placentimit jonormal (placenta akreta, inkreta, perkreta, previa), etj (3,4). Një faktor rreziku i HP është periudha e tretë e lindjes e zgjatur; kjo periudhë fillon me ekspulsionin e fetusit dhe përfundon me daljen jashtë të placentës dhe membranave (5). Gjasat e HP rriten në mënyrë të konsiderueshme dhe në mënyrë lineare me rritjen e kohëzgjatjes së periudhës së tretë të lindjes. Gjasat ishin respektivisht 2.1, 4.3 dhe 6.3 herë më të larta në minutën e 10-të, 20-të dhe 30-të nga momenti i ekspulsionit të fetusit (6). Studime të tjera kanë sygjerruar se kohëzgjatja e periudhës së tretë të lindjes përtej 18 min, shoqërohej me një rritje të konsiderueshme të rrezikut për HP (7).

HP është konsideruar si shkak kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare në mbarë botën. Sipas OBSH, mundësia e vdekshmërisë amtare nga hemorragjia e paslindjes llogaritet 100 vdekje për 100,000 lindje gjallë; virtualisht të gjitha vdekjet amtare (99%) janë regjistruar në vende të vafra (11) dhe rreth 1/3 e tyre i atribuohet HP (12). Në një rishikim sistematik të raportuar midis viteve 2003-2009, 19.7% i vdekjeve amtare në mbarë botën lidhej me hemorragjinë e paslindjes në obstetrikë (8). Përqindja e vdekjeve amtare si rezultat i HP ishte më e lartë në Afrikën Veriore (32%), në Azinë Lindore (28,7%), në Azinë Jugore (26,1%) dhe më e ulët në vende të tjera në zhvillim (8%); ndërmjet të gjitha vdekjeve nga hemorragjia, më shumë se dy të tretat ishin si rezultat i HP (8), ku rreth 45% e vdekjeve ndodhën brenda 24 orëve të para pas lindjes (13).

Në mbarë botën, rreth 14 milion gra preken çdo vit nga hemorragjia e rëndë gjatë apo pas lindjes; rreth 140,000 e tyre vdesin nga ky shkak, duke shënuar një shkallë fataliteti prej 1% (14). Si rrjedhojë, më shumë se 1,5 milion e këtyre grave do të vuajnë nga problematika të ndryshme shëndetësore (14).

Edhe pse vdekshmëria amtare nga HP në vendet e zhvilluara ka rënë në mënyrë të ndjeshme vitet e fundit, ende vazhdon të mbetet ndër shkaqet kryesore të vdekjeve të lidhura me lindjen, si në SHBA, Francë dhe Angli (15). Incidenca e HP është më e lartë në vendet në zhvillim (16), por një rritje të incidencës së HP është raportuar edhe në vendet e zhvilluara (11,15,17).

Pra, HP është e lidhur ngushtë me sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë amtare. Shqipëria, është një vend i vogël, me të ardhura mesatare të ulta në Europën Juglindore. Dhe pse shumë tregues shëndetësorë janë të disponueshëm, ka ende pak informacion mbi shkallën e HP.

## Qëllimi

Qëllimi i këtij studimi është të përshkruajë epidemiologjinë e HP dhe faktorët e lidhur me këtë gjendje, ndër gra shtatëzëna në Shqipëri.

## Metodologjia

Ky studim rast-kontroll përfshin të gjithë gratë shtatëzëna të lindura në SUOGJ “Mbretëresha Geraldine”, Tiranë, gjatë periudhës 2014-2020. Rastet ishin gra shtatëzëna të diagnostikuara me HP dhe kontrollet ishin gra shtatëzëna pa HP.

Në total, gjatë periudhës 2014-2020, u regjistruan 48,869 lindje gjallë, të kryera në këtë spital. Midis tyre, u diagnostikuan 1,882 lindje me HP (raste). Të gjitha gratë me këtë diagnozë u përfshinë në këtë studim, ndaj nuk qe e nevojshme për përzgjedhjen e një mostre meqë e gjithë popullata target qe e përfshirë.

Në lidhje me kontrollet, vendosëm të përfshijmë një kontroll për çdo rast të konfirmuar, duke u bazuar në literaturën që sygjeron se duhet minimumi 1-4 kontrolle të zgjidhen për çdo rast të identifikuar (21). Procedura pasuese ishte në selektimin e kontrolleve: si fillim, u percaktua numri i kontrolleve. Me këtë qëllim, rastet me HP u shtresëzuan çdo vit, dhe më pas, midis grave shtatëzëna që lindën e nuk patën HP me një numër të njëjtë me ato të rasteve në po atë vit, duke u përzgjedhur sipas një procedure selektive të randomizuar. P.sh., në vitin 2014 u diagnostikuan 237 raste, po aq kontrolle u përzgjedhën po atë vit në mënyrë të randomizuar. Kjo procedurë u përsërit çdo vit gjatë këtij studimi. Përzgjedhja e kontrolleve, gjithashtu, implikoi një mostër të thjeshtë të shtresëzuar në mënyrë random; të gjitha gratë shtatëzëna pa HP u shtresëzuan në çdo vit sëbashku me rastet e po atij viti. Kështu, studimi përfshiu 1882 raste dhe po aq kontrolle.

## Diagnoza e HP

Kjo diagnozë u bazua në vlerësimin vizual të mjekut klinikist apo stafit që asistoi në rastin respektiv. Vlerësimi vizual u bazua në një vlerësim të kujdesshëm mbi peshimin e sasisë së gjakut të humbur dhe kur stafi gjykoj që u tejkaloa sasia 500 ml në lindjet vaginale, apo 1000 ml në atë cezariene, rasti u konsiderua “HP”. Kjo metodë mund të ketë mangësitë e veta, por është orientuese për personelin mjekësor për ndërmarrjen e masave të shpejta mbi monitorimin e situatës dhe rehabilitimin e shpejtë të gruas.

Në këtë studim, rastet me HP kishin si target HP primare (të ndodhur brenda 24 orëve të para të lindjes), pasi mungonte objektivizmi apo që i pamundur kontaktimi i pacienteve apo ndjekja e HP sekondare (mbi 24 orë dhe brenda 6 javëve të para pas lindjes). Gjithashtu, si rezultat i mënyrës subjektive të përcaktimit të HP, në këtë artikull nuk është i mundur klasifikimi i HP sipas sasisë së gjakut të humbur (HP e lehtë, e moderuar apo e rëndë), ndaj të gjitha rastet me HP, u trajtuan në të njëjtin grup dhe u analizuan sëbashku.

Në disa raste, kur HP nuk listohet e specifikuar në diagnozë, në kartelat mjekësore të grave respektive, në bazuar mbi vlerat e hematokritit për të gjykuar nëse kishim të bënim me HP apo jo. Kështu, në çdo rast kur nivelet e hematokritit varionin te paktën 10% njësi midis periudhës ante dhe postnatale, u vendos diagnoza e HP dhe pacientja në analizë u trajtua si “rast”.

## Mbledhja e të dhënave

Te dhënat mbi pacientet u morën nga kartelat e spitalit nëpërmjet studimit retrospektiv të tyre. U konsultua departamenti i statistikës pranë SUOGJ mbi 48,869 lindje në periudhën 2014-2020. U nxorën të dhëna dermografike mbi moshën, vendbanimin e pacienteve e më pas mbi shkaqet e ndryshme të njohura si shpërthyes të HP, përfshi këtu: atoninë uterine, rupturë uterine, laceracionin vaginal, retensionin e placentës dhe membranave, etj.

Gjithashtu, u mor informacioni mbi disa patologji bashkëshoqeruese si pre-eklampsia, lindje cezariene të mëparshme, shtatëzënitë multiple, placenta previa, traumat perineale dhe laceracionet e gradëve të ndryshme, zgjatja e periudhës së tretë të lindjes, etj.

Ky studim u aprovua nga Bordi i Bio-Etikës Mjekësore pranë Fakultetit të Mjekësisë.

## Analiza statistikore

Prevalence e HP u përllogarit duke përdorur numrin total të lindjeve të realizuara në SUOGJ “Mbretëresha Geraldine”, gjatë periudhës 2014-2020. Për aq kohë sa përqindja e incidencës supozohet të përllogaritet nga studimet prospektive longitudinale dhe çdo ngjarje e HP që ndodh pas fillimit të lindjes mund të

konsiderohet si një “ngjarje” e re, ne ende përdorim termin prevalencë për t’iu referuar përqindjes së HP në këtë studim.

Numrat absolutë dhe përqindjet respektive u raportuan si variable kategorik. Për krahasimin e këtyre variableve, u përdor testi Chi-Square apo Fisher’s Exact Test.

Për të vlerësuar lidhjen midis HP dhe variableve të pavarur të ndryshëm, u përdor Regresioni logjistik binar, u raportua “odds ratios” (OR), intervalet respektive të konfidencës 95% (95%CI) dhe vlera e p-së. U përfshinë dy modele të regresionit logjistik binar: modeli 1, duke raportuar ORs bruto dhe modeli 2, ku ORs u axhustua për moshën e nënës. Diferencat me një vlerë të p-së  $<0.05$  u trajtuan si statistikiht e rëndësishme.

U përdor Paketa Statistikore për Shkencat Sociale (SPSS), versioni 19, për përpunimin e të dhënave dhe analizën statistikore.

## Rezultatet

Gjatë periudhës 2014-2020, në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”, u regjistruan 48, 869 lindje. Midis tyre, 1882 lindje u shoqëruan me HP, dhe përhapja e lindjeve dhe rasteve me HP, sipas çdo viti, u pasqyrua në Tabelen 1. Prevalence e përgjithshme e HP ishte 3,9%. Nga observimet shihet se prevalence e HP ishte mesatarisht 4% (4 raste me HP per 100 lindje) dhe kjo përqindje vjen në rritje vitet në vazhdim.

**Table 1. Numri i lindjeve dhe rastet me HP sipas viteve.**

Viti	Numri i lindjeve	Rastet me HP
2014	6772 (13.9)*	237 (3.5)†
2015	7105 (14.5)	249 (3.5)
2016	7283 (14.9)	262 (3.6)
2017	7262 (14.9)	269 (3.7)
2018	6511 (13.3)	273 (4.2)
2019	6746 (13.8)	283 (4.2)
2020	7190 (14.7)	309 (4.3)
<i>Totali</i>	<i>48869 (100.0)</i>	<i>1882 (3.9)</i>

\* Numri absolut dhe kolona e përqindjeve (në parantezë)

† Numri absolut dhe shkalla e incidencës (numri i rasteve me HP/ numri i lindjeve në atë vit x 100).

Tabela 2 jep të dhëna mbi karakteristikat demografike të pjesëmarrësve në studim. Rreth 62% e tyre ishin në grupmoshën 25-34 vjec në lindje, pa ndonjë diferencë sinjifikative midis rasteve dhe kontrolleve. Gjithsesi, një përqindje më mënyrë sinjifikative më e lartë e rasteve (59,6 %) krahasuar me kontrollet (40,1%), jetonin në zona rurale.

**Table 2. Të dhëna demografike bazë të pacienteve në studim**

Variablet	Total n (%)	Grupi në studim		Vlera p
		Raste n (%)	Kontrolle n (%)	
<b>Grupmosha</b>				
14-24 years	1016 (27.0)	505 (26.8)	511 (27.2)	0.960 *
25-34 years	2327 (61.8)	1170 (62.2)	1157 (61.5)	
35-44 years	362 (9.6)	177 (9.4)	185 (9.8)	
>44 years	59 (1.6)	30 (1.6)	29 (1.5)	
<b>Vendbanimi</b>				
Urban	1888 (50.2)	761 (40.4)	1127 (59.9)	<0.001
Rural	1876 (49.8)	1121 (59.6)	755 (40.1)	

\* Vlera P sipas Chi-Square test (Testi ekzakt i Fisher për tabelat 2x2 ).

Prania e gjendjeve të ndryshme shëndetësore midis rasteve dhe kontrolleve është paraqitur në Tabelën 3. Gjëndjet më të zakonshme rezultuan atonia uterine, e raportuar në 43% të pacienteve, pasuar nga lindje të mëparshme cezariane (27,3%) dhe zgjatje në kohë e periudhës së tretë të lindjes (9,2%), ndërkohë që gjëndjet e tjera kishin një frekuencë më të ulët. Të gjithë gjëndjet shëndetësore të listuara ishin në mënyrë sinjifikative më të shpështa midis rasteve vs kontrolleve.

**Table 3. Prania e faktorëve të ndryshëm riskantë dhe gjëndjeve shëndetësore midis rasteve dhe kontrolleve**

Faktorë të ndryshëm rrisht	Total (%)	Grupi i studimit		Vlera P
		Raste (%)	Kontrolle (%)	
Atoni Uterine	43.0	84.9	0.0	<0.001 *
Rupturë Uterine	0.9	1.8	0.0	<0.001
Gjakderrdhje Vaginale	4.7	9.4	0.0	<0.001
Gjakosje Cervikale	2.7	5.4	0.0	<0.001
Retension të produkteve të konceptimit	4.1	8.2	0.0	<0.001
Retension placentar	3.5	7.0	0.0	<0.001
Preeclampsia	3.4	5.3	1.5	<0.001
Lindje cezariane të mëparshme	27.3	30.7	23.9	<0.001
Shtatëzëni multiple	5.1	8.6	1.7	<0.001
Fetus makrosom	3.5	4.7	2.3	<0.001
Placenta previa	3.4	5.8	1.3	<0.001
Trauma perineale dhe cerviko- vaginale	2.0	3.7	0.8	<0.001
Shkolitje manuale e placentës	3.1	5.8	3.9	<0.001
Periudhe e 3të e lindjes e zgjatur	9.2	17.7	3.6	<0.001

\* Vlera P sipas Testit Ekzakt të Fisher (për tabelat 2x2).

Tabela 4 paraqet lidhjen e HP me disa faktorë të varur. Lidhja me moshën nuk ishte sinjifikative. Nga ana tjetër, lidhje me faktorët e tjerë të pavarur ishte mjaft sinjifikative. Faktorët më fort të lidhur me HP ishin atonia uterine, rapture uterine, grisjet perineale dhe cerviko-vaginale, retensionet e placentës dhe produkteve të konceptionit,. Ndërkohe, faktorë të tjerë të lidhur fort me HP ishin: zgjatje e periudhës së tretë të lindjes (OR=9,1), shtatëzëni multiple (OR=6,7), lindje cezariane të mëparshme (OR=5.5), fetus makrosom në lindje (OR=5,2), dhe traumat obstetrikale dhe perineale (OR=5,1). Pati dhe lidhje të tjera më pak sinjifikative (Modeli 2 në tabelën 4).

**Tabela 4. Lidhja e HP me gjendje të ndryshme shëndetësore dhe evente - Odds Ratios (ORs) nga Regresioni Logjistik Binar**

Llojet e gjëndjeve të ndryshme shëndetësore	Modeli 1 *		Modeli 2 **	
	OR (95%CI)	Vlera p	OR (95%CI)	Vlera p
Vendbanimi rural	2.1 (1.9-2.5)	<0.001	1.5 (0.56-3.88)	<0.001
Atonia Uterine	>>> ***	-	>>>	-
Ruptura Uterine	>>>	-	>>>	-
Grisje Vaginale	>>>	-	>>>	-
Grisje Cervicale	>>>	-	>>>	-
Retension i produkteve të konceptionit	>>>	-	>>>	-
Retension placentar	>>>	-	>>>	-
Preeclampsia	3.7 (2.4-5.7)	<0.001	3.8 (2.5-5.8)	<0.001
Lindje Caesarean të më parshme	1.4 (1.2-1.6)	<0.001	5.5 (3.8-8.1)	<0.001
Shtatëzëni Multiple	5.4 (3.7-7.9)	<0.001	6.7 (4.5-10.0)	<0.001
Fetus makrosom	2.1 (1.4-3.0)	<0.001	2.2 (1.5-3.3)	<0.001
Placenta previa	4.5 (2.9-7.1)	<0.001	5.2 (3.3-8.2)	<0.001
Traumat obstetrikale dhe perineale	4.7 (2.7-8.3)	<0.001	5.1 (2.9-9.0)	<0.001
Shkolitje manual	1.5 (1.1-2.1)	0.007	1.6 (1.1-2.1)	0.005
Zgjatje te periudhës së 3-të të lindjes	5.8 (5.6-7.7)	<0.001	9.1 (6.8-12.4)	<0.001

\* ORs bruto (e paaxhustuar). Odds ratio e HP nga Regresioni Logjistik Binar dhe Intervali i konfidencës 95%CI (në parentezë).

\*\* Moshë e axhustuar – ORs e axhustuar.

\*\*\* ORs nuk mund të kalkulohet meqë ngjarja është 0 midis kontrolleve. Kjo tregon se gjasat që të ndodhë një ngjarje e caktuar është në mënyrë infinite herë më e lartë në rastet vs kontrollet.

## Diskutime

Në dijeninë tonë, ky është studimi i parë që raporton lidhjet midis HP dhe faktorëve të rrezikut, në Shqipëri.

Gjatë periudhës 2014-2020, një numër total lindjesh prej 48, 869 pacientesh u shqyrtuan dhe u vlerësuan mes tyre rastet me HP në 1,882 pacienete apo 3,9% e lindjeve ne total. Prevalence e HP varioi midis 3,5% në vitin 2014 në 4,3 % në 2017, duke treguar një rritje monotone të trendit të shtrirë në kohë.

Vendbanimi në zona rurale ishte më frekvente në mënyrë sinjifikative në rastet vs kontrollet. Faktorët e lidhur në mënyrë sinjifikative me ndodhinë e HP përfshinë atoninë uterine, rupturën uterine, laceracionet perineale dhe cerviko-vaginale, retensionin e placentës dhe membranave, banimin në zonë rurale, pre-eklampsinë, lindjet cezariane të mëparshme, placentën previa, traumat obstetrikale dhe perineale, shkollatjaen manual të placentës, dhe kohëzgjatjen e rritur të periudhës së tretë të lindjes.

Nuk kemi identifikuar ndonjë studim tjetër në Shqipëri që lidhet me HP dhe faktorët e lidhur me të, qoftë në materialet e disponuara on-line, apo kopje fizike të revistave shkencore, librave apo materialeve të tjera të disponueshme. Një publikim i Dokles dhe kolegëve në 2008, është në fakt një rishikim mbi etiologjinë, vlerësimin dhe menaxhimin e HP, duke u bazuar mbi kërkimet on-line të të dhënave database si Cochrane Library, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Journal of Perinatal Medicine dhe burimeve të tjera (23). Ky publikim nuk i referohet të dhënave mbi Shqipërinë (23).

Në anën tjetër, në vitin 1998 është publikuar një manual mbi HP, i Bimbashit dhe Glozhenit (24), i cili përshkruan HP dhe menaxhimin e saj, dhe pavarësisht rëndësisë mjaft të madhe të këtij shkrimi, ai i referohet thujse dy dekadave më parë.

Një tjetër publikim i Ministrisë së Shëndetësisë, i titulluar “Guidë dhe praktikë klinike. Kujdesi Postnatal si primar në kujdesin shëndetësor (për nëna dhe të porsalindur)”, i adresohet HP, por vetëm duke i'u referuar literaturës ndërkombëtare dhe përshkruan HP, shkaqet dhe trajtimin e saj, pa patur reflektim të të dhënave mbi HP në Shqipëri (25).

Në këtë situatë, krahasimi i të dhënave të studimit tonë me studime të tjera në Shqipëri është i pamundur. Megjithatë, studimi ynë është artikulli shkencor i vetëm që hedh dritë mbi një topikë kaq të rëndësishme si HP dhe faktorë të lidhur me të në Shqipëri.

Rezultatet e këtij studimi janë në përgjithësi në sinkron dhe përputhje me të dhënat e raportuara në literaturën ndërkombëtare. Prevalence e HP në studim rezultoi 3,5% në vitin 2014 deri 4,3% në vitin 2020, ndërkohë që në literaturën ndërkombëtare kjo ndryshon në vartësi të vendit dhe studimit të popullatës përkatëse, metodikës së vlerësimit, etj. Prevalence jonë gjendet brenda spektrit të raportuar në këtë literaturë. HP përllogaritet midis 3% dhe 8% të lindjeve (26,27). Një studim në USA raporton një nivel prej 3% (28), ndërkohë një studim në Francë midis 146,876 lindjeve, raporton HP (duke përdorur metodika diagnostike të ngjashme me studimin tonë), rreth 6.4% të tyre (29). Në disa studime të tjera më të vogla, kjo prevalencë arrin pikun deri 23,6%, si në rastin e një studimi të kryer në spitalet Camerooniane (30). Këto diferencat mund të kenë ardhur si rezultat i metodikave të ndryshme të vlerësimit sasior të HP. Literatura e huaj sygjeron se vlerësimi visual i sasisë së gjakut të humbur, mund të cojë në një nënvlerësim deri >90% (31), duke justifikuar kështu diferencat e mëdha në prevalencë të HP në vende të ndryshme në botë.

Trendi rritës i HP në kohë, të evidentuar në studimin tonë, raportohet gjithashtu në literaturën ndërkombëtare (28,32-34). Sipas studiuesve, kjo rritje vjen si rezultat i atonisë uterine (28) dhe jo të ndryshimit në faktorë të tjerë rreziku (34). Kjo, ndoshta si rezultat i rritjes së përdorimit të agjentëve uterotonikë (35), të cilët janë faktorë rreziku dhe shkak i HP pasuese.

Atonia uterine është shkak i 70% të HP dhe shkaqet e tjera përfshijë retensionin placentar dhe traumat e traktit genital (36), në literaturën e huaj janë të ngjashme me rezultatet e studimit tonë. Në studimin tonë atonia uterine ish prezente në 85% të grave me HP, dhe shumë e ulët (3%) në gra pa HP, të ngjashme me raportimet e studimit të tjera (37,38). Literatura sygjeron se mbi 80% të rasteve me HP vijnë si rezultat i atonisë uterine (37). Një studim rast-kontroll i kryer në 209 kontrole dhe 101 raste me HP në Arabinë Saudite, tregoi se atonia uterine ishte prezente në 83.2% të rasteve dhe në asnjë kontroll (38). Faktorët e rrezikut për atoni uterine (dhe për rrjedhojë HP) përfshijnë: shtatëzënitë multiple, makrosominë fetale, zgjatjen e procesit të lindjes, induktimin e lindjes me oksitocinë, multipariteti  $\geq 5$  fëmijë, retensionin e placentës dhe membranave, placentën previa, etj (37). Këto gjetje janë të ngjashme me ato të gjetura në studim.

Një nga shkaqet e atonisë uterine në studimin tonë mund të jetë përdorimi pa kriter i oksitocinës gjatë aktivitetit të lindjes, element ky që duhet investiguar në të ardhmen.

Literatura e huaj raporton se HP është më e lartë në banimet rurale se ato urbane dhe kjo kryesisht si rezultat i mungesës apo aftësisë më të pakët të ofrimit të një shërbimi të kualifikuar shëndetësor, apo numrit të kufizuar të stafit mjekësor në këto zona (39). Këto gjetje përkojnë me rezultatet e studimit tonë.

Në studimin tonë, frekuenca e rupturës uterine rezultoi 0.07% (33/48,869), duke qënë e ngjashme me atë të raportuar në literaturën e huaj (40). Rupture uterine është një faktor i pavarur rreziku (41,42).

Një shkak tjetër i HP janë grisjet/laceracionet perineale, të gjetura në vlerën 15% të rasteve në studimin tonë, ndërkohë që në botë ajo raportohet edhe më e lartë në vlerat 20% (43) apo 38% (30).

Retensioni placentar dhe/ose i produkteve të konceptimit është një tjetër faktor risku i HP (28,44,45), i ngjashëm me gjetjet tona. Retensioni placentar shoqërohet me një rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare. Meqë në vendet e zhvilluara, kjo vdekshmëri është ulur ndjeshëm (45), në vendet në zhvillim rastet fatale nga HP mbeten ende të larta si rezultat i lidhjes së ngushtë me HP (46). Gratë janë më të ekspozuara ndaj anemisë, keqshqyerjes prenatale dhe si rezultat i mungesës së komunikimit dhe transportit në qendra të specializuara terciare, lindjet në kushte shtëpie rrisin dukshëm mundësinë e ngjarjeve të padëshirueshme shëndetësore (46). Retensioni placentar është shaku i dytë më i zakonshëm i HP nga atonia uterine dhe ndër më tipikët si shkaqe që kerkojnë hemotransfuzion (28)

Në studim gjetëm lidhjen e ngushtë të HP me lindjen e mëparshme cezariene dhe rritjen e rrezikut të lidhur me këtë faktor, të të ngjashëm me raportet e literaturës (41,45,47).

Po kështu, fetusi makrosom është një tjetër faktorë rreziku për HP (48), i ngjashëm me atë në literaturë.

Në një studimin, u raportua se prania e placentës previa shoqërohej me një mundësi mjaft të lartë për HP, gati 3,5 herë dhe një rritje të gjasës për HP të rëndë 17,1 herë (49). Një studim në Arabinë Saudite raportoi një rritje 3,58 herë më shumë për gjasa të HP (38), ndërkohë që një studim tjetër tregonte një gjasë më të rritur në 1,86 herë (50). Në studimin tonë, prania e placentës previa shoqërohej me një rritje sinjifikative 5,2 herë më shumë gjasa për HP krahasuar me gratë që nuk kishin placentë previa. Nga na tjetër, rreziku i HP në paciente me placentë previa ishte shumë më e lartë se në paciente me placentim normal, duke aritur vlerat 22,3% sipas një metaanalizë të vonshme (51)

Traumat obstetrikale janë të lidhura gjithashtu me një rritje të gjasës së HP (52,53), të ngjashme me gjetjet tona.

Literatura ndërkombëtare raporton se preeklampsia është një faktor rreziku për HP (35,54,55). Në një studim raportohet se pre-eklampsia rrit 4,9 herë (35) gjasën për HP, ndërkohë që një studim tjetër tregoi se pre-eklampsia shoqërohej me një rritje 2,83 më të lartë për të zhvillur HP dhe këto ndryshime ishin statistikisht të rëndësishme (38). Në studimin tonë pre-eklampsia rriste gjasat e HP me 3,8 herë.

Zgjatja e periudhës së tretë të lindjes shoqërohej me rritje të rrezikut për HP. Në studimin tonë kjo kohezgjatja shoqërohej me 9.1 herë më shumë gjasa për HP vs grave pa këtë kohëzgjatje. Studimi në Arabinë Saudite tregoi një rritje rreth 17,9 herë të gjasave për HP nga zgjatja e periudhës së tretë të lindjes (38).

Dhe së fundmi, faktorët e tjerë që rrisin rrezikun për HP përfshi këtu shtatëzënitë multiplerrisin gjasat e HP midis 3,7 dhe 5,9 herë në studime të ndryshme (38, 55).

## Konkluzione

Prevalenca dhe rreziku i HP në Shqipëri janë të ngjashme me ato të raportuara literaturën ndërkombëtare. Duhet studime të mëtejshme për të përforcuar gjetjet tona. Gjetjet e këtij studimi duhet të përhapen

midis personelit të spitalit obstetrikal, si një mënyrë për të rritur vëmndjen e tyre dhe vigjilencën kundrejt faktorëve riskantë të HP, duke shpënë në këtë mënyrë në parandalimin apo trajtimin në kohë të gjëndjeve të rënda shëndetësore të ardhura nga kjo ndodhi.

### Kufizime të studimit

Studimi ynë ka disa kufizime. Si fillim, përshkrimi i këtij studimi rast-kontroll, nuk na lejon të japim konkluzione shkak-pasojë. Ndaj, ndonjë lidhje sinjifikative të raportuar këtu, duhet të interpretohet me kujdes. Së dyti, edhe pse popullata jonë në studim është relativisht e madhe, (1882 raste dhe 1882 kontrolle), selektimi “bias” në lidhje me kontrollet nuk mund të përjashtohet. Ne mendojmë se kjo “bias” është minimale, duke patur parasysh numrin e gjerë të kontrolleve të përfshira, dhe përzgjedhja e shtresëzuar në mënyrë random të tyre. Së treti, diagnoza bias në lidhje me certifikimin e PH nuk mund të përjashtohet. Kjo lloj “bias”, nëse ekziston, shtrihet mes personelit mjekësor në spitale; është e pamundur të parashikohet nëse kjo “bias” ka shpënë në mbi-nënvlerësim të rasteve me HP në studimin tonë.

Gjithësesi ky studim ka disa pika të forta. Popullata në studim është e gjërë dhe kështu mund të sigurojë një fuqi të lartë studimore. Nga ana tjetër, regjistrimi i rasteve me HP na lejon të përllogarisim përqindjen e prevalencës së HP midis të gjitha grave të paraqitur në spitalin tonë në harkun kohor 2014-2020. Së fundmi, përfshirja e disa faktorëve të pavarur rreziku të HP dhe analiza e shëndetshme statistikore i japin vlerë të shtuar këtij studimi.

### Konflikt interesi

Asnjë të deklaruar

### Referencat

1. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1): CD003249.
2. Wei Q, Xu Y, Zhang L. Towards a universal definition of postpartum hemorrhage: retrospective analysis of Chinese women after vaginal delivery or cesarean section: A case-control study. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(33):e21714.
3. Nahar S, Nargis SF, Khannam M. Simple technique of uterine compression sutures for prevention of primary postpartum hemorrhage during caesarian section. *Pak J Med Sci.* 2010;26(2):319–23.
4. Habitamu D, Goshu YA, Zeleke LB. The magnitude and associated factors of postpartum hemorrhage among mothers who delivered at Debre Tabor general hospital 2018. *BMC Res Notes.* 2019;12(1):618.
5. Taebi M, Kalahroudi MA, Sadat Z, Saberi F. The duration of the third stage of labor and related factors. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;17(2 Suppl 1):S76-S79).
6. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC.. *Obstet Gynecol.* 2005;105(2):290-3).
7. Helmy ME, Sayyed TM, Abdo AA. The effect of the duration of the third stage of labor on the amount of maternal blood loss. *Menoufia Med J.* 2018;31:1244-52.
8. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman

- M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33.
9. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, Fat DM, Boerma T, Temmerman M, Mathers C, Say L; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
10. Ngwenya S. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource setting. *Int J Womens Health*. 2016;8:647-650).
11. Kaplan W, Wirtz VJ, Mantel-Teeuwisse A, Stolk P, Duthey B, Laing R. Priority medicines for Europe and the world 2013 Update. World Health Organization, 2013. Available at: [https://www.who.int/medicines/areas/priority\\_medicines/MasterDocJune28\\_FINAL\\_Web.pdf?ua=1](https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/MasterDocJune28_FINAL_Web.pdf?ua=1). Last accessed: May 2021).
12. McDonald S. Management of the third stage of labor. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(3):254-61.
13. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet*. 1996;54(1):1-10).
14. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. *Br Med Bull*. 2003;67:1-11.
15. Knight M, Callaghan WM, Berg C, et al. Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:55.
16. El-Refaey H, Rodeck C. Post-partum haemorrhage: definitions, medical and surgical management. A time for change. *Br Med Bull*. 2003;67:205-17.
17. van Stralen G, von Schmidt Auf Altenstadt JF, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J, Hukkelhoven CW. Increasing incidence of postpartum hemorrhage: the Dutch piece of the puzzle. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 Oct;95(10):1104-10.
18. Borovac-Pinheiro A, Priyadarshani P, Burke TF. A review of postpartum hemorrhage in low-income countries and implications for strengthening health systems. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021.
19. World Bank Group. Albania Systematic Country Diagnostic. 2019 Update. Report No. 147451-AL. The World Bank Group, 2020. Available at: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/822181588712199527/pdf/Albania-Systematic-Country-Diagnostic.pdf>. Last accessed: May 2021).
20. EUROSTAT. Main GDP aggregates per capita. Last update: 25.05.2021. Available at: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>. Last accessed: May 2021.
21. Schlesselman JJ. Case-control studies: design, conduct, analysis. New York: Oxford University Press, USA. 1982.
22. Arulkumaran S, Karoshi M, Keith LG, Lalonde AB, B-Lynch C. A comprehensive textbook of postpartum hemorrhage. An essential clinical reference for effective management. 2nd edition. Sapiens Publishing. 2012.
23. Dokle a. Canaj D, Bozgo L. Hemoragjitw e paslindjes. A jemi të aftë të parashikojmw? 24. Bimbashi

A, Orion Glozheni O. Hemorragjitë e paslindjes. Manual për mjekun specialist, mjekun e familjes, matitë dhe personelin e mesëm shëndetësor. Tiranë, 1998.

25. Ministria e Shëndetësisë. Udhërrëfyes i praktikës klinike. Kujdesi Postnatal (pas lindjes) në kujdesin shëndetësor parësor (për nënën dhe foshnjën e porsalindur). 2014. Available at: [http://www.shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2017/10/UPK\\_POSTNATAL\\_QERSHOR\\_2014.pdf](http://www.shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2017/10/UPK_POSTNATAL_QERSHOR_2014.pdf) (in Albanian). Last accessed: May 2021).

26. Magann EF, Evans S, Hutchinson M, Collins R, Howard BC, Morrison JC. Postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. *South Med J.* 2005;98(4):419-22.

27. Liu CN, Yu FB, Xu YZ, Li JS, Guan ZH, Sun MN, Liu CA, He F, Chen DJ. Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):332).

28. Bateman BT, Berman MF, Riley LE, Leffert LR. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anesth Analg.* 2010;110(5):1368-73.

29. Driessen M, Bouvier-Colle MH, Dupont C, Khoshnood B, Rudigoz RC, Deneux-Tharaux C; Pithagore6 Group. Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity. *Obstet Gynecol.* 2011;117(1):21-31).

30. Halle-Ekane GE, Emade FK, Bechem NN, Palle JN, Fongaing D, Essome H, Fomulu N. Prevalence and Risk Factors of Primary Postpartum Hemorrhage after Vaginal Deliveries in the Bonassama District Hospital, Cameroon. *International Journal of Tropical Disease & Health;* 2015;13(2):1-12).

31. Prasertcharoensuk W, Swadpanich U, Lumbiganon P. Accuracy of the blood loss estimation in the third stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;71(1):69-70.

32. Ford JB, Roberts CL, Simpson JM, et al. Increased postpartum hemorrhage rates in Australia. *Int J Gynaecol Obstet;* 2007;98:237–243.

33. Joseph KS, Rouleau J, Kramer MS, et al. Investigation of an increase in postpartum haemorrhage in Canada. *BJOG.* 2007;114:751–759.

34. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(5):449 e1-7.

35. Grotegut CA, Paglia MJ, Johnson LN, Thames B, James AH. Oxytocin exposure during labor among women with postpartum hemorrhage secondary to uterine atony. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 204(1):56. e1-6.

36. Karoshi M, Keith L. Challenges in managing postpartum hemorrhage in resource-poor countries. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2009; 52(2):285–298.

37. Breathnach F, Geary M. Uterine atony: definition, prevention, nonsurgical management, and uterine tamponade. *Semin Perinatol.* 2009;33(2):82-7.

38. Al-Kadri HM, Tariq S, Tamim HM. Risk factors for postpartum hemorrhage among Saudi women. Karoshi M, Keith L. Challenges in managing postpartum hemorrhage in resource-poor countries. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2009;52(2):285–298.

39. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22:999–1012.

40. Guise J-M, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ*. 2004;329(7456):19.
41. Motomura K, Ganchimeg T, Nagata C, Ota E, Vogel JP, Betran AP, Torloni MR, et al. Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Sci Rep*. 2017;7:44093.
42. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: risk factors and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(4):1042-6.
43. Anderson FWJ. Maternal mortality: An ending epidemic. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2009;52(2):214-223.
44. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gulmezoglu AM, Winikoff B. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 2014;121(Suppl 1):5-13.
45. Weeks AD, Mirembe FM. The retained placenta-new insights into an old problem. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;102(2):109-10.
46. Chhabra S, Dhorey M. Retained placenta continues to be fatal but frequency can be reduced. *J Obstet Gynaecol*. 2002;22(6):630-3.
47. Belachew J, Eurenium K, Mulic-Lutvica A, Axelsson O. Placental location, postpartum hemorrhage and retained placenta in women with a previous cesarean section delivery: a prospective cohort study. *Ups J Med Sci*. 2017;122(3):185-189.
48. Abramson M, Berman I. Factors affecting blood loss in the third stage of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1938;35(4):P626-631.
49. Kramer MS, Dahhou M, Vallerand D, Liston R, Joseph KS. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage: Can We Explain the Recent Temporal Increase? *J Obstet Gynaecol Can*. 2011;33(8):810-819.
50. Crane JM, Van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. Maternal complications with placenta previa. *Am J Perinatol*. 2000;17:101-105.
51. Fan D, Xia Q, Liu L, Wu S, Tian G, Wang W, Wu S, Guo X, Liu Z. The Incidence of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women with Placenta Previa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2017;12(1):e0170194).
52. Bais JM, Eskes M, Pel M, et al. Postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. A Dutch population-based cohort study on standard ( $\geq 500$  mL) and severe ( $\geq 1000$  mL) postpartum haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;115:166–172.
53. Wagner KS, Adler AJ, Filippi V. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2012; 7(7):e41114.
54. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with hemorrhage in cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. 1991;77:77–82.
55. Nyfløt LT, Sandven I, Stray-Pedersen B, et al. Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):17.