

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλευτική Φροντίδα
ασθενούς με καρκίνο λάρυγγα

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδάστριας: Αβραμοπούλου Ελισάβετ

Υπεύθυνοι Καθηγητές

Νικολακόπουλος Γεώργιος

Γεωργούση Παρασκευή

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυ-
χιακής Εργασίας

- 1)
- 2)
- 3)



Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ	308
----------------------	-----



"Η υγεία του λαού είναι το θεμέλιο,
πάνω στο οποίο οικοδομείται η ευ-
τυχία και η δύναμη κάθε κράτους".

Βενιαμίν Ντιοραέλι

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Αφιερώνω την εργασία αυτή στους γονείς μου, που μου συμπα-
ραστάθηκαν κατά τη φοίτησή μου και στον αγαπημένο μου παππού, ο
οποίος ήταν το ερέθισμα για την επιλογή του θέματος μου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Κο Νικολακόπουλο Γεώργιο και την Δίδα Γεωργούση Παρασκευή για την πολύτιμη βοήθειά τους, χωρίς την οποία δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση της Πτυχιακής μου εργασίας.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ο όρος Νοσηλευτική σήμερα, υποδηλώνει το σύνολο των παρεχομένων φροντίδων προς τον πάσχοντα άρρωστο.

Η Νοσηλευτική δεν αποτελεί απλό συμπλήρωμα της ασκούμενης θεραπείας προς τον άρρωστο, αλλά είναι μέτοχος αυτής.

Σήμερα η Νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί όχι μόνο απλή εμπειρία, αλλά και ιατρικές γνώσεις και πολλές φορές ειδικότητα προς ένα συγκεκριμένο αντικείμενο.

Η πολυπλοκότητα που εμφανίζει ο ανθρώπινος οργανισμός ως προς τη λειτουργία του, οι νέες ασθένειες που έρχονται καθημερινά στην επιφάνεια, αποτελούν το βασικό κίνητρο για περισσότερη μελέτη και σίγουρα περισσότερη ανθρωπιά.

Το έργο του Νοσηλευτή-τριας θα πρέπει να στηρίζεται στην πολυμάθεια και στην αυτοθυσία, ειδικά για κακοήθεις ασθένειες, όπως ο καρκίνος του λάρυγγα.

Η εξατομικευμένη νοσηλεία του ασθενούς θα πρέπει να κατέχει πρωταρχικό ρόλο στην νοσηλευτική αντιμετώπιση της ασθένειας και θα στηρίζεται στη συστηματική αξιολόγηση της κατάστασης του αρρώστου την εκτίμηση των προβλημάτων του, το προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, την παρέμβαση και εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας από το νοσηλευτή-τρια. Όλα αυτά αποτελούν το κλειδί της εξατομικευμένης νοσηλείας, μέσα από μια συστηματοποιημένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική διεργασία.

Στόχος επίσης της νοσηλευτικής διεργασίας είναι να θέσει στόχους για την αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας του αρρώστου στο σύνολό της, δηλ. σωματικής και ψυχικής.

Ειδικά στην περίπτωση του καρκίνου του λάρυγγα, όπου είναι

δυνατή η απώλεια της φωνής ή κάποιας μετάστασης. Θα πρέπει να ευαισθητοποιηθεί όλη η ομάδα υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, γιατί αυτοί είναι που θα δώσουν μέσα από τις γνώσεις και την αγάπη τους, το φως της ελπίδας στον ασθενή.

Έργο του νοσηλευτή-τριας επίσης θα πρέπει να είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η διδασκαλία του ασθενή για αποφυγή καταχρήσεων (π.χ. κάπνισμα - αλκοολισμός). Παράλληλα οι νοσηλευτές θα βοηθήσουν τον άρρωστο να επανενταχθεί στην κοινωνία, παρά τις απώλειες που μπορεί να υποστεί κατά τη θεραπεία.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να δοθεί το ερέθισμα στους νοσηλευτές-τριες, να νοιώσουν πιο έντονη την ανάγκη για αναζήτηση γνώσεων, που θα τις εφαρμόζουν μέσα από τη νοσηλευτική διεργασία.

Ελπίζω να ευαισθητοποιηθούν οι νέοι συνάδελφοί μου στο καυτό θέμα καρκίνου του λάρυγγα και να έχουν πλήρη συναίσθηση της ευθύνης στο μακρύ και δύσκολο έργο τους.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΑΦΙΕΡΩΣΗ.....	II
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	III
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	IV
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	
Ανατομία και φυσιολογία του λάρυγγα.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	
Εξεταστικές μέθοδοι του καρκίνου λάρυγγος.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	
Παθολογία του λάρυγγα.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	
Καρκίνος του λάρυγγα.....	21
Πρόγνωση.....	21
Αιτιολογία - Παθογένεια.....	22
Κλινική εικόνα.....	23
Διάγνωση.....	24
Θεραπεία.....	26
Οι ψυχολογικές επιπτώσεις από τη λαρυγγεκτομή και η αποκατάσταση της φωνήσεως.....	31
Τραχειοτομή.....	33
Η θέση της τραχειοτομής.....	33
Σκοποί τραχειοτομής.....	34
Επιπλοκές τραχειοτομίας.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με Ca λάρυγγος.....	38
Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.....	38

	Σελ.
Προβλήματα του αρρώστου.....	43
Σκοποί της φροντίδας	46
Παρέμβαση.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	
Ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα σε δύο ασθενείς που πάσχουν από Ca λάρυγγος εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	62
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό οι οποίοι, πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού.

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια. Ο Sohannes Müller το 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου.

Το νεόπλασμα, διαταραχή της "ομοιοστασίας" των κυττάρων, αποτελείται από κύτταρα παθολογικά, αλλά χωρίς ουσιώδη διαφορά στη λειτουργία τους από τα φυσιολογικά.

Ένα απ' τα είδη νεοπλασμάτων ο καρκίνος του λάρυγγα έχει καλή πρόγνωση αφού το 90% των περιπτώσεων αυτών ιώνται, αν διαγνωσθούν και αντιμετωπισθούν έγκαιρα διότι παρέχει από την αρχή εμφανή συμπτωματολογία, λόγω της θέσης του η διάγνωση γίνεται εύκολα όταν τεθεί υποψία υπάρξεως του καθώς και η μεγάλη πρόοδος στη θεραπευτική του αντιμετώπιση σήμερα.

Εφ' όσων η αντιμετώπιση σε καρκίνο λάρυγγος γίνεται έγκαιρα αυτό μας εξασφαλίζει μια καλή πρόγνωση και ελπίδες για το μέλλον. Παρ' όλα αυτά υπάρχει μια αύξηση ασθενών με καρκίνο λάρυγγος σήμερα λόγω των έντονων καταχρήσεων (κάπνισμα, αλκοόλ) και μόλυνση του περιβάλλοντος (εισπνοή μολυσμένου αέρα).

Με τη βελτίωση της διάγνωσης και ιδιαίτερα της γενικής υγιεινής του ανθρώπου μπορούμε να επιτύχουμε τη μείωση των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο λάρυγγος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας βρίσκεται στο σημείο διασταυρώσεως της αέρινης και της πεπτικής οδού και αποτελεί την είσοδο προς τις κατώτερες αεροφόρους οδούς. Βρίσκεται μπροστά από το κάτω τμήμα του υποφάρυγγα και κρέμεται από το υοειδές οστό.

Από εμπρός ο λάρυγγας καλύπτεται στη μέση γραμμή μόνο από το δέρμα και από επιφανειακή τραχηλική περιτονία έτσι ο θυροειδής χόνδρος είναι καλά ορατός και ψηλαφητός και προβάλλει, ιδίως στους άνδρες, σχηματίζοντας το λεγόμενο μήλο του Αδάμ. Επάνω από το λάρυγγικό έπαρμα (μήλο του Αδάμ) βρίσκεται καλά ψηλαφούμενη η εντομή του θυροειδούς χόνδρου. Ανάμεσα στο θυροειδή και στον κρικοειδή χόνδρο ψηλαφούμε στο βάθος την κρικοθυροειδή μεμβράνη, δηλ. τη θέση όπου σε κατάσταση ανάγκης είναι δυνατόν να ανοίξουμε την αεροφόρα οδό χωρίς κίνδυνο (κονικοτομή).

Αμέσως κάτω από τον κρικοειδή χόνδρο βρίσκεται στην τραχεία ο ισθμός του θυροειδούς αδένα. Επάνω από τον ισθμό γίνεται η ανώτερη και κάτω από αυτόν η κατώτερη τραχειοτομή. Ο θυροειδής αδένας βρίσκεται κάτω από τους μυς του τραχήλου, και στις δύο πλευρές της τραχείας, από τον κρικοειδή και από το πλάγιο - κάτω τμήμα του θυροειδούς χόνδρου. Εξ' αιτίας της εξαρτήσεως του λάρυγγα από το κινητό υοειδές οστό και τη χαλαρή σύνδεση του με τις προσπονδυλικές τραχηλικές περιτονίες, ο λάρυγγας είναι κινητός τόσο ενεργητικά (κατά την κατάποση και τη φώνηση) όσο και παθητικά. Η ακριβής τοποθεσία του λάρυγγα είναι διαφορετική σε

κάθε άτομο. Συνήθως όμως στους ενήλικες αυτός βρίσκεται ανάμεσα στο επάνω χείλος του 4ου και στο κάτω χείλος του 6ου αυχενικού σπονδύλου. Στα παιδιά βρίσκεται ψηλότερα, ενώ στους γέροντες χαμηλότερα.

ΧΟΝΔΡΟΙ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι χόνδροι του λάρυγγα έχουν διάφορα σχήματα, από τα οποία πήρανε και το όνομά τους, και είναι οι παρακάτω:

1. Ο κρικοειδής χόνδρος: Πρόκειται για υαλοειδή χόνδρο που έχει σχήμα δακτυλιοειδούς σφραγίδας και αποτελείται από το πέταλο προς τα πίσω και από το τόξο προς τα εμπρός.

2. Οι αρυταινοειδείς χόνδροι: Αυτοί έχουν σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας και κάθονται από τις δύο πλευρές με την επιπλοειδή βάση τους στο επάνω χείλος του πετάλου του κρικοειδούς χόνδρου σχηματίζοντας έτσι την κρικοαρυταινοειδή άρθρωση. Με την άρθρωση αυτή οι αρυταινοειδείς χόνδροι είναι σε θέση να εκτελούν κινήσεις περιστροφής και ολισθήσεως, που κατά τη λαρυγγοσκόπηση μπορούμε να παρακολουθήσουμε.

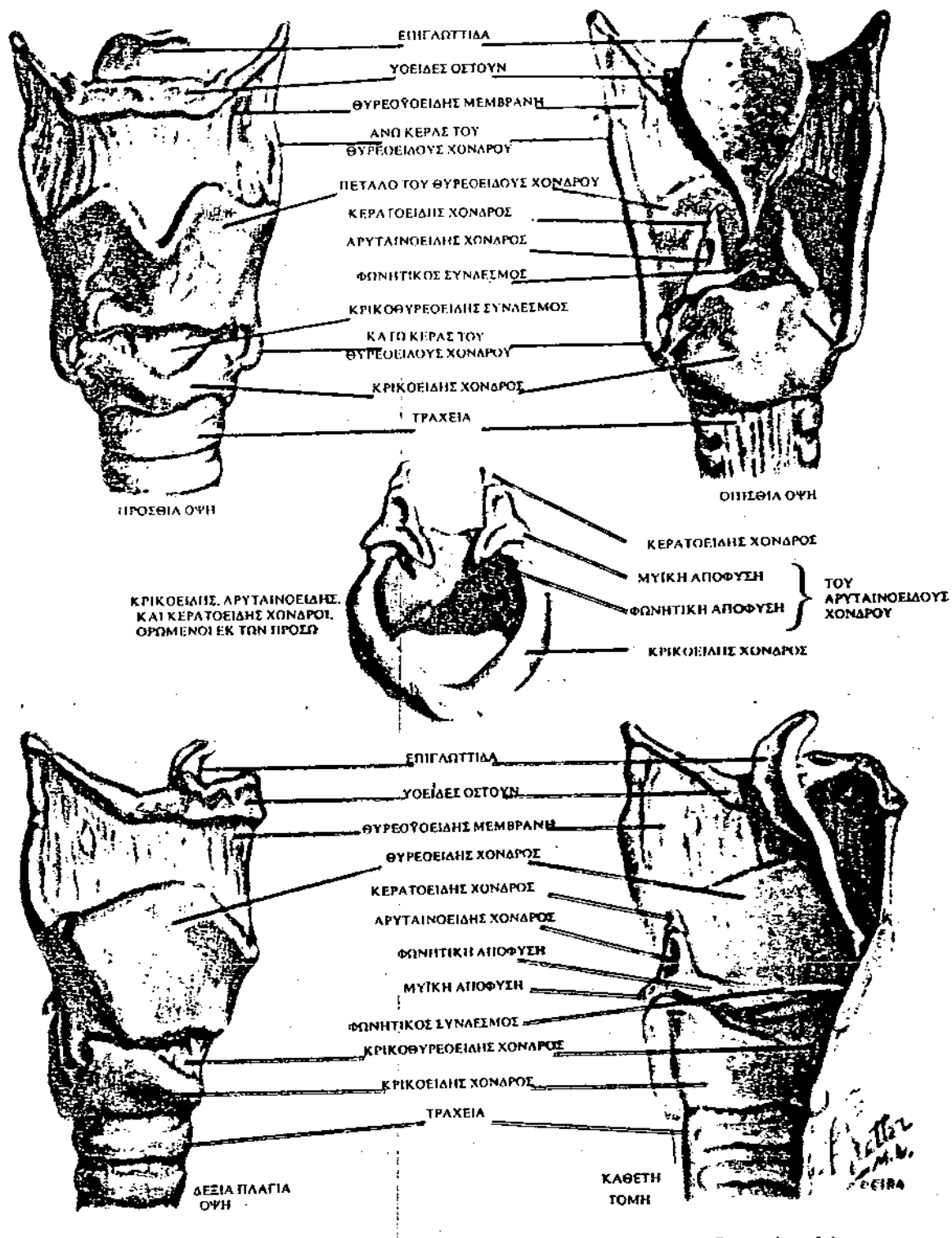
3. Ο θυρεοειδής χόνδρος: Ο υαλοειδής αυτός χόνδρος αποτελείται από δύο πέταλα, που συνενώνονται προς τα εμπρός με ορθή γωνία και δημιουργούν έτσι εξωτερικώς στη μέση γραμμή του τραχήλου προβολή, το λαρυγγικό έπαρμα ή μήλο του Αδάμ. Το οπίσθιο χείλος των πετάλων συνεχίζει προς τα πάνω και κάτω στο επάνω και κάτω κέρασ του θυρεοειδούς χόνδρου. Με συνδέσμους συνδέονται τα επάνω κέρατα με το υοειδές οστό, ενώ τα κάτω με τον κρικοειδή χόνδρο.

4. Η επιγλωττίδα: Πρόκειται για ελαστικό χόνδρο με σχήμα έμμοχου φύλλου, του οποίου ο μίσχος επεκτείνεται εσωτερικά

στον θυρεοειδή χόνδρο και φθάνει επάνω από την πρόσθια φωνητική εντομή, όπου καθηλώνεται με συνδέσμους. Το ελεύθερο χείλος της επιγλωττίδας φθάνει ως το μέσο της βάσεως της γλώσσας.

Ανάλογα με την φάση της λειτουργίας η επιγλωττίδα παίρνει διαφορετική θέση. Παράλληλα ουσιώδη σημασία έχει και το λιπώδες σώμα που βρίσκεται μπροστά από την επιγλωττίδα. Ο μηχανισμός της λειτουργίας του λιπώδους σώματος της επιγλωττίδας έχει μεγάλη σημασία για την απόφραξη της εισόδου του λάρυγγα κατά την κατάποση.

5. Οι κερατοειδείς και οι σφηνοειδείς χόνδροι: είναι διπλοί (ένας δεξιά και ένας αριστερά). Και οι μεν κερατοειδείς είναι συναρθρωμένοι με την κορυφή των αρυταινοειδών χόνδρων, οι δε σφηνοειδείς βρίσκονται μέσα στις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές.



Εικ. 1. Χόνδροι του λάρυγγα

ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι σύνδεσμοι του λάρυγγα διακρίνονται σε ετερόχθονες (που συνδέουν με τα γύρω μόρια) και σε αυτόχθονες (που συνδέουν τους διάφορους χόνδρους του μεταξύ τους).

Ετερόχθονες είναι:

1. Ο **Υοθυρεοειδής υμένας** που είναι τετράπλευρος, εκφύεται από το άνω χείλος του θυρεοειδούς χόνδρου, καταφύεται στο κάτω χείλος του μείζονος κέρατος του υοειδούς οστού και διατρύπεται από τη λαρυγγική αρτηρία και το άνω λαρυγγικό νεύρο (δεξιά και αριστερά).

2. Οι **υοθυρεοειδείς σύνδεσμοι** (ένας μέσος και δύο πλάγιοι) αποτελούν παχύτερες και σκληρότερες ζώνες του υοθυρεοειδούς υμένα.

3. Ο **υοεπιγλωττιδικός υμένας** φέρεται οριζοντίως από την άνω επιφάνεια του σώματος του υοειδούς οστού μέχρι την προσθία επιφάνεια της επιγλωττίδας και αποτελεί τον πυθμένα των γλωσσοεπιγλωττιδικών βοθρίων.

4. Ο **κρικοτραχειακός σύνδεσμος** συνδέει κυκλικά το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου με το πρώτο ημικύκλιο της τραχείας.
Οι αυτόχθονες είναι:

1. Ο **ελαστικός υμένας** του λάρυγγα βρίσκεται κάτω από το βλεννογόνο της λαρυγγικής κοιλότητας σε όλη την έκτασή της, έτσι ώστε να επαλείφει από μέσα το χόνδρινο σκελετό. Διακρίνεται σε δύο μοίρες, την άνω και την κάτω. Ο ελάχιστος υμένας αποτελεί τη βάση από την οποία εξορμώνται και σχηματίζονται όλοι οι αυτόχθονες σύνδεσμοι.

2. Ο **αρυταινοεπιγλωττιδικός υμένας** (ή τετράγωνος υμένας) αντιστοιχεί στην άνω μοίρα του ελαστικού υμένα του λάρυγγα και

αποτελεί το υπόθεμα της αρυταινοεπιγλωττιδικής πτυχής.

3. Ο φωνητικός σύνδεσμος είναι πάχυνση του ελαστικού υμένα και βρίσκεται μέσα στη φωνητική χορδή (δεξιά και αριστερά).

4. Ο κρικοθυρεοειδής σύνδεσμος είναι επίσης πάχυνση του ελαστικού υμένα και συμπληρώνει το κενό που υπάρχει μεταξύ θυρεοειδούς και κρικοειδούς χόνδρου στο πρόσθιο μέρος του λάρυγγα.

ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι μύες του λάρυγγα διακρίνονται σε ετερόχθονες και αυτόχθονες.

Οι ετερόχθονες συνδέουν το λάρυγγα με το περιβάλλον του και εξυπηρετούν τη μετακίνησή του στο σύνολό του, δηλ. την καθήλωση, την έλξη και τη κάθελξη.

Οι μύες που έλκουν το λάρυγγα είναι: ο γναθοϋοειδής, ο γενειοϋοειδής, ο βλεννοϋοειδής, ο κάτω σφιγκτήρας του φάρυγγα και ο διγάζτορας.

Οι μύες που καθελκύουν είναι: ο στερνοϋοειδής, ο ωμοϋοειδής, ο στερνοθυρεοειδής και ο θυρεοϋοειδής. Εκτός από αυτούς, στους ετερόχθονες μυς του λάρυγγα ανήκει και ο κρικοθυρεοειδής. Ο μυς αυτός είναι ο μοναδικός του λάρυγγα που νευρώνεται από το επάνω λαρυγγικό νεύρο.

Οι αυτόχθονες μύες του λάρυγγα κινούν τους χόνδρους του κατά την κατάποση και την ομιλία, έτσι ώστε αφ' ενός μεν να τον προφυλάσσουν από την είσοδο ξένων σωμάτων αφ' ετέρου δε να συμβάλλουν στη φώνηση. Είναι όλοι διφυείς (δηλ. ανά ένας δεξιά και αριστερά) εκτός από τον εγκάρσιο αρυταινοειδή που είναι μονοφυής. Διακρίνονται σε εκείνους που ανοίγουν την γλωττίδα (δεξιός και αριστερός οπίσθιος κρικαροταινοειδής) και σε εκείνους

που την κλείνουν (όλοι οι υπόλοιποι, δηλ. οι πλάγιοι κρικαρυταινοειδείς, ο εγκάρσιος αρυταινοειδής, οι λοξοί αρυταινοειδείς, οι κρικοθυρεοειδείς και οι θυρεοαρυταινοειδείς.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Σε μια κατά μέτωπο τομή η κοιλότητα του λάρυγγα έχει μορφή κλεψύδρας, του οποίου οι στενώσεις προκαλούνται από την προβολή μέσα στην κοιλότητα των φωνητικών χορδών και των ψευδοχορδών. Με τον τρόπο αυτό η κοιλότητα του λάρυγγα διαιρείται σε τρία τμήματα:

Επάνω τμήμα ή υπεργλωττιδικός χώρος

Αυτός επεκτείνεται από την είσοδο του λάρυγγα: (ελεύθερο χείλος της επιγλωττίδας, αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές, αρυταινοειδείς χόνδροι) αμέσως πάνω από τις φωνητικές χορδές.

Μέσο τμήμα ή γλωττιδικός χώρος

Αυτός περιλαμβάνεται μεταξύ των φωνητικών χορδών και ονομάζεται και γλωττιδική σχισμή.

Κάτω τμήμα ή υπογλωττιδικός χώρος

Αυτός βρίσκεται κάτω από τη γλωττιδική σχισμή και επεκτείνεται ως το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου.

Ο βλενογόγγος του λάρυγγα επικαλύπτει την κοιλότητα του στην οποία είναι στερεά κολλημένος, πλην της υπογλωττιδικής μοίρας και του άνω (φαρυγγικού) στομίου, όπου η προσκόλληση είναι χαλαρή. Το επιθήλιο του βλενογόγγου είναι κροσσωτό και αμέσως κάτω από αυτό υπάρχει ένα στρώμα χαλαρού ιστού, στον οποίο δεν υπάρχουν λεμφαγγεία.

ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας δέχεται αίμα κυρίως από την επάνω θυρεοειδή αρτηρία διαμέσου της επάνω λαρυγγικής αρτηρίας. Επίσης αιματώνεται με τη μέση λαρυγγική αρτηρία η οποία αναστομώνεται μπροστά από τον κρικοθυρεοειδή σύνδεσμο. Από κάτω μαζί με το παλίνδρομο νεύρο μπαίνει στον λάρυγγα η κάτω λαρυγγική αρτηρία. Το φλεβικό αίμα με τις αντίστοιχες φλέβες του λάρυγγα παροχετεύεται στην εσωτερική σφαγίτιδα φλέβα.

Λεμφαγγεία του λάρυγγα: Αυτά έχουν μεγάλη σημασία εξ' αιτίας των επιχώριων μεταστάσεων των καρκινωμάτων του λάρυγγα που εμφανίζονται συχνά. Τα φωνητικά χείλη έχουν λίγα λεμφαγγεία.

Η περιοχή επάνω από τα φωνητικά χείλη περιέχει απαγωγά λεμφαγγεία, που πορεύονται προς τους τραχηλικούς λεμφαδένες. Από την επιγλωττίδα και από τις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές πορεύονται τα λεμφαγγεία προς τους λεμφαδένες που βρίσκονται κάτω από το υοειδές οστό.

Τα κάτω από τα φωνητικά χείλη λεμφαγγεία πορεύονται προς τους προλαρυγγικούς λεμφαδένες, τους προτραχειακούς και προς τους τραχηλικούς στο βάθος.

ΤΑ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Τα νεύρα του λάρυγγα είναι το επάνω λαρυγγικό νεύρο και το κάτω λαρυγγικό ή παλίνδρομο. Και τα δύο είναι κλάδοι του πνευμονογαστρικού νεύρου. Το επάνω λαρυγγικό νεύρο δίνει δύο κλάδους, τον εξωτερικό, που νευρώνει κινητικά τον κρικοθυρεοειδή μυ και τον κάτω σφιγκτήρα του φάρυγγα, και τον εσωτερικό που νευρώνει αισθητικά τον βλενογόνο, τους μύς και τους συνδέσμους του λάρυγγα.

Το κάτω λαρυγγικό νεύρο σχηματίζει αγκύλη γύρω από τα αγγεία και ανεβαίνει προς τον λάρυγγα διαμέσου της αύλακας μεταξύ της τραχείας και του οισοφάγου. Κατά τη διαδρομή του αυτή δίνει ίνες προς την τραχεία και προς τον οισοφάγο. Πριν από την είσοδό του στον λάρυγγα το παλίνδρομο νεύρο, διαιρείται σε δύο κλάδους, τον πρόσθιο και τον οπίσθιο.

Μεγάλη σημασία από κλινική πλευρά έχει το γεγονός ότι το νεύρο αυτό, εξ' αιτίας της μακράς πορείας του, προσβάλλεται εύκολα από παθολογικές επεξεργασίες του μεσαυλίου.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι λειτουργίες του λάρυγγα είναι οι ακόλουθες:

Η προστατευτική λειτουργία: προστατεύει τις κατώτερες αναπνευστικές οδούς από εισρόφηση υγρών ή στερεών τροφών.

Η αναπνευστική λειτουργία

Η φωνητική λειτουργία

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η εισρόφηση υγρών ή στερεών τροφών προς τις κατώτερες αναπνευστικές οδούς αποφεύγεται με τους ακόλουθους τρόπους:

Κατά την κατάποση ο λάρυγγας έλκεται προς τα επάνω. Με τον τρόπο αυτό πιέζεται η επιγλωττίδα από τη βάση της γλώσσας προς την είσοδο του λάρυγγα και έτσι φράζεται. Μαζί με τον λάρυγγα έλκεται προς τα επάνω και ο θυρεοειδής αδένας, ενώ οι λεμφαδένες που βρίσκονται στο τοίχωμα των μεγάλων αγγείων και οι τραχηλικές κύστες παραμένουν αμετακίνητες.

Η ανύψωση και η κάθελξη του λάρυγγα κατά την κατάποση ο-

φείλεται στη σύσπαση των μυών που προσφύονται στο υοειδές, στο στέρνο και στη βάση του κρανίου.

Οι φωνητικές χορδές αντανακλαστικά κλείνουν τη γλωττίδα κατά την κατάποση.

Το αντανακλαστικό του βήχα προκαλείται, μόλις ένα ξένο σώμα φθάσει στον λάρυγγα ή στην τραχεία. Απαραίτητη προϋπόθεση για διενέργεια του βήχα ή του τεινεσμού σε βαριά εργασία, σε αφόδευση ή σε τοκετό είναι η απόλυτη απόφραξη της γλωττιδικής σχισμής για ανύψωση της ενδοθωρακικής πίεσεως γι' αυτό το λόγο σε περίπτωση παραλύσεως των φωνητικών χορδών η παραπάνω ενέργεια γίνεται αδύνατη.

Κατά την απόφραξη της εισόδου του λάρυγγα από την επιγλωττίδα κατά την κατάποση σοβαρό ρόλο παίζει και ο μηχανισμός λιπώδους σώματος - επιγλωττίδας.

Αν δεν υπάρχει η επιγλωττίδα, όπως σε περίπτωση ημιλαρυγγεκτομής εξ' αιτίας όγκου της, η λειτουργία της καταπόσεως αρχικά επηρεάζεται, μετά από πάροδο όμως κάποιου χρονικού διαστήματος το άτομο συνηθίζει στη νέα κατάσταση και τη λειτουργία της επιγλωττίδας αναλαμβάνει η βάση της γλώσσας.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Σε ήρεμη αναπνοή η γλωττίδα εμφανίζει κατά την εισπνοή διεύρυνση ενώ κατά την εκπνοή στένωση.

Σε βαθιά αναπνοή η γλωττιδική σχισμή έχει τη μέγιστη διεύρυνση. Το ίδιο συμβαίνει αντανακλαστικά και σε καταστάσεις με λίγο οξυγόνο, ενώ αντιθέτως σε δύσπνοια, σε ακάθαρτο και με δηλητηριώδη αέρια (αμμωνία, πολεμικά αέρια, ανθρακικά οξέα κ.λ.π.)

μολυσμένο αέρα γίνεται αντανακλαστικά απόφραξη της γλωττίδας.

Στενώσεις του λάρυγγα προκαλούν εισπνευστικό συριγμό ενώ στενώσεις της τραχείας προκαλούν εισπνευστικό και εκπνευστικό συριγμό.

Η ΦΩΝΗΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Για την παραγωγή της φωνής απαιτείται η δημιουργία ρεύματος αέρος, ο σχηματισμός ηχητικών κυμάτων και η παρουσία ηχείων για τη διαμόρφωση της χροιάς του ήχου.

Η επικρατούσα θεωρία για την παραγωγή της φωνής είναι η μυοελαστική κατά την οποία πρόκειται περί αεροδυναμικής διεργασίας, που οφείλεται στην υπογλωττιδική πίεση του εκπνεομένου αέρα και την ελαστικότητα των φωνητικών χορδών.

Ο λάρυγγας έχει τη δυνατότητα να παράγει ήχους διαφόρων συχνοτήτων. Τούτο γίνεται με τη μεταβολή του μήκους, του πάχους και της τάσεως των φωνητικών χορδών. Για το σκοπό αυτό συνεργάζονται όλοι οι μύες του λάρυγγα, αλλά τη μεγαλύτερη συμβολή παρέχουν οι θροεοαρυταινοειδείς, που με τη σύσπασή τους διατηρούν τον τόνο των φωνητικών χορδών.

Στη διαμόρφωση της φωνής συμβάλλουν επίσης και οι λαρυγγικές κοιλίες, η επγλωττίδα και οι αεροφόρες κοιλότητες.

Κατά τη φώνηση πρέπει οι φωνητικές χορδές να έχουν την ικανότητα να συμπλησιάζουν σε όλο το μήκος τους. Στην περίπτωση που αυτό δεν γίνεται, προκαλείται το βράγχος της φωνής, που είναι το σημαντικότερο σύμπτωμα των παθήσεων του λάρυγγα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Παθήσεις του λάρυγγα είναι εξωτερικά ορατές, όταν η παθολογική επεξεργασία επεκταθεί από τον βλενογόνο προς τον χονδρικό σκελετό και στη συνέχεια προς το περιβάλλον του λάρυγγα ή όταν αυτή προκαλέσει διογκωση των τραχηλικών λεμφαδένων όπως π.χ. σε περιχονδρίτιδα εξ' αιτίας TBC ή σύφιλης και σε κακοήθεις νεοπλασίες. Με τη βοήθεια της ψηλάφησης παίρνουμε πληροφορίες για την ενεργητική και παθητική κινητικότητα, για την ευαισθησία στην πίεση και για τη σύσταση της διογκώσεως, καθώς και για τις σχέσεις της με τη γειτονία. Κατάγματα του θυρεοειδούς ή του κρικοειδούς χόνδρου αναγνωρίζονται κατά την ψηλάφηση από τον ήχο κρηγμού που παράγεται.

Απαραίτητη επίσης είναι η ψηλάφηση του θυρεοειδούς αδένου εξ' αιτίας των σχέσεων της θέσεως της με το λάρυγγα και την τραχεία (οπισθολαρυγγική και οπισθοστερνική βρογχοκήλη).

ΛΑΡΥΓΓΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η λαρυγγοσκόπηση διακρίνεται σε έμμεση και άμεση.

1. Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος που εφαρμόζεται στην καθημερινή πράξη. Για την εκτέλεσή της απαιτείται το μετωπιαίο κάτοπτρο και το λαρυγγοσκόπιο και χρησιμοποιείται με σκοπό να δούμε την εικόνα της εξεταζομένης περιοχής στην ανακλώσα επιφάνειά του, φωτίζοντάς την επαρκώς.

Η εκτέλεση της λαρυγγοσκοπήσεως απαιτεί κάποια εμπειρία γι' αυτό και μερικές οδηγίες αποτελούν βασικό κανόνα της εξετάσεως και είναι οι εξής:

- α) Διαλέγουμε ένα λαρυγγοσκόπιο με διάμετρο 26 χιλ. όταν πρόκειται για άνδρα ενήλικο ή 24 χιλ. όταν πρόκειται για γυναίκα.
- β) Ζεσταίνουμε ελαφρά την ανακλώσα επιφάνεια του κατόπτρου (για να μην θαμπώσει από την αναπνοή του αρρώστου) και δοκιμάζουμε στη ράχη του χεριού μας (για να είναι ανεκτή από τον άρρωστο).
- γ) Ζητάμε από τον άρρωστο να βγάξει τις τεχνητές οδοντοχοιχίες του, να ανοίξει το στόμα του όσο μπορεί περισσότερο και βγάξει τη γλώσσα του κάνοντας μικτές αναπνευστικές κινήσεις.
- δ) Τυλίγουμε το πρόσθιο τμήμα της γλώσσας με αποστειρωμένη γάζα και πιάνουμε με τον αντίχειρα επάνω και τον μέσο δάκτυλο κάτω. Με ελαφρά στροφή του καρπού της χειρός οι θέσεις του αντίχειρα και του μεσαίου δακτύλου αντιστρέφονται και η γλώσσα έλκεται λίγο περισσότερο προς τα έξω.
- ε) Κατευθύνουμε το φως του μετωπιαίου κατόπτρου στη σταφυλή. Χρειάζεται προσοχή αν μην έλθει σε επαφή το κάτοπτρο με τις παρίσθμιες καμάρες (γιατί θα προκληθεί το αντανακλαστικό του εμέτου).
- στ) Αν είναι δύσκολο να ανεχθεί ο άρρωστος την εισαγωγή του λαρυγγοσκοπίου, δεν επιμένουμε, αλλά ψεκάζουμε το στοματοφάρυγγα με διάλυμα ξυλοκαΐνης 10%.

Τέλος πρέπει να έχει υπόψη του ο αρχάριος ιατρός, ότι το πρώτο ανατομικό στοιχείο που θα δει κατά τη λαρυγγοσκόπηση είναι η επιγλωττίδα. Κάτω από αυτή διαγράφονται οι κοιλιαίες πτυχές (νόδες φωνητικές χορδές) και κάτω από αυτές προβάλλουν οι γυνήσιες φωνητικές χορδές, που διακρίνονται από τη λευκωπή τους όψη.

2. Η άμεση λαρυγγοσκόπηση γίνεται με ειδικό όργανο, το άμε-

σο λαρυγγοσκόπιο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα. Εισάγεται στο στόμα του εξεταζομένου και φέρεται προς τα πίσω μέχρι να συναντήσει την επιγλωττίδα. Για να διευκολυνθεί η εισαγωγή του λαρυγγοσκοπίου ο εξεταζόμενος πρέπει να είναι ύπτιος και με το κεφάλι σε κατάλληλη θέση. Η εκτέλεση της άμεσης λαρυγγοσκοπήσεως γίνεται συνήθως με γενική νάρκωση, μπορεί όμως να γίνει και με τοπική αναισθησία.

Η μέθοδος αυτή παρέχει τη δυνατότητα λεπτομερέστερου ελέγχου της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως της υπογλωττιδικής μοίρας της και προσφέρεται για την ακριβέστερη εκτέλεση ενδολαρυγγικών μικροεπεμβάσεων (δειγματοληψία ιστών για βιοψία, εξαγωγή ξένου σώματος).

3. Η μικρολαρυγγοσκόπηση συνίσταται στον έλεγχο της λαρυγγικής κοιλότητας υπό μεγέθυνση. Εκτελείται με ειδικό λαρυγγοσκόπιο που εισάγεται όπως και το άμεσο. Αυτό όμως μετά την εισαγωγή του στηρίζεται στο στήθος του εξεταζομένου, που είναι ύπτιος, και χρησιμοποιείται χειρουργικό ηλεκτρικό μικροσκόπιο.

Η εκτέλεση γίνεται με γενική νάρκωση. Η χρησιμοποίηση της μεθόδου για ενδολαρυγγικές επεμβάσεις είναι πολύ εξυπηρετική.

4. Η ενδοσκόπηση με εύκαμπτα ενδοσκόπια. Ο τρόπος αυτός της εξέτασης αποτελεί την τελική φάση της μεθόδου σύγχρονης ενδοσκόπησης της μύτης, του ρινοφάρυγγα και του λάρυγγα. Το χρησιμοποιούμενο όργανο για την εξέταση είναι ένας ελαστικός σωλήνας, που έχει μήκος 25 εκ. και διάμετρο 4 χιλ. και είναι οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα.

Το ενδοσκόπιο αυτό εισάγεται από τη ρινική θαλάμη και ωθούμενο προς τα πίσω εισέρχεται στο ρινοφάρυγγα. Εν συνεχεία ωθούμενο περισσότερο, φθάνει στην επιγλωττίδα και στη συνέχεια στον

πρόδρομο του λάρυγγα. Κατά τη διαδρομή αυτή γίνεται η επισκόπηση αλληλοδιαδόχως των περιοχών από τις οποίες περνά το ενδοσκοπίο. Η εκτέλεση γίνεται με τοπική αναισθησία δια ψεκασμού. Για τη διευκόλυνση της διόδου του ενδοσκοπίου πρέπει να επαλείφεται με κατάλληλη αλοιφή.

5. Η ενδοσκόπηση με άκαμπτα ενδοσκοπία παρουσιάζει πολλαπλή χρησιμότητα γιατί παρέχουν και τη δυνατότητα της μεγενθύσεως της εικόνας μέχρι το 6 πλάσιο και επί πλέον της φωτογραφήσεως των ενδιαφερουσών περιοχών.

Το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο άκαμπτο λαρυγγοφαρυγγοσκόπιο των 90°, κατά Stuckard αποτελείται από μεταλλικό σωλήνα 18εκ. με διάμετρο 8 χιλ. Είναι εξοπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα ψυχρού φωτός. Στο πρόσθιο άκρο του έχει αντικειμενικό φακό.

Η εκτέλεση της ενδοσκοπήσεως γίνεται χωρίς κανενός είδους αναισθησία. Ο αυλός του ενδοσκοπίου εισάγεται στο στόμα του εξεταζομένου μέχρι το οπίσθιο τοίχωμα του στοματοφάρυγγα, χωρίς να το αγγίζει. Στη θέση αυτή και με τον αντικειμενικό φακό προς τα κάτω γίνεται η επισκόπηση της λαρυγγικής κοιλότητας προς όλες τις κατευθύνσεις.

Η μέθοδος αυτή είναι πολύ απλή και η εξέταση γίνεται άνετα.

6. Η στροβοσκόπηση. Με τη μέθοδο αυτή ελέγχεται μόνο η λειτουργικότητα των φωνητικών χορδών. Γίνεται με ειδικό όργανο, το στροβοσκόπιο, που φωτίζει περιοδικά τη λαρυγγική κοιλότητα, έτσι ώστε να συμπίπτουν οι εκλάμψεις του με τις δονήσεις των φωνητικών χορδών. Έτσι οι φωνητικές χορδές φαίνονται ακίνητες. Αυτό όμως είναι φαινομενικό και έχει για σκοπό να επιτρέπει τον άνετο έλεγχο των φωνητικών χορδών.

7. Η υπερηχογλωττιδογραφία είναι νεοτάτη μέθοδος ελέγχου της κινητικότητας των φωνητικών χορδών με υπερήχους.

8. Η ηλεκτρομυογραφία. Με τη μέθοδο αυτή ελέγχεται η λειτουργικότητα των λαρυγγικών νεύρων. Η εξέταση είναι εργαστηριακή και γίνεται με ειδικό όργανο τον ηλεκτρομυογράφο, που καταγράφει με μορφή καμπύλων γραμμών επάνω σε χάρτινη ταινία, τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται στις περιοχές του λάρυγγα, που νευρώνονται από το άνω και το κάτω λαρυγγικό νεύρο.

Από την ερμηνεία των καμπύλων αυτών γίνεται η διάγνωση της ενδεχομένης βλάβης.

9. Ακτινογραφικός έλεγχος ο οποίος γίνεται με τους παρακάτω τρόπους: α) Πλαγία ακτινογραφία, με την οποία ελέγχεται η ακεραιότητα και η φυσιολογική διάταξη των σκληρών μορίων του λάρυγγα.

β) Προσθιοπίσθια τομογραφία με την οποία επιτυγχάνεται η απεικόνιση των μαλακών μορίων του λάρυγγα χωρίς την παρεμβολή της σκιάς της σπονδυλικής στήλης.

γ) Λαρυγγογραφία, που αποτελεί ακτινογραφία του λάρυγγα έπειτα από έγχυση στην κοιλότητά του σκιαγραφικής ουσίας.

δ) Ξηρογραφία, που στηρίζεται στη φωτοαγωγιμότητα του σεληνίου. Μια πλάκα από αλουμίνιο σκεπάζεται με λεπτό στρώμα σεληνίου. Με την επίδραση των ακτίνων X γίνονται μεταβολές στο ηλεκτροστατικό πεδίο της πλάκας, με τις οποίες απεικονίζονται τα μαλακά μόρια του λάρυγγα πολύ καθαρά στην ακτινογραφία. Το μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι απαιτεί 20πλάσια ποσότητα ακτινοβολίας συγκριτικά με την απλή ακτινογραφία.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΥΩΝ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι μύες του λάρυγγα νευρώνονται, από το άνω και το κάτω λαρυγγικό νεύρο, που είναι κλάδοι του πνευμονογαστρικού. Συνεπώς παράλυση των μυών του λάρυγγα θα παρουσιασθεί, όταν γίνει βλάβη, από οποιαδήποτε αιτία, σε κάποιο σημείο της διαδρομής των νεύρων αυτών. Η παράλυση μπορεί να είναι μονόπλευρη ή αμφίπλευρη εφ' όσον η βλάβη αφορά το ένα (δεξιό ή αριστερό) ή και τα δύο νεύρα. Επίσης μπορεί να είναι πλήρης ή ατελής. Όταν η παράλυση αφορά τους μύες που κλείνουν τη γλωττίδα λέγεται προσαγωγική, ενώ όταν αφορά αυτούς που ανοίγουν τη γλωττίδα λέγεται απαγωγική. Όταν η παράλυση αφορά και τις δύο ομάδες των μυών, τότε είναι πλήρης.

Προσαγωγική παράλυση τις περισσότερες φορές πρόκειται για λειτουργική διαταραχή και χαρακτηρίζεται ως υστερική αφωνία. Η αιτία της καταστάσεως αυτής είναι ψυχοσωματική και υποχωρεί αυτομάτως μετά παρέλευση ημερών ή λίγων εβδομάδων, αλλά έχει την τάση να υποτροπιάζει.

Απαγωγική παράλυση είναι οργανικής αιτιολογίας και οφείλεται σε διάφορες παθήσεις, που μπορεί να εντοπίζονται ως επί το πλείστον στις παρακάτω θέσεις: α) στον προμήκη, β) στη βάση του κρανίου, γ) στον τράχηλο, δ) στο θώρακα και ε) από περιφερική νευρίτιδα.

Όταν η παράλυση αφορά το άνω λαρυγγικό νεύρο δεν επηρεάζεται τόσο πολύ η κινητική λειτουργία του λάρυγγα όσο η αισθη-

τική. Όταν η παράλυση αφορά το κάτω λαρυγγικό νεύρο και είναι μονόπλευρη η πάσχουσα φωνητική χορδή βρίσκεται ακίνητη, κοντά ή μακριά από τη μέση γραμμή.

Η αμφίπλευρη απαγωγική παράλυση δεν είναι συχνή. Παρατηρείται κυρίως έπειτα από εγχειρήσεις του θυρεοειδούς αδένου.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

Η γλωττίδα του λάρυγγα αποτελεί τη στενότερη δίοδο της ανώτερης αναπνευστικής οδού και γι' αυτό πολλές λαρυγγικές παθήσεις προκαλούν πρόβλήματα αναπνοής.

Σε όλες τις περιπτώσεις λαρυγγικής αποφράξεως προκαλούνται κλινικά σημεία που οφείλονται σε έντονο ερεθισμό του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος από την υποξία. Η συχνότητα των αναπνοών αυξάνει υπάρχει ταχυκαρδία και αύξηση της αρτηριακής πίεσεως. Όταν η απόφραξη επιδεινωθεί εμφανίζεται αναπνευστικός συριγμός (θορυβώδης αναπνοή). Όταν παρουσιαστούν ασθενέστερες αναπνευστικές κινήσεις πρέπει να θεωρούνται ως προάγγελοι του επερχομένου θανάτου.

Απόφραξη του λάρυγγα λόγω αλλεργικής αντιδράσεως. Οξεία απόφραξη του λάρυγγα μπορεί να προκληθεί και από αλλεργική αντίδραση έπειτα από τσίμπημα εντόμου, λήψη ορισμένων φαρμάκων ή τροφών κ.ά. Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται έντονο οίδημα στην υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα, που προκαλεί απόφραξη με άμεσο κίνδυνο για την ζωή του αρρώστου.

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οξεία λαρυγγίτις. Είναι η οξεία φλεγμονή του βλενογόννου του λάρυγγα που μπορεί να είναι διάχυτη σε όλη τη λαρυγγική κοιλότη-

τα ή να εντοπίζεται στις φωνητικές χορδές ή στο μεσαρυταινοειδές διάστημα.

Οξεία επιγλωττίτις. Είναι η οξεία φλεγμονή της υπεργλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα, η οποία αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή του αρρώστου. Παρουσιάζεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας 2-7 ετών και οφείλεται στον αιμόφιλο της ινφλουέντζας τύπου Β.

Οξεία λαρυγγο - τραχειο - βρογχίτις. Είναι η οξεία φλεγμονή που εντοπίζεται στην υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα και επεκτείνεται στην τραχεία και τους βρόγχους. Προσβάλλει κατά κανόνα τα νεογνά και τα βρέφη μέχρι 3 ετών, και προκαλεί σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή τους.

Διφθεριτική λαρυγγίτις. Συνήθως αποτελεί επέκταση της διφθερίτιδας του φάρυγγα, μερικές φορές όμως είναι πρωτοπαθής, αποτελούσα την πρώτη εγκατάσταση της διφθεριτικής φλεγμονής. Προσβάλλει κατά κανόνα τα παιδιά αλλά και τα άτομα κάθε ηλικίας εφ' όσον δεν έχουν ανοσία.

Χρόνια λαρυγγίτις. Αυτή είναι το αποτέλεσμα είτε επανειλημμένων φλεγμονών του λάρυγγα οξείας μορφής, είτε μακροχρόνιας επιδράσεως προδιαθεσικών παραγόντων (καπνίσματος, οινοπνευματοδών ποτών, φωνητικής καταπονήσεως κ.λ.π.).

Φυματίωση του λάρυγγα. Η εντόπιση της φυματώσεως στο λάρυγγα είναι κατά κανόνα δευτεροπαθής, προερχόμενη από φυματίωση των πνευμόνων.

Σύφιλη του λάρυγγα. Και η πάθηση αυτή όπως και η φυματίωση σπανίως εμφανίζεται στο λάρυγγα σήμερα, λόγω της αποτελεσματικής θεραπείας της αρχικής νόσου, ενώ παλαιότερα ήταν πολύ συχνή.

Περιχονδρίτις του λάρυγγα. Είναι η φλεγμονή του περιχονδρίου, από την οποία σχηματίζεται εξίδρωμα μεταξύ αυτού και του υποκείμενου χόνδρου.

ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οζίδια των φωνητικών χορδών. Αυτά αποτελούνται από μικρή μάζα υπερτροφικού ιστού που αναπτύσσεται κατά το όριο προσθίου και μέσου τριτημορίου συνήθως της μιας ή και των δύο φωνητικών χορδών. Προκαλούνται κατά το πλείστον από τη φωνητική κατάχρηση ή την έντονη φωνητική προσπάθεια, και γενικώς από χρόνιους ερεθισμούς των φωνητικών χορδών.

Λαρυγγοκήλη. Είναι εκκόλπωμα του θυλακίου της λαρυγγικής κοιλίας που προβάλλει είτε μέσα στην λαρυγγική κοιλότητα (εσωτερική λαρυγγοκήλη) είτε στην επιφάνεια του τραχήλου (εξωτερική λαρυγγοκήλη) είτε και στις δύο (μεικτή λαρυγγοκήλη).

Κύστεις του λαρυγγα. Αυτές μπορεί να είναι συγγενείς ή επίκτητες. Οι επίκτητες είναι συνήθως βλενογονοκήλες, οφειλόμενες σε απόφραξη του πόρου κάποιου αδένου. Εντοπίζονται στις νόθες φωνητικές χορδές και τις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές.

Πολύποδες του λαρυγγα. Πρόκειται για ομαλούς, μισχωτούς ή με πλατειά βάση ογκοειδείς σχηματισμούς, που αναπτύσσονται κατά κανόνα στο χείλος των γνησίων φωνητικών χορδών.

Δυσφωνία. Αυτή αποτελεί συχνό πρόβλημα των ατόμων που χρησιμοποιούν επαγγελματικά τη φωνή τους (τραγουδιστές, ηθοποιοί, ρήτορες κ.λ.π.). Τα άτομα αυτά έχουν το πρωί καλή φώνηση, αλλά με την πάροδο της ημέρας η φωνή αρχίζει να βγαίνει δύσκολα και σπάει.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί το 2% - 5% περίπου όλων των καρκίνων του σώματος. Έχει διαπιστωθεί στατιστικώς, ότι προσβάλλει πολύ συχνότερα τους καπνιστές από τους μη καπνιστές. Έχει επίσης παρατηρηθεί με πειραματικές εργασίες ότι είναι δυνατή η πρόκληση καρκίνου σε μωξούς όταν έχουν εκτελέσει επό μακρόν σε εισπνοή καπνού.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο καρκίνος του λάρυγγα θεωρείται καλής προγνώσεως καρκίνων του οργανισμού, διότι:

- α) παρέχει απ' την αρχή εμφανή συμπτωματολογία
- β) λόγω της θέσης του η διάγνωση γίνεται εύκολα όταν τεθεί υποψία υπάρξεώς του.
- γ) Κατά τα τελευταία έτη έχει επιτελεσθεί μεγάλη πρόοδος στη θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο της λαρυγγικής κοιλότητας. Οι διάφορες όμως εντοπίσεις του ταξινομούνται στις παρακάτω 4 κατηγορίες:

1) **Υπεργλωττιδική**, όταν η εντόπιση περιορίζεται σε περιοχή που εκτείνεται από το ελεύθερο χείλος της επιγλωττίδας μέχρι και τις νόθες φωνητικές χορδές.

2) **Γλωττιδική**, όταν η εντόπιση αφορά τις γνήσιες φωνητικές χορδές. Το κάτω όριο της επεκτάσεως του όγκου για να χαρακτηριστεί αυτός ως γλωττιδικός, δεν πρέπει να υπερβαίνει το 1 εκ. από το ελεύθερο χείλος της χορδής.

4) Διαγλωττιδική, όταν οι όγκοι διέρχονται δια της λαρυγγικής κοιλίας για να καταλάβουν τις νόθες και τις γνήσιες φωνητικές χορδές.

Η ταξινόμηση αυτή εκτός των άλλων, έχει το πρακτικό πλεονέκτημα ότι επιτρέπει την συγκέντρωση περιπτώσεων, οι οποίες αναμένονται να έχουν παρόμοια πρόγνωση, προκειμένου να καθορισθεί ένα πρόγραμμα θεραπείας και ελέγχου της νόσου.

Η κλινική ταξινόμηση του καρκίνου του λάρυγγα συνδυαζόμενη με άλλα (παρακλινικό έλεγχο κ.λ.π.) συμβάλλει :

- α) στον καθορισμό του είδους της εκάστοτε επιβαλλόμενης θεραπευτικής αγωγής, χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή συνδυασμό αυτών.
- β) Στην επιλογή συντηρητικού τύπου επέμβασης (χορδεκτομή ή μετωποπλαγία λαρυγγεκτομή ή γλωττιδεκτομή κ.λ.π.) ή ακρωτηριασμός (ολική λαρυγγεκτομή).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Συχνότερα η πάθηση προσβάλλει τους άνδρες παρά τις γυναίκες, στις οποίες είναι πολύ σπάνια. Η αιτιολογία της διαφοράς αυτής δεν είναι γνωστή ίσως ορμονικοί λόγοι παίζουν κάποιο λόγο.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της γενέσεως του καρκινώματος του λάρυγγα δεν είναι ακριβώς γνωστοί. Οπωσδήποτε έχει αποδειχθεί ότι χημικοί ερεθιστικοί παράγοντες (καπνοί, εισπνοή καρκινογόνων ουσιών) ασφαλώς παίζουν ρόλο στη γένεση του νεοπλασματος, καθώς και φυσικοί (ακτίνες Roentgen κ.τ.λ.).

Η εντόπιση καρκίνου στη γλωττιδική περιοχή είναι η συνηθέστερη σε σχέση με τις υπόλοιπες περιοχές του λάρυγγα (άνω 50% εκ των καρκίνων του λάρυγγος), λόγω της ελλείψεως βλενογόνων αδένων ή κροσσωτών κυττάρων των φωνητικών χορδών, με αποτέλεσμα

το εισπνεόμενο υλικό να καθλώνεται στη γλωττίδα, χωρίς να μπορεί να αποβληθεί. Έτσι εξηγείται η επίδραση του καπνίσματος. Αντίθετα στην υπεργλωττιδική περιοχή, αιτιολογική σχέση για την εντόπιση καρκίνου έχουν διάφορες επαγγελματικές σκόνες και ερεθιστικές ουσίες, καθώς και το αλκοόλ.

Σημαντικό είναι ότι η ανάπτυξη του νεοπλάσματος συμβαίνει, τις πιο πολλές φορές στα όρια που γίνεται η μετάπτωση του επιθηλίου του βλεννογόνου από πλατύ σε κυλινδρικό.

Ιστολογικώς πρόκειται για καρκίνο που προέρχεται από πλατύ επιθήλιο αδιαφοροποίητο ως τελείως διαφοροποιημένο. Η μορφή αυτή είναι η συχνότερη, όπως μπορεί να εμφανίζεται αδenoκαρκίνωμα ή λυμφοεπιθηλιακό καρκίνωμα προερχόμενο από τους βλεννογόνιους αδένες.

Η προσοχή των ιστολόγων και των κλινικών στρέφεται κατά τα τελευταία χρόνια στη διάγνωση της παθήσεως σε πρώιμο στάδιο (προκαρκινιματώδες). Στο στάδιο αυτό βρίσκεται υπερπλασία του επιθηλίου με ατυπία του.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η συμπτωματολογία, αρχικά τουλάχιστον, παρουσιάζει πολλές διαφορές κατά περίπτωση, ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου. Τα κυριότερα και συνηθέστερα ενοχλήματα για τα οποία οι άρρωστοι προσέρχονται στο γιατρό είναι η δυσκαταποσία, η δύσπνοια, η αντανakλαστική ωταλγία, και το βράγχος της φωνής.

Η δυσκαταποσία παρατηρείται συνήθως σε καρκίνους του απλοειδούς βόθρου, του υπεργλωττιδικού λάρυγγα και της βάσεως της γλώσσας.

Δύσπνοια προκαλείται από όγκους που εντοπίζονται στο λαρυγοφάρυγγα, στην υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα καθώς και σε άλ-

λες θέσεις του λάρυγγα, εφ' όσον η μάζα του όγκου αποφράσσει την αναπνευστική οδό, ή καθηλώνει τις φωνητικές χορδές. Η δυσχέρεια της αναπνοής είναι προοδευτική γι' αυτό αρχικά γίνεται ανεκτή από τον άρρωστο, ο οποίος αποφεύγει να πάει στο γιατρό. Έτσι η διάγνωση της αιτίας της γίνεται σε προχωρημένα στάδια της αποφράξεως.

Η αντανακλαστική ωταλγία είναι χαρακτηριστική επί μεγάλων όγκων του απλοειδούς βολβού, της βάσεως της γλώσσας, και του γλωσσοεπιγλωττιδικού βοθρίου, οπότε το ερέθισμα μεταβιβάζεται με το πνευμονογαστρικό νεύρο.

Το βράγχος της φωνής, που διαρκεί περισσότερο από 3 εβδομάδες, είναι το πρωϊμότερο και συνηθέστερο σύπτωμα επί καρκινωμάτων των φωνητικών χορδών. Το βράγχος της φωνής αποτελεί κανόνα για τους γλωττιδικούς όγκους και τους υπογλωττιδικούς. Η αλλοίωση της φωνής οφείλεται στην παρεμβολή του όγκου μεταξύ των φωνητικών χορδών, ή στον περιορισμό ή την κατάργηση της κινητικότητας αυτών από την επέκταση του καρκίνου στο φωνητικό μυ, την κρικαρυταινοειδή διάρθρωση, ή και τα κάτω λαρυγγικά νεύρα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γίνεται από το αναμνηστικό, από την ψηλάφηση και από τα ευρήματα της λαρυγγοσκοπήσεως. Γι' αυτό το λόγο ο καλά εκπαιδευμένος γενικός ιατρός είναι σε θέση να διαγνώσει έγκαιρα το καρκίνωμα του λάρυγγα.

Κατά τη λαρυγγοσκόπηση, σε καρκίνωμα των φωνητικών χορδών, διακρίνουμε ότι η μια φωνητική χορδή είναι εξέρυθρη, παχυμένη, υβώδης, βερικές φορές ελκώδης και καλυμμένη με στρώμα λευκής. Μεγάλη σημασία έχει επίσης η παρατήρηση της κινητικότητας της φωνητικής χορδής που έχει προσβληθεί. Περιορισμός ή αναστολή της

κινητικότητας της φωνητικής χορδής υποδηλώνουν διηθητική επέκταση του νεοπλάσματος που σημαίνει επιδείνωση της πρόγνωσης. Μερικές φορές η επισκόπηση της πρόσθιας εντομής είναι δύσκολη. Στις περιπτώσεις αυτές με τη βοήθεια της τοπικής αναισθησίας και ενός κατάλληλου αγκίστρου επιτυγχάνεται η έλξη της επιγλωττίδας προς τα εμπρός και η παρατήρησή της.

Σήμερα η εξέταση του λάρυγγα με το μικροσκόπιο επιτρέπει την ανακάλυψη αμφισβητούμενων αλλοιώσεων του επιθηλίου και συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Επίσης με τη μέθοδο αυτή γίνεται εύκολη η λεπτομερειακή επισκόπηση της εισόδου του λάρυγγα και του υπογλωττιδικού χώρου. Τα ευρήματα από τη λαρυγγοσκόπηση συμπληρώνονται με τη στροβοσκόπηση, με την ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα και με την τομογραφία.

Η ψηλάφηση του τραχήλου μας πληροφορεί στην αρχή για την ύπαρξη ψηλαφητών μεταστάσεων και στη συνέχεια, αν το καρκίνωμα έχει υποστεί ρήξη διαμέσου του λαρυγγικού χόνδρου, του κωνικού συνδέσμου ή της θυρεοϋοειδούς μεμβράνης.

Η διαφορική διάγνωση καρκινώματος του λάρυγγα από τους πολύποδες των φωνητικών χορδών ή από τα περιγεγραμμένα οιδήματα τους δεν είναι δύσκολη. Σε πολύποδες ή οιδήματα η επιφάνεια του βλεννογόνου είναι λεία και ομαλή, ενώ σε καρκίνωμα πάντα υβώδης και ανώμαλη.

Η διάγνωση του καρκινώματος του λάρυγγα επισφραγίζεται πάντοτε με τη βιοψία και με την ιστολογική εξέταση.

Η βιοψία γίνεται συνήθως με τοπική αναισθησία και με έμμεση λαρυγγοσκόπηση. Σε δύσκολες περιπτώσεις αυτή γίνεται με γενική νάρκωση με τη βοήθεια της αμεσοσκοπήσεως και του χειρουργ-

γικού μικροσκοπίου.

Τα ευρήματα της ιστολογικής εξέτασως της πρώτης ήδη βιοψίας επιβεβαιώνουν την κλινική διάγνωση. Αρνητική έκβαση της βιοψίας δεν αποτελεί πάντοτε απόδειξη μη υπάρξεως κακοήθους νεοπλασματος. Σε τέτοιες περιπτώσεις απαιτείται η διενέργεια δεύτερης ή ακόμη και τρίτης βιοψίας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η απόφαση για το ποιά θεραπευτική αγωγή θα εφαρμοστεί εξαρτάται από το λεπτομερειακό προσδιορισμό της εκτάσως του νεοπλασματος, από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες και από την ύπαρξη ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων (πνεύμονες, ήπαρ). Σήμερα διαθέτουμε τρεις δυνατότητες θεραπευτικής αγωγής του καρκινώματος του λάρυγγα:

1. Τη θεραπεία με ακτινοβολία
2. Τη χειρουργική θεραπεία
3. Τη συνδυασμένη αγωγή, δηλ. χειρουργική και ακτινοβολία

Η θεραπεία με ακτινοβολία. Η θεραπευτική αυτή αγωγή μπορεί να γίνει με τις ακόλουθες μεθόδους:

- α) με την ακτινοβολία με τηλεκοβάλτιο
- β) με την ακτινοβολία με Betatron,
- γ) με την ακτινοβολία με Supervolt,
- δ) με την ακτινοβολία με ράδιο εξ επαφής.

Οι μέθοδοι αυτοί δεν έχουν τα μειονεκτήματα της ακτινοβολίας με τις ακτίνες X, διότι αφήνουν ανέπαφο το χόνδρο και το δέρμα γι' αυτό το λόγο σήμερα εφαρμόζονται σε μεγάλη έκταση.

Για την καταστροφή του κακοήθους νεοπλασματος χρειάζεται συνολικά δόση ακτινοβολίας από 6.000-8.000 R. Η δόση αυτή χορηγείται σε επιμέρους καθημερινές δόσεις από 150-200R.

Η στενή συνεργασία μεταξύ Ραδιολόγου και Λαρυγγολόγου αποτελεί την προϋπόθεση για επιτυχημένη με ακτινοβολία θεραπεία του καρκινώματος του λάρυγγα.

Τα αποτελέσματα της θεραπείας με ακτινοβολία είναι ικανοποιητικά μόνο σε καρκινώματα της φωνητικής χορδής που βρίσκονται στο πρώτο στάδιο, δηλ. όταν περιορίζονται από την επιφάνεια της φωνητικής χορδής και δεν έχουν επεκταθεί προς την προσθια εντομή και προς τα πίσω, προς τον αρυταινοειδή χόνδρο. Σε εκτεταμένα καρκινώματα η θεραπεία με ακτινοβολία έχει πολύ χειρότερα αποτελέσματα από της χειρουργικής ή της συνδυασμένης θεραπείας χειρουργικής -- ακτινοβολίας.

Χειρουργική θεραπεία

Το ποιά χειρουργική μέθοδο θα εφαρμόσουμε και ποιά έκταση θα πάρει αυτή εξαρτάται από την εντόπιση, από την έκταση που καταλαμβάνει το νεόπλασμα, από τις υπάρχουσες μεταστάσεις, από την ηλικία και από τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Τμηματικές λαρυγγεκτομές

• Θυρεοτομή με χονδρεκτομή: Αυτή γίνεται με την αφαίρεση της φωνητικής χορδής. Γίνεται μόνο όταν το νεόπλασμα περιορίζεται ακόμη στη μια φωνητική χορδή και η κινητικότητά της είναι καλή. •

Η αφαίρεση μικρού καρκινώματος της φωνητικής χορδής, με την ενδοσκοπική οδό, απαγορεύεται αυστηρά διότι δεν γνωρίζουμε την έκταση και το βάθος του νεοπλάσματος και επομένως θέτουμε σε κίν-

δυνο τη μοναδική ευκαιρία σωτηρίας του αρρώστου.

Τμηματικές εξαιρέσεις: Αν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής έχει ξεπεράσει ελαφρά τα όριά της, έχουμε σειρά από διάφορες μεθόδους τμηματικών εξαιρέσεων του λάρυγγα. Αυτές γίνονται διαμέσου μιας διευρυσμένης θυρεοτομής αφαιρούνται τμήματα του θυρεοειδούς χόνδρου, της αντίθετης φωνητικής χορδής, της μοργάνειας κοιλίας και του υπογλωττιδικού χώρου.

Ημιλαρυγγεκτομή: Αυτή γίνεται με την αφαίρεση του ημίσεος του λάρυγγα, όταν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής, καθώς αυξάνεται, διηθητικώς, καταλαμβάνει μεγαλύτερα τμήματα του φωνητικού μυός και φθάνει ως τον αρυταινοειδή χόνδρο (καμιά κινητικότητα της φωνητικής χορδής). Η ημιλαρυγγεκτομή είναι δυνατόν να γίνει έτσι, ώστε είτε αμέσως μετά από το τέλος της εγχειρήσεως να γίνει και το κλείσιμο του λάρυγγα είτε μετά από λίγες ημέρες μετεγχειρητικώς. Αν το νεόπλασμα έχει μεγαλύτερη έκταση, είναι δυνατόν μετά από την ημιλαρυγγεκτομή να επενδύσουμε το τραύμα με κρημνό επιδερμίδας και στη συνέχεια μετά από 6 μήνες να γίνει πλαστική απόφραξη του λάρυγγοστόματος με μεταφορά κρημνού δέρματος.

Υπεργλωττιδική οριζόντια ημιλαρυγγεκτομή κατά Alonso: Αυτή γίνεται σε περίπτωση υπεργλωττιδικού καρκινώματος. Δίνει τη δυνατότητα της αφαιρέσεως του νεοπλάσματος μαζί με τους γειτονικούς ιστούς ενώ σύγχρονα διατηρείται η λειτουργία του λάρυγγα ως οργάνου της φωνής και της αναπνοής. Μετά από την αφαίρεση της επιγλωττίδας και της αναπνοής. Μετά από την αφαίρεση της επιγλωττίδας τη λειτουργία της αναλαμβάνει η βάση της γλώσσας, που κατά την κατάποση πηγαίνει επάνω από τη γλωττίδα και την καλύπτει, ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος της εισροφήσεως ξένων σωμάτων.

Λαρυγγεκτομή (ολική): Αποτελεί τη σπουδαιότερη επέμβαση της χειρουργικής του καρκινώματος του λάρυγγα και γίνεται με την ολική αφαίρεσή του. Γίνεται σε περίπτωση εκτεταμένου εσωτερικού καρκινώματος του λάρυγγα, σε περίπτωση υπογλωττιδικού, σε καρκίνο του υποφάρυγγα και σε περίπτωση καρκινώματος του λάρυγγα που έχει ξεπεράσει τα όριά του.

Η πρώτη επέμβαση έγινε από το χειρουργό Billroth το 1873. Οι χειρουργοί Cluck και Sorensen το τέλος του 19ου αιώνα, τελειοποίησαν τόσο πολύ την τεχνική της λαρυγγεκτομής, ώστε η αρχικά υψηλή θνησιμότητα (50%) χάρηξεν την επέμβαση να κατέβει στα 2-3%.

Η μέθοδος κατά Click και Sorensen με ελαφρές τροποποιήσεις εφαρμόζεται ως σήμερα.

Η επέμβαση γίνεται με ενδοτραχέλιακή νάρκωση. Η τομή του δέρματος έχει σχήμα U ή T. Στη συνέχεια παρασκευάζεται το δέρμα του τραχήλου, ελευθερώνεται ο λάρυγγας από το μυϊκό σύστημα που τον περιβάλλει και αφαιρείται τελικά με αποκόλληση από τον υποφάρυγγα και αποκοπή από την τραχεία από επάνω προς τα κάτω ή από κάτω προς τα επάνω. Το σημείο διανοίξεως της τραχείας συρράπτεται με το δέρμα για δημιουργία μόνιμου τραχειοστόματος και ο φάρυγγας που έχει ανοιχτεί κλείνεται με συρραφή επιμελώς. Σύγχρονα, αν έχουν προσβληθεί από μεταστάσεις τα μαλακά μέρη του τραχήλου αυτά αφαιρούνται. Ο άρρωστος κατά τις πρώτες 8-10 μετεγχειρητικές ημέρες σιτίζεται με οισοφάγειο σωλήνα που περνά από τη μύτη.

Η θνησιμότητα από την επέμβαση σήμερα βρίσκεται κάτω από 1%.

Αν ο όγκος δεν επεκτείνεται μόνο στο εσωτερικό του λάρυγγα, αλλά έχει διαβρώσει το πρόσθιο τοίχωμα του, τα μαλακά μέρη ως

και το δέρμα ακόμη, πρέπει να αφαιρούνται οι περιοχές που έχουν προσβληθεί μαζί με το φάρυγγα.

Όταν πρόκειται για πρωτοπαθή εξωτερικό καρκίνωμα του λάρυγγα πρέπει να εξαιρεθούν μαζί με τον λάρυγγα και μικρότερα ή μεγαλύτερα τμήματα του υποφάρυγγα ή της εισόδου του οισοφάγου. Σε πολλές παρόμοιες περιπτώσεις είναι αναγκαία ύστερα η πλαστική αποκατάσταση του υποφάρυγγα και της εισόδου του οισοφάγου με μετάθεση κρημνού δέρματος.

Ριζική αφαίρεση των τραχηλικών λεμφαδένων (Neck-Dissection)

Διακρίνουμε τη θεραπευτική Neck-Dissection, που γίνεται σε περιπτώσεις ψηλαφητών ήδη μεταστάσεων, και την προφυλακτική Neck-Dissection, που γίνεται συστηματικά σε περιπτώσεις καρκινωμάτων που έχουν πρόϊμη μετάσταση (π.χ. ψευδοχορδή, είσοδο του λάρυγγα, υποφάρυγγα), έστω και αν μακροσκοπικώς δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

Κατά τη Neck-Dissection δεν αφαιρούνται μεμονωμένοι λεμφαδένες, αλλά όλα τα μαλακά μέρη της μιας τραχηλικής πλευράς με τα λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες που βρίσκονται μέσα τους. Ακόμη αφαιρείται η εσωτερική σφαγίτιδα φλέβα, ο στερνοκλειδομαστοειδής μυς και το λίπος που βρίσκεται ενδιάμεσα. Κατά τη συστηματική Neck-Dissection το παραπληρωμτικό νεύρο είναι δυνατόν να διατηρηθεί. Διατηρούνται ανέπαφα οπωσδήποτε η καρωτίδα, το πνευμονογαστρικό νεύρο και οι σκαληνοί μυς.

Συνδυασμένη θεραπεία χειρουργική - ακτινοβολία: Μόνο σε περίπτωση καρκινώματος της φωνητικής χορδής στο αρχικό στάδιο η ακτινοβολία έχει την ίδια αξία με τη χειρουργική αγωγή. Σ' όλες τις άλλες περιπτώσεις, στις οποίες ο όγκος έχει επεκταθεί πέρα από το ευνοϊκό αυτό στάδιο, πρέπει να κάνουμε εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις ή να τις συνδυάσουμε με ακτινοβολία. ΣΥΓ-

—κεκριμένα, σε περιπτώσεις καρκινωμάτων που έχουν καταλάβει όλους τους ορόφους του λάρυγγα, σε περιπτώσεις νεοπλασμάτων με εκτεταμένες μεταστάσεις επιβάλλεται απαραίτητα ο συνδυασμός εγχειρήσεως-ακτινοβολίας. Ο συνδυασμός αυτό είναι δυνατόν να γίνει με δύο τρόπους:

- α. Μετά από τη χειρουργική επέμβαση και μετά την επούλωση του τραύματος να ακτινοβοληθεί ο άρρωστος (μετεγχειρητική ακτινοβολία) ή
- β. η ακτινοβολία να προηγηθεί από την επέμβαση (προεγχειρητική ακτινοβολία).

Η δεύτερη περίπτωση έχει ορισμένους περιορισμούς, διότι σε περιπτώσεις υψηλής προεγχειρητικής ακτινοβολίας, επειδή νεκρώνεται το δέρμα, οι πιθανότητες πρωτοπαθούς επούλωσης του χειρουργικού τραύματος ελαττώνονται. Τελικά σήμερα εφαρμόζεται μέθοδος, κατά την οποία τμήμα της συνολικής δόσεως της ακτινοβολίας δίδεται προεγχειρητικώς και το υπόλοιπο μετεγχειρητικώς.

Η σημασία της προεγχειρητικής ακτινοβολίας βρίσκεται στο ότι με αυτήν ελαττώνεται σημαντικά η ζωτικότητα των νεοπλασματικών κυττάρων ώστε όταν κατά τη διάρκεια της εγχείρησης αυτά εισχωρήσουν στην αιματική ή λεμφική κυκλοφορία, να μην μπορούν να δημιουργήσουν μεταστάσεις.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις από τη λαρυγγεκτομή και η αποκατάσταση της φωνήσεως

Η λαρυγγεκτομή είναι αναμφισβήτητα πολύ σοβαρή εγχείρηση, που αφήνει μεγάλη αναπηρία. Η προοπτική της καταστάσεως αυτής είναι φυσικό να φοβίζει τους αρρώστους προκειμένου να πάρουν την απόφαση να υποβληθούν σε μία τόσο βαρεία επέμβαση. Οι ψυχολογικές όμως επιπτώσεις παρουσιάζονται βαθμιαία μετά τη λαρυγγεκτομή,

όταν ο άρρωστος συνειδητοποιήσει τη φωνητική του αναπηρία. Οι επιπτώσεις αυτές είναι εντονότερες σε άτομα που χρησιμοποιούσαν τη φωνή τους επαγγελματικά, αλλά και σε άλλα που από το χαρακτήρα τους ήταν πολύ ομιλητικά. Έτσι, στα άτομα αυτά παρατηρείται συνήθως προοδευτική δυσφορία και απογοήτευση, που μπορεί να εξελιχθεί σε μελαγχολία με πολύ δυσάρεστα επακόλουθα. Οι συνέπειες αυτές της λαρυγγεκτομής πρέπει να προλαμβάνονται εγκαίρως με την πλήρη ενημέρωση των αρρώστων και των οικείων τους, τόσο για την καλή εκβαση της επεμβάσεως όσο και για τις δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα, να αποκατασταθεί η φωνητική λειτουργία σε ικανοποιητικό βαθμό. Έτσι, προ της λαρυγγεκτομής οι περισσότεροι άρρωστοι αναθαρρύνονται, αλλά και μετά τους δημιουργείται ο ζήλος της επανακτήσεως της ικανότητας της ομιλίας, που και ψυχολογικά ωφελεί και πρακτικά συμβάλλει στην κατάλληλη εκπαίδευση.

Η εκμάθηση της φωνής μετά από λαρυγγεκτομή γίνεται με τη λεγόμενη οισοφαγοφωνία ή με τη χρησιμοποίηση τεχνητής συσκευής.

Στην οισοφαγοφωνία το αποτέλεσμα εξαρτάται από την ικανότητα του λογοθεραπευτή. Από τους εκπαιδευμένους αρρώστους οι 25% περίπου δεν κατορθώνουν να μιλήσουν ποτέ, ενώ σε περιοχές που δεν υπάρχουν έμπειροι λογοθεραπευτές το ποσοστό ανέρχεται σε 60%.

Για να παραχθεί φωνή με τον τρόπο αυτό, πρέπει ο άρρωστος να μάθει να καταπίνει αέρα, τον οποίο εν συνεχεία να ανάγει προς το στόμα. Έτσι, παράγεται ήχος ανάλογος προς το λαρυγγικό, που μπορεί να αρθρωθεί σε λέξεις με την κανονική συνεργασία της γλώσσας, των δοντιών, των χειλέων κ.λ.π.

Εάν ο άρρωστος δεν μπορεί να μάθει την οισοφαγοφωνία, τότε εφαρμόζεται η χρήση του ηλεκτρονικού λάρυγγα (τεχνητή συσκευή). Αυτός είναι δονητής που παράγει ήχο. Το όργανο τοποθετείται κάτω

από το πηγούνι του αρρώστου, ο οποίος όταν θέλει να μιλήσει, σχηματίζει τις λέξεις στο στόμα του, που γίνονται πηχρές από τον δονητή, και έτσι μπορεί να μιλήσει πολύ κατανοητά.

ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ

Τραχειοστομία είναι η διατομή διάνοιξη της τραχείας και διασωλήνωσή της για τη διευκόλυνση της αναπνοής και της πλήρης επικοινωνίας της με το περιβάλλον.

Η επέμβαση της τραχειοτομής είναι προσωρινή ή μόνιμη.

Προσωρινή: λέγεται όταν η τραχειοτομή παραμένει για λίγο χρονικό διάστημα της οποίας το στόμιο κλείνει σταδιακά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί, όταν ξαναχρειαστεί να ανοιχτεί για λίγο και μετά να ξανακλείσει.

Μόνιμη: Όταν η τραχειοτομή μένει για μεγάλο χρονικό διάστημα ή ακόμα και μόνιμα ανοιχτή. Εδώ χρησιμοποιούμε και τον όρο τραχειοστομία.

Ανάλογα με την θέση όπου γίνεται η τομή στην τραχεία, η τραχειοτομή διακρίνεται σε:

- α) Ανώτερη: όταν η τομή γίνεται άνωθεν του ισθμού
- β) Μέση: όταν η τομή γίνεται στον ισθμό
- γ) Κατώτερη: όταν η τομή γίνεται κάτω από τον ισθμό.

Όταν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει ενδείκνυται η μέση τραχειοτομή, αφού αυτή έχει τις λεγότερες επιπλοκές. Ενώ όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος, γίνεται με ανώτερη τραχειοτομία. Σε παιδιά είναι προτιμώτερη η κατώτερη τραχειοτομή.

Η θέση της τραχειοτομής

Η τραχειοτομή μπορεί να γίνει και με γενική αναισθησία αν είναι δυνατή η ενδολαρυγγική προσπέλαση. Η τεχνική αυτή πλεο-

νεκτεί γιατί δίνει τη δυνατότητα στο χειρουργό να πραγματοποιήσει μια σωστή επέμβαση και καλή αιμόσταση. Επειδή όμως συχνά ο καρκίνος του λάρυγγα δεν επιτρέπει την διασωλήνωση, η επείγουσα τραχειοτομή πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία.

Ο άρρωστος τοποθετείται σε ύπτια θέση με ένα "ρολό σενδόνης" κάτω από τους ώμους του. Έτσι πετυχαίνουμε υπερέκταση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, η οποία με τη σειρά της προκαλεί προεξοχή του λάρυγγα και ώθηση της τραχείας πιο επιφανειακά.

Σκοποί τραχειοτομής:

- α) Η αποκατάσταση της αναπνοής όταν αυτή δεν είναι δυνατή από απόφραξη των ανωτέρων αναπνευστικών οδών.
- β) Η προφύλαξη του τραχειοβρογχικού δένδρου από την είσοδο σάλιου, τροφών κ.λ.π. (είναι δυνατόν να συμβεί σε πολιομυελίτιδα, σε βαρεία μασθένεια, κώμα κ.λ.π.)
- γ) Η ευχέρεια απομάκρυνσης των εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δένδρο.
- δ) Η ελάττωση του νεκρού αναπνευστικού χώρου κατά 30-50%
- ε) Η ελάττωση των αντιστάσεων των αεροφόρων οδών.
- στ) Η εφαρμογή αναπνοής υπό πίεση.

Τεχνική της τραχειοτομής

Ο ασθενής αφού τοποθετηθεί υπτίως στην χειρουργική τράπεζα με υπερέκταση της κεφαλής του προβαίνουμε στην τομή του δέρματος κατά τη μέση γραμμή σε έκταση 5-7 εκ. από το ύψος του κρικοειδούς μέχρι και του σφαγιτιδικού βόθρου.

Στη συνέχεια τέμνομαι την επιπολής τραχηλική περιτονία και μετά αποκολλάμαι με προσοχή την προτραχειακή περιτονία. Κατόπιν ενσταλλάζουμε με σύριγγα εντός της αποκαλυφθείσης τραχείας λίγες σταγόνες κοκκαΐνης και ακολούθως με μαχαιρίδιο ανοίγουμε αυτή

σε μήκος 2 εκ. περίπου. Στους ενήλικες αυτή η διάνοιξη γίνεται μεταξύ 3ου και 4ου ημικρίκιου της τραχείας (χαμηλή τραχειοτομία) στα παιδιά αντιστοίχως προς το 1ον και 2ον ημικρίκιου αυτής (υψηλής τραχειοστομία). Μετά τη διάνοιξη της τραχείας τοποθετούμαι τον τραχειοσωλήνα, στηρίζουμε αυτόν με ιμάντα γύρω από το λαιμό και συρράπτουμε τα τμηθέντα μαλακά μέρια και το δέρμα. Ο τραχειοσωλήνας είναι δυνατό να παραμείνει περισσότερο από 5 ημέρες όχι όμως πέρα των 10 γιατί είναι δυνατό να παρατηρηθεί νέκρωση. Επίσης, ο τραχειοσωλήνας μπορεί να ξανατοποθετηθεί αν είναι ανάγκη λίγες μέρες μετά την αφαίρεσή του.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ

Όπως σε κάθε επέμβαση έτσι και στην τραχειοτομία εμφανίζονται επιπλοκές που διακρίνονται σε άμεσες και όψιμες:

A' ΑΜΕΣΕΣ

1. **Άπνοια:** Εάν ο ασθενής είχε αναπνευστική απόφραξη για πολλές εβδομάδες, αθροίζεται το CO₂ στις κυψελίδες των πνευμόνων και τότε το αναπνευστικό σύστημα εθίζεται στην αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα. Όταν διανοιχθεί η τραχεία η συγκέντρωση του CO₂ ελαττώνεται απότομα και η αναπνοή σταματά. Μπορεί όμως να επανέλθει ή με τεχνητή αναπνοή ή με χορήγηση στον ασθενή 5% CO₂ στον εισπνεόμενο αέρα.

2. **Αιμορραγία:** Συνήθως σταματά με πίεση, κατόπιν τοποθετήσεως γάζας ιωδοφορμίου στην είσοδο του τραχειοστόματος γύρω από τον τραχειοσωλήνα. Εάν είναι επίμονη αναζητείται και απολινώνεται το υπεύθυνο αγγείο.

3. **Πνευμοθώρακας:** Συνήθως εμφανίζεται μετά από επείγουσα τραχειοτομία και είναι συχνότερος στα παιδιά.

4. **Υποδόριο εμφύσημα:** Τούτο είναι δυνατό να οφείλεται σε αεροστεγή συρραφή του δέρματος γύρω από τον τραχειοσωλήνα. Όταν συμβεί πρέπει τα ράμματα του δέρματος να αφαιρούνται.

5. **Μετακίνηση του τραχειοσωλήνα:** Δημιουργείται ο κίνδυνος ασφυξίας.

6. **Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο**

7. **Παράλυση του κάτω λαρυγγικού νεύρου**

8. **Τραυματισμός του κρικοειδούς χόνδρου λόγω υψηλής τραχειοτομής.**

9. **Αεροφαγία:** Συμβαίνει κυρίως στα μικρά παιδιά, και αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.

10. **Εισρόφηση γαστρικών υγρών ή τροφών.**

Β' ΨΥΜΕΣ

1. **Ψιμη αιμορραγία:** Οφείλεται συνήθως στη διάβρωση ενός μεγάλου αγγείου λόγω συνεχούς πίεσης αυτού από τον αεροθάλαμο του σωλήνα ή από το άκρο του. Περισσότερο προσβαλλεται η ανώνυμος αρτηρία. Κάθε αιμορραγία που συμβαίνει 4-5 ημέρες μετά την επέμβαση μπορεί να οφείλεται σ' αυτήν την επιπλοκή που συνήθως είναι θανατηφόρος.

2. **Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο:** Συνήθως είναι θανατηφόρος επιπλοκή οφειλόμενη σε νέκρωση του οπισθίου τοιχώματος της τραχείας. Καταλήγει στη δημιουργία επεισοδίων επικινδύνων πνευμονιών.

3. **Δύσκολη απόσωλήνωση:** Είναι επιπλοκή ιδιαίτερα συχνή στα μικρά παιδιά. Ο τραχειοσωλήνας πρέπει να αφαιρείται το αργότερο εντός 10 ημερών. Εάν δεν γίνει αυτό, το παιδί έχει ψυχολογικό πρόβλημα και συνηθίζει να αναπνέει με κικρότερη προσπάθεια. Ακόμα μπορεί να σταματήσει το αντανακλαστικό της απνοίας κατά την

κατάποση και η τραχεία γίνεται πολύ μαλακή λόγω νεκρώσεως των χόνδρων του τοιχώματος της. Στους μεγάλους ή αποσωλήνωση γίνεται με προοδευτική ελάττωση του μεγέθους του τραχειοσωλήνα.

4. Στένωση της υπογλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα: Αυτή γίνεται λόγω βλάβης του κοίκοειδούς χόνδρου από τραύμα ή περιχονδρίτιδα. Η στένωση είναι συχνότερη στα παιδιά. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές όχι πολύ ικανοποιητικές για την διόρθωση της στενώσεως.

5. Πρόβλημα ουλής: Εάν δημιουργηθεί ουλή που προκαλεί αισθητικό πρόβλημα, αυτή διορθώνεται με την εκτέλεση πλαστικής επεμβάσεως.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΛΑΡΥΓΓΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η κατάσταση του αρρώστου από το Νοσηλευτή-τρια εκτιμάται: α) με την παρατήρηση του αρρώστου, β) με την επικοινωνία του αρρώστου και τους συγγενείς του και γ) με την μελέτη του φακέλου του αρρώστου.

Η λήψη λεπτομερειακού ιστορικού, έχει σπουδαία σημασία. Εκτός από τους εξωγενείς παράγοντες που επιδρούν στον λάρυγγα (σκόνη, ερεθιστικά αέρια, χρήση οινοπνεύματος και καπνού, κρυλόγημα κ.τ.λ.) μεγάλη σημασία έχει κατά τη λήψη του ιστορικού και η παροχή πληροφοριών για τις ιδιοσυστασιακές ιδιότητες του βλεννογόνου του λάρυγγα (τάση για κατάρρουν, όμοιες παθήσει στην οικογένεια, οξεία ή αμβλεία εξέλιξη της παθήσεως, πορεία προηγούμενων παθήσεων του λάρυγγα).

Το ιστορικό συμπληρώνεται με ερωτήσεις, που έχουν σχέση με την εμφάνιση δύσπνοιας που συνυπάρχει ίσως με βράγχος της φωνής, με διαταραχή της αισθητικότητας ή με το βήχα.

Για τη δύσπνοια σημασία έχει εάν εκαταστάθηκε αιφνιδίως ή βαθμιαίως, εάν υφίσταται διαρκώς ή μόνο κατά διαστήματα.

Για το βράγχος της φωνής εκτός του βαθμού αυτού σημασία για τη διάγνωση έχει και το είδος της ανωμαλίας της φωνής (π.χ. αιφνιδίως εμφανιζόμενη άτονη φωνή, "Αφωνία"), συνηγορεί υπέρ λειτουργική ανωμαλία της φωνής, βράγχος φωνής συγχρόνως με δύσπνοια γεννά την υποψία του όγκου του λάρυγγος και βράγχος φωνής με θορυβώδη εκπνοή κατά την έντονη ομιλία συνηγορεί για παράλυση του παλινδρό-

μου.

Για τις διαταραχές της αισθητικότητας πρέπει να προσέχουμε το είδος των ενοχλημάτων (αίσθημα καύσου στο λαιμό, ενόχλημα κατά την οιλία ή το βήχα).

Ο ασθενής πρέπει να ρωτηθεί αν το άλγος εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του φαγητού σε κενές καταποτικές κινήσεις που συνηγορεί ελκωτική επεξεργασία στη θέση του λάρυγγα, που κατά την κατάποση έρχεται σε επαφή με τις τροφές που περνούν (επιγλωττίδα και αρυταινοειδής περιοχή) ή κατά την ομιλία ή κατά το βήχα που εμφανίζεται συνήθως σε παθήσεις των φωνητικών χορδών.

Ο Νοσηλευτής-τρια παρατηρεί τα χαρακτηριστικά του βήχα διότι ανάλογα με το είδος, και την αιτία του ερεθισμού που τον προκαλεί, διακρίνεται: α) σε εκκρηκτικά εμφανιζόμενο υλακώδη βήχα, που συνηγορεί για υπογλωττιδική διόγκωση ή για τη στένωση στην τραχεία, β) σε υγρό βήχα που εγείρει υπόνοιες για συνάθροιση εκκρίματος στο λάρυγγα ή στην τραχεία, γ) σε ξερό βήχα, που συνηγορεί για οξεία ή χρόνια λαρυγγίτιδα χωρίς σχηματισμό εκκρίματος και δ) σε νευρικό βήχα που διακρίνεται από το βήχα που οφείλεται σε οργανική αιτία από το ότι δεν παρουσιάζεται τη νύχτα κατά τον ύπνο.

Για την πλήρη λήψη πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή απαραίτητη είναι και η μελέτη της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασής του. Επίσης πρέπει να μάθουμε τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο που συνηγορεί ανάλυση της ψυχολογικής κατάστασής του καθώς και τη στάση τους απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη.

Ο νοσηλευτής-τρια παρατηρεί εάν ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια δηλ. εάν αισθάνεται συσχέρεια στην αναπνοή του και τον ρωτά αν

εμφανίζεται διαρκώς ή μόνο κατά διαστήματα η οποία μπορεί να εμφανισθεί είτε κατά τη διάρκεια της φωνήσεως, η κατά την κόπωση, ή και πολλές φορές κατά την ανάπαυση.

Τα αντικειμενικά σημεία της που πρέπει να παρατηρήσει ο Νοσηλευτής-τρια είναι η κυάνωση, ο αναπνευστικός συριγμός, η διόγκωση των φλεβών του τραχήλου, η εισολκή της σφαγής και των μεσοπλευρικών διαστημάτων ο ιδρώτας κ.ά.

Η εκτίμηση της δύσπνοιας από το Νοσηλευτή-τρια πολλές φορές παίζει πρωτεύοντα ρόλο γιατί η συντηρητική θεραπεία πολλές φορές δεν αρκεί να την αντιμετωπίσει, οπότε απαιτείται επείγουσα τραχειοτομή, χωρίς καθυστέρηση.

Η διάγνωση ως αιτίας της γίνεται συνήθως σε προχωρημένα στάδια της αποφράξεως διότι η δυσχέρεια της αναπνοής είναι προοδευτική και γίνεται ανεκτή από τον άρρωστο στην αρχή ο οποίος αποφεύγει να πάει στον γιατρό.

Γίνεται εκτίμηση για τυχόν απώλεια βάρους του ασθενή από το Νοσηλευτή-τρια διότι μπορεί να εμφανίζει δυσκαταποσία κατά τη λήψη τροφής λόγω του άλγους που εμφανίζεται από τον όγκο.

Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του οργανισμού του αρρώστου σε θερμίδες πράγμα που αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωση της διατροφής του από το Νοσηλευτή-τρια.

Επακόλουθο της δυσκαταποσίας, είναι η άρνηση του ασθενή για λήψη τροφής, η εμφάνιση δύσσομης αναπνοής η οποία προέρχεται από την ανορεξία. Η βελτίωση της γεύσεως ιδιαίτερα στην περίπτωση της ανορεξίας αποτελεί εκτίμηση και εφαρμογή του Νοσηλευτή-τριας.

Γίνεται εκτίμηση της ηλικίας του αρρώστου από το Νοσηλευτή-τρια αν και στατιστικώς εμφανίζεται συνήθως σε μεσήλικες και άνω

και ιδιαίτερα στους άνδρες που υπάρχει σημαντική σχέση, με την μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και καπνού.

Επειδή σήμερα διαπιστώνουμε την εμφάνιση καρκίνου του λάρυγγα σε σημαντικά νεότερη ηλικία σε καπνιστές έναντι μη καπνιστών, αποδεικνύεται ότι το κάπνισμα επιταχύνει την εμφάνιση του καθώς και η μεγάλη χρήση αλκοόλ.

Παρακολουθείται η γενική κατάσταση του αρρώστου και γίνεται εκτίμηση των προβλημάτων που παρουσιάζει από το Νοσηλευτή-τρια ο οποίος τον ρωτά πώς νοιώθει, αν εμφανίζει αίσθημα πίεσης στο λαιμό του, δύσπνοια ή άλγος το οποίο είναι χαρακτηριστικό της ασθένειάς του.

Ο νοσηλευτής-τρια κάνει εκτίμηση των χαρακτηριστικών του πόνου δηλ. ρωτά του ασθενή αν είναι συνεχής, χρόνιος, δηλαδή μεγάλης χρονικής διάρκειας και αν έχει μεγάλη ένταση. Η ευθύνη του για τον περιορισμό του πόνου στον ασθενή του είναι πολύ πιο μεγάλη από την απλή χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Γι' αυτό ο Νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να δώσει κατανόηση και ενδιαφέρον έτσι ώστε ο ασθενής να εκφράσει ελεύθερα τα ενοχλήματα που παρουσιάζει και να μη νοιώθει ότι τον παραμελούν και αδιαφορούν γι' αυτόν και την αρρώστιά του.

Φυσική εκτίμηση: του ασθενή γίνεται με την εξέταση του λαιμού κατά την οποία παίρνουμε πληροφορίες για τυχόν εμφάνιση ανώδυνης μάζας.

Με τη βοήθεια της ψηλαφήσεως γίνεται εκτίμηση για την ενεργητική και παθητική κινητικότητα, για την ευαισθησία στην πίεση και για τη σύσταση της διογκώσεως, καθώς και για τις σχέσεις της με τη γύρω περιοχή (μπορεί να είναι μεγάλοι, ειδικά στις μεταστάσεις).

Απαραίτητη επίσης είναι η ψηλάφηση του θυρεοειδούς αδένος εξαιτίας των σχέσεων της θέσεως του με το λάρυγγα και την τραχεία.

Η θέση του Νοσηλευτή-τριας στο στάδιο της εκτίμησης του αρρώστου δηλαδή της διάγνωσης της ασθένειάς του είναι πολύ σημαντικός. Η ενημέρωση του αρρώστου ότι πάσχει από καρκίνο λάρυγγος θα πρέπει να γίνει με τέχνη και όχι άτεχνα, από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια, αλλιώς η ενημέρωσή του με τον τρόπο αυτό, θα αποτελέσει τραυματική εμπειρία, και θα κλονίσει την εμπιστοσύνη του στο προσωπικό.

Ο Νοσηλευτής-τρια δεν πρέπει να ξεχνά την αγωνία που περνά ο ασθενής για τα αποτελέσματα των εξετάσεων, και ότι ο τρόπος που θα δεχθεί την πληροφορία ότι έχει καρκίνο λάρυγγος εξαρτάται από τη ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του.

Με την αναφορά της διάγνωσης στον άρρωστο ότι πάσχει από καρκίνο λάρυγγος είναι φανερό ότι βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό και η μάχη του, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική και οι επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, ακόμα και πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας.

Γι' αυτό και ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της αρρώστιάς του.

Διαγνωστικές εξετάσεις: Για να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής πάσχει από καρκίνο λάρυγγος γίνονται διάφορες εξετάσεις όπως: η έμμεση λαρυγγοσκόπηση η πιο συνηθισμένη μέθοδος, που εφαρμόζεται στην καθημερινή πράξη. Για την εκτέλεση της απαιτείται το γνωστό μετωπιαίο κάτοπτρο και το λαρυγγοσκόπιο, με σκοπό να δού-

με την εικόνα της εξεταζομένης περιοχής στην ανακλώσα επιφάνειά του, φωτίζοντας την επαρκώς.

Η άμεση λαρυγγοσκόπηση η οποία γίνεται με ειδικό όργανο το άμεσο λαρυγγοσκόπιο και η μέθοδος αυτή παρέχει τη δυνατότητα λεπτομερέστερου ελέγχου της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως της υπογλωττιδικής μοίρας της.

Επίσης οι διαγνωστικές εξετάσεις συμπεριλαμβάνουν και ιστολογική εξέταση που εκτελείται τις πιο πολλές φορές, με τοπική αναισθησία, με τη βοήθεια της έμμεσης λαρυγγοσκοπήσεως και με ειδική καμπυλωτή λαβίδα, τη λαβίδα βιοψίας λάρυγγα και τέλος γίνεται τομογραφία και οισοφαγογράφηση με βάριο για να καθορίσουμε τα όρια του καρκίνου.

Μετά την εξέταση του ασθενούς και τη διαμόρφωση γνώμης για την εντόπιση, το μέγεθος και την επέκταση του όγκου χρησιμοποιούνται διαγράμματα με σχήματα απεικονίσεως του λαρυγγοφάρυγγα και του τραχήλου επί των οποίων είναι δυνατόν να σχεδιασθεί ο όγκος. Τα διαγράμματα αυτά τοποθετούνται στο φάκελο του ασθενούς. Η έμμεση και η άμεση λαρυγγοσκόπηση παραμένουν οι πιο σημαντικές μέθοδοι για τη διάγνωση του καρκίνου της λαρυγγικής κοιλότητας.

Προβλήματα του άρρώστου

Η δύσπνοια ένα απ' το βασικό κλινικό σύμπτωμα του ασθενή με καρκίνο λάρυγγος προέρχεται από την μάζα του όγκου η οποία αποφράσσει την αναπνευστική οδό.

Η δυσχέρεια της αναπνοής είναι προοδευτική και γι' αυτό αρχικά γίνεται ανεκτή απ' τον άρρωστο, ο οποίος αποφεύγει να πάει στο γιατρό. Έτσι, η διάγνωση της αιτίας της συνήθως γίνεται σε προχωρημένα στάδια της αποφράξεως.

Ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να εκτιμήσει άμεσα την χορήγηση

O₂ σε βαριά περίπτωση ή την τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη θέση και θάλαμο καλά αεριζόμενο.

Η δύσπνοια προκαλεί νευρικότητα και ανησυχία στον ασθενή και η παρουσία του Νοσηλευτή-τριας είναι απαραίτητη όχι μόνο για τη συντηρητική θεραπεία του συμπτώματος αλλά για να περιορίσει την ένταση πλησιάζοντας πάντοτε με στοργή και ενδιαφέρον. Τον συμβουλεύει να αποφεύγει την ομιλία γιατί αποτελεί αιτία επιδείνωσης της δύσπνοιας και γενικά να παραμένει ήρεμος.

Λόγω των συμπτωμάτων του πόνου, του βήχα και της απόχρεμψης πτυέλων που τον ταλαιπωρούν και τον δυσανασχετούν ο Νοσηλευτής-τρια προσπαθεί να μειώσει τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν ένταση στον ασθενή διερευνώντας αν η έλλειψη του ύπνου, υπερβολική κόπωση μπορούν να είναι αίτια, που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν. Βέβαια και ο τρόπος που η νοσηλεύτρια θα αντιμετωπίσει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει το επίπεδο της εντάσεως και του άγχους του. Ο πόνος φοβίζει τον άρρωστο κι αυτό επειδή πολλοί λανθασμένα πιστεύουν ότι ο πόνος αποτελεί χαρακτηριστικόσύμπτωμα του καρκίνου. Ενώ ο ίδιος ο όγκος δεν πονεί, αλλά μπορεί να εμφανισθεί κατά την πορεία της αρρώστειας ή μετεγχειρητικά.

Ο πόνος κατά κύριο λόγο έχει οργανική βάση και κατά δεύτερο ψυχολογική. Η χρονιότητα και η παρατεταμένη φύση του, είναι εκείνη, που τον καθιστά εξουθενωτικό ανυπόφορο κι η βίωσή του πάντα προκαλεί άγχος στον ασθενή.

Εφ'όσον θέλουμε η νοσηλευτική φροντίδα να είναι αποτελεσματική πριν προσεγγίσουμε τον άρρωστο, πρέπει να έχουμε μια καθαρή θέση απέναντι στην έννοια της αίσθησης του πόνου όσο και της αντίδρασης του αρρώστου προς τον πόνο.

Η ανορεξία που εμφανίζεται ο ασθενής λόγω της δυσκολίας να καταπιεί την τροφή του παρουσιάζει ένα άλλο βασικό πρόβλημα το λεγόμενο θρεπτικό ανισοζύγιο.

Εφ' όσον η αρρώστια του επηρεάζει τη διατροφή του δηλαδή δεν μπορεί να κάνει λήψη κανονικού γεύματος παρά μόνο σε υγρή μορφή γάλα, τσάϊ κ.λ.π. ο ασθενής χάνει βάρος και οι ανάγκες του οργανισμού του στις βασικές τροφές είναι ελλειπής. Αυτό έχει σαν συνέπεια να νοιώθει ο ασθενής αδύναμος και να καταρρέει σταδιακά συμβάλλοντας και ο ψυχολογικός παράγοντας που έχει γενικά με την αρρώστιά του. Βέβαια η δυσκολία του να καταπιεί την τροφή δεν είναι μόνιμη αλλά παροδική και το εξηγεί αυτό ο Νοσηλευτής-τρια στον πάσχοντα να μην ανησυχεί.

Πολλοί άλλοι παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την καλή διατροφή του αρρώστου γι' αυτό, και ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να ανακαλύπτει αυτούς τους παράγοντες και να τους αντιμετωπίζει ανάλογα, επειδή αυτός-ή έχει την ολοκληρωματική ευθύνη της καλής διατροφής του.

Ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να γνωρίζει ότι η απώλεια σημαντικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του οργανισμού του αρρώστου σε θερμίδες και αυτών που του προσφέρονται και αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωση της διατροφής του.

Λόγω των κλινικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται στον ασθενή, δύσπνοια, αντανακλαστική ωταλγία και βράγχος της φωνής δημιουργούν δυσκολία στην επικοινωνία με τους άλλους. Τα συμπτώματα αυτά φοβίζουν τον ασθενή και ιδιαίτερα όταν του αφαιρούν την επικοινωνία του με τους άλλους.

Ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να καταλάβει και να συμμαρτυρεί τις ανάγκες του και να τις ικανοποιήσει έτσι ώστε ο ασθενής να

νοιώσει πιο άνετα τονώνοντας το ηθικό του και δίνοντας του ελευθερία έκφρασης των συναισθημάτων του.

Επακόλουθο όλων αυτών των προβλημάτων είναι τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στον ασθενή απ' την αρρώστιά του. Φόβοι, ανησυχίες και ερωτήματα τον απασχολούν γι' αυτό και ο Νοσηλευτής-τρια με κατανόηση και ευσυνειδησία πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς τις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου. Είναι φυσικό ο άρρωστος αυτός που διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο λάρυγγος να βρισκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό και δυστυχώς πολύ συχνά η ίδια η οικογένεια και οι φίλοι του επηρεάζουν την κατάστασή του και τον οδηγούν στο στάδιο της αβεβαιότητας.

Η θέση του Νοσηλευτή-τριας στο στάδιο αυτό είναι να καθήσει κοντά του και να τον αφήσει να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει.

ΕΚΟΦΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι

Παροτρύνουμε τον άρρωστο να αποφεύγει τους έντονους συναισθηματισμούς, το άγχος και την αγωνία για την πορεία της υγείας του και να αναπαύεται όσο είναι δυνατόν περισσότερο κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Προσπαθούμε να πείσουμε τους συγγενείς του να δεχτούν τη διάγνωση, τους ενισχύουμε και τους κάνουμε γνωστό ότι ο άρρωστος τους βρίσκεται σε έμπειρα χέρια και να αποφεύγουν τους συναισθηματισμούς μπροστά στον άρρωστό τους. Ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου, να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο τους στα

προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με τη συμμετοχή του σ' αυτά, όσο είναι δυνατό.

Η μείωση δυσχέρειας στην περιοχή της αλλοίωσης είναι σκοπός του Νοσηλευτή-τριας για εξασφάλιση άνεσης και ανακούφισης από τον πόνο.

Ο προγραμματισμός και εφαρμογή των αναγκών του αρρώστου από το Νοσηλευτή-τρια πρέπει να γίνεται με σκοπό που να εξασφαλίζει όσο το δυνατόν τη μεγαλύτερη βελτίωση για την αποκατάστασή του. Η θέση του Νοσηλευτή-τριας κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων είναι πολύ ουσιαστικός. Τον υποστηρίζει και ενημερώνει για τον τρόπο που θα διεξαχθούν οι εξετάσεις και διδάσκει τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διαγνώσεως του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.

Ο Νοσηλευτής -τρια θα πρέπει να έχει γνωστοποιηθεί με τον καρκίνο του λάρυγγα δηλ. να γνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο θα διεξαχθούν οι διαγνωστικές εξετάσεις να ξεχωρίζει τις φυσιολογικές από τις μη φυσιολογικές τιμές των διαφόρων εργαστηριακών εξετάσεων και γενικά να έχει εξειδίκευση πάνω στην πορεία της αρρώστιας αυτής.

Να διδαχθεί την φροντίδα του στομίου, τον καθαρισμό και την αντικατάσταση του εσωτερικού τραχειοσωλήνα.

Κατά τη διεξαγωγή των διαγνωστικών εξετάσεων ο ασθενής νιώθει μεγάλη αγωνία και φόβο για τα αποτελέσματα αυτών. Γι' αυτό και η παρουσία του νοσηλευτή-τριας είναι απαραίτητη και να ακούσει με υπομονή και κατανόηση ότι αποσχολεί τον ασθενή του-της και να τον τονώσει ηθικά.

Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων οδηγούν το Νοσηλευτή-τρια, σ' ένα δρόμο πιο δύσκολο. Να συμπαρασταθεί στον

άρρωστο μετά την απόφαση του ιατρού για το θεραπευτικό σχήμα που απαιτείται, ακτινοβολία, χειρουργική επέμβαση, χημιοθεραπεία.

Εφ' όσον ο άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική ισορροπία η πληροφορία για το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθήσει γίνεται απ' το νοσηλεύτη-τρια με επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως που βρίσκεται ο άρρωστος.

Οι απαντήσεις του νοσηλεύτη-τριας στις ερωτήσεις του αρρώστου πάνω στη θεραπεία και με πληροφορίες που δίνει πρέπει παντοτε να συμβαδίζουν με το πνεύμα του γιατρού.

Μακροπρόθεσμοι

Ο νοσηλεύτης-τρια βοηθά τον άρρωστο και την οικογένειά του να κατανοήσουν και να δεχτούν την ψυχολογική επίδραση της διάγνωσης του καρκίνου.

Τους ενθαρρύνει ότι και μετά την χειρουργική θεραπεία ο ασθενής μπορεί να ξαναγυρίσει κατά το δυνατό στην φυσιολογική ζωή, είτε με προσωπική ή μόνιμη τραχειοτομή.

Βέβαια η ευθύνη του νοσηλεύτη-τριας σε άρρωστο καταδικασμένο σε θάνατο είναι η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας που θα περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του.

Ο Νοσηλεύτης-τρια προετοιμάζει τον ασθενή για το νέο τρόπο επικοινωνίας λόγω του τραχειοστομίου και επεξήγηση για το τί είναι.

Να προετοιμαστεί και διδαχθεί τί πρέπει να προσέξει αφού τοποθετηθεί ο τραχειοσωλήνας.

Να ενημερωθεί ότι για τη διευκόλυνση κατάποσης των τροφών του κατά τις πρώτες μέρες μετά την εγχείρηση θα χορηγείται δίαιτα σε υγρά μορφή (υδρική) και τον διδάσκει και ενημερώνει για τα

μέτρα που θα παρθούν για εισπνοή εφυγρασμένου αέρα από την τραχειοστομία για διευκόλυνση της αναπνοής του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Για την αντιμετώπιση του πόνου η παρέμβαση του Νοσηλεύτη-τριας έχει μεγάλη σημασία για τον άρρωστο. Ο νοσηλευτής-τρια έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο. Ο νοσηλευτής-τρια έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό του πόνου από την απλή χορήγηση φαρμάκων. Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα του αρρώστου γεμάτο σκέψη και συνέπεια.

Ο τρόπος που ο νοσηλευτής-τρια αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει την ένταση και το άγχος του. Ο πόνος γίνεται αφόρητος όταν η κατανόηση και το Νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ότι τον παραμελούν όλοι.

Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα, εκτός από τον πόνο που κουράζουν τον άρρωστο και τον κάνουν ευαίσθητο.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων του

Ο Νοσηλευτής-τρια θα παρέμβει στην προσπάθειά του να περιορίσει τον πόνο του αρρώστου με τους εξής τρόπους : α) να μειώσει τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν στον άρρωστο ένταση. β) Να προλάβει τις καταθλιπτικές επιπτώσεις που έχουν σχέση με την προστατευτική απομόνωση για την ακτινοβολία που εκπέμπει. γ) Να χρησιμοποιήσει διακριτική προσέγγιση και ήπιο τόνο φωνής στην επαφή της με τον άρρωστο. δ) Πλησιάζει τον άρρωστο με στοργή και εκδηλώνει το ενδιαφέρον της. ε) Διδάσκει τον άρρωστο πώς να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση, παράγοντες που αυξά-

νουν τον πόνο και περιορίζουν το βαθμό της ανεκτικότητας του σ' αυτόν, στ) διερευνά αν εκτός από το φυσικό πόνο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί που συμβάλουν στη γέννηση ή την επιδείνωση ή τη μείωσή του και διερευνά εάν η ελλειψη του ύπνου, υπερβολική κόπωση κ.ά. μπορούν να είναι αιτία που γεννούν το πόνο ή τον επιδεινώνουν και τέλος ζητά από τον άρρωστο να εντοπίσει και να περιγράψει τον πόνο.

Σημαντική είναι και η παρέμβαση του νοσηλευτή-τριας στην αντιμετώπιση της δύσπνοιας. Τοποθετεί τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση, ανάρροπη ώστε να είναι ελεύθερη η αναπνευστική οδός. Εάν χρειαστεί χορηγεί O₂ και εξασφαλίζει σ' αυτόν ήρεμο περιβάλλον και με ήπιο τόνο στη φωνή της προσπαθεί να τον καθησυχάσει για γρηγορότερη αποκατάσταση της δύσπνοιας.

Η παρέμβαση του νοσηλευτή-τριας είναι πρωταρχική όταν ο ασθενής παρουσιάζει φόβο και ανησυχία που μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, επηρεασμό, το άγνωστο της μεταγχειρητικής εξέλιξης της καταστάσεώς του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.

Γι' αυτός ο νοσηλευτής-τρια με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Η προετοιμασία του νοσηλευτή-τριας, ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα του αρρώστου χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων καθώς και η προετοιμασία του με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλίες δημιουργούν κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό συντελεί στη μείωση ή και εξάλειψη των συναι-

σθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρχονται από το άγνωστο.

Τα συναίσθηματά αυτά φόβοι, ανησυχίες και ερωτήματα εμφανίζονται και στους οικείους του ασθενή.

Ο νοσηλευτής-τρια περιοριζόμενος στον κύκλο των αρμοδιοτήτων του οφείλει να πλησιάσει τους οικείους του ασθενούς, για να διαλύσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους και να απαντήσει στα πολλά τους ερωτήματα.

Η παρέμβαση του νοσηλευτή-τριας είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων. Τον βοηθά να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητα του και να τα χρησιμοποιήσει για να ανεχθεί και ν' αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια του. Προσπαθεί να μειώσει το άγχος και το φόβο του και τον ενθαρρύνει για να συνεργαστεί κατά την εκτέλεση των διαγνωστικών εξετάσεων. Βοηθά τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του και του κάνει γνωστό ότι η παρουσία του θα είναι συνεχώς καθ' όλη τη διάρκεια των εξετάσεων.

Η παρέμβαση του νοσηλευτή-τριας γίνεται ακόμα πιο δύσκολη όταν έρθει η στιγμή να προετοιμάσει τον άρρωστο για το είδος της θεραπείας που αποφασίστηκε σύμφωνα με την κατάστασή του.

Η προετοιμασία θα πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν πιο σύντομα για να μην υπάρχει κίνδυνος κάποιος αναρμόδιος να του ανακοινώσει το είδος της θεραπείας και προκαλέσει περισσότερα προβλήματα στο νοσηλευτή-τρια αλλά και στον ίδιο τον άρρωστο.

Το είδος του θεραπευτικού σχήματος θα εξαρτηθεί από την εντόπιση και την έκταση του όγκου, από την παρουσία ή μη τραχηλικών μεταστάσεων, καθώς και από την ηλικία και τη γενική κατάσταση

του αρρώστου.

Σε περίπτωση θεραπευτικού σχήματος μόνο με ακτιβολία ο νοσηλεύτης-τρια έχει την ευθύνη να ενημερώσει τον άρρωστο για τη θεραπεία που αποφασίστηκε και να τον προετοιμάσει ψυχολογικά. Είναι υποχρεωμένος να απαντήσει σε όλα τα ερωτηματικά που τον απασχολούν, έτσι ώστε να μειώσει την ανησυχία και το άγχος του. Ο νοσηλεύτης-τρια τον ενημερώνει για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τρόπο της μετέπειτα νοσηλείας του. Τον ενημερώνει και προετοιμάζει ότι μετά την εκτέλεση της εσωτερικής αυτής ακτινοθεραπείας απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή αφαιρεθεί.

Επίσης ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο (μέσω του παραθυρού παρακολουθήσεως του αρρώστου), εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού δηλ. μόλυνση απ' το ραδιόϊσότοπο εάν έρθουν σε επαφή με τον άρρωστό τους και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του ώστε να περιορισθεί το αίσθημα της μοναξιάς.

Στο δεύτερο σχήμα της χημειοθεραπείας ο νοσηλεύτης-τρια ενημερώνει τον ασθενή και εφαρμόζει αρχές διδασκαλίας για την εκπαίδευση του αρρώστου ν' αποδεχθεί, τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση και αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό προηγούμενης χημειοθεραπείας.

Κατά τη διάρκεια της εγχύσεως του φαρμάκου ο νοσηλεύτης-

τρια παρακολουθεί την περιοχή της φλεβοκεντήσεως για συμπτώματα υποδόριας εγχύσεως όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος ερυθρότητα και οίδημα.

Σε περίπτωση που παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα ο νοσηλευτής-τρια διακόπτει την έγχυση του φαρμάκου και διατηρεί τη φλεβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνει τον ιατρό.

Στο τρίτο θεραπευτικό σχήμα τη χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής-τρια παρεμβαίνει τονώνοντας το ηθικό του ασθενή και εξηγώντας του ότι μετά από προσωρινή ή μόνιμη τραχειοτομή θα μπορεί να ζει όσο το δυνατόν φυσιολογικά. Η προοπτική της καταστάσεως αυτής είναι φυσικό να φοβίζει τον άρρωστο προκειμένου να πάρει την απόφαση να υποβληθεί σε μια τόσο βαρεία επέμβαση.

Οι συνέπειες της λαρυγγεκτομής (με μόνιμη τραχειοστομία) πρέπει να προλαμβάνονται εγκαίρως απ' το νοσηλευτή-τρια με την πλήρη ενημέρωση του αρρώστου και των οικείων του, τόσο για την καλή έκβαση της επεμβάσεως όσο και για δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα, να αποκατασταθεί η φωνητική λειτουργία σε ικανοποιητικό βαθμό.

Έτσι, πριν την λαρυγγεκτομή ιδιαίτερα, ο άρρωστος πρέπει να αναθαρρύνεται ώστε να του δημιουργείται μετά ο ζήλος της επανακτήσεως της ικανότητας της ομιλίας που και ψυχολογικά ωφελεί και πρακτικά συμβάλλει στην κατάλληλη εκπαίδευση.

Τον ενημερώνει ότι έχει σχέση με την τραχειοτομή και το τί είναι και επεξηγεί την αναγκαιότητά της.

Η έκταση της προετοιμασίας του αρρώστου πριν την εγχείρηση επηρεάζεται από την ηλικία και την ωριμότητα του.

Στο τέλος της νοσηλείας του ασθενούς ο νοσηλευτής-τρια κά-

νει αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης, του οποίου ευθύνη είναι να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και παράλληλα με τη καταβαλλόμενη προσπάθεια για τη δυνατή ικανοποίησή τους, να προσπαθήσει να επιλύσει τα προβλήματα που προκύπτουν από την ικανοποίηση των αναγκών του.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Πρώτο μέλημα του νοσηλευτή-τριας πριν απ' την εγχείρηση είναι η τόνωση του ηθικού του αρρώστου. Πρέπει να μειώσει τους φόβους και τις ανησυχίες του που μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές στον εαυτό του.

Η ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς από τον νοσηλευτή-τρια θα τον βοηθήσει να δεχτεί το θεραπευτικό σχήμα και να νοιώσει ασφάλεια για την μετεγχειρητική πορεία του.

Η νοσηλεύτρια επιτρέπει στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια το φόβο του για την επέμβαση κάνοντας διάλογο μαζί του.

Αφού πετύχει την ψυχική προετοιμασία του αρρώστου, ενημερώνει και διδάσκει τί πρέπει να κάνει και να γνωρίζει μετά την εγχείρηση. Η ενημέρωση είναι απαραίτητη γιατί η άγνοια την οποία συνήθως έχει ο ασθενής γίνεται επικίνδυνη μεταγχειρητικώς. Το άγνωστο φοβίζει τον άνθρωπο και ιδιαίτερα τόσο σ' έναν καρκινοπαθή.

Τον ενημερώνει ο νοσηλευτής-τρια για την αναμενόμενη δυσκολία στην κατάποση για να μην ανησυχεί μετά την επέμβαση. Του αναφέρει ότι το διαιτολόγιο του στην αρχή θα είναι σε υγρά μορφή (υδρική) για να καταπίνει πιο εύκολα και για να αποφευχθεί το άλγος κατά την κατάποση. Τον καθησυχάζει ότι η τροφή θα αυξάνεται προοδευτικώς μέχρι να γίνει πολτώδης δια μέσου ρινογαστρικού καθετήρα (Levin) ο οποίος τοποθετείται από τη μύτη και όταν

μπορέσει να καταπίνει εύκολα θα δίνονταν όλα τα είδη τροφών. Του εξηγούμε ότι θ'αποφεύγονται στην αρχή οι υπερβολικά ξηρές τροφές για να μην ερεθίζουν την χειρουργική περιοχή.

Επεξηγείται στον ασθενή σε περίπτωση μόνιμης τραχειοτομής η δυνατότητα να συνεχίσει φυσιολογικά τη ζωή του με αυτήν, την αποκατάσταση της ομιλίας του μετά από ειδική θεραπεία και τρόποι αποκατάστασης της εμφάνισής του.

Η επίσκεψη ενός ατόμου με μόνιμη τραχειοτομή, που την έχει αποδεχτεί και ζει φυσιολογικά με αυτήν είναι ο καλύτερος τρόπος προετοιμασίας του ασθενούς.

Η πληροφόρηση για τη μετεγχειρητική περίοδο γενικά όσον αφορά την αναρρόφηση, την αλλαγή σωλήνα, την τεχνητή διατροφή και τη χορήγηση οξυγόνου εάν είναι απαραίτητη, ολοκληρώνει την προετοιμασία του για το τί θα συναντήσει στη μετεγχειρητική του πορεία.

Ο νοσηλεύτης αφού τακτοποιήσει το δωμάτιο και το κρεβάτι του ασθενή όπως γίνεται σε οποιαδήποτε εγχείρηση υποδοθεί επιπρόσθετα στο κομοδίνο του αρρώστου μπλοκ και μολύβι για την επικοινωνία του. Τον ενημερώνει ότι τουλάχιστον για 8 μετεγχειρητικές ημέρες η επικοινωνία του θα γίνεται με το μπλοκ και στυλό και είναι απαραίτητο γι' αυτόν να εκφράσει τα συναίσθημά του και να μην απομονωθεί στον εαυτό του και στην αρρώστιά του.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αντιμετωπίσει την υποστήριξη του αρρώστου κατά τη μεταβατική του περίοδο. Να προσπαθήσει να πείσει τον ασθενή να αποδεχθεί και να μάθει να ζει με την τραχειοτομή, δίνοντας πληροφορίες και εκπαιδεύοντας αυτόν στο νέο τρόπο ζωής. Με τη βοήθεια του νοσηλεύτη-τρια άρρωστος αρχίζει να συνειδητοποιεί την μόνιμη τραχειοτομήσαν μια πραγματικότητα.

θα πρέπει επίσης πάνω στο κομοδίνο ο νοσηλεύτής-τρια να τοποθετήσει δοχείο με αντισηπτική διάλυση, φυσιολογικός ορός, καθετήρες αναρροφήσεως, κουτί αποστειρωμένο με γάζες, τραχειοσωλήνες και φακαρόλα για την περιποίηση της τραχειοτομής μετεγχειρητικά και ψαλίδι για αφαίρεση της φακαρόλας σε περίπτωση που φράζει ο τραχειοσωλήνας από εκκρίσεις.

Στο θάλαμο του ασθενούς θα πρέπει επίσης να τοποθετηθεί συσκευή αναρρόφησης με αντισηπτική διάλυση.

Αφού ενημερώσει τον ασθενή για κάθε νοσηλευτική ενέργεια ο νοσηλεύτής-τρια προετοιμάζει το εγχειρητικό πεδίο με καθαριότητα αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις, εφ' όσον έχει προηγηθεί ο υπακλισμός και η σχετική δίαιτα.

Με την τελική παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς οδηγείται στο χειρουργείο για την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς διαιρείται σε άμεση και έμμεση.

Άμεση

Μετά την τοποθέτηση του αρρώστου στο χειρουργικό κρεβάτι ο νοσηλεύτής-τρια λαμβάνει τα ζωτικά του σημεία και τον τοποθετεί σε ανάρροπη θέση για μείωση του οιδήματος που δημιουργήθηκε κατά την εγχείρηση και επιβραδύνεται η αναπνοή του.

Η δυσκολία του ατόμου να προσαρμοστεί στη νέα αναπνευστική οδό του δημιουργεί ανησυχία, συναίσθημα ασφυξίας και ανασφάλεια. Η συχνή παρουσία του νοσηλεύτή-τριας κατά τις πρώτες ώρες

κοντά στον ασθενή τον ανακουφίζει και του δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας.

Αναγκαίο είναι η νοσηλεύτρια να κάνει συχνή αναρρόφηση από τον τραχειοσωλήνα (κάθε 10'-15' τις πρώτες ώρες) διότι η είσοδος του τραχειοσωλήνα σαν ξένο σώμα μέσα στην τραχεία προκαλεί υπερέκκριση του βλεννογόνου και γι' αυτό επιβάλλεται να κάνει συχνές αναρροφήσεις στην αρχή ώσπου να προσαρμοστεί ο οργανισμός στο ξένο σώμα.

Ο χρόνος κάθε ανάρροφησης πρέπει να διαρκεί τόσο, όσο ο νοσηλευτής-τρια να μπορεί να κρατήσει την αναπνοή της.

Η χορήγηση οξυγόνου και αναλγητικών για τον πόνο είναι απαραίτητα για την όσο το δυνατόν καλύτερη μετεγχειρητική πορεία. Βασικό καθήκον του νοσηλευτή-τριας είναι η δημιουργία τεχνητών συνθηκών κατά τις οποίες να θερμαίνεται, υγραίνεται και φιλτράρεται ο εισπνεόμενος αέρας. Αυτό επιτυγχάνεται με: α) τη διατήρηση της θερμοκρασίας του θαλάμου στους 25-27°C, β) με τη διατήρηση της ατμόσφαιρας καθαρής και χωρίς σκόνη, γ) με την τοποθέτηση και συχνή αλλαγή γάζας στο στόμιο του τραχειοσωλήνα και δ) με την αποφυγή ρευμάτων όπου κρύνει ο αέρας και αιωρείται σκόνη.

Μετά από πάροδο 6 μετεγχειρητικών ημερών ο ασθενής προσαρμόζεται στη νέα κατάσταση και δεν υπάρχει πια η ανάγκη των τεχνητών συνθηκών.

Η ενστάλλαξη μερικών σταγόνων φυσιολογικού ορού μέσα στον τραχειοσωλήνα βοηθεί στην αραίωση των βλεννών και καλύτερη αναρρόφησή τους και ερεθίζοντας το βλεννογόνο της τραχείας προκαλεί βήχα με συνέπεια να ελευθερώνονται οι βρόγχοι και οι κυψελίδες από τις εκκρίσεις.

Και η ψυχολογική υποστήριξη απ' τον νοσηλευτή-τρια ανήκει στην άμεση νοσηλευτική φροντίδα του, διότι η προσαρμογή και αποδοχή της νέας αναπνευστικής οδού είναι δύσκολη παρά την ενημέρωσή του προεγχειρητικά.

Έμμεση μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα

Περιλαμβάνει όσα ανάφερα παραπάνω καθώς και άλλες φροντίδες όπως, η διατροφή του αρρώστου, η οποία δίνεται τεχνικώς μέσω Levin και είναι υδρικής φύσεως στην αρχή. Το διαιτολόγιο αυξάνεται προοδευτικά, η τροφή γίνεται πολτώδης και όταν ο ασθενής μπορέσει να καταπιεί εύκολα, δίνονται όλα τα είδη τροφών, εξαιρούνται οι υπερβολικά ξηρές τροφές για να μην ερεθίζουν την χειρουργηθείσα περιοχή.

Οι αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα και εφ'όσον δεν επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενούς κάποια επιπλοκή μετά από 8-10 μετεγχειρητικές ημέρες δεν γίνονται.

Ο νοσηλευτής-τρια περιποιείται την περιοχή του περιστομιακού δέρματος με τη χρήση αλοιφής (νεοσπορίνη) για την πρόληψη σχηματισμού κρούστας και ρήξης του δέρματος.

Διδάσκει τον άρρωστο να τοποθετεί το χέρι του πίσω από το κεφάλι του για να διευκολύνεται όταν θέλει να σηκωθεί.

Διδάσκει για τροποποίηση της υγιεινής του στόματος δηλ. βούρτσισμα στη γλώσσα, την υπερώα και το εσωτερικό του στόματος για την καταπολέμηση της δυσοσμίας και πρόληψη μόλυνσης καθώς και τη χρήση μαλακής βούρτσας. Του εξηγεί ότι η καλή κατάσταση της στοματικής κοιλότητας και των δοντιών επηρεάζει την καλή υγεία του ατόμου π.χ. χαλασμένα δόντια και φουσκωμένα ούλα επιδρούν αρνητι-

κά στη μάσηση της τροφής. το στόμα μπορεί να ξεπλυθεί με αποσμητικό διάλυμα για αποφυγή δυσσομίας. Γι' αυτό, η συχνή καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας και των δοντιών βοηθούν τα μέγιστα στη διατήρηση της καλής υγείας των δοντιών.

Ο νοσηλεύτης-τρια επίσης διδάσκει τον άρρωστο βασικές αρχές αυτοπεριποίησης.

Διδάσκεται για τη φροντίδα του στομίου, τον καθαρισμό και την αντικατάσταση του εσωτερικού τραχειοσωλήνα. Την περιποίηση αυτή αναλαμβάνει ο ασθενής, όταν ανακτήσει τις φυσικές του δυνάμεις, αποδεχτεί την αναπηρία του και μπορεί να την κάνει ακίνδυνα (κατανόηση όρων ασηψίας, κατάλληλη τεχνική κ.λ.π.). Η διαδικασία περιλαμβάνει:

Τη γνώση των απαραίτητων αντικειμένων, τον τρόπο αφαιρέσεως του εσωτερικού τραχειοσωλήνα, την περιποίηση του τραύματος, την καθαριότητα και το βρασμό του εσωτερικού τραχειοσωλήνα και τον τρόπο επανατοποθετήσεώς του.

Ο ασθενής μετά από τη θεωρητική ενημέρωση παρακολουθεί την νοσηλεύτρια στην εκτέλεση των παραπάνω.

Η γλώσσα και το περιεχόμενο των πληροφοριών που θα χρησιμοποιήσει ο νοσηλεύτης-τρια θα εξαρτηθεί από το διανοητικό, μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο του αρρώστου, καθώς και από την ηλικία του. Ο νοσηλεύτης-τρια πρέπει να είναι σίγουρη ότι γίνεται κατανοητή.

Μετά την επαρκή παρακολούθηση από τον ασθενή των εργασιών που προαναφέρθηκαν, ο νοσηλεύτης-τρια τον βοηθά και τον παρακολουθεί στην εκτέλεση της αλλαγής και καθαριότητας του τραχειοσωλήνα από τον ίδιο. Η ολοκλήρωση της νοσηλείας αυτής από τον ασθενή γίνεται ποοδευτικά.

Ο ασθενής μετά την τραχειοτομή δεν μπορεί να μιλήσει όπως ανάφερα, γιατί ο αέρας δεν περνά από τις φωνητικές χορδές. Γι' αυτό ο νοσηλευτής-τρια εκπαιδεύει τον ασθενή να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του και με τον προφορικό λόγο. Λέει στον ασθενή να πάρει αναπνοή, αμέσως μετά να κλείσει με το δάκτυλο τον τραχειοσωλήνα και συγχρόνως να μιλήσει. Αυτό θα επαναλαμβάνεται μέχρι να ολοκληρώσει ότι θέλει να πει.

Η διδασκαλία της φυσιολογικής ομιλίας γίνεται με κατάλληλη λογοθεραπεία. Βάση της τροποποιημένης φωνής στην οποία εκπαιδεύεται ο άρρωστος είναι η οισοφαγοφωνία. Εάν ο άρρωστος δεν μπορεί να μάθει την οισοφαγοφωνία, τότε εφαρμόζεται η χρήση του ηλεκτρονικού λάρυγγα.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο άρρωστος πρέπει να ενημερωθεί ότι ο κίνδυνος για αναπνευστικές φλεγμονές είναι μεγάλος Γι' αυτό πρέπει να αποφεύγει κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους να προστατεύεται από κρουολογήματα κι αν ακόμα κρουολογήσει να κάνει εισπνοές ατμού.

Ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνει τον άρρωστο ότι η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων έχουν την τάση να ξηραίνουν το τραχειοστόμιο Γι' αυτό είναι απαραίτητη η συμβουλή του ιατρού του, καθώς επίσης τον διδάσκει ν' αποφεύγει τη χρησιμοποίηση καθαρού οινοπνεύματος γιατί ξηραίνει επίσης το στόμιο κι επιπλέον είναι ερεθιστικό.

Για την αποφυγή επιπλοκών ο νοσηλευτής-τρια διδάσκει τον άρρωστο να προστατεύει το στόμιο όταν κάνει ντους χρησιμοποιώντας πλαστικό κάλυμμα. Να μην κάνει μπάνιο στη θάλασσα και να προστατεύει το στόμιο όταν κόβει τα μαλλιά του ή χρησιμοποιεί πούδρα καθώς και μια στεγνή πετσέτα γύρω από το λαιμό του

όταν ξυρίζεται. Την αποφυγή χρήσης αλκοόλ και τσιγάρου γιατί ο ρόλος τους στην αιτιολογία του καρκίνου του λάρυγγος είναι σημαντικός.

Επειδή τον ασθενή απασχολεί η εμφάνιση του μετά την εξοδό του από το νοσοκομείο του εξηγεί ο νοσηλεύτης-τρια, ότι ένα καλά τοποθετημένο μαντήλι λαιμού για τη γυναίκα και κολλάρο για τον άνδρα, λύνει το πρόβλημα της εμφανίσεώς του. Το κολλιέ για τις γυναίκες που έχουν κάνει πρόσφατα τραχειοτομή, σκεπάζει τα ίχνη του τραύματος.

Ο νοσηλεύτης-τρια μέσω της αποκαταστάσεως προσπαθεί να επαναφέρει τον άρρωστο του στην προηγούμενη κατάσταση ύστερα από τη διατάραξη και αλλαγή που δέχτηκε. Σύμφωνα με αυτό η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας.

Πρέπει να είναι γνωστό στο νοσηλεύτη-τρια ότι ο καρκίνος δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά - που η αντιμετώπιση στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές σχεδόν ανύπαρκτη - αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά εφ' όσον ο άρρωστος με μόνιμη τραχειοτομή αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικά (το είδος της εργασίας που έκανε πριν την εγχείρηση μπορεί να μην του επιτρέπει τώρα να συνεχίσει) καθώς και ο φόβος ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν θα αποδεχτούν την αναπηρία του (μόνιμη τραχειοτομή). Κι εδώ καλείται ο νοσηλεύτης-τρια να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

**ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΛΑΡΥΓΓΟΣ
ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'

Στις 28.8.90 ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία ο Παπαχριστόπουλος Χαρίλαος 60 ετών συνταξιούχος και παραπονέθηκε για βράγχος της φωνής και δύσπνοια.

Μετά από ιατρική εξέταση δηλαδή έλεγχο του λαιμού και των λεμφαδένων έγινε λαρυγγοσκόπηση και εθωρήθηκε αναγκαίο να γίνει βιοψία.

Αφού εισήλθε στην κλινική έγιναν οι εξής απαραίτητες εξετάσεις για τη βιοψία: Rō θώρακος και ΗΚΓ τα οποία ήταν φυσιολογικά και γενική αίματος η οποία περιλάμβανε:

Λευκά αιμοσφαίρια	5.400/CM ³
Ερυθρά αιμοσφαίρια	4.660.000/CM ³
Αιμοσφαιρίνη (HG)	15,6%
Αιμοτοκρίτης (HT)	48,4%
Μέσος όγκος ερυθρών	91,3%
αιμοπετάλια	299.000/CM ³
ΤΚΕ	5 την 1η ώρα

Το Κ του αρρώστου ήταν 5,4, το Na 149, Ουρία 30, κρεατινίνη 1,2mg/100ml, γλυκόζη 245 και χρόνος ροής την 1η ώρα 13,8 και 2η 39,3'.

Η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθήθηκε ήταν: stedon tabl 1 X 1 και Daonil tabl 1X1 λόγω ύπαρξης σακχαρώδη διαβήτη.

Στις 29.8.90 μπήκε στο χειρουργείο όπου έγινε η βιοψία. Αφού επέστρεψε με ορό και ελέγχθηκαν τα ζωτικά σημεία ΑΠ 130/mmHg

και σφύξεις 75/min εδώθη AMOXIL sir των 500mg 1X3.

Το απόγευμα ελήφθη αίμα για Σάκχαρο με τιμή 236mg/100ml και γινόνταν test ούρων ανά 6ωρον. Μετά τα αποτελέσματα της εξέτασης αυτής θεωρήθηκε απαραίτητο η χορήγηση 15 M κρυσταλικής ινσουλίνης.

Στις 30.8.90 εβγήκε από το νοσοκομείο.

Εφ' όσον τα αποτελέσματα της βιοψίας ήταν θετικά δηλαδή είχε καρκίνο του λάρυγγα ο ασθενής επέστρεψε στις 5.9.90 για την χειρουργική επέμβαση που απαιτούσε η κατάσταση του. Ελήφθη αίμα για διασταύρωση, ουρία και σάκχαρο για να εξετασθούν πριν από τη διεξαγωγή της χειρουργικής επέμβασης.

Αφού ρυθμίστηκε το σάκχαρο στις 6.9.90 ο ασθενής μπήκε στο χειρουργείο, έγινε ολική λαρυγγεκτομή και επέστρεψε στην κλινική με ορό, Levin και ουροκαθετήρα μετά από 3h.

Η αναλγησία έγινε με τα εξής φάρμακα:

Pentothal 500mg

Fracrium 80mg

Feutany 500mg

Catepresan 150mg

Semid 5mg

Και τα αέρια που εδώθησαν ήταν:

$V_r = 800 \text{ ml } O_2$

$F_r = 10 \text{ ml } N_2O$

$F_iO_2 = 0,33 \text{ Flao}$

Και τα υγρά που πήρε μέσα στο χειρουργείο ήταν 3.000ml Ringers.

Γίνονταν συχνές αναρροφήσεις απ' τον τραχειοσωλήνα για τη μείωση των εκκρίσεων απ' αυτόν. Για τη μείωση του πόνου χορηγούν-

ταν κάποιο αναλγητικό συνήθως Aprotel amp.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο Νοσοκομείο γίνονταν αλλαγές του τραχειοσωλήνα. Παράλληλα γίνονταν test ούρων / βωρον και εφ' όσον ήταν απαραίτητο για τον ασθενή χορηγούνταν κρυσταλική ινσουλίνη.

Στις 12.9.90 ακολουθήθηκε η εξής φαρμακευτική αγωγή:

Briklin fl των 500 mg X 2

zinacef fl των 750 mg X 3

Florisan sup 1X1 και

Amoxil sir 2 X 3

Η σίτιση του ασθενή γινόταν με Levin και η δίαιτά του περιλάμβανε τσάϊ και γάλα στην αρχή και στην συνέχεια πολτοποιημένη τροφή.

Αφού έγινε διδασκαλία στον ασθενή όσον αφορά την αυτοπεριποίηση, τη χρησιμοποίηση του προφορικού λόγου, την καλή εμφάνισή του και την προφύλαξή του από διάφορους κινδύνους εξήλθε στις 16.9.90.

Ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη; Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή που πάσχει και πρόκειται να υποστεί χειρουργική επέμβαση από καρκίνο λάρυγγος εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Π Ρ Ο Κ Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Η Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
1. Φόβος και αγωνία κατά τη διάφορα των διαγνωστικών εξετάσεων.	Εξασφάλιση υποστήριξης με κατανόηση και ευσυνειδησία και προετοιμασία του αρρώστου να δεχτεί το θεραπευτικό σχήμα. Να επισημάνει στον άρρωστο της τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διαγνώσεων του όγκου στην πρόγνωση της ασθένειάς του.	Ενημέρωση του ασθενή για τον τρόπο που θα διεξαχθούν οι εξετάσεις. Προσπαθεί να μειώσει το άγχος και το φόβο του και τον ενθαρρύνει για να συνεργαστεί κατά την εκτέλεση των διαγνωστικών εξετάσεων.	Προετοιμάζουμε τον ασθενή για τις εξετάσεις: α) RÖ θώρακος β) ΗΚΓ γ) Γενική αίματος δ) Σάκχαρο και ουρία αίματος. Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη συχνή λήψη αίματος για τον έλεγχο του σακχάρου. ε) Έγινε προετοιμασία με μικρολαρυγγσκόπηση για βιοψία. Τονίσθηκε στον ασθενή η ανάγκη διεξαγωγής αυτών των εξετάσεων για την καλύτερη έκβαση της επεμβάσεως.	Ο ασθενής παρά την αγωνία και τους φόβους του για την πορεία της αρρώστιας του αποδέχτηκε τη σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων και τη φύση της θεραπείας του
2. Δύσπνοια	Εξασφάλιση άνεσης και ανακούφισης από τη δύσπνοια. Να περιορίσουμε την νευρικότητα και ανησυχία του ασθενή που επιβαρύνουν την δύσπνοια πλησιάζοντας με στοργή και ενδιαφέρον. Να μειώσει τους παρμόγον-	Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, εξασφάλιση ήρεμου αέρα και καλή αερισμένη και υποστήριξη των προβλημάτων που τον απασχολούν;	Τοποθετούμαι τον άρρωστο σε ανάρροπη θέση, ώστε να είναι ελεύθερη η αναπνευστική οδός και χορήγηση O ₂ εάν χρειαστεί. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να τον καθησυχάσει και τον συμβουλεύει να αποφεύγει την ομιλία για μείωση της	Η δύσπνοια αποκατέθηκε όταν η νοσηλεύτρια κατάφερε να μειώσει τα έντονα συναισθήματα που τον απασχολούσαν, και εφ'όσον χορηγήθηκε μικρή ποσότητα.

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
<p>τες στο περιβάλλον που δημιουργούν ένταση στον ασθενή.</p>	<p>Να μειώσει το φόβο του ασθενή για τυχόν απώλεια της φωνής του λόγω βράγχους με κατανόηση και ψυχική τόνωση.</p>	<p>Ενημέρωση του ασθενή ότι το βράγχος στη φωνή του μπορεί να παραμείνει και μετά την επέμβαση χωρίς όμως να υπάρχει απόλυτος φόβος απώλειας αυτής.</p>	<p>Διευκρίνιση του φόβου του ασθενή για την εμφάνιση βράγχους με τους άλλους νοσηλευτές-τρια έκρινε αναγκαίο να επισκεφθεί τον άρρωστο του άτομο με μόνιμη τραχειοτομή που την έχει αποδεχθεί και ζει φυσιολογικά μ' αυτήν.</p>	<p>Παρά την ενημέρωση του άρρωστου για την εξέλιξη της φωνής του μετά την επέμβαση ο φόβος για την απώλεια της ήταν φανερός γιατί οι περισσότερες ερωτήσεις του σχετίζονταν με την μετεγχειρητική πορεία της φωνής του.</p>
<p>4. Πόνος</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο και προσφορά βοήθειας με πλησίασμα του νοσηλευτή-τριας στον άρρωστο.</p>	<p>Χορήγηση αναλγητικών για τη μείωση του πόνου και ανακούφιση των προβλημάτων που τον απασχολούν. Να μειώσει τους παράγοντες του περιβάλλοντος που επιδεινώνουν την κατάσταση του αρρώστου.</p>	<p>Χορηγούμε 1 amp Arotel και πλησιάζουμε τον άρρωστο με στοργή και ενφύρον και διερευνάμε αν εκτός από το φυσικό πόνο υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιδείνωση του πόνου, συναισθηματικοί και κοινωνικοί.</p>	<p>Εκτός από την απλή χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων που έδωσε ο νοσηλευτής-τρια στον άρρωστο είχε θετικά αποτελέσματα λόγω της διπλής προσφοράς της να πλησιάζει τον άρρωστο διακριτικά, να μπορεί να εκφράσει ελεύθερα ακόμα και τα αίτια του πόνου που τον κάνουν ακόμα πιο λυπηρό.</p>
<p>5. Απορροθιμότητα</p>	<p>Βοηθία στη ρύθμιση του διαβήτη για τη διεξαγωγή της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>Κάνουμε καθημερινό έλεγχο του σακχάρου από 6/ωρο για ενημέρωση των τιμών του.</p>	<p>Κάθε 6 ώρες κάνουμε λήψη αίματος και test ουρών και εφόσον ήταν απαραίτητο για τον ασθενή χορηγούνταν κρυσταλλική ισοουλίνη και αγωγή με Daonil tabl lxi</p>	<p>Ο ασθενής ήταν ανήσυχος γιατί τον απασχολούσε όχι μόνο το χειρουργείο αλλά και η απορρόθμιση η οποία θα μπορούσε να καθυστερήσει την επέμβαση ή να δημιουργήσει περαιτέρω επι-</p>

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
<p>οθενή σε περίπτωση απορρύθμισης του σακχάρου.</p>	<p>Κι εδώ η ψυχολογική ενίσχυση απ' το νοσηλευτή-τρια ήταν απαραίτητη, γιατί ο ασθενής ένοιωσε ανασφάλεια για την πορεία της αρρώστιας του.</p>	<p>Προετοιμάζουμε τον ασθενή ψυχολογικά και τον ενημερώνουμε για ότι έχει σχέση με την τραχειοστομία και το τί είναι και επεξηγεί την αναγκαιότητά της. Να τον καθησυχάσει ότι η επικοινωνία του στην αρχή θα γίνεται γραπτώς και σταδιακά μπορεί να απορρατασταθεί με διάφορες μεθόδους θεραπείας.</p>	<p>Να ενημερώσουμε τον ασθενή με πιο τρόπο θα γίνει η χειρ/κή επέμβαση και προετοιμάσει αυτού, για μείωση της αγωνίας του και των φόβων του για την μετεγχειρητική εξέλιξη και ιδιαίτερα του τρόπου επικοινωνίας του με τους άλλους.</p>	<p>Η αγωνία και ο φόβος του αρρώστου μειώθηκε μετά την ενημέρωσή του από το νοσηλευτή-τρια καθώς από την εξασφάλιση ρύθμισης του σακχάρου. Δεν παύει όμως να τον απασχολεί η αποκατάστασή του μετά το χειρουργείο γι' αυτό κι η τελική παροχή φυσικής και συγκινησιακής του υποστήριξη απ' το νοσηλευτή-τρια ήταν αναγκαία για ηθική τόνωση και ελευθερία έκφρασης των συναισθημάτων του. Έτσι την επόμενη ημέρα οδηγήθηκε στο χειρουργείο, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα.</p>
<p>6. Αγωνία για τη διεξαγωγή της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>Ο νοσηλευτής-τρια αναφέρει κάθε ενέργεια που απαιτείται προεγχειρητικά όπως:</p> <p>α) Εγχειρητικό πεδίο, καθαριότητα και απολύμανση στο σημείο τομής.</p> <p>β) Απαραίτητος υποκλιτισμός και γ) η σχετική δίαιτα.</p> <p>για τη διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων έγινε έλεγχος υγρών και ηλεκτρολυτών με ακριβή μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών με λεπτομερή μέτρηση των ούρων με ογκομετρικό δοχείο.</p> <p>Για την προετοιμασία του δωματίου τοποθετούμε στο κομοδίνο του αρρώστου μλοκ, στυλό και καθρέπτη για να μπορεί να επικοινωνεί καθώς και δοχείο με αντισηπτική διάλυση, φυσιολογικό ορό, καθέτρες αναρρόφησης, κουτί αποστειρωμένο με γάζες, τραχειο-</p>	<p>Προετοιμάζουμε τον ασθενή ψυχολογικά και τον ενημερώνουμε για ότι έχει σχέση με την τραχειοστομία και το τί είναι και επεξηγεί την αναγκαιότητά της. Να τον καθησυχάσει ότι η επικοινωνία του στην αρχή θα γίνεται γραπτώς και σταδιακά μπορεί να απορρατασταθεί με διάφορες μεθόδους θεραπείας.</p>	<p>Να ενημερώσουμε τον ασθενή με πιο τρόπο θα γίνει η χειρ/κή επέμβαση και προετοιμάσει αυτού, για μείωση της αγωνίας του και των φόβων του για την μετεγχειρητική εξέλιξη και ιδιαίτερα του τρόπου επικοινωνίας του με τους άλλους.</p>	<p>Η αγωνία και ο φόβος του αρρώστου μειώθηκε μετά την ενημέρωσή του από το νοσηλευτή-τρια καθώς από την εξασφάλιση ρύθμισης του σακχάρου. Δεν παύει όμως να τον απασχολεί η αποκατάστασή του μετά το χειρουργείο γι' αυτό κι η τελική παροχή φυσικής και συγκινησιακής του υποστήριξη απ' το νοσηλευτή-τρια ήταν αναγκαία για ηθική τόνωση και ελευθερία έκφρασης των συναισθημάτων του. Έτσι την επόμενη ημέρα οδηγήθηκε στο χειρουργείο, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα.</p>

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοση- λευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευ- τικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
			σωλήνες και φακαρόλα για την περιποίηση της τραχειοτομής μετεγχει- ρητικά. Επίσης τοποθετού- με συσκευή αναρρόφησης με αντισταπτική διάλυση.	

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΛΑΡΥΓΓΟΣ

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
1. Δύσπνοια και υπερέκκριση υγρών.	Εξαφάνιση άνεσης και αναικούφισης για την μέτρηση της δύσπνοιας και της υπερέκκρισης υγρών.	Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι και περιβάλλον ήρεμο Απαραίτητες και συχνές αναρροφήσεις και επίγραψη των εκκρίσεων καθώς και χορήγηση O ₂	Προποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση για την ελευθερία των αναπνευστικών οδών για την ανακούφιση της δύσπνοιας και μείωση του οιδήματος που δημιουργήθηκε κατά την εγχείρηση. Κάνουμε συχνό έλεγχο των ζωτικών σημείων και συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα κάθε 10-15' τις πρώτες ώρες. Ο χρόνος κάθε αναρροφήσεως πρέπει να διαρκεί τόσο, όσο η αδελφή μπορεί να κρατήσει την αναπνοή της για να μη διακόπτεται η συχνότητα της αναπνοής του αρρώστου. Για την επίγραψη των εκκρίσεων η ενστάλαξη μερικών σταγόνων φυσιολογικού ορού μέσα στον τραχειοσωλήνα βοηθεί στην αρραίωση των γλενών και καλύτερη αναρρόφησή τους και ερεθίζοντας το βλεννογόνο της τραχείας προκαλεί βήχα με συνέπεια να ελευθερώνονται οι βρόγχοι και οι κυψελίδες από τις εκκρίσεις.	Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή εξελίχθηκε ομαλά, με τις συχνές αναρροφήσεις και την παρουσία του νοσηλευτή-τριας τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση. Δεχόταν κάθε φροντίδα και δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή.

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
2. Πόνος του ασθενή	Μείωση του πόνου που προέρχεται από το σημείο λαρυγγεκτομής.	Χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών για τη πρόληψη άμεσων και μακροχρόνιων επιπλοκών.	Χορηγούμε 1 amp arotel για τον πόνο και αντιβίωση ενδοφλεβίως με: Claforan 1 X 3 Flazil 1 X 3 Caramycin 1 X 3 για μία εβδομάδα.	Ο πόνος του ασθενή ελάχιστα μειώθηκε λόγω της αντισυμπτωτικής και αναλγητικής φροντίδας που του δόθηκε και η φροντίδα του νοσηλευτή τριπλά ανακουφίστηκε και έγινε καλύτερη.
3. Απώλεια φωνής	Να ενημερώσουμε τον ασθενή ότι η απώλεια της φωνής του με κατάλληλη θεραπεία μπορεί να επανέλθει. Να προτείνουμε την οικογένεια να δεχτεί την αναπηρία του και να τον αποδεχτούν.	Να εξηγήσουμε τον τρόπο επικοινωνίας με τους οικείους του. Να ενισχύσουμε ψυχολογικά τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αντιστοιχίας.	Έναρξη χρήσης σημειωματαρίου για επικοινωνία υποστηρίζουμε τον άρρωστο κατά τη μεταβατική του περίοδο. Αναφέρουμε στον ασθενή και την οικογένειά του, τρόπους με τους οποίους σταδιακά ο άρρωστος θα μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του, δια του προφορικού λόγου. Οι τρόποι αυτοί είναι: α) Λέμε στον ασθενή να πάρει αναπνοή άμέσως μετά να κλείσει με το δάκτυλό τον τραχειοσωλήνα και συγχρόνως να μιλήσει. β) διδάσκεται τον τρόπο, φυσιολογικής ομιλίας, καθώς και την ομιλία με το τεχνητό λάρυγγα (ειδική ηλεκτρονική μηχανή).	Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή χωρίς επιπλοκές βοήθησε στη γρήγορη ανάρρωση και ικανότητα να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του μέσω σημειωμάτων, και την αποδοχή αποκατάστασης της ομιλίας του.

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
4. Δυσκολία σίτισης.	Να μειώσουμε την δυσκολία του αρώστατου όταν καταπίνει.	Εξηγούμε στον άρρωστο ότι η χρήση του Levin είναι απαραίτητη για 8 ημέρες, τουλάχιστον.	Ενημερώνουμε τον άρρωστο ότι η λήψη τροφής τις πρώτες ημέρες θα γίνεται μέσω Levin χορηγούμε στον άρρωστο την τροφή του, η οποία είναι σε υγρό μορφή, τσάι, γάλα και την 4η ημέρα μετεγχειρητική ημέρα δίνουμε αραιά ποτοποιημένα και ποδουρικά πολτοποιημένα.	Λόγω της ενημέρωσης του ασθενή για την αναμενόμενη δυσκολία στην κατάρτιση δεν ανησυχούσε και δέχτηκε το διαιτολόγιό του μέσω του Levin.
5. Ανησυχεί για την αποκατάστασή του.	Να αποκαταστήσουμε τον άρρωστο επαναφέροντάς τον στην προηγούμενη κατάσταση ύστερα από τη διατήρηση και αλλαγή που δέχτηκε από τη λαρυγγεκτομή.	Του εξηγούμε ότι εφ' όσον ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού και του Νοσηλεύτη-τριας όσον αφορά για την αποκατάσταση της φωνής του ιδιαίτερα η πορεία της αποκατάστασης θα είναι ομαλή γι' αυτό και δεν πρέπει να ανησυχεί.	Ενημερώνουμε τον ασθενή για την καλύτερη αποκατάστασή του ότι αφορά την αυτοπεριοποίηση, αποκατάσταση ομιλίας, εμφάνιση και προφύλαξη από διάφορους κινδύνους. Διδασκαλία για την περιποίηση στομίου απ' τον Νοσηλεύτη-τρια και αργότερα από αυτόν.	Οι ανησυχίες του ασθενή μειώθηκαν αρκετά ιδιαίτερα όταν άρχισε να αυτοεξυπηρετείται. Ένοιωσε άνετα και ήταν ιδιαίτερα ευχαριστημένος από τις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού και έδειχνε πως ήταν την ημέρα εξόδου απ' το Νοσοκομείο προετοιμασμένος για την κοινωνική του επανένταξη.
				Νοσοκομείο προετοιμασμένος για την κοινωνική του επανένταξη
				αφού πρώτα πήρε τις απαραίτητες οδηγίες για τον τρόπο αποκατάστασης της φωνής του (οισοφαγοφωνία, ηλεκτρονικός λάρυγγας.)
				πάλειψη με βαζελίνη στο περιτομιακό δέρμα και να γνωρίζει τ' απαραίτητα

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
			αντικείμενα για τον τρόπο αφαίρεσης του εσωτερικού τραχειοσωλήνα, το βρασιμό και την καθαριότητα αυτού καθώς και τον τρόπο επανατοποθέτησής του. Συνιστούμε στον ασθενή την αποφυγή καπνίσματος και του αλκοόλ.	

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'

Στις 29.8.90 ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία ο Σκουτζής Κων/νος 56 χρόνων επάγγελμα κουρέας, ο οποίος παραπονέθηκε για δύσπνοια κατά την εξέτασή του από τον ιατρό διαπιστώθηκε ότι ο άρρωστος αυτός ήταν ενεργητικός καπνιστής.

Αφού έγινε επισκόπηση και ψηλάφηση της περιοχής έγινε λαρυγγοσκόπηση για πιθανή βλάβη αριστεράς φωνητικής χορδής. Συστήθηκε να γίνει εισαγωγή και ελήφθησαν εργαστηριακές εξετάσεις: RÖ θώρακος, ΗΚΓ άνευ σαφών παθολογικών αλλοιώσεων. Ουρία με τιμή 27mg%, γλυκόζη 74mg/100ml και χρόνος ροής την 1η ώρα 13,9' και τη 2η 50'.

Τα αποτελέσματα της γενικής αίματος περιλαμβάνουν:

Λευκά αιμοσφαίρια: 10.800/CM³

Ερυθρά αιμοσφαίρια: 5.290.000/CM³

Αιμοσφαιρίνη (HG): 15,6%

Αιμοτοκρίτης (Ht): 48,4%

Μέσος όγκος ερυθρών: 91,3/CM³

Αιμοπετάλια: 299.000/CM³ και

T.K.E. : 5 την 1η ώρα.

Τα φάρμακα που χορηγήθηκαν στον ασθενή ήταν:

Apoxil sir των 500mg 2 X 3 και επί πόνου:

1 Arotel amp και επί ισχυρού Pethidine amp

Στις 30.8.90 ο ασθενής ανέβηκε στο χειρουργείο για βιοψία με γενική νάρκωση όπου έγινε απολίνωση με μικρολαρυγγοσκόπηση λόγω υπερκερατινωτικής βλάβης της αριστερής φωνητικής χορδής.

Την ίδια μέρα εδόθη εξιτήριο στον ασθενή και αφού ελέγχθηκαν τα αποτελέσματα της βιοψίας από τους ιατρούς ειδοποιήθηκε για εισαγωγή στις 4.9.90 για κάθετη ημιλαρυγγεκτομή. Ελήφθη αίμα για διασταύρωση και ουρία και την άλλη μέρα στις 5.9.90

Η αναίτιση έγινε με τα εξής φάρμακα:

Pentothal	εδώθησαν	325 mg
Atarviton		75mg
Tracrium		60mg
Fentanyl		300mg
Atropine		2mg
Catapresan		150mg
Lasix		10mg
Neostamine		5mg και
Primperan		10mg

Τα αέρια που εδώθησαν μέσα στο χειρουργείο ήταν:

$O_2 = Vr 700ml$

$N_2O = Fr 12/min$

$Fluo = FiO_2 0,33$

Τα υγρά που πήρε ο ασθενής κατά τη διεξαγωγή της επέμβασης ήταν 2.000 ml Ringers.

Μετά το τέλος της επέμβασης μεταφέρθηκε στο δωμάτιό του, πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία γίνονταν συχνές αναρροφήσεις και παρακολούθηση της πορείας μετά την επέμβαση.

Η φαρμακευτική αγωγή που εδόθηκε ήταν:

Stedon tabl 1 X 5

Rideron amp 1 X 1

Caramycin Fl 80mg 1 X 3

Flagyl Fl 1 X 3

Amoxycillin Fl 1gr 1 X 3

Lonarid 1 X 1

Zinacef Fl 750mg 1 X 3 και

Amoxil sir 500mg 1 X 3

Ο ασθενής σιτιίζεται με Levin και τις δύο επόμενες μέρες μετά την επέμβαση του δίνεται γάζα και τσάϊ και μετά αραιά πολτοποιημένα και αργότερα πολτοποιημένα τροφή.

Στις 7.9.90 πήρανε αίμα απ' τον ασθενή για γενική αίματος με τα εξής αποτελέσματα:

Λευκά αιμοσφαίρια: 18.900/CM³

Ερυθρά αιμοσφαίρια: 4.600.000/CM³

Αιμοσφαιρίνη (HG): 13,7%

Αιματοκρίτης (Ht): 43%

Μέσος όγκος ερυθρών: 92.3/CM³

Αιμοπετάλια: 287.000/CM³

Πολυμορφοπύρρηνα: 84%

Λεμφοκύτταρα: 10%

Μονοπύρρηνα: 6%

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή ήταν ικανοποιητική, τη 2η μέρα σηκώθηκε όταν στις 10.9.90 το απόγευμα έκανε πυρετό με $\theta = 38^{\circ}\text{C}$ και εστάλη για παθολογική εξέταση και εδόθη εντολή λόγω της εμπύρετης κατάστασής του για αντιβιοτική αγωγή με: fl ampicilium τέσσερες φορές την ημέρα (1X4) και fl Briklin (1X2) την 9η μέρα μετά την εγχείρηση ο ασθενής άρχισε να μιλάει:

Αφού εδόθησαν ορισμένες οδηγίες στον ασθενή για τυχόν επιπλοκή της καταστάσεως του την 15η μετεγχειρητική ημέρα του έκαναν τοπική αναισθησία για να κλείσουν την τραχειοτομή και εδόθη σ' αυτόν εξιτήριο.

Ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή που πάσχει και πρόκειται να υποστεί χειρουργική επέμβαση από καρκίνο λάρυγγος εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
1. Δύσπνοια	Εξασφάλιση άνεσης και ανακούφισης από τη δύσπνοια. Να περιορίσουμε την νευρικήτητα και ανησυχία του ασθενή που επιβαρύνουν τη δύσπνοια πλησιάζοντας με σιτοργή και ενδιαιθέρον.	Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι και συνεχή παρακολούθηση καθώς και εξασφάλιση ήρεμου και καλά αερισμένου δωματίου.	Τοποθετούμε τον άρρωστο σε ανάρροπη θέση και χορηγούμε O ₂ . Τον υποστηρίζουμε και του λέμε ότι δεν υπάρχει φόβος αφού βρίσκεται σ' έμπιστα χέρια.	Ο ασθενής καθησύχασε και αποκαταστάθηκε η δυσκολία του στην αναπνοή αφού γινόταν χορήγηση O ₂ κατά διαστήματα.
2. Ανησυχία κατά την εκτέλεση των διαγνωστικών εξετάσεων και αγωνία των αποτελεσμάτων.	Μείωση της ανησυχίας και ψυχολογική στήριξη κατά τη διεξαγωγή των διαγνωστικών εξετάσεων.	Ενημερώνουμε τον ασθενή για την σπουδαιότητα των εργαστηριακών εξετάσεων και τον ενθαρρύνουμε για να συνεργαστεί κατά την εκτέλεσή τους.	Τονίσθηκε στον ασθενή η ανάγκη αυτών των εξετάσεων και προετοιμάζουμε αυτόν για τις εξής: α) Ro θώρακος β) ΗΚΓ γ) Γενική αίματος δ) μικρολαρυγγοσκόπηση για βιοψία την οποία τονίσθηκε στον ασθενή η σημασία του αποτελέσματός της για την έγκαιρη διάγνωση και έγινε ανάλυση του τρόπου εκτέλεσής της.	Η λεπτομερής αναφορά στον ασθενή του τρόπου διεκπαιρέωσης των εξετάσεων στάθηκε ενεργητική λόγω της ήπιας διεξαγωγής τους. Όμως το πόρισμα των διαγνωστικών εξετάσεων που ήταν κείμενη λαρυγγεκτομή έκανε τον άρρωστο ιδιαίτερα ανήσυχο παρά τις σημαντικές προσπάθειες του νοσηλευτή-τριας να κατευάνσει τη νευρικότητα και τους φόβους του.
3. Φόβος και αγωνία για την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος	Να ενημερώσουμε τον ασθενή ότι έχει σχέση με το θεραπευτικό σχήμα που θα εφαρμοστεί για τη μείωση της αγωνίας του.	Εξηγούμε ότι η απώλεια της φωνής του θα είναι προσωρινή γιατί η άγνοια την οποία μπορεί να έχει ο ασθενής να γίνει επικίνδυνη μετεγχειρητικώς	Ενημέρωση του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει η ημιλαρυγγεκτομή και προετοιμασία αυτού για τη μετεγχειρητική του εξέλιξη.	Ο άρρωστος παρουσίασε έντονο άγχος και αγωνία για το αβέβαιο μέλλον της υγείας του. Ιδιαίτερη ανησυχία έδειξε και τις ώρες που ζητούσε

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
	<p>Η νοσηλεύτρια να βοηθήσει τον άρρωστο να δεχτεί το θεραπευτικό σχήμα και να νοιώσει ασφάλεια για την μετεγχειρητική του πορεία.</p>	<p>Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει με λόγια το φόβο του για την επέμβαση κάνοντας διάλογο μαζί του. Επαφή του ασθενή με άτομο που έχει υποβληθεί σε ημιλαρυγγεκτομή για να ανακουφιστεί ότι θα αποκτήσει ξανά την ομιλία του.</p>	<p>Κάνουμε αναφορά για κάθε ενέργεια που απαιτείται προεγχειρητικά: α) Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου με καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία της περιοχής. β) Στον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα με τη βοήθεια του υποκλισμού και γ) δίνονται. Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι το κλείσιμο του λάρυγγα θα γίνει μετά από λίγες ημέρες μετεγχειρητικά. Εξασφαλίζουμε ήσυχο δωμάτιο και τοποθετούμε στο κομοδίνο του αρρώστου σημειωμάριο για την επικοινωνία του με τους άλλους για τις 8 μετεγχειρητικές μέρες περίπου γιατί προδευτικώς ο άρρωστος θα μπορεί να μιλά. Τοποθετούμε τα απαραίτητα αντικείμενα για τις συχνές αναρροφήσεις και αλλαγές του εσωτερικού τραχειοσωλήνα.</p>	<p>να καπνίσει. Η απαγόρευση αυτής της συνήθειας που του είχε γίνει βίωμα, του έκανε πιο νευρικό. Όμως το γεγονός ότι θα έκανε κάρτερ ημιλαρυγγεκτομή με προσωρινή και όχι μόνιμη λαρυγγεκτομή τον ενθάρρυνε μετά από τόνωση ηθική.</p>
4. Ισοζύγιο υγρών	<p>Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων πριν τη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Έλεγχος ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών για την καλύτερη διαξαγωγή της χειρ/κής.</p>	<p>Κάνουμε ακριβή μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για τυχόν ανισοζύγιο, με λεπτομερή μέτρηση των ούρων σε ογκομετρικό δοχείο.</p>	<p>Το ισοζύγιο των υγρών του ασθενή ήταν σε φυσιολογικές τιμές 1200-1500 κ.εκ. ούρα περίπου το 24ωρο και δεν δημι-</p>

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοση- λευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευ- τικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
				ουργήθηκε κανένα πρόβλημα για την έκβαση της χει- ρουργικής επέμβασης όσον αφορά το ισοζύγιο.

Προβλήματα του ασθενή	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
<p>1. Πόνος και εμπύρετο κατάσταση.</p>	<p>Στην αρχή ο ασθενής παρουσίασε έντονα ψυχολογικά προβλήματα και αρνητισμό. Με την ομαλή εξέλιξη της πορείας του (αφού ανακουφίστηκε απ' τον πόνο και τον πυρετό) άρχισε να ενθαρρύνεται και να δέχεται περισσότερο τις φροντίδες του προσωπικού.</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών</p> <p>Δίνουμε 1 amp Aprotel και επί ισχυρού πόνου 1 amp Pethidine. Λόγω εμπύρετου επεισοδίου που εμφανίστηκε με τη 2η μετεγχειρητική ημέρα μετά από παθολογική εξέταση εδώθη Fl ampicillin 1X4 και Fl Brilkin 1X3.</p>	<p>Εκτίμηση των αποτελεσμάτων</p> <p>Στην αρχή ο ασθενής παρουσίασε έντονα ψυχολογικά προβλήματα και αρνητισμό. Με την ομαλή εξέλιξη της πορείας του (αφού ανακουφίστηκε απ' τον πόνο και τον πυρετό) άρχισε να ενθαρρύνεται και να δέχεται περισσότερο τις φροντίδες του προσωπικού.</p>
<p>2. Δύσπνοια η οποία οφείλονται στη νέα αναπνευστική οδό.</p>	<p>Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση για διευκόλυνση της αναπνοής και μείωση του οιδήματος που δημιουργήθηκε κατά την επέμβαση. Επίσης κάνουμε συχνό έλεγχο των ζωτικών σημείων του ασθενή.</p>	<p>Χορήγηση αναλγητικών για τη μείωση του πόνου και αντιπυρετικών και μείωση των παραγόντων του περιβάλλοντος που επιδεινώνουν την κατάσταση του αρρώστου (διάτρεξη της συχότητας του, εννοχητικό επισκέπτες κλπ).</p>	<p>Εκτίμηση των αποτελεσμάτων</p> <p>Η δύσπνοια του ασθενή αποκαταστάθηκε πολύ γρήγορα λόγω της έγκαιρης αντιμετώπισης απ' το προσωπικό.</p>
<p>3. Εκκρίσεις του ασθενή από την υρέκκριση υγρών απ' τον τραχειοσωλήνα.</p>	<p>Απαλείπτες οι συχνές αναρροφές κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες καθώς και η εφίγρταση αυτών.</p>	<p>Απαλείπτες οι συχνές αναρροφές κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες καθώς και η εφίγρταση αυτών.</p>	<p>Εκτίμηση των αποτελεσμάτων</p> <p>Η συχνή παρακολούθηση του ασθενή και οι αναρροφές που γίνονταν συχνά τον βοήθησαν να νοιώθει πιο άνετα και ν' αναπνέει πιο εύκολα. Ήταν συνεργάσιμος στην προσπάθεια του προσωπικού να τον κάνει να νοιώσει ασφαλεία και σιγου-</p>

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
			<p>διακόπτεται η συχνότητα της αναπνοής του αρρώστου. Για την επίγρραση των εκκρίσεων η ενστάλλαξη μερικών σταγόνων φυσιολογικού ορού μέσα στο τραχειοσωλήνα βοηθεί στην αραίωση των βλεννών και καλύτερη αναρρόφησή τους.</p>	<p>ριά κατά τη μετεγχείρωτική του πορεία.</p>
4. Δυσκολία σίτισης	Να μειώσουμε τη δυσκαταποσία του ασθενή.	Ενημέρωση ότι το διαιτολόγιό του θα είναι υδαρής φύσεως κι ότι η χρήση του Levin μετά από κάθε χειρουργική επέμβαση λάρυγγος ή στοματικής κοιλότητας είναι απαραίτητη.	<p>Δίνουμε στον άρρωστο τη τροφή του η οποία είναι σε υγρή μορφή, τσάι ή γάλα και αργότερα δίνουμε αραιά πολτοποιημένα και προσθετικά πολτοποιημένα.</p>	<p>Ο άρρωστος δεν παρουσίασε ιδιαίτερο πρόβλημα με την τοποθέτηση του Levin το οποίο γνώριζε ότι ήταν προσωρινό 8 ημέρες περίπου.</p>
5. Ηθική πτώση.	Εξασφάλιση τόνωσης ηθικού του ασθενή, και ενημέρωση ότι η οικογένειά του νοιάζεται γι' αυτόν.	Φέρνουμε σε επαφή άτομο που είχε υποστεί ημιλαρυγγεκτομή και ζει φυσιολογικά, και ζει φυσιολογικά, βοηθείας του αρρώστου είναι να καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Του λέμε ότι η αποκατάστασή του θα είναι σύντομη και δεν υπάρχει λόγος ν' ανησυχεί.	<p>Το εξηγούμε ότι θα μπορεί να ζει φυσιολογικά όπως και πριν. Ο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Του λέμε ότι η αποκατάστασή του θα είναι σύντομη και δεν υπάρχει λόγος ν' ανησυχεί.</p>	<p>Ο ασθενής ικανοποιημένος από τη βελτίωση της υγείας του οπλίστηκε με περισσότερη δύναμη και θάρρος και κατάλαβε την ανάγκη προσωπικής προσπάθειας για την αποκατάστασή του. Με το κλείσιμο της τραχειοτομής ο ασθενής ένιωθε ανακούφιση και ευχαρίστησε το προσωπικό και ιδιαίτερα το νοσηλεύτρια για την αγάπη και υπομονή που έδειξαν κατά τη διάρ-</p>

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Προγραμματισιμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
				<p> μετα νοσηλείας του στο νοσοκομείο. Πριν την έξοδο από το νοσοκομείο εδόθησαν οδηγίες στον ασθενή για αποφυγή καταχρήσεων (κάπνισμα, αλκοόλ) και συνέπτησ' αυτόν η απαχόληση με ενδιαφύρουσες και επινοδομητικές δραστηριότητες προς αποφυγή του καπνίσματος. </p>

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η αντιμετώπιση του καρκίνου έχει ήδη γίνει σήβερα ειδικότητα της νοσηλευτικής γι' αυτό δημιουργείται η ανάγκη ειδικεύσεως αυτής στα νεοπλάσματα.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο λάρυγγος απαιτεί σήμερα εξειδικευμένο προσωπικό με γνώσεις και πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου που να ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του και ιδιαίτερα σ' έναν ασθενή με ολική λαρυγγεκτομή όπου ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του ασθενή και να τις ικανοποιεί με στοργή και ενδιαφέρον.

Ο ρόλος του-της στην σωστή ενημέρωση, έγκαιρη διάγνωση πρόληψη και θεραπεία είναι πολύ ουσιαστικός.

Είναι απαραίτητο όλοι οι Νοσηλευτές-τριες να ενημερώνονται και να γνωρίζουν ότι έχει σχέση με την ογκολογική Νοσηλευτική καθώς και τον σημαντικό ρόλο του στην περιποίηση και αποκατάσταση του ασθενούς καθώς και την βοήθεια της εντάξεώς του στους κόλπους της οικογένειας και της κοινωνίας γενικά.

Τηρώντας όλα τα παραπάνω πετυχαίνεται η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με "καρκίνο λάρυγγος".

Αναμφίβολα πρέπει να σημειωθεί ότι η κάθε περίπτωση του αρρώστου με καρκίνο λάρυγγος πρέπει να εκτιμάται σαν ειδική περίπτωση και μ' αυτό το πνεύμα πρέπει να χειρίζεται ο νοσηλευτής-τρια και ιδιαίτερα να κάνει ανάλυση της ψυχολογικής κατάστασεως του αρρώστου και της ιδιοσυγκρασίας του.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ASSIMAKOPOULOS D., BLIOURAS K., SKEYAS A. "Καρκίνος εδάφους του στόματος και κινητού τμήματος της γλώσσας", ΟΤΟΡΡΙΝΟΛΑΡΥΝΓΟΛΟΓΙΚΑ ΗΕΛΛΕΝΙΚΑ, Τόμος 10, Τεύχος 3-4, σελ. 281-291, Ιούλιος - Δεκέμβριος 1990.
- ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Δ.Α., ΒΗΣΑΡΑΚΗΣ Κ. "Τα επείγοντα καθημερινά προβλήματα των όγκων του λάρυγγα και η αντιμετώπισή τους", Τόμος 11, Τεύχος 1, σελ. 82-89, Ιανουάριος - Μάρτιος 1990.
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Π., ΔΕΔΕΛΙΑΣ Π., ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ Σ., ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Α.Α. "Χαμηλή τραχειοστομία στο πρόσθιο μεσοθωράκιο για την αντιμετώπιση τοπικής υποτροπής Ca λάρυγγος στο τραχειόστομα", "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ", ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟ ΥΠΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ, Τόμος 11, Τεύχος 1, σελ. 14-15, Φεβρουάριος 1990.
- ΜΑΝΩΛΙΔΗΣ Δ.Σ. "ΕΠΙΤΟΜΗ ΟΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ", "Παθήσεις ωτων-ρινός-λάρυγγος-κεφαλής και τραχήλου", έκδοση 8η, Εκδόσεις Σακκουλά, Θεσσαλονίκη 1983.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ., "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Α', Έκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1986.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ., "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Β', Μέρος 2ο, έκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- ΜΠΑΛΑΤΣΟΥΡΑΣ Δ. - ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ Κ. - ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Π. - ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Κ., "Ο ρόλος του καπνίσματος και του αλκοόλ στην αιτιολογία του

καρκίνου του λάρυγγος", ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ, ΤΡΙ-
ΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟ ΥΠΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓ-
ΓΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ, τόμος 10, Τεύχος 3-4, σελ. 5-8,
Δεκέμβριος 1989.

ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ Π., "Μαθήματα Ωτορινολαρυγγολογίας", 10η έκδοση,
Εκδόσεις "ΖΗΤΑ", Θεσσαλονίκη 1986.

ΣΑΧΙΝΗ Α. - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ., "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική", Τόμος 1ος, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1985.

ΣΑΧΙΝΗ Α. - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ., "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική", Τόμος 2ος, Μέρος Α', Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα
1985.

HARRISON, "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Β', Έκδοση 10η, Επιστημο-
νικές εκδόσεις "ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ", Αθήνα 1987.

ΧΕΛΙΔΟΝΗ Σ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ, "Εγχειρίδιο Ωτορινολαρυγγολογίας", ΙΑΤΡΙ-
ΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα 1985.

