

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π,

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: <<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ>>

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ι.ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ ΠΑΥΛΟΣ

ΠΑΤΡΑ 1990



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2134 0
----------------------	--------



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλευτική Διεργασία σε ασθενή με λαρυγγεκτομή

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ: ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ ΠΑΥΛΟΥ

Υπεύθυνος Καθηγητής
(Υπογραφή).....

Όνοματεπώνυμο: Γεώργιος Γ. Νικολακόπουλος

Επιτροπή εγκρίσεως πτυχιακής εργασίας	
Όνοματεπώνυμο	Υπογραφή
1).....
2).....
3).....

Πτυχιακή εργασία για την λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1990

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί το 2% των καρκίνων του σώματος και είναι μία σοβαρή ασθένεια που επιφέρει στο άτομο πληθώρα προβλημάτων που δεν είναι μόνο σωματικά αλλά κοινωνικά και ψυχολογικά που απαιτούν προσπάθειες επίλυσής τους.

Σκοπός της εργασίας είναι να προσεγγίσει το θέμα του καρκίνου του λάρυγγα και της λαρυγγεκτομής αφού πρώτα γίνει αναφορά στους κατατοπιστικούς όρους (π.χ. ανατομικούς, φυσιολογικούς κ.λπ.).

Στην εργασία μελετώνται και παρουσιάζονται τρόποι νοσηλευτικής προσέγγισης των προβλημάτων με βάση την εξοικειωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και νοσηλευτική διερεύνηση. Αναφέρονται επίσης δύο περιστατικά λαρυγγεκτομημένων στόμων που νοσηλεύτηκαν στην Ω.Ρ.Λ. Κλινική του 409 Νοσοκομείου Πατρών απ'όπου διαπιστώνεται τόσο η προσαρμογή στην αναπηρία που αφήνει στον άρρωστο μία τέτοια θεραπεία όσο και η αποδοχή του νέου τρόπου ζωής.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Σε αυτή τη σελίδα θα ήθελα να εκφράσω την ευχαρίστησή μου στην δακτυλογράφο Μητροπούλου Κατερίνα που δέχθηκε να δακτυλογραφήσει την εργασία Σαββατοκύριακο συμβάλλοντας έτσι στην εμπρόθεση κατάθεση της εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	I
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	II
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	III
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	2
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	17
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ-ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	27
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	27
ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	28
ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	30
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	32
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	34
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	37
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	37
ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	40
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣΗΣ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ	53
ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ	66

	Σελίδα
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ι. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο λάρυγγας αποτελεί ένα περίπλοκο από πλευράς ανατομικής μέρος του σώματος καθώς και ένα πολύτιμο όργανο που εκτός της άλλες λειτουργίες του χαρίζει στον άνθρωπο την ικανότητα της ομιλίας, της έκφρασης του πνευματικού του κόσμου και την δυνατότητα της επικοινωνίας γενικότερα.

Η εμφάνιση και επέκταση του καρκίνου στην περιοχή αυτή που συμβαίνει συχνότερα από κάθε άλλο σημείο ή όργανο της ωτο-ρινός-λάρυγγος και τραχήλου περιοχής αποτελεί σαφή κίνδυνο για κάθε περιοχή του λάρυγγα γενικά καθώς και για την επιβίωση του ατόμου.

Στη θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα λαμβάνεται κύρια υπόψη η εντόπιση και έκταση του καρκίνου καθώς και η παρουσία ή όχι των τραχηλικών μεταστάσεων. Η λαρυγγεκτομή συντηρητική ή ολική σαν χειρουργική επέμβαση για την θεραπεία είναι μία <<σοβαρή>> και πολύωρη επέμβαση και επιφέρει στον ασθενή αναπηρία ανολόγου βαθμού καθώς και σοβαρά ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα.

Γενικός στόχος της μελέτης είναι να κατατοπίσει για την ανατομία, φυσιολογία και παθολογία της περιοχής του λάρυγγα και ειδικότερα να αναφερθεί στην περίπτωση του καρκίνου και των τρόπων θεραπείας του με έμφαση στην επέμβαση της λαρυγγεκτομής καθώς και στην νοσηλευτική παρέμβαση στα πολλαπλά προβλήματα που επιφέρει στον άρρωστο η θεραπεία αυτή.

ΙΙ. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας είναι ένα αυλοειδές όργανο, του οποίου η κοιλότητα σχηματίζεται από την διάρθρωση 9 χόνδρων. Ο χόνδρινος σκελετός του λάρυγγα συναρμολογείται στέρεα με συνδέσμους και ενισχύεται με μύες, η δε εσωτερική του επιφάνεια, όπου βρίσκονται τα φωνητικά κέντρα καλύπτεται από βλεννογόνο.

Ο λάρυγγας βρίσκεται στη μέση γραμμή του τραχήλου, καλυπτόμενος μόνο από το δέρμα και την τραχηλική περιτονία, ενώ πίσω του έχει τον υποφάρυγγα και πιο πίσω από αυτόν τον 4ο, 5ο και 6ο αυχενικό σπόνδυλο. Στα πλάγια έχει τους κάτω από το νοειδές οστό μύες και το θυροειδή σδένα και προς τα πίσω (και πλάγια) το αγγειονευρώδες δεμάτιο του τραχήλου. Κρέμεται δε ο λάρυγγας από το νοειδές οστόν & εμπέσως από την ρίζα της γλώσσας και στηρίζεται από κάτω επάνω στην τραχεία που μορφολογικά αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του.

Το σχήμα του λάρυγγα στο άνω μέρος του μοιάζει με τριγωνική πυραμίδα της οποίας η βάση είναι προς τα πίσω, ενώ στο κάτω μέρος είναι κυλινδρικό. Ο αυλός του λάρυγγα έχει δύο στόμια, το άνω (ή φaryγγικό) και το κάτω (ή τραχειακό). Το άνω έχει σχήμα ωοειδές και το επίπεδό του δεν είναι οριζόντιο αλλά κεκλιμένο προς τα μπρος και άνω προς τα πίσω και κάτω (είσοδος του λάρυγγα). Το δε κάτω στόμιο του λάρυγγα είναι κυκλικό και μεταπίπτει απ'ευθείας στον αυλό της τραχείας χωρίς κανένα σαφές όριο ή άλλο χαρακτηριστικό (Ε.Σ. ΧΕΛΙΔΟΝΗ 1985).

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

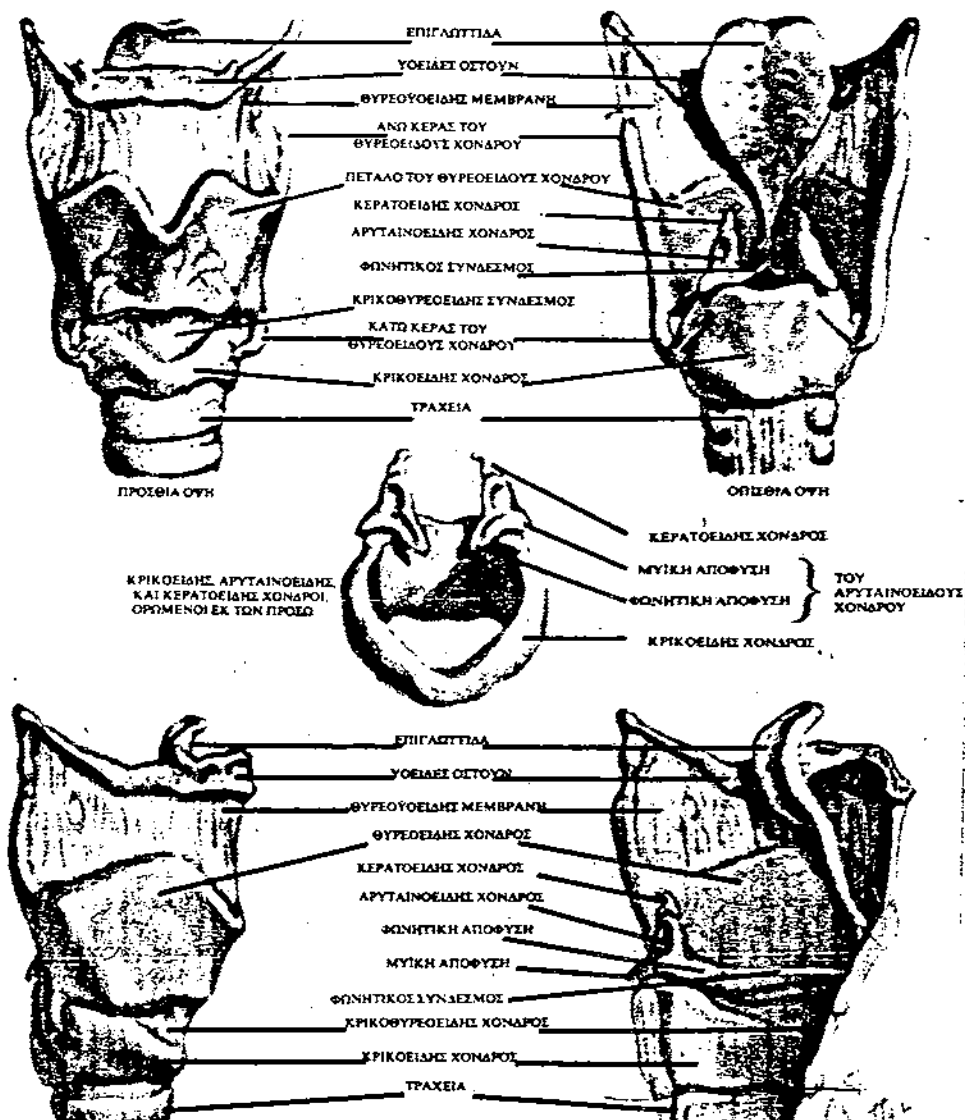
1. Ο θυροειδής (επειδή μοιάζει με θυρεό) είναι ο μεγαλύτερος, αποτελείται από δύο τετράπλευρα πέτα, που ενώνονται μπροστά (στην μέση γραμμή του τραχήλου) και σχηματίζουν γωνία (το μήλο του Αδάμ) περισσότερο έκδηλη στον άνδρες.

2. Ο κρικοειδής (που μοιάζει με κρίκο) είναι στο πίσω μέρος πλατύτερος και σχηματίζει το πίσω τοίχωμα του λάρυγγα. Το άνω χείλος του βρίσκεται σε λοξό επίπεδο από τα εμπρός και κάτω προς τα πίσω και άνω. Το δε κάτω χείλος του βρίσκεται σε οριζόντιο επίπεδο και αποτελεί την βάση του λάρυγγα. Στα πλάγια ο κρικοειδής χόνδρος έχει από μία απόφυση με τις οποίες συντάσσεται με το θυροειδή χόνδρο, στην ανώτερη δε μοίρα της οπίσθιας επιφάνειας του έχει άλλες δύο αποφύσεις με τις οποίες συντάσσεται με τους αρυταινοειδείς χόνδρους. Επειδή ο χόνδρος αυτός είναι το μοναδικό ανατομικό στοιχείο του λάρυγγα με την μορφή πλήρους δακτυλίου η προφύλαξή του είναι μεγάλης σημασίας για την διατήρηση ανοικτής της αεροφόρου οδού.

3. Οι αρυταινοειδείς χόνδροι (που μοιάζουν με ελαιοδοχείο) είναι δύο και βρίσκονται στο πίσω μέρος του λάρυγγα (ένας δεξιά και ένας αριστερά). Ο καθένας τους έχει σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας, που η βάση της συντάσσεται με τον κρικοειδή χόνδρο και η κορυφή της (προς τα πάνω) με τον κερταοειδή χόνδρο. Είναι πολύ σημαντικοί (λειτουργικώς) χόνδροι, γιατί έχουν από μία φωνητική και μυϊκή απόφυση, στις οποίες προσφύονται οι φωνητικοί σύνδεσμοι & οι φωνητικοί μύες.

4. Η επιγλωττίδα μοιάζει με φύλλο δένδρου, του οποίου ο μίσχος προσφύεται στην έσω επιφάνεια της πρόσθιας γωνίας του λάρυγγα. Προβάλλει δε η επιγλωττίδα σε λοξό επίπεδο από κάτω και μπρος προς τα πάνω και πίσω, ενώ κατά την κατάποση τραβιέται προς τα κάτω αποφράσσει την είσοδο του λάρυγγα.

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



Εικόνα 1. Χόνδροι του λάρυγγα

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

Ετερόχθονες είναι:

1. Ο υοθυροειδής υμένας που συνδέει το υοειδές οστό με τον θυροειδή χόνδρο.

2. Οι υοθυροειδείς σύνδεσμοι (μέσος και δύο πλάγιοι) που αποτελούν παχύτερες και σκληρότερες ζώνες του υοθυροειδή υμένα.

3. Ο υοεπιγλωττιδικός υμένας που συνδέει το υοειδές οστό με την πρόσθια επιφάνεια της επιγλωττίδας και αποτελεί τον πυθμένα των γλωσσοεπιγλωττιδικών βοθρίων.

4. Ο κρικοτραχειακός σύνδεσμος που συνδέει κυκλικά τον κρικοειδή χόνδρο με το πρώτο ημικύκλιο της τραχείας.

Αυτόχθονες είναι:

1. Ο ελαστικός υμένας του λάρυγγα που βρίσκεται κάτω από το βλεννογόνο της λαρυγγικής κοιλότητας σε όλη την έκταση της, έτσι ώστε να επαλείφει από μέσα το χόνδρινο σκελετό. Διακρίνεται σε δύο μοίρες, την άνω και την κάτω. Η άνω μοίρα εκτείνεται από το χείλος της επιγλωττίδας μέχρι τους αρυταινοειδείς χόνδρους και η κάτω (που λέγεται και ελαστικός κώνος) που έχει για άνω όριο τη λαρυγγική κοιλία και κάτω το άνω όριο του κρικοειδούς χόνδρου. Προς τα πάνω παχύνεται και σχηματίζει το φωνητικό σύνδεσμο, που αποτελεί το σκελετό της φωνητικής χορδής. Ο ελαστικός υμένας αποτελεί την βάση από την οποία εξορμούνται και σχηματίζονται όλοι οι αυτόχθονες σύνδεσμοι.

2. Ο αρυταινοεπιγλωττιδικός υμένας (ή τετραγώνος υ-

υμένας) αντιστοιχεί στην άνω μοίρα του ελαστικού υμένα του λάρυγγα και αποτελεί τον υπόθεμα της αρυταινοεπιγλωττιδικής πτυχής. Το κάτω χείλος του υμένα αυτού αποτελεί το νόθο φωνητικό ή κοιλιαίο σύνδεσμο.

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

4. Ο κρικοθυροειδής σύνδεσμος είναι επίσης πάχυνση του ελαστικού υμένα και συμπληρώνει το κενό που υπάρχει μεταξύ θυροειδούς και κρικοειδούς χόνδρου στο πρόσθο μέρος του λάρυγγα.

Οι μύες του λάρυγγα διακρίνονται επίσης σε αυτόχθονες και σε ετερόχθονες.

Οι ετερόχθονες μύες διακρίνονται σε αυτούς που βρίσκονται πάνω και σε αυτούς που βρίσκονται κάτω από το υοειδές οστό. Οι πάνω από το υοειδές οστό μύες είναι: ο γενειουδής, ο διγύστωρ, ο γναθουοειδής και ο βελονουοειδής που μαζί με τον κρικοφαρυγγικό μυ τραβούν προς τα πάνω το υοειδές οστό και μαζί του και τον λάρυγγα. Οι κάτω από το υοειδές οστό μύες είναι ο στερνοϋοειδής ο θυροϋοειδής και ο ωμοϋοειδής που τραβούν το υοειδές οστό προς τα κάτω συμβάλλοντας έτσι στην κατάποση.

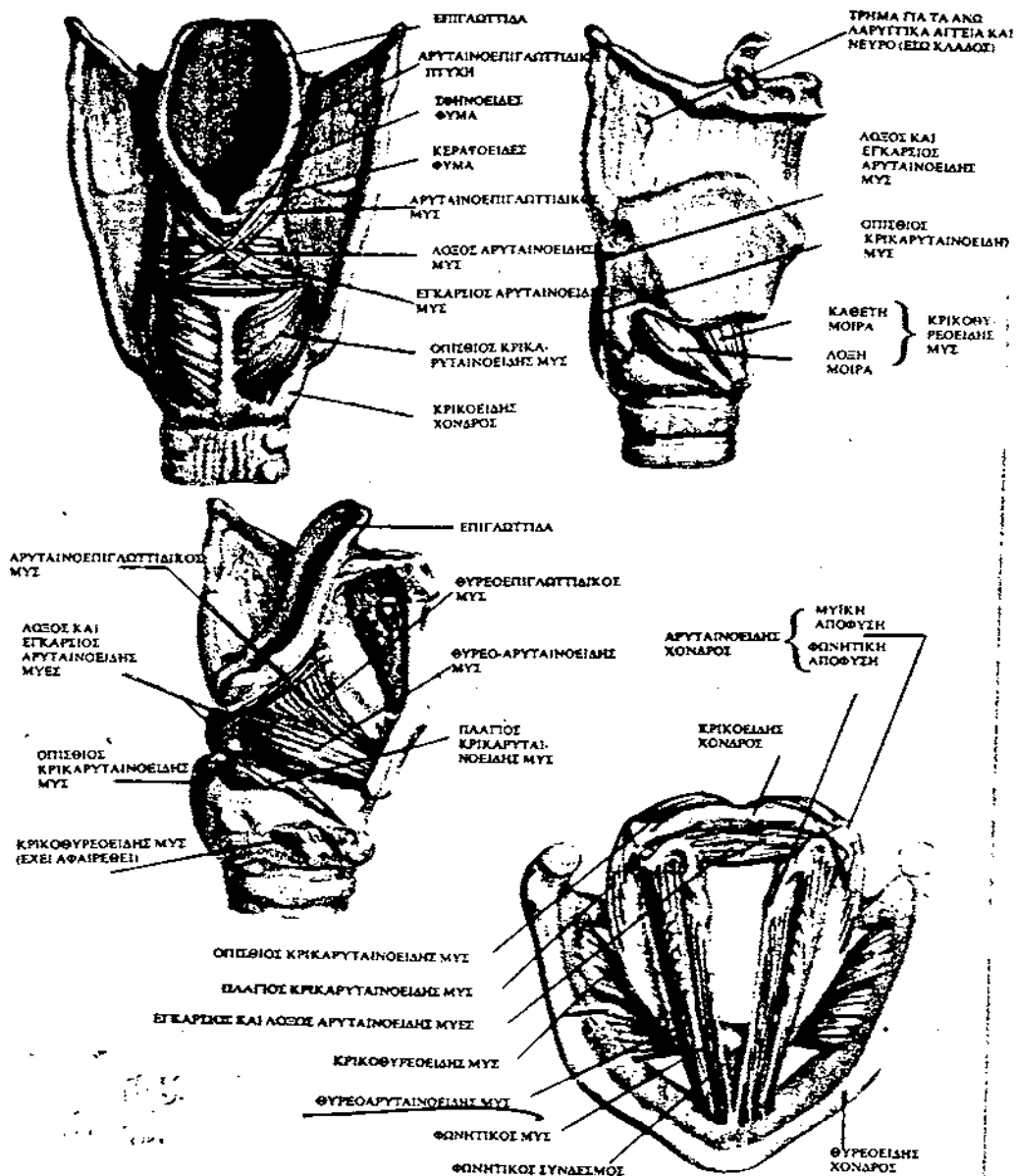
Οι αυτόχθονες μύες του λάρυγγα κινούν τους χόνδρους του κατά την κατάποση και την ομιλία, έτσι ώστε απ'την μία να προφυλάσσουν από την είσοδο ξένων σωμάτων και απ'την άλλη συμβάλλουν στη φώνηση. Είναι όλοι διφωνείς (δη. ένας δεξιά και ο άλλος αριστερά) εκτός από τον εγκάρσιο αρυταινοειδή που είναι μονοφυής. Τους αυτόχθονους μύες τους διακρί-

νουμε σε αυτούς που ανοίγουν την γλωττίδα και είναι ο δεξιός και αριστερός οπίσθιος κοιλιαρταινοειδής και σε αυτούς που κλείνουν όπως οι πλάγιοι κρικαρταινοειδείς, ο εγκάρσιος αρταινοειδής, οι λοξοί αρταινοειδείς, οι κρικοθυροειδείς και οι θυροαρταινοειδείς. Η έσω και κατώτερη μοίρα των θυροαρταινοειδών μυών αποτελεί τον φωνητικό μυ. Μερικές ίνες της άνωτερης μοίρας αυτού του μυ καταλήγουν στην επιγλωττίδα σχηματίζοντας τον θυροεπιγλωττιδικό μυ. Τέλος ο θυροαρταινοειδής μυς ανταγωνίζεται τον κρικοθυροειδή και καθορίζει το πάχος και την τάση της φωνητικής χορδής ρυθμίζοντας έτσι και την συχνότητα του παραγόμενου ήχου. **(Εικ. 2)**

Κοιλότητες του λάρυγγα

Η κοιλότητα του λάρυγγα μοιάζει με κλεψύδρα που έχει δύο μοίρες φαρδύτερες και μία στενότερη. Οι μοίρες αυτές είναι: η άνω μοίρα ή υπεργλωττιδική, η μεσαία μοίρα ή γλωττιδική και η κάτω μοίρα ή υπογλωττιδική.

Η άνω μοίρα ή υπεργλωττιδική (ή πρόδρομος του λάρυγγα) έχει άνω όριο την είσοδο του λάρυγγα και κάτω το ελεύθερο χείλος της κοιλιαίας πτυχής (νόθου φωνητικής χορδής). Σε καταμέτρω τομή εμφανίζει σχήμα χωνιού. Είναι πιεσμένη από τα πλάγια και εμφανίζει τέσσερα τοιχώματα, πρόσθιο, οπίσθιο και δύο πλάγια. Το πρόσθιο σχηματίζεται από την οπίσθια (λάρυγγική) επιφάνεια της επιγλωττίδας και το θυροεπιγλωττιδικό σύνδεσμο. Είναι πλατύτερο επάνω και στενότερο κάτω, και στο σημείο που αρχίζει να στενεύει παρουσιάζει κύρτωση προς τα μέσα του αυλού του λάρυγγα που αποτελεί το επιγλωττιδικό φύμα. Το οπίσθιο τοίχωμα είναι χαμηλό-



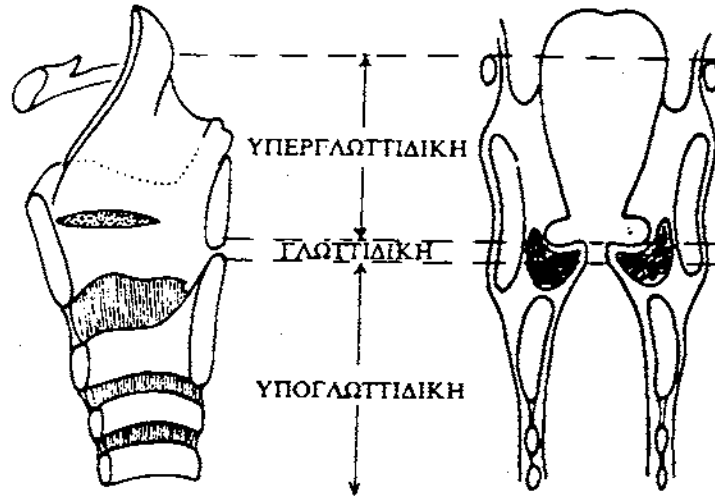
Εικόνα 2. Αυτόχθονες μύες του λάρυγγα.

τερο από το πρόσθιο και σχηματίζεται από την άνω μοίρα των αρυταινοειδών χόνδρων και την μεταξύ αυτών πτυχή. Τα δύο πλάγια τοιχώματα σχηματίζονται από τις αντίστοιχες αρυταινοεπιγαστρίδικες πτυχές και από την μέσα επιφάνεια των αντίστοιχων κοιλιαίων πτυχών.

Η μεσαία μοίρα ή γλωττιδική της λαρυγγικής κοιλότητας έχει άνω όριο τα ελεύθερα χείλη των κοιλιαίων πτυχών και κάτω το επίπεδο της κάτω επιφάνειας της γνήσιων φωνητικών χορδών. Παρουσιάζει στα πλάγιά της (δεξιά και αριστερά) από ένα κόπλωμα, τη λεγόμενη λαρυγγική (ή Μοργάνειο)κοιλία. Το έδαφος της λαρυγγικής κοιλίας σχηματίζεται από την άνω επιφάνεια της γνήσιας φωνητικής χορδής η δε οροφή από την νόθο φωνητική χορδή. Μέσα στην λαρυγγική κοιλία εμβάλλουν οι πόροι πολλών αδένων που χρησιμεύουν για την εφύγρανση των φωνητικών χορδών. Στη μέση, μεταξύ δεξιάς και αριστερής κοιλιαίας πτυχής σχηματίζεται η σχισμή του προδρόμου του λάρυγγα. Αντίστοιχα μεταξύ των φωνητικών χορδών σχηματίζεται η σχισμή της γλωττίδας. Τα δύο πρόσθια τριτημόρια της γλωττίδας αποτελούν την φωνητική μοίρα ενώ το οπίσθιο τριτημόριο την ανασπνευστική που σχηματίζεται από τις φωνητικές αποφύσεις και την έσω επιφάνεια των αρυταινοειδών χόνδρων. Κατά την προσαγωγή των φωνητικών χορδών κατά την φώνηση η γλωττίδα εμφανίζεται σαν μία επιμήκης σχισμή, ενώ κατά την απαγωγή τους στην εισπνοή έχει σχήμα τριγωνικό με την κορυφή προς τα εμπρός. Οι νόθες φωνητικές χορδές (κοιλιαίες πτυχές) δεν έχουν καμμία συμμετοχή στην φώνηση.

Η κάτω ή υπογλωττιδική μοίρα της λαρυγγικής κοιλότητας έχει ως πάνω όριο την κάτω επιφάνεια των γνήσιων φωνητικών χορδών και κάτω το χείλος του κρικοειδή χόνδρου. (βάση λάρυγγα). Σε κατά μέτωπο τομή η μοίρα αυτή εμφανίζεται με την μορφή αντίστροφου χωνιού. Το πρόσθιο τοίχωμα της μοίρας σχηματίζεται από την κάτω μοίρα του θυρεοειδή χόνδρου, από το εμπρός τμήμα του κρικοειδή χόνδρου και από

τον κρικοθυρεοειδή υμένα. Το οπίσθιο τοίχωμα της αποτελεί το πίσω μέρος του κρικοειδή χόνδρου.



Εικόνα 3. Σχηματική παράσταση των τριών περιοχών (μοιρών) του λάρυγγα (κατά BIRREL).

Ο βλεννογόνος του λάρυγγα καλύπτει την κοιλότητα του στην οποία είναι στέρεα κολλημένος, εκτός από την υπογλωττιδική μοίρα και την περιοχή του φαρυγγικού στομίου όπου η προσκόλληση είναι χαλαρή και επιτρέπει την δημιουργία οιδήματος.

Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι κροσσωτό, εκτός από την περιοχή των φωνητικών χορδών και του προδρόμου όπου είναι πλακώδες. Αμέσως κάτω από το επιθήλιο και επιπολής της ελαστικής στιβάδας υπάρχει ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού (ο χώρος του REINKE) στον οποίο δεν υπάρχουν λεμφαγγεία.

Τα αγγεία του λάρυγγα αποτελούν κλάδους της άνω και κάτω λαρυγγικής αρτηρίας καθώς και της κρικοθυρεοειδικής. Οι φλέβες συνοδεύουν τις αρτηρίες και εκβάλλουν στην άνω και κάτω θυρεοειδή φλέβα.

Τα λεμφαγγεία του λάρυγγα χαρακτηρίζονται από το υποβλενογόνο λεμφοδίκτυο το οποίο εκτείνεται σχεδόν ομοιόμορφα τόσο υπεργλωττιδικά όσο και υπογλωττιδικά. Αυτό είναι πυκνότερο στην υπεργλωττιδική μοίρα και σχεδόν ανύπαρκτο στην γλωττιδική.

Τα λεμφαγγεία της υπεργλωττιδικής μοίρας ακολουθούν την άνω λαρυγγική αρτηρία και φέρονται εις τα άνω εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια τα οποία βρίσκονται στην περιοχή της έσω σφατίτιδας κοντά στο σημείο διχασμού της κοινής καρωτίδας.

Το λεμφαγγειακό σύστημα των φωνητικών χορδών χαρακτηρίζεται γενικά ως υποτυπώδες και το ελεύθερο χείλος των φωνητικών χορδών στερείται κάθε λεμφαγγειακού δικτύου. Η λέμφος της περιοχής αυτής είτε παροχετεύεται στα λεμφαγγεία της υπεργλωττιδικής μοίρας είτε οδηγείται σε μικρό λεμφογάγγλιο που βρίσκεται στον κρικοθυρεοειδή υμένα.

Τα λεμφαγγεία της υπογλωττιδικής μοίρας διαιρούνται σε δύο ομάδες από τις οποίες η πρώτη (πρόσθια) καταλήγει στα προκρικοειδή λεμφογάγγλια και η δεύτερη (οπίσθια) στα παρατραχειακά λεμφογάγγλια.

Τα νεύρα του λάρυγγα είναι το άνω και κάτω λαρυγγικό που αποτελούν κλάδους του πνευμονογαστρικού. Το άνω λαρυγγικό νεύρο χωρίζεται σε δύο κλάδους, τον έσω και τον έξω. Ο έσω είναι καθαρά αισθητικός και εξυπηρετεί την άνω μοίρα

του λάρυγγα. Ο έξω είναι μεικτός και εξυπηρετεί κινητικά μεν τον κρικοθυροειδή μυ, αισθητικά δε (μαζί με το κάτω λαρυγγικό) την υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα.

Το κάτω λαρυγγικό νεύρο ή παλίνδρομο είναι μεικτό και εξυπηρετεί κινητικά όλους τους αυτόχθονες μύες (εκτός του κρικοθυροειδή) αισθητικά δε την υπογλωττιδική μοίρα.

ΙΙΙ. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας είναι κυρίως αναπνευστικό και φωνητικό όργανο συμβάλλει όμως και σε άλλες φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού.

Η αναπνευστική λειτουργία του λάρυγγα δεν αποτελεί παθητική κατάσταση απλής διόδου του αέρα, αλλά είναι φανερό ότι συμβάλλει ενεργώς και στην ρύθμιση της αναπνοής. Εκτός από την άποψη, ότι το όνοιγμα της γλωττίδας και η θέση των φωνητικών χορδών μεταβάλλεται ανάλογα με τον βαθμό οξυγονώσεως του αίματος (αναλόγως χημικής συνθέσεως αίματος, pH, πυκνότητας CO₂) βέβαιο είναι ότι αυτό γίνεται ρυθμικά και κατά τις συνήθεις αναπνευστικές κινήσεις.

Κατά την εισπνοή οι φωνητικές χορδές προσάγονται επίσης ανάλογα με την έντασή της. Και όταν κατά την φώνηση οι φωνητικές χορδές εφάπτονται μεταξύ τους, παραμένει ανοικτή η αναπνευστική μοίρα της γλωττίδας για να μην διακοπεί η αναπνοή.

Η φωνητική λειτουργία του λάρυγγα έχει τις γνωστές πολύπλευρες και τεράστιες επιπτώσεις στον κοινωνικό βίο του ανθρώπου. Η φώνηση αποτελεί το υψηλότερο επίτευγμα του

λάρυγγα και μέσω αυτού είναι δυνατή η έκφραση της σκέψης και η άμεση πνευματική επικοινωνία.

Για την παραγωγή της φωνής απαιτείται η δημιουργία ρεύματος αέρα, ο οποίος θα περνά μέσω από στενή δίοδο, ο σχηματισμός ηχητικών κυμάτων με διαφόρου συχνότητας πυκνώσεις και αραιώσεις του αέρα και η παρουσία ηχείων για διαμόρφωση της χροιάς του ήχου. Ο λειτουργικός μηχανισμός και η μορφολογία της λάρυγγικής κοιλότητας παρέχουν τις προϋποθέσεις αυτές, συμβάλλουν όμως ουσιωδώς και τα φωνητικά μόρια (στόμα, μύτη, υπερώα, φάρυγγα) στην διαμόρφωση του έναρθρου λόγου.

Η φωνή του ανθρώπου επιδέχεται μεταβολές, διότι όλα τα όργανα που συμμετέχουν στον σχηματισμό της είναι δυνατόν να μεταβληθούν π.χ. η πίεση του αέρα από τους πνεύμονες, η τάση και το εύρος της γλωττιδικής σχισμής, η θέση του λάρυγγα προς τον χώρο αντηχήσεως και ο ίδιος ο χώρος αντηχήσεως είναι δυνατό να μεταβληθούν.

Η επικρατούσα θεωρία για την παραγωγή της φωνής είναι η μυοελαστική κατά την οποία πρόκειται για μια αεροδυναμική διεργασία που οφείλεται στην υπογλωττιδική πίεση του αέρα και την ελαστικότητα των φωνητικών χορδών. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή το ρεύμα αέρα επιτυγχάνεται χάρις την σύσπαση των εκπνευστικών μυών. Επειδή όμως η γλωττίδα είναι κλειστή η πίεση του αέρα αυξάνει στον υπογλωττιδικό χώρο, και όταν υπερβεί την αντίσταση των φωνητικών χορδών διανοίγει την γλωττίδα, από την οποία βρίσκει διέξοδο ο αέρας, οπότε ελαττώνεται η πίεσή του. Τότε οι φωνητικές χορδές που είναι ελαστικές (και με την συμβολή της συσπάσεως

των θυρεοαρυταινοειδών μυών) συμπλησιάζουν και κλείνουν την γλωττίδα. Έτσι όμως αυξάνει πάλι η υπογλωττιδική πίεση του αέρα, η οποία ανοίγει εκ νέου την γλωττίδα κ.ο.κ..

Η ένταση του ήχου εξαρτάται από την δύναμη του εκπνεόμενου ρεύματος αέρα και από το εύρος της δόνησης των φωνητικών χορδών.

Το ύψος του θεμελιώδους ήχου καθορίζεται από το μήκος και το πάχος και την τάση των φωνητικών χειλέων καθώς και από τον εκπνεόμενο ρεύμα αέρα. Οι ανατομικές διαφορές στο ύψος της φωνής στηρίζονται κυρίως στην διαφορά μήκους και πάχους των φωνητικών χορδών και γενικά στο διαφορετικό μέγεθος του λάρυγγα.

Ο κύκλος των αυξομειώσεων της πίεσης του αέρα και της αντίστοιχης διανοίξεως και συγκλίσεως της γλωττίδας που αναφέραμε λίγο πριν επαναλαμβάνεται με συχνότητα που προσδιορίζει τη συχνότητα του παραγόμενου ήχου. Ο λάρυγγας είναι δυνατόν να παράγει ήχους διαφόρων συχνοτήτων οι οποίοι καλύπτουν σε κάποιον τραγουδιστή έως δυόμισι οκτάβες. Αυτό επιτυγχάνεται με την μεταβολή του μήκους, της τάσεως και του πάχους των φωνητικών χορδών. Έτσι για την παραγωγή χαμηλής συχνότητας ήχων η ελαστικότητα των φωνητικών χορδών είναι μέγιστη και επιτρέπει δονήσεις μεγάλου πλάτους. Σε πολύ χαμηλής συχνότητας ήχους η φωνητική χορδή δονείται σε όλο της το μήκος καθώς και η ανασπνευστική μοίρα της γλωττίδας. Στην παραγωγή βέβαια ήχων μέσης συχνότητας δονούνται τα δύο πρόσθια τριτημόρια των φωνητικών χορδών & για υψηλές συχνότητες δονείται μόνο το πρόσθιο τριτημόριο και τότε οι φωνητικές χορδές είναι λείες και τεντωμένες.

Έτσι παράγονται αρμονικοί ήχοι διαφόρων συχνοτήτων. Η λειτουργία αυτή επιτελείται με την συνεργασία όλων των

μυών κυρίως όμως επιτυγχάνονται χάρη στην σύσπαση του θυροσαρταινοειδή μυ. Αυτή όμως δεν περιορίζεται μόνο στην κίνηση των φωνητικών χορδών αλλά και στην μεταβολή του μεγέθους των λαρυγγικών κοιλιών και της θέσης της επιγλωττίδας. Η επιγλωττίδα είναι δυνατό να έρθει προς τα πίσω και να περιορίσει το εύρος του στομίου του λάρυγγα δημιουργώντας έτσι φίλτρο το οποίο ενισχύει τους χαμηλής συχνότητας ήχους και αποσβένει τους υψηλής συχνότητας.

Τα ηχεία της φωνής είναι οι αεροφόρες κοιλότητες άνω και κάτω από την γλωττίδα όπως η θωρακική κοιλότητα και η τραχεία, η λαρυγγική κοιλία και ο πρόδρομος του λάρυγγα, ο φάρυγγας, το στόμα, οι ρινικοί θάλαμοι και οι παραρινικές 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 βράγχος της φωνής που είναι και το σημαντικότερο σύμπτωμα των παθήσεων του λάρυγγα.

Η ικανότητα του φωνητικού οργάνου δεν οφείλεται μόνο στην περίπλοκη κατασκευή του λάρυγγα αλλά και σε ειδικά εγκεφαλικά κέντρα που είναι αναπτυγμένα γι' αυτόν. Τα κέντρα αυτά είναι τέσσερα και εντοπίζονται στο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου σε δεξιόχειρες. Αυτά είναι:

- Το ακουστικό και αισθητικό κέντρο του λόγου
- Το οπτικό κέντρο του λόγου
- Το κινητικό κέντρο της γραφής, και
- Το κινητικό γλωσσικό κέντρο

Τα τέσσερα αυτά κέντρα (συνδεόμενα μεταξύ του λειτουργικά) αποτελούν το καλούμενο γλωσσικό κέντρο που στην νεο-

γνική ηλικία είναι <<λευκό>>.

Η προστατευτική λειτουργία του λάρυγγα συνίσταται στο ότι ενεργά σαν σφικτήρας με τον οποίο αποφράσσεται το άνω στόμιο της λαρυγγικής κοιλότητας. Αυτό γίνεται με το τράβηγμα προς τα πίσω της επιγλωττίδας και την σύμπτωση των αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών. Έτσι προφυλάσσεται η αναπνευστική οδός από την είσοδο ξένων σωμάτων. Επίσης με το αντανάκλαστικό του βήχα ο λάρυγγας συμβάλλει στην αποβολή εκκρίσεων και ξένων σωμάτων και συνεπώς στον καθαρισμό της αναπνευστικής οδού.

Η αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης και η καθήλωση του θώρακα οφείλονται σε σημαντικό βαθμό στην λειτουργία του λάρυγγα ως σφικτήρα αλλά κυρίως στην σύσπαση και σύγκλιση των νόθων και γνήσιων φωνητικών χορδών. Με τον τρόπο αυτό ο αέρας εγκλωβίζεται από την τραχεία και κάτω και αυξάνει την ενδοθωρακική πίεση που είναι αναγκαία για τον βήχα και το φτάρνισμα. Συγχρόνως αυξάνεται και η ενδοκοιλιακή πίεση που είναι αναγκαία για την αποπάτηση, την ούρηση, τον τοκετό κ.τ.λ..

Εξάλου με την αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης γίνεται και καθήλωση του θώρακα με την οποία αυτός σταθεροποιείται και συμβάλλει στην εκτέλεση βαριάς χειρωνακτικής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ
ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΟ ΛΑΡΥΓΓΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

I. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι μέθοδοι εξέτασης του λάρυγγα είναι οι εξής:

1. Έμμεση λαρυγγοσκόπηση. Η μέθοδος αυτή είναι η πιο συνηθισμένη που εμφανίζεται στην καθημερινή πράξη. Για την εκτέλεση της απαιτείται το μετωπιαίο κάτοπτρο (CLARK) και το λαρυγγοσκόπιο, που είναι σαν το οδοντιατρικό κάτοπτρο και χρησιμοποιείται με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή με σκοπό να δούμε την εικόνα της εξεταζόμενης περιοχής στην ανακλώσα επιφάνειά του φωτίζοντάς την.

2. Άμεση λαρυγγοσκόπηση. Αυτή γίνεται με ειδικό όργανο το άμεσο λαρυγγοσκόπιο, που αποτελείται από ένα σωλήνα ή ημισωλήνα με κάμψη στο ένα του άκρο και οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα. Το λαρυγγοσκόπιο αυτό εισάγεται στο στόμα του εξεταζόμενου και φέρεται προς τα πίσω μέχρι το πρόσθιο άκρο του συναντήσει την επιγλωττίδα, την οποία παρακάμπτει με ελαφρή υπέγερση του ρύγχους του και έτσι βρίσκεται πλέον στον πρόδρομο του λάρυγγα. Η εκτέλεση της άμεσης λαρυγγοσκόπησης γίνεται συνήθως με γενική νάρκωση μπορεί όμως να γίνει και με τοπική αναισθησία. Η μέθοδος αυτή παρέχει την δυνατότητα για λεπτομερέστατο έλεγχο της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως υπογλωττιδικής μοίρας της. Επίσης με την άμεση λαρυγγοσκόπηση είναι δυνατή η εκτέλεση ενδολαρυγγικών μικροεπεμβάσεων (δειγματοληψία ιστών για βιοψία, εξαγωγή ξένου σώματος κ.α.).

Για την αναισθητοποίηση του βλεννογόνου του λάρυγγα χρησιμοποιούμε διάλυμα 2% ξυλοκαΐνης με προσθήκη σουπραρ-
νίνης (1 CM³ ξυλοκαΐνης 1% + 2 σταγόνες διαλύματος σουπρα-

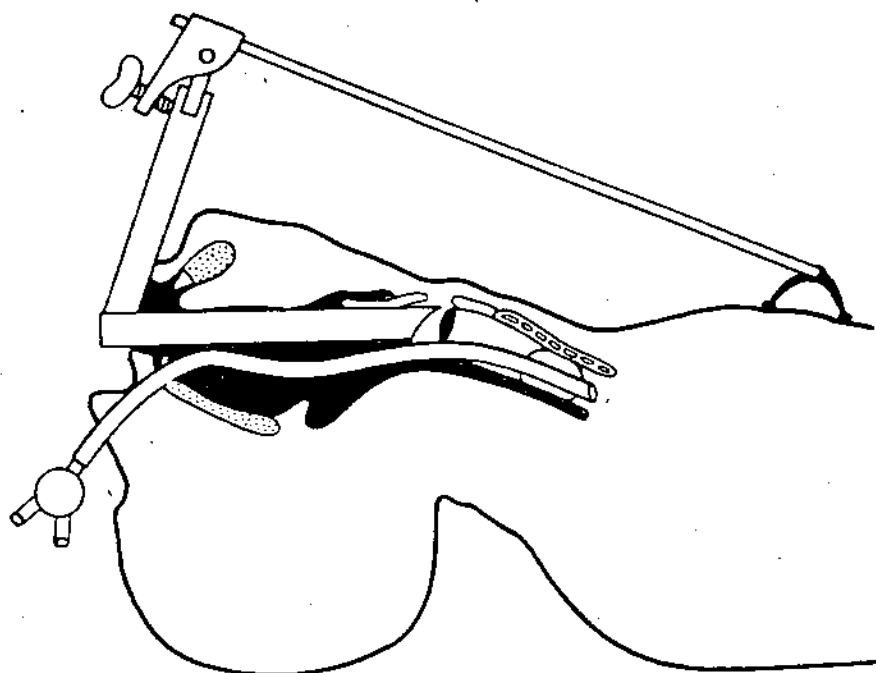
ρενίνης 1/1000). Συνολικά επιτρέπεται η χρησιμοποίηση 4 ML διαλύματος 2% ξυλοκαΐνης.

Μικρές ενδολαρυγγικές επεμβάσεις και βιοψία του λάρυγγα εκτελούνται τις πιο πολλές φορές με τοπική αναισθησία με την βοήθεια έμμεσης λαρυγγοσκοπίσης με ειδική λαβίδα βιοψίας λάρυγγα. Σήμερα η εφαρμογή της αμεσοσκοπίσης με γενική νάρκωση έχει γενικευθεί λόγω των πλεονεκτημάτων της, θεραπευτικών και διαγνωστικών.

3. Μικρολαρυγγοσκόπηση. Με την μέθοδο αυτή γίνεται έλεγχος της λαρυγγικής κοιλότητας με μεγέθυνση. Εκτελείται με ειδικό λαρυγγοσκόπιο που εισάγεται όπως και το άμεσο. Αυτό όμως μετά την εισαγωγή στηρίζεται στο στήθος του εξεταζόμενου που είναι σε ύπτια θέση και στην συνέχεια χρησιμοποιείται χειρουργικό, ηλεκτρονικό μικροσκόπιο με το οποίο γίνεται η επισκόπηση.

Η εκτέλεση φυσικά αυτής της μεθόδου γίνεται με γενική νάρκωση. Ο έλεγχος που επιτυγχάνεται είναι λεπτομερέστατος και η χρησιμοποίηση της μεθόδου για ενδολαρυγγικές επεμβάσεις πολύ εξυπηρετική και αποτελεσματική. Δεν μπορεί όμως, προφανώς να είναι μέθοδος ρουτίνας. (Εικ 4)

4. Ενδοσκοπηση με εύκαμπτα ενδοσκόπια. Ο τρόπος αυτός της εξέτασης αποτελεί την τελική φάση της μεθόδου σύγχρονης ενδοσκοπίσης της μύτης του ρινοφάρυγγα και του λάρυγγα. Χρησιμοποιείται το ρινοφάρυγγολαρυγγοσκόπιο που είναι ένας ελαστικός σωλήνας με μήκος 25 εκατοστά και διάμετρο 4 περίπου χιλιοστά. Είναι οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα, μπορεί να περιστρέφεται σε πλήρη κύκλο και ο αντικειμενικός φακός του να αλλάζει κατεύθυνση, κατά



Εικόνα 4. Σχηματική παράσταση της θέσεως του λαρυγγοσκοπίου στο λάρυγγα κατά τη μικρολαρυγγοσκόπηση (Κατά KLEINSASSER).

τρόπο που να κάνει ορατά όλα τα σημεία της εξεταζόμενης περιοχής. Η εκτέλεση γίνεται με τοπική αναισθησία με ψεκασμό με επιφανειακό αναισθητικό (XYLOCAINE 4%). Για την διευκόλυνση της διόδου του ενδοσκοπίου πρέπει αυτό να επαλειφθεί με κατάλληλη αλοιφή.

5. Η ενδοσκόπηση με άκαμπτα ενδοσκόπια. Τα άκαμπτα ενδοσκόπια παρουσιάζουν πολλαπλή χρησιμότητα, γιατί εκτός από την ευρεία και άνετη επισκόπηση της λαρυγγικής κοιλότητας παρέχουν και τη δυνατότητα μεγέθυνσης (και φωτογράφισης) της εικόνας μέχρι το 6πλάσιο. Το συνηθέστερο χρησιμοποιούμενο άκαμπτο λαρυγγοφαρυγγοσκόπιο είναι αυτό των

90% κατά STUGKARD και αποτελείται από μεταλλικό σωλήνα 18 εκατοστών και διάμετρο 8 χιλιοστών. Είναι εξοπλισμένο με οπτικό σύστημα LUMINA και με φωτιστικό σύστημα ψυχρού φωτισμού. Η εκτέλεση της ενδοσκοπησης γίνεται χωρίς κανέναν είδους αναισθησία. Ο αυλός του ενδοσκοπίου εισάγεται στο στόμα του εξεταζόμενου μέχρι το οπίσθιο τοίχωμα του στοματοφάρυγγα, χωρίς να το αγγίζει. Στη θέση αυτή και με τον αντικειμενικό φακό της άκρης του ενδοσκοπίου, προς τα κάτω γίνεται επισκόπηση της λαρυγγικής κοιλότητας προς όλες τις κατευθύνσεις, με κατάλληλους χειρισμούς. Εάν αναστραφεί ο αυλός του ενδοσκοπίου με τον φακό προς τα πάνω γίνεται και επισκόπηση του ρινοφάρυγγα. Η μέθοδος είναι απλή και γίνεται άνετα.

6. Στροβοσκοπηση. Είναι μέθοδος έμμεσης λαρυγγοσκοπησης κατά την οποία μπορούμε να παρατηρήσουμε και τις δονήσεις των φωνητικών χορδών, ενώ αυτό είναι αδύνατο με την συνηθισμένη έμμεση λαρυγγοσκοπηση. Κατά την στροβοσκοπηση μπορούμε να διαπιστώσουμε αν οι δονήσεις είναι ομοιόμορφες αμφοτεροπλεύρως, κανονικές ή ακανόνιστες και ελέγχουμε το εύρος και τη διαδρομή τους. Φυσιολογική ή κυματοειδή διαδρομή. Εκτός από την λειτουργική εξέταση της φωνής η εξέταση βοηθεί στην έγκαιρη διάγνωση κάποιας διήθησης μιας φωνητικής χορδής (φλεγμονή-όγκος) διότι εξαιτίας της παρατηρείται περιορισμός των δονήσεων της φωνητικής χορδής.

7. Υπερηχογλωττιδογραφία. Είναι μία μέθοδος με την οποία ελέγχεται η κινητικότητα των φωνητικών χορδών με υπέρηχους.

8. Ηλεκτρομυογραφία. Με την μέθοδο αυτή ελέγχεται η

λειτουργικότητα των λαρυγγικών νεύρων.

9. Ακτινογραφικός έλεγχος. Αυτός γίνεται με 4 τρόπους:

α) Πλάγια ακτινογραφία με την οποία ελέγχεται η ακεραιότητα και η φυσιολογική διάταξη των σιληρών 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 σκιαγραφικής ουσίας στην κοιλότητά του.

δ) Ξηρογραφία που στηρίζεται στην φωτοαγωγιμότητα του σεληνίου. Με αυτήν απεικονίζονται πολύ καθαρά τα μαλακά αμόρια του λάρυγγα μόνο που η ακτινοβολία που χρησιμοποιείται είναι 20πλάσια από αυτήν της απλής ακτινογραφίας.

II. Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Παράλυση των μυών του λάρυγγα

Η κατάσταση αυτή επέρχεται όταν από οποιαδήποτε αιτία (π.χ. νεοπλάσματα, φλεγμονές, επεμβάσεις χειρουργικές) προκληθεί βλάβη σε σημείο της διαδρομής των νεύρων του λάρυγγα. Η παράλυση μπορεί να είναι μονόπλευρη ή αμφίπλευρη εφόσον η βλάβη αφορά το ένα ή και τα δύο νεύρα. Επίσης μπορεί να είναι πλήρης ή ατελής. Όταν η παράλυση αφορά τους μύες που κλείνουν την 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.

Οι παραλύσεις που μπορούν να συμβούν είναι οι εξής:

Προσαγωγική παράλυση

Απαγωγική παράλυση, και

Αμφίπλευρη απαγωγική παράλυση

Αναπνευστική απόφραξη

Λόγω της κατασκευής του λάρυγγα αναπνευστική δυσχέρεια μπορούν εύκολα να δημιουργήσουν πολλές λαρυγγικές παθήσεις. Η αναπνευστική δυσχέρεια εξαρτάται και από την ηλικία του αρρώστου. Έτσι ένα οίδημα του λάρυγγα που αυξάνει το πάχος του βλεννογόνου κατά 1 χιλιοστό μπορεί να αποφράξει την αεροφόρο οδό των μικρών παιδιών, ενώ η ίδια διόγκωση δεν προκαλεί κανένα πρόβλημα στα μεγάλα παιδιά και στους ενήλικες.

Σε όλες τις περιπτώσεις λαρυγγικής απόφραξης προκαλούνται κλινικά σημεία που οφείλονται σε έντονο ερεθισμό του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος στην υποξία. Η συχνότητα των αναπνοών αυξάνει και υπάρχει ταχυκαρδία και αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Όταν η απόφραξη επιδεινωθεί εμφανίζεται αναπνευστικός συριγμός που είναι θορυβώδης αναπνοή. Ο συριγμικός αυτός συνοδεύεται από εισολκή των μεσοπλεύριων και υπερκλείδιων διαστημάτων κατά την εισπνοή. Ακολουθούν σημεία εξάντλησης του ασθενή και ασθενέστερες αναπνευστικές κινήσεις που πρέπει να θεωρούνται προάγγελοι του θανάτου.

Απόφραξη του λάρυγγα λόγω αλλεργικής αντίδρασης

Είναι δυνατόν να συμβεί από το τσίμπημα ενός εντόμου ή και από την λήψη φαρμάκων, τροφής κ.α.. Στην περίπτωση αυτή το οίδημα σχηματίζεται στο ελαστικό κώνο ή στην υπογλωτ-

τιδική περιοχή προκαλώντας απόφραξη με άμεσο κίνδυνο για την ζωή του αρρώστου.

Κακώσεις του λάρυγγα

Οι κακώσεις που είναι δυνατόν να υποστεί ο λάρυγγας είναι οι εξής:

Τραύματα και κατάγματα

Εγκαύματα

Ενσφήνωση ξένων σωμάτων στην λαρυγγική κοιλότητα, και

Κακώσεις κατά την διασωλήνωση

Φλεγμονώδεις παθήσεις του λάρυγγα

Οι παθήσεις αυτές είναι δυνατόν να οφείλονται σε μια πληθώρα μικροβίων όπως: αιμόφιλο της ενφλουέντζας τύπου Β, αιμολυτικό στρεπτόκοκκο, σταφυλόκοκκο, πνευμονιόκοκκο, κοξί ρινοβακτηρίδιο, ωχρά σπειροχαίτη, βάκιλλο του KOCH κ.α. Τα μικρόβια αυτά είτε εγκαθίστανται απευθείας στην περιοχή του λάρυγγα είτε μετά, αφού προηγουμένως έχουν προσβάλλει άλλη περιοχή του σώματος (π.χ. σύφιλη, φυματίωση). Έχουν εντοπισθεί προδιαθετικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην πάθηση όπως το κάπνισμα, η χρήση του αλκοόλ και η φωνητική καταπόνηση.

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς είναι γενικά μιας φλεγμονώδους πάθησης αλλά και πιο ειδικά που έχουν να κάνουν με τις φυσιολογικές λειτουργίες του λάρυγγα. Έτσι μπορεί να έχουμε: πυρετό και αδυναμία, βράγχος φωνής, βήχα παραγωγικό και μη, υλακτώδη βήχα στους πολύ νεαρούς ασθενείς, αφωνία, και σε προχωρημένες παθήσεις δυσποϊκά φαινόμενα.

Με την λαρυγγοσκόπηση είναι δυνατό να διαπιστωθούν: η υπεραιμία του βλεννογόνου, κάποιο οίδημα, ψευδομεμβράνες, φυμάτια, αβαθείς ελκώσεις, αλλά και διηθήσεις και εξελκώσεις σε προχωρημένα στάδια κάποιας νόσου (π.χ. φυματίωση).

Αυτές οι παθήσεις είναι:

Οξεία λαρυγγίτιδα

Οξεία επιγλωττίτιδα

Οξεία λαρυγγο-τραχειο-βρογχίτιδα

Διφθεριτική λαρυγγίτιδα

Χρόνια λαρυγγίτιδα

Φυματίωση του λάρυγγα

Σύφιλη του λάρυγγα, και

Περικονδροίτιδα του λάρυγγα

Αγκύλωση της κοιλιαρταινοειδούς διάρθρωσης

Λύκος του λάρυγγα

Δέπρα του λάρυγγα

Ρινοσκλήρωμα του λάρυγγα

Χρόνιες και μη φλεγμονώδεις παθήσεις του λάρυγγα

Οι παθήσεις αυτές χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση επιπλέον ιστού (διόγκωση) στην γλωττιδική περιοχή του λάρυγγα και ειδικότερα στις γνήσιες φωνητικές χορδές. Και για την θεραπεία τους ακολουθείται συνήθως χειρουργική επέμβαση εκτός των περιπτώσεων των οξειδίων στα παιδιά που μπορεί να υποχωρήσουν μόνα τους ή γιατί αφαιρώντας τα υποτροπιάζουν.

Οι παθήσεις αυτές είναι:

Οξείδια των φωνητικών χορδών/ Έλκος εξ επαφής

Λαρυγγοκήλη/ Κερατινοποίηση του λάρυγγα

Κύστεις του λάρυγγα/Πρόπτωση λαρυγγικής κοιλίας.

Πολύποδες του λάρυγγα, και

Λαρυγγικό διάφραγμα

Δυσφωνία. Αποτελεί συχνό πρόβλημα των ατόμων που χρησιμοποιούν επαγγελματικά την φωνή τους. Τα άτομα αυτά έχουν το πρωτ κανονική φώνηση αλλά με την πάροδο της ημέρας η φωνή τους αρχίζει να βγαίνει δύσκολα και σπάει. Η λαρυγγοσκόπηση δείχνει τις χορδές να υφίστανται λίγο, αφήνοντας μικρό άνοιγμα της γλωττίδας κατά την φώνηση. Η καλύτερη θεραπεία είναι πλήρης αφωνία για 10-15 ημέρες και φωνητική εξάσκηση από ειδικό λογοθεραπευτή.

Καλοήθεις όγκοι του λάρυγγα

Το θήλωμα είναι το συνηθέστερο από τα καλοήθη νεοπλασμάτα που αναπτύσσονται στο λάρυγγα. Εμφανίζεται με δύο μορφές, ως μονό και ως πολλαπλό.

Το μονήρες θήλωμα εμφανίζεται στους ενήλικες άνδρες κυρίως. Το μέγεθός τους είναι διάφορο και εκφύεται συνήθως κοντά στις γνήσιες φωνητικές χορδές. Έχει χρώμα κοκκινωπό και επιφάνεια ανώμαλη σαν μούρο. Το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι το βράγχος της φωνής.

Η διάγνωση του είναι εύκολη με την λαρυγγοσκόπηση. Η θεραπεία του συνίσταται στην αφαίρεσή του με λαρυγγοσκόπηση ή αν είναι μεγάλο με θυρεοτομία.

Τα πολλαπλά θηλώματα παρουσιάζονται κατά κανόνα στα παιδιά (2-3 ετών) και συνήθως υποχωρούν μόνα τους μετά την εφηβική ηλικία. Συνηθέστερα εντοπίζονται στις γνήσιες φωνητικές χορδές και έχουν μορφή θηλοειδών εκβλαστήσεων με

μίσχο. Κύριο σύμπτωμά τους είναι το βράγχος φωνής που πολλές φορές συνοδεύεται και με αναπνευστικό συριγμό.

Η διάγνωσή τους θα βασισθεί στην λαρυγγοσκοπική εικόνα και την ηλικία του αρρώστου.

Η θεραπεία αποβλέπει στην εξασφάλιση άνετης αναπνοής μέχρι την αυτόματη υποχώρηση των θηλωμάτων. Γι' αυτό μόνο αν υπάρχει αναπνευστικό πρόβλημα γίνεται η αφαίρεση αυτών με ενδοσκοπηση και με προσοχή να μην θιγούν οι φωνητικές χορδές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ-ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

I. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Αποτελεί το συχνότερο κακοήθη όγκο των ώτων-ρινός-λάρυγγα και τραχήλου και σε ποσοστό 2% έως 3% του συνόλου των κακοήθων νεοπλασμάτων του ανθρώπινου σώματος.

Η νόσηση αφορά τη μέση και την μετέπειτα ηλικία όμως μπορεί να εμφανισθεί και σε προγενέστερη ηλικία.

II. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

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

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της γένεσης του καρκίνου του λάρυγγα δεν είναι ακριβώς γνωστοί. Οποσδήποτε έχει αποδειχθεί ότι χημικοί ερεθιστικοί παράγοντες (καπνοί, εισπνοή καρκινογόνων ουσιών, αλκοόλ) ασφαλώς παίζουν ρόλο στη γένεση του νεοπλάσματος καθώς και φυσικοί όπως οι ακτίνες RONTGEN κ.τ.λ.. Φαίνεται δε πως και οι χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του ανασπνευστικού και η λευκοπλακία ευνοούν την ανάπτυξη του νεοπλάσματος.

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

Ιστολογικώς πρόκειται για καρκίνωμα που προέρχεται από πλατύ επιθήλιο αδιαφοροποίητο ως τελείως διαφοροποιημένο. Η μορφή αυτή είναι η συχνότερη και αποτελεί τον μαλπιγιακό τύπο. Μπορεί όμως να εμφανίζεται αδενοκαρκίνωμα ή λεμ-

φοεπιθηλιακό καρκίνωμα προερχόμενο από τους βλεννογόνους αδένες.

Η προσοχή των ιστολόγων και των κλινικών στρέφεται κατά τα τελευταία χρόνια στην διάγνωση της πάθησης σε πρώιμο στάδιο. Στο στάδιο αυτό βρίσκεται υπερπλασία του επιθηλίου με ατυπία του.

ΙΙΙ. ΕΝΤΟΠΙΣΗ-ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ

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

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

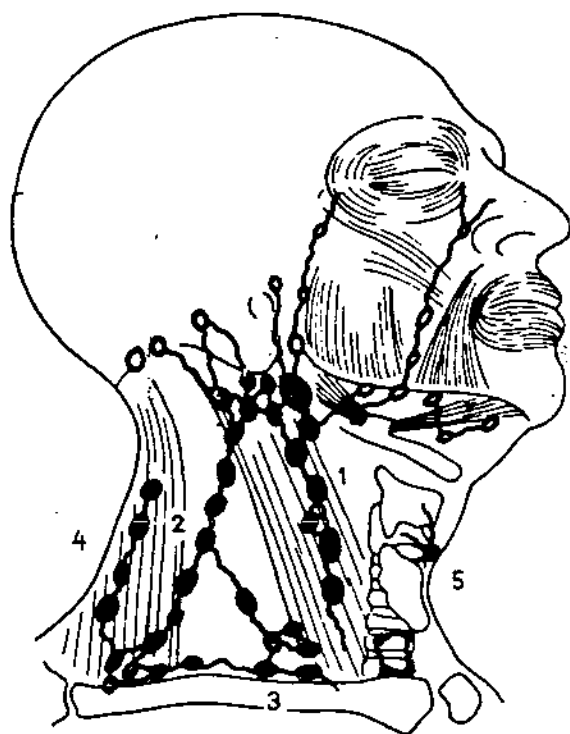
2. Γλωττιδική, όταν η εντόπιση αφορά τις γνήσιες φωνητικές χορδές. Το κάτω όριο της επέκταση του όγκου, για να χαρακτηριστεί ως γλωττιδική, δεν πρέπει να υπερβαίνει το 1 εκατοστό από το ελεύθερο χείλος της χορδής.

3. Υπογλωττιδική, όταν ο όγκος βρίσκεται στην υπογλωττιδική περιοχή της οποίας το άνω όριο να απέχει 1 εκατοστό από το ελεύθερο χείλος των γνήσιων φωνητικών χορδών.

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

Η αρχική έκφυση του καρκίνου άλλοτε ταχύτερα και άλλοτε βραδύτερα επεκτείνεται στους γύρω ιστούς με διήθηση του βλεννογόνου ή του υποβλεννογόνου και στην συνέχεια έξω από την λαρυγγική κοιλότητα, κυρίως με την λεμφική και

σπανιότερα με την αιματική οδό. Η ευχέρεια και η συχνότητα της μεταστάσεως του καρκίνου του λάρυγγα στα τραχηλικά λεμφογάγγλια εξαρτάται κυρίως από την πυκνότητα του λεμφικού δικτύου της περιοχής, στην οποία εντοπίζεται αρχικά ο όγκος. Έχοντας υπόψη από τη ανατομία το δίκτυο των λεμφαγγείων στην περιοχή του λάρυγγα διαπιστώνουμε πως οι υπεργλωττιδικοί και οι υπογλωττιδικοί καρκίνοι κάνουν ευκολότερα και ταχύτερα τραχηλικές μεταστάσεις σε αντίθεση από τους καρκίνους των γνήσιων φωνητικών χορδών που κάνουν μεταστάσεις σπανιότερα και σε πολύ προχωρημένα στάδια.

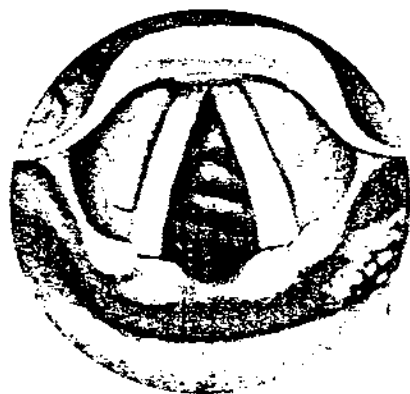


Εικόνα 5. Σχηματογραφική διάταξη των εν βάθει τραχηλικών λεμφαδένων κατά ROUVIERE και TAILLENS

1. Λεμφαδένες της έσω σφαγίτιδας.
2. Λεμφαδένες του παραπληρωματικού ν.
3. Υπεριλείδιοι λεμφαδένες.
4. Οπίσθιοι τραχηλικοί.
5. Μέσοι τραχηλικοί (προλαρυγγικοί, προθυρεοειδείς, προτραχειικοί και παρατραχειικοί). (Κατά FISCH).

IV. ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Οι υπεργλωττιδικοί όγκοι επεκτείνονται με διήθηση στον χώρο μπροστά από την επιγλωττίδα και στους απλοειδείς βόθρους.



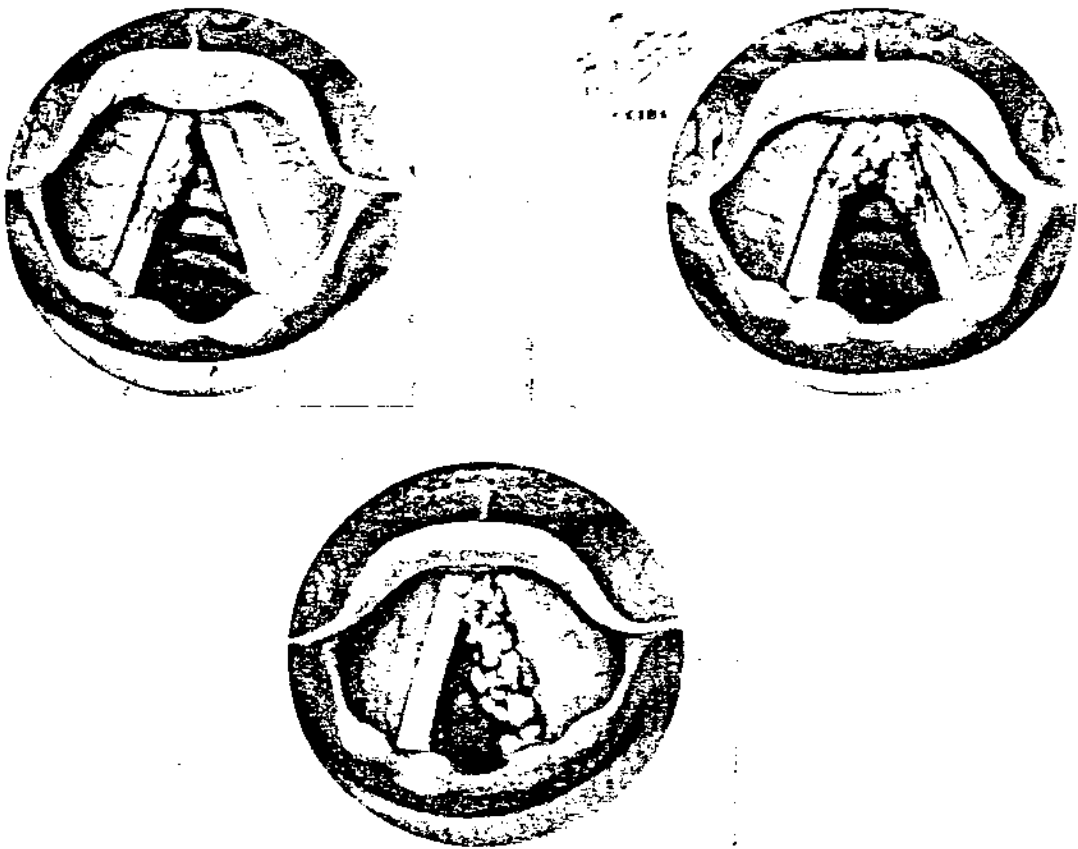
Εικόνα 6. Καρκίνωμα του απλοειδούς βόθρου.

Βγαίνουν από τον λάρυγγα στην πορεία της άνω λαρυγγικής αρτηρίας και στην συνέχεια διηθούν τον θυρεοειδή αδένα. Λεμφογενώς επεκτείνονται στα άνω εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια σε ποσοστό 40% περίπου των περιπτώσεων.

Οι υπογλωττιδικοί όγκοι αναπτύσσονται γρήγορα και επεκτείνονται προς την γνήσια φωνητική χορδή και την τραχεία, ή διηθούν κυκλωτερώς τα τοιχώματα της υπογλωττιδικής μοίρας. Μεταστάσεις εις τα τραχηλικά λεμφογάγγλια παρατηρούνται σε ποσοστό 15% των περιπτώσεων και αφορούν τα κατώτερα εν τω βάθει τραχηλικά.

Οι γλωττιδικοί όγκοι είναι κατά κανόνα καλά διαφοροποιημένοι, αναπτύσσονται αργά και επεκτείνονται μόνο σε πολύ προχωρημένα στάδια. Σε εντόπιση του αρχικού όγκου στο

πρόσθιο ημιμόριο της γνήσιας φωνητικής χορδής αυτός είναι δυνατόν να επεκταθεί διηθώντας τον υποβλεννογόνιο υ-στό προς την πρόσια γωνία και από εκεί προς την αντίθετη γνήσια και νόθο φωνητική χορδή ή προς το εμπρός μέρος της επιγλωττίδας. Είναι δυνατόν επίσης να επεκταθεί ο όγκος προς την λαρυγγική κοιλία και την νόθο φωνητική χορδή ή και προς την υπογλωττιδική μοίρα. Όταν όγκος εντοπίζεται αρχικά στο οπίσθιο ημιμόριο της γνήσιας χορδής η επέκταση είναι δυνατό να γίνει προς την κρικαρυταινοειδή διάρθρωση και το μεσαρυταινοειδές διάστημα

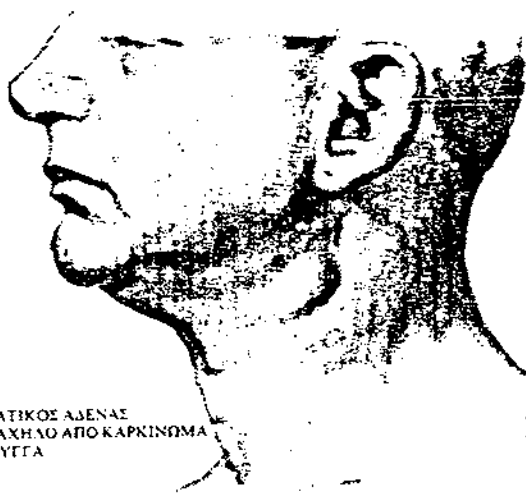


Εικόνα 7. Καρκινώματα των φωνητικών χορδών.

V. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Συνήθως οι άρρωστοι είναι πάνω των 50 ετών και έχουν συνήθως ιστορικό κατάχρησης καπνού και οινοπνευματωδών ποτών. Η συμπτωματολογία, αρχικά τουλάχιστον, παρουσιάζει πολλές διαφορές: κατά περίπτωση, ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου. Πάντως τα κυριότερα και συνηθέστερα ενοχλήματα για τα οποία οι άρρωστοι προσέρχονται στο γιατρό, είναι η δυσκαταποσία, η δύσπνοια, η ανταναικλαστική ωτοαλγία και το βράγχος φωνής. Ανάλογα την εντόπιση του καρκίνου έχουμε και ανάλογα συμπτώματα.

Οι υπεργλωττιδικοί όγκοι είναι δυνατό να εξελιχθούν για μεγάλο διάστημα χωρίς συμπτώματα. Τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζουν είναι αίσθημα ξένου σώματος στο φάρυγγα, ασαφές αίσθημα ερεθισμού (αίσθημα καύσου στο λαιμό, και ενοχλήσεις στην ομιλία), αυξημένη απόχρεψη και δύσσομη αναπνοή από την εξέλιξη της νεοπλασίας. Αρχική εκδήλωση αποτελεί συχνά και η διόγκωση ενός τραχηλικού λεμφογαγγλίου.



ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΑΔΕΝΑΣ
ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Εικόνα 78. Μεταστατικός αδένας στον τράχηλο από καρκίνωμα του λάρυγγα.

Ακολουθώς είναι δυνατό να εμφανίζονται δυσκαταποτικά φαινόμενα και μερικές φορές πόνος κατά την κατάποση, που είναι δυνατόν να ακτινοβολεί προς το αυτί. Η συμπτωματολογία αυτή εξηγείται από την εντόπιση του καρκινώματος, που προκαλεί δυσιαμφία της επιγλωττίδας και της προεπιγλωττιδικής περιοχής (διήθηση αψοειδή). Αν απλωθεί το νεόπλασμα προς την κατεύθυνση των ψευδοχορδών και των γνήσιων φωνητικών χορδών, ο άρρωστος παραπονείται για βράγχος φωνής και τελικά, αν δημιουργηθεί εξωφυτική ανάπτυξη, εμφανίζεται δύσπνοια με συριγμό.

Η δυσμενής θέση του νεοπλάσματος στην περίπτωση του υπεργλωττιδικού καρκινώματος είναι συχνά η αιτία της εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων σε είδη προχωρημένο καρκίνο.

Οι γλωττιδικοί όγκοι εμφανίζουν πάντα ως πρώτο σύμπτωμα το βράγχος φωνής. Η αλλοίωση της φωνής, οφείλεται στην παρεμβολή του όγκου μεταξύ των φωνητικών χορδών ή στον περιορισμό ή στην κατάργηση της κινητικότητας αυτών από την έκταση του καρκίνου στο φωνητικό μυ, των κρικαρυταινοειδή διάρθρωση ή και τα κάτω λαρυγγικά νεύρα.

Είναι δυνατόν το βράγχος της φωνής αρχικά να μην είναι συνεχές αλλά να εμφανίζεται κατά περιόδους και να αποδίδεται από λάθος σε κοινό κρυολόγημα. Το βράγχος της φωνής που επιμένει περισσότερο από δύο εβδομάδες, πρέπει να θεωρείται ύποπτο και πάντοτε να ελέγχεται. Αν και το καρκίνωμα των φωνητικών χορδών προκαλεί αμέσως από την αρχή σαφή συμπτώματα, ωστόσο στις περισσότερες περιπτώσεις περνούν άσκοπα πολλοί μήνες από την έναρξη της συμπτωματολο-

γίας μέχρι να γίνει η τελική διάγνωση. Από μεγάλες στατιστικές γνωρίζουμε ότι το χρονικό αυτό διάστημα φθάνει κατά μέσο όρο 6-7 μήνες. Αιτίες είναι η αδιαφορία και η άγνοια μερικών αρρώστων καθώς και ο φόβος που οδηγεί σε καθυστερημένες σκέψεις.

Κατά την συνέχεια της διαδρομής της νόσου το βράγχος της φωνής συνεχώς επιδεινώνεται, άλλοτε γρήγορα και άλλοτε πολύ αργά μέχρι που ο όγκος καθώς αυξάνεται, προκαλέσει στένωση του αυλού του λάρυγγα, οπότε εμφανίζονται δυσπνοιϊκά φαινόμενα και τελικά αναπνευστικός συριγμός.

Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι το καρκίνωμα των φωνητικών χορδών κατά το αρχικό του στάδιο είναι πρακτική καλοήθης πάθηση (90% πενταετής ίαση). Η πρώιμη αναφορά των συμπτωμάτων και η πρώτη εξέταση είναι ο πιο αποφασιστικός παράγοντας σχετικά με την πιθανότητα να επιζήσει ο άρρωστος.

Οι υπογλωττιδικοί όγκοι εκδηλώνονται με βράγχος φωνής λόγω διήθησης της φωνητικής χορδής και με δύσπνοια λόγω στένωσης του αυλού του λάρυγγα.

VI. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται από το ανασμνηστικό, από την ψηλάφηση και από τα ευρήματα της λαρυγγοσκόπησης. Η κλινική εξέταση πρέπει να επεκτείνεται σε όλες τις περιοχές της κεφαλής και του τραχήλου, επειδή συχνά παρατηρούνται πολλαπλά καρκινώματα στην ανώτερη αναπνευστική και πεπτική οδό. Η ψηλάφηση του τραχήλου έχει ιδιαίτερη σημασία. Η παρουσία διογκωμένων τραχηλικών λεμφο-

γαγγλίων οφείλονται ενδεχομένως σε μετάσταση του καρκίνου. Η απουσία λαρυγγικού κριγμού, καθώς και η διαπλάτυνση του λάρυγγα και η ανεύρεση μάζας σε επαφή με αυτόν, υποδηλώνουν εξωλαρυγγική επέκταση του όγκου. Η έμμεση και η άμεση λαρυγγοσκοπηση παραμένουν οι πιο σημαντικές μέθοδοι για την διάγνωση του καρκίνου της λαρυγγικής κοιλότητας. Η άμεση λαρυγγοσκοπηση επιτρέπει πληρέστερη και ακριβέστερη εξέταση του λάρυγγα και των απιοειδών βόθρων. Πολύτιμη είναι επίσης η συμβολή της μικρολαρυγγοσκοπησης και των σύγχρονων ακάμπτων λαρυγγοφαρυγγοσκοπίων, με τα οποία επιτυγχάνεται η μεγέθυνση καθώς και η φωτογράφιση των ελεγχόμενων περιοχών.

Κατά την λαρυγγοσκοπηση, σε καρκίνωμα των φωνητικών χορδών, διακρίνουμε ότι η μία φωνητική χορδή είναι εξέρυθρη, παχυμένη, υβώδης μερικές φορές ελιώδης και καλυμμένη με στρώμα ινικής. Σε περίπτωση τέτοιου όγκου στην περιοχή της φωνητικής χορδής το καρκίνωμα αυτό ιστολογικώς χαρακτηρίζεται ως καρκίνωμα IN.SITU. Τα περισσότερα καρκινώματα αρχίζουν από το πρόσθιο ή από το μέσο τρίτο της φωνητικής χορδής. Μεγάλη σημασία κατά τη λαρυγγοσκοπηση έχει επίσης η παρατήρηση της κινητικότητας της φωνητικής χορδής που έχει προσβληθεί. Περιορισμός η αναστολή της κινητικότητας της φωνητικής χορδής υποδηλώνουν διηθητική επέκταση του νεοπλάσματος, με προσβολή της περιοχής του αρυταινοειδούς χόνδρου. Μερικές φορές η επισκόπηση της πρόσθιας εντομής είναι δύσκολη, ιδίως όταν η επιγλωττίδα εξαιτίας ανώμαλης θέσης την καλύπτει. Στις περιπτώσεις αυτές με τη βοήθεια της τοπικής αναισθησίας και ενός κατάλληλου

αγκίστρου επιτυγχάνεται η έλξη της επιγλωττίδας προς τα εμπρός και η παρατήρηση της. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται επίσης η επισκόπηση του προδρόμου του λάρυγγα και της λαρυγγικής επιφάνειας της επιγλωττίδας.

Τα καρκινώματα της υπεργλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα εμφανίζονται με μορφή υβώδους διογκώσεως ή σαν σαρκώφουσες ελκώσεις με χείλη που έχουν σηκωθεί πολύ. Εμφανίζεται αρχικά ο όγκος στην περιοχή του προδρόμου του λάρυγγα και παρουσιάζει τάση για επέκταση.

Το καρκίνωμα της υπογλωττιδικής μοίρας είναι δυνατό να μην γίνουν ορατά με την έμμεση λαρυγγοσκόπηση όμως σε σόβαρή υποψία πρέπει να γίνεται άμεση λαρυγγοσκόπηση. Τα ευρήματα από την λαρυγγοσκόπηση συμπληρώνεται με την στοβοσκόπηση, με την ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα και με την τομογραφία. Είναι δυνατό να γίνει και οισοφαγογράφηση με βάρλο για τον καθορισμό των ορίων του καρκίνου.

Η διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα πρέπει πάντοτε και οπωσδήποτε να επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση. Η λήψη τεμαχίου για ιστολογική εξέταση γίνεται μέσω της άμεσης λαρυγγοσκόπησης ή μικροларυγγοσκόπησης. Το δείγμα παραλαμβάνεται από την τυπική περιοχή και είναι επαρκές. Σε περίπτωση αρνητικής απάντησης στην ιστολογική εξέταση αυτή πρέπει να επαναλαμβάνεται. Η αφαίρεση ενός διογκωμένου τραχηλικού λεμφοαγγλίου για ιστολογική εξέταση είναι αρκετά συχνή, πρέπει όμως να αποφεύγεται εφ'όσον δεν έχει εξαντληθεί η κλινική και η εργαστηριακή εξέταση του ασθενή για την ανεύρεση της πρωτοπαθούς εστίας.

Η κάθε μία από τις διαγνωστικές μεθόδους προσφέρει ένα ιδιαίτερο τόπο πληροφόρησης και μόνο η συσχέτιση του συνόλου των πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει στην ορθή διάγνωση και εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, στην οποία και μόνο θα βασισθεί η εκλογή της ενδεδειγμένης κατά περίπτωση θεραπευτικής μεθόδου.

Τέλος μετά την εξέταση του ασθενή και τη διαμόρφωση γνώμης για την εντόπιση, το μέγεθος και την επέκταση του όγκου χρησιμοποιούνται διαγράμματα με σχηματικές απεικονίσεις του λαρυγγοφάρυγγα και του τραχήλου, στα οποία σχεδιάζεται ο όγκος. Τα διαγράμματα αυτά αφού τοποθετηθούν στο φάκελλο τον ασθενή χρησιμεύουν για μία σαφή και αντικειμενική αντίληψη για την αρχική εντόπιση και επέκταση της νεοπλασίας.

VII. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

VIII. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Εξαρτάται από την πρωτοπαθή εντόπιση του νεοπλάσματος από την έκταση και τις μεταστάσεις του. Η πιθανότητα βετούς επιβίωσης σ' όλα τα καρκινώματα δηλαδή νεοπλάσματα όλων των σταδίων, φθάνει κατά μέσο όρο σε 50%. Τα περισ-

σότερα καρκινώματα του λάρυγγα αρχίζουν από την φωνητική χορδή. Αυτά έχουν πολύ ευνοϊκές πιθανότητες ίασεως (60% 5ετής επιβίωση).

Οι πιθανότητες ίασης του καρκινώματος το λάρυγγα είναι γενικά δυσμενείς επειδή πολλά από τα καρκινώματα των φωνητικών χορδών έρχονται για θεραπεία ενώ ήδη η νεοπλασία έχει επεκταθεί από τα όρια των φωνητικών χορδών. Γι' αυτό το λόγο η έγκαιρη διάγνωση είναι η μοναδική δυνατότητα μέσω της οποίας ο άρρωστος αποικτά ουσιαστικές πιθανότητες ίασής του.

ΙΧ. ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

Καρκίνωμα του υποφάρυγγα-λάρυγγα

Αυτό αποτελεί το συνηθέστερο όγκο του υποφάρυγγα. Εδώ ανήκουν νεοπλάσματα του οπίσθιου και πλάγιου τοιχώματος του υποφάρυγγα, των αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών, των γλωσσοεπιγλωττιδικών βοθρίων, της οπισθοκρικοειδούς περιοχής, του απιοειδή κόλπου της γλωσσιικής επιφάνειας της επιγλωττίδας και των χειλέων της.

Συχνά πρώτο σύμπτωμα είναι οι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες. Ακολούθως εμφανίζονται δυσκαταποτικά φαινόμενα, αίσθηση ξένου σώματος και ωτοαλγία.

Η πρόγνωση των καρκινωμάτων αυτών είναι πολύ κακή διότι κάνουν πρώιμα μεταστάσεις στους λεμφαδένες (80% των περιπτώσεων), λόγω ασαφούς συμπτωματολογίας και τέλος λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης.

Ανθοκραμβοειδές καρκίνωμα του λάρυγγα

Χαρακτηρίζεται από την εξωτερική ανθοκραμβοειδή

(σαν κουνουπίδι) όψη του, την βραδύτητα της εξέλιξης και την σπανιότητα των μεταστάσεών του. Πρόκειται για καρκίνωμα με μικρό βαθμό κακοήθειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣΗΣ

I. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ.

Η απόφαση για το ποιά θεραπευτική αγωγή θα εφαρμοσθεί εξαρτάται από το λεπτομερή προσδιορισμό της εντόπισης και της επέκτασης του νεοπλασματος και από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες και από την ύπαρξη ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων (πνεύμονες, ήπαρ, οστικός μυελός). Σήμερα διαθέτουμε τρεις δυνατότητες θεραπευτικής αγωγής του καρκίνου του λάρυγγα:

- Τη θεραπεία με ακτινοβολία
- Τη θεραπεία με χειρουργική επέμβαση
- Τη συνδυασμένη αγωγή, δηλαδή χειρουργική και ακτινοβολία.

Η θεραπεία με ακτινοβολία

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

- με την ακτινοβολία με τηλεκοβάλτιο
- με την ακτινοβολία με SUPERVOLT
- με την ακτινοβολία με BETATRON
- με την ακτινοβολία με ράδιο εξ επαφής

Η ακτινοβολία με τηλεκοβάλτιο, BETATRON και SUPERVOLT αποτελούν νεώτερες μεθόδους που έχουν το πλεονέκτημα να 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 συνολική αυτή δόση χορηγείται σε επιμέρους ημερήσιες δόσεις από 150-200 R.

Η εξ επαφής ακτινοβολία με ράδιο, επειδή έχει καλύτερα αποτελέσματα η ακτινοβολία με τηλειοβάλλιο, έχει τα τελευταία εγκαταλειφθεί.

Τα αποτελέσματα της θεραπείας με ακτινοβολία είναι ικανοποιητικά μόνο σε καρκινώματα της φωνητικής χορδής που βρίσκονται στο πρώτο στάδιο. Σ' όλες τις άλλες εντοπίσεις και ιδιαίτερα σε εκτεταμένα καρκινώματα που καταλαμβάνουν όλο το λάρυγγα και σε μεταστάσεις τραχηλικών λεμφαδένων, τα αποτελέσματα της θεραπείας με ακτινοβολία είναι πολύ χειρότερα από τα αποτελέσματα της χειρουργικής ή της συνδυασμένης θεραπείας χειρουργικής-ακτινοβολίας.

Χειρουργική θεραπεία

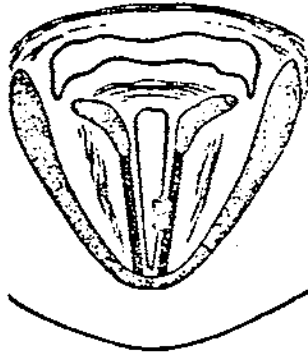
Ανάλογα με την εντόπιση και έκταση και την περίπτωση μεταστάσεων ή όχι διενεργούνται οι ακόλουθες επεμβάσεις:

-Ενδοσκοπική αφαίρεση πρώιμου καρκινώματος

Αυτή γίνεται έπειτα από γενική νάρκωση με την χρήση του χειρουργικού μικροσκοπίου και ειδικής αποφλοιωτικής λαβίδας λάρυγγα. Αφαιρείται μέρος μιας φωνητικής χορδής και απομένουν οι υπόλοιπες δομές.

-Θυρεοτομή με χονδρεκτομή

Αυτή γίνεται με την αφαίρεση της φωνητικής χορδής μετά από διάνοιξη του θυρεοειδή χόνδρου στη μέση γραμμή. Η αφαίρεση του μικρού καρκινώματος της φωνητικής χορδής, με την ενδοσκοπική οδό, έστω και με την βοήθεια του χειρουργικού μικροσκοπίου απαγορεύεται αυστηρά, διότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε την έκταση και το βάθος που καταλαμβάνει το νεόπλασμα.



Εικόνα 9. Καρίνωμα της φωνητικής χορδής- Ένδειξη για χορδεκτομή.

-Τμηματικές εξαιρέσεις

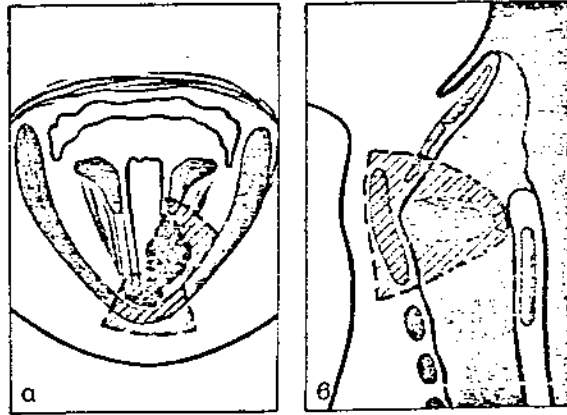
Αυτές σε γενικές γραμμές γίνονται διαμέσου μια διευρυσμένης θυρεοτομής* αφαιρούνται τμήματα του θυρεοειδή χόνδρου, της αντίθετης φωνητικής χορδής, της μοργάνειας κοιλίας και του υπογλωττιδικού χώρου.

-Ημιλαρυγγεκτομή

Αυτή γίνεται με την αφαίρεση του μισού λάρυγγα, όταν το καρίνωμα της φωνητικής χορδής, καθώς αυξάνεται διηθητικά, καταλαμβάνει μεγαλύτερα τμήματα του φωνητικού μυός και φθάνει ως τον αρυταινοειδή χόνδρο (καμιά κινητικότητα της χορδής). Κατά την ημιλαρυγγεκτομή αφαιρούνται η γνήσια φωνητική χορδή, η νόθα χορδή, ο αρυταινοειδής χόνδρος και ο μισός θυρεοειδής χόνδρος. Η ημιλαρυγγεκτομή είναι δυνατόν να γίνει έτσι, ώστε είτε αμέσως μετά από το τέλος της εγχείρησης να γίνει και το κλείσιμο του λάρυγγα, είτε μετά από λίγες ημέρες μετεγχειρητικώς. Αν το νεόπλασμα

* (Εικ 11)

έχει μεγαλύτερη έκταση, είναι δυνατό μετά από την επέμβαση να επενδύσουμε το τραύμα με κρημνό επιδερμίδας και στην συνέχεια μετά από 6 μήνες να γίνει πλαστική απόφραξη του λαρυγγοστόματος με μεταφορά κρημνού δέρματος.

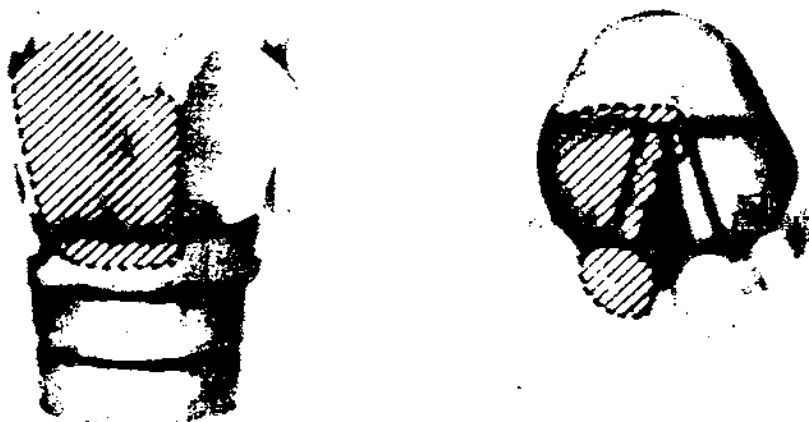


Εικόνα 10. Καρκίνωμα του ενός ημιμορίου του λάρυγγα - Ένδειξη για ημιλαρυγγεκτομή.

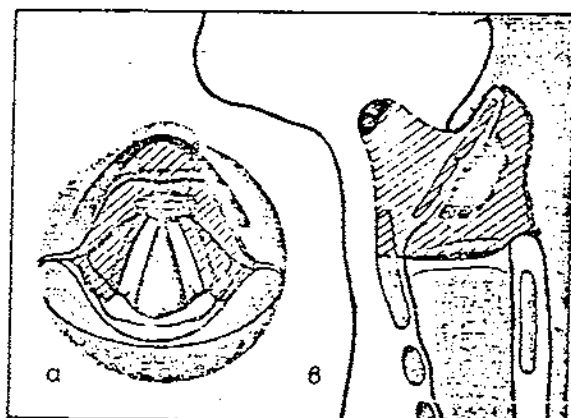
-Υπεργλωττιδική οριζόντια ημιλαρυγγεκτομή κατά ALONSO

Η επέμβαση αυτή δίνει την δυνατότητα της αφαίρεσης του νεοπλασματος και των γειτονικών ιστών ενώ συγχρόνως διατηρείται η λειτουργία του λάρυγγα ως οργάνου φωνής και της αναπνοής. Οι δομές που αφαιρούνται είναι η επιγλωττίδα οι νόθες φωνητικές χορδές και η προεπιγλωττιδική περιοχή (υοειδές οστό). Μετά την αφαίρεση της επιγλωττίδας τη λειτουργία της φωνής την αναλαμβάνει η βάση της γλώσσας που κατά την κατάποση πηγαίνει επάνω από τη γλωττίδα και την καλύπτει ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος εισροφήσεως. Ξέ-

νων σωμάτων, κίνδυνος που ωστόσο είναι υπαρκτός ειδικά στα υγρά.



Εικόνα 11. Περιοχή που αφαιρείται με την ημιλαρυγγειομή (Κατά CONLEY).



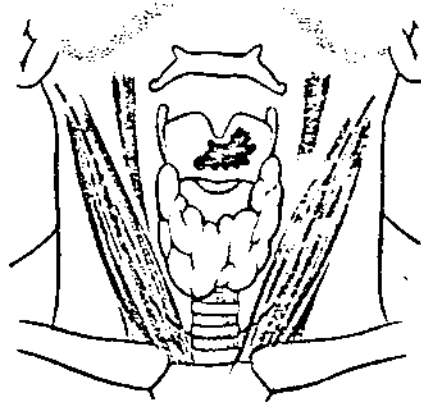
Εικόνα 12. Καρκίνωμα υπεργλωττιδικό. Ένδειξη για υπεργλωττιδική οριζόντια ημιλαρυγγειομή.

-Λαρυγγειομή (ολική λαρυγγειομή)

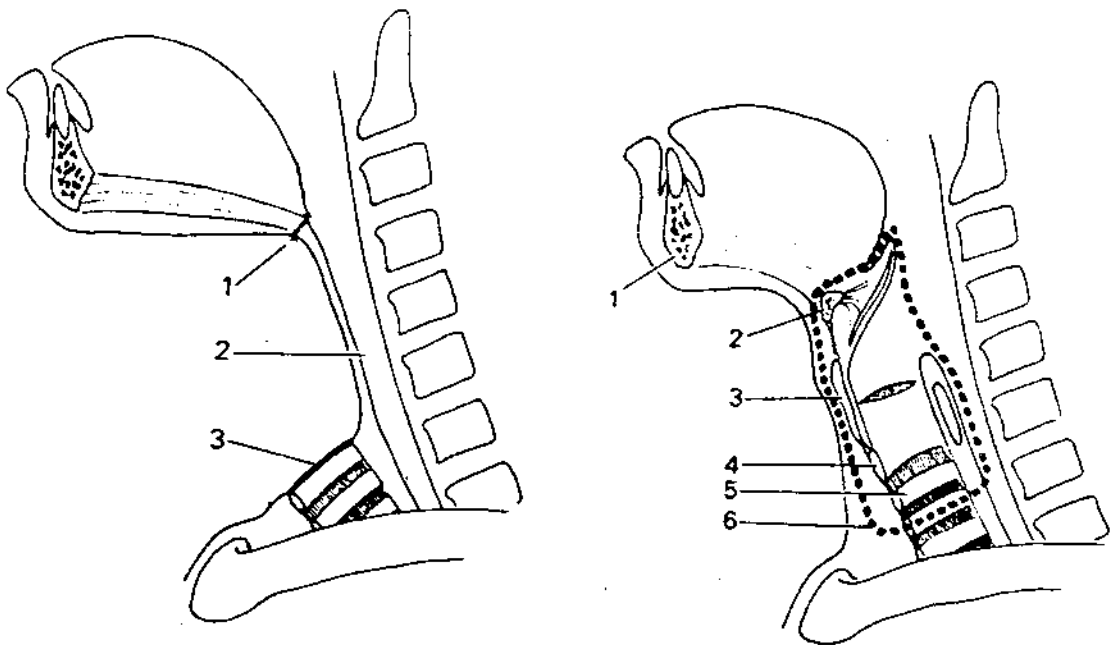
Αποτελεί την σπουδαιότερη επέμβαση της χειρουργικής του καρκινώματος του λάρυγγα και γίνεται με ολική αφαίρεση του. Γίνεται σε περίπτωση εκτεταμένου εσωτερικού καρκινώματος του λάρυγγα, σε περίπτωση καρκινώματος του υποφάρυγγα και σε περίπτωση υπογλωττιδικού και διαγλωττιδικού καρκινώματος του λάρυγγα.

Η πρώτη επέμβαση έγινε από τον χειρουργό BILLROTH το 1873. Οι χειρουργοί GLUNK και SORENSEN κατά το τέλος του 19ου αιώνα, τελειοποίησαν την τεχνική της επέμβασης ώστε η θνησιμότητά της μειώθηκε στα 2-3%. Η μέθοδος αυτή με ορισμένες τροποποιήσεις εφαρμόζεται και σήμερα και το ποσοστό θνησιμότητας έχει κατέβει στο 1%.

Η επέμβαση γίνεται με ενδοτραχειακή 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 πάνω 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 προσεκτικά. Αν έχουν προσβληθεί από μεταστάσεις και μαλακά μόρια του τραχήλου αυτά αφαιρούνται. Ο άρρωστος κατά τις πρώτες 8-10 μετεγχειρητικές ημέρες σιτίζεται με ρινογαστρικό σωλήνα.



Εικόνα 13. Όρια ολικής λαρυγγεκτομής.



Εικόνα 14. Σχηματογραφική παράσταση ορίων της ολικής λαρυγγεκτομής (κατά BIRREL).

Συνδυασμένη θεραπεία χειρουργική-ακτινοβολία

Μόνο σε περίπτωση καρκινώματος της φωνητικής χορδής στο αρχικό στάδιο η ακτινοβολία έχει την ίδια αξία με την χειρουργική αγωγή. Σε 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. Ο συνδυασμός αυτός γίνεται με δύο τρόπους:

-Μετά από τη χειρουργική επέμβαση και μετά την επούλωσή του τραύματος να ακτινοβοηθεί ο άρρωστος (μετεγχειρητική ακτινοβολία).

-Η ακτινοβολία προηγείται της επέμβασης (προεγχειρητική ακτινοβολία).

Η δεύτερη περίπτωση έχει ορισμένους περιορισμούς, επειδή σε περίπτωση υψηλής προεγχειρητικής ακτινοβολίας νεκρώνεται το δέρμα έτσι οι πιθανότητες πρωτοπαθούς ακτινοβολίας νεκρώνεται το δέρμα έτσι οι πιθανότητες πρωτοπαθούς επούλωσης του χειρουργικού τραύματος ελαττώνονται. Τελικά σήμερα εφαρμόζεται μέθοδος κατά την οποία τμήμα της συνολικής δόσης της ακτινοβολίας δίνεται προεγχειρητικώς και το υπόλοιπο μετεγχειρητικώς. Με την τακτική αυτή γίνεται προσπάθεια να αποφευχθούν μεταστάσεις του καρκίνου μετά την επέμβαση μέσω της αιματικής ή λεμφικής κυκλοφορίας.

Για κάθε περίπτωση κακοήθειας στην περιοχή του λάρυγγα υπάρχουν κάποια ειδικά προβλήματα, που πρέπει να αντιμετωπίζονται με περίσκεψη και όχι με τρόπο σχηματικό. Για παράδειγμα στην περίπτωση καρκινώματος της φωνητικής χορδής

IN SITU η πρώτη σκέψη θα ήταν ενδεχομένως να εφαρμοσθεί ακτινοθεραπεία. Αυτό όμως αντενδείκνυται γιατί αν αργότερα παρουσιασθεί υποτροπή του όγκου θα πρέπει πλέον να αντιμετωπισθεί με ολική λαρυγγεκτομή που είναι πολύ υπερβολική θεραπεία για έναν περιορισμένο και βραδείας ανάπτυξης όγκο. Στην περίπτωση αυτή η ορθότερη τακτική είναι μάλλον η αποφθοίωση των φωνητικών χορδών με την βοήθεια μικροσκοπίου (χειρουργικού) και κατόπιν τακτική κάθε μήνα παρακολούθηση του αρρώστου επί δύο περίπου χρόνια.

Και πολλές άλλες περιπτώσεις είναι δυνατό να παρουσιασθούν που πρέπει να αντιμετωπισθούν η κάθε μία ανάλογα με την ιδιαιτερότητά της. Σαν γενικό όμως σχήμα αναφέρονται οι παρακάτω ενδείξεις και αντενδείξεις των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων.

Όγκοι που εντοπίζονται στην υπεργλωττιδική περιοχή του λάρυγγα δεν πρέπει κατά κανόνα να υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, γιατί παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα τραχηλικών μεταστάσεων. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται η υπεργλωττιδική ή η ολική λαρυγγεκτομή. Ένδειξη για ορισόντια υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή. Θεωρείται η περίπτωση που ο όγκος περιορίζεται στην υπεργλωττιδική περιοχή, 3-5 χιλιοστά από την πρόσθια γωνία και με φυσιολογική κινητικότητα των χορδών. Αντενδείξεις είναι: α) Η προσβολή του γλώσσοεπιγλωττιδικού βοθρίου, του αρυταινοειδή χόνδρου ή του οπιοειδή βόθρου. β) Σε άτομα άνω των 70 ετών με χρόνια βρογχίτιδα, γιατί δυσκολεύονται στην κατάποση. γ) Όταν ο όγκος επεκτείνεται προς τη βάση της γλώσσας. Γενικά η υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή πρέπει να γίνεται μόνο όταν οι συνθήκες είναι ι-δεώδεις γιατί τα αποτελέσματα της σε ακατάλληλες περιπτώ-

σεις μπορεί να είναι καταστροφικές. Αντίθετα η ολική λαρυγγεκτομή είναι ασφαλής και τα αποτελέσματά της ικανοποιητικά.

Σε μικρούς γλωττιδικούς όγκους η θεραπεία εκλογής είναι η ακτινοθεραπεία η οποία συνήθως δίνει εξαιρετικά αποτελέσματα. Πρέπει όμως να λαμβάνεται υπ' όψη αν ο άρρωστος κάπνιζε πολύ ή αν έχει χρόνια λαρυγγίτιδα γιατί η ακτινοβολία σε αυτή την περίπτωση μπορεί να προκαλέσει ακτινονέκρωση του λάρυγγα. Γι' αυτό σε τέτοια άτομα συνίσταται η χορδεκτομή.

Εάν ο όγκος έχει προσβάλλει την πρόσθια γωνία ή τη φωνητική απόφυση προτιμάται η κάθετη ημιλαρυγγεκτομή, δεδομένου ότι η ακτινοβολία σπανίως μπορεί να επηρεάσει τον όγκο που έχει διηθήσει το χόνδρο. Για να γίνει όμως η κάθετη ημιλαρυγγεκτομή (κατακόρυφη) πρέπει η φωνητική χορδή να έχει φυσιολογική κινητικότητα, ενώ αντενδείκνυται όταν ο όγκος έχει επεκταθεί και στην άλλη φωνητική χορδή σε έκταση μεγαλύτερη του ενός τρίτου της, καθώς και όταν έχει επεκταθεί στην υπογλωττιδική περιοχή περισσότερο από 5 εκατοστά, ή όταν επεκτείνεται στη λαρυγγική κοιλία και στις νόθες φωνητικές χορδές.

Τα υπογλωττιδικά καρκινώματα δεν είναι συχνά όταν όμως παρουσιασθούν η θεραπεία εκλογής είναι η ολική λαρυγγεκτομή.

Οι διαγλωττιδικοί όγκοι όταν αντιμετωπίζονται με ακτινοβολία παρουσιάζουν πενταετή επιβίωση του αρρώστου σε αναλογία 24% ενώ όταν αντιμετωπίζονται με ολική λαρυγγεκτομή το ποσοστό ανέρχεται στο 53%. Γενικά οι διαγλωττιδικοί

όγκοι αντιμετωπίζονται κατά προτίμηση με ολική λαρυγγεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό του τραχήλου, δεδομένου ότι πολύ συχνά συνοδεύονται με διήθηση χόνδρου και τραχηλικές μεταστάσεις.

Ριζική σφαίρεση των τραχηλικών λεμφαδένων (κατά NECK-DISSECTION).

Σ'όλες τις μορφές του καρκινώματος του λάρυγγα πρέπει να υπολογίζουμε την πιθανότητα προσβολής των τραχηλικών λεμφαδένων από μεταστάσεις· για το λόγο αυτό απαιτείται η αφαίρεσή τους κατά την διάρκεια της λαρυγγεκτομής.

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

Κατά την NECK-DISSECTION δεν αφαιρούνται μεμονωμένοι λεμφαδένες αλλά όλα τα μαλακά υόρια της μιας τραχηλικής πλευράς με τα λεμφαγγεία και τα λεμφογάγγλια που βρίσκονται μέσα τους. Ακόμη αφαιρείται η εσωτερική σφατίτιδα φλέα, ο στερνοκλειδομαστοειδής μυς και το λίπος που βρίσκεται ενδιάμεσα. Κατά τη συστηματική NECK-DISSECTION το παραπληρωματικό νεύρο είναι δυνατό να διατηρηθεί. Διατηρούνται ανέπασα οπωσδήποτε η καρωτίδα, το πνευμονογαστρικό νεύρο και οι σκαληνοί μύες.

II. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ
Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣΗΣ.

Η λαρυγγεκτομή είναι αναμφισβήτητα πολύ σοβαρή εγχείρηση που αφήνει μεγάλη αναπηρία. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις παρουσιάζονται στον άρρωστο βαθμιαία μετά την επέμβαση, όταν αυτός συνειδητοποιήσει την φωνητική του αναπηρία. Οι επιπτώσεις αυτές είναι εντονότερες σε άτομα που χρησιμοποιούσαν τη φωνή τους επαγγελματικά, αλλά και σε αυτά που από το χαρακτήρα τους ήταν ομιλητικοί. Έτσι, στα άτομα αυτά παρατηρείται συνήθως προοδευτική δυσθυμία και απογοήτευση, που μπορεί να εξελιχθεί σε μελαγχολία με πολύ δυσάρεστα επακόλουθα. Οι συνέπειες αυτές πρέπει να προλαμβάνονται εγκαίρως.

Σήμερα υπάρχουν δύο δυνατότητες για την επανάκτηση της φωνής σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή.

- την οισοφάγεια φωνή ή την ομιλία με ερυγές
- την χρησιμοποίηση ηλεκτρονικών συσκευών.

Η εκμάθηση της ομιλίας μετά από τη λαρυγγεκτομή γίνεται με κατάλληλη λογοθεραπεία. Από τους εκπαιδευόμενους αρρώστους το 25% αυτών δεν κατορθώνουν να μιλήσουν ποτέ, ενώ η αποτελεσματικότητα της λογοθεραπείας είναι δυνατό να ανέλθει στο 70%.

Η οισοφάγεια φωνή στηρίζεται στο ότι ο λαρυγγεκτομημένος μαθαίνει να καταπίνει αέρα, να τον συγκεντρώνει στο κάτω τριτημόριο του οισοφάγου και στη συνέχεια με σύσπασση του μυϊκού τοιχώματος του οισοφάγου να τον βγάζει με ερυγές προς τα επάνω. Αν επιτυγχάνει ο άρρωστος να συσπά τους μύες στην είσοδο του οισοφάγου, τότε δημιουργού-

νται δύο πτυχές του βλεννογόνου αμφοτερόπλευρα (ψευδογλωττίδα), που δονούνται από τον διερχόμενο αέρα. Εξαιτίας αυτού δημιουργείται τόνος, που μέσα στο στόμα είναι δυνατό να γίνει άρθρωση. Με κατάλληλη διδασκαλία οι άρρωστοι μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τον τόνο και την ομιλία αυτή ώστε να είναι σε θέση να συνεννοούνται καλά με τους συνανθρώπους τους.

Στους ασθενείς που εξαιτίας ανατομικών ή άλλων αιτιών είναι αδύνατο να μάθουν ομιλία με ευυγές εφαρμόζεται ο ηλεκτρονικός λάρυγγας. Το όργανο τοποθετείται κάτω από το πηγούνι του αρρώστου, ο οποίος όταν θέλει να μιλήσει, σχηματίζει τις λέξεις στο στόμα του, που γίνονται ηχηρές από τον δονητή και έτσι μπορεί να μιλήσει κατανοητά.

Υπάρχουν σήμερα διασθέσιμα διάφορα μηχανήματα. Σημασία έχει να διαλεχτεί το καταλληλότερο για τον κάθε άρρωστο. Η τραχειοοισοφαγική παρακέντηση είναι μία σχετικά καινούργια τεχνική που χρησιμοποιεί ένα προσθετικό μηχανήμα (DUCK-BILL). Χειρουργικά γίνεται ένα συρίγγιο στο οπίσθιο τοίχωμα της τραχείας και το πρόσθιο του οισοφάγου. Στο συρίγγιο τοποθετείται μία βαλβίδα μιας κατεύθυνσης. Ο άρρωστος χρησιμοποιεί το δάχτυλό του για να κλείσει το στόμιο της τραχειοτομής κατά την διάρκεια της ομιλίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ

ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

-ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ, ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Ι.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ
ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ.

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή που υποβάλλεται σε επέμβαση λαρυγγεκτομής, διαχωρίζεται όπως και σε κάθε χειρουργημένο ασθενή, σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική. Διαφορετική η κατάσταση του ασθενή προεγχειρητικά και σαφώς δυσμενέστερη μετεγχειρητικά.

Αρχικά γίνεται εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή από νοσηλευτικής πλευράς.

Έπειτα ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια εφαρμόζει πρόγραμμα νοσηλευτικής παρέμβασης ελαστικό και μεταβαλλόμενο στηριζόμενο στην αρχή της εξατομίκευσης της φροντίδας για να αντιμετωπίσει τα πολλά και ποικίλλα προβλήματα του ασθενή.

Με την προεγχειρητική παρέμβαση εκτός από την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή δημιουργούνται και οι προϋποθέσεις για την ομαλότερη μετεγχειρητική πορεία του. Ακολουθεί η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης αυτής.

Η μετεγχειρητική παρέμβαση έχει σκοπό την ομαλή πορεία του ασθενή μετά την επέμβαση, την πρόληψη επιπλοκών, καθώς και την κατάρτιση σχεδίου για την αποκατάσταση της ομιλίας και διδασκαλίας του λαρυγγεκτομημένου ασθενή. Τέλος γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης αυτής.

Γίνεται αναγνώριση της κατάστασης του ασθενή από την συλλογή πληροφοριών από τον ίδιο τον ασθενή, την οικογένειά του και τα ιατρικά δελτία στα οποία αναφέρονται το ιστορικό υγείας του ασθενή, η φυσική εξέταση και τα α-

ποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων. Έτσι γίνεται η διαπίστωση των συμπτωμάτων καθώς και η πιθανή διάγνωση για το είδος του καρκίνου. Εφόσον λοιπόν οι ενδείξεις είναι οι κατάλληλες, ο ασθενής θα υποβληθεί σε επέμβαση λαρυγγεκτομής, για την αντιμετώπιση της κακοήθειας του λάρυγγα.

Ο ασθενής εμφανίζει προβλήματα που πρόκει μέσω της προεγχειρητικής παρέμβασης να ληφθούν και αυτά είναι:

- α) Αναπνευστικές διαταραχές
- β) Έλλειψη άνεσης
- γ) Θρεπτικό ανισοζύγιο
- δ) Δυσκολία επικοινωνίας
- ε) Ψυχολογικά προβλήματα
- στ) Αγωνία για την επέμβαση και την μετέπειτα κατάσταση.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Α ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΔΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Αναπνευστικές διαταραχές.
Εισπνοή στιμών για εφύγραση των βλεννογόνων και ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
Βελτίωση βατότητας της αναπνευστικής οδού από τις εκκρίσεις.
Ομαλότερος ρυθμός αναπνοής.
2. Έλλειψη άνεσης, λόγω πόνου, βήχα και πτυέλων.
Ημικθισιστική θέση στο κρεβάτι.
Φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου (σωστά τηρούμενη).
Προαγωγή της άνεσης.
Νεροειδές με χαρτοβάμβακο στο κομοδίνο του σρώστου για τα πτύελα.
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο λόγω δυσφαγίας & ανορεξίας.
Εξασφάλιση υγρών και τροφής που καταπίνεται εύκολα. Αποφυγή ξινών τροφών.
Βελτίωση της όρεξης του ασθενή και αποφυγή εξάντλησής του.
4. Δυσκολία επικοινωνίας με τους άλλους.
Μείωση αγωνίας επιτρέποντας στον ασθενή να εκφράσει με λόγια τον φόβο του για την επέμβαση.
Αποκτάσταση επικοινωνίας με την οικογένεια.
5. Ψυχολογικά προβλήματα.
Εξασφάλιση πνευματικής & συμβουλευτικής βοήθειας.
Βελτίωση της συνεργασίας του προσωπικού με τον ασθενή.
Επανάκτηση ψυχραιμίας και ηρεμίας του ασθενή.

6. Αγωνία του ασθενή για την επέμβαση & την μετέπειτα κατάστασή του.

Διερμηνεία των πληροφοριών του χειρουργού & μείωση αγωνίας (συμβουλευτική).

Ελλάτωση αγωνίας. Σωστή εκμάθηση τρόπων επικοινωνίας.

Προετοιμασία για το είδος της θεραπείας που αποφασίστηκε.

Ικανοποιητική αποδοχή και εξασφάλιση μετεγχειρητι-

Υποστήριξη για την μεταβατική περίοδο.

κής συνεργασίας.

Επεξήγηση της τραχειοτομής και της αναγκαιότητάς της.

Προετοιμασία του ασθενή να αναπνέει μέσα από το τραχειακό άνοιγμα.

Σχεδιασμός εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας & διδασκαλία ασθενή για την επικοινωνία μετεγχειρητικά.

Πληροφόρηση για την μετεγχειρητική περίοδο

αλλαγή σωλήνα, τεχνική διατροφή, χορήγηση οξυγόνου).

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων προεγχειρητικής παρέμβασης:

1. Θετική απόκριση στην εφαρμογή των ανακουφιστικών μέτρων καθώς και στην προετοιμασία για την μετεγχειρητική περίοδο.

2. Αρνητική απόκριση. Άρνηση συνεργασίας του ασθενή.

-Επανεξέταση προσέγγισης ασθενή.

-Εκ νέου προσπάθεια μείωσης της αγωνίας, της προετοιμασίας του για την μετεγχειρητική περίοδο και τέλος εξασφάλιση της συνεργασίας του.

Μετά την θετική αξιολόγηση της παρέμβασης στα προεγχειρητικά προβλήματα του ασθενή και αφού έχει ορισθεί η ημέρα και η ώρα της επέμβασης εφαρμόζεται την προηγούμενη η τυπική προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή για χειρουργείο. Ακολουθεί η τελική προσπάθεια τόνωσης του ηθικού του ασθενή λίγο πριν μπει στο χειρουργείο.

Η επέμβαση της λαρυγγεκτομής είναι πολύωρη και όταν αυτή τελειώσει με επιτυχία ο ασθενής παραλαμβάνεται από νοσηλεύτη του τμήματος και οδηγείται στο ειδικά προετοιμασμένο κρεβάτι του θαλάμου. Ο ασθενής είναι δυνατό να φέρει: παρεντερική έγχυση ορού (R/L), μονάδα αίματος, ουροκαθετήρα, ρινογαστρικό σωλήνα, παροχέτευση του τραύματος και φυσικά τις επιδέσεις.

Από την στιγμή της παραλαβής του ασθενή τίθεται από νοσηλευτικής πλευράς σε εφαρμογή το σχέδιο μετεγχειρητικής παρέμβασης. Αυτό είναι:

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΣΕ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Αναπνευστική δυσχέρεια λόγω της επέμβασης.

- Χορήγηση επιπλέον Ο₂ με σωλήνα T στο τραχειακό στόμιο. (εικ. 14)

- Αναρροφήσεις τραχειοστομίας.

- Καθαρισμός τραχειοσωλήνα όταν είναι ανάγκη.

- Ανύψωση του άνω μέρους του κορβατιού 30° περίπου για την διευκόλυνση του αεραγωγού σε σωστή θέση.

- Σημείωση ζωτικών σημείων για απόκλιση από το κανονικό. Τιμή και βάθος αναπνοής.

- Εξασφάλιση υγιεινής τοπικά.

- Αποφυγή δυσχέρειας περιοχής και αιμορραγίας.

- Ασηψία γύρω περιοχή.

- Ελαστικότητα του δέρματος γύρω από το τραύμα.

2. Νωπό τραύμα.

- Εξωτερικός καθαρισμός από αίματα

- Πρόληψη αιμορραγίας.

- Συχνές αλλαγές ματωμένων γαζών & περιποίηση τραύματος.

- Τοποθέτηση βαζελίνης ή άλλη αλοιφή (νεοσκορινης) για πρόληψη σχηματισμού κρούστας & ρήξης του δέρματος.

- Περιποίηση περιτοματικού δέρματος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3. Πόνος στην περιοχή του τσώματος.

- Χορήγηση αναλγητικών σε ειδήλωση του πόνου.

- Ήσυχος όλες τις ώρες. Ήρεμη εκφραση προσώπου, ελλαττωμένη κούραση, δηλώσεις που βεβαιώνουν την απουσία του πόνου.

4. Περιορισμός κινητικότητας της κεφαλής.

- Διδασκαλία του αρρώστου να χρησιμοποιεί το χέρι του για να σημάσει το κεφάλι του.

- Βελτίωση της κινητικότητας του κεφαλιού και καλύτερη εικόνα του ασθενή.

5. Διατροφή.

- Παρακολούθηση παρεντερικών χορηγήσεων.

- Ακεραιότητα φλεβοκαθετήρα και φλέβας.

- Εφαρμογή εντερικής διατροφής.

- Άσηπτη διατήρηση φλεβικής χορήγησης υγρών.

- Όταν αρχίσει να το ανέχεται ο άρρωστος. Χορήγηση υγρών αντί μαλακών φαγητών.

- Καλή αποδοχή στον τρόπο σίτισης η επιτυχία του οποίου εξαρτάται από τη διατήρηση του σωματικού βάρους του ασθενή.

6. Υγιεινή στόματος.

- Διδασκαλία του αρρώστου για τροποποίηση της υγιεινής του στόματος (βούρτσισμα γλώσσας, υπερώας και του εσωτερικού του στόματος).

- Εκμάθηση της καινούργις τακτικής για την υγιεινή του στόματος.

- Αποφυγή μολύνσεων της περιοχής.

-Εκτός το βούρτσισμα χρησιμοποιείται
είται μαλακή βούρτσα για τον καθαρισμό
της γλώσσας & των πλάγιων τοιχωμάτων.

-Το στόμα ξεπλένεται σε αποσηπτικό
δισόλυμα (I RIN).

-Χρήση των ενσλαϊντικών μέσων επικοινωνίας
για τα οποία έγινε διδασκαλία προεγχειρητικά.

7. Αφωνία.

-Ικανοποιητική συνεργασία και προσαρμογή στον τρόπο της επικοινωνίας.

8. Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.

-Στενή παρακολούθηση του αρρώστου και έκδηλη κατανόηση της κατάστασής του.

-Περιποίηση του αρρώστου & εξυπηρέτηση των ατομικών αναγκών του.

-Εξασφάλιση ησυχίας και ηρεμίας στο θάλαμο με την απομάκρυνση επισκεπτών.

-Αφιέρωση χρόνου για την επικοινωνία μέσω των ενσλαϊντικών τρόπων με τον ασθενή.

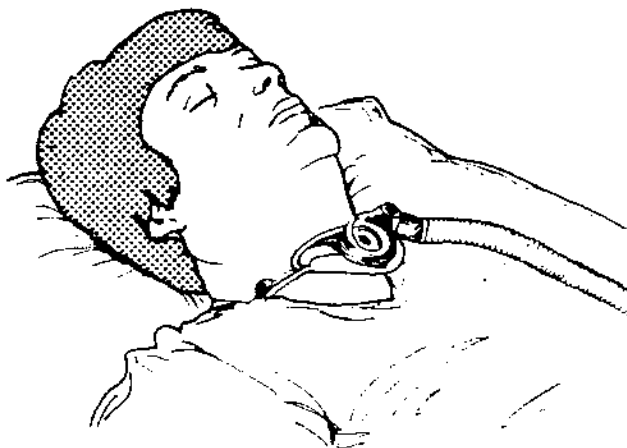
-Διδασκαλία.

-Επιβεβαίωση προεγχειρ. διδασκαλίας
-Ικανοποίηση και εμπιστοσύνη ασθενή στα νοσηλευτικά μέτρα.

-Αυτοσεβασμός
-Καλή ψυχολογία.

-Ψυχική ηρεμία.

-Ικανοποιητική συνεργασία και καταβολή προσπάθειας.



Εικόνα 15.Χορήγηση εφυγρασμένου O_2 από το τραχειακό στόμιο.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση συμπληρώνεται με την εφαρμογή σχεδίου για την αποκατάσταση της ομιλίας του ασθενή καθώς και με την διδασκαλία αυτού σε θέματα υγείας που τον αφορούν και θα πρέπει να εφαρμόσει στην μετέπειτα ζωή του.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΜΙΛΙΑΣ

-Βεβαιώνουμε τον άρρωστο ότι η αποκατάσταση της ομιλίας μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική. Μπορεί από τον άρρωστο να χρησιμοποιηθεί η λαρυγγική η οισοφαγική ομιλία ή αυτή με την χρησιμοποίηση τεχνητών μέσων.

-Ενθάρρυνση του αρρώστου πως το 75% ομοίων του, για την ομιλία χρησιμοποιούν μια ποσότητα αέρα σαν πηγή ενέργειας που την παίρνουν από το λάρυγγα. Ενθάρρυνση και για την οισοφάγεια ομιλία.

-Μέσω των συνδυασμένων προσπαθειών του χειρουργού ιατρού, νοσηλευτή του αρρώστου, της οικογένειας και ίσως κάποιου ειδικού αρχίζει το πρόγραμμα αποκατάστασης της ομιλίας με τους δύο παραπάνω τρόπους.

-Η παρακίνηση του αρρώστου, η αποφασιστικότητα και η χαλάρωση του είναι απαραίτητα για να μάθει τους νέους τρόπους ομιλίας. Χρειάζεται ενθάρρυνση και υποστήριξη που θα του δώσουν κυρίως ο νοσηλευτής και η οικογένεια αυτού.

-Παραπέμπουμε τον άρρωστο σε οργανισμούς που μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά.

-Αν αποτύχει η προσπάθεια εκμάθησης της ομιλίας με τους δύο πρώτους τρόπους εφαρμόζονται διάφορα μηχανήματα. Σημασία έχει να διαλεχτεί το καταλληλότερο για τον άρρωστο. Ακολουθεί διδασκαλία για την εκμάθηση της ομιλίας με το μηχανήμα αυτό.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Καθαρισμός στομίου. Διδασκαλία του αρρώστου:

_Να πλένει τα χέρια πριν ακουμπήσει το στόμιο.

-Να βρέχει τον τρίφτη με ζεστό νερό, να τον στίβει καλά και να τον απλώνει γύρω από το στόμιο.

-Να μην χρησιμοποιεί σαπούνι, χαρτομάνδηλα ή χαλαρό βαμβάκι γιατί είναι δυνατό να εισροφηθούν στην τραχεία.

-Να κάνει λεπτή επάλειψη με βαζελίνη στο περιτομιακό δέρμα.

-Να σκουπίζει το περίσσειμα της βαζελίνης από την περιοχή.

Φίλτρο του στομίου

-Να χρησιμοποιείται ένα πλεκτό κάλυμμα ή κάποιο βαμβάκερο ύφασμα που κρέμεται πάνω στο στόμιο.

-Για τους άνδρες: Μπορούν να φορούν ζακέτες ASCOT, ή με λαιμό χελώνας. Όταν φορούν πουκάμισα να αφήνουν το δεύτερο κουμπί πάντα ανοιχτό.

-Για τις γυναίκες:Μπορούν να φορούν μια ποικιλία κασιώς, περιδέραια, φορέματα με ψηλό γιακά και ζακέτες με λαιμό χελώνας.

Φροντίδα στόματος

-Όπως έχει δειχθεί στον άρρωστο κατά την παραμονή του στην κλινική η στοματική φροντίδα τροποποιείται.

Φάρμακα

-Να συμβουλευέται το γιατρό πριν πάρει οποιοδήποτε φάρμακο γιατί πολλά από αυτά έχουν την τάση να ξηραίνουν το τραχειόστομα.

-Να αποφεύγει τη χρησιμοποίηση οινοπνεύματος γιατί ξηραίνει επίσης το στόμιο και επιπλέον είναι ερεθιστικό.

Κατά την διάρκεια κρυολογήματος να κάνει εισπνοές ατμού.

Αποφυγή επιπλοκών

Διδασκαλία του αρρώστου.

-Να προστετεύει το στόμιο όταν κάνει ντους ή όταν βρέχει με πλαστικό κάλυμα.

-Να μην κάνει μπάνιο στη θάλασσα.

-Να προστατεύει το στόμιο όταν κόβει τα μαλλιά ή όταν χρησιμοποιεί πούδρα.

-Να χρησιμοποιεί στεγνή πετσέτα γύρω από το λαιμό όταν ξυρίζεται.

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων μετεγχειρητικής παρέμβασης

1. Θετική απόκριση στην εφαρμογή των νοσηλευτικών μέτρων, βελτίωση της κατάστασης, ομαλή μετεγχειρητική πορεία, αποφυγή επιπλοκών, ουσιαστική προαγωγή της φυσικής και ψυχικής κατάστασης του ασθενή.

2. Αρνητική απόκριση. Εμφάνιση επιπλοκών:

- Μόλυνση τραύματος
- Αιμορραγία και σχηματισμός αιματώματος
- Πνευμονία
- Νέκρωση ιστού στην χειρουργημένη περιοχή
- Στένωση στομίου εξαιτίας ίνωσης ή μόλυνσης.

Η αντιμετώπιση της κάθε επιπλοκής από νοσηλευτικής πλευράς έχει ως εξής:

Επιπλοκές	Νοσηλευτική αντιμετώπιση
1. Μόλυνση τραύματος	- Άσηπτη τεχνική - Προφύλαξη ασθενή από εστίες μόλυνσης. - Απομάκρυνση μολυσματικών παραγόντων. - Εφαρμογή τοπικής και γενικής θεραπευτικής αγωγής σε υπόδειξη του γιατρού.
2. Αιμορραγία, σχηματισμός αιματώματος.	- Αντιμετώπιση αιμορραγίας, επίτευξη αιμόστασης. - Προετοιμασία υλικών για πιθανή απολύτωση. - Προσοχή στην περιποίηση του τραύματος. - Διδασκαλία ασθενή για αποφυγή απότομων κινήσεων.
3. Πνευμονία.	- Φαρμακευτική φροντίδα και τήρηση ιατρικών εντολών. - Αντιμετώπιση συμπτωμάτων.
4. Νέκρωση ιστού στη χειρουργημένη περιοχή.	- Στενή παρακολούθηση τραύματος. - Ενημέρωση ιατρού. - Απομάκρυνση νεκρού ιστού.

Επιπλοκές

5. Στένωση στομίου εξαιτίας
ίνωσης ή μόλυνσης.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση

-Εκτίμηση αναπνευστικής δυσχέ-
ρειας του ασθενή.

-Ενημέρωση γιατρού.

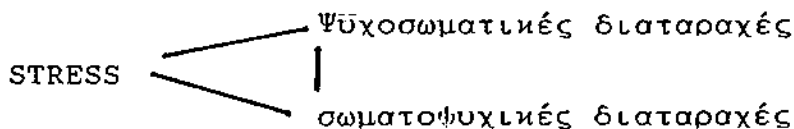
-Διδασκαλία ασθενή για πιθα-
νή επέμβαση.

Ρόλος Νοσηλευτή-νοσηλεύτριας στην προεγχειρητική και με-
τεγχειρητική νοσηλεία ασθενή με λαρυγγεκτομή.

Από την ανσφορά της προεγχειρητικής και μετεγχειρη-
τικής νοσηλευτικής παρέμβασης σε ασθενή που υποβάλλεται
στην σημαντική επέμβαση της λαρυγγεκτομής διαπιστώνεται
ο ουσιαστικός και καθοριστικός ρόλος του νοσηλευτή. Ο νο-
σηλευτής καλείται να βοηθήσει μαζί με την υπόλοιπη υγιει-
νομική ομάδα στην προετοιμασία του ασθενή για την επέμβα-
ση, στην εξασφάλιση ομαλής μετεγχειρητικής πορείας και
στην πρόληψη επιπλοκών, στην εξατομικευμένη επιλογή του
νέου τρόπου φώνησης και στην διδασκαλία του ασθενή για
τον νέο τρόπο υγιεινής και της ζωής γενικά.

Οι κυριότεροι παράγοντες που εκτιμώνται από τον νο-
σηλευτή για την όλη εξατομικευμένη παρέμβαση είναι:

- * επιθυμία ασθενή
- * ψυχολογία ασθενή.



Βλέπουμε στο σχήμα την κυκλική σχέση που υπάρχει α-
νάμεσα στη ψυχική και τη σωματική υγεία. Όπως ισχυρίζεται
και ο DUBOS: «κάθε αρρώστεια ανεξάρτητα από τα αίτια και

τις εκδηλώσεις της, αφορά πάντα το σώμα και το νου. Οι σχέσεις ανάμεσα σε αυτές τις δύο πλευρές είναι τόσο στενές ώστε είναι αδύνατο να γίνει διάκριση ανάμεσά τους.

- * Οικογενειακό περιβάλλον
- * Επάγγελμα-ωράριο εργασίας
- * Δραστηριότητες που αφορούν την αυτοεξυπηρέτηση.
- * Επιπλοκές (μόνιμης τραχειοστομίας)

Εκτιμώντας τους παράγοντες αυτούς ο νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στην θεραπευτική μέθοδο με την οποία αντιμετωπίζεται ο ασθενής. Είναι δε αποφασιστικός ο ρόλος του στην αντιμετώπιση των προβλημάτων, αλλά και στην επανέκτηση της φωνής γιατί είναι αυτός που έρχεται χρονικά και ποιοτικά σε περισσότερη επαφή με τον ασθενή.

II. ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗΝ

Ω.Ρ.Α. ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ 409 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟ- ΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΣ.

Γ.Η ασθενής Χ.Α. (αριθ.γ.μ.:1721) ετών 57 εισήχθη στην κλινική 16.5.90 με ήδη διεγνωσμένη εξεργασία λάρυγγα. Την ίδια μέρα έγιναν α/α θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, διασταύρωση και εργαστηριακές εξετάσεις. Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν:

Ομάδα αίματος: A, RH⁺

HT: 41

T.K.E.: 49

Ουρία: 47

Σάκχαρο: 105

PT: 12,6

ΡΤΤ: -28,4

Η ασθενής επρόκειτο να χειρουργηθεί την επόμενη ημέρα.
Η επέμβαση που θα εφαρμόζονταν ήταν αυτή της ολικής λαρυγγεκτομής με δεξιό λεμφαδενικό καθαρισμό.

Εφαρμόσθηκε τυπική προεγχειρητική προετοιμασία της ασθενούς καθώς και προεγχειρητική παρέμβαση στα προβλήματα που παρουσίαζε. Τα προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν με την μέθοδο της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι τα εξής:

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΣΘΕΝΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Έλλειψη άνεσης λόγω πόνου, βήχα και πτυέλων.

-Φαρμακευτική αντιμετώπιση πόνου
σε υπόδειξη υπεύθυνου ιατρού.
-Ημικαθιστική θέση του ασθενή.
-Νεφροειδές με χαρτοβάμβακο στο κομοδίνο της ασθενούς.

-Μείωση πόνου.

-Καλύτερη αναπνοή

-Ξεκούραση ασθενούς.

2. Δυσκολία επικοινωνίας:

-Προσέγγιση ασθενούς και ενθάρρυνσης.

-Βελτίωση της συνεργασίας της ασθενούς.

-Ερμηνεία εξηγήσεων του χειρουργού ιατρού.

-Αποκατάσταση επικοινωνίας με τα μέλη της οικογένειας.

-Παρακίνηση της οικογένειας της ασθενούς & συζήτηση μαζί της για την επέμβαση.

-Καλή ψυχολογία.

3. Ψυχολογικά προβλήματα.

-Εξασφάλιση ψυχολογικής & πνευματικής υποστήριξης της ασθενούς εφ' όσον την ζητήσει.

4. Αγωνία για την επέμβαση & την μετέπειτα κατάσταση.

-Επεξήγηση της επέμβασης.

-Μείωση αγωνίας ασθενούς.

-Εξήγηση της τραχειοστομίας.

-Θετική απόκριση στην διδασκαλία.

-Εξήγηση της ανάγκης της τραχειοστομίας.

-Συμμετοχή και συνεργασία.

<u>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ</u>	<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</u>	<u>ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛ.</u>
	-Διδασκαλία μέσω εναλλακτικής επικοινωνίας.	-Προαγωγή χαλάρωσης και ηρεμίας.
	-Ενθάρρυνση & ένδειξη κατανόησης της κατάστασης της ασθενούς.	

Η ασθενής εμφάνισε θετική απόκριση στην νοσηλευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων της και την επομένη έπειτα από ένα ήσυχο βραδυνο ύπνο πήκε στο χειρουργείο στις 8.30.

Η επέμβαση κράτησε 7 ώρες. Η ασθενής παραλήφθηκε από νοσηλεύτρια του τμήματος στις 16.00 μ.μ.. Το σχέδιο της μετεγχειρητικής παρέμβασης που ακολουθήθηκε ήταν το εξής:

ΣΧΕΔΙΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ Χ.Α.

<u>ΠΡΟΒΛΗΜΑ</u> ΑΣΘΕΝΟΥΣ	<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ</u>	<u>ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u>
1. Αναπνευστική δυσχέρεια λόγω παρατεταμένης επέμ-	- Διόρθωση θέσης. - Αναπνευστική φυσιοθεραπεία	- Βελτίωση αναπνευστικής λειτουργίας. - Πρόληψη δυσπνοϊκών φαινομένων. - Φυσιολογική αναπνοή.
2. Αναπνευστική δυσχέρεια λόγω εκκρίσεων της τρα- χείας.	- Συχνές αναρροφήσεις τραχειο- στομίας.	- Παύση εμετών - Ανακούφιση και προαγωγή ηρεμίας ασθενούς.
3. Ναυτία και έμετοι.	- Αντιμετώπιση εμετών και προ- σπάθεια για την αποφυγή εισρό- φησης. - Ενθάρρυνση της ασθενούς. - Φαρμακευτική αντιμετώπιση. (PRIMPERAN)	
4. Τραύμα.	- Καθημερινές αλλαγές - Αντισηψία περιοχής - Περιποίηση περιτοματικού δέρματος.	- Καθαρό τραύμα - Διατήρηση αντισηψίας για αποφυ- γή μόλυνσας.
5. Λοιμώξεις από επέμβαση.	- Εφαρμογή και τήρηση αντιβιοτικής θεραπείας - TEST πενικιλίνης - Αναθέρωση ρινογαστρικού σωλήνα.	- Αποφυγή λοιμώξεων από το αναπνευ- στικό και ουροποιητικό.
6. Διατροφή.	- Έναρξη σίτισης από το ρινογα- στρικό σωλήνα. - Χορήγηση τσαγιού από το στόμα & ενθάρρυνση της ασθενούς να καταπίνει.	- Θερμιδική υποστήριξη ασθενούς. - Εμφανής βελτίωση της κατάποσης.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
7. Εμφάνιση εξανθημάτων	-Εφαρμογή τοπικά αντιϊσταμινικών αλοιφών.	Μείωση κνησμού.
8. Έλλειψη άνεσης λόγω παροχτετεύσεων.	-Ασφαλής διατήρηση της θέσης των παροχτετευτικών συσκευών. -Αλλαγή της θέσης της ασθενούς.	-Βελτίωση της άνεσης της ασθενούς.
9. Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.	-Στενή παρακολούθηση της ασθενούς και ικανοποίηση των ατομικών της αναγκών της.	-Ικανοποίηση ασθενούς και καταβολή προσπάθειας συνεργασίας.
10. Εμμονή εξανθημάτων & κνησμού.	-Εφαρμογή ατομικής υγιεινής στο κρεβάτι. -Αναθεώρηση αντιϊσταμινικής αγωγής.	-Εξασφάλιση ηρεμίας. -Μείωση κνησμού
11. Γαστρικοί πόνοι.	-Ευδοποίηση δερματολόγου. -Εφαρμογή θεραπείας σε αντιόξινα φάρμακα (ALUDROX) -Εκτίμηση λοιπών συμπτωμάτων (όξινες ερυγές)	-Αιτιολόγηση του συμπτώματος (αλ-λεργική αντίδραση στην πενικιλιλίνη). -Παύση πόνων.
12. Αφωνία.	-Χρήση ενσλακτικών τρόπων επικοινωνίας. -Διδασκαλία ομιλίας.	-Υποχώρηση λοιπών συμπτωμάτων. -Ικανοποιητική επικοινωνία. -Αποκατάσταση ομιλίας.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς εκτός των δύο επιπλοκών (αλλεργία, γαστρικοί πόνοι) ήταν ομαλοί.

Η διδασκαλία της ασθενούς για την επανένκτηση της ομιλίας και αυτή για την μετέπειτα υγιεινή είχε τα αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα. Η ασθενής συνεργάστηκε με την νοσηλευτική ομάδα και κατέβαλε αρκετή προσπάθεια για την απόκριση στη διδασκαλία. Αποτέλεσμα αυτών ήταν η κυρία Χ.Α. να μιλήσει και να προσαρμοστεί ιδανικά σχεδόν στην νέα κατάσταση της υγείας της.

Βγήκε από την κλινική στο τέλος του μήνα έχοντας αναπτύξει την φωνητική δυνατότητα και έχοντας γνώση των οδηγιών για την ιδιαίτερη υγιεινή που θα πρέπει να εφαρμοστεί στην μετέπειτα ζωή της.

2.Ο ασθενής Κ.Π. (αριθμ.μητρ.2018), 61 χρόνων εισήχθη στην κλινική 19.3.90. Ο ασθενής αυτός είναι γνωστός στην κλινική αφού από τρίμηνο είχε εισαχθεί για εξετάσεις λάρυγγα και είχε διαγνωσθεί τότε περιορισμένη κακοήθεια, η οποία όμως απαιτούσε για μεγαλύτερη ασφάλεια την εκτέλεση επέμβασης λαρυγγεκτομής. Ο ασθενής δεν δέχθηκε την υπόδειξη των γιατρών και θέλησε να υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία. Εφάρμοσε δε την θεραπεία σε ακτινοθεραπεία της Αθήνας.

Η νέα εισαγωγή οφείλεται στην υποτροπή του καρκίνου που έκανε επιτακτική την ανάγκη της επέμβασης.

Ο ασθενής αναφέρει ιστορικό εμφράγματος πριν τετραετίας και ζαχαρώδη διαβήτη που ρυθμίζει φαρμακολογικά

(DIAMICRON 80 MG).

Μετά την εισαγωγή του ασθενή έγιναν οι εξετάσεις:
Διασταύρωση ομάδας, ΗΚΓ, και εξέταση αίματος. Οι τιμές
των εξετάσεων είναι:

Ομάδα αίματος: ARH⁺

Λευκά: 7500

Σάκχαρο αίματος: 165

Ουρία: 34

Κρεατινίνη: 0,6

HT: 51

ΤΚΕ: 3

PT: 21,3

PTT: 22

Έμεινε μία ακόμη μέρα για να ρυθμιστεί το σάκχαρο
του, έγιναν και νέες εξετάσεις και ορίσθηκε η επομένη
για την επέμβαση. Αποφασίστηκε η εκτέλεση οριζόντιας ημι-
λαρυγγεκτομής.

Από νοσηλευτικής πλευράς εφαρμόστηκε η τυπική προ-
εγχειρητική προετοιμασία του ασθενή καθώς και η προεγχει-
ρητική παρέμβαση στα προβλήματα που παρουσίασε. Τα προ-
βλήματα που αντιμετωπίστηκαν ήταν:

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΣΘΕΝΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Ζαχαρώδης διαβήτης.	-TEST ζαχάρου στα ούρα. -Φαρμακολογική αντιμετώπιση με την χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων.	-Φυσιολογικές τιμές ζαχάρου.
Δυσκαταποσία, δυσφαγία.	-Εξασφάλιση υγρών & τροφής που καταπίνεται εύκολα. Αποφυγή ξινών τροφών.	-Βελτίωση όρεξης ασθενή και αποφυγή εξάντλησής του.
Δυσκολία στην επικοινωνία.	-Συμβουλευτική προσέγγιση για την μείωση της αγωνίας του. -Διδασκαλία της σύζυγου του ασθενή για την συμβολή της στην ενθάρρυνση & βελτίωση της ψυχολογίας του ασθενή. -Πτροπή ασθενή να συνευδητοποιήσει την κατάσταση και να συζητήσει το θέμα του με την σύζυγό του και την υγειονομική ομάδα.	-Αποκατάσταση επικοινωνίας ασθενή με την σύζυγό του. -Βελτίωση της συνεργασίας του ασθενή με την υγειονομική ομάδα.
Αγωνία για την επέμβαση & την μετεγχειρητική κατάσταση.	-Επεξήγηση των πληροφοριών του χειρουργού Ιατρού. -Εξήγηση επέμβασης. -Διδασκαλία για την μετεγχ. περίοδο & για την χρήση ενσλακτιτικών μέσων επικοινωνίας. -Εξήγηση τραχειοστομίας. -Εξήγηση της ανάγκης της προσω-	-Μείωση της αγωνίας του ασθενή. -Βελτίωση της συνεργασίας του. -Προαγωγή χαλάρωσης και ηρεμίας. -Προαγωγή χαλάρωσης & ηρεμίας.

ρινής τραχειοστομίας.

-Εξήγηση για τον νέο τρόπο φώνησης.

-Πληροφορίες για την μετεγχειρητική περίοδο (αλλαγή σωλήνα, τεχνητή διατροφή, χορήγηση οξυγόνου).

Ο ασθενής εμφάνισε σχετικά θετική απόκριση στην νοσηλευτική παρέμβαση. Έτσι στα θέματα του διαβήτη και της σίτισης είχαμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η συνεργασία του όμως ήταν μέτρια και η αγωνία του δεν έδειχνε να μειώνεται.

Ακολούθησε προσπάθεια νέας προσέγγισης του ασθενή από όλα τα μέλη της υγειονομικής ομάδας όμως η απόκριση του ασθενή δεν ήταν αναμενόμενη.

Την επόμενη μέρα μπήκε στο χειρουργείο στις 8.00 π.μ. Ο ασθενής παραλήφθει από αδελφή του τμήματος στις 15.30 μ.μ. Το σχέδιο νοσηλευτικής παρέμβασης που ακολουθήθηκε ήταν το εξής:

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αναπνευστικές δυσχέρειες λόγω εγκρίσεων της τραχείας.	-Συχνές αναρροφήσεις της τραχειο-τραχειοστομίας.	-Φυσιολογική αναπνοή.
Τραύμα.	-Καθημερινές αλλαγές -Αντισηψία περιοχής -Περιποίηση περιττωσιακού δέρματος.	-<<Καθαρό>> τραύμα. -Διατήρηση ασηψίας περιοχής και αποφυγή μόλυνσης.
Ζαχαρώδης διαβήτης.	-TEST σακχάρου στα ούρα 2 φορές ημερησίως. -Χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης.	-Φυσιολογικά επίπεδα ζακχάρου.
Λοιμώξεις από την επέμβαση (μετεγχειρητικές λοιμώξεις). Διατροφή.	-Εφαρμογή και τήρηση αντιβιοτικής θεραπείας. -Αναθεώρηση αντιβιοτικού σχήματος. Σίτιση από το ρινογαστρικό σωλήνα (LEVIN).	-Ενίσχυση της άμυνας του οργανισμού. -Αποφυγή λοιμώξεων. -Απύρετος ο ασθενής. -Θερμίδική υποστήριξη ασθενή.
Δυσχέρεια λόγω παροχέτευσεων.	-Ενθάρρυνση ασθενή. -Αλλαγή θέσης ασθενή και προστασία των παροχευτικών συσκευών.	-Μείωση της δυσχέρειας. -Καλή κινητικότητα του ασθενή.
Πόνος στην περιοχή του τραύματος.	-Χορήγηση αναλγητικών με εντολή ιατρού. - Ενδειξη κατανόησης της κατάστασης του ασθενή & προσπάθεια ενθάρρυνσης.	-Μείωση πόνου. -Ηρεμία ασθενή -Επιβεβαίωση της μείωσης του πόνου.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Οίδημα.	-Εκτίμηση τραυματιικής περιοχής. -Ενημέρωση ιατρού -Φαρμακευτική αντιμετώπιση.	-Υποχώρηση του οιδήματος. -Εύχερη αναπνοή.
Ρήξη τραύματος	-Ενημέρωση ιατρού -Προετοιμασία υλικών για τον χειρουργικό καθαρισμό του τραύματος. Συμμετοχή στον καθαρισμό.	-Βελτίωση επούλωσης -Αντισηψία περιοχής
Αδυναμία κατάποσης	-Ενθάρρυνση ασθενή να καταπίνει	-Συνεργασία ασθενή και καταβολή προσπάθειας.
Αφωνία.	- Ένδειξη κατανόησης της κατάστασης του ασθενή. -Διδασκαλία για την χρήση των εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας. -Διδασκαλία ασθενή για περιορισμό της φωνητικής του ικανότητας. -Διδασκαλία και παρακίνηση του ασθενή να κλείνει με το χέρι του τραχειόστομα και να σιμλεί.	-Άρση δυσκαταποσίας. -Επαναφορά φώνησης.

Η μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου παρά την θετική απόκριση στη νοσηλευτική αντιμετώπιση των περισσότερων προβλημάτων του στιγματίστηκε από την επιπλοκή της ρήξης του τραύματος (η οποία και προήλθε λόγω της προηγούμενης ακτινοθεραπείας) και την άρνηση συνεργασίας αυτού στην αποκατάσταση της φώνησης και της κατάποσης.

Ο ασθενής παρέμεινε στην κλινική λόγω της επιπλοκής ενώ καταβλήθηκε και νέα προσπάθεια επαναπροσέγγισης και διδασκαλίας αυτού στο θέμα της κατάποσης και της ομιλίας. Ο ασθενής αρνήθηκε αρχικά κάθε συνεργασία με τον καιρό έδειξε κάποια συμμόρφωση και καταβολή προσπάθειας.

Έγινε διδασκαλία στην σύζυγό του να τον ενθαρρύνει να μιλήσει καθώς και πως να περιποιείται την περιοχή του τραχειοστομίου. Η άρνηση της συνεργασίας του ασθενή προβλημάτισε την υγειονομική ομάδα μα δεν υπήρχε η δυνατότητα ανάθεσης της προσέγγισης και διδασκαλίας του αρρώστου σε κάποιο ειδικό ψυχολόγο-λογοθεραπευτή.

Η υγειονομική ομάδα επέμεινε τον καιρό της παραμονής έτσι ώστε ο ασθενής μετά την επούλωση του τραύματος να φύγει από την κλινική (27.7.90) έχοντας αποκτήσει πλημώς την ομιλητική του ικανότητα. Στο διάστημα αυτό επιτεύχθηκε η αποκατάσταση της κατάποσης δίνοντας ικανοποίηση σε όλη της υγειονομικής ομάδας.

Την διδασκαλία της νέας υγιεινής του ασθενή αφομίωσε η σύζυγός του η οποία κατέβλεπε και εκείνη μεγάλη προσπάθεια στην διδασκαλία της φώνησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Από όσα αναφέρθηκαν στην εργασία θα ήθελα σε αυτό το σημείο να αναφέρω πως ενώ είναι σχεδόν αδύνατη η πρόληψη της νόσου θα πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στην έγκαιρη διάγνωση αυτής ώστε να αποφεύγονται οι τόσο δυσμενείς επιπτώσεις της χειρουργικής της θεραπείας στην σωματική και ψυχική υγεία.

Τα αποτελέσματα της επέμβασης επιφέρουν στον ασθενή πολυποίκιλα προβλήματα και ο νοσηλευτής πρέπει παρά την βαρύτητα της κατάστασης να εφαρμόσει υποδειγματική φροντίδα και να ενθαρρύνει, να δώσει κουράγιο και δύναμη. Στην τόσο βεβαρυμένη και μη ανατρέψιμη κατάσταση του ασθενή που θεραπεύεται χειρουργικά ο νοσηλευτικός ρόλος γίνεται καθοριστικός και ουσιώδης γιατί μέσω της ορθολογικής επιστημονικής και εξατομικευμένης παροχής των νοσηλευτικών μέτρων συμμετέχει στην προσαρμογή στον <<νέο>> τρόπο ζωής.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Ε.Σ.Δ.Ν.Ν.Ε. (ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥ-
ΤΡΙΩΝ-ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ) <<ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ>>:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ (ΤΕΥΧΟΣ 3ο)
ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Ε.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Κ.ΚΑΛΑΝΤΑΡΙΔΟΥ
Β.ΛΑΝΑΡΑ
Μ.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: Μ.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ (ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ)
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΛΙΟΣ-ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1989
2. Μ.Α.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ-Σ.Φ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Α' ΕΚΔΟΣΗ ΕΝΑΤΗ
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
<<Η ΤΑΒΙΘΑ>> ΑΘΗΝΑ-ΙΟΥΛΙΟΣ 1987
3. Μ.Α.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ-Σ.Φ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ,
ΤΟΜΟΣ Β', ΜΕΡΟΣ 1ο, ΕΚΔΟΣΗ ΕΝΑΤΗ
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
<<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, ΑΘΗΝΑ 1987
4. ΜΑΝΩΛΙΔΗΣ Α.: ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ
Β' ΤΟΜΟΣ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1974, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΣΑΚΚΟΥΔΑ
5. ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ ΕΠ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ/ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ
ΤΡΙΤΗ ΕΚΔΟΣΗ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΖΗΤΑ
5. ΣΑΧΙΝΗ ANNA-ΚΑΡΔΑΞΗ ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ,
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ, ΤΟΜΟΣ 1ος ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗ
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1985

7. ΧΕΛΙΔΟΝΗΣ Σ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ: ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΑΘΗΝΑ 1985

