

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΤΜΗΜΑ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΣΧΟΛΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: <<ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ - ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ>>

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΓΚΕΚΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 1992

APR 1962	432a
PLANTING	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
-ΠΡΟΛΟΓΟΣ	III
-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	IV
<u>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</u>	
-Η ανατομική του αναπνευστικού συστήματος	1
-Η ανατομική του λάρυγγα	3
-Η φυσιολογία του λάρυγγα	8
-Η παθολογία του λάρυγγα	12
-Μέθοδοι εξέτασης του λάρυγγα	14
-Φλεγμονώδεις παθήσεις του λάρυγγα	17
-Κατώσεις του λάρυγγα και θεραπεία	21
-Νεοπλάσματα του λάρυγγα	24
-Ιστορία της τραχειοτομής	31
-Ορισμός τραχειοτομής	32
-Σκοποί τραχειοτομής	33
-Γενικές ενδείξεις τραχειοτομής	33
-Προϋποθέσεις για την εκτέλεση της τραχειοτομίας	36
-Τεχνική της τραχειοτομής	37
-Θεραπεία	39
-Επείγουσα τραχειοτομία	43
-Μη επείγουσα τραχειοτομή	45
-Είδη τραχειοσωλήνων	46
-Αντικείμενα και εργαλεία για την εκτέλεση τραχειοτομίας	47
-Επιπλοκές της τραχειοτομίας και θεραπεία	48
<u>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
-Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με τραχειοτομή	54

	Σελίδα
-Διαγνωστικές εξετάσεις	59
-Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	60
-Γενική προεγχειρητική φροντίδα	60
-Τοπική προεγχειρητική φροντίδα	64
-Τελική προεγχειρητική φροντίδα	64
-Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	70
-Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα	70
-Έμμεση μετεγχειρητική φροντίδα	71
-Περιποίηση τραχειοτομής-τραχειοστομίου	72
-Αλλαγή μεταλλικού τραχειοσωλήνα-Φροντίδα	76
-Αναρροφήσεις από τραχειοσωλήνα	77
-Νοσηλευτική φροντίδα και καθαρισμός τραχειοσωλήνα	80
-Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τραχειοσωλήνα CUFF	81
-Αλλαγή τραχειοσωλήνα με CUFF	83
-Αναρροφήσεις μέσα από τραχειοσωλήνα με CUFF	84
-Αποκατάσταση ασθενούς	86
<u>ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ</u>	
-Νοσηλευτική διεργασία	93
-Περίπτωση Α'	93
-Περίπτωση Β'	111
<u>ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ</u>	
-Επίλογος	119
-Βιβλιογραφία	120

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Με την εργασία μου αυτή «Καρκίνος Λάρυγγα-Τραχειοτομή» προσπάθησα να δώσω την γενική εικόνα που παρουσιάζει ο καρκίνος του λάρυγγα κι επίσης την νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή που έχει ανάγκη την τραχειοτομία.

Θα δούμε ότι ο καρκίνος του λάρυγγα είναι πολύ διαδεδομένος και ελπίζω οι άνθρωποι να ευαισθητοποιηθούν όσον αφορά τους προδιαθεσικούς παράγοντες που προκαλούν αυτόν τον καρκίνο. Η εργασία μου βασίστηκε σε σύγχρονες απόψεις και τεχνικές.

Αρχικά θα δούμε την ανατομία και φυσιολογία του λάρυγγα, την παθολογική του, τις καιώσεις και τελικά θα αναφερθούμε στο πολύπλευρο νοσηλευτικό έργο πάνω σε άτομο με τραχειοτομή.

Σκοπός της εργασίας μου είναι να ευαισθητοποιηθούν τόσο οι άνθρωποι για την πρόληψη ενός καρκίνου του λάρυγγα αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό στην αντιμετώπιση του μεγάλου και δύσκολου έργου τους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν αρχίσω την παρουσίαση της εργασίας μου νιώθω την επιθυμία να ευχαριστήσω ορισμένα άτομα που με βοήθησαν να τελειώσω αυτή την εργασία.

Πρώτα θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου Γεωργούση Παρασκευή η οποία με καθοδήγησε στα βασικά σημεία της πτυχιακής μου και μου έδωσε να καταλάβω τα κύρια σημεία της εργασίας που έπρεπε να σταθώ και να δώσω σημασία.

Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δβ. Ζήση από τον οποίο πήρα αρκετά στοιχεία για να τελειοποιήσω πλήρως την εργασία αυτή.

Τέλος ευχαριστώ το προσωπικό του τμήματος Ω.Ρ.Α. του <<409>> Γενικού Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας για την βοήθεια που μου πρόσφεραν δίνοντάς μου ιστορικά ασθενών με τραχειοτομήα

Η ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπνευστικό σύστημα εξυπηρετεί την αναπνοή, δηλαδή την ανταλλαγή αερίων ανάμεσα στον οργανισμό και το περιβάλλον (πρόσληψη O_2 και αποβολή CO_2). Σε συνδυασμό με την γλώσσα το αναπνευστικό σύστημα περιλαμβάνει τον απαραίτητο συνδυασμό για την φωνή και ομιλία. Στην ρινική κοιλότητα φιλοξενούνται οι υποδοχείς για την όσφρηση.

Λόγω του ότι το ζεύγος HCO_3^-/CO_2 αποτελεί σημαντικό ρυθμιστικό διάλυμα, του οποίου τα δύο συστατικά μπορούν να μεταβάλλονται ανεξάρτητα, είναι φανερό ότι η αναπνοή μετέχει επίσης στη ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας. Τέλος η αναπνευστική λειτουργία επηρεάζει την λειτουργία του κυκλοφορικού συστήματος τόσο άμεσα, με την διακύμανση της ενδοθωρακικής πίεσης, όσο και έμμεσα με τις μεταβολές στην αιματική και ιστική μερική πίεση του O_2 και του CO_2 .

Εμβρυολογικά το αναπνευστικό σύστημα αναπτύσσεται σαν εξάρτημα του γαστρεντερικού σωλήνα, με τον οποίο μοιράζεται την στοματική και την λαρυγγική μοίρα του φάρυγγα.

Τα μέρη του αναπνευστικού συστήματος

ΜΥΤΗ: ρίζα, ράχη, κορυφή, πτερύγια, μυκτιήρες.

ΡΙΝΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ: πρόδρομος, διάφραγμα, θαλάμες, κόγχες, πόροι, βλενογόνος-ρινικός-οσφρητικός, παραρινικοί κόλποι, γναθιαία άντρα, μετωπιαίοι κόλποι, ηθμοειδείς κυψέλες, σφηνοειδείς κόλποι, χοάνες.

ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑΣ

ΛΑΡΥΓΓΑΣ: Σκελετός-χόνδροι: θυρεοειδής, κρινοειδής, αρταί-

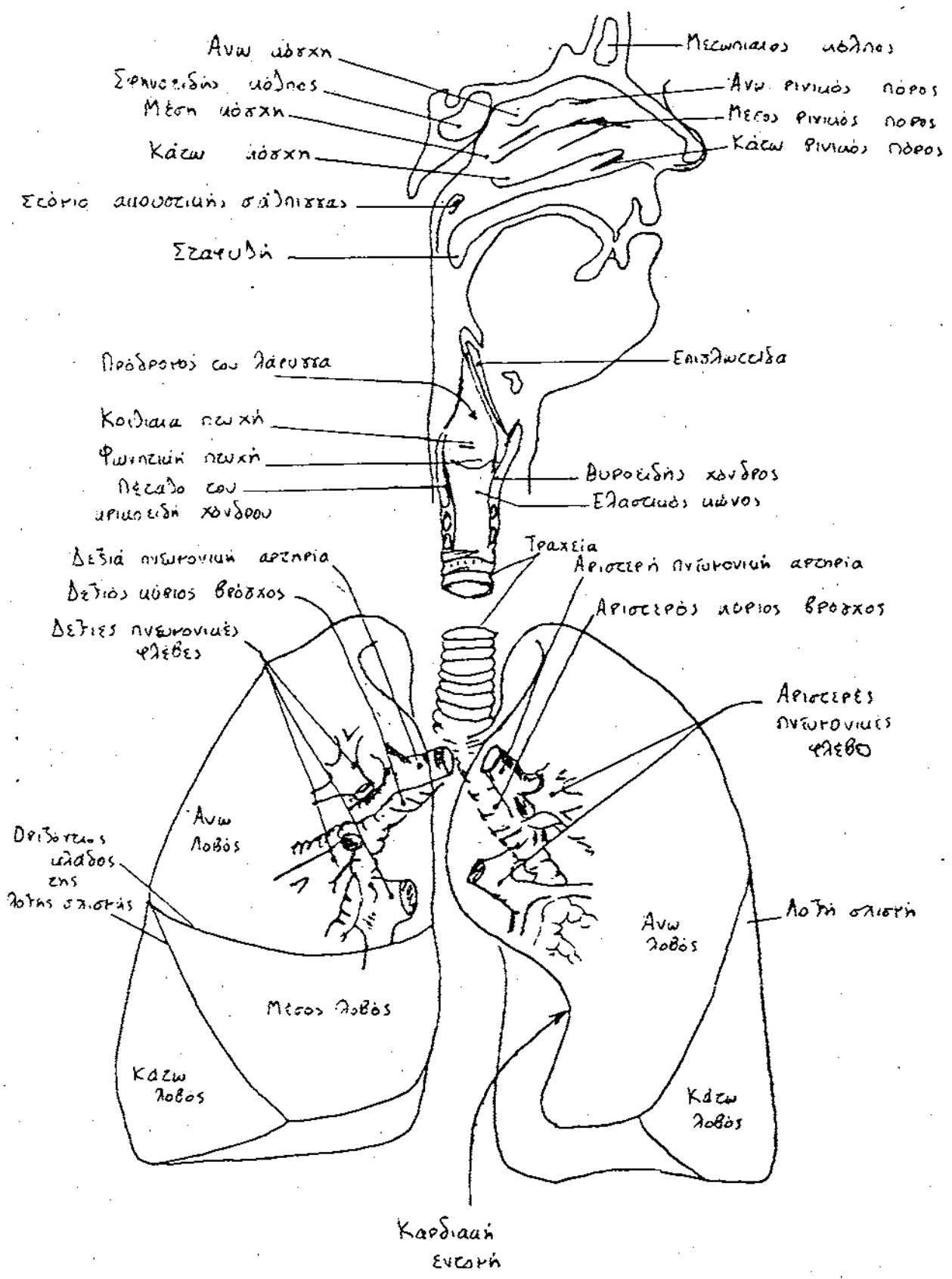
νοειδείς, κερατοειδείς, σφηνοειδείς, σιταροειδείς σύνδεσμοι, αρθρώσεις, μύες, φωνητικές χορδές.

ΤΡΑΧΕΙΑ: Τροπίδα, κύριοι βρόγχοι, στελεχιαίοι βρόγχοι.

ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ: Τμηματικοί βρόγχοι, βρογχοπνευμονικά τμήματα, λοβοί, πύλες, αρτηρίες, φλέβες.

ΥΠΕΖΩΚΟΤΑΣ: Περίτονος, περισπλάχνιοι, πνευμονικός σύνδεσμος.

Τα μέρη του αναπνευστικού συστήματος που περιέχονται στην κεφαλή (ρινική κοιλότητα και φάρυγγα) συνιστούν την ανώτερη αναπνευστική οδό. Τα υπόλοιπα την κατώτερη αναπνευστική οδό. Από λειτουργική άποψη διακρίνουμε μεταφορική και αναπνευστική μοίρα. Η μετάβαση από την μία στην άλλη είναι βαθμιαία.



Η ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας είναι αυλοειδές όργανο του οποίου η κοιλότητα σχηματίζεται από την διάρθρωση 5 κυρίων χόνδρων που επικουρούνται και από 4 άλλους μικρότερους. Ο χόνδρινος σκελετός του λάρυγγα συναρμολογείται στερεά με συνδέσμους και ενισχύεται με μύες, η δε εσωτερική επιφάνειά του, όπου βρίσκονται και τα φωνητικά μόρια, καλύπτεται με 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 αυτούς τον 4ο, 5ο και 6ο αυχενικό σπόνδυλο. Στα πλάγια έχει τους κάτω από το υοειδές οστούν μύες και το θυρεοειδή αδένα και προς τα πίσω (και πλάγια) το αγγειονευρώδες δεμάτιο του τραχήλου. Κρέμεται δε ο λάρυγγας από το υοειδές οστούν και εμμέσως από τη ρίζα της γλώσσας (γι' αυτό μετακινείται με τις κινήσεις της), και στηρίζεται από κάτω επάνω στην τραχεία, που μορφολογικά αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του.

Το σχήμα του λάρυγγα στο πάνω μέρος του μοιάζει με τριγωνική πυραμίδα, της οποίας η βάση είναι προς τα πίσω, ενώ στο κάτω μέρος είναι κυλινδρικός. Ο αυλός του λάρυγγα έχει δύο στόμια, το άνω (ή φαρυγγικό) και το κάτω (ή τραχειακό). Το άνω έχει σχήμα ωοειδές και το επίπεδό του δεν είναι οριζόντιο αλλά κεκλιμένο από τα εμπρός 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 χα-

ρακτηριστικό.

Οι χόνδροι του λάρυγγα έχουν διάφορα σχήματα από τα οποία πήρανε και το όνομά τους, και είναι οι παρακάτω (Εικ.)

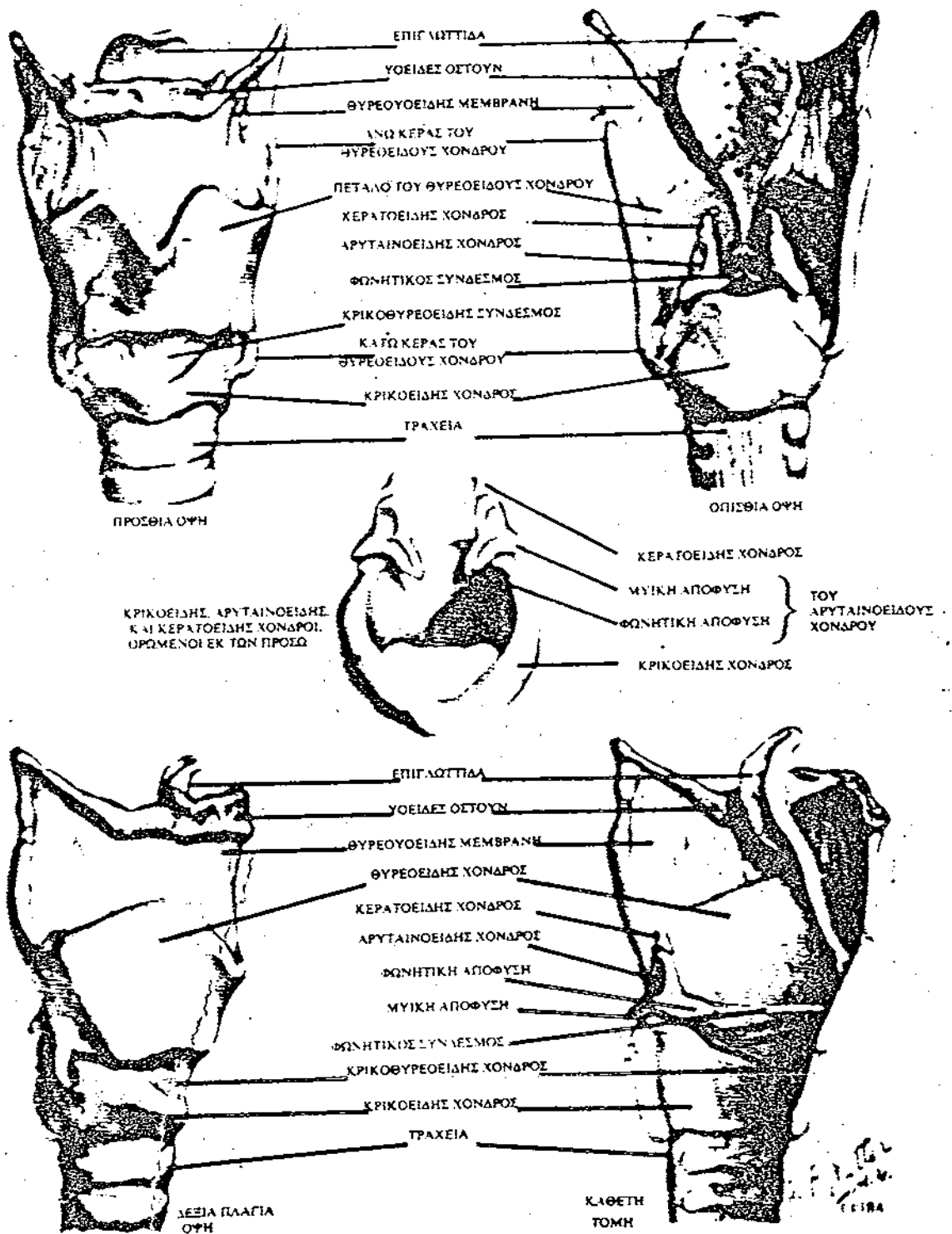
1.Ο θυρεοειδής (επειδή μοιάζει με θυρεό) είναι ο μεγαλύτερος, αποτελείται από δύο τετράπλευρα πέταλα που ενώνονται μπροστά (στη μέση γραμμή του τραχήλου) σχηματίζοντας γωνία (το μήλο του Αδάμ) περισσότερο έκδηλη στους άνδρες.

2.Ο κρικοειδής (που μοιάζει με κρίκο, ή δακτυλίδι με σφραγιδόλιθο). Τούτος είναι στο πίσω μέρος πλατύτερος και σχηματίζει το πίσω τοίχωμα του λάρυγγα. Στον ενήλικα ο κρικοειδής βρίσκεται στο επίπεδο του Α6-Α7 αυχενικού σπονδύλου, ενώ στο παιδί στο Α3-Α4. Επειδή ο κρικοειδής χόνδρος είναι το μοναδικό ανατομικό στοιχείο του λάρυγγα με μορφή πλήρους δακτυλίου, η προφύλαξή του είναι κεφαλαιώδους σημασίας για τη διατήρηση ανοικτής της αεροφόρου οδού.

3.Οι αρτεταινοειδείς (που μοιάζουν με αρύταινα=ελαίοδοχείο, λαδικό) βρίσκονται στο πίσω μέρος του λάρυγγα (δεξιά και αριστερά). Είναι πολύ σημαντικοί (λειτουργικώς) χόνδροι, γιατί έχουν ανά μία φωνητική και μυϊκή απόφυση, στις οποίες προσφύονται οι φωνητικοί σύνδεσμοι και μύες.

4.Η επιγλωττίς μοιάζει με φύλλο δένδρου του οποίου ο μίσχος προσφύεται στην έσω επιφάνεια της πρόσθιας γωνίας του λάρυγγα). Κατά την κατάποση κατασπάται και αποφράσσει την είσοδο του λάρυγγα.

5.Οι κερατοειδείς και σφηνοειδείς είναι διπλοί (δεξιά και αριστερά). Οι μεν κερατοειδείς είναι συναρθρωμένοι με



Εικ. 1. Χόνδροι του λάρυγγα. (Από Clinical Symposia «The Larynx» Reproduced by courtesy of CIBA · GEIGY Limited, Basle (Switzerland). All rights reserved).

την κορυφή των αρυταινοειδών χόνδρων, οι δε σφηνοειδεείς βρίσκονται μέσα στις αρυταινο-επιγλωττιδικές πτυχές.

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

Ετερόχθονες είναι: 1.0 υοθυρεοειδής υμένας

2.0ι υοθυρεοειδεείς σύνδεσμοι

3.0 υοεπιγλωττιδικός υμένας, και

4.0 κρικοτραχειαιός σύνδεσμος

Αυτόχθονες είναι: 1.0 ελαστικός υμένας του λάρυγγα

2.0 αρυταινοεπιγλωττιδικός υμένας

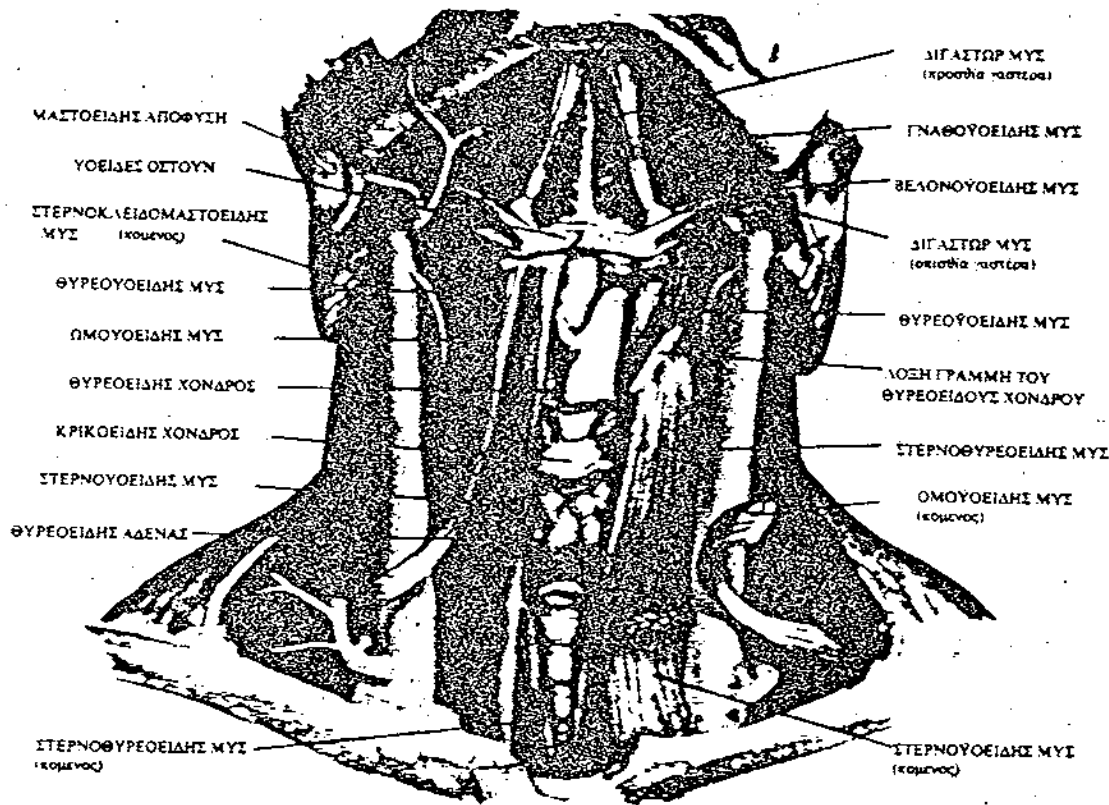
3.0 φωνητικός σύνδεσμος, και

4.0 κρικοθυρεοειδής σύνδεσμος.

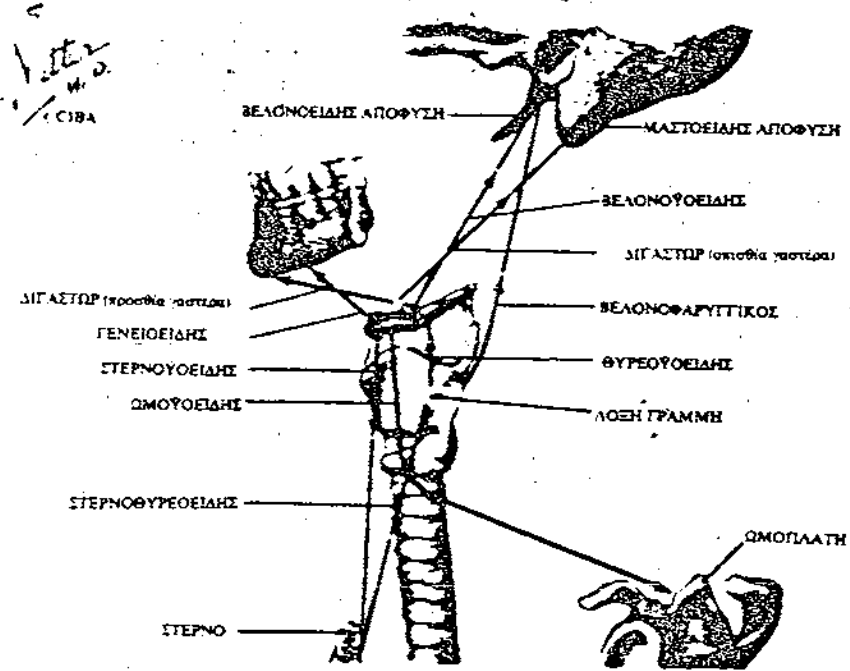
Οι μύες του λάρυγγα διακρίνονται επίσης σε ετερόχθονες και αυτόχθονες.

Οι ετερόχθονες πάλι διακρίνονται: 1. στους άνωθεν (γενειοϋειδής, διγιάστωρ, γναθοϋειδής και βελονοϋοειδής) μαζί με τον κρικοφαρυγγικό μυ αντισπούν το υοειδές οστόν και μαζί του και το λάρυγγα. 2. στους κάτωθεν (οτέρνοϋοειδής, θυρεοϋοειδής και ωμοϋοειδής) καταστούν το υοειδές οστόν και μαζί του το λάρυγγα, συμβάλλουν στην κατάποση. (Εικ.)

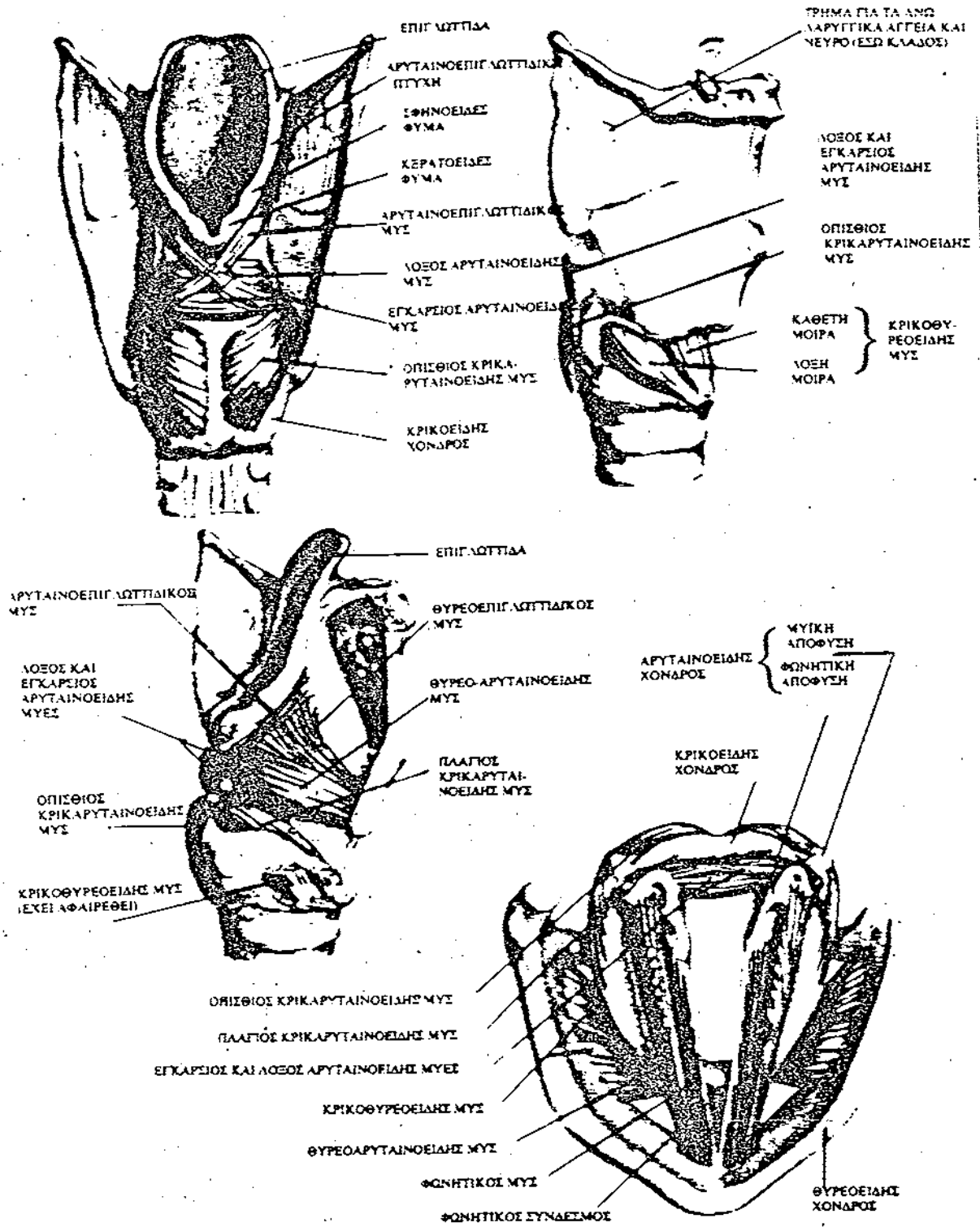
Οι αυτόχθονες μύες του λάρυγγα κινούν τους χόνδρους του κατά την κατάποση και την ομιλία έτσι ώστε αφ' ενός μεν να τον προφυλάσσουν από την είσοδο ξένων σωμάτων αφ' ετέρου δε να συμβάλλουν στη φώνηση. Διακρίνονται σε εκείνους που ανοίγουν την γλωτίδα (δεξιός και αριστερός οπίσθιος κρικοαρυταινοειδής) και σε εκείνους που την κλείνουν (οι πλάγιοι κρικοαρυταινοειδεείς, ο εγκάρσιος αρυταινοειδής, οι λοξοί



2
 T. 1
 CIBA

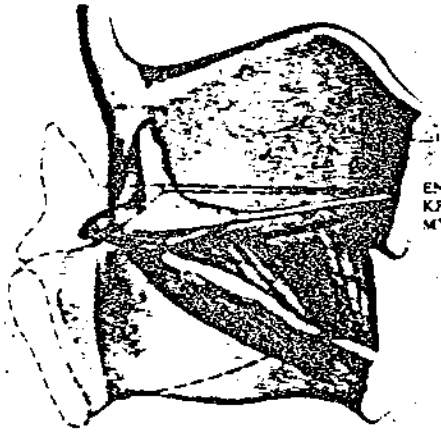


Εικ. 2. Ετερόχθονες μύες του λάρυγγα. (Από Clinical Symposia «The Larynx» - Reproduced by courtesy of CIBA - GEIGY Limited, Basle (Switzerland). All rights reserved).

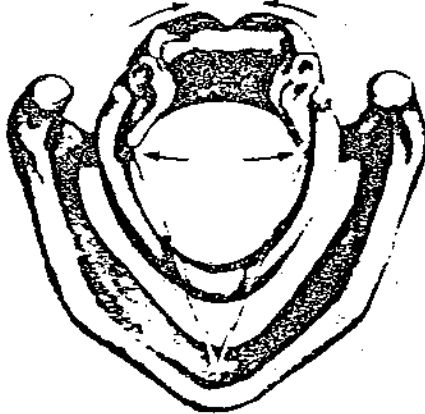


ΕΙΚ. 3. Αυτόχθονες μύες του λάρυγγα. (Από Clinical Symposia «The Larynx» Reproduced by courtesy of CIBA - GEIGY Limited, Basle (Switzerland). All rights reserved).

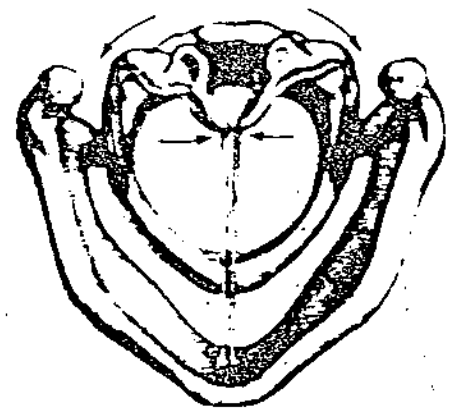
H. Kellner
1954



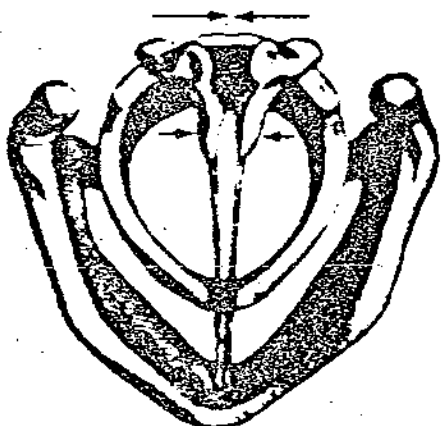
ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΚΡΙΚΟΘΥΡΕΙΔΟΥΣ ΜΥΟΣ



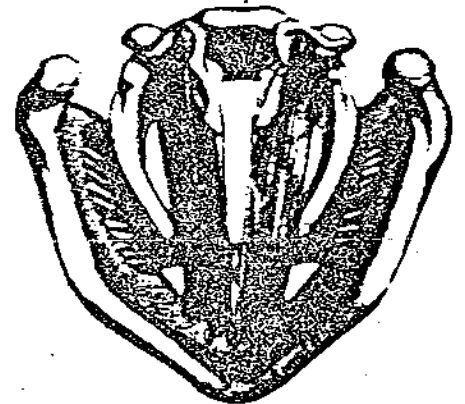
ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΩΝ ΟΒΛΙΣΘΙΩΝ ΚΡΙΚΑΡΥΤΑΙΝΟΕΙΔΩΝ ΜΥΩΝ



ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΛΜΩΝ ΚΡΙΚΑΡΥΤΑΙΝΟΕΙΔΩΝ ΜΥΩΝ



ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΥΤΑΙΝΟΕΙΔΟΥΣ ΜΥΟΣ



ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΦΩΝΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΑΡΥΤΑΙΝΟΕΙΔΩΝ ΜΥΩΝ

Εικ. 4. Η λειτουργία των αυτοχθόνων μυών του λάρυγγα. (Από Clinical Symposia «The Larynx» Reproduced by courtesy of CIBA - GEIGY Limited, Basle (Switzerland). All rights reserved).

αρυταινοειδής, οι κρικοθυρεοειδεείς και οι θυρεοαρυταινοει-
δεείς). Η εντόπιση του καθενός δηλώνεται από το όνομά του.
(Εικ.)

Η κοιλότητα του λάρυγγα μοιάζει με κλεψύδρα που έχει
δύο μοίρες φαρδύτερες (την άνω και την κάτω) και μία στε-
νότερη (τη μεσαία). (Εικ.)

Η άνω μοίρα ή υπεργλωττιδική (ο πρόδρομος του λάρυγγα)
έχει άνω όριο την είσοδο του λάρυγγα και κάτω το ελεύθερο
χείλος της κοιλιαίας πτυχής (νόθου φωνητικής χορδής). Εί-
ναι πιεσμένη από τα πλάγια και εμφανίζει τέσσερα τοιχώμα-
τα, πρόσθιο, οπίσθιο και δύο πλάγια.

Η μεσαία μοίρα (ή γλωττιδική) της λαρυγγικής κοιλότη-
τας έχει άνω όριο τα ελεύθερα χείλη των κοιλιαίων πτυχών
και κάτω το επίπεδο της κάτω επιφάνειας των γνήσιων φωνητι-
κών χορδών. Παρουσιάζει στα πλάγιά της (δεξιά και αριστερά)
ανά ένα κόλπωμα, τη λεγόμενη λαρυγγική (ή ποργάνειο) κοι-
λία. Στη μέση γραμμή στενεύει από δύο πτυχές, μία άνωθεν
και μία κάτωθεν (δεξιά και αριστερά).

Η κάτω ή υπογλωττιδική μοίρα της λαρυγγικής κοιλότη-
τας, αφορίζεται εκ των άνω από την κάτω επιφάνεια των γνή-
σιων φωνητικών χορδών και προς τα κάτω από το κάτω χείλος
του κρικοειδούς χόνδρου (τη βάση του λάρυγγα).

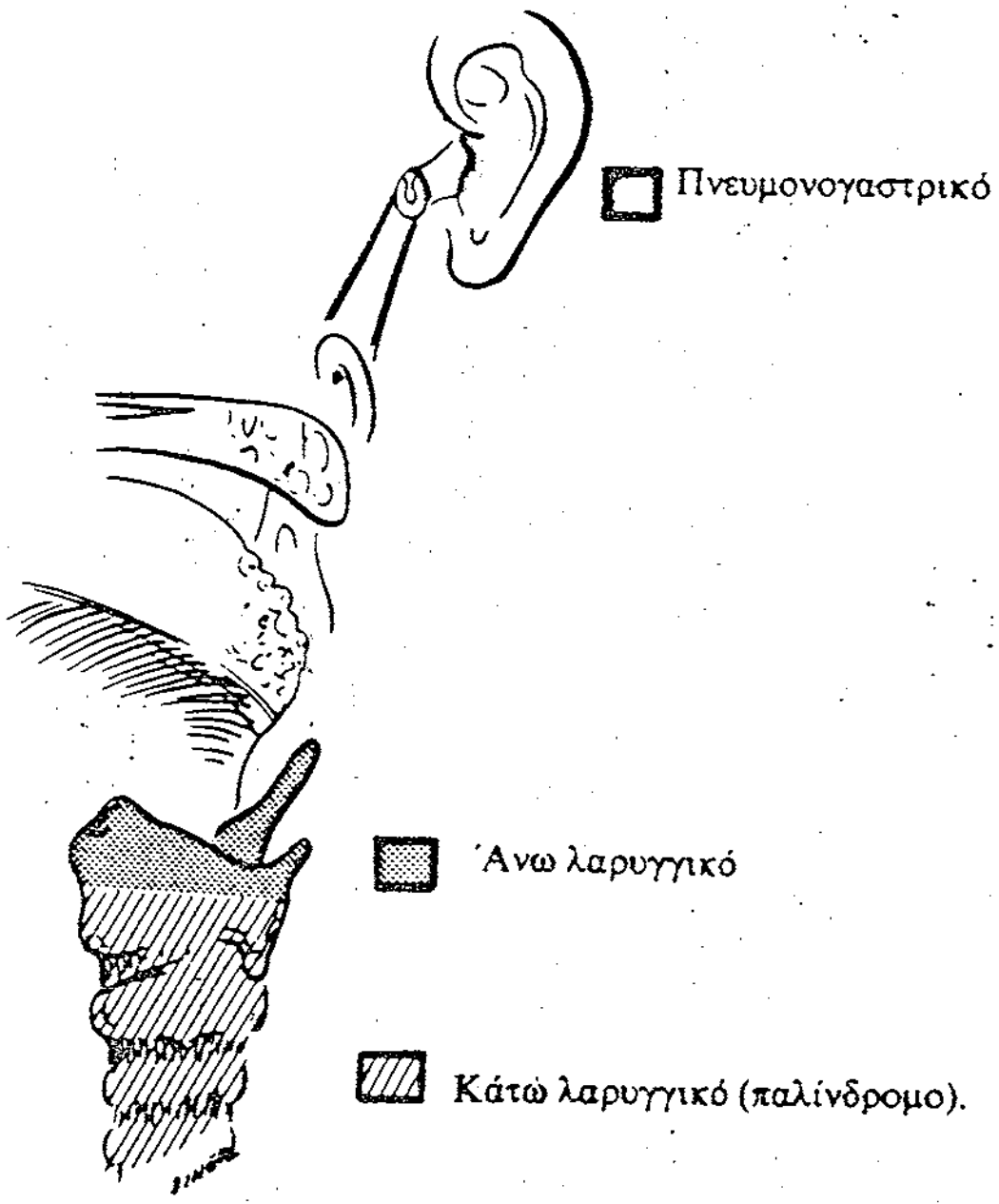
Ο βλεννογόνος του λάρυγγα επικαλύπτει την κοιλότητά
του στην οποία είναι στερεά κολλημένος, πλην της υπογλωτ-
τιδικής μοίρας και του άνω (φαρυγγικού) στομίου, όπου η προ-
σιόλληση είναι χαλαρή. Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι
κροσσωτό, πλην της περιοχής των φωνητικών χορδών και του

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 κρικοθυρεοειδοξυ. Οι φλέβες εκβάλλουν στην άνω και κάτω θυρεοειδή φλέβα.

Τα λεμφαγγεία. Για την μεν υπεργλωττιδική μοίρα φέρονται στα άνω εν τω βάθει λεμφογάγγλια. Η μεσαία έχει υποτυπώδη λεμφική κυκλοφορία. Ενώ η υπογλωττιδική μοίρα έχει τα λεμφαγγεία που πηγαίνουν στα προκρικοειδή και στα πατραχειαιικά λεμφογάγγλια. (Εικ.)

Τα νεύρα του λάρυγγα είναι το άνω και κάτω λαρυγγικό, που αποτελούν κλάδους του πνευμονογαστρικού. (Εικ.)



□ Πνευμονογαστρικό

▣ Άνω λαρυγγικό

▨ Κάτω λαρυγγικό (παλίνδρομο).

Η 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 στη ρύθμιση της αναπνοής. Εκτός από την άποψη, ότι το άνοιγμα της γλωττίδας και η θέση των φωνητικών χορδών μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό οξυγονώσεως του αίματος (έτσι ώστε επί ανοξείας να αφήνουν την διόδο μεγαλύτερας ποσότητας αέρα), βέβαιο είναι ότι τούτο γίνεται ρυθμικά και κατά τις συνήθεις αναπνευστικές κινήσεις. Και κατά μεν τη φάση της εισπνοής οι φωνητικές χορδές απάγονται και διευρύνεται το χάσμα της γλωττίδας ανάλογα με την ένταση της εισπνοής, τόσο που σε βαθειά εισπνοή οι φωνητικές χορδές συμπίπτουν στα πλάγια τοιχώματα του λάρυγγα (δεξιά και αριστερά). Κατά δε τη φάση της εκπνοής οι φωνητικές χορδές προσάγονται επίσης ανάλογα με την έντασή της. Και όταν κατά τη φώνηση οι φωνητικές χορδές συμπίπτουν και εφάπτονται μεταξύ τους, παραμένει ανοικτή η αναπνευστική μοίρα της γλωττίδας για να μην διακοπεί η αναπνοή.

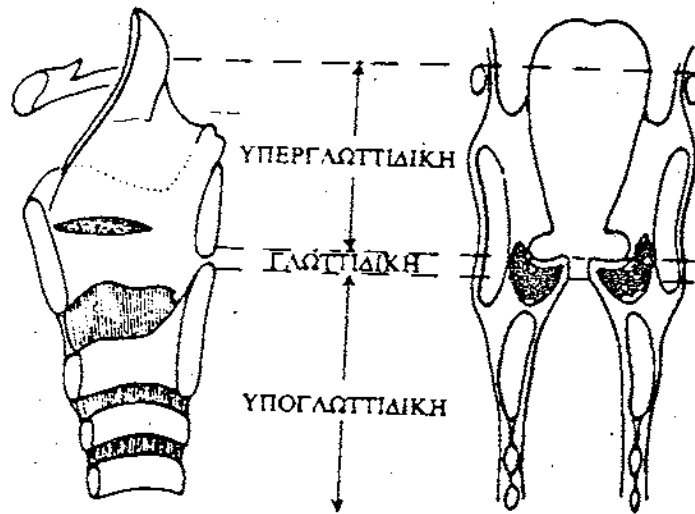
Η φωνητική λειτουργία του λάρυγγα έχει τις γνωστές πολύπλευρες και ατεράστιες επιπτώσεις στο κοινωνικό βίο του ανθρώπου.

Για την παραγωγή της φωνής απαιτείται η δημιουργία ρεύματος αέρος, διερχομένου δια μέσου στενής διόδου, ο σχηματισμός ηχητικών κυμάτων με διαφόρου συχνότητας πυκνώσεις και

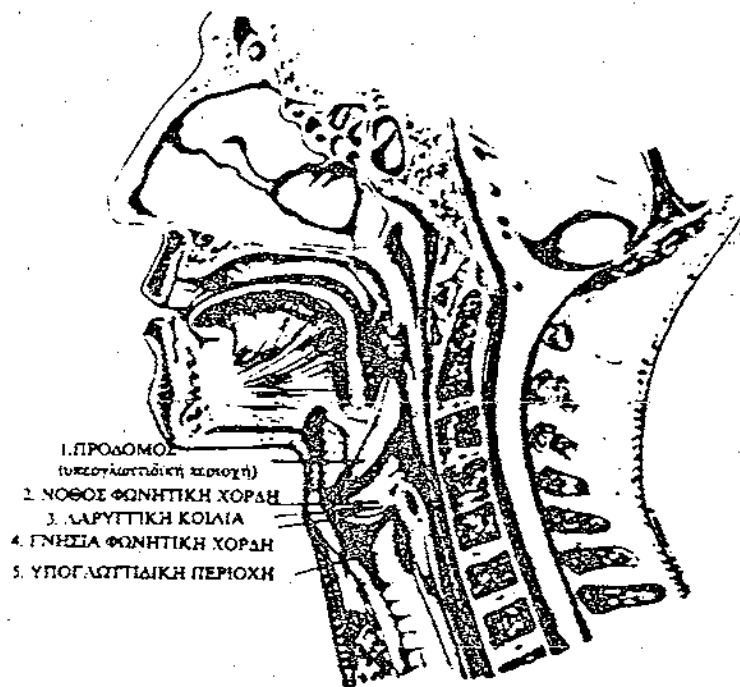
αραιώσεις του αέρα και η παρουσία ηχείων για την διαμόρφωση της χροιάς του ήχου. Ο λειτουργικός μηχανισμός και η μορφολογία της λαρυγγικής κοιλότητας παρέχουν τις προϋποθέσεις αυτές, συμβάλλουν όμως ουσιωδώς και τα άλλα φωνητικά μόρια (στόμα, μύτη, φάρυγγας) στη διαμόρφωση του έναρθρου λόγου. Η επικρατούσα θεωρία για την παραγωγή της φωνής είναι η μυοελαστική, κατά την οποία πρόκειται περί αεροδυναμικής διεργασίας, που οφείλεται στην υπογλωττιδική πίεση του εκπνεόμενου αέρα και την ελαστικότητα των φωνητικών χορδών. Σύμφωνα με την άποψη αυτή οι πνεύμονες δρουν σαν φουσερό που στέλνει τον αέρα προς τον λάρυγγα. 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 βρσκει 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 πάλι και κλείνουν την γλωττίδα. Έτσι όμως αυξάνει πάλι η υπογλωττιδική πίεση του αέρα, η οποία διανοίγει εκ νέου την γλωττίδα κ.ο.κ..

Ο κύκλος αυτός της αυξομειώσεως της πιέσεως του αέρα και της αντίστοιχης διανοίξεως και συγκλείσεως της γλωττίδας επαναλαμβάνεται με συχνότητα που προσδιορίζει τη συχνότητα του παραγόμενου ήχου.

Ο λάρυγγας έχει την δυνατότητα να παράγει ήχους διαφόρων συχνοτήτων. Τούτο γίνεται με την μεταβολή του μήκους, του πάχους και της τάσεως των φωνητικών χορδών. Για το σκοπό αυτό συνεργάζονται όλοι οι μύες του λάρυγγα, αλλά τη με-



Εικ. 5. Σχηματική παράσταση των τριών περιοχών (μοιρών) του λάρυγγα. (Κατά Birrell).



Εικ. 6. Οβελιαία τομή προσώπου και τραχήλου, στην οποία φαίνεται η τοπογραφική θέση των περιοχών του λάρυγγα. (Κατά Maccomb).

γαλύτερη συμβολή παρέχουν οι θυρεοαρυταινοειδείς, που με τη σύσπασή τους διατηρούν τον τόνο των φωνητικών χορδών.

Στην διαμόρφωση της φωνής συμβάλλουν επίσης και οι λαρυγγικής κοιλίες (σαν ηχεία), η επιγλωττίδα καθώς και οι αεροφόρες κοιλότητες που είναι υψηλότερα ή χαμηλότερα της γλωττίδας και επηρεάζουν το σχήμα και το μέγεθος των ηχείων της φωνής με ορισμένες διαφοροποιήσεις του χώρου τους.

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

Η προστατευτική λειτουργία του λάρυγγα συνίσταται αφ' ενός μεν στην ενέργειά του σαν σφιγκτήρα, με την οποία αποφράσσεται το άνω στόμιο (η είσοδος) της λαρυγγικής κοιλότητας. Τούτο γίνεται με την κατάσπαση της επιγλωττίδας και τη σύμπτωση των αρυταινοεπιγλωττιδικών πυχών. Έτσι προφυλάσσεται η αναπνευστική οδός από την είσοδο ξένων σωμάτων. Αφ'ετέρου δε, με το ανταναικλαστικό του βήχα, ο λάρυγγας συμβάλλει στην αποβολή των εκκρίσεων και των ξένων σωμάτων και συνεπώς στον καθορισμό της αναπνευστικής οδού.

Η αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσεως και η καθήλωση του θώρακα οφείλονται σε σημαντικό βαθμό στην συσφιγκτική λειτουργία του λάρυγγα και κυρίως στην σύσπαση και σύγκλειση 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 τον παρμό. Συγχρόνως αυξάνεται και η ενδοκοιλιακή πίεση, που είναι αναγκαία για την αποπάτηση, την ούρηση, τον τοκετό κ.λπ..

Εξ'άλλου με την αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσεως γίνεται και καθήλωση του θώρακα, με την οποία τούτος σταθεροποιείται και συμβάλλει στην εκτέλεση έντονης χειρωνακτικής εργασίας.

Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι μύες του λάρυγγα νευρώνονται από το άνω και το κάτω (ή παλίνδρομο) λαρυγγικό νεύρο, που είναι κλάδοι του πνευμονογαστρικού. Συνεπώς παράλυση των μυών του λάρυγγα θα παρουσιασθεί, όταν γίνει βλάβη από οποιαδήποτε αιτία, σε κάποιο σημείο της διαδρομής των νευρών αυτών. Η παράλυση μπορεί να είναι μονόπλευρη ή αμφίπλευρη εφ'όσον η βλάβη αφορά το ένα (δεξιό ή αριστερό) ή και τα δύο νεύρα. Επίσης μπορεί να είναι πλήρης ή ατελής (πάρεση). 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. (Εικ.)

Η προσαγωγική παράλυση τις περισσότερες φορές πρόκειται για λειτουργική διαταραχή και χαρακτηρίζεται ως υστερική αφωνία. Η αιτία της καταστάσεως αυτής είναι, προφανώς, ψυχοσωματική και η συμπτωματολογία της παρουσιάζεται συχνότερα σε γυναίκες, υποχωρεί δε αυτομάτως, συνήθως μετά παρέλευση ημερών ή ολίγων εβδομάδων, αλλά έχει την τάση να υποτροπιάσει. Η θεραπεία είναι ψυχιατρική.

Η απαγωγική παράλυση είναι κατά κανόνα οργανικής αιτιολογίας και οφείλεται σε διάφορες παθήσεις, που μπορεί να εντοπίζονται ως επί το πλείστον στις παρακάτω θέσεις:

- α) Στον προμήκη, από αγγειακές βλάβες, φλεγμονές, νεοπλάσματα, εκφυλιστικές αλλοιώσεις κ.λπ..
- β) Στη βάση του κρανίου, από κατάγματα, νεοπλάσματα κ.λπ.
- γ) Στον τράχηλο, από τραύματα, νεοπλάσματα, φλεγμονές και

μετά θυρεοειδεκτομή (που είναι η συνηθέστερη αιτία της περιοχής αυτής).

δ) Στο θώρακα, από ανευρίσματα του αορτικού τόξου, περιαρτίτιδα, όγκους του μεσοθώρακα κ.λπ.

ε) Από περιφερική νευρίτιδα

Η αμφίπλευρη απαγωγική παράλυση δεν είναι συχνή. Παρατηρείται κυρίως έπειτα από εγχειρήσεις του θυρεοειδούς αδένου. Στις περιπτώσεις αυτές και οι δύο φωνητικές χορδές είναι παράλυτες στη μέση γραμμή ή κοντά της. Η φωνή μπορεί να είναι καλή, υπάρχει όμως αναπνευστικός συριγμός και δύσπνοια, που αρκετά συχνά επιβάλλει την εκτέλεση τραχειοτομίας.

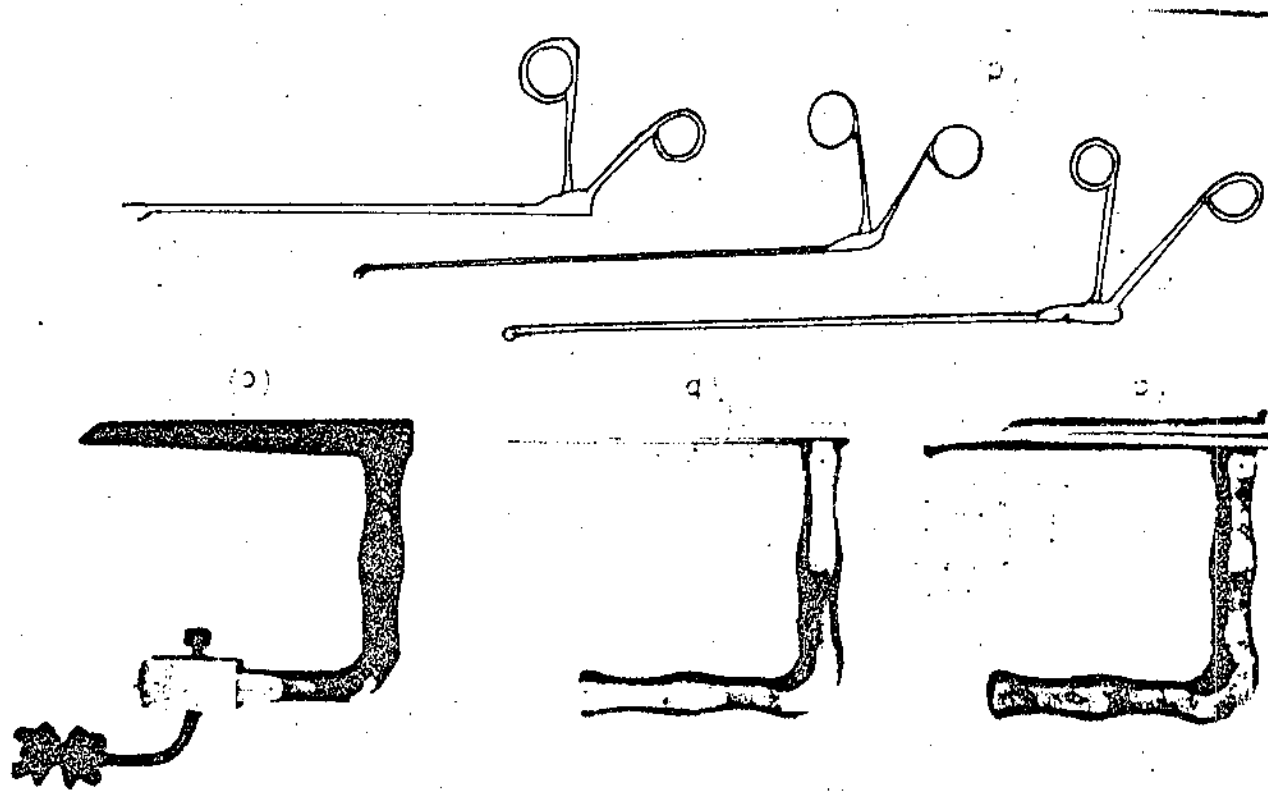
Η θεραπεία δεν είναι ευχερής. Γίνεται μόνιμη τραχειοτομία σε περίπτωση που η αναπνευστική λειτουργία δυσχεραίνεται πολύ. Επίσης υπάρχει η μέθοδος WOODMAN (εξωλαρυγγική καθήλωση του αρυταινοειδούς χόνδρου με ράμμα στο κάτω κέρασ του θυρεοειδούς χόνδρου) και η μέθοδος HARVEY TUCKER (χρήση νευρομυϊκού κρημνού).

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

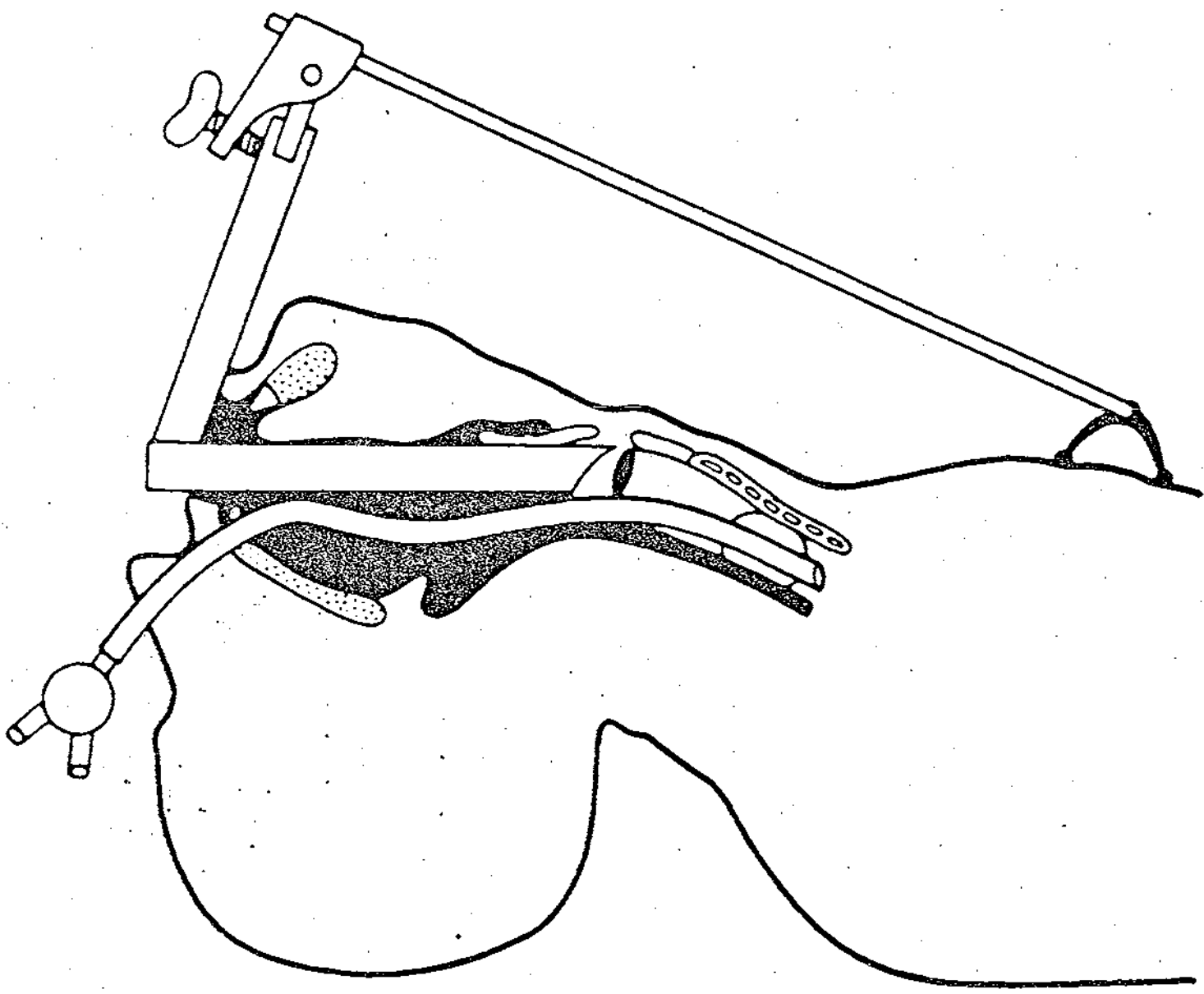
1. Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος, που εφαρμόζεται στην καθημερινή πράξη. Για την εκτέλεσή της απαιτείται το γνωστό μετωπιαίο κάτοπτρο και το λαρυγγοσκόπιο, που είναι σαν το οδοντιατρικό κάτοπτρο και χρησιμοποιείται με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή, με σκοπό να δούμε με την εικόνα της εξεταζομένης περιοχής στην ανακλώσα επιφάνεια του, φωτίζοντάς την επαριώς. (Εικ.)

2. Η άμεση λαρυγγοσκόπηση. Αυτή γίνεται με ειδικό όργανο, το άμεσο λαρυγγοσκόπιο, που αποτελείται από ένα σωλήνα ή ημισωλήνα με κάμψη στο ένα άκρο του και οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα. Το λαρυγγοσκόπιο αυτό εισάγεται στο στόμα του εξεταζομένου και φέρεται προς τα πίσω μέχρις ότου το πρόσθιο άκρο του συναντήσει την επιγλωττίδα, την οποία παρακάμπτει με ελαφρή υπέγερση του ρύγχους του, το οποίο έτσι βρίσκεται στο πρόδρομο του λάρυγγα. Ο εξεταζόμενος είναι ύπτιος και με το κεφάλι έτσι ώστε οι κοιλότητες στόματος, λάρυγγα και τραχείας να βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο. (Εικ.). Γίνεται συνήθως με ολική νάρκωση. Με την άμεση λαρυγγοσκόπηση γίνεται έλεγχος της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως της υπογλωττιδικής μοίρας της, επίσης προσφέρεται για την ακριβέστερη εκτέλεση ενδολαρυγγικών μικροεπεμβάσεων (δειγματολήψια ιστών για βιοψία, εξαγωγή ξένου σώματος κ.λπ.).

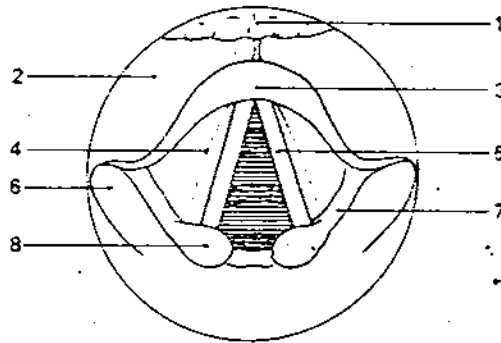
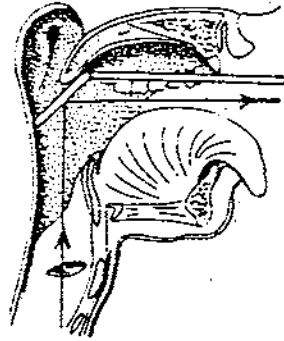
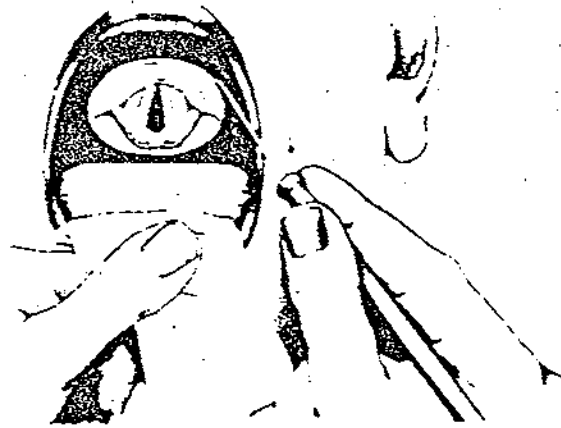
3. Η μικρολαρυγγοσκόπηση συνίσταται στον έλεγχο της λαρυγγικής κοιλότητας υπό μεγέθυνση. Εκτελείται με ειδικό λα-



Εικ. II. Διάφοροι τύποι λαρυγγοσκοπίων και λαβίδων άμέσου λαρυγγοσκοπήσεως.
(Κατά Balantyne).



ακ. 12. Σχηματική παράσταση της θέσεως του λαρυγγοσκοπίου στο λάρυγγα κατά τη κρολαρυγγοσκόπηση. (Κατά Kleinsasser).



Εικ. 9. Εξέταση του λάρυγγα με έμμεση λαρυγγοσκόπηση. (Κατά Birrel).
 1. Βάση της γλώσσας. 2. Γλωσσοεπιγλωττιδικό βοθρίο. 3. Επιγλωττίδα. 4. Νόθος φωνη-
 τική χορδή. 5. Γνησία φωνητική χορδή. 6. Απιοειδής βόθρος. 7. Αρυταινοεπιγλωττιδική
 πτυχή. 8. Αρυταινοειδής χόνδρος.

ρυγγοσκοπίου εισάγεται, όπως το άμεσο. Τούτο όμως μετά την εισαγωγή του στηρίζεται στο στήθος του εξεταζομένου, που είναι ύπτιος και χρησιμοποιείται χειρουργικό ηλεκτρικό μικροσκόπιο με το οποίο γίνεται η επισκόπηση. (Εικ.). Η εξέταση γίνεται με γενική νάρκωση.

4. Η ενδοσκόπηση με εύκαμπτα ενδοσκόπια. Ο τρόπος αυτός αποτελεί την τελική φάση της μεθόδου σύγχρονης ενδοσκοπήσεως της μύτης, του ρινοφάρυγγα και του λάρυγγα. Το χρησιμοποιούμενο εύκαμπτο ρινοφαρυγγολαρυγγοσκόπιο είναι ελαστικός σωλήνας που έχει μήκος 25 εκ. και διάμετρο 4 περίπου χιλ. Είναι οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα, μπορεί να περιστρέφεται σε πλήρη κύκλο και οφαντικωμενικός φαίος του να αλλάζει κατεύθυνση, κατά τρόπο που να κάνει ορατά όλα τα σημεία της εξεταζόμενης περιοχής. Η εκτέλεση γίνεται με τοπική αναισθησία δια ψεκασμού με επιφανειακό αναισθητικό. Για τη διευκόλυνση της διόδου επαλείφεται με κατάλληλη αλοιφή.

5. Η ενδοσκόπηση με άκαμπτα ενδοσκόπια, παρουσιάζουν πολλαπλή χρησιμότητα, γιατί εκτός από την ευρεία και άνετη επισκόπηση της λαρυγγικής κοιλότητας παρέχουν και την δυνατότητα της μεγεθύνσεως της εικόνας μέχρι το βπλάσιο και επιπλέον της φωτογράφησεως των ενδιαφερουσών περιοχών. Το συνηθέστερο λαρυγγοφαρυγγοσκόπιο είναι το κατά STUCKARD. Η εκτέλεση γίνεται χωρίς αναισθησία.

6. Η στροβοσκόπηση γίνεται για τον έλεγχο μόνο της λειτουργικότητας των φωνητικών χορδών. Το στροβοσκόπιο φωτίζει περιοδικά τις φωνητικές χορδές έτσι ώστε να φαίνονται ακίνητες.

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

8. Η ηλεκτρομυογραφία γίνεται με τον έλεγχο της λειτουργικότητας των λαρυγγικών νεύρων. Η εξέταση είναι εργαστηριακή και γίνεται με ειδικό όργανο, τον ηλεκτρομυογράφο, που καταγράφει με μορφή καμπύλων γραμμών πάνω σε χάρτινη ταινία, τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται στις περιοχές του λάρυγγα, που νευρώνονται από το άνω και το κάτω λαρυγγικό νεύρο.

9. Ακτινογραφικός έλεγχος. Αυτός γίνεται με τους παρακάτω τρόπους:

- α) Πλάγια ακτινογραφία (έλεγχος σκληρών μορίων του λάρυγγα).
- β) Προσθιοπίσθια τομογραφία (έλεγχος των μαλακών μορίων του λάρυγγα).
- γ) Λαρυγγογραφία (έγχυση σκιαγραφικής ουσίας).
- δ) Ξηρογραφία (φωτοαγωγιμότητα του σεληνίου).

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΟΞΕΙΑ ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΣ

Είναι η οξεία φλεγμονή του βλεννογόνου του λάρυγγα, που μπορεί να είναι διάχυτη σε όλη τη λαρυγγική κοιλότητα ή να εντοπίζεται στις φωνητικές χορδές ή στο μεσαρυταινοειδές διάστημα.

Συνήθως αποτελεί εκδήλωση ή επέκταση του κοινού κρυολογήματος. Μπορεί όμως να συνοδεύει και άλλα εμπόρετα νοσήματα των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Ως προδιαθεσικά αίτια θεωρούνται, το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, η φωνητική καταπόνηση, οι παθήσεις της μύτης και των παραρινικών κόλπων κ.λπ. Εκδηλώνεται με αίσθημα τραχύτητας στο λάρυγγα και βρόγχο της φωνής που σύντομα επιδεινώνεται. Συνοδεύεται από βήχα (ξηρός ή με απόχρεμψη), ελαφρά δυσκαταποσία, πυρετό και καταβολή δυνάμεων. Η οξεία λαρυγγίτις μπορεί να είναι αιμορραγική ή ψευδομεμβρανώδεις. Η θεραπεία επιβάλλει πλήρης αφωνία, αποφυγή καπνίσματος και οινοπνευματωδών ποτών, χορήγηση αντιβιοτικών και περιορισμό σε κλειστό χώρο καλώς θερμαινόμενο και με υγρό και καθαρό αέρα.

ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΓΛΩΤΤΙΤΙΣ

Είναι η οξεία φλεγμονή της υπεργλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα, η οποία αποτελεί κίνδυνο για την ζωή του αρρώστου. Παρουσιάζεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας 2-7 ετών και οφείλεται στον αιμόφιλο της ινφλουέντζας τύπου Β. Η νόσος εξελίσσεται ραγδαία (4-16 ώρες) κατά τις οποίες εγναθίζονται αναπνευστική απόφραξη. Υπάρχει υψηλός πυρετός, πόνος στο λαι-

μό, δυσφαγία και η φωνή μεταβάλλεται. Η διάγνωση γίνεται με πλάγια ακτινογραφία μαλακών μορίων του τραχήλου. Η θεραπεία συνίσταται σε I.V. χορήγηση αμπικιλλίνης και κορτικοστεροειδών καθώς και οξυγόνο με χορήγηση υδρατμών και ραιεμικής επινεφριδίνης. Εάν η κατάσταση δεν βελτιωθεί γίνεται τραχειοτομία εφ'όσον η διασωλήνωση δεν πετύχει.

Οξεία λαρυγγο-τραχειο-βρογχίτις (CROUP)

Είναι η οξεία φλεγμονή που εντοπίζεται στην υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα και επεκτείνεται στην τραχεία και τους βρόγχους. Προσβάλλει κατά κανόνα νεογνά και βρέφη μέχρι 3 ετών, προκαλούσα σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή τους. Οφείλεται στον αιμόφιλο της ινφλουέντζας, τον αιμολυτικό στρεπτόκοκκο, το σταφυλόκοκκο, πνευμονιόκοκκο κ.α. και αποτελεί συνήθως επιπλοκή κοινού κρυολογήματος. Έχουμε υψηλό πυρετό, ξηρό υλακώδη βήχα (σαν γαύγισμα) και βρόγχος φωνής. Η κατάσταση επιδεινώνεται με εισπνευστικό συριγμό, δύσπνοια και καταβολή δυνάμεων. Το πρόσωπο είναι ωχρο, τα χείλη κυανωτικά και το βρέφος αγωνίζεται για να εισπνεύσει. Η θεραπεία συνίσταται στα αντιβιοτικά ευρέως φάσματος και κορτικοστεροειδή. Επιβάλλεται η τοποθέτηση σιηνής οξυγόνου και αέρα με μεγάλη υγρασία. Εάν δεν έχουμε αποτελέσματα γίνεται τραχειοτομή εφ'όσον η διασωλήνωση δεν φέρει αποτέλεσμα.

Διφθεριτική λαρυγγίτις

Συνήθως αποτελεί επέκταση της διφθερίτιδας του φάρυγγα. Προσβάλλει κατά κανόνα παιδιά (αλλά και άτομα κάθε ηλικίας). Τα χαρακτηριστικά είναι, βράγχος φωνής, υλακώδης βήχας, αναπνευστικός συριγμός και δύσπνοια. Η θεραπεία συνίστα-

ταίωσθην αντιδιφθεριτική αγωγή. Σε προχωρημένη κατάσταση γίνεται διασωλήνωση ή τραχειοτομία.

Χρόνια λαρυγγίτις

Είναι το αποτέλεσμα είτε επανειλημμένων φλεγμονών του λάρυγγα οξείας μορφής, είτε μακροχρόνιας επιδράσεως προδιαθεσιών παραγόντων (κάπνισμα, οινοπνευματώδη ποτά, φωνητική καταπόνηση κ.λ.π.). Τα χαρακτηριστικά της νόσου είναι, βράγχος φωνής, υποκειμενικά ενοχλήματα, βήχα ξηρό, βλενώδη απόχρεμψη. Η χρόνια λαρυγγίτις μπορεί να είναι υπεραιμικής μορφής ή υπερτροφικής μορφής. Η θεραπεία συνίσταται κυρίως στην αποφυγή των προδιαθεσιών παραγόντων και τη διαμονή σε κατάλληλο υγρό και θερμό περιβάλλον. Επίσης εφαρμόζονται εισπνοές υδρατμών με ευκάλυπτόλη, μινθόλη κ.α..

Φυματίωση του λάρυγγα

Είναι κατά κανόνα δευτεροπαθής προερχόμενη από φυματίωση των πνευμόνων. Σήμερα είναι σπάνια. Η νόσος δεν παρουσιάζει σαφή συμπτώματα αρχικά μέχρι να εμφανισθεί το βράγχος της φωνής. Στη συνέχεια έχουμε δυσφαγία, επώδυνο βήχα, δυσκαταποσία και πόνο που αντανακλά στα αυτιά. Η θεραπεία ταυτίζεται με τη γενική αντιφυματική αγωγή, μαζί με την φωνητική ησυχία και διαμονή σε υγιεινό περιβάλλον. Για τους πόνους γίνεται ψεκασμός με κατάλληλα φάρμακα.

Σύφιλη του λάρυγγα

Και η πάθηση αυτή είναι σπάνια. Το κύριο σύμπτωμα είναι το βράγχος της φωνής. Διαγιγνώσκεται με λαρυγγοσκόπηση και η θεραπεία ταυτίζεται με την γενική αντισυφιλική αγωγή.

Περιχονδρίτις του λάρυγγα

Είναι η φλεγμονή του περιχονδρίου, από την οποία σχηματίζεται εξίδρωμα μεταξύ αυτού και του υποκείμενου χόνδρου. Έτσι το περιχόνδριο αποκολλάται από το χόνδρο, το εξίδρωμα μετατρέπεται σε πύον και ο χόνδρος νεκρώνεται και συρρικνώνεται. Η κλινική εικόνα διαφοροποιείται ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης. (βράγχος φωνής, βήχας, δύσπνοια, πόνο στο λάρυγγα που γίνεται πιο έντονος κατά την κατάποση). Η θεραπεία είναι ανάλογη της κατάστασης. Σε ελαφρά μορφή γίνεται φωνητική ανάπαυση και χορήγηση μεγάλων δόσεων αντιβιοτικών. Αν υπάρχει απόστημα γίνεται διάνοιξη αυτού και παροχέτευση. Σε προχωρημένη κατάσταση γίνεται λαρυγγεκτομή.

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τραύματα - Κατάγματα

Τέτοιες κακώσεις του λάρυγγα συμβαίνουν συνήθως κατά τους τραυματισμούς της λαρυγγικής περιοχής του τραχήλου με αιχμηρά ή κοφτερά όργανα ή αντικείμενα καθώς και με πυροβόλα όπλα ή με πλήξη ή συμπίεση (στραγγαλισμό).

Τα αμιγή τραύματα του λάρυγγα αφορούν κυρίως το βλεννογόνο και τα μαλακά μέρια του τραχήλου και προκαλούν αιμορραγία και αιμάτωμα που μπορεί να είναι τοπικό ή να καταλαμβάνει όλη τη λαρυγγική κοιλότητα και πολλές φορές να επεκτείνεται και στην τραχεία, το φάρυγγα, τον οισοφάγο και τα μαλακά μέρια του τραχήλου. Τα ανοικτά τραύματα είναι κατά το πλείστον θανατηφόρα, γιατί η αντιμετώπισή τους σπανίως είναι έγκαιρη και αποτελεσματική. Στις άλλες περιπτώσεις ο κίνδυνος είναι επίσης μεγάλος από την επερχόμενη αναπνευστική απόφραξη. Τα διαγνωστικά σημεία κακώσεως του λάρυγγα είναι το βράγχος της φωνής, η αιμόπτυση, ο υποδόριο εμφύσημα του τραχήλου, η εξαφάνιση της γωνίας του θυρεοειδούς χόνδρου και προπαντός τα δυσπνοιϊκά φαινόμενα.

Η θεραπεία συνίσταται στην αποκατάσταση της αεροφόρου οδού και στην επίσχεση της αιμορραγίας. Η τραχειοτομία επιβάλλεται όταν υπάρχει έντονο οίδημα.

Εγκαύματα

Αυτά γίνονται κατά την εισπνοή καυστικών αερίων, υδρατμών κ.λπ.. Προκαλείται έντονο οίδημα που αποφράσσει τον αυλό του λάρυγγα με άμεση συνέπεια τη δύσπνοια και ενδεχομένως

τον θάνατο. Επιβάλλεται η έγκαιρη εκτέλεση τραχειοτομίας: για την διάσωση του αρρώστου. Στη συνέχεια αντιμετωπίζονται τα λοιπά ενοχλήματα (έντονο άλγος, δυσφαγία κ.λπ.) με παυσίπονα, καταπραϋντικά, καθητηριασμό στομάχου για τη διατροφή κ.λπ..

Ξένα σώματα

Η είσοδος ξένων σωμάτων είναι σπάνια στους ενήλικες αλλά πολύ συνήθης στα παιδιά με δραματικά επεισόδια. Τα μεγάλα αντικείμενα που μπορεί να εισχωρήσουν στον λάρυγγα τον αποφράσσουν τελείως και προκαλούν θάνατο από ασφυξία σχεδόν αμέσως. Η αφαίρεση του ξένου σώματος πρέπει να γίνεται το ταχύτερο. Η αναστροφή του παιδιού με το κεφάλι προς τα κάτω και η πλήξη της ράχης του με τα χέρια καθώς επίσης και η επείγουσα τραχειοτομία είναι μέσα αντιμετώπισης.

Καιώσεις από τη διασωλήνωση

Η εισαγωγή του ενδοτραχειακού σωλήνα κατά την εκτέλεση γενικής ναρκώσεως είναι ενδεχόμενο να προκαλέσει καιώσεις του λάρυγγα και της τραχείας με συνέπειες άλλοτε σχετικά ελαφρές και άλλοτε πολύσφοβαρές ή και θανατηφόρες. Έτσι, είναι δυνατόν να προκληθούν διάφοροι μικροτραυματισμοί του βλεννογόνου με αποτέλεσμα να αναπτυχθεί αργότερα κοικιωμα, που συνήθως εντοπίζεται στις φωνητικές αποφύσεις. Άλλοτε όμως παρουσιάζεται οίδημα ή στένωση της υπογλωττιδικής κυρίως μοίρας, που δημιουργεί σοβαρό πρόβλημα αναπνοής.

Η θεραπεία είναι ανάλογη της καταστάσεως. Εάν πρόκειται περί κοικιώματος γίνεται η αφαίρεσή του με άμεση λαρυγγοσκόπηση. Η αντιμετώπιση του οιδήματος γίνεται αρχικά με συντη-

ρητικά μέσα (ψεκασμός με διάλυμα αδρεναλίνης, χορήγηση κορτικοστεροειδών κ.αλ.) και αν αυτά αποτύχουν γίνεται τραχειοτομία. Επί εγχευαστάσεως στενώσεως της υπογλωττιδικής μοίρας γίνονται διαστολές ή διάφορες πλαστικές επεμβάσεις για την αποκατάσταση του αυλού του λάρυγγα. Επί στενώσεως του ανωτέρου τμήματος της τραχείας γίνεται αφαίρεση τούτου και τελικοτελική αναστόμωση της τραχείας. (Εικ.)

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Τα νεοπλασμάτα του λάρυγγα είναι οι καλοήθεις και οι κακοήθεις όγκοι.

1. Καλοήθεις όγκοι:

α) Το θήλευμα (μονήρες και πολλαπλά)

β) Το χόνδρωμα

2. Κακοήθεις όγκοι:

α) Ο καρκίνος του λάρυγγα

1η κατηγορία: Υπεργλωττιδική

2η κατηγορία: Γλωττιδική

3η κατηγορία: Υπογλωττιδική

4η κατηγορία: Διαγλωττιδική

β) Ανθρακωειδές καρκίνωμα του λάρυγγα (VERUCOUS CARCINOMA)

Ταξινόμηση και σταδιοποίηση του καρκίνου του λάρυγγα

(AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER STAGING AND END RESULT REPORTING, GENEVA, 1972).

T₀ = Πρωτοπαθής όγκος

1. Υπεργλωττιδική περιοχή

T_{1S} = Καρκίνωμα IN SITU

T₁ = όγκος που παρουσιάζεται σε περιοχή με φυσιολογική κινητικότητα.

T_{1a} = Όγκος που περιορίζεται στην λάρυγγική επιφάνεια της επιγλωττίδας, ή σε μία αρθραιοεπιγλωττιδική πτυχή ή στη λάρυγγική κοιλία, ή σε μία νόθο φωνητική χορδή.

T_{1β} = Όγκος που εντοπίζεται στην επιγλωττίδα και επεκτείνεται στις λάρυγγικές κοιλίες και στις νόθες φωνητικές χορδές.

T_2 = Όγκοι της επιγλωττίδας ή των λαρυγγικών κοιλιών, ή των νόθων φωνητικών χορδών που επεκτείνονται στις γνήσιες φωνητικές χορδές χωρίς να τις καθλώνουν (με φυσιολογική κινητικότητα των χορδών).

T_3 = Όγκοι που περιορίζεται στο λάρυγγα με καθήλωση των φωνητικών χορδών ή καταστροφή ή άλλη ένδειξη βαθύτερης προσβολής.

T_4 = Όγκος που επεκτείνεται άμεσα και έξω από τον λάρυγγα.

2. Γλωττιδική περιοχή

T_{1S} = Καρίνωμα IN SITU

T_1 = Όγκος που περιορίζεται σε περιοχή με φυσιολογική κινητικότητα.

T_{1a} = Όγκος που περιορίζεται σε μία γνήσια φωνητική χορδή.

T_{1B} = Όγκος που καταλαμβάνει και τις δύο χορδές

T_2 = Όγκος που επεκτείνεται στην υπεργλωττιδική ή την υπογλωττιδική περιοχή, με φυσιολογική ή περιορισμένη κινητικότητα.

T_3 = Όγκος που περιορίζεται στον λάρυγγα αλλά έχει καθλώσει τη μία ή και τις δύο φωνητικές χορδές.

T_4 = Όγκος που έχει επεκταθεί έξω από τα όρια του λάρυγγα.

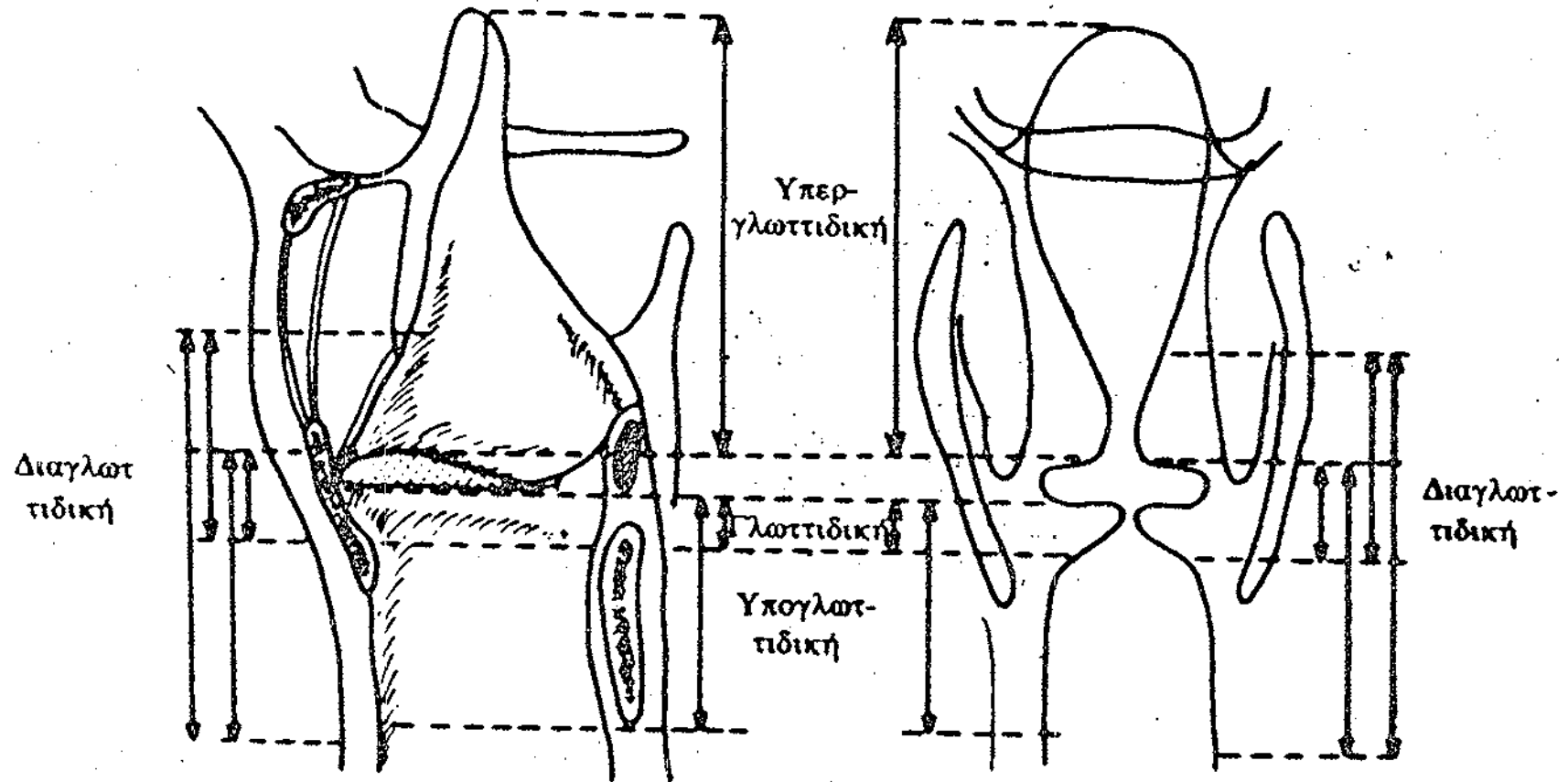
3. Υπογλωττιδική περιοχή

T_{1S} = Καρίνωμα IN SITU

T_1 = Όγκος που περιορίζεται σε περιοχή με φυσιολογική ή κινητικότητα.

T_{1a} = Όγκος που περιορίζεται στη μία πλευρά και δεν

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ



Εικ. 21. Τοπογραφική διαίρεση του λάρυγγα για την ταξινόμηση των καρκινωμάτων που παρουσιάζονται σε αυτόν. (Κατά Spector).

προσβάλλει την κάτω επιφάνεια της φωνητικής χορδής.

$T_{1\beta}$ = Όγκος που επεκτείνεται και στις δύο πλευρές, αλλά δεν έχει προσβάλλει την κάτω επιφάνεια των φωνητικών χορδών.

T_2 = Όγκος που καταλαμβάνει την υπογλωττιδική περιοχή και επεκτείνεται στη μία ή και τις δύο φωνητικές χορδές.

T_3 = Όγκος που περιορίζεται στο λάρυγγα, αλλά έχει τη μία ή και τις δύο φωνητικές χορδές.

T_4 = Όγκος που έχει επεκταθεί έξω από τα όρια του λάρυγγα.

N = Τοπικοί λεμφαδένες

N_0 = Μη ψηλαφητοί λεμφαδένες

N_1 = Κινητός σύστοιχος λεμφαδένας μικρότερος των 3εκ.

N_2 = Κινητοί λεμφαδένες και στις δύο πλευρές ή ένας σύστοιχος μεγαλύτερος από 3 εκ.

N_3 = Καθηλωμένος

M = Μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα

M_0 = δεν υπάρχει ένδειξη μεταστάσεως

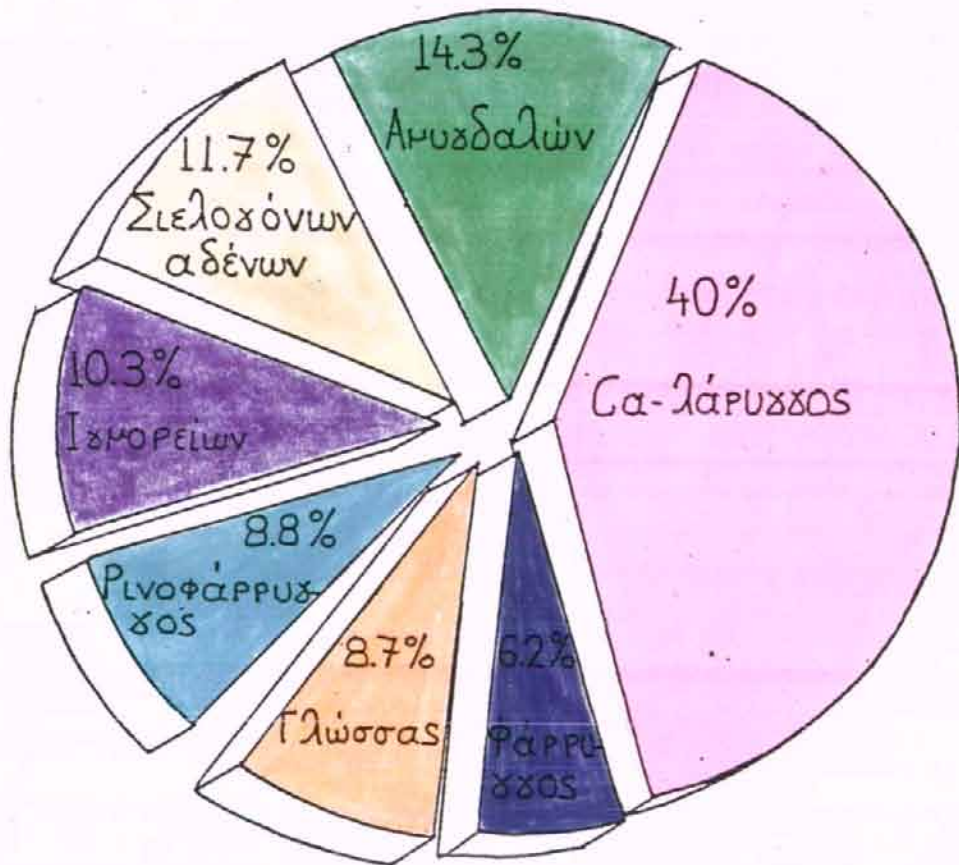
M_1 = Υπάρχουν μεταστάσεις

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

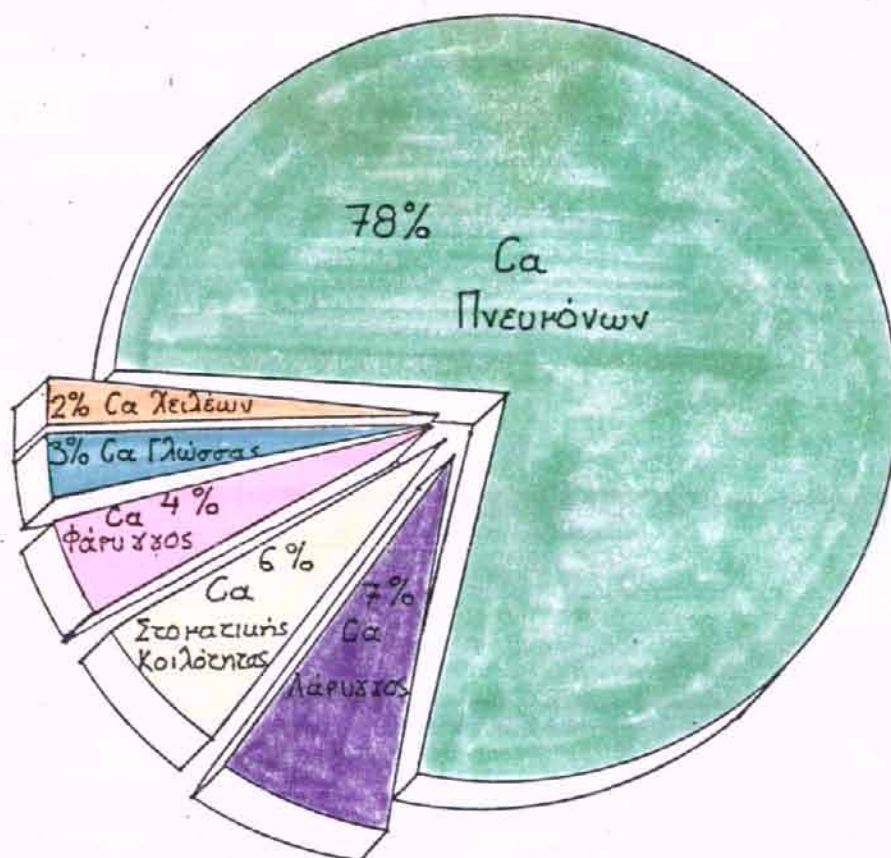
Μεταξύ των κακοήθων όγκων της ωτορινολαρυγγολογικής περιοχής ο καρκίνος του λάρυγγα είναι ο πιο συχνότερος. Σε μία έρευνα που έγινε στην Γερμανία κατά το διάστημα 1956-1960 αρρώστησαν 10,3 από τους 100.000 κατοίκους ετησίως από καρκίνο της ωτορινολαρυγγολογικής περιοχής.

Από αυτούς βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (40%)

ήταν καρκίνος λάρυγγος με δεύτερο κατά συχνότητα του καρκίνου των αμυγδαλών. Στη συνέχεια ήταν ο καρκίνος των σιελογόνων αδένων, των ιγμορείων, του ρινοφάρυγγος, της γλώσσας και του φάρυγγα. (Σχήμα)



Επίσης στις Η.Π.α. το 1972 βρέθηκαν σε 100.000 περίπου κατοίκους που έπασχαν από κάποιο καρκίνο του αναπνευστικού συστήματος τα εξής ποσοστά: 6.800 με καρκίνο-λάρυγγος, 6.000 με καρκίνο στοματικής κοιλότητας, 4.500 με καρκίνο φάρυγγος, 2.800 με καρκίνο γλώσσας, 1.800 με καρκίνο χείλεων και 76.000 με καρκίνο πνευμόνων. (Σχήμα).

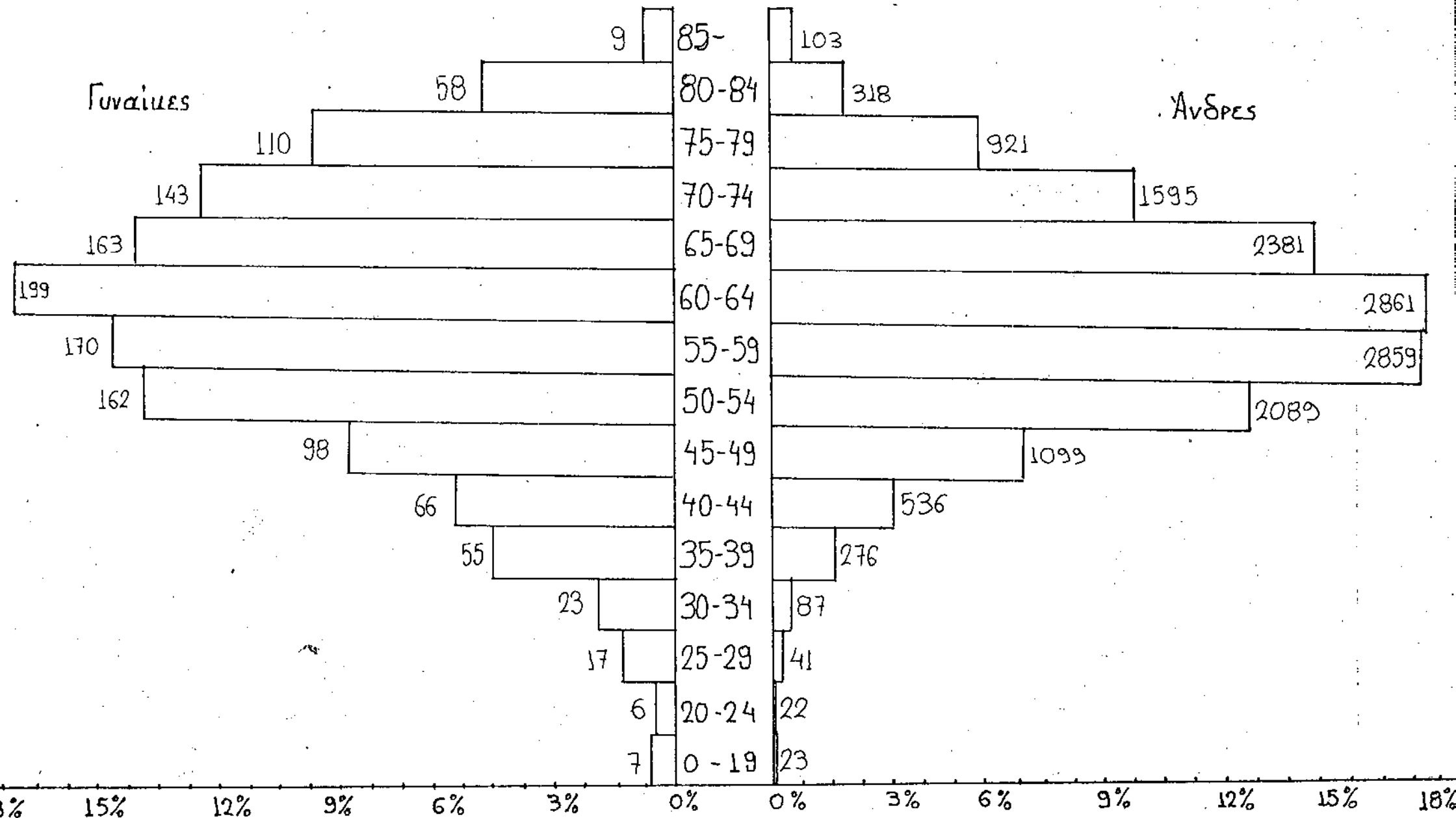


Στατιστικά η συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα στην Βρετανία και Αυστραλία αυξάνει ανάλογα της χρήσεως του καπνίσματος και των οινοπνευματωδών ποτών.

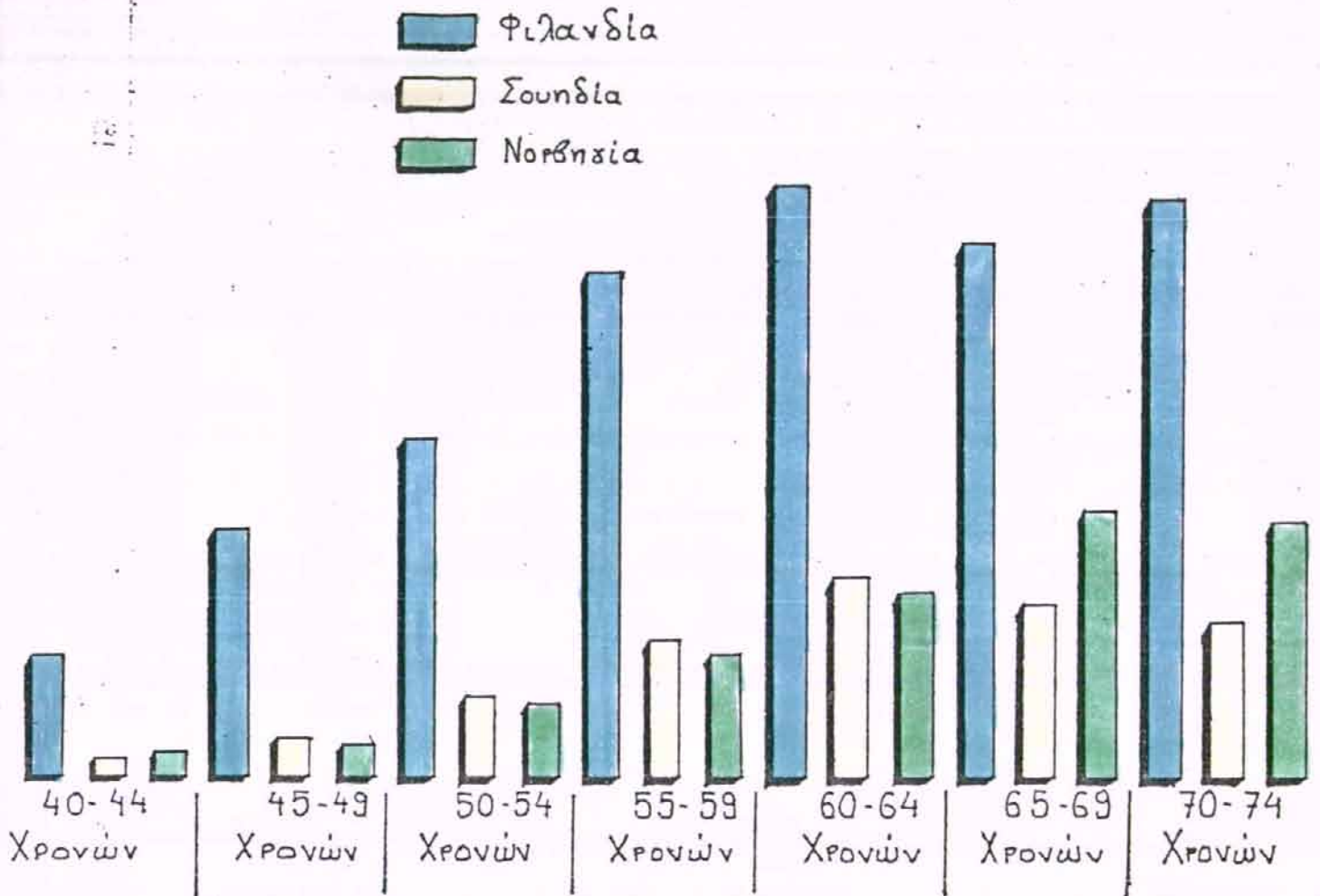
Συχνότητα καρκίνου λάρυγγος ανάλογα με την ηλικία (ΒΟΣΚΜΥΗΕ).

Females

Males



Η θνησιμότητα του καρκίνου του λάρυγγα σε 100.000 κατοίκους (άνδρες) το χρόνο, ανάλογα της ηλικίας τους (RINGERTS).



ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ

Η τραχειοτομή σαν μία γνωστή επέμβαση έχει μία ιστορία συνδεδεμένη με 2000 χρόνια. Οι πρώτες λεπτομέρεις πληροφορίες δίνονται από τον GALEN και ARETAEUS τον 2ο και 3ο αιώνα π.Χ.. Στην αρχή της Χριστιανικής η τραχεία ήταν γνωστή σαν <<ανώμαλη αρτηρία>>. Όχι πριν τον 19ο αιώνα, έγινε γνωστή σαν αέρινος σωλήνας που εκτείνεται από τον λάρυγγα μέχρι τους βρόγχους.

Ο GALEN χρησιμοποίησε την φράση <<για να κόψεις τον λάρυγγα>>. Ο ARETAEUS αναφέρθηκε στην επέμβαση σαν <<κάνοντας μια εντομή στην αρτηρία>>.

Άλλες ερμηνείες που χρησιμοποιήθηκαν για να ορίσουν την μέθοδο είναι: <<εντομή των πνευμονικών καναλιών, 9ος και 10ος αιώνας>>, <<τομή της επιγλωττίδας>> 10ος αιώνας <<λαρυγγοτομής>> 17ος αιώνας. Το 1718 ο LORENZ HEISTER θεώρησε ότι η <<τραχειοτομία>> είναι ο αποδεικτός όρος αλλά αυτό δεν υιοθετήθηκε μέχρι τον 19ο αιώνα.

Η πρώτη επιτυχής τραχειοστομία έγινε το 1546 από τον ANTONIO MUSO BRASOVOLLO, έναν Ιταλό ιατρό ο οποίος έκανε μία προσπάθεια να αφαιρέσει έναν φαρυγγικό ή λαρυγγικό απόστημα όταν ο κουρέας χειρουργός που περιέθαλπται τον ασθενή αρνήθηκε να αναλάβει την επέμβαση.

Στα 1620 ο NICOLAS HABICOT αφαίρεσε ένα αιμάτωμα από τον λάρυγγα ως μέσο την τραχειοτομή κι έτσι έγινε γνωστός με την πρώτη επιτυχή αφαίρεση ξένου σώματος από το όργανο αυτό. Το 1732 ο CHORELL χρησιμοποίησε την επέμβαση σαν μία προσπάθεια να αποφευχθεί ο απαγχονισμός. Έκανε

μία τραχειοστομία σ'έναν φυλακισμένο την νύχτα πριν αυτός καταδικασθεί σε θάνατο. Ο φυλακισμένος δεν επέζησε.

Το 1718 ο ΧΕΙΣΤΕΡ ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε και τις δύο, και τις κατακόρυφες και τις οριζόντιες τομές ανάλογα με τις περιπτώσεις. Η κατακόρυφη τομή έγινε κανόνας μετά από αυτό και διατήρησε την δημοτικότητά της μέχρι πρόσφατα.

Ο GIULIA CASSERIO περιέγραψε ένα κυρτό σωλήνα με αρκετές τρύπες. Ο σωλήνας ήταν φτιαγμένος από ασήμι.

Το 1730 ο MARTIN είχε την ιδέα ενός εσωτερικού σωλήνα για να κρατήσει τον τραχειοσωλήνα καθαρό από βλέννες χωρίς να αφαιρεί τον έξω σωλήνα από την τραχεία.

Ο πιο δημοφιλής τραχειοσωλήνας σε χρήση σήμερα είναι αυτός που συνεστήθη από τον TUCKER.

ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ - ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ

Ορισμός

Τραχειοτομία ή τραχειοστομία είναι η διάνοιξη του προσθίου τοιχώματος της τραχείας έτσι ώστε να υπάρχει πλήρη επικοινωνία της τραχείας με το περιβάλλον.

Η επέμβαση της τραχειοτομής θα είναι προσωρινή ή μόνιμη.

Προσωρινή: Όταν η τραχειοτομή παραμένει για λίγο χρονικό διάστημα. Έπειτα το στόμιό της κλείνει σταδιακά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να ξαναχρειαστεί να ανοιχτεί για λίγο και μετά να ξανακλείσει.

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

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

Ανώτερη: Όταν η τομή γίνεται από πάνω, από τον ισθμό.

Μέση: Όταν η τομή γίνεται στον ισθμό.

Κατώτερη: Όταν η τομή γίνεται κάτω από τον ισθμό. Όταν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει ενδείνυται η μέση τραχειοτομή αφού έχει τις λιγότερες επιπλοκές, ενώ όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος γίνεται η ανώτερη τραχειοτομή. Στα παιδιά είναι προτιμώτερη η κατώτερη τραχειοτομή.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ

I. Η αποκατάσταση της αναπνοής όταν αυτή δεν είναι δυνατή από απόφραξη των ανώτερων αναπνευστικών οδών.

II. Η προφύλαξη του τραχειοβρογχικού δένδρου από την είσοδο σιέλου, τροφών κ.λπ. (σε περιπτώσεις πολυομυελίτιδας, σε βαρειά μυασθένεια, σε κώμα κ.λπ.).

III. Η ευχέρεια απομάκρυνσης των εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δένδρο.

IV. Η ελάττωση του νεκρού αναπνευστικού χώρου κατά 30-50%.

V. Η εφαρμογή αναπνοής υπό πίεση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ

Οι ενδείξεις για τραχειοτομή μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

I. Αναπνευστικό εμπόδιο

II. Καταιράτηση εκκρίσεων

III. Αναπνευστική ανεπάρκεια

Γ. Αναπνευστικό εμπόδιο

α) Τραύμα: Προσωπικά κατάγματα μπορεί να περιπλαιούν από οίδημα, αιμάτωμα ή αιμορραγία της αναπνευστικής οδού πάνω από το λάρυγγα και μπορεί να χρειαστεί τραχειοτομία.

Εξωτερική ή εσωτερική πληγή στον λάρυγγα ή στην αυχενική τραχεία μπορεί να αποτελέσει αναπνευστικό εμπόδιο. Συμπτώματα αναπνευστικού εμπόδιου που ακολουθούν το τραύμα μπορούν να εμφανιστούν αμέσως μετά το τραύμα ή σε μία περίοδο ημερών ή εβδομάδων.

β) Ξένα σώματα: Εμπόδιο αναπνοής από ξένα σώματα συμβαίνει συνήθως σε παιδιά. Σ' αυτούς τους ασθενείς, χάντρες, κουμπιά, φασόλια και άλλα παρόμοια αντικείμενα μπορούν να εισπνευθούν και να εγκλωβιστούν στον λάρυγγα. Ένας βόλος κρέατος αποτελεί το σύνηθες ξένο σώμα το οποίο εγκλωβίζεται στο λάρυγγα των ενηλίκων.

γ) Μολύνσεις: Μολύνσεις στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα μπορούν να αποτελέσουν εμπόδιο της αναπνοής. Η πιο συνηθισμένη αιτία για φλεγμονώδες εμπόδιο είναι η οξεία λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα. Το εμπόδιο αιτιολογείται από ένα φλεγμονώδες οίδημα του βλεννογόνου που βρίσκεται στην τραχεία και στους βρόγχους και επίσης από συχνή επίμονη έκκριση. Τα συμπτώματα αυτών που πάσχουν από νοσήματα λάρυγγος, βήχας, βράγχος φωνής, δύσπνοια, ανησυχία, πυρετός και εξάντληση εμφανίζονται με την πρόοδο της νόσου.

δ) Ερεθισμός-Διαβρώσεις: Αναπνευστικό εμπόδιο μπορεί να προκληθεί από βλάβη στο φαρυγγικό, λαρυγγικό, αυχενικό και τραχηλικό βλεννογόνο από ατμό, ερεθιστικά αέρια, διαβρωτικά υγρά, εύφλεκτα αέρια ή ζεστό αέρα από φωτιά.

ε) Συγγενείς ανωμαλίες: Συγγενείς ανωμαλίες του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος μπορούν να χρειαστούν τραχειοτομία. Τέτοιες είναι τα τραχειοοισοφαγικά συρίγγια, η ατρησία του λάρυγγα, η υπογλωττίδική στένωση, ανωμαλίες του κρικοειδούς χόνδρου κ.λπ..

στ) Αγγειοκινητικά ατυχήματα: Αγγειοκινητικά ατυχήματα που συμβαίνουν σε σχέση με το αγγειονευρωτικό οίδημα ή ευαισθησία στα φάρμακα μπορεί προοδευτικά να προκαλέσουν απόφραξη στην ανώτερη αναπνευστική οδό κάνοντας απαραίτητη την τραχειοτομή.

ζ) Λαρυγγική δυσλειτουργία: Μειωμένη απαγωγική ικανότητα των φωνητιών χόνδρων μπορεί να περιορίσει την αναπνευστική οδό, γι' αυτό απαραίτητη είναι η τραχειοτομή. Αυτό συμβαίνει με την αμφοτερόπλευρη παράταση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, την αρθρίτιδα της κρικοαρυταινοειδούς διάρθρωσης και συνθήκες οι οποίες προκαλούν τετανία του λάρυγγα ή σπασμό. Η απόφραξη της αναπνευστικής οδού εξαιτίας αυτών των αιτιών μπορεί να είναι οξεία ή βραδεία και ύπουλη.

η) Κύστεις και νεοπλάσματα: Καλοήθεις και κακοήθεις βλάβες του λάρυγγα ανήκουν στην κατηγορία αυτή, οι οποίες καθιστούν απαραίτητη την πραγματοποίηση της τραχειοτομής τις περισσότερες φορές.

II. Κατακράτηση εκκρίσεων:

Ανεπαρκής απόβολή εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δένδρο μπορεί να προκαλέσει απόφραξη και υπαερισμό των κυψελίδων. Οι αιτίες για κατακράτηση εκκρίσεων είναι πολυάριθμες και γενικά συνδέονται με την ανικανότητα του ασθενή να βή-

Ξεΐ, την δυσκολία καταπόσεως και την ανικανότητα για από-
χρεμψη. Τούτο παρατηρείται σε κωματώδεις καταστάσεις, βρογ-
χοπνευμονία, κατάγματα πλευρών, εμφύσημα βρογχεिताσία, ε-
γυεφαλική αιμορραγία, εκτεταμένες καιώσεις κεφαλής και θώ-
ρακα. Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται τραχειοστομία και συ-
χνή αναρρόφηση των εκκρίσεων.

III. Αναπνευστική ανεπάρκεια

Μία τραχειοτομή μπορεί να ενδείκνυται και ακόμα όταν δεν
υπάρχει κάποιο εμπόδιο ή κατακράτηση των εκκρίσεων. Ο σκο-
πός της τραχειοτομής είναι να επιτρέψει αναπνοή υπό πίεση,
να ελαττώσει την αντίσταση των αεροφόρων οδών και το νεκρό
αναπνευστικό χώρο.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ

Στην εκτέλεση της τραχειοστομίας δεν αρκεί μόνο η διάνοι-
ξη των αεροφόρων οδών αλλά και η πρόληψη μετεγχειρητικών
επιπλοκών. Γι' αυτό ο γιατρός που εκτελεί την επέμβαση πρέ-
πει να έχει υπόψη του τα εξής:

I. Να χρησιμοποιηθεί ο κατάλληλος τραχειοσωλήνας που θα
χρειαστεί.

II. Συνεργασία με τον αναισθησιολόγο για το αν όλα τα όρ-
γανα λειτουργούν κανονικά στο μηχάνημα της γενικής αναισθη-
σίας:

Υπάρχει επίσης συνεργασία για το μήκος και το εύρος του
στοματοτραχειακού και ρινοτραχειακού σωλήνα καθώς επίσης
ελέγχεται και η ακεραιότητα του ελαστικού κυστιδίου (CUFF)
όταν αυτό γεμίσει αέρα.

II. Στο χειρουργείο πρέπει επίσης να είναι όλα έτοιμα για την αντιμετώπιση ενός πιθανού πνευμονοθώρακα ή μιάς καρδιακής ανακοπής.

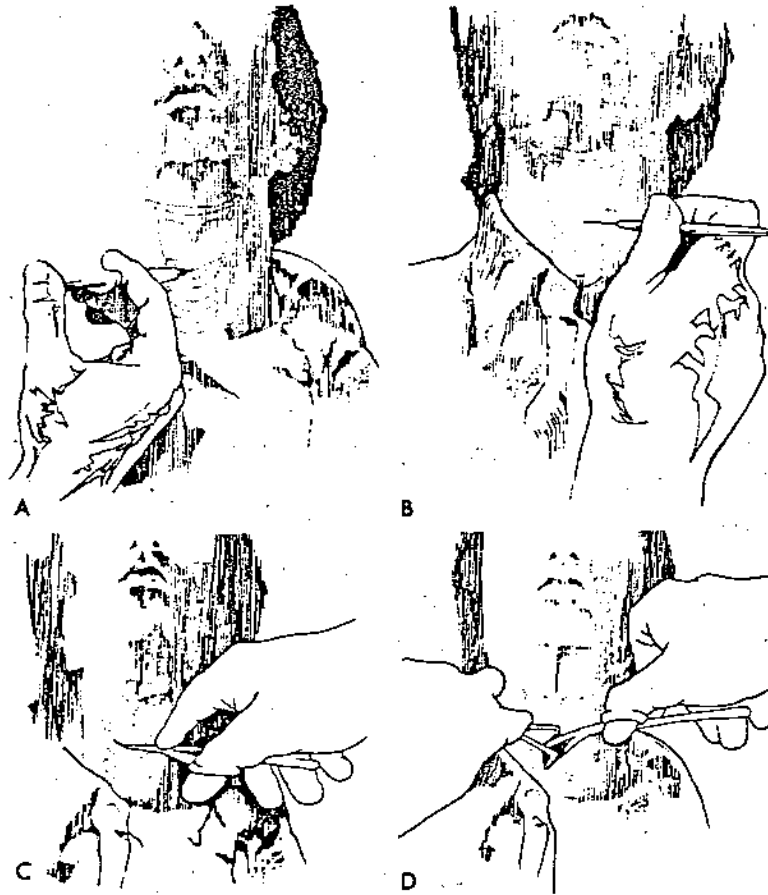
ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ

Η τραχειοτομία γίνεται με τοξική ή γενική αναισθησία. Η τοπική αναισθησία εφαρμόζεται κυρίως στους ενήλικες. Ο ασθενής αφού τοποθετηθεί σε ύπτια θέση στην χειρουργική τράπεζα με υπερέκταση της κεφαλής του προβαίνουμε στα εξής:

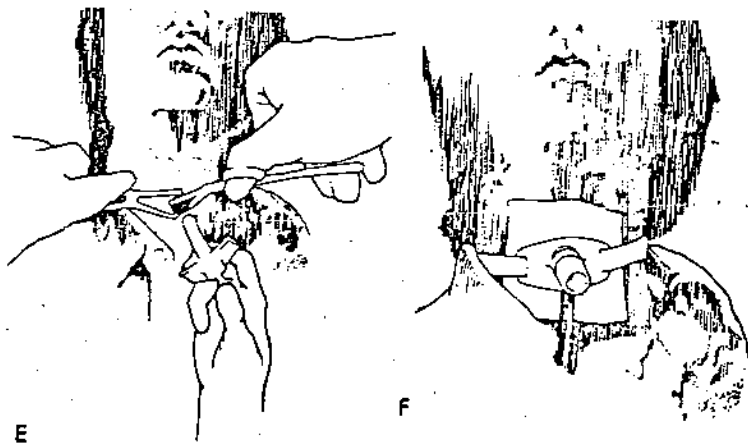
Διασωλήνωση της τραχείας: Όταν είναι δυνατόν είτε ένα βρογχοσκόπιο ή ένας ενδοτραχειακός σωλήνας θα πρέπει να εισάγεται με την βοήθεια ενός λαρυγγοσκοπού. Δυστυχώς τέτοια εφόδια δεν υπάρχουν την στιγμή που η κατάσταση είναι κρίσιμη.

Μία διασωλήνωση είναι ο πιο γρήγορος τρόπος για να αποκαταστήσουμε την αεροφόρο οδό και επομένως να αποφύγουμε μία τραυματική βεβιασμένη τραχειοτομή. Δεν χρειάζεται αναισθησία για μία τέτοια διασωλήνωση. Η γενική αναισθησία μπορεί να επακολουθήσει και μία τραχειοτομή να ειτελεσθεί χωρίς φυσικά να είναι επείγουσα.

Κρικοθυροειδοτομή: Όταν η διασωλήνωση δεν είναι δυνατή επειδή υπάρχει κάποιο εμπόδιο, η αναπνευστική οδός ελευθερώνεται κάνοντας μία τομή διαμέσου της κρικοθυροειδούς μεμβράνης. Πολύτιμη επίσης είναι η εφαρμογή αερισμού και η οξυγόνωση με ασκό AMBU και προσωπίδα. Κανονικά η τραχειοτομία απαιτεί να έχουν εξασφαλισθεί ανοικτές αεροφόροι οδοί.



Εικ. 33. Σχηματική παράσταση των χρόνων της κρικοθυροειδοτομίας. (Κατά Linscott).



Εικ. 34. Σχηματική παράσταση των χρόνων της κρικοθυροειδοτομίας. (Κατά Linscott).

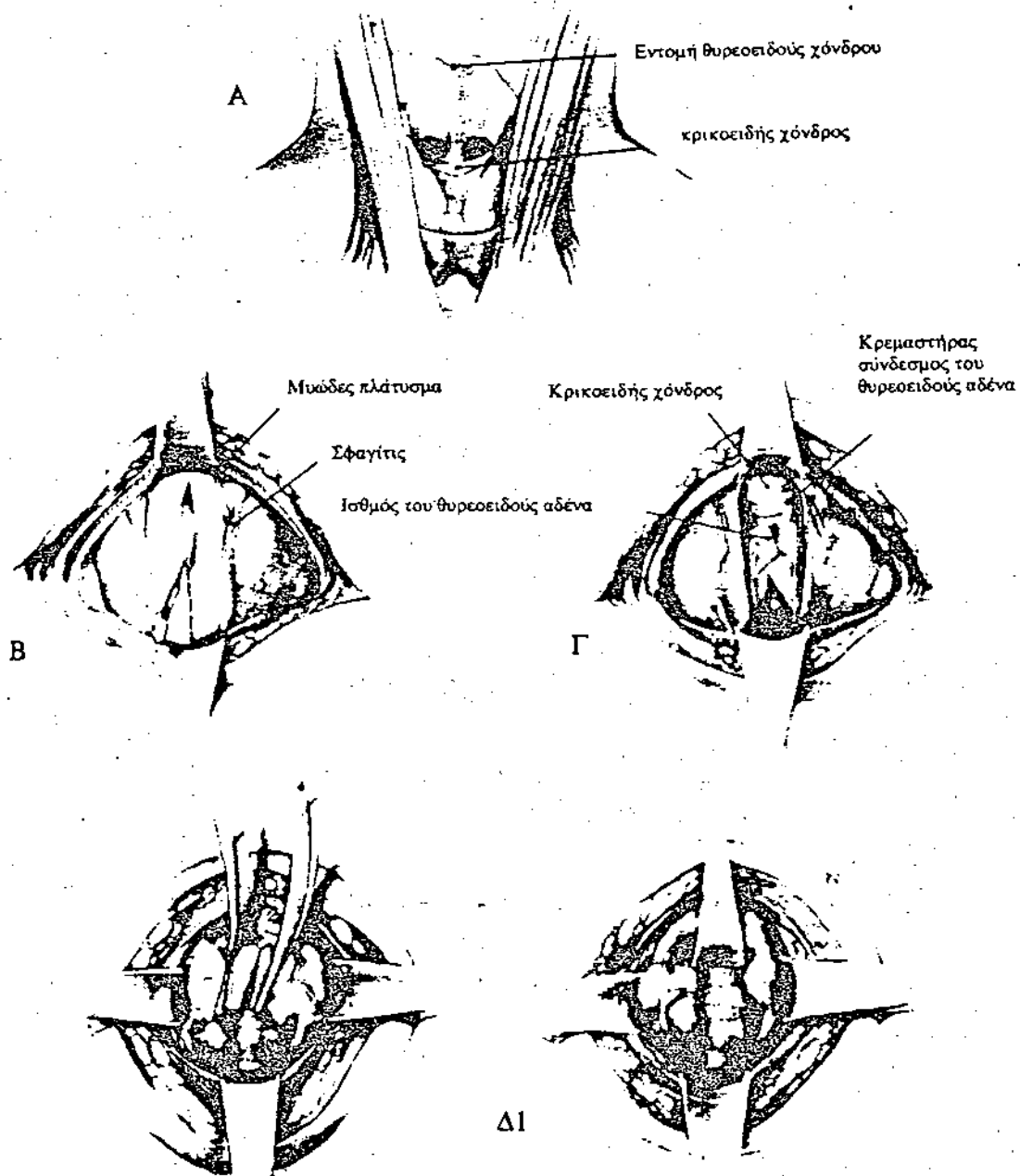
Ο Θυράχηλος του ασθενούς τοποθετείται σε υπερέκταση βά-
ζοντας ένα πανί διπλωμένο κάτω από τους ώμους του. Ο χει-
ρουργός γρήγορα αποκαλύπτει την εντομή του θυρεοειδούς χόν-
δρου με τον δείκτη του δεξιού του χεριού. Ο δείκτης κατε-
βαίνει στην μέση γραμμή στην προεξοχή του κρικοειδούς χόν-
δρου. Η κρικοθυρεοειδής μεμβράνη αποκαλύπτεται και σημαδεύε-
ται με το νύχι του χεριού.

Μία κάθετη τομή γίνεται στην μέση γραμμή πάνω στο θυ-
ρεοειδή και κρικοειδή χόνδρο καθώς τα υποδόρια αγγεία πα-
ραμερίζονται με τον αντίχειρα και τον δείκτη του αριστερού
χεριού. (Εικόνα). Καθώς προχωρούμε βαθύτερα η κρικοθυ-
ρεοειδής μεμβράνη αποκαλύπτεται αμέσως. Μία οριζόντια τομή
γίνεται πάνω σ' αυτή και όσο το δυνατό κοντά στον κρικοειδή
χόνδρο για να εμποδίσουμε την αιμορραγία από τις κρικοθυρεο-
ειδείς αρτηρίες. Ο κρικοθυρεοειδής χόνδρος πλατύνεται πε-
ρισσότερο με την λαβή ή την λεπίδα του μαχαιριδίου.

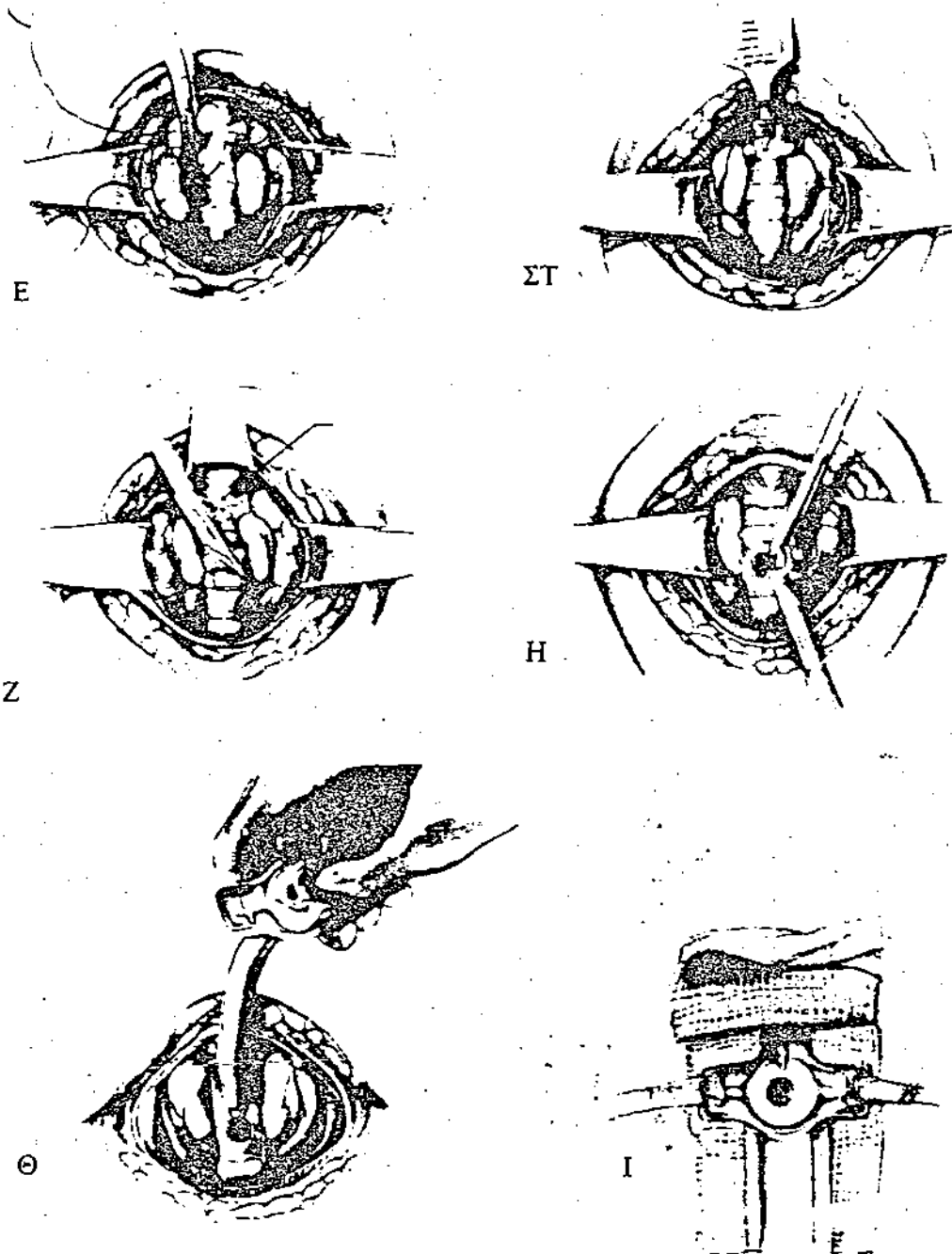
Αμέσως μετά ένας τραχειοσωλήνας εισάγεται εφ' όσον υπάρ-
χει είναι ουσιώδες να γίνει μία πιο κανονική τραχειοτομή ό-
σο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την λαρυγγοτομή διότι για πα-
ρατεινόμενη θυρεοτομή μπορεί να καταλήξει σε περιχονδρίτι-
δα, υποξλωτειδικό οίδημα και ουλώδη στένωση.

Μετά την τοποθέτηση του τραχειοσωλήνα στηρίζουμε αυτόν
με τον ιμάντα (φακαρόλα) γύρω από τον λαιμό και ράβουμε τα
τρωθέντα μαλακά μόρια και το δέρμα.

Στους ενήλικες η διάνοιξη της τραχείας γίνεται μεταξύ
3ου και 4ου ημικρικίου (χαμηλή τραχειοστομία), ενώ στα παι-
διά αντιστοίχως προς τον 1ο και 2ο ημικρίκιο αυτής (υψηλή
τραχειοστομία).



Εικ. 36. Οι χρόνοι της τραχειοτομίας. Α. Οριζοντία τομή δέρματος προσθίας τραχηλικής χώρας. Β. Αποκόλληση των μυών. Γ. Ανεύρεση του θυρεοειδούς αδένος. Δ. Διατομή του ισθμού του θυρεοειδούς αδένος. ΔΙ. Αποκάλυψη του 2, 3 και 4ου ημικρικίου της τραχείας κατόπιν έλξεως του ισθμού του θυρεοειδούς αδένος προς τα άνω σε περίπτωση που δεν γίνεται διατομή του.



Εικ. 36 (συνέχεια). Οι χρόνοι της τραχειοτομίας (συνέχεια). Ε. Απολίναση του ισθμού του θυρεοειδούς αδένος με ράμματα. ΣΤ. Έγχυση τοπικού αναισθητικού στον αυλό της τραχείας. Ζ. Η. Αφαίρεση χόνδρου στο ύψος του δευτέρου ημικρικίου. Θ. Τοποθέτηση του τραχειοσωλήνα. Ι. Στερέωση του τραχειοσωλήνα στον τράχηλο με κορδόνια.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η απόφαση για το ποιά θεραπευτική αγωγή θα εφαρμοστεί εξαρτάται από το λεπτομερειακό προσδιορισμό της έκτασης του νεοπλάσματος, από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες και από την ύπαρξη ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων (πνεύμονες, ήπαρ, οστικός μυελός).

Σήμερα διαθέτουμε τις εξής δυνατότητες θεραπευτικής αγωγής του καρκινώματος του λάρυγγα;

I. Ακτινοθεραπεία

II. Χημειοθεραπεία

III. Χειρουργική θεραπεία

IV. Συνδυασμένη αγωγή (χειρουργική και ακτινοβολία)

I. Ακτινοθεραπεία

Η υπερδυναμική ακτινοβολία δίνει ικανοποιητικότερα αποτελέσματα. Χορηγούνται 5500R-8000R σε διάστημα 6-8 εβδομάδων, ανάλογα την περίπτωση. Τα από την ακτινοβολία δυσάρεστα συμβάντα σήμερα είναι σπανιότερα, οφείλονται σε τοπική και γενική αντίδραση στη θεραπεία και κατά κανόνα παρέρχονται. Αυτά συνήθως είναι ερυθρότητα και σπανιότερα μεγαλύτερες βλάβες του δέρματος, οίδημα λάρυγγα, πόνος, δυσφαγία, ξηρότητα του δέρματος και του φάρυγγα και γενικά ενοχλήματα. Στον άρρωστο συνίσταται για αρκετό χρονικό διάστημα μετά την θεραπεία να αποφεύγει τον ερεθισμό του λάρυγγα (ισχυρή φώνηση, κάπνισμα).

II. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως σαν παρηγορητική θεραπεία.

III. Χειρουργική θεραπεία

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

Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να είναι είτε τμηματικές
λαρυγγεκτομές, είτε ολική λαρυγγεκτομή ή ακόμα και ριζική
αφαίρεση.

α) Τμηματικές Λαρυγγεκτομές

ί) Θυρεοτομή με χονδρεκτομή: Γίνεται όταν το νεόπλασμα περιο-
ρίζεται στη μία φωνητική χορδή και η κινητικότητά της είναι
καλή.

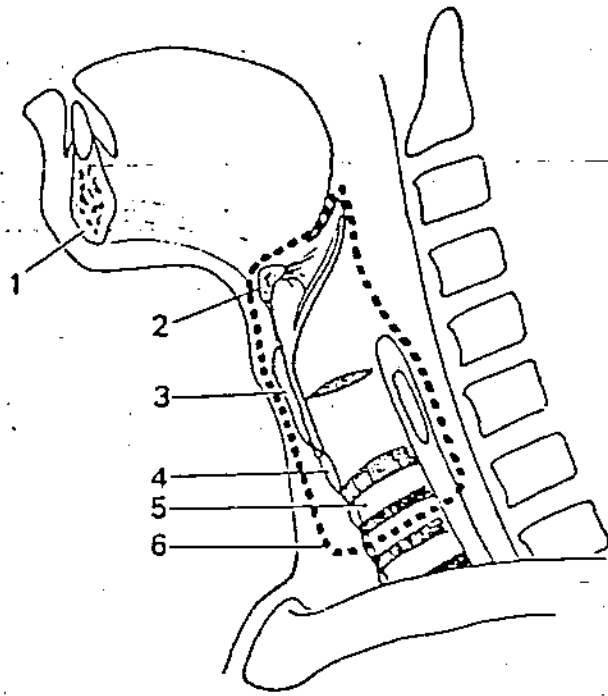
ίι) Τμηματικές εξαιρέσεις: Γίνεται όταν το νεόπλασμα έχει ξε-
περάσει ελαφρά τα όρια της φωνητικής χορδής.

ίιι) Ημιλαρυγγεκτομή: Γίνεται αφαίρεση του μισού λάρυγγα, ό-
ταν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής καταλαμβάνει μεγαλύτε-
ρα τμήματα του φωνητικού μυός και φτάνει στον αρυταινοειδή
χόνδρο.

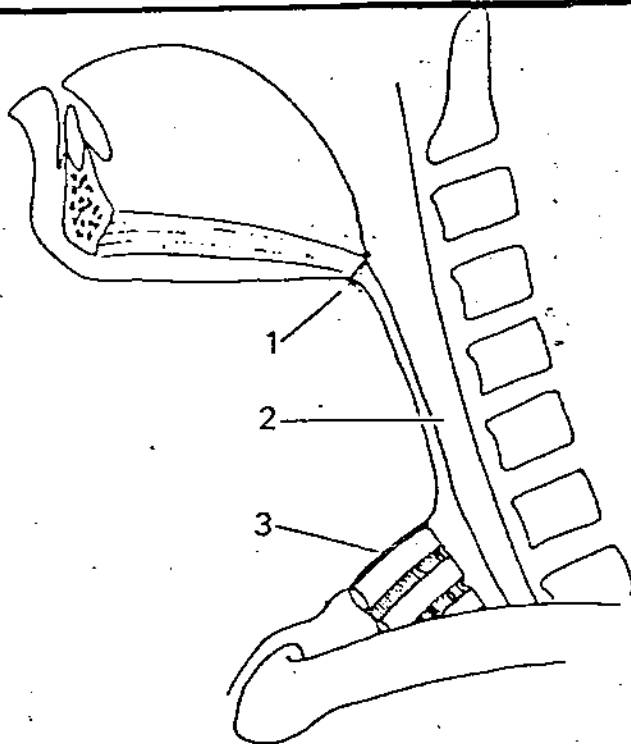
ί) Υπεργλωττιδική οριζόντια ημιλαρυγγεκτομή κατά ALONSO: Γί-
νεται σε περίπτωση υπεργλωττιδικού καρκινώματος.

β) Λαρυγγεκτομή (ολική)

Αποτελεί την σπουδαιότερη επέμβαση της χειρουργικής του καρ-
κινώματος του λάρυγγα και γίνεται με την ολική αφαίρεσή του.
Γίνεται σε περιπτώσεις: εκτεταμένου εσωτερικού νεοπλάσματος
του λάρυγγα, υπογλωττιδικού, στο οποίο τμηματική εξαίρεση
είναι δυνατόν να γίνει σε περίπτωση καρκινώματος του υποφά-



Σχηματογραφική παράσταση των ορίων της ολικής λαρυγγεκτομής.
 1. Κάτω γνάθος. 2. Υοειδές οστόν. 3. Θυροειδής χόνδρος. 4. Κρικοειδής χόνδρος. 5. Τραχεία. 6. Στικτή γραμμή που περιβάλλει την περιοχή της εκτομής. (Κατά Birrell).



Σχηματογραφική παράσταση του τελικού αποτελέσματος της ολικής λαρυγγεκτομής. (Κατά Birrell).
 1. Συρριφή του υποφάρυγγι στη βάση της γλώσσας. 2. Ο αυλός του φάρυγγα. 3. Το μόνιμο περιγείωστομα.

ρυγγα και σε περίπτωση καρκινώματος του λάρυγγα που έχει ξεπεράσει τα όριά του.

Η πρώτη επέμβαση έγινε από τον χειρουργό BILLROTH το 1873 που επιχείρησε την εκτομή λάρυγγα σε άρρωστο που είχε προσβληθεί από καρκίνο. Οι χειρουργοί GLUCK και SORENSEN κατά το τέλος του 19ου αιώνα, τελειοποίησαν τόσο πολύ την τεχνική της λαρυγγεκτομής, ώστε η αρχικά υψηλή θνησιμότητα (50%), μπόρεσε να κατέβει στα 2-3%. Σήμερα η θνησιμότητα βρίσκεται κάτω από 1%.

Η επέμβαση γίνεται πάντοτε με γενική νάρκωση. Σε πολύ εκτεταμένα νεοπλάσματα, τα οποία δεν επιτρέπουν την διασωλήνωση του λάρυγγα, προηγείται τραχειοτομή με τοπική αναισθησία και μετά διασωληνώνεται η τραχεία από το τραχειοστόμιο για την εφαρμογή της γενικής νάρκωσης. Μερικοί συνιστούν η τραχειοτομία να προηγείται σε όλες τις περιπτώσεις και να γίνεται από το τραχειόστομα η διασωλήνωση για να αποφεύγεται η εμφύτευση καρκινωμάτωδών κυττάρων στην τραχεία με τον ενδοτραχειακό σωλήνα.

Χειρουργική Τεχνική

Συνήθως χρησιμοποιείται η τομή GLUCK και SØRENSEN. Η τομή αυτή αρχίζει αντίστοιχα με το πρόσθιο χείλος του στερνοκλειδομαστοειδή μυ, στο ύψος του υοειδούς οστού, και φέρεται προς τα κάτω κατά μήκος του πρόσθιου χείλους του μυός, στη συνέχεια στρέφεται προς τη μέση γραμμή για να περάσει η άνω από τον 2ο και 3ο ημικύκλιο της τραχείας και στη συνέχεια ανεβαίνει μέχρι το υοειδές, προχωρώντας κατά μήκος του αντίθετου στερνοκλειδομαστοειδή μυ. Με την τομή αυτή το λειτουργικό πεδίο είναι επαρκές και ο κίνδυνος της μετεγχειρητικής διά-

νοιξης του φάρυγγα είναι σχετικά μικρός, το αισθητικό αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό και η επέκταση της τομής για σύγχρονη αφαίρεση των τραχηλικών λεμφογαγγλίων δεν προβληματίζει. Μειονετεί μόνο, όταν έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία γιατί ο δερματικός κνησμός δεν αιματώνεται καλά και είναι δυνατόν να νεκρωθεί το άκρο του. Ελέγχονται τα τραχηλικά λεμφογάγγλια και αν είναι προσβεβλημένα συναφαιρούνται. Τέμνονται οι μύες που είναι κάτω από το υοειδές οστό και αποκαλύπτεται ο λάρυγγας. Ο ισθμός του θυρεοειδούς αδένος τέμνεται μεταξύ δύο αιμοστατικών λαβίδων και απολινούνται. Ο θυρεοειδής αδένος χωρίζεται από τον λάρυγγα ή αν υπάρχει διήθηση και σ' αυτόν συναφαιρείται. Η άνω λαρυγγική αρτηρία παρασκευάζεται και απολινώνεται. Ο λάρυγγας στρέφεται και τέμνεται ή από αυτόν πρόσφυση του κάτω σφιγκτήρα του φάρυγγα. Η τραχεία τέμνεται κάτω από τον κρικοειδή και ο λάρυγγας αφαιρείται από τα κάτω προς τα πάνω. Είναι προτιμότερο να συναφαιρείται και το υοειδές οστό, αν έτσι εξασφαλίζεται η κάθαρση του χώρου πριν την επιγλωττίδα και διευκολύνεται η σύγκληση του φαρυγγοστόματος. Η αφαίρεση όμως του υοειδούς οστού συνεπάγεται την ανάπτυξη ουλώδους ιστού και καθιστά δυσχερή την μελλοντική ενδεχομένως αφαίρεση των τραχηλικών λεμφογαγγλίων. Τοποθετείται πλαστικός οισοφάγιος σωλήνας από την μύτη και το φαρυγγόστομα συρράπτεται κατά στρώματα με CHROMIC CAT CUT. Τοποθετείται παροχέτευση, συρράπτεται το δέρμα και καθαλώνεται το στόμιο της τραχείας στο δέρμα.

Μετεγχειρητικά εφαρμόζεται αντιβίωση και γίνεται αναρρόφηση των βλενωδών εκκρίσεων από την τραχεία. Η παροχέτευση αφαιρείται συνήθως μετά τρία εικοσιτετράωρα και ο οισοφάγιος

ωλήνας την δεύτερη εβδομάδα. Ο άρρωστος τοποθετείται σε ανάρροπη θέση, αμέσως μετά την νάρκωση και το χειρουργικό τραύμα αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τους κανόνες της γενικής χειρουργικής.

IV. Συνδυασμένη θεραπεία. Χειρουργική ακτινοβολία

Ο συνδυασμός αυτός είναι δυνατόν να γίνει με δύο τρόπους:

ι) Μετά τη χειρουργική επέμβαση και μετά την επούλωση του τραύματος ακτινοβολείται ο άρρωστος (μετεγχειρητική ακτινοβολία).

ii) Η ακτινοβολία προηγείται από την επέμβαση (προεγχειρητική ακτινοβολία).

Η δεύτερη περίπτωση έχει ορισμένους περιορισμούς, γιατί σε περίπτωση υψηλής προεγχειρητικής ακτινοβολίας, επειδή νεκρώνεται το δέρμα, οι πιθανότητες πρωτοπαθούς επούλωσης του χειρουργικού τραύματος ελαττώνονται. Τελικά σήμερα εφαρμόζεται μέθοδος κατά την οποία τμήμα της συνολικής δόσης της ακτινοβολίας δίνεται προεγχειρητικά και το υπόλοιπο μετεγχειρητικά. Η σημασία της προεγχειρητικής ακτινοβολίας βρίσκεται στο ότι με αυτήν ελαττώνεται σημαντικά η ζωτικότητα των νεοπλασματικών κυττάρων, ώστε, όταν κατά την διάρκεια της εγχείρησης αυτά εισχωρήσουν στην αιματινή ή λεμφική κυκλοφορία να μην μπορούν πια να δημιουργήσουν μεταστάσεις.

Πρόγνωση του καρκινώματος του λάρυγγα

Εξαρτάται από την πρωτοπαθή εντόπιση του νεοπλάσματος από την έκταση και τις μεταστάσεις. Η πιθανότητα πενταετούς επιβίωσης σ' όλα τα καρκινώματα, δηλαδή, νεοπλάσματα όλων των

σταδίων, φτάνει κατά μέσο όρο σε 50%.

Τα περισσότερα από τα καρκινώματα του λάρυγγα αρχίζουν από την φωνητική χορδή. Αυτά έχουν πολύ ευνοϊκές πιθανότητες ίασης (60% 5ετής επιβίωση).

Η αιτία του ότι αντίθετα μ' αυτά οι πιθανότητες ίασης του καρκινώματος του λάρυγγα είναι γενικά δυσμενείς, οφείλεται στο ότι πολλά καρκινώματα φωνητικών χορδών έρχονται για θεραπεία, όταν ήδη το νεόπλασμα έχει ξεπεράσει τα όρια της φωνητικής χορδής.

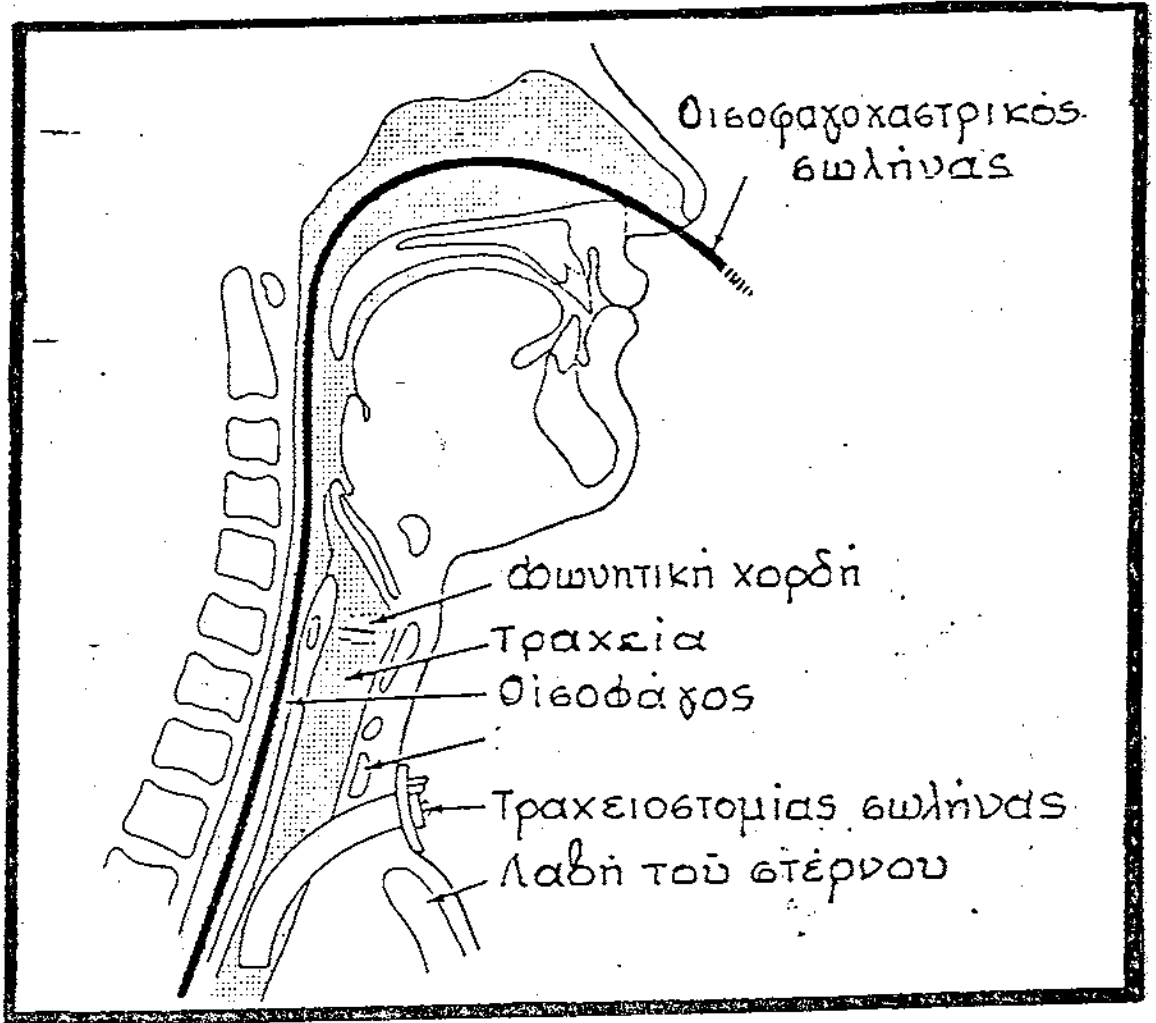
Για όλους αυτούς τους λόγους η έγκαιρη διάγνωση είναι η μοναδική δυνατότητα που βελτιώνει ουσιαστικά τις πιθανότητες ίασης του αρρώστου που πάσχει από καρκίνωμα του λάρυγγα.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ

Μία επείγουσα τραχειοτομή ενδείκνυται όταν: I) Η αναπνευστική απόφραξη είναι τόσο μεγάλη ώστε να μην επιτρέπει περιθώρια για προγραμματισμένη τραχειοτομή. II) Όταν ο χειρουργός πιστεύει ότι ο ασθενής δεν μπορεί να αντέξει χωρίς βλάβη στον εγκέφαλο, λόγω υποξίας.

Η επέμβαση είναι δύσκολο να εκτελεσθεί σε ασθενή με κοινό, χονδρο λαιμό ή σε βρέφος του οποίου η τραχεία είναι μαλακή και δύσκολη να αναλυθεί με την ψηλάφηση.

Ο λαιμός του ασθενή τοποθετείται σε υπερέκταση έτσι ώστε ο λάρυγγας και η τραχεία να προβέχουν. Μία κάθετη τομή γίνεται στη μέση γραμμή από την κρικοθυρεοειδή μεμβράνη μέ-



χρι την σφαγιτιδιική εντομή. Η τομή ευρύνεται με το δεξί δείκτη του χειρουργού ή με την λαβή του μαχαιριδίου. Ο δείκτης του αριστερού χεριού φανερώνει την προεξοχή του κρικοειδούς χόνδρου καθώς και το κατώτερο όριο αυτού και την αρχή της τραχείας.

Μια μικρή οριζόντια τομή γίνεται αμέσως κάτω από τον κρικοειδή χόνδρο μέχρι την προτραχειακή περιτονία. Αυτό επιτρέπει στον αριστερό δείκτη του χειρουργού να πασοκλήσει πάνω στην πρόσθια επιφάνεια της τραχείας. Με σταθερή πίεση μ' αυτό τον τρόπο αποκολλούμε τον ισθμό του θυρεοειδούς προς τα κάτω έτσι ώστε να αποκαλύψουμε τα ανώτερα τρία ημικρίκια της τραχείας. Ο δείκτης του αριστερού χεριού κινείται ελαφρώς προς τα αριστερά έτσι ώστε μία κάθετη τομή στην μέση γραμμή μπορεί να γίνει διαμέσου του δευτέρου και τρίτου χόνδρου της τραχείας.

Μ' έναν τραχειοδιαστολέα εισάγουμε τον τραχειοσωλήνα μέσα στην τραχεία. Εάν δεν χρειάζεται αναπνευστική βοήθεια το επόμενο βήμα είναι να απολινώσουμε όλα τα αγγεία. Εάν η αναπνευστική βοήθεια όμως είναι απαραίτητη κάνουμε προσωρινή αιμόσταση με ταμπονάρισμα γύρω από το στόμιο. Το ράψιμο του δέρματος γύρω από την τραχειοτομή δεν πρέπει να είναι σφιχτό για να αποφευχθεί τυχόν υποδόριο εμφύσημα.

Οποιοσδήποτε ασθενής χρειάζεται επείγουσα τραχειοτομή δεν κάνει τοπική αναισθησία.

Μία προγραμματισμένη όμως τραχειοτομή πρέπει να γίνεται κάτω από γενική αναισθησία και με διασωληνωμένη την τραχεία.

ΜΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ

Είναι μία πρόγραμματισμένη τραχειοτομή, μία εγχείρηση ειλογής για επικείμενη ασφυξία και για άλλες μη επείγουσες καταστάσεις. Ο ασθενής τοποθετείται με τον τράχηλο σε υπερέκταση και μ'ένα διπλωμένο πανί κάτω από τους ώμους του έτσι ώστε ο λάρυγγας και η τραχεία να βρίσκονται σε προεξοχή. Το τοπικό αναισθητικό επιτυγχάνεται υποδορίως γύρω από την περιοχή της οριζόντιας τομής που πρόκειται να γίνει.

Η οριζόντια τομή γίνεται περίπου ένα δάκτυλο πάχος κάτω από τον κρικοειδή χόνδρο και σε μήκος 5 εκ. Η τομή φθάνει μέχρι το μυώδες πλάτυσμα και αποκαλύπτει τους στερνοϋοειδείς μύες. Γίνεται μία κάθετη τομή στην μέση ραφή μεταξύ των στερνοϋοειδών μυών από το επίπεδο του κρικοειδούς χόνδρου στο κατώτερο σημείο της αποκόλλησης.

Ο στερνοϋοειδής μύς και οι κάτω από αυτόν μύες απάγονται πλαγίως αποκαλύπτοντας τον κρικοειδή χόνδρο και τον ισθμό του θυρεοειδούς. Συνήθως είναι αναγκαία να γίνει διατομή και να απολινωθεί ο ισθμός του θυρεοειδούς για να γίνει τραχειοτομή στο κατάλληλο επίπεδο.

Γίνεται μία μικρή οριζόντια ή κάθετη τομή μέχρι την προτραχειακή περιτονία πάνω από το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου.

Εισάγεται μία μικρή αιμοστατική λαβίδα στην τομή και κατευθύνεται προς τα κάτω και πίσω από τον ισθμό του θυρεοειδούς και μπροστά από την τραχεία. Μεγάλη αιμοστατική λαβίδα τοποθετείται σε κάθε πλευρά του ισθμού του θυρεοειδούς ο ο-

ποίος μετά διατέμνεται με ψαλίδι ή μαχαίρι. Ο ισθμός ράβεται και απολινώνεται σε κάθε πλευρά με ράμμα CHROME 2-0.

Στον αυλό της τραχείας ενγχύονται 2CC ξυλοκαΐνης 4% ή διαλύματος κοκαΐνης, με βραχεία βελόνα για υποδόριες εγχύσεις.

Η έλξη της τραχείας σε μία άνω και πρόσθια κατεύθυνση μπορεί να σταθεροποιήσει την τραχεία και να διευκολύνει πολύ το άνοιγμα του τραχειοστόματος, ενώ άγκιστρο τραχείας εισάγεται στον τραχειακό αυλό μεταξύ 1ου και 2ου ημικριπίου.

Η δημιουργία παραθύρου στην τραχεία είναι προτιμότερη από μία οριζόντια ή κάθετη τομή πάνω σ' αυτή γιατί μειώνει στο ελάχιστο τον κίνδυνο σπλοθίας μετατόπισης τμημάτων χόνδρου της τραχείας που έχουν σαν συνέπεια την τραχειακή στένωση.

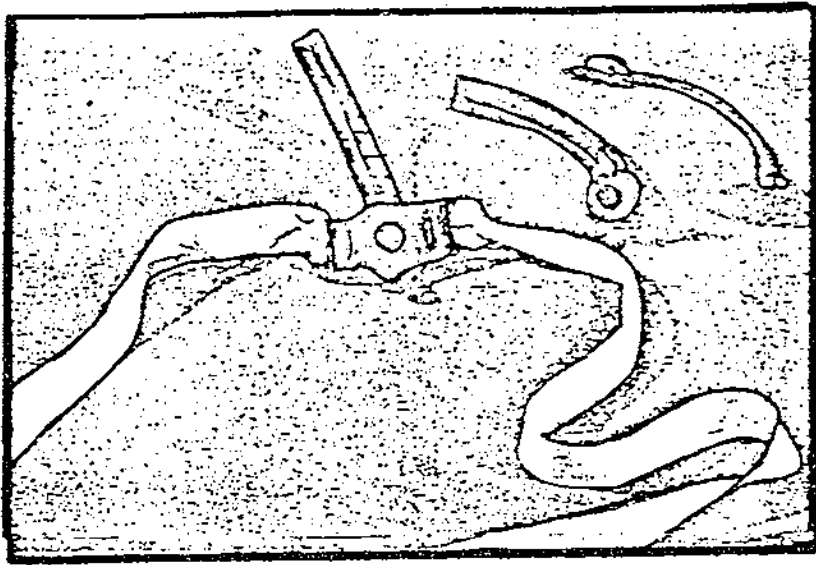
Στην συνέχεια τοποθετούμε γάζες ιωδιοφορμίου γύρω από το τραχειοστόμιο για αιμόσταση και να αποφευχθεί τυχόν υποδόριο εμφύσημα. Τέλος στερεώνουμε τον τραχειοσωλήνα με φακάρολα και την δένουμε στον λαιμό του ασθενή. Μία υγρή γάζα τοποθετείται μπροστά στον τραχειοσωλήνα για εφύγραση του ατμοσφαιρικού αέρα.

ΕΙΔΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΩΝ

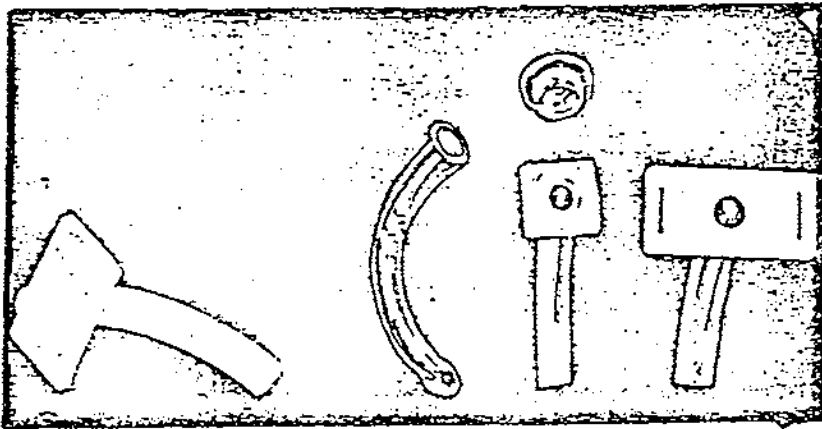
Τα είδη των τραχειοσωλήνων είναι:

I. Πλαστικοί μίας χρήσεως: χλωριούχο, πολυβινύλιο (οι περισσότεροι χρησιμοποιούμενοι θήκη), νάυλον, TEFLON, σιλικόνη με CUFF ή χωρίς CUFF και με οπή ή χωρίς οπή στο στέλεχος του σωλήνα.

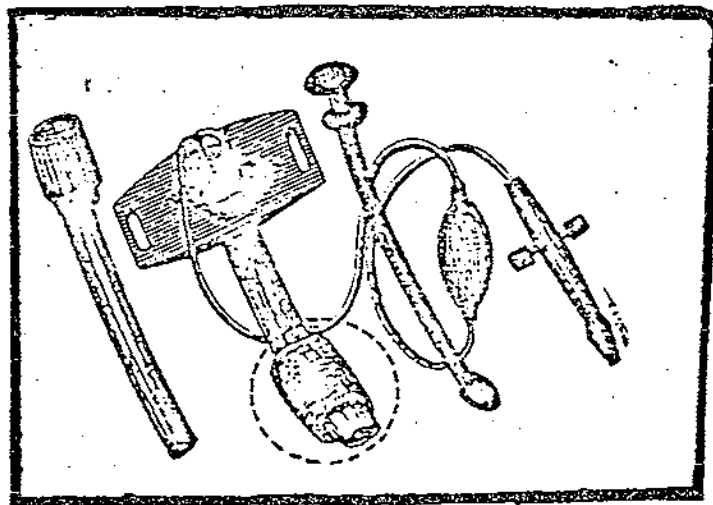
II. Αργυρός τραχειοσωλήνας: (χρησιμοποιείται σπάνια). Αποτελεί-



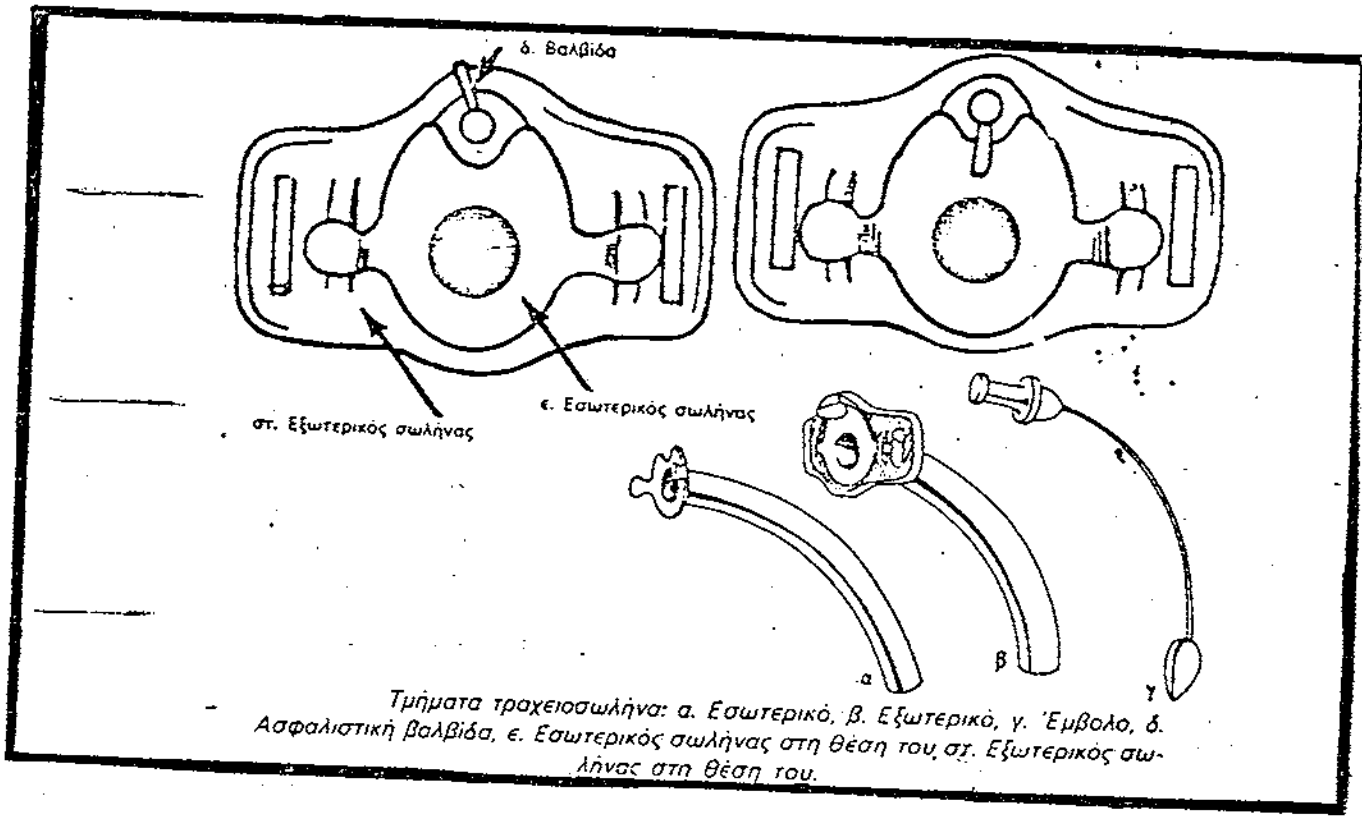
Μεταλλικός τραχειοσωλήνας



Πλαστικός τραχειοσωλήνας



Τραχειοσωλήνας CUFF



ται από τρία μέρη: οδηγό-εσωτερικό σωλήνα-εξωτερικό σωλήνα.

III. Αργυρός τραχειοσωλήνας JACKSON με προσαρμογή MORCH για να συνδέεται με αναπνευστήρα. Η αναρρόφηση μπορεί να γίνει χωρίς να διαταραχθεί ο αερισμός διότι φέρει σπή στο στέλεχος του σωλήνα.

IV. Σωλήνες με CUFF: μόνιμα προσαρτημένο για εξασφάλιση κλειστού συστήματος.

V. Σωλήνες με διπλό CUFF για εναλλαγή εξάσκησης πίεσης στο τραχειακό βλεννογόνο. Το υλικό και ο τρόπος κατασκευής του CUFF πρέπει να ακολουθούν ορισμένες προδιαγραφές:

- α) Υλικό λείο και μαλακό
- β) Σχήμα κυλινδρικό (μεγάλου όγκου)
- γ) Μήκος 3 ή και περισσότερα εκατοστά.

Τα δύο τελευταία χρόνια για εξασφάλιση ομοιόμορφης και χαμηλής πίεσης 20-40 MMHG στο τοίχωμα της τραχείας. Διαφορετικά η πίεση που θα εξασκοούνταν στο τραχειακό τοίχωμα μπορεί να ήταν της τάξης 60-200 MMHG και πάνω, πράγμα που συμβαίνει με ορισμένα CUFF υψηλής πίεσης και μικρού όγκου.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ

Δίσκος:

- * Αποστειρωμένους καθετήρες μίας χρήσεως Νο 14 ή Νο 16 (για ενήλικες) και Νο 8 ή 10 (για παιδιά, δύο ή περισσότερους).
- * Αποστειρωμένα γάντια δύο ή περισσότερα ζεύγη.
- * Φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου.
- * Αποστειρωμένες σύριγγες των 5 mL και βελόνες.
- * Αποστειρωμένο δοχείο για την πλύση του καθετήρα.

- * Πολυπάγρα
- * Μία (1) χειρουργική λαβίδα μικρή και μία (1) ανατομική.
- * Έξι (6) αιμοστατικές λαβίδες.
- * Δύο (2) μεγάλες αιμοστατικές λαβίδες
- * Δύο (2) οξέα άγγιστρα.
- * Τρία (3) αμβλέα άγγιστρα.
- * Νυστέρι με πλατύ και αιχμηρό λεπίδι.
- * Διάλυμα ξυλοκαΐνης 2%
- * Διαθερμία
- * Άγγιστρο τραχειοστομίας.
- * Ψαλίδι μεσαμβλέα άκρα
- * Οδηγός σωλήνας τραχειοστομίας.
- * Αντλία αναρρόφησης.
- * Καθετήρες αναρρόφησης μίας χρήσεως
- * Διαστολέας της τραχείας

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΥΤΩΝ

I. Αεροραγία: Μπορεί να προληφθεί ειδικά σε παιδιά που φέρουν τραχειοσωλήνα μετά από επανειλημμένες καταπώσεις. Στους ηλικιωμένους ασθενείς η έντονη κατάποση γίνεται από το αίσθημα ενός ξένου σώματος στο θώρακα.

II. Αιμορραγία: Μπορεί να συμβεί κατά την διάρκεια της τραχειοστομίας. Μερικά άτομα έχουν ένα ειτεταμένο πρόσθεο σφαγιτιδικό σύστημα. Οι φλέβες σ'αυτά τα άτομα μπορούν να αποφευχθούν κάνοντας την τομή όσο πιο κοντά γίνεται στην μέση γραμμή.

Αιμορραγία από τον ισθμό του θυρεοειδούς μπορεί να αποφευχθεί με την προσεκτική διατομή και ραφή, απολίνωση του ισθμού πριν την διατομή της τραχείας.

Αιμορραγία από το τόιχωμα της τραχείας μπορεί να είναι αρκετά προβληματική. Προκειμένου να σταματήσουμε αυτή, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αναρρόφηση και διαθερμία. Η αιμορραγία από την τραχεία μπορεί να ελεγχθεί εισάγοντας έναν τραχειοσωλήνα που να είναι αρκετά μεγάλος ώστε να ταιριάζει απόλυτα με το παράθυρο της τραχείας.

Η αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε βλάβη φλεβών ή αρτηριών με ανατομική ανωμαλία στην περιοχή της τραχειοτομής. Το αορτικό τόξο μπορεί να είναι πολύ ψηλά στα παιδιά και στους πολύ ηλικιωμένους. Η υπερένταση του τραχήλου κατά την διάρκεια της τραχειοτομής ανυψώνει το αορτικό τόξο και τους κλάδους του μέχρι το χειρουργικό πεδίο.

Για να αποφευχθεί αυτή η συνήθης και συχνά μοιραία επιπλοκή ο χειρουργός κατά την διάρκεια της επέμβασης πρέπει να ερευνά συχνά με τον αντίχειρα για οποιαδήποτε ασυνήθη σφύξη. Γενικά ο ισθμός πρέπει να διατέμνεται προσεκτικά ειδικότερα στο κατώτερο χείλος του.

III. Άπνοια: Σημαντικά ελαττωμένος αναπνευστικός ρυθμός ή άπνοια μπορούν να συμβούν μετά από τραχειοτομή ή σ'έναν ασθενή που πάσχει από χρόνια απόφραξη του λάρυγγα. Στη χρόνια ανεπάρκεια του λάρυγγα συσσωρεύεται CO_2 και η πίεση του O_2 γίνεται χαμηλότερη μέσα στα βρογχιόλια και το αίμα. Έτσι γίνεται ελάττωση της πίεσης του O_2 μέσα σ'αυτό. Μετά την εκτέλεση της τραχειοτομής ο ασθενής έχει ελεύθερη ανταλλαγή αερίων αναπνεύοντας ατμοσφαιρικό αέρα και το επίπεδο του CO_2

στο αίμα ελαττώνεται απότομα.

Η άπνοια μπορεί να αποφευχθεί όταν κάνουμε τραχειοτομή σε ασθενή με χρόνια λαρυγγική απόφραξη με δύο μεθόδους:

α) συνίσταται σε μερική απόφραξη του τραχειοσωλήνα με αποτέλεσμα η μεταβολή του κορεσμού του O_2 και την απώλεια CO_2 να είναι σταθερή.

β) Τραχειοτομή με CUFF ή ενδοτραχειακός σωλήνας που εφαρμόζεται όταν συμβεί υποαερισμός ή άπνοια για να παρέχει τεχνητό αερισμό μέχρι να περάσει η κρίση.

IV. Ατελεκτασία: Γίνεται κυρίως με την εισρόφηση αίματος ή άλλου ξένου σώματος μέσα στους βρόγχους κατά τη διάρκεια της τραχειοτομής. Μπορεί η εισαγωγή του τραχειοσωλήνα να μπει μέσα σ'έναν από τους κυρίως βρόγχους πράγμα που θα οδηγήσει σε ατελεκτασία του άλλου πνεύμονος. Σε παιδιά η χρήση πολύ μακριών τραχειοσωλήνων πρέπει να αποφεύγεται. Προτρέποντας τον ασθενή να παίρνει βαθιές εισπνοές θα εμποδίσει την ατελεκτασία από εισρόφηση αίματος και άλλων ξένων σωμάτων.

V. Δυσφαγία: Έχει αναφερθεί ότι η λαρυγγική βλέννα μπορεί να γίνει ερεθιστική από την κατεύθυνση του αέρα από τον λάρυγγα στο τραχειόστομα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δυσφαγία. Αυτή μπορεί να οφείλεται σε πίεση του οισοφάγου από τον τραχειοσωλήνα ή από ένα πολύ διατεταμένο CUFF.

VI. Κακή τοποθέτηση τραχειοσωλήνα: Ο σωλήνας έχει την τάση να γλιστράει μπροστά όταν η τομή στο δέρμα γίνεται χαμηλά στο λαιμό. Κακή τοποθέτηση μπορεί να συμβεί καθώς ο τραχηλός του ασθενή αλλάζει από την εγχειρητική θέση της υπερέκτασης σε κάμψη κατά την οποία η τραχεία κατέρχεται και ο τρα-

χειροσωλήνας τραβιέται από την θέση που έχει τοποθετηθεί. Πιο συχνή αιτία κακής τοποθέτησεως είναι μία τομή που είναι ακατάλληλα τοποθετημένη ή που πιέζεται στενά γύρω από το λαιμό. Ένα εμφύσημα ή ένα οίδημα στην περιοχή του λαιμού μπορεί να ευθύνεται για την κακή τοποθέτηση. Επίσης ο σωλήνας μπορεί να εισαχθεί σ' ένα λάθος δρόμο την ώρα που αλλάζεται. Γι' αυτό ο σωλήνας πρέπει να αλλάζεται μόνο στην άμεση μεταχειρητική περίοδο και όχι μετά.

VII. Μη κλείσιμο του συρυγγίου μετά από αποσωλήνωση: Εάν το συρίγγιο δεν κλείνει φυσιολογικά μπορεί να χρειασθούν πιεστικοί επίδεσμοι και ράψιμο. Οι πλάγιες τομές κλείνουν πιο δύσκολα από τις οριζόντιες.

Η εγχείρηση για το κλείσιμο γίνεται αρκετές εβδομάδες μετά την αποσωλήνωση. Αφού κάνουμε μία οριζόντια ελλειπτική τομή στο δέρμα κάνουμε αναστροφή του δέρματος γύρω από το τραχειοστόμιο και το ράβουμε.

VIII. Πνευμονία: Η πνευμονία που συνήθως ακολουθεί την τραχειοτομία αποφεύγεται χρησιμοποιώντας αποστειρωμένους σωλήνες. Ένα αυτή συμβεί θεραπεύεται με κατάλληλη αντιβίωση.

IX. Πνευμονοθώρακας: Μπορεί να αποφευχθεί εάν βάλουμε τον τραχειοσωλήνα ψηλά και αιριβώς στη μέση γραμμή. Εάν τραυματιστεί η πλευρά στην τραχειοτομή η εντομή πρέπει να κλειστεί. Η αναπνευστική δυσχέρεια από πνευμονοθώρακα μπορεί να είναι ενδιάμεση ή σοβαρή και οπισθοστερνική ή προικάρδια. Πάνω στην προικάρδια περιοχή ακούγεται ένας ήχος τριβής και σχετίζεται με την συστολή, η απανευστική λειτουργία αυξάνει αλλά η αναπνοή δυσχεραίνει.

Η ακτινογραφία θα δείξει την διάγνωση. Ο αέρας φαίνε-

ται καλύτερα σε πλάγιες ακτινογραφίες. Οι περισσότεροι ασθενείς απαιτούν την συντηρητική αγωγή που συνίσταται στην παροχή O₂, σε αντιβιοτικά και καταπραϋντικά. Η παρακέντηση του θώρακα ενδείκνυται σε ασθενείς με πνευμονοθώρακα που παρουσιάζουν μία ξαφνική αλλαγή στα ζωτικά σημεία τους, όπως SHOCK ταχέως επιδεινώμενο υπόδωριο εμφύσημα και επιδείνωση αναπνευστικής λειτουργίας. Τότε εισάγονται σωλήνες που είναι συνδεδεμένοι με δοχεία νερού.

X.Τραχειοοίσοφαγικό συρίγγιο: Είναι ασυνήθως επιπλοκή της προγραμματισμένης τραχειοστομίας αλλά συχνά συνοδεύει την επείγουσα τραχειοτομή. Για να αποφύγουμε αυτή την επιπλοκή το τραχειόστομα πρέπει να περνάει μέσα από την κρικοθυροειδική μεμβράνη και μετά μία κανονική τραχειοτομή πρέπει να ακολουθήσει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Ένα καιό μέγεθος τραχειοστομίας μπορεί επίσης να κάνει συρίγγιο διαβρώνοντας το υποκείμενο τοίχωμα της τραχείας.

XI.Υπογλωττιδικό οίδημα και στένωση της τραχείας: Αυτές οι επιπλοκές αποφεύγονται αν τρυπήσουμε την τραχεία κάτω από το δεύτερο ημικρίκιο.

Η προφυλακτική αντιβίωση και θεραπεία με στεροειδή θα προφυλάξει από το δευτεροπαθές οίδημα και το πιο σπάνιο που θα οδηγήσει σε στένωση.

Η θεραπεία συνίσταται στην χαμηλότερη τοποθέτηση του σωλήνα, εάν αυτός είναι ψηλά.

XII.Υποδωριο εμφύσημα: Όταν συρραφεί η δερμάτινη τομή πολύ σφιγτικά γύρω από το σωλήνα της τραχειοτομής μπορεί να προκαλέσει υποδωριο εμφύσημα. Μερικές φορές το εμφύσημα μπορεί να γίνει πολύ σοβαρό και να εκτείνεται από τα φρύ-

δια μέχρι το υπογάστριο. Μπορεί να προληφθεί ή να ελεγχθεί με ταμπονάρισμα με γάζα ιωδιοφορμίου που είναι βρεγμένη με αντιβιοτική αλοιφή και τοποθετείται γύρω από το σωλήνα τραχειοτομής ή με την εισαγωγή σωλήνα τραχειακού που έχει CUFF.

XIII. Σοβαρή υπόταση: Μπορεί να προκληθεί από ξαφνική ελάττωση του επιπέδου του CO₂ στο αίμα ακολουθώντας την εγχείρηση. Σ' αυτούς τους ασθενείς το υψηλό CO₂ στο αρτηριακό αίμα πριν την τραχειοτομή με την επίδρασή του στο κέντρο του προμήκη μυελού παρουσιάζει μία ανύψωση στην πίεση του αίματος. Η θεραπεία συνίσταται στην ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και αγγειοσυσπαστικών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο ασθενής που προορίζεται για κάποια χειρουργική επέμβαση ή βρίσκεται μετά από αυτή έχει ιδιαιτέρως νοσηλευτικά προβλήματα.

Έτσι εμφανίζονται πολλές νοσηλευτικές ανάγκες για τις οποίες είναι υπεύθυνη η νοσηλευτική ομάδα κι έχει την ευθύνη για να τις ικανοποιήσει.

Το σημαντικότερο βήμα που πρέπει να κάνει η νοσηλευτική ομάδα είναι να εκτιμήσει την κατάσταση του αρρώστου.

Η κατάσταση του αρρώστου εκτιμάται με: i) την παρατήρηση του αρρώστου, ii) την επικοινωνία του αρρώστου και τους συγγενείς του και iii) την μελέτη του φακέλου του αρρώστου.

Η λήψη λεπτομερειακού ιστορικού έχει σπουδαία σημασία. Εκτός από τους εξωγενείς παράγοντες που επιδρούν στον λάρυγγα (σκόνη, ερεθιστικά αέρια, χρήση οινοπνεύματος και καπνού, κρυολόγημα κ.λπ.) μεγάλη σημασία έχει κατά τη λήψη του ιστορικού και η παροχή πληροφοριών για τις ιδιοσυστασιακές ιδιότητες του βλεννογόνου του λάρυγγα (τάση για κατάρρουν, όμοιες παθήσεις στην οικογένεια, οξεία ή αμβλύα εξέλιξη της παθήσεως, πορεία προηγούμενων παθήσεων του λάρυγγα). Το ιστορικό συμπληρώνεται με ερωτήσεις, που έχουν σχέση με την εμφάνιση δύσπνοιας που συνυπάρχει ίσως με βράγχος της φωνής, με διαταραχή της αουθητικότητας ή με τον βήχα.

Για την δύσπνοια έχει σημασία εάν εγκαταστάθηκε αιφνίδια ή βαθμιαία, εάν υφίσταται διαρκώς ή μόνο κατά διαστήματα.

Για το βράγχος της φωνής εκτός του βαθμού αυτού σημασία για τη διάγνωση έχει και το είδος της ανωμαλίας της φωνής.

νής (π.χ. αιφνιδίως εμφανιζομένη άτονη φωνή, <<Αφωνία>>) συνηγορεί υπερλειτουργική ανωμαλία της φωνής, βράγχος φωνής συγχρόνως με δύσπνοια γεννά την υποψία του όγκου του λάρυγγα και βράγχος φωνής με θορυβώδη ειπνοή κατά την έντονη ομιλία συνηγορεί για παράλυση του παλινδρόμου.

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

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

Η νοσηλευτική ομάδα παρατηρεί τα χαρακτηριστικά του βήχα γιατί ανάλογα με το είδος και την αιτία του ερεθισμού που τον προκαλεί διακρίνεται: α)σε ειρηνικιά εμφανιζόμενο υλακώδη βήχα, που συνηγορεί για υπογλωττιδική διόγκωση ή για τη στένωση στην τραχεία, β)σε υγρό βήχα που εγείρει υπόνοιες για συνάθροιση εκκρίματος στο λάρυγγα ή στην τραχεία, γ)σε ξερό βήχα, που συνηγορεί για οξεία ή χρόνια λαρυγγίτιδα χωρίς σχηματισμό εκκρίματος και δ)σε νευρικό βήχα που διακρίνεται από το βήχα που οφείλεται σε οργανική αιτία από το ότι δεν παρουσιάζεται την νύχτα κατά τον ύπνο. Για την πλήρη λήψη πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή απαραίτητη είναι και η μελέτη της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασής του. Επίσης πρέπει να μάθουμε τη στάση των μελών της οικογένειας

απέναντι στον άρρωστο που συνηγορεί ανάλυση της ψυχολογικής καταστάσεως του καθώς και τη στάση τους απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη.

Ο νοσηλευτής-τρια παρατηρεί αν ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια, δηλαδή, αν αισθάνεται δυσχέρεια στην αναπνοή του και τον ρωτά αν εμφανίζει διαρκώς ή μόνο κατά διαστήματα η οποία μπορεί να εμφανισθεί είτε κατά την διάρκεια της φωνήσεως ή κατά την κόπωση ή και πολλές φορές κατά την ανάπαυση.

Τα αντικειμενικά σημεία της που μπορεί να παρατηρήσει ο νοσηλευτής-τρια είναι η κυάνωση, ο αναπνευστικός συριγμός, η διόγκωση των φλεβών του τραχήλου, η εισολκή της σφραγής και των μεσοπλευρικών διαστημάτων, ο ιδρώτας κ.λπ..

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

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

Εκτιμάται η τυχόν απώλεια βάρους του ασθενή από τον νοσηλευτή-τρια, γιατί μπορεί να εμφανίζει δυσκαταποσία κατά τη λήψη τροφής λόγω του άλγους που εμφανίζεται από τον όγκο. Η απώλεια του σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγίων του οργανισμού του αρρώστου σε θερμίδες, πράγμα που αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωση της διατροφής του από την νοσηλευτική ομάδα. Επακόλουθο της δυσκαταπο-

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

Ακόμα, γίνεται εκτίμηση της ηλικίας του αρρώστου, αν και από στατιστικές εμφανίζεται συνήθως σε μεσήλικες και άνω και ιδιαίτερα στους άνδρες που υπάρχει σημαντική σχέση με την μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και καπνού. Επειδή σήμερα διαπιστώνουμε την εμφάνιση καρκίνου του λάρυγγα σε σημαντικά νεότερη ηλικία σε καπνιστές έναντι μη καπνιστών, αποδεικνύεται ότι το κάπνισμα επιταχύνει την εμφάνισή του καθώς και η μεγάλη χρήση αλκοόλ.

Απαραίτητα πρέπει να παρακολουθείται η γενική κατάσταση του αρρώστου και γίνεται εκτίμηση των προβλημάτων που παρουσιάζει από τον νοσηλευτή-τρια, ο οποίος ρωτά τον ασθενή πως νιώθει, αν εμφανίζει αίσθημα πίεσης στο λαιμό του, δύσπνοια ή άλγος το οποίο είναι χαρακτηριστικό της ασθένειάς του.

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

Γίνεται εξέταση του λαιμού κατά την οποία παίρνουμε

πληροφορίες για τυχόν εμφάνιση ανώδυνης μάζας. Με την βοήθεια της ψηλάφησης γίνεται εκτίμηση για την ενεργητική και παθητική κνησητικότητα, για την ευαισθησία στην πίεση και για τη σύσταση της διογκώσεως, καθώς και για τις σχέσεις της με την γύρω περιοχή (μπορεί να είναι μεγάλοι, ειδικά στις μεταστάσεις). Ψηλάφηση γίνεται και στο θυρεοειδή αδέννα εξαιτίας των σχέσεων της θέσεώς του με τον λάρυγγα και την τραχεία.

Στο στάδιο της εκτίμησης του αρρώστου, δηλαδή της διάγνωσης της ασθένειάς του, η θέση του νοσηλευτή-τριας είναι πολύ σημαντική. Η ενημέρωση του αρρώστου ότι πάσχει από καρκίνο λάρυγγος θα πρέπει να γίνει με τέχνη και όχι άτεχνα, από τον γιατρό ή τη νοσηλεύτρια, αλλιώς η ενημέρωσή του με τον τρόπο αυτό θα αποτελέσει τραυματική εμπειρία, και θα κλονίσει την εμπιστοσύνη του στο προσωπικό. Δεν πρέπει να ξεχνάμε την αγωνία που περνά ο ασθενής για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και ότι ο τρόπος που θα δεχθεί την πληροφορία ότι έχει καρκίνο λάρυγγος εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και τον χαρακτήρα του. Με την αναφορά της διάγνωσης στον άρρωστο ότι πάσχει από καρκίνο λάρυγγος είναι φανερό ότι βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό και η μάχη του, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική και οι επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, ακόμα και πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Για όλους τους παραπάνω λόγους ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της αρρώστιας του.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Για να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής πάσχει από καρκίνο λάρυγγος γίνονται διάφορες εξετάσεις όπως: η έμμεση λαρυγγοσκοπηση που αποτελεί την πιο συνηθισμένη μέθοδο που εφαρμόζεται στην καθημερινή πράξη.

Για την εκτέλεσή της απαιτείται το γνωστό μετωπιαίο κάτοπτρο και το λαρυγγοσκόπιο, με σκοπό να δούμε την εικόνα της εξεταζομένης περιοχής στην ανακλούσα επιφάνειά του, φωτίζοντάς την επαρκώς. Η άμεση λαρυγγοσκοπηση η οποία γίνεται με ειδικό όργανο, το άμεσο λαρυγγοσκόπιο και η μέθοδος αυτή παρέχει τη δυνατότητα λεπτομερέστερου ελέγχου της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως της υπογλωττιδικής μοίρας της.

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

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

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Όταν η επέμβαση γίνεται σε επείγουσα περίπτωση δεν προηγείται η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Το μόνο που μπορεί να γίνει είναι η αντισηψία του δέρματος.

Όταν όμως η τραχειοτομή είναι προγραμματισμένη ακολουθούν μία σειρά προετοιμασιών.

Έτσι η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς διακρίνεται σε:

- α) Γενική προεγχειρητική φροντίδα
- β) Τοπική προεγχειρητική φροντίδα
- γ) Τελική προεγχειρητική φροντίδα

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τόνωση ηθικού: Λόγω της σοβαρότητας και της ιδιαιτερότητας αυτής της επέμβασης οι ασθενείς που έρχονται στο νοσοκομείο με σκοπό να υποστούν τραχειοτομή κατέχονται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας σε μεγάλο βαθμό. Οι φόβοι και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, σε προκατάληψη ή στο άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της κατάστασης του ασθενούς με τραχειοτομή.

Οι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με τέτοια συναισθήματα παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Γι' αυτό ο νοσηλευτής-τρια, πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα. Με ευγένεια, λεπτότητα και την ανάλογη ευαισθησία έχει χρέος να πλησιάσει τον ασθενή, να δείξει κατανόηση απέναντι στα προβλήματα και τις ανησυχίες του ασθενούς και να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τα συναι-

σθήματα αυτά και να απαιτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Πρέπει να είναι σε θέση να απαντά σε κάθε ερώτηση του ασθενούς σχετικά με την τραχειοτομή, την αναγκαιότητά της και την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς.

Σε περίπτωση μόνιμης τραχειοτομής πρέπει να επεξηγείται στον ασθενή η δυνατότητα να συνεχίσει φυσιολογικά την ζωή του μ' αυτή, η αποκατάσταση της ομιλίας του καθώς επίσης και τη εμφάνισή του. Καλό θα ήταν να τον φέρουμε σε επαφή με άτομο που έχει μόνιμη τραχειοτομή το οποίο την έχει αποδεχθεί και ζει φυσιολογικά. Αυτό θα βοηθούσε ακόμα περισσότερο τον ασθενή μας ώστε να δεχθεί ικανοποιητικά την πάθησή του και να μην προβληματίζεται για την κοινή γνώμη.

Σωματική τόνωση: Εκτός από την ψυχική τόνωση απαραίτητη είναι και η σωματική τόνωση του ασθενούς που θα υποστεί τραχειοτομή. Αυτό επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε βιταμίνες, άλατα, υδατάνθρακες, λευκώματα και φτωχό σε λίπη.

Σε εξασθενημένα άτομα γίνεται σωματική τόνωση και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κ.λπ.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (ηλεκτρολυτών κ.λπ).

Το βράδυ πριν την εγχείρηση ο ασθενής πρέπει να πάρει ελαφρά δίαιτα. Συνήθως η δίαιτα αυτή αποτελείται από σούπα, ζελέ, ενώ επιτρέπεται η λήψη νερού μέχρι τα μεσάγυχα. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για την αποφυγή κινδύνου εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας.

Ο νοσηλευτής-τρια είναι υπεύθυνος να απομακρύνει από

τον ασθενή το νερό ή άλλα υγρά και φαγώσιμα και να τον ενημερώσει ότι θα είναι νηστικός.

Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι παιδί ή υπερήλικας πρέπει να ενημερωθεί ο συνοδός από πότε και γιατί θα πρέπει να μείνει ο ασθενής νηστικός.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, ανήκουν και οι κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται στον ασθενή που υποβληθεί σε τραχειοτομή.

Αρχικά το άτομο πρέπει να εξετασθεί από χειρουργό ωτορινολαρυγγολόγο (Ω.Ρ.Λ.) για εκτίμηση της κατάστασής του, και επιβεβαίωση της ακριβούς διάγνωσης και λήψης ιστορικού.

Μετά είναι απαραίτητη η παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων από παθολόγο.

Στην συνέχεια γίνονται οι ανάλογες εργαστηριακές εξετάσεις (εξετάσεις αίματος, ούρων, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος). Αφού γίνουν οι παρα

Αφού γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις και οριστεί ο χρόνος της επέμβασης καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Σύμφωνα με την κατάσταση του ασθενούς ο αναισθησιολόγος καθορίζει το είδος της ναρκώσεως, τον τρόπο χορήγησης και το είδος των ναρκωτικών που θα χρησιμοποιηθούν.

ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Πάντα οι ασθενείς που θα υποστούν χειρουργική επέμβαση

υπόκεινται σε καθαρτικό υποκλεισμό του εντερικού σωλήνα. Το ίδιο και ο ασθενής μας. Σκοπός του υποκλεισμού είναι η αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι και η αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους. Συνήθως γίνονται δύο υποκλεισμοί. Ο ένας την παραμονή της επέμβασης και ο άλλος έξι ώρες πριν την επέμβαση. Μετά τον υποκλεισμό ακολουθεί επείγουσα θαρύση του σώματος του ασθενή. Γίνεται λοιπόν λουτρό καθαριότητας με σκοπό την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και η αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. Κατά το διάστημα του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος.

Εκτός από την καθαριότητα του δέρματος γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα με σκοπό την πρόληψη των μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΛΟΥ ΚΑΙ ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΥΠΝΟΥ

Επειδή η αναμονή για το χειρουργείο προκαλεί αγωνία, ανησυχία και φόβο ο ασθενής δεν μπορεί να κοιμηθεί εύκολα.

Αυτό ίσως επηρεάσει την μετεγχειρητική του πορεία. Γι' αυτό συνήθως το βράδυ κατά τις δέκα (10.00) μετά μεσημβρίας, πριν την επέμβαση δίνεται κάποιο ηρεμιστικό για να εξασφαλισθεί αρκετός ύπνος και ανάπαυση. Αφού δοθεί το ηρεμιστικό πρέπει να εξηγήσουμε στον ασθενή ότι θα πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του.

Αν ο ασθενής είναι υπέρηλικας ή βρίσκεται σε συγχρητική κατάσταση ίσως χρειασθεί να μπουν περιορισμοί. Ενώ σε

μερικές περιπτώσεις ίσως πρέπει να φυλαχθούν και να μετρηθούν τα αποβαλλόμενα ούρα μετά την λήψη ηρεμιστικού.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ο ασθενής πρέπει να είναι προετοιμασμένος σχετικιά με τον τι πρέπει να κάνει μετά την τραχειοτομή. Έτσι η νοσηλευτική του φροντίδα θα είναι αποτελεσματικότερη και ευκολότερη. Πρέπει να του διδάξουμε πως θα βήξει μετά την επέμβαση γιατί υπάρχει φόβος μετά από έναν έντονο βήχα ή φτέρνισμα να βγει όλος ο τραχειοσωλήνας από το τραχειοστόμιο και ο άρρωστος να πάθει ασφυξία.

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Στην τοπική προεγχειρητική ετοιμασία προετοιμάζουμε την περιοχή ευείνη του δέρματος γύρω από το σημείο που θα γίνει η χειρουργική τομή (εγχειρητικό πεδίο). Στην εγχείρηση τραχειοτομής προετοιμάζουμε την περιοχή του δέρματος ξυπότραχίλου και του θώρακα μέχρι και το ύψος της ξιφοειδούς απόφυσης.

Στην τοπική προεγχειρητική ετοιμασία γίνεται καθαριότητα του δέρματος, αποτρίχωση και αντισηψία. Σκοπός της τοπικής ετοιμασίας του δέρματος είναι η ελάττωση των πιθανοτήτων μόλυνσης του τραύματος.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η ετοιμασία που γίνεται στο χειρουργικό ασθενή κατά την ημέρα της εγ-

χειρήσεως.

Αρχικά γίνεται η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου. Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του αρρώστου, όπως θερμοκρασία, σφυγμό, αρτηριακή πίεση και αναπνοή. Γίνεται έλεγχος και καταγράφονται πριν την προνάρκωση στον ασθενή.

Αν υπάρχει κάποια παρέκλιση από τα φυσιολογικά όρια πρέπει να αναφερθεί στην προϊσταμένη ή στον ιατρό του τμήματος. Επίσης ο νοσηλευτής-τρια, πρέπει να προσέξει την εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερών ύπαρξη κρυολογήματος.

Αφού γίνει εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, σειρά έχει η ενδυμασία του αρρώστου. Πριν από την ενδυμασία όμως αφαιρούμε φουρκέτες, τσιμπίδια, που τυχόν υπάρχουν στα μαλλιά, εάν δε αυτά είναι μακιυρά είναι προτιμότερο να πλέκονται.

Τα ξένα δόντια και οι κινητές γέφυρες, αφαιρούνται και τοποθετούνται σε κάψα η οποία κλείνει και φυλάσσεται αφού γραφτεί το ονοματεπώνυμο του ασθενούς, ο θάλαμος και η ημερομηνία. Τα κοσμήματα και τα προσωπικά αντικείμενα, επίσης αφαιρούνται και φυλάσσονται από την προϊσταμένη ή δίδονται στον συνοδό του ασθενή.

Σε περίπτωση που υπάρχει μακιγιάζ αφαιρείται και ιδιαίτερα αν υπάρχει βερνίκι νυχιών. Αυτό γίνεται γιατί κατά τη διάρκεια της αναισθησίας από το χρώμα των χειλιών του προσώπου και των νυχιών μπορούμε να διακρίνουμε την έλλειψη οξυγόνου που τυχόν θα υπάρχει.

Γι' αυτό λοιπόν προτού αφαιρέσουμε το μακιγιάζ πρέπει να εξηγήσουμε στον ασθενή για ποιο λόγο θέλουμε να είναι σε φυσική όψη το δέρμα και τα νύχια.

Αφού απομακρύνουμε κάθε τι ξένο από τον ασθενή του φο-

ράμε μισή ώρα πριν την προκαθορισμένη επέμβαση την κατάλληλη ενδυμασία αφού έχει ουρήσει πρώτα, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστης του. Έτσι αποφεύγουμε τον κίνδυνο της εικένωσης στο χειρουργικό τραπέζι.

Αφαιρούμε πριν τα εσώρουχά του και στην συνέχεια, βοηθάμε τον άρρωστο να φορέσει την ενδυμασία του χειρουργείου η οποία αποτελείται από το χειρουργικό πουκάμισο και το οποίο δένει με τα κορδόνια στο πίσω μέρος (στην πλάτη) και από τα ποδονάρια που σκεπάζουν τα κάτω άκρα. Τέλος καλύπτουμε το τριχωτό της κεφαλής με σκούφο τριγωνικό από λεπτό βαμβακερό ύφασμα ή μίας χρήσεως σκουφάκι.

Κατά την ώρα της ένδυσης ο νοσηλευτής-τρια έχει χρέος να υπενθυμίσει στον ασθενή τις μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λπ..

Αφού τελειώσει η ενδυμασία σειρά έχει η προνάριωση του ασθενή. Αυτή ορίζεται από τον αναισθησιολόγο και γίνεται συνήθως υποδορίως. Σκοπός της προνάριωσης είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να δεχθεί ευκολότερα την νάρκωση και με όσο το δυνατόν λιγότερες ανεπιθύμητες αντιδράσεις.

Στην προνάριωση χρησιμοποιούνται αντιχολινεργικά I.M. π.χ. ατροπίνη, για να περιορίσουν την επίραση του πνεύμονο-γαστρικού στην καρδιακή λειτουργία και τις βρογχικές εκκρίσεις. Τα είδη των φαρμάκων που δίνονται στην προνάριωση είναι: Ναρκοτικά: όπως φεντανόλη, πενταθόλη, πεθυδίνη κ.α. Αυτά συνεργούν στην αναισθησία.

Κατασταλτικά: σκοπό έχουν να κατανευάσουν τον ασθενή.

Ηρεμιστικά: βοηθούν στην ψυχική ηρεμία του ασθενούς και μικρού βαθμού αμνησία.

Αφού γίνει η προνάρκωση ο ασθενής πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του για την αποφυγή ατυχημάτων και το περιβάλλον του να είναι ήσυχο, ήρεμο και να απομακρυνθεί κάθε εστία θορύβου.

Η μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται από τον τραυματιοφορέα του χειρουργείου. Εκτός από τον ασθενή στο φορείο πρέπει να υπάρχει ο φάκελλός και η κάρτα του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής-τρια τέλος, πρέπει να ενημερώσει και να καθησυχάσει τους συγγενείς για την πορεία της εγχείρησης, να δείξει κατανόηση και να τους ανακουφίσει από την ένταση και την αγωνία όσο αυτό είναι δυνατό. Μπορεί ακόμα να τους οδηγήσει στην αίθουσα αναμονής του χειρουργείου.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μετά την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο εμείς πρέπει να προετοιμάσουμε αρχικά τον θάλαμο που θα υποδεχτεί μετά το χειρουργείο τον ασθενή.

Ο θάλαμος σκουπίζεται, σφουγγαρίζεται και γίνεται υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων. Ελέγχουμε την θερμοκρασία του θαλάμου (πρέπει να είναι 25-27°C) και την υγρασία. Απομακρύνουμε πιθανές εστίες μόλυνσης ή τυχόν κακοσμίες και γίνεται αερισμός θαλάμου. Ένα παράθυρο μένει πάντα ανοικτό για τον συνεχή αερισμό του θαλάμου. Κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό. Εκτός από τον θάλαμο πρέπει να προετοιμαστεί συγχρόνως και το κρεβάτι του ασθενούς μαζί με το κομοδίνο.

Το κρεβάτι του ασθενούς πρέπει να είναι ζεστό για να τον προφυλάξει από κάποια ψύξη ή και πνευμονία ακόμα. Αυ-

τό το πετυχαίνουμε με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες αν και σήμερα δεν χρησιμοποιούνται εύκολα για τον κίνδυνο εγκαυμάτων, ιδιαίτερα αν το άτομο είναι παιδί, ηλικιωμένος, διαβητικός ή ασθενής με μειωμένη αισθητικότητα όπως είναι τα άτομα που έχουν παράλυτα μέλη.

Πρέπει να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκοτικού. Το μαξιλάρι πρέπει να είναι στο επάνω κινκλίδωμα του κρεβατιού για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις διεγέρσεις του στο στάδιο της απονάρκωσης.

Το κρεβάτι να είναι ανοικτό απ' όλες τις πλευρές για την ευκολότερη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο σ' αυτό. Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιαβρόχου της κεφαλής. Δίπλα στον κρεβάτι πρέπει να υπάρχει ένα στατό για τον ορό, ο υγραντήρας και η συσκευή αντλίας με καθετήρας αναρροφήσεως.

Στο κομοδίνο, τοποθετούμε τετράγωνο ύφασμα ή χαρτοβάμβακο ή πετσέτα για να μειώσουμε το θόρυβο κατά την τοποθέτηση των αντικειμένων πάνω σ' αυτό. Τοποθετούμε επίσης ένα νεφροειδές, ένα ποτήρι με δροσερό νερό, PORT COTTON, ένα καψάκι με κομμάτια χαρτοβάμβακα, τολύπια βάμβακος, ένα μπλοκ, μολύβι, και έναν καθρέπτη.

Επειδή πάντα υπάρχει ο φόβος μην συμβεί κάτι το απρόοπτο, πρέπει στο κομοδίνο να υπάρχει ένας δίσκος τραχειοτομής, ο οποίος θα περιέχει τα παρακάτω αποστειρωμένα αντικείμενα:

Δίσκος τραχειοτομής

* Γάζες και τολύπια βάμβακος.

- * Ψαλίδι και λαβίδα
- * Τραχειοδιαστολέας
- * Εσωτερικός τραχειοσωλήνας
- * Οδηγός τραχειοσωλήνα
- * Εξωτερικός τραχειοσωλήνας με ταινία στήριξης (φακαρόλα).
- * Κάψα με τολύπια χαρτοβάμβακος
- * Υδροδιαλύτη γλισχραντική ουσία και αντιμικροβιακή αλοιφή
- * Λειάνη με αντισηπτική διάλυση
- * Σταγόνες PERANTHEN

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με τραχειοτομή διακρίνεται σε άμεση και έμμεση.

Άμεση Μετεγχειρητική Φροντίδα

Ο άρρωστος επιστρέφοντας από το χειρουργείο έχει ορισμένα προβλήματα τα οποία συνοψίζονται ως εξής:

- Αλλαγή στην αεροφόρο οδό
- Ευαισθησία στην αναπνευστική οδό
- Ενοχλήματα στο φάρυγγα με την εμπλοκή σιέλου
- Ραμμένο ρινοφάρυγγα με κίνδυνο να ανοίξουν τα ράμματα
- Απώλεια φωνής
- Ανικανότητα να επικοινωνεί φυσιολογικά, και
- Λιγότερο λιανός για υπερκόπωση

Εμείς, ως νοσηλευτική ομάδα, γνωρίζουμε αυτά τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει ο ασθενής, καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Μετά την τραχειοτομή ο ασθενής επιστρέφει στο δωμάτιό του το οποίο διατηρείται σε θερμοκρασία 25-27°C. Ο υγραντήρας δίνει την ανάλογη υγρασία στο περιβάλλον.

Το πρώτο πράγμα που εκτελούμε μόλις έρθει ο ασθενής από το χειρουργείο είναι να τοποθετηθεί στο κρεβάτι του σε ανάρροπη θέση, περίπου 30°. Συνήθως χρησιμοποιούμε ένα μαξιλάρι γιατί υπάρχει ο φόβος της εισρόφησης. Ο ασθενής έχοντας αυτή τη θέση στο κρεβάτι μειώνει το οίδημα που προκλήθηκε κατά την επέμβαση και διευκολύνεται η ανάπνοή του.

Ο ασθενής αισθάνεται ανήσυχος, έχει τάσεις ανασφάλειας κι ένα αίσθημα ασφυξίας. Τα συμπτώματα αυτά συμβαίνουν κατά τις πρώτες ώρες μετά το χειρουργείο. Αυτά συμβαίνουν γιατί το άτομο δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στη νέα αναπνευστική του

οδό. Καλό θα ήταν λοιπόν ο νοσηλευτής-τρια, αυτές τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες να βρίσκεται δίπλα στον ασθενή και αν είναι δυνατό να τον ανακουφίσει με κάθε τρόπο από τις ανησυχίες του και να του δημιουργήσει αισθήματα ασφάλειας.

Η χορήγηση κάποιου ηρεμιστικού φαρμάκου, κατόπιν συνενόησής μας με τον γιατρό θα διευκολύνει τον άρρωστο να ηρεμήσει, μέχρι το ασθενής να συνηθίσει στη νέα του αναπνευστική οδό.

Οι αναρροφήσεις στον τραχειοσωλήνα γίνονται πάντα τις τέσσερις πρώτες ώρες και σε διάστημα από 5-10-15 λεπτά της ώρες. Αυτό γίνεται γιατί ο τραχειοσωλήνας προκαλεί υπερέκκριση του βλεννογόνου μέχρι ο οργανισμός να προσαρμοστεί στον τραχειοσωλήνα. Κάθε αναρρόφηση διαρκεί 15 δευτερόλεπτα. Μεταξύ κάθε αναρρόφησης το άτομο ξεκουράζεται για 3 λεπτά της ώρες. Πάνω στον τραχειοσωλήνα τοποθετείται γάζα η οποία είναι βρεγμένη με φυσιολογικό ορό. Βασικό επίσης είναι η διατήρηση καθαρού του εσωτερικού τραχειοσωλήνα καθώς επίσης και η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας γιατί, συχνά παρουσιάζεται στοματίτιδα.

Έμμεση Μετεγχειρητική Φροντίδα

Στην έμμεση μετεγχειρητική φροντίδα ασθενή με τραχειοτομή υπάρχουν ορισμένες νοσηλείες που εφαρμόζονται επιπλέον και οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για τον ασθενή.

Κατ'αρχήν διευκολύνεται η κατάποση των τροφών κατά τις πρώτες μέρες με την χορήγηση υδαρής δίαιτας. Την πρώτη μετεγχειρητική μέρα συνήθως χοροούνται υγρά παρεντερικά και με-

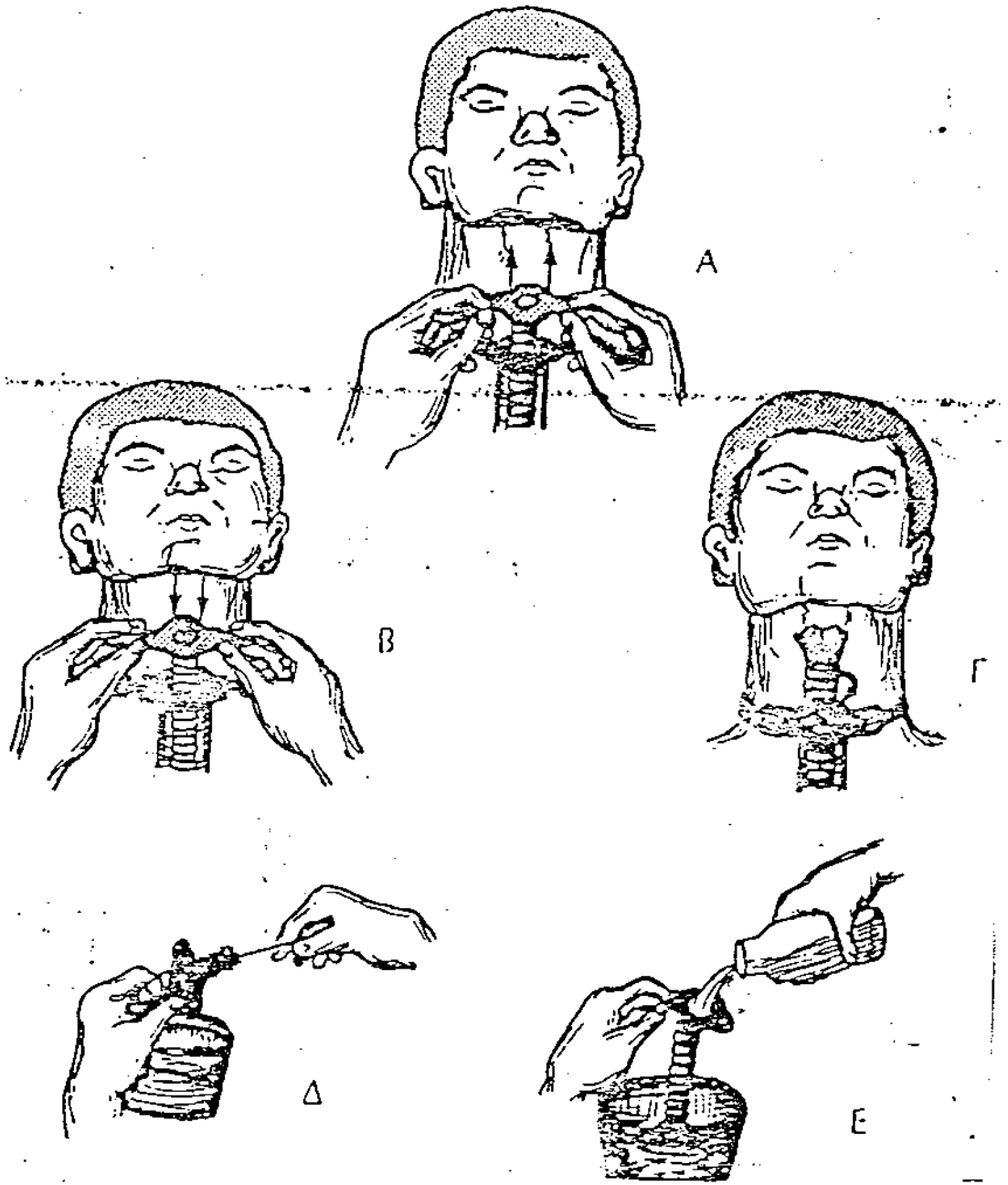
τά σταδιακά χορηγούνται υγρά και κατάλληλη τροφή σε πολτώδη κατάσταση. Αποφεύγεται τροφή που χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια στην κατάποση όπως π.χ. ο πουρές και οι υπερβολικά ξηρές τροφές. Αν ο ασθενής έχει υποστεί λαρυγγειοτομή δεν επιτρέπεται για μία εβδομάδα να πάρει τίποτα από το στόμα γιατί υπάρχουν πολλά ράμματα στην περιτραχηλική περιοχή και υπάρχει κίνδυνος επιμόλυνσής τους από την τροφή και στη συνέχεια να γίνει ρήξη του τραύματος. Για τον λόγο αυτό δίδεται στον ασθενή τροφή τεχνικώς με LEVINE (καθετήρας τοποθετημένος από τη μύτη, ρινογαστρικός). Οι αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα γίνονται τώρα σε αραιότερα διαστήματα και αργότερα, περίπου μετά 8-10 ημέρες, η ανάγκη αναρροφήσεως δεν υπάρχει, εφόσον πάντα ότι κάποια επιπλοκή δεν επιβαρύνει την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή. Επίσης περιορίζεται και ο καθορισμός του εσωτερικού σωλήνα σε αραιότερα χρονικά διαστήματα.

Όταν ο ασθενής προσαρμοστεί τελείως στην νέα του κατάσταση οι αλλαγές του τραχειοσωλήνα περιορίζονται σε τρεις (3) καθημερινά (πρωί-μεσημέρι-βράδυ).

Περιποίηση Τραχειοτομής-Τραχειοστομίου

Ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας, όπως είναι γνωστό, είναι τοποθετημένος μέσα στο τραύμα και συγκρατείται με την φακάρολα γύρω από την τραχηλική περιοχή. Επίσης υπάρχει μία γάζα η οποία απορροφά τις εκκρίσεις από το τραύμα της τραχειοτομής και βρίσκεται μεταξύ εξωτερικού τραχειοσωλήνα και τραύματος.

Η γάζα αυτή αλλάζεται όταν χρειασθεί για να διατηρείται το δέρμα στεγνό και να αποφύγουμε τις δερματίτιδες ή την πάρα πέρα επιμόλυνση του τραύματος.



Όταν πρέπει να γίνει η περιπαύση της τραχειοτομής και του τραχειοστομίου αρχικά ενημερώνουμε τον ασθενή για την νοσηλεία έτσι ώστε να μας βοηθήσει και αυτός όσο γίνεται στη νοσηλεία. Η ώρα η οποία θα εκτελεστεί η περιποίηση της τραχειοτομής και του τραχειοστομίου δεν πρέπει να είναι ούτε πριν το φαγητό, ούτε αμέσως μετά.

Σε περίπτωση που στον ίδιο θάλαμο υπάρχουν και άλλοι ασθενείς πρέπει να προστατεύσουμε τον άρρωστο με κάποιο παραβάν και οι τυχόν ευρισκόμενοι επισκέπτες μέσα στον θάλαμο να απομακρυνθούν από αυτόν.

Ο ασθενής δεν πρέπει να γυμνώνεται, ειτός και χρειασθεί ανάγκη. Αποκαλύπτεται μόνο η συγκεκριμένη περιοχή την οποία και θα περιποιηθούμε. Αν το υλικό της επίδεσης είναι κάκοσμο και το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να γίνει η νοσηλεία στο δωμάτιο αλλαγών, εφ'όσον διαθέτει το νοσοκομείο.

Αφού λοιπόν γίνονται όλα αυτά (ενημέρωση ασθενή-τακτοποίηση θαλάμου-προετοιμασία ασθενή), παίρνουμε το τροχηλάτο αλλαγών και πηγαίνουμε στον θάλαμο του ασθενή. Το τροχηλάτο αυτό πρέπει να περιέχει τα εξής:

SET με: - γάζες και τολύπια βάμβακος

- λεπτή φακαρόλα

- λαβίδα και ψαλίδι

Ειτός από τα SET υπάρχουν και ορισμένα αντικείμενα για την περιποίηση του τραύματος:

- κουτί με λαβίδες (ανατομικές-χειρουργικές-κόχερ-παιάν)

- ψαλίδια

- κουτί με γάζες αποστειρωμένες

- δοχείο με πολυπάγρα (αποστειρωμένη)
- φαλίδια με φυσιολογικό ορό, οξυζενέ
- αντισηπτική διάλυση (BETADINE-DRAPIX)
- αντιβιοτική αλοιφή (FUCIDIN) ή γάζα ιώδοφορμίου
- λεκάνη ή νεφροειδές με αντισηπτική διάλυση (τοποθετούνται τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία)
- νεφροειδή
- λευκοπλάστ (αντιαλλεργικά)
- γάντια αποστειρωμένα
- κιάδος (για τα άχρηστα)
- τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών

Αρχικά τοποθετούμε το τετράγωνο αλλαγών και αποκαλύπτουμε την τραυματική περιοχή. Μετά παίρνουμε το νεφροειδές στο οποίο επάνω τοποθετούμε βαμβάκι. Αφαιρούμε τον εξωτερικό τραχειοσωλήνα και την γάζα και κάνουμε περιποίηση της τραυματικής χώρας και του γύρω δέρματος. Παίρνουμε μετά κόχερ, μία ανατομική και μία γάζα την οποία με την βοήθεια των λαβίδων την μαζεύουμε. Μετά ρίχνουμε φυσιολογικό ορό στην γάζα και καθαρίζουμε το τραύμα απομακρύνοντας τις εκκρίσεις ενώ συγχρόνως απομακρύνουμε και τις εκκρίσεις από το στόμιο του τραχειοσωλήνα και με μία άλλη γάζα καθαρίζουμε την περιοχή. Παίρνοντας άλλη γάζα με οξυζενέ καθαρίζουμε την περιοχή και με μία δεύτερη στεγνώνουμε το τραύμα.

Στην συνέχεια χρησιμοποιούμε γάζα με αντισηπτική διάλυση και με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια περιποιούμαστε την περιοχή. Έχοντας τελειώσει την περιποίηση του τραύματος γίνεται περιποίηση του γύρω δέρματος με βενζίνη ή αιθέρα και βάζουμε αντιμικροβιακή αλοιγή.

Τέλος γίνεται ηητοπαθέτηση του τραχειοσωλήνα με την αποστειρωμένη γάζα.

Ότι άχρηστο υλικό υπάρχει το πετάμε στον κάδο ή την σακιοούλα και τα εργαλεία που έχουμε χρησιμοποιήσει τα τοποθετούμε στην λεκάνη με την αντισηπτική διάλυση.

Περιποίηση Στοματικής κοιλότητας

Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας είναι πολύ σπουδαία και προλαμβάνει την εμφάνιση της στοματίτιδας.

Στην περιποίηση της στοματικής κοιλότητας χρησιμοποιούμε τα εξής:

- οδοντόβουρτσα
- οδοντόπαστα
- PORT-COTTON
- ποτήρι με αντισηπτικό στόματος
- ποτήρι με νερό
- νεφροειδές
- κομμάτια χαρτοβάμβακα
- γλυκερίνη, λεμόνι ή κρέμα λιπαρή για τα χείλη.

Αρχικά κάνουμε καθαρισμό των δοντιών χρησιμοποιώντας την οδοντόβουρτσα και την οδοντόπαστα. Η οδοντόβουρτσα πρέπει να είναι από σκληρή τρίχα. Ο καθαρισμός των δοντιών γίνεται μετά από κάθε λήψη τροφής. Κατά το πλύσιμο των δοντιών πρέπει να καθαρίζονται τα μεταξύ τους διαστήματα και όλες τους οι επιφάνειες. Μετά παίρνουμε το PORT-COTTON, το βρέχουμε με το αντισηπτικό στόματος και καθαρίζουμε, με ήπιες κινήσεις, όλη την στοματική κοιλότητα. Κατόπιν γίνεται περιποίηση των χειλέων του ασθενή με γλυκερίνη λεμόνι ή κάποια λιπαρή κρέμα. Αφού τελειώσει η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, προτρέπουμε τον ασθενή να πιεί νερό, γιατί

έτσι διατηρείται καθαρό το στόμα και αραιώνει τις εκκρίσεις που τυχόν έχει ο ασθενής.

Αλλαγή Μεταλλικού Τραχειοσωλήνα-Φροντίδα

Μετά την τραχειοτομή, ο τραχειοσωλήνας δεν αλλάζει τουλάχιστον για 48 ώρες, εκτός βέβαια και αν υπάρχει μεγάλη ανάγκη. Η πρώτη αλλαγή γίνεται από τον θεράποντα ιατρό. Οι επόμενες γίνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η όλη διαδικασία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί υπάρχει ο κίνδυνος σύμπτωσης των χειλέων της τομής και πρόκλησης ασφυξίας του ασθενή. Η πρώιμη αφαίρεση του τραχειοσωλήνα μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται πάλι όταν ο άρρωστος έχει κάνει ημιλαρυγγειοτομή, γιατί προκαλείται λαρυγγόσπασμος. Τα αντικείμενα που χρειάζονται για την αλλαγή του τραχειοσωλήνα είναι:

I. Δίσκος με:- μπωλ με τολύπια ββάμβακος

- νεφροειδές και ψαλίδι
- τολύπια γάζας αποστειρωμένα
- υδροδιαλυτή γλισχραντική ουσία (JELLY)
- Τραχειοσωλήνας αποστειρωμένος (έτοιμος με την γάζα και την ταινία στήριξης)
- PERANTHEN σταγόνες
- φιαλίδιο με οξυζενέ
- αντιμικροβιακή αλοιφή
- ατροπίνη (βραδυκαρδία)
- μυοχαλαρωτικά

Εκτός δίσκου παίρνουμε γάντια αποστειρωμένα, αμπού, αποστειρωμένο ορό και αποστειρωμένες πετσές.

II. Λεικάνη με αντισηπτική διάλυση.

Η διαδικασία της αλλαγής του τραχειοσωλήνα περιλαμβάνει:

1. Ενημερώνουμε τον ασθενή για την αλλαγή με σκοπό να πετύχουμε την συνεργασία του. Η αλλαγή μπορεί να γίνει στον θάλαμο του ασθενή ή στο δωμάτιο αλλαγής.

2. Βγάζουμε το μαξιλάρι του αρρώστου και βάζουμε ένα μαξιλάρι κάτω από τους ώμους του για να γίνει υπερένταση του λαιμού.

3. Αποκαλύπτουμε την περιοχή που είναι τοποθετημένος ο τραχειοσωλήνας.

4. Τοποθετούμε αποστειρωμένη πετσέτα λίγο κάτω από το τραύμα.

5. Δίνουμε στον ασθενή κομμάτι χαρτοβάμβακος για το σκούπισμα των εικρίσεων.

6. Ενστάλλαζουμε σταγόνες PEPANTHEN, για την ρευστοποίηση των εικρίσεων και την εύκολη αποβολή τους.

7. Προτρέπουμε τον ασθενή να βήξει.

8. Λύνουμε την ταινία στήριξης (φακαρόλα) του τραχειοσωλήνα.

9. Κρατάμε τον τραχειοσωλήνα από τις άκρες του με την βοήθεια του δείκτη και τον αντίχειρα αφαιρώντας τον προς τα μπροστά και κάτω.

10. Αφού αφαιρέσουμε τον τραχειοσωλήνα γίνεται περιποίηση του τραύματος και της γύρω περιοχής με φυσιολογικό ορό, οξυζενέ, αντισηπτική διάλυση και κάνουμε επάλειψη με αντιβιοτική αλοιφή.

11. Απομακρύνουμε την ταινία στήριξης και τοποθετούμε τον τραχειοσωλήνα στην λεκάνη με την αντισηπτική διάλυση.

12. Πλένουμε τα χέρια καθαρά, φοράμε τα γάντια και παίρ-

νουμε τον τραχειοσωλήνα και τοποθετούμε τον εσωτερικό σωλήνα μέσα στον αυλό του εξωτερικού και τον στερεώνουμε με την αποστειρωμένη γάζα.

13. Γλυσхраίνουμε τον τραχειοσωλήνα χρησιμοποιώντας αποστειρωμένα τολύπια βάμβακος ή γάζες.

14. Κρατάμε τον τραχειοσωλήνα από τις άκρες με τον δείκτη και τον αντίχειρα και τον εισάγουμε στην τραχεία με ήπιες κινήσεις, πάνω και στην συνέχεια κάτω.

15. Στερεώνουμε την φακρόλα δένοντάς την στο πλάϊ, προσέχοντας να μην είναι πολύ σφιγμένη αλλά ούτε και χαλαρή. Αυτό γίνεται γιατί υπάρχει ο φόβος μ'ένα απότομο βήχα να βγει ο τραχειοσωλήνας κι έτσι να προκληθεί ασφυξία στον ασθενή. Το δέσιμο στο πλάϊ γίνεται για μεγαλύτερη άνεση του ασθενή.

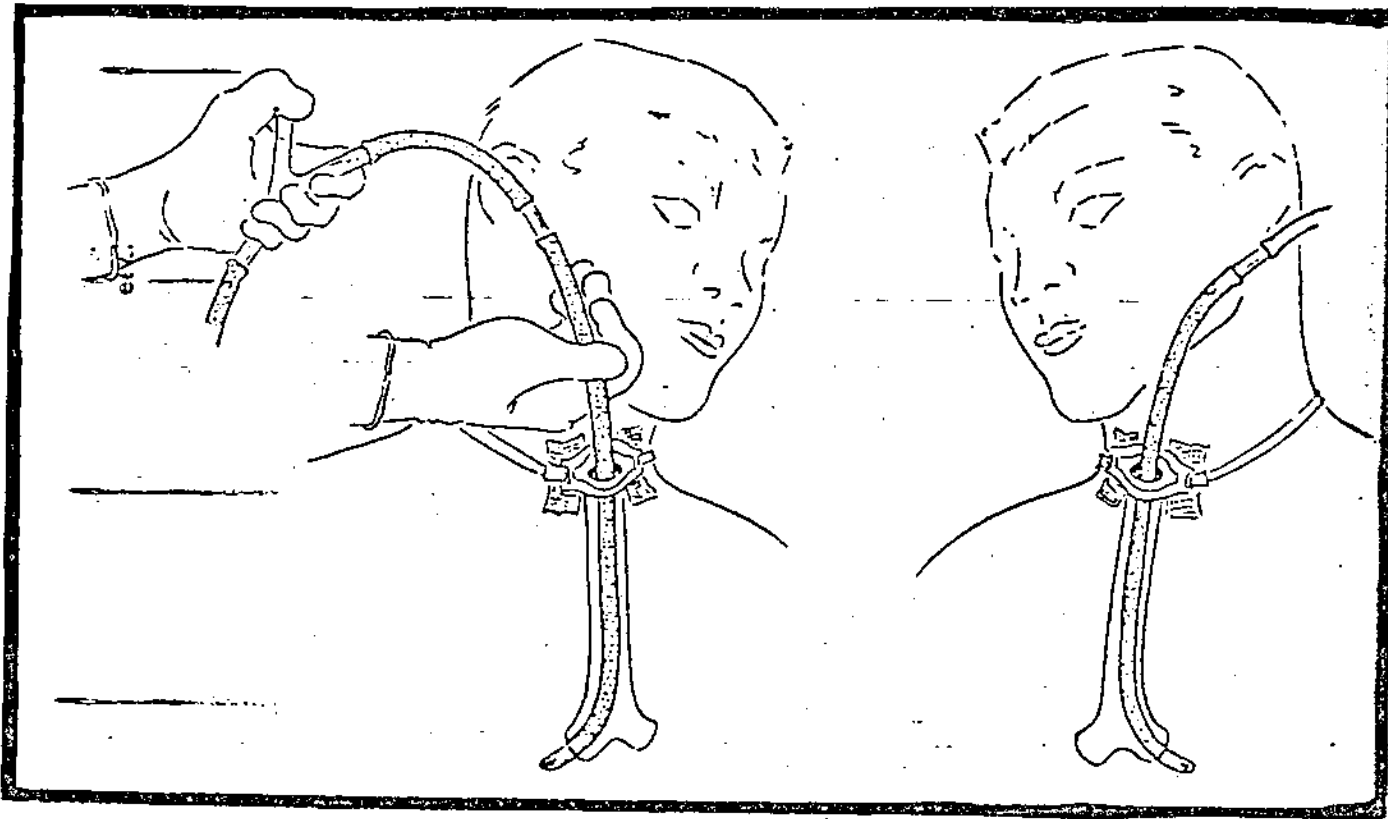
16. Τέλος βεβαιωνόμαστε ότι ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας είναι στερεωμένος καλά στο εξωτερικό.

Αναρροφήσεις

Η ανάγκη για αναρρόφηση καθορίζεται από τον ήχο του αέρα που έρχεται από τον τραχειοσωλήνα ιδιαίτερα μετά από βαθειά αναπνοή του αρρώστου. Αν ο άρρωστος χρειάζεται αναρρόφηση, οι αναπνοές του είναι θορυβώδεις, ο σφυγμός και οι αναπνοές του είναι αυξημένες και το χρώμα του αλλοιώνεται.

Εάν ο άρρωστος μπορεί να βήξει και να βγάλει τις εκκρίσεις τότε η χρήση των αναρροφήσεων είναι σε λιγότερη συχνότητα. Η τεχνική της αναρροφήσεως χρειάζεται προσοχή για να αποφευχθεί ο κίνδυνος τραυματισμού της τραχείας.

Ο σκοπός της αναρροφήσεως είναι να απομακρύνει όλες



Βρογχική αναρρόφηση



Στοματική αναρρόφηση

τις εκκρίσεις που έχουν συγκεντρωθεί στο ενδοτράχειο βρογχικό δέντρο από την τελευατία αναρρόφηση. Η τεχνική της αναρρόφησης είναι η ίδια σ' οποιοδήποτε τραχειοσωλήνα. Μερικοί λαρυγγολόγοι πιστεύουν ότι οι μεταλλικοί σωλήνες είναι περισσότερο ασφαλείς. Όταν ένας σωλήνας με διπλό αυλό χρησιμοποιείται, ο εσωτερικός σωλήνας εύκολα μπορεί να βγει για αναρρόφηση και καθαρισμό. Πριν την εκτέλεση της αναρρόφησης ενημερώνεται ο άρρωστος για τον σκοπό της αναρροφήσεως, δηλαδή, ότι με την αναρρόφηση θα απομακρυνθούν οι εκκρίσεις και θα ελευθερωθεί η αναπνοή του. Στην συνέχεια ελέγχεται η λειτουργία του αναρροφητήρα. Χρησιμοποιώντας διάφορα σκευάσματα όπως <<AIRBOW>> για να ρευστοποιούν τις εκκρίσεις και να βγαίνουν με τον βήχα ή με την αναρρόφηση πιο εύκολα.

Βασικό σημείο στην νοσηλεία είναι να γνωρίζουμε τις τεχνικές ασηψίας και αντισηψίας που απαιτούνται για αναρρόφηση. Χρησιμοποιούνται αποστειρωμένα γάντια και αποστειρωμένος καθετήρας. Σε μερικά νοσοκομεία πιστεύουν ότι χρειάζεται περισσότερο καθαριότητα παρά αντισηψία όπου μετά το πλύσιμο των χεριών με σαπούνι ή αντισηπτικό εκτελείται η αναρρόφηση. Ο καθετήρας πρέπει να είναι τέτοιο νούμερο έτσι ώστε να μην καταλαμβάνει όλο τον αυλό του σωλήνα αλλά τα 2/3 της διαμέτρου του. Τα νούμερα 8-10 χρησιμοποιούνται στα παιδιά και Νο 14-16 στους ενήλικες.

Σε κάθε αναρρόφηση χρησιμοποιείται νέος αποστειρωμένος καθετήρας. Πριν από την αναρρόφηση δίνονται συνήθως στον άρρωστο αναπνοές οξυγόνου για να εξασφαλίσουμε ότι δεν θα γίνει υπερβολική υποξία κατά την διάρκεια αυτής.

Ο καθετήρας είναι διαφανής, εφαρμόζεται στην αναρροφητική αντλία και εισχωρείται για αναρρόφηση χωρίς η αντλία να είναι σε αναρρόφηση. Η σύνδεση γίνεται και μ'ένα συνδετικό Υ οπότε κατά την αναρρόφηση κλείνεται με το δάκτυλο. Ο καθετήρας επαλείφεται με φυσιολογικό ορό και εισχωρείται αρκετά βαθειά στους βρόγχους, περίπου 20-30 εκ. για να διεγείρει τον άρρωστο να βήξει. Όταν ο άρρωστος βήξει ο καθετήρας απομακρύνεται γιατί η παρουσία του στους βρόγχους ενοχλεί την τραχεία και ο άρρωστος πρέπει να ασκήσει ιδιαίτερη πίεση για να βήξει. Επίσης, επειδή ο καθετήρας κλείνει τον σωλήνα, εμποδίζει την έξοδο των εκκρίσεων. Καθώς ο άρρωστος βήχει ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να έχει έτοιμα ξυλοβάμβακα για να συγκεντρώνουν την έκκριση που ίσως βγαίνει με δύναμη. Αν η βλέννη είναι κολλώδης και δύσκολα αποκολλάται γίνεται ενστάλλαξη φυσιολογικού ορού 2-5 CC πριν την αναρρόφηση που βοηθάει στην ρευστοποίηση της βλέννης.

Για να γίνει αναρρόφηση στον δεξιό βρόγχο το κεφάλι του αρρώστου γυρίζει στην αντίθετη πλευρά και το στήθος του γέρνει στα δεξιά. Οι αντίθετοι τρόποι ενέργειας γίνονται στην συνέχεια. Ο καθετήρας περιστρέφεται 360° καθώς αποσύρεται.

Για την αποφυγή της υποξίας η αναρρόφηση δεν πρέπει να διαρκεί παραπάνω από 10-15 δευτερόλεπτα. Πρακτικός τρόπος για την μέτρηση του χρόνου είναι ο νοσηλευτής-τρια να κρατάει την αναπνοή της κατά την διάρκεια της αναρροφήσεως. Είναι ανάγκη να μεσολαβεί τρίλεπτη ανάπαυση του αρρώστου μεταξύ των αναρροφήσεων. Μετά από κάθε 10 δευτερόλεπτα αναρρόφησης ο καθετήρας τοποθετείται σε διάλυμα φυσιολογικού ορού για να απομακρυνθούν οι εκκρίσεις που κολλούν στα τοι-

χώματά του. Στην συνέχεια περνά από αντισηπτική διάλυση και κατόπιν πάλι σε φυσιολογικό ορό. Στην ανάπαυση αυτή οξυγονώνεται ο άρρωστος με οξυγόνο σε ATM 100% και αερίζεται για να μειωθεί η υποξία και να προληφθούν οι αρρυθμίες.

Χρησιμοποιείται στηθοσιόπιο για ακροάσεις κατά μήκος του βρογχικού δέντρου. Η ακρόαση επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της αναρρόφησης. Η αναπνοή πρέπει να είναι ήρεμη και χωρίς προσπάθεια στο τέλος της αναρρόφησης. Μετά απ' αυτά απομακρύνουμε τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσαμε. Πρέπει να αποφεύγεται η περιττή αναρρόφηση γιατί ερεθίζει το βλεννογόνο και μπορεί να γίνει αιτία λοίμωξης.

Νοσηλευτική φροντίδα και καθαρισμός μεταλλικού τραχειοσωλήνα.

Αφού αφαιρέσουμε τον μεταλλικό σωλήνα κατά την αλλαγή τραχειοσωλήνα τον βάζουμε σε διάλυμα ψυχρό 50% νερό και 50% οξυζενέ. Αποφεύγουμε να χρησιμοποιήσουμε ζεστό νερό γιατί πήζει τις εκκρίσεις στα τοιχώματα του τραχειοσωλήνα. Στη συνέχεια βγάζουμε τον εσωτερικό τραχειοσωλήνα από τον αυλό του εξωτερικού. Με την βοήθεια μικρής βούρτσας και σαπουνούχου διαλύματος καθαρίζουμε τον αυλό του τραχειοσωλήνα. Ποτέ δεν χρησιμοποιούμε συρμάτινη βούρτσα γιατί ίσως μείνει κάποιο υπόλειμά της στον αυλό του σωλήνα και έτσι ο άρρωστος κινδυνεύει να πάθει εισρόφηση.

Στην συνέχεια ετοιμάζουμε τον τραχειοσωλήνα με την γάζα του και περνούμε την φακαρόλα ενώ στην συνέχεια τον βάζουμε στον κλίβανο για να αποστειρωθεί.

Σε περίπτωση που αλλάζεται μόνο ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας αφού τον καθαρίσουμε βράζεται για 5 λεπτά της ώρας σε απεσταγμένο νερό. Κατόπιν τοποθετείται σε κρύο νερό για να παγώσει και ξαναχρησιμοποιείται.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τραχειοσωλήνα CUFF.

Οι τραχειοσωλήνες με CUFF χρησιμοποιούνται κυρίως σε αρρώστους που έχουν ανάγκη μηχανικού αερισμού γιατί μ'αυτούς τους τραχειοσωλήνες εξασφαλίζεται κλειστό κύκλωμα, αποφεύγεται δε η διαρροή αέρα και η εισρόφηση εμεσμάτων και στοματοφαρυγγικών εκκρίσεων. Όταν νοσηλεύουμε ασθενείς με τραχειοσωλήνε CUFF τους ενημερώνουμε σχετικά μ'αυτόν τον τραχειοσωλήνα. Τους εξηγούμε ότι δεν μπορούν να μιλούν όταν το CUFF είναι φουσκωμένο. Φροντίζουμε για την συχνή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και δίνουμε στο λαιμό του αρρώστου θέση έκτασης. Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τραχειοσωλήνα CUFF περιλαμβάνει το ξεφούσκωμα και το φούσκωμα CUFF.

I. Ξεφούσκωμα CUFF: Αρχίζουμε κάνοντας μία αναρρόφηση στοματοφαρυγγική και ξεφουσκώνουμε το CUFF αργά. Μετά αναρροφούμε μέσα από τον τραχειοσωλήνα ή ενδοτραχειακά και αφήνουμε το CUFF ξεφούσκωτο για 5-10 λεπτά της ώρας.

Πρέπει, κατά τη διάρκεια που το CUFF δεν είναι φουσκωμένο, να εξασφαλίσουμε επαρκή αερισμό. Παρακολουθούμε τον άρρωστο αρκετά συχνά, και ελέγχουμε τα ζωτικά σημεία του. Αν παρατηρήσουμε κάποιο σημείο δυσφορίας, πρέπει να τον επανασυνδέσουμε με το μηχανικό αναπνευστήρα. Σε περίπτωση που η αναπνοή του ελέγχεται από τον αναπνευστήρα δεν πρέπει να αφήνουμε το CUFF ξεφούσκωτο περισσότερο από 38-48 δευτερόλεπτα. Αν πάλι ο ασθενής δεν ήταν συνδεδεμένος με τον αναπνευστήρα πρέπει να του δίνουμε υγρό και θερμό αέρα.

II. Φούσκωμα CUFF: Το φούσκωμα του CUFF γίνεται κατά την εισπνοή με αργό ρυθμό.

Ο αέρας που βάζουμε είναι ανάλογος με όσον συνιστά ο κατασκευαστής στις οδηγίες του ή τόσον αέρα μέχρι να σταματήσει η διαρροή αέρα στην οποία διαπιστώνουμε με την τοποθέτηση στηθοσκοπίου κάτω από το πηγούνι ή πάλι όταν ο ασθενής μας είναι αφωνικός.

Αφού βάλουμε τον αέρα, κλείνουμε το σωλήνα που οδηγεί στο CUFF. Μετά σημειώνουμε την ποσότητα του αέρα που χρειάστηκε για να φουσκώσει το CUFF και αυτό γίνεται, γιατί, αν την επόμενη φορά χρειασθεί να βάλουμε περισσότερο αέρα δημιουργούνται υπόνοιες για διαστολή τραχείας, τραχειοοισοφαγικό εικρόλπωμα ή συρίγγια.

Οι επιπλοκές που πιθανόν να εμφανισθούν σε ασθενή με CUFF είναι:

α) Λαρυγγικό οίδημα

β) Στένωση τραχείας

γ) Λαρυγγικός ερεθισμός και βλάβη φωνητικών χορδών εξαιτίας μετακίνησης του ενδοτραχειακού σωλήνα.

δ) Αιμορραγίες.

Οι παραπάνω επίπλοκές μπορούν να αποφευχθούν με το να στερεώσουμε καλά τον σωλήνα κι έτσι να αποφύγουμε τυχόν μετακίνησή του. Επίσης μέσω του νεφελοποιού δίνουμε ομίχλη στον άρρωστο κατά τη διάρκεια της διασωλήνωσης αλλά και μετά. Βασικό μέλημά μας επίσης είναι και οι αναρροφήσεις.

Τέλος, απαραίτητο είναι να ενημερώσουμε το φύλλο νοσηλείας για την ώρα νοσηλείας, τα ζωτικά σημεία πριν και μετά την αναρρόφηση, για την ποσότητα, την όψη και την ποιότητα των εκκρίσεων, για την οδό αναρρόφησης που χρησιμοποιήθηκε, την χορήγηση οξυγόνου πριν την αναρρόφηση την

ανοχή του ασθενή απέναντι της διαδικασίας και για το αν στάλθηκε δείγμα πτυέλων στο εργαστήριο για καλλιέργεια ή όχι.

ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ ΜΕ CUFF

Στην αλλαγή τραχειοσωλήνα με CUFF χρειαζόμαστε τα παρακάτω αντικείμενα:

- Δίσκος με:
- κιάφα με τολύπια χαρτοβάμβακος
 - νεφροειδές ψαλίδι
 - τραχειοσωλήνας με CUFF και φακαρόλα
 - γάζα χωρίς βαμβάκι
 - τολύπια ή γάζες αποστειρωμένες
 - υδροδιαλυτή γλιοχραντική ουσία
 - σύριγγες των 5 ML
 - διάλυση οξυζενέ
 - αντιμικροβιακή αλοιφή (FUCIDIN)
 - τραχειοδιαστολέας
 - στηθοσκόπιο

Αρχικά, όπως και σε κάθε νοσηλεία, γίνεται ενημέρωση του ασθενούς για την όλη διαδικασία. Στη συνέχεια του δίνουμε κομμάτια χαρτοβάμβακος και αφού ενσταλλάξουμε μερικές σταγόνες PERANTHEN τον ενθαρρύνουμε να βήξει.

Κόβουμε την φακαρόλα στη μέση, πλένουμε τα χέρια μας και ανοίγουμε με μεγάλη προσοχή το SET του τραχειοσωλήνα. Ελέγχουμε το CUFF και το φουσκώνουμε με αέρα. Δένουμε την φακαρόλα στις υποδοχές του τραχειοσωλήνα και διατηρούμε τον τραχειοσωλήνα αποστειρωμένο.

Μετά λύνουμε την φακαρόλα και αφαιρούμε τον τραχειοσωλήνα από τον ασθενή κρατώντας τον από τις άκρες του με την βοήθεια του δείκτη και του αντίχειρα. Σε περίπτωση που το

στόμιο δεν έχει σχηματισθεί καλά χρησιμοποιούμε τον τραχειοδιαστολέα για να αποφύγουμε σύμπτωση των χειλέων του στομίου, οπότε υπάρχει ο κίνδυνος ασφυξίας για τον ασθενή.

Στη συνέχεια αφού γλισχράνουμε τον τραχειοσωλήνα χρησιμοποιώντας αποστειρωμένο τολύπιο ή γάζα τον τοποθετούμε με ήπιες κινήσεις πάνω και στην συνέχεια κάτω. Εδώ θα ήταν καλό να υπάρχει και δεύτερο άτομο από το νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε η τοποθέτηση να γίνει αμέσως μετά την αφαίρεση του τραχειοσωλήνα. Στερεώνουμε στον αυχένα την φακρόλα προσέχοντας να μην είναι ούτε χαλαρά ούτε και σφιχτά δεμένη. Φουσκώνουμε το CUFF και αφού κάνουμε περιποίηση της τραχειοτομής επαλείφουμε με αντιμικροβιακή αλοιφή και τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα μεταξύ τραχειοσωλήνα και δέρματος. Φροντίζουμε να αλλάζουμε την γάζα γύρω από το στόμιο γιατί υπάρχει φόβος ερεθισμού του δέρματος ή ακόμα μόλυνση και διαπύηση του τραύματος.

Αναρρόφηση μέσα από τραχειοσωλήνα με CUFF.

Όπως και στις άλλες νοσηλείες, έτσι κι εδώ πριν εκτελέσουμε την αναρρόφηση ενημερώνουμε τον ασθενή για να πετύχουμε την συνεργασία του.

Πριν αρχίσουμε την αναρρόφηση γίνεται οξυγόνωση και αερισμός του αρρώστου. Μπορεί να γίνει αναρρόφηση πριν από την οξυγόνωση σε περίπτωση που ο ασθενής μας έχει αναπνευστικό πρόβλημα με σκοπό να μην προωθηθούν οι εκκρίσεις και μάλιστα όταν αυτές είναι άφθονες.

Μετά την οξυγόνωση αναρροφούμε από την στοματοφαρυγγική κοιλότητα και απορρίπτουμε τον καθετήρα. Αυτό γίνεται για να απομακρυνθούν οι εκκρίσεις που θα μπορούσαν να εισροφηθούν κατά την διεργασία του ξεφουσκώματος του CUFF.

Στη συνέχεια γίνεται αναρρόφηση μέσα από τον τραχειοσωλήνα. Μ' αυτόν τον τρόπο απομακρύνονται εικρίσεις, που πιθανόν θα υπήρχαν πάνω από το φουσκωμένο CUFF ή γύρω από το τοίχωμα του σωλήνα και να προωθηθούν προς τα κάτω. Όταν οι αναρροφήσεις έχουν πετύχει στο σκοπό τους, συνδέουμε τον ασθενή με τον αναπνευστήρα και απομακρύνουμε τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσαμε.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Ανακεφαλαιώνοντας την έμμεση μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με τραχειοτομή βλέπουμε ότι όλα όσα έχουμε αναφέρει παραπάνω είναι σημαντικά στην μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Οι γνώσεις που πρέπει να έχουμε για κάθε νοσηλεία παίζουν σπουδαίο ρόλο στην πορεία της νόσου του ασθενή μας. Επίσης πρέπει να προσθέσουμε ότι στην μετεγχειρητική φάση του ασθενούς με τραχειοτομή γίνεται απαραίτητως πρόληψη του εμετού με αντιεμετικά για να μην πιεσθεί η απολινωμένη περιοχή του φάρυγγα. Ακόμα χορηγούνται βρογχοδιασταλτικά που βοηθούν στον αερισμό των πνευμόνων, ενώ τα βλεννολυτικά μεταβάλλουν τις ιδιότητες των βρογχικών εικρίσεων. Τα αντιβιοτικά είναι απαραίτητα για τις λοιμώξεις και για προφυλακτικούς λόγους, ενώ τα κορτικοστεροειδή, που συχνά χορηγούμε, περιορίζουν τις φλεγμονώδεις επεξεργασίες.

Απαραίτητος είναι ο έλεγχος της διούρησης και των αποβαλλόμενων υγρών, καθώς επίσης και του γαστρεντερικού σωλήνα. Επί επισχέσεως αφού παρθούν όλα τα άλλα μέσα χωρίς αποτέλεσμα τοποθετείται καθετήρας FOLLEY. Γίνεται έλεγχος επίσης και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.

Το κουδούνι τοποθετείται κοντά στον άρρωστο για να νιώθει πιο ασφαλής και για την κλήση του προσωπικού όταν είναι ανάγκη. Επίσης, η ομιλία στον άρρωστο γίνεται απ' όλους με φυσιολογικό τρόπο όπως και πριν για να μην αισθάνεται άσχημα και πρέπει οπωσδήποτε να λαμβάνεται πρόνοια να υπάρχει τρόπος για να γράφει ο άρρωστος ότι θέλει. Για τον λόγο αυτό, γίνεται προσπάθεια η ενδοφλέβια έγχυση να μην γίνεται από το χέρι που γράφει ο ασθενής μας.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο ασθενής ο οποίος υπέστη τραχειοτομή έχει απομακρυνθεί από την εξωνοσοκομειακή ζωή για άν πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να προετοιμάσουν αυτό τον ασθενή για την επιστροφή του στον αγώνα της ζωής.

Αυτή η προετοιμασία είναι μία δημιουργική διεργασία με την οποία ο ασθενής θα επιτύχει την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη σωματική, ψυχική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητά του και απόδοσή του έπειτα από την ασθένειά του.

Η διεργασία αυτή, που έχουμε χρέος να την εκτελέσουμε πλήρως σαν νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, έχει σαν σκοπό της, ο ασθενής να ξεπεράσει την αρνητική εμπειρία της ασθένειάς του και να μάθει να αντιμετωπίζει την προσωρινή ή μόνιμη αλλαγή που του συμβαίνει. Άς μην ξεχνάμε ότι η τραχειοστομία είναι μία πάθηση που φαίνεται και εύκολα καταλαβαίνει ο υπόλοιπος κόσμος βλέποντας αυτόν τον άνθρωπο που την έχει ότι έχει κάποιο πρόβλημα, με αποτέλεσμα ο παθών από την αρρώστια να νιώθει άσχημα,

Για τον λόγο αυτό η διεργασία μας πρέπει να περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοεξυπηρέτηση, την καλή εμφάνιση του ασθενούς, την προφύλαξη του από τους διαφόρους κινδύνους και την εκπαίδευση για την χρησιμοποίηση του προφορικού λόγου. Ο στόχος μας στην εκπαίδευση του ασθενούς μας έγκειται στα εξής:

I. Αυτοεξυπηρέτηση

Η εκπαίδευση του ασθενή να αυτοεξυπηρετείται είναι η σπουδαιότερη του αρρώστου μας. Έχοντας εκπαιδευτεί σωστά από τον νοσηλευτή-τρια μπορεί να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις συγκεκριμένες απαιτήσεις της ζωής.

Ο ασθενής έχοντας αποκτήσει τις φυσικές του δυνάμεις αναλαμβάνει την περιποίηση του τραχειοσωλήνα. Βασικό σημείο εδώ είναι ο ασθενής μας να έχει αποδεχθεί την συγκεκριμένη αναπηρία του. Όταν ο ασθενής έχει πετύχει τις δύο παραπάνω προϋποθέσεις ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να του διδάξει τη ντεχνική της περιποίησης του τραχειοσωλήνα, δηλαδή την άσηπτο τεχνική της, έτσι ώστε να μπορεί ο ασθενής να την εκτελέσει ακίνδυνα και να τον παρακολουθήσει όταν θα εκτελεί την αλλαγή και την καθαριότητα του τραχειοσωλήνα.

Στην αρχή ο νοσηλευτής-τρια, ενημερώνει τον ασθενή για τα απαραίτητα αντικείμενα, την αφαίρεση του εσωτερικού τραχειοσωλήνα, την περιποίηση του τραύματος, την καθαριότητα και τον βρασμό του εσωτερικού τραχειοσωλήνα καθώς και τον τρόπο της επανατοποθέτησής του. Ακόμα του εξηγεί τον τρόπο της επανατοποθέτησής του. Ακόμα του εξηγεί τον τρόπο προετιμασίας και χρήσεως των αντικειμένων. Ο νοσηλευτής-τρια αφού δώσει στον ασθενή έναν καθρέπτη εκτελεί την όλη διαδικασία και του εξηγεί κάθε τι που κάνει και τον σκοπό για τον

οποίο γίνεται. Του μιλά σε γλώσσα απλή, ανάλογα και τον μορφωτικό του επίπεδο, έτσι ώστε να γίνεται κατανοητή από τον ασθενή. Άλλοι λόγοι που θα επηρεάσουν την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή-τρια και ασθενούς είναι η ηλικία του ασθενή, καθώς και το διανοητικό και κοινωνικό επίπεδό του.

Όταν ο ασθενής κατανοήσει την διαδικασία, έπειτα από αρκετές παρακολουθήσεις εκτελεί ο ίδιος την διαδικασία κάτω από την επίβλεψη όμως του νοσηλευτή-τριας. Ο νοσηλευτής-τρια τον βοηθά ή τον διορθώνει όπου χρειάζεται. Έτσι όταν φθάσει η διαδικασία σε ικανοποιητικά επίπεδα τον αφήνει και την εκτελεί μόνος του ενώ πάλι τον βοηθά όταν χρειασθεί. Επίσης τον ενημερώνει σχετικά με τα αντικείμενα που θα χρειασθεί για να αυτοπεριποιείται όταν θα βρίσκεται πια εκτός νοσοκομείου, δηλαδή στο σπίτι του, και είναι τα παρακάτω:

- Ένας τραχειοσωλήνας αποστειρωμένος
- Ένας διαστολέας αποστειρωμένος

Καλό θα ήταν η διδασκαλία να γίνει και σε κάποιο άλλο άτομο του στενού συγγενικού του κύκλου όμως για να είναι σε θέση κι αυτό όταν παραστεί ανάγκη να βοηθήσει τον ασθενή.

Το ίδιο γίνεται κι όταν το άτομο που υπέστη τραχειοτομή είναι υπερήλικας, μικρό παιδί ή μη συναισθηματικά ισορροπημένο ή διανοητικά καθυστερημένο άτομο.

Τέλος το νοσηλευτικό προσωπικό εξηγεί στον ασθενή την δυνατότητα να αντικαταστήσει μερικά νοσηλευτικά αντικείμενα, με άλλα που βρίσκονται στο σπίτι του, λαμβάνοντας υπόψη το οικονομικό επίπεδο του ασθενή.

Αφού τελειώσει όλη η διδασκαλία της αυτοπεριποιήσεως, ο ασθενής εκτελεί την εργασία αυτή την παραμονή πριν βγει από το νοσοκομείο. Η διδασκαλία της αυτοεξυπηρέτησεως γίνεται

ακόμα και σε ασθενείς με πρόσκαιρη τραχειοτομή.

II. Εμφάνιση του ασθενή

Όπως προαναφέραμε η τραχειοτομή είναι πάθηση η οποία γίνεται ορατή εύκολα από τον γύρω κόσμο. Γι' αυτό η τραχειοτομή αποτελεί μεγάλο πρόβλημα για τους περισσότερους ασθενείς στο θέμα της εμφάνισής τους. Οι ασθενείς αυτοί κυριεύονται από αισθήματα μειονεκτικότητας και αυτό συμβαίνει γιατί η προσωπική αξία του ανθρώπου πολλές φορές συνδέεται με την σωματική αριμείλεια και δύναμη. Αυτά τα δύο θεωρούνται από τους περισσότερους στην εποχή μας σαν προϋποθέσεις επιτυχίας στη ζωή ακόμα και στην συμμετοχή του ατόμου στην κοινωνική ομάδα.

Έτσι μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, τους απασχολεί η εμφάνισή τους, αυτήν που ο πολύς κόσμος θα βλέπει.

Εμείς, σαν νοσηλευτική μονάδα, μπορούμε να συστήσουμε στους μεν άνδρες ένα κολλάρο ή μία μπλούζα με λαιμό που θα τους λύσει το πρόβλημα της εμφάνισής τους και για τις δε γυναίκες μπορούμε να προτείνουμε ένα φουλάρι που ταυτόχρονα προστατεύει από την σκόνη τον τραχειοσωλήνα ή κάποιο χοντρό κολιέ για να σκεπάσει τα σημάδια του τραύματος όταν η τραχειοτομή έχει γίνει πρόσφατα.

III. Ομιλία ασθενή με τραχειοτομή

Μετά την τραχειοτομή έχουμε αλλαγή στον τρόπο ομιλίας του ασθενή ο οποίος δεν μπορεί να μιλήσει όπως μίλαγε πριν γιατί ο αέρας τώρα δεν περνά πια από τις φωνητικές χορδές έτσι ώστε να έχουμε παραγωγή της φωνής.

Πάνω σ' αυτό το μεγάλο πρόβλημα που αποκτά ο ασθενής μετά την τραχειοτομή έχουν εργασθεί και υπάρχουν ειδικοί εκπαιδευτές της ομιλίας (δυστυχώς όχι ακόμα στην Ελλάδα) και ειδικές κλινικές που βοηθούν τον ασθενή να μιλά (οισοφάγιος ομιλία). Για την εκμάθηση αυτή της ομιλίας απαιτούνται πάνω από δύο μήνες.

Για τους λόγους αυτούς ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να επικοινωνήσει μέσω του προφορικού λόγου με το περιβάλλον του. Έτσι, προτείνουμε στον ασθενή να παίρνει αναπνοή, προκειμένου όταν θέλει να μιλήσει και αμέσως μετά να κλείνει με το δάκτυλό του τον τραχειοσωλήνα και συγχρόνως να μιλάει. Αυτή η ενέργεια επαναλαμβάνεται έως ότου ολοκληρώσει αυτό που θέλει να πει. Επίσης, ο ασθενής διδάσκεται και την ομιλία με τεχνητό λάρυγγα (ειδική, ηλεκτρονική μηχανή).

IV. Προφύλαξη ασθενούς

Ο ασθενής που υπέστη τραχειοτομή πρέπει να ενημερωθεί για τους κινδύνους που επιφέρει αυτή. Ο ασθενής αυτό χρειάζεται ειδική πρόληψη. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται όταν κάνει μπάνιο. Δεν πρέπει, για κανέναν λόγο, να μπει νερό στο στόμιο της τραχείας γιατί θα ερεθιστούν οι πνεύμονες. Για το λόγο αυτό τα θαλάσσια μπάνια καθώς επίσης και τα μπάνια μέσα σε λουτήρα απαγορεύεται γιατί υπάρχει ο κίνδυνος του πνιγμού.

Ο άρρωστος μας πρέπει να ενημερωθεί για τον κίνδυνο των αναπνευστικών φλεγμονών. Δεν θα πρέπει να βρίσκεται σε χώρους κλειστούς με πολλά άτομα και καπνούς.

Ακόμα πρέπει να προστατεύεται από τα κρυολογήματα και τις λοιμώξεις.

Επίσης ο άρρωστος θα πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετώπισει και κάθε απρόβλεπτο περιστατικό το οποίο μπορεί να του στοιχίσει τη ζωή π.χ. σε κάποιο ατύχημα που παύει την χορήγηση οξυγόνου και αυτό θα πρέπει να χορηγηθεί από το τραχειοστόμιο. Γι' αυτό απαραίτητο αλλά και σωτήριο για αυτόν είναι να έχει πάντοτε τοποθετημένη στην εξωτερική τσέπη των ρούχων του μία κάρτα στην οποία θα είναι γραμμένα απλά και καθαρά τα εξής:

ΠΡΟΣΟΧΗ ΕΠΕΙΓΟΝ: Έχω λαρυγγειτομή. Αναπνέω ΜΟΝΟ από το τραχειοστόμιο. ΟΧΙ από το στόμα ή από την μύτη.

ΚΡΑΤΑΤΕ την τραχειοτομή ανοικτή.

ΧΟΡΗΓΕΙΤΕ οξυγόνο μόνο από την τραχειοτομία

ΜΗ ΡΙΧΝΕΤΕ νερό στο πρόσωπό μου

ΜΗ ΣΤΡΕΦΕΤΕ το κεφάλι μου στα πλάγια

Στο πίσω μέρος της κάρτας θα είναι σημειωμένα τα εξής:

Ονομάζομαι

Παρακαλώ ειδοποιείτε..... Στη συνέχεια να είναι γραμμένα τα στοιχεία του πλησιέστερου προσώπου που θα ήθελε να βρεθεί κοντά του:

Όνοματεπώνυμο

Διεύθυνση.....

Τηλέφωνο.....

Όμως παρ'όλα τα παραπάνω προφυλακτικά μέτρα τον κυριότερο ρόλο στην έξοδό του από το νοσοκομείο θα παίξουν η κατανόηση, η αγάπη, ο σεβασμός του νοσηλευτικού προσωπικού, της οικογένειας και γενικά της κοινωνίας η οποία είναι απαραίτητος συντελεστής στην αποκατάσταση της ψυχικής του ισορροπίας και αρμονίας χωρίς την οποία ο ασθενής μας με τα τελειότε-

ρα επιστημονικά και τεχνολογικά μέσα δεν θα μπορεί να πετύχει ούτε την αποκατάσταση της σωματικής του λειτουργικότητας.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ <<Α>> ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ

Ο κύριος Κατσής Αριστείδης του Παναγιώτη και της Έλ-
λης εισήχθη στο νοσοκομείο στις 4-4-1992 με σκοπό να του γί-
νει τραχειοτομή. Είναι παντρεμένος με τη σύζυγό του ονόμα-
τος Ρόζα και είναι 64 χρ.. Μένει στην Πάτρα (Ευβοίας 28).
Είναι επίσης συνταξιούχος του Ι.Κ.Α. και ζυγίζει 69 κιλά.

Στις εξετάσεις που του έγιναν όσον αφορά παθολογικά
δεν είχε τίποτε το ιδιαίτερο. Δεν είχε επίσης άλλες παθή-
σεις. Στον ασθενή δεν μπορούσε να γίνει σπιρομετρικός έλεγ-
χος λόγω της τραχειοστομίας. Στις εξετάσεις που του έγιναν
βρέθηκα: Rδ θώρακα -> Κ.Φ., Rδ πλάγια τραχήλου->Κ.Φ.

Πνευμολογικός έλεγχος-αέρια αίματος->εντός φυσιολογικών ορίων.
(ΡαΟ₂:88,6, ΡΗ:7,5, ΡαCO₂:34,3)

Επίσης είχε:ΗΤ:36,3%, Ερυθρά: 4.040.000, Λευκά:14.200, Πο-
λυμορφοπύρηνα:73, Λεμφοκύτταρα: 23, Μεγάλα μονοπύρηνα: 4
Τ.Κ.Ε.=92, ΡΤ:13,8, ΡΤΤ:43,4, ΑΜΤ:16.900.

Ουρία: 50, σάκχαρο: 96, Κ=4, Να=141, GΟΤ:28, ΗΚΓ:Κ.Φ.
GΡΤ:23, ALP:4,3 γ-GT:9

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
4-4-92	Νηστεία για εργαστηριακές εξετάσεις.	Να γίνει ενημέρωση για τις εργαστηριακές εξετάσεις.	Ενημέρωση να είναι νηστικός ο ασθενής.	Η ενημέρωση έγινε.	Ο ασθενής δέχθηκε την ενημέρωση και συνεργάσθηκε για αυτήν.
4-4-92	Γνωριμία με το προσωπικό και τους ασθενείς του θαλάμου.	Να γνωρισθεί ο ασθενής με το προσωπικό και άλλους ασθενείς του θαλάμου του ώστε να μπορέσει να γίνει οικείος με το νέο του περιβάλλον.	Γνωριμία με το προσωπικό του νοσοκομείου και τους γιατρούς που θα εκτελέσουν την επέμβαση του και τον ενθαρρύνουν έτσι ώστε να μας βοηθήσει όποτε τον χρειαστούμε. Επαφή με τους ασθενείς του θαλάμου και γνωριμία μ'αυτούς.	Η γνωριμία με το προσωπικό έγινε. Το ίδιο & με τους ασθενείς. Ο ασθενής προετοιμάστηκε για το νέο του περιβάλλον χωρίς να νιώθει μόνος και ξένος με το χώρο γύρω του.	Ο ασθενής χάρηκε που γνώρισε το προσωπικό και ιδιαίτερα το ότι το προσωπικό δεν τον βλέπει μόνο σαν ασθενή αλλά σαν φίλο που έχει ανάγκη την βοήθειά τους & την συμπαράστασή τους. Η γνωριμία με τους άλλους ασθενείς τον βοήθησε να εξοικειωθεί με το περιβάλλον του νοσοκομείου & να νιώσει άνετα μέσα σε ότομα που πάσχουν όπως και αυτός.

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
4-4-92	Ενημέρωση του ασθενή για τους χώρους του τμήματος.	Να ενημερωθεί ο ασθενής σχετικά με τους χώρους του τμήματος.	Ο ασθενής γνωρίζει τους χώρους του τμήματος.	Ο ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με τους χώρους.	Ο ασθενής χάρηκε που γνώρισε τους χώρους & τον τρόπο που λειτουργεί το τμήμα.
4-4-92	Φόβος και αγωνία κατά τη διόρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.	Εξασφάλιση υποστήριξης με κατανόηση και ευσυνειδησία & προετοιμασία του αρρώστου να δεχτεί το θεραπευτικό σχήμα. Να επισημάνουμε στον ασθενή την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της ασθένειάς του και απομάκρυνση δυσάρεστων συναισθημάτων.	Ενημέρωση του ασθενή για τον τρόπο που θα διεξαχθούν οι εξετάσεις. Προσπαθούμε να μειώσουμε το άγχος τον φόβο & τον ενθαρρύνουμε για να συνεργαστεί κατά την εκτέλεση των διαγνωστικών εξετάσεων.	Προετοιμάζουμε τον ασθενή για τις εξετάσεις: α) Rθ θώρακος, β) ΗΚΓ γ) Γενική αίματος, δ) Σάκχαρο και ουρία αίματος, ε) Έγινε προετοιμασία με μικρολαρυγγοσκόπηση για βιοψία.	Ο ασθενής παρά την αγωνία & τους φόβους του για την πορεία της αρρώστιας του σπουδαίως την αποδέχτηκε την σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων και τη φύση της θεραπείας του.

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
4-4-92	Δύσπνοια	Εξασφάλιση άνεσης και ανακούφισης από την δύσπνοια. Να περιορίσουμε τη νευρικότητα και ανησυχία του ασθενή που επιβαρύνουν την δύσπνοια πλησιάζοντας με στοργή και ενδιαφέρον. Να μειώσει τους παράγοντες του περιβάλλοντος που δημιουργούν ένταση στον ασθενή.	Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, εξασφάλιση, ήρεμου δωματίου και καλό αεριζόμενο. Υποστήριξη των προβλημάτων που τον απασχολούν.	Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση έτσι ώστε να ελευθερώνεται η αναπνευστική οδό και χορηγούμε οξυγόνο, αν χρειαστεί. Ο νοσηλευτής-τρια προσπαθεί να τον καθησυχάσει & τον συμβουλεύει να αποφεύγει την ομιλία για μείωση της αναπνευστικής δυσχέρειας.	Η δύσπνοια αποκαταστάθηκε όταν ο νοσηλευτής-τρια, κατάφερε να μειώσει τα έντονα συμπτώσματα που απασχολούσαν τον ασθενή.

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
4-4-92	Βράγχος φωνής και φόβος απώλειας αυτής.	Να μειώσουμε τον φόβο του ασθενή για τυχόν απώλεια της φωνής λόγω βράγχους με κατανόηση και ψυχική τόνωση.	Ενημέρωση του ασθενή ότι το βράγχος της φωνής του μπορεί να παραμείνει & μετά την επέμβαση χωρίς όμως να υπάρχει απόλυτος φόβος απώλειας της φωνής του.	Λόγω του φόβου του ασθενή για αφαίρεση της επικοινωνίας του (μέσο ομιλίας) με τους άλλους ο νοσηλευτής-τρια θεωρεί αναγκαίο να επικοινωνηθεί τον ασθενή μας, άτομο με τραχειοτομή που την έχει αποδεχτεί και ζει φυσιολογικά μ' αυτήν.	Παρά την ενημέρωση του ασθενή για την εξέλιξη της φωνής του μετά την εγχείρηση ο φόβος για την απώλεια της φωνής του ήταν φανερός γιατί οι περισσότερες ερωτήσεις του σχετίζονταν με την μετεγχειρητική πορεία της φωνής του.
4-4-92	Πόνος.	Ανακούφιση από τον πόνο και προσφορά βοήθειας με τον νοσηλευτή-τρια στον ασθενή.	Χορήγηση αναλγητικών για την μείωση του πόνου και ανακούφιση των προβλημάτων που τον απασχολούν. Μειώ-	Χορήση 1 AMP APOTEL και πλησιάζουμε τον άρρωστο με στοργή και ενδιαφέ-	Εκτός από την πλήρη χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων που έδωσε ο νοσηλευτής-τρια

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.:	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
	Επιδεικνύεται ο πόνος	Αντιμετώπιση όχι μόνο του σωματικού πόνου με φαρμακευτική αγωγή, αλλά, και του ψυχικού με συγκινησιακή υποστήριξη.	Νοσηλεύουμε τους παράγοντες του περιβάλλοντος που επιδεινώνουν την κατάσταση του αρρώστου.	Εφαρμόζουμε τον και διευρύνουμε αν, εκτός από τον φυσικό πόνο υπάρχουν & άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιδείνωση του πόνου όπως συναισθηματικοί, κοινωνικοί κ.αλ..	στον άρρωστο είχε θετικά αποτελέσματα λόγω της διπλής προσφοράς του να πλησιάσει τον άρρωστο διακριτικά να μπορεί να εκφράσει ελεύθερα αιόμα και τα αίτια του πόνου που τον κάνουν αιόμα πιο ισχυρό.
5-4-92	Απορρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης.	Ρύθμιση γλυκόζης στο αίμα.	Κάνουμε καθημερινό έλεγχο του σακχάρου από 6/ωρο για ενημέρωση των τιμών του.	Κάθε 6 ώρες κάνουμε λήψη αίματος και TEST ούρων και εφόσον ήταν απαραίτητο για τον ασθενή χορηγούνταν κρυσταλλική ενσουλίνη και αγωγή με DAONIL TABL 1X1	Ο ασθενής ήταν ανήσυχος γιατί τον απασχολούσε όχι μόνο το χειρουργείο αλλά και η απορρύθμιση, η οποία θα μπορούσε να καθυστερήσει την επέμβαση ή να δημιουργήσει περιττώματα επιπλοκές

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
5-4-92	Αγωνία για την διεξαγωγή της χειρουργικής επέμβασης.	Να ενημερωθεί ο ασθενής με ποιό τρόπο θα γίνει η χειρουργική επέμβαση και προετοιμασία αυτού, για να μειώσουμε την αγωνία του και τον φόβο του για την μετεγχειρητική εξέλιξη και ιδιαίτερα τον τρόπο επικοινωνίας με τους άλλους.	Προετοιμάζουμε τον ασθενή ψυχολογικά & τον ενημερώνουμε για ότι έχει σχέση με την τραχειοτομή και το τι είναι & επεξηγεί την αναγκαιότητά της. Τον καθησυχάζουμε ότι η επικοινωνία του στην αρχή θα γίνεται γραπτώς και σταδιακά	Κι εδώ η ψυχολογική ενίσχυση από τον νοσηλευτή-τρια, ήταν απαραίτητη γιατί ο ασθενής ένιωθε ανασφάλεια για την πορεία της ασθενείας του. Ο νοσηλευτής-τρια αναφέρει κάθε ενέργεια που απαιτείται προεγχειρητικά όπως: I) Εγχειρητικό πεδίο, καθαριότητα & απολύμανση στο σημείο τομής. II) Απαραίτητος υποκιλισμός &	Η αγωνία και ο φόβος του αρρώστου μειώθηκαν μετά την ενημέρωσή του από τον νοσηλευτή-τρια καθώς από την εξασφάλιση ρύθμισης του σακχάρου. Όμως δεν παύει να τον απασχολεί η αποκα-

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
			<p>μπορεί να αποκατασταθεί με διάφορες θεραπευτικές μεθόδους.</p>	<p>III)η σχετική διάταξή του με-αίτα.Για την δι-όρθωση τυχόν ανι-σοζυγίων έγινε έ-λεγχος υγρών και ηλεκτρολυτικών με-τρησης από τον νοσηλευτή-τρια ήταν αναγκαία για ηθική τόνωση και ού-ελευθερία έκφρα-σης των συναισθη-τριών τους. Έτσι την προετοιμασία του δωματίου το-ρα οδηγήθηκε στο χειρουργείο χωρίς ιδιαίτερα προβλή-ματα. & καθρέπτη για να μπορεί να επικοινωνεί καθώς & δο-χείο με αντισηπτι-κή διάλυση,φυσιο-</p>	

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
5-4-92	Απαλλαγή από τον φόβο της νάρκωσης, όσον αφορά τον τρόπο καθώς και τη διάρκειά της, αλλά και της επέμβασης, τον χρόνο αυτής, την μεταφορά του στο χειρουργείο, την ανάνηψή του και την επαναφορά του στις φυσιολογικές συνθήκες.	Μέχρι αύριο ο ασθενής να μην εκδηλώσει ανησυχία και φόβο που μπορούν να αποβούν μοιραία για την κατάστασή του.	Συζήτηση με τον ασθενή. Απαντήσεις στις ερωτήσεις του. Επαφή με άλλους χειρουργημένους.	λογικό ορό, καθετήρες αναρρόφησης, κουτί αποστειρωμένο με γάζες τραχειοσωλήνες & φακάρδα για την περιποίηση της τραχειοτομής με τεγχειρητικά. Επίσης τοποθετούμε συσκευή αναρρόφησης με αντισηπτική διάλυση.	Η συζήτηση απέδωσε θετικά και ο ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με την πορεία της επέμβασής του. Η συζήτηση με το προσωπικό και η επαφή με άλλους χειρουργημένους, απάλλαξαν τον ασθενή από τον φόβο και το άγχος της επέμβασης & τον ενίσχυσαν αρκετά.

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Στόχος νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
5-4-92	Ανάγκη διδασκαλίας του ασθενή για τον τρόπο αναπνοής του μετά την επέμβαση καθώς και την ανάγκη του για να βήξει. Απαραίτητη διδασκαλία για την αποφυγή εισρόφησης και ασφυξίας.	Να γίνει ενημέρωση για το πως θα βήξει και θα αναπνέει ο ασθενής μετά το χειρουργείο για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.	Εξάσκηση του ασθενή στις αναπνευστικές κινήσεις. Επίσκεψη του αναισθησιολόγου. Εξήγηση της επίδρασης του ναρκοτικού στο αναπνευστικό σύστημα και επισήμανση της ανάγκης για άσκηση αυτού.	Ο αναισθησιολόγος επισκέφθηκε τον ασθενή. Έγινε εξάσκηση των αναπνευστικών κινήσεων και τονίστηκε η ανάγκη διεκπεραίωσής τους για την ακίνδυνη μετεγχειρητική του πορεία.	Ο αναισθησιολόγος επισκέφθηκε τον ασθενή και τον ενημέρωσε σχετικά με την νάρκωση. Η διδασκαλία βοήθησε τον ασθενή αρκετά. Επανέλαβε τις ασκήσεις με την βοήθειά μας, και μετά μόνος του, παρουσία εμάς όμως.
6-4-92	Ο ασθενής δείχνει γενική ανησυχία.	Να αισθάνεται άνετα & αναπαυτικά ο ασθενής. Να αλλάζει συνεχώς θέσεις όταν ξυπνήσει για την σωστή εξέλιξη της ανάρρωσής του. Οι παροχетеύσεις πρέπει να είναι συνδεδεμένες σωστά στη θέση τους.	Ενημέρωση του ασθενή για αλλαγή θέσεως. Θέση ανάρροπη με κλίση 30°. Να υπάρχει ένα μαξιλάρι. Έλεγχος παροχетеύσεων & ενημέρωση του ασθενή για την διατήρησή τους & την αναγκαιότητά τους.	Πραγματοποιήθηκε η ενημέρωση. Ο ασθενής μπήκε σε ανάρροπη θέση με κλίση 30°. Έγινε ο έλεγχος των παροχетеύσεων.	Η θέση αυτή είναι άνετη για τον ασθενή όλο το 24ωρο. Γίνονται συχνές αλλαγές θέσεως με τη βοήθεια τη δικιά μας. Οι παροχетеύσεις ήταν στη θέση του & σε λειτουργία.

1102

Νοσηλευτική Διεργασία
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
6-4-92	Δυσχέρεια στην αναπνοή.	Διατήρηση υγρασίας στο θάλαμο με υγραντήρα & διατήρηση θερμοκρασίας και ατμόσφαιρας καθαρής καθώς επίσης και αποφυγή ρευμάτων για να απορύγουμε τις	Θερμοκρασία θαλάμου στους 25-27°C. Ατμόσφαιρα χωρίς σκόνης. Τοποθέτηση και συχνή αλλαγή γάζας υγρής στο στόμιο του τραχειοσωλήνα.	Η θερμοκρασία διατηρείται στους 25-27°C. Έχει γίνει υγρό καθάρισμα του δωματίου. Έχει τοποθετηθεί υγρή γάζα στον τραχειοσωλήνα και αλλάζεται συχνά.	Ο εισπνεόμενος αέρας έχει υγραθεί και δεν υπάρχει σκόνη καθώς και ρεύματα αέρος στον θάλαμο του ασθενή μας.
6-4-92	Απώλεια φωνής	Να ενημερώσουμε τον ασθενή ότι η απώλεια της φωνής του με κατάλληλη θεραπεία μπορεί να επανέλθει. Να προετοιμάσουμε την οικογένεια του, να δεχτεί την αναπηρία του & να τον αποδεχτούν.	Να εξηγήσουμε τον τρόπο επικοινωνίας με τους οικείους του. Να τον ενισχύσουμε ψυχολογικά, έτσι ώστε να μπορέσει να αποκτήσει αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας & αισιοδοξίας.	Η χρήση σημειωματαρίου για επικοινωνία είναι το πρώτο βήμα. Υποστηρίζουμε τον άρρωστο κατά την μεταβατική του περίοδο. Αναφέρουμε στον ασθενή και την οικογένειά του, τρόπους με τους οποίους σταδια-	Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή χωρίς επιπλοκές βοήθησε στη γρήγορη ανάρρωση και ικανότητα να επικοινωνεί με το περιβάλλον του μέσω σημειωματαρίου και την αποδοχή αποκατάστασης της ομιλίας του.

Νοσηλευτική Διεργασία
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
				<p>κά ο άρρωστος θα μπορέσει να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του, μέσω του προφορικού λόγου. Οι τρόποι αυτοί είναι: I) λέμε στον ασθενή να πάρει αναπνοή αμέσως μετά να κλείσει τον τραχειοσωλήνα με το δάκτυλό του και να μιλήσει συγχρόνως. II) διδάσκεται τον τρόπο φυσιολογικής ομιλίας καθώς και την ομιλία με τον τεχνητό λάρυγγα (ειδική ηλεκτρονική μηχανή).</p>	

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
6-4-92	Πόνος	Μείωση του πόνου που προέρχεται από το σημείο της λαρυγγειτομής.	Χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών για την πρόληψη αμειψων και μακροχρόνιων επιπλοκών.	Χορηγούμε 1 AMP APOTEL για τον πόνο και αντιβίωση ενδοφλεβίως με: CLAFORAN 1X3 FLAZIL 1X3 CARAMIYCIN 1X3 για μία εβδομάδα.	Ο πόνος του ασθενούς είχε επιδείνωση λόγω της ανησυχίας και ανασφάλειας που ένιωθε με την νέα αναπνευστική οδό, αλλά με την αγωγή που του δόθηκε και τη φροντίδα μας ανακουφίστηκε & ένιωθε περισσότερο ασφάλεια.
7-4-92	Διατήρηση καθαρού εσωτερικού τραχειοσωλήνα και περιποίηση τραχειοτομής.	Να απομακρυνθούν οι ενκρίσεις από τον εσωτερικό τραχειοσωλήνα και να διατηρείται η τραχειοτομή και η γύρω περιοχή καθαρή για την αποφυγή επιμόλυνσής της.	Αλλαγή εσωτερικού τραχειοσωλήνα και αναρρόφηση. Αλλαγή γάζας γύρω από το στόμιο του τραχειοσωλήνα & περιποίηση του γύρω δέρματος.	Η αλλαγή του εσωτερικού τραχειοσωλήνα έγινε ακόμα ενσταλλάξεις φυσικού ορού στην τραχεία για να μαλακώσουν οι	Ο ασθενής νιώθει άνετα μετά την αλλαγή του τραχειοσωλήνα και την απαλλαγή των ενκρίσεων που του δυσκόλευαν την αναπνοή.

Νοσηλευτική Διεργασία
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
7-4-92	Δυσκολία σίτισης	Να μειωθεί η δυσκολία του αρρώστου μας στην κατάποση και περιποίηση στοματικής κοιλότητας.	Εξηγούμε στον άρρωστο ότι η χρήση του LEVIN είναι απαραίτητη για 8 μέρες τουλάχιστον. Χρήση αντισηπτικού στόματος για την περιποίηση.	Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι η λήψη τροφής `τις πρώτες μέρες θα γίνεται μέσω LEVIN. Χρησιμοποιούμε στον άρρωστο την τροφή του, η οποία είναι σε υγρή μορφή (τσάι-γάλα) και την 4η μετεγχειρητική μέρα αραιά πολτοποιημένη & προσδευτικά πολτοποιημένη τροφή.	Εγκρίσεις και αλλαγή της γάζας στο στόμιο του τραχειοσωλήνα. Λόγω της ενημέρωσής του ασθενή για την αναμενόμενη δυσκολία στην κατάποση, δεν ανησύχησε πολύ & δέχτηκε το διατολόγιό μέσω του LEVIN. Ο ασθενής ανακουφίστηκε με την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
8-4-92	Ταχυσφυγμία και υγρές αναπνοές.	Ρύθμιση σφυγμών και αναπνοών.	Αναρροφήσεις συχνές & παρακολούθηση του ασθενή. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων.	Έγινε περιποίηση της στοτικής κοιλότητας. Μείναμε δίπλα στον ασθενή, παρακολουθώντας τον και κάνοντας αναρροφήσεις όποτε χρειαζόταν.	Το αποτέλεσμα των αναρροφήσεων ήταν ικανοποιητικό. Ο ασθενής απαλάχτηκε από τις εκκρίσεις η αναπνοή του έγινε ρυθμική και έτσι κατάφερε να ηρεμήσει.
9-4-92	Ο ασθενής έχει ανάγκη από αλλαγή τραχειοσωλήνα,	Να διατηρηθεί η τραχειοτομή καθαρή χωρίς εκκρίσεις για την αποφυγή εισρόφησης και πνιγμού του ασθενή.	Αλλαγή του τραχειοσωλήνα. Αναρρόφηση από την αναρροφητική αντλία με ελάχιστες εκκρίσεις. Περιποίηση περιοχής τραύματος.	Έγινε η αλλαγή του τραχειοσωλήνα. Κατά την αλλαγή ο άρρωστος παρουσίασε δύσπνοια & του ετέθη νεφελοποιός.	Ο ασθενής είναι εντάξει με την τοποθέτηση νεφελοποιού. Η αναπνοή του έχει αποκατασταθεί & είναι ήσυχος.

Νοσηλευτική Διεργασία
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπι- στώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
9-4-92	Αποικατάσταση του ασθενή.	Ο ασθενής πρέπει να προετοιμασθεί κατάλληλα για να επιστρέψει στο περιβάλλον του.	Διδασκαλία του ασθενή για αλλαγή τραχειοσωλήνα. Γνώση αυτού για τις οδηγίες του γιατρού. Ενημέρωση για τον τρόπο ομιλίας του, την εμφάνιση του (κάλυψη της τομής με κάποιο κολλάρο, μαντήλι κ.α.) συμβουλές για να προφυλάσσεται στο μπάνιο, αποφυγή χώρων με πολλά άτομα και καπνούς. Ακόμα να προφυλάσσεται από κρουολογήματα τα οποία μπορεί να αποβούν μοιραία.	Ενημέρωση του ασθενή για την καλύτερη αποικατάστασή του ότι αφορά την αυτοπεριποίησή του, αποικατάσταση ομιλίας εμφάνιση, προφύλαξη. Διδασκαλία περιποίησης στομίου. Συνιστάμε στον ασθενή το συχνό πλύσιμο των χεριών του πριν αιουμπήσει το στόμιο, να βρέχει τη γάζα με ζεστό νερό, να κάνει επάλειψη με βαζελίνη στο περιτομιακό δέρμα.	Ο ασθενής μας ευχαρίστησε για την συζήτηση & δέχθηκε πρόθυμα να συνεργαστεί για την αλλαγή του τραχειοσωλήνα. Η συζήτηση για την επάνοδό του στο περιβάλλον του. Τον ευχαρίστησε & τον καθησύχασε από το άγχος και την αγωνία σχετικά με την εμφάνισή του και την ομιλία του κάτω από

Νοσηλευτική Διεργασία
Προέχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
10-4-92	Μείωση των εκκρίσεων του βλεννογόνου.	Να γίνονται συχνές αναρροφήσεις.	Αναρροφήσεις με αναρροφητική αντλία.	Γνώση των απαραίτητων αντικειμένων για την αφαίρεση & τον καθαρισμό του τραχειοσωλήνα. Επίσης του συστήνουμε την αποφυγή καπνίσματος & αλκοόλ. Έγιναν οι αναρροφήσεις στον ασθενή και ενστάλλαξη φυσιολογικού ροού.	τα βλέμματα της κοινής γνώμης αλλά και για τις προφυλάξεις που απαιτεί η κατάσταση του. Μειώθηκαν εκκρίσεις του ασθενή και η αναπνοή του έγινε ρυθμική.

Έξοδος ασθενούς από το νοσοκομείο

Στις 11-4-1992 δόθηκε εξιτήριο στον ασθενή μας. Ο ασθενής φαινόταν ευχαριστημένος που ξαναγυρίζει στο περιβάλλον του και στην καθημερινή του ζωή. Του δόθηκε σημείωμα για να επισκεφθεί ξανά τον θεράποντα ιατρό του μετά από 15 ημέρες περίπου για να επανεξετάσει την κατάστασή του. Επίσης του δόθηκαν σημειώσεις για την περιποίηση της τραχειοτομής του.

Ο ασθενής μαζί με τους δύο συγγενείς που ήταν μαζί του, μας ευχαρίστησε για όλες τις υπηρεσίες που του προσφέραμε και δεσμεύτηκε ότι θα μας επισκεφτεί ξανά όταν θα έρθει να δει τον γιατρό του μετά από 15 ημέρες περίπου.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ <> ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ

Ο κύριος Αριδίας Βασίλειος, 63 χρονών, κάτοικος Πάτρας, (Κανάρη 66-70) του Ευαγγέλου και της Μαρίας εισήχθη στο νοσοκομείο στις 26-4-1992 με σκοπό να του γίνει τραχειοστομία. Είναι συνταξιούχος του Ι.Κ.Α.. Ζυγίζει 72 κιλά. Παθολογικά δεν είχε κανένα πρόβλημα και δεν έπασχε από άλλη πάθηση.

Του έγιναν οι εξής εξετάσεις και βρέθηκαν: Rö θώρακα-> Κ.Φ., Rö πλάγια τραχήλου->Κ.Φ.

Εργαστηριακά:αέρια αρτηριακού αίματος φυσιολογικά (ΡαΟ₂=88, ΡΗ:7,4, ΡαCO₂: 34,9). Επίσης είχε: ΗΤ:37%, Ερυθρά:4.200.000, Λευικά:14.600, Πολυμορφοπύρρηνα:80, Λεμφοκύτταρα:26, Μεγάλα μονοπύρρηνα:6, Τ.Κ.Ε.=87, ΡΤ:15, ΡΤΤ:43,6, ΑΜΤ:16.000, Ουρία:46, Σάκχαρο:90, Κ:3,7, Νο:135, GΟΤ:22, Η.Κ.Γ.->ΚΦ, GΡΤ:20, ALP:4,5 γ-GT:2.

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
26-4-92	Ο ασθενής πρέπει να γνωρισθεί με τους υπόλοιπους αρρώστους για ψυχική τόνωση.	Ο ασθενής πρέπει όχι μόνο να γνωρισθεί με τους ασθενείς αλλά και με το νοσηλευτικό προσωπικό.	Ο ασθενής έκανε μαζί μας περιήγηση στο χώρο του νοσοκομείου και ανέπτυξε νέες γνωριμίες.	Η γνωριμία έγινε τόσο με το προσωπικό όσο και με τους ασθενείς.	Η ψυχική κατάσταση του ασθενή άλλαξε προς το καλύτερο μετά τον <<αέρα>> που πήρε στους χώρους του νοσοκομείου.
26-4-92	Τον ασθενή κυριεύουν αισθήματα φόβου και ανησυχίας τόσο κατά την διαδικασία των εξετάσεων όσο και για την όλη πορεία της νόσου.	Πρέπει ο ασθενής να εξασφαλίσει εμπιστοσύνη & πίστη στον εαυτό του και σε μας. Εξήγηση σ' αυτόν της αναγκαιότητας της εγχείρησης.	Στον ασθενή δόθηκαν οι απαραίτητες συστάσεις για τις εργαστηριακές εξετάσεις (αναγκαιότητα αυτών) αλλά και για την θετική πορεία που θα έχει η υγεία του μετά την απαραίτητα εγχειρητική επέμβαση.	Ο ασθενής προετοιμάζεται για τις εξετάσεις και για την εγχείρηση γενικά έχοντας πιστέψει στον εαυτό του και στο προσωπικό του νοσοκομείου.	Ο ασθενής συνεργάστηκε πλήρως στις εξετάσεις και φαίνεται σίγουρος πιο πολύ τώρα για την εγχειρητική επέμβαση.

Νοσηλευτική Διεργασία
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
26-4-92	Ανάγκη ενημέρωσης του ασθενή για τον προγραμματισμό της εγχείρησης.	Πρέπει ο ασθενής να ενημερωθεί πρόωρα για την σωματική & ψυχική προετοιμασία του.	Πληροφόρηση αυτού αλλά & των συγγενών του για το χειρουργείο.	Έγινε η ενημέρωση.	Ο ασθενής δέχθηκε ήρεμα την αναγγελία της εγχείρησης.
26-4-92	Ανάγκη διδασκαλίας του ασθενή για την προεγχειρητική & μετεγχειρητική συμμετοχή του στην επέμβαση.	Πρέπει ο ασθενής να ενημερωθεί για το πως θα βήχει και θα επικοινωνωθεί με το περιβάλλον. Επίσης την δίαιτα του προεγχειρητικού ασθενή.	Επίδειξη τεχνικής αναπνευστικών ασκήσεων και τον τρόπο επικοινωνίας. Επίσκεψη του αναλυσθιολόγου.	Έγινε η διδασκαλία του ασθενή.	Ο ασθενής κατάλαβε τις τεχνικές που του δείξαμε και ο αναλυσθιολόγος τον ενημέρωσε σχετικά με την νάρκωση.
26-4-92	Ανάγκη κένωσης εντέρου.	Πρέπει να γίνει κένωση εντέρου γύρω στις 8.μ.μ. και το πρωί στις 6 π.μ. να γίνει ο 2ος υποκλεισμός.	Κένωση εντέρου και λήψη ελαφρού βραδυνού(σούπα) Δεύτερη κένωση εντέρου.	Έγινε η κένωση του εντέρου.	Οι κενώσεις ήταν ικανοποιητικές & ο ασθενής μπορεί να μπει στο χειρουργείο.

Νοσηλευτική Διεργασία

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
27-4-92	Ανάγκη ηθικής τόνωσης του ασθενή για την εγχείρηση.	Εξασφάλιση μεγάλης ηθικής τόνωσης για να έχουμε καλύτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα.	Ενημέρωση για την σιγουριά της εγχείρησης και τα πολλά θετικά αποτελέσματα αυτής.	Έγινε η ενημέρωση.	Ο ασθενής είναι και ψυχικά έτοιμος για την εγχείρηση. Η ηθική τόνωση δεν χρειάστηκε και πολύ γιατί ο ασθενής είχε από πριν.
28-4-92	Ο ασθενής αισθάνεται δυσκολία στην αναπνοή.	Ο ασθενής πρέπει να αναπνέει υγροποιημένο οξυγόνο.	Τοποθέτηση υγρής γάζας στην τομή και συγχνή αλλαγή αυτής.	Έγινε η τοποθέτηση της γάζας για την υγραποίηση του αέρα.	Ο εισπνεόμενος αέρας υγροποιείται κανονικά.
	Δύσπνοια και υπερέκκριση υγρών.	Διακοπή υπερέκκρισης και εξασφάλιση άνετης αναπνοής.	Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι και περιβάλλον ήρεμο. Απαραίτητες και συχνές αναρροφήσεις και επίγρυνση των εκκρίσεων καθώς και χορήγηση οξυγόνου.	Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση για την ελευθερία των αναπνευστικών οδών για την ανακούφιση της δύσπνοιας και μείωση του οιδήματος	Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή εξελίχθηκε ομαλά, με τις συχνές αναρροφήσεις και την παρουσία του νοσηλευτή-τριας τις πρώτες ώρες μετά

Νοσηλευτική Διεργασία
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
				<p>που δημιουργήθηκε κατά την εγχείρηση. Κάνουμε συχνό έλεγχο των ζωτικών σημείων & συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα κάθε 10-15' της ώρας, τις πρώτες ώρες. Ο χρόνος διάρκειας κάθε αναρρόφησης πρέπει να είναι μικρός (περίπου όσο και η αναπνοή μας). Για την επίγνωση των ειρρίσεων η ενστάλλαξη μερικών σταγόνων φυσιολογικού ορού μέσα στον τραχειο-</p>	<p>την επέμβαση. Δεχόνταν κάθε φροντίδα και δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώνουμε για Ν.Φ.)	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
				<p>σωλήνα βοηθεί στην αραίωση των βλεννών & καλύτερη αναρρόφησή τους & ερεθίζοντας το βλεννογόνο της τραχείας προκαλεί βήχα με συνέπεια να ελευθερώνονται οι βρόγχοι & οι κυψελίδες από τις εκκρίσεις.</p>	
	Δυσκολία αναπνοής.	<p>Να γίνει απομάκρυνση των εκκρίσεων από τον εσωτερικό τραχειοσωλήνα για την αποφυγή εισρόφησής τους.</p>	<p>Αλλαγή εσωτερικού τραχειοσωλήνα κάθε 1-2 ώρες & συχνές αναρροφήσεις.</p>	<p>Τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες γίνεται αλλαγή κάθε 2 ώρες.</p>	<p>Ο ασθενής δεν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα ή κάποια επιπλοκή. Ήταν ήσυχος & συμβιβάστηκε σε κάθε αναρρόφηση που του έγινε,</p>

Νοσηλευτική Διεργασία
Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ημερομηνία	Νοσηλευτικό πρόβλημα (ανάγκες που διαπιστώ- νουμε για Ν.Φ.):	Σκοπός (νοσηλευτικής μέ- φροντίδας.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
29-4-92	Ανάγκη αλλαγής τραχειο- σωλήνα.	Πρέπει η περιοχή να δια- τηρείται καθαρή.	Η αλλαγή γίνεται από τον ασθενή υπό την επίβλεψή μας.	Η αλλαγή έγινε από τον ασθενή σχετικά εύκολα.	κατανοώντας την ανάγκη της για την καλύτερη εν- πάνοδό του. Ο ασθενής ευχα- ριστήθηκε από την επιτυχημένη αλ- λαγή που έκανε και νιώθει πιο σίγουρος για την συνέχεια.

Έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο

Στον ασθενή δόθηκε εξιτήριο στις 1-5-1992, Ο ασθενής κατά την έξοδό του φαινόταν λίγο σκεπτικός με την τραχειοστομία του αλλά ήταν σίγουρος ότι θα μπορέσει να ξεπεράσει την σχετική αυτή αναπηρία του. Του δόθηκε επίσης ένα σημείωμα για επανεξέταση της τραχειοστομίας του από τον γιατρό που τον χειρούργησε για μετά από δύο εβδομάδες. Ο ασθενής μας ευχαρίστησε και απομακρύνθηκε μαζί με τους συγγενείς του από το νοσοκομείο.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος, γενικά, είναι μία πάθηση που καθημερινά εισβάλλει όλο και περισσότερο στη ζωή μας. Η καλύτερη αντιμετώπισή του είναι η πρόληψη και η γρήγορη εντόπισή του.

Στην εργασία μου <<Καρκίνος του λάρυγγα-Τραχειοτομή>> προσπάθησα να τονίσω την ιδιαιτερότητα της κατάστασης αυτής και την συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία είναι αναντικατάστατη.

Εκτός από την τεχνική και την θεωρητική κατάρτιση που πρέπει να διακρίνει έναν νοσηλευτή, ο οποίος δεν είναι ένας απλός υπάλληλος αλλά εκτελεί κάποιο λειτούργημα, απαραίτητα χαρίσματα αλλά και προσόντα είναι η ψυχική καλλιέργεια, η αγάπη για τον συνάνθρωπο του σε όποια φάση της ζωής του και αν βρίσκεται, η κατανόηση, η λεπτότητα, η ανάπτυξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων, η διορατικότητα, η ευχάριστη και φιλική διάθεση κ.αλ..

Στόχος μου ήταν να δείξω την τεράστια συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα, αλλά και να ευαισθητοποιήσω όλους τους άλλους για την πρόληψη αυτού του καρκίνου, οι οποίοι θέλοντας ή μη αγνοούν τα ερεθίσματα που καθημερινά συναντούν γύρω τους.

Επίσης με αυτή την εργασία θέλω να μεταδώσω σε όλους τους ανθρώπους τους προδιαθεσικούς παράγοντες που προκαλούν καρκίνο του λάρυγγα (σε οποιαδήποτε μορφή). Οι προδιαθεσικοί αυτοί παράγοντες είναι κατά κύριο λόγο το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Πρέπει οι δύο αυτές συνήθειες, οι οποίες είναι καταστρεπτικές στην υγεία του ανθρώπου, να κοπούν

ή αν αυτό είναι δύσκολο να ελαττωθούν σε μεγάλο βαθμό. Πρέπει τελικά όλοι μας να προσπαθήσουμε να μεταδώσουμε τα αποτελέσματα που έχουν το κάπνισμα και το ποτό όχι μόνο στην συγκεκριμένη περίπτωση του καρκίνου του λάρυγγα αλλά και σε πολλές άλλες ασθένειες οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για τον άνθρωπο.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΛΕΒΙΖΑΤΟΣ Κ.Ν.-ΜΠΕΝΑΡΔΗΣ: Εγχειρίδιο Χειρουργικής-Παθολογίας
τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Γρηγόριος Παρσιάνος, Αθήνα 1984.
- ΑΛΕΒΙΖΑΤΟΣ-ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ Ρ.: Επίτομος-Στοιχεία Φυσιολογίας, Έκδοση
1η, Εκδόσεις: Γρηγόριος Παρσιάνος, Αθήνα 1984.
- ΒΑΣΩΝΗ Β.: <<Επίτομη Χειρουργική και Ορθοπαιδική>>, Έκδοση 4η,
Αθήνα 1985, σελ.95.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: <<Νοσηλευτική Γενική Παθολο-
γική Χειρουργική>>, Τόμος Α', Έκδοση 9η, Εκδόσεις: Ιεραπο-
στολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα
1986.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: <<Νοσηλευτική Γενική Παθολο-
γική Χειρουργική>>, Τόμος Β', Μέρος 2ο, Έκδοση 9η, Εκδό-
σεις: Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>
Αθήνα 1987.
- ΜΑΝΩΛΙΔΗΣ Α.Σ.: <<Επίτομη Ωτορινολαρυγγολογίας>>, <<Παθήσεις
ώτων-ρινός-λάρυγγος-κεφαλής και τραχήλου>>, Έκδοση 9η
Εκδόσεις: Σακκουλά, Θεσσαλονίκη 1983.
- ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΥ ΕΠ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ: <<Ωτορινολαρυγγολογία>> Έκδοση Γ'
Ιατρικές Εκδόσεις: <<ΒΗΤΑ>> Αθήνα 1983.
- ΣΑΧΙΝΗ Α.-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ.: <<Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική>> Τόμος 3ος, Εκδόσεις <<ΒΗΤΑ>> Αθήνα 1985.
- ΣΑΧΙΝΗ Α.-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ.: <<Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική>> Τόμος 2ος, Μέρος Α', Εκδόσεις <<ΒΗΤΑ>>
Αθήνα 1985.
- ΧΕΛΙΔΟΝΗ Σ.ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ: <<Εγχειρίδιο Ωτορινολαρυγγολογίας>>
Ιατρικές εκδόσεις: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα 1985.

HARRISON: << Εσωτερική Παθολογία >> Τόμος Β', Έκδοση 10η, Επι-
στημονικές εκδόσεις: Γρηγόριος Κ. Παρσιάνος, Αθήνα 1987.

BOCKMUEHL F.H.J.-HEVOLT: UBER DIE PROSENTUALE

VERTEILWHG DER TUMMORLOKELISETIONEN IN BEREICH DER
HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE HNO 14, (1966) 243-244.

HARRISON: << Εσωτερική παθολογία >>, Τόμος Β', Έκδοση 10η, Ε-
πιστημονικές Εκδόσεις: Γρηγόριος Κ. Παρσιάνος, Αθήν 1987.

RINGERTS N.: CANCER INCIOLENCE IN FINLAE, NORWAY AND SWEDEN
ACTA PATHMICROBIOL, SCEND, SUPPEL 224 (1971).

