

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: <<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Cα ΛΑΡΥΓΓΑ>>

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Κος ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ANNA

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 1993



ΑΡΙΘΜΟΣ	777 B
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΜΕΡΟΣ Α'	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι'</u>	
Α. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	4
Β. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	5
Γ. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	10
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	12
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	13
ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	14
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ</u>	
Α. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	17
1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ	17
2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	20
3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	21
4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21
Β. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	22
6. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	22
Β. ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ (ΜΕΘΟΔΟΙ)	23
Γ. ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ	25
Δ. ΒΙΟΨΙΑ	26
Ε. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ Cα ΛΑΡΥΓΓΑ	27
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ</u>	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	29
ΕΙΔΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΓΙΑ ΛΑΡΥΓΓΙΚΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ	31
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	38
ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΟΣ	38

	Σελίδα
ΦΩΝΗΝΗ ΜΕΤΑ ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ	39
ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΑΓΩΓΗ (ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ-ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ)	40
ΜΕΡΟΣ Β'	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV</u>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	42
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	43
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V</u>	
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	50
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ	53
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI</u>	
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΘΑ ΖΗΣΕΙ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ	54
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	54
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	58
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	60
ΙΣΤΟΡΙΚΟ I	60
ΙΣΤΟΡΙΚΟ II	64
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	69

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

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

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

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

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

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

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

Στόχος επίσης στην περίπτωση του καρκίνου του λάρυγγα, όπου είναι δυνατή η απώλεια της φωνής ή κάποιας μετάστασης, θα πρέπει να ευαισθητοποιηθεί όλη η ομάδα υγείας και ιδιαί-

τερα οι νοσηλευτές γιατί αυτοί είναι που θα δώσουν μέσα από τις γνώσεις και την αγάπη τους το φως της ελπίδας στον ασθενή.

Έργο του Νοσηλευτή επίσης θα πρέπει να είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η διδασκαλία του ασθενή για αποφυγή κατάρτησης (κάπνισμα-αλκοολισμός). Παράλληλα ο Νοσηλευτής θα βοηθήσει τον άρρωστο να επανασυνταχθεί στην κοινωνία, παρά τις απώλειες που μπορεί να υποστεί κατά την θεραπεία.

Ο καρκίνος αποτελεί πρόκληση για την Νοσηλευτική. Είναι ευκαιρία γι' αυτήν να αποδείξει την αξία της στην τόσο πολύπλοκη θεραπεία και φροντίδα του καρκινοπαθούς. Γιατί η Νοσηλευτική είναι φροντίδα. Φροντίδα υψηλή και αμερόληπτη.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου απαιτεί από τους νοσηλευτές:

- \* Σοφία και γνώση
- \* Ευαίσθητη και πολιτισμένη φροντίδα
- \* Τόλμη και ηρωϊσμό

Σήμερα έσωσα μία ζωή  
Παρηγήρησα μία οικογένεια ερειπωμένη  
από την αρρώστια  
Ανακούφισα ένα φοβισμένο και πονεμένο παιδί  
Χαϊδέψα το ευαίσθητο <<εύθραυστο>> χέρι  
μιάς 70χρονης χημειοθεραπευτικής άρρωστης  
Όλα αυτά σε μία μέρα δουλειάς.  
Μιάς δουλειάς που ΑΓΑΠΩ

KATHLEEN THOMAS

Πρέπει να πιστεύουμε πως ο καρκίνος  
πολύ σύντομα θα νικηθεί οριστικά.  
Στην πάλη εναντίον του, νικητής δεν  
μπορεί να είναι παρά η ισχυρότερη δύ-  
ναμη πάνω στον πλανήτη:

Το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή.

ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ

Μ Ε Ρ Ο Σ Α'

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Α. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο αρχέγονος λάρυγγας και οι αρχέγονοι βρόγχοι και πνεύμονες σχηματίζονται την 3η εβδομάδα της ενδομητρίου ζωής από την τραχειοβρογχική αύλακα του αρχεγόνου εντέρου, εμφανίζεται κάτω από το φύμα του HISS.

Από την συνένωση των χειλέων του αύλακα αυτής δημιουργείται ένας σωλήνας ακριβώς μπροστά του οισοφάγου. Ο σωλήνας αυτός επιμηκύνεται ταχεία και διχάζεται προς τα κάτω σε δύο σωλήνες, αυτοί με την σειρά τους αποσχίζονται σε μικρότερους και έτσι σχηματίζονται: το τραχειοβρογχικό δένδρο και τα πνευμονικά λοβία. Το άνω στόμιο του σωλήνα εμφανίζεται αρχικά σαν κατακόρυφη σχισμή και αργότερα με την ανάπτυξη των αρυταινοειδών χόνδρων παίρνει σχήμα T. Πάνω από το στόμιο αυτό αναπτύσσεται η επιγλωττίδα από το φύμα του HISS. Κατά την έβδομη εβδομάδα της ενδομητρίου ζωής το στόμιο αποφράσσεται από επιθηλιακό ιστό ανοίγεται όμως νέο κατά τον τρίτο εμβρυϊκό μήνα. Σε περιπτώσεις που δεν εξαφανισθεί ο αποφράσσοντας ιστός από το στόμιο, εμφανίζονται σε διάφορες μορφές λαρυγγικές μεμβράνες.

Οι χόνδροι του λάρυγγα εμφανίζονται κατά τον 2ο εμβρυϊκό μήνα. Οι μύες του λάρυγγα προέρχονται από το μυϊκό τοίχωμα του φάρυγγα, τα δε νεύρα προέρχονται από τον τέταρτο και έκτο βρογχιακό τόξο.



## B. ANATOMIA

Ο λάρυγγας βρίσκεται μπροστά από την λαρυγγική μοίρα του φάρυγγα, κάτω από το δρομέα και την περιτονία του τραχήλου, αντιστοίχως του 4ου, 5ου και 6ου αυχενικού σπονδύλου. Στους άνδρες είναι εμφανής και σχηματίζει το χαρακτηριστικό λαρυγγικό έπαρμα. Στις γυναίκες και τα παιδιά βρίσκεται υψηλότερα κατά ένα περίπου σπόνδυλο. Η κάθετος διάμετρος του ποικίλλει αναλόγως του φύλου στους άνδρες φτάνει μέχρι 7 εκ., στις γυναίκες, τις οποίες η γλωττίδα είναι μικρότερη, μέχρι 5εκ..

Κατασκευή: Ο λάρυγγας αποτελεί κοιλότητα πολύπλοκης κατασκευής από χόνδρους, συνδέσμους, διαρθρώσεις μυών, αγγείων και νεύρων. (εικ. 1).

A-χόνδροι: οι οποίοι είναι: (εικ. 2)

1) Ο θυροειδής, ο μεγαλύτερος χόνδρος του λάρυγγα ο οποίος σχηματίζει προπέτεια, την θυροειδή εντομή (μήλο του Αδαμ). Αποτελείται από δύο πέταλα αριστερά και δεξιά της μέσης γραμμής, τα οποία ενούμενα μπροστά σχηματίζουν την θυροειδή γωνία. Σε κάθε πλάγιο και κατ'επέκταση του οπισθίου χείλους των θυροειδών πετάλων υπάρχουν δύο άνω και κάτω κέρατα. Τα άνω και μεγαλύτερα, χρησιμεύουν για την πρόσφυση των πλάγιων θυροειδών συνδέσμων. Τα κάτω εντάσσονται προς τον κρικοειδή χόνδρο.

2) Ο κρικοειδής διακτυλιόσχημος χόνδρος, ο οποίος αποτελείται από δύο μοίρες, την πρόσθια ή τόξο και την πλατυτέρα, οπίσθια ή πέταλο. Δια των αρθρικών αυτών επιφανειών συντάσσονται οι αρυταινοειδέεις χόνδροι και τα κάτω κέρατα του θυροειδούς.

3) Οι αρυταινοειδείς δύο χόνδροι, σε σχήμα τριπλεύρου πυραμίδας, βρίσκονται πίσω από τον θυροειδή διαρθρούμενοι μετά από τον κρικοειδή. Σ' αυτούς προσφύονται οι φωνητικοί μύες και σύνδεσμοι.

4) Η επιγλωττίδα, ωσειδής στο σχήμα, και πάχους 2, περίπου, χιλιοστών βρίσκεται πίσω από την ρίζα της γλώσσας και έχει δύο επιφάνειες, την γλωσσική και την λαρυγγική. Το κάτω μέρος της, ο μίσχος, προσφύεται επί της οπισθίας επιφάνειας της θυροειδούς γωνίας.

5) Οι κερατοειδείς και οι σφηνοειδείς. Οι δύο πρώτοι βρίσκονται ανά ένας πάνω σε κάθε έναν από τους αρυταινοειδείς, ενώ οι ραβδίοσχημοι σφηνοειδείς βρίσκονται μέσα στην αρυταινοεπιγλωττιδική πτυχή.

#### B-Σύνδεσμοι

Μ' αυτούς συνδέονται κατ' αρχήν ο λάρυγγας με τα παρακείμενα όργανα και κατά δεύτερον οι χόνδροι του με άλλους χόνδρους μεταξύ τους (Εικ. 2).

Στους πρώτους υπάγονται:

1) Ο κρικοτραχειακός, ο οποίος εκτείνεται μεταξύ του κάτω χείλους του κρικοειδούς και του πρώτου ημικρικού της τραχείας.

2) Ο μέσος και οι πλάγιοι υοθυροειδείς, από τους οποίους ο μέσος εκφύεται από την εντομή της θυροειδούς και καταφύεται στο σώμα του υοειδούς, οι δε πλάγιοι συνδέουν τα μείζονα κέρατα του υοειδούς με τα άνω του θυροειδούς.

3) Ο υοθυροειδής υμένας, ο οποίος κατάλαμβάνει τον μεταξύ μέσου και πλάγιων συνδέσμων, χώρο.

4) Ο επιγλωττιδικός υμένας, ο οποίος φέρεται οριζοντίως

από το σώμα του υοειδούς οστού προς την γλωσσική επιφάνεια της επιγλωττίδας μπροστά της οποίας και στον μεταξύ του υοεπιγλωττιδικού συνδέσμου και υοεπιγλωττιδικού υμένα χώρο βρίσκεται το λιπώδες στόμα του λάρυγγα.

Στους συνδέσμους της δευτέρας κατηγορίας υπάγονται:

1) Ο τετράγωνος υμένας ή αρυταινοεπιγλωττιδικός σύνδεσμος, το άνω χείλος του οποίου αντιστοιχεί στο ελεύθερο ή άνω χείλος της αρυταινοεπιγλωττιδικής πτυχής, το κάτω δε χείλος αποτελεί τον νόθον φωνητικό σύνδεσμο.

2) Ο φωνητικός, ο οποίος εκτείνεται μεταξύ θυροειδούς γωνίας και φωνητικής αποφύσεως του αρυταινοειδούς χόνδρου.

3) Ο κρικοθυροειδής, ο οποίος περνά μεταξύ κρικοειδούς και θυροειδούς χόνδρου.

Οι απφεις αυτοί σύνδεσμοι αποτελούν τις τρεις μοίρες του ελαστικού υμένα που βρίσκεται κάτω από το βλεννογόνο του λάρυγγα.

### Γ-Διαρθρώσεις

Αυτές είναι: 1) η κρικοθυροειδής με την οποία η κρικοειδής συντάσσεται με τον θυροειδή και 2) η κρικοαρυταινοειδής με την οποία ο κρικοειδής συντάσσεται με τον αρυταινοειδή.

### Δ-Μύες

Διακρίνονται σε ετερόχθονες, με τους οποίους ο λάρυγγας κινείται ως ενιαίο όργανο και σε αυτόχθονες (εικ.5) με τους οποίους οι χόνδροι του κινούνται και επιτελούν ορισμένες λειτουργίες. Αυτοί, και ιδίως οι μύες του λάρυγγα ονομαζόμενοι, διακρίνονται, τοπογραφικώς, στους προσθίους, κίψους οπισθίους και τους πλάγιους. Ο κρικοθυροειδής συνιστά τους

ανά ένα εκατέρωθεν προσθίους, ο οπίσθιος κρικαρυταινοειδής και ο εγκάρσιος και ο λοξός αρυταινοειδής συνιστούν τους οπίσθιους, ο πλάγιος κρικαρυταινοειδής και ο θυρεοαρυταινοειδής τους πλαγίους.

Με την ενέργεια του κρικοθυρεοειδούς προκαλείται η διάταση των φωνητικών συνδέσμων με την ενέργεια του οπισθίου κρικοαρυταινοειδούς ανευρύνεται η σχισμή της γλωττίδας, με την ενέργεια του εγκάρσιου και του λοξού αρυταινοειδούς συμπλησιάζουν οι αρυταινοειδείς χόνδροι, άρα στενούνται η γλωττιδική σχισμή, όπως και επί ενεργείας των πλαγίων μυών.

Ο θυρεοαρυταινοειδής διακρίνεται σε έσω και έξω. Ο έσω, με την σειρά του διακρίνεται σε κοιλιαίο και φωνητικό, περισσότερο αναπτυγμένο, με εξαίρεση τους εγγαστρίμυθους, στους οποίους και ο κοιλιαίος δεν υστερεί σε ανάπτυξη.

#### Ε-αγγεία και νεύρα

Οι αρτηρίες είναι τρεις: η άνω λαρυγγική, η κρικοθυρεοειδής και η κάτω λαρυγγική, οι δύο πρώτες εκφύονται από την άνω και η τρίτη από την κάτω θυρεοειδή. Η άνω εισέρχεται στο λάρυγγα διατρυπώντας το οπίσθιο τείχος του υοθυρεοειδούς υμένος, η κάτω χωρόντας από το οπίσθιο τοίχωμα του λάρυγγα, αναστομούιαι μαζί με την άνω.

Οι φλέβες συνοδεύουν τις αρτηρίες και εκβάλλουν στην άνω και κάτω θυρεοειδή.

Τα λεμφογάγγλια της μεν άνω υπεργλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα βρίσκονται στα εν τω βάθει τραχηλικά, της δε κάτω (υπογλωττιδικής) στα παρά την τραχεία και τον κρικοειδή χόνδρο.

Τα νεύρα, άνω και κάτω λαρυγγικό ή παλίνδρομο προερχόμενα από το συμπαθητικό στέλεχος είναι κλάδα του πνευμογα-

στρικού.

Το άνω λαρυγγικό νεύρο του κρικοθυρεοειδή μυ και την άνω μοίρα του βλεννογόνου του λάρυγγα, εισέρχεται σ' αυτόν, αφού διατρέξει τον υοθυρεοειδή υμένα.

Το κάτω λαρυγγικό νεύρο νευρεί όλους τους άλλους μύες του λάρυγγα και την κάτω μοίρα του βλεννογόνου.

#### ΣΤ-Κοιλότητα

Κλασσικό αυτής θεωρείται να προσομοιάζει με κλεψύδρα, όσον αφορά τις άνω και κάτω της γλωττιδικής σχισμής ανευρύσεις. Διακρίνουμε δύο στόμια, το λαρυγγικό, το οποίο αφορίζεται από την επιγλωττίδα, τους αρυταινοειδείς χόνδρους, την μεσοαρυταινοειδή εντομή και τις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές και το τραχειακό το οποίο συνδέεται με τον αυτό της τραχείας και τρεις μοίρες, την άνω ή πρόδρομη του λάρυγγα, στην οποία βρίσκεται η επιγλωττίδα, οι αρυταινοειδείς χόνδροι και οι έσω επιφάνειες των κοιλιαίων και αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών, την μέση, στην οποία βρίσκονται οι νόθες, οι γνήσιες φωνητικές χορδές, η μεταξύ τους μοργάνειος ή λαρυγγική κοιλία και η κάτω, συνέχεια της οποίας αποτελεί η τραχεία.

Στην γλωττίδα (εικ. 6) επίσης διακρίνουμε φωνητική ή πρόσθια και αναπνευστική ή οπίσθια μοίρα.

Η κοιλότητα επίσης επενδύεται: α) από πολύστιβο κροσσώτο επιθήλιο πλην της οπίσθιας επιφάνειας της επιγλωττίδας (εικ. 6) και των ελευθέρων χειλέων των φωνητικών πτυχών που καλύπτονται από πλακώδες πολύστιβο επιθήλιο, β) από χόριο και γ) από αδένες αφθονότερους στην λαρυγγική κοιλία.

## ΓΥΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι φυσιολογικές λειτουργίες του λάρυγγα, είναι η φωνητική και η αναπνευστική (υψίστης βιολογικής και κοινωνικής σημασίας).

Επιπλέον βοηθητικές λειτουργίες είναι:

- α) Προφύλαξη των πνευμόνων από την είσοδο υγρών και τροφών.
- β) αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσεως.

### Φωνητική λειτουργία

Το κυριότερο διαφορικό γνώρισμα του ανθρώπου από τα άλλα ζώα που δεν οφείλεται σε πολύ πολύπλοκη κατάσταση του λάρυγγα αλλά σε περισσότερο αναπτυγμένα εγκεφαλικά κέντρα.

Φωνή: Αποτελείται από φθόγγους και ψόφους. Αυτούς, οι άνθρωποι, συνδυάζοντάς τους με ορισμένα συναισθήματα και διανοήματά τους, εκφράζουνται.

Ο λάρυγγας βρίσκεται όπως είδαμε στο ανώτερο μέρος των αεραγωγών οργάνων, αμέσως κάτω από άλλες ανατομικές κοιλότητες του φάρυγγα, της ρινός, του στόματος, οι οποίες αποτελούν σύστημα αντηχείων, απαραίτητα για την διαμόρφωση του ποιού της φωνής, που παράγεται από τον εκπνεόμενο αέρα που δονεί τις φωνητικές χορδές.

Στην φωνή διακρίνουμε τόνο, ένταση και πλοόν.

Ο τόνος εξαρτάται, κυρίως από το μήκος και το πάχος των φωνητικών χορδών. Όσο μικρότερες είναι τόσο υψηλότερος είναι ο παραγόμενος ήχος γι' αυτά τα παιδιά και οι γυναίκες παράγουν υψηλότερους ήχους. Οι άνδρες παράγουν χαμηλότερους ήχους, γιατί οι φωνητικές τους χορδές είναι μακρύτερες και παχύτερες.

Η ένταση της φωνής είναι ανάλογη της δύναμης της εκφυ-

σήσεως, όσο ισχυρότερη αυτή τόσο ηχηρότερη και υψηλότερη η φωνή.

Διακρίνουμε θωρακική και κεφαλική φωνή. Βαθύτερα είναι ο ήχος της θωρακικής. Όταν ο λάρυγγας παράγει τέτοιους ήχους, οι φωνητικές χορδές συμπλησιάζουν και η γλωττίδα μικραίνει και στενεύει. Ενώ αντίθετα, κατά την κεφαλική φωνή η σχισμή της γλωττίδας ιδιαίτερα κατά το μπροστινό της μέρος, διευρύνεται και οι δονήσεις περιορίζονται στα χείλη των χορδών.

Όσον αφορά το ψιθύρισμα το οποίο γίνεται τόσο από εκπνεόμενο όσο και από εισπνεόμενο αέρα κατ'αυτό οι φωνητικές χορδές εκτοπίζονται μεταξύ τους, αφήνοντας χώρο επαρκή για την διέλευση του αέρα, παράγοντας όχι ήχους, αλλά ψόφους παράλληλα διαμορφωμένους από τα αντηχεία.

### Αναπνευστική λειτουργία

Αυτόματη λειτουργία (εξαρτώμενη απόλυτα από το κέντρο της αναπνοής που βρίσκεται στον προμήκη), του λάρυγγα που αφ'ενός προστάτευει τις αεροφόρες οδούς αφ'ετέρου ρυθμίζει το  $O_2$  και το  $CO_2$ .

Από την θέση του και την κατασκευή του ο λάρυγγας προστατεύει την τραχεία, τους βρόγχους και τους πνεύμονες από διείσδυση τροφών, εκκρίσεων και ξένων σωμάτων. Αυτή η λειτουργία του είναι αντανακλαστική κατά την κατάποση ο λάρυγγας κλείνει αυτόματα και διακόπτεται για ελάχιστα η αναπνοή.

Όσον αφορά την ρυθμιστική συμβολή του λάρυγγα, σ'ότι αφορά την ανταλλαγή των αερίων στους πνεύμονες, άρα την ποσότητα του  $CO_2$  στο αίμα αυτή επιτελείται δια του αντανακλαστι-

κού μηχανισμού της γλωττιδικής σχισμής που διευρύνεται κατά την εισπνοή και στενεύει κατά την εκπνοή.

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Πολλοί είναι οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η πρόγνωση: χρόνος προσελεύσεως του πάσχοντα, εντόπιση και έκταση της νεοπλασίας, συνύπαρξη ή μη τραχηλικής αδеноπάθει-  
ας, ιστολογική εικόνα, γενική κατάσταση, ηλικία.

Η έγκαιρη, με την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων προ-  
σφυγή του πάσχοντα στον ειδικό είναι σημαντικός παράγοντας  
για την καλή έκβαση της θεραπείας. Μερικές φορές η λαρυγ-  
γοσκοπική εξέταση δεν αρκεί για τον πλήρη κατατοπισμό ως  
προς την εντόπιση και την έκταση της νεοπλασματικής εξεργα-  
σίας και επιβάλλεται ο ακτινογραφικός έλεγχος του λάρυγγος  
που παρέχει σαφή εικόνα.

Άλλος παράγοντας πρόγνωσης είναι η συνύπαρξη ή μη  
τραχηλικής αδеноπάθειας. Δεδομένου ότι επί γλωττιδικής και  
υπογλωττιδικής εντόπισης το ποσοστό διήθησης των επιχωρίων  
τραχηλικών λεμφαδένων δεν υπερβαίνει το 6% ενώ επί υπεργλωτ-  
τιδικής, λόγω του πολύ πλουσιώτερου λεμφαγγειακού δικτύου  
φθάνει τα 40-40%, οι νεοπλασματικές εξεργασίες που εντοπί-  
ζονται σ' αυτήν είναι βαρύτερης πρόγνωσης ανεξαρτήτως θερα-  
πευτικής αγωγής.

Τέλος η γενική κατάσταση του πάσχοντα έχει ιδιαίτερη  
σημασία όταν αυτός πρόκειται να υποστεί εκτεταμένη εγχείρη-  
ση στον τράχηλο.

Η πένταετής επιβίωση για τους T1 γλωττιδικούς όγκους  
ανέρχεται σε 90% περίπου είτε αντιμετωπισθούν με ακτινοθε-  
ραπεία είτε με χειρουργική αφαίρεση. Για τους υπόλοιπους



όγκους η επιβίωση υπολογίζεται κατά μέσο όρο σε 50%.

Το αδενοκαρκίνωμα έχει πολύ κακή πρόγνωση και μπορεί να υποτροπιάσει με διάχυτες μεταστάσεις πολλά χρόνια μετά τη θεραπεία της πρωτοπαθούς εστίας.

#### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι όγκοι του λάρυγγα αποτελούν το 1% περίπου όλων των κακοηθών νεοπλασιών του ανθρώπου και το 20% περίπου των αναπτυσσομένων στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Το 1978, στις Η.Π.Α., σημειώθηκαν 9.300 νέες περιπτώσεις εκ των οποίων 8.200 αφορούσαν άνδρες και οι 2.900 γυναίκες. Για την Ελλάδα και για το έτος 1982, οι αντίστοιχοι αριθμοί, κατά την Ε.Σ.Υ. ήταν 470, 450 και 20. Η κορυφή συχνότητας είναι μεταξύ της 5ης και 6ης δεκαετίας της ζωής.

Επιδημιολογική μελέτη λαρυγγικών παρασκευασμέτων παθολογοανατομείου Πανεπιστημίου της Αθήνας περιόδου 1973-1985.

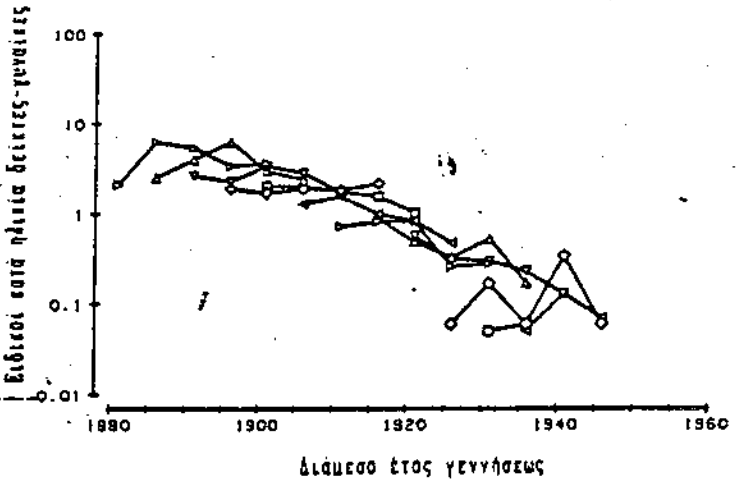
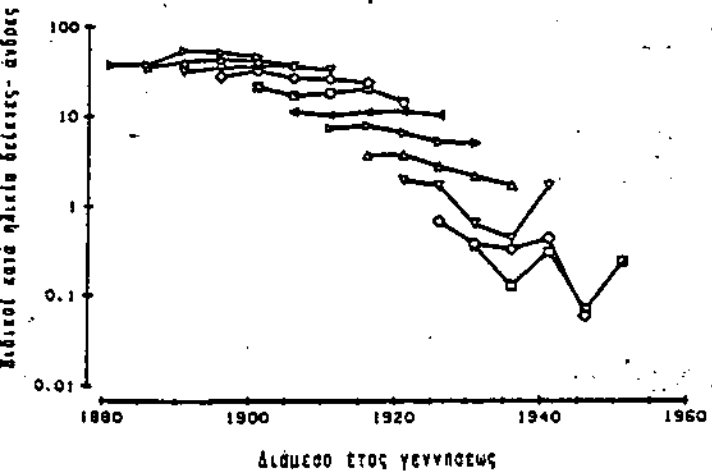
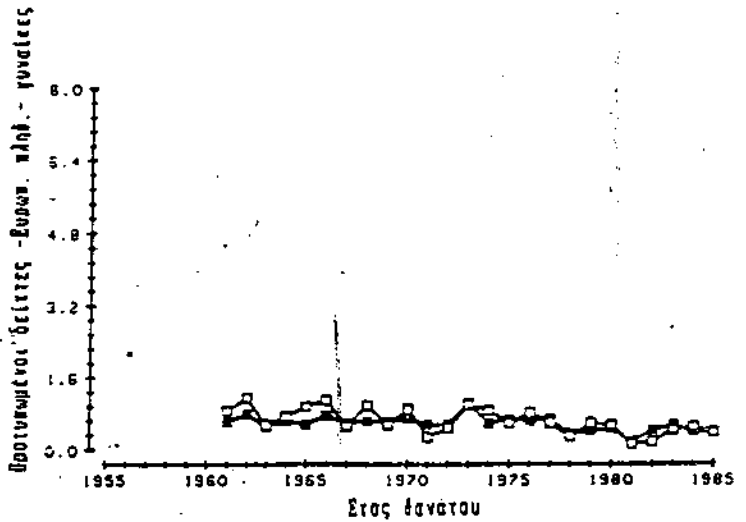
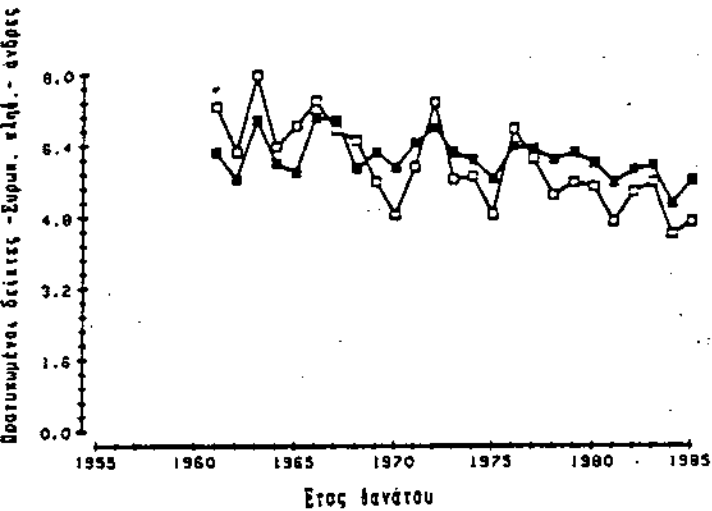
Κατά την διάρκεια 1973-1983 εξετάσθηκαν στο παθολογοανατομείο του Πανεπιστημίου της Αθήνας. Λαρυγγικά παρασκευάσματα. Απο αυτά 300 περιπτώσεις αφορούσαν καρκίνο, 547 πολύποδα, 47 θηλώματα, 22 λευκοπλακία, 9 φυματίωση, 8 κύστη λάρυγγα και 5 περιπτώσεις αφορούσαν μεσεγχυματικούς όγκους του λάρυγγα. Η κατά φύλο και ηλικία κατανομή των περιστατικών έδειξαν ότι: α) οι πολύποδες του λάρυγγα αφορούσαν κατά 67,8% άνδρες, ενώ οι ηλικίες 30-60 ετών περιλαμβάνουν το 70% των περιστατικών, β) ο καρκίνος του λάρυγγα αφορά κατά 71% άνδρες, οι ηλικίες 50-80 περιλαμβάνουν το 85% των περιπτώσεων, γ) η κατανομή θηλωμάτων και λευκοπλακίας-που θεωρούνται προκαρκινοματώδεις καταστάσεις- παρακολουθεί κατά φύλο και ηλικία την κατανομή καρκίνων του λάρυγγα.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ  
 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 1961-85 (ΑΤΝ 161)

Χρονική περίοδος	Αριθμός θανάτων	Προτυπωμένοι δείκτες Παγκ. πλθ.		Δείκτες Ευρωπ. πλθ.	
		(1)*	(2)**	(1)	(2)
Ανδρες					
1961-65	952	4.18	6.58	6.08	6.89
1966-70	1108	4.30	5.88	6.35	6.18
1971-75	1252	4.12	5.51	6.18	5.84
1976-80	1385	4.08	5.48	6.15	5.79
1981-85	1371	3.67	4.62	5.55	4.91

Χρονική περίοδος	Αριθμός θανάτων	Προτυπωμένοι δείκτες Παγκ. πλθ.		Δείκτες Ευρωπ. πλθ.	
		(1)	(2)	(1)	(2)
Γυναίκες					
1961-65	116	0.45	0.84	0.63	0.86
1966-70	140	0.45	0.78	0.66	0.82
1971-75	158	0.46	0.62	0.69	0.65
1976-80	139	0.35	0.56	0.51	0.57
1981-85	117	0.26	0.31	0.39	0.32

\* όλες οι ηλικίες \*\* ηλικίες 35-64 έτη



Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι 12ος ανάμεσα στους άλλους καρκίνους ως προς τον αριθμό των θανάτων, στην Ελλάδα. Η χώρα μας κατέχει ενδιαφέρουσα θέση στην θνησιμότητα από τον καρκίνο αυτό ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης. Στη θνησιμότητα από καρκίνο του λάρυγγα παρατηρείται ελαφρή διαχρονική μείωση, που αντανακλά ίσως βελτίωση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ο καρκίνος του λάρυγγα στην Ελλάδα είναι 14 φορές συχνότερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες ενώ δεν έχει μεγάλες αστικές αγροτικές διαφοροποιήσεις.

Οι κυριώτεροι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών που δρουν και συνεργικά.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ ΕΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ

ΕΤΟΣ	Ηλικία																	ΕΥΝΟΛΟ	
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84		85+
1961	-	-	-	-	-	-	3	-	3	8	18	23	38	28	23	23	13	6	186
1962	-	-	-	-	-	-	1	3	2	9	15	18	33	38	26	16	11	1	173
1963	-	-	-	-	-	-	1	3	5	11	19	25	41	33	35	24	17	4	218
1964	-	-	1	-	-	-	-	3	6	8	15	25	28	34	22	21	18	8	189
1965	-	-	-	-	-	-	1	1	6	6	19	26	35	31	25	23	9	6	186
1966	1	-	-	-	1	-	1	2	8	10	28	25	28	43	24	26	16	13	226
1967	-	-	-	-	-	-	-	-	3	7	20	26	38	45	39	28	19	8	233
1968	-	-	-	-	1	-	1	2	6	10	14	28	32	43	31	16	10	8	202
1969	1	-	-	-	-	-	-	1	5	5	13	19	37	55	36	28	15	8	221
1970	-	-	-	-	-	-	-	1	2	9	11	18	32	56	43	32	13	9	226
1971	-	-	-	-	-	-	2	1	-	12	9	31	37	44	40	42	16	11	245
1972	-	-	-	-	-	-	-	-	5	8	20	26	50	39	44	30	31	12	266
1973	-	-	-	-	1	-	-	2	-	8	18	17	39	53	53	27	27	8	253
1974	-	-	-	-	-	-	2	1	3	6	16	23	36	46	49	35	22	10	249
1975	-	1	-	-	-	1	-	1	2	4	9	23	34	58	47	30	18	11	239
1976	-	-	-	-	-	-	1	2	5	5	16	22	54	45	48	37	24	13	272
1977	-	-	-	-	-	-	-	2	-	7	16	26	41	45	62	38	29	11	277
1978	1	-	-	-	-	-	-	1	4	4	13	20	42	64	53	39	23	13	273
1979	-	-	-	-	1	-	-	1	1	13	20	22	29	48	53	53	25	18	284
1980	-	-	-	-	-	-	-	1	1	6	8	31	38	51	61	40	27	16	279
1981	-	-	-	-	1	-	1	-	6	2	19	17	30	41	47	36	35	18	253
1982	-	-	1	-	1	-	1	-	4	8	25	23	28	55	57	39	31	12	286
1983	-	-	1	-	-	-	-	-	6	7	13	35	33	46	58	58	28	11	296
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5	11	16	23	34	57	38	28	20	255
1985	-	-	-	-	-	-	2	-	5	6	14	28	31	43	57	45	27	23	281

ΕΤΟΣ	Ηλικία																	ΕΥΝΟΛΟ	
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84		85+
1961	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	1	4	5	3	3	1	-	2	22
1962	-	-	-	-	-	-	1	-	4	4	3	4	1	1	4	3	2	2	29
1963	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	3	1	2	3	3	3	1	20
1964	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	8	6	3	1	-	2	24
1965	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4	2	4	2	2	2	-	1	21
1966	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	2	6	5	5	4	3	2	-	31
1967	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	2	4	3	2	4	4	1	25
1968	-	-	-	-	1	-	1	1	2	4	4	4	2	3	3	1	2	1	26
1969	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	4	2	1	4	4	5	3	26
1970	-	1	-	-	-	-	1	-	1	2	2	3	7	3	2	4	4	2	32
1971	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	1	2	8	4	3	2	3	27
1972	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	3	3	4	5	5	1	28
1973	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	4	5	4	5	10	15	1	2	49
1974	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	3	2	6	1	5	4	3	1	29
1975	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	6	2	5	5	6	5	35
1976	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	1	1	1	7	10	3	2	2	34
1977	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	3	4	7	8	7	2	3	37
1978	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	2	6	3	4	2	-	20
1979	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	4	3	2	4	4	2	3	1	22
1980	-	-	-	-	-	-	-	1	1	4	1	1	2	4	1	4	3	4	26
1981	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	2	1	1	10
1982	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	5	7	5	7	3	3	33
1983	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	5	1	3	3	5	1	2	24
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	3	3	5	1	2	24
1985	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	3	6	4	1	3	1	22

ΒΗΜΕΙΟΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΙΔΙΚΟΙ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΚΤΕΣ

ΕΤΟΣ	Ηλικία													Ανδρες				
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1961	-	-	-	-	-	-	0.88	-	1.39	3.26	7.92	11.45	25.00	26.17	27.32	37.89	39.04	31.58
1962	-	-	-	-	-	-	0.30	1.07	0.92	3.82	6.44	8.75	20.83	33.81	30.30	27.03	30.81	5.26
1963	-	-	-	-	-	-	0.30	1.02	2.25	4.92	8.01	11.89	24.89	27.64	40.70	40.13	46.07	21.98
1964	-	-	0.28	-	-	-	-	0.98	2.60	3.75	6.35	11.69	16.18	26.94	25.94	33.93	47.24	47.34
1965	-	-	-	-	-	-	0.31	0.32	2.53	2.90	7.99	12.04	19.31	23.72	29.07	33.33	22.78	37.04
1966	0.26	-	-	-	0.32	-	0.32	0.63	3.21	4.82	11.79	11.52	14.96	31.78	26.91	40.63	40.40	78.02
1967	-	-	-	-	-	-	-	-	1.12	3.33	8.75	11.67	19.78	31.87	41.53	42.81	50.26	43.01
1968	-	-	-	-	0.28	-	0.32	0.64	2.11	4.64	6.45	12.32	16.30	29.27	31.03	24.54	26.32	42.55
1969	0.25	-	-	-	-	-	-	0.32	1.68	2.23	6.28	8.40	18.56	35.62	34.09	44.03	37.69	31.91
1970	-	-	-	-	-	-	-	0.31	0.63	3.71	5.36	7.35	14.77	32.00	37.42	47.62	31.33	31.36
1971	-	-	-	-	-	-	0.70	0.32	-	4.92	4.41	12.85	16.96	25.45	33.47	63.16	38.74	39.43
1972	-	-	-	-	0.31	-	-	-	1.57	3.32	9.39	11.63	23.15	21.86	35.43	41.10	72.77	40.00
1973	-	-	-	-	-	-	-	0.66	-	2.79	8.18	7.96	17.85	29.06	40.61	35.25	63.00	26.49
1974	-	-	-	-	-	-	0.81	0.34	0.94	2.01	6.97	14.21	16.36	24.72	35.95	43.21	50.81	32.68
1975	-	0.26	-	-	-	0.33	-	0.34	0.63	1.30	3.74	11.45	15.50	30.62	33.08	35.13	40.82	35.37
1976	-	-	-	-	-	-	0.38	0.70	1.57	1.58	6.31	10.94	24.97	23.36	32.52	41.07	52.75	41.53
1977	-	-	-	-	-	-	-	0.72	-	2.18	5.97	12.66	19.52	22.98	40.84	39.83	61.31	35.03
1978	0.28	-	-	-	-	-	-	-	0.32	1.24	4.58	9.41	20.93	32.18	34.13	38.88	46.18	41.01
1979	-	-	-	-	0.22	-	-	0.38	0.32	4.04	6.75	9.89	15.09	23.92	33.44	50.62	47.17	55.90
1980	-	-	-	-	-	-	-	0.37	-	1.82	2.57	13.16	19.84	25.21	37.49	36.33	48.39	48.63
1981	-	-	-	-	0.28	-	0.31	-	1.90	0.61	5.83	7.23	15.88	20.60	29.21	33.77	63.75	64.75
1982	-	-	0.26	-	0.28	-	0.31	0.32	1.42	2.38	7.69	8.86	14.21	28.38	33.33	33.36	49.84	35.09
1983	-	-	0.27	-	-	-	-	-	2.20	2.11	3.97	12.64	16.27	24.64	33.98	48.82	42.23	31.52
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.11	1.54	3.17	12.31	10.83	18.90	33.10	31.43	56.18
1985	-	-	-	-	-	-	0.59	-	1.81	1.91	4.28	9.23	13.93	24.50	32.99	36.20	37.14	63.36

ΕΤΟΣ	Ηλικία													Γυναίκες					
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
1961	-	-	-	-	0.28	-	-	-	-	0.76	0.42	1.89	2.84	2.23	2.71	1.31	-	6.90	
1962	-	-	-	-	-	-	0.27	-	-	1.67	1.72	1.86	0.55	0.71	3.49	3.98	4.33	7.04	
1963	-	-	-	-	-	-	-	0.31	-	1.23	-	1.37	0.54	1.36	2.61	3.86	6.25	3.56	
1964	-	-	-	-	-	0.27	-	-	0.39	-	0.39	0.45	4.17	3.85	2.67	1.21	-	7.35	
1965	-	-	-	-	-	-	-	-	0.76	0.87	1.55	0.89	2.02	1.25	1.75	2.34	-	3.91	
1966	-	-	-	-	-	-	-	0.54	0.36	0.63	0.77	2.63	2.46	3.07	3.38	3.40	1.82	-	
1967	-	-	-	-	-	0.31	-	-	-	0.43	0.40	0.84	1.94	1.78	1.62	6.54	7.95	3.42	
1968	-	-	-	-	0.33	-	-	0.28	0.31	0.83	1.67	1.62	1.43	1.73	2.31	1.09	3.88	3.40	
1969	-	-	-	-	-	-	-	-	0.60	-	0.43	1.61	0.94	0.56	2.91	4.46	8.99	10.34	
1970	-	0.29	-	-	-	-	0.31	-	0.30	0.74	0.85	1.14	3.09	1.48	1.35	4.48	6.38	4.65	
1971	-	-	-	0.31	-	0.39	-	-	0.59	-	-	0.39	0.87	4.14	2.49	3.49	3.02	6.91	
1972	-	-	-	-	-	-	-	-	0.30	0.34	0.43	0.81	1.27	1.49	2.53	5.15	7.96	6.40	
1973	-	-	-	-	-	-	-	-	0.30	0.30	0.33	1.67	2.11	1.66	2.45	6.07	14.71	1.60	4.16
1974	-	-	-	-	-	-	-	-	0.30	0.94	1.21	0.86	2.44	0.48	7.96	3.67	4.85	2.01	
1975	0.30	-	-	0.29	-	-	-	-	-	0.77	0.88	2.44	0.94	2.88	4.33	9.60	9.82	-	
1976	-	-	-	-	-	-	0.31	0.59	0.89	0.37	0.44	2.87	0.92	5.61	2.46	3.12	3.89	-	
1977	-	-	-	-	-	-	0.66	-	-	0.35	1.30	1.67	3.13	4.42	5.41	3.03	5.86	-	
1978	-	-	-	-	-	-	-	0.29	-	-	0.33	0.43	0.87	2.62	1.64	2.95	2.86	-	
1979	-	-	-	-	-	-	0.35	-	0.58	-	-	1.65	1.34	0.86	2.15	1.43	3.97	1.96	
1980	-	-	-	-	-	-	0.34	0.29	1.14	0.30	0.40	0.89	1.70	0.52	2.77	3.72	7.72	-	
1981	-	0.28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.90	0.44	1.02	1.48	2.15	
1982	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.72	0.44	3.07	1.99	2.00	9.98	3.87	
1983	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.56	0.28	-	2.19	3.18	2.41	4.59	3.15	5.61	
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.30	-	0.56	1.59	0.43	1.39	1.41	3.23	3.62	
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	0.68	-	0.56	-	1.22	2.81	1.86	0.63	2.91	1.75	

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι

---

Α. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο καρκίνος του λάρυγγα αντιπροσωπεύει περίπου το 15% των κακοήθων όγκων γενικώς και το 20% των κακοήθων όγκων που αναπτύσσονται στην κεφαλή και του τραχήλου. Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μικρή αύξηση στην συχνότητά του. Προσβάλλει πιο συχνά τους άνδρες σε αναλογία 7:1. Το 80% των περιπτώσεων απαντά μεταξύ του πεντηκοστού και εβδομηκοστού έτους της ηλικίας. Η συνύπαρξη περισσότερων της μιάς πρωτοπαθών εστιών ανέρχεται σε 0,5-1% ενώ η εκδήλωση μεταγενέστερα ενός δεύτερου πρωτοπαθούς καρκίνου, συνηθέστερα στους βρόγχους, υπολογίζεται σε 5-10%. Η θνητότητα από καρκίνο του λάρυγγα είναι 1,0 στα 100.000 άτομα.

Η λευκοπλακία και η υπερικεράτωση των φωνητικών χορδών θεωρούνται προκαρκινοματώδεις καταστάσεις. Σπανίως ο καρκίνος του λάρυγγα απαντά σε άτομα, τα οποία δεν καπνίζουν, παρατηρείται δε σαφής συσχέτιση μεταξύ του υπεργλωττιδικού καρκίνου και της κατάχρησης οινοπνεύματος. Οι συχνές προσβολές απλού έρπητος ενοχοποιούνται ότι δρουν προδιαθεσικώς. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν ελάσματα στην κυτταρική ανοσία και ανοσοκαταστολή.

1. Παθολογική Ανατομική

Το μαθηγιακό καρκίνωμα αντιπροσωπεύει το 95-98% των κακοήθων νεοπλασμάτων του λάρυγγα, στην πλειονότητα δε των περιπτώσεων είναι μετρίως ή καλώς διαφοροποιημένοι. Το υπόλοιπο ποσοστό συγκρατείται από το σάρκωμα (ινο-χονδρο-λεμφοροβο-λειομυο) το αδενοκαρκίνωμα και το μελάνωμα.

Η γλωττιδική μοίρα του λάρυγγα προσβάλλεται συχνότερα ακολουθούν δε σειρά η υπεργλωττιδική και η υπογλωττιδική μοίρα. Στον λάρυγγα σπανίως συμβαίνουν μεταστάσεις, εάν δε συμβούν, η πρωτοπαθής εστία συνήθως ανευρίσκεται στον νεφρό, τον προστάτη ή τον μαστή και είναι μετάσταση από μελάνωμα.

Οι γλωττιδικοί όγκοι είναι συνήθως καλώς διαφοροποιημένοι και αναπτύσσονται βραδέως. Προσβάλλουν συνήθως το πρόσθιο ήμισυ της φωνητικής χορδής και επεκτείνονται συχνά ακτινοειδώς. Όταν φτάσουν στην πρόσθια γωνία και προσβάλλουν το μίσχο της επιγλωττίδας η περαιτέρω επέκτασή τους είναι ευκολότερη, 75% δε περίπου απ'αυτές διηθούν το περιχόνδριο και τον θυροειδή χόνδρο και επεκτείνονται εξωλαρυγγικώς.

Οι υπεργλωττιδικοί όγκοι είναι συνήθως ευμεγέθεις, ογκώδεις με ανώμαλα χείλη και παρουσιάζουν κεντρικές περιοχές νεκρώσεις. Επεκτείνονται προς τα άνω και προσβάλλουν τον φάρυγγα, την ρίζα της γλώσσας και τον προεπιγλωττιδικό χώρο. Η επέκταση προς τη γλωττίδα είναι σπανιότερη. Αυτό αποδίδεται στην διαφορετική εμβρυϊκή καταγωγή της υπεργλωττιδικής από τη γλωττιδική και υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα, ένεκα της οποίας τα λεμφικά τους δίκτυα δεν επικοινωνούν μεταξύ τους. Οι γνήσιες φωνητικές χορδές έχουν ελάχιστα λεμφαγγεία, γεγονός το οποίο αποτελεί φραγμό στην κάθετη επέκταση του καρκίνου.

Οι υπογλωττιδικοί όγκοι είναι σπάνιοι, έχουν την τάση να επεκτείνονται υποβλεννογονίως, εξέρχονται του λάρυγγα δια της κρικοθυροειδούς μεμβράνης και προσβάλλουν τον υποφάρυγγα την τραχεία και τον θυροειδή αδένα.

Ο ελαστικός κώνος το περιχόνδριο και ο θυροσειδής χόνδρος αποτελούν φραγμό στην επέκταση του καρκίνου. Η επέκταση φαίνεται ότι ευνοείται από την παρουσία αποκαταστάσεως στον θυροειδή χόνδρο και μετά από ακατάλληλη ακτινοθεραπεία.

Οι μεταστάσεις στα τραχηλικά λεμφογάγγλια είναι συχνότερες σε κατώτερης διαφοροποίησεως νεοπλασμάτα και σε όγκους μεγέθους μεγαλύτερους των 6 εκ. Επίσης αυτές εξαρτώνται από την εντόπιση του όγκου στον λάρυγγα. Οι γλωττιδικοί όγκοι, λόγω των ελαχίστων λεμφαγγείων των φωνητικών χορδών σπανίως (2%) καθίστανται στα τραχηλικά λεμφογάγγλια. Αντίθετα υπεργλωττιδικοί, οι υπογλωττιδικοί και οι διαγλωττιδικοί όγκοι μεθίστανται συχνά στα τραχηλικά λεμφογάγγλια (22-55% αναλόγως της θέσεως του όγκου). Οι όγκοι αυτοί δίνουν λανθάνουσες μεταστάσεις στα λεμφογάγγλια σε ποσοστό 14-33%.

Σε υπεργλωττιδικό καρκίνο προβάλλονται τα ανώτερα εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια και σε υπογλωττιδικό τα υποκλείδια. Τα λεμφογάγγλια της λαρυγγικής κοιλίας διέρχονται δια του λοβού του θυροειδούς αδένος και καταλήγουν στα κατώτερα εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια. Εξ αιτίας αυτού οι μεταστάσεις σε καρκίνο της περιοχής αυτής γίνονται στα ανώτερα λεμφογάγγλια σε καρκίνο της περιοχής αυτής γίνονται στα ανώτερα λεμφογάγγλια και σε χειρουργική θεραπεία απαιτείται η συναφαίρεση του σύστοιχου λοβού του θυροειδούς αδένος. Μπροστά από την κρινοθυροειδή μεμβράνη υπάρχει ένα λεμφογάγγλιο (δελφικό) το οποίο είναι δυνατόν να προσβληθεί πρωτίμως από διήθηση της πρόσθιας γωνίας του λάρυγγα.

Μεταστάσεις στα λεμφογάγγλια της αντίθετης πλευράς και

αμφιπλεύρως παρατηρούνται συνηθέστερα σε υπεργλωττιδικό καρκίνο. Σε ιστολογικά αποδεδειγμένη προσβολή των λεμφογαγγλίων της μίας πλευράς του τραχήλου η εμφάνιση μεταστάσεων στα λεμφογάγγλια της αντίθετης πλευράς ανέρχεται στο 1/3 των περιπτώσεων. Μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα είναι σπάνιες.

## 2. Ταξινόμηση

Ο καρκίνος του λάρυγγα αναλόγως της ανατομικής περιοχής, την οποία προσβάλλει, διακρίνεται σε:

α) Γλωττιδικό, όταν προσβάλλει την γνήσια φωνητική χορδή, την πρόσθια γωνία του λάρυγγα και το μεσαριταίνοειδές διάστημα.

β) Υπεργλωττιδικό, όταν εντοπίζεται στην υπερκείμενη των γνήσιων φωνητικών χορδών του λάρυγγα.

γ) Υπογλωττιδικό, όταν εντοπίζεται στην υποκείμενη των γνήσιων φωνητικών χορδών του λάρυγγα, και

δ) Διαγλωττιδικό, όταν διέρχεται δια της λάρυγγινης κοιλίας και προσβάλλει την νόθο και την γνήσια φωνητική χορδή και εκτείνεται υπογλωττιδικώς.

Ανάλογα με την έκταση που έχει καταλάβει ο καρκίνος του λάρυγγα, διακρίνονται τα ακόλουθα στάδια αυτού:

T<sub>IS</sub>: Καρκίνωμα IN SITU

T<sub>1</sub>: Καρκίνωμα περιορισμένο σε μία περιοχή. Η κινητικότητα είναι φυσιολογική.

T<sub>2</sub>: Καρκίνωμα περιορισμένο στον λάρυγγα, εκτεινόμενο όμως στην υπεργλωττιδική ή υπογλωττιδική μοίρα. Η κινητικότητα είναι φυσιολογική ή ελαττωμένη.



T<sub>3</sub>: Καρκίνωμα περιορισμένο στον λάρυγγα με καθήλωση της μιάς ή και των δύο φωνητικών χορδών.

T<sub>4</sub>: Καρκίνωμα το οποίο επεκτείνεται εκτός του λάρυγγα.

### 3. Συμπτωματολογία

Το πρωταρχικό σύμπτωμα εξαρτάται από την εντόπιση. Επειδή δε η συνηθέστερη εντόπιση είναι στις φωνητικές χορδές, η δυσφωνία (βράγχος) είναι το πρώτο σύμπτωμα, που επεκτείνεται με τον χρόνο. Βήχας και αίσθημα ξένου σώματος στον λάρυγγα είναι συμπτώματα που μπορεί να εμφανισθούν ακολουθώντας την εξέλιξη του νεοπλασματος. Ωταλγία, δυσφαγία, οδυνοφαγία είναι δυνατόν να υπάρξουν.

Σε υπογλωττιδική εντόπιση στην οποία οι φωνητικές χορδές έχουν θηγεί ολοκληρωτικά, πρώτα συμπτώματα είναι ο σιγμός και η δύσπνοια, μερικές φορές και ατονία της φωνής.

Σε υπεργλωττιδική, τέλος εντόπιση μετά διηθήσεως των αρυταινοειδών ή της βάσης της επιγλωττίδας, παρατηρείται, εκτός των άλλων, αναλογία της εντοπίσεως.

### 4. Διάγνωση

Ουσιαστικά η διάγνωση της παθήσεως δεν είναι δυσχερής. Η λαρυγγοσκοπική εικόνα δεν είναι πάντοτε η ίδια σε προχωρημένα στάδια είναι αδύνατος ο καθορισμός της αρχικής εντόπισης.

Η ψηλάφιση του τραχήλου σε αναζήτηση τυχόν συνυπάρχουσας γαγγλιακής διήθησης, αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα της λαρυγγοσκοπικής εξέτασης.

Όσο όμως και αν είμαστε σίγουροι από την κλινική εικόνα, η βιοψία είναι απαραίτητη, σε περιπτώσεις δε που αυτή είναι αρνητική λόγω επιπλοκής και όχι αρκούντως εν τω βάθει λήψεως, επιβάλλεται η επανάληψη δύο και τρεις φορές.

Το βράγχος της φωνής είναι το σπουδαιότερο σύμπτωμα του καρκίνου του λάρυγγα. Αποτελεί πρώιμη και σταθερή εκδήλωση του όγκου της γνήσιας φωνητικής χορδής, ενώ επί του όγκου εντοπιζομένου σε άλλη περιοχή του λάρυγγα παρουσιάζεται βραδύτερα όταν προσβληθεί η φωνητική χορδή ή η κρικοαρυταινοειδής διάρθρωση ή ελλατωθεί το εύρος του λάρυγγα. Το βράγχος της φωνής, το οποίο διαρκεί περισσότερο των τριών εβδομάδων αποτελεί σοβαρή ένδειξη για προσεκτική εξέταση του λάρυγγα. Επί υπεργλωττιδικού καρκίνου τα αρχικά συμπτώματα είναι ακαθόριστα. Ο ασθενής παραπονείται για δυσάρεστο αίσθημα ερεθισμού, νυγμού, κάματος και κατακράτησης βλέννας. Τα ενοχλήματα αυτά τον αναγκάζουν να προσπαθεί συχνά να καθαρίσει τον λαιμό του.

Άσχημες εκδηλώσεις του καρκίνου του λάρυγγα είναι: η δύσπνοια και ο πνιγμός, το τοπικό ή αντανακλώμενο σε γειτονικές περιοχές, η δυσφαγία, ο βήχας, η αιμόπτυση, η διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων, η ευαισθησία του λάρυγγα, η προσβολή του δέρματος και η απώλεια βάρους.

##### 5. Διαφορική διάγνωση

Διαφορική διάγνωση γίνεται από την φυματίωση, την σύφιλη και το θήλωμα του λάρυγγα. Επίσης από υπερκεταώσεις, λαρυγγοκήλες, πολύποδες.

##### 6. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου που οδηγεί στην διάγνωση.

1. Πηγές πληροφοριών: αρρώστος, οικογένεια, ιατρικά δελτία.

2. Ιστορικό υγείας.

α) Βράγχος φωνής.

β) Τυχόν απώλεια βάρους, δυσκαταποσία, δύσπνοια ή δύσκολη

ανάπνοή.

γ) Παρουσία βήχα (χαρακτηριστικά του)

δ) Ηλικία

ε) Ο άρρωστος μπορεί να παραπονιέται για το ότι έχει ένα αίσθημα πίεσης στο λαιμό του.

στ. Παράπονα πόνου.

### 3. Φυσική εκτίμηση

α) Εξέταση λαιμού. Μπορεί να δείξει ανώδυνες μάζες.

β) Ψηλάφηση των λεμφαδένων. Μπορεί να είναι μεγάλοι, ειδικά όταν υπάρχουν μεταστάσεις.

γ) Η εξέταση του λάρυγγα συνήθως δείχνει την αρχική αλλοίωση.

δ) Συχνά ο άρρωστος αγωνιά για την διάγνωση.

### 4. Διαγνωστικές εξετάσεις

α) Άμεση λαρυγγοσκόπηση

β) Έμμεση λαρυγγοσκόπηση

γ) Βιοψία της αλλοίωσης

δ) Τομογραφία για καθορισμό των ορίων του καρκίνου

ε) Οισοφαγογράφηση με βάριο για καθορισμό ορίων του καρκίνου.

### 7. Προβλήματα του αρρώστου

α) Αναπνευστικές διαταραχές

β) Έλλειψη άνεσης (πόνος, βήχας, πτύελα)

γ) Θρεπτικό ανισοζύγιο (δυσφαγία, ανορεξία)

δ) Πόνος

ε) Δυσκολία στην επικοινωνία με τους άλλους

στ) Ψυχολογικά προβλήματα.

### ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ (ΜΕΘΟΔΟΙ)

Η πραγματική περίοδος κατοπτρεύσεως του λάρυγγα αρχίζει

από το 1854 οπότε ο καθηγητής του άσματος GARGA εφεύρε το λαρυγγοσκόπιο, το οποίο αφού τελειοποιήθηκε είναι το κυριότερο όργανο λαρυγγικής εξέτασης (εικ. 8).

### 1. Λαρυγγοσκόπηση

A' Έμμεσος λαρυγγοσκόπηση: Απαραίτητα όργανα για την εκτέλεση αυτής είναι: το λαρυγγοσκόπιο και ο δια κοινού μετωπιαία κατόπτρου φωτισμός.

Η έμμεσος λαρυγγοσκόπηση εκτελείται χωρίς αναισθησία, ειτός αν κατά την τοποθέτηση του λαρυγγοσκοπίου στον φάρυγγα ο ασθενής δείξει αυξημένα ανταναικλαστικά, οπότε γίνεται τοπική αναισθησία. Ο πάσχων κάθεται απέναντι από τον εξεταστή. Αυτός έλκει προς τα έξω τη γλώσσα του. Με το δεξί εισάγει στην στοματική κοιλότητα το λαρυγγοσκόπιο. Όταν το λαρυγγοσκόπιο φτάσει μέχρι την λουίδα επισκοπείται με ελαφρές κινήσεις προς τα άνω, κάτω, δεξιά και αριστερά, ολόκληρος ο λάρυγγας, το είδωλο του οποίου εμφανίζεται κα.ά 90° ανεστραμμένο κατά μέτωπο.

B' Άμεσος λαρυγγοσκόπηση ή αμεσοσκόπηση: Αυτή επινοήθηκε το 1895 από τον KIRSTEIN, τελειοποιήθηκε και διαδόθηκε από τους KILLKAN, CUISER και CHEVALIER-JACKSON. Μ'αυτήν που εφαρμόζεται κυρίως σε βρέφη και παιδιά στα οποία η έμμεσος λαρυγγοσκόπηση είναι αδύνατη, ο λάρυγγας ερευνάται κατευθείαν και όχι δια κατόπτρου, με αυτό δέ διευκολύνονται σε μεγάλο βαθμό οι ενδολαρυγγικές επεμβάσεις.

Για την εκτέλεση της μεθόδου επινοήθηκαν διάφορα λαρυγγοσκόπια μετά ή άνευ αυτομάτου ερείσματος. Σήμερα δύο τύποι λάρυγγοσκοπίου είναι ιδιαίτερα σε χρήσεις του CHEVALIER-JACKSON και του NEGUS. Στο σκέλος που εισάγεται στην στοματική κοιλό-

τητα είναι προσαρμοσμένο ένα τμήμα το οποίο μπορεί να αφαιρεθεί και έτσι το λαρυγγοσκόπιο να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός βρογχοσκοπίου (εικ. 10 και εικ. 11).

Υπάρχουν και τύποι λαρυγγοσκοπίου με σωληνοειδές το σκέλος που εισάγεται στη στοματική κοιλότητα και όχι σπαθοειδές. Με το σωληνοειδές σκέλος ελέγχεται ακριβέστερα η πρόσθια γωνία του λάρυγγα: η υπογλωττιδική του μοίρα, ο λαρυγγοφάρυγγας και το στόμιο του οισοφάγου.

### Γ. ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ

1. Η ακτινοδιαγνωστική επεμβαίνει ήδη στο στάδιο της ανίχνευσης ή της πρόωρης διάγνωσης. Συχνά, η εμφάνιση ορισμένων σημάτων ή συμπτωμάτων οδηγεί σε συμπληρωματικές εξετάσεις ακτινοδιαγνωστικής φύσης, μία πρόσφατη αλλοίωση της φωνής, μπορεί να οδηγεί στην ανακάλυψη βλάβης των φωνητικών χορδών με την βοήθεια τομογραφιών του φάρυγγα και του λάρυγγα.

2. Αργότερα σε περίπτωση βλάβης με φανερά κλινικά συμπτώματα η ακτινοδιαγνωστική είναι η πιο κατάλληλη για την απεικόνιση του όγκου. Είναι δυνατόν να εκτιμήσουμε αυτά το σχήμα αλλά και τις σχέσεις του όγκου με τα γειτονικά όργανα

3. Οι διάφορες τεχνικές της ακτινοδιαγνωστικής συνεισφέρουν σημαντικά στην παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας.

4. Θα πρέπει να τονιστεί η αντικατάσταση συνεισφοράς της ακτινοδιαγνωστικής στον φυσικομαθηματικό υπολογισμό της ποσότητας ακτινοβολίας και στην επιλογή της ποιότητάς της, που είναι αναγκαία για την καταστροφή του όγκου στην ακτινοθεραπεία.

Στην ακτινοδιαγνωστική συμπεριλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- α. Αξονική υπολογιστική τομογραφία (SCANNER).
- β. Σπινθηρογράφημα.
- γ. Υπερηχογράφημα
- δ. Ακτινογραφία.

#### Δ. ΒΙΟΨΙΑ

Βιοψία είναι η λήψη μικρού τεμαχίου ιστού για παθολογο-ανατομική εξέταση και διάγνωσης νεοπλασματικής αρρώστιας. Η τεχνική που χρησιμοποιείται στην βιοψία μπορεί να είναι: η αποκοπή τεμαχίου (κομματιού) ιστού (π.χ. πολύποδες), η αφαίρεση τμήματος ή όλου του ύποπτου νεοπλάσματος (όγκου).

Η βιοψία αποτελεί ακίνδυνη επέμβαση, εφόσον η εκτέλεση της εγκυμονεί πάντοτε τον κίνδυνο διασποράς του καρκίνου.

Το κάθε είδος της τεχνικής που χρησιμοποιείται για την βιοψία παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα γι' αυτό επιβάλλεται η εκλογή της κατάλληλης τεχνικής για την κάθε περίπτωση.

Η αποκοπή τεμαχίου ιστού από την εξεργασία θεωρείται μάλλον απίθανη εφόσον πρόκειται για επιφανειακούς ιστούς εκτός εάν η αποκοπή του ιστού συνοδευθεί με μεγάλη αιμορραγία. Η αφαίρεση τμήματος ή όλου του ύποπτου νεοπλάσματος είναι τεχνική που ενέχει κινδύνους διασποράς των καρκινικών κυττάρων μέσω των αιμοφόρων του λεμφικών αγγείων. Αν ο κίνδυνος διασποράς από την αφαίρεση τμήματος της ύποπτης νεοπλασίας είναι μεγαλύτερος από ότι με την ολική αφαίρεση δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί.

Η βιοψία για παθολογοανατομική διάγνωση επιβάλλεται και στις μη εξαιρεσιμες νεοπλασίες, για την επιλογή της κατάλλη-

λης θεραπείας και όταν αυτή περιορίζεται στην παρηγορική αντιμετώπιση της αρρώστιας.

Μετά τη λήψη του ιστού γίνεται παθολογοανατομική μελέτη του ιστού για την οποία ακολουθούνται δύο μέθοδοι:

1) Η ταχεία εξέταση του παρασκευάσματος, κατά την οποία σε λίγα λεπτά, δίνονται παθολογοανατομικές πληροφορίες και

2) η βραδεία εξέταση του παρασκευάσματος κατά την οποία δίνονται με περισσότερες λεπτομέρειες, παθολογοανατομικές πληροφορίες του ιστού.

#### Ε. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ Ca ΛΑΡΥΓΓΑ

Ως αιτιολογικοί παράγοντες όχι όμως πειραματικώς αποδεδειγμένοι, ενοχοποιούνται, η κατάχρηση καπνού και οινοπνευματωδών, εισπνοή καυστικών αερίων, κατάποση καυστικών υγρών, διάφοροι χρόνιοι ερεθισμοί, χρόνιες λαρυγγίτιδες. Οι συχνές προσβολές από απλό έρπητα ενοχοποιούνται ως προδιαθέτουσες στην ανάπτυξη του καρκίνου του λάρυγγα. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν μειωμένη κυτταρική ανοσία και ανοικαταστολή. Άλλοι προδιαθεσμικοί παράγοντες είναι η λευκοπλασία και η υπερτέραςση των φωνητικών χορδών.

Κατανάλωση καπνού και αλκοόλ. Ρόλοι αυτών στη αιτιολογία του Ca λάρυγγα:

Η κατανάλωση καπνού αποτελεί τον σημαντικότερο γνωστό καρκινογόνο παράγοντα. Ευσχετίζεται αιτιολογικά με τους καρκίνους του πνεύμονα, του οισοφάγου, της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του παγκρέατος, του ήπατος, της ουροδόχου κύστης, των νεύρων και κυρίως του λάρυγγα. Ίσως όμως αποτελεί παράγοντα και για άλλες εντοπίσεις.

Παρατηρείται μία αυξημένη συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα σε άρρενες, ενώ οι ηλικίες των ασθενών ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και καπνού δημιουργεί συνολικά αυξημένους κινδύνους.

Στη σύγκριση καπνιστών και μη καπνιστών, παρατηρείται στους πρώτους η εμφάνιση του καρκίνου σε σαφώς μικρότερη ηλικία από ότι στους δεύτερους.

Ισχυρή συσχέτιση αποδεικνύεται μεταξύ αλκοόλ και καρκίνου του λάρυγγος με σχετικό παράγοντα κινδύνου 1,5-4,4 σε χρήστες έναντι μη χρηστών αλκοόλ ενώ επι πλέον αποδεικνύεται και συνεργιστική δράση μεταξύ καπνίσματος και αλκοόλ.

Το αλκοόλ θεωρείται ισχυρός αιτιολογικός παράγοντας και για τον καρκίνο του φάρυγγα και της στοματικής κοιλότητας, εν αντιθέσει προς το κάπνισμα, του οποίου η επίδραση στην ανάπτυξη καρκίνου στους ανώτερους αναπνευστικούς οδούς θεωρείται αμφισβητήσιμη.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι Ι

---

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι γνωστό ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα οδηγούν σε βέβαιο θάνατο αν δεν θεραπευθούν και ότι τα καλοήθη μπορούν να εξαλλαγούν σε κακοήθη. Επομένως κάθε νεόπλασμα πρέπει να αντιμετωπίζεται. Η θεραπεία του νεοπλάσματος στοχεύει στην ριζική καταστροφή του. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

- A. Χειρουργική
- B. Ανοσοθεραπεία
- Γ. Ακτινοθεραπεία
- Δ. Χημειοθεραπεία

A. Χειρουργική θεραπεία Ca του λάρυγγα

Οι τελευταίες τεχνικές πρόοδοι, τα αντιβιοτικά και η διαπαιδαγώγηση του κοινού, η έγκαιρη προσέλευση των προσβαλλομένων στον γιατρό συνετέλεσαν στην σημαντική αύξηση του ποσοστού ίασεως του καρκίνου του λάρυγγα.

Η θεραπεία του είναι καταρχήν χειρουργική. Άνω του 90% των πασχόντων από καρκίνο του λάρυγγα είναι δυνατόν να θεραπευτούν. Αιτίες εξ αιτίας των οποίων το αποτέλεσμα αυτό δεν επιτυγχάνεται είναι η άρνηση του ασθενή να υποβληθεί σε θεραπεία, η κακή γενική κατάσταση αυτού και η κακή αντιμετώπιση.

Γλωττιδικοί όγκοι:

T<sub>1</sub>: Αντιμετωπίζεται με αφαίρεση του πάσχοντος βλεννογόνου με μικρολάρυγγοσκόπηση και τακτική παρακολούθηση. Επί υποτροπής επαναλαμβάνεται η αφαίρεση.

T<sub>2</sub>: Η ακτινοθεραπεία θεωρείται θεραπεία εκλογής. Δίδει πο-

λύ ικανοποιητικά αποτελέσματα και η φωνή διατηρείται πολύ καλή. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται στην αφαίρεση της πάσχουσας χορδής με θυρεοτομή και δίνει εξ ίσου ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η αλλοίωση της φωνής δεν είναι σπουδαία.

T<sub>2</sub>: Θεραπεία εκλογής θεωρείται η χειρουργική, η οποία συνίσταται σε μερική κάθετη ημιλαρυγγεκτομή ή ολική λαρυγγεκτομή αναλόγως της έκτασης της νεοπλασίας.

T<sub>3</sub> και T<sub>4</sub>: Η χειρουργική αντιμετώπιση στους όγκους αυτούς συνίσταται στην ολική λαρυγγεκτομή.

#### Υπεργλωττιδικοί όγκοι

T<sub>1</sub> και T<sub>2</sub>: Η πενταετής επιβίωση με ακτινοθεραπεία είναι 50%. Επί μερικής υπογλωττιδικής λαρυγγεκτομής υπολογίζεται σε 80%. Η υπεργλωττιδική μερική λαρυγγεκτομή δεν μπορεί να γίνει αν η νεοπλασία διηθεί τις γνήσιες φωνητικές χορδές. Επίσης μπορεί να αποφεύγεται σε άτομα με κακή κατάσταση των πνευμόνων. Η αντιμετώπιση T<sub>3</sub> και T<sub>4</sub> όγκων είναι η ίδια όπως στους γλωττιδικούς.

#### Υπογλωττιδικοί όγκοι

Ούτε η ακτινοθεραπεία ούτε η χειρουργική θεραπεία, συνιστάμενη σε ολική λαρυγγεκτομή δίδουν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

#### Διαγλωττιδικοί όγκοι

Λόγω διηθήσεως του θυροειδούς χόνδρου και κατά κανόνα παρουσίας μεταστάσεων στα τραχηλικά λεμφογάγγλια, η ενδεικνυόμενη θεραπεία είναι η ολική λαρυγγεκτομή μετά ριζικού λεμφαδενικού καθαρισμού.

## 1. ΕΙΔΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΓΙΑ ΛΑΡΥΓΓΙΚΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ

### ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Αφαιρούμενες δομές Χοειδές οστό, ολόκληρος ο λάρυγγας (επιγλωττίδα νόθες και γνήσιες φωνητικές χορδές) Κρικοειδής χόνδρος. Δύο ή τρεις δακτύλιοι της τραχειάς.	Παραμένουσες δομές Γλώσσα Φαρυγγικά τοιχώματα Κατώτερη τραχειά	Μετεγχειρητική κατάσταση Απώλεια φωνής Αναπνοή μέσα από τραχειοστομία Δεν υπάρχουν προβλήματα
---	---	---

### ΥΠΕΡΓΛΩΤΤΙΔΙΚΗ Ή ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Χοειδές οστό Επιγλωττίδα Νόθες φωνητικές χορδές	Γνήσιες γωνητικές χορδές. Κρικοειδής χόνδρος Τραχειά	Κανονική φωνή. Μπορεί να γίνεται κατά καιρούς εισρό- φηση, ειδικά υγρών. Κανονικός αεραγωγός
---	---	---

### ΚΑΤΑΚΟΡΥΦΗ Ή ΗΜΙΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Γνήσια φωνητική χορδή. Νόθα χορδή. Αρταννοειδής χόνδρος Μισός θυρεοειδής χόνδρος	Επιγλωττίδα Μια νόθα Μια γνήσια χορδή Κρικοειδής χόνδρος	Τραχειά φωνή Κανονικός αεραγωγός Κανένα πρόβλημα κατάποσης
--	---	---

### ΧΟΡΔΕΚΤΟΜΙΑ Ή ΜΕΡΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Μια φωνητική χορδή	Όλες οι άλλες δομές	Τραχειά, μερικές φορές σχεδόν φυσιολογική φωνή. Κανένα πρόβλημα κατάποσης και αεραγωγού.
--------------------	---------------------	---

### ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΠΡΩΪΜΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ

Μέρος μιας φωνητικής χορδής.	Όλες οι άλλες δομές	Σχεδόν φυσιολογική φωνή. Κανένα άλλο πρόβλημα.
---------------------------------	---------------------	---

2. ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ. Είναι η δημιουργία τεχνητού ανοίγματος στην τραχειά και διασωλήνωσή της για τη διευκόλυνση της αναπνοής. Η τομή γίνεται κάτω από το δεύτερο και τρίτο ημικρίκιο της τραχειάς.

Χειρουργική αποκατάσταση της φωνής μετά την ολική λαρυγγε-  
κτομή.

Καθυστερημένη διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα σημαί-  
νει ότι πρέπει να γίνει ολική λαρυγγεκτομή. Αποτέλεσμα της  
επέμβασης αυτής είναι να χάσει ο άνθρωπος το όργανο παραγω-  
γής της φωνής και να καταδικαστεί για όλη την ζωή του σε  
αλαλία.

Προς άρση αυτής της μεγάλης αναπηρίας κατεβλήθησαν προ-  
σπάθειες, κυρίως από φωνιατρικής πλευράς για παραγωγή φωνής  
μέ τον οισοφάγο (οισοφαγέλιος φωνή), και η χρήση ηλεκτρονι-  
κών συσκευών, των λαρυγγοφώνων και οι δύο τρόποι όμως έχουν  
μειονεκτήματα. Πρώτα-πρώτα η εκμάθηση της οισοφαγείου ομι-  
λίας δεν είναι κατορθωτή στους περισσότερους και αντιαισθη-  
τική. Για τον λόγο αυτό από την πρώτη στιγμή κατεβλήθησαν έ-  
ντονες προσπάθειες ανεύρεσης χειρουργικών μεθόδων για απο-  
κατάσταση ικανοποιητικής ομιλίας. Οι προσπάθειες αυτές χρο-  
νολογούνται από το 1873, όταν ο TH. BILLROTH εκτέλεσε στην  
Βιέννη, την πρώτη ολική λαρυγγεκτομή. Από τους χειρουργούς  
λαρυγγολόγους επινοήθηκαν πολλές μέθοδοι και τροποποιήσεις  
αυτών, χωρίς καμία να μπορέσει να καθιερωθεί παγκοσμίως,  
λόγω των πολλών μειονεκτημάτων τους, μέχρι την τελευταία  
δεκαετία ο Ιταλός λαρυγγολόγος STAFFIERI εφάρμοσε την μέθο-  
δο της δημιουργίας νέας γλωττίδας, την νεογλωττίδα, που κατά  
κοινή ομολογία είναι ο καλύτερος και ο πιο μοντέρνος χειρουργ-  
γικός τρόπος αποκατάστασης της ομιλίας μετά ολική λαρυγγε-  
κτομή.

Βασική αρχή όλων των χειρουργικών μεθόδων είναι η δη-  
μιουργία ενός συριγγίου ή γενικά επικοινωνίας μεταξύ τρα-

χείας και υποφάρυγγα ή οισοφάγου στην περιοχή του τραχήλου, έτσι ώστε ο ασθενής κλείνοντάς το τραχειόστομα, να διοχετεύεται αέρας από την τραχεία προς τον υποφάρυγγα, γεγονός που αποτελεί την προϋπόθεση παραγωγής της φωνής. Αυτό έχει το μεγάλο μειονέκτημα της διόδου μέσω της επικοινωνίας, σιέλου και τροφών κατά την κατάποση, από την πεπτική προς την αεροφόρο οδό και τον κίνδυνο της εισρόφησης.

Η νέα μέθοδος του STAFFIERI ελαττώνει ακριβώς τον κίνδυνο αυτό. Η χειρουργική τεχνική της μεθόδου αυτής συνίσταται στην δημιουργία ταυτόχρονα με την ολική λαρυγγεκτομή μιάς απευθείας επικοινωνίας μεταξύ υποφάρυγγα και τραχείας λίγο πιο πάνω από το μόνιμο τραχειόστομα, έτσι ώστε να λειτουργεί σαν βαλβίδα. Κλείνει κατά τη φάση όταν ο ασθενής φράζει το τραχειόστομα και ο αέρας της εκπνοής διοχετεύεται στον υποφάρυγγα προς παραγωγή της φωνής. Χρησιμοποιείται σαν βάση για την κατασκευή της βαλβίδας ο βλεννογόνος του πρόσθιου τοιχώματος του υποφάρυγγα και το μυϊκό στρώμα αυτού.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι η ικανοποιητική ομιλία, η απλή, η γρήγορη διεξαγωγή της τεχνικής και η απουσία αντιενδείξεις εκτός του οπισθοκρικοειδούς καρκίνου.

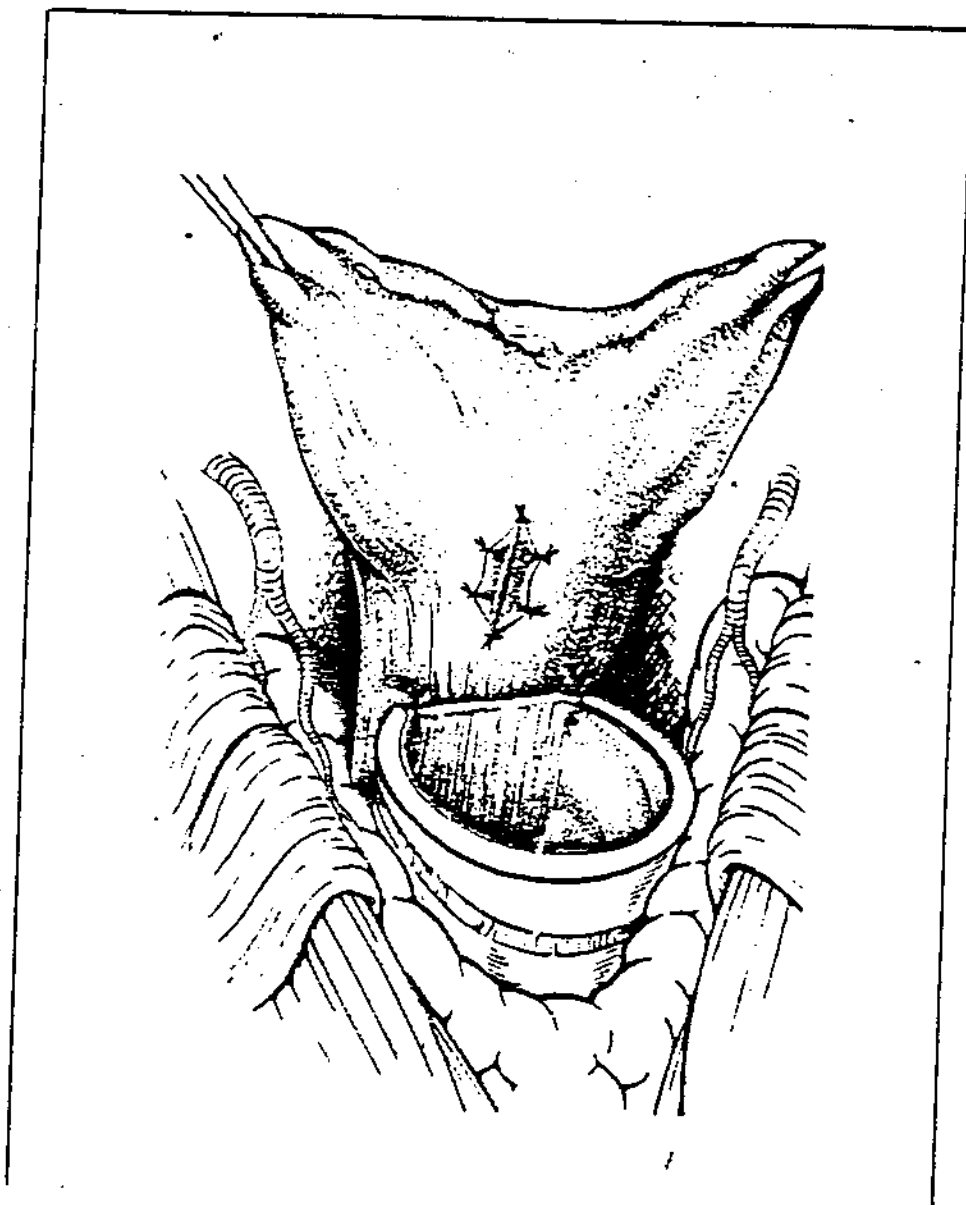
Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι συχνά η στένωση ή απόφραξη της νεογλωττίδας, η δημιουργία πολυπόδων, η πρόπτωση του βλεννογόνου και τέλος η ανεπάρκεια της ιδίως στην κατάποση υγρών τροφών. Φυσικά σε περίπτωση ανεπάρκειας της νεογλωττίδας με εισρόφηση τροφών και εκκρίσεων προς την αναπνευστική οδό επιβάλλεται η χειρουργική συρραφή αυτής.

Συμπερασματικά πρέπει να τονιστεί ότι το κεφάλαιο της χειρουργικής αποκατάστασης της φωνής μετά την ολική λαρυγγε-

κτομή δεν έχει κλείσει ακόμα. Καταβάλλονται συνεχείς προσπάθειες για την βελτίωση των τεχνικών και την επινόηση νέων, καλύτερων όπου να αίρεται τελείως ο κίνδυνος της εισρόφησης, έτσι ώστε να μπορέσουν να βοηθηθούν ικανοποιητικά οι άνθρωποι χωρίς λάρυγγα.

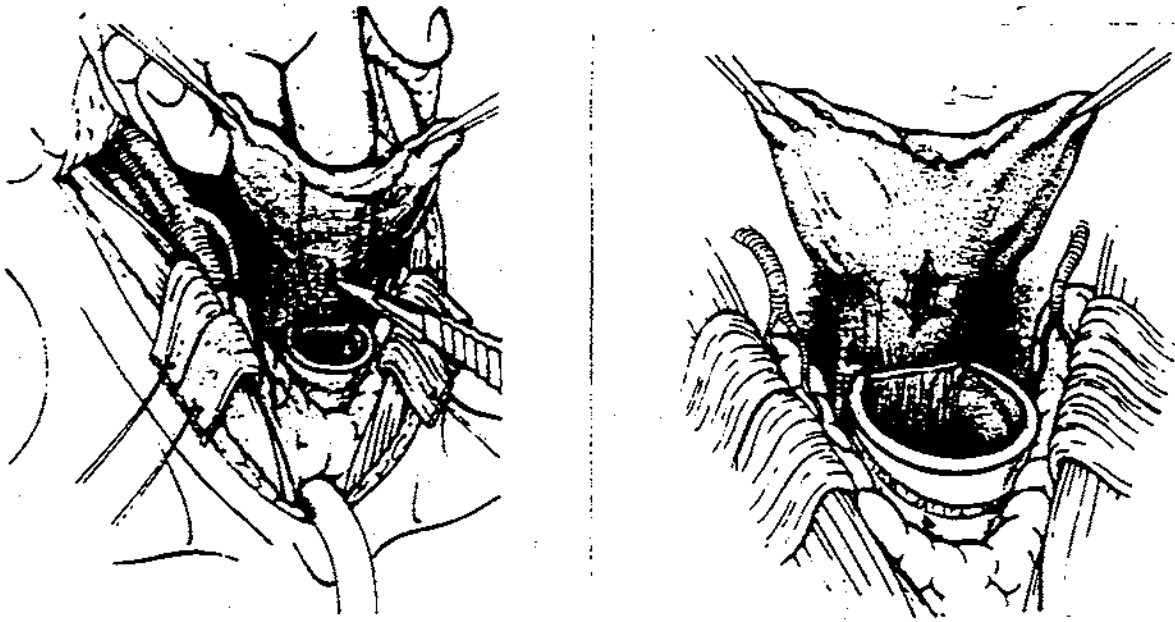


Εικ. 15. Οι ραφές περιμετρικά του δακτυλίου και του οισοφαγικού τοιχώματος έχουν περασθεί, η νεωγλωττίδα έχει περατωθεί και υποσημειώνεται με μαύρη κλωστή.

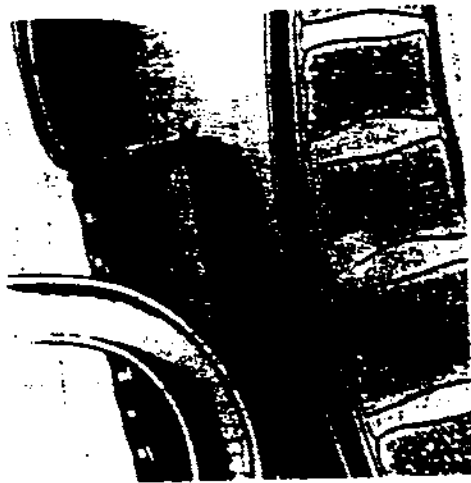


Εικ. 16. Πολύ σπουδαίες θεωρούνται οι ραφές που γίνονται στο οπίσθιο τμήμα του ημικρικού με το πρόσθιο οισοφαγικό τοίχωμα. Αποφεύγεται έτσι η διόλιση τους ενός τοιχώματος στο άλλο κατά την κατάποση, αλλά και η νεογλωττίδα παραμένει σταθερή στη θέση της.





Εικ. 17. Δημιουργία της νεογλωττίδας στο πρόσθιο τοίχωμα του ποφάρυγγα.



Εικ. 18. Σχηματική παράσταση της φοράς του αέρα κατά την εκπνοή, όταν αποφράσσεται το τραχειόστομα με το δάκτυλο.

## 2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

### ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΟΣ

Όταν ο ασθενής ξυπνήσει από το χειρουργείο και δει το είδωλό του στον καθρέπτη ζει έντονες εφιαλτικές καταστάσεις ψυχικής και σωματικής διαφοροποίησης.

Για το πρόσωπο που έχει χαρακτηριστικά γνωρίσματα που συμβάλλουν στην κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου, είναι ευνόητο ότι η αποκατάσταση κάθε βλάβης αυτού είναι πάρα πολύ σημαντική και αναγκαία. Επίσης επηρεάζεται και ο επαγγελματικός του τομέας (κυρίως σε άτομα που ασχολούνται με το δημόσιο θέαμα) με αποτέλεσμα μείωση της αποδοχής τους και την πτώση του ηθικού τους.

Εκ τούτων καθίσταται σαφής και επιβεβλημένη η άμεση αποκατάσταση των οργάνων αυτών που επηρεάστηκαν από την χειρουργική λειτουργικά και αισθητικά.

Σήμερα πια ένα σύγχρονο αντικαρκινικό κέντρο δεν προβλέπει μόνο στην προσφορά θεραπείας της νόσου αλλά και στην ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς η οποία εξασφαλίζεται με την πλαστική αποκατάσταση.

Όσο αφορά την επιτυχία της αποκατάστασης εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

1. Από την εντόπιση και την έκταση της νόσου.
2. Από την ύπαρξη τοπικής νόσου.
3. Από τον άρρωστο και το χειρουργικό (εκπαίδευση-πείρα).

Είναι συχνά δύσκολο να προσδοκούμε λειτουργικά και αισθητικά αποδεκτά αποτελέσματα ύστερα από ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου.

Από το 1800, μάλιστα και μετά, με την κλινική εφαρμογή

της ακτινοβολίας και ειδικότερα κατά τα τελευταία χρόνια οπότε έγινε προσφιλής η προεγχειρητική ακτινοβολία του καρκίνου, η συχνή τοπική δερματική νέκρωση ή ο σχηματισμός συριγγίου κατέστησαν πλέον μία συχνότητα απειλή και ένα πρόβλημα για το οποίο πολλές επαναρθωτικές επεμβάσεις κατά καιρούς προτάθηκαν από διάφορους χειρουργικούς.

#### ΦΩΝΗΣΗ ΜΕΤΑ ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Σε περίπτωση ολικής λαρυγγεκτομής, είναι δυνατόν να παράγεται φωνή με τον εξής μηχανισμό:

Ο άρρωστος αποταμιεύει αέρα στον οισοφάγο ή στο στομάχι με την εισπνοή και τον αποβάλλει με που μετατρέπονται σε ηχητικά κύματα με τη σύσταση του κρικοφαρυγγικού ) μύος. Έτσι παράγεται φωνή ανάλογη με αυτή που χρησιμοποιούν οι εγγαστρίμυθοι.

Βέβαια αυτός ο τρόπος φώνησης απαιτεί εκμάθηση από τον άρρωστο και διδασκαλία από ειδικό φωνίατρο. Για τους ασθενείς που είναι αδύνατη η εκμάθηση αυτού του τρόπου, της φώνησης υπάρχουν ειδικές ηλεκτρονικές συσκευές που δίνουν τον αέρα του στοματοφάρυγγα στην κάθε προσπάθεια ομιλίας. Αυτές παράγουν ήχο όπως μία ηλεκτρονική ξυριστική μηχανή ή με την τοποθέτησή τους κάτω από το πηγούνι και προσφορά των λέξεων μετατρέπεται ο ήχος του ηλεκτρικού φάρυγγα σε ομιλία.

Η εκμάθηση του λαρυγγεκτομηθέντος να ομιλεί εξαρτάται από την ικανότητα του λογοθεραπευτή. Εάν αυτός είναι ικανός 75% περίπου των ασθενών μιλούν με την οισοφάγειο φωνή, αλλιώς το ποσοστό δεν υπερβαίνει το 40%. Φυσικά σπουδαίο ρόλο παίζει ο συνδυασμός της προσπάθειας του λογοθεραπευτή και με

τις προσπάθειες του νοσηλευτή, του ασθενή και της οικογένειάς του όσον αφορά και την ψυχολογική του υποστήριξη για την αποκατάσταση της ομιλίας.

1) Τραχειοοισοφαγική παρακέντηση είναι μία σχετικά καινούργια τεχνική που χρησιμοποιεί ένα προσθετικό μηχάνημα (DUZEK-BIL). Γίνεται ένα συρίγγιο στο οπίσθιο τοίχωμα της τραχείας και το πρόσθιο του οισοφάγου. Δημιουργείται βαλβίδα μίας κατεύθυνσης στο συρίγγιο. Το δάκτυλο χρησιμοποιείται για το κλείσιμο του τραχειοστομίου κατά την διάρκεια της ομιλίας.

Παρακίνηση του ασθενή, αποφασιστικότητα και χαλάρωση από μέρους του είναι απαραίτητα προκειμένου να μάθει νέους τρόπους επικοινωνίας.

#### ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΙΑΓΩΓΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ-ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Μία ομάδα προβλημάτων δημιουργούνται μετά μη ολική λαρυγγεκτομή στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνεται απαραίτητη η συμπλήρωση της θεραπευτικής αγωγής με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Στους ασθενείς που χρειάζεται να υποβληθούν σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, σε ποσοστό 45% παρατηρούνται προβλήματα όπως δημιουργία φαρυγγοστομίας 2 μήνες μετά την εγχείρηση, στένωση του τραχειοστόματος και τέλος προβλήματα οδοντικά και ξηρότητα στον στοματοφάρυγγα που πραγματικά δυσχέραιναν την μετεγχειρητική προσαρμογή τους. Οι λύσεις για τα προβλήματα αυτά είναι οι εξής:

1. Στην περίπτωση δημιουργίας φαρυγγοστόματος η καλύτερη αγωγή είναι η διακοπή για λίγο της ακτινοθεραπείας και η

χειρουργική συγκλεισή του.

2. Εάν το τραχειόστομα δεν είναι αρκετά μεγάλο είναι προτιμότερο να μην αποσπληνώνεται ο ασθενής όσο διαρκεί η ακτινοθεραπεία και τέλος

3. Οι τριδονισμένοι οδόντες πρέπει να ελέγχονται και να θεραπεύονται προεγχειρητικά. Πολλοί συνιστούν την συστηματική αφαίρεσή του επειδή η ακτινοβολία δημιουργεί διαταραχή του PH και την ποσότητα του σιέλου με αποτέλεσμα να υπάρχουν ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη οδοντικών φλεγμονών.

Μ Ε Ρ Ο Σ Β'

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο IV

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι από τους ελάχιστους ή ίσως φημοναδικός για τον οποίο ο άρρωστος ενημερώνεται από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης, όταν βέβαια η θεραπεία του πρόκειται να είναι ολική λαρυγγεκτομή.

Το άτομο στο οποίο έγινε η διάγνωση βρίσκεται σε μεγάλη συναισθηματική κατάπτωση γιατί ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση πιθανόν, από την οικογένεια και τον γενικότερο περίγυρο. Οι σκέψεις αυτές οδηγούν τον ασθενή συχνά στα επικίνδυνα μονοπάτια της απομόνωσης, της μελαγχολίας, του φόβου και της αγωνίας.

Η ενημέρωση του αρρώστου είναι απολύτως απαραίτητη γιατί η λαρυγγεκτομή είναι ένα είδος ακρωτηριασμού αφού αφήνει μόνιμη αναπηρία στον άρρωστο, ο οποίος χάνει την φωνή του.

Ο άρρωστος που μπαίνει στο νοσοκομείο με διαγνωσμένο καρκίνο του λάρυγγα γνωρίζει ότι η ολική λαρυγγεκτομή είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο θα διατηρηθεί στην ζωή.

Παρά την σοβαρότητα της νόσου, η οποία οδηγεί στο θάνατο χωρίς την χειρουργική επέμβαση οι αντιδράσεις των αρρώστων είναι κάθε φορά ποικίλες λόγω του μεγάλου μεγέθους της αναπηρίας. Έτσι πολλοί απ' αυτούς αρνούνται να δεχτούν την νόσο εδώς όταν βρίσκεται στα αρχικά στάδια και τα συμπτώματα δεν είναι ενοχλητικά, προβάλλοντας σαν δικαιολογία την

καλή τους κατάσταση.

Άλλοι πάλι αρνούνται να υποστούν την επέμβαση προτιμώντας τον θάνατο από τη στέρηση της φωνής. Μία άλλη κατηγορία, τέλος, αποφασίζει να υποστεί την επέμβαση προκειμένου να ζήσει.

Και εδώ έγκειται η συμβολή του σωστού νοσηλευτή να πείσει τον άρρωστο σε μικρό χρονικό διάστημα, να αποφασίσει το καλύτερο για τη ζωή του που στην προκειμένη περίπτωση είναι η αποδοχή του χειρουργείου.

Έτσι τον ενημερώνει πως η στέρηση της φωνής θα είναι προσωρινή αφού αργότερα με την κατάλληλη εκπαίδευση θα γίνει ικανοποιητική αποκατάστασή της.

Ένας άλλος τρόπος που χρησιμοποιεί και είναι πολύ αποτελεσματικός είναι η προσπάθεια στο να επιτευχθεί συνάντηση του αρρώστου με κάποιον που έχει υποστεί λαρυγγεκτομή και έχει απαιασταθεί ικανοποιητικά η φωνή του.

Σαν τελευταία προσπάθεια, προτροπής για λαρυγγεκτομή, σε αποτυχία όλων των προηγουμένων είναι η αποβολή του επώδυνου θανάτου που θα ακολουθήσει εξ αιτίας της μετάστασης της νόσου και σε άλλα όργανα του σώματός του.

Οι επίμονες προσπάθειες γίνονται περισσότερο σε άτομα νεαρής και μέσης ηλικίας παρά σε υπερήλικες.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

### 1. Προεγχειρητική Ετοιμασία - Ευθύνες Νοσηλεύτριας

α. Μείωση αγωνίας επιτρέποντας στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια τον φόβο του για την επέμβαση.

β. Διερμηνεία των πληροφοριών του χειρουργού.

γ. Εξασφάλιση πνευματικής και συμβουλευτικής βοήθειας αν την επιθυμεί ο άρρωστος.

δ. Προετοιμασία άρρώστου να αναπνέει μέσα από τον τραχειαικό άνοιγμα. Ο νοσηλευτής πρέπει να πει στον άρρωστο τι μπορεί να περιμένει μετά την εφαρμογή τραχειοσωλήνα.

ε. Σχεδιασμός μέσων επικοινωνίας για μετά την εγχείρηση.

στ. Πληροφόρηση για την μετεγχειρητική περίοδο γενικά. Σε μόνιμη τραχειοστομή εξηγείται στον ασθενή η δυνατότητα να συνεχίσει φυσιολογικά τη ζωή του με αυτή, η αποκατάσταση της ομιλίας και η εμφάνισή του. Η επίσκεψη ενός ατόμου με μόνιμη τραχειοστομή, που την έχει αποδεχτεί και ζει φυσιολογικά μ' αυτήν είναι ο καλύτερος τρόπος προετοιμασίας του ασθενή.

Η έκταση της προετοιμασίας επηρεάζεται από την ηλικία και την ωριμότητα του ασθενούς.

ζ. Ετοιμασία κρεβατιού και περιβάλλοντος του ασθενή. Η τακτοποίηση τόσο του κρεβατιού όσο και του περιβάλλοντος του ασθενή είναι η ίδια με αυτή που πρόκειται να κάνει οποιαδήποτε εγχείρηση. Σε περίπτωση ασθενούς με τραχειοστομή τοποθετείται επιπρόσθετα στο κομοδίνο μπλοκ και μολύβι και λαμβάνεται φροντίδα για την υγραποίηση του εισπνεόμενου αέρα.

## 2. Είδη χειρουργικών επεμβάσεων. Νοσηλευτική φροντίδα

### Α. Χορδεκτομία-Μερική λαρυγγεκτομή

- 1) Υγιεινή στόματος
- 2) Εκτίμηση ζωτικών σημείων
- 3) Προεκδοποίηση άρρώστου για περιορισμό χρήσιμότητας



της φωνής του. Εγκαθίδρυση εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας.

4) Διδασκαλία αρρώστου πως να κλείνει το στόμιο της τραχείας για να μιλά.

5) Όταν το ανέχεται ο άρρωστος χορήγηση μαλακών φαγητών αντί υγρών.

6) Παρακολούθηση ενδοφλέβιων χορηγήσεων και τεχνητής διατροφής.

7) Καθαρισμός τραχειοσωλήνα όταν είναι ανάγκη.

8) Αναρρόφηση τραχειοστομίας όταν είναι ανάγκη.

9) Παρακολούθηση εγχειρητικής περιοχής για

α) Αιμορραγία

β) Υποδόριο εμφύσημα

10) Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών για τον πόνο όταν είναι ανάγκη. Παρακολούθηση αποτελεσμάτων στον άρρωστο.

#### Β. Υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή

Μία οριζόντια τομή πάνω από τις γνήσιες χορδές επιτρέπει την αφαίρεση μόνο του παθολογικού ιστού. Φροντίδα όπως και στην προηγούμενη περίπτωση.

#### Γ. Ολική λαρυγγεκτομή

1) Ότι και στις δύο προηγούμενες περιπτώσεις.

2) Ανύψωση του άνω μέρους του κρεβατιού 30° για διευκόλυνση παροχέτευσης και διατήρησης του αεραγωγού.

3) Εξασφάλιση εφυγρασμένου αέρα στο τραχειακό άνοιγμα. Εφυγρασμένο οξυγόνο χορηγείται όσες φορές το χρειάζεται ο άρρωστος.

4) Φροντίδα περυστομιακού δέρματος. Χρησιμοποίηση αλοιφής (νεοσπορίνη) για πρόληψη σχηματισμού κρούστας και ρήξη του δέρματος.

5) Αναρρόφηση όταν είναι ανάγκη.

6) Χορήγηση τροφής από το ρινογαστρικό σωλήνα. Χορήγηση απαραίτητου νερού. Παρακολούθηση για επιπλοκές.

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

8) Διδασκαλία του αρρώστου να τοποθετεί το χέρι του πίσω από το κεφάλι του για να διευκολύνει το σήκωμά του.

Δ. Ριζική τραχηλική εκσιαφή-αφαίρεση εκσταμένης ποσότητας ιστού του προσώπου, νεύρων, οστών και λεμφαδένων που περιβάλλουν τον όγκο.

1) Ότι και στην λαρυγγεκτομή.

2) Παρακολούθηση της HEMOVAC για ποσότητα, χρώμα και σύσταση του υγρού παροχέτευσης.

3) Παρακολούθηση της περιοχής εγχείρησης για:

α) Αιμορραγία, αιμάτωμα

β) Ρήξη καρωτίδας

γ) Μόλυνση τραύματος

Άμεση μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Συνίσταται ανάρροπη θέση του ασθενούς, εφόσον άλλοι παράγοντες δεν την εμποδίζουν. Με την θέση αυτή μειώνεται το οίδημα που δημιουργήθηκε κατά την εγχείρηση και επιβοηθείται η αναπνοή.

Η δυσκολία του ατόμου να προσαρμοστεί στην νέα αναπνευστική οδό του δημιουργεί ανησυχία, συναίσθημα ασφυξίας και ανασφάλεια. Η συχνή παρουσία της αδελφής κατά τις πρώτες ώρες κοντά στον ασθενή, τον ανακουφίζει και του δημιουργεί

αίσθημα ασφάλειας.

Έως ότου ο ασθενής μάθε ν'αναπνέει με τον τραχειοσωλήνα είναι πολύ εκνευρισμένος γι'αυτό βοηθείται με ηρεμιστικά φάρμακα τα οποία χορηγούνται μετά από εντολή ιατρού.

Πρέπει να γίνεται συχνή αναρρόφηση από τον τραχειοσωλήνα. Η είσοδος ξένου σώματος στην τραχεία προκαλεί υπερέκκριση του βλεννογόνου και γι'αυτό επιβάλλονται συχνές αναρροφήσεις στην αρχή, ώσπου να προσαρμοστεί ο οργανισμός στο ξένο σώμα.

Οι εισπνεόμενος αέρας ο οποίος φυσιολογικά υγραίνεται θερμαίνεται και φιλτράρεται από την μύτη, τώρα εισέρχεται απευθείας στην τραχεία, βρόγχους και πνεύμονες και ξηραίνει, ερεθίζει και μολύνει την αναπνευστική οδό, Κατά συνέπεια βασικό καθήκον του νοσηλευτή είναι η δημιουργία τεχνητών συνθηκών κατά τις οποίες να θερμαίνεται, υγραίνεται και φιλτράρεται ο εισπνεόμενος αέρας. Αυτό επιτυγχάνεται με:

- \* Την διατήρηση της θερμοκρασίας του θαλάμου στους 25-27°C.
- \* Τη διατήρηση της ατμόσφαιρας καθαρής και χωρίς σκόνη.
- \* Την τοποθέτηση και συχνή αλλαγή υγρής μάζας στο στόμιο του τραχειοσωλήνα.
- \* Την αποφυγή ρευμάτων με τα οποία κρυώνει ο αέρας και αιωρείται σκόνη.

Μετά την πάροδο 6 περίπου ημερών ο ασθενής προσαρμόζεται στην νέα κατάσταση και δεν υπάρχει πια ανάγκη υγραποίησης, θερμάνσεως και φιλτραρίσματος του εισπνεόμενου αέρα. Για την απομάκρυνση των εκκρίσεων, συνιστώνται συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα.

Επίσης βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η συχνή παρακολούθηση και διατήρηση του εσωτερικού σωλήνα, με την συχνή αφαίρεση και επανατοποθέτησή του.

#### Έμμεση μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Αυτή περιλαμβάνει ότι σημειώθηκε στην άμεση μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα και επιπρόσθετα:

\* Διευκολύνεται η κατάποση τροφών κατά τις πρώτες μέρες με την χορήγηση υδρικής δίαιτας. Έχει ενημερωθεί ο άρρωστος για την αναμενόμενη δυσκολία στην κατάποση ώστε να μην ανησυχεί. Το διαιτολόγιο αυξάνεται προοδευτικά, η τροφή γίνεται πολτώδης και όταν ο ασθενής μπορεί να καταπιεί πιο εύκολα, δίδονται άλλα είδη τροφών. Αποφεύγονται οι υπερβολικά ξηρές τροφές.

Στην λαρυγγεκτομή χορηγείται στον ασθενή τροφή τεχνικά.

Οι αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα και αργότερα, μετά την πάροδο 8-10 ημερών περίπου, η ανάγκη αναρροφήσεως δεν υπάρχει, εφόσον κάποια επιπλοκή δεν επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενή.

Η καθαριότητα του εσωτερικού σωλήνα γίνεται επίσης με αραιότερα χρονικά διαστήματα. Όταν ο ασθενής προσαρμοστεί τελείως στην νέα κατάσταση, οι αλλαγές του τραχειοσωλήνα περιορίζονται σε τρεις καθημερινά.

#### Είδη τραχειοσωλήνων

1. Πλαστικοί μίας χρήσης: χλωριούχο πολυβινύλιο, νάϊλον TEFLON, σιλικόνη με CUFF και με οπή ή χωρίς οπή στο χεί-

λος του σωλήνα.

2.Αργυρός τραχειοσωλήνας που αποτελείται από τρία μέρη: οδηγό, εσωτερικό και εξωτερικό σωλήνα.

3.Αργυρός τραχειοσωλήνας JACKSON με προσαρμοστή MORCH για να συνδέεται με αναπνευστήρα. Η αναρρόφηση μπορεί να γίνει χωρίς να διαταραχτεί ο αερισμός διότι φέρει οπή στο στέλεχος του σωλήνα.

4.Σωλήνες με CUFF μόνιμα προσαρτημένο για εξασφάλιση κλειστού συστήματος.

5.Σωλήνας με διπλό CUFF για εναλλαγή πίεσης στον τραχειακό βλεννογόνο. Το υλικό και ο τρόπος κατασκευής του CUFF πρέπει να ακολουθούν ορισμένες προδιαγραφές:

α.Υλικό λείο και μαλακό.

β.Σχήμα κυλινδρικό.

γ.Μήκος 3 ή περισσότερων εκατοστών.

Τα δύο τελευταία για εξασφάλιση ομοιόμορφης και χαμηλής πίεσης 20-40 MMHG στο τοίχωμα της τραχείας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (που πρόκειται να βγει από το Νοσοκομείο - Σχέδιο εξόδου και διδασκαλίας).

Αυτοπεριποίηση: Την περιποίηση του τραχειοσωλήνα αναλαμβάνει ο άρρωστος, όταν ανακτήσει τις φυσικές του δυνάμεις, αποδεχτεί την αναπηρία του και μπορεί να την κάνει ακίνδυνα. Για να μπορέσει όμως ο ασθενής να φτάσει στο σημείο να περιποιείται μόνος του τον εαυτό του, σημαντικό ρόλο παίζει η καθοδήγηση και η εκμάθηση του από τον νοσηλευτή. Γι' αυτό κατά την διάρκεια της αλλαγής και καθαριότητας του τραχειοσωλήνα από τον νοσηλευτή ο ασθενής πρέπει να παρακολουθεί μέρος της εργασίας από έναν καθρέπτη, τον οποίο θα χρησιμοποιήσει και αργότερα για την εκτέλεσή της.

Η διδασκαλία του αρρώστου περιλαμβάνει:

Τη γνώση των απαραίτητων αντικειμένων τον τρόπο αφαίρεσης του εσωτερικού τραχειοσωλήνα, την περιποίηση του τραύματος, την καθαριότητα και τον βρασμό του εσωτερικού τραχειοσωλήνα και τον τρόπο επαναποθετήσεως του. Επίσης περιλαμβάνει τον τρόπο της προετοιμασίας και χρήσεως των αντικειμένων.

Ο ασθενής μετά την θεωρητική ενημέρωση παρακολουθεί τον νοσηλευτή στην εκτέλεση των παραπάνω, ενώ αυτός του εξηγεί την κάθε ενέργεια την οποία κάνει.

Η γλώσσα και το περιεχόμενο των πληροφοριών θα εξαρτηθεί από το διανοητικό, μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο του αρρώστου, καθώς και από την ηλικία του.

Μετά την επαρκή παρακολούθηση από τον ασθενή των εργα-

σιών που προαναφέρθηκαν, ο νοσηλευτής τον βοηθά και τον παρακολουθεί στην εκτέλεση της αλλαγής και καθαριότητας του τραχειοσωήνα από τον ίδιο.

Απαραίτητα αντικείμενα που πρέπει να έχει ο ασθενής στο σπίτι ώστε να εκτελεί αυτή την ανάγκη είναι:

- Ένας πλήρης τραχειοσωλήνας και
- Ένας διαστολέας που πρέπει να διατηρούνται αποστειρωμένα.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τον τρόπο χρησιμοποίησής τους, σε περίπτωση που θα βγει ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας.

Η πιο πάνω ενημέρωση και διδασκαλία γίνεται και σε κάποιον από τους οικείους του ασθενούς για την περιποίηση του σε περίπτωση ανάγκης και όταν πρόκειται για ηλικιωμένους ή μικρά παιδιά.

Διδασκαλία αρρώστου για τον καθαρισμό του στομίου. Διδάσκεται να:

- α) Να πλένει τα χέρια του πριν ακουμπήσει το στόμιο.
- β) Να βρέχει τον τρίφτη με ζεστό νερό, να τον στίβει καλά, και να τον απλώνει γύρω από το στόμα.
- γ) Να μην χρησιμοποιεί σαπούνι, χαρτομάνδουλα ή χαλαρό βαμβάκι, αφού μπορεί να εισροφηθούν μέσα στην τραχεία.
- δ) Να κάνει την λεπτή επάλειψη με βαζελίνη στο περιτομιακό δέρμα.
- ε) Να αποσπογγίζει το περίσσειμα της βαζελίνης.

#### Φροντίδα στόματος

α) Ο στοματικός βλεννογόνος δεν αερίζεται όπως πριν την λαρυγγεκτομή και η ικανότητα του αρρώστου να ανιχνεύει δυσσο-

σμία του στόματος μειώνεται. Γι' αυτό ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα στόματος.

β) Εκτός από το κανονικό βούρτσισμα, χρησιμοποιείται μία μαλακή βούρτσα για καθαρισμό της γλώσσας και των πλαγίων της κοιλότητας.

γ) Το στόμα μπορεί να ξεπλυθεί με αποσμητικό διάλυμα.

Φάρμακα. Διδάσκεται ο άρρωστος να:

α) Συμβουλευτεί τον γιατρό πριν πάρει οποιοδήποτε φάρμακο γιατί πολλά από αυτά έχουν την τάση να ξηραίνουν το τραχειοστόμιο.

β) Να αποφεύγει τη χρησιμοποίηση καθαρού οινοπνεύματος γιατί ξηραίνει επίσης το στόμιο και επιπλέον είναι ερεθιστικό.

Φίλτρο στομίου

α) Χρησιμοποιείται ένα πλεκτό κάλυμα ή ένα βαμβακερό ύφασμα που κρέμεται πάνω στο στόμιο. Στερεώνεται με λουρίδες γύρω από τον λαιμό.

β) Για τους άνδρες: κολλάρο ή να φορούν κανονικό πουκάμισο με το δεύτερο κουμπί από πάνω ραμμένο πάνω στην κουμπότρυπα για να δείχνει κουμπωμένο.

γ) Για τις γυναίκες ποικιλία κασιώλ, περιδέραια, φορέματα με υψηλό γιακά.

Αποφυγή επιπλοκών. Διδάσκεται ο άρρωστος να:

α) Να προστατεύει το στομιο, όταν κάνει ντους χρησιμοποιώντας πλαστικό κάλυμμα.

β) Να μην κάνει μπάνιο στην θάλασσα.

γ) Να προστατεύει το στόμιο όταν κόβει τα μαλλιά του



ή χρησιμοποιείται πούδρα.

δ) Να χρησιμοποιεί μία στεγνή πετσέτα γύρω από τον λαιμό του όταν ξυρίζεται.

ε) Κατά την διάρκεια κρυολογήματος να κάνει εισπνοές ατμού.

στ) Να αποφεύγει κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους.

ζ) Επαρκή ενυδάτωση και ρευστοποίηση των εκκρίσεων του τραχειοβρογχικού δένδρου με διάφορα ρευστοποιητικά ή βλεννολυτικά.

η) Αποφυγή ξυνών τροφών, καπνίσματος, χρήσης αλκοόλης.

#### ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ :

Γίνεται με την βοήθεια φυσιοθεραπευτή και επανεκπαίδευση τόσο αναπνευστική όσο και φωνητική.

Διαφορετικά η πίεση που θα εξασκούνταν στο τραχειακό τοίχωμα μπορεί να ήταν της τάξης 60-200 MMHG και πάνω, πράγμα που συμβαίνει με ορισμένα CUFF υψηλής πίεσης και μικρού όγκου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V I

---

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΘΑ ΖΗΣΕΙ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ

ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ.

ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Το ψυχικό τραύμα που προκαλεί η λαρυγγεκτομή στον ασθενή, είναι εξ ίσου σοβαρό με το σωματικό τραύμα και σε καμμία περίπτωση δεν πρέπει να υποτιμάται.

Όσο καλά και αν εξηγηθεί η κατάσταση του είναι δύσκολο ο ασθενής να αντιληφθεί από πριν την πλήρη έκταση της αναπηρίας του και να προετοιμάσει τον εαυτό του.

Αν δεν λάβει κατάλληλη εξήγηση για την μεταβολή στην ζωή του και στις δραστηριότητές του μετά την εγχείρηση, αισθάνεται πικρία για το χειρουργό και το προσωπικό γενικότερα όταν αντιμετωπίσει την αναπηρία του. Η έλλειψη της κατάλληλης προετοιμασίας είναι ο κύριος λόγος από μέρους του λαρυγγεκτομηθέντος αρρώστου.

Η αρνητικά προκατειλημμένη στάση πολλών συγγενών απομονώνει ακόμη περισσότερο τον ασθενή, ο βαθμός δε της απομόνωσης αυτής εξαρτάται από την προσωπικότητα και τις προηγούμενες σχέσεις του αρρώστου με το κοινωνικό του περιβάλλον, αντίθετα ένα ικανοποιητικό επίπεδο θετικής ανθρώπινης στάσης από την οικογένειά του βοηθάει οπωσδήποτε στην ομαλή προσαρμογή του στο κοινωνικό περιβάλλον.

Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται μόνο στην βοήθεια του ίδιου του ασθενούς να αποδεχτεί την κατάσταση του αλλά και στην βοήθεια της οικογένειας του ασθενή, να την αποδεχτεί.

Ο νοσηλευτής με την οργάνωση και το συντονισμό ευκαιριών μαθημάτων-συζήτηση πληροφορεί τους συγγενείς για:

- τις προσωπικές δυσκολίες του ασθενή
- τις αλλαγές του τρόπου ζωής του, τους ενισχύει δε με απλό κατανοητό τρόπο
- τις προσαρμογές του ασθενούς.

Ο λαρυγγεκτομηθείς άρρωστος αν αντιμετωπίζει και οικονομική αβεβαιότητα που έχει σχέση με το είδος της δουλειάς του αλλά κυρίως με την αντιμετώπισή του από τον εργοδότη που συχνά αρνείται να τον δεχτεί λόγω της αναπηρίας του, που ουσιαστικά μπορεί να μην επηρεάζει την απόδοσή του.

Έτσι εκτός από τη διαφώτιση και την εξοικείωση του περιβάλλοντος με την ολική λαρυγγεκτομή, είναι απαραίτητη η προσπάθεια του νοσηλευτή και γενικά της ομάδας που ασχολείται με την αποκατάσταση του ασθενούς, να αποβλέπει και στην τροποποίηση της αρνητικής στάσης όχι μόνο των συγγενών αλλά και των συναδέλφων του. Γι'αυτό το λόγο το πρόγραμμα αποκατάστασης των αρρώστων με ολική λαρυγγεκτομή πρέπει να περιέχει και συνεργασία με ειδικό συνεργείο από ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό για υποστηρικτική θεραπεία, η σημασία της οποίας επαυξάνεται από την έλλειψη εξειδικευμένων φωνιάτρων στην Ελλάδα.

Πολλοί μελετητές (PITKIN: GREENE κ.λπ.) για το σκοπό αυτό προτείνουν την ομαδική θεραπεία που αποβλέπει στην επίλυση τόσο των ψυχολογικών όσο και των πρακτικών καθημερινών προβλημάτων του αρρώστου. Γι'αυτό ο νοσηλευτής τον προσανατολίζει και σε ομάδες υποστήριξης ή σωματεία ομοιοπαθών ατόμων, π.χ. σύλλογοι αλάρρυγων ασθενών.

Οι σύλλογοι αυτοί συμβάλλουν σημαντικά στην εξύψωση του

ηθικού του ασθενούς με τις ενημερωτικές συζητήσεις που κάνουν μεταξύ τους και συνειδητοποιούν μέσα από τους άλλους ομοίους τους τη χαμένη εικόνα τους αφ'ενός και αφ'ετέρου λαμπικάρουν την καινούργια τους, με το επιγραμματικό:

<<Καταλαβαίνω πως αισθάνεσαι, βρέθηκα και εγώ στη θέση σου, το ξεπέρασα, κοίταξέ με, θα το ξεπεράσεις και εσύ...>>.

Την κατάλληλη ψυχολογική βοήθεια ώστε ο ασθενής να ακολουθεί τις νοσηλευτικές οδηγίες του όλου προγράμματος θεραπείας.

Σ' αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή σε ώρες <<ακρόασης>> που έχει μαζί του:

- α) Να συνειδητοποιήσει τη θέση στην οποία βρίσκεται.
- β) Να μην θεωρεί ότι η αρρώστια ήταν ένα χτύπημα της μοίρας
- γ) Να έχει πεποίθηση στον εαυτό του.
- δ) Να στοχεύει με πείσμα στην πλήρη αποκατάστασή του
- ε) Να μην αμφιβάλλει.

Η απόλυτη έλλειψη <<αυτοβοήθειας>>, το άγχος για πιθανή ελαττωματική λειτουργία ορισμένων μηχανημάτων, όπως π.χ. αναρροφητικής αντλίας σε περίπτωση διακοπή ρεύματος, θα πάθει ασφυξία εφόσον δεν θα μπορεί να κάνει αναρρόφηση, αυξάνει την μελαγχολία του ασθενούς, με μόνιμη τραχειοστομία και το ποσοστό άγχους που συσσωρεύεται δεν τον αφήνει να αποδεχθεί την καινούργια σωματική του κατάσταση και τον οδηγεί σε ένα αρνητικό σημείο της <<αυτοεγκατάλειψης>>. Ένα αιόμη στοιχείο που ενισχύει το αρνητικό σημείο της αυτοεγκατάλειψης είναι η χαμένη φωνή του.

Το έργο του νοσηλευτή σ' αυτό το σημείο είναι να εξασφαλίσει στον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία την πεποίθηση ότι δεν είναι βουβός ή κωφάλαλος, μπορεί να μιλήσει και μάλιστα

πολύ καλά με μία άλλη φωνή. Μια φωνή που παράγεται με διαφορετικό τρόπο απ'ότι η φυσιολογική και όμως έχει θεαματικά αποτελέσματα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VII

---

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Αναρρόφηση μέσα από τον τραχειοσωλήνα

Σκοπός: Να απομακρύνει εκκρίσεις μέσα από το τραχειοβρόγχικό δένδρο, ώστε να διατηρείται βατός ο αεραγωγός.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση: Η ανάγκη για αναρρόφηση φαίνεται από τις θορυβώδεις υγρές αναπνοές, την αύξηση της συχνότητας σφυγμού και αναπνοών. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να βήξει και να βγάλει τις εκκρίσεις. Χρησιμοποιούμε αναρρόφηση όταν ο βήχας δεν είναι παραγωγικός.

Επιπλοκές από την τραχειοστομία

Σε μία τραχειοστομία είναι δυνατόν να εμφανιστεί τοπικό χειρουργικό εμφύσημα, το οποίο αυτοθεραπεύεται με την αναρρόφηση του αέρα, αυτό μπορεί να συντελέσει σε ανάπτυξη τοπικής μόλυνσεως του τραύματος. Ο κίνδυνος της πνευμονίας είναι πολύ μεγάλος σε ασθενή με τραχειοστομία. Τον προστατεύουμε από αυτή με την αποφυγή επανεισορήσεως των εκκρίσεων του τραχειοσωλήνα και με την προφύλαξη από κρυολογήματα. Ο συχνός ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα καθώς και η μικροβιολογική εξέταση των πτυέλων βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση πνευμονίου.

Η ζωή του ασθενή με τραχειοστομία κα.ά πολύ εξαρτάται από την ευσυνειδησία, την προσοχή και επιδεξιότητα του νοσηλευτή. Είναι δυνατόν ένας απότομος βήχας ή φτέρνισμα να γίνουν αφορμή να βγει όλος ο τραχειοσωλήνας από τραύμα και ο ασθενής να πάθει ασφυξία.

Άλλες επιπλοκές της τραχειοστομίας μπορεί να είναι

αιμορραγία, σχηματισμός αιματώματος, ρήξη καρωτιδικής αρτηρίας, φαρυγγο-υποδόριο συρίγγιο, στένωση στομίου εξαιτίας ίνωσης και μόλυνσης, νέκρωσης ιστού στην χειρουργική περιοχή.

Επίσης πρέπει να γίνεται δοκιμασία λειτουργίας επινεφριδίων για τυχόν μετάσταση και ανεπάρκεια που θα είχε σαν συνέπεια τη μη δυνατότητα του οργανισμού του αρρώστου να ανταποκριθεί στο μετεγχειρητικό STRESS.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VIII

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ι

Παπός Ανδριανός, ετών 63, κάτοικος Μιτιλιά Άρτας. Εισήχθη στις 18-8-1993.

Αρχική διάγνωση: Εξεργασία λάρυγγος-Τραχειοστομία. Μεταστατική τραχηλική λεμφαδενίτις δεξιά επί εδάφους παλαιάς ολικής λαρυγγεκτομής.

Αιτία προσέλευσης: Σκληρή ευμεγέθης πολυβώδης πλαγιοτραχηλική διόγκωση δεξιά.

Παρούσα νόσος: Αρχίζει από έτους περίπου, όταν ο ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα τραχειοστομία στο Νοσοκομείο Ιωαννίνων λόγω δύσπνοιας. Προ 9 μηνών υποβλήθηκε σε ολική λαρυγγεκτομή στην ΩΡΑ κλινική του Γ.Ν. Πατρών (25-11-1992) από τον κ. Παπαδημάτο υπό γενική νάρκωση.

Ιστολογική: Τμήματα νεοπλασματικού ιστού με μορφολογικούς χαρακτήρες πλακώδεις καρκίνωμα IN SITU και διηθητικού μέσου βαθμού διαφοροποίηση.

Έξεις και τρόπος ζωής: πότη-καπνιστή.

Έκτοτε ο ασθενής δεν προσήλθε για παρακαλούθηση. Αναφέρει προοδευτική διόγκωση στην δεξιά πλαγία τραχηλική χώρα προ 5 μηνών.

Παρούσα τοπική κατάσταση στόματος-προσώπου-κεφαλής-τραχήλου: Σκληρή-ευμεγέθης-πολυλογώδης διόγκωση πάνω παό το έσω τριτημόριο της κλείδας η οποία απωθεί το πλάγιο τοίχωμα της τραχειοστόματος.

19-8-1993: Έγιναν εξετάσεις. Συγκεκριμένα: Γενική αίματος-ΤΚΕ-ουρία-SGPT-κρεατινίνη-χολερυθρίνη-SCOT-γλυκόζη-ΗΚΓ-ομάδα και ΡΗ.



20-8-1993: Ογκολογική εκτίμηση. Συνιστήθη το παρακάτω χημειοθεραπευτικό σχήμα: GSPLATIN 190 X 1 επί 5 ημέρες.  
S-FU 1700 MG

23-8-1993: Έναρξη χημειοθεραπείας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε χημειοθεραπεία με προενυδάτωση και μεταενυδάτωση. Επίσης PRIMPERAN AMP 1X4 και TB TAVOR 1,0 MG ½ X 5.

24-8-1993: Δεύτερη ημέρα χημειοθεραπείας 1500 MG SFL NOROVRAIL σε 1000 CC D/W 5% σε αργή χορήγηση εντός 24 ώρες. Επίσης PRIMPERAN AMP 1X4 και TB TAVOR 1,0 MG ½ X 3.

Και στις υπόλοιπες 3 ημέρες χημειοθεραπείας ακολουθήθηκε το ίδιο σχήμα φαρμάκων. Η χημειοθεραπεία έγινε στο Γ. Π.Ν.Π.

Μετά το χειρουργείο:

1η μετεγχειρητική ημέρα:

Ο ασθενής παίρνει ορό N/S 1000 CC (Συνολικά παίρνει 3 KGR ημερησίως N/S 1000 CC/ D/W 1000 CC - N/S 1000 CC).

Παίρνει IV αντιβίωση τριπλού σχήματος X 3

α) αντιβίωση ευρέου φάσματος

β) BRIKLIN

γ) FLAGIL

Επί πόνου χορήγηση παυσίπνου (APOTEL). Λόγω ψυχολογικών προβλημάτων TAVOR 1,0 MG ½ X 3 (εντολή ψυχιάτρου).

Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 2ωρο.

Συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα καθώς και αλλαγή τραχειοσωλήνα τρεις φορές την ημέρα.

Άλλαγή και περιποίηση της τομής στην αίθουσα αλλαγών.

Μετά την 3η μέρα αρχίζουμε να σιτίζουμε τον ασθενή από τον ρινογαστρικό καθετήρα (LEVIN) με υγρά (τσάϊ-γάλα). Έπειτα από 3 μέρες μπορεί να πάρει αραιή πολτοποιημένη τροφή.

Νοσηλευτική αξιολόγηση	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος	Εκτίμηση -αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών στα φυσιολογικά επίπεδα.	Χορήγηση υγρών. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.	Χορήγηση υγρών IV: α) LACTATED RINGERS 1000 CC β) N/S 1000 CC γ) D/W 500 CC δ) Μία μονάδα αίμα (300 CC) Μέτρηση προσλαμβανομένων & αποβαλλομένων υγρών.	Μερική αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
Αγωνία για την πορεία της κατάστασής του.	Ηθική τόνωση του ασθενή.	Συζήτηση του ασθενή με τον αρμόδιο ιατρό και με μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού.	Συζήτηση και παροχή πληροφοριών για την εξέλιξη της πορείας του ασθενή.	Σημεία ενθάρρυνσης του ασθενή.
Μακροχρόνια παραμονή στην κλινική.	Αποτροπή κινδύνου κοινωνικής απομόνωσης.	Ενθάρρυνση επισκέψεων από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του ασθενούς.	Επισκέψεις από το περιβάλλον του ασθενούς καθώς και από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της κλινικής.	Αίσθημα ασφάλειας από πλευράς του ασθενούς και αποφυγή κοινωνικής απομόνωσης.
Ο ασθενής παρουσίασε: υγρές θορυβώδεις αναπνοές.	Απομάκρυνση των εκκρίσεων μέσα από το τραχειοβρογχικό δένδρο.	Γίνεται αναρρόφηση από τον τραχειοσωλήνα. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.	Ενημέρωση του ασθενή. Ελέγχουμε την σωστή λειτουργία του τραχειοσωλήνα. Κάνουμε την αναρρόφηση.	Ο ασθενής είναι ήρεμος.

Νοσηλευτική αξιολόγηση.	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Εκτίμηση -αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Πυρετός.	Ρύθμιση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικό επίπεδο.	Θα τεθεί 3ωρη θερμομέτρηση Εφαρμογή δροσερών επιθεμάτων Χορήγηση υγρών για το πρόβλημα της αφυδάτωσης. Προφύλαξη του ασθενή από κρυολόγημα.	Έγινε μία APOTEL IM. Χορήγηση υγρών IV NIS 0,9% D/W 5%.	Πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.
Πόνος	Ανακούφιση του ασθενή.	Χορήγηση παυσίπονων.	Έγινε μία APOTEL IM.	Υποχώρηση του πόνου.

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΙ

Στις 29-8-1990 ήρθε στα εξωτερικά Ιατρεία ο Σκοντζής Κωνσταντίνος 56 ετών, επάγγελμα κουρέας, ο οποίος παραπονέθηκε για δύσπνοια. Ο άρρωστος ήταν ενεργητικός καπνιστής.

Έγινε επίσκεψη και ψηλάφηση της περιοχής, καθώς και λαρυγγοσκόπηση για πιθανή βλάβη αριστεράς φωνητικής χορδής. Συστήθηκε να γίνει εισαγωγή και ελήφθησαν εργαστηριακές εξετάσεις α/α θώρακα, ΗΚΓ, ουρία, γλυκόζη, χρόνος ροής και πήξης, καθώς και γενική αίματος.

Τα φάρμακα που συστήθηκαν στον ασθενή ήταν: AMOXIT SIR 500 MG 2X3 και επί πόνου 1 AMP APOTEL και επί ισχυρού PETHIDINE AMP.

Στις 30-8-1990 του έγινε βιοψία με γενική νάρκωση. Την ίδια ημέρα εδόθηκε εξιτήριο στον ασθενή και αφού ελέγχθησαν τα αποτελέσματα της βιοψίας από τους ιατρούς ειδοποιήθηκε για εισαγωγή στις 4-9-1990 για κάθετη ημιλαρυγγεκτομή. Ελήφθη αίμα για διασταύρωση.

Μετά το χειρουργείο μεταφέρθηκε στο δωμάτιό του, πάρθηκαν ζωτικά σημεία, γίνονται συχνές αναρροφήσεις και παρακολούθηση της πορείας μετά την επέμβαση.

Η φαρμακευτική αγωγή ήταν:

STEDON TB 1X5	AMOXYCILLIN FL 1 GR 1X5
REDERON AMP 1X1	LONARID 1X1
CARAMYCIN FL 80 MG 1X5	ZINACEF FL 750 MG 1X5
FLAGYL FL 1X5	AMOXIL SIR 500 MG 1X5

Ο ασθενής σιτίζεται με LEVIN και στις δύο επόμενες ημέρες μετά την επέμβαση του δίνεται γάλα και τσάϊ και μετά αραιά πολτοποιημένη και αργότερα πολτοποιημένη τροφή.

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή ήταν ικανοποιητική, τη 2η ημέρα σημειώθηκε όταν στις 10-9-1990 το απόγευμα έκανε πυρετό 38<sup>0</sup>C. Εστάλη για παθολογική εξέταση. Εδόθη εντολή για αντιβιοτική αγωγή FL AMPICILIUM 1X4 και FL BRILKIN 1X2. Την 9η μετεγχειρητική μέρα ο ασθενής άρχισε να μιλάει.

Αφού εδόθησαν ορισμένες οδηγίες στον ασθενή για τυχόν επιπλοκή της κατάστασής του την 15η μετεγχειρητική μέρα του έκαναν τοπική αναισθησία για να κλείσουν την τραχειοστομία και εδόθη εξιτήριο.

Νοσηλευτική αξιολόγηση.	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Εκτίμηση-αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Δυσκολία σίτισης.	Μείωση της δυσκολίας του ασθενή όταν καταπίνει.	Εξηγούμε στον ασθενή ότι η χρήση του LEVIN είναι απαραίτητη τουλάχιστον για 10 ημέρες περίπου.	Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι η λήψη της τροφής θα γίνεται δια του LEVIN, η οποία είναι σε υγρά μορφή. Την 4η μετεγχειρητική ημέρα δίνουμε αραιά πολτοποιημένη και μετά προοδευτικά πολτοποιημένη.	Ο ασθενής δέχτηκε το διαιτολόγιο μέσω του LEVIN.
Δύσπνοια η οποία οφειλόταν στην νέα αναπνευστική οδό.	Διευκόλυνση της αναπνοής από τη δύσπνοια. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος.	Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Χορήγηση οξυγόνου και προσέγγιση του ασθενή από τη νοσηλεύτρια για την μείωση της ανησυχίας του.	Τοποθέτηση του ασθενή σε ανάρροπη θέση για: α) διευκόλυνση αναπνοής και β) μείωση οιδήματος. Έλεγχος ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.	Η δύσπνοια αποκαταστάθηκε πολύ γρήγορα.
Απώλεια φωνής.	Ενημέρωση του ασθενή ότι η απώλεια της φωνής του μπορεί να επανέλθει. Να προετοιμάσουμε την οικογένειά του να δεχτεί την αναπηρία του.	Να εξηγήσουμε τον τρόπο επικοινωνίας στους οικείους του. Να ενισχύσουμε ψυχολογικά τον άρρωστο.	Χρήση ημειωματαρίου για επικοινωνία. Αναφορά στον ασθενή και στους οικείους τρόπους με τους οποίους σταδιακά ο ασθενής θα μπορεί να επικοινωνήσει: α) Λέμε	Ενισχύθηκε η ικανότητα του ασθενή να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του μέσω σημειωματαρίου και η αποδοχή της αποκατάστασης της ομι-

Νοσηλευτική αξιολόγηση	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Επίτευξη-αξιολόγηση αποτελεσμάτων
			<p>στον ασθενή να πάρει αναπνοή &amp; αμέσως μετά να κλείσει με το δάκτυλό του τον τραχειοσωλήνα &amp; συγχρόνως να μιλήσει. β) Διδάσκεται ο τρόπος φυσιολογικής ομιλίας καθώς και η ομιλία με τον τεχνητό λάρυγγα.</p>	<p>λίας του.</p>
Κίνδυνος μολύνσεων.	Πρόληψη μολύνσεων.	Χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων (AUGMENTIN 1,2 GR 2X5)	Χορήγηση αντιβιοτικού φαρμάκου ύστερα από ιατρική εντολή.	Αποφυγή μολύνσεων.
Ηθική πτώση.	Εξασφάλιση τόνωσης ηθικού.	Φέρνουμε σε επαφή άτομο που είχε υποστεί ημιλαρυγγεκτομή και ζει φυσιολογικά.	<p>Ενημέρωση ασθενή ότι θα ζει φυσιολογικά. Του εξηγούμε ότι η αποκατάστασή του θα είναι σύνομη και ότι δεν υπάρχει λόγος να ανησυχεί.</p>	Ο ασθενής τονώθηκε.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

---

Η αντιμετώπιση του καρκίνου έχει ήδη γίνει σήμερα ειδικότητα της Νοσηλευτικής, γι' αυτό δημιουργείται η ανάγκη εξειδίκευσης της στα νεοπλάσματα.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με καρκίνο λάρυγγα απαιτεί σήμερα εξειδικευμένο προσωπικό με γνώσεις και πείρα στη νοσηλεία που να ικανοποιεί όλο το φάσμα, όχι μόνο των βιολογικών αλλά και των ψυχοκοινωνικών αναγκών του και ιδιαίτερα σ' έναν ασθενή με ολική λαρυγγεκτομή όπου ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του και να τις ικανοποιεί με στοργή και ενδιαφέρον.

Ο ρόλος του στη σωστή ενημέρωση, έγκαιρη διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία είναι πολύ ουσιαστικός.

Είναι απαραίτητο όλοι οι νοσηλευτές να ενημερώνονται και να γνωρίζουν ότι έχει σχέση με την Ογκολογική Νοσηλευτική καθώς και τον σημαντικό ρόλο τους στην περιποίηση και αποκατάσταση του ασθενή καθώς και την βοήθεια της εντάξεώς του στους κόλπους της οικογένειας και της κοινωνίας.

Τηρώντας τα παραπάνω κατορθώνουμε την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με καρκίνο του λάρυγγα.

Αναμφίβολα, είναι δυνατόν όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να νοσηλεύονται από ειδικευμένο νοσηλευτή στην ογκολογική νοσηλευτική. Είναι όμως δυνατόν όλοι οι νοσηλευτές που νοσηλεύουν αρρώστους με καρκίνο να γνωρίζουν ό,τι καινούργιο υπάρχει στην νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο.



Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Δανηϊλίδης Ι.: Περιοδικό <<Ελληνική Ιατρική>>, Τόμος-48;  
Τεύχος 1ο, σελ.77-78, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1982,  
<<Χειρουργική Αποκατάσταση της φωνής μετά ολική λαρυγ-  
γικτομή>>.
- Μαργαρινού Μ.Α.<<Νοσηλευτική, Γενική Παθολογική Χειρουργική>>  
Τόμος Α', Μέρος 1ο, Έκδοση ενδέκατη, Εκδόσεις <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>  
Αθήνα 1988.
- Παλαιολόγος Ι.: Περιοδικό <<Ελληνική Ιατρική>>, Τόμος 25ος,  
Τεύχος 10, σελ.245-249, Αθήνα 1985, <<Η Μετεγχειρητική  
φροντίδα του λαρυγγεκτομηθέντος>>.
- Πανταζόπουλος Π.: <<Ωτορινολαρυγγολογία>>, Δεύτερη Έκδοση,  
Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1975.
- Πανταζόπουλος Π.: Περιοδικό <<Ελληνική Ιατρική>>, Εθνικό  
Συμβούλιο Ογκολογίας, σελ.306-310, Αθήνα 1981, <<Καρκί-  
νος του λάρυγγος και του υποφάρυγγος>>.
- Πρωτόπαππα Δ.: «Πρακτικά του 5ου Πανελληνίου Συνεδρίου  
Ογκολογίας, Ξενοδοχείο CARAVEL, Τόμος Α', σελ.393-399  
Αθήνα 1989, <<Ορόλος του καπνίσματος και του αλκοόλ  
στην αιτιολογία του καρκίνου στη στοματική κοιλότητα  
του φάρυγγα και του λάρυγγος>>.
- Σαχίνη-Καρδάση Α.: <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική>>  
Τόμος 1ος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.
- Χελιδόνη Σ.Ε.: <<Εγχειρίδιο Ωτορινολαρυγγολογίας>>  
Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίσσης, Αθήνα 1985.
- Χρυσικός Ιω.:<<Επίτομος Ωτορινολαρυγγολογία>>, Εκδοτικός  
Οίκος Γρηγ.Παρισιάνου, Αθήνα 1971.

