

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΤΜΗΜΑ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΣΧΟΛΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ -
ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:

ΚΥΡΑΤΖΗΣ ΘΕΩΔΩΡΟΣ

ΠΑΤΡΑ 1993



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 805 B

ΣΑΤΑΙ . I . E . I

ΥΠΗΡΕΣΙΑ : ΑΜΜΙ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ : ΝΟΜΟΤΕΧΝΙΚΗ

ΠΡΟΧΕΙΡΙΣΤΗΡΙΟ

— ΘΕΜΑ : "ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΝΓΟΣ —

ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΜΗΡΙΑ :

ΛΕΣΠΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ :

ΚΥΡΙΑΤΣΗΝ ΕΣΣΔΟΡΟΣ

ΠΑΡΑ 199

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.

Ευχαριστώ τους γονείς μου που μου συμπαραστάθηκαν αμέριστα κατά την συγγραφή της εργασίας. Επίσης, ευχαριστώ την κ. Γεωργούση Παρασκευή, καθηγήτρια της Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ, για την πολύτιμη βοήθεια της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.	1
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ.		
- ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	"	2
- ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	"	4
- Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	"	12
- ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	"	16
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	"	19
- ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	"	21
- ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	"	25
- ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	"	28
- ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ	"	31
- ΣΚΟΠΟΙ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ	"	31
- ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ	"	32
- ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ	"	34
- ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ	"	35
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ	"	36
- ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ	"	42
- ΜΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ	"	44
- ΕΙΔΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ	"	46
- ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ ..	"	47
- ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ	"	48
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ.		
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ	"	53
- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΛΕΤΑΣΕΙΣ	"	58
- ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	"	59
- ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	"	59

- ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	σελ.	63
- ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	"	64
- ΜΕΤΑΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	"	68
- ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	"	68
- ΕΜΜΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	"	69
- ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ - ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΟ	"	70
- ΑΛΛΑΓΗ ΜΕΤΑΛΛΙΚΟΥ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ	"	73
- ΑΝΑΡΟΦΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ	"	76
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ ..	"	79
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ CUFF	"	79
- ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ ΜΕ CUFF	"	81
- ΑΝΑΡΟΦΗΣΗ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ ΜΕ CUFF	"	83
- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	"	84
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ.		
- ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ	"	90
- ΕΠΙΛΟΓΟΣ	"	108
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	"	109

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής "καρκίνος του λάρυγγα-τραχειοτομή" είναι να τονίσει την σπουδαιότητα και την αναγκαιότητα της νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενή που είναι απαραίτητη η τραχειοστομία.

Ο καρκίνος του λάρυγγα κατέχοντας την πρώτη θέση ανάμεσα στους καρκίνους των ΟΡΛ και οφειλόμενος κυρίως σε προδιαθεσικούς παράγοντες (π.χ. κάπνισμα, οινόπνευμα, κ.λ.π.) δίνει το έναυσμα για την πρόληψη που είναι και το βασικό ζητούμενο. Επίσης, βασικός σκοπός είναι να ευε-σθητοποιηθεί και το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο σε θέματα πρόληψης όσο και κατά την εφαρμογή της νοσηλείας ούτως ώστε να επιτυγχάνουν το ύψιστο δυνατό αποτέλεσμα.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Η ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Αναπνευστικό σύστημα ονομάζεται το σύστημα εκείνο που επιτελεί την ζωτική λειτουργία της αναπνοής. Δηλαδή την διεργασία εκείνη κατά την οποία γίνεται πρόσληψη O_2 και αποβολή CO_2 . Επίσης σε συνδιασμό με διάφορα όργανα όπως η γλώσσα, οι φωνητικές χορδές είναι υπεύθυνο για την ομιλία.

Η αναπνοή αποτελεί σημαντικό παράγοντα ρύθμισης της οξεοβασικής ισοροπίας, στον οργανισμό μέσω του ζεύγους HCO_3^-/CO_2 .

Μεγάλη επίδραση έχει επίσης και στο κυκλοφορικό σύστημα, είτε άμεσα μέσω της ενδοθωρακικής πίεσης, είτε έμμεσα με μερική ιστική πίεση του O_2 και του CO_2 .

ΤΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΜΥΤΗ: Ρίζα, ράχη, κορυφή, πτερύγια, μυκτήρες.

ΡΙΝΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ: Πρόδρομος, διάφραγμα, θαλάμες, κόγχες, πόροι, βλενογόνος-ρινικός-οσφρυτικός, παραρινικοί κόλποι, γναθιαία άντρα, μετωπιαίοι κόλποι, ηθμοειδείς κυψέλες, σφηνοειδής κόλποι, χοάνες

ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑΣ

ΛΑΡΥΓΓΑΣ: Σκελετός-χόνδροι: θυροειδής, κρικόειδής, αρηταινοειδείς, κερατοειδείς, σφηνοειδής, 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.

Το αναπνευστικό σύστημα βάση των λειτουργειών που επιτελεί κάθε όργανό του, μπορούμε να τα χωρίσουμε σε αεραγωγά και καθ'αυτού αναπνευστικά όργανα.

Επίσης, λόγω της θέσεως (ρινικής κοιλότητας και φάρυγγα) ονομάζεται ανώτερο αναπνευστικό σύστημα, ενώ το υπόλοιπο σύστημα ονομάζεται κατώτερο αναπνευστικό.

Η ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας είναι αυλοειδές όργανο του οποίου η κοιλότητα σχηματίζεται από τη 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 βλενογόνο.

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 τον θυροειδή 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 συνέχειά 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 έχει σχήμα υοειδές και το επίπεδό του δεν είναι οριζόντιο αλλά κεκλιμένο από τα εμπρός και άνω προς τα πίσω και κάτω (είσοδος λάρυγγα). Το δε κάτω στόμιο του λάρυγγα είναι κυλινδρικό και μεταπίπτει απευθείας στον αυλό της τραχείας χωρίς κανένα σαφές όριο ή άλλο χαρακτηριστικό.

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

- 1) Θυροειδής (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 κρικό, ή δαχτυλίδι με σφραγιδόλιθο). Τούτος είναι στο πίσω μέρος πλατύτερος και σχηματίζει το πίσω τοίχωμα του λάρυγγα. Το άνω χείλος του βρίσκεται σε λοξό επίπεδο από τα εμπρός και κάτω προς τα πίσω και άνω. Το δε κάτω χείλος του βρίσκεται σε οριζόντιο επίπεδο και αποτελεί τη βάση του λάρυγγα. Στον ενήλικα ο κρικοειδής βρίσκεται στο επίπεδο του Α6-Α7 αυχενικού σπονδύλου, ενώ στο παιδί στο επίπεδο του Α3-Α4. Στα πλάγια ο κρικοειδής χόνδρος έχει ανά μία απόφυση, με τις οποίες συντάσσεται με το θυροειδή χόνδρο, στην ανώτερη δε μοίρα της οπισθίας επιφανείας έχει άλλες δύο αποφύσεις με τις οποίες συντάσσεται με τους αρηταινοειδείς χόνδρους. Επειδή ο κρικοειδής χόνδρος είναι το μοναδικό ανατομικό στοιχείο του λάρυγγα με μορφή πλήρους δακτυλίου, η προφύλαξη του είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την διατήρηση ανοιχτής της αεροφόρου οδού.
- 3) Οι αρηταινοειδείς χόνδροι (που μοιάζουν με αρήταινα= ελαίοδοχεία λαδικά). Αυτοί είναι δύο και βρίσκονται στο πίσω μέρος του λάρυγγα ένας δεξιά και ένας αριστερά. Ο καθένας τους έχει σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας, που η βάση της συντάσσεται με τον κρικοειδή χόνδρο και η κορυφή της (προς τα επάνω) με τον κερτανοειδή χόνδρο. Είναι πολύ σημαντικοί (λειτουργικώς) χόνδροι, γιατί έχουν ανά μία φωνητική και μυική απόφυση, στις οποίες προσφύονται οι φωνητικοί σύνδεσμοι και οι φωνητικοί μύες.
- 4) Η επιγλωττής μοιάζει με φύλλο δένδρου, του οποίου ο μίσχος

προσφύεται στην έσω επιφάνεια της πρόσθιας γωνίας του λάρυγγα. Προβάλλει δε η επιγλωττίδα επί λοξού επιπέδου εκ των κάτω και εμπρός προς τα άνω και πίσω, ενώ κατά την κατάποση κατασπάται και αποφράσει την είσοδο του λάρυγγα.

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

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

Ετερόχθονες είναι:

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

2) Οι υοθυρεοειδείς σύνδεσμοι (μέσος και δύο πλάγιοι), αποτελούν παχύτερες και σκληρότερες ζώνες του υοθυρεοειδούς υμένα, και ο μεν μέσος αρχίζει από την θυρεοειδή εντομή και φθάνει στο άνω χείλος του σώματος του υοειδούς οστού, οι δε πλάγιοι (που είναι σαν ελαστικά σχοινιά) συνάπτουν την κορυφή του άνω θυρεοειδούς κέρατος με το φύμα του μείζωνος κέρατος του υοειδούς οστού.

3) Ο υοεπιγλωττιδικός υμένας φέρεται οριζοντίως από την άνω επιφάνεια του σώματος του υοειδούς οστού μέχρι την πρόσθια επιφάνεια της επιγλωττίδας και αποτελεί τον πυθμένα των γλωσ-

σοεπιγλωττιδικών βοθρείων.

4) Ο κρικοτραχειακός σύνδεσμος συνδέει κυκλικά το κάτω χείλος του κρικοειδούς με το πρώτο ημικρίκιο της τραχείας.

Οι αυτόχθονες είναι:

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

2) Ο αρυτενοεπιγλωττιδικός υμένας (ή τετράγωνος υμένας) αντιστοιχεί στην άνω μοίρα του ελαστικού υμένα του λάρυγγα και αποτελεί το απόθεμα της αρυτενοεπιγλωττιδικής πτυχής. Το κάτω χείλος του υμένα τούτου αποτελεί το νόθο φωνητικό ή κοιλιακό σύνδεσμο.

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

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

Μύες του λάρυγγα διακρίνονται επίσης σε ετερόχθονες και αυτόχθονες.

Οι ετερόχθονες πάλι διακρίνονται στους ύπερθεν και στους κάτωθεν του υοειδούς οστού, και οι μεν άνωθεν (γενειοειδή, διγάστωρ, γναθοειδής, και βελονοειδής) μαζί με τον κρικοφαρυγγικό μυαασπούν το υοειδές οστόν και μαζί του το λάρυγγα, συμβάλλοντας στην κατάποση.

Οι αυτόχθονες μύες του λάρυγγα κινούν τους χόνδρους του κατά την κατάποση και την ομιλία, έτσι ώστε αφενός μεν να τον προφυλάσσουν από την είσοδο ξένων σωμάτων, αφετέρου δε να συμβάλλουν στη φώνηση. Είναι όλοι διφνείς (δηλ. ανά ένας δεξιά και αριστερά) εκτός από τον εγκάρσιο αρυταινοειδή που είναι μονοφυής. Διακρίνονται δε σε εκείνους που την κλείνουν (όλοι οι υπόλοιποι δηλ. οι πλάγιοι κρικαρυταινοειδείς, ο εγκάρσιος αρυταινοειδής, οι λοξοί αρυταινοειδείς, οι κρικοθυρεοειδείς και οι θυρεοαρυταινοειδείς). Η εντόπιση του καθενός δηλώνεται από το όνομά του.

Η κοιλότητα του λάρυγγα μοιάζει με κλεψύδρα που έχει δύο μοίρες φαρδύτερες (την άνω και την κάτω) και μια στενότερη τη μεσαία.

Η άνω μοίρα η υπεργλωττιδική (ο πρόδρομος του λάρυγγα) έχει άνω όριο την είσοδο του λάρυγγα και κάτω το ελεύθερο χείλος της κοιλιακής πτυχής (νόθου φωνητικής χορδής). Είναι πιεσμένη από τα πλάγια και εμφανίζει τέσσερα τοιχώματα: πρόσθιο, οπίσθιο και δύο πλάγια. Το πρόσθιο σχηματίζεται από την οπίσθια (λάρυγγική) επιφάνεια της επιγλωττίδας, και το θυρεοεπιγλωττιδικό σύνδεσμο. Είναι κατά τι υψηλότερο στους άνδρες από όσο στις γυναίκες. Είναι πλατύτερο επάνω και στενότερο κάτω,

και στο σημείο που στενεύει παρουσιάζει κύρτωση προς τα μέσα του αυλού του λάρυγγα, το επιγλωττιδικό φύμα. Το οπίσθιο τοίχωμα είναι χαμηλότερο από το πρόσθιο και σχηματίζεται από την άνω μοίρα των αρυταινοειδών χόνδρων και την μεταξύ αυτών υπάρχουσα πτυχή.

Τα δύο πλάγια τοιχώματα σχηματίζονται από τις αντίστοιχες αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές και μερικώς από την έσω επιφάνεια των αντίστοιχων κοιλιακών πτυχών (νόθων φωνητικών χορδών).

Η μεσαία μοίρα (γλωττιδική) της λαρυγγικής κοιλότητας έχει άνω όριο τα ελεύθερα χείλη των κοιλιακών πτυχών και κάτω το επίπεδο της κάτω επιφάνειας των γνήσιων φωνητικών χορδών.

Παρουσιάζει στα πλάγια της (δεξιά και αριστερά) ανά ένα κόλπωμα τη λεγόμενη λαρυγγική (ή Μογράνιο) κοιλία. Στη μέση γραμμή στενεύει από δύο πτυχές, μια άνωθεν και μια κάτωθεν (δεξιά και αριστερά). Και οι μεν άνωθεν πτυχές είναι οι κοιλιαίες (ή νόθες φωνητικές χορδές) που αφορίζουν τις λαρυγγικές κοιλίες εκ των άνω και έσω. Οι δε κάτωθεν πτυχές είναι οι γνήσιες φωνητικές χορδές. Στη μέση, μεταξύ δεξιάς και αριστεράς κοιλιακής πτυχής, σχηματίζεται η σχισμή του προδρόμου του λάρυγγα.

Αντίστοιχα μεταξύ των φωνητικών χορδών σχηματίζεται η σχισμή της γλωττίδας. Τα δύο πρόσθια τριτημόρια της γλωττίδας αποτελούν τη φωνητική μοίρα της, ενώ το οπίσθιο τριτημόριο την αναπνευστική (που αντιστοιχεί στις φωνητικές αποφύσεις και τις έσω επιφάνειες των αρυταινοειδών χόνδρων). Η μοίρα αυτή στον ενήλικα έχει εύρος 18-19χιλ., στο δε νεογνό 4χιλ. κατά την προσαρμογή των φωνητικών χορδών (κατά τη φώνηση) η γλωττίδα εμφανίζεται σαν μία επιμήκης σχισμή, ενώ κατά την απαγωγή τους

(κατά την εισπνοή) έχει σχήμα τριγωνικό με την κορυφή προς τα εμπρός.

Οι νόθες φωνητικές χορδές (κοιλιαίες πτυχές) δεν έχουν καμμία συμμετοχή στη φώνηση. Αποτελούν δε απλώς την οροφή της λαρυγγικής κοιλίας, μέσα στην οποία εκβάλλουν οι πόροι πολλών αδένων, που με έκκριμά τους κρατούν υγρές τις γνήσιες φωνητικές χορδές που αποτελούν το έδαφος της λαρυγγικής κοιλίας.

Οι κάτω υπογλωττιδική μοίρα της λαρυγγικής κοιλότητας αφορίζεται εκ των άνω από την κάτω επιφάνεια από το χείλος του κρικοειδούς χόνδρου (τη βάση του λάρυγγα). Το πρόσθιο τοίχωμα της σχηματίζεται από την κάτω μοίρα του θυρεοειδούς χόνδρου, από το εμπρός μέρος του κρικοειδούς χόνδρου και από τον κρικοθυρεοειδή υμένα. Το δε οπίσθιο τοίχωμα της το αποτελεί το πίσω μέρος του κρικοειδούς χόνδρου (που είναι φαρδύτερο).

Ο βλενογόνος του λάρυγγα επικαλύπτει την κοιλότητα του στην οποία είναι στερεά κολλημένος πλην της υπογλωττιδικής μοίρας και τον άνω (φαρυγγικού) στομίου, που η προσκόλληση είναι χαλαρή. Το επιθήλιο του βλενογόνου είναι κροσσωτό πλην της περιοχής των φωνητικών χορδών και του προδρόμου του λάρυγγα, όπου είναι πλακώδες. Αμέσως κάτω από το επιθήλιο και επιπολής της ελαστικής στοιβάδας υπάρχει ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού, (ο χώρος του Reine), στον οποίο δεν υπάρχουν λεμφαγγεία. Τα αγγεία του λάρυγγα αποτελούν κλάδους της άνω και κάτω λαρυγγικής αρτηρίας καθώς και της κρικοθυρεοειδούς. Οι φλέβες εκβάλλουν στην άνω και κάτω θυρεοειδή φλέβα.

Τα λεμφαγγεία της μεν υπεργλωττιδικής μοίρας φέρονται στα άνω εν τω βάθει λεμφογάγγλια. Η μεσαία μοίρα (το σύστημα των φωνητικών χορδών) έχει υποτυπώδη λεμφική κυκλοφορία που εξυπηρετεί

από το δύκτιο της υπεργλωττιδικής μοίρας.

Τα δε λεμφαγγεία της υπογλωττιδικής μοίρας πηγαίνουν στα κρικοειδή και στα παρατραχειακά λεμφογάγγλια.

Τα νεύρα του λάρυγγα είναι το άνω και το κάτω λαρυγγικό, που αποτελούν κλάδους του πνευμονογαστρικού και το μεν άνω λαρυγγικό νεύρο χωρίζεται σε δύο κλάδους του έσω και του έξω. Ο έσω είναι καθαρώς αισθητικός και εξυπηρετεί την άνω μοίρα του λάρυγγα. Ο έξω είναι μεικτός και εξυπηρετεί κινητικά μεν τον κρικοειδή και αισθητικά δε (μαζί με το κάτω λαρυγγικό) την υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα. Το δε κάτω λαρυγγικό ή παλίνδρομο νεύρο σχηματίζει αγκύλη δεξιά μεν γύρω από την υποκλείδιο αρτηρία, αριστερά δε γύρω από το αορτικό τόξο (έτσι η διαδρομή του είναι μεγαλύτερη αριστερά). Παλινδρομώντας δε προς τον οισοφάγο διατρυπά το λάρυγγα και εισέρχεται σε αυτόν πίσω από την κρικοθυρεοειδή διάρθρωση. Είναι μεικτό νεύρο και εξυπηρετεί κινητικά μεν όλους τους αυτόχθονες μύες του λάρυγγα (εκτός από τον κρικοθυρεοειδή που νευρώνεται από το άνω λαρυγγικό), αισθητικά δε την υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα.

Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας είναι βασικό 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 τη διόδο μεγαλύτερες ποσότητες 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 διευρθνεται 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 μη διακοπεί η αναπνοή.

Η φωνητική λειτουργία του λάρυγγα έχει τις γνωστές πολύπλευρες και τεράστιες επιπτώσεις στον κοινωνικό βίο του ανθρώπου.

Για την παράγωγή της φωνής απαιτείται η δημιουργία ρεύματος αέρος, διερχομένου διαμέσου στενής διόδου, ο σχηματισμός ηχητικών κυμμάτων με διαφόρου συχνότητας πυκνώσεις και αραι-

ώσεις του αέρα και η παρουσία ηχείων για τη διαμόρφωση της χροιάς του ήχου ο λειτουργικός μηχανισμός και η μορφολογία της λαρυγγικής κοιλότητας παρέχουν τις προϋποθέσεις αυτές, συμβάλλουν όμως ουσιαστικά και τα άλλα φωνητικά μέρη (στόμα, μύτη, φάρυγγα) στη διαμόρφωση του έναρθρου λόγου.

Η επικρατούσα θεωρία για την παραγωγή της φωνής είναι η μυοελαστική, κατά την οποία πρόκειται περί αεροδυναμικής διεργασίας, που ωφελείται στην υπογλωττιδική πίεση του εκπνεόμενου αέρα και την ελαστικότητα των φωνητικών χορδών. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, οι πνεύμονες δρουν σαν φυσικό 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 βρίσκει διέξοδο ο αέρας, οπότε ελατώνεται η πίεσή του. Τότε οι φωνητικές χορδές που είναι ελαστικές (και με τη συμβολή της συστάσεως 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 τη 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 μεγαλύτερη συμβολή παρέχουν οι θυρεοαρυταινοειδείς που με τη σύσπασή τους

διατηρούν τον τόνο των φωνητικών χορδών.

Στην διαμόρφωση της φωνής συμβάλλουν επίσης και οι λαρυγγικές 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 σε 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 βρόγχος της φωνής, που είναι το σημαντικότερο σύμπτωμα των παθήσεων του λάρυγγα.

Η προστατευτική λειτουργία του λάρυγγα συνίσταται αφενός μεν στην ενέργειά του συσφικτήρα, με την οποία αποφράσσεται το άνω στόμιο (η είσοδος) της λαρυγγικής κοιλότητας. Τούτο γίνεται με την κατάσπαση της επιγλωττίδας και τη σύμπτωση των αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών. Έτσι προφυλάσσεται η αναπνευστική οδός από την είσοδο ξένων σωμάτων. Αφετέρου δε, με το αντανακλαστικό του βήχα, ο λάρυγγας συμβάλλει στην αποβολή των εκκρίσεων και των ξένων σωμάτων και συνεπώς στον καθαρισμό της αναπνευστικής οδού.

Η αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης και η καθήλωση του θώρακα ωφείλονται σε σημαντικό βαθμό στη συσφικτική λειτουργία του λάρυγγα και κυρίως στη σύσπαση και σύγκληση των νόθων 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 πταρμό. Συγχρόνως αυξάνεται και η ενδοκοιλιακή πίεση που είναι αναγκαία για την αποπάτηση, την

ούρηση, τον τοκετό κ.λ.π.

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

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 την εικόνα της εξεταζόμενης περιοχής στην αντανακλώσα επιφάνειά του φωτίζοντας τη επαρκώς.

2. 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 εξεταζόμενου και φέρεται προς τα πίσω μέχρις ότου το πρόσθιο άκρο του σθναντήσει την επιγλωττίδα, την οποία παρακάμπτει με ελαφρά υπέγερση του ρύγχους του, το οποίο έτσι βρίσκεται στον πρόδρομο του λάρυγγα. Ο εξεταζόμενος είναι ύπτιος και με το κεφάλι έτσι ώστε οι κοιλότητες στόματος, λάρυγγα και τραχείας να βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο. Γίνεται συνήθως με ολική νάρκωση.

Με την άμεση λαρυγγοσκόπηση γίνεται ο έλεγχος της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως της υπογλωττιδικής μοίρας της, επίσης προσφέρεται για την ακριβέστερη ενδολαρυγγικών επεμβάσεων (δειγματοληψία ιστών για βιοψία, εξαγωγή ξένου σώματος κ.λ.π.)

3. Η μικρολαρυγγοσκόπηση συνίσταται στον έλεγχο της λαρυγγικής κοιλότητας υπό μεγέθυνση. Εκτελείται με ειδικό λαρυγγοσκόπιο που εισάγεται όπως το άμεσο. Τούτο όμως μετά την εισαγωγή

του στηρίζεται στο στήθος του εξεταζόμενου, που είναι ύπτιος και χρησιμοποιείται χειρουργικό ηλεκτρικό μικροσκόπιο με το οποίο γίνεται η επισκόπηση. 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 χρησιμοποιημένο εύκαμπτο ρινοφάρυγγολαρυγγοσκόπιο είναι ελαστικός σωλήνας που έχει μήκος 25εκ. και διάμετρο 4χιλ. περίπου. Είναι οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα, μπορεί να περιστρέφεται σε πλήρη κύκλο και ο αντικειμενικός φακός του να αλλάζει κατεύθυνση κατά τρόπο που να κάνει ορατά όλα τα σημεία της εξεταζόμενης περιοχής. Η εκτέλεση γίνεται με τοπική αναισθησία διαφεκασμού με επιφανειακό αναισθητικό. Για την 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 δπλάσιο και επιπλέον της φωτογραφήσεως των ενδιαφερουσών περιοχών. Το συνηθέστερο λαρυγγοφάρυγγοσκόπιο 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 (έκχυση σκιαγραφικής ουσίας).
- δ) Ξηρογραφία (φωτοαγωγιμότητα του σεληνίου).

Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι μύες του λάρυγγα νευρώνονται από το άνω και το κάτω (ή παλίνδρομο) λαρυγγικό νεύρο, που είναι κλάδοι του πνευμονο-γαστρικού. Συνεπώς παράλληση των μυών του λάρυγγα θα παρουσιαστεί, όταν γίνει βλάβη από οποιαδήποτε αιτία, σε κάποιο σημείο της διαδρομής των νεύρων αυτών. Η παράλυση μπορεί να είναι μονόπλευρη ή αμφίπλευρη εφόσον 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 την γλωττίδα λέγεται απαγωγική. Όταν η παράλυση αφορά και τις δύο ομάδες των μυών, τότε είναι πλήρης.

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 παρέλευσης ημερών ή ολίγων εβδομάδων, αλλά έχει την τάση να υποτροπιάσει. Η θεραπεία είναι ψυχιατρική.

Η απαγωγική παράλυση είναι κατά κανόνα οργανικής αιτιολογίας και ωφείλεται σε διάφορες παθήσεις, που μπορεί να εντοπίζονται ως επί των πλείστων στις παρακάτω θέσεις:

- α) Στον προμήκη, από αγγειακές βλάβες, φλεγμονές, νεοπλάσματα, εκφυλιστικές αλλοιώσεις, κ.λ.π.
- β) Στη βάση του κρανίου από κατάγματα, νεοπλάσματα, κ.λ.π.
- γ) Στον τράχειλο, από τραύματα, νεοπλάσματα, φλεγμονές και μετα-θυρεοειδεκτομή (που είναι η σνηθέστερη αιτία της περιοχής αυ-

τής).

δ) Στο θώρακα, από ανευρύσματα του αορτικού τόξου, περικαρδίτιδα, όγκους του μεσοθώρακα κ.λ.π.

ε) Από περιφερική νευρίτιδα.

Η αμφίπλευρη απαγωγική παράλυση δεν είναι συχνή. Παρατηρείται κυρίως έπειτα από εγχειρίσεις του θυρεοειδούς αδένα. Στις περιπτώσεις αυτές είναι και οι δύο φωνητικές χορδές 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 τραχειοστομίας.

Η θεραπεία δεν είναι ευχερείς. Γίνεται μόνιμη τραχειοστομία 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 TACKER (χρήση νευρομυϊκού κρηνού).

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οξεία λαρυγγίτις

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

Σηνήθως αποτελεί εκδήλωση ή επέκταση του κοινού κρυολογήματος. Μπορεί όμως να συνοδεύει και άλλα εμπύρετα νοσήματα των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Ως προδιαθεσικά αίτια θεωρούνται, το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνευματόδων ποτών, η φωνητική καταπόνηση, οι παθήσεις της μύτης και των παραρινικών κόλπων κ.λ.π. 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 πλήρως αφωνία, αποφυγή καπνίσματος και οινοπνευματόδων ποτών, χορήγηση αντιβιοτικών και περιορισμό σε κλειστό χώρο καλώς θερμενόμενο και με υγρό και καθαρό αέρα.

Οξεία επιγλωττίτις

Είναι η οξεία φλεγμονή της υπεργλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα, η οποία αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή του αρρώστου. Παρουσιάζεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας δύο έως επτά ετών και ωφείλεται στον αιμόφυλο της ινφλουένζας τύπου Β. Η νόσος εξελίσσεται ραγδαία (4-16 ώρες) κατά τις οποίες εγκαθίσταται αναπνευστική απόφραξη. Υπάρχει υψηλός πυρετός, πόνος στο λαιμό, δυσφαγία και η φωνή μεταβάλλεται. Η διάγνωση γίνεται με πλάγια

ακτινογραφία μαλακών μορίων του τραχήλου. Η θεραπεία συνίσταται σε IV χορήγηση αμπικικιλίνης και κορτικοστεροειδών καθώς και οξυγόνο με χορήγηση υδρατμών και ρακαιομικής επινεφρυδίνης. Εάν η κατάσταση δεν βελτιωθεί γίνεται τραχειοτομεία εφόσον 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, προκαλλούσα σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή τους. Ωφείλεται στον αιμόφιλο της ινφλουένζας, τον αιμολυτικό στρεπτόκοκκο, το σταφυλόκοκκο, τον πνευμονιόκοκκο κ.ά. και αποτελεί συνήθως επιπλοκή κοινού κρυολογήματος. Έχουμε υψηλό πυρετό, ξηρό υλακώδη βήχα (σαν γάβγισμα) και βρόγχος φωνής. Η κατάσταση επιδεινώνεται με εισπνευστικό συρριγμό, 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 σκηλής οξυγόνου και αέρα με μεγάλη υγρασία. Εάν δεν έχουμε αποτελέσματα γίνεται τραχειοτομή εφόσον η διασωλήνωση δεν φέρει αποτελέσματα.

Διφθηρητική λαρυγγίτις

Συνήθως αποτελεί επέκταση της διφθηρίτιδας του φάρυγγα. Προσβάλλει κατά κανόνα παιδιά (αλλά και άτομα κάθε ηλικίας). Τα χαρακτηριστικά είναι, βράγχος φωνής, υλακώδης βήχας, αναπνευστικός και δύσπνοια. Η θεραπεία συνίσταται στην αντιδιφθεριτική αγωγή. Σε προχωρημένη κατάσταση γίνεται διασωλήνωση ή τραχειοτομία.

Χρόνια λαρυγγίτις

Είναι το αποτέλεσμα είτε επανηληθμένων φλεγμονών του λάρυγγα οξείας μορφής, είτε μακροχρόνιας επιδράσεως προδιαθεσικών παραγόντων (κάπνισμα, οινοπνευματώδη ποτά, φωνητική καταπόνηση κ.λ).

Τα χαρακτηριστικά της νόσου είναι, βράγχος φωνής, υποκειμενικά ενοχλήματα, βήχα ξηρό, βλεννώδη απόχρεμψη. Η χρόνια λαρυγγίτις μπορεί να είναι υπεραιμικής μορφής ή υπερτροφικής μορφής.

Η θεραπεία συνίσταται κυρίως στην αποφυγή των προδιαθεσικών παραγόντων και την διαμονή σε κατάλληλο υγρό και θερμό περιβάλλον. Επίσης εφαρμόζονται εισπνοές υδρατμών με ευκαλυπτόλη, μινθόλη κ.α.

Φυματίωση του λάρυγγα

Είναι κατά κανόνα δευτεροπαθής προερχόμενη απο φυματίωση των πνευμόνων. Σήμερα είναι σπάνια. Η νόσος δεν παρουσιάζει σαφή συμπτώματα αρχικά μέχρι να εμφανιστεί 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. Διάγνύσεται με λαρυγγοσκόπηση και η θεραπεία ταυτίζεται με την γενική αντισυφιλική αγωγή.

Περιχονδρίτις του λάρυγγα

Είναι η φλεγμονή του περιχονδρίου, απο την οποία σχηματίζεται εξίδρωμα μεταξύ αυτού και του υποκείμενου χόνδρου. Έτσι το περιχόνδριο αποκολλάται απο το χόνδρο, το εξίδρωμα μετατρέ-

πεται σε πύον και ο χόνδρος νεκρώνεται και συρρικνώνεται.

Η κλινική εικόνα διαφοροποιείται ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης (βράγχος φωνής, βήχας, δύσπνοια, πόνο στον 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 προχωρισμένη 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 (στραγγαλισμός).

Τα αμιγή τραύματα του λάρυγγα αφορούν κυρίως το βλενογόνο και τα μαλακά μέρια του τραχήλου και προκαλούν αιμορραγία και αιμάτωμα που μπορεί να είναι τοπικό η 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 ανοιχτά τραύματα είναι κατά το πλείστον θανατηφόρα, γιατί η αντιμετώπισή τους σπανιώς είναι έγκυρη 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, το υποδόρειο εμφύσημα του τραχήλου, η εξαφάνιση της γωνίας του θυρεοειδούς χόνδρου και προπάντος τα δυσπνοιικά 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.λ.π. Προκαλείται έντονο οίδημα που αποφράσει τον αυλό του λάρυγγα με άμεση συνέπεια την δύσπνοια και ενδεχομένως τον θάνατο. Επιβάλλεται η έγκυρη εκτέλεση τραχειοτομίας για την διάσωση του αρρώστου. Στη συνέχεια αντιμετωπίζονται τα λοιπά ενο-

χλήματα (έντονο άλγος, δυσφαγία, κ.λ.π.) με παυσίπονα, καταπραυντικά, καθετηριασμός στομάχου για τη διατροφή κ.λ.π.

Ξένα σώματα

Η είσοδος ξένων σωμάτων είναι σπάνια στους ενήλικες αλλά πολύ συνήθης στα παιδιά με δραματικά επακόλουθα. Τα μεγάλα αντικείμενα που μπορεί να εισχωρίσουν στο λάρυγγα τον αποφράσουν 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.

Κακώσεις από τη διασωλήνωση

Η εισαγωγή του ενδοτραχειακού σωλήνα κατά την εκτέλεση γενικής ναρκώσεως είναι ενδεχόμενο να προκαλέσει κακώσεις του λάρυγγα και της τραχείας με συνέπειες άλλωτε σχετικά ελαφρές και άλλωτε πολύ σοβαρές ή και θανατηφόρες. Έτσι, είναι δυνατόν να προκληθούν διάφοροι μικροτραυματισμοί του βλενογόνου με αποτέλεσμα να αναπτυχθεί αργότερα κοκκίωμα, που συνήθως εντοπίζεται στις φωνητικές αποφύσεις. Αλλωτε όμως παρουσιάζεται οιδημα ή στένωση της υπογλωττιδικής κυρίως μοίρας, που δημιουργεί σοβαρό πρόβλημα αναπνοής.

Η θεραπεία είναι ανάλογη της κατάστασης. Εάν πρόκειται περί κοκκίωματος γίνεται η αφαίρεσή του με άμεση λαρυγγοσκόπηση. Η αντιμετώπιση του οιδήματος γίνεται αρχικά με συντηρητικά μέσα (ψεκασμός με διάλυμα αδρεναλίνης, χορήγηση κορτικοστεροειδών κ.ά.) και αν αυτά αποτύχουν γίνεται τραχειοτομία.

Επί εγκαταστάσεως 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 τελικότερη αναστόμωση της τραχείας.

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Τα νεοπλάσματα 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) Καρκίνος του λάρυγγα: 1η κατηγορία: υπέργλωττιδική
2η κατηγορία: γλωττιδική
3η κατηγορία: υπογλωττιδική
4η κατηγορία: διαγλωττική
- β) Ανθοκραμβοειδές καρκίνωμα του λάρυγγα (VERUCOUS CARCINOMA).

Ταξινόμηση και σταδιοποίηση του καρκίνου του λάρυγγα.

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

TT=Πρωτοπαθείς όγκος

1. Υπεργλωττιδική περιοχή.

Π₀=καρκίνωμα IN SITU

Π₁ =όγκος που παρουσιάζεται σε περιοχή με φυσιολογική κινητικότητα.

Π₂=όγκος που περιορίζεται στη λαρυγγική επιφάνεια της επιγλωττίδας, ή σε μία αρυταινοεοιγλωττιδική πτυχή ή στη λαρυγγική κολία, ή σε μια νόθο φωνητική χορδή.

Π₃=όγκος που εντοπίζεται στην επιγλωττίδα και επεκτείνεται στις λαρυγγικές κοιλίες και στις νόθες φωνητικές χορδές.

T2 =όγκοι της επιγλωττίδας ή των λαρυγγικών κοιλιών, ή των νόθων φωνητικών χορδών που επεκτείνονται στις γνήσιες φωνητικές χορδές χωρίς να τις καθηλώνουν (με φυσιολογική κινητικότητα των χορδών).

T3 =όγκοι που περιορίζονται στο λάρυγγα με καθήλωση των φωνητικών χορδών ή καταστροφή ή άλλη ένδειξη βαθύτερης προσβολής.

T4 =όγκος που επεκτείνεται άμεσα και έξω από τον λάρυγγα.

2. Γλωττιδική περιοχή.

T5=καρκίνωμα IN SITU

T1 =όγκος που περιορίζεται σε περιοχή με φυσιολογική κινητικότητα.

T1α=όγκος που περιορίζεται σε μια γνήσια φωνητική χορδή.

T1β=όγκος που καταλαμβάνει και τις δύο χορδές.

T2 =όγκος που επεκτείνεται στην υπεργλωττιδική ή την υπογλωττιδική περιοχή με φυσιολογική ή περιορισμένη κινητικότητα.

T3 =όγκος που περιορίζεται στο λάρυγγα και έχει καθηλώσει τη μια ή και τις δύο φωνητικές χορδές.

T4 =όγκος που έχει επεκταθεί και έξω από τα τοιχώματα του λάρυγγα.

3. Υπογλωττιδική περιοχή.

T5=καρκίνωμα IN SITU.

T1 =όγκος που περιορίζεται σε περιοχή με φυσιολογική κινητικότητα.

T1α=όγκος που περιορίζεται στη μία πλευρά και δεν προσβάλλει την κάτω επιφάνεια της φωνητικής χορδής.

- Πβ=όγκος που επεκτείνεται και στις δύο πλευρές, αλλά δεν έχει προσβάλλει την κάτω επιφάνεια των φωνητικών χορδών.
- Π2 =όγκος που καταλαμβάνει την υπογλωττιδική περιοχή και επεκτείνεται στη μία ή και στις δύο φωνητικές χορδές
- Π3 =όγκος που περιορίζεται στο λάρυγγα, αλλά έχει τη μία ή και τις δύο φωνητικές χορδές.
- Π4 =όγκος που έχει επεκταθεί έξω από τα όρια του λάρυγγα
- N =τοπικοί λεμφαδένες.
- Nb =μη ψηλαφητοί λεμφαδένες.
- NL =κινητός σύστοιχος λεμφαδένας μικρότερος των 3cm.
- N2 =κινητοί λεμφαδένες και στις δύο πλευρές ή ένας σύστοιχος μεγαλύτερος από 3cm.
- NB =καθηλωμένος.
- M =μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.
- Mb =δεν υπάρχει ένδειξη μεταστάσεως.
- MI =υπάρχουν μεταστάσεις.

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. Επειτα το στόμιό της κλείνει σταδιακά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να ξαναχρησιαστεί να ανοιχτεί για λίγο και μετά να ξανακλείσει.

Μόνιμη: Όταν η τραχειοτομή παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα ή ακόμα και μόνιμα. Εδώ χρησιμοποιούμε τον όρο τραχειοστομία. Ανάλογα με τη 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 ενδύκνεται η μέση τραχειοτομή αφού έχει τις λιγότερες επιπλοκές, ενώ όταν υπάρχει άμεσως κίνδυνος γίνεται η ανώτερη τραχειοτομή. Στα παιδιά είναι προτιμότερη η κατώτερη τραχειοτομή.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ

- I. Η αποκατάσταση της αναπνοής όταν αυτή δεν είναι δυνατή από απόφραξη των ανωτέρων αναπνευστικών οδών..
- II. Η Προφύλαξη του τραχειοβρογχικού δέντρου από την είσοδο σιέλου, τροφών κ.λ.π. (σε περιπτώσεις πολυομυελίτιδας, σε

βαρειά μυασθένεια, σε κώμα, κ.λ.π.)

- III. Η ευχέρεια απομάκρυνσης των εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δέντρο.
- IV. Η ελάττωση του νεκρού αναπνευστικού χώρου κατά 30-50%.
- V. Η εφαρμογή αναπνοής υπό πίεση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ.

Οι ενδείξεις για εφαρμογή της τραχειοτομής μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- I. Αναπνευστικό εμπόδιο.
- II. Κατακράτηση εκκρίσεων.
- III. Αναπνευστική ανεπάρκεια.

I. Αναπνευστικό εμπόδιο

- α) Ξένα σώματα: απαντάται συνήθως στα μικρά παιδιά και σπάνια σε ενήλικες. Το ξένο σώμα αποφράσει το λάρυγγα.
- β) Τραύμα: το κάταγμα του προσώπου συνήθως όπως όλα τα κατάγματα έχουν αιμάτωμα ή αιμορραγία και οίδημα. Με αποτέλεσμα την απόφραξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού πάνω από τον λάρυγγα. Επίσης εσωτερικό ή εξωτερικό τραύμα του λάρυγγα ή την αυχενική τραχεία μπορεί να είναι υπεύθυνα για την άμεση ή έμμεση εφαρμογή τραχειοτομίας.
- γ) Μολύνσεις: μπορούν να προκαλέσουν κώλυμα στην αναπνοή όταν είναι στον ανώτερο αναπνευστικό. Όπως π.χ. η οξεία λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα. Το εμπόδιο αιτιολογείται από φλεγμονώδες οίδημα του βλενογόνου της τραχείας και των βρόγχων με επίμονη έκκριση.
- δ) Ερεθισμός-Διαβρώσεις: αναπνευστικό εμπόδιο προκαλείται επί-

σης από βλάβη του βλενογόνου του ανώτερου αναπνευστικού από διαβρωτικά υγρά, ατμό, ερεθιστικά αέρια, εύφλεκτα αέρια.

- ε) Αγγειοκινητικά ατυχήματα: μπορούν σε συνδυασμό με ευαισθησία σε διάφορα φάρμακα και το αγγειονευρωτικό οίδημα να προκαλέσουν σταδιακά απόφραξη.
- στ) Συγγενείς ανωμαλίες: όπως είναι η ατρησία του λάρυγγα, η υπογλωττιδική στένωση, τα τραχειοοισοφαγικά συρίγγια, ενδυνκνείουν την εφαρμογή της τραχειοστομίας.
- ζ) Λαρυγγική δυσλειτουργία: εμφανίζεται μειωμένη επαγωγική ικανότητα των φωνητικών χορδών με αποτέλεσμα το στένεμα της αναπνευστικής οδού. Επίσης μπορεί να προκληθεί τετανία του λάρυγγα ή σπασμός λόγω της αμφοτερόπλευρης παράτασης του λαρυγγικού νεύρου, και την αρθρίτιδα της κρικοαρυταινοειδούς διάρθρωσης. Οπότε η εκδήλωση αυτών των αιτιών μπορεί να είναι επικίνδυνοι.
- η) Κύστεις και νεοπλάσματα: στην αυτή κατηγορία ανήκουν καλοήθεις και κακοήθεις νεοπλασίες που τις περισσότερες φορές είναι τα αίτια της τραχειοστομίας.

II. Κατακράτηση των εκκρίσεων.

Η αδυναμία αποβολής εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δέντρο προκαλεί απόφραξη και υπερισμό των κυψελίδων. Τούτο παρατηρείται π.χ. σε κωματώδεις καταστάσεις, βρογχοπνευμονία, κατάγματα πλευρών, εμφύσημα, βρογχεκτασία, εγκεφαλική αιμορραγία, εκτεταμένες κακώσεις κεφαλής και θώρακα κ.λ.π. Στις περιπτώσεις αυτές καθώς και σε άλλες που δεν αναφέρονται γίνεται τραχειοτομία, τοποθετείται τραχειοσωλήνας με αεροθάλαμο αναρροφώνται οι εκκρίσεις, και γίνεται αναπνευστική υποστήριξη (π.χ. φυ-

σιοθεραπεία IPPB) μέχρις ότου διαπιστωθεί και αντιμετωπισθεί το αίτιο που προκάλεσε την κατακράτηση των εκκρίσεων στο τραχειοβρογχικό δέντρο.

III. Αναπνευστική ανεπάρκεια.

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

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ

Στην εκτέλεση της τραχειοστομίας δεν αρκεί μόνο η διάνοιξη των αεροφόρων οδών αλλά και η πρόληψη μετεγχειριτικών επιπλοκών. Γι' αυτό ο γιατρός που εκτελεί την επέμβαση πρέπει να έχει υπόψην του τα εξής:

I. Να χρησιμοποιηθεί ο κατάλληλος τραχειοσωλήνας που θα χρειαστεί.

II. Συνεργασία με τον αναισθησιολόγο για το αν όλα τα όργανα λειτουργούν κανονικά στο μηχάνημα της γενικής αναισθησίας.

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. Στο χειρουργείο πρέπει επίσης να είναι όλα έτοιμα για την αντιμετώπιση πιθανού πνευμοθώρακα ή μιας 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 λαρυγγοσκοπίου. Δυστυχώς τέτοια εφόδια δεν υπάρχουν την στιγμή που η κατάσταση είναι κρίσιμη.

Μια 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 εκτελεστεί χωρίς φυσικά να είναι επείγουσα.

Κρικοθυρεοειδοτομή: Όταν η διασωλήνωση δεν είναι δυνατή επειδή υπάρχει κάποιο εμπόδιο, η αναπνευστική οδός ελευθερώνεται κάνοντας μία τομή διαμέσου της κρικοθυρεοειδούς μεμβράνης. Πολύτιμη επίσης είναι η εφαρμογή αερισμού και η οξυγόνωση με ασκό AMBU και προσωπίδα. Κανονικά η τραχειοτομία απαιτεί να έχουν εξασφαλιστεί ανοικτές αεροφόρους οδούς.

Ο τράχηλος του ασθενούς τοποθετείται σε υπερέκταση βάζοντας ένα πανί διπλωμένο κάτω από τους ώμους του. Ο χειρουργός γρήγορα αποκαλύπτει την εντομή του θυρεοειδούς χόνδρου με τον δείκτη του δεξιού του χειρού. Ο δείκτης κατεβαίνει στη μέση γραμμή στην προεξοχή του κρικοειδούς χόνδρου. Η κρικοθυρεοειδής μεμβράνη αποκαλύπτεται και σημαδεύεται με το νύχι του χε-

ριού.

Μια κάθετη τομή γίνεται στη μέση γραμμή πάνω στο θυρεοειδή και κρικοειδή χόνδρο καθώς και τα υποδόρια αγγεία παραμερίζονται με τον αντίχειρα και τον δείκτη του αριστερού χεριού. Καθώς προχωρούμε βαθύτερα η κρικοθυρεοειδής μεμβράνη αποκαλύπτεται αμέσως. Μία οριζόντια τομή γίνεται πάνω σ'αυτή και όσο το δυνατόν κοντά στον κρικοειδή χόνδρο για να εμποδίσουμε την αιμορραγία από τις κρικοθυρεοειδείς αρτηρίες. Ο κρικοθυρεοειδής χόνδρος πλατύνεται περισσότερο με τη λαβή ή την λεπίδα του μαχαιριδίου.

Αμέσως μετά ένας τραχειοσωλήνας εισάγεται εφόσον υπάρχει, είναι ουσιώδες να γίνει μία πιο κανονική τραχειοτομή όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την λαρυγγοτομή διότι για παρατεταμένη θυρεοτομή μπορεί να καταλήξει σε περιχονδρίτιδα, υπογλωττιδικό οίδημα και ουλώδη στένωση.

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

Στους ενήλικες η διάνοιξη της τραχείας γίνεται μεταξύ 3ου και 4ου ημικρικίου (χαμηλή τραχειοτομία), ενώ στα παιδιά αντίστοιχος προς 1ο και 2ο ημικρίκιο αυτής (υψηλή τραχειοτομία).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η απόφαση για το ποια θεραπευτική αγωγή θα εφαρμοστεί εξαρτάται από το λεπτομερειακό προσδιορισμό της έκτασης του νεοπλασματος, από την ύπαρξη ή όχι 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, ωφείλονται 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 άππωστο 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 έκταση θα πάρει αυτή, εξαρτάται από την εντόπιση, από την έκταση 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.

i) Θυρεοτομή με χονδρεκτομή: γίνεται όταν το νεόπλασμα περιορίζεται στη μία φωνητική χορδή και η κινητικότητά της είναι καλή.

ii) Τμηματικές εξαιρέσεις: γίνονται όταν το νεόπλασμα έχει ξεπεράσει ελαφρά τα όρια της φωνητικής χορδής.

iii) Ημιλαρυγγεκτομή: γίνεται αφαίρεση του μισού λάρυγγα, όταν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής καταλαμβάνει μεγαλύτερα τμήματα του φωνητικού μυός και φτάνει στον αρυταινοειδή χόνδρο

iv) Υπεργλωττιδική οριζόντια ημιλαρυγγεκτομή κατά ALONSO: Γίνεται σε περίπτωση υπεργλωττιδικού καρκινώματος.

β) Λαρυγγεκτομή ολική.

Αποτελεί την σπουδαιότερη επέμβαση της χειρουργικής του καρκινώματος του λάρυγγα και γίνεται με την ολική αφαίρεσή του. Γίνεται σε περιπτώσεις: εκτεταμένου εσωτερικού νεοπλάσματος του λάρυγγα, υπογλωττιδικού, στο οποίο η τμηματική εξαίρεση είναι δυνατόν να γίνει σε περίπτωση καρκινώματος του υποφάρυγγα και σε περίπτωση καρκινώματος του λάρυγγα που έχει ξεπεράσει τα όριά του.

Η πρώτη επέμβαση έγινε από τον χειρουργό BILL ROTH το 1873 που επιχείρισε την εκτομή λάρυγγα σε άρρωστο που είχε προσβληθεί από καρκίνο. Οι χειρουργοί GLUCK και SORENSEN κατά το τέλος του δεκάτου ενάτου αιώνα, τελειοποίησαν τόσο πολύ την τεχνική της λαρυγγεκτομής, ώστε η αρχικά υψηλή θνησιμότητα 50%

μπόρεσε να κατέβει στα 2 με 3%. Σήμερα η θνησιμότητα βρίσκεται κάτω από το 1%.

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

Χειρουργική τεχνική.

Συνήθως χρησιμοποιείται η τομή GLUCK και SORENSEN. Η τομή αυτή αρχίζει αντίστοιχα με το πρόσθιο χείλος του στερνοκλειστομαστοειδή μυ, στο ύψος του υοειδούς οστού και φέρεται προς τα κάτω κατά μήκος του προσθίου χείλους του μυός, στη συνέχεια στρέφεται προς τη μέση γραμμή για να περάσει η άνω από του 2ου και 3ου ημικρικίου της τραχείας και στη συνέχεια ανεβαίνει μέχρι το υοειδές, προχωρώντας κατά μήκος του αντιθέτου στερνοκλειστομαστοειδή μυ. Με την τομή αυτή το λειτουργικό πεδίο είναι επαρκές και ο κίνδυνος της μετεγχειρητικής διάνοιξης του φάρυγγα είναι σχετικά μικρός, το αισθητικό αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό και η επέκταση της τομής για σύγχρονη αφαίρεση των τραχηλικών λεμφογαγγλίων δεν προβληματίζει. Μειονεκτεί μόνο, όταν έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία γιατί ο δερματικός κνηρμός δεν αιματώνεται καλά και είναι δυνατόν να νεκρωθεί το άτρωτο. Ελέγχονται τα τραχειλικά λεμφογάγγλεια και αν είναι προσβεβλημένα συναφαιρούνται. Τέμνονται οι μύς που είναι κάτω

από το υοειδές οστό και αποκαλύπτεται ο λάρυγγας. Ο ισθμός του θυρεοειδούς αδένα τέμνεται μεταξύ δύο αιμοστατικών λαβίδων και απολυνούνται. Ο θυρεοειδής αδένας χωρίζεται από τον λάρυγγα ή αν υπάρχει διήθηση και σ' αυτόν συναφαιρείται. Η άνω λαρυγγική αρτηρία παρασκευάζεται και απολυνώνεται. Ο λάρυγγας στρέφεται και τέμνεται η από αυτόν πρόσφυση του κάτω σφιγκτήρα του φάρυγγα. Η τραχεία τέμνεται κάτω από τον κρικοειδή και ο λάρυγγας αφαιρείται από κάτω προς τα επάνω. Είναι προτιμότερο να συναφαιρείται και το υοειδές οστό, αν έτσι εξασφαλίζεται η κάθαρση του χώρου πριν την επιγλωττίδα και διευκολύνεται η σύγκληση του φαρυγγιστόματος. 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 καθλώνεται το στόμιο της τραχείας στο δέρμα.

Μετεγχειριτικά εφαρμόζεται αντιβίωση και γίνεται αναρρόφηση των βλενόδων εκκρίσεων από την τραχεία. Η παροχέτευση αφαιρείται συνήθως μετά 3 24ωρα και ο οισοφάγιος σωλήνας 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:

1) Μετά την χειρουργική επέμβαση και μετά την επούλωση του τραύματος ακτινοβολείται ο άρρωστος (μετεγχειριτική ακτι-

νοβολία)

ii) Η ακτινοβολία προηγείται 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 τμήματα 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 εισχωρίσουν στην αιματική 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 σε όλα τα καρκινώματα δηλαδή, νεοπλάσματα όλων των σταδίων κατά μέσω όρο σε 50%.

Τα περισσότερα καρκινώματα του λάρυγγα αρχίζουν από τις φωνητικές χορδές. Αυτά έχουν πολύ ευνοϊκές πιθανότητες ίασης (60% πενταετής επιβίωσης).

Η αιτία του ότι αντίθετα με αυτά οι πιθανότητες ίασης του καρκινώματος του λάρυγγα είναι γενικά δυσμενείς ωφείλεται 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 έγκυρη διάγνωση είναι η

μοναδική δυνατότητα που βελτιώνει συστηματικά τις πιθανότητες ίασης του αρρώστου που πάσχει από καρκίνωμα του λάρυγγα.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ.

Μια επείγουσα τραχειοτομή ενδύκνεται 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 εκτελεστεί σε ασθενή με κοντό χοντρό λαιμό ή βρέφος του οποίου η τραχεία είναι μαλακή και δύσκολη να ανακαλυφθεί με την ψηλάφηση.

Ο λαιμός του ασθενή τοποθετείται σε υπερέκταση έτσι ώστε ο λάρυγγας και η τραχεία να προεξέχουν. Μια κάθετη τομή γίνεται στη μέση γραμμή από την κρικοθυρεοειδή μεμβράνη μέχρι την σφαγιτιδική εντομή. Η τομή ευρύνεται με το δεξί δείκτη του χειρουργού ή με τη 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 προσκολληθεί πάνω στην πρόσθια επιφάνεια της τραχείας. Με σταθερή πίεση μ' αυτόν 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 μια κάθετη τομή στη μέση γραμμή μπορεί να γίνει

διαμέσου του 2ου και 3ου χόνδρου της τραχείας.

Με έναν τραχειοδιαστολέα εισάγουμε τον τραχειοσωλήνα μέσα στην τραχεία. Εάν δεν χρειάζεται αναπνευστική βοήθεια το επόμενο βήμα είναι να απολυνώσουμε 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 υποδόρειο εμφύσημα.

Οποιοσδήποτε ασθενής χρειάζεται επείγουσα τραχειοτομή δεν κάνει τοπική αναισθησία.

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

ΜΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ.

Είναι μια προγραμματισμένη τραχειοτομή, μια εγχείρηση εκλογής για επικείμενη ασφυξία και για άλλες μη επείγουσες καταστάσεις. Ο ασθενής τοποθετείται με τον τράχηλο σε υπερέκταση και με ένα διπλωμένο πανί κάτω από τους ώμους του έτσι ώστε ο λάρυγγας και η τραχεία να βρίσκονται σε προεξοχή. Η τοπική αναισθησία επιτυγχάνεται υποδορείως γύρω από την περιοχή της οριζόντιας τομής που πρόκειται να γίνει.

Η οριζόντια τομή γίνεται περίπου ένα δάχτυλο πάχος κάτω από τον κρικοειδή χόνδρο και σε μήκος 5cm. Η τομή φθάνει μέχρι το μύωδης πλάτυσμα και αποκαλύπτει τους στερνοειδείς μύες. Γίνεται μία κάθετη τομή στη μέση ραφή μεταξύ των στερνοειδών μυών από το επίπεδο του κρικοειδούς χόνδρου στο κατώτερο σημείο της αποκόλλησης.

Ο στερνοειδής μυς και οι κάτω από αυτόν μύες απάγονται πλαγίως αποκαλύπτοντας τον κρικοειδή χόνδρο και τον ισθμό του θυροειδούς. Συνήθως είναι αναγκαία να γίνει διατομή και να απολυνωθεί ο ισθμός του θυροειδούς για να γίνει τραχειοτομή στο κατάλληλο επίπεδο.

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

Εισάγεται μια μικρή αιμοστατική λαβίδα στην τομή και κατευθύνεται προς τα κάτω και πίσω από τον ισθμό του θυροειδούς και μπροστά από την τραχεία. Μεγάλη αιμοστατική λαβίδα τοποθετείται σε κάθε πλευρά του ισθμού του θυροειδούς ο οποίος μετά διατέμνεται με ψαλίδι ή με μαχαιρίδιο. Ο ισθμός ράβεται και α-

πολυνώνεται σε κάθε πλευρά με ράμμα CHROME 2-0.

Στον αυλό της τραχείας εκχύνονται 2cc. ξυλοκαΐνης 4% ή διαλύματος κοκαΐνης, με βραχεία βελόνα για υποδόρειες εκχύσεις.

Η έλξη της τραχείας σε μια 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 ημικρικίου.

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

Στη συνέχεια τοποθετούμε γάζες ιώδιο φορμίου γύρω από το τραχειοστόμιο για αιμόσταση και για να αποφευχθεί τυχόν υποδόρειο εμφύσημα. Τέλος στερεώνουμε τον τραχειοσωλήνα με φακαρόλα και την δένουμε στο λαιμό του ασθενή. Μια υγρή γάζα τοποθετείται μπροστά στον τραχειοσωλήνα για εφύγρανση του ατμοσφαιρικού αέρα.

ΕΙΔΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΩΝ.

Τα είδη των τραχειοσωλήνων είναι:

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

II. Αργυρός τραχειοσωλήνας: (χρησιμοποιείται σπάνια). Αποτελείται από τρία μέρη: οδηγό-εσωτερικό σωλήνα-εξωτερικό σωλήνα.

III. Αργυρός τραχειοσωλήνας JACKSON: στον οποίο γίνεται προσαρμογή MORCH για να συνδέεται με αναπνευστήρα. Η αναρρόφηση μπορεί να γίνει χωρίς να διαταραχθεί ο αερισμός, διότι φέρει οπή στο στέλεχος του σωλήνα.

IV. Σωλήνες με CUFF: Είναι μόνιμα προσαρμοσμένοι για εξασφάλιση κλειστού συστήματος.

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

- α) Υλικό λείο και μαλακό.
- β) Σχήμα κυλινδρικό (μεγάλου όγκου).
- γ) Μήκος μεγαλύτερο των 3cm.

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

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 Νο 10 (για παιδιά, δύο ή περισσότερους).
- *Αποστειρωμένα γάντια δύο ή περισσότερα ζεύγη.
- *Αποστειρωμένες σύριγγες των 5 ml και βελόνες.
- *Φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου.
- *Αποστειρωμένο δοχείο για την πλύση του καθετήρα.
- *Μία πολυπάγρα.
- *Μία χειρουργική λαβίδα μικρή και μία 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 ξυλοκαίνης 2%.
- *Άγγιστρο τραχειοστομίας.
- *Διαθερμία.
- *Ψαλίδι με αμβλέα άκρα.
- *Οδηγός σωλήνας τραχειοστομίας.
- *Διαστολέας τραχείας.
- *Αντλία αναρρόφησης.
- *Καθετήρας αναρρόφησης μίας χρήσεως.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΥΤΗΣ

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

II. Αιμορραγία: Μπορεί να προκληθεί κατά την διάρκεια της τραχειοστομίας. Μερικά άτομα έχουν ένα εκτεταμένο πρόσθιο σφαγιτιδικό σύστημα. Οι φλέβες σ' αυτά τα άτομα μπορούν να αποφευχθούν κάνοντας την τομή όσο πιο κοντά γίνεται στη 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 τοίχωμα 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 ένα 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 τραχειοστομίας. Το αορτικό τόξο μπορεί να είναι πολύ ψηλά στα παιδιά και στους πολύ ηλικιωμένους. Η υπερέκταση του τραχείλου κατά την διάρκεια της τραχειοστομίας ανυψώνει το αορτικό τόξο και τους κλάδους του μέχρι το χειρουργικό πεδίο.

Για να αποφευχθεί αυτή η συνήθεις 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 απο τραχειοτομή ή σε έναν ασθενή που πάσχει απο χρόνια απόφραξη του λάρυγγα. Στην χρόνια ανεπάρκεια του λάρυγγα συσσωρεύεται CO₂ και η πίεση του O₂ γίνεται χαμηλότερη μέσα στα βρογχιόλια και το αίμα. Έτσι γίνεται ελάττωση της πίεσης O₂ μέσα σ' αυτό. Μετά την εκτέλεση της τραχειοτομής ο ασθενής έχει ελεύθερη ανταλλαγή αερίων αναπνέοντας ατμοσφαιρικό αέρα και το επίπεδο του CO₂ στο αίμα ελαττώνεται απότομα.

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

- α) Συνήσταταισε μερική απόφραξη του τραχειοσωλήνα με αποτέλεσμα η μεταβολή του κορεσμού του O₂ και την απώλεια του CO₂ 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 την διάρκεια της τραχειοτομής. Μπορεί η εισαγωγή του τραχειοσωλήνα να μπει μέσα σε έναν απο τους κυρίους βρόγχους πράγμα που θα οδηγήσει σε ατελεκτασία του άλλου πνεύμονος. Σε παιδιά η χρήση πολύ μακριών τραχειοσωλήνων πρέπει να αποφεύγεται. Προτρέποντας τον ασθενή να πέρνει βαθιές εισπνοές θα εμποδίσει την ατελεκτασία απο 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 τράχηλος του ασθενή αλλάζει από την εγχειρητική θέση της υπερέκτασης σε κάμψη κατά την οποία η τραχεία κατέρχεται και ο τραχειοσωλήνας τραβιέται από την θέση που έχει τοποθετηθεί. Πιο συχνή αιτία κακής τοποθέτησης είναι μία τομή που είναι ακατάλληλα τοποθετημένη ή που πιέζεται στενά γύρω από τον λαιμό. Ένα εμφύσημα ή ένα οίδημα στην περιοχή του λαιμού μπορεί να ευθύνεται για την κακή τοποθέτηση. Επίσης ο σωλήνας μπορεί να εισαχθεί σε ένα λάθος δρόμο την ώρα που αλλάζεται. Γι' αυτό ο σωλήνας πρέπει να αλλάζεται μόνο στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο και όχι μετά.

VII. Μη κλείσιμο του συριγγίου μετά από αποσωλήνωση: Εάν το συρίγγιο δεν κλείνει φυσιολογικά μπορεί να χρειαστούν 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 τραχειόστομο και το ράβουμε.

VIII. Πνευμονία: Η πνευμονία που συνήθως ακολουθεί της τραχειοτομίας αποφεύγεται χρησιμοποιώντας αποστειρωμένους σωλήνες. Εάν αυτή συμβεί θεραπεύεται με κατάλληλη αντιβίωση.

IX. Πνευμονοθώρακας: Μπορεί να αποφευχθεί αν βάλουμε τον τραχειοσωλήνα ψηλά και ακριβώς 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 προκάρδια. Πάνω στην προκάρδια περιοχή ακούγεται ένας ήχος τριβής και σχετίζεται μετ την συστολή, η αναπνευστική λειτουργία αυξάνει αλλά η αναπνοή δυσχαιρένει.

Η ακτινογραφία θα δείξει την διάγνωση. Ο αέρας φαίνεται καλύτερα σε πλάγιες ακτινογραφίες. Οι περισσότεροι ασθενείς απαιτούν τη συντηρητική αγωγή που συνίσταται στην παροχή O₂, σε αντιβιοτικά και καταπραυντικά. Η παρακέντιση του θώρακα ενδύκνυται σε ασθενείς με πνευμονοθώρακα που παρουσιάζουν μία ξαφνική αλλαγή στα ζωτικά σημεία τους, όπως SIT OCK ταχέως επιδεινώμενο υποδόρειο εμφύσημα και επιδείνωση αναπνευστικής λειτουργίας. Τότε εισάγονται σωλήνες που είναι συνδεδεμένοι με δοχεία νερού.

X. Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο: Είναι συνήθως 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 μια κανονική τραχειοτομή πρέπει να ακολουθήσει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Ένα κακό 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 προφθακτική αντιβίωση και θεραπεία με στερωειδή 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. Υποδόρειο εμφύσημα: Όταν συρραφεί η δερμάτινη τομή σφιγκτά γύρω από το σωλήνα της τραχειοτομής μπορεί να προκαλέσει υποδόρειο εμφύσημα. Μερικές φορές το εμφύσημα μπορεί να γίνει πολύ σοβαρό και να εκτείνεται από τα φρύδια μέχρι το υπογάστριο. Μπορεί να προληφθεί ή να ελεγχθεί με γάζα ιωδιοφορμίου που είναι βρεγμένη με αντιβιοτική αλοιφή και τοποθετείται γύρω από το σωλήνα της τραχειοτομής ή με την εισαγωγή σωλήνα που διαθέτει CUFF.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ.

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

Έτσι εμφανίζει πολλές νοσηλευτικές ανάγκες για τις οποίες είναι υπεύθυνη η νοσηλευτική ομάδα και έχει την ευθύνη 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 παρατήρησή 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 στο λάρυγγα (σκόνη, ερεθιστικά αέρια, χρήση οινοπνεύματος και καπνού, κρυολόγημα κ.λ.π.) μεγάλη σημασία έχει κατά τη λήψη του ιστορικού και η παροχή πληροφοριών για τις ιδιοσυστατικές ιδιότητες του βλενογόνου του λάρυγγα (τάση για κατάρρουν, όμοιες παθήσεις στην οικογένεια, οξεία ή αμβλεία εξέλιξη της παθήσεως, πορεία προηγούμενων παθήσεων του λάρυγγα). Το ιστορικό συμπληρώνεται με ερωτήσεις, που έχουν σχέση με την εμφάνιση δύσπνοιας που συνυπάρχει ίσως με βράγχος της φωνής, με διαταραχή της αισθητικότητας ή με τον βήχα.

Για την δύσπνοια έχει σημασία εάν εγκαταστάθηκε αιφνιδίως

ή βαθμιαίως, εάν υφίσταται διαρκώς ή μόνο κατά διαστήματα.

Για το βράγχος της φωνής εκτός του βαθμού αυτού, σημασία για τη διάγνωση έχει και , το είδος της ανωμαλίας της φωνής (π.χ. αιφνιδίως εμφανιζόμενη άτονη φωνή, "Άφωνία"). Συνηγορεί υπερλειτουργική ανωμαλία της φωνής, βράγχος φωνής συγχρόνως με δύσπνοια γεννά την υποψία του όγκου του λάρυγγα και βράγχος φωνής με θορυβώδη εκπνοή κατά την έντονη ομιλία συνηγορεί για παράλυση του παλινδρόμου.

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

Ο ασθενής πρέπει να ρωτηθεί αν το άλγος εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του φαγητού σε κενές καταποτικές κινήσεις που συνηγορεί ελκυστική 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 εκρηκτικά εμφανιζόμενο υλακώδη βήχα, που συνηγορεί σε υπογλωττιδική διόγκωση ή για την 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 την οξεία ή χρόνια λαρυγγίτιδα χωρίς σχηματισμό εκκρίματος.
- δ) Σε νευρικό βήχα που διακρίνεται από το βήχα που διακρίνεται από το βήχα που ωφείλεται σε οργανικά αίτια από το ότι δεν

παρουσιάζεται τη νύχτα κατά τον ύπνο. Για την πλήρη λήψη πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή απαραίτητη είναι και η μελέτη της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασής του. Επίσης πρέπει να μάθουμε τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο που συνηγορεί ανάλυση της ψυχολογικής καταστάσεώς του καθώς και τη στάση τους απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική 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 εμφανιστεί είτε κατά τη 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 σφαγής και των μεσοπλευρικών διαστημάτων, ο ιδρώτας κ.λ.π.

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 της αιτίας της γίνεται συνήθως σε προχωρημένα στάδια της αποφράξεως διότι η δυσχέρεια της αναπνοής είναι προοδευτική και γίνεται ανεκτή από τον άρρωστο στην αρχή ο οποίος αποφεύγει να πάει στο 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 αναγκών του οργανισμού του αρρώστου σε θερμίδες. Πράγμα που αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωσή της διατροφής του από την νοσηλευτική ομάδα. Επακόλουθο της δυσκαταποσίας είναι η άρνηση του ασθενή για λήψη τροφής, η εμφάνιση δύσσομης αναπνοής η οποία προέρχεται από την ανορεξία. Η βελτίωση της γεύσεως, ιδιαίτερα στην περίπτωση της ανορεξίας αποτελεί εκτίμηση και εφαρμογή του νοσηλευτή-τρας.

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 στο 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 πώς νοιώθει, αν εμφανίζει αίσθημα πίεσης στο λαιμό του, δύσπνοια, ή άλγος το οποίο είναι χαρακτηριστικό της ασθένειάς του.

Ο νοσηλευτής-τρια εκτιμά τα χαρακτηριστικά του πόνου, δηλ. ρωτά τον ασθενή αν είναι συνεχής, χρόνιος, την ένταση και άλλα. 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 γι' αυτόν και την ασθένειά 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 κινητικότητα, για την ευαισθησία και την πίεση και για την σύσταση της διογκώσεως, καθώς και για τις σχέσεις της με την γύρω περιοχή (μπορεί να είναι μεγάλη, ειδικά στις μεταστάσεις). Ψηλάφηση γίνεται και στον θυρεοειδή αδένα εξαιτίας των σχέσεων της θέσεώς του με τον λάρυγγα και τη 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 του λάρυγγος θα πρέπει να γίνει με τέχνη από τον γιατρό ή από τον νοσηλευτή-τρια, 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 του λάρυγγος, εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και τον χαρακτήρα του. Με την αναφορά της διάγνωσης στον άρρωστο ότι πάσχει από καρκίνο του 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 πόνο, ταλαιπωρία, ακόμα και θάνατο, αναπηρεία, εγκατάληψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Για τους πιο πάνω λόγους ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει την ασθένειά του.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

Για να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής πάσχει από καρκίνο του λάρυγγος γίνονται διάφορες εξετάσεις όπως: η άμεση λαρυγγοσκόπηση 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 εξεταζόμενης περιοχής στην ανακλούσα επιφάνειά του, φωτίζοντάς την επαρκώς. Η άμεση λαρυγγοσκόπηση η οποία γίνεται με ειδικό όργανο, το άμεσο λαρυγγοσκόπιο και η μέθοδος αυτή παρέχει τη δυνατότητα λεπτομερέστερου έλεγχου της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως της υπογλωττιδικής μοίρας της.

Επίσης οι διαγνωστικές εξετάσεις συμπεριλαμβανομένων και ιστολογική εξέταση που εκτελείται τις πιο πολλές φορές μετωπική αναισθησία, με τη βοήθεια της έμμεσης λαρυγγοσκοπήσεως και με ειδική καμπτόμενη λαβίδα, τη λαβίδα βιοψίας του 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 έκταση του όγκου. Χρησιμοποιούνται διαγράμματα με σχήματα απεικονίσεως του λαρυγγοφάρυγγα και του τραχείλου επί των οποίων είναι δυνατόν να σχεδιαστεί ο όγκος. Τα διαγράμματα αυτά τοποθετούνται στο φάκελο του ασθενούς. Η άμεση και η έμμεση λαρυγγοσκόπηση 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 φροντίδα. Το μόνο που μπορεί να γίνει είναι η αντισηψία του δέρματος.

Όταν όμως η τραχειοτομή είναι προγραμματισμένη ακολουθούν μια σειρά προετοιμασιών.

Έτσι η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς διακρίνεται:

- α) Σε γενική προεγχειρητική φροντίδα.
- β) Σε τοπική προεγχειρητική φροντίδα.
- γ) Σε 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 ωφείλονται 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, ώστε να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τα συναισθήματα 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 εξηγείται στον ασθενή η δυνατότητα να συνεχίσει φυσιολογικά την ζωή του μ'αυτή, η αποκατάσταση της ομιλίας του καθώς επίσης και την 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.ά.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (ηλεκτρολυτών κλπ.)

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

Ο νοσηλευτής-τρια είναι υπεύθυνος να απομακρύνει από τον ασθενή το νερό ή άλλα υγρά και φαγώσιμα και να τον ενημερώσει γιατί πρέπει να είναι νηστικός.

Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι παιδί ή υπερήλικας πρέ-

πει να ενημερωθεί ο συνοδός από πότε και γιατί θα πρέπει να μείνει ο ασθενής νηστικός.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

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

Αρχικά το άτομο πρέπει να εξετασθεί από χειρουργό Ο.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.

Στη συνέχεια γίνονται οι ανάλογες εργαστηριακές εξετάσεις (εξετάσεις αίματος, ούρων, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακα).

Αφού γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις και οριστεί ο χρόνος της επέμβασης καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού 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.

Η ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Πάντα οι ασθενείς που θα υποστούν χειρουργική επέμβαση υπόκεινται σε καθαρτικό υποκλισμό του εντερικού σωλήνα. Το ίδιο και ο ασθενής μας. Σκοπός του υποκλισμού είναι η αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στη χειρουργική τράπεζα και η αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους. Συνήθως γίνονται δύο υποκλισμοί. Ο ένας την παραμονή της επέμβασης και ο άλλος έξι ώρες πριν την επέμβαση. Μετά τον υποκλισμό ακολουθεί καθαριότητα του σώματος του ασθενή. Γίνεται λοιπόν λουτρό καθαριότητας με σκοπό την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και η αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο 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 ανάμονή 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 μ.μ., πριν την επέμβαση δίνεται κάποιο ηρεμιστικό για να εξασφαλιστεί επαρκής ύπνος και ανάπαυση. Αφού δοθεί το ηρεμιστικό πρέπει να εξηγήσουμε στον

ασθενή ότι θα πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του.

Αν ο ασθενής είναι υπερήλικας ή βρίσκεται σε συγχοητική κατάσταση ίσως χρειαστεί να μπουύν περιορισμοί. Ενώ σε μερικές περιπτώσεις ίσως πρέπει να φυλαχθούν και να μετρηθούν τα αποβαλλόμενα ούρα μετά την λήψη του ηρεμιστικού.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.

Ο ασθενής πρέπει να είναι προετοιμασμένος σχετικά με το τι θα πρέπει να κάνει μετά την τραχειοτομή. Έτσι η νοσηλευτική φροντίδα θα είναι αποτελεσματικότερη και ευκολότερη. Πρέπει να του διδάξουμε πώς 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 εκείνη του δέρματος γύρω από το σημείο που θα γίνει η χειρουργική τομή (εγχειρητικό πεδίο). Στην εγχείρηση της τραχειοτομής προετοιμάζουμε την περιοχή του δέρματος του τραχήλου και του θώρακα ως την ξιφοειδή απόφυση.

Στην τοπική προεγχειρητική προετοιμασία γίνεται καθαριότητα του δέρματος, αποτρίχωση και αντισηψία. Σκοπός της τοπικής προετοιμασίας του δέρματος είναι η μείωση των πιθανοτήτων μόλυνσης του τραύματος.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Η τελική προεγχειρητική προετοιμασία είναι η ετοιμασία που γίνεται στο χειρουργικό ασθενή κατά την ημέρα της εγχείρησης.

Αρχικά γίνεται η εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενή. Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Γίνεται έλεγχος αυτών και καταγράφονται πριν την προνάρκωση στον ασθενή.

Αν υπάρχει κάποια παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια πρέπει να αναφερθεί στην προϊσταμένη ή στον γιατρό του τμήματος. Επίσης πρέπει να προσέξουμε την εμφάνιση βήχα ο οποίος δηλώνει ύπαρξη κρουολογήματος.

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

Τα ξένα δόντια και οι κινητές γέφυρες, αφαιρούνται και τοποθετούνται σε κάψα η οποία κλείνει και φυλάσσεται αφού προηγουμένως έχει 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 στο συνοδό του ασθενούς.

Σε περίπτωση που υπάρχει μακιγιάζ αφαιρείται και ειδικά τα εφάρμακα εάν υπάρχει βερνίκι νυχιών. Αυτό γίνεται γιατί κατά την διάρκεια της αναισθησίας από το χρώμα των χειλών και των ούλων μπορούμε να διαπιστώσουμε τυχόν έλλειψη οξυγόνου που θα υπάρχει.

Γι' αυτό λοιπόν πριν την αφαίρεση του μακιγιάζ εξηγούμε

στον ασθενή τους λόγους που το κάνουμε.

Αφού απομακρύνουμε κάθε ξένο από τον ασθενή μισή ώρα πριν την προκαθορισμένη επέμβαση του φοράμε την κατάλληλη ενδυμασία αφού πρώτα έχει ουρίσει.

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

Κατά την ώρα της ένδυσης έχουμε χρέος να υπενθυμίσουμε στον ασθενή τις μετεγχειρητικές ασκήσεις των άκρων, των αναπνευστικών μυών κ.λ.π.

Αφού τελειώσει η ενδυμασία σειρά έχει η προνάρκωση του ασθενή. Αυτή ορίζεται από τον αναισθησιολόγο και γίνεται συνήθως υποδορείως. Σκοπός της προνάρκωσης είναι να βοηθήσει τον ασθενή να δεχθεί ευκολότερα τη νάρκωση με όσο το δυνατόν λιγότερες αντιδράσεις.

Στην προνάρκωση χρησιμοποιούνται αντιχολινεργικά π.χ. ατροπίνη, για τον περιορισμό της επίδρασης του πνευμονογαστρικού στην καρδιακή λειτουργία και τις βρογχικές εκκρίσεις. Τα είδη των φαρμάκων που δίνονται στην προνάρκωση είναι:

Ναρκωτικά: όπως φεντανόλη, πεντοθάλη, πεθιδίνη κ.ά. Αυτά διενεργούν στην αναισθησία.

Κατασταλτικά: σκοπό έχουν να κατανεύσουν τον ασθενή.

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

Αφού γίνει η προνάρκωση ο ασθενής πρέπει να μείνει στο

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 φάκελλος και η κάρτα του ασθενή.

Ο νοσηλευτής-τρια τέλος, πρέπει να ενημερώσει και να καθυστερήσει τους συγγενείς για την πορεία της εγχειρήσεως, να δείξει κατανόηση και να τους ανακουφίσει από την ένταση και την αγωνία όσο είναι δυνατόν.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Μετά τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο εμείς πρέπει να προετοιμάσουμε αρχικά τον θάλαμο που θα υποδεχθεί μετά την επέμβαση τον ασθενή.

Ο θάλαμος σκουπίζεται, σφουγγαρίζεται και γίνεται υγρό καθαρίσμα 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, κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό. Εκτός από το θάλαμο πρέπει να ετοιμαστεί και το κρεβάτι του ασθενούς μαζί με το κομοδίνο. Το κρεβάτι του ασθενούς πρέπει να είναι ζεστό για να τον προφυλλάξει από τυχόν ψύξη ή και πνευμονία ακόμα. Αυτό επιτυγχάνεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες αν και σήμερα δεν εφαρμόζεται για την αποφυγή τυχόν 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 ναρκωτικού. Το μαξιλάρι πρέπει να είναι στο επάνω κλιγκλίωμα του κρεβατιού για να μην χτυπάει ο ασθενής στο στάδιο της απονάρκωσης,

Το κρεβάτι είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές για την διευκόλυνση μεταφοράς του ασθενή σ' αυτό. Πρέπει να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμμετούς με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχο κεφαλής. Δίπλα στο κρεβάτι πρέπει να υπάρχει στατό για τον ορό, ο εφυγραντήρας και η συσκευή αντλίας με καθετήρα αναρροφήσεως.

Στο κομοδίνο, τοποθετείται τετράγωνο ύφασμα για την αποφυγή θορύβων κατά την τοποθέτηση των αντικειμένων. Τοποθετούμε επίσης ένα νεφροειδές ποτήρι με δροσερό νερό, PORT-COTTON, καψάκι με κομμάτια χαρτοβάμβακα, τολύπια βάμβακος, ένα μπλόκ, μολύβι και έναν καθρέπτη.

Επειδή πάντα υπάρχει φόβος για κάτι απρόοπτο υπάρχει ένας δίσκος τραχειοτομής.

Ο δίσκος τραχειοτομής περιέχει:

- * Γάζες με τολύπια βάμβακος.
- * Ψαλίδι και λαβίδα.
- * Τραχειοδιαστολέας.
- * Εσωτερικός τραχειοσωλήνας.
- * Οδηγός τραχειοσωλήνα.
- * Εξωτερικός τραχειοσωλήνας μεταινία στήριξης (φακαρόλα).
- * Κάψα με τολύπια χαρτοβάμβακος.
- * Υδροδιαλυτή γλισχραντική ουσία και αντιβιοτική αλοιφή.
- * Λεκάνη με αντισηπτική διάλυση.

* Σταγόνες PEPANTHEN.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

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

Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα.

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

- Αλλαγή στην αεροφόρο οδό.
- Ευαισθησία στην αναπνευστική οδό.
- Ενοχλήματα στο λάρυγγα με την επλοκή σιέλου.
- Ραμένο ρινοφάρυγγα με κίνδυνο ν'ανόιξουν τα ράμματα.
- Απώλεια φωνής.
- Ανικανότητα να επικοινωνεί φυσιολογικά, και
- Λιγότερο ικανός 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 μοίρες. 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 αναπνοή του.

Ο ασθενής αισθάνεται ανήσυχος, έχει τάσεις ανασφάλειας και

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

Η χορήγηση κάποιου ηρεμιστικού φαρμάκου, κατόπιν συνεννόησης με τον γιατρό θα διευκολύνει τον ασθενή να ηρεμήσει, μέχρι να αποδεχθεί ο ασθενής τη νέα του αναπνευστική οδό.

Οι αναρροφήσεις στον τραχειοσωλήνα γίνονται πάντα τις 4 πρώτες ώρες και σε διάστημα από 5-10-15min. της ώρας. Αυτό γίνεται γιατί ο τραχειοσωλήνας προκαλεί υπερέκκριση του βλενογόνου μέχρι ο οργανισμός να αποδεχθεί τον τραχειοσωλήνα. Κάθε αναρρόφηση διαρκεί 15sec.. Μεταξύ κάθε αναρρόφησης το άτομο ξεκουράζεται για 3min. της ώρας. Πάνω στον τραχειοσωλήνα τοποθετείται γάζα η οποία είναι βρεγμένη με φυσιολογικό ορό. Βασικό επίσης είναι η διατήρηση καθαρού του εσωτερικού τραχειοσωλήνα καθώς επίσης και 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 ημέρες με την χορήγηση υδαρής διαίτας. Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα συνήθως χορηγούνται υγρά παρεντερικά και μετά σταδιακά χορηγούνται υγρά και κατάλληλη τροφή σε ποσότητες κατά-

σταση. Αποφεύγεται τροφή που χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια στην κατάποση όπως π.χ. ο πουρές και οι υπερβολικά ξηρές τροφές. Αν ο ασθενής έχει υποστεί λαρυγγεκτομή δεν επιτρέπεται για μια εβδομάδα να παίρνει τίποτα από το στόμα γιατί υπάρχουν πολλά ραμματα στην περιτραχειλική 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 από 8-10 ημέρες, η ανάγκη αναρροφήσεως δεν υπάρχει, εφόσον πάντα κάποια επιπλοκή δεν επιβαρύνει την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή μας. Επίσης περιορίζεται και ο καθορισμός του εσωτερικού σωλήνα σε αραιότερα χρονικά διαστήματα.

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

Περιποίηση τραχειοτομής-τραχειοστόμιου.

Ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας, όπως είναι γνωστό, είναι τοποθετημένος μέσα στο τραύμα και συγκρατείται με τη φακαρόλα 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 χρειαστεί για να διατηρείται το δέρμα στεγνό και να αποφύγουμε τις δερματίτιδες ή την περαιτέρω επιμόλυνση του τραύματος.

Όταν πρέπει να γίνει η περιποίηση της τραχειοτομής και του τραχειοστόμιου 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 στο θάλαμο να απομακρυνθούν απ' αυτόν.

Ο ασθενής δεν πρέπει να γυμνώνεται, εκτός και αν παραστεί 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 η νοσηλεία να πραγματοποιηθεί στο δωμάτιο αλλαγών.

Αφού λοιπόν γίνονται όλα αυτά (ενημέρωση ασθενή-τακτοποίηση θαλάμου-προετοιμασία ασθενή), παίρνουμε το τροχήλατο αλλαγών και πηγαίνουμε στο θάλαμο του ασθενή. Το τροχήλατο πρέπει να περιλαμβάνει:

-Λεπτή φακαρόλα.

-Λαβίδα και ψαλίδι.

Εκτός από το σετ υπάρχουν και ορισμένα αντικείμενα για την περιποίηση του τραύματος:

-Κουτί με λαβίδες (ανατομικές-χειρουργικές-κόχερ-παιάν).

-Ψαλίδια.

-Κουτί με γάζες αποστειρωμένες.

-Δοχείο με πολυάγρα.

-Ψαλίδια με φυσιολογικό ορό, οξυζενέ.

-Αντισηπτική διάλυση (BETADINE-ORAPIX).

-Αντιβιοτική αλοιφή (FUCIDINE) ή γάζα ιωδιοφορμίου.

-Λεκάνη ή νεφροειδές με αντισηπτική διάλυση (για τοποθέτηση

χρησιμοποιημένων εργαλείων).

- Νεφροειδή.
- Λευκοπλάστ (αντιαλλεργικά).
- Γάντια αποστειρωμένα.
- Κάδος 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, μια ανατομική και μια 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 τον τραχειοσωλήνα και με μία άλλη γάζα καθαρίζουμε την περιοχή. Παίρνοντας άλλη γάζα με οξυζενέ καθαρίζουμε την περιοχή και με μία δεύτερη στεγνώνουμε το τραύμα.

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

Τέλος γίνεται η τοποθέτηση του τραχειοσωλήνα με την αποστειρωμένη γάζα.

Οτι άχρηστο υλικό υπάρχει το πετάμε στον κάδο ή την σακούλα και τα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί τα τοποθετούμε στη λεκάνη με την αντισηπτική διάλυση.

Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.

Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας είναι απαραίτητη γιατί προλαμβάνει την εμφάνιση τυχόν στοματίτιδας.

Στην περιποίηση της στοματικής κοιλότητας χρησιμοποιούμε τα κάτωθι :

- 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 οδόντων χρησιμοποιώντας την οδοντόβουρτσα και την οδοντόπαστα. Η οδοντόβουρτσα πρέπει να είναι από σκληρή τρίχα. Ο καθαρισμός των οδόντων πρέπει να γίνεται μετά από κάθε λήψη τροφής. Κατά το πλύσιμο των οδόντων επιβάλλεται να καθαρίζονται τα μεταξύ τους διαστήματα και όλες τους τις επιφάνειες. Μετά παίρνουμε το PORT-COTTON και το βρέχουμε στο αντισηπτικό στόματος και καθαρίζουμε με ήπιες κινήσεις, όλη τη στοματική κοιλότητα. Κατόπιν γίνεται περιποίηση των χειλέων του ασθενή με γλυκερίνη. Αφού τελειώσει η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας προτρέπουμε τον ασθενή να πει νερό, γιατί έτσι διατηρείται καθαρό το στόμα και αραιώνει τις εκκρίσεις που τυχόν έχει ο ασθενής.

Αλλαγή Μεταλικού 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 γιατρό. Οι επόμενες δε 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 πρόωμη αφαίρεση του τραχειοσωλήνα μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία. Ιδιαίτερη προσοχή επιβάλλεται όταν ο ασθενής έχει υποστεί ημιλαρυγγεκτομή, γιατί προκαλείται λαρυγγόσπασμος. Τα αντικείμενα που χρειάζονται για την αλλαγή τραχειοσωλήνα είναι τα κάτωθι:

I. Δίσκος με :

- μπώλ με τολύπια βάμβακος,
- νεφροειδές και ψαλίδι,
- τολύπια γάζας αποστειρωμένα,
- υδροδιαλυτή γλισχραντική ουσία (JELLY),
- τραχειοσωλήνας αποστειρωμένος (με γάζα και ταινία στήριξης),
- PEPANTHEN σταγόνες,
- φιαλίδιο με οξυζενέ,
- αντιμικροβιακή αλοιφή,
- ατροπίνη (βραδυκαρδία),
- μυοχαλαρωτικά.

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

II. Λεκάνη με αντισηπτική διάλυση.

Η διαδικασία της αλλαγής του τραχειοσωλήνα περιλαμβάνει:

- 1) Ενημερώνουμε τον ασθενή και την αλλαγή με σκοπό να πετύχουμε την συνεργασία του. Η αλλαγή μπορεί να γίνει στο δωμάτιο του ασθενή ή στο δωμάτιο αλλαγών.
- 2) Βγάζουμε το μαξιλάρι του ασθενή και βάζουμε ένα μαξιλάρι

κάτω από τους ώμους του για να γίνει υπερέκταση 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 εκκρίσεων.

6) Ενσταλάσουμε σταγόνες PEPANTHEN, για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων 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 μπρος και κάτω.

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

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

12) Πλένουμε τα χέρια καθαρά, φοράμε τα γάντια και παίρνουμε τον τραχειοσωλήνα τοποθετώντας τον εσωτερικό σωλήνα μέσα στον αυλό του εξωτερικού και τέλος τον στερεώνουμε με την αποστειρωμένη γάζα.

13) Γλισχρύνουμε 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 στη συνέχεια κάτω.

- 15) Στερεώνουμε τη φακαρόλα δένοντάς τη στο πλάι, προσέχοντας να μην είναι πολύ σφιγμένη αλλά ούτε και χαλαρή. Αυτό γίνεται γιατί υπάρχει φόβος σε έναν απότομο βήχα να βγει ο τραχειοσωλήνας με αποτέλεσμα να προκληθεί ασφυξία. Το δέσιμο στο πλάι γίνεται για μεγαλύτερη άνεση του ασθενή.
- 16) Τέλος βεβαιωνόμαστε ότι ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας είναι καλά στερεωμένος στον εξωτερικό.

Αναρροφήσεις.

Η ανάγκη για αναρρόφηση καθορίζεται από τον ήχο τον αέρα που έρχεται από το 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 τις εκκρίσεις που έχουν συγκεντρωθεί στον ενδοτράχειο βροχικό δέντρο από την τελευταία αναρρόφηση. Η τεχνική της αναρρόφησης είναι η ίδια σε οποιοδήποτε τραχειοσωλήνα. Μερικοί λαρυγγολόγοι πιστεύουν ότι οι μεταλλικοί σωλήνες είναι περρισσότερο 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 το 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 τα 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 με ένα συνδετικό Υ οπότε κατά την αναρρόφηση κλείνεται με το δάχτυλο. Ο καθετήρας επαλείφεται με φυσιολογικό ορό και εισχωρείται αρκετά βαθειά στους βρόγχους, περίπου 20-30 εκάτοστά 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 ωφείλει να έχει

έτοιμα ξυλοβάμβακα για να απομακρύνουν την έκκριση που ίσως βγαίνει με δύναμη. Αν η βλένη είναι κολλώδης και δύσκολα αποκόλλεται γίνεται ενστάλλαξη φυσιολογικού ορού 2-5cc. πριν την αναρρόφηση που βοηθάει στη 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 ανέχεια. Ο καθετήρας περιστρέφεται 360ο μοίρες καθώς αποσύρεται.

Για την αποφυγή της υποξίας η αναρρόφηση δεν πρέπει να διαρκεί παραπάνω από 10-15sec. Πρακτικός τρόπος για να μετρηθεί ο χρόνος είναι ο νοσηλευτής-τρια να κρατάει την αναπνοή του-της κατά τη διάρκεια της αναρρόφησης.

Είναι ανάγκη να μεσολαβεί τρίλεπτη ανάπαυση του αρρώστου μεταξύ των αναρροφήσεων. Μετά από κάθε 10sec. αναρρόφησης, ο καθετήρας τοποθετείται σε διάλυμα φυσιολογικού ορού για να απομακρυνθούν οι εκκρίσεις που κολλούν στα τοιχώματά του. Στη 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 στηθοσκόπιο για ακροάσεις κατά το 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 περριτή αναρρόφηση γιατί μπορεί να έχουμε ερεθισμό του βλενογόνου με αποτέλεσμα κάποια λοίμωξη.

Νοσηλευτική φροντίδα και καθαρισμός μεταλικού τραχειοσωλήνα.

Αφού αφαιρέσουμε το μεταλικό σωλήνα κατά την αλλαγή τραχειοσωλήνα τον τοποθετούμε σε ψυχρό διάλυμα 50% νερό και 50% οξυζενέ.

Αποφεύγουμε να χρησιμοποιήσουμε ζεστό νερό γιατί πήζει τις εκκρίσεις στα τοιχώματα του τραχειοσωλήνα από τον αυλό του εξωτερικού. Με την βοήθεια μιας μικρής βούρτσας και σαπουνούχου διαλύματος καθαρίζουμε τον αυλό του τραχειοσωλήνα. Ποτέ δεν χρησιμοποιούμε συρμάτινη βούρτσα γιατί ίσως μείνει κάποιο υπόλειμά της στον αυλό και ο ασθενής κινδυνεύει να πάθει εισρόφηση.

Στη συνέχεια, ετοιμάζουμε τον τραχειοσωλήνα με την γάζα του και περνούμε την φακαρόλα και στη συνέχεια τον τοποθετούμε στον κλίβανο για αποστείρωση.

Σε περίπτωση που αλλάζεται μόνο ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας αφού τον καθαρίσουμε τον βράζουμε για 5min. της ώρας σε απεσταγμένο νερό. Στη συνέχεια τον τοποθετούμε σε κρύο νερό για να κρυώσει ώστε να είναι έτοιμος να ξαναχρησιμοποιηθεί.

Νοσηλευτική φροντίδα 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, η εισρόφηση εμμεσμάτων και στοματοφαρυγγικών εκκρίσεων. Όταν νοσηλεύουμε ασθενείς που φέρουν τραχειοσωλήνες CUFF τους ενημερώνουμε τα σχετικά γι'αυτόν τον τραχειοσωλήνα. Τους επεξηγούμε ότι δεν μπορούν να μιλούν όταν το CUFF είναι φουσκωμένο. Φροντίζουμε για την τακτική περιποίηση της στομα-

τικής κοιλότητας και δίνουμε στον λαιμό του ασθενή την κατάλληλη θέση έκτασης. Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με τραχειοσωλήνα CUFF περιλαμβάνει το ξεφούσκωμα και το φούσκωμα του CUFF.

I. Ξεφούσκωμα του CUFF: Αρχίζουμε κάνοντας μία αναρρόφηση στοματοφαρυγγική και στη συνέχεια ξεφουσκώνουμε το CUFF αργά. Μετά αναρροφούμε το CUFF για 5-10min..

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

II. Φούσκωμα του CUFF: Το φούσκωμα του CUFF γίνεται κατά την αναπνοή 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 την οποία διαπιστώνουμε με την τοποθέτηση στηθοσκόπιου κάτω από το πηγούνι ή πάλι όταν ο ασθενής μας είναι αφωνικός.

Αφού βάλουμε τον αέρα, κλείνουμε τον σωλήνα που οδηγεί στο CUFF. Μετά σημειώνουμε την ποσότητα του αέρα που χρειάστηκε για να φουσκώσει το CUFF κι αυτό γίνεται, γιατί αν την επόμενη φορά χρειαστεί να βάλουμε περισσότερο αέρα δημιουργούνται υπονοίες για διαστολή της τραχείας, τραχειοοισοφαγικό εγκόλπωμα ή

συρρίγγεια.

Οι επιπλοκές που πιθανόν θα εμφανιστούν σε ασθενή με CUFF είναι:

- α) Λαρυγγικό οίδημα.

- β) Στένωση της τραχείας.

- γ) Λαρυγγικός ερεθισμός με βλάβη των φωνητικών χορδών
εξαιτίας μετακινήσεως του ενδοτραχειακού σωλήνα.

- δ) Αιμορραγίες.

Οι παραπάνω επιπλοκές μπορούν να αποφευχθούν με το να στερεώσουμε καλά τον σωλήνα και έτσι να αποφύγουμε τυχόν μετακίνησή του. Επίσης μέσω του νεφολοποιού δίσκου με ομίχλη στον ασθενή κατά την διάρκεια της διασωλήνωσης αλλά και μετά. Βασικό μέλημά μας είναι επίσης 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 ποσότητα των εκκρίσεων, για την οδό αναρρόφησης που χρησιμοποιήθηκε, την χορήγηση οξυγόνου πριν και μετά την αναρρόφηση, την ανοχή του ασθενή απέναντι της διαδικασίας και για το αν αποστάλθηκαν δείγματα πτυέλων στο εργαστήριο για καλλιέργεια ή όχι.

Αλλαγή τραχειοσωλήνα με CUFF.

Για την αλλαγή τραχειοσωλήνα με CUFF χρειαζόμαστε τα κάτωθι αντικείμενα:

Δίσκος με:

- κάψα με τολύπια χαρτοβάμβακος,
- νεφροειδές με ψαλίδι,
- τραχειοσωλήνας με CUFF και φακαρόλα,
- γάζα χωρίς βαμβάκι,
- τολύπια ή γάζες αποστειρωμένες,
- υδροδιαλυτή γλισχραντική ουσία,

- σύριγγες των 5ml.,
- διάλυση οξυζενέ,
- αντιμικροβιακή αλοιφή (FUCIDIN),
- τραχειοδιαστολέας,
- στηθοσκόπιο.

Αρχικά όπως και σε κάθε νοσηλεία, γίνεται η ενημέρωση του ασθενούς για την όλη διαδικασία. Στη συνέχεια του δίνουμε κομμάτια χαρτοβάμβακος και αφού ενσταλάξουμε μερικές σταγόνες PEPANTHEN τον εθαρρύνουμε να βήξει.

Κόβουμε την φακαρόλα στη μέση, πλένουμε τα χέρια μας και ανοίγουμε με μεγάλη προσοχή το σετ 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 μας και του αντίχειρα. Σε περίπτωση που το στόμιο δεν έχει σχηματιστεί καλά χρησιμοποιούμε τον τραχειοδιαστολέα προς αποφυγή του κινδύνου ασφυξίας που θα προκαλούνταν από την σύμπτυξη των χειλέων.

Στη συνέχεια αφού γλισχράνουμε τον τραχειοσωλήνα χρησιμοποιώντας αποστειρωμένο τολύπιο ή γάζα τον τοποθετούμε με ήπιες κινήσεις πάνω και στη συνέχεια κάτω. Εδώ θα ήταν καλό να υπήρχε και δεύτερο άτομο του νοσηλευτικού προσωπικού έτσι ώστε να γίνει αμέσως η τοποθέτηση του τραχειοσωλήνα μετά την αφαίρεση. Στερεώνουμε στον αυχένα την φακαρόλα και προσέχουμε να μην είναι ούτε σφικτά δεμένη αλλά ούτε και χαλαρή. Φουσκώνουμε το CUFF και αφού κάνουμε περιποίηση της τραχειοτομής επαλοιφουμε

με αντιμικροβιακή αλοιφή και τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα μεταξύ τραχειοσωλήνα και δέρματος. Φροντίζουμε να αλλάξουμε την γάζα γύρω από το στόμιο γιατί υπάρχει φόβος ερεθισμού του δέρματος ή ακόμα μόλυνσης και διαπύησης του τραύματος.

Αναρρόφηση μετά από τραχειοσωλήνα με CUFF.

Όπως και στις άλλες νοσηλείες, έτσι και 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 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 με σκοπό να απομακρυνθούν οι εκκρίσεις που θα μπορούσαν να εισροφηθούν κατά την διεργασία ξεφουσκώματος του CUFF.

Στη συνέχεια γίνεται αναρρόφηση μέσα από τον τραχειοσωλήνα. Κατ'αυτόν τον τρόπο απομακρύνονται εκκρίσεις, που πιθανόν μπορεί να υπήρχαν πάνω από το φουσκωμένο CUFF ή γύρω από το τοίχωμα του σωλήνα και εμποδίζονται να προωθηθούν προς τα κάτω.

Όταν οι αναρροφήσεις έχουν πετύχει το σκοπό τους συνδέουμε τον ασθενή με τον αναπνευστήρα και στη συνέχεια απομακρύνουμε τα χρησιμοποιημένα αντικείμενα.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Ο ασθενής ο οποίος υπέστη τραχειοτομή έχει απομακρυνθεί από την κοινωνική ζωή (την εξωνοσοκομειακή) για ένα σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να προετοιμάσει τον ασθενή για την επιστροφή του στο φυσικό του περιβάλλον.

Αυτή η προετοιμασία είναι μια 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.

Κατά την διεργασία αυτή έχουμε χρέος να την εκτελέσουμε πλήρως σαν νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου και 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. Ας μην ξεχνάμε ότι η τραχειοστομία είναι μία κατάσταση που φαίνεται εύκολα και εύκολα καταλαβαίνει ο υπόλοιπος κόσμος βλέποντας αυτόν τον άνθρωπο ότι έχει κάποιο πρόβλημα. Το αποτέλεσμα αυτής της εμπειρίας του είναι ότι ο παθών αισθάνεται άσχημα.

Για το λόγο αυτό η διεργασία μας πρέπει να περιλαμβάνει και την ανάπτυξη δεξιοτήτων ώστε να αυτοεξυπηρετείται, να έχει ωραία εμφάνιση, να γνωρίζει ώστε να αποφεύγει διαφόρους κινδύνους και τέλος με την εκπαίδευση για την χρησιμοποίηση του προφορικού λόγου. Ο κύριος στόχος μας στην εκπαίδευση του ασθενούς μας έγκειται στα εξής:

I. Αυτοεξυπηρέτηση.

Η εκπαίδευση του ασθενή να αυτοεξυπηρετείται είναι η

σπουδαιότερη για τον ασθενή 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 παραπάνω προϋποθέσεις, ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να του διδάξει την τεχνική 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 ταύματος, την καθαριότητα και τον βρασμό του εσωτερικού τραχειοσωλήνα καθώς και τον τρόπο της επανατοποθετήσεώς του. Άκόμα του εξηγεί τον τρόπο προετοιμασίας 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 με το μορφωτικό του επίπεδο, έτσι ώστε να γίνεται κατανοητή από τον ασθενή. Άλλοι λόγοι που θα επηρεάσουν την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή-τριας και ασθενούς, είναι η ηλικία του ασθενή, καθώς και το διανοητικό του και κοινωνικό του επίπεδο.

Όταν ο ασθενής κατανοήσει την διαδικασία, έπειτα από αρκετές παρακολουθήσεις, εκτελεί ο ίδιος τη 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 χρειαστεί. Επίσης τον ενημερώνει σχετικά με τα αντικείμενα που θα χρειαστεί για να αυτοπεριποιηθεί 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 σε κάποιο άλλο άτομο του στενού οικογενειακού του κύκλου. Ωστε να είναι σε θέση αν παρσσει ανάγκη να τον βοηθήσει.

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

Τέλος το νοσηλευτικό προσωπικό εξηγεί στον ασθενή την δυνατότητα αντικατάστασης μερικών νοσηλευτικών αντικειμένων με άλλα που βρίσκονται που βρίσκονται σπίτι του, λαμβάνοντας πάντα υπόψη την οικονομική κατάσταση του ασθενούς.

Αφού τελειώσει η όλη διαδικασία της αυτοπεριποιήσεως, ο ασθενής εκτελεί αυτή την διεργασία την παραμονή της εξόδου του από το νοσοκομείο. Η διδασκαλία της αυτοεξυπηρετήσεως γίνεται ακόμη και σε ασθενείς που έχουν υποστεί πρόσκαιρη τραχειοτομή.

II. Εμφάνιση του ασθενή.

Όπως προαναφέραμε η τραχειοτομή είναι παράγων που επηρεάζει εμφανώς την εμφάνιση του ασθενή γιατί γίνεται αντιληπτή από τον κοινωνικό του περίγυρο. Αυτό έχει σαν συνέπεια αυτοί οι ασθενείς να κυριεύονται από αισθήματα μειονεκτικότητας και μελαγχολίας. Αυτό συμβαίνει γιατί η προσωπική αξία του ανθρω-

που πολλές φορές συνδέεται με την σωματική αρτιμέλεια και δύναμη. Αυτά τα δύο θεωρούνται από τους περισσότερους στην εποχή μας σαν προϋποθέσεις για την επιτυχία στη ζωή ακόμα και για την συμμετοχή του ατόμου στην κοινωνική ομάδα.

Ετσι μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, τους απασχολεί η εμφάνισή τους.

Εμείς σαν νοσηλευτικό προσωπικό μπορούμε να τους δώσουμε ορισμένες κατευθύνσεις ως προς την βελτίωση της εμφάνισέως τους. Γι' αυτό στους μεν άνδρες προτείνουμε να φορούν κολλάρο ή μια μπλούζα με λαιμό. Στις δε γυναίκες προτείνουμε ένα φουλάρι που ταυτοχρόνως προστατεύει από την σκόνη τον τραχειοσωλήνα. Επίσης αν η τραχειοτομή έχει γίνει πρόσφατα προτείνουμε ένα χοντρό κολλιέ για την επικάλυψη των σημαδιών.

III. Ομιλία ασθενή με τραχειοτομή.

Μετά την τραχειοτομή έχουμε αλλαγή στον τρόπο ομιλίας του ασθενή ο οποίος δεν μπορεί να μιλήσει όπως πριν την επέμβαση. Ο λόγος είναι ευνόητος αφού πλέον ο αέρας δεν περνά από τις φωνητικές χορδές ώστε να έχουμε την παραγωγή φωνής.

Πάνω σ' αυτό το μεγάλο πρόβλημα που αποκτά ο ασθενής έχουν εργαστεί και υπάρχουν ειδικοί εκπαιδευτές της ομιλίας (δυστυχώς όχι ακόμα στην Ελλάδα) και ειδικές κλινικές που βοηθούν στην εκμάθηση της ομιλίας τους ασθενείς (οισοφάγιος ομιλία). Ο χρόνος εκμάθησης είναι πάνω από δύο μήνες.

Για τους λόγους αυτούς ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να μπορεί να επικοινωνεί μέσω του προφορικού λόγου. Ετσι προτείνουμε στον ασθενή να παίρνει αναπνοή όταν θέλει να μιλήσει και αμέσως μετά να κλείνει με το δάχτυλό του τον τραχειοσωλήνα και ταυτοχρόνως να μιλάει. Αυτή η διεργασία

θα επαναλαμβάνεται έως ότου ολοκληρώνει αυτό που θέλει να πει. Επίσης ο ασθενής διδάσκεται και την ομιλία με τεχνητό λάρυγγα (ειδική ηλεκτρονική μηχανή).

IV. Προφύλαξη ασθενούς.

Ο ασθενής που έχει υποστεί τραχειοτομή πρέπει να έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους που εγκυμονεί αυτή. Ο ασθενής αυτός χρειάζεται ειδική πρόληψη. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται δε όταν κάνει μπάνιο. Για κανένα λόγο δεν θα πρέπει να εισχωρήσει νερό στο στόμιο της τραχείας γιατί θα ερεθιστούν οι πνεύμονες. Για το λόγο αυτό απαγορεύονται τα θαλάσσια μπάνια καθώς και τα μπάνια μέσα σε λουτήρα προς αποφυγήν δυσάρεστων συνεπειών (πνιγμός).

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

Ακόμη πρέπει να προστατεύεται από τυχόν κρυολογήματα και λοιμώξεις.

Επίσης ο άρρωστος θα πρέπει να είναι έτοιμος ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει κάθε απρόβλεπτο περιστατικό που θα μπορούσε να αποβεί μοιραίο για την ζωή του. Γι' αυτό απαραίτητο είναι να έχει πάντοτε τοποθετημένη στην εξωτερική τσέπη των ρούχων του μια κάρτα στην οποία θα αναγράφονται τα κάτωθι:

ΠΡΟΣΟΧΗ ΕΠΕΙΓΟΝ: Εχω λαρυγγεκτομή. Αναπνέω **ΜΟΝΟ** από το τραχειοστόμιο, **ΟΧΙ** από το στόμα ή τη μύτη.

ΚΡΑΤΑΤΕ: την τραχειοτομή ανοικτή.

ΧΟΡΗΓΕΙΤΕ: οξυγόνο μόνο από την τραχειοστομία.

ΜΗ ΡΙΧΝΕΤΕ: νερό στο πρόσωπό μου.

ΜΗ ΣΤΡΕΦΕΤΕ: το κεφάλι μου στα πλάγια.

Στο πίσω μέρος της κάρτας είναι σημειωμένα τα κάτωθι :

Ονομάζομε

Παρακαλώ ειδοποιείστε

Στη συνέχεια να είναι γραμμένα τα στοιχεία του πλησιέστερου προσώπου που επιθυμεί .

Όνοματεπώνυμο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Όμως παρ'όλα τα αναφερθέντα προφυλακτικά μέτρα τον κυριότερο ρόλο κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο θα παίξουν η κατανόηση, η αγάπη, ο σεβασμός του νοσηλευτικού προσωπικού, της οικογένειας, και γενικά της κοινωνίας. Η κοινωνία θα διαδραματίσει το σημαντικότερο ρόλο στην αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας και αρμονίας του ασθενή. Δίχως την βοήθεια της κοινωνίας, ο ασθενής και με τα τελειότερα επιστημονικά μέσα να βοηθηθεί δεν θα μπορέσει να ενταχθεί αρμονικά στο κοινωνικό του περιβάλλον.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ.

Στοιχεία ασθενή:

Όνοματεπώνυμο: Διαμαντόπουλος Διονύσιος.

Όνομα Πατρός: Αντώνιος.

Έτος Γέννησης: 1923.

Τόπος γέννησης: Γαστούνη Ηλείας.

Επάγγελμα: Αγρότης.

Οικογεν.κατάστ: Εγγαμος.

Ενδιαφ.συγγεν.: Διαμαντοπούλου Αθανασία (σύζυγος).

Ημ/νια εισόδου: 15-3-1993.

Διάγνωση εισαγ: Ca λάρυγγος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

α) Οικογενειακό ιστορικό:

Ο ασθενής γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό. Ο πατέρας του και η μητέρα του έχουν πεθάνει από φυσιολογικό θάνατο. Κανένας άλλος στο οικογενειακό περιβάλλον δεν πάσχει από καμμία νόσο.

β) Άτομικό ιστορικό:

Ο ασθενής δεν αναφέρει καμμία πάθηση εκτός από ορισμένα κρυολογήματα που είχε περάσει κατά καιρούς. Η υγεία του ήταν καλή και δεν είχε εισαχθεί σε νοσοκομείο. Όπως μας ανέφερε ο ασθενής κάπνιζε δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα και έπινε μέτρια. Η παρούσα νόσος εκδηλώθηκε τους τελευταίους μήνες με κύριο σύμπτωμα το βράγχος της φωνής. Πριν ένα μήνα έγινε η εισαγωγή του στο νοσοκομείο και από τις διαγνωστικές εξετάσεις προέκυψε

οτι ο ασθενής πάσχει από Ca λάρυγγος και θα πρέπει να υποστεί τραχειοστομία.

γ) Παρούσα νόσος:

Από τις διαγνωστικές εξετάσεις που του έγιναν (λαρυγγοσκόπηση-βιοψία) προέκυψε οτι ο ασθενής πάσχει από Ca λάρυγγος και θα πρέπει να υποστεί τραχειοστομία.

δ) Παρούσα κατάσταση:

Ο ασθενής λόγω των εξετάσεων που έχει υποστεί και της αλλαγής του τρόπου ζωής του τον τελευταίο καιρό αισθάνεται μια αβεβαιότητα, ανησυχία και έχει τάσεις μελαγχολίας.

Γενικά όπως διαπίστωση ο ασθενής βρίσκεται σε άσχημη περισσότερο ψυχολογική κατάσταση παρά οργανική.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.

Ημερομηνία: 15/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός N. Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Ο ασθενής πρέπει να γνωρισθεί με τους υπολοί- πους αρρώ- στους και να εξοικονομεί όσο είναι δυνατόν με το περιβάλ- λον του νοσοκομείου.	Ο ασθενής πρέπει να γνωρισθεί με το προσωπικό και τους άλ- λους ασθε- νείς του θα- λάμου για να μπορέσει να τονωθεί ψυ- χολογικά. Ετσι, δεν θα αισθάνεται ξένο αίμα στο νέο του περιβάλλον.	Γνωριμία με το προσωπικό του νοσοκο- μείου και με τους για- τρούς που θα εκτελέσουν την επέμβαση Ενθάρρυνση από μέρους των γιατρών και υπόσχεση του ασθενή για περαιτέ- ρω βοήθεια αν παραστεί ανάγκη. Επαφή με τους άλλους ασθε- νείς του θα- λάμου.	Η γνωριμία με το προσω- πικό έγινε. Το ίδιο και με τους ασ- θενείς. Ο ασθενής προ- ετοιμάστηκε για το νέο του περιβάλ- λον χωρίς να νοιώθει μό- νος και ξένο αίμα με το γύρω περιβά- λον του.	Ο ασθενής με την γνω- ριμία του προσωπικού και βλέπον- τας τις προ- σπάθειες και την φιλική αντιμετώπιση από μέρους τους αισθά- νεται πιο άνετα ψυχο- λογικά. Επίσης οι διαπροσωπι- κές σχέσεις με άλλους ασθενείς του δίνουν κου- ράγιο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΠΡΕΤΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 16/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της Ν.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Αγωνία και φόβος για τις διαγνω- στικές εξε- τάσεις.	Επιδίωξη της προετοι- μασίας του ασθενή.	Ενημέρωση του ασθενή για τον τρό- πο διεξαγω- γής των εξε- τάσεων. Προσπάθειες για μείωση φόβου και άγχους. Ενθάρρυνση για συνεργα- σία κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.	Προετοιμα- σία του ασ- θενή για τις εξετά- σεις: Η/Τ, R0 θώρακος, Γενική αίμα- τος, Σάκχαρο και ουρία. Προετοιμασία με μικρολα- ρυγγοσκόπηση για βιοψία.	Ο ασθενής με την κατα- νόηση και την ευσυνη- δεισία από μέρους μας, ξεπέρασε τα αρνητικά συναισθήματα που τον δια- κατείχαν για την πορεία της νόσου του. Αποδέ- χθηκε την σημασία που έχουν οι δι- αγνωστικές εξετάσεις.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 17/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της Ν.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Δύσπνοια.	Ανακούφιση του ασθενή από δύσπνοια Διατήρηση ελεύθερης α- ναπνευστικής οδού.	Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, εξασφάλιση ήσυχου δωμα- τίου, καλά αεριζόμενου. Ψυχολογική υποστήριξη.	Τοποθέτηση του ασθενή σε ανάρροπη θέση. Διατήρηση της σωστής θερμοκρασίας του θαλάμου. Χορήγηση οξυγόνου αν παραστεί αν- άγκη. Σωστή ενημέ- ρωση-για-α- ποφυγή της ομιλίας.	Με την εφ- αρμογή του προγράμματος έχουμε θετι- κά αποτελέσ- ματα στην αντιμετώπιση της δύσπνοι- ας. Η ψυχολογική τόνωση μαζί με τις ενέρ- γειες κατόρ- θωσαν-να-κα- θουχάσουν τον ασθενή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 18/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της Ν.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Αγωνία και αβεβαιότητα.	Ενημέρωση για τον τρό- πο διεξαγω- γής της επε- μβάσεως. Προετοιμα- σία του ασθενή. Μείωση της αγωνίας και του φόβου για την με- τεγχειρητι- κή του πο- ρεία.	Ενημέρωση για την επέ- μβαση της τραχειοτομής Διευκρίνιση της αναγκαι- ότητας της επέμβασης. Ενημέρωση για την επι- κοινωνία του κατά το μετ- εγχειρητικό στάδιο.	Οι ενέργει- ες που απαι- τούνται προ- εγχειρητικά: Εγχειρητικό πεδίο. Καθαριότητα, απολύμανση, του σημείου τραχειοτομής Υποκλισμός. Προετοιμασία δωματίου. Τοποθέτηση στο κομοδίνο των κάτωθι: Μπλόκ, στύλο, καθρέπτη. Δοχείο με αντισηπτική	Η ενημέρωση που έγινε για την διε- ργασία που θα ακολουθη- θεί είχε σαν αποτέλεσμα να προχωρή- σει η διαδι- κασία της επόμενης μέ- ρας χωρίς κανένα πρόβ- λημα. Σ' αυτό βοήθησε η ειλικρινής και η ηθική συμπαράσταση από μέρους μας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 18/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της Ν.Φ.	Νοσηλευτική	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
---------------------------	--------------------	-------------	----------	----------------------------------

διάλυση.

Φυσιολογικό

ορό.

Καθετήρες ανα-
ρόφησης.

Τοποθέτηση συ-
σκευής αναρόφη-
σης με αντισηπ-
τική διάλυση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 18/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της Ν.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Διδασκαλία τεχνικής της αναπνοής για μετά την επ- έμβαση. Αντιμετώπιση του βήχα. Διδασκαλία για την απο- φυγή εισρό- φησης.	Ενημέρωση για την απο- φυγή μετεγ- χειρητικών επιπλοκών.	Εξάσκηση του ασθενή στις αναπ- νευστικές ασκήσεις. Επαφή με τον αναισθησιο- λόγο. Καθορισμός από τον αν- αισθησιολόγο της επίδρα- σης των ναρ- κωτικών ουσ- ιών. Εμφαση στην αναγκαιότητα των ασκήσεων της αναπνοής	Ελεγχος και καθοδήγηση από τον αν- αισθησιολόγο προς τελειο- ποίηση των αναπνευστι- κών κινήσεων Επανάληψη των αναπνευ- στικών κινή- σεων με την βοήθειά μας και συζήτηση για την ση- μάσια που έ- χουν για την μετεγχειρη- τική πορεία.	Η διδασκα- λία που έγι- νε σχετικά με τις ανα- πνευστικές κινήσεις είχε σαν α- ποτέλεσμα να μπορεί ο ασθενής να επαναλαμβά- νει μόνος του τις ασ- κήσεις υπό τη δική μας παρουσία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 19/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της Ν.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Ανησυχία.	Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλον- τος για φι- σική ανά- παυση. Συχνή αλλαγή θέσεων όταν ξυπνήσει για την αντιμε- τώπιση των προβλημάτων. Οι παροχε- τεύσεις να είναι στη θέση τους.	Ενημέρωση του ασθενή για την αλ- λαγή θέσεως. Μαξιλάρι α- παραίτητο για την προ- στασία τυχόν χτυπήματος στο κρεβάτι. Ενημέρωση για την ύπα- ρξη και δια- τήρηση των παροχετεύσε- ων.	Η ενημέρωση έγινε, ο ασ- θενής μπήκε σε ανάρροπη θέση με κλί- ση 30ο. Τοπο- θέτηση μαξι- λαριού στα κιγκλιδάματα του κρεβατι- ού προς απο- φυγή ατυχή- ματος. Ελέγχθηκαν οι παροχε- τεύσεις.	Η κατάλληλη θέση που εφ- αρμόστηκε στον ασθενή τον βοήθησε να αισθάνε- ται άνετα. Επίσης η πε- ριοδικές αλ- λαγές θέσεως συνέβαλλαν σ' αυτό. Οι παροχε- τεύσεις ήταν στη θέση τους και σε λειτουργία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 20/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της N.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Αισθημα δύσπνοιας.	Να αναπνέει ο ασθενής υγροποιημένο οξυγόνο. Διατήρηση της υγρασίας του θαλάμου με τον υγρα- ντήρα. Διατήρηση της θερμο- κρασίας. Διατήρηση καθαρής ατμόσφαιρας Αποφυγή σχη- ματισμού ρευμάτων.	Τοποθέτηση υγρής γάζας στο στόμιο και συχνή αλλαγή της. Θερμοκρασία θαλάμου στους 25-27ο Κελσίου. Ατμόσφαιρα δίχως σκό- νες.	Εγινε η τοποθέτηση υγρής γάζας για την απα- ραίτητη υγ- ροποίηση του εισπνεόμενου αέρα. Διατήρηση της θερμο- κρασίας 25- 27ο Κελσίου. Με το υγρό καθάρισμα που έγινε έ- χουμε την α- ποφυγή ύπαρ- ξης σκόνης. Έλεγχος για την ύπαρξη ρευμάτων.	Τ'αποτελέ- σματα ήταν αναμενόμενα κι έτσι έχ- ουμε σωστή υγροποίηση του εισπνε- όμενου αέρα Στο δωμάτιο δεν υπάρχει σκόνη ή ρεύ- ματα που θα ενίσχυαν με- τεγχειρητι- κές επιπλο- κές.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 20/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της Ν.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Απώλεια φωνής.	Ενημέρωση του ασθενή ότι η απώ- λεια φωνής με κατάλληλη θεραπεία μπορεί να ε- πικοινωνεί. Προετοιμασία της οικογέ- νειας να α- ποδεχθεί την αναπηρία του	Να εξηγή- σουμε τον τρόπο επι- κοινωνίας με τους οι- κείους του Ψυχολογική ενίσχυση ώστε να α- ποκτήσει αίσθημα εμπιστοσύνης και αισιο- δοξίας.	Χρήση ση- μειοματάριου Υποστήριξη κατά την με- ταβατική πε- ρίοδο. Διδασκαλία τρόπων με τους οποίους θα μπορεί να επικοινωνεί προφορικά: λέμε στον α- σθενή να πά- ρει αναπνοή κι αμέσως να κλείσει τον τραχειοσωλή- να με το δά- χτυλο και να μιλά.	Η μετεγχει- ρητική πο- ρεία του ασ- θενή χωρίς επιπλοκές βοήθησε στην ταχεία ανάρ- ρωση. Απέκτη- σε την ικα- νότητα επι- κοινωνίας πρώτα με το σημειομ/ριο και κατόπιν με την τεχν- ική του δαχ- τύλου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 21/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της Ν.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Πόνος.	Μείωση του πόνου.	Χορήγηση α- ναλγητικών, αντιβιοτικών για την πρό- ληψη των ε- πιπλοκών.	Χορήγηση μιας αμπού- λας ΑΡΟΤΕΛ για τον πό- νο. Αντιβίωση: IV (1x3) CLAFORAN FLAZIL CARAMYCIN για μία εβδομάδα.	Ο πόνος του ασθενή είχε προέλθει από την ανηρυχία που ένοιωθε με την νέα αναπνευστική οδό. Με την ηθική συμπα- ράσταση από μέρους μας και την βοή- θεια της φα- μακευτικής αγωγής ανα- κούφιστηκε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 22/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της Ν.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Διατήρηση καθαρού εσω- τερικού τρα- χειοσωλήνα και περιποι- ηση της τρα- χειοτομής.	Απομάκρυνση των εκκρίσε- ων του εσω- τερικού τρα- χειοσωλήνα. Διατήρηση καθαριότητας στην περιοχή για αποφυγή επιμόλυνσης.	Αλλαγή του εσωτερικού τραχειοσωλή- να, αναροφή- σεις. Αλλαγή γάζας γύρω από το τραχειοστό- μιο. Περιποίηση του δέρματος	Εγινε αλλα- γή εσωτερι- κού τραχειο- σωλήνα. Ενστάλαξη φυσιολογικού ορού στην τραχεία, ανα- ροφήσεις. Αλλαγή γάζας στο στόμιο του τραχειο- σωλήνα.	Ανακούφιση του ασθενή με την απο- βολή των εκ- κρίσεων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 22/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της N.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Δυσκολία σίτισης.	Μείωση της δυσκολίας κατά την κα- τάποση.	Εξηγούμε στον ασθενή για την χρή- ση του LEVIN	Ενημερώνου- με τον ασθε- νή ότι η λή- ψη τροφής τις πρώτες μέρες θα γί- νεται μέσω LEVIN. Χορηγούμε στον ασθενή τροφή σε υ- γρή μορφή (τσάι, γάλα).	Ο ασθενής συνεργάστηκε και εφαρμό- στηκε διαι- τολόγιο μέσω του LEVIN. Με την περι- ποίηση της στοματικής κοιλότητας ο ασθενής αισ- θάνθηκε κα- λύτερα.
			Μετά την 4η μετεγχ/τική αραιά πολτο- ποιημένη και στη συνέχεια πολτοποιημέ- νη τροφή.	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 23/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της N.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Ταχυσφυγμία υγρές αναπ- νοές.	Ρύθμιση σφυγμών και αναπνοών.	Συχνές ανα- ροφήσεις. Λήψη ζωτικών σημείων. Παρακολούθη- ση.	Περιποίηση στοματικής κοιλότητας. Παρακολούθη- ση και όταν χρειάζεται αναροφήσεις.	Αποτέλεσμα των αναροφή- σεων ήταν να απαλαχθεί ο ασθενής από τις εκκρί- σεις και να γίνει η ανα- πνοή ρυθμική Ο ασθενής η- ρέμησε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 24/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της N.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Αλλαγή του τραχειοσωλή- να.	Διατήρηση της τραχειο- τομής σε κα- θαρή κατάσ- ταση.	Αλλαγή του τραχειοσωλή- να, αναρόφηση με ελάχιστες εκκρίσεις. Περιποίηση περιοχής τραύματος.	Εγινε αλλα- γή τραχειο- σωλήνα και ο ασθενής πα- ρουσίασε δύσπνοια. Ετέθη νεφε- λοιός.	Ο ασθενής με την τοπο- θέτηση νεφε- λοιού εί- ναι καλά. Η αναπνοή αποκαταστά- θηκε και εί- ναι ήρεμος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ημερομηνία: 25/3/93.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Σκοπός της N.Φ.	Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελέσμα- τος
Αποκατάστα- ση ασθενή.	Προετοιμα- σία του ασ- θενή για την επιστρο- φή του στο φυσικό του περιβάλλον.	Διδασκαλία για αλλαγή τραχειοσωλή- να. Ενημέρωση για τις οδη- γίες του ιατρού. Ενημέρωση του τρόπου ομιλίας. Εμφάνιση,κα- λοπιισμός. (χρήση κολά- ρου ή μαντη- λιού κ.ά.) Συμβουλή για προφυλάξεις: μπάνιο, αποφυ- γή χώρων με καπνό ή σκόνη	Ενημέρωση: αυτοπεριποι- ηση, αποκατά- σταση ομιλί- ας, εμφάνιση, προφύλαξη. Διδασκαλία για: περι- ποίηση τρα- χειοτομής, καθαριότητα, (να βρέχει τη γάζα με ζεστό νερό, επάλοιψη με βαζελίνη του περιστομια- κού δέρμα- τος), γνώση αντικειμένων αλλαγής.	Ο ασθενής μας ευχαρί- στησε για τη φροντίδα, δέ- χθηκε να συνεργαστεί στην αλλαγή του τραχειο- σωλήνα. Με την συζή- τηση για την επάνοδο του στο περιβάλ- λον του αισ- θάνθηκε αγα- λίαση και υ- ποσχέθηκε να τηρήσει τις οδηγίες μας.

Εξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο.

Στον ασθενή δόθηκε το εξιτήριο στις 25/3/93. Ενημερώθηκε να επισκεφθεί τον θεράποντα ιατρό του μετά το πέρας 2 εβδομάδων για να εξετάσει την πορεία της υγείας του. Επίσης, δόθηκαν σημειώσεις για την περιποίηση της τραχειοτομής του. Ο ασθενής κατά την διάρκεια διαμονής του στο νοσοκομείο έμεινε ευχαριστημένος για τις υπηρεσίες που του προσεφέρθησαν. Τώρα που φεύγει μας ευχαρίστησε μαζί με τους δικούς του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με Ca λάρυγγος που υπέστη τραχειοτομή είναι γεγονός αναμφισβήτητα που απαιτεί από τον νοσηλευτή-τρια πολλές ικανότητες, πολλές γνώσεις και πείρα.

Οι ασθενείς που πρόκειται να υποστούν μια τέτοια επέμβαση έχουν πολλά προβλήματα τόσο ψυχολογικά όσο και οργανικά. Είναι ασθενείς με ιδιομορφίες που απαιτούν από το νοσηλευτή-τρια το ύψιστο των δυνατοτήτων του.

Με την διαρκή συμπαράσταση και φροντίδα μας πριν αλλά και μετά την χειρουργική επέμβαση δώσαμε την αίσθηση στον ασθενή ότι τον αντιμετωπίζουμε πρώτα σαν άνθρωπο και μετά σαν ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. ΒΑΣΩΝΗ Δ.
 <<ΕΠΙΤΟΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ>>
 ΕΚΔΟΣΗ 5η (ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ).
 ΑΘΗΝΑ 1987
2. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Ε.Φ.
 <<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ>>
 ΤΟΜΟΣ Α'
 ΕΚΔΟΣΗ 9η
 ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
 <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>.
 ΑΘΗΝΑ 1986
3. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Ε.Φ.
 <<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ>>
 ΤΟΜΟΣ Β', ΜΕΡΟΣ 2ο
 ΕΚΔΟΣΗ 9η
 ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
 <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>.
 ΑΘΗΝΑ 1987
4. ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΥ ΕΠ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ
 <<ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ>>
 ΕΚΔΟΣΗ Γ'
 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: <<ΒΗΤΑ>>.
 ΑΘΗΝΑ 1983
5. ΧΕΛΙΔΟΝΗ Σ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
 <<ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ>>
 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΑΘΗΝΑ 1985

