

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ Ι) ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Κος ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ

ΠΤΥΧ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ

I).....

II).....

III).....

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ

ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 20-4-1994



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	867 6
----------------------	-------

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

-ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	I
-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	II

### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

-Ανατομική Του Αναπνευστικού Συστήματος .....	1
-Ανατομία Του Λάρυγγα .....	7
-Φυσιολογία του Λάρυγγα .....	11
-Παθολογία του Λάρυγγα .....	14
-Μέθοδοι εξέτασης του Λάρυγγα .....	16
-Συγγενείς Ανωμαλίες του Λάρυγγα .....	18
-Κακώσεις του Λάρυγγα .....	20
-Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Λάρυγγα.....	23
-Ψόφοι του Λάρυγγα.....	28
-Καρκίνος του Λάρυγγα.....	29
-Παθολογική Ανατομική.....	30
-Αιτιολογία Συμπτώματα.....	31
-Διαγνωστικές εξετάσεις.....	32
-Θεραπεία και είδη Χειρουργικών επεμβάσεων.....	33
-Τραχειοτομή.....	36

### ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

-Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς με καρκίνο του Λάρυγγα .....	38
-Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....	41
-Ιατρικές εξετάσεις.....	43
-Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....	44
-Αποκατάσταση Ασθενούς.....	47

### ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

-Νοσηλευτική Διεργασία.....	48
-Ιστορικό Ι.....	49
-Πίνακες Νοσηλευτικής Διεργασίας .....	50
-Ιστορικό ΙΙ.....	55
-Πίνακες Νοσηλευτικής Διεργασίας .....	56

### ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

-Επίλογος.....	63
-Βιβλιογραφία.....	65

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ -

Ο οργανισμός του ανθρώπου όπως και των ζώων και των φυτών αποτελείται από κύτταρα. Τα κύτταρα έχουν ζωή πολύ βραχύτερη από τον ολοκληρωμένο οργανισμό και γι' αυτό τον λόγο υφίστανται συνεχή ανανέωση. Στην θέση των νεκρών κυττάρων τοποθετούνται τα αναγεννώμενα. Τα νέα δηλαδή κύτταρα του οργανισμού που και αυτά με την σειρά τους θα ωριμάσουν και θα πεθάνουν. Ο χρόνος ζωής των κυττάρων του σώματος μας ποικίλει. Μερικά ζούν για μήνες ή χρόνια όπως τα κύτταρα του ήπατος, αλλά ζούν για λίγες μόνο εβδομάδες, όπως τα ερυθρά αιμοσφαίρια του αίματος και ορισμένα άλλα για λίγες μόνο ώρες ή λεπτά της ημέρας. Τα μόνα κύτταρα που δεν ανανεώνονται ποτέ είναι τα νευρικά κύτταρα του Κ.Ν.Σ. Η παραγωγή και ανανέωση των κυττάρων γίνεται με θαυμαστή αρμονία και τάξη. Μερικές φορές, ωστόσο, ο έλεγχος της παραγωγής, των κυττάρων χάνεται και μερικά κύτταρα μιας περιοχής του σώματος είναι δυνατόν να παράγονται σε υπερβολικά μεγάλο αριθμό, σχηματίζοντας μία παθολογική μάζα που λέγεται όγκος ή νεοπλασία, κοινώς καρκίνος.

Για τον Καρκίνο του λάρυγγα θα αναφερθώ στις επόμενες σελίδες καθώς και για τον ρόλο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που είναι σημαντικός στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου.

- ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ -

Πριν αρχίσω την εργασία μου θα ήθελα να ευχαριστήσω μερικούς ανθρώπους που έπαιξαν σημαντικό ρόλο και με βοήθησαν στην όσο το δυνατόν καλύτερη προσέγγιση του θέματος μέσω των γνώσεών τους καθώς και μέσω των υλικών που μου διέθεσαν.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κόν Αντωνακόπουλο για την βοήθειά του στην εγγραφή της εργασίας αυτής.

Καθώς και Το Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό του Νοσοκομείου του Άργους για τα Ιστορικά που μου διέθεσαν όπως και τις σημαντικές πληροφορίες.

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπνευστικό σύστημα εξυπηρετεί την αναπνοή, δηλαδή την ανταλλαγή αερίων ανάμεσα στον οργανισμό και το περιβάλλον (πρόσληψη O<sub>2</sub> και αποβολή CO<sub>2</sub>). Σε συνδυασμό με την γλώσσα το αναπνευστικό σύστημα περιλαμβάνει τον απαραίτητο μηχανισμό για την φωνή και την ομιλία. Στην ρινική κοιλότητα φιλοξενούνται οι υποδοχές για την όσφρηση.

Λόγω του ότι το ζεύγος HCO<sub>3</sub>/CO<sub>2</sub> αποτελεί σημαντικό ρυθμιστικό διάλυμα, του οποίου τα δύο συστατικά μπορούν να μεταβάλλονται ανεξάρτητα, είναι φανερό ότι η αναπνοή μετέχει επίσης στην ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας. Τέλος η αναπνευστική λειτουργία επηρεάζει την λειτουργία του κυκλοφορικού συστήματος τόσο άμεσα, με την διακύμανση της ενδοθωρακικής πίεσης, όσο και έμμεσα με τις μεταβολές στην αιματική και ιστική μερική πίεση του O<sub>2</sub> και του CO<sub>2</sub>.

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

### ΤΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

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

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

#### **ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑΣ**

**ΛΑΡΥΓΓΑΣ:** Σκελετός-χόνδροι: θυροειδής, κρικοειδής, αρυταινοειδείς, κερατοειδείς, σφηνοειδείς, σιταροειδείς-, σύνδεσμοι, αρθρώσεις, μύες, φωνητικές χορδές.

**ΤΡΑΧΕΙΑ:** Τροπίδα, κύριοι βρόγχοι, στελεχιαίοι βρόγχοι.

**ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ:** Τμηματικοί βρόγχοι, βρογχοπνευμονικά τμήματα, λαβοί, πύλες, αρτηρίες, φλέβες.

**ΥΠΕΖΩΚΟΤΑΣ:** Περίτονος, περισπλάχνιος, πνευμονικός σύνδεσμος.

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



## 1. ΜΥΤΗ ΚΑΙ ΡΙΝΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Στην μύτη διακρίνομε την ρίζα που συνδέεται με το μέτωπο και προς τα κάτω την ράχη και την κορυφή. Προς τα πλάγια διακρίνομε τα πτερύγια και ανάμεσά τους τα πρόσθια στόμια της ρινικής κοιλότητας, του μυκτήρες.

Ο οστέινος σκελετός της μύτης σχηματίζεται από τα ρινικά οστά, της άνω γνάθου, τα δακρυϊκά οστά, τις κάτω κόγχες, το μετωπιαίο οστό, το ηθμοειδές οστό, το σφηνοειδές οστό, την ύνη και το υπερώιο οστό. Ο σκελετός αυτός συμπληρώνεται με μερικούς χόνδρους, από τους οποίους οι σπουδαιότεροι είναι ο χόνδρος του ρινικού διαφράγματος, οι πλάγιοι και οι μείζονες πτερυγαίοι χόνδροι.

Η ρινική κοιλότητα χωρίζεται με το ρινικό διάφραγμα σε δύο ρινικούς θαλάμους. Το ρινικό διάφραγμα σχηματίζεται από τον χόνδρο του ρινικού διαφράγματος προς τα εμπρός, το κάθετο πέταλο του ηθμοειδούς προς τα πίσω και πάνω και την ~~χόνδρι~~ προς τα πίσω και κάτω.

Αντίστοιχα προς τα πτερύγια της μύτης υπάρχει ο πρόδρομος κάθε ρινικής θαλάμης. Στα πλάγια τοιχώματα υπάρχουν τρεις προσεκβολές που ονομάζονται ρινικές κόγχες (άνω, μέση και κάτω). Η κάτω κόγχη σχηματίζεται από ένα ανεξάρτητο οστό και την κάτω ρινική κόγχη, ενώ οι άλλες δύο είναι αποφύσεις του ηθμοειδούς οστού. Οι κόγχες διαιρούν κάθε ρινική θαλάμη σε άνω, μέση και κάτω ρινικό πόρο. Οι ρινικοί πόροι επικοινωνούν με τους παραρινικούς αεροφόρους κόλπους. Πρόκειται για αεροφόρες

κοιλότητες, που υπάρχουν στα μεγάλα οστά του σκελετού της μύτης.

## 2. ΛΑΡΥΓΓΑΣ

Είναι η αρχή της κατώτερης αναπνευστικής οδού και το όργανο παραγωγής της φωνής. Βρίσκεται κάτω από το υοειδές οστό, μπροστά από την λαρυγγική μοίρα του φάρυγγα, αντίστοιχα προς το ύψος του 4ου, 5ου και 6ου αυχενικού σπονδύλου.

## Η ΤΡΑΧΕΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ

Η τραχεία αρτηρία είναι ένας ινοχόνδρινος σωλήνας που αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του λάρυγγα. Έχει μήκος 10-12 εκ. και διάμετρο 2-2,5 εκ. (στον ζώντα η διάμετρος συνήθως δεν υπερβαίνει τα 15 εκ.). Αρχίζει αντίστοιχα προς τον 5ο αυχενικό σπόνδυλο και στο ύψος του 4ου-5ου θωρακικού σπονδύλου απασχετίζεται σε δύο κύριους βρόγχους, τον δεξιό και αριστερό. Μέρος λοιπόν της τραχείας βρίσκεται στην τραχηλική χώρα και μέρος στην θωρακική κοιλότητα και κατά συνέπεια διακρίνομε τραχηλική και θωρακική μοίρα. Η τραχεία είναι "ευκίνητη" έτσι κατά την διάρκεια μιας βαθειάς εισπνοής το κάτω όριο της μπορεί να φθάσει το ύψος του 6ου θωρακικού σπονδύλου.

### ΒΡΟΓΧΟΙ

Η τραχεία αποσχετίζεται σε δύο βρόγχους στο ύψος του 4ου-5ου θωρακικού σπονδύλου. Ο δεξιός βρόγχος είναι βραχύτερος και ευρύτερος από τον αριστερό και ακολουθεί πιο κάθετη πορεία προς τα κάτω. Αυτό εξηγεί το γεγονός ότι ξένα σώματα, που κατά λάθος εισέρχονται στην τραχεία, καταλήγουν συχνότερα στον δεξιό πνεύμονα. Η κατασκευή των βρόγχων είναι παρόμοια μ' αυτήν της τραχείας.

Στον ~~διακυσισμό~~ της τραχείας υπάρχει μία μηννοειδής πτυχή του βλεννογόνου, που λέγεται τροπίδα συνήθως έχει κλίση προς τα αριστερά και έτσι στενεύει το στόμιο του αριστερού βρόγχου.

### 3. ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Σχήμα: Κωνοειδές

Βάρος: Μεγάλες διακυμάνσεις

Συνήθως: δεξιός 625 γρ., αριστερός 565 γρ.

Κορυφή: Προέχει 3-4εκ. πάνω από τον 1ο πλευρικό χόνδρο.

Βάση: υπόκοιλη, ακουμπά στον σύστοιχο θόλο του του διαφράγματος και έτσι έρχεται σε επαφή δεξιά με τον δεξιό λοβό του ήπατος, τον θόλο του στομάχου και τον σπλήνα.

Έξω επιφάνεια: υποκυρτή έρχεται σε επαφή με το τοίχωμα του θώρακα (πλευρές, μεσοπλευρίαι μύες, πλευρικός υπεζωκότας).

Μεσολόβια σχισμή: Χωρίζει τον αριστερό πνεύμονα σε άνω και κάτω λοβό. Η δεξιά έχει επιπλέον έναν οριζόντιο κλάδο και έτσι ο δεξιός πνεύμονας χωρίζεται σε άνω, μέσο και κάτω λοβό.

Ήρω (μεσοπνευμόνια) επιφάνεια: Η επιφάνεια αυτή είναι υπόκοιλη στο μέσο της περίπου βρίσκονται οι πύλες του πνεύμονα. Από τις πύλες αυτές εισέρχονται ο σύστοιχος κύριος βρόγχος, η πνευμονική αρτηρία, οι βρογχικές αρτηρίες και τα νεύρα, εξέρχονται δε οι βρογχικές φλέβες, τα λεμφαγγεία και οι πνευμονικές φλέβες. Όλα αυτά τα μέρη περιβάλλονται από συνδετικό ιστό και από τον υπεζωκότα και αποτελούν την ρίζα του πνεύμονα.

Το πρόσθιο χείλος του αριστερού πνεύμονα φέρει την καρδιακή εντομή.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο Λάρυγγας παρεμβάλλεται στην αναπνευστική οδό μεταξύ του φάρυγγος και της τραχείας και επομένως αποτελεί μέρος της. Η ανατομική του όμως κατασκευή προδίδει τον ειδικό προσορισμό του δηλαδή την παραγωγή της φωνής. Πράγματι, στο εσωτερικό του και κάθετα προς το μήκος του υπάρχουν δύο πτυχές, οι φωνητικές χορδές που μεταβάλλουν τον αυλό του σε σχισμή, την γλωττίδα. Ο αέρας της εκπνοής, καθώς έρχεται από τους πνεύμονες, συναντά την γλωττίδα και στην προσπάθειά του να περάσει από μία τόσο στενή περιοχή, υποχρεώνει τις φωνητικές χορδές να τεθούν σε δόνησι, που μεταβιβαζόμενη στο ρεύμα του αέρος μεταβάλλεται σε ήχο. Οι ήχοι που παράγονται από το όργανο της φωνής (τις φωνητικές χορδές με τις κοιλότητες της κεφαλής που λειτουργούν ως αντηχεία) αντιπροσωπεύουν μεγάλη ποικιλία και διαφέρουν μεταξύ τους: α) κατά το ύψος (όσο μεγαλύτερη η συχνότητα των δονήσεων τόσο οξύτερος ο ήχος), β) κατά την ένταση (όσο μεγαλύτερο το πλάτος των δονήσεων, τόσο ισχυρότερος ο ήχος) και γ) κατά την χροιά (το χρώμα του ήχου, με το οποίο διαμορφώνεται με μεταβολές του σχήματος και του μεγέθους των κοιλοτήτων της κεφαλής).

## Η ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΟΣ

Εξωτερικά ο λάρυγγας μοιάζει με κοίλη πυραμίδα. Η βάση της βλέπει προς τα επάνω και πίσω, ενώ η κορυφή της δεν

Ξεχωρίζει γιατί περνά στην τραχεία. Οι διαστάσεις του εξαρτώνται από το φύλλο και την ηλικία. Ο ανδρικός λάρυγξ είναι σε όλες του τις διαστάσεις μεγαλύτερος από τον γυναικείο και επί πλέον σχηματίζει στην εμπρός του επιφάνεια ένα εξόγκωμα που ξεχωρίζει κάτω από το δέρμα, το μήλο του Αδάμ. Σημαντική μεταβολή στις διαστάσεις του λάρυγγος παρατηρείται στα αγόρια κατά την εφηβεία. Το κυριώτερο χαρακτηριστικό της είναι η αύξηση της διαμέτρου του από εμπρός προς τα πίσω, που συνοδεύεται από διπλασιασμό περίπου του μήκους των φωνητικών χορδών. Αποτέλεσμα της γρήγορης αυτής μεταβολής είναι η αλλαγή που γίνεται βαρύτερη κατά μία περίπου οκτάβα.

Ο λάρυγας αποτελείται από πολλούς χόνδρους που συνδέονται μεταξύ τους με συνδέσμους και αρθρώσεις. Ο σκελετός αυτός έχει εσωτερικά μία επένδυση βλεννογόνου ενώ εξωτερικά καλύπτεται από διάφορους μύς. Οι φωνητικές χορδές είναι πτυχές του βλεννογόνου του λάρυγγος που περιέχουν η κάθε μία ένα μυ και ένα σύνδεσμο. Ο σχιμοειδής χώρος που περιέχεται ανάμεσά τους, (η γλωττίς) μοιάζει με τρίγωνο με την κορυφή προς τις εμπρός. Μπορεί να στενεύει και να πλαταίνει κατά βούλησιν παράγοντας διαφόρων ειδών ύψους. Ψηλότερα από τις γνήσιες αυτ'ές φωνητικές χορδές υπάρχουν άλλες δύο πτυχές του βλεννογόνου, οι νόθες φωνητικές χορδές. Λέγονται έτσι γιατί δεν συμμετέχουν στην παραγωγή της φωνής. Μεταξύ γνήσια και ψευδούς φωνητικής χορδής υπάρχει από κάθε πλευρά του λάρυγγος μία μικρή κοιλότητα ή λάρυγγική κοιλία. Ας δούμε όμως και χόνδρους που

σχηματίζουν τον σκελετό του λάρυγγα. Μεγαλύτερος είναι ο θυροειδής, που προστατεύει από εμπρός την φωνητική συσκευή σαν ασπίδα (θυρεά=ασπίδα). Όταν καταπίνουμε κινείται προς τα επάνω πράγμα που το βλέπουμε και το ψηλαφούμε. Ψηλότερα από τον θυροειδή βρίσκεται η επιγλωττίς. Μοιάζει σαν φύλλο με τον μίσχο του, η επιγλωττίς κατεβαίνει καθώς ο βλήμνος προχωρεί προς τον οισοφάγο και κλείνει τελείως την είσοδο του λάρυγγος αποκλείοντας τον κίνδυνο να στραβοκαταπιούμε.

Κάτω από θυροειδή βρίσκεται ο κρικοειδής χόνδρος, αληθινός κρίνος, επάνω στον οποίο ακουμπούν όλοι οι άλλοι χόνδροι του λάρυγγος. Στο επάνω χείλος του κρικοειδούς υπάρχει πάνω δεξιά και αριστερά από μια υποδομή για δύο μικρούς αλλά πολύ σπουδαίους χόνδρους του αρυταινοειδείς που μοιάζουν με τρίγωνες πυραμίδες.

Η βάση κάθε αρυταινοειδούς χόνδρους δίνει δύο προεξοχές: μία προς τα εμπρός (φωνητική) επάνω στην οποία στερεώνεται το οπίσθιο άκρο της φωνητικής χορδής και μία προς τα πίσω (μυική) πολύ σπουδαί γιατί από εκεί ξεκινούν δύο μύες, που συμμετέχουν σημαντικά στην παραγωγή της φωνής, ο οπίσθιος και ο πλάγιος κρικαρυταινοειδής. Οι μύες αυτοί ενώ ξεκινούν από το ίδιο σημείο, ακολουθούν αντίθετη πορεία πράγμα που συνεπάγεται και αντίθετη ενέργεια, είναι δηλαδή δύο ανταγωνισταί.

Συγκεκριμένα ο οπίσθιος κρικαρυταινοειδής όταν συσπάται, χαλαρώνει τις φωνητικές χορδές και τις απομακρύνει την μία από την άλλη, με αποτέλεσμα να ανοίγει η γλωττίς.



Αντιθέτως ο πλάγιος κρικαρυταινοειδής μυς μειώνει τις φωνητικές χορδές και τις πλησιάζει, την μία με την άλλη, στενεύοντας την γλωττίδα.

Εκτός από τους δύο αυτούς βασικούς μυς, στις μεταβολές της γλωττίδος συμμετέχουν και οι άλλοι μύες του λάρυγγος. Οι μύες αυτοί εκτός από την συμβολή τους στην παραγωγή της φωνής, επιτρέπουν στον λάρυγγα κινήσεις, που κάνουν δυνατή την συμμετοχή του στον μηχανισμό της καταπόσεως.

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας έχει ιδιαίτερη και αποκλειστική λειτουργία. Η λειτουργία αυτή είναι ο σχηματισμός ήχων, η φωνή. Όλα τα νοσήματα που προσβάλλουν το όργανο αυτό εκδηλώνονται από αλλοιώσεις της φωνής. Εκτός της ιδιαίτερης λειτουργίας ο λάρυγγας ασκεί επίσης ένα σημαντικώτατο ρόλο στην αναπνοή. Πράγματι η γλωττίς είναι το στενότερο σημείο των αναπνευστικών οδών και δύναται να αποφραχθεί επί τίνα χρόνου ποικίλου διάρκειας δια της θελήσεως.

Το στόμιον του λάρυγγα, στο οποίο ακριβώς πίσω διέρχεται ο τροφικός βλωμός, πρέπει να κλείσει για να εμποδιστεί η διάδος της τροφής ή των υγρών από τους αναπνευστικούς οδούς. Κατά την κίνηση καταπόσεως, η βάση της γλώσσας καλείται προς τα πίσω, ο λάρυγγας ανέρχεται και η επιγλωττίς διπλωμένη κλείνει την είσοδο του λάρυγγα. Επιπλέον για μεγαλύτερη ασφάλεια του αποκλεισμού των αναπνευστικών οδών η γλωττίς κλείνει, όπως παρατήρησε πρώτος ο Magendie.

Κατά την αναπνοή ο λάρυγγας εμφανίζει καθολικές και μερικές κινήσεις. Οι καθολικές κινήσεις κατά την κανονική αναπνοή είναι μηδαμινοί, αντιθέτως όμως κατά τις περιπτώσεις όπως βήχας, δύσπνοιας, μόχθου, οι καθολικές κινήσεις του λάρυγγα είναι λίαν εμφανείς, ο λάρυγγας κατά την εισπνοήν κατέρχεται με κινήσεις αντιληπτές και επανέρχεται στην φυσιολογική του θέση, κατά την εκπνοή.

Οι μερικές κινήσεις συνίστανται στο να συνοδεύουν τις αναπνευστικές κινήσεις με διάφορα ανοίγματα της γλωττίδος. Τα χείλη των φωνητικών χορδών απομακρύνοντας κατά την εισπνοήν, με την συστολή των οπίσθιων κρικοαρυταινοειδών μυών και πλησιάζουν κατά την εκπνοή των μυών αυτών.

Όταν επιδικώκεται προσπάθεια της η γλωττίς κλείνει αυτόματα για να εμποδίσει την έξοδο του αέρα στους πνεύμονες. Τότε όλος ο οστέινος θωρακικός κλωβός καθίσταται σε στερεό και ανθεκτικό σώμα στο οποίο οι συστελλόμενοι μύες θα έχουν σταθερό σημείο στηρίξεως.

Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται κατά τον βήχα, αλλά εκτελείται ακούσια.

Ο αέρας που υπάρχει στους πνεύμονες εξέρχεται αιφνίδια με το απότομο άνοιγμα της γλωττίδος και συμπαρασύρει μ' αυτό και εκκρίσεις οι οποίες προκαλούν τον ερεθισμό. Κατά το γέλιο, οι χορδές υφίστανται απότομα, κατόπιν πλησιάζουν και αποδίδουν ήχους ποικίλους διακοπτόμενους σε περίοδο σιωπής.

Αν και όλοι οι μύες συμμετέχουν κατά αυτό το φαινόμενο του ήχου, οι μύες που περιέχονται εντός των φωνητικών χορδών, θυρεοαρυταινοειδείς είναι κυρίως μύες της φωνής. Για την συστολή των μυών αυτών πλησιάζουν προς τις φωνητικές αποφύσεις των αρυταινοειδών χόνδρων και τείνουν κατά άλλο βαθμό τις φωνητικές χορδές. Η διαφορά αυτή της τάσεως των φωνητικών χορδών επιτρέπει την διαφορά οξύτητας της φωνής.

Η αισθητικότητα του λάρυγγα είναι μεγάλη. Σε τούτο

οφείλεται ο οξύς σπασμωδικός βήχας και η δυσχέρεια της επανάληψως της αναπνοής όταν κατά μία απρόσεκτη ή βεβιασμένη κατάποσιν μόριο τροφίμων ή σταγόνα υγρού πέσει στον λάρυγγα.

## Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι μύες του λάρυγγα νευρώνονται από το άνω και το κάτω (ή παλίνδρομο) λαρυγγικό νεύρο, που είναι κλάδοι του πνευμονογαστρικού. Συνεπώς παράλυση των μυών του του λάρυγγα θα παρουσιασθεί, όταν γίνει βλάβη από οποιαδήποτε αιτία, σε κάποιο σημείο της διαδρομής των νεύρων αυτών. Η παράλυση αυτή μπορεί να είναι μονόπλευρη ή αμφίπλευρη εφ'όσον η βλάβη αφορά το ένα (δεξιό ή αριστερό) ή και τα δύο νεύρα. Επίσης μπορεί να είναι πλήρης ή ατελής (πάρηση). 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 συμπτωματολογία της παρουσιάζεται συχνότερα σε γυναίκες, υποχωρεί δε αυτομάτως, συνήθως μετά παρέλευση ημερών ή ολίγων εβδομάδων, αλλά έχει την τάση να υποτροπιάσει. Η θεραπεία είναι ψυχιατρική.

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

α) Στον προμήκη, από αγγειακές βλάβες, φλεγμονές, νεοπλάσματα, εκφυλιστικές αλλοιώσεις κ.λ.π.

β) Στη βάση του κρανίου, από κατάγματα, νεοπλάσματα κ.λ.π.

γ) Στον τράχηλο, από τραύματα, νεοπλάσματα, φλεγμονές και οίδημα.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1. Η έμμεση λαρυγγασκόπηση είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος, που εφαρμόζεται στην καθημερινή πράξη. Για την εκτέλεσή της απαιτείται το γνωστό μετωπιαίο κάτοπτρο και το λαρυγγασκόπιο, που είναι σαν το οδοντιατρικό κάτοπτρο και χρησιμοποιείται με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή, με σκοπό να δούμε την εικόνα της εξεταζομένης περιοχής στην ανακλώσα επιφάνειά του, φωτίζοντάς την επαρκώς.

2. Η άμεση λαρυγγασκόπηση, αυτή γίνεται με ειδικά όργανα, το άμεσο λαρυγγασκόπιο, που αποτελείται από ένα σωλήνα ή ημισωλήνα με κάμψη στο ένα άκρο του και σπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα. Το λαρυγγασκόπιο αυτό εισάγεται στο στόμα του εξεταζομένου και φέρεται προς τα πίσω μέχρις ότου το πρόσθιο άκρο του συνατήσει την επιγλωττίδα, την οποία πατακάμπει με ελαφρή υπέγερση του ρύγχους του, το οποίο βρίσκεται στο πρόδρομο του λάρυγγα. Ο εξεταζόμενος είναι ύπτιος και με το κεφάλι έτσι ώστε οι κοιλότητες στόματος, λάρυγγα και τραχείας να βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο. Γίνεται συνήθως με ολική νάρκωση.

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

3. Η μικρολαρυγγασκόπηση συνίσταται στον έλεγχο της λαρυγγικής κοιλότητας υπό μεγέθυνση. Εκτελείται με

ειδικό λαρυγγοσκόπιο που αποτελείται από ένα μικρό στρογγυλό καθρέπτη στηριγμένο σε άξονα από γωνία 120 μοίρες.

4. Η αναρτημένη λαρυγγοσκόπηση που εφαρμόζεται με το γλωσσοκάτοχο του Oiaone ή το λαρυγγοσκόπιο του Heislinger. Αυτή η λαρυγγοσκόπηση γίνεται με τον ασθενή σε ύπτια θέση και το κεφάλι έξω από το τραπέζι για την καλύτερη είσοδο του προσηλωμένου γλωσσοκατόχου.

Το κεφάλι του εξεταζόμενου με το βάρος του ωθεί προς τα κάτω την γλώσσα και το δάπεδο του στόματος και ο λάρυγγας αποκαλύπτεται.

5. Άμεση εξέταση ο άξονας του λάρυγγα είναι σχεδόν παράλληλος προς τον άξονα του στόματος. Ο λάρυγγας καθίσταται προσιτός σε άμεση εξέταση. Ο εξεταστής εισάγει στο στόμα ειδική λαβή και η βάση της γλώσσας απωθείται προς τα εμπρός και η άνω γνάθος προς τα πίσω.

Ο Killian αργότερα τελειοποίησε την μέθοδο του Kirstein εισάγοντας μεταλλικούς σωλήνες μέχρι την τραχεία και τους βρόγχους για την άμεση εξέταση τους. Ο φωτισμός γίνεται με ισχυρούς μικρούς λαμπτήρες κατευθυνόμενοι κατά την φορά των σωλήνων. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται μόνο προκειμένου να πραγματοποιηθούν επεμβάσεις χειρουργικές στον λάρυγγα και στην τραχεία όπως αφαίρεση όγκου ή αλλοτρίου σώματος.



ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Α) Συγγενείς ανωμαλίες. Περιγράφονται τρεις: η λαρυγγική μεμβράνη, η συγγενής κύστη και η λαρυγγομαλακία.

1) Λαρυγγική μεμβράνη, οφείλεται σε αναστολή ανάπτυξης του λ. Παρατηρούμε μια μεμβράνη που εκτείνεται ανάμεσα στις φωνητικές χορδές. Μπορεί να καταλαμβάνει μέρος της πρόσθιας μοίρας της γλωττίδας ή του μεσαρυταινοειδούς διαστήματος ή και ολόκληρη την γλωττίδα. Στην τελευταία περίπτωση επειδή το νεογνό δεν μπορεί να αναπνεύσει πεθαίνει αμέσως μετά την γέννηση. Η κλινική εικόνα ποικίλει και εξαρτάται από το μέγεθος της μεμβράνης. Όταν έχει μικρό μέγεθος μπορεί να μην δίνει συμπτώματα. Σε μεγάλο μέγεθος μπορούμε να έχουμε εισπνευτικό συριγμό και δύσπνοια. Διάγνωση μπαίνει με την άμεση λαρυγγοσκόπηση. Η θεραπεία συνίσταται στην αφαίρεση της μεμβράνης, που καλό είναι να γίνεται όταν ο λ. έχει αναπτυχθεί πλήρως.

2) Συγγενής κύστη. Συνήθως εντοπίζεται στο ένα ημιμόριο του λάρυγγα. Το μέγεθός της ποικίλει για τον λόγο αυτό, μπορεί να μη δίνει συμπτώματα τους πρώτους μήνες μετά την γέννηση. Συνήθως αυτά εκδηλώνονται τον 5 μήνα και είναι προσδευτικής έντασης συριγμός και δυσπνοϊκά φαινόμενα που σιγά σιγά επιτείνονται. Θεραπευτικά αναρροφάται το περιεχόμενο της κύστης με τον αναρροφητήρα και τα τοιχώματά της καταστρέφονται με ηλεκτροπηξία.

3) Ήαρυγομαλακία. Στην ανωμαλία αυτή, είτε η επιγλωττίδα είναι πολύ επιμήκης και προκαλεί στένωση του στομίου του λάρυγγα, είτε το στόμιο είναι κανονικό, αλλά ο σκελετός του λάρυγγα είναι μαλακός. Η ανωμαλία εμφανίζεται με την γέννηση και όχι μετά την 6 εβδομάδα. Χαρακτηρίζεται από εισπνευστικό συριγμό, που μειώνεται σε ηρεμία, δυσχέρεια στη λήψη της τροφής, μεγάλη συχνότητα εμφάνισης αναπνευστικών λοιμώξεων. Πάντως η συμπτωματολογία υποχωρεί συνήθως από μόνη της μετά το 12 μήνα. Για την αντιμετώπισή της συνιστάται η χορήγηση βιταμίνης D και η διατήρηση του βρέφους σε ηρεμία.

### ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Κακώσεις του λάρυγγα. Αυτές μπορεί να είναι τραύματα, εγκαύματα, κακώσεις από ξένα σώματα ή κατά την διασωλήνωση.

1) Τραύματα. Μπορεί να είναι ανοικτά ή κλειστά. Τα ανοικτά είναι αυτά που συνοδεύονται από λύση της συνέχειας του δέρματος. Είναι συνήθως θανατηφόρα. Αν δεν επιφέρουν τον θάνατο εκδηλώνονται με δύσπνοια και αιμορραγία. Η θεραπεία είναι επείγουσα και συνίσταται σε αποκατάσταση της αναπνοής με τραχειστομία ή τοποθέτηση σωλήνα στην τραχεία, μέσω τραύματος και σε επίσχεση της αιμορραγίας.

Τα κλειστά τραύματα είναι οι βλάβες του σκελετού και του υποβλεννογόνου χιτώνα του λάρυγγα με ή χωρίς λύση της συνέχειας του βλεννογόνου του. Συνήθως σχηματίζεται αιμάτωμα εντοπισμένο ή επεκτεινόμενο σε ολόκληρο τον λάρυγγα, την τραχεία, τον φάρυγγα, τον οισοφάγο και γενικά τα μαλακά μέρη του τραχήλου. Μπορεί να συνυπάρχουν κατάγματα των χόνδρων του λάρυγγα και του υοειδούς οστού, καθώς και σύμθλιψη ή διατομή των λαρυγγικών νεύρων. Εδώ παρατηρείται δύσπνοια, βράχνιασμα της φωνής, βήχας, δυσφαγία, υποδόριο εμφύσημα του τραχήλου, του προσώπου, του θώρακα ή και του μεσοθωρακίου και αιμόπτυση, όταν λύεται η συνέχεια του βλεννογόνου. Ο άρρωστος παραπονιέται για ευαισθησία και πόνο που επιδεινώνεται με την ομιλία, τον βήχα και την κατάποση. Θεραπευτικά επιβάλλεται ότι και στα ανοιχτά τραύματα. Σε κάταγμα πρέπει να γίνεται ανατάξη και

συγκράτηση των χόνδρων με κατάλληλο εκμαγείο.

2) Εγκαύματα. Οφείλονται σε εισπνοή ατμού ή καυστικών αερίων είτε σε κατάποση καυστικών ουσιών. Συνήθως συνυπάρχει έγκαυμα του στόματος, του φάρυγγα και της τραχείας. Προκαλείται υπεραιμία, οίδημα ή και νέκρωση του βλεννογόνου. Εμφανίζεται δύσπνοια, δυσφαγία και έντονος πόνος. Συχνή κατάληξη είναι ο θάνατος. Θεραπευτικά χορηγούνται υδροκορτιζόνη, αντιβιοτικά, καταπραυντικά και ισχυρά αναλγητικά. Οι τροφές χορηγούνται με ρινογαστρικό καθετήρα.

3) Ξένα σώματα. Αν είναι μεγάλου μεγέθους αποφράσσουν πλήρως το λάρυγγα και προκαλούν σχεδόν αμέσως τον θάνατο. Αν είναι μικρά προκαλούν βήχα και δύσπνοια. Η αφαίρεση του ξένου σώματος μπορεί να γίνει με το δάχτυλο. Τα παιδιά μπορεί να το αποβάλλουν αν τα κρατήσουμε ανάποδα και τα χτυπάμε στην πλάτη. Πάντως η αφαίρεση είναι σωστό να γίνεται άμεσα, με την άμεση λαρυγγοσκοπήση.

4) Κακώσεις κατά την διασωλήνωση. Μπορεί να γίνουν με την τοποθέτηση ενδρωτραχειακού σωλήνα. Συνήθως συμβαίνουν όταν η κάκωση γίνεται τυφλά ή όταν η νάρκωση είναι ατελής και οι φωνητικές χορδές δεν είναι χαλαρές. Η κάκωση μπορεί να είναι ένας απλός τραυματισμός του βλεννογόνου. Αναπτύσσεται συνήθως κοκκίωμα στην περίπτωση αυτή, που προκαλεί μετά από λίγες μέρες βράχνιασμα στην φωνή. Το κοκκίωμα πρέπει να αφαιρείται με την λαρυγγοσκοπήση. Άλλοτε μπορεί να αναπτυχθεί οίδημα στο χώρο κάτω από την γλωττίδα. Τότε εμφανίζονται

γρήγορα φαινόμενα δύσπνοιας (για την θεραπευτική αγωγή εδώ βλ. οίδημα του λ.). Άλλοτε πάλι μπορεί να προκληθεί ρήξη των τοιχωμάτων του λ. ή της τραχείας, οπότε έχουμε αιμορραγία με συρροή του αίματος στους βρογχούς και διαφυγή αέρα από το ρήγμα προς τα μαλακά μόρια και τον υποδόριο ιστό γύρω από τον λάρυγγα. Εδώ δημιουργείται πολύ βαριά κλινική εικόνα από την ασφυξία που ακολουθεί, το υποδόριο εμφύσημα και την ανοξαιμία του εγκεφάλου. Επιβάλλεται τραχειοτομία για παραχή οξυγόνου, επίσχεση της αιμορραγίας και αντιμετώπιση του υποδόριου εμφυσήματος.

ΦΛΕΓΜΟΝΟΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1) Οξεία λαρυγγίτιδα ενηλίκων. Μπορεί να συνοδεύει εμπύρετα νοσήματα ή να αποτελεί την μόνη εκδήλωση ενός κρυολογήματος. Η ρινική απόφραξη, οι παραρρινοκολπίτιδες, η κατάχρηση της φωνής, το κάπνισμα, η εισπνοή ερεθιστικών αερίων και η υπερβολική λήψη σινοπνεύματος προδιαθέτουν την εμφάνισή της. Αρχικά παρατηρείται υπεραίμια και ερυθρότητα του βλεννογόνου του λάρυγγα και μετά εμφανίζεται οίδημα σε όλο τον λάρυγγα ή μόνο στην γλωττίδα. Τελικά οι βλάβες μπορεί να οδηγήσουν σε νεκρώσεις του βλεννογόνου και των υποκείμενων μυών και μόνιμη αλλοίωση της φωνής. Εκδηλώνεται αρχικά με δυσάρεστο αίσθημα στο λάρυγγα και μετά με βράχνιασμα που μπορεί να φτάσει μέχρι αφωνία. Σπάνια παρατηρείται βήχας, είτε ξηρός, είτε με απόχρεμψη. Σπάνια παρατηρείται δύσπνοια. Μπορεί με τα τοπικά αυτά ενοχλήματα να συνυπάρχουν πυρετός και κακουχία. Για την θεραπεία συνιστάται αφωνία, εισπνοές υδρατμών, τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων στον τράχηλο, ανάπαυση, αποφυγή του καπνίσματος και της λήψης σινοπνεύματος. Παράλληλα, δίνουμε αντιβιοτικά όταν υπάρχει πυρετός.

2) Οξεία απλή λαρυγγίτιδα των παιδιών. Εμφανίζεται συνήθως μετά από κοινό κρυολόγημα. Εκδηλώνεται εισπνευστικό συριγμό και βήχα που εμφανίζονται την νύχτα και ξυπνούν το παιδί. Συνυπάρχει και βράχνιασμα. Θεραπευτικά δίνουμε αντιβιοτικό σιρόπι για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων και συνιστούμε εισπνοές υδρατμών.

3) Οξεία λαρυγγίτιδα. Είναι η οξεία λαρυγγίτιδα που προσβάλλει μόνο την επιγλωττίδα. Οφείλεται στον αιμόφιλο της ινφλουέντσας. Χαρακτηρίζεται από δύσπνοια που επιδεινώνεται πολύ γρήγορα, εισπνευστικό συριγμό, δυσκαταποσία, δυσφαγία, δυνατό πυρετό και μεγάλη εξάντληση. Η θεραπεία αποσκοπεί σε αναπνοή χωρίς εμπόδια. Για τον λόγο αυτό είναι αναγκαία μερικές φορές, η διασωλήνωση ή η τραχειοτομία. Συνιστώνται: λήψη αντιβιοτικών και παραμονή σε περιβάλλον με υψηλό βαθμό υγρασίας.

4) Οξεία λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα. Προσβάλλει βρέφη και μικρά παιδιά ηλικίας συνήθως μικρότερης των 3 ετών. Εδώ οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις εντοπίζονται στην υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα, την τραχεία και τους βρόγχους. Εκδηλώνεται με ξηρό, πολύ ενοχλητικό βήχα και βράχνιασμα. Ακολουθεί εισπνευστικός συριγμός και δύσπνοια. Το παιδί είναι ανήσυχο. Το πρόσωπό του είναι κνίσο και τα χείλη του κυανωτικά. Έχει υψηλό πυρετό. Καθώς εξελίσσεται η αρρώστια, η κατάσταση επιδεινώνεται. Η θεραπεία συνίσταται στην χορήγηση αντιβιοτικών και οξυγόνου και παραμονή σε περιβάλλον με υψηλό βαθμό υγρασίας. Αν με την συντηρητική θεραπεία η κατάσταση δεν βελτιώνεται πρέπει να γίνει διασωλήνωση ή τραχειοτομία.

5) Διφθεριτική λαρυγγίτιδα. Είναι η προσβολή του λάρυγγα από την διφθερίτιδα. Συνήθως η προσβολή είναι δευτεροπαθής. Παρατηρείται σε παιδιά. Εκδηλώνεται με βράχνιασμα μέχρις αφωνία, βήχα, εισπνευστικό συριγμό, δύσπνοια, χαμηλή πυρετική κίνηση με δυσανάλογη

ταχυσφυγμία και ταχύπνοια, χαρακτηριστική δυσάρεστη μυρωδιά από το στόμα και κυάνωση. Η θεραπεία της ακολουθεί την θεραπεία της διφθερίτιδας. Η αντιμετώπιση της δύσπνοιας γίνεται με διασωλήνωση ή τραχειοτομία.

6) Οίδημα του λάρυγγα. Μπορεί να οφείλεται σε οξεία ή χρόνια φλεγμονή του λάρυγγα, επέκταση μιας φλεγμονής στο λάρυγγα, φλεγμονώδη αντίδραση από κάκωση, τραυματισμό από ξένο σώμα ή κατά την διασωλήνωση, σε νεοπλασίες της περιοχής και σε διάφορα άλλα νοσήματα. Εκδηλώνεται δύσπνοια, εισπνευστικός συριγμός, βράχνιασμα. Θεραπευτικά αντιμετωπίζουμε το αίτιο και προσπαθούμε να πετύχουμε αναπνοή χωρίς εμπόδια.

7) Φυματίωση του λάρυγγα. Διακρίνουμε την οξεία κεγχροειδή και την χρόνια φυματίωση. Η οξεία κεγχροειδής συνοδεύεται με αλλοιώσεις και από το φάρυγγα. Εκδηλώνεται με έντονο πόνο τοπικά και βαριά γενική κατάσταση. Για την θεραπεία εφαρμόζεται αντιφυματική αγωγή. Η χρόνια φυματίωση είναι συνήθως δευτεροπαθής. Προσβάλλονται συνήθως άτομα ηλικίας 20-40 χρόνων. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος μόλυνσης είναι τα πτύελα. Αυτά κατακρατούνται στην οπίσθια μοίρα του λάρυγγα και τις λαρυγγικές κοιλίες και για το λόγο αυτό η πιο συνηθισμένη εντόπιση είναι εκεί. Άλλωστε η μόλυνση γίνεται αιματογενώς ή λεμφογενώς. Όταν το βακτηρίδιο εγκαθίσταται στο λάρυγγα σηματοποιούνται φυματί που μεγαλώνουν, συρρέουν, παθαίνουν τυρσοειδή νέκρωση, διανοίγονται στην επιφάνεια του βλεννογόνου και δημιουργούν πληγές με ανώμαλα χείλη. Οι αλλοιώσεις



μπορεί να επεκτείνονται προς το σκελετό και προκαλούν περιχονδρίτιδα. Τα κλινικά σημεία στα αρχικά στάδια δεν είναι σαφή. Μπορεί να υπάρχει ερεθισμός και Ξηρότητα και να εμφανίζονται περίοδοι βραχνάδας και δυσφαγίας. Βήχας υπάρχει σπάνια και εμφανίζεται την νύχτα. Αργότερα, η βραχνάδα γίνεται μόνιμη και επιδεινώνεται συνέχεια, για να γίνει η φωνή τραχύ ψυθύρισμα. Σπάνια καταλήγει σε αφωνία. Η κατάποση φέρνει πόνο όταν οι αλλοιώσεις βρίσκονται στο φαρυγγικό στόμιο του λάρυγγα και ο πόνος αυτός αντανακλά στα αυτιά. Η δύσπνοια εμφανίζεται σε πολύ προχωρημένα στάδια και συχνά συνοδεύεται από κρίσεις πνιγμονής και αποβολή μεγάλης ποσότητας πτυέλων, που μπορεί να περιέχουν κομμάτια χόνδρου. Η διάγνωση βασίζεται στην λαρυγγόσκόπηση, την ακτινογραφία και την εξέταση των πτυέλων.

8) Ο λύκος του λάρυγγα. Είναι ο δευτεροπαθής από τον λύκο του προσώπου, της μύτης και του φάρυγγα. Συνήθως εντοπίζεται στην αρχή, στην επιγλωττίδα και από εκεί επεκτείνεται προς τις αρυταινοέπιγλωττιδικές πτυχές και τις άλλες περιοχές του λάρυγγα. Όταν προσβάλλει τις γνήσιες φωνητικές χορδές προκαλεί βραχνάδα και σε στένωση του λάρυγγα προκαλεί δύσπνοια. Θεραπευτικά εφαρμόζεται, γεινικά, αντιφυματική αγωγή. Δίνουμε επίσης βιταμινούχα παρασκευάσματα. Επειδή έχει τάση για υποτροπές, συνιστάται η παρακολούθηση του αρρώστου.

9) Σύφιλη του λάρυγγα. Σήμερα παρατηρείται πολύ σπάνια. Η συγγενής σύφιλη προσβάλλει το λάρυγγα είτε τους πρώτους μήνες της ζωής, προκαλώντας περιχονδρίτιδα, είτε

στην παιδική ηλικία, οπότε εκδηλώνεται με βραχνάδα και εισπνευστικό συριγμό.

Η επίκτητη σύφιλη κλινικά εκδηλώνεται με βραχνάδα. Αν οι αλλοιώσεις έχουν προχωρήσει μπορεί να εμφανιστεί πόνος ή δύσπνοια. Η διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη. Επιτυγχάνεται με την ανεύρεση και άλλων εκδηλώσεων της αρρώστιας, τις ειδικές οροαντιδράσεις, την δοκιμαστική αντισυφιλιδική (βλ. σύφιλη). Τοπική θεραπεία εφαρμόζεται σε δύσπνοια και είναι είτε αφαίρεση των αλλοιώσεων που προκαλούν απόφραξη είτε τραχειοτομία.

Ως φλεγμονώδεις παθήσεις του λάρυγγα αναφέρουμε επίσης την χρόνια λαρυγγίτιδα, την παχυδερμία του λάρυγγα, την περιχονδρίτιδα, την αγκύλωση της κρικαρυταινοειδούς διάρθρωσης, την λέπρα του λάρυγγα και το ρινοσκλήρωμα.

### ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1)Θήλωμα. Μπορεί να είναι είτε μονήρες, που είναι η πιο συχνή καλοήθης νεοπλασία του λάρυγγα, αναπτύσσεται στις φωνητικές χορδές, εκδηλώνεται με βραχνάδα και αφαιρείται χειρουργικά, είτε πολλαπλό που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία με τάση να υποχωρεί αυτόματα και εξαφανίζεται με την εφηβεία. Πιθανολογείται ότι οφείλεται σε ιό. Σύμφωνα με άλλες εκδοχές, οφείλεται σε ορμονικές διαταραχές. Αναπτύσσεται κύρια στις φωνητικές χορδές και επεκτείνεται στην τραχεία και τους βρόγχους. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων που δίνει εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου και μπορεί να είναι βραχνάδα, συριγμός και δύσπνοια. Θεραπευτικά συνίσταται αφαίρεση και ενδοσκοπηση, καθώς επίσης και τοπική και γενική χορήγηση τεστοστερόνης και αντιβίωση με τετρακυκλίνες.

2)Χόνδρωμα. Καλοήθης νεόπλασμα που αναπτύσσεται στον κρικαειδή χόνδρο. Αναπτύσσεται αργά και μπορεί να αποκτήσει μεγάλο μέγεθος και να προκαλέσει δύσπνοια. Η διάγνωση μπαίνει με την ιστολογική εξέταση. Η θεραπεία συνίσταται στην χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

3) Καρκίνος. Το μαλπιγγιανό καρκίνωμα είναι η πιο συνηθισμένη νεοπλασία του λάρυγγα. Προσβάλλει συχνότερα άντρες 60-75 χρονών. Την ανάπτυξη του ευνοούν το κάπνισμα, η κατάχρηση σινοπνευματος, η ακάθαρτη ατμόσφαιρα, οι χρόνιες φλεγμονές του αναπνευστικού και η λευκοπλακία. Ανάλογα με την εντόπισή του διαιρείται σε:

α)Υπεργλωττιδικό, β)Γλωττιδικό και γ)Υπογλωττιδικό

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Το καρκίνωμα του λάρυγγος αποτελεί περίπου το 2% του συνολικού αριθμού των εμφανιζομένων φείς τους άνδρες κακοήθων νεοπλασμάτων. Παρατηρείται εις κάθε ηλικίαν αλλά οι περισσότεροι των ασθενών ευρίσκονται εις τον 50ου και 70ου έτους.

Οι άνδρες προσβάλλονται περίπου 4 φορές συχνότερα από τις γυναίκες (Registrar General Stat. Rew. 1955) κατά τον Rareu σε 12 φορές.

Το καρκίνωμα του λάρυγγος εδράζεται:

α) επί της γνησίας φωνητικής χορδής, εις το ελεύθερο χείλος ή την άνω επιφάνεια αυτής.

β) Υπογλωττιδικώς συνέπεια 1) Διηθήσεων εκ νεοπλασματικής εστίας κειμένη εκ του ελευθέρου χείλους της φωνητικής χορδής και 2) βλαστήσεως τοπικώς άνευ διηθήσεως,

γ) Επιγλωττιδικώς αρχόμενον εκ της νόθου φωνητικής χορδής.

Μακροσκοπικώς παρατηρείται πάχυνσις της φωνητικής χορδής μετά σχηματισμού ανωμάλου επιφάνειας μετά ή άνευ εξελκώσεως ή σχηματισμός θηλωματώδους μαλακής συστάσεως όλου. Σε ευμεγέθεις νεοπλασματικές εστίες παρατηρούνται εξελκώσεις με σιδήματα στη περιοχή του νεοπλάσματος ιστού.

Ιστολογική πρόκειται, ως επί το πλείστον, περί τοπικών καρκινωμάτων εκ πλακωδών επιθηλίων ποικίλου βαθμού διαφοροποιήσεως μέχρι του σχηματισμού κερατίνης ουσίας.

Αδενικά καθώς και βασικοκυτταρικά καρκινώματα είναι λίαν σπάνια και έχουν ελλατωμένο βαθμό κακοήθειας.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Παθολογική ανατομική: Κατά κανόνα πρόκειται περί ακανθοκυτταρικών επιθηλιωμάτων. Αναλόγως του αριθμού των διαφοροποιημένων νεοπλασματικών κυττάρων και μιτώσεων, τα νεοπλάσματα ταύτα ταξινομούνται αναλόγως της κακοήθειας των εις τέσσερας συνήθως διαβαθμίσεις. Όσον περισσότερα τα ώριμα κύτταρα και όσον λιγότερα αι πυρηνοκινήσαι τοσοούτον καλύτερας προγνώσεως είναι ο καρκίνος.

Όποιοδήποτε σημείο του λαρυγγικού βλενογόνου δυνατό να είναι αφετηρία επιθηλιώματος, συνήθως όμως τούτο εμφανίζεται το πρώτο κατά την προσθίαν μοίραν των φωνητικών χορδών, εκείθεν δ' επεκτείνεται προς τα πρόσω, εις την προσθίαν γωνίαν και εκείθεν εις τον έτερον ημιλάρυγγα, προς τα οπίσω εις του αριταινοειδή χόνδρου, όποθεν τείνει να γίνει εξωλαρυγγικός, προς τα κάτω, επί την υπογλωττιδικήν χώραν. Οι εν λόγω επεκτάσεις έχουν μεγίστη σημασίαν δια την πρόγνωσιν και την ακολουθητέαν θεραπευτικήν αγωγή. Όλα τα άλλα σημεία αφετηρίας των ενδολαρυγγικών επιθηλιωμάτων, οι νόθοι φωνητικές χορδές, η υπογλωττιδική χώρα ή η λαρυγγική κοιλία, είναι πολύ σπανιότερα. Οι καρκίνοι της επιγλωττίδος περιγράφονται μετά των του υποφάρυγγος.

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα λαρυγγικά νεοπλάσματα μπορεί να προσβάλλουν μόνο τις γνήσιες φωνητικές χορδές ή να επεκτείνονται στις υπερ-γλωττιδικές ή υπογλωττιδικές περιοχές. Το εντοπισμένο καρκίνωμα χαρακτηριστικά περιορίζεται στην γνήσια φωνητική χορδή. Ο ακροχορδονώδης καρκίνος είναι λαρυγγική αλλοίωση που έστω ιστολογικά είναι καλοήθης θεραπεύεται εάν κακοήθης. Περίπου το 55% των λαρυγγικών νεοπλασμάτων αποτελούνται από πλακώδη κύτταρα ενώ τα υπόλοιπα ταξινομούνται ως σάρκωμα, αδενοσάρκωμα και μεταστατικό νεόπλασμα. Η εμφάνιση λαρυγγικών νεοπλασμάτων συνδέεται με το υπερβολικό κάπνισμα, την λήψη αλκοόλης και έκθεση σε μολυσμένη και ερεθιστική ατμόσφαιρα.

Συμβαίνει συχνότερα σε άνδρες μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας. Τα πρώιμα συμπτώματα είναι βράγχος γωνής, η δυσχέρεια στην περιοχή του λάρυγγα. Αργότερα εμφανίζεται πόνος, αναπνευστική απόφραξη, δυσκατοποσία, αιμορραγία ή οίδημα.

Ο ασθενής προέρχεται παραπονούμενος για βράγχος φωνής που δεν υποχωρεί. Επίσης πολύ βραχύτερο βράγχος όταν ο αυλός του λάρυγγα σμικρινθεί σημαντικά από το νεόπλασμα, παραπονιέται και για δυσχέρεια αναπνοής (πρώτο συνήθως σύμπτωμα σε αμίγες υπογλωττιδικούς καρκίνους). Επίσης παρατηρείται δυσκατοποσία, δύσσομη αναπνοή και τυχόν πυρετό.

Εμφανίζεται πόνος και αίσθημα πίεσης στο λαιμό.

### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

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

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

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

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

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

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

- I. Ακτινοθεραπεία
- II. Χημειοθεραπεία
- III. Χειρουργική θεραπεία
- IV. Συνδυασμένη αγωγή (χειρουργική και ακτινοβολία)

### I. Ακτινοθεραπεία

Η υπερδυναμική ακτινοβολία δίνει ικανοποιητικώτερα αποτελέσματα. Χορηγούνται 5500R-8000R σε διάστημα 6-8 εβδομάδες, ανάλογα την περίπτωση. Τα από την ακτινοβολία δυσάρεστα συμβάντα σήμερα είναι σπανιότερα, οφείλονται σε τοπική και γενική αντίδραση στην θεραπεία και κατά κανόνα περιέρχονται. Αυτά συνήθως είναι ερυθρότητα και σπανιότερα μεγαλύτερες βλάβες του δέρματος, οίδημα λάρυγγα, πόνος, δυσφαγία, ξηρότητα του δέρματος και του φάρυγγα και γενικά ενοχλήματα. Στον άρρωστο συνίσταται για αρκετό χρονικό διάστημα μετά την περαπεία να αποφύγει 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

ι) Θερεοτομή με χονδρεκτομή: Γίνεται όταν το νεόπλασμα περιορίζεται στην μία φωνητική χορδή και η κινητικότητα της είναι καλή.

ii) Τμηματικές εξαιρέσεις: Γίνεται 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 στο 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 τμηματική εξαίρεση είναι δυνατόν να γίνει σε περίπτωση καρκινώματος του υποφάρυγγα.

Συνήθως οι αφαιρούμενες δομές είναι το Υοειδές οστό, ολόκληρος ο λάρυγγας, κρικσειδής χόνδρος, δύο ή τρεις δακτύλιοι της τραχείας.

γ) Ριζική Αφαίρεση:

Γίνεται ριζική αφαίρεση ολόκληρος ο λάρυγγας (επιγλωττίδα, νόθες και γνήσιες φωνητικές χορδές).

Γίνεται σε περιπτώσεις νεοπλάσματος με ριζική τραχηλική εκκακφή αφαίρεση εκτεταμένης ποσότητας ιστού του προσώπου, νεύρων, οστών και λεμφαδένων που περιβάλλουν τον όγκο.

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

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

-ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ-

Η διάνοιξη της τραχείας και η δημιουργία μιας τεχνητής διόδου για τον αέρα, που δεν μπορεί να φτάσει από την φυσική οδό στους πνεύμονες είναι από τις παλαιότερες χειρουργικές επεμβάσεις.

Οι Έλληνες Ιατροί του 2ου μ.χ. αιώνα Ασκληπιάδης και Αντίλλος την εκτελούσαν συστηματικά σε καθορισμένες παθολογικές καταστάσεις.

Στους νεότερους χρόνους την εφήρμοσε προς τον 16ο αιώνα ο Φαμπρίτσιο ντ' Ακουαπεντέντε, Ιταλός ανατόμος χειρουργός.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Μία είναι η ένδειξη που απαιτεί και επείγουσα εξέσοδο την τραχειοτομία. Ο κίνδυνος της ασφυξίας, που δημιουργείται όταν κάποιο εμπόδιο φράξει τις αεροφόρους οδούς, εμποδίζοντας τον αέρα να περάσει ελεύθερα από τους πνεύμονες.

Ένα τέτοιο εμπόδιο παρουσιάζεται με πολλές μορφές, Μπορεί να είναι ένα ξένο σώμα (ένα τεμάχιο τροφής - ένα αναλόγου μεγέθους αντικείμενο που έβαλε κάποιο παιδάκι στο στόμα), που μπήκε τυχαία στον λάρυγγα ή την αρχή της τραχείας. Μπορεί να είναι συνέπεια ενός λαιμώδους νοσήματος όπως η διφθεριτική λαρυγγίτις που με τις ψευδομεμβράνες που δημιουργεί κλείνει τον λάρυγγα.

Άλλοτε πρόκειται για οίδημα της γλωττίδας: ο φουσκωμένος βλενογόνος κλείνει την είσοδο του λάρυγγος- είναι μεγάλος κίνδυνος σε οποιαδήποτε αναφυλακτική εκδήλωση (ουρτικάρια- ορονοσία). Άλλοτε πάλι είναι η

παράλυση των φωνητικών χορδών ύστερα από εγχειρητικά ατυχήματα σε μία εγχείρηση του θυροειδούς αδένου, που προκαλεί την ασφυξία.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής παρουσιάζει δύσπνοια που βαθμιαία γίνεται εντονότερη, μελανιάζει, οι φλέβες του λαιμού διογκώνονται, αισθάνεται να πνίγεται από έλλειψη αέρος, αγωνιά και τέλος χάνει τις αισθήσεις του.

Οι ενδείξεις αυτές της τραχειοτομής είναι επείγουσες. Η επέμβαση πρέπει να γίνει μέσα σε λίγα λεπτά, αλλιώς χάνουμε τον άρρωστο. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις κατά τις οποίες η τραχειοτομή αποτελεί απλώς μέρος μίας περισσότερο εκτεταμένης εγχείρησης.

Στην θωρακοχειρουργική προκειμένου να προβάσουμε την εκδήλωση μετεγχειρητικά μιας αναπνευστικής ανεπάρκειας εκτελούμε στο τέλος την μεγάλη εγχείρηση την τραχειοτομία και εφαρμόζουμε δια μεσου της μια τεχνητής αναπνοής κάτι ανάλογο γίνεται μερικές φορές όταν έχουμε παράλυση των αναπνευστικών μυών σε περίπτωση βαρειάς πολιομυελίτιδος.

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 πρόβλήματα.

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

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

Η κατάσταση του αρρώστου εκτιμάται με : ι) την παρατήρηση του αρρώστου, ιι) την επικοινωνία του αρρώστου και τους συγγενείς του και ιιι) την μελέτη του φακέλλου του αρρώστου.

Η λήψη λεπτομερειακού ιστορικού έχει σπουδαία σημασία. Εκτός από τους εξωγενείς παράγοντες που επιδρούν στον λάρυγγα (σκόνη, ερεθιστικά αέρια, χρήση αινοπνεύματος και καπνού, κρυολόγημα κ.λ.π.) μεγάλη σημασία έχει κατά την λήψη του ιστορικού και η παραχή πληροφοριών για τις ιδιοσυστασιακές ιδιότητες του βλενογόννου λάρυγγα (τάση για κατάρρους, όμοιες παθήσεις στην οικογένεια, οξεία ή αμβλεία εξέλιξη της πάθησής, 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 την διάγνωση έχει και το είδος της ανωμαλίας της φωνής (π.χ. αιφνιδίως εμφανιζομένη άτονη φωνή, "Αφωνία") συνηγορεί υπολειπургική 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 το είδος των ενοχλημάτων (αίσθημα κάψου στον λαιμό, ενόχλημα κατά την ομιλία ή το βήχα).

Ο ασθενής πρέπει να ρωτηθεί αν το άλγος εμφανίζεται κατά την διάρκεια του φαγητού σε κενές καταποτικές κινήσεις που συνηγορεί ελκωτική επεξεργασία στην 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 τον 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 εκκρηκτικά υακώδη βήχα, που συνηγορεί για υπογλωττιδική διόγκωση ή για στένωση στην τραχεία, β) σε υγρό βήχα που εγείρει υπόνοιες για συνάθροιση εκκρίματος στο λάρυγγα ή στην τραχεία, γ) σε γερό βήχα, που συνηγορεί για οξεία ή

χρόνια λαρυγγίτιδα χωρίς σχηματισμό εκκρίματος και δ/σε  
νευρικό βήχα που διακρίνεται από τον βήχα που οφείλεται  
σε οργανική αιτία από το ότι δεν παρουσιάζεται την  
νύχτα κατά τον ύπνο. Για την πλήρη λήψη πληροφοριών που  
αφορούν τον ασθενή απαραίτητη είναι και η μελέτη της  
κοινωνικής και οικονομικής κατάστασής του. Επίσης πρέπει  
να μάθουμε την στάση των μελών της οικογένειας του  
ασθενή.

### ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

Όταν όμως η τραχειοτομή είναι προγραμματισμένη ακολουθούν μια σειρά προετοιμασιών.

Έτσι η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς διακρίνεται σε:

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

### ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

Οι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με τέτοια συναισθήματα παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Γιαυτό ο νοσηλευτής-τρια, πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα. Με ευγένεια, λεπτότητα και την ανάλογη ευαισθησία έχει



χρέος να πλησιάσει τον ασθενή, να δείξει κατανόηση απέναντι στα προβλήματα και τις ανησυχίες του ασθενούς και να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τα 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 επεξηγείται 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.λ.π.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (ηλεκτρολυτών κ.λ.π.)

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 εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας.

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

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

#### ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

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

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

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

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

Αφού γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις και οριστεί ο χρόνος της επέμβασης καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Σύμφωνα με την κατάσταση του ασθενούς ο αναισθησιολόγος

καθορίζει το είδος της ναρκώσεως, τον τρόπο χορήγησης και το είδος των ναρκωτικών που θα χρησιμοποιηθούν.

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς διακρίνεται σε άμεση και έμμεση.

#### Άμεση Μετεγχειρητική Φροντίδα

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

- Αλλαγή στην αεροφόρο οδό.
- Ευαισθησία στην αναπνευστική οδό.
- Ενοχλήματα στο φάρυγγα με την εμπλοκή σιέλου.
- Ραμμένο ρινοφάρυγγα με κίνδυνο να ανοίξουν τα ράμματα.
- Απώλεια φωνής.
- Ανικανότητα να επικοινωνεί φυσιολογικά.
- 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 την 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 στην νέα αναπνευστική του οδό. καλό θα ήταν λοιπόν η νοσηλεύτρια, αυτές τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες να βρίσκεται δίπλα στον ασθενή και αν είναι δυνατόν να τον ανακουφίσει με κάθε τρόπο από τις ανησυχίες του και να του δημιουργήσει αισθήματα ασφάλειας.

Η χορήγηση κάποιου ηρεμιστικού φαρμάκου, κατόπιν συνενόησής μας με τον γιατρό θα διευκολύνει τον άρρωστο να ηερμήσει, μέχρι ο ασθενής να συνηθίσει στην νέα αναπνευστική οδό.

Οι αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα γίνονται πάντα τις τέσσερις πρώτες ώρες και σε διάστημα από 5-10-15 λεπτά της ώρας. Αυτό γίνεται γιατί ο τραχειοσωλήνας προκαλεί υπέρκκριση του βλεννογόνου μέχρι ο οργανισμός να προσαρμοστεί στον τραχειοσωλήνα. Κάθε αναρρόφηση διαρκεί 15 δευτερόλεπτα. Μεταξύ κάθε αναρρόφησης το άτομο ξεκουράζεται για 3 λεπτά 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 η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας γιατί, συχνά παρουσιάζεται στοματίτιδα.

### Έμμεση Μετεγχειρητική Φροντίδα

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

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

### ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

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

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



ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Σειρά από οργανωμένες σκέψεις και ενέργειες με τις οποίες η Νοσηλεύτρια διαπιστώνει τις ανάγκες του ανθρώπου οργανώνει την φροντίδα για να αντιμετωπίσει αυτές τις ανάγκες, εφαρμόζει το πρόγραμμα που οργάνωσε και τελικά ασκεί κριτική , ελέγχει τα αποτελέσματα της Νοσηλευτικής Φροντίδας.

Η Νοσηλευτική Διεργασία περιλαμβάνει 4 στάδια και αναφέρονται 3 χαρακτηριστικά:

- I) Είναι προγραμματισμένη
- II) Έχει κέντρο τον άρρωστο
- III) Έχει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς

ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ι



Ο κύριος Γκαμίλης Γεώργιος του Παπαγιώτη και της Μαρίας εισήχθη στο Νοσοκομείο στις 18-3-1994 με αφορμή βαρύτατα συμπτώματα δυσκατοποφίας-βράχυνση της φωνής- δύσπνοια και υψηλό πυρετό.

Διαπιστώθηκε μετά την εξέταση ότι ο ασθενής πάσχει από Ca του λάρυγγα. Εισήχθη στην Παθολογική κλινική για περαιτέρω εξετάσεις και χειρουργική επέμβαση.

Ο ασθενής είναι 72 χρονών, παντρεμένος, συνταξιούχος του Δήμου και βαρύτατος καπνιστής.

Στις εξετάσεις που έγιναν βρέθηκαν:

Ro θώρακα = Κ.Φ., Ro πλάγια τραχήλου = Κ.Φ.

Πνευμονολογικό έλεγχος - αέρια αίματος:

(PaO<sub>2</sub>: 84,6 , PH:6,5 , PaCO<sub>2</sub>:32,3)

Γενική αίματος: ΗΤ:32,8% , Ερυθρά:3.550.000, Λευκά:5.100

Πολυ,ορφοπύρηνα:68, Λεμφικύτταρα: 20, Μεγάλα μονοπύρηνα:

3, Τ.Κ.Ε=82 , ΡΤ:13,1 , ΡΤΤ:37,4 , Ουρία:54,

σάκχαρο:120, Κ:4,44 , Na:145,2 , GOT: 32, GPT:30,

ALP:8,2 , γ-GT:11, Η.Κ.Γ:Κ.Φ.



**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετός	Ανακούφιση από τον πυρετό έλεγχος της κατάστασης του αρρώστου	Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων παρακολούθηση και μέτρηση ζωπικών σημείων	Έγινε τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων, έγινε μέτρηση των ζωπικών σημείων. Α.Π.:12/80 mmHg Σφύζωνας:68/ Θερ.: 36,8 C	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πυρετό και αισθάνεται καλύτερα Τα ζωπικά σημεία δείχνουν μια φυσιολογική παρέκλιση.
Δύσπνοια	Εξασφάλιση ανακούφισης και ησυχίας του αρρώστου	Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος	Τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση και χορήγηση οξυγόνου	Η δύσπνοια μειώθηκε επί το πλείστον και ο ασθενής με την βοήθεια του οξυγόνου, αναπνέει καλύτερα
Προετοιμασία για εργαστηριακές εξετάσεις	Σωστή ενημέρωση	Ενημέρωση να μείνει νηστικός ο ασθενής	Η νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον ασθενή.	Ο ασθενής συνεργάστηκε με αυτήν και έμεινε νηστικός.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Διαταραχή Ισοζυγίου υγρών	Αποφυγή αφυδατώσεως.	Μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.	Έγινε η μέτρηση των υγρών	Παρατηρήθηκε μια φυσιολογική τιμή εντός ορίων
Αίσθηση Κοπώσεως και απώλειταβάρους	Ανακούφιση από το δυσάρεστο αίσθημα.	Παρακολούθηση αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα Χορήγηση σακχαρούχων υγρών, παρακολούθηση συστηματικά το βάρος του αρρώστου	Σύμφωνα με τις τιμές του διαητολογίου τρέφεται ο ασθενής καθημερινά και χορηγήθηκαν παρεντερικώς τα απαραίτητα υγρά. Έγινε το ζύγισμα του αρρώστου	Με το σωστό διαητολόγιο ο ασθενής παίρνει τις απαραίτητες θερμίδες που χρειάζεται ο οργανισμός και σιγά-σιγά εξαλείφεται αυτό το αίσθημα της κοπώσεως όπως επίσης και το βάρος του είναι σε κανονικά επίπεδα

**ΝΟΣΗΜΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ενημέρωση για το πηλημα...	Να ενημερωθεί ο ασθενής για τους χώρους	Ο ασθενής γνωρίζει τους χώρους του τμήματος	Έγινε η ενημέρωση για τους χώρους	Ο ασθενής χάρηκε που γνώρισε τους χώρους και αισθάνθηκε τυχερός.
Φόβος	Μείωση ή και εξουδετέρωση του φόβου	Συζήτηση με τον ασθενή και εντόπιση αιτιών που προκαλούν τον φόβο	Κατά την συζήτηση διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής φοβόταν την χειρουργική και κυρίως την νάρκωση	Ο ασθενής ικανοποιήθηκε από την συζήτηση και αποκαταστάθηκε ο φόβος και η αγωνία του
Δυσάρεστη Αναπνοή	Αποφυγή μολύνσεων	Περιποίηση στοματικής κοιλότητας	Έγινε η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας	Ανακουφίστηκε ο ασθενής και αισθάνεται καθαρή την αναπνοή του

**ΝΟΣΗΜΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δυσκολία αναπνοής	Πρέπει να αναπνέει με την βοήθεια του οξυγόνου.	Τοποθέτηση οξυγόνου και διδασκαλία χρησιμοποίησώς του	Χρηγήθηκε οξυγόνο	Ο ασθενής αναπνέει καλύτερα και αισθάνεται ανακούφιση
Μακροχρόνια παραμονή στην κλινική	Εξασφάλιση υποστήριξης	Εξήγηση στον ασθενή ότι για τα καλύτερα αποτελέσματα στην ασθευιά του θα πρέπει να παραμείνει στην κλινική για σωστή θεραπεία και παρακολούθηση	Έγινε διάλογος και εντοπισμός της αναγκαιότητας να παραμείνει ο ασθενής στην κλινική για μεγάλο διάστημα.	Ο ασθενής κατάλαβε την σοβαρότητα της κατάστασης του και συμβιβάστηκε με τον χρόνο νοσηλείας του

Έξοδος ασθενούς από το Νοσοκομείο

Στις 23-3-1994 δόθηκε εξιτήριο στον ασθενή μας.

Ο ασθενής φαινόταν ευχαριστημένος που ξαναγύριζε σπίτι του, στην καθημερινή του ζωή, αλλά οι ανησυχίες ήταν φανερές στο πρόσωπο του.

Του δόθηκε σημείωμα να επισκεφθεί ξανά τον γιατρό για να επανεξετάσει την κατάστασή του.

Μας χαιρέτησε, μας ευχαρίστησε και συνέχισε τον δρόμο του προορισμού του.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΙ

Ο κύριος Κατσαρός Βασίλειος, 60 χρονών, κάτοικος Άργους (Γούναρη 68) του Γεωργίου και της Αγγελικής εισήχθη στο νοσοκομείο στις 28-3-1994 με σκοπό να κάνει τραχειοτομή.

Είναι συνταξιούχος του ΟΣΕ, ζυγίζει 85 κιλά και έχει ιστορικό από 7μήνου όταν εισήχθη στο νοσοκομείο και διαπιστώθηκε Ca λάρυγγα. Τώρα τα συμπτώματα είναι βραχύτερα, παραπονιέται για δύσπνοια, δυσκατοψία και έχει πυρετό και διάχυτους πόνους.

Εγιναν εξετάσεις και βρέθηκαν:

εργαστηριακά: Ηt: 38%, Ερυθρά: 3.600.000, Λευκά: 6.000, Πολυμορφοπύρρηνα:60, Λεμφοκύτταρα:22, Μεγάλα μονοπύρρηνα: 4, Τ.Κ.Ε=83, ΡΤ:14, ΡΤΤ:42,2, ΑΜΤ: 14.000, Ουρία:48, Σάκχαρο:140, Κ:4,7 , Να:140 , GDT:26, GPT:26, ALP:4,2 γ.GT:3, Η.Κ.Γ = Κ.Φ.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πόνος	Ανακούφιση από τον πόνο	Χορήγηση παυσίπονου	Εδόθη το παυσίπονο	Ο ασθενής αισθανθηκε καλύτερα. Δεν πονάει και ηρεμεί
Διατήρηση ελεύθερης Αναπνευστικής οδού	Αποφυγή ανοξαιμίας	Σωστή τοποθέτηση Διδασκαλία του τρόπου Αναπνοής	Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανάρροπη θέση και διδάχθηκε τον σωστό τρόπο αναπνοής	Η αναπνοή αποκαταστάθηκε όταν κατάφερε ο νοσηλευτής και τοποθέτησε τον ασθενή στην κατάλληλη θέση
Γνωριμία με τους ασθενείς του θαλάμου	Να γίνει οικειος με το νέο του περιβάλλον και τους συνασθενείς	Γνωριμία με τους ασθενείς του θαλάμου	Η γνωριμία έγινε και ο διάλογος ήταν έντονος	Ο ασθενής εξοικωώθηκε με το νέο περριβάλλον του και δεν αισθανεται μόνος

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΓΕΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΜΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ηθική πτώση	Τόνωση ηθικού	Διάλογος και λύση στις ερωτήσεις του ασθενή	Έγινε ο διάλογος και λύθηκαν οι απορίες	Ο ασθενής χάρηκε και τρώθηκε ηθικά.
Ανορεξία	Σίτιση του ασθενή	Βοήθεια για την σίτιση του ασθενή και πολιτικοποιημένη τροφή	Έγινε η σίτιση, όσο μπορούσε ο ασθενής να τραφεί.	Ο ασθενής προσπάθησε και σίτισηκε με διασκόλια.
Αλλεργικές Αντιδράσεις	Ανακούφιση από άσχημα αισθήματα	Ενημέρωση του γιατρού Μείωση ή διακοπή της βοής των υγρών για να διαπιστωθεί αν η αλλεργία οφείλεται στα φάρμακα	Ακολουθήθηκαν οι οδηγίες του γιατρού έγινε μείωση των υγρών και παρακολούθηση των ζωπικών σημείων.	Μετά την διαπίστωση του φαρμάκου που προκάλούσε την αντίδραση αυτού διακόπηκε η χορήγησή του και ο ασθενής καλύτερεψε



**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΜΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αγωνία για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων	Εξασφάλιση υποστήριξης και επισημάνσης στον ασθενή την απουδαίωτη της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου για την καλύτερη θεραπεία	Ενημέρωση για τον τον τρόπο που θα διεξαχθούν οι εξετάσεις προσπάθεια για μείωση του άγχους	Έγινε προετοιμασία με μικρολαρυγγσκόπιο για βιοψία.	Ο ασθενής αποδέχτηκε την ασθευεία του και δέχτηκε την θεραπεία σαν την πολυτιμότερη λύση
Δυσκολία Αναπνοής	Αίσθημα άνεσης και και όχι πνιγμού	Χορήγηση οξυγόνου	Χορηγήθηκε οξυγόνο	Η δυσκολία αυτή ξεπεράστηκε και ο ασθενής ηρέμασε

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΜΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ανάγκη ηθικής τόνωσης του ασθενή για την εγχείρηση	Εξασφάλιση με γάλης ηθικής τόνωσης για να έχουμε καλύτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα	Ενημέρωση για την σιγουριά της εγχείρησης και τα πολλά αποτελέσματα θετικά αυτής	Έγινε η ενημέρωση	Ο ασθενής είναι και ψυχικά έτοιμος για τηνεγχείρηση. Η ηθική τόνωση δεν χρειάστηκε καιπολύ γιατι ο ασθενής είχε πάρει απόφαση πλέον την αναγκαιότητά της
Καθαρισμός γιγενή στοματικής κοιλότητας	Αποφυγή δυσάρεστης Αναπνοής	Περιποίηση Στοματικήςκοιλότητας	Έγινε η περιποίηση	Ο ασθενής αισθάνεται ανακούφιση

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΜΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δυσκολία Αναπνοής	Ο ασθενής πρέπει να αναπνέει υγροποιημένο οξυγόνο	Τοποθέτηση υγρής γάζας και αλλαγή συχνή	Έγινε η τοποθέτηση	Ο εισπνεόμενος αέρας υγροποιείται κανονικά
Δυσχέρεια Αναπνοής	Να γίνει η απομάκρυνση των εκκρίσεων από τον εσωτερικό τραχειοσωλήνα	Αλλαγή εσωτερικού τραχειοσωλήνα κάθε 1-2 ώρες και συχνές αναρροφήσεις	Γίνεται αλλαγή, ειδικά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες	Ο ασθενής είναι ήσυχος χωρίς κάποιο πρόβλημα ή επιπλοκή
Δυσκολία στην επικοινωνία με τους άλλους	Επικοινωνία με το οικογενειακό του περιβάλλον	Σχεδιασμός μέσων επικοινωνίας για μετά την εγχείρηση	Έγινε η διδασκαλία της μεθοδολογίας	Ο ασθενής αρχίζει να επικοινωνεί με τους ασθενείς και το αντίθετο

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΟΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΜΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δυσφαγία	Ενθάρρυνση για λήψη της απαραίτητης τροφής.	Εξασφάλιση υγρών και τροφής που καταπίνονται εύκολα	Δόθηκε πολτοποιημένη τροφή	Ο ασθενής δείχνει να καταλαβαίνει και να απολαμβάνει τον τρόπο αυτό
Καθαρισμός και Αλλαγή τραχειοσωλήνα	Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας να αλλάζει και να περιποιείται τον τραχειοσωλήνα	Διάλογος και ασκήσεις για την σωστή περιποίηση του τραχειοσωλήνα	Έγινε η διδασκαλία	Οι συγγενείς έδειξαν ότι κατάλαβαν και με πολύ προσπάθεια θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον συνάθροπό του σαστό το δύσκολο έργο.

Έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο

Στον ασθενή δόθηκε εξιτήριο στις 8-4-1994. Ο ασθενής κατά την έξοδό του φαινόταν λίγο σκεπτικός με την τραχειοστομία του αλλά ήταν σίγουρος ότι θα μπορέσει να ξεπεράσει την σχετική αυτή αναπηρία του. Του δόθηκε επίσης ένα σημείωμα για επανεξέταση της τραχειοστομίας του από τον γιατρό που τον χειρούργησε για μετά από δύο εβδομάδες.

Επίσης του δόθηκαν σημειώσεις για την περιποίηση της τραχειοτομής του και κατάλογος από σειρά πραγμάτων που πρέπει να αποφεύγει.

Μαζί με τους συγγενείς του, μας ευχαρίστησε και υποσχέθηκε να μας επισκεφθεί ξανά.

## Μ Ε Ρ Ο Σ   Τ Ε Τ Α Ρ Τ Ο

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

Στην εργασία μου "Καρκίνος του Λάρυγγα", προσπάθησα να τονίσω την ιδιαιτερότητα της κατάστασης αυτής και την συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία είναι αναγκαία.

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

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

Επίσης με αυτή την εργασία θέλω να μεταδώσω σε όλους τους ανθρώπους τους προδιαθεσικούς παράγοντες που

προκαλούν καρκίνο του λάρυγγα (σε οποιαδήποτε μορφή).  
Οι προδιαθεσικοί αυτοί παράγοντες είναι κατά κύριο λόγο  
το κάπνισμα και η κατανάλωση σινοπνευματωδών ποτών.  
Πρέπει οι δύο αυτές συνηθειες, οι οποίες είναι  
καταστρεπτικές στην υγεία του ανθρώπου, να κοπούν ή όσο  
το δυνατόν να μειωθούν.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΛΕΒΙΖΑΤΟΣ Κ.Ν - ΜΠΕΝΑΡΔΗΣ: "Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας" , Τόμος 1ος, Εκδοση 1η, Εκδόσεις: Γρη - γόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1984.
- ΒΑΣΩΝΗ Δ.: "Επιτομή Χειρουργική και Ορθοπεδική" , Εκ - δωση 4η, Αθήνα 1985.
- ΚΑΒΑΖΑΡΑΚΗΣ Ν.: "Χειρουργική" Τόμος 3ος, Εκδόσεις: Σπ. Σταμπολίτη, Αθήνα 1958.
- ΚΑΖΛΑΡΗΣ Υ.Ε.: "Νεοπλάσματα" Ιατρικές Εκδόσεις: Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1961.
- ΚΑΤΡΙΤΣΗΣ Ε.Δ. - ΚΕΛΕΚΗ Δ.: "Ανατομία Φυσιολογίας", Εκδόσεις: Ίδρυμα Ευγενίδου, Αθήνα 1985.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: "Νοσηλευτική Γε - νική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Β', Μέρος 2ο, Εκδοση 9η, Εκδόσεις: Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελ - φών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" , Αθήνα 1987.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: "Νοσηλευτική Γε - νική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Α', Εκδοση 9η, Εκδόσεις: Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκό - μων "Η ΤΑΒΙΘΑ" , Αθήνα 1987.
- ΜΑΝΩΛΙΔΗΣ Λ.Σ.: "Επιτομή Ωτορινολαρυγγολογίας", "Πα - θήσεις ώτων-ρινός-λάρυγγος-κεφαλής και τραχήλου", Εκδοση 9η, Εκδόσεις: Σακκουλά, Θεσσαλονίκη 1983.
- ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΥ ΕΠ.Π.: "Ωτορινολαρυγγολογία", Εκδοση Γ', Ιατρικές Εκδόσεις: "ΒΗΤΑ" , Αθήνα 1983.
- 
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.: " Παθολογική και Χει - ρουργική Νοσηλευτική" , Τόμος 1ος, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", ΑΘΗΝΑ 1985.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.: " Παθολογική και Χει - ρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 2ος, Μέρος Α', Εκδόσεις: "ΒΗΤΑ" , Αθήνα 1985.



ΧΕΛΙΔΟΝΙ Σ.Ε.: "Εγχειρίδιο Ωτορινολαρυγγολογίας", Ια-  
τρικές Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1985.

ΧΡΥΣΙΚΟΣ Ι.: "Επίτομος Ωτορινολαρυγγολογία", Εκδοτικός  
Όμιλος: Γρηγόρης Παρισιάνος, Αθήνα 1971.

