

ΤΕΙ: ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θ Ε Μ Α: "Καρκίνος Λάρυγγα"

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς

με τραχειοτομή

ΟΝΟΜΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΣΤΕΡΓΙΑΤΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ



ΠΑΤΡΑ 1994

15/1/1994

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	961
----------------------	-----



Αφιερώνω την πτυχιακή εργασία μου στους γονείς μου με πολύ αγάπη, σεβασμό και χίλια ευχαριστώ για την βοήθεια και συμπαράσταση που μου πρόσφεραν για να τελειώσω τις σπουδές μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
ΜΕΡΟΣ Α'	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I : Ανατομία-φυσιολογία του λάρυγγα	3-5
1.1 Χόνδροι του λάρυγγα	5-9
1.2. Αρθρώσεις του λάρυγγα	9-10
1.3. Μυϊκό σύστημα του λάρυγγα	10
1.4. Αγγεία του λάρυγγα και νεύρα του λάρυγγα	11
1.5. Φυσιολογία του λάρυγγα	12-14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II.	
2.1 Έμμεση εξέταση του λάρυγγα	15-16
2.2. Άμεση λαρυγγοσκόπηση	16-17
2.3. Στραβοσκόπηση	17-17
2.4. Ηλεκτρομιογραφία-Ακτινογραφικός έλεγχος	17-19
ΜΕΡΟΣ II	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III Καρκίνος λάρυγγα	19
3.1. Αιτιολογία-Παθογένεια	19
3.2. Πρόγνωση	20
3.3. Κλινική εικόνα	20-21
3.4. Διάγνωση	21-22
3.5. Θεραπεία	22-23
3.6. Θεραπεία με ακτινοβολία	23-24
3.7. Χειρουργική θεραπεία	24-27
3.8. Συνδυασμένη θεραπεία χειρουργική ακτινοβολία	27-29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Τραχειοτομή τραχειοστομία	30-30
4.1. Σκοποί τραχειοτομής - θέση	31-31
4.2. Ενδειξη τραχειοτομής	31-34
4.3. Επιπλοκές τραχειοτομίας	34-39

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Νοσηλευτικό φροντίδα ασθενούς με καρκίνο λάρυγγα	39-40
5.1. Εκτίμηση της κατάστασης με καρκίνο λάρυγγα	40-46
5.2. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	46-50
5.3. Γενική, προεγχειρητική ετοιμασία	50
5.4. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία	50
5.5. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	50-52
5.6. Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου ασθενούς	52-53
5.7. Μεταγχειρητική φροντίδα	-53
5.8. Μεταγχειρητική φροντίδα	54-56
5.9. Έμμεση μεταγχειρητική φροντίδα	56-56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

6.1. Αλλαγή τραύματος	57-58
6.2. Αλλαγή μεταλλικού τραχειοσωλήνα	59-60
6.3. Νοσηλευτική φροντίδα και καθαρισμός μεταλλικού τραχειοσωλήνα	61-51
6.4. Νοσηλευτική φροντίδα με τραχειοσωλήνα CUFF	61-62
6.5. Βεφούσκωμα CUFF	62-62
6.6. Φούσκωμα CUFF	63-64
6.7. Αλλαγή τραχειοσωλήνα με CUFF	64-65
6.8. Αναρροφήσεις	65-68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

7.1. Αποκατάσταση ασθενή με ολική λαγγυρεκτομή	69-70
7.2. Αυτοπεριποίηση	70-71
7.3. Ομιλία	71-72
7.4. Εμφάνιση	72-73
7.5. Προφύλαξη	74-86

Νοσηλευτική διεργασία

Επίλογος

Βιβλιογραφία

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Οι σελίδες όλης της πτυχιακής γράφτηκαν απο αγάπη, στοργή ακαι ενδιαφέρον για τους καρκινοπαθείς που πάσχουν απο καρκίνο του λάρυγγα. Μέσα σ' αυτές τις σελίδες προσπάθησα να αναπτύξω όσο το δυνατόν τα συμπτώματα τη θεραπεία, τα προβλήματα ψυχολογικά-κοινωνικά που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πάσχουν απο αυτό το είδος του καρκίνου καθώς και την νοσηλευτική περίθαλψη και τον ρόλο της νοσηλεύτριας στην παρατήρηση και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπνευστικό σύστημα εξυπηρετεί την αναπνοή δηλ. την πρόσληψη οξυγόνου και την αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα.

Το αναπνευστικό σύστημα απαρτίζεται από δύο κύρια τμήματα την άνω και κάτω αεροφόρο οδό. Η άνω αεροφόρος οδός απαρτίζεται από την ρίνα, τον ρινοφάρυγγα, το στόμα, το στοματοφάρυγγα και λάρυγγα.

Η κάτω αεροφόρος οδός διακρίνεται στους μεγάλους αεραγωγούς (τραχεία βρόγχους) και στους μικρούς βρογχολικά και κυψελίδες. Η κάτω αεροφόρο οδό παριστάνει το κυρίως αναπνευστικό σύστημα και αποτελείται από: λάρυγγα, την τραχεία αρτηρία με τους βρόγχους και τους δύο πνεύμονες.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο Λάρυγγας, το τελευταίο τμήμα της άνω αεροφόρου οδού, είναι ένα εξειδικευμένο αεραγωγό και φωνητικό όργανο γι' αυτό και η κατασκευή του είναι πολύπλοκη.

Ο Λάρυγγας καλύπτεται από την επιγλωτίδα και έτσι έχει την δυνατότητα να απομονώνει την κάτω αεροφόρο οδό από το φάρυγγα, πράγμα που είναι πολύ σημαντικό κατά την κατάποση για την παρεμπόδιση εισρόφησης τροφής ή υγρών μέσα ή κάτω στην αεροφόρο οδό και ακόμη για το βήχα και τον έμετο.

Η κατασκευή του λάρυγγα είναι πολύπλοκη. Ο λάρυγγας αποτελεί όργανο παραγωγής φωνής. Η φωνή παράγεται από δύο πτυχές του βλενογόνου του λάρυγγα, τα φωνητικά χείλη, τα οποία πάλλονται από τον εκπνεόμενο αέρα.

Ο λάρυγγας βρίσκεται στη μέση γραμμή του τραχήλου καλυπτόμενος μόνο από δέρμα και τραχηλική περιτονία ενώ πίσω έχει τον υποφάρυγγα και πιο πίσω απ' αυτόν τον 4ο, 5ο και 6ο αυχενικό σπόνδυλο.

Στα πλάγια έχει τους κάτω από το ωοειδές οστούν μυες και τον θυροειδή αδένα και προς τα πίσω, το αγγειονευρώδες δεμάτιο του τραχήλου. Κρέμεται δε ο λάρυγγας από το ωοειδές οστούν και εμέσως από την ρίζα της γλώσσας (και γι' αυτό μετακινείται με τις κινήσεις της) και στηρίζεται από κάτω πάνω στην τραχεία που μορφολογικά αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια της.

Το σχήμα του λάρυγγα προς τα άνω μοιάζει με τριγωνική πυραμίδα της οποίας η βάση είναι προς τα πίσω ενώ στο κάτω μέρος μοιάζει με κυλινδρικό.

Ο αυλός του λάρυγγα έχει δύο στόμια το άνω (η φαρυγγικό)

και το κάτω (ή τροχειακό). Το άνω έχει σχήμα ωοειδές και το επίπεδο δεν είναι οριζόντιο αλλά κεκλυμένο, το δε κάτω στόμιο του λάρυγγα είναι κυκλικό και μεταπίπτει απ' ευθείας στον αυλό της τραχειάς χωρίς κανένα σαφές όριο ή άλλο χαρακτηριστικό. Κατά την μέση τραχηλική χώρα σχηματίζει το χαρακτηριστικό λάρυγγικό έπαρμα (μήλο του Αδάμ) το οποίο φαίνεται κυρίως στον άνδρα. Στη γυναίκα βρίσκεται κατά ένα περίπου σπόνδυλο ψηλότερα και ακόμη ψηλότερα στο παιδί και νεογνό.

Κατασκευή του λάρυγγα

Ο λάρυγγας αποτελείται απο:

- Χόνδρους: Αποτελούν το σκελετό του λάρυγγα. Έχουν διάφορα σχήματα απο τα οποία πήρανε και το όνομα τους.
- Μύες: Οι οποίοι ενωνονται και προσφύονται πάνω στους χόνδρους και τους κινούν μεταξύ τους.
- Αγγεία και νεύρα

A/1.1. Χόνδροι του λάρυγγα

Ο λάρυγγας αποκάτω προς τα πάνω απο τους εξής χόνδρους:

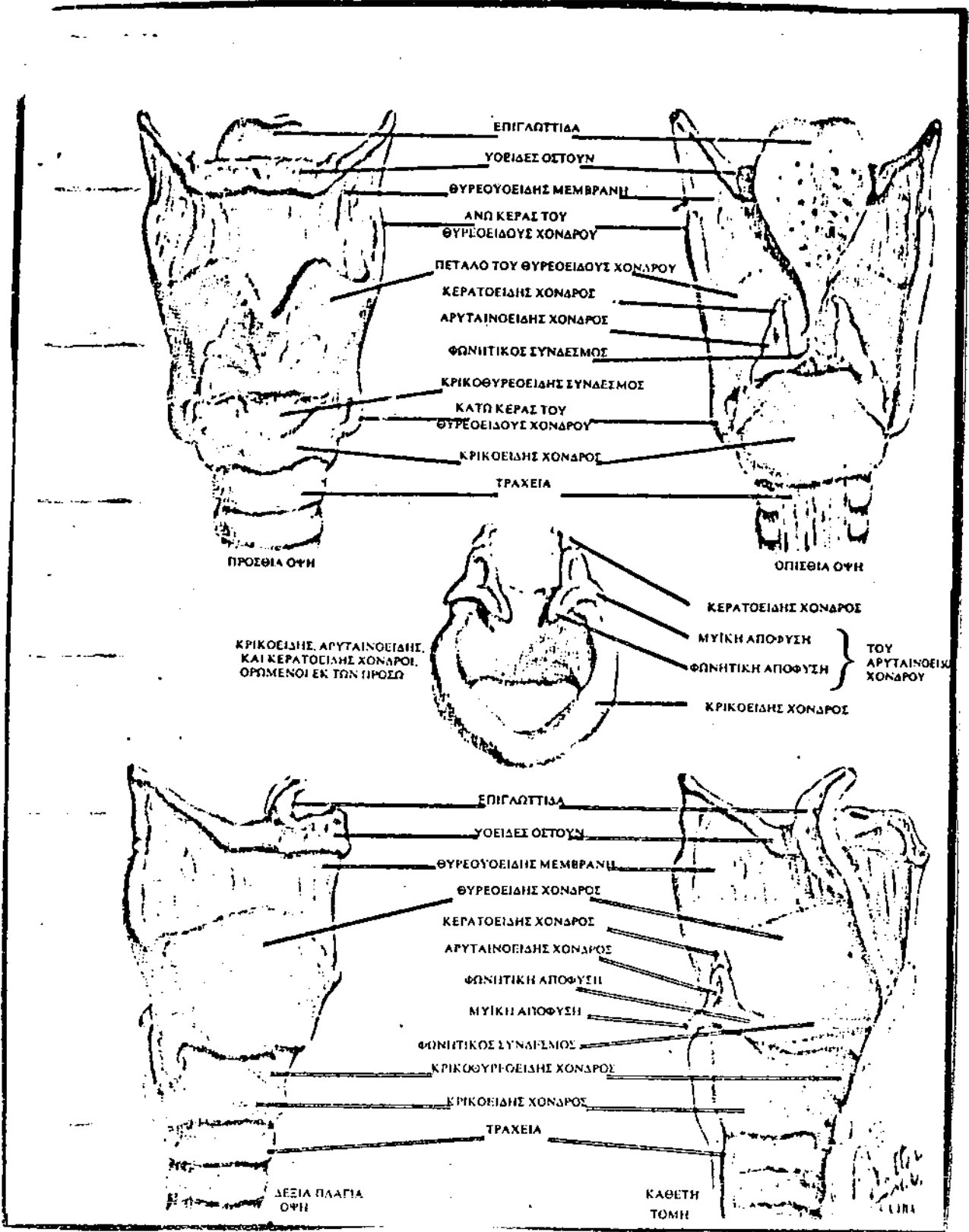
- Κρινοειδής χόνδρος
- Αρυτνωειδής χόνδρος
- Θυροειδής
- Επιγλωτίδα

Ο Κρινοειδής (που μοιάζει με κρύννο, ή δακτυλίδι με σφαιροειδές λίθο πρόκειται περι υαλοειδούς χόνδρου. Τούτος είναι στο πίσω μέρος πλατύτερος και σχηματίζει τα πίσω τοιχώματα του λάρυγγα. Το άνω χείλος του βρίσκεται σε λοξό επίπεδο απο τα εμπρός και κάτω προς τα πίσω κι άνω. Το δε κάτω χείλος βρίσκεται σε οριζόντιο επίπεδο και αποτελεί τη βάση του λάρυγγα. Στα πλάγια του κρινοειδούς χόν-

δρου υπάρχει μικρή υποκοιλίη αθρική επιφάνεια όπου υποδέχεται το κάτω μέρος του θυροειδούς χόνδρου, στην ανώτερη δε μορσία έχει άλλες δύο υποφύσεις με τους οποίους συναντάται με τους αρυταινοειδείς χόνδρους.

Ο θυροειδής χόνδρος. Ο υαλοειδής αυτός χόνδρος συνίσταται από δύο πέταλα τετράπλευρα τα οποία ενώνονται προς τα εμπρός υπό ορθή γωνία δημιουργώντας κατά την μέση γραμμή του τραχήλου προβολή, το λαρυγγικό έπαρμα ή μύλο του Αδάμ. Ο θυροειδής είναι ένας από τους μεγαλύτερους χόνδρους, κάθε ένα από τα πέταλα του θυροειδή είναι τετράπλευρα και σχηματίζει 4 χείλη και δύο επιφάνειες.

ΧΕΙΛΗ. Το πρόσθιο χείλος ενώνεται με το αντίθετο και σχηματίζει τη θυροειδή γωνία. Το οπίσθιο χείλος του πετάλου φέρεται κάθετα και προσεκβάζει προς τα άνω και προς τα κάτω σχηματίζοντας τα άνω και κάτω θυροειδές κέρασ, από τα οποία το κάτω είναι πιο δρασχύ. Μεταξύ του ωοειδούς οστού βρίσκεται η θυροειδής μεμβράνη ενώ μεταξύ κρινοειδούς και θυροειδούς η κρινοθυροειδής μεμβράνη.



Χόνδροι του λάρυγγα

Επιφάνειες

Απο τις επιφάνειες του κάθε πετάλου του θυροειδούς χόνδρου η έσω είναι ανώμαλη προς τα κάτω και χρησιμεύει για την πρόσφυση μυών. Η έξω επιφάνεια εμφανίζει το άνω θυροειδές φύμα το οποίο βρίσκεται κοντά στην αρχή του άνω κερατοειδούς κέρατος. Ανάμεσα στα δύο θυροειδή φύματα διαγράφεται ηλλοξή ακρολοβία η οποία χρησιμεύει για την έκφυση του λαρυγγοφαρυγγικού και θυροειδή μυ.

Αρυτωναοειδείς χόνδροι: Είναι δύο: Έχουν σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας. Είναι οι πιο σπουδαίοι απο τους χόνδρους του λάρυγγα γιατί σ'αυτούς προσφύονται τα φωνητικά χείλη, δηλ. οι φωνητικοί σύνδεσμοι και οι φωνητικές μύες. Οι χόνδροι αυτοί βρίσκονται πίσω απο το θυροειδής χόνδρο και αποτελούν μέρος απο το οπίσθιο τοίχωμα του λάρυγγα. Με τη βάση τους διαρθρώνονται με τις αντίστοιχες αρθικές επιφάνειες του άνω χείλους, του πετάλου του κρικοειδούς χόνδρου.

Οι χόνδροι αυτοί έχουν στη βάση της, πυραμίδας δύο αποφύσεις. Προς τα εμπρός ονομάζεται φωνητική απόφυση και χρησιμεύει για την πρόσφυση της φωνητικής χορδής ενώ προς τα πλάγια ονομάζεται μυϊκή απόφαση και χρησιμεύει για την πρόσφυση του κρικοαρυταινοειδούς μυός.

Οι τρεις επιφάνειες της πυραμίδας είναι (έσω, έξω, οπίσθια). Η οπίσθια επιφάνεια είναι υπόκοιλη και καλύπτεται απο το εγκάρσιο αρυταινοειδή μυ. Η έσω επιφάνεια καλύπτεται απο βλεννογόνο. Στην έξω επιφάνεια βρίσκονται δύο βοηθία το άνω και το κάτω το οποίο χωρίζονται το ένα με το άλλο με ακρολοφία. Η βάση κάθε αρυτοειδή χόνδρου φέρεται προς τα άνω, πίσω και έσω και συνάπτεται με συνδετικό ιστό με το σύστοιχο και κερατοειδή χόνδρο.

Επιγλωτίδα

Βρίσκεται πίσω απο την ρίζα της γλώσσας. Έχει σχήμα φύλλου και ο μισχος του φέρεται προς τα κάτω προσφυόμενος στη γωνιά του θυροειδούς χόνδρου.

Πρόκειται για ελαστικού χόνδρου.

Αναλόγως της φάσης λειτουργίας η επιγλωτίδα λαμβάνει και διαφορετική θέση. Κατά την κατάποση η επιγλωτίδα φέρεται προς τα πίσω και αποφράζει το πάνω στόμιο του λάρυγγα, εμποδίζοντας την είσοδο των τροφών σ' αυτόν.

Στην επιγλωτίδα διακρίνουμε ακόμη το άνω χείλος (βάση και δύο επιφάνειες). Η πρόσθια (γλωσσική) κατά το άνω μέρος είναι ελεύθερη. Η οπίσθια λαρυγγική καλύπτεται απο βλεννογόνου του λάρυγγα.

Κερατοειδής και σφηνοειδής χόνδρος είναι δίπλα.

Ένας δεξιά και ένας αριστερα.

1.2. Αρθρώσεις του λάρυγγα

Οι χόνδροι του λάρυγγα, αρθρώνονται μεταξύ τους με τις διαρθώσεις δηλ. της κρινοθυροειδής, κρυκαρυταινοειδή και την αρυταινοκερατοειδή διάρθρωση.

Η κρινοθυροειδή διάρθρωση έχει ως αρθρικές επιφάνειες την θυροειδή επιφάνεια του κρικοειδούς χόνδρου και την αντίστοιχη επιφάνεια του θυροειδούς κέρατος. Κινήσεις οι δύο χόνδροι κινούνται ο ένας προς τον άλλον γύρω απο τον εγκάρσιο άξονα.

Κρυκαρυταινοειδή διάρθρωση. Έχει αρθρικές επιφάνειες την αρυταινοειδή επιφάνεια του κρικοειδή χόνδρου και την αντίστοιχη επιφάνεια που βρίσκεται στη βάση του αρυταινοειδούς χόνδρου. Κινήσεις. Στροφικές κινήσεις του αρυταινοειδούς χόνδρου γύρω απο τον επημήκη, οβελιαίο και εγκάρσιο

άξονα.

Η αρυταινοειδής διάρθρωση η οποία γίνεται μεταξύ της κορυφής του αρυταινοειδούς και κερατοειδούς χόνδρου.

1.3. Μυϊκό σύστημα λάρυγγα

Οι μύες του λάρυγγα διακρίνονται στους έσω και έξω:

Οι έξω μύες συνδέουν τον λάρυγγα με το περιβάλλον του και εξυπηρετούν την μετακίνηση αυτού στο σύνολό του την καθήλωση την έλξη και την κάθελξη.

- Ετερόχθονες

- Αυτόχθονες

Οι ετερόχθονες μύες μπορεί με βάση την ενεργεία τους να διαιρεθούν σε δύο ομάδες τους, τους ανελκτήρες του λάρυγγα και τους καθελτήρες. Οι μύες του προκαλούν έλξη του ευκίνητου κοειδούς οστού έλκουν προς τα άνω κατά την κατάποση. Ενώ οι μύες που προκαλούν κάθελξη του νοειδούς οστού καθεξύνουν τον λάρυγγα κατά την κατάποση.

Αναλκτήρες μύες. Περιλαμβάνονται ο γενειοκοειδής, ο δεξανοειδής, ο κάτω σφικτήρας του φάρυγγα και ο διγάζτορας.

Καθεκτήρες μύες. Περιλαμβάνονται στερνοειδής, ωμοκοειδής, στερνοθυροειδής και θυρεοκοειδής.

Οι Αυτόχθονες μύες. Μπορεί να διαιρεθούν σε δύο ομάδες. Στους μύες που ελέγχουν την είσοδο του λάρυγγα και σ'αυτούς που κινούν τα κινητικά χείλη.

Οι Αυτόχθονες διακρίνονται: Πρόσθιους, απίσθιους, πλάγιους. Στους τένοντες της φωνητικής χορδής, ανήκει ο θυρεοαρκτονοειδής μυς. Ο μυς αυτός μπορεί να προκαλέσει βράχυνση των φωνητικών χειλών δια ισοτονικής συσπάσεως η αύξηση της τάσης ισομετρική σύσπαση.

1.4 ΑΓΓΕΙΑ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας αγγειώνεται απο την άνω και κάτω λαρυγγική αρτηρία.

Ο λάρυγγας δέχεται αίμα απο την άνω θυροειδούς αρτηρία μέσω της άνω λαρυγγικής αρτηρίας όπου μέσω του λαρυγγικού νεύρου διαπερνά τον θυροειδή υμένα και εισέρχεται στον λάρυγγα. Επίσης αιματώνεται απο τη μέση λαρυγγικής αρτηρία η οποία είναι κλάδος της θυροειδούς αρτηρίας.

Η κάτω λαρυγγική αρτηρία εκφύεται απο την κάτω θυροειδούς αρτηρία και βρίσκεται πίσω απο το λάρυγγα.

Τα λεμφαγγεία του λάρυγγα. Τα φωνητικά χείλη είναι πτωχά σε λεμφαγγεία. Τα λεμφαγγεία απο το πρόδρομο του λάρυγγα και την λαρυγγική αρτηρία πηγαίνουν στα εν τα βάθη άνω τραχηλικά λεμφογόγγυλιο ενώ τα λεμφαγγεία κάτω απο τις φωνητικές χορδές πηγαίνουν στο προτραχειακό λεμφογάγγυλιο.

Νεύρα του λάρυγγα.

Τα νεύρα του λάρυγγα είναι: Το άνω λαρυγγικό νεύρο και το κάτω λαρυγγικό η πολύνδρομο. Αμφότερα είναι οι κλάδοι του πνευμογαστρικού νεύρου.

Το άνω λαρυγγικό νεύρο δίνει δύο κλάδους τον έξω (RAMOS EXTERNUS) και τον έσω κλάδο (REMOS INTERNUS).

Τον άνω λαρυγγικό νεύρο με τον έσω κλάδο του διέρχεται απο τον κοθυροειδή υμένα και διανέμεται στο βλεννογόνο μέχρι τις φωνητικές χορδές και με τον έξω κλάδο, διανέμεται στον κρικοθυροειδή μυ.

Το κάτω λαρυγγικό νεύρο είναι κινητικό για όλους τους υπόλοιπους αυτόχθονες μύες του λάρυγγα και για το βλεννογόνο του λάρυγγα απο τις φωνητικές χορδές και κάτω.

1.5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι λειτουργίες του λάρυγγα είναι:

- Προστατευτική λειτουργία. Προστατεύει τις κατώτερες αναπνευστικές οδούς από την εισρόφηση υγρών ή στεροειδών τροφών:
- Αναπνευστική λειτουργία
- Λειτουργία του λάρυγγα προς παραγωγή της φωνής:

Προστατευτική λειτουργία

Η εισρόφηση υγρών ή στερεών τροφών προς τους κατώτερους αναπνευστικούς οδούς αποφεύγεται με τους εξής τρόπους.

α) Κατά την κατάποση ο λάρυγγας έλκεται προς τα πάνω. Με τον τρόπο αυτό πιέζεται η επιγλωτίδα από την βάση της γλώσσας ως την είσοδο του λάρυγγα αποφράζοντας αυτή. Μετά του λάρυγγα έλκεται προς τα άνω και ο θυροειδής αδένας ενώ οι λεμφαδένες προσκείμενοι των τοιχωμάτων των μεγάλων αγγείων και οι τραχηλικές κύστες παραμένουν αμετακίνητοι.

Η ανύψωση και η κάθελξη του λάρυγγα κατά την κατάποση οφείλεται βασικά στην σύσπαση των μυών του προσφυόμενου στο κειδές στο στέρνο και τη βάση του κρανίου.

β) Οι φωνητικές χορδές αντανakλαστικά κλείνουν την γλωτίδα κατά την κατάποση.

γ) Το αντανakλαστικό του βήχα προκαλείται αμέσως όταν ένα σώμα φτάσει στο λάρυγγα ή στην τραχεία. Απαραίτητη προϋπόθεση προς την διενέργεια του βήχα ή τον τενεισμό κατά την βερεία εργασία κατά την απόδευση ή του τοκετού είναι πλήρη απόφραξη της επιγλωτιδικής σχισμής προς ανύψωση της ενδοθωρακικής πίεσης, και επι παράλυση των φωνητικών χορδών.

Φωνητική λειτουργία

Ο λάρυγγας είναι ειδικά προσαρμοσμένος για να ενεργεί ως δονητής. Τα όργανα που συμμετέχουν στην παραγωγή ανθρώπινης

φωνής είναι δυνατό να συγυρισθούν με πνευστό όργανο.

Η "υποθήκη αέρος", αποτελείται απο πνεύμονες, βρόγχους και της τραχείας.

Το δονητικό στοιχείο του είναι οι φωνητικές χορδές που τεντώνοντας ή παίρνουν ορισμένες θέσεις με την βοήθεια μερικών εξειδικευμένων μυών που βρίσκονται μέσα στο λάρυγγα.

Οι δονήσεις των φωνητικών χειλέων οδηγούν σε περιοδικές διακοπές του ρεύματος του αέρα.

Η φωνή του ανθρώπου επιδέχεται μεταβολές επειδή όλα τα όργανα που συμμετέχουν στο σχηματισμό αυτής είναι δυνατόν να μεταβληθούν.

Υπάρχουν δύο θεωρίες όσο αφορά την παραγωγή δονήσεων των φωνητικών χορδών: η κλασική μυελαστική θεωρία και η νευρολογική θεωρία του R. MUSSON.

Κατά την φώνηση παράγεται εκ συνθέσεως διάφορων δευτερευόντων τόνων ο ήχος ο οποίος χαρακτηρίζεται απο την ένταση το ύψος του θεμελιώδους τόνου και το χρώμα (χροιά). Η ένταση του ήχου εξαρτάται απο την ισχύ του εκπνεόμενου ρεύματος αέρα και το εύρος των δονήσεων των φωνητικών χορδών. Το ύψος του θεμελιώδους ήχους καθορίζεται απο των δονουμένων φωνητικών χορδών.

Το χρώμα της φωνής

Η χροιά της φωνής παρουσιάζει μεγάλες διαφορές εξαρτώμενος απο την ατομική κατασκευή το γένος και τη ηλικία. Μια ακούσια μεταβολή της φωνής είναι δυνατόν να επιτευχθεί με αλλαγή τη θέσης του λάρυγγα. Η ανύψωση του λάρυγγα (βράγχυνση του ηχείου αντιχίσεως) προκαλεί ανικτώτερη χροιά της φωνής. Η καθίζηση του λάρυγγα επιμήκυνση του ηχείου αντιχίσεως έχει ως αποτέλεσμα βαθύτερη φωνή.

Οι φθόγγοι της ομιλίας, είναι ήχοι και θόρυβοι που παράγονται μέσα στην στοματική, ρινική και φαρυγγική κοιλότητα. Η συνήθης ομιλία παράγεται από την δόνηση των τεταμένων φωνητικών χειλέων. Επί ψυθιριστή φωνή η γλώσσα στενεύει και λόγω της αύξησης της τάσης των φωνητικών χειλέων συμπλησιάζει η μενομβρονώδης μοίρα ενώ η μεσοχονδριομοίρα παραμένει ακίνητη. Για το λόγο αυτό η ψυθιριστή φωνή δεν συμβάλλει στην ηρεμία και ανάπαυση των φωνητικών χορδών αλλά κατά λεγμονής αυτών.

Αναπνευστική λειτουργία

Επί ηρεμίας η γλωτίδα παρουσιάζει κατά την εισπνοή διεύρυνση ή κατά την εκπνοή στένωση. Κατά τη βαθιά αναπνοή η γλωτιδική σχισμή λαμβάνει την μέγιστη αυτή διεύρυνση. Αυτό συμβαίνει αντανακλαστικά και επί κατάσταση ελλειψης οξυγόνου ενώ αντιτίθεται επί δύσπνοιας και επί ακάθαρτων και δηλητηριώδων αερίων (αμμωνία, ατμοί οξέων, πολεμικά αέρια) με μολυσμένου λαμβάνει χώρα αντανακλαστική απόφραξη της γλωτίδας.

Στένωση, του λάρυγγα προκαλεί εισπνευστικό συριγμό, ενώ στένωση της τραχείας προκαλεί εισπνευστικό και εκπνευστικό συριγμό.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

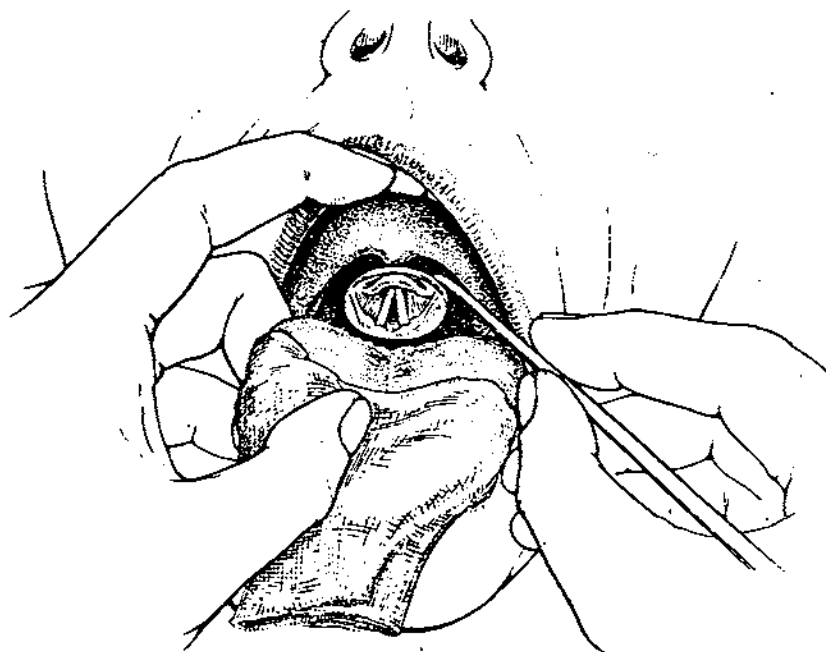
Μέθοδοι εξετάσεις του Λάρυγγα

2.1. ΕΜΜΕΣΟΣ ΛΑΡΥΓΓΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η μέθοδος αυτή είναι επινόηση του Ισπανού διδάσκαλου της οδικής ΕΑΡΝΙΟ.Ο ΤΥΡΚ εισήγαγε αυτή τη μέθοδο ως εξέταση του λάρυγγα.

Η έμμεσος λαρυγγοσκόπηση γίνεται με την βοήθεια μεταδιαίου κατόπτρου.

Τεχνική της λαρυγγοσκόπησης. Αφού ενημερωθεί ο ασθενής για την εξέταση κάθεται μπροστά στον εξετάζοντα έχοντας το σώμα του κατακόρυφα και την κεφαλή προς τα εμπρός και προτρέπεται να βγάλει την γλώσσα του προς τα έξω και εκτελεί αναπνευστικές κινήσεις σαν λανάνισμα.



Η κερυφή προς τα έξω εκτεινόμενης γλώσσας, πιάνεται από τον εξετάζοντα με γαζα με το αριστερό χέρι ενώ με το δεξί το λαρυγγοσκόπιο εισάγεται στη στοματική κοιλότητα και κρατιέται όπως κρατιέται ένα μολύβι.

Πριν την εισαγωγή στο ασθενή να αναπνεεί ήρεμα και αδιάλ-

λειπτα και κατά την εισπνοή να προφέρει το φωνήεν (ε) ή (ι).

Το λαρυγγοσκόπιο μοιάζει με οδοντιατρικό εργαλείο και η χρήση του στηρίζεται στην αρχή αντανάκλασης του φωτός.

Κατά την εξέταση χρησιμοποιούμε μεγάλου μεγέθους κάτοπτρο για να έχουμε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εικόνα.

Το λαρυγγοσκόπιο μπαίνει στο λάρυγγα με τέτοιο τρόπο ώστε η οπίσθια επιφάνεια του να εφάπτεται με την σταφυλή και γίνονται ελαφρές κινήσεις με τις οποίες καταρθώνεται η επισκόπηση του λάρυγγα του υποφάρυγγα και της αρχικής μοίρας της τραχείας.

Η εξέταση πρέπει να γίνεται συστηματικά και λεπτομερικά είναι προτιμότερο να επαναλαμβάνεται παρά να εξετάζονται με μια προσπάθεια.

Κατά την εξέταση, εκτιμάται η χροιά του βλεννογόνου και αναζητείται η παρουσία τυχόν ανωμαλίας με μορφή οιδήματος του λάρυγγα η εξέταση διευκολύνεται όταν ο ασθενής ψιθυρίζει το φωνήεν (η). Στην ανύψωση επισκοπούνται κατά σειρά, οι αρυταινοε ζωτιδικές πτυχές, νόδες και γνήσιες φωνητικές χορδές και μεσαρυταινοειδή διάστημα. Οι γνήσιες φωνητικές χορδές είναι λευκές ομαλές και ελαφρώς υγρές.

Μετά εξετάζεται η κινητικότητα του λάρυγγα. Η κίνηση εξετάζεται κατά την ηρεμη αναπνοή και οι φωνητικές χορδές προσάγονται ελαφρά παραμένουν όμως σε διάταση. Δυσχέρειες κατά την έμμεσο λαρυγγοσκόπηση είναι η παρουσίαση αντανάκλαστικών. Υπερευαισθησία του βλεννογόνου του φάρυγγα. Αυτό αποφεύγεται με ψεκασμό ή επάλλειψη με παιντοκαΐνη 1%.

2.2. Άμεσος Λαρυγγοσκόπηση

Αυτή γίνεται σε μικρά παιδιά. Η άμεσος λαρυγγοσκόπηση προτιμάται για την αφαίρεση ξένου σώματος, αφαίρεση πολυπόδων φωνητικών χορδών καθώς και για τηλήψη τεμαχίων για ιστολογι-

κή εξέταση.

Γίνεται συνήθως με γενική νάρκωση ή με τοπική αναισθησία. Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση, με το κεφάλι έτσι ώστε ο λάρυγγας ή στοματική κοιλότητα και η τραχεία να βρίσκονται σε ευθεία γραμμή.

Ο ασθενής καλύπτεται κατά την εξέταση με άσηπτες συνθήκες. Το λαρυγγοσκόπιο εισάγεται στη στοματική κοιλότητα, προς τα πίσω μέχρι να συναντήσει την επιγλωτίδα. Αφού συναντήσει την επιγλωτίδα την οποία παρακάμπτει με ελαφρή υπέγερση του ρύγχους του το οποίο έτσι βρίσκεται στο πρόδρομο του λάρυγγα. Η μέθοδος αυτή παρέχει τη δυνατότητα του λεπτομερέστερου ελέγχου της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως της επιγλωτιδικής μοίρας.

2.3. Στραβοσκόπηση

Είναι μέθοδος έμμεσος λαρυγγοσκόπησης κατά την οποία παρατηρούμε τις δονήσεις ωτων φωνητικών χορδών.

Γίνεται με στραβοσκόπιο που παράγει φωτεινές ακτίνες σαν αστραπή. Κατά την στραβοσκόπηση είναι δυνατόν να διαπιστώσουμε αν οι δονήσεις είναι ομοιόμορφες αμφοτερόπλευρες, κανονικές ή ακανόνιστες. Με τη λαρυγγοστραβοσκόπηση είναι δυνατόν να οδηγηθούμε στη σκέψη δημιουργούμενη, ενδεχομένως νεοπλασματικής εξεργασίας σε πολύ αρχικό στάδιο πράγμα το οποίο με γυμνό οφθαλμό είναι αδύνατο.

Υπερηγλωτιδογραφία

Η υπερηγλωτιδογραφία είναι νεότερη μέθοδος ελέγχου της ακινησίας των φωνητικών χορδών με υπερήχους.

2.4. Ηλεκτρομυογραφία

Με την μέθοδο αυτή ελέγχεται η λειτουργικότητα των λαρυγ-

γικών νεύρων. Η εξέταση είναι εργαστηριακή και γίνεται με ειδικό όργανο ηλεκτρομυογράφο, που καταγράφει με μορφή καμπύλης γραμμών επάνω σε χάρτινη ταινία τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται στην περιοχή του λάρυγγα.

Μικρολαρυγγοσκόπηση

Συνίσταται στον έλεγχο της λαρυγγικής κοιλότητας υπο μεγέθυνσης. Εκτελείται με ειδικό λαρυγγοσκόπιο που εισάγεται όπως το έμμεσο. Η εκτέλεση γίνεται με γενική νάρκωση.

Ακτινογραφικός έλεγχος

Αυτό γίνεται με τους παρακάτω τρόπους:

- α) Πλάγια ακτινογραφία, με την οποία ελέγχεται η ακεραιότητα και η φυσιολογική διάταξη των σκληρών μορίων του λάρυγγα.
- β) Πρόσθια τομογραφία, με την οποία επιτυγχάνεται η απεικόνιση των μαλακών μορίων του λάρυγγα χωρίς την παρεμβολή της σκιάς της σπονδυλικής στήλης.
- γ) Λαρυγγογραφία που αποτελεί ακτινογραφία του λάρυγγα έπειτα από έγχυση στην κοιλότητα της σκιαγραφικής ουσίας.
- δ) Σηρογραφία, που στηρίζεται στη φωτοαγωγιμότητα του σεληνίου. Μια πλάκα από αλουμίνιο σκεπάζεται με λεπτό στρώμα σεληνίου. Με τη επίδραση ακτίνων X γίνονται μεταβολές στο ηλεκτροστατικό πεδίο της πλάκας με τις οποίες απεικονίζονται τα μαλακά μέρη του λάρυγγα πολύ καθαρά στην ακτινογραφία. Το μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι απαιτεί το πλαίσιο ποσότητα ακτινοβολίας συγκριτικά με απλή ακτινογραφία.

Ψηλάφηση τραχήλο

Απαραίτητη συμπλήρωση της λαρυγγολογικής εξέτασης είναι η ψηλάφηση της τραχηλικής χώρας στο σύνολό της.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Καρκίνος Λάρυγγα

Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί το 2% περίπου όλων των καρκίνων του σώματος. Έχει διαπιστωθεί ότι προσβάλλει συχνότερα τους καπνιστές από τους μη καπνιστές. Έχει επίσης παρατηρηθεί σε πειραματικές εργασίες ότι είναι δυνατή η πρόκληση ανάπτυξης καρκίνου σε μωγούς όταν έχουν εκτεθεί επί μακρόν σε εισπνοή καπνού.

3.1. Αιτιολογία-Παθογένεια

Συχνότερα η πάθηση προσβάλλει τους άνδρες παρά τις γυναίκες, στις οποίες είναι πολύ σπάνια. Το 90% των καρκίνων του λάρυγγα εμφανίζονται στους άνδρες σε προτίμηση την ηλικία 55-65 ετών. Η αιτιολογία της διαφοράς αυτής δεν είναι γνωστή πλανόν ορμονολογικοί λόγοι διαδραματίζουν τους λόγους αυτούς.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της γέννησης του καρκίνου του λάρυγγα δεν είναι επακριβώς γ. στοί.

Οποσδήποτε όμως αποδεδειγμένοι είναι οι εξής:

- Χημικοί ερεθιστικοί παράγοντες (καπνοί, εισπνοή, καρκινογόνων ουσιών).
- Φυσικοί (ακτίνες RONTGEN κλπ.).

Η εντόπιση καρκίνου στη γλωτιδική περιοχή είναι η συνηθέστερη σε σχέση με τις υπόλοιπες περιοχές του λάρυγγα, λόγω της ελλείψεως βλεννογόννων αδένων η κροσσωτών κυττάρων των φωνητικών χορδών με αποτέλεσμα το εισπνεόμενο υλικό να καθλώνεται στη γλωτίδα χωρίς να μπορεί να αποβληθεί. Έτσι εξηγείται η επίδραση του καπνίσματος. Αντίθετα στην υπεργλωτιδική περιοχή αιτιολογική σχέση για την εντόπιση καρκί-

νου έχουν διαφορές ερεθιστικές ουσίες και επαγγελματικές σκόνες καθώς και το αλκοόλ.

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

Ιστολογικώς πρόκειται για καρκίνο που προέρχεται από πλατύ επιθήλιο διαφοροποιημένο ως εντελώς αδιαφοροποίητο.

3.3 Κλινική εικόνα

Συνήθως οι άρρωστοι είναι άνω των 50 ετών και επί των πλείστων έχουν ιστορικό κατάχρησης καπνού ή και οινοπνευματοδών ποτών. Η συμπτωματολογία παρουσιάζει πολλές διαφορές κατά την περίπτωση ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου.

Π.Χ. το καρκίνωμα των φωνητικών χορδών διαφέρει του υπεργλωτιδικού καρκινώματος όσο αφορά την εμφάνιση συμπτωμάτων. Πάντως τα κυριότερα και συνηθέστερα ενοχλήματα για τα οποία οι άρρωστοι προσέρχονται στο γιατρό είναι η δυσκαταποσιά, η δύσπνοια, η αντανάκλαστική ωταλγία και ο βρόγχος της φωνής.

Η δυσκαταποσιά

Παρατηρείται συνήθως σε καρκίνους του απιοδειδούς βόθρου και υπεργλωτιδικού λάρυγγα και της βάσεως της γλώσσας.

Δύσπνοια προκαλείται από όγκους που εμφανίζονται στο λαρυγγοφάρυγγα στην υπογλωτιδική μοίρα του λάρυγγα καθώς και σε άλλες θέσεις του λάρυγγα εφόσον η μάζα του όγκου αποφράζει την αναπνευστική οδό και καθηλώνει τις φωνητικές χορδές.

Η δυσχέρεια της αναπνοής είναι προσευτική και γι' αυτό αρχικά γίνεται ανεκτή από τον άρρωστο ο οποίος αποφεύγει να πάει στο γιατρό. Έτσι η διάγνωση της αιτίας γίνεται σε προχωρημένα στάδια της αποφράξεως. Δεν είναι όμως ασυνήθες κατά

τα αρχικά στάδια να αποδοθούν τα δυσπνοϊκά φαινόμενα και σε άλλα αίτια άσθμα.

Η αντανακλαστική: ωταλγία είναι χαρακτηριστική επί μεγάλων όγκων του απιοειδούς βόθρου της βάσεως της γλώσσας και του γλωσσοεπιγλωττιδικού βοθρίου οπότε το ερέθισμα μεταβιβάζεται με το πνευμονογαστρικό νεύρο.

Βρόγχος της φωνής: που διαρκεί περισσότερο απο 3 εβδομάδες πρέπει να προκαλεί υποψία του γιατρού για πιθανή κακοήθη νεοπλασία, είναι το πρώτο και συνηθέστερο σύμπτωμα τη καρκινωμάτων των φωνητικών χορδών. Το βρόγχος της φωνής αποτελεί κατά κανόνα για τους γλωττιδικούς όγκους και του υπογλωττιδικούς.

Η αλλοίωση των φωνητικών αυτών απο την επέκταση του καρκίνου στο φωνητικό μυ, την κρικαρυταινοειδή διάρθρωση και τα κάτω λαρυγγικά νεύρα.

3.4. Διάγνωση

Η σημερινή ιατρική παρέχει άφθονα μέσα για την εξέταση των διάφορων περιοχών του λάρυγγα. Η κλινική εξέταση πρέπει να επεκτείνεται σε όλες τις περιοχές της κεφαλής και του τραχήλου γιατί συχνά παρατηρούνται καρκινώματα στη ανώτερη αναπνευστική και πεπτική οδό. Η παρουσία διογκωμένων τραχηλικών λεμφογυγγλίων οφείλεται ενδεχομένως σε μετασταση του καρκίνου.

Κατά την λαρυγγοσκόπηση επί καρκινώματος, των φωνητικών χορδών διακρίνουμε ότι μια φωνητική χορδή είναι εξέρυθρος, παχυμένη υβώδης μερικές φορές ελκώδης και καλυμένη εμε στρώμα ινικής. Μεγάλη σημασία έχει η παρατήρηση κινητικότητας των φωνητικών χορδών που έχουν προσβληθεί. Περιορισμό ή αναστολή της κινητικότητας των φωνητικών χορδών υποδηλώνουν διηθητική

επέκταση του νεοπλάσματος που σημαίνει επιδείνωση της πρόγνωσης.

Σήμερα η μικροσκοπική εξέταση του λάρυγγος επιτρέπει την ανακάλυψη αμφισβητούμενων αλλοιώσεων του επιθηλίου και συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Η διαφορική διάγνωση καρκινώματος του λάρυγγα από τους πολύποδες των φωνητικών χορδών ή από τα περιγεγραμμένα οιδήματα τους δεν είναι δύσκολη. Σε πολύποδες ή οιδήματα η επιφάνεια του βλενογόννου είναι λεία και ομαλή ενώ σε καρκίνωμα πάντα υβώδης και ανώμαλη.

Η διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα πρέπει πάντοτε και οποσδήποτε να επιβεβαιώνεται με ιστολογική εξέταση και βιοψία.

Η βιοψία στις περισσότερες περιπτώσεις λαμβάνει χώρα με τοπική αναισθησία με έμμεση λαρυγγοσκοπήση.

Σε δύσκολες περιπτώσεις γίνεται με γενική νάρκωση με τη βοήθεια της αμεσοσκοπήσεως και του χειρουργικού μικροσκοπίου.

Τα ευρήματα της ιστολογικής εξετάσεως της πρώτης ήδη βιοψίας επιβεβαιώνουν την κλινική διαγνωση.

Αρνητική έκδοση της βιοψίας δεν αποτελεί πάντα αποδειξη μη υπάρξεως κακοήθους νεοπλάσματος. Σε τέτοιες περιπτώσεις αιαιτούνται δύο και τρεις βιοψίες.

Μετά το τέλος της εξέτασης του ασθενούς και τη διαμόρφωση γνώμης για την εντόπιση το μέγεθος και την έκταση του όγκου χρησιμοποιούνται διαγράμματα με σχηματικές απεικονήσεις του λαρυγγοφάρυγγα του τραχήλου επί των οποίων είναι δυνατόν να σχεδιαστεί ο όγκος.

3.5. Θ ε ρ α π ε ί α

Η απόφαση για ποιά θεραπευτική αγωγή θα εφαρμοστεί εξαρ-

τάται απο λεπτομερειακό προσδιορισμό της εκτάσεως του νεοπλασματος απο την ύπαρξη και όχι μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες και απο την ύπαρξη και όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων (πνεύμονες, ύπαρ), καθώς απο την ηλικία και την γενική κατάσταση.

Ο καρκίνος του λάρυγγα αντιμετωπίζεται με τρία θεραπευτικά σχήματα.

1. Ακτινοθεραπεία
2. Ριζική χειρουργική θεραπεία
3. Συνδυασμένη αγωγή δηλ. χειρουργική ακτινοβολία

3.6. Θεραπεία με ακτινοβολία

Η θεραπεία αυτή γίνεται με τις εξής μεθόδους:

- α. Με την συνιθησμένη ακτινοβολία με ακτίνες X (RONRGEN)
- β. Με την ακτινοβολία με τηλεκοβάλτιο.
- γ. Ακτινοβολία BARATRON
- δ. Με την ακτινοβολία SUPERRALT
- ε. Με την ακτινοβολία με ράδιο εξέπαγής.

Τα μειονεκτήματα όμως των ακτίνων X ακτινοβολίας, οι οποίες προκαλούν βλάβη του χόνδρινου σκελετού του λάρυγγος και του ακτινοβολουμένου δέρματος οδήγησαν στο περιορισμό της μεθόδους αυτής τουλάχιστον στις μεγάλες κλινικές.

Νεώτερες ακτινοβολίες είναι με τηλεκοβάλτιο BATATRON και η SUPERRALT αυτές δεν παρουσιάζουν τα μειονεκτήματα της προηγούμενης διότι αφήνουν ανέπαφο τον χόνδρο και το δέρμα και σήμερα εφαρμόζεται σε μεγάλη έκταση.

Προς την καταστροφή του κακοήθους νεοπλασματος απαιτείται συνολικά δόση ακτινοβολίας απο 6000-8000 R. Η συνολική αυτή δόση χορηγείται εν μέρη καθημερινά με δόσεις 150-200 R. Οι ανατομικές δυσκολίες του λάρυγγα απαιτούν ακριβή υπολογισμό

της χορηγούμενης δόσης (δοσομετρία) γεγονός που απαιτεί και προϋποθέτει μεγάλη πείρα και ανατομικές γνώσεις. Γι' αυτό απαιτείται συνεργασία μεταξύ ραδιολόγου και λαρυγγολόγου.

Όσο αφορά την εξέπαγής ακτινοβολία με ράδιο λόγω των καλύτερων αποτελεσμάτων του τηλεκοβαλτίου ακτινοβολία τα τελευταία έχει εγκαταληφθεί. Το αποτέλεσμα δι' ακτινοβολίας θεραπείας είναι ικανοποιητικό μόνο για καρκινώματα της φωνητικής χορδής όταν βρίσκεται στο πρώτο στάδιο όταν περιορίζεται στην νεπιφάνεια της φωνητικής χορδής και δεν έχει επεκταθεί προς την πρόσθια εντομή και προς τα πίσω, στον αρυταινοειδή χόνδρο.

3.7. Χειρουργική θεραπεία

Για το ποιά χειρουργική μέθοδο θα εφαρμόσουμε και ποιά έκταση θα λάβει εξαρτάται από την εντόπιση την έκταση που καταλαμβάνει, το νεόπλασμα και των υπάρχουσων μεταστάσεων καθώς από την ηλικία και την γενική κατάσταση του αρρώστου.

A'. Τμηματικές λαρυγγε τομές

1. **Θυρεστομή μετά χορδεκτομής:** Αυτή συνίσταται στην αφαίρεση της φωνητικής χορδής μετά την διάνοιξη του θυροειδής χόνδρου κατά την μέση γραμμή. Λαμβάνει χώρα μόνο όταν το νεόπλασμα περιορίζεται στη μία φωνητική χορδή και η κινητικότητα αυτής είναι καλή.

Δια της ενδοσκοπικής οδού αφαίρεσης μικρού καρκινώματος της φωνητικής χορδής με την βοήθεια χειρουργικού μικροσκοπίου απαγορεύεται αυστηρώς διότι δεν γνωρίζουμε την έκταση και το βάθος που καταλαμβάνει το νεόπλασμα και θέτουμε σε κίνδυνο την μοναδική σωτηρία του ανθρώπου.

2. **Τμηματικές εξαιρέσεις:** Στην περίπτωση αυτή το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής έχει υπερβεί ελαφρώς το όριο της, έχου-

με σειρά απο διάφορες μεθόδους τμηματικών εξαιρέσεων του λάρυγγα. Αυτή σε γενικές γραμμές συνίσταται ως εξής: Μέσω μιας διευρυμένης θυρεοτομής αφαιρούνται τμήματα θυροειδούς χόνδρου της αντιθέτης φωνητικής χορδής, της μαργονείου κλει-
λίας και του υπογλωττιδικού χώρου.

Ημιλαρυγγεκτομή. Αυτη γίνεται με την αφαίρεση του ημεσέος του λάρυγγα, όταν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής καθώς αυξάνεται διηθητικώς καταλαμβάνει μεγαλύτερα τμήματα του φωνητικού μυός και φθάνει ως τον αρυταινοειδή χόνδρο (καμιά κινητικότητα της φωνητικής χορδής . Η ημιλαρυγγεκτομή είναι δυνατόν να γίνει έτσι, ώστε είτε μετά το τέλος της εγχειρήσεως να γίνει και το κλείσιμο του λάρυγγα είτε μετά απο λίγες ημέρες μεταχειρητικώς. Αν το νεόπλασμα έχει μεγαλύτερη έκταση, είναι δυνατόν μετά αποτην ημιλαρυγγεκτομή να επενδύσουμε το τραύμα με κρημνό επιδερμίδας και συνέχεια μετά απο 6 μήνες να γίνει πλαστική απόφραξη του λάρυγγοστόματος με μεταφορά κρήμνου δέρματος.

Υπεργλωτιδική οριζόντιος ημιλαρυγγεκτομή κατά ADONSO

Αυτή γίνεται επί υπεργλωτιδικού καρκινώματος. Παρέχει την δυνατότητα της αφαίρεσης του νεοπλάσματος μαζί με τους γειτονικούς ιστούς και συγχρόνως διατηρείται η λειτουργία του λάρυγγα ως όργανο φωνής και αναπνοής. Μετά την αφαίρεση της επιγλωτίδας την λειτουργεία αυτής την αναλαμβάνει η βάση της γλώσσας που κατά τη κατάποση πηγαίνει πάνω απο την γλωττίδα και καλύπτει αυτή και έτσι αποφεύγεται ο κίνδυνος εισρόφησης ξένων σωμάτων.

Λαρυγγεκτομή (ολική λαρυγγεκτομή)

Αυτή αποτελεί την σπουδαιότερη επέμβαση της χειρουργικής του καρκινώματος του λάρυγγα και συνίσταται με ολική

αφαίρεση. Γίνεται σε περίπτωση εκτεταμένου καρκινώματος, επί υπογλωττιδικού επί καρκινώματος υποφάρυγγα και σε περίπτωση καρκινώματος που έχει υπερβεί τα όρια του.

Για πρώτη φορά η επέμβαση χρησιμοποιήθηκε από το χειρουργό BIDLROTH το 1873. Οι χειρουργοί EDUCK και SOVENSEN κατά το τέλος του 19ου αιώνα τελειοποίησαν την τεχνική της λαρυγγεκτομής. Στην αρχή η θνησιμότητα ήταν 50% και μετά κατέβηκε 2-3%.

Η μέθοδος του EDUCK και SOVENSEN με ελαφρές τροποποιήσεις εφαρμόζεται και σήμερα.

Η επέμβαση γίνεται με ενδοτραχειακή νάρκωση. Η τομή του δέρματος έχει σχήμα UηΓ. Στη συνέχεια παρασκευάζεται το δέρμα του τραχήλου ελευθερώνεται ο λάρυγγας και αφαιρείται τελικώς δια αποκόλλησης από τον υποφάρυγγα και αποκοπής από την τραχεία από πάνω προς τα κάτω και από κάτω προς τα άνω. Τοσημείο διανήξεως της τραχείας συράπτεται με το δέρμα προς τη δημιουργία μόνιμης τραχειοτομίας και ο φάρυγγας κλείνεται με συραφή επιμελώς. Αν έχουν προσβληθεί με μεταστάσεις τα μαλακά μέρη του τραχήλου αφαιρούνται. Ο ασθενής μετά από 8-10 μεταχειρητικές ημέρες συτίξεται με οισοφάγο σωλήνα, που περνά από τη μύτη.

Η θνησιμότητα από την επέμβαση βρίσκεται κάτω από 1%. Αν ο όγκος δεν επεκτείνεται μόνο στο λάρυγγα και έχει διαβρώσει και το πρόσθιο τοιχωμάτων, τα μαλακά μέρη ως και το δέρμα πρέπει να αφαιρούνται οι περιοχές που έχουν προσβληθεί.

Ριζική αφαίρεση τραχηλικών λεμφαδένων

Διακρίνουμε την θεραπευτική NECK-DISSERTION που γίνεται σε περιπτώσεις ψιλαφητών μεταστάσεων και την προφυλακτική NECK-DISSERTION δεν αφαιρούνται μεμονομένοι λεμφαδένες αλλά όλα τα μαλακά μέρη της μια τραχηλικής πλευράς με τα λεμ-

φαγγεία και τους λεμφαδένες του βρίσκονται μέσα τους. Ακόμα αφαιρείται η σφαλίτιδα φλέβα ο στερνοκλειδομαστοειδής μυς και το λίπος που βρίσκεται ενδιάμεσο. Κατά τη συστηματική NECK DISSERTION το παραπληρωματικό νεύρο είναι δυνατόν να διατηρηθεί. Διατηρούνται ανέπαφα οπωσδήποτε η καρωτίδα το πνευμογαστρικό νεύρο και οι σκαληνοί μυς.

3.8. Συνδυασμένη θεραπεία χειρουργική ακτινοβολία

Μόνο επί κάρκινώματος της φωνητικής χορδής κατά το αρχικό στάδιο η ακτινοβολία έχει την ίδια μάζα με την χειρουργική αγωγή. Επί των άλλων περιπτώσεων όταν ο όγκος έχει επεκταθεί πέρα του ευνοϊκού σταδίου πρέπει να προβούμε σε εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση η συνδυασμένη με την ακτινοβολία. Όταν τα καρκινώματα έχουν καταλάβει όλους τους ορόφους του λάρυγγα, νεοπλάσματα με εκτεταμένες μεταστάσεις και έχουν προκαλέσει ρύξη του λάρυγγικού τοιχώματος συνιστάται απαραίτητος συνδυασμός εγχειρήσεως και ακτινοβολίας. Ο συνδυασμός αυτός γίνεται με δύο τρόπους.

α) Μετά την χειρουργική επέμβαση και την επούλωση του τραύματος να ακτινοβοληθεί ο ασθενής (μεταχειρητική ακτινοβολία).

β) Η ακτινοβολία να προηγηθεί της επέμβασης (προεγχειρητική ακτινοβολία).

Η δεύτερη περίπτωση έχει ορισμένους περιορισμούς διότι σε περιπτώσεις ομαλής προεγχειρητικής ακτινοβολίας. Επειδή νευρώνεται σε δέρμα και οι πιθανότητες πρωτοπαθούς επούλωσης του τραύματος ελαττώνονται. Τελικά εφαρμόζεται σήμερα η μέθοδος αυτή κατά το οποίο ένα τμήμα της συνολικής δόσης προεγχειρητικά και το άλλο μεταχειρητικό.

Η σημασία της προεγχειρητικής ακτινοβολίας βρίσκεται στο ότι μ'αυτή ελαττώνεται σημαντικά η ζωτικότητα των νεοπλασματικών κυττάρων ότι κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως αυτά εισχωρούν στην αιματική λεμφική κυκλοφορία να μην μπορούν να δημιουργήσουν μεταστάσεις.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις από την λαρυγγεκτομή και η αποκατάσταση της φωνήσεως

Η λαρυγγεκτομή είναι αναμφισβήτητα μια σοβαρή εγχείριση και αφήνει μεγάλη αναπηρία. Η προοπτική της κατάστασης αυτής είναι φυσικό να φοβήσει τους αρρώστους προκειμένου να πάρουν μια τέτοια απόφαση. Οι ψυχολογικές όμως επιπτώσεις εμφανίζονται βαθμιαία μετά την λαρυγγεκτομή όταν ο αρρώστος συνειδητοποιήσει την φωνητική αναπηρία. Οι επιπτώσεις αυτές είναι εντονότερες σε άτομα που χρησιμοποιούν την φωνή τους στα επαγγελματικά αλλά και σε άλλα που από το χαρακτήρα τους είναι ομιλητικά. Έτσι στα άτομα αυτά παρατηρείται συνήθως προοδευτική δυσθυμία και απογοήτευση που μπορεί να εξελιχθεί σε μελαγχολία με πολύ δυσάρεστα επακόλουθα. Οισυνέπειες αυτές πρέπει να προλαμβάνονται εγκαίρως με τη πλήρη ενημέρωση των αρρώστων και των οικείων των, τόσο για την καλή έκβαση της εγχειρήσεως όσο και οι δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα για την ικανοποιητική λειτουργία σε ικανοποιητικό βαθμό. Έτσι προ της λαρυγγεκτομής οι περισσότεροι αρρώστοι αναθαρούνονται αλλά και μέσα τους δημιουργείται ο ζήλος της επανακτήσεως της ικανότητας της ομιλίας, που και ψυχολογικά ωφελει και πρακτικά συμβολίζει την κατάλληλη έκβαση.

Η εκμάθηση της ομιλίας μετά την λαρυγγεκτομή γίνεται με κατάλληλη λογοθεραπεία. Τα αποτελέσματα εξαρτώνται κατά

το πλείστον απο την ικανότητα του λογοθεραπευτή. Από τους εκπαιδευμένους αρρώστους οι 25% περίπου δεν καταφέρουν να μιλήσουν ενώ σε επεριοχές που δεν υπάρχουν έμπειροι λογοθεραπευτές τα ποσοστά ανέρχεται σε 60%.

Βάση της τροποποιημένης φωνής στην οποία εκπαιδεύεται ο άρρωστος είναι οισοφαγοφωνία. Για να παραχθεί η φωνή αυτή ο άρρωστος πρέπει να μάθει να καταπίνει αέρα τον οποίο συνέχεια να αναγεί προς το στόμα. Έτσι παράγεται ήχος ανάλογος προς το λαρυγγικό που μπορεί να αρθρωθεί σε λέξεις με κανονική συνεργασία της γλώσσας των δοντιών των χειλέων.

Εάν ο άρρωστος δεν μπορεί να μάθε την οισοφαγοφωνία τότε εφαρμόζεται η χρήση ηλεκτρονικού φλάρυγγα. Αυτός είναι δονητής που παράγει ήχο ίδιο με την ξυριστική μηχανή. Το όργανο τοποθετείται κάτω απο το πηγούνι του αρρώστου ο οποίος όταν θέλει να μιλήσει σχηματίζει τις λέξεις στο στόμα που τελικά γίνονται ηχηρές απο τον δονητή και έτσι μπορεί να μιλήσει ικανοποιητικά.

Τελευταία έχουν επινοηθεί καιδιάφορες εγχειρήσεις με τις οποίες γίνεται επικοινωνία της τραχείας και του οισοφάγου έτσι ώστε το ρεύμα του εκπνεόμενου αέρα να δονεί τα τοιχώματα του οισοφάγου και να παράγει ήχο που στο στόμα ορθώνεται σε λέξεις.

Τα αποτελέσματα των εγχειρήσεων αυτών δεν είναι πάντοτε ικανοποιητικά και χρειάζεται προσεκτική επιλογή των περιπτώσεων στις οποίες πρέπει να γίνει η επέμβαση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ν Ι V

Τραχειλοτομή - Τραχειλοστομία

Ορισμός:

Τραχειλοστομία είναι η διατομής διάνοιξη του πρόσθιου τοιχώματος της τραχείας και η διασωλήνωση για την διευκόλυνση της αναπνοής.

Η επέμβαση της τραχειλοτομής μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη.

Προσωρινή: Όταν η τραχειλοτομή παραμένει για λίγο χρονικό διάστημα έπειτα το στόμιο της κλείνει σταδιακά.

Μόνιμη: Η μόνιμη μπορεί να παραμένει ισόβια ή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Εδώ χρησιμοποιούμε τον όρο τραχειλοτομία.

Ανάλογα με την θέση όπου γίνεται η τομή στην τραχεία η τραχειλοτομή διακρίνεται σε:

α) Ανώτερη: όταν η τομή γίνεται άνωθεν του ισθμού

β) Μέση: όταν η τομή γίνεται στον ισθμό

γ) Κατώτερη: όταν η τομή γίνεται κάτω από τον ισθμό

Όταν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει ενδεικνύεται, η μέση τραχειλοτομή γιατί έχει τις λιγότερες επιπλοκές. Ενώ όταν υπάρχει άμεση ανάγκη γίνεται η ανώτερη τραχειλοτομία.

Θέση της τραχειλοτομής

Η τραχειλοτομή μπορεί να γίνει με γενική αναισθησία. Η τεχνική αυτή πλεονεκτεί γιατί δίνει τη δυνατότητα στο χειρουργό να πραγματοποιήσει μια σωστή επέμβαση με καλή αιμόσταση. Η εγχείρηση όμως γίνεται και με τοπική αναισθησία όταν ο καρκίνος του λάρυγγα δεν επιτρέπει τη διασωλήνωση. Το κεφάλι του ασθενούς τοποθετείται σε έκταση ώστε η τρα-

χεία να βρίσκεται σε έκταση κάτω απο δέρμα. Για να γίνει όμως αυτό οι ώμοι του ασθενούς πρέπει να στηριχθούν με ένα μαξιλάρι.

4.1. Έκκοποι τραχειοτομής

- α) Η αποκατάσταση της αναπνοής όταν αυτή δεν είναι δυνατή απο την απόφραξη ανώτερων αναπνευστικών οδών.
- β) Η προφύλαξη του τραχειοβρογχικού δένδρου απο την είσοδο σάλιου τροφών κ.λ.π. (σε περιπτώσεις πολυμυελύτιδας σε βαρεία ασθένεια, κόμα).
- γ) Η ευχέρεια απομάκρυνσης των εκκρίσεων απο το τραχειοβρογχικό δένδρο.
- δ) Η ελάττωση του νεκρού αναπνευστικού χώρου κατά 30-50%.
- ε) Η εφαρμογή αναπνοής υπό πίεση.

4.2. Ενδείξεις Τραχειοτομής

Οι ενδείξεις τραχειοτομής μπορεί να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

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

I. Αναπνευστικό εμπόδιο

- α) Τραύματα. Κατώσεις οι οποίες προκαλούν αναπνευστική απόφραξη είναι τα κατάγματα της άνω και κάτω γνάθου οι οποίες εμπιπλέκονται με οιδήματα αιματώματα η αιμορραγία των μαλακών μορίων και το εκτεταμένα τραύματα του λάρυγγα και της τραχείας. Η εξωτερική ή εσωτερική πληγη του λάρυγγα ή στην αυχενική τραχεία μπορεί να αποτελέσει αναπνευστικό εμπόδιο.

Ξένα σώματα. Η αναπνευστική απόφραξη συμβαίνει συχνότερα στα παιδιά τα οποία εισροφούν διάφορα αντικείμενα. Σ'αυτούς τους ασθενείς χάντρες, κουμπιά, φασόλια και άλλα παρόμοια αντικείμενα μπορούν να εισπνευθούν και να εγκλωβιστούν στο λάρυγγα.

Μολύνσεις. Μολύνσεις στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα μπορούν να αποτελέσουν στο εμπόδιο της αναπνοής. Η πιό συνηθισμένη αιτία για φλεγμονώδες εμπόδιο είναι η οξεία λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα. Το εμπόδιο αιτιολογείται απο ένα φλεγμονώδες οίδημα του βλεννογόνου που βρίσκεται στην τραχεία και τους βρόγχους και επίσης απο συχνή επίμονη έκκριση.

Ερεθιστικές ουσίες. Σ'αυτές περιλαμβάνονται διάφορες καυστικές ουσίες που ο ασθενής καταπίνει σε μια απόπειρα αυτοκτονίας ή τυχαία καθώς και εγκαύματα του λάρυγγα που προκαλούνται απο ατμό, ερεθιστικά αέρια, διαβρωτικά υγρά, εύφλεκτα αέρια, κλειστό αέρα απο φωτιά.

Συγγενείς ανωμαλίες του λάρυγγα και τραχείας

Συγγενείς ανωμαλίες του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος μπορούν να χρειαστούν τραχειοστομία. Τέτοιες είναι τραχειοσοφαιικά συρίγγια η αρτυσία του λάρυγγα και υπογλωτιδική στένωση, ανωμαλίες κρiνοειδούς χόνδρου.

Αγγειοκινητικά ατυχήματα

Αγγειοκινητικά ατυχήματα που συμβαίνουν σε σχέση με το αγγειονευρωτικό οίδημα ή ευαισθησία στα φάρμακα μπορεί προοδευτικά να προκαλέσουν απόφραξη στην ανώτερη αναπνευστική οδό.

Καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι

Σ'αυτές περιλαμβάνεται διάφοροι όγκοι του φάρυγγα λάρυγγα

τραχείας, οισοφάγου και θυροειδούς αδένα.

Λαρυγγική δυσλειτουργία. Μειωμένη απογωγική ικανότητα των φωνητικών χορδών, μπορεί να περιορίσει την αναπνευστική οδό. Αυτό συμβαίνει με την αμφοτερόπλευρη παράταση του λαρυγγικού νεύρου την αδρίτιδα της κρικοαρυταινοειδούς διάρθρωση και συνθήκες οι οποίες προκαλούν τετανία του λάρυγγα και σπασμοί.

II) Κατακράτηση εκκρίσεων

Η αδυναμία αποβολής εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δέντρο προκαλεί απόφραξη από υποαερισμό των κυψελίδων. Τούτο παρατηρείται π.χ. σε κωματώδεις καταστάσεις βρογχοπνευμονία, κατάγματα πλευρών, εμφύσημα βρογχεκτασία, εγκεφαλική αιμορραγία εκτεταμένες κακώσεις κεφαλής και θώρακος.

III) Αναπνευστική Ανεπάρκεια

Μια τραχειοτομή μπορεί να ενδεικνύεται και ακόμα όταν δεν υπάρχει κανένα εμπόδιο ή κατακράτηση εκκρίσεων. Ο σκοπός τραχειοτομής είναι να επιτρέψει αναπνοή υπό πίεση να ελαττώση την αντίσταση των αεροφόρων οδών και το νεκρό αναπνευστικό χώρο.

Προϋποθέσεις για την εκτέλεση της τραχειοτομίας

Στην εκτέλεση της τραχειοτομίας δεν αρκεί μόνο διάνειξη των αεροφόρων οδών αλλά και πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Γι' αυτό ο γιατρός που την εκτελεί πρέπει να έχει υπόψη 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 (GUFF) όταν αυτό γεμίσει αέρα..

III. Στο χειρουργείο πρέπει επίσης να είναι όλα έτοιμα για την αντιμετώπιση ενός πιθανού πνευμονοθώρακα ή μιας καρδιακής αναπνοής.

4.3. Επιπλοκές τραχειοτομίας

Όπως σε κάθε επέμβαση έτσι και στην τραχειοτομία εμφανίζονται επιπλοκές άμεσες και όψιμες.

Α' Α μ ε σ ε ς

1. Απνοια. Εάν ο ασθενής είχε αναπνευστική απόφραξη για πολλές εβδομάδες αθροίζεται το CO₂ στις κυψελίδες των πνευμόνων και τότε το αναπνευστικό σύστημα εδίδεται στην αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα. Όταν διανοιχθεί η τραχεία η συγκέντρωση του CO₂ ελαττώνεται απότομα και η αναπνοή σταματά. Μπορεί όμως να επανέλθει η με τεχνητή αναπνοή η με χορήγηση στον ασθενή 5% CO₂ στον εισπνεόμενο αέρα.

Α ι μ ο ρ α γ ί α: Συνήθως με πίεση κατόπιν τοποθέτησεως γάζας ιωδοφορμίου στην είσοδο του τραχειοστόματος γύρω από τον τραχειοσωλήνα. Εάν είναι επίμονη αναζητείται και αποξενώνεται το υπεύθυνο αγγείο.

Αιμορραγία μπορεί να συμβεί και κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Μερικά άτομα έχουν εκτεταμένο σφαγητιδικό σύστημα πνευμοθώρακος.

Συνήθως εμφανίζεται μετά από επείγουσα τραχειοτομία και είναι συχνότερος στα παιδιά. Μπορεί όμως να αποφευχθεί αν

βάλουμε τον τραχειοσωλήνα ψηλά και ακριβώς στη μέση γραμμή, υποδόριο εμφύσημα. Τούτο οφείλεται σε αεροστεγή συραφή του δέρματος γύρω από τον τραχειοσωλήνα. Όταν συμβεί πρέπει να αφαιρούνται τα ράμματα του δέρματος να αφαιρούνται.

Μετακίνηση του τραχειοσωλήνα. Δημιουργείται ο κίνδυνος ασφυξίας.

Τραχειοοίσοφαγικό συρίγγιο

Παράλυση του κάτω λαρυγγικού νεύρου

Τραυματισμός του κρικοειδούς χόνδρου λόγω υψηλής τραχεικτομίας.

Αεροφαγία. Συμβαίνει κυρίως στα μικρά παιδιά και αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.

Εισρόφηση γαστρικών υγρών ή τροφών.

Β' Ο Ψ Ι Μ Ε Σ

Όψιμη αιμορραγία. Οφείλεται στη διαθροση ενός μεγάλου αγγείου λόγω συνεχούς πιέσεως αυτού από τον αεροθάλαμο του σωλήνα ή από τα ούρα του. Περισσότερο προσβάλλεται η ανώ-
νυμος αρτηρία. Κάθε αιμορραγία που συμβαίνει 4-5 ημέρες μπορεί να οφείλεται σ' αυτή την επιπλοκή και συνήθως είναι θανατηφόρο.

Τραχειοοίσοφαγικό συρίγγιο. Συνήθως είναι θανατηφόρα επιπλοκή, οφείλεται σε νεύρωση εκ πιέσεως του οπίσθιου τοιχώματος της τραχείας.

Δύσκολη οπρωλήνωση. Είναι επιπλοκή ιδιαίτερα συχνή στα μικρά παιδιά. Ο τραχειοσωλήνας πρέπει να αφαιρείται το λιγότερο σε εντός 10 ημερών. Αν δεν γίνει αυτό το παιδί έχει ψυχολογικό πρόβλημα και συνηθίζει να αναπνέει με λιγότερη προσπάθεια. Ακόμα μπορεί να σταματήσει το αντανακλαστικό της άπνοιας κατά την κατάποση και η τροχία γίνεται μαλα-

κή λόγω νεύρωσης των χόνδρων του τοιχώματος.

Στένωση της υπογλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα. Αυτό γίνεται λόγω βλάβης του κρικοειδούς χόνδρου από τραύμα ή περιχονδρίτιδα.

Πρόβλημα ουλής: Εάν δημιουργηθεί ουλή που προκαλεί αισθητικό πρόβλημα αυτό διορθώνεται με την εκτέλεση πλαστικής επέμβασης.

Είδη Τραχειοσωλήνων

1. Πλαστικοί μιας χρήσης. Χλωριούχο πολυδινύλιο (οι περισσότεροι χρησιμοποιούμενοι σήμερα) ναϋλον, TAFLON, σιλικόνη, με CUFF ή χωρίς CUFF με οπή ή χωρίς οπή στο στέλεχος του σωλήνα.

ιι. Αργυρός τραχειοσωλήνας. (Χρησιμοποιείται σπάνια), που αποτελείται από τρία μέρη: οδηγό, εσωτερικό και εξωτερικό σωλήνα.

Αργυρός τραχειοσωλήνας JACKSON με προσαρμογή MORCH

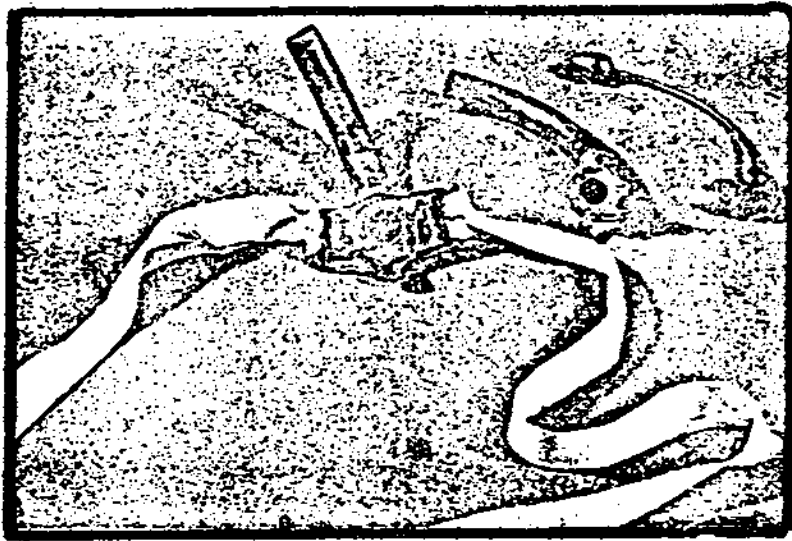
για να συνδέεται με ανεπνευστήρα. Η αναρρόφηση μπορεί να γίνει χωρίς να διαταραχθεί ο αερισμός διότι φέρει οπή στο στέλεχος του σωλήνα.

Σωλήνες με CUFF μόνιμα ποραρτισμένο για την εξασφάλιση κλειστού συστήματος.

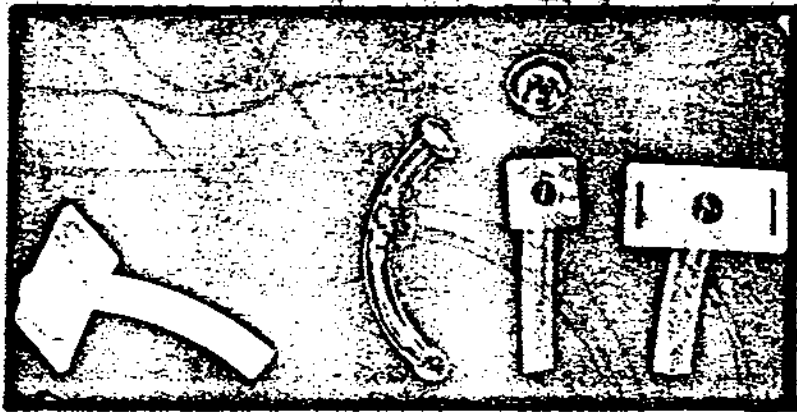
Σωλήνες με διπλό CUFF για εναλλαγή εξάσκησης πίεσης στον τραχειακό βλεννογόνο. Το υλικό και ο τρόπος της κατασκευής του CUFF πρέπει να ακολουθούν ορισμένες προδιαγραφές:

- α) Υλικό λείο και μαλακό
- β) Σχήμα κυλινδρικό (μεγάλου όγκου)
- γ) Μήκος 3 ή περισσότερων εκατοστών

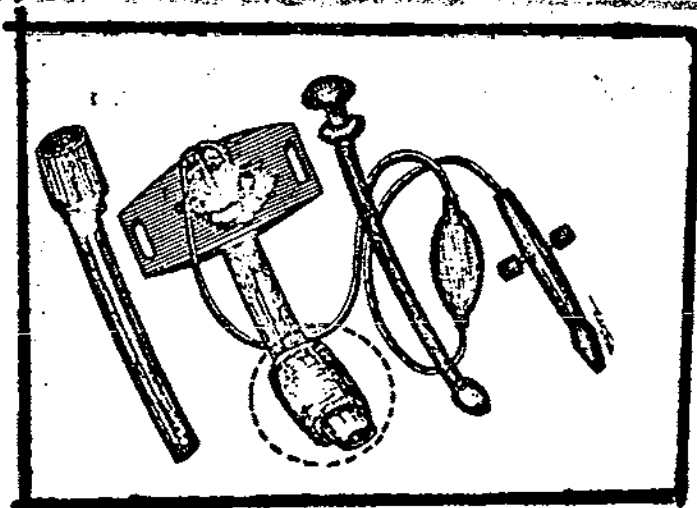
Τα δύο τελευταία για εξασφάλιση ομοιομορφής και χαμηλής πίεσης 20-40 MKG στο τοίχωμα της τραχείας. Διαφορετικά η πίεση που θα εξασκούνται στο τραχειακό τοίχωμα μπορεί να ήταν της τάξης 60-200 MKG και πάνω, πράγμα που συμβαίνει με ορισμένα CUFF υψηλής πίεσης και μικρού όγκου.



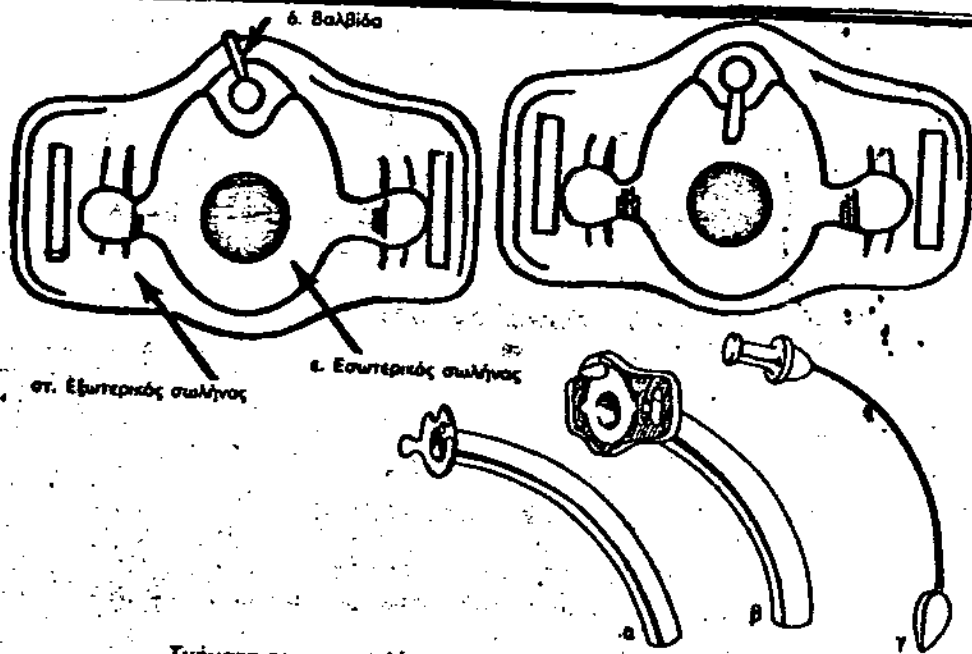
Μεταλλικός τραχειοσωλήνας



Πλαστικός τραχειοσωλήνας



Τραχειοσωλήνας CUFF



Τμήματα τραχειοσωλήνα: α. Εσωτερικό, β. Εξωτερικό, γ. Έμβολο, δ. Ασφαλιστική βαλβίδα, ε. Εσωτερικός σωλήνας στη θέση του, στ. Εξωτερικός σωλήνας στη θέση του.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VI

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με
καρκίνο λάρυγγα

5.1. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο λίγες μέρες πριν από την επέμβαση. Η κατάσταση του αρρώστου από την Νοσηλεύτρια εκτιμάται: α) από την παρατήρηση του αρρώστου β) με την επικοινωνία του αρρώστου και τους συγγενείς του και γ) με την μελέτη φακέλου του αρρώστου.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η λήψη λεπτομερειακού ιστορικού. Εκτός από τους εξωγενείς παράγοντες που επιδρούν στον λάρυγγα (χημικοί παράγοντες, καπνοί εισπνοή καρκινογόνων ουσιών, χρήση οινοπνεύματος) μεγάλη σημασία έχει η λήψη ιστορικού και η παροχή πληροφοριών για τις ιδιοσυστατικές ιδιότητες του βλεννογόνου του λάρυγγα (όμοιες παθήσεις στην οικογένεια, οξεία ή αμβλεία εξέλιξη της παθήσεως, πορεία προηγούμενων παθήσεων του λάρυγγα).

Το ιστορικό συμπληρώνεται με ερωτήσεις που έχει σχέσεις με την εμφάνιση δυσβιαταποσίας, δύσπνοιας, βρόγχος φωνής, με διαταραχή της αισθητικότητας ή με το βήχα.

Η Νοσηλεύτρια-της παρατηρεί τα χαρακτηριστικά του βήχα γιατί ανάλογα με το είδος και την αιτία του ερεθισμού που προκαλεί διακρίνεται: α) σε εκρηκτικά εμφανιζόμενο υλαώδη βήχα που συνηγορεί για υπογλωττιδική διάγνωση ή για στένωση στην τραχεία, β) σε υγρό βήχα που εγείρει υπόνοιες για συνάθροιση εκκρίματος στο λάρυγγα, γ) σε νευρικό που οφείλεται σε οργανική αιτία από το ότι δεν παρουσιάζεται την νύχτα κατά τον ύπνο, δ) σε ξηρό βήχα που συνηγορεί

για οξεία ή χρόνια λαρυγγίτιδα χωρίς σχηματισμό εκκρίματος. Η Νοσηλεύτρια-της παρατηρεί αν ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια, δηλαδή, αν αισθάνεται δυσχέρεια στην αναπνοή του. Τον ρωτά αν εμφανίζει την δύσπνοια διαρκώς, ή σταδιακά η οποία μπορεί να εμφανιστεί κατά την διάρκεια της φωνήσεως ή κατά την κόπωση και πολλές φορές κατά την ανάπαυση.

Η Νοσηλεύτρια-της παρατηρεί στον ασθενή το βρόγχο της φωνής του γιατί έχει μεγάλη σημασία για το βαθμό της διάγνωσης του καρκίνου. Για τη διάγνωση έχει σημασία το είδος της ανωμαλίας της φωνής:

(π.χ. αιφνιδίως εμφανιζόμενη άτομη φωνή "αφωνία" συνηγορεί υπερλειτουργική ανωμαλία της φωνής. Βρόγχος φωνής και δύσπνοια συνηγορούν την υποψία του όγκου του λάρυγγα και βρόγχος φωνής με θορυβώδη εκπνοή κατά την έντονη ομιλία συνηγορεί για παράλυση του παλίνδρομου.

Κατά τις διαταραχές της αισθητικότητας πρέπει να προσέχουμε το είδος των ενοχλημάτων (αίσθημα καύσης στο λαϊμό ενόχλημα κατά την ομιλία ή το βήχα).

Ο ασθενής πρέπει να ρωτηθεί από την νοσηλεύτρια-τή αν το άλγος εμφανίζεται κατά την διάρκεια του φαγητού σε κενές καταποτικές κινήσεις που γεννά την υποψία για ελκωτική επεξεργασία στη θέση του λάρυγγα, που κατά την κατάποση έρχεται σε επαφή με τροφές που περνούν (επιγλωττίδα και αρυταινοειδής περιοχή) ή κατά την ομιλία ή κατά τον βήχα εμφανίζεται συνήθως σε παθήσεις φωνητικών χορδών. Για την λήψη πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή της οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης του.

Απαραίτητα πρέπει να μάθουμε τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο. Το άτομο στο οποίο έγινε η διάγνωση βρίσκεται σε μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό.

Όλα αυτά συνηγορούν στην ανάλυση της ψυχολογικής κατάστασης του καθώς και την στάση του απέναντι στην ασθένεια στην ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη. Αυτό γίνεται γιατί ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονα φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμα, τόσο ο άρρωστος όσο και οι συγγενείς του, διακατέχονται από αισθήματα φόβου ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος, δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπή, απογοήτευση.

Εκτιμάται η τυχόν απώλεια βάρους του ασθενή από την νοσηλεύτρια-ή γιατί μπορεί να εμφανίζει δυσκαταποσιά κατά την λήψη τροφής λόγω του άλγους που εμφανίζεται από τον όγκο. Η απώλεια του σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή του ισοζυγίου των αναγκών του οργανισμού του αρρώστου σε θερμίδες πράγμα που αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για την βελτίωση της διατροφής του από την νοσηλευτική ομάδα. Επακόλουθο της δυσκαταποσιάς είναι η άρνηση του ασθενή για λήψη τροφής η εμφάνιση δύσσομης αναπνοής η οποία προέρχεται από την ανορεξία.

Εφ'όσον η αρρώστια επηρεάζει τη διατροφή του δηλαδή δεν μπορεί να κάνει λήψη κανονικού γεύματος παρά μόνο υγρά μορφή, γάλα, τσάϊ, κλπ. ο ασθενής χάνει βάρος και οι ανάγκες του οργανισμού σε βασικές τροφές είναι ελλειπής. Αυτό έχει σαν συνέπεια ο ασθενής να νιώθει αδύναμος και να καταρρέει σταδιακά συμβαλλοντας και ο ψυχολογικός παράγοντας που έχει γενικά με την αρρώστια του.

Βέβαια η δυσκολία να καταπιεί την τροφή του δεν είναι μόνιμη αλλά παροδική και το εξηγεί αυτό η Νοσηλεύτρια-τής ώστε να μην ανησυχεί.

Η νοσηλεύτρια-τής κάνει εκτίμηση των συμπτωμάτων του πόνου, δηλαδή, ρωτά αν είναι συνεχής, χρόνιος αν έχει μεγάλη ένταση κ.α. Η ευθύνη για τον περιορισμό του πόνου είναι πιά μεγάλη απο την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.

Πρέπει να είναι πολύ προσεκτική στην προσέγγιση του αρρώστου όσον αφορά για την ανακούφιση απο τον πόνο, το πλησίασμα πρέπει να γίνει με γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που θα αντιμετωπιστεί ο πόνος του αρρώστου επηρεάζει την ένταση και το άγχος του.

Γι' αυτό πρέπει να την πλημμυρίζει με κατανόηση και ενδιαφέρον έτσι ώστε ο ασθενής να εκφράσει ελεύθερα τα ενοχλήματα που παρουσιάζει ώστε να μην νιώθει ότι τον παραμελούν.

Πρέπει να παρακολουθείται η γενική κατάσταση του αρρώστου και να γίνεται η εκτίμηση τους απο την νοσηλεύτρια-της. Η εντόπιση και η εκτίμηση των προβλημάτων γίνεται με ερωτήσεις που κάνει η νοσηλεύτρια-τής προς τον ασθενή τον ενημερώνει πως νιώθει γενικά, αν νιώθει αίσθημα πίεσης στο λαιμό του δύσπνοια ή άλγος το οποίο είναι χαρακτηριστικό της ασθένειάς του.

Γίνεται εξέταση στο λαιμό 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 στη πίεση και της διογκώσεως και για τις σχέσεις γύρω απο την περιοχή. Ψηλάφηση γίνεται και στο θυροειδή εξαιτίας των σχέσεων της θέσης του με το λάρυγγα και την τραχεία.

Συμπέρασμα όλων αυτών είναι το γεγονός ότι η νοσηλεύτρια-της παίζει σημαντικό ρόλο στο στάδιο εκτίμησης του αρρώστου δηλ. στη διάγνωση της ασθένειας και στην αντιμετώπιση των

προβλημάτων του ασθενούς.

Η ενημέρωση του αρρώστου ότι πάσχει απο καρκίνοι του λάρυγγα και η θεραπεία που θα ακολουθήσει πρέπει να γίνει με πολύ προσεκτικό και λεπτό τρόπο. Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να γίνει με τέχνη και όχι άτεχνα απο το γιατρό ή την νοσηλεύτρια αλλιώς, αν γίνει με άτεχνο τρόπο η ενημέρωση μπορεί να προκαλέσει τραυματική εμπειρία και να κλονιστεί η εμπιστοσύνη του στο προσωπικό.

Ο ασθενής αναμένει με αγωνία τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων και ο τρόπος που θα δεχτεί τη διάγνωση ότι πάσχει απο καρκίνο εξαρτάται απο την ψυχοσύνθεσή του και τον χαρακτήρα του.

Το άτομο στο οποίο έγινε η διάγνωση βρίσκεται σε μεγάλο συναισθηματικό φόρτο και επηρεασμό. Γιατί ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αισθήματα φόβου, αγωνίας, μελαγχολία, ντροπή και απογοήτευση.

Η ενημέρωση του αρρώστου είναι απολύτως απαραίτητη γιατί η λαρυγγεκτομή είναι ένα είδος ακρωτηριασμού αφού αφήνει μόνιμη αναπηρία στον ασθενή, ο οποίος χάνει την φυσική του φωνή. Η προοπτική της κατάστασης αυτής είναι φυσικό να φοβίζει τους αρρώστους προκειμένου να πάρουν μια απόφαση να υποβληθούν σε τέτοια βαριά επέμβαση. Οι περισσότερες ψυχολογικές επιπτώσεις παρουσιάζονται βαθμιαία μετά την λαρυγγεκτομή όταν ο άρρωστος συνειδητοποιεί την φωνητική του αναπηρία.

Εδώ εγκείται η συμβολή της νοσηλεύτριας-τού στο να πείσει τον άρρωστο σε μικρό χρονικό διάστημα να αποφασίσει το καλύτερο για την ζωή του που στην προκειμένη περίπτωση είναι η αποδοχή της εγχείρησης.

Τον ενημερώνει ότι η στέρση φωνής θα είναι προσωρινή αφού αργότερα με την κατάλληλη εκπαίδευση θα γίνει ικανοποιητική αποκατάσταση της φωνής.

Ένας άλλος τρόπος που χρησιμοποιεί η νοσηλεύτρια-τής για τη επίτευξη του στόχου της είναι να φέρει σε επαφή τον άρρωστο με κάποιον άλλον που έχει υποστεί ολική λαρυγγεκτομή.

Τέλος αν όλα αυτά τα μέσα δεν αποδώσουν τότε σαν ύστατη προσπάθεια είναι η προβολή του επωδύνου θανάτου που θα ακολουθήσει εξαιτίας της μετάστασης.

Όσα έχουν αναφερθεί είναι ρολοι και προσπάθειες της νοσηλεύτριας-του ώστε να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της αρρώστιας του.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο λίγες μέρες πριν την επέμβαση. Η σωματική και ψυχολογική προετοιμασία του απαιτεί κοινή προσπάθεια από ομάδα που συμπεριλαμβάνει ιατρονοσηλευτικό προσωπικό φυσικοθεραπευτή ομιλίας και μερικές φορές κοινωνικό λειτουργό.

Το ιατρικό προσωπικό ασχολείται όπως σε κάθε επέμβαση με τις εργαστηριακές εξετάσεις που περιλαμβάνουν.

- Εξετάσεις ρουτίνας. γενική ούρων, αιματολογικές ακτινογραφίες θώρακος Η.Κ.Γ.

- εξετάσεις εξειδικευμένες, μικρολαρυγγσκόπηση συνήθως την παραμονή της επέμβασης ο άρρωστος εξετάζεται.

1) Χειρουργό λαρυγγολόγο που εκτιμά την κατάσταση του αρρώστου.

2) Καρδιολόγο για την εκτίμηση καρδιακής λειτουργίας

3) Παθολόγο, παθολογική μελέτη όλων των συμπτωμάτων.

4) Τέλος από τον αναισθησιολόγο για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος για την λόγω απόφασης κατά πόσο ο άρρωστος μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση τονκαθορισμό και το είδος της νάρκωσης και του ναρκωτικού.

Το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της 24ώρης επικοινωνίας του με τον άρρωστο επομίζεται την ευθύνη για τις υπόλοιπες διαδικασίες πριν το χειρουργείο.

5.2. Γενική προεγχειρητική φροντίδα

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

Τόνωση του ηθικού:

Στο άτομο που έγινε η διάγνωση βρίσκεται σε μεγάλο συναισθηματικό φόρτο και επηρεασμό. Λόγω της σοβαρότητας και της ιδιαιτερότητας αυτής της επέμβασης, που είναι ένα είδος

ακρωτηριασμού με μόνιμη αναπηρία, οι ασθενείς που έρχονται στο νοσοκομείο να υποστούν τραχειοτομή διακατέχονται απο αισθήματα φόβου, ανυσηχίας, αγωνίας, μελαγχολίας, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπή και απογοήτευση και περισσότερο την ανησυχία και στην ιδέα ενός πρόωρου θανάτου. Τα αισθήματα και οι φόβοι που έχουν οι ασθενείς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, σε προκατάληψη και στο άγνωστο της μεταχειρητικής εξέλιξης.

Το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώνει τον άρρωστο αρχικά για τό τί ακριβώς θα γίνει στο χειρουργείο δηλ. ότι θα του αφαιρεθεί ο άρυγγας και θα διανοιχθεί μια νέα είσοδος απο αέρα προς τους πνεύμονες.

Μ'αυτόν τον τρόπο ο αέρας δεν θα εισέρχεται στους πνεύμονες απο το στόμα ή τη μύτη αλλά απο την τραχειοτομή. Στο άνοιγμα της οπής θα εφαρμοστεί ένας ειδικός σωλήνας τραχειοσωλήνας.

Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να είναι σε θέση να απαντά, σε κάθε ερώτηση του ασθενούς για την τραχειοτομή χωρίς να επεμβαίνει σε άλλες ειδικότητες, για την αναγκαιότητα αυτής και την μεταχειρητική πορεία.

Σε περίπτωση μόνιμης τραχειοτομής πρέπει να επεξηγήσουμε στον ασθενή ότι πρέπει να συνεχίζει φυσιολογικά την ζωή του και ότι η έλλειψη φωνής θα είναι παροδική. Για να πετύχει το σκοπό η νοσηλεύτρια-τής καλό θα ήταν να φέρει σε επαφή τον ασθενή με έναν άλλο ασθενή που έχει μόνιμη τραχειοτομία. Αυτό θα βοηθούσε τον ασθενή να δεχθεί ικανοποιητικά την πάθηση.

Σωματική τόνωση:

Εκτός ταπο την ψυχική απαραίτητη είναι και η σωματική τόνωση. Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρα-

κες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.

Σε εξασθενησμένα άτομα γίνεται σωματική τόνωση με παρεντερική διατροφή (λευκωμάτων, βιταμινών) άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών).

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της αδελφής είναι αποφασιστική. Ενώ ο Ιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου η αδελφή παρακολουθεί την διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισης.

Το βράδυ πριν την εγχείρηση ο ασθενής πρέπει να πάρει ελαφρά δίαιτα. Συνήθως η δίαιτα αυτή αποτελείται από σούπα ζελέ ενώ επιτρέπεται η λήψη νερού μέχρι τα μεσάνυχτα. Ξεί ώρες πριν την εγχείρηση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτε από τον στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλιάς.

Η νοσηλεύτρια-της είναι αυτή που θα ενημερώσει τον ασθενή και τους συγγενείς του ότι πρέπει να μείνει νηστικός δηλ. ο ασθενής και ότι είναι αναγκαίο να απομακρύνει από κοντά του το νερό, τα υγρά και τα άλλα φαγώσιμα.

Καθαριότητα του ασθενούς

Η καθαριότητα του ασθενούς συνίσταται σε:

Καθαρτικό υποκλεισμό του εντερικού σωλήνα.

Ο σκοπός του υποκλεισμού αποβλέπει:

- Αποφυγή εκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι,
- Αποφυγή διατάσεως των εντερικών ελικες, την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους.

Γίνονται δύο υποκλεισμοί. Ο ένας την παραμονή της επέμ-

βασης. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατωτέρου τμήματος του παχέως εντέρου.

Μετά τον υποκλεισμό ακολουθεί και η καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με λουτρό, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και η αντισηψία της στο ατικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μόλυνσεως του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδενών.

Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου:

Πάντοτε η αναμονή της εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Ο ασθενής δεν μπορεί να κοιμηθεί εύκολα.

Η αύπνία ή κόπωση προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Γι' αυτό το βράδυ συνήθως κατά τις δέκα (10.00) πριν την επέμβαση δίνεται ηρεμιστικό για την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου. Αφού δοθεί ηρεμιστικό πρέπει να εξηγήσουμε στον ασθενή ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του. Αν ο ασθενής είναι υπερήλικας και βρίσκεται σε συγχυτική κατάσταση ίσως χρειασθεί να μπουν περιορισμοί.

Προετοιμασία και εκπαίδευση

Ο ασθενής πρέπει να είναι προετοιμασμένος σχετικά με το τί πρέπει να κάνει μετά την τραχειοτομή. Πρέπει η νοσηλεύτρια-τής να δείξει στον ασθενή πως θα βήξει μετά την επέμβαση γιατί υπάρχει φόβος μετά από έντονο βήχα να βγει όλος ο τραχειοσωλήνας και ο άρρωστος να πάθε ασφυξία.

5.3. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς διακρίνεται σε:

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

Σημείωση: Όταν η επέμβαση γίνεται σε επείγουσα περίπτωση δεν προηγείται προεγχειρητική φροντίδα.

5.4. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία προετοιμάζουμε την περιοχή του δέρματος στο οποίο πρόκειται η γίνει η επέμβαση. Αυτή η προετοιμασία συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

5.5. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η ετοιμασία που γίνεται στο χειρουργικό ασθενή κατά την ημέρα της εγχειρήσεως η οποία περιλαμβάνει:

- α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων του αρρώστου (σφυγμός, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία αναπνοής). Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία για τυχόν παρέκλιση από τα φυσιολογικά όρια. Αν υπάρχει κάποια παρέκλιση πρέπει να αναφερθεί στην προϊσταμένη και στον γιατρό του τμήματος. Μετά από τον έλεγχο καταγράφονται πριν την προνάρκωση στον ασθενή.

Επίσης η νοσηλεύτρια-τής παροσέχει για τυχόν βήχα ο οποίος φανερώνει υπάρξει κρυολογήματος.

- β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς.

Μισή ώρα πριν το χειρουργείο ο ασθενής φορεί την κατάλ-

ληλη ενδυμασία. Πριν όμως ντυθεί πρέπει να ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Εκτός από αυτό πρέπει να αφαιρέσουμε τις φουρκέτες και τσιμπιδάκια από τα μαλλιά.

Τα ξένα δόντια και οι κινητές γεφυρές βγαίνουν και τοποθετούνται σε κάψα η οποία κλείνεται και γράφεται το ονοματεπώνυμο του ασθενούς, ο θάλαμος και η ημερομηνία.

Τα κοσμήματα και τα προσωπικά αντικείμενα αφαιρούνται και φυλάσσονται από την προϊσταμένη ή από τους συγγενείς του ασθενούς.

Σε περίπτωση που υπάρχει βερνίκι νυχιών και μακιγιάζ αφαιρείται. Αυτό γίνεται γιατί κατά την διάρκεια της εγχείρησης μπορούμε να διακρίνουμε την έλλειψη οξυγόνου.

Γι' αυτό πριν αφαιρέσουμε το μακιγιάζ πρέπει να εξηγήσουμε στον ασθενή τον λόγο για τον οποίο θέλουμε να είναι σε φυσική όψη το δέρμα και τα νύχια.

γ) Προνάρκωση.

Αυτή γίνεται μισή ώρα προ της εγχειρήσεως.

Το είδος της προνάρκωσης καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο-ιατρό και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Σκοπός της προνάρκωσης είναι να βοηθήσει τον άρρωστο, να δεχθεί ευκολότερα την νάρκωση και με όσον το δυνατόν λιγότερες ανεπιθύμητες αντιδράσεις.

Στην προνάρκωση χρησιμοποιούνται αντιχολινεργικά ΙΜ π.χ. ατροπίνη για να περιορίσουν την επίδραση του πνευμογαστρικού στην καρδιακή λειτουργία και τις βρογχικές εκκρίσεις.

Τα είδη των φαρμάκων της προνάρκωσης είναι:

Ναρκωτικά: όπως φεντανόλη, πενταθόλη, πεθιδίνη κ.α.

Αυτά συνεργούν στην αναισθησία.

Κοσταλτικά: σκοπό έχουν να κατανευδάσουν τον ασθενή.

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

Μετά την προνάρκωση ο ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργείο με φορείο απο τραυματιοφορέα του χειρουργείου.

Εκτός απο τον ασθενή στο φορείο υπάρχει ο φάκελος και η κάρτα χειρουργείου.

Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να ενημερώνουμε και να καθυ-
συχάζει τους συγγενείς που περιμένουν με αγωνία και ανυση-
χία τα αποτελέσματα της εγχειρήσεως στην αίθουσα αναμονής.

Τέλος όλες οι βασικές ενέργειες της αδελφής που έχουν
σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς πρέπει
να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία
της νοσηλευτικής μονάδας.

5.6. Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου ασθενούς

Μετά την αποχώρηση του αρρώστου και την μεταφορά του
στο χειρουργείο η αδελφή προετοιμάζει το θάλαμο που θα
υποδειχτεί μετά το χειρουργημένο ασθενή.

Ο θάλαμος αερίζεται, σκουπίζεται, σφουγγαρίζεται και
γίνεται υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων.

Η θερμοκρασία του θαλάμου (πρέπει να είναι 25-27°C)
και ελέγχουμε την υγρασία του θαλάμου. Απομακρύνουμε πι-
θανές εστίες μόλυνσης και γίνεται αερισμός θαλάμου.

Ένα παράθυρο παραμένει ανοικτό με τὰ ρολά κατεβασμένα
για να μην έχουμε έντονα φωτισμό.

Εκτός απο την προετοιμασία του θαλάμου γίνεται συγχρόνως
και γίνεται προετοιμασία του κρεβατιού του ασθενούς μα-
ζί με το κομωδίνο.

Το κρεβάτι που θα δεχτεί το χειρουργημένο με γενική
νάρκωση πρέπει:

- Να είναι ζεστό για να προφυλάξει τον ασθενή από ψύξη και μεταγχειρητική πνευμονία. Αυτό επιτυγχάνεται με την προσθήκη θερμοφόρας κατά τους χειμερινούς μήνες. Σήμερα δεν χρησιμοποιούνται εύκολα για τον κίνδυνο εγκαυμάτων και σε ασθενείς με μειωμένη αισθητικότητα όπως σε άτομα που έχουν παράλυτα μέλη.
- Το κρεβάτι πρέπει να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή ναρκωτικού.
- Να τοποθετείται προστατευτικά μαξιλάρι στο πάνω κ γκλίδωμα του κρεβατιού για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο προναρκώσεως.
- Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την ευκολότερη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο σ' αυτό.
- Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμετούς με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιαβρόχου κεφαλής.

Δίπλα στο κρεβάτι πρέπει να υπάρχει στατό για ορρό ο υγραντήρας και η αναρρόφηση.

Στο κομοδίνο τοποθετούμε τετράγωνο αλλαγών η πετσέτα για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων. Ακόμη επάνω στο κομοδίνο τοποθετούμε ποτήρι με δροσερό νερό

PORT COTTON νεφροειδές και κάψα με τεμάχια χαρτοβάμβακα και τολήπια βαμβάκι, ένα μπλοκ, μολύβι και ένα καθρεπτάκι.

Επειδή πάντα υπάρχει ο φόβος να μην συμβεί κάτι το αρπόσωπο πρέπει να υπάρχει στο κομοδίνο.

5.7. Μεταγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς που υπέστη τραχειοτομή (ολική λαρυγγεκτομή) διαιρείται σε άμεση και έμμεση.

5.8. Μεταχειρητική φροντίδα

Τα προβλήματα που έχει ο ασθενής επιστρέφονται απο το χειρουργείο είναι:

- αλλαγή στην αεροφόρο οδό
- μόνιμη τραχειοτομία
- ευαισθησία στην αναπνευστική οδό
- ενοχλήματα στο φάρυγγα με εμπλοκή σιέλου
- ραμμένο ρωνοφάρυγγα με κίνδυνο να ανοίξουν τα ράμματα
- απώλεια φωνής
- ανικανότητα να επικοινωνήσει φυσιολογικά
- λιγότερο ικανός για υπερκόπωση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζει αυτά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής καθώς και τρόπο αντιμετώπισης τους.

Ο χειρουργημένος επιστρέφει στο θάλαμο, ο οποίος είναι κατάλληλα προετοιμασμένος και εφοδιασμένος για την άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών ή ακόμα καλύτερα για την αποφυγή αυτών. Ο θάλαμος διατηρείται σε θερμοκρασία 25-27°C.

Βασική φροντίδα είναι η διατήρηση ελεύθερης αναπνευστικής οδού κατά της μεταφορά στο κρεβάτι του.

Ο ασθενής τοποθετείται στο κρεβάτι σε ανάροπη θέση (30º εφόσον άλλοι παράγοντες δεν την εμποδίζουν. Με την θέση αυτή μειώνεται το οίδημα που έχει προκληθεί κατά την εγχείρηση, διευκολύνεται η αναπνοή, ακόμη έχουμε διευκόλυνση των παροχετεύσεων μας αναπαυτική θέση του ασθενούς.

Ο ασθενής αισθάνεται συναίσθημα ασφυξίας, ανασφάλειας και ανησυχίας διότι του είναι δύσκολο να προσαρμοστεί στην νέα αναπνευστική οδό. Τα συμπτώματα αυτά συμβαίνουν στις πρώτες ώρες μετά το χειρουργείο. Η συχνή παρουσία της νοσηλεύτριας του ανακουφίζει τον ασθενή και του δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας.

Βασική ευθύνη είναι η προσοχή της τραχειοτομίας η οποία πρέπει να παραμένει σταθερή έτσι ώστε ο άρρωστος να έχει ελεύθερη αναπνοή. Προτρέπει ο άρρωστος να παραμείνει για λίγη ώρα ξύπνιος προς αποβολή της ναρκώσεως.

Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία και ενημερώνεται ο γιατρός για μεταβολή των τιμών τους. Δίνεται ιδιαίτερη δροντίδα για την παρακολούθηση την παροχετεύσεων και ενδοφλέβια χορήγηση των υγρών. Πολλές φορές απαιτείται και μετάγγιση αίματος στην οποία δίνεται ιδιαίτερη προσοχή.

Εφόσον ο ασθενής αναπνέει με τον τραχειοσωλήνα είναι πολύ εκνευρισμένος. Εδώ η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να ενημερώσει το γιατρό και ύστερα από ιατρική εντολή δίνεται ηρεμιστικό φάρμακο.

Οι αναρροφήσεις στον τραχειοσωλήνα γίνονται πάντα στις τέσσερις πρώτες ώρες και σε διάστημα από 5-10-15 λεπτά της ώρας. Αυτό γίνεται γιατί ο τραχειοσωλήνας προκαλεί υπερέκριση του βλεννογόνου μέχρι ο οργανισμός να προσαρμοστεί στον σωλήνα.

Κάθε αναρρόφηση διαρκεί 15" δηλ. ο χρόνος κάθε αναρροφήσεως πρέπει να διαρκεί τόσο όσο μπορεί να κρατήσει την αναπνοή της για να μην διακόπτεται η συχνότητα αναπνοής του αρρώστου.

Ενισχύουμε την επικοινωνία του ασθενούς με το περιβάλλον του προτρέποντας τον να χρησιμοποιήσει μπλοκ και μολύβι. Το κουδούνι, τοποθετείται κοντά στον άρρωστο για να νιώθει πιο ασφαλής και για την κλήση προσωπικού όταν είναι ανάγκη.

Πάνω στο στόμιο του τραχειοσωλήνα τοποθετείται βρεγμένη γάζα με φυσιολογικό ορό.

Αποτελεί βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας-τού ή η συχνή παρακολούθηση και διατήρηση καθαρού του εσωτερικού σωλήνα,

με συχνή αφαίρεση και επανατοποθέτηση του. Επίσης απαιτείται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας γιατί συχνά παρουσιάζεται στοματίτιδα.

Τέλος γίνεται έλεγχος και καταγραφή των προσβαλλομένων και αποβαλλομένων υγρών. Αν ο ασθενής έχει επίσχεση ούρων και έχουν παρθεί όλα τα άλλα μέσα χωρίς αποτέλεσμα τοποθετείται καθετήρας FOLLEY.

5.9. Έμμεση μεταχειρητική φροντίδα

Στην έμμεση μεταχειρητική φροντίδα του ασθενή με τραχειοτομή περιλαμβάνονται και ορισμένες νοσηλείες ζωτικής σημασίας για τον άρρωστο.

Βασική ενέργεια είναι η διευκόλυνση κατάποσης τροφής κατά τις πρώτες ημέρες με τη χορήγηση υδρικής δίαιτας. Ο ασθενής έχει ενημερωθεί για την αναμενόμενη κατάποση και δεν ανησυχεί. Σταδιαία χορηγούνται υγρά και κατάλληλη τροφή με παλτώδη κατάσταση. Αποφεύγονται οι ξηρές τροφές.

Στην λαρυγγεκτομή δεν επιτρέπεται για μια εβδομάδα να πάρει τίποτε από το στόμα γιατί υπάρχουν πολλά ράμματα στην περιτραχηλική περιοχή και υπάρχει κίνδυνος για επιμόλυνση και ρήξη του τραύματος. Γι' αυτό το λόγο χορηγείται στον ασθενή τροφή τεχνικώς (διαμέσου σωλήνα τοποθετημένο από την μύτη LEVINE).

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

Η καθαριότητα του εσωτερικού σωλήνα γίνεται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα. Όταν ο ασθενής προσαρμόσκει στη νέα κατάσταση, οι αλλαγές του τραχειοσωλήνα περιορίζονται σε τρεις καθημερινά (πρωί, μεσημέρι, βράδυ).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VI

6.1 Αλλαγή τραύματος

Ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας είναι μόνιμα τοποθετημένος μέσα στο τραύμα και συγκρατείται με σταθερή επίδεση γύρω από τον τράχηλο. Γύρω από το τραύμα υπάρχει μια γάζα για να αποροφά τις εκκρίσεις, ώστε να μην ερεθίζεται απ'αυτές το δέρμα. Αυτή αλλάζεται συχνά για να διατηρείται το δέρμα καθαρό, στεγνό και ν'αποφεύγονται οι δερματίτιδες.

Πριν γίνει η νοσηλεία δηλ. η περιποίηση της τραχειοτομής από την νοσηλεύτρια-τή πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής για το τί θα συμβεί ώστε να μπορεί και αυτός να συνεργαστεί. Πρέπει να υπάρχει καθορισμένη ώρα για την περιποίηση αυτή· δεν πρέπει να γίνεται ούτε πριν από το φαγητό ούτε αμέσως μετά από αυτό.

Σε περίπτωση που στο θάλαμο βρίσκονται και άλλοι ασθενείς η νοσηλεύτρια-τής για την προστασία του αρρώστου και την καλύτερη συμμετοχή του στην περιποίηση τον προστατεύει με ένα παραβάν και οι παραυρισκόμενοι επισκέπτες απομακρύνονται.

Αν το υλικό της επίδεσης είναι κάκοσμο τότε η αλλαγή μπορεί να γίνει στο δωμάτιο αλλαγών αν διαθέτει το νοσοκομείο.

Αφού λοιπόν γίνει η κατάλληλη προετοιμασία (ενημέρωση ασθενούς, τακτοποίησης θαλάμου και προετοιμασία ασθενούς) πέρνουμε το τραχυλάτο και αρχίζουμε την νοσηλεία.

Το τραχυλάτο πρέπει να περιέχει:

Γάζες με τολύπια και βαμβάκι

Λαβίδα και ψαλιδάκι

Λεπτή φακαρόλα

Για την περίποίηση του τραύματος υπάρχουν:

Κουτί με λαβίδες (ανατομικές χειρουργικές)

Κουτί με γάζες αποστειρωμένες

Δοχείο με πολυπάγρα

Δοχείο με φυσιολογικό υγρό και οξυζενέ

Αντισηπτική διάλυση (BETABINE-DRAPIN)

Λεκάνη και νεφροειδές με αντισηπτική διάλυση

Αντιβιοτική αλοιφή, FUSIDIN γάζα ιωδιόφορμίου

Νεφροειδή

Λευκοπλάστ (αντιαλλεργικά)

Γάντια αποστειρωμένα

Κάδος για άχρηστα

Τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών,

Αρχικά τοποθετούμε το τετράγωνο αλλαγών και αποκαλύπτουμε την περιοχή. Μετά πέρνουμε στο νεφροειδές στο οποίο πάνω τοποθετούμε βαμβάκι. Αφαιρούμε τον εξωτερικό τραχειοσωλήνα και την γάζα και κάνουμε περιποίηση του τραύματος και της γύρω περιοχής του δέρματος.

Πέρνουμε μια κόχερ μια ανατομική και μια γάζα την οποία με την βοήθεια της λαβίδας την μαζεύουμε. Ρίχνουμε πάνω στη γάζα οξυζενέ και απομακρύνουμε τις εκκρίσεις από το τραύμα και γύρω από το στόμια του τραχειοσωλήνα.

Με μια άλλη γάζα καθαρίζουμε την περιοχή και με άλλη τη στεγνώνουμε.

Μετά απ'όλα αυτά χρησιμοποιούμε γάζα με αντισηπτική διάλυση και με κινήσεις από τον κέντρο προς την περιφέρεια περιποιούμαστε την περιοχή. Έχοντας τελειώσει η περιποίηση του τραύματος γίνεται περιποίηση του δέρματος και βάζουμε αντιμικροβιακή αλοιφή.

Τέλος τοποθετείται ο τραχειοσωλήνας με αποστειρωμένη γάζα. Κάθε άχρηστο υλικό μαζεύεται και απομακρύνεται τα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί τοποθετούνται στη λεκάνη με αντισηπτική διάλυση.

6.2. Αλλαγή μεταλλικού τραχειοσωλήνα - φροντίδα

Μετά την τραχειοτομή ο τραχειοσωλήνας δεν θα αλλάξει για 48 ώρες. Η πρώτη αλλαγή γίνεται από τον γιατρό και οι άλλες από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο εσωτερικός σωλήνας του μεταλλικού τραχειοσωλήνα αφαιρείται για καθαριότητα κάθε 2-8 ώρες και εξαρτάται από την ποσότητα και ύπαρξη των εκκρίσεων.

Η όλη διαδικασία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί κατά την διαδικασία μπορεί να γίνει σύμπτωση των χειλέων της τομής και πρόκληση ασφυξίας του ασθενή.

Η πρόιμη αφαίρεση του τραχειοσωλήνα μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία. Ο άρρωστος που έχει υποστεί ημιλαρυγγεκτομή χρειάζεται προσοχή γιατί μπορεί να προκληθεί λαρυγγόσπασμος.

Τα αντικείμενα που χρειάζονται για την αλλαγή του τραχειοσωλήνα είναι:

Δίσκος με μπωλ με τολύπια βαμβάκι

Νεφροειδές και ψαλίδι

Τολύπια γάζας αποστειρωμένο

Υδροδιαλυτή γλυσχαντική ουσία

Τραχειοσωλήνας αποστειρωμένος

PERANTHEN (σταγόνες)

Ψαλίδι με οξυζενέ

Αντιμικροβιακή αλοιφή

Ατροπίνη

Μυοχαλαρωτικά

Εκτός του δίσκου πέρνουμε γάντια αποστειρωμένα αμπού, αποστειρωμένο υγρό και αποστειρωμένες πετσέτες.

- Λεκάνη με αντισηπτική διάλυση.

Η διαδικασία της αλλαγής του τραχειοσωλήνα περιλαμβάνει:

Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την αλλαγή με σκοπό να πετύχουμε την συνεργασία του. αλλαγή μπορεί να γίνει στο θάλαμο και στο δωμάτιο αλλαγών.

Ο τραχειοσωλήνας αλλάζεται πρώι και βράδυ και συχνότ με τις ανάγκες του αρρώστου.

Βγάζουμε το μαξιλάρι του αρρώστου και τοποθετούμε ένα μαξιλάρι κάτω απο τους ώμους του για υπερέκταση του λαιμού. Αποκαλύπτουμε την περιοχή που είναι τοποθετημένος ο τραχειοσωλήνας και βάζουμε μια πετσέτα αποστειρωμένη λίγο κάτω απο το τραύμα.

Δίνουμε στονασθενή κομμάτια χαρτοβάμβακο για να σκουπίσει τις εκκρίσεις και ενσταλάζουμε σταγόνες PEPANTHEN για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων. Στην συνέχεια προτρέπουμε τον ασθενή να βήξει.

Αφαιρούμε την φακαρόλα και τη γάζα. Κρατάμε τον τραχειοσωλήνα απο τις αύρες του με την βοήθεια του δείκτη και τον αντίχειρα αφαιρώντας προς τα εμπρός και κάτω.

Αφού αφαιρέσουμε τον τραχειοσωλήνα τον τοποθετούμε στην λεκάνη με αντισηπτική διάλυση και γίνεται και περιποίηση τραύματος και της γύρω περιοχής με φυσιολογικό ορό οξυζενέ αντισηπτική διάλυση.

Πλένουμε τα χέρια καθαρά και τέρνουμε τον εσωτερικό τραχειοσωλήνα και τον τοποθετούμε μέσα στον αυλό του εξωτερικού. Τον στερεώνουμε με αποστειρωμένη γάζα.

Κρατάμε τον τραχειοσωλήνα με τον δείκτη του αντίχειρα τον εισάγουμε στην τραχεία. Στερεώνουμε την φακαρόλα δένοντας την στο πλάϊ. Τέλος βεβαιωνόμαστε ότι ο εσωτερικός στραχειοσωλήνα είναι στερεωμένος καλά.

6.3. Νοσηλευτική φροντίδα και καθαρισμός του μεταλλικού τραχειοσωλήνα.

Αφού αφαιρεθεί η φακαρόλα και η γάζα ξεχωρίζει ο εσωτερικός από τον εξωτερικό τραχειοσωλήνα τοποθετείται σε ψυχρό διάλυμα H₂O₂, 50% νερό και 50% οξυζενέ.

Το ζεστό διάλυμα αποφεύγεται να χρησιμοποιηθεί γιατί προκαλεί πήξη της βλέννης και του αίματος.

Εφόσον μαλακώσουν οι εκκρίσεις με την βοήθεια γαζών και λαβίδων ή καλύτερα με μια μικρή βούρτσα καθαρίζονται οι σωλήνες από τις εκκρίσεις.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για τον καθαρισμό του αυλού. Ποτέ δεν χρησιμοποιούμε σύρμα γιατί υπάρχει περίπτωση να μείνει ένα υπόλλειμα και ο άρρωστος να πάθει εισρόφηση.

Αφού καθαριστεί ο τραχειοσωλήνας τοποθετείται πάλι σε διάλυμα H₂O για επανέλεγχο τα υπάρχον υπολλείματα θα σχηματιστούν φυσαλλίδες. Στη συνέχεια ο τραχειοσωλήνας ετοιμάζεται με την γάζα και την φακαρόλα και τον βγάζουμε στο κλίβανο για να αποστειρωθεί.

Σε περίπτωση που μόνο ο εσωτερικός σωλήνας αλλάζεται αφού καθαριστεί αποστειρώνεται με βρασμό μέσα σε αποσταγμένο νερό για 5 λεπτά. Κατόπιν τοποθετείται σε φυσιολογικό ορό για να ξαναχρησιμοποιηθεί.

Προσοχή: Ιδιαίτερη φροντίδα φθίδεται στο καθάρισμα των σωλήνων ώστε να μην καταστρέφονται όταν καθαρίζονται και αποστειρώνονται. Μια χτυπημένη αύρη του σωλήνα είναι δυνατόν να τραυματιστεί η τραχεία. Ο εσωτερικός σωλήνας αλλάζεται συχνά αλλά ο εξωτερικός σε περίπτωση ανάγκης.

6.4. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τραχειοσωλήνα CURF

Οι σωλήνες αυτοί χρησιμοποιούνται:

1) Κατά τις επεμβάσεις όταν υπάρχει κίνδυνος αίμα ή εκκρίσεις να μολύνουν την αεροφόρο οδό.

2) Όταν ο άρρωστος τοποθετείται σε εξαεριστήρα.

Οι τραχειοσωλήνες με CUFF χρησιμοποιούνται σε αρρώστους που έχουν ανάγκη μηχανικού αερισμού, διότι εξασφαλίζει κλειστό κύκλωμα αποφεύγεται η διαρροή αέρα και η εισρόφηση έμεσμάτων ή στοματοφαρυγγικών εκκρίσεων.

Όταν ο ασθενής νοσηλεύεται με τραχειοσωλήνα CUFF τον ενημερώνουμε ότι δεν μπορεί να μιλά όταν το CUFF είναι φουσκωμένο.

Διατηρείται ο λαιμός του αρρώστου σε αναπαυτική θέση. Μεγάλη προσοχή δίνεται στη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας. Η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται στο φούσκωμα και στο ξεφούσκωμα του CUFF.

6.5. Ξεφούσκωμα CUFF

Η νοσηλεύτρια-τής αρχίζει με μια αναρρόφηση του στοματοφάρυγγα και στη συνέχεια ξεφουσκώνει τον CUFF αργά. Μετά αναροφάει μέσα από τον τραχειοσωλήνα και ενδοτραχειακά δηλ. απομακρύνει εκκρίσεις και πιθανά υπάρχει πάνω από το CUFF και γύρω από το τοίχωμα του σωλήνα και αφήνει ξεφούσκωτο το CUFF για 5'-10' λεπτά.

Κατά την διάρκεια που ο CUFF είναι ξεφούσκωτος πρέπει να εξασφαλίζεται ο επαρκής αερισμός. Παρακολουθείτε ο άρρωστος και ελέγχονται τα ζωτικά σημεία. Αν παρατηρηθεί κάποια σημεία δυσφορίας επανασυνδέεται με το μηχανικό ανεπνευστήρα.

Αν η αναπνοή του αρρώστου ελέγχεται από το αναπνευστήρα Α' δεν πρέπει να αφήνετε το CUFF ξεφούσκωτο περισσότερο από 30'-48''. Αν πάλι ο ασθενής δεν ήταν συνδεδεμένος με τον αναπνευστήρα θα του δίνουμε υγρό και θερμό αέρα.

6.6. Φούσκωμα CUFF

;: Το φούσκωμα του CUFF γίνεται κατά την φάση εισπνοής. Ο αέρας που βάζει η νοσηλεύτρια-τής είναι ανάλογος με τις οδηγίες που συνιστά ο κατασκευαστής και τόσο αέρα μέχρι να σταματήσει η διαρροή αέρα η οποία διαπιστώνεται με την τοποθέτηση του στηθοσκοπίου κάτω από το πηγούνι όταν ο άρρωστος είναι αφωνικός.

Αφού βάζουμε τον αέρα, κλείνετε ο σωλήνας που οδηγεί στο CUFF.

Σημειώνεται η ποσότητα του αέρα που χρειάζεται για να φουσκωθεί το CUFF. Αυτό γίνεται γιατί την επόμενη φορά που θα χρειαστεί να φουσκωθεί το CUFF, μπορεί να διαπιστωθούν σοβαρά προβλήματα (αν χρειαστεί να βάζουμε περισσότερο αέρα διαστολή τραχείας, τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο και εκκόλπωμα).

Απαιτείται στενή παρακολούθηση του ασθενή.

Ο άρρωστος παρακολουθείτε για τις εξής επιπλοκές:

- Λαρυγγικός ερεθισμός (βλάβη φωνητικών χορδών εξαιτίας μετακίνησης του ενδοτραχειακού σωλήνα).
- Στένωση τραχείας
- Λαρυγγικό οίδημα
- Αιμορραγίες

Αποφυγή Επιπλοκών

ΟΙ παραπάνω επιπλοκές αποφεύγονται με τους εξής τρόπους:

- Αν στερεώσει η νοσηλεύτρια-τής καλά τον σωλήνα για την αποφυγή της μετακίνησης.
- Εξασφάλιση ομέχλης και μετά τη διασωλήνωση μέσω του νεφελοποιού.
- Βασική και σωστή νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει υγρασία αναρρόφηση.

Μετά απο όλα αυτά γίνεται ενημέρωση του φύλλου παρακολούθησης. Στο φύλλο αναγράφεται η ώρα νοσηλείας, οδό αναρρόφησης, ζωτικά σημεία πριν και μετά την αναρρόφηση αναπνευστικούς ήχους πριν και μετά την αναρρόφηση, όψη, ποσότητα και ποιότητα εκκρίσεων, ανοχή διαδικασίας απο τον άρρωστο, χορήγηση οξυγόνου και αν εστάληκε δείγμα πτυέλων στο εργαστήριο για καλλιέργεια.

6.7. Αλλαγή τραχειοσωλήνα με CUFF

Στην αλλαγή τραχειοσωλήνα με CUFF χρειάζονται τα εξής αντικείμενα.

Δίσκος με:

- Μπωλ με τολύπια χαρτοβάμβακο
- Νεφροειδές ψαλίδι
- Ταινία στήριξης τραχειοσωλήνα
- Γάζα χωρίς βαμβάκι
- Τολύπια ή γαζάκια αποστειρωμένα
- Υδροδιαλυτή γλισχραντική ουσία (JELLY),
- Τραχειοσωλήνα αποστειρωμένο
- Σύριγγα 5 M
- Διάλυση υπεροξειδίου του υδρογόνου
- Αντιμικροβιακή αλοιφή
- Διαστολέα τραχειοτομής
- Στηθοσκοπήση

Διαδικασία αλλαγής

Γίνεται ενημέρωση του ασθενή απο την νοσηλεύτρια-τή για την διαδικασία αλλαγής ώστε να επιτευχθεί η συνεργασία του.

Δίνετε στον άρρωστο τεμάχιο απο χαρτοβάμβακο και του υποδεικνύετε να σκουπίζει τις εκκρίσεις. Στη συνέχεια γίνεται ενστάλαξη PERANTHEN για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων ώστε η απο-

βολή να γίνεται πιό εύκολα.

Η ενστάλαξη γίνεται σε περίπτωση που οι εκκρίσεις είναι παχύρρευστες και δεν χρησιμοποιείται η ενδοτραχειακή αναρρόφηση.

Στη συνέχεια λύνετε η φακαρόλα και παροτρύνεται ο ασθενής να βήξει. Έπειτά η νοσηλεύτρια-τής πλένει τα χέρια της και ανοίγει το SET του τραχειοσωλήνα και προσέχει την ακεραιότητα του CUFF φουσκώνοντας του με αέρα.

Η νοσηλεύτρια-τής δένει τη φακαρόλα στις υποδοχές του τραχειοσωλήνα διατηρώντας στον αποστειρωμένο.

Μετά λύνει την ταινία στήριξης και αφαιρείται ο τραχειοσωλήνας προσεκτικά (με τον δείκτη και τον αντίχειρα).

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται εάν το στόμιο δεν έχει ανοίγει καλά και υπάρχει κίνδυνος για σύμπτωση των χείλεων τότε χρησιμοποιείται ο διαστολέας του τραχειοστομίου να μην είναι ούτε πολύ σφιχτά ούτε πολύ χαλαρά.

Στη συνέχεια πιάνει τα τραχειοσωλήνα χρησιμοποιώντας αποστειρωμένο τολύπιο ή γάζα και τον τοποθετεί μέσα στο τραχειοστομο. Έπειτα στερεώνει την ταινία (φακαρόλα) στον αυχένα και την δένει όχι πολύ σφιχτά και όχι και πολύ χαλαρά.

Έπειτα φουσκώνεται το CUFF.

Όταν τελειώσει η διαδικασία της τοποθέτησης καθαρίζετε η περιοχή του δέρματος γύρω απο το στόμιο με υπεροξειδίο του υδρογόνου ή επάλειψη με αντιμικρόβιακή αλοιφή. Στη συνέχεια τοποθετείται η γάζα γύρω απο το στόμιο.

Τέλος αλλάζεται η γάζα κατά την φάση της παρακολούθησης γιατί λερωνεται απο αίμα και εκκρίσεις, η αλλαγή της γάζας είναι απαραίτητη για την αποφυγή ερεθισμού του δέρματος και λοιμώξεις.

6.8. Αναρροφήσεις

Η ανάγκη για την αναρρόφηση φαίνεται απο τις θορυβώδεις

υγρές αναπνοές, την αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και των αναπνοών.

Σκοπός της αναρρόφησης είναι να απομακρύνει όλες τις εκκρίσεις που έχουν συγκεντρωθεί στο ενδοτράχειο βρογχικό δέντρο απο την τελευταία αναρρόφηση.

Εάν ο άρρωστος μπορεί να βήξει και να βγάλει τις εκκρίσεις τότε λιγότερο συχνά χρειάζεται αναρρόφηση. Η τεχνική της αναρρόφησης χρειάζεται προσοχή για να αποφευχθεί ο κίνδυνος τραυματισμός της τραχείας. Η τεχνική της αναρρόφησης είναι ίδια για οποιοδήποτε τραχειοσωλήνα.

Πριν αρχίσει η διαδικασία της αναρρόφησης γίνεται ενημέρωση του αρρώστου και εξηγείται ο λόγος για τον οποίο γίνεται η αναρρόφηση. Έπειτα η νοσηλεύτρια-τής ελέγχει την λειτουργία της αναρρόφησης.

Για την αναρρόφηση χρησιμοποιούνται τεχνικές ασηψίες και αποαστηρωμένος καθετήρας. Ανοίγεται με άσηπτη τεχνική με φυσιολογικό διάλυμα ΝΑΛΛ. Έπειτα γίνεται ελαφρά αποκάλυψη της άκρης του καθετήρα. Φοράει το δεξί γάντι. Αφαιρείται ο καθετήρας μέσα απο τη θήκη του και συνδέεται με το σιχαλωτό συνδετικό που είναι εφαρμοσμένο στο σωλήνα του αναρροφητήρα. Ο καθετήρας επαλείφεται με φυσιολογικό ορό. Ο καθετήρας είναι διαφανής και εφαρμόζεται στην αναρροφητική αντλία χωρίς αυτή να βρίσκεται σε λειτουργία.

Όταν αρχίσει η διαδικασία της αναρρόφησης προτρέπεται ο ασθενής να στρέψει το κεφάλι προς την αντίθετη πλευρά για να μπορέσει ο καθετήρας να εισχωρήσει βαθιά στους βρόγχους στους 20-30 CM. Η εισχώρηση αυτή γίνεται για να διεγερθεί ο ασθενής σε βήχα. Έπειτα ανοίγετε ο καθετήρας. Όταν ο ασθενής βήξει απομακρύνεται ο καθετήρας γιατί η παρουσία

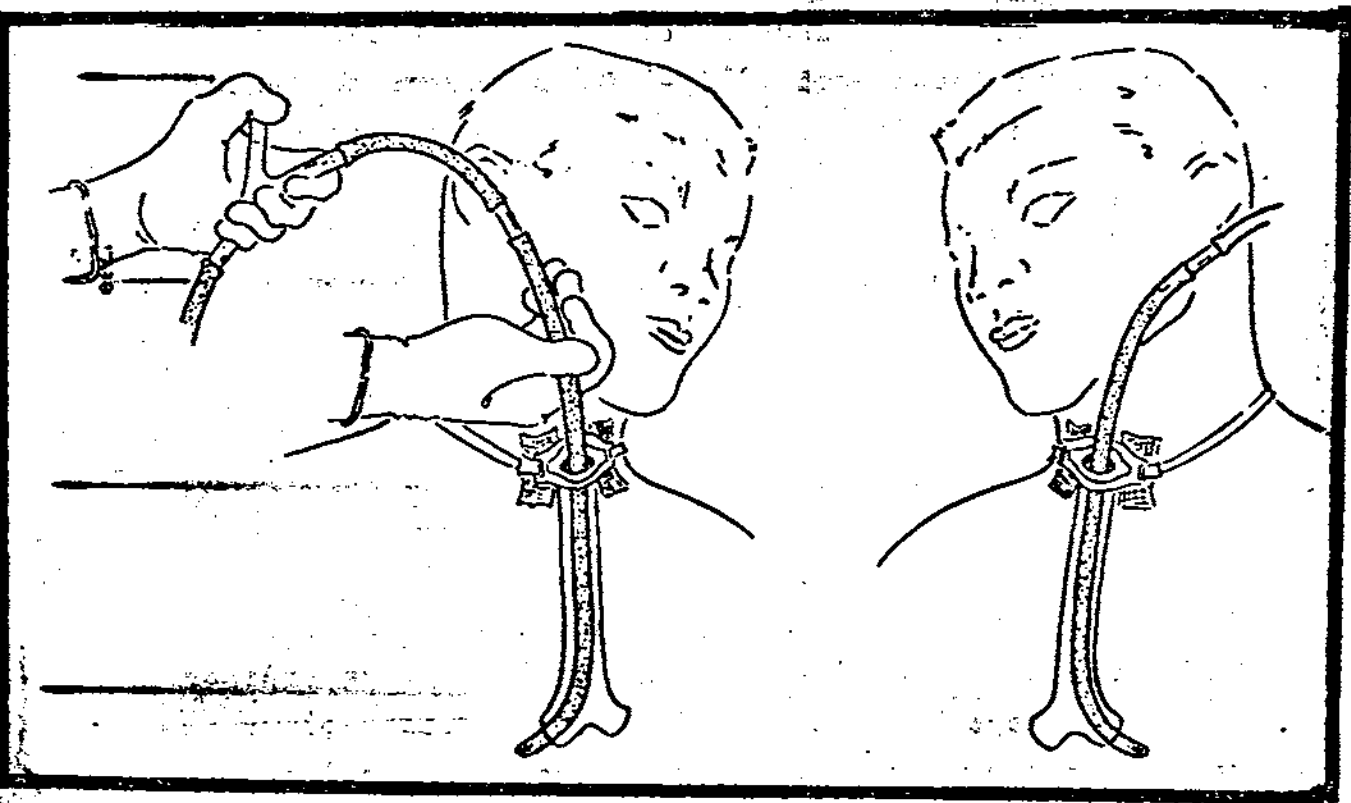
του στους βρόγχους ενοχλεί την τραχεία και ο άρρωστος πρέπει να ασκήσει ιδιαίτερη πίεση για να βήξει. Καθώς ο άρρωστος βήχει η νοσηλεύτρια και ο ασθενής έχουν έτοιμα χαρτοβάμβακα και δοχείο για να συγκεντρώσουν τις εκκρίσεις.

Η ενστάλλαξη μερικών σταγόνων φυσιολογικού ορού μέσα στον τραχειοσωλήνα βοηθά στην αραίωση των βλεννών για την καλύτερη αναρρόφηση τους.

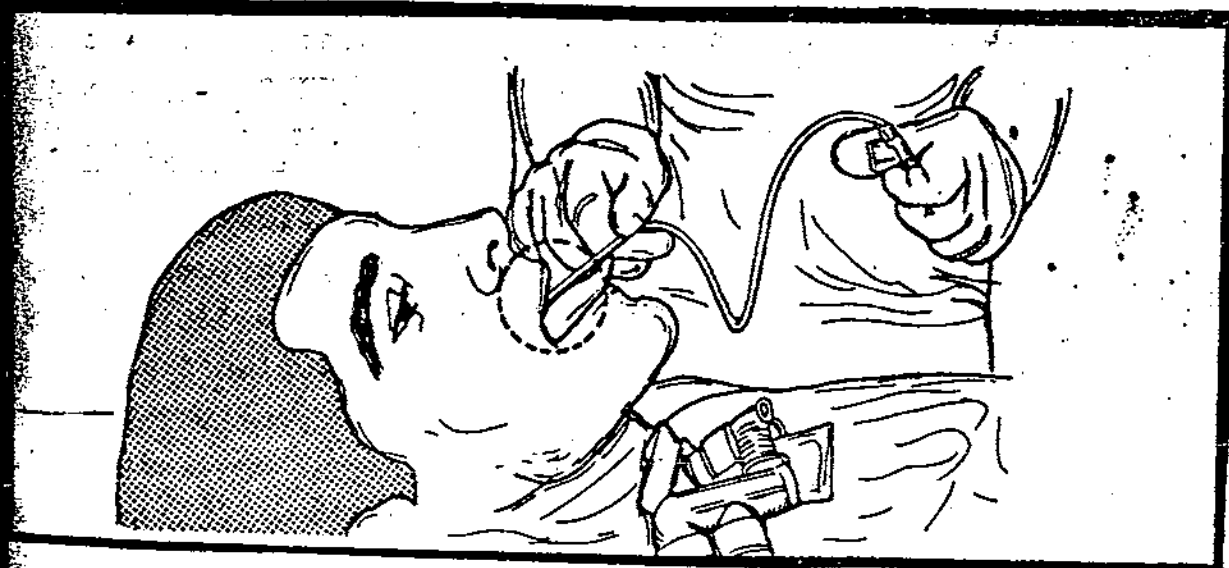
(Ο χρόνος της αναρρόφησης πρέπει να διαρκεί τόσο, όσο η αδελφή μπορεί να κρατήσει την αναπνοή της για να μην διακόπτεται η συχνότητα της αναπνοής του αρρώστου). Ο καθετήρας περιστρέφεται με ήπιες κινήσεις ελαφρά πάνω κάτω καθώς το αφαιρείτε. Μετά απο κάθε αναρρόφηση αφήνεται ο ασθενής να ξεκουράζεται για τρία λεπτά και μετά επαναλαμβάνεται η αναρρόφηση αν χρειαστεί. Στα ενδιάμεσα οξυγονώνετε και αερίζετε ο άρρωστος απο την αδελφή ώστε να μειωθεί η υποψία και να προλάβει τις αρρυθμίες.

Χρησιμοποιείται στηθοσκόπιο για την ακρόαση κατά μήκος του βρογχητικού δένδρου. Η ακρόαση επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της αναρρόφησης. Στο τέλος της αναρρόφησης η αναπνοή πρέπει να είναι ήρεμη και χωρίς προσπάθεια στο τέλος της αναρρόφησης.

Στο τέλος απομακρύνεται ο καθετήρας, γάντια και



Βρογχική αναρρόφηση



Στοματική αναρρόφηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

7.1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Αποκατάσταση είναι η πλήρης η μερική ανάρρωση από την ασθένεια.

Ο ασθενής που υπέστη λαρυγγεκτομή έζησε ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, μέσα στο νοσοκομείο και υπέστη σοβαρές αλλαγές στην σωματική και ψυχολογική ισορροπία του. Η νοσηλεύτρια-της πρέπει να προετοιμάσει τον ασθενή για την επιστροφή στον αγώνα για τη ζωή.

Η νοσηλεύτρια-της έχει οργανώσει και προετοιμάσει ειδικά προγράμματα ώστε να επιτύχει την αποκατάσταση του αρρώστου. Όλοι οι άρρωστοι που βρίσκονται στο νοσοκομείο διέρχονται από την διεργασία της αποκατάστασης για να ξεπεράσουν την αρνητική εμπειρία της αρρώστιας, και να μάθουν να αντιμετωπίζουν τις μόνιμες ή προσωρινές αλλαγές που συνέβησαν στον οργανισμό της. Η αποκατάσταση είναι μία δημιουργική διεργασία με την οποία το άτομο επιτυγχάνει την μεγαλύτερη δυνατή σωματική ψυχολογική πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση του έπειτα από την ασθένεια.

Το πρόγραμμα της αποκατάστασης για άρρωστο που έπαθε μια σοβαρή αναπηρία όπως της τραχειοτομίας τραχειοσωλήνα είναι ειδικά και ο στόχος τους έγκειται στη μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων τους, στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων στην αυτοεξυπηρέτηση, στην εκπαίδευση του λόγου, στην καλή εμφάνιση του αρρώστου και στην προφύλαξη του από διάφορους κινδύνους.

7.2. Αυτοπεριποίηση

Την περιποίηση του τραχειοσωλήνα αναλαμβάνει ο άρρωστος όταν έχει ανακτήσει τις φυσικές δυνάμεις, έχει αποδεχθεί την αναπηρία του και να μπορεί να την κάνει ακίνδυνη, να είναι σε θέση να κατανοήσει τους όρους ασηψίας και να μάθει την κατάλληλη τεχνική.

Όταν ο ασθενής έχει πετύχει τις παραπάνω προϋποθέσεις η νοσηλεύτρια-της πρέπει να διδάξει την τεχνική της περιποίησης, του τραχειοσωλήνα. Η νοσηλεύτρια της ενημερώνει θεωρητικά τον άρρωστο και του εξηγεί τα απαραίτητα αντικείμενα τον τρόπο αφαίρεσης του τραχειοσωλήνα την περιποίηση του τραύματος, την καθαριότητα και το δρασμό του σωλήνα και τον τρόπο επανατοποθέτησής του. Επίσης διδάσκει τον τρόπο προετοιμασίας και χρήσης των αντικειμένων.

Ο ασθενής μετά την θεωρητική ενημέρωση παρακολουθεί την εκτέλεση των παραπάνω.

Η νοσηλεύτρια-της δίνει στον ασθενή ένα μικρό καθρεπτάκι ώστε αυτός να παρακολουθεί την διαδικασία.

Κατ'αρχήν διδάσκεται στην αφαίρεση του τραχειοσωλήνα επισημαίνεται στον ασθενή, ότι πρέπει να πλένει τα χέρια του πριν ακουμπήσει το τραχειοστόμιο. Να βρέχει τον τρίφτη με ζεστό νερό να τον στίβει καλά και να τον απλώνει γύρω από το στόμιο.

Αφού γίνει η περιποίηση του στομίου ο άρρωστος διδάσκεται της επανατοποθέτησης του τραχειοσωλήνα.

Η γλώσσα που χρησιμοποιεί η νοσηλεύτρια είναι ανάλογη με το μορφωτικό, κοινωνικό, δυσνοητικό επίπεδο.

Όταν ο ασθενής κατανοήσει την διαδικασία, εκτελεί ο

ίδιος την διαδικασία κάτω από την επιτήρηση της νοσηλεύτριας-της. Η νοσηλεύτρια-της τον διορθώνει αν χρειαστεί. Έτσι όταν φθάσει η διαδικασία σε ικανοποιητικά επίπεδα τον αφήνει να την εκτελεί μόνος του.

Τέλος εξηγείται στον άρρωστο η δυνατότητα να αντικαταστήσει μερικά νοσηλευτικά αντικείμενα που βρίσκονται στο σπίτι του λαμβάνοντας υπόψη της το οικονομικό επίπεδο.

Απαραίτητο αντικείμενο που πρέπει να έχει ο άρρωστος στο σπίτι του είναι 2ος τραχειοσωλήνας.

Ένα διαστολέα.

Και τα δύο διατηρούνται αποστειρωμένα. Η νοσηλεύτρια-της ενημερώνει για τον τρόπο χρησιμοποιήσεως του σε περίπτωση που θα βγει ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας.

Η πιο πάνω διαδικασία, διδάσκεται και σε οικείους του ασθενή για την περιποίηση σε περίπτωση ανάγκης.

Μετά την εκμάθηση της αυτοπεριποιήσεως ο ασθενής αναλαμβάνει αυτή την διαδικασία κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Η μάθηση της αυτοπεριποιήσεως γίνεται και σε ασθενή με πρόσκαιρη τραχειοτομή.

7.3. Ομιλία.

Ο ασθενής μετά την τραχειοτομή δεν μπορεί να μιλήσει με τον γνωστό τρόπο γιατί ο αέρας δεν περνά μέσα από τις φωνητικές χορδές. Γι' αυτό η προσπάθεια εκπαίδευσσεως βοηθά τον ασθενή να επικοινωνήσει με το περιβάλλον και δια του προφορικού λόγου. Αυτό συνίσταται στα ακόλουθα: Λέμε στον ασθενή να πάρει αναπνοή, αμέσως μετά να κλείσει με το δάκτυλο τον τραχειοσωλήνα και συγχρόνως να μιλήσει. Αυτό επαναλαμβάνεται μέχρι να ολοκληρωθεί ότι θέλει να πει.

Ακόμα ο ασθενής διδάσκεται τον τρόπο φυσιολογικής ομιλίας καθώς και τον τρόπο με τεχνητό λάρυγγα (ειδική ηλεκτρονική μηχανή).

7.4. Εμφάνιση ασθενούς

Δίδονται στον άρρωστο συμβουλές πως θα καλύπτει το τραχειοστόμιο. Χρησιμοποιείται ένα πλεκτό κάλυμμα ή ένα βαμβακερό ύφασμα που κρέμεται πάνω στο στόμιο. Στερεώνεται με λουρίδες γύρω από το λαιμό.

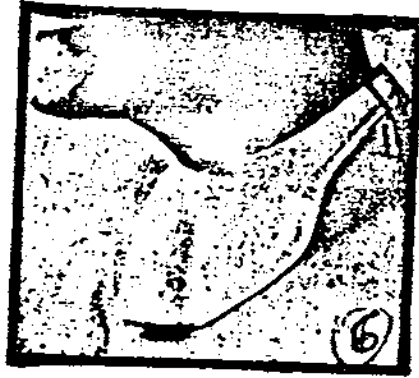
Ο άνδρας μπορεί να φορά ένα χαλαρό οπουκάμισο με κολλάρο και με γραβάτα ή ζακέττα με λαιμό χελώνας. Όταν φορά κανονικό πουκάμισο, το δεύτερο κουμπί από πάνω μπορεί να ραφτεί πάνω στην κουμπότρυπα για να δείχνει κουμπωμένο. Με τον τρόπο αυτό αφήνεται ένα μεγάλο άνοιγμα μέσα από το οποίο μπορεί να μπει ένα μαντήλι όταν βήχει ο άρρωστος.

Η γυναίκα μπορεί πολύ ωραία να καλύψει τον τραχειοσωλήνα με ένα ελαφρύ μαντήλι λαιμού, με ένα ψηλό γιακά στο φόρεμα, ένα φαρδύ περιδέραιο, ή ένα γιακαδάκι με βελονάκι.

Όταν κάνουν ντους, διδάσκονται να έχουν την τραχειοστομία τους πάντα κλειστή, για να μην μπει καθόλου νερό, τοποθετώντας το δάκτυλό τους στο στόμιο, βεβαίως για λίγο, ή ακόμα τοποθετώντας στο στόμιο ένα καθαρό ύφασμα ή μαντήλι.

Στους άνδρες επιστάται ιδιαίτερη προσοχή όταν βρίσκονται στο κουρείο ή όταν ξυρίζονται, για την αποφυγή πτώσεως τριχών μέσα στο τραχειόστομο.

Η κολύμβηση είναι υπερβολικά επικίνδυνη και θα πρέπει οπωσδήποτε να αποφεύγεται. Αυτό ίσως δυσαρεστήσει τον άρ-



Κάλυψη του τραχειόστομου

ρωστο γι' αυτό θα πρέπει να παροτρύνεται από τη νοσηλεύτρια σε άλλες ευχάριστες και ασφαλείς ψυχαγωγίες όπως το ψάρεμα, η κηπουρική, το κυνήγι, το θέατρο κ.λ.π.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Περίπτωση Α'

Νέος ασθενής της Ω.Ρ.Α. κλινικής εισήλθε στο νοσοκομείο 30/11/93 με τα δεξιάς φωνητικής χορδής.

Ονομαζόταν Μασούρας Λεωνίδας, επάγγελμα έμπορος, Ήταν έγγαμος με πολυμελή οικογένεια. Μόνιμη κατοικία Διοκλέους 29 Πάτρα, καταγόταν από Κάλφα Αχαΐας.

Αιτία προελεύσεως βρόγχος φωνής. Άρχισε από 2ετίας με ήπιο βρόγχο φωνής οπότε επισκέφτηκε Ω.Ρ.Α. Ιδιωτικό και χορηγήθηκε αντιβίωση.

Προ τριμήνου επιδηνόθηκε το βρόγχος οπότε και ξαναεπισκέφθηκε Ω.Ρ.Α. ιδιωτική και έπειτα την ΩΡΑ του 409. Ήταν καπνιστής 50-60 τσιγάρα την ημέρα και χρήστης αρκετής ποσότητας αλκοόλ. Από τριμήνου είχε διακόψει το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Έγινε εισαγωγή στην κλινική. Έκανε εργαστηριακές εξετάσεις και καρδιογράφημα.

Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν Κ: 4,4, Να: 135, SLOΤ: 17, SCPT: 17 ALP: 22, HCT: 42,1% WBC: 14,200 K/UL NEU: 11,9

Έγινε μικρολαρυγγοσκοπηση υπό γενική ενδοτραχειακή αναισθησία στις 325/11/93.

Υπό γενική ενδοτραχειακή αναισθησία και μικρολαρυγγεκτομή αφαιρείται η εξωφυτική βλάβη από την Δ φωνητικής χορδής που αντιμετωπίζεται στη μεσότητα προς το πρόσθιο τριτυμόριο. Στις 26/11/93 η κατάσταση ήταν πολύ δεν παρατηρήθηκε οίδημα λάρυγγα. Και έγινε εξητήριο. Στις 30/11/93 ξαναέγινε εισαγωγή. Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν:

Να: 137 Σακχαρο: 97, Ουρία: 22

PT: 12, PIT: 31 T.K.T: 18

Λευκά: 10 500 AMT: 214 00 HCT: 47,1%

Είχε πυρετό 36,5

Εγχειρήστηκε στις 1/12/93. Μπήκε στην αίθουσα 10¹⁵ π.μ.
και ώρα εξόδου 12.55 π.μ.
Ωρα έναρξης της εγχείρησης 10.45 π.μ. ώρα λήξης 12.40 μ.μ.
Και έγινε ημιλαρυγγεκτομή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΧΑΣΙΑ

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας Νοσηλ. φροντίδα Εφαρμογή Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων

Βρόγχος φωνής και απώλεια αυτής. Μείωση του φόβου του ασθενή.

Επικοινωνία υποστή- ριξη-ενηθώσεις. Η ενημέρωση έγινε για Παρά την ενημέρωση και τη καλύτερη αντιμετώ- τις ενηθώσεις οι φόβοι πιση του φόβου και της παραμείνανε γιατί ο κάθε εξαλείφως του φόβου άνθρωπος αντιλαμβάνεται αυτού, ήταν η επαφή με διαφορετική τα γεγονότα κάποιο άτομο που υπέ- της ζωής του. Αυτό φαί- σται τραχειοτομή παρο- νόταν απο το γεγονός ότι δική.

Δόθηκαν ενηθώσεις ότι απαιτείται και όλες πήγαφα δεν θα χάσει την φωνή σχετικά με την απώλεια του αλλά ότι θα μιλάει της φωνής του. πινό σιγανά.

Μετά την συνάντηση με το άλλο άτομο που είχε πα- ροδίκη τραχειοτομή οι φόβοι του μειώθηκαν. Αρχισε να βλέπει διαφο- ρητικά τα πράγματα. Το γεγονός ότι δεν θα έχανε τη φωνή του τον γέμισε ικανοποίηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕΤΑΓΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ Πρόβλημα	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτ. φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Πόνος:	Μείωση του πόνου που προέρχεται από το σημείο της τραχειοτομίας.	Χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών.	Χορηγούμε αναλγητικά και αντιβιοτικά για την πρόληψη άμεσων και μακροχρόνιων επιπλοκών. Χορηγούμε 1 AMP APOTEL για τον πόνο. Ενδοφλέβια αντιβίωση.	Ο ασθενής ήταν πολύ ανήσυχος και ο πόνος επιδεινώθηκε, μερικές ώρες αργότερα έγινε 1 AMP APOTEL και 1/2 STEDON.
			RODACEL FD 1X2 BRIKDIN ED 1X2 PALACIN AMP 1X2 STEDON	Συνεχίζει να είναι ανήσυχος και στις 5π.μ. έγινε 1 AMP STEDON. Μετά από τις ενέργειες αυτές ο πόνος ελαττώθηκε και ο ασθενής παρέμεινε για αρκετές ώρες ήσυχος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ημερομηνία Νοσηλευτικό Πρόβλημα Σκοπός νοσηλ. Νοσηλευτικό φροντ. Εφαρμογή Αξιολόγηση
φροντίδας

Έντονες εκκρίσεις Παρόχθευση Γίνονται αναρροφή- Οι αναρροφήσεις γίνονται τακτικά όσο ο ασθενής έχει ανάγκη και σε διαστήματα 5-10-15' μεταχειριρ- τικά ενσταλλάσσονται λίγες σταγόνες φυσιολογικού ορού, για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων και αλλάζεται τακτικά η γάζα γύρω από το τραχειοστόμο για την αποφυγή επιμόλυνσης και δερματίτιδας της γύρω περιοχής του δέρματος.

Αποτελεσμάτων

Μετά τις αναρροφήσεις ο ασθενής αισθάνεται ανακούφιση γιατί μπορεί να αναπνεύσει με λιγότερη προσπάθεια. Ευχαρίστησε την Νοσηλεύτρια.

Περίπτωση Β'

Νέος ασθενής της ΩΡΑ εισήλθε στην κλινική στις 6/12/93 με τα λάρυγγος. Ονομαζόταν Βέρρας Ιωάννης. Καταγόταν απο το Σταυροχώρι Αχαΐας, διεύθυνση Πασκαρέως 91 Πάτρα. Επάγγελμα Γεωργός, Ασφάλεια ΟΓΑ και η ηλικία του ήταν 60 ετών.

Αιτία προσέλευσης ήταν ο βρόγχος φωνής και δύσπνοια υπέστει ολική λαρυγγεκτομή. Ήταν καπνιστής. Προσήλθε μια εκτίμηση αναπνευστικού συστήματος. Ιστορικό του χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και χρόνια πνευμονική καρδιά.

Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε επιδείνωση σε σχέση με τις 15-1-91. Γιατί είχε επισκεφθεί πάλι το νοσοκομείο πριν 2 χρόνια.

Στην σπιρομέτρηση ευρέθει:

V.C: 200 ML 65%

FEV: 940 ML 36%

Αέρια αίματος: 52.5 M HG

PCOT: 45,5 M HG - PH 7,39

WBC 12,9 KLUL TKF=6

NEU: 9.3 ET: 15,2''

IICT: 56,1% PII: 33,2''

Συνίσταται λήψη O2 με ροή με IDITLAIN

ΑεροAERODIN 1X4.

Κατέβηκε χειρουργείο στις 7/12/93 ώρα έναρξης 8.30 π.μ. και έληξε 12.30 . Τέθηκε φλεβοκαφετήρας IUC ενδοτράχειος σωλήνας με CUFF No 75 φίλτρο αναπνευστικό EXTENSION DX.

5% + DIPRIVON= 400 MY

SALOMEDRAL 500 + AMINOPH 2050

Τέθηκε σε φαρμακευτική αγωγή.

PENTOTHAL 250 MG

FENTANYD 50 MG

SOLUMEDROL 500 MG

XUDOLAIN 2% 2 ML

ADRENOLINE 1% 2 ML

ATROPINE

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτικά Πρόβλημα	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτ. φροντίδα	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Δύσπνοια	Αποκατάσταση αναπνοής ασθενούς.	Να τεθεί σε χορήγηση O2 με PON 1 LIT. Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.	Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση ώστε να διευκολυνθεί η αναπνευστική οδό χορήγηση O2 με PON 1 LIT. Η νοσηλεύτρια τους παραγοντες του προσπαθεί να καθησυχάσει τον ασθενή του τολούσαν ένταση και ανυψίζει ότι πρέπει να αποφεύγει τις συγκινησεις και να μη μιλάει πολύ γιατί κουράζεται.	Η δύσπνοια αποκαταστάθηκε με την χορήγηση O2. Η νοσηλεύτρια κατάφερε να μειώσει τα έντονα συναισθήματα και τους παράγοντες του προσπαθεί να καθησυχάσει τον ασθενή του τολούσαν ένταση και ανυψίζει ότι πρέπει να αποφεύγει τις συγκινησεις και να μη μιλάει πολύ γιατί κουράζεται.
Βρόγχος φωνής και φόβος απώλειας αυτίς.	Μείωση του φόβου	Ενημέρωση, συζήτηση τόνωση.	Η Νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή ότι μετά την εγχείρηση το βρόγχος φωνής θα σθενήσει στην αρχή δεν μπορεί να μιλάει. Με την πάροδο του χρόνου και ύστερα από κάποιες ασκήσεις φυσιοθεραπεία η φωνή θα	Οι φόβοι του ασθενούς σχετικά με την απώλεια φωνής του είναι έντονο παρά την συνάντησή του με τον ασθενή που υπέστη τραχειοτομή. Οι φόβοι του ασθενούς είναι φανεροί από το γεγονός ότι όλες οι

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
φροντίδας			Αποτελεσμάτων
Ανησυχία - φόβος	Μείωση της ανησυχίας και του φόβου. Συζήτηση, ενημέρωση ψυχολογική τόνωση.	<p>Η συζήτηση έγινε εξηγήθηκαν όλες οι απορίες του ασθενή σχετικά με την εγκύριση και την μεταχειρι- ρητική του κατά- σταση. Προετοιμα- σαμε τον ασθενή για τις εξετάσεις που θα ακολουθήσουν</p> <p>α) Ro θώρακος β) ΗΚΡ γ) Γενική αίματος ε) Μικρολαρυγγο- σκόπηση για βιοψία.</p>	<p>Ο ασθενής κατάλαβε το σκοπό της συζήτησης και εκσέφρασε την ανάγκη του για τις διαγνωστικές εξε- τώσεις δηλ. τα αποτελέ- σματα. Μετά απο την ενη- μέρωση ο ασθενής απο- δέχτηκε την σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσ- σεων για την καλύτερη πο- ρεία της αρρώστειας του και της θεραπείας.</p>

Νοσηλευτικό Πρόβλημα Σκοπός Νοσηλευτικής Νοσηλευτ. φροντίδα φροντίδας

Εφαρμογή

Αξιολόγηση
Αποτελεσμάτων

αποκατασταθεί με την ερωτήσεις περιστρέφονται
διαφορά ότι θα μιλά- σχετικά με την απώλεια
ει σιγανά. Για την της φωνής.

καλύτερη αντιμετώπι-
ση αυτού του ενδεχο-
μένου απο τον ασθενή
η νοσηλεύτρια φέρνει
σε επαφή μαζί του εί-
ναι ασθενή που έχει
τραχειοτομή και την
έχει αποδεκτεί.

Αγωνία για την διε-
ξαγωγή της εγχεί-
ρησης.

Να ενημερωθεί ο ασθε- συζήτηση, ενημέρωση
νής σχετικά με την ψυχολογική, ηθική
εγχείρηση και την τόνωση.

αναγκαιότητα της
για την συνέχιση
της ζωής του.

Προετοιμάζουμε τον α-
σθενή σχετικά με την
επέμβαση και την τρα-
χειοτομή. Αναφέρεται
κάθε ενέργεια που θα
γίνει προεγχειρητικά:

α) Εγχειρητικό πεδίο.
β) Απαραίτητο ήπιο
κλίμα.

Τον ενημερώνουμε ότι
στην αρχή δεν θα μπορεί
να μιλάει και η επι-

Η αγωνία και ο φόβος
μειώθηκαν μετά την ενη-
μέρωση της νοσηλεύτριας
αλλά δεν παύει να τον
απασχολεί η απώλεια της
φωνής του και η αποκατά-
στασή τους.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτικό Πρόβλημα Σκοπός Νοσηλευτικής Νοσηλευτ. φροντίδα
φροντίδας

Εφαρμογή Αξιολόγηση
Αποτελεσμάτων

κοινωνία στην αρχή θα γίνεται γραπτά και σταδιακά με τις ασκήσεις οισοφαγοφωνίας θα αποκατασταθεί.

Πόνος

Μείωση του πόνου Χορήγηση αναλγητικών που προέρχεται και αντιβιοτικών. από το σημείο της λαρυγγεκτομής.

Χορηγούμε 1 AMP ΑΡΟΤΕΛ και αντιβίωση για την προληψη άμεσων και μακροχρόνιων επιπλοκών. Ο ασθενής παραμένει ανήσυχος και πονάει. Έγινε 1 AMP ΑΡΟΤΕΛ το απόγευμα ο πόνος μειώθηκε αλλά

1581

Αντιβίωση.

ZUNACETAMP 113

BRIKIDIN AMP 112

ZADPLM 113

άρχισε πάλι να πονάει αργότερα. Στις 4.π.μ. έγινε ακόμη 1 AMP ΑΡΟΤΕΛ. Ο ασθενής ησύχασε και κοιμήθηκε.

ΠΡΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΝΤΙΛΙΑ

Νοσηλευτικό Πρόβλημα Σκοπός νοσηλευτικής Νοσηλευτ. Φροντίδα Εφαρμογή Αξιολόγηση
 Φροντίδας Αποτελεσμάτων

Δύσπνοια Εξασφάλιση άνεσης κατάλληλη θέση στο κρεβάτι-τοποθετούμε τον ασθενή σε αναστάσιμη θέση. Βάτι. Αναρρόφηση, χορήγηση Na περιορίσουμε τη γηση 02. Να περιορίσουμε τη γηση 02. νευρικήτητα και την ανησυχία. Η δύσπνοια αποκατατάθηκε με την χορήγηση 02. Δόση 02. θέση έτσι ώστε να ελευθερώνεται η αναπνευστική οδό. εισπνοές και SIN BISOIROI

3
 8
 1 Χορηγούμε 02 2 Διδόση 5'-10'-15: 1
 8
 1 DIDLIMIN. Γίνανε αναρροφείς σε 1
 8
 1 5'-10'-15: 1

Ταχυσφυγμία υγρές αναπνοές Αποκατάσταση της αναπνοής και σφυγμών. Παρακολούθηση συχνή απο αναρροφής: Μετά τις αναρροφείς

Παρουσία αρκετών εκκρίσεων Απομάκρυνση των εκκρίσεων. Να γίνουν αναρροφείς Na αλλαχθεί ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας και η γάλα. Ο ασθενής αισθάνεται και αλλάχθηκε ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας πείται κάποια ανακούφιση. Αλλάχθηκε η γάλα και έσυνε περιποίηση του δέρματος για αποφυγή μύλων.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος του λάρυγγα έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια λόγω της μεγάλης κατάχρησης σινοπνεύματος και τσιγάρου καθώς και των συνθηκών εργασίας. Το άτομο που πάσχει από αυτό του είδους καρκίνου περνά ένα Γολγοθά γιατί έχει να αντιμετωπίσει μια μόνιμη αναπηρία την απώλεια της ομιλίας του. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι πολύπλευρα και έχουν μεγάλο σωματικό, ψυχικό ηθικό κόστος.

Υπάρχουν τρεις τρόποι αντιμετώπισης και θεραπεία του καρκίνου ο πιο συνηθέστερος είναι η χειρουργική αντιμετώπιση που έχει μεγάλο κόστος για τον ασθενή.

Η επιστήμη όμως προχωρεί ο ασθενής που υπέστη ολική λαρυγγεκτομή μπορεί γρήγορα να επανακτήσει την φωνή του με ασκήσεις δοισοφαγοφωνίας.

Σπουδαίος είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τή στην αντιμετώπιση του ασθενούς με καρκίνο. Ο ρόλος της έγκειται στην ψυχολογική σωματική, ηθική τόνωση καθώς στην προεγχειρητική και μεταχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Ε λ λ η ν ι κ ή

1. Αβραμίδη Δ.Σ. "Βασικά στοιχεία Δημόσιας Υγιεινής",
Αθήνα.
2. Αλεβιζάτου Ρεγγίνα-Μοσχοβάκη. Στοιχεία Φυσιολογίας.
Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1985
3. Βασώνη Β. "Επίτομη Χειρουργική & Ορθοπεδική", Έκδοση
4η, Αθήνα 1985,
4. Κόγιας Ι. Αλέξανδρος "ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ" Επιστημονι-
κές εκδόσεις Παρισιανός Γρ. Αθήνα 1974.
5. Κυριαφίνη Ι. "Συμπτώματα και Διάγνωσης εις την Ω.Ρ.Λ."
Έκδοση Πρώτη, Θεσσαλονίκη 1975.
6. Μαλγαρινού Μ.Α. Κωνσταντινίδου Σ.Φ. "Νοσηλευτική. Βα-
σικές αρχές παθολογική - χειρουργική" Τόμος Α, Αθήνα
1985.
7. Μαλγαρινού Μ.Α.-Κωνσταντινίδου Σ.Φ. "Νοσηλευτική. Βασι-
κές αρχές παθολογική-χειρουργική", Τόμος Β, Αθήνα 1985.
8. Μανωλίδη Λεωνίδα "ΕΠΙΤΟΜΗ ΩΤΟ-ΡΙΝΟ-ΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ"
Έκδοση 10η, UNIVERSITY STUDIO PRESS
9. Μαντανιώτη Σ. Νικολάου "ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ" Τόμος Πρώτος
Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γρ., Αθήνα 1972.
10. Πανταζόπουλου ΕΠ. Παναγιώτου "ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ"
Γ' έκδοση, Αθήνα . . . Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ Σ'λ.
11. Παπαχαραλάμπους Ι. Νικολάου "Ειδική Παθολογική Ανα-
τομική", έκδοση πέμπτη, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλί-
δη, Αθήνα 1986.
12. Ραγιά Αφροδ. "Βασική Νοσηλευτική", Αθήνα 1987.
13. Ραγιά Χρ. Αφροδ. "Η ΑΔΕΛΦΗ - ΤΟ ΜΕΓΑΛΕΙΟ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΗΣ"
Εκδόσεις Αδελφότητα "ΕΥΝΙΚΗ" Αθήνα 1972.

14. Σαχίνη Καρδάρη Άννα-Πάνου Μαρία "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 1ος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.
15. Τριχοπούλου Δημήτρη "Επιδημιολογία", Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γρ., Αθήνα 1982.
16. Χελιδόνη Εμαν. "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ Ω.Ρ.Λ." Αθήνα 1984.

