

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

"Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα"

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Κα. Φιδάνη Αικατερίνη

Σπουδάστρια

Αναγνωστοπούλου Χριστίνα



ΠΑΤΡΑ 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

7920

Αφιέρωση

Αφιερώνω την πτυχιακή μου εργασία στους γονείς μου για την πολύτιμη συμπαράστασή τους κατά τη διάρκεια των σπουδαστικών μου χρόνων. Επίσης στην καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι. Πατρών και εισηγήτρια της εργασίας, κα Φιδάνη Αικατερίνη για την ανεκτίμητη βοήθειά της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	8
ΑΝΑΤΟΜΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	8
Τα μέρη του αναπνευστικού Συστήματος	8
Μύτη και ρινική κοιλότητα	9
Φάρυγγας	9
Λάρυγγας	9
Τραχεία	10
Βρόγχοι	10
Πνεύμονες	10
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	11
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	27
ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	27
1) Αναμνηστικό	27
2) Επισκόπηση και ψηλάφηση	28
3) Έμμεση λαρυγγοσκόπηση	29
4) Άμεση λαρυγγοσκόπηση	31
5) Μικρολαρυγγοσκόπηση	33
6) Ενδοσκόπηση με εύκαμπτα ενδοσκόπια	33
7) Ενδοσκόπηση με άκαμπτα ενδοσκόπια	34
8) Στροβοσκόπηση	35
9) Υπερηχογλωττιδογραφία	35
10) Ηλεκτρομυογραφία	35
11) Ακτινογραφικός έλεγχος	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	37
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	37
ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ	37
Κόμβοι των φωνητικών χορδών και πολύποδες	37
Θηλώματα του λάρυγγα	39
Χόνδρωμα του λάρυγγα	41
Σπανιότεροι καλοήθεις όγκοι	41
ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ	43
Καρκίνος του λάρυγγα	43
Επιδημιολογικά στοιχεία	43
Παθολογοανατομία	45
Παράγοντες επικινδυνότητας	46
Ο καπνός ως παράγων επικινδυνότητας	47
Το αλκοόλ-οινοπνευματώδη	48
Συνέργεια καπνού- οινοπνεύματος	49
Διαιτητικές συνήθειες	50
Επαγγελματικοί παράγοντες επικινδυνότητας	51
Εντόπιση ταξινόμηση	52
Κλινική εικόνα	55
Διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα	58

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

Πρόγνωση της νόσου	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	64
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	64
1. Η θεραπεία με ακτινοβολία	64
2. Χειρουργική θεραπεία	66
A. Τμηματικές λαρυγγεκτομές	66
B. Ολική λαρυγγεκτομή	68
Συνδυασμένη χειρουργική θεραπεία - ακτινοθεραπεία	70
4. Ο ρόλος της χημειοθεραπείας	71
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	74
ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ	74
ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ	75
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ	79
A) Αμεσες	79
B. Όψιμες	80
ΕΙΔΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΩΝ	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	83
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	84
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	84
Ψυχολογική προετοιμασία	84
Σωματική τόνωση	86
Φυσική προετοιμασία	87
B. Ειδικές εξετάσεις	88
Γ. Σωματική καθαριότητα	89
Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία	91
Προετοιμασία θαλάμου	93
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	94
A. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα στην αίθουσα ανάνηψης	94
B. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα στο τμήμα	95
Αναρρόφηση μέσα από τον τραχειοσωλήνα	100
Αναρρόφηση μέσα από τραχειοσωλήνα χωρίς cuff	100
Αναρρόφηση μέσα από τραχειοσωλήνα με cuff	102
Ξεφούσκωμα cuff	104
Φούσκωμα cuff	104
Αλλαγή τραχειοσωλήνα με cuff	105
Φροντίδα μεταλλικού τραχειοσωλήνα	108
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ	108
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	114
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΛΑΡΥΓΓΑ ΣΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	114
Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία	114
Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας	118
Νοσηλευτική φροντίδα στη χημειοθεραπεία	122

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	128
Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ (-ΤΗ) ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	128
Φυσικές ανάγκες	129
Συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες	131
Αντιμετώπιση και βοήθεια της οικογένειας	132
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ	134
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	139
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ	143
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ, ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	144
ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1ο	144
ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2ο	155
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	166
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	168

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο, έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς αφού ένας καρκινοπαθής λόγω των πολλών αναγκών και προβλημάτων του έχει ανάγκη από εξειδικευμένη νοσηλευτική αντιμετώπιση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πέρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο αντιμετωπίζει πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχολογικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο. Εκτός αυτού μπορεί να επεκτείνει την παροχή φροντίδας στον ασθενή και εξωνοσοκομειακά, στο σπίτι και στην κοινότητα, μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας του και τους οικείους του και γενικά να συμβάλει στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.

Βέβαια σήμερα είναι αδύνατο όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να νοσηλεύονται από ειδικευμένα νοσηλεύτρια (-τη) στην ογκολογική νοσηλευτική, είναι όμως δυνατόν οι νοσηλευτές που νοσηλεύουν αρρώστους με καρκίνο να γνωρίζουν ότι καινούριο υπάρχει στη νοσηλευτική φροντίδα τέτοιων αρρώστων.

Η συγκεκριμένη εργασία "Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο λάρυγγα" αποτελεί μια προσπάθεια προσέγγισης των αναγκών και δυσκολιών του ασθενούς με αυτή τη μορφή καρκίνου και των ιατρικών αλλά νοσηλευτικών κυρίως μεθόδων που εφαρμόζονται για την ανακούφισή του.

Είναι σκόπιμο να αναφερθεί πως μεγαλύτερη βαρύτητα και ανάπτυξη δόθηκε στη Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα,

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

δεδομένου ότι ο νοσηλευτής πάντενδιαφέρεται και φροντίζει για τον άνθρωπο και τις ανάγκες του.

Το πρώτο μέρος της εργασίας αναφέρεται στην ιατρική προσέγγιση του θέματος με στοιχεία ανατομίας, φυσιολογίας, με συγκέντρωση των μεθόδων εξετάσεως του λάρυγγα, με την αναφορά των καλοπθών όγκων και της επιδημιολογικής συχνότητας της νόσου, την παθολογοανατομία, τους προδιαθεσικούς παράγοντες, την ταξινόμηση των νεοπλασμάτων, την κλινική εικόνα και την ανάλυση της διάγνωσης και θεραπείας τους.

Το δεύτερο μέρος αφορά στην παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού στις φάσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης του αρρώστου με καρκίνο λάρυγγα, στα μέτρα φροντίδας που λαμβάνονται για την τραχιτομή-τραχειοστόμιο, καθώς και για την αντιμετώπιση προβλημάτων και αναγκών του ατόμου. Αφορά επίσης στην συμβολή των νοσηλευτικών στο τελικό στάδιο της ζωής του αλλά και στον τομέα πρόληψη-διαφώτιση του κοινού με σκοπό τον περιορισμό του απειλούμενου κινδύνου από τη μία και την καλύτερη πρόγνωση της νόσου από την άλλη.

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος παρουσιάζεται το σχέδιο ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόστηκε σε δύο ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο, στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

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

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

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

Τα μέρη του αναπνευστικού Συστήματος

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

Μύτη και ρινική κοιλότητα

Στη μύτη διακρίνουμε τη ρίζα, που συνδέεται με το μέτωπο και προς τα κάτω τη ράχη και την κορυφή. Προς τα πλάγια διακρίνουμε τα πτερύγια και ανάμεσά τους τα πρόσθια στόμια της ρινικής κοιλότητας, τους μυκτήρες. Η ρινική κοιλότητα χωρίζεται με το ρινικό διάφραγμα σε δύο ρινικές θαλάμες. Η λειτουργία της ρινικής κοιλότητας συνιστάται:

- α) Στον έλεγχο της θερμοκρασίας: αντισταθμίζει διακυμάνσεις στη θερμοκρασία του εισπνεόμενου αέρα πολύ κοντά στους 37°C.
- β) Στον έλεγχο της υγρασίας: παρά τις ευρείες διακυμάνσεις στην υγρασία του περιβάλλοντος (0-90%) ο εισπνεόμενος αέρας στον ρινοφάρυγγα έχει υγρασία 75-80%.
- γ) Στον καθαρισμό του αναπνευστικού αέρα: θεωρείται ότι σχεδόν το σύνολο των σωματιδίων με διάμετρο μεγαλύτερη από 7mm, Παρακρατείται στη ρινική κοιλότητα. Τέλος η όσφρηση εξυπηρετείται από τον οσφρητικό βλεννογόνο.

Φάρυγγας

Αποτελεί τμήμα της ανώτερης αναπνευστικής οδού έχει ρινική, στοματική και λαρυγγική μοίρα.

Λάρυγγας

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

Τραχεία

Η τραχεία αρτηρία είναι ένας ινοχόνδρινος σωλήνας που αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του λάρυγγα, έχει μήκος 10-12 εκ. και διάμετρο 2-2,5 εκ. Αρχίζει αντίστοιχα προς τον 5ο αυχενικό σπόνδυλο και στο ύψος του 4ου-5ου θωρακικού αποσχίζεται σε δύο κύριους βρόγχους, το δεξιό και αριστερό. Μέρος της λοιπόν βρίσκεται στην τραχηλική χώρα και μέρος στην θωρακική κοιλότητα, οπότε διακρίνουμε τραχηλική και θωρακική μοίρα. Είναι ευκίνητη και το σκελετό της αποτελούν 16-20 χόνδρινα ημικρίκια.

Βρόγχοι

Όπως αναφέραμε η τραχεία στο ύψος του 4ου-5ου θωρακικού σπόνδυλου αποσχίζεται σε δύο βρόγχους, τον αριστερό και το δεξιό. Ο δεξιός είναι βραχύτερος και ευρύτερος από τον αριστερό και ακολουθεί πιο κάθετη πορεία προς τα κάτω. Η κατάσταση των βρόγχων είναι παρόμοια με αυτήν της τραχείας. Στο διχασμό της τραχείας υπάρχει μια μνηοειδής πτυχή του βλεννογόνου, η τροπίδα, που συνήθως έχει κλίση προς τ' αριστερά και έτσι στενεύει το στόμιο του αριστερού βρόγχου.

Πνεύμονες

Οι πνεύμονες έχουν σχήμα κωνοειδές, μεγάλες διακυμάνσεις βάρους (συνήθως ο δεξιός 625γρ.-αριστερός 565 γρ.), και κορυφή που προέχει 3-4 εκ. πάνω από τον 1ο πλευρικό χόνδρο. Η βάση τους είναι υπόκοιλη, ακουμπά στο σύστοιχο δόλο του διαφράγματος, η έξω επιφάνεια υπόκυρτη που έρχεται σε επαφή με το τοίχωμα του θώρακα. Η έσω επιφάνεια είναι υπόκοιλη και στο μέσο της περίπου βρίσκονται οι πύλες του πνεύμονα. Κάθε πνεύμονας χωρίζεται με μια μεσολόβια σχισμή σε άνω και κάτω λοβό. Η

δεξιά μεσολόβια σχισμή έχει επιπλέον έναν οριζόντιο κλάδο και έτσι ο δεξιός πνεύμονας χωρίζεται σε άνω, μέσο και κάτω λοβό. Μέσα στους πνεύμονες οι βρόγχοι διακλαδίζονται σε προοδευτικά μικρότερους βρόγχους σχηματίζοντας έτσι το βρογχικό δέντρο. Η διακλάδωση γίνεται γενικά με διχοτόμηση με τις αλληπάλληλες διακλαδώσεις φθάνουμε στα βρογχιόλια, τα οποία έχουν πολύ μικρή διάμετρο (λιγότερο από 1 χιλιοστό). Το μικρότερο βρογχιόλιο που χρησιμεύει ως αγωγός αέρα, λέγεται τελικό βρογχιόλιο. Πέρα από αυτό, τα βρογχύλια έχουν στο τοίχωμά τους, τις κυελίδες στις οποίες γίνεται η ανταλλαγή αερίων, γι' αυτό και λέγονται αναπνευστικά βρογχύλια. Αυτά διακλαδιζόμενα καταλήγουν στους κυελιδικούς πόρους, που με τη σειρά τους φτάνουν σε απλές κυελίδες ή κυελιδικούς σάκκους, ομάδες δηλαδή κυελίδων.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας είναι αυλοειδές όργανο, του οποίου η κοιλότητα σχηματίζεται από τη διάρθρωση 5 κύριων χόνδρων, που επικουρούνται από 4 άλλους μικρότερους. Ο χόνδρινος σκελετός του λάρυγγα συναρμολογείται στερεά με συνδέσμους και ενισχύεται με μύες, η δε εσωτερική επιφάνειά του, όπου βρίσκονται και τα φωνητικά μόρια, καλύπτεται με βλεννογόνο.

Ο λάρυγγας βρίσκεται στη μέση γραμμή του τραχήλου, καλυπτόμενος μόνον από το δέρμα και την τραχηλική περιτονία, ενώ πίσω του έχει τον υποφάρυγγα και πιο πίσω από αυτόν τον 4ο, 5ο και 6ο αυχενικό σπόνδυλο. Στα πλάγια έχει τους κάτω από το υοειδές οστόύν μύες και το θυροειδή αδένια και προς τα πίσω (και πλάγια) το αγγειονεβρώδες δερμάτιο του

τραχήλου . Κρέμεται δε ο λάρυγγας από το υοειδές οστόν και εμμέσως από τη ρίζα της γλώσσας (γι' αυτό μετακινείται με τις κινήσεις της), και στηρίζεται από κάτω, επάνω στην τραχεία, που μορφολογικά αποτελεί την προς τα κάτω συνέχειά του.

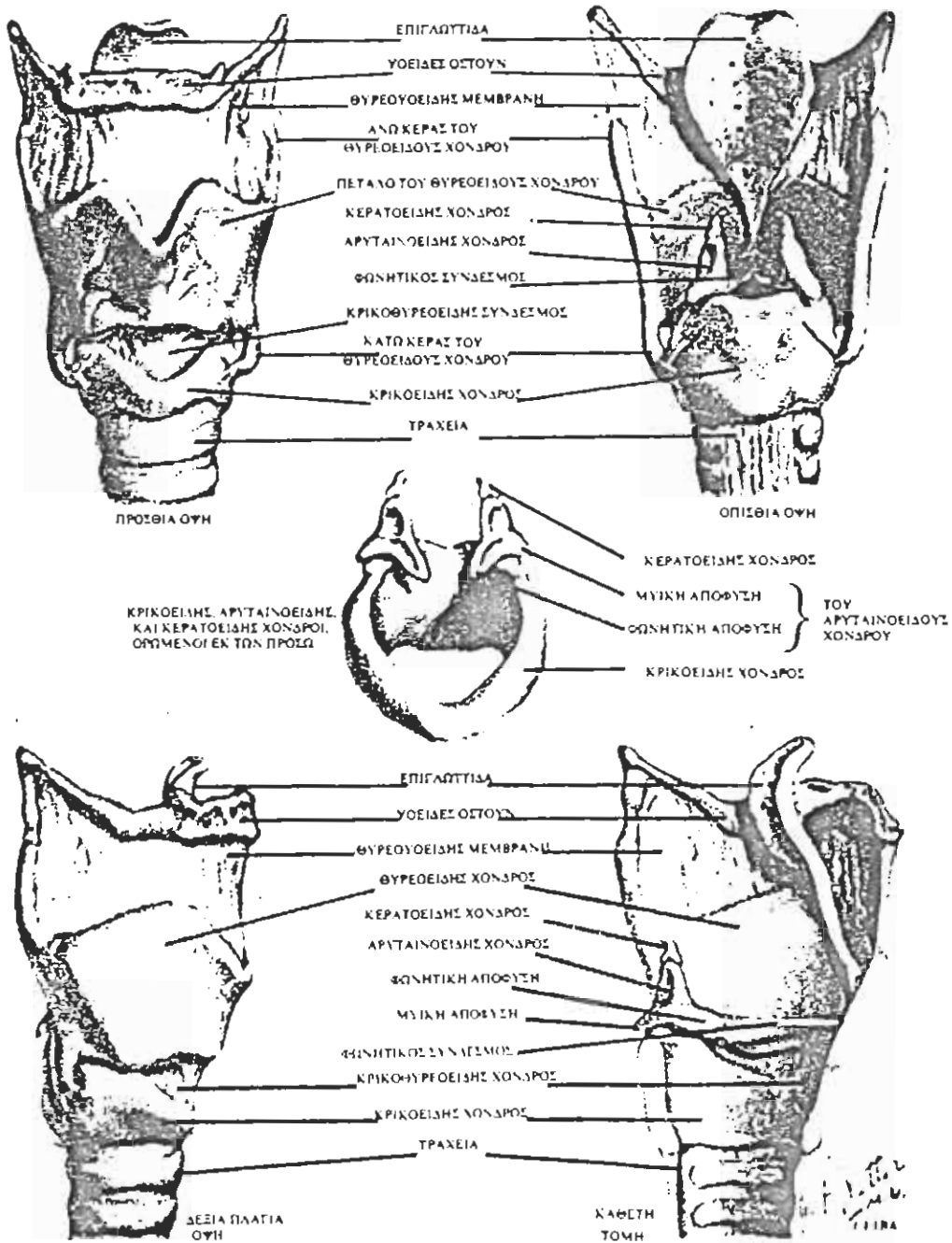
Το σχήμα του λάρυγγα στο άνω μέρος του μοιάζει με τριγωνική πυραμίδα, της οποίας η βάση είναι προς τα πίσω, ενώ στο κάτω μέρος είναι κυλινδρικό. Ο αυλός του λάρυγγα έχει δύο στόμια το άνω (φαρυγγικό) και το κάτω (ή τραχειακό). Το άνω έχει σχήμα ωοειδές και το επίπεδό του δεν είναι οριζόντιο αλλά κεκλιμένο από τα εμπρός και άνω, προς τα πίσω και κάτω (είσοδος του λάρυγγα). Το δε κάτω στόμιο του λάρυγγα, είναι κυκλικό και μεταπίπτει απ' ευθείας στον αυλό της τραχείας χωρίς κανένα σαφές όριο, ή άλλο χαρακτηριστικό.

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

1. **Ο θυροειδής** (επειδή μοιάζει με θυρεό) είναι ο μεγαλύτερος, αποτελείται από δύο τετράπλευρα πέταλα, που ενώνονται μπροστά (στην μέση του τραχήλου) σχηματίζοντας γωνία (το μήλο του Αδάμ) περισσότερο έκδηλη στους άνδρες.
2. **Ο κρικοειδής** (που μοιάζει με κρίκο ή δαχτυλίδι με σφραγιδόλιθο.) Αυτός είναι στο πίσω μέρος πλατύτερος και σχηματίζει το πίσω τοίχωμα του λάρυγγα. Το άνω χείλος του βρίσκεται σε λοξό επίπεδο από τα εμπρός και κάτω προς τα πίσω και άνω. Το κάτω χείλος του βρίσκεται σε οριζόντιο επίπεδο και αποτελεί τη βάση του λάρυγγα. Στον ενήλικα, ο κρικοειδής βρίσκεται στο επίπεδο του A_5 - A_7 αυχενικού σπονδύλου, ενώ

στο παιδί στο επίπεδο του A_3-A_4 . Στα πλάγια ο κρικοειδής χόνδρος έχει ανά μια απόφυση, με τις οποίες συντάσσεται με το θυροειδή χόνδρο, στην ανώτερη δε μοίρα της οπίσθιας επιφάνειας, έχει άλλες δύο αποφύσεις με τις οποίες συντάσσεται με τους αρυταινοειδείς χόνδρους. Επειδή ο κρικοειδής χόνδρος είναι το μοναδικό ανατομικό στοιχείο του λάρυγγα με μορφή πλήρους δακτυλίου, η προφύλαξη του είναι μεγίστης σημασίας για τη διατήρηση ανοικτής της αεροφόρου οδού.

3. **Οι αρυταινοειδείς χόνδροι** (που μοιάζουν με αρύταινα: ελαιοδοχείου). Αυτοί είναι δύο και βρίσκονται στο πίσω μέρος του λάρυγγα (ένας δεξιά και ένας αριστερά). Ο καθένας τους έχει σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας που η βάση της συντάσσεται με τον κρικοειδή χόνδρο και η κορυφή της (προς τα επάνω) με τον κερατοειδή χόνδρο. Είναι πολύ σημαντικοί χόνδροι (λειτουργικώς) γιατί έχουν ανά μια φωνητική και μυϊκή απόφυση, στις οποίες προσφύονται οι φωνητικοί σύνδεσμοι και οι φωνητικοί μύες.
4. **Η επιγλωττίδα** μοιάζει με φύλλο δέντρου, του οποίου ο μίσχος προσφύεται στην έσω επιφάνεια της πρόσθιας γωνίας του λάρυγγα. Προβάλλει επί λοξού επιπέδου εκ των κάτω και εμπρός προς τα άνω και πίσω, ενώ κατά την κατάποση κατασπάται και αποφράσσει την είσοδο του λάρυγγα.
5. **Οι κερατοειδείς και σφηνοειδείς χόνδροι** είναι διπλοί (ένας δεξιά και ένας αριστερά). Οι μεν κερατοειδείς είναι συναρθρωμένοι με την κορυφή των αρυταινοειδών χόνδρων, οι δε σφηνοειδείς βρίσκονται μέσα στις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές.



Εικ. Χόνδροι του λάρυγγα

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

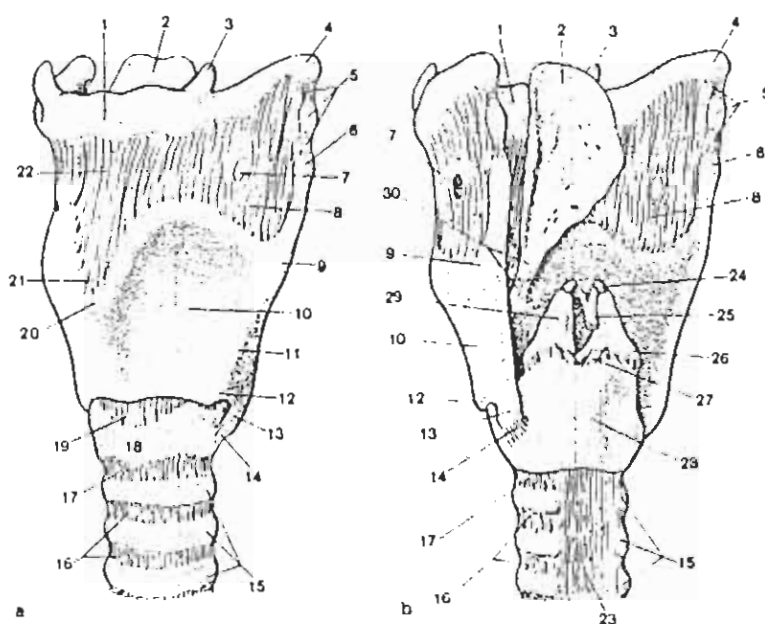
Ετερόχθονες είναι:

- 1. Ο υοθυρεοειδής υμένας** που είναι τετράπλευρος, εκφύεται από το άνω χείλος του θυρεοειδούς χόνδρου, καταφύεται στο κάτω χείλος του μείζονος κέρατος του υοειδούς οστού και διατρυπάτε από τη λαρυγγική αρτηρία και το άνω λαρυγγικό νεύρο.
- 2. Οι υοθυρεοειδείς σύνδεσμοι** (μέσος και δύο πλάγιοι) αποτελούν παχύτερες και σκληρότερες ζώνες του υοθυρεοειδούς υμένα. Ο μεν μέσος αρχίζει από τη θυρεοειδή εντομή και φθάνει στο άνω χείλος του σώματος του υοειδούς οστού, οι δε πλάγιοι (που είναι σαν ελαστικά σκοινιά) συνάπτουν την κορυφή του άνω θυρεοειδούς κέρατος με το φύμα του μείζονος κέρατος του υοειδούς οστού.
- 3. Ο υοεπιγλωττιδικός υμένας** φέρεται οριζοντίως από την άνω επιφάνεια του σώματος του υοειδούς οστού μέχρι την πρόσθια επιφάνεια της επιγλωττίδας και αποτελεί τον πυθμένα των γλωσσοεπιγλωττιδικών βοθρίων.
- 4. Ο κρικοτραχειακός σύνδεσμος** συνδέει κυκλικά το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου με το πρώτο ημικρίκιο της τραχείας.

Οι αυτόχθονες είναι:

- 1. Ο ελαστικός υμένας του λάρυγγα** βρίσκεται κάτω από το

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



Εικ. Υοειδές οστόν και σκελετός του λάρυγγα, συνδέσεις των μερών του σκελετού μεταξύ τους

2. Ο αρυταινοεπιγλωττιδικός υμένας αντιστοιχεί στην άνω μοίρα του ελαστικού υμένα του λάρυγγα και αποτελεί το υπόθεμα της αρυταινοεπιγλωττιδικής πτυχής. Το κάτω χείλος του υμένα αυτού

αποτελεί το νόδο αυτού αποτελεί το νόδο φωνητικό ή κοιλιαίο σύνδεσμο.

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

4. Ο κρικοθυρεοειδής σύνδεσμος είναι επίσης πάχυνση του ελαστικού υμένα και συμπληρώνει το κενό που υπάρχει μεταξύ θυρεοειδούς και κρινωειδούς χόνδρου στο πρόσθιο μέρος του λάρυγγα.

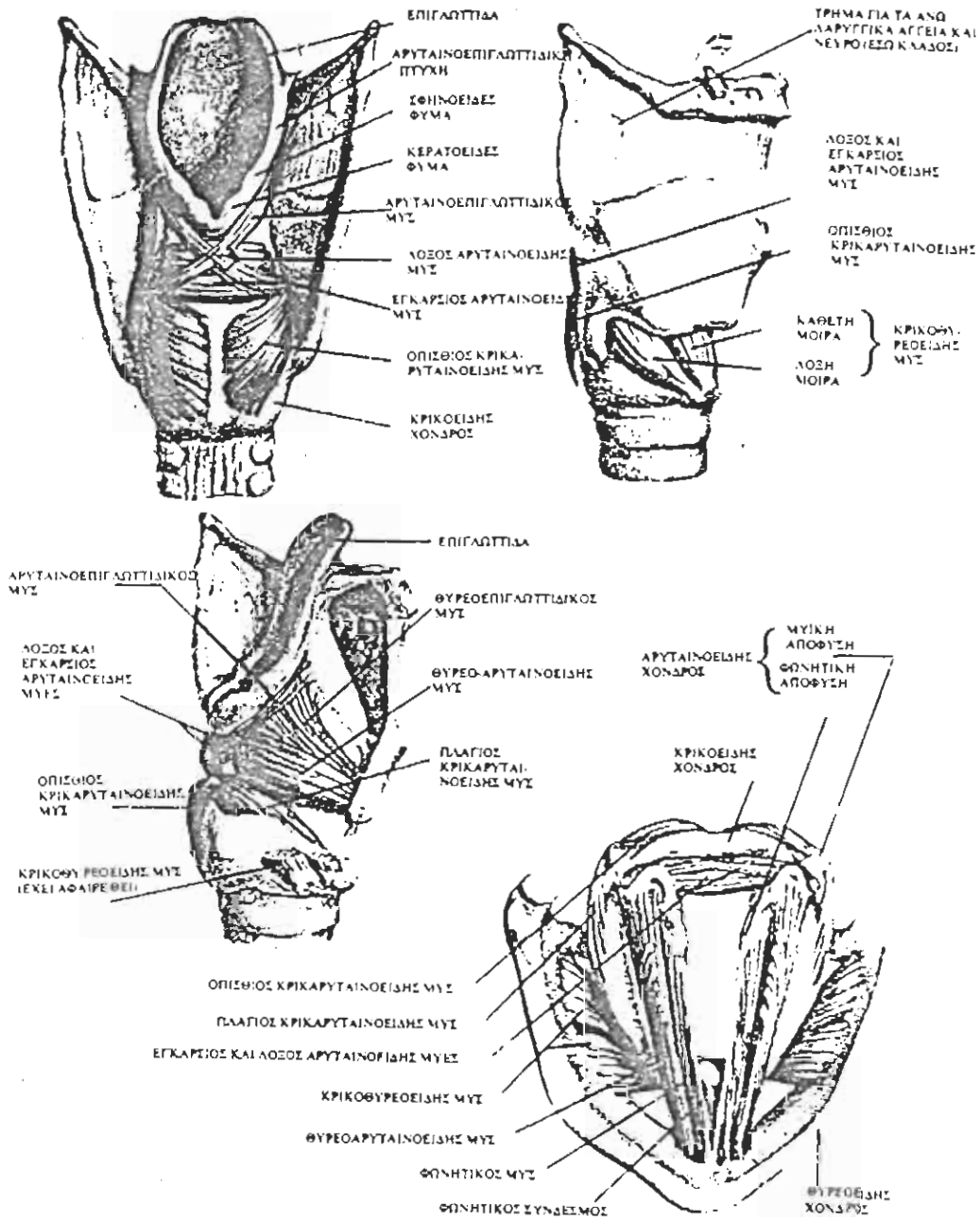
Οι μύες του λάρυγγα, διακρίνονται επίσης σε ετερόχθονες και αυτόχθονες.

Οι ετερόχθονες πάλι διακρίνονται στους υπέρθεν και τους κάτωθεν του υοειδούς οστού. Και οι μεν **άνωθεν** (γενειοϋοειδής, διγάστωρ, γναθοϋοειδής και βελονοϋοειδής) μαζί με τον κρικοφαρυγγικό μυ ανασπούν το υοειδές οστόν και μαζί του το λάρυγγα. Οι δε **κάτωθεν** (στερνοϋοειδείς, θυρεοϋοειδής και ωμοϋοειδής) κατασπούν το υοειδές οστόν και μαζί του το λάρυγγα, συμβάλλοντας στην κατάποση.

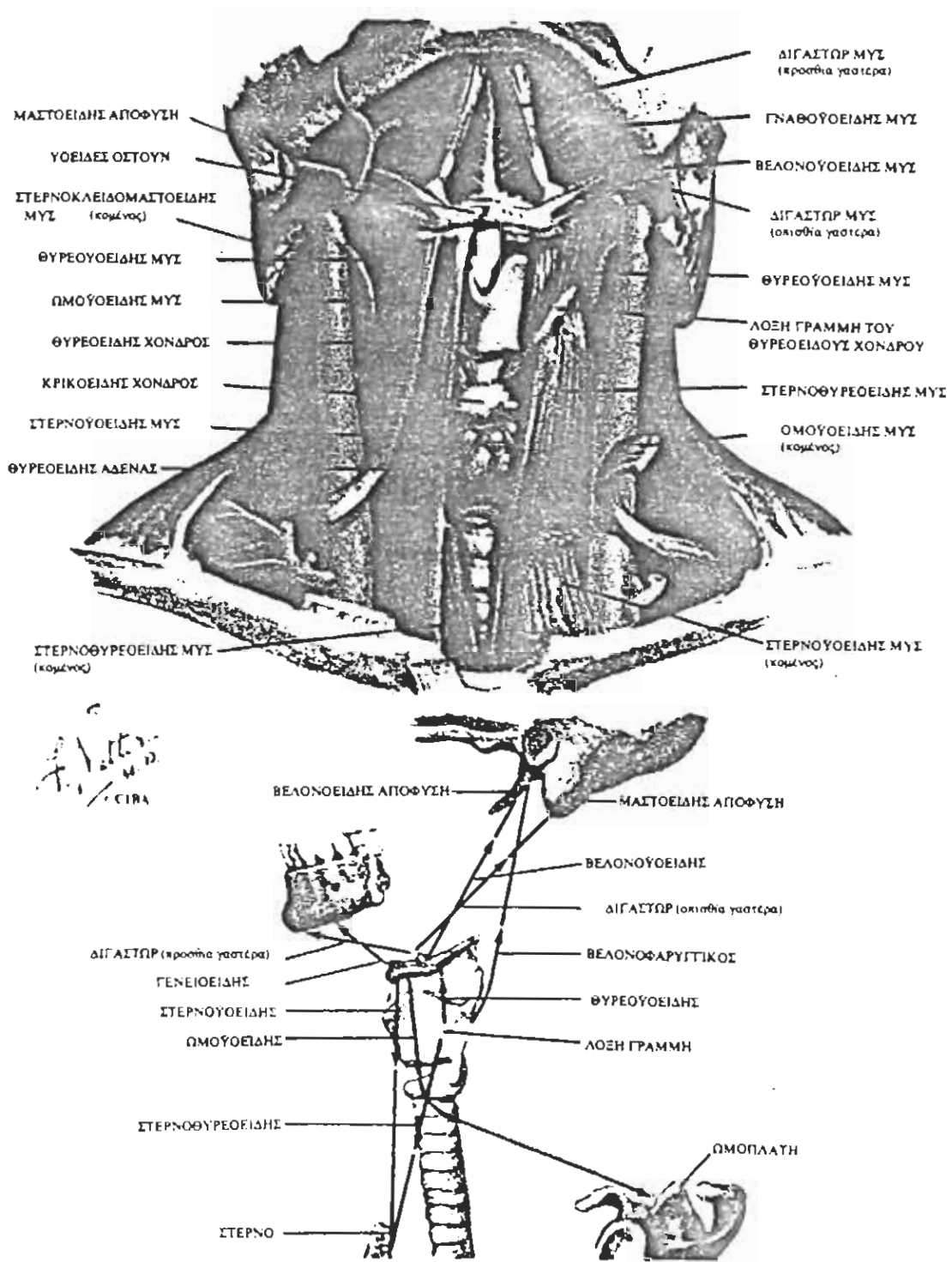
Οι αυτόχθονες μύες του λάρυγγα, κινούν τους χόνδρους του κατά την κατάποση και ομιλία, έτσι ώστε αφ' ενός μεν να τον προφυλάσσουν από την είσοδο ξένων σωμάτων, αφ' ετέρου δε να συμβάλλουν στη φώνηση. Είναι όλοι διφυείς (δηλ. ανά ένας δεξιά και αριστερά) εκτός από τον εγκάρσιο αρταινοειδή που είναι μονοφυής. Διακρίνονται δε σε εκείνους που ανοίγουν τη γλωττίδα (δεξιός και αριστερός οπίσθιος κρικαρυταινοειδής) και σε εκείνους που την κλείνουν (όλοι οι υπόλοιποι δηλαδή οι πλάγιοι κρικαρυταινοειδείς, ο εγκάρσιος αρταινοειδής, οι λοξοί αρταινοειδείς, οι

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

κρικοθυρεοειδείς και οι θυρεοαρυταινοειδείς). Η εντόπιση του καθενός δηλώνεται από το όνομά του.



Εικ. Αυτόχθονες μύες του λάρυγγα.



Εικ. Ετετόχθονες μύες του λάρυγγα

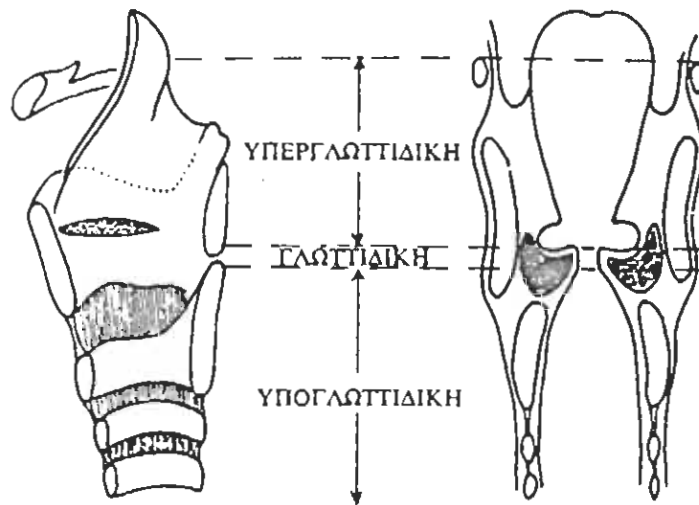
Η κοιλότητα του λάρυγγα μοιάζει με κλεψύδρα, που έχει δύο μοίρες (στην άνω και την κάτω) και μία στενότερη (τη μεσαία).

Η άνω μοίρα ή υπεργλωττιδική (ο πρόδρομος του λάρυγγα) έχει άνω όριο την είσοδο του λάρυγγα και κάτω το ελεύθερο χείλος της κοιλιαίας πτυχής. Είναι πιεσμένη από τα πλάγια και εμφανίζει τέσσερα τοιχώματα, πρόσθιο, οπίσθιο και δύο πλάγια. **Το πρόσθιο** σχηματίζεται από την οπίσθια επιφάνεια της επιγλωττίδας και το θυρεοεπιγλωττιδικό σύνδεσμο. Είναι πλατύτερο επάνω και στενότερο κάτω, και στο σημείο που αρχίζει να στενεύει παρουσιάζει κύρτωση προς τα μέσα του αυλού του λάρυγγα, το επιγλωττιδικό φύμα. **Το οπίσθιο** τοίχωμα είναι χαμηλότερο από το πρόσθιο και σχηματίζεται από την άνω μοίρα των αρυταινοειδών χόνδρων και τη μεταξύ αυτών υπάρχουσα πτυχή. **Τα δύο πλάγια τοιχώματα** σχηματίζονται από τις αντίστοιχες αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές και μερικώς από την έσω επιφάνεια των αντίστοιχων κοιλιαίων πτυχών.

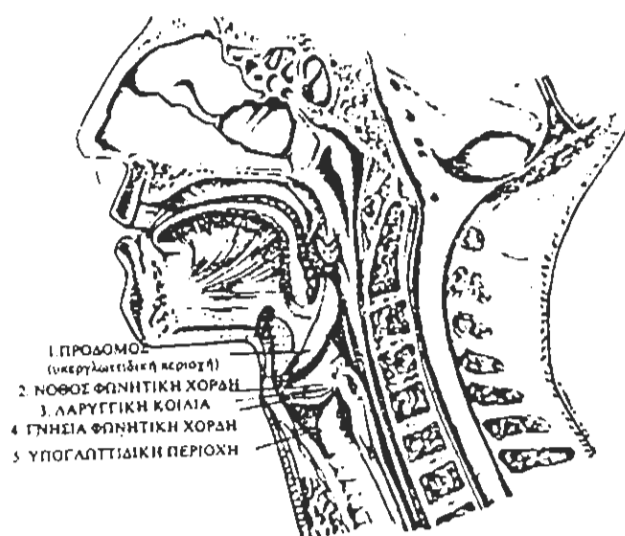
Η μεσαία μοίρα (γλωττιδική) της λαρυγγικής κοιλότητας έχει άνω όριο τα ελεύθερα χείλη των κοιλιαίων πτυχών και κάτω το επίπεδο της κάτω επιφάνειας των γνήσιων φωνητικών χορδών. Παρουσιάζει στα πλάγια της (δεξιά και αριστερά) ανά ένα κόλπωμα, τη λεγόμενη λαρυγγική (ή μοργάνειο) κοιλία. Στη μέση γραμμή στενεύει από δύο πτυχές μία άνωθεν και μια κάτωθεν (δεξιά και αριστερά). Και οι μεν άνωθεν πτυχές είναι οι κοιλιαίες (ή νόδες φωνητικές χορδές) που αφορίζουν τις λαρυγγικές κοιλίες εκ των άνω και έσω. Οι δε κάτωθεν πτυχές είναι οι γνήσιες φωνητικές χορδές. Στη μέση, μεταξύ δεξιάς και αριστεράς κοιλιακής πτυχής σχηματίζεται η πτυχή του προδρόμου του λάρυγγα.

Αντίστοιχα μεταξύ των φωνητικών χορδών σχηματίζεται η σχισμή της γλωττίδας. Τα δύο πρόσδια τριτημόρια της γλωττίδας αποτελούν τη φωνητική μοίρα της, ενώ το οπίσθιο τριτημόριο την αναπνευστική των φωνητικών χορδών σχηματίζεται η σχισμή της γλωττίδας αποτελούν τη φωνητική μοίρα της ενώ το οπίσθιο τριτημόριο την αναπνευστική.

Η μοίρα αυτή στον ενήλικα έχει εύρος 18-19 χιλ., στο δε νεογνό 4 χιλ. οι νόδες φωνητικές χορδές, δεν έχουν καμιά συμμετοχή στη φώνηση. Αποτελούν απλώς την οροφή της λαρυγγικής κοιλίας, μέσα στην οποία εκβάλλουν οι πόροι πολλών αδένων, που με το έκκριμά τους κρατούν υγρές τις γνώσεις φωνητικές χορδές, που αποτελούν το έδαφος της λαρυγγικής κοιλίας.



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



*Εικ.Οβελιαία τομή προσώπου και τραχήλου, στην οποία φαίνεται η τοπογραφική
δέση των περιοχών του λάρυγγα*

Η κάτω ή υπογλωττιδική μοίρα της λαρυγγικής κοιλότητας, αφορίζεται εκ των άνω από την κάτω επιφάνεια των γνήσιων φωνητικών χορδών και προς τα κάτω από το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου (τη βάση του λάρυγγα). Το πρόσθιο τοίχωμα της σχηματίζεται από την κάτω μοίρα του θυροειδούς χόνδρου, από το εμπρός του κρικοειδούς χόνδρου και από τον κρικοθυροειδή υμένα. Το δε οπίσθιο τοίχωμά της, το αποτελεί το πίσω μέρος του κρικοειδούς χόνδρου (που είναι και φαρδύτερο).

Ο βλεννογόνος του λάρυγγα επικαλύπτει την κοιλότητα του στην οποία είναι στερεά κολλημένος, πλην της υπογλωττιδικής μοίρας και του άνω (φαρυγγικού) στομίου, όπου η προσκόλληση είναι χαλαρή. Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι κίρσωπο, πλην της περιοχής των φωνητικών χορδών και του προδόμου, όπου είναι πλακώδες. Αμέσως κάτω από το επιθήλιο και επιπολής της ελαστικής στοιβάδας υπάρχει ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού, στον οποίο δεν υπάρχουν λεμφαγγεία.

Τα αγγεία του λάρυγγα αποτελούν κλάδους της άνω και κάτω λαρυγγικής αρτηρίας καθώς και της κρικοθυροειδούς. Οι φλέβες εκβάλλουν στην άνω και κάτω θυροειδή φλέβα.

Τα λεμφαγγεία της μεν υπεργλωττιδικής μοίρας φέρονται στα άνω εν τω βάθει λεμφογάγγλια. Η μεσαία μοίρα (το σύστημα των φωνητικών χορδών) έχει υποτυπώδη λεμφική κυκλοφορία που εξυπηρετείται από το δίκτυο της υπεργλωττιδικής μοίρας. Τα δε λεμφαγγεία της υπογλωττιδικής μοίρας πηγάζουν στα προκρικοειδή και στα παρατραχειακά λεμφογάγγλια.

Τα νεύρα του λάρυγγα είναι το άνω και το κάτω λαρυγγικό, που αποτελούν κλάδους του πνευμονογαστρικού. Και το μεν **άνω λαρυγγικό νεύρο** χωρίζεται σε δύο κλάδους τον έσω και τον έξω. Ο έσω είναι καθαρά αισθητικός και εξυπηρετεί την άνω μοίρα του λάρυγγα. Ο έξω είναι μεικτός και εξυπηρετεί κινητικά μεν τον κρικοθυροειδή μυ, αισθητικά δε την υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα.

Το δε **κάτω λαρυγγικό ή παλίνδρομο νεύρο** σχηματίζει αγκύλη δεξιά μεν γύρω από την υποκλείδιο αρτηρία, αριστερά δε γύρω από το αορτικό τόξο. Παλινδρομώντας δε προς τον οισοφάγο διατρυπά το λάρυγγα και εισέρχεται σε αυτόν πίσω από την κρικοθυροειδή διάρθρωση. Είναι μεικτό νεύρο και εξυπηρετεί κινητικά μεν όλους τους αυτόχθονες μύες του λάρυγγα (εκτός από τον κρικοθυροειδή, που νευρώνεται από το άνω λαρυγγικό) αισθητικά δε την υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο λάρυγγας είναι κυρίως αναπνευστικό και φωνητικό όργανο, συμβάλλει όμως και σε άλλες φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού.

Η αναπνευστική λειτουργία του λάρυγγα δεν αποτελεί παθητική

κατάσταση απλής διόδου του αέρα, αλλά είναι φανερό ότι συμβάλλει ενεργώς και στη ρύθμιση της αναπνοής. Εκτός από την άποψη ότι το άνοιγμα της γλωττίδας και η θέση των φωνητικών χορδών μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό οξυγονώσεως του αίματος, είναι βέβαιο ότι αυτό γίνεται ρυθμικά και κατά της συνήθεις αναπνευστικές κινήσεις. Και κατά μεν τη φάση της εισπνοής οι φωνητικές χορδές απάγονται και διευρύνεται το χάσμα της γλωττίδας ανάλογα με την ένταση της εισπνοής, τόσο που σε βαθιά εισπνοή οι φωνητικές χορδές συμπίπτουν στα πλάγια τοιχώματα του λάρυγγα (δεξιά και αριστερά). Κατά τη φάση δε της εκπνοής οι φωνητικές χορδές προσάγονται ανάλογα με την ένταση της. Και όταν κατά τη φώνηση οι φωνητικές χορδές συμπίπτουν και εφάπτονται μεταξύ τους, παραμένει ανοικτή η αναπνευστική μοίρα της γλωττίδας για να μη διακοπεί η αναπνοή.

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

Για την παραγωγή της φωνής απαιτείται η δημιουργία ρεύματος αέρος, διερχόμενου διά μέσου στενής διόδου, ο σχηματισμός ηχητικών κυμάτων, με διαφόρου συχνότητας πυκνώσεως και αραιώσεως του αέρα και η παρουσία ηχείων για τη διαμόρφωση της χροιάς του ήχου. Ο λειτουργικός μηχανισμός και η μορφολογία της λαρυγγικής κοιλότητας παρέχουν τις προϋποθέσεις αυτές, συμβάλλουν όμως ουσιωδώς και τα άλλα φωνητικά μόρια (στόμα, μύτη, φάρυγγας) στη διαμόρφωση του έναρθρου λόγου.

Η επικρατούσα θεωρία για την παραγωγή της φωνής είναι η **μυοελαστική**, κατά την οποία πρόκειται περί αεροδυναμικής διεργασίας, που οφείλεται στην υπογλωττιδική πίεση του εκπνεόμενου αέρα και την ελαστικότητα των φωνητικών χορδών. Σύμφωνα με την άποψη αυτή οι πνεύμονες δρουν σα φυσικό που στέλνει τον αέρα προς τον λάρυγγα.

Επειδή όμως η γλωττίδα είναι κλειστή, η πίεση του αέρα αυξάνει στον υπογλωττιδικό χώρο και όταν υπερβεί την αντίσταση των φωνητικών χορδών, διανοίγει τη γλωττίδα, από την οποία βρίσκει διέξοδο ο αέρας, οπότε ελαττώνεται η πίεσή του. Τότε οι φωνητικές χορδές, που είναι ελαστικές (και με τη συμβολή συσπάσεως των θυρεοαρυταινοειδών μυών) συμπλησιάζουν πάλι και κλείνουν τη γλωττίδα. Έτσι όμως αυξάνει πάλι η υπογλωττιδική πίεση του αέρα, η οποία διανοίγει εκ νέου τη γλωττίδα κ.ο.κ.

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

Ο λάρυγγας έχει τη δυνατότητα να παράγει ήχους διαφόρων συχνοτήτων. Αυτό γίνεται με τη μεταβολή του μήκους, του πάχους και της τάσεως των φωνητικών χορδών. Για το σκοπό αυτό συνεργάζονται όλοι οι μύες του λάρυγγα, αλλά τη μεγαλύτερη συμβολή παρέχουν οι θυρεοαρυταινοειδείς, που με τη σύσπασή τους διατηρούν τον τόνο των φωνητικών χορδών.

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

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

Η προστατευτική λειτουργία του λάρυγγα συνιστάται αφενός μεν

στην ενέργειά του σα σφιγκτήρα, με την οποία αποφράσσεται το άνω στόμιο (η είσοδος) της λαρυγγικής κοιλότητας. Αυτό γίνεται με την κατάσπαση της επιγλωττίδας και τη σύμπτωση των αρυταινιεπιγλωττιδικών πτυχών. Έτσι προφυλάσσεται η αναπνευστική οδός από την είσοδο ξένων σωμάτων. Υπάρχει επίσης το αντανακλαστικό του βήχα, που προκαλείται αμέσως όταν ξένο σώμα φθάσει στον λάρυγγα ή την τραχεία. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια του βήχα ή της αφοδεύσεως καθώς και του τοκετού είναι η πλήρη απόφραξη της γλωττιδικής σχισμής, για την ανύψωση της ενδοθωρακικής πίεσεως γι' αυτό και σε περίπτωση παραλύσεως των φωνητικών χορδών, τα παραπάνω καθίστανται αδύνατα.

Επί ελλείψεως της επιγλωττίδας, όπως σε ημιλαρυγγεκτομή, η λειτουργία της κατάποσης επηρεάζεται αρχικώς, μετά όμως από την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος, το άτομο συνηθίζει στη νέα κατάσταση και τη λειτουργία της επιγλωττίδας αναλαμβάνει η βάση της γλώσσας.

Η αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσεως και η καθήλωση του θώρακα, οφείλονται σε σημαντικό βαθμό στη συσφιγκτική λειτουργία του λάρυγγα και κυρίως στη σύσπαση και σύγκλειση των νόθων και γνήσιων φωνητικών χορδών. Με τον τρόπο αυτό ο αέρας εγκλωβίζεται από την τραχεία και κάτω και αυξάνει την ενδοθωρακική πίεση, που είναι αναγκαία για το βήχα και τον πταρμό. Συγχρόνως αυξάνεται και η ενδοκοιλιακή πίεση, που είναι αναγκαία για την αφόδευση, την ούρηση, τον τοκετό κ.τ.λ.

Εξάλλου με την αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσεως γίνεται και καθήλωση του θώρακα, με την οποία αυτός σταθεροποιείται και συμβάλλει στην εκτέλεση έντονης χειρωνακτικής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1) Αναμνηστικό

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού έχει σπουδαία σημασία. Εκτός των εξωγενών παραγόντων, οι οποίοι επιδρούν στο λάρυγγα (σκόνη, ερεθιστικά αέρια, οινόπνευμα, καπνός, κρυολογήματα κ.τ.λ.) μεγάλη σημασία έχει κατά τη λήψη του ιστορικού και η παροχή πληροφοριών για τις ιδιοσυστασιακές ιδιότητες του βλεννογόνου του λάρυγγα (παθήσεις στην οικογένεια, οξεία ή αμβλεία εξέλιξη της παθήσεως, πορεία προηγούμενων παθήσεων του λάρυγγος)

Το αναμνηστικό συμπληρώνεται με ερωτήσεις οι οποίες έχουν σχέση με τυχόν υπάρχουσα δύσπνοια, βράγχος της φωνής, διαταραχή της αισθητικότητας ή με βήχα. Για τη δύσπνοια σημασία έχει εάν παρουσιάστηκε αιφνιδίως ή βαθμιαίως εάν υφίσταται διαρκώς ή μόνο κατά διαστήματα καθώς και η διάρκεια της. Περαιτέρω για το βράγχος της φωνής, εκτός του βαθμού του, έχει σημασία για τη διάγνωση και το είδος της υφισταμένης ανωμαλίας της φωνής, (π.χ. αιφνιδίως εμφανιζόμενη πλήρως άτονη φωνή, "Αφωνία", συνηγορεί για λειτουργική ανωμαλία της φωνής, βράγχος φωνής με ταυτόχρονη δύσπνοια, δημιουργεί την υποψία όγκου του λάρυγγα, βράγχος φωνής με θορυβώδη εκπνοή σε έντονη ομιλία συνηγορεί υπέρ παραλύσεως του παλινδρόμου.)

Για τις διαταραχές της αισθητικότητας πρέπει να προσεχθεί το είδος των ενοχλημάτων (αίσθημα καύσου στο λαιμό, ενόχληση κατά την ομιλία ή βήχας)

Το κατά τη διάρκεια του φαγητού, όπως και σε κενές καταποτικές κινήσεις, εμφανιζόμενο άλγος συνηγορεί υπέρ ελκωτικής επεξεργασίας στη θέση του λάρυγγα. Άλγος κατά την ομιλία ή κατά το βήχα παρουσιάζεται συνήθως σε παθήσεις των φωνητικών χορδών.

Ο βήχας, ανάλογα με το είδος και την αιτία του ερεθισμού που τον προκαλεί, διακρίνεται σε εκρηκτικώς εμφανιζόμενον υλακώδη βήχα που προμηνύει υπογλωττιδική διόγκωση ή στένωση στην τραχεία, σε “υγρό βήχα” που δημιουργεί υπόνοια για συγκέντρωση εκκρίματος στον λάρυγγα ή την τραχεία και σε ξηρό βήχα, ο οποίος συνηγορεί υπέρ οξείας ή χρόνιας λαρυγγίτιδας, περί νεοπλασίας των φωνητικών χορδών ή περί υπάρξεως ξένου σώματος. “Νευρικός” βήχας διακρίνεται από το βήχα που οφείλεται σε οργανική αιτία από το ότι δεν παρουσιάζεται τη νύχτα στον ύπνο.

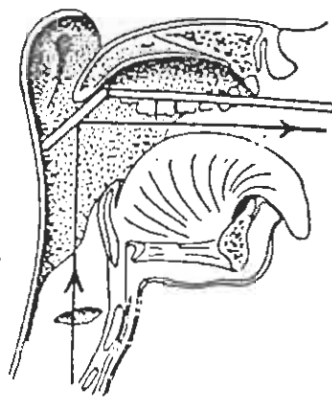
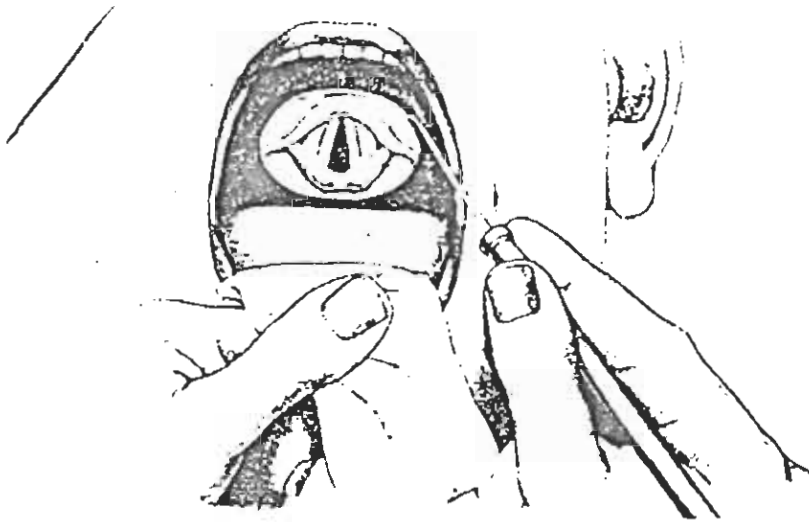
2) Επισκόπηση και ψηλάφηση

Οι παθήσεις του λάρυγγα γίνονται εξωτερικώς ορατές όταν η παθολογική επεξεργασία επεκταθεί από το βλεννογόνο προς το χόνδρινο σκελετό και στη συνέχεια προς το περιβάλλον του λάρυγγα ή όταν προκαλέσει διόγκωση των τραχηλιακών λεμφαδένων (αυχενική, προλαρυγγικοί λεμφαδένες.) Με την ψηλάφηση λαμβάνονται πληροφορίες για την ενεργητική και παθητική κινητικότητα, για την ευαισθησία στην πίεση, τη σύσταση της διογκώσεως και την έκτασή της. Κατάγματα του θυροειδούς ή του κρικοειδούς χόνδρου αναγνωρίζονται κατά την ψηλάφηση από τον παραγόμενο ήχο κριγμού.

Απαραίτητη επίσης είναι η ψηλάφηση του θυροειδούς αδένος, ένεκα των σχέσεών του με το λάρυγγα και την τραχεία (οπισθολαρυγγική και οπισθοστερνική βρογχοκλήη.)

3) Έμμεση λαρυγγοσκόπηση

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



Εικ. Εξέταση του λάρυγγα με έμμεση λαρυγγοσκόπηση.

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

Η εκτέλεση της λαρυγγοσκοπήσεως απαιτεί κάποια εμπειρία και επιδεξιότητα. Καταρχήν επιλέγεται ένα λαρυγγοσκόπιο με διάμετρο 26 χιλ. όταν πρόκειται για άνδρα ενήλικο ή 24 χιλ. όταν πρόκειται για γυναίκα. Ζεσταίνεται ελαφρά η ανακλώσα επιφάνεια του κατόπτρου (για να θαμπώσει από την αναπνοή του αρρώστου) και δοκιμάζεται η θερμότητά της, ακουμπώντας την πίσω επιφάνειά της ο ιατρός στη ράχη του χεριού του.

Εν συνεχεία ζητείται από τον άρρωστο να βγάλει τις τεχνικές οδοντοστοιχίες του, εάν υπάρχουν, να ανοίξει όσο μπορεί περισσότερο το στόμα του και να βγάλει τη γλώσσα του κάνοντας μικρές αναπνευστικές κινήσεις (σα να έχει λαχανιάσει). Ο Ιατρός τυλίγει το πρόσθιο τμήμα της γλώσσας με αποστειρωμένη γάζα και την πιάνει με τον αντίχειρα επάνω και τον μέσο δάκτυλο κάτω, με ελαφρά στροφή του καρπού της χειρός, οι δέσεις του αντίχειρα και του μεσαίου δακτύλου αντιστρέφονται και η γλώσσα έλκεται λίγο περισσότερο προς τα έξω. Αυτός ο χειρισμός πρέπει να γίνεται με λεπτότητα. Έπειτα κατευθύνει το φως του μετωπιαίου κατόπτρου στη σταφυλή και κρατώντας το λαρυγγοσκόπιο από τη λαβή του σαν κονδυλοφόρο φέρνει το κάτοπτρό του στο βάθος του στόματος, μέχρι τη βάση της σταφυλής, με την ανακτώλα επιφάνεια προς τα εμπρός. Χρειάζεται προσοχή να μην έρθει σε επαφή το κάτοπτρο με τις πορίσθμιες καμάρες (γιατί προκαλείται το αντανακλαστικό του εμετού). Αν είναι δύσκολο να ανεχθεί ο άρρωστος την εισαγωγή του λαρυγγοσκοπίου, ο εξεταστής δεν επιμένει αλλά γεμάζει το στοματοφάρυγγα με διάλυμα ξυλοκαΐνης 10% οπότε μπορεί να κάνει την εξέταση ανετότερα.

Με την έμμεση λαρυγγοσκόπηση παρατηρείται άμεσα η βάση της γλώσσας μαζί με το γευστικό λάμδα, η γλωσσική αμυγδαλή πολλές φορές

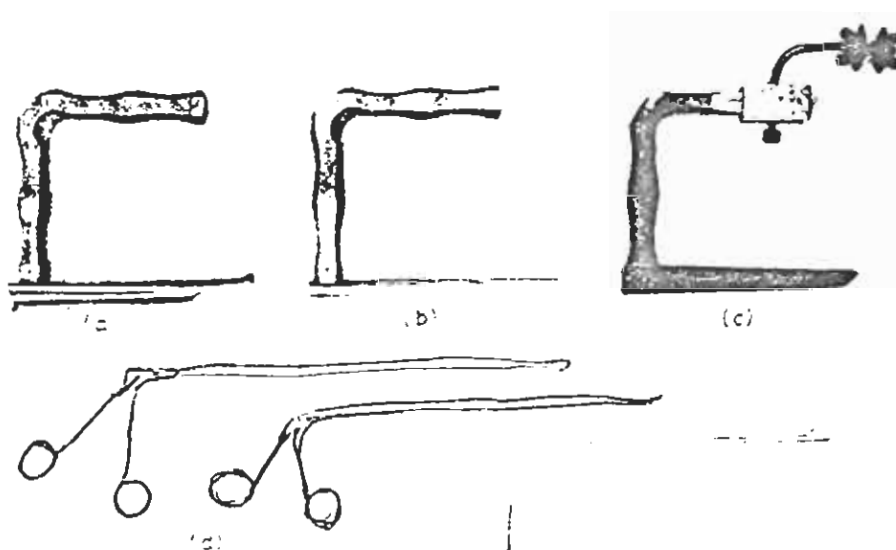
φορές μαζί με τις αντίστοιχες διαγραφόμενες φλέβες. Απεικονίζεται η γλωσσική επιφάνεια της επιγλωττίδος με τον γλωσσοεπιγλωττιδικό σύνδεσμο και εκατέρωθεν αυτού τα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία. Ως επί το πλείστον παρατηρούμε το μίσχο της επιγλωττίδας. Λίγο πιο κάτω βρίσκονται οι γυεδοχορδές και κάτω από αυτές οι γνήσιες φωνητικές χορδές, οι οποίες διακρίνονται αμέσως, διότι σε φυσιολογική κατάσταση έχουν λευκωπή χροιά, ενώ ο υπόλοιπος λαρυγγικός βλεννογόνος εμφανίζεται ερυθρός. Στα πλάγια της εισόδου του λάρυγγα παρατηρούμε τις αρταινοεπιγλωττιδικές πτυχές οι οποίες εκτείνονται εκατέρωθεν από το πλάγιο χείλος της επιγλωττίδας μέχρι το οπίσθιο τοίχωμα του λάρυγγα. Για καλύτερη επισκόπηση του οπίσθιου τοιχώματος του λάρυγγα είναι προτιμότερο ο ασθενής να στέκεται όρθιος κατά την εξέταση και να γέρνει το κεφάλι προς τα εμπρός, τα πλάγια τοιχώματα του λάρυγγα, ο υπογλωττιδικός χώρος και η κάτω επιφάνεια των φωνητικών χορδών είναι δυνατό να επισκοπηθούν εάν ο ασθενής γέρνει το κεφάλι προς τα πλάγια, στον ώμο και ο ιατρός φέρει το κάτοπτρο προς τα πλάγια τοίχωμα του λάρυγγα, κυρίως προς την κεκλιμένη πλευρά. Επί κλίσεως της κεφαλής προς τα δεξιά επισκοπούμε την αριστερή πλευρά ενώ επί κλίσεώς της προς τα αριστερά την δεξιά πλευρά.

4) Άμεση λαρυγγοσκόπηση

Η άμεση λαρυγγοσκόπηση γίνεται με ειδικό όργανο, το άμεσο λαρυγγοσκόπιο, που αποτελείται από ένα σωλήνα ή ημισωλήνα με κάμψη στο ένα άκρο του και οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα. Το λαρυγγοσκόπιο αυτό εισάγεται στο στόμα του εξεταζομένου και φέρεται προς τα πίσω, μέχρι ότου το πρόσθιο άκρο του συναντήσει την επιγλωττίδα,

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

την οποία παρακάμπτει με ελαφρή υπέγερση του ρύγχους του, το οποίο βρίσκεται έτσι στον πρόδρομο του λάρυγγα. Για να διευκολυνθεί η εισαγωγή του λαρυγγοσκοπίου, ο εξεταζόμενος πρέπει να είναι ύπτιος και με το κεφάλι σε κατάλληλη θέση, ώστε οι κοιλότητες, στόματος, λάρυγγα και τραχείας να βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο. Η εκτέλεση της άμεσης λαρυγγοσκοπίσεως γίνεται συνήθως με γενική νάρκωση, μπορεί όμως να γίνει και με τοπική αναισθησία.

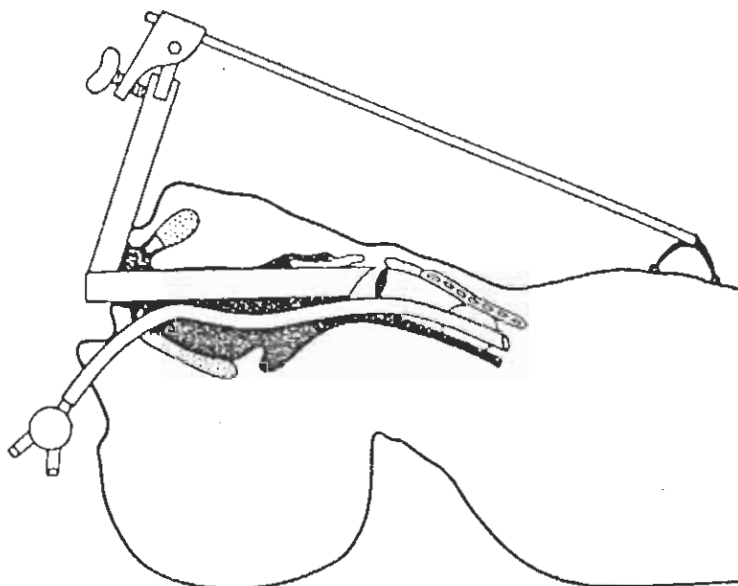


Εικ. Διάφοροι τύποι λαρυγγοσκοπίων και λαβίδων άμεσου λαρυγγοσκοπίσεως

Η μέθοδος αυτή παρέχει τη δυνατότητα λεπτομερέστερου ελέγχου της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως της υπογλωττιδικής μοίρας της. Επίσης η άμεση λαρυγγοσκοπίση προσφέρεται για την ακριβέστερη εκτέλεση ενδολαρυγγικών επεμβάσεων (δειγματοληψία ιστών για βιοψία, εξαγωγή ξένου σώματος κ.α.)

5) Μικρολαρυγγοσκόπηση

Η μέθοδος αυτή συνιστάται στον έλεγχο της λαρυγγικής κοιλότητας υπό μεγέθυνση. Εκτελείται με ειδικό λαρυγγοσκόπιο που εισάγεται όπως και το άμεσο. Αυτό όμως μετά την εισαγωγή του, στηρίζεται στο στήθος του εξεταζόμενου, που είναι σε ύπια θέση, και χρησιμοποιείται χειρουργικό ηλεκτρικό μικροσκόπιο, με το οποίο γίνεται η επισκόπηση.



Εικ. Σχηματική παράσταση της θέσεως του λαρυγγοσκοπίου στο λάρυγγα κατά τη μικρολαρυγγοσκόπηση

Η εκτέλεση γίνεται, φυσικά με γενική νάρκωση. Ο έλεγχος που επιτυγχάνεται είναι λεπτομερέστατος και η χρησιμοποίηση της μεθόδου για ενδολαρυγγικές επεμβάσεις, πολύ εξυπηρετική. Δε μπορεί όμως, προφανώς να είναι μέθοδος ρουτίνας.

6) Ενδοσκόπηση με εύκαμπτα ενδοσκόπια

Ο τρόπος αυτός της εξέτασης αποτελεί την τελική φάση της μεθόδου σύγχρονης ενδοσκοπήσεως της μύτης του ρινοφάρυγγα και του λάρυγγα. Το χρησιμοποιούμενο εύκαμπτο ρινοφάρυγγολαρυγγοσκόπιο είναι ελαστικός

σωλήνας, που έχει μήκος 25 εκ. και διάμετρο 4 περίπου χιλ. Είναι οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα, μπορεί να περιστρέφεται σε πλήρη κύκλο και ο αντικειμενικός φακός του να αλλάζει κατεύθυνση, κατά τρόπο που να κάνει ορατά όλα τα σημεία της εξεταζόμενης περιοχής.

Το ενδοσκόπιο αυτό εισάγεται από τη ρινική θαλάμη και ωθούμενο προς τα πίσω εισέρχεται στο ρινοφάρυγγα. Εν συνέχεια ωθούμενο περισσότερο, φθάνει στην επιγλωττίδα και στη συνέχεια στον πρόδρομο του λάρυγγα. Κατά τη διαδρομή αυτή γίνεται η επισκόπηση αλληλοδιαδοχής των περιοχών από τις οποίες περνά το ενδοσκόπιο. Η εκτέλεση γίνεται με τοπική αναισθησία διά γεκασμού με επιφανειακό αναισθητικό.

Για τη διευκόλυνση της διόδου του ενδοσκοπίου πρέπει αυτό να επαλείφεται με κατάλληλη αλοιφή.

7) Ενδοσκόπηση με άκαμπτα ενδοσκόπια

Τα άκαμπτα ενδοσκόπια παρουσιάζουν πολλαπλή χρησιμότητα, γιατί εκτός από την ευρεία και άνετη επισκόπηση της λαρυγγικής κοιλότητας, παρέχουν και τη δυνατότητα της μεγεθύνσεως της εικόνας μέχρι το βπλαίσιο και επιπλέον της φωτογράφησεως των ενδιαφερουσών περιοχών.

Το συνηθέστερο χρησιμοποιούμενο άκαμπτο λαρυγγοφαρυγγοσκόπιο των 90°, κατά Stuckard, αποτελείται από μεταλλικό σωλήνα 18 εκ. με διάμετρο 8 χιλ. Είναι δε εξοπλισμένο με οπτικό σύστημα Lumina και με φωτιστικό σύστημα ψυχρού φωτός. Στο πρόσθιο άκρο του έχει πρισματικό αντικειμενικό φακό, που παρέχει ορατότητα υπό γωνία 90°, έτσι ώστε να φαίνεται η λαρυγγική κοιλότητα χωρίς το ενδοσκόπιο να μπαίνει μέσα σε αυτή. Στο πίσω άκρο του βρίσκεται το προσοφθάλμιο σύστημα, η λαβή του ενδοσκοπίου και τα διάφορα εξαρτήματα της λειτουργίας του (για τη

μεγέθυνση της εικόνας την προσαρμογή της φωτογραφικής μηχανής κτλ.)

Η εκτέλεση της ενδοσκοπίσεως γίνεται χωρίς κανενός είδους αναισθησίας. Ο αυλός του ενδοσκοπίου εισάγεται στο στόμα του εξεταζόμενου, μέχρι το οπίσθιο τοίχωμα του στοματοφάρυγγα, χωρίς να το αγγίζει. Στη θέση αυτή και με τον αντικειμενικό φακό προς τα κάτω, γίνεται η επισκόπηση της λαρυγγικής κοιλότητας προς όλες τις κατευθύνσεις με τους κατάλληλους χειρισμούς του εξεταστή. Εάν δε αναστραφεί ο αυλός του ενδοσκοπίου με τον αντικειμενικό φακό προς τα επάνω, γίνεται και επισκόπηση του ρινοφάρυγγα.

Η μέθοδος είναι πολύ απλή και η εξέταση γίνεται άνετα.

8) Στροβοσκόπηση

Με τη μέθοδο αυτή ελέγχεται μόνο η λειτουργικότητα των φωνητικών χορδών. Γίνεται δε με ειδικό όργανο, το στροβοσκόπιο, που φωτίζει περιοδικά τη λαρυγγική κοιλότητα, έτσι ώστε να συμπίπτουν οι εκλάμψεις του, με τις δονήσεις των φωνητικών χορδών. Έτσι οι φωνητικές χορδές φαίνονται ακίνητες. Αυτό όμως είναι φαινομενικό και έχει για σκοπό να επιτρέψει τον άνετο έλεγχο των φωνητικών χορδών σε οποιοδήποτε σημείο της κινήσεώς τους, έπειτα από κατάλληλη ρύθμιση του στροβοσκοπίου.

9) Υπερηχογλωττιδογραφία

Είναι νεότερη μέθοδος ελέγχου της κινητικότητας των φωνητικών χορδών με υπερήχους.

10) Ηλεκτρομυογραφία

Με τη μέθοδο αυτή ελέγχεται η λειτουργικότητα των λαρυγγικών νεύρων. Η εξέταση είναι εργαστηριακή και γίνεται με ειδικό όργανο, τον

ηλεκτρομυογράφο, που καταγράφει με μορφή καμπύλων γραμμών επάνω σε χάρτινη ταινία, τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται στις περιοχές του λάρυγγα που νευρώνονται από το άνω και το κάτω λάρυγγικό νεύρο. Από την ερμηνεία των καμπύλων αυτών γίνεται η διάγνωση της ενδεχόμενης βλάβης.

11) Ακτινογραφικός έλεγχος

Ο έλεγχος αυτός έχει μεγάλη σημασία για την εντόπιση της θέσεως ξένων σωμάτων και όγκων καθώς επίσης και για τη διάγνωση λάρυγγοκηλών και καταγμάτων του χόνδρινου σκελετού στον λάρυγγα.

Χρησιμοποιούνται δύο κυρίως προβολές για ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα, η προσδιοπίσθια και η πλάγια προβολή. Κατά την πλάγια προβολή απεικονίζεται ο χόνδρινος σκελετός του λάρυγγα και μάλιστα τόσο καλύτερα όσο περισσότερο ασβεστοποιημένοι είναι ο χόνδροι. Είναι δυνατό να απεικονισθούν τα μαλακά μόρια και ο εσωτερικός χώρος του λάρυγγα. Κατά την προσδιοπίσθια προβολή παρίσταται ο εσωτερικός χώρος του λάρυγγα με τις νόδες και γνήσιες φωνητικές χορδές.

Για τη διαπίστωση της εκτάσεως νεοπλασιών του λάρυγγα, καθώς και για την καλύτερη ακτινολογική μελέτη του γίνεται τομογραφία αυτού (αξονική ή και μαγνητική).

Άλλη μέθοδος ακτινολογικής μελέτης του λάρυγγα είναι η λάρυγγογραφία, δηλαδή η ακτινογραφία αυτού κατόπιν εγχύσεως εντός του, σκιογόνου ουσίας, οπότε τυχόν αλλοιώσεις του βλεννογόνου καθίστανται σαφέστερες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Κόμβοι των φωνητικών χορδών και πολύποδες

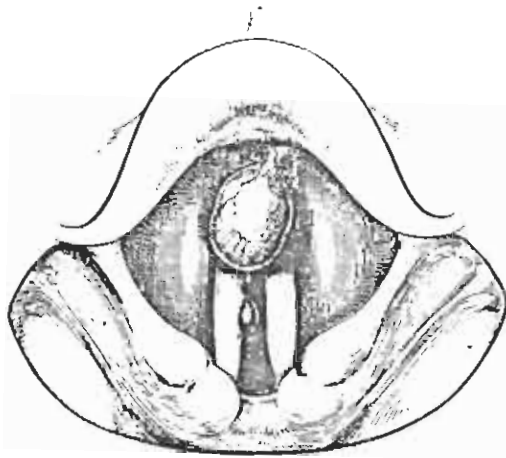
Πρόκειται περί ινώματων, τα οποία είναι δυνατόν να εμφανισθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του λάρυγγα, συνήθως όμως προκειμένου περί “κομβίων”, προτιμούν το ελεύθερο χείλος των φωνητικών χορδών και συγκεκριμένα το όριο μεταξύ προσθίου και μέσου τριτημορίου της φωνητικής χορδής. Οφείλονται κατά πάσα πιθανότητα σε υπερκόπωση λόγω εντόνου ομιλίας, των φωνητικών χορδών.

Τέτοια κομβία παρατηρούνται σε παιδιά τα οποία κάνουν κατάχρηση της φωνής τους κατά τη διάρκεια των παιχνιδιών, σε τραγουδιστές κτλ. και προκαλούν βράγχος φωνής. Λαρυγγοσκοπικώς εμφανίζονται υπό μορφή δύο μικρών οζειδίων στο ελεύθερο χείλος των φωνητικών χορδών, απέναντι μεταξύ τους.

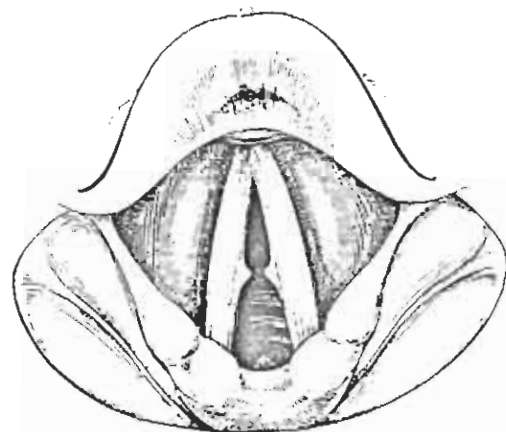
Θεραπευτικώς συνιστάται μείωση της φωνήσεως. Επί μη υποχωρήσεως απαιτείται χειρουργική αφαίρεση με τη βοήθεια της έμμεσης λαρυγγοσκοπησης.

Μεγαλύτερα ινώματα ονομάζονται “πολύποδες” των φωνητικών χορδών και εμφανίζονται κυρίως μεμονωμένα. Το μέγεθός τους σπανίως είναι μεγαλύτερο της φακής, συνήθως είναι μισχωτοί και εκφύονται όχι πάντοτε από το χείλος των φωνητικών χορδών, αλλά μερικές φορές και από την άνω ή κάτω επιφάνειά τους.

Σε περίπτωση που αυτά εγκαθίστανται με πλατεία βάση στο χείλος της φωνητικής χορδής, συμπιέζονται και συνθλίβονται κατά τη φώνηση με αποτέλεσμα την πρόκληση αιμορραγιών εντός του πολύποδα.



Εικ. Πολύπους της δεξιάς Φωνητικής χορδής



Εικ. Όζοι των φωνητικών χορδών

Η συμπτωματολογία των ινωμάτων χαρακτηρίζεται από βράγχος της φωνής. Μισχωτός πολύποδας που κρέμεται κάτω από το χείλος της χορδής, κατά την φώνηση δεν παρεμβάλλεται πάντοτε μεταξύ των φωνητικών χορδών. Εξαιτίας αυτού, βράγχος φωνής εμφανίζεται όταν αυξηθεί σχετικός σε μέγεθος. Επί παρεμβολής του πολύποδα μεταξύ των φωνητικών χορδών;

Νοσπλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

εκτός του βράγχους της φωνής πολλές φορές εμφανίζεται και διπλοφωνία, λόγω των κατά τμήματα δονήσεών τους.

Η διάγνωση γίνεται με έμμεση λαρυγγοσκόπηση.

Η θεραπεία συνιστάται στη χειρουργική αφαίρεση του πολύποδα, είτε με τη βοήθεια της έμμεσης λαρυγγοσκοπήσεως και τοπικής αναισθησίας, είτε με την άμεση λαρυγγοσκόπηση υπό γενική νάρκωση. Ο αφαιρεθείς πολύποδας πρέπει πάντοτε να στέλνεται για ιστολογική εξέταση, διότι μερικές φορές είναι δυνατό να υποκρύπτεται κακοήθης νεοπλασία ή ακόμα φυματίωση του λάρυγγα. Μετά την επέμβαση συνιστάται στον ασθενή αποχή από την ομιλία για 3-6 ημέρες.

Θηλώματα του λάρυγγα

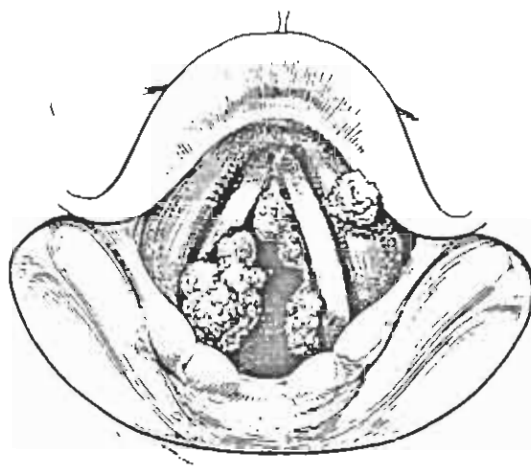
Τα θηλώματα είναι τα συνηθέστερα από τα καλοήθη νεοπλάσματα που αναπτύσσονται στο λάρυγγα. Εμφανίζονται με δύο μορφές, ως **μονήρη** και ως **πολλαπλά**.

Το μονήρες θήλωμα απαντάται στους ενήλικες και κατά προτίμηση στους άνδρες. Είναι συνηθέστερα μικρός αλλά και συχνά αρκετά μεγάλος όγκος, με μίσχο ή με πλατεία βάση, που εκφύεται κατά το πλείστον από τις γνήσιες φωνητικές χορδές και σπανιότερα από τις νόδες ή την υπογλωττιδική μοίρα. Έχει χρώμα κοκκινωπό και επιφάνεια ανώμαλη σαν μούρο.

Το συνηθέστερο σύμπτωμά του είναι το βράγχος της φωνής.

Η διάγνωση του είναι εύκολη με τη λαρυγγοσκόπηση, ιδίως όταν είναι μισχωτό. Στις περιπτώσεις αυτές είναι ενδεχόμενο να πέφτει ο όγκος στην

υπογλωττιδική χώρα και να μην φαίνεται παρά μόνο με το βήχα και τη φώνηση.



Εικ. Θηλώματα λάρυγγος

Η θεραπεία του συνιστάται στην αφαίρεσή του διά λαρυγγοσκοπήσεως, ή αν είναι μεγάλο με θυρεοτομία.

Τα πολλαπλά θηλώματα παρουσιάζονται κατά κανόνα στα παιδιά (2-3 ετών) και συνήθως υποχωρούν μόνα τους μετά την εφηβική ηλικία. Γι' αυτό υπάρχουν πολλές υποθέσεις για την αιτιολογία τους. Αναπτύσσονται σε διάφορες περιοχές του λάρυγγα και μπορεί να επεκτείνονται στην τραχεία και στους βρόγχους. Συνηθέστερα όμως εντοπίζονται στις γνήσιες φωνητικές χορδές και έχουν μορφή θηλοειδών εκβλαστήσεων, με μίσχο ή με βάση και με επιφάνεια σαν του κουνουπιδιού και εύθρυπτη. Κύριο σύμπτωμά τους είναι το βράγχος της φωνής, που πολλές φορές συνοδεύεται και με αναπνευστικό συριγμό ή και δύσπνοια.

Η διάγνωση τους θα βασιστεί στη λαρυγγοσκοπική εικόνα και την ηλικία του αρρώστου.

Η θεραπεία πρέπει να αποβλέπει μόνο στην εξασφάλιση άνετης

αναπνοής μέχρι της αυτόματης υποχωρήσεως των δηλωμάτων. Γι' αυτό, μόνο αν υπάρχει αναπνευστικό πρόβλημα γίνεται αφαίρεσή τους μενδοσκοπηση και προσοχή να μην διγούν οι φωνητικές χορδές. Εφόσον όμως το παιδί παρουσιάζει έντονη δύσπνοια επιβάλλεται η τραχειοτομία και ενδεχομένως η διατήρηση του τραχειοστόματος μέχρι της αυτόματης υποχωρήσεως των δηλωμάτων. Στις περιπτώσεις αυτές η τραχειοτομία πρέπει να γίνεται χαμηλά, για να μην δημιουργηθεί στένωση του λάρυγγα. Στις λοιπές περιπτώσεις (δίχως αναπνευστικά προβλήματα) εφαρμόζονται διάφορα συντηρητικά μέσα, βασιζόμενοι κυρίως στις πιθανότερες απόψεις για την αιτιολογία της παθήσεως. Έτσι χορηγούνται τεστοστερόνη, αντιβιοτικά, κ.ά. ή εφαρμόζονται υπέρηχοι κ.λ.π. Η ακτινοθεραπεία όμως πρέπει να αποφεύγεται, γιατί έχει δυσμενή επίδραση στην ανάπτυξη του λάρυγγα. Τελευταία εφαρμόζεται με κάποια επιτυχία η αφαίρεση των δηλωμάτων με ακτίνες LASER.

Χόνδρωμα του λάρυγγα

Το χόνδρωμα αφορά κυρίως τον κρικοειδή χόνδρο, στον οποίο συνήθως αναπτύσσεται πολύ βραδέως με μορφή σκληρού όγκου, που έχει ομαλή ή υβώδη επιφάνεια. Μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις και να προκαλέσει δύσπνοια.

Η διάγνωση γίνεται ακτινογραφικώς και επιβεβαιώνεται με βιοψία.

Η θεραπεία είναι χειρουργική. Η τεχνική και η έκταση της επεμβάσεως είναι ανάλογη με την περίπτωση. Σε μεγάλους όγκους είναι ενδεχόμενο να χρειαστεί και ολική λαρυγγεκτομή.

Σπανιότεροι καλοήθεις όγκοι

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

Στην περίπτωση αυτή εντάσσονται το λεμφαγγείωμα και το αιμαγγείωμα του λάρυγγα, που εμφανίζονται λαρυγγοσκοπικώς με την ίδια εικόνα των κομβίων και πολυπόδων.

Η θεραπεία αυτών, όπου απαιτείται, συνιστάται στην αφαίρεσή τους, με άμεση λαρυγγοσκόπηση και τη βοήθεια ηλεκτροπληξίας.

Σπανιότερα αναπτύσσονται στο λάρυγγα αδένωμα, μύζωμα και λίπωμα καθώς επίσης και λαρυγγοκίλη. Κύστεις όμως εμφανίζονται συχνότερα, κυρίως στη γλωσσική επιφάνεια της επίγλωττίδος.

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Καρκίνος του λάρυγγα

Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο καρκίνος του λάρυγγα εμφανίζεται σε όλες τις χώρες του κόσμου, αλλά διαφέρει σε συχνότητα από χώρα σε χώρα. Αντιπροσωπεύει το 2,3% των κακοηθών όγκων στους άντρες και το 0,4% στις γυναίκες.

Η νόσος εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα στην 6η-7η δεκαετία της ζωής. Σε μικρό ποσοστό απαντάται σε ηλικία κάτω των 20 χρόνων, ενώ σπάνια στην παιδική ηλικία.

Κάθε χρόνο εμφανίζονται στις Η.Π.Α. 11.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα, εκ των οποίων 4.000 περίπου άτομα πεθαίνουν από τη νόσο. Περισσότερο από το 95% των περιπτώσεων αυτών ιστολογικά είναι μαλπιγγιακό καρκίνωμα.

Μεγάλα ποσοστά καρκίνου του λάρυγγα έχουν βρεθεί στη Σαραγόσα και τη Ναβάρα της Ισπανίας καθώς και στο Σαν Πάολο της Βραζιλίας. Τα χαμηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη, παρατηρούνται στη Σουηδία και τη Νορβηγία. Η συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα στη Γαλλία παρουσιάζει ποικιλομορφία, ακόμα και μεταξύ γειτονικών περιοχών. Τα ποσοστά μπορεί να διαφέρουν σημαντικά μέσα στην ίδια την περιοχή, όπως αυτό έχει καταγραφεί μεταξύ αρρένων κινέζικης καταγωγής και λευκών και μαύρων στο Σαν Φρανσίσκο.

Στη Βομβάη ο καρκίνος του λάρυγγα είναι πρώτος σε συχνότητα μεταξύ των Μουσουλμάνων, Βουδιστών και Σιχ, δεύτερος σε συχνότητα στους Ινδουϊστές (μετά τον Ca οισοφάγου), ενώ δέκατος τέταρτος σε συχνότητα

στους Πάρισις. Αυτοί οι τελευταίοι αποτελούν μια θρησκευτική ομάδα που απαγορεύει τη χρήση καπνού και ενός μίγματος φύλλων και σπόρων ενός φυτού με την ονομασία *betel*, το οποίο είτε το καπνίζουν είτε το μασούν.

Η συχνότητα καρκίνου του λάρυγγα στις γυναίκες, είναι όπως αναφέρθηκε, εξαιρετικά μικρότερη σε σχέση με τους άντρες και πιθανότατα έχει σχέση με τη διαφορά χρήσεως του καπνού και του οινοπνεύματος, καθώς επίσης και με τις επαγγελματικές ασχολίες μεταξύ αντρών και γυναικών παγκοσμίως.

Στις Η.Π.Α. παρατηρείται μια αδιάκοπη αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του λάρυγγα στις γυναίκες από το 1937, όταν έγινε η πρώτη εθνική δημογραφική έρευνα για τον καρκίνο. Αυτή η αύξηση είναι παράλληλη με την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες (τόσο στις λευκές όσο και στις μαύρες) και οφείλεται πιθανότατα στο κάπνισμα.

Αν και η χρήση καπνού, εξηγεί σε ένα μεγάλο ποσοστό την ποικιλομορφία της συχνότητας του καρκίνου του λάρυγγα, το ποσοστό θνησιμότητας στην Ευρώπη, φαίνεται ότι επηρεάζεται από παράγοντες άλλους εκτός του καπνίσματος. Και τούτο διότι, αν και η θνησιμότητα καρκίνου του πνεύμονα αυξήθηκε μεταξύ 1950 και 1977 σε όλες τις χώρες το ποσοστό θνησιμότητας του καρκίνου του λάρυγγα, ενώ αυξήθηκε σε ορισμένες περιοχές, ελαττώθηκε ελαφρά άλλες, όπως, η Σκωτία, η Αγγλία, η Ελβετία και η Ιρλανδία.

Συνολικά περισσότερο από 60% των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα βρίσκονται εν ζωή πέντε χρόνια μετά από τη διάγνωση της νόσου. Το ποσοστό επιβίωσης μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας και την έκταση της

νόσου.

Παθολογοανατομία

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι κατά κανόνα 99% μαλπιγγιανού τύπου. Αυτό αποδίδεται στο ότι η μεν περιοχή των γνήσιων φωνητικών χορδών και το άνω τεταρτημόριο της οπίσθιας επιφάνειας της επιγλωττίδας καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο, το δε κροσσωτό κυλινδρικό επιθήλιο που καλύπτει την υπόλοιπη επιφάνεια της λαρυγγικής κοιλότητας, μεταπλάσσεται πριν από την ανάπτυξη του καρκινώματος σε πλακώδες πιθανόν από την επίδραση του καπνίσματος ή τις ρυπαντικές ουσίες της ατμόσφαιρας.

Η γλωττιδική μοίρα του λάρυγγα (γνήσιες φωνητικές χορδές) προσβάλλεται συχνότερα, ακολουθούν δε κατά σειρά η υπεργλωττιδική και η υπογλωττιγική μοίρα. Στο λάρυγγα σπάνια συμβαίνουν μεταστάσεις, όταν όμως συμβούν η πρωτοπαθής εστία συνήθως βρίσκεται στον νεφρό, τον προστάτη, το μαστό ή είναι μετάσταση από μελάνωμα.

Οι γλωττιδικοί όγκοι είναι κατά κανόνα καλά διαφοροποιημένοι. Αναπτύσσονται αργά και λόγω του φτωχού λεμφικού δικτύου της περιοχής, μεδίστανται σε πολύ προχωρημένα στάδια, όταν ο όγκος έχει επεκταθεί πέραν των γνήσιων φωνητικών χορδών. Προβάλλουν συνήθως το πρόσθιο τμήμα της φωνητικής χορδής και επεκτείνονται συχνά ακτινοειδώς. Όταν φτάσουν στην πρόσθια γωνία και προσβάλουν το μίσχο της επιγλωττίδας, η περαιτέρω επέκτασή τους είναι ευκολότερη, ενώ το 75% περίπου αυτών διηθούν το περιχόνδριο και το θυρεοειδή χόνδρο και επεκτείνονται εξωλάρυγγικώς.

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

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

Οι μεταστάσεις του καρκίνου του λάρυγγα στα τραχηλικά λεμφογάγγλια, εξαρτώνται από την εντόπιση του όγκου στο λάρυγγα και την πυκνότητα του λεμφικού δικτύου της περιοχής. Οι γλωττιδικοί όγκοι λόγω των ελάχιστων λεμφαγγείων των φωνητικών χορδών, σπανίως (2%) μεδίστανται στα τραχηλικά λεμφογάγγλια. Αντίθετα οι υπεργλωττιδικοί, οι υπογλωττιδικοί και οι διαγλωττιδικοί όγκοι κάνουν συχνά αυτού του είδους τις μεταστάσεις (22-55%). Οι όγκοι αυτοί προκαλούν λανθάνουσες μεταστάσεις στα λεμφογάγγλια σε ποσοστό 14-33%.

Παράγοντες επικινδυνότητας

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της γενέσεως του καρκίνου του λάρυγγα δεν είναι ακριβώς γνωστοί. Πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες

αποδεικνύουν ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες, που προδιαθέτουν ή αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται ο καπνός, το αλκοόλ-οινοπνευματώδη ποτά, συνθήκες και περιβάλλον επαγγελματικής δραστηριότητας, διαιτητικές συνήθειες, ραδιενεργά-χημικά στοιχεία.

Ο καπνός ως παράγων επικινδυνότητας

Ο καπνός (κάπνισμα) αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του λάρυγγα. Τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών το αποδεικνύουν καθαρά. Σε μια μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του λάρυγγα, των ατόμων που κάπνιζαν πάνω από 40 τσιγάρα ημερησίως ήταν 15 ανά 100.000, 10 ανά 100.000 ήταν γι' αυτούς που κάπνιζαν 10 με 20 τσιγάρα ημερησίως και 3 ανά 100.000 για κατανάλωση 1-9 τσιγάρων ημερησίως, σε σύγκριση με το ποσοστό 0,6 ανά 100.000 για άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ. Για τα άτομα που κάπνιζαν πίπα, το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 5 ανά 100.000, ενώ για τους πρώην καπνιστές ο αριθμός ανερχόταν σε 3,9 ανά 100.000.

Οι Olsen, Sabroe και Fasting στη μελέτη τους, επί 326 διαγνωσθέντων περιπτώσεων καρκίνου του λάρυγγα, βρήκαν ότι αυτοί που κάπνιζαν περισσότερο από 20 τσιγάρα ημερησίως είχαν διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης Ca λάρυγγα από τους μη καπνιστές.

Οι Hinds και οι συνεργάτες τους, που πραγματοποίησαν μια πληθυσμιακή μελέτη, υπολόγισαν ότι ο σχετικός δείκτης κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα σε καπνιστές άνω των 20 τσιγάρων ημερησίως ήταν 2,1/ Ο δείκτης όμως αυτός ανερχόταν στο 8,1 για τους μη καπνιστές άνω των 20

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

τσιγάρων ημερησίως, που συγχρόνως καταλάωναν μεγάλες ποσότητες οίνοπνευματωδών.

Οι Burch και συνεργάτες τους υπολόγισαν, ότι ο σχετικός δείκτης επικινδυνότητας για τους καπνιστές πούρων αύξανε σημαντικά από το 1,5 στο 3,5 εάν το κάπνισμα συνδυαζόταν με την κατανάλωση αλκοόλ.

Αυτές και άλλες ακόμη ερευνητικές μελέτες φανερώνουν τις σοβαρές επιπτώσεις του καπνού γενικά στον οργανισμό, στην συγκεκριμένη δε περίπτωση τον κίνδυνο αύξησης της συχνότητας του καρκίνου του λάρυγγα.

Το αλκοόλ-οίνοπνευματώδη

Διάφορες μελέτες ομίλων για αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα στους αλκοολικούς. Από τα συνδυασμένα αποτελέσματα τριών από τις μελέτες αυτές, οι Rothman και συνεργάτες υπολόγισαν ότι ο κίνδυνος θνησιμότητας από τη νόσο αυτή στους αλκοολικούς ήταν 7 φορές μεγαλύτερος.

Σε μια μελέτη που έγινε στους εργαζόμενους σε ζυθοβιομηχανία στη Δανία και οι οποίοι έπαιρναν δωρεάν 6 μπουκάλια μπίρας ημερησίως, υπολογίστηκε ότι οι εργαζόμενοι για 30 ή περισσότερα χρόνια στην εταιρία παρουσίαζαν σχετικό δείκτη επικινδυνότητας 3,7. Το αποτέλεσμα αυτό αύξανε με την πάροδο του χρόνου. οι μελέτες αυτές όμως δεν συνυπολόγιζαν και τον παράγοντα του καπνίσματος και έτσι τα αποτελέσματα του οίνοπνεύματος είναι μάλλον υπερεκτιμημένα.

Οι Wynder και συνεργάτες βρήκαν ότι οι καταναλωτές ούισκι άνω των 7 ουγκιών ημερησίως και οι οποίοι κάπνιζαν 16 με 34 τσιγάρα την ημέρα, είχαν σχετικό δείκτη επικινδυνότητας 9,7 σε σχέση με άτομα που δεν

έπιναν αλκοόλ, ή έπιναν πολύ λίγο. Ο σχετικός δείκτης επικινδυνότητας για τους πότες μπίρας και κρασιού είναι 1, 2. Οι Williams και Horn βρήκαν ότι οι υψηλού βαθμού πότες οινοπνευματωδών, παρουσίαζαν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα, ενώ οι πότες μπίρας παρουσίαζαν λίγο μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τους μη πότες. Κατά τον Olsen οι καταναλωτές μπίρας έχουν κατά 60% αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου στη γλωττιδική μοίρα, ενώ αντίθετα δεν βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος για την υπεργλωττιδική μοίρα του λάρυγγα.

Συνέργεια καπνού- οινοπνεύματος

Το οινόπνευμα και ο καπνός φαίνεται να δρούν συνεργικά και να αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του λάρυγγα, παραπάνω απ' ότι αναμενόταν από αυτούς τους παράγοντες εάν δρούσαν ανεξάρτητα και αδροίζονταν τα αποτελέσματά τους.

Ο δείκτης συνεργείας που προτάθηκε από τον Rothman υπολογίζει το βαθμό συνεργείας μεταξύ δύο εκδόσεων ή παραγόντων που ενεργούν ως αιτία νόσου. Ο δείκτης αυτός είναι το παρατηρούμενο αποτέλεσμα της σύνθετης έκθεσης διαιρούμενης από το άθροισμα των αποτελεσμάτων κάθε μιας έκθεσης ξεχωριστά.

Οι Flanders και Rothman υπολόγισαν το δείκτη αυτό σε 2,5 για μέτρια χρήση καπνού και οινοπνεύματος.

Ο καθορισμός του βαθμού συνεργείας μεταξύ των παραγόντων επικινδυνότητας είναι πρωταρχικής σημασίας σε οικονομικές μελέτες, όταν πρέπει να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη νόσων στο σύνολο του πληθυσμού. Η εξαφάνιση ενός παράγοντα επικινδυνότητας μπορεί να έχει

σημαντική επίδραση στην εμφάνιση μιας παθήσεως.

Οι Olsen και συνεργάτες, παρουσιάζουν ως παράδειγμα αυτού του συμπεράσματος, τη μείωση του καρκίνου του λάρυγγα στη Γαλλία, αμέσως μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο, κατά μια περίοδο, όπου τα οιοπνευματώδη ήταν σπάνια, αλλά υπήρχαν τσιγάρα.

Διαιτητικές συνήθειες

Η μειωμένη διατροφή, αν και δεν έχει γίνει ακόμη κατανοητό το γιατί, παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην καρκινογένεση.

Ερευνητές αξιολόγησαν την επίδραση της διαιτητικής αγωγής ως παράγοντα επικινδυνότητας ανάπτυξης καρκίνου σε διάφορα όργανα του σώματος. Η μελέτη τους αφορούσε 338 άτομα με καρκίνο του λάρυγγα που αντιμετωπίστηκαν στο Rosswel Park Memorial Institute στη Ν. Υόρκη, καθώς και 359 άτομα χωρίς νεοπλασματική νόσο, ως ομάδα αναφοράς, για τα οποία υπήρχε ιστορικό διαιτητικής αγωγής. Βρέθηκε λοιπόν ότι στα άτομα που η λήψη βιταμίνης Α και C ήταν κατώτερα του 1/3 της ημερήσιας απαιτούμενης, παρουσιάζουν τριπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα, σε σχέση με τα άτομα που είχαν κανονική ή και λίγο μεγαλύτερη λήψη βιταμινών Α και C. Οι μελετητές αυτοί, μελέτησαν και τη διατροφή με λαχανικά, όπως λάχανο, λάχανα Βρυξελών και μπρόκολλα, που περιέχουν ινδόλες οι οποίες ως γνωστό ανακόπτουν πειραματικά την ανάπτυξη όγκων. Δε βρέθηκε κανένας συσχετισμός μεταξύ της λήψεως αυτών των λαχανικών και της ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα, ούτε επίσης και με τη διατροφή με κρέας, λιπαρά ή οποιαδήποτε άλλη τροφή.

Υπογραμμίζεται θεωρητικά ότι επιπρόσθετα από τις βιταμίνες Α και C, μικροϊχνοστοιχεία που βρίσκονται σε τροφές πλούσιες σ' αυτές τις βιταμίνες, παίζουν ίσως κάποιο προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του λάρυγγα.

Επαγγελματικοί παράγοντες επικινδυνότητας

Ορισμένες επαγγελματικές δραστηριότητες φαίνεται ότι παίζουν κάποιο ρόλο στην πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του λάρυγγα, σε περιπτώσεις όπου η εμφάνιση καρκίνου δεν μπορεί να εξηγηθεί από την κατανάλωση καπνού και οινοπνεύματος. Οι εργάτες που είναι εκτεθειμένοι στην άσβεστο, καθώς και οι εργαζόμενοι σε μεταλλουργίες (χυχρά και θερμά μέταλλα) και νηματοουργίες, έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα. Πολλές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η άσβεστος σχεδόν διπλασιάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης του, ακόμη και αν διακοπεί το κάπνισμα. Επίσης βρέθηκε ότι οι εργάτες που εκτίθενται σε σκόνες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση τέτοιας κακοήθειας, ιδιαίτερα δε εκείνοι που εκτίθενται σε σκόνες των δρόμων. Οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες υαλοβάμβακος έχουν και αυτοί αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα, όπως αποδείχτηκε από δύο μελέτες που έγιναν στη Γαλλία και την Ιταλία. Οι εργαζόμενοι στις βιομηχανίες με ισχυρά οξέα, όπως η ισοπροπυλική αλκοόλη και το θεϊκό οξύ, αντιμετωπίζουν τι ίδιο πρόβλημα.

Ερευνητές επίσης παρατήρησαν ότι το προσωπικό σε βιομηχανίες δέρματος, είχε τριπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα, ακόμη και αν διέκοπτε το κάπνισμα. Χώροι εργασίας που με την πάροδο του

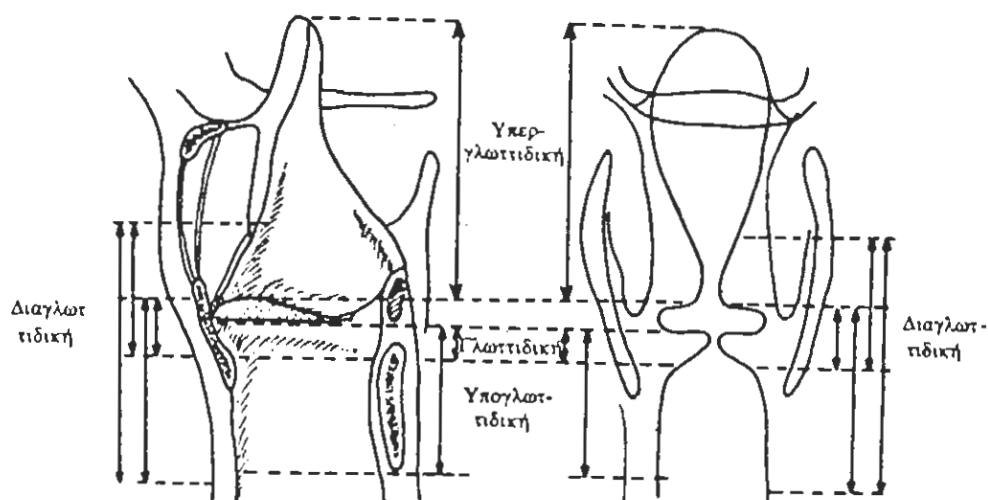
χρόνου θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του εργατικού δυναμικού αποτελούν τα ορυχεία νικελίου, εργοστάσια θείωσης ελαστικών και βιομηχανίες πλαστικών. Ερευνητές μάλιστα βρήκαν ότι η έκθεση στο βηρύλλιο, χημική ουσία που χρησιμοποιείται αρκετά στη βιομηχανία πλαστικών, έχει σοβαρές επιπτώσεις. Οι Olsen και συνεργάτες στην πληθυσμιακή μελέτη που διεξήγαγαν στη Δανία, παρατήρησαν ότι οι εκτιθέμενοι σε καπνούς συγκολλήσεως μετάλλων, παρουσίαζαν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου της υπογλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα, σε αντίθεση με την υπεργλωττιδική και γλωττιδική μοίρα. Αποδείχτηκε επίσης, ότι άσχημες για την υγεία τους συνθήκες εργασίας, έχουν οι ελαιοχρωματιστές και οι εργάτες σε διυλιστήρια πετρελαίου.

Από όλα αυτά φαίνεται ότι πολλές χημικές ουσίες, αλλά και ραδιενεργά στοιχεία είναι επιβλαβή για τον ανθρώπινο οργανισμό.

Εντόπιση ταξινόμηση

Ο καρκίνος στο λάρυγγα, μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο της λαρυγγικής κοιλότητας. Οι διάφορες όμως εντυπώσεις του, ταξινομούνται στις παρακάτω τέσσερις κατηγορίες:

- 1) **Υπεργλωττιδική**, όταν η εντόπιση περιορίζεται σε περιοχή που εκτείνεται από το ελεύθερο χείλος της επιγλωττίδας μέχρι και τη νόδες φωνητικές χορδές.
- 2) **Γλωττιδική**, όταν η εντόπιση αφορά της γνήσιες φωνητικές χορδές. Το κάτω όριο της επεκτάσεως του όγκου, για να χαρακτηριστεί αυτός ως γλωττιδικός, δεν πρέπει να υπερβαίνει το 1 εκ. από το ελεύθερο χείλος της χορδής.



Εικ. Τοπογραφική διαίρεση του λάρυγγα για την ταξινόμηση των καρκινωμάτων που παρουσιάζονται σε αυτόν

- 3) **Υπογλωττιδική**, όταν ο όγκος βρίσκεται στην υπογλωττιδική περιοχή, της οποίας το άνω όριο να απέχει 1 εκ. από το ελεύθερο χείλος των γνήσιων φωνητικών χορδών.
- 4) **Διαγλωττιδική**, όταν οι όγκοι διέρχονται διά της λαρυγγικής κοιλίας, για να καταλάβουν τις νόδες και τις γνήσιες φωνητικές χορδές.

Όπως ήδη αναφερθήκε οι όγκοι των διαφόρων κατηγοριών διαφέρουν ως προς την ευχέρεια, τη συχνότητα και τόπο μεταστάσεως, ανάλογα με την πυκνότητα του λεμφικού δικτύου της εκάστοτε περιοχής, και την αρχική εντόπιση του όγκου.

Η ταξινόμηση του καρκίνου του λάρυγγα γίνεται με το γνωστό σύστημα **T.N.M.** Το **T** αντιπροσωπεύει τον όγκο, το **N** τα επιχώρια λεμφογάγγλια και το **M** τις μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα. Οι τρεις αυτοί χαρακτήρες, έχουν τις εξής διαβαθμίσεις:

T₁: όγκος περιορισμένος σε μια ανατομική περιοχή (π.χ. στη γνήσια φωνητική χορδή.)

T₂: όγκος περισσότερο εκτεταμένος, αλλά περιορισμένος ακόμη σε μια ανατομική περιοχή (π.χ. επέκταση και στην άλλη φωνητική χορδή).

T₃: όγκος επεκτεινόμενος και σε άλλες ανατομικές περιοχές, περιορισμένος όμως στο λάρυγγα.

T₄: όγκος επεκτεινόμενος εκτός των ορίων του λάρυγγα.

N₀: Δεν ανευρίσκονται υπελαφτά λεμφογάγγλια.

N₁: Ανευρίσκεται υπελαφτό κινητό λεμφογάγγλιο, μεγέθους μικρότερου των 3 εκ.

N₂: Ανευρίσκονται υπελαφτά κινητά λεμφογάγγλια αμφιπλεύρως, ή ένα κινητό μεγαλύτερο των 3 εκ.

N₃: Ανευρίσκονται καθηλωμένα λεμφογάγγλια.

M₀: Δεν ανευρίσκονται μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.

M₁: Ανευρίσκονται κλινικώς ή ακτινογραφικώς μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.

Σύμφωνα με τις παραπάνω διαβαθμίσεις, διακρίνονται τέσσερα στάδια της νόσου:

Στάδιο I (T₁, N₀, M₀).

Ο όγκος είναι περιορισμένος και η κινητικότητα του λάρυγγα είναι ακέραια.

Στάδιο II (T₂, N₀, M₀ και T₃, N₀, M₀).

Ο όγκος περιορίζεται σε μια ανατομική περιοχή, αλλά η κινητικότητα του λάρυγγα είναι μειωμένη ή ο όγκος επεκτείνεται και σε άλλες ανατομικές περιοχές, αλλά περιορίζεται εντός του λάρυγγα.

Στάδιο III (T₁, N₁, M₀ ή T₂, N₁, M₀ ή T₃, N₁, M₀).

Ο όγκος εμφανίζει την ίδια έκταση όπως και στο δεύτερο στάδιο αλλά ο λάρυγγας δεν κινείται, ή ο όγκος επεκτείνεται και εκτός των ορίων του λάρυγγα, και ανευρίσκεται στην μια πλευρά μονήρης, διογκωμένος λεμφαδένας.

Στάδιο IV (Όλοι οι υπόλοιποι συνδυασμοί των T, N, M).

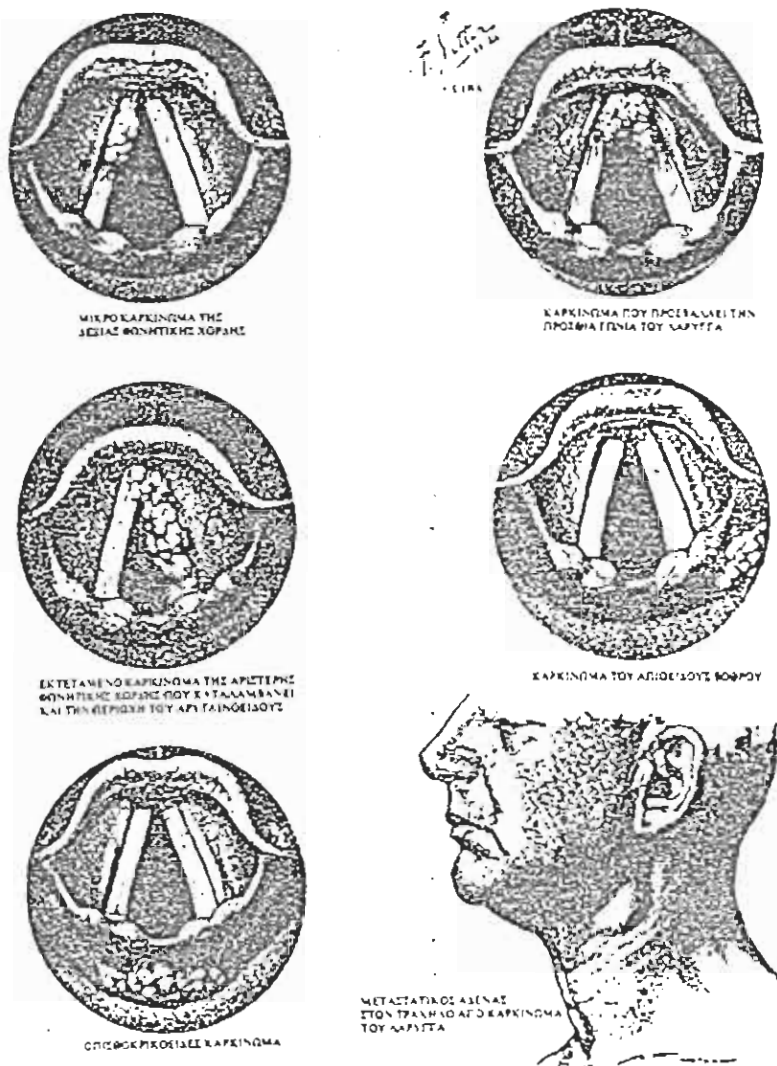
Εκτός του όγκου στο λάρυγγα, ανευρίσκονται αντίστοιχα ή αμφίπλευρα καθηλωμένα ή μη λεμφογάγγλια με ή χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Κλινική εικόνα

Η συμπτωματολογία, στη συγκεκριμένη κακοήθεια, παρουσιάζει αρχικά τουλάχιστον πολλές διαφορές κατά περίπτωση ανάλογα με την εντόπιση

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

του καρκίνου. Πάντως τα κυριότερα και συνηθέστερα ενοχλήματα, για τα οποία οι άρρωστοι προσέρχονται στο γιατρό, είναι η **δυσκαταποσία**, η **δύσπνοια**, η **αντανακλαστική ωταλγία** και το **βράγχος** της φωνής



Εικ. Καρκίνος του λάρυγγα

Η **δυσκαταποσία**, παρατηρείται συνήθως σε καρκίνους του αριστερού βύθρου του υπεργλωττιδικού λάρυγγα και της βάσεως της γλώσσας. **Δύσπνοιας** προκαλείται από όγκους που εντοπίζονται στο

λαρυγγοφάρυγγα, στην υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα, καθώς και σε άλλες θέσεις του λάρυγγα, εφ' όσον η μάζα του όγκου αποφράσσει την αναπνευστική οδό, ή καθηλώνει τις φωνητικ'ές χορδές. Η δυσχέρεια της αναπνοής είναι προοδευτική και γι' αυτό αρχικά γίνεται ανεκτή από τον άρρωστο, ο οποίος αποφεύγει να πάει στο γιατρό. Έτσι η διάγνωση της αιτίας της γίνεται σε προχωρημένα στάδια της αποφράξεως. Δεν είναι όμως και ασυνήθες κατά τα αρχικά στάδια να αποδοθούν τα δυσπνοϊκά φαινόμενα σε άλλα αίτια (άσθμα κ.λ.π.)

Η **αντανεκλαστική** 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.

Το **βράγχος της φωνής**, που διαρκεί περισσότερο από 3 εβδομάδες, πρέπει να προκαλεί την υπογία του γιατρού, για πιθανή κακοήδη νεοπλασία του λάρυγγα, γιατί το σύμπτωμα αυτό είναι το πρωιμότερο και το συνηθέστερο επί καρκινωμάτων των φωνητικών χορδών. Το βράγχος της φωνής αποτελεί κανόνα για τους γλωττιδικούς όγκους, είναι δε συνήθες και κατά τους υπογλωττιδικούς, εφόσον η νεοπλασία διηθήσει τις φωνητικές χορδές, ενώ στους υπεργλωττιδικούς και τους καρκίνους του απιοειδούς βόθρου, αποτελεί πολύ όξιμο σύμπτωμα. Η αλλοίωση της φωνής, οφείλεται στην παρεμβολή του όγκου μεταξύ των φωνητικών χορδών, ή στον περιορισμό, ή την κατάργηση της κινητικότητας αυτών, από την επέκταση του καρκίνου στο φωνητικό μυ, την κρικαρυταινοειδή διάρθρωση ή και τα κάτω λαρυγγικά νεύρα



Εικ. Οβελιαία τομή του λάρυγγα στην οποία φαίνεται καρκίνωμα της αριστερής φωνητικής χορδής το οποίο διηθεί τη χορδή σε ολόκληρο το πάχος της και επεκτείνεται εξωλάρυγγικώς διά του κρικοθυροειδούς διαστήματος.

Άλλα ενοχλήματα που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής είναι η αυξημένη απόχρεμψη, η δύσσομη αναπνοή και η διόγκωση ενός τραχηλικού λεμφαγγλίου, που αποτελεί συχνά αρχική εκδήλωση. Σε προχωρημένο στάδιο, όταν γίνουν διηθήσεις σε χόνδρους, παρουσιάζεται και άλγος μετρίου ή μεγάλου βαθμού.

Διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα

Ένα από τα συνηθέστερα αίτια εσφαλμένης διάγνωσης του καρκίνου του λάρυγγα (καθώς και του φάρυγγα) είναι η επιπόλαιη, γρήγορη και

πλημμελής εξέταση του αρρώστου. Ο ιατρός σήμερα διαθέτει άφθονα μέσα για να ελέγξει τις διάφορες περιοχές του λάρυγγα. Στη διάγνωση βοηθά η **λήψη ιστορικού** από την οποία ο ιατρός πληροφορείται όπως αναφέραμε, για τα συμπτώματα του ασθενούς, κάνοντας ερωτήσεις που έχουν σχέση με την πιθανή εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας, την ταχύτητα αναπτύξεως του όγκου, τη χρήση από τον ασθενή καπνού ή οίνοπνεύματος, εάν παίρνει φάρμακα και αν έχει άλλα παθολογικά προβλήματα. Λαμβάνεται επίσης σοβαρά υπ' όψιν η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, καθώς και αν υπάρχουν επαγγελματικά ή οικογενειακά προβλήματα.

Η προσεκτική και ανθρωπίνη αντιμετώπιση του αρρώστου, τον κάνει να εμπιστευτεί το γιατρό και να δώσει πολύτιμες πληροφορίες, που θα βοηθήσουν σημαντικά στην αντιμετώπιση της καταστάσεώς του και στην περιοχή υποστήριξης από την οικογένειά του στη διάρκεια της θεραπείας του αλλά και από την ομάδα υγείας.

Εν συνεχεία η **κλινική εξέταση** πρέπει να επεκτείνεται σε όλες τις περιοχές της κεφαλής και του τραχήλου, επειδή συχνά παρατηρούνται πολλαπλά καρκινώματα στην ανώτερη αναπνευστική και πεπτική οδό. Η **υπλάφηση** του τραχήλου έχει ιδιαίτερη σημασία. Η παρουσία διογκωμένων τραχηλικών λεμφογαγγλίων οφείλεται ενδεχομένως σε μετάσταση του καρκίνου. Η απουσία λαρυγγικού κριγμού, που προκαλείται με την τριβή του σκελετού του λάρυγγα επί του σώματος των αυχενικών σπονδύλων διά των δακτύλων, καθώς και η διαπλάτυνση του λάρυγγα και η ανεύρεση μάζας σε επαφή με αυτόν, υποδηλώνουν εξωλαρυγγική επέκταση του όγκου.

Η έμμεση και η άμεση λαρυγγοσκόπηση παραμένουν από τις

σημαντικές μεθόδους για τη διάγνωση του καρκίνου της λαρυγγικής κοιλότητας. Μερικές φορές ορισμένοι ανατομικοί παράγοντες δυσχεραίνουν την έμμεση λαρυγγοσκόπηση, όπως η μεγάλη επιγλωττίδα, η οποία μπορεί να κρύβει το πρόσθιο ήμισυ της γλωττίδας ή το μεγάλο φύμα της επιγλωττίδας που εμποδίζει την επισκόπηση της πρόσθιας γωνίας του λάρυγγα. Στις περιπτώσεις αυτές, πρέπει να εφαρμόζονται οι διάφοροι τρόποι έλξεως της επιγλωττίδας υπό τοπική νάρκωση.

Η άμεση λαρυγγοσκόπηση επιτρέπει πληρέστερη και ακριβέστερη εξέταση του λάρυγγα και των αποιεδών βόθρων. Πολύτιμη επίσης είναι η συμβολή της μικρολαρυγγοσκοπής και των σύγχρονων άκαμπτων λαρυγγοφαρυγγοσκοπίων, με τα οποία επιτυγχάνεται η μεγέθυνση καθώς και η φωτογράφιση των ελεγχόμενων περιοχών.

Η διάγνωση του καρκινώματος του λάρυγγα επισφραγίζεται πάντοτε με **τη βιοψία και την ιστολογική εξέταση**. Η βιοψία στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται με τοπική αναισθησία και με έμμεση λαρυγγοσκόπηση. Σε δύσκολες και αμφισβητούμενες περιπτώσεις, διεξάγεται με γενική νάρκωση και με τη βοήθεια της αμεσοσκοπήσεως καθώς και του χειρουργικού μικροσκοπίου. Ως επί το πλείστον τα ευρήματα της ιστολογικής εξετάσεως της πρώτης ήδη βιοψίας, επιβεβαιώνουν την κλινική διάγνωση. Αρνητική έκβαση της βιοψίας δεν αποτελεί πάντοτε απόδειξη μη υπάρξεως κακοήδους νεοπλασματος. Σε τέτοιες περιπτώσεις απαιτείται η διενέργεια δεύτερης ή ακόμα και τρίτης βιοψίας.

Στη διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα έχουν συμβάλλει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ορισμένες νεότερες απεικονιστικές μέθοδοι, όπως η

αξονική τομογραφία, η υπολογιστική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία και το υπερηχογράφημα.

Η δυνατότητα της **αξονικής τομογραφίας** για λεπτομερειακή απεικόνιση του βλεννογόνου, των χόνδρων και των εν τω βάθει ιστών του λάρυγγα με τη λεμφαδενική αλυσσο, καθιστούν την εξέταση, την πλέον αξιόπιστη απεικονιστική μέθοδο. Επιπλέον η διακριτική ικανότητα του αέρα και των μαλακών ιστών, η απεικόνιση των μυών, των αγγείων και των περιτονιών της περιοχής, η τρισδιάστατη εικόνα της βλάβης, δίνουν στην αξονική τομογραφία, το ~~προβάδισμα~~ στη διαγνωστική προσέγγιση των όγκων της περιοχής.

Η υπολογιστική τομογραφία έχει τη δυνατότητα να διακρίνει την εν βάθει διηθητική επέκταση ενός όγκου σε περιοχές που είναι αδέατες στην άμεση λαρυγγοσκόπηση, ενώ περιορισμένες είναι οι πληροφορίες της για λεπτομερές αλλοιώσεις της επιφάνειας του βλεννογόνου και της λαρυγγικής λειτουργίας, πληροφορίες που εξασφαλίζονται όμως κατεξοχήν από τη λαρυγγοσκόπηση και τη βιοψία.

Τελευταία, στη διαγνωστική μελέτη των παθήσεων του τραχήλου, έχει προστεθεί και η **Μαγνητική τομογραφία**, η οποία όπως και η Υ.Τ., έχει τη δυνατότητα να διακρίνει ακόμη καλύτερα θα έλεγε κανείς, τη διηθητική επέκταση, ενός καρκίνου στους εν τω βάθει ιστούς, ενώ η ανάδειξη των αλλοιώσεων σε στεφανιαίο και οβελιαίο επίπεδο επιτρέπει την καλύτερη απεικόνιση των λαρυγγικών μυών, με την επιπρόσθετα σαφέστερη εκτίμηση της κεφαλουραίας ανάπτυξης ενός όγκου. Επιπλέον πληροφορίες ως προς την αγγειοβρίθεια και την κατάσταση των παρακείμενων αγγείων, χωρίς τη

χρήση επεμβατικών τεχνικών, την καθιστούν πολύτιμη μέθοδο.

Το υπερηχογράφημα στη διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα, προσφέρεται για την ανάδειξη τραχηλικών λεμφαδένων, ως πρώτη εκτίμηση πριν την αξονική τομογραφία. Εκεί που η εξέταση με τους υπερήχους είναι σημαντική, είναι η κατευθυνόμενη βιοψία των τραχηλικών λεμφαδένων.

Ποια λοιπόν μέθοδος, από όλες αυτές, είναι η πλέον κατάλληλη για την διαγνωστική προσέγγιση; Η γνώση, η πείρα και οι δυνατότητες του χώρου που ζούμε, θα καθοδηγήσουν στο τι πρέπει να γίνει. Και ας μην ξεχνάμε ότι η διαγνωστική προσέγγιση οποιασδήποτε βλάβης πρέπει να ξεκινά από απλές εξετάσεις.

Η διαφορική διάγνωση τώρα του καρκίνου του λάρυγγα από τους πολύποδες των φωνητικών χορδών ή των οιδημάτων που εμφανίζονται γύρω από αυτές, δεν είναι δύσκολη. Σε πολύποδες ή οιδήματα, η επιφάνεια του βλεννογόνου είναι λεία και ομαλή, ενώ σε κακοήδη όγκο είναι πάντοτε υβώδης και ανώμαλη. Δυσκολότερη είναι η διαφορική διάγνωση από τα δηλώματα του λάρυγγα και την φυματίωση αυτού.

Πρόγνωση της νόσου

Η πρόγνωση του καρκίνου του λάρυγγα εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως είναι η αρχική εστία εντόπισης, η έκταση που καταλαμβάνει η νεοπλασία, η συνύπαρξη ή όχι τραχηλικής αδеноπάθειας, η ιστολογική εικόνα, ο χρόνος προσέλευσης, του ασθενούς στον ιατρό και ο χρόνος μέσα στον οποίο θα τεθεί η διάγνωση και γενικά η όλη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Η γρήγορη και έγκαιρη επίσκεψη του ασθενούς στον ιατρό παίζει πολύ μεγάλο ρόλο. Όπως σε όλες τις ασθένειες, έτσι και στη συγκεκριμένη, αν η

κακοήθεια διαγνωσθεί στα πρώτα στάδια και στη συνέχεια ακολουθηθεί η ανάλογη θεραπεία η πορεία του ασθενούς θα είναι καλύτερη και απαλλαγμένη από αρκετά προβλήματα.

Άλλος παράγοντας της πρόγνωσης είναι όπως αναφέραμε η συνύπαρξη ή όχι τραχηλικής αδενοπάθειας. Δεδομένου ότι επί γλωττιδικής και υπογλωττιδικής εντοπίσεως το ποσοστό διηθήσεως των επιχόριων τραχηλικών λεμφαδένων δεν υπερβαίνει το 6%, ενώ επί υπεργλωττιδικής εντοπίσεως, εξαιτίας του γεγονότος ότι η υπεργλωττιδική μοίρα έχει πολύ πλουσιότερο λεμφαγγειακό δίκτυο, φθάνει τα 30-40%, στη δεύτερη αυτή περίπτωση οι νεοπλασματικές εξεργασίες είναι βαρύτερης προγνώσεως, ανεξάρτητα από τη θεραπευτική αγωγή η οποία εφαρμόζεται.

Έχει παρατηρηθεί ότι όσο περισσότερο η εντόπιση της νεοπλασίας απέχει από τις γνήσιες φωνητικές χορδές τόσο δυσμενέστερη είναι η πρόγνωση.

Το ποσοστό επιβιώσεως πέραν της πενταετίας κυμαίνεται σε 85% περίπου σε περιπτώσεις που ο καρκίνος του λάρυγγα ανακαλύπτεται στο αρχικό πρώτο στάδιο και υποβάλλεται σε θεραπεία. Το ποσοστό μειώνεται στο 65% σε περιπτώσεις δεύτερου και τρίτου σταδίου, κατόπιν χειρουργικής αντιμετώπισής τους, σε 45% αν χρησιμοποιηθεί ακτινοθεραπεία μόνο και σε 35% στις υπόλοιπες περιπτώσεις που υποβάλλονται σε εκτεταμένη χειρουργική θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση του ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, όπως ο προσδιορισμός της εκτάσεως του νεοπλασματος (στάδιο νόσου), η διήθηση ή όχι των λεμφαδένων, η μακροσκοπική εικόνα, η κινητικότητα των φωνητικών χορδών, η ύπαρξη ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων (πνεύμονα, συκώτι, οστικός μυελός). Αλλά και άλλοι παράγοντες εκτός νόσου, έχουν θέση, όπως η ηλικία, το επάγγελμα, η γενική κατάσταση του αρρώστου, η δυνατότητα παρακολούθησης επί μακρών.

Σήμερα υπάρχουν οι εξής δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του λάρυγγα:

- α) Η θεραπεία με **ακτινοβολία**.
- β) Η **χειρουργική** θεραπεία.
- γ) Ο συνδυασμός **ακτινοθεραπείας** και **χειρουργικής** θεραπείας.
- δ) Πρόσφατα και η εφαρμογή **χημειοθεραπείας**, τόσο προφυλακτικά όσο και θεραπευτικά.

1. Η θεραπεία με ακτινοβολία

Η θεραπευτική αυτή αγωγή μπορεί να γίνει με τις εξής μεθόδους:

- α) Της συννηθισμένης ακτινοβολίας με **ακτίνες X (Rontgen)**.
- β) Της ακτινοβολίας με **τραπεζοβόλτιο**.

γ) Της ακτινοβολίας κατά **Betatron**.

δ) Της ακτινοβολίας κατά **Sypervolt**.

ε) Της **εξ επαφής** ακτινοβολίας με **ράδιο**

Τα μειονεκτήματα της ακτινοβολίας με ακτίνες Χ, όπως κυρίως η νεύρωση του χόνδρινου σκελετού του λάρυγγα και του ακτινοβολούμενου δέρματος, οδήγησαν στον περιορισμό αυτής της μεθόδου, τουλάχιστον στις μεγάλες ηλικίες. Νεότερες μέθοδοι ακτινοβολίας είναι όπως αναφέραμε η διά κοβαλτίου, Betatron και Sypervolt. Αυτές οι μέθοδοι δεν παρουσιάζουν τα μειονεκτήματα της προηγούμενης, αφού αφήνουν ανέπαφο το χόνδρο και το δέρμα, γι' αυτό και εφαρμόζονται ευρέως σήμερα.

Για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων απαιτείται συνολικά δόση ακτινοβολίας μεταξύ 6000-8000 R. Η συνολική αυτή δόση χορηγείται σε επιμέρους καθημερινές δόσεις των 150-200 R. Οι δύσκολες ανατομικές σχέσεις του λάρυγγα, απαιτούν ακριβή υπολογισμό της χορηγούμενης δόσεως, γεγονός το οποίο προϋποθέτει μεγάλη πείρα και καλές ανατομικές γνώσεις. Εξαιτίας αυτού η καλή και στενή συνεργασία μεταξύ Ραδιολόγου-Ακτινολόγου και Λαρυγγολόγου, αποτελεί την προϋπόθεση για επιτυχή θεραπεία του λαρυγγικού καρκίνου μέσω ακτινοβολίας.

Όσο αφορά την εξ επαφής ακτινοβολία με ράδιο, λόγω των καλύτερων αποτελεσμάτων της ακτινοθεραπείας με τηλεκοβάλτιο, έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί κατά τα τελευταία χρόνια. Η τελευταία λοιπόν, που εφαρμόζεται κυρίως για τη θεραπεία του καρκίνου της φωνητικής χορδής, δίνεται με βελονισμό της προσβεβλημένης φωνητικής χορδής, με κοίλες βελόνες που περιέχουν ράδιο. Η εισαγωγή τους γίνεται από εμπρός, μέσω

του θυρεοειδούς χόνδρου ή κατόπιν χειρουργικής τομής στο πέταλο του θυρεοειδούς χόνδρου, όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον όγκο.

Τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι ικανοποιητικά μόνο σε καρκίνωμα της φωνητικής χορδής, του πρώτου σταδίου, το οποίο δεν έχει ακόμη επεκταθεί στην πρόσθια εντομή και προς τα πίσω, προς τον αρυταινοειδή χόνδρο.

Σε όλες τις άλλες εντοπίσεις και ιδιαίτερα σε εκτεταμένες καρκινικές βλάβες, που καταλαμβάνουν ολόκληρο το λάρυγγα καθώς και σε μεταστάσεις σε τραχηλικούς λεμφαδένες, τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι πολύ χειρότερα από την χειρουργική ή το συνδυασμό χειρουργικής θεραπείας-ακτινοθεραπείας.

2. Χειρουργική θεραπεία

Το ποια χειρουργική μέθοδος θα εφαρμοστεί και πια έκταση θα λάβει, εξαρτάται από την εντόπιση, την έκταση που καταλαμβάνει το νεόπλασμα, τις υπάρχουσες μεταστάσεις, την ηλικία και γενικά την κατάσταση του ασθενούς.

A. Τμηματικές λαρυγγεκτομές

1. Θυρεοτομή με χορδεκτομή

Η μέθοδος αυτή συνίσταται στην αφαίρεση της φωνητικής χορδής κατόπιν διανοίξεως του θυρεοειδούς χόνδρου στη μέση γραμμή. Γίνεται μόνο όταν το νεόπλασμα περιορίζεται ακόμη και στη μια φωνητική χορδή, της οποίας η κινητικότητα είναι καλή.

Η αφαίρεση μικρού καρκινώματος της φωνητικής χορδής, διά της

ενδοσκοπικής οδού, έστω και με τη βοήθεια του χειρουργικού μικροσκοπίου, απαγορεύεται αυστηρά, διότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε την έκταση και το βάθος το οποίο καταλαμβάνει το νεόπλασμα και επομένως τίθεται σε κίνδυνο η μοναδική ευκαιρία σωτηρίας του ασθενούς.

2. Τμηματικές αφαιρέσεις

Σε περίπτωση που το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής, έχει υπερβεί ελαφρώς τα όριά της, υπάρχει σειρά διαφόρων μεθόδων τμηματικών αφαιρέσεων του λάρυγγα. Αυτές σε γενικές γραμμές συνίστανται στα εξής: Μέσω μιας διευρυσμένης θυρεοτομής αφαιρούνται τμήματα του θυρεοειδούς χόνδρου, της αντίθετης φωνητικής χορδής, της μοργανείου κοιλίας και του υπογλωττιδικού χώρου.

3. Η ημιλαρυγγεκτομή

Η μέθοδος αυτή συνίσταται στην αφαίρεση του μισού λάρυγγα, όταν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής, διηθητικώς αυξανόμενο, καταλαμβάνει μεγαλύτερα τμήματα του φωνητικού μυός και φθάνει μέχρι τον αρνταινοειδή χόνδρο (καμία κινητικότητα της φωνητικής χορδής). Η ημιλαρυγγεκτομή μπορεί να γίνει έτσι ώστε, είτε αμέσως μετά το τέλος της εγχειρήσεως να επέλθει και το κλείσιμο του λάρυγγα, είτε μετεγχειρητικώς, μετά από λίγες ημέρες. Σε μεγαλύτερη έκταση του νεοπλασματος είναι δυνατό μετά την ημιλαρυγγεκτομή να καλυφθεί το τραύμα με τμήμα επιδερμίδος και στη συνέχεια μετά από έξι μήνες να γίνει πλαστική απόφραξη του λαριγγοστόματος με μεταφορά τμήματος δέρματος.

4. Υπεργλωττιδική οριζόντια ημιλαρυγγεκτομή κατά Alonso

Αυτή γίνεται σε υπεργλωττιδικό καρκίνωμα. Παρέχει τη δυνατότητα της αφαίρεσης του νεοπλάσματος, μαζί με τους γειτονικούς ιστούς, κυρίως του προδόμου του λάρυγγα, των ψευδοχορδών και της προεπιγλωττιδικής περιοχής, ενώ συγχρόνως διατηρείται η λειτουργία του λάρυγγα, ως όργανο της φωνής και της αναπνοής. Μετά την αφαίρεση της επιγλωττίδος τη λειτουργία της την αναλαμβάνει η βάση της γλώσσας η οποία κατά την κατάποση φέρεται πάνω από την γλωττίδα, την καλύπτει, έτσι ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος της εισροφίσεως ξένων σωμάτων.

Β. Ολική λαρυγγεκτομή

Η ολική λαρυγγεκτομή αποτελεί τη σπουδαιότερη επέμβαση της χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του λάρυγγα και συνίσταται στην ολική αφαίρεσή του. Εφαρμόζεται σε εκτεταμένο εσωτερικό όγκο, σε υπογλωττιδικό καρκίνωμα, όπου είναι αδύνατο να γίνει τμηματική αφαίρεσή του, σε καρκίνωμα του υποφάρυγγα καθώς και του λάρυγγα, το οποίο έχει υπερβεί τα όρια του.

Η πρώτη ολική λαρυγγεκτομή έγινε το 1873 από τον χειρουργό Billroth. Οι χειρουργοί Gluck και Sorensen κατά το τέλος του 19^{ου} αιώνα, τελειοποίησαν τόσο πολύ την τεχνική της λαρυγγεκτομής, ώστε η αρχικά υψηλή θνησιμότητα (50%), να μειωθεί στο 2-3%. Η μέθοδος κατά Gluck και Sorensen με ελαφρές τροποποιήσεις εφαρμόζεται μέχρι σήμερα.

Η επέμβαση γίνεται με ενδοτραχειακή νάρκωση. Η τομή του δέρματος έχει **σχήμα U ή T**. Στη συνέχεια συγκρατείται το δέρμα του τραχήλου, ελευθερώνεται ο λάρυγγας από τους γύρω περιβάλλοντες μύες και τελικά

αφαιρείται με αποκόλληση από τον υποφάρυγγα και αποκοπή από την τραχεία από πάνω προς τα κάτω ή από κάτω προς τα πάνω. Το σημείο διανοίξεως της τραχείας συρράπτεται με το δέρμα και δημιουργείται **μόνιμο τραχειοστόμιο**, ο δε διανοιγείς φάρυγγας κλείνεται πλήρως με συρραφή. Συγχρόνως σε περίπτωση μεταστάσεων στα μαλακά μόρια του τραχήλου, αφαιρούνται και αυτά. Ο ασθενής κατά τις πρώτες 8-10 μετεγχειρητικές ημέρες σιτίζεται με οισοφάγειο σωλήνα (ρινογαστρικό).

Η θνησιμότητα από την επέμβαση υπολογίζεται σήμερα κάτω από 1%.

Σε περίπτωση που ο όγκος δεν επεκτείνεται μόνο στο εσωτερικό του λάρυγγα, αλλά έχει διαβρώσει το πρόσθιο τοίχωμά του και προσβάλλει τα μαλακά μόρια, μέχρι ακόμη και το δέρμα, πρέπει να αφαιρούνται οι προσβληθείσες περιοχές μαζί με το λάρυγγα.

Όταν πρόκειται για πρωτοπαθή όγκο του υποφάρυγγα ο οποίος προσβάλλει από έξω το τοίχωμα του λάρυγγα (εξωτερικό καρκίνωμα του λάρυγγα) πρέπει να αφαιρεθούν μαζί με το λάρυγγα και μικρότερα ή μεγαλύτερα τμήματα του υποφάρυγγα ή της εισόδου του οισοφάγου. Σε πολλές παρόμοιες περιπτώσεις είναι αναγκαία κατόπιν η πλαστική αποκατάσταση του υποφάρυγγα και της εισόδου του οισοφάγου, με τη βοήθεια μεταφοράς τμήματος δέρματος.

Σε όλες τις μορφές του καρκινώματος του λάρυγγα πρέπει να υπολογίζεται η πιθανότητα προσβολής τραχηλικών λεμφαδένων λόγω μεταστάσεων, γι' αυτό και απαιτείται η αφαίρεσή τους κατά τη διάρκεια της λαρυγγεκτομής. Διακρίνουμε την θεραπευτική ριζική αφαίρεση των τραχηλικών λεμφαδένων (Neck Dissection) που εφαρμόζεται σε ψηλαφητές

ήδη μεταστάσεις και την προφυλακτική Neck Dissection που γίνεται συστηματικά σε νεοπλάσματα που μεθίστανται πρώιμα (π.χ. ψευδοχορδής, εισόδου του λάρυγγα, υποφάρυγγα), έστω και αν μακροσκοπικώς δεν υφίστανται μεταστάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει η δυνατότητα κλινικών λανθανουσών μεταστάσεων, οι οποίες εξακριβώνονται με την ιστολογική εξέταση.

Κατά την Neck Dissection δεν αφαιρούνται μεμονωμένοι λεμφαδένες, αλλά όλα τα μαλακά μέρη της μιας τραχηλικής πλευράς, μαζί με τα λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες που υπάρχουν σ' αυτά. Κατά τη συστηματική Neck Dissection το παραπληρωματικό νεύρο είναι δυνατόν να διατηρηθεί. Διατηρούνται ανέπαφα οπωσδήποτε η κωτίδα, το πνευμονογαστρικό νεύρο και οι σκαληνοί μύες.

Συνδυασμένη χειρουργική θεραπεία - ακτινοθεραπεία

Μόνο σε κακοήδη νεοπλάσματα της φωνητικής χορδής κατά το αρχικό στάδιο, η ακτινοβολία έχει την ίδια αξία με την χειρουργική αγωγή. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις στις οποίες ο όγκος έχει επεκταθεί, πέρα από το αρχικό αυτό στάδιο, υπάρχει ανάγκη εκτεταμένων χειρουργικών επεμβάσεων ή συνδυασμός αυτών με ακτινοθεραπεία. Συγκεκριμένα σε καρκινώματα που έχουν καταλάβει όλες τις μοίρες του λάρυγγα, ή που έχουν κάνει εκτεταμένες μεταστάσεις, καθώς και σε άλλα τα οποία έχουν προκαλέσει ρήξη του λάρυγγικού τοιχώματος, συνίσταται απαραίτητα ο συνδυασμός χειρουργικής επεμβάσεως-ακτινοθεραπείας. Ο συνδυασμός αυτός είναι δυνατό να γίνει με δύο τρόπους:

α) Μετά τη χειρουργική επέμβαση και την επούλωση του τραύματος να

ακτινοβοληθεί ο ασθενής (μετεγχειρητική ακτινοβολία).

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

Η δεύτερη περίπτωση έχει ορισμένους περιορισμούς, διότι σε υψηλή προεγχειρητική ακτινοβολία, λόγω νεκρώσεως του δέρματος, οι πιθανότητες πρωτοπαθούς επουλώσεως του χειρουργικού τραύματος μειώνονται. Τελικά σήμερα υφίσταται η κατά Sandwich μέθοδος, κατά την οποία μέρος της όλης δόσεως της ακτινοβολίας δίδεται προεγχειρητικώς και το υπόλοιπο μετεγχειρητικώς.

Η σημασία της προεγχειρητικής ακτινοβολίας συνίσταται στο γεγονός ότι με αυτή ελαττώνεται σημαντικά η ζωτικότητα των νεοπλασματικών κυττάρων, ούτως ώστε όταν κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, εισέλθουν αυτά στην αιματική ή λεμφική κυκλοφορία, να μην είναι πλέον ικανά να δημιουργήσουν μεταστάσεις.

4. Ο ρόλος της χημειοθεραπείας

Μεγάλο ενδιαφέρον έχει πρόσφατα αναπτυχθεί με τη διαπίστωση ότι τα **ρετινοειδή** έχουν δράση στον καρκίνο της κεφαλής-τραχήλου, αλλά και σε άλλους καρκίνους, τόσο προφυλακτικά όσο και θεραπευτικά.

Τα ρετινοειδή είναι μια κατηγορία χημικών ουσιών, που δομικά σχετίζονται με τη βιταμίνη Α. Η τελευταία είναι γνωστή από τις αρχές του αιώνα, να προκαλεί καρκίνο σε περιπτώσεις έλλειψης της. Όπως επίσης τα επόμενα χρόνια βρέθηκε ότι η χορήγηση βιταμίνης Α, είχε τόσο προφυλακτική όσο και θεραπευτική δράση στον καρκίνο, και η δράση αυτή δεν ήταν μόνο το αποτέλεσμα της βιταμίνης Α (ρετινόλης), αλλά και του

μεταβολίτου οξέος της (ρετινοϊκό οξύ). Αυτό αποτέλεσε τη βάση για τη χρήση στην κλινική πράξη των ρετινοειδών στην πρόληψη και θεραπεία προκαρκινικών και νεοπλασματικών νοσημάτων. Γρήγορα όμως ανεφύψαν προβλήματα τοξικότητας και συγκεκριμένα υπερβιταμίνωσης Α, λόγω των υψηλών δόσεων που απαιτούντο. Ως εκ τούτου έγινε τροποποίηση του μορίου της βιταμίνης Α, για να βελτιωθεί η σχέση όφελος-κίνδυνος. Έτσι προέκυψαν τρεις γενεές ρετινοειδών που σήμερα δοκιμάζονται στην αντιμετώπιση του καρκίνου.

Τα ρετινοειδή φαίνεται ότι δρούν είτε με ενεργοποίηση της κυτταρικής διαφοροποίησης, είτε με αναστολή της κυτταρικής παραγωγής, είτε και με τα δύο. Και οι δύο αυτοί μηχανισμοί δράσης έχουν αντινεοπλασματικό χαρακτήρα. Έχουν χρησιμοποιηθεί προφυλακτικά στην πρόληψη του καρκίνου σε ασθενείς με ξηρόδερμα, βασικοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος, μαλπιγγιακό καρκίνωμα δέρματος, επιφανειακούς όγκους κύστεως και δεύτερους πρωτοπαθείς καρκίνους σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ

Όπως κάθε χειρουργικός ασθενής, έτσι και ο ασθενής με καρκίνο του λάρυγγα έχει ανάγκη από προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, σε περίπτωση που θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση (τμηματική λαρυγγεκτομή ή ολική λαρυγγεκτομή). Όταν σαν μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης επιλεχτεί η ολική λαρυγγεκτομή, τότε το άτομο θα φέρει τραχειοτομή και μόνιμο τραχειοστόμιο που δημιουργείται από τη συρραφή της τραχείας, στο σημείο διανοίξεως της, με το δέρμα. Αυτό θα διευκολύνει τον άρρωστο στην αναπνοή του, αποτελώντας μια νέα αναπνευστική οδό γι' αυτόν. Τότε έχει ανάγκη από ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα και στις δύο φάσεις νοσηλείας του (προεγχειρητική-μετεγχειρητική).

Γενικά **τραχειοστομία** είναι η διατομής διάνοιξη της τραχείας και η διασωλήνωσή της για τη διευκόλυνση της αναπνοής, η οποία παρεμποδίζεται από ποικίλα αίτια. Αναλυτικότερα με τη διεξαγωγή τραχειοστομίας, επιδιώκονται τα εξής:

- 1) Αποκατάσταση της αναπνοής που παρεμποδίζεται λόγω αιτίου που αποφράσσει τις ανώτερες αναπνευστικές οδούς όπως:
 - α. Συγγενής ανωμαλία
 - β. Κακώσεις λάρυγγα και γενικά του τραχήλου
 - γ. Ξένο σώμα και έγκαυμα

δ. Φλεγμονώδεις παθήσεις (π.χ. διφθερίτιδα, οξεία λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα κ.λ.π.)

ε. Οίδημα στο λάρυγγα

στ. Ογκώδεις σχηματισμοί του λάρυγγα (θήλωμα, κύστεις, καρκίνος κ.α.)

ζ. Όγκοι της γλώσσας, του φάρυγγα κ.λ.π.

η. Απαγωγική αμφίπλευρη παράλυση των φωνητικών χορδών (όπως μετά από θυρεοειδεκτομή)

2) Προφύλαξη του τραχειοβρογχικού δέντρου από την είσοδο σιέλου, τροφών κ.λ.π. (όπως είναι δυνατόν να συμβεί στην πολυομυελίτιδα, βαρεία μυασθένεια, σε κώμα κ.α.)

3) Δυνατότητα απομακρύνσεως των εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δέντρο.

4) Ελάττωση του νεκρού αναπνευστικού χώρου κατά 30-50%

5) Ελάττωση των αντιστάσεων των αεροφόρων οδών

6) Χρησιμοποίηση αναπνευστήρα θετικής πίεσεως

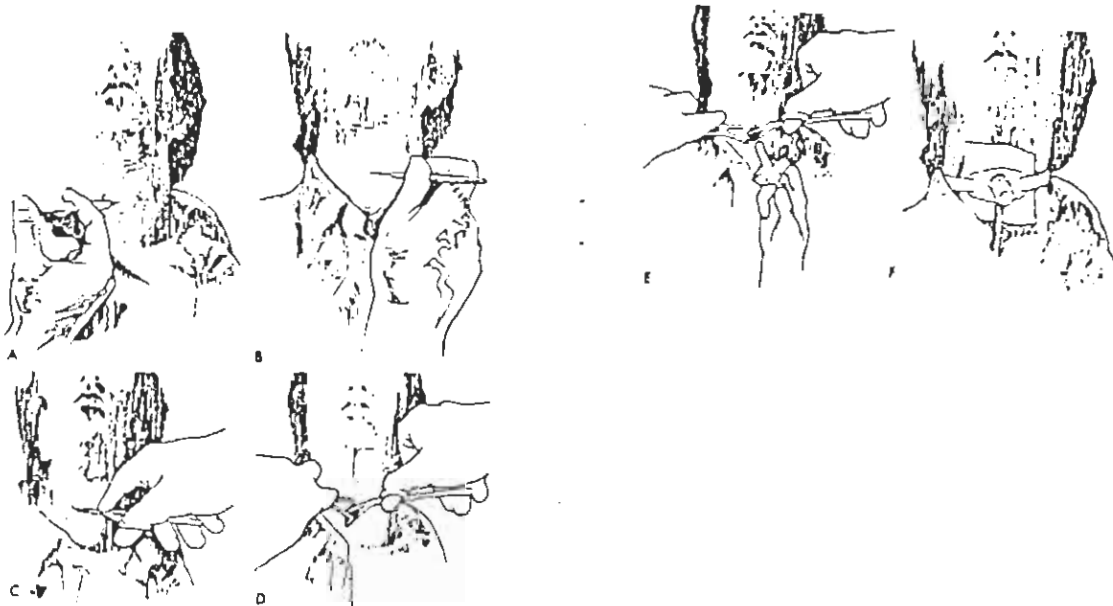
ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ

Η τραχειοτομία γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία. Η τοπική αναισθησία εφαρμόζεται κυρίως στους ενήλικες. Μπορεί να γίνει σαν επείγουσα εγχείρηση για την άμεση αντιμετώπιση μιας οξείας αναπνευστικής αποφράξεως, ή με άνεση χρόνου όταν υπάρχει ένδειξη αλλά δεν αντιμετωπίζεται άμεσος κίνδυνος για τη ζωή του ασθενούς.

Η επείγουσα τραχειοτομία, ευτυχώς δεν γίνεται πολύ συχνά, όταν όμως

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

χρειαστεί να γίνει, ο ιατρός ή το πρόσωπο που θα την κάνει, πιθανώς θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ότι αιχμηρό αντικείμενο βρεθεί κοντά του. Η επέμβαση αυτή μπορεί να χρειαστεί να γίνει στο νοσοκομείο, στο γραφείο του ιατρού, στο σπίτι του ασθενούς, ή και στο δρόμο, όπου γενικά βρεθεί ο πάσχων. Στην περίπτωση αυτή βέβαια δεν γίνεται καθαρισμός του δέρματος, ούτε χορηγείται αναισθητικό. Γίνεται τομή του δέρματος ακριβώς πάνω στον κρικοειδή χόνδρο, όπου η αεροφόρος οδός βρίσκεται αμέσως κάτω από το δέρμα και δεν υπάρχουν μεγάλα αγγεία. Το τραύμα που συνήθως αιμορραγεί πολύ λίγο, διανοίγεται με ότι εργαλείο είναι διαθέσιμο, π.χ. ένα συνηθισμένο μαχαίρι ή γαλίδι. Σημασία έχει η άμεση δημιουργία επαρκούς αεροφόρου οδού για τη διάσωση της ζωής του ασθενούς. Μόλις γίνει η επείγουσα τραχειοτομία, ο ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργείο για την εκτέλεση πλέον κανονικής τραχειοτομίας.



Εικ. Σχηματική παράσταση των χρόνων της κρικοθυροειδοτομίας

Καλή εναλλακτική λύση της επείγουσας τραχειοτομίας αποτελεί η

τοποθέτηση 2-3 βελονών μεγάλου εύρους στο κρικοθυροειδές διάστημα. Χρησιμοποιούνται συνήθως βελόνες Νο 14, οι οποίες χρησιμεύουν για τη χορήγηση διαλυμάτων ενδοφλεβίως ή για αφαίμαξη.

Παρά το γεγονός ότι η χρήση των βελονών είναι πολύ απλή και αποτελεσματική εν τούτοις δεν έχει δυστυχώς γίνει αρκετά γνωστή στο ευρύ ιατρικό κοινό.

Η **μη επείγουσα τραχειοτομία**, γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και είναι προτιμότερο να διεξάγεται σε χειρουργείο νοσοκομείου. Το κεφάλι του ασθενούς τοποθετείται σε έκταση, ώστε η τραχεία να βρίσκεται αμέσως κάτω από το δέρμα. Για να γίνει αυτό, οι ώμοι του ασθενούς πρέπει να στηριχτούν σε ένα μαξιλάρι, αν και στον ασθενή με απόφραξη, η τοποθέτηση αυτή, δυνατόν να αυξήσει τη δύσπνοιά του.

Η τομή του δέρματος μπορεί να γίνει οριζόντια ή κάθετα. Η οριζόντια τομή έχει καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα, η εγχείρηση όμως είναι δυσκολότερη όταν γίνεται μέσω αυτής της τομής. Για το λόγο αυτό, σε επείγουσες καταστάσεις, προτιμάται η κάθετη τομή.

Ο αντίχειρας και ο δείκτης του αριστερού χεριού του χειρουργού, τοποθετούνται εκατέρωθεν του λάρυγγα, και του ανώτερου τμήματος της τραχείας, θέτοντας υπό τάση τα μαλακά μόρια. Το δεξιό χέρι τέμνει με νυστέρι το δέρμα και τον υποδόριο ιστό κάθετα στη μέση γραμμή, από τον κρικοειδή βόθρο μέχρι τον σφαγιτιδικό βόθρο. Απολινώνονται τα αιμορραγούντα αγγεία και απομακρύνονται οι κάτωθεν του υοειδούς οστού μύες με τη βοήθεια λαβίδων. Ο ισθμός του θυροειδούς αδένος απωθείται προς τα κάτω ή προς τα άνω ή τέμνεται μεταξύ δύο αιμοστατικών λαβίδων και

απολινώνεται. Τα κολοβώματα αυτού παρασκευάζονται και έλκονται προς τα έξω για να αποκαλυφθεί το πρόσθιο τοίχωμα της τραχείας. Στη συνέχεια διανοίγεται η τραχεία περίπου στο ύψος του τετάρτου ημικρικού διαστήματος είτε με κάθετη τομή σ' αυτό, είτε με αφαίρεση χόνδρου.

Το άνοιγμα της τραχείας δεν γίνεται υψηλότερα στο πρώτο ημικρικό, γιατί υπάρχει ο κίνδυνος νεκρώσεως του κρικοειδούς χόνδρου, από την πίεση που θα εξασκεί σε αυτόν ο τραχειοσωλήνας. Εάν ο χρόνος επαρκεί είναι καλύτερα να γίνεται αναισθησία του εσωτερικού της με έγχυση αναισθητικού με βελόνα η οποία εισάγεται μέσα στην τραχεία πριν από τη διάνοιξή της. Η βελόνα εισάγεται στο διάστημα μεταξύ δύο ημικρικών, αναρροφάται αέρας για να διαπιστωθεί εάν πράγματι η βελόνα βρίσκεται εντός της τραχείας και μετά εκχύνεται μικρή ποσότητα ξυλοκαΐνης ή διάλυμα κοκαΐνης. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής δεν θα βήξει κατά τη διάνοιξη της τραχείας. Πριν τη διάνοιξη γίνεται προσεκτική αιμόσταση.

Αφού διανοιχτεί η τραχεία τοποθετούνται ραφές ασφαλείας με μεγάλο ράμμα από μετάξι. Με τον τρόπο αυτό και αν ο σωλήνας φύγει από τη δέση του, η έλξη των ραμμάτων φέρει την τραχεία προς τα εμπρός, και έτσι ο ασθενής δεν κινδυνεύει να πεθάνει από ασφυξία. Τα ράμματα αφαιρούνται μετά από τρεις ημέρες, οπότε έχει πλέον δημιουργηθεί συρίγγιο μεταξύ δέρματος και τραχείας. Αφού τοποθετηθούν τα ράμματα ασφαλείας εισάγεται ο τραχειοσωλήνας και στερεώνεται με κορδόνια που δένονται στο πλάγιο τοίχωμα του τραχήλου.

Η τραχειοτομία στα νεογνά και παιδιά, πρέπει να γίνεται πάντοτε αφού προηγουμένως έχει τοποθετηθεί στην τραχεία ένα βρογχοσκόπιο ή

τραχειακός καθετήρας, για να εξασφαλίζει την ύπαρξη αεροφόρου οδού και για να ακινητοποιήσει την τραχεία. Με τον τρόπο αυτό, μια επείγουσα τραχειοτομία, γίνεται ευκολότερα και με μεγαλύτερη ασφάλεια.

Στους μικρούς αυτούς ασθενείς, λόγω της μεγάλης κινητικότητας της τραχείας, του μικρού όγκου των μαλακών μορίων και της υψηλής θέσεως της κορυφής των πνευμόνων, είναι εύκολο να τραυματιστεί το κάτω λαρυγγικό νεύρο, η κοινή καρωτίδα, η κορυφή των πνευμόνων (πνευμοθώρακας) και η τραχηλική μοίρα του οισοφάγου. Χρειάζεται δε προσοχή κατά τη διάνοιξη του τραχειακού τοιχώματος, ώστε το κοφτερό τμήμα του μαχαιριδίου να μην ωθηθεί πολύ βάθια και τραυματίσει το οπίσθιο τμήμα της τραχείας.

Μετά τη διενέργεια της τραχειοτομίας, την τοποθέτηση των ραμμάτων ασφαλείας και του τραχειοσωλήνα, πρέπει πάντοτε να γίνεται ακτινογραφία θώρακα, για να ελεγχθεί η θέση της κορυφής του σωλήνα, ο οποίος εάν είναι πολύ μακρύς, είναι δυνατόν να εισέρχεται στον ένα κύριο βρόγχο, οπότε αυτό οδηγεί στην ατελεκτασία του άλλου πνεύμονα. Επίσης με την ακτινογραφία ελέγχεται εάν έχει δημιουργηθεί πνευμοθώρακας.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ

Όπως σε κάθε επέμβαση, έτσι και στην τραχειοτομία εμφανίζονται επιπλοκές, που διακρίνονται σε άμεσες και όυμες.

A) Άμεσες

1. **Άπνοια.** Εάν ο ασθενής έχει αναπνευστική απόφραξη για πολλές εβδομάδες, αδροίζεται το CO₂ στις κυελίδες των πνευμόνων και τότε το αναπνευστικό κέντρο εδιζεται στην αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα. Όταν διανοιχτεί η τραχεία, η συγκέντρωση του CO₂ ελαττώνεται

απότομα και η αναπνοή σταματά. Μπορεί όμως να επανέλθει ή με τεχνητή αναπνοή ή με χορήγηση στον ασθενή 5% CO₂ στον εισπνεόμενο αέρα.

2. **Αιμορραγία.** Συνήθως σταματά με πίεση, κατόπιν τοποθετήσεως γάζας ιωδοφορμίου στην είσοδο του τραχειοστόματος, γύρω από τον τραχειοσωλήνα. Εάν είναι επίμονη αναζητείται και απολινώνεται το υπεύθυνο αγγείο.

3. **Πνευμονοθώρακας.** Συνήθως εμφανίζεται μετά από επείγουσα τραχειοτομία και είναι συχνότερος στα παιδιά.

4. **Υποδόριο εμφύσημα.** Αυτό είναι δυνατόν να οφείλεται σε αεροστεγή συρραφή του δέρματος γύρω από τον τραχειοσωλήνα. Όταν συμβεί πρέπει τα ράμματα του δέρματος να αφαιρούνται.

5. **Μετακίνηση του τραχειοσωλήνα.** Δημιουργείται ο κίνδυνος ασφυξίας.

6. **Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο.**

7. **Παράλυση του κάτω λαρυγγικού νεύρου**

8. **Τραυματισμός του κρικοειδούς χόνδρου** λόγω υψηλής τραχειοτομίας.

9. **Αεροφαγία.** Συμβαίνει κυρίως στα μικρά παιδιά και αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση ρινοχαστρικού σωλήνα.

10. **Εισρόφηση** γαστρικών υγρών ή τροφών.

B. Όψιμες

1) **Όψιμη αιμορραγία.** Οφείλεται συνήθως στη διάβρωση ενός

μεγάλου αγγείου, λόγω συνεχούς πίεσως αυτού από τον αεροθάλαμο του σωλήνα ή από το άκρο του. Περισσότερο προσβάλλεται η ανώνυμος αρτηρία. Κάθε αιμορραγία που συμβαίνει 4-5 ημέρες μετά την επέμβαση μπορεί να οφείλεται σ' αυτήν την επιπλοκή, που συνήθως είναι θανατηφόρος.

2) Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο. Συνήθως είναι θανατηφόρος επιπλοκή, που οφείλεται σε νέκρωση από την πίεση του οπισθίου τοιχώματος της τραχείας. Καταλήγει στη δημιουργία επεισοδίων επικίνδυνων πνευμονιών.

3) Δύσκολη αποσωλήνωση. Είναι επιπλοκή ιδιαίτερα συχνή στα μικρά παιδιά. Ο τραχειοσωλήνας πρέπει να αφαιρείται το αργότερο εντός 10 ημερών. Εάν δεν γίνει αυτό, το παιδί έχει ψυχολογικό πρόβλημα και συνηθίζει να αναπνέει με μικρότερη προσπάθεια. Ακόμη μπορεί να σταματήσει το αντανακλαστικό της άπνοιας κατά την κατάποση και η τραχεία γίνεται πολύ μαλακή λόγω νεκρώσεως των χόνδρων του τοιχώματός της. Στους μεγάλους η αποσωλήνωση γίνεται με προοδευτική εξάρτηση του μεγέθους του τραχειοσωλήνα.

4) Στένωση της υπογλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα. Αυτή γίνεται λόγω βλάβης του κρικοειδούς χόνδρου από τραύμα ή περιχονδρίτιδα. Η στένωση είναι συχνότερη στα παιδιά. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές, όχι πολύ ικανοποιητικές, για τη διόρθωση της στένωσης.

5) Πρόβλημα ουλής Εάν δημιουργηθεί ουλή που προκαλεί αισθητικό πρόβλημα, διορθώνεται με την εκτέλεση πλαστικής επέμβασης.

ΕΙΔΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΩΝ

Τραχειοσωλήνας είναι ένα σύστημα σωλήνων που κατασκευάζεται από χρυσό, άργυρο, ελαστική και πλαστική ύλη.

Αποτελείται βασικά από δύο σωλήνες, τον εξωτερικό και τον εσωτερικό, ένα έμβολο που δεν μπορεί να αντικατασταθεί από όμοιο τμήμα άλλου τραχειοσωλήνα, εξαρτημένο Cuff κάποιες φορές και θυρίδα. Οι τραχειοσωλήνες με cuff χρησιμοποιούνται σε αρρώστους που έχουν ανάγκη μηχανικού αερισμού, διότι εξασφαλίζουν κλειστό κύκλωμα, ενώ αποφεύγεται η διαρροή αέρα και η εισρόφηση εμεσμάτων ή στοματοφαρυγγικών εκκρίσεων.

Σήμερα υπάρχουν τα εξής είδη τραχειοσωλήνων:

1) Πλαστικοί μιας χρήσης από χλωριούχο πολυβινύλιο, νάylon, teflon, σιλικόνη με cuff ή χωρίς cuff και με οπή ή χωρίς οπή στο στέλεχος του σωλήνα.

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

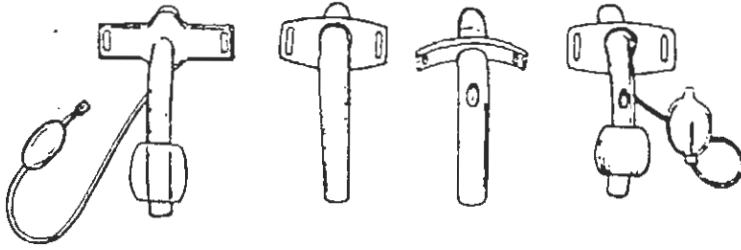
3) Αργυρός τραχειοσωλήνας Jackson με προσαρμοστή Morch, για να συνδέεται με αναπνευστήρα. Η αναρρόφηση μπορεί να γίνει χωρίς να διαταραχθεί ο αερισμός, διότι φέρει οπή στο στέλεχος του σωλήνα.

4) Σωλήνες με cuff μόνιμα προσαρτημένο για εξασφάλιση κλειστού συστήματος.

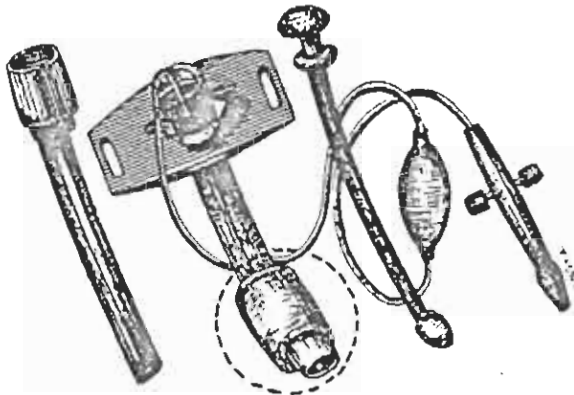
5) Σωλήνες με διπλό cuff για εναλλαγή εξάσκησης πίεσης στον τραχειακό βλεννογόνο. Το υλικό και ο τρόπος κατασκευής του cuff πρέπει να ακολουθούν ορισμένες προδιαγραφές:

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

- α. Υλικό λείο και μαλακό
- β. Σχήμα κυλινδρικό
- γ. Μήκος τριών ή περισσότερων εκατοστών.



Εικ. Είδη τραχειοσωλήνων. Από αριστερά προς τα δεξιά: Με Cuff και χωρίς εσωτερικό σωλήνα, χωρίς Cuff και με εσωτερικό σωλήνα, χωρίς Cuff με θυρίδα, με cuff και θυρίδα.



Εικ. Τραχειοσωλήνας με cuff ομοιόμορφης και χαμηλής πίεσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ψυχολογική προετοιμασία

Η ψυχολογική υποστήριξη και τόνωση του ηθικού του ασθενούς, τόσο προεγχειρητικά όσο και σε κάθε φάση νοσηλείας του στο νοσοκομείο αποτελεί μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η χειρουργική επέμβαση, οποιαδήποτε και αν είναι, προκαλεί κάποιο stress στον άρρωστο, το οποίο όσο πιο έντονο είναι τόσο περισσότερο αρνητικά μπορεί να επηρεάσει την ομαλή λειτουργία του όλου οργανισμού και την μετεγχειρητική του πορεία. Συνήθως η ανησυχία και η αγωνία του αρρώστου προέρχονται από φόβο για το άγνωστο περιβάλλον των ανθρώπων, των περίεργων συσκευών και μηχανημάτων που βλέπει γύρω του, τη νάρκωση και τον πόνο, τη σκέψη για μια πιθανή μόνιμη ή παροδική αναπηρία, το αίσθημα της ανασφάλειας και του θανάτου.

Τα παραπάνω συναισθήματα εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους. Άλλοτε με ανησυχία, άλλοτε με σιωπή ή εξωτερίκευση, άλλοτε με ατέλειωτες ερωτήσεις και απορίες. Οι νοσηλευτές καλούνται να βοηθήσουν τον άρρωστο σ' αυτή τη δύσκολη φάση της ζωής του και να του συμπαρασταθούν με ενδιαφέρον, κατανόηση, υπομονή και στοργή.

Αρκετό διάστημα πριν από την εγχείρηση θα πρέπει να έρχονται σε συχνή επικοινωνία με τον καρκινοπαθή ασθενή, να προσπαθούν να ανακαλύψουν τους φόβους και αγωνίες του, να τον ενημερώσουν για το σκοπό και την αναγκαιότητα της εγχείρησης, να απαντήσουν σε ζωτικά ερωτήματά του και να του εμφυσήσουν δάρρος αλλά και ελπίδα για την καλή και επιτυχή έκβασή της. Σε περίπτωση που το άτομο θα υποστεί τραχειοτομή θα πρέπει να του δώσουν εξηγήσεις σχετικά με το τι πρόκειται να συμβεί, το πόσο σημαντικό και αναγκαίο είναι, τη δυνατότητα που του παρέχεται να συνεχίσει φυσιολογικά τη ζωή του αλλά και να αποκαταστήσει την ομιλία και την εμφάνιση του. Οι νοσηλευτές θα του τονίσουν ακόμη πόσο μεγάλη σημασία έχει να συμβάλει ο ίδιος ενεργά στην αντιμετώπιση της νέας πραγματικότητας. Η επίσκεψη ενός ατόμου με μόνιμη τραχειοτομή, που την έχει αποδεχτεί και ζει φυσιολογικά με αυτή, θα λέγαμε ότι είναι ο καλύτερος τρόπος προετοιμασίας του ασθενούς.

Γενικά ο άρρωστος χρειάζεται συμπαράσταση και ενίσχυση τόσο από τα άτομα της υγειονομικής ομάδας, όσο και από το στενό οικογενειακό του περιβάλλον. Θέλει να νιώθει ότι στη δοκιμασία που καλείται να περάσει δεν είναι μόνος του αλλά ότι τον σκέφτονται, τον νοιάζονται και τον συμμερίζονται όλοι οι δικοί του. Για το λόγο αυτό, καλό θα ήταν το προσωπικό να αφιερώνει λίγο χρόνο και στην οικογένειά του, για να της γνωστοποιήσει τις προσδοκίες, τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις αγωνίες του ατόμου και να την ευαισθητοποιήσει σε μια προσέγγισή του με περισσότερη κατανόηση, υπομονή, φροντίδα και αγάπη.

Σωματική τόνωση

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Ο καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση, διότι έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα, αλλά και επιρρεπής στο shock και την αιμορραγία εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου. Ακόμη γιατί καθυστερεί η επούλωση του τραύματος του εξαιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Για τους λόγους αυτούς προεγχειρητικά οι νοσηλευτές διορθώνουν κάθε ηλεκτρολυτική διαταραχή, χορηγούν δίαιτα υπερλευκωματούχο, υποθερμιδική και εύπεπτη, με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών και . . . κάνουν μετάγγιση αίματος αν υπάρχει σοβαρή αναιμία.

Εάν ο συγκεκριμένος καρκινοπαθής άρρωστος έχει ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης, συμπεριλαμβάνεται μεταξύ εκείνων που μετριούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά τους. Ο νοσηλευτής πρέπει να επαγρυπνά για διαπίστωση τυχόν ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωινών ούρων στους προεγχειρητικούς αρρώστους, ακόμη και αν δεν φαίνεται απαραίτητη η μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών τους.

Φυσική προετοιμασία

A. Γενική φυσική προετοιμασία

Επειδή μετά την επέμβαση, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία ή βρογχοπνευμονία, ο νοσηλευτής (-τρια) διδάσκει στον ασθενή ότι πρέπει να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση. Πολλές φορές για τον ίδιο λόγο, χρησιμοποιείται αναπνοή διαλείπουσας θετικής πίεσης πριν και μετά την εγχείρηση, σε αρρώστους με χρόνιες πνευμονικές παθήσεις.

Χρόνιες ασθένειες που πρέπει να αντιμετωπιστούν προεγχειρητικά είναι: ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος του Addison, νεφρικές, καρδιακές, ηπατικές και αρμονικές διαταραχές.

Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος, εάν συνυπάρχει και άλλη νόσος, ειδικά με κορτικοστεροειδή που δεν πρέπει να διακοπούν, διουρητικά, που μπορεί να του έχουν προκαλέσει ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αντιπηκτικά και αντιβιοτικά που ενισχύουν την δράση των μυοχαλαρωτικών και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πρέπει να σημειώνονται.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνει η νοσηλεύτρια (-της) σε παχύσαρκα άτομα, μια και η παχυσαρκία προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως διαπύση τραύματος, πνευμονικές επιπλοκές και γενικά επειδή τα παχύσαρκα άτομα αντιδρούν λιγότερο έντονα στο stress, δεν αντέχουν στην αφυδάτωση, παρουσιάζουν ευκολότερα shock.

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοιόσταση, με αποτέλεσμα τη μικρότερη αντοχή στο stress. Το θρεπτικό ανισοζύγιο είναι συχνό. Συχνά υπάρχει επίσης αναιμία, που στερεί τον οργανισμό από τα κύρια κανονιστικά συστήματα της αιμοσφαιρίνης.

Επικίνδυνη κατάσταση για τον υπερήλικα αποτελεί και η υπόταση, γιατί αν δεν διορθωθεί έγκαιρα, προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα μυοκαρδίου. Η προεγχειρητική θρεπτική τακτοποίηση, καθώς και η διόρθωση οποιασδήποτε άλλης διαταραχής είναι μεγάλης σημασίας για τον υπερήλικα. Μικρές και συχνές μεταγγίσεις αίματος διορθώνουν την αναιμία του, ενώ η έγκαιρη έγερση βελτιώνει την όρεξή του και βοηθά στον καλό ύπνο. Σε όλους τους ηλικιωμένους πρέπει να τηρείται ακριβές δελτίο αποβαλλόμενων ούρων και να γίνονται οι δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Τα προεγχειρητικά φάρμακα χορηγούνται σε μικρότερες δόσεις για την αποφυγή αναπνευστικής καταστολής και υποξίας.

B. Ειδικές εξετάσεις

Το νοσηλευτικό προσωπικό, κατόπιν εντολής ιατρού, θα προγραμματίσει τη διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων που γίνονται πριν από κάθε εγχείρηση. Βάσει των εξετάσεων αυτών θα εκτιμηθεί η γενική κατάσταση του ασθενούς και η τυχόν ύπαρξη οργανικών διαταραχών, έτσι ώστε η χειρουργική επέμβαση να διεξαχθεί κατόπιν επαναφοράς του οργανισμού σε φυσιολογική κατάσταση.

Θα ενημερωθεί ο άρρωστος για το είδος τουζέτσι ώστε να μειωθούν οι

φόβοι και οι ανησυχίες του αλλά και να εξασφαλιστεί η συνεργασία του.

Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν γενική ανάλυση ούρων, ακτινογραφία θώρακος, ανάλυση αίματος για: γενική αίματος αιμοσφαιρίνη, ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών αιμοσφαιρίων, σάκχαρο, ουρία wassermann-VDRL (για έλεγχο αφροδίσιας νόσου), χρόνο ροής και χρόνο πήξεως αίματος, χρόνο προδρομίνης, ομάδα αίματος και Rhesus, αυστραλιανό αντιγόνο και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Ο εργαστηριακός αυτός έλεγχος μαζί με τις ειδικές εξετάσεις που έχει κάνει ο ασθενής με καρκίνο λάρυγγα (π.χ. λαρυγγοσκόπηση, ενδοσκόπηση, υπερηχογλωττιδογραφία, ακτινογραφικό έλεγχο της περιοχής) θα αποτελέσουν σημαντικό βοήθημα για το χειρουργό και αναισθησιολόγο.

Γ. Σωματική καθαριότητα

Η προετοιμασία και καθαριότητα του ασθενούς την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης είναι απαραίτητη και βασική. Συνίσταται α) στον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα για την αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι ή τη δημιουργία αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχόμενου τους, β) στην καθαριότητα σώματος του αρρώστου.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται κυρίως με καθαρτικό υποκλυσμό, επειδή η λήψη καθαρτικών φαρμάκων προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού, καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου. Ένας υποκλυσμός γίνεται το απόγευμα της παραμονής της επεμβάσεως και άλλος έξι ώρες πριν από αυτή.

Το προσωπικό παρακολουθεί τα αποτελέσματά τους και αν είναι αρνητικά, απευθύνεται στον ιατρό για την εφαρμογή εναλλακτικής λύσης.

Η σωματική καθαριότητα επιτυγχάνεται με λουτρό, για το οποίο φροντίζει η ίδια η νοσηλεύτρια (-της) εάν ο ασθενής τυχαίνει να μην είναι περιπατητικός. Εξασφαλίζει έτσι καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχείρησης και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει. Μπορεί να μην είναι το γνωστό λουτρό καθαριότητας με σαπούνι, τρίφτη και νερό αλλά να είναι καθαριότητα και συγχρόνως απολύμανση του δέρματος. Κατά τη διάρκειά του παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων, όπως ομφαλού κ.α. Η όλη διαδικασία τελειώνει με την περιποίηση των νυχιών.

Εκτός των παραπάνω γίνεται καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

Δ. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Η ανάπαυση και ο ύπνος είναι απαραίτητα για τη γενική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Η έλλειψή τους προκαλεί συμπτώματα κόπωσης και υπερέντασης. Καταστάσεις που προκαλούν ψυχική ένταση και άγχος, όπως συγκεκριμένα η αναμενόμενη χειρουργική επέμβαση, μειώνουν την ικανότητα του ατόμου να χαλαρώσει, να κοιμηθεί και να αναπαυθεί. Για το λόγο αυτό το βράδυ της παραμονής της επέμβασης χορηγείται, κατόπιν εντολής ιατρού κάποιο ηρεμιστικό - υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση

καλού και επαρκούς ύπνου. Εκτός αυτού οι νοσηλευτές παίρνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα, όπως πρόληψη θορύβων, μείωση φωτισμού και απομάκρυνση επισκεπτών για την υποβοήθηση του ύπνου.

Ε. Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από τα μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μια μεγάλη περιοχή γύρω από το μέρος εκείνο του σώματος, στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αν κατά λάθος δημιουργηθεί λύση της συνέχειας του δέρματος, πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν τη διεξαγωγή της.

Μέχρι πρόσφατα μετά το ξύρισμα και τον καθαρισμό με σαπούνι και νερό, της χώρας, γινόταν αντισηψία του δέρματος στο τμήμα και κάλυψή της με αποστειρωμένο τετράγωνο. Η ωφέλεια αυτής της τακτικής αμφισβητείται σήμερα από πολλούς χειρουργούς. Πιστεύουν ότι αφαιρούνται από το δέρμα το λίπος και οι φυσικές του εκκρίσεις που υποστηρίζεται ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.

Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία

Το πρωί της ημέρας που θα γίνει η επέμβαση, ο άρρωστος μένει νηστικός. Δεν παίρνει τίποτε από το στόμα περίπου 6-8 ώρες. Πριν από τη μεταφορά του στο χειρουργείο το νοσηλευτικό προσωπικό του παρέχει την τελική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά του σημεία πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύγωση της θερμοκρασίας, μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να τα αναφέρει. Προσέχει ακόμη για

την εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει την ύπαρξη κρυολογήματος.

Μισή ώρα πριν από την αναχώρηση του αρρώστου, τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα, ενώ ταυτόχρονα αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες, κοσμήματα, τεχνητά μέλη και βάγιμο χειλιών - νυχιών, επειδή κατά την εγχείρηση γίνεται έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση του αρρώστου. Τα προσωπικά αντικείμενα του ασθενούς παραδίδονται, αφού πρώτα καταγραφούν, για φύλαξη στην προϊσταμένη.

Το προσωπικό φροντίζει επίσης για την εκκένωση της ουροδόχου κύστεως, επειδή όταν είναι πλήρης μπορεί να εκκενωθεί πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Ακόμη μισή ώρα πριν την εγχείρηση, ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου χορηγεί την προνάρκωση, τα φάρμακα της οποίας εξαρτώνται από τον συγκεκριμένο άρρωστο. Πιο συχνά χρησιμοποιούνται οπιούχα, παράγωγα της μελαντόνας και βαρβιτουρικά. Τα οπιούχα και βαρβιτουρικά απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος και την αγωνία. Μειώνουν το βασικό μεταβολισμό και επομένως την απαιτούμενη για την αναισθησία δόση του ναρκωτικού. Τα παράγωγα της μελαντόνας ελαττώνουν τις εκκρίσεις της στοματικής κοιλότητας και του αναπνευστικού δέντρου. Ακόμη αμβλύνουν ορισμένα επιβλαβή αντανακλαστικά που μπορεί να συμβούν σε χειρουργικές επεμβάσεις στο θώρακα και στην κοιλιά.

Τέλος ο νοσηλευτής (-τρια) συμπληρώνει όλα τα σχετικά με την εγχείρηση στοιχεία, στο φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας. Με τη συμπλήρωση του φύλλου γίνεται και ταυτόχρονα ο έλεγχος αν

πραγματοποιήθηκαν όλα όσα αφορούν την προετοιμασία του αρρώστου. Αφού για μια ακόμη φορά του δώσει ενθάρρυνση και κουράγιο, ελπίδα και αισιοδοξία για την επιτυχή έκβαση της επέμβασης, τον συνοδεύει στο χειρουργείο.

Προετοιμασία θαλάμου

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο, ο νοσηλευτής αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Το κρεβάτι που θα δεχτεί το χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει να είναι ζεστό για την προφύλαξή του από υύξη και μετεγχειρητική πνευμονία και χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού. Ακόμη χρειάζεται να τοποθετηθεί προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κικλίδωμα του κρεβατιού για να μη χτυπήσει ο ασθενής από τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως και να είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του από το φορείο σε αυτό.

Στο κομοδίνο τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα για να αποφεύγονται οι δόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σε αυτό (π.χ. νεφροειδές, αντικείμενα νοσηλείας γενικά ή προσωπικά του αρρώστου). Χρειάζεται επίσης να υπάρχει ποτήρι με δροσερό νερό, port cotton, νεφροειδές, κάγα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι και σε περίπτωση που ο ασθενής θα φέρει τραχειοτομή, επιπλέον πλήρως αποστειρωμένος τραχειοσωλήνας καθώς μπλόκ και μολύβι που θα χρησιμεύσουν σαν μέσο επικοινωνίας του με το περιβάλλον τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.

Το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για την εξασφάλιση απαραίτητων μηχανημάτων και συσκευών όπως αναπνευστήρας, οξυγόνο, αναρρόφηση, ηλεκτροκαρδιογράφο, για τη χρησιμοποίησή τους σε περίπτωση ανάγκης, και λαμβάνει μέτρα για την υγραποίηση του αέρα που θα εισπνέει ο άρρωστος ο οποίος θα έχει τραχειοστομία.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

A. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα στην αίθουσα ανάνηψης

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο θα συντελέσει στην προστασία του κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως, στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειας του, στην ανακούφισή του από ενοχλήματα, στην πρόληψη επιπλοκών και στη βοήθεια του ασθενούς να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση. Αρχίζει από τη στιγμή που αυτός μεταφέρεται από το χειρουργείο στην αίθουσα ανανήψεως και τελειώνει με την όσο γίνεται καλύτερη αποκατάστασή του.

Μετά το τέλος της επέμβασης, ο ασθενής μεταφέρεται με φορείο από την αίθουσα χειρουργείου στην αίθουσα ανανήψεως, ένα οργανωμένο τμήμα του χειρουργείου. Σ' αυτήν βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές, ενώ παραμένει μέχρι να διαπιστωθεί ότι έχει συνέλθει από τη νάρκωση, και έχουν σταθεροποιηθεί τα ζωτικά του σημεία. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία διαλύματα, φάρμακα καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης, είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή, για την άμεση αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών.

Οι ευθύνες του νοσηλευτή (-τριας) στην αίθουσα ανάνηψης είναι πολλές, γι' αυτό εκτός του ότι πρέπει να είναι εκπαιδευμένος, χρειάζεται να διαθέτει παρατηρητικότητα, επιδεξιότητα και ετοιμότητα.

Καταρχήν σημειώνει την ώρα προσέλευσης του αρρώστου και παίρνει τα ζωτικά του σημεία για τον έλεγχο της γενικής του κατάστασης και τα καταγράφει με ακρίβεια. Φροντίζει να διατηρηθεί η αεριοφόρος οδός ανοικτή με την κατάλληλη θέση, το κεφάλι πλάγια, για να μη γίνει εισρόφηση εμεσμάτων σε περίπτωση εμετού και εξασφαλίζει τη σταθερότητα του αεραγωγού ή ενδοτραχειακού σωλήνα ή τραχειοσωλήνα.

Σε δεύτερη φάση παρατηρεί και παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση ορού ή μεταγγίσης, τον τύπο του διαλύματος, το ποσό, το ρυθμό ροής και σημείο φλεβοκέντησης για να μη μετακινηθεί η βελόνα και σπάσει η φλέβα. Ελέγχει τις συνδέσεις και τη λειτουργία των παροχετεύσεων όταν υπάρχουν, την ποσότητα, το χρώμα των υγρών και την κατάσταση του τραύματος. Επίσης τη θέση της μάσκας, όταν ο ασθενής παίρνει οξυγόνο, και τη λειτουργία της συσκευής. Εξετάζει το χρώμα των νυχιών, χειλέων, δέρματος για κυάνωση, καθώς και αν το δέρμα είναι υγρό, ξηρό, γυαλό ή θερμό. Στη φροντίδα του (-της) περιλαμβάνει την παρακολούθηση του επιπέδου συνείδησης του αρρώστου και την παρουσία ή απουσία αντανακλαστικών των βλεφάρων, του βήχα, της κατάποσης.

Γενικά επαγρυπνεί για την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως π.χ. ναυτία, έμμετοι, ηλεκτρολυτική διαταραχή, αναπνευστική οξέωση, shock, κ.α. ώστε να λάβει το συντομότερο δυνατό μέτρα για την αντιμετώπισή τους.

B. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα στο τμήμα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου συνεχίζεται στο

τμήμα, στο οποίο μεταφέρεται μετά την πλήρη ανάνησή του. Οι νοσηλευτές θα αρχίσουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους από τη στιγμή της άφιξης και συγκεκριμένα μετά την τοποθέτησή του στο κρεβάτι.

Πρώτη ενέργειά τους είναι η εξασφάλιση σωστής θέσης για τον ασθενή, μια και η κακή συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών όπως πνευμονικές, κυκλοφορικές, ουροποιητικές, πεπτικές, από το τραύμα, τους μυς και τις αρθρώσεις. Η πιο συνηθισμένη θέση είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και πνιγμού. Αργότερα και σε περίπτωση που ο ασθενής έχει υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή και φέρει τραχειοστόμιο, δίδεται η θέση fowler για τη διευκόλυνση της αποβολής των εκκρίσεων και τη μείωση του τοπικού οιδήματος.

Δεύτερο βήμα αποτελεί ο έλεγχος των ζωτικών σημείων για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης, ο έλεγχος του τραύματος για τυχόν αιμορραγία, των παροχετεύσεων για τη σωστή λειτουργία τους, καθώς και ο έλεγχος του επιπέδου της συνείδησης του ατόμου. Εκτιμούν την νεφρική λειτουργία με τη μέτρηση και καταγραφή σε ειδικό δελτίο, του ποσού των ούρων, των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Προστατεύουν τον ασθενή από ρεύματα αέρα για μην κρυώσει, εκτιμούν τον πόνο και τη δυσφορία του και φροντίζουν για την ανακούφισή του. Παράλληλα παρακολουθούν την ενδοφλέβια έγχυση, τον τύπο και ποσό του διαλύματος, το ρυθμό ροής ώστε να αντιμετωπίσουν εγκαίρως τυχόν πρόβλημα. Φροντίζουν επίσης να υπάρχει κοντά στον ασθενή το νεφροειδές, τα χαρτομάντηλα και γενικά τα αντικείμενα στο κομοδίνο και τον ενθαρρύνουν να παίρνει βαθιές αναπνοές, να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και να αλλάζει θέσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Οι νοσηλευτές ακούν με προσοχή τα προβλήματα του αρρώστου, τα παράπονα και ενοχλήματά του και προσπαθούν να λάβουν μέτρα και ενέργειες για την ανακούφιση και ψυχική του ηρεμία. Τον στηρίζουν ψυχολογικά και τον παροτρύνουν να αρχίσει σιγά σιγά να συμμετέχει ενεργά ο ίδιος για την επαναφορά σε μια κατά το δυνατό φυσιολογική κατάσταση.

Όσο αφορά στη σίτιση, τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες χορηγούν ενδοφλέβια διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών περίπου 3000 ml ημερησίως. Η χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας αποφεύγεται για την πρόληψη υπερφόρτωσης του κυκλοφορικού συστήματος και άλλων διαταραχών. Τα παρεντερικά διαλύματα συνδέονται απαραίτητα με σύμπλεγμα βιταμινών Β και C, όταν μάλιστα παρατείνεται η παρεντερική χορήγησή τους πέραν των δύο με τριών ημερών. Η χορήγηση υγρών από το στόμα και η προοδευτική σίτιση του αρρώστου εξαρτώνται από το είδος της επέμβασης και τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Επειδή ο άρρωστος έχει υποβληθεί σε μερική ή ολική αφαίρεση του λάρυγγα (τραχειοτομή), λόγω δυσκολίας στην κατάποση, μπορεί να λαμβάνει υδρική δίαιτα και μέσω ρινογαστρικού καθετήρα. Αυτό γίνεται τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες ενώ παράλληλα το διαιτολόγιο αυξάνεται προοδευτικά και η τροφή γίνεται πολτώδης. Όταν μπορεί να καταπιεί εύκολα, δίδονται από το στόμα όλα τα είδη τροφών ενώ αποφεύγονται οι υπερβολικά ξηρές τροφές.

Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα παραλείψει να φροντίσει για τη σταδιακή έγερση του αρρώστου, συνήθως μετά από 24-48 ώρες, λόγω του

ότι προλαμβάνονται επιπλοκές από τα διάφορα συστήματα(αναπνευστικό - βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πεπτικό-κινητοποίηση του εντέρου, κυκλοφορικό - καλή κυκλοφορία και πρόληψη θρομβοβλεβίτιδας), μειώνεται ο εγχειρητικός πόνος, και γενικά επανακτούνται οι φυσικές δραστηριότητες.

Στην περίπτωση που ο ασθενής με καρκίνο του λάρυγγα θα έχει σαν μόνιμη αναπηρία την **τραχειοτομία**, τότε θα ληφθεί ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα για την πάσχουσα περιοχή και τις ανάγκες της.

Η δυσκολία του ατόμου να προσαρμοστεί στη νέα αναπνευστική οδό, του δημιουργεί ανησυχία, συναίσθημα ασφυξίας και ανασφάλειας. Η συχνή παρουσία της νοσηλεύτριας κοντά του, τον ανακουφίζει και του δημιουργεί αίσθημα ψυχικής ηρεμίας και εμπιστοσύνης.

Έως ότου μάθει να αναπνέει με τον τραχειοσωλήνα είναι πολύ εκνευρισμένος και αναστατωμένος. Γι' αυτό εκτός από την επαφή μαζί του, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να τον βοηθήσει με ηρεμιστικά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού.

Ιδιαίτερη φροντίδα και παρακολούθηση χρειάζεται το τραχειοστόμιο και ο τραχειοσωλήνας. Ο εσωτερικός σωλήνας πρέπει να αφαιρείται και να καθαρίζεται κάθε μια με δύο ώρες τις πρώτες δύο ή τρεις ημέρες, για να αποφευχθεί η απόφραξη του σωλήνα με βύσματα ξηράς βλέννης. Αφαιρείται για καθάρισμα και αποστείρωση δύο με τρεις ημέρες μετά την εγχείρηση. Μετά το διάστημα αυτό δημιουργείται πλέον σταθερό άνοιγμα και έτσι ο κίνδυνος να εμποδιστεί η επανατοποθέτηση του σωλήνα είναι ελάχιστος.

Η αναρρόφηση των εκκριμάτων των βρόγχων πρέπει να γίνεται με

άσπτες συνθήκες και συχνά (κάθε 10-15'), ιδίως τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, λόγω των αυξημένων τραχειοβρογχικών εκκρίσεων που οφείλονται στον ερεθισμό της τραχείας. Δεν πρέπει να παρατείνεται άνω των 15'' γιατί υπάρχει κίνδυνος υποξίας και ανακοπής, αφού ο καθετήρας αφαιρεί το οξυγόνο.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ο νοσηλευτής (-τρια) εξασφαλίζει τρόπους για την υγραποίηση του εισπνεόμενου αέρα με ειδικές συσκευές, ή με υδρατμούς που δημιουργούνται από νερό που βράζει, ή με προσαρμογή στον τραχειοσωλήνα ειδικών συσκευών/παροχής αέρα κάτω από συνθήκες αυξημένης υγρασίας ή τέλος με την τοποθέτηση υγρού τεμαχίου γάζας στο τραχειοστόμιο.

Τα βρέφη τοποθετούνται σε ειδική σκηνή, πλούσια σε οξυγόνο και υδρατμούς. Ικανοποιητικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με την ενστάλαξη σταγόνων φυσιολογικού ορού στην τραχεία κάθε τρεις έως τέσσερις ώρες.

Οι νοσηλευτές φροντίζουν ώστε ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας να είναι μόνιμα τοποθετημένος μέσα στο τραύμα και να συγκρατείται με σταθερή επίδεση γύρω από τον τράχηλο. Γύρω από το τραχειοστόμιο τοποθετούν γάζα για να κατακρατεί τις εκκρίσεις, ώστε να μην ερεθίζεται το δέρμα γύρω από αυτές. Αλλάζουν συχνά αυτή τη γάζα για να διατηρείται στεγνό το δέρμα και να αποφεύγονται οι δερματίτιδες.

Βασική φροντίδα του αρρώστου αποτελεί η ενίσχυσή του στην επικοινωνία με το περιβάλλον. Και εδώ το νοσηλευτικό προσωπικό τον παροτρύνει σ' αυτή την επικοινωνία, προτρέποντας τον να χρησιμοποιεί μολύβι και χαρτί, επειδή δεν είναι ακόμη σε θέση να μιλήσει, μέχρις ότου αποκατασταθεί η ομιλία του. Επειδή γνωρίζει πόσο δύσκολο είναι αυτό και πόσο άσχημα νιώθει ο άρρωστος, πρέπει να του συμπαρασταθεί σ' αυτή του

την προσπάθεια εμπνέοντας του θάρρος, κουράγιο και υπομονή.

Οι διαδικασίες καθαριότητας και απομάκρυνσης των εκκρίσεων από τον τραχειοσωλήνα απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και επιδεξιότητα μια και αποτελούν ξεχωριστή μορφή νοσηλείας. Οι νοσηλευτές τηρούν τους απαραίτητους όρους κάθε φορά και προσπαθούν να τις διεκπεραιώσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

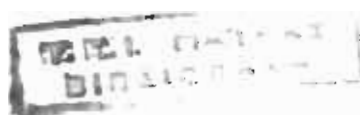
Αναρρόφηση μέσα από τον τραχειοσωλήνα

Η αναρρόφηση μέσα από τον τραχειοσωλήνα, έχει σκοπό να απομακρύνει, όπως αναφέραμε, τις εκκρίσεις μέσα από το τραχειοβρογχικό δέντρο, ώστε να διατηρείται βατός ο αεραγωγός. Η ανάγκη για αναρρόφηση φαίνεται από τις θορυβώδεις υγρές αναπνοές και από την αύξηση της συχνότητας σφυγμού και αναπνοών. Γίνεται κάθε 5-10 λεπτά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες και λιγότερο συχνά αργότερα. Πρέπει δε να αποφεύγονται οι περιττές αναρροφήσεις γιατί ερεθίζουν το βλεννογόνο και μπορεί να γίνουν αιτία λοίμωξης. Τα αντικείμενα που χρειάζονται είναι:

1. Αποστειρωμένοι καθετήρες μιας χρήσης Νο 14 ή 16 όταν πρόκειται για ενήλικες και Νο 8 ή 10 για παιδιά, δύο ή περισσότεροι.
2. Αποστειρωμένα γάντια, δύο ή περισσότερα ζεύγη.
3. Αποστειρωμένο φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου.
4. Δύο αποστειρωμένες σύριγγες των 5 ml και βελόνες.
5. Αποστειρωμένο δοχείο για την πλύση του καθετήρα.

Αναρρόφηση μέσα από τραχειοσωλήνα χωρίς cuff

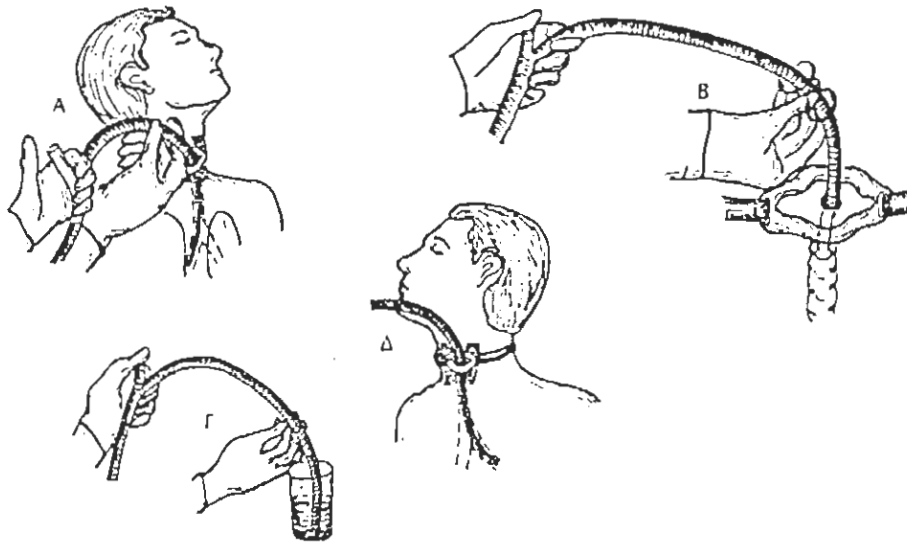
Καταρχήν ο νοσηλευτής ενημερώνει τον άρρωστο και του εξηγεί το σκοπό της αναρρόφησης. Έπειτα ελέγχει τη λειτουργία του αναρροφητήρα, ανοίγει με άσηπτη τεχνική το δοχείο έκπλυσης του καθετήρα και το γεμίζει



Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

με το φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου. Αποκαλύπτει ελαφρά την άκρη του καθετήρα για να διευκολυνθεί στην αφαίρεσή του και φορά τα γάντια.

Στη συνέχεια τον αφαιρεί μέσα από τη δίκη του και τον συνδέει με τον σωλήνα του αναρροφητήρα, ενώ ταυτόχρονα τον εμβαπτίζει στο διάλυμα χλωριούχου νατρίου. Εισάγει τον καθετήρα μέσα στον τραχειοσωλήνα, με τον αναρροφητήρα κλειστό για να μην αναρροφήσει το τοίχωμά του, να μην ερεθίσει το βλεννογόνο και να μην αφαιρέσει πολύ αέρα από τους πνεύμονες. Για να περάσει ο καθετήρας μέσα σε έναν από τους δύο βρόγχους, ο νοσηλευτής (-τρια) παρακαλεί τον άρρωστο να στρέψει το κεφάλι του προς το αντίθετο μέρος. Ανοίγει την αναρρόφηση και αρχίζει έτσι η απομάκρυνση των εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δέντρο, που πρέπει να διαρκεί γύρω στα 15 δευτερόλεπτα, για να ξεκουράζεται ο ασθενής και να μειωθεί ο κίνδυνος υποξίας. Σε περίπτωση που αρχίσει να βήχει, ο καθετήρας αφαιρείται αμέσως και διακόπτεται η αναρρόφηση. Η διαδικασία συνεχίζεται μέχρις ότου, η αναπνοή του ασθενούς επανέλθει στο φυσιολογικό επίπεδο, ενώ μετά το τέλος της κάθε αναρρόφησης ο καθετήρας καθαρίζεται στο φυσιολογικό ορό. Εάν οι εκκρίσεις είναι παχύρρευστες πριν την έναρξη της, ο νοσηλευτής μπορεί να εγκαθιστάσει φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου (3-5 ml) το οποίο βοηθά στη ρευστοποίηση της βλέννης. Στο τέλος τακτοποιείται ο ασθενής και απομακρύνονται τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα.



Εικ. Τραχειοβρογχική αναρρόφηση

Αναρρόφηση μέσα από τραχειοσωλήνα με cuff

Ο νοσηλευτής αφού ετοιμάσει το απαραίτητο υλικό, θα ενημερώσει πάλι τον ασθενή για τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσει, ώστε να εξαλείψει τυχόν φόβους και ανησυχίες του.

Πριν την έναρξη της διαδικασίας, θα χρειαστεί να υπεροξυγονώσει τον άρρωστο αφού συνήθως πρόκειται για ασθενείς με αναπνευστικό πρόβλημα, ενώ σε περίπτωση άφθονων εκκρίσεων προηγείται της οξυγόνωσης, αναρρόφηση της τραχείας για να μην προωθηθούν οι εκκρίσεις. Στη συνέχεια θα αναρροφήσει την στοματοφαριγγική κοιλότητα, για να απομακρύνει εκκρίσεις που θα μπορούσαν να εισροφηθούν κατά τη διεργασία του ξεφουσκώματος του cuff, και θα αλλάξει καθετήρα.

Η συνέχιση της διαδικασίας, είναι όμοια με την προηγούμενη περίπτωση και με το πέρας της, ο νοσηλευτής θα επανασυνδέσει τον άρρωστο με τον αναπνευστήρα.

Φροντίδα αρρώστου με τραχειοσωλήνα με cuff

Όπως αναφέρθηκε οι τραχειοσωλήνες με cuff χρησιμοποιούνται σε αρρώστους που έχουν ανάγκη μηχανικού αερισμού, διότι εξασφαλίζουν κλειστό κύκλωμα και εμποδίζουν την διαρροή αέρα και την εισρόφηση στοματοφαρυγγικών εκκρίσεων.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πληροφορήσει τον άρρωστο ότι δεν θα μπορεί να μιλά όταν το cuff είναι φουσκωμένο, θα φροντίσει να διατηρεί το λαιμό του σε αναπαυτική θέση έκτασης και να εξασφαλίζει συχνή φροντίδα στόματος.



Εικ. Στοματοφαρυγγική αναρρόφηση

Ξεφούσκωμα cuff

Η διαδικασία αυτή γίνεται κάθε μια ή δύο ώρες. Στην αρχή γίνεται αναρρόφηση στο στοματοφάρυγγα, και έπειτα ξεφουσκώνεται αργά το cuff. Ο νοσηλευτής, αναρροφά κατά το γνωστό τρόπο μέσα από τον τραχειοσωλήνα και αφήνει ξεφουσκωτο το cuff για 5-10 λεπτά. Εξασφαλίζει ταυτόχρονα επαρκή αερισμό κατά τη διάρκεια που το cuff είναι ξεφουσκωτο, παρακολουθώντας την αναπνοή, το σφυγμό κ.λ.π. του αρρώστου και επανασυνδέοντάς τον με το μηχανικό αναπνευστήρα, αν παρουσιάσει σημεία δυσφορίας. Αν η αναπνοή του αρρώστου ελέγχεται από τον αναπνευστήρα, ο νοσηλευτής δεν αφήνει το cuff ξεφουσκωτο περισσότερο από 30"-48". Αν ο άρρωστος δεν ήταν συνδεδεμένος με αναπνευστήρα, του εξασφαλίζει εφυγρασμένο θερμό αέρα.

Φούσκωμα cuff

Το φούσκωμα του cuff γίνεται αργά, κατά τη φάση της εισπνοής. Ο νοσηλευτής χορηγεί τόσο αέρα όσο γράφεται στις οδηγίες του κατασκευαστή, ή μέχρις ότου παύσει η διαρροή αέρα, που διαπιστώνεται με την τοποθέτηση στηθοσκοπίου κάτω από το πηγούνι ή όταν ο άρρωστος είναι αφωνικός. Στη συνέχεια κλείνει το σωλήνα που οδηγεί στο cuff και σημειώνει την ποσότητα του αέρα που χρειάζεται για να φουσκώσει το cuff. Αν σε επόμενες διαδικασίες φουσκώματος του cuff, το νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώσει ότι χρειάζεται περισσότερος αέρα για φούσκωμα του cuff, αυτό μπορεί να σημαίνει σοβαρά προβλήματα όπως π.χ. διαστολή τραχείας, τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, ή εκκόλπωμα.

Γενικά κατά τη διάρκεια των παραπάνω διαδικασιών καθώς και της

αναρρόφησης εκκρίσεων, ο νοσηλευτής παρακολουθεί τον άρρωστο για τυχόν επιπλοκές, όπως **στένωση τραχείας, αιμορραγίες** και λαμβάνει μέτρα για την πρόληψή τους, όπως προσοχή για την αποφυγή μετακίνησης του σωλήνα με καλή στερέωσή του και παροχή σωστής νοσηλευτικής φροντίδας.

Ενημερώνει επίσης το φύλλο παρακολούθησης του ασθενούς, σημειώνοντας την ώρα της νοσηλείας, την οδό αναρρόφησης που χρησιμοποιήθηκε, τα ζωτικά σημεία πριν και μετά την αναρρόφηση, την όψη, ποσότητα και ποιότητα των εκκρίσεων, την ανοχή της διαδικασίας από τον άρρωστο, την τυχόν χορήγηση οξυγόνου πριν από την αναρρόφηση.

Αλλαγή τραχειοσωλήνα με cuff

Ο τραχειοσωλήνας δεν πρέπει να αλλάζεται για 48 τουλάχιστον ώρες μετά την εκτέλεση της απλής τραχειοτομίας εκτός αν είναι απόλυτη ανάγκη, οπότε η αλλαγή γίνεται μόνο από άτομο που είναι εξουσιοδοτημένο να το κάνει. Η διαδικασία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί υπάρχει ο κίνδυνος σύμπτωσης των χειλέων της τομής και πρόκλησης ασφυξίας στον άρρωστο. Η πρόωπη αφαίρεση του τραχειοσωλήνα μπορεί επίσης να προκαλέσει αιμορραγία.

Ο εσωτερικός σωλήνας μπορεί να αφαιρείται και να καθαρίζεται όπως είπαμε, κάθε μια με δύο ώρες τις πρώτες δύο ή τρεις ημέρες και σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα τις επόμενες.

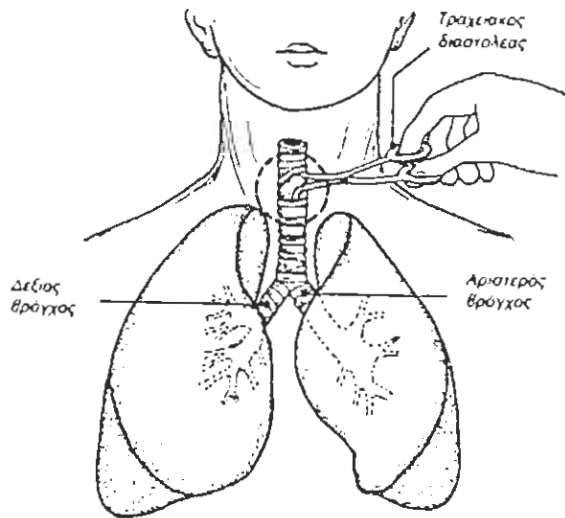
Τα αντικείμενα που είναι απαραίτητα για την αλλαγή τραχειοσωλήνα με cuff είναι τα εξής:

1. Δοχείο με τολύπια και χαρτοβάμβακο.
2. Νεφροειδές, γαλίδι.
3. Ταινία στήριξης τραχειοσωλήνα (φακαρόλα).
4. Γάζες αποστειρωμένες.
5. Υδροδιαλυτή ουσία (jelly).
6. Τραχειοσωλήνας αποστειρωμένος.
7. Σύριγγα των 5 ml.
8. Διάλυση υπεροξειδίου του υδρογόνου.
9. Αντιμικροβιακή αλοιφή.
10. Διαστολέας τραχειοτομής.
11. Στηθοσκόπιο.
12. Peranthen σταγόνες.

Όπως σε κάθε νοσηλευτική ενέργεια, έτσι και στη συγκεκριμένη ενημερώνεται ο ασθενής για να εξασφαλιστεί η συνεργασία του και η καλή μυχολογική του κατάσταση. Ο νοσηλευτής (-τρια) δίνει στον άρρωστο κομμάτια χαρτοβάμβακο για να σκουπίσει τις εκκρίσεις. Ο ίδιος - η ίδια ενσταλλάζει peranthen για τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων και την εύκολη αποβολή τους και ταυτόχρονα παροτρύνει τον άρρωστο να βήξει. Στη συνέχεια ανοίγει το σετ του τραχειοσωλήνα με προσοχή και ελέγχει την ακεραιότητα του cuff, φουσκώνοντας το με αέρα. Δένει την ταινία στήριξης στις υποδοχές του τραχειοσωλήνα, διατηρώντας τον αποστειρωμένο. Έπειτα λύνει την ταινία στήριξης του τραχειοσωλήνα που φέρει ο ασθενής και με

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

κατάλληλο χειρισμό τον αφαιρεί. Εάν το στόμιο δεν έχει σχηματιστεί καλά και υπάρχει ο κίνδυνος σύμπτωσης των χειλέων του, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί το διαστολέα του τραχειοστομίου για να το ανοίξει.



Εικ. Διαστολή τραχειοστομίου μετά εκτόπιση ή αφαίρεση για καθαρισμό εξωτερικού τραχειοσωλήνα

Επόμενη ενέργεια είναι ο καθαρισμός του δέρματος γύρω από το στόμιο με το υπεροξείδιο του υδρογόνου και η επάλειψή του με αντιβιοτική αλοιφή. Με προσοχή ο νοσηλευτής παίρνει τον αποστειρωμένο τραχειοσωλήνα, κρατώντας τον με αποστειρωμένη γάζα και αφού επαλείψει την άκρη του με υδροδιαλυτή ουσία τον εισάγει στην τραχεία με ήπιες κινήσεις. Στερεώνει την ταινία στον αυχένα, προσέχοντας να μην είναι πολύ σφιχτά δεμένη, αλλά ούτε και πολύ χαλαρά. Φουσκώνει το cuff με το γνωστό τρόπο και στη συνέχεια τοποθετεί γύρω από τον τραχειοσωλήνα υγρή γάζα. Τη γάζα αυτή πρέπει να την αλλάζει συχνά γιατί λερώνεται εύκολα από αίμα και εκκρίσεις.

Καλύτερο θα είναι η εργασία αυτή να διεξαχθεί με την παρουσία δύο

ατόμων, ώστε ο χρόνος ανάμεσα στην αφαίρεση του παλιού τραχειοσωλήνα και την τοποθέτηση του νέου, να είναι όσο το δυνατόν μικρότερος.

Η αλλαγή μεταλλικού τραχειοσωλήνα χωρίς cuff, γίνεται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, χωρίς να γίνονται οι σχετικές με το cuff ενέργειες.

Φροντίδα μεταλλικού τραχειοσωλήνα

Μετά την αφαίρεσή του, ο μεταλλικός τραχειοσωλήνας, τοποθετείται από το νοσηλευτή σε γυαρό διάλυμα 50% νερού και 50% υπεροξειδίου του υδρογόνου (μερικοί προτιμούν διάλυμα sodium bicarbonate 2%). Το δερμό διάλυμα αποφεύγεται γιατί προκαλεί πήξη του λευκώματος, της βλέννης και του αίματος. Η επόμενη του ενέργεια είναι να αποχωρήσει τον εσωτερικό από τον εξωτερικό σωλήνα και με τη χρήση μικρής βούρτσας ή λαβίδας να καθαρίσει τον αυλό τους, χρησιμοποιώντας σαπουνούχο διάλυμα. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για τον καθαρισμό του αυλού. Δεν πρέπει να χρησιμοποιεί σύρμα γιατί υπάρχει κίνδυνος παραμονής υπολείμματος στον αυλό του εσωτερικού σωλήνα και της εισρόφησης αυτού από τον άρρωστο. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής ετοιμάζει τον τραχειοσωλήνα με τη γάζα και την ταινία στήριξης και τα αποστειρώνει στον κλίβανο. Σε περίπτωση που αλλάζει μόνο τον εσωτερικό σωλήνα, μετά τον καθαρισμό του μπορεί να τον αποστειρώσει με βρασμό μέσα σε απεσταγμένο νερό για 5' λεπτά.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ

Κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο, ο ασθενής με τραχειοτομή, έχει τη φροντίδα για ότι χρειάζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Επειδή όμως στο μέλλον θα ζεί με μια αναπηρία, θα πρέπει εκτός από το να την αποδεκτεί, να μάθει να αυτοεξυπηρετείται και να λειτουργεί χωρίς την άμεση εξάρτηση από τους οικείους του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να προετοιμάσει τον ασθενή πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο για την αντιμετώπιση της νέας πραγματικότητας. Η προετοιμασία αυτή περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοπεριποίηση, την εκπαίδευση για τη χρησιμοποίηση του προφορικού λόγου, την καλή εμφάνιση του ασθενούς και την προφύλαξη του από διάφορους κινδύνους.

Αυτοπεριποίηση: ο ασθενής αναλαμβάνει την περιποίηση του τραχειοσωλήνα, όταν ανακτήσει τις φυσικές του δυνάμεις, αποδεχτεί την αναπηρία του και όταν μπορεί να την κάνει ακίνδυνα (κατανόηση όρων ασυγίας, κατάλληλη τεχνική κ.λ.π.).

Το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο έχει εκτιμήσει τις δύο πρώτες δυνατότητες του ασθενούς, τον βοηθά και στην απόκτηση της τρίτης. Η βοήθεια αυτή συνίσταται στη διδασκαλία από το προσωπικό και στην παρακολούθηση από τον ασθενή της εκτελέσεως της αλλαγής και καθαριότητας του τραχειοσωλήνα. Ο τελευταίος παρακολουθεί μέρος της εργασίας με καθρέπτη τον οποίο θα χρησιμοποιήσει αργότερα για την εκτέλεσή της. Η σχετική διδασκαλία περιλαμβάνει τη γνώση των αναγκαίων αντικειμένων, τον τρόπο αφαίρεσης του εσωτερικού και εξωτερικού τραχειοσωλήνα, την περιποίηση του τραύματος, την καθαριότητα και το βράσιμο του εσωτερικού τραχειοσωλήνα καθώς και τον τρόπο επανατοποθέτησης του. Επίσης περιλαμβάνει τον τρόπο προετοιμασίας και χρήσεως των αντικειμένων.

Ο ασθενής μετά από θεωρητική ενημέρωση και παρακολούθηση του νοσηλευτή στην εκτέλεση όλων των ενεργειών, αρχίζει ο ίδιος την έμπρακτη εφαρμογή. Με την πάροδο των ημερών αποκτά όλο και μεγαλύτερη επιδεξιότητα και ταχύτητα. Όταν πια σταθεροποιήσει την εκτέλεση της εργασίας και το προσωπικό βεβαιωθεί ότι την κάνει σωστά και ακίνδυνα, τότε τον αφήνει μόνο του.

Οι νοσηλευτές τον ενημερώνουν για τη δυνατότητα αντικαταστάσεως μερικών αντικειμένων με άλλα που βρίσκονται στο σπίτι του, ώστε να περιοριστούν και τα απαιτούμενα έξοδα. Οποσδήποτε όμως πρέπει πάντα να διαθέτει έναν πλήρη τραχειοσωλήνα και έναν διαστολέα, και τους δύο αποστειρωμένους.

Η σχετική ενημέρωση και διδασκαλία γίνεται και σε κάποιον από τους οικείους του αρρώστου για την φροντίδα του ή την παροχή βοήθειας σε περίπτωση ανάγκης. Όταν πρόκειται για ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοπεριποιηθούν ή για μικρά παιδιά, δεν γίνεται λόγος για εκμάθηση της νοσηλείας.

Εκτός των παραπάνω οι νοσηλευτές θα συστήσουν στον ασθενή μέτρα στοματικής υγιεινής. Επειδή ο στοματικός βλεννογόμος δεν αερίζεται όπως πριν από τη λαρυγγεκτομή, η ικανότητα του αρρώστου να ανιχνεύει δυσσομία του στόματος μειώνεται. Για το λόγο αυτό εκτός από το κανονικό βούρτσισμα, θα πρέπει να χρησιμοποιεί μια μαλακή βούρτσα για τον καθαρισμό της γλώσσας και των πλαγίων της κοιλότητας. Αποτελεσματικός επίσης είναι και ένας ειδικός για την περίπτωση τρίφτης. Στο τέλος το στόμα μπορεί να ξεπλυθεί με αποσμητικό διάλυμα.

Αποκατάσταση — ομιλίας: ένα βασικό πρόβλημα του λαρυγγεκτομηθέντος ατόμου με τραχειοτομή είναι η απουσία ομιλίας, συνέπεια της εγχείρησης. Η κατάσταση αυτή τον αναστατώνει και τον στενοχωρεί μια και πρόκειται για την απότομη διακοπή μιας βασικότατης

ζωτικής λειτουργίας. Έτσι κύριο μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί και η εκμάθηση του ασθενούς, τρόπου ομιλίας για να επικοινωνεί με το περιβάλλον του.

Σε πρώτη φάση συνίσταται στον άρρωστο να πάρει αναπνοή, αμέσως μετά να κλείσει με το δάκτυλο τον τραχειοσωλήνα και συγχρόνως να μιλήσει. Αυτό επαναλαμβάνεται μέχρι να ολοκληρωθεί ότι θέλει να πεί.

Σε δεύτερο χρόνο διδάσκεται η **οισοφάγειος φωνή**, η δυνατότητα δηλαδή να μπορέσει να μιλήσει το άτομο αφού εισπνεύσει και συγκεντρώσει αέρα στον οισοφάγο, ενώ στη συνέχεια με σύσπαση του μυϊκού τοιχώματος του οισοφάγου, τον εκβάλλει με ερυγές προς τα πάνω. Όταν μάθει να συσπά τους μύες στην είσοδο του οισοφάγου, δημιουργούνται δύο πτυχές του βλεννογόνου αμφοτεροπλευρως (**μυεδογλωττίδα**), οι οποίες λόγω του εισερχόμενου αέρα, τίθενται σε δόνηση. Έτσι παράγεται τόνος, ο οποίος μπορεί να γίνει άρδρωση εντός της στοματικής κοιλότητας.

Με κατάλληλη διδασκαλία οι ασθενείς με τραχειοστόμιο, μαθαίνουν να χρησιμοποιούν αυτόν τον τόνο και την ομιλία με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι σε θέση να συνεννοούνται καλά με τους γύρω τους (ποσοστό περίπου 75%). Σε πολλές περιπτώσεις, η αποκατάσταση της ομιλίας γίνεται σε τέτοιο βαθμό ώστε να μπορούν να ανακτήσουν τις επαγγελματικές τους δραστηριότητες.

Ορισμένοι άρρωστοι λόγω ανατομικών ή διαφόρων αιτιών, δεν κατορθώνουν να μάθουν την οισοφάγειο ομιλία. Συμβιβάζονται λοιπόν με τη χρησιμοποίηση ηλεκτρικών γεννητριών τόνου, που τοποθετούνται στη

στοματική κοιλότητα, ή σε μαλακά μέρη του τραχήλου. Ο τόνος που παράγεται μπορεί να μετατραπεί σε άρθρωση στη στοματική κοιλότητα και να γίνει κατανοητός σαν ομιλία.

Αισθητική αποκατάσταση: Οι νοσηλευτές εκτός από τα παραπάνω, θα παρέμβουν βοηθώντας και προτείνοντας στον ασθενή με τραχειοτομή λύσεις για την όσο το δυνατόν καλύτερη εμφάνισή του. Μπορούν λοιπόν να συστήσουν στους άνδρες να φορούν ζακέτες ascot ή με λαιμό χελώνας, ενώ όταν φορούν κανονικό πουκάμισο, να έχουν ράγιστο το δεύτερο κουμπί πάνω στην κουμπότρυπα για να δείχνει κουμπωμένο. Με τον τρόπο αυτό αφήνεται ένα μεγάλο άνοιγμα μέσα από το οποίο μπορεί να μπει ένα μαντήλι που προστατεύει και καλύπτει την περιοχή.

Οι γυναίκες έχουν τη δυνατότητα να φορούν μια ποικιλία κασκόλ, περιδέρια, φορέματα με υψηλό γιακά καθώς και ζακέτες με λαιμό χελώνας, ώστε να σκεπάζονται τα ίχνη του τραύματος.

Πρόληψη επιπλοκών: Απαραίτητη καθίσταται συν των άλλων η διδασκαλία τρόπων προφύλαξης του αρρώστου για την πρόληψη επιπλοκών, οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του.

Ο ασθενής θα πληροφορηθεί ότι είναι ανάγκη να προστατεύσει το τραχειστόμιο όταν κάνει ντους, ξυρίζεται, κόβει τα μαλλιά του ή βάζει πούδρα, χρησιμοποιώντας κάποιο κάλυμμα ή πετσέτα. Επειδή ο κίνδυνος για αναπνευστικές φλεγμονές είναι μεγάλος, χρειάζεται να προφυλάσσει τον εαυτό του από κρυολογήματα και να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους. Εάν είναι ανάγκη να πάρει κάποιο φάρμακο, πρέπει οπωσδήποτε να συμβουλευτεί τον ιατρό γιατί πολλά από αυτά έχουν

την τάση να ζηραίνουν το τραχειοστόμιο.

Η νοσηλεύτρια θα τον καθοδηγήσει να είναι πολύ προσεκτικός με την ευαίσθητη περιοχή της τραχειοτομίας και γενικά να πλένει τα χέρια του πριν ακουμπήσει το στόμιο, να κάνει ήπιες κινήσεις, να μην χρησιμοποιεί σαπούνι, χαρτομάντηλα ή χαλαρό βαμβάκι γιατί τα τεμάχιά τους μπορεί να εισροφηθούν μέσα στην τραχεία. Ο αέρας που εισπνέει να είναι επίσης εφυγρασμένος και όχι ξηρός, τοποθετώντας απλά αν δεν υπάρχει άλλος τρόπος μια υγρή γάζα πάνω στον τραχειοσωλήνα. Όσο αφορά στη διαίτα, μπορεί να έχει ελεύθερο διαιτολόγιο, απλά να αποφεύγει τις ξηρές τροφές, που ίσως θα τον ερεθίζουν.

Τέλος σε περίπτωση που παρατηρήσει ότι κάτι δεν πάει καλά με την τραχειοτομή- τραχειοσωλήνα να απευθυνθεί γρήγορα στον ιατρό για την εκτίμηση της κατάστασης και την πρόληψη σοβαροτέρων επιπλοκών.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό, ότι είναι πολλά αυτά που πρέπει να μάθει και να εφαρμόζει το άτομο με το συγκεκριμένο πρόβλημα. Γι' αυτό ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην όλη υπόθεση καθίσταται πολύτιμος και αναντικατάστατος. Σημασία έχει το προσωπικό να ευαισθητοποιηθεί από την αρχή, για να σταθεί δίπλα στον άρρωστο με υπομονή και κατανόηση, αφενός για να τον στηρίξει ψυχολογικά, να τον ενημερώσει και να τον καθοδηγήσει, αφετέρου για να εξασφαλίσει τη συνεργασία και την εμπιστοσύνη του σε όλες τις φάσεις νοσηλείας του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΛΑΡΥΓΓΑ ΣΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που το νοσηλευτικό προσωπικό θα έρθει σε επαφή μαζί του. Από τη στιγμή αυτή, με την ευσυνείδητη αγάπη του, το ενδιαφέρον, τις γνώσεις του καθώς και την κατανόηση της δέσεως του, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει ασθενή στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία, συνίστανται α) στην **ενημέρωσή** του για τη θεραπεία, β) στην **προετοιμασία** και **βοήθεια** του για τη διεξαγωγή της θεραπείας, γ) στην **εφαρμογή προστατευτικών μέτρων** για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και δ) στην **ψυχολογική τόνωση** του αρρώστου πριν και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί **εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες χτηλεακτινοθεραπεία)**, η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), και για τον αριθμό των συνεδρίων που είδη έχει κάνει ή έχει προγραμματιστεί να κάνει ο ασθενής.

Σε δεύτερο χρόνο θα αξιολογήσει τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα θα τον ενημερώσει σε συνεργασία με τον ιατρό. Παράλληλα βεβαιώνεται ότι ο άρρωστος έχει καταλάβει πως δεν πρέπει να βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο που θα γίνει η ακτινοθεραπεία. Από την άλλη, προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον ασθενή για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα. Βασική ενέργειά της επίσης αποτελεί η χορήγηση αναλγητικών πριν την έναρξη, επειδή το άτομο θα χρειαστεί να μείνει ακίνητο στην ίδια θέση για λίγα λεπτά καθώς και η προφύλαξή του από τυχόν γύξη, μια και η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή (για την προστασία των μηχανημάτων).

Ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας για την εφαρμογή εξωτερικής ακτινοθεραπείας αποτελεί η παροχή απαντήσεων και πληροφοριών σε ερωτήματα του αρρώστου, γεγονός που μειώνει την ανησυχία και το άγχος του αλλά και βοηθά στη συνεργασία του με το προσωπικό της ομάδας υγείας.

Πριν από την έναρξη της όλης διαδικασίας, ο ασθενής που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται ώστε να διατηρεί την περιοχή της ακτινοβολίας στεγνή, να την καθαρίζει με νερό και σαπούνι χωρίς κινήσεις τριβής και να μην βάζει αλοιφές, πούδρες λοσιόν εκτός αν υπάρχει ιατρική εντολή. Του συνιστά ακόμη να προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο, να αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή και να αποφεύγει την επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό ..

Στη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού περικλείονται και συστάσεις όσο αφορά το διαιτολόγιο, που πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες ή το σημάδι της περιοχής, που είναι ανάγκη να προστατεύεται μια και οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή στην εφαρμογή της θεραπείας στο σωστό σημείο του σώματος.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την **εσωτερική εφαρμογή της** ακτινοθεραπείας, έχει σχέση με τον τρόπο χορηγήσεώς της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες, κόκκους ή σύρμα), πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Πάντοτε όμως οι νοσηλευτές παρέχουν την αντίστοιχη ενημέρωση για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο εφαρμογής και τον τύπο της μετέπειτα νοσηλείας του καρκινοπαδούς.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία, μέχρι αυτή να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί.

Για την προσφορά ακίνδυνης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή που του έχει εφαρμοστεί θωρακισμένο ή μη ραδιοϊσότοπο, η νοσηλεύτρια, θα ενημερωθεί καταρχήν από τον φάκελό του για το είδος του ραδιοϊσοτόπου, τον τρόπο χορηγήσεως, την ημερομηνία έναρξης της θεραπείας, το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) καθώς και τον αριθμό των ημερών απομόνωσης. Έτσι θα γνωρίζει ότι σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου

ραδιοϊσοτόπου, αυτό δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και επομένως δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμέτους ή τον ιδρώτα, άρα δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.

Από την άλλη θα φροντίσει ώστε ο άρρωστος να νοσηλευτεί σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο, με ειδικό και πλήρες σύστημα επικοινωνίας και παρακολουθήσεως. Θα τον νοσηλεύει με ειδική μπλούζα και γάντια, τα οποία θα βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από τον δάλαμο. Στην πόρτα του δωματίου του καλό θα ήταν να τοποθετήσει το σήμα της ραδιενεργού ακτινοβολίας, ενώ απαραίτητα θα πρέπει να ελέγχει το επιδεσμικό υλικό που καλύπτει το τραύμα, μέσω του οποίου έγινε η εμφύτευση θωρακισμένης πηγής, για τυχόν εκτόπισή της.

Σε περίπτωση που έχει υπόνοια για μόλυνση του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, θα ειδοποιήσει αμέσως την αρμόδια υπηρεσία για τη σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση της μόλυνσεως.

Το ραδιενεργό υγρό που εγχύεται **ενδοφλέβια** ή σε **κοιλότητα**, ή δίνεται από **το στόμα**, μολύνει ανάλογα με το μεταβολισμό του και την οδό απεκκρίσεως του, τα κόπρανα, τα ούρα, το αίμα, τον ιδρώτα, τους εμέτους κ.α., γι' αυτό και οι νοσηλευτές χρειάζεται να λάβουν ειδικά μέτρα για το χειρισμό και διάθεση αυτών των υλικών.

Τρία είναι κυρίως τα ραδιοϊσότοπα που χορηγούνται με τους πιο πάνω τρόπους και δεν είναι θωρακισμένα: **το ιώδιο-131, ο φωσφόρος 32 και ο χρυσός-198**. Γενικά όταν χρησιμοποιούνται για θεραπευτικό σκοπό, είναι ανάγκη να λαμβάνονται μέτρα προστασίας όπως τήρηση αρχών αποστάσεως, χρόνου και θωρακίσεως, χρησιμοποίηση ατομικού δοχείου,

συλλογή και διάθεση των εκκριμάτων μέσα σε μολύβδινα δοχεία, προσοχή στην αφαίρεση του επιδερμικού υλικού, χρήση στολής προφύλαξης κ.α.

Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας

Στις περιπτώσεις που εφαρμόζεται σαν μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενούς με καρκίνο λάρυγγα, η ακτινοθεραπεία (μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία), είναι δυνατό να προκύψουν ορισμένες παρενέργειες- επιπλοκές, για την αντιμετώπιση των οποίων, το νοσηλευτικό προσωπικό, θα πρέπει να λάβει τα κατάλληλα μέτρα.

Γενικά η εμφάνιση επιπλοκών και ο βαθμός σοβαρότητας τους εξαρτώνται από κάποιους παράγοντες όπως είναι η ένταση της δόσεως που έχει οριστεί, η έκταση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία, η ακτινοευαισθησία των κυττάρων (κύτταρα που διαιρούνται με μεγάλη ταχύτητα και έχουν μικρή διαφοροποίηση, καταστρέφονται πιο εύκολα με την ακτινοβολία συγκριτικά με εκείνα που δεν έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά), και οι ατομικές διαφορές (μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία από άλλα).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες διακρίνονται σε **πρώιμες** και **όχιμες**. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται οι εξής:

1). Ακτινοδερματίτιδα: Είναι ο τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινοευαισθησία του δέρματος. Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:

- **Ερυθρηματώδης:** Εμφανίζεται την 1η έως 3η εβδομάδα και διαρκεί μερικές εβδομάδες. Το δέρμα είναι ερυθρό, ξηρό, στεγνό, με ρωγμές κάποιες φορές. Είναι η πιο συχνή μορφή.
- **Φυσαλιδώδης:** Παρατηρείται μετά από έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας συνήθως την 1η με 2η εβδομάδα.
- **Εσχαροποιητική:** Εμφανίζεται αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία, με επώδυνη ερυθρότητα, οίδημα δέρματος, φυσαλίδες που σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις.

2) Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών, με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, πολυμορφοκυττάρων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων που οδηγούν σε ακοκκιοκυταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

3) Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων, που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

Στις όγμιμες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, εντάσσονται:

1. **Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών:** Είναι σοβαρή αντίδραση από την ακτινοβολία που μπορεί να εμφανιστεί μακροπρόθεσμα.
2. **Υπερχέωση ή αποχρωματισμός του δέρματος** της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

3. **Βλάβη γεννητικών αδένων** (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων, που απειλεί του απογόνους).
4. **Αλωπεκία.** Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάγους των τριχών. Οι τελευταίοι είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θυλάκες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος. Τα μαλλιά εμφανίζονται ξανά, μετά τη διακοπή της ακτινοβολίας, αλλά μεγαλώνουν πολύ αργά και είναι πολύ λεπτά.
5. **Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού, λευχαιμία.**
6. **Φαινόμενα γενικής αντιδράσεως,** όπως γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία, έμετοι, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετική δεκατική κίνηση.

Σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει ακτινοδερματίτιδα, ο νοσηλευτής (-τρια) θα φροντίσει για τον καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής με χλιαρό νερό, για την τοποθέτηση ουδέτερων αμυλούχων αλοιφών και όχι ερεθιστικών ουσιών, μετά από ιατρική εντολή, καθώς και για την ενημέρωση του ασθενούς να μην ξαπλώνει στην περιοχή που υπάρχει ο ερεθισμός. Παράλληλα θα τον ενθαρρύνει να φορά ευρύχωρα ρούχα για να μειωθεί ο ερεθισμός, ενώ σε εκτεταμένη, σοβαρή μορφή ενεργεί για τη διακοπή της ακτινοθεραπείας.

Επί καταβολής του μυελού των οστών, ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς. Για το λόγο αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και

παρακολούθηση του για εμφάνιση αιμορραγιών. Εάν εμφανιστεί αιμορραγία, αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Πολύ συνηθισμένες είναι οι γενικές αντιδράσεις από την ακτινοθεραπεία, γι' αυτό και οι νοσηλευτές κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγούν για να ανακουφίσουν τον ασθενή ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντισταμινικά φάρμακα, φροντίζουν για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του, την κάλυψη των φυσικών αναγκών του εάν είναι κλινήρης καθώς και για την τόνωση του ηθικού του, που συμβάλλει αρκετά στη μείωση και καλή αντιμετώπιση των αντιδράσεων αυτών.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας των βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία), του χορηγούν αντιδιαρροϊκά φάρμακα, ανάλογα βέβαια με την εντολή του ιατρού, αλλά και τροφές χωρίς υπολείμματα, για τον περιορισμό της.

Γενικά κατά τη διάρκεια της όλης διαδικασίας της ακτινοθεραπείας, οι νοσηλευτές προστατεύουν όσο γίνεται καλύτερα τον Καρκινοπαθή ασθενή, τον στηρίζουν ψυχολογικά κάθε φορά και προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις προβλεπόμενες δυσάρεστες καταστάσεις λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα.

Νοσηλευτική φροντίδα στη χημειοθεραπεία

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

Στον ασθενή με καρκίνο λάρυγγα, η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται όπως έχει αναφερθεί συμπληρωματικά κυρίως, αφού ακόμη τα φάρμακα που χορηγούνται υφίστανται τροποποιήσεις. Συνήθως χρησιμοποιούνται περισσότερα από ένα φάρμακα σε συνδυασμό διαφορετικής χρονικής εφαρμογής για να μην υπάρξει ταυτόχρονη τοξική επίδραση και να δράσουν σε διαφορετική φάση του κυτταρικού κύκλου. Μπορούν να χορηγηθούν από το στόμα, ενδοαγγειακά, ενδομυϊκά ή με έγχυση στο νεόπλασμα.

Σαν μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης προϋποθέτει ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι ευθύνες είναι αρκετές και γι' αυτό σε κάθε φάση απαιτούνται επαγρύπνηση, ετοιμότητα και γνώσεις.

Γενικά, γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας, στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογενειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά) συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων, καταστρέφουν και υγιή.

Βασική ενέργεια αποτελεί η διδασκαλία και εκπαίδευση του αρρώστου να αποδεχτεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις

ανεπιθύμητες ενέργειες της. Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση και γενικά γίνεται συνολική αξιολόγηση του για τη δρέψη, την κατάσταση του δέρματος, της σωματικής κοιλότητας, τη συναισθηματική του κατάσταση, το βαθμό ευαισθησίας σε διάφορα φάρμακα κ.α.

Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές - ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Οι τοξικές - ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι αρκετές και για το λόγο αυτό οι νοσηλευτές οφείλουν αφενός μεν να τις γνωρίζουν, αφετέρου δε να διαδέτουν τις ανάλογες γνώσεις ώστε να παρεμβαίνουν σωστά και αποτελεσματικά.

Οι πλέον συνηθισμένες παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών είναι:

1. **Καταστολή του μυελού των οστών**, που εκδηλώνεται με λευκοπενία, θρομβοπενική αναιμία
2. **Γαστρεντερικές διαταραχές**, όπως ναυτία, έμετοι, διάρροια, σύσπαση κοιλιακών μυών, στοματίτιδα - έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.
3. **Νευροτοξικότητα**
4. **Ωτοτοξικότητα**
5. **Ηπατοτοξικότητα**
6. **Νεφροτοξικότητα**
7. **Ανοσοκατασταλτική επίδραση**

8. Αλωπεκία

9. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

10. Αλλαγές στο δέρμα

Οι νοσηλευτές οφείλουν να παρέχουν επιπλέον χρόνο και φροντίδα στον χημειοθεραπευτικό ασθενή, ώστε να τον ανακουφίζουν από τις δυσάρεστες και καμιά φορά σοβαρές ενοχλήσεις του, να προλαμβάνουν την επιδείνωση τους, αλλά και να τον στηρίζουν ψυχολογικά δίνοντας του δύναμη και κουράγιο.

Σε περίπτωση που ο άρρωστος εμφανίσει ως επιπλοκή καταστολή του μυελού των οστών με χαρακτηριστικά την λευκοπενία, την θρομβοπενία ή και την αναιμία, ξεκινά μια μακρά πορεία νοσηλευτικής φροντίδας και επαγρύπνησης για την όσο γίνεται καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης.

Ο νοσηλευτής (-τρια) παρακολουθεί τα λευκά αιμοσφαίρια και τον λευκοκυτταρικό τύπο και σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτει τη θεραπεία και ενημερώνει τον ιατρό. Συχνά ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος, το δέρμα και τις διάφορες κοιλότητες για τυχόν φλεγμονώδη επεξεργασία ή λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοιμώξεως έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

Γενικά για τις λοιμώξεις λαμβάνονται μέτρα, όπως εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας, συχνή αντισηψία της στοματικής κοιλότητας, απομόνωση του αρρώστου όταν τα λευκά του αιμοσφαίρια φθάνουν τα 1.500 - 2000 /mm³ και αλλαγή της συσκευής ενδοφλέβιας έγχυσης κάθε 24 ώρες (βελόνας κάθε 48 ώρες).

Εκτός από τα παραπάνω, ο νοσηλευτής (-τρια) ελέγχει συχνά την τιμή των αιμοπεταλίων και σε περίπτωση που ο ασθενής έχει κάτω από 50.000/mm³, παρακολουθείται στενά για την πρόληψη ή έγκαιρη αντιμετώπιση επιπλοκών. Εκτίμηση χρειάζονται τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετεχίες ή αιματώματα, οι κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινοουλορραγίες αλλά και η αρτηριακή πίεση. Οι αιμορραγίες προλαμβάνονται με μέτρα όπως είναι ο περιορισμός υποδορίων και ενδομυϊκών ενέσεων, η αποφυγή πιέσεων σε σημεία του σώματος και η προσοχή του αρρώστου στη χρήση ατομικών που μπορεί να τραυματίσουν:

Συνηθισμένες παρενέργειες αποτελούν όπως αναφέραμε η ναυτία και οι έμετοι γι'αυτό επί εκδήλωσης τους, παρακολουθείται η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, ενώ λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψή τους. Τέτοια είναι η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, (πριν την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της), η χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί, ο προγραμματισμός μικρών και συχνών γευμάτων, κρύων κυρίως, η ενίσχυση του να κάνει καλές μαθητικές κινήσεις αλλά και να καθορίζει επιμελώς την στοματική κοιλότητα.

Συχνά ο ασθενής θα παραπονεθεί για διάρροιες ή σύσπαση των κοιλιακών μυών, οπότε έχει ανάγκη και πάλι τη νοσηλευτική φροντίδα για να ανακουφιστεί. Οι νοσηλευτές ελέγχουν το χρώμα, την ποσότητα και περιεκτικότητα της διαρροϊκής κενώσεως, τη συχνότητα και ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών και παράλληλα τη γενική κατάσταση του αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης ή μεταβολικής οξέωσης που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών. Εκτός αυτών περιορίζουν

τις τροφές με κυτταρίνη, χορηγούν αντιδιαρροϊκά με εντολή βέβαια ιατρών, πολλά υγρά και περιποιούνται ιδιαίτερα την περιοχή του περινέου για πρόληψη ερεθισμού.

Ευαίσθητη περιοχή αποτελεί η στοματική κοιλότητα και για το λόγο αυτό, αμέσως μετά τη χορήγηση του χημειοθεραπευτικού, παρατηρείται ο βλεννογόνος της για ξηρότητα, ερυθρότητα και γενικές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας. Καθημερινά γίνεται επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη και προσφέρεται λευκή, χλιαρή τροφή.

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να επαγρυπνεί για την εμφάνιση σημείων νευροτοξικότητας, όπως ο ελαφρύς πόνος στα χέρια και τα πόδια, η απώλεια των “εν τω βαθεί” αντανακλαστικών των τενόντων, η μείωση της δυνάμεως των χεριών, η αταξία, ή η απώλεια συντονισμού και η πτώση πέλματος ή καρπών. Ταυτόχρονα προστατεύει τον άρρωστο από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του Ιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Για την αντιμετώπισή της χρησιμοποιεί μέτρα ασφαλείας, για την προστασία του αρρώστου διατηρεί τα μέλη του σώματος σε φυσιολογική θέση και γενικά εφαρμόζει πιστά τις οδηγίες του ιατρού.

Λιγότερο συνήθεις τοξικές επιδράσεις των χημειοθεραπευτικών είναι η ηπατοτοξικότητα, νεφροτοξικότητα και ανοσοκατασταλτική επίδραση. Σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει συμπτώματα που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ή ίκτερος ενημερώνεται αμέσως ο ιατρός που θα δώσει τις ανάλογες κατευθύνσεις ενώ ο νοσηλευτής (-τρια) θα εφαρμόσει γνωστές

ενέργειες για την εξάλειψη τους. Ο τελευταίος (-ταια) θα φροντίσει για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα με τη χορήγηση υγρών και φαρμάκων. Δεν θα παραλείπει ακόμη να προστατεύσει τον άρρωστο του (-της) από μολύνσεις μια και το ανοσοποιητικό του σύστημα έχει υποστεί καταστολή.

Έντονο πρόβλημα για τον συγκεκριμένο ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία είναι η πτώση των μαλλιών του μια και επηρεάζεται δυσμενώς η εμφάνιση του. Η νοσηλεύτρια (-της) τον βεβαιώνει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας αλλά να ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της. Από την άλλη μπορεί να την μειώσει αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμόσει πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι. Τέλος μπορεί να συστήσει στον άρρωστο της (-του) να φορά περούκα όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ (-ΤΗ) ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Όταν ο άρρωστος πλησιάζει στο τέλος της ζωής του και αρχίζει η αγωνία του θανάτου, οι νοσηλευτές συνήθως είναι οι μόνοι οι οποίοι παρευρίσκονται κοντά του για να τον βοηθήσουν εφόσον η νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται 24 ώρες το 24 ωρο. Εκεί όπου και η πλέον περίπλοκη και υπερούγχρονη θεραπεία σταματάει, η νοσηλεία συνεχίζει να πραγματοποιεί τους σκοπούς της: την ανακούφιση, την υποστήριξη του αρρώστου, την προστασία των δικαιωμάτων και την εκπλήρωση των αναγκών του. Τότε η αποστολή των νοσηλευτών είναι μοναδική. Η δέση τους κεντρική, η ευθύνη τους μεγάλη και το έργο τους σημαντικό στην βοήθεια του αρρώστου που πεθαίνει αλλά συγχρόνως ζει.

Σημεία που δείχνουν ότι η ζωή των αρρώστων πλησιάζει προς το τέλος είναι:

- Πτώση της αρτηριακής πίεσεως και κατά συνέπεια ελάττωση της κυκλοφορίας (υγυρά άκρα).
- Μείωση της κίνησης και ης αίσθησης
- Μεγάλη εφίδρωση
- Κυανωτικό και ωχρο δέρμα
- Σταδιακή εξαφάνιση των αντανακλαστικών
- Ύπια δέση σώματος, επειδή οι μύες χάνουν τον τόνο τους.

- Θορυβώδης αναπνοή ή ρόγχος του θανάτου, ο οποίος οφείλεται στη συλλογή βλέννας μέσα στην αναπνευστική οδό την οποία ο ασθενής δεν μπορεί να αποβάλλει ή να καταπιεί.
- Σύντομες και επιπόλαιες αναπνοές
- Άρρυθμος λεπτός και γρήγορος σφυγμός
- Δυσκολία στην ομιλία
- Ελάττωση της οξύτητας της ακοής και της όρασης.

Ο άρρωστος σε αυτό το τελικό στάδιο μπορεί να χάσει ή όχι την επαφή του με το περιβάλλον. Ο βαθμός της διανοητικής εγρήγορσης ποικίλλει στους διάφορους ασθενείς πράγμα το οποίο χρειάζεται να ληφθεί υπόψη στην προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας.

Ως ψυχοσωματική οντότητα, ο ασθενής έχει φυσικές, συναισθηματικές και πνευματικές προσωπικές ανάγκες τις οποίες καλείται το νοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Φυσικές ανάγκες

Όπως όλοι οι άρρωστοι, έτσι και ο συγκεκριμένος με καρκίνο του λάρυγγα, στις τελευταίες ημέρες της ζωής του έχει μειωμένη όρεξη και συχνά η φυσική προσπάθεια που καταβάλλει για τη διατροφή του είναι μεγάλη. Είναι ανάγκη όμως να καταβληθεί αυτή η προσπάθεια, γιατί η καλή διατροφή παίζει σπουδαίο ρόλο στη ζωτικότητα των ιστών και έτσι προλαμβάνονται επιπρόσθετες επιπλοκές. Όταν ο ασθενής αδυνατεί να δεχτεί τροφή και υγρά από το στόμα, δεν εγκαταλείπεται αλλά τρέφεται παρεντερικώς.

Μέριμνα των νοσηλευτών αποτελεί η φροντίδα του στόματος, της μύτης και των ματιών. Όσο ο θάνατος πλησιάζει τόσο η φροντίδα του στόματος πρέπει να αυξάνεται. Επειδή δύσκολα καταπίνει και μέρος τροφών παραμένει στο στόμα καθίσταται απαραίτητη η χρησιμοποίηση τεχνητών μέσων όπως της αναρροφητικής αντλίας.

Οι νοσηλευτές περιποιούνται με ιδιαίτερη προσοχή και το δέρμα του αρρώστου. Καθώς ανεβαίνει η θερμοκρασία του σώματος, όπως συμβαίνει σ' αυτές τις περιπτώσεις και η περιφερειακή κυκλοφορία είναι ατελής, ο ασθενής κρύνει ενώ συγχρόνως παρουσιάζει άφθονη εφίδρωση. Η φροντίδα των νοσηλευτών θα στραφεί στο πώς θα διατηρήσουν στεγνό και καθαρό το σώμα του.

Στην περίπτωση που το άτομο παρουσιάζει δύσπνοια, η πιο αναπνευστική θέση είναι η μισοκαθιστή. Θα πρέπει να αποφεύγεται η ύπτια θέση γιατί η αναπνοή του γίνεται δύσκολη και θορυβώδης. Η πλάγια αφήνει ελεύθερη την αναπνευστική οδό, η οποία μπορεί να φράζει με τη γλώσσα, όταν ο ασθενής βρεθεί σε ύπτια θέση.

Συχνά ο βαριά πάσχων είναι ανήσυχος. Η νοσηλεύτρια (της), παίρνει κατάλληλα μέτρα για την προφύλαξη του. Φροντίζει για ένα άνετο, φωτεινό και καθαρό περιβάλλον, περιορίζει τις συνομιλίες κοντά στον άρρωστο καθώς και τους γιθύρους γιατί εκτός του ότι είναι ενοχλητικοί, του δίνουν την εντύπωση ότι κρύβονται από αυτόν ορισμένα μυστικά. Η ακοή εγκαταλείπει το ανθρώπινο σώμα τελευταία από όλες τις αισθήσεις. Έτσι είναι προτιμότερο οι συζητήσεις να γίνονται σε ένα φυσιολογικό τόνο παρά γιθυριστά για να μην ενοχλείται δίδεν ο ασθενής. Καλό είναι να επιλέγονται αυτές με ευχάριστο περιεχόμενο για να ανακουφίζεται και ο ίδιος.

Συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες

Όταν ο θάνατος πλησιάζει, ο ασθενής το αντιλαμβάνεται. Ο τρόπος που αντιμετωπίζει το γεγονός αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η κοσμοθεραπεία περί ζωής και θανάτου ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Ο ένας φοβάται το θάνατο, ο άλλος τον βλέπει σαν λύτρωση και απαλλαγή από τον πόνο και τη δυστυχία. Υπάρχει και μια μερίδα ασθενών που προσμένει το θάνατο αποβλέποντας στη χαρά μιας άλλης ζωής. Η ηλικία επηρεάζει επίσης τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής δέχεται και αντιμετωπίζει το θάνατο.

Ο φόβος είναι ένα από τα πιο οδυνηρά συναισθήματα του ανθρώπου και γίνεται εντονότερος σ' αυτό το τελικό στάδιο της ζωής. Ο άνθρωπος είναι στενά δεμένος με τη ζωή, δε θέλει να την αφήσει όσο κουραστική και αν είναι. Αυτό οφείλεται στο αίσθημα της αυτοσυντήρησης που υπάρχει μέσα του και στο φόβο του άγνωστου.

Εκδηλο είναι και το αίσθημα της ανασφάλειας αφού ο ασθενής εκφράζει συνεχώς την επιθυμία να έχει γύρω του γνωστά και αγαπημένα πρόσωπα. Νιώθει έτσι περισσότερο δυνατός και ικανός να αντιμετωπίσει τις δύσκολες αυτές στιγμές που περνά.

Είναι δυνατό την περίοδο των τελευταίων ημερών της ζωής του να βλέπει σαν ταινία ολόκληρη τη ζωή που έζησε, να θυμάται ευχάριστα αλλά και δυσάρεστα γεγονότα, όνειρα που δεν πραγματοποιήθηκαν ποτέ, προσπάθειες που δεν καρποφόρησαν, υποχρεώσεις που δεν εκπληρώθηκαν, παραβάσεις του καθήκοντος άγνωστες ίσως στους άλλους και όλα αυτά ζωνρά στη μνήμη του.

Όλες αυτές οι συναισθηματικές - πνευματικές ανάγκες του αρρώστου, συχνά είναι μεγαλύτερες από τις φυσικές. Οι νοσηλευτές οφείλουν να τις ικανοποιούν στο βαθμό που μπορούν. Γενικά κάθε επιθυμία του στις δύσκολες αυτές ώρες πρέπει να είναι σεβαστή και να εκτελείται με αγάπη και κατανόηση, έστω και αν στοιχίζει πολλά.

Ο ασθενής που γνωρίζει ότι ο θάνατος είναι κοντά, έχει ανάγκη από την (τον) γεμάτη (το) κατανόηση νοσηλεύτρια (τη). Η βοήθεια που του παρέχεται για να εκφράσει τα προβλήματα και τους τρόπους του, συντελεί στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία, στοιχεία απαραίτητα γι' αυτές τις ώρες. Βοήθεια βέβαια δε σημαίνει να αλλάζουν οι νοσηλευτές θέμα, όταν ο άρρωστος θέλει να τους μιλήσει για την αρρώστια του, αλλά να τον αφήνουν ελεύθερο να εκφράζει τις σκέψεις του και ανάλογα να τον βοηθούν. Το πλησίασμα τους δεν πρέπει να είναι ποτέ μηχανικό επειδή το επιβάλλει το καθήκον, αλλά να ξεκινά από την εσωτερική τους διάθεση να βοηθήσουν το συνανθρωπό τους.

Η ψυχική και πνευματική γενικά καλλιέργεια του νοσηλευτικού προσωπικού δρουν σαν καταλύτες που μεταβάλλουν τη νοσηλευτική εργασία από τεχνική και θεραπευτική, σε προσωπική υπηρεσία, σε εξυπηρέτηση του ανθρώπου κατά τις πιο κρίσιμες ώρες της ζωής του, αυτές τις ώρες που αντικρίζει το θάνατο.

Αντιμετώπιση και βοήθεια της οικογένειας

Η αποδοχή της πραγματικότητας, ότι δηλαδή είναι δυνατό να χάσει κανείς αγαπητά πρόσωπα αλλά και ο τρόπος ή ο βαθμός που εκδηλώνει τη θλίψη του για την απώλεια της, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως θρησκευτικές πεποιθήσεις, εσωτερική καλλιέργεια, τρόπος ζωής και νοοτροπίας, εσωτερική ασφάλεια κ.α.

Οι νοσηλευτές θα μπορέσουν να προσφέρουν πραγματική βοήθεια και ανακούφιση στους συγγενείς του ετοιμοθάνατου, όταν κατορθώσουν να τοποθετήσουν τον εαυτό τους στην θέση που βρίσκονται εκείνοι. Τότε ο σεβασμός για τα αισθήματα τα οποία δοκιμάζουν οι οικείοι, θα εκδηλώνονται από τη νοσηλεύτρια (-τη) με προσεκτική και απλή συμπεριφορά, με καλοσύνη και ευγένεια. Υπάρχουν στιγμές στις οποίες δεν βρίσκονται λόγια που παρηγορούν και ανακουφίζουν. Τότε είναι καλύτερα οι νοσηλευτές να γίνονται σιωπηλοί ακροατές και να αφήνουν τον πονεμένο άνθρωπο, να εκφράσει όλο τον πόνο που αισθάνεται η ψυχή του. Είναι ο καλύτερος τρόπος βοήθειας που μπορούν να προσφέρουν.

Συχνά οι συγγενείς είναι τόσο επηρεασμένοι από το πρόβλημα τους, και όχι μόνο δεν προσφέρουν πραγματική βοήθεια στον άρρωστο, αλλά ίσως παρακωλύουν και την εργασία του τμήματος με παράλογες απαιτήσεις. Συμβαίνει ακόμη να επικρίνουν και άλλοτε να κατηγορούν το προσωπικό για αμέλεια, ανικανότητα ή και ασυνειδησία. Σ' όλα αυτά οι νοσηλευτές θα απαντήσουν με την γύχραιμη ήρεμη και γεμάτη κατανόηση συμπεριφορά τους.

Γενικά θα πρέπει να αντιμετωπίσουν το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτευχθούν δύο στόχοι: οι ίδιοι οι συγγενείς να παραμένουν ήρεμοι και γύχραιμοι ώστε να μπορέσουν να συμπαρασταθούν και να βοηθήσουν ουσιαστικά τον άρρωστό τους.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ

Ο νοσηλευτής (-τρια) είναι το άτομο εκείνο που μπορεί να βοηθήσει τον λαρυγγοτομηθέντα ασθενή στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η αναπηρία του, περισσότερο από κάθε άλλον ίσως, μια και βρίσκεται κοντά του τις περισσότερες ώρες. Ακόμη επειδή η παρέμβαση του είναι δυνατό να συνεχιστεί και εξωνοσοκομειακά στο πλαίσιο της κοινότητας του χώρου όπου ζεί ο άρρωστος.

Η μεγαλύτερη προσφορά εκ μέρους των νοσηλευτών είναι η ενίσχυση και ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου ώστε να συμβιβαστεί όσο το δυνατόν περισσότερο με τη νέα πραγματικότητα, την τραχειοστομία και να την αποδεχτεί. Το ψυχικό τραύμα που προκαλεί η λαρυγγεκτομή είναι εξίσου σοβαρό με το σωματικό, γι' αυτό και είναι τόσο σημαντική αυτή η συμβολή.

Η ενημέρωση του αρρώστου για την ολική λαρυγγεκτομή και τις συνέπειές της αρχίζει, όπως αναφέρθηκε, προεγχειρητικά ενώ παράλληλα οι νοσηλευτές τον στηρίζουν ψυχολογικά και του εμπνέουν δάρρος, ελπίδα και αισιοδοξία για την καλή έκβαση της πορείας του. Η συνεχής επαφή και επικοινωνία με τον άρρωστο μετεγχειρητικά, τον βοηθούν να αντιμετωπίσει από την αρχή θετικά την κατασκευή του, ενώ η διδασκαλία για την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοπεριποίησης, για την φωνητική και αισθητική αποκατάσταση του καθώς και για την πρόληψη επιπλοκών, καθίσταται πολύτιμη για την εξωνοσοκομειακή ζωή του.

Κατά τη διάρκεια παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο πολύ θα τον βοηθούσε ψυχολογικά η επαφή του με ασθενή της ίδιας κατάστασης, ο οποίος έχει αποδεχτεί την αναπηρία του, έχει προσαρμοστεί στον “καινούριο” τρόπο ζωής και εμφανίζει θετική πορεία.

Πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια (-της) εκτιμώντας τις ανάγκες και την κατάσταση του αρρώστου θα παρέμβει προσπαθώντας να τον ετοιμάσει όσο γίνεται καλύτερα για την ένταξη του στην κοινωνία αλλά και να του εξασφαλίσει περαιτέρω βοήθεια. Θα εκτιμήσει κατά πόσο άρρωστος αντιδρά θετικά, κατά πόσο έχει αποκτήσει αυτοπεποίθηση, θάρρος, ελπίδα και αισιοδοξία για τη μελλοντική του ζωή. Για άλλη μια φορά θα δείξει κατανόηση, ενδιαφέρον και αγάπη, στηρίζοντας τον εκεί που η αδυναμία του τείνει να τον καταβάλλει.

Το ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού θα στραφεί και γύρω από την οικογένεια του ατόμου. Πολλές φορές η άγνοια και η αρνητικά προκατειλημμένη στάση πολλών συγγενών έρχονται να “βουλιάζουν” τον ασθενή ακόμη πιο πολύ στην απελπισία και απαισιοδοξία του. Για το λόγο αυτό οι νοσηλευτές δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στη βοήθεια του ίδιου του ασθενούς να αποδεχτεί την καταστασή του αλλά και στη βοήθεια της οικογένειάς του να την αποδεχτεί. Αυτό θα επιτευχθεί μέσα από την επαφή των νοσηλευτών με τους οικείους και την πληροφόρησή τους ότι ο άρρωστος με τραχειοτομή έχει κάποιες προσωπικές δυσκολίες, προβλήματα και ανάγκες που όμως αν τύχουν κατάλληλης αντιμετώπισης δεν θα τον εμποδίζουν να έχει μια φυσιολογική ζωή.

Ένα πρόβλημα που απασχολεί έντονα τον λαρυγγοκτομηθέντα άρρωστο

είναι η οικονομική αβεβαιότητα, δηλαδή το “τι μέλλει γενέσθαι” με την επαγγελματική του αποκατάσταση. Η επιστροφή του στην προηγούμενη εργασία ή η εκμάθηση μιας νέας τέχνης κρίνεται απαραίτητη κυρίως εάν η οικογένειά του έχει ανάγκες και δεν υπάρχει άλλος τρόπος βοήθειας ή εάν έτσι ο ασθενής νιώθει μεγαλύτερης αυτοπεποίθηση, και ψυχική ικανοποίηση.

Στην περίπτωση αυτή εάν ο νοσηλευτής συνεργαστεί με κοινωνικούς λειτουργούς, εργασιοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές και επαγγελματικούς συμβούλους ίσως μπορέσει να βοηθήσει τον άρρωστο με τραχειοτομή στην ομαλή επανένταξη του στο εργασιακό δυναμικό, στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνεται στις ικανότητές του ή αν είναι απαραίτητο στην επανεκπαίδευση του.

Εκτός όμως από την εξασφάλιση επαγγελματικής απασχόλησης για να νιώσει το άτομο χαρά και ευχαρίστηση, έχει ανάγκη από την ζεστή φιλική και θετική υποδοχή των συναδέλφων του. Όσο και αν είναι λυπηρό, υπάρχουν ακόμη άνθρωποι που στιγματίζουν τους καρκινοπαθείς και γενικά όσους έχουν κάποια αναπηρία. Έτσι είναι δυνατό εργοδότες και συνάδελφοι να αντιδράσουν αρνητικά είτε γιατί δεν ξέρουν πως να συμπεριφερθούν, είτε γιατί φοβούνται τη μειωμένη απόδοση του ατόμου και την οικονομική απώλεια εξαιτίας των αναρρωτικών αδειών που ίσως χρειαστούν για θεραπευτικούς σκοπούς.

Για τους λόγους αυτούς κρίνεται απαραίτητη η παρέμβαση της ομάδας που ασχολείται με την αποκατάσταση του ασθενούς και στην οποία μπορεί να ανήκει ο κοινοτικός νοσηλευτής. Τα μέλη της θα καταβάλουν προσπάθειες για την εξομάλυνση προβλημάτων και δυσκολιών που

αντιμετωπίζει ο ασθενής στον επαγγελματικό χώρο και κυρίως για την τροποποίηση της αρνητικής στάσης συναδέλφων - εργοδότη. Παράλληλα θα τον τονώνουν και θα τον ενισχύουν ώστε να μην εγκαταλείψει τον αγώνα που έχει αρχίσει και μπει στη φάση της απαγοίτευσης.

Ο ασθενής με τραχειοτομή σίγουρα προβληματίζεται και ανησυχεί για το νέο τρόπο επικοινωνίας με το περιβάλλον και το βαθμό αποδοσής του. Οι νοσηλευτές όμως προέγχειρητικά τον πληροφορούν ότι απώλεια της φωνής είναι παροδική για κάποιες μετεγχειρητικές ημέρες, ενώ έπειτα θα ακολουθήσει διδασκαλία εκμάθησης νέου τρόπου ομιλίας. Ο ασθενής διδάσκεται την οισοφαγείο ομιλία και με την πάροδο του χρόνου, εάν εξοικειωθεί με αυτή, είναι σε θέση να συνεννοείται καλά με τους γύρω του. Σε περίπτωση που δεν κατορθώσει να τη μάθει, ενδιαρρύνεται στη χρησιμοποίηση ηλεκτρικών γεννητριών τόνου, που παράγουν φωνή με διαφορετικό τρόπο με θεαματικά όμως αποτελέσματα.

Οι νοσηλευτές ενημερώνουν τον άρρωστο για την επιτυχή απόδοση αυτών των μεθόδων αποκατάστασης της φωνής, τον ενδιαρρύνουν στην χρησιμοποίηση τους και τον βεβαιώνουν για την καλή επικοινωνία και συνεννόηση του με τους γύρω του. Προπάντων ο λαρυγγεκτομηθείς ασθενής έχει ανάγκη και εδώ από ψυχολογική υποστήριξη, κατανόηση και κουράγιο. Χρειάζεται να του τονιστεί ότι εάν συμβιβαστεί με τη νέα αυτή δυνατότητα ομιλίας εάν έχει αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση και δύναμη θα ζει ανάμεσα στους συνανθρώπους του, άνετα και φυσιολογικά.

Γενικά στην εξωνοσοκομειακή ζωή του, ο ασθενής με τραχειοτομή ίσως αντιμετωπίζει και άλλα προβλήματα σχετικά με την τομή - τραχειοστόμιο, οπότε χρειάζεται βοήθεια και προσανατολισμό. Στις περιπτώσεις αυτές καλείται να συμβάλλει ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο οποίος μέσα από την πείρα, τις γνώσεις του και την δυνατότητα συχνής επαφής με τον ασθενή, θα

δράσει ανάλογα.

Όπως σε πολλές περιπτώσεις έτσι και στη συγκεκριμένη, το έργο του κοινοτικού νοσηλευτή (-τριας) είναι πολύτιμο, για το λόγο αυτό η πολιτεία και οι φορείς υγείας θα πρέπει να μεριμνούν ώστε ο δεσμός αυτός να εξαπλωθεί παντού.

Ο νοσηλευτής της κοινότητας με τις κατ'οίκον επισκέψεις θα διαπιστώσει τυχόν ανάγκες του ασθενούς και θα προσπαθήσει να τις καλύψει, θα ελέγξει κατά πόσο εκτελεί σωστά την όλη διαδικασία περιποίησης και θα δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα του.

Με τις ευκαιρίες επαφής και συζητήσεων, ο νοσηλευτής θα έχει τη δυνατότητα να τονίσει στο άτομο τους τρόπους πρόληψης επιπλοκών από την τραχειοτομία, να τον ενθαρρύνει στη φυσική άσκηση, στην γυμναστική και γενικά στην ενασχόληση με τις παλιές του συνήθειες εφόσον οι δυνάμεις του το επιτρέπουν.

Όπως κάθε καρκινοπαθής έτσι και ο λaryγγεκτομηθείς ασθενής έχει ανάγκη από την υποστήριξη, την αγάπη και τον ενδιαφέρον τόσο της ομάδας υγείας, της ομάδας αποκατάστασης όσο και τις οικογένειάς του και γενικά του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Μόνο αν αντιμετωπιστεί ως ψυχοσωματική οντότητα από το θεραπευτικό έως και το μετανοσοκομειακό στάδιο θα μπορέσει να αποκτήσει και ο ίδιος "όπλα" για τη μελλοντική του ζωή, για να παλέψει με αυτά τα εμπόδια και τις δυσκολίες που θα εμφανιστούν.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Όπως είναι γνωστό η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση παίζουν το σημαντικότερο ρόλο για την καλύτερη αντιμετώπιση οποιασδήποτε ασθένειας. Ειδικότερα για τον Καρκίνο, η πρόληψη είναι ζωτικής σημασίας. Επειδή ακριβώς οι αιτίες καρκινογένεσης δεν είναι γνωστές, αλλά πιθανές, ο τομέας αυτός παρέχει τη δυνατότητα περιορισμού του απειλούμενου κινδύνου αλλά και της κατά το δυνατό καλύτερης πρόγνωσης της νόσου όταν διαπιστωθεί.

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες, μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη ανήκουν κυρίως τα προληπτικά μέτρα που έχουν σκοπό την αποφυγή έναρξης των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στην νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός της ρύπανσης του εισπνεόμενου αέρα στο χώρο εργασίας), ή η αποφυγή της εκθέσεως σ'αυτούς (π.χ. ο εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας β). Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν προτιμότερο στάδιο.

Πάνω από όλα όμως, σημασία έχει οι αρμόδιοι φορείς υγείας να δώσουν στον τομέα πρόληψης της διαστάσεις που πρέπει, ώστε να υπάρξουν και να αρχίσουν να φαίνονται τα θετικά αποτελέσματα.

Για τον καρκίνο του λάρυγγα μπορεί και χρειάζεται να γίνει η σχετική

πρόληψη μια και τα ποσοστά που απεικονίζουν την προσβολή από τη συγκεκριμένη νόσο όλο και αυξάνονται. Στην προσπάθεια αυτή κύριο ρόλο θα παίζει ο νοσηλευτής, το άτομο αυτό που έχει τη δυνατότητα να βρίσκεται κοντά στον άνθρωπο περισσότερο ίσως από κάθε άλλον.

Μέσα από συντονισμένες και προγραμματισμένες ενέργειες θα μπορέσει να συμβάλλει θετικά σε αυτόν τον τομέα. Πεδίο δράσης του θα γίνεται κάθε φορά ο χώρος που κινείται: νοσοκομείο, κάποιος φορέας υγείας ή η κοινότητα. Για να επιτύχει όμως στο έργο που δ'αναλάβει πρέπει να διαθέτει γνώσεις, πνεύμα οργάνωσης και ικανότητα επικοινωνίας.

Γνωρίζοντας του βασικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη καρκίνων του λάρυγγα, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται ο καπνός το αλκοόλ - οινοπνευματώδη, οι συνθήκες και το περιβάλλον επαγγελματικής δραστηριότητας, οι κακές διαιτητικές συνήθειες και τα ραδιενεργά - χημικά στοιχεία, ο νοσηλευτής θα τους γνωστοποιήσει στο κοινό και θα τονίσει την ανάγκη για προφύλαξη από αυτούς.

Ο καπνός αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση του λάρυγγικού καρκίνου. Τα καρκινογόνα γενεσιουργά στοιχεία του, εκτός των παθολογικών αλλοιώσεων που προκαλούν σε διάφορα όργανα του σώματος, προσβάλλουν και το λάρυγγα. Ο νοσηλευτής λοιπόν θα αναφέρει τις δυσμενείς και μη ανατάξιμες καταστροφές του καπνίσματος στον οργανισμό και θα υπογραμμίσει την άμεση ανάγκη για διακοπή του στους καπνιστές και την αποχή από αυτό στους μη καπνιστές. Σ'αυτή την προσπάθεια το καλύτερο και μεγαλύτερο αποτέλεσμα θα έχει με την αναφορά στατιστικών, ποσοστών και αριθμών πάνω στο θέμα.

Η ενημέρωση του κοινού περιλαμβάνει τη γνωστοποίηση των άλλων ενοχοποιητικών στοιχείων και την αλλοιώτικη δράση τους στον λάρυγγα. Το αλκοόλ και γενικά τα οινοπνευματώδη προδιαθέτουν στην εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου, όπως δείχνουν διάφορες μελέτες. Στην περίπτωση δε που δρούν συνεργικά, αυξάνουν τον κίνδυνο παραπάνω από ότι αναμενόταν από τους παράγοντες αυτούς, εάν δρούσαν ανεξάρτητα και αδροίζονταν τα αποτελέσματά τους. Εκτός αυτού όμως και η κακή διαιτητική αγωγή, με την κατανάλωση μεγάλου ποσού θερμίδων και μικρής ή ανύπαρκτης ποσότητας βιταμινών Α και C, φαίνεται ότι δρα δυσμενώς. Στο ίδιο προδιαθέτει η συνεχής έκθεση του ατόμου στην επεξεργασία προϊόντων όπως ο υαλοβάμβακας, η άσβεστος, το θαϊκό οξύ, το νικέλιο, το πλαστικό κ.λ.π. Με την πάροδο του χρόνου και την παρατεινόμενη εισπνοή αερίων και μικροστοιχείων από αυτά τα υλικά, μπορεί να δημιουργηθεί νεοπλασματική εστία στην περιοχή του λάρυγγα.

Μέσα από συζητήσεις και ευκαιρίες επικοινωνίας με το κοινό, ο νοσηλευτής θα αναφερθεί κατανοητά και όσο γίνεται λεπτομερειακά στα παραπάνω και θα του συστήσει τρόπους προφύλαξης: να διακόψει ή να περιορίσει έστω στο ελάχιστο τη λήψη οινοπνευματωδών ποτών, να αλλάξει τις κακές διατροφικές συνήθειες και να αυξήσει στο διαιτολόγιο του την πρόσληψη βιταμινών Α και C και γενικά των φρούτων και λαχανικών. Όσοι εργάζονται σε βιομηχανίες και μεταλλουργίες βαριών υλικών, να προστατεύονται με τη χρήση ειδικής μάσκας που θα εμποδίζει όσο γίνεται την εισπνοή βλαβερών ουσιών αλλά και να μειώσουν σταδιακά το χρόνο απασχόλησής τους σε αυτούς τους χώρους.

Το κοινό πρέπει εκτός των άλλων να ευαισθητοποιηθεί και στο θέμα της γρήγορης επίσκεψης στον γιατρό με την εμφάνιση συμπτωμάτων όπως, δύσπνοια, δυσκαταποσία, βράγχος φωνής ή έντονος βήχας, που ορισμένες φορές μπορεί να οφείλεται σε κάποιες άλλες παθολογικές καταστάσεις, αλλά ίσως να αποτελούν πράγματι συμπτώματα νεοπλασματικής διεργασίας στο λάρυγγα. Για το λόγο αυτό ένα άτομο με την εκδήλωση τέτοιων ενοχλημάτων, θα πρέπει να απευθύνεται αμέσως στον αρμόδιο ιατρό αφού ίσως έτσι διαγνωστεί η νεοπλασία σε πρώιμο στάδιο με αποτέλεσμα μια καλύτερη πρόγνωση.

Όλα τα παραπάνω θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως μέτρα πρωτογενούς πρόληψης. Τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης εφαρμόζονται από τη στιγμή που το ευρύ κοινό θα κατανοήσει τη σημασία και σπουδαιότητα των τακτικών προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο και θα εφαρμόσει αυτό το πρόγραμμα και για την εξέταση της λαρυγγικής κοιλότητας. Κυρίως ευαισθητοποιημένα πρέπει να είναι τα άτομα εκείνα που έχουν καλοήγη όγκο στην περιοχή, όπως πολύποδα, θήλωμα κ.λ.π. οπότε είναι ανάγκη να υποβάλλονται σε συχνή λαρυγγολογική εξέταση για τον αποκλεισμό πιθανότητας εξαλλαγής τους.

Γενικά η πρόληψη στον καρκίνο είναι πολύτιμη και στις πιο πολλές περιπτώσεις, εάν εφαρμόζεται σωστά και προγραμματισμένα, αποβαίνει σωτήρια. Επειδή όμως σαν τομέας δεν έχει την ανάλογη επέκταση και εφαρμογή όπως αναφέρθηκε, είναι ανάγκη όλοι οι φορείς υγείας μέσα από ένα κλίμα συνεργασίας να μπορέσουν να φέρουν περισσότερα θετικά αποτελέσματα σε αυτό το θέμα.

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

**ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ,
ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1ο

Όνομα: Ακράτος Κωνσταντίνος

Ηλικία: 56 χρόνων

Κατοικία: Ρουπακιά Αχαΐας

Ιατρικό και Νοσηλευτικό Ιστορικό

Νέος ασθενής εισήχθη στην Ω.Ρ.Λ. κλινική του Π.Π.Ν. Πατρών στις 8/9/96 με διάγνωση εισόδου μόρφωμα δεξιάς φωνητικής χορδής με ενδείξεις εκφύλισης αυτής και επέκταση στην πρόσθια γωνία.

Παρούσα νόσος:

Βράγχος φωνής από έτη, αντανakλαστική αδυναμία, ανάσπαση επιγλωττίδας και υποκινησία ημιλάρυγγα.

Ατομικό αναμνηστικό:

Ο ασθενής είναι βαρύς καπνιστής. Αναφέρει ότι καπνίζει 4 πακέτα τσιγάρα ημερησίως εδώ και 45 χρόνια.

Πάσχει από ήπιο σακχαρώδη διαβήτη που ρυθμίζει με φάρμακα.

Οικογενειακό ιστορικό:

Ο πατέρας του ασθενούς απεβίωσε από κίρρωση του ήπατος. Η μητέρα του ζεί και δεν πάσχει από κάποιο νόσημα. Έχει δύο αδέρφια υγιή, τα οποία σε παιδική ηλικία πέρασαν μηνιγγίτιδα.

Νοσπλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

Κατά την εισαγωγή, μετρήθηκαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς: Θ:36,4°C, Σφ:80/min, Απ:130/70 mmHg, Α:19/min. Κατόπιν ιατρικής συνεννόησης, προγραμματίστηκε μικρολaryγγοσκόπηση για τις 9/1/96. Έγινε ο συνήθης προεγχειρητικός έλεγχος, με εξετάσεις

W.B.C. $6 \cdot 98 \cdot 10^3$	Gly: 124
HGB: 16,1	Ουρία: 23
HCT: 49,7	K: 4,94
PT: 12,8	Na: 146
PTT: 24,3	

Στις 9/1/96 ο ασθενής ανέβηκε χειρουργείο, όπου ελήφθησαν τεμάχια από μακροσκοπικά εκφυλισμένο ιστό προς βιοψία. Διεγνωσθη Ca λάρυγγα. Η κατάστασή του μετεγχειρητικά ήταν σταθερή. Εδόθηκαν οδηγίες και πήρε εξιτήριο. Έγινε επανεισαγωγή στις 31/1/96 για κλινοεργαστηριακό έλεγχο και πνευμονολογική εκτίμηση. Έγιναν:

W.B.C.: $6,10 \times 10^3$	Σάκχαρο: 230	γGT: 20
HGB: 15	Mg: 1,9	ALP: 177
HCT: 45,2	Ουρία: 49	AMS: 75
	Κρεατίνη: 1	K: 4,5
	SGOT: 13	Na: 144
	SGPT: 22	Ca ²⁺ : 10,2
		Αλβουμίνη: 5
		Ολ. λευκώματα: 6

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

Η Ρο θώρακος δεν έδειξε ιδιαίτερα ευρήματα ενώ στη σπειρομέτρηση που έγινε, φάνηκε ήπιου βαθμού διαταραχή, αποφρακτικού τύπου.

Ο ασθενής πήρε από τους ιατρούς σχετικές οδηγίες και δόθηκε εξιτήριο στις 2/2/96. Επανεισήχθη στις 5/2/96 για κανονικό χειρουργείο. Επανελήφθη ο εργαστηριακός έλεγχος και έγινε Η.Κ.Γ; Προγραμματίστηκε χειρουργείο για τις 6/2/96 και το απόγευμα έγινε η σχετική προετοιμασία. Ο ασθενής έφυγε για χειρουργείο όπως είχε προγραμματιστεί, όπου υποβλήθηκε σε ολική λαρυγγεκτομή.

Επιστρέφοντας από το χειρουργείο είχε τραχειόστομο και έφερε καδετήρα Levin, καδυτήρα κύστεως, Red-o-Pack και ορούς: L-R και D/w 5%+16.I.U actrapid. Ετέθη σε τρίωρη λήψη Ζ.Σ. και μέτρηση ούρων και παροχετεύσεων. Έγινε Dextro (→140) και εδόθη εντολή να ελέγχεται το σάκχαρο τέσσερις φορές την ημέρα και σε τιμή 250 και άνω να γίνεται 5 (IU) actrapid. Τα φάρμακα που πήρε ο ασθενής μετά το χειρουργείο ήταν:

N/S 0,9% 1000 «X2	FL Mandokef 1gr 1X3
D/w 5% 1000«X2	amp Zideron 1X3

Οι όροι κόπηκαν την επομένη ημέρα (7/2/96) και χορηγήθηκε ορός Ringers μέχρι τις 9/2/96.

Ο ασθενής έκανε εμέτους μετά το Χειρουργείο και άρχισε να χορηγείται Sir Primperan. Στις 8/2/96 άρχισε η σίτιση με γάλα, νερό και χυμούς από το levin και την ίδια ημέρα έγινε η πρώτη αλλαγή. Αλλάχθηκε ο πλαστικός τραχειοσωλήνας και τοποθετήθηκε μεταλλικός. Έγιναν συχνές αναρροφήσεις επειδή ο ασθενής είχε πολλές εκκρίσεις.

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

Στις 10/2/96 άρχισε η σίτιση με πολτοποιημένη τροφή (500 gr) και την επόμενη αυξήθηκε σε 1500 gr. Τότε αφαιρέθηκε και το Red-o-Pack. Η κατάσταση του ασθενούς συνεχίστηκε ομαλά, με καλή εξέλιξη.

Στους πίνακες που θα ακολουθήσουν, αναγράφονται τα προβλήματα του συγκεκριμένου αρρώστου και οι νοσηλευτικές πράξεις που εφαρμόστηκαν, σύμφωνα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

/

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Αννησυχία και φόβος για το είδος των προγραμματισμένων εξετάσεων</p>	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του φόβου και της αννησυχίας του ασθενούς Βελτίωση της ψυχολογικής του κατάστασης 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση του ασθενούς για το είδος των εξετάσεων και την αναγκαιότητα τους. Συζήτηση και ενθάρρυνση για την εξωτερική των συναισθημάτων του. Διαβεβαίωση ότι πρόκειται για εξετάσεις που γίνονται πάντα πριν από το χειρουργείο για την ασφάλεια του ίδιου. Ενθάρρυνση του αρρώστου για εξασφάλιση της συνεργασίας του κατά τη διάρκεια διεξαγωγής τους 	<p>Έγιναν οι απαραίτητες προγραμματισμένες εξετάσεις (Βιοψία, Ροδώρακος, ΗΚΓ, εξετάσεις αίματος).</p> <p>Η νοσηλεύτρια με την παρουσία της, εξασφάλισε την ηρεμία του αρρώστου κυρίως στη μικρολαρυγγοσκόπηση αλλά και στη σύνδεσή του με τον ηλεκτροκαρδιογράφο καθώς και στη λήψη αίματος με άσπτες συνθήκες.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διατήρηση τις ψυχραιμίας του αρρώστου κατά τη διεξαγωγή των εξετάσεων, με οδηγό πάντα τη σωστή επικοινωνία αρρώστου Νοσηλεύτριας 	<p>Η αννησυχία και ο φόβος του αρρώστου, μέσα από την συχνή επικοινωνία μαζί του, μειώθηκαν. Οι εξετάσεις έγιναν με ακρίβεια και άσπτες συνθήκες. Η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου βελτιώθηκε</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αγωνία και φόβος για τη διαζαγωγή της εν- χέρησης	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση της αγωνίας και των άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων που νιώθει ο ασθενής. Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής κατάστασης 	<ul style="list-style-type: none"> Επικοινωνία με τον ασθενή και ενδάρρυνσή του να εκδηλώσει τους φόβους και τις ανησυχίες του παροχή πληροφοριών για το είδος και την αναγκαιότητα της επέμβασης Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου για την καλή και επιτυχή έκβαση της επέμβασης αλλά και της πορείας του μετεγχειρητικά Χορήγηση ηρεμιστικού την παραμονή του χειρουργείου. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε συζήτηση με τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του. Εδόθησαν πληροφορίες σχετικά με το είδος της επέμβασης και την κατάσταση του μετεγχειρητικά (τραχειοτομή-τραχειοστομία) Διαβεβαιώθηκε ο άρρωστος για την επιτυχία της επέμβασης και την ομαλή μετεγχειρητική του κατάσταση. Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγήθηκε στον ασθενή 1 tab Iexotanil 3mg το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου για να ηρεμήσει και να κοιμηθεί καλά 	<p>Μετά από συζήτηση, ο ασθενής φάνηκε περισσότερο ήρεμος και υψυχραιμος και αποδέχθηκε καλύτερα το γεγονός της επέμβασης. Εξωτερίκευσε τα συναισθήματά του και ανέφερε χαρακτηριστικά ότι είχε μεγάλη ανάγκη αυτή την συμπαράσταση και κατανόηση.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Δύσπνοια- Ρογχώδεις αναπνοές</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς από τη δύσπνοια και εξασφάλιση ελεύθερης αναπνευστικής οδού</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα για τη διάνοιξη των αεροφόρων οδών. • Χορήγηση υγραπομένου O_2 και διατήρηση της επιθυμητής θερμοκρασίας του θαλάμου με υγραντήρα. • Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση και χορήγηση υγρών. (Peros) • Εισπνοές ατμού και τοποθέτηση υγρής γάζας στο τραχειοστόμιο για τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων. • Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά το χειρουργείο, κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, ο ασθενής παρουσίασε έντονη δύσπνοια και θορυβώδη αναπνοή. Έγιναν συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα με τον αναρροφητήρα υψηλής τάσεως, για την απομάκρυνση των εκκρίσεων και την ελεύθερωση της αναπνευστικής οδού. Οι αναρροφήσεις επα-ναλαμβάνονται κάθε 10-15 λεπτά με καθετήρες μιας χρήσεως. • Σε έντονη δύσπνοια μετά την αναρροφήση χορηγήθηκε υγραπομένο O_2 χρησιμοποιήθηκε και υγραντήρας για την εξασφάλιση υγρής ατμόσφαιρας. • Στον ασθενή δόθηκε ανάρροπη θέση για την διευκόλυνση της αναπνοής. Στο διαιτολόγιο του προτεθήκαν πολλά υγρά και τροφή που την δεχόταν καλά για να μην επιβαρύνεται η κατάστασή του. • Παροτρύνθηκε να κάνει εισπνοές ατμού για να ανακουφιστεί από το δυσάρεστο αίσθημα. Παράλληλα τοποθετήθηκε υγρή γάζα στο τραχειοστόμιο για τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων. Χορηγήθηκε στον άρρωστο Sir Bisolvon μετά από ιατρική εντολή για να βοηθηθεί ακόμη περισσότερο. 	<p>Τα μέτρα που ελήφθησαν ήταν αρκετά ικανοποιητικά και ενώ η δύσπνοια αποτελούσε αρχικά μεγάλο πρόβλημα για τον ασθενή, με την πάροδο των ημερών υποχώρησε</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Πυρετός</p>	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του πυρετού και έκπτωση της δερμοκράσις στα φυσιολογικά επίπεδα Ταχεία αποκατάσταση του αρρώστου από τις επιπτώσεις του πυρετού. Συνεχής αξιολόγηση και προσδιορισμός των αναγκών του αρρώστου. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αντιπυρετικού με ιατρική εντολή. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων, χορήγηση υγρών και συχνή λήψη ζωτικών σημείων. Περιορισμός των δραστηριοτήτων του αρρώστου και πρόφύλαξή του από το κρύο (αλλαγή των ιδρωμένων ενδυμάτων και των λευχημάτων) Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Μετά από ιατρική εντολή και αφού προηγουμένως μετρήθηκε η Α.Π., χορηγήθηκε στον άρρωστο 1 amp Arotel I.M. Τοποθετήθηκαν στον ασθενή κρύα επιθέματα με νερό αραιωμένο σε οινόπνευμα και αυξήθηκε η χορήγηση ορών (όρος N/S 0,9% 1000ccX3). Παράλληλα ετέθη σε 3 ωρη παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων. Γινόταν συχνή παρακολούθηση της I.V χορήγησης των υγρών. (ρύθμιση σταγόνων ανά λεπτό έλε-γχος στο σημείο φλεβοκεντήσεως). Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του αρρώστου (περίπατοι από δάλαμο σε δάλαμο που έκανε) και αλλάχθηκαν οι ιδρωμένες πιζάμες και τα λευχειμάτα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και της επικοινωνίας με τον άρρωστο, παρατηρήνταν η όλη κατάστασή του για την διαπίστωση σημείων ενδεικτικών για λοίμωξη. 	<p>Μετά την I.M χορήγηση amp Arotel ακολούθησε έκπτωση της δερμοκράσις στα φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Ο ασθενής ήταν περισσότερο ευαίσθητος και ενεργητικός. Ανακουφίστηκε και από τα ψυχρά επιθέματα και όπως έδειξαν οι επόμενες μετρήσεις των ζωτικών σημείων, η κατάσταση του, σταθεροποιούταν συνεχώς.</p> <p>Η I.V. χορήγηση συνεχίστηκε χωρίς κανένα πρόβλημα για την ενυδάτωση του αρρώστου.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Δυσκολία σίτισης κυρίως κατά τις πρώτες μετεγχει- ρητικές ημέρες</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη μέτρων για την καλύτερη σίτιση του αρρώστου • Παροχή βοήθειας στον ασθενή την ώρα των γευμάτων ώστε να σιτίζεται επαρκώς 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση υγρής τροφής κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. • Εμπλουτισμός διατολογίου με αραιά πολτοποιημένη τροφή τις επόμενες μετεγχειρητικές ημέρες. • Χορήγηση τροφής την οποία ο άρρωστος δέχεται και καταπίνει με ευκολία μετά την αφαίρεση του καθετήρα Levin. • Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου το διάστημα που αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα και επίβεβαιωσή του ότι σύντομα θα μπορεί να σιτίζεται χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία 	<ul style="list-style-type: none"> • Την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα άρχισε η σίτιση του ασθενούς με υγρή τροφή (γάλα, τοσάι, χυμούς), μέσω του καθετήρα Levin, γιατί δεν μπορούσε να φάει από το στόμα. • Την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα χορηγήθηκε αραιά πολτοποιημένη τροφή (500 gr) και την επόμενη αυξήθηκε σε 1500 gr. Το ίδιο διατολόγιο συνεχίστηκε μέχρι την έβδομη ημέρα. Τότε αφαιρέθηκε ο καθετήρας και ο ασθενής άρχισε να σιτίζεται σιγά σιγά από το στόμα. • Η Νοσηλεύτρια με τον δίσκο του φαγητού πλησίαζε τον άρρωστο και επικοινωνώντας μαζί του προσπαθούσε να ελκύσει το ενδιαφέρον του. • Η τροφή ήταν μαλακή και ρευστή για να μην κολλάει στην μάσηση αλλά και να μην ερεθίζεται η ανώτερη αναπνευστική οδός. • Στα τρία γεύματα που έπαιρνε (πρωί-μεσημέρι-βράδυ), προστέθηκε και τέταρτο το απόγευμα. • Στο διάστημα αυτό δόθηκε ενίσχυση και συμπαράσταση στον ασθενή, ώστε να μην απογοητευθεί και εγκαταλείψει κάθε προσπάθεια. • Βοηθήθηκε την ώρα των γευμάτων, ώστε να σιτίζεται επαρκώς ενώ ενημερώθηκε αρκετές φορές, ότι αυτή η δυσκολία, και αδυναμία στη σίτιση είναι παροδική και αργότερα δεν θα έχει τέτοιο πρόβλημα. 	<p>Ο ασθενής αρχικά ένωθε έντονη δυσφορία και νευρικότητα λόγω του ότι δεν μπορούσε να σιτιστεί φυσιολογικά αλλά και επειδή χρειαζόταν βοήθεια. Όταν όμως αφαιρέθηκε ο καθετήρας Levin άλλαξε διάθεση κατά πολύ, έγινε πιο ήρεμος και συνεργάσιμος. Συνάντησε δυσκολία τις πρώτες ημέρες μέχρι να συνηθίσει και την παρουσία της τραχειοστομής αλλά αργότερα, την ώρα των γευμάτων δεν είχε ιδιαίτερη δυσκολία.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Δυσκολία επικοινωνίας με τους συγγενείς και τους γύρω του</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και να υιοθετήσει νέο τρόπο επικοινωνίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Παρότρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιεί μολύβι και χαρτί τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες για να επικοινωνεί με το περιβάλλον του. • Διδασκαλία για τον τρόπο που θα επικοινωνεί με τους άλλους προσωπικά. • Διδασκαλία οισοφαγείου φώνησης • Ενημέρωση του ασθενούς για τη δυνατότητα χρησιμοποίησης ηλεκτρικών γεννητήριων, που έχουν αρκετά δετικά αποτελέσματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Επισχύθηκε ο άρρωστος τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες να χρησιμοποιεί το μολύβι που βρίσκονταν δίπλα στο κομοδίνο του. • Σε δεύτερη φάση του συστήθηκε άλλος τρόπος επικοινωνίας: να πάρει αναπνοή και αμέσως μετά να κλείσει με το δάκτυλό του τον τραχειοσωλήνα και ταυτόχρονα να μιλήσει. Του τονίστηκε ότι αυτό πρέπει να το επαναλάβει μέχρι να ολοκληρώσει αυτό που θέλει να πει. Έγιναν πολλές ασκήσεις μέχρι να έχει αποτέλεσμα αυτό το είδος της επικοινωνίας. • Έγινε η διαδικασία για την εκμάθηση της οισοφαγείου φωνής: του ζητήθηκε να εισπνεύσει και να συγκεντρώσει αέρα στον οισοφάγο ενώ στη συνέχεια με σύσπαση του μυϊκού τοιχώματος του οισοφάγου, να τον εκβάλλει με ερυγές προς τα πάνω. • Με αυτήν την ευκαιρία επαφής και διαδικασία, πληροφορήθηκε ο άρρωστος και για τις ηλεκτρικές γεννήτριες τόνου, οι οποίες τοποθετούνται στη στοματική κοιλότητα ή σε μαλακά μέρη του τραχήλου και παράγουν φωνή. Ενημερώθηκε ότι μπορεί να χρησιμοποιήσει τέτοια γεννήτρια αργότερα εάν μπορεί και το θέλει. 	<p>Στην αρχή ο άρρωστος ήταν παραγωγικός και εκνευρισμένος λόγω του ότι δυσκολευόταν να εκφράσει ότι ήθελε στο χαρτί. Σιγά-σιγά όμως εξοικειώθηκε με αυτή τη διαδικασία και την εκτέλεσε με σχετική ευχέρεια. Άργησε να συνηθίσει την οισοφαγείο φωνή αλλά μετά από αρκετές προσιδάσεις μπόρεσε να σχηματίσει ολοκληρωμένες λέξεις και προτάσεις. Οι ασκήσεις απέδωσαν πάρα πολύ.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Κίνδυνος μόλυνσης του τραύματος</p>	<p>Πρόληψη της μόλυνσης η οποία θα προσδέσει ένα ακόμα πρόβλημα στην όλη κατάσταση του αρρώστου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Καθημερινή και συχνή περιποίηση του τραύματος. Αυστηρή τήρηση των κανόνων ασηψίας - αντισηψίας Τοποθέτηση ειδικών αποστειρωμένων γαζών γύρω από τον τραχειοσωλήνα για την αποφυγή της δυσσομίας των εκκρίσεων. Διδασκαλία του αρρώστου να πλένει καλά και σχολαστικά τα χέρια του πριν ακουμπήσει την περιοχή της τραχειοτομής-τραχειοστομίου Συχνός καθαρισμός του τραχειοσωλήνα και αλλαγή του όταν υπάρχει ανάγκη. 	<ul style="list-style-type: none"> Καθημερινά γινόταν αλλαγή και περιποίηση στην περιοχή της τραχειοτομής κάτω από συνθήκες ασηψίας-αντισηψίας. Τοποθετούνταν αποστειρωμένες γάζες για την κατακράτηση των εκκρίσεων και την αποφυγή δυσσομίας. Τονίστηκε στον ασθενή να είναι πολύ προσεκτικός όταν πρόκειται να ακουμπήσει την ευαίσθητη περιοχή και να έχει πλύνει σχολαστικά τα χέρια του. Γίνονταν συχνές αναρροφίσεις με σωλήνες αναρρόφησης μιας χρήσεως καθώς και αλλαγή του εσωτερικού τραχειοσωλήνα. <p>Τοποθετούνταν άλλος τραχειοσωλήνας καθαρός και αποστειρωμένος ενώ ο χρησιμοποιημένος έμπαινε σε διάλυμα 50% νερού και 5% υπεροξειδίου του οξυγόνου και στη συνέχεια με βούρτσα ή λαβίδα και γάζα καθαριζόταν καλά ο αυλός του.</p> <p>Μετά τον καθαρισμό τοποθετούνταν σε απεσταγμένο νερό και αποστειρωνόταν για 5-10 λεπτά.</p> <p>Όταν υπήρχε ανάγκη γινόταν αλλαγή ολόκληρου του τραχειοσωλήνα (εσωτερικού και εξωτερικού) και κάτω από άσπτες τεχνικές, εφαρμοζόταν γρήγορα άλλος αποστειρωμένος</p>	<p>Η περιοχή της τραχειοτομής διατηρήθηκε καθαρή και ο ασθενής δεν είχε κάποιο πρόβλημα στο συγκεκριμένο σημείο. Έδειχνε μάλιστα ότι ένιωθε μεγαλύτερη άνεση και ασφάλεια.</p> <p>Η συχνή τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών γύρω από το τραχειοστόμιο, είχε σαν αποτέλεσμα την αποφυγή δυσσομίας των εκκρίσεων.</p>

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2ο

Όνομα: Καραπλής Αλέξιος

Ηλικία: 49 χρόνων

Επάγγελμα: Ελαιοχρωματιστής

Ιατρικό και Νοσπλευτικό Ιστορικό

Στις 31/10/94 εισήλθε στην Ω.Ρ.Λ. κλινική του Π.Π.Ν. Πατρών, ο Καραπλής Αλέξιος με διάγνωση εισόδου βράγχος φωνής προοδευτικά επιτεινόμενο.

Παρούσα νόσος:

Βράγχος φωνής από 1 1/2 έτος, βήχας και πύελα με αιμορραγικά στίγματα.

Ατομικό αναμνηστικό:

Ο ασθενής είναι βαρύς καπνιστής και όπως ο ίδιος αναφέρει καπνίζει εδώ και 35 χρόνια 3 πακέτα τσιγάρα την ημέρα, ενώ παράλληλα πίνει και οινοπνευματώδη ποτά.

Είναι διαβητικός και ρυθμίζει το σακχαρώδη διαβήτη με φάρμακα (Daorap 1X2). Μικρός πέρασε μηνιγγίτιδα. Πριν από 20 ημέρες έπαθε κάταγμα ωμικής ζώνης.

Οικογενειακό ιστορικό

Για το οικογενειακό και κληρονομικό ιστορικό του ασθενούς δεν αναφέρονται στοιχεία.

Όταν ο ασθενής εισήλθε στην κλινική, οι τιμές των ζωτικών του σημείων

ήταν: Θ: 36°C, Σφ: 72/min, ΑΠ: 140/70mmHg, Α: 18/min.

Έγινε έμμεση λαρυγγοσκόπηση και βιοψία στην περιοχή. Διαπιστώδη Ca λάρυγγα με βλάβη των αμφοτέρων φωνητικών χορδών: Κατόπιν συνενοήσεως με τους ιατρούς προγραμματίστηκε χειρουργείο για την επόμενη ημέρα (1/11/94). Το απόγευμα της ίδιας ημέρας έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις:

W.B.C.: 4.42X10 ³	Σάκχαρο: 199 mg/dl	Κάλιο ορού: 2,5 meq/l
HGB: 12,6	Μαγνήσιο: 1,7 mg/dl	Ολικά λευκώματα: 7,9g/dl
HCT: 38,2	Ουρία: 22 mg/dl	Νάτριο: -137 meq/l
PT: 11,3"	Κρεατίνη: 0,9 mg/dl	Φώσφορος: 3,6 mg/dl
PTT: 24,6"	SGOT/AST: 33 I.U./l	Ασβέστιο: 11,72 mg/dl
Χρόνος ροής: 11,2"	SGPT/ALT: 34 I.U./l	γGT: 44
Υ.Π.: 25,5"		

Έγιναν ακόμη R.o δώρακος (Κ.φ.) και σπειρομέτρηση (εντός φυσιολογικών ορίων).

Ο ασθενής προετοιμάστηκε για το χειρουργείο (μπάνιο - λούσιμο - καθαρτικός υπολογισμός). Το βράδυ κατόπιν ιατρικής εντολής εδόθη ηρεμιστικό (1 tab Lexotanil 3mg) για να κοιμηθεί καλά ο άρρωστος.

Την 1/11/94, πριν το χειρουργείο, έγινε Dextro (→ κ.φ.). Το χειρουργείο όμως αναβλήθηκε και οι θεράποντες ιατροί, έδωσαν στον ασθενή άδεια να απουσιάσει από την κλινική για 24 ώρες.

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

Στις 2/11/94 επέστρεψε στο νοσοκομείο και προγραμματίστηκε χειρουργείο για τις 3/11/94. Το απόγευμα της ίδιας ημέρας έγινε η σχετική προετοιμασία και το βράδυ εδόθη ελαφρά τροφή.

Το πρωί έγινε Dextro (→κ.φ.) καθώς και η τελική προεγχειρητική ετοιμασία και ο ασθενής έφυγε με το φάκελό του για το χειρουργείο όπου υποβλήθηκε σε ολική λαρυγγεκτομή μετά των εξαρτημάτων. Επέστρεψε στην κλινική μετά από 3 1/2 ώρες. Έφερε τραχειοσωλήνα, καθετήρα Levin, ουροκαθετήρα, Red-o-Pack και δύο όρους: N/S 0,9% 500κ και D/w 5% 1000κ+5 I.U ινσουλίνης. Ελήφθησαν τα ζωτικά του σημεία: Θ: 35,8 °C, Σφ: 60/min., Α.Π.: 100/60mmHg, Α: 16/min.

Μετά το χειρουργείο έγιναν συχνές αναρροφήσεις για τη διευκόλυνση της αναπνοής του αρρώστου και συχνές περιποιήσεις της τραχειοτομής - τραχειοσωλήνα.

Η φαρμακευτική αγωγή που ετέθη ήταν:

Fl Amoxil 1gr 1X3	Fl Zinacef 750 mg 1X3	
Amp. Zantac 1X3	Amp Apotel	Επί πόνου
Sir Primperan 10ccX3	ή Amp Pethidine 0,05mg	
Sir Bisolron 10ccX3		

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ο ασθενής σιτιζόταν από το Levin με υγρά, (γάλα, χυμούς, νερό). Στη συνέχεια πήρε πολτοποιημένη τροφή κατάλληλη για διαβητικούς. Γενικά η πορεία του ήταν πολύ καλή και εδόθη εξιτήριο στις 6/11/94. Ακολούθησαν δύο επανεισαγωγές, στις 23/11/94 και στις 28/11/94 για να υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

Έγιναν συνολικά 50 συνεδρίες ακτινοβολίας. Το χημειοθεραπευτικό σχήμα που εφαρμόστηκε ήταν Plaramine +5 FUR.

Στη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος, ο ασθενής εμφάνισε τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο το οποίο έκλεισε συντηρητικά μετά από ένα μήνα. Στις 14/1/96 εισήχθη ξανά στην κλινική για πλαστική επέμβαση τραχειοστόματος.

ΑΙΟΛΟΓΗΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πόνος στην περιοχή της τραχειοτομής	<p>Μείωση του πόνου που προέρχεται από το σημείο της λαρυγγεκτομής, κατά το δυνατό περισσότερο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής αλλά και αντιβιοτικών για την πρόληψη πιθανής μόλυνσης. • Συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι και παράτρησή του για απασχόληση ώστε να μην σκέφτεται συνεχώς το πόνο. (αύξηση των δραστηριοτήτων) • Επικοινωνία με τον άρρωστο και ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Με ιατρική εντολή χορηγήθηκε στον ασθενή 1 amp Αrotel 1M. • Μισή ώρα αργότερα ανέφερε ότι ανακουφίστηκε από τον πόνο και μπόρεσε να κοιμηθεί για δύο ώρες. Ξύπνησε με πόνο ξανά, που όπως ισχυρίστηκε ήταν πολύ πιο έντονος από τον προηγούμενο. Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός και χορηγήθηκε 1 amp Pethidine 0,05 mg 1M. Παράλληλα ο ασθενής ετέθη σε αντιβιοτικό σχήμα. (FI Amoxil, gr 1X3+ fl Zinacet 750 mg 1X3 IV). • Συστήθηκε στον άρρωστο να αλλάζει θέση στο κρεβάτι αλλά και αφού μπορεί, να σηκώνεται και να κινείται μέσα στο δάλαμο. Ενθαρρύνθηκε να διαβάζει εάν το θέλει, να παρακολουθεί τηλεόραση και γενικά να ασχολείται με ότι του αρέσει και δεν τον κουράζει. • Υπήρχε συχνή επικοινωνία με τον ασθενή την ώρα που ο πόνος ήταν σε παραλυσμό και δόθηκε συμπαράσταση και κατανόηση. 	<p>Μετά την χορήγηση παυσίπονων, ο πόνος υποχωρούσε αλλά ο ασθενής συχνά εξέφραζε παράπονα για την επανεμφάνισή του. Καθώς το τραύμα επιουλωνόταν, η ενόχληση αυτή σταμάτησε και ο ασθενής αύξησε τις δραστηριότητες του.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ, ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Διαταραχή ισοζυγίου υγρών	<ul style="list-style-type: none"> Αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικά επίπεδα. Πρόληψη αφυδάτωσης 	<ul style="list-style-type: none"> Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών Χορήγηση υγρών σύμφωνα με ιατρική οδηγία Συχνή λήψη ζωτικών σημείων. 	<ul style="list-style-type: none"> Άρχισε η μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών για την εκτίμηση της διαταραχής του ισοζυγίου. Ετέθη στο κρεβάτι του αρρώστου ειδικό δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών το οποίο συμπληρώσαν από το πρωί μέχρι το βράδυ ανά δωμάτιο. Εδόθη εντολή για χορήγηση ορού Ringers 1000cc και N/S 0,9% 1000cc. Η χορήγηση έγινε αφού εφαιμόστηκε σωστά ο τύπος ρύθμισης σταγόνων ανά λεπτό. <p>Το σχήμα αυτό χορηγήθηκε για δύο ημέρες και στη συνέχεια διεκόπη ο ορός Ringers. Γινόταν συχνή παρακολούθηση στο σημείο φλεβοκέντησης για οίδημα και φλεγμονή. Τοποθετούνταν ανά τρίωρο αλοιφή Lazonil κατά μήκος της φλέβας για να διατηρηθεί η ελαστικότητά της.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ετέθη σε 3ωρη παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων και σημειώνονταν οι τιμές τους στο φύλλο νοσηλείας του. 	<p>Δύο ημέρες αργότερα, όπως έδειξαν οι εργα-στηριακές εξετάσεις, το ισοζύγιο των υγρών του αρρώστου άρχισε να επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα, όπως στα-θεροποιήθηκε.</p> <p>Το σημείο της φλεβοκέν-υπτης δεν παρουσίασε κανένα σημείο φλεγμονής.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Κίνδυνος για την εμφάνιση επιπλοκών</p>	<p>Πρόβληψη εμφάνισης επιπλοκών, οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Διδασκαλία ασθενούς σχετικά με το τι πρέπει να προσέχει, αλλά και να εμφανίσει μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, ώστε να μην παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα. • Επιδείξει τεχνικών για τον καθαρισμό του τραχειοσωλήνα και την περιποίηση της τραχειοτομής. • Ενημέρωση για γρήγορη και έγκαιρη επίσκεψη του στον ιατρό όταν κάτι δεν πάει καλά με την τραχειοτομή-τραχειοσωλήνα. • Διδασκαλία οικογένειας γύρω από το θέμα ώστε να δείξει και η ίδια την ανάλογη προσοχή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τονίστηκε στον ασθενή ότι πρέπει να προστατεύει το τραχειοστόμιο όταν κάνει ντους, κόβει τα μαλλιά του ή βάζει πούδρα χρησιμοποιώντας κάποιο κάλυμμα ή πετσέτα. • Ενημερώθηκε ότι χρειάζεται να προφύλασσει τον εαυτό του από τα κρυολογήματα και να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους, επειδή υπάρχει κίνδυνος για αναπνευστική φλεγμονή. • Πληροφορήθηκε ακόμη ότι εάν υπάρχει ανάγκη να πάρει κάποιο φάρμακο, πρέπει οπωσδήποτε να συμβουλευτεί τον ιατρό γιατί πολλά από αυτά έχουν την τάση να ζηραίνουν το τραχειοστόμιο. • Μεγάλη σημασία δόθηκε στο θέμα περιποίησης της τραχειοτομής και του τραχειοσωλήνα, κάτω από άσπτες συνθήκες. Έγιναν οι σχετικές επιδείξεις από τη νοσηλεύτρια και στη συνέχεια ενδαρύνθηκε και βοηθήθηκε ο ασθενής για να εκτελέσει αυτή τη διαδικασία. • Επισημάνθηκε επίσης στον άρρωστο να φροντίζει ώστε ο αέρας που εισπνέει να είναι εφυγρασμένος και όχι ξηρός, τοποθετώντας απλά αν δεν υπάρχει άλλος τρόπος μια υγρή γάζα πάνω στον τραχειοσωλήνα. • Ενημερώθηκε εκτός των άλλων ότι σε περίπτωση που παρατηρήσει κάποιο πρόβλημα στην ευαισθητη περιοχή, πρέπει να επικοινωνήσει αμέσως με τον ιατρό για την έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκής. • Δόθηκαν και στην οικογένεια οι αντίστοιχες οδηγίες ώστε να ευαισθητοποιηθεί και αυτή γύρω από το θέμα και να είναι σε θέση να περιποιείται τον άρρωστο ακίνδυνα. 	<p>Ο άρρωστος ήταν καλός μαθητής και εκτελούσε σχετικά εύκολα ό,τι του ζητούσαν.</p> <p>Παρακολούθησε με μεγάλη προσοχή και ενδιαφέρον τη διδασκαλία, έκανε ερωτήσεις και στο τέλος φάνηκε αρκετά ευαισθητοποιημένος.</p> <p>Η οικογένειά του φάνηκε ικανοποιημένη από αυτή την ενημέρωση.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ανσυχία και προβληματισμός για την εξωτερική εμφάνιση.	<p>Απομάκρυνση των δυσάρεστων οσμών συνασθημάτων και επιβεβαίωση του ασθενούς για τη δυνατότητα κάλυψης της ευαισθητής περιοχής, χωρίς να γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί την καινούρια σωματική εικόνα με το μικρότερο γι' αυτόν ψυχολογικό κόστος. Διδασκαλία ασθενούς για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορεί να φροντίσει την εμφάνισή του. Επίδειξη φωτογραφιών σχετικά με την ενδυμασία άλλων αρρώστων με παρόμοιο πρόβλημα. Διδασκαλία οικειότητας για αποδοχή της αλλαγής στην εικόνα του αρρώστου και αποφυγή εκδήλωσης αρνητικών συναισθημάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> Από τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες τονώθηκε ψυχολογικά ο ασθενής και επιβεβαιώθηκε ότι η πορεία του θα έχει καλή εξέλιξη και θα υπάρξει λύση σε κάθε πρόβλημα, όπως και αυτό της εμφάνισης. Ενημερώθηκε για την επιλογή κατάλληλων ρούχων, όπως ζακέτες ascot ή με λαϊμό χελώνας ώστε να μην φαίνεται η τραχειοστομή και το στόμιο του τραχειοσωλήνα. Του συστήθηκε ότι σε περίπτωση που θα φορέσει κανονικό πουκάμισο, καλό είναι να έχει ράβει το κουμπί, πάνω στην κουμπότρυπα για να δείχνει κουμπωμένο. Με τον τρόπο αυτό, αφήνεται ένα μεγάλο άνοιγμα μέσα από το οποίο μπορεί να μπει ένα μαντίλι που θα προστατεύει και θα καλύπτει την περιοχή. Μετά τη σχετική διδασκαλία, έγινε επίδειξη φωτογραφιών γύρω από την ενδυμασία αρρώστων με παρόμοιο πρόβλημα. Τονίστηκε στους συγγενείς του αρρώστου ότι πρέπει να αποδεχτούν το γεγονός, ώστε να μπορέσουν να βοηθήσουν τον οικείο τους να το αντιμετωπίσει κατά το δυνατόν καλύτερα. Ενημερώθηκαν για τον πολύτιμο ρόλο που μπορούν να παίξουν στην καλή συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου. 	<p>Το αποτέλεσμα της παρέμβασης δεν ήταν ιδιαίτερα θετικό αφού ο ασθενής καθισχυράστηκε κάπως αλλά παράλληλα διατηρούσε κάποια δυσπιστία και επιφυλακτικότητα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Αγωνία και άγχος για την εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση</p>	<ul style="list-style-type: none"> Απομάκρυνση των δυσάρεστων συναισθημάτων. Βοήθεια και προετοιμασία του αρρώστου κατά το διάστημα της παραμονής του στο νοσοκομείο για την καλύτερη εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση και επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο. 	<ul style="list-style-type: none"> Ενίσχυση και ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου ώστε να συμβιβαστεί με τη νέα πραγματικότητα και να την αποδεχτεί. Διδασκαλία ασθενούς για την ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοπεριποίησης. Ενημέρωση ότι η απώλεια της φωνής της είναι παροδική και διδασκαλία νέου τρόπου ομιλίας Συνεργασία με άλλα μέλη της ομάδας υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, εργασιοδραφευτές, ψυχοδραφευτές και επαγγελματίους συμβούλους για την ομαλή επανένταξη του λαρυγγεκτομηθέντος στο εργασιακό δυναμικό. 	<p>Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και η τόνωση του ηθικού του, άρχισε προεγχειρητικά και συνεχίστηκε στο μετεγχειρητικό στάδιο. Σε όλες τις ευκαιρίες επικοινωνίας και επαφής επιδεικνυόταν για την καλή και ομαλή εξέλιξη της πορείας του καθώς και για τη δυνατότητα συνέχισης μιας φυσιολογικής ζωής.</p> <ul style="list-style-type: none"> Έγινε επανειλημμένα διδασκαλία περιποίησης της τραχειοτομής και του τραχειοσωλήνα. Όταν ο άρρωστος ανέκτησε τις φυσικές του δυνάμεις και άρχισε να αποδέχεται την αλλαγή, ξεκίνησε και η έμπρακτη εφαρμογή. Πολλές φορές ενθαρρύνθηκε και επιβραβεύτηκε για τις προσπάθειες του. Του τονίστηκε ότι με την εξοδό του από το νοσοκομείο, θα έχει εξοικειωθεί με όλες τις ενέργειες αυτοπεριποίησης και δεν θα έχει πρόβλημα στο σπίτι. Προεγχειρητικά ενημερώθηκε ο ασθενής ότι η απώλεια της φωνής θα είναι παροδική. Μετεγχειρητικά άρχισε η διδασκαλία της οισοφαγείου φωνής και τονίστηκε ότι θα τον βοηθήσει πολύ στην επικοινωνία με τους γύρω του. Έγινε ξανά αναφορά των μέτρων πρόληψης κινδύνων. Πληροφορήθηκε και η οικογένεια του αρρώστου για τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς του και παρότρυνθηκε να τον βοηθήσει με τη θετική συμβολή της. Υπήρξε επικοινωνία και συνενόηση με τον κοινωνικό λειτουργό, τον εργασιοδραφευτή και επαγγελματίους συμβούλους για το θέμα της επαγγελματικής αποκατάστασης του αρρώστου. Λόγω του ότι είχε καλή πορεία και εξέλιξη υπήρχαν πολλές πιθανότητες για τη συνέχιση της προηγούμενης εργασίας του. 	<p>Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ο άρρωστος έδειχνε έντονα προβληματισμένος και ανήσυχος σχετικά με την εξέλιξη της κατάστασης του και τη δυνατότητα συνέχισης μιας φυσιολογικής ζωής. Με την πάροδο των ημερών και τη βελτίωση της πορείας του, άρχισε να αλλάζει διάθεση, να είναι πιο αισιόδοξος και ευδιάθετος. Σ' αυτό βοήθησαν και οι ικανότητες που είχε αποκτήσει για αυτοπεριποίηση. Χάρηκε όμως πολύ και άρχισε να πιστεύει περισσότερο στον εαυτό του, όταν του ανακοινώθηκε η είδηση για την πιθανότητα επιστροφής στην παλιά του εργασία.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ακτινοδερματίτιδα από την εφαρμογή ακτινοβολίας</p>	<p>Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης παρενέργειας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Καθαρισμός της ευαίσθητης περιοχής και τοποθέτηση ειδικών αλοιφών για την διατήρηση της ελαστικότητας του δέρματος. Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση. Ενημέρωση για επιλογή μαλακών και ευρύχωρων ρούχων. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε συχνός καθαρισμός της πάχουσας περιοχής (γύρω από το τραχειοστόμιο, στον τράχηλο) με χλιαρό νερό και τοποθετήθηκε αμυλούχος αλοιφή κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Ενημερώθηκε ο ασθενής να μην ζαπλώνει στην περιοχή που υπάρχει ο ερεθισμός, να μην ακουμπά τα χέρια του και να φορά ευρύχωρα και μαλακά ρούχα. Διακόπηκε για δύο ημέρες η ακτινοθεραπεία με ιατρική εντολή. 	<p>Ο ερεθισμός υποχώρησε σταδιακά και συνεχίστηκε η ακτινοθεραπεία χωρίς άλλο πρόβλημα.</p>

ΛΕΙΟΛΟΓΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ναυτία και έμετοι από τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων</p>	<p>Καταστολή των δυσάρεστων παρενεργειών για την ανακούφιση του ασθενούς και λήψη μέτρων πρόληψης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμετών. • Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο. • Χορήγηση σύμφωνα με ιατρική οδηγία, αντιεμεπικών φαρμάκων πριν την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή άμεσως μετά την ολοκλήρωσή της. • Χορήγηση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή πριν από τον ύπνο του ασθενούς. • Προγραμματισμός μικρών και συχνών γευμάτων και ενίσχυση του αρρώστου να κάνει καλές μασητικές κινήσεις. • Εξασφάλιση νεφροειδούς σε διακριτική θέση στην άκρη του κομοδίνου του αρρώστου, για ώρα ανάγκης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταγράφονταν στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου του χαρακτήριστικά των έμετων (ποσότητα, χρώμα, οσμή, αριθμός). • Μετά από κάθε έμετο, ετοιμαζόταν ο δίσκος ρινοφαρυγγικής πλύσεως και γινόταν πλύση της στοματικής κοιλότητας. Στο τέλος χρησιμοποιούνταν διάλυμα Hexalen. • Πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας και ενώ ο άρρωστος ήταν νηστικός χορηγούνταν με ιατρική εντολή συνήθως Sir Primperan (10cc). Στο τέλος της νοσηλείας του σερβιρίζονταν σχετικά κρύο γεύμα ενώ για τη συνέχεια προγραμματίζονταν μικρά και ελκυστικά γεύματα. • Δίπλα στο κομοδίνο του αρρώστου υπήρχε πάντα ένα καθαρό νεφροειδής για περίπτωση ανάγκης. 	<p>Με την εφαρμογή αυτών των μέτρων περιορίστηκαν κατά πολύ οι ενοχλητικοί και εξανθητικοί έμετοι και ο ασθενής δεχόταν πιο καλά τη χημειοθεραπευτική διαδικασία.</p> <p>Η ναυτία συνεχίστηκε σε μικρό βαθμό, θεωρήθηκε όμως φυσιολογική λόγω των χορηγούμενων φαρμάκων.</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Η ογκολογική νοσηλευτική έχει γίνει σήμερα κλάδος της νοσηλευτικής και ο στόχος της είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και τη ακεραιότητα του με σκοπό να τα χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοηδών κυττάρων. Εκτός αυτού να τον ενισχύσει για να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

Η νοσηλεύτρια (-της) που εργάζεται με τον άρρωστο που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της (-του), με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά. Για να μπορέσει όμως να το πετύχει αυτό χρειάζεται γνώσεις, φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική και ακόμη να διαθέτει υπομονή, κατανόηση, ενδιαφέρον και αγάπη. Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι, με ότι γνωρίζει και με ότι έχει τη δύναμη να κάνει.

Ο ασθενής με καρκίνο λάρυγγα έχει ανάγκη από μια τέτοια αντιμετώπιση για να μπορέσει να αποδειχτεί τη νέα πραγματικότητα, να προσαρμοστεί σ'

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

αυτήν και να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και δύναμη για να συνεχιστεί τη ζωή του.

Οι νοσηλευτές είναι κατά κύριο λόγο τα άτομα εκείνα που θα στηρίζουν ψυχολογικά και θα βοηθήσουν τον λαρυγγεκτομηθέντα ασθενή κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο αλλά και θα του προσφέρουν τα εφόδια για μια όσα το δυνατό ομαλή και φυσιολογική ζωή στους κόλπους της κοινωνίας.

Γενικά, θα καταφέρουν να προσφέρουν ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο, αν τον θεωρήσουν ως ψυχοσωματική οντότητα και προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν τις διάφορες σωματικές και ψυχικές του ανάγκες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανάτου Κ. Ελευθερία: "Κλινική νοσηλευτική, Βασικές και ειδικές νοσηλείες", έκδοση Β', Αθήνα 1992
2. Ballenger John Jacob: "Diseases of the Nose, Throat ear, Head and Neck", Forteen Edition, WV 100 Bal.
3. Βασώνη Β.: "Επίτομη χειρουργική και ορθοπεδική". Έκδοση 4η, Αθήνα 1985.
4. Dollinger Malin, M.D.-Rosenbaum Ernest, M.D.-Cable Greg: "Ο Καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους", Έκδοση πρώτη εκδόσεως ΚΑΤΟΠΤΡΟ, Αθήνα 1992.
5. Μαλγαρινού Α.Μ.-Κωνσταντινίδου Φ.Σ.: "Νοσηλευτική, Γενική Παθολογική-Χειρουργική", Έκδοση δέκατη όγδοη, Τόμος Α, Αθήνα 1994.
6. Μαλγαρινού Α.Μ.-Κωνσταντινίδου Φ.Σ.: "Νοσηλευτική, Παθολογική-Χειρουργική", Έκδοση δέκατη πέμπτη, Τόμος Β, Αθήνα 1992.
7. Μανωλίδης Λεωνίδας: Επίτομη Ωτορινολαρυγγολογία: "Παθήσεις ώτων-ρινός-λάρυγγος-κεφαλής και τραχήλου", Έκδοση 10η, Θεσσαλονίκη 1986.
8. Πανταζόπουλος Ε.Π..Παναγιώτης: "Ωτορινολαρυγγολογία:", Έκδοση Γ', ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1983.
9. Paparella Shumrick-Gluckman Meyerhoff: Otolaryngology "Head and Neck", Volume III, Third edition N.V. 100 Par.

10. Rohen Yokochi: "Έγχρωμος Άτλας Ανατομικής του Ανθρώπου", Τόμος Ι, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
11. Σαχίνη-Καρδάση Άννα: "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 1ος, Επανεκδοση Β΄, Εκδόσεως ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.
12. Τριχόπουλος Δ.-Κακλαμάνη Ε: Κλινική Ογκολογία: "πρόληψη των κακοηθών νεοπλαστών", Αθήνα 1981.
13. Frick H.-Leonhardt H.-Starck D: "Γενική Ανατομία-Ειδική Ανατομία Ι", Επιστημονική εκδόσεως Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1985.
14. Harrison: "Εσωτερική παθολογία", Τόμος Α, Έκδοση 10η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιανού, Αθήνα 1986.
15. Χελιδόνης Σ. Εμμανουήλ: "Έγχειρίδιο Ωτορινολαρυγγολογίας", Ιατρικές εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1985.