

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΡΑΠΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

**ΠΑΤΡΑ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2002**

Αφιέρωση

Αφιερώνω την πτυχιακή μου εργασία στους γονείς μου για τη μεγάλη τους στήριξη στα σπουδαστικά μου χρόνια. Επίσης στην καθηγήτρια Εφαρμογών του Τ.Ε.Ι. Πατρών κα Φιδάνη Αικατερίνη για την πολύτιμη βοήθειά της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	8
1.1. Σκελετός του λάρυγγα	8
1.2. Μύες του λάρυγγα	9
1.3. Διαρθρώσεις του Σκελετού του λάρυγγα	11
1.4. Σύνδεσμοι του λάρυγγα	12
1.5. Βλεννογόνο του λάρυγγα	14
1.6. Αγγεία του λάρυγγα	15
1.7. Φυσιολογία του λάρυγγα	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	21
<i>ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</i>	21
2.1. Έμμεσος λαρυγγοσκόπηση	21
2.2. Άμεσος Λαρυγγοσκόπηση	23
2.3. Μικρολαρυγγοσκόπηση	23
2.4. Στραβοσκόπηση	24
2.5. Ηλεκτρομυογραφία	24
2.6. Ακτινολογική εξέταση	25
2.7. Ψηλάφηση του τραχήλου	26
2.8. Ενδοσκόπηση με εύκαμπτη ενδοσκόπια	26
2.9. Ενδοσκόπηση με άκαμπτα ενδοσκόπια	27
2.10. Υπερηχογλωττιδογραφία	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ 28

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ 28

3.1. Κόμβοι των φωνητικών χορδών και πολύποδες 28

3.2. Θηλώματα του λάρυγγα 30

3.3. Χονδρώματα του λάρυγγα 32

3.4. Σπανιότεροι καλοήθεις όγκοι 32

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ 33

3.5. Καρκίνος του λάρυγγα 33

3.6. Επιδημιολογικά στοιχεία-Συχνότητας-θνησιμότητας 33

3.7. Παθολογοανατομία 35

3.8. Παράγοντες επικινδυνότητας 37

3.8.1. Ο καπνός ως παράγων επικινδυνότητας 37

3.8.2. Το αλκοόλ – οιοπνευματώδη 38

3.8.3. Συνεργία καπνού οιοπνεύματος 39

3.8.4. Διαιτητικές συνήθειες 39

3.8.5. Επαγγελματικοί παράγοντες επικινδυνότητας 40

3.9. Συμπτωματολογία – Κλινική εικόνα 41

3.10. Διάγνωση 42

3.10.1. Διαφορική διάγνωση 45

3.11. Πρόγνωση 45

3.12. Θεραπεία 46

3.12.1. Υποστηρικτική θεραπεία –Νεότερες θεραπευτικές μέθοδοι 49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ 52

4.1. Τεχνική της τραχειοτομίας 53

4.2. Επιπλοκές τραχειοτομίας 56

4.2.1. Άμεσες	56
4.2.2. Όψιμες	57
4.3. Είδη τραχειοσωλήνων	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca ΛΑΡΥΓΓΑ 60

5.1. Εκτίμηση της κατάστασης ασθενούς με Ca Λάρυγγα	60
5.2. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	60
5.2.1. Γενική προεγχειρητική φροντίδα	60
5.2.2. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία	63
5.2.3. Τελική προεγχειρητική φροντίδα	63
5.2.4. Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου ασθενούς	64
5.3. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	65
5.3.1. Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα	65
5.3.2. Έμμεση μετεγχειρητική φροντίδα	66
5.3.3. Περιποίηση τραχειοτομής – τραχειστομίου	67
5.3.4. Αλλαγή μεταλλικού τραχειοσωλήνα – Φροντίδα	69
5.3.5. Αναρροφήσεις	71
5.3.6. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τραχειοσωλήνα Cuff	74
5.3.7. Αλλαγή τραχειοσωλήνα με cuff	74
5.3.8. Αναρρόφηση μέσα από τραχειοσωλήνα με cuff	77
5.4. Αποκατάσταση ασθενούς με τραχειοτομή	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 83

6.1. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας	83
6.2. Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές – ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.	84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	88
7.1. Η συμβολή της νοσηλεύτριας(-τη) στο τελικό στάδιο της ζωής του αρρώστου	88
7.2. Φυσικές ανάγκες	89
7.3. Συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες	90
7.4. Συμπτωματική (ανακουφιστική) αγωγή	90
7.5. Αντιμετώπιση και βοήθεια της οικογένειας	93
7.6. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση προβλημάτων του ασθενούς με μόνιμη τραχειοτομία.	93
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII	
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	96
8.1. Πρωτογενής πρόληψη	96
8.2. Δευτερογενής πρόληψη	96
8.3. Τριτογενής πρόληψη	96
 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ, ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	103
- ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α	103
- ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β	114
 ΕΠΙΛΟΓΟΣ	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	127

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Προσφορά 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 καλή υγεία είναι κάτι που οι περισσότεροι θεωρούμε δεδομένο. Η απώλεια της οφείλετε συχνά σε αιτίες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Η προστασία της υγείας μας οφείλετε σε μεγάλο βαθμό στην κατανόηση των αιτιών που προκαλούν ασθένειες και άλλα προβλήματα έτσι ώστε να λάβουμε τα απαραίτητα μέτρα και να τα αποφύγουμε.

Η εργασία αυτή αναφέρεται στην ιατρική προσέγγιση του θέματος με στοιχεία ανατομίας – φυσιολογίας καθώς επίσης και στη συγκέντρωση των μεθόδων εξέτασεως του λάρυγγα, τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου καθώς επίσης και τη θεραπεία της.

Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού στις φάσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης του αρρώστου με καρκίνο του λάρυγγα, στα μέτρα φροντίδας που λαμβάνονται για την τραχειοτομή – τραχειοστομία καθώς και για την αντιμετώπιση προβλημάτων, αναγκών του ατόμου. Αναφέρεται ακόμη στη συμβολή των νοσηλευτών στο τελικό στάδιο της ζωής αλλά και στον τομέα πρόληψης για την καλύτερη πρόγνωση της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

«ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ»

ΛΑΡΥΓΓΑΣ

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

1.1. Σκελετός του λάρυγγα

Θυρεοειδής χόνδρος: Αποτελείται από δύο τετράπλευρα πέταλα που ενώνονται μπροστά στην θυρεοειδή γωνία και σχηματίζουν το λαρυγγικό έπαρμα ή μήλο του Αδάμ. Βρίσκεται αντίστοιχα προς τον 4^ο αυχενικό σπόνδυλο. Στο άνω μέρος του λαρυγγικού επάρματος βρίσκεται η θυρεοειδής εντομή. Προς τα πίσω τα δύο πέταλα υφίστανται και το οπίσθιο χείλος προεκτείνεται με τα άνω και κάτω κέρατα. Τα κάτω κέρατα φέρουν μικρή αρθρική επιφάνεια.

Η έξω επιφάνεια κάθε πετάλου εμφανίζει τη λοξή γραμμή, που απολήγει στο άνω και στο κάτω θυρεοειδές φύμα. Ο θυρεοειδής χόνδρος συνδέεται προς το υοειδές οστό με τους υοθυρεοειδείς συνδέσμους και τον υοθυρεοειδή υμένα, προς την επιγλωττίδα με τον θυρεοεπιγλωττιδικό σύνδεσμο, προς τον κρικοειδή χόνδρο με την κρικοθυρεοειδή άρθρωση και τον κρικοθυρεοειδή σύνδεσμο και προς τους αρυταινοειδείς χόνδρους με τους φωνητικούς συνδέσμους.

Κρικοειδής χόνδρος: Σε σχήμα δακτυλίου παρουσιάζει το πέταλο προς τα πίσω και το τόξο προς τα εμπρός. Το πέταλο φέρει 4 αρθρικές επιφάνειες για την σύνταξη με τους αρυταινοειδείς χόνδρους και τα κάτω κέρατα του θυρεοειδή χόνδρου. Συνδέεται επίσης προς την τραχεία με

τον κρικοτραχειακό σύνδεσμο και παρέχει πρόσφυση για τον ελαστικό κώνο.

Αρυταινοεοδείς χόνδροι: Έχουν σχήμα σκαλινής τετράπλευρης πυραμίδας. Η κορυφή στρέφεται προς τα άνω, συντάσσεται με τον μικρό κερατοειδή χόνδρο και συνδέεται προς την επιγλωττίδα με τον αρυταινοεπιγλωττιδικό σύνδεσμο. Η μακρύτερη απόφυση της βάσης λέγεται φωνητική, στρέφεται προς τα μπρος και παρέχει πρόσφυση για την φωνητική χορδή ή σύνδεσμο, η οποία καταφύεται στη γωνία του θυρεοειδούς χόνδρου. Από την ακμή και λίγο πάνω από την φωνητική απόφυση εκφύεται ο κοιλιαίος σύνδεσμος που καταφύεται στα πλάγια χείλη της επιγλωττίδας. Η δεύτερη απόφυση της βάσης λέγεται μυϊκή και παρέχει πρόσφυση για τους μυς που κινούν την κρικαρυταινοειδή διάρθρωση.

Επιγλωττίδα: Έχει σχήμα φύλλου και συντάσσεται προς την γωνία του θυρεοειδούς χόνδρου με το μίσχο. Το πέταλο είναι κυρτό προς τα μπρος και συνδέεται προς το υοειδές οστό με τον υοεπιγλωττιδικό σύνδεσμο.

Οι κερατοειδείς χόνδροι βρίσκονται στην άνω απόφυση των αρυταινοειδών χόνδρων. Ενώ οι σφηνοειδείς χόνδροι βρίσκονται μέσα στους πλάγιους υοθυρεοειδείς συνδέσμους.

Το άνω λαρυγγικό τμήμα στην υοθυρεοειδή μεμβράνη χρησιμεύει για την δίοδο του έσω κλάδου του άνω λαρυγγικού νεύρου και αγγείων.

1.2. Μύες του λάρυγγα

Διακρίνονται σε ετερόχθονες, που κινούν ολόκληρο τον λάρυγγα (λαρυγγοφαρυγγικός, προς τα πίσω και άνω, υοθυρεοειδής, προς τα άνω και στερνοθυρεοειδής προς τα κάτω) και αυτόχθονες που κινούν τις αρθρώσεις του λάρυγγα. Από τους αυτόχθονες μυς, ο θυρεοεπιγλωττιδικός και ο αρυταινοεπιγλωττιδικός φέρουν την

επιγλωττίδα προς τα πίσω και στενεύουν τον πρόδρομο του λάρυγγα. Οι υπόλοιποι αυτόχθονες μύες δρουν στην γλωττίδα (φωνητική σχισμή).

Μόνο ο οπίσθιος κρικαρυταινοειδής μυς ανοίγει την γλωττίδα ενώ οι υπόλοιποι την κλείνουν. Ο φωνητικός μυς δρα κυρίως στην τάση των φωνητικών χορδών.

Από λειτουργική άποψη διακρίνονται οι μύες τάσεως που διατείνουν το φωνητικό σύνδεσμο (και μαζί του τη φωνητική πτυχή) και οι μύες θέσεως που μέσω του αρυταινοειδούς χόνδρου ρυθμίζουν το εύρος της σχισμής της γλωττίδας.

Ενέργεια των μυών του λάρυγγα

Μύες τάσεως είναι ο κρικοθυροειδής και ο φωνητικός μυς. Ο κρικοθυροειδής μυς με σταθεροποιημένο το θυροειδή χόνδρο περιστρέφει τον κρικοειδή χόνδρο περί τους άξονες των κρικοθυροειδών διαρθρώσεων και έτσι κάνει μια χοντρική ρύθμιση της τάσεως των φωνητικών πτυχών.

Μύες θέσεως είναι όλοι οι υπόλοιποι εσωτερικοί μύες του λάρυγγα, που καταφύονται στους αρυταινοειδείς χόνδρους. Οι μύες θέσεως χωρίζονται σε ανοίγοντες και κλείνοντες τη σχισμή της γλωττίδας.

Ανοίγει το σύνολο της σχισμής της γλωττίδας μόνο ο οπίσθιος κρικαρυταινοειδής μυς. Με έλξη στη μυϊκή απόφυση ο αρυταινοειδής χόνδρος στρέφεται επάνω στο πέταλο του κρικοειδούς χόνδρου περί τον κατακόρυφο άξονα προς τα έξω και γέρνει λίγο προς τα πλάγια. Με αμφοτερόπλευρη ενέργεια απομακρύνονται και ανυψώνονται οι φωνητικές αποφύσεις και οι συνδεόμενοι με αυτές φωνητικοί σύνδεσμοι και η σχισμή της γλωττίδας διευρύνεται.

Ο πλάγιος κρικαρυταινοειδής μυς ανήκει και στις δύο ομάδες: Στους ανοίγοντες, επειδή ανοίγει τη μεσοχόνδρια μοίρα της σχισμής της γλωττίδας στρέφοντας τον αρυταινοειδή χόνδρο περί τον κατακόρυφο

άξονα προς τα μέσα, οπότε κινείται η φωνητική απόφυση προς τη μέση και έτσι με αμφοτερόπλευρη σύσπαση, η μεσοχόνδρια μοίρα σχηματίζει ένα τρίγωνο άνοιγμα και τους κλείνοντας επειδή κλείνει την μεσοϋμενώδη μοίρα της σχισμής της γλωττίδας πλησιάζοντας ταυτόχρονα μεταξύ τους τις φωνητικές αποφύσεις. Ο μυς κατά την περιστροφή του αρυταινοειδούς χόνδρου περί τον κατακόρυφο άξονα δηλαδή κατά τη σύγκλειση της μεσοϋμενώδους μοίρας, υποβοηθείται από το θυρεοαρυταινοειδή μυ.

Σύγκλειση και της μεσοχόνδριας μοίρας της σχισμής της γλωττίδας πετυχαίνουν ο λοξός αρυταινοειδής και ο εγκάρσιος αρυταινοειδής μυς, μετακινώντας τους δύο αρυταινοειδής χόνδρους κατά μήκος του άξονα της διαρθρώσεώς τους με τον κρικοειδή χόνδρο.

Εικ. Μύες του λάρυγγα

1.3. Διαρθρώσεις του σκελετού του λάρυγγα

Οι κινήσεις των διαρθρώσεων επηρεάζουν εν μέρει την απόσταση της φωνητικής απόφυσης από το θυρεοειδή χόνδρο, εν μέρει την

απόσταση των αρυταινοειδών χόνδρων και των φωνητικών τους αποφύσεων μεταξύ τους.

Στην κρικοθυρεοειδή διάρθρωση των δύο πλευρών, που γίνεται μεταξύ των κάτω κεράτων του θυρεοειδούς χόνδρου και του κρικοειδούς χόνδρου διενεργούνται περιστροφικές κινήσεις κυρίως περί έναν εγκάρσιο άξονα.

Η κρικαρυταινοειδής διάρθρωση μεταξύ του κρικοειδούς και του αρυταινοειδούς χόνδρου αποτελεί παραλλαγή κυλινδρικής διαρθρώσεως.

Η αρθρική επιφάνεια του αρυταινοειδούς χόνδρου έχει κοίλη – αυλακοειδή μορφή, η αντίστοιχη του κρικοειδούς χόνδρου είναι κυρτή. Δεν υπάρχει συγκράτηση από πλάγιους συνδέσμους. Ο άξονας είναι λοξός με κατεύθυνση από πίσω – έσω – πάνω, προς τα εμπρός – έξω – κάτω.

Στη διάρθρωση είναι δυνατές διάφορες κινήσεις. Με διολίσθηση κατά μήκος του άξονα μπορούν να πλησιάζουν μεταξύ τους κατά 2 mm περίπου οι δύο αρυταινοειδείς χόνδροι και οι φωνητικές αποφύσεις τους. Με περιστροφή περί του άξονα της διαρθρώσεως οι φωνητικές αποφύσεις ανυψώνονται και απομακρύνονται μεταξύ τους ή χαμηλώνουν και πλησιάζουν. Εκτός από αυτές, ο χαλαρός αρθρικός θύλακας επιτρέπει και περιστροφικές κινήσεις περί του επιμήκη άξονα του αρυταινοειδούς χόνδρου, που ομοίως μεταβάλλουν την απόσταση μεταξύ των φωνητικών αποφύσεων.

1.4. Σύνδεσμοι του λάρυγγα

Διακρίνονται ίδιοι σύνδεσμοι που συνδέουν τα μέρη του σκελετού μεταξύ τους και εξωτερικοί σύνδεσμοι, που στερεώνουν το λάρυγγα ως σύνολο μεταξύ του υοειδούς και της τραχείας.

Εικ. Υοειδές οστού και σύνδεσμοι λάρυγγα

Ίδιοι σύνδεσμοι. Ινοελαστικό ονομάζουμε τον υμένα του λάρυγγα που βρίσκεται κάτω από το Βλεννογόνο, αντιστοιχεί στον υποβλεννογόνιο και αποτελείται από πυκνά δίκτυα ελαστικών ινών. Στα τρία επίπεδα του λάρυγγα ο υμένας έχει διαφορετικό βαθμό αναπτύξεως.

Στην περιοχή της υπογλωττιδικής κοιλότητας ο υμένας λέγεται ελαστικός κώνος.

Οι φωνητικοί σύνδεσμοι είναι παχύνσεις των πάνω άκρων του ελαστικού κώνου και προς τα πίσω μεν στερεώνονται στις φωνητικές αποφύσεις των αρυταινοειδών χόνδρων, εμπρός δε στην εσωτερική πλευρά της θυρεοειδούς γωνίας.

Ο κρικοθυρεοειδής σύνδεσμος είναι πυκνή δεσμίδα του ελαστικού κώνου που επεκτείνεται εμπρός, στη μέση γραμμή, μεταξύ κρικοειδούς χόνδρου και κάτω χείλους του θυρεοειδούς χόνδρου.

Ο κοιλιαίος σύνδεσμος αποτελεί το κάτω ελεύθερο χείλος του τετράγωνου υμένα. Το χείλος αυτό του υμένα βρίσκεται μέσα στην κοιλιαία πτυχή και στερεώνεται δεξιά και αριστερά στην πρόσθια πλευρά του αρυταινοειδούς χόνδρου και στην εσωτερική επιφάνεια της θυρεοειδούς γωνίας, πάνω από την κατάφυση του φωνητικού συνδέσμου.

Εξωτερικοί σύνδεσμοι. Ο υοθυρεοειδής υμένας εκτείνεται μεταξύ άνω χείλους του θυρεοειδούς χόνδρου και υοειδούς οστού. Ενισχυμένες δεσμίδες ινών του υμένα ονομάζονται μέσος υοθυρεοειδής σύνδεσμος (μεταξύ άνω θυρεοειδούς εντομής και σώματος του υοειδούς οστού) και πλάγιοι υοθυρεοειδής σύνδεσμοι (μεταξύ άνω κέρατος και θυρεοειδούς χόνδρου και πίσω άκρου του μείζονος κέρατος του υοειδούς οστού).

1.5. Βλεννογόνος του λάρυγγα

Ο Βλεννογόνος της κοιλότητας του λάρυγγα παρουσιάζει τυπικές δομικές διαφορές στα διάφορα μέρη του λάρυγγα.

Το πολύστιβο μη κερατινοποιημένο πλακώδες επιθήλιο που καλύπτει το φάρυγγα και την πλευρά της επιγλωττίδας που βλέπει στη στοματική κοιλότητα συνεχίζεται σε ποικίλη έκταση στον πρόδρομο του λάρυγγα.

Ο συνδετικός ιστός του βλεννογόνου (χόριο) είναι χαλαρός στην είσοδο και στον πρόδρομο του λάρυγγα. Αντίθετα στις φωνητικές πτυχές ο βλεννογόμος συμφύεται στερεά με τους φωνητικούς συνδέσμους.

Παθολογική συλλογή υγρού στο συνδετικό ιστό του βλεννογόνου της εισόδου και του προδρόμου του λάρυγγα, λεγομένη οίδημα της γλωττίδας μπορεί να προκαλέσει ασφυξία.

Εικ. Εικόνα του λάρυγγα (κατά Pernkopf)

1.6. Αγγεία και νεύρα του λάρυγγα

Αγγεία: ο λάρυγγας αιματώνεται από τα άνω και κάτω θυρεοειδή αγγεία. Ανώτερα αγγεία προέρχονται από το αγγειονευρώδες δεμάτιο του τραχήλου για την κεφαλή, κατώτερα αγγεία από το αγγειονευρώδες δεμάτιο του τραχήλου για το άνω άκρο. Λεμφαγγεία φέρονται προς τους ανώτερους και τους κατώτερους εν τω βάθει τραχηλικούς λεμφαδένες.

Αρτηρίες: η άνω θυρεοειδής αρτηρία είναι ο πρώτος κλάδος της έξω καρωτίδας αρτηρίας. Φέρεται στον άνω πόλο του λοβού του θυρεοειδούς αδένα και διακλαδίζεται στην πρόσθια επιφάνειά του.

Προηγουμένως στέλνει την άνω λαρυγγική αρτηρία στο λάρυγγα. Ο κλάδος αυτός μαζί με τον έσω κλάδο του άνω λαρυγγικού νεύρου περνάει προς το εσωτερικό του λάρυγγα από ένα άνοιγμα στον υοθυροειδή υμένα.

Η κάτω θυροειδής αρτηρία είναι ο μεγαλύτερος κλάδος του θυροαυχενικού στελέχους και διακλαδίζεται στον κάτω πόλο του λοβού του θυροειδούς αδένα και στην πίσω πλευρά του. Η αρτηρία προχωρεί τοξοειδώς, πίσω από το αγγειονευρώδες δεμάτιο του τραχήλου για την κεφαλή, προς τα έσω και διαπερνάει το εν τω βάθει πέταλο της τραχηλικής περιτονίας, πίσω από το λοβό του θυροειδούς. Η αρτηρία δίνει προηγουμένως την κάτω λαρυγγική αρτηρία που προχωρεί προς τα πάνω, πίσω από την τραχεία, και μπαίνει μέσα από τον κάτω σφιγκτήρα του φάρυγγα στο πίσω και κάτω μέρος του λάρυγγα.

Φλέβες: από το ανώτερο μισό του λάρυγγα εκβάλλουν μέσω της άνω λαρυγγικής φλέβας στην άνω θυροειδή φλέβα που φέρνει αίμα από το ανώτερο μισό του θυροειδούς αδένα προς την έσω σφαγίτιδα φλέβα. Επί πλέον στην έσω σφαγίτιδα φλέβα φέρονται οι μέσες θυροειδείς φλέβες (χωρίς να συνοδεύουν αρτηρίες).

Η **λεμφική αποχέτευση** από το ανώτερο μισό του λάρυγγα και του θυροειδούς αδένα γίνεται προς τους ανώτερους εν τω βάθει τραχηλικούς λεμφαδένες, καθώς και σ' ένα λεμφαδένα που βρίσκεται κάτω από το υοειδές. Από το κάτω μισό του λάρυγγα και θυροειδή αδένα φέρονται λεμφαγγεία σε ένα λεμφαδένα εμπρός από τον κρικοειδή χόνδρο, στους παρατραχειακούς λεμφαδένες εμπρός από την τραχεία καθώς και στους μέσους και κατώτερους εν τω βάθει τραχηλικούς λεμφαδένες κατά μήκος της έσω σφαγίτιδας φλέβας.

Νεύρα: Το άνω λαρυγγικό νεύρο αφήνει το πνευμονογαστρικό νεύρο στο ύψος του κάτω γαγγλίου του και δίνει αμέσως τον λεπτό έξω κλάδο ο οποίος ως κινητικός κλάδος του άνω λαρυγγικού νεύρου στέλνει

μικρούς κλάδους στον κάτω σφιγκτήρα του φάρυγγα και φέρεται προς τα κάτω, κατά μήκος του λάρυγγα στον κρικοθυρεοειδή μυ. Ο αισθητικός κύριος κλάδος, ο έσω κλάδος διαπερνάει τον υοθυρεοειδή υμένα και νευρώνει το βλεννογόνο του λάρυγγα πάνω από τη σχισμή της γλωττίδας.

Το κάτω λαρυγγικό νεύρο είναι τελικός κλάδος του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου και ανεβαίνει στην αύλακα μεταξύ τραχείας και οισοφάγου προς το λάρυγγα. Δίπλα από το κάτω κέρασ του θυρεοειδούς χόνδρου μπαίνει μέσα από τον κάτω σφιγκτήρα του φάρυγγα και νευρώνει όλους τους εσωτερικούς μυς του λάρυγγα καθώς και το βλεννογόνο κάτω από τη σχισμή της γλωττίδας.

1.7. Φυσιολογία του λάρυγγα

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 έντασή της. Και όταν κατά τη φώνηση οι φωνητικές χορδές συμπίπτουν και εφάπτονται μεταξύ τους, παραμένει ανοικτή η αναπνευστική μοίρα της γλωττίδας για να μη διακοπεί η αναπνοή.

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

Για την παραγωγή της φωνής απαιτείται η δημιουργία ρεύματος αέρος, διερχόμενου δια μέσου στενής διόδου, ο σχηματισμός ηχητικών κυμάτων, με διαφόρου συχνότητας πυκνώσεως και αραίωσης 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 μέρη (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 φουερό 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 πίεση του. Τότε οι φωνητικές χορδές, που είναι ελαστικές (και με τη συμβολή συσπάσεως των θυρεοαρτυαινοειδών 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 σύσπαση 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 βρόγχος της φωνής που είναι το σημαντικότερο σύμπτωμα των παθήσεων του λάρυγγα.

Η προστατευτική λειτουργία του λάρυγγα συνιστάται αφενός μεν στην ενέργεια του σα σφικτήρα, 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

«ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ»

Διαγνωστικές εξετάσεις: Για να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής πάσχει από καρκίνο λάρυγγος γίνονται διάφορες εξετάσεις όπως: η έμμεση λαρυγγοσκόπηση που αποτελεί την πιο συνηθισμένη μέθοδο που εφαρμόζεται στην καθημερινή πράξη.

Για την εκτέλεσή της απαιτείται το γνωστό μετωπιαίο κάτοπτρο και το λαρυγγοσκόπιο, με σκοπό να δούμε την εικόνα της εξεταζόμενης περιοχής στην ανακλούσα επιφάνειά του, φωτίζοντάς την επαρκώς. Η άμεση λαρυγγοσκόπηση, η οποία γίνεται με ειδικό όργανο, παρέχει τη δυνατότητα λεπτομερέστατου ελέγχου της λαρυγγικής κοιλότητας, και ιδίως της υπογλωττιδικής μοίρας της.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις συμπεριλαμβάνουν και ιστολογική εξέταση που εκτελείται τις πιο πολλές φορές με τοπική αναισθησία.

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

2.1. Έμμεσος Λαρυγγοσκόπηση

Η εξέταση αυτή του λάρυγγα γίνεται με τη βοήθεια μικρού καθρέφτη που τοποθετείται στο φάρυγγα, μπορεί κανείς μέσω του στόματος να κοιτάξει μέσα στο λάρυγγα όταν ταυτοχρόνως η περιοχή φωτίζεται (π.χ. με τη βοήθεια κατόπτρου στο μέτωπο). Κανείς μπορεί να δει το άνω χείλος της επιγλωττίδας, τις αναδιπλώσεις του βλεννογόνου

από την επιγλωττίδα προς τους αρυταινοειδείς χόνδρους, τις δύο κοιλιαίες πτυχές και τις δύο φωνητικές πτυχές.

Ο ασθενής κάθεται μπροστά στον εξετάζοντα έχοντας το σώμα του κατακόρυφο και το κεφάλι του ελαφρώς προς τα εμπρός και προτρέπεται να βγάλει την γλώσσα του και να εκτελεί αναπνευστικές κινήσεις σαν λαχάνιασμα.

Η γλώσσα πιάνεται από τον εξετάζοντα με γάζα και έπειτα εισάγεται στη στοματική κοιλότητα το λαρυγγοσκόπιο.

Το λαρυγγοσκόπιο όταν πρόκειται για άνδρα πρέπει να έχει διάμετρο 26 χιλ. και 24 χιλ. όταν πρόκειται για γυναίκα.

Η εξέταση πρέπει να γίνεται λεπτομερειακά και συστηματικά είναι δε προτιμότερο να επαναλαμβάνεται. Πρώτα πρέπει να εξετάζεται η επιγλωττίδα, που συνήθως καλύπτει το εσωτερικό του λάρυγγα, μετά εξετάζονται τα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία, οι αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές και οι απιοειδείς βόθροι. Κατά την εξέταση εκτιμάται η χροιά του βλεννογόνου και αναζητείται η παρουσία τυχόν ανωμαλίας υπό μορφή οιδήματος, διογκώσεως, εξελκώσεως κλπ. στη συνέχεια εξετάζονται το εσωτερικό του λάρυγγα.

Μετά εξετάζεται η κινητικότητα του λάρυγγα. Η κίνηση εξετάζεται κατά την ήρεμο αναπνοή, όταν οι φωνητικές χορδές προσάγονται ελαφρά, παραμένουν όμως σε διάσταση. Κατά την βίαιη εισπνοή η απαγωγή των χόνδρων είναι μεγαλύτερη. Στην φώνηση οι φωνητικές χορδές προσάγονται, σχεδόν εφάπτονται, παρατηρείται μικρή σχισμή μεταξύ τους και δονούνται. Αν το άτομο παρουσιάζει αυξημένα αντανεκλαστικά, καταστέλλονται αυτά με ψεκασμό ή με επάλειψη του φάρυγγα με κάποιο αναισθητικό.

2.2. Άμεσος Λαρυγγοσκόπηση

Η εξέταση αυτή πραγματοποιείται χωρίς κάτοπτρο. Μπορεί κανείς να δει μέσα στο λάρυγγα, όταν ο ασθενής εκτείνει την κεφαλή έντονα προς τα πίσω και φέρει την γλώσσα προς τα εμπρός. Χρησιμοποιείται το γλωσσοπίεστρο του λαρυγγοσκοπίου. Η εξέταση αυτή γίνεται συνήθως σε μικρά παιδιά και γενικά σε περιπτώσεις που η έμμεσος λαρυγγοσκόπηση είναι αδύνατη και σε επεμβάσεις όπως αφαίρεση ξένου σώματος και για λήψη τεμαχίου για ιστολογική εξέταση. Γίνεται με άμεσο λαρυγγοσκόπιο, με τοπική αναισθησία ή γενική νάρκωση. Ο εξεταστής κρατάει το λαρυγγοσκόπιο προς τον ασθενή και με το άλλο χέρι απομακρύνει το άνω χείλος αυτού. Μπαίνει τότε το λαρυγγοσκόπιο στο στόμα και με ολίσθημα αυτού στο δεξιό μισό της ράχης της γλώσσας, φέρεται προς τα πίσω προς τη μέση γραμμή, μέχρι να συναντήσει την επιγλωττίδα. Όταν το ρύγχος του λαρυγγοσκοπίου προσπεράσει την επιγλωττίδα φέρεται μέσα στον πρόδρομο του λάρυγγα. Με τον τρόπο αυτό επισκοπείται το εσωτερικό του λάρυγγα και ελέγχεται λεπτομερέστατα η επιγλωττιδική μοίρα. Αν η πρόσθια γωνία δεν είναι ορατή, πιέζεται ο θυρεοειδής χόνδρος έξω προς τα πίσω και πάνω.

2.3. Μικρολαρυγγοσκόπηση

Κατά την μέθοδο αυτή, η οποία γίνεται με γενική ενδοτραχειακή νάρκωση, χρησιμοποιείται ειδικό λαρυγγοσκόπιο, σαν φωτεινή πηγή χρησιμοποιείται ο φωτισμός του ωτομικροσκοπίου, το οποίο εστιαζόμενο κατάλληλα φωτίζει το λάρυγγα του ασθενούς μέσω του λαρυγγοσκοπίου. Ταυτόχρονα επιτυγχάνεται και η απαιτούμενη μεγέθυνση, ενώ η αύξηση της εστιακής απόστασης κατορθώνεται με προσάρτηση αντικειμενικού φακού F – 400.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι σημαντικά διότι εκτός της πλήρους ακινησίας, η υπό μεγέθυνση επισκόπηση του λάρυγγα και του

λαρυγγοφάρυγγα συμβάλλει ιδιαίτερα στη διάγνωση πολλών παθήσεων. Επίσης κατά τους διάφορους χειρισμούς αποφεύγονται μικροτραυματισμοί υγιών στοιχείων και η αφαίρεση μικρών, καλοηθών κυρίως όγκων, είναι πλήρης.

2.4. Στραβοσκόπηση

Με την στραβοσκόπηση του λάρυγγα επιτυγχάνεται η ακριβέστερη διερεύνηση των φωνητικών χορδών, διότι οι δονούμενες φωνητικές χορδές φαίνονται με το λαρυγγοσκόπιο σε πλήρη σχεδόν ακινησία. Αυτό επιτυγχάνεται με την ηλεκτρονική μετατροπή λαρυγγικών ήχων οι οποίοι προσλαμβάνονται από μικρόφωνο, τοποθετημένο στο λαιμό αντίστοιχα του λάρυγγα σε στραβοσκοπικές λάμπες, οι οποίες καθιστούν δυνατή την ορατότητα της δονούμενης φωνητικής χορδής σχεδόν σε ακινησία.

Με την λαρυγγοστραβοσκόπηση είναι δυνατόν να οδηγηθούμε στη σκέψη δημιουργούμενης ενδεχομένως νεοπλασματικής εξεργασίας σε πολύ αρχικό στάδιο, πράγμα το ποίο με γυμνό οφθαλμό είναι τελείως αδύνατο.

2.5. 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 κάτω λαρυγγικό νεύρο. Από την ερμηνεία των καμπύλων αυτών γίνεται η διάγνωση της ενδεχόμενης βλάβης.

2.6. Ακτινολογική εξέταση

Ο ακτινολογικός έλεγχος του λάρυγγα αποτελεί σημαντικό βοήθημα για τη διάγνωση διαφόρων παθολογικών καταστάσεων αυτού. Από τις διάφορες ακτινογραφικές μεθόδους η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη σήμερα στην κλινική είναι η πλάγια ακτινογραφία και η προσθιοπίσθια τομογραφία.

Σε φυσιολογικό λάρυγγα παρατηρείται αρμονική σχέση των διαφόρων ανατομικών στοιχείων, όπως η θέση του υοειδούς οστού, της επιγλωττίδας, του θυρεοειδούς χόνδρου και του κρικοειδούς.

α) Η προσθιοπίσθια τομογραφία του λάρυγγα παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον, διότι με αυτή γίνεται εφικτή η διαγραφή των μαλακών μορίων του λάρυγγα χωρίς την παρεμβολή της σκιάς της σπονδυλικής στήλης. Περιγράφεται η υπογλωττιδική μοίρα σε διάφορα επίπεδα, γίνεται εφικτή η εντόπιση κάποιας νεοπλασίας μικρού μεγέθους, η οποία καμιά φορά, διαφεύγει την προσοχή κατά την λαρυγγοσκόπηση.

Ο ακτινολογικός έλεγχος έχει ιδιαίτερη σημασία διότι με αυτόν γίνεται σαφής η διάγνωση σε περίπτωση εξωτερικής λαρυγγοκήλης διότι από την ακτινογράφιση διαφαίνεται η από αυτήν προκαλούμενη αεροφόρος κοιλότητα.

β) Λαρυγγογραφία. Αυτή συνίσταται στην έγχυση μέσα στο λάρυγγα μετά από τοπική αναισθησία, ενός σκιαγραφικού διαλύματος (DONOSYL) και τη λήψη ακτινογραφίας.

Με τη μέθοδο αυτή σκιαγραφείται η εσωτερική επιφάνεια του λάρυγγα και ελέγχονται τυχόν ανωμαλίες αυτής.

γ) Ξηρογραφία. Αυτή στηρίζεται στην στη φωτοαγωγιμότητα του σεληνίου. Μια πλάκα από αλουμίνιο σκεπάζεται με λεπτό στρώμα σεληνίου. Με την επίδραση των ακτινών X γίνονται μεταβολές στο ηλεκτροστατικό πεδίο της πλάκας, με τις οποίες απεικονίζονται τα μαλακά μόρια του λάρυγγα πολύ καθαρά στην ακτινογραφία.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι ότι απαιτεί 20πλάσια ποσότητα ακτινοβολίας συγκριτικά με την απλή ακτινογραφία.

2.7. Ψηλάφηση του Τραχήλου

Απαραίτητη συμπλήρωση της λαρυγγολογικής εξέτασης είναι η ψηλάφηση της τραχηλικής χώρας στο σύνολό της. Έτσι ελέγχεται η συμμετρία των ανατομικών στοιχείων, τυχόν διήθηση των λεμφογαγγλίων, κάποια ανωμαλία της κινητικότητας του λάρυγγα.

2.8. Ενδοσκόπηση με εύκαμπτα Ενδοσκόπια

Ο τρόπος της εξέτασης αυτής αποτελεί την τελική φάση της μεθόδου σύγχρονης ενδοσκόπησης της μύτης, του ρινοφάρυγγα και του λάρυγγα.

Το χρησιμοποιούμενο εύκαμπτο ρινοφαρυγγολαρυγγοσκόπιο είναι ελαστικός σωλήνας που έχει μήκος 25 εκ. και διάμετρο περίπου 4 χιλ. Είναι οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα, μπορεί να περιγράφεται 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 την ρινική θάλαμη και ωθούμενο προς τα πίσω εισέρχεται στο ρινοφάρυγγα. Εν συνεχεία ωθούμενο περισσότερο, φθάνει στην επιγλωττίδα και στη συνέχεια στον πρόδρομο του λάρυγγα. Κατά την διαδρομή αυτή γίνεται η επισκόπηση αλληλοδιαδόχως των περιοχών από τις οποίες περνά το ενδοσκόπιο. Η εκτέλεση γίνεται με τοπική αναισθησία δια ψεκασμού με επιφανειακό αναισθητικό. Για την διευκόλυνση της διόδου του ενδοσκοπίου πρέπει αυτό να επαλείφεται με κατάλληλη αλοιφή.

2.9. Ενδοσκόπηση με άκαμπτα Ενδοσκόπια

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

Το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο άκαμπτο λαρυγγοφαρυγγοσκόπιο των 90° κατά STUCTARD 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 του άκρο βρίσκεται το προσοφθάλμιο σύστημα, η λαβή του ενδοσκοπίου και τα διάφορα εξαρτήματα της λειτουργίας του (για την μεγέθυνση της εικόνας, την προσαρμογή της φωτογραφικής μηχανής).

Η εκτέλεση της ενδοσκοπήσεως γίνεται χωρίς κανένα είδος αναισθησίας. Ο αυλός του ενδοσκοπίου εισάγεται στο στόμιο 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 αναγραφεί ο αυλός του ενδοσκοπίου με τον αντικειμενικό φακό προς τα πάνω, γίνεται και επισκόπηση του ρινοφάρυγγα.

Η μέθοδος είναι πολύ απλή και η εξέταση γίνεται άνετα.

2.10. Υπερηχογλωττιδογραφία

Είναι νεότατη μέθοδος ελέγχου της κινητικότητας των φωνητικών χορδών με υπέρηχους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

3.1. Κόμβοι των φωνητικών χορδών και πολύποδες

Πρόκειται περί ινωμάτων, τα οποία είναι δυνατόν να εμφανιστούν 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, σε τραγουδιστές. Λαρυγγοσκοπικώς εμφανίζονται υπό μορφή δύο μικρών οζιδίων 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 πλατειά 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. Οζοι των φωνητικών χορδών

Η συμπτωματολογία των ινωμάτων χαρακτηρίζεται από βράγχος φωνής. Μισχωτός πολύποδας που κρέμεται κάτω από το χείλος της χορδής κατά τη φώνηση δεν παρεμβάλλεται πάντοτε μεταξύ των φωνητικών χορδών. Εξαιτίας αυτού, βράγχος φωνής εμφανίζεται όταν αυξηθεί σχετικά σε μέγεθος. Επί παρεμβολής του πολύποδα μεταξύ των φωνητικών χορδών, 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 την έμμεση λαρυγγοσκόπηση και τοπική αναισθησία, είτε με την άμεση λαρυγγοσκόπηση υπό γενική νάρκωση. Ο αφαιρεθείς πολύποδας πάντα πρέπει να στέλνεται για ιστολογική εξέταση, γιατί μπορεί να υποκρύπτει κακοήθης νεοπλασία.

3.2. 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 απαντά στους ενήλικες και κατά προτίμηση στους άνδρες. Είναι συνηθέστερα μικρός αλλά και συχνά αρκετά μεγάλος όγκος, με μίσχο ή με πλατειά βάση, που εκφύεται κατά το πλείστον από τις γνήσιες φωνητικές χορδές και σπανιότερα από τις νόθες ή την υπογλωττιδική μοίρα. Έχει χρώμα κοκκινωπό και επιφάνεια ανώμαλη. Το συνηθέστερο σύμπτωμά του είναι βράγχος της φωνής.

Η διάγνωσή 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 δια λαρυγγοσκοπήσεως ή αν είναι μεγάλο με θυρετομία.

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 βάση ή με μίσχο. Κύριο σύμπτωμά τους είναι το βράγχος της φωνής, που πολλές φορές συνοδεύεται και με αναπνευστικό συριγμό ή και δύσπνοια.

Η διάγνωσή 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 θηλωμάτων. Γι' αυτό μόνο αν υπάρχει αναπνευστικό πρόβλημα γίνεται αφαίρεσή τους με

ενδοσκόπηση και με προσοχή να μην θιγούν οι φωνητικές χορδές. Αν το παιδί όμως παρουσιάζει έντονη δύσπνοια επιβάλλεται η τραχειοτομία. 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 ή εφαρμόζονται υπέρηχοι. Η ακτινοβολία πρέπει να αποφεύγεται, γιατί έχει δυσμενή επίδραση στην ανάπτυξη του λάρυγγα. Τελευταία εφαρμόζεται με κάποια επιτυχία η αφαίρεση των θηλωμάτων με ακτίνες LASER.

3.3. Χονδρώματα 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 ένταση της επεμβάσεως είναι ανάλογη με την περίπτωση. Σε μεγάλους όγκους είναι ενδεχόμενο να χρειαστεί και ολική λαρυγγεκτομή.

3.4. Σπανιότεροι καλοήθεις όγκοι

Στην περίπτωση αυτοί 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, μίξωμα και λίπωμα καθώς επίσης και λαρυγγοκήλη. Κύστες όμως εμφανίζονται συχνότερα, κυρίως στην γλωσσική επιφάνεια της επιγλωττίδας.

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

3.5. Καρκίνος του λάρυγγα

Αποτελεί το συχνότερο κακοήθη όγκο των ωτών-ρινός-λάρυγγα και τραχήλου και σε ποσοστό 2 έως 3% του συνόλου των κακοηθών νεοπλασμάτων του ανθρώπινου σώματος.

Η νόσηση αφορά τη μέση και την μετέπειτα ηλικία όμως μπορεί να εμφανιστεί και σε προγενέστερη ηλικία. Οι αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στον άνθρωπο έχουν αλλάξει ριζικά σε σύγκριση με την κατάσταση που υπήρχε στην αρχή του αιώνα. Οι πρόοδοι που σημειώθηκαν στην ιατρική (πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών) στην φαρμακολογία (αντιβιοτικά, αντιυπερτασικά φάρμακα, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, αντιοξειδωτικές ουσίες κλπ) και την υγιεινή (κατάψυξη τροφίμων, βελτίωση της διατροφής, καθαρό πόσιμο νερό, αποχέτευση και διάθεση αποβλήτων) αύξησαν δραματικά την διάρκεια ζωής του ανθρώπου.

3.6. Επιδημιολογικά στοιχεία – Συχνότητας – Θνησιμότης

Κάθε χρόνο εμφανίζονται στις ΗΠΑ 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. Δεν έχει βρεθεί κανένας αιτιολογικός παράγοντας που να εξηγεί τη μεγάλη ποικιλία διαφόρου εντοπίσεως του καρκίνου του λάρυγγα παγκοσμίως.

Η ποσοστιαία συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα, σε σχέση με την ηλικία παρουσιάζει παγκοσμίως μεγάλη ανομοιογένεια.

Ένα από τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρείται στη Βομβάη: 196,8 ανά 100.000 κατοίκους σε ηλικίες άνω των 75 ετών.

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

Στη Βομβάη ο καρκίνος του λάρυγγα είναι πρώτος σε συχνότητα μεταξύ των Μουσουλμάνων, Βουδιστών και Σιχ. Είναι δεύτερος σε συχνότητα στους Βουδιστές ενώ είναι δέκατος τέταρτος σε συχνότητα στους Πάρσις. 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 μασάνε.

Η συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα στις γυναίκες είναι εξαιρετικά μικρότερη σε σχέση με τους άνδρες και πιθανότητα έχει σχέση με τη διαφορά χρήσης του καπνού και του οινοπνεύματος καθώς επίσης και με τις επαγγελματικές ασχολίες μεταξύ ανδρών 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 πιθανότητα στο κάπνισμα.

Η συνεχής αύξηση όμως της συχνότητας καρκίνου του λάρυγγα στους μαύρους τη δεκαετία του 1970 δεν φαίνεται να οφείλεται καθ' ολοκληρία στο κάπνισμα, διότι είναι πολύ πιο σημαντικό σε σχέση με την αύξηση του καρκίνου του πνεύμονα στον ίδιο πληθυσμό. Η συχνότητα για το λευκό πληθυσμό έχει αυξηθεί ελάχιστα από την εποχή της δεύτερης δημογραφικής έρευνας του καρκίνου στις Η.Π.Α. Μια μικρή, αλλά σταθερή μείωση της συχνότητας του καρκίνου του λάρυγγα έχει παρατηρηθεί σε όλες τις ηλικίες μεταξύ των χρονικών περιόδων 1968 – 1972 και 1973 – 1974 στη Βομβάη ενώ η συχνότητα έχει παραμείνει σταθερή στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας.

Συνολικά περισσότερο από το 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.

3.7. 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 μεταλλάσσεται πριν από την ανάπτυξη του καρκινώματος σε πλακώδες πιθανόν από την επίδραση του καπνίσματος ή τις ρυπαντικές ουσίες της ατμόσφαιρας.

Ιστολογικώς πρόκειται για καρκίνωμα που προέρχεται από πλατύ επιθήλιο αδιαφοροποίητο ως τελείως διαφοροποιημένο. Η μορφή αυτή είναι η συχνότερη. Μπορεί όμως να εμφανίζεται αδenoκαρκίνωμα ή λεμφοεπιθηλιακό καρκίνωμα προερχόμενο από τους βλενογόνους αδένες.

Ο καρκίνος του λάρυγγα μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο της λαρυγγικής κοιλότητας. Οι διάφορες όμως εντοπίσεις του ταξινομούνται στις τέσσερις κατηγορίες.

1. Υπεργλωττιδική: όταν η εντόπιση περιορίζεται σε περιοχή που εκτείνεται από το ελεύθερο χείλος της επιγλωττίδας μέχρι και τις νόθες φωνητικές χορδές.
2. Γλωττιδική: όταν η εντόπιση αφορά τις γνήσιες φωνητικές χορδές. Το κάτω όριο της επέκτασης του όγκου, για να χαρακτηριστεί ως γλωττιδική, δεν πρέπει να υπερβαίνει το 1 cm (εκατοστό) από το ελεύθερο χείλος της χορδής.
3. Υπογλωττιδική: όταν ο όγκος βρίσκεται στην υπογλωττιδική περιοχή της οποίας το άνω όριο να απέχει 1 cm (εκατοστό) από το ελεύθερο χείλος των γνήσιων φωνητικών χορδών.
4. Διαγλωττιδική: όταν οι όγκοι διέρχονται μέσω της λαρυγγικής κοιλίας για να καταλάβουν τις νόθες και τις γνήσιες φωνητικές χορδές.

Η αρχική έκφυση του καρκίνου άλλοτε ταχύτερα και άλλοτε βραδύτερα επεκτείνεται στους γύρω ιστούς με διήθηση του βλεννογόνου ή του υποβλεννογόνου και στη συνέχεια έξω από τη λαρυγγική κοιλότητα, κυρίως με την λεμφική και σπανιότερα με την αιματική οδό. Η ευχέρεια και η συχνότητα της μεταστάσεως του καρκίνου του λάρυγγα στα τραχηλικά λεμφογάγγλια εξαρτάται κυρίως από την πυκνότητα του λεμφικού δικτύου της περιοχής, στην οποία εντοπίζεται αρχικά ο όγκος.

Οι υπεργλωττιδικοί και οι υπογλωττιδικοί καρκίνοι κάνουν ευκολότερα και ταχύτερα τραχηλικές μεταστάσεις σε αντίθεση από τους καρκίνους των γνήσιων φωνητικών χορδών που κάνουν μεταστάσεις σπανιότερα και σε πολύ προχωρημένα στάδια.

3.8. Παράγοντες επικινδυνότητας

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

Από στατιστικά στοιχεία διαφόρων χωρών και ολοκληρωμένες επιδημιολογικές μελέτες οι βασικές αιτίες για ανάπτυξη καρκίνου του λάρυγγα παρουσιαζόταν να είναι η διατροφή, το κάπνισμα, τα οινοπνευματώδη ποτά, οι εκθέσεις στο εργασιακό περιβάλλον, οι μολύνσεις, η έκθεση σε ακτινοβολίες και η ρύπανση του περιβάλλοντος.

3.8.1. Ο καπνός ως παράγων επικινδυνότητας

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 3.900 χημικές ουσίες, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία. Είναι γνωστό ότι επιδρά συνεργικά με άλλους καρκινογόνους παράγοντες σε μηχανισμούς καρκινογένεσης. Το κάπνισμα αποτελεί το σημαντικότερο εξωγενή παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας στον άνθρωπο.

Σε μια μελέτη που άρχισε ο Dorn και τελείωσε ο Kahn το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του λάρυγγα των ατόμων που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα ημερησίως ήταν 15 ανά 100.000, 10 ανά 100.000 ήταν γι' αυτούς που καπνίζουν 21 – 39 τσιγάρα ημερησίως, 5,4 ανά 100.000 ήταν γι' αυτούς που κάπνιζαν 10 – 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 άτομα που καπνίζουν πίπα το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 5 ανά 100.000.

Το ποσοστό θνησιμότητας για τους πρώην καπνιστές ήταν 3,9 ανά 100.000.

Η πλειονότητα των μελετών αποδεικνύει ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας αυξημένης επικινδυνότητας για την εμφάνιση καρκίνου του λάρυγγα.

Όσον αφορά το μάσημα καπνού στους άνδρες ο σχετικός δείκτης επικινδυνότητας ήταν διπλάσιος σε σχέση με τους μη καπνιστές ενώ

όσον αφορά στις γυναίκες ο σχετικός δείκτης επικινδυνότητας ήταν 28πλάσιος σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Στη μελέτη των Wynder και Stellman διαπιστώνεται ότι οι πρώην καπνιστές μειώνουν το σχετικό δείκτη επικινδυνότητας από 14,3 στο 2,5 σε σχέση με τους μη καπνιστές μετά από χρονικό διάστημα 16 ετών διακοπής του καπνίσματος.

3.8.2. Το αλκοόλ – οينوπνευματώδη

Διάφορες μελέτες ομιλούν για αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα στους αλκοολικούς. Από τα συνδυασμένα αποτελέσματα τριών από τις μελέτες αυτές υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος θνησιμότητας από καρκίνο του λάρυγγα στους αλκοολικούς ήταν 7 φορές μεγαλύτερος.

Σε μια μελέτη που έγινε στους εργαζόμενους σε ζυθοβιομηχανία στη Δανία και οι οποίοι έπαιρναν δωρεάν 6 μπουκάλια μύρας ημερησίως υπολογίστηκε ότι οι εργαζόμενοι για 30 ή περισσότερα χρόνια στην εταιρεία παρουσιάζουν σχετικό δείκτη επικινδυνότητας 3,7.

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

3.8.3. Συνεργία καπνού – οينوπνεύματος

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

Ο δείκτης συνεργίας που υπολογίζεται από το αποτέλεσμα της συνθέτου εκθέσεως διαιρούμενης από το άθροισμα των αποτελεσμάτων κάθε μιας εκθέσεως χωριστά, ενώ φυσιολογικά όταν δεν υφίσταται συνεργία είναι 1, για μέτρια χρήση οινοπνεύματος και καπνού υπολογίζεται 2,5.

3.8.4. Διαιτητικές συνήθειες

Ένα από τα περισσότερα αμφιλεγόμενα επιστημονικά θέματα, αποτελεί η σχέση μεταξύ καρκίνου και διατροφής. Όταν αναφέρεται ότι κάποιο τρόφιμο μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο δεν υπονοείται ότι αυτό προστατεύει και από τον καρκίνο. Σήμερα θεωρείται ότι στους παράγοντες στους οποίους αποδίδεται ο καρκίνος, η διατροφή αποτελεί το 35% ενώ το κάπνισμα το 30%, το οινόπνευμα 3% και τα πρόσθετα τροφίμων 0,5%. Δηλαδή κατάλληλη τροποποίηση στις διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου μπορούν να τον προστατεύσουν ώστε να αποφευχθεί ένας μεγάλος αριθμός καρκίνων.

Η τροφή περιέχει καρκινογόνες ουσίες οι οποίες είναι είτε φυσικά προϊόντα της τροφής, είτε πρόσθετα τροφίμων, είτε υπολείμματα φυτοφαρμάκων κλπ. είτε τέλος κατάλοιπα που εισέρχονται στην τροφική αλυσίδα.

Βρέθηκε ότι στα άτομα που η λήψη βιταμίνης Α και C ήταν κατώτερη του 1/3 της ημερήσιας απαιτούμενης, παρουσίαζαν τριπλάσιο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου του λάρυγγος σε σχέση με τα άτομα που είχαν κανονική ή και λίγο μεγαλύτερη λήψη των ίδιων βιταμινών. Υπογραμμίζεται θεωρητικά ότι επιπρόσθετα από τις βιταμίνες Α και C μικροίχνοστοιχεία παρόντα σε τροφές πλούσιες στις βιταμίνες αυτές

παίζουν ίσως κάποιο προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του λάρυγγα.

3.8.5. Επαγγελματικοί παράγοντες

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 οινόπνεύματος. Οι εργάτες που είναι εκτεθειμένοι στην άσβεστο, καθώς και εργαζόμενοι σε μεταλλουργίες (ψυχρά και θερμά μέταλλα) και νηματουργίες έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα. Πολλές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι ο άσβεστος σχεδόν διπλασιάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα, ακόμα κι αν διακοπεί το κάπνισμα. Οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες υαλοβάμβακος έχουν κι αυτοί αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα, όπως αποδείχθηκε από δύο μελέτες που έγιναν στην Γαλλία και στην Ιταλία.

Ερευνητές επίσης παρατήρησαν ότι το προσωπικό σε βιομηχανίες δέρματος είχε τριπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα ακόμη κι 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.

Οι Olsen και συνεργάτες σε μελέτη που διεξήγαγαν στη Δανία, παρατήρησαν ότι οι εκτιθέμενοι σε καπνούς συγκολλησεως 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 συνθήκες εργασίας, έχουν οι ελαιοχρωματιστές και οι εργάτες σε διωλιστήρια πετρελαίου.

3.9. Συμπτωματολογία – Κλινική Εικόνα

Συνήθως οι άρρωστοι είναι πάνω από 50 ετών και έχουν ιστορικό κατάχρησης καπνού και οιοπνευματωδών ποτών. Η επίπτωση λαρυγγικών νεοπλασμάτων συνδέεται επίσης με χρόνια λαρυγγίτιδα, φωνητική τάση, έκθεση σε ατμοσφαιρικούς ρύπους και ερειστικές ουσίες και οικογενειακή προδιάθεση.

Πρώιμο σύμπτωμα του ενδογενούς καρκίνου του λάρυγγα είναι το επίμονο βράγχος φωνής. Ο άρρωστος με επιγλωττιδικό καρκίνο μπορεί να παραπονιέται για πόνο και αίσθημα καύσου στο λαιμό όταν πίνει ζεστά υγρά ή χυμούς εσπεριδοειδών. Μπορεί να αισθάνεται την ύπαρξη μάζας στο λαιμό. Το όψιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσφαγία, δύσπνοια, τραχύτητα φωνής και δύσοσμη αναπνοή. Διόγκωση τραχηλικών αδένων, απώλεια βάρους, γενική αδυναμία και πόνος, που ακτινοβολεί στο αυτί, μπορεί να υποδηλώνουν μετάσταση.

Ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου αναλυτικότερα έχουμε και ανάλογα συμπτώματα.

Οι υπεργλωττιδικοί όγκοι είναι δυνατόν να εξελιχθούν για μεγάλο διάστημα χωρίς συμπτώματα. Τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι: αίσθημα ξένου σώματος στο φάρυγγα, ασαφές αίσθημα ερεθισμού, αυξημένη απόχρεμψη και δύσοσμη αναπνοή από την εξέλκωση της νεοπλασίας. Αρχική εκδήλωση αποτελεί συχνά και η διόγκωση ενός τραχηλικού λεμφογαγγλίου. Ακολούθως είναι δυνατό να εμφανίζονται δυσκοκαταποτικά φαινόμενα. Η συμπτωματολογία αυτή εξηγείται από την εντόπιση του καρκινώματος που προκαλεί δυσκαμψία της επιγλωττίδας και της προεπιγλωττιδικής περιοχής (διήθηση, αφοειδή).

Οι γλωττιδικοί όγκοι εμφανίζουν πάντα ως πρώτο σύμπτωμα το βράγχος φωνής. Η αλλοίωση της φωνής οφείλεται στην παρεμβολή του όγκου μεταξύ των φωνητικών χορδών ή στον περιορισμό ή στην κατάργηση της κινητικότητας αυτών από την έκταση του καρκίνου στο

φωνητικό μυ, την κρικαρυταινοειδή διάρθρωση ή και τα κάτω λαρυγγικά νεύρα.

Είναι δυνατόν το βράγχος της φωνής αρχικά να μην είναι συνεχές αλλά να εμφανίζεται κατά περιόδους και να αποδίδεται από λάθος σε κοινό κρυολόγημα. Το βράγχος της φωνής που επιμένει περισσότερο από δύο βδομάδες, πρέπει να θεωρείται ύποπτο και πάντοτε να ελέγχεται. Κατά την συνέχεια της διαδρομής της νόσου το βράγχος της φωνής συνεχώς επιδεινώνεται, άλλοτε γρήγορα και άλλοτε πολύ αργά μέχρι που ο όγκος καθώς αυξάνεται, να προκαλέσει στένωση του αυλού του λάρυγγα, οπότε εμφανίζονται δυσπνοϊκά φαινόμενα και τελικά αναπνευστικός συριγμός.

Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι το καρκίνωμα των φωνητικών χορδών κατά το αρχικό του στάδιο είναι πρακτική καλοήθης πάθηση (90% πενταετής ίαση). Η πρώιμη αναφορά των συμπτωμάτων και η πρώτη εξέταση είναι ο πιο αποφασιστικός παράγοντας σχετικά με την πιθανότητα να επιζήσει ο άρρωστος.

Οι υπογλωττιδικοί όγκοι: εκδηλώνονται με βράγχος φωνής λόγω διήθησης της φωνητικής χορδής και με δύσπνοια λόγω στένωσης του αυλού του λάρυγγα.

3.10. Διάγνωση

Η διάγνωση τις περισσότερες φορές γίνεται από το αναμνηστικό, από την ψηλάφηση και από τα ευρήματα της λαρυγγοσκόπησης. 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 ψηλάφηση του τραχήλου έχει ιδιαίτερη σημασία. Η παρουσία διογκωμένων τραχηλικών λεμφογαγγλίων οφείλονται ενδεχομένως σε μετάσταση του καρκίνου. Η απουσία λαρυγγικού κριγμού, καθώς και η διαπλάτυνση του λάρυγγα και η ανεύρεση μάζας σε επαφή με αυτόν, υποδηλώνουν εξωλαρυγγική επέκταση του όγκου. Η έμμεση και άμεση λαρυγγοσκόπηση παραμένουν οι πιο σημαντικές μέθοδοι για την διάγνωση του καρκίνου της λαρυγγικής κοιλότητας.

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

Κατά την λαρυγγοσκόπηση, σε καρκίνωμα των φωνητικών χορδών, διακρίνουμε ότι η μια φωνητική χορδή είναι εξέρυθρη, παχυμένη, υβώδης μερικές φορές ελκώδης και καλυμμένη με στρώμα ινικής. Μεγάλη σημασία κατά τη λαρυγγοσκόπηση έχει επίσης η παρατήρηση της κινητικότητας της φωνητικής χορδής που έχει προσβληθεί. Περιορισμός ή αναστολή της κινητικότητας της φωνητικής χορδής υποδηλώνουν διηθητική επέκταση του νεοπλάσματος, με προσβολή της περιοχής του αρυταινοειδούς χόνδρου. Μερικές φορές η επισκόπηση της πρόσθιας εντομής είναι δύσκολη, ιδίως όταν η επιγλωττίδα εξαιτίας ανώμαλης θέσης την καλύπτει. Στις περιπτώσεις αυτές με τη βοήθεια τοπικής αναισθησίας και ενός κατάλληλου

αγκίστρου επιτυγχάνεται η έλξη της επιγλωττίδας προς τα εμπρός και η παρατήρησή της. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται επίσης η επισκόπηση του προδρόμου του λάρυγγα και της λαρυγγικής επιφάνειας της επιγλωττίδας.

Τα καρκινώματα της υπεργλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα εμφανίζονται με μορφή υβώδους διογκώσεως ή σαν σαρκοφυούσες ελκώσεις με χείλη που έχουν σηκωθεί πολύ. Εμφανίζεται αρχικά ο όγκος στην περιοχή του προδρόμου του λάρυγγα και παρουσιάζει τάση για επέκταση.

Το καρκίνωμα της υπογλωττιδικής μοίρας είναι δυνατόν να μην γίνει ορατό με την έμμεση λαρυγγοσκόπηση, όμως σε σοβαρή υποψία πρέπει να γίνεται άμεση λαρυγγοσκόπηση.

Τα ευρήματα από τη λαρυγγοσκόπηση συμπληρώνονται με την στραβοσκόπηση, με την ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα και με την τομογραφία. Είναι δυνατόν να γίνει και εξέταση οισοφάγου με βαριούχο γέυμα για να ελεγχθεί τυχόν παραμόρφωση του οισοφάγου.

Η διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα πρέπει πάντοτε να επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση. Η λήψη τεμαχίου για ιστολογική γίνεται μέσω της άμεσης λαρυγγοσκόπησης ή μικρολαρυγγοσκόπησης. Το δείγμα παραλαμβάνεται από την τοπική περιοχή και είναι επαρκές. Σε περίπτωση αρνητικής απάντησης στην ιστολογική εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται. Η αφαίρεση ενός διογκωμένου τραχηλικού λεμφογαγγλίου για ιστολογική εξέταση είναι αρκετά συχνή πρέπει όμως να αποφεύγεται εφόσον δεν έχει εξαντληθεί η κλινική και εργαστηριακή εξέταση του ασθενή για την ανεύρεση της πρωτοπαθούς εστίας.

Η κάθε μια από τις διαγνωστικές μεθόδους προσφέρει ένα ιδιαίτερο τόπο πληροφόρησης και μόνο η συσχέτιση του συνόλου των πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει στην ορθή διάγνωση και εκτίμηση της

κατάστασης του αρρώστου, στην οποία και μόνο θα βασισθεί η εκλογή της ενδεδειγμένης κατά περίπτωση θεραπευτικής μεθόδου.

Τέλος μετά την εξέταση του ασθενή και τη διαμόρφωση γνώμης για την εντόπιση, το μέγεθος και την επέκταση του όγκου χρησιμοποιούνται διαγράμματα με σχηματικές απεικονίσεις του λαρυγγοφάρυγγα και του τραχήλου, στα οποία σχεδιάζεται ο όγκος. Τα διαγράμματα αυτά αφού τοποθετηθούν στο φάκελο του ασθενή χρησιμεύουν για μια σαφή και αντικειμενική αντίληψη για την αρχική εντόπιση και επέκταση της νεοπλασίας.

3.10.1. Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση του καρκινώματος του λάρυγγα από τους πολύποδες των φωνητικών χορδών ή από τα περιγεγραμμένα οιδήματά τους δεν είναι δύσκολη. Σε πολύποδες και οιδήματα η επιφάνεια του βλεννογόνου είναι λεία και ομαλή, ενώ στο καρκίνωμα πάντοτε υβώδης και ανώμαλη. Δυσκολότερη είναι η διαφορική διάγνωση από τα θηλώματα του λάρυγγα και από φυματίωσή του.

3.11. Πρόγνωση

Οι μικροί καρκίνοι του λάρυγγα έχουν καλή πρόγνωση. Αν δεν υπάρχει διασπορά τους λεμφαδένες το ποσοστό ίασης κυμαίνεται από 75% έως 95%. Αν και οι περισσότερες πρώιμες βλάβες ιώνται χειρουργικά ή με ακτινοθεραπεία συχνά επιλέγεται αρχικά η ακτινοθεραπεία, ώστε να διατηρηθεί η φωνή. Η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται αργότερα αν ο όγκος υποτροπιάσει. Χρησιμοποιείται επίσης η χειρουργική εκτομή με λέιζερ.

Οι τοπικά εκτεταμένες βλάβες, ιδίως όταν συνοδεύονται από προσβολή των λεμφαδένων, δεν ελέγχονται καλά είτε με τη μια είτε με την άλλη μέθοδο θεραπείας ή και με τις δύο. Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις είναι συχνές.

Όταν οι καρκίνοι είναι μέσου μεγέθους, η απόφαση για την καταλληλότερη θεραπεία είναι εξατομικευμένη, εξαρτάται δε από την εντόπιση, το στάδιο, το βαθμό προσβολής των λεμφαδένων και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Οι περισσότερες υποτροπές σημειώνονται στα πρώτα δύο με τρία χρόνια. Επομένως η στενή παρακολούθηση έχει ιδιαίτερη σημασία, αφού μπορεί να επιτευχθεί ακόμα και ίαση. Πρέπει να γίνονται συνεχείς εξετάσεις και να επαναλαμβάνεται ο έλεγχος για σταδιοποίηση που έγινε αρχικά, ώστε να επιβεβαιώνεται η πρόοδος της θεραπείας ή να αποκαλύπτονται ενδεχόμενες υποτροπές.

Οι πιθανότητες ίασης του καρκινώματος του λάρυγγα είναι γενικά δυσμενείς επειδή πολλά από τα καρκινώματα των φωνητικών χορδών έρχονται για θεραπεία ενώ ήδη η νεοπλασία έχει επεκταθεί από τα όρια των φωνητικών χορδών. Γι' αυτό το λόγο η έγκαιρη διάγνωση είναι η μοναδική δυνατότητα μέσω της οποίας ο άρρωστος αποκτά ουσιαστικές πιθανότητες ίασης.

3.12. Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκινώματος γνήσιας φωνητικής χορδής εξαρτάται από την έκταση του όγκου. Αν ο όγκος εντοπίζεται στη γνήσια φωνητική χορδή χωρίς να περιορίζει την κίνησή της, τότε η ακτινοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής, με δείκτες ίασης 80 – 90%. Χειρουργική παρέμβαση γίνεται όταν η έκταση του όγκου ακινητοποιεί μια από τις χορδές ή επεκτείνεται πάνω ή κάτω από το λάρυγγα.

Η χειρουργική θεραπεία του λάρυγγα μπορεί να είναι η μερική ή η ολική εκτομή.

Η θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα χωρίζεται σε δύο στάδια:

Στάδιο I θεραπεία εκλογής

- Υπεργλωττιδική περιοχή: Μόνο εξωτερική ακτινοθεραπεία ή υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή. Η διαδικασία συνήθως περιλαμβάνει την αφαίρεση της επιγλωττίδας, του υοειδούς οστού και των νόθων φωνητικών χορδών.
- Γλωττίδα: Η θεραπεία γίνεται με ακτινοθεραπεία. Σε ορισμένους επιλεγμένους ασθενείς με μικρές επιφανειακές βλάβες (T1) αφαιρείται τμήμα των φωνητικών χορδών. Μερικές φορές γίνεται μερική ή ολική λαρυγγεκτομή ανάλογα με την εντόπιση και το μέγεθος του όγκου. Η εκτομή με λέιζερ μελετάται κλινικά.
- Υπογλωττιδική περιοχή: Η θεραπεία γίνεται μόνο με ακτινοθεραπεία. Αν υπάρξει υποτροπή εφαρμόζεται χειρουργική θεραπεία. Οι ασθενείς έχουν πενταετή επιβίωση 75% έως 95%.

Στάδιο II θεραπεία εκλογής

- Υπεργλωττιδική περιοχή: Η εξωτερική ακτινοβολία με την οποία διατηρείται η φωνή εφαρμόζεται σε μικρότερους όγκους. Εναλλακτική λύση είναι η υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή ή η ολική λαρυγγεκτομή ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης και την κατάσταση του ασθενούς. Όταν επιλέγεται αυτός ο τρόπος θεραπείας χρειάζεται προσοχή για να εξασφαλιστεί μετά την επέμβαση ικανοποιητική πνευμονική λειτουργία και μάσηση.
Αν κάποιος ασθενής δεν θεραπευτεί με την ακτινοβολία που χορηγήθηκε ως αρχική θεραπεία, πρέπει να αντιμετωπιστεί χειρουργικά με στόχο την ίαση. Αν η αρχική θεραπεία ήταν χειρουργική χρησιμοποιείται μετεγχειρητική ακτινοβολία εφόσον επισημανθούν νεοπλασματικά στοιχεία στα όρια της χειρουργικής τομής ή διηθημένοι τραχηλικοί λεμφαδένες.
- Γλωττίδα: Γίνεται ακτινοθεραπεία ή χειρουργική θεραπεία (μερική ή ολική λαρυγγεκτομή).

- Υπογλωττιδική περιοχή: Γίνεται ακτινοθεραπεία. Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται σε ασθενείς με όγκους που υποτροπιάζουν ή όταν δεν είναι εφικτή η τακτική παρακολούθηση και εκτίμηση.

Στους ασθενείς με καρκίνο λάρυγγα η επιβίωση είναι πενταετής 55% έως 65% (υπεργλωττιδική περιοχή), 60% έως 80% (γλωττίδα) 30% έως 40% (υπογλωττιδική περιοχή).

Στάδιο III θεραπεία εκλογής

- Υπεργλωττιδική περιοχή: Καθιερωμένη θεραπεία είναι η χειρουργική με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Σήμερα πάντως σε πολλά κέντρα θεραπεύονται ορισμένοι ασθενείς αρχικά με εξωτερική ακτινοβολία ανάλογα με την εντόπιση του όγκου και τη γενική κατάστασή τους, περίπου δε στους μισούς διατηρείται η φωνή. Αν η θεραπεία αυτή αποδειχθεί ανεπιτυχής γίνεται χειρουργική επέμβαση. Στα πειραματικά πρωτόκολλα χρησιμοποιείται χημειοθεραπεία, υπερτμηματική ακτινοθεραπεία, ακτινοευαίσθητες ουσίες και ακτινοβολία δέσμης σωματιδίων.
- Γλωττίδα: Χειρουργική θεραπεία με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, αν είναι απαραίτητο, στην πρωτοπαθή εστία και/ή τους θετικούς λεμφαδένες.
Και πάλι πολλά κέντρα χρησιμοποιούν αρχικά την ακτινοθεραπεία σε επιλεγμένους ασθενείς. Η προσεκτική παρακολούθηση έχει ζωτική σημασία, διότι αν υποτροπιάσει ο όγκος απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση.
- Υπογλωττιδική περιοχή: Λαρυγγεκτομή, που περιλαμβάνει και θυρεοειδεκτομή και τρεχειοισοφαγικό λεμφαδενικό καθαρισμό, και κατόπιν ακτινοθεραπεία. Εντούτοις, μπορεί να χρειαστεί χειρουργική θεραπεία αν σημειωθεί υποτροπή. Είναι επίσης δυνατό να εφαρμοστούν και τα πειραματικά πρωτόκολλα.

Οι ασθενείς που βρίσκονται στο Στάδιο III έχουν τριετή επιβίωση 45% έως 75% (υπεργλωττιδική περιοχή), 55% έως 70% (γλωττίδα). Δεν υπάρχουν δεδομένα για την υπογλωττιδική περιοχή.

Στάδιο IV θεραπεία εκλογής

- Υπεργλωττιδική περιοχή: Γίνεται ολική λαρυγγεκτομή με προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Όσοι ασθενείς αρνούνται να χειρουργηθούν ή έχουν ανεγχειρητική νόσο, αντιμετωπίζονται με ακτινοθεραπεία. Εφαρμόζονται επίσης πειραματικά πρωτόκολλα.
- Γλωττίδα: ίδια θεραπεία όπως για τον καρκίνο της γλωττίδας του Σταδίου III, με τη διαφορά ότι η ακτινοθεραπεία δεν αποτελεί κατ' αρχήν εναλλακτικό τρόπο θεραπείας και χρησιμοποιείται μόνο σε όσους ασθενείς αρνούνται ή αδυνατούν να ανεχθούν την επέμβαση. Εφαρμόζονται και πειραματικά πρωτόκολλα.
- Υπογλωττιδική περιοχή: Ακτινοθεραπεία (με διατήρηση φωνής). Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται σε ασθενείς με όγκους που υποτροπιάζουν ή όταν δεν είναι εφικτή η τακτική παρακολούθηση και εκτίμηση.

Τριετής επιβίωση 15% έως 35% (υπεργλωττιδική περιοχή), 10% έως 25% (γλωττίδα). Για την υπογλωττιδική περιοχή υπάρχουν λίγα δεδομένα.

3.12.1. Υποστηρικτική θεραπεία – Νεότερες θεραπευτικές μέθοδοι

Οι ασθενείς που τους αφαιρέθηκε ο λάρυγγας χρειάζονται υποστηρικτική θεραπεία για να διευκολυνθούν να μάθουν να ομιλούν πάλι. Υπάρχουν τρεις μέθοδοι:

- Ø Η πρώτη αφορά τη δημιουργία φωνής από τον οισοφάγο. Ο ασθενής διδάσκεται να καταπίνει αέρα, να τον επαναφέρει προς τα έξω και να μιλάει. Είναι ολλανδική μέθοδος αλαρυγγικής ομιλίας.

- Ø Ο ηλεκτρονικός λάρυγγας. Ένα είδος βομβητή που λειτουργεί με μπαταρίες πιέζεται προς το λαιμό ενόσω το στόμα και η γλώσσα αρθρώνουν τις λέξεις. Ο ήχος είναι μονότονος και η φωνή μεταλλική, συχνά μόλις κατανοητή. Τέτοιες συσκευές είναι το βοήθημα ηλεκτρονικής ομιλίας Cooper Rand, ο διατραχηλικός δονητής Servox, ο στοματικός δονητής Trait (επί τεχνητής οδοντοστοιχίας) και ο δονητής Bart.
- Ø Κατά την Τρίτη μέθοδο χρησιμοποιείται μια συσκευή που μοιάζει με πίπα. Ο ήχος εφαρμόζεται στο στόμα και οι λέξεις αρθρώνονται με τη γλώσσα και τα χείλη.
- Ø Σύμφωνα με μια άλλη μέθοδο απαιτείται χειρουργική τεχνική (τραχειοοισοφαγική παρακέντηση), δημιουργείται έτσι μια σύνδεση ανάμεσα στους αεραγωγούς και τον οισοφάγο και εισάγεται στην τραχεία μια φωνητική πρόσθεση και μια βαλβίδα αναπνοής.

Η παρουσία τραχειοσωλήνος συγκρούεται με το μηχανισμό του βήχα ο οποίος είναι ο πλέον σημαντικός μηχανισμός για την πρόκληση απόχρεμψης. Η παρεμπόδιση του βήχα δίνει την ευκαιρία της κατακράτησης των εκκρίσεων στο βρογχικό δένδρο.

Για όλους τους προαναφερθέντες λόγους η εφαρμογή αναπνευστικής φυσιοθεραπείας είναι αναγκαία και έχει ως εξής:

- Εφαρμογή νεφελοποιητού – ύγρανσης σε τακτά διαστήματα, μέσω μάσκας τραχειοστομίας, για την αναγκαία ύγρανση του τραχειοβρογχικού δένδρου. Κατ' αυτό τον τρόπο βελτιώνεται η κινητικότητα των κροσσών και διευκολύνεται η φυσιολογική προς τα πάνω κυλιόμενη βλεννοκροσσωτή κάθαρση, ως αναγκαίος μηχανισμός αυτοκάθαρσης των κατώτερων αεραγωγών.
- Χαλάρωση μυών αυχενο-ωμικής ζώνης, με θέσεις χαλάρωσης, χειρισμούς μάλαξης και κινητοποίηση αρθρώσεων, διότι βρίσκονται σε σύσπαση λόγω κακουχίας.

- Θέσεις και χειρισμοί για τη διευκόλυνση της βρογχικής παροχέτευσης.
- Εφαρμογή βρογχοαναρρόφησης με συνθήκες πλήρους ασηψίας, για την αποφυγή μόλυνσεως του τραχειοβρογχικού δένδρου.
- Ασκήσεις ελέγχου της αναπνοής (συγχρονισμός λειτουργίας αναπνευστικών μυών–βάθος–συχνότητα αναπνοών), για τη βελτίωση του πνευμονικού αερισμού.

Κατά τη δύσκολη αυτή μετεγχειρητική περίοδο, εκτός της φυσιοθεραπείας γίνεται προσπάθεια βελτίωσης της κατάποσης με ασκήσεις κατάποσης, ώστε να αφαιρεθεί ο ρινογαστρικός σωλήνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

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 διανοίξεώς 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 δια τομής διάνοιξη της τραχείας και η διασωλήνωση 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, κύστες, 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 πολιομυελίτιδα, 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.

4.1. Τεχνική Τραχειοτομίας

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 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 ψαλίδι. 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

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 δύσπνοια 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.

Το άνοιγμα της τραχείας δεν γίνεται ψηλότερα στο πρώτο ημικρίκιο, 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 διάνοιξη 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 θέση 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.

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 πνευμονοθώρακας.

4.2. Επιπλοκές Τραχειοτομίας

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

4.2.1. Α) Άμεσες

- 1. Άπνοια.** Εάν ο ασθενής έχει αναπνευστική απόφραξη για πολλές εβδομάδες, αθροίζεται το CO₂ στις κυψελίδες των πνευμόνων και τότε το αναπνευστικό κέντρο εθίζεται 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 τοποθέτησως 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. Αεροφογία.** Συμβαίνει κυρίως στα μικρά παιδιά και αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.
- 10. Εισρόφηση** γαστρικών υγρών ή τροφών.

4.2.2. Β. Όψιμες

- 1) **Όψιμη αιμορραγία.** Οφείλεται συνήθως στη διάβρωση ενός μεγάλου αγγείου, λόγω συνεχούς πίεσεως 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) **Τραχειοισοφαγικό 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 τοιχώματος 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.

4.3. Είδη Τραχειοσωλήνων

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, νάιλον, 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:
 - 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 V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca

ΛΑΡΥΓΓΑ

5.1. Εκτίμηση της κατάστασης ασθενούς με Ca Λάρυγγα

Η ιατροκοινωνική διάσταση στον καρκίνο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να εξελιχθεί όσο το δυνατό θετικότερα η ζωή του ασθενούς συντροφιά με μια σοβαρή νόσο όπως αυτή. Η ιατροκοινωνική αντίληψη στην αντιμετώπιση του χειρουργικού ασθενή γενικά τείνει να καθιερωθεί σε όλους τους τομείς υγείας. Η αντίληψη αυτή απορρέει από την κοινά αποδεκτή άποψη ότι ο άνθρωπος δεν πάσχει σαν σώμα μόνο αλλά και σαν άτομο, συνείδηση – πνεύμα – συναίσθημα. Μια σοβαρή εγχείρηση οποιασδήποτε μορφής, αποτελεί σημαντική καμπή στη ζωή του ανθρώπου.

5.2. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

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

Όταν όμως η τραχειοτομή είναι προγραμματισμένη ακολουθούν μια σειρά προετοιμασιών.

Έτσι η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς διακρίνεται σε:

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

5.2.1. Γενική προεγχειρητική φροντίδα

Τόνωση ηθικού: Λόγω της σοβαρότητας και της ιδιαιτερότητας αυτής της επέμβασης οι ασθενείς που έρχονται στο νοσοκομείο με σκοπό να υποστούν τραχειοτομή κατέχονται από αισθήματα φόβου και

ανησυχίας σε μεγάλο βαθμό. Οι φόβοι και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, σε προκατάληψη ή στο άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της κατάστασης του ασθενούς με τραχειοτομή.

Οι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με τέτοια συναισθήματα παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ο νοσηλευτής(-τρια) πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα. Πρέπει να είναι σε θέση να απαντά σε κάθε ερώτηση του ασθενή σχετικά με την τραχειοτομή, την αναγκαιότητά της και την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς.

Σε περίπτωση μόνιμης τραχειοτομής πρέπει να εξηγείται στον ασθενή η δυνατότητα να συνεχίσει φυσιολογικά τη ζωή του μ' αυτή, η αποκατάσταση της ομιλίας του καθώς επίσης και η εμφάνισή του.

Σωματική τόνωση: Αυτό επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε βιταμίνες, άλατα, υδατάνθρακες, λευκώματα και φτωχό σε λίπη.

Σε εξασθετισμένα άτομα γίνεται σωματική τόνωση και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κλπ).

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

Ιατρικές εξετάσεις: Αρχικά το άτομο πρέπει να εξετασθεί από χειρουργό ωτορινολαρυγγολόγο (Ω.Ρ.Λ.) για εκτίμηση της κατάστασής του, και επιβεβαίωση της ακριβούς διάγνωσης και λήψης ιστορικού.

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

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

Αφού γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Σύμφωνα με την κατάσταση του ασθενούς ο αναισθησιολόγος καθορίζει το είδος της νάρκωσης, τον τρόπο χορήγησης και το είδος των ναρκωτικών που θα χορηγηθούν.

Καθαριότητα ασθενούς: Πάντα οι ασθενείς που θα υποστούν χειρουργική επέμβαση υπόκεινται σε καθαρκτικό υποκλεισμό του εντερικού σωλήνα. Μετά τον υποκλεισμό ακολουθεί καθαριότητα του σώματος του ασθενή. Γίνεται λοιπόν λουτρό καθαριότητας με σκοπό την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεων του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Ακόμη γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα με σκοπό την πρόληψη των μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου: Επειδή η αναμονή για το χειρουργείο προκαλεί αγωνία, ανησυχία και φόβο ο ασθενής δεν μπορεί να κοιμηθεί εύκολα.

Αυτό ίσως επηρεάσει την μετεγχειρητική του πορεία. Γι' αυτό συνήθως το βράδυ κατά τις δέκα (10:00) δίνεται κάποιο ηρεμιστικό για να εξασφαλιστεί αρκετός ύπνος και ανάπαυση.

Προετοιμασία και εκπαίδευση: Ο ασθενής πρέπει να είναι προετοιμασμένος σχετικά με το τι πρέπει να κάνει μετά την τραχειοτομή. Πρέπει να τον διδάξουμε πως θα βήξει μετά την επέμβαση γιατί υπάρχει φόβος μετά από έναν έντονο βήχα ή φτέρνισμα να βγει όλος ο τραχειοσωλήνας από το τραχειοστόμιο και ο άρρωστος να πάθει ασφυξία.

5.2.2. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Στην τοπική προεγχειρητική ετοιμασία προετοιμάζουμε την περιοχή εκείνη του δέρματος γύρω από το σημείο που θα γίνει η χειρουργική τομή (εγχειρητικό πεδίο). Στην εγχείρηση τραχειοστομής προετοιμάζουμε την περιοχή του δέρματος του τραχήλου και του θώρακα μέχρι το ύψος της ξιφοειδούς απόφυσης.

Στην τοπική προεγχειρητική ετοιμασία γίνεται καθαριότητα του δέρματος αποτρίχωση και αντισηψία. Σκοπός της τοπικής ετοιμασίας του δέρματος είναι η ελάττωση των πιθανοτήτων μόλυνσης του τραύματος.

5.2.3. Τελική προεγχειρητική φροντίδα

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η ετοιμασία που γίνεται στο χειρουργικό ασθενή κατά την ημέρα εγχειρήσεως.

Αρχικά γίνεται η εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του αρρώστου. Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία όπως θερμοκρασία, σφυγμοί, αρτηριακή πίεση και αναπνοή. Καταγράφονται πριν την προνάρκωση του ασθενή.

Αν υπάρχει κάποια παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια πρέπει να αναφερθεί στον ιατρό του τμήματος.

Αφού γίνει εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενή, σειρά έχει η ενδυμασία του αρρώστου.

Αφαιρούνται τα ξένα δόντια, τα κοσμήματα και τα προσωπικά αντικείμενα και φυλάσσονται από την προϊσταμένη ή δίνονται στον συνοδό του ασθενή.

Σε περίπτωση που υπάρχει μακιγιάζ αφαιρείται και ιδιαίτερα αν υπάρχει βερνίκι νυχιών. Αυτό γίνεται γιατί κατά τη διάρκεια της αναισθησίας από το χρώμα των χειλιών του προσώπου και των νυχιών μπορούμε να διακρίνουμε την έλλειψη οξυγόνου που τυχόν θα υπάρχει.

Αφού απομακρύνουμε κάθε τι ξένο από τον ασθενή του φοράμε την κατάλληλη ενδυμασία αφού έχει ουρήσει πρώτα για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη.

Η χειρουργική ενδυμασία αποτελείται από το χειρουργικό πουκάμισο και το οποίο δένει με κορδόνιο στο πίσω μέρος (στην πλάτη) και από τα ποδονάρια που σκεπάζουν τα κάτω άκρα. Τέλος καλύπτουμε το τριχωτό της κεφαλής με σκούφο.

Αφού τελειώσει η ενδυμασία σειρά έχει η προνάρκωση του ασθενή. Αυτή ορίζεται από τον αναισθησιολόγο και γίνεται συνήθως υποδορίως.

Στην προνάρκωση χρησιμοποιούνται αντιχολινεργικά I.M π.χ. ατροπίνη, για να περιορίσουν την επίδραση του πνευμονογαστρικού στην καρδιακή λειτουργία και τις βρογχικές εκκρίσεις. Τα είδη των φαρμάκων που δίνονται στην προνάρκωση είναι:

Ναρκωτικά: όπως φεντανόλη, πενταθόλη πεθυδίνη, κ.α. Αυτά συνεργούν στην αναισθησία.

Κατασταλτικά: σκοπό έχουν να κατευνάσουν τον ασθενή.

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

Αφού γίνει η προνάρκωση ο ασθενής πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του για την αποφυγή ατυχημάτων και το περιβάλλον του να είναι ήσυχο. Μαζί με τον ασθενή πρέπει να υπάρχει ο φάκελος και η κάρτα του πριν μεταφερθεί με φορείο στο χειρουργείο.

5.2.4. Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου ασθενούς

Μετά την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο πρέπει να προετοιμαστεί ο θάλαμος του ασθενή.

Απομακρύνουμε από το θάλαμο πιθανές εστίες μόλυνσης και γίνεται αερισμός αυτού. Εκτός από το θάλαμο πρέπει να προετοιμάσουμε το κρεβάτι και το κομοδίνο του ασθενούς.

Το κρεβάτι του ασθενούς πρέπει να είναι ζεστό για να τον προφυλάξει από κάποια ψύξη ή και πνευμονία ακόμα. Αυτό το πετυχαίνουμε με την προσθήκη θερμοφόρων.

Πρέπει, να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.

Δίπλα στο κρεβάτι πρέπει να υπάρχει ένα στατό για τον ορό, ο υγραντήρας και η συσκευή αντλίας με καθετήρα αναρροφήσεως.

Στο κομοδίνο τοποθετούμε τετράγωνο ύφασμα ή χαρτοβάμβακο. Τοποθετούμε επίσης ένα νεφροειδές, ένα ποτήρι με νερό, PORTCOTTON, ένα καψάκι με κομμάτια χαρτοβάμβακα, γάντια, γάζες, καθετήρες αναρρόφησης 3-4, φυσιολογικό ορό, συσκευή οξυγόνου έτοιμη.

Πρέπει επίσης στο κομοδίνο να υπάρχει ένας δίσκος τραχειοτομής ο οποίος θα πρέπει να είναι αποστειρωμένος και θα περιέχει:

- Τραχειοσωλήνα έτοιμο με ταινία (Φακαρόλα)
- Διαστολέα τραχείας
- Ψαλίδι και λαβίδα
- Pean 2
- Μήλη
- Γάζες

5.3. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

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

5.3.1. Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα

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

- Αλλαγή στην αεροφόρο οδό

- Ευαισθησία στην αναπνευστική οδό
- Ενοχλήματα στο φάρυγγα με την εμπλοκή σιέλου
- Ραμμένο ρινοφάρυγγα με κίνδυνο να ανοίξουν τα ράμματα
- Απώλεια φωνής
- Ανικανότητα να επικοινωνεί φυσιολογικά

Μετά την τραχειοτομή ο ασθενής επιστρέφει από το χειρουργείο με πλαστικό τραχειοσωλήνα cuff ή μεταλλικό και τοποθετείται σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση αν η γενική του κατάσταση το επιτρέπει. Ο πλαστικός προτιμάται σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία αιμορραγίας.

Ο ασθενής αισθάνεται ανήσυχος, έχει τάσεις ανασφάλειας κι ένα αίσθημα ασφυξίας.

Τα συμπτώματα αυτά συμβαίνουν κατά τις πρώτες ώρες μετά το χειρουργείο. Αυτά συμβαίνουν γιατί το άτομο δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στη νέα αναπνευστική του οδό. Καλό θα ήταν λοιπόν ο νοσηλευτής(-τρια) τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες να βρίσκεται δίπλα στον ασθενή και να τον ανακουφίζει με κάθε τρόπο από τις ανησυχίες του και να του δημιουργεί αισθήματα ασφάλειας.

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

5.3.2. Έμμεση μετεγχειρητική φροντίδα

Στην έμμεση μετεγχειρητική φροντίδα ασθενή με τραχειοτομή υπάρχουν ορισμένες νοσηλείες που εφαρμόζονται επιπλέον και οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για τον ασθενή.

Κατ' αρχήν η στοματική σίτιση αρχίζει με παχύρρευστα υγρά που καταπίνονται εύκολα. Ο άρρωστος ενημερώνεται να αποφεύγει τις γλυκές τροφές που αυξάνουν την παραγωγή σάλιου και καταστέλλουν την όρεξη. Στερεά τροφή αν την ανέχεται ο άρρωστος. Πρέπει να γίνει διδασκαλία του ασθενή από το νοσηλεύτη(-τρια) να πλένει το στόμα του με χλιαρό νερό μετά από κάθε γεύμα ή με τρίφτη και να βουρτσίζει τα δόντια του.

Αν ο ασθενής έχει υποστεί λαρυγγεκτομή δεν επιτρέπεται για μια εβδομάδα να πάρει τίποτα από το στόμα γιατί υπάρχουν πολλά ράμματα στην περιτραχηλική περιοχή και υπάρχει κίνδυνος επιμόλυνσης τους από την τροφή και στη συνέχεια να γίνει ρήξη του τραύματος. Για το λόγο αυτό δίνεται στον ασθενή τροφή τεχνητός με LEVINE.

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

5.3.3. Περιποίηση Τραχειοτομής – Τραχειοστομίου

Ο ασθενής με τραχειοτομή απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα και κατανόηση. Η νοσηλεύτρια(-της) είναι υπεύθυνη να προσφέρει αυτή την φροντίδα και να διδάξει στον ασθενή της πώς να περιποιείται την τραχειοτομή μόνος του, ή πως θα μπορεί να μιλήσει.

Όταν πρέπει να γίνει η περιποίηση της τραχειοτομής και του τραχειοστομίου αρχικά ενημερώνουμε τον ασθενή για την νοσηλεία έτσι ώστε να μας βοηθήσει και αυτός όσο γίνεται στη νοσηλεία. Η ώρα η οποία θα εκτελεστεί η περιποίηση της τραχειοτομής και του τραχειοστομίου δεν πρέπει να είναι ούτε πριν το φαγητό, ούτε αμέσως μετά.

Αφού γίνει η ενημέρωση του ασθενή, παίρνουμε το τροχήλατο αλλαγών και πηγαίνουμε στο θάλαμο του ασθενή. Το τροχήλατο πρέπει να περιέχει τα εξής:

Set με: - γάζες και τολύπια βάμβακος

- Φακαρόλα
- Λαβίδα και ψαλίδι

Εκτός από τα set υπάρχουν και ορισμένα αντικείμενα για την περιποίηση του τραύματος.

- λαβίδες (ανατομικές – χειρουργικές – κόχερ - παιάν)
- ψαλίδια
- αποστειρωμένες γάζες
- δοχεία με πολυπάγρα
- φυσιολογικός ορός, οξυζενέ
- αντισηπτική διάλυση (BETADINE)
- αντιβιοτική αλοιφή (FUCIDIN) ή γάζα ιωδοφορμίου
- λευκοπλάστ
- τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών.

Πριν αρχίζουμε την αλλαγή του τραχειοσωλήνα πρέπει να πλύνουμε τα χέρια. Έπειτα τοποθετούμε το τετράγωνο αλλαγών και αποκαλύπτουμε την τραυματική περιοχή. Αφαιρούμε τον εξωτερικό τραχειοσωλήνα και την γάζα και κάνουμε περιποίηση της τραυματικής χώρας και του γύρω δέρματος. Παίρνουμε μετά το κόχερ, μια ανατομική και μια γάζα την οποία με τη βοήθεια των λαβίδων την μαζεύουμε. Μετά ρίχνουμε φυσιολογικό ορό στη γάζα και καθαρίζουμε το τραύμα, απομακρύνοντας τις εκκρίσεις, ενώ συγχρόνως απομακρύνουμε και τις εκκρίσεις από το στόμιο του τραχειοσωλήνα και με μια άλλη γάζα καθαρίζουμε την περιοχή. Παίρνοντας άλλη γάζα με οξυζενέ καθαρίζουμε την περιοχή και με μια δεύτερη στεγνώνουμε το τραύμα.

Στην συνέχεια χρησιμοποιούμε γάζα με αντισηπτική διάλυση και με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια περιποιούμεστε την περιοχή. Έχοντας τελειώσει την περιποίηση του τραύματος γίνεται

περιποίηση του γύρω δέρματος με βενζίνη ή αιθέρα και βάζουμε αντιμικροβιακή αλοιφή.

Τέλος γίνεται η τοποθέτηση του τραχειοσωλήνα με την αποστειρωμένη γάζα.

Ότι άχρηστο υλικό υπάρχει το πετάμε στον κάδο και τα εργαλεία που έχουμε χρησιμοποιήσει τα τοποθετούμε στη λεκάνη με την αντισηπτική διάλυση.

5.3.4. Αλλαγή μεταλλικού τραχειοσωλήνα – Φροντίδα

Μετά την τραχειοτομή, ο τραχειοσωλήνας δεν αλλάζει τουλάχιστον για 48 ώρες, εκτός βέβαια και αν υπάρχει μεγάλη ανάγκη. Η πρώτη αλλαγή γίνεται από τον θεράποντα ιατρό.

Οι επόμενες γίνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η όλη διαδικασία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί υπάρχει ο κίνδυνος σύμπτωσης των χειλέων της τομής και πρόκληση ασφυξίας του ασθενή.

Η πρόωμη αφαίρεση του τραχειοσωλήνα μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται πάλι όταν ο άρρωστος έχει κάνει ημιλαρυγγεκτομή, γιατί προκαλείται λαρυγγοσπασμός. Τα αντικείμενα που χρειάζονται για την αλλαγή του τραχειοσωλήνα είναι:

Δίσκος με:

- τολύπια βάμβακος
- νεφροειδές και ψαλίδι
- γάζες αποστειρωμένες
- υδροδιαλυτή ουσία (jelly)
- τραχειοσωλήνας αποστειρωμένος (έτοιμος με την γάζα και την ταινία στήριξης)
- PEPANTHEN σταγόνες
- Οξυζενέ
- Αντιμικροβιακή αλοιφή

- Ατροπίνη (βραδυκαρδία)
- Μυοχαλαρωτικά

Εκτός από δίσκους παίρνουμε γάντια αποστειρωμένα, αμπού, αποστειρωμένο ορό.

- Λεκάνη με αντισηπτική διάλυση.

Η διαδικασία της αλλαγής του τραχειοσωλήνα περιλαμβάνει:

1. Ενημερώνουμε τον ασθενή για την αλλαγή με σκοπό να πετύχουμε την συνεργασία του. Η αλλαγή μπορεί να γίνει στο θάλαμο του ασθενή ή στο δωμάτιο αλλαγής.
2. Βγάζουμε το μαξιλάρι του αρρώστου και βάζουμε ένα μαξιλάρι κάτω από τους ώμους του για να γίνει υπερέκταση του λαιμού.
3. Αποκαλύπτουμε την περιοχή που είναι τοποθετημένος ο τραχειοσωλήνας.
4. Δίνουμε στον ασθενή κομμάτι χαρτοβάμβακος για το σκούπισμα των εκκρίσεων.
5. Ενσταλάζουμε σταγόνες PEPENTHEN για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων και την εύκολη αποβολή τους.
6. Προτρέπουμε τον ασθενή να βήξει.
7. Λύνουμε την ταινία στήριξης (Φακαρόλα) του τραχειοσωλήνα.
8. Αφαιρούμε τον τραχειοσωλήνα τραβώντας τον προς τα μπροστά και κάτω.
9. Γίνεται περιποίηση του τραύματος και της γύρω περιοχής με φυσιολογικό ορό, οξυζενέ, αντισηπτική διάλυση και κάνουμε επάλειψη με αντιβιοτική αλοιφή.
10. Απομακρύνουμε την ταινία στήριξης και τοποθετούμε τον τραχειοσωλήνα στη λεκάνη με την αντισηπτική διάλυση.
11. Πλένουμε τα χέρια καθαρά, φοράμε τα γάντια και παίρνουμε τον τραχειοσωλήνα και τοποθετούμε τον εσωτερικό σωλήνα μέσα στον

αυλό του εξωτερικού και τον στερεώνουμε με την αποστειρωμένη γάζα.

12. Γλυστραίνουμε τον τραχειοσωλήνα χρησιμοποιώντας αποστειρωμένα τολύπια βάμβακος ή γάζες.
13. Κρατάμε τον τραχειοσωλήνα από τις άκρες με τον δείκτη και τον αντίχειρα και τον εισάγουμε στην τραχεία με ήπιες κινήσεις, πάνω και στη συνέχεια κάτω.
14. Στερεώνουμε τη φακαρόλα δένοντας την στο πλάι, προσέχοντας να μην είναι πολύ σφιγμένη αλλά ούτε και χαλαρή.
15. Τέλος βεβαιωνόμαστε ότι ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας είναι στερεωμένος καλά στο εξωτερικό.

5.3.5. Αναρροφήσεις

Η Ανάγκη για αναρρόφηση καθορίζεται από τον ήχο του αέρα που έρχεται από τον τραχειοσωλήνα, ιδιαίτερα μετά από βαθιά αναπνοή του αρρώστου. Αν ο άρρωστος χρειάζεται αναρρόφηση, οι αναπνοές του είναι θορυβώδεις, ο σφυγμός και οι αναπνοές του είναι αυξημένες και το χρώμα αλλοιώνεται.

Εάν ο άρρωστος μπορεί να βήξει και να βγάλει τις εκκρίσεις τότε η χρήση των αναρροφήσεων είναι σε λιγότερη συχνότητα. Η τεχνική της αναρροφήσεως χρειάζεται προσοχή για να αποφευχθεί ο κίνδυνος τραυματισμού της τραχείας.

Βρογχική αναρρόφηση

Ο σκοπός της αναρροφήσεως είναι να απομακρύνει τις εκκρίσεις που έχουν συγκεντρωθεί στο ενδοτράχειο βρογχικό δένδρο από την τελευταία αναρρόφηση. Η τεχνική της αναρρόφησης είναι η ίδια σε οποιοδήποτε τραχειοσωλήνα.

Βασικό σημείο στη νοσηλεία είναι να γνωρίζουμε τις τεχνικές ασηψίας και αντισηψίας που απαιτούνται για αναρρόφηση. Χρησιμοποιούνται αποστειρωμένα γάντια και αποστειρωμένος καθετήρας.

Σε κάθε αναρρόφηση χρησιμοποιείται νέος αποστειρωμένος καθετήρας. Πριν από την αναρρόφηση δίνονται συνήθως στον άρρωστο αναπνοές οξυγόνου για να εξασφαλίσουμε ότι δεν θα γίνει υπερβολική υποξία κατά την διάρκεια αυτής.

Ο καθετήρας είναι διαφανής, εφαρμόζεται στην αναρροφητική αντλία και εισχωρείται για αναρρόφηση χωρίς η αντλία να είναι σε αναρρόφηση.

Ο καθετήρας επαλείφεται με φυσιολογικό ορό και εισχωρείται βαθιά στους βρόγχους, περίπου 20 – 30 εκ. για να διεγείρει τον άρρωστο να βήξει. Όταν ο άρρωστος βήξει ο καθετήρας απομακρύνεται.

Για να γίνει αναρρόφηση στο δεξιό βρόγχο το κεφάλι του αρρώστου γυρίζει στην αντίθετη πλευρά και το στήθος του γέρνει στα δεξιά. Για την αποφυγή της υποξίας η αναρρόφηση δεν πρέπει να διαρκεί παραπάνω από 10 – 15 δευτερόλεπτα. Στο τέλος ο καθετήρας τοποθετείται σε διάλυμα φυσιολογικού ορού για να απομακρυνθούν οι εκκρίσεις που κολλούν στα τοιχώματά του.

Έπειτα χρησιμοποιείται στηθοσκόπιο για ακροάσεις κατά μήκος του βρογχικού δένδρου. Η ακρόαση επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της αναρρόφησης.

Μετά από αυτά απομακρύνουμε τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσαμε. Πρέπει να αποφεύγεται η περιττή αναρρόφηση γιατί ερεθίζει το βλεννογόνο και μπορεί να γίνει αιτία λοίμωξης.

5.3.6. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τραχειοσωλήνα CUFF

Οι τραχειοσωλήνες με CUFF χρησιμοποιούνται κυρίως σε αρρώστους που έχουν ανάγκη μηχανικού αερισμού γιατί μ' αυτούς τους τραχειοσωλήνες εξασφαλίζεται κλειστό κύκλωμα, αποφεύγεται δε η διαρροή αέρα και η εισρόφηση εμεσμάτων και στοματοφαρυγγικών εκκρίσεων. Όταν νοσηλεύουμε ασθενείς με τραχειοσωλήνες CUFF τους ενημερώνουμε σχετικά με αυτόν τον τραχειοσωλήνα. Τους εξηγούμε ότι δεν μπορούν να μιλούν όταν το CUFF είναι φουσκωμένο. Φροντίζουμε για τη συχνή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και δίνουμε στο λαιμό του αρρώστου θέση έκτασης. Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τραχειοσωλήνα CUFF περιλαμβάνει το ξεφούσκωμα και το φούσκωμα CUFF.

I. Ξεφούσκωμα CUFF: Αρχίζουμε κάνοντας μια αναρρόφηση στοματοφαρυγγική και ξεφουσκώνουμε το CUFF αργά. Μετά αναρροφούμε μέσα από τον τραχειοσωλήνα η ενδοτραχειακά και αφήνουμε το CUFF ξεφούσκωτο για 5 λεπτά της ώρας.

Πρέπει κατά τη διάρκεια που το CUFF δεν είναι φουσκωμένο, να εξασφαλίζουμε επαρκή αερισμό. Παρακολουθούμε τον άρρωστο αρκετά συχνά, και ελέγχουμε τα ζωτικά σημεία του.

Αν παρατηρήσουμε κάποιο σημείο δυσφορίας, πρέπει να τον επανασυνδέσουμε με τον μηχανικό αναπνευστήρα. Σε περίπτωση που η αναπνοή του ελέγχεται από τον αναπνευστήρα δεν πρέπει να αφήνουμε το CUFF ξεφούσκωτο περισσότερο από 38 – 48 δευτερόλεπτα. Αν πάλι ο ασθενής δεν ήταν συνδεδεμένος με τον αναπνευστήρα πρέπει να του δίνουμε υγρό και θερμό αέρα.

II. Φούσκωμα CUFF: το φούσκωμα του CUFF γίνεται κατά την εισπνοή με αργό ρυθμό. Ο αέρας που βάζουμε είναι ανάλογος με όσον συνιστά ο κατασκευαστής στις οδηγίες του ή τόσον αέρα μέχρι να σταματήσει η διαρροή αέρα την οποία διαπιστώνουμε με την τοποθέτηση

στηθοσκοπίου κάτω από το πηγούνι ή πάλι όταν ο ασθενής είναι αφωνικός. Αφού βάλουμε τον αέρα, κλείνουμε το σωλήνα που οδηγεί στο CUFF. Μετά σημειώνουμε την ποσότητα του αέρα που χρειάστηκε για να φουσκώσει το CUFF και αυτό γίνεται, γιατί, αν την επόμενη φορά χρειασθεί να βάλουμε περισσότερο αέρα δημιουργούνται υπόνοιες για διαστολή τραχείας, τραχειοισοφαγικό εκκόλπωμα ή συρίγγια.

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

- α) Λαρυγγικό οίδημα
- β) Στένωση τραχείας
- γ) Λαρυγγικός ερεθισμός και βλάβη φωνητικών χορδών εξαιτίας μετακίνησης του ενδοτραχειακού σωλήνα
- δ) Αιμορραγίες.

Οι παραπάνω επιπλοκές μπορούν να αποφευχθούν με το να στερεώσουμε καλά τον σωλήνα κι έτσι να αποφύγουμε τυχόν μετακίνησή του. Επίσης μέσω του νεφελοποιού δίνουμε ομίχλη στον άρρωστο κατά τη διάρκεια της διασωλήνωσης αλλά και μετά.

Βασικό μέλημά μας επίσης είναι και οι αναρροφήσεις.

Τέλος, απαραίτητο είναι να ενημερώσουμε το φύλλο νοσηλείας για την ώρα νοσηλείας, τα ζωτικά σημεία πριν και μετά την αναρρόφηση, για την ποσότητα, την όψη και την ποιότητα των εκκρίσεων, για την οδό αναρρόφησης που χρησιμοποιήθηκε, την χορήγηση οξυγόνου πριν την αναρρόφηση, την ανοχή του ασθενή απέναντι της διαδικασίας και για τον αν στάλθηκε δείγμα πτυέλων στο εργαστήριο για καλλιέργεια ή όχι.

5.3.7. Αλλαγή τραχειοσωλήνων με CUFF

Στην αλλαγή τραχειοσωλήνων με CUFF χρειαζόμαστε τα παρακάτω αντικείμενα:

Δίσκος με:

- κάψα με τολύπια χαρτοβάμβακος

- νεφροειδές, ψαλίδι
- τραχειοσωλήνας με CUFF και φακαρόλα
- γάζα χωρίς βαμβάκι
- τολύπια ή γάζες αποστειρωμένες
- υδροδιαλυτή γλιστραντική ουσία
- σύριγγες των 5 ml
- διάλυση οξυζενέ
- αντιμικροβιακή αλοιφή (FUCIDIN)
- τραχειοδιαστολέας
- στηθοσκόπιο

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

Κόβουμε την φακαρόλα στη μέση, πλένουμε τα χέρια μας και ανοίγουμε με μεγάλη προσοχή το SET του τραχειοσωλήνα.

Ελέγχουμε το CUFF και το φουσκώνουμε αέρα. Δένουμε την φακαρόλα στις υποδοχές του τραχειοσωλήνα και διατηρούμε τον τραχειοσωλήνα αποστειρωμένο.

Μετά λύνουμε την φακαρόλα και αφαιρούμε τον τραχειοσωλήνα από τον ασθενή κρατώντας τον από τις άκρες του με τη βοήθεια του δείκτη και του αντίχειρα. Σε περίπτωση που το στόμιο δεν έχει σχηματισθεί καλά χρησιμοποιούμε τον τραχειοδιαστολέα για να αποφύγουμε σύμπτωση των χειλέων του στομίου, οπότε υπάρχει ο κίνδυνος ασφυξίας για τον ασθενή.

Στη συνέχεια, αφού γλισχράνουμε τον τραχειοσωλήνα, χρησιμοποιώντας αποστειρωμένο τολύπιο ή γάζα, τον τοποθετούμε με ήπιες κινήσεις πάνω και στη συνέχεια κάτω. Στερεώνουμε στον αυχένα

την φακαρόλα προσέχοντας να μην είναι ούτε χαλαρά ούτε και σφιχτά δεμένη.

Φουσκώνουμε το CUFF και αφού κάνουμε περιποίηση της τραχειοτομής επαλείφουμε με αντιμικροβιακή αλοιφή και τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα μεταξύ τραχειοσωλήνα και δέρματος.

Φροντίζουμε να αλλάζουμε την γάζα γύρω από το στόμιο γιατί υπάρχει φόβος ερεθισμού του δέρματος ή ακόμα μόλυνση και διαπύηση του τραύματος.

5.3.8. Αναρρόφηση μέσα από τραχειοσωλήνα με CUFF

Πριν αρχίσουμε την αναρρόφηση γίνεται οξυγόνωση και αερισμός του αρρώστου. Μπορεί να γίνει αναρρόφηση πριν από την οξυγόνωση σε περίπτωση που ο ασθενής έχει αναπνευστικό πρόβλημα με σκοπό να μην προωθηθούν οι εκκρίσεις και μάλιστα όταν αυτές είναι άφθονες.

Μετά την οξυγόνωση αναρροφούμε από την στοματοφαρυγγική κοιλότητα και απορρίπτουμε τον καθετήρα. Αυτό γίνεται για να απομακρυνθούν οι εκκρίσεις που θα μπορούσαν να εισροφηθούν κατά τη διεργασία του ξεφουσκώματος του CUFF.

Στη συνέχεια γίνεται αναρρόφηση μέσα από τον τραχειοσωλήνα. Μ' αυτόν τον τρόπο απομακρύνονται εκκρίσεις, που πιθανόν θα υπήρχαν πάνω από το φουσκωμένο CUFF ή γύρω από το τοίχωμα του σωλήνα και να προωθηθούν προς τα κάτω. Όταν οι αναρροφήσεις έχουν πετύχει το σκοπό τους, συνδέουμε τον ασθενή με τον αναπνευστήρα και απομακρύνουμε τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσαμε.

Ανακεφαλαιώνοντας την έμμεση μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με τραχειοτομή βλέπουμε ότι όλα όσα έχουμε αναφέρει παραπάνω είναι σημαντικά στην μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Οι γνώσεις που πρέπει να έχουμε για κάθε νοσηλεία παίζουν σπουδαίο ρόλο στην πορεία της νόσου του ασθενούς.

Στην μετεγχειρητική φάση ασθενούς με τραχειοτομή γίνεται απαραίτητως πρόληψη του εμετού με αντιεμετικά για να μην πιεσθεί η απολινώμενη περιοχή του φάρυγγα. Ακόμα χορηγούνται βρογχοδιασταλτικά που βοηθούν στον αερισμό των πνευμόνων, ενώ τα βλεννολυτικά μεταβάλλουν τις ιδιότητες των βρογχικών εκκρίσεων. Τα αντιβιοτικά είναι απαραίτητα για τις λοιμώξεις και για προφυλακτικούς λόγους, ενώ τα κορτικοστεροειδή, που συχνά χορηγούμε, περιορίζουν τις φλεγμονώδεις επεξεργασίες.

Απαραίτητος είναι ο έλεγχος της διούρησης και των αποβαλλόμενων υγρών, καθώς επίσης και του γαστρεντερικού σωλήνα.

Επί επισχέσεως αφού παρθούν όλα τα άλλα μέσα χωρίς αποτέλεσμα τοποθετείται FOLLEY. Γίνεται έλεγχος επίσης και καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

5.4. Αποκατάσταση ασθενούς με τραχειοτομή.

Ο ασθενής ο οποίος υπέστη τραχειοτομή έχει απομακρυνθεί από την εξωνοσοκομειακή ζωή για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η νοσηλεύτρια(-της) πρέπει να προετοιμάσουν αυτόν τον ασθενή για την επιστροφή του στον αγώνα της ζωής.

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

Η διεργασία αυτή, που έχουμε χρέος να την εκτελέσουμε πλήρως σαν νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, έχει σαν σκοπό της ο ασθενής να ξεπεράσει την αρνητική εμπειρία της ασθένειάς του και να μάθει να αντιμετωπίζει την προσωρινή ή μόνιμη αλλαγή που του συμβαίνει.

Για το λόγο αυτό η διεργασία μας πρέπει να περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοεξυπηρέτηση, την καλή εμφάνιση του ασθενούς, την προφύλαξή του από τους διάφορους κινδύνους και την εκπαίδευση για την χρησιμοποίηση του προφορικού λόγου. Ο στόχος μας στην εκπαίδευση του ασθενούς έγκειται στα εξής:

I. Αυτοεξυπηρέτηση

Η εκπαίδευση του ασθενή να αυτοεξυπηρετείται είναι η σπουδαιότερη. Έχοντας εκπαιδευτεί σωστά από το νοσηλευτή(-τρια) μπορεί να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις συγκεκριμένες απαιτήσεις της ζωής.

Ο ασθενής έχοντας αποκτήσει τις φυσικές του δυνάμεις αναλαμβάνει την περιποίηση του τραχειοσωλήνα. Βασικό σημείο εδώ είναι ο ασθενής να έχει αποδεχθεί την συγκεκριμένη αναπηρία του. Όταν ο ασθενής έχει πετύχει τις δύο παραπάνω προϋποθέσεις ο νοσηλευτής(-τρια) πρέπει να τον διδάξει την τεχνική της περιποίηση του τραχειοσωλήνα, δηλαδή την άσηπτο τεχνική της, έτσι ώστε να μπορεί ο ασθενής να την εκτελέσει ακίνδυνα και να τον παρακολουθεί όταν θα εκτελεί την αλλαγή και την καθαριότητα του τραχειοσωλήνα.

Στην αρχή ο νοσηλευτής(-τρια), ενημερώνει τον ασθενή για τα απαραίτητα αντικείμενα, την αφαίρεση του εσωτερικού τραχειοσωλήνα, την περιποίηση του τραύματος, την καθαριότητα και το βρασμό του εσωτερικού τραχειοσωλήνα καθώς και τον τρόπο επανατοποθέτησής του. Ακόμα του εξηγεί τον τρόπο προετοιμασίας και χρήσεως των αντικειμένων. Ο νοσηλευτής(-τρια) αφού δώσει στον ασθενή έναν καθρέπτη, εκτελεί την όλη διαδικασία και του εξηγεί κάθε τι που κάνει και το σκοπό για τον οποίο γίνεται. Του μιλά σε γλώσσα απλή, ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο κάθε ασθενή.

Όταν ο ασθενής κατανοήσει τη διαδικασία, έπειτα από αρκετές παρακολουθήσεις εκτελεί ο ίδιος τη διαδικασία, κάτω από την επίβλεψη

όμως του νοσηλευτή(-τριας). Επίσης τον ενημερώνει σχετικά με τα αντικείμενα που θα χρειαστεί για να αυτοπεριποιείται όταν θα βρίσκεται, πια εκτός νοσοκομείου, δηλαδή στο σπίτι του, και είναι τα παρακάτω:

- ένας τραχειοσωλήνας αποστειρωμένος
- ένας διαστολέας αποστειρωμένος

Η διδασκαλία καλό θα ήταν να γίνει και σε κάποιο άλλο άτομο του στενού συγγενικού κύκλου για να βοηθήσει τον ασθενή όταν θα υπάρξει ανάγκη.

Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό εξηγεί στον ασθενή τη δυνατότητα να αντικαταστήσει μερικά νοσηλευτικά αντικείμενα με άλλα που βρίσκονται στο σπίτι του.

Αφού τελειώσει όλη η διαδικασία της αυτοπεριποίησεως ο ασθενής εκτελεί την εργασία αυτή την παραμονή πριν βγει από το νοσοκομείο. Η διδασκαλία της αυτοεξυπηρετήσεως γίνεται ακόμα και σε ασθενείς με πρόσκαιρη τραχειοτομή.

II. Εμφάνιση του ασθενή

Η τραχειοτομή είναι πάθηση η οποία γίνεται ορατή εύκολα από τον γύρω κόσμο. Γι' αυτό η τραχειοτομή αποτελεί μεγάλο πρόβλημα για τους περισσότερους ασθενείς στο θέμα της εμφάνισής τους. Οι ασθενείς αυτοί κυριεύονται από αίσθημα μειονεκτικότητας και αυτό συμβαίνει γιατί η προσωπική αξία του ανθρώπου πολλές φορές συνδέεται με την σωματική αρτιμέλεια και δύναμη.

Έτσι μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, τους απασχολεί η εμφάνισή τους, αυτήν που ο πολύς κόσμος θα βλέπει.

Ο νοσηλευτής(-τρια) μπορεί να συστήσει στους μεν άνδρες ένα κολάρο ή μια μπλούζα με λαιμό που θα τους λύσει το πρόβλημα της εμφάνισής τους και για τις δε γυναίκες μπορούν να προτείνουν ένα φουλάρι.

III. Ομιλία ασθενή με τραχειοτομή

Μετά την τραχειοτομή έχουμε αλλαγή στον τρόπο ομιλίας του ασθενή, ο οποίος δεν μπορεί να μιλήσει όπως μίλαγε πριν γιατί ο αέρας τώρα δεν περνά πια από τις φωνητικές χορδές έτσι ώστε να έχουμε παραγωγή της φωνής.

Πάνω σε αυτό το μεγάλο πρόβλημα που αποκτά ο ασθενής μετά την τραχειοτομή έχουν εργαστεί και υπάρχουν πολλοί εκπαιδευτές της ομιλίας.

Ο νοσηλευτής(-τρια) προτείνει στον ασθενή να παίρνει αναπνοή όταν θέλει να μιλήσει και αμέσως μετά να κλείνει με το δάκτυλό του τον τραχειοσωλήνα και συγχρόνως να μιλάει. Επίσης ο ασθενής διδάσκεται και την ομιλία με τεχνητό λάρυγγα (ειδική ηλεκτρονική μηχανή).

IV. Προφύλαξη ασθενούς

Ο ασθενής που υπέστη τραχειοτομή πρέπει να ενημερωθεί για τους κινδύνους που επιφέρει αυτή. Ο ασθενής αυτός χρειάζεται ειδική πρόληψη. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται όταν κάνει μπάνιο. Δεν πρέπει, για κανένα λόγο, να μπει νερό στο στόμιο της τραχείας γιατί θα ερεθιστούν οι πνεύμονες. Για το λόγο αυτό τα θαλάσσια μπάνια απαγορεύονται γιατί υπάρχει κίνδυνος πνιγμού.

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

Ακόμα πρέπει να προστατεύεται από τα κρυολογήματα και τις λοιμώξεις.

Ο ασθενής με τραχειοτομή θα πρέπει να έχει πάντοτε μαζί του μια κάρτα στην οποία θα είναι γραμμένα απλά και καθαρά τα εξής:

ΠΡΟΣΟΧΗ ΕΠΕΙΓΟΝ: Έχω λαρυγγεκτομή. Αναπνέω **ΜΟΝΟ** από τραχειοστόμιο. **ΟΧΙ** από το στόμα ή από την μύτη.

ΚΡΑΤΑΤΕ την τραχειοτομή ανοικτή.

ΧΟΡΗΓΕΙΤΕ οξυγόνο μόνο από την τραχειοτομία.

ΜΗ ΡΙΧΝΕΤΕ νερό στο πρόσωπό μου.

ΜΗ ΣΤΡΕΦΕΤΕ το κεφάλι μου στα πλάγια.

Στο πίσω μέρος της κάρτας θα είναι σημειωμένα τα εξής:

Ονομάζομαι

Παρακαλώ ειδοποιείστε

Στη συνέχεια να είναι γραμμένα τα στοιχεία του πλησιέστερου προσώπου που θα ήθελε να βρεθεί κοντά του.

Όνοματεπώνυμο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Όμως παρ' όλα τα παραπάνω προφυλακτικά μέτρα τον κυριότερο ρόλο στην έξοδό του από το νοσοκομείο θα παίζουν η κατανόηση, η αγάπη, ο σεβασμός του νοσηλευτικού προσωπικού, της οικογένειας και γενικά της κοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

Στον ασθενή με καρκίνο λάρυγγα, η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται συμπληρωματικά κυρίως, αφού ακόμη τα φάρμακα που χορηγούνται υφίστανται τροποποιήσεις. Συνήθως χρησιμοποιούνται περισσότερα από ένα φάρμακα σε συνδυασμό διάφορης 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 οικογένεια 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 θρέψη, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τη συναισθηματική του κατάσταση, το βαθμό ευαισθησίας σε διάφορα φάρμακα κ.α.

6.2. 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 διαθέτουν 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, εμετοί, 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 (-τρία) 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 πετέχιες 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 εμετοί γι' αυτό επί εκδήλωσής τους, παρακολουθείται η συχνότητα των εμετών, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, ενώ λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη τους. Τέτοια είναι η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, (πριν την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωση 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 (-τρία) θα εφαρμόσει γνωστές ενέργειες για την εξάλειψή τους. Ο τελευταίος (-ταία) 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 εμφάνισή 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 άρρωστό της (-του) να φορά περούκα όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

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

7.1. Όταν ο άρρωστος πλησιάζει στο τέλος της επίγειας 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 24ώρο.

Οι νοσηλευτές περισσότερο από κάθε άλλη φορά έχουν την ευκαιρία να δουν τον άνθρωπο που πεθαίνει σαν πρόσωπο, σαν ανεπανάληπτη προσωπικότητα και εικόνα του θεού. Πρέπει να είναι έτοιμοι να χρησιμοποιήσουν όλη τη νοσηλευτική τέχνη και επιστήμη για να βοηθήσουν τον άρρωστο να ζήσει κάθε ώρα και μέρα μέχρι τη στιγμή του θανάτου του, όσο το δυνατόν με μεγαλύτερη ψυχική και σωματική άνεση, αξιοπρέπεια και ανακούφιση. Να ζήσει «ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά» τα τέλη της ζωής του.

Σημεία που δείχνουν ότι η ζωή του αρρώστου πλησιάζει προς το τέλος είναι:

- Πτώση της αρτηριακής πίεσεως και κατά συνέπεια ελάττωση της κυκλοφορίας, (ψυχρά άκρα)
- Μείωση της κίνησης και της αίσθησης
- Μεγάλη εφίδρωση
- Κυανωτικό και ωχρο δέρμα
- Σταδιακή εξαφάνιση των αντανακλαστικών
- Ύπτια θέση 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 αποβάλει ή να καταπιεί.

- Σύντομες και επιπόλαιες αναπνοές
- Άρρυθμος, λεπτός και γρήγορος σφυγμός
- Δυσκολία στην ομιλία
- Ελάττωση της οξύτητας της ακοής και της όρασης.

7.2. Φυσικές ανάγκες

Όπως όλοι οι άρρωστοι έτσι και ο συγκεκριμένα με καρκίνο του λάρυγγα στις τελευταίες μέρες της ζωής του έχει μειωμένη όρεξη και συχνά η φυσική προσπάθεια που καταβάλλει για τη διατροφή του είναι μεγάλη.

Όταν ο ασθενής αδυνατίζει 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 ο ασθενής κρύνει ενώ συγχρόνως παρουσιάζει άφθονη εφίδρωση.

Στην περίπτωση που το άτομο παρουσιάζει δύσπνοια η πιο αναπαυτική θέση είναι η ημικαθιστή. 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 φράξει με τη γλώσσα, όταν ο ασθενής βρεθεί σε ύπτια θέση.

7.3. Συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες

Όταν ο θάνατος πλησιάζει ο ασθενής το αντιλαμβάνεται. Ο φόβος είναι ένα από τα πιο οδυνηρά συναισθήματα του ανθρώπου που γίνεται εντονότερος σ' αυτό το τελευταίο στάδιο της ζωής του.

Έκδηλο είναι και το αίσθημα της ανασφάλειας αφού ο ασθενής εκφράζει συνεχώς την επιθυμία να έχει γύρω του γνωστά και αγαπημένα πρόσωπα.

Είναι δυνατόν την περίοδο των τελευταίων ημερών της ζωής του να θυμάται ευχάριστα αλλά και δυσάρεστα γεγονότα, όνειρα που δεν πραγματοποιήθηκαν ποτέ.

Όλες αυτές οι συναισθηματικές – πνευματικές ανάγκες του αρρώστου, συχνά είναι μεγαλύτερες από τις φυσικές.

Ο ασθενής που γνωρίζει ότι ο θάνατος είναι κοντά έχει ανάγκη από κατανόηση. Ο νοσηλευτής(-τρια) δεν πρέπει να πλησιάζει τον ασθενή μηχανικά, επειδή το επιβάλλει το καθήκον, αλλά να ξεκινά από την εσωτερική του διάθεση να βοηθήσει το συνάνθρωπό του.

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.

7.4. Συμπτωματική (ανακουφιστική) αγωγή

Πόνος: η αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο είναι ένα σημαντικό αλλά παραμελημένο πρόβλημα δημόσιας υγείας, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Για τον ασθενή ο πόνος είναι ένα εξαιρετικά δυσάρεστο και φοβογόνο αίσθημα που αλλοιώνει την ψυχική του διάθεση και διαταράσσει καθοριστικά την ποιότητα της ζωής του. Για το γιατρό και

το νοσηλευτή είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα.

Η αντιμετώπιση του πόνου του ασθενή με καρκίνο του λάρυγγα πρέπει να γίνεται από ομάδα εργασίας που θα περιλαμβάνει τον ογκολόγο ιατρό, τον ειδικό επί πόνου, τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο και τον εξειδικευμένο νοσηλευτή του νοσοκομείου.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση του πόνου είναι το άγχος, η ανησυχία, η αϋπνία, η απομόνωση, η κατάθλιψη, η κόπωση, οι κακές ιατρικές συνθήκες, οι κινήσεις και η κακή διατροφή. Αντίθετα η βελτίωση της νόσου, η ανάπαυση, η ασφάλεια, η καλή ψυχική διάθεση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση βοηθούν καθοριστικά στη βελτίωση του πόνου.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου αφορά χορήγηση αναλγητικών και αντιφλεγμονόδων φαρμάκων (μη ναρκωτικά) και χορήγηση ναρκωτικών φαρμάκων. Τονίζεται η επιθυμητή συνεργεία των αντικαταθλιπτικών και φαινοξιαζινών τόσο με τα ναρκωτικά όσο και με το μη ναρκωτικά φάρμακα.

Πίνακας: Αναλγητικά φάρμακα

<u>Μη ναρκωτικά</u>	<u>Ναρκωτικά</u>
Ασπιρίνη	Μορφίνη
Ακεταμινοφένη	Υδρομορφίνη
Ιβοπρουφένη	Μεθαδόνη
Διφουσινάλη	Ηρωίνη
Νοπροξένη	Κωδεΐνη
Φαινοξιαζίνες	Οξυκοδόνη
Αντικαταθληπτικά	Πενταζοκίνη
Κορτικοστεροειδή	

Η φαρμακολογία, φαρμακοκινητική και οι παρενέργειες των αναλγητικών φαρμάκων πρέπει να είναι γνωστές στον θεράποντα ιατρό και νοσηλευτή προκειμένου να βοηθήσουν καθοριστικά τον ασθενή. Αν

και δεν είναι δυνατόν να αναπτυχθούν όλα τα προβλήματα της αναλγητικής αγωγής τονίζεται ιδιαίτερα η δυσκοιλιότητα και οι γαστρεντερικές διαταραχές, η σύγχυση, η δύσπνοια που προκαλούνται από τα ναρκωτικά αναλγητικά.

Εικ. Ιεραρχική προσέγγιση της αντιμετώπισης του πόνου

7.5. Αντιμετώπιση και βοήθεια της οικογένειας

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

Οι νοσηλευτές θα μπορέσουν να προσφέρουν πραγματική βοήθεια και ανακούφιση στους συγγενείς του ετοιμοθάνατου όταν κατορθώσουν να τοποθετήσουν τον εαυτό τους στη θέση που βρίσκονται εκείνοι.

Υπάρχουν όμως 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.

7.6. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση προβλημάτων του ασθενούς με μόνιμη τραχειοτομία

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 αποδεχθεί.

Κατά τη διάρκεια παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο πολύ θα τον βοηθούσε ψυχολογικά η επαφή του με ασθενή της ίδιας κατάστασης, ο οποίος έχει αποδεχθεί την αναπηρία του, έχει προσαρμοστεί στον «καινούργιο» τρόπο ζωής.

Πριν από την έξοδό 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 ένταξή του στην κοινωνία αλλά και να εξασφαλίσει περαιτέρω βοήθεια.

Το ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού θα στραφεί και γύρω από την οικογένεια του ατόμου.

Ένα πρόβλημα που απασχολεί τον λαρυγγεκτομηθέντα 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 νοιώθει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και ψυχική ικανοποίηση.

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

Ο ασθενής με τραχειοτομή σίγουρα προβληματίζεται και ανησυχεί για το νέο τρόπο επικοινωνίας με το περιβάλλον και το βαθμό απόδοσής του. Οι νοσηλευτές όμως προεγχειρητικά τον πληροφορούν ότι η απώλεια της φώνησης είναι παροδική για κάποιες μετεγχειρητικές ημέρες, ενώ έπειτα θα ακολουθήσει διδασκαλία εκμάθησης νέου τρόπου ομιλίας. Ο ασθενής διδάσκεται την οισοφάγεια ομιλία. Σε περίπτωση που δεν κατορθώσει να τη μάθει, ενθαρρύνεται στη χρησιμοποίηση ηλεκτρικών γεννητριών τόνου που παράγουν φωνή με διαφορετικό τρόπο με θεαματικά όμως αποτελέσματα.

Προπάντων ο λαρυγγεκτομηθείς ασθενής έχει ανάγκη και εδώ από ψυχολογική υποστήριξη, κατανόηση και κουράγιο.

Γενικά στην εξωνοσοκομειακή ζωή του, ο ασθενής με τραχειοτομή ίσως αντιμετωπίζει και άλλα προβλήματα σχετικά με την τομή 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 είναι πολύτιμο, για το λόγο αυτό η πολιτεία και οι φορείς υγείας θα πρέπει να μεριμνούν ώστε ο θεσμός 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 ερωτήματά 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 ψυχαγωγία και γενικά στην ενασχόληση με τις παλιές του συνήθειες εφόσον οι δυνάμεις του το επιτρέπουν.

Όπως κάθε καρκινοπαθής έτσι και ο λαρυγγεκτομηθείς ασθενής έχει ανάγκη από την υποστήριξη, την αγάπη και το ενδιαφέρον τόσο της ομάδας υγείας, της ομάδας αποκατάστασης όσο και τις οικογένειάς του και γενικά του κοινωνικού περιβάλλοντος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση έχει γίνει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης και έχουν κινητοποιηθεί όλοι οι φορείς, πολιτεία, τοπική αυτοδιοίκηση, επιστημονικοί οργανισμοί, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Η νοσηλεύτρια(-της) έχει εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία αυτή κατά του καρκίνου και η συμβολή των είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίπονου αυτού έργου.

Η έννοια της πρόληψης αναλύεται σύμφωνα με περιεχόμενο εφαρμογής σε τρία επίπεδα.

8.1. Πρωτογενής πρόληψη

Περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που στοχεύουν να μειώσουν την εμφάνιση μιας ασθένειας στον πληθυσμό από μια ασθένεια μειώνοντας τη διάρκεια και την βαρύτητα μιας αρρώστιας.

8.2. Δευτερογενής πρόληψη

Περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που στοχεύουν να παρέχουν ικανή προστασία στον πληθυσμό από μια ασθένεια μειώνοντας τη διάρκεια και τη βαρύτητα μιας αρρώστιας.

8.3. Τριτογενής πρόληψη

Περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που στοχεύουν να περιορίσουν τις χρονικές συνέπειες μιας ασθένειας ελαχιστοποιώντας την λειτουργική ανικανότητα που μπορεί να επιφέρει μια ασθένεια.

Στις 12 Σεπτεμβρίου 1978, στο Συνέδριο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) στην Alma-Ata της Σοβιετικής Ένωσης, ο διεθνής επιστημονικός προβληματισμός έφερε στην επικαιρότητα την Ιπποκρατική αρχή «καλύτερα να προλαβαίνεις από το να θεραπεύεις».

Έτσι στην διακήρυξη της Alma-Ata, περιέχεται η αρχή του δικαιώματος της υγείας για όλους τους κατοίκους του πλανήτη μας και δίνεται προτεραιότητα στην ανάπτυξη υγειονομικών υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) .

Η διακήρυξη περιέχει τον παγκόσμιο στόχο «Υγεία για όλους το 2000». Τον Ιανουάριο του 1986 διορίστηκε μια επιτροπή διαπρεπών Καρκινολόγων με αποστολή να στηρίξει το πρόγραμμα «Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ».

Το πρόγραμμα αναπτύσσεται σε τέσσερις τομείς:

- 1) Πρόληψη του καρκίνου
- 2) Ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση στα θέματα Υγείας
- 3) Κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού
- 4) Έρευνες για τον καρκίνο

Η πρόληψη του καρκίνου αναπτύσσεται με επίκεντρο πέντε κύριους άξονες:

- 1) Την καταπολέμηση του καπνίσματος
- 2) Την βελτίωση της διατροφής
- 3) Την προστασία από τους καρκινογόνους παράγοντες
- 4) Το συστηματικό εντοπισμό και την πρόωπη ανίχνευση
- 5) Τον «Ευρωπαϊκό κώδικα καταπολέμησης του καρκίνου»

Ο «Ευρωπαϊκός κώδικας καταπολέμησης του καρκίνου» περιέχει δέκα εντολές που οδηγούν στην πρόληψη του καρκίνου.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. Μην καπνίζετε
2. Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών
3. Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας
5. Τρώτε συχνά φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγαλύτερης περιεκτικότητας σε ίνες
6. Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά
7. Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος
8. Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.
9. Κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
10. Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και – αν είναι δυνατόν – κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

Για τον καρκίνο του λάρυγγα μπορεί και χρειάζεται να γίνει η σχετική πρόληψη και τα ποσοστά που απεικονίζουν την προσβολή από τη συγκεκριμένη νόσο όλο και αυξάνονται. Στην προσπάθεια αυτή κύριο ρόλο θα παίξει ο νοσηλευτής, το άτομο αυτό που έχει τη δυνατότητα να βρίσκεται κοντά στον άνθρωπο περισσότερο ίσως από κάθε άλλον.

Γνωρίζοντας του βασικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη καρκίνων του Λάρυγγα, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται ο καπνός το αλκοόλ - οينوπνευματώδη, 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 κίνδυνου για την εμφάνιση του λαρυγγικού 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 δέμα.

Από έρευνες στον Ευρωπαϊκό χώρο την άνοιξη του 1987 σε 2000 άτομα ηλικίας 15 χρόνων και πάνω, προέκυψε ότι υπάρχουν 94.000.000 καπνιστές μεταξύ των 254.000.000 ευρωπαίων.

Η επιτυχία του στόχου «15% λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο το 2000» σημαίνει 150.000 ευρωπαίοι θα αποφύγουν το πρόβλημα ή το θάνατο.

Η ενημέρωση του κοινού περιλαμβάνει τη γνωστοποίηση των άλλων ενοχοποιητικών στοιχείων και την αλλοιώτικη δράση τους στον

λάρυγγα. Το αλκοόλ και γενικά τα οίνοπνευματώδη προδιαθέτουν στην εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου, όπως δείχνουν διάφορες μελέτες. Στην περίπτωση δε που δρουν συνεργικά, αυξάνουν τον κίνδυνο παραπάνω από ότι αναμενόταν από τους παράγοντες αυτούς, εάν δρούσαν ανεξάρτητα και αθροίζονταν τα αποτελέσματα 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 θειικό 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 οίνοπνευματωδών 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 απασχόλησης 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, βρόγχος 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.

Η εκπαίδευση για την υγεία στην κοινότητα ή γενικά στον πληθυσμό πραγματοποιείται με διάφορους τρόπους παρέμβασης.

1. **Στο Σχολείο** με παιδαγωγικές μεθόδους εκπαίδευσης των μαθητών (έντυπα-παιχνίδια-πρότυπα) μετά από κατάλληλη εκπαίδευση των παιδαγωγών καθηγητών.
2. **Στην Οικογένεια** με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και στην διάρκεια συμβουλευτικής συνεργασίας με ιατροκοινωνικούς και παιδαγωγικούς φορείς, με έντυπα.
3. **Στο Κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον** με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, συμμετοχικές διαδικασίες σε προγράμματα υγείας, στήριξη θεσμών και πολιτιστικών παραδόσεων.
4. **Στις υπηρεσίες και επαγγέλματα υγείας** με διαρκή εκπαίδευση και ενημέρωση, με ενίσχυση επιστημονικού και επαγγελματικού τύπου, με ενίσχυση της χρήσης συγγραμμάτων και πληροφοριών.

Η εκπαίδευση της κοινότητας για την υγεία στηρίζεται στην αντίληψη ότι η παραγωγή υγείας είναι άριστα συνδεδεμένη με το πρότυπο συμπεριφοράς που «επιλέγεται» σύμφωνα με τα διαθέσιμα εναλλακτικά μέσα, τις υπάρχουσες κοινωνικο-πολιτιστικο-οικονομικές συνθήκες και τις αντικειμενικά προσδιοριζόμενες δυνατότητες επιλογής. Η κοινότητα είναι υπεύθυνη για την δραστηριοποίηση του πληθυσμού να θέλει να γνωρίζει πως θα μείνει υγιής ή πως θα αντιμετωπίσει οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας.

Η ανάπτυξη υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και των προγραμμάτων πρόληψης, (εκπαίδευσης κ.ά.) απαιτεί ολοκληρωμένο σχεδιασμό, τυποποίηση στρατηγική, ευπλαστότητα προγραμματισμού και πολιτική υποστήριξης και παροχής των αναγκαίων μέτρων και μέσων. Αποφεύγονται πρακτικές

εκφοβισμού απ' τις οποίες αποστασιοποιείται το άτομο, ενώ προτιμούνται παραδείγματα και ενδιαφέροντα καθημερινής χρήσης και εύκολης αφομοίωσης. Η πρόληψη συνιστά ιεραρχικά πρωταρχικό καθοριστικό παράγοντα, διατήρησης και αποκατάστασης της υγείας και σχετίζεται με εκείνα τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ποιότητα ζωής και το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης.

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.

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

Η ολιγόμηνη εμπειρία μου στην ωτορινολαρυγγική κλινική του Δορυφορικού τμήματος του Αγίου Ανδρέα 409 μου έδωσε την ευκαιρία να έλθω σε επαφή με πολλούς αρρώστους που επρόκειτο να υποστούν ολική λαρυγγεκτομή.

Πολλές και ποικίλες οι αντιδράσεις των διαφόρων αρρώστων.

Δύο αντιπροσωπευτικές θα αναφερθούν:

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄:

Νέος άρρωστος της Ω.Ρ.Λ. κλινικής εισήλθε στις 29/10/01 με πιθανή διάγνωση Ca Λάρυγγος. Ο άρρωστος ονομάζεται Κουτσοχέρας Χρήστος ηλικίας 58 ετών, Ελαιοχρωματιστής. Καταγόμενος από το Αίγιο και συνοδεύεται από τη γυναίκα του.

Ήταν φανατικός καπνιστής, καπνίζοντας 60 τσιγάρα την ημέρα. Ο λόγος εισαγωγής του ήταν βράγχος φωνής το οποίο παρουσιάστηκε πριν από 2 μήνες και αυξάνονταν σταδιακά. Προοδευτικά εμφανίστηκε δύσπνοια και αργότερα δυσκαταποσία.

Κατά την εισαγωγή του μετρήθηκαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς: Θ: 36,7°C, Σφ: 85/min, ΑΠ: 130/80mmHg, Α: 21 min. Κατόπιν ιατρικής συνεννόησης προγραμματίστηκε μικρολαρυγγοσκόπηση για τις 3/11/01 με ολική νάρκωση. Έγινε ο συνήθης προεγχειρητικός έλεγχος, με εξετάσεις.

W.B.C. 6.98.10 ³	Gly: 125
HGB: 16,5	Ουρία: 21
HCT: 49,9	K: 4,97

P.T.: 12,9	Να: 147
P.T.T. 24,2	

Στις 3/11/01 ο ασθενής ανέβηκε χειρουργείο όπου ελήφθησαν τεμάχια από μακροσκοπικά εκφυλισμένο ιστό προς βιοψήφια. Διεγνώσθη Ca Λάρυγγα. Η κατάσταση του μετεγχειρητικά ήταν σταθερή. Εδόθηκαν οδηγίες και πήρε εξιτήριο. Έγινε επανεισαγωγή στις 29/11/01 για κλινοεργαστηριακό έλεγχο.

Στην σπειρομέτρηση που έγινε φάνηκε ήπιου βαθμού διαταραχή, αποφρακτικού τύπου.

Προγραμματίστηκε χειρουργείο στις 4/12/01 και άρχισε να γίνεται η σχετική προετοιμασία. Ο ασθενής έφυγε για χειρουργείο όπου υποβλήθηκε σε ολική λαρυγγεκτομή.

Επιστρέφοντας από το χειρουργείο είχε τραχειοστόμιο και έφερε καθετήρα LEVIN, καθετήρα κύστεως, Reed-o-Pack και ορούς και D/W. Ετέθη σε τρίωρη λήψη Ζ.Σ. και μέτρηση ούρων και παροχετεύσεων.

Οι οροί κόπηκαν την επόμενη ημέρα και χορηγήθηκε ορός Ringers.

Ο ασθενής μετά το χειρουργείο έκανε εμετούς και του χορηγήθηκε Sir Primperan. Στις 8/12/01 άρχισε η σίτιση με γάλα, νερό και χυμούς από το LEVIN και την ίδια ημέρα έγινε η πρώτη αλλαγή του τραχειοσωλήνα, αλλάχθηκε ο πλαστικός σωλήνας και τοποθετήθηκε μεταλλικός. Γινόταν συχνές αναρροφήσεις.

Στις 15/12/01 άρχισε η σίτιση με πολτοποιημένη τροφή. Την ίδια ημέρα αφαιρέθηκε 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.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ανησυχία και φόβος για το είδος των προγραμματισμένων εξετάσεων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του φόβου και της ανησυχίας του ασθενούς. • Βελτίωση της ψυχολογικής του κατάστασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενούς για το είδος των εξετάσεων και την αναγκαιότητά τους. • Συζήτηση και ενθάρρυνση για την εξωτερίκευση 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, 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 άσηπτες συνθήκες.</p> <p>Ιδιαίτερα έμφαση δόθηκε στη διατήρηση της ψυχραιμίας του αρρώστου κατά τη διεξαγωγή των εξετάσεων, με οδηγό πάντα τη σωστή επικοινωνία αρρώστου Νοσηλεύτριας.</p>	<p>Η ανησυχία και ο φόβος του αρρώστου, μέσα από την συχνή επικοινωνία μαζί του, μειώθηκαν. Οι εξετάσεις έγιναν με ακρίβεια και άσηπτες 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
<p>Αγωνία και φόβος για τη διεξαγωγή της Εγχείρησης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση της αγωνίας και των άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων που νοιώθει ο ασθενής • Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής κατάστασης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επικοινωνία με τον ασθενή και ενθάρρυνσή 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 τη παραμονή του χειρουργείου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε συζήτηση με τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του. • Εδόθηκαν πληροφορίες σχετικά με το είδος της επέμβασης και την κατάστασή του μετεγχειρητικά (τραχειοτομή-τραχειοστόμιο). • Διαβεβαιώθηκε ο άρρωστος για την επιτυχία της επέμβασης και την ομαλή μετεγχειρητική του κατάσταση. • Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγήθηκε στον ασθενή 1 tab lexotanil 3 mg το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου για να ηρεμήσει και να κοιμηθεί καλά. 	<p>Μετά από συζήτηση, ο ασθενής φάνηκε περισσότερο ήρεμος και ψύχραιμος και αποδέχθηκε καλύτερα το γεγονός της επέμβασης. Εξωτερίκευσε τα συναισθήματά του και ανέφερε χαρακτηριστικά ότι είχε μεγάλη ανάγκη αυτή την συμπαράσταση και κατάνοηση.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Δύσπνοια-Ρογχώδες 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 υγροποιημένου O₂ 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 ελευθέρωση της αναπνευστικής οδού. Οι αναρροφήσεις επαναλαμβάνονται κάθε 10-15 λεπτά με καθετήρες μιας χρήσεως. • Σε έντονη δύσπνοια μετά την αναρρόφηση χορηγήθηκε υγροποιημένο O₂. Χρησιμοποιήθηκε και υγραντήρας για την εξασφάλιση υγρής ατμόσφαιρας. 	<p>Τα μέτρα που ελήφθησαν ήταν αρκετά ικανοποιητικά και ενώ η δύσπνοια αποτελούσε αρχικά μεγάλο πρόβλημα για τον ασθενή, με τη πάροδο των ημερών υποχώρησε.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<ul style="list-style-type: none"> • Στον ασθενή δόθηκε ανάρροπη θέση για την διευκόλυνση της αναπνοής. Στο διαιτολόγιο του προστέθηκαν πολλά υγρά και τροφή που τη δεχόταν καλά για να ην επιβαρύνεται η κατάστασή του. • Παροτρύνθηκε να κάνει εισπνοές ατμού για να ανακουφιστεί από το δυσάρεστο αίσθημα. Παράλληλα τοποθετήθηκε υγρή γάζα στο τραχειοστόμιο για τη ρεσυτοποίηση των εκκρίσεων. Χορηγήθηκε στον άρρωστο Sir Bisolvon μετά από ιατρική εντολή για να βοηθηθεί ακόμη περισσότερο. 	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Δυσκολία σίτισης κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη μέτρων για καλύτερη σίτιση του αρρώστου • Βοήθεια του ασθενή την ώρα των γευμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση νερού-χυμού τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. • Εμπλουτισμός διαιτολογίου με πολτοποιημένη τροφή. • Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα άρχισε η σίτισή του με χυμούς-νερό. • Στη συνέχεια του χορηγήθηκε πολτοποιημένη τροφή. • Ενημερώθηκε από τη νοσηλεύτρια ότι στην αρχή θα έχει δυσκολίες με την σίτισή του και αργότερα δεν θα είχε αυτό το πρόβλημα. 	<p>Ο ασθενής δεν εμπιστευόταν κανένα. Δεν ήταν συνεργάσιμος στην αρχή. Μόλις πέρασαν κάποιες ημέρες άλλαξε διάθεση και έγινε πιο ήρεμος.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δυσκολία επικοινωνίας με τους συγγενείς και τους γύρω του.	Ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και να υιοθετήσει νέο τρόπο επικοινωνίας.	<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 προσωρινά. • Διδασκαλία οισοφαγείου φώνησης. • Ενημέρωση του ασθενούς για τη δυνατότητα χρησιμοποίησης ηλεκτρικών γεννητριών, που έχουν αρκετά θετικά αποτελέσματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενισχύθηκε ο άρρωστος τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες να χρησιμοποιεί το μπλοκ και το μολύβι που βρισκόταν δίπλα του στο κομοδίνο του. • Σε δεύτερη φάση του συστήθηκε άλλος τρόπος επικοινωνίας: να πάρει αναπνοή και αμέσως μετά να κλείσει με το δάχτυλό 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. 	Στην αρχή ο άρρωστος ήταν ταραγμένος και εκνευρισμένος λόγω του ότι δυσκολευόταν να εκφράσει ότι ήθελε στο χαρτί. Σιγά-σιγά όμως εξοικειώθηκε με αυτή τη διαδικασία και την εκτελούσε με σχετική ευχέρεια. Άργησε να συνηθίσει την οισοφαγείο φώνηση αλλά μετά από αρκετές

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε η διαδικασία για την εκμάθηση της οισοφάγειου 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 διαδικασίας, πληροφορήθηκε ο άρρωστος και για τις ηλεκτρικές γεννήτριες τόνου, οι οποίες τοποθετούνται στη στοματική κοιλότητα ή σε μαλακά μέρια του τραχήλου και παράγουν φωνή. Ενημερώθηκε ότι μπορεί να χρησιμοποιήσει τέτοια γεννήτρια αργότερα εάν μπορεί και το θελήσει. 	<p>προσπάθειες μπόρεσε να σχηματίσει ολοκληρωμένες λέξεις και προτάσεις. Οι ασκήσεις απέδωσαν πάρα πολύ.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ- ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Κίνδυνος μόλυνσης του τραύματος	Πρόληψη της μόλυνσης η οποία θα προσθέσει ένα ακόμα πρόβλημα στην όλη κατάσταση του αρρώστου.	<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 δυσοσμίας των εκκρίσεων. • Διδασκαλία του αρρώστου να πλένει καλά και σχολαστικά τα χέρια του πριν ακουμπήσει την περιοχή της τραχειοτομής-τραχειοστομίου. • Συχνός καθαρισμός το 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-ανησηψίας. • Τοποθετούνταν αποστειρωμένες γάζες για την κατακράτηση των εκκρίσεων και την αποφυγή της δυσοσμίας. • Τονίστηκε στον ασθενή να είναι πολύ προσεκτικός όταν πρόκειται να ακουμπήσει την ευαίσθητη περιοχή και να έχει πλύνει σχολαστικά τα χέρια του. • Γίνονταν συχνές αναρροφήσεις με σωλήνες αναρρόφησης μιας χρήσεως καθώς και αλλαγή του εσωτερικού τραχειοσωλήνα. 	<p>Η περιοχή της τραχειοτομής διατηρήθηκε καθαρή και ο ασθενής δεν είχε κάποιο πρόβλημα στο συγκεκριμένο σημείο.</p> <p>Έδειχνε μάλιστα ότι ένοιωθε μεγαλύτερη άνεση και ασφάλεια.</p> <p>Η συχνή τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών γύρω από το τραχειοστόμιο, είχε σαν αποτέλεσμα την αποφυγή δυσο-</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ- ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>Συχνή αλλαγή του τραχειοσωλήνα καθαρού και αποστειρωμένου ενώ ο χρησιμοποιημένος έμπαινε σε διάλυμα 50% νερού και 50% 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 αποστειρώνονταν για 5-10 λεπτά.</p> <p>Όταν υπήρχε ανάγκη γινόταν αλλαγή ολόκληρου του τραχειοσωλήνα (εσωτερικού και εξωτερικού) και κάτω από άσηπτες τεχνικές, εφαρμοζόταν γρήγορα άλλος αποστειρωμένος.</p>	<p>σμίας των εκκρίσεων.</p>

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Νέος ασθενής εισήχθη στην Ω.Ρ.Λ. κλινική του δορυφορικού τμήματος του Αγίου Ανδρέα 409 στις 8/9/01 με έντονη δυσκατοποσία και δύσπνοια και παρουσίαζε ακόμη βράγχος φωνής, ήταν πολύ ανήσυχος και φοβισμένος. Ο άρρωστος ονομάζεται Τσουκαλάς Θεόδωρος είναι 56 ετών και κατάγεται από τον Πύργο Ηλείας.

Ο ασθενής δεν συνεργάζεται και οι πληροφορίες για το ιστορικό του εδόθησαν από το γιο του που τον συνόδευε. Αναφέρθηκε ότι ο ασθενής είναι βαρύς καπνιστής και ότι καπνίζει 4 πακέτα τσιγάρα ημερησίως εδώ και 40 χρόνια. Επίσης καθημερινώς καταναλώνει μικρή ποσότητα αλκοόλ. Ο γιος του ακόμη ανέφερε πως ο πατέρας του ασθενούς απεβίωσε από κίρρωση του ήπατος.

Αφού έγινε η εισαγωγή του μετρήθηκαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς: Θ: 36,5 °C, Σφ: 90 min, ΑΠ: 140/70 mmHg, Α: 25/min. Η ΑΠ ήταν λίγο αυξημένη λόγω της μεγάλης ανησυχίας τους.

Προγραμματίστηκε από τους γιατρούς μικρολαρυγγοσκόπηση και έπειτα έγινε ο συνήθης προεγχειρητικός έλεγχος με τις εξής εξετάσεις:

W.B.C. 6.80.10 ³	Gly: 129
HGB: 15,9	Ουρία: 27
HCT: 50,1	K: 5,03
P.T.: 13	Na: 150
P.T.T. 25	

Στις 9/1/02 ο ασθενής ανέβηκε χειρουργείο, έγινε η βιοψία και διεγνώσθη Ca Λάρυγγα.

Η κατάσταση του μετεγχειρητικά ήταν καλή. Του εδόθησαν πληροφορίες για την κατάστασή του και πήρε εξιτήριο.

Έγινε επανεισαγωγή στις 31/1/02 για κλινοεργαστηριακό έλεγχο και πνευμονολογική εξέταση.

W.B.C. $6.10.10^3$	Ουρία: 49
HGB: 16,1	K: 4,5
HCT: 45,2	Na: 144
	K: 4,5
	Αλβουμίνη: 5
	Ολ. Λευκώματα: 6

Η R.O θώρακος δεν έδειξε ιδιαίτερα ευρήματα.

Ο ασθενής ενημερώθηκε από τους ιατρούς και πήρε εξιτήριο στις 2/2/02. Επανεισήχθη στις 5/2/02 για χειρουργείο. Επανελήφθη ο εργαστηριακός έλεγχος και έγινε Η.Κ.Ρ. Το χειρουργείο προγραμματίστηκε για τις 6/2/02.

Όταν ο ασθενής επέστρεψε από το χειρουργείο ήταν καταβεβλημένος, δεν είχε πολλές εκκρίσεις, πονούσε ελάχιστα και το μόνο που τον στεναχωρούσε ήταν οι παροχετεύσεις και ο ορός γιατί τον ακινητοποιούσαν.

Οι παροχετεύσεις αφαιρέθηκαν την 1^η μετεγχειρητική ημέρα πράγμα που τον διευκόλυνε στην κινητοποίηση. Την 2^η μετεγχειρητική ημέρα δεν χρειαζόταν ούτε οι οροί. Στις 8/2/02 άρχισε η σίτιση με νερό και χυμούς από το LEVIN. Γινόταν συχνές αναρροφήσεις για να αποφευχθεί η απόφραξη τους αεροφόρου οδού.

Στις 10/2/02 άρχισε να σιτίζεται με πολτοποιημένη τροφή (500 gr) και την επόμενη αυξήθηκε σε 1500 gr. Η κατάσταση του ασθενούς είχε πολύ καλή εξέλιξη.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ανησυχία και φόβος για το είδος των προγραμματισμένων εξετάσεων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του φόβου και της ανησυχίας του ασθενούς. • Προσπάθεια για τόνωση του ηθικού και ψυχολογική υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενούς τις εξετάσεις που πρόκειται να υποβληθεί. • Διαβεβαίωση ότι οι εξετάσεις πρέπει να γίνονται πριν από το χειρουργείο για τη δική του ασφάλεια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγιναν οι προγραμματισμένες εξετάσεις. • Ενθάρρυνση κατά τη διάρκεια των εξετάσεων για διατήρηση της ψυχραιμίας του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ανησυχία και ο φόβος του ασθενή μειώθηκαν αρκετά. Οι εξετάσεις έγιναν με ακρίβεια.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αγωνία και φόβος για τη διεξαγωγή της Εγχείρησης.	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση της αγωνίας και των δυσάρεστων συναισθημάτων που νοιώθει ο ασθενής. 	<ul style="list-style-type: none"> Διάλογος με τον ασθενή για να εξωτερικεύσει φόβους και τις ανησυχίες του. Παροχή πληροφοριών για την επέμβαση. Ψυχολογική υποστήριξη για την ομαλή πορεία του μετεγχειρητικά. Χορήγηση ηρεμιστικού τη παραμονή του χειρουργείου. 	<ul style="list-style-type: none"> Συζήτηση με τον ασθενή. Εδόθηκαν πληροφορίες σχετικά με το είδος της επέμβασης και την αλλαγή της εικόνας του μετεγχειρητικά. Χορηγήθηκε 1 tab lexotanil. 	Μετά από αρκετή ώρα συζήτησης, ο ασθενής δεν ήταν τόσο ανήσυχος αλλά ζητούσε συμπαράσταση και κατανόηση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δύσπνοια-Ρογχώδες αναπνοές	Εξασφάλιση ελεύθερης αναπνευστικής οδού.	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα. • Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση. • Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Στον ασθενή δόθηκε ανάρροπη θέση για την διευκόλυνση της αναπνοής. • Γινόταν συχνές αναρροφήσεις για την απμάκρυνση των εκκρίσεων. • Χορηγήθηκε στον άρρωστο Sir Bisolvon x 3 (50 ml). 	Η δύσπνοια με τη πάροδο των ημερών υποχώρησε.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πυρετός	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του πυρετού και έκπτωση της θερμοκρασίας 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 προφύλαξη του από το κρύο (αλλαγή των ιδρωμένων ενδυμάτων και των λευχειμάτων). • 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 Aprotel I.M. • Τοποθετήθηκαν στον ασθενή κρύα επιθέματα με νερό αραιωμένο σε οινόπνευμα και αυξήθηκε η χορήγηση ορών (ορός N/S 0,9%1000ccX3). Παράλληλα ετέθη σε 3ωρη παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων. • Γινόταν συχνή παρακολούθηση της I.V. χορήγησης των υγρών (ρύθμιση σταγόνων ανά λεπτό, έλεγχος στο σημείο φλεβοκεντήσεως). 	<p>Μετά την I.M. χορήγηση amp Aprotel ακολούθησε έκπτωση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. Ο ασθενής ήταν περισσότερο ευαίσθητος και ενεργητικός.</p> <p>Ανακουφίστηκε και από τα ψυχρά επιθέματα και όπως έδειξαν οι επόμενες μετρήσεις των ζωτικών σημείων, η κατάστασή του,</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<ul style="list-style-type: none"> • Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του αρρώστου (περίπατοι από θάλαμο σε θάλαμο που έκανε) και αλλάχθηκαν οι ιδρωμένες πιζάμες και τα λευχίματα. • Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και της επικοινωνίας με τον άρρωστο, παρατηρούνταν η όλη κατάστασή του για την διαπίστωση σημείων ενδεικτικών για λοίμωξη. 	<p>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 μετεγχειρητικές 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 διαιτολογίου 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 επιβεβαιώσή του ότι σύντομα θα μπορεί να σιτίζεται χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα άρχισε η σίτιση του ασθενούς με υγρή τροφή (γάλα, τσάι, χυμούς) μέσω του καθετήρα Levin, γιατί δεν μπορούσε να φαι από το στόμα. <p>Την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα χορηγήθηκε αραιά πολτοποιημένη τροφή (500 gr) και την επόμενη αυξήθηκε σε 1500 gr. Το ίδιο διαιτολόγιο συνεχίστηκε μέχρι την έβδομη ημέρα. Τότε αφαιρέθηκε οι καθετήρας και ο ασθενής άρχισε να σιτίζεται σιγά-σιγά από στο στόμα.</p> <p>Η νοσηλεύτρια με το δίσκο του φαγητού πλησίαζε τον άρρωστο και επικοινωνώντας μαζί του προσπαθούσε να ελκύσει το ενδιαφέρον του.</p> <p>Η τροφή ήταν μαλακή και ρευστή για να μην κουράζεται στην μάσηση αλλά και να</p>	<p>Ο ασθενής αρχικά ένοιωθε 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.</p> <p>Συνάντησε δυσκολία τις πρώτες</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>μην ερεθίζεται η ανώτερη αναπνευστική οδός.</p> <p>Στα τρία γεύματα που έπαιρνε (πρωί-μεσημέρι-βράδυ), προστέθηκε και τέταρτο το απόγευμα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στο διάστημα αυτό δόθηκε ενίσχυση και συμπαράσταση στον ασθενή, ώστε να μην απογοητευτεί και εγκαταλείψει κάθε προσπάθεια. Βοηθήθηκε την ώρα των γευμάτων, ώστε να σιτίζετε επαρκώς ενώ ενημερώθηκε αρκετές φορές, ότι αυτή η δυσκολία και αδυναμία στη σίτιση είναι παροδική και αργότερα δεν θα έχει τέτοιο πρόβλημα. 	<p>ημέρες μέχρι να συνηθίσει και την παρουσία της τραχειοτομής αλλά αργότερα, την ώρα των γευμάτων, δεν είχε ιδιαίτερη δυσκολία.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δυσκολία επικοινωνίας με τους συγγενείς και τους γύρω του.	Ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια για καινούργιο τρόπο επικοινωνίας.	<ul style="list-style-type: none"> • Παρότρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιεί μολύβι και χαρτί τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενισχύθηκε ο άρρωστος να χρησιμοποιεί μπλοκ και μολύβι για την επικοινωνία του με τους γύρω. 	Στην αρχή αρνιόταν να χρησιμοποιήσει μολύβι και χαρτί και η επικοινωνία ήταν αρκετά δύσκολη. Στη συνέχεια προσα-ρμόστηκε στον και-νούργιο τρόπο επι-κοινωνίας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Κίνδυνος μόλυνσης του τραύματος	Πρόληψη της μόλυνσης	<ul style="list-style-type: none"> • Καθημερινή περιποίηση του τραύματος • Καθαρισμός των χεριών πριν και μετά τη φροντίδα της τραχειοστομίας. • Εφαρμογή άσηπτης τεχνικής κατά τη νοσηλεία. • Αλλαγή καθετήρα μετά από κάθε αναρρόφηση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Γινόταν καθημερινή αλλαγή τραύματος και περιποίηση της τραχειοτομής. • Τονίστηκε στον ασθενή να πλένει πάντα τα χέρια του όταν πρόκειται να ακουμπήσει την παθούσα περιοχή. • Αλλαζόταν πάντα ο καθετήρας μετά από κάθε αναρρόφηση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν έγινε μόλυνση του τραύματος.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ογκολογική νοσηλευτική έχει γίνει σήμερα κλάδος της νοσηλευτικής και ο στόχος της είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητα του με σκοπό να τα χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοηθών 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' αυτήν και να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και δύναμη για να συνεχιστεί τη ζωή του.

Οι νοσηλευτές είναι κατά κύριο λόγο τα άτομα εκείνα που θα στηρίξουν 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 κόλπο 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 έκτη, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1996.
2. Ατλάνης Παναγιώτης, Σεμινάρια νοσηλευτικής με θέμα: «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση του καρκινοπαθούς» Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Ευρώπη κατά του καρκίνου, Αθήνα 1991.
3. Δοντάς Ν. «Ευρώπη κατά του καρκίνου» Διατροφή και καρκίνος, Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1991.
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 πρώτος, Αθήνα 1994.
6. Μαλγαρινού Α.Μ. – Κωνσταντινίδου Φ.Σ. «Νοσηλευτική, Παθολογική – Χειρουργική», Έκδοση δέκατη πέμπτη, τόμος δεύτερος, Αθήνα 1992.
7. Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου Ε «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας» Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Αθήνα 1999.
8. Παναγιώτου Ε.Π. Πανταζόπουλου: «Ωτορινολαρυγγολογία», Έκδοση δεύτερη, Αθήνα 1975.
9. Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε., «Ευρώπη κατά του καρκίνου» με θέμα: «Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή», Σεμινάριο νοσηλευτριών, Αθήνα 1991.

10. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μαρία Γρ. Παρασιάνου, Αθήνα 1997.
11. Rohen Yoko Chi: «Έγχρωμος Άτλας Ανατομικής του ανθρώπου», τόμος πρώτος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
12. Σαχίνη – Καρδάση Άννα: «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», τόμος πρώτος, Επανεκδοση δεύτερη, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988
13. Τριχόπουλος Δ. – Κακλαμάνη Ε.: Κλινική ογκολογία: «Πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών», Αθήνα 1981.
14. Frick H – Leonhardt H – Starck D: Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985.
15. Φουντζήλας Γ: «Εξελίξεις και προοπτικές στην Έρευνα του καρκίνου» Θεσσαλονίκη 1982.
16. Herbert Lippert: Ανατομικό κείμενο και Άτλαντας, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1993.
17. Χελιδόνης Σ. Εμμανουήλ: «Εγχειρίδιο Ωτορινολαρυγγολογίας», Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1985.