

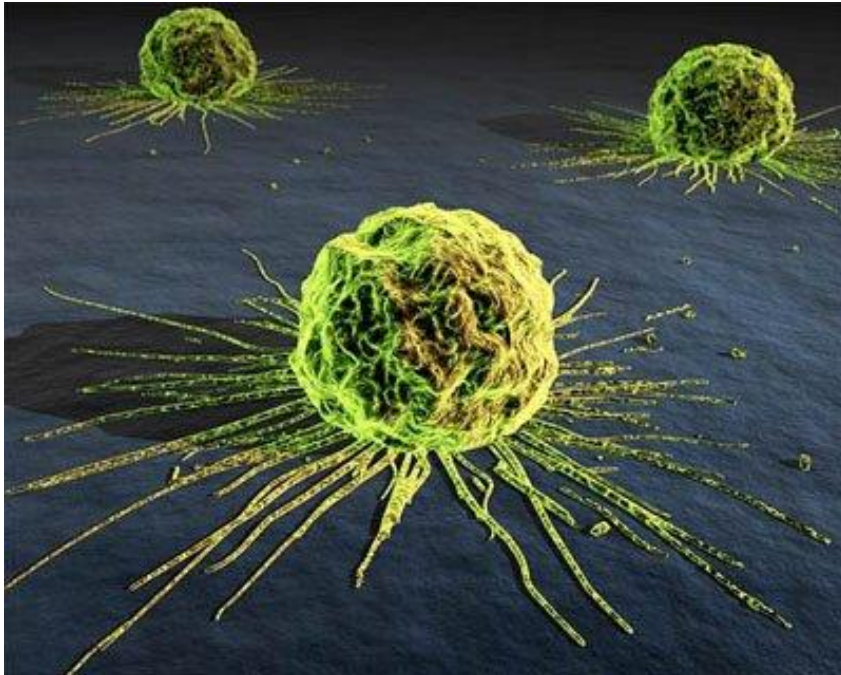
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



Σπουδάστρια:
Κοτσιρά Αναστασιά

Εισηγητής:
Dr. Ζήσης Θεόδωρος

ΠΑΤΡΑ 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ τον εισηγητή μου
Δρ. Ζήση Θεόδωρο, για την ευκαιρία
που μου έδωσε να εκπονήσω την παρούσα
πτυχιακή εργασία, καθώς επίσης
για τις συνεχείς διευκολύνσεις που μου
παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της
αλλά και για τη συνεχή του καθοδήγηση
που ήταν καθοριστική για τη διεκπεραίωση
και παράδοση της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του λάρυγγα προκαλείται από κακοήθη βλάβη των κυττάρων του λάρυγγα , η οποία συμβαίνει συχνότερα στις φωνητικές χορδές . Η συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα σε σχέση με τους κακοήθεις όγκους των υπόλοιπων οργάνων του σώματος ανέρχεται στο 4% .

Εμφανίζεται κυρίως μετά την ηλικία των 50 ετών προσβάλλοντας πολύ συχνότερα τους άνδρες. Οι καπνιστές και όσοι εκτίθενται σε παράγοντες κινδύνου, όπως αλκοόλ και τοξικές ουσίες είναι αυτοί που κινδυνεύουν περισσότερο, ο συνδυασμός τσιγάρου και αλκοόλ είναι ο πιο επικίνδυνος.

Αυτή η εργασία έχει σκοπό να δώσει τη γενική εικόνα που παρουσιάζει ο καρκίνος του λάρυγγα βασισμένη σε σύγχρονα ιατρικά δεδομένα και σε σύγχρονες νοσηλευτικές απόψεις.Επίσης με την εργασία αυτή θέλω να τονίζω την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε όλα τα στάδια της νόσου από την διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στο τελικό στάδιο της νόσου είναι σπουδαίος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	11
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΛΑΡΥΓΓΑ.....	11
1.1 Εισαγωγή	11
1.2 Στοιχεία Ανατομίας Λάρυγγα.....	12
1.3 Στοιχεία Φυσιολογίας Λάρυγγα.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	16
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ	16
2.1 Επιδημιολογία.....	16
2.2 Αιτιολογία.....	16
2.3 Ταξινόμηση.....	17
2.4 Κλινική εικόνα - Μέθοδοι εξέτασης.....	18
2.5 Πρόγνωση	19
2.6 Πρόληψη.....	20
2.7 Θεραπεία ανά Στάδιο	21
2.7.1 Στάδιο I.....	21
2.7.2 Στάδιο II.....	22
2.7.3 Στάδιο III.....	23
2.7.4 Στάδιο IV.....	24
2.8 Θεραπεία Υποτροπιάζοντος Καρκίνου.....	24
2.8.1 Υποστηρικτική Θεραπεία.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	26
ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ	26
3.1 Ανατομικά στοιχεία για την τραχεία.....	26
3.2 Τραχειοστομία	27
3.3 Είδη τραχειοσωλήνων.....	28
3.4 Ενδείξεις εκτέλεσης τραχειοστομίας	29
3.5 Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα Τραχειοστομίας.....	30
3.6 Τεχνική εκτέλεσης τραχειοστομίας	32
3.7 Νοσηλευτική φροντίδα τραχειοστομίας	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	49
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	49
4.1 Αντικαρκινικά νοσοκομεία – Σκοποί.....	49
4.2 Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία	52
4.3 Ψυχολογικές – ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου	54
4.4 Ηθική και άρρωστος	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	59
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	59
5.1 Ρόλος νοσηλεύτη στην αποκατάσταση – ψυχολογική αντιμετώπιση.....	59
5.2 Λειτουργία της νοσηλείας στο σπίτι.....	67
5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα.....	68
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	78
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΛΑΡΥΓΓΑ	79
Ιστορικό πρώτο – Νοσηλευτική Διεργασία.....	79
Ιστορικό δεύτερο – Νοσηλευτική Διεργασία	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	96

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι ένας επικίνδυνος καρκίνος όπως κάθε καρκίνος, άλλωστε. Πρέπει όμως να κάνουμε μια επισήμανση, ότι ο καρκίνος πια δεν είναι μια επάρατος νόσος. Αν εντοπιστεί στα αρχικά στάδια, θεραπεύεται, και η θεραπεία σήμερα είναι πιο φιλική για τον άνθρωπο από ότι στο παρελθόν, στοχεύοντας στη μακροβιότητα.

Η χειρουργική με τον σύγχρονο εξοπλισμό που διαθέτει μπορεί να αφαιρέσει μεγάλους όγκους χωρίς να αφήσει υπολείμματα και χωρίς να δημιουργήσει μεγάλα λειτουργικά προβλήματα στον ασθενή. Η ακτινοθεραπεία δεν καταστρέφει τους γειτονικούς υγιείς ιστούς. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι πολύ πιο ευγενή για τον ανθρώπινο οργανισμό. Όλα αυτά δημιουργούν τις προϋποθέσεις για να αντιμετωπίζεται ο καρκίνος ως μια ασθένεια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καρκίνος είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων.

Ο οργανισμός μας αποτελείται από τεράστια ποικιλία κυττάρων που το καθένα περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Ανάμεσα σε κάθε ζεύγος τυλίγεται η διπλή έλικα του DNA που αποτελεί τον γενετικό κώδικα της ζωής. Το DNA ρυθμίζει και μεταβιβάζει τα γενετικά χαρακτηριστικά των χρωμοσωμάτων τα οποία κληρονομούμε από τους γονείς μας και τα μεταβιβάζουμε στα παιδιά μας.^{1,2,3}

Τα χρωμοσώματά μας περιέχουν εκατομμύρια μηνύματα που υπαγορεύουν στον οργανισμό πως θα αναπτυχθεί, πως θα λειτουργήσει και πως θα συμπεριφερθεί. Ένα γονίδιο λέει στο στομάχι πως θα παράγει γαστρικό υγρό, ενώ κάποιο άλλο λέει στους αδένες να το εκκρίνουν μόλις η τροφή φτάνει στο στομάχι. Άλλα γονίδια καθορίζουν το χρώμα των ματιών μας, άλλα λένε στους τραυματισμένους ιστούς πώς να επουλωθούν, ενώ άλλα δίνουν εντολή στο μαστό της γυναίκας να παράγει γάλα μετά τη γέννηση του νεογνού. Τον περισσότερο χρόνο τα γονίδια λειτουργούν κανονικά στέλνοντας τα σωστά μηνύματα. Έτσι παραμένουμε σε καλή φυσική κατάσταση και τα πάντα λειτουργούν όπως πρέπει.

Υπάρχουν όμως απίστευτα μεγάλος αριθμός γονιδίων και τεράστιος αριθμός μηνυμάτων. Ενόσω τα χρωμοσώματα αυτοαναπαράγονται κάθε στιγμή που διαιρείται το κύτταρο, υπάρχουν πολλές πιθανότητες να γίνει κάτι λάθος. Ανά πάσα στιγμή, στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης κάτι μπορεί να ακολουθήσει λάθος δρόμο, όπως μια μετάλλαξη που αλλάζει ένα ή περισσότερα γονίδια.^{1,2,3}

Τα μεταλλαχθέντα γονίδια αρχίζουν να στέλνουν λανθασμένα μηνύματα ή ένα τουλάχιστον μήνυμα διαφορετικό από αυτό έπρεπε να δοθεί. Τότε ένα κύτταρο αρχίζει να αναπτύσσεται με μεγάλη ταχύτητα. Πολλαπλασιάζεται συνεχώς ώσπου να σχηματίσει έναν όγκο, τον λεγόμενο κακοήθη όγκο ή καρκίνο.

Οι όγκοι δεν είναι πάντοτε κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι εμφανίζονται οπουδήποτε στο σώμα. Πολλοί έχουμε καλοήθεις όγκους οι οποίοι προκαλούν

μερικές φορές απλώς αισθητικό πρόβλημα. Οι όγκοι αυτοί αφαιρούνται, παραμένουν ως έχουν ή θεραπεύονται. Διατηρούνται στην ίδια θέση και δεν προσβάλλουν τους γύρω ιστούς ούτε τους καταστρέφουν.^{3,4}

Οι κακοήθεις όγκοι έχουν δύο κύρια χαρακτηριστικά: δεν έχουν τοίχωμα ή καθορισμένα όρια. Ριζώνουν και προσβάλλουν τους γύρω ιστούς, και έχουν την ικανότητα να διασπείρονται σε άλλα σημεία του σώματος. Μικρά τμήματα των κακοηθών κυττάρων αποσπώνται από τον κυρίως όγκο και εν συνεχεία ταξιδεύουν, σαν σπόροι σε άλλους ιστούς, όπου εγκαθίστανται και αρχίζουν να αναπτύσσονται. Ευτυχώς, από τα εκατοντάδες καρκινικά κύτταρα που αποσπώνται από τον πρωτοπαθή όγκο ελάχιστα βρίσκουν κατάλληλο έδαφος για να αναπτυχθούν.

Σχεδόν όλοι οι καρκίνοι έχουν κοινά αυτά τα δύο χαρακτηριστικά, αν και η συμπεριφορά τους στα διάφορα όργανα όπου αναπτύσσονται τείνει να είναι διαφορετική.

Διασπείρονται σε διάφορα σημεία του σώματος και αναπτύσσονται με ειδικό τρόπο, ο οποίος είναι χαρακτηριστικός του καρκίνου. Επομένως για κάθε τύπο καρκίνου υπάρχει συγκεκριμένη μέθοδος διάγνωσης, σταδιοποίησης και θεραπείας.^{3,4}

Μολονότι ο καρκίνος θεωρείται ως μια ασθένεια, στην πραγματικότητα περιλαμβάνει τουλάχιστον διακόσια διαφορετικά νοσήματα. Για τους περισσότερους καρκίνους δεν υπάρχει σαφώς ξεκαθαρισμένη αιτία. Είναι αλήθεια ότι ο καρκίνος παραμένει κάτι το μυστηριώδες. Νέες ενδείξεις και εμπειριστατωμένες έρευνες όμως έχουν αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις μας.

Η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή του καρκίνου εξαρτάται από τον ακριβή προσδιορισμό κάθε όγκου. Λαμβάνονται υπόψη όλα τα είδη των χαρακτηριστικών, τα οποία κατά βάση ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες. Οι τρεις θεμελιώδεις ερωτήσεις που πρέπει να απαντηθούν είναι: Που έχει αναπτυχθεί ο όγκος, πόσο γρήγορα αναπτύχθηκε και τι μέγεθος έχει;

Η πρώτη ερώτηση έχει ιδιαίτερη σημασία διότι οι καρκίνοι που αναπτύσσονται στους διάφορους ιστούς έχουν την τάση να συμπεριφέρονται διαφορετικά. Γενικά

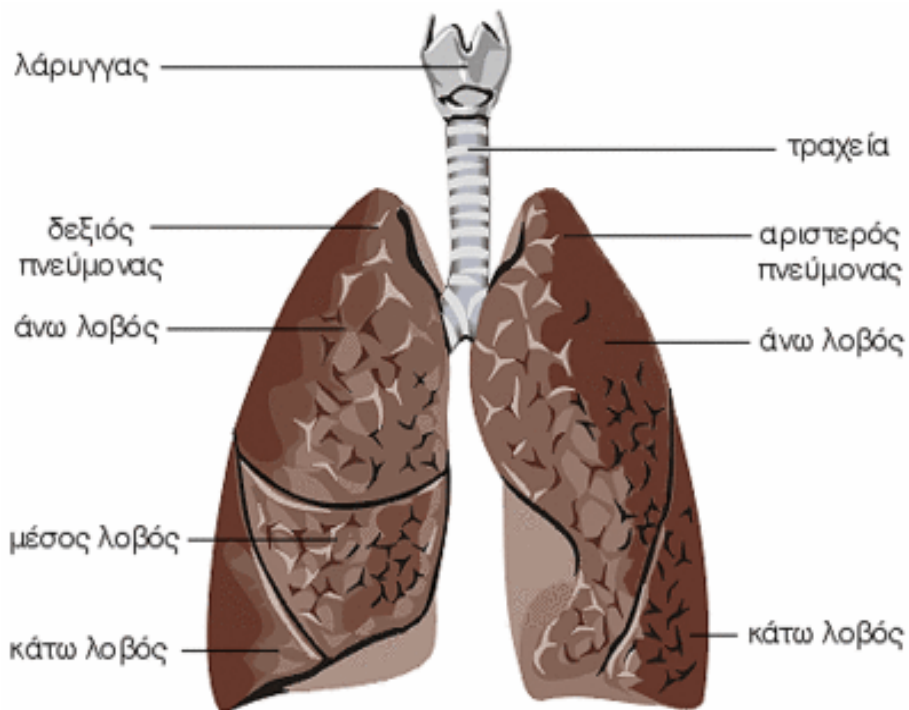
υπάρχουν τρεις τύποι κακοηθών όγκων που αναπτύσσονται σε τρία είδη ιστών. Τα καρκινώματα που αναπτύσσονται στους ιστούς που καλύπτουν την επιφάνεια ή την εσωτερική μεμβράνη των οργάνων και το επιθήλιο Τα σαρκώματα όπου είναι όγκοι των μαλακών ιστών ή οστών και αναπτύσσονται σε κάθε τμήμα του υποστηρικτικού ή συνθετικού ιστού, στους μυς τα οστά, τα νεύρα, τους τένοντες ή τα αιμοφόρα αγγεία. Τέλος τα λεμφώματα και οι λευχαιμίες, όπου αναπτύσσονται στους λεμφαδένες ή στα αιμοποιητικά κύτταρα του μυελού των οστών.^{3,4}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΛΑΡΥΓΓΑ

1.1 Εισαγωγή

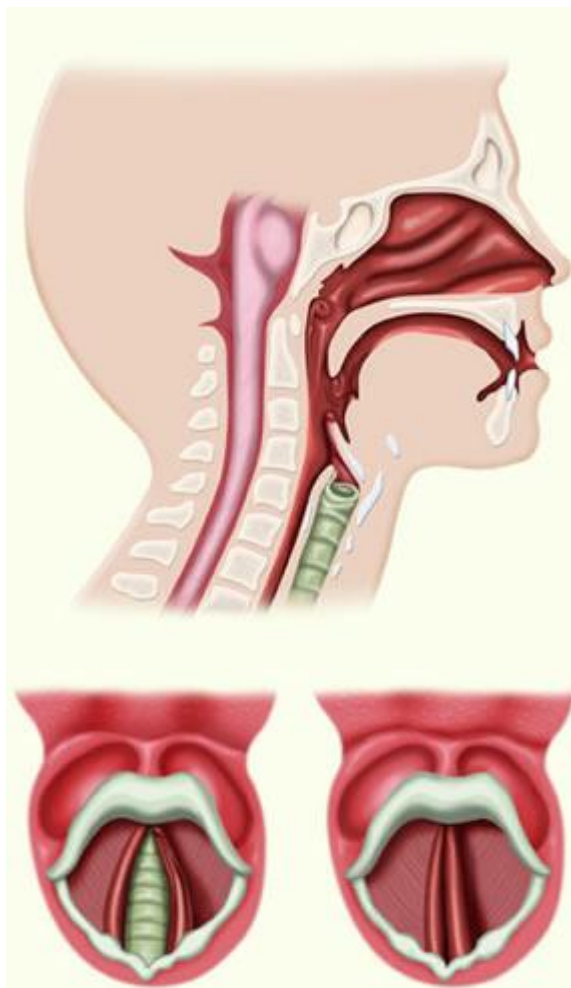
Το αναπνευστικό σύστημα εξυπηρετεί την αναπνοή η οποία σκοπό έχει την πρόσληψη οξυγόνου και διακρίνεται σε δύο τμήματα, την άνω και την κάτω αεροφόρο οδό. Η άνω αεροφόρος οδός αποτελείται από την έσω, την έξω ρίνα και την ρινική και στοματική μοίρα του φάρυγγα. Η κάτω αεροφόρος οδός αποτελείται από τον λάρυγγα, την τραχεία με τους δύο βρόγχους και τους δύο πνεύμονες.



1.2 Στοιχεία Ανατομίας Λάρυγγα

Ο λάρυγγας βρίσκεται στη μέση γραμμή του τραχήλου, μπροστά από το φάρυγγα και μεταξύ της βάσης της γλώσσας προς τα άνω και της τραχείας προς τα κάτω. Αποτελείται από έναν χόνδρινο σκελετό (πέντε κύριοι χόνδροι και τέσσερις μικρότεροι), πάνω στον οποίο προσφύονται σύνδεσμοι και μύες.^{5,6}

Ο λάρυγγας δημιουργεί μια κοιλότητα που μοιάζει με κλεψύδρα με δύο ευρύτερες μοίρες προς τα άνω και προς τα κάτω και μια στενότερη στο μέσον. Στη μέση μοίρα υπάρχουν δύο πτυχές εκατέρωθεν, δύο άνωθεν και δύο κάτωθεν (δεξιά και αριστερά). Οι μεν άνωθεν είναι οι κοιλιακές πτυχές ή νόθες φωνητικές χορδές και οι δε κάτωθεν είναι οι γνήσιες φωνητικές χορδές.^{5,7}



Τραχεία- Βρόγχοι

Η τραχεία αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του λάρυγγα. Είναι ένας ινοχόνδρινος σωλήνας, με μήκος 10 έως 11εκ. και αποτελείται από 16 έως 20 χόνδρινα ημικρίκια, που συνδέονται μεταξύ τους με τους μεσοκρίκιους συνδέσμους. Αρχίζει από το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου και, στο ύψος του 4^{ου} θωρακικού σπονδύλου, αποσχίζεται στον αριστερό και στο δεξιό βρόγχο. Εμφανίζει δύο μοίρες, την τραχειακή και την θωρακική. Έρχεται σε σχέση με τον οισοφάγο, με τους λοβούς του θυρεοειδή αδένα, την κοινή καρωτίδα, το αορτικό τόξο, την αριστερή κοινή καρωτίδα, την άνω κοίλη φλέβα, την άζυγη φλέβα και το δεξιό πνευμονογαστρικό νεύρο. Ο διχασμός της αντιστοιχεί στη στερνική γωνία.

Το εσωτερικό της τραχείας, στο σημείο του διχασμού και αριστερά, εμφανίζει μια πτυχή του βλεννογόνου, η οποία στενεύει στο στόμιο του αριστερού βρόγχου και λέγεται τρόπιδα.^{5,6}

Οι βρόγχοι είναι δύο, φέρονται λοξά προς τα κάτω και εισχωρούν στις πύλες του σύστοιχου πνεύμονα. Ο δεξιός είναι μικρότερος, ευρύτερος και εισχωρεί με μεγαλύτερη γωνία (γι' αυτό και τα ξένα σώματα φέρονται πιο συχνά στο δεξιό πνεύμονα). Πάνω από το δεξιό βρόγχο βρίσκεται η άζυγη φλέβα ενώ πάνω από τον αριστερό, βρίσκεται το αορτικό τόξο. Μπροστά του είναι η πνευμονική αρτηρία και η φλέβα.

Η τραχεία και οι βρόγχοι, αποτελούνται από τρεις χιτώνες, α) τον ινοχόνδρινο χιτώνα, β) το μυϊκό χιτώνα, από λείες μυϊκές ίνες σε δύο στιβάδες (την έξω επιμήκη και την έσω εγκάρσια) και γ) τον βλεννογόνο, με πολύστιβο κροσσωτό επιθήλιο, καλυκοειδή κύτταρα και οροβλεννογόنيους αδένες.^{5,6}

Ο λάρυγγας χωρίζεται σε τρεις περιοχές, από πάνω προς τα κάτω και οι όγκοι που δημιουργούνται στην κάθε περιοχή, έχουν διαφορετική πρόγνωση.^{1,3}



1 Υπεργλωττιδική μοίρα

Περιλαμβάνει την επιγλωττίδα (που προφυλάσσει από την είσοδο φαγητού στους πνεύμονες), τις νόθες φωνητικές χορδές, τις κοιλίες, τα αρυταινοεπιγλωττιδικά πεδία και τους αρυταινοειδείς χόνδρους.

2 Γλωττίδα

Περιλαμβάνει τις γνήσιες φωνητικές χορδές και τον πρόσθιο και οπίσθιο σύνδεσμο.

3 Υπογλωττιδική μοίρα

Η περιοχή αυτή βρίσκεται κάτω από τις φωνητικές χορδές και επεκτείνεται προς τα κάτω ως το πρώτο ημικρίκιο της τραχείας περίπου.^{1,3}

1.3 Στοιχεία Φυσιολογίας Λάρυγγα

Ο λάρυγγας επιτελεί δύο βασικές λειτουργίες:

- α) την προστασία των κατώτερων αεροφόρων οδών, αφενός με το κλείσιμο της εισόδου του λάρυγγα, αφετέρου με το αντανακλαστικό του βήχα, οπότε ο λάρυγγας αποβάλλει ξένα σώματα και εκκρίσεις από το τραχειοβρογχικό δένδρο και
- β) την παραγωγή της φωνής.^{5,8}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

2.1 *Επιδημιολογία*

Ο καρκίνος του λάρυγγα προκαλείται από κακοήγη βλάβη των κυττάρων του λάρυγγα, η οποία μπορεί να συμβαίνει συχνότερα στις φωνητικές χορδές. Η συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα σε σχέση με τους κακοήθεις όγκους των υπόλοιπων οργάνων του σώματος ανέρχεται στο 4%.

Εμφανίζεται κυρίως μετά την ηλικία των 50 ετών, προσβάλλοντας πολύ συχνότερα τους άνδρες. Οι καπνιστές και όσοι εκτίθενται σε παράγοντες κινδύνου, όπως αλκοόλ και τοξικές ουσίες, είναι αυτοί που κινδυνεύουν περισσότερο, ο συνδυασμός δε τσιγάρου και αλκοόλ είναι ο πιο επικίνδυνος.^{3,4}

2.2 *Αιτιολογία*

Το κάπνισμα: Περισσότεροι από 95% των ασθενών που προσβάλλονται από καρκίνο του λάρυγγα, είναι καπνιστές. Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο διότι δημιουργεί μεταλλάξεις στα γονίδια των κυττάρων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος. Επίσης μειώνει το σύστημα άμυνας του οργανισμού με αποτέλεσμα αυτό να μη μπορεί να καταπολεμά νεοεμφανιζόμενα καρκινικά κύτταρα. Οι πιθανότητες κάποιου καπνιστή να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγα αυξάνονται όχι μόνο από το πόσο καπνίζει αλλά και από τη συνολική χρονική διάρκεια για την οποία καπνίζει.^{4,9}

Το αλκοόλ: Το αλκοόλ είναι ένας παράγοντας που ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου του λάρυγγα. Στην πραγματικότητα το αλκοόλ δρα σε συνέργια με τον καπνό και μεγεθύνει τις αρνητικές του επιδράσεις. Τα άτομα τα οποία καπνίζουν και

πίνουν αλκοόλ έχουν πολύ περισσότερο κίνδυνο για καρκίνο του λάρυγγα παρά το απλό άθροισμα και των δύο κινδύνων μαζί.

Ο αμίαντος: Ο αμίαντος, όπως και για άλλους καρκίνους, θεωρείται ένας παράγοντας που ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου λάρυγγα.

Η γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση: Η πάθηση αυτή που χαρακτηρίζεται από την επιστροφή όξινου περιεχομένου του στομαχιού προς τον οισοφάγο και κάποτε προς το λάρυγγα, θεωρείται ότι δυνατόν να συμβάλλει στη γένεση του καρκίνου του λάρυγγα.⁹⁻¹¹

Τα άτομα που παρουσιάζουν αλλαγές στη φωνή, επίμονη βραχνάδα, πρέπει να ζητούν συμβουλή από το γιατρό τους. Αυτό γίνεται ακόμη πιο επιτακτικό εάν υπάρχουν στα άτομα αυτά, παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα και υψηλή κατανάλωση αλκοόλ.

2.3 Ταξινόμηση

Όλοι σχεδόν οι καρκίνοι του λάρυγγα προέρχονται από το βλεννογόνο (δηλαδή τη μεμβράνη που καλύπτει το εσωτερικό του οργάνου) και είναι επιθηλιακά (πλακώδη) καρκινώματα. Είναι επίσης δυνατό να αναπτυχθούν καρκίνοι σιελογόνων αδένων ή και άλλοι τύποι καρκίνου. Οι καρκίνοι επεκτείνονται με απευθείας προσβολή των παρακείμενων ιστών και κατόπιν προσβάλλουν συνήθως τους σύστοιχους τραχηλικούς λεμφαδένες. Σε αυτό το στάδιο, η νόσος μπορεί να είναι ακόμα ιάσιμη, όχι όμως αν έχει υπάρξει διασπορά αλλού.^{1,3}

- ◆ **Υπεργλωττιδικοί καρκίνοι:** Οι όγκοι στην υπεργλωττιδική περιοχή (επιγλωττίδα, νόθες φωνητικές χορδές, κοιλίες, αρυταινοεπιγλωττιδικά πεδία και αρυταινοειδείς χόνδροι), προκαλούν φαρυγγαλγία και πόνο στην κατάποση, ενώ μερικές φορές αλλάζουν την ποιότητα της φωνής.

- ◆ **Γλωττιδικοί καρκίνοι:** Οι όγκοι της γλωττιδικής περιοχής (γνήσιες φωνητικές χορδές, πρόσθιος και οπίσθιος σύνδεσμος), μπορεί να προσβάλλουν τη μία ή και τις δύο φωνητικές χορδές ή να επεκτείνονται και έξω από αυτές. Συνήθως αποκαλύπτονται νωρίς διότι προκαλούν βραχνάδα. Λόγω των πρώιμων συμπτωμάτων και της έλλειψης λεμφαγγείων από τα οποία θα μπορούσε να διασπαρεί ο καρκίνος τα ποσοστά ίασης είναι πολύ καλά.^{1,3}
- ◆ **Υπογλωττιδικοί καρκίνοι:** Οι όγκοι στην περιοχή της υπογλωττίδας είναι σπάνιοι.

2.4 Κλινική εικόνα - Μέθοδοι εξέτασης

- ◆ Επίμονη βραχνάδα της φωνής που εγκαθίσταται προοδευτικά και παρουσιάζεται χωρίς λόγο, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 40 ετών.
- ◆ Δυσκολία στην κατάποση.
- ◆ Επίμονος πόνος στο λαιμό ή πόνος που εκδηλώνεται κατά την κατάποση.
- ◆ Πόνος στο αυτί.
- ◆ Εμφάνιση μάζας στο λαιμό.
- ◆ Αλλαγές στη φωνή.⁹⁻¹¹

Για να είναι πλήρης η διαγνωστική εξέταση γίνεται:

- ◆ Εξέταση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα με ειδικά όργανα, όπως καθρέπτες και ενδοσκόπια.
- ◆ Κλινική εξέταση για να αποκλειστούν άλλες περιοχές διασποράς της νόσου και για να προσδιοριστεί η ανοχή καθώς και οι προφυλάξεις κατά τη θεραπεία.
- ◆ Εξέταση οισοφάγου με βαριούχο γεύμα για να ελεγχθεί τυχόν παραμόρφωση του οισοφάγου.

- ◆ Αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες, ώστε να διαγραφεί ο όγκος και να φανεί η έκταση του.
- ◆ Ακτινογραφία θώρακος για να αποκλειστεί η μετάσταση στους πνεύμονες.
- ◆ Βιοψία της βλάβης για να τεκμηριωθεί η διάγνωση.

Επίσης είναι απαραίτητο να εξεταστεί ο λάρυγγας υπό νάρκωση με τη βοήθεια λαρυγγοσκοπίου. Έτσι ελέγχεται προσεκτικά η περιοχή όπου υπάρχει ο καρκίνος και λαμβάνονται συμπληρωματικές βιοψίες για να τεκμηριωθεί η έκταση της καρκινικής προσβολής.^{1,3,4}

2.5 Πρόγνωση

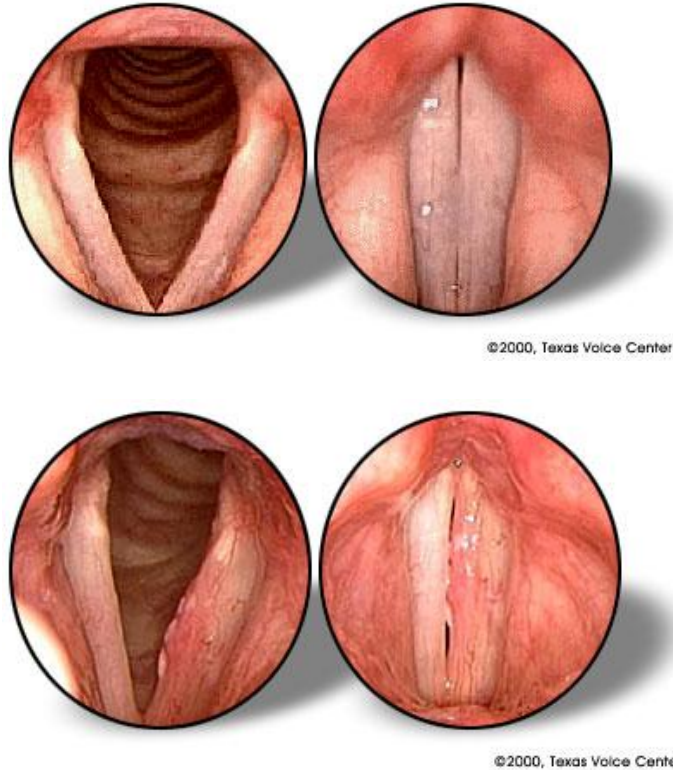
Οι μικροί καρκίνοι του λάρυγγα έχουν καλή πρόγνωση. Αν δεν υπάρχει διασπορά στους λεμφαδένες, το ποσοστό ίασης κυμαίνεται από 75% έως 95%. Αν και οι περισσότερες πρώιμες βλάβες ιώνται χειρουργικά ή με ακτινοθεραπεία, ώστε να διατηρηθεί η φωνή. Η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται αργότερα, αν ο όγκος 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 μία είτε με την άλλη μέθοδο θεραπείας ή και με τις δύο. Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις είναι συχνές.^{3,12}
- ◆ Όταν οι καρκίνοι είναι μέσου μεγέθους, η απόφαση για την καταλληλότερη θεραπεία είναι εξατομικευμένη, εξαρτάτε δε από την εκτόπιση, το στάδιο, το βαθμό προσβολής των λεμφαδένων και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.
- ◆ Έχει αναφερθεί ότι στο ¼ περίπου των ασθενών υπάρχει και δεύτερος πρωτοπαθής καρκίνος.

- ◆ 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 μικροί εντοπισμένοι επιφανειακοί καρκίνοι θεραπεύονται επιτυχώς μόνο με ακτινοβολία, μόνο με χειρουργική επέμβαση ή με χειρουργική εκτομή με λέιζερ. Συνήθως εφαρμόζεται αρχικά ακτινοβολία με στόχο να διατηρηθεί η φωνή. Υπάρχουν πάντως και χειρουργικές τεχνικές για μικρούς καρκίνους με τις οποίες είναι δυνατό να διατηρηθεί η φωνή.^{3,12}
- ◆ Οι προχωρημένοι καρκίνοι συνήθως θεραπεύονται με συνδυασμό χειρουργικής και ακτινοθεραπείας. Επειδή το ποσοστό ίασης είναι μικρό, πρέπει να δοθεί έμφαση στη διενέργεια κλινικών μελετών όπου θα αξιολογείται ο ρόλος της χημικοθεραπείας, της υπερτμηματικής ακτινοθεραπείας, της χρήσης ακτινοευαίσθητων ουσιών ή της ακτινοβολίας δέσμης σωματιδίων.
- ◆ Οι περισσότεροι υπογλωττιδικοί καρκίνοι αντιμετωπίζονται με συνδυασμό χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας.^{3,12}

2.6 Πρόληψη

Ο καρκίνος του λάρυγγα ανήκει στην κατηγορία των καρκίνων που αντιμετωπίζονται επιτυχώς, εφόσον τα καρκινικά κύτταρα εντοπίζονται στις φωνητικές χορδές και σε αρχικό στάδιο. Η θεραπεία που ακολουθείται είναι η χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση ολόκληρου ή μέρους του λάρυγγα, η οποία ωστόσο αλλοιώνει την ομιλία και η θεραπεία με λέιζερ, η οποία είναι πιο ανώδυνη και δεν επηρεάζει την ομιλία.



Εικόνα: A) Υγιής λάρυγγας, B) Λάρυγγας με καρκίνο.

Ο καλύτερος τρόπος για να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης αυτού του τύπου καρκίνου είναι η υιοθέτηση πιο υγιεινούς τρόπου ζωής, που θα περιλαμβάνει αποφυγή του καπνίσματος και περιορισμό του αλκοόλ. Επιπλέον, η έγκαιρη εξέταση σε περίπτωση επιμένουσας βραχνάδας είναι ζωτικής σημασίας.^{9-11,13}

2.7 Θεραπεία ανά Στάδιο

2.7.1 Στάδιο I

Υπεργλωττιδική μοίρα: Μόνο εξωτερική ακτινοθεραπεία ή υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή. Με τη δεύτερη τεχνική παρουσιάζονται συχνά προβλήματα λειτουργικότητας του λάρυγγα.

Γλωττίδα: Ακτινοθεραπεία. Σε ορισμένους επιλεγμένους ασθενείς με μικρές επιφανειακές βλάβες 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 μοίρα: Μόνο ακτινοθεραπεία. Αν υπάρχει υποτροπή, εφαρμόζεται χειρουργική θεραπεία.

Πενταετής επιβίωση σε ποσοστό 75% με 95%.^{3,12,14}



Εικόνα: Υπογλωττιδικός καρκίνος

2.7.2 Στάδιο II

Υπεργλωττιδική μοίρα: Η εξωτερική ακτινοβολία με την οποία διατηρείται η φωνή, εφαρμόζεται σε μικρούς 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.^{3,12}

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: Ακτινοθεραπεία ή χειρουργική θεραπεία (μερική ή ολική λαρυγγεκτομή).

Υπογλωττιδική μοίρα: Ακτινοθεραπεία (με διατήρηση της φωνής). Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται σε ασθενείς με όγκους που υποτροπιάζουν ή όταν δεν είναι εφικτή η τακτική παρακολούθηση και εκτίμηση.

Πενταετής επιβίωση σε ποσοστό 55% με 65% (υπεργλωττιδική μοίρα), 60% με 80% (γλωττίδα) και 30% με 40% (υπογλωττιδική μοίρα).^{3,12}

2.7.3 Στάδιο III

Υπεργλωττιδική μοίρα: Καθιερωμένη θεραπεία είναι η χειρουργική με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Σε πολλά κέντρα ορισμένοι ασθενείς θεραπεύονται αρχικά με εξωτερική ακτινοβολία, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου και τη γενική κατάσταση τους. Περίπου στους μισούς διατηρείται η φωνή. Αν η θεραπεία αυτή αποδειχθεί ανεπιτυχής πραγματοποιείται χειρουργική επέμβαση.

Στα πειραματικά πρωτόκολλα χρησιμοποιείται χημειοθεραπεία, υπερτμηματική ακτινοθεραπεία, ακτινοευαίσθητες ουσίες και ακτινοβολία δέσμης σωματιδίων.^{3,12}

Γλωττίδα: Χειρουργική θεραπεία με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, αν είναι απαραίτητο, στην πρωτοπαθή εστία και/ή τους θετικούς λεμφαδένες. Όταν οι ασθενείς αρνούνται τη χειρουργική θεραπεία ή αδυνατούν να την ανεχθούν, εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία.

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 μοίρα: Λαρυγγεκτομή, που περιλαμβάνει και θυρεοειδεκτομή και τραχειοοισοφαγικό λεμφαδενικό καθαρισμό, και κατόπιν ακτινοθεραπεία. Μερικοί ασθενείς δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση και

αντιμετωπίζονται μόνο με ακτινοθεραπεία. Εντούτοις, μπορεί να χρειαστεί χειρουργική θεραπεία αν σημειωθεί υποτροπή. Είναι επίσης δυνατό να εφαρμοστούν και τα πειραματικά πρωτόκολλα που περιγράψαμε για τους όγκους της υπεργλωττιδικής μοίρας Σταδίου III.

Τριετής επιβίωση 45% έως 75% (υπεργλωττιδική μοίρα), 55% έως 70% (γλωττίδα). Δεν υπάρχουν δεδομένα για την υπογλωττιδική μοίρα.^{3,12}

2.7.4 Στάδιο IV

Υπεργλωττιδική μοίρα: Ολική λαρυγγεκτομή με προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Όσοι ασθενείς αρνούνται να χειρουργηθούν ή έχουν ανεγχείρητη νόσο, αντιμετωπίζονται με ακτινοθεραπεία. Εφαρμόζονται επίσης πειραματικά πρωτόκολλα σαν αυτά που περιγράψαμε παραπάνω.

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 σαν αυτά που περιγράψαμε προηγουμένως.

Υπογλωττιδική μοίρα: Ίδια θεραπεία όπως για τους όγκους του Σταδίου II.

Τριετής επιβίωση 15% έως 35% (υπεργλωττιδική μοίρα), 10% έως 25% (γλωττίδα). Για την υπογλωττιδική μοίρα υπάρχουν λίγα δεδομένα.^{3,12}

2.8 Θεραπεία Υποτροπιάζοντος Καρκίνου

Η θεραπεία περιλαμβάνει επιπρόσθετη χειρουργική επέμβαση ή εφαρμογή ερευνητικών πρωτοκόλλων. Αν οι ασθενείς αντιμετωπιστούν αρχικά μόνο χειρουργικά ή μόνο με ακτινοθεραπεία, μπορεί να χρειαστούν επιπρόσθετη χειρουργική επέμβαση και/ή ακτινοθεραπεία. Όταν οι όγκοι υποτροπιάζουν μετά και

τη χειρουργική θεραπεία και την ακτινοθεραπεία, οι ασθενείς είναι υποψήφιοι για ερευνητική χημειοθεραπεία παρηγορητικού χαρακτήρα.^{3,9}

2.8.1 Υποστηρικτική Θεραπεία

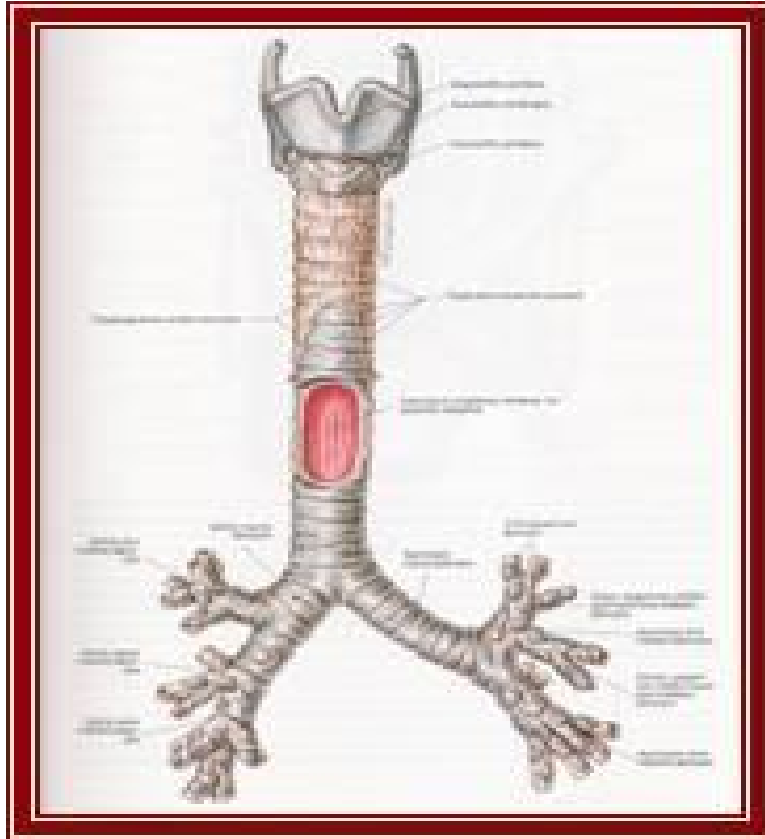
Οι ασθενείς που τους αφαιρέθηκε ο λάρυγγας χρειάζονται υποστηρικτική θεραπεία για να διευκολυνθούν να μάθουν να ομιλούν πάλι. Υπάρχουν τρεις μέθοδοι.

- ◆ Η πρώτη αφορά τη δημιουργία φωνής από τον οισοφάγο. Ο ασθενής διδάσκεται να καταπίνει αέρα, να τον επαναφέρει προς τα έξω και να μιλάει.
- ◆ Ο ηλεκτρονικός λάρυγγας –ένα είδος βομβητή που λειτουργεί με μπαταρίες- πιέζεται προς το λαιμό ενόσω το στόμα και η γλώσσα αρθρώνουν τις λέξεις
- ◆ 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.

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.^{3,9}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ



3.1 Ανατομικά στοιχεία για την τραχεία

Η τραχεία είναι σωλήνας που παρεμβάλλεται ανάμεσα στο λάρυγγα και τους κυρίους βρόγχους. Αρχίζει από το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου του λάρυγγα, αντίστοιχα προς τον έκτο ή έβδομο αυχενικό σπόνδυλο ή 5 εκατοστά πιο πάνω από τη σφαγιτιδική εντομή του στέρνου. Φέρεται με ελαφρά απόκλιση προς τα δεξιά εκ των άνω και προς τα κάτω και πίσω ως το διχασμό της σε δύο κύριους βρόγχους.

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν τη λοξή πορεία της πορείας είναι το μέγεθος του θυρεοειδούς αδένα, η ύπαρξη θύμου, το πάχος του λιπώδους ιστού και τέλος το σχήμα του θώρακα. Η λειτουργία της τραχείας είναι η μεταφορά του αέρα από το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα προς τους βρόγχους και τους πνεύμονες. Το τοίχωμά

της αποτελείται από ινομυώδη μεμβράνη μέσα στην οποία βρίσκονται οι χόνδροι. Το πάχος των τοιχωμάτων είναι περίπου 2-3 χιλιοστά. Το σχήμα της τραχείας μοιάζει να είναι ατρακτοειδές, αφού η διάμετρος του αυλού της αυξάνεται από πάνω προς τα κάτω μέχρι το μέσο της και στη συνέχεια ελαττώνεται. Το πρόσθιο και τα πλάγια τοιχώματά της είναι υπόκυρτα και έχουν όψη αρθρωτής στήλης, επειδή μέσα σε αυτά παρεμβάλλονται σε μικρά χόνδρινα τμήματα τα χόνδρινα τραχειακά ημικρίκια.¹⁵⁻¹⁷

3.2 Τραχειοστομία

Τραχειοστομία ονομάζεται η εγχειρητική διάνοιξη της τραχείας και η τοποθέτηση ειδικού σωλήνα εντός αυτής, με σκοπό τον αερισμό του ασθενούς, παρακάμπτοντας την ανώτερη αναπνευστική οδό. Είναι το τεχνητό στόμιο στο πρόσθιο τοίχωμα της τραχείας κάτω από τον κρικοειδή χόνδρο, μεταξύ 2-3 χόνδρου.

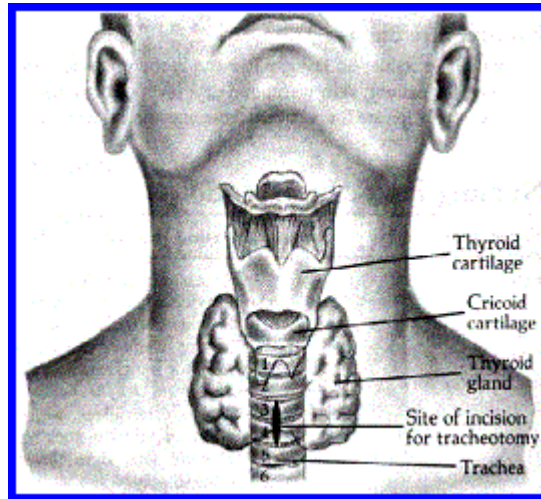
Σκοπός:

- ◆ Η εξασφάλιση ανοικτής αεροφόρου οδού για διευκόλυνση της αναπνοής.
- ◆ Η παροχή δυνατότητας αναρρόφησης βρογχικών εκκρίσεων.
- ◆ Η πρόληψη εισρόφησης στοματικών και γαστρικών εκκρίσεων σε κωματώδεις καταστάσεις, τεχνητή διατροφή κ.α.
- ◆ Η μακροχρόνια χρήση μηχανικού αερισμού.¹⁵⁻¹⁷

Χαρακτηριστικά τραχειοστομίας

- ◆ Παρακάμπτεται ο ανώτερος αεραγωγός, με αποτέλεσμα να είναι ικανοποιητική η θέρμανση, ή εφύγρανση και το φιλτράρισμα του αέρα.
- ◆ Παρακάμπτονται οι φωνητικές χορδές και δημιουργείται προσωρινή απώλεια της ομιλίας.
- ◆ Ο αεροθάλαμος στεγανοποιεί τον αυλό της τραχείας και προλαμβάνεται ο κίνδυνος εισρόφησης.
- ◆ Αποφεύγεται η χορήγηση υγρών και τροφών από το στόμα, λόγω της πρωτοπαθούς πάθησης και σε συνδυασμό με κακή στοματική υγιεινή

παρατηρείται ξηρότητα και μυκητιασική λοίμωξη, συνήθως από *Candida*.¹⁵⁻¹⁷



Εικόνα. Θέση εκτέλεσης τραχειοστομίας

3.3 *Είδη τραχειοσωλήνων*

Τα είδη των τραχειοσωλήνων είναι πέντε:

1. **Πλαστικοί μιας χρήσης**: με χλωριούχο πολυβινύλιο (οι περισσότεροι χρησιμοποιούμενοι σήμερα) νάυλον, Teflon, σιλικόνη με cuff και με θυρίδα ή χωρίς θυρίδα στο στέλεχος του σωλήνα.
2. **Αργυρός τραχειοσωλήνας** (χρησιμοποιείται σπάνια) και αποτελείται από τρία μέρη: οδηγό, εσωτερικό και εξωτερικό σωλήνα.
3. **Αργυρός τραχειοσωλήνας Jackson με προσαρμοστήρα Morch** για να συνδέεται με αναπνευστήρα. Η αναρρόφηση μπορεί να γίνει χωρίς να διαταραχθεί ο αερισμός, επειδή φέρει θυρίδα στο στέλεχος του σωλήνα.
4. **Σωλήνας με cuff**, μόνιμο προσαρμοσμένο για εξασφάλιση κλειστού συστήματος.

5. **Σωλήνας με διπλό cuff** για εναλλαγή άσκησης 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 (μεγάλου όγκου)
- γ) μήκος 3 ή περισσότερων cm.¹⁸⁻²⁰

3.4 *Ενδείξεις εκτέλεσης τραχειοστομίας*

Η εκτέλεση της τραχειοστομίας μπορεί να είναι προγραμματισμένη ή οξεία, ενώ η τοποθέτησή της γίνεται για μικρό χρονικό διάστημα (προσωρινή τραχειοστομία) ή μόνιμα (μόνιμη τραχειοστομία). Η εκτέλεσή της γίνεται στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Σε απόφραξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού (οίδημα λάρυγγος, εισρόφηση εμεσμάτων, ξένα σώματα, ανεγγχείρητοι όγκοι).
2. Σε σοβαρό τραύμα του λάρυγγα.
3. Σε ριζικές επεμβάσεις του θυρεοειδούς ή του φάρυγγα και του ανώτερου οισοφάγου.
4. Σε ασθενείς που η αναπνοή τους χρειάζεται παρατεταμένη υποστήριξη:
 - α) Όσοι είναι συνδεδεμένοι με αναπνευστήρα πέρα των δύο εβδομάδων. Το χρονικό διάστημα ποικίλλει ανάλογα με την περίπτωση. Παραδείγματος χάρη, εάν διαφαίνεται ότι η ανάγκη διασωλήνωσης δεν θα υφίσταται σε λίγες ημέρες, τότε δεν γίνεται τραχειοστομία, παρόλο που μπορεί να γίνει υπέρβαση του χρονικού περιθωρίου.¹⁸⁻²⁰

- β) Περιπτώσεις που η αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα είναι δύσκολη.
- γ) Νευρολογικά σύνδρομα. Η αδυναμία ή η ασυνέργεια της κατάποσης και ο κίνδυνος εισρόφησης, μπορεί να είναι δυνητικές ενδείξεις τραχειοστομίας, ανεξάρτητα από το αν θα υπάρχει μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.
- δ) Σε πολυτραυματίες ή εγκαυματίες.
- στ) Τέτανος.

5. Προφυλακτική τραχειοστομία πραγματοποιείται σε: εγχειρήσεις προσώπου και τραχήλου, εγκαύματα που προκαλούν οίδημα, βαριές κρανιοπροσωπικές κακώσεις.
6. Σε νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ), απώλεια συνείδησης, φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, βαριά μυασθένεια, παράλυση των κάτω λαρυγγικών νεύρων).
7. Σε αυξημένες τραχειοβρογχικές εκκρίσεις και δυσχέρεια αποβολής τους (ηλικιωμένοι, μη συνεργάσιμα άτομα).
8. Σε διαταραχές μηχανικής του θώρακα και σε παρεμπόδιση της διάχυσης του O₂ (χρήση ναρκωτικών, βαριά αποφρακτική βρογχίτιδα).¹⁸⁻²⁰

3.5 Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα Τραχειοστομίας

Τα πλεονεκτήματα της τραχειοστομίας είναι τα εξής:

- ◆ Επιτυγχάνεται μείωση του νεκρού χώρου, ελάττωση των αντιστάσεων της αναπνοής, καλύτερος καθαρισμός των βρόγχων με την αναρρόφηση και ευκολότερη σύνδεση με τον αναπνευστήρα.

- ◆ Επιπλέον, σε σχέση με ασθενείς που είναι διασωληνωμένοι από το στόμα, αποφεύγεται ο κίνδυνος της αποσωλήνωσης, δεν απαιτείται καταστολή (ο τραχειοσωλήνας είναι πιο ανεκτός από τον ενδοτράχειο σωλήνα), επιτυγχάνεται καλύτερη υγιεινή του στόματος, ο ασθενής μπορεί να καταπίνει και εξαλείφεται η πιθανότητα βλάβης των φωνητικών χορδών από την πίεση που ασκεί ο σωλήνας.
- ◆ Επίσης, περιορίζεται η εισρόφηση και ο ασθενής μπορεί να μετακινείται ευκολότερα.^{17,19}

Τα μειονεκτήματα – επιπλοκές της τραχειοστομίας είναι τα εξής:

ΑΜΕΣΕΣ

- ◆ Εξωτραχειακή τοποθέτηση του σωλήνα
- ◆ Αδυναμία τοποθέτησης του σωλήνα
- ◆ Αιμορραγία
- ◆ Ρήξη τραχείας
- ◆ Ρήξη οισοφάγου
- ◆ Υποδόριο εμφύσημα
- ◆ Πνευμοθώρακας – πνευμομεσοθωράκιο
- ◆ Τρώση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου
- ◆ Εισρόφηση
- ◆ Καρδιοαναπνευστική ανακοπή
- ◆ Φλεγμονή

ΕΜΜΕΣΕΣ

- ◆ Στένωση τραχείας
- ◆ Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο

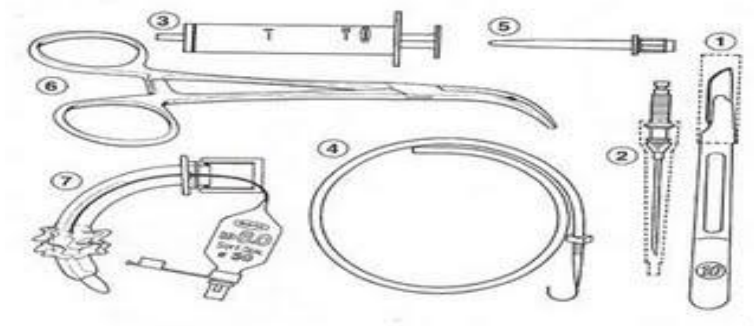
- ◆ Συρίγγιο τραχείας – ανωνύμου
- ◆ Τραχειοϋπεζωκοτικό συρίγγιο
- ◆ Τραχειοδερματικό συρίγγιο

3.6. Τεχνική εκτέλεσης τραχειοστομίας

Τα υλικά που χρειάζονται για την εκτέλεση της τραχειοστομίας πρέπει να είναι αποστειρωμένα, καθώς η τεχνική που εφαρμόζεται είναι άσηπτη. Τα υλικά είναι^{16,17}:

- ◆ Τροχήλατο τραπεζίδιο
- ◆ Μπλούζα, μάσκα, κάλυμμα κεφαλής, αποστειρωμένα γάντια (για τον ιατρό), απλά γάντια (για το νοσηλευτή)
- ◆ IV οδός
- ◆ Ενδοφλέβια κατασταλτικά, ενδοφλέβια αναισθητικά
- ◆ Μυοχαλαρωτικά
- ◆ Τοπικό αναισθητικό
- ◆ Αδρεναλίνη, ατροπίνη
- ◆ Πεδίο χωρίς τρύπα
- ◆ Νεφροειδές
- ◆ Αντισηπτικός παράγοντας (π.χ ιωδιούχος ποβιδόνη)
- ◆ Γάζες
- ◆ Σύριγγα 5cc
- ◆ Χειρουργικά εργαλεία: λαβίδα, βελονοκάτοχο.
- ◆ Σετ τραχειοστομίας, το οποίο περιλαμβάνει:
 1. Χειρουργικό νυστέρι
 2. Βελόνα εισαγωγής 14G
 3. Σύριγγα 10 cc
 4. Συρμάτινο οδηγό με φορέα εισαγωγής
 5. Διαστολέα

6. Λαβίδα συρμάτινου οδηγού
7. Σωλήνα τραχειοστομίας και σύγκλειση στομίου με αυλό



Εικόνα . Σετ τραχειοστομίας

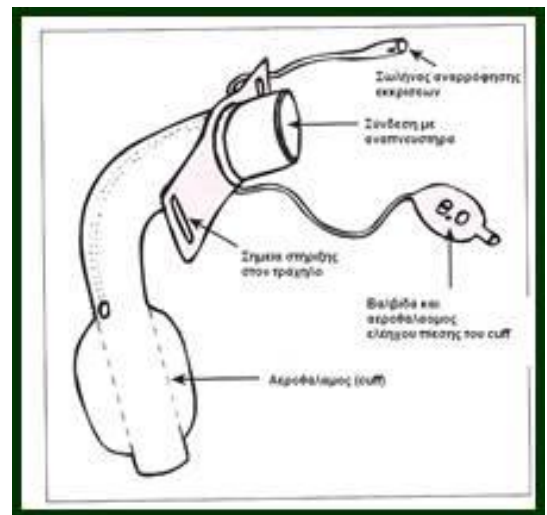
- ◆ Πεδίο με τρύπα
- ◆ Φυσιολογικός ορός
- ◆ Ράμμα μη απορροφήσιμο
- ◆ Ταινία περίδεσης τραχειοστομίας (συνήθως φακαρόλα)
- ◆ Διαθερμία
- ◆ Φορητή φωτεινή πηγή
- ◆ Μανόμετρο
- ◆ Λαρυγγοσκόπιο
- ◆ Ενδοτράχειοι σωλήνες
- ◆ Πηγή οξυγόνου
- ◆ Μόνιτορ
- ◆ Αναρρόφηση και καθετήρες αναρρόφησης^{16,17}

Ο τραχειοσωλήνας που συνήθως τοποθετείται, είναι κατασκευασμένος από πλαστικό, αδρανές και σχετικά εύκαμπτο υλικό. Η εξωτερική διάμετρος του αεραγωγού είναι 8-9 εκατοστά για τους άνδρες, 7-8 εκατοστά για τις γυναίκες. Το μέγεθος αναγράφεται στο σωλήνα. Υπάρχει προεξέχουσα υποδοχή για σύνδεση με την πηγή οξυγόνου (π.χ αναπνευστήρας) και μέσα σε αυτή πλαστικός οδηγός που

αφαιρείται μετά την τοποθέτηση. Οι προεξοχές εκατέρωθεν του στομίου χρησιμεύουν για στήριξη του τραχειοσωλήνα, γύρω από τον τράχηλο του ασθενούς, με υφασμάτινη ταινία. Κοντά στο ενδοτραχειακό άκρο του σωλήνα υπάρχει αεροθάλαμος (cuff) που γεμίζει με αέρα μέσω ειδικής βαλβίδας. Η βαλβίδα αυτή βρίσκεται σε μικρότερο αεροθάλαμο που επικοινωνεί με το cuff, μέσω του οποίου μετράται η πίεση του ενδοτράχειου αεροθαλάμου.

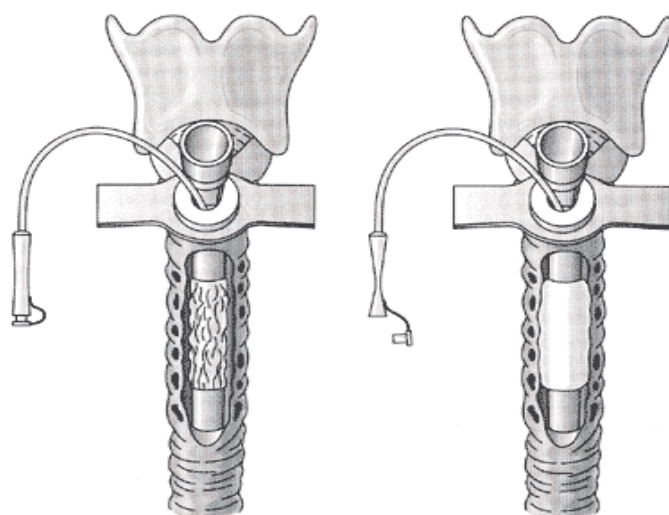
Η πίεση πρέπει ρυθμίζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να παρέχεται στεγανότητα και να επιτρέπεται η αιμάτωση του βλεννογόνου της τραχείας. Συνήθως η πίεση κυμαίνεται από 30 εκ. Η₂O. Υπάρχουν και σωλήνες με αεροθαλάμους μεγάλου όγκου και χαμηλής πίεσης (περίπου 20 εκ. Η₂O) που συνιστώνται.^{17,18}

Ο αεροθάλαμος προσαρμόζεται στα τοιχώματα της τραχείας και τη στεγανοποιεί, διατηρώντας την επιθυμητή πίεση αέρα στον πνεύμονα και εμποδίζοντας την εισρόφηση. Τα υγρά που τυχόν βρίσκονται πάνω από τον αεροθάλαμο αφαιρούνται με την αναρρόφηση, μέσω ειδικού σωλήνα που βρίσκεται στο ύψος της υποδοχής σύνδεσης με το οξυγόνο.



Τραχειοσωλήνες

Ορισμένοι τραχειοσωλήνες διαθέτουν εσωτερικό σωλήνα που μπορεί να αφαιρεθεί για να καθαριστεί και εξωτερικό σωλήνα, που παραμένει στη θέση του κατά την αφαίρεση του έσω σωλήνα. Επίσης υπάρχουν τραχειοσωλήνες στους οποίους αυξομειώνεται το μήκος τους.^{17,18}



Εικόνα . Στεγανοποίηση τραχείας

Για τη σωστή εκτέλεση της τραχειοστομίας είναι απαραίτητο να τηρούνται οι παρακάτω οδηγίες. Αναλυτικά:

Ο ασθενής δε θα πρέπει να σιτίζεται και ο υπάρχων ρινογαστρικός καθετήρας να μπαίνει σε παροχέτευση περίπου 8 ώρες πριν. Είναι απαραίτητο να ελέγχεται εάν είναι αιμοδυναμικά σταθερός. Σε περίπτωση που λαμβάνεται λαμβάνει ηπαρίνη, συνιστάται να διακόπτεται 6 ώρες πριν και να επαναχορηγείται 12 ώρες μετά την επέμβαση. Δε θα πρέπει να υπάρχει θρομβοκυττοπενία ή μεγάλη παράταση του χρόνου προθρομβίνης. Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει δύσκολη οξυγόνωση (δηλαδή εάν ο άρρωστος να χρειάζεται O_2 άνω του 60% και PEEP άνω των 10cm H_2O), είναι καλύτερα να αναβάλλεται η επέμβαση. Αναισθησία γίνεται τοπικά με

διάλυμα ξυλοκαΐνης 1%, χωρίς αδρεναλίνη, μαζί με ενδοφλέβια αναλγησία και καταστολή.^{15,16}

Ο τραχήλος τοποθετείται σε υπερέκταση, με τοποθέτηση υποστηρίγματος κάτω από τους ώμους. Μετά το χειρουργικό καθαρισμό και την επίστρωση αποστειρωμένων πεδίων, γίνεται ψηλάφηση για να επιβεβαιωθεί ότι ο λάρυγγας, η τραχεία και η σφαγιτιδική εντομή είναι σε ευθεία και μέση θέση.



Εικόνα. Θέση τοποθέτησης του τραχήλου για τραχειοστομία

Γίνεται εγκάρσια τομή μήκους 5-6 εκατοστά δύο δάκτυλα πάνω από τη σφαγιτιδική εντομή. Διαχωρίζεται και παρασκευάζεται ο υποδόριος ιστός και το μυώδες πλάτυσμα. Οι φλέβες που αιμορραγούν απολινώνονται. Διαχωρίζεται η μέση περιτονία του τραχήλου κατά μήκος και επί της λευκής γραμμής. Με την απόθεση του στερνοϋοειδή μυός αποκαλύπτεται η τραχεία.^{15,16}

Στο άνοιγμα που δημιουργείται, εισάγεται η βελόνα με τη σύριγγα, στην οποία υπάρχει φυσιολογικός ορός και αναρροφάται αέρας. Με την παρέμβαση αυτή επιβεβαιώνεται η σωστή θέση που θα τοποθετηθεί το τραχειόστομο. Κατόπιν, αφαιρείται η σύριγγα και μέσα από τη βελόνη που παραμένει στη θέση της, εισάγεται

ο συρμάτινος οδηγός. Στον οδηγό εφαρμόζεται ο διαστολέας, με σκοπό τη διάνοιξη του ανοίγματος που δημιουργήθηκε. Όταν αφαιρεθεί ο διαστολέας, πάνω από τον οδηγό περνάει ο τραχειοσωλήνας. Η διαδικασία ολοκληρώνεται με τη χορήγηση αέρα στο cuff, τη στερέωση του τραχειοσωλήνα με ράμμα και την εφαρμογή ταινίας περίδεσης (φακαρόλα, γάζα ή ειδική ταινία τραχειοσωλήνα).^{15,17}



Εικόνα . Αποκάλυψη της τραχείας



Εικόνα . Χορήγηση αέρα στο cuff

3.7 Νοσηλευτική φροντίδα τραχειοστομίας

Η χειρουργική επέμβαση, οποιαδήποτε κι αν είναι, προκαλεί κάποιο στρες στον ασθενή το οποίο, όσο πιο έντονο είναι τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ομαλή λειτουργία του όλου οργανισμού. Πρωταρχικό στοιχείο στην όλη προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή είναι η ψυχολογική προετοιμασία, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μόνιμη τραχειοστομία. Συνήθως η ανησυχία και η αγωνία του αρρώστου προέρχονται από φόβο για το άγνωστο περιβάλλον, τα περίεργα μηχανήματα, τη νάρκωση και τον πόνο. Διερωτάται αν θα πονέσει, αν θα αισθάνεται τι θα γίνεται την ώρα του χειρουργείου αλλά και το αν θα ξυπνήσει. Ακόμη τον διακατέχει το αίσθημα του θανάτου και της ανασφάλειας. Τέλος η σκέψη για μια πιθανή αναπηρία, μόνιμη ή παροδική αυξάνει το αίσθημα του φόβου και της ανησυχίας. Έτσι, ο άρρωστος χρειάζεται να μάθει γιατί είναι αναγκαία η τραχειοστομία, σε ποια θέση πρόκειται να γίνει, ποια θα είναι η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αλλά και τα προβλήματα που θα προκύψουν από τους τρόπους αντιμετώπισής τους, ιδιαίτερα το πρόβλημα της ομιλίας.^{17,18}

Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα ο νοσηλευτής να πρέπει να φερθεί με κρίση, σύνεση, στοργή, ενδιαφέρον και κατανόηση. Να δώσει λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στα πλαίσια της αρμοδιότητας του με σκοπό τη μείωση της ανησυχίας και του άγχους, εμπνέοντας έτσι το αίσθημα της ασφάλειας και πετυχαίνοντας καλύτερη συνεργασία. Ακόμη καλό θα ήταν ο ασθενής να επικοινωνήσει με τραχειοτομημένο άτομο ο οποίος έχει εξοικειωθεί με τη μόνιμη τραχειοστομία και αντιμετωπίζει το πρόβλημά του σωστά με υψηλό ηθικό.^{17,18}

Για όλα τα παραπάνω πρέπει να ενημερωθεί και η οικογένειά του. Διότι αυτή είναι που θα αποτελέσει το ηθικό στήριγμα και την άμεση και απώτερη μετεγχειρητική βοήθειά του τόσο στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδό του στο σπίτι. Η πλήρης αποδοχή του ασθενή από την οικογένεια και η στοργική φροντίδα μέσα στους κόλπους της είναι το ισχυρότερο αντίδοτο στην τραυματική του αυτή εμπειρία.

Στη συνέχεια απαιτείται συγκατάθεση του ασθενούς για την επέμβαση και συγχρόνως δίνονται πληροφορίες για πιθανές επιπλοκές. Είναι σωστό και ασφαλές να υπογράψει ο ίδιος σε ειδικό έντυπο εφόσον είναι ενήλικας και έχει πνευματική διαύγεια.



Πριν από κάθε εξέταση ή θεραπεία προηγείται η κλινική εξέταση και η λήψη ιστορικού όπου λαμβάνεται υπόψη η ηλικία γιατί τα ηλικιωμένα άτομα αντιδρούν με βραδύτερο ρυθμό στις τραυματικές βλάβες. Επιπλέον γίνεται έλεγχος θρέψης-υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία- γιατί η καλή θρέψη και ενυδάτωση βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου. Ακόμη γίνεται έλεγχος των φαρμάκων που παίρνει για να κριθεί αν πρέπει να συνεχιστούν ή να διακοπούν. Τέλος γίνονται κάποιες διαγνωστικές εξετάσεις όπως: γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα και ανάλυση αίματος. Στην ανάλυση αίματος περιλαμβάνεται η γενική αίματος, η αιμοσφαιρίνη, η ταχύτητα καθίζησης, το σάκχαρο, η ουρία, προθρομβίνη, ομάδα και Rhesus, αυστραλιανό αντιγόνο, εργαστηριακός έλεγχος αφροδίσιας νόσου (VDRL-Wassermann), ELISA-RIBA.^{17,18}

Παράλληλα προς την παραπάνω προετοιμασία είναι αναγκαία και η αντιμετώπιση των φλεγμονών του αναπνευστικού συστήματος, αν κριθεί αναγκαίο, χορήγηση αντιβίωσης καθώς και η διδασκαλία για προσπάθεια αποβολής των εκκρίσεων με βήχα, αναπνευστικές ασκήσεις, βρογχική παροχέτευση ή και αναρρόφηση ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

Την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης ο ασθενής μας ενδιαφέρει να είναι καθαρός, εσωτερικά (έντερο) και εξωτερικά (σώμα) και να τον διατηρούμε όσο γίνεται ήρεμο και ξεκούραστο. Επιδιώκουμε την εξάλειψη των πηγών μόλυνσης με την ατομική υγιεινή, την τήρηση της ασηψίας του εγχειρητικού πεδίου καθώς και την ελαχιστοποίηση άλλων παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση

προβλημάτων και επιπλοκών. Οι ιατρικές οδηγίες γράφονται έγκαιρα για την έγκυρη εφαρμογή τους και δίνονται ελαφρά γεύματα. Έτσι το απόγευμα της προηγούμενης της επέμβασης γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός με σκοπό τον καθαρισμό του εντέρου και την πρόληψη συλλογής αερίων και επομένως την μετεγχειρητική διάταση του εντέρου. Ακόμη γίνεται ετοιμασία δέρματος του εγχειρητικού πεδίου η οποία περιλαμβάνει αποτρίχωση (αν ενδείκνυται) και τοπική αντισηψία που γίνεται μετά το λουτρό καθαριότητας.^{17,18}

Το βράδυ της παραμονής της επέμβασης χορηγείται κάποιο ηρεμιστικό-υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου και ανάπαυσης. Γιατί η ψυχική ένταση και το άγχος που προκαλεί η ιδέα της επέμβασης μειώνουν την ικανότητα του ατόμου να χαλαρώσει, να αναπαυθεί και να κοιμηθεί με αποτέλεσμα να έχουμε την εμφάνιση συμπτωμάτων κόπωσης.

Την ημέρα της επέμβασης ο ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα για περίπου έξι με οχτώ ώρες, για τους γνωστούς λόγους, και γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων ως βασικό κριτήριο της γενικής κατάστασής του. Αφαιρούνται φακοί επαφής ή γυαλιά, γιατί αφενός μεν μπορεί να σπάσουν και να τραυματίσουν τον ασθενή, αφετέρου δε για τον εύκολο έλεγχο της κόρης του οφθαλμού, κυρίως κατά τη νάρκωση. Γίνεται επίσης αφαίρεση πρόσθετων δοντιών και οδοντοστοιχίας γιατί λόγω της μυϊκής χαλάρωσης από τη νάρκωση είναι δυνατόν να μετακινηθούν και να αποφράξουν την αναπνευστική οδό με σοβαρές συνέπειες ασφυξίας και θανάτου. Αφαιρούνται επίσης φουρκέτες, τσιμπιδάκια και κοσμήματα γιατί μπορεί να έρθουν σε επαφή με το μεταλλικό πλαίσιο της χειρουργικής τράπεζας και να προκληθεί έγκαυμα από τη διαθερμία. Παράλληλα καθαρίζονται βαμμένα νύχια και χείλη γιατί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, γίνεται έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση του αρρώστου (η κυάνωσή τους είναι κριτήριο κακής οξυγόνωσης).^{17,18}

Τα προσωπικά αντικείμενα παραδίδονται στην Προϊσταμένη για φύλαξη ή στους οικείους. Πριν την επέμβαση ο ασθενής πρέπει να ουρήσει γιατί μπορεί να

κενωθεί στη χειρουργική τράπεζα λόγω μυϊκής χαλάρωσης από τη νάρκωση ή τοποθετείται καθετήρας. Επιπλέον ο υπεύθυνος νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια του τμήματος που ετοιμάζει τον άρρωστο για το χειρουργείο συμπληρώνει όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο.

Συγχρόνως γίνεται έλεγχος αν έγιναν όλα όσα αφορούν την προετοιμασία του αρρώστου. Το συμπληρωμένο προεγχειρητικό δελτίο, το ατομικό βιβλιάρειο, ο φάκελος ιστορικού και τα φάρμακα- αν έχει- τον συνοδεύουν στο χειρουργείο. Ωστόσο αντικαθίστανται τα ενδύματα και τα εσώρουχά του με χειρουργικό πουκάμισο, κάλυμμα κεφαλής για λόγους καθαριότητας και για την πρόληψη λάθους τοποθετείται ταυτότητα στο χέρι του με ονοματεπώνυμο και την κλινική που νοσηλεύεται η οποία ελέγχεται στο χειρουργείο για τον ίδιο λόγο.^{16,17}

Γίνεται ακόμη προνάρκωση η οποία μπορεί να γίνει στο χειρουργείο ή στο τμήμα μισή με μία ώρα πριν φύγει ο ασθενής για το χειρουργείο. Η προνάρκωση περιλαμβάνει τη χορήγηση πεθιδίνης ως ναρκωτικό-αναλγητικό και ατροπίνη για την αναστολή των εκκρίσεων. Επιπρόσθετα δίνονται εξηγήσεις στον ασθενή ότι με την προνάρκωση θα αισθανθεί μία μυϊκή χαλάρωση και υπνηλία χωρίς να χάσει τις αισθήσεις του καθώς και ξηρότητα στόματος. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να μείνει στο κρεβάτι για την πρόληψη πτώσεως και οι συγγενείς μπορούν να μείνουν κοντά του μέχρι να μεταφερθεί στο χειρουργείο.

Αφού έχουν τελεσθεί οι παραπάνω ετοιμασίες ο ασθενής είναι έτοιμος για τη μεταφορά του στο χειρουργείο. Η μεταφορά του από το τμήμα στο χειρουργείο γίνεται από προσωπικό και φορείο του χειρουργείου σε ρυθμισμένη ώρα. Αν είναι κλινήρης σκεπάζεται με σεντόνι και μεταφέρεται με ήπιες και συντονισμένες κινήσεις στο φορείο. Συνοδεύεται μέχρι τον ανελκυστήρα από το νοσηλευτή ή ακόμη και στο χειρουργείο, αν υπάρχει ειδικός λόγος.^{16,17}

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φτάνει μέχρι την έξοδό του από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάστασή του.

Μετά την επέμβαση ο ασθενής μεταφέρεται με φορείο στην αίθουσα ανάνηψης. Σ' αυτήν παραμένει μέχρι να διαπιστωθεί ότι συνήλθε από τη νάρκωση και σταθεροποιήθηκαν τα ζωτικά του σημεία. Είναι χώρος εξοπλισμένος με όλα τα αντικείμενα και τις συσκευές για την άμεση αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών.

Επιστρέφοντας ο ασθενής από το χειρουργείο στη νοσηλευτική μονάδα, ο νοσηλευτής φροντίζει στο να υπάρχουν τα παρακάτω αντικείμενα στο κομοδίνο και κοντά στο κρεβάτι του:

- ◆ τραχειοσωλήνα έτοιμο με ταινία
- ◆ διαστολέας τραχείας
- ◆ ψαλίδι
- ◆ δύο λαβίδες Pean
- ◆ γάζες-γάντια
- ◆ καθετήρες αναρρόφησης (δύο-τρεις)
- ◆ φυσιολογικό ορό
- ◆ τετράγωνο μεγάλο
- ◆ χαρτοσακούλα
- ◆ αναρροφητήρα^{18,19}

Επίσης ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις και τον τακτοποιεί σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση, αν η γενική του κατάσταση το επιτρέπει. Ελέγχει τα ζωτικά του σημεία για την εκτίμηση της γενικής του κατάστασης και ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας για την ώρα επιστροφής από το χειρουργείο. Παράλληλα επιβλέπει το τραύμα και τις εξωτερικές γάζες μήπως αιμορραγεί αλλά και τις παροχετεύσεις και τις συνδέσεις για την καλή λειτουργία τους. Ακόμη εξετάζεται για το επίπεδο συνείδησης και τις κινήσεις των άκρων που αφορούν τη νευρολογική κατάστασή του. Είναι αναγκαία η εκτίμηση της λειτουργίας των νεφρών. Με άλλα λόγια, γίνεται μέτρηση της ποσότητας των ούρων και αναγράφεται σε ειδικό πίνακα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για την πρόληψη επίσχεσης των ούρων. Τον προστατεύει από

ρεύματα αέρα να μην κρυώσει και εκτιμά τον πόνο και τη δυσφορία και φροντίζει για την ανακούφισή του.^{18,19}

Επιπλέον ο νοσηλευτής παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση υγρών, το ρυθμό ροής και φροντίζει για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης. Ελέγχει το σημείο φλεβοκέντησης και αν κριθεί αναγκαίο ακινητοποιεί το χέρι προληπτικά για να μη σπάσει η φλέβα. Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να αλλάζει συχνά θέσεις για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα. Κρίνεται απαραίτητο να συμβουλευέται και να διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες και να οργανώνει τη νοσηλευτική φροντίδα του εικοσιτετραώρου. Στη συνέχεια ακούει προσεκτικά τυχόν παράπονα και ενοχλήματά του και τον υποστηρίζει ψυχολογικά.

Όσον αφορά την εικόνα του ασθενή μετά την παραλαβή του από το χειρουργείο, αυτός επιστρέφει με πλαστικό τραχειοσωλήνα (με ή χωρίς cuff) ή μεταλλικό σε ειδικές περιπτώσεις. Ο νοσηλευτής θεωρείται καταρτισμένος ώστε να πραγματοποιήσει αναρρόφηση μέσα από οποιοδήποτε τραχειοσωλήνα αλλά και αλλαγή του.^{18,19}

Για την αναρρόφηση χρησιμοποιούμε άσηπτη τεχνική η οποία σκοπό έχει να απομακρύνει εκκρίσεις, αν ο βήχας δεν είναι αποτελεσματικός- μέσα από το τραχειοβρογχικό δένδρο, ώστε να διατηρείται βατός ο αεραγωγός. Η ανάγκη για αναρρόφηση φαίνεται μέσα από τις θορυβώδεις και υγρές αναπνοές και την αύξηση συχνότητας σφυγμού και αναπνοών.

Για την πραγματοποίησή της απαιτείται δίσκος με:

- ◆ αποστειρωμένους καθετήρες μιας χρήσης Νο 14 ή 16 (ενήλικες) και Νο 8 ή 10 (παιδιά), δύο ή περισσότερους
- ◆ αποστειρωμένα γάντια δύο ή περισσότερα ζεύγη
- ◆ αποστειρωμένο φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου
- ◆ Δύο αποστειρωμένες σύριγγες των 5 ml και βελόνες
- ◆ Αποστειρωμένο δοχείο για πλύση του καθετήρα

◆ Αναρροφητήρα-σωλήνες αναρρόφησης

Η διαδικασία αναρρόφησης μέσα από τραχειοσωλήνα χωρίς cuff είναι η εξής: Ενημερώνεται ο άρρωστος και του διευκρινίζεται ο σκοπός της αναρρόφησης.^{18,20}

Γίνεται έλεγχος της λειτουργίας του αναρροφητήρα. Ο νοσηλευτής ανοίγει με άσηπτη τεχνική το δοχείο έκπλυσης (καψάκι) του καθετήρα και το γεμίζει με φυσιολογικό διάλυμα NaCl. Αποκαλύπτει ελαφρά την άκρη του καθετήρα για να διευκολυνθεί στην αφαίρεσή του και φορά γάντια. Αφαιρεί τον καθετήρα μέσα απ' τη θήκη του και τον συνδέει με το ένα σκέλος διχαλωτού συνδετικού που είναι εφαρμοσμένο στο σωλήνα του αναρροφητήρα. Επαλείφει τον καθετήρα με φυσιολογικό διάλυμα NaCl και ανοίγει τον αναρροφητήρα Περνά τον καθετήρα με το ελεύθερο σκέλος του διχαλωτού συνδετικού ανοικτό για να μη γίνεται αναρρόφηση. Στη συνέχεια κλείνει με τον αντίχειρα το ελεύθερο σκέλος του διχαλωτού συνδετικού και για να περάσει ο καθετήρας μέσα σε έναν από τους δύο βρόγχους ζητά από τον άρρωστο να στρέψει το κεφάλι του προς το αντίθετο μέρος από εκείνο που βρίσκεται ο νοσηλευτής. Αφαιρεί τον καθετήρα όταν ο άρρωστος βήχει, γιατί ο καθετήρας κλείνει τον αεραγωγό και εμποδίζει την έξοδο των εκκρίσεων. Για παχύρρευστες εκκρίσεις, πριν από τη εισαγωγή του καθετήρα γίνεται ενστάλαξη φυσιολογικού διαλύματος NaCl (3 με 5 ml) έτσι ώστε να ρευστοποιηθεί η βλέννα. Υπαρχει πάντοτε χαρτοβάμβακο ή δοχείο για τις εκκρίσεις.^{18,20}

Ο νοσηλευτής περιστρέφει τον καθετήρα ανάμεσα στον δείκτη και τον αντίχειρα και τον μετακινεί με ήπιες κινήσεις, ελαφρά πάνω-κάτω, καθώς τον αφαιρεί. Η αναρρόφηση δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από 15 sec κάθε φορά και αφήνει τον άρρωστο να ξεκουράζεται για τρία λεπτά και επαναλαμβάνει την αναρρόφηση όποτε χρειάζεται. Στα ενδιάμεσα ο ασθενής καλό είναι να οξυγονώνεται και να αερίζεται για να μειωθεί η υποξία και να προληφθούν τυχόν αρρυθμίες. Στη συνέχεια χρησιμοποιεί στηθοσκόπιο για ακρόαση κατά μήκος του βρογχικού δένδρου επιβεβαιώνοντας την αποτελεσματικότητα της αναρρόφησης. Η αναπνοή πρέπει να

είναι ήρεμη και χωρίς προσπάθεια στο τέλος της αναρρόφησης. Μετά το τέλος της αναρρόφησης απομακρύνονται καθετήρας, γάντια και καψάκι.

Η αλλαγή τραχειοσωλήνα χωρίς cuff προϋποθέτει δίσκο με:

- ◆ Αποστειρωμένο set τραχειοστομίας
- ◆ Τραχειοσωλήνα αποστειρωμένο έτοιμο με γάζα και ταινία
- ◆ Νεφροειδές, χαρτοσακούλα, ψαλίδι,
- ◆ Αποστειρωμένα τολύπια, μικρές και μεγάλες γάζες
- ◆ Ελαιώδη ουσία, αντισηπτική αλοιφή
- ◆ Φυσιολογικό ορό, χαρτοβάμβακα
- ◆ Αποστειρωμένα γάντια, Betadine

Πριν από οποιαδήποτε ενέργεια, επιβάλλεται η ενημέρωση του ασθενή για τη νοσηλεία που θα του γίνει και του ζητείται να κάνει ελαφρά έκταση της κεφαλής του προς τα πίσω. Η πρώτη αλλαγή συνήθως γίνεται από τον γιατρό και κατόπιν από τους νοσηλευτές και η διαδικασία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην πρώτη αλλαγή, διότι υπάρχει κίνδυνος σύμπτωσης των χειλέων της τομής και πρόκληση ασφυξίας στον άρρωστο.^{17,21}

Ο νοσηλευτής χαλαρώνει την ταινία που στηρίζει τον σωλήνα και δίνει στον άρρωστο να κρατήσει ένα χαρτοβάμβακο μπροστά στο στόμιο ζητώντας του να βήξει για να αποβληθούν οι εκκρίσεις. Κρατάει τον τραχειοσωλήνα με τα δύο του χέρια από τα άκρα του και τον αφαιρεί με σταθερή κίνηση προς τα έξω και κάτω τοποθετώντας τον στο νεφροειδές. Συστήνει στον άρρωστο να ξαναβήξει ώστε να απαλλαγεί τελείως από τις εκκρίσεις. Καθαρίζει το στόμιο από τις εκκρίσεις και απορρίπτει τα άχρηστα στη χαρτοσακούλα. Έπειτα καθαρίζει καλά την τραυματική επιφάνεια και την γύρω περιοχή του δέρματος πρώτα με φυσιολογικό ορό και μετά με αντισηπτική διάλυση. Χρησιμοποιεί αντισηπτική αλοιφή, αν υπάρχει δερματίτιδα και επαλείφει τον τραχειοσωλήνα με ελαιώδη ουσία για να γλιστράει κατά την είσοδό του.

Ζητά στον άρρωστο να κάνει ελαφρά έκταση της κεφαλής προς τα πίσω και να πάρει βαθιά ανάσα για να διευκολυνθεί η είσοδος του αποστειρωμένου

τραχειοσωλήνα στο στόμιο, η οποία γίνεται με σταθερή κίνηση προς τα μέσα και κάτω κρατώντας τον από τα δυο του άκρα. Στη συνέχεια στερεώνει τον τραχειοσωλήνα στη θέση του με την ταινία και βεβαιώνεται ότι είναι σωστά τοποθετημένος, ούτε χαλαρά για να μη βγει με το βήχα, ούτε σφιχτά για να μην πιέζει. Τέλος αφήνει τον άρρωστο καθαρό σε αναπνευστική θέση, συγκεντρώνει και απομακρύνει τα χρησιμοποιημένα αντικείμενα, απορρίπτοντας τα άχρηστα υλικά και φροντίζει τυχόν εργαλεία για αποστείρωση.^{17,21}

Σε περιπτώσεις τραχειοσωλήνα με cuff απαιτούνται τα ίδια υλικά και επιπλέον μία σύριγγα καθώς η ταινία στήριξης περιέχεται στο set τραχειοσωλήνα, η οποία πρέπει να χρησιμοποιηθεί με προσοχή ώστε να διατηρηθεί ο σωλήνας αποστειρωμένος. Τοποθετείται κατά την ώρα εισπνοής με τους ίδιους χειρισμούς και στη συνέχεια ο νοσηλευτής φουσκώνει το cuff με αέρα. Η ποσότητα αέρα ρυθμίζεται σύμφωνα με τις οδηγίες του set. Το cuff κατά την παραμονή του στον άρρωστο πρέπει να ξεφουσκώνει κατά διαστήματα για 5-10 λεπτά για να αιματωθεί η περιοχή που πιέζεται και να προληφθεί πιθανή νέκρωση. Κατά το ξεφούσκωμα του cuff ο νοσηλευτής εξασφαλίζει επαρκή αερισμό στον άρρωστο και παρακολουθεί τα ζωτικά του σημεία. Η φροντίδα του στομίου είναι η ίδια όπως παραπάνω.

Ο μεταλλικός τραχειοσωλήνας χρησιμοποιείται σε ειδικές περιπτώσεις, το υλικό παραμένει ίδιο καθώς και η διαδικασία αλλαγής. Μετά την αφαίρεσή του, αφαιρούμε τις ταινίες και τοποθετείται σε αντισηπτική διάλυση για αρκετή ώρα να μαλακώσουν οι ξηραμένες εκκρίσεις. Δεν χρησιμοποιείται ζεστό διάλυμα γιατί πήζει το λεύκωμα του αίματος και των εκκρίσεων. Ο καθαρισμός του τραχειοσωλήνα γίνεται με μικρό βουρτσάκι ή γάζα και λαβίδα, αφού πρώτα διαχωριστεί ο εσωτερικός από τον εξωτερικό σωλήνα. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στον καθαρισμό του αυλού του σωλήνα. Γίνεται καλό σαπούνισμα και ξέπλυμα και ετοιμάζεται με γάζα και ταινία για αποστείρωση. Αν η αλλαγή γίνει μόνο στον εσωτερικό σωλήνα, μετά τον καθαρισμό γίνεται βρασμός του σωλήνα σε απεσταγμένο νερό για 5-10 λεπτά και μετά ξαναχρησιμοποιείται. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σύρμα για το καθάρισμα

του σωλήνα γιατί μπορεί να παγιδευτούν ρινίσματα και να τα εισπνεύσει ο άρρωστος.^{17,21}

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης μπορεί να υπάρξουν κάποιες επιπλοκές όπως:

- ◆ Αιμορραγία από ανεπαρκή αιμόσταση
- ◆ Υποδόριο ή μεσοθωρακικό εμφύσημα
- ◆ Πνευμοθώρακας
- ◆ Τρώση οπισθίου τοιχώματος της τραχείας
- ◆ Βλάβη του λαρυγγικού νεύρου

Οι παραπάνω επιπλοκές συνήθως προλαμβάνονται όταν η τραχειοστομία γίνεται με ευνοϊκές συνθήκες προγραμματισμένη στο χειρουργείο.

Εκτός από τις διεγχειρητικές επιπλοκές εμφανίζονται και οι μετεγχειρητικές όπως:

- ◆ μετεγχειρητική αιμορραγία
- ◆ απόφραξη της αναπνευστικής οδού από στερεοποιηθήσεις εκκρίσεις ή παρεκτόπιση του τραχειοσωλήνα από τη θέση του
- ◆ μόλυνση (από τα χέρια του αρρώστου, των συνοδών, το περιβάλλον του θαλάμου, στοματικές εκκρίσεις, γάζες)
- ◆ υποστατική πνευμονία
- ◆ εισρόφηση και ατελεκτασία
- ◆ παράλυση φωνητικών χορδών^{19,22}

Τέλος υπάρχουν και οι όψιμες επιπλοκές:

- ◆ ελκωτική τραχειϊτιδα με αποτέλεσμα την ουλώδη στένωση οφειλομένη σε πίεση από τον αεροθάλαμο του τραχειοσωλήνα σε συρρίκνωση της ουλής και σε μολύνσεις.
- ◆ τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο.

- ◆ ανακοπή ή αιφνίδιος θάνατος ως αποτέλεσμα της αναρρόφησης ή άλλων χειρισμών.

Τα άτομα που έχουν υποστεί τραχειοστομία με την ανάλογη διδασκαλία μπορούν και πρέπει να εφαρμόζουν συστηματικά τα εξής:

- ◆ να φορούν ρούχα με υψηλό γιακά ή ελαφρό μανδήλι λαιμού για αισθητικούς λόγους και για προφύλαξη εισόδου ξένων σωμάτων στο στόμιο.
- ◆ Να περιποιούνται το στόμιο και να διατηρούν το δέρμα στη γύρω περιοχή καθαρό, ελαστικό με τη χρήση κρέμας για την πρόληψη ραγάδων.
- ◆ Να εξασφαλίζουν υγρή ατμόσφαιρα για την πρόληψη ξήρανσης των βλεννογόνων.
- ◆ Να ενθαρρύνονται να συνεργαστούν με τους ειδικούς για τη λογοθεραπεία και να μάθουν τη χρήση της ειδικής συσκευής ομιλίας.^{19,22}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

4.1 Αντικαρκινικά νοσοκομεία – Σκοποί



Ορισμένοι χρειάζονται ειδική βοήθεια για να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο τους και οι γιατροί τους δεν μπορούν πάντοτε να τους την προσφέρουν. Οι γιατροί νοιάζονται τόσο για την καλή ψυχολογική όσο και για τη φυσική κατάσταση των ασθενών τους, ωστόσο ο χρόνος των ιατρικών επισκέψεων αναλώνεται συνήθως σε συζητήσεις για τη θεραπευτική αγωγή, τα προβλήματα και τις παρενέργειες, τις προφυλάξεις και τις επιπλοκές.^{23,24}

Οι γιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων και συχνά παραπέμπουν τον ασθενή τους σε κάποια από τις πολλές εξωτερικές, ειδικές ομάδες συμπαράστασης στους καρκινοπαθείς. Οι ομάδες αυτές παρέχουν σε όλους τους καρκινοπαθείς τέτοια βοήθεια που μόνο όσοι αφοσιώνονται στο σκοπό αυτό, συχνά οι ίδιοι καρκινοπαθείς, μπορούν να την προσφέρουν.

Πολλά τοπικά νοσοκομεία, έχουν κέντρα περίθαλψης καρκινοπαθών και διαθέτουν ομάδες υποστήριξης οι οποίες διευθύνονται από ειδικευμένους υγειονομικούς. Προορισμός των ομάδων αυτών είναι να συμπαρασταθούν στους ασθενείς και τους συγγενείς τους, σε εβδομαδιαίες συναντήσεις.

Ειδικά Κέντρα Φροντίδας και Αποθεραπείας

Τα δύο «Ειδικά Κέντρα Φροντίδας - Αποθεραπείας Ασθενών με Καρκίνο και Διενέργειας Σχετικών Εκπαιδευτικών και Ερευνητικών Προγραμμάτων γνωστά και ως κέντρα αναφοράς», προσφέρουν με τη λειτουργία τους μεγάλη ανακούφιση όσο αναφορά την αναμονή των αρρώστων για την εισαγωγή τους στα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία ή τα Ογκολογικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων. Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία με την δραστηριότητά της στον τομέα αυτό προσφέρει εθνικό έργο.

ΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ - ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ 2000 Τ.Μ. ΓΙΑ 33 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΑΝΙΑ.

Το έργο έγινε με την οικονομική ενίσχυση και συμβολή των Ελλήνων δωρητών. Με την επέκταση του ήδη υπάρχοντος κτιρίου, θα υπάρχει η δυνατότητα φιλοξενίας 90 ασθενών.

ΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ - ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΠΥΛΑΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 4000 Τ.Μ.

Θα περατωθεί εντός ευλόγου χρονικού διαστήματος και θα αποτελέσει ένα μεγάλο συγκρότημα και ανώτερο παρόμοιων Ευρωπαϊκών κέντρων.

Τα δύο κέντρα με τη λειτουργία τους θα αποτελέσουν φωτεινούς χώρους στην περιοχή τους διότι θα αναπτυχθούν:

1. Κατ' οίκον νοσηλεία καρκινοπαθών.
2. Μονάδα ανακούφισης πόνου και παρηγορητικής αγωγής.

3. Κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης για νοσηλευτές με τα εκπαιδευτικά μεταπτυχιακά μαθήματα νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας.
4. Ερευνητικά προγράμματα υπό την αιγίδα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας.
5. Κέντρο πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης των όγκων.
6. Κέντρο ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.^{23,24}

Αντικαρκινικά κέντρα - Ομάδες υποστήριξης

Όταν ο ασθενής είναι σε καλή φυσική κατάσταση, κερδίζει πολλά συμμετέχοντας σε μια τέτοια ομάδα. Μια ομάδα ανθρώπων που συμμερίζονται την κατάστασή του, του προσφέρει συντροφιά αλλά και την ευκαιρία να συζητήσει τις ανησυχίες του και τα συναισθήματά του.

Ο τρόπος οργάνωσης των ομάδων υποστήριξης, η δομή τους και το αντικείμενο που καλύπτουν ποικίλλουν. Όλες όμως έχουν ένα κοινό γνώρισμα: τη συγκέντρωση ανθρώπων με κοινές εμπειρίες. Έτσι, στις ομάδες αυτές:

- ◆ Ο καθένας μπορεί να διηγηθεί την περίπτωσή του, να μοιραστεί την εμπειρία του και την επίδραση του καρκίνου στη ζωή του.
- ◆ Μπορεί να ακούσει τις ιστορίες των άλλων, να τους συμπαρασταθεί και έτσι να μειωθεί η αίσθηση απομόνωσης, φόβου και μοναξιάς.
- ◆ Μπορεί να ανταλλάξει πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αντεπεξέλθει σε κάποια συγκεκριμένα προβλήματα.

Κάθε ομάδα λειτουργεί με τα θετικά και αρνητικά της στοιχεία, τα οποία εξαρτώνται από τη συμμετοχή των μελών και την αποτελεσματικότητα των υπευθύνων. Δεν είναι όμως όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι για να συμμετάσχουν σε ομάδα υποστήριξης. Μερικοί προτιμούν να ξεπερνούν μόνοι τις δυσκολίες τους.

Πολλοί καρκινοπαθείς, πάντως, ευγνωμονούν τις ομάδες υποστήριξης για τη βοήθεια και τη συμπαράστασή τους στην πορεία προς την αποκατάσταση.^{23,24}

4.2 Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία είναι κοινωφελές σωματείο, νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και έχει εγγραφεί στο ειδικό μητρώο εθελοντικών μη κυβερνητικών οργανώσεων, που προβλέπεται στο άρθρο 12 Ν. 2646/98.

Άδεια λειτουργίας ιδρύματος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας στο Πελαρί-Παιανίας.^{23,24}

Θέματα Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας

Το κοινωφελές σωματείο με την επωνυμία «Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία μπορεί να θέσει σε λειτουργία ειδικό κέντρο φροντίδας-αποθεραπείας ασθενών με καρκίνο και διενέργειας σχετικών εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Το εν λόγω κέντρο μπορεί να αναγνωρισθεί ως κέντρο αναφοράς, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 3 του άρθρου 19 του ν. 2519/1977 (ΦΕΚ 165 Α)».

Η επίσημη χορήγηση με νομοθετική ρύθμιση αδειας λειτουργίας του Ειδικού κέντρου φροντίδας-αποθεραπείας ασθενών με καρκίνο είναι ένα σημαντικό επίτευγμα της εταιρείας.

Η Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία αναπτύσσει την κύρια στρατηγική της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου που αποτέλεσε και τον πρωτεύοντα ρόλο της συστάσεώς της. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι επιτυχέστερη σε χώρους εκτός των νοσοκομείων και όταν η προσέγγιση του πολίτη γίνεται στο χώρο της εργασίας ή της κατοικίας του από νοσηλευτές.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία σκοπό έχει να ευαισθητοποιήσει τους Έλληνες πολίτες, ώστε να καταφεύγουν συστηματικά σε ετήσιο προληπτικό έλεγχο προς όφελος της υγείας τους και της ποιότητας ζωής τους.

Στοιχεία Επικοινωνίας:

Διευθ.: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Α. Τσόχα 18 - 20, 115 21 Αθήνα,

Τηλ.: 210-64.56.713-5

Φαξ: 210 - 64.10.011

E-mail:hellas-cancer@ath.forthnet.gr

Παραρτήματα

Αποτελούν το δυναμικό παρόν της εταιρείας στη μάχη κατά του καρκίνου σε κάθε πόλη της πατρίδας μας. Εκτός αυτού ενισχύουν την επικοινωνία των αρμοδίων με τους πολίτες σε όλη την επικράτεια και η παρουσία τους προβάλλεται σε όλες τις εκδηλώσεις. Γι' αυτό το λόγο δεν πρέπει να υπάρχει Ελληνική πόλη χωρίς παράρτημα της ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. Όλα τα παραρτήματα πρέπει να έχουν συχνή και άμεση επικοινωνία μεταξύ τους και με την κεντρική διοίκηση να εναρμονίζουν τις δραστηριότητές τους ή και να έχουν κοινές δράσεις, ιδιαίτερα τα γειτονικά παραρτήματα.^{23,24}

4.3 Ψυχολογικές – ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου



Ο καρκινοπαθής αποτελεί ειδική περίπτωση αρρώστου. Ο νοσηλευτής καλείται να παίζει σημαντικό ρόλο, μαζί με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα σοβαρά ψυχολογικά και άλλα προβλήματα που προκαλεί η φύση της πάθησης του και να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή του ορισθεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει θάρρος, ελπίδα για να παλέψει για καλύτερη ποιότητα ζωής.^{25,26}

Πρωταρχική θέση στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς έχει το αναπόφευκτο ερώτημα: "Πρέπει ή δεν πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για τη φύση και τη σοβαρότητα της πάθησης του"

Στη λήψη μιας τόσο δύσκολης απόφασης όσο αυτή, θα παίξουν ρόλο πολλοί και διάφοροι παράγοντες (π.χ. μορφωτικό επίπεδο) και θα αποφασισθεί σε συνεργασία με τους θεράποντες γιατρούς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το καθήκον που έχει ο νοσηλευτής να αντιμετωπίζει την ασθενή ακριβώς ίδια με τους άλλους πάσχοντες και ν' αποφεύγει κάθε ενέργεια που μπορεί να θεωρηθεί σαν ιδιαίτερη περιποίηση από συμπόνια και οίκτο για την κατάστασή της.^{25,26}

Ειδικότερα η νοσηλευτική φροντίδα σ' έναν ασθενή με καρκίνο περιλαμβάνει:

- ◆ Ενίσχυση του διαιτολογίου με γεύματα μεγάλης θερμιδικής αξίας, πλούσια σε λευκώματα, έτσι ώστε ν' ανακτήσει και διατηρήσει τις σωματικές του δυνάμεις που τόσο θα χρειαστεί στο μέλλον.
- ◆ Στη διάρκεια όλων των νοσηλειών γίνεται προσπάθεια να μην εκθέτουμε ποτέ τον ασθενή στους άλλους αρρώστους.
- ◆ Βοηθάμε τον ασθενή ν' αναπτύξει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιείται τον εαυτό του.
- ◆ Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να σηκώνεται από το κρεβάτι, όταν το επιτρέπει η κατάστασή του.
- ◆ Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε προγράμματα εργασιοθεραπείας που υπάρχουν στο νοσοκομείο έτσι ώστε να ξεχνά τα προβλήματα που δημιουργούνται από την πάθησή του.
- ◆ Σε περίπτωση αλλαγής εμφάνισης λόγω κάποιας θεραπείας (πέσιμο μαλλιών), που επηρεάζουν την ιδέα που έχει ο ασθενής για την πάθησή του, ο νοσηλευτής αποδέχεται και εκείνος τις μεταβολές αυτές και προσπαθεί να τον συμβιβάσει με τις ήδη υπάρχουσες καταστάσεις. Η διαδικασία αυτή αποδοχής της νέας εμφάνισης του παίρνει αρκετό χρόνο, τόσο για τον ίδια τον ασθενή, όσο και για τους οικείους του.^{25,26}

Επίσης, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι και να ετοιμάζει τον ασθενή να δεχθεί και να συνεργαστεί καλύτερα με το ιατρικό και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό σε ότι χρειάζεται και είναι απαραίτητο για την συνέχιση της νοσηλείας του.

- ◆ Σε περίπτωση ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας επιβάλλεται η συνεχής παρακολούθηση για τον εντοπισμό των παρενεργειών της εφαρμοζόμενης αγωγής (ναυτία, εμετοί, ανορεξία, δερματίτιδες, λευκοπενία).
- ◆ Αναφέρει στο γιατρό κάποια συμπτώματα που παρατηρεί στον άρρωστο π.χ. (πυρετό, βήχα, απόχρεμψη, αιμορραγία).

- ◆ Επίσης η σωματική καθαριότητα ελέγχεται από τον νοσηλευτή.
- ◆ Η ψυχαγωγία έχει θέση και αυτή στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας, περιλαμβάνει δε ανάγνωση βιβλίου - περιοδικών, τηλεόραση κλπ.
- ◆ Ο πόνος στον καρκίνο αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση παυσίπονων. Την ένταση του πόνου την επηρεάζει όμως και το άγχος και το στρες. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου απ' όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων.
- ◆ Η καταθλιπτική διάθεση που προκύπτει σε πολλούς καρκινοπαθείς αντιμετωπίζεται με το σωστό πλησίασμα, με κατανόηση στο πρόβλημα του από μέρους των νοσηλευτών. Πρέπει ο νοσηλευτής να διαθέτει περισσότερο χρόνο να καθίσει κοντά του και να τον αφήσει να εκφράσει τα αισθήματά του.^{25,26}

4.4 Ηθική και άρρωστος

Υπάρχει πάντοτε ένα στοιχείο αβεβαιότητας που περιβάλλει τον άρρωστο με το κακόηθες νεόπλασμα.

Πρώτο, υπάρχει ο φόβος στη σκέψη ότι το ογκίδιο ή τα συμπτώματα του οφείλονται σε κακοήγη όγκο.^{19,26,27}

Δεύτερο, υπάρχει ίσως μια περίοδος αβεβαιότητας κατά τη διάρκεια της έρευνας πριν βγει η τελική διάγνωση.

Τρίτο, υπάρχει η ατμόσφαιρα έντασης και δυσκολίας που δημιουργείται όταν πρόκειται να παρθεί απόφαση για το τι πρέπει να ειπωθεί στον άρρωστο με διαβεβαιωμένο κακόηθες νεόπλασμα.

Τέταρτο, ανεξάρτητα του αν του ειπώθηκε όλη η αλήθεια για την κατάσταση του, ο άρρωστος έχει μια υπόνοια ότι του είπαν τη μισή αλήθεια.

Πέμπτο, υπάρχει η αδυναμία για απόλυτη επιβεβαίωση του αρρώστου ότι το κακόηθες νεόπλασμα ιάθηκε. Για πρακτικούς σκοπούς μπορούμε σε πολλές περιπτώσεις να δώσουμε μια τίμια γνώμη ότι θεωρούμε τον άρρωστο θεραπευμένο, όμως σε άλλες γνωρίζουμε ότι οι πιθανότητες ίασης είναι λίγες και ακόμα σε άλλες ξέρουμε ότι η θεραπεία απλά πρόσθεσε μερικούς μήνες στη ζωή του αρρώστου.

Έκτο, υπάρχει η επανάληψη όλων αυτών των προβλημάτων αν η νόσος υποτροπιάσει μετά την εμφανή ίαση της.^{19,26,27}

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης είναι αναπόφευκτο οι φοιτητές της ιατρικής και της νοσηλευτικής να βιώνουν σημαντική αμφιβολία για το ποιό είναι το μέρος τους στο δράμα που θα προκληθεί όταν ο άρρωστος θα φοβάται, και στην πραγματικότητα θα κινδυνεύει από μια πάθηση που σκοτώνει. Κανόνες δεν μπορούν να γραφτούν για τέτοιο πολύπλοκο πρόβλημα. Ο υπεύθυνος χειρουργός αποφασίζει από την πείρα του και σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό για το ποιά είναι η σωστή προσέγγιση. Τόσο οι φοιτητές της ιατρικής, όσο και εκείνοι της νοσηλευτικής πρέπει να καλλιεργήσουν την ικανότητα να απαντούν στις ερωτήσεις των αρρώστων χωρίς δισταγμό, διότι ο δισταγμός απλά αυξάνει την υποψία. Πρέπει να λένε τελείως ειλικρινά ότι δεν είναι αρμόδιοι και αρκετά ικανοί να εκφράσουν τη γνώμη τους.

Όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να πληροφορηθούν την ειδική θέση του χειρουργού στα προβλήματα αυτά όταν γίνουν μέλη της χειρουργικής ομάδας. Ο μόνος ίσως ανένδοτος κανόνας είναι η υποχρέωση των νοσηλευτών και των φοιτητών ιατρικής και νοσηλευτικής να αναφέρουν στην προϊσταμένη του τμήματος κάθε ερώτηση που υποβάλλει ο άρρωστος για τον κακόηθη όγκο και τα αποτελέσματα του. Ο γιατρός και η προϊσταμένη θα είναι σε θέση να χειριστούν την κατάσταση και ίσως να διορθώσουν κάθε λαθεμένη εντύπωση που του έχει σχηματιστεί. Ευτυχώς, πολλοί άρρωστοι με κακοήθεια γνωρίζουν την κατάσταση τους και πιστεύουν ότι θεραπεύτηκαν. Με τους αρρώστους αυτούς είναι εύκολο να διαπραγματευτεί κανείς.

Άλλοι φοβούνται ότι έχουν κακοήθη νεοπλασία αλλά ποτέ δεν ρωτούν και, επομένως, δεν υπάρχει ευκαιρία για συζήτηση μαζί τους των προβλημάτων τους.^{19,26,27}

Ένας άρρωστος για τον οποίο είναι γνωστό ότι η πορεία του εξελίσσεται ραγδαία μπορεί να πρέπει να τακτοποιήσει ορισμένα εκκρεμή θέματα του. Το πιο δύσκολο καθήκον του χειρουργού είναι να πει σε αυτόν τον άρρωστο τα δυσάρεστα νέα της επικείμενης καταστροφής.

Πολλοί άρρωστοι που κάνουν ακτινοθεραπεία ως εξωτερικοί συναντούν και άλλους ομοιοπαθείς τους στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων και ακτινών Χ. Ευτυχώς πολλοί από αυτούς έχουν επιστρέψει στην κανονική τους ζωή ως τελείως υγιείς. Οι άρρωστοι αυτοί είναι μια ενθάρρυνση για εκείνους που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της θεραπείας τους.

Αντίθετα, από τους ήρεμους και λογικούς καρκινοπαθείς που έχουν πλήρη εμπιστοσύνη στη θεραπεία, υπάρχουν και εκείνοι που πάσχουν από «καρκινοφοβία». Ο φόβος αυτός δημιουργείται εξαιτίας ύπαρξης ιστορικού κακοήθους όγκου στην οικογένεια τους. Έτσι, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν συμπτώματα χωρίς να υπάρχει κακοήθης όγκος. Πολλές φορές για να βεβαιωθεί ο άρρωστος και η οικογένεια ότι δεν υπάρχει κακοήθης νεοπλασία χρειάζεται να γίνουν εκτεταμένες και πολυδάπανες εξετάσεις. Ο νοσηλευτής μπορεί να ανακαλύψει καρκινοφοβία σε άρρωστο που νοσηλεύεται για κάποια άλλη κατάσταση. Τη διαπίστωση αυτή πρέπει να γνωρίσει στο γιατρό.^{19,26,27}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

5.1 Ρόλος νοσηλεύτη στην αποκατάσταση – ψυχολογική αντιμετώπιση



Η χρονιότητα πολλών κακοηθών νεοπλασμάτων θεωρείται σήμερα δεδομένη, αφού το 50% αυτών, θα περάσουν την 5ετή επιβίωση. Στην πρόγνωση θα συμβάλλουν πολλοί παράγοντες όπως το είδος και η εντόπιση του καρκίνου, η έγκαιρη διάγνωση, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, η συνεργασία του ασθενούς κ.ά.

Ένα μεγάλο ποσοστό των πασχόντων θα διανύσουν μακρά πορεία και για μεγάλο χρονικό διάστημα θα βρεθούν εκτός Νοσοκομείου μετά την αρχική θεραπεία (εγχείρηση, χημείο-ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) την οποία καθόρισε και παρακολούθησε ο ειδικός ογκολόγος. Ο ασθενής μετά από μια ή περισσότερες θεραπείες ως εξωνοσοκομειακός πια ασθενής, στο υπόλοιπο της ζωής του θα χρειαστεί ιατρική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη, για να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής με τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση. Στην ψυχο-κοινωνική αυτή αποκατάσταση απαραίτητη θεωρείται η ενεργητική συμμετοχή όχι μόνο του ασθενούς αλλά και της οικογένειάς του και των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, διαιτολόγων, φυσικοθεραπευτών), αλλά και των εθελοντών και των πνευματικών ανθρώπων.^{25,28}

Για τον λόγο αυτό τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην Ευρωπαϊκή κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο. Η επιτροπή ογκολόγων της

κοινότητας το 1986 σχεδίασε το πρόγραμμα με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε και την κατάρτιση σε ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας.

Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία το οποίο τυγχάνει ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης.^{25,28}

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- ◆ Δεξιότητες
- ◆ Επιστημονική κατάρτιση
- ◆ Αγάπη για τους ασθενείς
- ◆ Αίσθημα ευθύνης
- ◆ Προσωπική προσπάθεια και χρόνο
- ◆ Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας (αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών), υποστήριξη ασθενών και των οικογενειών τους.^{25,28}

Οι ογκολογικοί ασθενείς είναι μια πρόκληση και για τους νοσηλευτές, όπως όλους τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αποδείξουν τη συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου διότι αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Η βαρύτητα της νόσου τους και το προνόμιο να γνωρίζουν το επικείμενο τέλος αρκετές φορές επηρεάζει τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του.

Οι νοσηλευτές είναι συνοδοιπόροι στο δύσκολο δρόμο που καλείται να διανύσει κάθε άνθρωπος αντιμέτωπος με τον καρκίνο σε όλα τα βήματα της πορείας του. Το πρώτο βήμα είναι η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης και ειλικρινούς επαφής.^{25,28}

Εδώ έχουμε να αντιμετωπίσουμε δύο κατηγορίες ασθενών: αυτούς που θέλουν να ενημερωθούν και σε αυτούς που κλείνονται στους εαυτούς τους. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του νοσηλευτή είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο

Πραγματοποιείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου.

Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής δρα συμπληρωματικά.

Το επόμενο βήμα είναι η θεραπεία.

Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χημειοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία.

Απαιτείται:

1. Ενημέρωση.

- ◆ Για την αναγκαιότητα της θεραπείας. Ο ασθενής έχει ως όπλο του την χημειοθεραπεία και αυτό πρέπει να κατανοήσει.
- ◆ Για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους.
- ◆ Για τις παρενέργειες, συνήθως προσωρινές, της χημειοθεραπείας- πρώιμα σημεία αυτών για πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση
- ◆ Για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.^{25,28}

2. Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών, προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων.
3. Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.
 - ◆ Θερμομέτρηση- πυρετός - αρχόμενη λοίμωξη λόγω λευκοπενίας
 - ◆ Εξέταση δέρματος- εκχυμώσεις- θρομβοπενία
 - ◆ Αλλεργικές εκδηλώσεις, βήχας, δύσπνοια, μεταβολές καρδιακής λειτουργίας (πτώση πίεσης- ταχυκαρδίες)
 - ◆ Εκδηλώσεις από ΓΕΣ: διάρροια, μη πρόσληψη υγρών, απώλεια υγρών λόγω εμέτων.

Έμμετοι: αριθμός, ποσότητα- χρονική απόσταση από τη θεραπεία (παρατηρήσεις των νοσηλευτών που συμβάλουν στην οξεία αντιμετώπιση και ρυθμίζουν την αντιμεση των επόμενων κύκλων)

- ◆ Έλεγχος στοματικής κοιλότητας, πρόληψη ή αντιμετώπιση βλεννογονίτιδας ή / και μυκητιασικής στοματίτιδας από χημειοθεραπεία.^{25,28}

Ακόμα απαιτείται από τους νοσηλευτές:

1. Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών
2. Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες, συμμετοχή σε ερευνητικά πρωτόκολλα που δίνουν ελπίδες αντιμετώπισης ή πιθανότητες προσωρινής έστω ανακούφισης
3. Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα

4. Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης^{25,28}

Εκτός από τη χημειοθεραπεία ενδέχεται ο ασθενής να υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση.

Εδώ απαιτείται από τους νοσηλευτές:

1. Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά- διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
2. Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους
3. Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Foley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί προεγχειρητικά, για μείωση της μάζας ενός όγκου, μετεγχειρητικά, ως συμπληρωματική θεραπεία της εγχείρησης, επί ανεγχείρητων περιπτώσεων ή παρηγορητικά επί μεταστάσεων.^{25,28}

Εδώ χρησιμοποιούνται ακτίνες υψηλής ενέργειας για να καταστραφούν τα νεοπλασματικά κύτταρα.

Από τους νοσηλευτές απαιτείται ενεργό συμμετοχή

α) στην ενημέρωση και παροχή κατευθυντήριων οδηγιών όσο αφορά:

1. Τις παρενέργειες και την αντιμετώπισή τους (προσωρινές, αντιμετωπίσιμες):
 - ◆ Κόπωση
 - ◆ Πτώση των τριχών της περιοχής που ακτινοβολείται
 - ◆ Τοπική αντίδραση στο δέρμα- διαταραχές ύπνου

- ◆ Μυελοτοξικότητα
 - ◆ Έμετοι
 - ◆ Ακτινική οισοφαγίτις, κολίτις, κυστίτις^{25,28}
- 2 Την εξήγηση μηχανημάτων εκπομπής ακτινοβολίας
 - 3 Το πρόγραμμα θεραπείας (καθημερινό-για μερικές εβδομάδες) διάρκειας μερικών λεπτών
 - 4 Την μη απαραίτητη νοσηλεία του στο νοσοκομείο
 - 5 Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη
 - 6 Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης
 - 7 Την παραμονή του στο περιβάλλον του (οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω)
 - 8 Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx)

β) Στην ψυχολογική στήριξη προ και μετά της θεραπείας

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλάσματος κατάσταση σωματικής ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου.

Μια ιδιαίτερη ετερογενής ομάδα καρκινοπαθών είναι οι ηλικιωμένοι για τη βοήθεια, εκπαίδευση των οποίων χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια διότι:

1. Υπάρχουν δυσκολίες σε αλλαγές συμπεριφοράς και συνηθειών τους
2. Βιολογικές φθορές (ελαττωμένη όραση, ακοή, διαταραχές μνήμης, περισσότερος χρόνος για κατανόηση πληροφοριών)
3. Απαιτείται αρκετή υπομονή για απλά-κατανοητά λόγια-επαναλήψεις

4. Απαιτείται ολοκληρωμένη γηριατρική εκτίμηση για καθέναν ξεχωριστά και ανάλογη αντιμετώπιση (φυσική κατάσταση- λειτουργική κατάσταση, εξάρτηση η όχι- ευπάθεια)^{25,28}
5. Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι εντονότερα λόγω ταυτόχρονης ύπαρξης προβλημάτων γήρατος
6. Η κοινωνική θέση είναι υποβαθμισμένη και συχνά συνοδεύεται από οικονομική υποβάθμιση
7. Μερικά συμπτώματα όπως ο πόνος βιώνεται εντονότερα εξαιτίας της συνύπαρξης των άλλων προβλημάτων (μοναξιά, κατάθλιψη, αίσθηση μη συμμετοχής στις διαδικασίες)

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου.^{25,28}

Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου.

Ποια τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής:

- ◆ Χειρισμός διαχείριση καρκινικού πόνου
- ◆ Αντιμετώπιση ψυχολογικών, κοινωνικών ηθικών προβλημάτων
- ◆ Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων
- ◆ Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας
- ◆ Φροντίδα τελικού σταδίου^{25,28}

Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το

1) να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.

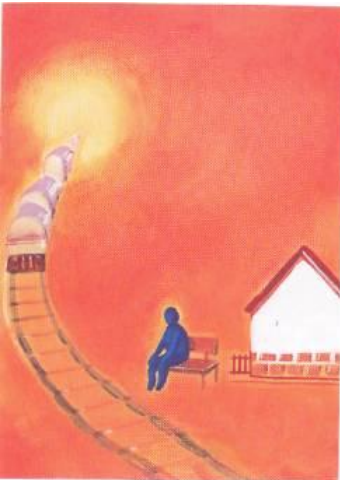
2) να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.

3) να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο : palliative care - ανακουφιστική φροντίδα, έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.

Σημαντική εξέλιξη στη νοσηλευτική είναι η ανάπτυξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα του θεσμού της κατ' οίκον νοσηλείας που προσφέρει εκτός των άλλων και ανακουφιστική φροντίδα.^{25,28}

5.2 Λειτουργία της νοσηλείας στο σπίτι



Πολλοί αισθάνονται πολύ πιο άνετα στο ζεστό, γνωστό περιβάλλον του σπιτιού τους παρά στο νοσοκομείο ή το αναρρωτήριο. Στις ιατρικές εγκαταστάσεις κυριαρχεί η αντισηψία, λειτουργεί σύμφωνα με κανονισμούς που μερικές φορές παρουσιάζονται αποκρουστικές. Παρ' όλα αυτά πολλοί καρκινοπαθείς παρατείνουν την παραμονή τους στο νοσοκομείο διότι, είτε οι ίδιοι, είτε η οικογένειά τους φοβούνται ότι δεν θα έχουν τη σωστή περίθαλψη στο σπίτι ή δεν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν στα προβλήματα που θα προκύψουν.^{29,30}

Οι φόβοι είναι κατανοητοί αλλά μπορεί να υπερνικηθούν. Οι διάφορες κρίσεις, είτε έχουν σχέση είτε όχι με κλινικά προβλήματα, μπορεί να προβλεφθούν και συχνά να αποφευχθούν αν οι ασθενείς και οι συγγενείς τους διδαχθούν σωστά την κατ' οίκον περίθαλψη πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.

Η περίθαλψη στο σπίτι μπορεί να παίζει ζωτικό ρόλο στην ανάρρωση, δεν είναι όμως κατάλληλη για όλους. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι καθόλου πρακτικό το να πάει κανείς στο σπίτι του. Πρέπει να εκτιμηθούν οι οργανικές ανάγκες αλλά και η ικανότητα της οικογένειάς να αντιμετωπίσει το ψυχολογικό στρες που προκαλεί η κατ' οίκον περίθαλψη.

Πολλές φορές είναι δύσκολο για τον καρκινοπαθή να υποφέρει την προσβολή της αξιοπρέπειάς του, που οφείλεται στην εξάρτησή του από τα μέλη της οικογένειάς του. Επίσης το στρες που προκαλείται από την ύπαρξη στο σπίτι ενός ασθενούς με χρόνια πάθηση μπορεί να αποδειχθεί υπερβολικά έντονο για μια οικογένεια επιβαρημένη με άλλες υποχρεώσεις.

Η κατ' οίκον περίθαλψη είναι μια συλλογική προσπάθεια που προϋποθέτει τη συνεργασία. Θα αποφασιστεί λοιπόν από κοινού με την οικογένειά σας και την υγειονομική σας ομάδα αν θα επιστρέψετε στο σπίτι.^{29,30}

5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα

Τα λαρυγγικά νεοπλάσματα μπορεί να προσβάλλουν μόνο τις γνήσιες φωνητικές χορδές ή να επεκτείνονται στις υπεργλωττιδικές ή υπογλωττιδικές περιοχές. Το εντοπισμένο καρκίνωμα χαρακτηριστικά περιορίζεται στη γνήσια φωνητική χορδή. Ο ακροχορδονώδης καρκίνος είναι λαρυγγική αλλοίωση που ενώ ιστολογικά είναι καλοήθης θεραπεύεται σαν κακοήθης. Περίπου το 95% των λαρυγγικών νεοπλασμάτων αποτελούνται από πλακώδη κύτταρα ενώ τα υπόλοιπα ταξινομούνται ως σάρκωμα, αδενοσάρκωμα και μεταστατικό νεόπλασμα. Η εμφάνιση λαρυγγικών νεοπλασμάτων συνδέεται με το υπερβολικό κάπνισμα, τη λήψη αλκοόλης και έκθεση σε μολυσμένη και ερεθιστική ατμόσφαιρα.^{19,31}

Συμβαίνει συχνότερα στους άνδρες μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας. Τα πρώια συμπτώματα είναι βράγχος φωνής ή δυσχέρεια στην περιοχή του λάρυγγα. Αργότερα εμφανίζεται πόνος, αναπνευστική απόφραξη, δυσκαταποσία, αιμορραγία ή οίδημα.

Προφύλαξη:

1. Αποφυγή έκθεσης σε ερεθιστικούς και επιβλαβείς καπνούς.
2. Μείωση αλκοόλης και τσιγάρου.
3. Αποφυγή κατάχρησης της φωνής.
4. Ιατρική παρακολούθηση των αρρώστων με λευκοπλακία και πολύποδα λάρυγγα.^{19,31}

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. **Πηγές πληροφοριών:** άρρωστος, οικογένεια, ιατρικά δελτία
2. **Ιστορικό υγείας:**
 - α) Βράγχος φωνής (χρόνια λαρυγγίτιδα) που δεν υποχωρεί. Ο άρρωστος να ρωτηθεί από πότε άρχισε το βράγχος.

- β) Τυχόν απώλεια βάρους, δυσκαταποσία, δύσπνοια, ή δύσοσμη αναπνοή.
- γ) Παρουσία βήχα (παραγωγικού ή μη), χαρακτηριστικά του.
- δ) Ηλικία (αφού συμβαίνει σε μεσήλικες και άνω).
- ε) Ο άρρωστος μπορεί να παραπονιέται για το ότι έχει ένα αίσθημα πίεσης στο λαιμό του.
- στ) Παράπονα πόνου.^{19,31}

3. Φυσική εκτίμηση:

- α) Εξέταση λαιμού. Μπορεί να δείξει ανώδυνες μάζες.
- β) Ψηλάφηση των λεμφαδένων. Μπορεί να είναι μεγάλοι, ειδικά όταν υπάρχουν μεταστάσεις.
- γ) Η εξέταση του λάρυγγα συνήθως δείχνει την αρχική αλλοίωση,
- δ) Συχνά ο άρρωστος αγωνιά για τη διάγνωση.

4. Διαγνωστικές εξετάσεις:

- α) Άμεση λαρυγγοσκόπηση (λαρυγγοσκόπιο).
- β) Έμμεση λαρυγγοσκόπηση (καθρέφτης).
- γ) Βιοψία της αλλοίωσης.
- δ) Τομογραφία για καθορισμό των ορίων του καρκίνου.
- ε) Οισοφαγογράφηση με βάριο για καθορισμό ορίων του καρκίνου.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Αναπνευστικές διαταραχές.
2. Έλλειψη άνεσης (πόνος, βήχας, πτύελα).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (δυσφαγία, ανορεξία).
4. Πόνος.
5. Δυσκολία στην επικοινωνία με τους άλλους.
6. Ψυχολογικά προβλήματα.^{19,31}

Σκοποί της Φροντίδας

1. Άμεσοι

- α) Προαγωγή φυσικής και συγκινησιακής ανάπαυσης,
- β) Μείωση δυσχέρειας στην περιοχή της αλλοίωσης,
- γ) Εξασφάλιση υποστήριξης κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις,
- δ) Ετοιμασία για το θεραπευτικό σχήμα, ακτινοβολία, χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία.

2. Μακροπρόθεσμοι

- α) Βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να διαπραγματευτούν με την ψυχολογική επίδραση της διάγνωσης του καρκίνου,
- β) Βοήθεια του αρρώστου να διαπραγματευτεί με το νέο τρόπο επικοινωνίας,
- γ) Διδασκαλία για:
 - 1) Αποφυγή έκθεσης σε μολυσμένη ατμόσφαιρα.
 - 2) Δίαιτα.
 - 3) Φροντίδα στομίου και καθαρισμό και αντικατάσταση εσωτερικού τραχειοσωλήνα.
 - 4) Κάπνισμα, χρήση αλκοόλης.
 - 5) Μέτρα για εισπνοή εφυγρασμένου αέρα από την τραχειοστομία.^{19,31}

Νοσηλευτική παρέμβαση

- 1) Υγιεινή στόματος για καταπολέμηση δυσοσμίας και πρόληψη μόλυνσης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί αραιωμένο υπεροξείδιο του υδρογόνου.
- 2) Εισπνοές ατμού για εφύγρανση των βλεννογόνων και ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
- 3) Εξασφάλιση υγρών και τροφής που καταπίνονται εύκολα. Αποφυγή ξινών τροφών.

- 4) Έναρξη χρήσης μαγικής πλάκας ή σημειωματάριου για επικοινωνία. Υποστήριξη του αρρώστου κατά τη μεταβατική περίοδο.
- 5) Εξασφάλιση υποστήριξης κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.
- 6) Μείωση αγωνίας. Προαγωγή περιβάλλοντος όπου ο άρρωστος και η οικογένεια του θα είναι ελεύθεροι να συζητούν ότι αφορά τη χειρουργική επέμβαση.
- 7) Προετοιμασία του αρρώστου για το είδος της θεραπείας που αποφασίστηκε.
- 8) Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων παρέμβασης.^{19,31}

Νοσηλευτική παρέμβαση προεγχειρητικά

1. Προεγχειρητική ετοιμασία

- α. Μείωση αγωνίας επιτρέποντας στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια το φόβο του για την επέμβαση.
- β. Διερμηνεία των πληροφοριών του χειρουργού.
- γ. Εξασφάλιση πνευματικής και συμβουλευτικής βοήθειας αν την επιθυμεί ο άρρωστος.
- δ. Προετοιμασία αρρώστου να αναπνέει μέσα από το τραχειακό άνοιγμα. Πείτε στον άρρωστο τι μπορεί να περιμένει μετά την εφαρμογή τραχειοσωλήνα.
- ε. Σχεδιασμός μέσων επικοινωνίας για μετά την εγχείρηση,
- στ. Πληροφόρηση για τη μετεγχειρητική περίοδο γενικά (Hemovac αναρρόφηση, αλλαγή σωλήνα, τεχνητή διατροφή, χορήγηση οξυγόνου).^{19,31}

2. Νοσηλευτική παρέμβαση ανά κατηγορία

- α) Χορδεκτομία - Μερική λαρυγγεκτομή
 - ◆ Υγιεινή στόματος.
 - ◆ Εκτίμηση ζωτικών σημείων.
 - ◆ Προειδοποίηση αρρώστου για περιορισμό χρησιμοποίησης φωνής του. Εγκαθίδρυση εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας.

- ◆ Διδασκαλία αρρώστου πως να κλείνει το στόμιο της τραχείας για να μιλά.
- ◆ Όταν το ανέχεται ο άρρωστος χορήγηση μαλακών φαγητών αντί υγρών.
- ◆ Παρακολούθηση ενδοφλέβιων χορηγήσεων και τεχνητής διατροφής.^{19,31}
- ◆ Καθαρισμός τραχειοσωλήνα όταν είναι ανάγκη.
- ◆ Αναρρόφηση τραχειοστομίας όταν είναι ανάγκη.
- ◆ Παρακολούθηση εγχειρητικής περιοχής για:
 - α) Αιμορραγία
 - β) Υποδόριο εμφύσημα
- ◆ Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών για τον πόνο όταν είναι ανάγκη. Παρακολούθηση αποτελεσμάτων στον άρρωστο.

β) Υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή - μία οριζόντια τομή πάνω από τις γνήσιες χορδές επιτρέπει την αφαίρεση μόνο του παθολογικού ιστού. Φροντίδα όπως και στην προηγούμενη περίπτωση.

γ) Ολική λαρυγγεκτομή.

- ◆ Ότι και στις δύο προηγούμενες περιπτώσεις.
- ◆ Ανύψωση του άνω μέρους του κρεβατιού 30° για διευκόλυνση παροχέτευσης και διατήρησης του αεραγωγού.
- ◆ Εξασφάλιση εφυγρασμένου αέρα στο τραχειακό άνοιγμα. Εφυγρασμένο οξυγόνο χορηγείται όσες φορές το χρειάζεται ο άρρωστος.
- ◆ Φροντίδα περιστομιακού δέρματος. Χρησιμοποίηση αλοιφής (νεοσπορίνη) για πρόληψη σχηματισμού κρούστας και ρήξης του δέρματος.

- ◆ Αναρρόφηση όταν είναι ανάγκη.
- ◆ Χορήγηση τροφής από το ρινογαστρικό σωλήνα. Χορήγηση απαραίτητου νερού. Παρακολούθηση για επιπλοκές.
- ◆ Διδασκαλία του αρρώστου να τοποθετεί το χέρι του πίσω από το κεφάλι του για να διευκολύνει το σήκωμα του.^{19,31}
- ◆ Διδασκαλία του αρρώστου για τροποποίηση της υγιεινής στόματος (βούρτσισμα γλώσσας, υπερώας, εσωτερικού του στόματος).
- ◆ Εξασφάλιση ψυχολογικής υποστήριξης.

δ) Ριζική τραχηλική εκσκαφή - αφαίρεση εκτεταμένης ποσότητας ιστού του προσώπου, νεύρων, οστών και λεμφαδένων που περιβάλλουν τον όγκο.

1. Ότι και στη λαρυγγεκτομή.
2. Παρακολούθηση της Ηemονας για ποσότητα, χρώμα και σύσταση του υγρού παροχέτευσης.
3. Παρακολούθηση της περιοχής εγχείρησης για:
 - α) Αιμορραγία, αιμάτωμα
 - β) Ρήξη καρωτίδας
 - γ) Μόλυνση τραύματος^{19,31}

Σχέδιο εξόδου και διδασκαλία σε θέματα υγείας

1. Αποκατάσταση ομιλίας

- α) Βεβαιώστε τον άρρωστο ότι η αποκατάσταση ομιλίας μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική: μπορεί να χρησιμοποιηθεί λαρυγγική ή οισοφαγική ομιλία ή τεχνητός λάρυγγας
- β) Μέσω των συνδυασμένων προσπαθειών του χειρουργού, της νοσοκόμου, του αρρώστου, της οικογένειας, άλλων προσώπων που έχουν

λαρυγγεκτομηθεί και του λογοθεραπευτή αρχίζει ένα πρόγραμμα αποκατάστασης της ομιλίας.^{19,31}

- γ) Περίπου 75% των λαρυγγεκτομηθέντων αρρώστων για την ομιλία χρησιμοποιούν μια ποσότητα αέρα σαν πηγή ενέργειας που την παίρνουν μέσα στο λάρυγγα. Με συμπίεση των χειλιών δημιουργούν ήχους. Η οισοφαγική ομιλία είναι όμοια με τη διαφορά ότι χρησιμοποιεί αέρα του οισοφάγου με ερυγή για τη δημιουργία ήχου.
- δ) Υπάρχουν σήμερα διαθέσιμα διάφορα μηχανήματα. Σημασία έχει να διαλεχτεί το καταλληλότερο για τον κάθε άρρωστο.
- ε) Η τραχειοοισοφαγική παρακέντηση είναι μια σχετικά καινούργια τεχνική που χρησιμοποιεί ένα προσθετικό μηχανήμα (duck-bill).
 - 1) Γίνεται ένα συρίγγιο στο οπίσθιο τοίχωμα της τραχείας και το πρόσθιο του οισοφάγου. Δημιουργείται βαλβίδα μιας κατεύθυνσης στο συρίγγιο. Το δάκτυλο χρησιμοποιείται για το κλείσιμο του τραχειοστομίου κατά τη διάρκεια της ομιλίας.
- στ) Παρακίνηση του αρρώστου, αποφασιστικότητα και χαλάρωση από μέρους του είναι απαραίτητα προκειμένου να μάθει νέους τρόπους επικοινωνίας. Χρειάζεται ενθάρρυνση και υποστήριξη που θα του τη δώσουν η νοσοκόμα και η οικογένεια του.
- ζ) Παραπομπή του αρρώστου σε οργανισμούς που μπορούν να του δώσουν βοήθεια.^{19,31}

2. Καθαρισμός στομίου

Διδασκαλία του αρρώστου να:

- α) Πλένει τα χέρια του πριν ακουμπήσει το στόμιο.
- β) Να βρέχει τον τρίφτη με ζεστό νερό, να τον στίβει καλά και να τον απλώνει γύρω από το στόμα.
- γ) Να μη χρησιμοποιεί σαπούνι, χαρτομάνδηλα ή χαλαρό βαμβάκι, αφού μπορεί να εισροφηθούν μέσα στην τραχεία, δ. Να κάνει μια λεπτή επάλειψη με βαζελίνη στο περιστομιακό δέρμα, ε. Να αποσπογγίζει το περίσσειμα της βαζελίνης.

3. Φίλτρο στομίου

- α) Χρησιμοποιείται ένα πλεκτό κάλυμμα ή ένα βαμβακερό ύφασμα που κρέμεται πάνω στο στόμιο. Στερεώνεται με λουρίδες γύρω από το λαιμό.
- β) Για τους άντρες: Μπορούν να φορούν ζακέτες ascot ή με λαιμό χελώνας. Όταν φορούν κανονικό πουκάμισο, το δεύτερο κουμπί από πάνω μπορεί να ραφτεί πάνω στην κουμπότρυπα για να δείχνει κουμπωμένο. Με τον τρόπο αυτό αφήνεται ένα μεγάλο άνοιγμα μέσα από το οποίο μπορεί να μπει ένα μαντήλι όταν βήχει ο άρρωστος. Για τις γυναίκες: Μπορούν να φορούν μια ποικιλία κασκόλ, περιδέρια, φορέματα με ψηλό γιακά και ζακέτες με λαιμό χελώνας.^{19,31}

4. Φροντίδα στόματος

- α) Ο στοματικός βλεννογόνος δεν αερίζεται όπως πριν από τη λαρυγγεκτομή, και η ικανότητα του αρρώστου να ανιχνεύει δυσοσμία του στόματος μειώνεται. Γι' αυτό ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα στόματος.

β) Εκτός από το κανονικό βούρτσισμα, χρησιμοποιείται μια μαλακή βούρτσα για καθαρισμό της γλώσσας και των πλαγίων της κοιλότητας. Αποτελεσματικός επίσης για τον καθαρισμό είναι ένας τούρκικος τρίφτης.

γ) Το στόμα μπορεί να ξεπλυθεί με αποσμητικό διάλυμα.^{19,31}

5. Φάρμακα

Ο άρρωστος διδάσκεται:

α) Να συμβουλευέται το γιατρό πριν πάρει οποιοδήποτε φάρμακο γιατί πολλά από αυτά έχουν την τάση να ξηραίνουν το τραχειοστόμιο.

β) Να αποφεύγει τη χρησιμοποίηση καθαρού οινόπνεύματος γιατί ξηραίνει επίσης το στόμιο και επιπλέον είναι ερεθιστικό.

γ) Κατά τη διάρκεια κρυολογήματος να κάνει εισπνοές ατμού^{19,31}

6. Αποφυγή επιπλοκών.

Ο άρρωστος διδάσκεται:

α) Να προστατεύει το στόμιο όταν κάνει ντούζ χρησιμοποιώντας πλαστικό κάλυμμα.

β) Να μη κάνει μπάνιο στη θάλασσα.

γ) Να προστατεύει το στόμιο όταν κόβει τα μαλλιά του ή χρησιμοποιεί πούδρα,

δ) Να χρησιμοποιεί μια στεγνή πετσέτα γύρω από το λαιμό του όταν ξυρίζεται.

7. Επιπλοκές επέμβασης

α) Αιμορραγία

β) Σχηματισμός αιματώματος

- γ) Ρήξη καρωτιδικής αρτηρίας
- δ) Μόλυνση τραύματος
- ε) Φαρυγγο-υποδόριο συρίγγιο
- στ) Πνευμονία
- ζ) Στένωση στομίου εξαιτίας ίνωσης ή μόλυνσης
- η) Νέκρωση ιστού στη χειρουργημένη περιοχή^{19,31}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με όσα αναπτύχθηκαν στην παρούσα εργασία συμπεραίνουμε ότι για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία του καρκίνου χρειάζεται να γίνει έγκαιρη διάγνωση.

Οι μικροί καρκίνοι του λάρυγγα έχουν καλή πρόγνωση εάν δεν υπάρξει διασπορά στους λεμφαδένες το ποσοστό ίασης κυμαίνεται από 75% έως 95%.

Οι προχωρημένοι καρκίνοι συνήθως θεραπεύονται με συνδυασμό χειρουργικής και ακτινοθεραπείας.

Στο στάδιο 1 έχει πενταετές ποσοστό επιβίωσης 75% με 95%.

Στο στάδιο 2 έχει πενταετής επιβίωση σε ποσοστό 55% με 65%, στην υπεργλωττιδική περιοχή, στην γλωττίδα το ποσοστό ανέρχεται στο 60% με 80% και στην υπογλωττιδική περιοχή στο 30% με 40%.

Στο στάδιο 3 έχουμε τριετές ποσοστό επιβίωσης 45% έως 75% στην υπεργλωττιδική περιοχή, 55% έως 70% στην γλωττίδα, για την υπογλωττιδική περιοχή υπάρχουν λίγα δεδομένα.

Στο στάδιο 4 έχουμε τριετές ποσοστό επιβίωσης 15% έως 35% στην υπεργλωττιδική περιοχή, 10% έως 25% στην γλωττίδα, για την υπογλωττιδική περιοχή υπάρχουν λίγα δεδομένα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ιστορικό πρώτο – Νοσηλευτική Διεργασία

Ο κ. Χιώτης Περικλής ετών 68 εισήχθη στην Ω.Ρ.Λ. κλινική του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά “ΜΕΤΑΞΑ”, στις 17/7/2009 για κάθετη λαρυγγεκτομή δεξιάς φωνητικής χορδής.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από τον ίδιο και τα παιδιά του ήταν τα ακόλουθα: είναι παντρεμένος με 2 παιδιά, ελεύθερος επαγγελματίας και μόνιμος κάτοικος Σπάρτης.

Παρούσα νόσος

Ο ασθενής παρουσιάζει αλλοίωση δεξιάς φωνητικής χορδής, έχει κάνει επέμβαση στις φωνητικές χορδές με laser πριν από ένα μήνα (σε άλλο νοσοκομείο).

Επιβεβαιωμένη με έμμεση λαρυγγοσκόπηση, με ιστολογική εξέταση (αναφορά καρκινώματος) και με αξονική τομογραφία τραχήλου (παρατηρείται πάχυνση ομαλή της δεξιάς γνήσια και νόθα φωνητικής χορδής). Επίσης παρουσιάζει βράγχος φωνής.

Ατομικό ιστορικό: Υπερουριχαιμία αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία.

Ο ασθενής δεν είναι καπνιστής καταναλώνει 1 κιλό κρασί/d και δεν έχει παρουσιάζει αλλεργίες.

Ο ασθενής λαμβάνει τα παρακάτω φάρμακα

tb tenormin 3/4×1

tb Pyloric 100 1×1 stop προ 3ήμερων

tb Aslope 100 1×1 stop προ 3ήμερων

Στις 4/6/2009 πριν την επέμβαση με laser υποβάλλεται σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο, ακτινογραφία θώρακα και αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου.

Την 1/7/2009 υποβλήθηκε σε MRI τραχήλου και επιβεβαιώνεται το πρόβλημα στην δεξιά φωνητική χορδή χωρίς να παρατηρείται διάβρωση των χόνδρων.

Στις 8/7/2009 πραγματοποιείται ορολογικός έλεγχος για την προετοιμασία του χειρουργείου

Στις 21/7/2009 Πραγματοποιείται προεγχειρητικός έλεγχος.

Γενική Αίματος

WBC	10,7 κ/μl
Net %	8,27 κ/μl
MONO%	1,19 κ/μl
RBC	4,02 κ/μl
HOT	40,4 κ/μl
MAC	100,4 κ/μl

Βιοχημικός έλεγχος

Σάκχαρο	95
Ούρια	24
Κρεατινών	0,8
Ολικά λευκωματική	5,3
Σφαιρίνης	1,6
K	37
Na	140
Ca	9,2
H.K.Γ.	κ.φ.
Καρδιολογική εξέταση	κ.φ.
Αναισθησιολογική εκτίμηση	κ.φ.

Στις 22/7/2009 υποβάλλεται σε καθετή ημιλαρυγγεκτομή.

Εξέρχεται από το χειρουργείο με τραχειοτομία.

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
1) Αγωνία και φόβος κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων	Μείωση του φόβου και της ανησυχίας του αρρώστου Βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου Επισήμανση του αρρώστου για την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης στην πρόγνωση της ασθένειας του	Ενημέρωση του ασθενή για το είδος των εξετάσεων που θα διεξαχθούν Ενημέρωση του ασθενή για τον τρόπο που θα διεξαχθούν Ενημέρωση του ασθενή για την αναγκαιότητα αυτών των εξετάσεων και διαβεβαίωση ότι πρόκειται για εξετάσεις που γίνονται πάντα πριν το χειρουργείο για την ασφάλεια του ιδίου Ενθάρρυνση του αρρώστου να συνεργαστεί κατά την εκτέλεση των εξετάσεων	Προετοιμασία του ασθενή για τις εξής εξετάσεις : Α) Η.Κ.Γ Β) Ορολογικό έλεγχο Γ) Γενική εξέταση αίματος Δ) Βιοχημικές εξετάσεις Η νοσηλεύτρια με την παρουσία της εξασφαλίζει την ηρεμία του αρρώστου	Ο ασθενής αρχικά ήταν φοβισμένος, ανήσυχος και είχε αγωνία για τον τρόπο διεξαγωγής των εξετάσεων. Μέσα από την συχνή επικοινωνία και την ψυχολογική υποστήριξη ο άρρωστος αποδέχθηκε την σπουδαιότητα των εξετάσεων και συνεργάστηκε για την διεξαγωγή τους Η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου βελτιώθηκε

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
2) Αγωνία και φόβος για την διεξαγωγή της χειρουργικής επέμβασης	<p>Μείωση της αγωνίας και των άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων που νιώθει ο άρρωστος</p> <p>Ενημέρωση του αρρώστου για τον τρόπο που θα πραγματοποιηθεί η χειρουργική επέμβαση</p> <p>Προετοιμασία του αρρώστου για την χειρουργική επέμβαση</p> <p>Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής κατάστασης</p>	<p>Επικοινωνία με τον ασθενή και ενθάρρυνση να εκδηλώνει τους φόβους και τις ανησυχίες</p> <p>Παροχή πληροφοριών για το είδος και την αναγκαιότητα της επέμβασης</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου για την καλή και επιτυχή έκβαση της επέμβασης</p> <p>Χορήγηση ηρεμιστικού κατόπιν εντολής ιατρού, την παραμονή του χειρουργείου</p>	<p>Έγινε συζήτηση με τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του</p> <p>Δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με το είδος της επέμβασης</p> <p>Διαβεβαιώθηκε ο άρρωστος για την επιτυχία της επέμβασης</p> <p>Κατόπιν ιατρικής αγωγής χορηγήθηκε tb lexotanil 1,5 - 3mg</p> <p>Την παραμονή του χειρουργείου, για να ηρεμήσει ο άρρωστος και να κοιμηθεί καλύτερα</p>	<p>Ο άρρωστος μετά από την συζήτηση με την νοσηλεύτρια φάνηκε πιο ψύχραιμος και πιο ήρεμος</p> <p>Εξωτέρικευση τα συναισθήματα του και φάνηκε ανακουφισμένος μετά την υποστήριξη από την νοσηλεύτρια</p> <p>Οδηγήθηκε την επόμενη ημέρα στο χειρουργείο χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα</p>

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
3) Βράγχος φωνής και φόβος απώλειας αυτής.	Μείωση του φόβου του αρρώστου για τυχόν απώλεια της φωνής του λόγω βράγχους. Ψυχική τόνωση του αρρώστου	Ενημέρωση του ασθενή ότι το βράγχος στη φωνή μπορεί να παραμείνει και μετά την επέμβαση χωρίς όμως να υπάρχει απόλυτος φόβος απώλειας αυτής.	Η νοσηλεύτρια μαζί με τον άρρωστο επισκέπτεται τραχειοτομημένο που την έχει αποδεχτεί και ζει φυσιολογικά. Διαβεβαιώνεται ο άρρωστος ότι η νοσηλεύτρια θα τον βοηθήσει σε όποιο πρόβλημα προκύψει.	Ο ασθενής παρότι ενημερώθηκε και στηρίχθηκε ψυχολογικά από την νοσηλεύτρια δεν έπαψε να φοβάται και να ανησυχεί για την απώλειά της.

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
4) Πυρετός 38°C	Ανακούφιση από τον πυρετό και έλεγχο της κατάστασής του ασθενή.	Να τεθεί ο άρρωστος σε τρίωρη θερμομέτρηση. Εφαρμογή δροσερών επιθεμάτων και χορήγηση υγρών. Χορήγηση αντιπυρετικού	Άρρωστος τέθηκε σε τρίωρη θερμομέτρηση Τοποθετηθήκαν στον άρρωστο κρύα επιθέματα με νερό αραιωμένο σε οινόπνευμα, η παρακολούθηση της IV χορήγησης υγρών, για την ενυδάτωση του ήταν συνεχής Χορηγήθηκε αντιπυρετικό κατόπιν	Άρρωστος ανακουφίστηκε από τα ψυχρά επιθέματα Η IV χορήγηση υγρών συνεχίστηκε χωρίς κανένα πρόβλημα Μετά την χορήγηση

		κατόπιν ιατρικών οδηγιών	εντολής ιατρού	αντιπυρετικού η θερμοκρασία έπεσε στα φυσιολογικά επίπεδα
		Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου	Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες αρρώστου Ο άρρωστος βρίσκονταν σε συνεχή παρακολούθηση της γενικής του κατάστασης	

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
1)Πόνος στην περιοχή της τραχειοτομής	Μείωση του πόνου που προέρχεται από το σημείο της λαρυγγεκτομής	Χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών κατόπιν εντολής ιατρού, για την πρόληψη των επιπλοκών Συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι Παρότρυνση του αρρώστου να απασχολείται με ότι του αρέσει όπως διάβασμα, τηλεόραση	Με ιατρική εντολή από τα ιατρεία πόνου χορηγήθηκε στον ασθενή IM Apotel Κατόπιν ιατρικής εντολής δόθηκε το παρακάτω αντιβιοτικό flagyl 0,5% 1×3 Συστήθηκε στον ασθενή να αλλάζει θέση στο κρεβάτι και να ασχολείται με ότι του αρέσει	Μετά την χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων ο άρρωστος ανακουφίστηκε και ένιωσε καλύτερα

		έτσι ώστε να μην σκάφτεται συνεχώς τον πόνο	Υπήρχε συχνή επικοινωνία με τον ασθενή την ώρα που ο πόνος ήταν έντονος	
--	--	---	---	--

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
2)Κίνδυνος μόλυνσης του τραύματος	Πρόληψη της μόλυνσης	Αυστηρή τήρηση των κανόνων ασηψίας-αντισηψίας Καθημερινή και συχνή περιποίηση του τραύματος	Καθημερινά γίνονταν αλλαγή και περιποίηση της τραχειοτομίας κάτω από συνθήκες ασηψίας – αντισηψίας Τονίσθηκε στον ασθενή να είναι πολύ προσεκτικός όταν πρόκειται να ακουμπήσει την ευαίσθητη περιοχή και ότι πρέπει να πλένει σχολαστικά τα χεριά του Γίνονταν συχνές αναρρόφησης με σωλήνες	Η περιοχή της τραχειοτομής διατηρήθηκε καθαρή και ο ασθενής δεν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα στο συγκεκριμένο σημείο Ο ασθενής έδειχνε ότι ένιωθε μεγαλύτερη άνεση και ασφάλεια

		<p>Συχνός καθαρισμός του τραχειοσωλήνα και αλλαγή του όταν υπάρχει ανάγκη</p> <p>Διδασκαλία του αρρώστου να πλένει καλά και σχολαστικά τα χέρια του πριν ακουμπήσει την περιοχή της τραχειοτομής</p>	<p>αναρρόφησης μιας χρήσεως καθώς και αλλαγή εσωτερικού σωλήνα</p>	
--	--	--	--	--

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
3) Δυσκολία στη σίτιση	<p>Λήψη μέτρων για την καλύτερη σίτιση του αρρώστου</p> <p>Η βοήθεια κατά την διάρκεια των γευμάτων ώστε να διευκολύνεται η σίτιση</p>	<p>Εξηγούμε στον άρρωστο ότι η χρήση Levin είναι απαραίτητη και μέσω αυτής θα πραγματοποιείται η λήψη τροφής</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και ενημέρωση του φωτό η σίτιση απ το Levin είναι προσωρινή</p>	<p>Ενημερώνουμε τον άρρωστο ότι η λήψη τροφής θα γίνεται μέσω Levin. Τις πρώτες ημέρες η τροφή θα είναι σε υγρή μορφή ώστε συνέχεια αραιά πολτοποιημένη και προοδευτικά πολτοποιημένη</p> <p>Στο διάστημα αυτό δόθηκε ενίσχυση και συμπαράσταση ώστε να μην απογοητευθεί ο άρρωστος και εγκατάλειψη κάθε</p>	<p>Ο ασθενής στην αρχή ήταν λίγο νευρικός και απότομος, όμως μετά την υποστήριξη από την νοσηλεύτρια δέχτηκε να συνεργαστεί κατά τη διάρκεια της σίτισης.</p>

			προσπάθεια. Ο άρρωστος βιώθηκε την ώρα των γευμάτων και ενημερώθηκε ότι η αδυναμία σίτισης είναι προσωρινή	
--	--	--	---	--

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
4) Δυσκολία επικοινωνίας με τους συγγενείς και τους γύρω του λόγω απώλειας φωνής	Ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια του αρρώστου και των συγγενών του στην αντιμετώπιση του προβλήματος Βοήθεια και υποστήριξη στην υιοθέτηση του νέου τρόπου επικοινωνίας	Διδασκαλία για τον τρόπο επικοινωνίας με τους συγγενείς του και τους γύρω του Παρότρυνση της χρήσης σημειωματάρου για επικοινωνία Ψυχολογική ενίσχυση του	Έναρξη χρήσης σημειωματάρου για επικοινωνία Υποστηρίζουμε τον άρρωστο κατά τη μεταβατική περίοδο	Ο άρρωστος στην αρχή ήταν εκνευρισμένος λόγω του ότι δυσκολεύονταν να εκφραστεί, σιγά-σιγά εξοικειώθηκε με την χρήση σημειωματάρου και η επικοινωνία του με τους γύρω του και τους συγγενείς του έγινε ευκολότερη

		αρρώστου, έτσι ώστε να αποκτήσει αισθήματα εμπιστοσύνης ελπίδας και αισιοδοξίας		
--	--	--	--	--

Ιστορικό δεύτερο – Νοσηλευτική Διεργασία

Ο Σ.Κ. 53 ετών, Β.Σ. 60kg προσήλθε εκτάκτως στην Ω.Ρ.Λ. κλινική του Ελληνικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά “ΜΕΤΑΞΑ” στις 21/6/2009 με έντονη δύσπνοια, βήχα μη παραγωγικό και δυσκαταποσία. Επίσης βρίσκονταν υπό έλλειψη τροφής επί τριημέρου.

Ο ασθενής δεν καταναλώνει αλκοόλ και έχει διακόψει το κάπνισμα από διετίας.

Παρούσα νόσος

Ο ασθενής παρουσιάζει εκτεταμένη νέκρωση στην δεξιά αρυναιο-επιγλωτιδική περιοχή και τον δεξιό αρυναιοειδη και απιοειδή βόθρο.

Ατομικό ιστορικό

Ο ασθενής παρουσιάζει ήπιο σακχαρώδη διαβήτη και δυσλιπιδαιμία. Έχει υποβληθεί σε ακτινοβολίες και χημειοθεραπείες.

Ο Σ.Σ. παρουσιάζει καρκίνο λάρυγγα και έχει υποβληθεί σε κάθετη λαρυγγεκτόμη, στις 20/10/2008.

Στις 21/6/2009 με ταχύτατη διαδικασία ο σθένος υποβάλλεται σε καρδιολογική εκτίμηση, αναισθησιολογική εξέταση και στις 22/6/2009 υποβάλλεται σε μικρολαρυγγοσκόπηση-βιοψία.

Ο ασθενής μετά την έξοδο του από το χειρουργείο αναφέρει έντονο πόνο πλαγίας τραχηλικής χώρας, έντονη δυσκαταποσία και δεξιά ωταλγία

Στις 29/6/2009 η έκθεση ιστολογικής εξέτασης επιβεβαιώνει καρκίνο λάρυγγα του ίδιου τύπου άλλα μέτριας διαφοροποίησης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
Έντονο πόνος πλάγιας τραχηλικής χώρας	Λήψη μέτρων για την ανακούφιση από τον πόνο	Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν εντολής ιατρού Παρότρυνση του ατόμου να ασχολείται με ότι του αρέσει έτσι ώστε να μην σκάφτεται συνεχώς τον πόνο	Κατόπιν ιατρικής εντολής από τα ιατρεία του πόνου χορηγήθηκε IM Romidon Υπήρξε συχνή επικοινωνία με τον ασθενή	Η μείωση του πόνου με Δεν ήταν στο επίπεδο που ο ασθενής ήθελε Ο ασθενής ήταν εκνευρισμένος και νευρικός πάρα την υποστήριξη που δόθηκε από την νοσηλεύτρια

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
Δεξιά οσθαλγία	Λήψη μέτρων για την ανακούφιση από τον πόνο	Χορήγηση αγωγής με Ibuprofen 1x2 κατόπιν εντολής ιατρού	Με ιατρική εντολή από τα ιατρεία πόνου ο ασθενής τέθηκε σε Tts Dyrogestic 25mg κάθε 72h Τροχ Actiq 200mg όχι πάνω από 3 την ημέρα	Ο ασθενής αρνήθηκε την τοποθέτηση Dyrogestic 25mg και συναίνεσε στη λήψη Actiq 200mg

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
3)Κεφαλαλγία -Ημικρανία	Λήψη μέτρων για ανακούφιση από τον πόνο Ψυχολογική υποστήριξη ώστε να μειωθεί το άγχος	Παροχή πληροφοριών σχετικά με το είδος των φαρμάκων που λαμβάνει Επικοινωνία με τον ασθενή να εκδηλώσει τους λόγους που του προκαλούν άγχος Παρότρυνση του ασθενή να επισκεφτεί ψυχολόγο	Ενημερώνουμε ότι τα φάρμακα που λαμβάνει τον καλύπτουν Παροτρύνουμε τον ασθενή να εξωτερικεύσει τους λόγους που τον αγχώνουν Προγραμματίστηκε συνέδρια με τον ψυχολόγο	Ο ασθενής ήταν αρνητικός και φορτισμένος από την παραμονή του στο νοσοκομείο Η συνεδρία δε βοήθησε ιδιαίτερα τον ασθενή και σε κορύφωση των άγχους ήθελε πάρει εξιτήριο

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
4)Έντονη δυσκαταποσία	Λήψη μέτρων έτσι ώστε η σίτιση του αρρώστου να είναι επαρκής	Ενημερώνουμε τον ασθενή τι είναι το Levin και γιατί η χρήση του είναι απαραίτητη Προετοιμάζουμε την διαδικασία τοποθέτησης Levin	Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι η λήψη τροφής θα πραγματοποιείται μέσω Levin και ότι ενδέχεται να υποβληθεί σε γαστροστομία με γενική αναισθησία ή τοπική Η νοσηλεύτρια καθησύχαζε τον άρρωστο και βρίσκονταν πλάι του κατά την	Ο ασθενής συνεργάστηκε κατά την διάρκεια της τοποθέτησης του Levin καθώς και κατά την διάρκεια της σίτισης Ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα με την παρουσία της

		Ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου έτσι ώστε να δεχτεί την τοποθέτηση	διάρκεια της τοποθέτησης του Levin Ψυχολογική υποστήριξη κατά την ώρα του γεύματος	νοσηλεύτριας
--	--	---	---	--------------

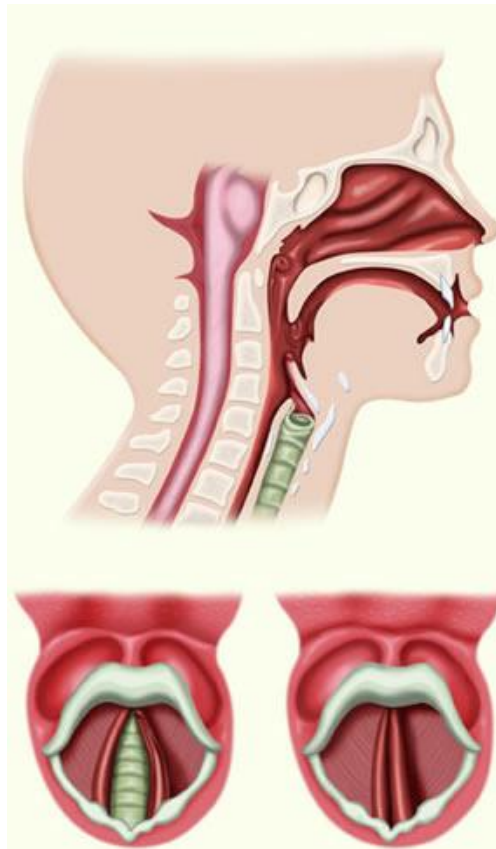
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αραπάκης Γ. , Κλινική Σημειολογία και Διαγνωστική, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1999
2. Davidson's, Γενικές Αρχές και Κλινική Πράξη της Ιατρικής Παθολογίας, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2005
3. Dollinger M., Rosenbaum E., Ο Καρκίνος, εκδόσεις ΚΑΤΟΠΤΡΟ, Αθήνα, 2001 σ:33-37, 141-146, 149-159, 222-228, 420-423
4. <http://www.agon.gr/news/121/ARTICLE/1165/2009-03-12.html>
5. Χατζημπούγιας Ιωάννης, Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου, Εκδόσεις Φιλώτας, 2000 σ:85-90
6. Ellis H. Κλινική Ανατομία, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1995 σ:20-26, 312-317
7. www.upload.wikimedia.org/.../fd/Larynx_normal2a.jpg, 25-04-09
8. Guyton A., Ιατρική φυσιολογία, εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα, 1999
9. Παπαδημητρίου , Εσωτερική Παθολογία, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2004
10. <http://www.pare-dose.net/ca-forum/index.php?topic=7.0>, 02-05-09
11. <http://www.anticancer.gov.gr/Resource.aspx?page=81>, 02-05-09
12. Μπάλας Π., Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Χειρουργική, 1990
13. www.otohns.net/images/00015111t_cancer.jpg, 15-06-09
14. www.robertsreview.com/images/cancer_px/larynx, 15-06-09
15. <http://www.makthes.gr/index.php?name=News&file=article&sid1>, 15-06-09
16. Ρούσος Χ., Εντατική θεραπεία, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000.
17. Εγκόλπιο – Άτλας των τεχνικών της επείγουσας ιατρική, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1999

- 18.Αθανάτου Ελ., Κλινική Νοσηλευτική-Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες, Αθήνα, 2003.
- 19.Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2001), Νοσηλευτική, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα σ:103-119, 176-181, 239-247
- 20.Griggs, A. (1998) Tracheostomy: Suctioning and humidification. Nursing Standard Continuing Education Reader σ:18-23
- 21.Harkin, Hilary (1998) Tracheostomy Management. Nursing Times 94 (21) σ:56-58
- 22.Hooper, M. (1999) Nursing care of the patient with a tracheostomy. Nursing Standard 15(10) σ:40-43
- 23.Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον καρκινοπαθή, Αθήνα, 1991
- 24.www.cancer-society.gr/index.php?
- 25.Παναγιωτάκη – Δαυίδ Καλλιόπη, Ποιότητα Ζωής σε ασθενής με Καρκίνο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2000
- 26.Ραγιά Α. (1999), Νοσηλευτική, Η προσωπικότητα και τα ηθικά προσόντα του νοσηλευτή σ:14-15, 19-21
- 27.Ραγιά Α. (2004), Διαπροσωπική διάσταση της Ολιστικής Νοσηλευτικής, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Αθήνα, σ:54-66, 67-88
- 28.Λανάρα Βασιλική: Πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ογκολογική νοσηλευτική στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Νοσηλευτική 1: 26, 1994
- 29.Τσαμανδουράκη Κ., Γ. Τούντας, Δ. Τριχόπουλος. Διαφορές στην επιβίωση καρκινοπαθών τελικού σταδίου που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο και από ειδική ομάδα νοσηλείας στο σπίτι τους. Ιατρική 56, 1998 σ:466-471
- 30.Σουρτζή Π.. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και νοσηλεία στο σπίτι. Νοσηλευτική 1, 1997 σ:24-30, 179-185

31.Ulrich – Canale – Wendell, (2003), Παθολογική – χειρουργική νοσηλευτική, Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας, εκδ. Λαγός γ' έκδοση , Αθήνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



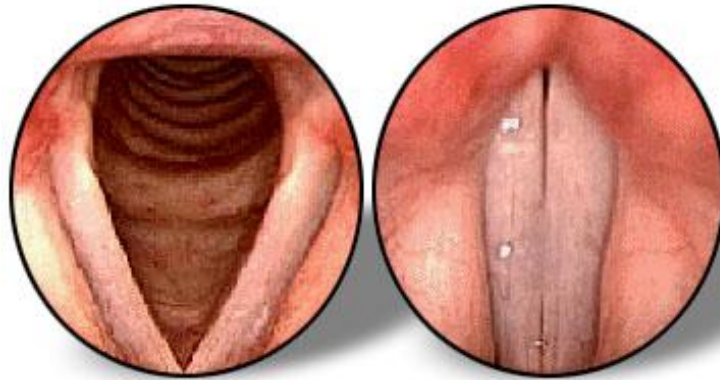
Εικόνα 1. Αναπνευστική οδός, απεικόνιση τραχείας και λάρυγγα

Πηγή: www.upload.wikimedia.org/.../fd/Larynx_normal2a.jpg

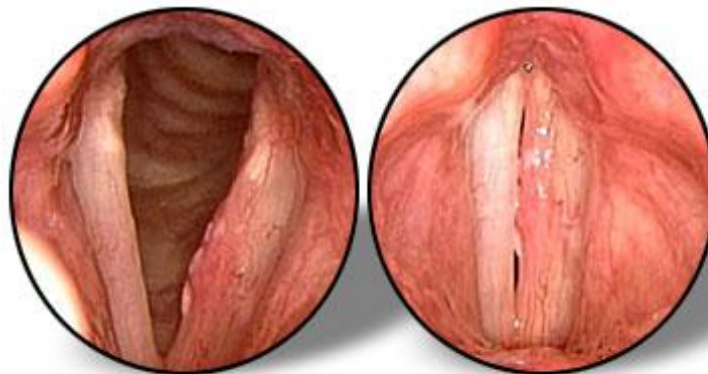


Εικόνα 2. Καρκίνος του Λάρυγγα

Πηγή: www.robertsreview.com/images/cancer_px/larynx



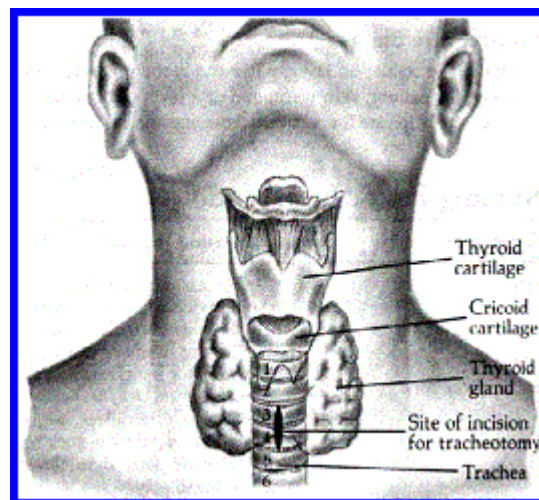
©2000, Texas Voice Center



©2000, Texas Voice Center

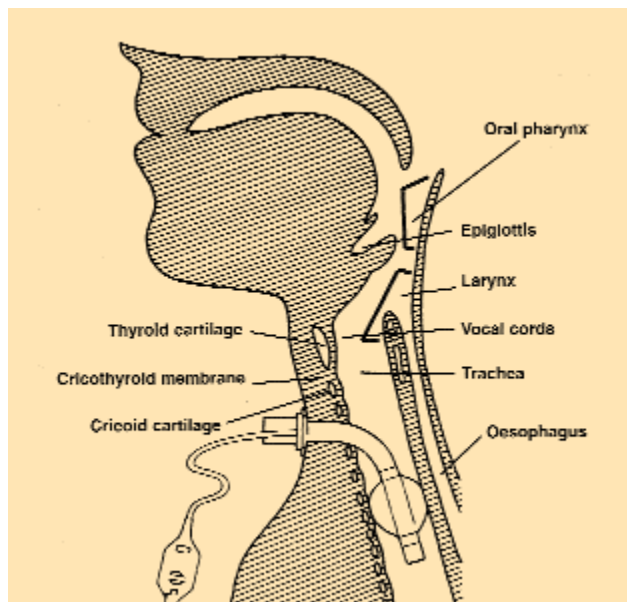
Εικόνα 3. A) Υγιής λάρυγγας, B) Λάρυγγας με καρκίνο.

Πηγή: www.otohns.net/images/00015111t_cancer.jpg



Εικόνα 4. Θέση εκτέλεσης τραχειοστομίας

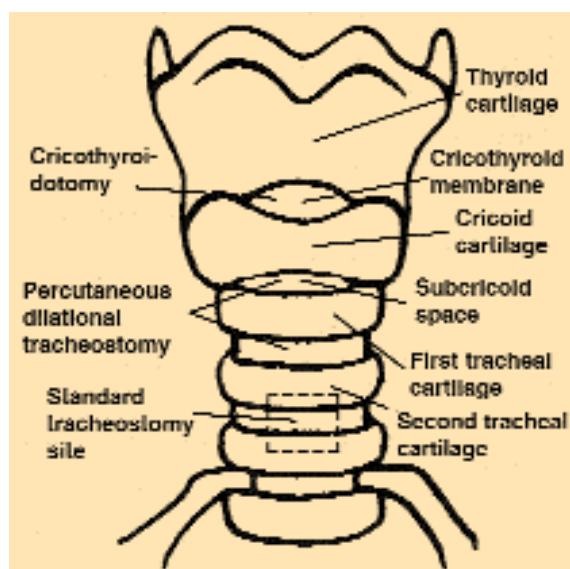
Πηγή: Εγκόλπιο – Άτλας των τεχνικών της επείγουσας ιατρική, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1999



Εικόνα 5. Η ανατομική θέση του σωλήνα τραχειοστομίας

Πηγή: Hooper, M. (1999) Nursing care of the patient with a tracheostomy.

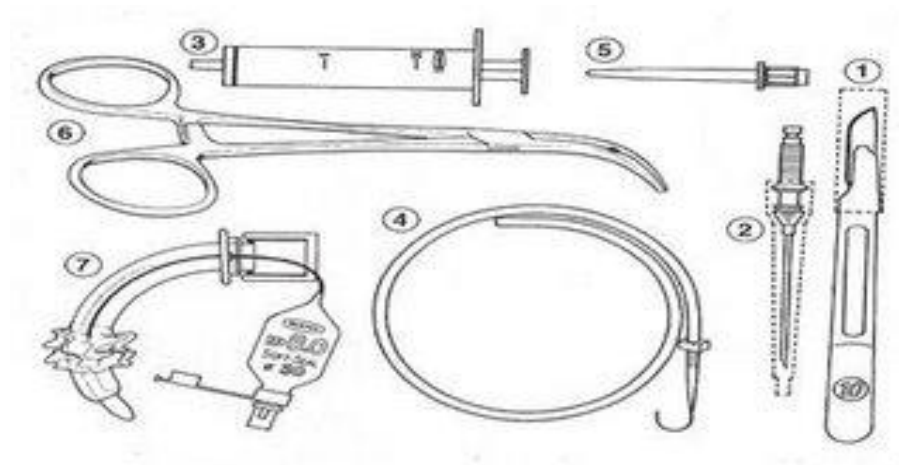
Nursing Standard



Εικόνα 6. Σημεία για την εισαγωγή τραχειοστομίας

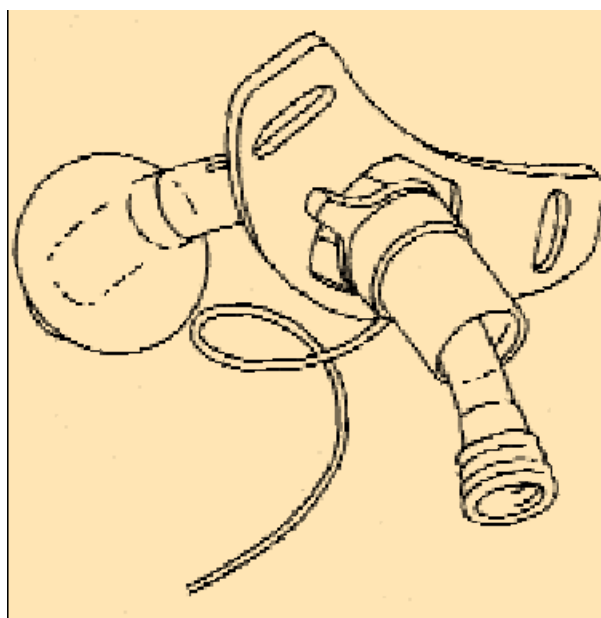
Πηγή: Hooper, M. (1999) Nursing care of the patient with a tracheostomy.

Nursing Standard



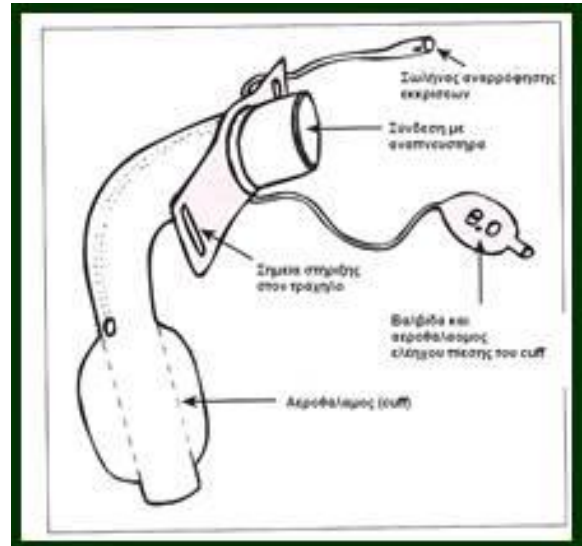
Εικόνα 7. Σετ τραχειοστομίας

Πηγή: Εγκόλπιο – Άτλας των τεχνικών της επείγουσας ιατρική, Εκδόσεις
Παρισιάνου, Αθήνα 1999



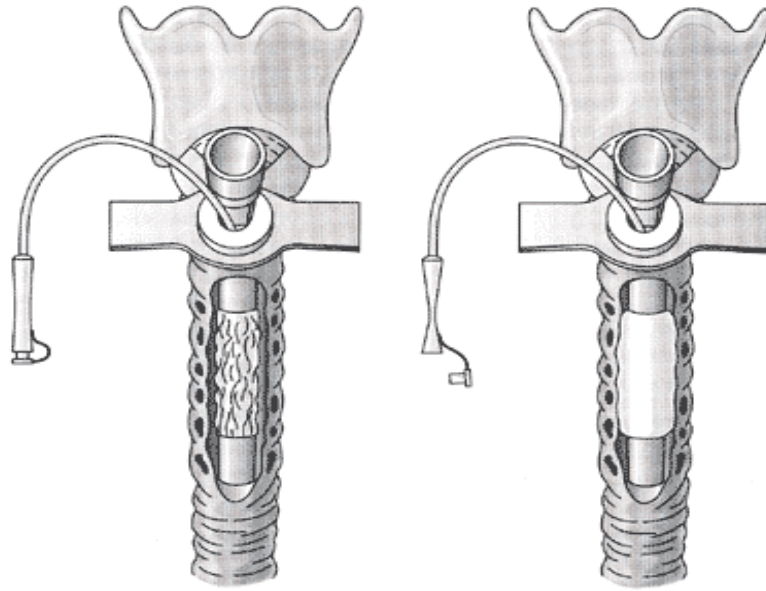
Εικόνα 9. Σωλήνας τραχειοστομίας με εσωτερική κάνουλα

Πηγή: Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2001), Νοσηλευτική, εκδόσεις
ΒΗΤΑ, Αθήνα



Εικόνα 7. Διάφορα είδη τραχειοσωλήνων

Πηγή: Εγκόλπιο – Άτλας των τεχνικών της επείγουσας ιατρικής, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1999



Εικόνα 8. Στεγανοποίηση τραχείας

Πηγή: Εγκόλπιο – Άτλας των τεχνικών της επείγουσας ιατρική, Εκδόσεις
Παρισιάνου, Αθήνα 1999



Εικόνα 8. Θέση τοποθέτησης του τραχήλου

Πηγή: Εγκόλπιο – Άτλας των τεχνικών της επείγουσας ιατρική, Εκδόσεις
Παρισιάνου, Αθήνα 1999



Εικόνα 9. Αποκάλυψη της τραχείας

Πηγή: Εγκόλπιο – Άτλας των τεχνικών της επείγουσας ιατρική, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1999



Εικόνα 10. Τεχνική χορήγησης αέρα στο cuff

Πηγή: Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2001), Νοσηλευτική, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα