

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΑΝΩΤΑΤΟ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ**

Εκπονήτριες :

ΜΙΖΟΥΡΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ (Α.Ε.Μ: 6152)

ΔΟΥΜΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ (Α.Ε.Μ: 6240)

Επιβλέπουσα :

Καθ. Μ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ

Μάιος 2006
Θεσσαλονίκη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Έχοντας ολοκληρώσει την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν σε αυτή την προσπάθεια, ο καθένας με τον τρόπο του.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε λοιπόν, την καθηγήτριά μας κα. Βασιλοπούλου τόσο για την επιστημονική της καθοδήγηση (θεωρητική και πρακτική) η οποία ήταν καταλυτική για την προσπάθεια μας, όσο και για την ηθική της στήριξη η οποία ήταν αμέριστη και αληθινή.

Παράλληλα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας που με την στήριξή τους και την αγάπη τους μας προσέφεραν τις συνθήκες για να είναι εφικτή η ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Ιδιαίτερα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Σαγρή Δημήτρη για την πολύωρη ενασχόλησή του για την μορφοποίηση και εμφάνιση της εργασίας.

Κάθε είδους εργασία ολοκληρώνεται με επιτυχία όταν υπάρχει ομαδικό πνεύμα και συνεργασία, πράγμα που αποδείχθηκε και σε αυτή την εργασία.

Μιζούρη Αθανασία

Δούμου Αναστασία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	7
4. ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ.....	9
5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	17
6. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΛΑΡΥΓΓΑ.....	21
7. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΛΑΡΥΓΓΑ	27
8. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ	29
9. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.....	40
10. ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ	42
11. ΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΣ ΦΩΝΗΣΗ	50
12. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΣ	60
13. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΚΑΤΑΝΟΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ.....	62
14. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ & ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥΣ.....	63
15. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ – ΟΙ ΝΕΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΖΩΗΣ	69
16. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	71
17. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	87
18. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ.....	90
19. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	93
20. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	95
21. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η λαρυγγεκτομή είναι μία από τις σπουδαιότερες αιτίες απώλειας της φωνής. Η ολική λαρυγγεκτομή κατατρομάζει τους αρρώστους κυρίως διότι καταργεί τη φωνή. Η αναπηρία αυτή οδηγεί τον λαρυγγεκτομηθέντα σε σοβαρές καταθλιπτικές καταστάσεις, εάν δεν πείσουμε τον ασθενή από την αρχή ότι η αφωνία (αλαλία) μετεγχειρητικά παραμερίζεται με την εκμάθηση της οισοφαγείου φώνησης,

Στην πρόοδο της χειρουργικής πρέπει χωρίς αμφιβολία να συμπεριληφθούν και οι προσπάθειες που γίνονται από πολλούς ερευνητές για την απόκτηση της φώνησης με νέες τεχνικές και μεθόδους.

Αξιοσημείωτες είναι και οι προσπάθειες που γίνονται στην τελειοποίηση των λαρυγγοφώνων, για την κατηγορία των ασθενών που δεν μπορούν να αποκτήσουν μία φώνηση.

Παρ' όλα αυτά οι θιασώτες της μεθόδου απόκτησης της οισοφαγείου φώνησης ισχυρίζονται ότι η οισοφαγείος φώνηση είναι ανώτερη της τραχειοοισοφαγικής ή της ηλεκτρικής (λαρυγγόφωνο).

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Γλώσσα αποτελεί το μέσον με το οποίο ο άνθρωπος και τα ζώα επικοινωνούν μεταξύ τους και εκφράζουν τα αισθήματα και τις σκέψεις τους.

Η ομιλία, δηλαδή η έκφραση της σκέψης με έναρθρους ήχους αποτελεί την πλέον εξελιγμένη μορφή γλώσσας. Είναι ένα ανθρώπινο χαρακτηριστικό γνώρισμα, που επιτρέπει στον άνθρωπο να μοιράζεται τις σκέψεις του με τους άλλους. Μπορούμε να πούμε ότι η επικοινωνία είναι η αρχή της κατανόησης.

Η λαρυγγεκτομή είναι μία από τις σπουδαιότερες αιτίες απώλειας της φωνής. Ο καρκίνος του λάρυγγα έχει μία ξεχωριστή θέση μεταξύ των καρκίνων του αναπνευστικού συστήματος. Από το σύνολο των καρκίνων στην Αμερική, αναφέρονται 12.000 περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα κάθε χρόνο.

Η συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα είναι 1 προς 100.000 κατοίκους. Χωρίς έλεγχο, αυτός καταστρέφει αμείλικτα τη λειτουργία αυτού του οργάνου. Προσβάλλει βαθύως την ομιλία, την κατάποση, και την αναπνοή.

Η ποσοστιαία αναλογία του καρκίνου του λάρυγγα σε σχέση με την ηλικία παρουσιάζει μεγάλη ανομοιογένεια. Ένα από τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρείται στη Βομβάη 196,8 ανά 100,000 κατοίκους, σε ηλικία άνω των 75 ετών. Μεγάλα ποσοστά καρκίνου έχουν βρεθεί στην Σαραγόσα, Ναβάρρα της Ισπανίας καθώς και στο Σ. Πάολο της Βραζιλίας.

Η λαρυγγεκτομή σε περίπτωση καρκίνου του λάρυγγα έχει ένα ποσοστό επιβίωσης πάνω από 5ετία περίπου 80% που είναι αρκετά μεγάλο από ότι τα ποσοστά επιβίωσης από την πληθώρα των επεμβάσεων που πραγματοποιούνται σε άλλες περιπτώσεις κακοηθών νόσων.

Η πραγματική φωνή στηρίζεται στον επιτυχή συντονισμό των τεσσάρων κινητικών διεργασιών, όπως η αναπνοή, η φώνηση, η αντήχηση και η άρθρωση. Η καταστροφή οποιουδήποτε εξ αυτών έχει ως συνέπεια την πτώση (απώλεια) της ευκατανόησης. Η πιο εμφανής βλάβη μετά την ολική λαρυγγεκτομή είναι η αφωνία, που παρουσιάζεται, όχι απλώς από την απώλεια του οργάνου της φώνησης αλλά και από την παρέκκλιση της αναπνευστικής ροής (πηγή τροφοδότησης της φωνής). Γι' αυτό η επαναπρόκτηση

της φωνής βασίζεται στον καθορισμό της ταυτότητας μιας νέας δευτεροπαθούς πηγής φώνησης και σε ένα μέσο της ενέργειας αυτής της παλμικής πηγής.

Ο αλαρυγγικός (χωρίς λάρυγγα) πληθυσμός είναι πολύ ετερογενής. Ποικίλοι παράγοντες επιδρούν πέρα των μεθόδων (μέσων) παλινόρθωσης για κάθε ασθενή. Μεταξύ των οποίων είναι: α) Το μέγεθος της επέμβασης, β) Το σχήμα της μη χειρουργικής θεραπείας π.χ. ακτινοθεραπεία προ ή μετεγχειρητική, γ) Ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει στο πρόγραμμα της αποκατάστασης και δ) Τα χαρακτηριστικά της προνοσηρότητας του ασθενούς, π.χ. η ευφυΐα, η κατάχρηση φαρμάκων, ο αλκοολισμός κ.τ.λ.

Ειδική ομάδα πρέπει να έχει την δυνατότητα να εφαρμόζει και να διαφοροποιεί μια μέθοδο της φωνητικής αποκατάστασης σε κάθε άρρωστο ξεχωριστά, ανάλογα με τις ανάγκες επικοινωνίας του αρρώστου.

Η ομάδα πρέπει να εφαρμόζει το πλάνο της αποκατάστασης, και σε ιδανική περίπτωση πρέπει να προϋπάρχει της φάσεως της ολικής λαρυγγεκτομής.

Παρά τις πολλές μελέτες όσον αφορά την αποκατάσταση των ασθενών που υπέστησαν ολική λαρυγγεκτομή, το μέγεθος της αποκατάστασης τους δεν είναι γνωστό για τους εξής λόγους, α) Η πληθώρα των αναφορών ήταν αναδρομικές, β) Οι προτιμήσεις του πληθυσμού από αυτήν τη μελέτη ήταν σε διαφωνία (συνήθως εκείνοι που επέζησαν του καρκίνου και εκείνοι που επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν σ' αυτή την μελέτη). γ) Τέλος τα συμπεράσματα των αναφορών που έχουν μέχρι σήμερα ανακοινωθεί ήταν αντιφατικά.

Από το σύνολο των λαρυγγεκτομηθέντων που δεν παρουσίασαν ομιλία είχε καταγραφεί γύρω το 88% από τον Harwood και Rawlinson (1983). Το σύνολο των εργασιών αναφέρουν ένα μέγεθος περίπου 75% (Schafer και Johns, 1982). Όμως αναφέρθηκαν και αποτυχίες της τάξεως του 30% (Smith et al, 1966).

Πρωταρχικός λόγος αυτών των διαφορετικών τοποθετήσεων και στατιστικών είναι ότι οι διάφοροι συγγραφείς χρησιμοποιούν διάφορα κριτήρια, για να ονομάσουν μία "καλή" φωνή. Η αποτυχία απόκτησης της φωνής εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι: Ανατομικοί, βιολογικοί, φυσιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και εκπαιδευτικοί.

3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πραγματική θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα άρχισε στην Ευρώπη, το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα.

Η ολική λαρυγγεκτομή σαν ιδέα επινοήθηκε από τον Watson, Von Langenbeck και Billroth κατά την μεσότητα του έτους 1860. Ο Vincenz Czerny εργαζόταν σαν βοηθός του Billroth, ανακοίνωσε την πρώτη εργασία μιας επιτυχημένης λαρυγγεκτομής σε σκύλο κατά το έτος 1870 και πρότεινε ένα τεχνικό λάρυγγα που ήταν ένας σωλήνας σε σχήμα T εισαγόμενος στην τραχεία και το φάρυγγα.

Ο Theodor Billroth εκτέλεσε με επιτυχία την πρώτη ολική λαρυγγεκτομή το 1873 και ο συνεργάτης του Gussenbauer κατασκεύασε ένα τεχνικό λάρυγγα για αυτόν τον ασθενή, ο οποίος μίλησε την 3η εβδομάδα μετά την εγχείρηση.

Το μηχάνημα του Gussenbauer ήταν ένας ασημένιος τραχειοσωλήνας που το ένα τμήμα του παρουσίαζε μία άρθρωση και ένας άλλος σωλήνας οδηγούσε τον εκπνεόμενο αέρα στον φάρυγγα όπου πραγματοποιούνταν η άρθρωση της ομιλίας. Η πολυπλοκότητα ήταν χωρίς αμφιβολία "δικαιολογημένη", από το γεγονός ότι η αντίστοιχη εγχείρηση άφηνε ένα φαρυγγικό στόμιο.

Ο Billroth απέδειξε ότι ήταν αναγκαίο ένα φαρυγγόστομα και ένα τραχειόστομα, για να μειώσει τα προβλήματα των αναρροφήσεων και της σήψης. Αυτή μείωσε δεινά τη θνησιμότητα της τεχνικής, διότι ανακοινώνοντας την ήταν 50% των περιπτώσεων.

Ακολούθησε μία σειρά από επιτυχημένες λαρυγγεκτομές. Η ανακοίνωση έγινε από τους Von Langenbeck, Botini, Taria, Heine και τον Casseli. Οι εγχειρήσεις αυτές συμπεριλαμβάνουν μία προκαταρκτική τραχειοστομία και ένα φαρυγγόστομα, για να μειώσει τις αναρροφήσεις. Έγιναν επίσης πολλές τροποποιήσεις στο σωλήνα του.

Το 1894 ο Cluck πέτυχε με τη λαρυγγεκτομή σε ένα μόνο χρόνο να κλείσει το φάρυγγα. Αυτό το βήμα έδωσε τη δυνατότητα στον ασθενή να έχει μία καλύτερη κατάποση. Ταυτόχρονα με την κατάργηση του φαρυγγοστόματος για τη δημιουργία της φώνησης ο Cluck και οι συνεργάτες του επινόησαν τη μέθοδο της εισόδου του αέρα (εξωπνευμονικά) στον οισοφάγο με την απόκλιση του εκπνεόμενου αέρα στο στόμα με ικανοποιητική φώνηση, όπως είχε ανακοινωθεί.

Το 1928 ο Reprand παρατήρησε την "οισοφάγειο φώνηση" σ' ένα άρρωστο με συγγενή ατρησία της γλωττίδας.

Το 1859 ο Czermack περιέγραψε την οισοφάγειο φώνηση σε μία περίπτωση λαρυγγικής στένωσης. Υπήρχαν και άλλες ανακοινώσεις σε περιπτώσεις διφθερίτιδας.

Αναφέρεται το γεγονός που καταγράφηκε το 1892, ενός Αμερικανού λαρυγγεκτομηθέντος από την Φιλαδέλφεια, του Daniel Hichey, ο οποίος απέκτησε μία άριστη οισοφάγειο φώνηση. Αυτός ήρθε στην Αγγλία για να επιδείξει τη μέθοδο του σε άλλους λαρυγγεκτομηθέντες, αλλά η γενναιοδωρη αυτή πράξη του ήταν μάταιη, διότι κανείς δεν του έδωσε την πρέπουσα σημασία.

4. ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Τοπογραφική θέση του λάρυγγα

Ο λάρυγγας βρίσκεται στο σημείο διασταυρώσεως της αέρινης και της πεπτικής οδού και αποτελεί την είσοδο προς τις κατώτερες αεροφόρους οδούς. Βρίσκεται μπροστά από το κάτω τμήμα του υποφάρυγγα και κρέμεται από το υοειδές οστό.

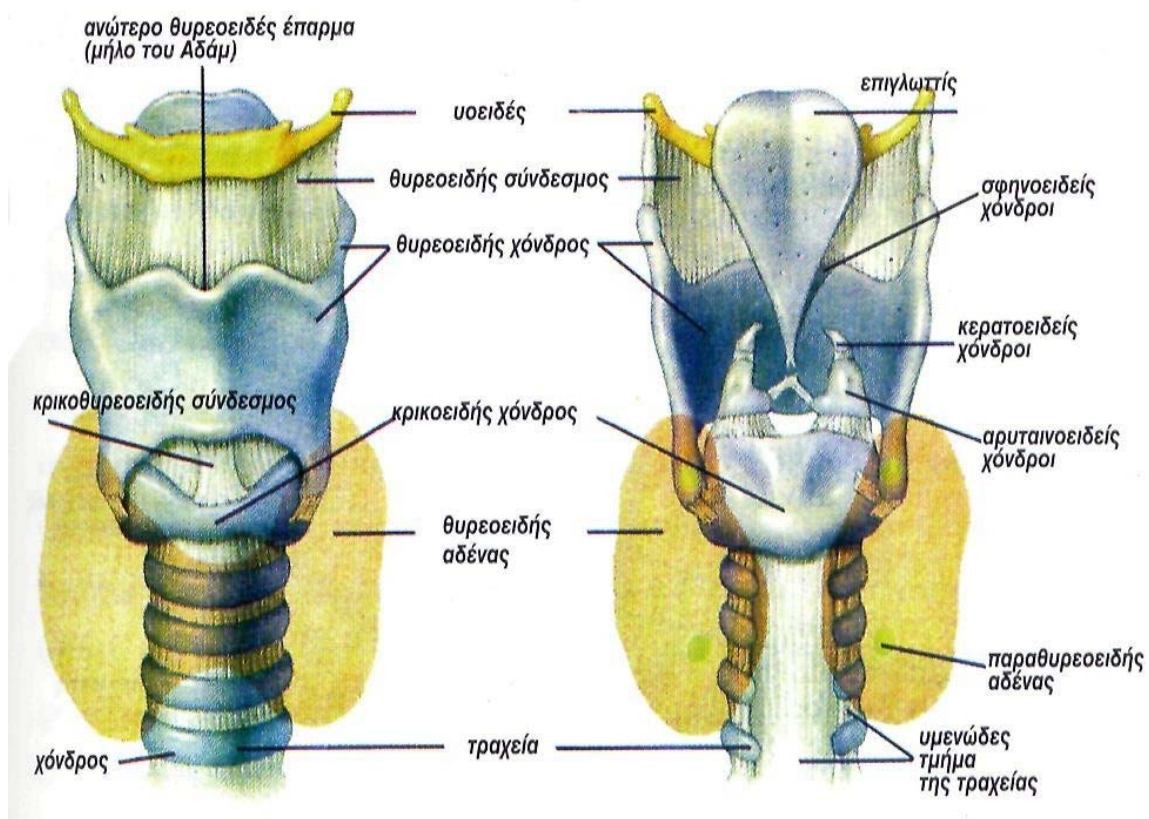
Από εμπρός ο λάρυγγας καλύπτεται στη μέση γραμμή μόνο από το δέρμα και από επιφανειακή τραχηλική περιτονία. Έτσι ο θυρεοειδής χόνδρος είναι καλά ορατός και ψηλαφητός και προβάλλει, ιδίως στους άνδρες, σχηματίζοντας το λεγόμενο μήλο του Αδάμ (Eminentia Laryngea, Pomum Adami).

Επάνω από το λαρυγγικό έπαρμα (μήλο του Αδάμ) βρίσκεται καλά ψηλαφούμενη η εντομή του θυρεοειδούς χόνδρου. Ανάμεσα στον θυρεοειδή και στον κρικοειδή χόνδρο ψηλαφούμε στο βάθος την κρικοθυρεοειδή μεμβράνη (Conicum), δηλαδή τη θέση όπου σε κατάσταση ανάγκης είναι δυνατόν να ανοίξουμε την αεροφόρα οδό χωρίς κίνδυνο (κονικοτομή).

Αμέσως κάτω από τον κρικοειδή χόνδρο βρίσκεται στην τραχεία ο ισθμός του θυρεοειδούς αδένου. Επάνω από τον ισθμό γίνεται η ανώτερη και κάτω από αυτόν η κατώτερη τραχειοτομή. Ο θυρεοειδής αδένου βρίσκεται κάτω από τους μυς του τραχήλου, και στις δυο πλευρές της τραχείας, από τον κρικοειδή και από το πλάγιο-κάτω τμήμα του θυρεοειδούς χόνδρου. Εξαιτίας της εξαρτήσεως του λάρυγγα από το κινητό υοειδές οστό και τη χαλαρή σύνδεση του με τις προσπονδυλικές τραχηλικές περιτονίες, ο λάρυγγας είναι κινητός τόσο ενεργητικά (κατά την κατάποση και τη φώνηση) όσο και παθητικά. Η ακριβής τοποθεσία του λάρυγγα είναι διαφορετική σε κάθε άτομο. Συνήθως όμως στους ενήλικες, αυτός βρίσκεται ανάμεσα στο άνω χείλος του 4ου και στο κάτω χείλος του 6ου αυχενικού σπονδύλου. Στα παιδιά βρίσκεται ψηλότερα, ενώ στους γέροντες χαμηλότερα.

Ο χόνδρινος σκελετός του λάρυγγα

Αυτός αποτελείται, από κάτω προς τα πάνω, από τον κρικοειδή χόνδρο, από τους αρυταινοειδείς χόνδρους, από τον θυρεοειδή χόνδρο και την επιγλωττίδα (Σχήμα 1).



Σχήμα 1. Οι χόνδροι του λάρυγγα

Ο κρικοειδής χόνδρος: Βρίσκεται κάτω από τον θυρεοειδή χόνδρο και έχει σχήμα δακτυλίου. Στο οπίσθιο τμήμα υπάρχει μικρή διόγκωση ύψους 2εκ. περίπου, η οποία ονομάζεται πυελίς. Το υπόλοιπο τμήμα του κρικοειδούς χόνδρου το οποίο είναι κυκλωτερές ονομάζεται τόξο και έχει διάμετρο περί τα 5-7 εκ. Εμφανίζει άνω και κάτω χείλος, στα οποία προσφύονται ινώδεις υμένες. Βρίσκεται παράλληλα με τον πρώτο δακτύλιο της τραχείας. Στην εξωτερική επιφάνεια του κρικοειδούς χόνδρου και σε κάθε πλευρά υπάρχει μικρή υπόκοιλη αρθρική επιφάνεια, που υποδέχεται το κάτω κέρασ του θυρεοειδούς χόνδρου.

Οι αρυταινοειδείς χόνδροι: Είναι δύο, έχουν σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας και κάθονται από τις δυο πλευρές με την επιπυοειδή βάση τους στο άνω χείλος του πετάλου του κρικοειδούς χόνδρου, σχηματίζοντας έτσι την κρικοαρυταινοειδή άρθρωση. Με την άρθρωση αυτή οι αρυταινοειδείς χόνδροι είναι σε θέση να εκτελούν κινήσεις περιστροφής και ολισθήσεως, που κατά τη λαρυγγοσκόπηση μπορούμε να παρακολουθήσουμε.

Οι χόνδροι αυτοί έχουν στη βάση της πυραμίδας τους δυο αποφύσεις. Η προς τα πρόσω ονομάζεται φωνητική απόφυση (PROCESSUS VOCALIS) και χρησιμεύει για την πρόσφυση της φωνητικής χορδής, ενώ η προς τα πλάγια ονομάζεται μυϊκή απόφυση (PROCESSUS MUSCULARIS) και χρησιμεύει για την πρόσφυση του κρικοαρυταινοειδούς μυός. Στην κορυφή της πυραμίδας κάθονται οι χωρίς σημασία από λειτουργική άποψη χόνδροι του Wrisberg και του Santorini.

Ο θυρεοειδής χόνδρος: Είναι ο μεγαλύτερος όλων και καλείται έτσι διότι έχει σχήμα θυρεού. Συνίσταται από δύο χόνδρινα πέταλα τετράπλευρου σχήματος, τα οποία ενώνονται μπροστά σχηματίζοντας γωνία στους άνδρες 90° και στις γυναίκες 120° περίπου. Η γωνία αυτή ονομάζεται θυρεοειδής γωνία. Τα δύο πέταλα, παρουσιάζουν το καθένα, μια έξω επιφάνεια, μια έσω καθώς και τέσσερα χείλη. Η έξω επιφάνεια έρχεται σε σχέση με τον θυρεοειδή αδένα και η έσω βλέπει προς την κοιλότητα του λάρυγγα. Το έσω χείλος είναι εκείνο το οποίο συνάπτεται με το αντίστοιχο του άλλου πετάλου, για τον σχηματισμό της θυρεοειδούς γωνίας. Το άνω χείλος παρουσιάζει βαθιά κατάδυση, σχηματίζοντας έτσι την θυρεοειδή εντομή, η οποία είναι το περισσότερο προέχον σημείο του λάρυγγα προς τα εμπρός (μήλο του Αδάμ).

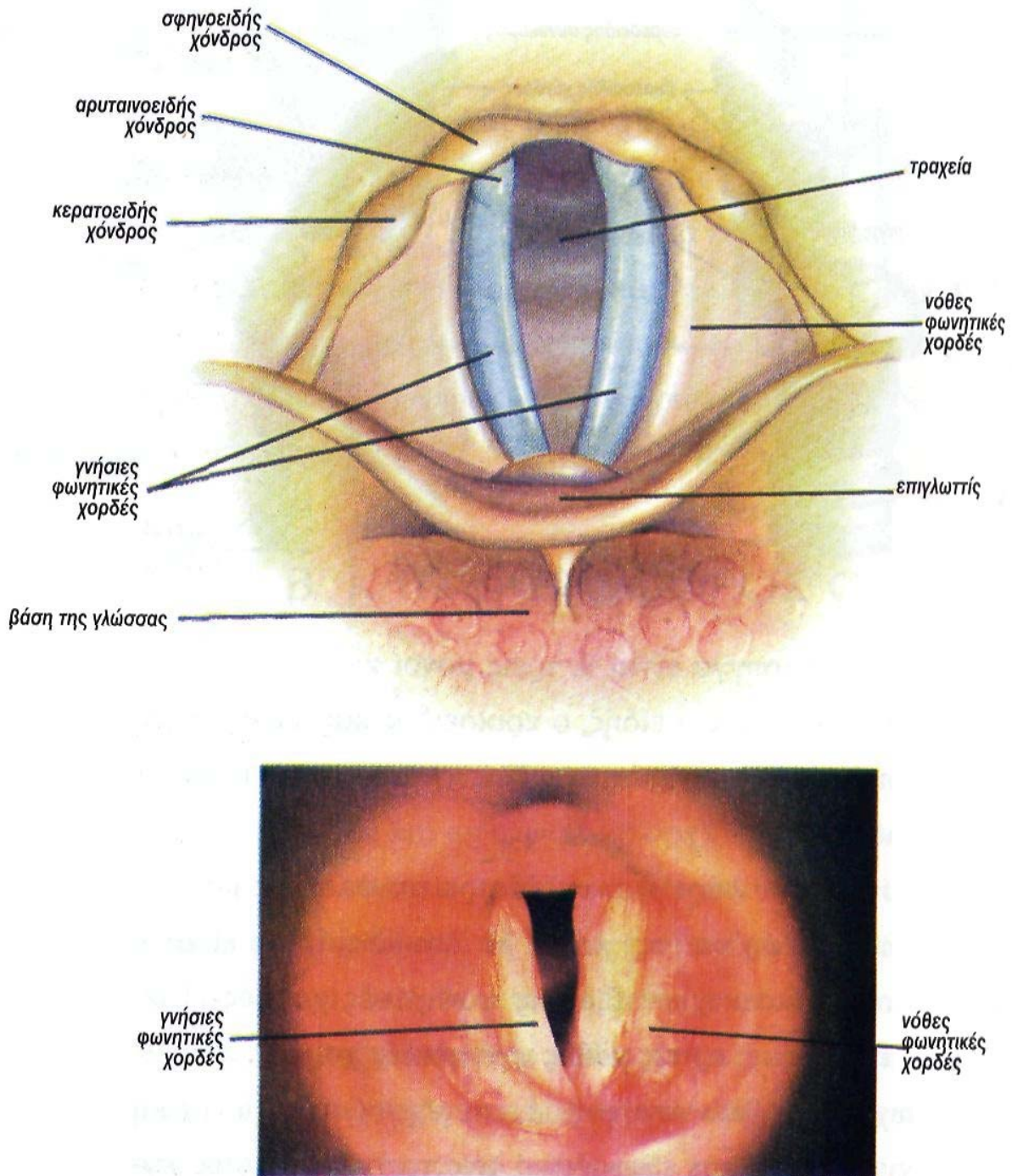
Η επιγλωττίδα: Πρόκειται για ελαστικό χόνδρο με σχήμα έμμισχου φύλλου, του οποίου ο μίσχος (Petiolus) επεκτείνεται εσωτερικά στον θυρεοειδή χόνδρο και φθάνει επάνω από την πρόσθια φωνητική εντομή, όπου καθηλώνεται με συνδέσμους. Το ελεύθερο χείλος της επιγλωττίδας φθάνει προς τα πάνω ως το μέσο της βάσεως της γλώσσας.

Ανάλογα με τη φάση της λειτουργίας η επιγλωττίδα παίρνει διαφορετική θέση. Παράλληλα, ουσιώδη σημασία έχει και το λιπώδες σώμα που βρίσκεται μπροστά από την επιγλωττίδα.

Ο χώρος του λιπώδους σώματος περιορίζεται προς τα πίσω από την επιγλωττίδα, προς τα κάτω από το άνω χείλος του θυρεοειδούς χόνδρου, προς τα μπρός από την υοθυρεοειδή μεμβράνη και προς τα άνω από το σώμα του υοειδούς οστού και του υοεπιγλωττιδικού συνδέσμου. Ο μηχανισμός της λειτουργίας του λιπώδους σώματος της επιγλωττίδας έχει μεγάλη σημασία για την απόφραξη της εισόδου του λάρυγγα κατά την κατάποση.

Εσωτερικό του λάρυγγα

Σε μια κατά μέτωπο τομή, η κοιλότητα του λάρυγγα έχει μορφή κλεψύδρας του οποίου οι στενώσεις προκαλούνται από την προβολή μέσα στην κοιλότητα των φωνητικών χορδών και των ψευδοχορδών (Σχήμα 2). Με τον τρόπο αυτό η κοιλότητα του λάρυγγα διαιρείται σε τρία τμήματα (ορόφους).



Σχήμα 2. Κατά μέτωπο τομή του λάρυγγα

- **Άνω τμήμα ή υπεργλωττιδικός χώρος**

Αυτός επεκτείνεται από την είσοδο του λάρυγγα (Vestibulum Laryngis: ελεύθερο χείλος της επιγλωττίδας, αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές, αρυταινοειδείς χόνδροι) ως αμέσως επάνω από τις φωνητικές χορδές. Μεταξύ των ψευδοχορδών και των φωνητικών χορδών βρίσκεται από τις δυο πλευρές η είσοδος προς τη λαρυγγική κοιλία του Morgani.

- **Μέσο τμήμα ή γλωττιδικός χώρος**

Αυτός περιλαμβάνεται μεταξύ των φωνητικών χορδών και ονομάζεται και γλωττιδική σχισμή.

- **Κάτω τμήμα ή υπογλωττιδικός χώρος**

Αυτός βρίσκεται κάτω από τη γλωττιδική σχισμή και επεκτείνεται ως το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου.

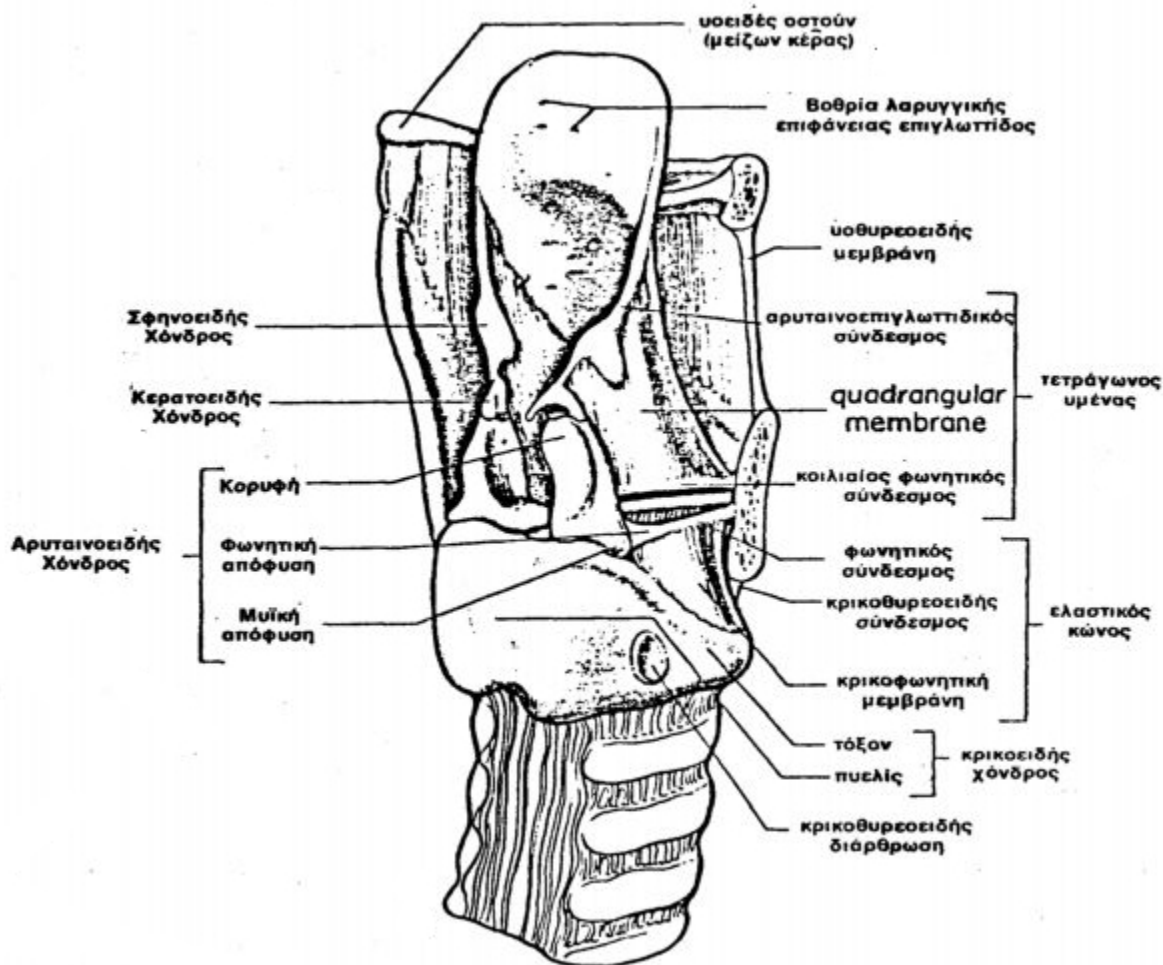
Εκτός από αυτούς, ο απιοειδής κόλπος (Sinus Piriformes) βρίσκεται πλάγια από τις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές. Η διαίρεση αυτή του λάρυγγα έχει σημασία για την εντόπιση και τη θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα.

Σύνδεσμοι του λάρυγγα

Αυτοί συνδέουν μεταξύ τους χόνδρους του λάρυγγα και προσδίδουν σ' αυτόν σε συνδυασμό με την εσωτερική από βλεννογόνο επένδυση της κοιλότητας του λάρυγγα σωληνοειδή μορφή. Διακρίνουμε δύο ειδών συνδέσμους Α) Τους εσωτερικούς, που ανήκουν αυστηρά στον λάρυγγα και συνάπτουν τους διάφορους χόνδρους μεταξύ τους, και Β) Τους εξωτερικούς συνδέσμους, που βρίσκονται στην έξω πλευρά του λάρυγγα και συνδέουν αυτόν με τα γειτονικά όργανα, δηλαδή με την τραχεία και το υοειδές οστό.

- Εσωτερικοί είναι: Ο αρυταινοεπιγλωττιδικός σύνδεσμος, Ο φωνητικός σύνδεσμος και ο κρικοθυρεοειδής σύνδεσμος. (βλέπε Σχήμα 3)

- Εξωτερικοί είναι: Ο κρικοτραχειακός σύνδεσμος, Ο υοθυρεοειδής υμένας, Ο μέσος και ο πλάγιος υοθυρεοειδής σύνδεσμος και τέλος ο υοεπιγλωττιδικός υμένας. (Σχήμα 3)



Σχήμα 3. Σύνδεσμοι του λάρυγγα

Το μυϊκό σύστημα του λάρυγγα

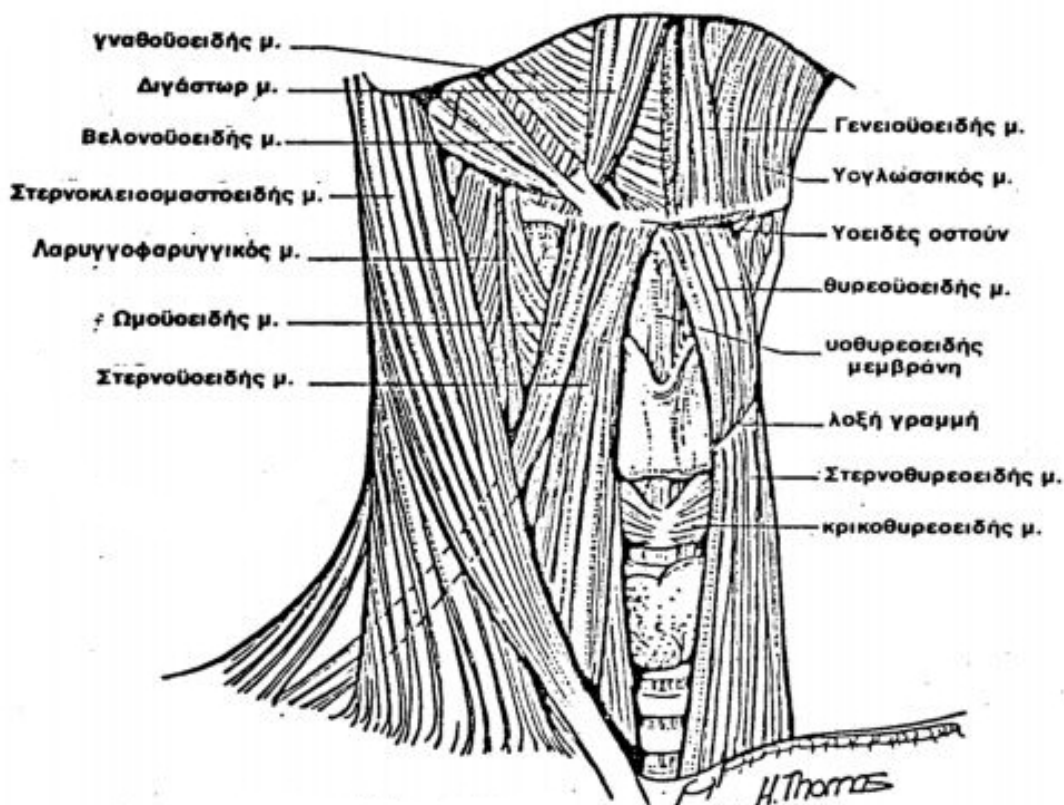
Οι μύς του λάρυγγα διαιρούνται στους εξωτερικούς και στους εσωτερικούς.

Οι εξωτερικοί μύς του λάρυγγα συνδέουν τον λάρυγγα με το περιβάλλον του και εξυπηρετούν τη μετακίνηση του στο σύνολο του, δηλαδή την καθήλωση, την έλξη και την κάθελξη. Όλοι οι μύς που προκαλούν έλξη του ευκίνητου υοειδούς οστού, έλκουν προς τα άνω με τους συνδέσμους τους και τον καθηλωμένο στο υοειδές οστό λάρυγγα, ενώ οι μύς που προκαλούν κάθελξη του υοειδούς οστού καθελκύουν και τον λάρυγγα. Οι μύς που έλκουν το υοειδές οστό προς τα άνω είναι: ο γναθοϋοειδής, ο γενειοϋοειδής, ο βλεννοϋοειδής, ο κάτω σφιγκτήρας του φάρυγγα και ο διγαστρος. Οι μύς που καθελκύουν είναι: ο στερνοϋοειδής, ο ωμοϋοειδής, ο στερνοθυρεοειδής και ο θυρεοϋοειδής. Εκτός από αυτούς, στους εξωτερικούς μύς του λάρυγγα ανήκει και ο κρικοθυρεοειδής μύς, που περνά λοξά από το κάτω χείλος του πετάλου του

θυρεοειδούς χόνδρου προς το πρόσθιο τμήμα του τόξου του κρικοειδούς χόνδρου. Ο μυς αυτός είναι ο μοναδικός μυς του λάρυγγα που νευρώνεται από το άνω λαρυγγικό νεύρο. Επίσης και ο στερνοθυρεοειδής μυς τεντώνει με την ενέργεια του τις φωνητικές χορδές. Ο τρόπος όμως της ενέργειας του είναι αντίθετος από τον προηγούμενο μυ (βλέπε Σχήμα 4).

Οι εσωτερικοί μυς του λάρυγγα εκφύονται από τον αρυταινοειδή χόνδρο, τον οποίο κινούν γύρω από τον άξονα της επιπυοειδούς αρθρώσεως, που σχηματίζεται μεταξύ της κάτω επιφάνειας του αρυταινοειδούς χόνδρου και του άνω χείλους του πετάλου του κρικοειδούς χόνδρου. Οι μυς αυτοί, ανάλογα με τη μορφή που παίρνει η γλωττιδική σχισμή από την ενέργεια καθενός από αυτούς, διαιρούνται:

- Σ' όσους προσάγουν τη γλωττίδα, (Ο πλάγιος κρικοαρυταινοειδής μύς, Ο αρυταινοειδής μύς, Ο θυρεοαρυταινοειδής μύς)
- Σ' όσους απάγουν τη γλωττίδα, (Ο οπίσθιος κρικοαρυταινοειδής μύς)
- Σ' όσους τεντώνουν τις φωνητικές χορδές. (Ο θυρεοαρυταινοειδής μύς, Ο κρικοθυρεοειδής μύς)



Σχήμα 4. Μύες του λάρυγγα

Αγγεία του λάρυγγα

Ο λάρυγγας αγγειώνεται από την άνω και κάτω λαρυγγική αρτηρία και από την κρικοθυροειδή αρτηρία. Οι φλέβες συνοδεύουν τις αρτηρίες και εκβάλλουν στην άνω και κάτω θυροειδή φλέβα και από εκεί στην έσω σφαγίτιδα και στην ανώνυμο φλέβα. Ο λάρυγγας νευρώνεται από το άνω και κάτω λαρυγγικό νεύρο και από συμπαθητικές ίνες.

Λεμφαγγεία του λάρυγγα: Αυτά έχουν μεγάλη σημασία εξαιτίας των επιχώριων μεταστάσεων των καρκινωμάτων του λάρυγγα που εμφανίζονται συχνά. Τα φωνητικά χείλη έχουν λίγα λεμφαγγεία.

Ο βλεννογόνος του λάρυγγα

Αυτός αποτελεί τη συνέχεια του φαρυγγικού βλεννογόνου προς τα κάτω. Έχει την ίδια ανατομική κατασκευή και στην περιοχή των φωνητικών χορδών και ενισχύεται ισχυρά με ελαστικές ίνες. Το μεγαλύτερο τμήμα του βλεννογόνου του λάρυγγα κάθεται επάνω στα υποκείμενα μόρια και συμφύεται μαζί τους, χωρίς παρεμβολή υποβλεννογόνιου στρώματος από συνδετικό ιστό. Μόνο στην περιοχή των ψευδοχορδών, των αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών του οπίσθιου τοιχώματος του λάρυγγα και της γλωσσικής επιφάνειας της επιγλωττίδας βρίσκεται άφθονος χαλαρός υποβλεννογόνιος ιστός. Ο βλεννογόνος του λάρυγγα έχει μικτούς βλεννογόνιους αδένες, που ιδιαίτερα στην περιοχή της μοργάνειας κοιλίας και στις ψευδοχορδές είναι άφθονοι. Οι βλεννογόνιοι αδένες συντελούν στην ύγρανση των γνήσιων φωνητικών χορδών. Κάτω από τον βλεννογόνο βρίσκονται άφθονα λεμφοκύτταρα, που καθώς συγκεντρώνονται κατά τόπους στη μοργάνεια κοιλία, σχηματίζουν την λαρυγγική αμυγδαλή.

Το επιθήλιο του λαρυγγικού βλεννογόνου αποτελείται μερικώς από πολύστιβο κροσσωτό επιθήλιο. Πλακώδες επιθήλιο βρίσκεται στις φωνητικές χορδές, στο οπίσθιο τοίχωμα του λάρυγγα, στις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές, στη λαρυγγική επιφάνεια του αρυταινοειδούς χόνδρου, καθώς και στις δυο επιφάνειες της επιγλωττίδας. Οι υπόλοιπες περιοχές του βλεννογόνου καλύπτονται από κροσσωτό επιθήλιο.

5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Οι λειτουργίες του λάρυγγα είναι οι ακόλουθες:

- Η προστατευτική λειτουργία: Προστατεύει τις κατώτερες αναπνευστικές οδούς από εισρόφηση υγρών ή στερεών τροφών
- Η αναπνευστική λειτουργία
- Η φωνητική λειτουργία

Προστατευτική λειτουργία

Η εισρόφηση υγρών ή στερεών τροφών προς τις κατώτερες αναπνευστικές οδούς αποφεύγεται με τους ακόλουθους τρόπους:

Κατά την κατάποση ο λάρυγγας έλκεται προς τα επάνω. Με τον τρόπο αυτό πιέζεται η επιγλωττίδα από τη βάση της γλώσσας προς την είσοδο του λάρυγγα και έτσι φράζεται. Μαζί με τον λάρυγγα έλκεται προς τα επάνω και ο θυρεοειδής αδένας, ενώ οι λεμφαδένες που βρίσκονται στο τοίχωμα των μεγάλων αγγείων και οι τραχηλικές κύστες παραμένουν αμετακίνητες.

Η ανύψωση και η κάθελξη του λάρυγγα κατά την κατάποση οφείλεται στη σύσπαση των μυών που προσφύονται στο υοειδές οστό, στο στέρνο και στη βάση του κρανίου. Οι φωνητικές χορδές αντανακλαστικά κλείνουν τη γλωττίδα κατά την κατάποση.

Το αντανακλαστικό του βήχα προκαλείται, μόλις ένα ξένο σώμα φθάσει στον λάρυγγα ή στην τραχεία. Απαραίτητη προϋπόθεση για διενέργεια του βήχα ή του τεινεσμού σε βαριά εργασία, σε αφόδευση ή σε τοκετό είναι η απόλυτη απόφραξη της γλωττιδικής σχισμής για ανύψωση της ενδοθωρακικής πίεσεως γι' αυτό το λόγο σε περίπτωση παραλύσεως των φωνητικών χορδών η παραπάνω ενέργεια γίνεται αδύνατη.

Κατά την απόφραξη της εισόδου του λάρυγγα από την επιγλωττίδα κατά την κατάποση σοβαρό ρόλο παίζει και ο μηχανισμός λιπώδους σώματος-επιγλωττίδας. Αν δεν υπάρχει η επιγλωττίδα, όπως σε περίπτωση ημιλαρυγγεκτομής εξαιτίας όγκου της, η λειτουργία της καταπόσεως αρχικά επηρεάζεται, μετά από πάροδο όμως κάποιου

χρονικού διαστήματος το άτομο συνηθίζει στη νέα κατάσταση και τη λειτουργία της επιγλωττίδας αναλαμβάνει η βάση της γλώσσας.

Αναπνευστική λειτουργία

Σε ήρεμη αναπνοή η γλωττίδα εμφανίζει κατά την εισπνοή διεύρυνση, ενώ κατά την εκπνοή στένωση.

Σε βαθιά αναπνοή η γλωττιδική σχισμή έχει τη μέγιστη διεύρυνση της. Το ίδιο συμβαίνει αντανάκλαστικά και σε καταστάσεις με λίγο οξυγόνο, ενώ αντιθέτως σε δύσπνοια, σε ακάθαρτο και με δηλητηριώδη αέρια (αμμωνία, ατμοί οξέων, πολεμικά αέρια, ανθρακικά οξέα κτλ) μολυσμένο αέρα γίνεται αντανάκλαστικά απόφραξη της γλωττίδας.

Στενώσεις του λάρυγγα προκαλούν εισπνευστικό συριγμό (Stridor), ενώ στενώσεις της τραχείας προκαλούν εισπνευστικό και εκπνευστικό συριγμό.

Φωνητική λειτουργία

Τα όργανα που συμμετέχουν στην παραγωγή της ανθρώπινης φωνής είναι δυνατόν να συγκριθούν με ένα πνευστό όργανο. Ο αέρας που προέρχεται από την αποθήκη αέρα, που αποτελείται από τους πνεύμονες, τους βρόγχους και την τραχεία, περνά διαμέσου της γλωττιδικής σχισμής, που προσδιορίζεται από τις ικανές να τεθούν σε δονητική κίνηση φωνητικές χορδές, και θέτει στο χώρο αέρα που βρίσκεται επάνω από αυτή, δηλαδή τον φάρυγγα, τη στοματική και τη ρινική κοιλότητα, σε σύγχρονες δονήσεις.

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

Η δύναμη του ρεύματος του αέρα και η τάση των φωνητικών χειλέων, που ακουσίως είναι δυνατόν να μεταβληθούν, καθορίζουν το εύρος των δονήσεων και τη συχνότητα τους, δηλαδή την ένταση του ήχου και το ύψος του βασικού τόνου. Οι φωνητικές χορδές δονούνται κυρίως κάθετα προς την κατεύθυνση του ρεύματος του αέρα. Από τη μορφή και από το μέγεθος του χώρου του αέρα που βρίσκεται επάνω από τις φωνητικές χορδές και από το μεταβλητό μέγεθος του χώρου αυτού (επιπρόσθετος

σωλήνας ή επιστόμιο) καθορίζονται οι θεμελιώδεις ή δευτερεύοντες τόνοι του ήχου και, συνεπώς, ο χαρακτήρας ή το ηχητικό χρώμα της φωνής. Η φωνή του ανθρώπου επιδέχεται μεταβολές, διότι όλα τα όργανα που συμμετέχουν στον σχηματισμό της είναι δυνατόν να μεταβληθούν, π.χ. η πίεση του αέρα στην «αποθήκη αέρα», η τάση των φωνητικών χορδών και το εύρος της γλωττιδικής σχισμής η θέση του λάρυγγα προς τον χώρο αντηχήσεως και ο ίδιος ο χώρος αντηχήσεως, δηλαδή η γλώσσα, το υπερώιο ιστίο, τα χείλη, ο φάρυγγας.

Υπάρχουν δυο θεωρίες σχετικά με την παραγωγή των δονήσεων των φωνητικών χορδών, η κλασική μυοελαστική θεωρία και η νευρομυϊκή θεωρία του R. Husson.

Κατά την επικρατέστερη σήμερα μυοελαστική θεωρία (αεροδυναμική-μυϊκή θεωρία) το ρεύμα του αέρα προκαλεί παθητικά τις δονήσεις των φωνητικών χορδών με απαγωγή και προσαγωγή της γλωττίδας. Οι μύς του λάρυγγα προσάγονται, τεντώνουν και χαλαρώνουν τις φωνητικές χορδές. Νευρικοί ερεθισμοί παίζουν μεγάλο ρόλο σχετικά με τη λεπτή ρύθμιση της σχέσεως μεταξύ των μυών του λάρυγγα.

Κατά τη νευρομυϊκή θεωρία ο φωνητικός μύς δέχεται νευρικούς ερεθισμούς με διαφορετική συχνότητα από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Κατά τον ρυθμό των νευρικών ερεθισμάτων πρέπει να συσπάται ο μύς. Η θεωρία αυτή δεν ισχύει σήμερα.

Για τη φώνηση σημασία έχουν και τα ιδιαίτερα αντανεκλαστικά του λάρυγγα. Επίσης οι μηχανισμοί υποδοχής του βλεννογόνου, που ερεθίζονται από τις δονήσεις των φωνητικών χορδών, είναι δυνατόν να επηρεάσουν αντανεκλαστικά την τάση του φωνητικού μύς. Επίσης είναι πιθανές αντανεκλαστικές επιδράσεις στους μύς των φωνητικών χορδών από το ακουστικό όργανο. Από υποδοχείς του βλεννογόνου του λάρυγγα φθάνουν ακόμη τα αντανεκλαστικά του βήχα και η αλλαγή του εύρους της γλωττίδας που γίνεται αντανεκλαστικά σε φυσιολογική αναπνοή, ιδίως όμως σε δύσπνοια.

Κατά τη φώνηση παράγεται από σύνθεση διάφορων δευτερευόντων τόνων ένας ήχος, που χαρακτηρίζεται από την ένταση, από το ύψος του θεμελιώδους τόνου και από το χρώμα του (χροιό). Στον επιπρόσθετο χώρο, που βρίσκεται επάνω από τη γλωττίδα και παίζει ρόλο ηχείου αντηχήσεως, σχηματίζεται η ομιλία. Ενώ η φωνή και η ομιλία αποτελούν μια μονάδα, ο διαχωρισμός αυτών έχει αποδειχθεί ότι έχει μεγάλη σημασία, όταν χρησιμοποιούμε για το άσμα τον όρο «φωνή», ενώ για τον προφορικό λόγο τον όρο «ομιλία».

Η ένταση του ήχου εξαρτάται από τη δύναμη του εκπνεόμενου ρεύματος του αέρα και από το εύρος των δονήσεων των φωνητικών χορδών. Το ύψος του θεμελιώδους ήχου καθορίζεται μόνο από τις δονούμενες φωνητικές χορδές, όπου το μήκος, το πάχος και η τάση των φωνητικών χειλέων, καθώς και η δύναμη του εκπνεόμενου ρεύματος του αέρα παίζουν σπουδαίο ρόλο.

Είναι όμως δυνατόν το ύψος του τόνου να διατηρηθεί ίδιο σε ρεύμα του αέρα με διαφορετική δύναμη, διότι και σε ελαφρή μόνο πίεση του εκπνεόμενου αέρα προκαλείται, εξαιτίας λεπτού εκσυγχρονισμού, μια ισχυρότερη τάση του φωνητικού μυός. Οι ατομικές διαφορές στο ύψος της φωνής στηρίζονται κυρίως στη διαφορά στο μήκος και στο πάχος των φωνητικών χορδών, και γενικά στο διαφορετικό μέγεθος του λάρυγγα. Στους άνδρες ο λάρυγγας είναι μεγαλύτερος και οι φωνητικές χορδές επιμηκέστερες και λεπτότερες γι' αυτό το λόγο παράγεται βαθιά φωνή. Ο μικρότερος λάρυγγας των γυναικών και των παιδιών έχει μικρότερες και πλατύτερες φωνητικές χορδές και γι' αυτό το λόγο παράγει υψηλή φωνή. Στα αγόρια κατά τον χρόνο της ήβης παρατηρείται αλλαγή της φωνής εξαιτίας μεγεθύνσεως του λάρυγγα. Συγκεκριμένα, η φωνή γίνεται περίπου κατά μια οκτάβα βαθύτερη εξαιτίας επιμηκύνσεως των φωνητικών χορδών κατά $\frac{1}{3}$ περίπου. Ο λάρυγγας των κοριτσιών μεγεθύνεται μόνο λίγο και η φωνή τους γίνεται μόνο κατά μια τρίτη νότα βαθύτερη.

Με τον όρο εύρος φωνής εννοούμε την περιοχή των τόνων που μπορεί να παράγει ο άνθρωπος. Αυτό, καθώς αυξάνεται η ηλικία, διευρύνεται προς τα άνω και κάτω. Κατά τον χρόνο της ήβης ανεβαίνει το εύρος της φωνής περίπου σε 1,1/2 οκτάβα, ενώ στους ενηλίκους φθάνει περίπου τις 2 οκτάβες ή και περισσότερο. Στους αοιδούς είναι δυνατόν το εύρος της φωνής να ανεβεί περίπου σε τέσσερις οκτάβες. Ανάλογα με το επίπεδο της φωνής διακρίνουμε στους άνδρες τους μπάσους, τους βαρύτονους και τους τενόρους, και στις γυναίκες τις μεσοσοπράνες και τις σοπράνες.

6. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

Αυτές παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τα ακόλουθα:

— Τη θέση του λάρυγγα και τη σχέση του με τις γειτονικές ανατομικές δομές του λαιμού.

— Το εξωτερικό και εσωτερικό σχήμα του λάρυγγα

— Τον τύπο, το σημείο και την έκταση των βλαβών μέσα και έξω από τον λάρυγγα.

— Τις λειτουργικές διαταραχές.

Αναμνηστικό

Η λήψη λεπτομερειακού ιστορικού έχει σπουδαία σημασία. Εκτός από τους εξωγενείς παράγοντες που επιδρούν στον λάρυγγα (σκόνη, ερεθιστικά αέρια, χρήση οινόπνεύματος και καπνού, κρυολόγημα κτλ.) μεγάλη σημασία έχει κατά τη λήψη του ιστορικού και η παροχή πληροφοριών για τις ιδιοσοστασιακές ιδιότητες του βλεννογόνου του λάρυγγα (τάση για κατάρρουν, όμοιες παθήσεις στην οικογένεια, οξεία ή αμβλεία εξέλιξη της παθήσεως, πορεία προηγούμενων παθήσεων του λάρυγγα).

Το αναμνηστικό συμπληρώνεται με ερωτήσεις, που έχουν σχέση με δύσπνοια που υπάρχει, ίσως με βράγχος της φωνής, με διαταραχή της αισθητικότητας ή με το βήχα. Για τη δύσπνοια σημασία έχει αν εμφανίστηκε ξαφνικά ή βαθμιαία, αν υπάρχει διαρκώς ή μόνο κατά διαστήματα, και ακόμη αν εμφανίστηκε από τον τοκετό ή αργότερα.

Ακόμη, σε περίπτωση βράγχους της φωνής, εκτός από το βαθμό του, έχει σημασία για τη διάγνωση και το είδος της ανωμαλίας της φωνής π.χ. ξαφνικά εμφανιζόμενη απόλυτα άτονη φωνή, αφωνία, συνηγορεί για λειτουργική ανωμαλία της φωνής, βράγχος φωνής με σύγχρονη δύσπνοια γεννά την υποψία όγκου του λάρυγγα, βράγχος φωνής με θορυβώδη εκπνοή κατά την έντονη ομιλία συνηγορεί για παράλυση του παλίνδρομου.

Για τις διαταραχές της αισθητικότητας πρέπει να προσέχουμε το είδος των ενοχλημάτων (αίσθημα καύσου στο λαιμό, ενόχλημα κατά την ομιλία ή το βήχα). Το άλγος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του φαγητού και σε κενές καταποτικές κινήσεις συνηγορεί για ελκωτική επεξεργασία στη θέση του λάρυγγα, που κατά την κατάποση έρχεται σε επαφή με τις τροφές που περνούν (επιγλωττίδα και αρυταινοειδής περιοχή).

Άλγος κατά την ομιλία ή κατά τον βήχα εμφανίζεται συνήθως σε παθήσεις των φωνητικών χορδών.

Επισκόπηση και ψηλάφηση

Παθήσεις του λάρυγγα είναι εξωτερικά ορατές, όταν η παθολογική επεξεργασία επεκταθεί από τον βλεννογόνο προς τον χονδρικό σκελετό και στη συνέχεια προς το περιβάλλον του λάρυγγα ή όταν αυτή προκαλέσει διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων (αυχενικοί, προλαρυγγικοί λεμφαδένες), όπως π.χ. σε περιχονδρίτιδα εξαιτίας TBC ή σύφιλης, και σε κακοήθεις νεοπλασίες. Με τη βοήθεια της ψηλάφησης παίρνουμε πληροφορίες για την ενεργητική και παθητική κινητικότητα, για την ευαισθησία στην πίεση και για τη σύσταση της διογκώσεως, καθώς και για τις σχέσεις της με τη γειτονία. Κατάγματα του θυρεοειδούς ή του κρικοειδούς χόνδρου αναγνωρίζονται κατά την ψηλάφηση από τον ήχο κριγμού που παράγεται.

Απαραίτητη επίσης είναι η ψηλάφηση του θυρεοειδούς αδένος εξαιτίας των σχέσεων της θέσεως του με το λάρυγγα και την τραχεία (οπισθολαρυγγική και οπισθοστερνική βρογχοκήλη).

Με την επισκόπηση διαπιστώνει κανείς:

1. παραμορφώσεις
2. κινήσεις λάρυγγα

Με την ψηλάφηση διερευνώνται τα εξής:

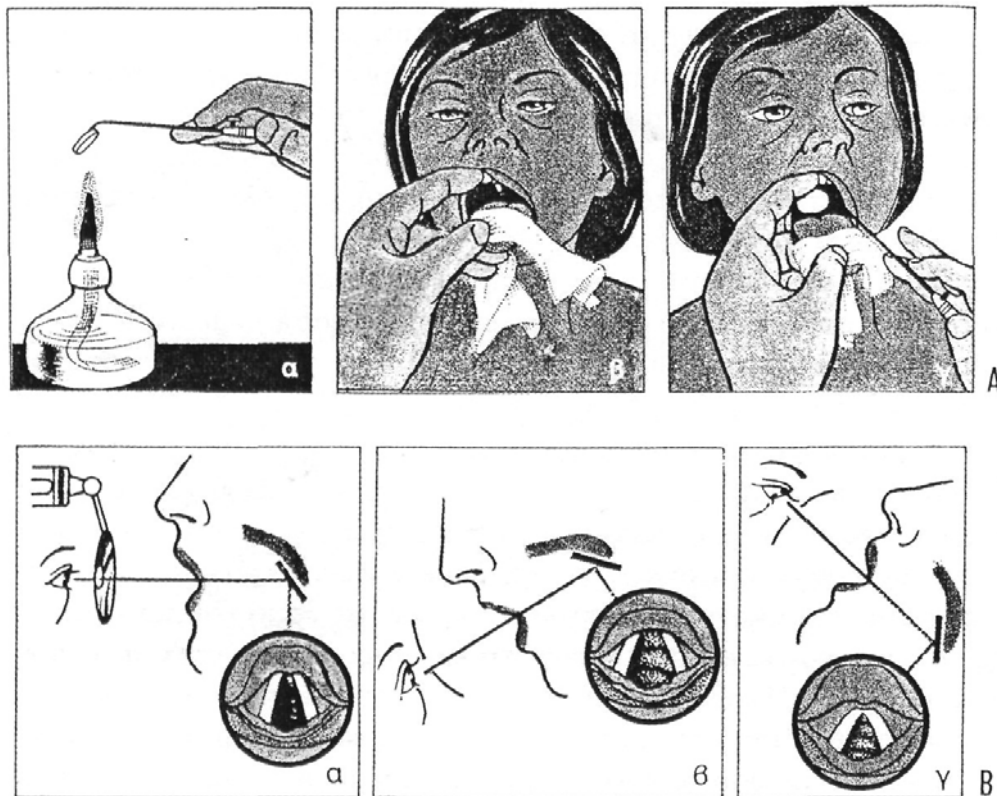
1. επώδυνα σημεία
2. διογκωση λεμφαδένων
3. ύπαρξη αποστήματος

Λαρυγγοσκόπηση

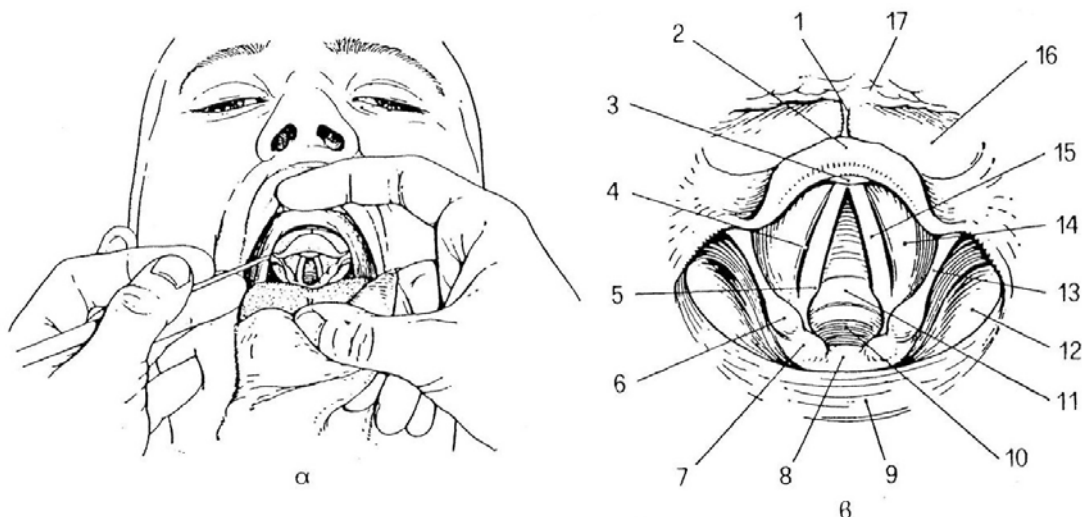
Είναι η βασικότερη ίσως μέθοδος εξέτασης του λάρυγγα. Η θέση του λάρυγγα στο σώμα είναι τέτοια, ώστε ο επιμήκης άξονας του, καθώς επεκτείνεται προς τα επάνω, τέμνει τον άξονα της στοματικής κοιλότητας σχεδόν με ορθή γωνία. Αν λοιπόν

θελήσουμε να δούμε μέσα στο λάρυγγα, πρέπει ή να εξουδετερώσουμε τη γωνία αυτή με τη βοήθεια κατόπτρου, που φέρνουμε στο φάρυγγα, και μάλιστα στο σημείο συναντήσεως των δύο αξόνων (έμμεση λαρυγγοσκόπηση) (Σχήμα 5 & Σχήμα 6), ή πρέπει να ευθείάσουμε την ορθή γωνία που σχηματίζεται από τους δυο άξονες, γεγονός που είναι δυνατόν να επιτευχθεί με την έκταση της κεφαλής και με πίεση στη βάση της γλώσσας (άμεση λαρυγγοσκόπηση) (Σχήμα 7).

Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση είναι πιο απλή και καθημερινή εξέταση και γίνεται χωρίς τοπική αναισθησία με τη βοήθεια του μετωπιαίου κατόπτρου και του λαρυγγοσκοπίου.



Σχήμα 5. Α) Έμμεση λαρυγγοσκόπηση, Β) Έμμεση λαρυγγοσκόπηση.
α) Θέση για τον έλεγχο των φωνητικών χορδών, β) Θέση για τον έλεγχο της οπίσθιας εντομής, γ) Θέση για τον έλεγχο της πρόσθιας εντομής



Σχήμα 6. Έμμεση λαρυγγοσκόπηση

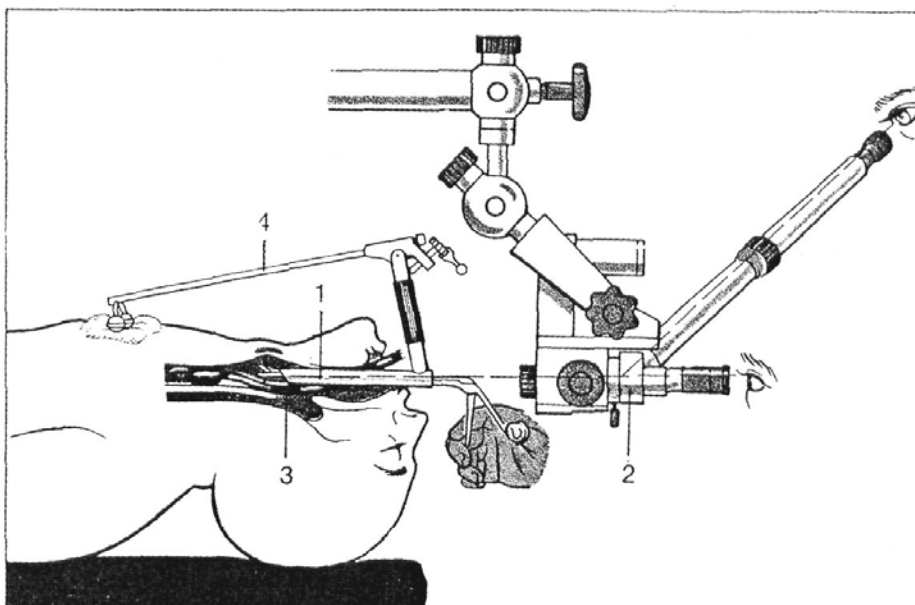
α) Τεχνική της έμμεσης λαρυγγοσκοπήσεως, β) Η εικόνα του λάρυγγα, της ρίζας της γλώσσας και του υποφάρυγγα κατά την έμμεση λαρυγγοσκόπηση.

1) Γλωσσοεπιγλωττιδικός σύνδεσμος, 2) Επιγλωττίδα, 3) Επιγλωττιδικό φύμα
 4) Λαρυγγική κοιλία, 5) Φωνητική απόφυση, 6) Προβολή του χόνδρου του Wrisbergi,
 7) Προβολή του χόνδρου του Santorini, 8) Μεσοαρυταινοειδές διάστημα, 9) Οπίσθιο
 φαρυγγικό τοίχωμα, 10) Τραχεία, 11) Τόξο του κρικοειδούς χόνδρου, 12) Απιοειδής
 κόλπος, 13) Αρυταινοεπιγλωττιδική πτυχή, 14) Κοιλιακή πτυχή, 15) Φωνητική χορδή,
 16) Γλωσσοεπιγλωττιδικό βοθρίο, 17) Βάση της γλώσσας.

Η άμεση λαρυγγοσκόπηση γίνεται μετά από τοπική ή γενική αναισθησία με ειδικό όργανο, το άμεσο λαρυγγοσκόπιο. Η εξέταση αυτή γίνεται στο χειρουργείο και με άσηπτες συνθήκες.

Για την εξέταση αυτή χρειαζόμαστε:

1. Ειδικό όργανο εξέτασης, το λαρυγγοσκόπιο
2. Έμμεσο φωτισμό με μετωπιαίο κάτοπτρο
3. Λυχνία οιοπνεύματος
4. Κομμάτια γάζας
5. Βαμβακοφορέα λάρυγγα



Σχήμα 7. Άμεση λαρυγγοσκόπηση.
 1) Λαρυγγοσκόπιο, 2) Χειρουργικό μικροσκόπιο.
 3) Ενδοτραχειακός σωλήνας ναρκώσεως, 4) Στήριγμα του λαρυγγοσκοπίου.

Στροβοσκόπηση

Αυτή είναι μέθοδος έμμεσης λαρυγγοσκοπήσεως, κατά την οποία μπορούμε να παρατηρήσουμε και τις δονήσεις των φωνητικών χορδών, ενώ αυτό είναι αδύνατο με τη συνηθισμένη έμμεση λαρυγγοσκόπηση.

Ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα

Αυτή έχει μεγάλη σημασία για εντόπιση της θέσεως ξένων σωμάτων και όγκων και για διάγνωση λαρυγγοκληλών και καταγμάτων του χόνδρινου σκελετού του λάρυγγα. Χρησιμοποιούμε δύο κυρίως προβολές για ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα, την προσθιοπίσθια και την πλάγια προβολή. Κατά την πλάγια προβολή απεικονίζεται ο χόνδρινος σκελετός του λάρυγγα και μάλιστα τόσο καλύτερα, όσο περισσότερο ασβεστοποιημένοι είναι οι χόνδροι. Σε μαλακές ακτινογραφίες είναι δυνατόν να φανούν επίσης τα μαλακά μέρη και ο εσωτερικός χώρος του λάρυγγα. Κατά την προσθιοπίσθια προβολή φαίνεται ο εσωτερικός χώρος του λάρυγγα με τις ψευδοχορδές, η μοργάνεια κοιλία και οι φωνητικές χορδές.

Για διαπίστωση της εκτάσεως νεοπλασιών του λάρυγγα και για καλύτερη ακτινολογική μελέτη του, χρησιμοποιούμε την τομογραφία.

Άλλη μέθοδος ακτινολογικής μελέτης του λάρυγγα είναι η λαρυγγογραφία, δηλαδή η ακτινογραφία του λάρυγγα με έγχυση μέσα σ' αυτόν σκιογόνου ουσίας, οπότε τυχόν αλλοιώσεις του βλεννογόνου του γίνονται σαφέστερες.

7. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ

Το λαρυγγικό διάφραγμα (Diaphragma Laryngis)

Οι συγγενείς λαρυγγοκήλες

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

- Οξείες φλεγμονές

Καταρροϊκή οξεία λαρυγγίτιδα

Υπογλωττιδική λαρυγγίτιδα

Οξεία επιγλωττίτιδα της παιδικής ηλικίας

Οίδημα του λάρυγγα

Περιχονδρίτιδα του λάρυγγα

- Χρόνιες φλεγμονές του λάρυγγα

Χρόνια λαρυγγίτιδα

Φυματίωση

- Κακώσεις του λάρυγγα

Τραυματισμοί με όργανο του τέμνει

Τραυματισμοί με αμβλύ όργανο (κατάγματα του λάρυγγα)

Τραυματισμοί του εσωτερικού του λάρυγγα

- Ξένα σώματα του λάρυγγα

ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Καλοήθεις όγκοι

Κομβία των φωνητικών χορδών και πολύποδες

Θηλώματα του λάρυγγα

Κακοήθεις όγκοι

Καρκίνωμα υποφάρυγγα – λάρυγγα

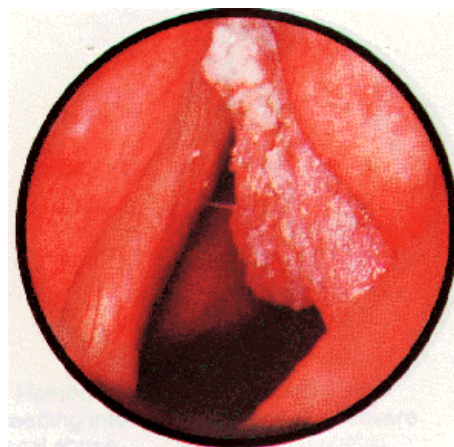
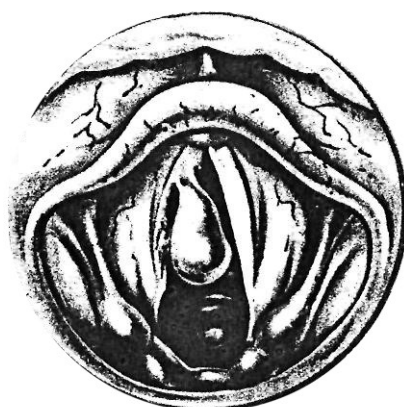
Καρκίνος του λάρυγγα

8. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

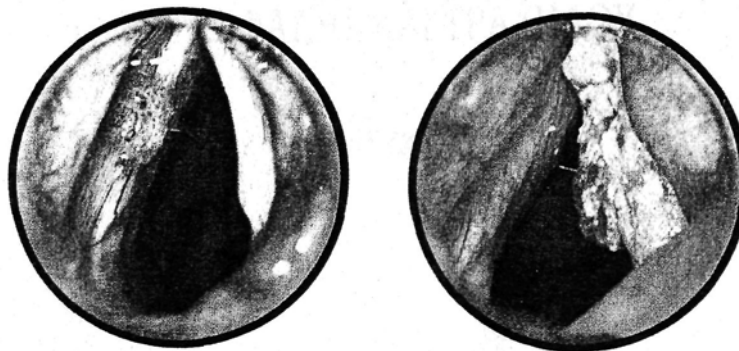
Παγκοσμίως ο καρκίνος του λάρυγγα (Σχήμα 8 & Σχήμα 9) αποτελεί το 1-2% όλων των καρκίνων. Στις ΗΠΑ το 1997 υπολογίσθηκαν 10.900 νέες περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα και 4.230 θάνατοι από τη νόσο (θνητότητα 39%). Στον πίνακα 1 αναγράφονται οι περιπτώσεις καρκίνου κατά το έτος 1997 στην αναπνευστική και ανώτερη πεπτική οδό.

Εντόπιση	Άνδρες	Γυναίκες	Συνολικά
Χείλη	1900	600	2500
Γλώσσα	4200	2200	6400
Στόμα	6700	4300	11000
Φάρυγγας	6400	2400	8800
Λάρυγγας	8900	2000	10900
Πνεύμονας	98300	79800	178100
Υπόλ. Αναπνευστικό	4200	1400	5600

Πίνακας 1. Περιπτώσεις καρκίνου στις ΗΠΑ – έτος 1997



Σχήμα 8. Όγκος του Λάρυγγα



**Σχήμα 9. Αριστερά: Καρκίνωμα εντοπισμένο στη φωνητική χορδή.
Δεξιά: Καρκίνωμα με κατάληψη της φωνητικής χορδής, πρόσθιας εντομής και
λαρυγγικής κοιλίας.**

Ο καρκίνος του λάρυγγα στις ΗΠΑ διαγιγνώσκεται 3,5 φορές συχνότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Η συχνότητα στις γυναίκες τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί, πιθανόν σαν αντανάκλαση της αύξησης του καπνίσματος από τις γυναίκες. Σε άλλες χώρες ο καρκίνος του λάρυγγα είναι 10 φορές συχνότερος στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Αν και το εύρος ηλικιακής κατανομής ποικίλλει ευρέως από την 3η μέχρι την 9η δεκαετία της ζωής, η νόσος εμφανίζεται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Η δεκαετία με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι μεταξύ 55 και 65 ετών. Λιγότερες από 1% των περιπτώσεων εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών και μάλιστα η συχνότητα στις νεαρές ηλικίες μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι ίδια.

Η ανασκόπηση των επιδημιολογικών δεδομένων δίνει την εντύπωση πως ίσως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι ετερογενείς τύποι καρκίνου του λάρυγγα:

- Ο σπάνιος τύπος καρκίνου του λάρυγγα που προσβάλλει νεαρούς μη καπνιστές άνδρες και γυναίκες με ίση συχνότητα και προκαλείται από κάποιο άγνωστο παράγοντα
- Ο συχνότερος τύπος καρκίνου που εμφανίζεται σε ηλικιωμένους καπνιστές.

Αιτιολογία και παθογένεση

Σημαντικές διαφορές στη συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα σε σχέση με την ηλικία και το φύλο στα διάφορα μέρη του κόσμου υποδηλώνουν, ότι περιβαλλοντικοί

παράγοντες διαδραματίζουν ένα σοβαρό ρόλο στην παθογένεση. Έχει επαρκώς τεκμηριωθεί ότι το κάπνισμα και το αλκοόλ, ιδιαίτερα σε συνδυασμό, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες κινδύνου της νόσου. Το κάπνισμα αποτελεί αυτόνομα σημαντικά ισχυρότερο παράγοντα κινδύνου σε σχέση με το αλκοόλ. Αν και το αλκοόλ ενισχύει σημαντικά την καρκινογένεση του καπνού αποτελεί επίσης ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου. Η αναλογικά χαμηλή θνητότητα και επίπτωση του καρκίνου του λάρυγγα σε μη καπνιστές και η μικρή αναλογία μη καπνιστών μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα αποδεικνύει ότι το κάπνισμα παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην παθογένεση. Πολύ σπάνια (<5%) το καρκίνωμα του λάρυγγα απαντά σε άτομα, που δεν καπνίζουν. Το κάπνισμα έχει ξεκάθαρα αποδειχθεί ως η μείζονα αιτία του καρκίνου του πνεύμονα και σημαντική αιτία στην παθογένεση του καρκίνου του λάρυγγα. Υπάρχει μία γραμμική σχέση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων, που καπνίζονται, και του κινδύνου αναπτύξεως μαλπιγιακού καρκινώματος του λάρυγγα.

Ορισμένοι συγγραφείς έχουν επισημάνει ότι οι γεωγραφικές κατανομές του καρκίνου του πνεύμονα και του λάρυγγα είναι δυνατόν να ποικίλλουν, και αυτές οι διαφορές ίσως εξηγούνται από τις διαφορές στην κατανάλωση του αλκοόλ που φαίνεται να δρα συνεργιστικά στον καρκίνο του λάρυγγα αλλά όχι στον πνεύμονα. Στην Αγγλία και στη Ουαλία το αλκοόλ φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη παθογένεση του καρκίνου του λάρυγγα.

Η συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα είναι υψηλότερη στις αστικές περιοχές σε σύγκριση με τις αγροτικές. Αν και η διαφορά αυτή εν μέρει οφείλεται στη μεγαλύτερη κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, είναι επίσης πιθανόν να σχετίζεται με αυξημένη επαγγελματική έκθεση σε ερεθιστικές ουσίες, που θεωρούνται ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του λάρυγγα. Επαγγελματικοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Σκόνη ξύλων
- Προϊόντα πίσσας και άνθρακα
- Νικέλιο
- Δέρματα
- Χρώματα
- Κουσαέρια μηχανών

Η συσχέτιση του καρκίνου του λάρυγγα με την άσβεστο είναι αμφιλεγόμενη.

Διαιτητικοί παράγοντες ίσως διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην παθογένεση του καρκίνου του λάρυγγα. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι δίαιτες πλούσιες σε β-καρωτινοειδή ίσως προστατεύουν καθώς και δίαιτες πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά.

Ανατομικές ιδιαιτερότητες- Παθολογία - Επέκταση

Για λόγους ταξινόμησης και επιλογής της κατάλληλης θεραπείας καθώς και για προγνωστικούς λόγους ο λάρυγγας υποδιαιρείται σε τρεις ανατομικές περιοχές:

- Γλωττιδική μοίρα
- Υπεργλωττιδική μοίρα
- Υπογλωττιδική μοίρα

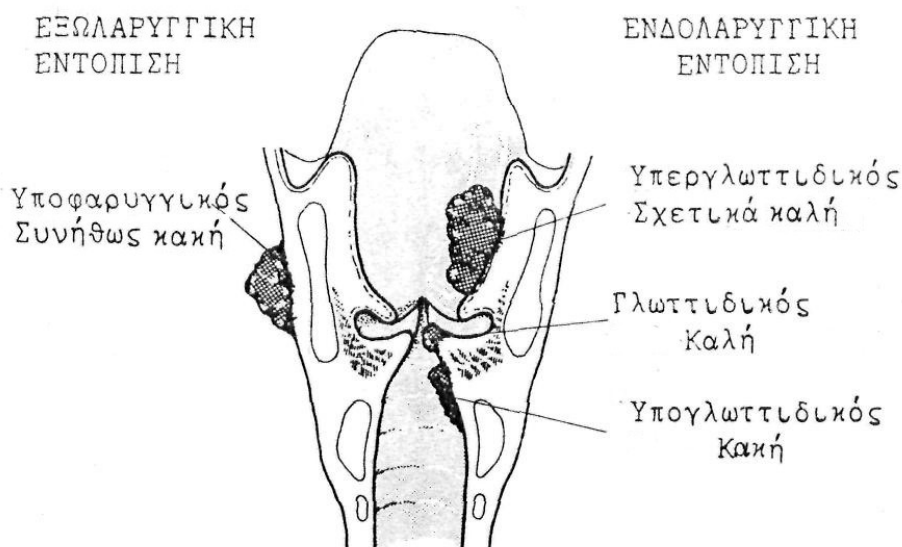
Ο διαχωρισμός αυτός αποτελεί τη βάση για τα διάφορα διεθνή συστήματα ταξινόμησης του καρκίνου του λάρυγγα (International Union Against Cancer - UICC ή American Joint Committee on Cancer - AJCC).

Νεοπλάσματα που εντοπίζονται στις γνήσιες φωνητικές χορδές μαζί με την πρόσθια και οπίσθια γωνία χαρακτηρίζονται ως γλωττιδικοί όγκοι.

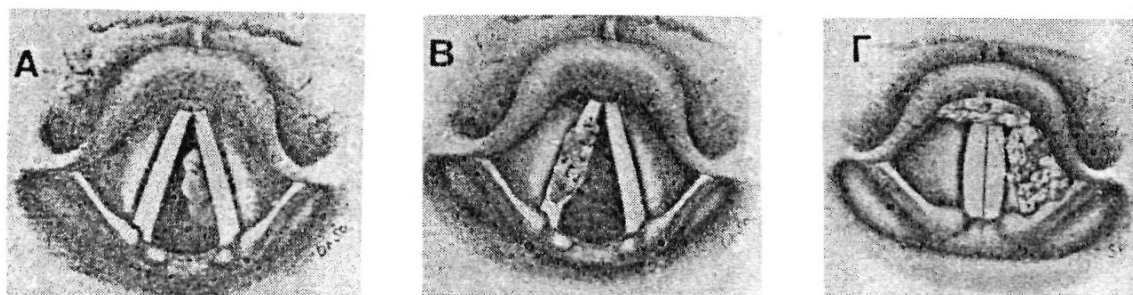
Νεοπλάσματα που εντοπίζονται στις νόθες φωνητικές χορδές, αρυταινοειδείς, επιγλωττίδα και αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές θεωρούνται υπεργλωττιδικοί όγκοι.

Υπογλωττιδικοί όγκοι εντοπίζονται στο βλεννογόνο που αρχίζει 1cm κάτω από την κορυφή της κοιλίας και επεκτείνεται μέχρι το κατώτερο όριο του κρικοειδούς χόνδρου. (Ανατομικά αποκλείονται οι όγκοι που εντοπίζονται στο γλωσσοεπιγλωττιδικό βοθρίο, στη ρίζα της γλώσσας, στην οπισθοκρικοειδή περιοχή, στους απιοειδείς κόλπους στο οπίσθιο και πλάγιο τοίχωμα του φάρυγγα).

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο όγκος εντοπίζεται στις γνήσιες φωνητικές χορδές (50-70% των περιπτώσεων). Στην υπεργλωττιδική μοίρα εντοπίζεται περίπου το 30% και στην υπογλωττιδική μοίρα το 2% περίπου (Σχήμα 10 & 11).



Σχήμα 10. Σχηματική παράσταση του καρκίνου του λάρυγγα που δείχνει την εντόπιση και την πρόγνωση.



Σχήμα 11. Καρκίνος του λάρυγγα.
A. Υπογλωττιδική εντόπιση. **B.** Γλωττιδική εντόπιση. **Γ.** Υπεργλωττιδική εντόπιση.

Ο καρκίνος που εντοπίζεται σε μία περιοχή του λάρυγγα τείνει αρχικά να αναπτύσσεται τοπικά πριν επεκταθεί σε γειτονική περιοχή. Η επέκταση και διείσδυση στα διάφορα διαμερίσματα του λάρυγγα καθιστά δυσκολότερη την αντιμετώπιση και επιβαρύνει σημαντικά την πρόγνωση και την επιβίωση του ασθενούς.

Η συχνότητα συνύπαρξης του καρκίνου του λάρυγγα και άλλων κακοηθών νεοπλασμάτων ανέρχεται στατιστικώς σε 5-15%. Ο πνεύμονας είναι η συχνότερη δεύτερη πρωτοπαθής εστία και ακολουθεί σε συχνότητα το γαστρεντερικό. Μία μονήρης εστία στον πνεύμονα σε ασθενή με καρκίνο του λάρυγγα είναι πιθανότερο να οφείλεται σε δεύτερο πρωτοπαθή όγκο παρά σε πνευμονική μετάσταση. Η δεύτερη

πρωτοπαθής εστία εκδηλώνεται 5-14 χρόνια μετά την ανεύρεση της αρχικής εστίας και η εμφάνιση της είναι συχνότερη και συντομότερη μετά από ακτινοθεραπεία.

Οι αιματογενείς μεταστάσεις είναι ασυνήθεις και συμβαίνουν συνήθως σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Δυστυχώς ο καρκίνος του λάρυγγα συχνά μεθίσταται στα τραχηλικά λεμφογάγγλια όταν εντοπίζεται στην υπεργλωττιδική ή στην υπογλωττιδική μοίρα λόγω του πλουσίου λεμφικού δικτύου, συχνά δε αμφιπλεύρως. Ευτυχώς η γλωττιδική μοίρα πρακτικώς δεν έχει λεμφαγγεία γι' αυτό οι όγκοι που αναπτύσσονται σε αυτήν, δεν χορηγούν ουσιαστικώς μεταστάσεις (<5%), εκτός εάν επεκταθούν σε γειτονικές περιοχές.

Η παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων έχει κακή προγνωστική σημασία και η πενταετής επιβίωση μειώνεται κάτω του 50%. Το καρκίνωμα πλακώδους επιθηλίου αντιστοιχεί περίπου στο 95% των περιπτώσεων. Άλλοι σπανιότεροι όγκοι είναι το μυρμηκιδές καρκίνωμα 2-4%, το αδενοκαρκίνωμα 1% και το σάρκωμα 1%.

Η διαδικασία της καρκινογένεσης στον καρκίνο του λάρυγγα διαρκεί πολλά χρόνια. Είναι δυνατόν στην διαδρομή αυτή προκαρκινικές αλλοιώσεις όπως διαφόρου βαθμού δυσπλασίες του επιθηλίου να διαγνωσθούν ιστολογικά. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποκλεισθεί τυχόν συνύπαρξη εστίας αρχόμενου καρκίνου καθώς και η σωστή ενημέρωση του ασθενούς για άμεση διακοπή του καπνίσματος και συνεχή παρακολούθηση από τον θεράποντα γιατρό του.

Κλινική εικόνα-Διάγνωση

Τα κύρια συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος του λάρυγγα είναι το βράγχος φωνής, το συχνό καθάρισμα του λαιμού, ο βήχας και σπανιότερα η αιμόπτυση, η δύσπνοια, το άλγος και η δυσφαγία (βλέπε και Πίνακα 2). Το βράγχος φωνής αποτελεί ευτυχώς ένα πρώιμο σύμπτωμα του καρκίνου που εντοπίζεται στις γνήσιες φωνητικές χορδές. Εάν το βράγχος επιμένει περισσότερο των τριών εβδομάδων πρέπει απαραίτητα να εξετάζεται ο λάρυγγας. Η έγκαιρη διάγνωση στις περιπτώσεις αυτές είναι δυνατόν να σώσει, όχι μόνο τη ζωή του ασθενούς, αλλά και την διατήρηση του λάρυγγα. Εάν αντίθετα η διάγνωση καθυστερήσει, αναπτύσσεται προοδευτικά δύσπνοια από στένωση της αεροφόρου οδού και σε ακόμη πιο προχωρημένα στάδια δυσκαταποσία. Όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στην υπεργλωττιδική μοίρα του λάρυγγα συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα στην αρχική περίοδο της ανάπτυξης του. Ο άρρωστος είναι

δυνατόν να εμφανίζει ένα δυσάρεστο αίσθημα στο λαιμό σαν ξένο σώμα ή έχει την αίσθηση του κόμπου. Τα συμπτώματα αυτά δεν είναι ειδικά και πρέπει να εξετάζονται από ειδικό Ωτορινολαρυγγολόγο όταν επιμένουν. Δυστυχώς η φωνή είναι φυσιολογική. Κατά την ομιλία ή την κατάποση είναι δυνατόν να προκαλείται αντανακλαστικός πόνος στο αυτί που συνήθως οφείλεται σε μεγαλύτερη τοπική επέκταση. Ο υπεργλωττιδικός καρκίνος του λάρυγγα είναι δυνατόν να εμφανισθεί με πρώτη εκδήλωση μετάσταση σε τραχηλικό λεμφαδένα. Γενικά η εμφάνιση τραχηλικού λεμφαδένα επιβάλλει την προσεκτική κλινική ΩΡΛ εξέταση της κεφαλής και του τραχήλου.

Σήμερα με τα μέσα που μας προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία είναι δυνατή η αποτελεσματική εξέταση του ασθενούς και η έγκαιρη εντόπιση της βλάβης χωρίς ιδιαίτερη ταλαιπωρία. Τα άκαμπτα και τα εύκαμπτα ενδοσκόπια επιτρέπουν όχι μόνο την λεπτομερή διερεύνηση, αλλά και την καταγραφή της τυχόν παθολογίας, την ενημέρωση του ασθενούς και τον προγραμματισμό της περαιτέρω θεραπευτικής αγωγής. Σε περίπτωση υποψίας καρκίνου πρέπει να ακολουθεί άμεση λαρυγγοσκόπηση υπό γενική αναισθησία χαρτογράφηση του όγκου, λήψη βιοψίας και έλεγχος για τυχόν δεύτερη πρωτοπαθή εστία.

ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
Αλλοίωση φωνής	12
Δυσκαταποσία	3
Αλγος στην κατάποση	4
Αίμα στα πτύελα	1
Αίσθημα ξένου σώματος στον φάρυγγα	1
Βήχας	1
Δυσφαγία	1
Πλαγιοτραχηλική διόγκωση	2
Δύσσοσμος απόπνοια	1

**Πίνακας 2. Κύρια προεγχειρητικά ενοχλήματα
(Στοιχεία ΓΝ Πατρών– 2001)**

Θεραπεία

Η απόφαση για το ποια θεραπευτική αγωγή θα εφαρμοσθεί εξαρτάται από το λεπτομερειακό προσδιορισμό της εκτάσεως του νεοπλασματος, από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες και από την ύπαρξη ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων (πνεύμονες, ήπαρ, οστικός μυελός). Σήμερα υπάρχουν τρεις δυνατότητες θεραπευτικής αγωγής του καρκινώματος του λάρυγγα:

- Η θεραπεία με ακτινοβολία
- Η χειρουργική θεραπεία
- Η συνδυασμένη αγωγή, δηλαδή χειρουργική και ακτινοβολία

Η θεραπεία με ακτινοβολία

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

- με την ακτινοβολία με τηλεκοβάλτιο,
- με την ακτινοβολία με Betatron,
- με την ακτινοβολία με Supervolt,
- με την ακτινοβολία με ράδιο εξ επαφής.

Τα μειονεκτήματα της ακτινοβολίας με τις ακτίνες Χ, δηλαδή η βλάβη (νέκρωση) του χόνδρινου σκελετού του λάρυγγα και του ακτινοβολούμενου δέρματος, οδήγησαν στον παραμερισμό της μεθόδου αυτής, τουλάχιστον στις μεγάλες κλινικές. Νεότερες μέθοδοι ακτινοβολίας είναι αυτές που γίνονται με τηλεκοβάλτιο, Betatron ή και Supervolt. Οι μέθοδοι αυτοί δεν έχουν τα μειονεκτήματα της προηγούμενης, δηλαδή αφήνουν ανέπαφο το χόνδρο και το δέρμα και γι' αυτό το λόγο σήμερα εφαρμόζονται σε μεγάλη έκταση. Για καταστροφή του κακοήθους νεοπλασματος χρειάζεται συνολικά χειρουργική θεραπεία. Το ποια χειρουργική μέθοδο θα εφαρμοστεί και ποια έκταση θα πάρει αυτή εξαρτάται από την εντόπιση, από την έκταση που καταλαμβάνει το νεόπλασμα, από τις υπάρχουσες μεταστάσεις, από την ηλικία και από τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Χειρουργική θεραπεία

Τμηματικές λαρυγγεκτομές

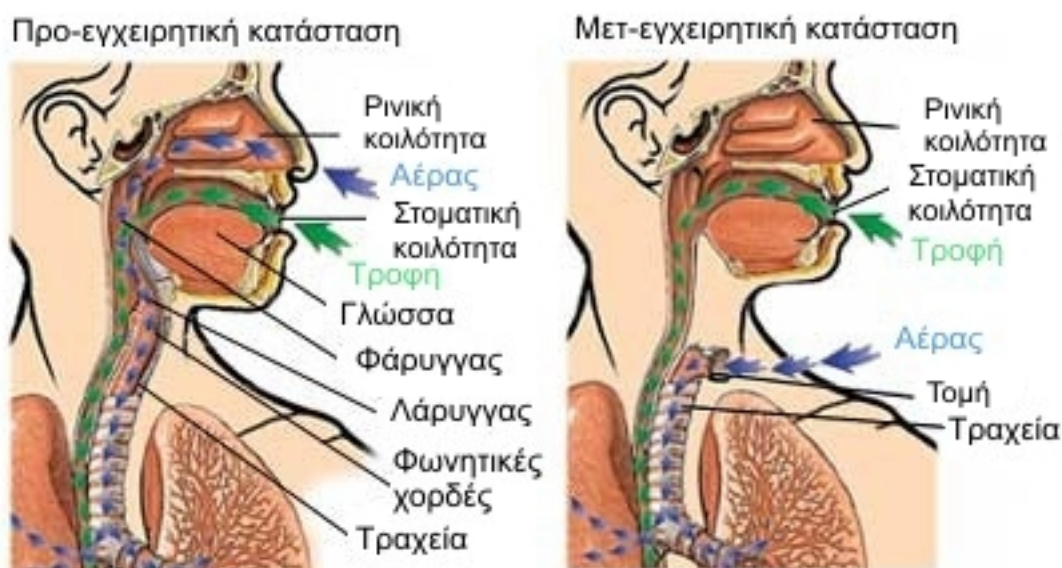
Θυρεοτομή με χονδρεκτομή: Αυτή γίνεται με την αφαίρεση της φωνητικής χορδής μετά από διάνοιξη του θυρεοειδούς χόνδρου στη μέση γραμμή. Γίνεται τότε μόνο, όταν το νεόπλασμα περιορίζεται ακόμη στη μια φωνητική χορδή και η κινητικότητα της είναι καλή

Τμηματικές εξαιρέσεις: Αν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής έχει ξεπεράσει ελαφρά τα όρια της, έχουμε σειρά από διάφορες μεθόδους τμηματικών εξαιρέσεων του λάρυγγα. Αυτές σε γενικές γραμμές γίνονται διαμέσου μιας διευρυσμένης θυρεοτομής· αφαιρούνται τμήματα του θυρεοειδούς χόνδρου, της αντίθετης φωνητικής χορδής, της μοργάνειας κοιλίας και του υπογλωττιδικού χώρου.

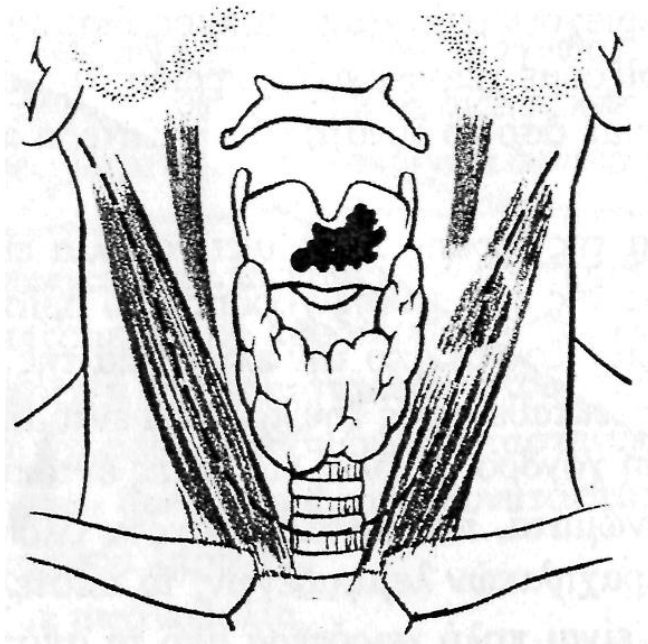
Ημιλαρυγγεκτομή: Αυτή γίνεται με την αφαίρεση του μισού του λάρυγγα, όταν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής, καθώς αυξάνεται διηθητικώς, καταλαμβάνει μεγαλύτερα τμήματα του φωνητικού μυός και φθάνει ως τον αρυταινοειδή χόνδρο (καμιά κινητικότητα της φωνητικής χορδής).

Λαρυγγεκτομή (ολική λαρυγγεκτομή): Αποτελεί τη σπουδαιότερη επέμβαση της χειρουργικής του καρκινώματος του λάρυγγα και γίνεται με την ολική αφαίρεση του (Σχήμα 12).. Γίνεται σε περίπτωση εκτεταμένου εσωτερικού καρκινώματος του λάρυγγα, σε περίπτωση υπογλωττιδικού, στο οποίο τμηματική εξαίρεση είναι δυνατόν να γίνει, σε περίπτωση καρκινώματος του υποφάρυγγα και σε περίπτωση καρκινώματος του λάρυγγα που έχει ξεπεράσει τα όρια του (Σχήμα 13).

Χειρουργική αφαίρεση του λάρυγγα



Σχήμα 12. Αλλαγές λόγω χειρουργικής αφαίρεσης του λάρυγγα



Σχήμα 13. Όρια ολικής λαρυγγεκτομής

Η πρώτη επέμβαση έγινε από το χειρουργό Billroth, που το 1873 επιχείρησε την εκτομή λάρυγγα σε ασθενή που είχε προσβληθεί από καρκίνο. Οι χειρουργοί Gluck και Sorensen, κατά το τέλος του 19ου αιώνα, τελειοποίησαν τόσο πολύ την τεχνική της λαρυγγεκτομής, ώστε η αρχικά υψηλή θνησιμότητα (50%) χάρη στην επέμβαση να κατέβει στα 2-3%.

Η μέθοδος κατά Gluck και Sorensen με ελαφρές τροποποιήσεις εφαρμόζεται ως σήμερα. Η επέμβαση γίνεται με ενδοτραχειακή νάρκωση. Η τομή του δέρματος έχει σχήμα U ή T. Στη συνέχεια παρασκευάζεται το δέρμα του τραχήλου, ελευθερώνεται ο λάρυγγας από το μυϊκό σύστημα που τον περιβάλλει και αφαιρείται τελικά με αποκόλληση από τον υποφάρυγγα και αποκοπή από την τραχεία από επάνω προς τα κάτω ή από κάτω προς τα επάνω. Το σημείο διανοίξεως της τραχείας συρράπτεται με το δέρμα για δημιουργία μόνιμου τραχειοστόματος και ο φάρυγγας που έχει ανοιχτεί κλείνεται με συρραφή επιμελώς. Συγχρόνως, αν έχουν προσβληθεί από μεταστάσεις τα μαλακά μόρια του τραχήλου, αυτά αφαιρούνται. Ο άρρωστος κατά τις πρώτες 8-10 μετεγχειρητικές ημέρες σιτίζεται με οισοφάγειο σωλήνα που περνά από τη μύτη.

Η θνησιμότητα από την επέμβαση σήμερα βρίσκεται κάτω από 1%. Αν ο όγκος δεν επεκτείνεται μόνο στο εσωτερικό του λάρυγγα, αλλά έχει διαβρώσει το πρόσθιο τοίχωμα

του και έχει προσβάλει τα μαλακά μέρη ως και το δέρμα ακόμη, πρέπει να αφαιρούνται οι περιοχές που έχουν προσβληθεί μαζί με το λάρυγγα.

Όταν πρόκειται για πρωτοπαθή όγκο του υποφάρυγγα, που προσβάλλει από έξω το τοίχωμα του λάρυγγα (εξωτερικό καρκίνωμα του λάρυγγα), πρέπει να εξαιρεθούν μαζί με τον λάρυγγα και μικρότερα ή μεγαλύτερα τμήματα του υποφάρυγγα ή της εισόδου του οισοφάγου. Σε πολλές παρόμοιες περιπτώσεις είναι αναγκαία ύστερα η πλαστική αποκατάσταση του υποφάρυγγα και της εισόδου του οισοφάγου με μετάθεση κρημνού δέρματος.

9. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με λαρυγγεκτομή

Στην περίπτωση που το θεραπευτικό σχήμα είναι η χειρουργική επέμβαση και κατά συνέπεια ένα είδος λαρυγγεκτομής, καθήκον του νοσηλευτή είναι η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.

Προεγχειρητική Προετοιμασία

Η λαρυγγεκτομή είναι μια πολύ σοβαρή επέμβαση και δεν είναι μια επείγουσα διαδικασία. Αφιερώνεται περισσότερος χρόνος για τη βελτίωση της κατάστασης θρέψης και της στοματικής υγιεινής του αρρώστου. Τα δόντια και τα ούλα πρέπει να είναι σε καλή κατάσταση ακόμη κι αν αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αναβληθεί η επέμβαση μια ή δυο εβδομάδες. Γίνεται έλεγχος καρδιολογικός, πνευμονολογικός, αίματος ούρων και καθορίζεται η ομάδα αίματος. Ο άρρωστος θα ανησυχήσει στην ιδέα ότι δε θα μπορεί να πάρει μαθήματα φωνητικής. Αυτά μπορούν ν' αρχίσουν και πριν την επέμβαση. Τον κυριότερο ρόλο που θα παίξει ο νοσηλευτής προεγχειρητικά, είναι η ηθική τόνωση και η ψυχολογική συμπαράσταση στον άρρωστο. Ο άρρωστος στη σκέψη ότι θα χάσει τη φωνή του, η έστω ότι θα χάσει προσωρινά την ικανότητα επικοινωνίας με τους άλλους, αισθάνεται έντονο άγχος, αγωνία και φόβους για την περαιτέρω εξέλιξη της αρρώστιας του. Πάνω σ' αυτό, ο νοσηλευτής τον καθησυχάζει, συζητά μαζί του, έτσι ώστε ο άρρωστος να εξωτερικεύσει του φόβους του για την επέμβαση.

Πριν από το χειρουργείο, επιβάλλεται η εκ μέρους του νοσηλευτή λεπτομερής εξήγηση των μέσων τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για την επικοινωνία του αρρώστου με τους άλλους.

Θα του εξηγήσει ότι μετά το χειρουργείο θα μπορεί να χρησιμοποιεί ένα μπλοκ και μολύβι σαν μέσο επικοινωνίας. Ακόμη θα μπορεί να χρησιμοποιεί, οποιαδήποτε ώρα, το κουδούνι στο οποίο απαντά ο νοσηλευτής.

Επίσης, θα τον ενημερώσει ότι λίγες μέρες μετά το χειρουργείο, θα διδαχθεί την οισοφαγική ομιλία. Ο άρρωστος εκπαιδεύεται να καταπίνει αέρα στον οισοφάγο και να τον βγάξει πάλι θορυβωδώς μετατρέποντας το θόρυβο σε λέξεις με τη γλώσσα τα

χείλη, τα μάγουλα και την υπερώα. Ο ασθενής εισάγεται πολλές μέρες πριν την επέμβαση. Τον βοηθά πολύ να συναντήσει τον λογοθεραπευτή και να πληροφορηθεί για τη μετεγχειρητική αγωγή. Όπως επίσης να συναντηθεί με κάποιον με πετυχημένη λαρυγγεκτομή. Είναι ίσως αναγκαίο να πείσει τον άρρωστο, προεγχειρητικά, ότι με την εγχείρηση δεν τελειώνει η επικοινωνία του με τους άλλους συνανθρώπους του. Μια επίσκεψη σ' ένα άρρωστο με το ίδιο περιστατικό, που χρησιμοποιεί με επιτυχία την οισοφαγική ομιλία, ίσως είναι ένας τρόπος σωστός που θα πείσει τον άρρωστο.

Εξηγεί με κάθε λεπτομέρεια ότι μετεγχειρητικά θα τρέφεται με οισοφάγειο σωλήνα (LEVIN), μέχρι να επουλωθεί η πλαστική του οισοφάγου, η οποία γίνεται συγχρόνως με την λαρυγγεκτομή.

Επίσης ενημερώνει τον άρρωστο ότι θα έχει μόνιμη τραχειοστομία και θα γίνει διδασκαλία το πως θα τη φροντίζει και πως θα την καλύπτει αργότερα μ' ένα μαντήλι λαιμού ή κολάρο.

Αν όλα τα παραπάνω γίνουν όπως υπαγορεύει η ευαισθησία και η διπλωματία του νοσηλευτή, τότε το άτομο θα κινητοποιήσει τις ψυχολογικές του δυνάμεις και θα δεχθεί την αρρώστια του και τις συνέπειες μιας τέτοιας εγχείρησης. Τη παραμονή της επέμβασης ο ασθενής είναι στο ίδιο διαιτολόγιο. Αρχίζει αντιβιοθεραπεία. Αν δεν έχει ενεργηθεί του χορηγείται υπόθετο ή του γίνεται καθαρισμός υποκλυσμός. Για την εξασφάλιση του νυχτερινού ύπνου του χορηγείται ηρεμιστικό. Το πρωί της επέμβασης ο λαιμός και το πρόσωπο ξυρίζονται και σαπουνίζεται το δέρμα.

Φαρμακευτική αγωγή πριν το χειρουργείο:

Πεθιδίνη ή Μορφίνη ή Ατροπίνη χορηγούνται 1 με 1 ½ ώρα πριν την επέμβαση. Η Μορφίνη αντενδείκνυται μετά την επέμβαση επειδή προκαλεί καταστολή του κέντρου αναπνοής. Εφαρμόζεται τραχειοστομία ενώ συγχρόνως γίνεται μετάγγιση αίματος.

Η τοπική αναισθησία είναι μερικές φορές αρκετή για όλες αυτές τις επεμβάσεις αλλά προτιμάται γενική αναισθησία (Pentothal κλπ).

Αν υπάρχει αναπνευστική απόφραξη, μπορεί να εισαχθεί ένας ελαστικός ρινικός αεραγωγός ή διαρρινικός καθετήρας. Το εργαλείο βρογχοσκόπησης πρέπει να είναι σε ετοιμότητα.

10. ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ

Ανατομικά Στοιχεία Τραχείας

Η τραχεία αποτελεί κυλινδρικό σωλήνα, μήκους 11-12 cm, που απαρτίζεται από χόνδρινα ημικρίκια και συνδέσμους. Ξεκινάει από το ύψος του 6ου-7ου αυχενικού σπονδύλου και φθάνει μέχρι το ύψος του 4ου-5ου Θωρακικού σπονδύλου. Φέρεται σαν συνέχεια του λάρυγγα και βρίσκεται μπροστά από τον οισοφάγο και πίσω από το θυρεοειδή αδένα.

Ο όρος αυτός κυριολεκτικά σημαίνει άνοιγμα στην τραχεία και είναι ο σωσίας για ένα άνοιγμα που πρόκειται να παραμείνει διαπερατό.

Η τραχειοστομία γίνεται στις εξής περιπτώσεις:

1. Για να εξασφαλίσει και για να διατηρήσει ανοικτό αεραγωγό
2. Να κάνει δυνατή την απομάκρυνση των εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δένδρο (σε αδυναμία από μέρους του ασθενούς)
3. Να επιτρέψει τη χρησιμοποίηση αναπνευστήρα
4. Να εμποδίσει την εισρόφηση εκκρίσεων στον κωματώδη άρρωστο
5. Να αντικαταστήσει τον ενδοτραχειακό σωλήνα για περισσότερες από 24 ώρες
6. Επίσης στον καρκίνο του λάρυγγα μετά την εγχείρηση κατά ένα μεγάλο ποσοστό έχουμε εγκατάσταση μόνιμης τραχειοστομίας

Είδη Τραχειοσωλήνων

1. Πλαστικοί μιας χρήσης.
2. Αργυρός τραχειοσωλήνας
3. Αργυρός τραχειοσωλήνας Jackson με προσαρμογή Morch.
4. Σωλήνας με cuff.
5. Σωλήνας με διπλό cuff.

Προεγχειρητική προετοιμασία αρρώστου για τραχειοτομή

Στη περίπτωση που η τραχειοτομή δεν γίνει επείγοντως και έχει προγραμματιστεί, ο νοσηλευτής προεγχειρητικά ακολουθεί τα εξής:

α. Κάνει τοπική προεγχειρητική φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει ξύρισμα στην περιοχή του τραχήλου και ασηψία εγχειρητικού πεδίου.

β. Κάνει καθαρισμό υποκλυσμό την παραμονή της εγχείρησης.

γ. Ενημερώνει τον άρρωστο να παραμείνει νηστικός.

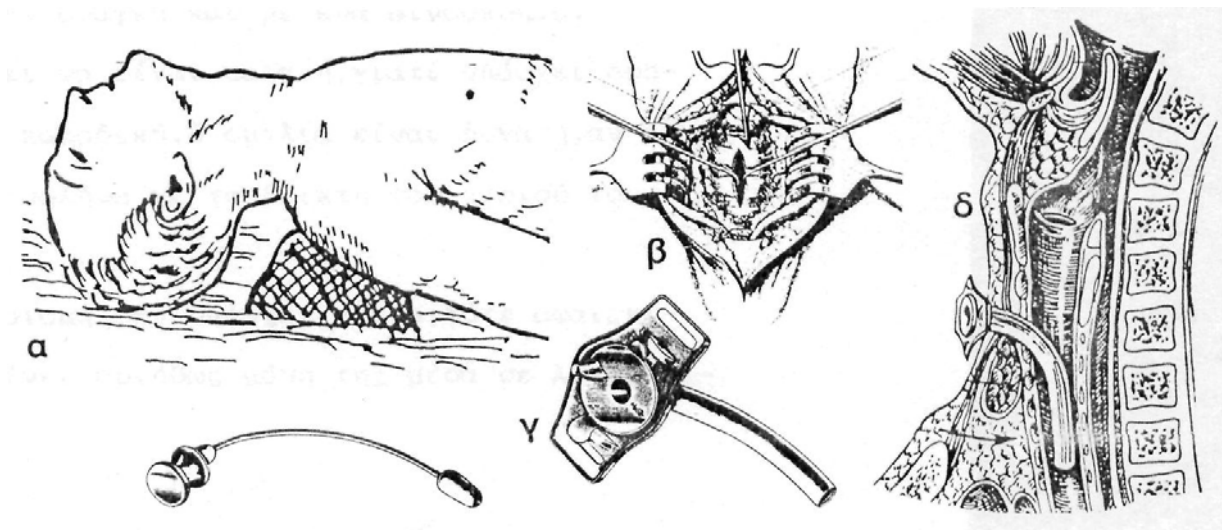
δ. Φροντίζει ούτως ώστε να πραγματοποιηθούν οι προγραμματισμένες από τον γιατρό εξετάσεις.

ε. Εκείνο όμως που έχει σημαντική θέση προεγχειρητικά, είναι η ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου, η οποία γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Ενημερώνει με κάθε λεπτομέρεια τον άρρωστο ότι μετά την εγχείρηση δεν θα μπορεί να μιλάει, αλλά ό,τι χρειάζεται να πει στους άλλους θα το γράφει και θα μπορεί να χρησιμοποιεί το κουδούνι όποια ώρα θέλει και σ' αυτό θα απαντά πρόθυμα.

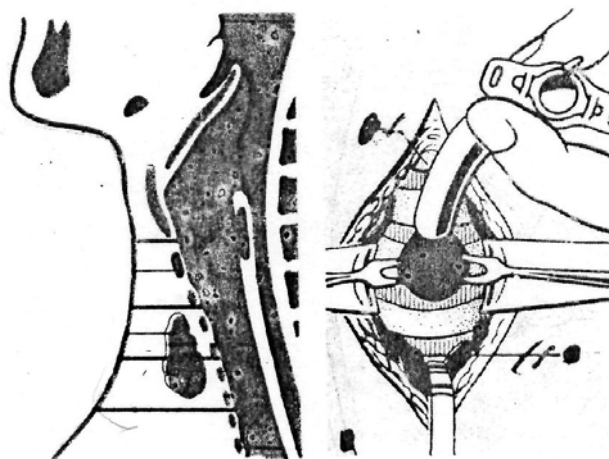
στ. Θα τον ενημερώσει επίσης για την πορεία μετεγχειρητικά και θα τον ησυχάσει λέγοντας του ότι εφόσον πάψει να υπάρχει η αιτία θα αφαιρεθεί ο τραχειοσωλήνας, θα κλείσει το τεχνητό στόμιο της τραχείας και δεν θα απομείνει καμία ανικανότητα ή αναπηρία. Μετά απ' αυτό ο άρρωστος θα μιλά φυσιολογικά.

Μετεγχειρητική φροντίδα αρρώστου με τραχειοτομή

Ο άρρωστος επιστρέφει από το χειρουργείο με τραχειοστομία (Σχήμα 14), δηλ. μόνιμο άνοιγμα τραχείας. Ο άρρωστος φέρει τραχειοσωλήνα εφαρμοσμένο στην τραχειοτομή (Σχήμα 15) και στερεωμένο με ειδική κορδέλα (φακαρόλα), που δένεται στο πλάι του αυχένα για μεγαλύτερη άνεση του αρρώστου (Σχήμα 16). Επίσης έχει οισοφάγιο σωλήνα (LEVIN), ο οποίος εξέρχεται από τη μύτη. Αναμένεται διαρροή αίματος 4-8 ml, και λιγότερο τη δεύτερη μέρα. Ο νοσηλευτής καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Παρατηρείται προσεχτικά το χρώμα του αρρώστου και γίνεται καταγραφή των ζωτικών σημείων (σφίξεων και αρτηριακής πίεσης) ανά μισή ώρα μέχρι ν' αποκατασταθούν σε φυσιολογικά επίπεδα.



Σχήμα 14. Τραχειοτομή. α. Θέση του αρρώστου. β. Θέση του τραχειοστόματος. γ. Τραχειοσωλήνας. δ. Θέση του τραχειοσωλήνα στην τραχεία



Σχήμα 15. Τραχειοτομή

α. Ο άρρωστος τοποθετείται στην κατάλληλη θέση. Η καταλληλότερη είναι η ημικαθιστή (Fowler), γιατί έτσι διευκολύνεται η αναπνοή και ελαττώνεται το οίδημα. Αν πονάει του χορηγείται παυσίπονο.

β. Απειλή στη ζωή του αρρώστου, είναι η δημιουργία άφθονων εκκρίσεων, οι οποίες αποτελούν κίνδυνο αποφράξεως του στομίου και ασφυξίας. Γι' αυτό το λόγο ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον άρρωστο να βήχει για να βγάξει τις εκκρίσεις.

γ. Γίνονται συχνά αναρροφήσεις, ίσως και κάθε δέκα λεπτά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες και λιγότερες αργότερα. Η κυριότερη ένδειξη για αναρρόφηση είναι

οι χαρακτηριστικές θορυβώδεις υγρές αναπνοές, η αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και των αναπνοών. Στην περίπτωση αυτή, ο άρρωστος διαισθάνεται τον κίνδυνο, τρομοκρατείται, ειδικά όταν εγκαταλείπεται μόνος έστω και για λίγα λεπτά της ώρας. Γι' αυτό χρειάζεται συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, για την ηθική ενίσχυση του αρρώστου και την διατήρηση της λειτουργίας του τραχειοσωλήνα.

δ. Επειδή η μύτη και ο φάρυγγας παρακάμπτονται τόσο η εφύγρανση, όσο και ο καθαρισμός του ατμοσφαιρικού αέρα είναι αδύνατος. Γι' αυτό πρέπει ν' ανακουφίζει τον άρρωστο, ή τοποθετώντας τον υγραντήρα εφύγρανσης και δίνοντας του άφθονα υγρά τις 2-3 πρώτες μέρες, ή τοποθετώντας τεμάχια γάζας βρεγμένα σε θερμό αλατούχο διάλυμα μπροστά από το στόμιο τις επόμενες μέρες.

ε. Αντενδείκνυται η χορήγηση κατευναστικών και αναλγητικών φαρμάκων, ιδιαίτερα η χορήγηση μορφίνης, γιατί καταστέλλει το αντανακλαστικό του βήχα.

στ. Διδασκαλία αρρώστου. Ο άρρωστος διδάσκεται πως να φροντίζει τον τραχειοσωλήνα του μόλις είναι σε θέση να το κάνει. Του δείχνει πως λειτουργεί και πως πρέπει να αφαιρείται και να ξαναμπάινει με τη βοήθεια καθρέφτη, καθώς και τον λεπτομερή καθαρισμό του. Ο άρρωστος πρέπει να επαναλάβει το ίδιο μπροστά του, την όλη διαδικασία, μέχρις ότου πεισθεί ότι όλα γίνονται σωστά. Εάν ο άρρωστος δεν είναι ικανός για την φροντίδα της τραχειοτομής, διδάσκει ένα άλλο μέλος της οικογένειας που θα τον φροντίζει.



Σχήμα 16. Άρρωστος με τραχειοτομή

Ο νοσηλευτής που παρακολουθεί μετεγχειρητικά έναν άρρωστο με τραχειοτομή, πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά:

1. τον τρόπο αναρροφήσεων μέσα από τον τραχειοσωλήνα
2. την αλλαγή του εσωτερικού μεταλλικού τραχειοσωλήνα
3. την φροντίδα μεταλλικού τραχειοσωλήνα

Ο τραχειοσωλήνας αφαιρείται τη 10η μετεγχειρητική μέρα. Η πρώτη αλλαγή γίνεται από το χειρουργό τη 2η με 3η μέρα. Τα ράμματα κόβονται την 6η μέρα και ο άρρωστος καλύπτεται με αντιβίωση για μια τουλάχιστον εβδομάδα.

Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να σηκωθεί όσο πιο γρήγορα γίνεται. Είναι γενικά σε θέση να πάει σπίτι του μετά από 2 εβδομάδες. Θα πρέπει να προσέρχεται κάθε εβδομάδα στα εξωτερικά ιατρεία για επανέλεγχο και λογοθεραπεία, και θα μπορεί να πάει στη δουλειά του μετά από ένα μήνα.

Μετεγχειρητικές Επιπλοκές

Φροντίζει ο νοσηλευτής να καταστείλει τους φόβους τόσο του αρρώστου, όσο και των συγγενών του. Παρακολουθεί συνεχώς μετεγχειρητικά για επιπλοκές που μπορεί να είναι:

1. αιμορραγία - αιμάτωμα
2. μόλυνση τραύματος
3. κυάνωση
4. δύσπνοια
5. Χειρουργικό εμφύσημα
6. Ατελεκτασία
7. Στένωση λάρυγγα ή τραχείας

Υψηλή πυρετική κίνηση	7
Εισρόφηση	4
Οίδημα λάρυγγα	2
Διάνοιξη τραύματος	2
Φλεγμονή χειρουργηθείσης περιοχής ή απομακρυσμένων οργάνων	2
Αιμορραγία χειρουργικού τραύματος	1
Ανακοπή καρδιάς	3

Πίνακας 3. Άμεσα μετεγχειρητικά προβλήματα (Στοιχεία ΓΝ Πατρών– 2001)

Δυσκαταποσία	4
Δύσπνοια	6
λόγο	
α) μετακτοινικού οιδήματος	5
β) πολυποειδούς υπερπλασίας του βλεννογόνου	1
Διάνοιξη φαρυγγοστόματος	1

Πίνακας 4. Απώτερα μετεγχειρητικά προβλήματα (Στοιχεία ΓΝ Πατρών– 2001)

Παρακολουθεί επίσης και για αποφυγή άλλων μετεγχειρητικών επιπλοκών, όπως Shock, πνευμονία, οισοφαγικό συρίγγιο κ.λ.π (βλέπε και Πίνακα 3 & 4). Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα πρέπει να διαγνώσει έγκαιρα τις ενδείξεις των επιπλοκών που μπορεί να παρουσιασθούν. Γι' αυτό το λόγο οφείλει να προσέχει τα εξής:

α. Να παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία και κυρίως την αρτηριακή πίεση και το σφυγμό.

β. Να παρακολουθεί για τυχόν αιμορραγία.

γ. Να παρακολουθεί την ανάρρωση του αρρώστου, γιατί οποιαδήποτε αλλαγή της, είτε επιδεινώνεται, είτε συνοδεύεται από ρόγχο, φανερώνει ότι υπάρχει κάποια απόφραξη.

δ. Να παρακολουθεί για τυχόν κυάνωση, που είναι χαρακτηριστικό σύμπτωμα αναπνευστικής διαταραχής.

ε. Να παρακολουθεί για τυχόν δημιουργία υποδορίου εμφυσήματος, που είναι μία κατάσταση που παρατηρείται στους ιστούς γύρω από την τραχειοστομία, αέρας από την τραχεία.

Διαιτολόγιο του αρρώστου με λαρυγγεκτομή

Κατά την μέρα της εγχείρησης, ο άρρωστος παίρνει ορούς και συγχρόνως αρχίζει και αντιβίωση. Στους αρρώστους αυτούς, ο ορός τοποθετείται συνήθως στο αριστερό χέρι, ούτως ώστε να μπορεί να γράψει με το δεξί και να εκφράσει τις επιθυμίες και τις ανάγκες του, αφού είπαμε ότι η επικοινωνία τις πρώτες μέρες γίνεται μ' αυτό τον τρόπο.

Στη συνέχεια τρέφεται από τον οισοφάγειο σωλήνα (τεχνητή διατροφή) για δέκα περίπου μέρες, με τροφή αλεσμένη στο MIXER. Η τροφή πρέπει να είναι κανονικής θερμοκρασίας.

Ο νοσηλευτής τηρεί όλους του κανόνες περί της τεχνητής διατροφής (ποσότητα – θερμότητα - λήψη απαιτούμενων υγρών, κλπ). Μετά από αρκετές μέρες αφαιρείται το LEVIN και ο άρρωστος αρχίζει να τρώει από το στόμα, στην αρχή μαλακή τροφή.

Έξοδος από το νοσοκομείο

Κατά την έξοδο του, ο άρρωστος διδάσκεται μερικά θέματα υγείας που πρέπει να γνωρίζει σχετικά με την λαρυγγεκτομή:

1. Αποκατάσταση της ομιλίας: Μπορεί να αρχίσει περίπου μετά ένα εξάμηνο από την εγχείρηση. Υπάρχουν εξειδικευμένοι θεραπευτές ομιλίας. Αν ψυχολογικά ο άρρωστος νιώθει καλά, μπορεί να μάθει την οισοφαγική ομιλία πολύ γρήγορα. Η οισοφαγική ομιλία γίνεται με την εισρόφηση αέρα στον οισοφάγο, ο οποίος χρησιμοποιείται για την δημιουργία φωνής, ενώ οι πτυχές του ιστού κατά το άνοιγμα του οισοφάγου ενεργούν όπως η δονούσα επιφάνεια.

Υπάρχουν σήμερα διαθέσιμα διάφορα μηχανήματα. Σημασία έχει να διαλεχτεί το καταλληλότερο για τον άρρωστο. Από βιομηχανίες κατασκευάζεται τεχνητός λάρυγγας με μπαταρίες. Ο άρρωστος το ακουμπά στο λαιμό του και καθώς μιλά, αυτό μεταδίδει δονήσεις στο λαιμό του, τις οποίες χρησιμοποιεί για να μιλήσει.

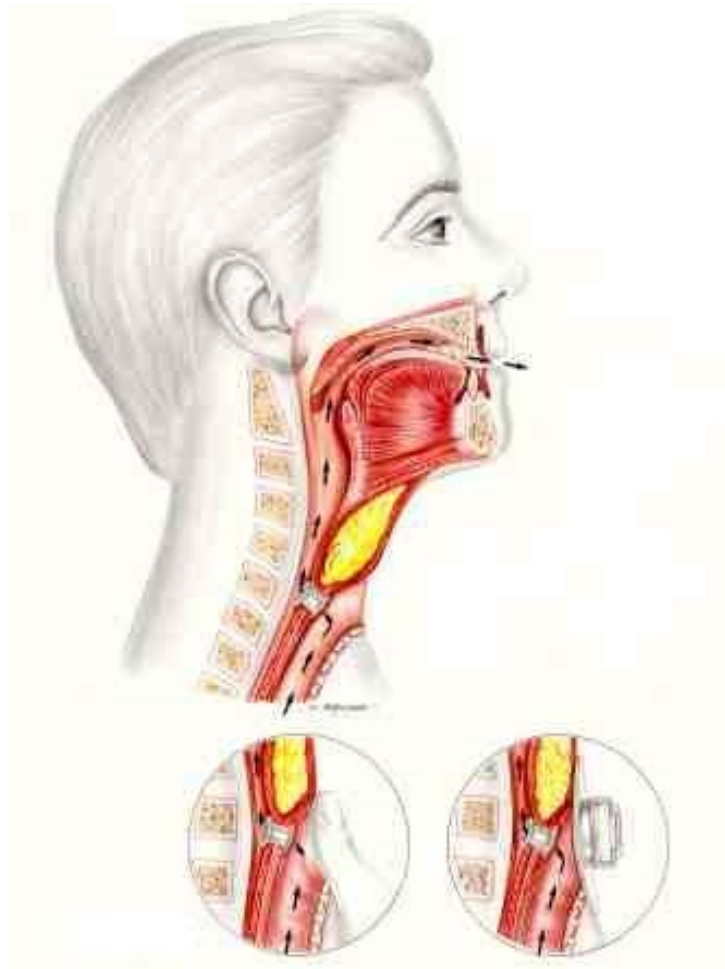
2.. Καθαρισμός στομίου (Σχήμα 17): η διδασκαλία του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής οδηγίες:

- Πριν ακουμπήσει το στόμιο πλένει πολύ καθαρά τα χέρια του.
- Δεν πρέπει να χρησιμοποιεί σαπούνι, βαμβάκι, χαρτομάντιλα, γιατί υπάρχει κίνδυνος να εισροφηθούν μέσα στην τραχεία.

- Πρέπει να κάνει μία λεπτή επάλειψη με βαζελίνη στο περιστοματικό δέρμα.
- Κατά την έξοδο του από το σπίτι, μπορεί να χρησιμοποιούν οι άνδρες πουκάμισα που κουμπώνουν ψηλά και δεν φαίνεται το στόμιο, οι δε γυναίκες, ποικιλία από κασκόλ, φορέματα με ψηλό γιακά.

3. Φροντίδα στόματος: Επειδή ο βλεννογόνος του στόματος δεν αερίζεται, όπως πριν από την λαρυγγεκτομή, γι' αυτό σ' αυτούς τους αρρώστους υπάρχει μία χαρακτηριστική δυσσομία. Για τον λόγο αυτό, ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα στόματος. Εκτός από το κανονικό βούρτσισμα, πρέπει να γίνονται και πλύσεις συχνά με αποσμητικά διαλύματα.

Διδάσκει τον άρρωστο να προστατεύει το στόμιο όταν κάνει ντους, χρησιμοποιώντας πλυστικό κάλυμμα. Τον συμβουλεύει επίσης να μην κάνει μπάνιο στη θάλασσα.



Σχήμα 17. Άρρωστος με τραχειοτομή και φροντίδα της

11. ΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΣ ΦΩΝΗΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

Στα βασικά όργανα, τα οποία συμμετέχουν στην διαδικασία της οισοφαγείου φώνησης.

Ο ΦΑΡΥΓΓΑΣ

Ο φάρυγγας είναι το όργανο, στο ύψος του οποίου η πεπτική οδός (στοματική, οισοφαγική κοιλότητα) διασταυρώνεται με την αναπνευστική οδό (ρινική κοιλότητα, λάρυγγας). Είναι ένας ινομυώδης σωλήνας, που εκτείνεται από τη βάση του κρανίου μέχρι το άνω τμήμα του οισοφάγου και αντιστοιχεί στο κάτω χείλος του τέταρτου αυχενικού σπονδύλου (A4) στα παιδιά, και στον πέμπτο έως έκτο αυχενικό σπόνδυλο στους ενήλικες.

Ο φάρυγγας βρίσκεται μπροστά από την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και πίσω από το κύτος της μύτης, του κοίλου του στόματος και του λάρυγγα. Έχει μήκος 12-14 cm. Εξ αιτίας των επικοινωνιών που δημιουργεί ο φάρυγγας στο πρόσθιο τμήμα του, διαιρείται σε τρεις μοίρες, τη ρινική μοίρα, τη στοματική μοίρα και τη λαρυγγική μοίρα.

Ο ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Είναι ένας ινομυώδης σωλήνας, μήκους 25-30 cm. Αρχίζει από το κάτω άκρο του φάρυγγα, από το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου, μέχρι της καρδιακής εντομής, Έχει πορεία περίπου κάθετη. Στο σκελετό αρχίζει από τον A6 και τελειώνει στο ύψος της πλευράς, μεταξύ του Θ10-Θ11.

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΣ ΦΩΝΗΣΗ

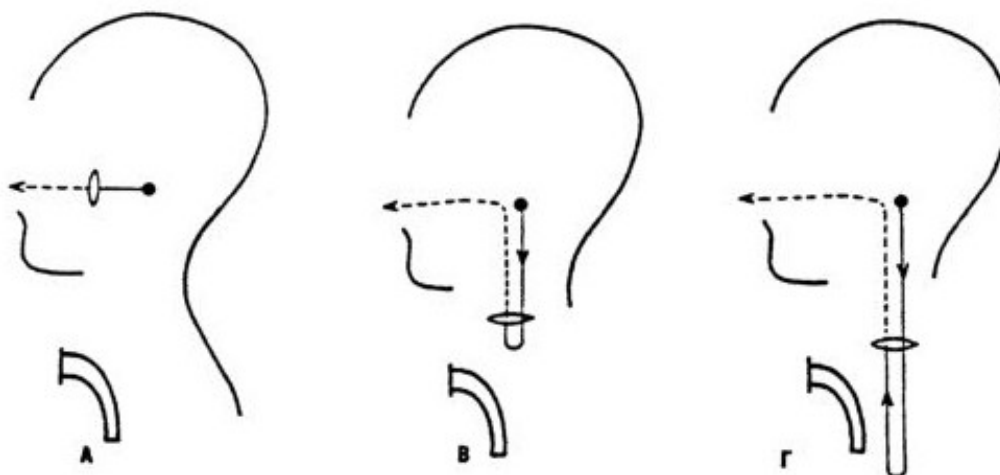
Για την παραγωγή μιας κανονικής φωνής είναι αναγκαία η λειτουργική ολοκλήρωση μίας ανατομικής τριάδας:

1. Ο πνεύμονας και η τραχεία : υποβολέας πνευμονικός

2. Ο λάρυγγας : είναι η πραγματική γεννήτρια του ήχου που τίθεται σε δονήσεις από την κολώνα αέρος, προερχόμενη κατά τη φάση της εκπνοής.
3. Ο φάρυγγας, η στοματική, και η ρινική κοιλότητα : Οι οποίες είναι διαμορφωτές και αντηχεία που αλλάζουν συχνά το σχήμα τους και τον όγκο τους, για να σχηματίσουν τον ήχο σε σύμφωνα, φωνήεντα και την αρθρούμενη φώνηση.

Με την ολική λαρυγγεκτομή καταργούνται τα δύο πρώτα στοιχεία. Για να είμαστε πιο ακριβής, στην πραγματικότητα καταργείται το δεύτερο στοιχείο- ο λάρυγγας, αλλά όμως ο πνεύμονας και η τραχεία δεν έχουν που να στείλουν τη στήλη του αέρα. Γι' αυτό μπορούμε να πούμε ότι καταργείται και το πρώτο στοιχείο από τη φωνητική λειτουργία. Παραμένουν όμως στη θέση τους τα αντηχεία και ο διαμορφωτής και είναι επιθυμητό ώστε αυτά να είναι λιγότερο τροποποιημένα.

Η φωνή χωρίς λάρυγγα είναι πολλών ειδών (Σχήμα 18):



Σχήμα 18. Α. Στοματική φωνή, Β. Φαρυγγική φωνή, Γ. Οισοφάγειος φωνή

Στοματική φωνή

Χρησιμοποιείται ο αέρας της στοματικής κοιλότητας. Με αυτόν τον τρόπο εκπέμπεται ένας μικρός αριθμός συμφώνων, η ομιλία είναι χαμηλής εντάσεως, είναι δύσκολα κατανοητή και η διάρκεια της πολύ σύντομη. Μόνο 3-4 συλλαβές προφέρονται, επειδή η ικανότητα αποθήκευσης του αέρα είναι πολύ περιορισμένη.

Η φωνή αυτή είναι γνωστή και ως ψευδοψιθύρισμα, άφωνη φωνή και για το λόγο που ο ασθενής έχει την δυνατότητα να προφέρει μόνο σύμφωνα, ο καθηγητής Seeman

την ονομάζει "Συμφωνική φωνή". Για την απόκτηση της δεν είναι απαραίτητη κάποια εκπαίδευση.

Φαρυγγική φωνή

Χρησιμοποιείται σαν δεξαμενή αέρος, η περιοχή του υποφάρυγγα. Η ψευδογλωττίδα βρίσκεται στο φάρυγγα, μεταξύ της βάσης της γλώσσας και του οπισθίου τοιχώματος του φάρυγγα. Τόσο η ψευδογλωττίδα, όσο και η δεξαμενή αέρος είναι ανεπαρκείς, για αυτό και η αποκτώμενη φωνή είναι δύσκολα κατανοητή. Αυτή η φωνή συμβαίνει στους λαρυγγεκτομηθέντες, οι οποίοι δεν επιτυγχάνουν να καταπίνουν τον αέρα, εξαιτίας της αντίστασης που αντιπαραθέτει ο άνω σφιγκτήρας του οισοφάγου.

Η φαρυγγική φωνή είναι και αυτή ανεπαρκής, μικρής διάρκειας, και χαμηλής εντάσεως. Άρα και εδώ πρόκειται για ένα ψευδοψιθύρισμα. Δεν χρειάζεται καμιά ειδική εκπαίδευση. Πολλοί άρρωστοι το κατορθώνουν μόνοι τους.

Οισοφάγειος φωνή

Ονομάστηκε έτσι από τον Guttman (1908) και τον Seeman (1924) Χρησιμοποιείται σαν δεξαμενή αέρος ο οισοφάγος. Είναι φυσικά ανώτερη των προηγούμενων. Είναι αναγκαία η οικειοποίηση του αρρώστου και επιτυγχάνεται με την παιδαγωγική καθοδήγηση, διάρκειας μερικών μηνών. Ο καθ. Seeman (Πράγα) δημιούργησε ουσιαστικά τον όρο της οισοφάγειου φώνησης και συνέβαλε στην ανάπτυξη της μεθόδου της φωνητικής αναδιαπαιδαγώγησης των λαρυγγεκτομηθέντων.

Η οισοφάγειος φώνηση, για να αποκτηθεί, είναι αναγκαία η πραγματοποίηση τριών παραγόντων: α) Σχηματισμός και ανάπτυξη μιας οισοφάγειου δεξαμενής όσο το δυνατόν πιο μεγάλης β) Εξοικείωση αποβολής του αέρα υπό μορφή ερυγών, που γίνεται με ένα πρόγραμμα ασκήσεων και γ) Άρθρωση των ήχων που είναι ακριβώς η φωνή και συσχετίζεται με την ερυγοφωνία.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΥ ΦΩΝΗΣΗΣ

Όταν ένας ασθενής μετά την ολική λαρυγγεκτομή αφεθεί ελεύθερος και με τις δικές του δυνάμεις προσπαθεί να γίνει κατανοητός συνήθως οι προσπάθειες του αποβαίνουν

άκαρπες. Αυτός, μπορεί να κινεί τη γλώσσα, αλλά όμως δεν βγαίνουν φωνήεντα, ούτε σύμφωνα και κατά συνέπεια ήχος, διότι δεν υπάρχει ρεύμα αέρος.

Μετά από λίγη πρακτική ο ασθενής μπορεί να μιλήσει με τη χρήση του βυθού του στόματος, θα οδηγηθεί στο ονομαζόμενο ψευδοψιθύρισμα, που δεν είναι ακριβώς ένα ψιθύρισμα, διότι λείπει ο βασικός ήχος της γλωττίδας.

Υπάρχουν και μερικοί ασθενείς που μ' έναν παρόμοιο μηχανισμό, μπορούν να κάνουν το γλωσσοφαρυγγικό τόξο να δονηθεί και να προκαλέσουν μία κρωγμώδη φωνή. Αυτή η φωνή είναι κατανοητή μόνον από εκείνους που εξαρχής τον παρακολουθούν.

Η συλλογή του αέρα στον οισοφάγο είναι απαραίτητη για τη δημιουργία μιας δεξαμενής αέρος που ο ασθενής θα τη χρησιμοποιήσει προοδευτικά για την ανάπτυξη της οισοφάγειου φώνησης.

Ο κάθε τρόπος μετακίνησης του αέρα έχει πλεονεκτήματα και όρια. Οι πιο καλοί ομιλητές χρησιμοποιούν πιο πολύ μία μέθοδο, αρκετές φορές όμως χρησιμοποιούν και τις τρεις. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος εκμάθησης πρέπει να συμπεριλαμβάνει και τις τρεις μεθόδους, για να προσφέρει στον άρρωστο την ευκαιρία να αναπτύξει την πιο καλύτερη δυνατή φωνή.

Για να σχηματισθεί η οισοφάγειος φωνή, είναι αναγκαία η συγκέντρωση μίας ποσότητας αέρα στον οισοφάγο με μια ή και των τριών μεθόδων που αναφέρθηκαν, και κατόπιν η εκτόξευση αυτού δια μέσου του άνω σφιγκτήρα του οισοφάγου.

Με την κατάποση, ο αέρας συγκεντρώνεται στον οισοφάγο και στο στομάχι και σχηματίζονται έτσι δύο αποθήκες αέρος. Με το χρόνο ο οισοφάγος διαστέλλεται και προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες ώστε να γεμίζει και να κατακρατεί έναν όγκο αέρα, ικανό για την ομιλία.

Αφού ο αέρας συσσωρευθεί στον οισοφάγο απαιτεί την απέλασή του. Σε αυτόν το μηχανισμό της απέλασης συμμετέχει η κοιλιακή πρέσσα με το διάφραγμα και το μυϊκό στρώμα του οισοφάγου.

Κατά τη διάρκεια των ερυγών ο αέρας από το διασταλόμενο οισοφάγο περνά στον κρικοφαρυγγικό σφιγκτήρα, θέτοντας σε παλμικές κινήσεις τις πτυχές του βλεννογόνου. Τοιουτοτρόπως δημιουργείται ο αρχέγονος οισοφαγικός ήχος που αντιστοιχεί στον

αρχέγονο λαρυγγικό ήχο. Στη στοματοφαρυγγική και ρινική κοιλότητα αυτός ο ήχος δέχεται μια φωνητική άρθρωση και μας δίνει την οισοφάγειο ομιλία.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΥ ΦΩΝΗΣΗΣ

Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις στις οποίες ο ωτορινολαρυγγολόγος είναι υποχρεωμένος να απομακρύνει το λάρυγγα στο σύνολό του, για να αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης του αρρώστου.

Η ολική λαρυγγεκτομή κατατρομάζει τους αρρώστους συνήθως από το γεγονός ότι καταργεί την λειτουργία της φώνησης. Η απουσία του οργάνου της φώνησης, τον απομονώνει από την κοινωνία και τον εμποδίζει να εκφράσει ενεργητικά την παρουσία του.

Σαν αποτέλεσμα των προσπαθειών που έγιναν από πολλούς ερευνητές σημειώθηκαν αξιοσημείωτες επιτυχίες για την αντιμετώπιση αυτής της αναπηρίας. Αυτή τη στιγμή οι λαρυγγεκτομηθέντες έχουν τη δυνατότητα με την απουσία του λάρυγγα να ξαναποκτήσουν μια ευκατανόητη φωνή που προσεγγίζει προς τη φυσιολογική.

Οι ωτορινολαρυγγολόγοι προσπάθησαν να βρουν μεθόδους που θα χρησιμοποιούσαν τους ιστούς του οργανισμού για την εκπομπή των φωνητικών ήχων. Τα πρώτα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν από τους ασθενείς, και οι ερευνητές βελτίωσαν επιστημονικά αυτά τα αποτελέσματα. Ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει πολλά είδη φώνησης χωρίς το λάρυγγα, όπως είναι η στοματική φωνή, η φαρυγγική φωνή και η οισοφάγειος φώνηση.

Η οισοφάγειος φώνηση όμως είναι ανώτερη των προηγούμενων. Ο όρος της οισοφάγειας φώνησης δόθηκε από τους Guttman (1908) και Seeman (1924). Σημαντική ήταν η βοήθεια του Tarneaud κ.α

Ο Καθηγητής Seeman (Πράγα) δημιούργησε την πρώτη σχολή της οισοφάγειας φώνησης, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη της μεθόδου της φωνητικής αναδιαπαιδαγώγησης των λαρυγγεκτομηθέντων.

Η μέθοδος Seeman ή μέθοδος της κατάποσης προβλέπει το σχηματισμό της οισοφάγειας φώνησης στα ακόλουθα στάδια:

1ο: Πρόκληση οισοφάγειων ερυγών

Το στόμιο του οισοφάγου είναι μυώδης και συνήθως πάντα κλειστό. Αυτό ανοίγει τη στιγμή της κατάποσης. Με μία ειδική γυμναστική της κεφαλής και του τραχήλου, με επανειλημμένες ασκήσεις μπορεί να φθάσει στην κατάσταση να το ανοίγει και εκτός της κατάποσης, σύμφωνα με τη θέληση του ατόμου (μέθοδος Seeman). Τη στιγμή της διάνοιξης του στομίου, ο αέρας εισχωρεί στον οισοφάγο, κατακρατείται στο πρώτο τμήμα του οισοφάγου και με μία κατάλληλη κίνηση του τραχήλου αποβάλλεται προς τα έξω. Τη στιγμή που αποβάλλεται δονείται το στόμιο και γεννάται ένας ακατέργαστος, σκληρός ήχος, ο οποίος ονομάζεται οισοφάγειος ερυγή (ructus esophageal).

Η γυμναστική της κεφαλής και του τραχήλου για την πρόκληση των οισοφάγειων ερυγών γίνεται σε τέσσερις φάσεις:

Φάση I

Φέρνουμε το κεφάλι προς τα πίσω, τόσο, όσο επιτρέπει ο αυχένας και φέρεται ο πώγωνας μπροστά προς το στήθος. Είναι μια απλή κίνηση που έχει σαν σκοπό την έκταση των μυών του τραχήλου.

Φάση II

Ταυτόχρονα, όταν πηγαίνει το κεφάλι προς τα πίσω, εκτείνεται η κάτω γνάθος προς τα εμπρός και με τα χείλη μισάνοιχτα φέρεται το κεφάλι προς το στήθος. Είναι μία πιο σύνθετη κίνηση, απ' ό,τι η πρώτη και έχει σαν σκοπό την έκταση των εν τω βάθει μυών γύρω από τον οισοφάγο.

Φάση III

Ταυτόχρονα, όταν το κεφάλι πηγαίνει προς τα πίσω, εκτείνεται η κάτω γνάθος προς τα εμπρός, αναρροφάτε αέρας με τα χείλη μισάνοιχτα. Αυτή η κίνηση βασίζεται πάνω στις δύο πρώτες και ο σκοπός της είναι η αύξηση της ποσότητας του αέρα να εισχωρήσει στον οισοφάγο.

Φάση IV

Φέρνουμε το κεφάλι προς τα πίσω, εκτείνεται η κάτω γνάθος προς τα εμπρός, αναρροφάτε ο αέρας με τα χείλη μισάνοιχτα και αμέσως μετά από αυτό, πέφτει το κεφάλι μπροστά και με μία εσωτερική δύναμη σπρώχνεται ο αέρας που μπήκε στον οισοφάγο και ρευόμαστε όπως στον έμμετο, Είναι η πιο πολύπλοκη κίνηση και έχει σαν

σκοπό την πρόκληση οισοφάγειου ερυγής. Αυτή εκτελείται πολλές φορές ολοκληρωμένα και πρέπει να γίνεται απότομα και ταχύτατα συνοδευόμενη με ερυγή.

2ο: Μεταλλαγή της ερυγής σε ήχο

Είναι το επόμενο στάδιο του σχηματισμού της οισοφάγειου ερυγής σε αρθρούμενο ήχο. Στην φάση αυτή ο λαρυγγεκτομηθέντας προσπαθεί να προφέρει στη θέση της ερυγής, φωνήεν και κατόπιν με διάφορους συνδυασμούς αυτών με διάφορα σύμφωνα, σε μορφή συλλαβών.

3ο: Επιμήκυνση της φώνησης και ανάπτυξη της οισοφάγειου φώνησης

Στο στάδιο αυτό αρχίζει η προφορά των συλλαβών ανά μία, υπό μορφή παράτασης, διότι μ' αυτόν τον τρόπο η κίνηση των μυών και η δόνηση του στομίου του οισοφάγου παρατείνεται με το χρόνο, όσο το δυνατόν περισσότερο.

Στη συνέχεια προφέρει δύο συλλαβές εν συντομία, κατόπιν, μετά την εδραίωση των δυο συλλαβών περνάει στην προφορά τριών συλλαβών, τεσσάρων συλλαβών, πέντε συλλαβών» έξι, επτά, οκτώ, κ.ο.κ συλλαβών. Μετά το στάδιο των πέντε και έξι συλλογών διαβάζονται κείμενα ποιήματα κ.α.

4ο: Ανάπτυξη της οισοφάγειου φώνησης και διαμόρφωση της φωνής

Είναι ένα στάδιο της φώνησης που αρχίζει ασυναίσθητα και πραγματοποιείται με την ανάγνωση στίχων και πεζογραφημάτων. Από τη στιγμή κατά την οποία ο αριθμός των συλλαβών γίνεται όλο και πιο μεγάλος και δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν λέξεις μεμονωμένες και περνάμε σε συνθέσεις λέξεων, δηλαδή, προτάσεις και ασκήσεις χρησιμοποιώντας στίχους. Στη συνέχεια η οισοφάγειος φώνηση αναπτύσσεται με την συζήτηση.

Η διαμόρφωση της φωνής αρχίζει με μουσικά κομμάτια χωρίς μεγάλες μελωδίες. Άλλος τρόπος απόκτησης είναι από τον Damste και στηρίζεται στη χρήση των εκκρότων συμφώνων Π,Τ,Κ, που δημιουργούν μια παροδική ενδοστοματική πίεση, με συνέπεια να ευνοείται η διέλευση του αέρα στον οισοφάγο.

Η διαπαιδαγώγηση της οισοφαγείου φώνησης πρέπει να ενδιαφέρει την ποιότητα του ήχου που εκπέμπεται τόσο στην ένταση όσο και στη συχνότητα και διάρκεια. Το πότε πρέπει να αρχίσει ο ασθενής είναι θέμα προς συζήτηση. Η διάρκεια της φωνητικής αναδιαπαιδαγώγησης εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες του ατόμου, από τις ανατομικές συνθήκες του βλεννογόνου και τους απομένοντες μύες μετά την επέμβαση κ.α.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η οισοφαγική ομιλία επιτρέπει στον πάσχοντα να ελέγχει και να χρησιμοποιεί τον φυσιολογικό ήχο ερυγής ως βάση ομιλίας. Η μέθοδος εμφανίζει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα: (1) χρησιμοποιούνται υπάρχοντα φυσιολογικά ανατομικά στοιχεία, με συνέπεια την αποφυγή της χρήσης τεχνητών συσκευών, (2) στη διάρκεια της ομιλίας παραμένουν ελεύθερα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και τα δύο χέρια, και (3) ο καλός "οισοφαγικός" ομιλητής έχει σχετικά φυσιολογική εμφάνιση και τρόπο ομιλίας. Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι (1) η συχνή δυσκολία στην εκμάθηση, που συχνά απαιτεί 3 μήνες ή περισσότερο για την επίτευξη ευχερούς ομιλίας, (2) η μεταβολή συνήθως του τρόπου εκφώνησης των φράσεων, έτσι ώστε να εκφωνούνται λιγότερες του φυσιολογικού συνεχόμενες λέξεις, χωρίς διακοπή για εξασφάλιση του αναγκαίου αέρα, και (3) το ότι η φωνή δεν έχει την ένταση, που χρειάζεται για να ακουστεί στο συνηθισμένο θόρυβο του περιβάλλοντος. Όλες οι μέθοδοι δημιουργίας υποκατάστασης φωνής, εκτός από τους τεχνητούς λάρυγγες δίσκου με μπαταρία, δημιουργούν μεγάλα προβλήματα στη διάρκεια του φαγητού. Η κατάποση της τροφής και η διέγερση της έκκρισης σιέλου δυσκολεύουν την ομιλία και φέρνουν τον πάσχοντα σε δυσχερή θέση στη διάρκεια κοινωνικών εκδηλώσεων. Η παραγωγή οισοφαγικής φωνής και οι τεχνητοί λάρυγγες με στοματικούς σωλήνες επηρεάζονται δυσμενώς στη διάρκεια του φαγητού, περισσότερο ίσως από τις άλλες μεθόδους.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΥ ΦΩΝΗΣΗΣ

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την οισοφάγειο φώνηση είναι διαφορετικοί και άνισοι ως προς τη σημασία τους. Η πλειονότητα αυτών συνίσταται στις ανατομικές μεταβολές που δημιουργούνται κατά την χειρουργική επέμβαση.

Ο πρώτος παράγοντας και ίσως ο πιο σημαντικός είναι η έκταση της βλάβης, δηλαδή οι βλάβες επιβάλλουν την αφαίρεση του κρικοφαρυγγικού μυός που θεωρείται ότι συγκροτεί το ανατομικό υπόστρωμα της ψευδογλωττίδας και είναι υπεύθυνο για την απόκτηση της οισοφάγειο φώνησης.

Η αφαίρεση του λάρυγγα και η τμηματική αισθητηριακή απονεύρωση αιτία της διατομής του άνω λαρυγγικού νεύρου και η διαταραχή του φαρυγγικού πλέγματος σε συνδυασμό με το σχηματισμό ουλώδους ιστού προκαλεί αρκετές φορές την δυσλειτουργία του άνω σφιγκτήρα του οισοφάγου στους ασθενείς που υπέστησαν λαρυγγεκτομή.

Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με οισοφάγειο φώνηση που υπέστησαν λαρυγγεκτομή δεν είχαν "γλώσσες" σημαντικά πιο αδύναμες σε σχέση με εκείνους που είχαν μία φυσιολογική φωνή,

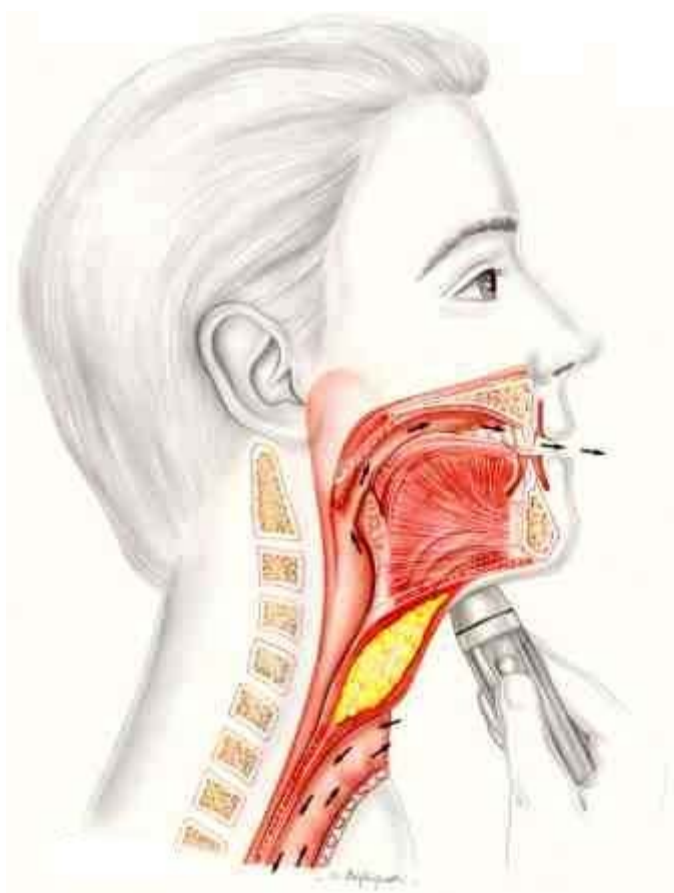
Η πλειονότητα των λαρυγγεκτομηθέντων που απέκτησαν οισοφάγειο φώνηση χρησιμοποιούν τη γλώσσα, για να εμφυσήσουν τον αέρα στον οισοφάγο. Η ενέργεια να πιέζουν τη γλώσσα στα δόντια, στην σκληρά υπερώα ή στην μαλακή προκαλούν την ενδυνάμωση (ισχυροποίηση) της μυϊκής μάζας με τρόπο ισομετρικό.

Ο ρόλος του χειρουργού αρχίζει από την προεγχειρητική περίοδο με ιδιαίτερη έμφαση στην διαπαιδαγώγηση του ασθενούς και της οικογενείας του. Οι πληροφορίες όσον αφορά την φωνητική αναδιαπαιδαγώγηση χρησιμεύουν στον ασθενή στο να του αποσπούν την προσοχή, από την άμεση απειλή του καρκίνου και της κύριας επέμβασης προς τις προοπτικές της αποκατάστασης. Συνεπώς ο χειρουργός είναι εκείνος ο οποίος δημιουργεί την αρχική επαφή με τον ασθενή, τόσο η ωτορινολαρυγγολογία όσο και η λογοπαιδεία κατέχουν ειδικές γνώσεις ώστε να εφοδιάζουν τον ασθενή μ' αυτές. Οι ασθενείς αξιολογούν την ευκαιρία να υπακούουν τους ειδικούς, στους αμφότερους τομείς, ειδικά όταν και οι δυο παρουσιάζονται ταυτόχρονα. Αυτό δημιουργεί στον ασθενή την εντύπωση, ότι η φωνητική

αποκατάσταση είναι μία προσπάθεια συνολική και όχι ένα αποτέλεσμα μερικών απομονωμένων ατόμων.

ΛΑΡΥΓΓΟΦΩΝΟ

Υπάρχει μία σημαντική ομάδα λαρυγγεκτομηθέντων που για διάφορους λόγους, ανατομικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς, οικονομικούς, δεν μπορούν να αποκτήσουν μια οισοφάγειο φώνηση. Η κατηγορία αυτή των ασθενών προσφεύγει στη χρήση των λαρυγγοφώνων (Σχήμα 19).



Σχήμα 19. Λαρυγγόφωνο

Τα μειονεκτήματα γενικώς των λαρυγγοφώνων είναι τα εξής: α) Οι ασθενείς δεν μπορούν να προσαρμοστούν εύκολα, διότι αντιλαμβάνονται την αναπηρία τους, β) Ο μεταλλικός ήχος φώνησης, γ) Η χαμηλή συχνότητα άρθρωσης, δ) Το κόστος και ε) Η περιέργεια των παρευρισκομένων στενοχωρούν τον λαρυγγεκτομηθέντα.

12. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΣ

Κατά την πενταετία, από τον Απρίλιο του 1988 μέχρι και το Μάιο του 1993, στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών “Η ΣΩΤΗΡΙΑ” νοσηλεύτηκαν 68 ασθενείς για Ca λάρυγγος εκ των οποίων οι 36 υπέστησαν ολική λαρυγγεκτομή.

ΗΛΙΚΙΑ

Από τους 36 ασθενείς που υπέστησαν ολική λαρυγγεκτομή, η πιο μικρή ηλικία ήταν 46 ετών και η μεγαλύτερη 71. Λεπτομέρειες σε ό,τι αφορά την κατηγορία της ηλικίας διακρίνονται στον Πίνακα 5.

Ηλικία	Αριθ. Λαρυγγεκτομηθέντων	Ποσοστό
40-49	2	5.60
50-59	18	50.00
60-69	14	38.80
70-79	2	5.60
Σύνολο	36	100.00

Πίνακας 5. Κατανομή λαρυγγεκτομηθέντων κατά ηλικία (Στοιχεία ΓΝΑ «Η Σωτηρία»)

ΦΥΛΟ

Από την ομάδα των λαρυγγεκτομηθέντων μόνο 3 ήταν γυναίκες, η σχέση άνδρα – γυναίκα ήταν 12:1. (Πίνακα 6).

Φύλο	Αριθ. Λαρυγγεκτομηθέντων	Ποσοστό
Άνδρες	33	91.7
Γυναίκες	3	8.3
Σύνολο	36	100.00

Πίνακας 6. Κατανομή λαρυγγεκτομηθέντων κατά φύλο (Στοιχεία ΓΝΑ «Η Σωτηρία»)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των 36 ασθενών που υπέστησαν ολική λαρυγγεκτομή, 21 μόνο ασθενείς μπόρεσαν να παρακολουθηθούν τη διαδικασία της φωνητικής αναδιαπαιδαγώγησης.

Όλοι οι ασθενείς είχαν Ca Λάρυγγος. Από το σύνολο των 21 ασθενών που διδάχθηκαν την μέθοδο της οισοφάγειου φώνησης στους 3 (14,2%) έγινε ριζικός λεμφαδενικός καθορισμός της μίας πλευράς, σε 9 (42,8%) έγινε λειτουργικός λεμφαδενικός καθορισμός δεξιά ή αριστερά. Οι 3 (14,2%) ασθενείς υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική ακτινοβολία, οι 6 (28,5%) υποβλήθηκαν σε μετεγχειρητική ακτινοβολία, σε 1 (4,7%) έγινε μετεγχειρητική χημειοθεραπεία και σε κανέναν προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι σ' όλους τους ασθενείς έγινε ολική λαρυγγεκτομή και σε 2 ασθενείς έγινε μία πιο εκτεταμένη αφαίρεση με τμήμα του φάρυγγος.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα μαθήματα ήταν διάρκειας δύο ωρών και κάθε εβδομάδα γίνονταν δύο μαθήματα, με μεσοδιαστήματα πολλαπλών ασκήσεων. Η χρονική διάρκεια για την απόκτηση της οισοφάγειου φώνησης, κυμαίνεται από 1 μήνα έως 13 μήνες, όπως διακρίνεται στον Πίνακα 7.

Αριθμός	Διάρκεια απόκτησης οισοφάγειου φώνησης
1	1 μήνας
9	3 μήνες
3	4 μήνες
2	5 μήνες
1	6 μήνες
1	8 μήνες
1	13 μήνες
1	Διακοπή (αλκοόλ)
2	Διακοπή (υπερήλικες)
Σύνολο	21

**Πίνακας 7. Διάρκεια μαθημάτων
(Στοιχεία ΓΝΑ «Η Σωτηρία»)**

13. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΚΑΤΑΝΟΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ

1. Ο αριθμός των συλλαβών σε μια αναπνοή
2. Ο όγκος της φωνής
3. Η αντήχηση

Η ευκατανόητη και ευφράδης φωνή είχε τα εξής χαρακτηριστικά:

- Ο ασθενής μπόρεσε να προφέρει πιο πολλές από τις 16 συλλαβές σε μια αναπνοή
- Έγινε ακουστό το τι είπε σε μια απόσταση των 3 μέτρων σε μια αίθουσα αρκετά ήσυχη
- Είχε μια ισορροπημένη αντήχηση

Η μετρίως ευκατανόητη φωνή εκτιμήθηκε ως εξής:

- Ο ασθενής μπόρεσε να προφέρει 8 – 16 συλλαβές με μια αναπνοή.
- Το βράγχος της φωνής ήταν μέτριο μέχρι σοβαρό.

Η κακώς ευκατανόητη φωνή (αδύνατη) εκτιμήθηκε ως εξής:

- Ο ασθενής μπόρεσε να προφέρει πιο λίγο από 8 συλλαβές με μια αναπνοή.
- Ακούστηκε ένα βραχνό ψιθύρισμα
- Δεν μπορούσε να λάβει μέρος σε μια συζήτηση

Ποιότητα φωνής	Αριθμός ασθενών	Ποσοστιαία αναλογία
Ευκατανόητη φωνή	11	52.4
Μετρίως ευκατανόητη	7	33.3
Κακώς ευκατανόητη	3	14,3

**Πίνακας 8. Ποιότητα φωνής
(Στοιχεία ΓΝΑ «Η Σωτηρία»)**

14. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ & ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥΣ

Βρόγχος, καρκίνος του λάρυγγα και αποκατάσταση της ομιλίας συνδέονται στενά μεταξύ τους. Ο ήχος της φωνής αποτελεί συχνά την πρώτη ένδειξη της νόσου και επομένως είναι σημαντικός για τη διάγνωση. Η εκλογή του τρόπου αντιμετώπισης της νόσου, το εάν δηλαδή θα είναι η ακτινοβολία, η χημειοθεραπεία, η μερική λαρυγγεκτομή, η ολική λαρυγγεκτομή ή συνδυασμοί των μεθόδων αυτών, επηρεάζει τον τύπο και το βαθμό της θεραπείας της ομιλίας, που θα χρειασθεί μετά τον έλεγχο της νόσου. Παρόλο ότι ο καρκίνος του λάρυγγα είναι δυνατόν να μη επηρεάσει τη φωνή, περισσότεροι από τους μισούς πάσχοντες εμφανίζουν βράγχος, που συνοδεύεται συχνά από μεταβολή της συχνότητας και εξασθένηση της έντασης της φωνής. Μια αναδρομική μελέτη 260 καρκινωμάτων του λάρυγγα από τους Lowry και τους συνεργάτες του, έδειξε ότι το βράγχος υπήρξε το κύριο σύμπτωμα και στα τέσσερα στάδια γλωττιδικών και υπεργλωττιδικών βλαβών.

Το 1974, η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου ανέμενε 9500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα τη χρονιά εκείνη, 8300 περιπτώσεις σε άνδρες και 1200 σε γυναίκες. Το 1981 η Εταιρεία υπολόγισε ένα σύνολο 10.700 νέων περιπτώσεων, από τις οποίες 9000 σε άνδρες και 1700 σε γυναίκες. Το 1988 η εκτίμηση ήταν για 12.200 νέες περιπτώσεις, από τις οποίες 9900 άνδρες και 2300 γυναίκες. Το σύνολο των υπολογισθεισών νέων περιπτώσεων για το 1994 υπήρξε 12.500, 9800 άνδρες και 2700 γυναίκες. Το στοιχείο αυτά δεν υπήρξαν ανάλογα προς την αύξηση του γενικού πληθυσμού. Φαίνεται, ότι κατά την τελευταία εικοσαετία σημειώθηκε ελάχιστη ή μη ουσιαστική μεταβολή της αναλογίας περιπτώσεων στο σύνολο του πληθυσμού, αλλά η σχέση γυναικών-ανδρών αυξήθηκε από 0,144 το 1974 σε 0,188 το 1981, 0,232 το 1988 και 0,276 το 1994. Μια ανακοίνωση των Gates και συνεργατών το 1982 αποκάλυψε, ότι από τις 103 περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα, που μελετήθηκαν από τους συγγραφείς, οι 53 αντιμετωπίστηκαν με ολική λαρυγγεκτομή και σε ορισμένες περιπτώσεις, ριζικό χειρουργικό λεμφαδενικό καθαρισμό του τραχήλου (43 περιπτώσεις), προεγχειρητική ακτινοθεραπεία (15 περιπτώσεις), μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (29 περιπτώσεις) και μετεγχειρητική χημειοθεραπεία (7 περιπτώσεις). Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει, ότι στους μισούς περίπου πάσχοντες ο καρκίνος του λάρυγγα αντιμετωπίζεται με ολική λαρυγγεκτομή. Η υφολική λαρυγγεκτομή και η

ακτινοθεραπεία θα χρησιμοποιηθούν στους άλλους μισούς, από τους οποίους μόνο ένας σχετικά μικρός αριθμός θα χρειασθεί εκτεταμένη αποκατάσταση της φωνής. Εξάσκηση στην τεχνική της επικοινωνίας είναι σχεδόν πάντοτε επιθυμητή στους πάσχοντες που υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή.

Προεγχειρητικές εκτιμήσεις

Η προεγχειρητική αντιμετώπιση του ατόμου που πρέπει να υποστεί αφαίρεση του λάρυγγα είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ολική θεραπεία και θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή. Οι περισσότεροι χειρουργοί του λάρυγγα έχουν αναπτύξει αποτελεσματικές μεθόδους ενημέρωσης και καθοδήγησης των ασθενών τους σχετικά με την επέμβαση και τα επακόλουθά της. Μια μελέτη εν τούτοις 150 περίπου λαρυγγεκτομών από τον Snidecor έδειξε, ότι υπάρχουν περιθώρια περαιτέρω βελτίωσης της προεγχειρητικής αντιμετώπισης. Από τους πάσχοντες που μελετήθηκαν, το 85% πίστευε ότι δεν είχαν καθοδηγηθεί επαρκώς στον κατάλληλο χρόνο, αλλά οι περισσότεροι δήλωσαν επίσης, ότι δεν θα είχαν ωφεληθεί από μια λεπτομερέστερη ενημέρωση των ιδίων και των συζύγων τους, σχετικά με την εγχείρηση, τις μετεγχειρητικές φυσικές συνθήκες και τα επικείμενα προβλήματα ομιλίας. Μόνο το 13% ενημερώθηκαν από τους χειρουργούς τους για τους τύπους των διαθέσιμων μηχανημάτων αναπλήρωσης της φωνής. Οι υπόλοιποι ενημερώθηκαν από άλλους χειρουργούς ή λογοθεραπευτές και από την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου. Κατά το χρόνο ανακοίνωσης της διάγνωσης καρκίνου του λάρυγγα στους πάσχοντες, τα τρία περίπου τέταρτα από αυτούς συνοδεύονταν από τους/τις συζύγους τους, η παρουσία των οποίων χαρακτηρίστηκε ιδιαίτερα υποβοηθητική και επιθυμητή, αλλά περισσότεροι από τους μισούς/μισές συζύγους ταραχθήκαν, ανησύχησαν και προβληματίστηκαν ιδιαίτερα. Η ίδια μελέτη επιβεβαίωσε αυτό που γνωρίζουν οι περισσότεροι ωτορινολαρυγγολόγοι, ότι οι πάσχοντες στους οποίους έχει λεχθεί ότι έχουν καρκίνο και χρειάζονται εγχείρηση διακατέχονται από ανησυχία και πολλούς φόβους. Φοβούνται τον καρκίνο και την πιθανότητα θανάτου, την επέμβαση, την απώλεια της φωνής και τις συνέπειες της, και αγωνιούν για τις ενδεχόμενες επιπτώσεις της αδυναμίας της ομιλίας στην εργασία τους, την οικογενειακή ζωή και τις κοινωνικές σχέσεις τους. Τέτοιοι φόβοι και ανησυχίες πρέπει να αναμένονται, αλλά ο ευαίσθητος σύμβουλος που έχει γνώση και εμπειρία καταστάσεων είναι σε θέση να προβλέψει τις μετεγχειρητικές συνθήκες και

μπορεί συχνά να περιορίσει τους φόβους; και την ανησυχία του πάσχοντος. Η σπουδαιότητα της αντιμετώπισης του θέματος από τον πάσχοντα και η βελτίωση της ως μέρος της ενημέρωσης του, αποδείχθηκαν σε μια άλλη μελέτη των Gates και συνεργατών. Αναλύοντας τους παράγοντες που σχετίζονται με την επιτυχία ή αποτυχία της αποκατάστασης, οι συγγραφείς σημειώνουν: "Παράγοντες που συνέβαλαν στην επιτυχημένη αποκατάσταση υπήρξαν η λιγότερη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, ο περισσότερος ζήλος, η μεγαλύτερη επινοητικότητα, η ανεξαρτησία και αυτοπεποίθηση και η μη αρνητική τοποθέτηση". Οι τελευταίοι τέσσερις παράγοντες επηρεάζονται από την ενημέρωση και αντανακλούν τη σπουδαιότητα της, τόσο στην προεγχειρητική, όσο και στην μετεγχειρητική περίοδο.

Προεγχειρητική εξάσκηση της ομιλίας

Μερικοί χειρουργοί του λάρυγγα παρουσιάζουν κατά κανόνα στον πάσχοντα πριν από την εγχείρηση ένα εξασκημένο ομιλητή, που έχει υποστεί λαρυγγεκτομή. Άλλοι πιστεύουν, ότι η τακτική αυτή δεν είναι σωστή. Οι Gates και συνεργάτες δηλώνουν ότι "Μια προεγχειρητική συνάντηση με ένα άτομο που έχει υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή δεν συνοδεύεται με επιτυχία, όσον αφορά τη μάθηση ομιλίας με τον οισοφάγο η την αποκατάσταση, και στην πραγματικότητα σχετίζεται σημαντικά από στατιστική πλευρά με μια χειρότερη απόληξη".

Αξιόπιστες εκτιμήσεις του ποσοστού επιλογής της προεγχειρητικής εξάσκησης στην ομιλία δεν υπάρχουν, λίγοι όμως λογοθεραπευτές φαίνεται να συμβουλεύουν την πρακτική αυτή. Ο ικανοποιητικότερος ίσως τρόπος σχεδιασμού της μετεγχειρητικής ικανότητας ομιλίας κατά την προεγχειρητική περίοδο και της απάντησης στα πολλά ερωτήματα, σχετικά με την εργασία, την οικογένεια και τις κοινωνικές σχέσεις, είναι η παραπομπή του πάσχοντος σε ένα έμπειρο λογοθεραπευτή. ο οποίος διαθέτει μεγάλη εμπειρία με άτομα που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή. Ο ρόλος του λογοθεραπευτή είναι να ενθαρρύνει και να ενεργοποιήσει τον πάσχοντα να κάνει σχέδια για τη μετεγχειρητική περίοδο. Ο λογοθεραπευτής δεν υπόσχεται ευχερή ομιλία ή ότι η μάθηση θα είναι εύκολη. (Κατά τον Gardner το 30% περίπου των λαρυγγεκτομηθέντων ασθενών δεν μαθαίνει να μιλά καλά με την οισοφαγική ομιλία). Ο λογοθεραπευτής εκφράζει με πεποίθηση πάντως, την άποψη, ότι η προφορική επικοινωνία είναι

συνήθως δυνατή με την οισοφαγική ομιλία, με μια τραχειοοισοφαγική πρόθεση ή με ένα τεχνητό λάρυγγα.

Μετεγχειρητική περίοδος

Λίγες μέρες μετά την επέμβαση, ο πάσχων αρχίζει να συνειδητοποιεί τη νέα κατάσταση. Ο πάσχων ανακουφίζεται από το γεγονός ότι η επέμβαση πραγματοποιήθηκε με επιτυχία και χαίρεται που είναι ζωντανός, αλλά ανακαλύπτει νέα προβλήματα και φόβους, που προστίθενται στα ήδη υπάρχοντα. Προσπάθειες να ψιθυρίσει αποτυγχάνουν. Στη διάρκεια της ανάρρωσης δημιουργούνται συχνά ανησυχίες σχετικά με την απασχόληση, την προσωπική εμφάνιση, τις οικογενειακές σχέσεις και τις σχέσεις με τους φίλους. Εάν ο πάσχων ή το περιβάλλον του εμφανίζουν βαρηκοΐα ή δυσχέρεια κοινωνίας, αυτή γίνεται ακόμη περισσότερη. Η αδυναμία ομιλίας οδηγεί σε κατάθλιψη και απομάκρυνση από τις κοινωνικές εκδηλώσεις, μια κατάσταση που προοδευτικά γίνεται περισσότερο μη αναστρέψιμη. Η διάκριση μεταξύ παραγωγής φωνητικού τόνου και σχηματισμού ήχου ομιλίας γίνεται σαφής στα άτομα που έχουν υποστεί λαρυγγεκτομή. Χωρίς το λάρυγγα (γεννήτρια της φωνής) ο πάσχων μπορεί απλώς να σχηματίζει με το στόμα του τις λέξεις. Η αφαίρεση του λάρυγγα αφήνει συνήθως άθικτο το μηχανισμό της άρθρωσης. Έτσι, όταν ο πάσχων υποκαθιστά τους λαρυγγικούς τόνους, που λείπουν, με κάποιο άλλο ήχο, είναι δυνατή η ομιλία.

Εάν το άτομο που χάνει το λάρυγγα του μπορούσε να αρχίσει να μιλά αμέσως μετά την λαρυγγεκτομή, δεν θα υπήρχε πρόβλημα μεγαλύτερο από οποιαδήποτε άλλη μεγάλη επέμβαση. Δυστυχώς, όταν τα μέσα επικοινωνίας διακόπτονται, ο πάσχων αισθάνεται ότι είναι απομονωμένος και ότι βρίσκεται σε πολύ μειονεκτική θέση. Η πρώιμη αποκατάσταση της ικανότητας επικοινωνίας είναι εμφανώς ένα μεγάλο θέμα στην επιτυχή ανάρρωση. Θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια, όταν ο πάσχων βρίσκεται ακόμη στο νοσοκομείο, για την αποκατάσταση επικοινωνίας με ένα υπολογιστή, με το γράψιμο, με εικονογραφημένους πίνακες, με τις χειρονομίες ή με τη χρήση ενός τεχνητού λάρυγγα. Εκτός από αυτό, στη φάση αυτή θα πρέπει να καταστρωθούν σχέδια του τρόπου μάθησης στο σπίτι. Το πρόγραμμα αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει άμεση εργασία με τον πάσχοντα.

Εξίσου σημαντική είναι η καθοδήγηση των μελών της οικογένειας. Λόγω του ότι τα διάφορα άτομα εμφανίζουν μεγάλες διαφορές όσον αφορά την ικανότητα τους να

κατανοούν την χωρίς το λάρυγγα ομιλία, θα πρέπει να εντοπισθούν και να διδαχθούν κατάλληλα οι προβληματικοί ακροατές μέσα στην οικογένεια. Μεταξύ των σχετικών οδηγιών περιλαμβάνονται ασκήσεις ανάγνωσης μεγαλόφωνα και η χρήση ακουστικών βοηθημάτων όπου χρειάζεται.

Η νοσηλευτική φροντίδα των λαρυγγεκτομηθέντων, κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο ή σε κάποια μεταγενέστερη εισαγωγή στο νοσοκομείο για οποιαδήποτε αιτία, απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό. Η αδυναμία του πάσχοντος να επικοινωνήσει δημιουργεί σοβαρά προβλήματα, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει δυνατότητα ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας. Πολλές είναι οι σχετικές με λαρυγγεκτομηθέντες τρομακτικές ιστορίες, από το πιπίλισμα νερού στο τραχειόστομα από το βοηθό, στη διάρκεια του μπάνιου και την εφαρμογή οξυγόνου στη μύτη, μέχρι την αποτυχία διάνοιξης ενός συγκλεισθέντος στομίου τραχειοστομίας.

Αποκατάσταση προφορικής επικοινωνίας μετά από λαρυγγεκτομή

Δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία, ότι οποιαδήποτε υποκατάστατη φωνή είναι κατώτερη από αυτή που παράγεται φυσιολογικά. Ομοίως, η χρήση οποιασδήποτε γλώσσας είναι ανώτερη από την αλαλία, το ψιθύρισμα, την επικοινωνία με το γράψιμο ή τις χειρονομίες και τους μορφασμούς. Οι γιατροί πρέπει να αναζητούν τις καλύτερες πηγές υποκατάστασης της φωνής σε σχέση με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του κάθε πάσχοντος. Επειδή οι ανατομικές μεταβολές ψηλότερα από το λάρυγγα ρυθμίζουν ακουστικούς τους ήχους που παράγονται στο λάρυγγα, οι μεταβολές αυτές είναι κυρίως υπεύθυνες για την παραγωγή των ήχων της προφορικής ομιλίας. Έτσι, οποιοσδήποτε σύνθετος ήχος είναι δυνατόν να διοχετευθεί στην ανώτερη αεροφόρα οδό, μπορεί να πάρει τη θέση του λαρυγγικού ήχου και να διαμορφωθεί σε ομιλία. Η ανάγκη αποκατάστασης της ομιλίας στον λαρυγγεκτομηθέντα πάσχοντα έχει αναγκάσει μηχανικούς, χειρουργούς, λογοθεραπευτές και άλλους, ικανούς να επινοήσουν ποικίλα μέσα παραγωγής ήχου, που να μπορεί να υποκαταστήσει τη φυσιολογική φωνή.

Μηχανική Αντιμετώπιση. Η μηχανική αντιμετώπιση συνίσταται στην ανάπτυξη συσκευών παραγωγής τεχνητής φωνής. Τα μηχανήματα αυτά είναι δυνατό να διαιρεθούν σε δύο γενικούς τύπους, ανάλογα με την προωθητική δύναμη που

χρησιμοποιείται στην παραγωγή του ήχου. Ο ένας τύπος κινείται με το ρεύμα της αναπνοής και ο άλλος με ηλεκτρισμό από μπαταρίες.

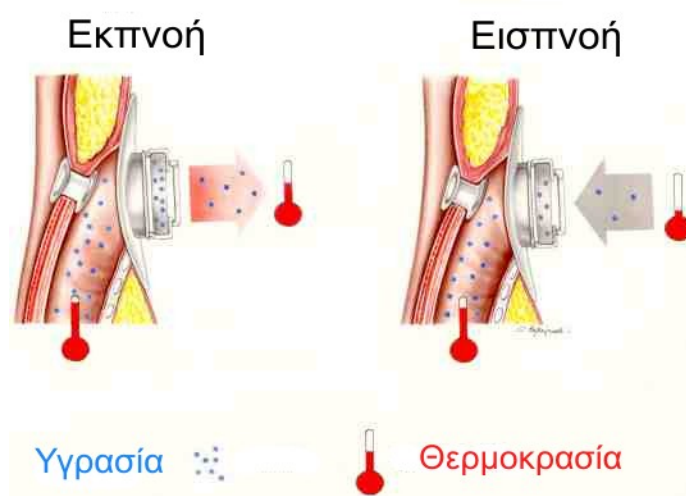
Συσκευές που ενεργοποιούνται με την αναπνοή. Οι διάφοροι τύποι παρόμοιων συσκευών έχουν τρία κοινά σημεία: (1) ένα εύκαμπτο σωλήνα, που μεταφέρει τον εκπνεόμενο αέρα από το στόμιο της τραχειοστομίας σε μια μικρή κάψα που κρατιέται στο ένα χέρι, (2) την κάψα, που περιέχει ένα μουσικό αυλό ή μια μεμβράνη που δονείται από την αναπνοή, παράγοντας τον ήχο.

15. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ – ΟΙ ΝΕΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΖΩΗΣ

Μετά τη λαρυγγεκτομή ακολουθεί συχνά μια περίοδος κατάθλιψης, που υποχωρεί όμως όταν ο πάσχων μαθαίνει να αναπληρώνει με τον ένα ή τον άλλο τρόπο την απώλεια της φωνητικής λειτουργίας. Οι περισσότεροι πάσχοντες μπορούν να ανανήψουν ικανοποιητικά, σε σπάνιες όμως περιπτώσεις η βαρεία κατάθλιψη είναι δυνατόν να οδηγήσει ακόμη και σε αυτοκτονία.

Η φυσική ικανότητα του ατόμου για εργασία είναι δυνατόν να μειωθεί λόγω γενικών αιτιών, όπως η παρατεταμένη νόσηση με καταβολή δυνάμεων, που μπορεί να αποδοθεί στην ηλικία. Ειδικά αίτια, όπως η κατάργηση της σύγκλεισης της γλωττίδας, που κάνει δύσκολη τη λειτουργία των μυών της ωμικής ζώνης, ή η διατομή του παραπληρωματικού νεύρου κατά την αφαίρεση των τραχηλικών λεμφαδένων, πράγμα που παρεμποδίζει τη λειτουργία των μυών της περιοχής του ώμου, είναι δυνατόν να ελαττώσουν την ικανότητα εκτέλεσης βαριάς εργασίας. Σε όλες τις περιπτώσεις αυτές εφαρμόζεται φυσιοθεραπεία.

Οι πάσχοντες που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στη σκόνη και τον καπνό της ατμόσφαιρας, και η μη ορθή υγραποίηση των υπερθερμαινόμενων κτιρίων το χειμώνα οδηγεί σε ξηρότητα και σχηματισμό εκμαγείων στην τραχεία (ξηρά τραχειίτιδα) με επακόλουθη αιμορραγία (Σχήμα 20). Παρόλο ότι η βρογχίτιδα είναι συχνή, σπάνιως παρατηρείται πνευμονία.



Σχήμα 20. Συνθήκες υγρασίας και θερμοκρασίας κατά την εκπνοή και εισπνοή

Υπάρχουν διάφορα εγχειρίδια και βιβλία οδηγιών, που διανέμονται από τις τοπικές αντικαρκινικές εταιρείες. Συχνά, ο ασχολούμενος με ένα άτομο που έχει υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή είναι αναγκαίο να βοηθήσει με οδηγίες σχετικά με την καθημερινή υγιεινή και εμφάνιση. Ο καθοδηγητής θα πρέπει να είναι ικανός να δίνει συμβουλές σε θέματα, όπως η φροντίδα του τραχειοσωλήνα και των προθέσεων, η καθαριότητα, τα καλύμματα του τραχειοστόματος, η κατάλληλη ενδυμασία του λαιμού ανδρών και γυναικών, οι προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνονται κατά τη διάρκεια του λουτρού, οι δυσκολίες ομιλίας στη διάρκεια του φαγητού και παρόμοια προσωπικά προβλήματα. Ο γιατρός θα πρέπει, επίσης, να είναι ικανός να βοηθήσει τον πάσχοντα να γραφτεί σε ένα μια λέσχη ατόμων που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή, για καθοδήγηση, εξάσκηση και ψυχαγωγία.

Επιλογή Μεθόδου Αποκατάστασης της Ομιλίας. Ασφαλώς, πρώτο μέλημα κάθε προγράμματος αποκατάστασης είναι η καλή ποιότητα ζωής του πάσχοντος. Ο ωτορινολαρυγγολόγος, ο λογοθεραπευτής και όσοι άλλοι εμπλέκονται στην αποκατάσταση της επικοινωνίας θα πρέπει να εκτιμήσουν όσο το δυνατόν νωρίτερα τις ανάγκες του πάσχοντος και τη δυνατότητα αποκατάστασης, κατά προτίμηση κατά τον χρόνο που ο πάσχων βρίσκεται ακόμη στο νοσοκομείο.

16. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αποδεκτό πως η παρέμβαση στους καρκινοπαθείς δεν πρέπει να εξαντλείται στην παροχή μόνο της Ιατρικής βοήθειας, αλλά να επεκτείνεται και στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα στην εξέλιξη της νόσου.

Τα προβλήματα που παρουσιάζουν τα άτομα αυτά είναι έντονα, τόσο στο χώρο της σωματικής όσο και στο χώρο της ψυχικής τους υγείας.

Οι επιπτώσεις της σε όλους τους τομείς (σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό) διαφέρουν για κάθε στάδιο της νόσου (π.χ. προδιαγνωστικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό) όπως διαφέρουν και με την ηλικία. Αν η νόσος εμφανιστεί νωρίς τα προβλήματα σχετίζονται με αυξημένες ανάγκες για προστασία και φροντίδα. Αν εκδηλωθεί στην παραγωγική ηλικία, που κάθε άτομο περιμένει να προβληθεί μέσα από τη δημιουργία, τότε απόγνωση, θυμός και πικρία είναι συχνές εκδηλώσεις λόγω της ματαίωσης αυτής της δημιουργικής φάσης. Για τα μεγαλύτερα άτομα τα προβλήματα της ασφάλειας και προστασίας είναι πάλι σημαντικά όπως στη μικρή ηλικία.

Τώρα πια, όλοι έχουν συνειδητοποιήσει πως η υγεία υπάρχει όταν βρίσκονται σε ισορροπία πολλοί παράγοντες, φυσικοί και περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί και διανοητικοί, ο τρόπος ζωής και οι πνευματικές πεποιθήσεις.

Το στρες παίζει ζωτικό ρόλο στην ισορροπία αυτή, είναι δε γνωστό ότι συμβάλλει σε ποικίλες διαταραχές. Είναι γεγονός ότι στο 50% έως 80% των ασθενειών συμμετέχει σε κάποιο βαθμό το στρες. Το στρες αναγνωρίζεται ως παράγων κινδύνου για διάφορους εθισμούς, παχυσαρκία, υπέρταση, πεπτικό έλκος, κολίτιδα, άσθμα, αϋπνία, ημικρανία, πονοκεφάλους, ισχιαλγία και πολλές ψυχολογικές διαταραχές.

Δεν είναι πάντως γνωστό αν και κατά πόσον το στρες αποτελεί παράγοντα κινδύνου να αναπτυχθεί καρκίνος. Μερικοί πιστεύουν ότι παίζει ρόλο, άλλοι όχι. Ασφαλώς όμως επιδρά στην ανάρρωση από την ασθένεια.

ΘΕΤΙΚΟ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ

Το στρες δεν είναι πάντοτε αρνητικό. Το θετικό στρες μας επιτρέπει να ενεργούμε, να σκεπτόμαστε, να κινούμαστε και να ανταποκρινόμαστε σε περιστάσεις, αποβλέποντας σε κάποιο σκοπό. Χωρίς αυτό δεν θα μπορούσαμε να λειτουργήσουμε. Το στρες για το οποίο μιλάμε εδώ, και το οποίο σχετίζεται με την ανάγκη για χαλάρωση, αποκαλείται αρνητικό. Οι καρκινοπαθείς υποφέρουν πολύ από το αρνητικό στρες. Οι αιτίες είναι πολλές:

- φόβος του θανάτου
- απώλεια της εργασιακής ικανότητας, η οποία μπορεί να προκαλέσει οικονομική ανασφάλεια
- πόνοι
- αλλαγές της εξωτερικής εμφάνισης
- αλλαγές στις σχέσεις
- διανοητική σύγχυση
- αποφάσεις «ζωής ή θανάτου» που πρέπει να ληφθούν
- ελάττωση ενέργειας
- ελάττωση κινητικότητας
- έντονα οργανικά συμπτώματα
- συναίσθημα μοναξιάς
- άγχος για τις διάφορες ιατρικές ή χειρουργικές διαδικασίες
- άγχος και ναυτία πριν και μετά τη χημειοθεραπεία

Το αρνητικό στρες εντείνει τους φόβους του. Τον κάνει να αισθάνεται αβοήθητος και ανίκανος να λειτουργήσει, έχει δε την αίσθηση ότι δεν μπορεί να το αντιμετωπίσει. Έτσι δυσκολεύετε εξαιρετικά να συνεργαστεί και να συμβάλει στη θεραπεία του.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο καρκίνος όπως γνωρίζουμε όλοι μας, είναι περισσότερο γνωστός σαν επάρατος ή ξορκισμένο, παρά σαν μία «χρόνια νόσος» όπως την ορίζει η ιατρική επιστήμη. Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός, ότι είναι αρρώστια ταυτισμένη με τον θάνατο, αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο.

Το άγνωστο αίτιο, του καρκίνου, παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα, έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων, το «κοινωνικό στίγμα» της νόσου, διαμορφώνοντας μία ολόκληρη μυθολογία ή δεισιδαιμονία γύρω από αυτόν.

Ο προβληματισμός για την ενημέρωση του αρρώστου, η αυξημένη φροντίδα και προστασία, η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς μας προς τον «καρκινοπαθή» και κάθε άλλη μορφή «υπερπροστασίας» αποτελούν ίσως την χαρακτηριστικότερη μορφή έκφρασης του κοινωνικού στίγματος.

Έστω όμως και αν διαφέρουν μεταξύ τους, οι τρόποι που εκφράζεται το στίγμα αυτό, κοινή συνισταμένη όλων είναι ο οίκτος που δέχονται σαν μήνυμα τα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση αυτή.

Κατά συνέπεια τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τον καρκίνο, ξεκινούν από την «κοινωνική ταυτότητα» της νόσου. Ο τρόπος δε, που θα βιώσει ο κάθε ασθενής το προσωπικό του πρόβλημα, εξαρτάται άμεσα τόσο από την δική του αντίληψη περί καρκίνου, όσο και του περιβάλλοντος του.

Το γεγονός βέβαια, ότι ο «καρκίνος» σαν ασθένεια, οδηγεί συχνά στο θάνατο και έχει ακόμη σκοτεινό χαρακτήρα για την επιστήμη, όχι μόνο συντελεί στο να συντηρείται το «κοινωνικό στίγμα», αλλά πολλαπλασιάζει τα κοινωνικά προβλήματα, μέσα στο σύγχρονο τρόπο ζωής, εφόσον δεν γίνεται καμία οργανωμένη προσπάθεια που να στοχεύει στον περιορισμό του στίγματος αυτού.

Η γνώση των συμπτωμάτων και μόνο, δεν επαρκεί, όπως φαίνεται, για να οδηγήσει κάποιον έγκαιρα στο γιατρό, για το λόγο ότι, πάρα πολύ συχνά, λειτουργεί ανασταλτικά για το άτομο, το οποίο ακριβώς επειδή γνωρίζει και υποψιάζεται ότι το σύμπτωμα αυτό, μπορεί να σημαίνει «καρκίνο» μεταθέτει - κάτω από το κράτος του φόβου - που προκαλεί η αρρώστια αυτή, την επιβεβαίωση της «θανατικής καταδίκης».

Έτσι, τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, θα πρέπει να τις αξιολογήσει κανείς, όχι μόνο μέσα από το πρίσμα των προβλημάτων που δημιουργούν στα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση αυτή, αλλά και τη δύναμη που έχουν, για να λειτουργούν σαν ανασταλτικό αίτιο στον τομέα της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης.

Κατά συνέπεια η αντιμετώπιση του «καρκίνου» δεν αποτελεί σήμερα, ένα πρόβλημα μόνο ιατρονοσηλευτικό, αλλά ένα πρόβλημα πολύπλευρο και σύνθετο. Οι διαστάσεις του προβλήματος αυτού, αρχίζουν από τον ασθενή, περιλαμβάνουν το οικογενειακό του περιβάλλον και επεκτείνονται στο ευρύτερο κοινωνικό, άλλοτε σαν αίτιο και άλλοτε σαν αποτέλεσμα, δημιουργώντας τέτοιες αλληλεπιδράσεις, που δεν είναι δυνατόν να υποβαθμιστούν ή να απομονωθούν από το θεραπευτικό στόχο.

Στην καθημερινή πρακτική όμως, υπάρχει ακόμη μεγάλος ενδοιασμός στο να γίνει αποδεκτό, ότι τα Κοινωνικά, Συναισθηματικά και Οικονομικά προβλήματα που συνοδεύουν τον καρκίνο είναι μέρος της αρρώστιας και πρέπει να αντιμετωπίζονται τόσο σοβαρά, όσο και η ίδια η νόσος.

Η λέξη σοβαρά βέβαια, δεν υπονοεί την έλλειψη σοβαρότητας, αλλά αναφέρεται στις προτεραιότητες και τις μεθόδους που μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την «ολιστική» αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού.

Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται ο «καρκίνος» σήμερα στη χώρα μας, θυμίζει περισσότερο παρά ποτέ, τον περίφημο «Καρτεσιανό Δυαλισμό» που χώριζε τον άνθρωπο σε δύο διαφορετικά στοιχεία, το σώμα και την ψυχή.

Έτσι, ενώ η αρρώστια βλέπουμε να αντιμετωπίζεται με όλη τη σύγχρονη επιστημονική γνώση, μέσα, και διεθνή πρωτόκολλα, ο άρρωστος, σαν άτομο και κοινωνική οντότητα, μένει ακόμη μόνος και αβοήθητος να βιώνει όχι μόνο το βάρος του «Κοινωνικού στίγματος», αλλά και όλες τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που συνοδεύουν την αρρώστια αυτή.

Το κοινωνικό στίγμα, προκαλεί τον οίκτο, για τα άτομα αυτά, συναίσθημα κατ'εξοχήν υπεύθυνο για την «Κοινωνική Απομόνωση», που παρατηρείται στα άτομα με καρκίνο. Συνήθως όλοι, κάτω από το δικό τους φόβο, για την πάθηση αυτή, αντιμετωπίζουν τον ασθενή, όπως νοιώθουν, όπως μπορούν και όχι όπως πρέπει.

Κατά συνέπεια οι ασθενείς με καρκίνο, εκτίθενται στην ανεξέλεγκτη αντίδραση, των κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι όχι μόνο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών, αλλά σύμφωνα με σύγχρονες ενδείξεις ίσως και τη διάρκεια αυτής.

Σύγχρονες έρευνες και μελέτες υποστηρίζουν ότι «Η κοινωνική ζωή» επηρεάζει την πορεία και την εξέλιξη της αρρώστιας σ' ένα ασθενή με καρκίνο, ενώ διάφορες μορφές «κοινωνικής υποστήριξης» ανεξάρτητα από την επίδραση στο χρόνο επιβίωσης, βελτιώνουν και την ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Μελέτες π.χ. που αφορούν γυναίκες με καρκίνο μαστού, έδειξαν ότι η «Κοινωνική συμμετοχή» αύξησε το χρόνο επιβίωσης, ενώ η «Κοινωνική Απομόνωση» και το stress τον ελάττωσαν (Fwnchand Marchall 1983).

Άλλες μελέτες κοινωνικών παραγόντων και θνησιμότητας από καρκίνο στους άνδρες, έδειξαν, ότι το σημαντικότερο ρόλο είχαν η οικονομική κατάσταση, το επίπεδο εργασίας και το είδος κατοικίας (Jenkins 1983).

Η επίδραση βέβαια των παραγόντων αυτών, ως προς τα αίτια και την εξέλιξη της νόσου, αποτελούν ακόμη ένα κεφάλαιο του μέλλοντος. Το κεφάλαιο όμως του παρόντος, που επιβάλλεται να μελετηθεί και πρέπει να αξιολογηθεί, είναι η επίδραση που ασκούν οι παράγοντες αυτοί τόσο στην ποιότητα ζωής, όσο και στη συντήρηση κοινωνικών αντιλήψεων, οι οποίες εμμέσως πλην σαφώς, παρεμποδίζουν την πρόληψη και αντιμετώπιση αυτής της ίδιας της αρρώστιας.

Σήμερα, αποτελεί γεγονός αναμφισβήτητο, ότι ο καρκίνος, είναι μία ασθένεια που συνοδεύεται από δυσβάστακτες ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Οι κοινωνικοί παράμετροι της νόσου, όχι μόνον δεν αμφισβητούνται πλέον, αλλά αντίθετα επισημαίνεται διεθνώς, ότι όλα τα συστήματα υγείας, αντιμετωπίζουν ελλιπώς τις ανάγκες των καρκινοπαθών. Όσο θα αποτελούσε ουτοπία, το να πιστέψουμε ότι η χώρα μας, θα μπορούσε άμεσα να καλύψει πλήρως τις ανάγκες των ασθενών αυτών, έστω και αν το ήθελε, άλλο τόσο αποτελεί πλάνη το να πιστεύουμε ότι μπορούμε να αγνοούμε για πολύ ακόμη, βασικές ελλείψεις στις ανάγκες αυτών, χωρίς να εκατονταπλασιάζουμε το κοινωνικοοικονομικό κόστος, ευρύνοντας τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος.

Δεν θα ήταν υπερβολή να υποστηρίξουμε, ότι οι κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος Καρκίνος, αρχίζουν από τη φύση της αρρώστιας, εντείνονται και

επεκτείνονται κάτω από το «Κοινωνικό στίγμα», αλλά συνθλίβουν τα άτομα και τις οικογένειές τους με την έλλειψη συντονισμένων και υπεύθυνων υποστηρικτικών προγραμμάτων. Βλέποντας τους ασθενείς με καρκίνο, προβληματίζεται κανείς εάν πράγματι είναι πιο βαριά η αρρώστια ή ο τρόπος που αναγκάζονται να τη βιώνουν πολλοί ασθενείς.

Οι προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα στη χώρα μας, είναι κυρίως αποτέλεσμα προσωπικών ευαισθησιών. Ενώ υπάρχουν καλά προγράμματα, χαρακτηρίζονται από έλλειψη συντονισμού και αξιολόγησης και δεν επαρκούν για να καλύψουν παρά τις ανάγκες λίγων ασθενών.

Έτσι τις Κοινωνικές διαστάσεις του Καρκίνου, όλοι τις ζούμε, όλους μας επηρεάζουν, αλλά δεν τις μελετάμε, δεν τις υπολογίζουμε.

Δεν ξέρουμε;

Δεν μπορούμε; ή

Δεν θέλουμε;

Γεγονός πάντως είναι, ότι συγκεκριμένη απάντηση για τις διαστάσεις του προβλήματος καθώς και για το Κοινωνικοοικονομικό κόστος των Ελλήνων καρκινοπαθών, δεν θα μπορούσε να δώσει κανείς ειδικός ή υπεύθυνος.

Θα μπορούσε όμως να δώσει πολύ συγκεκριμένα στοιχεία κάθε άτομο και οικογένεια που περιπλέκεται στην περιπέτεια αυτή και βιώνει όλο το μέγεθος της «επάρατου» μόνοι και αβοήθητοι.

Και όμως είναι λάθος να υποτιμάται η διαβρωτική επίδραση των καταστάσεων αυτών, διότι ο κάθε ασθενής και η κάθε οικογένεια, αποτελούν ταυτόχρονα τον Δέκτη αλλά και τον Πομπό των Κοινωνικών προβλημάτων μιας αρρώστιας που αποτελεί την 2η αιτία θανάτου και εξακολουθεί να αποτελεί απειλή του Μέλλοντος.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η οικογένεια αποτελεί μία μικρή κοινωνική ομάδα. Το κάθε πρόβλημα και η κάθε εμπειρία που δέχεται το ένα μέλος της ομάδας περνάει και στα υπόλοιπα. Υπάρχει δηλαδή μία μορφή διαρκούς αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της, από εσωγενείς και εξωγενείς παράγοντες.

1. Η πρώτη αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στη διάγνωση.

Όταν η οικογένεια ενημερωθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό, ηττοπάθεια και αδιέξοδο. Το πλέγμα των προκαταλήψεων που περιβάλλει τον αρνητικά φορτισμένο αυτόν όρο, προέρχεται από την ελλιπή ή κακή ενημέρωση του κοινού, που έχει σχέση με την έκβαση της αρρώστιας δια μέσου των αιώνων και την ανεπάρκεια των γνώσεων γύρω από τα αίτια της καρκινογένεσης.

Η ανακοίνωση λοιπόν της διάγνωσης στην οικογένεια, δημιουργεί αισθήματα χάους και βαθιάς αποδιοργάνωσης, τόσο ψυχολογικής, όσο και πρακτικής. Αυτό συμβαίνει είτε πρόκειται για τον πατέρα, που όχι μόνο έχει συχνά την οικονομική ευθύνη της οικογένειας, αλλά εμπνέει σιγουριά και ασφάλεια στα μέλη της στον παραδοσιακό του ρόλο, είτε πρόκειται για τη μητέρα, που μπορεί να έχει μέρος της οικονομικής της ευθύνης, αλλά είναι το άτομο που με την τρυφερότητα, τη ζεστασιά, την αγάπη και τον πλούσιο συναισθηματισμό, ισορροπεί την οικογένεια. Όταν η διάγνωση αφορά το παιδί, τότε η κατάσταση είναι ακόμη δυσκολότερη. Οι γονείς νοιώθουν ενοχές για την ασθένεια, ανεπάρκεια στο ρόλο τους και κυριεύονται από αισθήματα απελπισίας και διαλυτικής δυστυχίας.

Τι σημαίνει λοιπόν να πληροφορηθεί η οικογένεια ότι κάποιος μέλος της είναι άρρωστος με καρκίνο; Ποιους μηχανισμούς πρέπει να αναπτύξει; Γιατί αυτός ο συγκεκριμένος άρρωστος σ' αυτή τη συγκεκριμένη οικογένεια; Πρέπει να το συζητήσει ή είναι το μυστικό που προκαλεί ντροπή; Όλα αυτά τα ερωτήματα προκαλούν ένα μπλοκάρισμα στη συμπεριφορά και την αντίδραση της οικογένειας, που αν δεν απαντηθούν, δεν θα μπορέσει να ανακτήσει τις δυνάμεις της για να αντιμετωπίσει τον άρρωστο αποτελεσματικά και να τον βοηθήσει στην αποκατάσταση.

Σ' αυτό χρειάζεται η συμβολή ανθρώπων με ειδική επιστημονική γνώση και πείρα όπως του νοσηλευτή, των κοινωνικών λειτουργών, οικογενειακών θεραπειών και ψυχολόγων.

2. Τύποι συμπεριφοράς οικογενειών

Προκειμένου λοιπόν να βοηθηθεί θετικά η οικογένεια του αρρώστου στο δύσκολο ρόλο της, θα πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής τους πιο πιθανούς τρόπους που

αντιδρά η οικογένεια αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου. Οι τρόποι αντίδρασης εξαρτώνται από την ιδιομορφία της οικογένειας, από θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, νοοτροπία περίγυρου κτλ. Είναι λοιπόν δυνατόν να έχει τις παρακάτω αντιδράσεις:

α. Το οικογενειακό περιβάλλον να εμφανιστεί υπερενεργητικό. Αμέσως μετά το πρώτο «σοκ» της διάγνωσης και την αρχική αμηχανία να ακολουθήσει μια έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών που τείνει, αντί να υποστηρίζει τον ασθενή, να τον «εξαφανίσει», δηλαδή να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς κατακλύζουν το δωμάτιο του ασθενή με υπερβολική φροντίδα και πληθώρα παροχών που προβληματίζουν τον άρρωστο. Αρχίζει να αισθάνεται αφύσικα με τους οικείους του, πριν ακόμη συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει. Βέβαια η συναισθηματική αυτή έκρηξη είναι παρορμητική και κοπάζει ή στερεύει, όταν ο ασθενής την έχει ανάγκη και την αναζητά.

Ο νοσηλευτής που θα διαγνώσει αυτόν τον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας, θα πρέπει να την κατευθύνει να μετριάσει την ενεργητικότητα της, για να νοιώσει ο άρρωστος πιο άνετα και φυσιολογικά και για να μην κουραστούν και οι δυο πλευρές. Πρέπει να καταλάβουν ότι είναι ανάγκη να μείνουν δίπλα του διακριτικά και να σεβαστούν τις ανάγκες του για σκέψη, κρίση, ανασυγκρότηση και κινητοποίηση μηχανισμών άμυνας. Είναι σκόπιμο να μην αντλείται η φροντίδα σ' αυτή την πρώτη φάση, διότι θα τη χρειαστεί ο άρρωστος στα επόμενα στάδια της αρρώστιας.

β. Άλλη περίπτωση αντίδρασης του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι η υπερπροστατευτικότητα. Μ' αυτήν η οικογένεια βάζει τον άρρωστο στο περιθώριο. Δεν του επιτρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι στα πλαίσια των δυνάμεων και των δυνατοτήτων του. Χάνει την ενεργητικότητα του και ωθείται να αναλάβει τον παθητικό ρόλο του δέκτη και όσων του προσφέρονται απλόχερα. Εγκαταλείπει δραστηριότητες, ρόλους, καθήκοντα, ψυχαγωγία, υποχρεώσεις. Χάνει την ταυτότητα του. Ο τρόπος αυτός της συμπεριφοράς πέρα από τα κίνητρα αγάπης, μπορεί να περιλαμβάνει «παθολογικές καταστάσεις». Ενδέχεται οι οικείοι να εκφράζουν κάποιο σύμπλεγμα ενοχών, κάποια ανάγκη για επιβεβαίωση της παρουσίας του και της

προσωπικότητας του, δικαίωση και αυτοολοκλήρωση μέσα από μια ασυνείδητη καταπίεση του αρρώστου.

Η εργασία του νοσηλευτή μ' αυτόν τον τύπο οικογένειας είναι ότι θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή ν' αποκτήσει την αυτοπεποίθησή του στην εργασία και την προσωπική του ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σ' άλλες δραστηριότητες επιβεβαίωσης και αυτοολοκλήρωσης. Επίσης οι συγγενείς θα πρέπει να πεισθούν για τις ικανότητες και δυνατότητες του ασθενή να συνεχίσει να δραστηριοποιείται και να αναλαμβάνει ευθύνες.

γ. Η αυθυποβολή της οικογένειας σε προσωπική ταλαιπωρία με οποιαδήποτε τίμημα, όταν ο άρρωστος δεν το έχει ανάγκη, ξεπερνά τα όρια της υπερπροστασίας και φθάνει στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα ατελείωτα νυχτοξημερώματα δίπλα στον άρρωστο, πάνω σε μια καρέκλα και μ' όσα άλλα συνεπάγεται αυτό, χωρίς να υπάρχει πραγματική ανάγκη του αρρώστου γι' αυτό.

Τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια υπέρμετρη αγάπη που εκδηλώνεται μ' έναν τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής. Υπάρχει όμως περίπτωση να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σχέση ή συμπεριφορά και έτσι αυτουποβάλλονται σε μια μορφή ταλαιπωρία και εξιλέωσης. Επίσης η αντίδραση αυτοτιμωρίας μπορεί να σημαίνει και συναισθηματική ανωριμότητα.

Από μέρους του νοσηλευτή απαιτούνται γνώσεις και εμπειρία προκειμένου να μελετήσει και να βοηθήσει την οικογένεια.

Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι οι τρεις τύποι συμπεριφοράς, όπως περιγράφηκαν πιο πάνω, έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό, που δρα σαν υποκινητής και ρυθμιστής της αντίδρασης, ανάλογα με το «Κοινωνικό πρωτόκολλο». Τι περιμένει ο κοινωνικός περίγυρος από την οικογένεια; Να δοθεί στον άρρωστο άνευ όρων, προσφέροντας κάθε δυνατή και μη θυσία, ανεξάρτητα από τις αντίστοιχες ανάγκες της μιας ή της άλλης πλευράς; Σε διαφορετική περίπτωση θα σχολιαστεί η οικογένεια δυσμενώς και θα απομονωθεί κοινωνικά

Ο νοσηλευτής να είναι πολύ προσεκτικός σ' ό,τι αφορά την ανίχνευση πραγματικών συναισθημάτων, που βρίσκονται μπερδεμένα με τις απαιτήσεις του

κοινωνικού περίγυρου. Αυτό το ξεμπέρδεμα μπορεί να γίνει πολύ οδυνηρό, τόσο για τον ασθενή, όσο και για το περιβάλλον του. Γι' αυτό χρειάζεται προσεκτική κατεύθυνση και λεπτός χειρισμός.

δ. Μια άλλη πιθανή αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος όταν πληροφορείται τη διάγνωση είναι ο θυμός ή η οργή. Ο θυμός σαν συναίσθημα σε μια δύσκολη στιγμή της ζωής μπορεί να χαρακτηριστεί απόλυτα φυσιολογικός και καταλυτικός της όλης έντασης που ακολουθεί τη διάγνωση.

Ο θυμός που κατευθύνεται στην αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν έκφραση αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει άρρωστο και συγγενείς. Όταν όμως ο θυμός των οικείων στραφεί κατά του αρρώστου, τότε το πρόβλημα εντείνεται. Σ' αυτή την περίπτωση ο άρρωστος κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας του και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν απ' αυτήν.

Ο ρόλος του νοσηλευτή έγκειται στην προσπάθεια της σωστής διοχέτευσης του θυμού. Οι συγγενείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η ευθύνη για την αρρώστια δεν μπορεί να χρεωθεί στην επιλογή του αρρώστου. Η κατάσταση είναι πλέον διαμορφωμένη και η προσπάθεια πρέπει να στραφεί σε συμπεριφορά συμπαράστασης του αρρώστου και συνεργασία με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων που θα προκύψουν στην πορεία της θεραπείας. Επίσης πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η ψυχική ισορροπία και ηρεμία του αρρώστου είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του σκληρού γεγονότος της ασθένειας.

ε. Όταν η οικογένεια είναι υπερεξαρτημένη από τον άρρωστο, η πρώτη της αντίδραση μπορεί να είναι η άρνηση. Κρύβονται πίσω από την άρνηση της πραγματικότητας και δεν διανοούνται να αλλάξει ο ρυθμός ζωής της οικογένειας. Αυτό, σαν αρχική αντίδραση μπορεί να χαρακτηριστεί σαν θετικό, διότι αναπτύσσεται σαν ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας και άμυνας μέχρι την τελική προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σ' ένα επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας, διότι εάν δεν γίνει αυτό, εγκυμονείτε ο εξής

κίνδυνος: Η απόλυτα εξαρτημένη συναισθηματικά και πρακτικά οικογένεια να συνεχίσει να έχει απαιτήσεις από τον άρρωστο, όπως και στο παρελθόν. Να θέλει δηλαδή τον άρρωστο της να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό τις εργασιακές, κοινωνικές και συναισθηματικές δραστηριότητες. Η ικανοποίηση όλων αυτών των απαιτήσεων θα είναι εκτός της σημερινής δυνατότητας του ίδιου να ανταποκριθεί. Έτσι δημιουργούνται προβλήματα δυσεπικοινωνίας και τα αντίστοιχα ψυχολογικά, που δεν βοηθούν την ικανοποιητική πορεία της ασθένειας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή μ' αυτόν τον τύπο οικογένειας είναι να αποδεχθεί η οικογένεια τη νέα πραγματικότητα και να δει τον άνθρωπο της όχι σαν «απόμαχο», αλλά σαν άτομο που έχει και αυτό ανάγκες. Χρειάζεται κατανόηση και συναισθηματική υποστήριξη. Για να γίνει όμως αυτό θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να αναπτύξει τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με την οικογένεια. Σκοπός αυτής της εργασίας θα είναι η κάλυψη των εσωτερικών αναγκών των μελών της και η κινητοποίηση των δυνάμεων και μηχανισμών ανεξαρτητοποίησης τους.

Οι τύποι αντίδρασης της οικογένειας που αναφέρθηκαν, μπορεί να συναντηθούν όπως περιγράφηκαν ή να συνυπάρχουν δύο τύποι αντίδρασης ή και ανάμικτοι. Τότε η κατάσταση γίνεται πιο περίπλοκη και θέλει προσεκτική μελέτη και χειρισμό.

3. Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις μέλους και οικογένειας Κάτω από την πίεση όλων αυτών των συναισθηματικών και ψυχολογικών αντιδράσεων και πριν κατορθώσει η οικογένεια να ταξινομήσει τα συναισθήματα της και να ελέγξει τις αντιδράσεις της, αναγκάζεται να δημιουργήσει ένα πλαίσιο υποκριτικής αισιοδοξίας. Αφήνει τον άρρωστο ανενημέρωτο για την πραγματική διάγνωση με σκοπό να επιτύχει μια μορφή ισορροπίας αποκλείοντας απ' αυτόν κάθε δυνατότητα να εκφράσει τα πραγματικά του συναισθήματα.

Η μέθοδος αυτή που επιλέγει η οικογένεια ενέχει τον κίνδυνο της σταδιακής απομάκρυνσης από τον άρρωστο, διότι δεν υπάρχει υπόβαθρο ειλικρινούς επικοινωνίας. Τα λεκτικά μηνύματα έρχονται σε πλήρη αντίφαση με τα μη λεκτικά και την πρακτική της συμπεριφοράς. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα οικογενειών που προβάλλοντας τις δικές τους ανάγκες και όχι του αρρώστου παρεμβαίνουν και προσπαθούν να επηρεάσουν το γιατρό για την μη επιλογή του τρόπου της ειλικρινούς

επικοινωνίας και ενημέρωσης και όταν ακόμη ο ίδιος είναι προετοιμασμένος γι' αυτό και το χρειάζεται.

Γι' αυτό προκύπτει επιτακτική η ανάγκη για τη συναισθηματική υποστήριξη των συγγενών, που «ορθοποδώντας» οι ίδιοι θα κατορθώσουν να συμπαρασταθούν στον άρρωστο τους.

Οι παράγοντες που καθορίζουν την έκταση της τραγικότητας στην οικογένεια του ασθενή είναι:

1. Το πιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο
2. Πως προδιαγράφεται η εξέλιξη και η πορεία της νόσου
3. Το πνευματικό επίπεδο των μελών της οικογένειας και η καλλιέργειά τους.
4. Η οικονομική κατάσταση

Ίσως αξίζει να σταθούμε για λίγο στον 1^ο παράγοντα. Παίζει ρόλο πιο μέλος είναι ο ασθενής. Τι θέση έχει μέσα στην οικογένεια, τι σημαίνει η αρρώστια του ή και η απώλειά του σε πρακτικό και σε συναισθηματικό επίπεδο.

ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΓΟΝΙΟΣ

α) Πρακτικά προβλήματα. Μείωση του εισοδήματος – όταν αυτός είναι ο οικονομικός φροντιστής. Λιγότερη φροντίδα (ιδίως όταν ασθενεί η μητέρα και λείπει για μεγάλα χρονικά διαστήματα). Γενικά οι παροχές που είχαν τα παιδιά υποβαθμίζονται.

β) Συναισθηματικά προβλήματα: Υπάρχει στην οικογένεια περισσότερη ένταση και εκνευρισμός. Συχνά το κυρίαρχο αίσθημα είναι η ανασφάλεια και ο φόβος.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η ασθένεια παραμένει υπαρκτή και ο αγώνας πρέπει να συνεχιστεί. Πρόκειται για μια χρόνια αρρώστια που ο άρρωστος επισκέπτεται συχνά και σε τακτικά χρονικά διαστήματα το νοσοκομείο και αυτό δημιουργεί τη δυνατότητα συχνών επικοινωνιών, ουσιαστικής σχέσης και σημαντικής βοήθειας.

Ο άρρωστος με ολική λαρυγγεκτομή είναι αυτός που αναζητά την επικοινωνία, έχει την ανάγκη της παρουσίας του νοσηλευτικού προσωπικού και αυτή του την ανάγκη την

εκδηλώνει άμεσα και επιτακτικά. Η παρουσία του νοσηλευτή είναι απαραίτητη σ' όλη τη δύσκολη πορεία του ατόμου μέσα από οδυνηρές διαδικασίες:

1. Το δίλημμα της ενημέρωσης αρρώστου και οικογένειας για την επίγνωση της νόσου. Παρόλο που η αρμοδιότητα της ενημέρωσης ανήκει στο γιατρό, επειδή εμπλέκονται συναισθηματικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες, η παρουσία του νοσηλευτή είναι απαραίτητη. Συνεργάζεται με το γιατρό για την αντιμετώπιση του αρρώστου ανάλογα με την ψυχολογία και τις ανάγκες του, χωρίς να αναδυθεί ο φόβος του θανάτου με τις αρνητικές του επιπτώσεις.

2. Η δύσκολη πορεία του αρρώστου μέσα από οδυνηρά στάδια, αμέσως μετά τη διάγνωση και σ' όλη τη διάρκεια της εξέλιξης της νόσου. Αντιμετωπίζοντας το άτομο σ' αυτή την πορεία της ζωής του, θα πρέπει ο νοσηλευτής να είναι προετοιμασμένος να αναγνωρίσει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ψυχοσύνθεσης του, που θα βοηθήσουν να ανιχνεύσει τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τους φόβους του. Με τη μεθοδευμένη συμπάρασταση του νοσηλευτικού προσωπικού, με την επιστημονική γνώση της ανάλυσης των συναισθημάτων του θα βοηθηθεί να εξοικειωθεί με την ασθένεια και θα αγωνιστεί θετικά για τη ζωή του συνεργαζόμενος με το γιατρό. Είναι σκόπιμο για τον άρρωστο να έχει συνοδοιπόρο την ελπίδα διότι τη χρειάζεται όσο τίποτα άλλο στη ζωή του.

3. Η παραμονή του αρρώστου στο Νοσοκομείο είναι μια κατάσταση ιδιαίτερα φορτισμένη συναισθηματικά. Αυτό είναι ιδιαίτερα επώδυνο όταν πρόκειται για νοσοκομείο χαρακτηρισμένο ως «αντικαρκινικό» μ' όλη την ψυχοκοινωνική διάσταση του όρου. Εκεί που ο ασθενής χάνει την ταυτότητα του και γίνεται το «επιστημονικώς ενδιαφέρον περιστατικό» ή «ο στιγματισμένος» καλείται ο νοσηλευτής να περάσει το μήνυμα της οντότητας, της μοναδικότητας, της ανεμπάνληπτης προσωπικότητας του ατόμου, τόσο στον ίδιο, όσο και στο προσωπικό του νοσοκομείου και στο περιβάλλον του.

4. Η νοσηλεία, οι μακροχρόνιες θεραπείες που επιφέρουν προσωπική ταλαιπωρία και απουσία από δραστηριότητες, οι χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν αλήθειες της ζωής και βασικές εμπειρίες ενός ασθενή με καρκίνο.

Ακολουθεί η προετοιμασία του ασθενή να συμβιβαστεί με την αναπηρία που προκύπτει μετά τον ακρωτηριασμό, να προετοιμαστεί ψυχολογικά και σωματικά να συνεχίσει τις επαγγελματικές δραστηριότητες —όταν αυτό είναι δυνατόν— και τη ζωή του με τα νέα πλέον δεδομένα, να διατηρήσει την ελπίδα και τη διάθεση για ζωή και ν' αγωνιστεί γι' αυτήν.

5. Η σχέση του ασθενή με την οικογένεια. Είναι σημαντικός ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των δυο πλευρών. Ο ασθενής έχει ανάγκη από σωστή υποστήριξη και σχέση, και η οικογένεια φθάνει σε αποδιοργάνωση αν δεν χρησιμοποιήσει μηχανισμούς ανασυγκρότησης, εξοικείωσης με την ασθένεια και τις συνέπειες της, καθώς επίσης στήριξης του αρρώστου της και προγραμματισμό της πορείας της οικογένειας με τα νέα δεδομένα όπως διαμορφώθηκαν μετά την αρρώστια.

6. Η σχέση του ασθενή με την Κοινότητα. Η κοινωνία που ζούμε είναι κακώς ή ελλιπώς ενημερωμένη για τη φύση της ασθένειας. Γι' αυτό χρειάζεται δραστηριοποίηση της διεπιστημονικής ομάδας με τη συμμετοχή σ' αυτή του νοσηλευτή που παράλληλα με την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης θα φροντίσει για την απομυθοποίηση και τη σωστή ενημέρωση του κοινού για την εξέλιξη της ασθένειας και τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου.

7. Ομάδες ασθενών. Ο άρρωστος με ολική λαρυγγεκτομή αισθάνεται συχνά απομονωμένος, απογοητεύεται εύκολα, μπλοκάρεται μπροστά στα προβλήματα του και νοιώθει ότι το δικό του πρόβλημα είναι το πλέον δυσεπίλυτο. Με τη δημιουργία ομάδων ασθενών με κοινά προβλήματα π.χ. μαστεκτομημένες γυναίκες, λαρυγγεκτομές, κολοστομίες κτλ. βγαίνουν οι άρρωστοι έξω από τον εαυτό τους βλέποντας ότι δεν είναι «μόνοι» και ανταλλάσσουν εμπειρίες και συναισθήματα. Έτσι η θεραπευτική μέθοδος

της ομαδικής προσέγγισης είναι αποτελεσματική στα ιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών και των συγγενών τους.

Η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού στους καρκινοπαθείς στόχο πρέπει να έχει τη δημιουργία καλύτερων προϋποθέσεων για την προσαρμογή των αρρώστων στις συνθήκες της πάθησης τους, καθώς και την επαναδραστηριοποίηση τους. Επαναφορά δηλ. σε μια ποιο φυσιολογική ζωή.

Η εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού στρέφεται κυρίως στις εξής κατευθύνσεις.

α) Να βοηθήσει τον άρρωστο να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις ανησυχίες του. Με τη μορφή που έχουν τα Νοσοκομεία μας — μεγάλα και απρόσωπα— είναι επιτακτική η ανάγκη του αρρώστου να μπορεί να βρει ένα άτομο που θα τον ακούσει και στο οποίο θα εκφράσει τα συναισθήματα του.

Σ' αυτό τον τομέα και η βοήθεια της οικογένειας δεν είναι σημαντική και δεν δίνει στον άρρωστο τη δυνατότητα να εκφραστεί στην προσπάθεια της να τον προστατέψει, καθησυχάζοντας τον και προσπαθώντας, να τον πείσει ότι δεν είναι κάτι σοβαρό.

β) Να βοηθήσει τον άρρωστο να διακρίνει το πραγματικό από το υποψιαζόμενο ή το κατά φαντασία —γύρω από τη φύση της αρρώστιας, τη διάγνωση, το θεραπευτικό πρόγραμμα. Αυτό βέβαια πρέπει να γίνει σε συνεργασία με τον γιατρό και όχι μόνο από τον νοσηλευτή γιατί αφορά κυρίως ιατρικά θέματα. Θα μπορούσε να ενημερωθεί ο άρρωστος για τις τυχόν αλλαγές που θα προκύψουν στο σώμα του, για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί και τι επιπτώσεις θα έχει αυτό στον οργανισμό του και στην εξωτερική του εμφάνιση (π.χ. έμμετοι, χάσιμο των μαλλιών από την χημειοθεραπεία κλπ.). Εάν ο ασθενής ξέρει τι έχει, θα αντιμετωπίσει, θα δεχθεί καλύτερα την όλη κατάσταση, χωρίς οδυνηρές υπερβολές:

γ) Να τον υποστηρίξουν και να του δώσουν κουράγιο, χωρίς όμως να τον παραπλανήσουν. Χρησιμοποιώντας τις μεθόδους τις Κ.Ε.Α., θα βοηθήσουν τον άρρωστο να δεχτεί την αρρώστια του, να ξανακερδίσει το ενδιαφέρον για τη ζωή και να μπορέσει να υπομείνει έτσι όλες τις δυσκολίες που έχει ν' αντιμετωπίσει.

δ) Να βοηθήσουνε την οικογένειά του να δεχτεί την αρρώστια ξεπερνώντας τους αρχικούς φόβους και τις τυχόν ενοχές, να κατανοήσουν τον άρρωστο και να σταθούν κοντά του. Επίσης να κάνουν τη δική τους εκφόρτιση και να συζητήσουν για τις δικές τους ανησυχίες.

ε) Ο νοσηλευτής με την βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού επιλαμβάνεται ή τουλάχιστον συμβουλεύει και για τα πρακτικής φύσεως προβλήματα που παρουσιάζονται στην οικογένεια, όπως είναι το οικονομικό, πρόβλημα εργασίας, εισαγωγής παιδιών σε παιδικό σταθμό. Ενημερώνονται οι άρρωστοι σχετικά με τις κρατικές παροχές που δικαιούνται και γίνονται ενέργειες για την επιδότηση των παιδιών του και των εξόδων μετακίνησής τους.

17. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σήμερα οι καρκινοπαθείς έχουν δύο επιλογές, είτε να γίνουν δραστήριοι ασθενείς, μέλη της ομάδας που μάχεται για την αποκατάσταση τους, είτε παθητικοί, αναθέτοντας την ευθύνη της αποκατάστασης τους στην ομάδα περίθαλψής τους.

Τρεις-τέσσερις δεκαετίες τώρα, οι περισσότεροι ασθενείς δεν ήξεραν ότι είχαν τη δυνατότητα εκλογής. Ήταν παθητικοί και ο ρόλος τους ήταν ξεκάθαρος. Έπρεπε να ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού, αποδεχόμενοι τις επιταγές του, και αν είχαν τέτοια διάθεση, να προσεύχονται για τη θεία παρέμβαση. Αυτός ήταν ο μόνος ρόλος που νόμιζαν ότι μπορούσαν να παίξουν.

Σήμερα όμως υπάρχει ένα νέο πεδίο επιστημονικής προσέγγισης, μια άλλη μέθοδος μάχης για την αποκατάσταση, η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη, και ονομάζεται ψυχονευροανοσολογία (ή PNI). Πολύ γενικά, ορίζεται ως η μελέτη της επίδρασης που έχει η διανοητική και ψυχολογική δραστηριότητα στην ευεξία του οργανισμού. Η προσέγγιση αυτή μας έχει διδάξει ότι οι ασθενείς μπορούν να παίξουν πολύ σπουδαιότερο ρόλο στην αποκατάσταση τους, επηρεάζοντας πραγματικά την έκβαση της ασθένειάς τους και βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής τους.

Ο καρκινοπαθής που κάνει συγκεκριμένες, ενσυνείδητες και σκόπιμες ενέργειες αγωνιζόμενος για την ανάρρωση του θα βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες του για αποκατάσταση.

Υπάρχουν τρία σημεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν σκεφτόμαστε τις πιθανότητες αποκατάστασης:

- ◆ Όσο ισχυρότερο είναι το ανοσολογικό σύστημα τόσο πιθανότερη είναι η αποκατάσταση.
- ◆ Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να ενισχυθεί από τα ευχάριστα συναισθήματα.
- ◆ Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να καταπονηθεί από μακροχρόνια, συνεχή δυσάρεστα συναισθήματα.

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΩΝ

Σκοπός του Συλλόγου είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή, η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η υποστήριξη και ενημέρωση των μελών του και των μελών των οικογενειών τους αλλά και του κοινού σε θέματα πρόληψης - έγκαιρη διάγνωσης και αποκατάστασης του καρκίνου του λάρυγγα, η εκμάθηση της οισοφαγικής φώνησης και η έρευνα.

Στο Σύλλογο εφαρμόζονται τα ακόλουθα προγράμματα :

- Εθελοντικό Πρόγραμμα (στήριξη του ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα στο νοσοκομείο που νοσηλεύεται, από εθελοντές του Συλλόγου)
- Πρόγραμμα Ψυχολογικής Στήριξης (ατομική συμβουλευτική – συμβουλευτική ζευγαριού και οικογένειας - ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης – βιωματικά σεμινάρια ευαισθητοποίησης για τις ανθρώπινες σχέσεις και επικοινωνία)
- Πρόγραμμα Μάθησης Οισοφαγίας ομιλίας (δωρεάν διδασκαλία οισοφαγίας ομιλίας λαρυγγεκτομηθέντες από λογοπεδικό)
- Πρόγραμμα εκπαίδευσης εθελοντών (εκπαιδευτικό σεμινάριο 8 εβδομάδων από τους νέους εθελοντές του Συλλόγου)
- Πρόγραμμα Ενημέρωσης (έγκυρη και υπεύθυνη πληροφόρηση των μελών του Συλλόγου σε θέματα ιατρικά, ψυχολογικά, ασφαλιστικά, εργασιακά κ.λ.π.
- Πρόγραμμα Πρόληψης-Έγκαιρης Διάγνωσης (ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα πρόληψης - έγκαιρης διάγνωσης του Καρκίνου του Λάρυγγα

ΦΩΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Το 60% περίπου των πασχόντων αναπτύσσουν μια χρήσιμη στοματοοισοφαγική φωνή μετά από ολική λαρυγγεκτομή. Κατά κανόνα, οι άνδρες το επιτυγχάνουν ευκολότερα. Όλοι οι πάσχοντες αρχίζουν να εκπαιδεύονται στην τεχνική αυτή από ένα λογοθεραπευτή.

Η εκπαίδευση στην παραγωγή οισοφαγικής ομιλίας αρχίζει την τρίτη με έκτη μετεγχειρητική εβδομάδα. Επειδή οι συνθήκες είναι διαφορετικές σε κάθε περίπτωση,

πρέπει να χρησιμοποιηθούν πολυάριθμες μέθοδοι διδασκαλίας. Οι πάσχοντες που κατοικούν κοντά σε μια μεγάλη πόλη έχουν συνήθως πρόσβαση σε ομάδες, που διευθύνονται από ένα έμπειρο γιατρό λογοθεραπευτή. Σε μια άλλη περίπτωση, ο πάσχων μπορεί να γίνει μέλος μιας ειδικής λέσχης ατόμων που έχουν χάσει τις φωνητικές χορδές τους. Κατά την ομαδική διδασκαλία, ο πάσχων έχει την ευκαιρία να μάθει, συγκρίνοντας μεθόδους ομιλίας με άτομα που έχουν υποβληθεί στην ίδια επέμβαση. Άλλοι πάσχοντες είναι δυνατόν να διδαχθούν από ένα εκπαιδευτή στο τοπικό παράρτημα της Αμερικανικής καρκινικής εταιρείας. Τέλος, σε μικρότερες κοινότητες, υπάρχουν μερικές φορές παλιότεροι πάσχοντες για να βοηθήσουν αυτούς που υποβλήθηκαν πλέον πρόσφατα στην ίδια επέμβαση.

18. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ

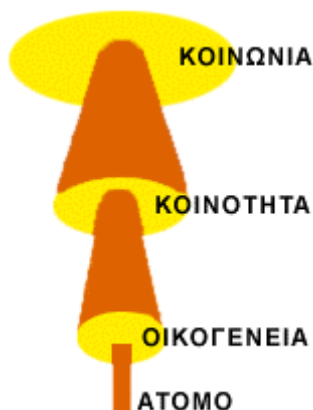
Κεντρικός άξονας στο επίπεδο αυτό είναι η ομάδα Σεμιναρίου. Τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτό το επίπεδο είναι συνήθως άτομα που βρίσκονται στην πρώτη φάση της αρρώστιας δηλαδή μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Εδώ το άτομο εκφράζει φόβους για μεταστάσεις, για θάνατο και υπάρχει ανάγκη προσαρμογής εκ νέου στη ζωή.

Ο απώτερος σκοπός σ' αυτή τη φάση είναι να μάθει το άτομο να αισθάνεται ενεργητικό με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμη και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους, να βρει τη δύναμη και την ελπίδα να αγωνισθεί για τη ζωή του.

Συγκεκριμένα οι στόχοι της ομάδας είναι:

1. Να βοηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματα τους (φόβο, άγχος, κατάθλιψη).
2. Να αντιμετωπίσουν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια.
3. Να βοηθούν ώστε να μπορούν να ζουν με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της και να μπορούν να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες.
4. Να βοηθούν στο να προσαρμοστούν στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
5. Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες.
6. Να ενεργοποιηθούν προς την Κοινωνική τους επανένταξη (Σχήμα 21).

Σ' αυτό το επίπεδο που αποτελεί τη φάση ευαισθητοποίησης, τα άτομα κατ' αρχήν παρακινούνται να δουν τον Καρκίνο, όχι σαν τοπικό πρόβλημα αλλά σαν μία διαταραχή του συστήματος του οργανισμού, όχι σαν νέο ξένο "πλάσμα" που βασανίζει το σώμα τους, αλλά σαν αποτέλεσμα αλληλοεπίδρασης ανάμεσα στους βιολογικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.



Σχήμα 21. Ο λαρυγγεκτομηθέντας στην πυραμίδα της κοινωνίας

Ένα δεύτερο βήμα είναι να βοηθούν τα άτομα να συνειδητοποιήσουν πως δεν είναι πάντα θύματα της αρρώστιας αλλά και πως οι ίδιοι μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή στην καταπολέμηση της.

Και ένα τρίτο βήμα είναι να ενισχυθεί η πίστη των ατόμων στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και της αμυντικής ικανότητας του οργανισμού (ΜΕΘΟΔΟΣ CARL & STEPHANIE SIMONTON 1).

Οι κύριες τεχνικές που χρησιμοποιούνται με σκοπό την ενίσχυση του αμυντικού συστήματος είναι η μέθοδος της χαλάρωσης και της διανοητικής φαντασίωσης. (Ο ασθενής ενθαρρύνεται να απεικονίσει στη φαντασία του, συμβολικές εικόνες του Καρκίνου και το τι πιστεύει πως συμβαίνει στο σώμα του).

Αλλάζοντας την ιδέα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την ισχύ των αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού, πιστεύουμε ότι μπορεί να επέλθουν αλλαγές στο πολύπλοκο ανοσολογικό σύστημα, επηρεάζοντας έτσι την αρρώστια.

Πέρα από την ομάδα Σεμιναρίου σ' αυτό το επίπεδο εντάσσονται και οι εξής ομάδες :

1. Η ομάδα ατόμων με λαρυγγεκτομή. Η ομάδα αυτή έχει σαν σκοπό αφ' ενός την εκμάθηση οισοφαγικής φωνής, αφ' ετέρου την αντιμετώπιση των προβλημάτων (κοινωνικών - ψυχολογικών) που δημιουργεί η συγκεκριμένη επέμβαση.

2. Ομάδες οικογενειακού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα ομάδα εφήβων που ένας από τους γονείς πάσχει από Καρκίνο και ομάδα συζύγων - συντρόφων.

Η υποστηρικτική παρέμβαση στις ομάδες αυτές αποσκοπεί στα εξής :

α. Να οδηγηθεί η οικογένεια να πάρει την καλύτερη δυνατή στάση απέναντι στον πάσχοντα και να σπάσει τη σιωπή με την οποία συχνά περιβάλλεται το άτομο.

β. Να ενθαρρυνθεί η οικογένεια να συζητήσει με τον ασθενή τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα συναισθήματα του.

γ. Να βοηθούν τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα που δημιουργούνται από την εμφάνιση της ασθένειας και να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα δηλαδή την ένταση, τις ενοχές και τη θλίψη τους.

Οι ασθενείς δεν έχουν ανάγκη μόνο την ιατρική φροντίδα αλλά και μια ανθρώπινη προσέγγιση και καλύτερη ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής εκτιμάται διαφορετικά για κάθε άτομο. Για άλλους σημαίνει μια μέρα παραπάνω ζωής, για άλλους έλλειψη πόνου, ενώ για άλλους ποιότητα σημαίνει να μην υποστούν τις οδυνηρές θεραπείας. Έστω κι αν ζήσουν λιγότερο. Γι' αυτό και τα προγράμματα αποκατάστασης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στη στάση του ασθενούς απέναντι στη ζωή και να γίνονται σεβαστές ορισμένες πρωτοβουλίες που παίρνει αυτός για τον εαυτό του.

Σημαντική επίσης είναι η επιμόρφωση του κοινού σε θέματα καρκίνου ώστε να απομακρυνθεί ο φόβος και το μυστήριο που υπάρχει γύρω από αυτό το θέμα. Επιβάλλεται έτσι η επιμόρφωση των ειδικών με διάφορα σεμινάρια.

19. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Λαρυγγεκτομή είναι μία από τις σπουδαιότερες αιτίες απώλειας της φωνής. Η αφωνία που παρουσιάζεται δεν προέρχεται απλούστατα μόνο από την απώλεια του οργάνου της φώνησης αλλά και από την εκτροπή του εκπνεόμενου αέρα από την φωνητική οδό. Η αποκατάσταση της φώνησης βασίζεται στον καθορισμό μιας δευτεροπαθούς πηγής φώνησης και σε ένα μέσον ενεργοποίησης αυτής της πηγής.

Οι αναγκαίες συνθήκες για την απόκτηση της οισοφάγειου φώνησης είναι η δυνατότητα να καταποθεί ο αέρας στον οισοφάγο, να προκληθούν οι οισοφάγειες ερυγές, να μεταλλαγεί η ερυγή σε ήχο, να παραταθεί η φώνηση και να διαμορφωθεί η φωνή τόσο σε ένταση όσο σε συχνότητα και διάρκεια.

Η διάρκεια της εκπαίδευσης των λαρυγγεκτομηθέντων κυμαίνεται από 1 μήνα μέχρι 13 μήνες, με μέσον όρο εκπαίδευσης 4,5 μήνες. Ως χρόνο έναρξης της εκπαίδευσης των λαρυγγεκτομηθέντων θεωρούμε τους 3 μήνες μετά τη λαρυγγεκτομή, διότι η επούλωση των ιστών έχει πραγματοποιηθεί και η αντοχή έχει εξασφαλιστεί ώστε να γίνουν προσπάθειες πρόκλησης οισοφαγείων ερυγών. Επειδή οι λαρυγγεκτομηθέντες είναι ετερογενείς μεταξύ τους, όσον αφορά τη χειρουργική αντιμετώπιση, διαφορετικοί παράγοντες επιδρούν σε κάθε ασθενή χωριστά.

Ο σημαντικότερος παράγοντας για την απόκτηση της οισοφάγειου φώνησης είναι η έκταση της εγχειρητικής αφαίρεσης, πρέπει πάντα να διατηρείται ο κρικοφαρυγγικός μυς, διότι συγκροτεί το ανατομικό υπόστρωμα της ψευδογλωττίδας, να διατηρούνται τα υπογλώσσια νεύρα, και μεγάλη σημασία δίνεται στη ραφή του φαρυγγοστόματος. Σε γενικές γραμμές πρέπει να τηρούνται οι αρχές της ογκολογικής χειρουργικής και της χειρουργικής γενικά, ώστε η παραμονή του αρρώστου στην κλινική να συντομεύει όσον το δυνατόν. Η παράταση νοσηλείας δυσχεραίνει το έργο του εκπαιδευτού.

Η ηλικία του ασθενούς παίζει σπουδαίο ρόλο στην, εκμάθηση της οισοφάγειου φώνησης. Όσο αυξάνει η ηλικία, τόσο η ποιότητα της φωνής είναι δύσκολη στο να κατανοηθεί, επίσης έχουμε αύξηση των μαθησιακών προβλημάτων.

Μεγάλη σημασία στην απόκτηση της οισοφάγειας φώνησης έχει η ψυχική προετοιμασία του ασθενούς, η συστηματική ενημέρωση του αρρώστου, η ψυχική ηρεμία του αρρώστου και η κοινωνική προσέγγιση μεταξύ των λαρυγγεκτομηθέντων.

Όλα αυτά προετοιμάζουν κατάλληλα τον λαρυγγεκτομηθέντα για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο έργο της φωνητικής αναδιαπαιδαγώγησης.

Το γενικό συμπέρασμα της μελέτης αυτής είναι ότι αναγκαία συνθήκη για την απόκτηση της οισοφάγειου φώνησης είναι η ικανότητα να καταποθεί ο αέρας στον οισοφάγο, να προκληθεί η οισοφάγειος ερυγή και να δημιουργηθεί ένας ψευδολάρυγγας (ψευδογλωττίδα). Οι ανατομικές και λειτουργικές συνθήκες της φαρυγγοοισοφαγικής συμβολής στους περισσότερους λαρυγγεκτομηθέντες ήταν κρίσιμες. Επομένως συμπεραίνεται ότι η διαδικασία της επαναπόκτησης της φώνησης είναι πολυσύνθετη και εξαρτάται από την ικανότητα μάθησης του ασθενούς, από την εμπειρία του εκπαιδευτού, καθώς επίσης και από την ικανότητα του χειρουργού.

20. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΕΛΠΙΔΑ ΚΑΙ ΘΕΛΗΣΗ ΓΙΑ ΖΩΗ

Όπως και τα άλλα πλάσματα του ζωικού Βασιλείου, και οι άνθρωποι διαθέτουν ισχυρό ένστικτο επιβίωσης. Η θέληση για ζωή —το ένστικτο δηλαδή που μας κάνει να πολεμάμε όταν η ζωή μας κινδυνεύει από ασθένειες ή άλλες κρίσεις— είναι μια φυσιολογική γενική αντίδραση.

Εντούτοις, μερικοί καταβάλλονται εύκολα από την επίδραση που ασκεί στο σώμα και το πνεύμα η ασθένεια, ενώ άλλοι επιστρατεύουν το ψυχικό τους απόθεμα για να κρατηθούν στην κατάσταση αυτή. Γιατί μερικοί ανταποκρίνονται θετικά στον πόνο ενώ άλλοι δεν μπορούν να υποφέρουν; Ίσως, όσοι επιβιώνουν έχουν μάθει να είναι ανθεκτικοί διότι πέρασαν κι άλλες κρίσεις που τους έκαναν πιο δυνατούς και τους ενίσχυσαν την αυτοπεποίθηση. Ίσως η μικρή φλόγα της αποφασιστικότητας που μας κάνει ν' αγωνιζόμαστε στις πιο δύσκολες καταστάσεις είναι πιο λαμπερή σε μερικούς. Ο σπουδαιότερος παράγων είναι η ελπίδα.

Πολλοί γιατροί έχουν δει δύο ασθενείς, της ίδιας περίπτωσης ηλικίας, με την ίδια διάγνωση, με το ίδιο στάδιο της νόσου και με την ίδια αγωγή, να παρουσιάζουν εντελώς διαφορετικά αποτελέσματα. Και η μόνη ορατή διαφορά βρισκόταν στο ότι ο ένας ήταν απαισιόδοξος και ο άλλος αισιόδοξος.

Η ελπίδα, το κουράγιο, η προσπάθεια, η αποφασιστικότητα, η υπομονή, η αγάπη και η πίστη υποβοηθούν τη θέληση για ζωή. Το σπουδαιότερο, το ξαναλέμε, είναι η ελπίδα. Πολλές φορές το άτομο μπορεί να αισθάνεται εξαντλημένο και νικημένο από τα ακατάπαυστα προβλήματα, και να δείχνει έτοιμο να παραιτηθεί από τον αγώνα για επιβίωση. Αν όμως διατηρήσει την ελπίδα του, θα συνεχίσει.

Όσο υπάρχει και η παραμικρή πιθανότητα επιβίωσης, όσο σημειώνονται ακόμα και μικρές βελτιώσεις, η ελπίδα μπορεί να αναζωπυρωθεί. Όσο η οικογένειά, οι φίλοι, και η ομάδα υποστήριξης συμπαρίστανται στον ασθενή, η ελπίδα μπορεί να τον βοηθήσει να ξεπεράσει οποιεσδήποτε κρίσεις και παλινδρομήσεις.

Η ελπίδα όμως πρέπει να γεννιέται κυρίως μέσα του. Μπορεί να ελπίζει, αν είναι διατεθειμένος να πολεμήσει για τη ζωή του και έτοιμος να κάνει ό,τι μπορεί για να βελτιώσει την υγεία του. Όπως ακριβώς η διάθεση και ο ενθουσιασμός των στρατιωτών

αναζωογονείται όταν επιστρέφουν στη βάση τους τραγουδώντας έπειτα από μια εξαντλητική μέρα, έτσι και ο ασθενής μπορεί να δει τη ζωτικότητα του να ανανεώνετε και να αποκτήσει νέες δυνάμεις.

Ακόμα και στη δυσκολότερη περίοδο, μπορεί να έχει ανεξάντλητα αποθέματα σωματικής και συναισθηματικής δύναμης. Τα συγκεντρώνει και τα χρησιμοποιεί για να επιβιώσει ακόμα μια μέρα. Τα μέσα αυτά αποτελούν τη βάση και την πηγή της ανάρρωσης του.

Ο καρκίνος είναι μια λέξη που προκαλεί φόβο. Ο άνθρωπος που αντιμετωπίζει αυτή την αρρώστια έχει να παλέψει με δυο κυρίως προβλήματα. Το ένα είναι η ίδια η αρρώστια. Το άλλο είναι το αντίτυπο που έχει το γεγονός αυτό στην προσωπικότητα, στην δουλειά, στις σχέσεις με τους άλλους και γενικά σε ολόκληρη τη ζωή του.

Η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης γίνεται μέσα στο νοσοκομείο με την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, οι συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου όμως, εξακολουθούν να υπάρχουν και αφού βγει από το νοσοκομείο.

Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού σ' όλα τα στάδια των διεργασιών είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τελειώνοντας, αναφέρονται τα λόγια κάποιου αρρώστου που περικλείουν όλο το φάσμα των αναγκών του σ' ότι αφορά το άμεσο περιβάλλον του.

«Μεγάλη βοήθεια προσφέρουν οι άνθρωποι που σε αντιμετωπίζουν ήρεμα και σιωπηλά, χωρίς πανικό. Στην αρχή είναι δύσκολο ν' ανοιχτείς μαζί τους, αλλά αυτοί δεν αποθαρρύνονται. Δε λένε «αφού δεν μας μιλάει, τι να κάνουμε;». Είναι πάντα εκεί περιμένοντας ήρεμα, γιατί αποδέχονται κάθε πραγματικότητα, ακόμα και την πιο άσχημη. Αυτοί οι άνθρωποι είναι που σε κάνουν να νοιώθεις φυσιολογικά ό,τι κι αν σου συμβαίνει.

Κύρια όμως ο ίδιος πρέπει να θυμάται πάντα ότι πάνω απ' όλα είναι μια προσωπικότητα και ύστερα ότι έχει καρκίνο. Δεν είναι ένας καρκινοπαθής. Είναι το πρόσωπο με τη συγκεκριμένη ταυτότητα.

21. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ε. ΛΑΚΚΑ, Μ. ΚΑΡΙΠΙΔΟΥ, Β. ΤΕΡΖΗ, Μ. ΧΑΛΚΙΑ, «Αποκατάσταση Ασθενών Με Καρκίνο», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Σελίδα 1-6
2. Μ. DOLLINGER, M.D., Ε. ROSENBAUM, M.D., G. CABLE, «Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ – Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους», Εκδόσεις Κάτοπτρο, Σελίδες 213-219,232, Δεκέμβριος 1992.
3. Πανελλήνιος Σύλλογος Λαρυγγεκτομηθέντων, Internet.
4. Λ.ΜΑΝΩΛΙΔΗ, ΕΠΙΤΟΜΗ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ, «Παθήσεις ωτών – ρινός – λάρυγγος – κεφαλής και τραχήλου», 10^η ΕΚΔΟΣΗ, University Studio Press, Σελίδες 455-515, Θεσσαλονίκη 1986.
5. Σ.Σ.ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ, «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς, Ενημέρωση του κοινού», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Σελίδες 231-237, Αθήνα 2002.
6. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, «Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας», Τόμος Α', Αθήνα 1998.
7. Β.ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗΣ, Ο.ΒΛΑΧΑΚΗ, Α.ΕΥΦΡΑΙΜΙΔΟΥ, «Η θέση της χημειοθεραπείας στη συνδιασμένη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο», Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία, Θέματα γενικής χειρουργικής 1996, Internet: www.mednet.gr
8. Σ. ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ- ΓΡΑΒΑΝΗ, Ε. ΣΩΛΟΥ- ΚΑΤΣΑΔΟΥΡΗ, «Ωτορινολαρυγγολογική Νοσηλευτική», Σελίδες 77- 110, 1991.
9. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών, «Ψυχοκοινωνική Διάσταση Του Καρκίνου», Σελίδες 23-101, Αθήνα 1991.
10. Ι.Α.ΓΕΜΟΥ, «Οισοφάγειος Φώνηση Μετά Από Ολική Λαρυγγεκτομή», Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1996.
11. J.J.BALLENGER, J.B.SNOW, JR. «Ωτορινολαρυγγολογία – Χειρουργική Κεφαλής Και Τραχήλου», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, 15^η Έκδοση, Τόμος Β', 1998.
12. Ε.Δ.ΚΑΤΡΙΤΣΗ, Δ.ΚΕΛΕΚΗ, «Ανατομία – Φυσιολογία», Ίδρυμα Ευγενίδου 1954, Σελίδες 100-102.

13. Α.Κ.ΚΑΜΠΕΡΟΥ, «Συμβολή Εις Την Χειρουργική Θεραπεία Του Καρκίνου Του Λάρυγγα Με Οριζόντια Μερική Λαρυγγεκτομή», Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1987.
14. Κ.ΜΑΛΑΚΑ-ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ, «Παιδιατρική», 2^η έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003.
15. Χ.Ι.ΦΡΑΝΤΖΗΣ, «Η θεωρητική και πρακτική ωτορινολαρυγγολογία στα παραϊατρικά επαγγέλματα», University Studio Press, Σελίδες 144-151, Θεσσαλονίκη 1988.
16. Dr.Ι.ΧΑΤΖΗΜΠΟΥΓΙΑΣ, «Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου», Εκδόσεις ΦΙΛΛΩΤΑΣ, Θεσσαλονίκη 2000.