راهنمای بیماران لارنژکتومی

(عمل برداشتن حنجره)

نویسنده: دکتر ایزاک بروک

ترجمه: دکتر فرزاد ایزدی

با همکاری جمعی از متخصصین و فلوشیپ گوش و حلق و بینی

سرشناسه: ایزدی، فرزاد
عنوان: راهنمای بیماران لارنژکتومی (عمل برداشتن حنجره)
مشخصات نشر: تهران - پ نشر، سال ۱۳۹۸
مشخصات ظاهری: ۷۸ ص.: مصور؛ ۲۱×۲۹ سم.
شابک: ۵-۶-۹۶۰۶۸-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا
موضوع: راهنمای پزشکی
شماره کتابشناسی ملی:

ناشر: انتشارات پ
مدیر مسئول: دکتر مهدیه متّقی
عنوان کتاب: راهنمای بیماران لارنژکتومی
مترجم: دکتر فرزاد ایزدی
با همکاری متخصصین و فلوشیپ گوش و حلق و بینی:
دکتر افسانه منتظمی- دکتر محبوبه جعفری
دکتر دلارام جان - دکتر زهرا کرباسی
دکتر حسام اسکندرزاده - دکتر علی شفیعی
دکتر امین استوار - دکتر امیر یاراحمدی
دکتر فریده حسین زاده - دکتر زهرا سرافراز
دکتر مریم رومیانی - دکتر فرشته کلیایی
دکتر آیدا ثنایی - دکتر گلناز صادقیان
دکتر سارا مرادی

ویراستار: دکتر محمدمهدی سالم
امور اجرایی: ژاله حیدریان
گرافیست/صفحه‌آرا: الهه قاسم‌زاده
قیمت: رایگان
تلفن دفتر پخش: ۰۲۱-۲۸۴۲۴۸۹۵
صندوق پستی: ۱۹۴۸۷۵۴۴۶۱
سایت: www.pnashr.pub

پیش گفتار

این کتاب را از طرف خودم و تمامی همکاران عزیزم که زحمت ترجمه آن را برعهده داشته‌اند تقدیم می کنم به بیمارانی که به علت سرطان حنجره تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. به خصوص بیمارانی که تمامی حنجره آن‌ها توسط عمل جراحی برداشته شده است که در اصلاح علمی به آن لارنژکتومی کامل می گوئیم.

نویسنده این کتاب آقای دکتر ایزاك بروك است که فردی درد آشناست.

آقای دکتر بروك استاد دانشگاه واشنگتن خود بر اثر سرطان حنجره تحت عمل جراحی برداشتن کامل آن قرار گرفته‌اند وپس از آن مصمم گشتند کتابی را تألیف نمایند تا کمکی مؤثر به بیماران جراحی شده در تمامی موارد باشد.

بخصوص تأکید آقای دکتر بروك برمسائل مختلفی بوده که خود با آن‌ها دست و پنجه نرم کرده و براساس تجربه شخصی واطلاعات علمی به آن پرداخته است.

همچنین تأکید آقای دکتر بروك به من این بود که این ترجمه تنها برای استفاده رایگان بیماران باشد و انتفاعی از طریق فروش آن صورت نگیرد لذا به صورت پی‌دی‌اف و رایگان در اختیار بیماران و علاقه‌مندان قرار می گیرد؛ باشد که مفید فایده واقع گردد.

اسامی تمامی همکاران که در ترجمه بخش‌های مختلف دخالت داشته‌اند در ابتدای هر فصل ذکر شده وهمچنین لازم است از آقای دکتر سالم (متخصص گوش، حلق، بینی) که وظیفه ویراستاری را بر عهده داشته‌اند تشکر نمایم.

دکترفرزاد ایزدی

فوق تخصص حنجره

درباره نویسنده

دکتر ایزاك بروك پزشك متخصص اطفال وبیماری‌های عفونی می‌باشند. ایشان استاد رشته اطفال دانشگاه جرج تاون واشنگتن بوده وحوزه تجربیاتشان درزمینه عفونت‌های بی هواری وعفونت‌های سرو گردن شامل سینوزیت می‌باشد.

دکتر بروك تحقیقات وسیعی در زمینه عفونت‌های راه تنفسی و همچنین عفونت‌های که به علت در معرض قرار گرفتن تشعشع یونیزان ایجاد می گردد انجام داده‌اند.

دکتربروك ۲۷ سال در نیروی دریایی خدمت کرده‌اند ایشان نویسنده شش کتاب در زمینه پزشکی ۱۳۵ بخش از کتاب‌های پزشکی و بالغ بر ۷۵۰ مقاله علمی هستند.

دکتر بروك ویراستار سه مجله پزشکی و کمك ویراستار چهار مجله دیگر می‌باشند همچنین ایشان نویسنده کتاب صدای من تجربه شخصی پزشکی با سرطان حلق است.

وی عضو هئیت بورد سرطان‌های سرو گردن می‌باشند.

دکتربروك دریافت کننده جایزه مدرس اخلاق پزشك جی کانلی در سال ۲۰۱۲ میلادی مربوط به جراحان گوش وحلق و بینی و سر و گردن بوده‌اند.

سرطان حنجره دکتربروك در سال ۲۰۰۶ میلادی تشخیص داده شد.

مقدمه

من پزشکی هستم که در سال ۲۰۰۸ میلادی تحت عمل جراحی لارنژکتومی (برداشتن کامل حنجره) قرار گرفته.سرطان من در سال ۲۰۰۶ میلادی تشخیص داده شد وابتدا تحت درمان رادیو تراپی قرار گرفتم. ۲ سال بعد به دلیل عود سرطان پزشك من توصیه به برداشتن تمام حنجره کرد از زمانیکه این کتاب را می‌نوسیم ۵ سال از جراحی من گذشته است وهیچگونه علامتی از عود مجدد تومور وجود ندارد.
بعد از اینکه تحت عمل جراحی برداشتن تمام حنجره قرار گرفتم تمام مسائل ومشکلات وچگونگی مواظبت از خود را درك کردم.
برای غلبه براین مشکلات باید مراقبت راه هوایی، عوارض رادیوتراپی در تمام عمر، عوارض جراحی، روبروشدن با زندگی آینده، تقلا وکشمکش با مسائل روحی روانی، اجتماعی، پزشکی ومسائل دندانی را مدیریت کرد.
همچنین من به عنوان فردی که از نوعی سرطان سروگردن جان سالم بدربرده ام مشکلات زندگی با آنرا را آموختم.
این نوع سرطان ودرمان آن روی اکثر عملکردها وارتباطات وتغذیه وارتباطات اجتماعی من تأثیر گذاشت با این حال بتدریج یاد گرفتم که خود را با جراحی انجام شده تطبیق دهم. در ضمن دریافتم که راه حل بسیاری از مشکلات تنها براساس دانش پزشکی وعلم نیست ومی‌توان براساس تجربه و آزمون وخطای خودم باشد.
همچنین آموختم که عملکردی که برای یك فرد مفید است می‌تواند برای دیگری مفید نباشد وعلت این مسئله آن است که شرح‌حال پزشکی، ساختمان بدنی وشخصیت افراد مختلف، متفاوت است.
به‌هرحال تعدادی از موارد را بصورت قوانین کلی می‌توان در نظر گرفت که برای تمامی بیماران که حنجره آن‌ها برداشته شده، مفید است. خوشبختانه من از تمام تجربیات پزشکان خود، گفتاردرمانها ودیگر بیماران تحت عمل جراحی قرارگرفته، بهره مند شدم ویاد گرفتم چگونه بر مشکلات روزانه خود غلبه کنم و از خود مراقبت نمایم.
بتدریج آموختم که افراد جراحی شده با آموختن بهترنحوه مواظبت از خود، باعث ارتقاء کیفیت زندگی خود می‌گردند. در این راه وب سایتی را با این آدرس (http://dribrook.blogspot.com) برای بیمارانی که تحت عمل جراحی برداشتن کامل حنجره قرار گرفته‌اند ویا درگیر سرطان‌های سروگردن هستند، بوجود آوردم. این سایت در مورد مسائل پزشکی، دندانی و روحی روانی مربوطه است، همانطور به واسطه آن می‌توانید از فیلم‌های مربوط به مسائل تنفسی وسخنرانی‌های در این رابطه استفاده نمائید.

این کتاب راهنمای عمل براساس مطالب وب سایت من می‌باشد وهدف این بوده که باعث ارتقاء معلومات بیمارانی که تمامی حنجره آن‌ها جراحی شده باشد ودر ضمن کمکی به مددکاران اجتماعی فعال در رسیدگی به مسائل درمانی ،دندانی و روحی وروانی بیماران باشد.

این مطالب راهنما شامل اطلاعات درمورد عوارض رادیوتراپی وشیمی درمانی ،روشهای صحبت کردن بعد از برداشتن حنجره ،چگونگی مواظبت از راه هوائی وسوراخ تراکئوستومی وفیلترهای تبادل حرارت ورطوبت وپروتزهای صدا است بعلاوه اشاراتی به نحوه تغذیه ومسائل بلع بیماران، مسائل درمانی، روحی وروانی، تنفسی وبی‌هوشی آن‌ها مسائلی در رابطه با مسافرت آنان داشته ام.

مسلما این راهنما جایگزین رسیدگی‌ها ومراقبتهای کاملا حرفه ای پزشکی ودرمانی نیست اما برای بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفته ومددکاران آن‌ها در چگونگی برخورد با مسائل مختلف ونحوه زندگی آن‌ها مفید خواهد بود .

بهبود زندگی انسان، در طی قرن‌ها، مدیون تلاش افرادی است که گاه با اکتشاف و اختراع جهشی بزرگ را به وجود آورده‌اند و یا گاه با آگاهی و روشنایی بخشیدن موجب تغییر در زندگی بشر شده اند. سطح دانش سلامت جامعه از مواردی است که مرهون هردودسته از این افراد می‌باشد، افرادی که راهی برای درمان پیدا می کنند وعالمانی که مانند معلم دلسوز، نحوه زندگی و شیوه سالم زیستن را می آموزند.

کتاب حاضر حاصل بیماری، درد، تجربه، دانش و حس مسئولیت فردیست که خود یك طبیب موفق در زمینه بیماریهای عفونی در ایالات متحده می‌باشد. انتقال این تجربیات به زبان فارسی از طریق استاد گرانقدر جناب آقای دکتر ایزدی، صاحب کرسی استادی در رشته فوق تخصصی جراحی‌های حنجره و به دلیل آشنایی ایشان با دکتر بروك(نویسنده کتاب) ممکن شده است و امیدوارم این کتاب برای تمام بیماران و پرستاران و بهیاران این حیطه مفید باشد.

محمد مهدی سالم

متخصص گوش و حلق وبینی

بیمارستان رسول اکرم (ص)

لغت نامه

ممکن است با کلماتی در این کتاب روبرو شوید که قبلاً معنی آن‌ها را نمی‌دانستید در اینجا به برخی می پردازیم. {این قسمت توسط ویراستار اضافه شده است}:

لارنژکتومی: عمل جراحی که در آن تمام یا قسمتی از حنجره برداشته می‌شود.

توتال: تمام (مثلاًتوتال لارنژکتومی یعنی عمل جاحی که تمام حنجره برداشته می‌شود.)

پارشیال: قسمتی، جزئی (مثلاً لارنژکتومی پارشیال یعنی عمل جراحی که قسمتی از حنجره برداشته می‌شود و قسمتی از آن دست نخورده می‌ماند).

سوپراگلوت: قسمت فوقانی حنجره

ساب گلوت: قسمت تحتانی حنجره

گلوت: بخش میانی حنجره که در آن تارهای صوتی قرار دارند.

اوروفانکس: ناحیه حلق و دهان

استوما: راه ارتباطی نای به گردن که می‌تواند موقتی یا دائمی ایجاد شود. (مثل بیماران توتال لارنژکتومی)

تراکئوستومی: عمل جراحی که در آن راه نای به گردن ایجاد می‌شود. (ایجاد استوما در گردن)

فهرست مطالب

عنوان		صفحه
فصل ۱	تشخیص و درمان سرطان حنجره	۱۰
فصل ۲	انواع لارنژکتومی، نتایج، مدیریت درد و گرفتن نظر دوم	۱۴
فصل ۳	اثرات جانبی رادیوتراپی سرطان‌های سر و گردن	۱۷
فصل ۴	عوارض شیمی درمانی در سرطان‌های سرو گردن	۲۳
فصل ۵	لنفادم، تورم گردن، درد و بی حسی پس از رادیو تراپی و جراحی	۲۵
فصل ۶	روش‌های تکلم بعد از لارنژکتومی	۲۸
فصل ۷	مراقبت از موکوس (مخاط) و سیستم تنفسی	۳۲
فصل ۸	مراقبت از استوما	۳۵
فصل ۹	مراقبت از مبدل حرارتی - رطوبتی (HMI)	۳۷
فصل ۱۰	استفاده و مراقبت از پروتزهای تولید کننده صوت به روش تراکئوازوفاژیال (مری-ریوی)	۴۱
فصل ۱۱	خوردن، بلع و بویایی	۴۶
فصل ۱۲	مسائل پزشکی پس از پرتو درمانی و جراحی	۵۲
فصل ۱۳	درمان پیشگیرانه: پیگیری "پرهیز از مصرف سیگار" واکسیناسیون	۵۷
فصل ۱۴	مسائل مربوط به دندان و درمان با اکسیژن‌هایپر باریک	۵۹
فصل ۱۵	مسائل روانشناختی: افسردگی، خودکشی، ناشناخته بودن و بلاتکلیفی، به اشتراک گذاشتن علایم، دریافت کنندگان مراقبت و منبع حمایت	۶۲
فصل ۱۶	کاربرد سی تی اسکن، ام آر آی و PET اسکن در تشخیص و پیگیری سرطان	۶۸
فصل ۱۷	مراقبت‌های فوری، احیاء قلبی ریوی (CPR) و مراقبت از لارنژکتومی‌ها در طی بیهوشی	۷۰
فصل ۱۸	سفردرلارنژکتومی	۷۶

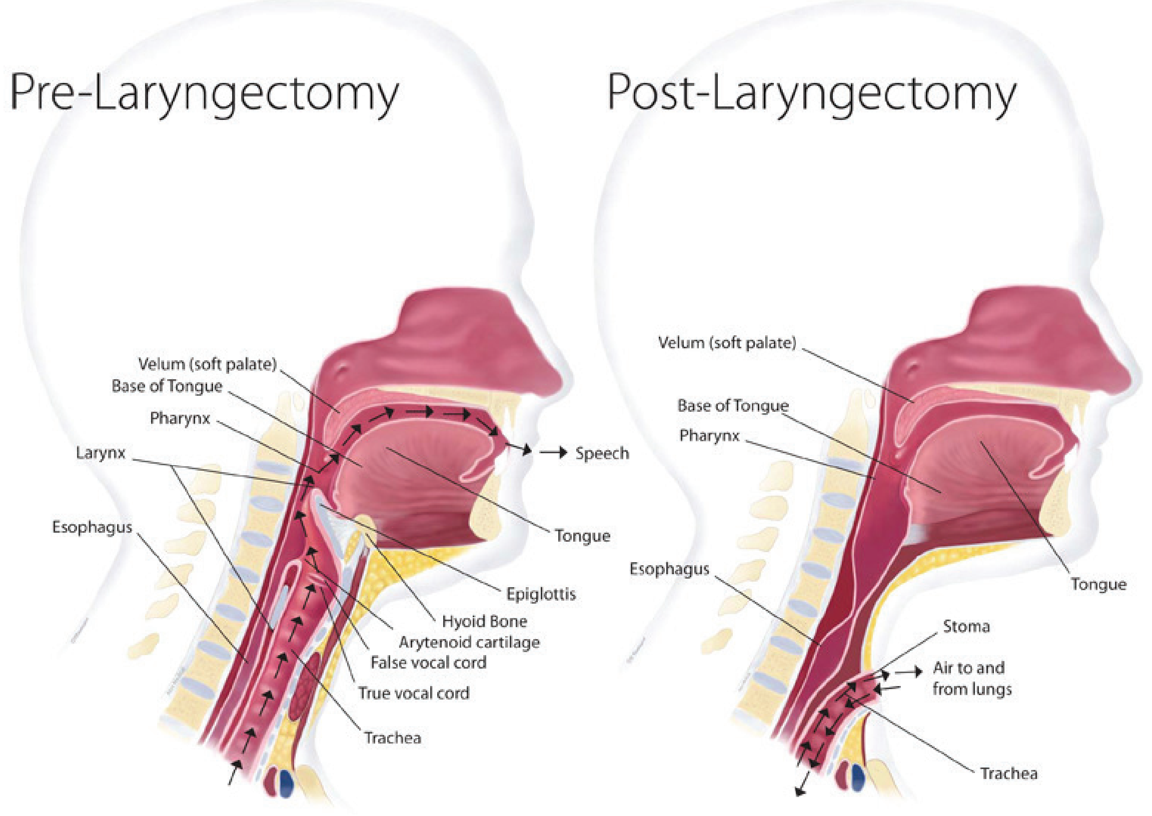
فهرست اشکال

عنوان		صفحه
شکل ۱-۱	آناتومی قبل و بعد از لارنژکتومی	۱۰
شکل ۶-۱	گفتار تراکئوازوفاژیال	۲۹
شکل ۶-۲	گفتار مروی	۲۹
شکل ۶-۳	الکترو لارنکس با سخنرانی حنجره مصنوعی	۳۰
شکل ۶-۴	حنجره مصنوعی پنوماتیک	۳۰
شکل ۹-۱	پروتز صوتی (زیر) و HME (بالا) تولید شده توسط آتوس	۳۷
شکل ۱۷-۱	تشریح نفس کشیدن گردن لارنژکتومی ناقص	۷۱
شکل ۱۷-۲	ماسک اکسیژن	۷۲
شکل ۱۷-۳	ماسک و کیسه هوا مخصوص استفاده در احیای تنفسی نوزادان	۷۳

فصل اول: تشخیص و درمان سرطان حنجره

ترجمه: دکتر افسانه منتظمی
دستیار گوش و حلق و بینی

سرطان حنجره جعبه صدا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سرطان‌هایی که ازحنجره منشأً می‌گیرند، سرطان‌های حنجره نامیده می‌شوند؛ سرطان‌های هیپوفارنکس سرطان‌های هیپوفارنکس نامیده می‌شود. (هایپوفارنکس) بخشی از حلق است که در کنار و پشت حنجره قرار دارد.) این سرطان‌ها بسیار مشابه و نزدیک به یکدیگر هستند و اصول درمان هر دو مشابه می‌باشد و ممکن است شامل لارنژکتومی باشند. اگر چه بحث زیر در مورد سرطان حنجره است، اما به طور کلی برای سرطان هیپوفارنکس نیز کاربرد دارد. سرطان حنجره هنگامی رخ می‌دهد که سلول‌های بدخیم در حنجره ظاهر می‌شوند. حنجره حاوی طناب‌های صوتی است که با ارتعاش، صدا ایجاد می‌کنند و منجر به ایجاد صدای شنیداری که با ارتعاش از طریق گلو، دهان و بینی پخش می‌شود، حنجره به سه ناحیه تشریحی تقسیم می‌شود: دهانه حنجره یا گلوت(در وسط حنجره شامل طناب‌های صوتی)؛ سوپراگلوت، شامل arytenoids، epiglottis و aryepiglottic folds، و false cords)؛ و ساب گلوت. در حالی که سرطان در هر بخشی از حنجره رشد می‌کند، بیشتر سرطان‌های حنجره در گلوت رخ می‌دهد. سرطان‌های سوپراگلوتیک کمتر رایج هستند و تومورهای ساب گلوتیک در کمترین میزان شیوع هستند.



شکل ۱-۱ آناتومی قبل و بعد از لارنژکتومی

سرطان حنجره و هیپوفارنکس ممکن است با گسترش مستقیم در ساختارهای مجاور، توسط متاستاز به گره‌های لنفاوی ناحیه گردن، و یا به نقاط دوردست، از طریق جریان خون گسترش یابد. متاستاز دور در ریه و کبد شایع است. سرطان سلول سنگ‌فرشی ۹۰ تا ۹۵ درص د از سرطان حنجره و هایپوفارنکس را تشکیل می‌دهد.

سیگار کشیدن و مصرف سنگین الکل عامل اصلی خطر در سرطان حنجره هستند. قرار گرفتن در معرض ویروس پاپیلومای انسانی HPV)) عمدتا با سرطان دهانه رحم و با درجه بالایی از گلودرد و سرطان‌هاایپوفارنکس مرتبط است.

در ایالات متحده حدود ۵۰۰۰۰ تا ۶۰۰۰۰ لارنژکتومی وجود دارد. با توجه به آمار نظارت اپیدمیولوژیک و بازنگری موسسه ملی سرطان (SEER)، حدود ۱۲،۲۵۰ نفر از مردان و زنان مبتلا به سرطان حنجره در هر سال تشخیص داده می‌شوند. تعداد لارنژکتومی‌های جدید به طور عمده کاهش یافته است، زیرا افراد کمتر سیگار می‌کشند و رویکردهای درمانی جدیدتر می‌توانند زودتر بیماری را تشخیص دهند.

تشخیص

علائم و نشانه‌های سرطان حنجره عبارتند از:

- تنفس غیر طبیعی (بالا)
- سرفه مزمن (با و بدون خون)
- مشکل بلع
- احساس یک توده در گلو
- خستگی که در ۱ تا ۲ هفته بهبود نیافته است.
- درد گردن و گوش
- گلو درد که در ۱ - ۲ هفته حتی با آنتی‌بیوتیک‌ها بهبود نمی‌یابد.
- تورم در بخش‌های گردن
- کاهش وزن غیر عادی

علائم مرتبط با سرطان حنجره بسته به موقعیت آن می‌تواند متفاوت باشد. احساس ناراحتی همیشگی در تارهای صوتی می‌تواند شکایت اولیه در این نوع سرطان دهانه حنجره باشد. علائم بعدی ممکن است شامل مشکل در بلع، درد گوش، سرفه مزمن و گاهی خونریزی و خفگی باشد. سرطآن‌های Supraglottic اغلب زمانی تشخیص داده می‌شوند که باعث انسداد راه هوایی و یا ایجاد گره‌های لنفاوی متاستاتیک شوند. تومورهای ساب گلوت به طور معمول با خشونت و یا شکایت از دشواری در تنفس در خود را نشان می‌دهد. هیچ آزمایش واحدی وجود ندارد که بتواند به طور دقیق سرطان را تشخیص دهد. ارزیابی کامل از بیمار به طور کلی نیاز به یک تاریخچه کامل و معاینه فیزیکی همراه با آزمایش تشخیصی دارد. بسیاری از آزمایشات برای تعیین اینکه آیا فرد مبتلا به سرطان یا وضعیت دیگری (مانند عفونت) که ممکن است علائم سرطان را نشان دهد، مورد نیاز است. از تست تشخیصی مؤثر برای تایید یا از بین بردن حضور سرطان، نظارت بر پیشرفت آن، و برنامه‌ریزی و ارزیابی اثربخشی درمان استفاده می‌شود. در بعضی موارد، اگر وضعیت فرد تغییر کرده باشد، لازم است تکرار آزمایش انجام شود، در صورتیکه نمونه‌ای که جمع آوری شده است دارای کیفیت خوب نبوده یا نتیجه‌ی آزمایش غیر طبیعی باشد بایدتست مجدد تأّیید شود. روش‌های تشخیصی برای سرطان ممکن است شامل تصویربرداری، آزمایش‌های آزمایشگاهی، بیوپسی تومور، آزمایش آندوسکوپی، جراحی یا آزمایش ژنتیکی باشد. آزمایشات و روش‌های زیر ممکن است برای کمک به تشخیص و پیشگیری از سرطان حنجره که بر انتخاب درمان تأثیر می‌گذارد مؤثر باشد:

معاینه فیزیکی گلو و گردن: این کار باعث می‌شود که پزشک غدد لنفاوی گردن در ناحیه گردن را لمس کند و گلو را با استفاده از یک آینه کوچک بمدت طولانی برای بررسی اختلالات بررسی کند.

آندوسکوپی: روشی که آندوسکپ (لوله نوری انعطاف پذیر) از طریق بینی یا دهان به سمت حنجره وارد می‌شود، این امکان را فراهم می‌کند تا این بخش‌ها را مستقیما مشاهده کند.

لارنگوسکوپی: یک روش برای بررسی حنجره با یک آینه و یا یک لارنگوسکوپ (یک لوله نورانی سفت و سخت) است.

سی تی اسکن (توموگرافی کامپیوتری): روشی است که یک سری رادیوگرافی‌های دقیق از بخش‌های بدن واز جهات مختلف انجام می‌دهد. تصویر برداری با مواد تزریقی ممکن است تجسم بهتر اندام‌ها یا بافت‌ها را فراهم کند

MRI تصویربرداری رزونانس مغناطیسی: روشی است که از امواج رادیویی و مغناطیسی برای تولید مجموعه‌ای از تصاویر دقیق مناطق موجود در بدن استفاده می‌کند.

عمل بلع و فروبردن باریم: یک روش برای بررسی مری و معده که در آن بیمار محلول باریم را که مری و معده را پوشش می‌دهد، می‌بلعد و تصاویر با اشعه ایکس به دست می‌آید.

بیوپسی: روشی که در آن بافت‌ها بررسی می‌شوند، به طوری که می‌توان آن‌ها را تحت یک میکروسکوپ برای بررسی سرطان بررسی کرد.

درمان سرطان حنجره به موارد زیر بستگی دارد:

- میزان گسترش سرطان (کدام "مرحله")
- ظاهر سلول‌های سرطانی (شدت "درجه")
- محل (ها) و اندازه تومور
- سن، جنس و بهداشت عمومی بیمار

علاوه بر این، مصرف دخانیات و نوشیدن الکل باعث کاهش اثربخشی درمان سرطان حنجره می‌شود. بیماران مبتلا به سرطان حنجره که همچنان در معرض سیگار و نوشیدن هستند، کمتر احتمال دارد که درمان شوند و احتمال بیشتری برای تولید تومور دوم وجود دارد.

درمان سرطان حنجره

افراد مبتلا به سرطان حنجره در مرحله اول یا کوچک ممکن است با جراحی یا پرتودرمانی درمان شوند. کسانی که سرطان حنجره پیشرفته دارند ممکن است نیاز به ترکیبی از درمان‌ها داشته باشند. این ممکن است شامل جراحی و ترکیبی از پرتودرمانی و شیمی درمانی باشد که به طور کلی در یک زمان ارائه می‌شود. درمان هدفمند یکی دیگر از گزینه‌های درمانی است که به طور خاص در سرطان حنجره پیشرفته به کار رفته است. درمان هدفمند سرطان با استفاده از مواد مخدر یا مواد دیگری که رشد و گسترش سرطان را متوقف می‌کند با دخالت در مولکول‌های خاصی که در رشد و پیشرفت تومور دخالت دارند، انجام می‌شود. انتخاب درمان به طور عمده بستگی به سلامت عمومی بیمار، محل تومور و اینکه آیا سرطان در سایر بخش‌ها گسترش یافته است یا خیر دارد.

یک تیم متخصصان پزشکی معمولا در برنامه ریزی درمان مشارکت دارند. این تیم می‌تواند شامل گروه‌های زیر باشد:

- پزشکان گوش و بینی و گلو (متخصص گوش و حلق و بینی)
- جراحان سر و گردن
- متخصصان انکولوژی
- متخصصان رادیوتراپی

سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی که با متخصصان به عنوان یک تیم کار می‌کنند ممکن است دندانپزشک، جراح ترمیمی، پاتولوژیست گفتار و زبان، پرستار انکولوژی، متخصص تغذیه و مشاور سلامت روانی باشند.

گزینه‌های درمانی به موارد زیر بستگی دارد:

- میزان گسترش سرطان ("مرحله")
- محل و اندازه تومور
- حفظ و توانایی بیمار برای تکلم، خوردن و تنفس به طور معمولی
- آیا سرطان بازگشته است؟

تیم پزشکی گزینه‌های در دسترس برای درمان بیمار و نتایج وهمچنین عوارض جانبی احتمالی را شرح می‌دهند. بیماران باید به دقت گزینه‌های موجود را در نظر بگیرند و درک کنند که چگونه این درمان‌ها ممکن است بر توانایی آن‌ها در خوردن، بلعیدن، و صحبت

کردن تأثیر بگذارد و اینکه آیا با این درمان‌ها ظاهر خود را در طول و بعد از درمان تغییر می‌دهند. بیمار و تیم مراقبت‌های بهداشتی او می‌توانند با هم کار کنند تا یک برنامه درمان را که به نیازها و انتظارات بیمار بستگی دارد، ایجاد کند. مراقبت‌های حمایتی برای کنترل درد و سایر علائمی که می‌توانند عوارض جانبی بالقوه را کاهش دهند و نگرانی‌های عاطفی را از بین ببرند باید قبل، در طی و بعد از درمان سرطان در دسترس باشند. بیمار باید از قبل از انتخاب خود به خوبی آگاه باشد. در صورت لزوم، بدست آوردن نظر دوم پزشکی و یا جراحی مفید است. داشتن یک حامی بیمار (اعضای خانواده یا دوستان) در بحث با تیم پزشکی، مطلوب است زیرا می‌تواند به بیمار کمک کند تا بهترین گزینه را انتخاب کند.

پیشنهاد می‌شود سؤالات زیر را از تیم پزشکی بپرسید:

- اندازه، محل، گسترش و مرحله تومور چگونه است؟
- گزینه‌های درمان چیست؟ آیا شامل جراحی، پرتودرمانی، شیمی درمانی یا ترکیبی از این‌ها هستند؟
- عوارض جانبی احتمالی، ریسک‌ها و فایده هر نوع درمان چیست؟
- چگونه می‌توان عوارض جانبی را مدیریت کرد؟
- کیفیت صدا با هر یک از درمان‌های بالا چگونه خواهد بود؟
- شانس خوردن غذا به طور طبیعی چطور است؟
- چگونگی آماده شدن برای درمان؟
- آیا درمان نیاز به بستری شدن دارد و اگر دارد تا چه زمانی؟
- هزینه برآورد شده درمان چقدر است و بیمه آن را پوشش می‌دهد؟
- درمان چگونه بر زندگی، کار و فعالیت‌های طبیعی تأثیر می‌گذارد؟
- آیا یک مطالعه تحقیقی (کارآزمایی بالینی) یک گزینه خوب است؟
- آیا پزشک می‌تواند یک متخصص برای نظر دوم در مورد گزینه‌های درمان توصیه کند؟
- چند بار و برای چه مدت نیاز به پیگیری وجود دارد؟

فصل دوم جراحی: انواع لارنژکتومی، نتایج، مدیریت درد و گرفتن نظر دوم

ترجمه: دکتر محبوبه جعفری

دستیار گوش و حلق و بینی

انواع لارنژکتومی

درمان سرطان حنجره اغلب شامل جراحی می‌باشد. جراح می‌تواند از تیغ جراحی یا لیزر استفاده نماید. در جراحی با لیزر از وسیله‌ای استفاده می‌شود که یک پرتوی شدید از نور تولید می‌کند و بافت را برش می‌دهد یا تخریب می‌کند.

دو نوع جراحی برای خارج کردن سرطان حنجره وجود دارد:

۱- خارج کردن بخشی از حنجره: جراح فقط بخشی از حنجره را که با تومور درگیر است خارج می‌کند.

۲- خارج کردن کل حنجره: جراح کل حنجره و بعضی از بافت‌های مجاور را خارج می‌نماید.

غدد لنفاوی که نزدیک محل سرطان هستند یا تخلیه‌ی لنفاوی آن قسمت را به عهده دارندکه در هر دو نوع ممکن است خارج شوند.

بیمار ممکن است به جراحی بازسازی یا پلاستیک برای ترمیم بافت‌های آسیب دیده نیاز داشته باشد.

جراح ممکن است از بافت سایر قسمت‌های بدن برای ترمیم محل عمل جراحی در گلو و یا گردن استفاده نماید.

جراحی بازسازی یا پلاستیک گاهی اوقات در همان زمان عمل خارج کردن حنجره انجام می‌شود و یا می‌تواند به زمان دیگری موکول گردد. بهبود بعد از جراحی به زمان نیاز دارد؛ مدت زمان لازم برای بهبود برای افراد مختلف، متفاوت است.

تغییرات پس از جراحی

نتایج اصلی جراحی شامل تمام یا بخشی از موارد زیر است:

- تورم گلو یا گردن
- درد موضعی
- خستگی
- افزایش تولید ترشحات
- تغییر در ظاهر فیزیکی
- بی حسی، سفتی عضلانی و ضعف
- تراکئوستومی

اکثر افراد احساس ضعف و یا خستگی، داشتن یک گردن متورم و احساس درد و ناراحتی در چند روز اول پس از جراحی دارند. درمان دارویی درد، برخی از این علایم را از بین می‌برد. (مدیریت درد در فصل ۱۲)

جراحی ممکن است توانایی بلع، خوردن و یا صحبت کردن را تغییر دهد. به هر حال همه عوارض دائمی نیستند؛ همان طور که بعدا در کتابچه‌ی راهنما توضیح داده خواهد شد. (فصل ۶ و ۱۰)

افرادی که توانایی تکلم خود رابعد از جراحی از دست می‌دهند می‌توانند برای ارتباط ازنوشتن در نوت پد، وایت برد، گوشی تلفن همراه یا کامپیوتر استفاده نمایند.

قبل از جراحی ضبط کردن صدا برای ماشین‌های پاسخ‌دهنده و یا پست صوتی برای اطلاع تماس گیرندگان در مورد عدم توانایی صحبت کردن فرد، کمک کننده است.

از یک الکترولارنکس برای صحبت کردن در چند روز اول بعد از جراحی می‌توان استفاده نمود (الکترولارنکس فصل ۶) به علت تورم

گردن و بخیه‌های بعد از عمل یک راه داخل دهانی برای ایجاد لرزش با یک لوله‌ی نی مانند ارجح است.

آمادگی برای جراحی

قبل از جراحی اهمیت زیادی دارد که به طور کامل با جراح در مورد گزینه‌های درمانی و جراحی وعوارض کوتاه مدت و بلندمدت هر کدام صحبت شود. بیمارانی که در لیست عمل جراحی هستند ممکن است مضطرب و تحت استرس زیادی باشند. این مهم است که بیمار یک حامی (مثل یکی از اعضای خانواده و یا یک دوست)هنگام ملاقات با جراح داشته باشد.

این مهم است که بیمار آزادانه سؤال بپرسد و در مورد هر نگرانی توضیح دهد و توضیح بخواهد. ضروریست که مکررا توضیحات را بشنود تا زمانی که کاملا متوجه شود. آماده کردن سؤالات از جراح قبل از ملاقات و نوشتن اطلاعاتی که جراح می‌دهد می‌تواند کمک‌کننده باشد.

در کنار مشورت با جراح، ملاقات با افراد زیر حائز اهمیت است:

- متخصص داخلی و یا پزشک خانواده
- هر متخصصی که برای یک مورد خاص نیاز است مثل متخصص قلب، متخصص ریه
- انکولوژیست رادیوتراپی
- انکولوژیست مدیکال
- متخصص بیهوشی
- دندانپزشک
- پاتولوژیست گفتار و زبان
- مددکار اجتماعی یا مشاور سلامت روان
- متخصص تغذیه

ملاقات با افرادی که قبلا تحت لارنژکتومی قرار گرفته‌اند بسیار کمک کننده است؛ این افراد می‌توانند در مورد گزینه‌های صحبت کردن در آینده بیماران را راهنمایی کنند، تجربیات خود را به اشتراک بگذارند و حمایت احساسی فراهم نمایند.

گرفتن نظر دوم

زمانی که با یک تشخیص پزشکی جدید روبه رو می‌شویم که نیازمند انتخاب بین چندین گزینه‌ی درمانی شامل جراحی ست؛ این مهم است که نظر شخص دومی را نیز داشته باشیم. ممکن است روش‌های دارویی و جراحی متفاوتی وجود داشته باشد و نظر دوم و یا گاهی سوم بسیار ارزشمند است. گرفتن نظر پزشکانی که در این زمینه تجربه دارند قابل قضاوت است. موقعیت‌های زیادی در زمانی که درمان قابل جایگزینی نمی‌باشد، وجود دارد. به همین دلیل است که انتخاب یک کورس درمانی بعد از مشورت با حداقل یک متخصص دیگر بسیار مهم است.

برخی اشخاص ممکن است تمایلی به ملاقات با پزشک دیگر برای گرفتن نظر دوم نداشته باشند. برخی ممکن است نگران باشند که این مسئله، عدم اعتماد به پزشک اول و یا شک به صلاحیت و توانایی وی تفسیر شود. بیشتر پزشکان بیماران خود را تشویق می‌کنند که نظر پزشک دیگری را نیز جویا شوند و این قضیه را حمل بر توهین نمی‌کنند وحین مواجهه با چنین درخواستی مرعوب نمی‌شوند. به علاوه بسیاری از بیمه گران نیز از آن استقبال می‌کنند.

پزشک دوم ممکن است با تشخیص و درمان پزشک اول هم عقیده باشد و برعکس ممکن است رویکرد دیگری را توصیه نماید. در هر صورت بیمار با اطلاعات ارزشمند بیشتر و با حس کنترل بیشتر برمی گردد. سرانجام فرد ممکن است زمانی که تمام گزینه‌های درمان را بداند، احساس اعتماد بیشتری در مورد تصمیم خود داشته باشد.

جمع آوری مدارک پزشکی و ملاقات با یک پزشک دیگر ممکن است زمان بر باشد. عموما تأخیر در درمان اولیه باعث نمی‌شود درمان کمتر مؤثر باشد. به هر حال بیمار باید در مورد هر تأخیر احتمالی با پزشک صحبت نماید.

راه‌های زیادی برای پیدا کردن فرد ماهر برای گرفتن نظر دوم وجود دارد. یکی از راه‌ها درخواست از پزشک اولیه برای معرفی یک پزشک دیگر است؛ انجمن‌های پزشکی منطقه‌ای یا استانی، بیمارستان نزدیک و یا دانشکده‌ی پزشکی از راه‌های دیگر هستند. حتی اگر بیماران مبتلا به سرطان تحت فشار روحی برای شروع درمان و خارج کردن ناحیه‌ی مبتلا به سرطان هستند، صبر کردن برای گرفتن نظر دوم ارزشمند است.

مدیریت درد بعد از جراحی

میزان دردی که بعد از لارنژکتومی(یا هر عمل سر و گردن دیگر) احساس می‌شود بسیار وابسته به بیمار و وضعیت ذهنی اوست اما به عنوان یک قانون کلی هر چه جراحی وسیع‌تر باشد دردی که بیمار تجربه می‌کند بیشتر است. برخی از انواع پروسیجرهای ترمیمی که باعث انتقال بافت از ماهیچه‌های قفسه‌ی سینه، ساعد،ران، روده، و یا بالا کشیدن معده می‌شوند که با احتمال بیشتری منجر به افزایش درد و یا درد طول کشیده می‌شوند.

افرادی که عمل رادیکال تشریح گردن به عنوان بخشی از جراحی داشته اند، ممکن است درد بیشتری را تجربه نمایند. امروزه بیشتر بیماران، زمانی که عصب اکسسوری نخاعی خارج نشده باشد، تحت عمل تشریح گردن تعدیل شده قرار می‌گیرند. اگر عصب اکسسوری نخاعی در طول جراحی بریده شود و یا خارج گردد، بیماران با احتمال بیشتری دچار ناراحتی شانه، سفتی و کاهش دامنه‌ی حرکت به مدت طولانی می‌شوند. بعضی از این ناراحتی‌ها با ورزش و درمان فیزیکی قابل پیشگیری می‌باشد.

برای بیمارانی که درد مزمن در نتیجه لارنژکتومی یا هر عمل سر و گردن دیگر احساس می‌کنند، بررسی توسط یک متخصص درد معمولا بسیار کمک‌کننده می‌باشد. (مدیریت درد فصل ۱۲).

فصل سوم: اثرات جانبی رادیوتراپی سرطان‌های سر و گردن

ترجمه: دکتر دلارام جان
دستیار گوش و حلق و بینی

از پرتو درمانی اغلب برای درمان سرطان‌های سر و گردن استفاده می‌شود. هدف از پرتودرمانی، کشتن سلول‌های سرطانی است. چون این سلول‌ها سریع‌تر از سلول‌های نرمال رشد کرده و تقسیم می‌شوند، به احتمال بالاتری توسط پرتوتابی تخریب خواهند شد. در مقابل، سلول‌های سالم اگرچه ممکنست اسیب ببینند، اما اکثراً بهبود می‌یابند. وقتی رادیوتراپی تجویز می‌شود، رادیوانکولوژیست برنامه درمانی را تدارک می‌بیند که شامل دوز کلی اشعه تجویز شده، تعداد و دفعات درمان و برنامه آن‌هاست. این‌ها بستگی به نوع و محل توده، سلامت کلی بیمار و سایر درمآن‌های قبلی یا فعلی دارد.

اثرات جانبی پرتو درمانی سرطآن‌های سر و گردن به دو گروه زودرس (حاد) و دیررس (مزمن) تقسیم می‌شود. اثرات جانبی زودرس در طول دوره پرتودرمانی یا در طول دوره کوتاهی پس از آن (تقریباً ۲-۳ هفته پس از اتمام پرتودرمانی) ایجاد می‌شود. اثرات جانبی مزمن می‌تواند هر زمانی پس از ان، از هفته‌ها تا سال‌ها بعد رخ بدهد.

بیماران اغلب از اثرات زودرس رادیوتراپی شکایت دارند اگرچه این تأثیرات بطور کلی با گذشت زمان بهبود می‌یابد. از طرفی چون اثرات دیررس ممکنست نیاز به مراقبت در تمام طول عمر داشته باشند لازمست این اثرات شناسایی شده تا بتوان از وقوع آن‌ها جلوگیری یا پیامدهای آن‌ها کنترل کرد. اگاهی از اثرات جانبی پرتو درمانی می‌تواند به شناخت زودرس و درمان صحیح آن‌ها کمک کند.

افرادی که مبتلا به سرطآن‌های سر و گردن هستند ،باید تحت مشاوره از جهت اهمیت ترک سیگار قرار بگیرند. علاوه بر این واقعیت که سیگار کشیدن، فاکتور خطر مهمی برای کانسر سر و گردن است، احتمال ایجاد سرطان در افراد سیگاری با مصرف الکل افزایش بیشتری می‌یابد. سیگار کشیدن همچنین می‌تواند پیش اگهی سرطان را تحت تأثیر قرار بدهد. وقتی سیگار کشیدن در طول دوره پرتو درمانی و پس از آن ادامه یابد، شدت و مدت واکنش مخاطی افزایش یافته، خشکی دهان تشدید شده و بر پیامد بیماری اثر می‌گذارد. بیمارانی که در طول دوره پرتو درمانی به سیگار کشیدن ادامه می‌دهند بقای طولانی مدت کوتاهتری نسبت به کسانی که سیگار نمیکشند، دارند. (به فصل ۱۳ مبحث ترک سیگار و الکل مراجعه کنید)

اثرات جانبی زودرس

اثرات جانبی زودرس شامل التهاب مخاط حلق و دهان (موکوزیت)، بلع دردناک (اودینوفاژی)، بلع دشوار (دیسفاژی)، گرفتگی صدا، فقدان بزاق (گزروستومی)، درد صورت و دهان، التهاب پوست، تهوع، استفراغ و کاهش وزن است.

این عوارض می‌توانند با درمان تداخل کرده و یا آنرا به تعویق بیاندازند. درجاتی از این عوارض در اکثر بیماران ایجاد شده و با گذشت زمان عموما از بین می‌روند. شدت این اثرات جانبی تحت تأثیر میزان و روشی که پرتو درمانی انجام می‌شود، محل توده و گسترش آن، سلامت کلی بیمار و عادات وی قرار می‌گیرد. (برای مثال ادامه سیگار کشیدن یا مصرف الکل)

آسیب پوستی

رادیوتراپی می‌تواند آسیبی شبیه آفتاب سوختگی در پوست ایجاد کند که با کموتراپی بدتر می‌شود. پیشنهاد شده که اجتناب از محرک‌های شیمیایی احتمالی، نور مستقیم افتاب و باد و استعمال لوسیون یا روغن پیش از پرتودرمانی، می‌تواند عمق نفوذ اشعه را تغییر دهد. تعدادی از محصولات مراقبت از پوست می‌توانند در طول پرتو درمانی جهت چرب کردن و محافظت از پوست به کار روند

خشکی دهان

فقدان تولید بزاق (گزروستومی) با دوز اشعه‌ی تجویز شده و حجم بافت بزاقی اشعه دیده رابطه دارد. نوشیدن مایعات کافی و آب کشیدن دهان و قرقره کردن محلول ضعیف نمک و بیکینگ پودر جهت تازه کردن دهان، رقیق کردن ترشحات غلیظ آن و تخفیف درد ملایم، مؤثر است. بزاق مصنوعی وخیس کردن مکرر دهان با آب نیز می‌تواند تأثیر گذار باشد.

تغییر حس چشایی

پرتو درمانی می‌تواند تغییراتی در حس چشایی و درد در زبان ایجاد کند. این اثرات جانبی می‌توانند منجر به کاهش دریافت غذا شوند. اختلال چشایی و درد زبان به مرور در اکثر بیماران در طول شش ماه از بین می‌رود. اگرچه در برخی از موارد بهبود چشایی نا کامل است بسیاری از بیماران تغییر پایداری را در حس چشایی خود تجربه می‌کنند.

التهاب مخاطی حلق ودهان (موکوزیت)

رادیوتراپی همانند شیمی درمانی به مخاط اوروفارنکس آسیب زده و منجر به موکوزیت شده که آهسته و معمولا در طول دو تا سه هفته پس از شروع رادیو تراپی ایجاد می‌شود. شیوع و شدت آن بستگی به منطقه، دوز کلی و مدت رادیوتراپی دارد. شیمی درمانی می‌تواند وضعیت را تشدید کند. موکوزیت ممکن است دردناک بوده و با دریافت خوراک و مغذی‌ها تداخل کند. درمان شامل بهداشت دقیق دهان، اصلاح رژیم غذایی و بی حس کننده‌های موضعی در همراهی با محلول‌های ضد اسید و ضد قارچ (کوکتل) است. از خوردن غذاهای پر ادویه، اسیدی، تند یا داغ و نیز مصرف الکل باید اجتناب شود. احتمال عفونت‌های ثانویه‌ی باکتریایی، ویروسی (مثل تبخال) و قارچی (مثل کاندیدا) وجود دارد. کنترل درد (با استفاده از مخدرها یا گاباپنتین) ممکن است لزوم پیدا کند. موکوزیت می‌تواند به سوتغذیه بیانجامد. افرادی که کاهش وزن قابل توجه یا اپیزودهای مکرر کم آبی را تجربه می‌کنند احتمالا نیازمند تغذیه از طریق لوله‌ی گاستروستومی می‌باشند.

درد صورت ودهان

درد صورت و دهان در بین بیماران با سرطان‌های سر و گردن شایع بوده و در نیمی از بیماران، قبل از پرتودرمانی، ۸۰٪ در حین درمان و تقریباً یک سوم بیماران شش ماه پس از درمان وجود دارد. درد می‌تواند به‌علت موکوزیت ایجاد شود که ممکن است با شیمی درمانی‌های متناوب، آسیب ناشی از سرطان، عفونت، التهاب و زخم ناشی از جراحی یا سایر درمان‌ها، تشدید شود. درمان درد شامل استفاده از بی‌حس کننده‌ها و مخدرهاست. (به فصل ۲ مبحث مدیریت درد مراجعه کنید.)

تهوع و استفراغ

رادیوتراپی می‌تواند باعث ایجاد تهوع شود که عموما از ۲ تا ۶ ساعت پس از جلسه پرتودرمانی شروع و اکثراً حدود ۲ ساعت ادامه می‌یابد. تهوع ممکنست با یا بدون استفراغ باشد. درمان شامل این موارد است:

- خوردن وعده‌های غذایی کوچک و مکرر در طول روز، بحای سه وعده غذایی حجیم. معمولا وقتی معده خالی باشد تهوع تشدید می‌شود.
- خوردن اهسته غذا، جویدن کامل وارام بودن.
- خوردن غذای سرد یا با دمای اتاق. بوی غذای گرم یا داغ می‌تواند تهوع را تحریک کند.
- اجتناب از خوردن غذاهایی که سخت بلع می‌شوند، مثل غذاهای پر ادویه یا پرچرب یا در همراهی با سس غلیظ.
- استراحت پس از غذا خوردن. در هنگام دراز کشیدن، سر باید حدود سی سانتیمتر بالاتر قرار بگیرد.

- نوشیدن نوشیدنی یا سایر مایعات در بین وعده‌های غذایی بجای خوردن آن‌ها همراه با غذا.
- نوشیدن روزانه ۶-۸ لیوان مایعات جهت جلوگیری از کم آبی. نوشیدنیهای خنک، قطعات یخ، آبنبات یا ژلاتین مناسب ترند.
- خوردن بیشتر غذا در زمانی از روز که فرد حالت تهوع کمتری دارد
- اطلاع به پزشک فرد، قبل از هر جلسه درمانی، در مواقعی که فرد تهوع پایدار پیدا می‌کند.
- درمان فوری استفراغ پایدار که می‌تواند منجر به کم آبی شود.
- تجویز داروهای ضد تهوع توسط پزشک بیمار.

استفراغ پایدار می‌تواند منجر به از دست دادن مقادیر زیادی از آب و مغذی‌ها شود. اگر استفراغ از ۳ بار در روز بیشتر شود و فرد مایعات کافی ننوشد می‌تواند منجر به کم آبی شود و در صورت عدم درمان این وضعیت منجر به عوارض جدی خواهد شد.

علایم کم آبی عبارتند از :

- کاهش حجم ادرار
- ادرار تیره رنگ
- ضربان قلب تند
- سردرد
- پوست خشک یا گرگرفته
- زبان باردار
- تحریک پذیری و گیجی

استفراغ پایدار می‌تواند منجر به کاهش تأثیر داروها شود. استفراغ اگر ادامه یابدرادیوتراپی موقتا قطع می‌شود. تزریق مایعات وریدی، به بدن در بازگرداندن مغذی‌ها و الکترولیت‌ها کمک می‌کند.

خستگی(فرسودگی)

خستگی یکی از شایع‌ترین اثرات جانبی رادیوتراپی است. رادیوتراپی می‌تواند منجر به خستگی تجمعی شود (خستگی که با گذشت زمان افزایش می‌یابد). اغلب حدود سه تا چهار هفته پس از اتمام درمان طول می‌کشد ولی می‌تواند تا دو تا سه ماه نیز ادامه یابد. فاکتورهایی که در خستگی نقش دارند، کاهش دریافت غذا و مایعات، داروها، کم‌کاری تیرویید، درد، استرس، افسردگی، بی خوابی (اینسومنیا) و کمبود استراحت هستند. استراحت، ذخیره‌ی انرژی و اصلاح شرایط فوق می‌تواند خستگی را بهبود بخشد.

سایر اثرات جانبی

شامل وزوز گوش و اختلالات شنوایی است. (به پایین مراجعه کنید.)

اثرات جانبی دیررس

اثرات جانبی دیررس رادیوتراپی شامل فقدان دائمی بزاق، تخریب استخوانی ناشی از اشعه، آسیب گوش، فیبروز، لنف ادم، کم کاری تیروئید و آسیب به ساختارهای گردن است.

خشکی دائمی دهان

اگرچه خشکی دهان (گزروستومی) در اکثر افراد با گذشت زمان بهبود میابد، اما می‌تواند طولانی مدت باشد. درمان شامل جایگزین‌های بزاق و بزاق مصنوعی و نوشیدن مکرر جرعه‌های آب است. این کار منجر به ادرار مکرر در طول شب می‌شود؛ خصوصا در مردانی که

بزرگی پروستات داشته یا افرادی که مثانه‌ی کوچک دارند. درمان‌های موجود شامل داروهایی از جمله محرک‌های بزاقی (سیالوگوژ) پیلوکارپین، آمیفوستین، سویملین و طب سوزنی است.

تخریب استخوانی ناشی از اشعه فک

عارضه‌ی بالقوه خطرناکی است که ممکن است نیازمند مداخله‌ی جراحی و بازسازی باشد. بسته به محل و وسعت ضایعه، علائم شامل درد، سختی تنفس، اختلال چشایی (دیس گاژیا)، حس بد، بی حسی (آنستزی)، تریسموس، سختی در باز کردن فک، سختی در جویدن و صحبت کردن، ایجاد فیستول، شکستگی غیر طبیعی و عفونت موضعی، پیشرونده یا سیستمیک می‌باشد.

استخوان فک (مندیبل)، شایع‌ترین استخوان درگیر ،خصوصا در افرادی که برای سرطان نازوفارنکس درمان می‌شوند، می‌باشد. درگیری فک بالا (ماگزیلاری)، به علت جریان خون جانبی که دریافت می‌کند ناشایع است. کشیدن دندان و بیماری‌های دندانی در مناطق اشعه دیده فاکتورهای ماژور در ایجاد استئو رادیونکروز می‌باشند (به فصل ۱۴ مبحث مسائل دندانی مراجعه کنید).

در صورتی که دندانی در منطقه‌ی رادیوتراپی قرارگرفته و پوسیده‌تر از آن باشد که با پر کردن یا عصب کشی حفظ شود در برخی موارد نیازمند کشیدن دندان قبل از شروع رادیوتراپی هستیم. احتمال دارد دندان ناسالم به عنوان منبع عفونت استخوان فک عمل کند که درمان آن پس از رادیوتراپی دشوار است. ترمیم دندان غیرقابل حفظ یا خراب، پیش از رادیوتراپی می‌تواند این عارضه را کم کند. تخریب استخوانی ناشی از اشعه خفیف با درمان محافظه کارانه شامل آنتی بیوتیک و به ندرت با اولتراسوند قابل بهبود است.

وقتی نکروز وسیع باشد اغلب رزکشن رادیکال و به دنبال آن بازسازی به روشبازسازی پیوند عروقی استفاده می‌شود. پروفیلاکسی دندانی می‌تواند این مشکل را کم کند. (به فصل ۱۴ مبحث مسائل دندانی مراجعه کنید)

درمان ویژه با فلوراید و نیز مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و جرم گیری منظم توسط بهداشت کار دندان می‌تواند به حل این مشکل دندانی کمک کند.

درمان با اکسیژن‌هایپرباریک برای بیماران در معرض خطر و افرادی که به استئورادیونکروز فک مبتلا شده‌اند کاربرد داشته است اگرچه داده‌های موجود در باره‌ی فواید بالینی استفاده از اکسیژن‌هایپرباریک برای پیشگیری و درمان استئورادیونکروز متضاد هستند. (به فصل ۱۴ مبحث درمان با اکسیژن‌هایپرباریک مراجعه کنید)

بیماران باید پیش از کشیدن یا جراحی دندان به دندان پزشک خود درباره‌ی رادیوتراپی اطلاعات بدهند. استئورادیونکتوز ممکن است با تجویز چند مرحله درمان با اکسیژن‌هایپرباریک قبل و بعد از این پروسه‌ها قابل پیشگیری باشد. این روش در صورتی که دندان درگیر در منطقه‌ای باشد که در معرض دوز بالای اشعه قرار گرفته، پیشنهاد می‌شود. مشاوره با رادیواونکولوژیست که رادیوتراپی را تجویز کرده می‌تواند در تعیین میزان اشعه‌ی دریافت شده، کمک‌کننده باشد.

فیبروز و تریسموس

دوز بالای اشعه در سر و گردن فیبروز ایجاد می‌کند. این شرایط می‌تواند پس از عمل جراحی سر و گردن که احتمال دارد گردن ساختاری چوب مانند و حرکتی محدود پیدا کند، تشدید شود. شروع دیررس فیبروز در فارنکس و مری منجر به تنگی، مشکلات مفصل تمپرومندیبولار (گیجگاهی فکی)، درد و ناپایداری گردن و شانه می‌شود. فیبرین در داخل و خارج عروق خونی استخوآن‌ها، تاندون‌ها، لیگامنت‌ها و اعصاب منطقه‌ی درگیر شکل می‌گیرد. نتیجه‌ی حاصل آن «سندروم فیبروز ناشی از رادیوتراپی» نامیده می‌شود. (به فصل ۵ مبحث درد گردن و شانه پس از جراحی و رادیوتراپی مراجعه کنید.)

فیبروز عضلات جونده می‌تواند به عدم توانایی در باز کردن دهان (تیریسموس یا قفل شدن فک) بی‌انجامد که با گذشت زمان بدتر خواهد شد. عموماً خوردن غذا سخت‌تر شده اما تکلم تغییر نمی‌کند. تریسموس مانع بهداشت صحیح دهان و درمان آن شده و ممکن

است نقایص بلع یا گفتار ایجاد کند. این وضعیت ممکن است در صورت انجام جراحی قبل از رادیوتراپی تشدید شود. بیمارانی که به احتمال بالاتری دچار تریسموس می‌شوند، افرادی هستند که توده‌های حلق واقع شده در پشت بینی، کام و سینوس ماگزیلاری دارند. پرتودرمانی مفصل تمپورومندیبولار که بسیار پر عروق است و عضلات جونده اغلب به تریسموس می‌انجامد. تریسموس مزمن به تدریج به فیبروز منتهی می‌شود. باز کردن دهان با فشار، تمرینات فک و استفاده از وسایل باز کردن دینامیک فک (ترابایت) می‌تواند مؤثر باشد. این وسیله به طور افزاینده‌ای در طول رادیوتراپی به عنوان روش پیشگیری از ایجاد تریسموس استفاده می‌شود.

ورزش می‌تواند سفتی گردن را کاهش داده و بر دامنه‌ی حرکات بیفزاید. برای حفظ حرکات گردن لازم است فرد این تمرینات را در تمام طول عمر انجام دهد، خصوصا در مواردی که سفتی گردن ناشی از رادیوتراپی است. درمان توسط فیزیوتراپیست با تجربه‌ای که قادر به غلبه بر فیبروز است بسیار کمک کننده می‌باشد. مداخله‌ی زودرس فواید بیشتری برای بیمار به همراه دارد.

استفاده از لیزر خارجی به عنوان روش درمانی جدید نیز در دسترس است. در اکثر جوامع فیزیوتراپیست‌های با تجربه‌ای وجود دارند که در کاهش التهاب متبحرند. فیبروز سر و گردن ممکن است در افرادی که سابقه‌ی جراحی یا رادیوتراپی داشته‌اند شدیدتر نیز بشود. فیبروز پس از رادیوتراپی می‌تواند پوست و بافت زیر جلدی را درگیر کرده احساس ناراحتی و لنف ادم ایجاد کند. اختلال بلع در اثر فیبروز اکثراً نیاز به تغییر رژیم غذایی، تقویت فارنکس یا تمرینات بلع در افرادی که تحت جراحی یا شیمی درمانی قرار گرفته‌اند دارد. تمرینات بلع به طور افزاینده‌ای به عنوان روش پیشگیری استفاده می‌شود. در موارد شدید انسداد ناقص یا کامل اوروفارنکس می‌تواند رخ دهد.

اختلالات ترمیم زخم

برخی موارد لارنژکتومی ممکن است به دنبال جراحی به اختلالات ترمیم زخم، خصوصا در مواضعی که رادیوتراپی شده دچار شود. برخی به فیستول (ارتباط غیرطبیعی داخل گردن با پوست) دچار می‌شوند زخم‌هایی که کندتر ترمیم می‌شوند با آنتی بیوتیک و تغییر پانسمان قابل درمانند. (به فصل ۱۱ مبحث فیستول فارنژیوکوتانئوس مراجعه کنید)

لنف ادم

انسداد لنفاتیک پوستی به لنف ادم می‌انجامد. تورم شدید حنجره یا حلق می‌تواند با تنفس اختلال ایجاد کرده و نیازمند تراکئوستومی موقت یا طولانی مدت باشد. لنف ادم، تنگی و سایر اختلالات، بیماران را مستعد آسپیراسیون و نیازمند به استفاده از لوله‌ی تغذیه می‌کند. (به فصل ۵ مبحث لنف ادم مراجعه کنید)

کم کاری تیرویید

رادیوتراپی تقریباً همیشه با کم کاری تیرویید همراهی دارد. شیوع آن متفاوت است به دوز اشعه بستگی داشته و با گذر زمان از رادیوتراپی افزایش می‌یابد. (به فصل ۱۲ مبحث کم کاری تیروئید مراجعه کنید)

آسیب عصبی

رادیوتراپی به گردن می‌تواند روی نخاع تأثیر گذاشته و به التهاب نخاعی عرضی خود محدود که «سندرم لرمیت» نامیده می‌شود بی‌انجامد. بیماران حسی شبیه شوک الکتریکی را اغلب با خم کردن گردن به جلو (فلکشن) احساس می‌کنند. این شرایط به ندرت به سمت التهاب نخاعی عرضی واقعی که با «سندرم براون-سکوارد» همراهی دارد (فقدان حس و حرکت به دنبال قطع عرضی نخاع)، پیشرفت می‌کند. رادیوتراپی می‌تواند به اختلال سیستم عصبی محیطی، ناشی از فشار خارجی فیبروز بافت نرم و کاهش خون رسانی توسط فیبروز، منجر شود. درد، فقدان حس و ضعف شایع‌ترین علائم بالینی اختلال اعصاب محیطی هستند. اختلال اوتونوم و در نتیجه‌هایپوتنشن ارتوستاتیک (کاهش غیر عادی فشار خون وقتی فرد می‌ایستد) و سایر آنومالی‌ها ممکن است رخ دهد.

آسیب به گوش (اوتوتوکسیستی)

رادیوتراپی گوش می‌تواند منجر به التهاب گوش میانی سروز (اوتیت با مایع) بیانجامد. دوز بالای اشعه، ایجاد کاهش شنوایی حسی عصبی (آسیب به گوش داخلی، عصب شنوایی یا مغز) می‌کند.

آسیب به ساختارهای گردن

ادم گردن و فیبروز پس از رادیوتراپی شایع است. با گذشت زمان ادم سفت‌تر و خشکی گردن ایجاد می‌شود. آسیب می‌تواند شامل تنگ شدن شریان کاروتید (استنوز) و سکته، پاره شدن شریان کاروتید، فیستول اوروفارنکس به پوست (دو مورد آخر با جراحی نیز همراهی دارند) و آسیب بارورسپتور شریان کاروتید، منجر به کاهش فشار دائمی و حمله‌ای (ناگهانی و عود کننده) شوند.

تنگی شریان کاروتید

شریان‌های کاروتید گردن خون را به مغز می‌رسانند. پرتو درمانی به گردن با تنگی یا باریک شدن شریان کاروتید رابطه داشته، ریسک قابل توجهی برای بیماران دچار سرطان سر و گردن از جمله بسیاری از بیماران لارنژکتومی ایجاد می‌کند. استنوز می‌تواند به کمک اولتراسنوگرافی یا آنژیوگرافی شناسایی شود. شناسایی زودرس استنوز کاروتید پیش از رخ دادن سکته اهمیت دارد. درمان شامل برداشتن انسداد (اندارترکتومی)، قرار دادن استنت (وسیله‌ی کوچکی که داخل شریان برای عریض کردن آن قرار داده می‌شود) یا پیوند کاروتید مصنوعی است.

افزایش فشار خون بعلت آسیب بارورسپتور

رادیوتراپی به سر و گردن می‌تواند به بارورسپتوری که در شریان کاروتید قرار گرفته آسیب بزند. این بارو رسپتورها (حس گرهای فشار خون) با حس کردن فشار جریان خونی که از آن‌ها عبور می‌کند و فرستادن پیام به سیستم عصبی مرکزی جهت افزایش یا کاهش مقاومت عروق محیطی و بازده قلبی به تنظیم فشار خون کمک می‌کنند. برخی افرادی که تحت رادیوتراپی قرار می‌گیرند افزایش فشار خون حمله‌ای یا ناپایدار پیدا می‌کنند.

افزایش فشار خون ناپایدار

در این شرایط نوسان فشار خون بسیار بیشتر از نرمال است و می‌تواند به سرعت از فشار کم (۱۲۰/۸۰) به فشار بالا برسد. (۱۷۰/۱۰۵) در بسیاری موارد این نوسان‌ها بی علامتند اما می‌تواند با سردرد همراه باشد. رابطه‌ی بین افزایش فشار خون و استرس و شرایط احساسی معمولا وجود دارد.

افزایش فشار خون حمله‌ای

بیماران افزایش ناگهانی فشار خون (که می‌تواند بیش از ۲۰۰/۱۱۰) باشد را تجربه می‌کنند که با شروع ناگهانی علائم دیسترس فیزیکی از جمله سردرد، درد قفسه‌ی سینه، سرگیجه، تهوع، تپش قلب، گر گرفتگی و تعریق همراه است. اپیزودها می‌توانند از ده دقیقه تا چندین ساعت طول کشیده و ممکن است هر چند ماه یکبار تا روزی دوبار رخ دهند. بین حملات، فشار خون نرمال یا مختصری بالاست. بیماران عموما نمی‌توانند عامل روانی واضحی را که با حملات در ارتباط باشد شناسایی کنند. شرایط بالینی که می‌توانند چنین نوسان‌های فشار خونی را ایجاد کنند باید کنار گذاشته شوند (مثل فئوکروموسیتوما) هردوی این شرایط بسیار جدی بوده و باید درمان شوند. درمان سخت بوده و باید توسط متخصص متبحر انجام گیرد.

فصل چهارم: عوارض شیمی درمانی در سرطان‌های سروگردن

ترجمه: گروه مترجمین

شیمی درمانی جهت سرطان‌های سر و گردن به همراه درمان‌های حمایتی در اکثر بیماران با سرطان عود کننده‌ی پیشرفته یا پخش شده سر و گردن به کار می‌رود.

درمان انتخابی سیستمیک بر اساس داروهای کموتراپی که قبلا جهت بیماران استفاده شده و اپروچ کلی جهت حفظ ارگان‌های تحت تأثیر می‌باشد.

درمان‌های حمایتی شامل ممانعت از عفونت به علت عدم فعالیت شدید مغز استخوان و تغذیه کافی می‌باشد. گزینه‌های درمانی شامل درمان تک دارویی و ترکیبی با داروهای کموتراپی سیتوتوکسیک و داروهای اثر کننده بر مولکول می‌باشد.

کموتراپی به صورت دوره‌ای داده می‌شود (تناوب بین دوره‌های درمانی و استراحت). دوره‌ی درمان می‌تواند ماه‌ها و یا حتی طولانی‌تر باشد.

یک وب سایت که همه‌ی داروهای کموتراپی و عوارض جانبی آن‌ها را لیست‌بندی کرده است: www. trigan. com/chemolst. htm

داروهای کموتراپی معمولا بصورت تزریق وریدی تجویز می‌شوند و روی کل بدن اثر می‌گذارند و در رشد سلول‌های سرطانی اختلال ایجاد می‌کنند.

کموتراپی در سرطان‌های سرو گردن همزمان با رادیوتراپی بکار می‌رود. و تحت عنوان کموتراپی ادجوانت یا نئوادجوانت بکار می‌رود.

کموتراپی ادجوانت بعد از جراحی جهت کاهش احتمال برگشت سرطان و از بین بردن سلول‌هایی که احتمال گسترش آن‌ها وجود دارد بکار می‌رود.

کموتراپی نئوادجوانت قبل از جراحی جهت شرینک و کاهش سایز تومور که برداشت راحتتر تومور را باعث می‌شود تجویز می‌گردد.

عوارض جانبی کموتراپی

نوع عوارض جانبیِ ممکن بسته به فرد متغیر می‌باشد. بعضی افراد عوارض جانبی کمتری را بروز می‌دهند درحالی که سایرین عوارض بیشتری را نشان می‌دهند. عده‌ای تا انتهای درمان عوارض جانبی را تجربه نمی‌کندد و برای افراد زیادی این عوارض طولانی مدت نخواهد بود.

بهر حال کموتراپی می‌تواند می‌تواند چندین عارضه‌ی جانبی موقت داشته باشد که در صورت استفاده‌ی همزمان رادیوتراپی این عوارض شدیدتر خواهند بود. بطور کلی بعد از اتمام درمان از بین می‌روند.

عوارض جانبی به نوع داروی کموتراپی بستگی دارد. زیرا این داروها از طریق از بین بردن همه‌ی سلول‌هایی که بطور فعال در حال رشد هستند عمل می‌کنند. (شامل: سلول‌های مسیر گوارشی-فولیکول‌های مو- مغز استخوان-سلول‌های سرطانی)

عوارض معمول شامل تهوع، استفراغ،اسهال، التهاب مخاطی، افزایش استعداد ابتلا به عفونت، کم خونی،ریزش مو، خستگی عمومی، بی حسی دست و پا، کاهش شنوایی، آسب کلیوی، مشکلات خونریزی دهنده، کسالت، اختلال تعادل می‌باشند.)

به یک انکولوژیست و سایر متخصصین داخلی جهت تحت نظر گرفتن و درمان این عوارض نیاز می‌باشد.

عوارض معمول شایع‌تر:

۱- کاهش مقاومت در برابر عفونت: کموتراپی می‌تواند باعث کاهش تولید گلبول‌های سفید خون(نوتروپنی) و افزایش استعداد ابتلا به عفونت در بیمار گردد. این عارضه از ۷ روز بعد از شروع درمان می‌تواند بروز کند و باعث کاهش مقاومت در برابر عفونت تا ۱۰-۱۴ روز بعد از اتمام کموتراپی شود.

نشانه‌های عفونت شامل تب بالای ۳۹۳ درجه فارنهایت (۳۸ درجه سلسیوس) و احساس ناگهانی بیماربودن است.
قبل از از سرگیری کموتراپی تست خونی برای اطمینان از بهبود گلبول‌های سفید خونی انجام می‌شود.
تجویز بعدی کموتراپی تا زمان بهبود گلبول‌های سفید خونی به تأخیر انداخته می‌شود.

۲- کبودی یا خونریزی: کموتراپی می‌تواند باعث کبودی یا خونریزی به علت کاهش تولید پلاکت و اختلال در تشکیل لخته می‌شود.
خونریزی بینی نقاط خونریزی و راش پوستی و لثه‌ی خونریزی دهنده از نشانه‌های این عارضه هستند.

۳- کم خونی: کموتراپی می‌تواند باعث کم‌خونی (کاهش گلبول‌های قرمز خونی) شود.
کم خونی شدید می‌تواند با تزریق خون و داروهای افزایش دهنده‌ی تولید سلول‌های خونی درمان گردد.

۴- ریزش مو: بعضی از داروهای کموتراپی باعث ریزش مو می‌شوند. رشد مجدد مو معمولا طی دوره‌ی ۳-۶ ماه بعد از کموتراپی اتفاق می‌افتد. طی این مدت بیمار می‌تواند از کلاه گیس،دستمال سر،روسری یا کلاه استفاده کند.

۵- التهاب مخاطی و زخم دهان: بعضی از این داروها باعث موکوزیت در نتیجه اختلال بلع و جویدن، بلع سخت (دیسفاژی)،کاهش آب بدن، سوزش سر دل، استفراغ، تهوع، حساسیت یه غذاهای نمکی و سر و گرم می‌شوند.
همچنین می‌توانند باعث زخم‌های دهانی وابسته به کموتراپی (استوماتیت) که باعث سختی در غذا خوردن می‌شود گردند.
تهوع واستفراغ؛ با داروهای ضد تهوع درمان می‌گردد. شست‌وشوی مکرر دهان می‌تواند کمک‌کننده باشد. این عوارض باعث اختلال بلع و تغذیه می‌گردد. نکته‌ی مهم این است که نوشیدنی و سوپ‌های مغذی به وعده‌های غذایی اضافه گردد.
بیشتر این عوارض بر اثر داروهای آنتی متابولیت مثل متوتروکسات و فلوئورویوراسیل اتفاق می‌افتد. رادیوتراپی همزمان باعث افزایش احتمال موکوزیت می‌گردد.

۶- خستگی: بعضی از بیماران طی درمان کموتراپی می‌توانند به زندگی معمول خود ادامه دهند درحالی که برخی دیگر بسیار ضعیف و خسته می‌شوند. هرکدام از داروها می‌تواند باعث احساس خستگی در فرد شود که می‌تواند برای چند روز یا در طول درمان ادامه داشته باشد. داروهایی مثل وین کریستین، وین بلاستین و سیس پلاتین اغلب باعث احساس خستگی می‌شوند.

فاکتورهای مؤثر در احساس خستگی: کم خونی، کاهش دریافت غذا و مایعات ،داروها، کم کاری تیروئید،درد، استرس، افسردگی، اختلال خواب و استراحت می‌باشد.
استراحت، ذخیره‌ی انرژی و اصلاح عوامل فوق‌الذکر می‌تواند باعث رفع خستگی در فرد گردد.

فصل پنجم: لنفادم، تورم گردن، درد و بی حسی پس از رادیو تراپی و جراحی

ترجمه: دکتر زهرا کرباسی

دستیار گوش و حلق و بینی

لنفادم:

عروق لنفاوی مایع را از بافت‌های سراسر بدن درناژ می‌کنند و به سلول‌های ایمنی اجازه می‌دهند تا به سراسر بدن مهاجرت کنند. لنفادم تجمع موضعی مایع لنفاتیک و تورم بافتی است که به علت تحت فشار قرار گرفتن سیستم لنفاتیک ایجاد می‌شود.

لنفادم یک عارضه شایع از رادیوتراپی و جراحی کانسرهای سر و گردن است و تجمع غیر طبیعی مایع حاوی پروتئین زیاد در فضای بین سلول‌هاست که منجر به التهاب مزمن و فیبروز واکنشی بافت مورد نظر می‌گردد.

رادیو تراپی منجر به جوشگاه می‌شود که عملکرد لنفاتیک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لنف نودهای گردنی زمانی که سرطان خارج می‌شود برداشته می‌شوند. زمانی که جراح این غدد را برمی دارد درناژ آن‌ها نیز مختل گشته و برخی از اعصاب حسی نیز قطع می‌گردد. متاسفانه تعداد زیادی از این اعصاب و لنفاتیک به صورت دائمی قطع می‌شوند. درنتیجه مدت طولانی تری برای درناژ این ناحیه طول می‌کشد که منجر به تورم می‌گردد. شبیه طغیان آب بعد از بارش شدید، زمانی که سیستم درناژ شکسته می‌شود، جراحی منجر به بازگشت مایع لنفاتیکی می‌شود که نمی‌تواند به طور کافی درناژ شود. همچنین بی حسی این ناحیه که به وسیله گروهی از اعصاب (اغلب گردن، چانه و پشت گوش) عصب‌دهی می‌شود.

در نتیجه مقداری از این مایع لنفاوی نمی‌تواند مجدد به سیستم گردش وارد شود و در بافت‌ها تجمع می‌یابد.

دو نوع لنفادم وجود دارد که می‌تواند در بیماران با سرطان سر و گردن ایجاد گردد.

تورم قابل رویت خارجی از پوست و بافت نرم و تورم داخلی از مخاط حلق و حنجره.

لنفادم به صورت عمودی به صورت آهسته شروع می‌شود و پیشرونده است. به ندرت دردناک است و منجر به ناراحتی به صورت احساس سنگینی و درد می‌شود و می‌تواند منجر به تغییرات پوستی شود.

لنفادم چند مرحله دارد:

- مرحله صفر ← مرحه تأخیری ← ادم غیر قابل دید و لمس
- مرحله ۱ ← تجمع ادم حاوی پروتئین، وجود ادم جاگذارنده که می‌تواند با بلند کردن اندام کاهش یابد.
- مرحله ۲ ← فرورفتگی پیشرونده و تولید بافت همبند
- مرحله ۳ ← غیرقابل فشرده شدن تورم، وجود فیبروز و اسکلروز و تغییرات پوستی

لنفادم سر و گردن می‌تواند منجر به اختلالات عملکردی متعدد گردد. این‌ها شامل: سختی در تنفس، اختلال در دید، محدودیت حرک (کاهش حرکات گردن، سفتی فک یا تریموس و سفتی قفسه سینه) محدودیت حسی، مشکلات بلع، صدا و صحبت کردن (عدم توانایی در استفاده از الکترولانکس، سختی در صحبت کردن، آبریزش دهان و بیرون ریختن غذا از دهان)، جنبه‌های روحی (افسردگی، ناامیدی و خجالت زدگی) می‌باشند.

خوشبختانه در طول زمان لنفاتیک راه جدیدی برای درناژ پیدا کرده و تورم رفته رفته کاهش می‌یابد. متخصصین در کاهش ادم (اغلب فیزیکال تراپیست‌ها) می‌توانند به بیماران در بهبود درناژ و کوتاه شدن زمان تورم کمک کنند.

این مداخلات همچنین می‌تواند از دائمی شدن ادم و ایجاد فیبروز نیز جلوگیری کند.

درمان لنفادم شامل:

- درناژ دستی لنف (صورت و گردن، لنفاتیک عمقی، تنه، داخل دهان)

- لباس و بانداژ فشاری، ورزش درمانی، مرقبت‌های پوستی، چسب‌های الاستیک درمانی (kinesiotape)
- بازپروری انکولوژی [داروهای مدر، برداشتن جراحی، تخلیه چربی، پمپ‌های فشاری و بالا بردن به تنهایی جزو درمآن‌های غیر مؤثر هستند.]
- سفتی گردن و تورم ثانویه به لنفادم به صورت عمومی در طول زمان افزایش می‌یابد.
- خوابیدن با موقعیت بالا نگهداشتن نیمه فوقانی بدن به جاذبه کمک می‌کند تا در فرایند جذب مایع لنفی سرعت ببخشد.

درمان تخصصی لنفادم نیز می‌تواند انجام گیرد و آموزش درناژ دستی لنف که می‌تواند به کاهش ادم کمک کند. درناژ دستی لنف شامل نوع مخصوصی از ماساژ پوستی برای کمک به مایع لنفاتیک مسدود شده برای درناژ به داخل گردش خون.

- تحرک و ورزش نیز همچنین مهم هستند و در کمک به درناژ لنفاتیک نقش ایفا می‌کنند.

درمانگرهای لنفادم سر و گردن می‌توانند ورزش‌های مخصوصی برای بهبود حرکت سر و گردن به بیماران آموزش دهند.

درمانگرهای لنفادم سر و گردن می‌توانند بانداژهای غیر الاستیک یا لباس‌های فشاری‌ای را انتخاب کنند که در خانه استفاده شود. این‌ها منجر به فشار آرام در ناحیه درگیر می‌شود که می‌تواند کمک به تحرک مایع لنفاوی و جلوگیری از پرشدن مجدد و تورم کند. استفاده از این بانداژها باید تحت نظر مستقیم متخصص باشد. چندین انتخاب بر اساس محل لنفادم برای بهبود راحتی و جلوگیری از عوارض فشاری بر روی گردن وجود دارد.

همچنین ورزش‌هایی وجود دارد که می‌تواند سفتی گردن را کاهش دهد و دامنه حرکت گردنی را افزایش دهد. آن‌ها نیاز دارند تا این ورزش‌ها را در طول زندگی انجام دهند برای حفظ تحرک مناسب گردن. همچنین این بخصوص در مورد سختی ثانویه به رادیو تراپی صدق می‌کند. دریافت درمان به وسیله فیزیکال تراپی مجرب که می‌تواند فیبروز را نیز از بین ببرد بسیار کمک کننده است. مداخله هر قدر زودتر شروع شود بهتر است روش درمانی جدیدی که می‌تواند منجر به کاهش لنفادم، فیبروز و سفتی عضلات گردن شود استفاده از لیزرهای اکسترنال است که در دسترس است. این روش اشعه لیزر با انرژی پایین استفاده می‌کند که توسط فیزیکال تراپیست مجرب تجویز می‌شود.

اشعه لیزر به بافت‌ها نفوذ می‌کند و به وسیله سلول‌ها جذب می‌شود و پروسه متابولیک را تغییر می‌دهد. اشعه لیزر به وسیله واحد درمانی لیزر پورتابل LTU-۹۰۴ تولید می‌شود. این درمان می‌تواند لنفادم را در گردن و صورت کاهش دهد و دامنه حرکت گردن را افزایش دهد. این یک روش بدون درد است که به وسیله قراردادن لیزر در نواحی متعدد روی گردن با فواصل ۱۰ ثانیه‌ای انجام می‌شود. افراد مجرب در فیزیکال تراپی در اکثر جوامع وجود دارند که در کاهش تورم و ادم تخصص دارند با جراحتان مشورت کنید برای یافتن آن‌ها، اگر فیزیکال تراپی یک گزینه مناسب براس لنفادم شماست.

وبسایت بین المللی لنفادم که شامل لیستی از متخصصین لنفادم در North America، اروپا و استرالیا است.

www. lymphnet. org/resourceguide/findtreatment. htm

راه‌های ماساژتراپی در گردن و صورت در سایت: www. anrorahealthcare. org/fywb_ffs/x23169. pdf

بی حسی پوست بعد از جراحی

هنگامی که کانسر برداشته می‌شود، نودها یا غدد لنفاوی گردن به صورت عمومی در جراحی برداشته می‌شوند. زمانی که جراح این غدد را برمی‌دارد، همراه آن برخی اعصاب حسی قسمت‌های تحتانی صورت و پوست گردن را عصب می‌دهند را نیز قطع می‌کند. این قضیه منجر به بی حسی در این ناحیه می‌شود که قبلاً توسط گروهی از اعصاب تامین می‌شده است. برخی از این نواحی دچار بی حسی ممکن است در طی ماه‌ها پس از جراحی حس خود را به دست آورند ولی سایر نواحی ممکن است به صورت دائمی دچار کاهش و یا عدم حس می‌شوند.

اکثر افراد نسبت به بی حسی عادت می‌کنند و قادرند آسیب پوستی ناشی از اجسام تیز، سرما یا گرما جلوگیری کنند. مردان یاد

می‌گیرند که هنگام اصلاح با استفاده از شیور الکتریکی به ناحیه درگیر آسیب نزنند.

پوست بی حس بعد از سوزش آفتاب به وسیله ضدآفتاب یا محافظ، محافظت شود. یخ زدگی نیز می‌تواند به وسیله پوشاندن ناحیه با پارچه جلوگیری شود.

درد گردن و شانه پس از جراحی رادیو تراپی

سختی دائمی در حرکت دادن شانه، گردن، صورت و فک اغلب ناشی از جراحی سر و گردن می‌باشد.

این مشکلات ناشی از برداشتن و یا دستکاری عضلات، اعصاب، لنفاتیک و عروق خونی این نواحی طی جراحی و نیز تماس با رادیاسیون است.

اغلب درجات مختلفی از ضعف عضلانی بافت اسکار و لنفادم عوارض تمام عمر هستند که می‌توانند سلامتی شانه و گردن فرد را تحت تاقیر قرار دهند.

به خاطر نزدیکی عروق لنفاتیک به اعصابی که عصب رسانی صورت و گردن و شانه را به عهده دارند آن‌ها اغلب برداشته می‌شوند یا در طی جراحی سر و گردن آسیب می‌بینند.

برداشتن سرطان ممکن است نیاز به دستکاری یا برداشتن عصب صورت یا اسپانیال اکسسوری داشته باشد این برداشتن عصب حرکات صورت و گردن و عضلات شانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بعد از دستکاری عصب طی جراحی این اثر اغلب موقتی است ولی اگر عصب حفظ شده باشد می‌تواند دائمی باشد.

جدا از آن بازسازی عصب‌ها ممکن است از ۶ هفته تا چندین سال اتفاق بیافتد. به دنبال آسیب کامل اعصاب که عصب گروهی گردن و عضلات شانه را به عهده دارند ممکن است توانایی پایدار کردن مفصل شانه (بین کتف و قفسه سینه و استخوان بازو) را نداشته باشند.

فصل ششم: روش‌های تکلم بعد از لارنژکتومی

ترجمه: دکتر حسام اسکندرزاده
دستیار گوش و حلق و بینی

با وجود خروج کل حنجره در جراحی توتال لارنژکتومی بیشتر این بیماران راه جدیدی برای تکلم بدست می‌اورند. حدود ۸۵ تا ٪۹۰ یکی از سه روشی که در ادامه شرح داده خواهد شد را استفاده می‌کنند. حدود ٪۱۰ قادر به استفاده از این روش‌ها نیستند و به جای آن از دستگاه کامپیوتر یا سایر روش‌ها جهت برقراری ارتباط استفاده خواهند کرد.

تکلم در افراد عادی توسط بازدم هوا از ریه‌های آن‌ها و در پی آن ارتعاش طناب‌های صوتی صورت می‌گیرد. این ارتعاشات صدا در دهان توسط زبان. لب‌ها و دندآن‌ها دچار تغییرات و اصلاحاتی شده که ماحصل آن تولید صداهایی جهت تکلم است. با وجود اینکه طناب‌های صوتی به عنوان منبع اصلی ارتعاش صدا در جریان توتال لارنژکتومی خارج می‌شوند شکل‌های دیگر تکلم با ایجاد راه‌های جدید عبور هوا و ارتعاش قسمت‌های دیگری از راه هوایی قابل تولید است.

از جمله این روش‌ها تعبیه پروتز تولید کننده‌ی ارتعاش در خارج از حلق و دهان و سپس استفاده از حرکات دهان جهت تکلم است.

روش استفاده شده برای تکلم به نوع جراحی نیز وابسته است. هر روش ویژگی‌های خاص. مزایا و معایبی دارد. هدف اصلی دستیابی به راهی جهت تکلم و ایجاد ارتباطات بین فردی است.

آسیب شناسان گفتاردرمانی می‌توانند جهت آموزش استفاده از وسیله و روش تکلم کمک کننده باشند. تکلم در طی ۶ ماه تا یکسال بعد از توتال لارنژکتومی به طور قابل توجهی بهبود می‌یابد. گفتاردرمانی در بهبود عملکرد مؤثر است.

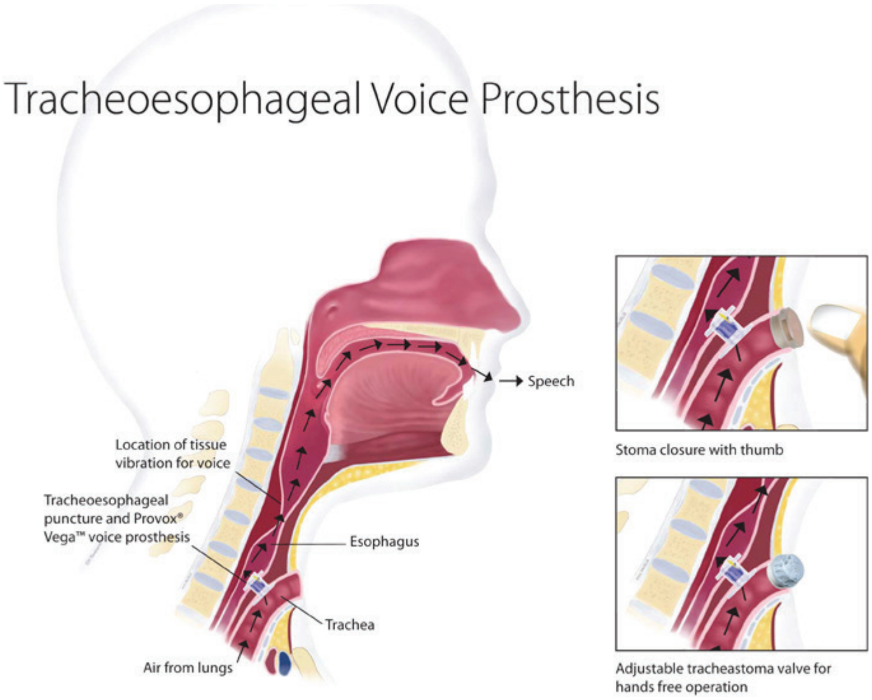
سه روش اصلی تکلم بعد از لارنژکتومی

۱- تکلم تراکئوازوفاژیال(نای-مری):

در این تکلم هوای ریه از نای خارج شده و از طریق پروتز کوچک سیلیکونی که نای و مری را به هم وصل می‌کند وارد مری شده و ارتعاشاتی توسط حلق تحتانی ایجاد می‌کنند(شکل۴)

پروتز صوتی توسط سوراخی که توسط جراح در خلف دهانه گردنی ایجاد می‌شود جاگذاری می‌شود. این سوراخ می‌تواند همزمان با جراحی توتال لارنژکتومی (اولیه) و یا پس از بهبود محل جراحی(ثانویه) تعبیه شود. یک تیوب کوچک (پروتز صوتی) داخل سوراخ قرار می‌گیرد که مانع بسته شدن آن می‌شود. این وسیله به صورت دریچه‌ای یکطرفه عمل می‌کند که هوا را از نای وارد مری می‌کند اما مانع ورود محتوبات مری به داخل نای و ریه می‌شود. با بستن موقتی استوما هوای بازدمی از نای وارد مری می‌شود و تکلم را مقدور میسازد. این کار می‌تواند توسط انگشت و یا فشار بر یک وسیله‌ی تهویه‌کننده‌ی گرما و رطوبت (HMI)که روی دهانه را می‌پوشاند انجام شود. این وسیله تقریباً عملکرد از دست رفته‌ی بینی را برمی‌گرداند. بعضی از آن‌ها بدون نیاز به دست کار می‌کنند.

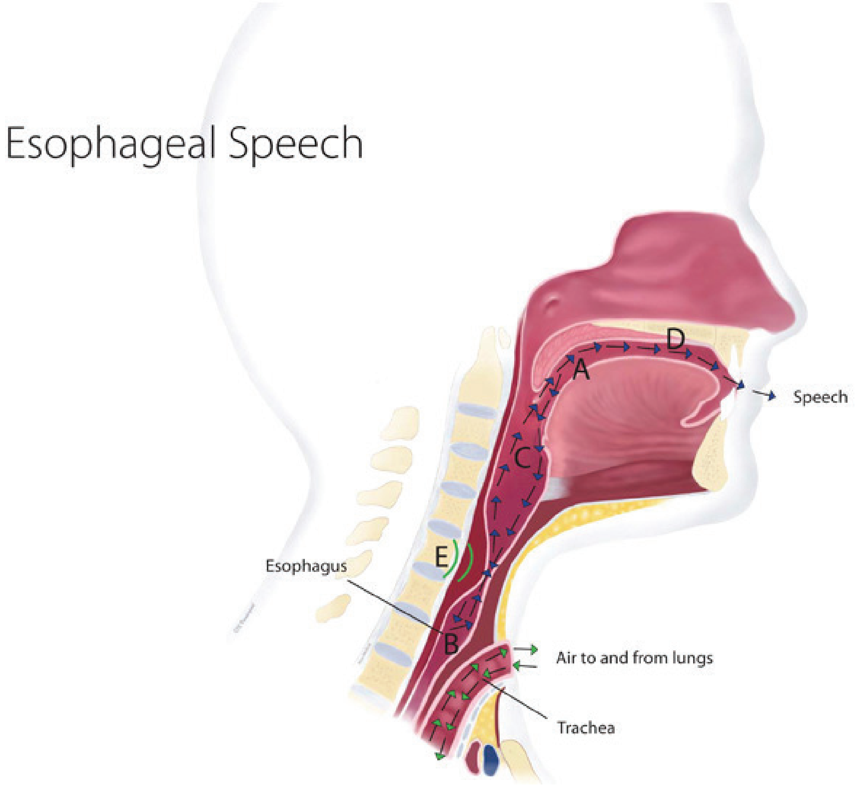
پس از بستن استوما هوای بازدمی ریه از طریق پروتز وارد مری شده و باعث ارتعاش دیواره‌ها و قسمتهای فوقانی مری می‌شود. با استفاده از دهان (لب‌ها و دندآن‌ها و زبان و. ..) این ارتعاشات به صدا جهت تکلم تبدیل می‌شوند. دونوع اصلی از پروتزهای صوتی وجود دارد. یک نوع آن طوری طراحی شده که توسط خود فرد قابل تعویض است و نوع دیگر باید توسط پزشک متخصص تعویض شود. بیمارانی که از پروتز صوتی استفاده می‌کنند بهترین نتایج تکلم را بین ۶ ماه تا ۱سال پس از جراحی توتال لارنژکتومی دارند.



شکل۶-۱ گفتار تراکئوازوفاژیال

۲- تکلم از طریق مری(ازوفاگوس):

دراین نوع تکلم ارتعاشات توسط هوای خروجی از مری تولید می‌شود (شکل۵). این روش نیازی به وسیله ندارد. از بین سه روش متداول تکلم بعد از لارنژکتومی تکلم با مری زمان بیشتری جهت یادگیری می‌برد. البته مزیت‌هایی مانند اینکه نیازمند وسیله خاصی نیست دارد. کتاب‌ها و نوارهایی جهت یادگیری وجود دارد.

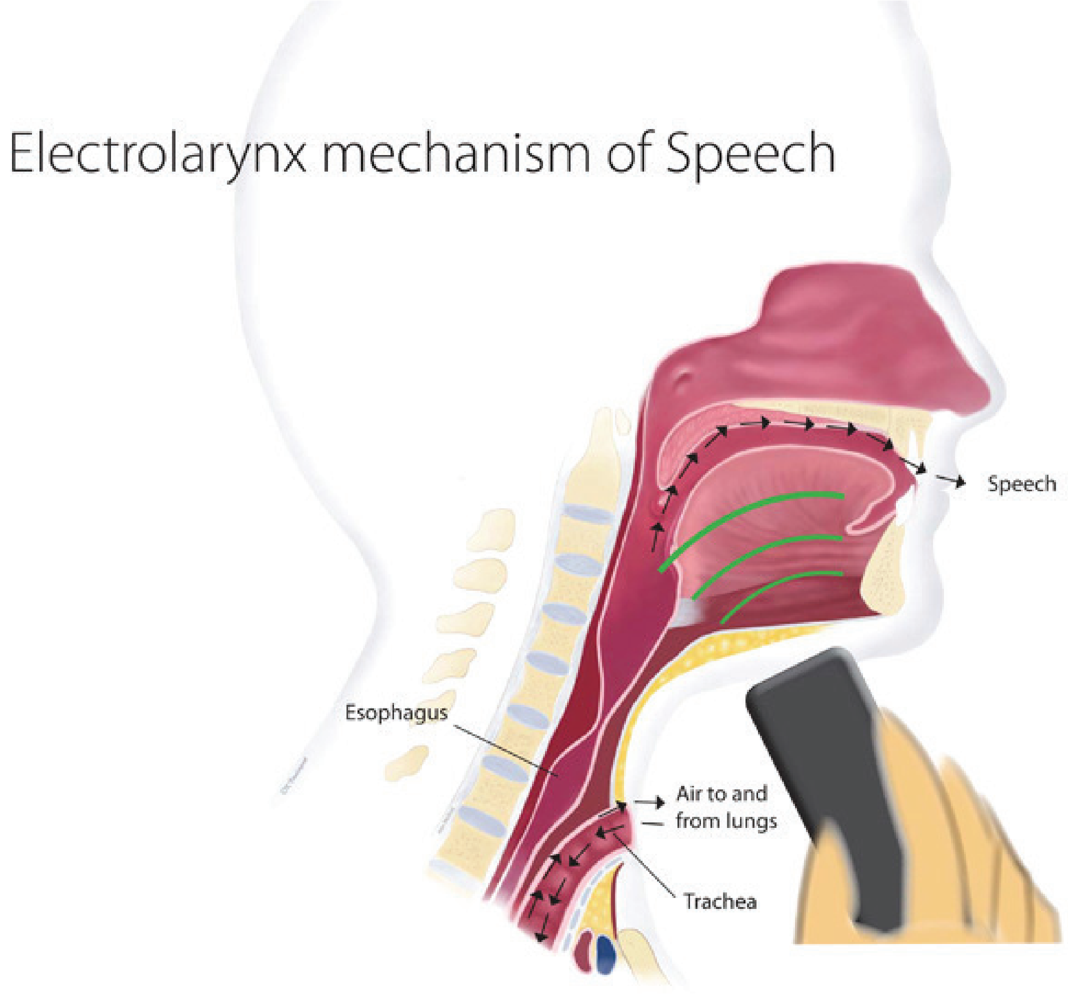


شکل۶-۲ گفتار مروی

۳- الکترولارنکس یا تکلم با حنجره‌ی مصنوعی:

در این روش ارتعاشات توسط یک وسیله‌ی خارجی وابسته به باتری (الکترولارنکس) که روی گونه با زیر چانه قرا می‌گیرد تولید می‌شود (شکل۶).

ارتعاشات به گلو و دهان منتقل می‌شوند و فرد با تفییرات دهانی قادر به تولید صدا می‌شوند. الکترولارنکس معمولا توسط بیماران مدت کوتاهی بعد از جراحی که هنوز در بیمارستان بستری هستند استفاده می‌شود. به علت تورم گردن و بخیه‌ها میزان انتقال ارتعاشات در آن زمان بیشتر است. بعدها بیشتربیماران می‌توانند روش‌های دیگر را نیز بیاموزند و چنانچه در سایر روش‌ها دچار مشکل شدند از الکترولارنکس به عنوان گزینه جایگزین استفاده کنند.



شکل ۶-۳ الکترو لارنکس با سخنرانی حنجره مصنوعی

روش‌های دیگر تکلم

حنجره‌ی مصنوعی بادی هم یکی از روش‌های موجود است. این روش از هوای ریه جهت ارتعاش یک ماده‌ی لاستیک شکل برای تولید صدا استفاده می‌کنند (شکل ۷) دربِ این وسیله روی استوما قرار می‌گیرد و تیوب آن داخل دهان می‌شود. صدای تولید شده از طریق تیوب وارد دهان می‌شود.

شکل ۶-۴ حنجره مصنوعی پنوماتیک

افرادی که قادر به استفاده از روش‌های بالا نیستند می‌توانند از تکلم تولید شده توسط رایانه استفاده کنند. بیمار هرچه را میخواهد تایپ می‌کند و رایانه آنرا میخواند. بعضی از تلفنهای همراه نیز این قابلیت را دارند.

تنفس و تکلم دیافراگماتیک

تنفس دیافراگماتیک(تنفس شکمی) فعالیت تنفسی آرام و عمیق در فردی است که از عضله‌ی دیافراگم بیشتر از عضلات قفسه‌ی سینه استفاده می‌کند. در زمان استفاده از دیافراگم شکم بیشتر از قفسه‌ی سینه گسترش پیدا می‌کند. این روش تنفسی امکان استفاده‌ی بیشتر از ظرفیت ریه جهت دریافت اکسیژن و دفع دی اکسید کربن می‌شود.

افزایش شدت صدا با استفاده از تقویت کننده‌ی صوت

یکی از مشکلات حین استفاده از روش‌های صوتی ضعف در شدت و بلندی صدا است. استفاده از یک تقویت کننده‌ی صدا می‌تواند در محیط‌های پر سرو صدا به فرد جهت شنیده شدن صدایش کمک کند.. همچنین می‌تواند مانع هدر رفتن هوا بشود و بیماران با صرف انرژی کمتری صحبت می‌کنند

فصل هفتم: مراقبت از موکوس (مخاط) و سیستم تنفسی

ترجمه: دکتر علی شفیعی
دستیار گوش و حلق و بینی

تولید موکوس راهی است که بدن جهت حفظ سلامت تراشه (نای) و ریه‌ها انجام می‌دهد. این موکوس باعث نرم و لغزنده شدن راه هوایی و حفظ رطوبت آن می‌شود.

بعد از لارنژکتومی نای به گردن باز می‌شود و فرد لارنژکتومی شده توانایی این‌که موکوس را به دهان برده و سپس با سرفه آن را مجدداً بلع کند یا هوا را از راه بینی عبور دهد ندارد. این‌که فرد همچنان سرفه و موکوس را تخلیه کند مهم است و موکوس باید از راه گردن خارج شود.

سرفه کردن جهت خارج کردن موکوس از استئوما تنها راهی است که فرد لارنژکتومی شده می‌تواند تراشه و ریه را از گردوغبار، چرک و سایر ارگانیسم‌ها و موادی که به راه هوایی راه می‌یابند خارج کند.

هر وقت که این فرد دچار سرفه یا عطسه ناگهانی شد باید سریعاً کاور (پوشش) استئوما یا تبادل کننده رطوبت و حرارت استئوما (HME) را بردارد و از دستمال‌گردن یا پارچه دیگری جهت برداشت این موکوس از استئوما استفاده کند.

بهترین غلظت موکوس این است که شفاف، تمیز و آبکی باشد و حفظ این کار به دلیل تغییر در شرایط محیط، آب‌وهوا مشکل است. مراحلی که باید به‌صورت روتین جهت حفظ تولید موکوس لازم است در زیر شرح داده شود.

تولید موکوس و افزایش رطوبت هوا

قبل از این‌که فرد لارنژکتومی شود هوای استنشاق‌شده به‌وسیله دمای بدن گرم و مرطوب شده و باعث پاک‌سازی ارگانیسم‌ها و گردوغبار به‌وسیله قسمت فوقانی سیستم تنفسی می‌شود. ازآنجاکه این عملکرد بعد از لارنژکتومی از دست می‌رود خیلی مهم است که این عملکرد که قبلاً به‌وسیله قسمت فوقانی سیستم تنفسی انجام می‌شده مجدداً بازیابی شود.

بعد از لارنژکتومی، هوای تنفس شده که از بینی و دهان عبور می‌کند مرطوب نشده ازاین‌رو خشکی نای، تحریک نای و تولید زیاد موکوس آشکار می‌شود. خوشبختانه به‌مرورزمان تراشه به خشکی هوای تنفس شده انطباق پیدا می‌کند. اگر سطح رطوبت خیلی پایین باشد تراشه خشک و ترک‌خورده شده و باعث خون‌ریزی می‌شود اگر خون‌ریزی زیاد باشد و یا به افزایش سطح رطوبت پاسخ ندهد یا رنگ موکوس نگران‌کننده باشد باید فرد با پزشک خود مشورت کند.

مرطوب کردن هوای استنشاق‌شده از تولید موکوس جلوگیری کرده و آن را به سطح نرمال می‌رساند که با این کار شانس سرفه ناگهانی و پریدن درپوش HME را کاهش می‌دهد.

افزایش رطوبت خانه به ۵۰ - ۴۰ درصد (نه زیاد) باعث کاهش تولید موکوس شده و از خشکی، ترک‌خوردگی و خون‌ریزی استئوما و تراشه جلوگیری می‌کند. این ترک‌خوردگی‌ها علاوه بر این‌که دردناک است ممکن است مسیری برای عفونت باشد.

گام‌هایی جهت بهتر شدن رطوبت شامل:

- استفاده از HME که باعث حفظ رطوبت تراشه و حرارت داخل ریه‌ها می‌شود.
- خیس کردن درپوش استئوما تا هوا مطلوب تنفس شود (در کسانی که درپوش استئوما استفاده می‌کنند) که این کار اگرچه کمتر از HME مفید است ولی با مرطوب کردن فیلتر اسفنجی یا پوشش استئوما با آب معمولی می‌توان رطوبت را افزایش داد.
- نوشیدن کافی مایعات جهت حفظ آب بدن
- ریختن ۵-۳ سی‌سی سالین در نای و سوراخ جلوی گردن حداقل ۲ بار در روز

- گرفتن دوش بخار یا تنفس در کنار بخاری که از کتری چای بلند می‌شود (البته بافاصله امن) که می‌تواند خشکی تراشه را کمتر کند.
- استفاده از دستگاه‌های بخور در خانه جهت به دست آوردن رطوبت ۵۰ - ۴۰ درصد و گرفتن یک رطوبت‌سنج جهت مانیتور سطح رطوبت خانه که این کار هم در تابستان که از کولر و هم زمستان که از بخاری استفاده می‌شود مهم است.
- تنفس بخاری که از آب جوش یا دوش آب گرم برمی‌خیزد.

دو رطوبت‌سنج پرتابل وجود دارد. نوع دیجیتالی که هیگرومتر (hygrometer) گفته می‌شود می‌تواند سطح رطوبت را کنترل کند، به‌مرورزمان که راه هوایی تطبیق پیدا کند نیاز همیشگی به استفاده از دستگاه بخور کمتر می‌شود.

مراقبت از راه هوایی و گردن مخصوصاً در سرمای زمستان در ارتفاع زیاد

زمستان و ارتفاع بالا برای فردی که لارنژکتومی شده می‌تواند دشوار باشد. هوا در ارتفاع بالا رقیق، سرد، خشک‌تر می‌شود. قبل از لارنژکتومی هوای استنشاق‌شده قبل از ورود به ریه‌ها از طریق بینی گرم می‌شود.

بعد از لارنژکتومی هوا از طریق استئوما وارد ریه‌ها شده، گرم و مرطوب نمی‌شود.

هوای سرد و خشک نسبت به هوای گرم برای تراشه تحریک‌کننده‌تر است که این به خاطر رطوبت کمتر هوای سرد است که می‌تواند خشکی و خون‌ریزی تراشه بدهد.

موکوس همچنین می‌تواند خشک شود و تراشه را مسدود کند.

تنفس در هوای سرد همچنین می‌تواند اثر تحریکی روی راه هوایی داشته باشد که باعث انقباض ماهیچه‌های صاف احاطه‌کننده راه هوایی شود (برونکواسپاسم) که درنتیجه سایز راه هوایی را کاهش داده و باعث سختی در وارد و خارج کردن هوا به داخل ریه شود که درنتیجه باعث افزایش تعداد تنفس‌های کوتاه می‌شود.

مراقبت از راه هوایی و گام‌هایی که در بخش قبلی توضیح داده‌شده بنابراین:

- سرفه کردن و ساکشن موکوس با استفاده از دستگاه ساکشن تا راه هوایی تمیز شود
- اجتناب از دود، محرک‌ها و آلرژن‌ها
- زمانی که در معرض هوای سرد قرار می‌گیرد، استئوما را با ژاکت (در تمام‌مسیر زیپ آن کشیده شده باشد) یا شال‌گردن شل پوشانده شود و در فضای بین ژاکت و بدن تنفس بشود تا هوای استنشاق‌شده گرم شود.
- جلوگیری از ورود آب به داخل استئوما در زمانی که دوش گرفته می‌شود.

در کسانی که لارنژکتومی همراه با باز کردن گردن (Neck Dissection) همراه باشد باعث بی‌حسی در ناحیه گردن، چانه و پشت گوش‌ها می‌شود، درنتیجه این افراد نمی‌توانند هوای سرد را احساس کنند که می‌تواند باعث سرمازدگی در این ناحیه‌ها شود؛ بنابراین مهم است که این نواحی با شال‌گردن و لباس گرم پوشانده شود.

استفاده از دستگاه ساکشن جهت تجمع‌های موکوسی (مخاطی)

دستگاه ساکشن معمولاً قبل از این‌که فرد لارنژکتومی شده از بیمارستان ترخیص شود سفارش داده می‌شود تا در خانه استفاده کنند. با این دستگاه می‌توان درزمانی که فرد توانایی سرفه کردن موکوس و خلط به بیرون یا خارج‌سازی تجمع موکوسی را ندارد استفاده شود. تجمع موکوسی می‌تواند به‌مرور ضخیم و چسبناک شود و باعث انسداد قسمتی یا گاهی تمام راه هوایی شود.

تجمع موکوسی می‌تواند باعث ایجاد تنفس‌های کوتاه ناگهانی و بدون علت شود و دستگاه ساکشن می‌تواند در این شرایط جهت برداشت تجمع استفاده شود. این دستگاه در شرایط اورژانسی در دسترس باشد. تجمع موکوسی را می‌توان با استفاده ازمحلول سالین Saline bullet (آب‌نمک استریل ۹٪ در لوله پلاستیکی) یا پاشیدن محلول سالین به داخل استئوما خارج کرد. این سالین باعث شل شدن تجمع موکوسی شده و درنتیجه می‌توان با سرفه آن را خارج کرد. این شرایط ممکن است اورژانسی شود (اگر ما نتوانیم بعد از چند تلاش این

تجمع را خارج کنیم) که در این شرایط باید به اورژانس زنگ زد.

سرفه خونی

موکوس و خلط خونی می‌تواند از چندین منشأ باشد. خراش بلافاصله نزدیک قسمت داخلی استئوما شایع‌ترین محل است این خراش می‌تواند به علت آسیب ناشی از تمیز کردن استئوما باشد که خون در این حالت ظاهری قرمز و روشن دارد. علت شایع دیگر برای سرفه خونی در بیماران لارنژکتومی شده تحریک تراشه به علت خشکی است که می‌تواند در حین زمستان به وجود آید. توصیه‌شده که رطوبت محیط خانه در سطح حدود ۵۰ - ۴۰ درصد حفظ شود تا به کاهش خشکی تراشه کمک کند.

ریختن سالین استریل داخل استئوما هم می‌تواند کمک کند.

خلط خونی می‌تواند همچنین نشان‌های از عفونت ریه، سل، سرطان ریه و سایر مشکلات ریه باشد.

سرفه خونی ادامه‌دار باید حتماً توسط پزشک متخصص بررسی شود. این حالت اگر همراه با دشواری در تنفس یا درد باشد ممکن است اورژانسی انجام شود.

Runny nose (آبریزش بینی)

فرد لارنژکتومی شده و سایر کسانی که تنفس از راه گردن دارند به دلیل این‌که از طریق بینی تنفس طولانی ندارند ترشحات بینی آن‌ها با عبور هوا خشک نمی‌شود. درنتیجه این ترشحات در زمانی که مقدار زیادی تولید شود از بینی بیرون می‌آید. این حالت مخصوصاً در مواقعی که در معرض هوای سرد مرطوب و بوهای تحریکی قرار می‌گیرند بیشتر دیده می‌شود. اجتناب از این شرایط می‌تواند از «آب‌ریزش بینی» پیشگیری کند.

خشک و تمیز کردن این ترشحات بهترین راه‌حل است. افرادی که پروتزهای صدا استفاده می‌کنند ممکن است با بستن استومای گردن بتوانند هوا را به درون بینی بدهند. (هوا را به درون بینی منحرف کنند)

باز توانی تنفسی

بعد از لارنژکتومی هوای استنشاق‌شده به‌جای قسمت فوقانی سیستم تنفسی از طریق استئوما مستقیماً درون ریه‌ها می‌رود؛ بنابراین این افراد قسمتی از سیستم تنفسی که باعث گرم، فیلتر و مرطوب شدن هوای تنفسی را می‌شود از دست می‌دهند.

این تغییر در نحوه تنفس باعث اثر بر روی تلاش تنفسی و عملکرد بالقوه ریه‌ها می‌شود. درواقع نفس کشیدن برای افراد لارنژکتومی شده راحت‌تر است زیرا وقتی جریان هوا از دهان و بینی به سمت استئوما تغییر مسیر می‌دهد مقاومت جریان هوا کاهش‌یافته و به دلیل این‌که رسیدن هوا به ریه‌ها راحت‌تر می‌شود این افراد نیاز به زمان زیادی جهت پر و خالی کامل ریه‌ها از هوا مثل قبل را ندارند؛ بنابراین این غیرمعمول نیست که می‌بینیم این افراد گنجایش و ظرفیت تنفس کمتری به‌مرورزمان پیدا می‌کنند.

چندین راه‌حل جهت حفظ و افزایش ظرفیت و گنجایش ریه‌ها در فرد لارنژکتومی وجود دارد.

۱- استفاده از HME می‌تواند باعث ایجاد مقاومت در تبادل هوا شود. این افزایش تلاش باعث متسع شدن کامل ریه‌ها جهت دسترسی به مقدار کافی اکسیژن می‌شود.

۲- ورزش منظم که زیر نظر مربی و پزشک انجام می‌شود. این کار باعث بهبود ریه‌ها جهت متسع شدن کامل می‌شود و ضربان قلب و تعداد تنفس را بهبود می‌بخشد.

۳- استفاده از تنفس دیافراگماتیک: این روش تنفس اجازه استفاده بهتر از ظرفیت ریه را می‌دهد. (تنفس و صحبت کردن دیافراگماتیک در فصل ۶ توضیح داده‌شده است.)

فصل هشتم: مراقبت از استوما

ترجمه: دکتر امین استوار شیرازی
دستیار گوش و حلق و بینی

مراقبت از استوما

استوما سوراخی است که قسمتی از حفره بدن را به فضای خارج ارتباط میدهد و بعداز لارنژکتومی جهت تبادل هوای ریه و تراشه با فضای خارج تعبیه می‌شود.

مراقبت از استوما جهت اطمینان از باز بودن راه هوایی وسلامت فرد حیاتی می‌باشد.

مراقبت‌های عمومی

پوشاندن استوما به صورت مداوم جهت جلوگیری از ورود گردوغبار و دود و میکروارگانیسم‌ها به تراشه مهم است.

انواع مختلفی از پوشش‌ها جهت پوشاندن استوما وجود دارند که مؤثرترین آن‌ها مبادله کننده گرما- رطوبت (HMD) نام دارد چون به صورت کامل اطراف استوما را می‌پوشاند و جهت فیلتراسیون گردوغبار مقداری گرما و رطوبت را در راه هوایی نگه می‌دارد و می‌تواند مانند شرایط قبل از لارنژکتومی هوای تنفسی را تمیز نگه دارد و گرما و رطوبت راه هوایی را حفظ کند.

استوما طی هفته یا ماه اول بعداز لارنژکتومی کوچک می‌شود و جهت جلوگیری از انسداد کامل آن در اوایل لوله تراکِیوستومی یا لارنژکتومی به صورت مداوم و ۲۴ ساعته در محل استوما قرار داده می‌شود و به مرور زمان کم کم این زمان کاهش داده می‌شود ومعمولا شب‌ها خارج می‌شود.

مراقبت از استوما حین استفاده از base plate یا صفحه بدنه چسبنده (adhessive housing)

پوست اطراف استوما به علت استفاده از صفحه چسبنده و چسبندگی دور استوما می‌تواند تحریک شودو موادی که جهت جداسازی پایه چسبنده قدیمی و چسباندن پایه جدید اسفاده می‌شوند خود می‌توانند تحریک کننده باشند مخصوصا هنگام جداسازی.

می توان جهت جداسازی از محلول‌هایی با پایه مایع استفاده کرد که در لبه‌های استوما قرار گرفته باعث جداسازی می‌شوند و سپس باقی مانده‌های چسبندگی را با الکل پاک کرد تا تحریک کمتری ایجاد شود.

به طور کلی جدا سازی کمتر از ۴۸ ساعت برای پایه چسبنده توصیه نمی شود. بعضی بیماران پایه را طولانی مدت نگه میدارند و فقط هنگام کثیف و ضعیف شدن تعویض می‌کنند. در بعضی بیماران محلول تمیزکننده خود تحریک کننده‌تر است.

درشرایطی که پوست تحریک شده بهتر است HME برای ۲۴ ساعت جدا شود تا فرصتی برای باز سازی پوست تحریک شده فراهم شود و دربن مدت برای پوشش استوما از foam cover – rigid base استفاده شود. به صورت اختصاصی جهت پوست‌های تحریک شده می‌توان از پایه‌های چسبنده هیدروکلوییدی استفاده کرد.

مراقبت از استوما حین استفاده ازلوله تراکیوستومی

افزایش ترشحات مخاطی و لغزیدن لوله تراک بر لبه‌های استوما می‌تواند باعث تحریک پوست شود. پوست اطراف استوما باید جهت جلوگیری از عفونت – تحریک – بوی بد روزی دو بار تمیز شود و اگر ناحیه قرمز- بدبو- دردناک باشد باید دفعات تمیز کردن افزایش یابد.

درصورت وجود جوش – بوی بد نامعمول – ترشحات زرد و سبز رنگ اطراف استوما حتما با پزشک تماس بگیرید.

التهاب پوست اطراف استوما

اگر پوست دور استوما ملتهب و قرمز شود بهتر است استوما برای یک تا دو روز بدون پوشش بماند و از هیچ محلول پاک کننده‌ای

استفاده نشود تا بهبود یابد. محلول‌هایی که جهت نگهداری HME ها استفاده می‌شوند خود تحریک‌کننده هستند. استفاده از محلول‌های هیدروکلوییدی برای پوست‌های حساس و تحریک شده مناسب است.

درصورت وجود شواهد عفونت موضعی مثل قرمزی و زخم باز در ناحیه استفاده از انتی بیوتیک موضعی مفید است و در صورت عدم بهبودی حتما با پزشک تماس گرفته شود. پزشک می‌تواند جهت درمان مؤثرتر از ترشحات ناحیه کشت میکروبی تهیه کند.

مراقبت از استوما هنگام استحمام

مهم است که هنگام حمام کردن آب به درون استوما نرود. ورود مقادیر اندک مهم نیست و با سرفه خارج می‌شودولی مقادیر زیاد خطرناک است.

راه‌های ممانعت از ورود آب به استوما :

۱- قراردادن کف دست روی استوما و نفس نکشیدن هنگام وجود آب اطراف استوما

۲- پوشیدن محافظ گردن هنگام دراوردن لوله تراکیوستومی.

۳- استفاده از پوشش‌های تجاری مخصوص پوشاندن استوما.

۴- اگر جریان مستقیم آب دوراز استوما باشد استفاده از HME و base plate کافی است.

دور کردن آب با فشار آب به خارج (سرفه) هنگام ریختن آب اطراف استوما کمک کننده است.

بهتر است اواخر شب هنگام درآوردن HME دوش بگیرند.

هنگام شستن موها خم کردن سر جهت پوشش استوما توسط چانه مفید است.

این روش‌های ساده دوش گرفتن را آسانتر می‌کند.

آب و پنومونی (عفونت ریه)

بیماران لارنژکتومی شده در خطر اسپیراسیون آب هستند و این آب می‌تواند حاوی باکتری باشد.

آب شیرین می‌تواند حاوی باکتری باشد که برحسب نحوه تسویه و استحصال نوع آن متفاوت است.

آب استخر کلر دارد که میزان باکتری آب را کاهش می‌دهد ولی هرگز آب را استریل نمی‌کند.

آب دریا هم مقدار متغیری باکتری دارد.

وقتی آب تصفیه نشده وارد ریه می‌شود باعث عفونت ریه می‌شود. وقوع و گسترش پنومونی (عفونت ریوی) ناشی از اسپیراسیون به مقدار آب اسپیره شده و نحوه سرفه مؤثر و خروج آب و وضعیت ایمنی بیمار بستگی دارد.

ممانعت از اسپیراسیون از مسیر استوما

یکی از مهمترین اورژانس‌های تنفسی در بیمارانی که از طریق گردن (استوما) تنفس می‌کنند اسپیراسیون و ورود دستمال کاغذی یا کاغذ توالت به درون استوما است که می‌تواند بسیار خطرناک باشد و باعث اسفکسی (کاهش اکسیژن رسانی و اسیب مغزی) شود و معمولا هنگامی رخ می‌دهد که فرد بعداز سرفه کردن جهت پاک کردن خلط و ترشحات از دستمال کاغذی استفاده کند و از آنجا که بعداز سرفه شدید دم عمیق وجود دارد دستمال به داخل نای کشیده می‌شود.

برای جلوگیری از این حالت باید از حوله پارچه ای و دستمال ضخیم استفاده کرد. روش دیگر مادام تمیز کردن استوما با دستمال می‌باشد. برای جلوگیری از ورود جسم خارجی به استوما باید آن را به صورت دایمی با HME ویا foam cover و پوشش‌های استوما پوشاند.

جهت جلوگیری از ورود آب حین استحمام استفاده از وان حمام مناسب است.

قسمت بالای استوما را با لیف صابونی شده تمیز کنید و از ورود آب صابون به داخل استوما جلوگیری کنید.

فصل نهم: مراقبت از مبدل حرارتی - رطوبتی (HMI)

ترجمه: دکتر امیر یاراحمدی
دستیار گوش و حلق و بینی

مبدل حرارتی رطوبتی بعنوان پوشش استوما و یک پوشش محکم در اطراف استوما است. علاوه بر این فیلتر کننده‌ی گرد و غبار و دیگر ذرات بزرگ هوا است، مبدل حرارتی رطوبتی همچنین مقداری از رطوبت و حرارت را در درون درخت تنفسی حفظ می‌کند و بر مقاومت تنفسی می‌افزاید.

مبدل حرارتی رطوبتی در بهبود دما، رطوبت و پاکیزگی هوای استنشاق شده مشابه با شرایط قبل از لارنژکتومی کمک می‌کند.

مزایای HME:

بسیار مهم است که افرادی که لارنژکتومی شده‌اند از HME استفاده کنند.

HME می‌تواند با یک وسیله به استوما یا محل تراک چسبانده شود. همچنین می‌تواند به یک محل جایگذاری یا یک صفحه پایه متصل به پوست اطراف استوما وارد شود.

طراحی پروتزهای HME به گونه‌ای است که روزانه تعویض شوند. اسفنج‌های داخل پروتز علاوه بر خاصیت آنتی میکروبیال موجب حفظ رطوبت در ریه می‌شوند. این‌ها نمی‌بایست شست‌وشو شده یا مورد استفاده‌ی مجدد قرار بگیرند چرا که مواد ذکر شده از آن‌ها در طول زمان یا با شست‌وشو با آب و مواد شوینده خاصیت خود را از دست می‌دهند.

شکل ۹-۱- پروتز صوتی (زیر) و HME (بالا) تولید شده توسط آتوس (Provox) و سلامت، شکل HME

این‌ها را می‌توان با کلرهگزیدین (عامل ضد باکتری)، کلرید سدیم (NaCl)، نمک کلرید کلسیم (رطوبت)، زغال چوب فعال (جذب گازهای فرار) آغشته و پس از ۲۴ ساعت استفاده مجدد کرد.

مزایای HME عبارتند از: افزایش رطوبت در ریه‌ها (پس از آن منجر به تولید کمتر موکوس می‌شود)، کاهش چسبندگی ترشحات هوایی، کاهش خطر ابتلا به موکوس پلاگ، و ایجاد مجدد مقاومت طبیعی راه هوایی به هوای استنشاقی که حفظ ظرفیت ریه را باعث می‌شود.

علاوه بر این، یک HME ویژه با فیلتر الکترواستاتیک نیز از استنشاق (و خروج / انتقال) باکتری‌ها، ویروس‌ها، گرد و غبار و گرده را

می‌کاهد. استنشاق گرده‌ها کمتر می‌تواند باعث تحریک دستگاه تنفسی در طول فصل آلرژی بالا شود. استفاده از HME با فیلتر می‌تواند خطر ابتلا به عفونت ویروسی و باکتری را به خصوص در مکان‌های شلوغ و بسته کاهش دهد.

یک فیلتر جدید HME برای فیلتر کردن پاتوژن‌های تنفسی بالقوه نیز وجود دارد(Provox Micron TM، Atos Medical).

مهم است بدانیم که پوششهای Stoma ساده برای یک لارنژکتومی به عنوان یک فیلتر HM مزایای مشابهی ندارند.

اثر HME بر تنفس در بیماری که تحت لارنژکتومی قرار گرفته است

لارنژکتومی سیستم تنفسی را به این ترتیب تحت تأثیر قرار می‌دهد که به هوای استنشاقی اجازه‌ی عدم عبور هوا از بینی و دهان را می‌دهد که به طور معمول رطوبت فیلتراسیون و گرمای مسیر هوایی را تنظیم می‌کند.

به همین ترتیب مقاومت در مقابل عبور هوا و تلاش تنفسی مورد نیاز برای تنفس را با کاهش فاصله‌ی هوا تا ریه‌ها را کم می‌کند.

به این معنی است که افرادی که تحت لارنژکتومی قرار می‌گیرند به اندازه‌ی طبیعی تلاش تنفسی ندارند و ریه‌های آن‌ها به اندازه‌ای که قبلا باد می‌شدند پر نمی‌شوند مگر اینکه فرد بتواند ظرفیت آن‌ها را با ورزش یا سایر فعالیت‌ها افزایش دهد.

HME مقاومت به هوای دمی را افزایش می‌دهد و بنابراین تلاش تنفسی را زیاد می‌کند و ظرفیت ریه را مشابه با قبل از لارنژکتومی افزایش می‌دهد.

قرار دادن صفحه پایه HME (جایگذاری)

قانونی که برای استفاده طولانی مدت از صفحه پایه‌ی HME وجود دارد این است که نه تنها چسباندن مناسب آن به محل مورد نظر بلکه جدا کردن چسب‌ها و مواد قدیمی از پوست، تمیز کردن پوست و تمیز کردن اطراف استوما و قرار دادن لایه‌های جدید چسب و لایه‌های چسبنده لازم است. آماده کردن دقیق پوست محل نصب اهمیت بسیاری دارد.

در برخی افراد شکل گردن آن‌ها کارگذاری صفحه‌ی پایه و جایگذاری آن را سخت می‌کند. روش‌های متفاوتی برای کارگذاری وجود دارد: یک آسیب شناسی گفتار و زبان (SLP) می‌تواند در انتخاب بهترین گزینه کمک کند که البته نیاز به آزمون و خطا دارد. با گذشت زمان که تورم بدنبال جراحی کم می‌شود و اطراف استوما تغییر شکل می‌دهد نوع و سایز وسیله‌ی مورد نیاز هم تغییر می‌کند.

در زیر دستورالعمل‌های پیشنهادی مربوط به نحوه قرار دادن صفحه‌ی پایه برای HME وجود دارد. در طول انجام این فرآیند مهم است که صبور باشید و قبل از انجام مرحله‌ی بعدی پروسه پوست با خشک کننده‌ی سیلیکونی خشک شود.

این پروسه زمان بر است ولی مهم است که این اقدامات رعایت شود:

۱- پاک کردن چسب قدیمی با پاک کننده‌های چسب

۲- پاک کردن مواد جدا شده با الکل(اگر این مرحله انجام نشود مواد قبلی با چسب جدید یکی می‌شود)

۳- پوست را با یک حوله مرطوب پاک کنید.

۴- پوست را با یک حوله مرطوب آغشته به صابون تمیز کنید

۵- سپس پوست را با یک حوله مرطوب کاملاً خشک کنید

۶- پوست را آماده واجازه دهید تا طی ۲-۳ دقیقه خشک شود

۷- برای چسبندگی اضافی چسب پوست سیلیکون یا Skin-Tac استفاده کنید و اجازه بدهید طی ۳-۴دقیقه پوست خشک شود.
(این مساله برای افرادی که از دریچه آناتومیک استفاده می‌کنند اهمیت بیشتری دارد)

۸- صفحه پایه را در بهترین محل برای عبور هوای مناسب و همچنین چسبندگی مناسب قرار دهید.

۹-- قبل از شروع ازاستفاده HME هندزفری ۳۰-۵ دقیقه‌ای برای استقرار آن زمان بدهید.

بعضی از آسیب شناسان گفتار درمانی پیشنهاد می‌دهند که قسمت جایگذاری را قبل از قرار دادن در محل آن با مالیدن بین دست‌ها گرم کنیم تا اتصال بهتری داشته باشد. یا با قرار دادن آن در زیر بغل و یا استفاده از دمیدن هوای خشک کن بر روی آن این عمل انجام شود. مراقب باشید که چسب خیلی گرم نباشد. گرم کردن چسب به خصوص هنگامی که شما از یک چسب هیدروکلوئیدی استفاده می‌کنید بسیار مهم است چرا که گرما چسب را فعال می‌کند.

استفاده از HME هندزفری

HME هندزفری اجازه‌ی صحبت کردن بدون استفاده از دست برای فشار دادن روی آن، خروج هوا از استوما و هدایت هوا به پروتز صوتی را می‌دهد.

این دستگاه یک دست را آزاد می‌کند و فرصت‌های حرفه‌ای و تفریحی را تسهیل می‌کند. توجه داشته باشید که در زمان استفاده از هندزفری در زمان بازدم فشار بیشتری ایجاد می‌شود. ذکر می‌شود که در زمان استفاده از نوع هندزفری هوای بازدمی فشار بیشتری وارد می‌کند که باعث آسیب به قسمت پوشاننده‌ی HME می‌شود.

کاهش فشار حین صحبت کردن و صحبت کردن آرام‌تر و نرم‌تر و استراحت بین هر ۵-۷کلمه صحبت کردن، ازآسیب به قسمت پوشاننده‌ی آن جلوگیری می‌کند. در زمان بلند صحبت کردن می‌توان از ساپورت انگشت استفاده کرد. و مهم است که وسیله به سرعت قبل از سرفه خارج شود.

فیلتر هوا، می‌بایست بطور منظم تعویض شود(هر ۲۴ساعت و یا زودتر اگر کثیف شده یا با موکوس پوشیده شده باشد).

با این حال HME می‌تواند طولانی مدت‌تر هم استفاده شود (۶ماه یا ۱سال) در صورتی که از آن به صورت درست استفاده شود و بطور مرتب تمیز شود.

دستگاه هندزفری نیاز به تنظیمات اولیه برای تنفس و صحبت کردن با توانایی‌های فرد لارنژکتومی شده را دارد. دستورالعمل‌های دقیق در مورد نحوه استفاده و مراقبت از دستگاه‌ها توسط سازندگان آن‌ها ارائه می‌شود.

کلید صحبت کردن با هندزفری‌ها یاد گرفتن صحبت کردن بدون آسیب به قسمت پوشاننده‌ی آن است. استفاده از تنفس دیافراگمی اجازه می‌دهد که هوای بیشتر خارج شود بنابرین تلاش تنفسی کمتر و تعداد کلماتی که با هر بار تنفس انجام می‌شود بیشتر می‌شود. این روش مانع از افزایش فشار هوا درنای می‌شود که می‌تواند به قسمت پوشاننده آسیب برساند. این که چطور در این شرایط صحبت کنیم نیاز به تمرین و زمان همچنین یاری گرفتن از گفتار درمآن‌ها دارد. بسیار مهم است که جایگذاری HMEرا با توجه به مراحل مشخص شده در بخش مراقبت HME قرار دهید(به قرار دادن جایگذاری HME بالا مراجعه کنید).

از جمله تمیز کردن منطقه اطراف استومای با الکل، آب و صابون، پوست آماده و در نهایت استفاده از چسب (برچسب پوست).

با پیروی از این دستورالعمل می‌توانید عمر جایگذاری پروتز را طولانی‌تر کنید و احتمال نشت هوا از طریق آن را کاهش دهید.

در هنگام استفاده ازهندزفری HME در مقایسه با HME معمولی، استنشاق هوا کمی مشکل‌تر است. ممکن است اجازه عبور مقدار بیشتری از مصرف هوا را با چرخاندن کنتور در جهت عقربه‌های ساعت در هر دو مدل بدهید.

علیرغم چالش در حفظ چسبندگی، بسیاری از بیماران توانایی صحبت کردن به صورت طبیعی‌تر و آزادی استفاده از هر دو دست را دارند. بعضی یاد می‌گیرند که امکان حفظ چسبندگی به مدت طولانی‌تر با استفاده از یک تقویت کننده‌ی صوتی وجود دارد که تلاش صوتی کمتر و فشار هوای کمتری نیاز دارد.

استفاده شبانه از HME

برخی HMEها برای استفاده شبانه تایید شده‌اند و فرد می‌تواند طی شب هم از آنها استفاده کند. An Atos Xtra BasePlate می‌تواند با کنار گذاشتن قسمت سخت خارجی و حفظ قسمت نرم داخلی مورد استفاده قرار بگیرد. صفحه‌ی مربوط چسبندگی داشته و بدون

چسب قابلیت اتصال به موضع را دارد بدون اینکه توان صحبت کردن را از فرد بگیرد. هم چنین HME هم می‌تواند بر روی LARYTUBE سوار شود.

پوشش (مخفی کردن HME)

پس از لارنژکتومی، افراد از طریق یک سایت تراکئوستومی تنفس می‌کنند که از طریق یک (سوراخ) با گردن ارتباط دارد. بسیاری با کارگذاری یک HME یا فوم فیلتر بر روی استوما هم هوای عبوری را فیلتر می‌کنند که هم به حفظ گرما و هم رطوبت هوای تنفسی کمک می‌کنند.

سایت استومای پوشیده شده برجسته است و بیماران می‌توانند انتخاب کنند که آیا پوشش HME یا فیلتر را با یک لباس، دستمال گردن یا جواهرات بپوشانند و یا آن را بدون پوشش بگذارند.

جوانب مثبت و منفی هر انتخاب

بدون پوشش نگه داشتنِ محل استوما برای اطرافیانِ فرد نقش یک توضیح بدون نیاز به کلام، در مورد صدای ضعیف و خفیف این بیماران است و دیگران را تشویق می‌کند که به این افراد توجه بیشتری کنند. همچنین برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، تشخیص آناتومی منحصر به فرد آن‌ها در مواردی که نیاز به تهویه اورژانسی تنفسی است آسان‌تر است. چرا که اگر این شرایط به سرعت تشخیص داده نشود، تهویه‌ی اورژانسی می‌تواند از طریق دهان و بینی و نه از طریق استوما انجام شود. (مراجعه کنید به مراقبت‌های ضروری از افرادی که از گردن تنفس می‌کنند مانند لارنژکتومها در فصل ۱۷)

به طور واضح سایت استومای پوشیده شده نیز نشان دهنده تاریخچه پزشکی شخصی و این واقعیت است که از بازماندگان سرطانی هستند که با وجود اختلال در زندگی خود، زندگی خود را ادامه می‌دهند. گرچه بازماندگان از سرطان زیادی در جامعه وجود دارد، هویت آن‌ها از ظاهر بیرونی پنهان است.

کسانی که سایت استومای خود را با پوشش یا پارچه پوشش می‌دهند، اغلب این کار را انجام می‌دهند، زیرا آن‌ها نمی‌خواهند دیگران از این سایت ناراحت یا آزرده شوند. آن‌ها همچنین نمیخواهند چیزی را که نمای بدی دارد را افشا کنند و مایل به برجسته نبودن این مشکل و تمایل به طبیعی به نظر رسیدن دارند.

پوشش سایت اغلب در بین زنان رایج است که ممکن است بیشتر نگران ظاهر فیزیکی خود باشند. بعضی از افراد احساس می‌کنند که نداشتن حنجره تنها بخش کوچکی از آن چیزی است که آن‌ها به عنوان یک فرد هستند.

البته مزایا و معایب در هر رویکرد وجود دارد و انتخاب نهایی بستگی به خود فرد دارد.

فصل دهم: استفاده و مراقبت از پروتزهای تولیدکننده صوت به روش تراکئوازوفاژیال (مری- ریوی)

ترجمه: دکتر فریده حسین زاده
دستیار گوش و حلق و بینی

به روش تراکئوازوفاژیال، پروتز صدا در محل اتصال نای و مری که از قبل ایجاد شده است قرار می‌گیرد. با این کار فرد می‌تواند با خارج کردن هوا از ریه به نای و انتقال آن از طریق پروتز سیلیکونی به مری و ایجاد لرزش با قسمت تحتانی حلق باعث تولید صدا شود.

انواع پروتزهای تولید کننده صوت

پروتزهای تولید کننده صوت دو نوع می‌باشند:

یک نوع از آن که توسط متخصص گوش،حلق و بینی کار گذاشته می‌شود. نوع دیگر توسط خود بیمار تعویض می‌گردد. پروتزی که توسط فرد متخصص مدیریت می‌شود در مقایسه با پروتز کار گذاشته توسط بیمار به مراتب مدت زمان بیشتری قابل استفاده می‌باشد. با این حال پروتز در نهایت به دلیل رشد مخمرها و میکروارگانیسم‌ها درون سیلیکون، باعث بسته شدن ناکامل دریچه پروتز و به دنبال آن نشت مایعات از پروتز می‌شود. پروتزهای کار گذاشته شده توسط متخصص برای هفته‌ها تا ماه‌ها می‌تواند عملکرد داشته باشد. این در حالی است که بسیاری از کارشناسان معتقدند که پروتز حتی در صورتی که نشت هم نداشته باشد باید بعد از شش ماه تعویض گردد. به این دلیل که اگر مدت زمان بیشتری بماند می‌تواند باعث گشاد شدن سوراخ ایجاد شده شود.

پروتزی که توسط خود بیمار تعویض می‌گردد به بیمار استقلال بیشتری می‌دهد و می‌تواند به صورت منظم تعویض شود. بعضی افراد پروتز را فقط زمانی تعویض می‌کنند که نشت پیدا کند، پروتز قبلی قابلیت استفاده مجدد پس از تمیز کردن را دارد.

عواملی که روی توانایی فرد در استفاده از پروتز تأثیر می‌گذارد:

- مکانی که سوراخ شده است باید به راحتی قابلیت دسترسی داشته باشد، این در حالیست که محل سوراخ با گذشت زمان ممکن است تغییر کند و این خود در دسترس بودن آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- فرد باید دید و مهارت کافی را داشته باشد که بتواند به راحتی مراحل کارگذاری را انجام دهد.

اما پروتزهایی که توسط متخصصین کارگذاشته می‌شود احتیاج به تعویض به اندازه پروتزی که خود بیمار تعویض می‌کند، ندارد.

دو عدد فیلم که استیو استاتان در آن مراحل تعویض پروتز را توضیح داده است:

www. youtube. com/watch?v=nF7cs4Q29WA&feature=channel_page

www. youtube. com/watch?v=UkeOQf_ZpUg&feature=relmfu

تفاوت اصلی بین دو پروتز در اندازه لبه آن می‌باشد. لبه بلندتر پروتزی که توسط متخصص تعویض می‌شود آن را در مقابل خروج ناگهانی پروتز مقاوم می‌کند، تفاوت دیگر این است که پروتزی که توسط بیمار تعویض می‌شود تسمه آن نباید خارج شود چون خود به چسبیدن پروتز کمک می‌کند.

در صورتی که پروتز نشت کند یا جابجا شود چه کاری باید انجام دهیم؟

در صورتی که پروتز نشت کند، جابجا شود یا به صورت تصادفی خارج شود، در نوعی که توسط بیمار تعویض می‌شود، می‌توان یک پروتز دیگر جایگذاری کرد. یا کاتتر قرمز رنگ لاستیکی را می‌توان در سوراخ بین نای و مری که در عرض چند ساعت می‌تواند بسته شود، قرار داد تا مانع از بسته شدن سوراخ شود و این کاراز ضرورت ایجاد سوراخ جدید جلوگیری می‌کند.

نشت از وسط پروتز می‌تواند با قرار دادن موقتی درپوش (با توجه به نوع و عرض پروتز) به صورت موقت کنترل شود تا زمانی که پروتز تعویض شود.

دلایل نشت از پروتز تولید کننده صدا

دو نوع نشت از پروتز وجود دارد، نشت از وسط پروتز و دیگری نشت از اطراف پروتز.

نشت از وسط پروتز در صورتی ایجاد می‌شود که دریچه پروتز به طور کامل بسته نشود که ممکن است به دلایل زیر باشد:
زمانی که دریچه پروتز با قارچ‌ها پوشیده شده باشد ممکن است دریچه در حالت باز باقی بماند یا به دلیل چسبیدن قطعات غذا، موکوس، مو یا تماس دستگاه با دیواره پشتی مری باعث می‌شود که دریچه باز باقی بماند. این که همه پروتزها نهایتا به دلیل نشت یا آسیب مکانیکی خراب می‌شوند اجتناب ناپذیر است. اگر بلافاصله پس از کارگذاری پروتز نشت وجود داشته باشد، می‌تواند به این علت باشد که دریچه پروتز به دلیل وجود فشار منفی حین بلع باز مانده است، که این مشکل با تعویض پروتزی با مقاومت بیشتر می‌تواند حل شود. در عوض کارگذاری این نوع پروتز ممکن است احتیاج به تلاش بیشتری برای صحبت کردن داشته باشد با این وجود مهم است که از نشت مزمن به ریه جلوگیری شود.

نشت از اطراف پروتز شیوع کمتری دارد و به دلیل متسع شدن سوراخ بین نای و مری یا ناتوانی در نگه داشتن پروتز می‌باشد که خود با طول عمر کوتاه پروتز ارتباط دارد. این مسئله زمانی اتفاق می‌افتد که سوراخ ایجاد شده برای پروتز متسع شود. در طول جایگذاری پروتز تولید کننده صدا، سوراخ ممکن است مقداری متسع شود، اما اگر بافت سالم باشد و همچنین الاستیسیتی داشته باشد بعد از گذشت مدت زمان اندکی جمع می‌شود. عدم انقباض مجدد سوراخ ممکن است به دلایلی چون رفلاکس معده، تغذیه نامناسب،مصرف الکل، کم کاری تیروئید، جای نامناسب سوراخ، بافت گرانولاسیون موضعی، پروتز نامناسب، آسیب به مسیر بین نای و مری، عود سرطان یا باقی ماندن سرطان به صورت موضعی در همان جا یا در مکانی دیگر یا تخریب بافت به دلیل رادیوتراپی باشد.

مسئله دیگر که باعث نشت از اطراف پروتز می‌شود، بلند بودن طول پروتز نسبت به مسیر بین نای و مری می‌باشد. زمانی که این اتفاق می‌افتد پروتز به جلو و عقب حرکت می‌کند که این خود منجر به متسع شدن مسیر می‌شود. به همین دلیل طول مسیر تراکئوازوفاژیال باید اندازه گیری شود و پروتز با طول مناسب جایگذاری شود در این شرایط نشت باید طی ۴۸ ساعت درمان شود. اگر بافت اطراف پروتز در این زمان ترمیم نشود، ارزیابی‌های پزشکی از جهت تعیین علل باید شروع شود. دلیل دیگر نشت از اطراف پروتز، تنگ بودن مری می‌باشد، که بیمار با نیروی بیشتری عمل بلع را انجام می‌دهد و این خود باعث خروج غذا یا مایعات از اطراف پروتز می‌شود.

روش‌های متعددی در درمان نشت از اطراف پروتز تا کنون استفاده شده است. یکی از این روش‌ها خارج کردن موقت پروتز و جایگذاری کاتتر با قطر کمتر که منجر به تنگ‌تر شدن مسیر بین نای و مری شود، زدن بخیه purse اطراف سوراخ، تزریق ژل، کلاژن، آلودرم میکرونیزه شده(lifecell،bronchburg،N. J. 0887)، سوزاندن با نیترات نقره یا الکتروکوتر، استفاده از چربی اتولوگ،قرار دادن پروتز بزرگتر.

شایع‌ترین علت نشت رفلاکس معده می‌باشد که با درمان آن به ترمیم بافت مری کمک می‌کنیم. به طور کلی افزایش قطر پروتز پیشنهاد نمی‌شود، به دلیل سنگین‌تر بودن آن و در صورتی که بافت ضعیف‌تر باشد نمی‌تواند پروتز بزرگتر را تحمل کند و مشکل بیمار را تشدید می‌کند. این در حالی است که عده‌ای باور دارند استفاده از پروتز با قطر بزرگ، فشار مورد نیاز برای صحبت کردن را کاهش می‌دهد. (پروتز با قطر بیشتر جریان هوای بهتری را ایجاد می‌کند.)

استفاده از پروتز با لبه‌های مری یا نای بزرگتر ممکن است کمک کننده باشد و این لبه‌ها با پوشاندن دیواره مری و نای باعث جلوگیری از نشت می‌شوند. هر دو نوع نشت باعث سرفه‌های شدید و بیش از حد می‌شوند که منحر به فتق‌های شکمی و کشاله ران می‌شود. مواد نشت شده وارد ریه می‌شوند و باعث عفونت‌های ریوی می‌شوند.

نشت با مشاهده مستقیم در حین نوشیدن مایعات رنگی تعیین می‌شود. اگر نشت دیده شد و با برس و شست‌وشوی پروتز اصلاح نشد باید در اسرع وقت تعویض شود.

با گذشت زمان پروتز تولید کننده صدا مدت زمان بیشتری تا وقوع نشت دوام می‌آورد و این به دلیل کاهش التهاب ،تورم و تولید

موکوس به دنبال تطبیق راه هوایی با وضعیت جدید ایجاد شده می‌باشد. از طرف دیگر یکی از عوامل بهبود در مدت زمان نگهداری پروتز بهبود مدیریت استفاده از پروتز توسط بیمار می‌باشد. بیماران با سوراخ نائی مروی باید تحت نظر گفتاردرمان باشند تا با تغییرات نرمال مسیر نائی مروی آشنا شوند. اندازه مسیرتراکئوازوفاژیال با گذشت زمان به دلیل تغییر در طول و قطر مسیر ممکن است احتیاج به بازسازی و تصحیح داشته باشد. با گذشت زمان تورمی که به دلیل سوراخ، جراحی و رادیوتراپی ایجاد می‌شود کاهش می‌یابد و این خود باعث تغییر در قطر و طول سوراخ ایجاد شده برای جایگذاری پروتز می‌شود. به همین دلیل فرد متخصص باید قطر و طول سوراخ را مجددا اندازه گیری نماید.پروتزهای با سایز مناسب انتخاب نماید.

یکی از مزایای استفاده از پروتزهای تولید کننده صدا این است که در صورت گیرکردن مواد غذایی در مری به خارج کردن آن می‌تواند کمک کند که در این شرایط با صحبت کردن یا دمیدن هوا در پروتز می‌تواند باعث خارج شدن مواد غذایی در مسیر بالاتر از پروتز شود و گرفتگی از بین رود.

اگر کیفیت صدا تغییر کند به خصوص زمانی که صدا ضعیف‌تر شده باشد یا اینکه فرد تلاش بیشتری برای تولید صدا کند پروتز باید تعویض شود. این مسئله می‌تواند به دلایل رشد مخمر روی دریچه باشد که باز شدن آن را مختل کرده است.

روش‌های جلوگیری از نشت پروتزهای تولید کننده صدا

بهتر است که کانال داخلی پروتز حداقل روزی دوبار و بعد از هربار غذا خوردن تمیز شود. تمیز کردن به روش صحیح می‌تواند از نشت جلوگیری کند یا حتی نشت از پروتز را متوقف کند.

۱- قبل از استفاده از برس ارائه شده توسط کارخانه، آن را در یک فنجان گرم فرو کنید و برای چند ثانیه نگه دارید.

۲- برس را وارد پروتز کنید (نه خیلی عمیق) و آن را چندین بار بچرخانید تا داخل دستگاه تمیز شود.

۳- برس را بیرون آورید و آن را با آب گرم بشویید و این کار را دو تا سه بار تکرار کنید تا زمانی که دیگر هیچ ماده‌ای با برس بیرون نیاید. به دلیل اینکه برس در آب گرم قرار داده شده است باید مواظب باشید برس از دریچه داخلی پروتز عبور نکند تا از آسیب گرمایی مری جلوگیری شود.

۴- برای جلوگیری از آسیب به مری، آب باید توسط خود فرد تست شود که داغ نباشد.

آب گرم نسبت به آب هم دما با اتاق بهتر عمل می‌کند زیرا می‌تواند ترشحات خشک و موکوس و بعضی از گونه‌های قارچها که بر روی پروتز رشد می‌کنند را از بین ببرد.

اگر پروتزهای تولید کننده صدا تعویض شده توسط متخصصین نشت کرد باید چه کاری انجام دهیم

نشت زمانی می‌تواند اتفاق بیفتد که موکوس، مواد غذایی، مو(به خصوص در بیماران با free-flap) از بسته شدن کامل دریچه ممانعت کنند. زمانی که پروتز با برس و آب گرم شست‌وشو شود این مواد تمیز می‌شوند و نشت پروتز فرد برطرف می‌گردد.

اگر نشت از پروتز طی سه روز بعد از جایگذاری آن اتفاق بیفتد می‌تواند به دلیل اشکال در پروتز و یا نصب نادرست آن باشد.

به این دلیل که رشد قارچ مدتی زمان احتیاج دارد و اگر پروتز به این سرعت نشت کند دلیل دیگر جز رشد قارچ دارد. علاوه بر شست‌وشوی پروتز با برس و آب گرم، پروتز باید با احتیاط چندبار چرخانده شود تا به از بین بردن مواد باقیمانده کمک کند. درصورتی که فرد از پروتز نشت داشته باشد ساده ترین راه برای کنترل نشت تا تعویض پروتز استفاده از درپوش است که می‌تواند آن را از کارخانه سازنده پروتز تهیه کند و نزد خود نگه دارد. با پوشاندن پروتز فرد دیگر نمی‌تواند صحبت کند ولی امکان خوردن و آشامیدن را به بیمار می‌دهد و پس از آن که خوردن و آشامیدن بیمار تمام شد می‌تواند درپوش را بردارد و مجددا صحبت کند و در صورت نیاز مجددا درپوش را بگذارد.

باید در زمان نشت از پروتز،مصرف مایعات بیمار زیاد باشد که فرد دچار کمبود آب نشود و همچنین از قرارگیری در محیط‌های با آب و

هوای گرم پرهیز کند و در محیط متبوع با تهویه مناسب قرار گیرد و از طرفی مصرف مایعات خود را زیاد کند. نوشیدن مایعات دارای کافئین باعث افزایش ادرار و دفع مایعات از بدن می‌شود و باید از مصرف آن پرهیز کرد.

استفاده از مایعات با غلظت بالاتر(ژله،سوپ،ماست،نان تست باشیر)، شانس نشت کمتری دارد. و از طرفی آب مورد نیاز بدن را نیز تامین می‌کنند. قهوه و نوشیدنی‌های شیرین احتمال نشت بیشتری دارند. میوه‌ها وسبزی جات مایعات فراوانی دارند. روش دیگر برای کاهش نشت مایعات تا تعویض پروتز که در بعضی افراد پاسخ می‌دهد این است که مایعات را به صورت یک ماده غذایی ببلعند که این مانور باعث کاهش نشت مایعات می‌شود. رعایت این مسائل باعث می‌شود که فرد در زمان نشت مایعات دچار کمبود آب بدن نشود.

تمیزکردن پروتز

پیشنهاد می‌شود که پروتزهای صدا حداقل روزی دوبار تمیز شوند (صبح و شب) و ترجیحا بعد از غذا؛ زیرا شانس تجمع موکوس و غذا بعد از مصرف آن بیشتر است وبهتر است که بعد از مصرف غذاهای چسبناک هم پروتز تمیز شود. در ابتدا بهتر است که موکوس اطراف پروتز با انبرک تمیز شود، ترجیحا بهتر است انبرک سر گرد داشته باشد سپس برسی که توسط کارخانه سازنده ارائه شده است جهت تمیز کردن پروتز استفاده می‌شود. پس از هربار استفاده از برس بهتر است آن را با آب گرم تمیز کرد. پس از آن پروتز با آب گرم به وسیله سرنگ شست‌وشو که توسط شرکت سازنده آن ارائه شده است شسته می‌شود. در زمان استفاده از سرنگ شست‌وشو پس از قراردادن سرنگ در دهانه پروتز با ایجاد فشار کم دهانه پروتز باز می‌شود و می‌توان شست‌وشو داد. زاویه‌ای که باید سرنگ شست‌وشو در دهانه پروتز قرار گیرد در هر فرد متفاوت است که گفتاردرمان می‌تواند زاویه‌ی مناسب برای هر فرد را پیشنهاد دهد. شست‌وشوی پروتز باید خیلی آرام انجام شود زیرا فشار زیاد می‌تواند باعث پاشیدن آب و ورود آب به ریه شود. اگر شست‌وشو با آب مشکل باشد می‌توان آن را با هوا انجام داد.

شرکت‌های سازنده پروتزهای صدا، دستورات مورد نیاز در جهت استفاده و نگهداری از برس و سرنگ شست‌وشو و اینکه چه زمانی این برس‌ها و سرنگ‌ها باید تعویض شوند را در جعبه‌های پروتز در اختیار افراد می‌گذارند. برس شست‌وشو زمانی که خم یا فرسوده شده باشد باید تعویض گردد. برس و سرنگ شست‌وشو با آب گرم باید تمیز شود و در صورت امکان از صابون استفاده شود و بعد از هربار شست‌وشو با یک حوله خشک شود. یک راه برای تمیز نگه داشتن آن‌ها این است که در یک حوله تمیز قرار داده شوند و برای چند ساعت در معرض نور خورشید قرار گیرند که این کار با استفاده از نور ماوراء بنفش خورشید باعث کاهش باکتری‌ها و قارچ‌ها می‌شود. ریختن دو-سه سی‌سی سالین استریل در درون نای دو بار در روز (اگر هوا خشک است، بیشتر) استفاده از HME24/7 و یا استفاده از بخور در محیط باعث می‌شود که موکوس مرطوب بماند و بسته شدن پروتز را کاهش دهد.

ممانعت از رشد قارچ در پروتزهای تولید کننده صدا

یکی از دلایل نشت از پروتز رشد قارچ می‌باشد اما رشد قارچ احتیاج به گذشت زمان پس از جایگذاری پروتز دارد. به این دلیل اختلال در عملکرد پروتز بلافاصله پس از جایگذاری آن به دلیل رشد مخمر نمی‌باشد.

شخصی که پروتز را تعویض می‌کند با مشاهده پروتز و دیدن کاندیدا یا فرستادن قطعه‌ای از پروتز جهت کشت قارچ می‌تواند وجود قارچ را اثبات کند. مایکوستاتین و سایر داروهای ضد قارچ می‌توانند از رشد قارچ و در نتیجه نشت پروتز جلوگیری کنند که به صورت سوسپانسیون و یا قرص در دسترس می‌باشند که فرم قرص آن می‌تواند در آب حل شده و سپس استفاده شود.

استفاده از داروهای ضد قارچ در همه‌ی افراد با این استدلال که قارچ‌ها باعث نشت از پروتز شده‌اند ممکن است صحیح نباشد. به دلیل اینکه گران است، باعث مقاومت قارچ‌ها در مقابل داروهای ضد قارچ می‌شوند، و این خود باعث عوارضی در فرد می‌شود اما استثناهایی وجود دارد. در افراد دیابتی تجویز داروهای ضدقارچ ضروری می‌باشد؛ افرادی که آنتی بیوتیک دریافت می‌کنند، شیمی درمانی می‌شوند

یا تحت درمان با استروئیدها می‌باشند یا کسانی که کلونیزاسیون آن‌ها با قارچ به اثبات رسیده باشد.

روش‌های مختلفی برای جلوگیری از رشد قارچ بر روی پروتزهای صدا وجود دارد:

- کاهش استفاده از شکر در غذا و نوشیدنی‌ها. اگر فرد آن‌ها را مصرف می‌کند، باید دندان‌های خود را پس از مصرف مواد غذایی یا نوشیدنی‌های شیرین به خوبی شست‌وشو دهد.
- دندان‌های خود را بعد از مصرف هر وعده غذایی علی الخصوص قبل از خوابیدن شست‌وشو دهد
- قندخون افراد دیابتی باید در مقدار کنترل شده قرار گرفته باشد.
- آنتی بیوتیک در موارد ضروری باید استفاده شوند.
- بعد از استفاده از محلول‌های ضد قارچ سی دقیقه باید صبر کرد و بعد از آن باید دندان‌ها را مسواک کرد. به این دلیل که بعضی از این سوسپانسیون‌ها حاوی شکر هستند.

برس پروتز صدا را در یک مقدار کمی از محلول مایکوستاتین باید قرار دهیم و با برس آن قسمت داخلی پروتز را قبل از خواب تمیز می‌کنیم (محلول‌هایی که در خانه ساخته می‌شوند با حل کردن یک چهارم از قرص مایکوستاتین در سه تا پنج سی سی آب به دست می‌آیند.) مقداری از این محلول درون این پروتز قرار می‌گیرند. آن مقداری که استفاده نشده است دور ریخته می‌شود. از ریختن مقدار زیادی مایکوستاتین در پروتز باید جلوگیری شود تا وارد تراشه نشود. چند کلمه صحبت کردن پس از قرار دادن محلول روی پروتز، به کشیده شدن محلول به سمت داخل پروتز کمک می‌کند.

- استفاده از ماست‌های پروبیوتیک.
- اگر دندان با قارچ پوشیده شده باشد، آرام شست‌وشو شود.
- بعد از از بین بردن کلنی قارچ‌ها در دهان بهتر از مسواک تعویض شود تا از کلنیزاشون مجدد قارچ‌ها جلوگیری شود.
- برس پروتز باید تمیز نگه داشته شود.

استفاده از لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس برای جلوگیری از رشد بیش از حد قارچ‌ها

لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس یک پروبیوتیک است که معمولا برای جلوگیری از رشد بیش از حد قارچ‌ها استفاده می‌شود. اندیکاسیون‌های تایید شده توسط FDA برای استفاده از لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس وجود ندارد و این به این معنی است که مطالعات کنترل شده‌ای برای اطمینان از اثربخشی و ایمنی لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس وجود ندارد ودر حال حاضر به عنوان یک مکمل غذایی و نه به عنوان یک دارو استفاده می‌شود

دوز پیشنهاد شده برای لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس بین یک تا ده بیلیون باکتری می‌باشد. قرص‌های لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس تقریباً حاوی همین مقدار باکتری هستند. دوز پیشنهاد شده متفاوت می‌باشد اما به طور کلی یک تا سه قرص از لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس روزانه تجویز می‌شود اگرچه همه بر این باورند که ایمن است و عوارض کمی دارد ولی باید از مصرف خوراکی آن در بیماران با بیماری روده‌ای، افراد با سیستم ایمنی ضعیف یا با رشد بیش از حد باکتری‌های روده‌ای جلوگیری شود. در این افراد این باکتری‌ها می‌توانند عوارض جدی ایجاد کنند به همین دلیل است که این افراد باید قبل از مصرف این باکتری‌های زنده با پزشک خود مشورت کنند.

فصل یازدهم: خوردن، بلع و بویایی

دکتر زهرا سرافراز
فلوشیپ لارنگولوژی

وضعیت خوردن، بلع و بویایی پس از لارنژکتومی دستخوش تغییراتی می‌شود.

علت این تغییرات:

۱- جراحی (برداشتن بافتی‌های حلق و حنجره)

۲- رادیوتراپی (ایجاد فیبروز در عضلات جونده و با ایجاد تریسموس (عدم باز شدن خوب دهان و فک)، کاهش ترشح بزاق، باریک شدگی مری و از دست رفتن حرکات مری)

۳- بای عدم (دور زدن) سیستم بویایی

این فصل به توصیف تظاهرات این تغییرات و درمان آن‌ها می‌پردازد.

تغذیه

خوردن بیماران پس از لازکتومی دچار تغییرات دائمی می‌شود.

علل:

۱- سختی در بلع

۲- کاهش ترشح بزاق و در نتیجه اختلال در لغزندگی مواد غذایی بلع شده

۳- تغییرات بویایی

نیاز به نوشیدن مقدار فراوانی آب حین غذا خوردن، دشواری را بیشتر می‌کند و علت آن پر شدن معده از آب و باقی ماندن فضای اندکی برای غذای اصلی می‌باشد و در ثانی این افراد دفع ادرار بیشتر نیز خواهند داشت که سبب آزار در طول روز و شب برای این افراد می‌شود و نتیجه آن اختلال تغذیه، خستگی و بی خوابی است.

افرادی که بیماری‌های احتقانی قلبی دارند با این افزایش حجم خون ممکن است دچار مشکلات حاد قلبی شوند.

راه حل‌های بهبود تغذیه:

۱- بلع مقدار کافی (ولی نه زیاد) از مایعات

۲- نوشیدن مقدار کم تری از مایعات در هنگام عصر

۳- مصرف مواد غذایی سالم شامل مواد حاوی ویتامین و مواد معدنی

۴- مصرف کمتر کربوهیدرات‌ها و مقدار بیشتری از پروتئین (که مدت بیشری در معده می‌ماند)

۵- مشاوره تغذیه و گفتار درمان

بلع غذای باقی مانده در گلو یا مری

یکی از مشکلات بیماران لارنژکتومی، احساس گیر کردن‌های راجعه در گلو و مری می‌باشد.

روش‌های بر طرف کردن این معضل:

۱- هل نشوید به این موضوع دقت کنید که راه هوایی - غذایی شما جداست. بنابراین خفه نخواهید شد.

۲- مایعات ترجیحاً گرم بنوشید و با افزایش فشار داخل دهان سعی به فرو دادن غذا کنید.

۳- در صورتیکه TEP (فیستول مروی - نایی) جهت صحبت دارید، صحبت کنید! این روش کمک به فشار هوا بر روی غذای باقی مانده می‌کند و انسداد بر طرف می‌شود.

این کار را ایستاده انجام دهید در صورتیکه انسداد بر طرف نشد بر روی سینک خم شوید و صحبت کردن را تکرار کنید.

۴- در صورتیکه مراحل بالا مؤثر نبودند سر خود را بیشتر به سمت پایین خم کنید و با دست بر روی معده فشار آورید تا مواد غذایی گیر کرده را بالا آورید.

این روش‌ها در اغلب افراد جواب می‌دهد هر چند که با تفاوت‌های فردی ممکن است بعضی از مراحل روی بعضی از افراد بهتر جواب دهند.

بلع بعد از لارنژکتومی اغلب با گذشت زمان رو به بهبودی می‌رود.

یک سری از روش‌هایی که توسط بیماران به عنوان روش مؤثر گزارش شدند شامل:

- ماساژ آرام بر روی گلو
- راه رفتن برای چند دقیقه
- پرش‌هایی بر روی پنجه پا
- چندین مرتبه نشستن و برخاستن
- ضربه بر روی پشت یا قفسه سینه
- اندکی صبر

در صورتیکه هیچ کدام از روش‌ها مؤثر نباشند، بیمار باید به متخصص گوش و حلق و بینی یا اورژانس مراجعه کند.

ریفلاکس (بازگشت) غذا

اکثر بیماران لارنژکتومی مستعد ریفلاکس معدی - مروی هستند.

علت: برداشتن دریچه فوقانی مری که در شرایط طبیعی از بازگشت غذا به دهان جلوگیری می‌کند.

بنابراین در اولین ساعات بعد از غذا خوردن و یا ساعت‌های بعدی حین خم شدن به جلو یا دراز کشیدن اسید و محتویات معده به داخل دهان باز می‌گردد.

در بیمارانی که از پروتز صوتی (TEP) استفاده می‌کنند با بازدم عمیق، ریفلاکس روی می‌دهد.

علائم ریفلاکس:

- سوزش قفسه سینه
- سوزش یا احساس اسید در گلو
- درد معده یا قفسه سینه
- دشواری در بلع
- گرفتگی صدا و گلو درد
- سرفه غیر قابل توجیه (در صورت لیک یا نشت از پروتز)
- ایجاد بافت گرانولاسیون (گوشت اضافه) اطراف پروتز صوتی و در نتیجه کوتاه شدن عمر پروتز و مشکلات صوتی

راه‌هایی جهت کاهش ریفلاکس:

- کاهش وزن (در بیماران با اضافه وزن)
- کاهش استرس و تمرین‌های جهت آرامش
- اجتناب از مواد غذایی که باعث بدتر شدن ریفلاکس می‌شوند همانند قهوه، شکلات، الکل، نعناع و غذاهای چرب

- نکشیدن سیگار و حتی در معرض دود سیگار قرار نگرفتن
- صاف نشستن حین غذا خوردن و حداقل ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد از غذا
- نخوابیدن و دراز نکشیدن تا ۳ ساعت بعد غذا خوردن
- بالا بردن سر تخت به میزان ۸-۶ اینچ به صورتیکه وضعیت بدن در حالت ۴۵ درجه قرار بگیرد.
- در صورتی‌که مجبور به خم شدن باشد بهتر است از زانو خم شود تا قسمت فوقانی بدن
- داروهای کاهنده علائم ریفلاکس:

۱- آنتی اسید (نوع مایع قوی‌تر از قرص می‌باشد، بهترین زمان استفاده: بعد غذا یا قبل خواب)

۲- آنتاگونیست‌های رسپتورهای H2 (قوی‌تر از آنتی اسید و بر طرف کننده علائم خفیف)

۳- مهار کننده‌های پمپ پروتون (قوی‌ترین مهار کننده اسید)

اخطار: مونیتورینگ سطح کلسیمی سرم که با واسطه PPI، افت می‌کند.

صحبت حین غذا خوردن بعد از لارنژکتومی

بیماران که از پروتز صوتی مروی- نایی (TEP) استفاده می‌کنند در صورتیکه بخواهند حین غذا خوردن صحبت کنند دچار صدای حباب‌دار (BUBBLY) می‌شوند. علت این امر مخلوط شدن هوایی که از طریق TEP وارد شده با غذا و مایعات بلع شده می‌باشد.

بنابراین تا زمانی که غذا و مایعات وارد معده نشده بیمار نباید مبادرت به صحبت ورزد.

خوردن مایعات بعد غذا و پس از شروع به صحبت کردن می‌تواند کمک کننده باشد.

دشواری‌های بلع

اکثر بیماران لارنژکتومی مشکلات بلع (دیسفاژی) دارند. برای بلع هماهنگی بین بیش از بیست عضله، چندین عصب و. .. نیاز است که آسیب به آن‌ها حین جراحی و رادیوتراپی سبب مشکلات بلع می‌شود.

اکثر بیماران لارنژکتومی می‌آموزند که چگونه بعد عمل با مشکلات کم‌تری بلع را انجام دهند.

مشکلات بلع، در بیماران لارنژکتومی که تحت کمورادیوتراپی (شیمی درمانی و رادیوتراپی) قرار میگیرند، بدتر و بیشتر می‌باشد.

بروز این مشکل حدود ۵۰٪ می‌باشد و در صورت عدم شناسایی می‌تواند منجر به سوء تغذیه شود.

بیشترین مشکل دقیقاً بعد از ترخیص از بیمارستان می‌باشد. بسته به بلع سریع یا نجویدن مناسب یا بلع قطعات تیز غذا و نوشیدن مایعات داغ اختلال بلع می‌توانند موقت یا دائم باشد.

خطرات مشکلات بلع شامل :

۱- اختلال تغذیه

۲- محدودیت‌های اجتماعی

۳- کاهش کیفیت زندگی

علل اختلال بلع در بیماران لارنژکتومی

- اختلال عملکرد عضلات فارنکس (حلق)
- اختلال عملکرد کریکوفارنژیال (عضله‌ی ابتدای مری)
- کاهش قدرت قاعده زبان
- ایجاد بافت اسکار در قاعده زبان یا چین مخاطی موسوم به اپی گلوت کاذب (غذا بین قاعده زبان و اپی گلوت جمع می‌شود.)

- تنگی مری یا فارنکس (حلق)
- ایجاد دیورتیکولوم (حفره بافتی) در دیواره فارنگواز وفاژیال (مروی - حلقی) که سبب تجمع آب و غذا درون آن و شکایت باقی ماندن غذا در مری فوقانی می‌شود.
- تورم موضعی که با گذشت زمان بر طرف می‌شود.

بیماران لارنژکتومی بعد عمل اجازه بلع از راه دهان ندارند و برای آن‌ها لوله تغذیه از راه بینی یا دهان و یا محل پروتز صوتی آینده به داخل معده عبور داده می‌شود هرچند تحقیقات جدید نشان داده که تغذیه با مایعات شفاف بعد ۲۴ ساعت از عمل نیز می‌تواند شروع شود.

راه‌های پیشگیری از اختلال بلع:

- خوردن آرام و صبورانه
- برداشتن لقمه‌های کوچک غذایی و جویدن آرام و خوب
- بلع فراوان مایعات به ویژه مایعات گرم
- اجتناب از غذاهای سفت و چسبنده (سیب پوست نگرفته، استیک و. ..)
- اختلالات بلع با گذشت زمان بهبود می‌یابد. گشادکردن مری در مواردی تنگی‌های دائمی کمک‌کننده خواهد بود.

تست‌های ارزیابی اختلالات بلع

پنج تست اصلی برای ارزیابی بلع:

۱- رادیوگرافی با باریوم سؤالو

۲- ویدئوفلوروسکوپی (X-RAY)

۳- ارزیابی اندوسکوپیک

۴- لارنگوسکوپی فیبرواپتیک نازوفارنژیال (بررسی از طریق عبور از بینی)

۵- مانومتری ازوفاژیال (اندازه گیری انقباضات عضلات مری)

تست مناسب بر اساس شرایط بالینی بیمار انتخاب می‌شود.

نکاتی در مورد ویدئوفلوروسکوپی:

- اولین تست انتخابی در بیماران با مشکلات بلع می‌باشد.
- محدوده بررسی: ازوفاگوس (مری) گردنی
  - شیوه: گرفتن تصویر و ویدئو از قدام و لترال و نشان دادن با سرعت آهسته
  - نشان‌دهنده اختلالات حرکتی، آسپیراسیون، تجمع، زمان عبور
  - برای بیمارانی که شکایت از دیسفاژی (سختی بلع) با جامدات دارند می‌توان از بولوس‌های (لقمه) جامد استفاده کرد.

باریکی مری و مشکلات بلع

تنگی‌های مری سبب ایجاد شکل ساعت شنی در آن می‌شود.

تنگی می‌تواند به دلیل رادیاسیون یا محکم بستن محل جراحی باشد و کاهش تدریجی به دلیل ایجاد بافت اسکار به وجود می‌آید.

اقدامات کمک‌کننده :

- تغییرات تغذیه و موقعیت بدن
- میوتومی (قطع کردن عضلات)

دیلاتاسیون (اتساع)

- تورم اغلب بعد جراحی طی ماه‌های اولیه کاهش می‌یابد در صورتیکه این اتفاق روی نداد، دیلاتاسیون بسیار کمک کننده است.
- اغلب نیازمند تکرار
- فرکانس تکرار در افراد مختلف متفاوت است
- به دلیل دردناک بودن نیازمند سداسیون (ایجاد خواب الودگی) یا آنستزی (بی حسی) است.
- مکانیسم: قطع فیبروزها
- توسط متخصص گوش و حلق و بینی یا گوارش انجام می‌شود و در بعضی موارد خود بیمار نیز می‌تواند درخانه آن را انجام دهد.
- داروهای مسکن می‌تواند درد بعد پرو (عمل) را کاهش دهد.

بوتاکس

- تولید شده توسط باکتری بی‌هوازی کلستریدیوم بوتولینیم
- عملکرد: فلج (ناقص) عضلات
- مکانیسم: مهار ترشح استیل کولین در پایانه‌های کولینرژیک
- مدت اثر: ۳ تا ۴ ماه
- مصارف: اسپاسم‌های عضلانی، پلک زدن‌های زیادی، اهداف زیبایی
- عوارض غیرشایع: ضعف (گسترده) عضلانی و حتی مرگ
- در بعضی بیماران جهت بهبود بلع و تکلم مروی- نایی مناسب است.
- فقط در مواردی کارساز است که علت مشکل بلع، اسپاسم عضلانی باشد نه دیورتیکول و فیبروز و اسکار.
- طریقه تزریق: (از طریق زیر جلدی) و یا از طریق ازوفاگوگاسترو آندوسکوپی معده
- محل تزریق زیر جلدی: دقیقاً بالای استوما و اطراف آن

مواردی که از اندوسکوپ برای تزریق استفاده می‌کنیم.

۱- فیبروز شدید گردن

۲- به هم خوردن آناتومی گردن

۳- بیمار مضطرب

فیستول فارنگوکوتانئوس (پوستی- حلقی)

- ارتباط غیر طبیعی بین مخاط حلق و پوست
- علت: نشت بزاق از فارنکس (حلق)
- شایع‌ترین عارضه لارنژکتومی
- زمان: ۱۰-۷ روز بعد از لارنژکتومی
- علت تشدید کننده زمینه‌ای: رادیاسیون قبلی
- تغذیه دهانی باید قطع شود تا زمانیکه فیستول خود به خود یا با جراحی بهبود یابد.

تشخیص بسته شدن فیستول:

۱- بلع ماده رنگی (متیلن بلو)

۲- کنتراست رادیوگرافیک

بویایی بعد لارنژکتومی

با این که بویایی و فیبرهای عصبی بعد لارنژکتومی سالم هستند، بیمار لارنژکتومی با مشکل بویایی رو به رو است.

- علت: تغییر مسیر راه هوایی و عدم عبور هوا ازمولکول‌های بویایی از بینی
- تکنیک خمیازه مودبانه می‌تواند به بیمار لارنژکتومی کمک کند تا توانایی بویایی را به دست آورد. (خمیازه با دهان بسته)
- شیوه: حرکت رو به پایین فک با لب‌های بسته سبب ایجاد کشش هوا به داخل بینی می‌شود. با تمرین کشش هوا با حرکات کم‌تر زبان و فک امکان پذیر می‌شود.

فصل دوازدهم: مسائل پزشکی پس از پرتو درمانی و جراحی

ترجمه: دکتر مریم رومیانی
دستیار گوش و حلق و بینی

مدیریت درد، پیشرفت سرطان، کم کاری تیروئید و پیشگیری از خطاهای پزشکی
این بخش انواع مختلفی از مسائل پزشکی بیماران لارنژکتومی را مورد بررسی قرار می‌دهد.
فشار خون بالا در فصل ۳ و لنف ادم در فصل ۵، بحث شده است.

مدیریت درد

بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان و بازماندگان ازاین بیماری از درد شکایت دارند. درد می‌تواند یکی از نشانه‌های مهم سرطان باشد و حتی ممکن است منجر به تشخیص آن شود. بنابراین، نباید نادیده گرفته شود و باید به عنوان نشآن‌های برای یافتن مراقبت‌های پزشکی باشد. درد همراه با سرطان می‌تواند در شدت و کیفیت متفاوت باشد که می‌تواند ثابت، متناوب، خفیف، متوسط یا شدید باشد. همچنین می‌تواند با شدت زیاد، مبهم یا تیز باشد.

علت درد می‌تواند ناشی از فشار یا رشد تومور و تخریب بافت‌های اطراف باشد. همانطور که حجم و اندازه تومور افزایش می‌یابد، با فشار دادن بر اعصاب، استخوآن‌ها یا ساختارهای دیگر درد ایجاد می‌کند. سرطان سر و گردن نیز می‌تواند مخاط را تخریب کرده و راه را به باکتری‌های بزاق و دهان باز کند. سرطان که پیشرفت کرده یا عود کرده است به احتمال بیشتری منجر به درد می‌شود.

همچنین درد می‌تواند به علت درمآن‌های سرطان ایجاد شود. شیمی درمانی، پرتودرمانی و جراحی همه منابع بالقوه درد هستند. شیمی درمانی می‌تواند باعث اسهال، زخم دهان و آسیب عصبی شود و پرتودرمانی سر و گردن ممکن است موجب احساس درد و سوزش پوست و دهان سفتی عضلات و آسیب عصبی گردد. جراحی نیز می‌تواند دردناک باشد، زیرا ممکن است موجب تغییر شکل شده و یا اسکارهایی ایجاد گردد که جهت بهبود آنان نیاز به گذشت زمان است.

درد سرطان را می‌توان با روش‌های مختلف درمان کرد. در صورت امکان از بین‌بردن منبع درد از طریق اشعه، شیمی درمانی یا جراحی بهترین روش‌هاست. با این حال، اگر ممکن نباشد، درمآن‌های دیگر شامل داروهای خوراکی، بلوک‌های عصبی، طب سوزنی، طب فشاری، ماساژ، فیزیوتراپی، مدیتیشن، آرام‌سازی و حتی طنز را می‌توان استفاده کرد. متخصصین در مدیریت درد می‌توانند این درمآن‌ها را ارائه دهند.

داروهای درد را می‌تواند از طریق خوراکی: قرص، قرص قابل حل، تزریقی: داخل وریدی، داخل عضلانی
به روش مقعدی و یا از طریق یک پچ پوستی استفاده کرد.

دارو شامل موارد زیر است: داروهای ضد درد (مانند آسپرین، استامینوفن)، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (به عنوان مثال ایبوپروفن)، مخدرهای ضعیف (مانند کدئین) و مخدرهای قوی (مانند مورفین، اکسید کوردون، هیدرومورفون، فنتانیل، متادون)

گاهی اوقات بیماران درمان مناسب برای درد سرطان را دریافت نمی‌کنند. دلایل این عبارتند از: بی‌میلی بعضی پزشکان در پرس‌وجو و تحقیق در مورد درد بیماران یا ارائه درمان درد، عدم تمایل برخی بیماران به صحبت در مورد درد خود، ترس از اعتیاد به دارو و ترس از عوارض جانبی می‌توان نام برد.

درمان درد می‌تواند هم تندرستی و سلامت بیمار را افزایش دهد و هم سختی‌هایی را که حین مراقبت به آن‌ها تحمیل می‌شود، تعدیل کند. بیماران باید تشویق شوند که با ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در مورد دردشان صحبت کنند و به دنبال درمان آن باشند.
ارزیابی توسط متخصص مدیریت درد می‌تواند بسیار مفید واقع شود؛ همه مراکز تخصصی سرطان برنامه‌های مدیریت درد را دارند.

علائم و نشانه‌های سرطان سر و گردن جدید یا عود کرده:

اکثر افراد مبتلا به سرطان سر و گردن درمآن‌های پزشکی و جراحی را جهت از بین بردن و ریشه‌کن کردن سرطان دریافت می‌کنند. با این حال، همیشه احتمال عود سرطان وجود دارد. افزایش دانش، آگاهی و هوشیاری جهت یافتن عود تومور قبلی و یا ظهور تومور جدید لازم است. بنابراین بسیار مهم است که از علائم سرطان حنجره و سایر انواع سرطان سر و گردن آگاه باشید تا بتوان آن‌ها را در مراحل اولیه تشخیص داد.

علائم و نشانه‌های سرطان سر و گردن عبارتند از:

- خلط خونی
- خونریزی بینی، گلو، دهان
- توده‌های داخل یا خارج گردن
- برآمدگی یا لکه‌های سفید، قرمز یا تیره در داخل دهان
- صدای غیرطبیعی یا تنفس دشوار
- سرفه مزمن
- تغییرات در صدا (از جمله خشونت صدا)
- درد گردن یا تورم
- دشواری جویدن، بلعیدن یا حرکت دادن زبان
- ضخیم شدن گونه (ها)
- درد در اطراف دندان و یا شل شدن دندآن‌ها
- زخم در دهان که بهبود نمیابد و یا افزایش می‌یابد
- بی حسی زبان و یا جاهای دیگر در دهان
- درد مداوم دهان، گلو و گوش
- بوی بد دهان
- کاهش وزن

افراد دارای این علائم باید در اسرع وقت توسط متخصصین گوش و حلق و بینی، مورد بررسی قرار گیرند.

پیشروی سرطان سر و گردن

سرطان حنجره مانند سرطآن‌های سر و گردن می‌تواند به ریه‌ها و کبد گسترش یابد. خطر پیشرفت در تومورهای بزرگتر و تومورهایی که دیرتر تشخیص داده شده اند، بیشتراست و همچنین خطر در پنج سال اول و به ویژه در دو سال اول بعد از ظهور سرطان بیشتر است. اگر غدد لنفاوی منطقه سرطانی نشده باشند خطر گسترش به مراتب کمتر است.

افرادی که یک بار مبتلا به سرطان سر و گردن بوده‌اند ممکن است به انواع دیگری از بدخیمی‌هایی که به سرطان سر و گردن مرتبط نیستند، نیز مبتلا شوند.

با افزایش سن، افراد اغلب با سایر مشکلات سلامتی که نیاز به مراقبت دارند، مانند پرفشاری خون و دیابت، مواجه می‌شوند. بنابر این لازم است تغذیه مناسب داشته باشند، از دندآن‌های خود مراقبت کنند، سلامت جسمی و روحی را رعایت کنند، تحت مراقبت‌های پزشکی مناسب قرار گرفته و به صورت منظم بررسی شوند. (پزشک خانواده، پزشک داخلی و متخصصین پزشکی)

البته، بازماندگان سرطان سر و گردن، مانند بقیه افراد نیاز به بررسی جهت انواع سرطآن‌های دیگر شامل سرطان سینه، سرطان دهانه

رحم، پروستات، روده بزرگ و سرطان پوست می‌باشند و این موارد توسط معاینه منظم به راحتی تشخیص داده می‌شود.

کاهش هورمون تیروئید (کم کاری تیروئید) و درمان آن

بیشتر افرادی که تحت لارنژکتومی قرار میگیرند دچارکاهش سطح هورمون تیروئید (کم کاری تیروئید) می‌شوند.
زیرا در آن‌ها رادیوتراپی و یا حذف بخشی یا کل غده تیروئید در جراحی لارنژکتومی انجام می‌شود.
علائم کم کاری تیروئید متفاوت است؛ برخی افراد نشان‌های ندارند در حالی که برخی دیگر به ندرت علائم تهدید کننده حیات دارند.
علائم کم کاری تیروئید غیر اختصاصی هستند و بسیاری از تغییرات طبیعی در پیری را تقلید می‌کنند.
علائم عمومی - هورمون تیروئید متابولیسم بدن را تحریک می‌کند بیشتر علائم کم کاری تیروئید ناشی از کاهش سرعت فرآیند متابولیک است.

نشانه‌های سیستمیک عبارتند از خستگی،کندی، افزایش وزن، و عدم تحمل هوای سرد است.

پوست: کاهش تعریق، پوست خشک و ضخیم، موهای خشن یا نازک، ناپدید شدن ابرو و ناخن‌های شکننده.

چشم: تورم خفیف در اطراف چشم.

سیستم قلبی عروقی - کاهش ضربان قلب و تضعیف انقباضات، کاهش عملکرد کلی آن که می‌تواند خستگی و تنگی نفس فعالیتی را ایجاد کند. کم کاری تیروئید همچنین می‌تواند منجر به فشار خون بالای خفیف و افزایش سطح کلسترول خون شود.

سیستم تنفسی - عضلات تنفسی ممکن است ضعیف شوند و در نتیجه ممکن است عملکرد ریه کاهش یابد. علائم عبارتند از خستگی، تنگی نفس فعالیتی و کاهش توانایی و استقامت فرد در ورزش. هیپوتیروئیدی ممکن است منجر به تورم زبان، تغییر صدا و آپنه در هنگام خواب شود. (نه در کسانی که لارنژکتومی می‌شوند)

سیستم گوارشی - کاهش حرکات دستگاه گوارش، باعث یبوست می‌شود.

سیستم تولید مثل - ناهنجاری‌های قاعدگی، از عدم بروز دوره‌های قاعدگی یا دوره‌های قاعدگی نا مرتب تا دوره‌های بسیار مکرر و سنگین.

کمبود هورمون تیروئید می‌تواند با استفاده از هورمون سنتتیک تیروئید (تیروکسین) تصحیح شود. این دارو باید در معده خالی با یک لیوان آب، سی دقیقه قبل از خوردن غذا، ترجیحا قبل از صبحانه مصرف شود. زیرا مواد غذایی حاوی چربی بالا (مانند تخم مرغ، گوشت، نان، سیب زمینی و شیر) می‌توانند جذب تیروکسین را به میزان چهل درصد کاهش دهند.

چندین نمونه فرمولاسیون تیروکسین سنتتیک در دسترس است، اما در جامعه پزشکی بحث‌های زیادی در تشابه اثربخشی آن‌ها، وجود دارد.

در سال ۲۰۰۴، FDA جایگزینی در محصولات مارک لووتیروکسین را تأیید کرد. انجمن تیروئید آمریکا، انجمن غدد درون ریز و انجمن متخصصین غدد درون‌ریز آمریکایی با این تصمیم مخالفت کردند و توصیه کردند که بیماران تحت درمان همان برندهای دارویی قبلی باقی بمانند. اگر نیاز است بیماران مارک تجاری داروی خود را عوض کنند یا از یک جایگزین ژنریک استفاده کنند، هورمون تحریک‌کننده تیروئید (TSH) باید شش هفته بعد بررسی شود. از آنجا که ممکن است تفاوت‌های ظریف بین فرمولاسیون‌های ترکیبی تیروکسین وجود داشته باشد، بهتر است روی یک فرمول باقی بمانند. اگر فرمولاسیون داروی فرد باید تغییر کند، نظارت بر تغییرات سطح سرمی TSA لازم است جهت بررسی لزوم تنظیم دوز انجام شود.

پس از شروع درمان، بیمار باید دوباره ارزیابی شود و TSH سرم باید در سه تا شش هفته اندازه گیری شود و در صورت نیاز تنظیم دوز انجام شود.

علائم هیپوتیروئیدی معمولا پس از دو تا سه هفته درمان جایگزین شروع به بهبود می‌کنند و ممکن است حداقل ۶ هفته طول بکشد تا از بین برود.

ممکن است دوز داروی تیروکسین در مدت سه هفته، در افرادی که بروز علائم در آن‌ها ادامه پیدا می‌کند و یا غلظت بالای TSH سرم دارند افزایش یابد.

حدود شش هفته طول می‌کشد تا پس از شروع درمان یا تغییر دوز آن تغییر سطح هورمون ثابت شود.

این فرایند افزایش دوز هورمون هر سه تا شش هفته بر اساس اندازه‌گیری‌های دوره‌ای TSH تا زمانی که به حالت طبیعی برسد (از ۰.۵ تا ۵،۰ mU / L) ادامه می‌یابد. پس از این، نظارت دوره‌ای مورد نیاز است.

پس از شناسایی دوز نگهدارنده مناسب، بیمار باید مورد بررسی قرار گیرد و TSH سرم باید یک بار در سال (یا بیشتر در صورت بروز نتایج آزمایش غیر طبیعی یا تغییر در وضعیت بیمار) اندازه گیری شود همچنین تنظیم دوز با افزایش سن و تغییر وزن بیمار لازم است.

جلوگیری از خطاهای پزشکی و جراحی

اشتباهات پزشکی و جراحی بسیار رایج است. که موجب افزایش پرونده‌های قصور پزشکی، هزینه مراقبت‌های پزشکی، مدت بستری بیمار در بیمارستان و عوارض و مرگ و میر در بیماران می‌شود.

دست نوشته‌هایی که تجربیات شخصی پزشکی در مورد خطاهای پزشکی و جراحی را شرح می‌دهد و در Disabled–World. com منتشر شد را می‌توانید در لینک زیر مشاهده کنید.

www. disabled-world. com/disability/publications/neck-cancer-patient. php

بهترین راه برای جلوگیری از اشتباهات این است که بیمار باید مدافع خود باشد یا یک عضو خانواده یا یک دوست خود را به عنوان مدافع سلامت و همراه خود معرفی کند.

خطاهای پزشکی می‌تواند توسط روش‌های زیر کاهش یابد:

- افزایش آگاهی و عدم تردید در مورد چالش کشیدن و درخواست توضیحات
- تبدیل شدن به یک متخصص در مسائل پزشکی خود
- داشتن خانواده و همراه در بیمارستان
- مشاوره با دیگران
- دریافت آموزش‌های پزشکی در مورد وضعیت و نیازهای یک فرد (قبل و بعد از جراحی)

وقوع خطاهای گروه درمان، اعتماد بیماران به ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را تضعیف می‌کند. درک و پذیرش مسئولیت توسط ارائه دهندگان خدمات پزشکی می‌تواند فاصله بین آن‌ها و بیمار را کاهش دهد و اعتماد از دست رفته را احیا کند. هنگامی که چنین گفتگو برقرار می‌شود، اطلاعات بیشتری در مورد شرایطی که موجب خطا شده است، روشن می‌گردد که می‌تواند موجب یاد گیری بیشتر گردد و به این ترتیب کمک می‌کند تا از اشتباهات مشابه جلوگیری شود.

بحث باز می‌تواند به بیماران اطمینان دهد که ارائه دهندگان خدمات درمانی شرایط بیماران را جدی گرفته و اقدامات لازم برای اطمینان از ایمنی بیماران را در زمان بستری در بیمارستان انجام می‌دهند.

عدم بحث در مورد اشتباهات با بیمار و خانواده، اضطراب، سرخوردگی و خشم را افزایش می‌دهد و در نتیجه باعث تداخل با بهبودی بیماران می‌گردد و البته، چنین خشمی نیز می‌تواند منجر به اتهام به قصور شود.

هوشیاری بیشتر توسط جامعه پزشکی می‌تواند اشتباهات را کاهش دهد. بدیهی است که خطاهای پزشکی باید تا آنجا که ممکن است به صورت انسانی جلوگیری شود؛ نادیده گرفتن آن‌ها تنها ممکن است به تکرار آن‌ها منجر شود. سیاست‌های سازمان‌های سلامتی باید چنین باشد که ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را تشویق کنند تا رخدادهای نامطلوب را افشا نمایند.

افزایش صداقت در پی بروز رویدادهای ناگوار در بیمار می‌تواند روابط ارائه دهنده و بیمار را بهبود بخشد.

مراحل پیشگیری مفیدی وجود دارد که می‌تواند توسط هر موسسه ارائه دهنده خدمات سلامتی اجرا شود.

آموزش بیمار و مراقبان آن‌ها در مورد وضعیت بیمار و برنامه درمان بسیار مهم است. از این طریق، ارائه دهندگان خدمات پزشکی می‌توانند در صورت وجود انحراف از درمان برنامه ریزی شده، از بروز اشتباهات جلوگیری کنند.

انجام این مراحل توسط مراکز پزشکی می‌تواند از خطاهای پزشکی جلوگیری کند:

- آموزش پزشکی بهتر و یکپارچه
- پیروی از استانداردهای معتبر مراقبت
- بررسی سوابق منظم، برای پیشگیری و اصلاح خطاهای پزشکی.
- استفاده از کارکنان پزشکی با تحصیلات و آموزش عالی.
- کارکنانی که اشتباهاتی را مرتکب می‌شوند مشاوره، توبیخ و آموزش دهید و کسانی را که به اشتباه کردن ادامه می‌دهند، اخراج کنید.
- الگوریتم‌ها (مجموعه دستورالعمل‌ها) را دقیقا دنبال کنید، پروتکل‌ها و چک لیست‌های bedside را برای تمام مداخلات ایجاد کنید.
- نظارت و ارتباطات را در میان ارائه دهندگان خدمات درمانی افزایش دهید.
- تمام خطاها را بررسی کرده و جهت جلوگیری از بروز مجدد آن‌ها اقدام کنید.
- به بیمار و همراهان در مورد وضعیت بیمار و برنامه‌های درمان اطلاع رسانی کنید و به آن‌ها آموزش دهید.
- داشتن یک عضو خانواده و یا دوست به عنوان یک مدافع بیمار، برای اطمینان از مناسب بودن مدیریت درمانی بسیار مناسب است.
- به شکایات بیمار و خانواده پاسخ دهید، مسئولیت پذیر باشید، با خانواده و کارکنان صحبت کنید و اقدامات لازم برای جلوگیری از خطا (ها) انجام دهید.

فصل سیزدهم: درمان پیشگیرانه، پیگیری "پرهیز از مصرف سیگار" واکسیناسیون

ترجمه: دکتر فرشته کلیایی

دستیار گوش و حلق و بینی

مراقبت‌های پزشکی و دندانی برای بیماران سرطانی ضروری است. خیلی از افراد با بیماری سرطان "دیگر مشکلات پزشکی خود را فراموش می‌کنند و روی سرطان خود به طور انحصاری" تمرکز می‌کنند.

بی اعتنایی به مسائل پزشکی دیگر می‌تواند عواقب جدی داشته باشد و روی خوب بودن و طول عمر اثر داشته باشد.

مهم‌ترین معیارهای پیشگیرانه برای لارنژکتومی و جراحی سر و گردن شامل موارد زیر است:

۱- مراقبت دندانی مناسب

۲- معاینه‌ی روتین توسط پزشک خانواده

۳- پیگیری روتین توسط متخصص گوش و حلق و بینی

۴- واکسیناسیون مناسب

۵- پرهیز از سیگار

۶- استفاده از تکنیک‌های مناسب جراحی (مثلاً استفاده از آب استریل برای شستشوی استئوما)

۷- تغذیه مناسب

پیگیری دندانی روتین و مراقبتهای پیشگیرانه در فصل ۱۴ بحث شده است.

استفاده از تکنیک‌های مناسب برای مراقبت از استئوما در فصل ۸ گفته شده است.

تغذیه‌ی مناسب در فصل ۱۱ بحث شده است.

پیگیری توسط متخصص داخلی و پزشک خانواده

پیگیری پزشکی مداوم توسط متخصص داخلی و متخصص گوش و حلق و بینی و رادیوانکولوژیست (برای بیمارانی که رادیوتراپی می‌شوند) و انکولوژیست (برای بیمارانی که شیمی درمانی می‌شوند) ضروری است.

با گذشت زمان از تشخیص اولیه "درمان و جراحی" پیگیری‌ها با دفعات کمتر انجام خواهد شد.

بیماران باید جهت تماس با پزشک خود در صورت وجود علائم جدید تشویق شوند.

چک آپ منظم باعث می‌شود هر گونه تغییری در سلامتی بیمار ثبت شود و هر گاه مشکلات اورژانسی جدیدی وجود داشته باشد ثبت و درمان شود. پزشک معاینه‌ی دقیق را برای عود سرطان انجام خواهد داد. چک آپ شامل معاینه‌ی کلی بدن و معاینه‌ی تخصصی گردن و راه هوایی و استئوما می‌باشد.

معاینه‌ی راه هوایی فوقانی به روش اندوسکوپیک یا دیدن غیر مستقیم با آینه برای دیدن نقاط غیر طبیعی است. مطالعات رادیولوژیک و دیگر مطالعات ممکن است در صورت نیاز انجام شود.

پیگیری توسط متخصص داخلی یا پزشک خانواده "مشابه دندانپزشک" برای تعیین مسائل پزشکی دندانی مهم است.

واکسیناسیون آنفلوانزا

واکسیناسیون علیه آنفلوانزا برای بیماران لارنژکتومی در هر سنی مهم است. درمان آنفلوانزا در این بیماران دشوارتر است. و واکسیناسیون ابزار پیشگیرانه‌ی مهمی است.

دو نوع واکسن آنفلوانزا وجود دارد :

۱- نوع تزریقی که برای همه‌ی سنین مناسب است.

۲- نوع استنشاقی (ویروس زنده) که فقط به افراد جوانتر (کمتر از ۵۰ سال) که بیماری نقص ایمنی نداشته باشند داده می‌شود.

واکسن‌های در دسترس شامل موارد زیر است:

۱- نوع flu shot: واکسن غیر فعال شده شامل ویروس کشته شده که توسط سوزن معمولا در ناحیه‌ی بازو تزریق می‌شود.

flu shot برای بیماران بزرگتر از شش ماه شامل، افراد سالم و افراد با بیماری‌های طبی مزمن تایید شده است.

۲- اسپری بینی واکسن آنفلوانزا: واکسن از ویروس زنده‌ی ضعیف شده تهیه شده است که باعث آنفلوانزا نمی‌شود.) گاهی اوقات LAIV یا flumist نامیده می‌شود. LAIV (یا flumist برای افراد سالم ۲ تا ۴۹ سال بجز خانم‌های باردار تایید شده است. یک مزیت برای بیماران لارنژکتومی شده این است که به طور کلی در این گروه کمتر عفونت‌های RSV رخ می‌دهد. این مسئله به این علت است که ویروس‌های سرماخوردگی به طور عمده روی بینی و گلو اثر می‌گذارند و از آنجا به بقیه‌ی بدن گسترش می‌یابند و چون بیماران لارنژکتومی از طریق بینی تنفس نمی‌کنند. ویروس‌های سرماخوردگی کمتر آن‌ها را عفونی می‌کند. برای بیماران لارنژکتومی دریافت کننده‌ی ایمنی واکسن آنفلوانزا استفاده از مبدل‌های گرم و مرطوب‌کننده‌ی فیلتر هوا heat and moisture exchanger اهمیت دارد تا هوایی را که به ریه می‌رسد فیلتر کند و نیز شستن دست‌ها قبل از لمس استئوما و فیلتر HME قبل از غذا خوردن مهم است. Atos (پرووکس) micron HME با فیلتر الکترواستاتیک طراحی شده است که میکروب‌های قوی را فیلتر کند و امکان عفونت ریوی را کم کند. ویروس آنفلوانزا قادر به گسترش از طریق تماس است بیماران لارنژکتومی که از پروتز صوتی استفاده می‌کنند و نیاز دارند که HME را برای صحبت کردن فشار دهند ممکن است ریسک بیشتری برای گسترش ویروس به طور مستقیم به ریه‌هایشان داشته باشند. شستشوی دست و استفاده از پاک کننده‌های پوستی می‌تواند از گسترش ویروس جلوگیری کند.

واکسیناسیون علیه باکتری پنوموکوکی

توصیه می‌شود بیماران لارنژکتومی و سایر افرادی که تراکئوستومی دارند علیه پنوموکوک که یکی از علل پنومونی (عفونت ریوی) است واکسینه شوند. در ایالات متحده‌ی امریکا دو نوع واکسن علیه باکتری پنوموکوک وجود دارد :

۱- واکسن ترکیبی پنوموکوکی (PCV 13 or prevnar 13)

۲- واکسن پلی ساکاریدی پنوموکوکی: یک واکسن پلی ساکاریدی پنوموکوکی ۲۳ ظرفیتی (پنوموواکس یا PPV23)

هر فردی باید با پزشک در مورد دریافت واکسن پنوموکوکی مشورت کند. مرکز کنترل بیماری‌ها دستورالعملی را در سایت www. cdc. gov/ vaccines منتشر کرده است.

جلوگیری ازمصرف سیگار و الکل

بیماران با سرطان‌های سر و گردن باید توصیه‌های لازم در مورد قطع سیگار را دریافت کنند. علاوه بر اینکه سیگار یک ریسک فاکتور مهم برای سرطان است. ریسک سرطان با مصرف همزمان الکل بیشتر می‌شود. سیگار ممکن است همچنین بر روی پیش‌آگهی سرطان اثر بگذارد. بیماران با سرطان حنجره که به مصرف سیگار و الکل ادامه می‌دهند. شانس کمتری را برای بهبود و شانس بیشتری برای تومور ثانویه دارند. وقتی که سیگار ادامه پیدا کند در طی رادیوتراپی و نیز بعد از آن می‌تواند شدت و مدت واکنش‌های مخاطی را افزایش دهد و خشکی دهان و نتایج را بدتر کند. مصرف سیگار و الکل مؤثر بودن درمان سرطان حنجره را نیز کم می‌کند.

بیماران که سیگار کشیدن را در حین رادیوتراپی ادامه می‌دهند. بقای طولانی مدت کمتری نسبت به افراد غیرسیگاری دارند.

فصل چهاردهم: مسائل مربوط به دندان و درمان با اکسیژن‌هایپر باریک

ترجمه: گروه مترجمین

مسائل مربوط به دندان می‌تواند جراحی لانژکتومی چالش برانگیز باشد، عمدتاً به علت اثرات طولانی مدت درمان رادیوتراپی، انتخاب بهداشت مناسب دندانی می‌تواند از این دسته مشکلات پیشگیری کند.

مسائل مربوط به دندان

مشکلات دندانی پس از مواجهه سر و گردن با درمان رادیوتراپی شایع است.

اثرات رادیوتراپی شامل:

- کاهش خون رسانی استخوان‌های فک تحتانی و فوقانی
- کاهش تولید و تغییر در ترکیب شیمیای بزاق
- تغییر در باکتری‌هایی که در دهان مجتمع هستند.

به علت این تغییرات، پوسیدگی دندان، درد و التهابات لثه و اطراف دندان‌ها می‌تواند این مسائل را با بهداشت مناسب دهان و دندان و مراقبت‌های لازم مثل تمیز کردن، شست‌وشوی مناسب و استفاده از خمیردندان دارای فلوراید پس از هر بار غذا خوردن می‌توان کاهش داد. استفاده از یک محلول تهیه شده با فلوراید جهت غرغره کردن و یا کاربرد آن بر روی لثه جهت پوسیدگی دندان مفید است. آبرسانی مناسب دهان و استفاده از جایگزین‌های بزاق در زمان نیاز نیز بسیار مهم است.

توصیه شده بیماران کاندید رادیوتراپی سر و گردن چند هفته قبل از شروع درمان ویزیت دندانپزشکی شوند. جهت معاینه دهان و دندان و پس از آن معاینه سالانه و یا دوبار در سال به صورت روتین جهت بیماران انجام شود.

تمیز کردن روتین دندان‌ها بسیار مهم است.

به علت اینکه رادیوتراپی خون رسانی استخوان‌های فک تحتانی و فوقانی را تغییر می‌دهد. بیماران ممکن است در خطر تخریب استخوان‌ها (استئورادیو نکروز) در این دو محل باشند.

بیماران باید قبل از شروع درمان رادیوتراپی به دندانپزشک خود اطلاع دهند.

پیشگیری از تخریب استخوانی ناشی از رادیوتراپی با تجویز اکسیژن پرفشار قبل و بعد از کشیدن دندان و یا هرگونه جراحی دندان امکان پذیر است. این درمان به خصوص در زمانی توصیه شده است که دندان تخریب شده در ناحیه‌ای قرار دارد که تحت اشعه با میزان بالا بوده است.

مشورت با متخصص رادیوتراپی درباره لزوم این درمان در بیماران کاندید رادیوتراپی مفید خواهد بود.

پیشگیری‌های دندانی

این پیشگیری‌ها می‌تواند خطر مشکلات دندانی را که در نهایت منجر به تخریب استخوانی ناشی از رادیوتراپی می‌شود را کاهش دهد.

درمان با فلوراید در کنار مسواک کردن مرتب، استفاده از نخ دندان نمی‌تواند به پیشگیری کمک کند.

مراقبت‌های خانگی روزمره توصیه شده شامل:

- استفاده از نخ دندان و مسواک کردن پس از هر وعده غذایی
- برس کشیدن روی زبان با یک برس مخصوص زبان یا یک مسواک نرم یک بار در روز
- شستشو با محلول سودا یک بار در روز (محلول سودا به خنثی کردن PH دهان کمک می‌کند. این محلول شامل یک قاشق غذا خوری سودا به علاوه دوازده اُز آب است، محلول شستشوی سودا را در طی روز می‌توان استفاده کرد.)

- استفاده از حامل‌های فلوراید در فلوراد یک بار در روز. این ماده به صورت تجاری در بازار وجود داشته و یا توسط دندانپزشک تهیه می‌شود. این مواد به مدت ده دقیقه روی دندان گذاشته می‌شود، پس از استفاده از این ماده تا ۳۰ دقیقه نباید دهان را شستشو داد و یا آب و غذا نوشید و یا خورد.

رفلاکس اسید معده

پس از جراحی‌های سر و گردن بسیار شایع است. به خصوص در بیماران با جراحی لانژکتومی‌های پارشیل یا کامل (فصل ۱۱ مطالعه شود) این مسئله باعث تخریب دندان‌ها به خصوص در فک تحتانی و در نهایت از دست رفتن دندان می‌شود.

این مسئله را می‌توان با تمهیدات زیر کاهش داد:

- استفاده از داروهای کاهنده اسید
- خوردن مقدار کمی غذا و مایعات در هر وعده
- دراز نکشیدن بلافاصله پس از خوردن
- بالا بردن سر وتنه در هنگام دراز کشیدن به میزان ۴۵ درجه

درمان با اکسیژن پرفشار: (HBO)

درمان با اکسیژن پرفشار شامل تنفس اکسیژن خالص در یک اتاق با فشار تنظیم شده است.

HBO یک درمان مناسب ثابت شده برای بیماری دکمپرشن (بیماری غواصان) است و می‌تواند به جهت پیشگیری از تخریب استخوانی ناشی از رادیوتراپی نکروز استفاده شود.

HBO در شرایط گسترده‌ای جهت درمان در پزشکی استفاده می‌شود. مثل:

- آمبولی شریانی گاز (حباب‌های گاز در جریان خون شریانی)
- بیماری دکمپرشن
- آسیب‌های له کننده بافت
- سوختگی‌ها
- مسمومیت با co
- گانگرن
- زخم‌هایی که بهبود نمی‌یابند
- عفونت پوست یا استخوان که منجر به مرگ بافتی می‌شود مثل تخریب استخوانی ناشی لز رادیوتراپی
- آسیب ناشی از رادیوتراپی
- پیوندهای پوستی وعضلانی در معرض خطر مرگ

در یک لحظه HBO با فشار هوا سه بار بیشتر از فشار نرمال افزایش داده می‌شود. تحت این شرایط ریه‌ها اکسیژن بیشتری نسبت به تنفس اکسیژن خالص در فشار معمولی دریافت می‌کنند.

خون این میزان اکسیژن را به سایر نقاط بدن حمل می‌کند و ترشح ماده شیمیایی به نام فاکتور رشد بافتی را تحریک می‌کند و سلول‌های مغز استخوان روند بهبودی را ارتقا می‌بخشند. وقتی بافتی آسیب می‌بیند اکسیژن بیشتری نسبت به زمان معمول جهت طی کردن روند بهبودی نیاز دارد. درمان HBO میزان اکسیژن خون را بالا برده و به طور موقت سطح گازهای خونی و عملکرد بافتی را بازیابی می‌کند. این مسئله موجب ارتقا روند بهبودی و توانایی بافت جهت مبارزه با عفونت می‌شود.

موارد درمان HBO به طور معمول این است و عوارض آن نادر است که شامل:

نزدیک بینی موقت، آسیب گوش میانی و داخلی (شامل آسیب مایع گوش و پارگی پرده گوش به علت فشار بالا) آسیب ارگانی به علت فشار بالای (باروتروما) و تشنج در نتیجه مسمومیت با اکسیژن.

اکسیژن خالص می‌تواند در صورت وجود جرقه یا تحریک منجر به ایجاد آتش شود. بنابراین استفاده از مواد محترقه مثل فندک و یا پودرهای باتری ممنوع است (در محفظه HBO)

درمان HBO می‌تواند به صورت سرپایی انجام شود و نیازی به بستری در بیمارستان ندارد.

بیماران بستری نیاز به انتقال دارند اگر امکانات HBO به صورت سرپایی فراهم باشد.

درمان در طی یک یا دو تنظیمات انجام می‌شود.

بخش طراحی شده جهت یک فرد (بخش monoplace): که بیمار روی یک میز قرار داده شده و به داخل یک لوله پلاستیکی تمیز فرستاده می‌شود.

بخش طراحی شده برای جادادن چندین فرد: بیماران ممکن است درازکشیده یا بنشینند و اکسیژن از طریق هود یا ماسک فراهم سازی شود.

در طی درمان HBO افزایش فشار هوا باعث ایجاد احساس پری در گوش‌ها به طور موقت می‌شود مانند حالتی که در هواپیما یا در ارتفاعات بالا ایجاد می‌شود این حالت با خمیازه کشیدن بهبود می‌یابد.

در جلسه درمان ممکن است یک یا دو ساعت طول بکشد. تیم مراقبین سلامت در طی جلسه بیماران را پایش می‌کند.

برخی شرایط مانند مسمومیت با Co می‌تواند در طی حداکثر ۳ جلسه درمان شود. سایر شرایط مانند تخریب استخوانی ناشی از رادیوتراپی یا زخم‌هایی که بهبود نمی‌یابند ممکن است به ۲۵ تا ۳۰ جلسه درمان نیاز داشته باشند.

HBO می‌تواند به طور ترکیبی در درمان بیماری دکمپرشن، آمبولی گاز و مسمومیت با Co استفاده شود.

برای درمان مؤثر در سایر شرایط HBO باید از همراهی با سایر درمآن‌ها و داروها به صورت درمان مکمل ممکن مورد استفاده قرار گیرد.

فصل پانزدهم: مسائل روانشناختی: افسردگی، خودکشی، ناشناخته بودن و بلاتکلیفی، به اشتراک گذاشتن علایم، دریافت کنندگان مراقبت و منبع حمایت

ترجمه دکتر آیدا ثنایی
دستیار گوش و حلق و بینی

بازماندگان سرطان سر و گردن، از جمله بیماران لارنژکتومی با بسیاری از چالش‌های روانی، اجتماعی و شخصی مواجه هستند. که دلیل عمده‌ی آن این است که سرطان سر و گردن و درمان آن بر برخی از اساسی ترین عملکردهای انسان تأثیر می‌گذارد: تنفس، خوردن، ارتباط و تعامل اجتماعی. درک این مسائل کم اهمیت‌تر از درمان‌های دارویی نیست.

بیماران پس از تشخیص سرطان احساسات و عواطف زیادی را تجربه می‌کنند که می‌تواند روز به روز، ساعت به ساعت یا حتی دقیقه‌ای به دقیقه‌ی دیگر تغییر کند و در نهایت فشار روانی سنگینی ایجاد کند.

برخی از این احساسات عبارتند از:

- انکار
- خشم
- ترس
- استرس
- اضطراب
- افسردگی
- ناراحتی
- احساس گناه
- تنهایی

برخی از چالش‌های روانشناختی و اجتماعی که این بیماران در معرض آن هستند عبارتند از:

- افسردگی
- اضطراب و ترس از بازگشت مجدد بیماری
- انزوای اجتماعی
- مصرف مواد مخدر
- تصویر ذهنی از جسم
- جنسیت
- بازگشت به کار
- تعامل با همسر، خانواده، دوستان، همکاران
- تأثیر اقتصادی بیماری

مقابله با افسردگی

بسیاری از افراد مبتلا به سرطان احساس ناراحتی یا افسردگی دارند. این احساس پاسخی طبیعی به هر بیماری جدی است. افسردگی یکی از سخت ترین مسائلی است که در بیماران مبتلا به سرطان تشخیص داده شده است. و همچنان،استیگمای اجتماعی ناشی از افسردگی، دسترسی و درمان آن را در سطح جامعه دشوار می‌سازد.

برخی از علائم افسردگی عبارتند از:

- احساس درماندگی و ناامیدی، یا بی معنا بودن زندگی
- علاقه نداشتن به داشتن خانواده و دوست
- بی علاقه بودن به سرگرمی‌ها و فعالیت‌های مورد علاقه‌ی قبلی
- بی اشتهایی و یا عدم علاقه به خوردن غذا
- گریه برای مدت زمان طولانی و یا چند بار در روز
- مشکلات خواب، بیش از حد یا خیلی کم خوابیدن
- تغییرات در سطح انرژی
- افکار خودکشی، از جمله داشتن برنامه و یا اقدام به خودکشی، و همچنین اغلب در مورد مرگ و میر فکر کردن

یکی از چالش‌های زندگی به دنبال لارنژکتومی در سایه وجود سرطان، سخت‌تر بودن مقابله با افسردگی است. عدم توانایی صحبت کردن و یا حتی صحبت کردن در مورد مشکل بوجود آمده، فرد را به انزوای بیشتری می‌برد. مراقبت‌های جراحی و پزشکی اغلب برای رسیدگی به چنین مسائلی کافی نیستند و پس از لارنژکتومی، باید به سلامت روانی بیماران توجه بیشتری شود.

مقابله با افسردگی و غلبه بر آن در روند درمانی بسیار مهم است و همچنین ممکن است بهبودی، شانس افزایش بقا و درمان نهایی را افزایش دهد. شواهد علمی زیادی در رابطه با ارتباط بین ذهن و بدن وجود دارد. اگر چه بسیاری از این ارتباطات هنوز کاملا درک نشده است، به خوبی می‌دانیم افرادی که انگیزه کافی برای بهبودی و ذهنیت مثبت تری دارند، در بیماری‌های جدی ،بهبودی سریعتری می‌یابند، طولانی‌تر زندگی می‌کنند و گاها حتی شانس زنده ماندن بیشتری دارند. در واقع، نشان داده شده است که این اثر ممکن است با تغییرات ایجاد شده در پاسخ‌های ایمنی سلولی و کاهش فعالیت‌های سلول‌های کشنده طبیعی مرتبط باشد.

البته، دلایل زیادی برای احساس افسردگی پس از تشخیص سرطان و زندگی در سایه‌ی آن وجود دارد. این بیماری برای بیماران و خانواده‌هایشان، ویرانگر است، حتی بیشتر از موضوع نداشتن دارو برای درمان بسیاری از انواع سرطان. معمولا زمانی بیماری کشف می‌شود که برای پیشگیری دیر شده است، و هنگامی که سرطان در مراحل پیشرفته کشف شود، خطر گسترش آن بالا بوده و احتمال درمان نهایی به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد.

پس از شنیدن خبر بد، افکار زیادی از ذهن بیمار عبور می‌کنند. "چرا من؟" و "آیا این می‌تواند درست باشد؟" افسردگی بخشی از ساز و کار نرمال بدن در برخورد با ناسازگاری است. اکثر مردم در چندین مرحله در مقابله با یک وضعیت دشوار و جدید مانند تبدیل شدن به یک بیمار لارنژکتومی شده ،درگیر می‌شوند. در ابتدای آن، انکار و انزوا، خشم، و به دنبال آن افسردگی، و در نهایت پذیرش شرایط بوجود آمده وجود دارد. بعضی از افراد در یک مرحله خاص مانند افسردگی یا خشم باقی می‌مانند، آنچه مهم است حرکت به سوی جلو و رسیدن به مرحله نهایی پذیرش بیماری و امید به زندگی است. به همین دلیل است که کمک‌های حرفه‌ای و همچنین درک و کمک خانواده و دوستان بسیار مهم است. بیماران با مساله مرگ خود، گاهی اوقات برای اولین بار در زندگی مواجه می‌شوند و مجبور به مقابله با بیماری و پیامدهای فوری و طولانی مدت آن هستند. از طرفی احساس افسردگی پس از تشخیص بیماری ،به بیمار اجازه‌ی پذیرش واقعیت را می‌دهد. با توجه به اینکه با آینده‌ای نامعلوم زندگی می‌کنید. با این حال، فکر کردن به این مساله که "کار بیشتری نمی‌توانم انجام دهم"،پذیرش آن را به طور موقت آسان‌تر می‌کند، و این مکانیزم مقابله‌ای ممکن است بدنبال مراقبت مناسب و کافی بوجود آمده و منجر به کاهش سریع کیفیت زندگی شود.

غلبه بر افسردگی

امیدواریم یک بیمار بتواند توانایی مبارزه با افسردگی را پیدا کند. بلافاصله پس از لارنژکتومی ممکن است افراد غرق وظایف و

واقعیت‌های روزمره شوند. اغلب آن‌ها دوره‌ای غم انگیز را در رابطه با از دست دادن صدا و وضعیت سلامت تجربه می‌کنند. تمایل به پیشرفت و غلبه بر ضعف می‌تواند نیروی محرکه‌ای باشد که روند صعودی بیماری را از بین ببرد. افسردگی ممکن است مجددا تکرار شود و نیاز به یک مبارزه مداوم برای غلبه بر آن وجود دارد.

برخی از روش‌های مبارزه با افسردگی در بیماران لارنژکتومی و مبتلا به سرطان سر و گردن شامل:

- اجتناب از سو مصرف مواد
- کمک خواستن
- بررسی علل پزشکی (مثلاً کم‌کاری تیروئید)
- تصمیم جهت فعال بودن
- کاهش استرس به حداقل
- مثال را برای دیگران تصورکنید
- بازگشت به فعالیت‌های قبلی
- داروهای ضد افسردگی را در نظر بگیرید
- پشتیبانی از خانواده، دوستان، حرفه، همکاران و گروه‌های حمایتی

این‌ها بعضی از راه‌های تجدید روحیه‌ی بیمار هستند:

- فعالیت‌های اوقات فراغت را توسعه دهید
- ایجاد روابط شخصی
- از لحاظ جسمانی فعال بودن
- ادغام مجدد اجتماع با خانواده و دوستان
- انجام کارهای داوطلبانه
- پیدا کردن پروژه‌های هدفمند
- استراحت

پشتیبانی توسط اعضای خانواده و دوستان بسیار مهم است. همکاری مداوم و کمک به زندگی دیگران می‌تواند موجب تقویت شود. می‌توان از تعامل با فرزندان و نوه‌ها لذت برد. مثال زدن برای کودکان و نوه‌های خود که در برابر ناسازگاری‌ها قرار نگیرند می‌تواند نیروی محرکه‌ی مقابله با افسردگی و ایجاد مقاومت باشد. درگیر شدن در فعالیت‌های مورد علاقه قبل از جراحی، می‌تواند یک هدف مستمر برای زندگی باشد. شرکت در فعالیت‌های گروهی بیماران لارنژکتومی می‌تواند منبع جدیدی جهت حمایت، مشاوره و دوستی باشد. کمک یک متخصص بهداشت روان مانند یک کارمند اجتماعی، روانشناس یا روانپزشک نیز می‌تواند مفید باشد. داشتن یک پزشک خوب و متخصص و یک پاتولوژیست گفتار که بتواند پیگیری مستمر انجام دهد، بسیار مهم است. مشارکت آن‌ها می‌تواند به بیماران در مقابله با مشکلات درمانی پزشکی و گفتاری کمک و به سلامت آن‌ها کمک کند.

خودکشی در بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن

میزان خودکشی در بیماران مبتلا به سرطان بر اساس مطالعات اخیر دو برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. این مطالعات به وضوح نیاز فوری به روانپزشک و شناخت و درمان مشکلاتی مانند افسردگی و افکار خودکشی در بیماران را نشان می‌دهد. در اغلب مطالعات، میزان بالای اختلالات افسردگی همراه با خودکشی در میان بیماران سرطانی دیده شده است. علاوه بر اختلالات افسردگی عمده و جزئی، میزان بالای افسردگی شدید در بیماران مبتلا به سرطان نیز وجود دارد که بعضی اوقات شناخته شده نیستند و به همین دلیل

تحت درمان قرار ندارند. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که تقریباً نیمی از خودکشی در بین افرادی که مبتلا به سرطان بودند، مربوط به بیمارانی است که در آن‌ها افسردگی شدید وجود داشته است. سایر عوامل مهم عبارتند از: اضطراب، اختلالات عاطفی، درد، فقدان سیستم‌های حمایت اجتماعی و روحیه ضعیف.

افزایش نسبی در میزان خودکشی در پنج سال اول پس از تشخیص سرطان بیشتر است و پس از آن به تدریج کاهش می‌یابد. با این حال، خطر در پانزده سال پس از تشخیص سرطان افزایش می‌یابد. میزان خودکشی بالاتر در بین بیماران مبتلا به سرطان مربوط به مردان، نژاد سفید و مجرد است. در میان مردان، میزان خودکشی بالاتر با سن بالاتر در زمان تشخیص بیماری مشخص می‌شود. میزان خودکشی در میان بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته بیشتر است. میزان خودکشی بر اساس نوع سرطان متفاوت است: بیشترین میزان در میان بیماران مبتلا به سرطان ریه و برونش، معده و سر و گردن، از جمله حفره دهان، رحم و حنجره است. شیوع بالاتر افسردگی در میان بیماران مبتلا به این نوع سرطآن‌ها وجود دارد. میزان بالای افسردگی در سرطان سر و گردن ممکن است به علت ایجاد اختلال در ظاهر برخی از عملکردهای اساسی افراد اعم از صحبت کردن، بلع و تنفس، با تأثیراتی ویرانگر بر کیفیت زندگی فرد همراه شود . غربالگری در بیماران مبتلا به سرطان برای افسردگی، ناامیدی، اضطراب، درد شدید، مشکلات مقابله‌ای و افکار خودکشی راهی مفید برای شناسایی افراد در معرض خطر است. مشاوره و ارجاع به متخصصان بهداشت روان در صورت لزوم ممکن است به کاهش خودکشی در بیماران مبتلا به سرطان کمک کند. این رویکرد همچنین شامل صحبت کردن با بیماران در معرض خطر ابتلا به خودکشی (و خانواده‌هایشان) در مورد کاهش دسترسی آن‌ها به رایج ترین روش‌های خودکشی است.

مقابله با آینده‌ای نامشخص

هنگامی که در فردی بیماری سرطان تشخیص داده شده و حتی پس از درمان موفق، رهایی از ترس بازگشت مجدد بیماری دشوار است. بیمارانی که این شرایط را می‌پذیرند نسبت به سایرین زندگی بهتر و شادتری دارند.

آنچه که پیش‌بینی آینده را دشوار می‌سازد این است که اسکن‌های مورد استفاده برای تشخیص سرطان (توموگرافی انتشار پوزیترون یا PET، توموگرافی کامپیوتری یا CT و MRI) عموما کانون سرطانی بزرگتر از یک اینچ راتشخیص می‌دهندو برای پزشکان تشخیص ضایعات کوچکتر دشوار است.

بنابراین بیماران باید واقعیت احتمال بازگشت سرطان را بپذیرند و بدانند که معاینه فیزیکی و هوشیاری بهترین راه برای نظارت بر وضعیت آن‌ها می‌باشد.

به طور کلی اکثر علائم جدید در یک دوره کوتاه از بین خواهند رفت. با گذشت زمان، اکثر مردم یاد می‌گیرند که دچار اضطراب نشوند و از تجربیات گذشته، حس مشترک و اطلاعات قبلی برای فهم علائم خود استفاده کنند.

امیدواریم، باگذشت زمان، پذیرفتن بیماری و برخورد با آینده‌ای نامعلوم، بهتر شود و بیماران زندگی کردن با بیماری را بیاموزند و در توازن میان ترس و پذیرش بیماری قرار بگیرند.

برخی از پیشنهادهایی که می‌توان در مواجهه با آینده‌ای نامعلوم، انجام داد عبارتند از:

- جدا شدن از بیماری
- تمرکز بر فعالیت و ویژگی غیر از سرطان
- ایجاد یک سبک زندگی که از استرس اجتناب می‌کند و صلح درونی را ترویج می‌کند
- ادامه بررسی‌های منظم پزشکی

به اشتراک گذاری تشخیص بیماری با دیگران

پس از تشخیص سرطان، بیمار باید تصمیم بگیرد که آیا می‌خواهد اطلاعات مربوط به بیماری را با دیگران به اشتراک بگذارد یا آنکه

می‌خواهد آن را به صورت خصوصی نگه دارد. افراد ممکن است تصمیم بگیرند اطلاعات خصوصی خود را بدون ترس از شرمساری، رد شدن یا تبعیض به صورت خصوصی حفظ کنند. برخی بیماران نمی‌خواهند از خودشان آسیب پذیری و ضعف نشان دهند یا احساس کنند که دیگران به آن‌ها ترحم می‌کنند. افراد مختلف، مخصوصا کسانیکه در مراحل انتهایی بیماری هستند ،دانسته یا ندانسته کمتر در معرض برقراری ارتباط در سطح جامعه قرار میگیرند. برخی ممکن است بابت از دست دادن دوستان و آشنایان خود نگران باشند،به این دلیل که نمی‌دانند چه باید بگویند یا چگونه رفتار کنند. نگه داشتن موضوع نزد خود می‌تواند انزوای عاطفی در فرد ایجاد کند، و بیمار با این واقعه جدید بدون داشتن پشتیبان مواجه شود. بعضی ممکن است تشخیص را تنها با تعداد محدودی از افراد به اشتراک بگذارند تا دیگران را از آسیب عاطفی نجات دهند. به اشتراک گذاری اطلاعات با خانواده و دوستان ممکن است دشوار باشد و بهتر است به گونه‌ای ارائه شود که به توانایی‌های فردی رسیدگی شود. بهترین راه در برقراری ارتباط، ارائه اطلاعات مرحله به مرحله و اجازه‌ی پرسش سؤالات و ابراز احساسات، ترس و نگرانی است. گفتن خبر به شیوه‌ای خوش بینانه و برجسته کردن پتانسیل بهبودی، می‌تواند آن را آسان‌تر کند. گفتن به بچه‌های کوچک می‌تواند چالش برانگیز باشد و بهترین کار با توجه به توانایی‌های آن‌ها برای هضم اطلاعات است. بعد از جراحی و به خصوص پس از یک جراحی لارنژکتومی، پنهان کردن بیماری دیگر امکان پذیر نمی‌باشد. اکثر مردم بیماری خود را با دیگران به اشتراک می‌گذارند. آن‌ها به طور کلی کشف می‌کنند که دوستانشان آن‌ها را رها نمی‌کنند و از حمایت و تشویق برخوردار می‌شوند و به آن‌ها در زمان دشواری کمک می‌کند. با "بیرون آمدن از انزوا" و به اشتراک گذاری بیماری خود، دیگر از بیماری خود شرمنده نیستندو یا احساس ضعف نمی‌کنند.

بیماران لارنژکتومی گروه کوچکی از مبتلایان به سرطان هستند. با این حال، آن‌ها در یک موقعیت منحصر به فرد قرار دارند چرا که آن‌ها را از روی گردن و از طریق صدا به راحتی می‌توان تشخیص داد. آن‌ها نمی‌توانند این واقعیت تنفس از طریق استوما و صحبت کردن با صدای ضعیف و گاه مکانیکی را پنهان کنند. با این حال، حتی پس از تشخیص سرطان، یک زندگی مولد و معنی دار همچنان امکان پذیر است.

مراقبت از یک فرد دوست داشتنی مبتلا به سرطان

مراقبت از یک فردی که او را دوست داریم و مبتلابه یک بیماری جدی مانند سرطان سر و گردن شده است بسیار دشوار است و می‌تواند به لحاظ جسمی و احساسی بها یی سنگین در پی داشته باشد. مراقبین باید اهمیت کاری را که انجام می‌دهند بدانند، حتی وقتی که گمان می‌کنند هیچ کاری انجام نمی‌دهند. مراقبان اغلب از مرگ بالقوه عزیزان خود و زندگی بدون آن‌ها می‌ترسند. این می‌تواند بسیار اضطراب آور و عامل ایجاد افسردگی باشد. بعضی از افراد با نادیده گرفتن تشخیص سرطان موافق هستند و معتقدند که بیماری آن‌ها جدی نیست.

فرد مراقبت کننده اغلب فداکاری می‌کند و خودش را با نیازهای بیمار تطابق می‌دهد. آن‌ها اغلب ترس خویش را آرام می‌کنند و از آن حمایت می‌کنند، گرچه خشم، ناامیدی و اضطراب غالب است. این سرخوردگی‌ها ممکن است در کسانی که سرطان سر و گردن دارند اغلب بصورت اغراق آمیز باشد. مراقبان اغلب احساسات خود را سرکوب می‌کنند و احساسات خود را برای جلوگیری از ناراحتی فرد بیمار پنهان می‌کنند. این بسیار هزینه بر و دشوار است. برای بیمار و مراقبان خود مفید است که به طور آشکار و صادقانه با یکدیگر صحبت کنند، احساسات، نگرانی‌ها و آرزوهای خود را به اشتراک بگذارند. این ممکن است برای کسانی که صحبت کردن برای آن‌ها دشوار است چالش برانگیز باشد. کمک از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی به طور مشترک برای ارتباط بهتر و تسهیل تصمیم گیری مشترک، امکان پذیر می‌باشد. متأسفانه، رفاه مراقبین اغلب نادیده گرفته می‌شود، زیرا تمام توجه به فرد بیمار متمرکز می‌شود. با این حال، ضروری است که نیازهای مراقبت کننده نادیده گرفته نشود. دریافت مراقبت‌های جسمی و احساسی از طریق دوستان، خانواده، گروه‌های پشتیبانی و متخصصین بهداشت و روان می‌تواند برای فرد مراقبت کننده بسیار مفید باشد. مشاوره حرفه‌ای می‌تواند به صورت

فردی یا مشترک با سایر اعضای خانواده و یا حتی همراه بیمار باشد. فرد مراقبت کننده باید زمانی را هم برای خود و برای افزایش انرژی خود صرف کند. اختصاص دادن این زمان به فرد مراقبت کننده کمک می‌کند تاهمچنان به مراقبت و حمایت از بیمار ادامه دهد.

منابع حمایتی اجتماعی و عاطفی

پذیرفتن سرطان حنجره یا هر سرطانی با منشا سر و گردن می‌تواند زندگی فرد و زندگی افراد نزدیک را تحت تأثیر قرار دهد. کنترل این تغییرات می‌تواند دشوار باشد. کمک رسانی جهت مقابله‌ی بهتر با این تغییرات و مسائل روانشناسی و اجتماعی بسیار مهم است. بار عاطفی بوجود آمده شامل نگرانی در مورد درمان و عوارض جانبی آن، مدت اقامت در بیمارستان و تأثیر اقتصادی آن از جمله نحوه مقابله با صورتحساب پزشکی است. نگرانی‌های اضافه‌تر مربوط به مراقبت از یکی از اعضای خانواده، حفظ شغل و توانایی ادامه فعالیت‌های روزانه می‌باشد.

دسترسی به دیگر بیماران لارنژکتومی و گروه‌های حمایت از مبتلایان به سرطآن‌های سر و گردن می‌تواند مفید باشد. ویزیت در بیمارستان و خانه توسط دیگر بازماندگان می‌تواند با حمایت از بیمار، روند بهبودی را بهبود بخشد. افراد بهبود یافته از سرطان سر و گردن و حنجره اغلب می‌توانند به عنوان نمونه‌ای برای ارتقاء موفقیت آمیز برای سایر بیماران، توانایی بازگشت کامل به زندگی مفید را فراهم آورند.

منابع برای پشتیبانی عبارتند از:

- اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی (پزشکان، پرستاران و آسیب شناسان گفتار و زبان) می‌توانند سؤالات مربوط به درمان، کار یا فعالیت‌های دیگر را پاسخ دهند.
- به اشتراک گذاری احساسات و نگرانی‌ها با کارشناسان اجتماعی، مشاوران و یا اعضای روحانیت مفید خواهد بود. کارشناسان اجتماعی می‌توانندر جهت تامین کمک مالی، حمل و نقل، مراقبت در منزل و حمایت روحی فرد را راهنمایی کنند.
- گروه‌های حمایت کننده از بیماران لارنژکتومی و سایر افراد مبتلا به سرطان سر و گردن می‌توانند آنچه که در مورد مقابله با سرطان یاد گرفته‌اند را با سایر بیماران و اعضای خانواده به اشتراک بگذارند. گروه‌ها می‌توانند از طریق تلفن، یا از طریق اینترنت ارتباط برقرار کنند. اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی ممکن است بتوانند در یافتن گروه‌های حمایتی کمک کنند.

انجمن بین المللی لارینژکتومی و فهرستی از باشگاه‌های لارنژکتومی محلی در ایالات متحده و بین المللی را در سایت زیر قرار داده است.

/www. theial. com/ial

برخی از مزایای لارنژکتومی:

- خرویف کمتر
- داشتن دلیل برای نبستن کراوات
- عدم احساس بوهای محرک
- تجربه سرماخوردگی کمتر
- ریسک کمتر مواد غذایی در ریه‌ها
- لوله‌گذاری راحت در موارد اورژانس

فصل شانزدهم :کاربرد سی تی اسکن، امآرآی و PET اسکن در تشخیص و پیگیری سرطان

ترجمه: دکتر گلناز صادقیان

دستیار گوش و حلق و بینی

سی تی اسکن، امآرآی و PET اسکن، ابزارهای تصویربرداری غیر تهاجمی هستند که دیدن ساختارهای درونی بدن را مقدور می‌سازند. آن‌ها همچنین جهت شناسایی سرطان و پیگیری پیشرفت و پاسخ آن به درمان به کار برده می‌شوند.

امآرآی جهت تشخیص، مرحله بندی و برنامه ریزی درمان سرطان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

جزو اصلی دستگاه امآرآی آهن ربای لوله‌ای یا سیلندری شکل می‌باشد که از امواج رادیوفرکوئنسی غیر یونیزان، آهن‌رباهای قدرتمند و یک کامپیوتر استفاده می‌کند، این تکنولوژی تصاویر با مقاطع عرضی و با جزییات از درون بدن تولید می‌کند. در بعضی موارد مواد حاجب جهت شفاف ساختن ساختارهای مشخصی در بدن استفاده می‌شود، این مواد ممکن است با سرنگ یا سوزن به صورت مستقیم به جریان خون تزریق شود، و یا بلعیده شود ؛ بستگی به منطقه‌ای از بدن دارد که مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

توسط امآرآی افتراق بین بافت بیمار از سالم ممکن می‌شود و به صورت دقیق تومور را در بدن نشان می‌دهند. همچنین جهت تشخیص متاستازها (پخش شدگی تومور) هم مفید هستند.

علاوه بر این، امآرآی تمایز بیشتری را بین بافت‌های نرم بدن نسبت به سی‌تی‌اسکن ایجاد می‌کند. بنابراین مخصوصا جهت تصویربرداری مغز، نخاع، بافت هم‌بندی، عضلات و داخل استخوان‌ها مفید هستند.

جهت اجرای MRI، بیمار در وسیله‌ی بزرگی دراز می‌کشد که میدان مغناطیسی تولید کرده که در راستای مغناطیس هسته‌های اتمی بدن می‌باشد.

امآرآی بدون درد می‌باشد. برخی بیماران احساس متوسط تا شدید اضطراب و بی قراری را حین تست گزارش می‌کنند. برای بیماران مبتلا به ترس در محیط‌های بسته و افرادی که دراز کشیدن طولانی مدت برای آن‌ها دشوار است آرام بخش ضعیف قبل از تست می‌تواند تجویز شود. دستگاه امآرآی صداهای بلند ضربه، کوبش و همهمه تولید می‌کند. پوشیدن گوشگیر می‌تواند از اثرات صدا بکاهد.

سی تی نوعی تصویربرداری پزشکی است که از اشعه‌های ایکس پردازش شده‌ی کامپیوتری جهت تولید تصاویر یا مقاطع توموگرافیک از ناحیه مشخصی از بدن بیمار استفاده می‌کند. این تصاویر با مقاطع عرضی جهت اهداف تشخیصی و درمانی در بسیاری از رشته‌های پزشکی استفاده می‌شود. پردازش‌های کامپیوتری دیجیتال جهت تولید تصاویر سه بعدی از درون بدن یا اندام‌ها از تعداد زیادی از تصاویر دوبعدی ایکس ری که حول یک محور چرخشی واحد گرفته شده استفاده می‌شود.

PET اسکن نوعی تست تصویربرداری پزشکی هسته‌ای که تصاویر سه بعدی یا عکس‌هایی از فرآیندهای متابولیک بدن تولید می‌کند. از ماده‌ای رادیواکتیو به نام «ردیاب» استفاده می‌کند که از طریق وریدی جهت پیداکردن بیماری وارد می‌شود. این ردیاب از میان خون سفر می‌کند و در ارگان‌ها و بافت‌های با فعالیت متابولیک بالا تجمع می‌یابد. یک PET اسکن می‌تواند به صورت دقیقی فعالیت سلولی کل بدن را به تصویر بکشد.

از آنجایی که PET اسکن فعالیت متابولیک با هر علتی را شناسایی می‌کند، مثل سرطان، عفونت یا التهاب، به اندازه کافی اختصاصی نمی‌باشد و نمی‌تواند بین آن‌ها افتراق دهد. این موضوع می‌تواند منجر به تفاسیر دوپهلوی نتایج شود که شک و تردید ایجاد کرده و می‌تواند منجر به تست‌های بیشتری شود که نیاز نبوده است. علاوه بر آن بعلت بار مالی ایجاد شده می‌تواند منجر به اضطراب و استیصال شود.

علاو بر آن باید دانست که این تست‌ها کامل نیستند و می‌توانند تومورهای کوچکتر از یک اینچ را شناسایی نکنند. معاینه فیزیکی دقیق باید با اسکن همراه شود.

PET و سی‌تی‌اسکن معمولا در یک جلسه انجام می‌شوند و توسط یک دستگاه اجرا می‌شوند. در حالی که PET عملکرد بیولوژیکی بدن را نشان می‌دهد، سی‌تی‌اسکن اطلاعاتی را با توجه به مکان افزایش متابولیک فراهم می‌کند. توسط ترکیب این دو تکنولوژی، پزشک به صورت دقیقی سرطان را شناسایی و تشخیص می‌دهد.

توصیه کلی بر این است که با سپری شدن زمان بیشتری از جراحی برداشتن سرطان، PET /سی تی کمتری انجام شود. به صورت عمومی PET/ سی تی هر سه تا شش ماه در سال اول، سپس هر شش ماه در طی سال دوم و سپس به صورت سالانه تا پایان زندگی اجرا می‌شود. این توصیه‌ها هرچند بر مبنای مطالعه‌ای نمی‌باشد و تنها بر اساس توافق نظر بین متخصصین می‌باشد. اگر یافته‌ای مشکوک پیدا شود اسکن‌های بیشتری انجام می‌شود. در زمان برنامه ریزی برای انجام PET سی‌تی‌اسکن باید مزایای اطلاعات بدست آمده از آن به اثرات تخریبی مواجهه با اشعه‌های یونیزان و ایکس ری سنگینی کند.

گاهی پزشکان به PET نیازی ندارند و تنها سی تی اسکن از نقطه‌ی مشخصی از بدن را درخواست می‌کنند که این سی تی اسکن در مقایسه با ترکیب سی تی /PET دقیق‌تر است، مورد قبلی می‌تواند با تزریق کنتراست جهت کمک به تشخیص همراه شود.

گاهی سی تی کمک کننده نمی‌باشد، مخصوصا در افرادی که کارهای دندانی وسیعی انجام داده‌اند، نظیر پرکردن، روکش یا ایمپلنت که می‌تواند با داده‌ها تداخل ایجاد نماید. عدم اجرای سی تی بیمار را از دریافت اشعه معاف می‌کند. در عوض ام آرآی از آن ناحیه می‌تواند اجرا شود.

هنگام تماشای اسکن‌ها، رادیولوژیست اسکن جدید را با قبلی‌ها مقایسه می‌کند تا هرگونه تغییری را تشخیص دهد. این حالت می‌تواند جهت مشخص کردن پاتولوژی‌ها مفید واقع شود.

فصل هفدهم: مراقبت‌های فوری، احیاء قلبی ریوی (CPR) و مراقبت از لارنژکتومی‌ها در طی بیهوشی

ترجمه: دکتر سارا مرادی

دستیار گوش و حلق و بینی

نجات تنفسی برای افرادی که تحت لارنژکتومی قرار گرفته‌اند و افراد دارای تنفس گردنی

لارنژکتومی‌ها و بیماران دارای تنفس گردنی در هنگام بروز مشکلات تنفسی یا زمانی که نیاز به احیای قلبی و ریوی دارند (CPR) در معرض خطر مراقبت‌های ناکافی هستند.

در اغلب موارد کارکنان اورژانس (EDs) و پرسنل خدمات پاسخگویی اورژانس (EMS)، بیمارانی را که دارای تنفس گردنی هستند، تشخیص نمی‌دهند و نمی‌دانند چگونه به نحو مناسب جهت مدیریت مراقبت از این بیماران از اکسیژن استفاده کنند و هنگامی که تنفس دهان به استوما نیاز است، ممکن است به اشتباه تنفس دهان به دهان دهند. هنگامی که بیمار به اکسیژن حیاتی نیاز دارد، این اشتباه می‌تواند عواقب وخیمی داشته باشد.

بسیاری از کارکنان پزشکی با مراقبت از لارنژکتومی‌ها آشنایی ندارند، زیرا عمل لارنژکتومی نسبتا نادر است.

در حال حاضر سرطان‌های حنجره زود هنگام تشخیص داده شده و درمان می‌شوند.

به طور کلی، لارنژکتومی کامل فقط برای تومورهای بزرگ یا برای تومورهایی که با وجود درمان‌های قبلی، عود داشته‌اند تجویز می‌شود.

در حال حاضر تنها حدود ۶۰۰۰۰ بیمار در ایالات متحده تحت این روش درمان قرار گرفته اند. در نتیجه، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی حاد با افرادی که تحت لارنژکتومی قرار گرفته‌اند تماس کمتری دارند.

این بخش نیازهای ویژه افرادی که تحت لارنژکتومی قرار گرفته‌اند و سایر بیماران با تنفس‌های گردنی را شرح می‌دهد، تغییرات آناتومیک پس از لارنژکتومی را توضیح می‌دهد ،نحوه صحبت کردن بیماران لارنژکتومی و چگونگی تشخیص آنان را مشخص می‌کند. توضیح می‌دهد که چگونه بیمارن با تنفس گردنی را تشخیص دهیم و روش‌ها و تجهیزات مورد استفاده در نجات این بیماران را توضیح می‌دهد.

علل اختلال تنفسی ناگهانی در لارنژکتومی

شایع‌ترین علل جراحی لارنژکتومی سرطان سر و گردن است. بسیاری از لارنژکتومی‌ها نیز از مشکلات پزشکی دیگر ناشی از بدخیمی‌ها و عوارض درمان آن که شامل رادیوتراپی، جراحی و شیمی درمانی است، رنج می‌برند

بیماران لارنژکتومی در صحبت کردن نیز مشکل دارند و بنابراین باید از روش‌های مختلف برای برقراری ارتباط استفاده کنند.

شایع‌ترین علت مشکل ناگهانی تنفس در لارنژکتومی‌ها، مسدود شدن راه هوایی به علت وارد شدن جسم خارجی یا پلاک مخاطی است. همچنین لارنژکتومی‌ها ممکن است از سایر بیماری‌های پزشکی از قبیل مشکلات قلبی، ریوی و عروقی که اغلب با سن مرتبط هستند رنج ببرند.

لارنژکتومی توتال (کامل)

آناتومی افراد تحت لارنژکتومی تغییر کرده و با افراد غیر لارنژکتومی متفاوت است.

پس از لارنژکتومی کامل، بیمار از طریق استوما نفس می‌کشد (باز کردن نای در گردن). دیگر ارتباطی بین نای و دهان و بینی وجود ندارد.

تشخیص بیماران لارنژکتومی ممکن است دشوار باشد زیرا بسیاری از آنان استومای خود را با فوم یا محافظها و لباس‌ها می‌پوشانند

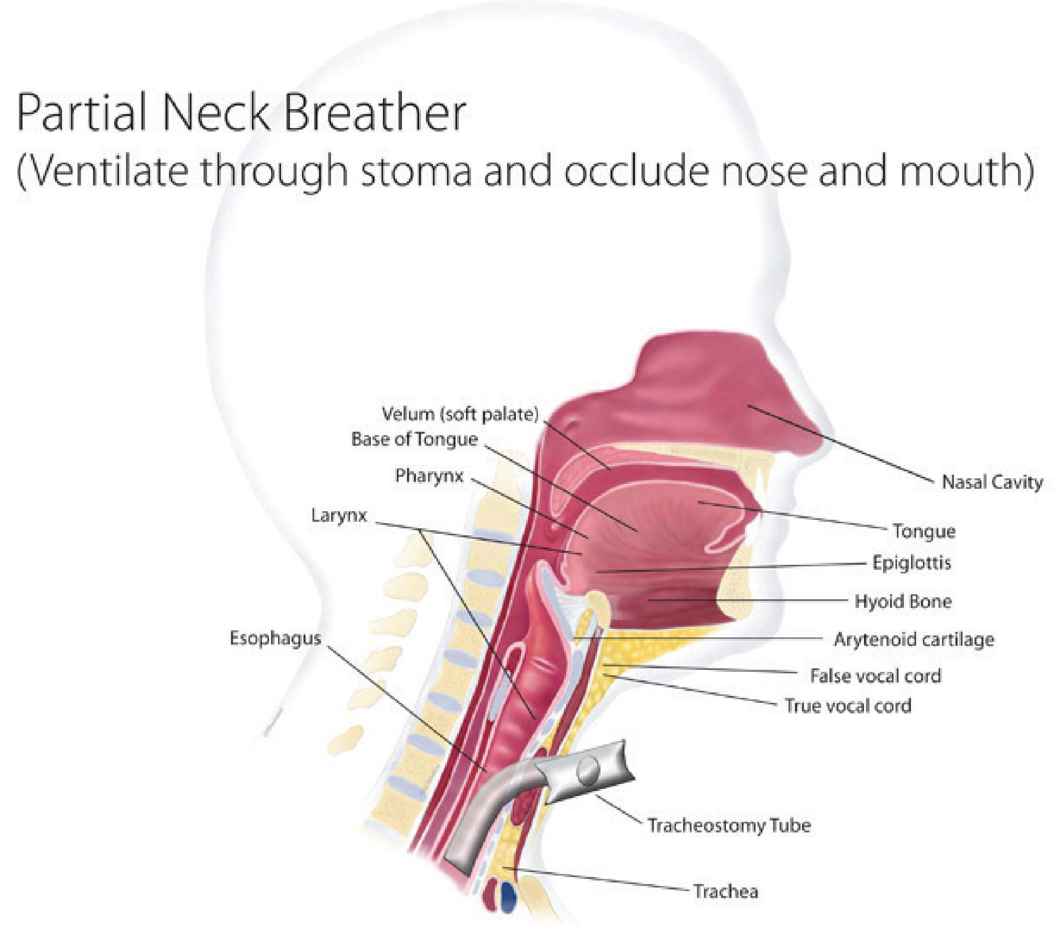
و بسیاری از آنان یک مبدل حرارتی - رطوبتی (HME) و یا یک دستگاه هندزفری بر روی استومای خود اعمال می‌کنند. (شکل ۱)

روش‌های ارتباطی لارنژکتومی‌ها

بیماران لارنژکتومی از روش‌های مختلفی ارتباطی استفاده می‌کنند. (فصل ۶)
از جمله: نوشتن، زبان اشاره‌ای، لب‌خوانی، و ۳ راه دیگر شامل صحبت کردن مروی، پروتز صدا از طریق سوراخ نای مری (TEP) و حنجره الکترونیکی (دستگاه حنجره مصنوعی).
هر یک از این روش‌ها لرزش ایجاد شده توسط طناب‌های صوتی را با منبع دیگری جایگزین می‌کند در حالی که شکل‌گیری واقعی کلمات توسط زبان و لب‌ها انجام می‌شود.

تفاوت تنفس گردنی پارشیال و توتال

ارائه دهندگان خدمات سلامتی لازم است تنفس گردن نسبی را از نفس گردن کامل تشخیص دهند زیرا مدیریت درمانی هر گروه متفاوت است.
در لارنژگتومی کامل نای به راه هوایی فوقانی در گردن متصل نیست و همه تهویه تنفس از طریق تراکئوستومی انجام می‌شود حال آنکه در لارنژکتومی پارشیال اگر چه محل تراکئوستومی در گردن وجود دارد، اما هنوز ارتباط بین نای و راه هوایی فوقانی حفظ شده و با اینکه بیشتر تنفس این افراد از طریق استوما است، قادر به تنفس از دهان و بینی نیز می‌باشند و تنها میزان تنفس از طریق راه هوایی فوقانی در این افراد متفاوت است. بسیاری از بیماران با تنفس نسبی از طریق لوله ترکئوستومی تنفس می‌کنند که ممکن است از استوما خارج شود و اغلب به گردن وصل می‌شود. عدم شناخت صحیح بیماران با تنفس نسبی گردنی می‌تواند منجر به درمان نامناسب شود.



شکل ۱۷-۱ تشریح نفس کشیدن گردن لارنژکتومی ناقص

مراحل احیای بیمار با تنفس گردنی:

۱. میزان پاسخگویی بیمار را تعیین کنید

۲- خدمات پزشکی اضطراری را فعال کنید.

۳- وضعیت فرد را با بالا بردن شانه‌هایش تغییر دهید.

۴- گردن را مشخص کرده و هر چیزی که روی استوما را می‌پوشاند، خارج کنید. مانند فیلتر یا پارچه، که ممکن است از دسترسی به راه هوایی جلوگیری کند.

۵- راه هوایی را ایمن کنید و هر چیزی(فیلتر یا HME) که راه هوایی را مسدود کرده خارج کنید.

۶- استوما را از ترشحات پاک کنید.

نیازی به خروج HOUSING استوما نیست مگر اینکه راه هوایی را مسدود کرده باشد.

لوله‌های لارنژکتومی یا دکمه‌های استومی به دقت برداشته شوند.

پروتزهای صوتی نباید خارج شود مگر اینکه راه هوایی را مسدود کرده باشند، زیرا معمولا با نفس یا ساکشن کردن مداخله نمی‌کند.

اگر پروتز از محل خود خارج شود، باید بعد از برداشتن آن، با کاتتر (لوله‌ای مناسب) جایگزین شود تا از ورود مواد خارجی و بسته شدن سوراخ جلوگیری شود. ممکن است نیاز باشد لوله تراشه پس از ریختن ۲-۵ سی سی نرمال سالین ساکشن شود یا جهت پاک کردن هر گونه پلاک مخاطی، کاملا (هر دو قسمت بیرونی و داخلی) جدا شود.

استوما باید تمیز و ساکشن شود.

گام بعدی این است که به صدای تنفس در استوما گوش کنید.

اگر لوله تراکئوستومی مسدود شود، احتمالا قفسه سینه بالا نمی‌آید.

اگر یک لوله تراکئستومی برای احیاء استفاده شود، باید از مدل‌های معمول کوتاهتر باشد تا با طول لوله تراشه تناسب داشته باشد.

لوله باید به دقت گذاشته شود تا پروتز صوتی را خارج نکند در اینجا ممکن است به یک لوله کوچکتر نیاز باشد.

اگر بیمار به طور معمول نفس بکشد، باید مانند هر بیمار بیهوش دیگری درمان شود. در صورت تجویز طولانی مدت، اکسیژن باید مرطوب شود.

به علت فیبروز پس از رادیوتراپی، ممکن است یافتن نبض شریان اصلی گردن (کاروتید) در بعضی از بیماران لارنژکتومی دشوار باشد. اگر پیوندی از دست بیمار برای بازسازی راه هوایی فوقانی استفاده شده باشد، ممکن است پالس شریان رادیال آن دست وجود نداشته باشد.

شکل ۱۷-۲ ماسک اکسیژن

شکل ۱۷-۳ ماسک و کیسه هوا مخصوص استفاده در احیای تنفسی نوزادان

احیای بیماران با تنفس گردنی کامل

احیاء قلبی ریوی برای این بیماران جز یک قدم، همانند افراد دیگر است.
این بیماران تهویه را از طریق استومای خود انجام می‌دهند پس جهت این بیماران بجای تهویه دهان به دهان باید تهویه دهان به استوما انجام داد و یا با استفاده از ماسک اکسیژن (ماسک نوزاد / کودک نو پا یا ماسک بالغ با چرخش ۹۰ درجه) انجام داد.

احیای بیماران با تنفس گردنی نسبی

اگرچه این بیماران بطور عمده از طریق استوما تنفس می‌کنند اما هنوز بین ریه‌ها و بینی و دهان آنان ارتباط وجود دارد.
بنابراین، هوا می‌تواند از دهان و / یا بینی فرد خارج شود، بنابراین اثر بخشی تهویه را کاهش می‌دهد.
هنگامیکه هوادهی این بیماران از طریق استوما انجام شود، دهان و بینی آن‌ها باید برای جلوگیری از فرار هوا بسته شود.
این کار را با محکم نگه داشتن دهان و بینی بیمار حین تهویه انجام دهید.
در نتیجه: پرسنل اورژانس و کارکنان EMS باید در تشخیص کسانی که از دهان و بینی تنفس نمی‌کنند، هوشیار باشند.
دانش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در جوامع مختلف ممکن است متفاوت باشد. بسیاری از ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با انواع تهویه بیماران با تنفس گردنی آشنا نیستند، گرچه این موارد در دوره‌های CPR تدریس می‌شود.
افزایش اطلاعات پرسنل پزشکی در تشخیص تنفس گردنی و تمایز تنفس نسبی از کامل ضروری است.
تهویه مناسب از طریق استوما و جزئیات خاص CPR تنفس‌های گردنی باید به صورت دوره‌ای آموزش داده شود.
جامعه پزشکی و EMS باید دانش خود را در مورد درمان و مراقبت مناسب از این بیماران افزایش داده و به روز رسانی و حفظ نمایند تا مراقبت مؤثر این افراد در شرایط فوری فراهم شود.
مشکلات تنفسی منحصر به لارنژکتومی شامل ایجاد تجمع مخاطی و ورود جسم خارجی است.
با وجود تنفس عمدتا از راه استوما در تفس گردنی پارشیال هنوز هم بین ریه‌ها، بینی و دهان آن‌ها ارتباط وجود دارد.
در مقابل، چنین ارتباطی در تنفس گردنی کامل وجود ندارد.
هر دو مورد باید از طریق تراکئوستومی تهویه شوند.
دهان و بینی افراد با تنفس گردنی نسبی در هنگام تهویه القایی جهت جلوگیری از فرار هوا محکم گرفته شود.
از ماسک سوپاپ دار نوزاد یا کودک نو پا باید در تهویه از طریق استوما استفاده گردد.

اطمینان از مراقبت اورژانس مؤثر در افراد دارای تنفس گردنی از جمله لارنژکتومی‌ها

بیماران با تنفس گردنی در معرض خطر بالای عدم دریافت مراقبت‌های تنفسی کافی و مناسب در احیاء به دلیل کوتاهی نفس قرار دارند.

با روش‌های زیر می‌توان از این خطر پیشگیری کرد:

۱- دستبند شناسایی تنفس کنندگان گردنی

۲- داشتن لیستی که وضعیت پزشکی آنان، داروهایشان، نام پزشک و اطلاعات تماس با آنان را توضیح دهد.

۳- برچسب لارنژکتومی در پشت شیشه ماشین آن‌ها چسبانیده شود که حاوی اطلاعات در مورد مراقبت از آن‌ها در شرایط اضطراری باشد.

۴- قرار دادن یک یادداشت "تنفس کننده گردنی" روی درب جلو ماشین جهت شناسایی این افراد

۵- استفاده از الکترولارنکس می‌تواند بسیارمفید باشد و ارتباط را حتی در موارد اضطراری امکان پذیر سازد.

کسانی که از TEP برای صحبت استفاده می‌کنند ممکن است در شرایط اضطراری قادر به صحبت کردن نباشند زیرا ممکن است خروج HME در آن شرایط لازم باشد.

۶- اطلاع رسانی به اورژانس EMS و اداره پلیس محلی

این افراد خود را باید به عنوان تنفس کننده گردنی به این مراکز محلی معرفی کنند و اظهار کنند که ممکن است در شرایط اضطراری قادر به صحبت کردن نباشند.

۷- اطمینان حاصل کنند که پرسنل پزشکی محلی در تشخیص و درمان تنفس کنندگان گردنی توانا هستند.

فرد لارنژکتومی باید آگاه باشد و تلاش نماید آگاهی کارکنان پزشکی و EMS منطقه خود افزایش دهد

این آموزش باید مداوم باشد، زیرا دانش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی ممکن است در طول زمان تغییر کند.

یک ویدئو که روش‌های مورد نیاز برای مراقبت‌های فوری تنفسی در تنفس کنندگان گردنی را توضیح می‌دهد، می‌تواند در زیر مشاهده شود:

www. youtube. com/watch؟v=YE-n8cgl77Q

تنفس‌های گردن می‌توانند این آموزش را با کمک‌کنندگان مراقبت اورژانس محلی خود به اشتراک بگذارند (نزدیکترین ED و EMT).

انجام پروسه‌های درمانی یا عمل جراحی برای بیماران لارنژکتومی

انجام بعضی اقدامات درمانی (به عنوان مثال، کولونوسکوپی) توسط آرام بخش یا جراحی توسط بیهوشی عمومی یا موضعی برای افراد تحت لارنژکتومی چالش برانگیز است.

متأسفانه اکثر پرسنل پزشکی که با این بیماران مواجه می‌شوند در مراحل قبل از عمل حین عمل و پس از عمل با شرایط این بیماران آشنایی ندارند از جمله :آناتومی خاص این بیماران، نحوه صحبت آنان

مدیریت مراقبت‌های راه هوایی آنان در قبل، حین و بعد از اقدامات درمانی یا جراحی‌ها

افرادی که لازم است اقدامات را بطور صحیح آموزش ببینند شامل:

تکنسین‌های پزشکی، پرستاران، جراحان و حتی پرسنل و پزشکان بیهوشی است.

بنابراین توصیه می‌شود که بیماران لارنژکتومی نیازهای منحصر به فرد و آناتومی خود را برای درمانگران خود، توضیح دهند.

استفاده از تصاویر توضیحی مفید است.

کسانی که پروتزهای صوتی دارند باید اجازه دهند که بیهوشی به منظور درک عملکرد آن استوما آنان را مشاهده کند و هشدار دهند که نیاز به خروج پروتزهای صوتی، هنگام انجام پروسه‌ها، نمی‌باشد

یک روش بسیار مفید نشان دادن ویدیویی حاوی نحوه صحیح هوادهی در بیمار با تنفس گردنی به پرسنل و پزشک بیهوشی می‌باشد. (با دکتر من بروک در <ib6@georgetown. edu> تماس بگیرید) یا در YouTube لینک زیر را دنبال کنید:

www. youtube. com/watch؟v=YE-n8cgl77Q

پرسنل پزشکی باید این مسئله را درک کنند که در آناتومی فرد لارنژکتومی کامل هیچ ارتباطی بین حلق و تراشه وجود ندارد وبنابر این تهویه و ساکشن هوایی باید فقط از طریق استوما انجام گردد و تهویه بینی یا دهان سودی برای بیمار ندارد

انجام یک پروسجر تحت بی حسی یا جراحی تحت بی حسی موضعی برای این بیماران چالش برانگیز است، زیرا که صحبت کردن با دستگاه یا پروتز صوتی به طور کلی امکان پذیر نیست، زیرا استوما توسط ماسک اکسیژن پوشیده شده و دستهای بیمار معمولا محدود می‌شوند.

با این حال، افرادی که از روش مروی صحبت می‌کنند می‌توانند در طی پروسه درمانی یا عمل جراحی تحت بی حسی موضعی با درمانگران خود ارتباط برقرار کنند.

قبل از عمل جراحی مهم است که در مورد نیازهای خاص خود با تیم پزشکی مشورت کنید.

ممکن است نیاز باشد چند بار موارد را تاکید نمائید، یکبار به جراح، سپس به پزشک بیهوشی در ارزیابی قبل از جراحی، و در آخر در روز جراحی به تیم بیهوشی که در اتاق انجام می‌شود.

در هنگام اجرای یک پروسه درمانی یا جراحی با بی حسی موضعی، فرد می‌تواند با بیهوشی هماهنگ کند که چگونه درد یا نیاز به ساکشن را اطلاع دهد. سیگنال‌های دست، حرکت سر، لب خوانی یا تولید صداهای اولیه مروی می‌تواند بسیار مفید باشد

استفاده از این روش‌ها به بیماران لارنژکتومی کمک می‌کند مراقبت کافی داشته باشند.

دستورالعمل جدید احیاء قلب و ریه (CPR)

بر اساس دستورالعمل جدید انجمن قلب آمریکا در CPR اقدام اصلی ماساژ قلبی می‌باشد و تنفس دهان به دهان دیگر لازم نیست.

هدف اصلی از دستورالعمل‌های جدید، تشویق افراد بیشتر به ارائه خدمات CPR در شرایط اضطراری است.

زیرا بسیاری از افراد از تنفس دهان به دهان اجتناب می‌کنند، زیرا احساس می‌کنند که در معرض هوای تنفسی و بیماری‌های دهان یا بینی فرد بیمار قرار دارند.

انگیزه ارائه دستورالعمل‌های جدید این است که بهتر است ماساژ قفسه سینه که اولویت دارد انجام گیرد تا اینکه هیچ اقدامی صورت نگیرد.

ویدئو آموزشی احیا با ماساژ دستی در لینک زیر موجود است : www. youtube. com/watch?v=zSgmledxFe8

از آنجا که لارنژکتومی‌ها نمی‌توانند از تنفس دهان به دهان استفاده کنند، دستورالعمل‌های قدیمی CPR آن‌ها را از ارائه بخش تنفسی CPR حذف کرد.

از آنجایی که دستورالعمل‌های جدید نیازی به تهویه دهان و دهان ندارند، لارنژکتومی‌ها همچنین می‌توانند CPR را ارائه دهند.

با این حال، گاهی ممکن است روش قدیمی CPR با استفاده از هر دو روش تهویه هوا و فشرده سازی قلب انجام شود.

زیرا تنها ماساژ قفسه سینه نمی‌تواند فردی را برای زمان طولانی حفظ کند، زیرا هوای لازم جهت تنفس در ریه‌ها وجود ندارد.

لارنژکتومی‌هایی که نیاز به CPR دارند نیز ممکن است نیاز به تهویه تنفسی داشته باشند.

یکی از علل شایع مشکلات تنفسی در افراد لارنژکتومی، انسداد مجاری تنفسی است که به علت پلاک موکوسی یا جسم خارجی ایجاد می‌شود و خروج آن ممکن است ضروری باشد.

در این بیماران احیاء دهان به استوما بسیار مهم است و نسبت به تنفس دهان به دهان نسبتا ساده‌تر است.

لارنژکتومی‌هایی که از طریق مبدل حرارتی و رطوبت (HME) نفس می‌کشند و CPR را در فردی که نیاز به احیا دارد انجام می‌دهند، ممکن است نیاز باشد HME خود را به طور موقت خاموش کنند. این به آن‌ها این امکان را می‌دهد که هنگامی که که در حال انجام ماساژ قلبی ۱۰۰ بار در دقیقه هستند، هوای بیشتری را در یافت کنند.

فصل هجدهم: سفردرلارنژکتومی

ترجمه: گروه مترجمین

مسافرت در افراد لارنژکتومی شده می‌تواند یک چالش باشد. این سفر ممکن است مسافرت به مکان‌های نا آشناو دور ازمحیط معمول و راحت باشد. مسافرت معمولانیاز به برنامه ریزی دارد تا وسایل ضروری در طول سفر در دسترس باشد. مهم است در حین سفر به مراقبت از راه هوایی و سایر مسایل پزشکی توجه کنید.

مراقبت ازراه هوایی در حالی که بیمار در یک پرواز تجاری است.

یک پروسه طولانی تجاری چالش‌های زیادی را به وجود می‌آورد. چندین عامل می‌تواند منجر به انسداد ورید عمقی یا DVT شود. این شامل کم شدن آب بدن (به علت رطوبت کم هوا در ارتفاع بالا) فشار اکسیژن پایین درون هواپیما و بی حرکتی مسافرین می‌باشد. این عوامل هنگامی که ترکیب می‌شوند ممکن است باعث لخته خون در پاها شود و از طریق گردش خون به ریه برسد و باعث آمبولی ریه شود. این عوارض جدی و اورژانس پزشکی می‌باشد.

علاوه بر این کاهش رطوبت هوا می‌تواند باعث کاهش رطوبت نای شود و موجب ایجاد تجمع خلط و مخاط شود.

خدمه هواپیمایی به طور معمول نا آشنا با بیماران به لانرژکتومی، هدایت راه هوایی از استوما نه از راه بینی و دهان می‌باشد.

این مراحل برای جلوگیری از مشکلات احتمالی در نظر گرفته شده است:

۱- نوشیدن حداقل ۸اونس از آب در هر دوساعت در هواپیما از جمله در زمان حرکت زمینی

۲- اجتناب از نوشیدنی‌های الکل و کافئین چون باعث کم آبی بدن می‌شود

۳- پوشیدن لباس گشاد

۴- اجتناب از گذاشتن پاها روی هم در حالت نشستن به علت این که باعث کاهش جریان خون در پاها می‌شود

۵- پوشیدن جوراب واریسcompression

۶- اگر در گروه با خطر بالا می‌باشد از پزشک در مورد مصرف آسپرین قبل از پرواز جهت جلوگیری ازلخته شدن خون پرسیده شود

۷- انجام تمرینات ورزشی پاها. یا ایستادن و راه رفتن در هر زمان درطول پرواز

۸- رزو ردیف که راه خروجی داشته باشد ،صندلی که فضای بیشتری برای پاها دارد.

۹- ارتباط با مسئولین پرواز از طریق نوشتن اگر سر وصدا درطول پروازرصحبت کردن را مشکل کند.

۱۰- ریختن سرم سالین در استوما به طور مرتب در مدت پرواز برای حفظ رطوبت نای

۱۱- قراردادن تجهیزات پزشکی ازجمله تجهیزات مراقبت از استوما و الکترولارنکس استفاده)در یک مکان قابل دسترس

۱۲- استفاده از مبدل حرارتی و رطوبت یا یک پارچه مرطوب برای ایجاد رطوبت دراستوما

۱۳- اطلاع رسانی مسئولان پرواز که یک نفر لارنژکتومی هست

این اقدامات مسافرت هواپیمایی را برای افراد لارنژکتومی شده و دیگر افراد با تنفس‌های گردنی آسانتر و ایمن‌تر می‌کند.

چه کالایی باید هنگام مسافرت حمل شود؟

هنگام مسافرت بهتر است منابع و داروها مورد نیاز مدیریت شده و در یک کیف مخصوص گذاشته شود.

مواردی که در کیف گذاشته می‌شود شامل موارد پیشنهاد شده زیر است:

۱- خلاصه‌ای از داروهایی که به صورت منظم مصرف می‌شود تشخیص پزشکی. نام و اطلاعات تماس از ارائه دهندگان خدمات پزشکی از جمله گفتار درمان‌ها.

۲- پاتولوژیست زبان (slp) برای
۳- مدارک پزشکی و دندانپزشکی
۴- عرضه داروهای مصرف شده
۵- دستمال کاغذی
۶- موچین. چراغ قوه. به همراه باتری اضافه
۷- دستگاه فشار خون برای کسانی که فشارخون بالا دارند.
۸- سرم سالین
۹- مسکن ،قراردادن وسایل تعویض hme (الکل، وسایل تعویض آن، چسب‌های پوستی)
۱۰- hMe ومسکن
۱۱- حمل الکترولارنکس (با یک باتری اضافی)حتی برای که ازپروتزهای صوتی استفاده می‌کنند درصورتی که قادر به صحبت کردن نباشند.
۱۲- تقویت‌کننده صوتی (در صورت نیاز ،با یا باتری اضافی یا شارژر باتری)

افرادی‌که که پروتزهای صوتی را استفاده می‌کنند نیز باید موارد زیر را داشته باشند

- یک برس ،یک لامپ ،برای تمیز کردن ترشحات پروتز نائی مروی
- یک دست اضافی HME و پروتز صدای اضافی
- سوند قرمز فولی (برای قراردادن در سوراخ پروتز صوتی در افرادی که بلافاصله گذاشته می‌شود)

مقدار اقلام بستگی به طول سفر دارد. در مناطق سفر اطلاعات تماس برا افراد SLP و پزشکان می‌تواند مفید باشد.

تهیه یک کیت با اطلاعات و مطالب ضروری

افراد لارنژکتومی شده ممکن است نیاز به مراقبت اورژانس و غیراورژانسی در بیمارستان و مراکز درمانی داشته باشند.
به دلیل مشکلات آن‌ها در برقراری ارتباط با پزشکان و اطلاعاتی که ارائه می‌دهد مخصوصا در زمان‌های مشکلات تنفسی تهیه یک پوشه با اطلاعات خود مفید است.
علاوه بر این مفید است یک کیف حاوی اقلام و لوازم مورد نیاز برای نگهداری داشته باشند
توانایی آن‌ها برای برقراری ارتباط و مراقبت ازاستومایشان. این کیت باید در مکانی قرار گیرد که به آسانی قابل دسترس باشد

این کیت شامل موارد زیر می‌باشد:

- خلاصه به روز از سابقه جراحی و آلرژی و تشخیص
- یک لیست به روز شده از داروهایی گرفته شده ،نتایج تمام اعمال جراحی رادیولوژی ،آزمایشات آزمایشگاهی. این ممکن است بر روی دیسک یا USB فلش باشد.
- اطلاعات و مدارک بیمه درمانی
- اطلاعات (تلفن ،ایمیل، آدرس)از پزشکان لارنژکتومی. SLP اعضای خانواده و دوستان
- یک شکل از نمای جانبی گردن که که آناتومی مجرای هوایی بالا ومکان پروتز صحیح را توضیح می‌دهد
- یک پاکت کاغذ ،قلم
- الکترولارینکس با باتری اضافی ،(حتی برای کسانی که از پروتز صوتی استفاده می‌کنند)
- یه جعبه دستمال

- سرم سالین ،فیلتر HME،مسکن،لوازم مورد نیاز برای برداشتن و گذاشتن مجدد HME اعمال حذف از قبیل الکل، برچسب، چسب) پاک کردن پروتز صدا
- موچین ،آینه ،چراغ قوه ،(با باتری اضافی)

داشتن این موارد در هنگام موارد اورژانسی مهم باشد.