

سرطان حنجره *Larynx Cancer*

هدف کلی:

آموزشهای حین بستری و زمان ترخیص بیمارانی که تحت عمل جراحی لارنژکتومی قرار گرفته‌اند این است که این بیماران ضمن درک ماهیت سرطان حنجره قادر باشند پس از ترخیص با توجه به عمل جراحی لارنژکتومی نسبی یا کامل که بر روی آنها انجام شده است تصمیم‌گیری درستی در قبال انجام فعالیتهای، نحوه تغذیه، مصرف داروها، رژیم غذایی خود داشته باشند.

اهداف رفتاری:

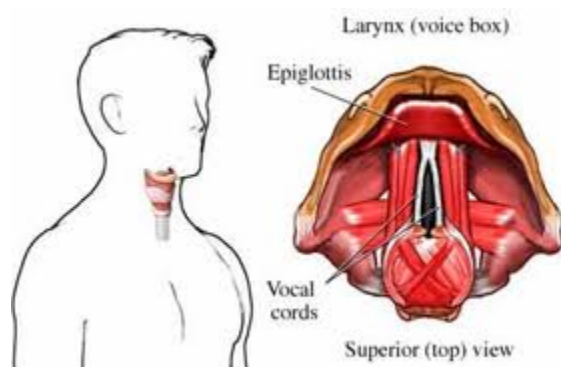
پس از آموزش این مطالب از بیمار انتظار می‌رود:

- ۱- مددجویان با استفاده از پوستره‌های آموزشی موقعیت حنجره را توضیح دهد.
- ۲- درمان و نحوه تشخیص بیماری خود را بیان کند.
- ۳- مددجویان واژه لارنژکتومی نسبی و کامل را تعریف کنند.
- ۴- علل انجام عمل جراحی را توضیح دهند.
- ۵- داروهای خود را شناخته و هدف، زمان، مقدار و نحوه مصرف و عوارض داروها را توضیح دهد.
- ۶- میزان فعالیت مجاز و غیرمجاز خود را توضیح دهد.
- ۷- رژیم غذایی مجاز و غیرمجاز خود را توضیح دهد.
- ۸- متدهای مراقبت خود در منزل را بیان کند.

۹- علایم هشداردهنده بیماری خود و نحوه پیگیری پس از ترخیص را بداند.

ماهیت بیماری

سرطان حنجره ۲-۳ درصد از کل بدخیمی‌ها را شامل می‌شود. سرطان حنجره براساس محل آناتومیک آن طبقه‌بندی و درمان می‌شود. سرطان حنجره ممکن است روی گلو (تارهای صوتی حقیق)، ساختارهای بالای گلو (بالای طناب‌های صوتی) یا ساتار زیر گلو (زیر طناب‌های صوتی) بروز نماید.



عوامل مستعد کننده

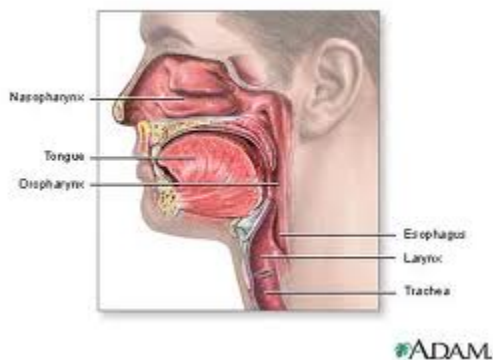
عوامل سرطان‌زا که باعث سرطان حنجره می‌شود شامل مصرف توتون (با دود و بدون دود) و الکل و تاثیر ترکیبی این دو ماده است. تماس با غبار زغال

سنگ، غبار فولاد، ذرات و گاز متصاعد شده از آهن، استفاده نامناسب از صدا، کمبود ویتامین B₂... از دیگر عوامل ایجاد کننده این سرطان هستند.

علائم بالینی

● خشونت صدا که بیش از ۲ هفته طول بکشد (علامت زودرس سرطان حنجره در ناحیه

گلو و علامت دیررس در نوع زیر گلو و بالای گلو)



● احساس درد و سوزش در گلو یا احساس وجود

یک توده در گردن در هنگام مصرف مایعات داغ

یا اسیدی

● اشکال در بلع

● اشکال در تنفس (تنگی نفس)

● انسداد یکطرفه بینی یا ترشحات بینی

● زخم مداوم و تنفس بدبو.

● تورم غدد لنفاوی گردن

● کاهش وزن

● ضعف عمومی و دردی که به سمت گوش انتشار می‌یابد

تشخیص

گرفتن تاریخچه کامل و معاینات بالینی دقیق سر و گردن، آندوسکوپی مستقیم، بیوپسی جهت

تعیین محل دقیق، اندازه و وسعت تومور اولیه، CT و MRI.

درمان

مداخلات طبی:

اگر تومور به طناب‌های صوتی حقیقی محدود است، بدون محدود کردن حرکت طنابها، بهترین

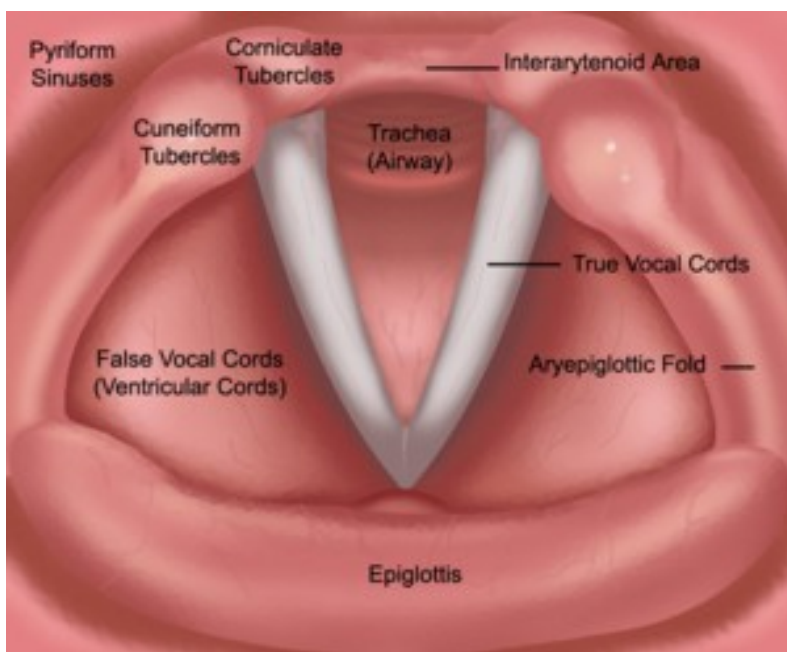
درمان رادیوتراپی است. تومورهای بالای گلویت ممکن است با رادیوتراپی یا برداشتن قسمتی از

حنجره، به همراه یا بدون برداشتن غده‌ی لنفاوی درمان شود. تومورهای زیرگلوت معمولاً پیشرفته-تر هستند و تومور معمولاً به نسوج اطراف انتشار یافته است و نیاز به برداشتن حنجره به طور کامل است.

مداخلات جراحی:

جراحی توسط لیزر: تومورهای کوچک را غالباً با استفاده از لیزر از بین می‌برند.

لارنژکتومی نسبی (برداشتن قسمتی از حنجره): برای سرطانهایی که یک فقط یک تار صوتی را درگیر کرده و محدود به گلوت می‌باشد برداشتن قسمتی از حنجره صورت می‌گیرد. این جراحی معمولاً در اکثر موارد باعث درمان بیماری می‌شود. در این روش را هوایی حفظ می‌شود. بیمار مشکل بلع ندارد و یک صدای تغییر یافته ولی کافی دارد.



مشکل دیگر برداشتن قسمتی از حنجره، برداشتن حنجره از بالای گلوت است که در سرطان بالای گلوت استفاده می‌شود. جراح قسمت بالای حنجره را از طنابهای صوتی کاذب تا اپی گلوت و همچنین مکن است قسمتی از قاعده زبان برداشته شود. به دلیل اینکه طنابهای صوتی نگه داشته

شده‌اند کیفیت صدا حفظ می‌گردد. عمده‌ترین مشکل آسپیراسیون می‌باشد، زیرا اپی‌گلوت که به طور طبیعی روی حنجره قرار گرفته است و آن را محافظت می‌کند، برداشته می‌شود. راه هوایی پس از عمل جراحی با تراکیاستومی کنترل می‌شود ف زمانی که ادم اطراف نسوج از بین رفت، لوله‌ی تراکیاستومی را می‌توان خلرج کرد. و استوما التیام می‌یابد.

لارنژکتومی کانل (برداشتن کامل حنجره): تمام قسمتهای حنجره را خارج می‌کنند که شامل استخوان هیوئید، اپی‌گلوت، غضروف کریکوئید و ۲-۳ از حلقه از غضروفهای تراشه است، ولی زبلن، دیواره حلق و تراشه حفظ می‌شود. حنجره‌ف حلق (راه هوایی فوقانی) و نای (راه هوایی تحتانی) را باهم ارتباط می‌دهد. زمانی که حنجره برداشته می‌شود سوراخ دایمی به وسیله بخیه زدن نای به گردن ساخته می‌شود، مری متصل به حلق می‌ماند. به دلیل اینکه هوا نمی‌تواند وارد بینی شود، فرد حس بویایی خود را از دست می‌دهد. در لارنژکتومی کامل، صدا قطع می‌شود و در راه هوایی بیمار تغییر ایجاد می‌شود یعنی به تراکئوستومی دائم نیاز دارد.

آموزش به بیمار

قبل از عمل جراحی

- ! توضیح تاثیر عمل جراحی روی صحبت کردن، سوت زدن، آواز خواندن و خندیدن.
- ! آموزش به بیمار در مورد روشهای قابل استفاده جهت برقراری ارتباط مانند نوشتن، زنگ فرا خوان، تخته‌های ارتباطی خاص.
- ! نحوه انجام سرفه موثر و تنفس عمیق

بعد از عمل جراحی

! در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته ی کامل جهت کاهش ادم را هوایی، تسهیل تنفس و بهبود راحتی قرار گیرد.

! برای خروج ترشحات بیمار باید تنفس عمیق انجام دهد و سرفه کند.

! در ۲۴-۴۸ اول به دلیل عدم توانایی بیمار برای سرفه کردن ترشحات از طریق ساکشن این کار انجام می شود.

! خط بخیه دوبار در روز باید با نرمال سالین یا آب اکسیژنه تمیز شود. یک لایه نازک پماد آنتی بیوتیک روی بخیه گذاشته شود تا از خشک شدن ترشحات پیشگیری شود.

تغذیه:

● بیمار تا مدتی پس از جراحی کاهش بویایی و چشایی را تجربه می کند. چون هوا به طور مستقیم وارد تراشه می شود، لذا بویایی فعال نیست و به علت این که حس بویایی و چشایی به هم نزدیک هستند، بیمار دچار کاهش حس چشایی نیز می شود. به مرور بیمار با این مشکل کنار خواهد آمد و احساس بویایی و چشایی نیز برمی گردد و اشتهای بیمار افزایش می یابد.

● بعد از عمل بیمار بیمار تا چند روز قادر به خوردن و نوشیدن نیست در ابتدا مایعات داخل وریدی و سپس از طریق لوله ی معدی بیمار تغذیه می شود. پس از آن که تغذیه دهانی برای بیمار مجاز اعلام شد، باید اول مایعات غلیظ (سوپ غلیظ، پودینگ) مورد استفاده قرار

گیرد. در وعده‌های اولیه غذا حتماً پرستار و دستگاه ساکشن در دسترس باشد تا در صورت

نیاز از آن استفاده شود. سپس برحسب تحمل غذاهای جامد به رژیم اضافه می‌شود.

● توجه کنید یادگیری دوباره بلع دردناک و آزاردهنده است.

● مراحل زیر روش بلعیدن پس از برداشتن قسمتی از حنجره است

۱. یک نفس عمیق بکشید.

۲. سعی کنید طنابهای صوتی را ببندید.

۳. غذا را در دهان خود بگذارید.

۴. ببلعید.

۵. به منظور پاک کردن طنابهای صوتی بسته شده از مواد غذایی جمع شده، سرفه

کنید.

۶. ببلعید.

۷. سرفه کنید.

۸. نفس بکشید.

● بیمار باید از خوردن غذاهای شیرین خودداری کند چون غذاهای شیرین باعث افزایش

بزاق و کاهش یافتن اشتها می‌شود.

● بیمار باید به طور مرتب دهان را برای پیشگیری از بوی بد و عفونت با آب گرم شستشو

داده و مسواک بزند.

فعالیت:

کمبود انرژی: احساس خستگی و یا ضعف بعد از جراحی بسیار رایج است. زمان بهبود عمل برای هر بیمار متفاوت است.

پس از بهبودی، تفریح و ورزش در این افراد بسیار مهم است، البته ورزش باید به گونه‌ای باشد که برای بیمار خطرناک نباشد.

ورزشهایی که باعث خستگی می‌شود مناسب نیست، به‌ویژه این که وقتی بیمار خسته است، حرف زدن برایش مشکل‌تر می‌شود.

عوارض پس از عمل

درد: ممکن است در روزهای اول بعد از عمل احساس ناراحتی کنید. به هر حال، دارو معمولاً می‌تواند درد را کنترل کند. باید به راحتی با پزشک و یا پرستار در مورد کاهش درد حرف بزنید.

تولید خلط زیاد: بعد از عمل، ریه‌ها و نای خلط زیاد تولید می‌کنند، که به آن خلط سینه (Sputum) هم می‌گویند. برای خارج کردن آن، پرستار با قرار دادن لوله پلاستیکی کوچکی در منفذ تنفسی، ساکشن (عمل مکش) را به آرامی انجام می‌دهد. به بیمار یاد می‌دهند که سرفه کند و خلط را بدون کمک پرستار ساکشن کند.

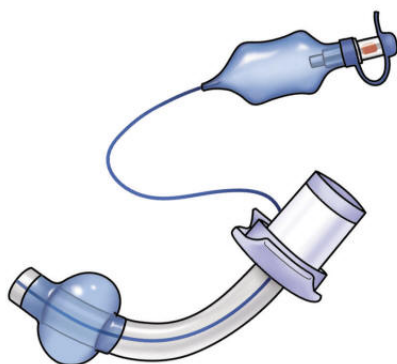
بی‌حسی، سفتی و ضعف: بعد از جراحی حنجره، ممکن است قسمتی از گردن و گلوی بیمار بعلت بریده شدن اعصاب، بی‌حس شود. علاوه بر این، شانه، گردن، و بازوی شما معمولاً ضعیف و سفت می‌شود و برای بازیابی قدرت و انعطاف‌پذیری، بعد از درمان نیاز به ورزش درمانی داشته باشید.

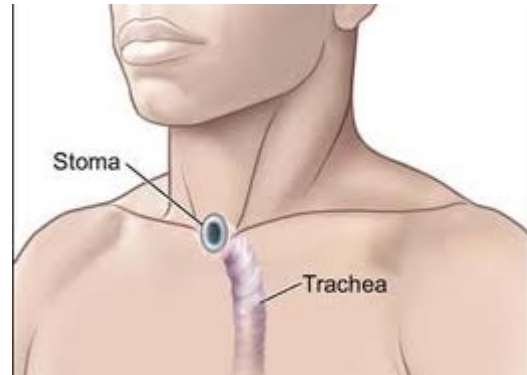
تغییرات در وضعیت ظاهری: گردن بیمار تا حدودی کوچک‌تر خواهد شد و اثرات زخم روی آن باقی خواهد ماند. بعضی‌ها پوشیدن لباسی که روی گردن را بپوشاند مفید می‌دانند.

تراکئوستومی:

بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند یک منفذ تنفسی خواهند داشت. در بسیاری از جراحی‌های برداشتن حنجره فوق‌گلوت و جراحی برداشتن قسمتی از حنجره، منفذ تنفسی موقتی است. بعد از یک دوره کوتاه درمان، لوله برداشته شده و منفذ تنفسی بسته می‌شود. بیمار باید بعد از آن قادر باشد که به‌طور طبیعی تنفس کرده و صحبت کند. در هر حال صدای فرد ممکن است کمی خشن و ضعیف باشد.

*هنگامی که یک لوله در نای باشد اصطلاح **تراکئوستومی** بکار می‌رود. که می‌تواند موقتی یا دائمی باشد.





مراقبت های لازم بعد از تراکئوستومی در منزل:

● بیمار باید با لوله ی تراکئوستومی اضافه جهت تعویض روزانه در منزل ترخیص شود.

● لوله تراکئوستومی بوسیله یک نوار به دور گردن



ثابت میشود. و یک گاز مربع شکل استریل بین پوست و لوله جهت جذب ترشحات و

پیشگیری از عفونت قرار داده می شود.

● استفاده از رطوبت ساز یا بخور در کنار تخت، به مرطوب کردن هوای دمی کمک می کند.

● پیش بند یا پوشش استوما باید هوای دمی را گرم و صاف و از ورود اجسام خارجی به

استوما پیشگیری می کند. این پوشش ها را می توان خریداری کرد و یا ممکن است با استفاده از شال گردن، کراوات و یا بلوز یقه اسکی، این پوششها را درست کند.

● بهتر است مستقیم در معرض هوای سرد قرار نگیرید چون باعث خشکی مخاط این ناحیه و سرفه می شود.

● سردی بیش از حد هوا یا خشک بودن هوای محیط می تواند سبب آزدگی بیمار شود

● زمانی که برش محل جراحی التیام کامل پیدا کردنیازی به نگه داشتن لوله ی تراکئوستومی نمی باشد. این روند متفاوت است ولی غالباً ۶-۸ هفته طول می کشد.



● هنگام دوش گرفتن یا حمام در وان مراقب باشید آب وارد تراکئوستومی نشود. برای این منظور باید با یک وسیله ی پلاستیکی روی محل تراکئوستومی را پوشش دهد یا به کمک انگشت روی سوراخ بپوشاند.

● شنا کردن برای این افراد توصیه نمی شود.

● خرده های مو و ریش وارد سوراخ نشود که هم می تواند انسداد ایجاد کند و هم باعث تحریک و التهاب مخاط تراشه شود و عفونت ایجاد کند.

● جهت کاهش فشار به محل بخیه تسهیل تهویه و تخلیه ترشحات بهتر است وضعیت بیمار نیمه نشسته باشد.

● از ثابت بودن لوله تراکئوستومی بوسیله بندهای آن مطمئن باشید.

- بهداشت دهان و دندان فراموش نشود
- به بیمار آموزش داده شود که می تواند جهت حرف زدن روی منفذ ایجاد شده را به مدت کوتاهی بگیرد (به مدت کوتاه)
- همیشه ناحیه تراکتوستومی را تمیز نگه دارید.
- با هر سرفه مقدار زیادی خلط از دهانه تراکتوستومی خارج خواهد شد که در صورت نیاز ساکشن شود.



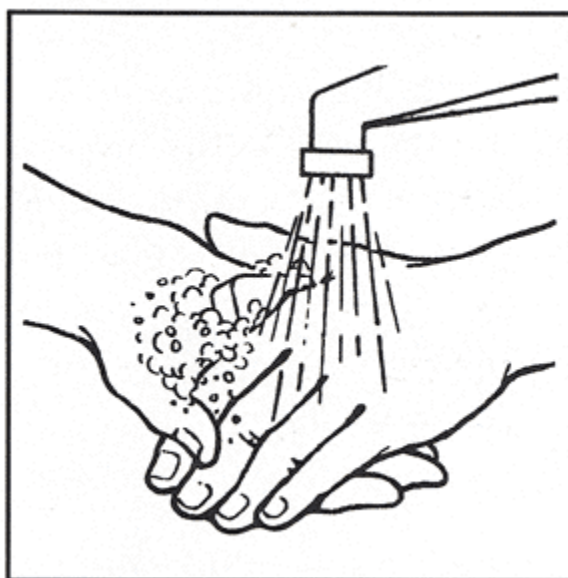
- بدلیل اینکه هوا بدون گرم و مرطوب شدن بطور مستقیم وارد نای می شود، دچار حملات مکرر سرفه می شود و ممکن است از سرفه های پر سروصدا و خلط دار خود، ناراحت باشد، به او اطمینان دهید که با گذشت زمان این ناراحتی ها کمتر خواهد شد.

فیزیوتراپی تنفسی شامل:

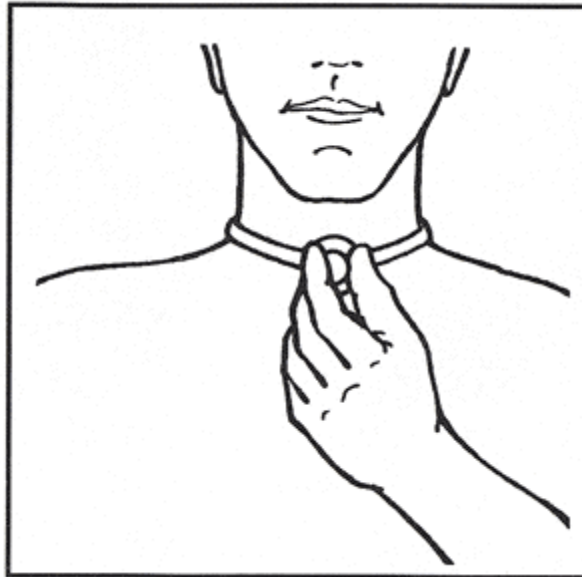
ماساژ پشت، ایجاد لرزش و کوبش و سرفه، کمک به تخلیه ترشحات و پیشگیری از روی هم خوابیدن ریه و کاهش عفونت می شود و باید روزانه چندین بار انجام شود.

نحوه تمیز کردن کانول داخلی

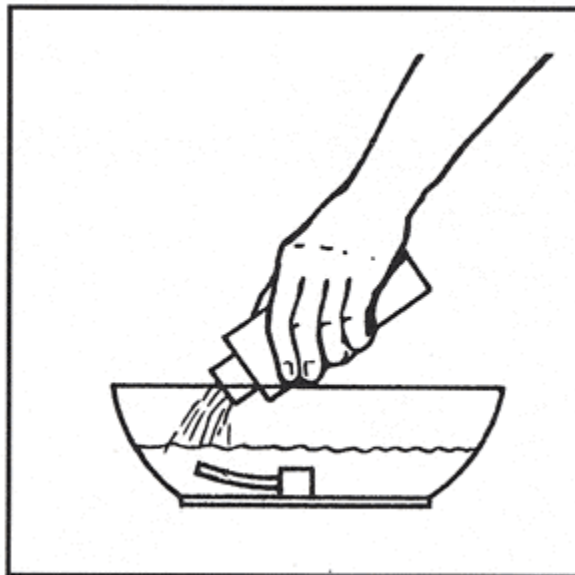
● دست ها را بشوئید و وسایل را آماده کنید.



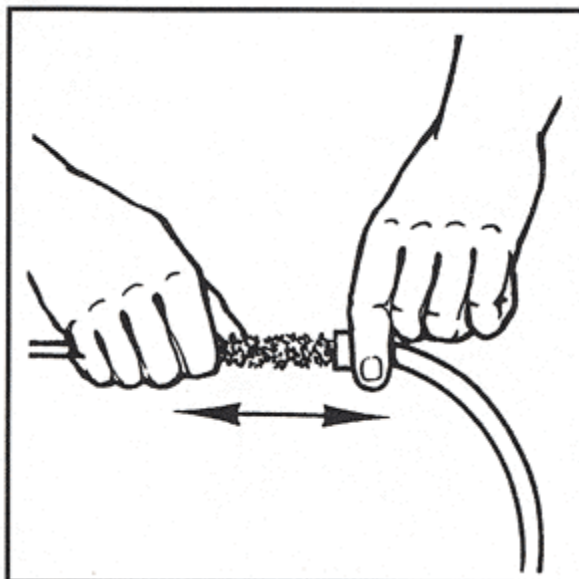
● کانول داخلی را بردارید.



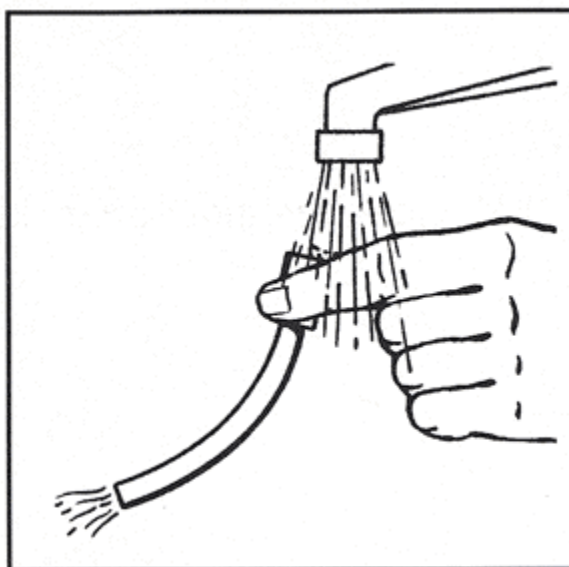
- کانول را داخل کاسه‌ای که پر از آب اکسیژنه است قرار دهید. اجازه دهید حداقل برای یک دقیقه داخل ظرف در آب اکسیژنه باقی بماند



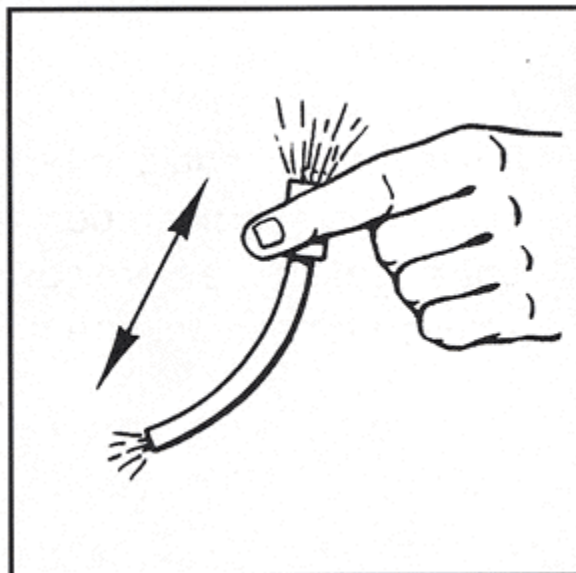
- کانول داخلی را بردارید و سطح داخلی آن را با لوله پاکن تمیز کنید.



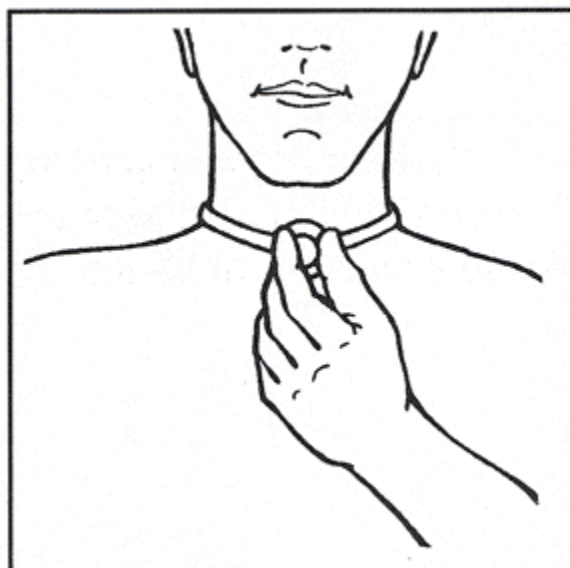
● بعد از تمیز کردن کامل سطح داخلی کانول، آن را زیر شیرآب روان گرفته و بشویید.



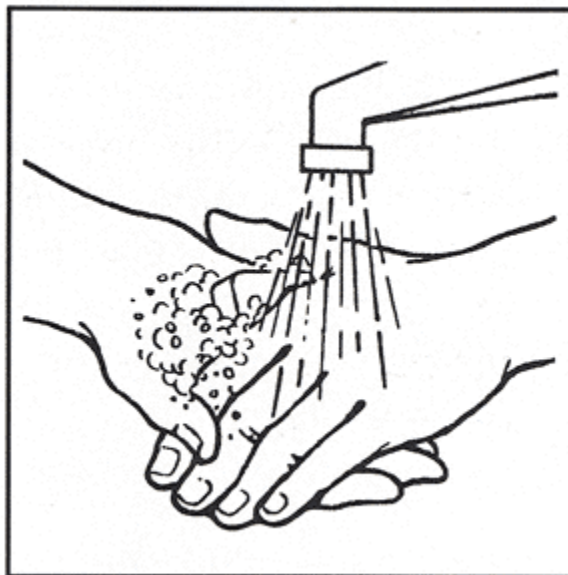
● آب اضافه را از کانول خارج کنید.



● مجدد کانول داخلی رل سرجایش قرار دهید و محکم ببندید.



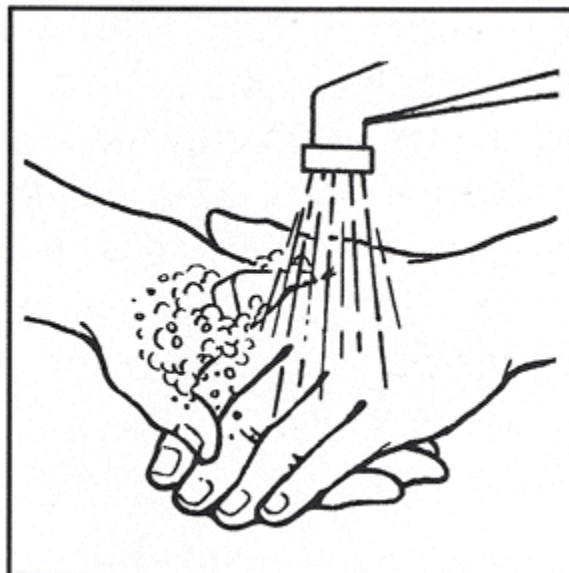
● دستها را بشوید.



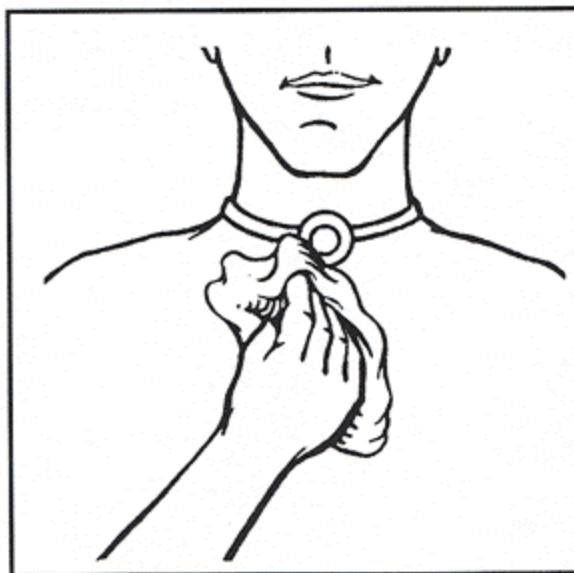
نحوه تمیز کردن استوما

حداقل یکبار در روز پوست اطراف استوما را تمیز کرده و کراستهای خلط را برای پیشگیری از تحریک پوست بردارید.

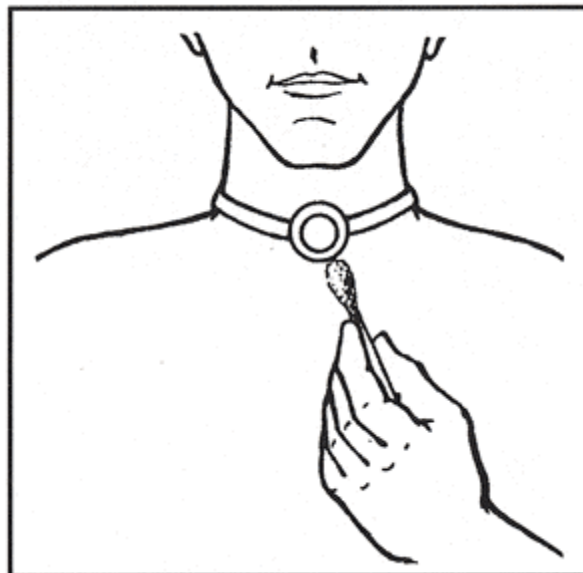
دستها را بشویید و وسایل را آماده کنید.



اطراف استوما را با یک لیف لطیف صابونی تمیز کنید و آبکشی کنید.



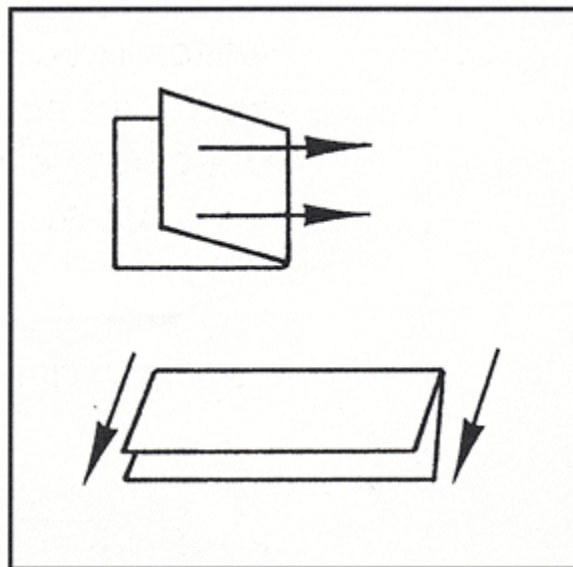
اگر دلمه‌های خلط چسبیده به پوست وجود دارد، آنها را با یک سواپ که نوک پنبه‌ای دارد و آغشته با آب اکسیژنه است بردارید. هنگام برداشتن دلمه‌ها نفس خود را نگه دارید تا درات خشک شده خلط وارد مجرای تنفسی شما نشود.

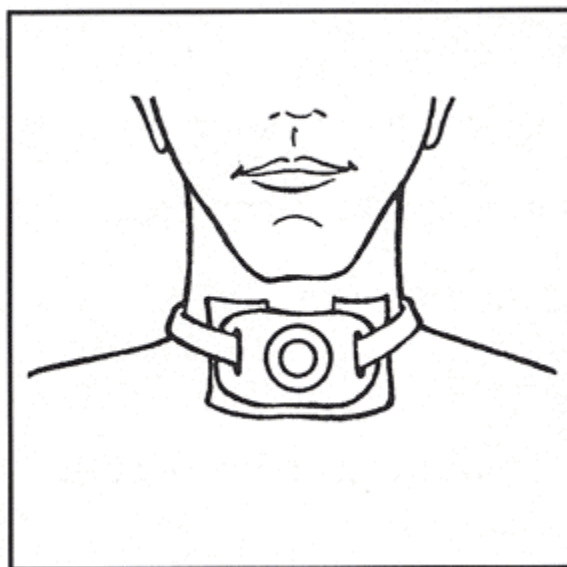
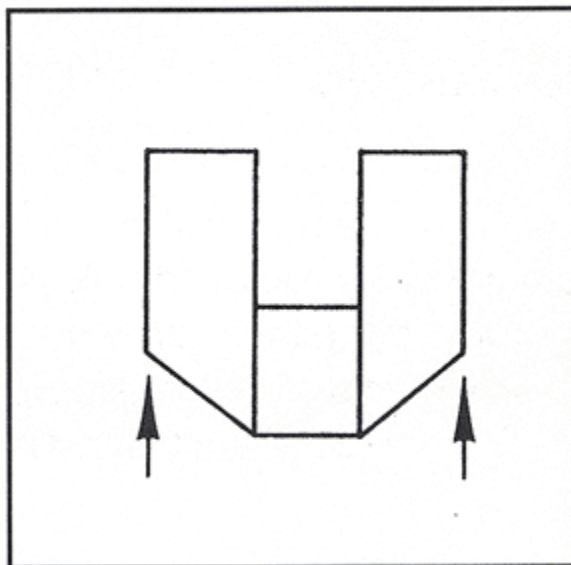


اگر وجود خلط خشک شده اطراف استوما یک مشکل همیشگی شما است، اطراف استوما وازلین بمالید.

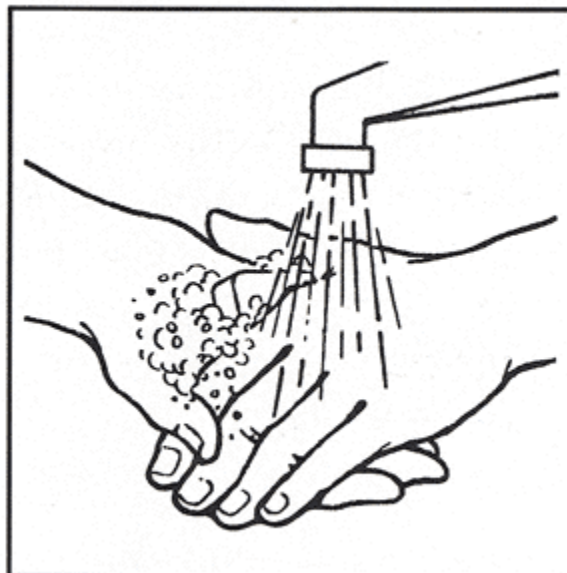
اگر در اطراف استوما تجمع ترشح ندارید، نیازی نیست اطراف استوما پانسمان قرار دهید.

اگر شما نیاز به تعویض پانسمان دارید به شیوه زیر عمل کنید:





دستها را بشوید



نحوه تمیز کردن کانول خارجی

نحوه تعویض کانول خارجی باید توسط پزشک و پرستار به شما آموزش داده شود. توصیه می‌شود اولین بار کانول خارجی را در حضور پرسنل آشنا و دوردیده تعویض کنید. در صورت خروج تصادفی کانول خارجی نیز، شما باید قادر به جایگذاری مجدد آن باشید.

همچنین در مواقعی که تصور می‌کنید انتهای کانول خروجی به وسیله ترشحات مسدود شده است لازم که کانول خارجی تعویض شود

وسایل مورد نیاز: یک ست کامل تراکئوستومی با کانول داخلی و اُتراتور. لوبریکنت محلول در آب مثل ژل K-Y. بند تراکئوستومی تمیز. گاز تمیز جهت پانسمان محل تراکئوستومی.

روش کار:

۱. دستها را بشویید.

۲. ست تراکئوستومی تمیز را آماده کنید.

(a) کانول داخلی را بردارید.

(b) بند تراکئوستومی را به کانول خارجی ببندید.

(c) اُتراتور را داخل کانول خارجی قرار دهید.

(d) روی لوله آب تمیز بریزید.

(e) سطح خارجی کانول خارجی را با لوپریکانت لغزنده کنند بپوشانید.

۳. بندهای تراکئوستومی قدیمی را باز کنید.

۴. با یک حرکت سریع و نرم، لوله تراکئوستومی قدیمی را به جلو بیرون بلغزانید.

۵. با یک حرکت آرام و نرم، لوله تمیز را به درون استوما تراکئوستومی داخل کنید.

۶. اگر وارد کردن کانولا به داخل استوما با مشکل مواجه شد، چانه خود را به سمت بالا

بکشید، لوله وارد استوما خواهد شد.

۷. صفحه گردنی کانول خارجی را با یک دست بگیرید و سریع اُتراتور را بیرون بیاورید.

۸. بند کانول خارجی را دور کردن ببندید.

۹. کانول داخلی را وارد کنید.

۱۰. دستها را بشویید.

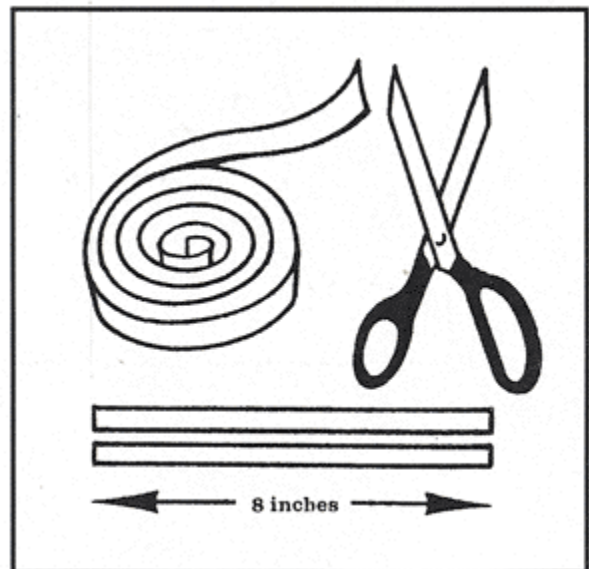
تمیز کردن کانول خارجی

مانند تمیز کردن کانول داخلی است. پس از تمیز شدن آن را در یک محل خشک نگه داری کنید.

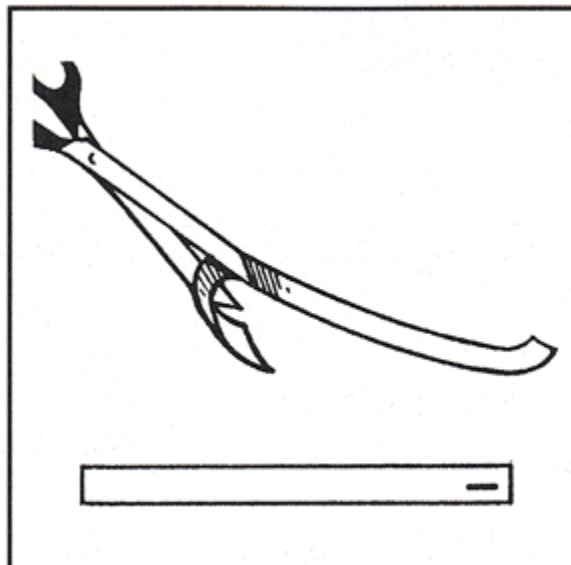
تعویض بند تراکئوستومی

بند تراکئوستومی را فقط زمانی تعویض کنید که کثیف شده است. هنگام تعویض بند تراکئوستومی از یک دوست بخواهید برای جلوگیری از خروج ناگهانی لوله تراکئوستومی، آن را برای شما نگه دارد.

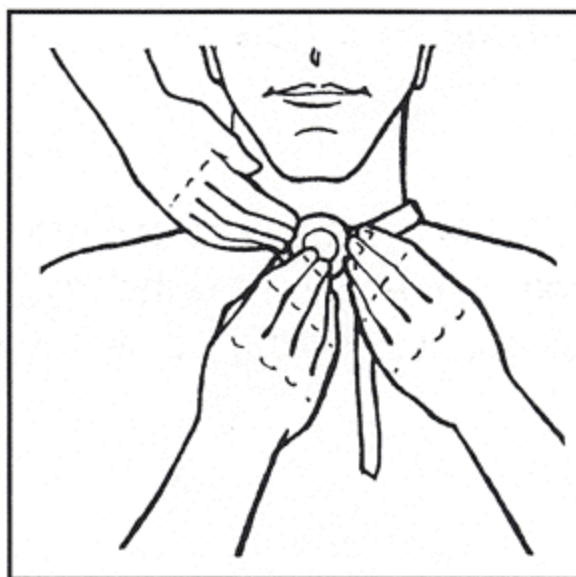
● دو نوار به طول ۲۰ سانتی متر ببرید.



● در انتهای هر بند یک شکاف کوچک ایجاد کنید.

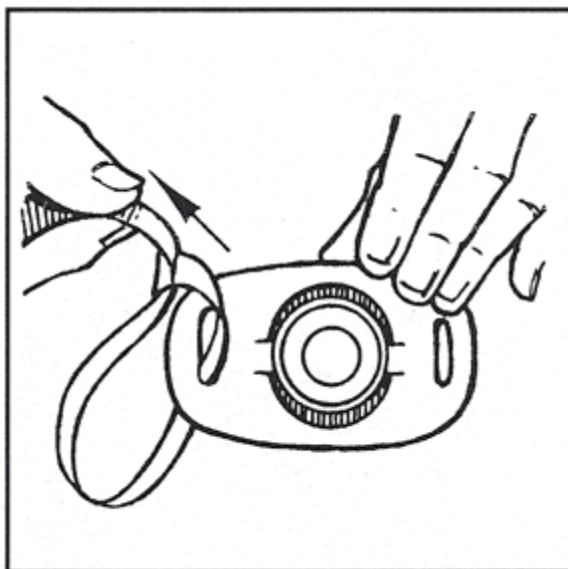


● درحالیکه دوست شما لوله تراکئوستومی را گرفته است، نوار قدیمی را باز کنید.

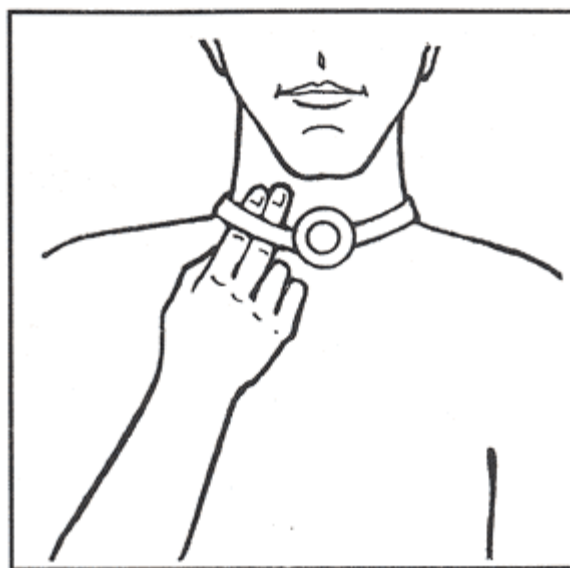


● انتهای دارای شکاف را از سوراخ لوله تراکئوستومی بیرون بیاورید. سپس همچون نخ،

انتهای بدون شکاف را از شکاف ایجاد کرده عبور دهید.



● دو انتهای بند را در یک طرف گردن گره بزنید. بند را طوری ببندید که یک انگشت به راحتی وارد و خارج شود.

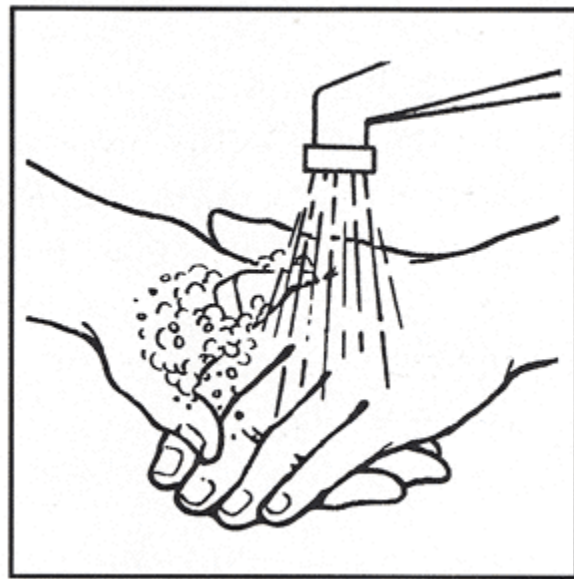


نحوه ساکشن

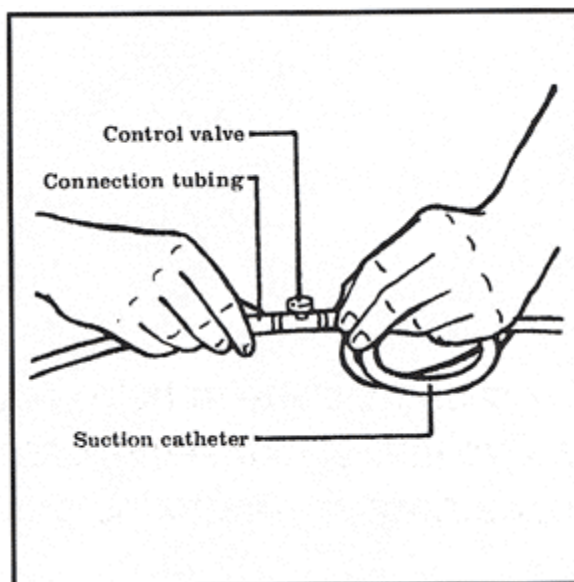
در روزهای اول پس از عمل ممکن است شما نیاز به ماشین ساکشن، جهت خروج ترشحات از راه هوایی خود داشته باشید.

وسایل مورد نیاز:

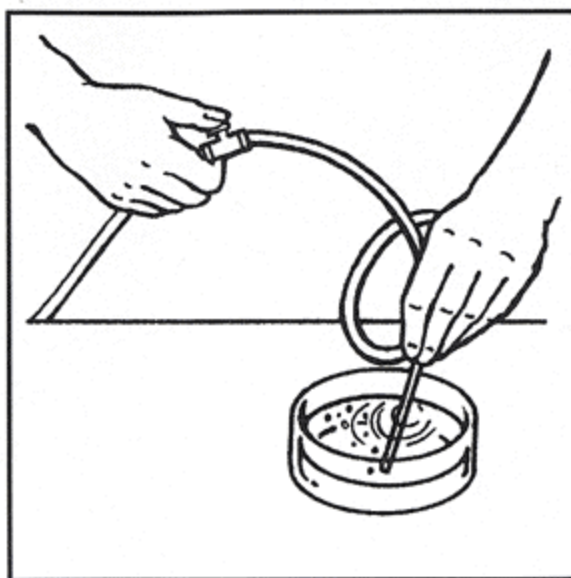
ماشین ساکشن، سوند ساکشن، ظرف تمیز، محلول نرمال سالین، لوله رابط ساکشن، سرنگ
● دستهای خود را بشویید.



● رابط ساکشن را به دستگاه وصل کنید و سوند ساکشن را به آن وصل کنید.

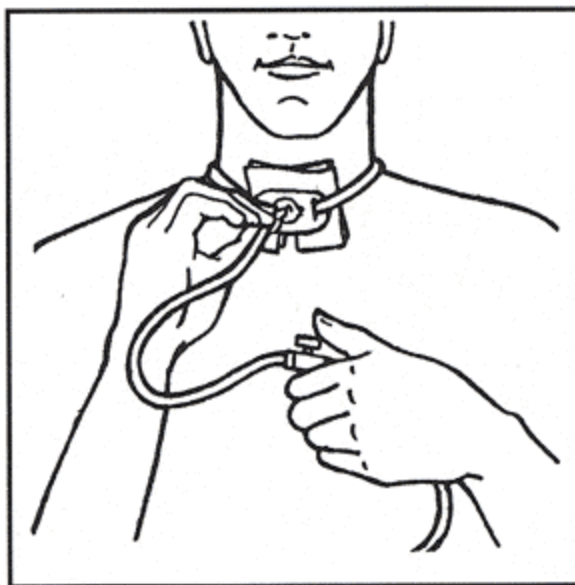


- ماشین ساکشن را روشن کنید.
- به اندازه نصف فنجان نرمال سالین داخل ظرف تمیز بریزید.
- ۲ سی سی نرمال سالین به داخل سرنگ بکشید .
- انتهای سوند ساکشن را با نرمال سالین مرطوب کنید.

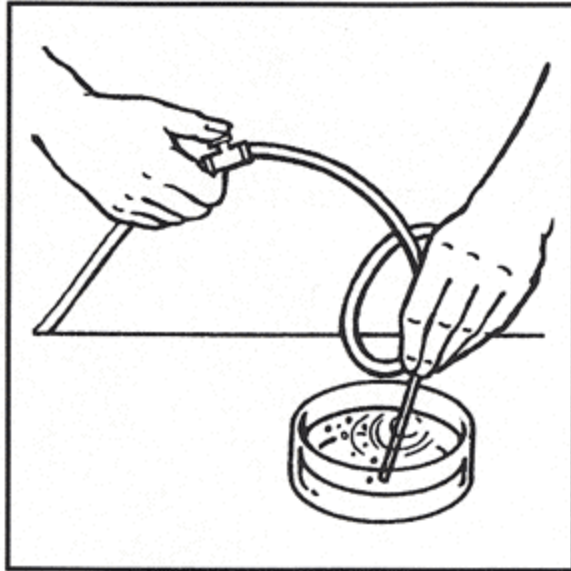


- سه نفس عمیق بکشید.

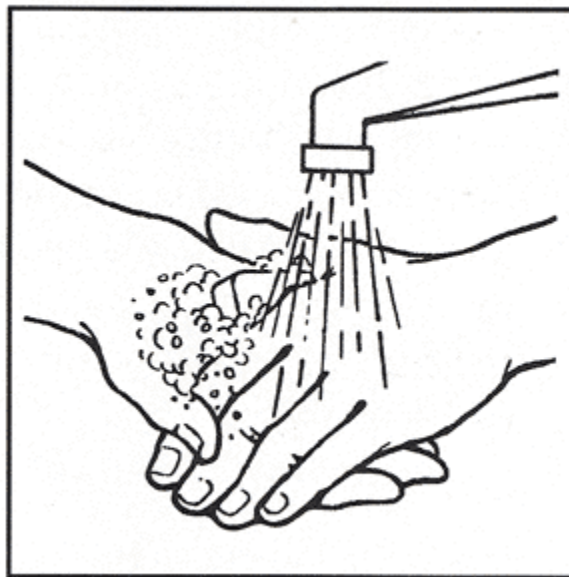
- سپس ۱۵-۱۰ سانتی متر از سوند ساکشن را به داخل نای وارد نمایید.
- هنگام داخل شدن ساکشن نکنید. اگر با مقاومت روبه رو شدید، به اهستگی سوند را خارج کنید.



- شست خود را روی دریچه کنترل مکش ساکشن قرار داده تا ساکشن انجام شود.
- بیش از ۱۰ ثانیه ساکشن نکنید. در هنگام ساکشن کردن، به آرامی سوند را بچرخانید و در همان حال آن را خارج نمایید.
- هر بار بیش از سه دفعه ساکشن نکنید. اگر نیاز به ساکشن بیشتری دارید، ۵ دقیقه استراحت کنید دوباره فرایند را تکرار کنید.
- بعد از تمام شدن ساکشن چند نفس عمیق بکشید.
- سپس سوند ساکشن را درون آب قرار داده تا مسیر تمیز شود.



● دستها را بشویید.



نحوه تمیز کردن کاتتر ساکشن

● کاتتر را با آب و صابون گرم بشویید.

● با آب گرم آبکشی کنید.

● سپس کاتتر ساکشن را در محلولی که حاوی نصف سرکه و نصف آب گرم است

برای مدت یک ساعت قرار دهید.

● سپس سطح خارجی کاتتر را با آب گرم کامل شستشو دهید آن را به ماشین

ساکشن وصل کرده و داخل آن را نیز با روشن کردن با آب گرم آبکشی نمایید.

● سپس کاتتر را روی یک حوله تمیز قرار دهید تا خشک شود.

● سپس کاتتر را در یک محل خشک و تمیز نگه دارید.

تمیز کردن ماشین ساکشن

● ترشحات بطری ساکشن را به درون توالت بریزید.

● سپس بطری ساشن را با آب گرم و صابون بشویید.

نحوه برقراری ارتباط

پس از اطمینان از عدم خستگی بیمار و داشتن یک استراحت کوتاه که می تواند انگیزه بیمار را در

برقراری ارتباط و همکاری با ما بالا ببرد، در محیطی آرام و بدون اضطراب با استفاده از سوالات پاسخ

کوتاه و با تاکید بر واژه های کلیدی ارتباط کلامی را شروع می کنیم و پی می گیریم.

استفاده از سوالاتی با پاسخ کوتاه. بیمارانی را که قدرت ایجاد صوت ندارند را در برقراری با کمک

حرکات چشم و اندام یاری می کند. برای این کار باید ابتدا تاکید کنیم که خود باید شنونده خوبی

باشیم.

ضمن اعتماد به بیمار در فهم درست پیام او ما به او امید توانایی برقراری ارتباط موثر را

بدهیم.

از بستگان بیمار جهت بازتوانی سخن گفتن بیمار استفاده کنیم.

در طول یک یا چند هفته بعد از جراحی برداشتن قسمتی از حنجره، بیمار قادر خواهد بود که به طور طبیعی صحبت کند. اما بعد از جراحی برداشتن کامل حنجره باید یاد گرفت که چگونه به شیوه جدید حرف زد. گفتار درمانگر، قبل از جراحی با بیمار صحبت کرده و شیوه‌هایی را که می‌توان استفاده کرد برای او توضیح می‌دهد. در بسیاری از موارد، جلسات گفتاردرمانی قبل از ترک بیمارستان آغاز می‌شود.

یاد بگیریم دوباره حرف بزنیم:

صحبت کردن بخشی از تقریباً همه کارهایی است که انجام می‌دهیم. بنابراین بسیار طبیعی است که از برداشته شدن جعبه صوتی خود احساس وحشت کنید. از دست دادن توانایی حرف زدن - حتی برای مدتی کوتاه بسیار سخت است. در این مدت بیماران و خانواده آنها و دوستان نیاز به درک موقعیت و حمایت از آنها دارند.

در طول یک یا چند هفته بعد از جراحی برداشتن قسمتی از حنجره، بیمار قادر خواهد بود که به طور طبیعی صحبت کند. اما بعد از جراحی برداشتن کامل حنجره باید یاد گرفت که چگونه به شیوه جدید حرف زد. گفتار درمانگر، قبل از جراحی با بیمار صحبت کرده و شیوه‌هایی را که می‌توان استفاده کرد برای او توضیح می‌دهد. در بسیاری از موارد، جلسات گفتاردرمانی قبل از ترک بیمارستان آغاز می‌شود.

تا قبل از شروع به دوباره حرف زدن، داشتن شیوه‌های دیگر برای برقراری ارتباط بسیار مهم است.

اینجا چندین ایده ارائه شده که ممکن است برایتان مفید باشد:

در جیب یا کیف خود کاغذ و خودکار یا مداد داشته باشید.

از ماشین تحریر، کامپیوتر و یا دیگر وسایل الکترونیک استفاده کنید. لغاتی که مورد نظر شماست می‌توانند روی کاغذ تایپ شوند و یا روی صفحه کامپیوتر ظاهر شده و کامپیوتر آن‌را تلفظ کند.

یک لغت‌نامه کوچک و یا یک کتاب مصور با خود همراه داشته باشد و به واژگانی که نیاز دارید اشاره کنید.

بر روی «تخته‌جادویی» یادداشت بگذارید (یک اسباب‌بازی با صفحه پلاستیکی که روی موم مشکی قرار دارد. جابه‌جا کردن پلاستیک صفحه را پاک می‌کند).

گروه پزشکی می‌تواند به بیمار کمک کند که شیوه‌های جدید حرف زدن را یاد بگیرد. فرا گرفتن بعضی تکنیک‌ها از قبیل حرف زدن از طریق مری و یا سوراخ نای و مری (Trachoesophageal Puncture) نیاز به تمرین و حوصله زیاد دارد و همه بیماران نمی‌توانند در آن موفق شوند. اینکه فرد چقدر سریع یاد گرفته، و یا گفتار او چقدر قابل فهم بوده و اینکه صدای او چقدر طبیعی است بستگی به گستردگی جراحی حنجره دارد.

حرف زدن از طریق مری:

گفتار درمانگر به شما آموزش می‌دهد که چگونه هوا را به بالای مری خود رانده و سپس آن را دوباره به خارج بفرستید. خروج هوا مانند باد گلو (آروغ) است. این امر باعث می‌شود که دیواره گلو

را مرتعش کرده و صدای جدید تولید شود. زبان، لب‌ها، و دندان هنگامی که هوا از دهان عبور می‌کند کلمات را تولید می‌کنند.

این نوع گفتار صوت ضعیفی داشته و ناهنجار به گوش می‌رسند، اما معمولاً نسبت به صداهای تولید شده توسط حنجره مصنوعی، شباهت بیشتری به صدای طبیعی دارند. علاوه بر این برای تولید این صدا هیچ وسیله‌ای لازم نیست، بنابراین دستان شما آزاد خواهد بود.

سوراخ نای و مری:

برای سوراخ نای و مری (TEP (Tracheo-Esophageal Puncture)، جراح حفره‌ای را بین نای و مری ایجاد می‌کند. این حفره در زمان جراحی اولیه و یا جراحی بعدی ایجاد می‌شود. داخل این حفره یک پلاستیک کوچک و یا سوپاپ سیلیکون (Silicone) تعبیه می‌شود. این سوپاپ مانع ورود غذا به نای می‌شود. بعد از سوراخ نای و مری (TEP)، بیمار می‌تواند منفذ تنفسی خود را با انگشت پوشانده و هوا را از طریق این سوپاپ به داخل مری فشار دهد. هوا با ایجاد ارتعاش در گلو ایجاد صدا می‌کند. این صدا بسیار شبیه صدای طبیعی است.

گفتار مصنوعی:

ممکن است وقتی که دارید حرف زدن با سوراخ نای و مری (TEP) و یا مری را یاد می‌گیرید و یا در صورتی که قادر به استفاده از این شیوه‌ها نباشید، از حنجره مصنوعی استفاده کنید. این وسیله به کمک باتری (حنجره الکتریکی) و یا هوا (حنجره بادی) کار می‌کند.

وسایل مکانیکی مختلفی نیز موجود هستند. گفتار درمانگر به شما کمک می‌کند که بهترین وسیله‌ای را که مطابق با نیاز و توانایی شما باشد انتخاب کرده و نحوه استفاده از آن را هم به شما یاد خواهد داد.

یک نوع حنجره الکتریکی وجود دارد که شبیه چراغ‌قوه کوچکی است که صدای مبهم تولید می‌کند، فرد این وسیله را روی گردن خود نگه می‌دارد و صدا از داخل گردن وارد دهان می‌شود. نوع دیگری از حنجره الکتریکی لوله پلاستیکی انعطاف‌پذیری دارد که صدا را از یک وسیله دستی به داخل دهان هدایت می‌کند. علاوه بر این، وسایلی وجود دارند که داخل یک دندان مصنوعی و یا یک نگهدارنده تعبیه شده‌اند و بیمار می‌تواند آن را داخل دهان خود گذاشته و از طریق کنترل از راه دور، آن را به کار بیندازد.

حنجره بادی بر روی منفذ تنفسی قرار گرفته و جهت ایجاد ارتعاش به جای باطری از هوای خارج شده از ریه‌ها استفاده می‌کند. صدای تولیدشده توسط این دستگاه از طریق یک لوله پلاستیکی وارد دهان می‌شود.

علائم هشداردهنده

* در صورتی که متوجه تغییر رنگ بافت اطراف ناحیه تراکئوستومی یا افزایش مقدار ترشحات یا تغییر رنگ و غلظت ترشحات شدید به پزشک مراجعه کنید.

* در موقع ابتلاء به سرما خوردگی و یا عفونتهای مجاری تنفسی و ریه جهت پیشگیری از عفونت این ناحیه با پزشک مشورت کنید.

علائم و نشانه‌های زیر احتمال رشد تومور و متاستاز را مطرح می‌کند پس فوراً به پزشک اطلاع

دهید:

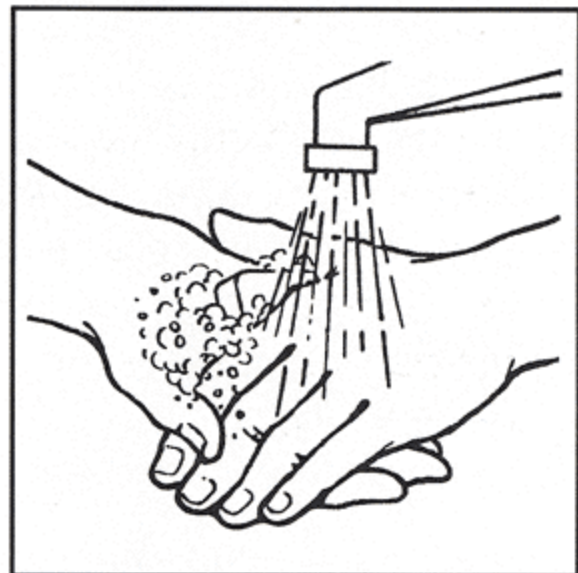
* غده در هر قسمتی از گردن یا بدن

* بروز سرفه، گلودرد یا گوش درد

* خلط خونی

* زخم اطراف استوما و یا داخل تراشه که بهبود نمی‌یابد.

* اشکال در در تنفس یا بلعیدن



غفاری، فاطمه، فتوکیان، زهرا "آموزش به بیمار و خانواده" تهران: انتشارات حکیم هیدجی، چاپ اول، ۱۳۸۹.

Alicia D. Carpenter, RN, MSC, OCN Oncology Clinical Nurse Specialist

University of Kentucky Hospital. Home Tracheostomy Care. may 2003.

