

लेरिंजेक्टोमीगाइड

इत्ज़ाक ब्रूक, एमडी, एमएससी

कॉपीराइट © 2023 इत्ज़ाकब्रुक एमडी सर्वाधिकार सुरक्षित।

आईएसबीएन 13: 978-1-304-79981-4

Copyright © 2023 Itzhak Brook MD

ISBN 13: 978-1-304-79981-4

अनुक्रमणिका

परिचय	7
अध्याय 1: निदान और स्वरयंत्र कैंसर का उपचार.....	9
अध्याय दो: सर्जरी कराना: Laryngectomy के प्रकार , परिणाम, दर्द प्रबंधन, दूसरी राय लेना.....	18
अध्याय 3: सिर और गर्दन के कैंसर के लिए विकिरण उपचार Radiotherapy के दुष्प्रभाव.....	24
अध्याय 4: सिर और गर्दन के कैंसर के लिए कीमोथेरेपी के दुष्प्रभाव.....	37
अध्याय 5: लिम्फेडेमा, गर्दन में सूजन और उसके बाद सुन्नता विकिरण और सर्जरी.....	42
अध्याय 6: लेरिन्जेक्टोमी के बाद बोलने के तरीके.....	48
अध्याय 7: बलगम और श्वसन देखभाल.....	57
अध्याय 8: tracheostomy के चहद की देखभाल.....	64
अध्याय 9: गर्मी नमी एक्सचेंजर (एचएमई) देखभाल.....	69
अध्याय 10: ट्रेक्रियोएसोफ़ेल वॉयस प्रोस्थेसिस का उपयोग और देखभाल.....	77
अध्याय 11: खाना, निगलना और सूंघना.....	89
अध्याय 12: विकिरण और सर्जरी के बाद चिकित्सा मुद्दे: दर्द प्रबंधन, कैंसर का प्रसार, हाइपोथायरायडिज्म और चिकित्सा त्रुटियों की रोकथाम.....	106
अध्याय 13: निवारक देखभाल: अनुवर्ती कार्रवाई, धूम्रपान से परहेज और टीकाकरण....	116
अध्याय 14: दंत संबंधी समस्याएं और हाइपरबेरिक ऑक्सीजन थेरेपी.....	121
अध्याय 15: मनोवैज्ञानिक मुद्दे: अवसाद, आत्महत्या, अनिश्चितता, निदान साझा करना, देखभाल करने वाला और सहायता का स्रोत.....	126

अध्याय 16: कैंसर के निदान और अनुवर्ती कार्रवाई में सीटी, एमआरआई और पीईटी स्कैन का उपयोग.....	141
अध्याय 17: तत्काल देखभाल, कार्डियोपल्मोनरी पुनर्जीवन (सीपीआर), और एनेस्थीसिया के दौरान लेरिंजेक्टोमीज़ की देखभाल.....	144
अध्याय 18: लैरिंजेक्टोमी के रूप में यात्रा करना.....	155
परिशिष्ट.....	162
लेखक के बारे में.....	164
अनुक्रमणिका.....	165

समर्पण

यह पुस्तक मेरे साथी लेरिंजक्टोमीज़ और उनकी देखभाल करने वालों को समर्पित है उनके साहस और दृढ़ता के लिए.

पावती

मैं जॉयस रेबैक ब्रूक और कैरोल कमिंसकी का उनकी संपादकीय सहायता के लिए आभारी हूं।

अस्वीकरण

डॉ ब्रूक ओटोलरींगोलॉजी और सिर और गर्दन की सर्जरी के विशेषज्ञ नहीं हैं। यह मार्गदर्शिका चिकित्सा पेशेवरों द्वारा चिकित्सा देखभाल का विकल्प नहीं है।

चित्र 1 और 2; आंकड़े 1-5; और फ्रंट कवर एटोस मेडिकल इंक की अनुमति से प्रकाशित किया गया था।

भूमिका

मैं एक चिकित्सक हूँ जो 2008 में लेरिन्जेक्टोमी करवा चुका हूँ। मुझे 2006 में लेरिन्जियल कैंसर का पता चला था और शुरू में विकिरण (रेडियो थेरपी) के एक कोर्स के साथ इलाज किया गया था। दो साल बाद कैंसर के पुनः होने के बाद, मेरे डॉक्टरों ने सिफारिश की कि कैंसर को खत्म करने के लिए संपूर्ण लैरिंजेक्टॉमी ही सबसे अच्छा उपाय है। जैसा कि मैं यह लिख रहा हूँ, मेरे ऑपरेशन को पांच साल से अधिक समय हो गया है; पुनः कैंसर होने का कोई संकेत नहीं मिला है।

लैरिंजेक्टोमी कराने के बाद, मुझे खुद की देखभाल करने के तरीके सीखने में आने वाली चुनौतियों की भयावहता का एहसास हुआ। इन चुनौतियों पर काबू पाने के लिए शरीर के साँस के आवागमन के मार्ग की देखभाल करने, विकिरण और अन्य उपचारों के जीवन भर दुष्प्रभावों से निपटने, सर्जरी के परिणामों के साथ जीने, भविष्य के बारे में अनिश्चितताओं का सामना करने और मनोवैज्ञानिक, सामाजिक, चिकित्सा और दंत संबंधी मुद्दों से जूझने में नई तकनीकों में महारत हासिल करने की आवश्यकता होती है। एक साँस और वाणी के अंग के कैंसर से बचे व्यक्ति के रूप में मैंने जीवन की कठिनाइयों से भी सीखा। यह कैंसर और इसका उपचार कुछ सबसे बुनियादी मानवीय कार्यों, बातचीत, खाना पीना और सामाजिक संपर्क के कार्यकलाप को प्रभावित करता है।

जैसे-जैसे मैंने धीरे-धीरे एक लेरिन्जेक्टोमी मरीज़ के रूप में अपने जीवन का सामना करना सीखा, मुझे एहसास हुआ कि कई समस्याओं का समाधान न केवल चिकित्सा और विज्ञान पर आधारित है, बल्कि ट्रायल और एरर (गलती करके सीखना) से प्राप्त अनुभव पर भी आधारित है। मुझे यह भी एहसास हुआ कि जो बात एक व्यक्ति के लिए काम करती है वह हमेशा दूसरे के लिए काम नहीं कर सकती। चूँकि प्रत्येक व्यक्ति का चिकित्सा इतिहास, शरीर रचना और व्यक्तित्व अलग-अलग होता है, इसलिए कुछ समाधान भी अलग-अलग होते हैं। हालाँकि, देखभाल के कुछ सामान्य सिद्धांत अधिकांश लेरिंजेक्टोमीज़ के लिए सहायक होते हैं। मैं भाग्यशाली था कि मुझे अपने चिकित्सकों, भाषण और भाषा रोगविज्ञानियों और अन्य लेरिंजेक्टोमीज़ से लाभ हुआ क्योंकि मैंने सीखा कि मुझे अपनी देखभाल कैसे करनी है और दैनिक चुनौतियों का सामना कैसे करना है। मुझे धीरे-धीरे एहसास हुआ कि नए और यहां तक कि अनुभवी लैरिंजेक्टोमी के व्यक्ति शायद खुद की बेहतर देखभाल करना सीखकर अपने जीवन की गुणवत्ता में सुधार

करेंगे। इस उद्देश्य से मैंने लैरिंजेक्टोमी और सिर और गर्दन के कैंसर से पीड़ित अन्य व्यक्तियों की मदद के लिए एक वेबसाइट (<http://dribrook.blogspot.com/>) बनाई। यह साइट चिकित्सा, दंत चिकित्सा और मनोवैज्ञानिक मुद्दों से संबंधित है और इसमें बचाव, श्वास और अन्य जानकारीपूर्ण व्याख्यानो के बारे में वीडियो के लिंक भी शामिल हैं।

यहां प्रस्तुत व्यावहारिक मार्गदर्शिका मेरी वेबसाइट पर आधारित है और इसका उद्देश्य उपयोगी जानकारी प्रदान करना है जो चिकित्सा, दंत चिकित्सा और मनोवैज्ञानिक मुद्दों से निपटने में लैरिंजेक्टोमी मरीज़ और उनकी देखभाल करने वालों की सहायता कर सकती है। गाइड में विकिरण (रेडियो थेरपी) और कीमोथेरेपी के दुष्प्रभावों के बारे में जानकारी शामिल है; लैरिंजेक्टोमी के बाद बोलने के तरीके; वायुमार्ग, रंध्र, गर्मी और नमी विनिमय फिल्टर और आवाज कृत्रिम अंग की देखभाल कैसे करें।

इसके अलावा, मैं खाने और निगलने के मुद्दों, चिकित्सा, दंत चिकित्सा और मनोवैज्ञानिक चिंताओं, श्वासन और संज्ञाहरण, और एक लैरिंजेक्टोमी के रूप में यात्रा को संबोधित करता हूं। यह मार्गदर्शिका पेशेवर डॉक्टर द्वारा दी जाने वाली चिकित्सा देखभाल का विकल्प नहीं है, लेकिन उम्मीद है कि यह लैरिंजेक्टोमी के मरीज़ और उनकी देखभाल करने वालों के लिए उनके जीवन और उनके सामने आने वाली चुनौतियों से निपटने में उपयोगी होगी।

अध्याय 1 :

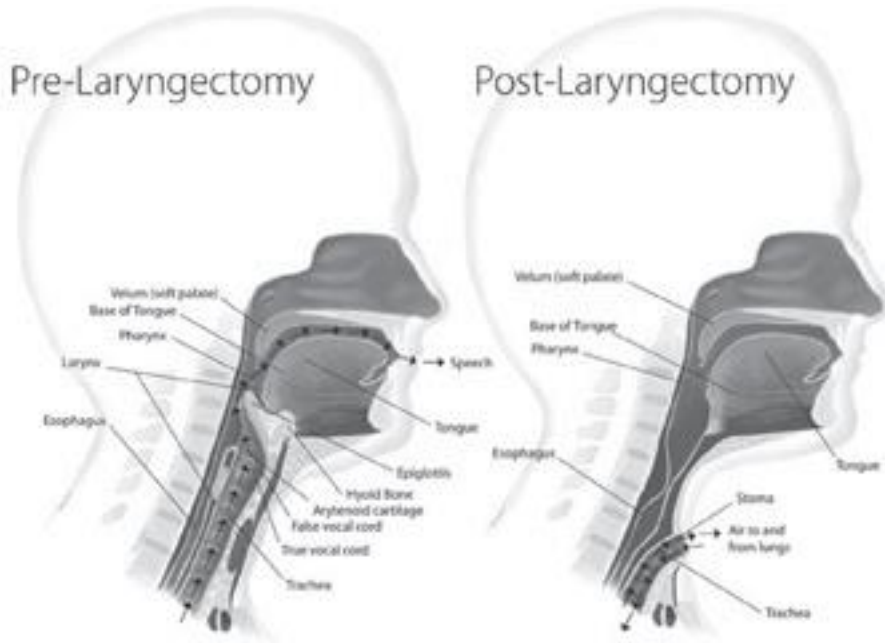
स्वरयंत्र कैंसर का निदान और उपचार

विहंगावलोकन

स्वरयंत्र का कैंसर वॉइस बॉक्स को प्रभावित करता है। कैंसर जो स्वरयंत्र (Larynx) में शुरू होता है स्वरयंत्र कैंसर (Laryngeal Cancer) कहलाते हैं; हाइपोफैरिक्स के कैंसर को हाइपोफैरिन्जियल कैंसर कहा जाता है। (हाइपोफरीनक्स गले का वह हिस्सा है [शरीर में खाने की नली की शुरुआत वाला भाग] जो स्वरयंत्र के बगल में और पीछे स्थित होता है।) ये कैंसर एक-दूसरे के बहुत करीब होते हैं और दोनों के उपचार सिद्धांत समान होते हैं और इसमें लैरींगेक्टॉमी शामिल हो सकती है। हालाँकि इस अध्याय में दी गई चर्चा स्वरयंत्र कैंसर को संबोधित करती है, यह आम तौर पर हाइपोफैरीन्जियल कैंसर पर भी लागू होती है।

स्वरयंत्र कैंसर तब होता है जब स्वरयंत्र में घातक कोशिकाएं दिखाई देने लगती हैं। स्वरयंत्र में स्वर रज्जु (या सिलवर्टे) (वोकल कार्ड) हैं, जो कंपन करके ध्वनि उत्पन्न करती हैं, जो गले, मुँह और नाक के माध्यम से गूँजने पर सुनने के लिए वाणी पैदा करती हैं।

स्वरयंत्र को तीन संरचनात्मक क्षेत्रों में विभाजित किया गया है: ग्लोटिस (स्वरयंत्र के बीच में, स्वर रज्जु भी शामिल है); सुप्राग्लॉटिस (शीर्ष भाग में, एपिग्लॉटिस, एरीटेनोइड्स और एरीपिग्लॉटिक फोल्ड और फाल्स वोकल कार्ड); और सबग्लॉटिस (स्वरयंत्र के नीचे)। जबकि कैंसर स्वरयंत्र के किसी भी हिस्से में विकसित हो सकता है, अधिकांश स्वरयंत्र कैंसर ग्लोटिस में उत्पन्न होते हैं। सुप्राग्लॉटिक कैंसर कम आम हैं, और सबग्लॉटिक ट्यूमर सबसे कम बार होते हैं।



चित्र 1: लेरिंजक्टोमी से पहले और बाद की शारीरिक रचना

लेरिंजियल और हाइपोफेरींजियल कैंसर आसपास के भागों में सीधे विस्तार से, गर्दन के लिम्फ नोडों में मेटास्टेसिस द्वारा, या अधिक दूर से, रक्त प्रवाह के माध्यम से शरीर में अन्य स्थानों तक फैल सकता है। फेफड़ों और लिवर में दूर के मेटास्टेसिस सबसे आम हैं। स्क्वैमस सेल कार्सिनोमा 90 से 95 प्रतिशत लेरिंजियल और हाइपोफेरींजियल कैंसर के लिए जिम्मेदार होता है।

धूम्रपान और भारी शराब का सेवन स्वरयंत्र कैंसर के मुख्य जोखिम कारक हैं। ह्यूमन पेपिलोमा वायरस (एचपीवी) के संपर्क में आने को मुख्य रूप से ऑरोफरींजियल कैंसर और कुछ हद तक लेरिंजियल और हाइपोफेरींजियल कैंसर से जोड़ा गया है।

संयुक्त राज्य अमेरिका में लगभग 50,000 से 60,000 लेरिंजेक्टोमी हैं। राष्ट्रीय कैंसर संस्थान की निगरानी महामारी विज्ञान और अंतिम परिणाम (एसईईआर) कैंसर सांख्यिकी समीक्षा के अनुसार, हर साल अनुमानित 12,250 पुरुषों और महिलाओं में स्वरयंत्र के कैंसर का निदान किया जाता है। मुख्य रूप से नए लेरिंजेक्टोमी की संख्या में गिरावट आ रही है क्योंकि कम लोग धूम्रपान कर रहे हैं और नए चिकित्सीय दृष्टिकोण स्वरयंत्र को बचा सकते हैं।

निदान

स्वरयंत्र लेरीन्क्स कैंसर के लक्षण और लक्षणों में शामिल हैं:

- असामान्य (ऊँची-ऊँची) साँस लेने की आवाज़ें
- पुरानी खांसी (रक्त के साथ और बिना)
- खाना निगलने में कठिनाई
- गले में गांठ जैसा महसूस होना
- गला बैठना जो 1-2 सप्ताह में ठीक नहीं होता
- गर्दन और कान में दर्द
- गले में खराश जो एंटीबायोटिक दवाओं से भी 1-2 सप्ताह में ठीक नहीं होती
- गर्दन में सूजन या गांठ
- अनजाने में वजन कम होना

स्वरयंत्र कैंसर से जुड़े लक्षण इसके स्थान पर निर्भर करते हैं। ग्लोटिस के कैंसर में लगातार आवाज बैठना प्रारंभिक शिकायत हो सकती है। बाद के लक्षणों में निगलने में कठिनाई, कान में दर्द, पुरानी और कभी-कभी खूनी खांसी और आवाज बैठना शामिल हो सकते हैं। सुप्राग्लॉटिक

कैंसर का निदान अक्सर तब होता है जब साँस लेने में रुकावट या स्पष्ट मेटास्टैटिक लिम्फ नोड्स गर्दन में मौजूद होते हैं.सबग्लॉटिक ट्यूमर आमतौर पर आवाज बैठना या परिश्रम के दौरानसाँस लेने में कठिनाई की शिकायत के साथ मौजूद होते हैं।

ऐसा कोई एक परीक्षण नहीं है जो कैंसर का सटीक निदान कर सके। किसी मरीज के संपूर्ण मूल्यांकन के लिए आम तौर पर नैदानिक परीक्षण के साथ-साथ संपूर्ण इतिहास और शारीरिक परीक्षण की आवश्यकता होती है। यह निर्धारित करने के लिए कई परीक्षणों की आवश्यकता होती है कि क्या किसी व्यक्ति को कैंसर है या कोई अन्य स्थिति (जैसे संक्रमण) कैंसर के लक्षणों जैसा प्रेजेंट कर सकती है।

प्रभावी नैदानिक परीक्षण का उपयोग कैंसर की उपस्थिति की पुष्टि करने या उसे खत्म करने, इसकी प्रगति की निगरानी करने और उपचार की प्रभावशीलता की योजना बनाने और उसका मूल्यांकन करने के लिए किया जाता है। कुछ मामलों में, यदि किसी व्यक्ति की स्थिति बदल गई है, एकत्र किया गया सेम्पल अच्छी गुणवत्ता का नहीं है, या असामान्य परीक्षण परिणाम की पुष्टि करने की आवश्यकता है, तो दोबारा परीक्षण करना आवश्यक है। कैंसर के लिए नैदानिक प्रक्रियाओं में इमेजिंग, प्रयोगशाला परीक्षण, ट्यूमर बायोप्सी, एंडोस्कोपिक परीक्षा, सर्जरी या आनुवंशिक परीक्षण शामिल हो सकते हैं।

निम्नलिखित परीक्षणों और प्रक्रियाओं का उपयोग लैरिंजियल कैंसर के निदान और चरण में मदद के लिए किया जा सकता है जो उपचार की पसंद को प्रभावित करता है:

गले और गर्दन की शारीरिक जांच: डॉक्टर को गर्दन में सूजे हुए लिम्फ नोड्स का परीक्षण करते हैं और गले की असामान्यताओं की जांच के लिए एक छोटे, लंबे हैंडल वाले दर्पण का उपयोग करके गले के अंदर देखते हैं.

एंडोस्कोपी: एक प्रक्रिया जिसमें एक एंडोस्कोप (एक लचीली रोशनी वाली ट्यूब) को नाक या मुंह के माध्यम से गले से होते हुए में स्वरयंत्र में डाला जाता है, जिससे डॉक्टर सीधे इन संरचनाओं को देख सकता है।

लैरिंगोस्कोपी:दर्पण या लैरिंजोस्कोप (एक कठोर रोशनी वाली ट्यूब) से स्वरयंत्र की जांच करने की एक प्रक्रिया।

सीटी स्कैन (टोमोग्राफी):एक मशीन जो विभिन्न स्थानों और दिशाओं से ली गई शरीर के विस्तृत रेडियोग्राफ की एक श्रृंखला तैयार करती है

जिसमें इंजेक्शन द्वारा डाई जैसी कंट्रास्ट सामग्री अंगों और शरीर के भागों के बेहतर दृश्य को सक्षम बनाती है।

एमआरआई (मैग्नेटिक resonance इमेजिंग):एक मशीन जो शरीर के अंदर के क्षेत्रों की विस्तृत तस्वीरों की एक श्रृंखला उत्पन्न करने के लिए चुंबक और रेडियो तरंगों का उपयोग करती है।

बेरियम swallow :अन्नप्रणाली और पेट की जांच करने की एक प्रकार का एक्सरे जिसमें रोगी एक बेरियम घोल पीता है जो अन्नप्रणाली और पेट को ढक देता है, और एक्स-रे प्राप्त किए जाते हैं।

बायोप्सी:एक प्रक्रिया जिसमें टिशू प्राप्त किए जाते हैं ताकि कैंसर की जांच के लिए उन्हें माइक्रोस्कोप के नीचे देखा जा सके।

स्वरयंत्र कैंसर से ठीक होने की संभावना निम्नलिखित पर निर्भर करती है:

- कैंसर किस हद तक फैल चुका है ("चरण या स्टेज)
- कैंसर कोशिकाओं की उपस्थिति ("ग्रेड")
- ट्यूमर का स्थान और आकार

· मरीज़ की उम्र, लिंग और सामान्य स्वास्थ्य

इसके अतिरिक्त, तम्बाकू धूम्रपान और शराब पीने से स्वरयंत्र कैंसर के उपचार की प्रभावशीलता कम हो जाती है। स्वरयंत्र कैंसर के मरीज़ जो धूम्रपान और शराब पीना जारी रखते हैं, उनके ठीक होने की संभावना कम होती है और दूसरा ट्यूमर विकसित होने की संभावना अधिक होती है।

स्वरयंत्र कैंसर का उपचार

प्रारंभिक या छोटे स्वरयंत्र कैंसर वाले व्यक्तियों का इलाज सर्जरी या विकिरण चिकित्सा रेडियो थेरेपी से किया जा सकता है। ज्यादा एडवांस्ड स्वरयंत्र कैंसर वाले लोगों को उपचार के combination काम्बिनेशन की आवश्यकता हो सकती है। इसमें सर्जरी और विकिरण थेरेपी और कीमोथेरेपी का काम्बिनेशन शामिल हो सकता है, जो आमतौर पर एक ही समय में दिया जाता है।

लक्षित चिकित्सा targeted थेरेपी एक अन्य चिकित्सीय विकल्प है जो विशेष रूप से एडवांस्ड स्वरयंत्र कैंसर के लिए निर्देशित है। लक्षित कैंसर उपचारों को दवाओं या अन्य पदार्थों का उपयोग करके प्रशासित किया जाता है जो ट्यूमर के विकास और प्रगति में शामिल विशिष्ट अणुओं में हस्तक्षेप करके कैंसर के विकास और प्रसार को रोकते हैं।

उपचार का चुनाव मुख्य रूप से रोगी के सामान्य स्वास्थ्य, ट्यूमर के स्थान और कैंसर अन्य स्थानों पर फैल गया है या नहीं, इस पर निर्भर करता है।

चिकित्सा विशेषज्ञों की एक टीम आम तौर पर उपचार की योजना बनाने में सहयोग करती है।

इनइसमें शामिल हो सकते हैं:

· कान, नाक और गले के डॉक्टर (ओटोलरींगोलॉजिस्ट)

- सामान्य सिर एवं गर्दन सर्जन
- मेडिकल ऑन्कोलॉजिस्ट
- विकिरण ऑन्कोलॉजिस्ट

अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता जो एक टीम के रूप में विशेषज्ञों के साथ काम करते हैं उनमें एक दंत चिकित्सक, प्लास्टिक सर्जन, पुनर्निर्माण सर्जन, भाषण और भाषा रोगविज्ञानी, ऑन्कोलॉजी नर्स, आहार विशेषज्ञ और एक मानसिक स्वास्थ्य परामर्शदाता शामिल हो सकते हैं।

उपचार के विकल्प निम्नलिखित पर निर्भर करते हैं:

- कैंसर किस हद तक फैल चुका है ("चरण")
- ट्यूमर का स्थान और आकार
- रोगी की बात करने, खाने और सांस लेने की क्षमता को यथासंभव सामान्य बनाए रखना
- क्या कैंसर वापस आ गया है

चिकित्सा टीम रोगी के लिए उपलब्ध उपचार विकल्पों और अपेक्षित परिणाम क्या हैं, साथ ही संभावित दुष्प्रभावों का वर्णन करती है। मरीजों को उपलब्ध विकल्पों पर सावधानीपूर्वक विचार करना चाहिए और समझना चाहिए कि ये उपचार उनकी खाने, निगलने और बात करने की क्षमता को कैसे प्रभावित कर सकते हैं, और क्या ये उपचार उपचार के दौरान और बाद में उनकी

उपस्थिति को बदल देंगे। रोगी और उसकी स्वास्थ्य देखभाल टीम एक उपचार योजना विकसित करने के लिए मिलकर काम कर सकती है जो रोगी की आवश्यकताओं और अपेक्षाओं के अनुरूप हो।

दर्द और अन्य लक्षणों के नियंत्रण के लिए सहायक देखभाल जो संभावित दुष्प्रभावों से राहत दे सकती है और भावनात्मक चिंताओं को कम कर सकती है, कैंसर के उपचार से पहले, उसके दौरान और बाद में उपलब्ध होनी चाहिए।

मरीजों को अपनी पसंद चुनने से पहले अच्छी तरह से सूचित किया जाना चाहिए। यदि आवश्यक हो, तो दूसरी चिकित्सा और/या सर्जिकल राय प्राप्त करना सहायक होता है। रोगी के परिवार के सदस्य या मित्र को मेडिकल टीम के साथ चर्चा में शामिल करना वांछनीय है क्योंकि वे रोगी को सर्वोत्तम विकल्प चुनने में सहायता कर सकते हैं।

मेडिकल टीम से निम्नलिखित प्रश्न पूछने का सुझाव दिया गया है:

- ट्यूमर का आकार, स्थान, फैलाव और अवस्था क्या है?
- उपचार के क्या विकल्प हैं? क्या उनमें सर्जरी, विकिरण चिकित्सा, कीमोथेरेपी या इनका कॉम्बिनेशन शामिल होगा?
- प्रत्येक प्रकार के उपचार के अपेक्षित दुष्प्रभाव, जोखिम और लाभ क्या हैं?
- कैसे कर सकते हैं साइड इफेक्ट का प्रबंधन किया जाए?
- उपरोक्त प्रत्येक उपचार के साथ मेरी आवाज की ध्वनि कैसी होगी?
- सामान्य रूप से खाने में सक्षम होने की क्या संभावना है?

- इलाज की तैयारी कैसे करें?
- क्या उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता होगी और यदि हां तो कितने समय तक?
- उपचार की अनुमानित लागत क्या है और क्या बीमा इसे कवर करेगा?
- कैसे होगा इलाज किसी के जीवन, कार्य और सामान्य गतिविधियों को प्रभावित करते हैं?
- क्या शोध अध्ययन (क्लिनिकल ट्रायल) एक अच्छा विकल्प है?
- क्या चिकित्सक उपचार विकल्पों के संबंध में किसी विशेषज्ञ से दूसरी राय लेने की सलाह दे सकता है?
- कितनी बार और कितने समय तक फॉलो-अप की आवश्यकता होगी?

अध्याय 2 :

सर्जरी कराना: लेरिन्जेक्टोमी के प्रकार, परिणाम, दर्द प्रबंधन, और दूसरी राय लेना

लेरिन्जेक्टोमी के प्रकार

स्वरयंत्र कैंसर के उपचार में अक्सर सर्जरी शामिल होती है। सर्जन स्केलपेल या लेजर का उपयोग कर सकता है। लेजर सर्जरी एक ऐसे उपकरण का उपयोग करके की जाती है जो प्रकाश की तीव्र किरण उत्पन्न करती है जो ऊतकों को काटती है या नष्ट कर देती है।

स्वरयंत्र कैंसर को हटाने के लिए दो प्रकार की सर्जरी होती हैं:

स्वरयंत्र के किसी भाग को हटाना: सर्जन स्वरयंत्र के ट्यूमर वाले हिस्से को ही बाहर निकालता है।

संपूर्ण स्वरयंत्र को हटाना: सर्जन पूरा हटा देता है स्वरयंत्र और कुछ निकटवर्ती ऊतक।

किसी भी प्रकार की सर्जरी के दौरान कैंसरग्रस्त स्थान के करीब या उसे बाहर निकालने वाले लिम्फ नोड्स को भी बाहर निकाला जा सकता है।

प्रभावित ऊतकों के पुनर्निर्माण के लिए रोगी को पुनर्निर्माण या प्लास्टिक सर्जरी से गुजरना पड़ सकता है। गले और/या गर्दन में सर्जरी की जगह की मरम्मत के लिए सर्जन शरीर के अन्य हिस्सों से ऊतक प्राप्त कर सकता है। पुनर्निर्माण या प्लास्टिक सर्जरी कभी-कभी उसी समय होती है जब कैंसर हटा दिया जाता है, या इसे बाद में भी किया जा सकता है।

सर्जरी के बाद ठीक होने में समय लगता है; ठीक होने के लिए आवश्यक समय की अवधि व्यक्तियों में अलग-अलग होती है।

सर्जरी का नतीजा

सर्जरी के बाद सर्जरी के मुख्य परिणामों में निम्नलिखित में से सभी या कुछ शामिल हो सकते हैं:

- गले और गर्दन में सूजन
- स्थानीय दर्द
- थकान
- बलगम उत्पादन में वृद्धि
- शरीर की कुछ बनावट में परिवर्तन
- शरीर के कुछ हिस्से में सुन्न हो जाना, मांसपेशियों की कठोरता और कमजोरी
- ट्रेकियोस्टोमी

अधिकांश लोग सर्जरी के बाद कुछ समय तक कमजोरी या थकान महसूस करते हैं, गर्दन में सूजन होती है, और पहले कुछ दिनों तक दर्द और परेशानी का अनुभव करते हैं। दर्द की दवाएँ इनमें से कुछ लक्षणों से राहत दिला सकती हैं। (दर्द प्रबंधन देखें, पृष्ठ 101)

सर्जरी निगलने, खाने या बात करने की क्षमता को बदल सकती है। हालाँकि, सभी में नहीं ऐसे प्रभाव स्थायी होते हैं, जैसा कि गाइड में बाद में चर्चा की गई है (अध्याय 6 और 11 देखें)। जो लोग सर्जरी के बाद बात करने की क्षमता खो देते हैं, उनके लिए नोटपैड, राइटिंग बोर्ड (जैसे जादुई स्लेट), सेल फोन या कंप्यूटर पर लिखकर संवाद करना उपयोगी हो सकता है। सर्जरी से पहले टेलीफोन कॉल करने वालों को बोलने में आने वाली कठिनाइयों के बारे में सूचित करने के लिए उत्तर देने वाली मशीन या वॉइसमेल के

लिए मरीज़ द्वारा संदेश रिकॉर्डिंग करना मददगार हो सकता है। सर्जरी के कुछ दिनों के भीतर बोलने के लिए इलेक्ट्रोलेरिक्स का उपयोग किया जा सकता है। (इलेक्ट्रोलेरिक्स, पेज 47 देखें) गर्दन की सूजन और सर्जिकल टांके के बाद स्ट्रॉ जैसी ट्यूब के साथ कंपन देने के इंद्रा-ओरल मार्ग को प्राथमिकता दी जाती है।

सर्जरी की तैयारी

सर्जरी से पहले सर्जन के साथ सभी उपलब्ध चिकित्सीय और सर्जिकल विकल्पों और उनके लघु और दीर्घकालिक परिणामों पर गहन चर्चा करना महत्वपूर्ण है। सर्जरी के लिए निर्धारित मरीज़ चिंतित और बहुत तनाव में हो सकते हैं। इसलिए यह महत्वपूर्ण है कि रोगी के साथी (जैसे परिवार का कोई सदस्य या मित्र) भी सर्जन के साथ बैठकों में शामिल हों। किसी भी चिंता पर स्वतंत्र रूप से पूछना और चर्चा करना और स्पष्टीकरण का अनुरोध करना महत्वपूर्ण है। स्पष्टीकरणों को तब तक बार-बार सुनना आवश्यक हो सकता है जब तक कि वे पूरी तरह समझ न आ जाएँ। बैठक से पहले सर्जन से पूछने के लिए प्रश्न तैयार करना और प्राप्त जानकारी को लिखना उपयोगी होता है।

सर्जन से परामर्श के अलावा, इन चिकित्सा प्रदाताओं को देखना भी महत्वपूर्ण है:

- इंटरनिस्ट और/या पारिवारिक चिकित्सक
- कोई भी विशेषज्ञ किसी विशिष्ट के लिए देखता है चिकित्सा समस्या (अर्थात, हृदय रोग विशेषज्ञ, पल्मोनोलॉजिस्ट, आदि)
- विकिरण ऑन्कोलॉजिस्ट
- चिकित्सा ऑन्कोलॉजिस्ट
- एनेस्थेतिस्ट
- दाँतों का डॉक्टर
- बोली और भाषारोगविज्ञानी (एसएलपी)
- सामाजिक कार्यकर्ता या मानसिक स्वास्थ्य परामर्शदाता
- पोषण विशेषज्ञ

ऐसे अन्य व्यक्तियों से मिलना भी बहुत उपयोगी है जो पहले से ही लेरिन्जेक्टॉमी करा चुके हैं। वे रोगी को भविष्य के भाषण विकल्पों के बारे में मार्गदर्शन कर सकते हैं, अपने कुछ अनुभव साझा कर सकते हैं और भावनात्मक समर्थन प्रदान कर सकते हैं।

दूसरी राय प्राप्त करना

जब एक नई और बड़ी बीमारी का सामना करना पड़ता है जिसके लिए सर्जरी सहित कई चिकित्सीय विकल्पों के बीच चयन करने की आवश्यकता होती है, तो दूसरी राय लेना महत्वपूर्ण है। अलग-अलग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा दृष्टिकोण और विचार हो सकते हैं और दूसरी (या तीसरी) राय भी अमूल्य हो सकती है। मौजूदा मुद्दों में अनुभवी चिकित्सकों से ऐसी राय लेना विवेकपूर्ण है। ऐसी कई स्थितियाँ होती हैं जब उपचार को उलटा नहीं किया जा सकता। यही कारण है कि कम से कम एक और विशेषज्ञ से परामर्श करने के बाद चिकित्सा का कोर्स चुनना बहुत महत्वपूर्ण है।

कुछ व्यक्ति दूसरी राय के लिए किसी अन्य चिकित्सक से मिलने के लिए रेफरल मांगने में अनिच्छुक हो सकते हैं। कुछ लोगों को डर हो सकता है कि इसे उनके प्राथमिक चिकित्सक में विश्वास की कमी या उनकी क्षमता के बारे में संदेह के रूप में समझा जाएगा। अधिकांश चिकित्सक अपने मरीजों को दूसरी राय लेने के लिए प्रोत्साहित करते हैं और इस तरह के अनुरोध से वे अपमानित या भयभीत महसूस नहीं करेंगे। इसके अलावा, कई चिकित्सा बीमाकर्ता इसका स्वागत करते हैं।

दूसरा डॉक्टर पहले डॉक्टर के निदान और उपचार योजना से सहमत हो सकता है। इसके विपरीत, दूसरा चिकित्सक एक अलग दृष्टिकोण सुझा सकता है। किसी भी तरह से, रोगी को अधिक मूल्यवान जानकारी मिलती है और नियंत्रण की बेहतर समझ भी प्राप्त होती है। अंततः कोई व्यक्ति अपने निर्णयों के बारे में अधिक आश्वस्त महसूस कर सकता है, यह जानते हुए कि सभी विकल्पों पर विचार किया गया है।

किसी के मेडिकल रिकॉर्ड इकट्ठा करने और दूसरे चिकित्सक को देखने में कुछ समय और प्रयास लग सकता है। आम तौर पर, उपचार शुरू करने में देरी से अंतिम उपचार कम प्रभावी नहीं होगा। हालाँकि, किसी भी संभावित देरी पर चिकित्सक से चर्चा करनी चाहिए। दूसरी राय के लिए किसी विशेषज्ञ को ढूँढने के कई तरीके हैं। कोई व्यक्ति प्राथमिक चिकित्सक, स्थानीय या राज्य चिकित्सा सोसायटी, नजदीकी अस्पताल या मेडिकल स्कूल से किसी अन्य विशेषज्ञ के पास रेफरल का अनुरोध कर सकता है। हालाँकि कैंसर से पीड़ित मरीज अक्सर इलाज करवाने और कैंसर को जल्द से जल्द दूर करने की जल्दी में रहते हैं, फिर भी किसी अन्य राय की प्रतीक्षा करना सार्थक हो सकता है।

सर्जरी के बाद दर्द प्रबंधन

लेरिन्जेक्टॉमी और कुछ प्रकार की पुनर्निर्माण प्लास्टिक सर्जरी की प्रक्रियाएं, जहां छाती की मांसपेशियों, अग्रबाहु, जांघ, जेजुनम, या पेट को ऊपर की ओर से ऊतक स्थानांतरित किया जाता है (एक फ्लैप), बढ़े हुए या लंबे समय तक दर्द से जुड़े होने की अधिक संभावना होती है। जिन लोगों की सर्जरी के साथ गर्दन का रेडिकल लिम्फ नोड डिसेक्शन ऑपरेशन किया जाता है, उन्हें अतिरिक्त दर्द का अनुभव हो सकता है। वर्तमान में, अधिकांश मरीजों का माडिफाइड रेडिकल नेक डिसेक्शन से किया जाता है, जब रीढ़ की सहायक तंत्रिका को नहीं हटाया जाता है। यदि सर्जरी के दौरान रीढ़ की सहायक तंत्रिका को काट दिया जाता है या हटा दिया जाता है, तो रोगी को कंधे में असुविधा, कठोरता और गति की सीमा में दीर्घकालिक हानि होने की अधिक संभावना होती है। इस प्रक्रिया से जुड़ी कुछ असुविधाओं को व्यायाम और फिजीयोथेरेपी द्वारा रोका जा सकता है। ऐसे व्यक्तियों के लिए जो लैरिंगेक्टॉमी या किसी अन्य सिर और गर्दन की सर्जरी के परिणामस्वरूप पुराने दर्द का अनुभव करते हैं, पेन मैनेजमेंट विशेषज्ञ द्वारा परीक्षण आमतौर पर बहुत मददगार होता है। (दर्द प्रबंधन देखें, पृष्ठ 101)

अध्याय 3 :

सिर और गर्दन के कैंसर के लिए विकिरण उपचार के दुष्प्रभाव

रेडिएशन थेरेपी (आरटी) का उपयोग अक्सर सिर और गर्दन के कैंसर के इलाज के लिए किया जाता है। आरटी का लक्ष्य कैंसर कोशिकाओं को मारना है। क्योंकि ये कोशिकाएं सामान्य कोशिकाओं की तुलना में तेजी से विभाजित होती हैं और बढ़ती हैं, इसलिए रेडिएशन द्वारा उनके नष्ट होने की संभावना अधिक होती है। इसके विपरीत, हालांकि वे क्षतिग्रस्त हो सकती हैं, स्वस्थ कोशिकाएं आम तौर पर ठीक हो जाती हैं।

यदि आरटी की सिफारिश की जाती है तो रेडिएशन ऑन्कोलॉजिस्ट एक उपचार योजना स्थापित करता है जिसमें दिए जाने वाले विकिरण की कुल खुराक, दिए जाने वाले उपचारों की संख्या और उनका शेड्यूल शामिल होता है। ये ट्यूमर के प्रकार और स्थान, रोगी के सामान्य स्वास्थ्य और अन्य वर्तमान या पिछले उपचारों पर आधारित होते हैं।

सिर और गर्दन के कैंसर के लिए आरटी के दुष्प्रभावों को प्रारंभिक (तीव्र) और दीर्घकालिक (पुरानी) में विभाजित किया गया है। प्रारंभिक दुष्प्रभाव उपचार के दौरान और उपचार के तुरंत बाद की अवधि के दौरान होते हैं (आरटी का कोर्स पूरा होने के लगभग 2-3 सप्ताह बाद)। दीर्घकालिक प्रभाव उसके बाद, हफ्तों से लेकर वर्षों तक, किसी भी समय प्रकट हो सकते हैं।

मरीज आमतौर पर आरटी के शुरुआती प्रभावों से सबसे अधिक परेशान होते हैं, हालांकि ये आम तौर पर समय के साथ ठीक हो जाएंगे। हालाँकि, क्योंकि दीर्घकालिक प्रभावों के लिए आजीवन देखभाल की आवश्यकता हो सकती है, इसलिए उन्हें रोकने और/या उनके परिणामों से निपटने के

लिए इन्हें पहचानना महत्वपूर्ण है। विकिरण के दुष्प्रभावों का ज्ञान उनकी शीघ्र पहचान और उचित प्रबंधन में सहायता दे सकता है।

सिर और गर्दन के कैंसर से पीड़ित व्यक्तियों को धूम्रपान बंद करने के महत्व के बारे में परामर्श प्राप्त करना चाहिए। इस तथ्य के अलावा कि धूम्रपान सिर और गर्दन के कैंसर के लिए एक प्रमुख जोखिम कारक है, शराब के सेवन से धूम्रपान करने वालों में कैंसर का खतरा और भी बढ़ जाता है। धूम्रपान कैंसर के पूर्वानुमान को भी प्रभावित कर सकता है। जब आरटी के दौरान और बाद में धूम्रपान जारी रखा जाता है, तो यह म्यूकोसल प्रतिक्रियाओं की गंभीरता और अवधि को बढ़ा सकता है, शुष्क मुंह (जेरोस्टोमिया) को खराब कर सकता है, और रोगी के परिणाम पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है। जो मरीज़ आरटी प्राप्त करने के दौरान भी धूम्रपान करना जारी रखते हैं, उनकी दीर्घकालिक जीवित रहने की दर धूम्रपान न करने वालों की तुलना में कम होती है। (धूम्रपान और शराब से परहेज देखें, पृष्ठ 115)

1. प्रारंभिक दुष्प्रभाव

प्रारंभिक दुष्प्रभावों में ऑरोफरीन्जियल म्यूकोसा की सूजन (म्यूकोसाइटिस), खाना निगलने में दर्द (ओडिनोफैगिया), खाना निगलने में कठिनाई (डिस्फेगिया), आवाज बैठना, लार की कमी (जेरोस्टोमिया), ओरोफेशियल दर्द, जिल्द की सूजन, मतली, उल्टी और वजन कम होना शामिल हैं। ये जटिलताएँ उपचार में बाधा डाल सकती हैं और देरी कर सकती हैं। कुछ हद तक, ये दुष्प्रभाव अधिकांश रोगियों में होते हैं और आम तौर पर समय के साथ समाप्त हो जाते हैं।

इन दुष्प्रभावों की गंभीरता आरटी दिए जाने की मात्रा और विधि, ट्यूमर के स्थान और प्रसार, और रोगी के सामान्य स्वास्थ्य और आदतों (यानी, निरंतर धूम्रपान, शराब का सेवन) से प्रभावित होती है।

त्वचा को नुकसान

विकिरण से त्वचा पर सनबर्न जैसी क्षति हो सकती है जो कीमोथेरेपी से और बढ़ सकती है। संभावित रासायनिक उत्तेजनाओं, सीधी धूप और हवा के संपर्क में आने और आरटी से पहले लोशन या मलहम के स्थानीय अनुप्रयोग से बचने की सलाह दी जाती है जो radiation रेडीयेशन के शरीर में प्रवेश की गहराई को बदल सकते हैं। ऐसे कई त्वचा देखभाल प्राडक्ट हैं जिनका

उपयोग विकिरण उपचार के दौरान त्वचा को चिकनाई और सुरक्षा देने के लिए किया जा सकता है।

शुष्क मुंह

लार उत्पादन कम होना या नही होना (या ज़ेरोस्टोमिया) मरीज को दी गई विकिरण की खुराक और विकिरणित सलावरी ऊतक की मात्रा से

संबंधित है। पर्याप्त तरल पदार्थ पीना और नमक और बेकिंग सोडा के डायल्यूटेड घोल से कुल्ला करना और गरारे करना मुंह को तरोताजा करने, गाढ़े मुंह के स्राव को ढीला करने और हल्के दर्द को कम करने में सहायक होते हैं। कृत्रिम लार जो कि मुंह में लगाना होता है और मुंह को लगातार पानी से गीला करना भी सहायक हो सकता है।

स्वाद में बदलाव

रेडीयेशन स्वाद में बदलाव के साथ-साथ जीभ में दर्द भी पैदा कर सकता है। इस तरह के दुष्प्रभाव भोजन के सेवन को और कम कर सकते हैं। छह महीने की अवधि में अधिकांश रोगियों में बदला हुआ स्वाद और जीभ का दर्द धीरे-धीरे दूर हो जाता है, हालांकि कुछ मामलों में स्वाद की रिकवरी अधूरी होती है। कई व्यक्तियों को अपने स्वाद में स्थायी परिवर्तन का अनुभव होता है।

ऑरोफरीन्जियल म्यूकोसा की सूजन (म्यूकोसाइटिस)

विकिरण या आर टी और साथ ही कीमोथेरेपी, ऑरोफरीन्जियल म्यूकोसा को नुकसान पहुंचाती है म्यूकोसा, जिसके परिणामस्वरूप म्यूकोसाइटिस होता है जो धीरे-धीरे बढ़ती है, आमतौर पर आरटी शुरू होने के दो से तीन सप्ताह बाद। इसकी होना और गंभीरता आरटी के क्षेत्र, कुल खुराक और अवधि पर निर्भर करती है। कीमोथेरेपी से स्थिति बिगड़ सकती है। म्यूकोसाइटिस दर्दनाक हो सकता है और भोजन सेवन और पोषण में बाधा उत्पन्न कर सकता है।

ईलाज में पूरी तरह की मौखिक स्वच्छता, आहार में परिवर्तन, और लोकल एनेस्थेटिक्स, एंटासिड और एंटीफंगल सस्पेंशन ("कॉकटेल") के साथ उपयोगी है। मसालेदार, अम्लीय, तीखा या गर्म

भोजन, साथ ही शराब से बचना चाहिए। सेकेन्डरी बैक्टीरियल , वायरल (जैसे, हर्पीस), और फंगल (जैसे, कैंडिडा) इन्फेक्शन संभव है। दर्द पर नियंत्रण (ऑपियेट्स या गैबापेंटिन का उपयोग करके) की आवश्यकता हो सकती है।

म्यूकोसाइटिस से पोषण संबंधी कमी हो सकती है। जो लोग महत्वपूर्ण वजन घटाने या डीहायड्रेशन को बार बार अनुभव करते हैं उन्हें गैस्ट्रोस्टोमी फीडिंग ट्यूब के माध्यम से भोजन की आवश्यकता हो सकती है।

ओरोफेशियल दर्द

सिर और गर्दन के कैंसर के रोगियों में ओरोफेशियल दर्द आम है और आधे रोगियों में आरटी से पहले, अस्सी प्रतिशत रोगियों में उपचार के दौरान और लगभग एक तिहाई रोगियों में उपचार के छह महीने बाद होता है। दर्द म्यूकोसाइटिस के कारण हो सकता है जो समवर्ती कीमोथेरेपी से बढ़ सकता है, और सर्जरी या अन्य उपचारों के कारण कैंसर, संक्रमण, सूजन और घाव से होने वाले नुकसान से बढ़ सकता है। दर्द प्रबंधन में दर्दनाशक दवाओं और नशीले पदार्थों का उपयोग शामिल है। (दर्द प्रबंधन देखें, पृष्ठ 101)।

मतली और उल्टी

आरटी से मतली हो सकती है। जब यह होता है, यह आम तौर पर आरटी सत्र के बाद दो से छह घंटे तक होता है और आम तौर पर लगभग दो घंटे तक रहता है। मतली उल्टी के साथ हो भी सकती है और नहीं भी।

ईलाज में शामिल हैं:

- पूरे दिन में तीन बार बड़े भोजन के बजाय छोटे-छोटे भोजन करना। यदि पेट खाली हो तो मतली अक्सर बदतर होती है।

- धीरे-धीरे भोजन करना, भोजन को पूरी तरह चबाकर खाना और तनावमुक्त रहना।

- ठंडा या कमरे के तापमान वाला खाना खाना। गर्म या गर्म खाद्य पदार्थों की गंध मतली पैदा कर सकती है।
- पचाने में भारी खाद्य पदार्थ , जैसे मसालेदार भोजन या उच्च वसा वाले खाद्य पदार्थ या समृद्ध साँस सेबचना
- खाने के बाद आराम करना. लेटते समय सिर को लगभग 12 इंच ऊपर उठाना चाहिए।
- भोजन के साथ पेय पदार्थ पीने के बजाय भोजन के बीच में पेय पदार्थ और अन्य तरल पदार्थ पीना।
- निर्जलीकरण को रोकने के लिए प्रति दिन 6-8 औंस तरल पदार्थ पीना। ठंडे पेय पदार्थ, बर्फ के टुकड़े, पॉप्सिकल्स या जिलेटिन पर्याप्त हैं।
- दिन के उस समय अधिक भोजन करना जब व्यक्ति को कम मिचली आती हो।
- जब किसी को लगातार मतली होने लगे तो प्रत्येक उपचार सत्र से पहले अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता डाक्टर को सूचित करना।
- लगातार उल्टी का तुरंत इलाज करें, क्योंकि इससे निर्जलीकरण हो सकता है।
- स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा मतली-विरोधी दवा का प्रबंध करना।

लगातार उल्टी होने से शरीर में बड़ी मात्रा में पानी और पोषक तत्व खत्म हो सकते हैं। यदि दिन में तीन बार से अधिक उल्टी होती रहती है और कोई पर्याप्त तरल पदार्थ नहीं पीता है, तो इससे निर्जलीकरण हो सकता है। अगर इलाज न किया जाए तो यह स्थिति गंभीर जटिलताओं का कारण बन सकती है।

निर्जलीकरण के लक्षणों में शामिल हैं:

- मूत्र की थोड़ी मात्रा
- गहरे रंग का मूत्र
- तीव्र हृदय गति
- सिर दर्द
- दमकती, शुष्क त्वचा
- लेपित जीभ
- चिड़चिड़ापन और भ्रम

लगातार उल्टी होने से दवाओं का असर कम हो सकता है। यदि लगातार उल्टी जारी रहती है, तो आरटी को अस्थायी रूप से रोका जा सकता है। इन्टरा विनस द् दिए गए तरल पदार्थ शरीर को पोषक तत्व और इलेक्ट्रोलाइट्स पुनः प्राप्त करने में सहायता करते हैं।

थकावट (थकावट)

थकान आरटी के सबसे आम दुष्प्रभावों में से एक है। आरटी संचयी थकान (समय के साथ बढ़ने वाली थकान) का कारण बन सकता है। यह आमतौर पर उपचार बंद होने के बाद तीन से चार सप्ताह तक रहता है, लेकिन दो से तीन महीने तक भी जारी रह सकता है।

थकान में योगदान देने वाले कारक हैं एनीमिया, भोजन और तरल पदार्थ का सेवन कम करना, दवाएं, हाइपोथायरायडिज्म, दर्द, तनाव, अवसाद और नींद की कमी (अनिद्रा) और आराम।

आराम, ऊर्जा कन्जर्वेशन और उपरोक्त योगदान देने वाले कारकों को ठीक करने से थकान में सुधार हो सकता है।

अन्य दुष्प्रभाव

इनमें ट्रिस्मस (पेज 24 देखें) और सुनने की समस्याएं (पेज 27 देखें) शामिल हैं।

2. देर से होने वाले दुष्प्रभाव

आरटी के देर से होने वाले दुष्प्रभावों में लार की स्थायी हानि, ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस, ओटोटाॅक्सिसिटी, फाइब्रोसिस, लिम्फेडेमा, हाइपोथायरायडिज्म और गर्दन की संरचनाओं को नुकसान शामिल है।

स्थायी मुँह सूखापन

हालाँकि समय के साथ अधिकांश लोगों में शुष्क मुँह (ज़ेरोस्टोमिया) में सुधार होता है, लेकिन यह लंबे समय तक बना रह सकता है।

प्रबंधन में लार के विकल्प या कृत्रिम लार और बार-बार पानी पीना शामिल है। इससे रात के दौरान बार-बार पेशाब आने की समस्या हो सकती है, खासकर प्रोस्टेटिक हाइपरट्रॉफी वाले पुरुषों और छोटे मूत्राशय वाले लोगों में। उपलब्ध उपचार में लार उत्तेजक (सियालगाॅग्स), पाइलोकार्पिन, एमीफोस्टीन, केविमलाइन और एक्यूपंकचर जैसी दवाएं शामिल हैं।

जबड़े का ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस

यह एक संभावित गंभीर जटिलता है जिसके लिए शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप और पुनर्निर्माण सर्जरी की आवश्यकता हो सकती है. लक्षणों में घाव के स्थान और सीमा के आधार पर, दर्द, सांसों की दुर्गंध, स्वाद में विकृति (डिज्यूसिया), "खराब सेन्सेशन", सुन्नता (एनेस्थीसिया), ट्रिस्मस, चबाने और बोलने में कठिनाई, फिस्टुला गठन, पैथोलॉजिकल फ्रैक्चर और स्थानीय रूप से बीमारी का फैलना, या प्रणालीगत ससंक्रमण शामिल हो सकते हैं। जबड़े की हड्डी (मेन्डिबल) सबसे अधिक बार प्रभावित होने वाली हड्डी है, विशेष रूप से नासॉफिरिन्जियल कैंसर के इलाज में। मैक्सिलरी या उपर के जबड़े की भागीदारी बहुत कम है क्योंकि इसे कोलेटरल रक्त परिसंचरण प्राप्त होता है। विकिरणित क्षेत्रों में दांत निकालना और दंत रोग ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस के विकास में प्रमुख कारक हैं। (दंत संबंधी समस्याएं देखें, पृष्ठ 117) कुछ मामलों में आरटी से पहले दांतों को निकालना आवश्यक होता है यदि वे विकिरण प्राप्त करने वाले क्षेत्र में होंगे और रेडीयेशन के बाद बहुत अधिक सड़ चुके होंगे।

एक अस्वस्थ दांत जबड़े की हड्डी में संक्रमण के स्रोत के रूप में काम कर सकता है, जिसका विकिरण के बाद इलाज करना विशेष रूप से कठिन हो सकता है। आरटी से पहले ठीक न होने वाले और रोगग्रस्त दांतों की फिलिंग या रूट कैनाल द्वारा मरम्मत से इस जटिलता का खतरा कम हो सकता है। हल्के ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस का उपचार रूढ़िवादी रूप से क्षतशोधन, एंटीबायोटिक्स और कभी-कभी अल्ट्रासाउंड के साथ किया जा सकता है। जब सड़न व्यापक होता है, तो रेडीकल उच्छेदन, उसके बाद माइक्रोवैस्कुलर पुनर्निर्माण, अक्सर उपयोग किया जाता है। डेंटल प्रोफिलैक्सिस इस समस्या को कम कर सकता है। (दंत संबंधी समस्याएं देखें, पृष्ठ 117) ब्रश करने, फ्लॉसिंग करने और दंत स्वास्थ्य विशेषज्ञ द्वारा नियमित सफाई के साथ-साथ विशेष फ्लोराइड उपचार दांत समस्याओं में मदद कर सकते हैं।

हाइपरबेरिक ऑक्सीजन थेरेपी (एचबीओ) का उपयोग अक्सर जोखिम वाले रोगियों या जबड़े के ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस विकसित करने वाले रोगियों में किया जाता है। हालाँकि, ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस की रोकथाम और उपचार के लिए एचबीओ के नैदानिक लाभों के बारे में उपलब्ध डेटा परस्पर विरोधी हैं। (हेपरबेरिक ऑक्सीजन थेरेपी देखें, पृष्ठ 119) मरीजों को दांत निकालने या सर्जरी से पहले अपने दंत चिकित्सकों को रेडियोथेरेपी के बारे में बताना चाहिए। इन प्रक्रियाओं से पहले और बाद में एचबीओ थेरेपी की एक श्रृंखला के देने से

ऑस्टियोराडियोनेक्रोसिस को रोका जा सकता है। यदि संबंधित दांत ऐसे क्षेत्र में है जो विकिरण की उच्च खुराक के संपर्क में है तो हैं।

हाइपरबेरिक ऑक्सीजन थेरेपी की अनुशंसा की जाती है। विकिरण उपचार देने वाले विकिरण ऑन्कोलॉजिस्ट से परामर्श करना पूर्व जोखिम की सीमा निर्धारित करने में सहायक हो सकता है।

फाइब्रोसिस और ट्रिस्मस

सिर और गर्दन पर रेडियो थेरेपी की उच्च खुराक के परिणामस्वरूप फाइब्रोसिस हो सकता है। सिर और गर्दन की सर्जरी के बाद यह स्थिति बढ़ सकती है, जहां गर्दन में लकड़ी जैसी कठोरता विकसित हो सकती है और उसकी मूवमेंट सीमित हो सकती है। फाइब्रोसिस की देर से शुरुआत में गले के पिछले भाग और खाने की नली में भी हो सकती है, जिससे खाना खाने में रुकावट और टेम्पोरोमैंडिबुलर जॉइंट समस्याएं हो सकती हैं।

चबाने की मांसपेशियों के फाइब्रोसिस के कारण मुंह खोलने में असमर्थता (ट्रिस्मस या लॉकजॉ) हो सकता है, जो समय के साथ बढ़ सकता है। आम तौर पर, खाना खाना अधिक कठिन हो जाता है लेकिन बोलना प्रभावित नहीं होता है। ट्रिस्मस उचित मुख की देखभाल और उपचार में बाधा डालता है और बोलने/निगलने में कमी का कारण बन सकता है। रेडियो थेरेपी से पहले की गई सर्जरी से यह स्थिति गंभीर हो सकती है। जिन मरीजों में ट्रिस्मस विकसित होने की संभावना होती है उनमें नासॉफिरिन्क्स, तालु और मैक्सिलरी साइनस के ट्यूमर होते हैं। टेम्पोरोमैंडिबुलर जोड़ (टीएमजे) अत्यधिक रक्त संचार होने और चबाने की मांसपेशियों के रेडियो थेरेपी से अक्सर ट्रिस्मस हो सकता है। क्रोनिक ट्रिस्मस धीरे-धीरे फाइब्रोसिस की ओर ले जाता है। ट्रिस्मस उचित मुख की देखभाल और उपचार में बाधा डालता है और बोलने/निगलने में तकलीफ का कारण बन सकता है। मुंह को औजार द्वारा जबरन खोलना, जबड़े का व्यायाम और डायनेमिक ओपनिंग डिवाइस (थेराबाइटटीएम) का उपयोग सहायक हो सकता है।

व्यायाम गर्दन की जकड़न को कम कर सकता है और गर्दन की मूवमेंट की सीमा को बढ़ा सकता है। गर्दन की अच्छी गतिशीलता बनाए रखने के लिए व्यक्ति को जीवन भर इन व्यायामों को करने की आवश्यकता होती है। यह विशेष रूप से तब होता है जब जकड़न रेडियो थेरेपी के कारण होती है। अनुभवी फिजीयोथेरेपीस्ट द्वारा उपचार प्राप्त करना जो फाइब्रोसिस को भी ढीला कर सकता है, बहुत मददगार है। ईलाज जितना जल्दी चालू होगा, मरीज के लिए उतना ही

बेहतर होगा। बाहर से लेजर का उपयोग करने की उपचार की एक नई पद्धति भी उपलब्ध है। अधिकांश जगहों में फिजीयोथेरापी के चिकित्सा विशेषज्ञ हैं जो सूजन को कम करने में विशेषज्ञ हैं।

सिर और गर्दन में फाइब्रोसिस उन लोगों में और भी अधिक हो सकता है जिनकी सर्जरी हुई है या आगे रेडियेशन हुआ है। रेडियेशन के बाद फाइब्रोसिस में त्वचा और चमड़े के नीचे के ऊतक भी शामिल हो सकते हैं, जिससे तकलीफ और लिम्फेडेमा हो सकता है।

फाइब्रोसिस के कारण निगलने की समस्या के लिए अक्सर आहार में बदलाव, ग्रसनी (खाने की नली) को मजबूत करने या निगलने के पुनः प्रशिक्षण की आवश्यकता होती है, खासकर उन लोगों में जिनकी सर्जरी और/या कीमोथेरेपी हुई हो। रोकथाम के उपाय के रूप में निगलने के व्यायाम का तेजी से उपयोग किया जा रहा है। (निगलने में कठिनाई देखें, पृष्ठ 91) गंभीर मामलों में आंशिक या पूर्ण ऑरोफरीन्जियल रुकावट (स्ट्रिक्चर) हो सकता है।

घाव भरने की समस्या

कुछ लेरिन्जेक्टोमीज़ रोगियों में सर्जरी के बाद घाव भरने की समस्या हो सकती है, खासकर उन क्षेत्रों में जहां आरटी दिया गया है। कुछ लोगों में फिस्टुला (गले के अंदरूनी हिस्से और त्वचा के बीच एक असामान्य संबंध) विकसित हो सकता है। जो घाव धीमी गति से ठीक होते हैं उनका इलाज एंटीबायोटिक दवाओं और समय पर नियमित ड्रेसिंग से किया जा सकता है। (फेरिंगो-क्यूटेनियोयस फिस्टुला देखें, पृष्ठ 98)

lymphedema

त्वचीय लसीका में रुकावट के परिणामस्वरूप लिम्फेडेमा होता है। महत्वपूर्ण ग्रसनी या स्वरयंत्र की सूजन सांस लेने में बाधा उत्पन्न कर सकती है और अस्थायी या दीर्घकालिक ट्रेक्रियोस्टोमी की आवश्यकता हो सकती है। लिम्फेडेमा, स्ट्रिक्चर और अन्य विकार रोगियों को ऐस्पिरेशन और खाने के लिये फीडिंग ट्यूब की आवश्यकता की ओर ले जाते हैं। (लिम्फेडेमा देखें, पृष्ठ 37)।

हाइपोथायरायडिज्म

आरटी से कई बार हाइपोथायरायडिज्म से हो सकता है। यह अलग अलग रोगियों में भिन्न-भिन्न हो सकती है; यह आरटी की खुराक पर निर्भर है और आरटी के बाद समय के साथ बढ़ता है। (कम थायराइड हार्मोन और उसका उपचार देखें, पृष्ठ 105)

तंत्रिका संबंधी क्षति

गर्दन पर आरटी रीढ़ की हड्डी को भी प्रभावित कर सकता है, जिसके परिणामस्वरूप स्व-सीमित अनुप्रस्थ मायलाइटिस होता है, जिसे "लेर्मिट साइन्" के रूप में जाना जाता है। रोगी को बिजली के झटके जैसी अनुभूति होती है जो ज्यादातर गर्दन को मोड़ने पर महसूस होती है। यह स्थिति शायद ही कभी वास्तविक अनुप्रस्थ मायलाइटिस में बदल जाती है जो ब्राउन-सेक्वार्ड सिंड्रोम (रीढ़ की हड्डी के पार्श्व काटने के कारण संवेदना और मोटर फंक्शन का नुकसान) से जुड़ी होती है।

आरटी नरम ऊतकों के बाहरी संपीड़न फाइब्रोसिस और फाइब्रोसिस के कारण रक्त की आपूर्ति में कमी के परिणामस्वरूप परिधीय तंत्रिका तंत्र की शिथिलता का कारण बन सकता है। दर्द, संवेदना की हानि और कमजोरी परिधीय तंत्रिका तंत्र की शिथिलता की सबसे आम नैदानिक समस्याएं हैं। इसके परिणाम में ऑर्थोस्टेटिक हाइपोटेंशन (जब कोई व्यक्ति खड़ा होता है तो रक्तचाप में असामान्य कमी) और अन्य असामान्यताएं भी देखी जा सकती हैं।

कान को नुकसान (ओटोटाॅक्सिसिटी)

कान में रेडियेशन के परिणामस्वरूप सीरस ओटिटिस (कान के मध्य भागमें तरल जमा) हो सकता है। रेडियेशन की उच्च खुराक सेंसरिनुरल बहरापन (आंतरिक कान, श्रवण तंत्रिका या मस्तिष्क को नुकसान) का कारण बन सकती है।

गर्दन की संरचना को नुकसान

आरटी के बाद गर्दन की सूजन और फाइब्रोसिस आम हैं। समय के साथ एडिमा ज्यादा हो सकता है, जिससे गर्दन में अकड़न हो सकती है। ज्यादा नुकसान में कैरोटिड धमनी का संकुचन (स्टेनोसिस) और स्ट्रोक, कैरोटिड धमनी का टूटना, ऑरोफरीनगो-त्वचीय फिस्टुला (अंतिम दो सर्जरी से भी जुड़े हुए हैं), और कैरोटिड धमनी बैरोरिसेप्टर क्षति भी शामिल हो सकती है जिससे स्थायी और समीपस्थ (अचानक और आवर्ती) उच्च रक्तचाप हो सकता है।

कैरोटिड धमनी का संकुचन (स्टेनोसिस): गर्दन में कैरोटिड धमनियां मस्तिष्क को खून की आपूर्ति करती हैं। गर्दन पर रेडीयेशन के कारण कैरोटिड धमनी स्टेनोसिस या संकुचन हो सकता है, जो कई लेरिन्जेक्टोमी सहित सिर और गर्दन के कैंसर रोगियों के लिए एक महत्वपूर्ण जोखिम है। स्टेनोसिस का निदान अल्ट्रासाउंड के साथ-साथ एंजियोग्राफी द्वारा भी किया जा सकता है। स्ट्रोक होने से पहले, कैरोटिड स्टेनोसिस का शीघ्र निदान व ईलाज करना महत्वपूर्ण है। इसके उपचार में रुकावट को दूर करना (एंडरेटेक्टोमी), एक स्टेंट लगाना (धमनी को चौड़ा करने के लिए उसके अंदर रखा गया एक छोटा उपकरण) या कृत्रिम कैरोटिड बाईपास ग्राफ्टिंग शामिल हैं।

बैरोरिसेप्टर क्षति के कारण उच्च रक्तचाप: सिर और गर्दन पर विकिरण कैरोटिड धमनी में स्थित बैरोरिसेप्टर्स को नुकसान पहुंचा सकता है। ये बैरोरिसेप्टर (रक्तचाप सेंसर) उनके माध्यम से बहने वाले रक्त के दबाव का पता लगाकर रक्तचाप को विनियमित करने में मदद करते हैं, और परिधीय संवहनी प्रतिरोध और कार्डियक आउटपुट को बढ़ाने या घटाने के लिए केंद्रीय तंत्रिका तंत्र को संदेश भेजते हैं। विकिरण से उपचारित कुछ व्यक्तियों में लेबिल या पैरॉक्सिसमल उच्च रक्तचाप विकसित हो जाता है।

लेबाईल उच्च रक्तचाप: इस स्थिति में रक्तचाप में दिन के दौरान सामान्य से कहीं अधिक उतार-चढ़ाव होता है। यह तेजी से निम्न (जैसे, 120/80 मिमी एचजी) से उच्च (उदाहरण, 170/105 मिमी एचजी) तक उड़ सकता है। कई मामलों में ये उतार-चढ़ाव स्पर्शान्मुख होते हैं लेकिन सिरदर्द से जुड़े हो सकते हैं। रक्तचाप में वृद्धि और तनाव या भावनात्मक संकट के बीच संबंध आमतौर पर मौजूद होता है।

पैराक्सिमल उच्च रक्तचाप: मरीज में अचानक रक्तचाप का बढ़ जाता है (जो 200/110 मिमी एचजी से अधिक हो सकता है)

सिरदर्द, सीने में दर्द, चक्कर आना, मतली, धड़कन, लालिमा और पसीना जैसे कष्टदायक शारीरिक लक्षणों की अचानक शुरुआत से प्रगट हो सकता है। इसका एपिसोड 10 मिनट से लेकर कई घंटों तक चल सकता है और हर कुछ महीनों में एक बार से कई बार तक हो सकते हैं या प्रतिदिन एक से दो बार भी हो सकता है। एपिसोड के बीच, रक्तचाप सामान्य रहता है या थोड़ा बढ़ा हुआ हो सकता है। मरीज आमतौर पर स्पष्ट मनोवैज्ञानिक कारकों की पहचान नहीं कर पाते हैं जो पैराक्सिमस का कारण बनते हैं। चिकित्सीय स्थितियाँ जो इस तरह के रक्तचाप में उतार-चढ़ाव का कारण बन सकती हैं, उन्हें पता करने की आवश्यकता होती है (उदाहरण के लिए, फियोक्रोमोसाइटोमा)।

ये दोनों स्थितियाँ गंभीर हैं और इनका इलाज किया जाना चाहिए। प्रबंधन कठिन हो सकता है और इसे अनुभवी विशेषज्ञों द्वारा किया जाना चाहिए।

आरटी की जटिलताओं के बारे में अधिक जानकारी राष्ट्रीय कैंसर संस्थान की वेब साइट पर पाई जा सकती है:

<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/patient/page5>

अध्याय 4 :

सिर और गर्दन के कैंसर के लिए कीमोथेरेपी के दुष्प्रभाव

सिर और गर्दन के कैंसर के लिए कीमोथेरेपी का उपयोग मेटास्टैटिक या एडवांस्ड फिर से होने वाले सिर और गर्दन के कैंसर वाले अधिकांश रोगियों के लिए सहायक थेरपी के रूप में किया जाता है। इस विशिष्ट प्रणालीगत चिकित्सा का चुनाव कीमोथेराप्यूटिक एजेंटों के द्वारा रोगी के पहले लिये गये औपचारिक और प्रभावित अंगों को सुरक्षित करने के विचार से प्रभावित होता है। कीमोथेरेपी के साथ सहायक देखभाल में गंभीर बोन मेरो डीप्रेसन के कारण होनेवाले इन्फेक्शन की रोकथाम और पर्याप्त पोषण का रखरखाव शामिल है।

चिकित्सीय विकल्पों में एक कीमोथेरेपी एजेंट के द्वारा उपचार और पारंपरिक साइटोटॉक्सिक कीमोथेरेपी और/या मालीक्यूल रूप से टारगेटेड एजेंटों के साथ सही सहायक देखभाल शामिल हैं। कीमोथेरेपी उपचार और ब्रेक की अवधि के बीच बारी-बारी से चक्रों में दी जाती है। उपचार कई महीनों या उससे भी अधिक समय तक चल सकता है।

एक वेबसाइट जो सभी कीमोथेराप्यूटिक एजेंटों और उनके दुष्प्रभावों को सूचीबद्ध करती है वह यहां है: <http://www.tirgan.com/chemolst.htm>

कीमोथेराप्यूटिक दवाएं जो आमतौर पर आई वी लाईन द्वारा दी जाती हैं, और ये दवाएं कैंसर कोशिकाओं के विकास को रोक करके पूरे शरीर में काम करती हैं। सिर और गर्दन के कैंसर के इलाज के लिए कीमोथेरेपी आमतौर पर विकिरण चिकित्सा के साथ ही दी जाती है और इसे केमोराडिएशन के रूप में जाना जाता है। इसे सहायक कीमोथेरेपी या नियोएडजुवेंट कीमोथेरेपी के रूप में दिया जा सकता है।

सहायक कीमोथेरेपी का उपयोग सर्जरी के बाद उपचार के लिए किया जाता है ताकि कैंसर के दोबारा लौटने के जोखिम को कम किया जा सके और संभावित कोशिकाओं को नष्ट किया जा सके।

फैलाना। ट्यूमर के आकार को छोटा करने के लिए सर्जरी से पहले नियोएडजुवेंट कीमोथेरेपी दी जाती है जिससे इसे निकालना आसान हो जाता है।

कीमोरेडिएशन उपचार से पहले दी जाने वाली कीमोथेरेपी को इंडक्शन कीमोथेरेपी के रूप में जाना जाता है।

कीमोथेरेपी के दुष्प्रभाव

कीमोथेरेपी के संभावित दुष्प्रभाव व्यक्ति पर निर्भर करता है। कुछ के कम दुष्प्रभाव होते हैं, जबकि अन्य के अधिक। कई व्यक्तियों को उनके उपचार के अंत तक दुष्प्रभावों का अनुभव नहीं होता है; कई व्यक्तियों में ये दुष्प्रभाव लंबे समय तक नहीं रहते।

हालाँकि, कीमोथेरेपी कई अस्थायी दुष्प्रभाव पैदा कर सकती है। यद्यपि ये साथ में दी जाने वाली विकिरण चिकित्सा के कारण और बदतर हो सकते हैं, उपचार समाप्त होने के बाद ये आम तौर पर धीरे-धीरे गायब हो जाते हैं।

दुष्प्रभाव इस्तेमाल किए गए कीमोथेराप्यूटिक एजेंट(एजेंटों) पर निर्भर करते हैं। ऐसा इसलिए होता है क्योंकि कीमोथेरेपी दवाएं सभी सक्रिय रूप से बढ़ने वाली कोशिकाओं को मारकर काम करती हैं। इनमें पाचन तंत्र की कोशिकाएं, बालों के रोम और अस्थि मज्जा (जो लाल और सफेद रक्त कोशिकाएं बनाती हैं), साथ ही कैंसर कोशिकाएं भी शामिल हैं।

अधिक होने वाले दुष्प्रभाव निम्नलिखित हैं - मतली, उल्टी, दस्त, मुंह में घाव (म्यूकोसाइटिस) (जिसके परिणामस्वरूप निगलने में समस्या होती है और मुंह और गले में संवेदनशीलता होती है), संक्रमण की ज्यादा संभावना, एनीमिया, बालों का झड़ना, सामान्य थकान, हाथ और पैरों में सुन्नता, सुनने की क्षमता में कमी, किडनी क्षति, रक्तस्राव की समस्या, अस्वस्थता और संतुलन की समस्या। एक ऑन्कोलॉजिस्ट और अन्य चिकित्सा विशेषज्ञ इन दुष्प्रभावों पर नज़र रखते हैं और उनका इलाज करते हैं।

सबसे आम दुष्प्रभावों में शामिल हैं:

संक्रमण के प्रति प्रतिरोधक क्षमता की कमी

कीमोथेरेपी अस्थायी रूप से श्वेत रक्त कोशिकाओं (न्यूट्रोपेनिया) के उत्पादन को कम कर सकती है, जिससे रोगी संक्रमण(इन्फेक्शन) के प्रति अधिक संवेदनशील हो जाता है। यह प्रभाव उपचार के लगभग सात दिन बाद शुरू हो सकता है और संक्रमण के प्रति प्रतिरोध में गिरावट आमतौर पर कीमोथेरेपी समाप्त होने के लगभग 10-14 दिनों के बाद अधिकतम होती है। उस समय रक्त कोशिकाएं आम तौर पर लगातार बढ़ने लगती हैं और कीमोथेरेपी के अगले चक्र से पहले सामान्य स्थिति में लौट आती हैं। संक्रमण के लक्षणों में 100.4°F (38°C) से ऊपर बुखार और/या अचानक बीमार महसूस होना शामिल है। कीमोथेरेपी फिर से शुरू करने से पहले यह सुनिश्चित करने के लिए रक्त परीक्षण किया जाता है कि सफेद रक्त कोशिकाओं की रिकवरी हो गई है। रक्त कोशिकाओं की रिकवरी होने तक कीमोथेरेपी देने में देरी हो सकती है

चोट लगना या खून बहना

कीमोथेरेपी चोट या रक्तस्राव को बढ़ावा दे सकती है क्योंकि दिए गए एजेंट प्लेटलेट्स के उत्पादन को कम कर देते हैं जो रक्त के थक्के जमने में मदद करते हैं। नाक से खून आना, त्वचा पर खून के धब्बे या चकत्ते और मसूड़ों से खून आना इस बात का संकेत हो सकता है कि ऐसा हो रहा है।

रक्ताल्पता

कीमोथेरेपी से एनीमिया (लाल रक्त कोशिकाओं की कम संख्या) हो सकता है। रोगी आमतौर पर थका हुआ और सांस फूलने वाला महसूस करता है। गंभीर एनीमिया का इलाज रक्त ट्रांसफ्यूजन या लाल कोशिकाओं के उत्पादन को बढ़ावा देने वाली दवाओं द्वारा किया जा सकता है।

बालों का झड़ना

कुछ कीमोथेरेपी एजेंट बालों के झड़ने का कारण बनते हैं। कीमोथेरेपी समाप्त होने के बाद बाल लगभग हमेशा 3-6 महीने की अवधि में वापस उग आते हैं। इस बीच विग, बंदना, टोपी या स्कार्फ पहना जा सकता है।

मुँह में छाले

कुछ कीमोथेरेपी एजेंट मुँह में छाले (म्यूकोसाइटिस) का कारण बनते हैं जो चबाने और निगलने में बाधा डाल सकते हैं, मुख से रक्तस्राव, निगलने में कठिनाई (डिस्फेगिया), शरीर में पानी की कमी होना, छाती में जलन, उल्टी, मतली और नमकीन, मसालेदार और गर्म/ठंडे खाद्य पदार्थों के प्रति अतिसंवेदनशीलता हो सकती है। ये एजेंट कीमोथेरेपी से संबंधित मुखगुहा के अल्सर (स्टामाटाइटिस) का कारण भी बन सकते हैं जिसके परिणामस्वरूप खाने में कठिनाई होती है।

मतली और उल्टी का इलाज मतली-विरोधी (वमनरोधी) दवाओं से किया जा सकता है। नियमित माउथवॉश से भी मदद मिल सकती है। ये दुष्प्रभाव निगलने और शरीर के पोषण पर प्रभाव डाल सकते हैं। तदनुसार, किसी के आहार को पौष्टिक पेय या सूप के साथ करना महत्वपूर्ण है। पर्याप्त पोषण बनाए रखने के लिए आहार विशेषज्ञ की सलाह मददगार हो सकती है।

निगलने में कठिनाई (डिस्फेगिया) के कारण मुख, ग्रसनी और एसोफेजियल लक्षणों से जुड़े साइटोटॉक्सिक एजेंट अक्सर मेथोट्रेक्सेट और फ्लूरोरासिल जैसे एंटीमेटाबोलाइट्स होते हैं। विकिरण चिकित्सा के प्रभाव को बढ़ाने के लिए डिज़ाइन की गई रेडियोसेंसिटिवाइज़र कीमोथेरेपी, विकिरण म्यूकोसाइटिस के दुष्प्रभावों को भी बढ़ाती है।

थकावट (थकावट)

कीमोथेरेपी अलग-अलग व्यक्तियों को अलग-अलग तरीकों से प्रभावित करती है। कुछ लोग अपने उपचार के दौरान सामान्य जीवन जीने में सक्षम होते हैं, जबकि अन्य को लग सकता है कि वे बहुत कमजोर और थके हुए (थकान) हो गए हैं और उन्हें चीजों को अधिक शान्ति से लेना होगा। कोई भी कीमोथेरेपी दवा थकान का कारण बन सकती है।

यह कुछ दिनों तक रह सकता है या उपचार पूरा होने तक बना रह सकता है। विन्क्रिस्टाइन, विन्ब्लास्टाइन और सिस्प्लैटिन जैसी दवाएं अक्सर थकान का कारण बनती हैं।

थकान में योगदान देने वाले कारक हैं एनीमिया, भोजन और तरल पदार्थ का सेवन कम करना, दवाएं, हाइपोथायरायडिज्म, दर्द, तनाव, अवसाद और नींद की कमी (अनिद्रा) और आराम की कमी।

आराम, ऊर्जा संरक्षण और उपरोक्त योगदान देने वाले कारकों को ठीक करने से थकान में सुधार हो सकता है।

अधिक जानकारी राष्ट्रीय कैंसर संस्थान की वेब साइट पर पाई जा सकती है:

<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/patient/>पेज5

अध्याय 5 :

विकिरण और सर्जरी के बाद लिम्फेडेमा, गर्दन की सूजन और सुन्नता

लिम्फेडेमा

लसीका वाहिकाएँ पूरे शरीर के ऊतकों से तरल पदार्थ को बाहर निकालती हैं और प्रतिरक्षा कोशिकाओं को पूरे शरीर में यात्रा करने देती हैं। लिम्फेडेमा एक स्थानीयकृत लसीका द्रव कलेक्शन और एक कमजोर लसीका प्रणाली के कारण होने वाली ऊतक सूजन है। लिम्फेडेमा, सिर और गर्दन के कैंसर के लिए विकिरण और सर्जरी की एक आम समस्या है, कोशिकाओं के बीच की जगह में प्रोटीन युक्त तरल पदार्थ का असामान्य संचय है जो प्रभावित ऊतकों की लम्बे समय तक रहने वाली सूजन और प्रतिक्रियास्वरूप होने वाले फाइब्रोसिस का कारण बनता है।

विकिरण फाइब्रोसिस पैदा करता है जो लसीका के कार्य में हस्तक्षेप करता है। जब कैंसर को बाहर निकाला जाता है तो गर्दन के लिम्फ नोड्स को आम तौर पर हटा दिया जाता है। जब सर्जन इन ग्रंथियों को हटाते हैं, तो वे लसीका के लिए द्रव्य निकासी प्रणाली को भी हटा देते हैं और कुछ संवेदी तंत्रिकाओं को काट देते हैं। दुर्भाग्य से, अधिकांश कटी हुई लसीका और नसें स्थायी रूप से कट जाती हैं। परिणामस्वरूप क्षेत्र को खाली करने में अधिक समय लगता है, जिसके परिणामस्वरूप सूजन हो जाती है। भारी बारिश के बाद बाढ़ की तरह, जब जल निकासी प्रणाली टूट जाती है, तो सर्जरी लसीका द्रव का एक बैकअप बनाती है जो पर्याप्त रूप से नहीं निकल पाती है, साथ ही कटी हुई नसों (आमतौर पर गर्दन, ठोड़ी और कान के पीछे) द्वारा आपूर्ति किए जाने वाले क्षेत्रों में सुन्नता होती है।). परिणामस्वरूप, कुछ लसीका द्रव प्रणालीगत परिसंचरण में फिर से प्रवेश नहीं कर पाता है और ऊतकों में जमा हो जाता है।

लिम्फेडेमा दो प्रकार के होते हैं जो सिर और गर्दन के कैंसर के रोगियों में विकसित हो सकते हैं: त्वचा या कोमल ऊतकों की बाहरी दिखाई देने वाली सूजन और ग्रसनी और स्वरयंत्र के म्यूकोसा की आंतरिक सूजन। लिम्फेडेमा आम तौर पर धीरे-धीरे शुरू होता है और प्रगतिशील होता है, शायद ही कभी दर्दनाक होता है, भारीपन और दर्द की अनुभूति के रूप में असुविधा का कारण बनता है, और त्वचा में परिवर्तन हो सकता है।

लिम्फेडेमा के कई चरण होते हैं:

चरण 0: विलंबता चरण - कोई दृश्यमान/स्पर्शनीय सूजन नहीं

प्रथम चरण: प्रोटीन युक्त एडिमा का संचय, पिटिंग एडिमा की उपस्थिति जिसे शरीर के भाग को उंचा करके कम किया जा सकता है

चरण 2: प्रोग्रेसिव पिटीन्ग, कनेक्टिव ऊतक का विकास(फाइब्रोसिस)

चरण 3: कोई पिटीन्ग नहीं, फ़ाइब्रोसिस की उपस्थिति,स्केलेरोसिस, और त्वचा में परिवर्तन

सिर और गर्दन का लिम्फेडेमा कई कार्य सन्बन्धीत समस्याओ का कारण बन सकता है।

इसमे शामिल हैं:

- सांस लेने में कठिनाई
- आंख से देखने में तकलीफ

- मोटर अक्षमताएं (गर्दन की गति में कमी, जबड़े की जकड़न या ट्रिस्मस और छाती में जकड़न)

- संवेदी अक्षमताएं

- वाणी, आवाज़ और निगलने में समस्याएँ (इलेक्ट्रोलैरिंज का उपयोग करने में असमर्थता, बोलने में कठिनाई, लार बहना और मुँह से भोजन का निकलना)

- भावनात्मक मुद्दे (अवसाद, हताशा और शर्मिंदगी)

सौभाग्य से समय के साथ लसीकाओं को द्रव्य निकासी के नए तरीके मिल जाते हैं और सूजन आम तौर पर कम हो जाती है। एडिमा को कम करने में विशेषज्ञ (आमतौर पर फिजीयो चिकित्सक) रोगी को द्रव्य निकासी को बढ़ाने और सूजन को कम करने के समय को कम करने में सहायता कर सकते हैं। यह ईलाज क्षेत्र को स्थायी रूप से सूजन होने और फाइब्रोसिस विकसित होने से भी रोक सकता है।

लिम्फेडेमा के इलाज में शामिल हैं:

- मैनुअल लसीका द्रव्य निकासी (चेहरा और गर्दन, गहरी लसीका, धड़, इंटा ओरल)

- प्रेशर पट्टियाँ और वस्त्र

- उपचारात्मक कसरत

- त्वचा की देखभाल

- इलास्टिक चिकित्सीय टेप (किनेसियोटेप)
- ऑन्कोलॉजी पुनर्वास
- मूत्रवर्धक, सर्जिकल निष्कासन (डीबल्किंग), लिपोसक्शन, प्रेशर पंप और सोते समय सिर को ऊपर उठाना अप्रभावी उपचार हैं।

लिम्फेडेमा के कारण गर्दन की जकड़न और सूजन में आमतौर पर समय के साथ सुधार होता है। शरीर के ऊपरी हिस्से को ऊंचे स्थान पर रखकर सोने से फायदा हो सकता है

जिसमें लसीका द्रव जल निकासी की प्रक्रिया को गति देने के लिए गुरुत्वाकर्षण का उपयोग किया जा सकता है। एक लिम्फेडेमा उपचार विशेषज्ञ मैनुअल लिम्फ द्रव्य निकासी कर सकता है और रोगी को सिखा सकता है जो एडिमा को कम करने में मदद कर सकता है। मैनुअल लसीका जल निकासी में अवरुद्ध लसीका द्रव को रक्तप्रवाह में ठीक से प्रवाहित करने में मदद करने के लिए एक विशेष प्रकार की त्वचा कोमल मालिश शामिल होती है। लसीका जल निकासी में सहायता के लिए गति और व्यायाम भी महत्वपूर्ण हैं। एक सिर और गर्दन लिम्फेडेमा चिकित्सक रोगी को सिर और गर्दन की गति की सीमा में सुधार करने के लिए विशिष्ट अभ्यास सिखा सकता है।

एक सिर और गर्दन लिम्फेडेमा चिकित्सक घर पर पहने जाने वाले गैर-लोचदार पट्टियों या संपीड़न प्रेशर कपड़ों का चयन कर सकता है। ये लसीका द्रव को स्थानांतरित करने में मदद करने और इसे फिर से भरने और सूजन से रोकने के लिए प्रभावित क्षेत्रों पर हल्का दबाव डालते हैं। किसी विशेषज्ञ के निर्देशानुसार ही पट्टियों का प्रयोग किया जाना चाहिए। आराम में सुधार करने और गर्दन पर दबाव से होने वाली समस्याओं से बचने के लिए लिम्फेडेमा के स्थान के आधार पर कई विकल्प उपलब्ध हैं।

ऐसे व्यायाम भी हैं जो गर्दन की जकड़न को कम कर सकते हैं और गर्दन की गति की सीमा को बढ़ा सकते हैं। गर्दन की अच्छी गतिशीलता बनाए रखने के लिए व्यक्ति को जीवन भर इन व्यायामों को करने की आवश्यकता होती है। यह विशेष रूप से सच है जब कठोरता विकिरण के

कारण है। अनुभवी भौतिक उपचारों द्वारा उपचार प्राप्त करना जो फाइब्रोसिस को भी तोड़ सकता है, बहुत मददगार है। हस्तक्षेप जितना जल्दी होगा उतना बेहतर होगा।

एक नई उपचार पद्धति भी उपलब्ध है जो बाहरी लेजर का उपयोग करके लिम्फेडेमा, फाइब्रोसिस और गर्दन की मांसपेशियों की कठोरता को कम करती है। यह विधि एक अनुभवी भौतिक फिजीयोचिकित्सक कम ऊर्जा लेजर बीम का उपयोग करती है। लेजर किरण ऊतकों में प्रवेश करती है जहां यह कोशिकाओं द्वारा अवशोषित हो जाती है और उनकी चयापचय प्रक्रियाओं को बदल देती है। बीम LTU-904 पोर्टेबल लेजर चिकित्सीय इकाई द्वारा उत्पन्न होता है। (<http://www.stepup-peakout.org/Laser%20Brochure.pdf>)। यह उपचार गर्दन और चेहरे में लिम्फेडेमा को कम कर सकता है और सिर में मुवमेन्ट की सीमा को बढ़ा सकता है। यह एक दर्द रहित विधि है जिसे लगभग 10 सेकंड के अंतराल के लिए गर्दन के ऊपर कई स्थानों पर लेजर उपकरण रखकर किया जाता है।

अधिकांश समुदायों में भौतिक चिकित्सा विशेषज्ञ हैं जो सूजन और एडिमा को कम करने में विशेषज्ञ हैं। यह जानने के लिए अपने सर्जन से परामर्श लें कि क्या लिम्फेडेमा के लिए भौतिक चिकित्सा एक अच्छा चिकित्सीय विकल्प है।

नेशनल लिम्फेडेमा नेटवर्क की एक वेब साइट है (<http://www.लिम्फनेट.ओआरजी/resourceGuide/findTreatment.htm>) जिसमें उत्तरी अमेरिका, यूरोप और ऑस्ट्रेलिया में लिम्फेडेमा उपचार विशेषज्ञों की एक सूची शामिल है।

स्व-प्रशासित मालिश के लिए चेहरे और गर्दन की मार्गदर्शिका यहां उपलब्ध है: http://www.aurorahealthcare.org/FYWB_pdfs/x23169.pdf

सर्जरी के बाद त्वचा का सुन्न होना

गर्दन ग्रीवा के लिम्फ नोड्स, या ग्रंथियां, आमतौर पर कैंसर होने पर शल्य चिकित्सा द्वारा हटा दी जाती हैं। जब सर्जन इन ग्रंथियों को हटाते हैं, तो वे चेहरे और गर्दन के निचले हिस्से की त्वचा को आपूर्ति करने वाली कुछ संवेदी तंत्रिकाओं को भी काट देते हैं। इससे कटी हुई नसों द्वारा आपूर्ति किए गए क्षेत्रों में सुन्नता पैदा हो जाती है। सर्जरी के बाद कुछ महीनों में कुछ सुन्न क्षेत्रों में संवेदना वापस आ सकती है, लेकिन अन्य क्षेत्र स्थायी रूप से सुन्न रह सकते हैं।

अधिकांश व्यक्ति सुन्नता के आदी हो जाते हैं और तेज वस्तुओं, गर्मी या ठंड से त्वचा को होने वाले नुकसान को रोकने में सक्षम होते हैं। पुरुष इलेक्ट्रिक शेवर का उपयोग करके शेविंग करते समय प्रभावित क्षेत्र को चोट न पहुँचाना सीखते हैं।

सुन्न त्वचा को सनस्क्रीन लगाकर और/या किसी कपड़े से ढककर धूप की जलन से बचाया जाना चाहिए। उस क्षेत्र को स्कार्फ से ढककर शीतदंश को रोका जा सकता है।

अध्याय 6 :

लेरिन्जेक्टोमी के बाद बोलने के तरीके

हालाँकि संपूर्ण स्वरयंत्र-सर्जरी से पूरे स्वरयंत्र (वोकल कॉर्ड/वॉइस बॉक्स) को हटा दिया जाता है, लेकिन अधिकांश स्वरयंत्र-सर्जरी बोलने का एक नया तरीका प्राप्त कर सकते हैं। लगभग 85-90% लेरिन्जेक्टोमी रोगी नीचे वर्णित बोलने की तीन मुख्य विधियों में से एक का उपयोग करके बोलना सीखते हैं। लगभग दस प्रतिशत रोगी बोलकर संवाद नहीं करते हैं लेकिन संचार करने के लिए कंप्यूटर-आधारित या अन्य तरीकों का उपयोग कर सकते हैं।

व्यक्ति आम तौर पर अपने स्वरयंत्रों को कंपन करने के लिए अपने फेफड़ों से हवा बाहर निकालकर बोलते हैं। इन कंपन ध्वनियों को जीभ, होठों और दांतों द्वारा मुंह में संशोधित करके ऐसी ध्वनियां उत्पन्न की जाती हैं जो वाणी उत्पन्न करती हैं। यद्यपि स्वर रज्जु वोकल कार्ड जो कंपन ध्वनियों का स्रोत हैं, उन्हें कुल स्वरयंत्र-सर्जरी के दौरान हटा दिया जाता है, हवा के लिए एक नए मार्ग और कंपन के लिए एक अलग वायुमार्ग भाग का उपयोग करके बातचीत के अन्य रूप बनाए जा सकते हैं। एक अन्य विधि गले या मुंह के बाहर रखे गए कृत्रिम स्रोत द्वारा कंपन उत्पन्न करना है और फिर मुंह के हिस्सों का उपयोग करके बातचीत करना है।

बोलने के लिए उपयोग की जाने वाली विधियाँ सर्जरी के प्रकार पर निर्भर करती हैं। कुछ लोग एक ही विधि तक सीमित हो सकते हैं, जबकि अन्य के पास कई विकल्प हो सकते हैं।

प्रत्येक विधि में अद्वितीय विशेषताएं, फायदे और नुकसान होते हैं। बोलने का एक नया तरीका प्राप्त करने का लक्ष्य प्रत्येक लेरिन्जेक्टोमी की बातचीत की आवश्यकताओं को पूरा करना है।

भाषण और भाषा रोगविज्ञानी (एसएलपी) सबसे समझने योग्य बातचीत प्राप्त करने के लिए उपयोग की जाने वाली विधियों और/या उपकरणों के उचित उपयोग में

लैरिंजक्टोमीज़ रोगी की सहायता और मार्गदर्शन कर सकते हैं।

काफी हद तक छह महीने से एक साल के बीच कुल स्वरयंत्र-उच्छेद रोगियों में वाणी में सुधार होता है। सक्रिय आवाज का पुनर्वास बेहतर कार्यात्मक भाषण प्राप्त करने में मदद करता है।

लेरिंजेक्टोमी के बाद बोलने की तीन मुख्य विधियाँ हैं:

1. ट्रेकिओसोफेजियल भाषण

ट्रेकियोसोफेगल स्पीच में फेफड़े की हवा को श्वासनली से एक छोटे सिलिकॉन वॉयस प्रोस्थेसिस के माध्यम से अन्नप्रणाली में छोड़ा जाता है जो दोनों को जोड़ता है, और निचले ग्रसनी इसोफेगस द्वारा कंपन उत्पन्न होता है (चित्रा 2)।

वॉइस प्रोस्थेसिस को गर्दन के रंध्र के पीछे सर्जन द्वारा बनाए गए पंचर (जिसे ट्रेकिओसोफेजियल पंचर या टीईपी कहा जाता है) में डाला जाता है। पंचर श्वासनली (श्वसन नली) के पीछे बनाया जाता है और ग्रासनली (भोजन नली) में चला जाता है। श्वासनली और अन्नप्रणाली के बीच छेद लैरिंजक्टोमी सर्जरी (एक प्राथमिक पंचर) के साथ ही किया जा सकता है, या सर्जरी से ठीक होने के बाद (एक माध्यमिक पंचर) किया जा सकता है। एक छोटी ट्यूब, जिसे वॉइस प्रोस्थेसिस कहा जाता है, इस छेद में डाली जाती है और पंचर को बंद होने से रोकती है। इसमें अन्नप्रणाली की तरफ अंत में एक-तरफ़ा वाल्व होता है जो हवा को अन्नप्रणाली में जाने की अनुमति देता है लेकिन निगले गए तरल पदार्थ को कृत्रिम अंग के माध्यम से आने और श्वासनली और फेफड़ों तक पहुंचने से रोकता है।

रंध्र को अस्थायी रूप से अवरुद्ध करके कृत्रिम अंग के माध्यम से छोड़ी गई हवा को अन्नप्रणाली में मोड़कर बोलना संभव है। इसे उंगली से सील करके या रंध्र के ऊपर पहने जाने वाले एक विशेष हीट एंड मॉइस्चर एक्सचेंजर (एचएमई) फिल्टर को दबाकर किया जा सकता है। (एचएमई के फायदे देखें, पृष्ठ 65) एक एचएमई आंशिक रूप से खोई हुई नाक की कार्यप्रणाली

को बहाल करता है। कुछ लोग "हैंड्स फ्री" एचएमई (स्वचालित स्पीकिंग वाल्व) का उपयोग करते हैं जो बोलने से सक्रिय होता है (हैंड्स फ्री एचएमई का उपयोग करना, पृष्ठ 69 देखें)।

रंध के बंद होने के बाद फेफड़ों से निकलने वाली हवा कृत्रिम अंग के माध्यम से अन्नप्रणाली में चली जाती है, जिससे ग्रासनली की दीवारें और शीर्ष खुल जाती हैं।

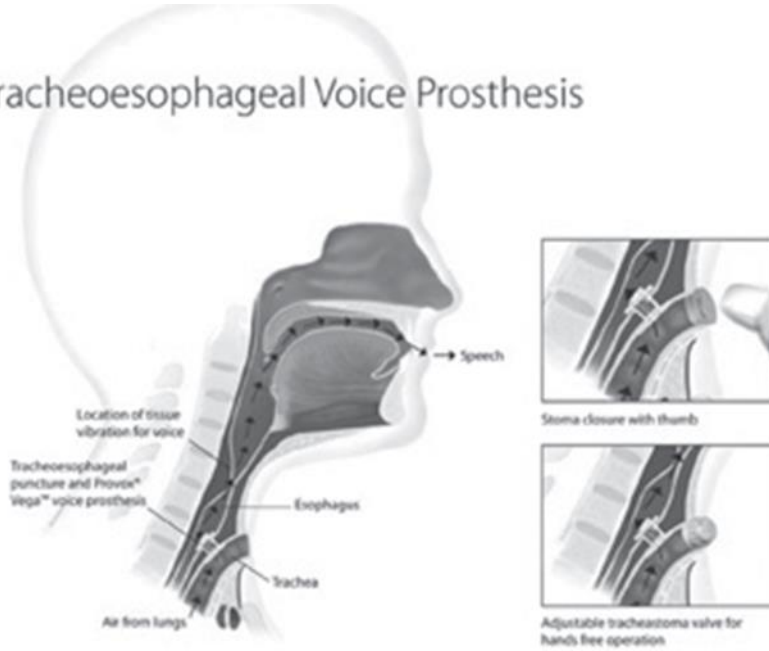
कंपित करना। इन कंपनों का उपयोग मुँह (जीभ, होंठ, दाँत, आदि) द्वारा वाणी की ध्वनियाँ बनाने के लिए किया जाता है।

वाँइस प्रोस्थेसिस के दो अलग-अलग बुनियादी प्रकार हैं: रोगी द्वारा बदला गया प्रकार, जिसे लैरिंजेक्टोमी या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा बदलने के लिए डिज़ाइन किया गया है, और रहने योग्य प्रकार, जिसे एक चिकित्सा पेशेवर (एक ओटोलरींगोलॉजिस्ट या एसएलपी) द्वारा बदलने के लिए डिज़ाइन किया गया है।

एचएमई या हैंड्स फ्री वाल्व को ट्रेकियोस्टोमा के सामने अलग-अलग तरीकों से जोड़ा जा सकता है: एक चिपकने वाले आवास (या बेस प्लेट) के माध्यम से जिसे स्टोमा के सामने त्वचा पर टेप या चिपकाया जाता है, या लैरिंजेक्टोमी ट्यूब के माध्यम से या स्टोमा बटन जो स्टोमा के अंदर रखा जाता है।

जो मरीज वाँइस प्रोस्थेसिस का उपयोग करते हैं, उन्हें टोटल लेरिंजेक्टोमी के छह महीने और एक साल बाद वाक् बोधगम्यता में सबसे अच्छे परिणाम मिले।

Tracheoesophageal Voice Prosthesis



चित्र 2: ट्रेकिओसोफेगल भाषण

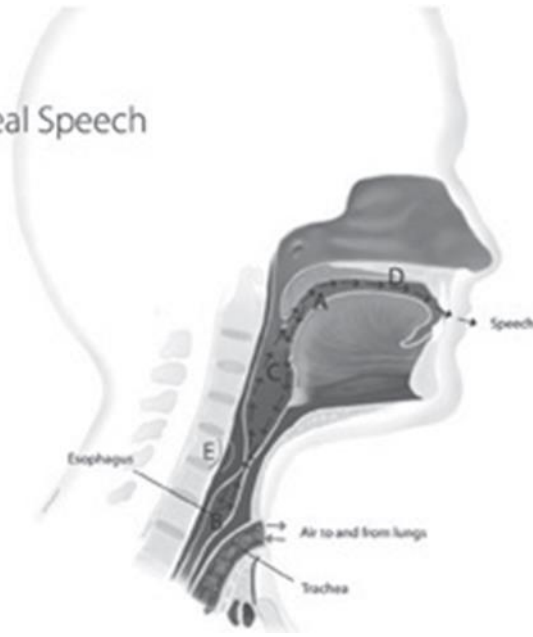
2. एसोफेजियल भाषण

ग्रासनली में कंपन वायु द्वारा उत्पन्न होते हैं यह अन्नप्रणाली से "डकार" कर बाहर निकाला जाता है (चित्र 3)। इस विधि के लिए किसी उपकरण की आवश्यकता नहीं होती है।

लैरिंजेक्टॉमी के बाद भाषण के तीन प्रमुख प्रकारों में से, एसोफेजियल भाषण को सीखने में आमतौर पर सबसे अधिक समय लगता है। हालाँकि, इसके कई फायदे हैं, जिनमें से कम से कम उपकरणों और उपकरणों पर निर्भरता से मुक्ति शामिल है।

कुछ एसएलपी स्पीच थेरेपिस्ट एसोफेजियल भाषण से परिचित हैं और इस विधि को सीखने में लेरिंजेक्टोमी मरीज़ की सहायता कर सकते हैं। स्व-सहायता पुस्तकें और टेप भी भाषण की इस पद्धति को सीखने में मदद कर सकते हैं।

Esophageal Speech



चित्र 3: एसोफेजियल भाषण

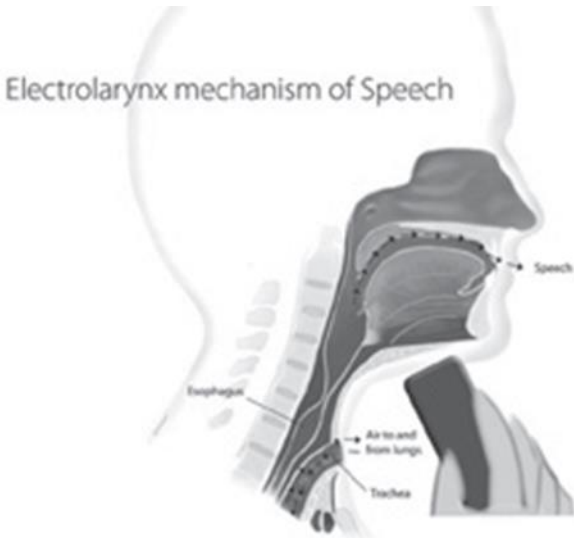
3. इलेक्ट्रोलैरेक्स या कृत्रिम स्वरयंत्र भाषण

इस भाषण विधि में कंपन एक बाहरी बैटरी चालित वाइब्रेटर (जिसे इलेक्ट्रोलैरेक्स या कृत्रिम स्वरयंत्र कहा जाता है) द्वारा उत्पन्न होता है, जिसे आमतौर पर गाल पर या ठोड़ी के नीचे रखा जाता है (चित्र 4)।

यह एक गूँजता हुआ कंपन पैदा करता है जो उपयोगकर्ता के गले और मुँह तक पहुँचता है। फिर व्यक्ति वाक् ध्वनि उत्पन्न करने के लिए अपने मुँह का उपयोग करके ध्वनि को संशोधित करता है।

कृत्रिम स्वरयंत्र द्वारा निर्मित कंपन ध्वनियों को गले और मुँह में (अंतः मौखिक रूप से) पहुँचाने की दो मुख्य विधियाँ हैं। एक को स्ट्रा जैसी ट्यूब के जरिए सीधे मुँह में डाला जाता है और दूसरे को गर्दन या चेहरे की त्वचा के जरिए। अंतिम विधि में, इलेक्ट्रोलैरेक्स (ईएल) को चेहरे या गर्दन पर रखा जाता है।

जब वे अभी भी अस्पताल में भर्ती होते हैं, तब इलेक्ट्रोलैरिक्स ईएल का प्रयोग अक्सर लैरींजेक्टोमी के तुरंत बाद किया जाता है। गर्दन की सूजन और सर्जिकल टांके के बाद उस समय कंपन पहुंचाने के इंद्रा ओरल मार्ग को प्राथमिकता दी जाती है। कई लेरिन्जेक्टोमी बाद में बोलने के अन्य तरीके सीख सकते हैं। हालाँकि, यदि उन्हें अपने बोलने के अन्य तरीकों में समस्या आती है तो वे अभी भी ईएल का उपयोग बैक-अप के रूप में कर सकते हैं।



चित्र 4: इलेक्ट्रोलैरिक्स या कृत्रिम स्वरयंत्र भाषण

भाषण के अन्य तरीके

भाषण उत्पन्न करने के लिए एक वायवीय कृत्रिम स्वरयंत्र (जिसे टोक्यो स्वरयंत्र भी कहा जाता है) भी उपलब्ध है। यह विधि ईख या रबर सामग्री को कंपन करने के लिए फेफड़ों की हवा का उपयोग करती है जो ध्वनि उत्पन्न करती है (चित्र 1)। डिवाइस का कप ट्रेकियोस्टोमी रंध्र के ऊपर रखा जाता है और इसकी ट्यूब को मुंह में डाला जाता है। उत्पन्न ध्वनि को ट्यूब के माध्यम से मुंह में डाला जाता है। इसमें किसी बैटरी का उपयोग नहीं होता है और यह अपेक्षाकृत सस्ता है।



चित्र 1: वायवीय कृत्रिम स्वरयंत्र

जो लोग उपरोक्त विधियों में से किसी का उपयोग करने में असमर्थ हैं, वे मानक लैपटॉप कंप्यूटर या एकल उद्देश्य भाषण सहायता का उपयोग करके कंप्यूटर जनित भाषण का उपयोग कर सकते हैं। उपयोगकर्ता जो कहना चाहता है उसे कीबोर्ड पर टाइप करता है, और कंप्यूटर जोर से वही बोलता है जो टाइप किया गया है। कुछ सेल फोन इसी तरीके से काम कर सकते हैं।

डायाफ्रामिक श्वास और वाणी

डायाफ्रामिक श्वास (जिसे पेट की श्वास भी कहा जाता है) पसली की मांसपेशियों का उपयोग करने के बजाय डायाफ्राम की मांसपेशियों का उपयोग करके फेफड़ों में धीरे-धीरे और गहराई से सांस लेने का कार्य है। डायाफ्राम का उपयोग करके सांस लेते समय, छाती के बजाय पेट फैलता है। साँस लेने की यह विधि ऑक्सीजन प्राप्त करने और बाइकार्बोनेट गैसों के निपटान के लिए फेफड़ों की क्षमता के अधिक उपयोग की अनुमति देती है। गर्दन से सांस लेने वाले अक्सर उथले सांस लेने वाले होते हैं जो अपनी फेफड़ों की क्षमता के अपेक्षाकृत छोटे हिस्से का उपयोग करते हैं। डायाफ्राम का उपयोग करके साँस लेने का आदी होने से किसी की सहनशक्ति बढ़ सकती है और एसोफेजियल और ट्रैकोएसोफेगल भाषण में भी सुधार हो सकता है।

वाँइस एम्प्लीफायर का उपयोग करके आवाज की मात्रा बढ़ाना

ट्रेकियोसोफेजियल या एसोफेजियल भाषण का उपयोग करते समय आने वाली समस्याओं में से एक वॉल्यूम की समस्या औहै। कमरबंद वॉयस एम्पलीफायर का उपयोग करने से कोई भी कम प्रयास के साथ बात कर सकता है और शोर वाले स्थानों में भी सुना जा सकता है। यह रंध की आवास सील को टूटने से भी रोक सकता है क्योंकि लेरिंजकोमी मरीज जो ट्रेकिओसोफेजियल भाषण का उपयोग करता है उसे आवाज कृत्रिम अंग के माध्यम से हवा को बाहर निकालने के लिए एक मजबूत श्वसन वायु दबाव बनाने की आवश्यकता नहीं होती है।

फ़ोन पर बात करना

लेरिंजकोमी मरीज के लिए फ़ोन पर बात करना अक्सर मुश्किल होता है। उनकी आवाज़ को समझना कभी-कभी मुश्किल होता है और कुछ लोग उन्हें सुनते ही फ़ोन काट भी सकते हैं। दूसरे पक्ष को लेरिंजेक्टोमी मरीज की बोलने की कठिनाइयों के बारे में पहले यह पूछकर सूचित करना सबसे अच्छा है कि "क्या आप मुझे सुन सकते हैं?"। यह लेरिंजेक्टोमी को अपनी बोलने की कठिनाइयों के बारे में अपने पक्ष को सूचित करने और समझाने में सक्षम कर सकता है।

ऐसे फ़ोन उपलब्ध हैं जो बाहर जाने वाली आवाज़ को बढ़ा सकते हैं, जिससे लेरिंजेक्टोमी को सुनना और समझना आसान हो जाता है।

ऐसे व्यक्ति को, जिसकी बोली को समझना मुश्किल हो सकता है, एक अमेरिका में राष्ट्रव्यापी फोन सेवा विशेष रूप से प्रशिक्षित संचार सहायक की मदद से टेलीफोन पर संवाद करने में सहायक है। इस कॉलिंग विकल्प के लिए किसी विशेष टेलीफोन की आवश्यकता नहीं है। तीन अंकों की संख्या 711 का उपयोग अमेरिका में कहीं भी दूरसंचार रिले सेवाओं (टीआरएस) तक पहुंचने के लिए शॉर्टकट के रूप में किया जा सकता है। टीआरएस बोलने और सुनने में अक्षमता वाले एक या अधिक लोगों के लिए टेलीफोन पर बातचीत की सुविधा प्रदान करता है। अमेरिका में वायर-लाइन, वायरलेस और पे फोन प्रदाताओं सहित सभी दूरसंचार वाहकों को 711 सेवाएं प्रदान करनी होंगी।

मोबाइल फोन (स्मार्ट फोन, या सेल फोन) के माध्यम से लिखित संदेश भेजने से लेरिंजक्टोमीज़ मरीज को शोर वाले स्थानों में या जब उन्हें अन्य संचार कठिनाइयां होती हैं तो संवाद करने में मदद मिल सकती है।

अध्याय 7 :

बलगम और श्वसन देखभाल

बलगम का उत्पादन श्वासनली (श्वसन नली) और फेफड़ों की सुरक्षा और स्वास्थ्य को बनाए रखने का शरीर का तरीका है। यह इन श्वसन मार्गों को चिकनाई देने और उन्हें नम रखने का काम करता है। लैरिंजेक्टोमी के बाद, श्वासनली ट्रकीयोस्टोमी रंध पर खुलती है और लेरिंजेक्टोमी मरीज अब बलगम को अपने मुंह में जमा करने और फिर उसे निगलने या अपनी नाक साफ़ करने में सक्षम नहीं होते हैं। खांसना और बलगम साफ़ करना अभी भी बहुत महत्वपूर्ण है; हालाँकि, यह ट्रकीयोस्टोमीरंध के माध्यम से किया जाना चाहिए।

रंध के माध्यम से बलगम को बाहर निकालना ही एकमात्र साधन है जिसके द्वारा लेरिंजेक्टोमी मरीज अपने श्वासनली और फेफड़ों को धूल, गंदगी, जीवों और वायुमार्ग में प्रवेश करने वाले अन्य दूषित पदार्थों से साफ़ रख सकते हैं। जब भी खांसने या छींकने की इच्छा हो तो लैरिंजेक्टोमी को तुरंत अपना स्टोमा कवर या हीट एंड मॉइस्चर एक्सचेंजर (एचएमई) हटा देना चाहिए और बलगम को पकड़ने के लिए अपने स्टोमा को ढकने के लिए एक टीशू पेपर या रुमाल का उपयोग करना चाहिए।

सबसे अच्छी बलगम साफ़ और पानी जैसी होती है। हालाँकि, पर्यावरण और मौसम में बदलाव के कारण ऐसी बलगमो बनाए रखना आसान नहीं है। जैसा कि नीचे दिखाया गया है, स्वस्थ बलगम उत्पादन को बनाए रखने के लिए नियमित रूप से कदम उठाए जा सकते हैं।

बलगम का उत्पादन और हवा की नमी में वृद्धि

लेरिन्जेक्टोमी बनने से पहले, सामान्य व्यक्ति में साँस की हवा को श्वसन तंत्र के ऊपरी भाग द्वारा शरीर के तापमान तक गर्म किया जाता है, आर्द्र किया जाता है और जीवों व धूल के कणों को साफ किया जाता है।

चूँकि ये कार्य लेरिन्जेक्टोमी के बाद नहीं हो सकते हैं, इसलिए श्वसन प्रणाली के ऊपरी हिस्से द्वारा पहले प्रदान किए गए खोए कार्यों को बहाल करना महत्वपूर्ण है।

लेरिन्जेक्टोमी के बाद साँस की हवा नाक और मुँह से होकर आर्द्र नहीं होती है; तदनुसार, श्वासनली में सूखापन, जलन और बलगम का अधिक उत्पादन विकसित होता है। सौभाग्य से, श्वासनली समय के साथ शुष्क हवा के प्रति अधिक सहनशील हो जाती है। हालाँकि, जब आर्द्रता का स्तर बहुत कम होता है तो श्वासनली सूख सकती है, फट सकती है और कुछ रक्तस्राव हो सकता है। यदि रक्तस्राव ज्यादा है या आर्द्रता में वृद्धि पर ठीक नहीं होता है, तो एक चिकित्सक से परामर्श किया जाना चाहिए। और यदि बलगम की मात्रा या रंग का चिन्ताजनक है, तो किसी चिकित्सक से संपर्क करना चाहिए।

साँस की हवा में नमी बहाल करने से बलगम का अधिक उत्पादन पर्याप्त स्तर तक कम हो जाता है। इससे अप्रत्याशित रूप से खांसी होने और एचएमई बंद होने की संभावना कम हो जाएगी। घर की आर्द्रता को 40-50% सापेक्ष आर्द्रता (अधिक नहीं) तक बढ़ाने से बलगम उत्पादन को कम करने और रंध और श्वासनली को सूखने, टूटने और रक्तस्राव से बचाने में मदद मिल सकती है। दर्दनाक होने के अलावा, ये दरारें संक्रमण का मार्ग भी बन सकती हैं।

बेहतर आर्द्रीकरण प्राप्त करने के चरणों में शामिल हैं:

- एचएमई को 24/7 पहनना, जो श्वासनली की नमी को उच्च रखता है और फेफड़ों के अंदर गर्मी को संरक्षित करता है

- नम हवा में सांस लेने के लिए स्टोमाकवर को गीला करना (उन लोगों में जो स्टोमा कवर पहनते हैं)। हालांकि एचएमई की तुलना में कम प्रभावी, फोम फिल्टर या स्टोमा कवर को साफ सादे पानी से गीला करने से भी आर्द्रता बढ़ाने में मदद मिल सकती है।
 - अच्छी तरह से हाइड्रेटेड रहने के लिए पर्याप्त तरल पदार्थ पीना
 - दिन में कम से कम दो बार श्वासनली और रंध्र में 3-5 सीसी सेलाइन डालना
 - भाप लेना या चाय की केतली से (सुरक्षित दूरी से) जलवाष्प में सांस लेने से भी सूखापन कम हो सकता है
 - लगभग 40-50% आर्द्रता प्राप्त करने के लिए घर में एक ह्यूमिडिफायर का उपयोग करें और आर्द्रता की निगरानी के लिए एक हाइग्रोमीटर लें। यह दोनों गर्मियों में महत्वपूर्ण है जब एयर कंडीशनिंग का उपयोग किया जाता है, और सर्दियों में जब हीटिंग का उपयोग किया जाता है
 - उबलते पानी या गर्म स्नान से उत्पन्न भाप को साँस लेना पोर्टेबल
- ह्यूमिडिफायर दो प्रकार के होते हैं - भाप और बाष्पीकरणीय. एक डिजिटल आर्द्रता नापने का यंत्र (जिसे हाइग्रोमीटर कहा जाता है) आर्द्रता के स्तर को नियंत्रित करने में सहायता कर सकता है समय के साथ जैसे-जैसे वायुमार्ग समायोजित होता है, हमेशा ह्यूमिडिफायर का उपयोग करने की आवश्यकता कम हो सकती है।

विशेष रूप से ठंडी सर्दियों में और अधिक ऊंचाई पर वायुमार्ग और गर्दन की देखभाल करना

लेरिंजेक्टोमीज़ के लिए सर्दी और अधिक ऊंचाई कठिन हो सकती है। अधिक ऊंचाई पर हवा पतली और ठंडी होती है और इसलिए शुष्क होती है। लेरिंजेक्टॉमी से पहले, हवा को नाक के माध्यम से अंदर लिया जाता है जो फेफड़ों में प्रवेश करने से पहले गर्म और नम हो जाती है। लेरिंजेक्टॉमी के बाद हवा नाक के माध्यम से अंदर नहीं ली जाती है और सीधे रंध्र के माध्यम

से श्वासनली में प्रवेश करती है। ठंडी हवा गर्म हवा की तुलना में शुष्क होती है और श्वासनली के लिए अधिक परेशान करती है। ऐसा इसलिए है क्योंकि ठंडी हवा में नमी कम होती है और इसलिए श्वासनली सूख सकती है और रक्तस्राव हो सकता है। बलगम भी सूख सकता है और श्वासनली को बंद कर सकता है।

ठंडी हवा में सांस लेने से वायुमार्ग पर भी इरीटेशन प्रभाव पड़ सकता है, जिससे वायुमार्ग को घेरने वाली चिकनी मांसपेशियाँ सिकुड़ जाती हैं (ब्रॉकोस्पज़म)। इससे वायुमार्ग का आकार कम हो जाता है और फेफड़ों से हवा को अंदर और बाहर निकालना कठिन हो जाता है, जिससे सांस की तकलीफ बढ़ जाती है।

वायुमार्ग की देखभाल में पिछले अनुभाग में वर्णित सभी चरण शामिल हैं:

- वायुमार्ग को साफ करने के लिए सक्शन मशीन का उपयोग करके बलगम को बाहर निकालना
- ठंडी, शुष्क या धूल भरी हवा के संपर्क में आने से बचें
- धूल, जलन पैदा करने वाले तत्वों और एलर्जी से बचना
- ठंडी हवा के संपर्क में आने पर, स्टोमा को जैकेट (पूरी तरह से ज़िप लगाकर) या ढीले स्कार्फ से ढकने और जैकेट और शरीर के बीच की जगह में सांस लेने पर विचार करें ताकि अंदर ली गई हवा को गर्म किया जा सके।
- नहाते समय पानी को रंध्र में जाने से रोकना (नीचे देखें)

लैरिंजेक्टोमी के बाद, जिसमें गर्दन का विच्छेदन नेकडिसेक्शन आप्रेशन शामिल होता है, अधिकांश व्यक्तियों की गर्दन, ठोड़ी और कान के पीछे सुन्नता हो सकती है। नतीजतन, वे ठंडी

हवा को महसूस नहीं कर पाते हैं और इन स्थानों पर शीतदंश विकसित हो सकता है। इसलिए इन क्षेत्रों को स्कार्फ या गर्म कपड़े से ढंकना महत्वपूर्ण है।

बलगम प्लग के लिए सक्शन मशीन का उपयोग करना

घर पर उपयोग के लिए अस्पताल छोड़ने से पहले अक्सर लेरिन्जेक्टोमी के लिए एक सक्शन मशीन का ऑर्डर दिया जाता है। इसका उपयोग बलगम को बाहर निकालने के लिए किया जा सकता है जब कोई इसे खांसने में असमर्थ होता है और/या बलगम प्लग को हटाने के लिए किया जाता है। जब बलगम गाढ़ा और चिपचिपा हो जाता है तो म्यूकस प्लग विकसित हो सकता है, जिससे एक प्लग बन जाता है जो आंशिक रूप से या कभी-कभी पूरे वायुमार्ग को भी अवरुद्ध कर देता है। प्लग से अचानक और अस्पष्टीकृत सांस की तकलीफ हो सकती है। इन परिस्थितियों में इसे हटाने के लिए सक्शन मशीन का उपयोग किया जा सकता है

प्लग। इसलिए ऐसी आपात स्थिति से निपटने के लिए यह आसानी से उपलब्ध होना चाहिए। बलगम प्लग को सेलाइन (प्लास्टिक ट्यूब में 0.9% सेलाइन पानी) का उपयोग करके या रंध में सेलाइन छिड़क कर भी हटाया जा सकता है। सेलाइन उस प्लग को ढीला कर सकती है जिसे खांसकर बाहर निकाला जा सकता है। यह स्थिति एक चिकित्सीय आपात स्थिति बन सकती है और, यदि कई प्रयासों के बाद भी प्लग सफलतापूर्वक नहीं हटाया जाता है, तो अस्पताल ले जाना या इमरजन्सी नम्बर 911 डायल करना जीवन बचाने वाला हो सकता है।

खांसी में खून आना

बलगम में रक्त कई स्रोतों से उत्पन्न हो सकता है। सबसे आम रंध के ठीक अंदर खरोंच से होता है। खरोंच रंध की सफाई करते समय आघात के कारण हो सकती है। रक्त आमतौर पर चमकीला लाल दिखाई देता है। लेरिन्जेक्टोमी में खून वाली खांसी का एक और आम कारण शुष्कता के कारण श्वासनली में जलन है जो सर्दियों के दौरान आम है। श्वासनली के सूखने को कम करने में मदद के लिए पर्याप्त आर्द्रता स्तर (लगभग 40-50%) के साथ घर का वातावरण बनाए रखने की सलाह दी जाती है। रंध में रोगाणुहीन सलाइन डालने से भी मदद मिल सकती है (बलगम उत्पादन देखें, पृष्ठ 51)।

बलगम में खून आना निमोनिया, तपेदिक, फेफड़ों के कैंसर या फेफड़ों की अन्य समस्या का लक्षण भी हो सकता है।

खून का लगातार खांसी में आना का मूल्यांकन चिकित्सा पेशेवर डाक्टर द्वारा किया जाना चाहिए। यदि यह सांस लेने में कठिनाई और/या दर्द से जुड़ा है तो यह अत्यावश्यक हो सकता है।

बहती नाक

क्योंकि लैरिंजेक्टोमीज़ और गर्दन से सांस लेने वाले अन्य लोग अब अपनी नाक से सांस नहीं लेते हैं, उनके नाक के स्राव चलती हवा से सूख नहीं रहे हैं। नतीजतन, जब भी बड़ी मात्रा में स्राव उत्पन्न होता है तो नाक से स्राव टपकने लगता है। यह विशेष रूप से आम है जब कोई ठंडी और आर्द्र हवा या परेशान करने वाली गंध के संपर्क में है। इन स्थितियों से बचने से नाक बहने से रोका जा सकता है।

स्राव को पोंछना सबसे अच्छा व्यावहारिक उपाय है। वॉयस प्रोस्थेसिस का उपयोग करने वाले लेरिंजेक्टोमीज़ ट्रेकियोस्टोमा को अवरुद्ध करके और नाक के माध्यम से हवा को मोड़कर अपनी नाक को साफ करने में सक्षम हो सकते हैं।

श्वसनपुनर्वास

लेरिंजेक्टोमी के बाद साँस में ली गई हवा श्वसन प्रणाली के ऊपरी हिस्से को बायपास करती है और रंध्र के माध्यम से सीधे श्वासनली और फेफड़ों में प्रवेश करती है। इसलिए लेरिंजेक्टोमी श्वसन प्रणाली का वह हिस्सा खो देते हैं जो उनके द्वारा सांस ली जाने वाली हवा को फ़िल्टर करने, गर्म करने और आर्द्र करने के लिए उपयोग किया जाता है।

सांस लेने के तरीके में बदलाव भी आवश्यक प्रयासों को प्रभावित करता है सांस लेने और फेफड़ों के संभावित कार्यों के लिए। इसके लिए समायोजन और पुनः प्रशिक्षण की आवश्यकता है। लैरिंजेक्टोमीज़ के लिए सांस लेना वास्तव में आसान होता है क्योंकि जब हवा नाक और मुँह से होकर गुजरती है तो वायु प्रवाह प्रतिरोध कम होता है। क्योंकि फेफड़ों में हवा पहुंचाना आसान है, लेरिंजेक्टोमीज़ को अब अपने फेफड़ों को फुलाने और पिचकाने की उतनी ज़रूरत नहीं है जितनी

पहले होती थी। इसलिए लेरिंजक्टोमीज़ के लिए फेफड़ों की क्षमता और सांस लेने की क्षमता कम होना असामान्य नहीं है।

लेरिंजक्टोमीज़ के लिए कई उपाय उपलब्ध हैं जो उनकी फेफड़ों की क्षमता को संरक्षित और बढ़ा सकते हैं:

- एचएमई का उपयोग वायु विनिमय में प्रतिरोध पैदा कर सकता है। यह व्यक्ति को आवश्यक मात्रा में ऑक्सीजन प्राप्त करने के लिए अपने फेफड़ों को पूरी तरह से फुलाने के लिए मजबूर करता है।
- चिकित्सकीय देखरेख और मार्गदर्शन में नियमित व्यायाम करें। इससे फेफड़े पूरी तरह से फूल सकते हैं और व्यक्तियों की हृदय और सांस लेने की दर में सुधार हो सकता है।
- डायाफ्रामिक श्वास का उपयोग करना। साँस लेने की यह विधि फेफड़ों की क्षमता के अधिक उपयोग की अनुमति देती है। (डायाफ्रामिक श्वास और वाणी देखें, पृष्ठ 48)

अध्याय 8 :

रंध की देखभाल

रंध या स्टोमा एक छिद्र है जो शरीर गुहा के एक हिस्से को बाहरी वातावरण से जोड़ता है। गर्दन में श्वासनली के लिए एक नया रास्ता उत्पन्न करने के लिए लैरिंजेक्टॉमी के बाद एक रंध बनाया जाता है, इस प्रकार फेफड़ों को बाहर से जोड़ा जाता है। रंध को खुला रखने और उसका स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के लिए उसकी देखभाल करना महत्वपूर्ण है।

सामान्य देखभाल

गंदगी, धूल, धुआं, सूक्ष्म जीवों आदि को श्वासनली और फेफड़ों में जाने से रोकने के लिए हर समय रंध को ढकना बहुत महत्वपूर्ण है।

रंध आवरण विभिन्न प्रकार के होते हैं। सबसे प्रभावी को हीट एंड मॉइस्चर एक्सचेंजर्स (एचएमई) कहा जाता है क्योंकि वे रंध के चारों ओर एक कड़ी सील बनाते हैं। गंदगी को छानने के अलावा, एचएमई श्वासन पथ के अंदर कुछ नमी और गर्मी को संरक्षित करते हैं और व्यक्ति को उन्हें खोने से रोकते हैं। इसलिए एचएमई लैरिंजेक्टोमी से पहले की स्थिति में तापमान, नमी और साँस की हवा की सफाई को बहाल करने में सहायता करता है।

रंध अक्सर बनने के बाद पहले हफ्तों या महीनों के दौरान सिकुड़ जाता है। इसे पूरी तरह से बंद होने से रोकने के लिए, शुरू में एक ट्रेकियोस्टोमी या लैरिंजेक्टोमी ट्यूब को दिन में 24 घंटे के लिए रंध में छोड़ दिया जाता है। समय के साथ यह अवधि धीरे-धीरे कम होती जाती है। इसे अक्सर रात भर के लिए छोड़ दिया जाता है जब तक कि सिकुड़न न हो जाए।

बेस प्लेट या चिपकने वाले ड्रेसिंग का उपयोग करते समय रंध्र की देखभाल: बार-बार चिपकने और ड्रेसिंग को हटाने के कारण रंध्र के आसपास की त्वचा में जलन हो सकती है। पुराने ड्रेसिंग को हटाने और नए ड्रेसिंग की तैयारी के लिए उपयोग की जाने वाली सामग्री त्वचा में जलन पैदा कर सकती है। पुराने ड्रेसिंग को हटाने से भी त्वचा में जलन हो सकती है, खासकर जब यह चिपका हुआ हो।

एक चिपकने वाला हटाने वाला पोंछा (वाइट) जिसमें तरल होता है (उदाहरण के लिए, टीएम, स्मिथ निकार्ले)।& नेफ्यू, इंक. लागो एफएल 33773) बेस प्लेट और ड्रेसिंग को हटाने में सहायता कर सकता है। . इसे ड्रेसिंग के किनारे पर रखा जाता है और जब इसे हटा दिया जाता है तो यह ड्रेसिंग को त्वचा से अलग होने में मदद करता है। रिमूव टीएम से क्षेत्र को पोंछने से ड्रेसिंग को चिपकाने के लिए उपयोग की गई सील के अवशेष से साइट साफ हो जाती है। बचे हुए रिमूव टीएम को अल्कोहल वाइप से पोंछना महत्वपूर्ण है ताकि इससे त्वचा में जलन न हो। जब एक नए ड्रेसिंग का उपयोग किया जाता है तो पुराने रिमूव टीएम को पोंछना इसे फिर से गोंद लगाने में हस्तक्षेप करने से रोकता है। आमतौर पर ड्रेसिंग को 48 घंटे से अधिक समय तक छोड़ने की अनुशंसा नहीं की जाती है। हालाँकि, कुछ व्यक्ति ड्रेसिंग को अधिक समय तक रखते हैं, और जब यह ढीला या गंदा हो जाता है तो इसे बदल देते हैं। कुछ लोगों में चिपकने वाले पदार्थ को हटाने से चिपकने वाले पदार्थों की तुलना में अधिक जलन होती है। त्वचा में जलन होने की स्थिति में, आवास को केवल 24 घंटों के लिए छोड़ देना बेहतर है। यदि त्वचा में जलन हो, यह सलाह दी जा सकती है कि त्वचा को एक दिन के लिए या जब तक क्षेत्र ठीक न हो जाए तब तक आराम दें और रंध्र को बिना किसी गोंद के या फोम कवर के केवल एक कठोर आधार से ढक दें।

हाइड्रोकोलोइड चिपकने वाले पदार्थ हैं, जो संवेदनशील त्वचा पर उपयोग कीये जाते हैं। गोंद वाली पट्टी लगाने से पहले एक तरल फिल्म बनाने वाली त्वचा की रक्षा करने वाली ड्रेसिंग (यानी, स्किन प्रेप टीएम, स्मिथ एंड नेफ्यू, इंक. लागो एफएल 33773) का उपयोग करना महत्वपूर्ण है।

ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब का उपयोग करते समय रंध्र की देखभाल: बलगम का निर्माण और ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब को रगड़ने से रंध्र के आसपास की त्वचा में जलन हो सकती है। गंध, जलन और संक्रमण को रोकने के लिए रंध्र के आसपास की त्वचा को दिन में कम से कम दो बार साफ करना चाहिए। यदि क्षेत्र लाल, कोमल या दुर्गंधयुक्त दिखाई देता है, तो रंध्र की सफाई

अधिक बार की जानी चाहिए। यदि रंध के आसपास दाने, असामान्य गंध, और/या पीले-हरे रंग की जल निकासी दिखाई देती है, तो अपने चिकित्सक से संपर्क करने की सलाह दी जाती है।

रंध के आसपास की त्वचा में जलन

यदि रंध के आसपास की त्वचा चिढ़ और लाल हो जाती है, तो इसे खुला छोड़ देना और 1-2 दिनों के लिए इसे किसी भी साल्वेन्ट के संपर्क में न लाना सबसे अच्छा है ताकि यह ठीक हो सके। कभी-कभी व्यक्तियों को एचएमई बेस प्लेट (आवास) तैयार करने और चिपकाने के लिए उपयोग किए जाने वाले कुछ सॉल्वेंट्स से जलन हो सकती है। इन सॉल्वेंट्स से बचना और ऐसे अन्य सॉल्वेंट्स ढूंढना जो जलन पैदा न करें, मददगार है। संवेदनशील त्वचा वाले रोगियों के लिए हाइड्रोकोलोइड चिपकने वाला पदार्थ का उपयोग करना अक्सर एक अच्छा समाधान होता है।

यदि खुले अल्सर और लालिमा जैसे संक्रमण के लक्षण स्पष्ट हों तो लोकल एंटीबायोटिक उपयोगी हो सकते हैं। किसी के चिकित्सक से सलाह लेना सहायक होता है, खासकर यदि घाव ठीक नहीं होता है। चिकित्सक प्रभावित क्षेत्र का बैक्टीरिया कल्चर प्राप्त कर सकता है जो एंटीबायोटिक चिकित्सा के विकल्पों का मार्गदर्शन कर सकता है।

स्नान करते समय रंध को पानी से बचाना

स्नान करते समय पानी को ट्रेकियोस्टोमी रंध में प्रवेश करने से रोकना महत्वपूर्ण है। श्वासनली में पानी की थोड़ी मात्रा आम तौर पर कोई नुकसान नहीं पहुंचाती है और तेजी से खांसी के साथ बाहर निकल सकती है। हालाँकि, बड़ी मात्रा में पानी का साँस लेना खतरनाक हो सकता है।

पानी को रंध में प्रवेश करने से रोकने के तरीके हैं:

- जब पानी रंध के आसपास की ओर निर्देशित हो तो रंध को हथेली से ढकें और हवा
- अंदर न लें।

- बाहर प्लास्टिक वाला बिब पहनना।
- एक व्यावसायिक उपकरण का उपयोग करना जो रंध को ढकता है।
- अपना स्टोमा कवर, बेस प्लेट पहनना, या स्नान करते समय एचएमई ड्रेसिंग पर्याप्त हो सकता है, खासकर यदि पानी को रंध से दूर रखना निर्देशित है। रंध के करीब के क्षेत्र को धोते समय कुछ सेकंड के लिए सांस को अंदर लेना रोकना सहायक है। भी. एचएमई और उसकी ड्रेसिंग हटाने से ठीक पहले दिन के अंत में स्नान करना जल से संरक्षण के लिए ड्रेसिंग का उपयोग करने का एक तरीका है। यह सरल विधि स्नान करना आसान बना सकती है।
- बाल धोते समय ठुंडी को झुकाकर रंध के नीचे करें।

पानी और निमोनिया

लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीज को पानी में सांस लेने (एस्पिरेंटिंग) का खतरा होता है जोकि पानी बैक्टीरिया से मुक्त नहीं हो सकता है। नल के पानी में बैक्टीरिया होते हैं; बैक्टीरिया की संख्या जल उपचार सुविधाओं की सफाई प्रभावकारिता और उनके स्रोत (उदाहरण के लिए, कुआँ, झील, नदी, आदि) के आधार पर भिन्न होती है। पूल के पानी में क्लोराइड होता है जो कम हो जाता है, लेकिन पानी को कीटाणुरहित नहीं करता है। समुद्र के पानी में असंख्य बैक्टीरिया होते हैं; उनकी प्रकृति और सांद्रता भिन्न-भिन्न होती है।

जब गंदा पानी फेफड़ों में चला जाता है तो यह कभी-कभी निमोनिया का कारण बन सकता है। एस्पिरेशन निमोनिया का विकसित होना इस बात पर निर्भर करता है कि कितना पानी अंदर लिया गया है और कितना बाहर निकाला गया है, साथ ही व्यक्ति की प्रतिरक्षा प्रणाली पर भी निर्भर करता है।

स्टोमा मे एस्पिरेशन को रोकना

ट्रेकियोस्टोमीकी की सांस में श्वसन संबंधी आपात स्थिति का एक प्रमुख कारण पतले कागज़ के टिशू या कागज़ के तौलिये का श्वासनली में चला जाना है। यह बहुत खतरनाक हो सकता है और दम घुटने का कारण बन सकता है। यह आमतौर पर बलगम खांसते समय रंध को टीशू पेपर से ढकने के बाद होता है। खांसी के बाद हवा की बहुत गहरी खिंचाव होती है जो कागज़ को वापस श्वासनली में खींच सकती है। इससे बचने का तरीका है कपड़े का इस्तेमाल करना तौलिया या एक मजबूत कागज़ का तौलिया जो गीला होने पर भी आसानी से नहीं टूटता। पतले ऊतकों से बचना चाहिए।

टीशू पेपर की अन्दर जाने को रोकने का एक और तरीका यह है कि जब तक व्यक्ति थूक को पूरी तरह से पोंछना समाप्त न कर ले और रंध क्षेत्र से टीशू पेपर या कागज़ के तौलिये को हटा न दे, तब तक अपनी सांस रोककर रखें।

अन्य बाहरी सामग्री की अन्दर जाने को भी हर समय एचएमई, फोम कवर, या स्टोमा कवर द्वारा स्टोमा को कवर करके रोका जाना चाहिए। स्नान करते समय रंध में पानी की अन्दर जाने को एक उपकरण पहनने से रोका जा सकता है जो रंध को ढकता है (ऊपर देखें)। नहाते समय एचएमई चालू रख सकते हैं और/या सांस लेने से बच सकते हैं उस समय जब पानी रंध की ओर जा रहा होता है।

टब में स्नान तब तक सुरक्षित रूप से किया जा सकता है जब तक पानी का स्तर रंध तक न पहुँच जाए। रंध के ऊपर के क्षेत्रों को साबुन वाले कपड़े से धोना कतचाहिए। साबुन के पानी को रंध में प्रवेश करने से रोकना महत्वपूर्ण है।

अध्याय 9 :

हीट नमी एक्सचेंजर (एचएमई) देखभाल

ऊष्मा और नमी विनिमयकर्ता (एचएमई) स्टोमा रंध को ढकने का काम करते हैं और रंध के चारों ओर एक कड़ी सील बनाते हैं। धूल और अन्य बड़े वायुजनित कणों को फ़िल्टर करने के अलावा, एचएमई श्वसन पथ के अंदर कुछ नमी और गर्मी को संरक्षित करते हैं और उनके नुकसान को रोकते हैं, और वायुप्रवाह में प्रतिरोध जोड़ते हैं। एचएमई सांस लेने वाली हवा के तापमान, नमी और सफाई को लैरिंजक्टोमी से पहले की स्थिति में बहाल करने में सहायता करता है।

एचएमई के फायदे

यह बहुत महत्वपूर्ण है कि लेरिन्जेक्टोइज़ एचएमई पहनें। संयुक्त राज्य अमेरिका में, एचएमई एटोस मेडिकल और इनहेल्थ टेक्नोलॉजीज के माध्यम से उपलब्ध हैं (चित्र 2)। एचएमई को श्वासनली या रंध में डाले गए एक इंट्राल्यूमिनल उपकरण का उपयोग करके जोड़ा जा सकता है, जिसमें लैरींगेक्टॉमी या ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब, बार्टन मेयो बटन™ और/या लैरी बटन™ शामिल हैं। इसे रंध के चारों ओर की त्वचा से जुड़े आवास ड्रेसिंग या बेस प्लेट में भी डाला जा सकता है।

एचएमई कैसेट को दैनिक आधार पर हटाने और बदलने के लिए डिज़ाइन किया गया है। कैसेट में फोम मीडिया को ऐसे एजेंटों से उपचारित किया जाता है जिनमें रोगाणुरोधी गुण होते हैं और फेफड़ों में नमी बनाए रखने में मदद करते हैं। उन्हें धोया और पुनः उपयोग नहीं किया जाना चाहिए क्योंकि ये एजेंट समय के साथ या पानी या अन्य सफाई एजेंटों से धोए जाने पर अपनी प्रभावशीलता खो देते हैं।

एचएमई साँस छोड़ने पर गर्म, नम और आर्द्र हवा को ग्रहण करता है। इसे क्लोरहेक्सिडिन (जीवाणुरोधी एजेंट), सोडियम क्लोराइड (NaCl), कैल्शियम क्लोराइड लवण (नमी को रोकता है), सक्रिय चारकोल (अस्थिर धुएं को अवशोषित करता है) के साथ संसेचित किया जा सकता है और 24 घंटे के उपयोग के बाद इसे डिस्पोजेबल किया जा सकता है।

एचएमई के फायदों में यह भी शामिल है: फेफड़ों के भीतर नमी बढ़ाना (जिसके परिणामस्वरूप बलगम का उत्पादन कम हो जाता है), वायुमार्ग स्नायु की चिपचिपाहट कम हो जाती है, बलगम प्लग का खतरा कम हो जाता है, और साँस की हवा के लिए सामान्य वायुमार्ग प्रतिरोध को फिर से बहाल करना जो संरक्षित करता है फेफड़ों की क्षमता।

इसके अलावा, इलेक्ट्रोस्टैटिक फिल्टर के साथ संयुक्त एक विशेष एचएमई बैक्टीरिया, वायरस, धूल और पराग कण के साँस में लेना (और साँस छोड़ना/स्थानांतरण) को भी कम करता है। उच्च एलर्जी वाले मौसम के दौरान कम परागकणों को अंदर लेने से वायुमार्ग की जलन कम हो सकती है। फिल्टर के साथ एचएमई पहनने से वायरल और बैक्टीरियल संक्रमण होने या फैलने का खतरा कम हो सकता है, खासकर भीड़-भाड़ वाली या बंद जगहों पर। संभावित श्वसन रोगजनकों को फिल्टर करने के लिए डिज़ाइन किया गया एक नया एचएमई फिल्टर उपलब्ध है (प्रोवॉक्स माइक्रोन टीएम, एटोस मेडिकल)।

यह समझना महत्वपूर्ण है कि साधारण स्टोमा कवर, जैसे कि लैरींगोफोम™ फिल्टर, एस्कॉट, बंदाना, आदि, लैरींगेक्टोमी को एचएमई फिल्टर के समान लाभ प्रदान नहीं करते हैं।



चित्र 2: वॉयस प्रोस्थेसिस (नीचे) और एचएमई (ऊपर) एटोस (प्रोवोक्स) और इनहेल्थ द्वारा निर्मित

लेरिन्जेक्टोमी के रूप में सांस लेने पर एचएमई का प्रभाव

लेरिन्जेक्टोमी श्वसन प्रणाली से समझौता करती है, जिससे साँस की हवा नाक और ऊपरी वायुमार्ग को बायपास कर पाती है जो सामान्य रूप से आर्द्रिकरण, निस्पंदन और गर्मी प्रदान करती है। यह हवा के प्रतिरोध को हटाकर और फेफड़ों तक हवा की यात्रा की दूरी को कम करके प्रतिरोध और साँस लेने के लिए आवश्यक प्रयास को भी कम करता है। इसका मतलब यह है कि लेरिन्जेक्टोमी को सिस्टम के ऊपरी हिस्से (नाक, नासिका मार्ग और गले) में हवा पहुंचाने के लिए उतनी मेहनत नहीं करनी पड़ती है, और उनके फेफड़ों को पहले जितना फुलाना नहीं पड़ता है जब तक कि व्यक्ति काम नहीं करता है। व्यायाम और अन्य तरीकों से अपनी क्षमता बनाए रखें। एक एचएमई साँस में ली गई हवा के प्रति प्रतिरोध को बढ़ाता है और इसलिए साँस लेने के प्रयासों को बढ़ाता है, इस प्रकार फेफड़ों की पुरानी क्षमता को संरक्षित करता है।

एचएमई बेस प्लेट लगाना (आवास)

एएम एचएमई की बेस प्लेट (आवास ड्रेसिंग) के उपयोग को लम्बा करने की कुंजी न केवल इसे ठीक से जगह पर चिपकाना है, बल्कि त्वचा से पुराने चिपकने वाले और गोंद को हटाना, स्टोमा के आसपास के क्षेत्र को साफ करना और चिपकने वाले और गोंद की नई परतें लगाना भी है। त्वचा की सावधानीपूर्वक तैयारी बहुत महत्वपूर्ण है (चित्र 3)।

कुछ व्यक्तियों में रंध्र के चारों ओर गर्दन का आकार आवास ड्रेसिंग या बेस प्लेट को फिट करना मुश्किल बना देता है। आवास ड्रेसिंग कई प्रकार के होते हैं; एक वाक् एवं भाषा रोगविज्ञानी (एसएलपी) सर्वश्रेष्ठ का चयन करने में सहायता कर सकता है। सर्वोत्तम एचएमई आवास ड्रेसिंग सर्जरी के बाद की सूजन कम होती जाती है और रंध्र के आसपास का क्षेत्र अपने आप नया आकार लेता है, आवास का प्रकार और आकार बदल सकता है।

एचएमई के लिए आवास की व्यवस्था कैसे करें, इस पर सुझाए गए निर्देश नीचे दिए गए हैं। पूरी प्रक्रिया के दौरान धैर्यपूर्वक प्रतीक्षा करना और तरल फिल्म बनाने वाली त्वचा की रक्षा करने वाली ड्रेसिंग (यानी, स्किन प्रेपटीएम स्मिथ एंड नेफ्यू, इंक. लागो, एफएल 33773) और सिलिकॉन त्वचा चिपकने वाले को अगली वस्तु लगाने या आवास रखने से पहले सूखने देना महत्वपूर्ण है।

. इसमें समय लगता है, लेकिन इन निर्देशों का पालन करना महत्वपूर्ण है:

1. पुराने गोंद को चिपकने वाले रिमूवल वाइप से साफ करें (उदाहरण के लिए, निकालें)।टीएम, स्मिथ एंड नेफ्यू, इंक. लागो, फ़्लोरिडा 33773)।
2. निकालें को रिमूवल टीएमअल्कोहल वाइप से. (यदि तुम करोऐसा मत करो, हटाओटीएमनए चिपकने वाले पदार्थ में हस्तक्षेप करेगा)।
3. गीले तौलिये से त्वचा को पोंछ लें।
4. साबुन लगे गीले तौलिये से त्वचा को पोंछें।
5. साबुन को गीले तौलिये से धोकर अच्छी तरह सुखा लें।
6. स्किन प्रेपटीएम लगाये और इसे 2-3 मिनट तक सूखने दें.

7. अतिरिक्त आसंजन के लिए सिलिकॉन त्वचा एधेसिव या स्किन-टैक टीएम लगाएं और पोंछें (टॉरबोट, क्रैस्टन, रोड आइलैंड, 20910) और इसे 3-4 मिनट तक सूखने दें। (यह स्वचालित बोलने वाले वाल्व के उपयोगकर्ताओं के लिए विशेष रूप से महत्वपूर्ण है)

8. हवा के प्रवाह और अच्छे जुड़ाव की अनुमति के लिए एचएमई के लिए बेस प्लेट (आवास) को सर्वोत्तम स्थान पर संलग्न करें।

9. हैंड्स फ्री एचएमई का उपयोग करते समय चिपकने वाले को "सेट" होने देने के लिए बोलने से पहले 5-30 मिनट तक प्रतीक्षा करें।

कुछ एसएलपी प्लेसमेंट से पहले आवास को हाथों में रगड़कर, कुछ मिनटों के लिए बगल के नीचे रखकर गर्म करने की सलाह देते हैं, या हेयर ड्रायर के साथ उस पर गर्म हवा फेंककर। सावधान रहें कि चिपकने वाला बहुत अधिक गर्म न हो जाए। जब आप हाइड्रोकोलॉइड चिपकने वाले का उपयोग करते हैं तो चिपकने वाले को गर्म करना विशेष रूप से महत्वपूर्ण होता है क्योंकि गर्मी गोंद को सक्रिय करती है।

स्टीव स्टेटन द्वारा बनाया गया एक वीडियो आवास की स्थिति को दर्शाता

है http://www.youtube.com/watch?v=5Wo1z5_n1j8



चित्र 3: एचएमई और उसके आवास को रंध पर रखना

हैंड्स फ्री एचएमई का उपयोग करना

हाथों से मुक्त हैंड्स फ्री करने एचएमई,) एचएमई को बंद करने के लिए मैनुअल रूप से दबाने की आवश्यकता के बिना बोलने की अनुमति देता है, इस प्रकार रंध्र के माध्यम से साँस छोड़ने को रोकता है और हवा को वॉयस प्रोस्थेसिस की ओर डाइरेक्ट करता है। यह उपकरण हाथ को फ्री करता है और व्यावसायिक और मनोरंजक कार्य संभावनाओं को आसान बनाता है। ध्यान दें कि हैंड्स फ्री एचएमई का उपयोग करते समय हवा बाहर निकलने पर अधिक दबाव उत्पन्न होता है, जिससे संभावित रूप से एचएमई हाउसिंग की सील टूट सकती है। बोलते समय साँस छोड़ने के दबाव को कम करना, धीरे और धीरे से बोलना (लगभग फुसफुसाते हुए), और 5-7 शब्दों के बाद साँस लेने से सील को टूटने से रोका जा सकता है। ज़ोर से बोलने से पहले उंगली से सहारा देने से भी मदद मिल सकती है। खांसने से पहले उपकरण को तुरंत हटाना भी महत्वपूर्ण है।

हैंड्स फ्री डिवाइस में एयर फिल्टर (प्रोवॉक्स फ्रीहैंड्स एचएमई में कैसेट भी कहा जाता है) को नियमित आधार पर बदलना पड़ता है (यदि यह गंदा हो जाता है या बलगम से ढक जाता है तो हर 24 घंटे या उससे पहले)। हालाँकि, उचित उपयोग और सफाई के साथ एचएमई डिवाइस का उपयोग लंबी अवधि (छह महीने से एक वर्ष) तक किया जा सकता है। हैंड्स फ्री डिवाइस को लेरिन्जेक्टोमी की साँस लेने और बोलने की क्षमताओं को फिट करने के लिए प्रारंभिक समायोजन की आवश्यकता होती है। उपकरणों के उपयोग और देखभाल के बारे में विस्तृत निर्देश उनके निर्माताओं द्वारा प्रदान किए जाते हैं।

हैंड्स फ्री एचएमई के साथ बात करने की कुंजीका उद्देश्य सील तोड़े बिना बोलना सीखना है। डायफ्रामिक श्वास का उपयोग करने से अधिक हवा को बाहर निकाल सकते हैं, जिससे बोलने के प्रयास कम हो जाते हैं और प्रत्येक साँस के साथ व्यक्त किए जा सकने वाले शब्दों की संख्या बढ़ जाती है। यह विधि श्वासनली में हवा के दबाव को बनने से रोकती है जो दबाव आवास की सील को तोड़ सकता है। इस तरह से बोलना सीखने में समय और धैर्य लग सकता है और एक कुशल एसएलपी द्वारा मार्गदर्शन सहायक हो सकता है।

एचएमई देखभाल पर अनुभाग में उल्लिखित चरणों के अनुसार एचएमई आवास को रखना बहुत महत्वपूर्ण है (एचएमई आवास रखना, पृष्ठ 67 देखें) जिसमें रंध्र के आसपास के क्षेत्र को रिमूवटीएम, अल्कोहल, पानी और साबुन से साफ करना, स्किन प्रेपटीएम लगाना शामिल है। अंत

में गोंद (स्किन टैगटीएम)। इन निर्देशों का पालन करने से आवास का जीवन बढ़ सकता है और सील के माध्यम से हवा के रिसाव की संभावना कम हो सकती है।

नियमित एचएमई की तुलना में फ्री हैंड्स एचएमई का उपयोग करते समय हवा में सांस लेना थोड़ा अधिक कठिन होता है। Atos FreeHands™ और InHealth HandsFree™ दोनों उपकरणों में वाल्व को वामावर्त काउन्टर क्लार्क वाइज घुमाकर अधिक मात्रा में हवा के सेवन की अनुमति देना संभव है।

सील रखने की चुनौती के बावजूद, कई लेरिंजेक्टोमीज़ अधिक प्राकृतिक तरीके से बोलने की क्षमता और दोनों हाथों का उपयोग करने की स्वतंत्रता को महत्व देते हैं। कुछ लोग सीखते हैं कि जब वे ध्वनि एम्प्लीफायर का उपयोग करते हैं तो सील को अधिक समय तक रखना संभव होता है, जिससे कम प्रयास की आवश्यकता होती है और कम वायु दबाव पैदा होता है। (वाँइस एम्प्लीफ़ायर का उपयोग करके आवाज़ बढ़ाना देखें, पृष्ठ 49)

रात भर एचएमई पहनना

कुछ एचएमई को चौबीसों घंटे पहनने की मंजूरी दी गई है (यानी, एटोस मेडिकल)। यदि सीलरहता है, कोई इसे रात भर रख सकता है। यदि यह नहीं टिकता है, तो रात की अवधि के लिए तात्कालिक बेस प्लेट का उपयोग करना संभव है। एटोस एक्स्ट्रा बेसप्लेट™ को बाहरी नरम हिस्से को हटाकर और आंतरिक कठोर हिस्से को छोड़कर छोटा किया जा सकता है। प्लेट "चिपचिपी" है और इस प्रकार बिना गोंद के रंध को ढक सकती है, यहां तक कि व्यक्ति को बोलने में भी सक्षम बनाती है। लैरीट्यूब में डाले गए एचएमई का रात भर उपयोग करना भी संभव है।

एचएमई को ढकना (छिपाना)।

लैरिंजेक्टोमी के बाद, व्यक्ति ट्रेकियोस्टोमी साइट से सांस लेते हैं जो उनकी गर्दन पर रंध के माध्यम से खुलती है। अधिकांश लोग साँस की हवा को फ़िल्टर करने और ऊपरी वायुमार्ग में गर्मी और नमी बनाए रखने के लिए रंध के ऊपर एक एचएमई या फोम फिल्टर लगाते हैं। ढका हुआ रंध स्थल प्रमुख है और लेरिंजेक्टोमीज़ के सामने एक विकल्प होता है कि क्या एचएमई को कवर किया जाए या किसी परिधान, एस्कॉट या आभूषण के साथ फ़िल्टर किया जाए या इसे खुला छोड़ दिया जाए।

प्रत्येक पसंद के फायदे और नुकसान:

अतिरिक्त आवरण के बिना सांस लेना आसान हो सकता है जो वायु प्रवाह में बाधा उत्पन्न कर सकता है। क्षेत्र को खुला छोड़ने से सफाई और रखरखाव के उद्देश्य से रंध तक आसान पहुंच मिलती है और अगर किसी को खांसी या छींक आने की जरूरत होती है तो एचएमई को तेजी से हटाने में मदद मिलती है। खांसने या छींकने की इच्छा अक्सर अचानक होती है और अगर एचएमई को जल्दी से बाहर नहीं निकाला गया तो यह बलगम से भर सकता है।

साइट को उजागर करने से कई लैरिंजेक्टोमीज़ की कमजोर और खराब आवाज के लिए एक अनकहा स्पष्टीकरण मिलता है और दूसरों को उन्हें अधिक ध्यान से सुनने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। इससे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए आपातकालीन श्वसन वेंटिलेशन की आवश्यकता होने पर लैरिंजेक्टोमी की अनूठी शारीरिक रचना को पहचानना भी आसान हो जाता है। यदि इस स्थिति को तेजी से पहचाना नहीं जा सकता है तो वेंटिलेशन को रंध के बजाय मुंह या नाक के माध्यम से प्रशासित किया जा सकता है। (लैरिंजेक्टोमीज़ सहित गर्दन से सांस लेने वालों की पर्याप्त तत्काल देखभाल सुनिश्चित करना, पृष्ठ 147 देखें)

ढके हुए रंध स्थल को खुले तौर पर प्रदर्शित करने से व्यक्ति के चिकित्सा इतिहास और इस तथ्य का भी पता चलता है कि वह कैंसर से बचे हैं, जो अपनी विकलांगता के बावजूद अपने जीवन को जारी रखते हैं, कैंसर लैरिंजेक्टोमी के लिए प्रमुख संकेत है। हालाँकि समुदाय में कई कैंसर से बचे लोग हैं, लेकिन उनकी पहचान बाहरी दिखावे से छिपी हुई है।

जो लोग अपने रंध स्थल को रंध आवरण या कपड़े से ढकते हैं, वे अक्सर ऐसा इसलिए करते हैं क्योंकि वे नहीं चाहते कि उस स्थान से दूसरों का ध्यान भटके या उन्हें ठेस पहुँचे। वे ऐसी किसी भी चीज़ को उजागर नहीं करना चाहते जो कुरूप हो और वे असंगत होना चाहते हैं और यथासंभव सामान्य दिखना चाहते हैं। साइट को कवर करना अक्सर उन महिलाओं के बीच अधिक आम है जो

अपनी शारीरिक बनावट को लेकर अधिक चिंतित हैं। कुछ व्यक्तियों को लगता है कि लैरिंजेक्टोमी होना एक व्यक्ति के रूप में उनका केवल एक छोटा सा हिस्सा है; वे इसका "विज्ञापन" नहीं करना चाहते।

प्रत्येक दृष्टिकोण के फायदे और नतीजे हैं और अंतिम चयन व्यक्ति पर निर्भर है।

अध्याय 10 :

ट्रेकियोसोफेजियल वॉयस प्रोस्थेसिस का उपयोग और देखभाल

ट्रेकियोसोफेजियल भाषण के माध्यम से बोलने के इच्छुक लोगों में श्वासनली और अन्नप्रणाली को जोड़ने वाले पहले से बनाए गए ट्रेकियोसोफेजियल पंचर (टीईपी) के माध्यम से एक आवाज कृत्रिम अंग डाला जाता है। यह व्यक्ति को एक सिलिकॉन प्रोस्थेसिस के माध्यम से श्वासनली से अन्नप्रणाली में फुफ्फुसीय वायु को बाहर निकालने में सक्षम बनाता है जो दोनों को जोड़ता है; कंपन निचले गसनी द्वारा उत्पन्न होते हैं।

आवाज कृत्रिम अंग के प्रकार

वॉइस प्रोस्थेसिस दो प्रकार के होते हैं: एक स्थायी प्रोस्थेसिस जिसे स्पीच एंड लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट (एसएलपी) या ओटोलरींगोलॉजिस्ट द्वारा स्थापित और बदला जाता है और एक रोगी द्वारा बदला जाने वाला प्रोस्थेसिस।

अंतर्निहित कृत्रिम अंग आम तौर पर रोगी द्वारा प्रबंधित उपकरण की तुलना में अधिक समय तक चलता है। हालाँकि, कृत्रिम अंग अंततः लीक हो जाता है क्योंकि खमीर (यीस्ट) और अन्य सूक्ष्मजीव सिलिकॉन में विकसित हो जाते हैं जिससे वाल्व फ्लैप अधूरा बंद हो जाता है। जब वाल्व फ्लैप अब कसकर बंद नहीं होता है, तो तरल पदार्थ वॉयस प्रोस्थेसिस से गुजर सकते हैं (नीचे वॉयस प्रोस्थेसिस रिसाव के कारण अनुभाग, पृष्ठ 75 देखें)।

एक स्थायी कृत्रिम अंग हफ्तों से लेकर महीनों तक अच्छी तरह काम कर सकता है। हालाँकि, कुछ एसएलपी का मानना है कि इसे तब भी बदला जाना चाहिए अ

छह महीने के बाद रिसाव नहीं होता है, क्योंकि अगर लंबे समय तक छोड़ दिया जाए, तो इससे पंचर का साइज फैल सकता है।

रोगी द्वारा प्रबंधित वॉयस प्रोस्थेसिस अधिक स्वतंत्रता की अनुमति देता है। इसे लैरिंजेक्टोमी द्वारा नियमित आधार पर (हर एक से दो सप्ताह में) बदला जा सकता है। कुछ व्यक्ति कृत्रिम अंग को तभी बदलते हैं जब उसमें से रिसाव शुरू हो जाता है। पुराने कृत्रिम अंग को कई बार साफ करके दोबारा इस्तेमाल किया जा सकता है।

कई कारक किसी व्यक्ति द्वारा रोगी प्रबंधित कृत्रिम अंग का उपयोग करने की क्षमता निर्धारित करते हैं, निम्नलिखित हैं :

- पंचर का स्थान आसानी से पहुंच योग्य होना चाहिए; हालाँकि, पंचर की जगह समय के साथ स्थानांतरित हो सकती है, जिससे यह कम पहुंच योग्य हो जाएगी।

- लैरिंजेक्टोमी मरीज के पास पर्याप्त दृष्टि और अच्छी निपुणता होनी चाहिए, जिससे वह प्रक्रिया को निष्पादित करने में सक्षम हो, और इसमें शामिल सभी चरणों का पालन करने में सक्षम हो।

एक स्थायी कृत्रिम आवाज अंग को उतनी बार बदलने की आवश्यकता नहीं होती जितनी बार एक मरीज द्वारा मैनेज किये गये कृत्रिम अंग को बदलने की आवश्यकता होती है।

स्टीव स्टेटन द्वारा बनाए गए दो वीडियो बताते हैं कि रोगी द्वारा बदले गए कृत्रिम अंग को कैसे बदला जाए:

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

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

चिकित्सक द्वारा बदले गए और रोगी द्वारा बदले गए वॉयस प्रोस्थेसिस के बीच मुख्य अंतर फ्लैंग्स के आकार का है। चिकित्सक द्वारा बदले गए उपकरणों पर बड़े आकार के फ्लैंग्स के कारण इसे गलती से हटाना कठिन हो जाता है। एक और अंतर यह है कि इंसर्शन स्ट्रैप को रोगी-परिवर्तनीय कृत्रिम अंग से नहीं हटाया जाना चाहिए क्योंकि यह कृत्रिम अंग को ठीक करने में मदद करता है। आमतौर पर चिकित्सक द्वारा बदले गए और मरीज द्वारा बदले गए उपकरण के बीच आवाज की गुणवत्ता में कोई अंतर नहीं होता है।

यदि कृत्रिम अंग लीक हो जाए या उखड़ जाए तो क्या करें

यदि कृत्रिम अंग लीक हो गया है या उखड़ गया है या गलती से हटा दिया गया है, तो रोगी द्वारा बदला गया कृत्रिम अंग अतिरिक्त उपकरण ले जाने वाले लोगों द्वारा डाला जा सकता है। वैकल्पिक रूप से, बंद होने से रोकने के लिए टीईपी में एक लाल रबर कैथेटर डाला जा सकता है जो कुछ घंटों के भीतर बंद हो सकता है। कैथेटर या नया कृत्रिम अंग डालने से नए टीईपी की आवश्यकता को रोका जा सकता है। केंद्र (लुमेन) से कृत्रिम अंग के रिसाव को अस्थायी रूप से प्लग डालकर (कृत्रिम अंग के प्रकार और चौड़ाई के लिए विशिष्ट) तब तक नियंत्रित किया जा सकता है जब तक कि इसे बदला न जा सके। यह सलाह दी जाती है कि वॉयस प्रोस्थेसिस का उपयोग करने वाले व्यक्ति एक प्रोस्थेसिस प्लग और एक कैथेटर रखें।

वॉयस प्रोस्थेसिस लीक के कारण

वॉइस प्रोस्थेसिस रिसाव के दो पैटर्न हैं - कृत्रिम अंग के माध्यम से रिसाव और उसके चारों ओर रिसाव।

वॉइस प्रोस्थेसिस के माध्यम से रिसाव मुख्य रूप से उन स्थितियों के कारण होता है जिनमें वाल्व अब कसकर बंद नहीं हो सकता है। इसके निम्नलिखित कारण हो सकते हैं: कवक द्वारा वाल्व का इन्फेक्शन ; फ्लैप वाल्व खुली स्थिति में फंस सकता है; भोजन का एक टुकड़ा, बलगम या बाल (फी फ्लैप वाले लोगों में) वाल्व पर फंस गया; या उपकरण पीछे की ग्रासनली की दीवार के संपर्क में आ रहा है। अनिवार्य रूप से, सभी कृत्रिम अंग रिसाव के कारण विफल हो जाएंगे, चाहे वह कैंडिडा फन्गस इन्फेक्शन से हो या साधारण यांत्रिक विफलता से।

यदि कृत्रिम अंग डालने के समय से ही उसमें रिसाव जारी है, तो समस्या आम तौर पर इस तथ्य के कारण होती है कि निगलने से उत्पन्न नकारात्मक दबाव के कारण फ्लैप वाल्व खुला रहता है। इसे अधिक प्रतिरोध वाले कृत्रिम अंग का उपयोग करके ठीक किया जा सकता है।

सूत्र यह है कि अधिक प्रतिरोध वाले कृत्रिम वॉयस प्रोस्थेसिस के लिए बोलते समय अधिक प्रयास की आवश्यकता हो सकती है। फिर भी, फेफड़ों में दीर्घकालिक रिसाव को रोकना महत्वपूर्ण है।

वॉयस प्रोस्थेसिस के आसपास रिसाव इतना आम नहीं है और मुख्य रूप से श्वासनली-ग्रासनली पंचर पथ के फैलाव या कृत्रिम अंग को पकड़ने में असमर्थता के कारण होता है। इससे कृत्रिम अंग के जीवन काल छोटा हो सकता है। यह तब हो सकता है जब कृत्रिम अंग वाला पंचर चौड़ा हो जाता है। वॉयस प्रोस्थेसिस के डालने के दौरान, पंचर का कुछ विस्तार होता है, लेकिन यदि ऊतक स्वस्थ और लोचदार है, तो इसे थोड़े समय के बाद वापस सिकुड़ जाना चाहिए। सिकुड़ने में असमर्थता गैस्ट्रोओसोफेगल रिफ्लक्स, खराब पोषण, शराब, हाइपोथायरायडिज्म, अनुचित पंचर प्लेसमेंट, स्थानीय ग्रेनुलेशन ऊतक, गलत तरीके से लगाए गए कृत्रिम अंग, टीईपी पथ आघात, फिर से होने वाले या लगातार स्थानीय या दूर के कैंसर और रेडियेशन परिगलन से जुड़ी हो सकती है।

यदि कृत्रिम अंग उपयोगकर्ता के पथ के लिए बहुत लंबा है तो कृत्रिम अंग के आसपास रिसाव भी हो सकता है। जब भी ऐसा होता है, वॉयस प्रोस्थेसिस पथ (पिस्टनिंग) में आगे-पीछे होता है, जिससे पथ चौड़ा हो जाता है। पथ को मापा जाना चाहिए और अधिक उपयुक्त लंबाई का कृत्रिम अंग डाला जाना चाहिए। इस परिस्थिति में, रिसाव का समाधान 48 घंटों के भीतर होना चाहिए। यदि इस समय अवधि के भीतर कृत्रिम अंग के आसपास के ऊतक (शाफ्ट के आसपास) ठीक नहीं होते हैं, तो समस्या का कारण जानने के लिए व्यापक चिकित्सा जांच की आवश्यकता होती है।

कृत्रिम अंग के आसपास रिसाव का एक अन्य कारण अन्नप्रणाली की संकीर्णता (स्ट्रिक्चर) की उपस्थिति है। अन्नप्रणाली की संकीर्णता लैरिंजेक्टोमी मरीज को अधिक बल का उपयोग करके निगलने के लिए मजबूर करती है, ताकि भोजन/तरल स्ट्रिक्चर से गुजर सके। अतिरिक्त निगलने का दबाव भोजन/तरल को कृत्रिम अंग के चारों ओर धकेल देता है।

कृत्रिम अंग के आसपास लगातार रिसाव के इलाज के लिए कई प्रक्रियाओं का उपयोग किया गया है। इनमें कृत्रिम अंग को अस्थायी रूप से हटाना और सहज संकुचन को प्रोत्साहित करने

के लिए छोटे-व्यास वाले कैथेटर के साथ प्रतिस्थापन शामिल है; पंचर के चारों ओर एक पर्स-स्ट्रिंग सिवनी; जेल, कोलेजन या माइक्रोनाइज्ड एलोडर्म® का इंजेक्शन (लाइफसेल, ब्रांचबर्ग, एनजे 08876); सिल्वर नाइट्रेट या इलेक्ट्रोकोॉटरी से दागना; ऑटोलॉगस वसा प्रत्यारोपण; और रिसाव को रोकने के लिए एक बड़ा कृत्रिम अंग डाला जाएगा। रिफ्लक्स (रिसाव का सबसे आम कारण) का उपचार एसोफेजियल ऊतक को ठीक करने में मदद दे सकता है।

आमतौर पर कृत्रिम अंग का साइज का व्यास बढ़ाने की अनुशंसा नहीं की जाती है। आम तौर पर एक बड़े साइज व्यास वाली आवाज कृत्रिम अंग छोटे साइज से भारी होता है, और कमजोर ऊतक अक्सर बड़े उपकरण को सपोर्ट करने में सक्षम नहीं होता है, जिससे समस्या और भी बदतर हो जाती है। हालाँकि, कुछ लोगों का मानना है कि बड़े व्यास वाले कृत्रिम अंग का उपयोग करने से बोलने का दबाव कम हो जाता है (बड़ा व्यास बेहतर वायु प्रवाह में मदद देता है) जिससे अंतर्निहित कारण (अक्सर रिफ्लक्स) का इलाज होने पर ज्यादा ऊतक ठीक होने में सहायता मिलती है।

बड़े साइज वाले ग्रासनली और/या श्वासनली फ्लेंज के साथ कृत्रिम अंग का उपयोग सहायक हो सकता है, क्योंकि निकला हुआ किनारा ग्रासनली और/या श्वासनली की दीवारों के खिलाफ कृत्रिम अंग को सील करने के लिए वॉशर के रूप में कार्य करता है, इस प्रकार रिसाव को रोकता है।

दोनों प्रकार के रिसाव से अत्यधिक, ज़ोरदार, खांसी हो सकती है जिससे पेट की दीवार और वंक्षण हर्निया का विकास हो सकता है। लीक हुआ तरल पदार्थ फेफड़ों में प्रवेश कर सकता है और एस्पिरेशन निमोनिया का कारण बन सकता है। रंगीन तरल पीते समय कृत्रिम अंग के प्रत्यक्ष दृश्य से किसी भी रिसाव की पुष्टि की जा सकती है। यदि रिसाव होता है और वॉयस प्रोस्थेसिस को ब्रश करने और फ्लश करने के बाद इसे ठीक नहीं किया जा सकता है, तो इसे जल्द से जल्द बदल दिया जाना चाहिए।

समय बीतने के साथ, वॉयस प्रोस्थेसिस आमतौर पर लीक होने से पहले लंबे समय तक चलता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि वायुमार्ग में नई स्थिति के अनुकूल होने के कारण सूजन और बढ़ा हुआ बलगम उत्पादन कम हो जाता है। लैरिंजेक्टोमीज़ द्वारा बेहतर कृत्रिम अंग प्रबंधन के कारण भी सुधार होता है क्योंकि वे अपने उपकरण से परिचित हो जाते हैं।

श्वासनली-ग्रासनली पथ में सामान्य परिवर्तन के कारण टीईपी वाले मरीजों को एसएलपी की आवश्यकता होती है। पथ के पुनः आकार की आवश्यकता हो सकती है क्योंकि समय के

साथ इसकी लंबाई और व्यास में परिवर्तन हो सकता है। कृत्रिम अंग पंचर की लंबाई और व्यास आम तौर पर समय के साथ बदलता है क्योंकि फिस्टुला के निर्माण, सर्जरी और विकिरण से उत्पन्न सूजन धीरे-धीरे कम हो जाती है। इसके लिए एसएलपी द्वारा पंचर पथ की लंबाई और व्यास की बार-बार माप की आवश्यकता होती है जो उचित आकार के कृत्रिम अंग का चयन कर सकता है।

वॉयस प्रोस्थेसिस का एक फायदा यह है कि यह संकीर्ण गले में फंसे भोजन को निकालने में मदद कर सकता है। जब खाना अटक जाता है

कृत्रिम अंग के ऊपर, बोलने की कोशिश करना य कृत्रिम अंग के माध्यम से हवा फेंकना कभी-कभी अटके हुए भोजन को ऊपर की ओर धकेल सकता है और रुकावट से राहत दिला सकता है। (देखें गले या अन्नप्रणाली में फंसे भोजन को कैसे निकालें या निगलें, पृष्ठ 87)

यदि आवाज की गुणवत्ता में कोई बदलाव हो तो कृत्रिम अंग को बदलना पड़ सकता है, खासकर जब आवाज कमजोर हो जाती है या बोलने के लिए अधिक श्वसन प्रयास की आवश्यकता होती है। यह यीस्ट वृद्धि के कारण हो सकता है जो वाल्व के खुलने में बाधा डालता है।

वॉयस प्रोस्थेसिस को लीक होने से रोकना

दिन में कम से कम दो बार और प्रत्येक भोजन के बाद वॉयस प्रोस्थेसिस के आंतरिक लुमेन को साफ करने की सलाह दी जाती है।

उचित सफाई से वॉयस प्रोस्थेसिस के माध्यम से रिसाव को रोका जा सकता है और/या रोका जा सकता है:

1. निर्माता द्वारा प्रदान किए गए ब्रश का उपयोग करने से पहले, इसे एक कप गर्म पानी में डुबोएं और कुछ सेकंड के लिए वहीं छोड़ दें।
2. ब्रश को कृत्रिम अंग में डालें (बहुत गहरा नहीं) और उपकरण के अंदरूनी हिस्से को साफ करने के लिए इसे कुछ बार घुमाएँ।

3. ब्रश को बाहर निकालें और गर्म पानी से धो लें और इस प्रक्रिया को 2-3 बार दोहराएं जब तक कि ब्रश से कोई पदार्थ बाहर न निकल जाए। चूंकि ब्रश को गर्म पानी में डुबोया जाता है, इसलिए सावधान रहना चाहिए कि इसे वॉयस प्रोस्थेसिस आंतरिक वाल्व से आगे न डालें ताकि अत्यधिक गर्मी से अन्नप्रणाली को नुकसान न पहुंचे।

4. निर्माता द्वारा दिए गए बल्ब का उपयोग करके वॉयस प्रोस्थेसिस को दो बार गुनगुने 83

5. पानी से फ्लश करें। खाने की नली को नुकसान नहीं पहुंचाने के लिये पानी का तापमान चेक करें।

है। अन्नप्रणाली को नुकसान से बचाने के लिए पहले पानी घूंट-घूंट करके पीएं और सुनिश्चित करें कि पानी का तापमान बहुत अधिक न हो।

कृत्रिम अंग को साफ करने में गर्म पानी कमरे के तापमान वाले पानी से बेहतर काम करता है, शायद इसलिए क्योंकि यह सूखे स्राव और बलगम को घोल देता है और शायद कृत्रिम अंग पर बनी कुछ यीस्ट कॉलोनियों को भी हटा देता है (या मार भी देता है)।

अगर इनवेल्डिंग वॉयस प्रोस्थेसिस लीक हो जाए तो क्या करें

रिसाव तब हो सकता है जब सूखे बलगम का एक टुकड़ा, एक खाद्य कण, या बाल (मुक्त फ्लैप वाले लोगों में) कृत्रिम अंग के वाल्व को पूरी तरह से बंद होने से रोकता है। कृत्रिम अंग को ब्रश करके साफ करने और गर्म पानी से धोने से (पिछला भाग देखें) इन बाधाओं को दूर किया जा सकता है और रिसाव को रोका जा सकता है।

यदि वॉइस प्रोस्थेसिस के माध्यम से रिसाव इसके डालने के तीन दिनों के भीतर होता है तो यह दोषपूर्ण प्रोस्थेसिस या सही तरीके से नहीं लगाए गए प्रोस्थेसिस के कारण हो सकता है। यीस्ट को बढ़ने में कुछ समय लगता है। यदि कृत्रिम अंग नया होने पर लीक हो जाता है, तो यह किसी अन्य कारण से होता है। ब्रश करने और गर्म पानी से धोने के अलावा, किसी भी

मलबे को हटाने के लिए कृत्रिम अंग को सावधानीपूर्वक दो बार घुमाने से मदद मिल सकती है। यदि रिसाव जारी रहता है तो वॉयस प्रोस्थेसिस को बदला जाना चाहिए।

जब तक वॉयस प्रोस्थेसिस को बदला नहीं जा सकता तब तक रिसाव को अस्थायी रूप से रोकने का सबसे आसान तरीका प्लग का उपयोग करना है। प्रत्येक वॉयस प्रोस्थेसिस के प्रकार और चौड़ाई के लिए एक प्लग विशिष्ट होता है। कृत्रिम अंग निर्माता से प्लग प्राप्त करना और उसे अपने पास रखना एक अच्छा विचार है। कृत्रिम अंग को सील करने से बोलना बंद हो जाएगा, लेकिन यह बिना रिसाव के खाने और पीने की अनुमति देता है। खाने-पीने के बाद प्लग को हटाया जा सकता है और आवश्यकतानुसार दोबारा लगाया जा सकता है। वॉयस प्रोस्थेसिस बदले जाने तक यह एक अस्थायी समाधान है।

रिसाव के बावजूद अच्छी तरह से हाइड्रेटेड रहना महत्वपूर्ण है। वातानुकूलित वातावरण में रहना और गर्म मौसम में पसीने के माध्यम से तरल पदार्थ के नुकसान से बचना और तरल पदार्थों का सेवन इस तरह से करना जिससे रिसाव की संभावना कम हो, सहायक होता है। जिन पेय पदार्थों में कैफीन होता है वे पेशाब बढ़ाते हैं और इनसे बचना चाहिए। चिपचिपे तरल पदार्थों का रिसाव नहीं होता है और रिसाव के बावजूद उनका सेवन करने से आवश्यक तरल पदार्थ मिल सकते हैं। कई खाद्य पदार्थ जिनमें बड़ी मात्रा में तरल पदार्थ होते हैं वे अधिक चिपचिपे होते हैं (उदाहरण के लिए, जेली, सूप, जई का भोजन, दूध में डूबा हुआ टोस्ट, दही) और इसलिए कृत्रिम अंग के माध्यम से रिसाव की संभावना कम होती है। दूसरी ओर कॉफी और कार्बोनेटेड पेय पदार्थों के लीक होने की संभावना अधिक होती है। फलों और सब्जियों में बड़ी मात्रा में पानी होता है (उदाहरण के लिए, तरबूज, सेब, आदि)। यह पता लगाने का तरीका कि क्या काम करता है, इनमें से किसी को भी सावधानीपूर्वक आजमाना है।

जब तक कृत्रिम अंग को बदला नहीं जा सकता तब तक रिसाव को कम करने का एक और तरीका जो कुछ व्यक्तियों के लिए काम कर सकता है, तरल पदार्थ को ऐसे निगलने की कोशिश करना है जैसे कि यह कोई खाद्य पदार्थ हो। इस तरह के पैतरेबाज़ी से वॉयस प्रोस्थेसिस के माध्यम से तरल पदार्थ के रिसाव की संभावना कम होती है।

इन उपायों का उपयोग तब तक अच्छी तरह से हाइड्रेटेड और पोषित रखने के लिए किया जा सकता है जब तक कि वॉयस प्रोस्थेसिस को बदला नहीं जा सकता।

आवाज कृत्रिम अंग की सफाई

यह अनुशंसा की जाती है कि वॉयस प्रोस्थेसिस को दिन में कम से कम दो बार साफ किया जाए, (सुबह और शाम), और अधिमानतः खाने के बाद (देखें: वॉयस प्रोस्थेसिस को लीक होने से रोकना, पृष्ठ 78) क्योंकि यही वह समय है जब भोजन और बलगम बन सकते हैं वहां फंस गए. चिपचिपा खाना खाने के बाद या जब भी किसी की आवाज़ कमज़ोर हो तो सफ़ाई करना विशेष रूप से सहायक होता है।

प्रारंभ में, कृत्रिम अंग के आसपास के बलगम को चिमटी का उपयोग करके साफ किया जाना चाहिए, अधिमानतः गोल सिरे से। इसके बाद निर्माता द्वारा प्रदान किए गए ब्रश को कृत्रिम अंग में डाला जाना चाहिए और आगे-पीछे घुमाया जाना चाहिए। प्रत्येक सफ़ाई के बाद ब्रश को गर्म पानी से अच्छी तरह धोना चाहिए। फिर कृत्रिम अंग को निर्माता द्वारा दिए गए बल्ब का उपयोग करके गर्म (ज्यादा गर्म नहीं) पानी से दो बार धोया जाता है।

फ्लशिंग बल्ब को कृत्रिम अंग के ओपनिंग में थोड़ा दबाव डालते हुए डाला जाना चाहिए ताकि ओपनिंग को पूरी तरह से बंद कर दिया जा सके। बल्ब की नोक को किस कोण पर रखना चाहिए यह अलग-अलग व्यक्तियों के बीच अलग-अलग होता है। (एसएलपी सर्वोत्तम कोण चुनने के निर्देश प्रदान कर सकता है।) कृत्रिम अंग को फ्लश करना धीरे से किया जाना चाहिए क्योंकि कृत्रिम अंग की सफ़ाई बहुत अधिक दबाव के कारण श्वासनली में पानी जा सकता है। यदि पानी से फ्लश करना समस्याग्रस्त है, तो फ्लश का उपयोग हवा से भी किया जा सकता है।

प्रत्येक वॉयस प्रोस्थेसिस ब्रश और फ्लशिंग बल्ब के निर्माता निर्देश देते हैं कि उन्हें कैसे साफ किया जाए और उन्हें कब त्याग दिया जाए। जब ब्रश के धागे मुड़ जाएं या घिस जाएं तो उसे बदल देना चाहिए।

प्रोस्थेसिस ब्रश और फ्लशिंग बल्ब को, जब भी संभव हो, गर्म पानी से साफ किया जाना चाहिए और हर उपयोग के बाद साबुन से धोना चाहिए और तौलिये से सुखाना चाहिए। उन्हें साफ रखने का एक तरीका यह है कि उन्हें एक साफ तौलिये पर रखें और रोजाना कुछ घंटों के लिए धूप में रखें। यह बैक्टीरिया और कवक की संख्या को कम करने के लिए सूर्य की पराबैंगनी प्रकाश की जीवाणुरोधी शक्ति का लाभ उठाता है।

दिन में कम से कम दो बार श्वासनली में 2-3 सीसी स्टेराइल सेलाइन डालना (और यदि हवा शुष्क है तो अधिक), एचएमई 24/7 पहनना और ह्यूमिडिफायर का उपयोग करने से बलगम को नम रखा जा सकता है और वॉयस प्रोस्थेसिस की रुकावट को कम किया जा सकता है।

वाँयस प्रोस्थेसिस में यीस्ट वृद्धि को रोकना

यीस्ट की अत्यधिक वृद्धि वाँयस प्रोस्थेसिस के लीक होने और इस प्रकार विफल होने का एक कारण है। फिर भी, नए स्थापित वाँइस प्रोस्थेसिस में यीस्ट को बढ़ने और कॉलोनी बनाने में कुछ समय लगता है जो इसके वाल्व को पूरी तरह से बंद होने से रोकता है। तदनुसार, वाँयस प्रोस्थेसिस इंस्टालेशन के तुरंत बाद यीस्ट वृद्धि के कारण विफलता की संभावना नहीं है।

यीस्ट की उपस्थिति उस व्यक्ति द्वारा डायग्नोस की जानी चाहिए जो कृत्रिम अंग को बदलता है। यह विशिष्ट यीस्ट (कैंडिडा) कॉलोनियों का अवलोकन करके किया जा सकता है जो वाल्व को बंद होने से रोकते हैं और, यदि संभव हो तो, फंगल कल्चर के लिए वाँयस प्रोस्थेसिस से एक नमूना भेजा जाना चाहिए।

माइकोस्टैटिन (एक एंटीफंगल एजेंट) का उपयोग अक्सर यीस्ट के कारण आवाज कृत्रिम अंग की विफलता को रोकने के लिए किया जाता है। यह प्रिस्क्रिप्शन के साथ सस्पेंशन या टैबलेट के रूप में उपलब्ध है। गोलियों को पानी में घोला जा सकता है।

केवल इसलिए स्वचालित रूप से एंटी-फंगल थेरेपी देना अनुचित हो सकता है क्योंकि कोई मानता है कि आवाज कृत्रिम अंग की विफलता का कारण यीस्ट है। यह महंगा है, इससे यीस्ट की दवा के प्रति प्रतिरोध विकसित हो सकता है और अनावश्यक दुष्प्रभाव हो सकते हैं। हालाँकि, इस नियम के अपवाद भी हैं। इनमें मधुमेह रोगियों के लिए प्रोफाइलेक्टिक एंटी-फंगल एजेंटों देना शामिल है; जो एंटीबायोटिक्स प्राप्त कर रहे हैं; कीमोथेरेपी या स्टेरॉयड; और वे जहां यीस्ट के लक्षण स्पष्ट हैं (लेपित जीभ आदि)।

ऐसे कई तरीके हैं जो वाँयस प्रोस्थेसिस पर यीस्ट को बढ़ने से रोकने में मदद करते हैं:

• भोजन और पेय पदार्थों में शर्करा का सेवन कम करें। यदि आप इनका सेवन करते हैं, तो मीठे खाद्य पदार्थों और/या पेय पदार्थों का सेवन करने के बाद अपने दांतों को अच्छी तरह से ब्रश करें।

- प्रत्येक भोजन के बाद और विशेष रूप से सोने से पहले अपने दांतों को अच्छी तरह 87
- से ब्रश करें।
- मधुमेह रोगियों को पर्याप्त रक्त शर्करा का स्तर बनाए रखना चाहिए।
- जरूरत पड़ने पर ही एंटीबायोटिक्स लें।
- एंटीफंगल एजेंट के मुख से सस्पेंशन का उपयोग करने के बाद, इसे काम करने के लिए 30 मिनट तक प्रतीक्षा करें और फिर अपने दाँत ब्रश करें। ऐसा इसलिए है क्योंकि इनमें से कुछ सस्पेंशन में चीनी होती है।
- वॉयस प्रोस्थेसिस ब्रश को माइकोस्टैटिन सस्पेंशन की थोड़ी मात्रा में डुबोएं और सोने से पहले इनर वॉयस प्रोस्थेसिस को ब्रश करें। (3-5 सीसी पानी में एक चौथाई माइकोस्टैटिन टैबलेट को घोलकर एक घरेलू सस्पेंशन बनाया जा सकता है)। इससे वॉयस प्रोस्थेसिस के अंदर कुछ सस्पेंशन रह जाएगा। अप्रयुक्त सस्पेंशन को त्याग दिया जाना चाहिए। श्वासनली में टपकने से रोकने के लिए कृत्रिम अंग में बहुत अधिक माइकोस्टैटिन न रखें
- . सस्पेंशन लगाने के बाद कुछ शब्द बोलने से यह वॉयस प्रोस्थेसिस के अंदरूनी हिस्से की ओर धकेल दिया जाएगा।
- दही और/या प्रोबायोटिक तैयारी खाकर प्रोबायोटिक्स का सेवन करें
- यदि जीभ पर खमीर (सफ़ेद प्लाक) लगा हो तो धीरे से ब्रश करें

- यीस्ट की समस्या पर काबू पाने के बाद टूथब्रश को बदल दें ताकि यीस्ट को फिर से जमा होने से रोका जा सके

- प्रोस्थेसिस ब्रश को साफ रखें

यीस्ट अतिवृद्धि को रोकने के लिए लैक्टोबैसिलस एसिडोफिलस का उपयोग

एक प्रोबायोटिक जिसका उपयोग अक्सर यीस्ट अतिवृद्धि को रोकने के लिए किया जाता है, एक ऐसी तैयारी है जिसमें व्यवहार्य बैक्टीरिया लैक्टोबैसिलस एसिडोफिलस होता है। यीस्ट वृद्धि को रोकने के लिए एल एसिडोफिलस का उपयोग करने के लिए कोई एफडीए अनुमोदित संकेत नहीं है। इसका मतलब यह है कि इसकी सुरक्षा और प्रभावकारिता सुनिश्चित करने के लिए कोई नियंत्रित अध्ययन नहीं किया गया था। एल. एसिडोफिलस की तैयारी एक पोषण पूरक के रूप में बेची जाती है न कि दवा के रूप में। एल एसिडोफिलस की अनुशंसित खुराक 1 से 10 बिलियन बैक्टीरिया के बीच है। आमतौर पर,

एल एसिडोफिलसगोलियों में कहीं न कहीं इस अनुशंसित मात्रा में बैक्टीरिया मौजूद होते हैं। खुराक के सुझाव टैबलेट के अनुसार अलग-अलग होते हैं, लेकिन आम तौर पर प्रतिदिन एक से तीन एल. एसिडोफिलस टैबलेट लेने की सलाह दी जाती है।

हालांकि आम तौर पर कुछ साइड इफेक्ट्स के साथ सुरक्षित माना जाता है, आंतों की क्षति, कमजोर प्रतिरक्षा प्रणाली, या आंतों के बैक्टीरिया की अत्यधिक वृद्धि वाले लोगों में एल एसिडोफिलस की ओरल प्रेपेरेशन से बचा जाना चाहिए। इन व्यक्तियों में यह जीवाणु गंभीर और कभी-कभी जीवन के लिए खतरा पैदा करने वाली जटिलताएँ पैदा कर सकता है। यही कारण है कि जब भी यह जीवित बैक्टीरिया शरीर में प्रवेश करता है तो व्यक्तियों को अपने चिकित्सक से परामर्श लेना चाहिए। उपरोक्त स्थितियों वाले लोगों के लिए यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण है।

अध्याय 11 :

खाना, निगलना और सूंघना

लैरिंजेक्टोमी के बाद खाना, निगलना और सूंघना एक समान नहीं होता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि रेडियेशन और सर्जरी आजीवन स्थायी परिवर्तन पैदा करते हैं। विकिरण चिकित्सा से चबाने की मांसपेशियों में फाइब्रोसिस हो सकता है जिससे व्यक्ति का मुंह खोलने में असमर्थता हो सकती है (ट्रिस्मस या लॉकजॉ) जिससे खाना खाना और भी मुश्किल हो जाता है। खाने और निगलने में कठिनाई लार उत्पादन में कमी और अन्नप्रणाली के संकुचन के साथ-साथ फ्लैप पुनर्निर्माण वाले लोगों में पेरीस्टालसिस की कमी से भी उत्पन्न हो सकती है। सूंघने की क्षमता भी प्रभावित होती है क्योंकि साँस की हवा नाक से होकर गुजरती है।

यह अध्याय लैरिंजेक्टोमीज़ रोगियों द्वारा सामना की जाने वाली खाने और सूंघने की चुनौतियों की अभिव्यक्तियों और उपचार का वर्णन करता है। इनमें निगलने में समस्या, भोजन का रिफ्लक्स, ग्रासनली में सिकुड़न और सूंघने में कठिनाई शामिल हैं।

लेरिंजेक्टोमी के रूप में पर्याप्त पोषण बनाए रखना

लेरिंजेक्टोमीज़ के लिए भोजन करना एक आजीवन चुनौती हो सकता है। इसका कारण निगलने में कठिनाई, लार का उत्पादन कम होना (जो भोजन को चिकना बनाता है और चबाना आसान बनाता है) और किसी की सूंघने की क्षमता में बदलाव के कारण होता है।

भोजन करते समय बड़ी मात्रा में तरल पदार्थ का सेवन करने की आवश्यकता के कारण अधिक मात्रा में भोजन करना मुश्किल हो सकता है। ऐसा इसलिए होता है क्योंकि जब पेट में तरल

पदार्थ भर जाता है तो भोजन के लिए कम जगह बचती है। क्योंकि तरल पदार्थ अपेक्षाकृत कम समय में अवशोषित हो जाते हैं, लेरिन्जेक्टोमीज़ कम बड़े भोजन के बजाय कई बार छोटे-छोटे भोजन करें। बड़ी मात्रा में तरल पदार्थ के सेवन से उन्हें दिन और रात में बहुत बार-बार पेशाब आता है। यह किसी की नींद के पैटर्न में बाधा डाल सकता है और थकान और चिड़चिड़ापन का कारण बन सकता है। जो लोग हृदय की समस्याओं (उदाहरण के लिए, कंजेस्टिव हृदय विफलता) से पीड़ित हैं, उनके शरीर पर अतिरिक्त तरल पदार्थ का भार बढ़ने के कारण समस्याओं का अनुभव हो सकता है।

ऐसे भोजन का सेवन जो पेट में लंबे समय तक रहता है (उदाहरण के लिए, सफेद पनीर, मांस, नट्स जैसे प्रोटीन) दैनिक भोजन की संख्या को कम कर सकता है, जिससे तरल पदार्थ पीने की आवश्यकता कम हो जाती है।

यह सीखना महत्वपूर्ण है कि अत्यधिक मात्रा में तरल पदार्थ का सेवन किए बिना कैसे खाना चाहिए। उदाहरण के लिए, निगलने में कठिनाई से राहत पाने से तरल पदार्थों का सेवन करने की आवश्यकता कम हो सकती है, जबकि सोने से पहले कम तरल पदार्थों का सेवन करने से नींद के पैटर्न में सुधार हो सकता है।

पोषण में सुधार निम्नलिखित तरीको से किया जा सकता है:

- पर्याप्त मात्रा में तरल पदार्थ लेना, लेकिन बहुत अधिक नहीं
- शाम को कम तरल पदार्थ पीना
- "स्वस्थ" भोजन का सेवन करना
- कम कार्बोहाइड्रेट और उच्च प्रोटीन आहार का सेवन (उच्च चीनी खमीर उपनिवेशण को बढ़ाती है)

आहार विशेषज्ञ से सहायता लेना

यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि खाने में कठिनाइयों के बावजूद, लैरिंजेक्टोमी मरीज एक पर्याप्त और संतुलित पोषण योजना का पालन करे जिसमें सही तत्व शामिल हो। कम कार्बोहाइड्रेट और उच्च प्रोटीन वाला आहार जिसमें विटामिन और खनिजों की

खुराक शामिल हो, महत्वपूर्ण है। यह सुनिश्चित करने में पोषण विशेषज्ञ, भाषण और भाषा रोगविज्ञानी (एसएलपी), और चिकित्सकों की सहायता यह सुनिश्चित करने में बहुत सहायक होती है कि व्यक्ति का वजन पर्याप्त बना रहे।

गले या अन्नप्रणाली में फंसे भोजन को कैसे निकालें (या निगलें)।

कुछ लैरिंजेक्टोमी मरीजों को बार-बार भोजन के गले या अन्नप्रणाली के पीछे फंसने का अनुभव होता है और उन्हें निगलने से रोकता है।

फंसे हुए भोजन को इन तरीकों से साफ किया जा सकता है:

1. सबसे पहले घबराओ मत. याद रखें कि आपका दम नहीं घुट सकता क्योंकि, लैरिंजेक्टोमी के रूप में, आपका अन्नप्रणाली आपके श्वासनली से पूरी तरह से अलग है।
2. कुछ तरल (अधिमानतः गर्म) पीने का प्रयास करें और अपने मुंह में दबाव बढ़ाकर भोजन को धकेलने का प्रयास करें। -

यदि यह काम नहीं करता, तो

2. यदि आप ट्रेकियोएसोफेगल पंचर (टीईपी) के माध्यम से बोलते हैं, तो बोलने का प्रयास करें। इस तरह आप वॉइस प्रोस्थेसिस के माध्यम से जो हवा उड़ाते हैं, वह भोजन को टीईपी के ऊपर से आपके गले के पिछले हिस्से में धकेल सकती है, जिससे रुकावट से राहत मिलती है। इसे पहले खड़े होकर आजमाएं और यदि ऐसा नहीं काम करता तो सिंक के ऊपर झुकेँ और बोलने की कोशिश करें। यदि यह काम नहीं करता है -

3. आगे की ओर झुकें (सिंक के ऊपर या मुँह पर एक टिशू या कप रखें), अपना मुँह छाती के नीचे करें और अपने हाथ से अपने पेट पर दबाव डालें। यह पेट की सामग्री को ऊपर की ओर धकेलता है और रुकावट को दूर कर सकता है।

ये तरीके ज्यादातर लोगों के लिए काम करते हैं। हालाँकि, हर कोई अलग है और किसी को प्रयोग करने और उन तरीकों को खोजने की ज़रूरत है जो उनके लिए सबसे अच्छा काम करते हैं। हालाँकि, समय के साथ कई लेरिन्जेक्टोमी में निगलने की प्रक्रिया बेहतर हो जाती है।

कुछ लेरिन्जेक्टोमी धीरे-धीरे अपने गले की मालिश करके, कुछ मिनटों तक चलने, कूदने से रुकावट को दूर करने में सफलता की रिपोर्ट करते हैं अपने पैरों पर खड़े होना, कई बार बैठना और खड़ा होना, उनकी छाती या पीठ पर हाथ मारना, उनके गले के पीछे कैथेटर के साथ सक्शन मशीन का उपयोग करना, या बस थोड़ी देर तक इंतजार करना जब तक कि भोजन पेट में उतरने में सक्षम न हो जाए। अपने आप।

यदि कुछ भी काम नहीं करता है और भोजन अभी भी गले के पिछले हिस्से में फंसा हुआ है तो किसी ओटोलरींगोलॉजिस्ट को दिखाना या रुकावट को दूर करने के लिए अस्पताल के आपातकालीन कक्ष में जाना आवश्यक हो सकता है।

भोजन और पेट में एसिड रिफ्लक्स

अधिकांश लेरिन्जेक्टोमी गैस्ट्रोओसोफेगल रिफ्लक्स रोग या जीईआरडी से ग्रस्त या विकसित होते हैं।

अन्नप्रणाली में दो मांसपेशीय बैंड या स्फिंक्टर होते हैं जो रिफ्लक्स को रोकते हैं। एक बैंड वहाँ स्थित होता है जहाँ अन्नप्रणाली पेट में प्रवेश करती है और दूसरा गर्दन में ग्रासनली की शुरुआत में स्वरयंत्र के पीछे होता है। जब हायटस हर्निया होता है तो निचला एसोफेजियल स्फिंक्टर अक्सर कमजोर हो जाता है, जो सत्तर से अधिक लोगों में तीन चौथाई से अधिक लोगों में होता है। लेरिन्जेक्टोमी के दौरान, ऊपरी एसोफेजियल स्फिंक्टर (क्रिकोफैरिंजस) में स्फिंक्टर जो आम तौर पर भोजन को मुँह में लौटने से रोकता है, को निकाल दिया जाता है। इससे ग्रासनली का ऊपरी हिस्सा ढीला और हमेशा खुला रहता है, जिसके परिणामस्वरूप पेट की सामग्री गले और

मुंह में चली जाती है। इसलिए, पेट में एसिड और भोजन का गले में पुनरुत्थान, विशेष रूप से खाने के बाद पहले घंटे में, आगे झुकने या लेटने पर हो सकता है।

एंटासिड और प्रोटॉन पंप अवरोधक (पीपीआई) जैसी पेट की अम्लता को कम करने वाली दवाएं लेने से रिफ्लक्स के कुछ दुष्प्रभावों को कम किया जा सकता है, जैसे गले में जलन, मसूड़ों को नुकसान और खराब स्वाद। खाने या पीने के बाद न लेटने से भी रिफ्लक्स रोकने में मदद मिलती है। अधिक मात्रा में भोजन करने की तुलना में बार-बार थोड़ी-थोड़ी मात्रा में भोजन करने से भोजन का रिफ्लक्स कम होता है।

पेट में एसिड रिफ्लक्स के लक्षण और उपचार।

एसिड रिफ्लक्स तब होता है जब आम तौर पर पेट में मौजूद एसिड ग्रासनली में वापस आ जाता है। इस स्थिति को "गैस्ट्रोएसोफेगल रिफ्लक्स रोग" या जीईआरडी भी कहा जाता है।

एसिड रिफ्लक्स के लक्षणों में शामिल हैं:

- सीने में जलन (हार्टबर्न)
- गले में जलन या अम्लीय स्वाद
- पेट या सीने में दर्द
- निगलने में कठिनाई
- कर्कश आवाज या गले में खराश

बिना कारण खांसी (लेरिन्जेक्टोमी मरीज में नहीं जब तक कि उनकी आवाज कृत्रिम अंग लीक न हो जाए)

- लेरिन्जेक्टोमीज़ में: वॉयस प्रोस्थेसिस के चारों ओर दानेदार ग्रेनूलेशन ऊतक का निर्माण, वॉयस प्रोस्थेसिस डिवाइस की छोटी लाइफ, आवाज की समस्याएं

एसिड रिफ्लक्स को कम करने और रोकने के उपायों में शामिल हैं:

- वजन कम करना (उन लोगों के लिए जिनका वजन अधिक है)
- तनाव कम करना और विश्राम तकनीकों का अभ्यास करना
- ऐसे खाद्य पदार्थों से परहेज करें जो लक्षणों को बदतर बनाते हैं (जैसे, कॉफी, चॉकलेट, शराब, पुदीना, और वसायुक्त भोजन)
- धूम्रपान बंद करना और धूम्रपान के निष्क्रिय संपर्क में आना

अधिक मात्रा में भोजन करने के बजाय दिन में कई बार थोड़ी-थोड़ी मात्रा में भोजन करना

- भोजन करते समय सीधे बैठना और उसके बाद तीस से साठ मिनट तक सीधे रहना
- भोजन के बाद तीन घंटे तक लेटने से बचना चाहिए

- बिस्तर के सिरहाने को 6-8 इंच ऊँचा करना (बिस्तर के दोनों पायों के नीचे लकड़ी के टुकड़े रखकर या गद्दे के नीचे एक कील लगाकर) या तकिए का उपयोग करके शरीर के ऊपरी हिस्से को कम से कम 45 डिग्री तक ऊँचा उठाना।
- डॉक्टर द्वारा बताई गई ऐसी दवा लेना जो पेट में एसिड के उत्पादन को कम करती है
- नीचे झुकते समय शरीर के ऊपरी हिस्से को मोड़ने की बजाय घुटनों को मोड़ें

एसिड रिफ्लक्स के इलाज के लिए दवाएं।तीन प्रमुख प्रकार की दवाएं हैं जो एसिड रिफ्लक्स के लक्षणों को कम करने में मदद कर सकती हैं: एंटासिड, हिस्टामाइन एच2-रिसेप्टर विरोधी (जिन्हें एच2 ब्लॉकर्स भी कहा जाता है), और प्रोटॉन पंप अवरोधक। ये दवा वर्ग पेट में एसिड को कम या अवरुद्ध करके अलग-अलग तरीकों से काम करते हैं।

तरल एंटासिड आम तौर पर गोलियों की तुलना में अधिक सक्रिय होते हैं, और यदि भोजन के बाद या बिस्तर पर जाने से पहले लिया जाए तो अधिक सक्रिय होते हैं, लेकिन वे केवल थोड़े समय के लिए ही काम करते हैं। H2 ब्लॉकर्स (उदाहरण के लिए, पेप्सिड, टैगामेट, जैटैक) पेट द्वारा उत्पादित एसिड की मात्रा को कम करके काम करते हैं। वे एंटासिड की तुलना में लंबे समय तक रहते हैं और हल्के लक्षणों से राहत दे सकते हैं। अधिकांश H2 ब्लॉकर्स बिना प्रिस्क्रिप्शन के खरीदे जा सकते हैं।

प्रोटॉन पंप अवरोधक (जैसे, प्रिलोसेक, नेक्सियम, प्रीवासिड, एसिफेक्स) जीईआरडी के इलाज और पेट में एसिड के उत्पादन को रोकने में सबसे प्रभावी दवाएं हैं। इनमें से कुछ दवाएँ बिना दवाई का पर्चा बेची जाती हैं। प्रोटॉन पंप अवरोधक कैल्शियम के अवशोषण को कम कर सकते हैं। सीरम कैल्शियम के स्तर की निगरानी करना महत्वपूर्ण है; कम कैल्शियम स्तर वाले व्यक्तियों को कैल्शियम की खुराक लेने की आवश्यकता हो सकती है।

यदि जीईआरडी के लक्षण गंभीर हैं या लंबे समय तक बने रहते हैं और उन्हें नियंत्रित करना मुश्किल है तो डॉक्टर को दिखाने की सलाह दी जाती है।

भोजन करते समय और लेरिन्जेक्टोमी के बाद बोलना

लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीज जो ट्रेकिओसोफेजियल वॉयस प्रोस्थेसिस के माध्यम से बोलते हैं, उन्हें निगलते समय बोलने में कठिनाई होती है। यह विशेष रूप से उस समय चुनौतीपूर्ण होता है जब भोजन या तरल पदार्थ को एसोफेजियल टीईपी साइट से गुजरने में समय लगता है। उस दौरान बोलना या तो असंभव है या "बुलबुला" सा लगता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि वॉइस प्रोस्थेसिस के माध्यम से अन्नप्रणाली में प्रवेश की गई हवा को भोजन या तरल पदार्थ के माध्यम से जाना पड़ता है। दुर्भाग्य से भोजन को ग्रासनली से गुजरने में बहुत अधिक समय लगता है, ऐसे व्यक्ति में जिसके ग्रसनी को बदलने के लिए फ्लैप लगा हो। ऐसा इसलिए है क्योंकि फ्लैप में कोई पेरिस्टलसिस (संकुचन और विश्राम) नहीं होता है, भोजन मुख्य रूप से गुरुत्वाकर्षण के कारण नीचे चला जाता है।

इसलिए यह महत्वपूर्ण है कि धीरे-धीरे खाएं, चबाते समय भोजन को तरल पदार्थों के साथ मिलाएं और बोलने की कोशिश करने से पहले भोजन को टीईपी क्षेत्र से गुजरने दें। समय के साथ, लेरिन्जेक्टोमी मरीज सीख सकते हैं कि बोलने के लिए भोजन को अन्नप्रणाली से गुजरने में कितना समय लगता है। खाने के बाद बोलने का प्रयास करने से पहले पीना सहायक होता है।

खाने और निगलने के ऐसे व्यायाम हैं जो एक भाषण और भाषा रोगविज्ञानी (एसएलपी) एक लैरिन्जेक्टोमी मरीज को सिखा सकते हैं जो उन्हें कठिनाइयों के बिना निगलने के तरीके को फिर से सीखने में सहायता कर सकता है।

निगलने में कठिनाई

अधिकांश लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीजों को निगलने में समस्या का अनुभव होता है (डिस्फेगिया)उनकी सर्जरी के तुरंत बाद. क्योंकि निगलने में बीस से अधिक मांसपेशियों और कई तंत्रिकाओं के बीच समन्वय शामिल होता है, जर्नी या विकिरण द्वारा प्रणाली के इस के किसी भी हिस्से को नुकसान निगलने में कठिनाई पैदा कर सकता है। अधिकांश लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीज कम से कम समस्याओं के साथ निगलने का तरीका दोबारा सीखते हैं। कुछ लोगों को खाने में केवल मामूली समायोजन करने की आवश्यकता हो सकती है जैसे कि छोटे-छोटे टुकड़े लेना, अधिक अच्छी तरह से चबाना और खाते समय अधिक तरल पदार्थ पीना। कुछ लोगों को निगलने में महत्वपूर्ण कठिनाइयों का अनुभव होता है और उन्हें एसएलपी के साथ काम करके

निगलने की अपनी क्षमता में सुधार करने के तरीके सीखने में सहायता की आवश्यकता होती है जो निगलने संबंधी विकारों में माहिर हैं।

लैरिंजेक्टॉमी के बाद निगलने की क्रियाएं बदल जाती हैं और विकिरण और कीमोथेरेपी द्वारा इसे और अधिक जटिल बनाया जा सकता है। निगलने में कठिनाई और भोजन में रुकावट की घटना पचास प्रतिशत रोगियों तक हो सकती है, और यदि इस पर ध्यान नहीं दिया गया, तो कुपोषण हो सकता है। निगलने में सबसे अधिक कठिनाइयाँ अस्पताल से छुट्टी के बाद देखी जाती हैं। ये तब हो सकते हैं जब बहुत तेजी से खाने का प्रयास किया जाए और अच्छी तरह से न चबाया जाए। वे भोजन का कोई तीखा टुकड़ा खाने या बहुत गर्म तरल पीने से ऊपरी अन्नप्रणाली में आघात के बाद भी हो सकते हैं। इनसे सूजन हो सकती है जो एक या दो दिन तक रह सकती है। (मैं अपनी पुस्तक "माई वॉइस" के अध्याय 20 में भोजन शीर्षक से खाने के संबंध में अपने व्यक्तिगत अनुभवों का वर्णन करता हूँ।)

टोटल लेरिंजेक्टॉमी के बाद निगलने में समस्या (या डिस्पैगिया) आम है। समस्याएँ अस्थायी या दीर्घकालिक हो सकती हैं। निगलने की समस्याओं के जोखिमों में खराब पोषण स्थिति, सामाजिक स्थितियों में सीमाएं और जीवन की कम गुणवत्ता शामिल हैं।

मरीजों को परेशानी का सामना करना पड़ता है परिणामस्वरूप निगलने में:

- ग्रसनी की मांसपेशियों का असामान्य कार्य (डिस्मोटिलिटी)
- क्रिकॉइड उपास्थि और ग्रसनी की क्रिकोफेरीन्जियल शिथिलता
- जीभ के आधार बेस की गतिविधियों की ताकत कम होना
- जीभ के बेस पर श्लेष्म झिल्ली या निशान ऊतक की एक तह का विकास जिसे "स्यूडोएपिग्लॉटिस" कहा जाता है। भोजन सूडोएपिग्लॉटिस और जीभ के बेस के बीच एकत्रित हो सकता है

- हायड्रड हड्डी को हटाने और अन्य संरचनात्मक परिवर्तनों के कारण ग्रसनी में जीभ हिलाने, चबाने और भोजन को आगे बढ़ाने में कठिनाई

- ग्रसनी या अन्नप्रणाली के भीतर एक सिकुड़न भोजन के संग्रह को कम कर सकती है जिससे भोजन का मार्ग कम हो सकता है

- ग्रसनी की दीवार में एक थैली (डायवर्टीकुलम) का विकास जो तरल पदार्थ और भोजन एकत्र कर सकता है जिसके परिणामस्वरूप भोजन ऊपरी ग्रासनली में "चिपकने" की शिकायत करता है।

सर्जरी के तुरंत बाद लैरिंजेक्टोमीज़ मरीज को भोजन निगलने की अनुमति नहीं होती है और उन्हें दो से तीन सप्ताह तक फीडिंग ट्यूब के माध्यम से भोजन दिया जाना चाहिए। ट्यूब को नाक, मुंह या श्वासनली-ग्रासनली पंचर के माध्यम से पेट में डाला जाता है और ट्यूब के माध्यम से तरल पोषण की आपूर्ति की जाती है। हालाँकि, यह प्रथा धीरे-धीरे बदल रही है; इस बात के प्रमाण बढ़ रहे हैं कि मानक सर्जरी में, सर्जरी के 24 घंटे बाद ही मौखिक सेवन स्पष्ट तरल पदार्थ के साथ शुरू हो सकता है। इससे निगलने में भी मदद मिल सकती है क्योंकि इसमें शामिल मांसपेशियों का उपयोग जारी रहेगा। ऊपरी अन्नप्रणाली में भोजन की रुकावट के एक प्रकरण के बाद एक या दो दिन तक निगलना मुश्किल हो सकता है। यह संभवतः गले के पिछले हिस्से में स्थानीय सूजन के कारण है; सामान्यतः, यह गायब हो जाएगा समय के साथ।

ऐसे प्रकरणों से बचने के उपाय:

- धीरे-धीरे और धैर्यपूर्वक भोजन करें

- छोटा लेनाभोजन के टुकड़े और बहुत अच्छे से चबाना

- एक बार में थोड़ी मात्रा में भोजन निगलना और निगलने से पहले हमेशा इसे मुंह में तरल पदार्थ के साथ मिलाना। गर्म तरल निगलने में आसान बनाता है।

- भोजन को आवश्यकतानुसार अधिक तरल पदार्थों से धोएं (कुछ व्यक्तियों के लिए गर्म तरल पदार्थ भोजन को पचाने में बेहतर काम कर सकते हैं)।

- ऐसे भोजन से परहेज करें जो चिपचिपा हो या चबाने में कठिन हो। व्यक्ति को स्वयं यह पता लगाना होगा कि कौन सा भोजन ग्रहण करना आसान है। कुछ खाद्य पदार्थ निगलने में आसान होते हैं (उदाहरण के लिए, टोस्टेड या सूखी ब्रेड, दही और केले) और अन्य चिपचिपे होते हैं (उदाहरण के लिए, बिना छिलके वाले सेब, सलाद और अन्य पत्तेदार सब्जियाँ और स्टेक)।

समय के साथ निगलने की समस्याओं में सुधार हो सकता है। हालाँकि, यदि संकुचन स्थायी है तो अन्नप्रणाली के फैलाव की आवश्यकता हो सकती है। संकुचन की सीमा का मूल्यांकन निगल स्वालो परीक्षण द्वारा किया जा सकता है। फैलाव आमतौर पर एक ओटोलरीन्गोलॉजिस्ट या गैस्ट्रोएंटरोलॉजिस्ट द्वारा किया जाता है (घेघा का फैलाव देखें, पृष्ठ 96)

निगलने में कठिनाई के मूल्यांकन के लिए उपयोग किए जाने वाले परीक्षण

पाँच प्रमुख परीक्षण हैं जिनका उपयोग निगलने में होने वाली कठिनाइयों के मूल्यांकन के लिए किया जा सकता है:

- बेरियम निगल स्वालो रेडियोग्राफी
- वीडियोफ्लोरोस्कोपी (मोशन एक्स-रे अध्ययन)

स्वालो

- निगलने का अपर एंडोस्कोपिक मूल्यांकन

- फ़ाइबरऑप्टिक नासाँफिरिन्जियल लैरींगोस्कोपी
- एसोफेजियल मैनोमेट्री (ग्रासनली की मांसपेशियों के संकुचन को मापता है)

विशिष्ट परीक्षण को नैदानिक स्थिति के अनुसार चुना जाता है।

वीडियोफ्लोरोस्कोपीजो आमतौर पर अधिकांश रोगियों के लिए किया जाने वाला पहला परीक्षण है, फ्लोरोस्कोपी के दौरान निगलने को रिकॉर्ड करता है। यह घटनाओं के अनुक्रम के सटीक दृश्य और अध्ययन की अनुमति देता है जो एक निगल बनाते हैं; यह ग्रीवा ग्रासनली तक सीमित है। सामने और किनारे दोनों तरफ से लिए गए वीडियो को सटीक अध्ययन के लिए बहुत धीमी गति से देखा जा सकता है। यह भोजन की असामान्य गति, जैसे कि आकांक्षा, पूर्लिंग, शारीरिक संरचनाओं की गति, मांसपेशियों की गतिविधियां और सटीक मौखिक और ग्रसनी पारगमन समय की पहचान करने में मदद करता है। विभिन्न बेरियम थिकनेस और स्थितियों के प्रभावों का परीक्षण किया जा सकता है। जिन रोगियों को ठोस भोजन से निगलने में कठिनाई की शिकायत होती है, उनके लिए गाढ़े या ठोस भोजन के बोलस का उपयोग किया जा सकता है।

अन्नप्रणाली का सिकुड़ना और निगलने में समस्या

अन्नप्रणाली की सिकुड़न ग्रसनी-ग्रासनली के साथ एक संकीर्णता है जो भोजन के मार्ग को आसानी से अवरुद्ध या बाधित करती है, जिसके परिणामस्वरूप अन्नप्रणाली में एक हवर-ग्लास विन्यास होता है।

लेरिन्जेक्टॉमी के बाद की सख्ती विकिरण के प्रभाव और सर्जिकल क्लोजर की जकड़न के कारण हो सकती है और धीरे-धीरे निशान के रूप में भी विकसित हो सकती है।

ऐसे इलाज जो रोगी की मदद कर सकते हैं उनमें शामिल हैं:

- आहार और आसन में परिवर्तन
- मायोटॉमी (मांसपेशियों को काटना)
- फैलाव डायलेटेशन (नीचे देखें)

कभी-कभी स्वरयंत्र को बदलने के लिए उपयोग किए जाने वाले मुक्त फ्लैप में कोई क्रमाकुंचन नहीं होता है, जिससे निगलना और भी मुश्किल हो जाता है। ऐसे मामलों में सर्जरी के बाद भोजन ज्यादातर गुरुत्वाकर्षण द्वारा पेट में उतरता है। भोजन के पेट तक पहुंचने का समय अलग-अलग व्यक्तियों में अलग-अलग होता है और 5 से 10 सेकंड तक होता है।

भोजन को अच्छी तरह से चबाना और निगलने से पहले इसे मुंह में तरल पदार्थ के साथ मिलाना सहायक होता है, जैसे कि हर बार केवल थोड़ी मात्रा में भोजन निगलना और उसके नीचे जाने का इंतजार करना। ठोस आहार के बीच में तरल पदार्थ पीना भोजन को पचाने में सहायक होता है। खाने में अधिक समय लगता है; व्यक्ति को धैर्य रखना सीखना चाहिए और भोजन समाप्त करने के लिए आवश्यक पूरा समय लेना चाहिए।

सर्जरी के तुरंत बाद सूजन समय के साथ कम हो जाती है जिससे अन्नप्रणाली का संकुचन कम हो जाता है और अंततः निगलने में आसानी होती है। यह याद रखना अच्छा है क्योंकि हमेशा उम्मीद रहती है कि सर्जरी के बाद पहले कुछ महीनों में निगलने में सुधार होगा। हालाँकि, यदि ऐसा नहीं होता है तो अन्नप्रणाली का फैलाव डायलेटेशन एक चिकित्सीय विकल्प है।

अन्नप्रणाली का फैलाव

अन्नप्रणाली का सिकुड़ना लैरिंजक्टोमी का एक बहुत ही सामान्य परिणाम है; इसे फिर से खोलने के लिए अक्सर संकीर्ण अन्नप्रणाली के फैलाव डायलेटेशन की आवश्यकता होती है। प्रक्रिया को आमतौर पर बार-बार करने की आवश्यकता होती है और इस प्रक्रिया की आवृत्ति विभिन्न व्यक्तियों के बीच भिन्न होती है। कुछ लोगों में यह जीवन आवश्यकता होती है और

दूसरों में अन्नप्रणाली कुछ विस्तार के बाद भी खुली रह सकती है। इस प्रक्रिया में बेहोश करने की क्रिया या एनेस्थीसिया की आवश्यकता होती है क्योंकि इसमें दर्द होता है। इसे धीरे-धीरे फैलाने के लिए अधिक व्यास वाले डाइलेटर्स की एक श्रृंखला को अन्नप्रणाली में डाला जाता है। जबकि प्रक्रिया फाइब्रोसिस को तोड़ देती है, कुछ समय बाद स्थिति वापस हो सकती है।

कभी-कभी स्थानीय रुकावट को फैलाने के लिए लंबे डाइलेटर्स के बजाय गुब्बारे बेलून का उपयोग किया जाता है। एक अन्य तरीका जो मदद कर सकता है वह है अन्नप्रणाली में लोकल और इंजेक्टेबल स्टेरॉयड का उपयोग। हालाँकि फैलाव डायलेटेशन एक ओटोलरीन्गोलॉजिस्ट या गैस्ट्रोएंटेरोलॉजिस्ट द्वारा किया जाता है, कुछ मामलों में यह हो सकता है रोगी द्वारा घर पर ही पूरा किया जा सकता है। कठिन मामलों में, स्ट्रक्चर को हटाने या संकीर्ण हिस्से को ग्राफ्ट से बदलने के लिए सर्जरी की आवश्यकता हो सकती है।

क्योंकि फैलाव डायलेटेशन फाइब्रोसिस को तोड़ता है, प्रक्रिया से उत्पन्न दर्द कुछ समय तक रह सकता है। दर्द की दवा लेने से असुविधा कम हो सकती है। (दर्द प्रबंधन देखें, पृष्ठ 101)

बोटॉक्स® का उपयोग

बोटॉक्स® मफार्मएस्युटिकल विष है जोकि पृथक्करण द्वारा क्लोस्ट्रीडियम बोटुलिनिम द्वारा निर्मित होता है, एक एनबोरिक बैक्टीरिया जो बोटुलिज़्म, एक मांसपेशी पक्षाघात बीमारी का कारण बनता है। बोटुलिनिम विष न्यूरोमस्क्युलर जंक्शन पर एसिटाइलकोलाइन की रिलीज को रोककर उनके प्रीसानेप्टिक कोलीनर्जिक तंत्रिका तंतुओं पर कार्य करके मांसपेशियों के आंशिक पक्षाघात का कारण बनता है। कम मात्रा में इसका उपयोग मांसपेशियों को अस्थायी रूप से तीन से चार महीने तक निष्क्रिय करने के लिए किया जा सकता है। इसका उपयोग मांसपेशियों की ऐंठन, अत्यधिक पलक झपकने को नियंत्रित करने और झुर्रियों के कॉस्मेटिक उपचार के लिए किया जाता है। इसके दुर्लभ दुष्प्रभाव में जनरल मांसपेशियों की कमजोरी और शायद ही कभी मृत्यु भी होते हैं। लेरिन्जेक्टोमी के बाद निगलने और श्वासनली-ग्रासनली में सुधार के लिए बोटॉक्स®

इंजेक्शन चयनित व्यक्तियों के लिए पसंद का उपचार बन गया है। लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीजों के लिये इंजेक्शनबोटॉक्स® का उपयोग वाइब्रेशन की हाइपरटोनिटी और स्पाज्म को कम करने के लिए किया गया है, जिसके परिणामस्वरूप एसोफेजियल या ट्रेकिआ-एसोफेजियल आवाज उत्पन्न

होती है जिसे उत्पन्न करने के लिए कम प्रयास की आवश्यकता होती है। हालाँकि, यह केवल अतिसक्रिय मांसपेशियों के लिए प्रभावी है और स्पास्टिक मांसपेशियों में अपेक्षाकृत बड़ी खुराक के इंजेक्शन की आवश्यकता हो सकती है। जब किसी को निगलने में कठिनाई का अनुभव होता है तो इसका उपयोग निचले जबड़े की मांसपेशियों की जकड़न को कम करने के लिए भी किया जा सकता है। यह उन स्थितियों में मदद नहीं कर सकता जो मांसपेशियों की ऐंठन के कारण नहीं हैं जैसे कि एसोफेजियल डायवर्टिकुला, विकिरण के बाद फाइब्रोसिस के कारण स्ट्रक्चर , और सर्जरी के बाद स्कार

और संकुचन।

कंस्ट्रिक्टर मांसपेशी हाइपरटोनिटी या ग्रसनी-ग्रासनली ऐंठन (पीईएस) लैरिंजक्टोमी के बाद श्वासनली-ग्रासनली स्पीच की विफलता का एक सामान्य कारण है। कंस्ट्रिक्टर मांसपेशी हाइपरटोनिटी

बोलने के दौरान इंद्रा-एसोफेजियल दबाव बढ़ा सकती है, जिससे धाराप्रवाह भाषण में बाधा आती है। यह भोजन और तरल पदार्थों के ग्रसनी पारगमन में हस्तक्षेप करके निगलने में भी परेशानी पैदा कर सकता है।

बोटो^x® इंजेक्शन क्लिनिक में ओटोलरींगोलॉजिस्ट द्वारा दिया जा सकता है। इंजेक्शन पक्यूटेनियसली या एसोफैगो-गैस्ट्रो-डुओडेनोस्कोप के माध्यम से दिया जा सकता है। नवगठित ग्रसनी (नियोफरीनक्स) के एक तरफ ग्रसनी कंस्ट्रिक्टर मांसपेशियों में परक्यूटेनियस इंजेक्शन रंध्र के ठीक ऊपर और किनारे पर किया जाता है।

जब भी पक्यूटेनियस इंजेक्शन संभव नहीं हो तो एसोफैगो-गैस्ट्रो-डुओडेनोस्कोप के माध्यम से एक इंजेक्शन लगाया जा सकता है। इस पद्धति का उपयोग विकिरण के बाद गंभीर फाइब्रोसिस, गर्भाशय ग्रीवा की शारीरिक रचना में व्यवधान, और चिंता या पक्यूटेनियस इंजेक्शन को झेलने में असमर्थता वाले रोगियों में किया जाता है। यह विधि प्रत्यक्ष विज़ुअलाइज़ेशन और अधिक सटीकता की अनुमति देती है। पीईएस खंड में इंजेक्शन अक्सर एक गैस्ट्रोएंटेरोलॉजिस्ट द्वारा किया जाता है और बोटॉक्स® के समान वितरण की सुविधा के लिए गुब्बारे की मालिश द्वारा धीरे से विस्तार किया जाता है।

ग्रसनी-त्वचीय नालव्रण फिस्टुला

ग्रसनी-त्वचीय फिस्टुला ग्रसनी म्यूकोसा और त्वचा के बीच एक असामान्य संबंध है। आमतौर पर लार का रिसाव ग्रसनी क्षेत्र से त्वचा तक विकसित होता है, जो ग्रसनी सर्जिकल सिवनी लाइन के टूटने का संकेत देता है। यह लेरिन्जेक्टोमी के बाद सबसे आम जटिलता है और आमतौर पर ऑपरेशन के सात से दस दिन बाद होती है। पिछला विकिरण एक जोखिम कारक है। जब तक फिस्टुला अपने आप ठीक नहीं हो जाता या शल्य चिकित्सा द्वारा ठीक नहीं हो जाता, तब तक मौखिक भोजन रोक दिया जाता है।

फिस्टुला के बंद होने का मूल्यांकन "डाई टेस्ट" (जैसे कि मेथिलीन ब्लू का अंतर्ग्रहण जो फिस्टुला के अबाधित होने पर त्वचा में दिखाई देता है) और/या रेडियोग्राफिक कंट्रास्ट अध्ययन द्वारा किया जा सकता है।

लेरिन्जेक्टोमी के बाद बदबू आना

लेरिन्जेक्टोमी मरीज को अपनी गंध की अनुभूति में कठिनाइयों का अनुभव हो सकता है। यह इस तथ्य के बावजूद है कि नियमित लेरिन्जेक्टोमी सर्जरी में गंध की भावना से संबंधित तंत्रिकाएं शामिल नहीं होती हैं और गंध, या घ्राण की भावना बरकरार रहती है। हालाँकि, जो बदल गया है वह श्वसन के दौरान वायु प्रवाह का मार्ग है। लेरिन्जेक्टोमी से पहले, हवा नाक और मुंह के माध्यम से फेफड़ों में प्रवाहित होती है। नाक के माध्यम से हवा की यह गति गंध और सुगंध का पता लगाने की अनुमति देती है क्योंकि वे गंध की भावना के लिए जिम्मेदार नाक में तंत्रिका अंत के संपर्क में आते हैं।

हालाँकि, लेरिन्जेक्टोमी के बाद, नाक के माध्यम से अब सक्रिय वायु प्रवाह नहीं है। इसे गंध की हानि के रूप में माना जा सकता है। "विनम्र जम्हाई तकनीक" लेरिन्जेक्टोमी को सूंघने की क्षमता वापस पाने में मदद कर सकती है। इस विधि को "विनम्र जम्हाई तकनीक" के रूप में जाना जाता है क्योंकि इसमें शामिल गतिविधियां उन लोगों के

समान होती हैं जिनका उपयोग तब किया जाता है जब कोई व्यक्ति बंद मुंह से जम्हाई लेने का प्रयास करता है। निचले जबड़े और जीभ की तेज, नीचे की ओर गति, होंठों को बंद रखते हुए, एक सूक्ष्म वैक्यूम बनाएगी, जो नासिका मार्ग में हवा खींचेगी और नए वायु प्रवाह के माध्यम से

किसी भी गंध का पता लगाने में सक्षम करेगी। अभ्यास के साथ, अधिक सूक्ष्म (लेकिन प्रभावी) जीभ आंदोलनों का उपयोग करके समान वैक्यूम प्राप्त करना संभव है।

अध्याय 12 :

विकिरण और सर्जरी के बाद चिकित्सा मुद्दे: दर्द प्रबंधन, कैंसर का प्रसार, हाइपोथायरायडिज्म, और चिकित्सा त्रुटियों की रोकथाम

"यह अनुभव विभिन्न प्रकार के चिकित्सीय समस्याओं का वर्णन करता है जो लैरिंजक्टोमीज़ को प्रभावित कर सकते हैं। उच्च रक्तचाप के सम्बंध में पृष्ठ 28 पर और लिम्फेडीमा के बारे में पृष्ठ 37 पर चर्चा है।"

दर्द प्रबंधन

कई कैंसर रोगी और संरक्षित लोग दर्द का सामना कर सकते हैं। दर्द कैंसर के महत्वपूर्ण लक्षणों में से एक हो सकता है और इसका निदान भी हो सकता है। ऐसे में, इसे नजरअंदाज नहीं किया जाना चाहिए और चिकित्सा देखभाल की आवश्यकता हो सकती है। कैंसर से संबंधित दर्द की तीव्रता और गुणवत्ता में भिन्नता हो सकती है। यह निरंतर, रुक-रुक कर, हल्का, मध्यम या गंभीर हो सकता है। यह दर्दभरा, सुस्त या तेज़ भी हो सकता है। दर्द ट्यूमर के दबने या बढ़ने और आस-पास के ऊतकों को नष्ट करने के कारण हो सकता है। जैसे-जैसे ट्यूमर बढ़ता है, यह नसों, हड्डियों या अन्य संरचनाओं पर दबाव डालकर दर्द पैदा कर सकता है। सिर और गर्दन का कैंसर म्यूकोसा को भी नष्ट कर सकता है और इसे लार के संपर्क में ला सकता है।"

और मुंह के बैक्टीरिया, जो कैंसर फैल गया है या दोबारा हो गया है, उससे दर्द होने की संभावना और भी अधिक होती है। दर्द कैंसर के इलाज के कारण भी हो सकता है। कीमोथेरेपी,

विकिरण और सर्जरी सभी दर्द के संभावित स्रोत हैं। कीमोथेरेपी से दस्त, मुंह में घाव और तंत्रिका क्षति हो सकती है। सिर और गर्दन के विकिरण से त्वचा और मुंह में दर्दनाक और जलन, मांसपेशियों में अकड़न और तंत्रिका क्षति हो सकती है। सर्जरी भी दर्दनाक हो सकती है, विकृति और/या निशान छोड़ सकती है जिसे सुधारने में समय लगता है।

कैंसर के दर्द का इलाज विभिन्न तरीकों से किया जा सकता है। यदि संभव हो तो विकिरण, कीमोथेरेपी या सर्जरी के माध्यम से दर्द के स्रोत को खत्म करना सबसे अच्छा है। हालाँकि, यदि संभव नहीं है, तो अन्य उपचारों में मौखिक दवा, तंत्रिका ब्लॉक, एक्यूपंकचर, एक्यूप्रेसर, मालिश, भौतिक चिकित्सा, ध्यान, विश्राम और यहां तक कि हास्य भी शामिल हैं। दर्द प्रबंधन के विशेषज्ञ ये उपचार पेश कर सकते हैं।

दर्द की दवा को टैबलेट, घुलनशील टैबलेट, अंतःशिरा, इंद्रामस्क्युलर, मलाशय या त्वचा पैच के माध्यम से दिया जा सकता है। दवा में शामिल हैं: एनाल्जेसिक (जैसे, एस्पिरिन, एसिटामिनोफेन), नॉनस्टेरोइडल एंटी-इंफ्लेमेटरी दवाएं (जैसे, इबुप्रोफेन), कमजोर (जैसे, कोडीन) और मजबूत (जैसे, मॉर्फिन, ऑक्सीकोडोन, हाइड्रोमोर्फोन, फेंटेनल, मेथाडोन) ओपिओइड।

कभी-कभी रोगियों को कैंसर के दर्द का पर्याप्त इलाज नहीं मिल पाता है। इसके कारणों में दर्द के बारे में पूछने या उपचार देने में डॉक्टरों की अनिच्छा, मरीजों द्वारा अपने दर्द के बारे में बात करने में अनिच्छा, दवा की लत का डर और साइड इफेक्ट का डर शामिल है।

दर्द का इलाज करने से मरीजों की सेहत में सुधार हो सकता है, साथ ही उनकी देखभाल करने वालों पर आने वाली कठिनाई भी कम हो सकती है। मरीजों को अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से अपने दर्द के बारे में बात करने और उपचार लेने के लिए प्रोत्साहित किया जाना चाहिए। दर्द प्रबंधन विशेषज्ञ द्वारा मूल्यांकन बहुत मददगार हो सकता है; सभी प्रमुख कैंसर केंद्रों में दर्द प्रबंधन कार्यक्रम हैं।

बार-बार होने वाले या नए सिर और गर्दन के कैंसर के लक्षण और संकेत

सिर और गर्दन के कैंसर से पीड़ित अधिकांश व्यक्तियों को चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार प्राप्त होता है जो कैंसर को हटा देता है और खत्म कर देता है। हालाँकि, इस बात की संभावना हमेशा बनी रहती है कि कैंसर दोबारा हो सकता है; पुनरावृत्ति या संभवतः नए प्राथमिक ट्यूमर का पता लगाने के लिए सतर्कता की आवश्यकता है। इसलिए स्वरयंत्र और

अन्य प्रकार के सिर और गर्दन के कैंसर के लक्षणों के बारे में जागरूक होना बहुत महत्वपूर्ण है ताकि प्रारंभिक चरण में ही उनका पता लगाया जा सके।

सिर और गर्दन के कैंसर के लक्षण और लक्षणों में शामिल हैं:

- नाक, गले, मुँह से खून बहना
- गर्दन पर या उसके बाहर गांठें
- थूक में खून
- मुँह के अंदर गांठें या सफेद, लाल या गहरे धब्बे
- असामान्य ध्वनि या सांस लेने में कठिनाई
- पुरानी खांसी
- आवाज़ में बदलाव (घरघराहट सहित)
- गर्दन में दर्द या सूजन
- चबाने, निगलने या जीभ हिलाने में कठिनाई
- गालों का मोटा होना

- दांतों के आसपास दर्द होना या दांतों का ढीला हो जाना
- मुँह में घाव जो ठीक नहीं होता या आकार में बढ़ जाता है
- जीभ या मुँह में कहीं और सुन्न होना
- लगातार मुँह, गले या कान में दर्द रहना
- बदबूदार सांस
- वजन घटना

इन लक्षणों वाले व्यक्तियों की यथाशीघ्र उनके ओटोलरींगोलॉजिस्ट द्वारा जांच की जानी चाहिए।

सिर और गर्दन का कैंसर का फैलना

अन्य सिर और गर्दन के कैंसर की तरह, लैरिंजियल कैंसर फेफड़ों और यकृत तक फैल सकता है। बड़े ट्यूमर और देर से पहचाने गए ट्यूमर में फैलने का जोखिम अधिक होता है। फैलने का अधिक जोखिम पहले पांच वर्षों में होता है और विशेष रूप से कैंसर प्रकट होने के बाद पहले दो वर्षों में होता है। यदि स्थानीय लिम्फ ग्रंथियां कैंसर को प्रकट नहीं करती हैं तो जोखिम कम होता है।

जिन व्यक्तियों को एक समय में कैंसर था, उनमें किसी अन्य प्रकार की घातक बीमारी विकसित होने की संभावना अधिक हो सकती है जो उनके सिर और गर्दन के कैंसर से संबंधित नहीं है। जैसे-जैसे लोगों की उम्र बढ़ती है, उनमें अक्सर अन्य चिकित्सीय समस्याएं विकसित हो

जाती हैं जिनके लिए देखभाल की आवश्यकता होती है, उदाहरण के लिए, उच्च रक्तचाप और मधुमेह। इसलिए पर्याप्त पोषण प्राप्त करना, अपने दांतों की देखभाल करना (दंत संबंधी समस्याएं देखें, पृष्ठ 117), शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य, अच्छी चिकित्सा देखभाल में रहना और नियमित आधार पर जांच कराना अनिवार्य है (पारिवारिक चिकित्सक, इंटरनिस्ट द्वारा फॉलो-अप देखें) और चिकित्सा विशेषज्ञ, पृष्ठ 112)। बेशक, सिर और गर्दन के कैंसर से बचे लोगों को, हर किसी की तरह, सभी प्रकार के कैंसर पर नजर रखने की जरूरत है। इनका निदान करना अपेक्षाकृत आसान है

नियमित जांच और इसमें स्तन, गर्भाशय ग्रीवा, प्रोस्टेट, कोलन और त्वचा कैंसर शामिल हैं।

कम थायराइड हार्मोन (हाइपोथायरायडिज्म) और इसका उपचार

अधिकांश लेरिन्जेक्टोमी में थायराइड हार्मोन (हाइपोथायरायडिज्म) का निम्न स्तर होता है। यह विकिरण के प्रभाव और लेरिन्जेक्टोमी सर्जरी के दौरान थायरायड ग्रंथि के कुछ या पूरे हिस्से को हटाने के कारण होता है।

हाइपोथायरायडिज्म के लक्षण अलग-अलग होते हैं; कुछ व्यक्तियों में कोई लक्षण नहीं होते हैं जबकि अन्य में नाटकीय या, शायद ही कभी, जीवन के लिए खतरा पैदा करने वाले लक्षण होते हैं। हाइपोथायरायडिज्म के लक्षण विशिष्ट नहीं हैं और उम्र बढ़ने के कई सामान्य परिवर्तनों की नकल करते हैं।

सामान्य लक्षण-थायराइड हार्मोन शरीर के चयापचय को उत्तेजित करता है।

हाइपोथायरायडिज्म के अधिकांश लक्षण चयापचय प्रक्रियाओं के धीमे होने के कारण होते हैं।
प्रणालीगत लक्षण

इसमें थकान, सुस्ती, वजन बढ़ना और ठंडे तापमान के प्रति असहिष्णुता शामिल हैं।

त्वचा- पसीना कम आना, सूखी और मोटी त्वचा, मोटे या पतले बाल, भौंहों का गायब होना और नाखूनों का कमजोर होना।

आँखें-चारों ओर हल्की सूजन आंखें

हृदय प्रणाली- हृदय गति का धीमा होना और संकुचन का कमजोर होना, इसके समग्र कार्य में कमी आना। इनसे व्यायाम के दौरान थकान और सांस लेने में तकलीफ हो सकती है। हाइपोथायरायडिज्म हल्के उच्च रक्तचाप का कारण भी बन सकता है और कोलेस्ट्रॉल का स्तर बढ़ा सकता है।

श्वसन प्रणाली-श्वसन संबंधी मांसपेशियां कमजोर हो सकती हैं और फेफड़ों की कार्यक्षमता कम हो सकती है। लक्षणों में थकान, तकलीफ शामिल है

व्यायाम के साथ सांस फूलना, और व्यायाम करने की क्षमता में कमी आना। हाइपोथायरायडिज्म के कारण जीभ में सूजन, कर्कश आवाज और स्लीप एपनिया हो सकता है (लेरिन्जेक्टोमी में नहीं)।

जठरांत्र प्रणाली-पाचन तंत्र की क्रियाओं का धीमा होना, कब्ज पैदा करना

प्रजनन प्रणाली- मासिक धर्म चक्र की अनियमितता, लेकर अनुपस्थित या कम मासिक धर्म से लेकर बहुत बार और भारी मासिक धर्म तक

सिंथेटिक थायराइड हार्मोन (थायरोक्सिन) लेने से थायराइड की कमी को ठीक किया जा सकता है। इस दवा को खाने से तीस मिनट पहले खाली पेट एक गिलास पानी के साथ लेना चाहिए, बेहतर होगा कि नाश्ते से पहले या दिन के किसी भी समय। ऐसा इसलिए है क्योंकि उच्च वसा वाले भोजन (जैसे, अंडे, बेकन, टोस्ट, हैश ब्राउन आलू और दूध) थायरोक्सिन अवशोषण को चालीस प्रतिशत तक कम कर सकते हैं।

सिंथेटिक थायरोक्सिन के कई फॉर्मलेशन उपलब्ध हैं, लेकिन अगर वे प्रभावकारिता

में समान हैं तो काफी विवाद रहा है। 2004 में FDA ने ब्रांडेड लेवोथायरोक्सिन उत्पादों के लिए एक सामान्य विकल्प को मंजूरी दी। अमेरिकन थायराइड एसोसिएशन, एंडोक्राइन सोसाइटी और अमेरिकन एसोसिएशन ऑफ क्लिनिकल एंडोक्रिनोलॉजिस्ट ने इस फैसले पर आपत्ति जताई और सिफारिश की कि मरीज़ एक ही ब्रांड पर बने रहें। यदि मरीज़ों को ब्रांड बदलना है या सामान्य विकल्प का उपयोग करना है, तो छह सप्ताह बाद सीरम थायराइड उत्तेजक हार्मोन (टीएसएच) की जांच की जानी चाहिए।

क्योंकि सिंथेटिक थायरोक्सिन फॉर्मलेशन के बीच सूक्ष्म अंतर हो सकते हैं, जब संभव हो तो एक फॉर्मलेशन के साथ रहना बेहतर होता है। यदि तैयारी बदलनी है, तो खुराक समायोजन

आवश्यक है या नहीं यह निर्धारित करने के लिए टीएसएच और कभी-कभी मुफ्त थायरोक्सिन (टी 4) सीरम स्तर की अनुवर्ती निगरानी की जानी चाहिए।

चिकित्सा शुरू करने के बाद, रोगी का पुनर्मूल्यांकन किया जाना चाहिए और सीरम टीएसएच को तीन से छह सप्ताह में मापा जाना चाहिए, और यदि आवश्यक हो तो खुराक को समायोजित किया जाना चाहिए। हाइपोथायरायडिज्म के लक्षण आमतौर पर रिप्लेसमेंट थेरेपी के दो से तीन सप्ताह के बाद ठीक होने लगते हैं और इन्हें ठीक होने में कम से कम छह सप्ताह लग सकते हैं।

जिन लोगों में लक्षण बने रहते हैं और जिनमें सीरम टीएसएच सांद्रता अधिक होती है, उनमें थायरोक्सिन की खुराक तीन सप्ताह में बढ़ाई जा सकती है। थेरेपी शुरू होने या खुराक बदलने के बाद एक स्थिर हार्मोन स्थिति प्राप्त होने में लगभग छह सप्ताह लगते हैं।

टीएसएच के आवधिक माप के आधार पर हर तीन से छह सप्ताह में हार्मोन की खुराक बढ़ाने की यह प्रक्रिया तब तक जारी रहती है जब तक कि यह सामान्य (लगभग 0.5 से 5.0 एमयू/एल तक) न हो जाए। एक बार यह हासिल हो जाने पर, समय-समय पर निगरानी की आवश्यकता होती है।

उचित रखरखाव खुराक की पहचान के बाद, रोगी की जांच की जानी चाहिए और वर्ष में एक बार सीरम टीएसएच मापा जाना चाहिए (या यदि कोई असामान्य परिणाम हो या रोगी की स्थिति में बदलाव हो तो अधिक बार)। मरीज़ की उम्र बढ़ने या वज़न में बदलाव होने पर खुराक समायोजन की आवश्यकता हो सकती है।

चिकित्सा एवं शल्य चिकित्सा संबंधी त्रुटियों को रोकना

मेडिकल और सर्जिकल गलतियाँ बहुत आम हैं। वे कदाचार के मुकदमों, चिकित्सा देखभाल की लागत, मरीजों के अस्पताल में रहने और रुग्णता और मृत्यु दर में वृद्धि करते हैं।

मेरी देखभाल में चिकित्सीय और सर्जिकल त्रुटियों का सामना करने वाले मेरे व्यक्तिगत अनुभवों का वर्णन करने वाली एक पांडुलिपि Disabled-World.com में प्रकाशित हुई

थी <http://www.disabled-world.com/disability/publications/neck->

कैंसर-रोगी

त्रुटियों को रोकने का सबसे अच्छा तरीका यह है कि रोगी स्वयं अपना वकील बने या परिवार का कोई सदस्य या मित्र उसके वकील के रूप में काम करे।

चिकित्सीय त्रुटियों को निम्न द्वारा कम किया जा सकता है:

- सूचित रहना और चुनौती देने और स्पष्टीकरण मांगने में संकोच नहीं करना
- किसी के चिकित्सा संबंधी मुद्दों में "विशेषज्ञ" बनना
- परिवार या दोस्तों का अस्पताल में रहना
- दूसरी राय प्राप्त करना
- चिकित्सा प्रदाताओं को किसी की स्थिति और ज़रूरतों के बारे में शिक्षित करना (सर्जरी से पहले और बाद में)

त्रुटियों की घटना से मरीजों का अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं पर भरोसा कमजोर हो जाता है। चिकित्सा प्रदाताओं द्वारा उत्तरदायित्व की स्वीकृति उनके और रोगी के बीच की दूरी को पाट सकती है और खोए हुए आत्मविश्वास को पुनः स्थापित कर सकती है। जब इस तरह का संवाद स्थापित किया जाता है, तो गलती की ओर ले जाने वाली परिस्थितियों के बारे में अधिक जानकारी प्राप्त की जा सकती है, जिससे समान त्रुटियों को रोकने में मदद मिलती है। खुली चर्चा मरीजों को आश्वस्त कर सकती है कि उनके प्रदाता मामले को गंभीरता से ले रहे हैं और उनके अस्पताल में रहने को सुरक्षित बनाने के लिए कदम उठाए जाएंगे। रोगी और परिवार के साथ गलतियों पर चर्चा न करने से उनकी चिंता, हताशा और गुस्सा बढ़ता है, जिससे उनके ठीक होने में बाधा आती है। और निःसंदेह, इस तरह के गुस्से के कारण कदाचार के मुकदमे भी चल सकते हैं।

ग्रेटरचिकित्सा समुदाय की सतर्कता से त्रुटियों को कम किया जा सकता है। जाहिर तौर पर मानवीय त्रुटियों की तरह ही चिकित्सकीय त्रुटियों को भी रोका जाना चाहिएसंभव; उन्हें नज़रअंदाज़ करने से केवल उनकी पुनरावृत्ति ही हो सकती है। संस्थागत नीतियों को स्वास्थ्य पेशेवरों को प्रतिकूल घटनाओं का खुलासा करने के लिए समर्थन और प्रोत्साहित करना चाहिए। प्रतिकूल घटनाओं के बाद खुलापन और ईमानदारी बढ़ने से प्रदाता-रोगी संबंधों में सुधार हो सकता है। ऐसे महत्वपूर्ण निवारक कदम हैं जिन्हें हर संस्थान और चिकित्सा कार्यालय द्वारा लागू किया जा सकता है। रोगी और उनकी देखभाल करने वालों को रोगी की स्थिति और उपचार योजना के बारे में शिक्षित करना अत्यंत महत्वपूर्ण है। जब चिकित्सा पेशेवर नियोजित चिकित्सा से विचलन देखते हैं तो वे गलतियों को सुरक्षित रख सकते हैं और रोक सकते हैं। चिकित्सा प्रतिष्ठान के ये कदम चिकित्सा संबंधी त्रुटियों को रोक सकते हैं:

- बेहतर एवं एक समान चिकित्सा प्रशिक्षण लागू करें
- देखभाल के सुस्थापित मानकों का पालन करें
- चिकित्सीय त्रुटियों का पता लगाने और उन्हें ठीक करने के लिए नियमित रिकॉर्ड समीक्षा करें
- केवल सुशिक्षित एवं प्रशिक्षित मेडिकल स्टाफ को ही नियुक्त करें
- गलतियाँ करने वाले स्टाफ सदस्यों को सलाह देना, फटकारना और शिक्षित करना और जो लगातार गलतियाँ करते हैं उन्हें बर्खास्त करना
- विकास करें और सावधानीपूर्वक पालन करेंएल्गोरिदम (प्रक्रियाओं के लिए निर्देशों के विशिष्ट सेट), सभी हस्तक्षेपों के लिए प्रोटोकॉल और बेडसाइड चेकलिस्ट स्थापित करें
- स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के बीच पर्यवेक्षण और संचार बढ़ाएँ

- सभी त्रुटियों की जांच करें और उन्हें रोकने के लिए कार्रवाई करें
- रोगी और उसकी देखभाल करने वालों को रोगी की स्थिति और उपचार योजनाओं के बारे में शिक्षित और सूचित करें
- प्रबंधन की उपयुक्तता सुनिश्चित करने के लिए परिवार के किसी सदस्य या मित्र को रोगी अधिवक्ता के रूप में कार्य करने के लिए कहें
- मरीजों और परिवार की शिकायतों का जवाब दें, उचित होने पर जिम्मेदारी स्वीकार करें, परिवार और कर्मचारियों के साथ इन पर चर्चा करें और त्रुटि(त्रुटियों) को रोकने के लिए कार्रवाई करें।

अध्याय 13 :

निवारक देखभाल: अनुवर्ती कार्रवाई, धूम्रपान से परहेज और टीकाकरण

कैंसर के रोगियों के लिए निवारक चिकित्सा और दंत चिकित्सा देखभाल आवश्यक है। कैंसर से पीड़ित कई व्यक्ति अन्य महत्वपूर्ण चिकित्सा समस्याओं पर ध्यान देने की अपेक्षा करते हैं और केवल अपने कैंसर पर ध्यान केंद्रित करते हैं। अन्य चिकित्सीय मुद्दों की अपेक्षा करने से गंभीर परिणाम हो सकते हैं जो भलाई और दीर्घायु को प्रभावित कर सकते हैं।

लेरिंजक्टोमीज़ और सिर और गर्दन के कैंसर रोगियों के लिए सबसे महत्वपूर्ण निवारक उपायों में शामिल हैं:

- दांतों की उचित देखभाल
- पारिवारिक चिकित्सक द्वारा नियमित जांच
- एक ओटोलरीन्गोलॉजिस्ट द्वारा नियमित अनुवर्ती जांच
- उचित टीकाकरण

- धूम्रपान बंद करें
- उचित तकनीकों का उपयोग करना (उदाहरण के लिए, ट्रेकियोस्टोमी रंध्र साफ करने के लिए स्टाइल पानी का उपयोग करना)
- पर्याप्त पोषण बनाए रखना

अध्याय 14 (पृष्ठ 117) में नियमित दंत अनुवर्ती और दंत निवारक देखभाल पर चर्चा की गई है।

रंध्र देखभाल के लिए उचित तकनीकों का उपयोग अध्याय 8 (पृष्ठ 59) में प्रस्तुत किया गया है।

अध्याय 11 (पृष्ठ 85) में पर्याप्त पोषण पर चर्चा की गई है।

पारिवारिक चिकित्सक, प्रशिक्षु और चिकित्सा विशेषज्ञों द्वारा अनुवर्ती कार्रवाई फालो अप

ओटोलरींगोलॉजिस्ट, रेडिएशन ऑन्कोलॉजिस्ट (विकिरण उपचार प्राप्त करने वालों के लिए), और ऑन्कोलॉजिस्ट (कीमोथेरेपी प्राप्त करने वालों के लिए) सहित विशेषज्ञों द्वारा निरंतर चिकित्सा फालो अप महत्वपूर्ण है। जैसे-जैसे प्रारंभिक निदान, उपचार और सर्जरी से समय बीतता है, फॉलो-अप कम आवृत्ति के साथ होता है। अधिकांश ओटोलरींगोलॉजिस्ट रोगी की स्थिति के आधार पर, निदान या सर्जरी के बाद पहले वर्ष में मासिक फालो अप जांच की सलाह देते हैं और उसके बाद कम बार। जब भी नए लक्षण सामने आए तो मरीजों को अपने चिकित्सक से संपर्क करने के लिए प्रोत्साहित किया जाना चाहिए।

नियमित जांच यह सुनिश्चित करती है कि स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी बदलाव पर ध्यान दिया जाए और जब भी कोई नई समस्या सामने आए तो उसका समाधान किया जाए और उसका इलाज किया जाए। कैंसर की पुनरावृत्ति का पता लगाने के लिए चिकित्सक सावधानीपूर्वक जांच करेगा। चेकअप में पूरे शरीर की सामान्य जांच और गर्दन, गले और रंध्र की विशिष्ट जांच शामिल है। असामान्य क्षेत्रों की जांच के लिए ऊपरी वायुमार्ग की जांच एक

एंडोस्कोप या एक छोटे, लंबे हैंडल वाले दर्पण के साथ अप्रत्यक्ष दृश्य का उपयोग करके की जाती है। आवश्यकतानुसार रेडियोलॉजिकल और अन्य अध्ययन भी किए जा सकते हैं।

अन्य चिकित्सीय और दंत संबंधी समस्याओं के समाधान के लिए किसी इंटर्निस्ट या पारिवारिक चिकित्सक के साथ-साथ दंत चिकित्सक से परामर्श लेना भी बहुत महत्वपूर्ण है।

इन्फ्लूएंजा टीकाकरण

उम्र की परवाह किए बिना लैरिंजक्टोमीज़ मरीज के लिए इन्फ्लूएंजा का टीका लगवाना महत्वपूर्ण है। इन्फ्लूएंजा का प्रबंधन करना अधिक कठिन हो सकता है और टीकाकरण एक महत्वपूर्ण निवारक उपकरण है।

इन्फ्लूएंजा वैक्सीन दो प्रकार की होती है: एक इंजेक्शन जो सभी उम्र के लोगों के लिए पर्याप्त है और एक इनहेलेशन वैक्सीन (जीवित वायरस) जो केवल पचास वर्ष से कम उम्र के व्यक्तियों को दी जाती है जिनकी तासीर इम्युनो काम्प्रोमाइज्ड नहीं है।

उपलब्ध टीकों में शामिल हैं:

1. "फ्लू शॉट" - एक निष्क्रिय टीका (जिसमें मारे गए वायरस होते हैं) एक सुई द्वारा दिया जाता है, आमतौर पर बांह में। फ्लू शॉट छह महीने से अधिक उम्र के व्यक्तियों के लिए स्वीकृत है, जिनमें स्वस्थ व्यक्ति और पुरानी चिकित्सा स्थिति वाले लोग शामिल हैं।
2. नेज़ल-स्प्रे फ्लू वैक्सीन - जीवित, कमज़ोर फ्लू वायरस से बना एक टीका जो फ्लू का कारण नहीं बनता है (कभी-कभी इसे "लाइव एटेन्यूएटेड इन्फ्लूएंजा वैक्सीन" या फ़्लुमिस्ट® के लिए LAIV कहा जाता है)। LAIV को 2-49 वर्ष की आयु के स्वस्थ व्यक्तियों (गर्भवती महिलाओं को छोड़कर) में उपयोग के लिए अनुमोदित किया गया है।

हर नए मौसम के लिए इन्फ्लूएंजा का एक नया टीका तैयार किया जाता है। हालांकि इन्फ्लूएंजा का कारण बनने वाले सटीक स्ट्रेन अप्रत्याशित होते हैं, यह संभावना है कि दुनिया के

अन्य हिस्सों में बीमारी का कारण बनने वाले स्ट्रेन अमेरिका में भी बीमारी का कारण बनेंगे। यह सुनिश्चित करने के लिए टीकाकरण से पहले अपने चिकित्सक से परामर्श करना सबसे अच्छा है कि कोई कारण नहीं है कि किसी को टीका नहीं लगवाना चाहिए (जैसे अंडे से एलर्जी)।

इन्फ्लूएंजा का निदान करने का सबसे अच्छा तरीका नाक स्राव का डायग्नोस्टिक किटों में से एक द्वारा त्वरित परीक्षण है। क्योंकि लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीज का नाक और फेफड़ों के बीच कोई संबंध नहीं है, इसलिए श्वासनली बलगम के अलावा नाक के स्राव

का परीक्षण करने की सलाह दी जाती है (एक किट का उपयोग करके जिसे बलगम परीक्षण के लिए अनुमोदित किया गया था)।

इन परीक्षणों के बारे में जानकारी केंद्र में पाई जा सकती है रोग नियंत्रण वेबसाइट (<http://www.cdc.gov/flu/professionals/diagnosis/rapidlab.htm>)।

लैरिन्जेक्टोमी होने का एक "फायदा" यह है कि व्यक्ति को आम तौर पर श्वसन पथ के वायरस के कारण कम संक्रमण होता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि "ठंडे" वायरस आमतौर पर सबसे पहले नाक और गले को संक्रमित करते हैं; वहां से वे फेफड़ों सहित शरीर के बाकी हिस्सों तक पहुंचते हैं। चूंकि लेरिन्जेक्टोमी अपनी नाक से सांस नहीं लेते हैं, इसलिए सर्दी के वायरस से उन्हें संक्रमित होने की संभावना कम होती है।

इन्फ्लूएंजा वायरस के लिए वार्षिक टीकाकरण प्राप्त करना, फेफड़ों में जाने वाली हवा को फिल्टर करने के लिए हीट एंड मॉइस्चर एक्सचेंजर (एचएमई) उपकरण पहनना और स्टोमा या एचएमई को छूने से पहले और खाने के पहले अपने हाथों को अच्छी तरह से धोना, लेरिन्जेक्टोमी के लिए अभी भी महत्वपूर्ण है। इलेक्ट्रोस्टैटिक फिल्टर के साथ एटोस (प्रोवॉक्स) माइक्रोन एचएमई को संभावित रोगजनकों को छानने और श्वसन संक्रमण के प्रति संवेदनशीलता को कम करने के लिए डिज़ाइन किया गया है।

इन्फ्लूएंजा वायरस वस्तुओं को छूने से फैलने में सक्षम है। लैरिन्जेक्टोमीज़ जो वॉयस प्रोस्थेसिस का उपयोग करते हैं और बोलने के लिए अपने एचएमई को दबाने की आवश्यकता होती है, उनके फेफड़ों में सीधे वायरस आने का खतरा बढ़ सकता है। हाथ धोने या त्वचा क्लींजर का उपयोग करने से वायरस के प्रसार को रोका जा सकता है।

न्यूमोकोकल बैक्टीरिया के खिलाफ टीकाकरण

यह सलाह दी जाती है कि लेरिन्जेक्टोमी और गर्दन से सांस लेने वाले अन्य लोगों को न्यूमोकोकस बैक्टीरिया के खिलाफ टीका लगाया जाए जो निमोनिया के प्रमुख कारणों में से एक है। संयुक्त राज्य अमेरिका में न्यूमोकोकल बैक्टीरिया के खिलाफ दो प्रकार के टीके हैं: न्यूमोकोकल कंजुगेट वैक्सीन (प्रिवनार 13 या पीसीवी13) और न्यूमोकोकल पॉलीसेकेराइड वैक्सीन - एक 23-वैलेंट न्यूमोकोकल पॉलीसेकेराइड वैक्सीन (न्यूमोवैक्स या पीपीवी23)।

न्यूमोकोकल टीकाकरण प्राप्त करने के बारे में किसी को अपने चिकित्सक से परामर्श करना चाहिए।

रोग नियंत्रण केंद्र वर्तमान दिशानिर्देश यहां प्रकाशित करता है: <http://www.cdc.gov/vaccines/>

धूम्रपान और शराब से परहेज करें

सिर और गर्दन के कैंसर से पीड़ित व्यक्तियों को धूम्रपान बंद करने के महत्व के बारे में परामर्श प्राप्त करना चाहिए। सिर और गर्दन के कैंसर के लिए धूम्रपान एक प्रमुख जोखिम कारक होने के अलावा, शराब के सेवन से कैंसर का खतरा और भी बढ़ जाता है। धूम्रपान कैंसर के पूर्वानुमान को भी प्रभावित कर सकता है। स्वरयंत्र कैंसर के मरीज़ जो धूम्रपान और शराब पीना जारी रखते हैं, उनके ठीक होने की संभावना कम होती है और उनमें दूसरा ट्यूमर विकसित होने की संभावना अधिक होती है। जब विकिरण चिकित्सा के दौरान और बाद में धूम्रपान जारी रखा जाता है, तो यह म्यूकोसल प्रतिक्रियाओं की गंभीरता और अवधि को बढ़ा सकता है, शुष्क मुंह (ज़ेरोस्टोमिया) को खराब कर सकता है, और रोगी के परिणाम से समझौता कर सकता है।

तम्बाकू धूम्रपान और शराब पीने से भी स्वरयंत्र कैंसर के उपचार की प्रभावशीलता कम हो जाती है। जो मरीज़ विकिरण चिकित्सा प्राप्त करने के दौरान धूम्रपान करना जारी रखते हैं, उनकी दीर्घकालिक जीवित रहने की दर धूम्रपान न करने वालों की तुलना में कम होती है।

अध्याय 14 :

दंत संबंधी समस्याएं और हाइपरबेरिक ऑक्सीजन थेरेपी

दंत संबंधी समस्याएं लेरिंजक्टोमीज़ मरीज के लिए चुनौतीपूर्ण हो सकती हैं, मुख्यतः निम्न कारणों से विकिरण चिकित्सा के दीर्घकालिक प्रभाव. अच्छी दंत स्वच्छता बनाए रखने से कई समस्याओं से बचा जा सकता है।

दंत संबंधी मुद्दे

सिर और गर्दन पर विकिरण चिकित्सा के संपर्क में आने के बाद दांतों की समस्याएं आम हैं।

विकिरण से निम्नलिखित प्रभाव होते हैं

- मैक्सिलरी और मैडिबुलर हड्डियों में रक्त की आपूर्ति कम हो गई
- लार के उत्पादन में कमी और रासायनिक संरचना में परिवर्तन
- मुंह में निवास करने वाले जीवाणुओं में परिवर्तन

इन परिवर्तनों के कारण दंत क्षय, खराश, मसूड़ों और पेरियोडॉन्टल सूजन विशेष रूप से समस्याग्रस्त हो सकते हैं। इन्हें मुंह और दांतों की अच्छी देखभाल से कम किया जा सकता है, यानी सफाई, फ्लशिंग,

और जब भी संभव हो प्रत्येक भोजन के बाद फ्लोराइड युक्त टूथपेस्ट का उपयोग करें। गरारे करने या मसूड़ों पर लगाने के लिए एक विशेष फ्लोरिनेटेड क्रीम का उपयोग करने से दंत क्षय को रोकने में मदद मिलती है। अच्छी तरह से हाइड्रेटेड रहना और जरूरत पड़ने पर तार के विकल्प का उपयोग करना भी महत्वपूर्ण है।

यह सलाह दी जाती है कि सिर और गर्दन पर विकिरण चिकित्सा प्राप्त करने वाले मरीज उपचार शुरू होने से कई सप्ताह पहले गहन मौखिक जांच के लिए अपने दंत चिकित्सक के पास जाएं और जीवन भर नियमित वार्षिक या अर्धवार्षिक आधार पर जांच कराएं। दांतों की नियमित सफाई कराना भी महत्वपूर्ण है।

क्योंकि विकिरण उपचार मैक्सिलरी और मैडिबुलर हड्डियों में रक्त की आपूर्ति को बदल देता है, इसलिए रोगियों को उन स्थानों पर अस्थि परिगलन (ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस) विकसित होने का खतरा हो सकता है। दांत निकालने और विकिरणित क्षेत्रों में दंत रोग से ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस का विकास हो सकता है। मरीजों को इन प्रक्रियाओं से पहले अपने दंत चिकित्सक को अपने विकिरण उपचार के बारे में सूचित करना चाहिए। निष्कर्षण या दंत शल्य चिकित्सा से पहले और बाद में हाइपरबेरिक ऑक्सीजन थेरेपी (नीचे देखें) की एक श्रृंखला के उपयोग द्वारा ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस को रोका जा सकता है। यदि संबंधित दांत ऐसे क्षेत्र में है जो विकिरण की उच्च खुराक के संपर्क में है तो इसकी अनुशंसा की जाती है। विकिरण उपचार देने वाले विकिरण ऑन्कोलॉजिस्ट से परामर्श करना यह निर्धारित करने में सहायक हो सकता है कि क्या यह आवश्यक है।

दंत प्रोफिलैक्सिसहड्डी परिगलन की ओर ले जाने वाली दंत समस्याओं के जोखिम को कम कर सकता है। ब्रश करने, फ्लॉसिंग करने और नियमित रूप से अपने दांतों को साफ करने के साथ-साथ विशेष फ्लोराइड उपचार दंत समस्याओं को रोकने में मदद कर सकते हैं।

घरेलू देखभाल दंत चिकित्सा आजीवन दिनचर्या की सिफारिश की जाती है:

- प्रत्येक दाँत को फ्लॉस करना और प्रत्येक भोजन के बाद टूथपेस्ट से ब्रश करना
- दिन में एक बार जीभ को टंग ब्रश या मुलायम ब्रिसल वाले टूथब्रश से साफ करें
- रोजाना बेकिंग सोडा से कुल्ला करें। बेकिंग सोडा मुंह को साफ करने में मदद करता है। कुल्ला 12 औंस पानी में एक चम्मच बेकिंग सोडा मिलाकर बनाया जाता है। । बेकिंग सोडा रिस का उपयोग पूरे दिन किया जा सकता है।
- फ्लोराइड एप्लीकेशन का दिन में एक बार फ्लोराइड का उपयोग करना। ये व्यावसायिक रूप से उपलब्ध हैं और दंत चिकित्सकों द्वारा कस्टम रूप से बनाए गए भी हैं। इन्हें दांतों पर दस मिनट के लिए लगाया जाता है। फ्लोराइड लगाने के बाद तीस मिनट तक कुल्ला नहीं करना चाहिए, पानी नहीं पीना चाहिए या खाना नहीं चाहिए।

पेट में एसिड रिफ्लक्स यह सिर और गर्दन की सर्जरी के बाद भी बहुत आम है, खासकर उन व्यक्तियों में जिन्हें आंशिक या पूर्ण लेरिन्जेक्टोमी हुई है (पेट में एसिड रिफ्लक्स के लक्षण और उपचार देखें, पृष्ठ 89)। इससे दांतों का क्षरण (विशेषकर निचले जबड़े का) और अंततः दांत खराब हो सकते हैं।

इन दुष्प्रभावों को निम्न द्वारा कम किया जा सकता है:

- एसिड कम करने वाली दवा लेना
- हर बार थोड़ी मात्रा में भोजन और तरल पदार्थ का सेवन करना
- खाने के तुरंत बाद न लेटना

लेटते समय शरीर के ऊपरी हिस्से को तकिए की मदद से 45 डिग्री तक ऊपर उठाएं

हाइपरबेरिक ऑक्सीजन थेरेपी

हाइपरबेरिक ऑक्सीजन (एचबीओ) थेरेपी में दबाव वाले कमरे में शुद्ध ऑक्सीजन सांस लेना शामिल है। एचबीओ थेरेपी डिकंप्रेशन बीमारी (स्कूबा डाइविंग का खतरा) के लिए एक अच्छी तरह से स्थापित उपचार है और इसका उपयोग ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस को रोकने के लिए किया जा सकता है।

एचबीओ का उपयोग रक्तवाहिकाओं में हवा के बुलबुले (धमनी गैस एम्बोलिज्म), डिकंप्रेशन बीमारी, कार्बन मोनोऑक्साइड विषाक्तता, एक घाव जो ठीक नहीं होता है, कुचलने की चोट, गैंग्रीन, त्वचा या हड्डी में संक्रमण, ऊतक की मृत्यु (जैसे ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस), विकिरण की चोटें, जलन, त्वचा के ग्राफ्ट या त्वचा के फड़कने से ऊतक की मृत्यु का खतरा, और गंभीर एनीमिया सहित कई प्रकार की चिकित्सीय स्थितियों के इलाज के लिए किया जाता

एचबीओ थेरेपी कक्ष में, हवा का दबाव सामान्य वायु दबाव से तीन गुना अधिक बढ़ जाता है। इन परिस्थितियों में, सामान्य वायुदाब पर शुद्ध ऑक्सीजन सांस लेने की तुलना में फेफड़े कहीं अधिक ऑक्सीजन एकत्र कर सकते हैं।

रक्त इस ऑक्सीजन को पूरे शरीर में पहुंचाता है, "विकास कारक" नामक रसायनों और स्टेम कोशिकाओं की रिहाई को उत्तेजित करता है जो उपचार को बढ़ावा देते हैं। जब ऊतक घायल हो जाता है, तो उसे जीवित रहने के लिए और भी अधिक ऑक्सीजन की आवश्यकता होती है। एचबीओ थेरेपी रक्त में ऑक्सीजन की मात्रा बढ़ाती है और अस्थायी रूप से रक्त गैसों और ऊतक कार्य के सामान्य स्तर को बहाल कर सकती है। ये उपचार और ऊतकों की संक्रमण से लड़ने की क्षमता को बढ़ावा देते हैं।

एचबीओ थेरेपी आम तौर पर सुरक्षित है और जटिलताएं कम हैं। इनमें शामिल हो सकते हैं: अस्थायी निकट दृष्टि दोष (मायोपिया), मध्य कान और आंतरिक कान की चोटें (वायु दबाव में वृद्धि के कारण तरल पदार्थ का रिसाव और कान का परदा फटना सहित), वायु दबाव में परिवर्तन के कारण अंग क्षति (बैरोट्रॉमा), और ऑक्सीजन विषाक्तता के परिणामस्वरूप दौरे। अगर आग लगने का कोई स्रोत, जैसे चिंगारी या लौ हो, तो शुद्ध ऑक्सीजन आग का कारण बन सकती है।

इसलिए एचबीओ थेरेपी कक्ष में ऐसी वस्तुएं (जैसे लाइट या बैटरी चालित उपकरण) ले जाना मना है जिससे आग लग सकती है।

एचबीओ थेरेपी एक बाह्य रोगी प्रक्रिया के रूप में की जा सकती है और इसके लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं होती है। यदि अस्पताल में भर्ती मरीजों को एचबीओ थेरेपी साइट पर बाहर की सुविधा है तो उसे वहां से ले जाने की आवश्यकता हो सकती है।

उपचार दो सेंटिंग्स में से एक में किया जा सकता है:

- एक व्यक्ति के लिए डिज़ाइन की गई इकाई एक व्यक्तिगत (मोनोप्लेस) इकाई में, जबकि रोगी एक गद्देदार मेज पर लेटता है जो एक पारदर्शी प्लास्टिक ट्यूब में स्लाइड करता है।

एचबीओ थेरेपी के दौरान बढ़ा हुआ वायु दबाव कानों में अस्थायी भारीपन की भावना पैदा करता है - हवाई जहाज में या उच्च ऊंचाई पर होने के समान - जिसे जम्हाई लेने से राहत मिल सकती है।

एक थेरेपी सत्र एक से दो घंटे तक चल सकता है। स्वास्थ्य देखभाल टीम के सदस्य पूरे सत्र के दौरान रोगी की निगरानी करते हैं। थेरेपी के बाद, रोगी को कुछ मिनटों के लिए चक्कर महसूस हो सकता है।

प्रभावी होने के लिए, एचबीओ थेरेपी को एक से अधिक सत्र की आवश्यकता होती है। आवश्यक सत्रों की संख्या चिकित्सीय स्थिति पर निर्भर करती है। कुछ स्थितियाँ, जैसे कार्बन मोनोऑक्साइड विषाक्तता, का इलाज केवल तीन दौरों में किया जा सकता है। अन्य, जैसे ऑस्टियोरेडियोनेक्रोसिस या ठीक न होने वाले घाव, और 25 से 30 उपचार की आवश्यकता हो सकती है।

अकेले एचबीओ थेरेपी अक्सर डिकंप्रेशन बीमारी, धमनी गैस एम्बोलिज्म और गंभीर कार्बन मोनोऑक्साइड विषाक्तता का प्रभावी ढंग से इलाज कर सकती है। अन्य स्थितियों का प्रभावी ढंग से इलाज करने के लिए, एचबीओ का उपयोग एक व्यापक उपचार योजना के हिस्से के रूप में किया जाता है और इसे अतिरिक्त उपचारों और दवाओं के साथ संयोजन में प्रशासित किया जाता है जो किसी की व्यक्तिगत आवश्यकताओं के अनुरूप होते हैं।

अध्याय 15 :

मनोवैज्ञानिक मुद्दे: अवसाद, आत्महत्या, अनिश्चितता, निदान साझा करना, देखभाल करने वाला और सहायता का स्रोत

लेरिन्जेक्टोमी सहित सिर और गर्दन के कैंसर से बचे लोगों को कई मनोवैज्ञानिक, सामाजिक और व्यक्तिगत चुनौतियों का सामना करना पड़ता है। इसका मुख्य कारण यह है कि सिर और गर्दन का कैंसर और इसका उपचार मानव के कुछ सबसे बुनियादी कार्यों - श्वास, भोजन, संचार और सामाजिक संपर्क - को प्रभावित करते हैं। इन मुद्दों को समझना और उनका इलाज करना चिकित्सा संबंधी चिंताओं से निपटने से कम महत्वपूर्ण नहीं है।

कैंसर से पीड़ित व्यक्ति अनेक भावनाओं और संवेगों का अनुभव करते हैं जो दिन-प्रतिदिन, घंटे-दर-घंटे या यहां तक कि मिनट-दर-मिनट बदल सकते हैं और भारी मनोवैज्ञानिक बोझ उत्पन्न कर सकते हैं।

इनमें से कुछ भावनाएँ शामिल हैं:

- बीमारी से इनकार
- गुस्सा
- डर

- तनाव
- चिंता
- अवसाद
- उदासी
- अपराध
- अकेलापन

लेरिन्जेक्टोमी मरीज के सामने आने वाली कुछ मनोवैज्ञानिक और सामाजिक चुनौतियाँ शामिल हैं:

- अवसाद
- चिंता और बीमारी की पुनरावृत्ति का डर
- सामाजिक एकांत

नशा करना

- शरीर की छवि की चिंता

- लैंगिकता

वापस काम पर आने की चिंता

- जीवनसाथी, परिवार, दोस्तों, सहकर्मियों के साथ बातचीत

- आर्थिक प्रभाव

अवसाद से निपटना

कैंसर से पीड़ित बहुत से लोग उदासी महसूस करते हैं। किसी भी गंभीर बीमारी के लिए यह एक सामान्य प्रतिक्रिया है। कैंसर से पीड़ित रोगी के लिए अवसाद सबसे कठिन समस्याओं में से एक है। फिर भी, अवसाद को स्वीकार करने से जुड़े सामाजिक कलंक के कारण उन तक पहुंचना और उपचार लेना मुश्किल हो जाता है।

अवसाद के कुछ लक्षणों में शामिल हैं:

- असहायता और निराशा की भावना, या कि जीवन का कोई अर्थ नहीं है

- परिवार या दोस्तों के साथ रहने में कोई दिलचस्पी नहीं

- उन शौक और गतिविधियों में कोई दिलचस्पी नहीं है जिनका आप आनंद लेते थे

- भूख न लगना, या भोजन में रुचि न होना
- लंबे समय तक या हर दिन कई बार रोना
- नींद की समस्या, या तो बहुत अधिक सोना या बहुत कम सोना
- ऊर्जा स्तर में परिवर्तन
- आत्महत्या के विचार, जिसमें स्वयं को मारने की योजना बनाना या कार्रवाई करना, साथ ही बार-बार मृत्यु और मरने के बारे में सोचना शामिल है

कैंसर के साये में लैरिंजेक्टोमी मरीज के रूप में जीवन की चुनौतियों का मतलब है कि अवसाद से निपटना और भी कठिन होता है। बोलने में असमर्थ होने या यहां तक कि बोलने में कठिनाई होने से भावनाओं को व्यक्त करना कठिन हो जाता है और अलगाव हो सकता है। शल्य चिकित्सा एवं चिकित्सा देखभाल अक्सर ऐसे मुद्दों का समाधान करने के लिए पर्याप्त नहीं होता है; लेरिंजेक्टोमी के बाद मानसिक स्वास्थ्य पर अधिक जोर दिया जाना चाहिए।

अवसाद से निपटना और उस पर काबू पाना न केवल रोगी की भलाई के लिए बहुत महत्वपूर्ण है, बल्कि इससे रिकवरी में भी मदद मिल सकती है, लंबे समय तक जीवित रहने और ठीक होने की संभावना बढ़ सकती है। मन और शरीर के बीच संबंध के वैज्ञानिक प्रमाण बढ़ रहे हैं। हालाँकि इनमें से कई कनेक्शन अभी तक समझ में नहीं आए हैं, लेकिन यह अच्छी तरह से माना जाता है कि जो व्यक्ति बेहतर होने और सकारात्मक दृष्टिकोण प्रदर्शित करने के लिए प्रेरित होते हैं, वे गंभीर बीमारियों से तेजी से ठीक हो जाते हैं, लंबे समय तक जीवित रहते हैं, और कभी-कभी भारी बाधाओं से भी बचे रहते हैं। वास्तव में, यह दिखाया गया है कि यह प्रभाव सेलुलर प्रतिरक्षा प्रतिक्रियाओं में परिवर्तन और प्राकृतिक किलर सेल गतिविधि में कमी से मध्यस्थ हो सकता है।

बेशक, किसी के कैंसर निदान को जानने और उसके साथ रहने के बाद उदास महसूस करने के कई कारण हैं। यह रोगियों और उनके परिवारों के लिए एक विनाशकारी बीमारी है, और भी अधिक क्योंकि दवा अभी तक अधिकांश प्रकार के कैंसर का इलाज नहीं ढूँढ पाई है। जब तक बीमारी का पता चलता है, तब तक रोकथाम के लिए बहुत देर हो चुकी होती है और, यदि कैंसर का पता उन्नत चरण में चला है, तो फैलने का जोखिम अधिक होता है और पूर्ण ठीक होने की संभावना काफी कम हो जाती है।

बुरी खबर जानने के बाद मरीज़ के मन में कई भावनाएँ उमड़ने लगती हैं। "मैं क्यों?" और "क्या यह सच हो सकता है?" अवसाद प्रतिकूल परिस्थितियों से निपटने की सामान्य प्रक्रिया का हिस्सा है। अधिकांश लोग एक कठिन नई स्थिति से निपटने के लिए कई चरणों से गुजरते हैं जैसे कि लेरिंजेक्टोमी करवाना। सबसे पहले व्यक्ति इनकार और अलगाव से गुजरता है, फिर गुस्सा आता है, उसके बाद अवसाद आता है और अंत में स्वीकृति मिलती है।

कुछ लोग अवसाद या क्रोध जैसी एक निश्चित अवस्था में "फँस" जाते हैं। आगे बढ़ना और स्वीकृति और आशा के अंतिम चरण तक पहुंचना महत्वपूर्ण है। यही कारण है कि पेशेवर मदद के साथ-साथ परिवार और दोस्तों की समझ और सहायता बहुत महत्वपूर्ण है।

मरीजों को अपनी चरम मृत्यु का सामना करना पड़ता है, कभी-कभी अपने जीवन में पहली बार। वे बीमारी और इसके तात्कालिक और दीर्घकालिक परिणामों से निपटने के लिए मजबूर हैं। विरोधाभासी रूप से, निदान के बारे में जानने के बाद उदास महसूस करना रोगी को नई वास्तविकता को स्वीकार करने की अनुमति देता है। अब और परवाह न करने से साथ रहना आसान हो जाता है

एक अनिश्चित भविष्य. फिर भी, यह सोचते हुए कि "मुझे अब कोई परवाह नहीं है" इसे अस्थायी रूप से आसान बना सकता है, ऐसा मुकाबले का तरीका उचित देखभाल प्राप्त करने में हस्तक्षेप रुकावट कर सकता है और किसी के जीवन की गुणवत्ता में तेजी से गिरावट आ सकती है।

अवसाद पर काबू पाना

आशा रखने से मरीज को अवसाद से लड़ने की ताकत मिल सकती है। लेरिंजेक्टोमी के तुरंत बाद व्यक्ति नए दैनिक कार्यों और वास्तविकताओं से परेशान हो सकते हैं। वे अक्सर

अपने कई नुकसानों के लिए शोक की अवधि का अनुभव करते हैं, जिसमें उनकी आवाज और उनके स्वास्थ्य की प्रमुख स्थिति शामिल है। उन्हें "सामान्य रूप से" न बोल पाने सहित कई स्थायी कमियों को भी स्वीकार करना पड़ता है। कुछ लोग महसूस कर सकते हैं कि उनके पास बढ़ते अवसाद के शिकार होने या सक्रिय बनने और जीवन में लौटने के बीच एक विकल्प है। बेहतर होने और किसी बाधा पर काबू पाने की इच्छा अवसाद की प्रवृत्ति को उलटने के लिए प्रेरक शक्ति हो सकती है। अवसाद दोबारा हो सकता है; इस पर काबू पाने के लिए निरंतर संघर्ष की आवश्यकता है।

लैरिंजक्टोमीज़ और सिर और गर्दन के कैंसर के मरीज़ अवसाद से निपटने के कुछ तरीकों में शामिल हैं:

- जरूरत होने पर सहायता मांगना
- नशीले पदार्थों से बचना
- चिकित्सीय कारणों (जैसे, हाइपोथायरायडिज्म, दवाई दुष्प्रभाव)से बचाव
- सक्रिय बनने का संकल्प लेना
- तनाव कम करना
- दूसरों के लिए उदाहरण स्थापित करना
- पिछली गतिविधियों पर लौटना

- अवसादरोधी दवा लेने पर विचार करें
- परिवार, दोस्तों, पेशेवर, सहकर्मियों, साथी लेरिन्जेक्टोमीज़, और सहायता समूह से समर्थन लें

ये खुश रहने के कुछ तरीके हैं:

- अवकाश गतिविधियाँ विकसित करें
- व्यक्तिगत संबंध बनाएं
- शारीरिक रूप से फिट और सक्रिय रहें
- परिवार और दोस्तों के साथ सामाजिक पुनर्मिलन
- स्वयंसेवक बने
- उद्देश्यपूर्ण परियोजनाएँ खोजें
- आराम करे

र के सदस्यों और दोस्तों का समर्थन बहुत महत्वपूर्ण है। दूसरों के जीवन में निरंतर भागीदारी और योगदान स्फूर्तिदायक हो सकता है। कोई भी व्यक्ति अपने बच्चों और पोते-पोतियों के जीवन का आनंद लेने, बातचीत करने और उन्हें प्रभावित करने से शक्ति प्राप्त कर सकता है। किसी को बच्चों और पोते-पोतियों के आमने प्रतिकूल परिस्थितियों में हार न मानने

का उदाहरण स्थापित करना सक्रिय होने और अवसाद का विरोध करने के लिए प्रेरक शक्ति हो सकता है। सर्जरी से पहले पसंद की जाने वाली गतिविधियों में फिर से शामिल होना जीवन के लिए निरंतर उद्देश्य प्रदान कर सकता है। स्थानीय लेरिन्जेक्टोमी क्लब की गतिविधियों में भाग लेना समर्थन, सलाह और दोस्ती का एक नया स्रोत हो सकता है।

।किसी सामाजिक कार्यकर्ता, मनोवैज्ञानिक या मनोचिकित्सक जैसे मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर की मदद लेना भी सहायक हो सकता है। एक देखभाल करने वाले व्यक्ति, एक सक्षम चिकित्सक और भाषा रोगविज्ञानी का होना जो निरंतर फालो अप प्रदान कर सके, बहुत महत्वपूर्ण है। उनकी भागीदारी रोगियों को उभरती चिकित्सा और बोलने की समस्याओं से निपटने में मदद कर सकती है और उनकी भलाई की भावना में योगदान कर सकती है।

सिर और गर्दन के कैंसर रोगियों में आत्महत्या

हाल के अध्ययनों के अनुसार कैंसर रोगियों में आत्महत्या की दर सामान्य आबादी की तुलना में दोगुनी है। ये अध्ययन स्पष्ट रूप से रोगियों में अवसाद और आत्महत्या की प्रवृत्ति जैसी मनोरोग संबंधी समस्याओं को पहचानने और उनका इलाज करने की तत्काल आवश्यकता की ओर इशारा करते हैं।

अधिकांश अध्ययनों में कैंसर रोगियों में आत्महत्या से जुड़े अवसादग्रस्त मूड विकारों की उच्च घटना पाई गई है। बड़े और छोटे अवसादग्रस्त विकारों के अलावा, बुजुर्ग कैंसर रोगियों में छुपे हुए कम गंभीर अवसाद की दर भी अधिक होती है जिसे कभी-कभी पहचाना नहीं जाता है और अक्सर इलाज नहीं किया जाता है। कई अध्ययनों से पता चला है कि कैंसर से पीड़ित सभी आत्महत्याओं में से लगभग आधे लोगों में प्रमुख अवसाद मौजूद था। अन्य महत्वपूर्ण योगदान कारकों में चिंता, भावात्मक विकार, दर्द, सामाजिक सहायता प्रणालियों की कमी और मनोबल गिरना शामिल हैं।

आत्महत्या के जोखिम में सापेक्ष वृद्धि कैंसर निदान के बाद पहले पांच वर्षों में सबसे अधिक होती है और उसके बाद धीरे-धीरे कम हो जाती है। हालाँकि, कैंसर निदान के बाद पंद्रह वर्षों तक जोखिम बढ़ा हुआ रहता है। कैंसर के रोगियों में आत्महत्या की उच्च दर पुरुष, या अविवाहित होने से जुड़ी है। पुरुषों में, निदान के समय बढ़ती उम्र के साथ आत्महत्या की उच्च दर देखी जाती है। निदान के समय उन्नत रोग वाले 131

रोगियों में आत्महत्या की दर भी अधिक है।

आत्महत्या की दर कैंसर के प्रकार के अनुसार अलग-अलग होती है: सबसे अधिक दर फेफड़ों और ब्रॉन्कस, पेट और सिर और गर्दन के कैंसर वाले रोगियों में होती है, जिसमें मुख, ग्रसनी और स्वरयंत्र शामिल हैं। इस प्रकार के रोगियों में अवसाद या परेशानी का उच्च प्रसार पाया जाता है

कैंसर. सिर और गर्दन के कैंसर में अवसाद की उच्च दर को किसी के जीवन की गुणवत्ता पर बीमारी के विनाशकारी प्रभाव से समझाया जा सकता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि यह उपस्थिति और बोलने, निगलने और सांस लेने जैसे आवश्यक कार्यों को प्रभावित करता है। कैंसर रोगियों में अवसाद, निराशा, परेशानी, गंभीर दर्द, समस्याओं से जूझने और आत्महत्या के विचार की नियमित स्क्रीनिंग करना जोखिम वाले लोगों की पहचान करने का एक उपयोगी तरीका है। उपयुक्त होने पर मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों को परामर्श और रेफरल करने से जोखिम वाले कैंसर रोगियों में आत्महत्या को रोका जा सकता है। इस दृष्टिकोण में आत्महत्या के लिए उच्च जोखिम वाले रोगियों (और उनके परिवारों) से आत्महत्या करने के लिए उपयोग किए जाने वाले सबसे आम तरीकों तक उनकी पहुंच को कम करने के बारे में बात करना भी शामिल है।

अनिश्चित भविष्य से निपटना

एक बार जब किसी को कैंसर का पता चल जाता है और सफल उपचार के बाद भी, उसके दोबारा लौटने के डर से खुद को पूरी तरह मुक्त करना मुश्किल और असंभव के करीब होता है। कुछ लोग इस अनिश्चितता के साथ जीने में दूसरों से बेहतर हैं; जो लोग अच्छी तरह से तालमेल बिठा लेते हैं, वे अधिक खुश रहते हैं और ऐसा न करने वालों की तुलना में अपने जीवन को आगे बढ़ाने में अधिक सक्षम होते हैं।

भविष्य की भविष्यवाणी करना कठिन बना देता है क्योंकि कैंसर का पता लगाने के लिए उपयोग किए जाने वाले स्कैन (पॉज़िट्रॉन एमिशन टोमोग्राफी या पीईटी, कंप्यूटेड टोमोग्राफी या सीटी, और चुंबकीय अनुनाद इमेजिंग या एमआरआई) आमतौर पर केवल एक इंच से बड़े कैंसर का पता लगाते हैं; चिकित्सक द्वारा ऐसी जगह पर स्थित एक छोटे से घाव का पता लगाना मुश्किल है। इसलिए मरीजों को इस वास्तविकता को स्वीकार करना होगा कि कैंसर वापस आ

सकता है और नियमित शारीरिक परीक्षण और सतर्कता उनकी स्थिति की निगरानी करने का सबसे अच्छा तरीका है।

किसी नए लक्षण से निपटने में अक्सर चिकित्सा सहायता लेने से पहले कुछ दिन इंतजार करने से मदद मिलती है (जब तक कि यह बहुत जरूरी न हो)। सामान्य तौर पर अधिकांश नए लक्षण थोड़े समय में ही दूर हो जाएंगे। समय के साथ, अधिकांश लोग घबराना नहीं और अतीत का उपयोग करना सीख जाते हैं उनके लक्षणों को तर्कसंगत बनाने और समझने के लिए अनुभव, सामान्य ज्ञान और उनका ज्ञान।

उम्मीद है, समय के साथ, व्यक्ति अनिश्चित भविष्य से निपटने में बेहतर हो जाएगा और इसे स्वीकार करना और इसके साथ जीना सीख जाएगा, भय और स्वीकृति के बीच संतुलन बनाएगा।

अनिश्चित भविष्य से निपटने के तरीकों के कुछ सुझावों में शामिल हैं:

- खुद को बीमारी से अलग देखना
- कैंसर के अलावा अन्य रुचियों पर ध्यान केंद्रित करना
- ऐसी जीवन शैली विकसित करना जो तनाव से बचें और आंतरिक शांति को बढ़ावा दे
- नियमित चिकित्सा जांच जारी रखें

निदान को दूसरों के साथ साझा करना

कैंसर का पता चलने के बाद व्यक्ति को यह निर्णय लेना होता है कि जानकारी दूसरों के साथ साझा करनी है या इसे निजी रखना है। व्यक्ति कलंक, अस्वीकृति या भेदभाव के डर से जानकारी को निजी रखना चुन सकते हैं। कुछ लोग असुरक्षा और कमजोरी दिखाना नहीं चाहते

या यह महसूस नहीं करना चाहते कि दूसरे उन पर दया करते हैं। पहचाने या न माने, बीमार लोग

- विशेष रूप से संभावित रूप से लाइलाज बीमारी वाले लोग - समाज में प्रतिस्पर्धी होने में कम सक्षम होते हैं और अक्सर जानबूझकर या अनजाने में उनके साथ भेदभाव किया जाता है। कुछ लोगों को डर हो सकता है कि अन्यथा दयालु मित्र और परिचित कथित अपरिहार्य नुकसान से बचने के लिए खुद को दूर कर सकते हैं - या सिर्फ इसलिए कि वे नहीं जानते कि क्या कहना है या कैसे व्यवहार करना है।

निदान को निजी रखने से भावनात्मक अलगाव और बोझ पैदा हो सकता है क्योंकि व्यक्ति बिना समर्थन के नई वास्तविकता का सामना करता है। कुछ लोग द्वारा दूसरों को भावनात्मक आघात से बचाने के लिए केवल सीमित संख्या में लोगों के साथ निदान साझा किया जाता है। निःसंदेह लोगों से इस विनाशकारी जानकारी को निजी रखने के लिए कहना उन्हें लोगों से भावनात्मक समर्थन और सहायता प्राप्त करने से वंचित कर देता है।

जानकारी को परिवार और दोस्तों के साथ साझा करना कठिन हो सकता है और इसे ऐसे तरीके से प्रस्तुत करना सबसे अच्छा है जो व्यक्ति की मुकाबला करने की क्षमताओं के अनुकूल हो। एक-दूसरे से संवाद करना और प्रत्येक व्यक्ति को प्रश्न पूछने और अपनी भावना, भय और चिंताओं को व्यक्त करने की अनुमति देना सबसे अच्छा है। आशावादी अंदाज में समाचार देने और सुधार की संभावना को उजागर करने से यह आसान हो सकता है। छोटे बच्चों को बताना चुनौतीपूर्ण हो सकता है और जानकारी को पचाने की उनकी क्षमता के अनुसार ही बताना सबसे अच्छा है।

सर्जरी के बाद और विशेष रूप से लेरिंजकोमी के बाद, बीमारी छिपाना संभव नहीं है। अधिकांश लोगों को अपना निदान दूसरों के साथ साझा करने पर अफसोस नहीं होता। उन्हें आम तौर पर पता चलता है कि उनके दोस्त उन्हें नहीं छोड़ते हैं और उन्हें समर्थन और प्रोत्साहन मिलता है जो उन्हें कठिन समय में मदद करता है। "कोठरी से बाहर निकलकर" और अपने निदान को साझा करके, जीवित बचे लोग यह बयान दे रहे हैं कि वे अपनी बीमारी के कारण शर्मिंदा या कमजोर महसूस नहीं करते हैं।

लेरिंजेक्टोमीज़ कैंसर से बचे लोगों में एक छोटा समूह है। फिर भी वे एक अनोखी स्थिति में हैं क्योंकि वे अपना निदान अपनी गर्दन पर और अपनी आवाज के माध्यम से सहन करते हैं। वे इस तथ्य को छिपा नहीं सकते कि वे अपने रंधों से सांस लेते हैं और कमजोर और कभी-कभी

यांत्रिक आवाज़ में बोलते हैं। फिर भी उनका जीवित रहना इस बात का प्रमाण है कि कैंसर का पता चलने के बाद भी उत्पादक और सार्थक जीवन संभव है।

कैंसर से पीड़ित किसी प्रियजन की देखभाल करना

सिर और गर्दन के कैंसर जैसी गंभीर बीमारी से पीड़ित किसी प्रियजन की देखभाल करने वाला बनना बहुत मुश्किल है और यह शारीरिक और भावनात्मक रूप से कठिन हो सकता है। किसी व्यक्ति को पीड़ित होते देखना बेहद कठिन हो सकता है, खासकर तब जब बीमारी को उलटने के लिए वे कुछ नहीं कर सकते। हालाँकि, देखभाल करने वालों को इस बात के महत्व का एहसास होना चाहिए कि वे क्या कर रहे हैं, भले ही उन्हें कोई सराहना न मिले या बहुत कम सराहना मिले।

देखभाल करने वाले अक्सर अपने प्रियजन की संभावित मृत्यु और उनके बिना जीवन जीने से डरते हैं। यह बहुत चिंताजनक और निराशाजनक हो सकता है। कुछ लोग कैंसर के निदान को स्वीकार करने से इनकार करके इसका सामना करते हैं और मानते हैं कि उनके प्रियजनों की बीमारी कम गंभीर प्रकृति की है।

देखभाल करने वाले अक्सर उस व्यक्ति की भलाई और जरूरतों का त्याग कर देते हैं जिसकी वे देखभाल करते हैं। अक्सर गुस्से, हताशा और चिंताओं का निशाना बनने के बावजूद उन्हें अपने प्रियजनों के डर को शांत करना पड़ता है और उनका समर्थन करना पड़ता है। ये निराशाएँ सिर और गर्दन के कैंसर से पीड़ित लोगों में अतिरंजित हो सकती हैं जिन्हें अक्सर मौखिक रूप से खुद को व्यक्त करने में कठिनाई होती है। बीमार व्यक्ति को परेशान होने से बचाने के लिए देखभाल करने वाले अक्सर अपनी भावनाओं को दबाते हैं और अपनी भावनाओं को छिपाते हैं। यह बहुत कष्टकारी और कठिन है।

रोगी और उनकी देखभाल करने वालों के लिए एक-दूसरे से खुलकर और ईमानदारी से बात करना और अपनी भावनाओं, चिंताओं और आकांक्षाओं को साझा करना उपयोगी है। बोलने में कठिनाई वाले लोगों के लिए यह अधिक चुनौतीपूर्ण हो सकता है। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ संयुक्त रूप से मिलने से बेहतर विमर्श होता है और साझा निर्णय लेने में सुविधा होती है। दुर्भाग्य से, देखभाल करने वालों की भलाई को अक्सर नजरअंदाज कर दिया जाता है, क्योंकि सारा ध्यान बीमार व्यक्ति पर केंद्रित होता है। हालाँकि, यह आवश्यक है, ताकि देखभाल करने

वाले की जरूरतों को नजरअंदाज न किया जाए। दोस्तों, परिवार, सहायता समूहों और मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के माध्यम से शारीरिक और भावनात्मक समर्थन प्राप्त करना देखभाल करने वाले के लिए बहुत मददगार हो सकता है। परामर्श व्यक्तिगत या सहायता समूह के आधार पर, या परिवार के अन्य सदस्यों और/या रोगी के साथ संयुक्त हो सकता है। देखभाल करने वालों को अपनी बैटरी को "रिचार्ज" करने के लिए समय निकालना चाहिए। अपनी जरूरतों के लिए समय समर्पित करने से देखभाल करने वालों को अपने प्रियजनों के लिए समर्थन और ताकत का स्रोत बने रहने में मदद मिल सकती है। राहत देखभाल में सहायता के लिए संगठन उपलब्ध हैं।

सामाजिक और भावनात्मक समर्थन के स्रोत

यह पता चलना कि किसी को स्वरयंत्र या सिर और गर्दन का कोई कैंसर है, व्यक्ति के जीवन और उनके करीबी लोगों के जीवन को बदल सकता है। इन परिवर्तनों को संभालना कठिन हो सकता है। बीमारी के मनोवैज्ञानिक और सामाजिक प्रभाव से बेहतर ढंग से निपटने के लिए समाज से मदद मांगना बहुत महत्वपूर्ण है।

भावनात्मक बोझ में उपचार और उसके दुष्प्रभावों, अस्पताल में रहने और बीमारी के आर्थिक प्रभाव सहित चिकित्सा बिलों से निपटने की चिंताएं शामिल हैं। अतिरिक्त चिंताएँ किसी के परिवार की देखभाल करने, अपना काम जारी रखने और अपनी दैनिक गतिविधियों को जारी रखने पर केंद्रित होती हैं।

अन्य लेरिन्जेक्टोमी और सिर और गर्दन के कैंसर सहायता समूहों तक पहुंचना और उनसे विमर्श करना सहायक हो सकता है। साथी जीवित बचे लोगों द्वारा मरीज से अस्पताल और घर में जाकर मिलना सहायता और सलाह प्रदान कर सकता है और सुधार की सुविधा प्रदान कर सकता है। साथी लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीज और सिर और गर्दन के कैंसर से बचे लोग मरीज को अक्सर मार्गदर्शन प्रदान कर सकते हैं और सफल रिकवरी और पूर्ण और जीवन्त जीवन में लौटने की क्षमता के लिए एक उदाहरण स्थापित कर सकते हैं।

समर्थन के स्रोतों में शामिल हैं:

- स्वास्थ्य देखभाल टीम के सदस्य (चिकित्सक, नर्स, और भाषा रोगविज्ञानी) उपचार, कार्य या अन्य गतिविधियों के बारे में सवालों के जवाब दे सकते हैं और स्पष्ट कर सकते हैं।

- यदि कोई अपनी भावनाओं या चिंताओं को साझा करना चाहता है तो सामाजिक कार्यकर्ता, परामर्शदाता वर्ग के सदस्य मददगार हो सकते हैं। सामाजिक कार्यकर्ता वित्तीय सहायता, परिवहन, घरेलू देखभाल और भावनात्मक समर्थन के लिए संसाधन सुझा सकते हैं।

- लेरिन्जेक्टोमीज़ और सिर और गर्दन के कैंसर से पीड़ित अन्य व्यक्तियों के लिए सहायता समूह, रोगियों और उनके परिवार के सदस्यों के साथ यह साझा कर सकते हैं कि उन्होंने कैंसर से निपटने के बारे में क्या सीखा है। ऐसे समूह व्यक्तिगत रूप से, टेलीफोन पर या इंटरनेट पर सहायता की पेशकश कर सकते हैं। स्वास्थ्य देखभाल करने वाली टीम के सदस्य सहायता समूह ढूंढने में मदद करने में सक्षम हो सकते हैं।

- इंटरनेशनल एसोसिएशन ऑफ लेरिन्जेक्टोमी वेबसाइट अमेरिका और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर स्थानीय लेरिन्जेक्टोमी क्लबों की एक सूची प्रदान करती है। <http://www.theial.com/ial/>

संभावित संसाधनों और सहायता समूहों की पूरी सूची परिशिष्ट (पृष्ठ 159) पर पाई जा सकती है।

लेरिन्जेक्टोमी होने के कुछ "फायदे" हैं

लेरिन्जेक्टोमी होने के कुछ "फायदे" भी हैं, जिनमें शामिल हैं:

- अब और खर्चा नहीं

- टाई न पहनने का बहाना

- आपत्तिजनक या परेशान करने वाली गंध नहीं आना
- नाक में सर्दी का कम होना
- फेफड़ों में एस्पिरेशन का कम जोखिम
- आपात्कालीन स्थिति में रंध्र के माध्यम से इन्ट्यूबेशन करना आसान है

अध्याय 16 :

कैंसर के निदान और फालो अप में सीटी, एमआरआई और पीईटी स्कैन का उपयोग

कंप्यूटेड टोमोग्राफी (सीटी), मैग्नेटिक रेज़ोनेंस इमेजिंग (एमआरआई), और पॉज़िट्रॉन एमिशन टोमोग्राफी (पीईटी) स्कैन नान इनवेजिव चिकित्सा इमेजिंग प्रक्रियाएं हैं जो आंतरिक शरीर संरचनाओं के देखने को सक्षम बनाती हैं। इनका उपयोग कैंसर का पता लगाने और उसकी प्रगति तथा चिकित्सा का प्रभाव का पता लगाने के लिए भी किया जाता है।

एमआरआई का उपयोग कैंसर के निदान, स्टेजिंग और उपचार योजना के लिए किया जा सकता है। अधिकांश एमआरआई प्रणालियों का मुख्य घटक एक बड़ी ट्यूब के आकार का या बेलनाकार चुंबक है। गैर-आयनीकरण रेडियोफ्रीक्वेंसी तरंगों, शक्तिशाली चुंबकों और एक कंप्यूटर का उपयोग करके, यह तकनीक शरीर के अंदर की विस्तृत, क्रॉस-अनुभागीय तस्वीरें तैयार करती है। कुछ मामलों में, शरीर में कुछ संरचनाओं को रोशन करने के लिए कंट्रास्ट रंगों का उपयोग किया जाता है। इन रंगों को सुई और सिरिंज के साथ सीधे रक्तप्रवाह में इंजेक्ट किया जा सकता है या अध्ययन किए जा रहे शरीर के क्षेत्र के आधार पर उन्हें निगल लिया जा सकता है। एमआरआई से, सामान्य और रोगग्रस्त ऊतकों के बीच अंतर करना और शरीर के भीतर ट्यूमर का सटीक पता लगाना संभव है। यह मेटास्टेस का पता लगाने में भी उपयोगी है।

इसके अतिरिक्त, एमआरआई सीटी स्कैन की तुलना में शरीर के विभिन्न कोमल ऊतकों के बीच अधिक अंतर प्रदान करता है। इस प्रकार, यह मस्तिष्क, रीढ़, संयोजी ऊतक, मांसपेशियों और हड्डियों के अंदर की इमेजिंग के लिए विशेष रूप से उपयोगी है। स्कैन करने के लिए रोगी को

एक बड़े उपकरण के भीतर लिटा दिया जाता है जो चुंबकीय क्षेत्र बनाता है जो शरीर में अणु नाभिक के चुंबकत्व को संरेखित करता है। एमआरआई परीक्षण दर्द रहित हैं। कुछ मरीज परीक्षण के दौरान हल्की से गंभीर घबराहट और/या बेचैनी की भावनाओं की रिपोर्ट करते हैं। परीक्षण से पहले उन लोगों को हल्की नींद की दवा दी जा सकती है उन मरीजों में जो क्लॉस्ट्रोफोबिक हैं या जिन्हें लंबे समय तक लेटने में कठिनाई होती है। एमआरआई मशीनें तेज़ धमाके, थपथपाहट और गुनगुनाहट जैसी आवाज़ें पैदा करती हैं। इयरप्लग पहनने से शोर का प्रभाव कम हो सकता है।

सीटी एक चिकित्सा इमेजिंग प्रक्रिया है जो रोगी के शरीर के विशिष्ट क्षेत्रों की टोमोग्राफिक छवियां या 'कट' उत्पन्न करने के लिए कंप्यूटर-संसाधित एक्स-रे का उपयोग करती है। इन क्रॉस-सेक्शनल छवियों का उपयोग कई चिकित्सा विषयों में नैदानिक और चिकित्सीय उद्देश्यों के लिए किया जाता है। डिजिटल ज्यामिति कम्प्यूटरीकृत प्रसंस्करण का उपयोग घूर्णन के एक ही अक्ष के चारों ओर ली गई बड़ी संख्या में दो-आयामी एक्स-रे छवियों से किसी शरीर स्थल या अंग के अंदर की त्रि-आयामी छवि उत्पन्न करने के लिए किया जाता है। कंट्रास्ट रंगों का उपयोग शरीर में कुछ संरचनाओं को रोशन करने के लिए किया जा सकता है।

पीईटी स्कैन एक अणु चिकित्सा इमेजिंग परीक्षण है जो शरीर में कार्यात्मक चयापचय प्रक्रियाओं की त्रि-आयामी छवि या चित्र बनाता है। यह "ट्रेसर" नामक एक रेडियोधर्मी पदार्थ का उपयोग करता है जिसे शरीर में बीमारी का पता लगाने के लिए नस के माध्यम से इंजेक्ट किया जाता है। ट्रेसर रक्त के माध्यम से शरीर में यात्रा करता है और उच्च चयापचय गतिविधि वाले अंगों और ऊतकों में एकत्र होता है। एक एकल पीईटी स्कैन संपूर्ण मानव शरीर के सेलुलर कार्य की सटीक छवि बना सकता है।

चूंकि पीईटी स्कैन कैंसर, संक्रमण या सूजन जैसे किसी भी कारण से बढ़ी हुई चयापचय गतिविधि का पता लगाता है, इसलिए यह पर्याप्त नहीं है और इसलिए उनके बीच अंतर नहीं किया जा सकता है। इससे परिणामों की अस्पष्ट व्याख्या हो सकती है और अनिश्चितता पैदा हो सकती है जिससे आगे के परीक्षण हो सकते हैं जिनकी आवश्यकता नहीं हो सकती है। इससे वित्तीय बोझ के अतिरिक्त, चिंता और हताशा भी उत्पन्न हो सकती है।

यह जानना भी महत्वपूर्ण है कि कभी-कभी ये परीक्षण सही नहीं होते हैं और एक छोटे ट्यूमर (एक इंच से कम) को मिस कर सकते हैं। किसी भी स्कैनिंग के साथ डाक्टरों द्वारा संपूर्ण शारीरिक परीक्षण भी होना चाहिए। ईटी और सीटी स्कैन अक्सर एक ही सत्र में किए जाते हैं

और एक ही मशीन द्वारा किए जाते हैं। जबकि पीईटी स्कैन शरीर के जैविक कार्य को प्रदर्शित करता है, सीटी स्कैन किसी भी बढ़ी हुई चयापचय गतिविधि के स्थान के संबंध में शरीर रचना में बदलाव की जानकारी प्रदान करता है

का उपयोगकैंसर के निदान और अनुवर्ती कार्रवाई में सीटी, एमआरआई और पेट स्कैन

इन दो स्कैनिंग प्रौद्योगिकियों के संयोजन से, एक चिकित्सक मौजूदा कैंसर का अधिक सटीक निदान और पहचान कर सकता है। सामान्य सिफारिश यह है कि कैंसर को हटाने वाली सर्जरी के बाद जितना अधिक समय व्यतीत होगा, कम से कम पीईटी/सीटी स्कैन किए जाएं। आम तौर पर, पीईटी/सीटी पहले वर्ष के दौरान हर तीन से छह महीने में, फिर दूसरे के दौरान हर छह महीने में और फिर जीवन भर वार्षिक रूप से किया जाता है। हालाँकि, ये सिफारिशें अध्ययन पर आधारित नहीं हैं और केवल विशेषज्ञों की राय या आम सहमति हैं। चिंता या संदिग्ध निष्कर्ष होने पर अधिक स्कैन किए जाते हैं। हालाँकि, पीईटी और/या सीटी स्कैन शेड्यूल करते समय, जानकारी से प्राप्त किसी भी संभावित लाभ को आयनीकृत विकिरण और या एक्स-रे के संपर्क के किसी भी संभावित हानिकारक प्रभाव के विरुद्ध तौला जाना चाहिए।

कभी-कभी चिकित्सकों को पीईटी स्कैन की आवश्यकता नहीं होती है और वे केवल संबंधित क्षेत्र के लिए समर्पित सीटी स्कैन का अनुरोध करते हैं। ऐसी सीटी संयुक्त पीईटी/सीटी की तुलना में अधिक सटीक है, पूर्व में समस्या के निदान में सहायता के लिए कंट्रास्ट सामग्री का इंजेक्शन भी शामिल हो सकता है।

विशेष रूप से कभी-कभी सीटी मददगार नहीं होती हैउन लोगों में जिनके पास फीलीन्ग, क्राउन या इम्प्लान्ट जैसा व्यापक दंत चिकित्सा हुयी थी, जो डेटा की व्याख्या में हस्तक्षेप कर सकता है। सीटी न करने से रोगी को पर्याप्त मात्रा में विकिरण प्राप्त होने से बचाया जा सकता है। इसके बजाय, क्षेत्र का एमआरआई किया जा सकता है।

स्कैन देखते समय, रेडियोलॉजिस्ट यह निर्धारित करने के लिए नए स्कैन की तुलना पुराने स्कैन से करते हैं कि क्या कोई बदलाव हुआ है। यह यह निर्धारित करने में उपयोगी हो सकता है कि क्या कोई नई विकृति है।

अध्याय 17 :

आपात् देखभाल, कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेशन (सीपीआर), और एनेस्थीसिया के दौरान लेरिन्जेक्टोमीज़ की देखभाल

लेरिन्जेक्टोमी और गर्दन से सांस लेने वाले अन्य लोगों के लिए जान बचाव श्वास

जब लैरिन्जेक्टोमी और गर्दन से सांस लेने वाले अन्य लोगों को सांस लेने में कठिनाई का अनुभव होता है या जब उन्हें कार्डियोपल्मोनरी पुनर्जीवन (सीपीआर) की आवश्यकता होती है, तो उन्हें अपर्याप्त तीव्र देखभाल प्राप्त होने का बड़ा खतरा होता है। आपातकालीन विभाग (ईडी) और आपातकालीन चिकित्सा प्रतिक्रिया सेवाओं (ईएमएस) के कर्मी अक्सर ऐसे मरीज को नहीं पहचानते हैं जो गर्दन से सांस ले रहा है, उचित तरीके से ऑक्सीजन देना नहीं जानता है, और गलती से मुंह से मुंह में वेंटिलेशन दे सकता है जबकि -टू-स्टोमा वेंटिलेशन जरूरी होता है। इससे विनाशकारी परिणाम हो सकते हैं, जिससे बीमार लोगों को जीवित रहने के लिए आवश्यक ऑक्सीजन से वंचित होना पड़ सकता है।

कई चिकित्सा कर्मी लैरिन्जेक्टोमी की देखभाल से परिचित नहीं हैं क्योंकि लैरिन्जेक्टोमी एक अपेक्षाकृत दुर्लभ प्रक्रिया है। वर्तमान में लैरिन्जियल कैंसर का शीघ्र पता लगाया जाता है और उसका इलाज किया जाता है। टोटल लेरिन्जेक्टोमी का संकेत आम तौर पर केवल बड़े ट्यूमर या पिछले उपचार के बाद दोबारा उभरे ट्यूमर के लिए किया जाता है। वर्तमान में संयुक्त राज्य अमेरिका में लगभग 60,000 व्यक्ति ही ऐसे हैं जो इस प्रक्रिया से गुजरे हैं। परिणामस्वरूप, तीव्र देखभाल स्वास्थ्य प्रदाताओं का लैरिन्जेक्टोमीज़ मरीज के साथ पहले से भी कम संपर्क रह गया है।

यह इस अनुभाग में लेरिन्जेक्टोमी और अन्य गर्दन से सांस लेने वालों की विशेष आवश्यकताएं, लैरींगेक्टॉमी के बाद शारीरिक परिवर्तनों की व्याख्या की गई है, यह अनुभाग बताता है कि लैरींगेक्टोमी मरीज कैसे बोलते हैं और उन्हें कैसे पहचानते हैं, कुल और आंशिक गर्दन से सांस लेने वालों के बीच अंतर कैसे करें, यह जानकारी भी दी गई है। और यह कुल और आंशिक गर्दन की सांस की लिए बचाव में उपयोग की जाने वाली प्रक्रियाओं और उपकरणों का वर्णन करती है।

लेरिंजक्टोमीज़ में अचानक श्वसन संकट के कारण

लेरिन्जेक्टॉमी सबसे आम रूपसे सिर और गर्दन का कैंसर के रोगीयो मे किया जाता है। कई लेरिन्जेक्टोमी अपनी घातकता और इसके उपचार के परिणामस्वरूप होने वाली अन्य चिकित्सीय समस्याओं से भी पीड़ित होते हैं जिनमें अक्सर विकिरण, सर्जरी और कीमोथेरेपी शामिल होती है। लेरिन्जेक्टोमीज़ को बोलने में भी कठिनाई होती है और इसलिए उन्हें संवाद करने के लिए विभिन्न तरीकों का उपयोग करना पड़ता है।

लेरिन्जेक्टोमी में अचानक सांस लेने में कठिनाई का सबसे आम कारण किसी विदेशी वस्तु या म्यूकस प्लग के एस्पिरेशन के कारण वायुमार्ग में रुकावट है। लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीज हृदय, फेफड़े और संवहनी समस्याओं सहित अन्य चिकित्सीय स्थितियों से भी पीड़ित हो सकते हैं जो अक्सर उम्र से संबंधित होती हैं।

टोटल लेरिंजक्टोमी.

लेरिन्जेक्टोमीज़ की शारीरिक रचना अलग हैउन लोगों की शारीरिक रचना से जो इस प्रक्रिया से नहीं गुज़रे हैं। संपूर्ण लेरिन्जेक्टॉमी के बाद, रोगी स्टोमा (श्वासनली के लिए गर्दन में एक छेद) के माध्यम से सांस लेता है। श्वासनली और मुंह और नाक के बीच अब कोई संबंध नहीं रह गया है। (चित्र 1) लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीज को पहचानना मुश्किल हो सकता है क्योंकि कई लोग अपने रंध को फोम कवर, एस्कॉट या अन्य कपड़ों से ढकते हैं। कई लोग अपने रंध पर हीट और नमी एक्सचेंजर (एचएमई) या हैंड्स फ्री डिवाइस (अध्याय 9, पृष्ठ 65 और पृष्ठ 69 देखें) भी लगाते हैं।

लेरिन्जेक्टोमीज़ द्वारा उपयोग की जाने वाली बातचीत की विधियाँ

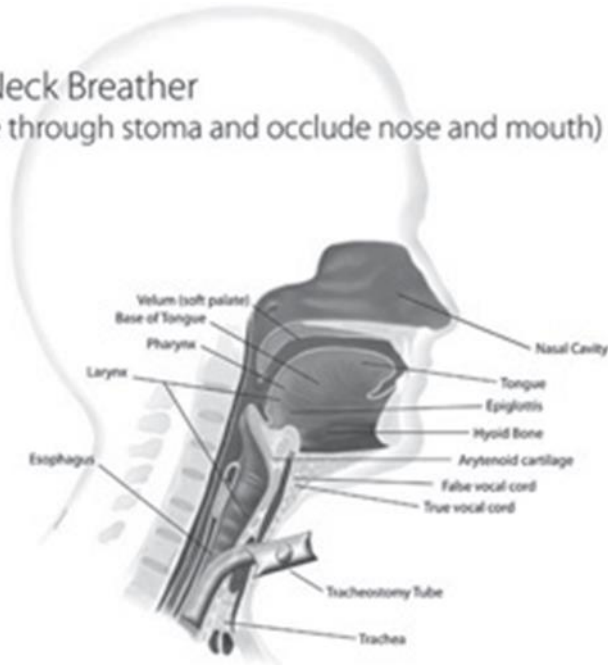
लेरिन्जेक्टोमी संचार के विभिन्न तरीकों का उपयोग करते हैं (अध्याय 6, पृष्ठ 43 देखें), जिसमें लेखन, मूक अभिव्यक्ति, सांकेतिक भाषा और तीन तरह की भाषण विधी शामिल हैं। ये विधियाँ हैं एसोफेजियल स्पीच, ट्रेकियो-एसोफेजियल पंचर (टीईपी) के माध्यम से वॉयस प्रोस्थेसिस, और इलेक्ट्रॉनिक लैरिंक्स (कृत्रिम लैरिंक्स डिवाइस) स्पीच। इनमें से प्रत्येक विधि लोकल कार्ड द्वारा उत्पन्न कंपन को किसी अन्य स्रोत में प्रतिस्थापित करती है जबकि शब्दों का वास्तविक निर्माण जीभ और होंठों द्वारा किया जाता है।

आंशिक गर्दन से सांस लेने वालों और कुल गर्दन से सांस लेने वालों के बीच अंतर

चिकित्सा कर्मियों के लिए यह महत्वपूर्ण है कि वे आंशिक गर्दन से सांस लेने वालों को कुल गर्दन से सांस लेने वालों (लैरिंजेक्टोमीज़) से अलग करें क्योंकि प्रत्येक समूह का प्रबंधन अलग होता है। गर्दन की सांसों में श्वासनली ऊपरी वायुमार्ग से जुड़ी नहीं होती है और सभी श्वास ट्रेकियोस्टोमी साइट के माध्यम से होती है। इसके विपरीत, हालांकि आंशिक गर्दन ब्रीथर्स में ट्रेकियोस्टोमी साइट मौजूद होती है, फिर भी श्वासनली और ऊपरी वायुमार्ग के बीच एक संबंध होता है (चित्र 5)। हालाँकि आंशिक रूप से गर्दन से सांस लेने वाले लोग मुख्य रूप से अपने रंध से सांस लेते हैं, वे अपने मुँह और नाक से भी सांस लेने में सक्षम होते हैं। इन व्यक्तियों में ऊपरी वायुमार्ग से सांस लेने की सीमा भिन्न-भिन्न होती है।

कई आंशिक गर्दन ब्रीथर्स ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब के माध्यम से सांस लेते हैं, जो रंध से बाहर निकल सकता है और अक्सर गर्दन से बंधा होता है। गर्दन की आंशिक सांस ब्रीथर्स को पहचानने में विफलता के कारण अनुचित उपचार हो सकता है।

Partial Neck Breather (Ventilate through stoma and occlude nose and mouth)



चित्र 5: आंशिक गर्दन श्वासयंत्र की शारीरिक रचना

बचाव श्वास की तैयारी। गर्दन बचाने के उपायसांस लेने वाले हैं:

1. रोगी की अनुत्तरदायीता का निर्धारण करें
2. सक्रिय आपातकालीन चिकित्सा सेवाएँ
3. व्यक्ति के कंधों को ऊपर उठाकर उसे स्थिति में रखें
4. गर्दन को उजागर करें और रंध को ढकने वाली किसी भी चीज़ जैसे फ़िल्टर या कपड़े को हटा दें, जो वायुमार्ग तक पहुंच को रोक सकता है

5. रंध में वायुमार्ग को सुरक्षित करें और वायुमार्ग को अवरुद्ध करने वाली किसी भी चीज़ जैसे फ़िल्टर या एचएमई को हटा दें

6. रंध से किसी भी बलगम को साफ़ करें

रंध की हाउसिंग को तब तक हटाना आवश्यक नहीं है जब तक कि यह वायुमार्ग को अवरुद्ध न कर दे। लेरिन्जेक्टॉमी ट्यूब या स्टोमा बटन को सावधानीपूर्वक हटाया जा सकता है। वॉयस प्रोस्थेसिस को तब तक नहीं हटाया जाना चाहिए, जब तक कि यह वायुमार्ग को अवरुद्ध न कर रहा हो, क्योंकि यह आमतौर पर सांस लेने या सक्शन में हस्तक्षेप नहीं करता है। यदि कृत्रिम अंग उखड़ गया है तो इसे हटा दिया जाना चाहिए और एस्पिरेशन और फिस्टुला बंद होने से रोकने के लिए कैथेटर से बदल दिया जाना चाहिए। यदि मौजूद है, तो श्वासनली ट्यूब को 2-5 सीसी स्टराइल सलाईन डालने के बाद सक्शन करने की आवश्यकता हो सकती है या किसी भी बलगम प्लग को साफ करने के लिए इसे पूरी तरह से (बाहरी और आंतरिक दोनों भागों) हटा दिया जाना चाहिए। रंध को पोंछकर सक्शन करना चाहिए। अगला कदम रंध के ऊपर से सांस लेने की आवाज़ को सुनना है। यदि ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब अवरुद्ध हो तो छाती उठने में विफल हो सकती है।

यदि रिससिटेशन के लिए ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब का उपयोग किया जाता है तो यह नियमित ट्यूब से छोटी होनी चाहिए ताकि यह श्वासनली की लंबाई में फिट हो सके। ट्यूब डालने में सावधानी बरतनी चाहिए ताकि यह वॉयस प्रोस्थेसिस को न उखाड़े। इसके लिए छोटे व्यास वाली ट्यूब के उपयोग की आवश्यकता हो सकती है।

यदि रोगी सामान्य रूप से सांस ले रहा है तो उसके साथ किसी बेहोश रोगी की तरह व्यवहार किया जाना चाहिए। यदि लंबे समय तक ऑक्सीजन देने की आवश्यकता हो तो इसे ह्यूमिडिफाय किया जाना चाहिए।

रेडियेशन के बाद फाइब्रोसिस के कारण कुछ लेरिन्जेक्टोमी की गर्दन में कैरोटिड धमनी नाड़ी का पता लगाना मुश्किल हो सकता है। कुछ रोगियों की एक बांह में रेडियल धमनी नाड़ी नहीं हो

सकती है यदि उस बांह के ऊतक का उपयोग ऊपरी वायुमार्ग के पुनर्निर्माण के लिए एक मुक्त फ्लैप के लिए किया गया हो ऐसा हो सकता है।

टोटल नेक ब्रीथर्स का वेंटिलेशन।

गर्दन से सांस लेने वालों के लिए सीपीआर आमतौर पर एक बड़े अपवाद को छोड़कर सामान्य व्यक्तियों पर किए जाने वाले सीपीआर के समान है। गर्दन में सांस लेने वालों को वेंटिलेशन और ऑक्सीजन उनके रंध्र के माध्यम से दिया जाता है. यह मुंह से रंध्र तक 145 वेंटिलेशन द्वारा या ऑक्सीजन मास्क (शिशु/बच्चे का मास्क या 900 का वयस्क मास्क) का उपयोग करके किया जा सकता है (चित्र 4 और 5)। मुँह से मुँह में हवा देने की कोशिश करना बेकार है।



चित्र 4: ऑक्सीजन मास्क



चित्र 5: बचाव श्वास में प्रयुक्त शिशु बैग वाल्व मास्क

आंशिक गर्दन ब्रीथर्स का वेंटिलेशन।

हालाँकि आंशिक रूप से गर्दन से सांस आती है। मुख्य रूप से अपने गर्दन के रंध्रों के माध्यम से साँस लेते और छोड़ते हैं, फिर भी उनके फेफड़ों और उनकी नाक और मुँह के बीच एक संबंध होता है। इसलिए, हवा उनके मुँह और/या नाक से बाहर निकल सकती है, जिससे वेंटिलेशन की प्रभावशीलता कम हो जाती है। हालाँकि आंशिक रूप से गर्दन से सांस लेने वालों को भी उनके रंध्र के माध्यम से वेंटिलेशन मिलता है, हवा को बाहर निकलने से रोकने के लिए उनके मुँह बंद रखे जाने चाहिए और उनकी नाक भी बंद होनी चाहिए। यह रोगी के मुँह और नाक को कसकर बंद करके किया जा सकता है।

निष्कर्ष के तौर पर:

आपातकालीन विभाग और ईएमएस कर्मियों को उन लोगों को पहचानने में सतर्क रहना चाहिए जो मुँह और नाक से सांस नहीं लेते हैं। विभिन्न जगहों पर स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं का ज्ञान भिन्न हो सकता है। कई स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता गर्दन से सांस लेने वालों की देखभाल से परिचित नहीं हैं, हालाँकि यह सीपीआर पाठ्यक्रमों में सिखाया जाता है। यह आवश्यक है कि चिकित्सा कर्मी गर्दन से सांस लेने वालों की पहचान करना सीखें और गर्दन से आंशिक सांस लेने वालों को कुल गर्दन से सांस लेने वालों से अलग करना सीखें। रंध्र के माध्यम से ऑक्सीजन और वेंटिलेशन का उचित रूप से देना और गर्दन से सांस लेने वालों के लिए सीपीआर

के विशिष्ट विवरण का समय-समय पर अभ्यास किया जाना चाहिए। चिकित्सा और ईएमएस समुदाय को गर्दन से सांस लेने वालों के उचित उपचार के बारे में अपना ज्ञान बनाए रखना चाहिए ताकि तत्काल परिस्थितियों में इन व्यक्तियों की प्रभावी देखभाल प्रदान की जा सके।

गर्दन से सांस लेने की विशिष्ट श्वसन समस्याओं में बलगम के प्लग और फारेन बाडी का एस्पिरेशन शामिल है। यद्यपि गर्दन से आंशिक रूप से सांस लेने वाले लोग मुख्य रूप से अपने रंधों के माध्यम से सांस लेते और छोड़ते हैं, फिर भी उनके फेफड़ों, उनकी 147

नाक और उनके मुँह के बीच एक संबंध होता है। इसके विपरीत, कुल गर्दन की सांसों में ऐसा कोई संबंध नहीं है। आंशिक और कुल दोनों प्रकार की गर्दन की सांसों को उनके ट्रेकियोस्टोमी स्थलों के माध्यम से वेन्टिलेशन किया जाना चाहिए। हालाँकि, आंशिक रूप से गर्दन की सांस लेने वाले मरीजों में हवा को बाहर निकलने से रोकने के लिए मुँह को और नाक को बंद करना होगा। रंध के माध्यम से वेन्टिलेशन करने के लिए एक शिशु या बच्चा बैग वाल्व मास्क का उपयोग किया जाना चाहिए।

लैरिंजक्टोमीज़ सहित गर्दन से सांस लेने वालों की पर्याप्त तत्काल देखभाल सुनिश्चित करना

गर्दन से सांस लेने वालों को सांस की तकलीफ के कारण तत्काल चिकित्सा देखभाल की मांग करते समय अपर्याप्त चिकित्सा प्राप्त होने का उच्च जोखिम होता है।

गर्दन में सांस लेने वाले किसी दुर्घटना को रोक सकते हैं:

1. एक ऐसा ब्रेसलेट पहनना जो उन्हें गर्दन पर सांस लेने वाले के रूप में पहचाने
2. उनकी चिकित्सीय स्थितियों, उनकी दवा, उनके डॉक्टरों के नाम और उनकी संपर्क जानकारी का वर्णन करने वाली एक सूची अपने पास रखना।
3. उनकी कार की खिड़कियों के अंदर एक स्टिकर लगाकर उनकी पहचान लैरिंजक्टोमीज़ मरीज के रूप में की जाए। कार्ड में आपात स्थिति में उनकी देखभाल के बारे में जानकारी होती है

4. उनके घर के सामने के दरवाजे पर एक नोट लगाकर उन्हें गर्दन से सांस लेने वालों के रूप में पहचाना जाए
5. इलेक्ट्रोलैरिक्स का उपयोग सहायक हो सकता है और आपातकालीन स्थिति में भी बातचीत की अनुमति दे सकता है। जो लोग बात के लिए टीईपी का उपयोग करते हैं वे बोलने में सक्षम नहीं हो सकते क्योंकि उनके एचएमई को हटाने की आवश्यकता हो सकती है।
6. स्थानीय 911 आपातकालीन सेवाओं, ईएमएस और पुलिस विभाग को सूचित करना कि
7. वे मुश्किल स्थिति में हैं और आपात स्थिति के दौरान बोलने में सक्षम नहीं हो सकते हैं
8. यह सुनिश्चित करना कि उनके स्थानीय इमरजन्सी विभाग के चिकित्सा कर्मी गर्दन से सांस लेने वालों को पहचान सकें और उनका इलाज कर सकें

सतर्क रहना और अपने क्षेत्र में चिकित्सा कर्मियों और ईएमएस के बीच जागरूकता बढ़ाना लैरिंजेक्टोमीज़ मरीजों पर निर्भर है। यह एक सतत कार्य हो सकता है, क्योंकि स्वास्थ्य प्रदाताओं का ज्ञान अलग-अलग हो सकता है और समय के साथ बदल सकता है।

गर्दन से सांस लेने वालों को तत्काल श्वसन देखभाल प्रदान करने के लिए आवश्यक तरीकों को समझाने वाला एक वीडियो यहां देखा जा सकता है:

<http://www.youtube.com/watch?v=YE-n8cgl77Q>

गर्दन से सांस लेने वाले लोग इस प्रस्तुति को अपने आपातकालीन देखभाल दाताओं (निकटतम ईडी और ईएमटी) के साथ साझा कर सकते हैं।

लेरिंजेक्टोमी मरीज के रूप में किसी प्रक्रिया या सर्जरी से गुजरना

स्थानीय या सामान्य एनेस्थीसिया द्वारा बेहोश करने की क्रिया या सर्जरी द्वारा एक प्रक्रिया से गुजरना, (उदाहरण के लिए, एक कोलोनोस्कोपी) लेरिंजेक्टोमी के लिए चुनौतीपूर्ण है। दुर्भाग्य से, अधिकांश चिकित्सा कर्मी जो सर्जरी से पहले, उसके दौरान और बाद में लैरिंजेक्टोमी की देखभाल करते हैं, वे उनकी अनूठी शारीरिक रचना, वे कैसे बोलते हैं, और प्रक्रिया या ऑपरेशन के दौरान और बाद में अपने श्वसन मार्ग का प्रबंधन कैसे करते हैं, से परिचित नहीं हैं। इनमें नर्स, मेडिकल शामिल हैं तकनीशियन, सर्जन और यहां तक कि एनेस्थेटिस्ट भी। इसलिए यह सलाह

दी जाती है कि लेरिन्जेक्टोमी उन लोगों को अपनी अनूठी ज़रूरतों और शरीर रचना के बारे में पहले ही बता दें जो उनका इलाज कर रहे होंगे।

व्याख्यात्मक चित्रण या चित्रों का उपयोग सहायक होता है। जिन लोगों के पास आवाज कृत्रिम अंग है, उन्हें इसके कार्य को समझने के लिए एनेस्थेतिस्ट को अपने रंध्र को देखने की अनुमति देनी चाहिए और इसे न हटाने की चेतावनी दी जानी चाहिए। एनेस्थेतिस्ट को वह वीडियो प्रदान करना सहायक होता है जो बताता है कि गर्दन की सांस को कैसे हवादार किया जाए (एटोस मेडिकल इंक से संपर्क करके निःशुल्क उपलब्ध) या उन्हें यूट्यूब पर इसका लिंक यहां उपलब्ध कराया जाए: <http://www.youtube.com/watch?v=YE-n8cgl77Q>

चिकित्सा कर्मियों को यह समझना चाहिए कि एक व्यक्तिटोटल लेरिन्जेक्टोमी का ऑरोफरीनक्स और श्वासनली के बीच कोई संबंध नहीं है और इसलिए वेंटिलेशन और वायुमार्ग सक्शन रंध्र के माध्यम से किया जाना चाहिए, न कि नाक या मुंह के माध्यम से।

स्थानीय एनेस्थीसिया के तहत बेहोश करने की क्रिया या सर्जरी से गुजरना लेरिन्जेक्टोमी के लिए चुनौतीपूर्ण होता है क्योंकि इलेक्ट्रोलेरिक्स या वॉयस प्रोस्थेसिस के साथ बोलना आम तौर पर संभव नहीं होता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि रंध्र ऑक्सीजन मास्क से ढका होता है और मरीज के हाथ आमतौर पर बंधे होते हैं। हालाँकि, जो व्यक्ति एसोफेजियल भाषण का उपयोग करते हैं, वे स्थानीय एनेस्थीसिया के तहत की जाने वाली पूरी प्रक्रिया या सर्जरी के दौरान संवाद कर सकते हैं।

सर्जरी से पहले मेडिकल टीम के साथ किसी की विशेष आवश्यकताओं पर चर्चा करना महत्वपूर्ण है। इसे कई बार दोहराने की आवश्यकता हो सकती है, पहले सर्जन के पास, पूर्व शल्य चिकित्सा मूल्यांकन में एनेस्थेतिस्ट के पास, और अंत में सर्जरी के दिन एनेस्थीसिया टीम के पास जो वास्तव में ऑपरेटिंग रूम में होने जा रहा है। जब भी स्थानीय एनेस्थीसिया के तहत कोई चिकित्सा प्रक्रिया या सर्जरी की जाती है, तो व्यक्ति एनेस्थेतिस्ट के साथ समन्वय कर सकता है कि उसे दर्द के बारे में कैसे सूचित किया जाए, या सक्शन की आवश्यकता है। हाथ के संकेत, सिर हिलाना, होठों को पढ़ना या प्राथमिक ग्रसनी वाणी द्वारा उत्पन्न ध्वनियाँ सहायक हो सकती हैं।

इन सुझावों का उपयोग करने से लेरिन्जेक्टोमीज़ को पर्याप्त देखभाल प्राप्त करने में मदद मिल सकती है।

कार्डियो-फुफुसीय पुनर्जीवन (सीपीआर) नए दिशानिर्देश

नए अमेरिकन हार्ट एसोसिएशन सीपीआर 2010 दिशानिर्देशों में केवल कार्डियक कंप्रेशन की आवश्यकता होती है; मुँह से मुँह से साँस लेना अब आवश्यक नहीं है। नए दिशानिर्देशों का मुख्य उद्देश्य अधिक लोगों को सीपीआर देने के लिए प्रोत्साहित करना है। बहुत से व्यक्ति मुँह से मुँह में पुनर्जीवन देने से बचते हैं क्योंकि उन्हें किसी के मुँह या नाक से साँस लेने में बाधा महसूस होती है। नए दिशानिर्देशों के लिए प्रेरणा यह है कि कुछ न करने के बजाय केवल छाती को दबाने की विधि का उपयोग करना बेहतर है।

हैंड्स-ओनली सीपीआर को प्रदर्शित करने वाला एक आधिकारिक वीडियो यहां उपलब्ध

है: <http://www.youtube.com/watch?v=zSgmledxFe8>

क्योंकि लेरिन्जेक्टोमीज़ मुँह से मुँह तक वेंटिलेशन का प्रबंधन नहीं कर सकते हैं, पुराने सीपीआर दिशानिर्देशों ने उन्हें सीपीआर का श्वसन भाग प्रदान करने से बाहर रखा है। चूंकि नए दिशानिर्देशों में मुँह से मुँह तक वेंटिलेशन की आवश्यकता नहीं है, लैरिन्जेक्टोमीज़ सीपीआर भी दे सकते हैं। हालाँकि, जब संभव हो तो वायुमार्ग वेंटिलेशन और कार्डियक कंप्रेशन दोनों का उपयोग करने वाली पुरानी सीपीआर पद्धति का उपयोग किया जाना चाहिए। ऐसा इसलिए है क्योंकि "केवल छाती को दबाने" की विधि किसी को लंबे समय तक जीवित नहीं रख सकती है क्योंकि इसमें फेफड़ों में कोई वातन नहीं होता है।

लैरिन्जेक्टोमीज़ जिन्हें सीपीआर की आवश्यकता होती है उन्हें श्वसन वेंटिलेशन की भी आवश्यकता हो सकती है। लेरिन्जेक्टोमीज़ में साँस लेने की समस्याओं के सामान्य कारणों में से एक बलगम प्लग या विदेशी शरीर के कारण वायुमार्ग में रुकावट है। इन्हें हटाना आवश्यक हो सकता है। मुँह से रंध्र पुनर्जीवनयह महत्वपूर्ण है और मुँह से मुँह में साँस लेने की तुलना में इसे पहुंचाना अपेक्षाकृत आसान है।

लेरिन्जेक्टोमीज़ जो एचएमई के माध्यम से साँस लेते हैं और पुनर्जीवन की आवश्यकता वाले व्यक्ति पर सीपीआर करते हैं, उन्हें अस्थायी रूप से अपने एचएमई को बंद करने की आवश्यकता हो सकती है। इससे लैरिन्जेक्टोमीज़ को अधिक हवा अंदर लेने की अनुमति मिलती है जब वे प्रति मिनट एक सौ हृदय संपीड़न प्रदान करते हैं।

अध्याय 18 :

लेरिंजेक्टोमी के रूप में यात्रा करना

लेरिंजेक्टोमी के रूप में यात्रा करना चुनौतीपूर्ण हो सकता है। यह यात्रा यात्री को उनकी दिनचर्या और आरामदायक सेटिंग से दूर अपरिचित स्थानों पर ले जा सकती है। लेरिंजेक्टोमीज़ को अपरिचित स्थानों पर अपने सांस मार्ग की देखभाल करने की आवश्यकता हो सकती है। यात्रा के लिए आमतौर पर पहले से योजना बनाने की आवश्यकता होती है ताकि यात्रा के दौरान आवश्यक आपूर्ति उपलब्ध रहे। यात्रा के दौरान अपने सांस मार्ग और अन्य चिकित्सीय समस्याओं का ध्यान रखना महत्वपूर्ण है।

कमर्शियल एयरलाइन पर उड़ान भरते समय सांस मार्ग की देखभाल करना

एक वाणिज्यिक एयरलाइन पर उड़ान (विशेष रूप से लंबी) लेना कई चुनौतियाँ पेश करता है। कई कारक डीप वेन थ्रोम्बोसिस या डीवीटी का कारण बन सकते हैं। इनमें निर्जलीकरण (ऊंचाई पर केबिन की हवा में कम नमी के कारण), विमान के अंदर कम ऑक्सीजन का दबाव और यात्री की लम्बे समय तक बेंठे रहना शामिल हैं। ये कारक, जब संयुक्त होते हैं, तो पैरों में रक्त के थक्के का कारण बन सकते हैं, जो विस्थापित होने पर, रक्त प्रवाह के माध्यम से प्रसारित हो सकते हैं और फेफड़ों तक पहुंच सकते हैं, जहां यह फुफ्फुसीय अन्तः शल्यता पल्मोनरी इम्बोलिज़्म का कारण बन सकता है। यह एक गंभीर काम्प्लिकेशन और चिकित्सीय इमरजन्सी है।

इसके अलावा, कम हवा की नमी श्वासनली को शुष्क कर सकती है और बलगम प्लग का कारण बन सकती है। एयरलाइन अटेंडेंट आम तौर पर लेरिन्जेक्टोमीज़ मरीज को हवा प्रदान करने के साधनों से अपरिचित होते हैं, यानी हवा को रंध्र की ओर निर्देशित करना है, न कि मुंह या नाक की ओर।

संभावित समस्याओं को रोकने के लिए ये कदम उठाए जा सकते हैं:

- हवाई जहाज़ पर हर दो घंटे में कम से कम आठ औंस पानी पीना, जिसमें ग्राउंड टाइम भी शामिल है
- शराब और कैफीन युक्त पेय पदार्थों से परहेज करें क्योंकि वे डीहायड्रेशन कर रहे हैं
- ढीले-ढाले कपड़े पहनना
- बैठते समय पैरों को क्रॉस करने से बचें, क्योंकि इससे पैरों में रक्त का प्रवाह कम हो सकता है
- कम्प्रेशन मोज़े पहनना
- यदि उच्च जोखिम श्रेणी में हैं, तो अपने डॉक्टर से पूछें कि क्या रक्त के थक्के को रोकने के लिए उड़ान भरने से पहले एस्पिरिन लेना चाहिए
- उड़ान के दौरान जब भी संभव हो पैरों का व्यायाम करना और खड़े होना या चलना

- एक निकास एक्जिट पंक्ति, बल्कहेड, या आयल की सीट बुक करना जो अधिक पैर स्थान की अनुमति देता है
- यदि उड़ान के दौरान शोर के कारण बोलना मुश्किल हो जाए तो फ्लाइट अटेंडेंट के साथ लेखन के माध्यम से संवाद करना
- श्वासनली को नम रखने के लिए उड़ान के दौरान समय-समय पर रंध्र में सलाईन डालना
- स्टोमा देखभाल उपकरण और एक इलेक्ट्रोलारेंक्स (यदि उपयोग किया जाता है) सहित चिकित्सा आपूर्ति को कैरी-ऑन सामान में एक सुलभ स्थान पर रखना (टिकाऊ चिकित्सा उपकरण और आपूर्ति को अतिरिक्त कैरी-ऑन बैग के रूप में बोर्ड पर लाने की अनुमति है)
- नमी प्रदान करने के लिए रंध्र को ताप और नमी एक्सचेंजर (एचएमई) या गीले कपड़े से ढकना
- फ्लाइट अटेंडेंट्स को सूचित करना कि इनमें से एक लेरिन्जेक्टोमी मरीज है। ये तरीके लेरिन्जेक्टोमी और अन्य गर्दन से सांस लेने वाले मरीजों के लिये एयरलाइन यात्रा आसान और सुरक्षित करने के लिये उपयोगी है।

यात्रा करते समय क्या सामान साथ रखना चाहिए?

यात्रा करते समय अपने सभी सांस मार्ग प्रबंधन आपूर्ति और दवाओं को एक समर्पित बैग में ले जाना उपयोगी होता है। बैग को चेक-इन नहीं किया जाना चाहिए और उस तक पहुंच आसान होनी चाहिए।

बैग में शामिल करने के लिए सुझाई गई वस्तुओं में शामिल हैं:

ली गई दवा का सारांशनियमित आधार पर, मरीज का चिकित्सीय निदान, उसके चिकित्सा प्रदाताओं डाक्टर के नाम और संपर्क जानकारी, भाषा रोगविज्ञानी (एसएलपी) के लिए एक रेफरल और मरीज की दवा के लिए पर्चे

- चिकित्सा और दंत चिकित्सा बीमा का प्रमाण
 - ली गई दवाओं की आपूर्ति
 - टीशु पेपर्स
 - चिमटी, दर्पण, फ्लैश लाइट (अतिरिक्त बैटरी के साथ)
 - रक्तचाप मॉनिटर (उच्च रक्तचाप से ग्रस्त लोगों के लिए)
 - सलाईन वास बाटल्स
- एचएमई ड्रेसिंग रखने के लिए आपूर्ति (अल्कोहल, रिमूव, स्किन टैग, गोंद)
- एचएमई और एचएमई आवास ड्रेसिंग की आपूर्ति
 - अगर कोई बोलने में असमर्थ है तो वॉयस प्रोस्थेसिस का उपयोग करने वालों के लिए भी इलेक्ट्रोलैरिकस (अतिरिक्त बैटरी के साथ) ले जाना मददगार हो सकता है।
 - एक ध्वनि एम्पलीफायर (यदि आवश्यक हो, अतिरिक्त बैटरी या बैटरी चार्जर के साथ)

जो व्यक्ति वॉयस प्रोस्थेसिस का उपयोग करते हैं उन्हें ये वस्तुएं भी लानी चाहिए:

- किसी के श्वासनली-ग्रासनली स्वर कृत्रिम अंग को साफ करने के लिए एक ब्रश और फ्लशिंग बल्ब

- एक अतिरिक्त हैंड्स फ्री एचएमई और एक अतिरिक्त वॉयस प्रोस्थेसिस

- एक लाल फोले कैथेटर (वॉइस प्रोस्थेसिस के विस्थापित होने की स्थिति में वॉयस प्रोस्थेसिस के पंचर में लगाने के लिए)

वस्तुओं की मात्रा यात्रा की लंबाई पर निर्भर करती है। यात्रा के क्षेत्र में उपलब्ध एसएलपी और चिकित्सकों की संपर्क जानकारी रखना उपयोगी हो सकता है।

आवश्यक जानकारी एवं सामग्री सहित एक किट तैयार करना

लेरिन्जेक्टोमीज़ को अस्पताल या अन्य चिकित्सा सुविधा में आपातकालीन और गैर-आपातकालीन चिकित्सा देखभाल प्राप्त करने की आवश्यकता हो सकती है। क्योंकि उन्हें मेडिकल पर्सनल के साथ संवाद करने और उपलब्ध कराने में कठिनाई होती है, इसलिये जानकारी, विशेष रूप से संकट में होने पर, इस जानकारी के साथ एक फ़ोल्डर तैयार करना सहायक होता है। इसके अतिरिक्त, उनके संचार की क्षमता को बनाए रखने और उनके रंथ की देखभाल के लिए आवश्यक वस्तुओं और आपूर्ति से युक्त एक किट ले जाना उपयोगी है। किट को ऐसे स्थान पर रखा जाना चाहिए जो आपात स्थिति में आसानी से पहुंच योग्य हो।

किट में निम्नलिखित शामिल होना चाहिए:

- चिकित्सा और शल्य चिकित्सा इतिहास, एलर्जी और निदान का एक अद्यतन और वर्तमान सारांश

- ली गई दवाओं और सभी प्रक्रियाओं, रेडियोलॉजिकल परीक्षाओं, स्कैन और प्रयोगशाला परीक्षणों के परिणामों की एक अद्यतन सूची। इन्हें डिस्क या यूएसबी फ्लैश ड्राइव पर रखा जा सकता है
- चिकित्सा बीमा की जानकारी और प्रमाण
- लेरिन्जेक्टोमी के चिकित्सक, एसएलपी, और परिवार के सदस्यों और दोस्तों की जानकारी (फोन, ईमेल, पता)
- गर्दन के पार्श्व दृश्य का एक चित्र या रेखाचित्र जो लेरिन्जेक्टोमी के ऊपरी वायुमार्ग की शारीरिक रचना को समझाता है और यदि प्रासंगिक हो तो वॉयस प्रोस्थेसिस कहाँ स्थित है
- एक पेपर पैड और पेन
- अतिरिक्त बैटरियों वाला एक इलेक्ट्रोलैरिक्स (वॉइस प्रोस्थेसिस का उपयोग करने वालों के लिए भी)
- टीशु पेपर्स का एक डिब्बा
- सेलाइन सालुशन्स, एचएमई फिल्टर, एचएमई हाउसिंग और उन्हें लगाने और हटाने के लिए आवश्यक आपूर्ति की एक छोटी आपूर्ति (उदाहरण के लिए, स्पिरीटस्वाब टीएम, स्किन-टीसीजी टीएम, गॉंद रिमूवल सालुशन्)और वायस प्रोस्थेसिसकृत्रिम अंग को साफ करनेके ब्रश, फ्लशिंग बल्ब)
- चिमटी, दर्पण, फ्लैश लाइट (अतिरिक्त बैटरी के साथ)

आपातकालीन या नियमित देखभाल की मांग करते समय इन वस्तुओं का उपलब्ध होना अत्यंत महत्वपूर्ण हो सकता है।

परिशिष्ट

उपयोगी संसाधन:

सिर और गर्दन के कैंसर पर अमेरिकी कैंसर सोसायटी की जानकारी यहां दी गई है:<http://www.cancer.gov/cancertopics/types/head-and-neck/>

सिर और गर्दन के कैंसर पर यूनाइटेड किंगडम कैंसर सहायता साइट:
<http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertypes/Larynx/Laryngealcancer.aspx#.UJGZu8V9Ilg>

लेरिन्जेक्टोमीज़ का अंतर्राष्ट्रीय संघ: <http://www.theiaall.com/ial/>

ओरल कैंसर फाउंडेशन:<http://oralcancerfoundation.org/>

मुँह का कैंसर फाउंडेशनपर:<http://www.माउथकैंसरफाउंडेशन.org/>

मुँह और सिर तथा गर्दन के कैंसर से पीड़ित लोगों के लिए सहायता: <http://www.spohnc.org/>

एक साइट जिसमें लैरिन्जेक्टोमीज़ और अन्य सिर और गर्दन के कैंसर रोगियों के लिए उपयोगी लिंक हैं:<http://www.bestcancersites.com/laryngeal/>

सिर और गर्दन कैंसर गठबंधन:<http://www.headandneck.org/>

सिर और गर्दन कैंसर एलायंस सहायता समुदाय यहां:<http://www.प्रेरणा.com/groups/head-and-neck-cancer-alliance/>

वेब फुसफुसाता है:<http://www.webwhispers.org/>

मेरी आवाज़ - इत्ज़ाक ब्रुक एमडी सूचना वेबसाइट यहां:<http://डिब्रुक.blogspot.com/>

बुक आई. मेरी आवाज़: गले के कैंसर के साथ एक चिकित्सक का व्यक्तिगत अनुभव।
क्रिएटस्पेस, चार्ल्सटन एससी, 2009। आईएसबीएन 1-4392-6386-
8<http://wwwcreatespace.com/900004368>

Facebook में Laryngectomees समूह:

गले और मुँह के कैंसर से बचे लोगों के लिए लेरिन्जेक्टोमी सहायता

सिर और गर्दन के कैंसर से बचे लोग

स्वरयंत्र कैंसर सूचना और सहायता

मुँह और सिर तथा गर्दन के कैंसर से पीड़ित लोगों के लिए सहायता (एसपीओएचएनसी)

लेरिन्जेक्टोमी के लिए प्रमुख चिकित्सा आपूर्तिकर्ताओं की सूची:

एटोस मेडिकल:<http://www.atosmedical.us/>

ब्रूस चिकित्सा आपूर्ति:<http://www.brucemedical.com/> फ़हल मेडिज़िनटेक्निक:<http://www.fahl-medizintechnik.de/> ग्रिफ़िन प्रयोगशालाएँ:<http://www.griffinlab.com/>

इनहेल्थ टेक्नोलॉजीज:<http://store.inhealth.com/>

लॉडर द इलेक्ट्रोलाइनक्स कंपनी:<http://www.electrolarynx.com/> ल्यूमिनाड
इंक.:<http://www.luminaud.com/>

रोमेट इलेक्ट्रॉनिक स्वरयंत्र:<http://www.romet.us/> अल्ट्रावॉइस:<http://www.ultravoice.com/>

लेखक के बारे में

डॉ. इत्ज़ाक ब्रूक एक चिकित्सक हैं जो बाल चिकित्सा और संक्रामक रोगों में विशेषज्ञ हैं। वह जॉर्जटाउन यूनिवर्सिटी वाशिंगटन डीसी में बाल चिकित्सा के प्रोफेसर हैं और उनकी विशेषज्ञता के क्षेत्र एनारोबिक और साइनसाइटिस सहित सिर और गर्दन के संक्रमण हैं। उन्होंने श्वसन पथ के संक्रमण और आयनीकृत विकिरण के संपर्क में आने के बाद होने वाले संक्रमण पर व्यापक शोध किया है। डॉ. ब्रूक ने 27 वर्षों तक अमेरिकी नौसेना में सेवा की। वह छह चिकित्सा पाठ्यपुस्तकों, 135 चिकित्सा पुस्तक अध्यायों और 750 से अधिक वैज्ञानिक प्रकाशनों के लेखक हैं। वह तीन चिकित्सा पत्रिकाओं के संपादक और चार चिकित्सा पत्रिकाओं के सहयोगी संपादक हैं। डॉ. ब्रूक "माई वॉइस - ए फिजिशियन्स पर्सनल एक्सपीरियंस विद थ्रोत कैंसर" और "इन द सैंड्स ऑफ सिनाई - ए फिजिशियन्स अकाउंट ऑफ द योम-किप्पुर वॉर" के लेखक हैं। वह हेड एंड नेक कैंसर एलायंस के बोर्ड सदस्य हैं। डॉ. ब्रूक अमेरिकन एकेडमी ऑफ ओटोलरींगोलॉजी-हेड एंड नेक सर्जरी द्वारा 2012 जे. कॉनले मेडिकल एथिक्स लेक्चरशिप अवार्ड के प्राप्तकर्ता हैं। डॉ. ब्रूक को 2006 में गले के कैंसर का पता चला था।

अनुक्रमणिका

ए

स्वीकृति, 108, 126, 131

एसिड भाटा, 89, 90, 119

एक्यूप्रेशर, 102

एक्यूपंकचर, 23, 102

चिपकने वाला, 45, 60, 61, 67, 68

चिपकने वाला हटाने वाला पोंछा, 60, 68

सहायक रसायन चिकित्सा, 31

वकील, रोगी 9, 13, 109

एयर फिल्टर, 69

हवा में नमी, 51, 153

शराब, 4, 7, 18, 19, 60, 68, 70, 89,

115, 154, 156, 157

अल्कोहल वाइप, 60, 68

शराबखोरी, 76

एल्गोरिदम, 109

एलर्जी, 54, 66

ऊंचाई, 53, 121, 153

एनाल्जेसिक, 20, 102
एनाटॉमी, 1, 4, 71, 98, 142, 144,
149, 157
एनीमिया, 22, 32, 33, 35, 120
एनेस्थीसिया, 2, 23, 96, 141, 149, 150
संज्ञाहरण, सामान्य, 149
एनेस्थीसिया, स्थानीय, 149, 150
एनेस्थेटिस्ट, 13, 149, 150
क्रोध, 123
एंटासिड, 88, 90
एंटीबायोटिक्स, 5, 24, 26, 61, 82
वमननाशक, 34
एंटी-फंगल एजेंट, 82
एंटीमेटाबोलाइट्स, 34
रोगाणुरोधी चिकित्सा, 61
मतली विरोधी दवा, 21
चिंता, 98, 108, 124, 129, 133, 138
भूख, 125
अभिव्यक्ति, 25, 39
कृत्रिम स्वरयंत्र, 47, 143
कृत्रिम लार, 19, 23
आकांक्षा, 26, 62, 63, 77, 95, 135,

142, 145, 147

पानी की आकांक्षा, 63 आकांक्षा निमोनिया, 62, 77

स्वचालित बोलने वाला वाल्व, 44, 68

स्वायत्त शिथिलता, 27

बी

बैक्टीरिया, 62, 66, 81, 83, 97, 102,

114, 117

जीवाणुसंस्कृति, 61

सांसों की दुर्गंध, 23, 104 बैग वाल्व मास्क, 147 बेकिंग सोडा, 19, 119

संतुलन की समस्या, 32

केले, 94

बेरियम निगल, 7, 94

बैरोरिसेप्टर, 27, 28

बैरोट्रॉमा, 120

बार्टन मेयो बटन™, 65

बेस प्लेट, 45, 60-62, 65, 67, 68, 70

बिब, 61

बाइकार्बोनेट, 48

बायोप्सी, 6, 7

रक्तस्राव, 32-34, 52, 53, 103

मसूड़ों से खून आना, 33

रक्त का थक्का, 33, 153, 154

रक्तचाप, 27, 28, 155 ब्लड प्रेशर मॉनिटर, 155 रक्त आधान, 33

अस्थि मज्जा, 32

अस्थि परिगलन, 118

बोटोक्स®, 97, 98

बोटुलिनम विष, 97

कंगन, 147

ब्राउन-सेक्वार्ड सिंड्रोम, 26

चोट लगना, 33

सी

कैल्शियम, 91

कैंसर निदान, 103, 126, 129, 137

कर्क, स्वरयंत्र, 1, 3-8, 11, 104, 115, 141

कैंसर की पुनरावृत्ति, 103

कैंसर फैलना, 101, 104

कैंडिडा, 19, 75, 81

कार्बोहाइड्रेट, 86

कार्बन मोनोऑक्साइड विषाक्तता, 120, 121

कार्डियक आउटपुट, 28 कार्डियोपल्मोनरी पुनर्जीवन

154

(सीपीआर), 141, 145, 147, 150, 151

देखभालकर्ता, 2, 102, 108, 109, 132, 133

कैरोटिड धमनी, 27, 28, 145

कैरोटिड धमनी का संकुचन, 27 कैरोटिड धमनी का टूटना, 27 कैरी-ऑन सामान, 154

रोग नियंत्रण केंद्र, 114 जाँच सूचियाँ, 109

चेकअप, 112

रसायनविकिरण, 31, 32

कीमोथेराप्यूटिक एजेंट, 31

कीमोथेरेपी, 2, 8, 9, 18-20, 25,

31-34, 82, 92, 102, 112, 142

छाती का संकुचन, 150

सीने में दर्द, 28, 89

चबाना, 20, 91, 92, 93, 96, 103

कोलेस्ट्रॉल, 105

सिस्प्लैटिन, 35

ठंडी हवा, 53, 54

कोलोноस्कोपी, 149

संपीडन वस्त्र, 40

कंप्यूटेड टोमोग्राफी (सीटी), 6, 130,

137, 138, 139

कंप्यूटर जनित भाषण, 48 भ्रम, 22

कब्ज, 106

मुकाबला, 125-127, 130-132, 134

खांसी, 5, 51, 54, 63, 71, 89, 103

खांसी में खून, 55 खांसी में बलगम, 51 साइटोटॉक्सिक एजेंट, 34
साइटोटॉक्सिक कीमोथेरेपी, 31

डी

डिबल्किंग, 39

डिकंप्रेशन बीमारी, 120, 121 डीप वेन थ्रोम्बोसिस (डीवीटी), 153 निर्जलीकरण, 20, 21, 34, 155

इनकार, 123, 126

डेंटल, 1, 2, 23, 24, 104, 111, 112,

117-119, 139, 155

दंत चिकित्सा देखभाल, 111

दांतों की सफाई, 118

दंत अनुवर्ती, 112

दंत चिकित्सा बीमा, 155

दंत संबंधी समस्याएं, 1, 23, 24, 104, 112, 117

दंत प्रोफिलैक्सिस, 24, 118

दंत चिकित्सक, 8, 13, 112, 118

डिप्रेशन, 22, 35, 39, 123-130

जिल्द की सूजन, 18

मधुमेह, 104

निदान, 3, 5, 14, 101, 112, 114,

123, 126, 129, 131, 132-134,

137, 139

व्यास, कृत्रिम अंग, 77

डायाफ्रामिक श्वास, 48, 57, 70

आहार विशेषज्ञ, 8, 34, 86

फैलाव, 74, 95, 96

फैलाव, अन्नप्रणाली, 94, 96

भेदभाव, 131

डायवर्टीकुलम, 93, 97

शराब पीना, 7, 19, 21, 52, 77, 79, 86,

88, 92, 96, 115, 154

शुष्क मुँह, 18, 19, 23, 115

धूल, 51, 52, 54, 59, 65, 66

डाई परीक्षण, 98

डिस्पैगिया, 18, 34, 91, 92, 95

डायवर्टीकुलम, 93

इ

प्रारंभिक दुष्प्रभाव, 17, 18

खाना, 2, 20, 21, 25, 34, 79, 80, 83,

85, 86, 88, 90, 91-93, 96, 106,

114, 119, 123

एडेमा, 26, 27, 38, 39-41

एडिमा, गर्दन, 27

अंडे से एलर्जी, 113

इलेक्ट्रोलेरिकस (ईएल), 13, 39, 47, 148, 149, 154, 156, 157, 160

इलेक्ट्रॉनिक स्वरयंत्र, 143, 160

आपातकाल, 55, 62, 71, 88, 135, 141, 144, 147-149, 156, 157, 158

आपातकालीन विभाग (ईडी), 141, 146 - 149

आपातकालीन, चिकित्सा, 55, 153 आपातकालीन चिकित्सा प्रतिक्रिया सेवाएँ

(ईएमएस), 141,146

भावनात्मक समर्थन, 14, 132-134

एंडाटेरेक्टॉमी,27

एंडोस्कोपी, 6

त्रुटियाँ, 107 - 109

त्रुटियाँ, चिकित्सा, 101, 107-109

त्रुटियाँ, शल्य चिकित्सा,107

एसोफेजियल डायवर्टिकुला, 98

एसोफेजियल मैनोमेट्री, 95

एसोफेजियल भाषण, 46, 49, 97, 98,

143, 149, 150

एसोफेजियल स्फिंक्टर, 88

ग्रासनली की सख्ती,85

एसोफैगो-गैस्ट्रो-डुओडेनोस्कोप, 98

घेघा, 7, 24, 44, 46, 73, 76-78,

85, 87-89, 91-97

व्यायाम, 15, 25, 40, 56, 67, 105, 106

एफ

थकान, 22, 32, 34, 35, 105

भय, 102, 123, 124, 130, 131, 133

खिलाने वाली नली, 20, 26, 93

ज्वर, 33

फाइब्रोसिस, 23-25, 27, 37-40, 85, 96, 97,

98, 145

फिस्टुला, 23, 26, 27, 77, 98, 145

फिस्टुला, ग्रसनी-त्वचीय, 98

फलैप, 15, 73, 75, 79, 85, 91, 96, 145

फलैश लाइट, 155, 158

फलाइट अटेंडेंट, 154, 155

फ्लॉसिंग, 24, 118

फ्लू शॉट, 113

फ्लोराइड, 24, 118, 119

फलशिंग बल्ब, 80, 81, 156, 158

उड़ान, 153, 154

फ़ोम कवर, 60, 63, 142

फ़ॉले कैथेटर, 156

भोजन बाधा, 92, 93

खाद्य प्रणोदन, 93

फूड रिफ्लक्स, 85, 88

विदेशी शरीर, 142, 147, 150

फ्रैक्चर, 23

फ्रीहैंड्सTM, 69, 70

शीतदंश, 41, 54

निराशा, 39, 108, 133, 138

जी

गैबापेंटिन, 19

गैस्ट्रोएसोफेगल रिफ्लक्स, 76, 88, 89 खाने की नली में खाना ऊपर लौटना

(जीईआरडी), 88-91

ग्लोटिस, 3, 5

गोंद, 60, 61, 67, 68, 70, 156, 158

अपराधबोध, 124

एच

बालों का झड़ना, 32, 34

हैंड्स फ्री एचएमई, 44, 68-70, 156

सिरदर्द, 22, 28

सुनवाईहानि, 27, 32

सुनने की समस्या, 22

हृदय की समस्याएँ, 86

हार्टबर्न, 34, 89

हीट और नमी एक्सचेंजर (एचएमई), 44, 45, 51, 52, 56, 59-63, 65-71,
81,114, 142, 144, 148, 151, 155-157

हर्निया, 88

हरपीस, 19

हिस्टामाइन एच2-रिसेप्टर विरोधी (एच2 ब्लॉकर्स), 90

कर्कशता, 5, 6, 18, 103

निराशा, 125, 130

आवास, 45, 49, 60-62, 65, 67-70,

145, 156, 157

आर्द्रीकरण, 52, 67

ह्यूमिडिफ़ायर, 53,81

आर्द्रता, 52, 53, 55, 71, 155

हाइग्रोमीटर, 53

हाइपोइड हड्डी, 93

हाइपरबेरिक ऑक्सीजन थेरेपी (एचबीओ), 24, 117-121

उच्च रक्तचाप, 27, 28, 101, 104, 105

उच्च रक्तचाप, प्रयोगशाला, 28

उच्च रक्तचाप, कंपकंपी 28

हाइपोटेशन, ऑर्थोस्टेटिक, 27

हाइपोफेरिंजियलकैंसर, 3, 4

हाइपोथायरायडिज्म, 22, 23, 26,35, 76,
101, 105, 106, 127

में

प्रतिरक्षा प्रतिक्रियाएँ, 126

टीकाकरण, 114

निबाह करनाकृत्रिम अंग, 73

इंडवेलिंग वॉयस प्रोस्थेसिस, 74,79

संक्रमण, 6, 20, 23, 24, 31-33, 60, 61,
66, 120, 138

इन्फ्लुएंजा, 113, 114

इन्फ्लुएंजा,113

इन्फ्लुएंजा टीका, 113

वंक्षण हर्नियास, 77

अनिद्रा, 22, 35

बीमा, चिकित्सा 157

इंटरनेशनल एसोसिएशन ऑफ लारिन- जेक्टोमीज़, 135, 159

चिड़चिड़ापन, 86

चिड़चिड़ापन, 22

चिड़चिड़ाहट, 18, 54

क

गुर्दे खराब,32

एल

प्रयोगशाला उच्च रक्तचाप, 28

लैक्टोबैसिलस एसिडोफिलस, 83लैरी बटन टीएम, 65

स्वरयंत्र कैंसर, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8,

11, 104, 115, 141

लेरिन्जेक्टोमी, 1, 2, 4, 5, 26, 27, 43,

45-47, 49, 51, 53-56, 62, 66, 67, 69-

72, 74, 76, 77, 85-89, 91, 93, 97, 99,

101, 105, 106, 111, 113, 114, 117,

123-128, 134, 135, 141-143, 145,

147-151, 153, 155-157, 159, 160

लेरिन्जेक्टोमी क्लब, 135,

लेरिंजक्टोमी, 1-4, 11, 14, 15, 43-47,

51 54, 56, 59, 65, 67, 71, 85, 88,

91, 92, 95-99, 105, 119, 126, 127,

141, 142, 145, 149, 160

लेरिन्जेक्टॉमी ट्यूब, 45, 59, 145लैरींगोफोम टीएम फिल्टर, 66 लैरींगोस्कोपी, 6, 95

लेजर, 11, 25, 40

लेजर, बाहरी, 40

लीक, 70, 73-77, 79, 80

वॉयस प्रोस्थेसिस के आसपास रिसाव,76 ध्वनि कृत्रिम अंग के माध्यम से रिसाव,

75, 79

एल'हर्मिट साइन, 26

लिपोसक्शन, 39

सूची, औषधियाँ, 157 लॉकजॉ, 25, 85

अकेलापन, 124

गांठें, 5, 103

लिम्फ नोड्स, 4-6, 11, 37, 41

लिम्फेडेमा, 23, 25, 26, 37-41, 101

एम

चुंबकीय अनुनाद इमेजिंग (एमआरआई), 7, 130, 137-139

मैलाइस, 32

कुपोषण, 92

कदाचार, 107, 108

जबड़े की हड्डियाँ, 117, 118

मालिश, 41, 98, 102

चबाना, 23, 25, 34, 85

मेडिकल रिकॉर्ड, 15

ध्यान, 102

मासिकचक्र अनियमितताएँ, 106 मानसिक स्वास्थ्य, 8, 14, 104, 129, 130,

133

मेटास्टेस, 4, 137

खनिज, 86

दर्पण, 6, 112, 155, 158

नमी, 2, 44, 51, 52, 59, 65, 66, 114, 142, 151, 153,

मुँह के छाले, 34

मुँह से मुँह का वेंटिलेशन, 141, 150

मुँह से रंध्र वेंटिलेशन, 141,

145, 149

माउथवॉश, 34

म्यूकोसाइटिस, 18, 19, 20, 32, 34

म्यूकोसाइटिस, 19, 20

बलगम, 12, 51-55, 60, 66, 69, 71, 75,

77, 79-81, 142, 144, 145, 147,

151, 153

बलगम प्लग, 54, 55, 66, 142, 145,

147, 150, 153

बलगम उत्पादन, 12, 51, 52, 55,

66, 77

मांसपेशियों में अकड़न, 12, 40, 102

चबाने की मांसपेशियां, 25, 85

माइकोस्टैटिन, 81, 82

मायोटॉमी, 95

एन

नाखून, भंगुर, 105

नशीले पदार्थ, 20

मतली, 18, 20, 21, 28, 32, 34

गर्दन से सांस लेने वाले, 48, 55, 71, 114, 141,

142, 143, 145-149, 155

गर्दन की सूजन, 12, 13, 37, 47

तंत्रिका ब्लॉक, 102

न्यूट्रोपेनिया, 33

नॉनस्टेराॅइडल एंटी-इंफ्लेमेटरी दवाएं, 102

सुन्नता, 12, 23, 32, 37, 41, 54, 104

स्तब्ध हो जाना, जीभ, 104

पोषण, 1, 19, 31, 34, 76, 85, 86,

104, 111, 112

पोषण विशेषज्ञ, 14

हे

रुकावट, 5, 26, 78, 87, 88, 151

ओडिनोफैगिया, 18 ऑन्कोलॉजिस्ट, 13, 17, 24, 32, 112, 118

मौखिक परीक्षण, 118

ओपियोइड्स, 102

ऑस्टियोराडियोनेक्रोसिस, 23, 24, 118, 119, 120, 121

ओटिटिस, सीरस, 27

ओटोटॉक्सिसिटी, 23, 27

ऑक्सीजन, 24, 48, 56, 119-121, 141,

145-147, 149, 153

ऑक्सीजन विषाक्तता, 120

पी

दर्द, 5, 9, 11, 12, 15, 19, 20, 22, 23,

27, 35, 55, 97, 101, 102, 104, 129,

130, 150

दर्द प्रबंधन, 11, 12, 15, 20, 97,

101, 102

दर्द की दवा, 12, 97, 102

दर्द, गर्दन. 103

दर्द, ओरोफेशियल, 18, 20

कागज़ का तौलिया, 62, 63

आंशिक गर्दनब्रीथर्स, 142, 143, 146,

147

ग्रसनी-ग्रासनली ऐंठन(पीईएस), 98

फियोक्रोमोसाइटोमा, 28

फोन, 12, 49, 157

शारीरिक परीक्षण, 6, 130, 138

भौतिक चिकित्सा, 15, 25, 41, 102

तकिया, 119

पिस्टनिंग, 76

पिटिंग, 38

प्लेटलेट्स, 33

वायवीय कृत्रिम स्वरयंत्र, 48 निमोनिया, 55, 62, 114

विनम्र उबासी तकनीक, 99

पॉज़िट्रॉन एमिशन टोमोग्राफी स्कैन (पीईटी), 130, 138, 139

पल्मोनरी एम्बोलिज्म, 153

निवारक देखभाल, 111, 112

प्रोबायोटिक्स, 83

प्रोटोकॉल, 109

प्रोटॉन पंप अवरोधक (पीपीआई), 88, 90

प्रोवोक्समाइक्रोन टीएम, 66, 114

मनोवैज्ञानिक मुद्दे, 2, 123

स्यूडोपिग्लॉटिस, 93

पंचर, 44, 74, 76, 77, 93, 143, 156

आर

विकिरण, 1, 2, 8, 9, 13, 17-19, 23-

25, 27, 28, 31, 32, 34, 37, 40, 76,

77, 85, 92, 95, 98, 101, 102, 105,

112, 115, 117, 118, 120, 139, 142,

145, 161

विकिरण चिकित्सा (आरटी), 8, 9, 17-25, 27, 29, 31, 32, 34, 85, 115, 117,

118

लाल रक्त कोशिकाएं, 33 पुनरावृत्ति, 1, 103, 112, 124

भाटा, 76, 77, 88-90, 119

विश्राम, 89, 91, 102

टीएम, 60, 68, 156, 158 हटाएँ

बचाव श्वास, 2, 141, 142, 144,

146

श्वसन देखभाल, 51, 148

श्वसन संकट, 142

बहती नाक, 55, 56

एस

खारा, 52, 55, 81, 145, 154, 155, 157

सलाइन गोलियाँ, 155, 157

लार, 19, 23, 85, 101, 117, 118

लार, कमी, 18 लार रिसाव, 98

स्कार्फ, 34, 41, 54

स्केलेरोसिस, 38

द्वितीय मत, 10, 11, 14, 15, 108

संवेदनशील त्वचा, 60, 61

संवेदी हानि, 27

कामुकता, 124

सांस की तकलीफ, 53, 54, 105, 147

शावर, 53, 54, 61- 63

दुष्प्रभाव, 1, 2, 9, 10, 17-19, 22,

23, 31, 32, 34, 82, 83, 88, 97,

102, 134

मौन अभिव्यक्ति, 142

त्वचा की क्षति, 18

त्वचा में जलन, 61

त्वचा की मालिश, 40

त्वचा का सुन्न होना, 41 स्किन प्रेप टीएम, 60

स्किन-टैक टीएम, 68, 156, 158

नींद की समस्या, 125

गंध, 85, 99, 135

धूम्रपान, 4, 5, 7, 18, 89, 111, 115

धूम्रपान बंद करना, 18, 115

सामाजिक अलगाव, 124

सामाजिक पुनर्कीकरण, 128

सामाजिक कार्यकर्ता, 14, 129, 134

मुँह में छाले, 34

बोलते हुए, 2, 12, 43, 44, 47, 49, 68,

69, 70, 75, 77, 79, 82, 91, 98, 125,

130, 133, 142, 149

फ़ोन पर बात करना, 49 बोलने का दबाव, 77

वाक् एवं भाषा रोगविज्ञानी (एसएलपी), 1, 8, 14, 43, 45, 67, 70,
73, 77, 80, 86, 91, 92, 129, 134,
155, 157

मसालेदार भोजन, 21

थूक, 55, 63, 103, 113

स्क्वैमस सेल कार्सिनोमा, 4 स्टोमा, 2, 44, 45, 48, 49, 51-56, 59-
63, 65-67, 69-71, 98, 111, 112,
114, 135, 142-145, 147, 149, 151,
153-155, 157

रंध देखभाल, 59, 60, 112, 154

स्टोमा कवर, 51, 52, 59, 62, 63, 65,
66, 71

रंध का सिकुड़ना, 59

पेट में अम्ल, 90, 88-90, 119

स्टामाटाइटिस, 34

तनाव, 13, 22, 28, 35, 89, 123, 127,
131

सख्ती, 24, 26, 25, 76, 93, 95, 97,
98

निंदा, ग्रासनली, 95 स्ट्रोक, 27

मादक द्रव्यों का सेवन, 124, 127

सक्शन मशीन, 54, 88

आत्महत्या, 123, 125, 129, 130

सन बर्न, 41

आपूर्ति, 153-157,160

समर्थन, 77, 108, 123, 128, 129, 131-135, 159,160

सहायक देखभाल,9, 31

सर्जरी, 6, 8, 9, 11-15, 20, 24-27, 31, 32, 37, 41, 43, 44, 77, 85, 91, 93,

96-99, 101, 102, 105, 108, 112,

118, 119, 128, 132, 139, 142, 149,

150, 161

निगलना, 2, 5, 18, 25, 32, 34, 39,

75, 76, 85-87, 89, 91-98, 103, 130

निगलने में कठिनाई, 34, 85, 86, 91,

92, 94

निगलने में समस्या, 39, 92, 94, 95

टी

दूरसंचार रिले सेवाएँ, 49टेम्पोरोमेंडिबुलर जोड़, 24, 25

थेराबाइटटीएम, 25

थायराइड उत्तेजक हार्मोन (टीएसएच), 106

थायरोक्सिन, 106, 107

थकान, 12, 22, 34, 86

तम्बाकू, 7, 115

टोक्यो लैरिंक्स, 48

जीभ, 19, 22, 43, 45, 82, 83, 92, 93,
99, 103, 106, 118, 143
टूथब्रश, 83, 118
थेलेरिंजेक्टोमीगाइड
टूथपेस्ट, 118
कुल गर्दन की सांसें, 143, 145, 147
श्वासनली, 44, 51-53, 55, 56, 59, 61- 63,
65, 70, 73, 76, 77, 80, 81, 82, 87,
97, 142, 143, 145, 149, 153, 154
श्वासनली का सूखापन, 52 श्वासनली पंचर (टीईपी),
44, 73, 75-77, 87, 88, 91, 148
ट्रेकिओसोफैगल भाषण, 44, 45,
49, 73
ट्रेकियोस्टोमी, 12, 26, 59, 60, 65, 71,
143, 145, 147
ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब, 60, 65, 143, 145
ट्रैकोएसोफैगल भाषण, 48
यात्रा, 153
उपचार, 1, 3, 6-11, 14, 15, 17, 18,
20-25, 28, 31, 32-35, 39-41, 62,
76, 85, 89, 90, 97, 102, 103, 105,
108, 109, 112, 115, 118-121, 123,
130, 134, 137, 141-143, 147
लिम्पेडेमा का उपचार, 39 उपचार विकल्प, 8-10

ट्रिस्म

यू

पराबैंगनीप्रकाश, 81

अनिश्चित भविष्य, 127, 130, 131

त्काल देखभाल, 71, 141, 147

मूत्र, 21, 22

वी

टीकाकरण, 111, 113, 114 टीकाकरण, न्यूमोकोकल बैक्टीरिया,

114

वाल्व फ्लैप, 73

वेंटिलेशन, 71, 145-147, 149, 150,

151

कंपन, 43, 47, 143

वीडियो, 2, 68, 74, 95, 148-150

वीडियोफ्लोरोस्कोपी, 94, 95

विनब्लास्टाइन, 35

विन्क्रिस्टाइन, 35

दृष्टि, हानि, 38

विटामिन, 86

स्वर रज्जु, 3, 43, 143

ध्वनि प्रवर्धक, 49, 70, 156

वाँइस बाँक्स, 3, 43

वाँयस प्रोस्थेसिस, 2, 44, 45, 49, 56, 69,

73-82, 87, 89, 91, 114, 143, 145,

149, 156, 157, 158

वाँयस प्रोस्थेसिस, 66, 80

वाँयस प्रोस्थेसिस लीक, 73, 75, 80, 81, 89आवाज कृत्रिम अंग,रोगी ने 74 आवाज की मात्रा प्रबंधित की, 49

स्वयंसेवक, 128

उल्टी, 18, 20-22, 32, 34

डब्ल्यू

जल संरक्षण, 62

कमजोरी, 12, 27, 49, 97, 131

वज़न बढ़ना, 105

वजन में कमी, 5, 18, 20, 104श्वेत रक्त कोशिकाएं, 33 विग, 34

सर्दी, 53,55

कार्य, 1, 8, 9, 10, 31, 32, 67, 80, 82,

87, 90, 94, 124, 134, 139

घाव भरना, 26

एक्स

ज़ेरोस्टोमिया, 18, 19, 23, 115

एक्स-रे, 7, 94, 138, 139

एक्स्ट्रा बेसप्लेट टीएम, 70

वाई

यीस्ट, 73, 78, 79, 81-83, 86

यीस्ट वृद्धि, 78, 81, 83

दही, 80, 83, 94