

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:

ΠΟΛΟΥΦΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Π Α Τ Ρ Α 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	284 B'
----------------------	--------



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Γενικά	I
Ανατομία μαστού	2-9
Φυσιολογία μαστού	10
ανάπτυξη ορμονών	10-14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Αιτίες θανάτου	15
Συχνότητα	16-17
Ταξινομήσεις	18
Κλινική Ταξινομήση	19-21
Ιστολογική Ταξινομήση	22-27
Μεταστάσεις	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Διάγνωση	29-31
Εντόπιση	31-37

	Σελ.
Διαφορική διάγνωση	38-39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	40-41
Χειρουργική θεραπεία	42-43
Ορμονοθεραπεία	44-47
Ακτινοθεραπεία	48-49
Χημειοθεραπεία	50-51
Παρενέργειες	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
Νοσηλευτική φροντίδα	53-54
Νοσηλευτική προεγχειρητική φροντίδα	54-59
Νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα	60-61
Μετεγχειρητικές επιπλοκές	62-66
Νοσηλευτική φροντίδα κατά την Ακτινοθεραπεία	66-67
Νοσηλευτική φροντίδα κατά την Χημειοθεραπεία	67
Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με προχωρημένο Ca Μαστού.	68
Ασθενή με Ca μαστού στο τελικό στάδιο	68-69

	Σελ.
Ψυχολογική αντιμετώπιση	70-73
Πρόληψη-αυτοεξέταση μαστού	74-75
Συμπεράσματα-Προτάσεις	76
ΙΣΤΟΡΙΚΑ	77-82
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η πτυχιακή μου εργασία αναφέρεται σε ευρύ γυναικείο πληθυσμό και έχει σαν θέμα "καρκίνος του μαστού".

Ο καρκίνος του μαστού είναι από τα πιο συνηθέστερα κακοήγη νεοπλάσματα και σαν νοσηλευτής που είμαι, σκοπός μου είναι, να γίνω σαφής πάνω στο θέμα αυτό όσο αφορά την πληροφόρηση, τα θεραπευτικά αποτελέσματα, με την εξέλιξη της πίστης, που και αυτή με την σειρά της προσπαθεί να εντείνει την ζωή και να ανακουφίσει τον πόνο.

Στόχος συγκεκριμένος σαν νοσηλευτής είναι η επιστημονική κατάρτιση και ενημέρωση, καθώς η προσφορά για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού.

Στην προσπάθειά μου να αποπερατώσω την εργασία αυτή, αισθάνομαι υποχρεωμένος να ευχαριστήσω για την βοήθεια που μου πρόσφεραν, τους καθηγητές μου, καθώς επίσης και τους:

α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ

β. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

γ. ΤΡΙΑΝΤΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ

δ. ΠΑΝΑΓΟΔΗΜΟΣ ΚΩΣΤΑΣ

Ε Υ Χ Α Ρ Ι Σ Τ Ω .

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Γενικά:

Τα νεοπλάσματα του μαστού , διακρίνονται σε καλοήθη και σε κακοήθη.

Στα καλοήθη διακρίνουμε τα ιναδενώματα.

Στα κακοήθη διακρίνουμε τα καρκινώματα και πιο σπάνια τα σαρκώματα.

Ορισμός:

Ο καρκίνος του μαστού είναι επιθηλίωμα προερχόμενο από κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαστικού αδένος. Πρόκειται επομένως περί αδενοκαρκινώματος.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο μαστός είναι όργανο απαραίτητο για την θρέψη κατά την γέννηση των παιδιών των θηλαστικών ζώων και που αποτελεί ανατομικό χαρακτηριστικό τους.

Υπάγεται στους ιδρωτοποιούς αδένες.

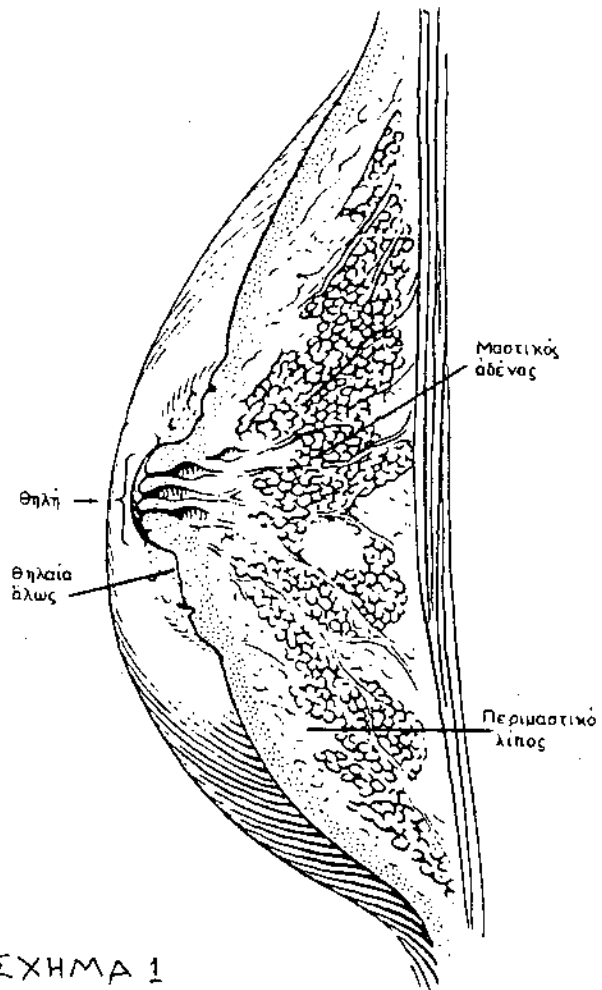
Έχει σχήμα ημισφαιρικό και ανάλογα την ηλικία της γυναίκας βρίσκεται στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, ανάμεσα στο πλάγιο χείλος του στήνους, στην πρόσθια πτυχή της μασχάλης και εκτείνεται από την 3η-6η πλευρά.

Ο μαστικός αδένας βρίσκεται ανάμεσα στα δύο πεταλα της επιπολής περιτονίας του σώματος.

Αποτελείται: α. από το δέρμα

β. από το μαστικό αδένα

γ. από το περιμαστικό λίπος.



Το δέρμα:

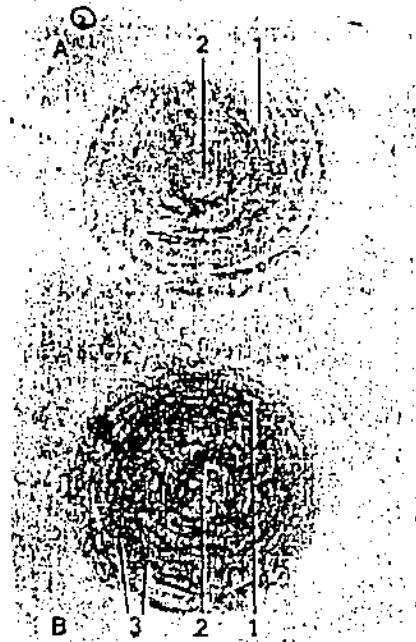
Εμφανίζεται στο κέντρο του μαστού ή θηλαία άλως με διάμετρο 3-5 εκ. και χρώμα ανάλογο με την χρωστική του δέρματος.

Στην περιοχή της θηλαίας άλως διακρίνονται τα υποστρόγγυλα επόρματα που λέγονται αλωαία οζίδια του MONTGOMERY.

Στο κέντρο της θηλαίας άλως βρίσκεται η θηλή του μαστού που η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια από εκεί εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένος.

Κατά τον θηλασμό η θηλή επιμηκύνεται από την έλξη στην οποία ασκεί πάνω το βρέφος με το στόμα του.

α) Στην παρθένο



- β) Στην εγκυμονούσα

1) Θηλαία άλως

2) θηλή

3) φύματα του MONTGOMERY.

Θηλαία άλως και θηλή.

ΣΧΗΜΑ 2

Μαστικός Αδένας:

Είναι δισκοειδής , περιέχει 8-24 κύριους λοβούς που χωρίζονται σε: α) δευτερογενείς

β) τριτογενείς.

Κάθε ένας φέρει εκκριτικούς σωλήνες που ενώνονται σ'ένα ενιαίο σωλήνα για κάθε ένα λοβό τον γαλακτοφόρο πόρο.

Οι γαλακτοφόροι πόροι είναι όσοι και οι λοβοί.

Οι κύριες αρτηρίες του μαστού είναι 3

α) η έσω μαστική

β) η πλάγια θωρακική

γ) η ακρομωθωρακική

Οι αρτηρίες αυτές καλύπτουν τις ανάγκες του μαστού σε αίμα.

Οι φλέβες του μαστού χωρίζονται σε:

α) επιπολής

β) εν τω βάθει.

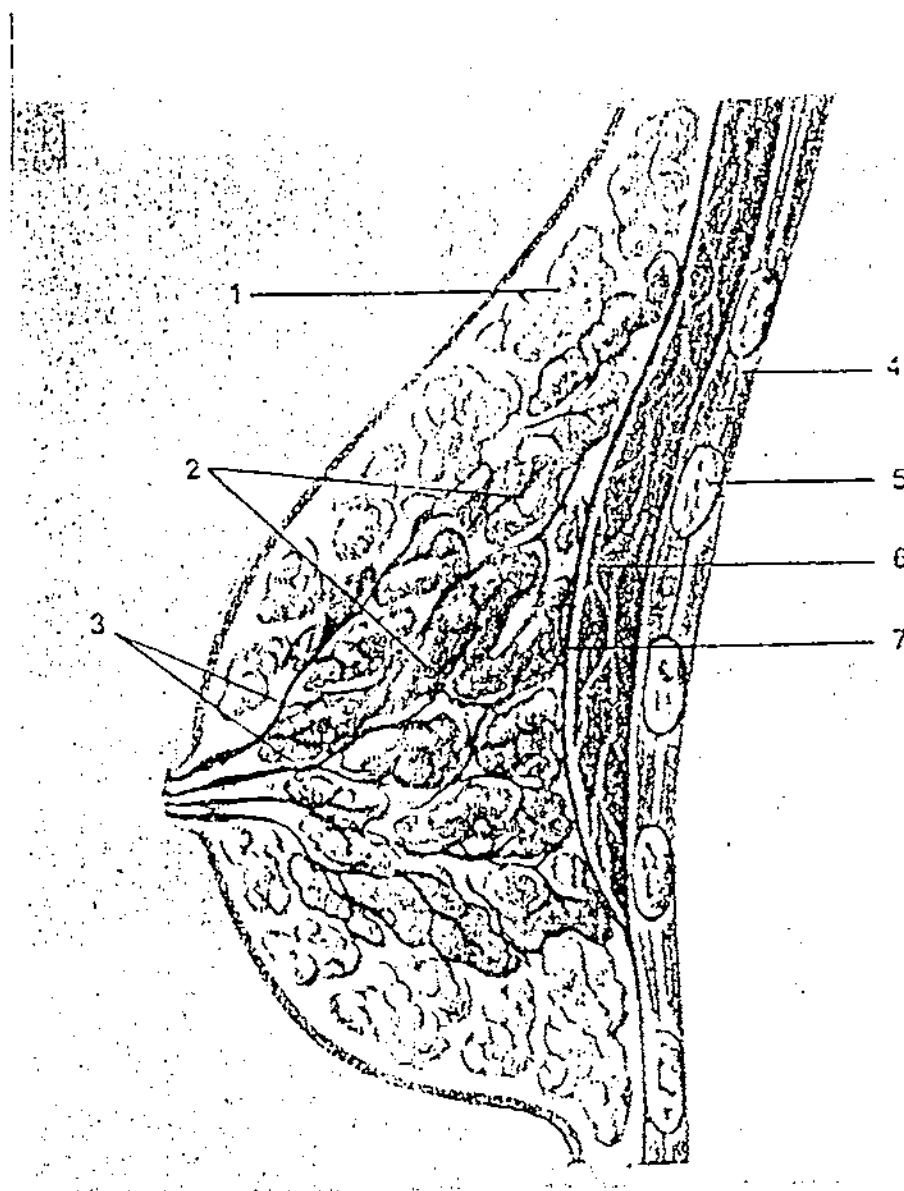
Οι επιπολής αναστομώνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας πλούσιο υποδόριο δίκτυο , ενώ οι εν τω βάθει φέρονται μαζί με τους αντίστοιχους αρτηριακούς κλάδους.

Οι πλάγιοι διοστιτρώντες κλάδοι αναστομώνονται με τις

σπονδυλικές φλέβες και αυτό εξηγεί τις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού στους σπονδύλους και στη λεκάνη.

Επίσης έχει δύο κύριους λεμφικούς κόμβους

α) τους μασχालιαίους



Τομή μαστιχίου αδένος.

- 1) Λιπώδης ιστός, 2) Αδενικός ιστός,
- 3) Γαλακτοφόροι πόροι, 4) Θωρακικό τοίχωμα, 5) Πλευρά, 6) Θωρακικοί μύες, 7) Υποδόριος περιτονία.

ΣΧΗΜΑ 3

β) και τους έσω μαστικούς λεμφαδένες.

Οι 53 λεμφαδένες που υπάρχουν στην μασχάλη χωρίζονται σε 5 Ομάδες και αυτές είναι οι πιο κάτω:

α) οι πρόσθιοι

β) οι οπίσθιοι

γ) οι πλάγιοι (έξω)

δ) οι κεντρικοί

ε) οι κορυφαίοι

Περιμαστικό λίπος:

Ο μαστός αναπτύσσεται εντός του υποδοριού λίπους, το οποίο σχηματίζει γύρω από αυτό λιπώδες περίβλημα.

Στην πίσω επιφάνεια, το περιμαστικό λίπος σχηματίζει λεπτό στρώμα, ενώ στην πρόσθια επιφάνεια είναι άφθονο και διαιρείται από των καθεκτηρίων σε λόβια, τα οποία πληρούν τα μεταξύ των ακρολοφιών κοιλώματα.

Οι μαστοί αναπτύσσονται στις γυναίκες, ενώ οι μαστοί του άνδρα παραμένουν στην παιδική μορφή.

Η ανάπτυξις μαστών στους άνδρες οφείλεται σε ανωμαλίες των γεννητικών αδένων.

Άλλη ανωμαλία των μαστών συχνότερα επί των γυναικών είναι η υπερμαστία ή υπερθηλία, δηλαδή η εμφάνιση πολλών μαστών αντιστοιχούντων σε γραμμή που ξεκινά από την μασχάλη μέχρι των βουβώντων.

Η ανωμαλία αυτή είναι σημείο προγονισμού.



Διάφορα μεγέθη μαστών από ηλικία και φυλή.

Αγγεία και Νεύρα του μαστού:

Κλάδοι της εσω μαστικής, της αλλαγίας θωρακικής και των μεσοπλευρίων αρτηριών αποτελούν τα αγγεία των μαστών και του δέρματός των.

Οι φλέβες:

Οι φλέβες του μαστού συνοδεύουν τις αρτηρίες του και φλέβες του δέρματος σχηματίζουν δίκτυο υπό την θηλή.

Τα λεμφαγγεία:

Τα λεμφαγγεία των μαστών εκβάλλουν στα λεμφογάγγλια τα υπάρχοντα κατά μήκος της πλαγίας θωρακικής φλέβας.

Τα αισθητικά νεύρα:

Τα αισθητικά νεύρα του μαστού περνούν από των μεσοπλευρίων και των υπερκλειδίων νεύρων.

Πολλά νεύρα υπάρχουν κατ'έξοχήν επί της θηλής όπου οι νευρικές ίνες εισδύουν στο επιθήλιον.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Ο κύριος ρόλος του μαστού στην γυναίκα είναι να εκκρίνει γάλα, όπου είναι απαραίτητο για την εξωμήτρια υποστήριξη του νεογνού.

Από την επίδραση ορμονικών παραγόντων εξαρτάται η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού.

Οι ενδοκρινικές επιδράσεις ασκούνται μέσα από ειδικούς υποδοχείς όπως για την:

α) προλακτίνη

β) προγεστερόνη

γ) αυξητική

καθώς και τις θυροειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΡΜΟΝΩΝ

I) Προλακτίνη:

Ασκει την κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού και εκδηλώνεται σε συνεργασία με τα οιστρογόνα

καί την προγεστερόνη με αποτέλεσμα την δημιουργία γάλακτος.

Η προλακτίνη μετά την σύνδεση της με τους υποδοχείς της μεταφέρεται μέσω των επιθηλιακών κυττάρων, στους πόρους για να βρίσκεται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι περιλαμβάνεται στους προδιαθεσιακούς παράγοντες για την ανάπτυξη του καρκίνου(Ca) μαστού.

2) Οιστρογόνα:

Τα οιστρογόνα με την προλακτίνη συμβάλουν στην ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με την επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων.

3) Προγεστερόνη:

Η προγεστερόνη ασκεί τη δράση της στον μαστό μαζί με τα οιστρογόνα και υποφυσικές ορμόνες και ακόμη συμβάλλει στην ανάπτυξη των κυσταδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων.

4) Αυξητική και η ινσουλίνη:

Είναι απαραίτητες για την δράση τους μαζί με την προλακτίνη, ενώ οι γλυκοκορτικοειδείς και θυροειδικές ορμόνες συμβάλουν στις περισσότερες φάσεις ανάπτυξη-λειτουργία του μαστού.

Οι ορμόνες οι πιο πάνω που επιδρούν στο μαστό της γυναί-

μεταβάλλουν τη βιολογική τους δράση από:

α) την μεταβολή της ορμονοέκκρισης κατά τον εμμηνορρυσιακό κύκλο.

β) την σχετική σε όλες ορμόνες αυξομείωση της συγκέντρωσης μαστοτρόπων ορμονών.

γ) την ποικιλούσα δεκτικότητα του αδένα

Συνέπεια των μεταβολών αυτών είναι:

α) αυξομειώσεις του μεγέθους του μαστού

β) της ευαισθησίας

γ) της θερμοκρασίας

δ) της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού.

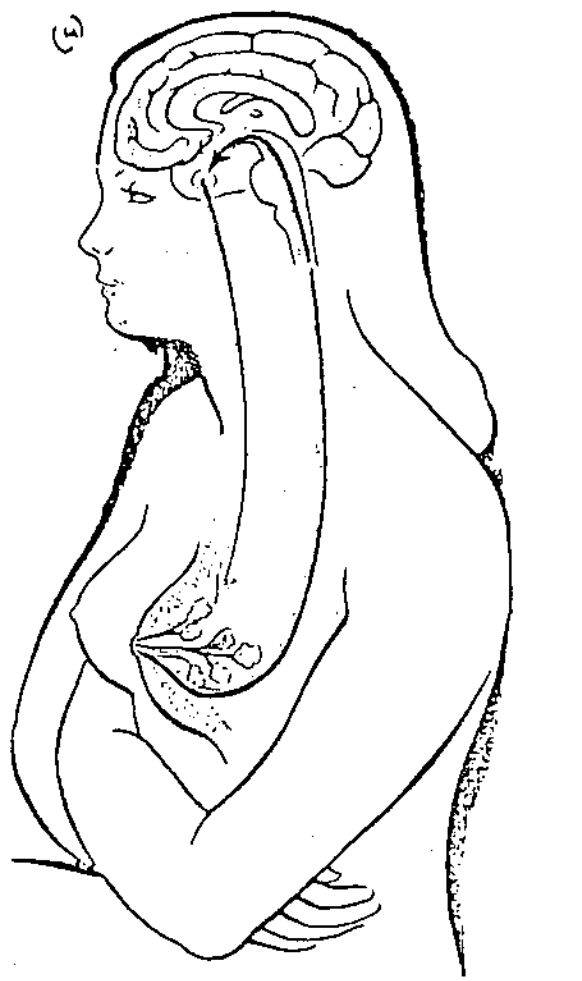
Κατά την επίδραση της προλακτίνης και του πλακουντιακού γαλακτογόνου ο μαστός ετοιμάζεται λειτουργικά για παραγωγή γάλακτος.

Η πρώτη έκκριση δεν είναι ακόμα το γάλα, αλλά το πύαρ ή πρωτόγαλα που είναι υγρό υποκίτρινο, γαλακτώδες και οξικό.

Υστερα από 3-4 μέρες το γάλα, αντικαθιστά το πρωτόγαλα.

Αυτό μεταφέρεται στους γαλακτικούς πόρους με την επίδραση της οξυτοκίνης, η οποία είναι αποθηκευμένη στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Από εκεί το γάλα απελευθερώνεται στην κυκλοφορία, με αντανακλαστικό μηχανισμό, ο οποίος ξεκινάει από τον ερεθισμό της θηλής κατά τον θηλασμό.

Η οξυτοκίνη προκαλώντας την σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν τα κυστίδια και τους μικρούς πόρους ωθεί το γάλα στους μεγαλύτερους γαλακτοφόρους, πέρα όμως από



Μηχανισμός εκκρίσεως του γάλακτος.
ΣΧΗΜΑ Β

την προλακτίνη που παράγει το γάλα, στην έκκριση αυτών, σημαντικό ρόλο παίζει το νευρικό σύστημα, γιατί επιδρά στο εκκριτικό τμήμα του αδένος και στο αγγειακό σύστημα, αλλά και η ψυχική κατάσταση της γυναίκας που όταν είναι άσχημη αλλοιώνουν την ποιότητα και ελαττώνουν την ποσότητα γάλακτος. Αν κάποια ορμονική διαταραχή συμβεί εμφανίζονται κάποιες μετα-

βολές όπως:

α) η πρόωγη θηλαρχή

β) το ανδρογεννητικό σύνδρομο

γ) η κυστική μαστοπάθεια ή γαλακτορροία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Ο θάνατος προέρχεται από διάφορες αιτίες όπως:

- α) ατυχήματα
- β) καρδιαγγειακές παθήσεις
- γ) κακοήθη νεοπλάσματα
- δ) γήρας.

Από τις διάφορες αιτίες θανάτου η πιο συχνότερη στις γυναίκες κατέχει ο καρκίνος του μαστού από τα κακοήθη νεοπλάσματα.

Πιο πολύ εμφανίζεται μετά το τέλος της εμμηνόπαυσης της γυναίκας και σε λιγότερο πρό των 25 ετών. Ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση με ποσοστό 22%, το Ca του παχέος εντέρου έρχεται σε δεύτερη θέση με 19%, και ο ακουλουθών Ca γεννητικού συστήματος, πεπτικού, στόματος και τέλος Ca του δέρματος.

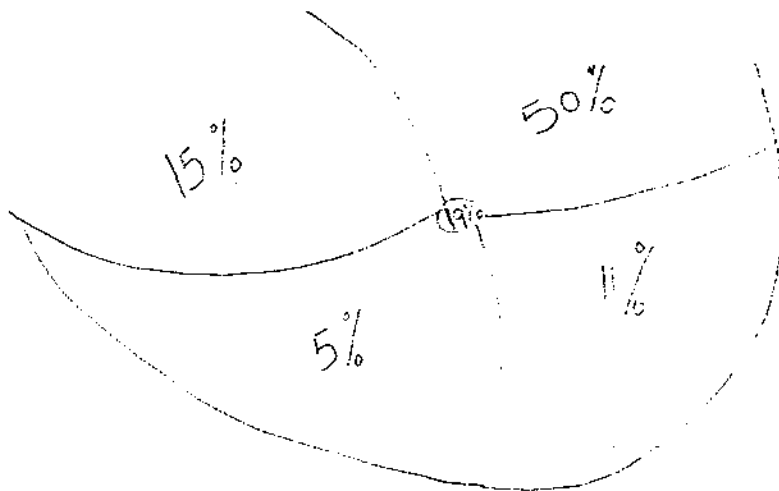
Στις Η.Π.Α. επί 219.733 θάνατους από καρκίνο, οι 19.324 ήταν από το καρκίνο του μαστού, αυτό από στατιστική του 1981, μετά από πιο καινούργια έτος 1988 επί 647.302 νέων περιπτώσεων καρκίνων οι 61.074 ήταν θάνατοι του μαστού.

Παρατηρούμε την συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού, ενώ πολύ μικρό σε ποσοστό συναντάμε όγκους καλοήθεις. Παρά τις πολλές θεραπευτικές μεθόδους η θνησιμότητα από Ca δεν μειώθηκε.

Στον πιο κάτω πίνακα παρατηρούμε την συχνότητα μεταξύ του αριστερού και δεξιού μαστού σε σύνολο 1304 ατόμων.

Μαστοί	Περ/σεις	ηλικία σε δεκάδες έτη							
		0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70κ'άνω
Αριστερός	648	-	-	7	99	212	183	102	45
δεξιός	656	-	2	12	101	207	168	125	41
σύνολο	1304	-	2	19	200	419	351	227	86
%	100	-	0,15	1,5	15,4	32	26,9	17,55	6,5

Εξετάζοντας τον πιο πάνω πίνακα, παρατηρούμε βαθμιαία άνοδος της προσβολής εν σχέσει προς την ηλικία



ΣΧΗΜΑ 6

Συγκριση προσβολής διαφόρων ηλικιακών ομάδων με προσβολή του μαστού από Ca με προσβολή

Στο πιο πάνω σχήμα , παρατηρούμε την συχνότητα προσβολής των διαφόρων τμημάτων του μαστού από καρκίνο με ποσοστά.

Τα αίτια του καρκίνου του μαστού είναι πολλοί παράγοντες :

α)σημασία έχει το πρώτο παιδί της γυναίκας σε ηλικία που θα το αποκτήσει

β)γυναίκες με αποβολές-εκτρώσεις, ανύπανδρες , στείρες έχουν υψηλό κίνδυνο

γ)πρώιμη εμμηναρχή και καθυστέρηση της εμμηνόπαυσης

δ)κατανάλωση ζωικού λίπους

ε)σε γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια

ζ)άνω των 55 ετών, καθώς επίσης η φυλετική σχέση, και η συνύπαρξη με καρκίνο ωοθήκης, και παχέου εντέρου

η)άλλος παράγοντας είναι οι βαφές των μαλλιών, τα ψυχολογικά προβλήματα , καθώς επίσης οι ιονίζουσες ακτινοβολίες

θ)κληρονομικότητα.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΕΙΣ

Για την ταξινόμησιν των νεοπλασμάτων του χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια τόσο κλινικά, όσο και ιστολογικά, ως επίσης και ο τρόπος μεταστάσεως αυτών.

Είναι γεγονός ότι οι δύο πρώτοι τρόποι κατατάξεως δεν ικανοποιούν απολύτως (καλοήθεις νεοπλασσία και κακοήθεις νεοπλασσία) και αυτό γιατί η μεγίστη πλειονότης των όγκων δυσχερώς κατατάσσεται σε συγκεκριμένη ομάδα.

Αλλωστε τα ερωτήματα τα οποία έχουν σημασία για την πρόγνωση δεν είναι ο ιστολογικός καθορισμός του όγκου π.χ. σε σκίρον, αδενοκαρκίνωμα ή μυελώδες καρκίνωμα, όσον ο καθορισμός:

- α) είναι διηθητική μορφή ή εντετοπισμένη
- β) ποιά η τοπική κατάσταση του λεμφικού ιστού;
- γ) ο όγκος καταλαμβάνει τα λεμφαγγεία ή τα φλεβίδια;
- δ) υπάρχει διήθησις των γαγγλίων και πόσα σε αριθμό και ποίας ομάδας;
- ε) υπάρχει επέκτασις του όγκου και πέραν της κάψης.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΙΣ

Τα νεοπλάσματα του μαστού κατατάσσονται σε τέσσερα(4) στάδια (PORTMANN).

Στάδιο Πρώτο:

Νεοπλάσματα περιορισμένης εκτάσεως, άνευ συμφύσεων προς το δέρμα ή τους υποκείμενους μύς και κατά συνέπειαν κινήτα, εντετοπισμένα εις το παρεγχυμα του αδένος και μη παρουσιάζοντας μεταστάσεις στους αδένες της μασχάλης.

Στάδιο Δεύτερο:

Νεοπλάσματα με τα αυτά ευρήματα και διηθημένους τους αδένας της μασχάλης.

Στάδιο Τρίτο:

Νεοπλάσματα ευμεγέθη μετά συμφύσεων προς τους μύς και το δέρμα, το οποίον παρουσιάζει αλλοίωσιν της χροιάς αυτού, οίδημα ή και εξελκώσεις, ως και σαφώς διηθημένους τους αδένες της μασχάλης, αλλα ευκίνητους.

Στάδιο Τέταρτο:

Τ' ανωτέρω ευρήματα, επιπροσθέτως ο όγκος συνάπτεται στερρώς προς το τοίχωμα του θώρακος, επί του δέρματος παρατηρούνται και δευτεροπαθείς νεοπλασματικές εστίες. Επίσης, οι διηθημένοι μασχαλιαίοι αδένες συμφύονται στερρώς προς το δέρμα, το οποίο δυνατό να είναι εξηλωμένο και οι υπερκλείδιοι αδένες είναι διογκωμένοι.

Επίσης μπορούμε να διακρίνουμε σε άτομο που πάσχει από την ασθένεια καρκίνος του μαστού:

α) αδυναμία

β) άγχος της ασθενούς

γ) ερυθρότητα, υπεραιμία

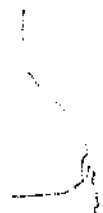
δ) εκκρίσεις, λόγω αύξησης της προλακτίνης

ε) ασυμμετρία και ανύψωση του μαστού που είναι προσβλημένο

ζ) εισολκή του δέρματος

η) εισολκή της θηλής

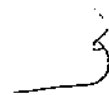
θ) ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής.



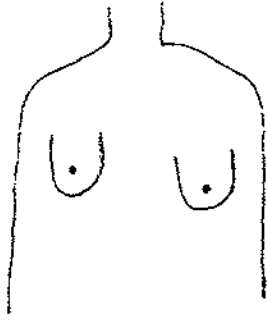
Αιμορραγία



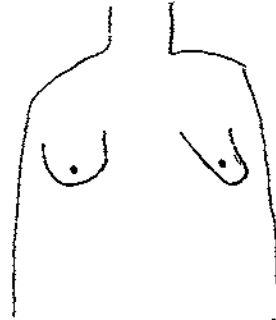
Δέρμα δίχην
φλοιού προτοκαλίου



εισολκή
θηλής



Ανύψωση



Ασυμμετρία

σημεία ύποπτα
για καρκίνο
του μαστού.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΙΣ

Ο τρόπος αυτός ταξινομήσεως είναι ο επικρατέστερος αν και παρουσιάζει και αυτός το μειονέκτημα ότι σε πολλές περιπτώσεις εμπίπτουν σε δυσχερώς καθορισμένη ομάδα.

Έτσι κατατάσoμε τις περιπτώσεις αυτές ως εξής:

- α) νόσος του PAGET.
- β) καρκίνωμα γαλακτοφόρων οδών
- γ) καρκίνωμα των αδενικών λοβίων
- δ) σπάνιες μορφές καρκινωμάτων
- ε) σαρκώματα.

Από τις διάφορες στατιστικές φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νεοπλασματικών όγκων προέρχεται από το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και μόνο 5% είναι αδενικής προελεύσεως αν και η προέλευση του νεοπλάσματος σε προχωρημένης μορφής είναι ιδιαιτέρως ασαφής.

Πάντως σε άτομα μεγάλης ηλικίας, λόγω της ατροφίας των αδενων, τα νεοπλάσματα ανήκουν στην δεύτερη ομάδα της ταξινομήσεως κατά STEWART.

Τα νεοπλάσματα της ομάδας αυτής είναι δυνατόν να παραμείνουν πολύ στάσιμα της επεκτάσεως αυτών προς το παρέγχυμα παρακλωομένης υπό της ικανότητας του υπάρχοντος σε αφθονία ελαστικού και συνδετικού ιστού.

Αντιθέτως, σε νεαρά άτομα ο όγκος πολλές φορές προέρχεται από το αδενικό επιθήλιο όπου παρατηρείται γρήγορη επέκταση.

Γρήγορη επέκταση παρατηρείται σε εγκυμονούσα και γαλουχίας .

Η τροποποιήσις του ορμονικού υποστρώματος, λόγω αυξήσεως των οιστρογόνων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας, συντελεί σε δυσμενέστερη εξέλιξη , η δε συνυπάρχουσα υπεραιμία ευνοεί την γρήγορη διασπορά μέσω της αιμοφόρου οδού.

I. Νόσος του PAGET (κακοήθης δέρματος).

Αυτή η νόσος παρουσιάζεται σε εκζεματώδη κατάσταση της θηλής και της άλω, την οποία ακολουθεί ανελλιπώς στο χρονικό διάστημα εμφάνισης καρκίνου μαστού.

Φαίνεται, όμως ότι η πάθηση οφείλεται από την αρχή στο καρκίνωμα, το οποίο δεν γίνεται αντιληπτό αμέσως, αλλά μετά την εμφάνιση του εκζέματος, που είναι στην πραγματικότητα δευτεροπαθείς και οφείλεται διότι η διήθησις των υποδορίων λεμφαγγείων υπό καρκινωματώδων κυττάρων παρεμποδίζει, την παροχетеυση της λέμφου παρά την θηλή του δέρματος, ώστε να προκαλείται εκζεματώδης κατάσταση.

Υπάρχουν όμως και οι υποστηρίζοντες ότι η πάθηση είναι πρωτοπαθές καρκίνωμα των εν τω βάθει στιβάδων του δέρματος της θηλής, ότι το έκζεμα της θηλής είναι πρωτοπαθές, και ότι το καρκίνωμα είναι αποτέλεσμα του χρονίου ερεθισμού.

2. Καρκίνωμα των γαλακτοφόρων πόρων.

Τα καρκινώματα των εκφορητικών πόρων είναι δυνατό να παρουσιάσουν όλα τα στάδια, από ενός καλοήθους μέχρι ενός λίγου κακοήθους όγκου.

Επειδή όμως ο βαθμός της κακοηθείας δεν είναι πάντοτε δυνατό να τεθεί μετά βεβαιότητας, ούτε από την ιστολογική εξέταση, πολλοί είναι που συνιστούν την ολική αφαίρεση του μαστού σε όλες τις περιπτώσεις.

Καρκίνο των γαλακτοφόρων πόρων διακρίνουμε:

A. Μη διηθητικό:

α) θηλιώδες καρκίνωμα ή αιμορραγώνμα

β) COMEDO καρκίνωμα

B. Διηθητικό:

α) θηλιώδες καρκίνωμα

β) COMEDO

γ) καρκίνωμα με ανάπτυξη υποστρώματος ινώδους ιστού (σκίρος, απλούς μυελοειδές καρκίνωμα.

δ) μυελοειδές καρκίνωμα μετά λεμφοκυτταρικών διηθήσεων

Μη διηθητικές μορφές:

Σε αυτές τις μορφές τα μικροσκοπικά ευρήματα εμφανίζουν την εικόνα της αδενώσεως και υπερπλασίας του ενδοθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων με διάσπαση του επιθηλίου.

Η πρόγνωση είναι καλύτερη από όλες τις μορφές του καρκίνου, όταν η αφαίρεση του μαστού γίνεται έγκαιρα .

Εάν όμως η πρόγνωση καθυστερεί σε αναμονή σαφεστερων ιστολογικών ευρημάτων, και η πρόγνωση σε τέτοιες περιπτώσεις γίνεται αμφίβολη.

Διηθητικές μορφές:

Σε αυτές τις μορφές το θηλώδες καρκίνωμα και το COMEDO διαφέρουν των προηγούμενων γιατί έχουν ήδη διηθήσει και την κάψα αυτών.

Σκίρος καρκίνος:

Ο όρος σκίρος δεν έχει ουδεμία σχέση με την προέλευση του καρκίνου, αλλά προέρχεται από την μεγάλη ανάπτυξη υποστρώματος ινώδους ιστού, ο οποίος προσδίδει σε αυτό κατά την διατομή σκληρότητα και κρηγμό.

Η ανάπτυξη πάλι του συνδετικού ιστού προσδίδει καλύτερη πρόγνωση.

Μυελοειδής καρκίνος:

Σε αντίθεση προς τον σκίρον στερείται αυτός συνεκτικού υποστρώματος και κατά την διατομήν παρουσιάζει ελάχιστη αντίσταση.

3. Καρκίνωμα αδενικών λοβίων:

Εδώ διακρίνονται σε : α) Μη διηθητικά

β) Διηθητικά.

Τα μη διηθητικά χαρακτηρίζονται από απλή υπερπλασία αδενικών λοβίων. Το διηθητικό εμφανίζει σύσταση συμπαγή ραβδώσεις και μοιάζει προς το σκίρον.

Μεταστατικός καρκίνος του μαστού:

Ο καρκίνος του μαστού είναι δυνατόν να μεταστεί σε οποιοδήποτε όργανο και μερικές φορές ακόμη πριν γίνει αντιληπτός η πρωτοπαθής εστία.

Όπως συμβαίνει και σε άλλα μεταστατικά καρκινώματα, η μικροσκοπική υφή της μεταστάσεως είναι ασαφής και δεν επιτρέπει τον καθορισμό της προελεύσεως.

Άλλες φορές παρατηρούνται διηθήσεις στα μασχαλιαία ή

τα υπερκλείδια γάγγλια της αντίθετης πλευράς, ενώ τα σύστοιχα είναι φυσιολογικά.

Από τα οστά προσβάλλονται συνήθως η σπονδυλική στήλη ή πύελος και το σύστοιχον μηριαίον οστούν.

Πολλές φορές επίσης προσβάλλονται και τα επινεφρίδια αν και εκ των σπλαχνικών μεταστάσεων οι συχνότεροι είναι του πνεύμονος, του εγκεφάλου και του ήπατος.

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ο όγκος συνήθως βρίσκεται στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού.

Εκεί ο όγκος μεγενθύνεται και κατόπιν επεκτείνεται στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και είναι δυνατό να γίνει μετάσταση σε οποιοδήποτε όργανο.

Οδοί μεταστάσεως:

Ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται:

α) Δι άμεσου επεκτάσεως (διήθησεως των παρακειμένων ιστών).

β) Δια της λεμφικής οδού

γ) Δια της κυκλοφορίας του αίματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ρ Ι Τ Ο

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Η έγκαιρη εντόπιση του καρκίνου στα άτομα που έχουν προσβληθεί είναι το πιο κύριο μέρος της διάγνωσης ώστε να υπάρξει αποτέλεσμα τέτοιο που η ασθενής να μπορέσει να ξεπεράσει την ασθένεια.

Η έρευνα για την διάγνωση του καρκίνου είναι απαραίτητη και η αρχή γίνεται:

1) συλλογή πληροφοριών από την ασθενή (οικογενειακό ιστορικό).

2) επισκόπηση μαστού

3) ψηλάφηση μαστού.

Λαμβάνεται υπόψη τα πιο κάτω στο ιστορικό της ασθενής:

α) Η ηλικία, το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται μεταξύ 40-50 ετών και κατά δεύτερον λόγο μεταξύ 50-60 ετών

β) Αν στην οικογένεια υπάρχουν άλλα άτομα με καρκίνο μαστού.

γ) Η έμμηνος ρύσις. Τις περισσότερες φορές τα νεοπλάσματα εμφανίζονται μετά την εμμηνόπαυση και σχεδόν ποτέ πρό της εμφάνισης αυτής. Επίσης η έμμηνος ρύσις παρατείνεται στις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού.

δ) Η εγκυμοσύνη και η γαλουχία, εδώ ο καρκίνος του μαστού σπανίζει κατά την περίοδο της κυήσεως και της γαλουχίας, ενώ αν εμφανιστεί η πρόγνωση είναι δύσκολη.

ε) αν καπνίζει ή παίρνει αντισυλληπτικά

ζ) αν έχει τεκνοποιήσει ή όχι και πότε ήταν ο πρώτος τοκετός πριν τα 30 ή μετά τα 35.

η) ο χρόνος εμφάνισης, κάθε καθυστέρηση προσέλευσης της ασθενής μετά την ανακάλυψη του όγκου συνεπάγεται επιβάρυνση της προγνώσεως.

Η ασθενής παρουσιάζει διηθήσεις των μασχαλιαίων αδένων σε ποσοστό μικρότερο των 50%.

θ) αν έχει εκκρίσεις, φλεγμονές.

2. Στην επισκόπηση που γίνεται σε καθιστή θέση ελέγχονται:

α) το σχήμα

β) το μέγεθος

γ) η συμμετρία των μαστών

δ) οι θηλές

ε) το χρώμα

ζ) το οίδημα του δέρματος κατά την εισολκή του δέρματος ή των θηλών.

Στην επισκόπηση η ασθενής έχει τα χέρια υψωμένα ώστε

να φαίνεται καλύτερα η εισολκή του δέρματος για να μπορεί να βρεθεί ο καρκίνος που δεν ψηλαφάται εύκολα.

3. Στη ψηλάφηση η ασθενής είναι ξαπλωμένη και με ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο έτσι για να ελέγχονται:

α) η παρουσία μάζας

β) η ευαισθησία των μαστών

γ) οι μασχالياίοι ή υπερκλειδίοι λεμφαδένες

δ) οι εκκρίσεις των θηλών.

Η ψηλάφηση γίνεται με την άκρη των δακτύλων και κυκλικά αρχίζοντας από την θηλή προς την περιφέρεια ψηλαφώντας έτσι το μαστό, καθώς επίσης η περιοχή των επιχωρίων λεμφαδένων που είναι οι μασχalionίες κοιλότητες.

Ε Ν Τ Ο Π Ι Σ Η

Αναλόγως της εντοπίσεως διακρίνουμε:

α) καρκίνο του άνω έξω τεταρτημορίου

β) άνω έσω , τεταρτημορίου

γ) κάτω έξω, τεταρτημορίου

δ) κάτω έσω, τεταρτημορίου

ε) καρκίνο του κεντρικού τμήματος

Η κατάταξη αυτή είναι απαραίτητη όχι μόνο για λόγους απλής περιγραφής, αλλά και για λόγους προσδιορισμού της οδού μεταστάσεως.

Του έξω ημιμορίου π.χ. μεθίσταται κυρίως προς τα μα-
σχαλιαία λεμφογάγγλια, ενώ τα του έσω προς τα έσω μαστικά
λεμφογάγγλια.

Γύρω από την θηλή τέλος μεθίστανται προς αμφοτέρους
τις κατευθύνσεις.

Εκτός από το ιστορικό και την κλινική εξέταση της ασ-
θενούς είναι απαραίτητες να γίνουν και ορισμένες εργαστη-
ριακές εξετάσεις. Αυτές διακρίνονται σε:

α) γενικές

β) ειδικές.

Γενικές:

α) ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονος και μεσοθωρακίου
προς αποκλεισμό μεταστάσεων.

β) Η κατά Παπανικολάου εξέταση όταν υπάρχει έκκριση
υγρού από την θηλή.

γ) Στις αιματολογικές εξετάσεις σημασία έχει ο καθορισμός τυχόν υπάρχουσας αναιμίας, ο προσδιορισμός της ταχύτητας καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων και οιαλλοιώσεις των τιμών του ασβεστίου και φωσφόρου, ως και της αλκαλικής και όξι-νου φωσφατασης που υποδηλούν την ύπαρξη οστικών μεταστάσεων.

Ειδικές:

α) Μαστογραφία:

Η Μαστογραφία είναι απλή ακτινογραφία του μαστού σε διάφορες θέσεις χωρίς σκιαγραφική ουσία όπου εμφανίζεται η δομή του.

Πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μία φορά σε γυναίκες από τα 35 ετών και πάνω και φυσικά όταν υπάρχει υπόνοια για καρκίνο του μαστού σε γυναίκες της ηλικίας 40-50 ετών.

β) φλεβογραφία:

Στην φλεβογραφία ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφικών γαγγλίων, γιατί ο καθορισμός από την φλεβογραφία της τυχόν διηθήσεως των παραστερνικών γαγγλίων έχει σημασία τόσο για την ακολουθησόμενη εγχειρητική αγωγή, όσο και για την πρόγνωση.

Η φλεβογραφία επιτυγχάνεται δια εκχύσεως σκιερογόνου ουσίας με τοπική αναισθησία ενδομυελικώς στο κάτω άκρο του στέρνου. Η σκιερογόνος ουσία φυσιολογικώς σκιάζει τις έσω μαστικές φλέβες και τους κλάδους αυτών.

Η διήθηση των γαγγλίων γίνεται καταφανής ή έτι της απωθήσεως ή εκ της διακοπής ή εκ της μη διαγραφής της φλέβας και της αναπτύξεως παραπλεύρου κυκλοφορίας.

Οφείλουμε όμως, να έχωμε υπόψιν ότι το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την υπαρξη διηθήσεως, όπως και το επί αλλοιώσεως δυνατόν αύτη να οφείλεται σε απλή λεμφαδενίτιδα.

γ) Βιοψία:

Αύτη έχει το τύπο της ταχείας βιοψίας γιατί η κανονική βιοψία δημιουργεί, λόγω καθυστερήσεως της επεμβάσεως, συνθήκες διασποράς, όπως επίσης προτιμότερο είναι να εκτελείται αυτη δια αφαιρέσεως ολοκλήρου του όγκου και όχι δια παρακεντήσεως ή μερικής εκτομής αυτού.

δ) Γαλακτογραφία:

Γίνεται έγχυση σκιεράς ουσίας εντός των γαλακτοφόρων πόρων και απεικονίζονται ανωμαλίες που μπορεί να υπάρχουν.

ε) Θερμογραφία:

Αυτή είναι μέθοδος καταγραφής της υπέρυθρης ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας, η οποία εκπέμπεται από την επιφάνεια του σώματος και έτσι βοηθάει στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης.

Το θερμογράφημα είναι διαφορετικό για κάθε γυναίκα και εξαρτάται από τις ορμονικές διαταραχές και παθήσεις των μαστών .

Η ασθενής από την μέση και πάνω είναι γυμνή , η θερμοκρασία διαμ. 18-20⁰C και η παραμονή της σε αυτό 3-15'.

Η θερμογραφική εικόνα παρουσιάζεται σε καθοδικό σωλήνα και φωτογραφείται.

Η εξέταση είναι εύκολη, αβλαβής για την ασθενής που υποβάλλεται.

ζ) Υπερηχογράφημα:

Αν διαπιστωθεί ογκίδιο γίνεται υπερηχογράφημα για να δούμε αν είναι συμπαγές η κύστη.

Εδώ επιτρέπεται η μελέτη του μαστικού αδένα σε όλη του την έκταση και σε πολλές τομές.

η) Εηρογραφία:

Στην ξηρογραφία γίνεται αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα σεληνίου αντί φωτογραφικής πλάκας.

θ) Διαφανοσκόπηση:

Στη μέθοδο αυτή χρησιμοποιείται μικρή λυχνία με ορατό φώς προς το υπέρυθρο με αποτέλεσμα:

- α) να βλέπουμε τον διαφανοσκοπούμενο μαστό
- β) μέσω κομπιούτερ εμφανίζεται σε οθόνη τηλεοράσεως

Η διαφάνεια του μαστού εξαρτάται από το λίπος, από την παρουσία κύστεων, αδενωμάτων, νεοπλασιών.

ι) Σπινθηρογράφημα:

Εδώ χρησιμοποιούμε το καθολικό σπινθηρογράφημα του σκελετού με τη βοήθεια στροντίου 85 και άλλων βραχυβίων ραδιοϊσοτόπων.

Αν διαπιστωθεί ότι υπάρχει ογκίδιο ακολουθεί η παρακέντηση για τη διαπίστωση της ψηλαφώμενης διόγκωσης, δηλαδή αν είναι κυστική ή όχι.

Τώρα αν είναι κυστική η σύριγγα γεμίζει υγρό.

Παρακεντήσεις που έγιναν επί συνόλου Ι.288 ατόμων:

καλοήθης όγκος	632
καρκίνος	293
κύστη	187
ύποπτος όγκος	88
λεμφαδένες	48
ακατάλληλο υλικό	39

Δ Ι Α Φ Ο Ρ Ι Κ Η Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Στον καρκίνο του μαστού μεγάλη προσοχή δίνεται στον προσδιορισμό του κακοήθους όγκου.

Η ταξινόμηση σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας είναι:

- 1) ενδοπορικό και ενδολοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα
- 2) Διηθητικό καρκίνωμα
- 3) Ειδικές ιστολογικές ποικιλίες διηθητικού πορογενούς καρκινώματος.

Μυελοειδές

Θηλώδες

Αδενοκυστικό

Βλεννώδες

λοβιακό

επιδερμογενές

νόσος PAGET

4) Αποκρινές καρκίνωμα

5) Καρκίνωμα αργχέγονο σε κυτταροβριθές ενδοσωληνώδες ινωόδενομα.

Τώρα σύμφωνα με τους πιο πάνω τύπους είναι δυνατό διαμέσου εξετάσεων που αναφέρθηκαν να επιτευχθεί η διαφορική διάγνωση μεταξύ κυστικών και συμπαγών μορφωμάτων μεταξύ καλοήθους δυσπλασίας του μαστού από Ca, και γίνεται ελεγχοντας αν υπάρχει:

- α) σημαντική αύξηση του δείκτη πυρήνα πρωτοπλάσματος
- β) σημαντική ποικιλία στο μέγεθος του πυρήνα
- γ) υπαρξη πάνω από 2 πυρήνων
- δ) Μακροπυρήνια μεγαλύτερα από 4,5CM(σε διάμετρο)
- ε) έξοδος του πυρήνα από τα πρωτοπλασματικά όρια κυρίως μέσα στις ομάδες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Πολλά χρόνια πέρασαν από την περιγραφή της κλασσικής ριζικής μαστεκτομής κατά HALSTED και παρά τα χρόνια που πέρασαν οι χειρουργοί βρίσκονται προς διλήμματος, όσο αφορά την αγωγή που θα ακολουθήσουν.

Δύο είναι κυρίως οι τάσεις που μπορούν να κακολουθήσουν: Η μία με επικεφαλής τον MAC WHIRTER ακτινολόγο από το Εδιμβούργο, υποστηρίζει ότι ο χειρουργικός καθαρισμός των λεμφαδένων συντελεί στην εξάπλωση του καρκίνου, και συνιστά την απλή μαστεκτομή και την ακτινοβολία των διαφόρων γαγγλιακών ομάδων.

Η δεύτερη είναι γύρω από το θέμα της προεγχειρητικής ακτινοθεραπείας.

Αυτή η εφαρμογή αν δεν συντελεί στην εξάπλωση του καρκίνου, όπως ισχυρίζονται πολλοί, αναμφισβήτως καθυστερεί την επέμβαση γιατί απαιτείται για την εγχείρηση η μεσολάβηση από την ακτινοθεραπεία χρονικό διάστημα πάνω από δύο εβδομάδες.

Η θεραπεία διακρίνεται:

α) χειρουργική, δηλαδή ριζική μαστεκτομή

β) γενική όπου υπάγονται:

- χειρουργικά επεμβάσεις επί των αδένων έσω εκκρίσεως

- χημειοθεραπεία

-Θεραπεία δια ορμονών

-Ακτινοθεραπεία με ακτίνες X ραδίου ή ραδιενεργών
ισοτόπων.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην αρχή οι διάφορες επεμβάσεις ήταν λίγο περιορισμένες, όπου γινόταν η αφαίρεση του όγκου ή το πολύ και η αφαίρεση των προσβεβλημένων γαγγλίων.

Με το χρόνο όμως εφαρμόστηκαν μέθοδοι πλέον ριζικοί για την αφαίρεση των θωρακικών μυών και όλων των συστοίχων μασχαλιαίων γαγγλίων.

Ο HALSTED είναι άνθρωπος που εισηγήθη το 1896 την μέθοδο θεραπείας και από τότε φέρνει και το όνομα "ριζική μαστεκτομή κατά HALSTED" και η οποία έχει καθιερωθεί από τότε διεθνώς.

Η μέθοδος αυτή αφορά την αφαίρεση EN BLOCK του μαστού και των μείζονος και ελάσσονος θωρακικών μυών και τον επιμελή καθαρισμό της μασχαλιαίας κοιλότητας με αφαίρεση όσο το δυνατό μεγαλύτερο τμήματος κυτταρολιπώδους ιστού, ως και της κλειδο-κορακομασχαλιαίας περιτονίας στην οποία διατρέχουν τα λεμφικά αγγεία του μαστού.

Η μέθοδος αυτή με μικρές τροποποιήσεις, όσο αφορά την τομή θεωρείται μέχρι προ τινος ως η πλέον λυσιτελής.

Από το 1951 και μετά η κατά HALSTED επέμβαση επαναεξετάσθηκε προς τις άλλες ομάδες των γαγγλίων με σκοπό την διακοπή πάσης δυνατής διασποράς της νόσου δια της λεμφικής οδού.

Ο URBAN συνέστησε την αφαίρεση των παραστερνικών, δηλαδή των γαγγλίων της έσω μαστικής αρτηρίας.

Ο VANGENSTEEN επέκτεινε την μέθοδο μέχρι και των υπερκλειδίων γαγγλίων και την ονόμασε "υπερριζική μαστεκτομή" (SUPER RADICAL MASTECTOMY).

Ενώ, όμως η πρώτη μέθοδος, δηλαδή η αφαίρεση των μαστικών αγγείων, όλο και κατακτά περισσότερο έδαφος, η κατά VANGENSTEEN μέθοδος εγκαταλείπεται, όχι μόνο λόγω της βαρύτητας της επεμβάσεως, αλλά και γιατί, όταν έχουν προσβληθή και τα ακροτελευταία υπερκλείδια γάγγλια η νόσος θεωρείται ως γενικευμένη.

Επί της υπάρξεως γαγγλιακών μεταστάσεων στον υπερκλείδιο χώρο η ριζική κατά HALSTED επέμβαση συμπληρουμένη και με την αφαίρεση των παραστερνικών γαγγλίων αυξάνει το χρόνο της επιβιώσεως πέρα των 5 ετών τουλάχιστο κατά 10% (URBAN).

Επί 40 περιπτώσεων Ca του μαστού,

οι 28 περιπτώσεις βρέθηκαν διηθημένα πλην των μασχαλιαίων γαγγλίων και τα παράστερνικά, και μόνο σε 12 περιπτώσεις η διήθηση εντοπίζεται μόνο στα μασχαλιαία γάγγλια.

Ο Ρ Μ Ο Ν Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η βελτίωση των γνώσεων γύρω από τις ορμόνες από φυσιολογικής και φαρμακευτικής πλευράς, η πειραματική απόδειξη της ευεργετικής επιδράσεως και η δυνατότητα εργαστηριακού ελέγχου με τα αποτελέσματα, επέβαλαν την ορμονοθεραπεία στο καρκίνο του μαστού μεταξύ των άλλων θεραπευτικών μέσων, χωρίς όμως και αυτή να αποτελεί τη ριζική θεραπεία.

Η ορμονοθεραπεία επιδρά ευεργετικά επί της πορείας της νόσου και των υποκειμενικών και αντικειμενικών συμπτωμάτων σε ποσοστό 44-50%, το υπόλοιπο ποσοστό ανήκει στους μη επηρεαζόμενους υπό των ορμονών όγκους.

Χαρακτηριστική κυρίως επίδραση των ορμονών συναντάμε επί των οστικών μεταστάσεων, ο ακτινολογικός έλεγχος αποδεικνύει την αναστολή της οστεολύσεως.

Η ορμονοθεραπεία δεν ενδείκνυται από την αρχή της νόσου και αυτσαλώς, περισσότερο σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας μετά την εμμηνόπαυση και λιγότερο αποτελεσματική στις νεότερες γυναίκες, επίσης σε περιπτώσεις όπου άλλη θεραπεία αποτυγχάνει ή δεν έχει αποτελέσματα που θέλουμε, αλλά επιβάλλεται η έγκαιρη εφαρμογή της ορμονοθεραπείας πριν δηλαδή η κατάσταση επιβαρυνθεί κατά πολύ.

Σε επιτυχή εφαρμογή της θεραπείας, η διάρκεια της ευνοϊκής επιδράσεως κυμαίνεται μεταξύ 8-9 μηνών.

Η καθιέρωση όμως ενός ωρισμένου θεραπευτικού σχήματος δεν είναι δυνατόν γιατί η πραγματική σχέση ορμονών και όγκου και ο μηχανισμός επιδράσεως αυτών δεν έχει διευκρινισθεί, α-

κόμη διάφορο είναι και το ορμονικό υπόστρωμα κάθε ατόμου.

Ο ανθρώπινος οργανισμός είναι γεννητικώς δίμορφος, δηλαδή ερμαφρόδιτος. Άρσενικό ή θήλυκό φύλο 100% δεν υφίσταται, αλλά σε κάθε άτομο υπάρχει βαθμός της θήλεος και βαθμός άρρενος φύλου.

Αυτό εξηγείται γιατί επί περιπτώσεων αδενωμάτων του προστάτου ή καρκίνου του μαστού, σε άλλους πάσχοντες η χορήγηση ανδρογόνων ορμονών έχει ευνοϊκό αποτέλεσμα, σε άλλους το ευνοϊκό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται μόνο κατόπιν χορηγήσεως οιστρογόνων.

Προς εξακρίβωση του φύλου του νεοπλάσματος εξετάζεται κατά τη τεχνική PEULGEN-SCHEEF το ποσοστό της φυλετικής χρωματίνης.

Για την εξακρίβωση του φύλου αθροίζονται τουλάχιστον 400 κύτταρα σε διάφορα μικροσκοπικά πεδία και καθορίζεται η αναλογία των κυττάρων CRSX (φυλετική χρωματίνη) σε σχέση με το εξετασθέντα αριθμό κυττάρων.

Ως άρρενος γεννητικού φύλου θεωρούνται τα νεοπλάσματα τα οποία περιέχουν φυλετική χρωματίνη σε αναλογία 10%.

Ανδρογόνα:

Η θεραπεία με ανδρογόνα εφαρμόζεται σε ασθενείς οποιασδήποτε ηλικίας με προχωρημένο το καρκίνωμα του μαστού όπου το κύριο σύμπτωμα είναι ο πόνος προερχόμενος από αστικές μεταστάσεις.

Σε αναλογία 25% έχουμε ευνοϊκή επίδραση, δηλαδή υποχώρηση του πόνου και των οστεολυτικών εξεργασιών.

Το ευνοϊκό αυτό αποτέλεσμα απαιτεί θεραπεία σε 6-8 εβδομάδες.

Αν όμως μετά από δύο μήνες από τη έναρξη της θεραπείας δεν έχει παρατηρηθεί η αναμενόμενη βελτίωση τότε η θεραπεία με ανδρικό ορμονών πρέπει να διακόπτεται.

Τα χορηγούμενα σκευάσματα και η δόση αυτών είναι:

Προπριονική τεστοστερόνη (TESTOSTERONE PROPIONATE) 100 MG ενδομυϊκώς τρεις εβδομαδιαίως ή τεστοστερόνη βραδείας απορροφήσεως (DEPOT TESTOSTERONE) 400 MG. Ενδομυϊκώς κάθε εβδομάδα, και η FLUOXIMESTERONE 15MG. ημερησίως από το στόμα.

Επί ευνοϊκής επιδράσεως, η θεραπεία είναι δυνατόν να περιορισθεί σε 200 MG DEPOT τεστοστερόνης ανά 15ήμερον ή 15 MG FLUOXIMESTERONE ημερησίως από το στόμα.

Οιστρογόνα:

Αυτά χορηγούνται μετά την εμμηνόπαυση και κυρίως σε περιπτώσεις μεταστάσεως στα μαλακά μόρια.

Η ευεργετική επίδραση επέρχεται μόνο με χορήγηση μεγάλων δόσεων. Επί ορμονοεξαρτήσεως επέρχεται σε λίγες εβδομάδες επιθηλιοποίηση των εξηλωμένων επιφανειών και σμίκρυνση σε μέγεθος των μεταστάσεων στους πνεύμονες τα γάγγλια.

Αν επιτευχθεί ευνοϊκό αποτέλεσμα, η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται σε μεγάλο διάστημα, δηλαδή όσο εξακολουθεί η ευεργετική επίδραση η οποία είναι δυνατόν να διαρκέσει επί χρόνια.

Οιστρογονικά σκευάσματα στο εμπόριο φέρονται πολλά.

Χρησιμοποιούμε τη διαιθυλική στιλβεστρόλη (DIAETHYL STILBESTROL) σε δόσεις 15MG ημερησίως ή το ESTINYL σε δόσεις 15 MG. ημερησίως.

Ορμόνες του θυρεοειδούς:

Είναι παραδεκτό ότι υφίσταται σχέση μεταξύ υποθυρεοειδισμού και γεννητικών καρκίνων.

Ίσως αυτό οφείλεται στη παρατηρούμενη κατά τον υποθυρεοειδισμό αύξηση των λιπιδίων όπου προκύπτει ελάττωση ισταμίνης στους ιστούς και στη συνέχεια αλλοιώσεις των ενζυματικών εξεργασιών.

Για το λόγο αυτό συνιστάται (LOESER) ή χορήγηση θυρεοειδούς ορμόνης(θυροξίνης)αμέσως μετά την εγχείρηση,ακτινοθεραπεία ή και πριν αυτών.

Πάνω σε διάφορες στατιστικές φαίνεται η ευεργετική επίδραση όσο αφορά την πρόληψη των υποτροπών.

Η THYROIDINE θεραπεία ρυθμίζεται με την παρακολούθηση της χοληστερίνης στο αίμα.

Γλυκοκορτικοειδή:

Κατά προτίμηση χορηγούμε τα υδρογονωμένα παράγωγα της κορτιζόνης(SOLUCORTEF) ως παρουσιάζοντας εντονώτερη γλυκομονική ιδιότητα και προκαλεί μικρότερη κατακράτηση Na και ύδατος.

Α Κ Τ Ι Ν Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η ακτινοθεραπεία επί Ca του μαστού έχει διπλή εφαρμογή:

α) την απ'ευθείας επίδραση επί της καρκινωματούδους εστίας και επί των μεταστάσεων

β) την καταστολή της λειτουργίας των εχόντων σχέση προς το καρκίνο ενδοκρινικών αδένων.

Παρά το γεγονός ότι με την ακτινοβολία σε σπάνιες μόνο περιπτώσεις επέρχεται αποκατάσταση του προσβληθέντος ιστού, εν τούτοις επέρχεται σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις σαφής βελτίωση των υποκειμενικών συμπτωμάτων και των αντικειμενικών ευρημάτων, ως και βελτίωση της 5ετούς επιβίωσης.

Ειδικότερα ενδιαφέρει η επιλογή του χρόνου εφαρμογής της ακτινοθεραπείας σε σχέση προς την εγχείρηση.

Είδη χρησιμοποιούμενης ακτινοθεραπείας:

α) Ακτίνες ROENTGEN:

Αυτές εφαρμόζονται με μηχανήματα 250 KV σε 10, 14 ή και 20 συνεδρίας, χορηγούμενον επί του όγκου 2.000 - 2.500τ. και επί των παραστερνικών κ.τ.λ. γαγγλίων 3.000 τ.

Σαν κύρια ένδειξη εφαρμογής θεωρείται η ύπαρξη διηθήσεως των μασχαλιαίων και των παραστερνικών γαγγλίων.

Μεγάλες δόσεις χρησιμοποιούνται δια τους ενδοκρινείς αδένες.

β) Ράδιον:

Χρησιμοποιείται επί δερματικών υποτροπών και τοπικών μεταστάσεων δια ραδιοβελονισμού ή εφαρμογής εκμαγείου.

γ)Ραδιενεργά ισότοπα:

Χρησιμοποιούμε το κοβάλτιο(Ca^{60}) οκταοξειδής χρυσός (Au^{198}) ο ραδιενεργός χρωμοφωσφόρος($\text{C}_2\text{P}_{32}\text{O}_4$) και το ραδιενεργό υτρον (Y^{90})δεν χρησιμοποιούνται.

Χ Η Μ Ε Ι Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Τελευταία σημειώθηκαν πρόοδοι στη χρησιμοποίηση διάφορων χημικών ενώσεων για τη θεραπεία του καρκίνου.

Προς το παρόν μόνο παροδική βελτίωση των συμπτωμάτων είναι δυνατόν να επιφέρουν εν τούτοις η προοπτική των χημικών ενώσεων είναι ενθαρρυντική.

Οι χημικές ενώσεις ονομάζονται χημειοθεραπευτικά ή κυτταροτοξικά ή κυτταροστατικά φάρμακα.

Οι ουσίες αυτές σε αντίθεση προς τις ορμόνες συμβάλλουν στη αποκατάσταση του κυτταρικού υποστρώματος, επιδρούν επιβλαβώς επί της συνθέσεως των πυρηνοπρωτεϊδών ή της διαιρέσεως των χρωματοσωμάτων ή επί του μεταβολισμού του πρωτοπλάσματος, αναστελλομένου του πολλαπλασιασμού των κυττάρων.

Προς το παρόν η χημειοθεραπεία ως αυτοτελές μέσο, συνιστάται μόνο επί περιπτώσεων μη επιδεχομένων χειρουργικής επέμβασης.

Ο συνδιασμός όμως χημειοθεραπείας και χειρουργικής επέμβασης (πρό, κατά, ή μετά την επέμβαση), όπως και ο συνδιασμός της χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας έχει σήμερα ευρεία εφαρμογή .

Οι χρησιμοποιούμενες χημικές ενώσεις είναι πολλές.
Γενικώς διακρίνουμε σε :

I. Αλκυλιστικές όπου υπάγονται :

α) Αζωθυπερίτης (HN_2)

β) Ένωση Αζωθυπερίτου μετά φαινολαλανίνης (FAM)

γ) Τριαιθυλενοθυλαμίνη (TEM)

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

δ) Τριαιθυλενοθειοφωσφαμίδιον (TSPD)

2. Αντιμεταβολικές όπου και εδώ υπάγονται:

α) Αμεθυοστερίνη

β) Μερκαπτοπουρίνη ή πουριφαινόλη

γ) Φθοριοουρακίλη (SFU)

δ) Αμινοπτερίνη

3. Αντιβιοτικά, ως η ακτινομυκίνη D.

Οι διάφορες όμως αυτές χημικές ουσίες δεν δρούν δραστικά μόνο επί των νεοπλασματικών κυττάρων, αλλά και επί των υγιών, μάλιστα και επί του αιμοποιητικού συστήματος και του επιθηλίου του εντερικού βλεννογόνου.

Για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται και η τοπική εφαρμογή των διαφόρων κυτταροστατικών, διαπομονώσεως της πασχούσης περιοχής από την υπόλοιπη κυκλοφορία.

Επειδή αποδείχθη ότι επί παρουσία οξυγόνου μειώνεται η επί των υγιών κυττάρων τοξική ενέργεια, διαβιβάζονται τα διάφορα κυτταροστατικά προ το πάσχον όργανο τη βοήθεια καρδιοπνευμονικής συσκευής (τεχνική καρδιά).

Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η ελάττωση της πιθανότητας διασποράς και εμφυτεύσεως νεοπλασματικών κυττάρων κατά την εγχείρηση, λόγω καταστροφής των υπό του κυτταροστατικού.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Κατά την θεραπεία όμως παρατηρήθηκαν επιπλοκές και αυτές είναι:

- α) εκ τη διαφυγής της χημικής ουσίας στην γενική κυκλοφορία.
- β) εκ της κυκλοφορίας τοξινών εκ του νεκρωμένου όγκου
- γ) εκ τοπικών θρομβώσεων.

К Е Ф А Л А І О Б Е М П Т О

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Εκτίμηση της καταστάσεως της ασθενούς:

Από την στιγμή που η κάθε γυναίκα έρχεται στο Νοσοκομείο γιατί κάτι ανακάλυψε ή κάποιας ενόχλησης στο στήθος, θα ακολουθήσει μία σειρά από εξετάσεις. Γι αυτό εμείς πρέπει να κάνουμε εκτίμηση της γενικής καταστάσεως της ασθενούς. Ζητάμε πληροφορίες από την άρρωστη, την οικογένειά της, και από ιατρικά δελτία.

α. Ιστορικό υγείας:

την ηλικία,

επάγγελμα

συζυγική κατάσταση

οικογενειακό ιστορικό

το καταμήνιο ιστορικό

το μαιευτικό ιστορικό

σεξουαλικό ιστορικό (λήψη αντιβιολιπτικών)

τυχόν προηγούμενη πάθηση μαστού

θηλασμό

δίαιτα.

β. Φυσική εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς ελέγχου-
με αν υπάρχει :

ασυμμετρία μαστών

ανύψωση μαστού

έκκριση θηλής

σκληρό ογκίδιο

καθώς η άρρωστη αν νοιώθει ανησυχία , αγωνία για την
τελική διάγνωση.

Στις διαγνωστικές εξετάσεις (μαστογραφία) επιβεβαιώνε-
ται η διάγνωση της κατάστασης της ασθενούς.

Αν τώρα διαπιστωθεί ότι πράγματι κάτι υπάρχει (καρκίνος)
τότε η ασθενής παραμένει στο Νοσοκομείο ώστε να εφαρμοστεί
η πρέπουσα σχετική θεραπεία, καθώς και η πρέπουσα νοσηλευτι-
κή φροντίδα που έχει σκοπό:

α) αποδοχή της ασθενούς για την διάγνωση του καρκίνου
μαστού, καθώς και την απώλειά του

β) μείωση της αγωνίας της ασθενούς και του άγχους

γ) αποδοχή της πραγματικότητας από την οικογένειά της,
καθώς και από την ίδια μετά από την εγχείρηση.

δ) μείωση κινδύνου υποτροπής.

Νοσηλευτική προεγχειρητική φροντίδα:

Κάθε ασθενής που έρχεται στο νοσοκομείο έχει αισθήματα φόβου και ανησυχίας, περισσότερο δε ο ασθενής που πρόκειται να κάνει χειρουργική επέμβαση.

Ο νοσηλευτής-τρια με λεπτότητα, ευγένεια, κατανόηση και ευσυνειδησία, πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποβάλλει όλους αυτούς τους φόβους και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό), πρέπει να απαντάμε στα ερωτήματα του αρρώστου, χωρίς να προχωρεί στις αρμοδιότητες των γιατρών.

Η προετοιμασία του αρρώστου από τον νοσηλευτή-τρια, και οι εξηγήσεις δημιουργεί αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφαλείας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος της σοβαρότητας της εγχειρήσεως και την κατάσταση της ασθενούς.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει από:

- τη γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- τη τοπική προεγχειρητική ετοιμασία, και
- τη τελική προεγχειρητική ετοιμασία

I. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία:

α) Τρόνωση του ηθικού, πολλοί ασθενείς δεν φθάνουν στο Νοσοκομείο μόνο με φόβους και ανησυχίες, αλλά από την αρχή

νομίζουν ότι θα αποτύχει η εγχείρηση και τότε σκέψεις που αφορούν την οικογένεια του κ.λ.π. δημιουργούν ασθήματα θλίψης. Είναι γνωστό ότι άρρωστοι που πρόκειται να χειρουργηθούν και έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας, ή κατάθλιψης παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως SHOCK κ.α. Η τόνωση του ηθικού του αρρώστου κατορθώνεται με τις προσπάθειες του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας, να μάθει τις προσωπικές ανάγκες του αρρώστου και να τις ικανοποιήσει και να κατανοήσει τον άρρωστο.

β) Τόνωση σωματική: Αυτή γίνεται δια διαιτολογίου πλούσιου σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες. Βοηθά στη σωματική τόνωση του αρρώστου εάν έχει αντίληψη της σπουδαιότητας που έχει η καλή διατροφή. Δίνεται προσοχή στη προεγχειρητική ετοιμασία στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Την προηγούμενη ημέρα της εγχειρήσεως ο άρρωστος τρέφεται ελαφρά. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα. Για το φόβο των εμμέτων και του μετεωρισμού της κοιλίας. Εάν δεν πρέπει να στερηθεί από υγρά δίδονται παρεντερικώς.

γ) Ιατρικές Εξετάσεις (κλινικές και εργαστηριακές):

Στην προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του αρρώστου από χειρουργό παθολόγο, από αναισθησιολόγο κ.λ.π. Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από την εγχείρηση είναι:

- Εξετάσεις αίματος

- Εξετάσεις ούρων.

δ) Καθαριότητα του αρρώστου: Αποτελείται από το καθα-

ρισμό του εντερικού σωλήνος που γίνεται με καθαρτικά φάρμακα και με καθαρτικό υποκλισμό. Καθαριότητα του σώματος του αρρώστου όπου γίνεται δια του λουτρού καθαριότητας. Αποβλέπει στην καλλίτερη λειτουργικότητα του δέρματος και στην αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

ε) Εξασφάλιση αρκετού και καλού ύπνου: Πάντοτε η ανα-

μονή της εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Η δε κόπωση από την αυπνία δημιουργεί μετεγχειρητικές επιπλοκές. Για να έχει ο άρρωστος επαρκή ύπνο του χορηγούμε ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

στ) Προετοιμασία και εκπαίδευση του αρρώστου : σε με-

τεγχειρητικές ασκήσεις , άκρων, αναπνευστικών, μυών κ.τ.λ.

ζ) Προσανατολισμό: του αρρώστου στο νέο δωμάτιο που

πρόκειται να μεταφερθεί μετά την εγχείρηση , εάν πρόκειται να μεταφερθεί σε μονάδα εντατικής παρακολουθήσεως.

2. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία:

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στον οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία αποτελείται από την καθαριότητα, την αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, για να αποφύγουμε τον κίνδυνο των μολύνσεων.

3. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία:

Αυτή περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του αρρώστου, παρακολούθηση ζωτικών σημείων.

β) κατάλληλη ενδυμασία για την άρρωση και αφαίρεση των εσωρούχων. Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα, φουρκέτες, οδοντοστοιχίες, ξεβάφουμε τα νύχια των γυναικών για να δούμε πιθανή κυάνωση.

γ) προανάρκωση: Γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν την εγχείρηση όπου το είδος της προναρκώσεως το κανονίζει ο αναισθησιολόγος και σκοπός της είναι η μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου, του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Λόγω της δράσεως των φαρμάκων λέμε στην ασθενή να μην σηκωθεί από το κρεβάτι, επίσης εξασφαλίζεται περιβάλλον χωρίς θορύβους και πολύ φωτισμό και λέμε στους επισκέπτες να

την αφήσουν ήσυχη, όταν η άρρωστη φύγει για το χειρουργείο ετοιμάζεται το δωμάτιο για την επιστροφή μετά την εγχείρηση.

Το σωστό στρώσιμο, η πετσέτα στο κομοδίνο, νεφροειδές αερισμός είναι μέσα στα καθήκοντα του νοσηλεύτη-τρια.

Νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα:

Η μετεγχειρητική φροντίδα αποτελεί σοβαρή απασχόληση για τον Νοσηλευτή-τρια, και πρέπει να φροντίζει για:

- α) Προστασία του αρρώστου κατά τις διάφορες φάσεις ανυψεύσεως του
- β) παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξεως της ασθενείας,
- γ) για την ανακούφιση από τα ενοχλήματα
- δ) πρόληψη για επιπλοκές
- ε) βοηθά για τη συντομότερη αποκατάσταση, φυσιολογική κατάσταση, επίσης περιλαμβάνονται στα καθήκοντα νοσηλευτή-τριας.
- ς) Προφύλαξη του αρρώστου από ρεύματα αέρος κατά την μεταφορά του από το χειρουργείο
- η) κατάλληλη τοποθέτηση στο κρεβάτι
- θ) παρακολούθηση του τραύματος
- ι) προστασία από τις διεγέρσεις για αποφυγή εισρόφησης εμέτων και γενικά μέχρι να αποβάλλει τα ναρκωτικά
- κ) προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

λ) φροντίδα τραύματος

μ) ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και τις άλλες δυσχέρειες τις πρώτες 48 ώρες

ν) παρακολούθηση ζωτικών σημείων ασθενούς

ξ) βοήθεια για σήτιση

ο) βαθιές αναπνοές για αποφυγή επιπλοκών.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές:

Μετεγχειρητικές επιπλοκές υπάρχουν πολλές, οι περισσότερες συχνές είναι οι εξής:

I) Αιμορραγίες: Διαίρουνται σε εξωτερικές και εσωτερικές. Παράγοντες που προκαλούν την επιπλοκή αυτή είναι:

- Η μη καλή απολίνωση των αγγείων και των τριχοειδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού.

- Η μόλυνση του τραύματος. Αυτήν ο οργανισμός αντιμετωπίζει με συρροή αίματος που αποτέλεσμά της είναι η αιμορραγία.

- Οι βίαιες και ακότρες κινήσεις του αρρώστου. Με αυτές χαλάει ο θρόμβος που έχει σχηματισθεί στο καμμένο αγγείο ή σπάνε τα ραμματα με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία να έχουμε.

- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: σφυγμός ευπίεστος γρήγορος και κματοειδής. Πρόσωπο και άκρα ψυχρά. Ωχρότης του δέρματος. Πτώση Α.Π. και θερμοκρασίας.

Η γρήγορη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι:

Θέτει τον άρρωστο σε ακινησία και καλούμε το γιατρό για παροχή βοήθειας. Εάν είναι εξωτερική η αιμορραγία θέτει πιεστικό επίδεσμο στο μέρος του σώματος που αιμορραγεί εάν

βέβαια είναι δυνατόν. Σε εσωτερική αιμορραγία έχει έτοιμο το δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα ,ορρό και ειδοποιεί την τρέπεζα αίματος.

2) SHOCK: Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφοριακού συστήματος, που επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός, ο δυνατός πόνος είναι παράγοντες που κάνουν το SHOCK.

Τα συμπτώματα που έχει είναι: Σφυγμός μικρός, συχνός και μόλις αισθητός, αναπνοή επιπολαιή και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως , δέρμα και βλεννογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες, έχει καταβολή δυνάμεων και ελάττωση της αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνουμε είναι: τοποθετούμε το κεφάλι του αρρώστου χωρίς μαξιλάρι και ανυψώνουμε το κάτω μέρος του κρεβατιού για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

Θέρμανση με κουβέρτες και θερμοφόρες. Γίνεται καρδιοτόνωση , χορήγηση αίματος, ορρού ή πλάσματος. Χορηγούνται ζεστά υγρά από το στόμα εφ'όσον επιτρέπεται.

3) Επιπλοκές που αφορούν τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος:

α) Πνευμονία ατελεκτασία, οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνος από βλεννώδεις εκκρίσεις κατά την νάρκωση και απονάρκωση.

β) Πνευμονική εμβολή. Εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στην μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη απ' αυτού κάποιου αγγείου το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα.

γ) Ασφυξία: Εδώ εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή. Εισρόφηση εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό, πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράσσεται ο λάρυγγας με την επιγλωτίδα και τέλος επίδραση του ναρκωτικού επί του κέντρου της αναπνοής

4) Επιπλοκές που έχουν σχέση με το κυκλοφοριακό σύστημα. Οι πιο συχνές επιπλοκές στο κυκλοφοριακό σύστημα είναι οι θρομβοφλεβίτιδες και η θρόμβωση του αγγείου του μηρού που εμφανίζεται κυρίως μετά από εγχείρηση της ελασσονος πυέλου.

5) Επιπλοκές που έχουν σχέση με το πεπτικό σύστημα:

α) Παρωτίτιδα: Εμφανίζεται 3-4 ημέρες μετά την εγχείρηση και είναι φλεγμονή των παρωτίων αδένων.

β) Διάταση του στομάχου. Εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς

που έκαναν εγχείρηση σε όργανο της κοιλίας.

γ) Μετεωρισμός ή τυμπανισμός της κοιλίας. Κατά την επιπλοκή αυτή συσσωρεύονται αέρια στο παχύ έντερο.

δ) Παραλυτικός ειλεός. Είναι η παρατεταμένη διατάση του στομάχου και του εντέρου λόγω συγκεντρώσεως υγρών και αερίων εντός αυτού.

6) Επιπλοκές που έχουν σχέση με διαταραχές του μεταβολισμού:

α) Οξέωση ή κέτωση. Η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή έχουν ακατάσχετους εμέτους ή δεν τρέφονται επί σειρά ή μερών.

β) Ουραιμία: Είναι τοξική κατάσταση. Οφειλομένη στην κατακράτηση από το οργανισμό αχρήστων προϊόντων του μεταβολισμού των λευκωμάτων, λόγω βλάβης του ουροποιητικού συστήματος ή μόλυνσεως του νεφρικού ιστού και έτσι ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει τα άχρηστα στοιχεία του αίματος.

7) Επιπλοκές που έχουν σχέση με το ουροποιητικό σύστημα

α) Επίσχεση ούρων: Είναι η κατάσταση που ο ασθενής ενώ έχει ούρα εις την ουροδόχο κύστη δεν μπορεί να ουρήσει

β) Ουραιμία

8) Επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα:

α) Μόλυνση του τραύματος

β) Εήξη τραύματος

9) Μετεγχειρητική ψύχωση:

Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν είναι η προδιάθεση του ατόμου και η παρατεταμένη χρήση της ναρκώσεως.

Η καλή ψυχολογική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου πολλές φορές προλαμβάνει την επιπλοκή αυτή.

Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία

α) Έλεγχος στο δέρμα για ερ

β) Πρίν την θεραπεία γίνεται σωστός καθαρισμός

γ) λάδι ή κρέμα στην περιοχή όπου έγινε ακτινοθεραπεία.

- δ) αντιμετώπιση κνησμού
- ε) ενημέρωση της ασθενούς για αποφυγή τριβής και πίεσης της περιοχής
- ζ) προστασία του δέρματος από το ηλιακό φως
 - τραυματισμό
 - θερμότητας
 - καί από στενά ρούχα

Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χημειοθεραπεία:

- α) συμπαράσταση στην ασθενή
- β) παρατηρεί την ασθενή για στοιχεία λοίμωξης
- γ) συνεχόμενες εργαστηριακές εξετάσεις
- δ) έλεγχος ούρων, κοπράνων
- ε) ελέγχει την κατάσταση αναιμίας
- ζ) προσοχή για μην έρθει σε επαφή το δέρμα της με τα φάρμακα.

Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με προχωρημένο Ca μαστού

Κατά την ριζική μαστεκτομή σε ασθενή με Ca μαστού υπάρχει η πλήρης θεραπεία αλλά μερικές ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπές ή μεταστάσεις.

Κατά την νοσηλευτική παρέμβαση γίνεται αξιολόγηση της φυσικής και ψυχολογικής κατάστασης, εφαρμογή ανακουφιστικής θεραπείας για την ύφεση των συμπτωμάτων και συγχρόνως την παράταση της ζωής.

Ασθενής με καρκίνο μαστού κατά το τελικό στάδιο:

Μεγάλη συμβουλή παρουσιάζει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την καλύτερη αντιμετώπιση.

Στην ασθενή χορηγούνται φάρμακα για:

1) για καταπολέμηση ναυτίας και εμέτου

2) ηρεμιστικά

3) κατευναστικά-υπνωτικά

4) μυοχαλαρωτικά-αντισπασμωδικά

5) αναλγητικά

6) ηρεμιστικά

7) τοπικά αναισθητικά

Όλα αυτά τα φάρμακα χορηγούνται στην αρχή σε μικρές δόσεις όπου στην συνέχεια αυξάνονται

Ο νοσηλευτής-τρια προσέχει:

I)ετοιμάζει όλα τα απαραίτητα για πιθανή αντιμετώπιση SHOCK

2)προετοιμάζει την ασθενή για κοιτηριασμό και απαλίνωση των εκτεθέντων αγγείων

3)ελέγχει την χροιά του δέρματος

4)Ελεγχος τυχόν αιμορραγίας

5)εκτελεί πωματισμό του κόλπου ή του ορθού

6)προσέχει το μέρος αυτό να είναι καθαρό

7)φροντίζει την κερπίτωση συχνουρίας-ακράτειας

8)παρεμποδίζει την εμφάνιση δυσκοιλιότητας

9)ελάττωση οιδήματος

IO)κατάλληλη σίτηση

II)εντριβές περιορισμός κατακλίσεως

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ
ΚΟΝΤΑ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ.

Όταν το αποτέλεσμα των διαφόρων εξετάσεων επιβεβαιώνει ότι πράγματι υπάρχει καρκίνος του μαστού, τότε η ασθενής βρίσκεται σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση.

Αργότερα όταν πλέον πρέπει να το ξεπεράσει αρχίζει η ανύψωση ηθικού στην ασθενή και από μόνη της αποκτά δυνάμεις έχοντας ελπίδα, και πίστη στο Θεό.

Γίνεται η κατάλληλη πληροφόρηση γύρω από το θέμα που την απασχολεί, καθώς η αναγκαιότητα της μαστεκτομής γίνεται για διάσωση της ζωής της.

Η σωστή ενημέρωση γίνεται και στην οικογένειά της, όπου και αυτοί με την σειρά τους προσπαθούν με τον τρόπο τους να βοηθήσουν την ασθενή για γρήγορη προσαρμογή στη ζωή όπως και πριν.

Προεγχειρητική Ψυχολογική υποστήριξη:

Στη φάση αυτή απαιτείται:

α) ενθάρρυνση της ασθενούς

β) σχεδιασμός επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης

Μετεγχειρητική Ψυχολογική υποστήριξη:

Ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια είναι τα άτομα που άμεσα θα βοηθήσουν την ασθενή μετά την μαστεκτομή με σκοπό να κατορθώσει να ξεπεράσει το πρόβλημά της και να παραδεχτεί να προχωρήσει τη ζωή της με ελπίδα και αισιοδοξία.

Θα δώσει πληροφορίες στην ασθενή πως μπορεί να αποκτήσει και να χρησιμοποιήσει τεχνητό μαστό σε αντικατάσταση του αφαιρεθέντος μαστού.

Πρέπει να είναι πρόθυμη-ος για να απαντά στον καταγλισμό ερωτήσεων της ασθενής.

Σιγά-σιγά αρχίζει η μάθηση ασκήσεων για πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας.

Εξοδος από το Νοσοκομείο και Διδασκαλία:

Όταν η ασθενής είναι έτοιμη για έξοδο από το Νοσοκομείο τότε ο γιατρός της δίνει διάφορες οδηγίες για να ακολουθήσει στο σπίτι, τέτοιες ασκήσεις είναι:

α) σφύξιμο μπάλας, βοηθάει στο δυνάμωμα των μυών, και βελτίωση της κυκλοφορίας.

- β)πέταγμα μπάλας, βελτίωση της έκτασης στο προσβλημένο άκρο,
- γ)Αναρρίχηση στο τοίχο, προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου.
- δ)Γύρισμα σχοινάκι. Είναι για ευλιγισία του ώμου
- ε)Λιώρηση χεριών. Χαλάρωση ώμου και μυών.
- ζ)τροχαλία , βοηθάει τις κινήσεις του ώμου.
- στ)Αγγιγμα μετώπου, δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου.

Φροντίδα τραύματος:

- α)αλλαγή στην επιφάνεια όπου έγινε η μαστεκτομή
- β)σωστός καθαρισμός
- γ)Αποφυγή φλεγμονής-ερυθρότητας-οίδημα
- δ)μασάζ
- ε)να αποφεύγονται κοψίματα-αμυχές-τσιμπήματα-εγκαύματα

CHEEK UP:

Η ασθενής μετά από κάποιο χρονικό διάστημα από την έξοδο της από το Νοσοκομείο θα πρέπει να κάνει CHEEK UP ώστε να διαπιστωθεί η πορεία της ασθενούς από την μαστεκτομή, για την προσαρμογή της ασθενούς, και γενικά για την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς.

Περίοδος κοντά στο θάνατο:

Συνήθως η ασθενής βρίσκεται στο Νοσοκομείο αν συμβεί το μοιραίο. Αυτό γίνεται για ανακούφιση της ασθενούς και για καλύτερη περίθαλψη. Ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια στηρίζει την ασθενή ψυχολογικά και προσπαθεί όσο το δυνατό να μην νοιώσει αβοήθητη και προσφέρει το παν για όσο το δυνατό ανώδυνο θάνατο.

ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η εξέταση των μαστών γίνεται στην αρχή σε θέση κατακεκλιμένη ως :

α) Τοποθετεί πρώτα το δεξί χέρι κάτω από το κεφάλι της και στη συνέχεια με τα δάκτυλα του αριστερού χεριού της ελαφρά ψηλά το δεξιό μαστό.

β) επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία αντιστρόφως για να εξεταστεί και ο άλλος μαστός

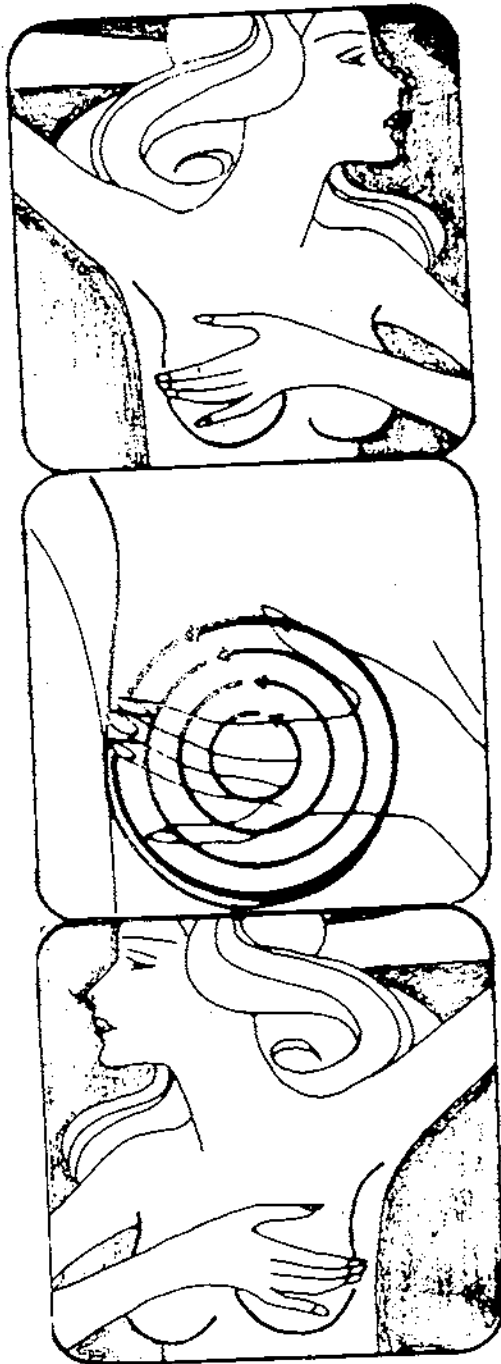
γ) Για να είναι η εξέταση του μαστού πλήρης, η ψηλάφηση αρχίζει από την θηλή και προχωρεί κατά συγκεντρικούς κύκλους μέχρι όπου συμπληρωθεί ολόκληρος η εξέταση του μαστού.

Μετά την εξέταση των μαστών σε κατακεκλιμένη θέση επαναλαμβάνεται σε θέση όρθια, ενώ ταυτοχρόνως τοποθετεί και πάλι το αντίστοιχο χέρι πίσω από το κεφάλι.

Με την πιο πάνω εξέταση η γυναίκα που γνωρίζει τη σύσταση των μαστών της υπό φυσιολογικές συνθήκες, πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει την εμφάνιση τυχόν ογκιδίου διαμέτρου 1 εκ. οπότε και θα πρέπει να πάει αμέσως στο γιατρό της.

Η ανακάλυψη βεβαίως ενός ογκιδίου στο μαστό δε σημαίνει κατ'ανάγκη ότι πρόκειται περί καρκίνου. Τουναντίον είναι γνωστό ότι τα 65-80% των ογκιδίων αυτών είναι καλοήθους σύστασεως (κύστεις) λιπώματα, αλλά αυτό μόνο ο γιατρός είναι σε θέση να το αποφασίσει.

Πομίζω ότι η συμβουλή του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να είναι σημαντική στην πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού υπό την έννοια της καταλληλου διαφωτίσεως ευρέων στρωμάτων του πληθυσμού για αυτό το πρόβλημα που απασχολεί το γυναικείο πληθυσμό και λέγεται καρκίνος μαστού.



ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΥΣΩΕΡΕΡΟΙΣΗΟΙ
ΣΧΗΜΑ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία απειλή της υγείας της γυναίκας.

Η γυναίκα και αυτή με την σειρά της μπορεί να συμβάλει στην ανακάλυψη του Ca κάνοντας αυτοεξέταση στους μαστούς της, συγχρόνως να προσέλθει και στο γιατρό της για καλύτερη διάγνωση.

Με την βοήθεια των μέσων μαζικής ενημερώσεως ,με διάφορες διαλέξεις, ενημέρωση σωστή από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, διαμόρφωση ,διοργάνωση του προγράμματος ενημέρωσης ,αποκατάστασης, ακόμη ενίσχυση οικονομική, είναι τρόπος που μπορούν να βοηθήσουν στις έρευνες και στη θεραπεία του Ca μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Α

Στις 12.2.89 εισήλθε στη κλινική η κυρία Παπαδοπούλου Μαρία, ετών 46 από την Αρτα.

Ατομικό Ιστορικό:

Η κυρία Παπαδοπούλου Μαρία πρό I έτους κατά την ψηλάφηση στο στήθος και συγκεκριμένα στο αριστερό μαστό, την έκανε να επισκεφθεί κάποιον γιατρό για να διαπιστωθεί τι ακριβώς είναι.

Μετά από εξετάσεις διαπιστώθηκε ότι η κυρία είχε Ca αριστερού μαστού και έγινε η εισαγωγή της κατόπιν συννενοήσεως για την θεραπεία.

Εμμηνοαρχή στα 13 χρόνια

Μητέρα : 3 αγοριών

Επάγγελμα: Οικιακά.

Κληρονομικό Ιστορικό:

Η μητέρα της πέθανε φυσιολογικά στα 84 χρόνια, ο πατέρας της πέθανε από τροχαίο στα 69, έχει και άλλα 2 αδέρφια χωρίς προβλήματα υγείας.

Η κυρία τοποθετήθηκε στο θάλαμό της και σύμφωνα με το πρόγραμμα υποβλήθηκε σε μία σειρά εξετάσεων.

Εργαστηριακά:

Λευκά: 6.600.000

Na: 38

Ερυθρά: 4.500.000

Εγινε μαστογραφία

Αιματοκρίτης: 37

Ro θωρ.

Αιμοσφαιρίνη: 12,1

ΑΠ: 145/75 mmHg

Ουρία: 35

θ: 36,7

σάκχαρο: 117

Σφ: 73

K: 4

Εγινε βιοψία ιστολογική και ήταν θετική.

Μετά από τις διάφορες εξετάσεις που έγιναν και την συγκέντρωσή τους καθορίστηκε η μέρα και ώρα της χειρουργικής επέμβασης (μαστεκτομή).

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ:

Μετά την χειρουργική επέμβαση που ήταν επιτυχής η κυρία Παπαδοπούλου Μαρία εξήλθε από το Νοσοκομείο μετά 8 ημερών με τις κατάλληλες οδηγίες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

αξιολόγηση αρ-
ρώστου

Προγραμματισμένη νοσηλευ-
τική φροντίδα, εφαρμογή Ν. Φ

εκτίμηση αποτελεσ-
μάτων.

Η ασθενής ήταν γεμά-
τη από απορίες πάνω
στο θέμα της μαστεκ-
τομής.

Πρόθυμη και συνεπής
στο επάγγελμα για
την πιο σωστή όσο
γίνεται ενημέρωση
της από τους νοσηλευ-
τές-τριες, για να μπο-
ρέσει η ίδια ν' αρχί-
σει να κατανοήσει το
πρόβλημά της και με
τη σειρά της να βοη-
θήσει για γρηγορότε-
ρη ανύψωση της,
φυσικά με την αμέρι-
στη βοήθειά μας.

Έγινε σύσταση στην ασθενή
να εκτελεί κινήσεις πάνω
στο κρεβάτι (πόδια-χέρια)
καί να παίρνει βαθιές εισ-
πνοές για πρόληψη και απο-
φυγή αναπνευστικών επιπλο-
κών, έγινε σχεδιασμός με
την ασθενή για επιτυχή προ-
γραμματισμό αποκατάσεως
βάζοντας ορισμένους σκο-
πούς.

Φροντίδα του τραύματος, δό-
θησαν ορισμένες οδηγίες κα-
τόπιν συζήτησεως μαζί της
καί δείχνοντας πως θα τις
κάνει όταν φύγει.

Με την βοήθειά μας
η κυρία Παπαδοπούλου
κατάφερε να ξεπερά-
σει τις αρχικές απο-
ρίες και την ανησυ-
χία της πάνω στο θέ-
μα της μαστεκτομής.
Με την συζήτησή μας
η κυρία πείσθηκε ό-
τι πράγματι είναι ο
σωστός δρόμος προς
την ανύψωση ηθικού
καί τονωσή της όσο
αφορά την αποκατάστα-
σή της.

Στις 14.6.89 εισήλθε στη κλινική η κυρία Βασιλική Ρέλλου, ετών 57, από την Πρέβεζα.

Ατομικό ιστορικό:

Η κυρία Ρέλλου Βασιλική με αυτοεξέταση στο μαστό και πιο σαφές στο αριστερό παρατηρεί κάποιο όγκο.

Αυτό ήταν η αρχή για μία σειρά από επισκέψεις και εξετάσεις στους γιατρούς για το πρόβλημά της.

Διαπίστωση των όλων εξετάσεων ήταν ότι είχε Ca αριστερού μετά από συννενοήση ήρθε στην κλινική για χειρουργική επέμβαση μαστεκτομή.

Επάγγελμα: Ιδιωτική Υπάλληλος

Εμμηνορροχία: II

Κυήσεις-τοκετοί: 3 παιδιά

Παιδιά χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα υγείας.

Κληρονομικό ιστορικό: Ελεύθερο

Εργαστηριακά:

Λευκά: 7.800.000

Αιματοκρίτης: 36,5

Ερυθρά: 5.000.000

Αιμοσφαιρίνη: 12

Ουρία : 27

Η.Κ.Γ. ΚΦ Γ/ΟΥ ΚΦ

Σάκχαρο: 87

RO: αναπνευστικός διχασμός

Α.Π.: 150/80

Εκθεση ραδιοισοτοπικής μελέτης:

Στο σπινθηρογράφημα οστών (WBS) με $^{99m}\text{Tc-MDP}$ παρατηρείται εκλεκτική καθήλωση του ραδιοφαρμάκου στους θ_2 - θ_3 - θ_5 σπονδύλους.

Στη συνέχεια προγραμματίσθηκε για χειρουργείο.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ:

Η εγχείρηση διήρκησε 1 ώρα

Η ασθενής μετά την ανάρωση της που κράτησε 12 ημέρες και τις οδηγίες που πήρε από νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό έφυγε για το σπίτι.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

αξιολόγηση αρρώ-
στου

Προγραμματισμένη Νοσηλευτική
Φροντίδα -εφαρ.Νοσηλ.φροντίδας

εκτίμηση αποτε-
λεσμάτων.

Με τις πρώτες ετοιμα-
σίες η ασθενής ένοιωθε
άγχος.Στόχος μας η διε-
ρεύνηση του προβλημά-
τός της και να αναπτύξουμε
το ρόλο μας με ανθρω-
πιά και συνέπεια ώστε
να γίνουμε κατανοητοί
και να καταφέρουμε να
νοιώσει διαφορετικά η
ασθενής προετοιμασμένη
με τις γνώσεις της πιά
που της διδάξαμε και
την τόνωσή της.

Με τον ερχομό της από το χει-
ρουργείο η ασθενής παρακολου-
θήθηκε για πόνο,αιμορραγία,έ-
γινε έλεγχος ζωτικών σημείων.
Γινόταν έλεγχος της παροχε-
τεύσεως .Επίσης αντιμετώπιση
των προβλημάτων όπως πόνος-
δίψα,έμετο,επίσχεση ούρων,με-
τεωρισμό και ν'αποφύγουμε με-
τεγχειρήτικες επιπλοκές.

Στην ασθενή δόθη-
σαν οδηγίες για
την αντιμετώπιση
τώρα πιά στο σπίτι.
Η αγωνία και το
άγχος ζωγραφισμέ-
νο στο πρόσωπο
της ασθενούς ,ε-
μείς όμως γνωρί-
ζοντας την ειδική
ψυχολογική κατά-
σταση των καρκινο-
παθών ιδίως μετά
την μαστεκτομή ό-
που είναι δύσκολο
ν'αποκρυφθεί η
φύση της νόσου προ-
σπαθήσαμε με λεπ-
τούς χειρισμούς να
την κανουμε να μην
επαναβυθίζεται στο
πρόβλημα της επιβί-
ωσης έτσι ελπίζω
ότι ολοκληρώσαμε
το έργο μας ως α-
ποστολή και λει-
τούργημα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ελπίζω με την παρούσα εργασία μου ,να κατάφερα να περιγράψω το καρκίνο του μαστού Ca.

Είναι και από εμένα μία μικρή συμβουλή στη γυναίκα που χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα.

Κάθε μέρα που περνά γίνεται ένα όπλο ,όσο αφορά την πρόληψη και την θεραπεία της με πιο συγχρονα μέσα,ώσπου να ελαττωθεί σημαντικά το πρόβλημα που απασχολεί ευρύ γυναικείο πληθυσμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΤΟΥΧΤΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΤΟΜΟΣ Β' ΕΚΔΟΣΗ. Π. ΣΑΚΚΟΥΔΑ 1968
2. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Θ. ΓΙΤΣΙΟΥ
ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ
Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ 1977
3. Α. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ 1984
4. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ
ΤΟΜΟΣ Β' ΕΚΔΟΣΗ. ΠΑΡΙΣΑ 1985
5. ΚΥΡΙΑΝΙΔΟΥ Ε
ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΕΚΔΟΣΗ 1986
6. ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ Α
ΑΡΧΑΙ ΥΠΕΡΙΠΝΣ
ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ Ca
ΕΚΔΟΣΗ 1970