

ΤΕΙ: ΠΑΤΡΑ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

<<ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ>>

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΚΑΡΥΤΙΝΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

κ. ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	195
----------------------	-----

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ	
- Πρόλογος - Ευχαριστίες	1
- Εύσαγωγή	3
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι</u>	
1. Στοιχεία ανατομικής και φυσιολογίας	4
2. Αγγείωση μαστού	5
3. Εμβρυολογία εξέλιξη μαστού	7
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ	
1. Αυτοεξέταση μαστού	8
2. Κλινική εξέταση μαστού	10
3. Παρακλινικές εξετάσεις	12
4. Ιστολογική εξέταση	14
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>	
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΜΑΣΤΟΥ	
1. Υποπλασία μαστού	16
2. Δεάχυτος υπερτροφία μαστού	16
3. Γυναικομαστία	17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u>	
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ	
1. Οξεία μαστίτις - απόστημα	19
2. Χρόνιο απόστημα μαστού	20
3. Άσηπτη νέκρωση του λιπώδους ιστού	21

	Σελ.
4. Έκτασία των πόρων (πλασματοκυτταρική μαστίτις)	21
5. Θηλαίο συρίγγιο	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

1. Ινοαδένωμα	24
2. Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα	25
3. Ενδοαυλικό θήλωμα	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Κυστική νόσος και επιθηλιακή υπερπλασία	28
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

1. Αιτιολογία = Επιδημιολογία	32
2. Ιστολογική ταξινόμηση	34
3. Νόσος PAGET	35
4. Φλεγμονώδες νεόπλασμα	36
5. Καρκίνος κατά την κύηση και γαλουχία	36
6. Κλινική σταδιοποίηση	37
7. Διάγνωση καρκίνου μαστού	39
8. Καρκίνος μαστού σε άνδρα	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Τοπική θεραπεία καρκίνου μαστού	43
2. Θεραπεία της συστηματικής νόσου	47

	Σελ.
3. Θεραπεία των επιπλοκών που οφείλονται στον καρκίνο μαστού	51
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
1. Προεγχειρητική ετοιμασία	53
2. Μετεγχειρητική ετοιμασία - Σχεδιασμός για την έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο	56
3. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	63
4. Τα κυριότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και οι νοση- λευτικές εφαρμογές	69
5. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία	73
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10</u>	
- ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ	76
- ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	82
 ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	 112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	114

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία που ακολουθεί αποτελεί το τελευταίο μέρος των σπουδών μου στο τμήμα Νοσηλεύτικής.

Το θέμα που εξετάζω περιλαμβάνει όλες τις παθήσεις που μπορούν να προσβάλλουν τον μαστό.

Το θέμα έχει δύο μέρη. Το ιατρικό και το νοσηλευτικό. Το ιατρικό μέρος αναφέρεται στην περιγραφή όλων των παθήσεων του μαστού, στην αιτιολογία, επιδημιολογία στα διαγνωστικά μέσα και στην θεραπεία των παθήσεων, κυρίως του καρκίνου του μαστού.

Το νοσηλευτικό μέρος, την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κάποια πάθηση μαστού, τους αντικειμενικούς σκοπούς και την νοσηλευτική παρέμβαση στα συμπτώματα της νόσου.

Στο ειδικό μέρος υπάρχει η εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική αντιμετώπιση των ασθενών με παθήσεις μαστού.

Με την βοήθεια των βιβλίων, ιατρικών και νοσηλευτικών, που χρησιμοποίησα και την καθοδήγηση των γιατρών του Π.Π.Ν. της Πάτρας, έφερα σε πέρας την εργασία μου. Παρά τις προσπάθειές μου όμως φοβάμαι ότι ίσως μερικά στοιχεία είναι ελλιπή ή έχουν παραλειφθεί, αλλά πιστεύω ότι η παρουσίαση του θέματος, θα δώσει όσο το δυνατόν καλύτερη εικόνα του θέματος και θα με αποδείξει αντάξια τόσο της εμπιστοσύνης του καθηγητή και επόπτη της εργασίας μου Κ.Κούνη όσο και των καθηγητών που απαρτίζουν την εξεταστική επιτροπή.

Τελειώνοντας, ευχαριστώ θερμά τις κ.καθηγήτριές μου που με τις γνώσεις και τις προσπάθειές τους, μας εκπαίδευσαν άρτια τόσο στο θεωρητικό όσο και στο πρακτικό μέρος της νοση-

λευτικής ώστε να εξασκήσουμε όσο γίνεται καλύτερα το επάγ-
γελμά μας με γνώση και επιτυχία. Επίσης ευχαριστώ τον Κ.Κού-
νη για την πολύτιμη συνεργασία του στην διεκπεραίωση της ερ-
γασίας μου και την δ.Παπαδημητρίου για την κατηδότησή της
στην διεκπεραίωση του νοσηλευτικούμέρους της εργασίας.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από καταβολής σχεδόν του ανθρώπινου γένους, ο μαστός υπήρξε για την γυναίκα σύμβολο θηλυκότητας και μητρότητας.

Είναι λοιπόν φυσιολογικό να συνδέεται ισχυρότατα συναισθηματικά η γυναίκα με τους μαστούς της.

Ο φόβος απώλειάς τους, αποτελεί και την κυριότερη αιτία για την οποία οι γυναίκες αποφεύγουν να συμβουλευτούν τον γιατρό τους, όταν διαπιστώσουν ότι κάτι υπάρχει στο στήθος τους.

Η καθυστέρηση αυτή συχνά έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια όχι μόνο του μαστού αλλά και την ζωή ακόμα της άρρωστης. Η σωστή πληροφόρηση των γυναικών σχετικά με τις παθήσεις των μαστών είναι ένα από τα κύρια όπλα στη μάχη εναντίον αυτών.

Ο μαστός είναι ένας τροποποιημένος ιδρωτοποιός αδένας, ο οποίος στη γυναίκα αναπτύσσεται σ' ένα πολυσύνθετο λειτουργικό όργανο, ενώ στον άνδρα παραμένει υποτυπώδες. Ο μαστός αναπτύσσεται σταδιακά. Κατά την γέννηση δεν είναι πλήρης. Κατά την παιδική ηλικία παρατηρείται προοδευτική αλλά βραδεία ανάπτυξη των πόρων του μαστού. Στον άνδρα, η ανάπτυξη σταματά στο επίπεδο αυτό. Στην γυναίκα πριν από την έμμηνου ρύση παρατηρείται επιτάχυνση της ανάπτυξεως του μαστού, διακλάδωση των πόρων και υπερπλασία του, μεταξύ των πόρων, στρώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Οι μαστοί αποτελούν εξαρτήματα του δέρματος. Κάθε μαστός αποτελείται από το μαστικό αδένα, υποδόριο λίπος και το αντίστοιχο δέρμα και παρουσιάζεται σαν ημισφαιρική (ελαφρά παραμορφωμένη) προβολή του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Η προβολή αυτή εκτείνεται μεταξύ στέρνου και μασχάλης από την 3η μέχρι την 7η πλευρά.

Ο μαστικός αδένας περιβάλλεται από λίπος εκτός από το τμήμα που βρίσκεται αμέσως κάτω από τη θηλή και τη θηλαία άλω.

Το σχήμα του αδένος είναι δισκοειδές.

Η πρόσθια επιφάνειά του υπόκυρτη, είναι ανώμαλη με επάρματα και εντυπώματα και συνδέεται με καθεκτήριες δεσμίδες με το υπερκείμενο δέρμα (σύνδεσμος του COOPER). Η οπίσθια επιφάνειά του είναι υπόκοιλη και επικάθεται στην περιτόνια του μείζονος θωρακικού μυός, με την παρεμβολή ινολιπώδους ιστού.

Η περιφέρειά του δεν είναι αυστηρώς κυκλωτερής αλλά φέρει μια απόφυση προς την μασχαλιαία κοιλότητα (ουρά του μαστικού αδένος ή απόφυση του SPENCE).

Η αύλακα μεταξύ των δύο μαστών καλείται μεσομάστιος κόλπος. Η θηλή του μαστού είναι κυκλινδρική ή κωνική προβολή ύψους 10-12 μμ και αντιστοιχεί περίπου κάτω από το κέντρο του μαστού. Η θηλή περιβάλλεται από την θηλαία άλω. Στην κατασκευή του ο μαστός είναι σύνθετος σωληνο-κυψελώδης αδένος. Αποτελείται από 6-8 λόβια, που το κάθε ένα παροχετεύει στον δικό του πόρο, ο οποίος εκβάλλει στη θηλή

(εκφορητικός ή γαλακτοφόρος πόρος)

Το τοίχωμα των αδενοκυψελών και των πόρων αποτελείται από ένα βασικό υμένα και ένα στοίχο εκκριτικών (κυλινδρικών) κυττάρων. Στο άκρο των γαλακτοφόρων πόρων το επιθήλιο είναι πλακώδες.

Οι πόροι περιβάλλονται από μυοεπιθηλιακά κύτταρα, τα οποία όταν συστέλλονται συνθλίβουν τους πόρους και προωθούν το περιεχόμενό τους.

Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους, και είναι αυτό που δίνει το σχήμα στον μαστό. Είναι άφθονο στην πρόσθια επιφάνεια του αδένα, ενώ στην οπίσθια είναι ελάχιστο.

Το δέρμα του μαστού διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα του σώματος μόνο στην περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω, όπου δεν υπάρχουν τρίχες και ιδρωτοποιοί αδένες αλλά άφθονη χρωστική και σημηματογόνοι αδένες.

2. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η αγγείωση του μαστού γίνεται από κλάδους της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας και τους διατιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών (έξω πλάγιο). Το έσω πλάγιο αιματώνεται από τους διατιτραίνοντες κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας. Η φλεβική αποχέτευση γίνεται κατ'ανάλογο τρόπο.

Η λεμφική αποχέτευση του έσω ημιμορίου του μαστού γίνεται προς τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια που ακολουθούν την πορεία της ομόνυμης αρτηρίας.

Η λεμφική αποχέτευση του έξω ημιμορίου του μαστού γί-

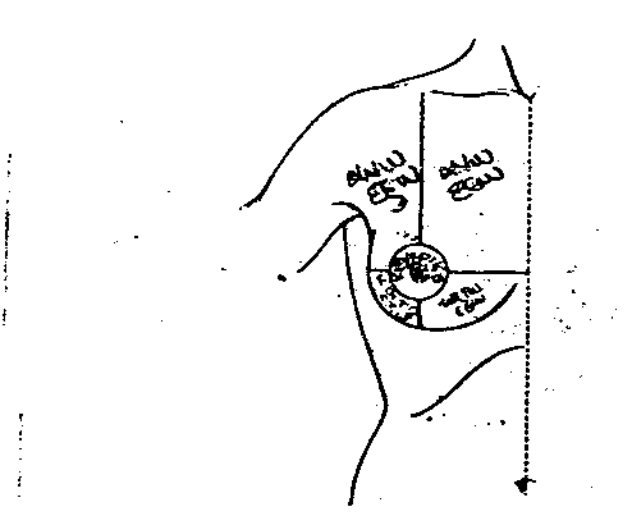
νεται από τους αδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας.

Οι αδένες αυτοί σχηματίζουν 5 (πέντε) ομάδες:

1. Την πρόσθια (του μείζονα θωρακικού)
2. Την οπίσθια (υποπλάτια)
3. Την έξω (μασχαλιαία)
4. Την κεντρική και
5. Την κορυφαία (υποκλείδια), με την σειρά που ακολουθεί και η απαγωγή της λέμφου.

Υπάρχουν επίσης λεμφαγγεία που συνδέουν το σύστημα της λεμφικής αποχετεύσεως του μαστού με τους λεμφαδένες που βρίσκονται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών (γάγγλια του ROTTER).

Ο μαστός για λόγους τοπογραφικούς χωρίζεται σε πέντε τμήματα: Το κεντρικό που περιλαμβάνει την θηλή και την άλω και τέσσερα τεταρτημόρια, τα άνω, έσω και έξω και τα κάτω έσω και έξω.



Εικ. 1 : Τοπογραφική διαίρεση του μαστού σε τεταρτημόρια

3. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ - ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΑΣΤΟΥ

Το μέγεθος και το σχήμα των μαστών παραλλάσσει ανάλογα με την ηλικία και τη φυλή.

Η εμβρυϊκή καταβολή τους γίνεται από τις δύο μαζικές ακρολοφίες που εμφανίζονται κατά μήκος μιας γραμμής που εκτείνεται από το μέσο το κλειδός μέχρι τη βουβωνική χώρα (μαζική γραμμή).

Ο αριθμός και η θέση των μαστών που θα αναπτυχθούν εξαρτάται από το ζωικό είδος. Στον άνθρωπο, σχηματίζονται δύο μαστοί στο ύψος των πρόσθιων θωρακικών μυών.

Οι μαστοί μέχρι την ήβη δεν παρουσιάζουν καμμία δραστηριότητα, με εξαίρεση τα νεογνά, που μπορούν να παρουσιάσουν κάποια δραστηριότητα οφειλόμενη στις ορμόνες της μητέρας τους.

Στην ήβη η έναρξη της κυκλικής δραστηριότητας των ορμονών διεγείρει την ανάπτυξη των μαστών, την διακλάδωση των πόρων και το σχηματισμό λοβίων.

Σε πλήρη μορφολογική και λειτουργική ωριμότητα, ο μαστός φτάνει με την έναρξη της κυήσεως, ενώ με την έναρξη της εμμηνοπαύσεως οι πόροι και οι αδένες ατροφούν με παράλληλη συρρίκνωση και του στρώματος

Η μορφολογία του γυναικείου μαστού στη φάση μοιάζει με τον αντρικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

1. ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.

Η πείρα έχει δείξει ότι τα 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες.

Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου γίνει σε πρώιμο στάδιο η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70-80% των περιπτώσεων.

Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού.

Η αυτοεξέταση μπορεί να γίνεται 5-10 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση, όταν είναι ελάχιστες οι μορφολογικές επιδράσεις των ορμονών. Όταν η γυναίκα βρίσκεται στην εμμηνόπαυση συνίσταται να γίνεται μια καθορισμένη μέρα του μήνα (π.χ. την 1η ή 2η ημέρα του μήνα).

Τρόποι αυτοεξέτασης υπάρχουν πολλοί, αλλά έ απλοί, άλλοι πολύπλοκοι.

Αναφέρουμε έναν απλό τρόπο αυτοεξέτασης του μαστού. Η γυναίκα ξαπλώνει ανάσκελα μ' ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο για να υπερυψωθεί το στήθος και το ένα χέρι πίσω από το κεφάλι. Με το άλλο χέρι και με τις ράγες των δακτύλων ψηλαφά τον μαστό της προσέχοντας μην ξεχάσει κάποια περιοχή ψηλάφησης.

Κατά τη διάρκεια της ψηλαφήσεως η γυναίκα πρέπει να αυ-

του συγκεντρώνεται πολύ και πρέπει να κάνει μια χαρτογράφηση του μαστού της, δηλαδή να μην ψάχνει για καινούργια ογκίδια, αλλά να γνωρίσει τον μαστό της.

Σε 5-10 μήνες θα ξέρει τόσο καλά τον μαστό της ώστε είναι σίγουρο ότι αν παρουσιαστεί ένα ογκίδιο θα το αντιληφθεί πριν καν το πιάσει.

Ένας άλλος τρόπος αυτοεξέτασης γίνεται μπροστά στον καθρέπτη. Αρχικά η γυναίκα με τα χέρια προς τα κάτω παρατηρεί αν υπάρχει κάποια ανωμαλία, εισολκή του δέρματος, ερυθρότητα, μεγάλη ασυμμετρία των μαστών, έκζεμα ή οτιδήποτε άλλο της κάνει εντύπωση.

Στην συνέχεια σκύβει προς τα εμπρός και ο μαστός έρχεται και <<κρεμάει>> προς τα εμπρός και παρατηρεί αν υπάρχουν ανωμαλίες, υπέγερση του δέρματος.

Στην συνέχεια βάζει τα χέρια πίσω από το κεφάλι. Έτσι εκτείνεται η θωρακική περιτονία, ο μαστός έρχεται προς τα επάνω και παρατηρεί αν υπάρχουν υποκείμενες ανωμαλίες στον μαστικό αδένα.

Τέλος τοποθετώντας τα χέρια στις λαγόνιες ακρολοφίες, σφίγγει με τα χέρια το σημείο αυτό και έτσι συσπώνται οι μύες του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος και αν στο βάθος υπάρχει κάποια ανωμαλία, μας δημιουργεί μια προεξοχή, μια προβολή στην επιφάνεια του μαστού, το οποίο αντιστοιχεί σε κάτι που υπάρχει στο βάθος.

Η μέθοδος αυτοεξέτασης του μαστού είναι αποτελεσματική μόνο αν γίνεται σωστά και σε κανονικά διαστήματα.

2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Πρέπει να αναζητείται κάθε στοιχείο σχετικό με το πρόβλημα που αναφέρει η γυναίκα για τον μαστό της.

Κυκλικά ενοχλήματά από τους μαστούς με την έμμηνο ρύση έκκριση από τη θηλή, μεταβολές της θέσεως και του σχήματος των μαστών, πρέπει να αναφέρονται.

Απαραίτητο είναι το γυναικολογικό ιστορικό.

Έμμηνος ρύση: συχνότητα, διάρκεια. Το πλείστον των νεοπλασμάτων εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση και σχεδόν ποτέ πριν την εμφάνιση της έμμηνου ρύσεως. Επίσης σε περίπτωση καρκίνου μαστού η έμμηνος ρύση παρατείνεται.

Εγκυμοσύνη, θηλασμός: Έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος του μαστού σπανίζει κατά την περίοδο της κυήσεως και της γαλουχίας. Εάν όμως εμφανιστεί η πρόγνωση είναι βαριά.

Αναζητείται επίσης οικογενειακό και ατομικό αναμνηστικό όπως: προηγούμενες παθήσεις του μαστού, βιοψίες, μαστογραφίες κλπ.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η εξέταση των μαστών αποτελεί σημαντικό μέρος της φυσικής εξέτασης επειδή οι μαστοί είναι μία από τις συνηθέστερες θέσεις εντοπίσεων θανατηφόρου, αλλά δυνάμενης να προληφθεί νόσου στις γυναίκες και επειδή συχνά προσφέρουν ενδείξεις για υποκείμενη συστηματική νόσο και στους άνδρες και στις γυναίκες.

Κατά την εξέταση η ασθενής γυμνώνεται από την μέση και πάνω.

Αρχικά ζητάμε να σηκώσει τα χέρια της πάνω από το κεφάλι της και να τα ξανακατεβάσει. Μ'αυτόν τον τρόπο παρατηρούμε την συμμετρία των θηλών, την ομοιομορφία και συμμετρία των μαστών και τωθυθελών, ανωμαλίες του δέρματος (καθήλωση-ρυτίδωση) και προβολή τυχόν διογκώσεων στην επιφάνεια του μαστού.

Στη συνέχεια η άρρωστη γέρνει ελαφρώς προς τα εμπρός και οι μαστοί ψηλαφώνται αμφίχειρως. Έτσι λαμβάνουμε στοιχεία όσον αφορά το μέγεθος, το σχήμα και την ελαστικότητα του μαστού.

Η μασχαλιαία κοιλότητα της άρρωστης εξετάζεται από το αντίθετο χέρι του εξετάζοντος (δεξιιά μασχάλη άρρωστης - αριστερό χέρι γιατρού) και αφού ο βραχίονας της άρρωστης λυγισμένος χαλαρώνει εντελώς πάνω στο σύστοιχο χέρι του εξετάζοντος.

Τέλος η άρρωστη ξαπλώνει με τα χέρια πίσω από το κεφάλι της και ψηλαφώνται οι μαστοί πιεζόμενοι μεταξύ των χεριών και του θωρακικού τοιχώματος σ'όλη τους την έκταση.

Εάν ψηλαφηθεί οποιαδήποτε διογκωση στο μαστό, πρέπει να καθοριστεί το μέγεθος της, το σχήμα της, η σχέση της με τον αδένα, εάν είναι περιγραμένη ή όχι, αν συμφύεται με το δέρμα ή τουβύ αν είναι συμπαγής ή κυστική, ομαλή ή λόβωτή, επώδυνος ή μη.

Εάν παρατηρήσουμε έκκριση από τη θηλή, προσπαθούμε να την προκαλέσουμε, πιέζοντας την περιοχή της θηλαίας άλω με το δάχτυλο από την περιφέρεια προς το κέντρο γύρω-γύρω.

Με τον τρόπο αυτό εντοπίζουμε και την θέση της βλάβης Γαλακτόρροια, άσχετη με την κύηση και διάφορες άλλες παθολογικές εκκρίσεις του μαστού οφείλονται ή σε καλοήθεις ή σε

κακοήθεις παθήσεις του μαστού.

3. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Όταν υπάρχει έκκριση υγρού από τη θηλή, τότε το έκκριμα τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα και στέλλεται για κυτταρολογική εξέταση.

Όταν υπάρχει διόγκωση, το υλικό λαμβάνεται με παρακέντηση και αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης. Εάν η διόγκωση είναι κυστική κενώνεται και το περιεχόμενο της κύστης αποστέλλεται μέσα σε δοκιμαστικό σωληνάριο για φυγοκέντρηση και κυτταρολογική. Εάν η διόγκωση είναι συμπαγής αναρροφάται όση ποσότητα είναι δυνατόν και επιστρώνεται σε πλακίδια.

2. ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Πρόκειται για ακτινολογική εξέταση των μαστών στην οποία χρησιμοποιούνται λεπτόκοκκα φιλμς, υψηλής διακριτικότητας και ακτίνες χαμηλής διαπερατότητας.

Με τη σύγχρονη τεχνολογία, οι μαστογραφίες υψηλής ποιότητας μπορεί να εκτελεσθούν με έκθεση του ατόμου σε δόσεις ακτινοβολίας που δεν υπερβαίνουν τα 0.01 GY.

Σήμερα συνίσταται η εξής τεχνική:

- I. Μαστογραφία κάθε χρόνο για τις γυναίκες πάνω των 50 ετών
- II. Μαστογραφία κάθε χρόνο για τις γυναίκες από 35-50 ετών που θεωρούνται ότι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο και
- III. Σε γυναίκες κάτω των 35 ετών δεν πρέπει να γίνεται μαστογραφία παρά μόνο αν υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις.

Αυτή η ομάδα υψηλού κινδύνου καθορίστηκε ότι περιλαμβάνει τις γυναίκες, που προηγουμένως είχαν καρκίνο μαστού ή είχαν μητέρα ή μια αμφιθαλή αδελφή που έπασχε από τη νόσο αυτή.

3. ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Η ξηρογραφία έχει μεγαλύτερη ευκρίνεια γιατί τονίζει τις διαφορές πυκνότητας των ιστών, αναδεικνύει τις ασβεστοώσεις αλλά χορηγεί στην άρρωστη μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας (1 RAD/FILM). Λαμβάνονται συνήθως δύο λήψεις για κάθε μαστό μια σε κάθετο και μια σε οριζόντιο άξονα. Τέλος λαμβάνεται μια μόνο λήψη σε λοξό άξονα.

4. ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Σήμερα χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο.

Η αξία της είναι μεγάλη στην διερεύνηση μεταξύ συμπαγών και κυστικών μαζών. Χρησιμοποιείται επίσης με μεγάλη επιτυχία για τον εντοπισμό μικρών σε μέγεθος βλαβών.

Με τα νεωτέρου τύπου μηχανήματα απεικονίζονται σχεδόν όλα τα στοιχεία που ενδιαφέρουν τον κλινικό ιατρό στην διερεύνηση μιας διογκώσεως στο μαστό, όπως η διήθηση του δέρματος, η σύμπτυξη της μάζας με τα γύρω, μέγεθος, σχήμα, σύσταση μάζας κλπ.

5. ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΙΑ

Με την έγχυση σκληρής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους, απεικονίζονται τυχόν ανωμαλίες αυτών.

6. ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Με ειδικό όργανο, τον θερμογράφο, ελέγχεται όλη η θερμοκρασία της περιοχής των μαστών.

7. ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ

Με αυτή ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφικών γαγγλίων. Αυτό επιτυγχάνεται με την έγχυση σκληρής ουσίας με τοπική αναισθησία, ενδομυελικώς στο κάτω άκρο του στέρνου.

8. ΣΠΙΝΘΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

4. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Μια μάζα στον μαστό αποτελεί ένδειξη για βιοψία ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της μαστογραφίας.

Η λήψη ιστοτεμαχιδίου από την βλάβη μπορεί να γίνει με διάφορες τεχνικές.

Σήμερα έχουν καθιερωθεί και χρησιμοποιούνται κυρίως δύο:

I. Κλειστή βιοψία δια βελόνης: Χρησιμοποιείται ειδική βελόνη (TRU-CUT) με την οποία παίρνουμε ένα νηματοειδές τεμάχιο ιστού.

II. Ανοιχτή βιοψία: Γίνεται με γενική ή τοπική αναισθησία ανάλογα με το μέγεθος της βλάβης. Αφαιρείται χειρουργικώς ολόκληρη η βλάβη από το μαστό.

Αν η βλάβη φαίνεται στη μαστογραφία, αλλά δεν ψηλαφάται, πριν την ανοιχτή βιοψία γίνεται εντοπισμός της με την βοήθεια του μαστογράφου και δύο λεπτές και μακριές βελόνες οι οποίες εισέρχονται στο μαστό από διαφορετικά σημεία και διαπερνούν -άρα διασταυρώνονται- στη βλάβη.

Το λοτοτεμάχιο που αφαιρείται με τον τρόπο αυτό στέλνεται για μαστογράφηση, προκειμένου να βεβαιωθούμε ότι είναι αυτό που φαινόταν στην μαστογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΕΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΜΑΣΤΟΥ

Οι συγγενείς ανωμαλίες μαστού, κάθε άλλο παρά σπάνιες είναι. Η ύπαρξη υπεράριθμων θηλών (πολυθηλία), ή μαστών (πολυμαστία), κατά μήκος της μαστικής γραμμής, είναι συχνοί τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Οι υπεράριθμοι μαστοί έχουν φυσιολογική κατασκευή και λειτουργία και αφαιρούνται μόνο σε περιπτώσεις που είναι επώδυνοι και προκαλούν δυσμορφία στον ασθενή.

Αντίθετα με την πολυμαστία, πολυθηλία, η πλήρης έλλειψη ενός μαστού - αμαστία- ή της θηλής -αθηλία- είναι εξαιρετικά σπάνια.

Υποπλασία μαστού

Στην περίπτωση αυτή ο μαστός δεν αναπτύσσεται κανονικά με την ήβη (μικρομαστία). Η ανωμαλία αυτή συνοδεύεται συνήθως από ατελή ανάπτυξη του μείζονος θωρακικού μυός και των γεννητικών οργάνων.

Διάχυτος υπερτροφία μαστού

Συνίσταται στην τεράστια διόγκωση του μαστού συνήθως αμφοτερόπλευρη. Κυρίως σφείλεται σε υπερτροφία του μαζικού λίπους και του ενώδους υποστρώματος, ενώ ο μαζικός αδένας συμμετέχει πολύ λίγο.

Οι μαστοί αυτοί είναι επώδυνοι και χωρίς λειτουργία.

Η πάθηση αυτή αρχίζει στην ήβη, εξελίσσεται σταδιακά, ώστε οι μαστοί καθίστανται τεράστιοι και προκαλούν πολλές ενοχλήσεις λόγω του βάρους και του μεγέθους τους.

Η αιτιολογία είναι άγνωστη, μπορεί όμως να οφείλεται σε ανωμαλία της έσω εκκρίσεως.

ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑ

Λέγεται η εμφάνιση ευμεγέθων, θηλέος τύπου, μαστών σε άνδρα. Ο μαζικός αδένας ψηλαφάται διογκωμένος, αλλά είναι ομαλός, ζυμώδης, κινητός και συνήθως ανώδυνος. Τα αίτια της γυναικομαστίας είναι πολλά:

Ανάλογα διακρίνουμε:

1. Εφηβική γυναικομαστία: Παρατηρείται σε πολλά αγόρια την περίοδο της ήβης. Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 14 έτη. Συχνά είναι σημαντικά ασύμμετρα, κάποτε μονόπλευρη, συνοδεύεται από τοπική ευαισθησία και γενικά υποστρέφει, έτσι ώστε στα 20 έτη μικρός μόνο αριθμός ανδρών παρουσιάζει ψηλαφητά ίχνη γυναικομαστίας που έχουν παραμείνει στον ένα ή και στους δύο μαστούς.
2. Γυναικομαστία που συνοδεύεται από γενετικές διαταραχές
 - α. Σύνδρομο KLINEFELTER
 - β. Σύνδρομο REIFENSTEIN
 - γ. Αληθής ερμαφροδιτιμύς
3. Γυναικομαστία που συνοδεύεται από συστηματικές νόσους
 - α. κίρρωση ήπατος
 - β. Ελκώδης κολίτις
 - γ. νόσος του HODGKIN
 - δ. Όγκοι όρχεων

3. Όγκοι επινεφριδίων

4. Γυναικομαστία οφειλόμενη σε:

φάρμακα (οιστρογόνα, τεστοστερόνη, φαινοθυαλίνες κ.α.)

καρκίνωμα μαστού

οικογενής

ιδιοπαθής και ψευδογυναικομαστία της παχυσαρκίας

Η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου στο διογκωμένο μαστό δεν είναι μεγαλύτερη από ότι στον άλλο. Εάν δεν υποχωρήσει αυτόματα σε 6-12 μήνες αφαιρούμε το διογκωμένο αδένα, με τοπική αναισθησία.

Συνήθως είναι ετερόπλευρη και εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία. Αμφοτερόπλευρη απαντά συνήθως σε ανηλίκους και πάντοτε πρέπει να αναζητείται η συστηματική ορμονική διαταραχή που την προκαλεί.

Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η εφηβική και η ορμονοεξαρτώμενη γυναικομαστία τείνουν να είναι αμφοτερόπλευροι ενώ η ιδιοπαθής και ή από μη ορμονικά φάρμακα είναι συνήθως ετερόπλευρη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ 4ον

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

1. ΟΞΕΙΑ ΜΑΣΤΙΤΙΣ - ΑΠΟΣΤΗΜΑ

Συμβαίνει συνήθως τις πρώτες εβδομάδες της γαλουχίας. Τα συνήθη μικρόβια είναι ο σταφυλόκοκκος και ο στρεπτόκοκκος και η πύλη εισόδου τους είναι οι μικροτραυματισμοί της θηλής και οι γαλακτοφόροι πόροι.

Αρχικά η φλεγμονή εκδηλώνεται ως κυτταρίτιδα με ερυθρότητα του δέρματος: διόγκωση, οίδημα, πόνο και στη συνέχεια αποστήματα. Εάν ο υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι ο στρεπτόκοκκος τότε η κυτταρίτιδα είναι έντονη με πιθανές συστηματικές τοξικές εκδηλώσεις.

Ο σταφυλόκοκκος έχει μεγαλύτερη διεισδυτικότητα και προκαλεί ευκολότερα ρευστοποίηση της φλεγμονής και αποστήματα μονήρη ή πολλαπλά.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνίσταται στην συστηματική ενδοφλέβια χορήγηση τών κατάλληλων αντιβιοτικών και αναλγητικών (πενικιλίνη, ερυθρομυκίνη) και στην εφαρμογή τοπικώς υγρής θερμότητας (θερμά επιθέματα).

Εάν η φλεγμονή αποστηματοποιηθεί, συνίσταται η διάνοιξη του αποστήματος το συντομότερο. Πολλαπλά αποστήματα είναι δυνατόν να παροχετευθούν με μια τομή στην περιφέρεια της θηλαίας άνω για κοσμητικούς λόγους, εφ' όσον όμως είμαστε βέβαιοι ότι τα μεταξύ τους διαφράγματα έχουν ραγεί ευρέως και

δεν έχουν αφεθεί άλλες κοιλότητες.

Για την πρόληψη είναι απαραίτητη η αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής του θηλασμού.

Εάν η φλεγμονή εμφανιστεί κατά την διάρκεια της γαλουχίας, τότε σταματάει ο θηλασμός, γίνεται κένωση του μαστού με τεχνητά μέσα και εφαρμογή τοπικά αντισηπτικών μεθόδων.

2. ΧΡΟΝΙΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΜΑΣΤΟΥ

Η πάθηση αυτή σπάνια παρατηρείται σήμερα, αλλά μπορεί εύκολα να συγχυθεί με τον καρκίνο. Το συνηθέστερο αίτιο είναι η δευτεροπαθής φυματίωση.

Η περιοχή δεν εμφανίζει σημεία φλεγμονής, το υπερκείμενο δέρμα είναι καθηλωμένο και σκληρό στην βλάβη και συχνά φέρει πολλαπλούς συρτηγγιώδεις πόρους.

Η διάγνωση γίνεται με την βιοψία της μάζας και η θεραπεία περιλαμβάνει ευρεία παροχέτευση και αντιφυματική αγωγή. Σε επιμονή του αποστήματος γίνεται απλή μαστεκτομή. Σπανιότερο αίτιο του χρόνιου αποστήματος είναι η κακώς θεραπευθείσα οξεία μαστίτιδα. Η συλλογή στην περίπτωση αυτή είναι κακώς περιγραμμένη με περιόδους ύφεσης και έξαρσης.

Η θεραπεία περιλαμβάνει καλλιέργεια του πύου για την ταυτοποίηση του μικροοργανισμού και χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού.

Στην συνέχεια γίνεται ευρεία παροχέτευση της συλλογής με λήψη ιστοτεμαχίου για ιστολογική εξέταση προς αποκλεισμό καρκινώματος.

3. /ΑΣΗΠΤΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ

Είναι πάντα αποτέλεσμα τραυματισμού σ'έναν φυσιολογικό μαστό, ή χρόνιας πιέσεως σ'ένα συγκεκριμένο σημείο.

Συμβαίνει συνήθως σε παχείς ασθενείς με κρεμάμενους μαστούς, και συχνά ο τραυματισμός είναι τόσο επιπόλαιος που δεν αναφέρεται από την ασθενή στο ιστορικό.

Ο τραυματισμός προκαλεί αιμορραγία και η οργάνωση του αιματώματος, στην συνέχεια νέκρωση του λιπώδους ιστού, ο οποίος φιλοξενούσε το αιμάτωμα.

Η μάζα ψηλαφάται σκληρή με ασαφή όρια, επώδυνη, η οποία όμως δεν μεταβάλλει σε μέγεθος με το χρόνο.

Η ομοιότητά της με τον καρκίνο τόσο κλινικώς όσο και μαστογραφικώς είναι πολύ μεγάλη και ασφαλής διάγνωση γίνεται μόνο με την αφαίρεση και βιοψία της μάζας.

Για την στενή κλινική ομοιότητα αυτής της βλάβης με τον καρκίνο αναφέρεται σε μια μελέτη 45 περιπτώσεων όπου βρέθηκε ότι 12 ασθενείς είχαν κάνει ριζική μαστεκτομή για υποτιθέμενο καρκίνο ενώ είχαν αλλοιώσεις λιπώδους νέκρωσης.

4. ΕΚΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ (ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΜΑΣΤΙΤΙΣ)

Πρόκειται για υπόγεια φλεγμονή του εκφορητικού συστήματος του μαστικού αδένος, εξ αιτίας αποφράξεως των πόρων.

Οι πόροι διατείνονται γεμίζοντας με κυτταρικά ράκη και λιπαρό υλικό με αποτέλεσμα την ατροφία του επιθηλίου των πόρων. Τα λιπαρά στοιχεία διαπερνούν το τοίχωμα των πόρων και προκαλούν φλεγμονή του παρεγχύματος γύρω από τους πόρους και την παρουσία πλασματοκυττάρων.

Εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες που βρίσκο-

νται περί την εμμηνόπαυση, ενώ η άρρωστη στο ιστορικό της συχνά αναφέρει δυσκολίες κατά την γαλουχία.

Η διαφορική διάγνωση από τον καρκίνο είναι δύσκολη κλινικά. Συχνά υπάρχει καθήλωση του δέρματος με οίδημα, ψηλαφητή μάζα σκληρή με ασαφή όρια, εισολκή της θηλής και διάγνωση των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων. Απαιτούνται επανειλημμένες βιοψίες για τον αποκλεισμό του νεοπλασματος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνίσταται στην αφαίρεση της προσβλημένης περιοχής του αδένου μαζί με τους αντίστοιχους γαλακτοφόρους πόρους.



Εικόνα 2: Φάσεις σχηματισμού θηλαίου αποστήματος

5. ΘΗΛΑΙΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ

Παρουσιάζεται συνήθως σε νεαρές γυναίκες μετά το τέλος της περιόδου της γαλουχίας.

Προκαλείται από απόφραξη ενός γαλακτοφόρου πόρου κατά την εκβολή του στην θηλή από στερεοποιηθέντα υπολείμματα γάλακτος και κυτταρικά στοιχεία.

Ο πόρος διατείνεται το επιθήλιο του υψίσταταε πλακώδη μεταπλασία και η επιμόλυνση της συλλογής οδηγεί στο σχηματισμό υποθηλαίου αποστήματος.

Στην φάση αυτή είναι δυνατόν ή να ραγεί αυτόματως ή να παροχετευθεί χειρουργικώς.

Και στις δύο περιπτώσεις θα δημιουργηθεί ένας συριγγιώδης πόρος από τον οποίο θα εξέρχεται λευκωπό η υποκίτρινο υγρό.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Επιτυγχάνεται χειρουργικώς με την αφαίρεση ολόκληρου του γαλακτοφόρου πόρου μαζί με τμήμα του μαζικού αδένου. Η θεραπεία είναι μόνιμη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΣΚΟΙ

1. ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑ

Το ινοαδένωμα είναι ο πιο συχνά καλοήθεις όγκος του γυναικείου μαστού. Παρατηρείται συνήθως στην ηλικία 21-25 ετών και συνήθως είναι μονήρη αλλά στο 15% των περιπτώσεων είναι πολλαπλά.

Όπως υποδηλώνει και η ονομασία του ιστολογικώς αποτελείται από δύο στοιχεία: μεγάλη αύξηση ινώδους συνδετικού ιστού με ανώμαλη ανάπτυξη πόρων και λοβίων.

Αναπτύσσεται βραδέως (διπλασιασμός του μεγέθους του 6-12 μήνες) και συνήθως δεν ξεπερνά σε μέγεθος τα 3 εκ.

Σπανιότατα παρατηρούνται υπερμεγέθη ινοαδενώματα. Το μέγεθός τους μπορεί να αυξηθεί κατά την κύηση, την γαλουχία και πριν την εμμηνόπαυση και τείνουν να υποστρέφουν καθώς η ηλικία της ασθενούς αυξάνει.

Στην κλινική εξέταση πρόκειται για όγκο περιγραμμένο, με ομαλή επιφάνεια και εξαιρετικά κινητού κατά την ψηλάφηση μεταξύ αντίχειρος και δείκτου (ποντικός του μαστού). Το ινοαδένωμα ουδέποτε συμφύεται προς το δέρμα ή προς τους θωρακικούς μυς.

Κακοήθης εξαλλαγή του ινοαδενώματος συμβαίνει σπανιότατα και ο τύπος του αναπτυσσόμενου καρκίνου είναι το λοβιακό καρκίνωμα.

Η θεραπεία του είναι η αφαίρεση αυτού.

2. ΦΥΛΛΟΕΙΔΕΣ ΚΥΣΤΕΟΣΑΡΚΩΜΑ

Είναι μια σπανιότατη παραλλαγή του ινοαδενώματος. Ο όρος φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα υποδηλώνει κακοήθεια δεδομένου ότι διακρίνουμε καλοήθεις φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα και κακοήθεις φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα.

Η πλειονότητα όμως των όγκων αυτών είναι καλοήθης αλλά ενίοτε εξαλλάσσονται σαρκωματωδώς (3-12%). Παρατηρείται συνήθως σε γυναίκες ηλικίας 25-40 ετών.

Ο όγκος αποτελείται από μεγάλες κύστεις των οποίων το τοίχωμα αποτελούν μάζες ισιού με βαθιές τομές που δίνουν την εντύπωση φύλλων βιβλίου και είναι σαρκώδους υφής.

Κλινικώς παρουσιάζεται ως ογκώδης μάζα διαμέτρου 10-15 εκ. με επέκταση του δέρματος εξ αιτίας της διατάσεως την οποία υφίσταται, το οποίο συχνά είναι εξέμυθρο και φέρει έντονο επίφλεβο.

Παρά το μεγάλο μέγεθος που μπορεί να φτάσει η μάζα, δεν συμφύεται ούτε με το δέρμα ούτε με τους μύς.

Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την απουσία διογκωμένων μασχαλιαίων λεμφαδένων το διακρίνει από τον καρκίνο.

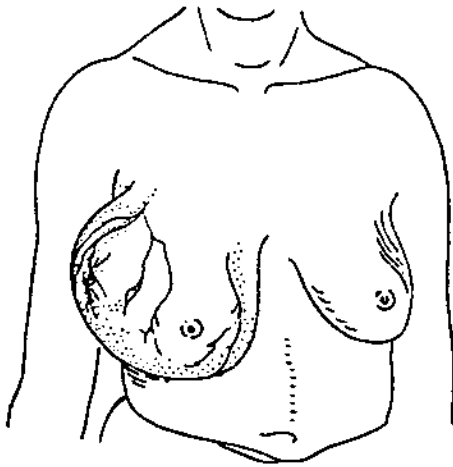
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

Η εκτομή πρέπει να είναι ευρεία και επί των υγιών ιστών γιατί εάν δεν αφαιρεθεί πλήρως υποτροπιάζει τοπικώς.

Εξ αιτίας του μεγέθους του όγκου η απλή μαστεκτομή συνήθως γίνεται αναγκαία. Είναι σκόπιμο να αφαιρούνται και οι

προσιτοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες προκειμένου να γίνει σταδια-
ποίηση σε περίπτωση που έχει ήδη εξαλλαγεί. Εάν ο όγκος υπο-
τροπιάσει τοπικώς επιχειρείται νέα χειρουργική αφαίρεση του
όγκου.



Εικόνα 3: Κλινική εμφάνιση του φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος

3. ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟ ΘΗΛΩΜΑ

Το ενδοαυλικό θήλωμα σχηματίζεται από το επιθήλιο που
καλύπτει τους μεγάλους πόρους. Μπορεί να είναι μισχωτό ή ε-
πίπεδο και συνήθως βρίσκεται σε απόσταση 1 εκ. από την εκβο-
λή τους.

Χαρακτηριστικό του θηλώματος είναι ότι το έξω στόμιο
του πάσχοντος πόρου μπορεί να φαίνεται διατεταμένο ή να φέ-
ρει ίχνη παλαιού αίματος.

Σε θήλωμα που δεν ψηλαφάται, η εντόπιση του μπορεί να
γίνει πιέζοντας κύκλω τη θηλαία άνω μέχρι να βρεθεί σημείο

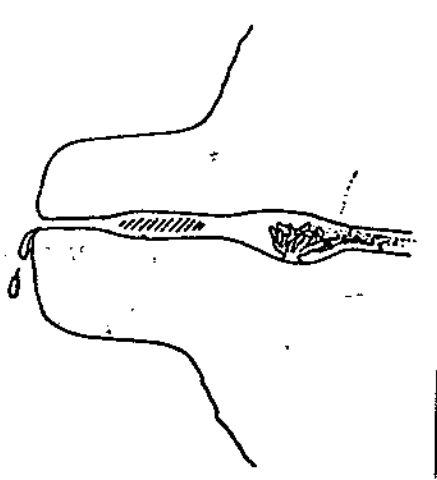
που προκαλεί την αιματηρή έκκριση από τη θηλή.

Παρακλινικώς εντοπίζεται με το υπερηχογράφημα και την γαλακτογραφία, αλλά μπορεί να αναδειχθεί και με την μαστογραφία.

Κατά την γαλακτογραφία γίνεται ένεση σκιαγραφικού υλικού στους γαλακτοφόρους πόρους και το θήλωμα αναδεικνύεται ως σκιαγραφικό έλλειμμα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνίσταται η χειρουργική αφαίρεση του πόρου που φέρει το θήλωμα. Είναι τομή στην θηλαία άνω πάνω από την ψηλαφώμενη διόγκωση και σφηνοειδής εκτομή του υποκείμενου ιστού που περιλαμβάνει το γαλακτοφόρο πόρο με ελάχιστο περιβάλλοντα μαζικό ιστό μέχρι την εκβολή του πόρου στην θηλή.



Εικόνα 4: Σχηματική παράσταση του ενδοαυλικού θηλώματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΕΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Οι καλοήθειες συνδετικογενείς όγκοι είναι σπάνιοι. Απ' αυτούς (αγγειώματα, ινώματα, λειομυώματα) ο μόνος που έχει κλινική σημασία είναι το λίπωμα.

Αυτό είναι μαλακής συστάσεως, λοβωτό και ακτινοδιαπερατό στην μαστογραφία. Μπορεί να συγχυθεί με την άθροιση του λίπους γύρω από ένα σκίρο καρκίνο.

Για το λόγο αυτό συστήνεται η αφαίρεση και ιστολογική εξέταση του λιπώματος.

ΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ

Είναι η πιο συχνή πάθηση του γυναικείου μαστού.

Στο παρελθόν υπήρχε διαφωνία τόσο για την ονοματολογία της νόσου όσο και για το φάσμα των ιστολογικών βλαβών που καλύπτει.

Οφείλεται σε μεγάλο βαθμού διαταραχή των κυκλικών μεταβολών που συμβαίνουν φυσιολογικά στο μαστό κατά την έμμηνο ρύση.

Μια μικρή ορμονική διαταραχή (συνήθως υπερέκκριση οιστρογόνων) είναι δυνατόν να έχει σοβαρό αντίκτυπο στο μαστό.

ΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Θεωρείται νόσος των λοβίων του αδένου. Παρατηρείται σε γυναίκες, οι οποίες πλησιάζουν την ηλικία της εμμηνόπαυσης ενώ σπανίζει ή και υποχωρεί μετά την εμμηνόπαυση.

Πιθανόν εκφράζει μια διαταραχή της διαδικασίας υποτροφής του μαστού εξ αιτίας της προχωρημένης ηλικίας.

Αρχικά σχηματίζονται μικρές κύστεις, οι οποίες χωρίζονται μεταξύ τους, μ' ένα λεπτό στρώμα συνδετικού ιστού. Στη συνέχεια οι κύστεις αυτές συνενώνονται για να σχηματίσουν μεγαλύτερες κύστεις που επικαλύπτονται από επιθήλιο το οποίο είναι δυνατόν να μεταπλασθεί σε αποκριντικού τύπου (ιδρωτοποιών αδένων)

Εάν αποφραχθεί και ο απαγωγός πόρος, τότε σχηματίζεται μια μεγάλη κύστη η οποία γεμίζει με καθαρό υποκίτρινο, πράσινο ή καφεοειδές σε χρώμα υγρό.

Σε ποσοστό 15% υπάρχει αυτόματη ή προκλητή έκκριση από τη θηλή ορώδους ή οροαιματηρού υγρού.

ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ

Συνήθως συνυπάρχει με την κυστική νόσο και μπορεί να διακριθεί: 1) Αδένωση και 2) Επιθηλίωση

Αδένωση: Είναι η μη νεοπλασματική λοβώδης υπερπλασία στην οποία όλες οι επιθηλιακές ομάδες μέσα στο λόβιο υπερτροφούν περιβαλλόμενες από ένα συνδετικογενές υπόστρωμα.

Επιθηλίωση: Είναι η εστιακή επιθηλιακή υπερπλασία μέσα στους μικρούς πόρους. Όταν είναι έντονη σχηματίζει δακτυλοειδείς προεκβολές του επιθηλίου, τις οποίες πολλοί αποκαλούν θηλωμάτωση. Εάν η αδένωση συνοδεύεται και από μεγάλη αύξηση του συνδετικού ιστού τότε καλείται σκληρυντική αδένωση.

Κατά τη δυνάχυτη μορφή της κυστικής νόσου οι μαστοί είναι <<βαρείς>> σκληροί και ο αδένας στην ψηλάφηση έχει ανώμα-

λη επιφάνεια οξείδη. Επίσης ο μαστός είναι επώδυνος και ο πόνος αυτός επιτείνεται κατά την έμμηνο ρύση και την ωορρηξία.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι δύσκολη.

Αρχικά γίνεται ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την πάθηση της ενώ στην επώδυνο φάση χορηγούνται κατασταλτικά.

Επίσης απαιτείται συχνή παρακολούθηση της άρρωστης επειδή η ανίχνευση ενός αναπτυσσόμενου καρκίνου, σ'έναν τέτοιο μαστό είναι δύσκολη.

Στην εντοπισμένη μορφή είναι δυνατόν να προσβληθεί οποιοδήποτε τμήμα του αδένου. Η άρρωστη παρατηρείται στην αρχή από μόνη της ότι ένα τμήμα του αδένου της έχει διαφορετική σύσταση από τον υπόλοιπο. Μετά την περίοδο ενώ ο μαστός της <<αδειάζει>> το τμήμα αυτό παραμένει υπό τάση. Κατά την ψηλάφηση η περιοχή ψηλαφάται οξείδης και σκληρή.

Στην μονήρη κύστη ψηλαφάται μια μάζα σκληρή, που μπορεί να έχει σαφή όρια, ομαλό περίγραμμα και να είναι κινητή.

Η διαφορική διάγνωση από τον καρκίνο δεν είναι πάντα εύκολη. Ο μόνος βέβαιος τρόπος για να γίνει η διάκριση είναι η βιοψία του μαστού και η ιστοπαθολογική εξέταση.

Κατά κανόνα πρέπει να αποφεύγονται οι μαστογραφίες.

Σε περιορισμένη διόγκωση γίνεται παρακέντηση δια βελόνης και κυτταρολογική εξέταση του αναροφηθέντος υλικού. Εάν το υγρό είναι αρκετό (5-15 ML) και η διόγκωση εξαφανιστεί πρόκειται για μονήρη κύστη.

Σε επανεξέταση της άρρωστης μετά 4-6 εβδομάδες, εάν η κύστη έχει σχηματιστεί πάλι, επιχειρείται δεύτερη κένωσή της,

αλλά σε δεύτερη υποτροπή γίνεται πάντα ανοιχτή αφαίρεση της βλάβης και ιστολογική εξέταση.

Εάν η βλάβη είναι δικάδυτη και ψηλαφώνται νέα ύποπτα στοιχεία τότε προχωρούμε σε ανοιχτή βιοψία των περιοχών αυτών.

Είναι προτιμότερο να υποβάλλουμε την άρρωστη σε μία ή δύο αρνητικές βιοψίες, από το να μας ξεφύγει ένας καρκίνος μαστού.

Χαρακτηριστικά που είναι υπέρ της διογκώσεως της κυστικής νόσου, σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού

1. Αμφοτερόπλευρος προσβολή και πολλαπλά ογκίδια είναι πιο χαρακτηριστικά της κυστικής νόσου απ'ότι του καρκινώματος
2. Η κυστική νόσος τείνει να είναι επώδυνος πριν από την έμμηνο ρύση
3. Η κυστική νόσος παρατηρείται πιο συχνά σε νεαρότερες γυναίκες από ότι το καρκίνωμα του μαστού.
Αυτό όμως αποκτά πρακτική σημασία μόνο όταν η ασθενής είναι μέχρι και 25 ετών
4. Συχνά η κυστική νόσος υποστρέφει και ακόμα εξαφανίζεται κατά την κύηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη κακοήθης νόσος και αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 35-45 ετών.

Μπορεί να θεραπευθεί αν διαγνωσθεί έγκαιρα και ακολουθήσει η κατάλληλη θεραπεία.

Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με τη διαφώτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών.

1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού σπάνια παρατηρείται πριν από την ηλικία των 25 ετών. Εμφανίζει την μεγαλύτερη συχνότητα λίγο πριν, κατά την διάρκεια και μετά την εμμηνόπαυση.

Η επίπτωσή του φαίνεται να αυξάνει, ενώ η θνητότητα παραμένει σταθερή. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν, ότι ο καρκίνος του μαστού ποικίλλει ευρέως μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών, . Π.χ. οι γυναίκες που ζουν στις ανατολικές χώρες διατρέχουν μικρό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού, ενώ στο δυτικό ημισφαίριο αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι:

1. Η ηλικία της γυναίκας: με εξαίρεση μια σταθεροποίηση στην ηλικία των 50 ετών ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού αυξάνει με την ηλικία της ασθενούς

2. Το ιστορικό εμμηνορυσίας και αναπαραγωγικότητας

Η πρόωγη έναρξη του κύκλου, η όψιμη εμμηνόπαυση (μετά από 55 έτη) και οι διαταραχές του εμμηνορυσιακού κύκλου, φαίνεται ότι αποτελούν παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τις πιθανότητες μιας γυναίκας να προσβληθεί από τη νόσο αυτή.

Επίσης γυναίκες που έχουν υποστεί τεχνητή εμμηνόπαυση πριν από την ηλικία των 35 ετών και γυναίκες οι οποίες γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 30 ετών. Αυτές οι σχέσεις κινδύνουν ισχύουν ακόμα και όταν οι γυναίκες φτάσουν σε μεγάλη ηλικία.

3. Ιστορικό καρκίνου του μαστού εξ αίματος συγγενείς

Το 10 έως 15% των αρρώστων με καρκίνο του μαστού έχουν οικογενειακό ιστορικό της νόσου.

Γυναίκες των οποίων οι μητέρες ή οι αδελφές έχουν εμφανίσει καρκίνο μαστού, έχουν σχεδόν τριπλάσιο κίνδυνο.

Γυναίκες, των οποίων συγγενείς γυναίκες, βρίσκονταν στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο όταν ανέπτυξαν καρκίνο του μαστού, ιδίως όταν αυτός ήταν αμφοτερόπλευρος, διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο.

4. Ιστορικό προηγούμενης συχνότητας εμφάνισης καλοήθων νόσων του μαστού

Το ιστορικό καλοήθων χρόνιων παθήσεων του μαστού, ιδίως εκείνων που συνοδεύονται από επιθηλιακή υπερπλασία αυξάνει τον κίνδυνο στο τετραπλάσιο.

Δεν είναι σαφές άνιη ινοκυστική νόσος αποτελεί προκακοήθη κατάσταση. Οι οξείες καταστάσεις όμως, το απόστημα και η μαστίτιδα δεν σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

5. Το διαιτολόγιο με υψηλή περιεκτικότητα σε ζωικό λίπος και η παχυσαρκία αποτελούν επίσης παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

6. Ο μαστός είναι ένα από τα πιο ευπαθή όργανα στις επιδράσεις της ιονίζουσας ακτινοβολίας. Η έκθεση του μαστού στην ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελεί κύριο παράγοντα αυξήσεως του κινδύνου αναπτύξεως κακοήθους νόσου. Η διαπίστωση προέρχεται από μελέτες σε επιζώσες των βομβαρδισμένων πόλεων Χιροσίμα και Ναγκασάκι και από γυναίκες που έχουν υποστεί ακτινοθεραπεία.

Επιπρόσθετος κίνδυνος υπάρχει για τις γυναίκες, οι οποίες εκτίθενται σε ακτινοβολία κατά την διάρκεια της ήβης. Η κλασματοποιημένη ή η διαλλείπουσα δοσολογία δεν φαίνεται να μειώνει αυτόν τον κίνδυνο.

2. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η ακριβής ταξινόμηση του όγκου σε συνδυασμό με το κλινικό στάδιο καθορίζουν την πρόγνωση της νόσου.

Ο καρκίνος αναπτύσσεται είτε στα λόβια, είτε στους πόρους είτε στη θηλή αλλά σχεδόν πάντα από το ενδοαυλικό επιθήλιο.

Η ταξινόμηση κατά FOOKE και STEWART που έχει επικρατήσει έχει ως εξής:

I. Καρκίνος της θηλής

Νόσος του PAGET

II. Καρκίνος των πόρων

A. Μη διηθητικός

α. θηλώδης

β. COMEDO

B. Διηθητικός

α. θηλώδης

β. COMEDO

γ. Με άφθονα ινώδη στοιχεία (σπίρος)

δ. Μυελοειδής με λεμφοκυτταρική διήθηση

III. Καρκίνος των λοβίων

A. Μη διηθητικός

B. Διηθητικός

Ο όρος μη διηθητικός είναι συνώνυμος του «<IN SITU>» και έχει εφαρμογή τόσο στα πορογενή όσο και στα λοβιακά καρκινώματα. Υπάρχουν ακόμα αρκετές κατατάξεις όπως του ACKERMAN που κατατάσσει τους όγκους σε τέσσερις τύπους αναλόγως της τάσης που έχουν να διηθούν και να δίνουν μεταστάσεις.

Υπάρχουν επίσης μερικές μορφές καρκίνου πολύ σπάνιες όπως το κολλοειδές, επιδερμοειδές, αδеноειδές, κυστικό, σωληνώδες.

3. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PAGET

Αρχίζει σαν μια υγρή εκζεματοειδής βλάβη στη θηλή η οποία είναι εξέρυθρη και παχυσμένη.

Η επιφάνεια της βλάβης μπορεί να είναι είτε λεπιδωτή και ξερή, είτε υγρή με εξίδρωση υγρού.

Αρχικά κάτω από τη θηλή, δεν ψηλαφάται διόγκωση. Αυτό συμβαίνει σε προχωρημένες φάσεις τη νόσου.

Η πρόγνωση στην νόσο του PAGET, είναι εξαιρετικώς καλή, σε σχέση με άλλα καρκινώματα του δέρματος που αναπτύσσονται

στον μαστό.

Η νόσος του PAGET, πρόκειται για ενδοαυλικό καρκίνωμα που αναπτύσσεται σε μικρότατους πόρους της θηλής και προβάλλει τόσο προς την επιφάνεια (δέρμα) όσο και προς το βάθος (ψηλαφώμενη μάζα κάτω από τη θηλή). Η καλή πρόγνωση που έχει οφείλεται στο γεγονός ότι διηθεί το δέρμα πολύ γρήγορα στην πορεία του

4. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ

Πρόκειται για μια πολύ επιθετική και θανατηφόρα μορφή καρκίνου. Ιστολογικώς μπορεί να είναι οποιουδήποτε τύπου. Στις φλεγμονώδη μορφή καρκίνου του μαστού υπάρχει τοπική αύξηση της θερμοκρασίας, ερυθρότητα και ορατός ερυσιπεταλοειδής όζος. Ολόκληρος ο μαστός είναι σκληρημένος και σταθερός μέχρι σκληρός. Οι αρρώστιες στις οποίες τίθεται η διάγνωση του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού έχουν συχνά ψηλαφητούς μασχαλιαίους και υπερκλείδιους λεμφαδένες καθώς και ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων. Συνήθως εμφανίζεται σε νεαρές γυναίκες κατά την περίοδο της γαλουχίας.

Η πρόγνωση είναι πολύ κακή και κάθε είδους θεραπεία είναι συνήθως ανίκανη να αντιμετωπίσει την νόσο.

5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΓΑΛΟΥΧΙΑ

Το 1 έως 2% των καρκίνων εμφανίζεται αυτή την ηλικία. Συχνά η διάγνωση καθυστερεί εξ αιτίας της μεταβολής που υφίστανται οι μαστοί, ενώ η πρόγνωση είναι κακή εξ αρχής.

Η θεραπεία είναι η ίδια με κάθε είδους καρκίνου του μαστού και εξαρτάται από το στάδιο της νόσου.

Σε έγκυες γυναίκες που η χορήγηση χημειοθεραπείας κρίνεται απαραίτητη, η αναβολή ενάρξεως της θεραπείας μέχρι τον τοκετό, ή η διακοπή της κυήσεως θα εξαρτηθούν από την προσωπική θέληση της ασθενούς αφού ενημερωθεί πλήρως

6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η κλινική ταξινόμηση είναι η προσπάθεια του κλινικού να καθορίσει την έκταση της νόσου με κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, αφού από την έκτασή της θα εξαρτηθεί το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει (τοπική ή συστηματική θεραπεία).

Από τα συστήματα σταδιοποιήσεως που υπάρχουν, MANCHESTER, COLUMBIA, T.N.M. έχει καθιερωθεί το τελευταίο και χρησιμοποιείται ευρέως

T = όγκος

N = λεμφαδένες

M = μεταστάσεις

Το μέγεθος του όγκου (T) και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (N) εκτιμώνται κυρίως κλινικώς. Ενώ η ύπαρξη μεταστάσεων (M) εκτιμώνται με παρακλινικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν: ακτινογραφία θώρακος, αλκαλική φωσφατάση, υπερηχογράφημα ήπατος CEA και σπινθηρογράφημα σκελετού.

Το T.N.M. σύστημα έχει ως εξής:

T

T_{i_s} = καρκίνος IN SITU

T_0 = μη ψηλαφητός όγκος

T_1 = όγκος διαμέτρου $d > 2$ CM

T_2 = 2 CM $< d < 5$ CM

T_3 = $d > 5$ CM

T_4 = ανεξάρτητα από το μέγεθος του όγκου υπάρχει διήθηση ή εξέλιξη του δέρματος, φλοιός πορτοκαλιού, καθήλωση στους μύς

N

N_0 = μη ψηλαφητοί λεμφαδένες

N_1 = ψηλαφητοί αλλά κινητοί λεμφαδένες

α: μάλλον χωρίς διήθηση

β: ύποπτοι για διήθηση

N_2 = ψηλαφητοί και συμφυόμενοι μεταξύ τους (BLOCK)

N_3 = συστοίχως ψηλαφητοί υπέρ ή υποκλείδιοι λεμφαδένες
οίδημα του χεριού

M

M_0 = χωρίς ενδείξεις μεταστάσεων

M_1 = μεταστάσεις

Η κλινική σταδιοποίηση κατά το σύστημα T.N.M. είναι:

Στάδιο I: Όγκος (T) μέχρι 2 CM διάμετρο, χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες στην μασχάλη, χωρίς μεταστάσεις (T_1 , N_0 ή N_{1a} , M_0)

Στάδιο II: Όγκος μέχρι 5 CM με διηθημένους αλλά κινητούς λεμφαδένες χωρίς συστηματικές μεταστάσεις (T_1 ή 2 N_0 ή 1α ή 1β, M_0)

Στάδιο III: Όγκος πάνω από 5 CM ή T_4 , με λεμφαδένες διηθημένους, χωρίς συστηματικές μεταστάσεις (κάθε T, κάθε N, M_0)

Στάδιο IV: Οποιοδήποτε νεόπλασμα ή N ή απομακρυσμένες μεταστάσεις

7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στα 70 έως 80% των περιπτώσεων η άρρωστη προσέρχεται στο γιατρό λόγω της παρουσίας μιας σκληρής περιγεγραμμένης μάζας η οποία συχνά ανακαλύπτεται τυχαία αφού σχεδόν πάντα είναι ανώδυνη.

Στα 100 συνεχή περιστατικά καρκίνου μαστού στα 78 η μάζα στο μαστό είναι το πρώτο εύρημα, σε 12 πόνος τοπικός, σε 11 ενοχλήματα από τη θηλή και σε 4 μάζα στην μασχάλη.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα (45% των περιπτώσεων) στο άνω έξω τεταρτημόριο του αδένα.

Στα 75% των περιπτώσεων εμφανίζεται στην κεντρική ή στην κάτω από τη θηλαία άνω μοίρα του μαστού, ενώ στο άνω έξω τεταρτημόριο βρίσκεται στα 15% των περιπτώσεων και στο κάτω έσω τεταρτημόριο μόνο τα 5% των περιπτώσεων.

Η ακρίβεια της κλινικής εξέτασως στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι στην καλύτερη περίπτωση 70%. Η διόγκωση για να είναι ψηλαφητή πρέπει να έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 1 CM.

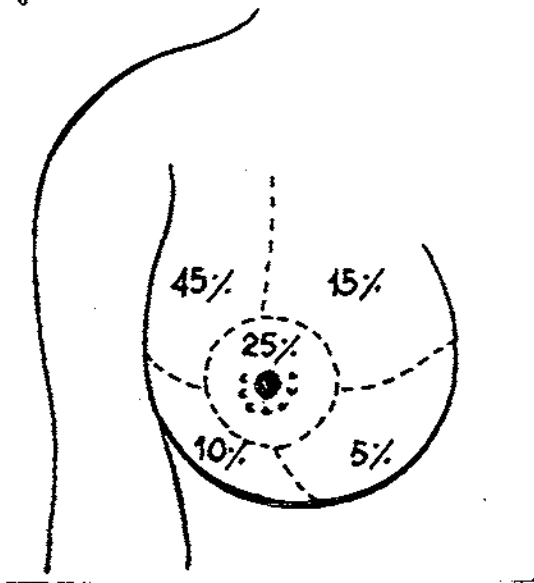
Σύμφωνα με μελέτες βρέθηκε ότι χρειάζονται περίπου 5 χρόνια από την έναρξη της καρκινογένεσως ώπου να φτάσει ο όγκος να γίνει ψηλαφητός.

Η προσβολή από τον όγκο των υποδερματικών λεμφαγγείων προκαλεί τη χαρακτηριστική εικόνα του δέρματος σαν <<φλοιός πορτοκαλιού>> ενώ στην διήθηση των ενόδων δεσμίδων (σύνδε-

σμος COOPER) προκαλεί καθήλωση του όγκου στο δέρμα, εισολκή ή εξέλικωση του δέρματος.

Η ψηλάφηση μασχαλιαίων λεμφαδένων συστοίχως αυξάνει τις πιθανότητες κακοήθειας της μάζας.

Άλλα κλινικά ευρήματα, ενισχυτικά της κακοήθειας είναι η ασυμμετρία των μαστών, ή των θηλών, η αιματηρή έκκριση από την θηλή και η καθήλωση στους θωρακικούς μυς.



Εικόνα 5: Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αναλόγως του τεταρτημορίου

ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΜΑΖΩΝ ΣΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ

Η γενική αρχή είναι ότι όλες οι ύποπτες περιοχές των μαζών πρέπει να θεωρούνται ως πιθανά καρκινώματα μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου.

Μάζες στο μαστό σε γυναίκες κάτω των 35 ετών

1. Ινοκυστική μαστοπάθεια
2. Ινοαδένωμα
3. Μαστίτις
4. Λιπονέκρωσις
5. Καρκίνωμα του μαστού

Μάζες στο μαστό σε γυναίκες μεταξύ 35-50 ετών

1. Ινοκυστική μαστοπάθεια
2. Καρκίνωμα
3. Ινοαδένωμα
4. Λιπονέκρωσις
5. Μαστίτις
6. Θήλωμα

Μάζες στο μαστό σε γυναίκες άνω των 50 ετών

1. Καρκίνωμα
2. Ινοκυστική μαστοπάθεια
3. Λιπονέκρωσις
4. PAGET'S DISEASE του μαστού
5. Οξεία μαστίτις
6. Θήλωμα

8. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΝΔΡΑ

Ο καρκίνος μαστού στον άνδρα είναι σπάνιος. Στις ΗΠΑ μόνο το 2% όλων των καρκίνων του μαστού συμβαίνει στους άνδρες. Ενώ στην Αίγυπτο και στις άλλες τροπικές περιοχές η συχνότητα φτάνει στο 10%.

Συνήθη ηλικία εμφάνισης είναι 60 ετών, ενώ συχνότατα εμφανίζεται σε γυναικομαστία αμφοτερόπλευρη,

κλινικώς ψηλαφάται μάζα κάτω από τη θηλή, ενώ είναι δυνατόν να υπάρχει εισολκή, εξέλιξη κ.α.

Η πρόγνωση είναι πολύ κακή ακόμα και στο I στάδιο. Οι αιματογενείς μεταστάσεις είναι συχνές. Η σταδιοποίηση και η θεραπεία είναι η ίδια όπως και στον καρκίνο των γυναικών. Σε συστηματική νόσο η αφαίρεση των όρχεων έχει τα καλύτερα αποτελέσματα.

Η πενταετής επιβίωση είναι στο στάδιο I 58% ενώ στο στάδιο II μόνο 38%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπευτική του καρκίνου του μαστού έχει εμπλουτιστεί πολύ τα τελευταία χρόνια.

- Περιλαμβάνει:
- I. Την χειρουργική
 - II. Την ακτινοθεραπεία
 - III. Την χημειοθεραπεία
 - IV. Την ορμονοθεραπεία

Κάθε θεραπευτικός χειρισμός έχει δύο στόχους

- I. Να εξαλείψει την τοπική νόσο (πρωτοπαθή εστία) και τις πιθανότητες τοπικής υποτροπής και
- II. Να προφυλάξει ή να θεραπεύσει τη συστηματική επέκταση της νόσου (μεταστάσεις).

Η νόσος στα στάδια I και II θεωρείται ως τοπική στο σύμπλεγμα μαστός-μασχάλη. Στο στάδιο III οι πιθανότητες είναι να έχει ξεπεράσει το τοπικό στάδιο, ενώ στο στάδιο IV η νόσος θεωρείται συστηματική.

Στη θεραπεία της νόσου σταδίου I και II εφαρμόζονται οι μορφές θεραπείας που δρουν κυρίως τοπικώς (χειρουργική - ακτινοθεραπεία), ενώ στα στάδια III και IV αυτές με συστηματική δράση (χημειο-ορμονοθεραπεία).

A. ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

I. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Η χειρουργική είναι η κύρια μορφή θεραπείας στους καρ-

κίνους σταδίου I και II. η έκταση όμως της μαστεκτομής ποικίλλει:

Στη ριζική μαστεκτομή (εγχείρηση HALSTED) αφαιρείται ο μαστός (δέρμα, αδένες, λίπος), οι πρόσθιοι θωρακικοί μύες (μείζον και ελάσσων θωρακικός) και ο λιπο-λεμφαδενικός ιστός της μασχαλιαίας κοιλότητας.

Η ριζική μαστεκτομή δεν προσφέρει κανένα πρόσθετο κέρδος ως προς την επιβίωση αλλά συχνά επειδή απομακρύνεται ο ελάσσων θωρακικός μυς οδηγεί σε οίδημα του βραχίονα και σε συρρικνωμένο θώρακα, ο οποίος καθιστά δύσκολη την προσαρμογή ενός προσθετικού μοσχεύματος.

Ενώ αντίθετα οι διάφορες άλλες χειρουργικές επιλογές επιτυγχάνουν παρόμοια έκβαση της νόσου ως προς την επιβίωση και το επιτυγχανόμενο κοσμητικό αποτέλεσμα είναι καλύτερο.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Είναι η θεραπεία που χρησιμοποιείται στην πλειονότητα των αρρώστων στις ΗΠΑ. Κατά την εγχείρηση αυτή αφαιρείται μόνο ο μαστός (δέρμα, λίπος, αδένες) και εκκενώνεται η μασχαλιαία κοιλότητα.

Η ολική ή απλή μαστεκτομή, είναι μια εγχείρηση στην οποία απομακρύνεται ο μαστός, αλλά οι θωρακικοί μύες και μασχαλιαίοι λεμφαδένες δεν αφαιρούνται συστηματικά σ'όλες τις περιπτώσεις.

Η τμηματική μαστεκτομή και η πυλεκτομή περιλαμβάνουν την απομάκρυνση του πρωτοπαθούς όγκου καθώς και ελάχιστης

ποσότητας του γύρω ιστού.

Και οι δύο χειρουργικές μέθοδοι αποσκοπούν στην διατήρηση όσο το δυνατόν περισσότερου μαστού.

Οι μέθοδοι αυτές είναι κατάλληλες για γυναίκες, που παρουσιάζουν μικρές βλάβες, <2 CM, εντοπιζόμενες στην περιφέρεια του μαστού και στις οποίες παραμένει άφθονος ιστός μαστού, ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αισθητικό αποτέλεσμα.

Η τεταρτεκτομή είναι η απομάκρυνση του τεταρτημορίου του μαστού στο οποίο βρίσκεται ο πρωτοπαθής όγκος μαζί με το υπερκείμενο δέρμα και την περιτονία που μείζονος θωρακικού μυός.

II. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χρησιμοποιείται ως τοπική θεραπεία είτε -συνήθως- συμπληρωματικώς μετά τη μαστεκτομή, για να εξαφανίσει τυχόν καρκινικές εναποθέσεις που έχουν απομείνει στο σύμπλεγμα μαστός-μασχάλη-έσω μαστικά λεμφογάγγλια, είτε σπανίως ως κύρια μορφή τοπικής θεραπείας.

III. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία ως μορφή τοπικής θεραπείας (χρηγούμενη συστηματικά) άρχισε να εφαρμόζεται δοκιμαστικά, πολύ πρόσφατα.

Βασισμένη πάνω σε μελέτες της κυτταροκινητικής του καρκίνου του μαστού χορηγείται η πρώτη δόση προεγχειρητικώς και επαναλαμβάνεται ανά μήνα για έξη συνολικούς κύκλους κυρίως

σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σταδίου II και III (συμπληρωματική χημειοθεραπεία).

Τα κλασσικώς χορηγούμενα φάρμακα είναι το ENDOXAN-METHOTREXATE -5-FLUOROURACIL(C-M-F).

IV. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

η ορμονοθεραπεία ως συμπληρωματική θεραπεία στην τοπική νόσο άρχισε να εφαρμόζεται μετά την είσοδο των αντι-οιστρογονικών φαρμάκων στην θεραπευτική του καρκίνου του μαστού και την γενίκευση της μετρήσεως των ορμονικών υποδοχέων.

Το γεγονός ότι τα αντι-οιστρογόνα (TAMOXIFEN) δεν έχουν καμμία παρενέργεια και χορηγούνται από το στόμα τα κάνει πολύ ελκυστικά ως θεραπεία.

Έχουν δοκιμαστεί σε όγκους με υψηλούς ορμονικούς υποδοχείς ανεξαρτήτως της ορμονικής δραστηριότητας της γυναίκας.

Η φιλοσοφία της χορηγήσεως συμπληρωματικής θεραπείας (χημειο-ορμονο) σε στάδια I και II είναι ότι πιθανόν προφυλάσσουν από την εξέλιξη τυχόν μικρομεταστάσεων, οι οποίες δεν είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν με τις συνήθεις παρακλινικές εξετάσεις πιθανότητα υψηλή ακόμα και στο στάδιο I μιας και έχει απαιτηθεί χρονικό διάστημα 5-8 ετών για να γίνει κλινικώς εμφανής ο όγκος.

Θεραπευτική επιλογή

Σε κάθε γυναίκα με ογκίδιο στον μαστό της, για το οποίο υπάρχουν έστω και ελάχιστες πιθανότητες να είναι καρκίνος, πρέπει να δίνεται η συμβουλή να υποβληθεί σε βιοψία του ογκιδίου.

Η βιοψία πρέπει να είναι ανοιχτή, προτιμότερο με γενική αναισθησία και να γίνεται ευρεία τοπική εκτομή της βλάβης.

Το ιστοτεμάχιο αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση και προσδιορισμό των ορμονικών του υποδοχέων.

Εάν αποδειχθεί ότι υπάρχει καρκίνωμα, γίνεται κλινική σταδιοποίηση και η ασθενής ενημερώνεται για τις θεραπευτικές επιλογές που έχει. Σε μη διηθητικό πορογενή καρκίνο, η ευρεία τοπική εκτομή ως θεραπεία αρκεί.

Σε διηθητικό νεόπλασμα σταδίου I και II μια νεαρή γυναίκα μπορεί να επιλέξει την συμπλήρωση της ευρείας τοπικής εκτομής με θεραπευτική τοπική ακτινοθεραπεία και συμπληρωματική χημειοθεραπεία διατηρώντας έτσι τον μαστό της.

Μια προεμμηνοπαυσιακή γυναίκα θα είναι εξ ίσου ασφαλής με τροποποιημένη απλή μαστεκτομή και συμπληρωματική ορμονοθεραπεία, εάν ο όγκος έχει υψηλούς οιστρογονικούς υποδοχείς.

Εάν η μαστεκτομή είναι αναπόφευκτη πρέπει να ενημερώνεται η άρρωστη για τις δυνατότητες πλαστικής αναπλάσεως του μαστού που υπάρχουν. Η πλήρης ενημέρωση της άρρωστης εξασφαλίζει την καλή συνεργασία μαζί της που είναι απαραίτητο στοιχείο στην μακρόχρονη και ποικιλομόρφη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

B. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Χρησιμοποιούνται και οι τέσσερις μορφές θεραπείας που αναφέρθηκαν.

Η χειρουργική, για την αφαίρεση εντοπισμένων τοπικών υποτροπών,

Η ακτινοθεραπεία, για την αντιμετώπιση εντοπισμένων μεταστάσεων.

Οι κυριότερες όμως θεραπείες παραμένουν η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία.

Στην συστηματική χημειοθεραπεία εκτός από το σχήμα C.M.F. χρησιμοποιείται και το V.A.P. (VINCRISTINE, ADRIAMYCIN, PREDISONE) και το CHOP (CYCLOPHOSPHAMIDE-HYDROXYADRIAMYCIN, ONCOVIN PREDNISONE).

Η εκλογή ενός κατάλληλου συνδυασμού βασίζεται κυρίως σε δύο παράγοντες: στην προηγούμενη έκθεση του αρρώστου σε φάρμακα συμπληρωματικού σχήματος και σε ιστορικό, το οποίο θα μπορούσε να υποδηλώνει αντένδειξη στην χρησιμοποίηση ειδικών φαρμάκων σε συνδυασμό.

Η ορμονοθεραπεία, εκτός από τα αντι-οιστρογόνα εμπλουτίζεται με τα ανδργόνα, οιστρογόνα, κορτιζόνη, αμινογλουτεθιμίδη και αντιπρολακτίνη.

ΑΝΤΙΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ

Η ταμοξιφαίνη (TAMOXIFEN) 10 MG δύο φορές την ημέρα θεωρείται το αντιοιστρογόνο εκλογής -60% των αρρώστων, οι οποίες είναι ER θετικές και ανταποκρίνονται στα αντιοιστρογόνα αν και οι άρρωστες με ηπατικές μεταστάσεις έχουν την μικρότερη πιθανότητα ανταποκρίσεως.

Συνήθεις παρενέργειες της ταμοξιφαίνης είναι η ήπια ναυτία, ο εμετός και σε μερικές περιπτώσεις τα θερμά ερυθρήματα του προσώπου.

ΩΟΘΗΚΕΚΤΟΜΗ

Οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι οποίες εμφανίζουν υποτροπή μετά από την επίτευξη μιας ανταποκρίσεως στην ταμοξιφαίνη και οι οποίες δεν έχουν καμία ένδειξη ηπατικών μεταστάσεων ή λεμφικής διαστοράς στους πνεύμονες, θα πρέπει να θεωρούνται υποψήφιες για ωοθηκεκτομή. Η συχνότητα ανταποκρίσεως στη μέθοδο αυτή των ER-θετικών γυναικών είναι 50% ενώ στους άνδρες η συχνότητα ανταποκρίσεως στην ορχεκτομή είναι 20%. Η μέση διάρκεια μιας τέτοιας ανταποκρίσεως είναι 15 έως 18 μήνες.

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΕΚΤΟΜΗ/ΥΠΟΦΥΣΕΚΤΟΜΗ

Εάν, μετά από ανταπόκριση στα αντιοιστρογόνα και μη των ωοθηκεκτομή, μια προεμμηνοπαυσιακή ασθενής εμφανίσει υποτροπή, τότε θα πρέπει να σκεφτεί κανείς την επινεφριδιεκτομή ή την υποφυσεκτομή. Και για τις γυναίκες που βρίσκονται στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο θα πρέπει να σκέφτεται κανείς μια τέτοια θεραπεία για περαιτέρω μείωση της παραγωγής οιστρογόνων.

Τα 50% περίπου των αρρώστων, οι οποίες ήταν προηγουμένως ορμονοευαίσθητες, ανταποκρίνονται σε μια τέτοια θεραπεία.

ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ

Τα οιστρογόνα όταν χρησιμοποιηθούν κυρίως στην μετεμμηνοπαυσιακή ομάδα, αποδεικνύονται αποτελεσματικά ιδίως σε άρρωστες με μεταστάσεις στα μαλακά μόρια και σε άρρωστες με βραδέως εξελισσόμενες σπλαχνικές μεταστάσεις.

ΑΝΔΡΟΓΟΝΑ

Τα ανδρογόνα μπορούν να χορηγηθούν και στις προεμμηνορρυσιακές ασθενείς, η χρησιμότητά τους όμως γίνεται μέγιστη στην μετεμμηνοπαυσιακή ασθενή με οστικές μεταστάσεις.

Οποιοδήποτε από τα φάρμακα ή τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για παρέμβαση στο ορμονικό περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει την αιφνίδια εμφάνιση υπερασβεστιαϊμίας η οποία απαντά στο 10% των αρρώστων που αντιμετωπίζονται θεραπευτικά.

Η υπερασβεστιαϊμία πρέπει να αντιμετωπίζεται με ενυδάτωση, διουρητικά, στεροειδή και μιθραμυκίνη.

Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει λόγος διακοπής της ορμονοθεραπείας, εκτός αν η υπερασβεστιαϊμία αποδειχθεί επίμονη.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Μετά την αρχική της θεραπεία η ασθενής παρακολουθείται ανά 6/μηνο για τα δύο πρώτα χρόνια, ενά έτος μέχρι να συμπληρωθούν 5 χρόνια και έκτοτε ανά δεκαετία.

Σκοπός της παρακολούθησης είναι η έγκαιρη διάγνωση τυχόν τοπικής ή συστηματικής υποτροπής της νόσου και η αξιολόγηση της θεραπείας που ακολουθήθηκε.

Πενταετής επιβίωση σε καρκίνο αναλόγως του κλινικού σταδίου

Στάδιο	Επιβίωση πενταετής %
I	85
II	66
III	41
IV	10

Γ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Σκελετικό σύστημα:

Σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του μαστού συχνά απαντούν καταστροφικές βλάβες του σκελετού. Οι οστικές μεταστάσεις (συνήθως οστεόλυση) όταν είναι εντοπισμένες ακτινοβολούνται.

Σε γενικευμένες, αυτές που είναι δυνατόν να προκαλέσουν αυτόματα κατάγματα, με σημαντική αναπηρία, ακτινοβολούνται ενώ παράλληλα χορηγείται συστηματική χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.

Κεντρικό νευρικό σύστημα

Οι μεταβολές της συμπεριφοράς ή οι ενδείξεις νευρολογικής βλάβης θα πρέπει να εγείρουν την πιθανότητα προσβολής του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού.

Εκτελείται πλήρως νευρολογική εξέταση, αξονική τομογραφία και οσφυϊκή παρακέντηση και όταν αποκαλύπτεται εντοπισμένη βλάβη, τότε η ακτινοθεραπεία ολόκληρου του εγκεφάλου αποτελεί γενικά τη θεραπεία εκλογής.

Εάν υπάρχουν μεταστάσεις στη λεπτή μήνιγγα, συνιστάται η ενδορραχιαία χορήγηση μεθοτρεξάτης

Πνεύμονες

Οι πνευμονικές μεταστάσεις ανταποκρίνονται καλύτερα στην χημειοθεραπεία και στην χορήγηση κορτιζόνης.

Ήπαρ

Οι ηπατικές μεταστάσεις απαντούν στην ορμονοθεραπεία που περιλαμβάνει και κορτιζόνη και στην χημειοθεραπεία.

Σε πλευριτικές συλλογές, μετά την παροχέτευσή τους χορηγείται συστηματική θεραπεία μαζί με τοπική έγχυση BLEOMYCIN.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

Η προσφορά υπηρεσιών στην ασθενή με καρκίνο μαστού, είναι ένα από τα μεγαλύτερα και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Απαραίτητη προϋπόθεση η νοσηλεύτρια/ης να γνωρίζει την σπουδαιότητα της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής αγωγής.

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία της άρρωστης, προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή της.

Και η καλή μετεγχειρητική αγωγή εξασφαλίζει απόλυτα την εγχείρηση που έγινε, ενώ η ελλιπής, είναι δυνατόν να καταστρέψει και το πιο καλύτερο εγχειρητικό αποτέλεσμα.

A. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

α. Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για την ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο

1. Εξασφάλιση της συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να διασκορπίσει τα αισθήματα του φόβου. Αυτό επιτυγχάνεται με: την ακρόαση από την νοσηλεύτρια-ή των ανησυχιών, των φόβων και των προβλημάτων της άρρωστης.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας να ακούσει την άρρωστη, όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, την βοηθά πολύ στην

διατήρηση της συγκινησιακής της σταθερότητας.

Την έμφαση στον σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στην χρήση τεχνητού μαστού.

Επίσης προγραμματίζει επίσκεψη άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στην μαστεκτομή. Τέλος αναζητά, η νοσηλεύτρια, την υποστήριξη του συζύγου, και διαβεβαιώνει την άρρωστη για την επιτυχία της θεραπείας.

2. Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού

Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην ιδέα ότι θα χάσει τον μαστό της.

Επομένως η νοσηλεύτρια, προσεγγίζει κάθε γυναίκα ξεχωριστά σαν άτομο και την παροτρύνει να εκφράσει τα αισθήματά της. Η ασθενής μπορεί να νοιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει τον ρόλο της σαν μητέρα, να θηλάσει το παιδί της, ή να φοβάται την απόρριψη από τον άνδρα της. Η υποστήριξη του συζύγου και της οικογένειάς της θα την βοηθήσει σημαντικά σε μια τέτοια περίπτωση.

3. Μείωση του χρόνου αναμονής πριν την εγχείρηση

Απαιτείται:

Άμεση αντιμετώπιση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών της άρρωστης.

Εξασφάλιση αίματος, αν πρόκειται να γίνει ριζική μαστεκτομή χορήγηση υπνωτικών για μείωση ανησυχιών και φόβων της άρρωστης πριν την εγχείρηση.

4. Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια. Γίνεται προετοιμασία του δέρματος με ξύρισμα και καλό καθα-

ρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας.

Η ίδια προετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για την περίπτωση λήψης δέρματος που θα χρησιμοποιηθεί για πλαστική.

β. Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την άρρωστη, καθώς και την οικογένειά της για τα είδη των εγχειρήσεων που υπάρχουν, την μορφολογία του θώρακα μετά την μαστεκτομή, τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο, την δραστηριότητα και την διορθωτική πλαστική του μαστού.

γ. Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τις ανησυχίες τους, τους φόβους τους.

Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία

Πριν την μεταφορά της ασθενούς στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια: την ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα. Αφαιρεί ξένα μέλη και αντικείμενα αν τυχόν υπάρχουν. Εκτιμά τα ζωτικά σημεία της άρρωστης και οποιαδήποτε παρέκλιση από το φυσιολογικό αναφέρεται αμέσως στον γιατρό.

B. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η μετεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει:

- Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσεως και του σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές, είναι πολύτιμοι δείκτες για την διαπίστωση του SHOCK και της αιμορραγίας
- Επισκοπήση του επιδεσμικού υλικού, για την διαπίστωση αιμορραγίας και περισσότερο στην περιοχή της μασχάλης.

Ελέγχεται η περίδεση του τραύματος

Η πολύ πιεστική επίδεση αποφεύγεται για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων

- Ανακούφιση της άρρωστης από τον πόνο, με την χορήγηση αναλγητικών
- Ενθάρρυνση για την αλλαγή της θέσης και βαθιών αναπνοών για την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών
- Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος

Συνήθως ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή HEMOVAC. Η αναρρόφηση γίνεται με την δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στην συσκευή γι' αυτό και αδειάζεται πριν γεμίσει τελείως.

Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, και το χρώμα και η ποσότητα των παροχετευμένων υγρών ελέγχονται και καταγράφονται

- Πρόληψη της λοίμωξης

Κατά την ριζική μαστεκτομή, επειδή αφαιρούνται οι λεμφαδένες η άμυνα εναντίον των λοιμώξεων μειώνεται.

Γι' αυτό καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να διατηρεί το προσβεβλημένο χέρι σχολαστικά καθαρό και στεγνό. Στο προσβεβλη-

- μένο χέρι απαγορεύονται οι φλεβοκεντήσεις, οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις για την αποφυγή εισόδου μικροβίων
- Κατάλληλη τοποθέτηση της άρρωστης στο κρεβάτι. Η άρρωστη τοποθετείται σε ημι-FOWLER θέση, δηλαδή το κεφάλι της άρρωστης ανυψώνεται 30-32 CM και τα γόνατα κάμπτονται. Εάν το χέρι είναι ελεύθερο τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι. Η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.
 - Έγκαιρη έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι. Όταν η άρρωστη σηκώνεται για πρώτη φορά από το κρεβάτι θα πρέπει να συνοδεύεται και να βοηθάται από την νοσηλεύτρια γιατί υπάρχει κίνδυνος να διαταραχθεί η ισορροπία της, εξ αιτίας της αφαίρεσης του μαστού.
- Επίσης όταν η ασθενής σηκωθεί θα πρέπει ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς να υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο για να εμποδιστεί η πίεση στο τραύμα
- Σίτιση της ασθενούς
- Χορηγούμε δίαιτα ανάλογα με την προτίμηση της ασθενούς. Τις πρώτες μέρες η νοσηλεύτρια ίσως χρειαστεί να βοηθήσει την ασθενή στην διάρκεια του φαγητού λόγω αδυναμίας χρησιμοποίησης του χεριού της.

Σχεδιασμός για την έξοδο της ασθενούς από το Νοσοκομείο - διδασκαλία

Η νοσηλεύτρια:

- Ενθαρρύνει την ασθενή να υποβάλλει τις ερωτήσεις της, και της παρέχει χρήσιμες απαντήσεις
- Ετοιμάζει τον σύζυγο για προσφορά υποστήριξης στην σύζυγό του

- Βοηθά την άρρωση για την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων.

Οι ασκήσεις αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την χειρουργική επέμβαση.

Αρχικά περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφύξιμο της γροθιάς και έκταση των δακτύλων για την διατήρηση της κινητικότητας και του μυϊκού πόνου.

Η ασθενής αρχικά μπορεί να μην δέχεται της ασκήσεις λόγω του πόνου. Η νοσηλεύτρια όμως τονίζει την σημαντικότητα των ασκήσεων και συνεχίζει μέσα στα όρια αντοχής της ασθενούς.

Οι ασκήσεις αυξάνονται προοδευτικά, σε βαθμό όμως που να μην είναι επώδυνες και φέρνουν δυσχέρεια στην ασθενή. Οι ασκήσεις που συστήνονται από τον γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή, και που αποβλέπουν στην αποκατάσταση των μυών που έπαθαν κάκωση και στην εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου είναι οι εξής:

Σφύξιμο μπάλας. Βοηθά στην βελτίωση της κυκλοφορίας, και στο δυνάμωμα των μυών του χεριού

Πέταγμα μπάλας. Βελτιώνει την έκταση του προσβεβλημένου χεριού

Αναρρίχηση στον τοίχο. Προάγει την έκταση του προσβεβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει στον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών κολλημένα στον τοίχο. Αυγίζει τους αγκώνες τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο, με τους ώμους έσοια. Σηκώνει τα χέρια στον τοίχο παράλληλα έως ότου αισθανθεί πόνο. Σημειώνει το σημείο που έφτασαν τα χέρια της και κάθε φορά προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

Γύρισμα σκουινάκι. Αποβλέπει στην ευλυγισία του ώμου

Δένει ένα σκοινί 3 περίπου μέτρων στο χερούλι της πόρτας. Η γυναίκα στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σκοινιού με το προσβλημένο χέρι, το άλλο το τοποθετεί στην μέση της, και με τεντωμένο το χέρι γυρίζει το σκοινάκι με μικρούς κύκλους. Οι κύκλοι μεγαλώνουν σταδιακά ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.

Αιώρηση χεριών. Η άσκηση αυτή χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών.

Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από την μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τους αγκώνες τεντωμένους.

Στην διάρκεια της άσκησης αυτής και ιδιαίτερα την πρώτη φορά η νοσηλεύτρια στέκεται δίπλα στην ασθενή γιατί υπάρχει περίπτωση να αισθανθεί ζάλη.

Τροχαλία. Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Η άρρωστη περνά ένα σκοινί 3μ. περίπου στο σίδερο του μπάνιου.

Με τεντωμένους βραχίονες τραβά το σκοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται, αυξάνοντας σταδιακά το ύψος. Η άρρωστη συμβουλεύεται να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια να εφάπτονται στο πάτωμα.

Κούμπωμα κουμπιών πλάτης. εφαρμόζεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει τα χέρια της πίσω από την πλάτη, σαν να κουμπώνει τα κουμπιά της μπλούζας της.

Άγγιγμα μετώπου. Δυναμώνει τους επικουρικούς μύες του ώμου. Η άρρωστη βλέπει στον τοίχο σε απόσταση χεριών. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρ-

ρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική της θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.

Φροντίδα χειρουργικού τραύματος

Η νοσηλεύτρια μέσα σε πνεύμα κατανόησης και συζήτησης προετοιμάζει την άρρωστη για την βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.

Ενημερώνει την άρρωστη ότι το επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξ αιτίας της κάκωσης των νεύρων. Επίσης περιποιείται το τραύμα, ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.

Παρακολουθεί το τραύμα για συμπτώματα φλεγμονής, οίδημα, πόνος, ευαισθησία, ερυθρότης και ενημερώνει τον ιατρό σε περίπτωση παρουσία τους.

Εφαρμόζει μασάζ, κατόπιν έγκρισης του ιατρού, της επουλωμένης τομής, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος.

Πρόληψη και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

Στην ριζική μαστεκτομή οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία αφαιρούνται.

Γι' αυτό υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες το χέρι να παρουσιάσει λεμφοίδημα, λόγω της κακής παροχέτευσης της λέμφου. Η αντιμετώπιση της λοίμωξης, στο προσβεβλημένο χέρι είναι πολύ δύσκολη λόγω της μειωμένης αντίστασης.

Πρόληψη λεμφοιδήματος

Στο προσβλημένο χέρι αποφεύγονται: κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά είναι επικίνδυνα να οδηγήσουν σε λοίμωξη και κατά συνέπεια στην επιδείνωση του οιδήματος.

Συνιστάται το μασάζ 3-4 μήνες μετεγχειρητικά στο χέρι για την βελτίωση της κυκλοφορίας και την μείωση του οιδήματος.

Ανυψώνεται συχνά ο βραχίονας για την πρόληψη του οιδήματος. Επιβάλλεται σχολαστική καθαριότητα της εγχειρητικής περιοχής και αποφεύγεται η χρήση ενδυμάτων σφιχτών για την διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

Φροντίδα λεμφοιδηματικού χεριού

σε περίπτωση λεμφοιδήματος η άρρωστη συμβουλεύεται να αποφεύγει και να εφαρμόζει τα εξής:

α. Να αποφεύγει

- Να κρατά το τσιγάρο, την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο σε αυτό το χέρι
- Να κόβει ή να τραβά τις παρανυχίδες
- Να σκάβει τον κήπο με αυτό το χέρι
- Να πλησιάζει ζεστό φούρνο με το χέρι αυτό
- Να δέχτεί να γίνει ένεση στο χέρι αυτό
- Να αφήσει να πάρουν αίμα
- Να επιτρέψει να παίρνεται η Αρτηριακή Πίεση

β. Να εφαρμόζει-επιδιώκει:

- Να φορά ελαστικό γάντι όταν ασχολείται με μαγειρική-καθαριότητα ή πλύσιμο πιάτων
- να φορά δακτυλήθρα όταν ράβει

- Να χρησιμοποιεί κρέμα λανολίνης πολύ συχνά
- Να φορά ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη <<ΠΡΟΣΟΧΗ-ΛΕΜΦΟΙ-ΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ - ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ>>
- Να συμβουλευτείται ιατρό εάν το χέρι τραυματιστεί, είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό και οιδηματώδες
- Να επιστρέψει για επανεξέταση σε διάστημα 2 μηνών

Εφαρμογή τεχνητού στήθους

Η άρρωστη που έχει υποβληθεί σε απλή ή ριζική μαστεκτομή, ενημερώνεται και βοηθάται από την νοσηλεύτρια για την εφαρμογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους).

Αρχικά η ασθενής ενημερώνεται να φορά κανονικό στηθόδεσμο το οποίο θα γεμίσει με υλικό που δεν θα κολλά στο τραύμα.

Όταν επουλωθεί το τραύμα, η άρρωστη ενημερώνεται ότι στο εμπόριο κυκλοφορούν διάφοροι τύποι πρόσθεσης και της δίνεται δικαίωμα επιλογής.

Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη και να έχει το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος.

Επίσης παροτρύνεται ο σύζυγος να συνοδέψει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης για ενθάρρυνση και υποστήριξη.

Η πρόσθεση θα εφαρμοστεί μόνον αν ο γιατρός το επιτρέψει.

Τονισμός της σπουδαιότητας του μετανοσοκομειακού CHECK-UP

Με την έξοδο της η άρρωστη από το νοσοκομείο θα πρέπει να επανέρχεται για CHECK-UP για τους εξής λόγους:

1. Για την αξιολόγηση της epούλωσης του τραύματος

2. Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση και έλεγχο πρό-
όδου των ασκήσεων
3. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόθεσης
4. Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης
5. Διαπίστωση πιθανής υποτροπής

Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟ-
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας κα-
τά την εφαρμογή χημειοθεραπείας σε άρρωστη με καρκίνο του
μαστού αποσκοπούν:

- α) Στην μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
- β) Στην ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
- γ) Στην έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και στην
αντιμετώπισή τους.

Κατά το χειρισμό των φαρμάκων αυτών είναι απαραίτητη
προϋπόθεση η Νοσηλεύτρια-ης να εφαρμόζει ορισμένες βασικές
οδηγίες.

Αναλυτικότερα

1. Προετοιμασία χημειοθεραπευτικού σκευάσματος. Κατά
την διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιούνται
ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.

Αν το διάλυμα έρθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο
πλένεται η περιοχή με άφθονο νερό και σαπούνι.

Αν το διάλυμα του φαρμάκου μπει στο μάτι, είναι απαραί-
τητη η επίσκεψη του ατόμου σε οφθαλμίατρο.

2. Όταν πρόκειται για ενδοφλέβια χορήγηση η έγχυση αρ-

χίζει με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό.

3. Το σημείο της έγχυσης προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.

4. Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που έχει προηγούμενα χρησιμοποιηθεί.

5. Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης, για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.

6. Το σημείο φλεβοκέντησεως παρακολουθείται συνέχεια, για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως ελάττωση της ροής, ερυθρότητα, πόνος και οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησεως.

7. Αν παρατηρηθούν συμπτώματα υποδόριας έγχυσης, διακόπτεται η ροή του φαρμάκου, ξεπλένεται η φλέβα με φυσιολογικό ορό και ενημερώνεται ο γιατρός.

8. Ενημερώνεται η ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς της, πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως, ερυθρότητα, πόνο, οίδημα κοντά στο σημείο φλεβοκέντησεως κατά ή μετά την θεραπεία.

9. Σε περίπτωση υποδόριας έγχυσης (έξω από την φλέβα) διακόπτεται η έγχυση, αναρροφείται το φάρμακο με άλλη σύριγγα, απομακρύνεται ο φλεβοκαθετήρας, χορηγείται αντίδοτο γύρω από την εξαγγείωση και ανυψώνεται το άκρο.

10. Η φλέβα, όταν τελειώσει η έγχυση του φαρμάκου, ξεπλένεται με φυσιολογικό ορό γιατί μπορεί να παρουσιάσει θρομβοφλεβίτιδα και αφαιρείται η βελόνη.

Καθήκον της νοσηλεύτριας πριν την εφαρμογή της χημειο-

θεραπείας είναι να προετοιμάσει την ασθενή με κατατοπιστικές συζητήσεις για το είδος της θεραπείας που πρόκειται να αρχίσει. Εφαρμόζει αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως προκειμένου η άρρωστη να αποδεχτεί να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

Και τέλος παρέχει στην άρρωστη οποιαδήποτε έντυπη πληροφορία υπάρχει σχετικά με την χημειοθεραπεία για περαιτέρω ενημέρωση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ιδιαίτερη προσοχή και υπευθυνότητα απαιτείται από την νοσηλεύτρια όταν νοσηλεύει ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα ως κυτταροταξικά επιφέρουν πολλές παρενέργειες.

Ειδικότερα

1. Καταστολή του μυελού των οστών

Λευκοπενία: Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την άνοδο της θερμοκρασίας που σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία.

Το δέρμα και τις κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης προλαμβάνει σηψαιμικές εκδηλώσεις.

Προλαμβάνει την λοίμωξη με την εφαρμογή συστηματικής ατομικής καθαριότητας, την επανειλημμένη αντισηψία της στοματικής κοιλότητας, την εφαρμογή τεχνικής απομονώσεως.

Οποιαδήποτε λύση συνεχείας του δέρματος, την αντιμετωπίζει σαν τραύμα και σε ενδοφλέβια έγχυση αλλάζει την συσκευή κάθε 24 ώρες και την θέση της βελόνης κάθε 48 ώρες.

Θρομβοπενία: Παρακολουθεί την αρτηριακή πίεση, τα ού-

ρα και τα κόπρανα για αιμορραγία, το δέρμα για πετέχειες και αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες (μάτι-στόμα) για ρινο-αυτορραγίες.

Λαμβάνει μέτρα για την αποφυγή αιμορραγίας, όπως: περιορισμό ενδομυϊκών και υποδόριων ενέσεων. Αν παραστεί ανάγκη να γίνουν, πιέζεται το σημείο ενέσεως για τρία λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Αν μετά την ένεση συνεχιστεί η αιμορραγία, αναφέρεται αμέσως στο γιατρό.

Επίσης η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την άρρωστη να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορούν να δημιουργηθούν όπως, με βίαιο καθάρισμα της μύτης ή την σκληρή οδοντόβουρτσα.

Τέλος προσφέρει βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας. Πρέπει να υπάρχει πάντα έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος.

Αναιμία: Παρακολουθείται η άρρωστη για την παρουσία συμπτωμάτων όπως, ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια και βοηθά την άρρωστη με πλούσιο διαιτολόγιο σε λεύκιμα και σίδηρο.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές

Ναυτία-έμετος; Παρακολουθούνται η συχνότητα, η ποσότητα και ο χαρακτήρας των εμέτων.

Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της ναυτίας και των εμέτων όπως: χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, πριν την θεραπεία με εντολή Ιατρού.

Χορήγηση του χημειοθεραπευτικού σκευάσματος με άδειο στομάχι. Η τροφή χορηγείται μετά την υποχώρηση της ναυτίας, σε μικρά και συχνά γεύματα. Αποφεύγονται τροφές με έντονη

οομή, και γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε λήψη τροφής. Επίσης η στοματική κοιλότητα διατηρείται καθαρή από την κακοσμία των εμέτων.

Ενημερώνεται η ασθενής ότι η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης πως το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.

Διάρροια: Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την άρρωστη για συμπτώματα αφυδάτωσης. Χορηγεί τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα. Για την αντιμετώπιση της διάρροιας, χορηγεί φάρμακα που την αναστέλλουν κατόπιν οδηγίας ιατρού και περιποιείται το δέρμα, στην περιοχή του περινέου για την πρόληψη ερεθισμού.

Στοματίτιδα-Έλκη : Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας, για ξηρότητα, ερυθρότητα, λευκές κηλίδες που είναι σημεία στοματίτιδας. Περιποιείται συχνά την στοματική κοιλότητα και κάνει επάλειψη των χειλέων 3 φορές την ημέρα.

3. Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται η άρρωστη για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως, ελαφρός πόνος στα χέρια και στα πόδια και σοβαρότερης νευροπάθειας όπως: μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, πτώση πέλματος ή καρπού. Ενημερώνεται πάντα ο ιατρός. Τέλος λαμβάνονται μέτρα για την αντιμετώπιση της νευροπάθειας, όπως: διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της άρρωστης.

4. Ηπατοτοξικότητα

Παρακολουθείται η άρρωστη για πόνο στην κοιλιά, υψηλό πυρετό, ίκτερο, διάρροια, συμπτώματα που προέρχονται από βλάβη ήπατος. Αν επιδεινωθούν ενημερώνεται ο ιατρός.

5. Νεφροτοξικότητα

Η Νοσηλεύτρια παρακολουθεί την ασθενή για οιδήματα, και μείωση του ποσού των ούρων. Για την πρόληψη της νεφροτοξικότητας γίνεται καλή ενυδάτωση της ασθενούς.

6. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινικών αδένων

Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά την διάρκεια της θεραπείας δεν πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογενέσεως.

7. Αλωπεκία

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την άρρωστη ότι μια από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας που θα υποστεί είναι η αλωπεκία δηλαδή η πτώση των μαλλιών.

Επίσης ενημερώνεται ότι τα μαλλιά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Η αλωπεκία μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με ψύξη του τριχωτού της κεφαλής με ένα καπέλο ειδικά σχεδιασμένο για το σκοπό αυτό, που εφαρμόζεται 30 MIN πριν, στην διάρκεια και 30 MIN μετά την χορήγηση της χημειοθεραπείας.

Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, συμβουλεύεται η άρρωστη να καλύπτει το κεφάλι της με μανδήλι ή να χρησιμοποιήσει περούνα. Επίσης βοηθάται να εκφράσει τα αισθήματά της σχετικά με την διαφοροποίηση της εμφάνισής της.

Δ' Χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία μαστού και αι νοσηλευτικές εφαρμογές

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ
5-Αντιμεταβολίτες		Προκαλούν όλα ναυτία, εμέτους, διάρροια, στοματίτιδα, καταστολή του μυελού των οστών	<ul style="list-style-type: none"> - Επαρκής ενυδάτωση της άρρωστης - Παρακολούθηση και συστηματική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας - Αξιολόγηση εμέτων. Εφαρμογή μέτρων απομόρφωσης (χαμηλά λευκά) - Πρόληψη αιμορραγιών - Κατάλληλες συνθήκες ξεκούρασης της άρρωστης
5-FU FLUOROURACIL	Ενδοφλέβια ενδοαρτηριακά Από το στόμα	Νευρολογικό σύνδρομο (φωτοφοβία-αταξία-ευφορία) Αλωπεκία	<ul style="list-style-type: none"> - Η άρρωστη προστατεύεται από έντονο φως και πτώσεις - Κατανοείται η συμπεριφορά της - προστασία από έντονη ηλιακή ακτινοβολία και υπεριώδεις ακτίνες επειδή εντείνουν τις δερματικές αντιδράσεις - Ενημέρωση της άρρωστης για την πτώση των μαλλιών και την επανεμφάνισή τους μετά την θεραπεία - Ενθάρρυνση για χρησιμοποίηση περούνας για την κάλυψη της κεφαλής
ΜΕΤΗΟΤΡΕΧΑΤΕ	Ενδοφλέβια ενδομυϊκά	-Αντίδραση από το δέρμα (ερυθρότητα-εξάνθημα-ρωγμές)	<ul style="list-style-type: none"> - Η νοσηλεύτρια διατηρεί το δέρμα της άρρωστης στεγνό και καθαρό

ενδοραχιαία

- Τοξική βλάβη ήπατος
- Τοξική βλάβη νεφρών

- Προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία
- Εκτίμηση της ηπατικής λειτουργίας
- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών
- Μέτρηση αιματικού βάρους για αξιολόγηση κατακράτησης υγρών
- Καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών
- Παρακολούθηση για οιδήματα των κάτω άκρων

2. Αλκυλιούντες παράγοντες

CYCLOPHOSPHAMIDE (CYTOXAN)
Ενδοφλέβια
Από το στόμα

- Καταστολή του μυελού οστών
- Ναυτία - έμετοι
- Αλωπεκία
- Αιμορραγική κυστίτιδα από την συγκέντρωση του φαρμάκιου στην ουροδόχο κύστη

- Καλή ενυδάτωση της άρρωστης πριν και μετά την θεραπεία
- Αξιολογείται η αιματοουρία-δυσουρία
- Ενθαρρύνεται η άρρωστη να ουρεί συχνά, μετά την χορήγηση του φαρμάκιου
- Παρακολουθούνται τα ούρα (χρώμα-ποσότητα-παρουσία αίματος)

3. Φυτικά αλαλοειδή

VINCRIStINE SULFATE (ONCOVIN)
Ενδοφλέβια

- Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση
- Νευροτοξικότητα που έχει σχέση με:
*οξύ πόνο στις σιαγόνες

- Παρακολούθηση για πρόληψη υποδόριας έγχυσης
- Σε υποδόρια έγχυση, γίνεται αμέσως φλεβοκέντηση σε άλλο σημείο. Στο σημείο υποδόριας εγχύσεως εγ-

*δυσκοιλιότητα

-Περιφερική νευροπάθεια (αφθητικές διαταραχές)

χύεται HYALURONIDASE και τοποθετούνται χλιαρές κομπρέσες

- Η άρρωστη παρακολουθείται για συμπτώματα νευροτοξικότητας
- Ανακούφιση της άρρωστης από τον πόνο
- Προφυλάσσεται από την δυσκοιλιότητα με λήψη υγρών και διαιτολόγιο πλούσιο σε κυτταρίνη
- Ενθαρρύνεται να κινείται και παρακολουθείται για πόνο στην κοιλιά και μετεωρισμό. Επίσης για πόνο ελαφρό και μούδιασμα των άκρων

4. Αντιβιοτικά

A.D.R.	Ενδοφλέβια	-Ναυτία-έμετοι-διάρροια
ADRIAMYCIN		-Αλωπεκία-Στοματίτιδα
		-Καταστολή του μυελού
		-Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση
		-Το χρώμα των ούρων γίνεται κόκκινο

- Διακόπτεται η υποδόρια έγχυση - αλλαγή φλέβας
- Ενημερώνεται η άρρωστη για το χρώμα των ούρων ώστε να μην ανησυχεί αν αυτό συμβεί

5. Αδρενοκορτικοειδή

PREDNISON	-Από το στόμα	-Κατακράτηση νερού
	-Ενδοφλέβια	-Σύνδρομο CUSHING
		-Υπέρταση

- Παρακολουθείται το σάκχαρο των ούρων
- Η νοσηλεύτρια αξιολογεί την άρρωστη για σύνδρομο CUSHING (πανσελημοειδές, προσωπείο, υπερτρίχωση, μυϊκή αδυναμία, υπέρταση, οιδήματα)

- Παρακολούθηση του σωματικού βάρους. Δικαιολογείται μικρή αύξηση του βάρους. Μεγάλη και απότομη αύξηση σημαίνει κατακράτηση υγρών
- Λήψη αρτηριακής πίεσης
- Ενημερώνεται να αναφέρει αμέσως αν παρουσιάσει γαστρεντερικές και να διατηρεί σχολαστική ατομική καθαριότητα για την πρόληψη λοιμώξεων

Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟ-
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης με καρκίνο μαστού που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια έρχεται σε επαφή με την άρρωστή της.

Η νοσηλεύτρια με το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσεως της άρρωστης και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην άρρωστη ατμόσφαιρα σιγουριάς, εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Κατά την νοσηλεία της ασθενούς η νοσηλεύτρια έχει τις εξής ευθύνες και αρμοδιότητες.

- Πρέπει να είναι ενημερωμένη για το είδος της ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε για την άρρωστη και τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει η άρρωστη
- Αξιολογεί τι γνωρίζει και πως αντιλαμβάνεται η ασθενής το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα την ενημερώνει σε συνηννόηση με το γιατρό
- Για την αποδοχή της θεραπείας από την άρρωστη, με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης, είναι απαραίτητη η μέσα σε λογικά όρια ενημέρωση της για την φύση, τον σκοπό και τις παρενέργειές της
- Η νοσηλεύτρια βεβαιώνεται πως η άρρωστη έχει καταλάβει πως δεν πρέπει να βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο που θα γίνει η ακτινοθεραπεία
- Χορηγεί στην άρρωστη αναλγητικά πριν τη θεραπεία αν χρειάζεται επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά.

- Σημαντικό επίσης μέρος της προετοιμασίας της άρρωστης για την εφαρμογή της ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματα της που συνήθως είναι οι εξής:

Πονάει η ακτινοθεραπεία;

Τι θα πρέπει να κάνει στο διάστημα της θεραπείας;

Αν θα είναι μόνη της στην διάρκεια της θεραπείας;

Αν θα εκπέμπει ακτινοβολία μετά; και

Αν θα χρειαστεί απομόνωση

Η πληροφόρηση της άρρωστης στα παραπάνω ερωτήματα, μειώνει την ανησυχία και το άγχος της και βοηθά την ασθενή να συνεργαστεί και να αξιοποιηθούν έτσι όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της θεραπείας.

Πριν αρχίσει η ακτινοβολία η νοσηλεύτρια ενημερώνει και εκπαιδεύει την άρρωστη να διατηρεί την περιοχή της ακτινοβολίας στεγνή και καθαρή.

Να μην χρησιμοποιεί αντισηπτικά που επηρεάζουν την ακτινοβολία. Αποφυγή πλύσης και εντριβής της ακτινοβολουμένης επιφάνειας στο μαστό της.

Αποφυγή χρησιμοποίησης επιθεμάτων. Αν παραστεί ανάγκη γίνεται ελαφρά πλύση με νερό και χωρίς σαπούνι.

Τόσο κατά την θεραπεία όσο και μετά από αυτήν, η άρρωστη ενημερώνεται να προστατεύει τον μαστό της από ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία και τραυματισμό. Επίσης να αποφεύγει να χρησιμοποιεί στενά ενδύματα και υφάσματα που προκαλούν ερεθισμό και τριβή.

Επίσης διδάσκεται ότι δεν πρέπει να αφαιρέσει το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή στην εφαρμογή της θεραπείας.

Και τέλος ενημερώνεται ότι μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολίας) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στον θαλάμο της.

Σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει παρενέργειες και επιπλοκές όπως:

Ναυτία-έμετοι: Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια χορηγεί αντιεμετικά-ηρεμιστικά και αντιϊσταμινικά πάντα με εντολή γιατρού. Ενθαρρύνει την άρρωστη να λαμβάνει υγρά και ρυθμίζει το διαιτολόγιό της.

Αντιδράσεις από το δέρμα: Παρατηρείται το δέρμα για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.

Διατηρείται ο μαστός της άρρωστης που εκτίθεται στην ακτινοβολία στεγνός. Αποφεύγονται πλύσεις και εντριβές. Προστατεύεται τέλος από την ήλιο και την θερμότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Παρουσίαση φλεγμονώδους Ca μαστού

5.2.89. Η ασθενής Ζ.Κ. ετών 64 εισήλθε στο νοσοκομείο επειδή παρατήρησε επώδυνη διόγκωση στον αριστερό μαστό η οποία ήταν εξέρυθρη και ζεστή. Αντελήφθη την διόγκωση πριν από ένα μήνα. Στο διάστημα αυτό ακολούθησε αγωγή για 15 ημέρες με αντιβίωση και αντιφλεγμονώδη. Μετά την λήξη της θεραπείας, η ασθενής αναφέρει ότι ο μαστός επανήλθε στην φυσιολογική του κατάσταση.

Λίγο πριν την λήξη της θεραπείας έγινε μαστογραφία που εμφάνισε διήθηση του μεγαλύτερου μέρους του αριστερού μαστού ως και διήθηση έντονη του δέρματος.

Η ασθενής εισήλθε στην κλινική για περαιτέρω έλεγχο του μαστού. Κατά την κλινική εξέταση: κεφαλή-τράχηλος σε καλή κατάσταση. Θώρακας:ελάττωση ανασπνευστικού φυθυρίσματος άμφω, εισολκή της θηλής άμφω, μασχαλιαίοι και υπερκλείδιοι λεμφαδένες αφηλάφητοι.

Κοιλία: μαλακή, Ήπαρ-Σπλην αφηλάφητοι.

Η ασθενής έχει ζωτικά σημεία. Αρτηριακή Πίεση: 165/80 MMHG, θερμοκρασία 36^oC και σφύξεις 78/λεπτό.

6.2.89. Η ασθενής παραπονείται ότι πονάει πολύ. Δείχνει φοβισμένη και είναι αρκετά ανήσυχη. Έγινε συζήτηση με την άρρωστη. Προσπαθήσαμε να μειώσουμε την ανησυχία της άρρωστης, ενθαρρύνοντας την να εκφράσει τα αισθήματά

της και τους φόβους της. Πάρθηκαν ζωτικά σημεία: Α.Π.190/80 MMHG, $\theta=36^{\circ}\text{C}$, Σφύξεις 78/λεπτό. Επειδή η ασθενής είχε υψηλή αρτηριακή πίεση έγινε αμέσως αντιμετώπιση με $\frac{1}{2}$ AMP CATAPRESAN.

Ο πόνος είναι ισχυρός και μετά από συνεννόηση με τον γαστρό έγιναν 1 AMP APOTEL και $\frac{1}{2}$ AMP. LASIX πετυχαίνοντας έτσι την παροδική μείωση του πόνου.

Η ασθενής αύριο θα υποβληθεί σε νέα μαστογραφία, και θα γίνει επίσης λήψη βιοψίας με TRU-CUT από τον μαζικό αδέννα.

7.2.89. Η κατάσταση της ασθενής παραμένει αμετάβλητη. Αναφέρει τα ίδια συμπτώματα αλλά σήμερα δείχνει λιγότερο ανήσυχη. Έγινε αντιμετώπιση του πόνου, με 1 AMP APOTEL. Ζωτικά σημεία: Α.Π.145/80 MMHG, $\theta=36^{\circ}\text{C}$, σφύξεις 80/λεπτό. Έγινε ακτινογραφία θώρακος και βιοψία μαστού. Από την μαστογραφία δεν σημειώνονται παθολογικά ευρήματα στον δεξιό μαστό, ενώ στον αριστερό υπάρχει αυξημένη σκιερρότης και διαταραχή της αρχιτεκτονικής δομής του μαζικού αδέννα. Το πάχος του δέρματος είναι αυξημένο. Συνυπάρχουν αποιτανώσεις αγγείων και μικροκυστικών σχηματισμών άμφω.

Το απόγευμα ο πόνος μειώθηκε, και η αρτηριακή πίεση ήταν επίσης σε φυσιολογικά επίπεδα Α.Π. 140/80 MMHG.

8.2.89. Η ασθενής είναι ήσυχη. Ο πόνος συνεχίζεται με μικρότερη ένταση. Μετά από ιατρική οδηγία δεν χορηγήθηκαν παυσίπονα για τον πόνο. Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς είναι: Α.Π. 140/75 MMHG, $\theta=36,2^{\circ}\text{C}$ σφύξεις 78/λεπτό.

Έγινε τελική διάγνωση για φλεγμονώδες Ca αριστερού μαστού. Προγραμματίστηκε για αύριο η ασθενής να πάει στο χειρουργείο.

Ενημερώσαμε την ασθενή σχετικά με το είδος της επεμβάσεως. Η ασθενής γνώριζε την πάθησή της και ήταν αγχώδης και απαισιόδοξη. Με την συζήτηση, καταφέραμε να υποστηρίξουμε ψυχολογικά την άρρωστη και να τις μεταβιβάσουμε αισθήματα αισιοδοξίας και ελπίδας για την επιτυχία της θεραπείας της. Απαντήσαμε στις ερωτήσεις της άρρωστης με λόγια απλά, ώστε να γίνουν κατανοητά και πετύχαμε έτσι να μειώσουμε τους φόβους της και να εξασφαλίσουμε την συνεργασία της.

Επίσης έγινε ενημέρωση των συγγενών και αναζητήσαμε την υποστήριξή τους για την ασθενή.

Το απόγευμα έγινε η προεγχειρητική ετοιμασία της άρρωστης. Η ασθενής τώρα δείχνει αρκετά αισιοδόξη. Το βράδυ δόθηκε 1 TABL. STEDON 5 MG για να είναι η ασθενής ήρεμη την παραμονή της εγχειρήσεως.

9.2.89. Σήμερα η ασθενής πρόκειται να πάει στο χειρουργείο. Επιδιώξαμε μια συζήτηση μαζί της πριν φύγει για το χειρουργείο. Ήταν ήσυχη αλλά ο φόβος και το άγχος της εγχειρήσεως παρέμεναν. Έγινε η κατάλληλη ένδυση της ασθενούς, ενώ συγχρόνως την ενθαρρύνσαμε για την επιτυχία της εγχειρήσεως. Ζωτικά σημεία πριν την εγχείρηση Α.Π. 150/70 MMHG, $\theta=36,5^{\circ}\text{C}$, Σφύξεις 84/λεπτό.

Έφυγε για το χειρουργείο με φορείο.

Η διάρκεια της επεμβάσεως ήταν 1 ώρα και με γενική νάρκωση.

Επέστρεψε από το χειρουργείο με ζωτικά σημεία Α.Π. 140/80 MMHG, $\theta=36,3^{\circ}\text{C}$ και σφύξεις 82/λεπτό. Παίρνει ορό SODIUM CHLORIDE 0,9% 1000 CC. Τοποθετήθηκε στο κρεβάτι ελέγξαμε τη ροή του ορού και το σημείο φλεβοκεντήσεως. Δόθηκαν οδηγίες όταν τελειώσει ο ορός να γίνει διακοπή. Έγινε έλεγχος της περίδεσης του τραύματος για τυχόν αιμορραγία. Μετά την νάρκωση η ασθενής παρουσίασε ελαφρό έμετο μέχρι να συνέλθει εντελώς. Διατηρήσαμε την στοματική κοιλότητα της ασθενούς καθαρή και τοποθετήσαμε το κεφάλι στο πλάϊ.

Εδόθηκαν οδηγίες για 2 24ωρα να παίρνει MANDOKEF 1X4. Παίρνονται ζωτικά σημεία κάθε 3 ώρες και δεν υπήρξε παρέκκλιση από το φυσιολογικό. Η ασθενής παρακολουθείται συχνά για την περίπτωση που παρουσιάσει επιπλοκές και ελέγχεται το τραύμα. Το απόγευμα δίνονται υγρά PEROS.

10.2.89. Η ασθενής βρίσκεται στην πρώτη μετεγχειρητική μέρα. Αναφέρει πόνο και μικρή αδυναμία. Ο πόνος είναι επίμονος και γι' αυτό χορηγήθηκαν ισχυρά παυσίπονα. Η κατάσταση του τραύματος είναι καλή. Έγινε περιποίηση και δεν παρουσιάζει κανένα δυσάρεστο σύμπτωμα.

Ζωτικά σημεία: Α.Π. 185/80 MMHG, $\theta=37,1^{\circ}\text{C}$, σφύξεις 78/λεπτό. Για την αντιμετώπιση της αρτηριακής πίεσεως σε φυσιολογικά επίπεδα έγινε $\frac{1}{2}$ AMP CATARPESAN. Το απόγευμα η ασθενή έδειχνε ανήσυχη, λόγω του πόνου. Ενημερώθηκε ότι ο πόνος θα υποχωρήσει σταδιακά. Επίσης σημειώθηκε πυρετός $38,5^{\circ}\text{C}$ που στην αρχή αντιμετωπίστηκε με ψυχρά επιθέματα ενώ όμως δεν υποχωρούσε έγινε 1 AMP APOTEL, $\theta=39,4^{\circ}\text{C}$. Το βράδυ η ασθενής παραπονείται για δύσπνοια. Χορηγήσαμε

στην ασθενή οξυγόνο στα 2 LT με μάσκα οξυγόνου. Αγωγή CALCIPARINE 1X2.

11.2.89. Η ασθενής έχει σταθερή μετεγχειρητική πορεία. Συνεχίζονται οι περιποιήσεις του τραύματος. Ο πόνος αναφέρεται με χαμηλότερη ένταση. Ο πυρετός συνεχίζεται $\theta = 38,8^{\circ}\text{C}$ και γίνεται αντιμετώπιση με αντιπυρετικά. Δίνονται πολλά υγρά στην ασθενή PEROS. Κατά την κλινική εξέταση δεν παρατηρούνται παθολογικά ευρήματα. Τα ζωτικά σημεία είναι Α.Π. 155/80 MMHG, $\theta = 37^{\circ}\text{C}$ μετά την χορήγηση αντιπυρετικών και σφύξεις 80/λεπτό. Η δύσπνοια συνεχίζεται παροδικά και γίνεται αντιμετώπιση με οξυγονοθεραπεία. Σημειώθηκε φυσιολογική κένωση. Αγωγή CALCIPARINE 1X2.

12.2.89. Τρίτη μετεγχειρητική μέρα. Παρατηρείται βελτίωση της ασθενούς. Ο πυρετός κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Τα συμπτώματα του πόνου συνεχίζονται αλλά σε χαμηλότερα επίπεδα. Η κατάσταση του τραύματος είναι σταθερή. Γίνονται περιποιήσεις, και ελέγχεται συχνά για τυχόν επιπλοκές που όμως δεν υπάρχουν. Η ασθενής δεν αναφέρει επεισόδιο δύσπνοιας σήμερα.

Δείχνει αρκετά αισιόδοξη και σε καλή ψυχολογική κατάσταση. Είναι συνεργάσιμη και φαίνεται ικανοποιημένη από την έκβαση της θεραπείας.

Α.Π. 145/75 MMHG, $\theta = 37^{\circ}\text{C}$, σφύξεις 78/λεπτό.

Παρακολουθείται η Αρτηριακή Πίεση και η θερμοκρασία όμως δεν κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα.

Αγωγή CALCIPARINE 1X2

13.5.89. Καλή γενική κατάσταση. Ο πόνος είναι παροδικός αλλά όχι έντονος. Η ασθενής δεν πυρέσσει. Ζωτικά σημεία Α.Π. 145/80 ΜΜΗΓ, $\theta=36,8^{\circ}\text{C}$, Σφύξεις 82/MIN. Η επώλωση του τραύματος χωρίς επιπλοκές. Η ανησυχία και ο φόβος μειώθηκαν στο ελάχιστο. Η αγωγή είναι η ίδια.

14.5.89. Ζωτικά σημεία Α.Π. 140/89 ΜΜΗΓ, $\theta=36,8^{\circ}\text{C}$ σφύξεις 78/λεπτό. Η ασθενής είναι ήσυχη. Ενημερώθηκε ότι σήμερα θα φύγει από την κλινική. Συμβουλευτήκε επίσης ότι αν παρατηρήσει οποιοδήποτε ενόχλημα να επισκεφθεί ιατρό και να επιστρέψει για επανεκτίμηση της καταστάσεως της.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΓΚΙΔΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1ο Στάδιο ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΘΕΝΟΥΣ	2ο Στάδιο ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	3ο Στάδιο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	4ο Στάδιο ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	5ο Στάδιο ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕ- ΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πόνος	Μείωση στο ελάχιστο του πόνου ή παροδική εξαφάνιση αυτού.	<p>Ανακούφιση από τον πόνο με την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.</p> <p>Χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων το βράδυ μετά από οδηγία γιατρού.</p> <p>Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς με την απομάκρυνση των συγγενών από το θάλαμο.</p> <p>Συχνή αλλαγή της θέσεως της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της.</p> <p>Αποφυγή πιέσεως του τραύματος λόγω του βάρους των κλινοσκεπασμάτων.</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p>	<p>- Έγινε χορήγηση αναλγητικών μετά από ιατρική οδηγία όπως ΑΡΟΤΕΛ.</p> <p>Έγινε χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων το βράδυ όπως STEDON.</p> <p>Απομακρύνουμε τους συγγενείς από τον θάλαμο, εξακραλίζοντας ήσυχο και άνετο περιβάλλον για την άρρωστη.</p> <p>Ελαφρύνουμε τα κλινοσκεπάσματα.</p> <p>Γίνεται αλλαγή της θέσεως της ασθενούς.</p> <p>Έγινε ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης.</p>	Ο πόνος μετά την χορήγηση φαρμάκων υποχώρησε σταδιακά και μειώθηκε στο ελάχιστο δυνατό.

Υπέρταση.

Σκοπός μας είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσεως και η σταθεροποίηση της σε φυσιολογικά επίπεδα.

Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων πάντα σε συνεννόηση με τον γιατρό.

Λήψη αρτηριακής πίεσεως σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Ακριβής καταγραφή της αρτηριακής πίεσεως.

Παρακολούθηση της ασθενούς για συμπτώματα όπως κεφαλαλγία-δύσπνοια και ζάλη, και ενίσχυση της ψυχολογικής της κατάστασης.

Μετά από ιατρική οδηγία έγινε χορήγηση φαρμάκων όπως CATAPRESAN.

Γίνεται συχνή καταγραφή και μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως.

Η νοσηλεύτρια βρίσκεται σε συχνή επαφή με την άρρωστη, εντιμώντας έτσι την κατάσταση της.

Καταφέραμε να μειώσουμε την αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα, αλλά όχι και την μόνιμη σταθεροποίησή της στα επίπεδα αυτά λόγω χρόνιου προβλήματος της ασθενούς.

Πυρετός.

Ανακούφιση της ασθενούς από τον πυρετό.

Σε μικρό χρονικό διάστημα η ασθενής πρέπει να έχει απαλλαγεί από τον υψηλό πυρετό.

Να χορηγηθούν άφθονα υγρά στην ασθενή αν επιτρέπεται.

Να εφαρμοστούν ψυχρές περιτυλίξεις, μειώνοντας έτσι την θερμοκρασία ή αν επιτρέπεται να γίνει στην άρρωστη δροσερό λουτρό.

Προφυλάσσουμε την άρρωστη από κρυολόγημα με την αλλαγή των ιδρωμένων ρούχων.

Έγινε ενθάρρυνση της άρρωστης για χορήγηση υγρών από το στόμα.

Τοποθετήθηκαν ψυχρές κομπρέσες.

Έγινε προφύλαξη της άρρωστης από τυχόν κρυολογήματα.

Έγινε τριήμερη λήψη θερμοκρασίας μέχρι την σταθεροποίησή της.

Με την έγκαιρη παρέμβαση της νοσηλεύτριας και την συνεργασία της ασθενούς καταφέραμε να σταθεροποιήσουμε σε φυσιολογικές τιμές την θερμοκρασία.

Εμετοί μετά την
νάυωση.

Βοήθεια για την αντιμετώπιση των εμετών και απαλλογή της ασθενούς από τα δυσάρεστε συμπτώματα.

Μετράμε και καταγράφουμε την θερμοκρασία σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα.

Παρακολουθούμε την άρρωστη για εμφάνιση δυσμενών επιπτώσεων που προκαλεί ο πυρετός.

Χορηγούμε στην άρρωστη αντιπυρετικά φάρμακα με εντολή ιατρού και παρακολουθούμε την δράση τους. Τοποθέτηση της κεφαλής της άρρωστης προς τα πλάγια.

Προσφορά ανσικουφιστικής φροντίδας με την διατήρηση της στοματικής κοιλότητας καθαρή από την κακοσμία των εμετών.

Διατήρηση καθαρών των ενδυμάτων της ασθενούς και των κλινοσκεπασιάτων.

Η νοσηλεύτρια βρίσκεται κοντά στην ασθενή μέχρι την ανάνηψή της από την

Η ασθενής βρίσκεται σε συχνή παρακολούθηση.

Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά φάρμακα σε συνεννόηση με τον γιατρό όπως APOTEL.

Έγινε κατάλληλη τοποθέτηση της κεφαλής της άρρωστης.

Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της άρρωστης.

Διατηρήσαμε τα κλινοσκεπάσματα καθαρά από την κακοσμία των εμετών.

Προσφέραμε βοήθεια στην άρρωστη μέχρι την πλήρη ανάνηψή της.

Με την κατάλληλη φροντίδα και προσοχή πέτυχαμε την εξάλειψη των εμετών και την αποφυγή δυσάρεστων επιπτώσεων.

Δυσπνοια

Καταπολέμηση της δύσπνοιας μέχρι την τέλεια εξαφάνισή της.

Για να επιτευχθεί αυτό θέτουμε την ασθενή σε οξυγονοθεραπεία.

Ετοιμασία των αντικειμένων για οξυγονοθεραπεία.

Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς για την αποφυγή των μη αναγκαίων προσπαθειών.

Να σηκώνουμε το ερισεινέο του κρεβατιού.

Να δοθούν μαξιλάρια για να βοηθήσουμε στην καλή ορθοπνοϊκή θέση της ασθενούς.

Να χορηγηθούν τροφές όχι δύσπεπτες.

Να γίνεται χρησιμοποίηση άσηπτων αντικειμένων κατά την εκτέλεση της περιποίησης του τραύματος, και αντισηπία του δέρματος γύρω από το τραύμα.

Να παρακολουθείται το επιδεσμικό υλικό για διαπίστωση αιμορραγίας.

Έγινε εφαρμογή οξυγονοθεραπείας με μάσκα VENTURI μετά από εντολή ιατρού.

Η ασθενής ενημερώθηκε για τον περιορισμό των κινήσεων και έδειξε συνεργασία.

Έγινε περιποίηση του τραύματος με άσηπτες συνθήκες και σχολαστική καθαριότητα.

Έγινε συχνή παρακολούθηση και επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού.

Με την παροδική χορήγηση οξυγόνου, την συνεργασία της ασθενούς και την έγκαιρη νοσηλευτική παρέμβαση. Πετύχαμε την τέλεια μείωση της δύσπνοιας.

Μόλυνση του τραύματος.

Εαν σκοπό έχουμε την εφαρμογή μέτρων για την έγκαιρη πρόληψη των μολύνσεων και την αντιμετώπισή τους.

Όλα αυτά βοήθησαν στην έγκαιρη πρόληψη των μολύνσεων. Αλλά βέβαια δεν σταμάτησε η συχνή παρακολούθηση και η εκτίμηση της κατάσταση του τραύματος από την νοσηλεύτρια.

Άνησυχία, φόβος της ασθενούς και της οικογενείας της.

Καταπολέμηση στο ελάχιστο του άγχους, τόσο της ασθενούς όσο και της οικογενείας της.

Να αποφεύγεται η πολύ πλεστική επίδεση του τραύματος.

Να ελέγχεται η παροχέτευση του τραύματος.

Να προφυλάσσουμε την άρρωστη και να διατηρούμε την κλίνη καθαρή.

Να απομακρύνουμε το επισκεπτήριο όταν γίνεται η φροντίδα του χειρουργικού τραύματος.

Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς για την φύση της νόσου, το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει χρησιμοποιώντας απλούς όρους, ώστε να γίνουν κατανητά αυτά που λεχθούν στο βαθμό που πρέπει.

Να διαθέσουμε χρόνο για την ακρόαση των ανησυχιών και των προβλημάτων της.

Αποφύγατε την χρησιμοποίηση σφιχτών επιδέσεων και ενδυμάτων με αποτέλεσμα την διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

Έγινε διατήρηση καθαρών των κλινοσκεπασμάτων της άρρωστης.

Εδόθη εντολή για την απομάκρυνση του επισκεπτηρίου κατά την νοσηλεία του τραύματος.

Έγινε συζήτηση με την ασθενή και ενημέρωσή της για την φύση της νόσου και την θεραπεία της.

Έγινε ακρόαση και προσφέρθηκε βοήθεια στην άρρωστη και την οικογένειά της, να εκφράσουν τα αισθήματά τους, τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους.

Έγινε ενθάρρυνση της άρρωστης για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας της.

Μείωση της ανησυχίας και του φόβου της ασθενής.

Η ασθενής απέκτησε αισθήματα εμπιστοσύνης ελπίδας και αισιοδοξίας με την πολύτιμη ψυχολογική στήριξη από τη νοσηλεύτρια.

Να γίνει ενθάρρυνση και διαβεβαίωση της ασθενούς για την επιτυχία του προγράμματος θεραπείας.

Να δείξουμε αισιοδοξία και ελπίδα στην ασθενή για το μέλλον.

Να γίνει διδασκαλία στην οικογένεια της ασθενούς και ιδιαίτερα στον σύζυγο για να φροντίσει και υποστηρίξει την ασθενή.

Έγινε αναζήτηση της υποστήριξης της οικογένειας της, και ενημέρωση για την φροντίδα τους προς την ασθενή.

Παρουσίαση ογκιδίου δεξιού μαστού-Μαστεκτομή

24.2.89. Η ασθενής Α.Π. ετών 47 εισήλθε στο νοσοκομείο επειδή αισθανόταν έντονο τσούξιμο στις θηλές. Αναφέρει ότι το σύμπτωμα αυτό το αντιλήφθηκε πριν ένα περίπου μήνα. Σε εξέταση ο γιατρός ψηλάφησε κάποιο ογκίδιο στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού.

Ακολούθησε μαστογραφία στην οποία φαίνεται ότι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού υπάρχει σκίαση με ασαφή ακανόνιστα όρια διαστάσεων 2x3 CM. Μικροαποτιτανώσεις δεν ανασδεικνύονται. Επίσης υπάρχει λεμφαδένας στην σύστοιχη μασχάλη διαμέτρου 1,5 CM. Ο αριστερός μαστός εμφανίζει αλλοιώσεις ινοκυστικής μαστοπάθειας.

Συμπέρασμα: Η σκίαση έχει χαρακτήρα μιτωτικής εξεργασίας και συνίσταται αφαίρεσις.

Στην κλινική εξέταση. Κεφαλή-τράχηλος: δεν ψηλαφώνται διογκωμένοι, τρσχηλικοί, αυχενικοί, υπερκλείδιοι λεμφαδένες. Θυρεοειδής κατά φύση. Θώρακας αναπνευστικό φιθύρισμα φυσιολογικό. Στον δεξιό μαστό στο άνω και έξω τεταρτημόριο ψηλαφάται ογκίδιο, σκληρό, κινητό, όχι καθηλωμένο, ανώδυνο με ανώμαλη επιφάνεια.

Κοιλία: ευπίεστη, μαλακή, ανώδυνη. Άκρα: Περιφερικές σφύξεις ψηλαφητές.

Έγινε ακτινογραφία θώρακος. Η ασθενής είναι υπέρτασική και κάνει χρήση ADALAT.

Ζωτικά σημεία: Α.Π. 150/80 MMHG, $\theta=36,5^{\circ}\text{C}$, σφύξεις 72/λεπτό.

Αποφασίστηκε αύριο η ασθενής να πάει χειρουργείο για μαστεκτομή. Η ασθενής ήταν ενημερωμένη σχετικά με το εί-

δος της επεμβάσεως και βρίσκεται κάτω από έντονο συναισθηματικό επηρεασμό. Παρατηρούνται αισθήματα φόβου, ανησυχίας, αγωνίας ενώ παράλληλα μελαγχολία, αίσθημα μοναξιάς και απογοήτευση. Η ασθενής εκφράζει αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης της, ανησυχία για προβλήματα με τον σύζυγό της, προβλήματα από τυχόν μεταστάσεις του καρκίνου ή χρονιότητας της νόσου.

Με την συζήτηση και το ενδιαφέρον μας προσπαθήσαμε να τονώσουμε ηθικά την άρρωστη και να την βοηθήσουμε να ξεπεράσει τους φόβους της και να αντιμετωπίσει με αισιοδοξία το μέλλον.

Δεν αποκρύψαμε την διάγνωση της αρρώστειας αλλά με την κατανόηση και την ακρόαση των προβλημάτων της, ενθαρρύνουμε την άρρωστη να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της.

Επίσης ενημερώσαμε την άρρωστη για την χρήση τεχνητού στήθους μετά την επούλωση του τραύματος.

Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για το είδος της επέμβασης, έγινε ακρόαση των φόβων τους, και αναζητήσαμε την ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών και κυρίως του συζύγου, αφού αποδέχτηκαν την πραγματικότητα.

Για την καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς εξασφαλίσαμε την επίσκεψη άρρωστης με ικανοποιητική προσαρμογή στην μαστεκτομή.

Το απόγευμα έγινε η προεγχειρητική ετοιμασία. Καθαρισμός του δέρματος της πάσχουσας περιοχής και ξύρισμα της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Το βράδυ δόθηκε 1 TABL. STEDON 5 MG για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.

25.2.89. Η ασθενής δείχνει ανήσυχη για την έκβαση της εγχειρήσεως έγινε ενθάρρυνση και διαβεβαίωση. Ζωτικά σημεία: Α.Π. 155/85 MMHG, $\theta=36,5^{\circ}\text{C}$, Σφύξεις 74/λεπτό. Εισέρχεται στο χειρουργείο με φορείο και με την κατάλληλη ένδυση.

Είδος εγχειρήσεως τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Διάρκεια 2 ώρες και νάρκωση γενική. Στη σύστοιχη μασχάλη βρέθηκε και αφαιρέθηκε <<μπλοκ>> λεμφαδένων κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας. Στάλθηκε ταχεία βιοψία που έδειξε θετική (+). Επέστρεψε από το χειρουργείο με ζωτικά σημεία: $\theta=36,7^{\circ}\text{C}$, Α.Π. 135/80 MMHG, σφύξεις 80/λεπτό. Παίρνει ορρό RINGER'S 1000 CC. Ελέγχθηκε η ροή και το σημείο φλεβοκεντήσεως.

Έχει δύο σωλήνες παροχέτευσης ένα θωρακικό και ένα μασχαλιαίο REDOPAK. Έγινε έλεγχος της κατάστασης του τραύματος. Αντιμετώπιστηκαν οι έμετοι μετά από την νάρκωση. Λαμβάνονται ζωτικά σημεία σε τακτά χρονικά διαστήματα. Το απόγευμα δίνονται υγρά PEROS. Παραπονιέται για ελαφρύ ενοχλητικό πόνο.

Αγωγή: ADALAT 10 MG 1X2

LIBRITOL CAPS. 1X2

HALCIUM 0,5 MG 1X1

ATROPINE AMP. ½X1

26.2.89. Πρώτη μετεγχειρητική μέρα. Η ασθενής δείχνει ανήσυχη. Παραπονιέται για έντονο πόνο και για την αντιμετώπιση του έγινε 1 AMP. PETHIDINE 0,05 MG. Έγινε διακοπή των ορρών έγινε αλλαγή στις γάζες του τραύματος και παρουσιάστηκε μικρή αιμορραγία. Παρακολουθείται η

κατάσταση του τραύματος. Ζωτικά σημεία Α.Π. 160/70 MMHG
 $\theta=36,8^{\circ}\text{C}$, σφύξεις 84/λεπτό.

Το απόγευμα ο πόνος επιδεινώθηκε και κατόπιν συνεν-
νοήσεως με τον γιατρό γίνονταν συστηματικό AMP.PETHIDINE
0,05 MG.

Αγωγή: ADALAT 1X2

LIBRITOL CAPS 1X2

HALCIUM 0,5 1X1

27.2.89. Η κατάσταση της ασθενούς δεν παρουσιάζει
σημαντική βελτίωση. Σήμερα η ασθενής εμφανίζει συμπτώμα-
τα κατάθλιψης λόγω της απώλειας του μαστού της. Βοηθήσα-
με την άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματά της. Ο πόνος δεν
υποχωρεί ενώ η ασθενής παραπονείται για άλγος στο δεξί
χέρι μέτριας εντάσεως παροδικό. Γίνονται συστηματικά παυ-
σίπονες ενέσεις. Επίσης αναφέρει διαρροϊκές κενώσεις και
έγινε αντιμετώπισή τους. Η ασθενής ενημερώθηκε για τις α-
σκήσεις που θα πρέπει να κάνει για την αποκατάσταση της
λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση. Η κατάστα-
ση του τραύματος είναι ικανοποιητική, χωρίς να εμφανίζο-
νται συμπτώματα αιμορραγίες, ανησυχητικά. Κατά την έγερ-
ση η ασθενής αισθάνθηκε αδυναμία και ζάλη. Βοηθάται κατό-
τη βάδιση. Ζωτικά σημεία: Α.Π. 150/80 MMHG, $\theta=36,8^{\circ}\text{C}$, σφύ-
ξεις 82/λεπτό. Μασχαλιαία REDOPAK=80 CC, θωρακικό=120 CC
Αγωγή συνεχίζεται η ίδια.

28.2.89. Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Είναι απύ-
ρετη. Οι διαρροϊκές κενώσεις συνεχίζονται αλλά ο αριθμός
είναι μικρότερος από χθες.

Ο πόνος μειώθηκε ελαφρά αλλά ενίοτε είναι έντονος.

Γίνεται αντιμετώπισή του. Γίνεται εκτίμηση της καταστάσεως του τραύματος και συστηματική φροντίδα. Δείχνει αρκετά συνεργάσιμη και περισσότερο αισιόδοξη. Ελέγχονται οι παροχетеύσεις του τραύματος η ποσότητα και το χρώμα των παροχетеυμένων υγρών. Μασχαλιαίο REDOPAK=90 CC, θωρακικό=100 CC. Ζωτικά σημεία: Α.Π. 140/65 MMHG, $\theta=36,7^{\circ}\text{C}$ σφύξεις 80/λεπτό.

1.3.89. Μετεγχειρητική πορεία σταθερή. Η ασθενής θα πάει για Ro θώρακος. Οι διαρροϊκές κενώσεις σταμάτησαν. Ο πόνος συνεχίζεται όχι έντονα. Αφαιρέθηκε το θωρακικό RADOPAK=90 CC και εστάλη καλλιέργεια υγρού από το REDOPAK. Μασχαλιαίο REDOPAK=120 CC. Η ανησυχία και το άγχος έχουν μειωθεί. Η επούλωση του τραυματος είναι αργή αλλά δεν παρουσιάζει συμπτώματα μόλυνσης ή επικίνδυνης αιμορραγίας. Ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Αγωγή η ίδια.

2.3.89. Καλή γενική κατάσταση. Δεν αναφέρει άλλα συμπτώματα εκτός από τον πόνο. Αντιμετωπίζεται με πιο ήπια αναλγητικά TABL. MEDAMOL -30 MG. Σήμερα η ασθενής δείχνει αισθήματα εμπιστοσύνης και ελπίδας για το μέλλον έχει αποδεχθεί τη διάγνωση της ασθένειάς της και την απώλεια του μαστού της.

Η κατάσταση του τραύματος είναι ικανοποιητική. Η φροντίδα του συνεχίζεται.

Μασχαλιαίο REDOPAK = 150 CC

Α.Π. 140/90 MMHG, $\theta=36,7^{\circ}\text{C}$, σφύξεις 82/λεπτό. Αγωγή η ίδια.

4.3.89. Η ασθενής αναφέρει μόνο ήπιο άλγος. Η επού-

λωση του τραύματος γίνεται χωρίς επιπλοκές. Αφαιρέθηκε το μασχαλιαίο REDOPAK=135 CC και εστάλη καλλιέργεια υγρού. Είναι ήσυχη και σε αρκετά καλή ψυχολογική κατάσταση. Ζωτικά σημεία φυσιολογικά Α.Π. 135/75 MMHG, $\theta=36,1^{\circ}\text{C}$ σφύξεις 78/λεπτό. Η αγωγή είναι ίδια μόνο που έγινε διακοπή στο HALCIUM.

5.3.89. Η Πορεία της ασθενής είναι ενθαρρυντικά σταθερή . Δεν παρουσιάζει δυσάρεστα συμπτώματα ούτε παθολογικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση. Η αγωγή είναι:

ADALAT 1X2

LIBRITOL 1X2

SIR BISOLVON 1X3

Ζωτικά σημεία:Α.Π. 140/70 MMHG, $\theta=36,3^{\circ}\text{C}$, σφύξεις 76/λεπτό. Η ασθενής δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την χρήση πρόσθεσης. Συμβουλευθηκε για την τοποθέτηση πρόχειρης πρόσθεσης στην αρχή μέχρι την επούλωση του τραύματος.Μετά την επούλωση του τραύματος μπορεί να επιλέξει την πρόσθεση αλλά μόνο αν το επιτρέψει ο γιατρός.

6.5.89. Η ασθενής σήμερα θα φύγει από το νοσοκομείο, σε καλή σωματική και ψυχική κατάσταση. Έγινε ενημέρωση της άρρωστης να συμβουλευτεί ιατρό σε τυχόν συμπτώματα από το στήθος της. Επίσης τονίστηκε η σπουδαιότητα του μετανοσοκομειακού CHECK-UP στο οποίο πρέπει να υποβληθεί η ασθενής μετά από το διάστημα που θα ορίσει ο γιατρός.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

1ο Στάδιο ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	2ο Στάδιο ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	3ο Στάδιο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	4ο Στάδιο ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	5ο Στάδιο ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πόνος	Έγκαιρη αντιμετώπιση του πόνου, και ανακούφιση της ασθενούς από τον μετεγχειρητικό πόνο.	<p>Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων για την ανακούφιση από τον πόνο.</p> <p>Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπνευστική θέση.</p> <p>Αλλαγή της θέσεως της άρρωστης, για την χαλάρωση των πιεζομένων μελών της.</p> <p>Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου φυσικού περιβάλλοντος.</p> <p>Να αποφεύγεται η σφιχτή επίδεση και η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων για την διευκόλυνση της κυκλοφορίας.</p> <p>Να αποφεύγεται η πίεση στον βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς.</p>	<p>Έγινε πιστή και ακριβή τήρηση της χορηγήσεως των αναλγητικών φαρμάκων σε συνενόηση με το γιατρό.</p> <p>Χορηγήθηκαν σε ισχυρό πόνο PETHIDINE, ATROPINE και σε πιο ήπιο πόνο MEDAMOL-30MG</p> <p>Η θέση της ασθενούς αλλάζεται συχνά και γίνεται ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματός της.</p> <p>Εξασκαλίσαμε άνετο και ήσυχο περιβάλλον για την ασθενή.</p> <p>Αποφύγαμε την σφιχτή επίδεση του τραύματος, και την πίεση του βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς.</p>	<p>Ο πόνος δεν υποχώρησε γι' αυτό με τα από λατρική οδηγία χορηγήθηκαν αναλγητικά με ισχυρή δράση, όπως PETHIDINE.</p> <p>Καταφέραμε να μειώσουμε αισθητά τον πόνο αλλά όχι την τέλεια εξάλειψή του.</p>

Διάρροια

Έγκαιρη αντιμετώπιση της διάρροιας και ανακούφιση της ασθενούς από τις δυσάρεστες συνέπειές της.

Συνεχή συναισθηματική υποστήριξη της άρρωστης.

Ικανοποίηση των αναγκών της ασθενούς, φυσικών & ψυχικών.

Διδασκαλία της ασθενούς να αναπνέει βαθιά.

Δυνατότητα επικοινωνίας με άτομα που εμπνέουν εμπιστοσύνη και αγάπη στην άρρωστη.

Να χορηγηθούν φάρμακα που αναστέλλουν την διάρροια με ενημέρωση ιατρού. Να χορηγηθούν υγρά στην ασθενή αφού δεν αντενδείκνυται.

Να δοθούν τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Να γίνεται συστηματική φροντίδα του δέρματος ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου για την πρόληψη ερεθισμού.

Έγινε ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.

Ικανοποιήσαμε όλες τις ανάγκες της.

Ευχαρύνουμε την ασθενή να αναπνέει βαθιά.

Επιδιώξαμε την επαφή της ασθενούς με άτομα που της εμπνέουν αγάπη.

Μετά από ιατρική οδηγία χορηγήθηκαν φάρμακα για την αντιμετώπιση της διάρροιας.

Έγινε ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει υγρά από το στόμα.

Ενημερώσαμε την τραπεζαρία για την κατάλληλη τροφή της ασθενούς και την αποφυγή κυτταρίνης στο διαητολόγιο.

Έγινε σχολαστική περιποίηση της περιοχής του περινέου.

Κατοφέραμε με την συνεργασία της ασθενούς και την έγκαιρη νοσηλευτική αντιμετώπιση να μειωθεί ο αριθμός των διαρροϊκών κενώσεων.

Αιμορραγία από το
Τράυμα.

Έγκαιρη πρόληψη και αντιμετώπιση τυχόν αιμορραγίας. Είναι απαραίτητη η συχνή παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση σημείων αιμορραγίας.

Να γίνεται συχνή και ακριβή λήψη των ζωτικών σημείων της άρρωστης.
Εκτίμηση των ζωτικών σημείων της άρρωστης.

Να γίνεται ακριβή εκτίμηση του περιεχομένου των αποβαλλομένων υγρών της παροχτετεύσεως.

Επισταμένη παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της άρρωστης.

Παρακολούθηση της παροχτετεύσεως του τραύματος.

Έλεγχος της επίδεσης και της κατάστασης του τραύματος για οίδημα, κώνο ή ερυθρότητα.

Να έχουμε εξασφαλίσει αίμα, γιατί η ασθενής υποβάλλεται σε μαστεκτομή και να έχουμε ενημερώσει την Τράπεζα αίματος.

Έγινε ακριβή λήψη και αναγραφή των ζωτικών σημείων της άρρωστης.

Έγινε εκτίμηση των ζωτικών σημείων για τυχόν παρέκλιση από το φυσιολογικό.

Ελέγχεται η λειτουργία της συσκευής της παροχτετεύσεως ενώ η ποσότητα και το χρώμα των παροχτετευμένων υγρών ελέγχονται και αναγράφονται.

Ελέγχεται συχνά το τράυμα για την διαπίστωση επιλοκών και το επιδεσμικό υλικό για διαπίστωση αιμορραγίας.

Έγινε παρακολούθηση γενικής κατάστασης της άρρωστης, χρώμα προσώπου, επιδράσεις, γενική ανησυχία.

Έγινε ενημέρωση της αιμοδοσίας για την ετοιμότητα που κατάλληλου αίματος.

Με τη συχνή παρακολούθηση της ασθενής για τυχόν αιμορραγία, ματαφέραμε την γρήγορη και σωστή αντιμετώπιση της.

Αδυναμία εισροπιά-
ως της ασθενούς
κατά την πρώτη της
εξέταση λόγω της
αφίλειας του μα-
ς του.

Πρόληψη της πτώσης της ασθενούς
όταν σηκώνεται για πρώτη φορά
από το κρεβάτι και ενημέρωση της
όρασής της.

Ενημερώνουμε την άρρωστη
ότι ενδέχεται να διαταραχ-
θεί ελαφρά η εισροπία
της εξαιτίας της σπασμωδίας
του μαστού.

Να παρακολουθείται η άρ-
ρωστη και να βοηθάται κα-
τά την βάδιση για την
πρόληψη τραυματισμού από
πτώση.

Διδασκαλία της άρρωστης
να μην σηκώνεται απότομα
να μη γυρίζει ή να πέφτει
απότομα στο κρεβάτι.
Ενθάρτυση και ψυχολογι-
κή τόνωση της ασθενούς.

Σκοπός μας είναι η εξασφάλιση
της πλήρους κινητικότητας της
άρρωστης του άκρου της προσβ-
λημένης πλευράς και η αποκα-
τάσταση των μυών που έπασθη
μάκωση.

Δυσχέρεια των κινή-
σεων του προσβεβλη-
μένου χεριού της
ασθενούς.

Η άρρωστη ενημερώθηκε, έγινε
πλήρη κατανόηση της κατάστα-
σής της, και εξασφάλισαμε την
υποστήριξή της.

Προσφέραμε βοήθεια στην ασθε-
νή όταν σηκώθηκε για πρώτη
φορά από το κρεβάτι.

Έγινε ψυχολογική υποστήριξη
της άρρωστης.

Έγιναν οι ανάλογες συστάσεις
να προσέχει τις κινήσεις της.

Έγινε πληροφόρηση της ασθε-
νούς ότι 24 περίπου ώρες με-
τά την επέμβαση θα πρέπει να
αρχίσει ορισμένες ασκήσεις
τις οποίες σύστησε ο γιατρός.

Έγινε διδασκαλία στην άρω-
στη για το είδος των ασκή-
σεων.

Με την κατάλληλη ενη-
μέρωση της ασθενούς
και την συνεργασία
της, αποφύγαμε την
πρόκληση τραυματισμού
της από πτώση.

Με την συμπαράσταση
και το ανάλογο ενδια-
φέρον από τη νοσηλεύ-
τρια, η ασθενής τέλε-
σε με προθυμία τις
ασκήσεις. Έτσι κατα-
φέραμε την αποκατά-
σταση της λειτουργι-
κότητας των μυών, και

η άρρωστη είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητες μόνη της, με ελαχίστη δυσκολία.

Αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης της ασθένειας από την άρρωστη. Φόβος και απελπισία-Μελαγχολία.

Σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε την άρρωστη να ξεπεράσει τους φόβους της και να αντιμετωπίσει με αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμα να αποδεχτεί την διάγνωσή της και να συνεχίσει την ζωή της φυσιολογικά.

Εξηγήσαμε στην άρρωστη την μεγάλη σημασία των ασκήσεων. Προσφέραμε βοήθεια όταν οι ασκήσεις γίνονται για πρώτη φορά.

Έγινε αξιολόγηση του αποτελέσματος.

Ενισχύσαμε ψυχολογικά την άρρωστη και περιορίσαμε τις ασκήσεις ώστε να μην αισθάνεται δυσχέρεια στις κινήσεις. Ενηθρύναμε την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματά της δείχνοντας ενδιαφέρον και κατανόηση.

Έγινε πληροφόρηση της ασθενούς σχετικά με την πάθησή της, απαντήσαμε στις ερωτήσεις της με λόγια ενθαρρυντικά και προσπαθήσαμε να της εμπνεύσουμε ελπίδα και αισιοδοξία.

Με την πολύτιμη βοήθεια της νοσηλεύτριας και το αμείωτο ενδιαφέρον της καταφέραμε να μειώσουμε το άγχος της ασθενής, να αποδεχθεί την πάθησή της και να συνεχίσει μια φυσιολογική ζωή.

Συχνή παροκλούθηση της άρρωστης και συνεχή ηθική τόνωση.

Να γίνει ενθάρρυνση της άρρωστης για την έκβαση της θεραπείας της.

Να βοηθήσουμε την άρρωστη να αποδεχθεί την διάγνωση του καρδίου, και να κινητοποιήσουμε όλες τις φυσικές και ψυχικές δυνάμεις της για την αντιμετώπισή του.

Να επιδιώξουμε επίσκεψη άλλης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στην μαστεκτομή.

Να χορηγηθούν κατευθυνστικά φάρμακα κατόπιν εντολής Ιατρού για μείωση του άγχους.

Να γίνει ενημέρωση των συγγενών για την κατάσταση της ασθενούς και να τονίσουμε την σπουδαι-

ρίμαστέ σε συνεχή επαφή με την ασθενή για να την υποστηρίξουμε ψυχολογικά.

Δώσαμε έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης.

Αναζητήσαμε την συνεργασία της άρρωστης για την επιτυχία της θεραπείας της.

Φέραμε την ασθενή σε επαφή με άλλη άρρωστη που είχε αποδεχτεί την διάγνωση της ασθένειάς της με τρόπο ικανοποιητικό.

Χορηγήσαμε μετά από οδηγία Ιατρού, ηρεμιστικά φάρμακα για την μείωση του άγχους όπως HALCIUM και STEDON.

Έγινε εξασφάλιση της υποστήριξης της ασθενούς από την οικογένειά της και τον σύζυγο.

Φόβος απόρριψης
λόγω της απώλειας
του μαστού.

Προακορά βοήθειας ώστε να
κατανοήσει η ασθενής την
αναγκαιότητα της απώλειας
του μαστού της και να α-
ποδειχθεί την πραγματικό-
τητα.

ότητα της συμπαράστασής
ιδιαίτερα του συζύγου.

Να μειώσουμε τον χρόνο α-
νομηνής πριν το χειρουργεί-
ο.

Η νοσηλεύτρια βοηθά την
άρρωστη να εκφράσει τις
ανησυχίες της σχετικά
με την αφαίρεση του μα-
στού.

Να τονίσει την αναγκαιό-
τητα αυτής της απώλειας
και να την βοηθήσει
στην ελαχιστοποίηση του
άγχους.

Να ενθαρρύνει τον σύζυ-
γο και να εξασφαλίσει την
υποστήριξή του, επειδή
ο κυριότερος φόβος της
ασθενούς είναι η απόρρι-
ψη από τον άνδρα της.

Να συμβουλέψει την ασθε-
νή, αρχικά να χρησιμοποιή-
σει πρόχειρη πρόσθεση.

Να την ενημερώσει για την
εφαρμογή μόνιμης πρόσθε-
σης.

Έγινε μείωση του χρόνου ανα-
νομηνής πριν το χειρουργείο.

Διαθέσαμε αρκετό ελεύθερο
χρόνο για την ακρόαση των
προβλημάτων της ασθενούς.

Δώσαμε έμφαση στην αναγκαιό-
τητα της απώλειας του στή-
θους.

Έγινε συζήτηση με τον σύ-
ζυγο και επιβεβαιώθηκε η
προσφορά ψυχολογικής υπο-
στήριξης στην σύζυγό του.

Έγινε πλήρης ενημέρωση
της ασθενούς για την χρήση
πρόχειρης πρόσθεσης στην
αρχή & στην εφαρμογή τεχνη-
τού στήθους μετά την επού-
λωση του τραύματος σε συννε-

Μετά από πολλές συ-
ζητήσεις και προσπά-
θειες, η ασθενή κατα-
νόησε την αναγκαιότη-
τα της απώλειας του
μαστού και επέλθε
η αισιοδοξία.

Παρουσίαση περιστατικού Χημειοθεραπείας μετά από μαστεκτομή.

9.1.90. Η ασθενής Π.Δ. ετών 67 εισήλθε στο νοσοκομείο με πόνους στα οστά. Η ασθενής είχε υποστεί παλαιότερα σε αριστερά μαστεκτομή λόγω καρκίνου μαστού, και τώρα παρουσιάζει δευτεροπαθείς εντοπίσεις στα οστά. Έγινε μαστογραφία που έδειξε ευρήματα συμβατά με δευτεροπαθείς εντοπίσεις στα οστά. Εστάλη γενική αίματος-βιοχημικός έλεγχος. Πρόκειται να υποβληθεί σε χημειοθεραπεία. Ζωτικά σημεία Α.Π. 130/80 ΜΜΗΓ, Σφύξεις 76/λεπτό, θερμοκρασία 36,7°C.

Ενημερώσαμε την ασθενή για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει και εξηγήσαμε την δράση των κυτταροτοξικών φαρμάκων με λόγια απλά και κατανοητά καταβάλλοντας κάθε προσπάθεια να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη και την συνεργασία της για την επιτυχία του θεραπευτικού προγράμματος.

Επίσης την ενημερώσαμε για τις τυχόν παρενέργειες που θα έχει από την χημειοθεραπεία όπως είναι η ναυτία, οι έμετοι, η κακουχία που είναι οι πιο συνήθεις, και για την αλωπεκία, δηλαδή των πτώση των μαλλιών κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Έγινε γνωστό στην ασθενή ότι τα μαλλιά θα αρχίσουν να ξαναβγαίνουν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Η ασθενής έδειξε κατανόηση, πνεύμα συνεργασίας και ο φόβος της άγνοιας μειώθηκε.

Πληροφορήσαμε τους συγγενείς και προσφέρθηκε κάθε πληροφορία για περισσότερη ενημέρωσή της.

10.1.90. Η ασθενής παραπονείται για οστικό άλγος στην αριστερή θωρακική χώρα και στο αριστερό ημιμόριο του τραχήλου. Σήμερα θα αρχίσει χημειοθεραπεία. Ενημερώθηκε σχετικά η ασθενής και οι συγγενείς.

Τέθηκε στην ασθενή ορρός NORMAL 0,9% 1000 CC με γρήγορη έγχυση. Έγινε 1 AMP. PRIMPERAN για την πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου και 1 AMP. SOLU-MEDROL 500 MG ενδοφλεβίως. Εδόθη ακόμα 1 TABL. TAVOL 0,1 MG για να είναι η ασθενής ήρεμη κατά την διάρκεια της θεραπείας. Ακολούθησε το χημειοθεραπευτικό σχήμα που ήταν:

1050 MG 5-FU, FLUOROURACIL σε 200 ML NORMAL 0,9%

100 MG FARMORUBICIN διαλυμένο σε 150 ML NORMAL 0,9% και

τέλος 1050 MG ENDOXAN σε 150 ML NORMAL 0,9%.

Όταν τελείωσε το σχήμα συνεχίστηκε η ενυδάτωση της ασθενούς με ορούς.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας η ασθενής παρουσίασε ναυτία και εμέτους και σε συνεννόηση με τον γιατρό έγινε και δεύτερη AMP PRIMPERAN. Υποστηρίξαμε ψυχολογικά την άρρωστη, ενημερώνοντας την ότι η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης για την δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Διατηρήσαμε την στοματική κοιλότητα της άρρωστης καθαρή χωρίς την κοκοσμία των εμετών.

Για την ελαχιστοποίηση της πτώσης των μαλλιών της άρρωστης τοποθετήθηκε 30 λεπτά πριν την έναρξη της θεραπείας ένα καπέλο με πάγο ειδικά σχεδιασμένο για το σκοπό αυτό.

Η ασθενής ήταν σε συνεχή παρακολούθηση για την εμφάνιση οποιουδήποτε συμπτώματα ή αντίδραση και λαμβάνονταν

συχνά ζωτικά σημεία χωρίς να υπάρξει παρέκλιση από το φυσιολογικό.

Το σημείο φλεβοκεντήσεως ελέγχεται για συμπτώματα υποδόριας εγχύσεως του υγρού.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας η ασθενής ήταν ήσυχη και συνεργάσιμη.

Ζωτικά σημεία Α.Π. 120/80 MMHG, Σφύξεις 80/λεπτό, $\theta=36,8^{\circ}\text{C}$. Εκτός από το χημειοθεραπευτικό σχήμα η ασθενής έπαιωνε επίσης:

TABL. DAONIL 1X2

MANDOKEF AMP. 1X4

BRIKLIN AMP. 1X2

11.1.90. Η ασθενής βρίσκεται στην ίδια κατάσταση. Οι πόνοι στα οστά συνεχίζονται και μετά από οδηγία ιατρού χορηγούνται παυσίπονα. Δεν έχει εμέτους. Ζωτικά σημεία: Α.Π. 120/70 MMHG, Σφύξεις 80/λεπτό, $\theta=36,5^{\circ}\text{C}$

Συμβουλευτήκε η ασθενής να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις και να είναι ιδιαίτερα προσεκτική για την αποφυγή καταγμάτων. Εστάλη γενική αίματος. Συνεχίζεται η ίδια αγωγή.

13.1.90. Δεν παρουσιάζεται καμμία βελτίωση. Η ασθενής είναι ήσυχη, αλλά παραπονείται συνεχώς για πόνο στα οστά. Γίνεται αντιμετώπιση του πόνου, και παράλληλα ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Αγωγή η ίδια.

Α.Π. 110/80 MMHG, Σφύξεις 74/λεπτό, $\theta=36,8^{\circ}\text{C}$

15.1.90. Η ασθενής είναι ήσυχη, και η κατάστασή της

αμετάβλητη. Εκτός από τον πόνο δεν παρουσιάζει κανένα άλλο σύμπτωμα. Παρακολουθείται συχνά. Ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Αγωγή η ίδια. Εκτιμάται η κατάσταση της για συμπτώματα νεφροτοξικότητας ή στοματίτιδας.

16.1.90. Όλη τη νύχτα χθες η ασθενής είχε ξηρό βήχα, ο οποίος γινόταν παραγωγικός μετά από έντονη προσπάθεια. Προσφέρθηκε βοήθεια για την ανακούφιση της ασθενούς από τον βήχα. Σήμερα παραπονείται για άλγος στην οσφυϊκή χώρα, στην αριστερή ωμοπλάτια χώρα και στο αριστερό χέρι Έγινε MANTOUX στο αριστερό αντιβράχιο. Εστάλη γενική αίματος και T.K.E.

Ζωτικά σημεία: Α.Π. 140/70 MMHG, Σφύξεις 70/λεπτό και η μέγιστη θερμοκρασία σήμερα ήταν 37,4°C.

17.1.90. Παραμένουν τα οστικά άλγη και ο ξηρός βήχας δεν υποχωρεί. Από την ακρόαση αναπνευστικό κατά φύση. Από την ακτινογραφία θώρακος διαπιστώθηκε ότι παραμένει η σκίαση δεξιά αλλά έχει βελτιωθεί σε σχέση με την τελευταία ακτινογραφία.

Ζωτικά σημεία: Α.Π. 100/80 MMHG, Σφύξεις 78/λεπτό, θερμοκρασία: 37,1°C

Έγινε αλλαγή στην θεραπεία

SUPP NAPROSSYN 1X1

TABL. ZANTAC 1X2

TABL. AUGMENTIN 1X3

SIR BISOLVON 1X4

TABF DAONIL 2+1

18.1.90. Παραπονείται για συνεχή ενοχλητικό ξηρό βήχα κατά την διάρκεια της νύχτας. Τα οστικά άλγη έχουν βελτιωθεί. Εστάλη γενική ούρων.

Α.Π. 120/80 MMHG, Σφύξεις 88/λεπτό, $\theta=37,6^{\circ}\text{C}$

Η αγωγή είναι η ίδια, αλλά σήμερα η ασθενής επανέλαβε το χημειοθεραπευτικό φάρμακο ENDOXAN 1050 MG ενδοφλεβίως.

Πριν την χορήγηση του χημειοθεραπευτικού έγινε πρόληψη της ναυτίας και των εμέτων με 1 AMP PRIMPERAN I.V.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας η ασθενής είχε ελαφρά τάση ναυτίας.

19.1.90. Σήμερα η ασθενής είναι πολύ καλύτερα. Τα οστικά άλγη έχουν υποχωρήσει, ο βήχας δεν ήταν τόσο έντονος χθες το βράδυ. Μετά από μέτρηση σακχάρου το βράδυ έγινε στην ασθενή ένεση ινσουλίνης και μετά από αυτήν παρουσίασε ένα υπογλυκαιμικό επεισόδιο με αδυναμία και εφίδρωση. Το επεισόδιο υποχώρησε μετά από λήψη τροφής.

Α.Π. 130/80 MMHG, σφύξεις 78/λεπτό, $\theta=37^{\circ}\text{C}$. Σήμερα η ασθενής πήγε για SCAN ήπατος.

20.1.90. Η ασθενής σήμερα εξέρχεται από το νοσοκομείο σε καλή κατάσταση και με διάγνωση Ca μαστού-χημειοθεραπεία.

Θα συνεχίσει αγωγή στο σπίτι της με TABL ZANTAC 1X2

AUGMENTIN TABL. 1X2 , DAONIL TABL. 2+1, NAPROSSYN 1X1.

Δόθηκαν οδηγίες στην ίδια και στους συγγενείς για την εφαρμογή της θεραπείας.

Η ασθενής θα επανέλθει σε 20 μέρες για επανόληψη του χημειοθεραπευτικού σχήματος.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1ο Στάδιο ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Η΄ΑΝΑ- ΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	2ο Στάδιο ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	3ο Στάδιο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	4ο Στάδιο ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	5ο Στάδιο ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕ- ΣΜΑΤΟΣ
<p>Οσφεινά άλγη.</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο, και πρόληψη επιπλοκών όπως κατάγματα.</p>	<p>Να δοθούν στην ασθενή ηρεμιστικά και παυσίπονα μετά από οδηγίες ιατρού.</p> <p>Να γίνει ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p> <p>Να συμβουλευτεί η ασθενής να αποφεύγει τις βίαιες κινήσεις ή να μην γυρίζει και πέφτει απότομα στο κρεβάτι.</p> <p>Να τοποθετηθεί η ασθενής σε θέση και στάση που ανακουφίζεται από τον πόνο.</p> <p>Να προστατεύονται τα σημεία του σώματος της ασθενούς που πονούν.</p> <p>Να βοηθάται να αλλάξει θέση με κάθε δυνατή προσοχή & απαλές, ρυθμικές</p>	<p>Χορηγήθηκαν κατόπιν ιατρικής οδηγίας παυσίπονα φάρμακα.</p> <p>Έγινε ψυχολογική συμπαράσταση της ασθενούς.</p> <p>Ενημερώθηκε η ασθενής να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις.</p> <p>Τοποθετήθηκε σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι έτσι ώστε να αισθάνεται καλύτερα.</p> <p>Έγινε προστασία των μελών του σώματος που πονούσαν.</p> <p>Η θέση της ασθενούς αλλάζεται συχνά με απαλές και ρυθμικές κινήσεις.</p>	<p>Με την έγκαιρη νοσηλευτική επαγρύπνηση καταφέραμε να απολύνομε την ασθενή από τα οσφεινά άλγη, και αποφύγαμε επιπλοκές από πτώση της.</p>

Ναυτία-Έμετοι

Λήψη μέτρων για την πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου και βοήθεια για την αντιμετώπιση τους όταν εμφανιστούν.

κινήσεις επειδή κάθε αδέξια και βίαιη κίνηση αυξάνουν τον πόνο.

Να ελαφρύνουμε το βάρος των κλινοσκεπασμάτων.

Να εξασφαλίσουμε ήσυχο περιβάλλον για την ασθενή.

Να χορηγηθούν αντιεμετικά με εντολή Ιατρού πριν την εφαρμογή χημειοθεραπείας.

Να ενημερωθεί η ασθενής ότι η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης για την δράση των φαρμάκων.

Να χορηγηθεί το χημειοθεραπευτικό με άδειο στομάχι.

Να δοθούν μικρά κομμάτια πάγου όταν εμφανιστεί ναυτία.

Αφαιρέσαμε το βάρος των κλινοσκεπασμάτων έτσι ώστε να μην ασκείται πίεση στα πονεμένα μέλη του σώματος.

Απομακρύνουμε το επισκεπτήριο και δημιουργήσαμε άνετο και ήσυχο περιβάλλον.

Χορηγήθηκαν αντιεμετικά φάρμακα με ενημέρωση του Ιατρού όπως AMP PRIMPERAN.

Έγινε πληροφόρηση της ασθενούς, σχετικά με τα συμπτώματα της ναυτίας και του εμέτου.

Χορηγήθηκε το χημειοθεραπευτικό φάρμακο όταν η ασθενής ήταν νηστική.

Με την εμφάνιση της ναυτίας, συμβουλευόμαστε την ασθενή να πάρει μικρά κομματάκια πάγου.

Με την συνεργασία της ασθενούς και την κατανόησή της, πετύχαμε την ελαχιστοποίηση των εμέτων και της ναυτίας αλλά όχι την τέλεια εξάλειψή τους.

Αλωπεκία

Ελαχιστοποίηση της αλωπεκίας και τόνωση του ηθικού της ασθενούς.

Να σερβιριστεί η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας, σε μικρά και συχνά γεύματα, πογωιμένα και χωρίς έντομη οσμή. Να ενθαρρύνεται η ασθενής να μασάει πολύ καλά την τροφή.

Να προσφερθεί ανακουφιστική φροντίδα στην ασθενή, μετά από την εμφάνιση των εμετών.

Να γίνει αν χρειαστεί διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψεως.

Να πληροκορήσουμε την ασθενή για την πτώση των μαλλιών στο διάστημα της χημειοθεραπείας.

Έγινε ενημέρωση της να λαμβάνει την τροφή πογωιμένα και σε συχνά μικρά γεύματα, καθώς επίσης και να την μασάει πολύ καλά.

Έγινε συστηματική περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, απαλλάσσοντας την ασθενή από την κακοσμία των εμετών. Εξασφάλισαμε την καλή θρέψη της ασθενούς.

Έγινε γνωστό στην ασθενή για την πτώση των μαλλιών της κεφαλής στο διάστημα της θεραπείας και την επανεμφάνισή τους οκτώ περίπου βδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Με την έγκαιρη προετοιμασία της ασθενούς για την πτώση των μαλλιών. Πετύχαμε την ελαχιστοποίηση της αλωπεκίας & την αποφυγή δυσάρεστων ψυχολογικών αντιδράσεων από την ασθενή.

Βήχας.

Σκοπός μας είναι η απαλλαγή της ασθενούς από τον βήχα και η πρόληψη επιπλοκών.

Να την ενημερώσουμε επίσης ότι τα μαλλιά θα ξαναβγούν.

Να ληφθούν μέτρα για την ελαχιστοποίηση της αλωπεκίας.

Να προτείνουμε στην ασθενή τρόπους για την κάλυψη του κεφαλιού.

Να βοηθήσουμε την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματά της και να αποδεχθεί την αλλαγή της εμφάνισής της.

Να χορηγηθούν αποχρεπτικά με οδηγία Ιατρού για την αποβολή εκκρίσεων και για τον περιορισμό του βήχα.

Ελαφρά χτυπήματα στη ράχη.

Ενισχύεται η άρρωστη να βήξει & να αναπνέει βαθιά για να αποβάλλει βρογχικά εκκρίματα.

Λήφθηκαν μέτρα για την ελαχιστοποίηση της αλωπεκίας με ψύξη του τριχωτού της κεφαλής με ένα καπέλο ειδικά σχεδιασμένο για το σκοπό αυτό 30 MIN πριν στη διάρκεια και 30 MIN μετά τη χορήγηση της χημειοθεραπείας. Συμβουλευίσαμε την ασθενή όταν πέσουν τα μαλλιά να καλύπτει το κεφάλι με μανδύλι ή να χρησιμοποιήσει περούκα.

Έγινε ενθάρρυνση της ασθενούς και τόνωση του ηθικού της.

Χορηγήθηκε μετά από οδηγία Ιατρού SIR BISOLVON στην ασθενή.

Βοηθήσαμε την ασθενή, με την αλλαγή της θέσεως, ελαφρά χτυπήματα στην ράχη.

Ενημερώθηκε να αναφέρει αν παρουσιαστεί αλλαγή στο χρώμα των πτυέλων.

Ο βήχας με την χορήγηση αποχρεπτικών και την κατάλληλη βοήθεια από την νοσηλεύτρια υποχώρησε εντελώς.

Υπογλυκαιμία.

Έγκαιρη αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας για την ανά-
ννηξη της ασθενούς.

Ενημέρωση της ασθενούς να
σναφέρει αν τα πτύελα εί-
ναι πράσινα ή κίτρινα.

Πρόβλεψη για ενυδάτωση της
ασθενούς αν ο βήχας είναι
ξηρός.

Να γίνει αναζήτηση των αι-
τιών που οδήγησαν σε υπο-
γλυκαιμία.

Χορηγήση σακχαρούχου πο-
τού ή γλυκού ή ζάχαρη.

Επισταμένη παρακολούθηση
της ασθενούς για την έ-
γκαιρη διαπίστωση μιας υ-
πογλυκαιμικής αντιδρά-
σεως.

Προσφορά τροφής πλούσια
σε λευώματα, μικρά και
συχνά γεύματα.

Συχνή λήψη σακχάρου του
αίματος.

Έγινε ενθάρρυνση της άρρωστης
να λουβάνει υγρά από το στόμα
για την αποτελεσματικότητα του
ξηρού βήχα.

Έγινε αναζήτηση των αιτιών της
υπογλυκαιμίας και έγκαιρη αντι-
μετώπιση της.

Χορηγήθηκε στην ασθενή τροφή
και το υπογλυκαιμικό επεισόδιο
υποχώρησε.

Έγινε παρακολούθηση της ασθε-
νούς για συμπτώματα όπως αδυ-
ναμία, επίδρωση, άγχος, τρό-
μο χεριών, αίσθημα πείνας &
ταχυκαρδία.

Έγινε συστηματική λήψη των
τιμών του σακχάρου.

Με την έγκαιρη νοση-
λευτική παρέμβαση &
παρακολούθηση σταθε-
ροποιήσαμε τις τιμές
του σακχάρου
σε φυσιολογικά επίπε-
δα.

Φόβος και άγχος
της ασθενούς λόγω
της άγνοιάς της.

Πλήρης ενημέρωση της ασθενούς
για την ελαχιστοποίηση του άγ-
χους.

Να γίνει πληροφόρηση της
ασθενούς πάνω στην χη-
μειοθεραπεία.

Να προσφερθεί οποιοδήποτε
έντυπη πληροφορία για
την περαιτέρω ενημέρωσή
της.

Να γίνει προετοιμασία
της ασθενούς για τις α-
νεπιθύμητες ενέργειες
της χημειοθεραπείας.

Να εφαρμοστούν αρχές δι-
δασκαλίας ώστε να αποδεχ-
θεί η ασθενής να εφαρμό-
σει τις ανεπιθύμητες ε-
νέργειες.

Να δοθεί έμφαση στην ε-
πιτυχία που προγράμματος
θεραπείας & ψυχολογική
υποστήριξη.

Η ασθενής ενημερώθηκε για το
είδος της θεραπείας, απαντή-
σαμε στις ερωτήσεις της με
λόγια κατανοητά και απλά
κερδίζοντας την συνεργασία
και την εμπιστοσύνη της.

Πληροφόρησαμε την ασθενή
για τις παρενέργειες της θε-
ραπείας έτσι ώστε όταν αυ-
τές συνέβησαν η ασθενής ήταν
προετοιμασμένη και έτοιμη
να τις αντιμετωπίσει.

Υποστηρίξαμε ψυχολογικά την
άρρωστη μέχρι να αποδεχθεί
την θεραπεία της.

Με την πληροφόρηση &
έγκαιρη προετοιμασία
της ασθενούς για τις
τοξικές και ανεπιθύ-
μητες ενέργειες της
χημειοθεραπείας ελα-
χιστοποιήσαμε τον φό-
βο της και κερδίσαμε
την εμπιστοσύνη και
την συνεργασία της.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα στα πλαίσια των προσπαθειών μου για την παρουσίαση της πτυχιακής εργασίας ασχολήθηκα με τις παθήσεις που προσβάλλουν τον μαστό, εξετάζοντας τόσο την ιατρική όσο και την νοσηλευτική πλευρά.

Ο μαστός της γυναίκας αποτελεί όργανο το οποίο δέχεται πολλές ενδοκρινικές διαταραχές και υπόκειται σε πολλές παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες αναφέρθηκαν παραπάνω.

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να τονίσουμε ότι:

-Η σωστή πληροφόρηση των γυναικών σχετικά με τις παθήσεις των μαστών, είναι ένα από τα κύρια όπλα για την μάχη εναντίον αυτών.

-Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με την διαφώτιση και διδασκαλία των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών.

-Κάθε γυναίκα πρέπει να κατανοήσει την σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης και να υιοθετήσει την τεχνική της γιατί έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.

-Ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος κάθε γυναίκας, με αυξημένο κίνδυνο, και προχωρημένης ηλικίας κρίνεται απαραίτητος.

Όμως οι παθήσεις του μαστού δεν καταλογίζονται μόνο σαν ιατρικό πρόβλημα. Αμέσως μετά την διάγνωση αρχίζει ο πολύ μεγάλος και σημαντικός ρόλος της νοσηλεύτριας.

-Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματά της, τις ανησυχίες και τους φόβους

της και να προσπαθήσει να μεταβιβάσει στην ασθενή αισθήματα εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας εξουδετερώνοντας κάθε αναστολή και φόβο.

-Να ενισχύσει ψυχολογικά την άρρωστη ώστε να μπορέσει να δεχτεί την νόσο της ή ίσως και την απώλεια του μαστού της και να ζήσει μ'αυτήν χωρίς προβλήματα.

-Να βοηθήσει την ασθενή να συνηθίσει στην αλλαγή ενός τμήματος του σώματός της και να προσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον με επιτυχία.

-Τέλος η νοσηλεύτρια έχει ευθύνη για την προαγωγή της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Ι. Παθολογία της γυναίκας

Εκδόσεις Παρισσιανός Γρ., Αθήνα 1985

ΒΑΣΩΝΗΣ Δ., Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπεδικής

Εκδόσεις Τσιβεριώτης Γ., Αθήνα 1986

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.

Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική

Τόμος Α', Εκδόσεις Η.ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1986

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.

Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β'

Εκδόσεις Η.ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1987

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ.Σ.-ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.Α., Αρχές Γενικής

Χειρουργικής, Τόμος Α', Εκδόσεις Παρισσιανός Γρ.

Αθήνα 1989

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ., Παθολογική και Χειρουργική

Νοσηλευτική, Τόμος 1ος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ., Παθολογική και Χειρουργική

Νοσηλευτική, Τόμος 2ος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985

ΤΟΥΝΤΑ Κ.Ι., Επίτομος Χειρουργική, Τόμος Β'

Εκδόσεις Παρισσιανός Γρ., Αθήνα 1981

HARRISON, Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Α', Έκδοση 10η

Εκδόσεις Παρισσιανός Γρ., Αθήνα 1986

HELMUT LEONARDT, Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου, ε-

σωτερικά όργανα, Τόμος 2ος, Εκδόσεις Λίτσας,

Αθήνα 1985

