

ΤΕΙ : ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Πτυχιακή εργασία από τον σπουδαστή :
Χούρι Γασσάν
(KHOURY GHASSAN)

Υπεύθυνη καθηγήτρια : Σ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ



ΠΑΤΡΑ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1991 - 92

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	5836
----------------------	------



Αφιερώνω την εργασία σε όλους τους
καθηγητές - τριες της νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u>	....	5
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	....	7
1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ	....	9
1.3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	....	12
1.4. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ - ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	....	16
2.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	....	19
2.3. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	....	20
2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	....	23
2.5. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΕΩΣ	....	24
2.6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	....	26
2.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	....	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

A.1. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ	
A.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

3.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ	....	31
3.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ	....	33
3.3. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	....	33
3.4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	....	34
3.5. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	....	46
3.6. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	....	49
3.7. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	....	53
3.8. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	....	54

<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>	56
---------------------	------	----

<u>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u>	57
------------------	------	----

<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	59
---------------------	------	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σήμερα ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες των δυτικοευρωπαϊκών χωρών και των ΗΠΑ και γι' αυτό θεωρείται σοβαρό πρόβλημα της εποχής. Πιστεύω ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην δευτεροβάθμια φροντίδα αρρώστου με καρκίνο μαστού. Και εγώ σαν Νοσηλεύτης διάλεξα για εργασία το θέμα "Καρκίνος Μαστού - Ρόλος του Νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια περίθαλψη".

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πλέον συχνός καρκίνος επί λευκών γυναικών, και η κύρια αιτία θανάτου αυτών κατά τις ηλικίες 40-50 ετών.

Παρά τις προόδους στα διαγνωστικά μέσα, η θνησιμότητα από τη νόσο εξακολουθεί να είναι υψηλή και σχετικώς σταθερά επί 30 χρόνια.

Υπολογίζεται ότι το 7% των γυναικών που γεννιούνται αναμένεται να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους.

Στην Αμερική υπολογίζεται ότι 1 στις 17 γυναίκες θα προσβληθεί από καρκίνο μαστού, και περίπου 70 καρκίνοι μαστού αναφέρονται κατ' έτος στην Αμερική σε 100.000.

Σκοπός της εργασίας μου είναι η ενημέρωση γύρω από το θέμα αυτό, για όφελος δικό μου αλλά και των άλλων ανθρώπων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σύμφωνα με τα δεδομένα ότι ο καρκίνος εμφανίστηκε στη γη μαζί με την ζωή, είναι απαραίτητο προκειμένου να αναφέρουμε για αυτόν, να ανατρέξουμε σε πηγές του παρελθόντος, προτού αναφέρουμε τις θεωρούμενες ως πρώτες επιστημονικές πηγές - "τα Ιπποκρατικά κείμενα".

Πρώτο γραπτό μνημείο σε πλίνθους είναι ο περίφημος "Κώδικας του Χαμουραμί" 2.000 π.χ. ο οποίος αναφέρει τον καρκίνο ως εξής:

"Έλκος ανιάτον αγνώστου αιτίας επί του οποίου πάσα θεραπεία αποτυγχάνει".

Ο "Πατήρ της ιστορίας" Ηρόδοτος περιγράφει μία περίπτωση νόσου που μπορεί να ταυτιστεί απολύτως με τον Καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι η Βασίλισσα της Περσίας Ατάσση, σύζυγος του Δαρείου του Υστάσπους, (6ος π.χ. αιώνας) "πάσχουσα εξ' ανιάτου όγκου μαστού εθεραπεύθη διά εγχειρήσεως υπό του Έλληνος Ιατρού Δημοδήμου του Κροτωνιάτου".

Στους παπύρους Καχούν (2.100 π.χ.) ή στους EBERS ((1.500 π.χ.) ο καρκίνος αναφέρεται ως εξής:

"Ός όγκος όστις αφαιρούμενος υποτροπιάζει".

Στα Ιπποκρατικά κείμενα η λέξη καρκίνος αναφέρεται 12-13 φορές:

Αποσπάσματα μεταφρασμένα:

- Στους ηλικιωμένους δημιουργούνται κρυφοί και επιπολής καρκίνοι, οι οποίοι όμως φθάνουν μέχρι το τέλος της ζωής του ασθενούς.

- Είναι προτιμότερο να μην γίνεται καμία θεραπεία στους κρυφούς (τους εν τω βάθει) καρκίνους γιατί εάν επιχειρηθεί αυτό, οι ασθενείς πεθαίνουν γρήγορα, εάν όμως αποφύγουμε αυτήν την θεραπεία, αυτοί επιζούν για μακρό χρονικό διάστημα.

Για τον καρκίνο του μαστού ο Ιπποκράτης αναφέρει τα εξής:

"Μία γυνή καταγομένη εξ' Αβδήρων έπασχεν εκ καρκίνου μαστού εκ της θηλής του οποίου έρρεεν αιματηρόν υγρόν. Μόλις όμως η ρύσις εσταμάτησεν η γυνή απέθανεν".

Ο Ιπποκράτης παρατηρεί επίσης ότι κατά την κλιμακτηριακή περίοδο των γυναικών εμφανίζεται συχνότερα ο καρκίνος του μαστού.

Ακόμα ο Ιπποκράτης είχε παρατηρήσει ότι:

" Προ της ήβης δεν δημιουργούνται συγγενείς καρκίνοι".

Αναφέρεται ακόμα η μέθοδος του καυτηριασμού για την θεραπεία του καρκίνου.

Όλες αυτές οι παρατηρήσεις αποτελούν μια απόδειξη της ιστορίας του καρκίνου από των αρχαιότερων γνωστών ιατρικών πηγών ως την εποχή του Ιπποκράτη.

1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στον άντρα, και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στην δεύτερη και έκτη πλευρά με την θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Το όριο του προς την μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν τον μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω έσω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού μυ.

Στην γυναίκα το σχήμα των μαστών είναι περίπου ημισφαίριο από την μέση του οποίου προέχει προς τα μπροστά και έξω η θηλή, που περιβάλλεται από την κυκλοτερή και χρωματισμένη δερματική περιοχή της θηλής άλω.

Εάν εξετάζουμε τον μαστό, παρουσιάζει τρία στρώματα από έξω προς τα μέσα:

1. Το δέρμα
2. Το περιμαστικό λίπος
3. Τον μαστικό αδένα ή μαστικό σώμα.

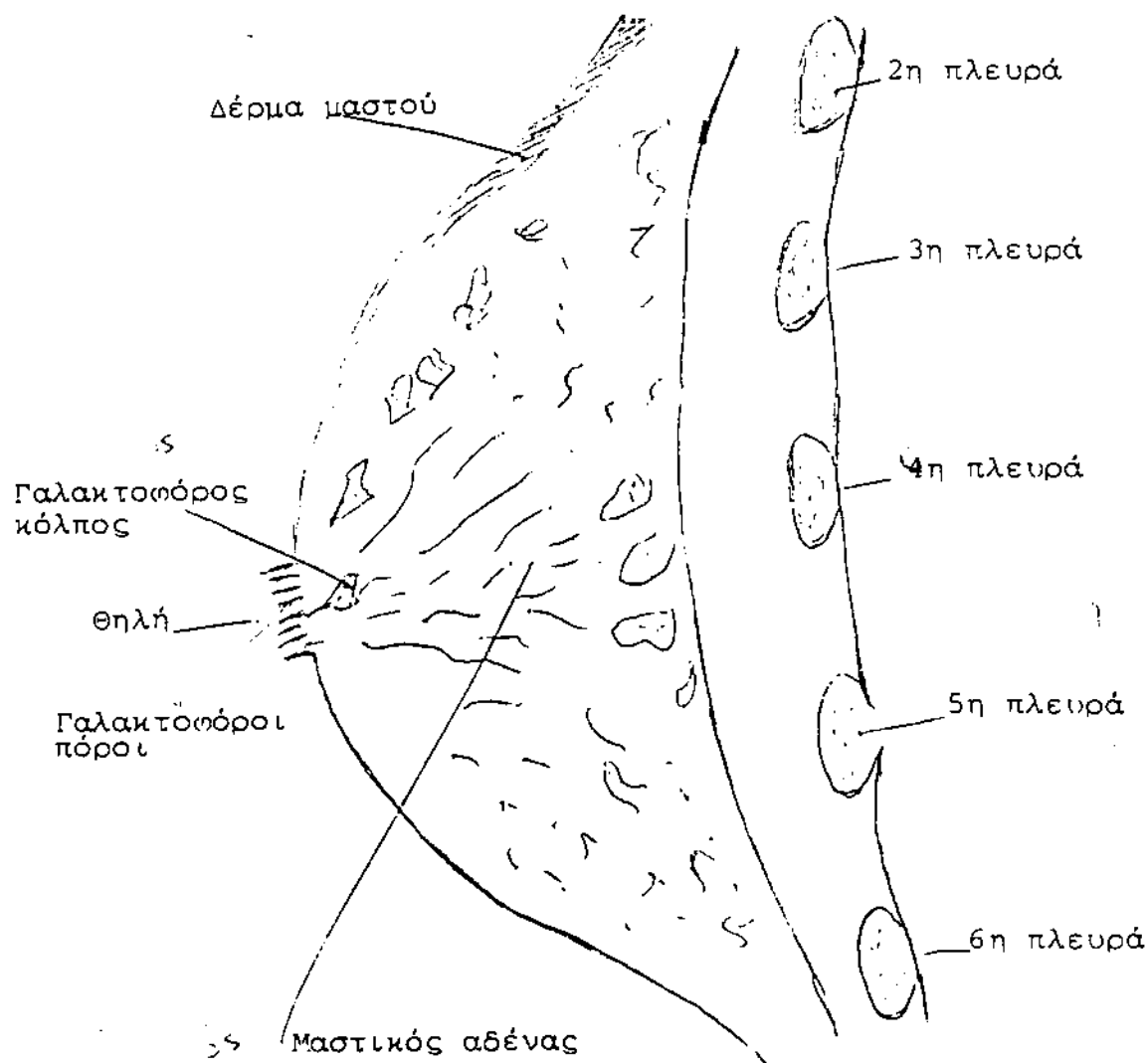
-Το **δέρμα** : του μαστού διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα, οι τρίχες είναι σπάνιες και οι ιδρωτοποιοί αδένες διακρίνονται για την αρκετή χρωστική της επιδερμίδας και για την μεγάλη ανάπτυξη των σμηγματογόνων αδένων.

-**Περιμαστικό λίπος**: Είναι συνέχεια του υποδορίου λίπους μέσα στο οποίο αναπτύσσεται ο μαστικός αδένας. Είναι δε αρκετό στην πρόσθια επιφάνεια. Στην οπίσθια επιφάνεια υπάρχει λίπος μέχρι 1 εκατ. πάχους, το ίδιο σε παχιά άτομα και σε παρθένα.

Σε εγκυμονούσες λόγω βλαστήσεως του αδενικού σώματος εξαφανίζεται.

-Μαστικό σώμα: (μαζικός αδένας) - διακρίνεται από το περιμαστικό λίπος εξ' αιτίας της λευκής χρώσης και της συμπαγής συστάσης του. Η περιφέρεια του μαστικού σώματος δεν είναι κυκλοτερής.

Εμφανίζει συνήθως τρεις απολύσεις: μία έσω στερνική και δύο έξω μασχαλιαίες.



ΕΙΚΟΝΑ 1

1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι μαστοί είναι εξωκρινείς αδένες δερματικής προέλευσης όπως οι ιδρωτοποιοί. Αποτελούνται από διακλαδιζόμενους σωληνοειδείς αδένες. Η κύρια λειτουργία τους είναι η παραγωγή γάλακτος.

Η ανάπτυξη και λειτουργία των μαστών ελέγχεται από το νευροορμονικό σύστημα, όπου περιλαμβάνονται οι ωοθήκες, η υπόφυση, ο υποθάλαμος και τα επινεφρίδια.

Οι μεταβολές που παθαίνουν φυσιολογικά οι μαστοί είναι:

1. Αύξηση και εξέλιξη σε συνάρτηση με την ηλικία.
2. Αλλαγή κατά την διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου.
3. Αλλαγές που οφείλονται σε εγκυμοσύνη και γαλουχία.

Ο μαστός στην γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία κυρίως σαν μέσον εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένος μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του, και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργική αποστολή του που είναι η γαλουχία.

Οι ορμονικοί παράγοντες που ασκούν επίδραση στους μαστούς είναι: Προλακτίνη, τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, η ινσουλίνη, και τα γλυκοκορτικοειδή.

Κατά την εμβρυϊκή ζωή και κατά τον τέταρτο περίπου μήνα της βρεφικής ηλικίας οι μαστοί αναπτύσσουν ένα σύστημα εκφορητικών πόρων που αποτελείται από 15 έως 25 διακλαδιζόμενα επιθηλιακά σωληνάκια. Ακολουθεί κατόπιν ηρεμία μέχρι την εφηβία οπότε αρχίζει νέα ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων. Η περίοδος αυτή

της ανάπτυξης είναι παροδική στους άντρες και συνοδεύεται από ηρεμία και παλινδρόμηση.

Στις γυναίκες η ανάπτυξη των εκφορητικών πόρων εξακολουθεί μέχρι την ενηλικίωση και συνοδεύεται από αύξηση του γύρω ενώδη και λιπώδη ιστού και από ανάπτυξη κυτταρικών βλαστών στα άκρα των σωληναρίων και των πόρων.

Σε όλη την διάρκεια της ζωής, ο μαζικός αδένας βρίσκεται υπό την επίδραση της υπόφυσης και των ωοθηκικών ορμονών. Κατά την διάρκεια κάθε καταμηνίου κύκλου λαμβάνουν χώρα ήπιες κυκλικές μεταβολές του μαζικού αδένου, που συνίστανται σε υπερπλασία συνοδευόμενη με παλινδρόμηση.

Οι ορμόνες του ωχρού σωματίου επηρεάζουν την υπερπλασία του επιθηλίου του μαζικού αδένου κατά το τελευταίο τμήμα του καταμηνίου κύκλου.

1.4. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ - ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού αρχίζει περίπου ως εξής: μέσα στις αδενοκυψέλες του μαζικού αδένα παρατηρείται πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων, τα οποία εμφανίζουν ατυπία. Όταν ο πολλαπλασιασμός προχωρήσει, η αδενοκυψέλη συρρικνώνεται και ο άτυπος πολλαπλασιασμός επεκτείνεται.

Σε μερικές περιπτώσεις ο διάμεσος συνδετικός ιστός του μαζικού αδένα αντιδρά (προσπάθεια του οργανισμού να εμποδίσει την παραπέρα ανάπτυξη των καρκινοματωδών κυττάρων) και αναπτύσσεται υπερβολικά.

1. Ο σκίρος καρκίνος, το κύριο χαρακτηριστικό του οποίου είναι η κατά περιοχές ανάπτυξη των καρκινοματωδών κυττάρων και της υπερανάπτυξης του συνδετικού ιστού. Σε άλλες όμως περιπτώσεις η ανάπτυξη των καρκινοματωδών κυττάρων είναι γρήγορη και ο συνδετικός ιστός δεν προλαβαίνει να αναπτυχθεί. Δημιουργείται έτσι:

2. Ο εγκεφαλοειδής καρκίνος, ο οποίος χαρακτηρίζεται από διάχυτη ανάπτυξη των καρκινοματωδών κυττάρων και την μη ανάπτυξη του συνδετικού ιστού.

Άλλος τύπος παθολογοανατομικού καρκινώματος είναι:

3. Ο ενδοσωληνοειδής (νόσος του ΡΙΑΓΕΤ). Είναι σπανιότερος χαρακτηρίζεται από αιμορραγούσα θηλή και έκζεμα στην άλω.

Είναι δε θεραπεύσιμος.

4. Καρκινοματώδης μαστίτιδα. Είναι νόσος ευτυχώς σπάνια. Παρατηρείται συχνά κατά την γαλακτοφορία. Η επέκταση είναι ταχύτερη.

Εκτός από τα κακοήθη νεοπλασμάτα υπάρχουν και τα καλοήθη. Τα πιο συχνά είναι:

1. Ινοσδένωμα
2. Κυσταδένωμα
3. Θήλωμα των εκφορητικών πόρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους στις γυναίκες των χωρών του δυτικού πολιτισμού. Στις Ενωμένες Πολιτείες, που είναι ο συχνότερος όλων, 1 στις 14 γυναίκες θα εμφανίσει τη νόσο και σε κάθε 4 γυναίκες με κακοήθη νεοπλάσματα η μία πάσχει από καρκίνο μαστού.

Στην Ελλάδα η συχνότητα είναι μικρότερη από ότι στις ΗΠΑ, αλλά φαίνεται ότι αυξάνεται με τρομακτική ταχύτητα. Ενώ δηλαδή το 1964 περίπου 10 γυναίκες ανά 100.000 κάθε χρόνο εμφάνιζαν καρκίνο μαστού, και το 1980 είχαμε 18-19 γυναίκες με τον ίδιο καρκίνο, δηλαδή σχεδόν το διπλάσιο ποσοστό μέσα σε 15 χρόνια.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:

Μολονότι λίγα είναι γνωστά με ακρίβεια, γενετικές, ορμονικές και ανοσολογικές επιδράσεις, διηθητικοί ιοί και ένα σωρό διάφοροι άλλοι παράγοντες φαίνεται ότι βοηθούν ο ένας τον άλλο στην ανάπτυξη του καρκίνου μαστού στον άνθρωπο. Σε γενικές γραμμές αυτό που ονομάζουμε γενετική προδιάθεση μπορεί να παίζει ίσως το σημαντικότερο ρόλο, προσδιορίζοντας πόσο ευάλωτος ή πόσο ανθεκτικός είναι ο οργανισμός σε μία καρκινογόνο επίδραση. Τον καθοριστικό αυτό ρόλο της γενετικής συνιστούν πολλοί ανοσοβιολογικοί, ψυχογενείς και άλλοι μηχανισμοί, όπως π.χ. οι τρόποι μεταβολισμού των οιστρογόνων και των ανδρογόνων, διαφορές οι οποίες μπορεί να επηρεάζουν την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και που σε μεγάλο βαθμό μπορεί να είναι γενετικά προκαθορισμένοι.

Ουσιαστικές ενδείξεις για τον ρόλο των διηθητικών ιών στον καρκίνο του μαστού του ανθρώπου δεν υπάρχουν.

Τα οιστρογόνα από τις ωθήκες και άλλες ορμόνες που παλαιότερα νομίζαμε ότι ήταν τα πρωταρχικά καρκινογόνα, τώρα θεωρούνται σαν ισχυροί παράγοντες προαγωγής κυττάρου με δυναμικό ή εξαλλαγή προς καρκίνο από πολύ νωρίς στην ζωή της γυναίκας. Πιθανότατα η οιστρογονική αυτή επίδραση αρχίζει από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως και σταματάει με την εμμηνόπαυση όταν, όταν η ωθηκική λειτουργία παύει. Οιστρογόνα από άλλες πηγές του οργανισμού ή αυτά που προσλαμβάνονται από έξω, εξακολουθούν να προάγουν την αύξηση κυττάρων που έχουν ήδη εξαλλαγεί. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν ή άμεσα στο κύτταρο ή έμμεσα, επηρεάζοντας διάφορες μεταβολικές ή ανοσολογικές διεργασίες.

Καρκινογόνες ουσίες που άμεσα ή έμμεσα παίρνουμε από το περιβάλλον μας, που παίζουν ένα ουσιαστικό ρόλο στον καρκίνο μαστού δεν έχουν με βεβαιότητα απομονωθεί. Στο γενικότερο αυτό πλαίσιο σήμερα ενοχοποιείται ισχυρά η διαίτα υψηλή σε λίπη και άλλοι διαιτητικοί παράγοντες που δρουν με διάφορους μηχανισμούς.

Ανοσολογικοί μηχανισμοί που προσδιορίζουν την αντίσταση στις νεοπλασίες μπορεί να επηρεασθούν αρνητικά (αυξάνοντας την πιθανότητα καρκίνου του μαστού) από ένα σωρό επιδράσεις όπως φάρμακα, ορμόνες, διαίτα και ποικίλες καταστάσεις ψυχογενούς ή άλλης μορφής.

Προϋπαρξη καλοήθων νόσων του μαστού αναφέρεται επίσης σαν αιτιολογικός παράγων, μολονότι το πιθανότερο είναι τόσο

οι καλοήθειες όσο και οι κακοήθειες νόσοι του μαστού να επηρεάζονται από τις ίδιες αρχικές καρκινογόνες επιδράσεις.

Σε ελάχιστες περιπτώσεις μπορεί να ενοχοποιηθούν η ιονίζουσα ακτινοβολία και άλλοι παράγοντες.

Οι ιδιόσυστατικοί παράγοντες όπως, η πρώιμη εμμηνοαρχή, η όψιμη εμμηνόπαυση, η ατοκία, η γέννηση του πρώτου παιδιού μετά την ηλικία των 30 ετών αυξάνουν τον κίνδυνο. Η γέννηση του πρώτου παιδιού πριν την ηλικία των 20 ετών και η τεχνητή εμμηνόπαυση δρουν προστατευτικά.

Τέλος σημαντικό είναι να συνειδητοποιήσουμε ότι κανένας παράγοντας από όσους προαναφέραμε δεν είναι ολοκληρωτικά υπεύθυνος σε μία περίπτωση καρκίνου μαστού, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις, κατά κανόνα πολλοί παράγοντες βοηθούν ο ένας τον άλλον στην ανάπτυξη και προαγωγή του.

2.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε τυπικές περιπτώσεις με τα εξής συμπτώματα:

1. Ο καρκίνος του μαστού που βρίσκεται στο αρχικό στάδιο εμφανίζεται σαν ογκίδιο μέσα στην μάζα του μαστού, το οποίο αρχικά είναι κινητό, σκληρό και ανώδυνο. Με το χρόνο το ογκίδιο μεγαλώνει καθλώνεται με τους ιστούς και καθίσταται ακίνητο. Το δέρμα που βρίσκεται πάνω από το ογκίδιο έλκεται, καθίσταται σκληρό και μοιάζει με "φλοιό πορτοκαλιού" κατά τους Γάλλους ή "Δέρμα χοίρου" κατά τους Αμερικάνους.

Αυτή η εικόνα είναι πολύ πιο χαρακτηριστική και γίνεται πιο εμφανής όταν το δέρμα το υπερκείμενο του ογκιδίου βρίσκεται σε τεχνητή τάση. Ο μαστός αργότερα διογκώνεται ολόκληρος ή μπορεί μερικές φορές και να συρρικνωθεί. Επίσης μερικές φορές δυνατόν να εμφανίζεται εξέλκωση.

2. Μία άλλη τυπική εικόνα σε αρχικό στάδιο του καρκίνου του μαστού είναι η παρουσία εκζεματοειδούς εικόνας κατά την θηλή και γύρω από αυτή. Η θηλή είναι δυνατόν να εκκρίει ορώδες ή οροαιματηρό υγρό, δυνατόν επίσης ένα σύμπτωμα της εικόνας αυτής είναι η εισολκή της θηλής.

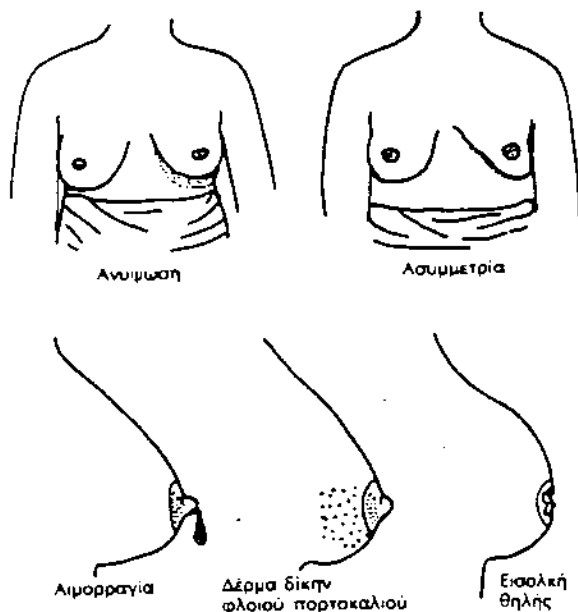
3. Άλλο ύποπτο σημείο εγκατάστασης της νόσου είναι η απότομη διογκωση ολόκληρου του μαστού, με ερυθρότυπα του δέρματος και συνήθως την διογκωση αυτή συνοδεύει ο πόνος.

4. Η εισολκή επίσης κάποιου σημείου του δέρματος αποτελεί ύποπτο σημείο εγκατάστασης της νόσου. Σε προχωρημένο στάδιο, χαρακτηριστική είναι η εξέλκωση του μαστού και η παρουσία διογκομένων λεμφαδένων στην σύστοιχο μασχάλη. Όταν το δέρμα εξελκωθεί και γίνει ερυθροειδές είναι δυνατόν να

εμφανίσει τεφρόχρωμη επιφάνεια με ρυπαρά, αιμορραγούντα σαρκία και υγρά, που εμφανίζουν χαρακτηριστική καρκινωματώδη δυσσομία.

Σε αρκετά προχωρημένο στάδιο που ο όγκος συμφύεται με τον μείζονα θωρακικό μυ (ο μαστός τότε κινείται κατά τις συσπάσεις του μείζονα θωρακικού μυ. Βραδύτερα δε συμφύεται προς ολόκληρο το θωρακικό τοίχωμα το οποίο ακινητοποιείται.

ΕΙΚΟΝΑ 2



2.3. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- T: Πρωτοπαθής εστία
- T0: όγκος ψηλαφητός δεν βρίσκεται στον μαστό
- T1: Νόσος Ρίαγκετ της θηλής χωρίς ψηλαφητό όγκο.
- T1: Όγκος μεγαλύτερος διαμέτρου < 2 εκ.
- T1a: Ο όγκος δεν είναι καθηλωμένος στο μυ ή στην περιτονία
- T1b: Ο όγκος είναι καθηλωμένος στον μυ ή στην περιτονία
- T2: Όγκος μεγαλύτερος διαμέτρου 2-5 εκ.
- T2a: Δεν υπάρχει καθήλωση του όγκου
- T2b: Υπάρχει καθήλωση του όγκου
- T3: Όγκος μεγαλύτερης διαμέτρου > 5 εκ.
- T3a: Δεν υπάρχει καθήλωση στον μυ ή στην περιτονία.
- T3b: Υπάρχει καθήλωση στον μυ ή στην περιτονία.
- T4: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα π.χ. στις πλευρές ή στις μεσοπλευρίους μυς (αλλά όχι στον μείζονα θωρακικό μυ).
- T4a: Καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα
- T4b: Οίδημα και εξέλκωση του δέρματος (pear d' orange) με δορυφόρα οζίδια.
- T4c: T4 + T4b
- T4d: Φλεγμονώδες καρκίνωμα
- N: περιοχικοί λεμφαδένες
- N0: Μη ψηλαφητοί σύστοιχοι λεμφαδένες.
- N1: Κινητοί σύστοιχοι μασχαλιαίοι αδένες.
- N1a: Οι αδένες δεν είναι κλινικώς ύποπτοι.
- N1b: Οι αδένες είναι κλινικώς ύποπτοι

N2: Σύστοιχοι μασχαλιαίοι αδένες διηθημένοι και καθηλωμένοι που σχηματίζουν μάζα κινητή ή καθηλωμένη.

N3: Σύστοιχοι λεμφαδένες (μασχαλιαίοι, υπερκλειδίοι, υποκλειδίοι ή της έσω μαζικής επιφάνειας) διηθημένοι.

M: απομακρυσμένες μεταστάσεις.

M₀: Δεν υπάρχει ένδειξη απομακρυσμένης νόσου.

M₁: Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

2.4. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η προσέλευση της γυναίκας σε ειδικό ιατρό αμέσως μόλις αντιληφθεί κάποιο ύποπτο σημείο με την μέθοδο της αυτοεξέτασης, ανοίγει το δρόμο στον γιατρό και τον καλεί να δώσει μία οριστική διάγνωση.

Η κλινική εξέταση των μαστών θα προσδιορίσει τη λύση της νόσου και σε περιπτώσεις αμφιβολιών θα προχωρήσει στις απαραίτητες εξετάσεις για την διαλεύκανση της περίπτωσης.

Οι ειδικές αυτές εξετάσεις είναι:

1. Μαστογραφία. Βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση
2. Ξηρογραφία
3. Θερμογραφία
4. Κυτταρολογική εξέταση
5. Παρακέντηση όγκου
6. Βιοψία όγκου

Συμπληρωματικές εξετάσεις που γίνονται:

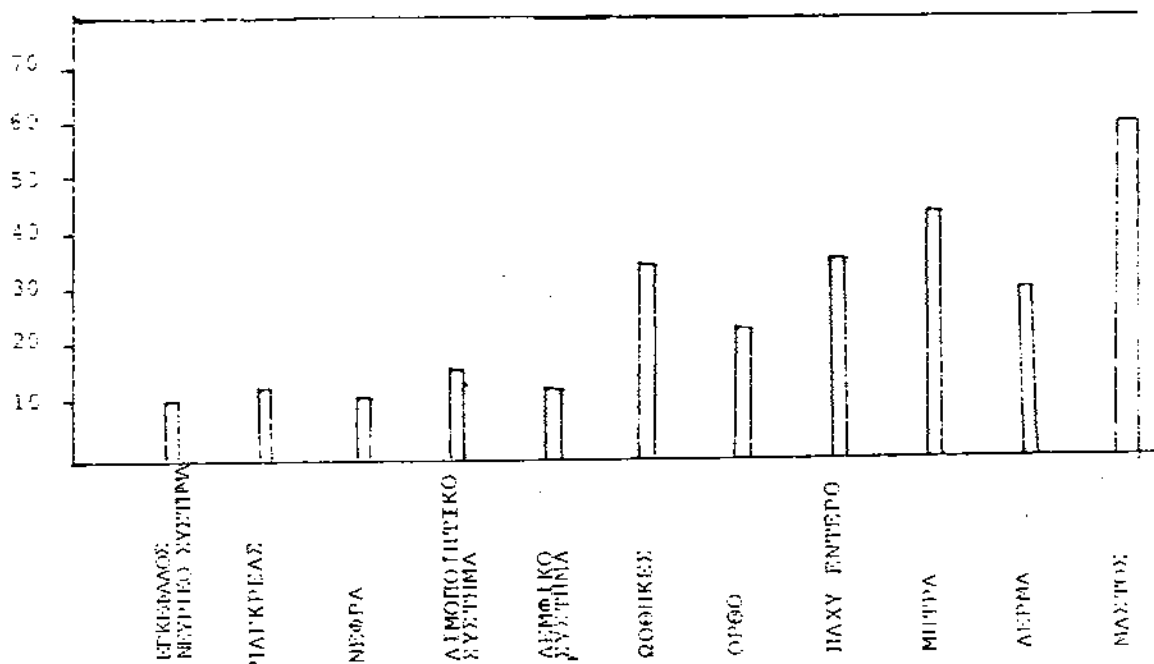
Ακτινογραφίες για μεταστάσεις.

Σπινθηρογράφημα.

Αγγειογραφία.

2.5. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΕΩΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους πρώτους καρκίνους που αναγνωρίστηκαν στον άνθρωπο και έχει περιγραφεί από τον Ιπποκράτη. Πριν λίγα χρόνια κατείχε την πρώτη θέση από πλευρά συχνότητας, αλλά ο καρκίνος του πνεύμονα είχε δραματική αύξηση και έτσι εκτόπισε τον καρκίνο του μαστού από την πρώτη θέση. Παρόλα αυτά όμως εξακολουθεί να είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου στις γυναίκες των Δυτικοευρωπαϊκών χωρών και των ΗΠΑ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Συχνότητα (περίπτωσης καρκίνου κατά 100.000 πληθ.) διαφόρων εντοπίσεων καρκίνου σε γυναίκες της πολιτείας CONNECTICUT των ΗΠΑ.

Ο καρκίνος του μαστού είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, έχει παρατηρηθεί ακόμα και σε παιδιά (σπανιώτατα).

Η συχνότητα αυξάνει γρήγορα κατά την περίοδο της αναπαραγωγής και εξακολουθεί να αυξάνει μετά την μέση ηλικία.

Στατιστικές αναφέρουν ότι:

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος μετά το 40ον έτος της ηλικίας και σε γυναίκες που δεν τεκνοποίησαν.

Όσον αφορά τον παράγοντα "Ηλικία κατά την πρώτη εγκυμοσύνη" έχει παρατηρηθεί ότι ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που είχαν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία κάτω των 20 ετών είναι τρεις φορές μικρότερος από ότι σε γυναίκες που είχαν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία μετά των 30 ετών.

Και η σωματική διάπλαση φαίνεται να έχει κάποιο ρόλο στην πρόγνωση της νόσου, έτσι η εμφάνιση της νόσου σε λεπτές γυναίκες φαίνεται να έχει καλύτερη πρόγνωση από ότι σε εύσωμες.

Το περιβάλλον επίσης έχει σχέση με την εμφάνιση της νόσου. Οι Ιαπωνίδες και γενικά όλοι οι Ανατολικοί Λαοί, έχουν μικρότερη συχνότητα της νόσου όταν μένουν στην Ιαπωνία. Αυξημένη συχνότητα προσβολής εμφανίζεται όταν αυτές μένουν στο εξωτερικό π.χ. ΗΠΑ.

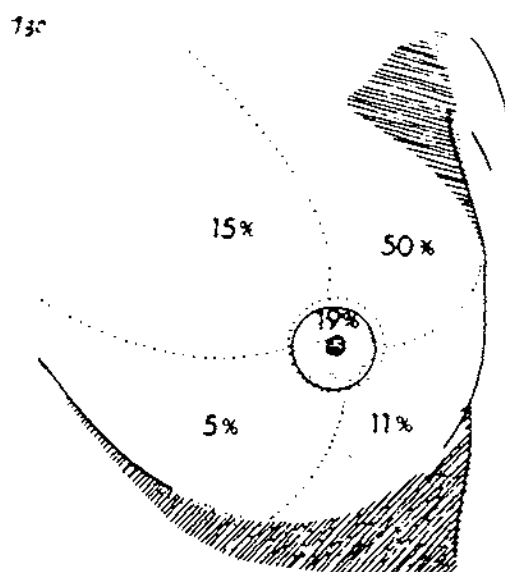
Όσον αφορά το φύλο η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι σε ποσοστό 1-2% του συνόλου των περιπτώσεων.

Όσον αφορά την συχνότητα της εμφάνισης της νόσου σε σχέση με την κοινωνική τάξη, παρατηρείται ότι σε γυναίκες των πόλεων, και δη των ανώτερων κοινωνικών τάξεων, σε σύγκριση με τις γυναίκες της υπαίθρου, η συχνότητα είναι μεγαλύτερη, και

αντίστροφα ανάλογη με το χρόνο του θηλασμού και τον αριθμό των παιδιών που αυτοί οι παράγοντες εμφανίζονται μειωμένοι στις γυναίκες των πόλεων.

Η συχνότητα προσβολής των διαφόρων τμημάτων του μαστού από καρκίνο φαίνεται στην παρακάτω εικόνα.

ΕΙΚΟΝΑ 3



2.6. Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση είναι άμεσα συνδεδεμένη με δύο βασικούς παράγοντες : την έγκαιρη διάγνωση και την σωστή θεραπευτική αγωγή. Η πρώιμη ανακάλυψη της νόσου έχει την μεγαλύτερη

σημασία. Αναφέρεται ένας σημαντικός αριθμός ασθενών αν και επεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση έπειτα από πάρα πολλά χρόνια εμφάνισαν μεταστάσεις. Οι μεταστάσεις αυτές ήταν δυνατόν να είχαν γίνει και πριν από την επέμβαση, αλλά παρέμεναν χωρίς συμπτώματα για αρκετά χρόνια.

Οι μεταστάσεις που γίνονται μετά από μία εγχείρηση σε 1 μέχρι και 5 χρόνια αργότερα είναι:

1. Τοπικά με επέκταση του όγκου προς τον υπόλοιπο μαστό.
2. Με τα λεμφαγγεία προς τα επιχώρια λεμφαγγεία κυρίως τα μασχαλιαία. Οι εντοπίσεις στα έσω τεταρτημόρια διηθούν πολύ πρώιμα στα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αρτηρίας.
3. Με τα αιμοφόρα αγγεία, στα οστά κυρίως στους σπόνδυλους, στον εγκέφαλο και στο ήπαρ.

2.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ

Κατά την τελευταία δεκαετία οι ριζικές εγχειρήσεις όπως η ριζική και υπερριζική μαστεκτομή, προοδευτικά

εγκαταλείπονται, ενώ η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (ολοκληρωμένη αφαίρεση του αδένα με πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης χωρίς να αφαιρούνται οι θωρακικοί μύες) έχει γίνει αποδεκτή σαν η πρώτη εγχείρηση από τους περισσότερους χειρουργούς.

Εκ των προτέρων σχεδιασμένες και ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει με στατιστική αξιοπιστία ότι η υπερριζική, η ριζική, η τροποποιημένη ριζική και η απλή μαστεκτομή είναι εφάμιλλες από απόψεως επιβίωσης των ασθενών και τοπικής υποτροπής ανεξάρτητα από την προσθήκη ή όχι της τοπικής μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Ορισμένες μάλιστα μελέτες σε περιορισμένη κλίμακα δίνουν ενδείξεις ότι η μερική μαστεκτομή (ευρεία εξαίρεση του όγκου με διατήρηση του σχήματος του μαστού) είναι το ίδιο ικανοποιητική σε σύγκριση με τις ριζικότερες επεμβάσεις, τουλάχιστον για καρκινώματα σταδίου I. Ο διάχυτος φόβος που υπάρχει για την εφαρμογή της μερικής μαστεκτομής στηρίζεται στην πιθανότητα ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου, από εστίες καρκίνου στο μαζικό αδένα που παραμένει.

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της μερικής μαστεκτομής είναι η διατήρηση της ανατομικής ακεραιότητας του μαστού που δεν τραυματίζει τον ψυχισμό της γυναίκας.

Η ικανότητα της ακτινοβολίας να αποστειρώνει τόσο την πρωτοπαθή εστία, όσο και τους λεμφαδένες της μασχάλης και της έσω μαστικής σε σχετικά μικρό όγκο νεοπλασματικών κυττάρων έχουν εδραιώσει την θεραπευτική αυτή μέθοδο στην τοπική θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού. Από τις σύγχρονες συγκριτικές μελέτες αποτελέσματα ακόμα δεν υπάρχουν.

γιά να τεκμηριωθεί η υπεροχή μίας από τις διάφορες μορφές θεραπείας της πρωτοπαθούς εστίας που περιγράψαμε.

Β. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Με την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία αφαιρείται ή καταστρέφεται μόνο η μακροσκοπική νόσος ενώ τα κύτταρα ή μικροσκοπικές εστίες μακριά από τον όγκο, που υπάρχουν στις περισσότερες περιπτώσεις, πρέπει να καταστραφούν είτε με την βοήθεια της συστηματικής θεραπείας, είτε από τους ανοσιακούς μηχανισμούς της άρρωστης ή και τα δύο.

Η χορήγηση χημειοθεραπείας αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση στηρίζεται σε μεγάλο αριθμό κυρίως πειραματικών ενδείξεων που πιστεύεται ότι ισχύουν και για τον άνθρωπο και που είναι:

1. Η γνώση της ύπαρξης μικρομεταστάσεων κατά την στιγμή της διάγνωσης, που τελικά είναι υπεύθυνες για τον θάνατο όλων των αρρώστων που υποτροπιάζουν.
2. Η μεγαλύτερη ευαισθησία των μικρομεταστάσεων στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα από ότι οι μεγάλες κλινικά εμφανείς μεταστάσεις και
3. Η μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας της συστηματικής θεραπείας όταν εφαρμόζεται σε σχετικά μικρότερη από ότι σε μεγαλύτερη συνολική μεταστατική καρκινική μάζα.

Διάφορα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί είτε μόνα, είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους και σε ποικιλία σχημάτων. Η πολυχημειοθεραπεία φαίνεται πως είναι περισσότερο αποτελεσματική, αν και δεν είναι άμοιρη από άμεσες καθώς και

απώτερες επιπλοκές και γι' αυτό θα πρέπει να την χρησιμοποιούν μόνο όσοι είναι εξοικειωμένοι με τα φάρμακα αυτά.

Στο βασικό σχήμα αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού και των μικρομεταστάσεων του που προαναφέρθηκε και ιδιαίτερα στο σκέλος της μετεγχειρητικής συστηματικής θεραπείας εντάσσονται διάφορες άλλες συμπληρωματικές θεραπείες, όπως η ανοσοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία μόνες ή σε συνδυασμό με την χημειοθεραπεία. Καμμία από αυτές τις μεθόδους ή συνδυασμούς μεθόδων δεν έχει γίνει ακόμα γενικά παραδεκτή.

A.1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο μαστού

Περίπτωση I

Ιστορικό υγείας

Όνοματεπώνυμο : Σ.Θ.
Ηλικία : 57 ετών
Επάγγελμα : Βιβλιοπωλείο
Συζυγική κατάσταση : Παντρεμένη με 2 παιδιά
Ημερομηνία εισόδου : 17/12/1991
Ημερομηνία εξόδου : -
Ατομικό ιστορικό : Δεν είχε κανένα πρόβλημα υγείας, ήταν στη κλιμακτική περίοδο.
Οικογενειακό ιστορικό : Δεν υπάρχει άτομο στην οικογένειά της με καρκίνο μαστού.
Προηγούμενη πάθηση μαστού : Καμία. Ανακαλύφθηκε τυχαία, όταν άκουσε ότι μία φίλη της έκανε εξέταση για το μαστό A/A.
Διαγνωστικές εξετάσεις : A/A Θώρακος Αρνητική. Μαστογραφία Θετική
Εντόπιση : Ανω έξω τεταρτημόριο αριστερού μαστικού αδένος.
Χειρουργική επέμβαση : Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο μαστού

Περίπτωση ΙΙ

Ιστορικό υγείας

Όνοματεπώνυμο :

A.B.

Ηλικία :

65 ετών

Επάγγελμα :

Οικιακά

Συζυγική κατάσταση :

Παντρεμένη με 3 παιδιά

Ημερομηνία εισόδου :

13/12/1991

Ημερομηνία εξόδου :

-

Ατομικό ιστορικό :

Αναφέρει 1978 γαστροραγία, ήταν στη κλιμακτήριο περίοδο.

Οικογενειακό ιστορικό :

Δεν υπάρχει άτομο στην οικογένειά της με καρκίνο μαστού.

Προηγούμενη πάθηση μαστού :

Καμία. Ανακαλύφθηκε με ψηλάφηση ογκίδιο (ΔΕ) μαστού.

Διαγνωστικές εξετάσεις :

(Εκθεση κυτταρολογική εξέταση).
(Ιστολογικό έλεγχο).

Εντόπιση :

Ανω έξω τεταρτημόριο (ΔΕ)
μαζικού αδένος.

Χειρουργική επέμβαση :

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Α.2. Νοσηλευτική διεργασία

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αποτέλεσμα ενεργειών
<p>Άγχος, αγωνία, καταθλιψη και αποδοχή της μαστεκτομής</p>	<p>Βοήθεια να αποδεχτεί η άρρωστη την αρρώστεια της και την απώλεια του μαστού. Ελάττωση της αγωνίας και του άγχους.</p>	<p>Ο Νοσηλευτής προσπάθησε να λύσει τα προβλήματα της άρρωστης βοηθώντας την να τα εξωτερικεύσει με το διάλογο μεταξύ τους και ικανοποιώντας όλες τις ανάγκες της. Αφού η άρρωστη δεν μπόρεσε να ηρεμήσει της χορηγήθηκε STEDON.</p>	<p>Η άρρωστη αποδέχεται την μαστεκτομή και μπαίνει στο χειρουργείο ήρεμη.</p>
<p>Πόνος</p>	<p>Ανακούφιση του πόνου με προσέγγιση της άρρωστης και διάλυση της έντασης.</p>	<p>Βασικά επειδή ο πόνος προέρχεται από την ένταση, ο νοσηλευτής προσπάθησε να μειώσει τους παράγοντες που της δημιουργούν αυτή την ένταση. Της μιλούσε ήρεμα και με στοργή. Πρόλαβε τις δυσάρεστες επιπτώσεις της ακινησίας και της παραμονής της στο κρεβάτι αλλάζοντας συχνά θέσεις στην άρρωστη. Πρόσχε αν ο πόνος ήταν εντονότερος τη νύχτα και της έδωσε υπνωτικό φάρμακο.</p>	<p>Επιτυχία της άρρωστης να μην έχει ανυπόφορο πόνο.</p>

Α.2. Νοσηλευτική Διεργασία

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αποτέλεσμα ενεργειών
Απώλεια μαστού και επιλογή σωστού τύπου τεχνητού.	Ενθάρρυνση της άρρωστης να αποδεχτεί την πραγματικότητα	Ο Νοσηλευτής ενίσχυσε ψυχολογικά την άρρωστη και μπόρεσε να διαλύσει το άγχος της. Της είπε να φορέσει αρχικά στηθόδεσμο που θα το γέμιζε με κάποιο μαλακό υλικό και μετά την ενημέρωσε για τους διάφορους τύπους τεχνητής πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από που θα τους αγοράσει.	Άρτια εμφάνιση της άρρωστης.
Εκτίμηση της φυσικής της κατάστασης.	Πρόληψη υποτροπής της νόσου, γρήγορη επούλωση του τραύματος και αποκατάσταση της ψυχικής και κοινωνικής ισορροπίας της άρρωστης.	Αφού η άρρωστη ετοιμαζόταν για την έξοδό της από το νοσοκομείο της δήλωσε ο νοσηλευτής τη σπουδαιότητα της επαναξέτασης μετά λίγους μήνες.	Καλύτερη επούλωση τραύματος, αποφυγή υποτροπών και έλεγχο της προόδου των ασκήσεων.

Α.2. Νοσηλευτική Διεργασία

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αποτέλεσμα ενεργειών
Περιποίηση του τραύματος και παρακολούθηση της παροχέτευσης.	Μείωση του κινδύνου λοίμωξης.	Ο Νοσηλευτής καθαρίζει με χλιαρό νερό και ήπιο αντισηπτικό διάλυμα την τραυματική χώρα και την περιποιούνται με προσοχή καθημερινά. Ακόμη παρακολουθούσε συχνά τη λειτουργία της συσκευής, το χρώμα και την ποσότητα των παροχетеυμένων υγρών. Η συνολική ποσότητα των υγρών ήταν 50 CC.	Αποφυγή της μόλυνσης του τραύματος και η γρήγορη επούλωσή του
Δύσπνοια.	Εξάλειψη της δύσπνοιας.	Χορήγησε οξυγόνο με τη συσκευή. Η δόση καθορίστηκε από το γιατρό. Της χορηγήθηκαν 3 LIT/MIN.	Διευκόλυνση της αναπνοής της άρρωστης.
Διατροφή.	Πρόληψη απώλειας σωματικού βάρους.	Φρόντιζε για την καλή διατροφή της άρρωστης, ανακαλύπτοντας τους παράγοντες που την επηρεάζουν.	Ικανοποίηση της άρρωστης και διατήρηση σωματικού της βάρους.
Διάρροια.	Αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολύτων.	Ο νοσηλευτής παρακολουθούσε το χρώμα, την ποσότητα και το περιεχόμενο της διαρροϊκής κένωσης. Φρόντιζε το διαιτολόγιο ώστε να μην υπάρχει κυτταρίνη στις τροφές. Βοήθησε στην αντιμετώπιση της διάρροιας με τη χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν την διάρροια, όπως σταγόνες IMODIUM. Επίσης φρόντιζε την περιοχή του περινέου.	Σωστή ενυδάτωση και ισορροπία του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

3.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

1. Ιστορικό υγείας:

ηλικία, επάγγελμα, συζυγική κατάσταση, καταμήνιο, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό, προηγούμενη πάθηση του μαστού, ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών, θηλασμός πρόσφατα, διατροφικές συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη).

2. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης.

Η εξέταση του μαστού μπορεί να ανακαλύψει:

- Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
- Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο.
- Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα των οποίων αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων.
- Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού.
- Εισολκή της θηλής
- Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο).
- Εξέλκωση κατά τη θηλή - οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτατης ανάπτυξης της μάζας.
- Πόνος, συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια.

Η άρρωστη είναι αγχώδης και ανησυχεί για τη διάγνωση.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις:

Μαστογραφία, θερμογραφία, ξηρογραφία, υπερηχογράφημα, διαφανοσκόπηση, φλεβογραφία, σπινθηρογράφημα, βιοψία, ακτινολογικός έλεγχος.

3.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

1. Ψυχολογικά προβλήματα:
 - α. Αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης του καρκίνου.
 - β. Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη
 - γ. Φόβος θανάτου.
2. Μεταβολή του σωματικού ειδώλου, απώλεια της θυληκότητας και της αυτοεκτίμησης.
3. Προβλήματα σχέσεων με την οικογένεια και τον σύζυγο.
4. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.
5. Προβλήματα από μεταστάσεις του καρκίνου.

3.3. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Αμεσοί:
 - Βοήθεια να αποδεχτεί η άρρωστη την διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού.
 - Ελαχιστοποίηση της αγωνίας και του άγχους.
2. Μακροπρόθεσμα:
 - Βοήθεια της οικογένειας και της άρρωστης να αποδεχτούν την πραγματικότητα.
 - Μείωση του κινδύνου υποτροπής της νόσου.

3.4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Χειρουργική παρέμβαση:

α. Απλή μαστεκτομή - αφαίρεση του μαστού χωρίς εκτομή των λεμφαδένων.

β. Κλασσική ριζική μαστεκτομή - αφαίρεση του μαστού, των υποκείμενων θωρακικών μυών και των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων και λεμφαδένων. Η μέθοδος αυτή αντικαταστάθηκε από την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, κατά την οποία αφαιρείται μόνο ένα μέρος των υποκείμενων θωρακικών μυών και οι μασχαλιαίοι αδένες.

- Προεγχειρητική φροντίδα

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

- Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια στο να διασκορπίσει τα αισθήματα φόβου με: Ακρόαση των ανησυχιών και των προβλημάτων της, έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στην χρήση τεχνητού μαστού, εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στην μαστεκτομή, αναζήτηση της υποστήριξης του συζύγου, ενθάρρυνση και διαβεβαίωση.

- Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην μαστεκτομή, γι' αυτό και ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ξεχωριστά σαν άτομο και την βοηθά στο να εκφράσει τα αισθηματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη του άντρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της σαν μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον ίδιο τον άντρα της και την οικογενειά της θα βοηθήσει πολύ σε μία τέτοια περίπτωση.

- Μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση. Διαπίστωση των φυσικών και θεραπευτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους. Εξασφάλιση αίματος εάν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή. Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.

- Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της αντίστοιχης μασχάλιας κοιλότητας. Η ίδια προετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για την πιθανή περίπτωση λήψης δέρματος που θα χρησιμοποιηθεί για πλαστική.

β. Διδασκαλία της άρρωστης και της οικογενειάς της σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο, την δραστηριότητα και διορθωτική πλαστική του μαστού.

Μετεγχειρητική φροντίδα

- Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτοί είναι πολύτιμοι δείκτες για την διαπίστωση του shock και της αιμορραγίας.

- Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στην ράχη.

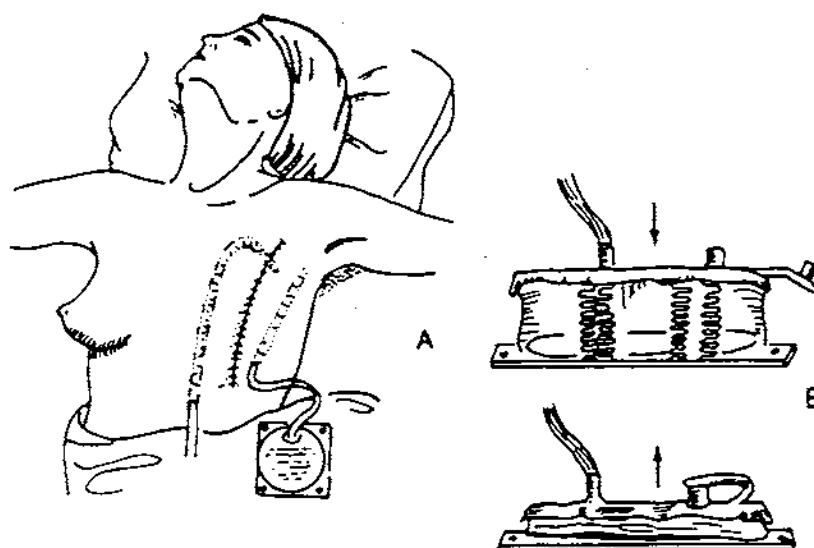
- Χορήγηση αναλγητικών μετά την ανάνηψη από την νάρκωση, για ανακούφιση του πόνου.

- Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθειών αναπνοών για πρόληψη των αναπνευστικών επιπλοκών.

- Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος. Συνήθως ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η

αναρρόφηση γίνεται με την δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στην συσκευή, για αυτό θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχτευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.

ΕΙΚΟΝΑ 4



- Πρόληψη της λοίμωξης. Σε μία ριζική μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή

ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις για αποφυγή εισόδου μικροβίων.

- Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημί-fowler. Εάν το χέρι είναι ελεύθερο τοποθετείται σε μαξιλάρι, η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

- Εγκαιρή έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο για να παρεμποδιστεί η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής την συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

- Χορήγηση διαίτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι..

- Σχεδιασμός για την έξοδο από το νοσοκομείο - διδασκαλία.

1. Ενθάρρυνση ερωτήσεως και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
2. Ετοιμασία του συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στην συζυγό του.

3. Βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο της γροθιάς και έκταση των

δακτύλων και γίνονται για πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Αρχικά η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλευτής θα τονίσει την σπουδαιότητα των ασκήσεων αυτών και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στα όρια αντοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητές της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κ.λ.π

Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη να μην αισθάνεται δυσχέρεια στις κινήσεις. Εάν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλείσει με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται σιγά-σιγά.

Θα πρέπει να ενθαρρύνεται για αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα. Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος αλλά βοηθά και στο να φαίνεται η γυναίκα φυσιολογική.

Οι ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στην εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση είναι οι παρακάτω:

- Σφύξιμο μπάλας. Είναι μία απλή κίνηση που βοηθά στο δυνάμωμα των μυών του χεριού και στην βελτίωση της

κυκλοφορίας. Μιά ελαστική μπάλα ή μία τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.

- Πέταγμα μπάλας. Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά την μπάλα που είναι δεμένη με ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.

- Αναρρίχηση στον τοίχο. Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο όσο είναι δυνατόν, λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους, σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αιστανθεί πόνο τα επαναφέρει πάλι στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο που έφτασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό (κοίταξε εικόνα).

- Γύρισμα σκοινάκι. Είναι μία άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σκοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων από την πόρτα, πιάνει χαλαρά την άκρη του σκοινιού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και το τοποθετεί στην παλάμη της, το άλλο της χέρι το τοποθετεί στην μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σκοινάκι με μικρούς κύκλους αρχικά, οι κύκλοι σιγά-σιγά μεγαλώνουν ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.

- Αιώρηση χεριών. Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από την μέση και αιωρεί με τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα

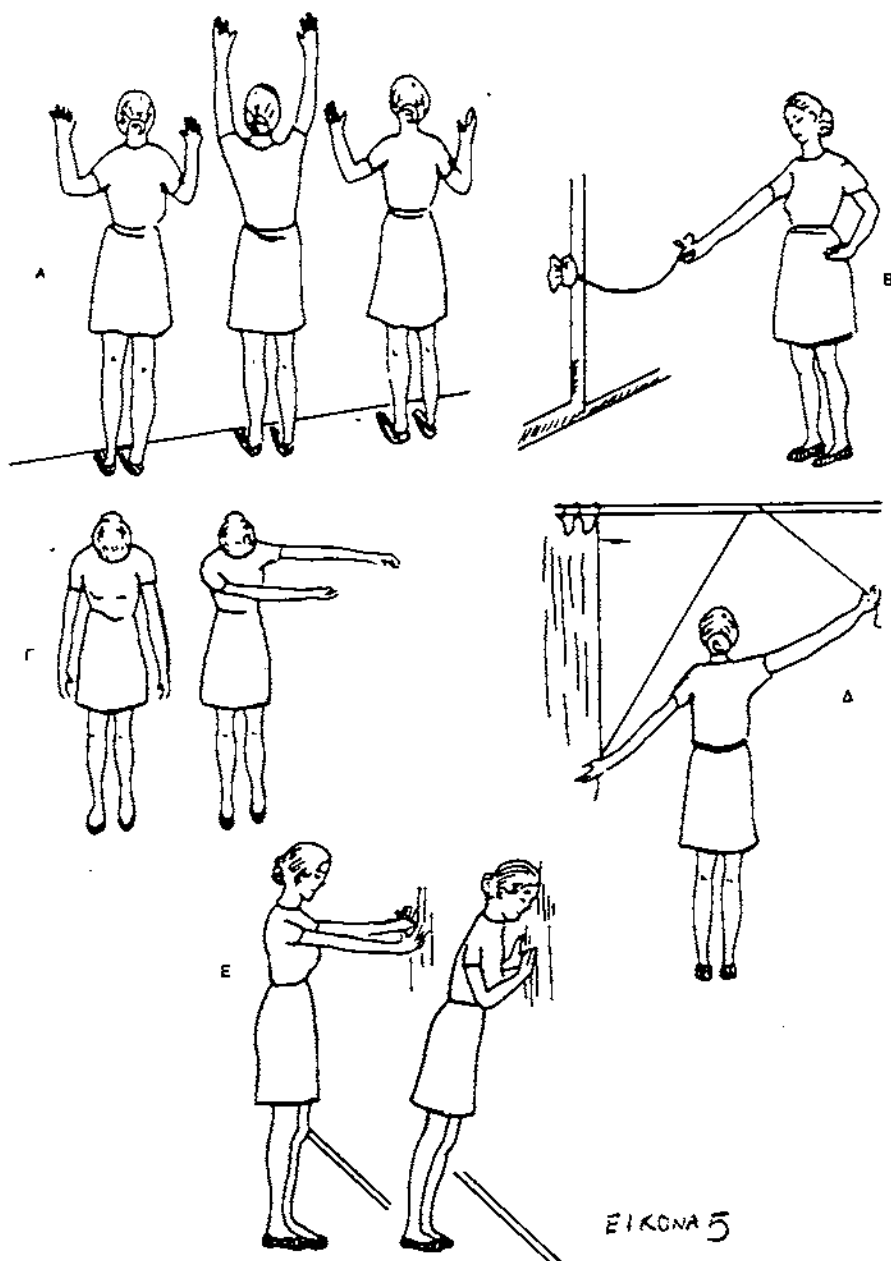
στην άρρωστη, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί ενδέχεται να αιστανθεί ζάλη.

- Τροχαλία. Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σκοινι, μήκους τριών μέτρων περίπου περνιέται στο σίδηρο του μπάνιου. Τα άκρα του σκοινιού δένονται σε κόμπους, με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σκοινι προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη κατά την διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια να εφάπτονται στο πάτωμα.

- Κούμπωμα κουμπιών πλάτης. Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς του ώμου. Και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δυό της χέρια πίσω στην πλάτη της σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της, κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φτάνουν ψηλότερα στην πλάτη.

- Αγγιγμα μετώπου. Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση χεριών, οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.

ΕΙΚΟΝΑ 5



ΕΙΚΟΝΑ 5

4. Φροντίδα του τραύματος.

Επεξήγηση για την βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
 Σημείωση ότι το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων.
 Ηπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
 Αναγνώριση σημείων φλεγμονής- πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα, ενημέρωση του γιατρού επί παρουσία τους.

Ηπιο μασάζ της επουλομένης τομής με βούτυρα κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Γίνεται με την έγκριση του γιατρού..

5. Πρόληψη και/ή αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος.

Επειδή στην ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, η δε καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη λόγω μειωμένης αντίστασης.

Για πρόληψη του λεμφοιδήματος θα πρέπει:

- α. Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό τα κοψίματα, οι αμυχές, τα τσιμπήματα, τα δήγματα εντόμων, τα εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
- β. Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχτηκαν.
- γ. Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3-4 μήνες μετεγχειρητικά για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.
- δ. Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για την πρόληψη του εξαρτημένου οιδήματος.
- ε. Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη της λοίμωξης.
- στ. Να αποφεύγεται η χρήση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια) για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- ζ. Να ακολουθούνται οι παρακάτω συμβουλές:

Μη κρατάτε τσιγάρο σε αυτό το χέρι.

Μη κρατάτε σε αυτό το χέρι τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο

Μη κόβετε τις παρανυχίδες σε αυτό το χέρι.

Μη σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και μην κόβετε αγκαθωτά φυτά.

Μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό το χέρι.

Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση σε αυτό το χέρι.

Μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα από αυτό το χέρι.

Μην επιτρέπετε να παίρνεται η αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι.

Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με την μαγειρική, καθαριότητα ή πλύσιμο πιάτων.

Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε.

Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι πολλές φορές την ημέρα.

Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα με ευχάραξη:

“Προσοχή-Λεμφοιδηματικό χέρι-ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ”

Να αναφέρετε στον ιατρό σας αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό, ή ασυνήθιστα σκληρό ή οιδηματώδες.

Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα δύο μηνών. η. Για την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).

δ. Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους).

Η άρρωστη που έχει κάνει απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικά η άρρωστη συμβουλευείται να φορέι κανονικό στηθόδεσμο που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί) που δεν θα κολλά πάνω στο τραύμα. Για να κρατηθεί η πρόχειρη αυτή πρόσθεση στην κανονική της θέση μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα "V" στο κάτω άκρο του στηθόδεσμου και να στερεωθεί στην συνέχεια στην ζώνη ή στις ζαρτιέρες. Η τيرانτα του στηθόδεσμου θα πρέπει επίσης να μακρύνει λίγο για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο. Μετά την επούλωση του τραύματος η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης, που υπάρχουν στο εμπόριο, και που μπορεί να την προμηθευτεί. Η πρόσθεση δεν πρέπει να φορεθεί αν δεν το επιτρέψει ο γιατρός.

Τονισμός της σπουδαιότητας του μετανοσοκομειακού check-up για:

1. Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος.
2. Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση-έλεγχος προόδου ασκήσεων.
3. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης.
4. Αξιολόγηση της ψυχοκινωνικής προσαρμογής της άρρωστης.
5. Διαπίστωση πιθανής υποτροπής.

Αξιολόγηση

Επιπλοκές:

α. Τοπική υποτροπή.

Εκτίμηση: ογκίδιο στο θωρακικό τοίχωμα στην περιοχή της τομής.

Παρέμβαση: Ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα διαγνωστικές, εξετάσεις. Βοήθεια στην ετοιμασία για ακτινοθεραπεία.

β. Μετάσταση σε άλλα όργανα (οστά, πνεύμονες, ήπαρ, εγκέφαλος).

1. Εκτίμηση:

- Στα οστά: οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα, δυσκολία στην βάδιση, απογοήτευση εξαιτίας μειωμένης δραστηριότητας.

- Στους πνεύμονες: πόνος, δυσφορία, δύσπνοια, ναυτία, έμετοι, κοιλιακοί πόνοι, ανορεξία, απώλεια βάρους.

- Στον εγκέφαλο: σύγχυση, διαταραχή της ισορροπίας του σώματος, σπασμοί, παράλυση, διαταραχές όρασης.

2. Παρεμβάσεις:

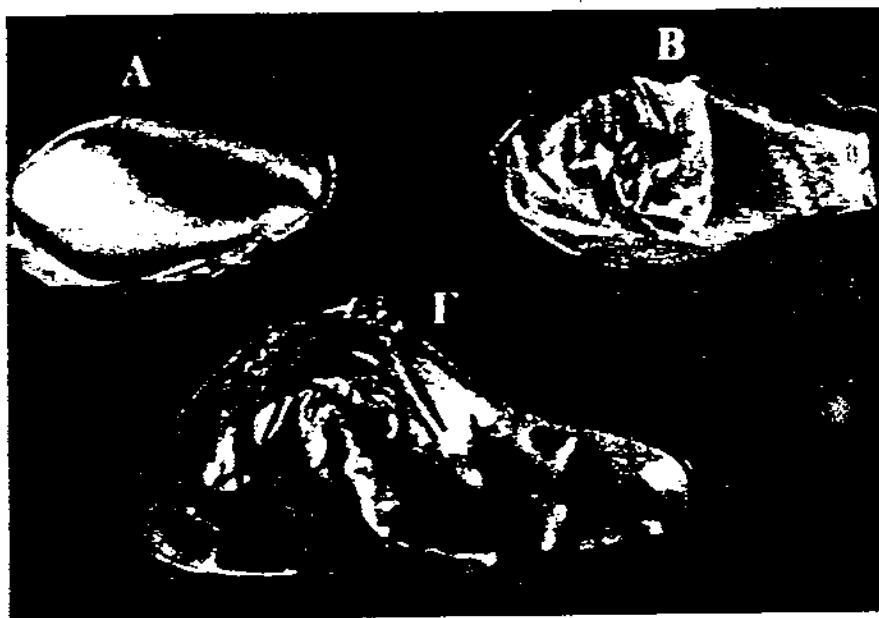
- Στα οστά: ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά. Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η άρρωστη συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μην σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.

Ακινητοποίηση καταγμάτων αν συμβούν.

- Στους πνεύμονες: παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από την δυσφορία και την δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανόν να επαναληφθεί χορήγηση οξυγόνου.

- Στο ήπαρ: παρακέντηση κοιλίας για ανακούφιση από την δυσφορία και την δύσπνοια. Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών. Χορήγηση διουρητικών. Μικρά και συχνά γεύματα. Τεχνητή διατροφή μέσω της γαστροστομίας ή πλήρης παρεντερική διατροφή, σε περίπτωση που η άρρωστη αδυνατεί να φάει.

- Στον εγκέφαλο: Εξασφάλιση άνεσης. Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή πρόκληση βλάβης κατά την διάρκεια των σπασμών. Παρακολούθηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας. Παροχή υγιεινής φροντίδας του σώματος.



3.5. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά χρησιμοποιούνται στην θεραπεία λευχαιμιών, λεμφωμάτων και άλλων παθήσεων των αιμοποιητικών κυττάρων, αλλά και σε διάσπαρτο μεταστατικό καρκίνο, δηλαδή

σε περιπτώσεις που δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία.

Σε άλλες περιπτώσεις μπορούν να συμπληρώνουν την χειρουργική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία, γι' αυτό δίνονται σε συνδυασμό ή μετά από αυτές.

Ο σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων κατά την διάρκεια μίας ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού τους κύκλου.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επαναλαμβάνονται σε συνεδρίες και ενώ σπάνια φέρουν ίαση, οι μεταστάσεις στα οστά και σε άλλους ιστούς πολλές φορές εξαφανίζονται.

Εξάλλου, η καταστολή ανάπτυξης και δραστηριότητας των κακοήθων κυττάρων που είναι αποτέλεσμα της δράσης των χημειοθεραπευτικών συμβάλλει στην μείωση του πόνου.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα του καρκίνου διακρίνονται στις πιο κάτω ομάδες:

- α. Αλκυλιούντα φάρμακα.
- β. Αντιμεταβολίτες
- γ. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης.

Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων:

- α. Από το στόμα
- β. Σε μεγαλύτερες δόσεις ενδοφλέβια.
- γ. Ενδοαρτηριακά.
- δ. Άμεση έγχυση του φαρμάκου μέσα στο νεόπλασμα.
- ε. Ενδοϋπελωκοτική ή ενδοπεριτοναϊκή έγχυση.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία.

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία, και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από την στοματική κοιλότητα, ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος άλλα δρουν τελικά σε διάφορα σπουδαία όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

- Προβλήματα αρρώστου:

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις - (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο-(ναυτία, έμετοι, ανορεξία).
4. Διαταραχή υγρών - ηλεκτρολυτών - δυνητική (έμετοι, διάρροια).
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος και Κ.Ν.Σ.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

- Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας:

- α. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
- β. Ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
- γ. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών, επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους.

- Παρέμβαση:
 - Προετοιμασία του αρρώστου για κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
 - Χορήγηση αντιεμετικών πριν από την θεραπεία.
 - Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων αποβαλλομένων υγρών.
 - Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
 - Γεύματα συχνά μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
 - Προσεκτική φροντίδα σώματος.
 - Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
 - Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση, του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ., τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία, και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
 - Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
 - Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

3.6. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν ορισμένα είδη ακτινοβολίας βομβαρδίζουν την ύλη προκαλούν το ιονισμό της. Οι ακτινοβολίες αυτές λέγονται ιονίζουσες.

Οι ιονίζουσες ακτινοβολίες ή είναι πολύ μικρά σωματίδια, που κινούνται με μεγάλη ταχύτητα (σωματίδια α και β) ή είναι ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία πολύ μικρού μήκους κύματος (ακτινοβολία X και γ) που διαδίδεται με την ταχύτητα του φωτός.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα των ιονιζουσών ακτινοβολιών στην ζώσα ύλη είναι:

- α. Το είδος της ακτινοβολίας
- β. Η δόση της ακτινοβολίας
- γ. Ο ρυθμός της δόσης
- δ. Το είδος του ιστού
- ε. Η έκταση του ακτινοβολούμενου πεδίου.
- στ. Η οξυγόνωση του ιστού, που έχει σχέση με την ακτινευσιασθησία.
- ζ. Η θερμοκρασία, που επηρεάζει το ρυθμό κυκλοφορίας και επομένως την οξυγόνωση του ιστού.
- η. Διάφορες ουσίες που ελαττώνουν την ακτινοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται:

1. Ως μοναδική θεραπεία.
2. Σε περιπτώσεις που η χειρουργική επέμβαση θα γίνει αιτία απώλειας λειτουργίας οργάνου.
3. Όταν ο όγκος δεν προσεγγίζεται με χειρουργικές τεχνικές.
4. Σε συνδυασμό με την χειρουργική: προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά.
5. Παρηγορητικά για υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



Μετά από ακτινοθεραπεία ο νοσηλευτής πρώτα θα πρέπει να εκτιμήσει την κατάσταση του αρρώστου, να καταλάβει τα ψυχολογικά και φυσικά του προβλήματα και να σχεδιάσει για την αντιμετώπιση τους:

Αυτά τα προβλήματα είναι:

Κακή διακίνηση οξυγόνου. Θρεπτικό ανισοζύγιο που προκαλείται από την ναυτία, τους εμετούς και την ανορεξία. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών και διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας.

Δυσχέρειες. Κίνδυνοι μόλυνσης λόγω λευκοπενίας. Κίνδυνοι αιμορραγίας λόγω θρομβοπενίας. Υπάρχουν και άλλοι κίνδυνοι επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον.

Ψυχικά προβλήματα του αρρώστου, όπου με την ακτινοθεραπεία αυξάνεται η ανησυχία και ο φόβος της άρρωστης για τον θάνατο. Ακόμα ψυχικά προβλήματα δημιουργούνται από την απομόνωση και τον χρονικό και αριθμητικό περιορισμό επισκεπτηρίου.

Παρέμβαση:

Νοσηλευτικά μέτρα

1. Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες θεραπεία όπως ήδη ανέφερα για την αποδοχή της από την άρρωστη, με τον μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης, είναι απαραίτητη η μέσα σε λογικά όρια, ενημερωσή της για την φύση, το σκοπό και τις παρενέργειές της.

2. Διδασκαλία της άρρωστης τι να κάνει σε κάθε περίπτωση εφαρμογής ακτινοθεραπείας.

3. Αντιμετώπιση γενικών παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία.

α- Ναυτία και έμετοι: χορηγούμε ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

Ενθαρρύνουμε την άρρωστη να παίρνει υγρά.

Χορηγούμε μικρά και συχνά γεύματα, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε λευκώματα.

Σημειώνουμε τις αντιδράσεις της άρρωστης.

β- Αντιδράσεις από το δέρμα : Παρατηρούμε για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση. Εφαρμόζουμε στην ακτινοβολημένη περιοχή ουδέτερες κρέμες σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

Πλένουμε το δέρμα με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό. Προστατεύουμε το δέρμα από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία, από τραυματισμό και στενά ενδύματα.

Φροντίζουμε την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας της άρρωστης με ήπια αντισηπτικά.

γ- Διάρροια: Χορηγούμε αντιδιαρροϊκά ανάλογα με την εντολή. Αποφεύγουμε τροφές που επιδεινώνουν την διάρροια. Χορηγούμε δίαιτα με μικρό υπόλειμα.

δ- Καταστολή του μυελού των οστών: Προστατεύουμε την άρρωστη από λοιμώξεις και τραυματισμούς. Παρατηρούμε για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων και φροντίζουμε για την αντιμετώπισή τους.

3.7. ΑΝΟΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Διάφορες ενδείξεις πείθουν ότι αυτοάνοσοι μηχανισμοί αυξάνουν την αντοχή του οργανισμού στον καρκίνο.

Μελέτες που έγιναν τελευταία δείχνουν ότι ο θυμός αδένας παίζει πρωταρχικό ρόλο στην αύξηση της αντίστασης του οργανισμού έναντι των κακοήθων νεοπλασμάτων και στην ανοσία προς αυτά.

Ο θυμός αδένας, λεμφικό όργανο, παράγει μία ορμόνη που παίρνει μέρος στην διαφοροποίηση των T- κυττάρων του. Πιστεύεται ότι τα T- κύτταρα του θυμού αδένος προσπαίζουν τον άνθρωπο από νεοπλασματικές προσβολές με εντόπιση και εξαφάνιση των νεοπλασματικών κυττάρων.

Προσφατές ερευνητικές μελέτες στράφηκαν στην προαγωγή των αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού με εισαγωγή μικροοργανισμών για διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος, και επομένως την παραγωγή μακροφάγων και φαγοκυττάρων για την εξόντωση του όγκου. Βέβαια το πεδίο της ανοσολογίας έχει ανάγκη περισσότερης έρευνας γιατί υπάρχουν πολλά σκοτεινά σημεία σε αυτό.

3.8. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε ορμονοεξαρτώμενα καρκινώματα του μαστού εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία, με την οποία πολλές φορές κατορθώνεται να σταματήσει ή να υποχωρήσει σημαντικά η ανάπτυξη του όγκου. Η ορμονοθεραπεία γίνεται είτε με την εξωτερική χορήγηση ορμονών

είτε με την εγχειρητική αφαίρεση ορισμένων ενδοκρινών αδένων, όπως των ωθηκών, των επινεφριδίων και της υπόφυσης για εξουδετέρωση ή και εξαφάνιση από την κυκλοφορία των ορμονών εκείνων που ασκούν επίδραση πάνω στην ανάπτυξη του καρκίνου.

Το είδος της ορμονοθεραπείας που θα εφαρμοστεί εξαρτάται από την ηλικία της άρρωστης.

1. Αμφοτερόπλευρη σαλπγγο-ωθηκεκτομή.

Είναι η μέθοδος εκλογής της αρχικής θεραπείας, όταν η γυναίκα βρίσκεται στην προεμμηνόπαυσιακή ηλικία και έχει μεταστατικό καρκίνο μαστού. Η ύφεση διαρκεί από 3 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια (κατά μέσον όρο ένα χρόνο). Εάν εμφανιστούν σημεία επαναδραστηριοποίησης του όγκου, γίνεται παραπέρα ενδοκρινική θεραπεία (υποφυσεκτομή ή επινεφριδεκτομή).

2. Υποφυσεκτομή (διαρινική ή διασφηνοειδική).

Γίνεται σε άρρωστες που βρίσκονται στην μεταεμμηνοπαυσιακή ηλικία έχουν μεταστατικό καρκίνο μαστού. Η ύφεση διαρκεί από 6 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια (κατά μέσο όρο 1 1/2). Σε εμφάνιση σημείων επαναδραστηριοποίησης της αύξησης του όγκου, εφαρμόζεται στην άρρωστη κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

3. Επινεφριδεκτομή.

Η αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή συνδυάζεται συνήθως με αμφοτερόπλευρη σαλπγγο-ωθηκεκτομή. Συνήθως συνίσταται σε άρρωστες που βρίσκονται στην μεταεμμηνοπαυσιακή ηλικία και έχουν μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Η ύφεση διαρκεί 6 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια (κατά μέσο όρο ένα χρόνο). Γυναίκες στις οποίες έγινε ωθηκεκτομή και επινεφριδεκτομή και εμφανίζουν

σημεία υποτροπής, υποβάλλονται σε κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

4. Ορμόνες

α. Οιστρογόνα. Πιο συχνά χορηγούνται σε γυναίκες που εμφανίσαν καρκίνο 5 ή περισσότερα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση και εμφανίζουν υποτροπή του καρκίνου του μαστού. Η διαιθυλική και η αιθυλική οιστραδιόλη είναι τα πιο συνηθισμένα οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται.

Οι υφέσεις διαρκούν τρεις μήνες μέχρι μερικά χρόνια (κατά μέσο όρο ένα χρόνο). Με την αρχική έξαρση της νόσου, η ορμονική θεραπεία διακόπτεται αμέσως.

Η υποτροπή της νόσου μετά από ύφεση αντιμετωπίζεται με υποφυσεκτομή ή επινεφριδεκτομή.

β. Ανδρογόνα. Χρήσιμα στο 20% των γυναικών που βρίσκονται στην μεταεμμηνόπαυσιακή ηλικία.

Οι υφέσεις διαρκούν 6 μήνες περίπου.

Σε περίπτωση που η χορήγηση των ανδρογόνων δεν φέρει κανένα ευνοϊκό αποτέλεσμα, δοκιμάζεται άλλο είδος ορμονοθεραπείας.

Παρενέργειες έχει την κατακράτηση νερού που προλαβαίνεται με περιορισμό του νατρίου της διαίτας και χρήση διουρητικών. Άλλο πρόβλημα που εμφανίζουν οι άρρωστες είναι η αρρενοποίηση (ανάπτυξη δευτερογενών χαρακτηριστικών του άντρα).

γ. Κορτικοειδή (predniso, dexamethasone).

Αυτά είναι χρήσιμα σε συνδυασμό με:

1. Ακτινοθεραπεία σε άρρωστες με μεταστάσεις στον εγκέφαλο.

2. Κυτταροτοξική χημειοθεραπεία σε άρρωστες με προχωρημένες μεταστάσεις στο ήπαρ και στον πνεύμονα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- 1) Η πρώιμη διάγνωση εξασφαλίζει μεγαλύτερη επιβίωση.
- 2) Η σωστή νοσηλευτική φροντίδα και υποστήριξη βοηθά τον άρρωστο να παραδεχτεί την νόσο και την απώλεια του μαστού.
- 3) Ο νοσηλευτής είναι ο μόνος φορέας υγείας που παρακολουθεί τον άρρωστο κατά την διάρκεια όλου του 24ώρου, και γι αυτό

2. Καλή εκπαίδευση και εξοπλισμός του Κοινοτικού νοσηλευτή για την διαφώτιση σχετικά με την αυτοεξέταση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.
3. Διαφώτιση του κοινού για την έγκαιρη προσέλευση στον ιατρό αμέσως με την εμφάνιση των πρώτων ύποπτων σημείων.
4. Ειδική εκπαίδευση του προσωπικού που έρχεται σε επαφή με καρκινοπαθείς ασθενείς, σχετικά με την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και την συμπεριφορά του προσωπικού.
5. Διδασκαλία με σκοπό την ψυχική τόνωση, με σκοπό την παραδοχή της ασθένειας από την ασθενή και από το οικογενειακό περιβάλλον της.
6. Εκπαίδευση ειδικών στελεχών, (ιατροί, νοσηλευτές), στην οργάνωση σεμιναρίων και δημοσίων εκδηλώσεων με θέμα "τον καρκίνο του μαστού".
7. Να γίνεται συνεχής έρευνα του καρκίνου του μαστού με σκοπό την επίλυση του προβλήματος, οριστική ίαση, την πλήρη θεραπεία και ασφαλή πρόληψη.

είναι ο πρώτος που μπορεί να διαπιστώσει τις επιπλοκές της νόσου και τα προβλήματα του.

4) Στην δευτεροβάθμια φροντίδα αρρώστου με καρκίνο μαστού, ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.

5) Η δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι πιο επιτυχής όταν η διάγνωση του καρκίνου του μαστού γίνεται στο αρχικό του στάδιο.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Αντικαρκινική διαφώτιση με όλα τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τηλεόραση, ραδιόφωνο, εφημερίδα, φυλλάδια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πανελλήνιο Συνέδριο ογκολογίας.
"Πρακτικά",
τόμος Α - Αθήνα 1982.
2. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, εισηγήσεις σεμιναρίου,
"Καρκίνος του μαστού".
3. Γκιάλας ΙΑ.
"Ο καρκίνος στις πρώτες ιστορικές και ιατρικές πηγές και στα
ιπποκρατικά κείμενα",
Αθήνα 1979.
4. Πέμπτο Πανελλήνιο Συνέδριο μαστολογίας,
"Πρακτικά",
τόμος Α, 1982.
5. Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας.
"Κλινική ογκολογία",
Αθήνα 1981.
6. Μαλγαρίνου Μ.Α. Κωνσταντινίδου
"Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική ογκολογική νοσηλευτική",
τόμος Β, μέρος 2ο, έκδοση 9η, Αθήνα 1987.
7. Μανταλενάκης Σ.Ι.
"Μαιευτική και γυναικολογική επιτόμος",
έκδοση 1η, Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
8. Ρηγάτος Γ.
"Χημειοθεραπεία" Ενημερωτικό φυλλάδιο.
Έκδοση 1η, Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήνα 1982.
9. Σαχίνη Α. - Καρδάση, Πάνου Μ.
"Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική",
τόμος 2/ μέρος Β - Αθήνα 1985.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Harrison T.R.
"Εσωτερική παθολογία", Τόμος Β, Μετάφραση Α. Βαρώνος,
έκδοση 10η, Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
2. Leonhardt.
"Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου, Εσωτερικά όργανα".
Μετάφραση - Επιμέλεια Ν. Παπαδόπουλος.
Έκδοση 1η, Αθήνα 1989.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Περιοδικό - "Ιατρική". Ιανουάριος 1985, τόμος 47.

