

توده پستان

سرطان سینه یکی از شایع ترین سرطان‌ها در میان زنان ایرانی محسوب می‌شود و سالانه ۷ هزار زن ایرانی به این سرطان مبتلا می‌شوند لذا با توجه به این که ۷۰ درصد این بیماران بالای ۵ سال عمر می‌کنند اکنون حدود ۷۰ هزار زن مبتلا به این بیماری در کشور داریم و این آمار کمی نیست! بویژه ابتلا به این بیماری در ایران بین ۴۵ تا ۵۵ سال است در حالی که این سن در کشورهای آن‌که سن غربی بین ۵۰ تا ۶۰ سال است.

با آموزش جامعه و پیشگیری، تشخیص، درمان و پیگیری بیماران مبتلا به سرطان پستان، “پرستاران نقش حیاتی و مهمی را بعده دارند. بیماران مبتلا به علت تغییر وضعیت جسمانی و تغییر تصویر ذهنی از خود، دچار بحران شدیدی می‌گردند که پرستار با همدلی، آموزش، حمایت و مشاوره می‌تواند به فرد در تطابق خود با وضعیت موجود کمک کند و موجبات کاهش اضطراب بیمار را فراهم نموده تا بیمار بتواند راحت تر رژیم درمانی را پذیرفته و از عوارض بیماری پیشگیری شود. پرستار از این طریق می‌تواند نقش خود را که مشاوره و آموزش به بیمار است تحقق بخشد. پرستار می‌تواند در مراحل زیر نقش داشته باشد:

آموزش روش معاینه پستان بوسیله خود فرد و در صورت مشاهده مورد مشکوک، راهنمایی و آموزش وی جهت انجام ماموگرافی و نمونه برداری، پس از تشخیص بیماری نقش پرستار آمادگی جسمی و روحی بیمار برای عمل جراحی، رادیوتراپی، شیمی درمانی، هورمون تراپی یا مجموعه ای درن از درمانهاست و پس از عمل جراحی، کنترل درد، پیشگیری از عفونت، مراقبت از محل عمل و و پیشگیری از آسیب بافتی در سمت عمل شده و در نهایت در زمان درمان با رادیوتراپی و شیمی ها درمانی مراقبت و آموزش به بیمار بطور دقیق و کامل از وظایف پرستاران می‌باشد تا بدینوسیله بیمار بتواند مراحل مختلف درمان را با احساس راحتی بیشتر، صرف انرژی و هزینه کمتر طی نماید جراحی، اصلی ترین روش درمانی سرطان پستان است و اغلب زنان مبتلا به سرطان پستان، باید تحت عمل جراحی قرار گیرند. نوع عمل جراحی به عوامل مختلفی بستگی دارد که شما باید در مورد آن با جراح خود صحبت کنید.

سیر تحول جراحی در سرطان پستان

سالیان متمادی تا قبل از ۱۹۷۶ میلادی منطق اصلی جراحان در درمان سرطان پستان توجه صرف به جنبه های درمانی و پرهیز از توجه به جنبه های زیبایی بیمار بود. در حقیقت هدف اول و آخر طی این سالها ریشه کن کردن بیماری بود. از سال ۱۹۷۶ به بعد با معرفی انواع جراحی های حفظ

پستان، جراحان ضمن حفظ توجه به جنبه های سلامتی بیماری نشان دادند که می توان کمترین صدمه را به بیمار وارد کرد و در حقیقت در شرایطی که نتایج درمان از نظرعود و یا بقاء بیماری اجازه می داد، آنان ترجیح می دادند که کمترین نقص عضو برای بیمار ایجاد شود. در سال های اخیر با بکاربردن تکنیک های جراحی پلاستیک در درمان جراحی سرطان پستان علاوه بر تأمین سلامت بیمار (که هدف اصلی درمان است) سعی بر این است که نقص زیبایی برای بیمار ایجاد نشود. این دستاورد جدید علمی که به عنوان جراحی انکوپلاستیک پستان معروف است، باعث شده است که امروزه انجام درمان های جراحی همراه با برداشتن پستان و نقایص زیبایی مربوطه به حداقل ممکن برسد

انواع جراحی در سرطان پستان

همان گونه که قبلاً گفته شد، اولین اقدام در درمان تومور پستان، برداشتن تومور به همراه بافت اطراف آن است. ذکر این نکته ضروری است که در جراحی برای درمان سرطان پستان جراحی دو محل بطور جداگانه باید مورد توجه قرار گیرد، اول جراحی تومور پستانی و دوم جراحی غدد لنفاوی زیربغل، اگرچه در تکنیک انتخاب شده برای بیمار، این دو موضوع در یک زمان مدنظر قرار می گیرد ولی تصمیم گیری برای جراحی غدد لنفاوی زیربغل از اصول جداگانه و خاص خود پیروی می کند. قبلاً تصور می شد وقتی تومور داخل پستان وجود داشته باشد، تنها نوع درمان سرطان پستان، برداشتن تمامی پستان است. اما امروزه انواع مختلفی از جراحی برای سرطان پستان وجود دارد که شامل موارد زیر می باشند

ماستکتومی رادیکال وسیع

برداشتن تمام نسج پستان همراه با غده های لنفاوی زیر بغل و تمام بافت های مجاور پستان

ماستکتومی رادیکال تعدیل شده

برداشتن تمام نسج پستان همراه با غده های لنفاوی زیر بغل

ماستکتومی ساده

برداشتن تمام نسج پستان

برداشتن قسمتی از پستان به صورت برداشت یک چهارم و یا کمتر از نسج پستان

برداشتن قسمتی از نسج پستان و انجام بازسازی همزمان پستان (جراحی های انکوپلاستیک

پستان

.هر دوی این روش ها می توانند بر حسب نیاز با جراحی غدد لنفاوی زیر بغل همراه شوند

لازم به ذکر است که انتخاب نوع جراحی به عوامل مختلفی بستگی دارد و انتخاب درمان های سنگین تر مثل برداشتن تمام پستان، الزاماً به معنی پیشرفته بودن بیماری نیست.

ماستکتومی رادیکال وسیع

این روش شامل برداشتن کل پستان به همراه عضلات قفسه سینه که زیر پستان قرار دارند و نیز غده های لنفاوی زیر بغل می باشد. این روش بسیار تهاجمی بوده و بجز در موارد محدود استفاده نمی شود. اگرچه امروزه این نوع جراحی به عنوان یک روش معمول، منسوخ شده است ولی در موارد خاصی که تومور بسیار پیشرفته یا زخمی بوده و یا به جدار قفسه سینه دست اندازی کرده باشد و به انواع درمان های شیمی درمانی و رادیوتراپی پاسخ نداده باشد، مورد استفاده قرار میگیرد. برداشتن کامل بافت پستانی و غده های لنفاوی زیر بغل : ماستکتومی رادیکال تعدیل شده برای سالیان درازی، این روش جراحی، شایعترین و استانداردترین روشی بود که برای درمان بیماران انجام می گرفت. اگرچه هم اکنون نیز از این روش به عنوان یکی از بهترین روش های جراحی استفاده می شود، ولی به نظر می رسد در بسیاری موارد از جمله مواردی که زودتر تشخیص داده شده باشد، می توان روش های محافظه کارانه تر را جایگزین آن نمود.

در این روش تمام بافت پستان، نوک پستان، هاله اطراف نوک پستان، پوست و غده های لنفاوی زیر بغل برداشته می شوند اما عضلات جدار قفسه سینه دست نخورده می مانند و بنابراین اختلال در عملکرد دست، کمتر از روش اول خواهد بود. از نقطه نظر پزشکی و موفقیت درمانی، این عمل به اندازه جراحی های وسیع تر مؤثر است. ماستکتومی برای بیماران با شرایط زیر انتخاب مناسبی است:

- زنانی که در آنها پس از برداشتن محدود توده بدخیم امکان انجام رادیوتراپی وجود ندارد. از جمله این موارد می توان به در دسترس نبودن دستگاه های رادیوتراپی یا متخصص مربوطه، حامله اشاره کرد [۱]بودن بیمار یا وجود برخی بیماریهای نسج همبند مثل لوپوس
- هنگامی که چندین تومور با فاصله زیاد در یک پستان قرار دارند انجام ماستکتومی لازم به نظر می رسد به طوری که انجام جراحی با حفظ پستان عملاً مقدور نمی باشد
- زنانی که خودشان ترجیح می دهند تحت عمل ماستکتومی (برداشتن کامل پستان) قرار گیرند

برداشتن تمام پستان ماستکتومی ساده

این عمل جراحی شامل برداشتن کل بافت پستان می باشد. در این روش جراحی، جراح عضلات جدار قفسه سینه را که در زیر پستان قرار دارند (عضله سینه ای بزرگ و کوچک) برنمی دارد. بافت لنفاوی موجود در زیر بغل و منطقه شانه نیز برداشته نمی شود. این روش در موارد خاص مثلاً

وقتی که سرطان پستان از نوع غیر مهاجم است (در مورد این نوع از سرطان در بخش دوم کتاب توضیحات کامل داده شده است) یا در برخی از انواع تومورها کاربرد دارد. باید توجه داشت که با توجه به عدم دست کاری غدد لنفاوی زیر بغل، احتمال ایجاد ورم دست پس از ماستکتومی ساده از بین می رود.

برداشتن توده پستانی همراه با مقداری از بافت اطراف آن : لامپکتومی

این روش، جایگزینی برای ماستکتومی است. در این روش بافت سرطانی همراه با حاشیه ای از بافت سالم پستانی در اطراف آن برداشته می شود تا مطمئن باشیم که هیچ بقایایی از سرطان در پستان باقی نمانده است. این روش با عنوان جراحی محافظه کارانه، نیز شناخته می شود. نامهای دیگر این روش برداشتن پستان بصورت جزئی، برداشتن توده یا برداشتن یک چهارم پستان می باشند. جهت تعیین میزان گسترش تومور لازم است همراه این جراحی، از غده های لنفاوی زیربغل نیز نمونه گیری انجام شود.

لازم است توجه شود که درمان استاندارد پس از برداشتن توده سرطانی یا برداشتن بخشی از پستان، پرتودرمانی یا درمان با اشعه ایکس می باشد. این اقدام تقریباً در تمام بیماران الزامی بوده و باید در زمان مشخص طبق نظر پزشک پس از جراحی انجام شود. در مواردی که پس از عمل شیمی درمانی لازم باشد، می توان پرتو درمانی را در حین یا پس از شیمی درمانی انجام داد. این نوع عمل جراحی ممکن است با یک برش روی پستان قابل انجام باشد ولی چنانچه محل توده در پستان در جایی بجز یک چهارم فوقانی و خارجی پستان باشد، دو خط عمل کوچک به جا خواهد ماند، یکی روی پستان و یکی در زیر بغل. تغییرات پوستی مختصری نیز به دنبال درمان با اشعه ایجاد می شود.

جراحی های انکوپلاستیک پستان

در مواردی که توده سرطانی بزرگ باشد یا پستان کوچک باشد یا توده در قسمت داخلی پستان و یا قسمت تحتانی پستان قرار داشته باشد ممکن است نتیجه عمل از نظر زیبایی ایده آل نباشد. در این موارد جراح سعی می کند در عین کنترل موضعی بیماری بهترین نتیجه زیبایی را نیز حاصل کند. جراح در این موارد از تکنیک های جراحی انکوپلاستیک که شامل برداشتن توده سرطانی به همراه حاشیه ای از نسج پستان مجاور آن و سپس شکل دهی مجدد به پستان می باشد، استفاده خواهد کرد. در حقیقت در این روش ها که از سال ۲۰۰۳ میلادی معرفی شده است تکنیک های جراحی سرطان همزمان با تکنیک های جراحی پلاستیک مورد استفاده قرار گرفته و باعث می شود کمترین اشکال زیبایی بدنبال برداشتن قسمتی از پستان ایجاد شود.

برخی از زنان نیز به پرتو درمانی بسیار حساس هستند و با گذشت زمان دچار ضخیم و سفت شدن بافت پستانی باقی مانده پس از پرتو درمانی می شوند. البته در تجربیات نگارندگان کتاب، این امر نادر است.

که بخش (DCIS) به علاوه زمانی که همراه با تومور سرطانی، نوع داخل مجرای سرطان زیادی از پستان را درگیر کرده نیز وجود داشته باشد، لازم است قسمت های بیشتری از پستان برداشته شود. این امر ممکن است نتیجه عمل را از نظر زیبایی نامطلوب سازد.

در این موارد ماستکتومی و بازسازی پستان با روش های جدید، نتایج بهتری ایجاد می کند و همچنین نیاز به پرتو درمانی پس از عمل را از بین می برد.

توجه داشته باشید که جراحی های محدود پستان برای برخی از بیماران پیشنهاد نمی شود، از جمله: زنانی که سابقه پرتو درمانی و تابش اشعه به قفسه سینه یا پستان را در گذشته داشته اند. زنانی که در بیش از یک نقطه پستان توده سرطانی دارند و امکان حفظ پستان در آنها از نظر تکنیکی غیر ممکن است.

زنانی که بیمارهای بافت همبند (مانند لوپوس) دارند که باعث می شود به اشعه حساسیت بیشتری داشته باشند و روند ترمیم در آنها کند است.

زنان باردار در ۳ ماه اول بارداری

زنانی که توده سرطانی آنها طبق ارزیابی های بالینی و آزمایشگاهی احتمال عود فراوانی دارد البته این موارد در بازبینی های مختلفی که در منابع علمی انجام می شود، در حال تغییر هستند ولی باید دانست که روز به روز از موارد منع بکارگیری جراحی های محدودتر پستان کاسته می شود. نکته مهم در این روش این است که جراح باید از آلوده نبودن لبه های قسمتی که برداشته است مطمئن شود یعنی در همه حال

حفظ سلامت بیمار از نظر درمان سرطان به حفظ زیبایی او ارجح است جراح تا زمانی که متخصص آسیب شناسی نمونه را بررسی نکرده باشد، در مورد آلودگی یا عدم آلودگی لبه های بافت برداشته شده اطلاعی ندارد. او معمولاً مقدار مطمئنی از بافت سالم اطراف تومور را بر می دارد ولی با توجه به اینکه سلول های سرطانی با چشم قابل رؤیت نیستند، قادر نخواهد بود با اطمینان صددرصد نسبت به پاک بودن لبه های قسمت برداشته شده از سلول های سرطانی قضاوت نماید. لذا جراح می بایست با کمک متخصص آسیب شناسی که نمونه خارج شده را با میکروسکوپ بررسی می کند این اطمینان در (Frozen Section) کامل را حاصل کند. اگر چه می توان این اطمینان را با روش انجماد نسجی

حین عمل کسب کرد ولی اطمینان ۱۰۰ درصد فقط با پاسخ آسیب شناسی قطعی که حدود یک هفته پس از جراحی آماده می شود، به دست می آید.

جراحی غدد لنفاوی زیر بغل

در اغلب موارد لازم است چربی و غدد لنفاوی از ناحیه زیر بغل برداشته شود تا اطمینان حاصل گردد که آیا سلول های سرطانی به خارج از بافت پستان و به غدد لنفاوی زیر بغلی گسترش یافته اند یا خیر. غدد لنفاوی، بخشی از سیستمی هستند که مایعی بنام لنف را در تمام بدن جمع آوری می کند. وقتی سلول های سرطانی در بدن منتشر می شوند، در اغلب موارد اولین جایی که خارج از پستان می توان آنها را یافت، غده های لنفاوی زیر بغلی هستند. با برداشتن این غده های لنفاوی حین جراحی و بررسی آن زیر میکروسکوپ، متخصص آسیب شناسی می تواند تعیین کند که آیا این غده های لنفاوی مثبت (حاوی سلول های سرطانی) و یا منفی (فاقد سلول های سرطانی) هستند. توجه داشته باشید که علی رغم عوارضی که ممکن است این کار داشته باشد ولی این عمل یکی از مراحل درمان بوده و لازم است انجام شود.

البته مطالعاتی منتشر شده اند که اعلام کرده اند به جای برداشتن تمام یا بیشتر غدد لنفاوی زیر بغل، می توان اولین غده لنفاوی که بعد از بافت پستانی وجود دارد و به آن غده لنفاوی نگهبان می گویند را خارج و بررسی کرد. برای برداشتن غده لنفاوی نگهبان یک ماده ایزوتوپ و نیز یک ماده رنگی را قبل از عمل پستان، در اطراف غده سرطانی و یا در زیر هاله پستان تزریق می کنند. این مواد توسط جریان لنف پستان به سمت غده لنفاوی حمل می شود و جراح بایک وسیله خاص می تواند اولین غده لنفاوی (که همان غده لنفاوی نگهبان است) را مشخص کرده و با برداشتن و ارسال آن برای متخصص آسیب شناسی تعیین می کند که آیا این غده لنفاوی حاوی سلول های سرطانی می باشد یا خیر.

از آنجا که وضعیت غده لنفاوی نگهبان با دقت بالایی نشانگر وضعیت بقیه غدد لنفاوی زیربغل می باشد، اگر این غده لنفاوی عاری از سلول های سرطانی باشد، جراحی خاتمه یافته و این موضوع نشانگر آلوده نبودن غده های لنفاوی زیربغل است. بنابراین برداشتن کامل غده های لنفاوی لزومی نخواهد داشت و بیمار در معرض عوارض آن که مهمترین آنها ورم لنفاوی دست پس از جراحی است، نخواهد بود. البته همواره یک احتمال کم (گاه تا ۱۰٪) وجود دارد که علی رغم یافت نشدن سلول های سرطانی در غده لنفاوی نگهبان، سلول های سرطانی در سایر غده های لنفاوی وجود داشته باشد که این امر می تواند بر موفقیت درمان تأثیر بگذارد. آخرین نکته برای انجام غده لنفاوی نگهبان این است که انجام این روش جراحی، مستلزم طی کردن دوره های ویژه آموزشی توسط

جراح می باشد و در حقیقت هر قدر دانش، تخصص و تجربه جراح در انجام این کار بیشتر باشد احتمال این خطا کمتر است. اگر غده لنفاوی نگهبان برای سلولهای سرطانی مثبت باشد، باید غده های لنفاوی زیر بغل بطور کامل برداشته شود

مراقبت های حین جراحی پستان

بسته به نوع عمل جراحی و سرعت بهبودی بیمار، مدت اقامت در بیمارستان تغییر میکند به طوریکه این زمان می تواند حتی فقط ۲-۱ روز باشد. شما معمولاً صبح روز عمل به بیمارستان می روید. متخصص بیهوشی شما را ویزیت می کند و به سؤالاتتان پاسخ می دهد. اگر احياناً در عمل های جراحی قبلی خود هنگام بیهوش آمدن مشکلاتی از قبیل تهوع، استفراغ، درد شدید یا غیر معمول و یا سایر عوارض را داشته اید حتماً به متخصص بیهوشی بگوئید. همچنین اگر هر یک از اقوام نزدیک شما مشکلاتی حین بیهوشی داشته اند، متخصص بیهوشی خود را در جریان بگذارید. شما از شب قبل (حدود ۱۰-۱۲ ساعت قبل از عمل) تا ساعاتی پس از آنکه از اتاق عمل به بخش منتقل شدید، اجازه خوردن یا آشامیدن ندارید.

طول مدت جراحی بسته به نوع عمل حدود ۱ تا ۳ ساعت خواهد بود. بدیهی است در موارد بازسازی پستان این زمان بیشتر خواهد بود. سپس محل عمل پانسمان شده و یک یا دو لوله (درن) جهت تخلیه ترشحات محل زخم به شما وصل خواهد شد. پس از عمل ممکن است به علت لوله ای که هنگام بیهوشی در گلوئی شما قرار داده می شود، کمی احساس گلو درد داشته باشید. ممکن است احساس کمر ختی، خارش یا درد در قفسه سینه، سطح داخلی بازو و یا شانه داشته باشید. برخی زنان احساس درد در پستانی که برداشته شده و وجود ندارد، می کنند. تمام این موارد گذرا است، نگران نباشید

مراقبت های بعد از عمل

اگر چه برخی جراحان ترجیح می دهند بیمار را تا خارج کردن درن ها (معمولاً تا بعد از هفته اول) در بیمارستان تحت نظر بگیرند ولی امروزه با توجه به مراقبتهای ویژه برای جلوگیری از عفونتهای بیمارستانی و نیز جهت کاهش هزینه های درمان، اغلب جراحان ترجیح می دهند مدت بستری را به حداقل برسانند. در این شرایط شما با پانسمان و یک یا دو درن از بیمارستان مرخص می شوید. این درن ها معمولاً بعد از روز هفتم کشیده خواهند شد و شما لازم است تا ۴۸ ساعت بعد از خارج کردن این لوله ها از حمام رفتن پرهیز کنید. سایر نکاتی که لازم است به آنان توجه کنید شامل موارد زیر است:

- داروهای مسکن و احیاناً آنتی بیوتیک تجویز شده از سوی پزشک معالج را تا آخر مصرف کنید -
- حرکات خفیف دست هر قدر زودتر آغاز شود بهتر است. البته این کار همراه با درد خفیف خواهد بود که باید آنرا تحمل کنید. اخیراً نیز توصیه می شود حرکات ورزشی دست بعد از خروج درن شروع شود.
- برای همیشه از هر گونه تزریق یا گرفتن فشار خون یا حرکت شدید عضلانی با دستی که جراحی - در آن سمت انجام شده است شدیداً پرهیز کنید
- اگر احساس درد دارید، درخواست داروی ضد درد کنید. مهم است که شما پس از جراحی - استراحت کنید و توان خود را بازیابید

عوارض جراحی

ممکن است برخی از عوارض زیر، بعد از جراحی پستان بروز کنند که لازم است در صورت بروز (آنها بلافاصله با پزشک خود مشورت کنید تا اقدام مناسب جهت رفع آنها انجام شود

:موارد زیر از جمله عوارض کوتاه مدت جراحی است

عفونت زخم

هماتوم یا تجمع خون در محل زخم

سروما یا تجمع مایع شفاف در محل زخم

عوارض دراز مدت جراحی نیز شامل موارد زیر است

درد یا «سندرم پس از برداشتن پستان» که به علت صدمه احتمالی به اعصاب ایجاد می شود

لنف ادم یا تورم دست که به دلیل برداشتن غده های لنفاوی زیر بغل ایجاد می شود و می تواند حتی سال ها پس از جراحی ایجاد شود.

مراقبت های پس از ترک بیمارستان

این زمان، زمان بسیار دشواری است. زیرا شما منتظر جواب آزمایشگاه آسیب شناسی هستید.

زمانی که طول می کشد تا جواب آزمایشگاه حاضر شود از بیمارستانی به بیمارستان دیگر و از منطقه ای به منطقه دیگر متفاوت است. به هر حال توجه داشته باشید در اغلب مراکز درمانی کشور این زمان از ۴ تا حدود ۱۰ روز متفاوت است. از نظر برخی زنان تحمل این دوره بسیار مشکل است زیرا آنان منتظر و سرگردان و نگران آینده هستند و همه چیزهایی که برای آنها ممکن است پیش آید را به بدترین شکل تصور می کنند. در این هنگام صحبت کردن با پرستاران و اطرافیان می تواند مفید باشد.

اگر در منطقه و محل شما گروه‌های حمایتی وجود داشته باشند، می‌توانید با فردی از این گروه صحبت کنید. آنها می‌توانند در بیمارستان یا در منزل با شما ملاقات کنند یا ترتیب یک گروه‌مایی گروهی را بدهند و یا حتی با تلفن حمایت لازم را برای شما فراهم کنند.

قبل از ترک بیمارستان به شما آموزش داده می‌شود که چگونه از محل زخم جراحی مراقبت کنید. در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید موه‌های منطقه زیر بغل را زایل کنید یا از خوش بو کننده‌های زیر بغل استفاده کنید، سؤال کنید. (بیشتر آنها حاوی آلومینیوم هستند و ممکن است با درمان پرتو درمانی تداخل کنند). پیرسید که بخیه‌ها چه زمانی برداشته می‌شوند. چنانچه جراح از بخیه‌های غیر قابل جذب استفاده کرده باشد، معمولاً بخیه‌ها ده روز بعد توسط جراح یا پزشک خانواده برداشته می‌شوند. برخی از جراحان از بخیه‌های قابل جذب استفاده می‌کنند که نیازی به برداشتن ندارند. ممکن است ۲-۴ هفته طول بکشد تا بتوانید رانندگی کنید یا به کار خود برگردید. برای برخی زنان قسمتی از کمربند ایمنی که روی شانه می‌افتد بخصوص اگر روی زخم جراحی قرار گیرد بسیار آزاردهنده است. ممکن است گذاشتن یک پارچه نرم بین کمربند و بدنتان به شما کمک کند. تا چند هفته یا بیشتر، تا زمانی که زخم بهبود یابد پوشیدن لباس‌های نرم و آزاد به شما کمک می‌کند تا احساس راحتی بیشتری کنید. اگر جراحی شما از نوع ماستکتومی بوده باشد ممکن است بخواهید یک پروتز پستان از نوع نرم داخل لباس زیر خود بگذارید.

چنانچه ماستکتومی شده‌اید و نیاز به درمان اضافه‌تری از جمله شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی نداشته باشید می‌توانید همزمان با عمل برداشتن پستان یا به فاصله کوتاهی از آن عمل بازسازی پستان را انجام دهید. عاقلانه است که در این مورد با جراحان قبل از عمل جراحی صحبت کنید. ممکن است مانند برخی از زنان از وضعیت بدنتان به همین شکل که هست راضی باشید و نخواهید بازسازی پستان انجام دهید. برخی زنان نمی‌خواهند عمل جراحی دیگری را تحمل کنند و لذا تمایلی به جراحی برای بازسازی پستان ندارند. حالت‌های زیاد دیگری نیز وجود دارد که ممکن است بخواهید آن را انتخاب کنید. شما ممکن است نیاز به زمان داشته باشید (و این ممکن است ماه‌ها یا حتی سال‌ها طول بکشد) تا بتوانید روشی را که برای شما مناسب است، انتخاب کنید. بهترین زمان برای بازسازی پستان می‌تواند هر زمانی باشد. هم زمان با عمل جراحی، شش ماه و حتی یک سال بعد که بر اساس نوع و مشخصات بیماری در افراد مختلف تعیین می‌گردد.

بازتوانی پس از درمان

عمل جراحی از هر نوعی که باشد، در صورتی که غده‌های لنفاوی زیر بغل برداشته شده باشد، محدوده و قدرت حرکت بازو ممکن است محدود شود.

شما می توانید درخواست کنید که با فردی از گروه توانبخشی یا فیزیوتراپی که در زمینه سرطان پستان اطلاعات کافی داشته باشد، ملاقات کنید تا به شما ورزش های لازم را بیاموزد. این ورزشها کمک می کند قدرت بازوی شما بازگشته و دامنه حرکت آن حفظ شود. این ورزش ها بخش مهمی از بهبودی شما هستند و مانع از این می شوند که عضلات بازو و شانه شما سفت و خشک شوند. چه این ورزشها در بیمارستان به شما ارائه شود یا شما خودتان برای ورزش برنامه ریزی کنید، سعی کنید که فعال باشید تا از مشکلات طولانی مدت در زمینه حرکت دست و شانه پیشگیری کنید. در مورد نحوه و چگونگی انجام این ورزشها فیلمها و لوح های فشرده آموزشی وجود دارد که می توانید آنها را تهیه کنید.

خلاصه

جراحی اصلی ترین روش درمان سرطان پستان است. اگر چه شمار زیادی از جراحان درمان سرطان پستان را انجام می دهند ولی انتخاب جراحی که تخصص، تجربه و علم کافی در این زمینه داشته باشد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در مورد انتخاب نوع روش درمانی خود نیز با جراحان مشورت کنید. امروزه در بسیاری از موارد، نیاز به برداشتن کامل پستان وجود ندارد و چنانچه جراحی های کوچک تر از آن به درستی انتخاب شود، نتایج درمانی معادل انجام ماستکتومی خواهد بود. قبل از انجام جراحی در خصوص روزه های بستری، اقدامات قبل و پس از عمل جراحی اطلاعات کافی کسب کنید تا بهتر بتوانید به خود و به جراح خود کمک کنید و نیز انجام جراحی و گذراندن دوران پس از آن برای شما راحت تر باشد.

در این قسمت نیز به مهمترین مراقبت های پرستاری بعد از عمل جراحی سرطان پستان می پردازیم

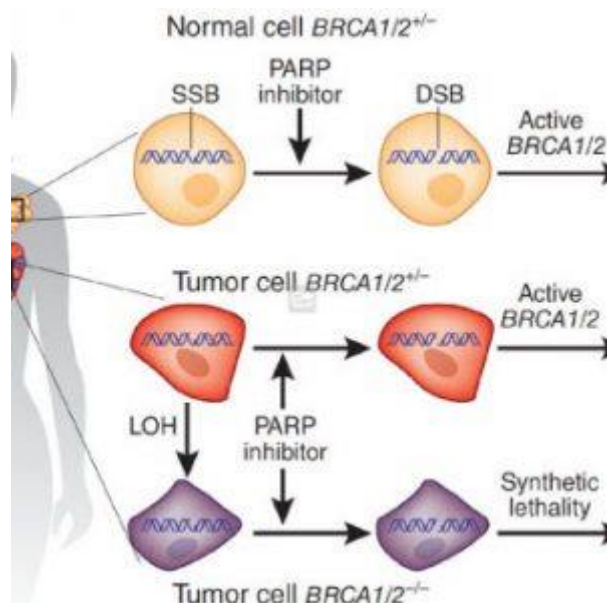
مراقبت های پرستاری بعد از عمل در بیمار ماستکتومی شده

تسکین درد و ناراحتی

بعضی از زنان ممکن است احساس درد در ناحیه دیواره قفسه سینه ، پستان مبتلا و دست طرف مبتلا درد بیشتری احساس کنند . بالا آوردن دست سمت مبتلا به میزان کم موجی کاهش فشار روی ناحیه برش ، بهبود گردش خون و پیشگیری از احتقان وریدی دست طرف صدمه دیده و کاهش درد می شود . راه دیگر کنترل درد تزریق داروهای مسکن مخدر به صورت وریدی یا عضلانی است . داروهای مسکن خوراکی بعد از اینکه بیمار خوردن غذا و مایعات را شروع کرد و اثرات بیهوشی به طور کامل رفع شد . بیمار تشویق به استفاده از داروهای مسکن غیر مخدر مثل استامینوفن قبلاز خواب یا انجام تمرینات شود . و روزی ۲ بار دوش گرم (معمولا از دومین روز بعد از عمل) به تسکین درد ارجاعی عضلات کمک می کند .

حفظ تمامیت پوست و پیشگیری از عفونت

توجه به باز بودن مسیر درن ها موجب پیشگیری از تجمع مایع در زیر برش قفسه سینه و ناحیه زیر بغل می شود که بسیار مهم است . پانسمان ها و درن ها باید کنترل شده و میزان مایعات تخلیه شده



. مرتباً چک شود

اگر همتوم ایجاد شود (معمولاً ۱۲ ساعت بعد از جراحی) می تواند منجر به نکروز فلپ جراحی شود . در صورت مشاهده باید به جراح اطلاع داده و یک بانداژ فشاری روی ناحیه و کیف یخ گذاشته شود . بعد از جراحی ابتدا مایعات درن رنگ خونی دارند ولی به تدریج رنگ آنها به سرورزی _ خونی و سپس سرورزی تبدیل می شود. درن معمولاً به مدت ۷ تا ۱۰ روز در محل باقی گذاشته می شود و بعد از اینکه میزان ترشحات به کمتر از ۳۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت رسید خارج می شود . بیمار با درن ها مرخص می شود بنابراین آموزش به بیمار و خانواده به منظور اطمینان از . مراقبت صحیح سیستم تخلیه ضروری است

تعویض پانسمان فرصتی برای پرستار و بیمار فراهم می کند تا در مورد برش ، بخصوص ظاهر آن و احساس بیمار و تغییر تدریجی ناحیه عمل بحث شود . پرستار در مورد مراقبت از برش جراحی ، حسی که بیمار خواهد داشت و علایم عفونت احتمالی صحبت می کند . بیمار می تواند از روز دوم بعد از عمل دوش بگیرد و برای پیشگیری از عفونت ناحیه عمل را با آب و صابون شستشو دهد . تا ۷ روز ، هر روز یک پانسمان خشک روی ناحیه برش قرار داده می شود وبعد از بهبودی کامل برش (۴-۶ هفته) می توان برای افزایش نرمی و حالت ارتجاعی پوست از لوسیون یا کرم استفاده کرد . بعد از اینکه برش کاملاً بهبود یافت ، بیمار می تواند از دئودورانت استفاده کند ، هرچند . بسیاری از زنان متوجه می شوند که میزان تعریق در ناحیه زیر بغل مبتلا به اندازه سابق نیست

تقویت تصویر ذهنی مثبت

بیمار ممکن است در ابتدا از نگاه کردن به برش جراحی ناراحت شود . هرچند بیمار آماده باشد دیدن ناحیه برش و فقدان پستان اغلب ناراحت کننده است باید هنگامی که بیمار برای اولین بار برش را می بیند خلوت منسب فراهم باشد و پرستار به بیمار اجازه دهد احساسات خود را بیان کند . پرسش از بیمار درباره برداشت او ، توجه به احساساتش و اجازه به او برای بیان احساس خود ، اقدامات پرستاری مهمی هستند . بیمار بهتر است برای اولین بار زخم خود را در حضور پرستار یا . یک فرد مراقبت دهنده دیگر مشاهده کند ، تا بتواند از حمایت آنها برخوردار شود

تسهیل سازگاری مثبت و مقابله

بررسی مداوم نگرانی های بیمار در رابطه با تشخیص سرطان ، پیامدهای درمان جراحی و سرس از مرگ ، از نظر تعیین پیشرفت سازگاری بیمار و مؤثر بودن روشهای مقابله اهمیت دارد . شوهر

بیمار نیز به راهنمایی، حمایت و آموزش نیاز دارد. یکی دیگر از جنبه های مراقبت پرستاری، پاسخ به سؤالات و بحث درباره نگرانیهای بیمار در مورد درمان های بعد از جراحی است. جلب توجه بیمار به بهبودی از عمل جراحی، در عین توجه به نگرانی هایش و پاسخ به سؤالات او می تواند کمک کننده باشند. تعداد کمی از زنان برای تطابق با تشخیص سرطان و تغییرات ناشی از آن به حمایت های اضافی، نیاز دارند.

مشارکت در مراقبت

وقتی حالت تهوع رفت شد و بیمار مایعات را تحت کرد به حرکت و خروج از تخت تشویق می شود. پرستار از سمت سالم و عمل نشده به بیمار کمکی کند. (ورزش شانه، بازو و تنفسی) از روز دوم بعد از عمل در زمینه ورزش به بیمار آموزش و راهنمایی می شود. هدف از ورزش افزایش (گردش خون و قدرت عضلات می باشد. (ب. ص ۱۷۴-۱۷۷

فراهم سازی حمایت روحی

از دست دادن پستان دو مفهوم عمده را در بر می گیرد: تغییر در نامی ظاهری بدن و غم ناشی از فقدان جسمی و جنسی است که با تغییراتی در اهداف، طرحها و کل عمر فرد، همراه است. نحوه ی صحبت زن در مورد کانسر و ماستکتومی، ممکن است شکلی از انکار بخود بگیرد. در این مرحله انکار کردن، نوعی ذخیره انرژی است. احساسهای عصبانیت و خشم ممکن است بروز کند که متوجه پرسنل خانم بخش با دوستان می شود. پس از ترخیص بیمار، اگر سیر بهبودی خود را آهسته پندارد یا پیش از بدست آوردن ذخیره انرژی، فعالیت ها و مسئولیت های پیشین را از سر گیرد، ممکنست دچار دوره های افسردگی گردد.

منابع و مآخذ

. پرستاری بیماریهای زنان، اختلالات جنسی، اختلالات تولید مثل و مقاربتی

نویسنده: فیپس، لانگ، وودز، کاسمیر- مترجم: دکتر حمید نامور - دکتر لادن مقدم

انتشارات چهر- سال نشر: ۱۳۷۳

پرستاری بیماری های دستگاه تناسلی - اورولوژی، زنان و پستان

نویسنده: لاکمن- مترجم: دکتر مهرداد صلحی

انتشارات نشر و تبلیغ بشری- سال نشر: ۱۳۷۴

دستگاه تولید مثل مردان و زنان و بیماریهای پستان

نویسنده: سوزان س. اسملتزر، برنداجی. بر- مترجم: ژیللا عابد سعیدی، صدیفه مجابی

انتشارات سالمی / سال نشر: ۱۳۸۱