



یکصد پاسخ ساده

درباره سرطان پستان

زورا کی براون، کارل کی بوتمن
ترجمه فرزانه فرشادی

۳	مقدمه
۶	فصل اول
۶	مقدمات
۱۵	فصل دوم
۱۵	عوامل خطر و پیشگیری
۱۶	سن
۱۶	سابقه‌ی شخصی
۱۷	سابقه‌ی خانوادگی
۱۸	رژیم و تناسب اندام
۱۹	نژاد
۱۹	عوامل دیگر
۳۴	فصل سوم
۳۴	تشخیص
۳۵	تصویر برداری
۳۵	نمونه برداری
۴۱	فصل چهارم
۴۱	فصل چهارم
۴۱	درمان
۵۱	اقدامات جراحی
۶۱	درمان با پرتو
۶۸	شیمی‌درمانی و هورمون‌درمانی
۷۳	حالت تهوع و استفراغ
۷۵	ریزش مو
۷۵	درد
۷۶	خستگی
۸۲	درمان‌های دیگر
۸۶	طب سوزنی
۸۷	روش‌های ذهن-بدن-روح
۸۷	درمان‌های گیاهی و مکمل‌ها
۹۱	فصل پنجم
۹۲	مسکن‌های غیر دارویی
۹۳	مدیریت دارویی درد
۹۴	روش‌های دیگر درمان
۱۰۲	فصل ششم
۱۰۳	هیجان‌ات بیمار
۱۰۸	بدن بیمار
۱۱۲	خانواده و بیماری سرطان پستان
۱۱۷	فصل هفتم
۱۳۰	فصل هشتم
۱۳۰	روابط شخصی
۱۳۳	واژه نامه
۱۳۹	پیوست

١٤٠.....منابع

سرطان پستان در ایران شایع‌ترین سرطان‌ها در میان خانم‌ها است. شناخت بیماری و درمان به هنگام و مناسب در مراحل ابتدایی می‌تواند جان بیمار را نجات دهد و زندگی طبیعی او را تامین نماید. برای دستیابی به این هدف لازم است بیماران و خانواده آنها و همچنین تیم درمان‌گر با همکاری و آگاهی از آخرین راه‌های تشخیص و درمان به جنگ این بیماری بروند.

همواره پرسش‌های فراوانی درباره علت بیماری، عوامل مستعد کننده، راه‌های پیش‌گیری و بالاخره بهترین روش درمان و مراقبت و پیگیری پس از درمان در ذهن آنها وجود دارد.

پاسخ به این مجموعه پرسش‌ها در مطب یا کلینیک امکان‌پذیر نیست. برای کمک و راهنمایی بیماران و بستگان و هم‌چنین درخواست بیشتر آنها برای دسترسی به یک منبع درست و مطمئن از سرکار خانم فرزانه فرشادی خواستم که با توجه به تسلط کامل بر زبان انگلیسی و اشراف به مسائل طبی و اجتماعی و علاقه شخصی خود ایشان، زحمت ترجمه و تدوین کتاب معتبر «یکصد پرسش و پاسخ درباره سرطان پستان» تالیف خانم زورا براون (Zora K. Broan) و آقای دکتر کارل بوت‌من (Karl k. Boatman) قبول زحمت و اقدام نماید.

جای بسی خوشحالی است که سرانجام با همت والای ایشان کار ترجمه‌ی آن با وسواس و دقت فراوان به انجام رسید و به بیماران عزیز و علاقمندان تقدیم می‌شود. باشد که این مجموعه جالب بتواند در هر زمان با مراجعه به آن پاسخ مناسب و قانع‌کننده و درست را به آنان ارائه نماید.

دکتر مرتضی شفیعی

تابستان ۱۳۹۱

مقدمه

قدیمی‌ترین سند درباره‌ی تشخیص سرطان در دوران مصر باستان حدود ۱۵۰۰ سال پیش از میلاد مسیح نگاشته شده است. یک پزشک مصری دوران باستان، تشخیص هشت تومور در پستان را بر روی پاپیروس گزارش کرده است. این تومورها در دوران باستان با سوزاندن درمان می‌شدند، به این صورت که بافت را با یک ابزار فلزی داغ به نام «میل آتش^۱» می‌سوزاندند. گفته شده است که این روش فقط برای تسکین درد است و نه برای درمان بیماری. شواهدی وجود دارد که در دوران مصر باستان، پزشکان می‌توانستند تومور بدخیم را از خوش‌خیم تشخیص بدهند. با توجه به دست‌نوشته‌های موجود از دوران باستان، به تدریج پزشکان در این دوران توانستند تومور را جراحی کنند، همچنان که امروزه تومور از بدن خارج می‌شود.

قرن‌ها بعد، بقراط پزشک مشهور یونانی، نام *carcinoma* و *carcinosis* را برای تشریح این گونه تومورها به کار برد و از آن پس این بیماری *karkinos* نامیده شد. این واژه در زبان یونانی به معنی خرچنگ است، بقراط این گونه تومورها را به خرچنگ تشبیه کرده است. در زبان فارسی از واژه سرطان که در زبان عربی به معنی خرچنگ است برای این بیماری استفاده می‌شود، واژه چنگار نیز به همین معنی در زبان فارسی کاربرد دارد.

با پیشرفت دانش پزشکی در شناخت بدن، پس از ۱۴۰۰ سال، نظر بقراط درباره‌ی علت سرطان کنار گذاشته شد؛ او علت سرطان را افزایش سودا می‌دانست. نظرهای مختلفی درباره‌ی بروز سرطان با پیدایش کالبد شکافی، شناخت شبکه خون‌رسانی بدن، شبکه لنفاوی و تمایز سلول‌های طبیعی از سرطانی ارائه شد. در قرن بیست‌ویکم پیشرفت‌های شگفت‌آوری در زمینه پژوهش‌های سرطان انجام شد و تحقیقات زیادی بر روی کارسینوژن‌ها، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، تشخیص سرطان و درمان آن ارائه شد. (برای مطالعه تاریخچه سرطان به سایت www.abc4her.com مراجعه شود.)

امروزه، پژوهشگران کوشش می‌کنند با آگاهی‌رسانی، میزان مرگ و میر از این بیماری را کاهش بدهند. آگاهی از ماهیت سرطان و روش‌های درمانی بسیار در کنترل سرطان، درمان و بهبود آن اثربخش است. خبر ابتلا به بیماری سرطان بسیار دلهره‌آور است، ولی نباید مبتلا شدن به سرطان را پایان زندگی تلقی کرد و برای درمان اقدام نکرد. باید بر ترس چیره شد و بدن را از وجود مهمان ناخوانده پاک کرد. در هر مرحله‌ای از زندگی، ترس زائیده تاریکی اطراف ما و نبود شناخت از

پدیده‌ها است. هرگاه در روشنایی چراغ، پیرامون را بنگریم و از اتفاقات اطراف خود باخبر شویم، بهتر می‌توانیم بر ترس ناشی از جهالت چیره شویم. دانش و آگاهی بهترین روش مبارزه با هر پدیده ناشناخته‌ای است. کتاب حاضر نیز با هدف آگاهی رسانی ترجمه شده است. مخاطبین کتاب اصلی جامعه زنان آمریکایی است، به همین علت ممکن است برخی از مطالب برای خوانندگان ایرانی ملموس نباشد. ولی امیدوارم مانند روشنایی در دستان شما باشد و راه شناخت بیماری سرطان پستان را با زبان بسیار ساده آشکار کند.

استادان بزرگواری، وقت ارزشمند خود را در اختیار من گذاشتند تا ترجمه‌ی این کتاب سرانجام بگیرد، از آنان بسیار سپاسگزارم. آقای دکتر مرتضی عطری مانند پدری مهربان تمام مطالب را با دقت بازنگری کردند، آقای دکتر عبدالله عزیزبان با شکیبایی فراوان تمام پرسش‌های من را پاسخ دادند و آقای دکتر حسن جلایی‌خو کتاب را برای ترجمه در اختیار من قرار دادند.

فصل اول

مقدمات

اگر کسی مبتلا به سرطان پستان بشود، خواهد مرد؟ آیا این حقیقت است که سرطان

پستان اولین و شایع‌ترین علت مرگ و میر در میان خانم‌ها است؟

علت سرطان پستان چیست؟ چگونه می‌توان مشخص کرد، شخصی در خطر ابتلا به

سرطان پستان است.

گونه‌های مختلف سرطان پستان کدامند؟ سرطان پستان مهاجم و غیرمهاجم چه تفاوتی

دارند؟

و بیشتر ...

۱. سرطان چیست؟

اندام‌های بدن از سلول‌های مختلف تشکیل شده‌اند، که از طریق شکل و کارکرد به راحتی از یکدیگر متمایز می‌شوند. مثلاً، سلول‌های مغز با سلول‌های خون متفاوت هستند و به راحتی از سلول‌های کبد و پوست تمایزپذیر هستند. به طور طبیعی، فقط در هنگام نیاز بدن، سلول‌ها با یک روش منظم تقسیم می‌شوند. هر سلول یک چرخه‌ی زندگی از پیش برنامه‌ریزی شده دارد که مشمول زمان مرگ سلول نیز هست و در زمان مشخص آغاز می‌شود. این روند تنظیم تناسب بین مرگ و زندگی سلولی باعث می‌شود که بدن سالم بماند.

گاهی اوقات، سلول‌ها غیرطبیعی شده و به شکل کنترل نشدنی، شروع به تقسیم و رشد می‌کنند یا در زمان مناسب نمی‌میرند. اگر سلولی در زمانی که بدن احتیاج به سلول جدید ندارد، تقسیم گردد، سلول‌های جدید، بافت جدیدی تشکیل می‌دهند. تجمع یا گره در بافت جدید تومور نامیده می‌شود و ممکن است بی‌خطر (خوش‌خیم) یا خطرناک (بدخیم) باشد.

تومورهای خوش‌خیم سرطانی نیستند. معمولاً این دسته از تومورها با عمل جراحی برداشته می‌شوند و در بیشتر اوقات دوباره تشکیل نمی‌شوند (عود نمی‌کنند) موضوع مهم این است که سلول‌ها در تومورهای خوش‌خیم به بافت‌های مجاور تهاجم نمی‌کنند و در قسمت‌های دیگر بدن گسترده نمی‌شوند. تومورهای خوش‌خیم، خطری برای زندگی به شمار نمی‌آیند.

تومورهای بدخیم سرطانی هستند. سلول‌های سرطانی به روش کنترل نشدنی، رشد کرده، تقسیم می‌شوند و تمایز ناپذیر می‌شوند؛ به این معنی که خصوصیات رفتاری شناخته شده‌ی سلول طبیعی در بافت اصلی را ندارند و این سلول‌ها، می‌توانند به بافت و عضو هم‌جوار تهاجم کنند. این گروه سلول‌ها همچنین می‌توانند از تومور بدخیم خارج شده و وارد جریان خون یا شبکه لنفاوی بدن شوند. این‌گونه است که سرطان در بدن گسترده می‌شود و تومور ثانویه در اعضای دیگر بدن، شکل می‌گیرد. گسترش سرطان متاستاز^۱ نامیده می‌شود.

به طور کلی، سرطان‌ها بر دو گروه هستند: کارسینوما که در سلول‌های سطح بافت‌های مختلف (اپیتلیال)^۲ بدن تشکیل می‌شوند و سارکوم که در بافت هم‌بند تشکیل می‌شوند، سرطان‌های پستان از نوع کارسینوما هستند.

۲. اگر کسی مبتلا به سرطان پستان شود خواهد مرد؟ آیا این حقیقت است که سرطان پستان شایع‌ترین علت مرگ و میر بین خانم‌ها است؟

۱- دست اندازی Metastase

۲- بافت پوششی Epithelial

سرطان پستان، بیماری خطرناک و بسیار دلهره‌آوری است ولی به این معنی نیست که اگر کسی به سرطان پستان مبتلا شود، حتماً خواهد مرد. بسیاری از خانم‌ها سال‌ها پس از ابتلا به سرطان پستان به زندگی خود ادامه داده‌اند و تعداد بی‌شماری کاملاً درمان شده‌اند.

چگونگی واکنش بیماری سرطان، بسیار به گسترش بیماری، روش درمان پزشکی و همکاری بیمار در درمان سرطان بستگی دارد.

گزارش‌های خوب زیادی در مورد سرطان پستان وجود دارد. اول، میزان رشد مرگ در اثر سرطان پستان رو به کاهش است. دوم، اگر سرطان در مراحل ابتدایی با تصویربرداری پستان‌ها (ماموگرافی، سونوگرافی و ام. آر. آی) تشخیص داده شود، سرطان پستان درمان‌پذیر است. سوم، پیشرفت در تشخیص، درمان و پیش‌آگهی همچنان ادامه دارد و امیدهای زیادی را به ارمغان آورده است، حتی برای خانم‌هایی که دچار سرطان پیشرفته پستان هستند. برخی از این پیشرفت‌ها در فصل‌های بعدی آمده است.

طبق گزارش انجمن سرطان آمریکا، سرطان ریه اولین علت مرگ و میر در میان خانم‌های آمریکایی اعلام شده است. هر چند که سرطان پستان در رتبه دوم و با ارقام نزدیکی پس از سرطان ریه قرار گرفته است. ولی در بین زنان ۴۰ تا ۵۵ سال، اولین علت مرگ و میر، سرطان پستان اعلام شده است. سرطان پستان اولین عامل مرگ در بین تمام گروه‌های سنی خانم‌ها نیست. زیرا، سرطان پستان در مقایسه با سرطان ریه راحت‌تر شناسایی می‌شود و بهتر می‌توان آن را کنترل و درمان کرد. سرطان پستان یکی از رایج‌ترین انواع سرطان در بین خانم‌های آمریکایی است. امروزه بیش از دو میلیون نفر از بیماری سرطان پستان نجات یافته‌اند و در حال حاضر در آمریکا زندگی می‌کنند.^۱ موسسه ملی سرطان و سازمان‌های معتبر دیگر^۲ تخمین می‌زنند که حدود ۱۸۲/۰۰۰ نفر به تعداد بیماران سرطان پستان در سال ۲۰۰۱ افزوده شده است.

۳. چه عواملی باعث بروز سرطان پستان می‌شوند؟ چگونه مشخص می‌گردد که فردی در معرض ابتلا به بیماری است؟

جنسیت، اولین عامل برای ابتلا به بیماری است. ولی احتمال ابتلا به بیماری در افراد مختلف می‌تواند به میزان کم، متوسط و زیاد تغییر کند و این موضوع به عوامل خطر بستگی دارد که در فصل‌های بعدی به آن‌ها اشاره شده است. حقیقت این است که نمی‌توان یک علت را فقط عامل بروز بیماری سرطان پستان شناسایی کرد. ترکیب پیچیده‌ایی از بسیاری عوامل می‌تواند امکان ابتلا به بیماری را در یک خانم افزایش بدهد. آمار منتشر شده از سوی موسسه ملی سرطان احتمال ابتلا

۱- کتاب در سال ۲۰۰۹ چاپ شده است.

۲- End results program (SEER) 1973-1997 و Epidemiology

به سرطان پستان در دوره‌ی میان‌سالی در بین خانم‌ها را ۱ به ۸ نفر اعلام کرده است. چگونه می‌توان تشخیص داد که چه کسی امکان دارد یک نفر از این هشت نفر باشد؟ احتمال ابتلا به سرطان پستان در یک خانم با عوامل مشخصی در ارتباط است. تعدادی از این عوامل کنترل‌شدنی هستند: رژیم غذایی نامناسب، وزن زیاد، ورزش نکردن و نوشیدن الکل از جمله عواملی هستند که می‌توانند بر روی احتمال ابتلا به بیماری تأثیر منفی داشته باشند، البته برخی از این عوامل راحت‌تر تغییرپذیر هستند. برخی از عوامل کنترل‌نشده‌ی هستند یا به سختی کنترل می‌شوند: نژاد، سابقه‌ی فامیلی ابتلا به سرطان پستان، نشانه‌های فردی مانند سابقه‌ی بیماری در سرطان تخمدان و وضعیت عمومی سلامتی شخص، سن فعلی، اولین تاریخ قاعدگی خانم‌ها، سابقه زایمان، تغذیه کودک با شیر مادر، تاریخ اولین بارداری و سن یائسگی از شاخص‌های وضعیت عمومی سلامت خانم‌ها به شمار می‌آید. شخص باید دریابد که نمی‌تواند بر روی این گروه از عوامل مؤثر در احتمال ابتلا به سرطان پستان هیچ تأثیری بگذارد. فقط کافی است، با در نظر گرفتن این موضوع، در پیگیری مصمم باشد، نسبت به علایم هوشیار باشد و از وضعیت خود آگاهی داشته باشد.

برنامه‌ی سنجش عوامل خطر بر روی سایت مؤسسه ملی سرطان در دسترس است و به علاقمندان کمک می‌کند به سرعت و به آسانی، درجه‌ی امکان وجود خطر را بررسی کنند. برای اطلاع از جزئیات چگونگی استفاده از این خدمات به سؤال ۱۵ مراجعه شود.

۴. آیا سرطان پستان فقط بافت پستان را درگیر می‌کند؟ آیا سرطان پستان دارای انواع گوناگون است؟

واژه‌ی سرطان پستان، شامل تمام سرطان‌هایی است که از پستان آغاز می‌شوند و گاهی به خارج از پستان گسترده می‌شوند. مهم است، به این نکته توجه شود: بافت پستان به آنچه که اغلب خانم‌ها تصویری از پستان خود دارند، محدود نمی‌شود؛ بلکه بافت پستان به اطراف و بالا و پایین نیز کشیده شده است (مراجعه شود به پرسش ۱۳). به همین دلیل است که خانم‌ها باید هنگام معاینه پستان، به نواحی زیر بغل‌ها و بالای پستان‌ها نیز توجه کافی داشته باشند. انتشار سرطان پستان به اعضای دیگر مانند ریه، کبد، استخوان را متاستاز سرطان پستان می‌گویند. هنگامی که سرطان پستان گسترده می‌شود و به اعضای دیگر دست‌اندازی می‌کند و زمانی که تومور ثانویه در عضو دیگری مشاهده می‌شود؛ باز هم بیماری، سرطان پستان پیشرفته یا متاستاتیک نامیده می‌شود. گاهی، پزشکان این وضعیت را متاستاز دوردست نیز می‌نامند. هرگونه سرطان پیشرفته‌ای می‌تواند به عضو مورد تهاجم آسیب برساند. معمولاً، اولین گسترش در گره‌های لنفاوی مشاهده می‌شود و به همین علت، تشخیص و درمان سرطان، فقط بر روی پستان مبتلا متمرکز نمی‌شود؛ بلکه گره‌های لنفاوی داخل و اطراف پستان نیز مشمول درمان هستند (مراجعه شود به پرسش‌های ۲۳ و ۲۹ و ۳۴).

دو ساختار در پستان وجود دارد که معمولاً سرطان از این قسمت‌ها شروع می‌شود. هر پستان تقریباً از ۲۰ لب^۱ تشکیل شده است که ظاهری شبیه خوشه انگور دارند و هر کدام از دانه‌های انگور، لوبول^۲ نامیده می‌شوند و خوشه‌ی انگورها، مجاری شیری^۳ نامیده می‌شوند. لوبول‌ها شیر تولید می‌کنند و مجاری در زمان شیر دهی، شیر را به نوک پستان هدایت می‌کنند. سرطان‌هایی که سر منشأ آن‌ها از درون مجاری شیری است، کارسینومای مجاری شیری^۴ نامیده می‌شوند و تا به امروز بیشترین درصد سرطان‌های پستان از این گونه بوده‌اند. سرطان همچنین می‌تواند از درون لوبول‌ها آغاز شود، که در این صورت کارسینومای غدد شیری^۵ نامیده می‌شود. تعداد این نوع سرطان کمتر است و معمولاً در قسمت‌های دور از هم، در یک پستان اتفاق می‌افتد. گونه‌های کمیاب‌تری مانند سرطان پستان التهابی^۶ و پاژه^۷ (پاژت) هم وجود دارند که سرمنشأ آن‌ها پستان است و در این مورد در فصل‌های بعدی توضیح داده خواهد شد.

۵. گونه‌های مختلف سرطان پستان کدامند؟
سرطان پستان مهاجم و غیر مهاجم چه تفاوتی دارند؟

یکی از مهم‌ترین عوامل در پیش‌آگهی نتیجه‌ی درمان سرطان به تهاجمی بودن یا غیرتهاجمی بودن تومور بستگی دارد. بدیهی است سرطان‌های غیرمهاجم (درجا)^۸ پیش‌آگهی و سرانجام بهتری از نوع مهاجم دارند. با تشخیص این موضوع است که روش‌های درمان و انتظار بیمار از نتیجه‌ی درمان مشخص می‌گردند.

سرطان غیرمهاجم یا درجا به محیط مجاری یا لوبول محدود است و به ناحیه‌ی اطراف گسترش پیدا نمی‌کند. دو گونه سرطان پستان غیرمهاجم یا درجا اصلی وجود دارد. کارسینومای غیرمهاجم یا درجای مجاری شیری^۹ که گاهی کارسینومای داخل مجاری^{۱۰} هم نامیده می‌شود و کارسینومای غدد شیری^{۱۱}.

Lobes - ۱

Lobule - ۲

Duct - ۳

Ductal Carcinoma - ۴

Lobular Carcinoma - ۵

Inflammatory - ۶

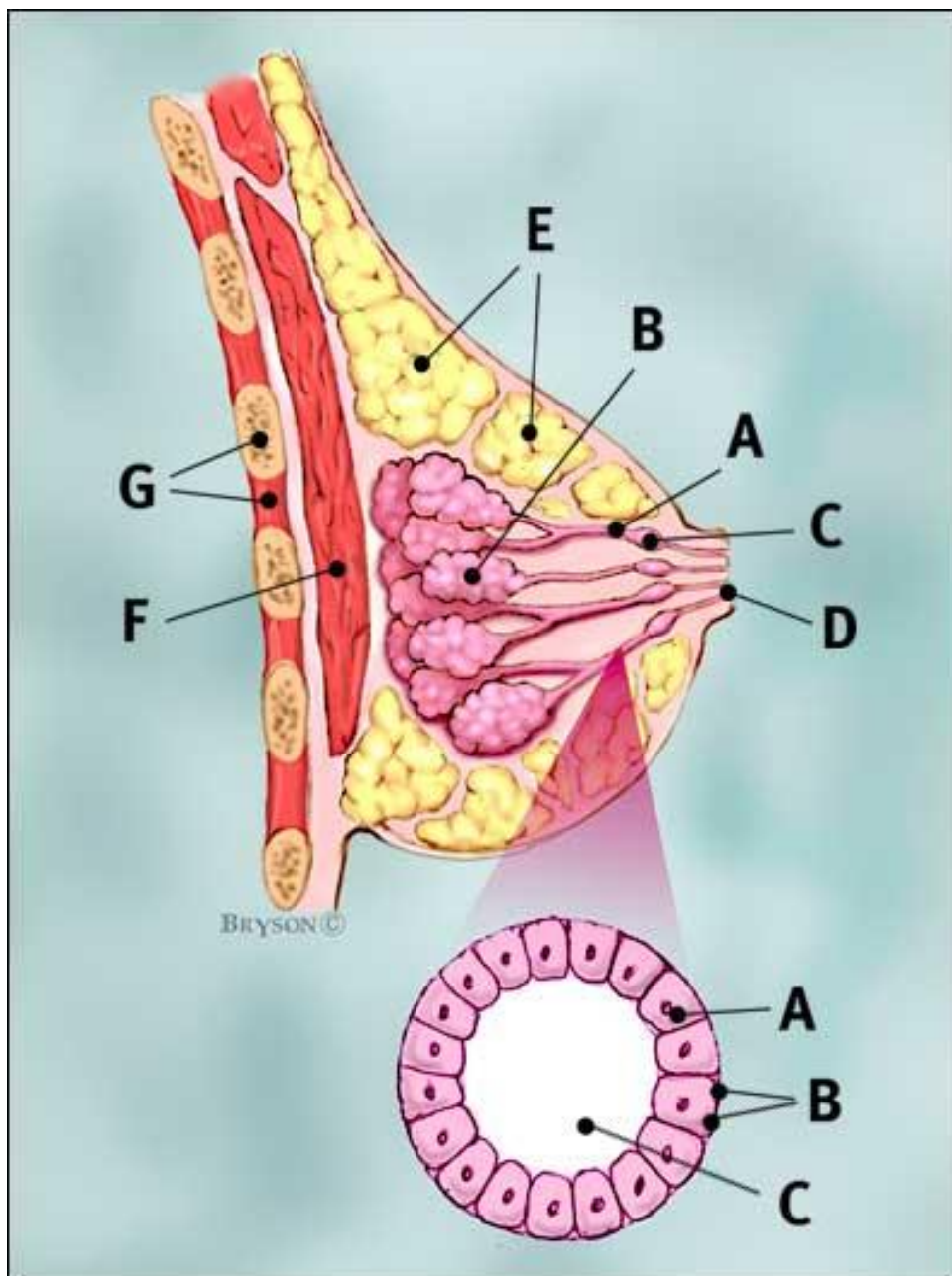
Paget - ۷

In Situ - ۸

Ductal Carcinoma In Situ - ۹

Intraductal Carcinoma - ۱۰

Lobular Carcinoma In Situ - ۱۱




تشخیص کارسینومای مجاری شیری درجا، خبر خوشی است؛ زیرا سلول‌های غیرطبیعی فقط در داخل مجاری شیری وجود دارند و این سلول‌های غیرطبیعی به خارج از مجاری شیری گسترش پیدا نکرده‌اند. همچنین این سلول‌های غیرطبیعی، به داخل بافت پستان، اطراف پستان و گره‌های لنفاوی زیر بغل یا اعضای دیگر بدن گسترش پیدا نکرده‌اند. امکان درمان کارسینومای مجاری شیری درجا بسیار زیاد است، ولی اگر مداوا نشود ممکن است پس از گذشت سال‌ها تبدیل به سرطان مهاجم شود. برای جلوگیری از ابتلا به گونه‌های جدی‌تر از سرطان پستان مهاجم، باید درمان مناسب برای کارسینومای مجاری شیری درجا انجام داد.

تشخیص کارسینومای غدد شیری، به این معنی است که سلول‌های غیرطبیعی در داخل لوبول (غدد شیری) هستند. کارسینومای غدد شیری در مرحله غیرمهاجم یا درجا، سرطان پستان حقیقی در

نظر گرفته نمی‌شود، ولی یک هشدار برای بالا رفتن خطر ابتلا به سرطان مهاجم است. گاهی اوقات، کارسینومای غدد شیری به صورت تصادفی در هنگام نمونه‌برداری (روشی که سلول‌ها برای آزمایش میکروسکوپی، از بافت پستان جدا می‌شوند) از یک توده یا گزارش ماموگرافی از تغییرات غیرمعمول در پستان شناسایی می‌شوند.

چون این‌گونه سرطان پستان، در بدن گسترش نیافته است، درصد درمان آن زیاد است (بیشتر از ۹۰٪). هرچند، این‌گونه سرطان‌ها می‌توانند عوامل خطر ابتلا به یک سرطان پستان جدی و مهاجم را فراهم سازند. اگر بیماری به سرطان درجا، تشخیص داده شده است، چنانچه درمان را سریع شروع کند احتمال بهبود و جلوگیری از بازگشت سرطان پستان را بسیار افزایش داده است؛ و در صورتی که درمان به تأخیر بیفتد، احتمال تبدیل سرطان به نوع مهاجم افزایش می‌یابد و ممکن است، بیماری سخت‌تر درمان شود.

سرطان مهاجم^۱ به نوعی از سرطان گفته می‌شود که مرزهای بافت طبیعی پستان شکسته شده و سرطان به محیط اطراف پستان مهاجم کرده است. این‌گونه سرطان‌ها بسیار خطرناک‌تر از نوع درجا و غیرمهاجم هستند. سرطان مهاجم با گردش جریان خون و شبکه‌ی لنفاوی، می‌تواند به اعضای دیگر بدن گسترش یابد. معمولاً، برای این‌گونه سرطان‌ها همان‌گونه که در پرسش ۲۶ توضیح داده شده است، درمان سخت‌تر و طولانی‌تر است. اما با این وجود سرطان‌های اجم بهتر درمان می‌شوند.

گونه‌های متفاوتی از سرطان‌های مهاجم وجود دارند. شایع‌ترین سرطان‌های پستان مهاجم، نیز همانند کارسینوماهای غیرمهاجم، غالباً از مجاری شیری و غدد شیری آغاز می‌شوند. معمولاً، آرایش ژنتیکی سلول‌های سرطانی، یک عامل تشخیص در روش درمان است. درمان‌های ویژه‌ای برای درمان‌گیرنده‌های استروژن مثبت^۲ ER+ و پروتئین^۳ HER2+ در دسترس است (جزئیات در پرسش ۲۶ آمده است). این‌گونه سرطان‌ها به شکل توده در پستان دیده می‌شوند که معمولاً در ماموگرافی گزارش شده‌اند یا پزشک در هنگام معاینه بالینی آن‌ها را لمس کرده است (به پرسش ۱۲ مراجعه شود) انواع سرطان‌های پستان کمیاب، مانند پاژه و سرطان التهابی^۴، با انواع رایج سرطان‌های مجاری شیری یا غدد شیری متفاوت هستند.

سرطان التهابی، نوعی سرطان پستان بسیار کمیاب و مهاجم است. علائم بالینی آن همانند عفونت یا واکنش‌های آلرژیک است. گاهی اوقات همین نشانه‌ها در بیماری‌های خوش‌خیم پستان نیز ظاهر می‌شوند. به همین دلیل، تشخیص این بیماری بسیار دشوار است. رنگ پستان قرمز و

۱- Invasive

۲- Estrogene positive

۳- Human Epidermal growth factor Receptor 2

۴- Inflammatory Breast Cancer

متماایل به صورتی، یا حتی نارنجی و احساس گرما در پستان ممکن است از نشانه‌های این بیماری باشد. پوست پستان ممکن است همانند پوست پرتقال به نظر بیاید و نقاط قهوه‌ای رنگ متمایل به سیاه، مانند آثار سوختگی بر روی پستان دیده شود. ممکن است، تغییرات در رنگ و ظاهر آرنجول^۱ نیز مشاهده شود. در ۱۰٪ موارد ممکن است، دردهای تیز، ناگهانی یا یک درد مشخص و دائمی در پستان احساس شود. این نشانه‌ها، در اثر بسته شدن شبکه لنفاوی پوست با سلول‌های سرطانی ایجاد می‌شوند. حتی ممکن است ترشحاتی نیز از نوک پستان خارج شود و گاهی اوقات گره‌های لنفاوی زیر بغل یا نزدیک جناب سینه متورم گردند. سرطان پستان التهابی بسیار سریع رشد کرده، به سرعت گسترش می‌یابد و بسیار خطرناک است. اگر نشانه‌های گفته شده، بعد از یک دوره درمان با آنتی‌بیوتیک بهتر نشد، لازم است که نمونه برداری انجام شود تا علت بروز نشانه‌ها مشخص شود.

بیماری پاژه یک سرطان بسیار کمیاب است؛ از مجرای شیری نوک پستان منشأ می‌گیرد و با سرطان التهابی پستان متفاوت است. رشد کندی دارد، اما همانند سرطان التهابی پستان، علایم بالینی با نشانه‌های عفونت یا التهاب پستان همانند است. بنابراین بدون درمان رها می‌شود تا زمانی که بیماری بسیار پیشرفت کرده باشد. نشانه‌ها شامل، قرمزی، احساس خارش یا سوزش در نوک پستان است. گاهی اوقات، دردی وجود دارد که به راحتی از بین نمی‌رود و معمولاً، یک پستان درگیر می‌شود. همانند سرطان التهابی پستان، هرگاه تغییری در ظاهر یا موقعیت (شرایط) پستان پیش آمد و این علایم بیش از چند روز ادامه یافت حتماً باید به پزشک مراجعه کرد تا علایم کاملاً بررسی شوند.

به اشتباه، بیشتر خانم‌ها فکر می‌کنند اگر توده‌ای در پستان دیده نشود، تغییرات در پستان‌ها علامت مهمی نیستند تا به دقت بررسی شوند. اما در حقیقت برخی سرطان‌ها، هیچ‌گونه تومور یا توده ایجاد نمی‌کنند که به راحتی با لمس یا ماموگرافی تشخیص داده بشوند. به همین خاطر، این‌گونه سرطان‌ها، زمانی تشخیص داده می‌شوند، که به مراحل پیشرفته رسیده‌اند و حتی گاهی اوقات، تشخیص اشتباه، می‌تواند باعث گسترش بیماری شود. هر گونه تغییر ناگهانی در پستان‌ها که بیش از چند روز ادامه یافت، موضوعی جدی است و باید به پزشک متخصص مراجعه کرد.

۶. سرطان پستان انواع مختلف دارد، آیا توده‌های خوش‌خیم پستان نیز متعدد هستند؟

بیشتر ناراحتی‌های پستان، مانند توده‌های قابل لمس، دردهای پستان یا عفونت‌ها، معمولاً خوش‌خیم و غیر سرطانی هستند. اگر تغییراتی که در جدول شماره ۱ گروه بندی شده است، در پستان مشاهده شود باید حتماً به پزشک متخصص مراجعه شود.

جدول شماره ۱

ارتباط با سرطان	گروه‌های سنی رایج	انواع توده‌های پستان
سرطانی نیستند و احتمال ابتلا به سرطان را افزایش نمی‌دهد. ۱٪ از سرطان‌های بسیار نادر از کیست‌ها شروع می‌شوند.	بین ۳۰ تا ۵۰ خانم‌هایی که پس از یائسگی هورمون درمانی می‌شوند.	کیست: کیسه پر از مایع که مانند یک توده نرم حس می‌شوند.
سرطانی نیستند. اگر توده‌ها حاوی نوع خاصی از سلول‌ها باشند، احتمال ابتلا به سرطان افزایش می‌یابد. ۱٪ از سرطان‌های بسیار نادر از کیست‌ها شروع می‌شوند.	نوجوانان، خانم‌های جوان و گاهی گروهی که در پیش یائسگی هستند و هورمون درمانی می‌کنند.	فیبروآدنوما: توده سفت که به راحتی در بافت پستان جا به جا می‌شود.
	خانم‌های ۴۰ سال بیشتر و داشتن سابقه خانوادگی در ابتلا به سرطان پستان	سرطان: توده منسجم که ممکن است، حساس به نظر بیاید.
بدون ارتباط با سرطان پستان	خانم‌هایی که در دوره باروری هستند و آن دسته که در پیش یائسگی قرار دارند و هورمون درمانی می‌کنند.	دردهای دوره‌ای: حساس شدن پستان که با دوره‌های قاعدگی کاهش و افزایش می‌یابند.
غالباً از درون یک کیست جدید یا کیست در حال تورم است، ۱٪ از خانم‌ها با درد غیر دوره‌ای دچار سرطان پستان می‌شوند.	در تمام گروه سنی و اقوام.	دردهای غیردوره‌ای: دردهای پیوسته در یک نقطه که با دوره‌های قاعدگی کاهش و افزایش نمی‌یابند.
بدون ارتباط با سرطان پستان، ولی نشانه مشکل دیگری است که باید به پزشک مراجعه کرد.	در تمام گروه سنی و اقوام.	درد با منشأ خارج از پستان: درد قفسه صدری یا ریه که در زیر پستان است.

فصل دوم

عوامل خطر و پیشگیری

کدام عوامل خطر، احتمال ابتلا به سرطان را افزایش می‌دهند؟

آیا وجود گره در پستان‌ها به معنی ابتلا به سرطان است، یا وجود این گره‌ها، احتمال ابتلا

به سرطان را افزایش می‌دهند؟

ارتباط سرطان با هورمون استروژن چیست؟

و بیشتر...

۷. کدام عوامل خطر، احتمال ابتلا به سرطان را افزایش می‌دهند؟

تعدادی از عوامل خطر که بسیار مهم‌تر هستند، در زیر به ترتیب احتمال حدوث، بررسی خواهند شد.

سن

بزرگ‌ترین عامل خطر برای ابتلا به سرطان پستان، سن است و البته با کهنلت، این خطر همیشه رو به افزایش است. میانگین سن خانم‌هایی که دچار سرطان پستان شده‌اند در اوایل دهه‌ی ۶۰ سالگی است و این بدان معنی نیست که افراد در دوره‌های سنی ۲۰، ۳۰، ۴۰ دچار سرطان پستان نمی‌شوند، چرا که این گروه سنی نیز دچار می‌شوند. به این معنی است که با افزایش سن امکان ابتلا به بیماری نیز بیشتر می‌شود. خانم‌ها متفاوت هستند و همه‌ی خانم‌های بالای ۶۰ سال مبتلا به سرطان پستان نمی‌شوند و فقط احتمال ابتلا سرطان، در میانگین ۶۰ سالگی بیشتر از دوره‌ی ۴۰ تا ۵۰ سالگی است. آمارهایی که قبلاً ارائه شد (یک نفر از هشت نفر در طول عمر خود دچار سرطان پستان می‌شوند) بسیار دلهره‌آور است ولی این آمار بر اساس در نظر گرفتن طول عمر ۷۰ سال ارائه شده است. آمارهای تخصصی‌تری که سن خانم‌ها را مورد بررسی داده‌اند، گزارش متفاوتی ارائه کرده‌اند (بیشتر قابل اطمینان هستند) یک نفر از ۲۵۷ نفر در دوره‌ی ۳۰ سالگی احتمال ابتلا به سرطان پستان را دارد. در حالی که احتمال ابتلا به سرطان پستان برای همین شخص در نیمه دوم ۵۰ سالگی، ۱ نفر به ۳۶ نفر است. احتمال افزایش خطر بعد از ۳۰ سالگی رو به افزایش است. ولی در یک خانم ۸۰ ساله احتمال ابتلا به سرطان پستان یک نفر به ۲۴ نفر است، چرا که میزان جمعیت افراد بالای هفتاد سال کاهش می‌یابد. این آمار نشان می‌دهند که خانم‌ها باید با افزایش سن به تغییرات پستان‌ها هوشیار باشند؛ چرا که احتمال خطر افزایش یافته است.

سابقه‌ی شخصی

یکی دیگر از عوامل خطر، سابقه‌ی بیماری افراد است. در رأس، تاریخچه‌ی بیماری سرطان پستان، سرطان تخمدان و سرطان روده بزرگ را می‌توان نام برد. باید توجه کرد که این مطلب، به معنی احتمال گسترش بیماری، بازگشت یا متاستاز این نوع سرطان‌ها نیست؛ بلکه این یعنی دچار شدن به یک سرطان جدید و غیرمرتبط در پستان سالم. خانم‌هایی که قبلاً دچار یکی از سرطان‌های نام‌برده شده‌اند، احتمال ابتلا به سرطان پستان در آن‌ها بیشتر است.

تغییرات فیزیولوژی بدن، مانند نخستین قاعدگی و یائسگی نیز ارتباط کمی با ابتلا به سرطان پستان در خانم‌ها دارد. اگر نخستین قاعدگی، قبل از ۱۲ سالگی رخ بدهد و یائسگی بعد از ۵۵ سالگی باشد، (یا هر دو) ممکن است احتمال ابتلا به سرطان پستان بالا برود. خانم‌هایی که اصلاً زایمان نداشته‌اند، آن دسته که پس از ۳۰ سالگی باردار شده‌اند، نیز نسبت به کسانی که قبل از این سن باردار شده‌اند در خطر بیشتری قرار دارند. به‌علاوه به نظر می‌آید، شیردهی به نوزاد، احتمال ابتلا

به سرطان پستان را کاهش می‌دهد. هر چقدر مدت زمان شیردهی طولانی‌تر باشد احتمال ابتلا کمتر می‌شود. درمان سرطان با رادیوتراپی در دوره کودکی یا در هر زمانی از طول زندگی به ویژه در منطقه قفسه سینه، می‌تواند احتمال ابتلا به سرطان پستان را افزایش دهد. هورمون درمانی پس از یائسگی احتمال خطر را افزایش می‌دهد؛ به ویژه اشخاصی که از ترکیبات استروژن و پروژسترون استفاده کرده‌اند. ولی بسیاری از تحقیقات اخیر احتمال چنین خطری را در مورد قرص‌های خوراکی ضد بارداری نشان نمی‌دهند (به پرسش ۹ مراجعه شود). هایپرپلازیا یک بیماری غیرسرطانی پستان است و با رویش سلول‌های غیر طبیعی داخل مجاری شیری پستان و لوبول‌ها تشخیص داده می‌شود. این بیماری نیز ممکن است در آینده عاملی برای بروز سرطان پستان مهاجم شود.

سابقه‌ی خانوادگی

بسیاری بر این باورند که سرطان پستان یک بیماری خانوادگی است، ولی آمار ارائه شده برخلاف این تصور است. ۸۰٪ از خانم‌هایی که دچار سرطان شده‌اند هیچ‌گونه سابقه‌ی خانوادگی بارزی نداشته‌اند. هرچند خانم‌هایی که اقوام خونی آن‌ها قبلاً دچار سرطان پستان شده‌اند، در معرض خطر بیشتری قرار دارند؛ به ویژه اگر وابستگی نزدیک (مادر، خواهر، دختر) باشد. اگر علت بروز سرطان در خانواده، جهش و نقصان در نسخه‌برداری ژنی باشد؛ امکان افزایش این خطر وجود دارد چرا که ممکن است این نقص به اقوام نزدیک به ارث رسیده باشد. این اعتقاد که چنین ژن‌هایی سرطانی فقط از طرف مادر خانواده به فرد منتقل می‌شوند، کاملاً اشتباه است. عوامل خطر موروثی، برای ابتلا به سرطان پستان از هر دو طرف پدر و مادر منتقل می‌شوند. ولی یک مرد با نقصان‌های ژنتیکی در مقایسه با خانمی که همان نقصان‌های ژنتیکی را به ارث برده است، احتمال کمتری برای دچار شدن به سرطان پستان دارد.

یک خانم با سابقه‌ی بارز خانوادگی ابتلا به سرطان پستان یا سرطان تخمدان در معرض خطر بیشتری قرار دارد. چنانچه دو یا چند نفر از اقوام نزدیک دچار سرطان پستان یا تخمدان شده‌اند، یا اگر یکی از اعضای نزدیک خانواده قبل از ۵۰ سالگی دچار سرطان پستان شده باشد، شخص سابقه فامیلی بارزی دارد. عضو نزدیک خانواده می‌تواند مادر، خواهر یا مادر بزرگ از طرف پدر یا مادر باشد. سرطان پستان در آقایان بسیار نادر است، ولی در صورتی که پدر، برادر، عمو و دایی به سرطان پستان مبتلا شده باشند، آن‌ها نیز عضو نزدیک خانواده محسوب می‌شوند. باید پزشک متخصص یا گروهی که در زمینه‌ی ژنتیک آموزش دیده‌اند، سابقه‌ی سرطان در اقوام شخص را ارزیابی کنند. در صورتی که فرد سابقه‌ی فامیلی بارزی دارد؛ آگاهی از این اطلاعات ممکن است احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان را مشخص کند و شخص می‌تواند با آزمایش ژن‌های شناخته شده احتمال بروز سرطان را بررسی کند. این مطلب در پرسش‌های بعدی بررسی شده است.

رژیم و تناسب اندام

تحقیقات نشان می‌دهد که رژیم غذایی ممکن است بر روی برخی از گونه‌های سرطان پستان اثرگذار باشد. خانم‌هایی که بسیار چاق هستند، به ویژه اگر مسن باشند؛ همان طور که قبلاً اشاره شد در معرض خطر ابتلا بیشتری قرار دارند. مواد غذایی خاصی علت ابتلا به سرطان پستان نیستند، ولی برخی باعث افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان شناخته شده‌اند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که ممکن است نوشیدن الکل احتمال خطر را افزایش دهد. با مصرف الکل بیشتر، احتمال خطر افزایش می‌یابد. خانم‌هایی که نگران خطر ابتلا به سرطان پستان هستند، (نوشیدن الکل در برخی جوامع رایج است) بهتر است نوشیدن الکل را قطع کرده یا بیشتر از یک لیوان در روز ننوشند.

در مجموع برای پایین آوردن خطر ابتلا به سرطان پستان، پیشنهاد می‌شود خانم‌ها از رژیم‌های متعادل غذایی و سرشار از میوه و سبزی‌ها استفاده کنند. رژیم غذایی متعادل توسط سازمان کشاورزی، در راهنمای تغذیه نوشته شده است (به پیوست مراجعه شود). این راهنمای تغذیه فقط برای بیماری‌های سرطان تهیه نشده است، بلکه سلامت عمومی بدن را در نظر گرفته است. در این راهنما مصرف اندک چربی‌ها و شکر (الکل مقدار بسیار زیادی شکر دارد، پس در این گروه قرار می‌گیرد) مصرف زیاد از ترکیب محصولات محصولاتی مانند حبوبات، غلات، میوه‌ها، سبزی‌ها و مصرف متعادل گوشت‌ها، لبنیات و تخم مرغ در این راهنما گوشزد شده است. در راهنمای جدید، سن افراد و سطح فعالیت بدنی نیز در نظر گرفته شده است و این الگوی جدید جایگزین روش قبلی «یک قانون برای همه» شده است.

برخلاف ادعاهای زیاد که گروهی از مواد غذایی، تعدادی از ویتامین‌های خاص یا مکمل‌های گیاهی می‌توانند از بروز سرطان پستان جلوگیری کنند، باید این موضوع در نظر گرفته شود که مواد گفته شده در رژیم غذایی فقط در محدوده‌ی تأثیرات شناخته شده، اثرگذار هستند. به بیان دیگر هیچ «توپ جادویی» در قفسه‌های فروشگاه محل زندگی وجود ندارد. برخی پژوهش‌ها، مطالعات آزمایشگاهی بر روی حیوانات را شاهد ادعای خود در این زمینه‌ها می‌دانند. ولی دلیل اندکی وجود دارد تا هر آنچه که بر روی موش‌های آزمایشگاهی موثر بوده است بر روی تمامی موش‌ها و انسان اثر یکسان داشته باشد. اگر کسی تمایل دارد برای کاهش ابتلا به سرطان پستان، رژیم غذایی خود را تغییر دهد، بهترین پیشنهاد برای این گروه، اجرای توصیه‌های USDA^۱ تا حد ممکن است.

بدست آوردن تناسب اندام با ورزش، یکی از بهترین روش‌های کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان توصیه شده است. هر چند که هیچ گونه شاهده‌ی وجود ندارد که ورزش، به تنهایی عامل بازدارنده در بروز سرطان پستان باشد. چون، ورزش کردن سطح استروژن و انسولین خون را کاهش می‌دهد و با چاقی مبارزه می‌کند و سیستم‌های دفاعی بدن را افزایش می‌دهد؛ در مجموع می‌تواند

روش مناسبی برای مبارزه با سرطان باشد. شواهد علمی وجود دارد، خانم‌هایی که قبل از شروع یائسگی ورزش می‌کرده‌اند در مبارزه با سرطان پستان بهتر بهبود یافته‌اند. مطالعات اخیر در نروژ نشان داده است حتی یک ورزش متعادل (۴ ساعت در هفته) نیز باعث کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان می‌شود.

نژاد

«سرطان پستان، بیماری فقط زنان سفید پوست است» یک افسانه است، ولی حقیقتی در آن نهفته است. خانم‌های سفید پوست آمریکایی، به ویژه کسانی که اجداد آن‌ها از اروپای شمالی مهاجرت کرده‌اند در مقایسه با غیر سفید پوست‌ها در معرض ابتلای بیشتری قرار دارند. گروه بعدی سیاه پوستان و نژاد هیسپانیک^۱ هستند. به ترتیب گره‌ایی‌ها، سرخ پوستان آمریکایی و ویتنامی‌ها کم‌ترین آمار در ابتلا به بیماری سرطان پستان دارند. اما آمار نشان می‌دهد ابتلا به سرطان پستان در غیر سفید پوستان به خصوص سیاه پوستان زیر ۶۰ سال، رو به افزایش است.

سرطان پستان در خانم‌های سیاه پوست زیر ۴۰ سال تهاجمی‌تر از هم‌تایان سفید پوست آن‌ها است و بیشترین آمار مرگ و میر در این گروه مشاهده می‌شود. علت این موضوع، تشخیص سرطان پستان در مراحل پیشرفته است و معمولاً درمان در مراحل پیشرفته دشوارتر است. در حالی که قبلاً به نظر می‌آمد علت این مرگ و میر به خاطر درک کم عموم از آگاهی بر سلامت است. بیشتر خانم‌های سیاه پوست تحصیلات زیادی ندارند و انجام معاینات بالینی، ماموگرافی و دیگر روش‌های تشخیص زودهنگام را ضروری نمی‌دانند. در حالی که مطالعات امروزی نشان داده است، مرگ و میر زیاد ناشی از ابتلا به سرطان در سیاه پوستان به علت اختلاف‌های بیولوژیکی^۲ است. مطالعه بیماری یکسان سرطان پستان (درجه و مرحله تومور همانند) بین خانم‌های سیاه پوست جوان و هم‌تایان سفید پوست نشان داده است که سیاه‌پوستان با شرایط دشوارتری روبه‌رو شده‌اند و تومورهای این گروه بسیار تهاجمی و پیش‌رونده‌تر بوده است. به همین ترتیب، سیاه پوستان در مقایسه با سفید پوستان درمان سخت‌تری داشته‌اند. بنابراین مهم است که خانم‌های سیاه پوست در دوران جوانی درباره‌ی نشانه‌ها و روش‌های شناخت این بیماری پویا باشند. حتی آن دسته از سیاه پوستانی که به نظر می‌آید در خطر ابتلای کمتری قرار دارند باید نشانه‌ها را پیگیری کنند، زیرا هنگام دچار شدن، بیماری آن‌ها بسیار تهاجمی‌تر و جدی‌تر از بیماری سفید پوستان پدیدار می‌شود.

عوامل دیگر

عوامل دیگری در مطالعات یافته شده‌اند، که مشخصاً هیچ نهادی نمی‌تواند تأثیر این عوامل را در بیماری پستان تأیید یا رد کند. تحقیقات علمی بر روی سیگار کشیدن، سقط جنین و سابقه کورتاژ به

۱- Hispanic صفتی است که به مردم اسپانیایی زبان یا پرتغالی‌زبان به ویژه در آمریکای لاتین اطلاق می‌شود.

۲- اختلاف ساختار ژنتیکی

عنوان عوامل افزایشده احتمال ابتلا به سرطان پستان نامبرده شده‌اند، ولی هیچ‌گونه ارتباط مستقیمی با بیماری سرطان پستان را نشان نداده‌اند. حتی سیگار کشیدن احتمال ابتلا به دیگر سرطان‌ها را نشان داده است. تحقیقات بر روی آلودگی و عوامل دیگر همچنان ادامه دارد ولی تا به امروز شواهد بسیار کمی برای تأیید تأثیر این عوامل در سرطان پستان وجود دارد (به پرسش ۹ درباره‌ی استروژن مراجعه شود). مشخصاً پروتئزهای پستان، به ویژه پروتئز سیلیکون باعث بروز سرطان پستان نمی‌شوند. ولی حضور آن‌ها در پستان باعث کاهش دقت ماموگرافی می‌گردد و سرطان در مرحله‌های پیشرفته تشخیص داده می‌شود. عوامل مرتبط با ایجاد سرطان پستان کاهش سطح هورمون ملاتونین^۱ شناسایی شده‌اند. با توجه به تمام مطالب گفته شده، عوامل یاد شده، تأثیر کمی بر ایجاد سرطان پستان دارند.

۸. وجود توده در پستان، همیشه به معنی ابتلا به سرطان پستان است یا اینکه احتمال ابتلا به سرطان پستان افزایش می‌یابد؟

هر خانمی، بافت برجسته یا گره در پستان خود احساس کرده است. این گره‌ها با حساس شدن پستان یا درد پستان همراه هستند و در موقع مشخصی از ماه پدیدار می‌شوند. این گره‌ها، تغییرات فیبروکیستیک پستان هستند.

این تغییرات طبیعی هستند و بخشی از چرخه قاعدگی خانم‌ها هستند. معمولاً، این توده‌ها پیش از شروع قاعدگی یا در دوران یائسگی پس از تزریق هورمون، احساس می‌شوند. مهم است که معاینات بالینی ماهانه به منظور شناسایی این گره‌ها انجام شود تا مشخص گردد پستان هر شخص به طور طبیعی چه محتویاتی دارد و هرگونه تغییرات غیر طبیعی آشکار شود. تغییرات فیبروکیستیک احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش نمی‌دهند. این‌گونه گره‌ها کاملاً با توده‌های سرطانی متفاوت هستند. کیست‌های فیبروآدونوما نرم‌تر و متحرک‌تر هستند. تعداد آن‌ها معمولاً زیاد است و گاهی در هنگام قاعدگی به تعداد آن‌ها افزوده یا کاسته می‌شود. ولی توده‌های ثابت و محکم که با دوره‌های قاعدگی در آن‌ها هیچ تغییراتی رخ نمی‌دهد، باید بررسی شوند.

در پستان‌های برخی از خانم‌ها وجود توده‌های متعدد معمولی است و این گره‌ها احتمال ابتلا به سرطان پستان را افزایش نمی‌دهند؛ ولی ممکن است باعث ایجاد خطا بشوند. خانمی که در پستان‌های او تعداد زیادی کیست و توده‌های فیبروآدونوما وجود دارند معمولاً توده‌های خطرناک را جدی نمی‌گیرد و آن‌ها را مانند بقیه توده‌های عادی پستان تلقی می‌کند. به همین خاطر معاینات بالینی بسیار مهم هستند تا شخص از وجود توده‌های غیر طبیعی پستان خود آگاه گردد.

۹. ارتباط استروژن با سرطان پستان چیست؟ آیا قرص‌های جلوگیری از بارداری و هورمون درمانی پس از یائسگی، خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهند؟

استروژن، هورمون زنانه برای بارداری است و به همین علت در پستان‌ها و رحم فعال است. فعالیت این هورمون در پستان‌ها به مراتب بیشتر از رحم است. بافت‌های پستان و رحم به هورمون استروژن حساس هستند. وظیفه‌ی این هورمون آماده‌سازی بدن خانم‌ها برای بارداری است که منجر به رشد سلول‌ها در لوبول و مجاری شیری پستان می‌شود (مرحله پیش از ساخته شدن شیر) و در رحم نیز باعث ریزش آندومتر^۱ می‌شود. در دوره قاعدگی، پس از تخمک گذاری سطح استروژن بالا می‌رود و اگر تخمک بارور شده‌ای در رحم جایگزین نشود سطح استروژن سریع پایین آمده و قاعدگی صورت می‌گیرد.

چون که این روند، یک پدیده طبیعی در ساختار بدن خانم‌ها است؛ هورمون استروژن به تنهایی نمی‌تواند باعث ایجاد سرطان بشود. هر چند، استروژن نخستین عامل برای سرعت بخشیدن به روند رشد و تکثیر سلول است. بنابراین استروژن می‌تواند رشد سلول‌های سرطانی را که قبلاً پدیده آمده‌اند تسریع کند. چنانچه خانم‌ها در طول زندگی خود در معرض هورمون استروژن فراوانی قرار بگیرند، احتمال بیشتری وجود دارد که استروژن باعث رشد سلول‌های سرطانی بشود. به همین دلیل، سابقه‌ی عوامل خطر، بسیار مهم است. خانمی که دوران قاعدگی را زودتر شروع کرده است و دوران یائسگی دیرتری داشته است در معرض هورمون بیشتری قرار گرفته است، و خانم‌هایی که هرگز بچه‌دار نشده‌اند یا آن دسته‌ای که نوزادان خود را شیر نداده‌اند بدن خود را مدت زمان بیشتری در معرض هورمون قرار داده‌اند و از مزایای این دوران، برای به حداقل رساندن سطح هورمون استروژن بهره نبرده‌اند.

امروزه، آشکار است که هر چقدر خانم‌ها بیشتر در معرض ترشح هورمون استروژن قرار بگیرند، احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان افزایش می‌یابد. هنوز اثرات هورمون درمانی^۲ در خانم‌هایی که قبلاً مبتلا به سرطان پستان شده‌اند مطالعه نشده است. این‌گونه تحقیقات دارویی با رعایت «استاندارد طلایی» و تمرکز بر کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده باید انجام گیرد. بیش از نیمی از سرطان‌های پستان سرشار از استروژن هستند و برخی تحقیقات بیانگر این نگرانی هستند که استفاده از هورمون ممکن است احتمال بازگشت بیماری را فراهم کند. پیشرفت در افزایش نجات جان مبتلایان به این معنی است که بیشتر نجات یافتگان، وارد دوره‌ی یائسگی شده‌اند و برای برخی از خانم‌ها عوارض جانبی شدیدی مانند گرگرفتگی، عرق شبانگهی و از دست دادن میل جنسی به

۱- دیواره داخلی رحم

۲- Hormone Replacement Therapy (HRT)

همراه آورده است. به طور گسترده‌ای، مدت‌ها برای کم کردن عوارض دوران یائسگی هورمون درمانی (به ویژه ترکیب استروژن و پروژسترون) تجویز می‌شد؛ و اعتقاد بر این بود که این هورمون درمانی جایگزین، ممکن است احتمال ابتلا به سرطان پستان و بیماری‌های قلبی را کاهش دهد.

۱۰. تئوری‌های بسیاری درباره‌ی علت سرطان پستان وجود دارد. هنگامی که فرد از عوامل خطر مرتبط با بدن خود آگاهی یافت، باید مطالعه و تحقیقات بیشتری کند؟

بسیار مهم است که مرز بین عوامل خطر موروثی و تخیل را دانست. با شناختن ماهیت سرطان و اینکه چگونه پستان دچار بیماری می‌شود، برخی از تخیل‌ها از بین می‌روند. آگاهی از این موضوع که سرطان، روند رشد سریع سلول‌ها است؛ مشخص می‌کند که سرطان مسری نیست. ممکن است منشأ، گونه‌ای از سرطان‌ها و ویروس باشد، مانند سرطان کبد که بیشتر در مبتلایان به هپاتیت اتفاق می‌افتد، ولی ممکن نیست، در اثر تماس با شخص مبتلا به سرطان، بیماری منتقل شود. همچنین سرایت سرطان از طریق تماس با محل سوختگی، جراحی و مانند آن امکان ندارد. داشتن پستان‌های بزرگ یا کوچک هیچ تأثیری در ابتلا به سرطان پستان ندارد، ولی اغلب، در پستان‌های بزرگ سرطان در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شود.

هنگام مطالعه درباره‌ی سرطان پستان، مهم است که منبع اطلاعات مشخص باشد. این یک توصیه کاملاً بی‌نظیر است: «توجه به منابع». مخصوصاً، اگر اطلاعات از اینترنت جمع آوری می‌شوند. نظریات گول‌زننده‌ای درباره‌ی عوامل خطر وجود دارند و محتویات برخی از این مطالب بیشتر جنبه‌ی شایعه بر پایه‌های علمی مختصری هستند و معمولاً از طریق پست‌های الکترونیکی منتشر می‌شوند. به عنوان مثال در برخی ادعاها آمده است که دئودورانت‌ها و سوتین‌ها از طریق مسدود کردن جریان تعریق و شبکه لنفاوی باعث ایجاد سرطان می‌شوند. این ادعاها هیچ‌گونه پشتوانه علمی ندارند. نه تنها دقیق و درست نیستند؛ بلکه حتی توضیحاتی درست و دقیقی درباره‌ی فیزیولوژی و آناتومی بدن ارائه نمی‌کنند. چنین ادعاهایی، فقط ترس و دلهره را بین مردم زیاد می‌کنند و بر پایه نبود آگاهی و تلاش نکردن مردم برای جستجوی مفاهیم، ساخته می‌شوند.

حتی اگر فردی با مفاهیم پزشکی آشنا نیست یا بسیار آموزش دیده نیست، تشخیص اطلاعات معتبر از مطالب بی‌پایه کار دشواری نیست. فقط کافی است از حس و شعور بهره جست. وقتی مطلبی با این مفاهیم جلب توجه می‌کند: «**علت سرطان**» یا «**یک عامل خطر جدید**»، باید از خود پرسید منبع این اطلاعات کجا است. عمه‌ی عزیز (او قطعاً متخصص سرطان شناس نیست). در این صورت باید این مطالب، با منابع معتبر پزشکی، اعتبار سنجی شوند. هر مقاله معتبری بر روی اینترنت نیز، با ذکر نام و مشخصات نویسنده است. در غیر این صورت اگر نام و نشانی از نویسنده وجود نداشت، علت بی‌اعتباری نویسنده است که سعی در پنهان کردن نام خود دارد. باید بررسی

کرد، نویسنده با یک دانشگاه و مؤسسه تحقیقاتی همکاری دارد. نویسنده از عبارات یا واژه‌هایی مانند «شاید»، «می‌تواند» برای بیان هشدارها استفاده کرده است. باید از خود پرسید: نویسنده کوشش در القای مفهومی به عنوان واقعیت دارد یا فقط یک تئوری با پشتوانه و تحقیقات علمی را بیان می‌کند که هنوز هم با قاطعیت نمی‌توان درستی موضوع را تایید کرد. این فرضیه‌ها بر پایه کارآزمایی بالینی^۱ هستند. در صورت انجام کارآزمایی، باید اعلام شود آزمایش‌ها در کجا، چه مدت زمان و بر روی چه تعدادی انجام شده است. اگر این اطلاعات ارائه نشده باشند، پس ممکن است، نتایج و ادعاها مشکوک باشند؛ به ویژه، اگر در هیچ بخشی از اطلاعات، اشاره‌ای به منابع دیگری هم نشده باشد.

به عنوان یک اصل، هر منبعی می‌تواند به عنوان یک هشدار باشد. اما اگر مستندات چاپ شده‌ای - به ویژه در سخنرانی‌های پزشکی - از آن‌ها وجود نداشته باشد. نباید اعتباری برای آن‌ها در نظر گرفت؛ و باید با وسواس بیشتری بررسی شوند. اگر درباره‌ی آنچه شنیده‌اید، مطمئن نیستید؛ همیشه منابع معتبر مانند مؤسسه ملی سرطان، انجمن سرطان آمریکا یا مؤسسه سوزان کومن^۲ را در نظر قرار بدهید. اگر واقعاً منبع خطرناکی از عوامل خطر وجود آورنده سرطان در جایی اعلام شده باشد، حتماً در سازمان‌های معتبر نام برده شده، به این موضوع اشاره می‌شود. وب‌گاه‌های بی‌شمار دیگری نیز وجود دارند که مخصوص جمع‌آوری اطلاعات جدیدی از شبکه‌های اینترنتی هستند. با مراجعه به یکی از این سایت‌ها می‌توانید برای یافتن یک موضوع بی‌فایده در وقت صرفه‌جویی کرد^۳.

۱۱. آیا می‌توان از بروز سرطان جلوگیری کرد؟

بیشتر عوامل مرتبط با بروز سرطان پستان، کنترل‌نشده هستند. بنابراین، وسیله‌ای برای پیشگیری وجود ندارد. در حال حاضر به این معنی، واکسن یا داروی ویژه‌ای وجود ندارد تا از ابتلای سرطان پستان پیشگیری کند. ولی برای جلوگیری از بازگشت سرطان پستان در خانم‌هایی که در معرض زیاد ابتلا به سرطان پستان هستند از داروهایی مانند تاموکسیفن و آناستروزول استفاده می‌شود. امروزه از هر دو دارو برای درمان سرطان پستان، نیز استفاده می‌شود. پیشگیری ثانویه، با ایجاد محدودیت در عوامل خطر آفرین، غربالگری و تشخیص سرطان در مراحل نخستین، درمان مناسب و تکمیل درمان، می‌تواند احتمال نجات از این بیماری را افزایش بدهد، ولی احتمال ابتلا به سرطان را از بین نمی‌برد. از روش‌های پیشگیری ثانویه، می‌توان به معاینه‌های بالینی مداوم از بیست سالگی، انجام ماموگرافی سالانه از ۳۵ تا ۴۰ سالگی به بعد اشاره کرد. البته سن شروع انجام غربالگری به عوامل خطر مانند سابقه‌ی خانوادگی و شرایط فردی نیز بستگی دارد.

۱- Clinical Trial پژوهش بر روی تعدادی نمونه‌های انسانی تا نتیجه اثر بخشی دارو یا روش درمان مشخص گردد
۲- Susan Komen پایه‌گذار بنیاد کومن در سال ۱۹۹۲ که تحقیقات زیادی در زمینه درمان سرطان پستان از طریق این انجمن صورت گرفته است.
۳- این‌گونه خدمات در کشورهای آمریکایی مرسوم است (م).

۱۲. معاینه بالینی پستان چیست؟ چرا و از چه سنی باید معاینه بالینی را شروع کرد؟ در چه فاصله زمانی باید معاینه را تکرار کرد؟

معاینه‌ی بالینی توسط خودِ شخص، روشی است که باعث می‌شود، هر فرد با ظاهر طبیعی پستان خود آشنا شود و تغییرات احتمالی ماهیانه را بررسی کند. بسیاری از خانم‌ها پستان‌هایی پر از گره دارند که کاملاً طبیعی است؛ ولی باید گره‌های طبیعی از غیر طبیعی تشخیص داده شوند. باید هر خانمی با ساختار طبیعی داخل پستان خود، تا حد امکان، آشنا باشد؛ و این شناخت فقط از طریق معاینه‌های مرتب و پیوسته به دست می‌آید. متخصصین توصیه می‌کنند که همه‌ی خانم‌ها پس از ۲۰ سالگی، معاینه ماهانه انجام بدهند. بهترین زمان برای انجام این معاینه بلافاصله پس از پایان عادت ماهانه است؛ چرا که در این زمان پستان‌ها نرم هستند و تورم پستان از بین رفته است. بهتر است که هر ماه در همین زمان، این معاینه انجام بشود. اگر هنگام معاینه، توده‌ای یا تغییرات غیر طبیعی مشاهده شود؛ بهتر است که بلافاصله موضوع با متخصصین و پزشکان در میان گذاشته شود. در بیشتر موارد این توده‌ها بی‌خطر هستند و معمولاً کیست یا توده‌های خوش‌خیم هستند. ولی مهم است که مشخص شود کیست‌ها در کجای پستان واقع شده‌اند و از ناهمواری‌های پستان یک نقشه ترسیم کرد.

۱۳. روش انجام معاینه بالینی چگونه است؟

گام اول

در حالی که شانه‌ها کاملاً در یک خط قرار گرفته‌اند، در مقابل آینه ایستاده و دست‌ها را به کمر بزنید. باید موارد زیر در پستان‌ها به دقت بررسی شوند:

. پستان‌ها در اندازه‌ی طبیعی، شکل و رنگ همیشگی هستند؟

. ظاهر پستان‌ها به یک اندازه و بدون هیچ‌گونه تورم یا انحراف به طرفین است؟

. هرگاه، یکی از نشانه‌های زیر مشاهده شود باید بلافاصله به پزشک مراجعه کرد:

. وجود توده، تورم یا چروک خوردگی در پوست؛

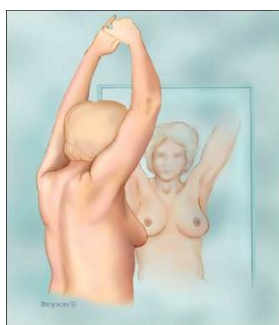
. عدم تقارن در قرار گرفتن موقعیت نوک پستان، چرخش نوک پستان به داخل؛

. قرمزی، درد، خارش یک‌طرفه در نوک پستان، یا تورم.



گام دوم

دستها را بالا برده و همین تغییرات را مورد نظر قرار دهید.



گام سوم

همان طور که در مقابل آینه ایستاده‌اید به آرامی نوک پستان را بین انگشت اشاره و شصت فشار دهید. دقت کنید که از نوک پستان ترشحاتی خارج می‌شود. این ترشح می‌تواند خونی، شیری رنگ یا متمایل به زرد باشد.

گام چهارم

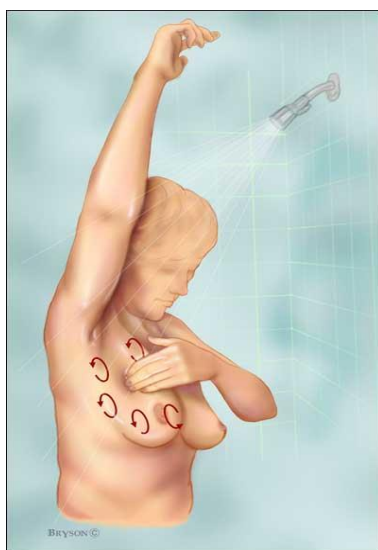
به پشت دراز کشیده و پستان راست را با دست چپ معاینه کنید. به همین روش پستان چپ را با دست راست معاینه کنید. روش معاینه به این صورت است که انگشت‌ها را به هم چسبانده، با نوک انگشت و با یک فشار متناوب بافت پستان را معاینه کنید؛ در این روش حتماً به پشت دراز بکشید. در حالت ایستاده یا هنگام دوش گرفتن، جاذبه زمین پستان‌ها را به پایین می‌کشد و امکان بررسی یک‌نواخت در همه جای پستان وجود ندارد. تمام پستان، از بالا به پایین (از استخوان جناغ تا بالای عضلات شکمی) و از پهلو به پهلو (از زیر بغل تا قفسه سینه) را کاملاً معاینه کنید. از یک الگو پیروی کنید تا مطمئن شوید که تمامی پستان را معاینه کرده‌اید. می‌توانید از نوک پستان شروع کرده و به شکل دایره‌وار از مرکز دور شوید؛ تا جایی که کاملاً بافت پستان تمام می‌شود. انگشت‌های خود را عمودی از بالا به پایین حرکت دهید. مطمئن شوید که تمامی بافت پستان را معاینه کرده‌اید. بافت

زیر پوست پستان (با فشارهای کم) و بافت‌های عمیق را (با فشارهای عمقی‌تر) معاینه کنید. بررسی پستان را ابتدا با لمس سر انگشت‌ها برای معاینه بافت‌های نرم شروع کنید و سپس با فشار بیشتر، برای بافت‌های عمقی تا لایه‌های قفسه سینه ادامه دهید.



گام پنجم

سرانجام در حالت ایستاده یا نشسته پستان‌های خود را معاینه کنید. برای بسیاری از خانم‌ها معاینه پستان‌ها، در هنگامی که پوست خیس و لغزنده است، راحت‌تر است. این معاینه را می‌توان به روشی که در گام چهارم گفته شد، در زیر دوش انجام داد.



۱۴. معاینه کلینیکی پستان چیست و در چه فاصله زمانی باید انجام شود؟

برای انجام معاینه کلینیکی پستان، باید به اشخاص آموزش دیده مراجعه کرد. این روش در دو بخش معاینه پستان و زیر بغل، در دو حالت نشسته و ایستاده انجام می‌شود. به تمامی خانم‌های بیشتر از ۳۰ سال توصیه می‌شود، هر سه سال یکبار معاینه‌ی بالینی انجام دهند. خانم‌های بیشتر از ۴۰ سال علاوه بر انجام معاینه کلینیکی، بهتر است ماموگرافی سالانه نیز انجام بدهند. خانم‌های

کمتر از ۴۰ سال با سابقه‌ی فامیلی بارز یا دیگر عوامل خطر ابتلا به سرطان، بهتر است درباره‌ی انجام ماموگرافی با متخصصین مشورت کنند.

۱۵. چگونه عوامل خطر سرطان سنجش می‌شوند؟

برای قرار گرفتن در خطر ابتلا به سرطان پستان، جنسیت (زن بودن) کافی است. اکنون پرسش این است که چه کسی در خطر است. ابزار سنجش این خطر، به فرد کمک می‌کند که از میزان خطر آگاهی پیدا کند. مراکز NSABP، NCI ابزارهایی برای سنجش میزان خطر ابتلا به سرطان پستان تهیه کرده‌اند؛ و می‌توانند احتمال ابتلا به سرطان پستان را تا ۵ سال آینده و حداکثر تا ۹۰ سالگی تشخیص بدهند. این سنجش بر پایه پرسش‌هایی درباره‌ی عوامل خطر شناخته شده انجام می‌گیرد.

این برنامه‌ها، بر روی دیسک‌هایی در انستیتوهای سرطان برای پزشکان موجود است و از طریق وب سایت انستیتو ملی سرطان برای همگان، قابل دسترس است.^۱ با استفاده از اطلاعات استخراج شده از ماموگرافی‌های برنامه غربالگری در دهه ۷۰، الگویی از روش‌های آماری بدست آمد و «شناسایی سرطان پستان» نام‌گذاری گردید. این اطلاعات، پاسخ به تعدادی پرسش‌های کوتاه، درباره‌ی مشخص‌ترین عوامل خطر در فرد است: مانند سابقه‌ی ابتلا به کارسینوما در جای مجرای شیری، کارسینوما‌ی در جای غدد شیری، سن بیمار، سن اولین قاعدگی، سن تولد اولین نوزاد، تعداد اقوام نزدیک مبتلا به سرطان پستان، چنانچه بیمار قبلاً نمونه برداری پستان داشته است، و اینکه نتیجه نمونه برداری غیر طبیعی گزارش شده است. پاسخ به این پرسش‌ها، ابزاری است که می‌تواند احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان را در یک دوره پنج ساله در طول زندگی بیماری یا در زمان سن مشخصی پیش بینی کند. به طور معمول، احتمال تخمین زدن در آن دسته از خانم‌هایی که سابقه فامیلی ابتلا به سرطان پستان دارند، تقریباً ضعیف است. اما بهتر است هرگونه پاسخ در سنجش عوامل خطر را با پزشک متخصص در میان گذاشت. اگر جواب نشان دهد که متقاضی در معرض خطر زیاد ابتلا به سرطان پستان قرار ندارد باید در نظر داشت، که عوامل خطر دیگری مانند سن یائسگی، تراکم بافت پستان در هنگام انجام ماموگرافی، استفاده از قرص‌های ضد بارداری و استفاده از هورمون‌های جایگزین (هورمون درمانی)، مصرف زیاد چربی در غذای روزانه، نوشیدن الکل و فعالیت بدنی در این ابزار سنجش لحاظ نشده‌اند. به دو دلیل عوامل یاد شده در این ابزار سنجش، در نظر گرفته نشده‌اند: اول اینکه هیچ پایه علمی وجود ندارد تا میزان اثرگذاری عوامل گفته شده را مشخص کند، دوم اینکه این ابزار، فقط یک سنجش آماری است و توانایی در نظر گرفتن همزمان تمامی عوامل خطر را برای یک فرد ندارد. بنابراین، بهتر است این سنجش با توصیه متخصصین و کارشناسان همراه باشد تا هر شخصی بتواند عوامل خطر را به حداقل برساند.

۱۶. آیا ماموگرافی احتمال ابتلا به سرطان پستان را کاهش می‌دهد؟ چه کسانی و چرا باید ماموگرافی انجام دهند؟

ماموگرافی از ابتلا به سرطان پستان پیش‌گیری نمی‌کند، فقط ابزاری است برای یافتن سرطان پستان و هرگز از پیدایش آن جلوگیری نمی‌کند. آنچه که این ابزارها انجام می‌دهند، شناسایی سرطان پستان در زمانی است که بسیار کوچک‌تر از حدی هستند که با انگشت‌ها لمس شوند. گاهی اوقات استفاده از ماموگرافی برای شناسایی گره‌هایی است که در نظر پزشک متخصص، سرطانی تشخیص داده شده‌اند، ولی برای پیگیری علایم بالقوه‌ی سرطان پستان، ماموگرافی ابزار ارزشمندی است. متخصصین رادیولوژی، تصاویر ماموگرافی را بررسی کرده و احتمال پیدایش گره‌های سرطانی را علامت‌گذاری می‌کند. ممکن است این علامت‌گذاری‌ها، محل تخریب بافت پستان، توده، تفاوت بارز بین پستان‌ها یا انباشت غیر معمول کلسیم باشند و بسیار زودتر از اینکه شخص یا پزشک آن‌ها را لمس کنند، با ماموگرافی شناسایی می‌شوند.

انستیتو ملی سرطان، به خانم‌های بیشتر از ۴۰ سال، بر اساس سابقه‌ی خانوادگی بیمار و با در نظر گرفتن عوامل خطر، انجام ماموگرافی سالانه یا دو سالانه را توصیه می‌کند. خانم‌های بالای ۵۰ سال باید برای انجام ماموگرافی سالانه برنامه‌ریزی کنند. اگر خانم‌ها در این دوره سنی، سالانه ماموگرافی انجام بدهند، تخمین زده می‌شود مرگ و میر ناشی از سرطان پستان تا ۲۵٪ کاهش می‌یابد. حتی ماموگرافی برای خانم‌های زیر ۳۵ سال با سابقه خانوادگی^۱ ابتلا به سرطان پستان یا تخمدان توصیه می‌شود. به دو علت انجام ماموگرافی، به جوان‌ترهای کمتر از چهل سال و بدون سابقه خانوادگی توصیه نمی‌شود. اول اینکه، سرطان پستان معمولاً در خانم‌های بدون سابقه خانوادگی، زیر چهل سال بسیار کم است. دوم اینکه پستان تا قبل از چهل سالگی بسیار فشرده است و حتی اینکه اشعه X بر بافت پستان تابانده می‌شود، احتمال خطا بسیار زیاد است و تصاویر خوب و مطمئنی ایجاد نمی‌کنند.

۱۷. اگر ماموگرافی برای شناسایی تومورهای بسیار کوچک دقت زیادی دارد؛ چرا باید معاینات بالینی انجام داد؟

در حال حاضر، ماموگرافی کاربردی‌ترین وسیله در دسترس برای شناسایی تومورهای پستان است؛ هرچند ماموگرافی، هم ممکن است دقیق نباشد. (خانمی که احساس می‌کند در پستان خود دچار مشکلی شده است نباید تصور کند که ماموگرافی حتماً این مشکل را شناسایی می‌کند) ماموگرافی، همه‌ی سرطان‌های پستان را در مراحل ابتدایی شناسایی نمی‌کند؛ و گاهی اوقات در حالی که تومور سرطانی وجود ندارد، نشانه‌ی مشکوکی نیز ثبت می‌شود. پژوهشگران در تلاش

۱- ابتلا دو نفر یا بیشتر از اقوام نزدیک از طرف پدر یا مادر به اینگونه سرطان‌ها، که سن بیمار در هنگام تشخیص زیر ۵۰ سال بوده است.

هستند تا با ابداع روش‌های جدید، ماموگرافی تصاویر دقیق‌تری ارائه کند. پژوهشگران کوشش می‌کنند روش‌هایی را به کار گیرند تا تصاویر، جزئیات بسیار بیشتری از بافت پستان تهیه کنند؛ به علاوه پژوهشگران بر روی علامت‌گذاری‌های تومور، نیز مطالعه می‌کنند.

۱۸. چگونه ژن‌ها خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهند؟ آیا خانمی با ژن‌های جهش یافته، دچار سرطان پستان می‌شود؟

با بروز یک اشتباه در برخی از ژن‌ها، آن‌ها قادر نیستند کار خود را به درستی انجام دهند. اگر ژنی دچار نقصان شود آن را تغییر یافته یا جهش یافته می‌نامند. چنین تغییراتی به هیچ وجه غیرطبیعی نیستند. در حقیقت بیشتر مردم دارای گونه‌ایی از ژن‌های جهش یافته هستند و بیشتر آن‌ها بی‌ضرر هستند. ولی گروهی از جهش‌ها، ممکن است احتمال ابتلا به برخی از بیماری‌ها مانند سرطان پستان را افزایش بدهند. جهش ژنی، ممکن است موروثی باشد یا اینکه به سادگی در داخل ژن، در طول دوران زندگی شخص پدید آید. در سال‌های اخیر، ژن‌های جهش یافته در خانواده‌هایی دیده شده است که سابقه سرطان پستان داشته‌اند. برخی خانم‌ها در این خانواده‌ها دچار سرطان تخمدان شده‌اند.

این جهش‌های موروثی، در گروهی از ژن‌ها هستند که تقریباً دلیل ایجاد ۵٪ تا ۱۰٪ از انواع سرطان‌های پستان هستند. این ژن‌های جهش یافته BRCA1^۱ و BRCA2^۲ نام‌گذاری شده‌اند؛ در حالت طبیعی این ژن‌ها هیچ گونه صدمه‌ای به دارنده آن نمی‌رسانند؛ ولی ژن‌های غیرطبیعی BRCA1 و BRCA2 بیشتر باعث ایجاد سرطان پستان و تخمدان هستند.

در هر دو گروه، خانم‌ها و آقایان ژن‌های BRCA1 و BRCA2 وجود دارد، که از طریق پدر یا مادر به ارث می‌رسد. هر چند، ابتلا به سرطان پستان در میان آقایان، حتی با وجود ژن جهش یافته BRCA1 و BRCA2 کمتر دیده می‌شود. ولی ابتلا به سرطان پستان در بین آقایان با جهش ژنی به مراتب بیشتر از آقایانی است که دچار این تغییر ژنی نشده‌اند. آقایان با ژن جهش یافته، در معرض خطر ابتلا به سرطان پرستات نیز قرار دارند. حتی اگر مردی هرگز دچار سرطان نشود، ممکن است که این ژن جهش یافته را به پسر یا دختر خود منتقل کند.

با تمام این وجود، داشتن این گروه ژن‌ها به معنی آن نیست که شخص حتماً دچار سرطان پستان می‌شود. خانم‌هایی که دچار جهش در ژن‌ها BRCA1 و BRCA2 شده‌اند، در خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان پستان قرار دارند. ولی هر خانمی که دارای این ژن جهش یافته است، ضرورتاً دچار سرطان پستان نمی‌شود. ژن‌ها تنها عاملی نیستند که احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان را

BRCA1 -1 Cancer gene

BRCA2 -2 Cancer gene

افزایش می‌دهند. پس داشتن ژن جهش یافته، تنها خطر برای ابتلا به سرطان پستان نیست. در بیشتر سرطان‌های پستان وجود ژن BRCA2 و BRCA1 گزارش نشده است. از هر ده سرطان پستان، یک نفر با ژن جهش یافته، دچار سرطان پستان شده است.

۱۹. آزمایش ژنتیک، برای تشخیص عوامل خطر ابتلا به سرطان پستان کدام هستند؟ از کجا می‌توان اطلاعات بیشتری گرفت؟ چه موضوعاتی را قبل از انجام آزمایش باید در نظر داشت؟ اگر جواب آزمایش ژن جهش یافته، مثبت باشد چه باید کرد؟ آیا داشتن ژن جهش یافته، پوشش بیمه عمر را تحت تأثیر قرار خواهد داد؟ در صورت داشتن ژن جهش یافته، پوشش بیمه عمر بیمار تایید نخواهد شد؟ چه پرسش‌هایی را باید در این خصوص مطرح کرد؟

آزمایش ژنتیک برای شناسایی، ژن‌های جهش یافته موروثی انجام می‌شود. این ژن، ممکن است احتمال ابتلا به برخی از سرطان‌ها را افزایش بدهد. آزمایش‌های ژنتیک ممکن است، آشکار کنند که احتمال خطر بروز سرطان در یک خانواده از طریق انتقال ژن معیوب از یکی به دیگری در درون خانواده اتفاق افتاده است. آزمایش‌های ژنتیک با ارائه‌ی نمونه خون به آزمایشگاه انجام می‌شوند. احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان با وجود ژن معیوب BRCA2 و BRCA1 افزایش می‌یابد و متخصصین آزمایشگاهی، این ژن را شناسایی می‌کنند و برای گرفتن جواب قطعی هفته‌ها وقت لازم است.

تصمیم برای انجام دادن آزمایش شناسایی نقص ژنتیکی، نباید ساده انگاشته شود. علاوه بر هزینه‌ی زیاد، انجام این‌گونه آزمایش‌ها هم مزایا و هم معایبی دارند. باید اندیشید، که چرا این آزمایش باید انجام شود و چه انتظاری از انجام دادن این آزمایش برآورده خواهد شد و سرانجام با یافته‌های این آزمایش چه می‌توان کرد. قبل از انجام آزمایش، برای فهم مطالب در برنامه‌ی خطرهای ژنتیکی، انجام مشاوره‌های ژنتیک توصیه می‌شود.

در بسیاری از موارد خانم‌ها، با سابقه فامیلی سرطان پستان، می‌خواهند از وضعیت احتمال ابتلای خود یا فرزندان‌شان آگاه شوند. هر چند که انجام دادن این‌گونه آزمایش‌ها، پرسش‌ها و موضوعات بیشتری را در زمینه احساسی و کاربردی مطرح می‌کند. به طور مثال، اگر شخصی پس از آزمایش، جواب مثبت ژن جهش یافته را دریافت کند. قدم بعدی برای او چیست. او واقعاً مبتلا نیست و آگاهی از وجود ژن جهش یافته هیچ کمکی نمی‌کند که چه وقت و چگونه دچار بیماری خواهد شد. خوب، با داشتن این اطلاعات چه کاری از دست او بر می‌آید.

به فرض، شخصی (یکی از دو خواهر) با سابقه خانوادگی ژن جهش یافته، جواب مثبت آزمایش ژن جهش یافته BRCA1 و BRCA2 را دریافت کرده است. مادر و خاله‌ی او هر دو در دهه‌ی پنجاه سالگی دچار سرطان پستان شده‌اند؛ ۵۰٪ امکان دارد که خواهر دیگر نیز این ژن معیوب را به ارث برده باشد. آیا برای یقین حاصل کردن باید آزمایش ژنتیک داد. دانستن جواب آزمایش، ممکن است ذهن را آسوده کند؛ ولی این‌گونه آزمایش‌ها بسیار گران هستند و احتمال اینکه خواهر دوم نیز این ژن را به ارث برده باشد، زیاد است. پس چرا پول خود را هدر بدهد. بهتر است که تصور کند این ژن معیوب را به ارث برده است و با این موضوع زندگی کند. اگر خواهر دوم آزمایش را انجام بدهد و جواب ژن معیوب منفی باشد. چه واکنشی باید نشان داد. از خدا سپاسگزار می‌شود از اینکه خوش شانس بوده است. آیا ممکن است او احساس گناه کند که به اندازه‌ی خواهر و مادر و خاله‌ی خود در معرض ابتلا به سرطان پستان نیست. به دیگران چه باید گفت و اگر موضوع بر عکس باشد و خواهر دوم فقط ژن معیوب را به ارث برده باشد و دیگران آزمایش ژن معیوب را نداده باشند و هیچ علامتی از سرطان نیز نباشد، چگونه باید آن‌ها برخورد کرد.

اگر آن‌ها نیز بخواهند آزمایش را انجام بدهند خواهر دوم چه واکنشی باید نشان بدهد. اگر جواب آزمایش آن‌ها منفی باشد و هیچ نشانی از ژن معیوب نباشد نتیجه چه خواهد بود.

تصمیم برای انجام دادن آزمایش، احساسات و هیجانات پیچیده و متفاوت اقوام و دوستان را در پی خواهد داشت، حتی اگر اینکه شخص از انجام دادن این آزمایش احساس خوبی داشته باشد، ولی اطرافیان ممکن است این‌طور به موضوع نگاه کنند؛ و ممکن است، بدون در نظر گرفتن آنچه که شخص می‌خواهد؛ جر و بحث‌هایی در این باره ایجاد شود. آنچه که در نتیجه‌ی آزمایش گزارش شود؛ فقط متقاضی را تحت تأثیر نمی‌گذارد، بلکه کودکان و اطرافیان نزدیک نیز از این نتیجه متأثر خواهند شد؛ و زمانی که جواب آزمایش دریافت شود، هیچ کاری از دست کسی ساخته نیست. نه نمی‌توان نتیجه آزمایش را عوض کرد و نه می‌توان از ژن معیوب فرار کرد. حتی اگر جواب آزمایش نشان دهنده این باشد که ژن جهش وجود نداشته است، احتمال ابتلا به سرطان پستان، کاهش نمی‌یابد. فقط تا حدودی، به علت جواب آزمایش منفی از درصد آن کاسته می‌شود.

ممکن است، آزمایش ژنتیک کمک کند تا انتخاب دارویی یا روش‌هایی زندگی را تغییر داد؛ تا شاید بتوان خطر ژن معیوب را تا حدودی کنترل کرد. تغییرات در رژیم غذایی، ورزش کردن، محدودیت در نوشیدن نوشابه‌های الکلی، کاستن وزن و هوشیاری نسبت به تغییرات بدن، از عوامل کاهش دهنده‌ی خطر هستند. اگر فردی، به موضوع داشتن ژن جهش یافته، دقت نظر دارد؛ این آزمایش می‌تواند به شخص آگاهی از حضور ژن جهش یافته را در بدن او بدهد. اگر جواب آزمایش مثبت باشد و تایید حضور ژن جهش یافته را دریافت کند، باید به تغییرات در بدن خود بسیار دقیق باشد و پیگیری‌های لازم را انجام بدهد. خانم‌هایی که از وجود این ژن جهش یافته، خبر دارند باید با برنامه زمان‌بندی منظمی، پیگیری در انجام ماموگرافی (بر اساس توصیه‌های پزشک متخصص)

داشته باشد و همچنین در انجام معاینه‌های ماهانه باید جدی‌تر باشند. مطالعات بیشتر در خصوص ژن‌های جهش یافته BRCA1 و BRCA2 نشان داده است، که تجویز تاموکسیفن در این افراد و برخی داروهای پیشگیری کننده، ممکن است مناسب باشند. البته هر شخصی باید با نظر پزشک متخصص، این‌گونه داروهای تخصصی را استفاده کند؛ زیرا مقدار و دوز دارو بستگی به سابقه هر فرد داشته و برای همه یکسان تجویز نمی‌گردد. البته با این نوع درمان، خطرهای دیگری نیز همراه خواهند بود. (به پرسش ۵۰ مراجعه شود) به بعضی از خانم‌ها با سابقه فامیلی بارز در سرطان، انجام آزمایش‌هایی توصیه می‌شود تا بتوانند برای انجام ماستکتومی پروفیلاکتیک^۱ یا دیگر جراحی‌های پیشگیری کننده، تصمیم‌گیری کنند.

اگر کسی در معرض خطر فراوان سرطان تخمدان یا پستان است؛ می‌تواند انتخاب کند که میزان ریسک ابتلا به بیماری سرطان را کاهش بدهد یا اینکه با پیگیری، سرطان را در مراحل نخستین شناسایی کند. البته تمامی این روش‌ها را می‌توان بدون آگاهی از وجود ژن جهش یافته BRCA2 و BRCA1 انجام داد.

افزایش تعداد نجات یافتگان: خانمی ممکن است، کنترل‌های مرتب و پیایی را برای بررسی علایم و نشانه‌های سرطان انتخاب کند. این پیگیری، شامل انجام ماموگرافی‌های منظم، معاینه بالینی توسط شخص، پزشک و سونوگرافی از پستان و تخمدان خواهد بود.

جراحی ماستکتومی پروفیلاکتیک: ممکن است کسی بخواهد بافت پستان سالم یا تخمدان را جراحی کرده و از بدن خارج کند. این یک روش کاملاً محافظه کارانه است. با خارج کردن این اعضا ممکن است، احتمال خطر ابتلا به سرطان کاهش یابد، ولی پزشک معالج واقعاً نمی‌داند که درصد این کاهش چه مقدار است، زیرا تخلیه کامل بافت تخمدان و پستان میسر نیست. برخی از خانم‌ها که دست به این عمل جراحی زده‌اند، بعدها دچار سرطان تخمدان یا پستان در بافت باقی مانده شده‌اند؛ پس این جراحی از بروز سرطان جلوگیری نمی‌کند. آخرین انتخاب با بیمار است ولی کمتر پزشکی به بیمار توصیه می‌کند که چنین روشی را انتخاب کند؛ مگر آن دسته از خانم‌هایی که سابقه بارز فامیلی در ژن جهش یافته BRCA1 و BRCA2 داشته‌اند.

ملحق شدن به مطالعات پژوهشی: از آنجا که هنوز امکان جلوگیری از بروز سرطان محقق نشده است، با ملحق شدن به مطالعات پژوهشی که به دنبال کاهش احتمال بروز سرطان هستند، می‌توان به پیشرفت در این زمینه کمک کرد. آنچه که امروزه در باره سرطان بدست آمده نتایج برنامه‌ها و مطالعات این‌گونه پژوهش‌ها است. با مشارکت در چنین پژوهش‌هایی می‌توان به محققان کمک کرد تا راه‌های بهتری برای پیشگیری و درمان سرطان بیابند.

۱- برداشتن پستان سالم برای جلوگیری از بروز سرطان پستان (م)

گینا^۱ (GINA) قانون مصوب در سال ۲۰۰۸، بخش جدیدی در قوانین است؛ و از حقوق آمریکایی‌ها برای حضور در چنین پژوهش‌هایی دفاع می‌کند. این رفتارها را به خاطر داشتن ژن‌های معیوب در افراد ناعادلانه می‌داند. زیرا ممکن است، در حین انجام تحقیقات، سلامتی افراد به خطر بیفتد. ولی آزمایش‌های ژنتیکی پوشش بیمه‌های سلامتی عمر را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد و قانون جدید، تبعیض از بیمه‌های عمر و کارمندان را ممانعت می‌کند.

فصل سوم

تشخیص ص

توده‌ای در پستان مشاهده شده است و برای کنترل توده در پستان احتیاج به ماموگرافی


هست؛ ولی بیمار، بیمه درمانی ندارد، چه باید کرد؟

ماموگرافی را چگونه انجام می‌دهند؟ آیا ماموگرافی دردآور است و به بدن صدمه

می‌رساند؟

و بیشتر ...

۲۰. توده ای در پستان مشاهده شده است، گام بعدی چیست؟

در درجه اول نباید نگران شد. توده‌های پستان بسیار رایج هستند و یک هشتم توده‌ها در پستان  خیم هستند. به ویژه، در خانم‌هایی که در دوره باروری قرار دارند و به طور طبیعی، پس از پایان قاعدگی این گره‌ها از بین می‌روند. ولی هیچ‌گونه تغییری در پستان را نباید نادیده گرفت. معاینه توسط گروه متخصصین، می‌تواند تغییرات مشاهده شده در پستان توسط خود شخص را تأیید کند. پزشک متخصص با معاینه دقیق از توده و بافت اطراف آن، اطلاعات زیادی بدست می‌آورد. توده‌های خوش‌خیم با توده‌های سرطانی متفاوت هستند. پزشک معالج ممکن است با استفاده از یکی از روش‌های زیر اطلاعات دقیق‌تری از نوع توده بدست بیاورد.

تصویر برداری

روش‌های زیادی وجود دارد، که پزشک بتواند داخل بافت پستان را مشاهده کند و توده سرطانی پستان را شناسایی کند. تا به امروز یکی از روش‌های رایج تصویر برداری، ماموگرافی است. روش بعدی سونوگرافی است که به‌جای پرتوهای X از پژواک امواج صدا برای تشخیص ماهیت جامد (توپر) یا مایع (کیست) توده استفاده می‌شود. افتراق کیست پر از مایع، از یک توده می‌تواند برای تشخیص بین توده طبیعی و توده غیرطبیعی پستان ثمربخش باشد. روش سوم، عکس‌برداری به طریق ارتعاش مغناطیسی است^۱ که وسیله تکمیلی برای تأیید ماموگرافی است. ام. آر. آی. پستان یکی از بهترین روش‌های حل مشکل است. معمولاً پس از اولین ردیابی با معاینه‌ی پزشک از ماموگرافی، یا روش‌های دیگر تصویر برداری مانند ام. آر. آی استفاده می‌شود. ام. آر. آی یکی از بهترین روش‌های مشکل گشا است؛ ولی به عنوان ابزار پیگیری سرطان پستان، محدودیت دارد: محدودیت دسترسی همگانی، هزینه زیاد و درصد خطای کم در تشخیص بین توده‌های سرطانی و غیر سرطانی در ام. آر. آی از گستره‌ی پذیرش، این روش کم کرده است. پژوهش‌ها نشان داده است که ام. آر. آی برای آن دسته از بیماران که در معرض خطر فراوان ابتلا به سرطان پستان هستند؛ روش کنترل خوبی است. به ویژه برای خانم‌های جوان روش مناسبی است، چرا که بافت پستان‌ها متراکم‌تر است و ماموگرافی به سختی می‌تواند جزئیات تصویر برداری را ثبت کند.

نمونه برداری

وقتی که تصویر برداری از یک توده به نظر مشکوک باشد، معمولاً گام بعدی نمونه برداری از سلول توده، برای بررسی آزمایشگاهی است. این نمونه برداری به یکی از سه روش زیر انجام می‌شود: نمونه برداری کشتی با یک سوزن بسیار ظریف^۲، نمونه برداری با سوزن^۳، یا نمونه برداری

۱- Magnetic Resonance Imaging

۲- Fine Needle Aspiration Biopsy

۳- Core Needle Biopsy

با جراحی باز^۱. در روش نمونه برداری کششی، با استفاده از یک سوزن بسیار ظریف، مایع یا سلول‌های بافت، مستقیماً از توده بیرون کشیده می‌شوند و برای بررسی به آزمایشگاه فرستاده می‌شوند. پزشک متخصص رادیولوژی، معمولاً در هنگام نمونه برداری، با معاینه و شناسایی موقعیت و موضع توده، عملیات را کنترل می‌کند. ولی اگر توده به راحتی با دست قابل لمس نباشد با کمک تصویر برداری استرئوتاتیک^۲ می‌توان محل و موقعیت توده را مکان‌یابی کرد. بررسی می‌تواند منجر به تشخیص کیست یا توده جامد باشد، که ممکن است سرطانی یا خوش‌خیم باشد. اگر توده توپر (جامد) باشد، نمونه برای بررسی آزمایشگاهی ارسال می‌شود. نمونه برداری می‌تواند به همراه ماموگرافی و معاینه بالینی انجام شود، که با ۹۸٪ دقت در افتراق؛ توده سرطانی از غیر سرطانی تشخیص داده می‌شود. هر گاه در خصوص نتیجه نهایی، شک و شبهه‌ای وجود داشته باشد از روش نمونه برداری با سوزن کلفت‌تر استفاده می‌گردد. این سوزن مانند یک سیلندر کوچک در مقایسه با سوزن ظریف، بافت بزرگ‌تری از توده خارج می‌کند و در بعضی موارد خارج ساختن تمامی توده یا گره، ضروری به نظر می‌رسد. در این صورت، با جراحی باز تمامی توده برای انجام بررسی‌های دقیق‌تر به آزمایشگاه ارسال می‌گردد. در روش نمونه برداری بسته^۳، بخشی از توده برای بررسی به آزمایشگاه فرستاده می‌شود.

نتایج آزمایشگاه به سه شکل زیر خواهد بود:

۱- توده پستان خوش‌خیم است. فقط کافی است، که معاینه‌های بالینی مرتب انجام شود؛ و ماموگرافی سالانه بعد از چهل سالگی انجام شود.

۲- بافت خارج شده سرطانی نیست، ولی برای کنترل بعدی بین ۶-۴ ماه مراجعه شود.

۳- نمونه برداری با سوزن یا جراحی باز لازم است تا مشخص شود که تغییرات پستان سرطانی هستند یا خیر.

اگر سرطان نباشد، احتمالاً تغییرات موجود یکی از همان بی‌شمار، تغییرات طبیعی بافت پستان است، که در طول زندگی ایجاد می‌شوند. احتمال دارد که پزشک از بیمار درخواست پیگیری جدی، معاینه ماهانه توسط شخص، معاینه مرتب بالینی توسط گروه متخصص و انجام ماموگرافی را توصیه کند.

اگر سلول‌های پستان، سرطانی نباشد ولی کاملاً هم طبیعی نباشد، ممکن است، که احتمال ابتلا به سرطان پستان زیاد باشد. در این صورت باید معاینه‌های بالینی توسط پزشک با فاصله‌های منظم

۱- Incisional Biopsy

۲- STEREOTACIC سونوگرافی با هدایت کامپیوتر

۳- Incisional Biopsy

و کوتاه‌تری انجام شود. اگر تغییرات در پستان سرطانی باشد، پزشک معالج با بیمار راهکارهای درمان را مطرح خواهد کرد.

از آنجا که برخی از روش‌های درمان با ماهیت نوع سرطان، درگیر هستند؛ آزمایش‌های بیشتری علاوه بر نمونه‌برداری لازم است، تا مشخص گردد که آیا بیماری، درمان ویژه‌ای نیاز دارد. به عنوان مثال آزمایش دیگری بر روی نمونه انجام می‌شود تا نقصان گیرنده‌ی HER2¹ را بررسی کند. معمولاً، این نقیصه ژنتیکی بر روی ۲۵٪ از کل سرطان‌های پستان اتفاق می‌افتد. اگر توموری HER2 مثبت باشد (تعداد زیادی از HER2 بر روی نمونه مشاهده شده است) احتمالاً با دارویی که پروتئین HER2 را مورد هدف قرار می‌دهد، سرطان درمان خواهد شد. برای اطلاعات بیشتر در خصوص ویژگی این‌گونه تومورها و درمان آن‌ها به سؤال ۴۵ مراجعه شود.

۲۲. ماموگرافی چگونه انجام می‌شود؟ آیا روش ناخوشایند و دردآوری است؟

ماموگرافی، سریع و آسان است. بیمار از کمر به بالا برهنه می‌شود و سپس توسط بالا پوش‌های مخصوص بالاتنه را می‌پوشاند و سپس شخص در مقابل دستگاه اشعه X قرار می‌گیرد. یک کارشناس، که معمولاً خانم است به فرد کمک می‌کند تا پستان را در مقابل صفحه اشعه ایکس نگاه دارد. این صفحه با تخت کردن و فشردن پستان از بافت پستان، یک عکس آشکار تهیه می‌کند. ممکن است فشار صفحه‌ها کمی دردآور باشد؛ یا نحوه قرار گرفتن بدن، ناخوشایند باشد. ولی تمام این مراحل، یک تا دو دقیقه به دراز می‌کشد و کل روند عکس‌برداری از زمان آماده شدن بیمار تا پایان عکس‌برداری حدوداً بیست دقیقه طول می‌کشد.

می‌توان تاریخ عکس‌برداری را با زمان قاعدگی برنامه‌ریزی کرد تا درد ناشی از فشردگی صفحات را به حداقل رساند. بهترین زمان برای انجام ماموگرافی، یک هفته پس از قاعدگی است. یک هفته پیش از قاعدگی، زمانی که پستان‌ها بسیار حساس هستند بدترین زمان برای انجام این عکس‌برداری است. اگر بی‌حرکت ایستادن در یک مدت زمان، به علت مسائل پزشکی برای بیمار دشوار است؛ بهتر است، کارشناسان مرکز عکس‌برداری را از پیش در جریان قرار داد، تا بتوانند برای این مشکل راهکاری ارائه کنند. خوب است که سابقه شخصی بیمار مانند، جراحی‌های پیشین، سابقه خانوادگی یا شخصی بیمار در سرطان پستان یا هرگونه پیشامد جدیدی را به آگاهی تیم رساند.

بیماران باید قبل از انجام ماموگرافی، کارهایی را برای وضوح بهتر عکس، انجام دهند: اول اینکه در روز انجام ماموگرافی، از هیچ‌گونه دئودورانت و پودر در موضع عکس‌برداری استفاده نکنند. این پودرها، نقاط تاریکی را بر روی صفحه به‌جا می‌گذارند که قابلیت خواندن تصویر، توسط کارشناس را

۱- Human Epidermal growth factor Receptor 2 فاکتور ۲ رشد اپیدرمال انسان، پروتئینی است که مسئولیت تقسیم سلولی را بر عهده دارد. (م)

مخدوش می‌کنند. دوم اینکه حتماً در مدت زمان ماموگرافی، حتماً بی‌حرکت بایستند؛ اگر جابه‌جا بشوند تصویر تار خواهد شد و بیمار مجبور خواهد شد که دوباره مراجعه کند. سوم اینکه اگر قبلاً ماموگرافی‌های یا نمونه برداری انجام داده است از محل انجام ماموگرافی و تاریخ انجام آن فهرستی تهیه گردد و به کارشناس ارائه شود، یا اگر ممکن است اصل ماموگرافی را به همراه آورد. (خوب است، چنانچه بیمار مرکز جدیدی، برای انجام این خدمات انتخاب کرده است، مدارک را از مرکز قبلی تحویل بگیرد) این اطلاعات به کارشناس کمک می‌کند تا مقایسه‌ای بین عکس قبلی و فعلی انجام بدهد؛ و بهتر می‌تواند در صورت مشاهده مورد مشکوک یا جدیدی در بافت پستان بهتر کارشناسی کند. در نهایت، باید مرکز انجام ماموگرافی را با دقت انتخاب کرد. دست کم مرکز انجام عکس برداری باید مجوز تأییدیه وزارتخانه مربوط، در خصوص کیفیت و ایمنی دستگاه‌ها را باید داشته باشد. اگر این مجوزها در مرکز عکس برداری برای دید عموم آویخته نشده باشند؛ بیمار می‌تواند درخواست مشاهده‌ی این مجوزها را بکند. در غیر این صورت بهتر است جای دیگری را برای انجام ماموگرافی انتخاب کرد و البته مرکزی که فقط متخصص انجام ماموگرافی است، ارجحیت دارد. این‌گونه مراکز توانایی خواندن، تصاویر را بلافاصله دارند؛ و اگر پرسش یا ابهامی در عکس مشاهده شود، می‌توان در همان زمان عکس دیگری تهیه کرد. اگر امکان دارد، بهتر است که ماموگرافی سالانه را در همان مرکز انجام داد. هر چقدر که مدت زمان بیشتری، یک مرکز تصویربرداری‌ها را انجام بدهد با بافت پستان فرد، بیشتر آشنا می‌شوند؛ و امکان شناسایی تغییرات غیرطبیعی بیشتر می‌گردد.

۲۳. چه مواردی در ماموگرافی مشاهده می‌شود و چه نتایجی، باید مورد توجه بیمار قرار بگیرد.

خبر خوش، اول درباره‌ی ماموگرافی است: بنابر نظر انجمن سرطان آمریکا، فقط یک یا دو ماموگرافی از هر ۱۰۰۰ ماموگرافی، به تشخیص سرطان منجر می‌شود؛ و تقریباً ۱۰٪ از خانم‌ها به انجام ماموگرافی دیگری، نیاز پیدا می‌کنند و از این تعداد فقط ۸٪ تا ۱۰٪ احتیاج به نمونه برداری دارند و ۸۰٪ نمونه برداری‌ها سرطانی نیستند.

هنگامی که رادیولوژیست، تصویر ماموگرافی را بررسی می‌کند، به دنبال سایه، توده، انحراف، تجمع بافت در یک قسمت، تجمع کلسیم^۲ و افتراق بین دو پستان است. اگر هیچ یک از موارد فوق مشاهده نشود، تصویر برداری، طبیعی گزارش می‌شود. اگر یکی یا چند مورد از موارد نام برده شده، در تصویر دیده شود، الزاماً به معنی سرطان نیست؛ و در حقیقت به احتمال بسیار زیاد، هنوز سرطان پدیدار نشده است. دلایل بی‌شماری وجود دارد که در گزارش ماموگرافی، نشانه‌های «غیر طبیعی» و

۱- distortion هر مانعی که باعث می‌شود سیگنال خالص ورودی، جز افزایش حجم حالت دیگری پیدا کند.

۲- Calcification

یا «مشکوک» گزارش شود؛ و تعداد اندکی می‌تواند مرتبط با سرطان باشد. ماموگرافی کامل نیست و ممکن است «مثبت کاذب» نیز گزارش شود. شاید ۱۰٪ از نتایج «غیرطبیعی» مسئله‌ای بیش از خطاهای فنی و عملکرد نباشند. به طور مثال، ممکن است نقص فنی مربوط به ورق‌های تصویر برداری باشد؛ یا تاری در تصاویر، به علت حرکت فرد در هنگام عکس‌برداری پیش آمده باشد یا حتی، در اثر اشتباه ساده‌ای مانند جاگذاری ورق‌های مخصوص، تصویربرداری یکنواخت از پستان فراهم نشده باشد. در این صورت، نتیجه تصویربرداری «نشانه‌های غیر معمول» گزارش شود و انجام تصویر برداری مجدد یا پیگیری ماموگرافی درخواست شود.

نابه‌هنجاری‌های رایج که معمولاً در ماموگرافی مشاهده می‌شوند، نقاط سفید رنگی به نام کلسیفیکیشن است؛ که این نقاط، محل تجمع مواد معدنی در بافت پستان هستند. این نقاط در اندازه‌های مختلف دیده می‌شوند که با دو ویژگی؛ ماکرو کلسیفیکیشن و میکرو کلسیفیکیشن متمایز می‌شوند. شکل این نقاط برای رادیولوژیست سرنخی هستند که ماموگرافی چگونه گزارش شود. در ماموگرافی، توده‌های غیرسرطانی مانند گره‌های لنفاوی داخل بافت پستان، کیست‌ها (کیسه‌های کوچک پر از مایع) نیز تصویربرداری می‌شوند. معمولاً کیست‌ها باعث نگرانی نیستند ولی زمانی که بزرگ می‌شوند، احساس ناخوشایندی در پستان ایجاد می‌کنند؛ ولی معمولاً این کیست‌ها سرطانی نمی‌شوند. در صورت دردناک شدن کیست‌های بزرگ، می‌توان آن‌ها را با سوزن تخلیه کرد، ولی معمولاً دوباره باز می‌گردند. در موارد بسیار نادری، ممکن است که کیست‌ها با بدخیمی‌ها در ارتباط باشند. گاهی اوقات توده‌ها پر (سفت) هستند ولی در ماهیت سرطانی نیستند؛ مانند بافت فیبری کلفت شده که لغزنده و سفت است.

این توده‌ها، سرطانی نیستند و به سرعت تومورهای سرطانی، سریع رشد نمی‌کنند، ویژگی‌های توده‌ی سرطانی را ندارند، خطر حمله به بافت‌های مجاور را ندارند و هیچ درمان خاصی ندارند، فقط کافی است که بیمار و پزشک مراقب این توده‌ها باشند تا با توده‌های سرطانی اشتباه گرفته نشود.

۲۴. چرا از توده‌هایی که توسط ماموگرافی تصویر برداری شده است، انجام نمونه برداری لازم است؟

گاهی اوقات نشانه‌ها و خصوصیات ظاهری توده‌های خوش‌خیم همانند توده‌های بدخیم ظاهر می‌شوند. مهم است که ماهیت توده‌ی بدخیم مشخص گردد و گاهی اوقات شرایط «بینابین» وجود دارد؛ شرایطی که فقط با نمونه‌برداری قطعیت پیدا می‌کند. شرایطی که نشانگر وجود سرطان نیست، ولی نشانه‌هایی از خطر بروز سرطان نهفته مشاهده شده است. پس باید بیمار و پزشک، هر دو هوشیار باشند و نشانه‌ها را پی‌گیری کنند. هر دو وضعیت تیپیکال و آتیپیکال هایپرپلازیا،

بیماری‌هایی هستند که سلول‌های مجاری شیری و غدد شیری دچار بی‌نظمی می‌شوند. تشخیص هایپرپلازیا تیپیکال، احتمال ابتلا به سرطان را در یک بیمار حدود ۱/۵ تا ۲ برابر افزایش می‌دهد. در حالی که هایپرپلازیا آتیپیکال، این خطر را ۴ تا ۵ برابر بیشتر می‌کند. شرایط دیگر آدنویس است که نشان دهنده بزرگ شدن لوبول‌ها هستند که منجر به تشکیل توده در بافت پستان می‌گردد. این شرایط سرطان نیست ولی امکان خطر ایجاد سرطان را ۱/۵٪ تا ۲٪ افزایش می‌دهد.

دکتر آسیب شناس، کارشناسی است که بررسی میکروسکوپی نمونه‌ی بافت پستان را انجام می‌دهد و سلول سالم را از ناسالم تشخیص می‌دهد. دکتر آسیب شناس تشخیص می‌دهد که توده شناسایی شده در ماموگرافی یک کیست ساده است یا مورد مشکوک است. این بررسی آزمایشگاهی نتیجه را یکسره می‌کند که توده حاوی سلول‌های خوش‌خیم، پیش سرطانی یا سرطانی است. انتخاب نوع درمان، به گزارش دکتر آسیب شناس از توده‌ی نمونه برداری شده بستگی دارد.

فصل چهارم

درمان

اگر جواب نمونه برداری سرطان باشد، چه باید کرد؟

چه گزینه‌هایی برای درمان سرطان پستان وجود دارد؟

آیا باید با پزشک دیگری نیز مشاوره کرد و نظر دوم گرفت؟ چه باید کرد؟

و بیشتر ...

۲۵. اگر جواب نمونه برداری، سرطان پستان باشد چه باید کرد؟

پذیرش تشخیص سرطان پستان، کار بسیار دشواری است. امروزه، سرطان یک بیماری کشنده نیست، ولی بسیاری از مردم هنوز این چنین می‌پندارند. مهم‌ترین مسئله این است که باید به خاطر سپرد؛ شخص دچار سرطان شده است و نباید برای شروع درمان تأخیر کرد. اگر بیمار هنوز در حالت شوک زده باشد، تصمیم‌گیری برای شروع درمان بسیار سخت است ولی روش‌هایی وجود دارند تا این روند را ساده‌تر کرد و با دلهره کمتری انجام داد.

خوب است که بیمار یک همراه صمیمی برای خود انتخاب کند. بسیاری از بیماران اطلاعاتی را که از پزشک معالج دریافت می‌کنند؛ خسته کننده و پیچیده می‌دانند. حتی اگر از گفته‌های پزشک معالج یادداشت برداری کرده باشند نمی‌توانند در هنگام لازم، دستورات را انجام بدهند یا به یاد بیاورند. بهتر است، دوست یا قوم خویشی که خواهان کمک است در جلسات معاینه با پزشک معالج، همراه بیمار باشد. کسی که بیمار با او احساس بسیار نزدیکی می‌کند و می‌تواند مسائل خصوصی را با او در میان بگذارد. این همراه صمیمی، از گفته‌های پزشک یادداشت برداری می‌کند و می‌تواند در هنگام لزوم، به دستورات پزشکی مراجعه کرد. اگر امکان چنین کاری وجود ندارد، بهتر است بیمار یک ضبط کوچک با خود به همراه داشته باشد و پس از ضبط صدای دکتر، این نوار را در زمان مناسبی گوش کند. باید تلاش کرد، در زمانی که بیمار به نوار گوش می‌کند، برای حمایت‌های معنوی دوستان و اقوام در کنار او باشند. در این صورت، دلواپسی و نگرانی باعث کاهش درک و فهم از دستورهای پزشکی نمی‌شود.

سطح دانش: شروع به مطالعه با موضوع شناختن سرطان، کمی دشوار است ولی اگر شخص بداند در انتظار چه چیزی است، زمانی که واقعاً با آن روبه‌رو می‌شود از دلهره کاسته خواهد شد؛ زیرا می‌داند که چرا اتفاق افتاده است و حرکت بعدی چیست. (این حقیقت که شما اکنون در حال مطالعه این کتاب هستید نشان می‌دهد که در مسیر دانش اندوزی قرار گرفته‌اید.) ماهیت این کتاب محدود به اطلاعات بسیار پایه و ساده است، ولی یک تمرین خوب و کاربردی است که هر کسی دانش خود را افزایش بدهد. دامنه‌ی اطلاعات قابل دسترس، بسیار گسترده است ولی اجباری به آموختن همه‌ی مطالب در یک شب نیست. اگر اطلاعات مورد نظر، در این کتاب لحاظ نشده است می‌توان، مطالب بیشتری را از لیست کتاب‌های پیوست پیدا کرد. مطالب بسیار زیادی درباره‌ی روش‌های درمانی از مراکز سرطان ملی و انجمن سرطان آمریکا، بنیاد سوزان کومن و دیگر سازمان‌های مشابه در دسترس است.

۲۶. چه امکاناتی برای درمان سرطان پستان وجود دارد؟

درمان‌های متفاوتی برای درمان سرطان وجود دارد که به اندازه و محل تومور، گزارش پاتولوژی (شامل آزمایش گیرنده‌های هورمون و آنالیز ژنتیک) و مرحله‌ی بیماری بستگی دارد. برخی از روش‌های درمان به شرح زیر هستند:

جراحی ماستکتومی / لامپکتومی: روش درمانی است، که بافت سرطانی و تا حدودی بافت اطراف تومور و همچنین نزدیک‌ترین، گره‌های لنفاوی در شبکه لنفاوی از بدن خارج می‌شود. با جراحی و خارج کردن تومور از بدن، نوع سرطان و میزان گسترش آن مشخص می‌گردد. لزوم و عدم لزوم انجام دیگر درمان‌ها نیز پس از جراحی مشخص می‌شود. ممکن است، جراحی با انجام نمونه‌برداری از غده لنفاوی نگهبان^۱ یا در صورت گسترش سرطان به زیر بغل، با برداشتن تعدادی از گره‌های لنفاوی زیر بغل، همراه باشد.

رادیوتراپی: در این روش با استفاده از انرژی اشعه ایکس، سلول‌های سرطانی از بین می‌روند و تومور کوچک می‌شود. اشعه ممکن است از طریق یک دستگاه به بدن تابانده شود (رادیوتراپی خارجی)؛ یا با قرار دادن مواد تولید کننده اشعه (رادیو ایزوتوپ) از طریق یک لوله پلاستیکی به محل سلول‌های سرطانی، تومور از بین برود. (رادیوتراپی داخلی)

شیمی درمانی: روش درمان سیستمی سرطان است. این گونه داروها به شکل خوراکی یا وریدی تجویز می‌شوند.

هورمون درمانی: روشی است که برای سرطان‌های وابسته به هورمون استروژن یا پروژسترون استفاده می‌شود. هورمون درمانی با تأثیر گذاری بر روی گیرنده‌ی هورمون‌های بدن، که باعث رشد سلول‌های سرطانی هستند؛ اثر بخش است. در این روش با استفاده از داروهایی مانند ضد استروژن یا دیگر مسدود کننده‌ها میزان ترشح هورمون را کاهش می‌دهند. گاهی نیز با عمل جراحی، اعضای مسئول تولید هورمون، مانند تخمدان‌ها تخلیه می‌شوند.

درمان هدفمند: این نوع درمان، فعالیت‌های ویژه‌ای در درون هسته‌ی سلول‌های سرطانی انجام می‌دهند که منجر به کاهش یا توقف رشد تومور می‌شوند. یکی از نمونه‌های این گونه درمان‌ها در خصوص سرطان پستان؛ هرسپتین است. پروتئین HER2 مسئول رشد و تقسیم سلول‌های سالم و طبیعی در بدن است. در برخی از سلول‌های سرطانی، ژن HER2 جهش یافته و باعث تولید بیش از حد این پروتئین می‌شود که منجر به رشد سریع سلول‌های سرطانی می‌شود. در بیمارانی که تومور آن‌ها، دچار ژن جهش یافته است، ممکن است از هرسپتین استفاده شود. این دارو به گونه‌ای طراحی شده است که پروتئین HER2 را هدف قرار می‌دهد و اعتقاد بر این است که با مسدود شدن فعالیت این پروتئین، از رشد سلول‌های سرطانی جلوگیری می‌شود.

درمان‌های گفته شده در شرایط متفاوتی استفاده می‌شوند که جزئیات بیشتر در پرسش‌های بعدی آمده است. روش‌های دیگری مانند درمان سیستم ایمنی، پیوند مغز استخوان و همچنین درمان peripheral blood stem وجود دارند که در حال پژوهش و بررسی هستند؛ البته این‌گونه روش‌ها زمانی برای بیماران در دسترس هستند، که تأثیر آن‌ها توسط FDA تأیید شده باشد. به یاد داشتن این روش‌ها ارزشمند است؛ تا در صورتی که بیمار با روش‌های دیگر درمان نشد؛ بتواند به برنامه‌های تحقیقی ملحق شود. (به پرسش ۴۸ مراجعه شود)

۲۷. یکی از دوستان، پیشنهاد مراجعه به پزشک دیگری داده است چه باید کرد؟

نظر پزشک دوم، تصمیم‌گیری برای شروع درمان را آسان‌تر می‌کند. پس از اینکه تشخیص پزشک معالج در خصوص درمان مشخص شد، بیمار می‌تواند برای گرفتن نظرهای بیشتری اقدام کند. نظر پزشک دوم یک روش کاملاً طبیعی است و پزشک معالج، هرگز از این موضوع ناخشنود نخواهد شد. تشخیص دوم، کمک می‌کند که بر اساس تشخیص درجه‌ی بدخیمی بیماری، درباره‌ی نحوه‌ی درمان سریع تصمیم‌گیری شود. گاهی اوقات تشخیص دوم، ممکن است اطلاعاتی درباره‌ی پژوهش جدید در درمان سرطان پستان ارائه کند. روش‌های زیادی وجود دارد تا بیمار بتواند نظر پزشک دوم بگیرد یا پزشک معالج بیمار را به متخصص دیگری در زمینه‌ی سرطان پستان معرفی کند.

۲۸. چه نکاتی را باید هنگام انتخاب نوع درمان، در نظر گرفت؟

شیوه‌های درمان یک بیمار به عوامل مختلف مانند سن، وضعیت باروری بیمار، شرایط عمومی سلامتی، محل تومور و اندازه‌ی پستان بستگی دارد. برخی از ویژگی‌های سلولی تومور (مانند اینکه علت رشد تومور هورمون است) نیز در نظر گرفته می‌شود. ولی مهم‌ترین عامل، مرحله‌ی بیماری است. بیمار چگونه می‌تواند، تشخیص دهد که بهترین روش برای او کدام است؟

برخی از روش‌های درمان، بر پایه‌ی نوع سرطان، غیر کاربردی هستند. اگر سرطان در مرحله‌ی «ابتدایی» باشد (تومور کوچکی، که هنوز به گره‌های لنفاوی گسترش نیافته) تمامی روش‌های درمان قابل اجرا هستند. معمولاً پس از انجام لامپکتومی و بررسی غدد لنفاوی زیر بغل، برای کنترل بهتر موضعی، ممکن است درمان با رادیوتراپی نیز توصیه شود. تومورهای چند کانونی یا تومورهایی که از بافت پستان به گره‌های لنفاوی گسترش یافته‌اند و تومورهایی که به اعضا دیگر بدن دست اندازی کرده‌اند باید با روش‌های تهاجمی‌تری درمان بشوند. بنابراین در کنار لامپکتومی و رادیوتراپی ممکن است، درمان سیستمی مانند شیمی درمانی و هورمون درمانی نیز لازم باشد. برخی از سرطان‌ها که بر پایه گیرنده‌های مثبت هورمون استروژن یا پروژسترون هستند، با قرار گرفتن در معرض هورمون‌های استروژن و پروژسترون سریع‌تر رشد می‌کنند. این‌گونه تومورها با داروهای مسدود

کننده‌ی هورمون به خوبی درمان می‌شوند (جزئیات بیشتر در پرسش‌های ۴۹ تا ۵۱ آمده است). نوع دیگری از سرطان، با ویژگی ژنتیکی HER2 مثبت به پزشک معالج، امکان مداوا با داروی هرسپتین می‌دهد (به پرسش ۴۵ مراجعه شود). با تشخیص دسته بندی تومور سرطانی، پزشک معالج هورمون درمانی یا درمان بیولوژیک را در برنامه‌ی درمان بیمار قرار می‌دهد. ولی شرایط فردی مانند بیماری قلبی و کم خونی ممکن است روش‌های درمانی را محدود کند و اینکه برای کنترل این بیماری‌ها، داروهای دیگری بیمار استفاده می‌کند. ممکن است بیمار تحمل شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی را نداشته باشد. موضوع دیگر، سن بیمار است بیمارانی که وارد دوره یائسگی شده‌اند و امکان بارداری یا شیردهی در آینده برای آن‌ها وجود ندارد در مقایسه با خانم جوانی که هنوز در فکر بچه‌دار شدن و تشکیل خانواده است؛ روش‌های درمانی متفاوتی دارند. حفظ باروری بر روی روش درمان، محدودیت‌هایی ایجاد می‌کند. برخی از هورمون‌ها و شیمی‌درمانی ممکن است، احتمال باروری را به طور همیشگی کاهش بدهند و جراحی امکان شیردهی را در آینده سخت می‌کند. پزشکان به خانم‌هایی که قصد باردار شدن دارند، توصیه می‌کنند دست‌کم دو سال پس از اتمام دوره‌ی درمان، برای بچه‌دار شدن صبر کنند. این دوره معمولاً زمان بازگشت بیماری است. ولی اگر سرطان تهاجمی و پیشرفته نباشد ممکن است لازم نباشد که دو سال صبر کرد. همه‌ی این موارد بستگی به شرایط بیمار دارد. باید، تمامی این موارد، پیش از تصمیم برای شروع درمان، با پزشک معالج در میان گذاشته شود تا بهترین انتخاب برای درمان بیمار صورت بگیرد.

۲۹. دکتر آسیب شناس از دسته بندی‌هایی به نام «درجه» و «مرحله» استفاده کرده است. این مفاهیم به چه معنی هستند و کدامیک مهم‌تر هستند؟

پس از بررسی آزمایشگاهی، دکتر آسیب شناس مطالبی در گزارش پاتولوژی ارائه می‌کند که با دسته‌بندی موضوعی، نوع سرطان را توضیح می‌دهد. سرطان در دو دسته‌بندی مفهوم پیدا می‌کند: «مرحله» که با نمره‌گذاری تعیین می‌گردد و میزان گسترش سرطان را مشخص می‌کند. «درجه» بیانگر، آهنگ رشد تومور سرطانی است. از آنجا که روش درجه‌بندی سرطان، آسان‌تر است. نخست با توضیح این دسته‌بندی شروع می‌کنیم.

درجه‌بندی سرطان، روشی است که به پزشک آسیب شناس، امکان بررسی شیوه‌ی قرار گرفتن سلول‌ها نسبت به یکدیگر را می‌دهد و می‌تواند برخی از ویژگی‌های انفرادی سلول‌ها را توضیح دهد. درجه‌بندی سرطان، تقسیم بندی سه مرحله‌ایی از ۱ تا ۳ است. تومورهای درجه ۱ آهنگ رشد ملایم‌تری دارند و تقریباً بسیار شبیه سلول‌های طبیعی بدن هستند. این‌گونه سلول‌ها «بسیار تمایز پذیر» خوانده می‌شوند. سلول‌های درجه ۲ «تمایز پذیر» و درجه ۳ «به سختی تمایز پذیر» نامیده می‌شوند. این اختصارگویی، وضعیت سلول‌های سرطانی و میزان پراکندگی

چیدمان آن‌ها را توضیح می‌دهد. هر قدر سلول‌ها ظاهری غیرطبیعی داشته باشند، بسیار تهاجمی‌تر رفتار می‌کنند و سریع‌تر گسترش می‌یابند. ضرب آهنگ رشد سرطان‌های درجه ۳، سریع‌تر است و ظاهری غیرطبیعی‌تر دارند.

درجه و مرحله سرطان دو ویژگی کاملاً جداگانه هستند، که در ترکیب با یکدیگر وضعیت سرطان را توضیح می‌دهند؛ به گونه‌ایی که بر اساس این توضیحات، پزشک معالج در مورد نحوه درمان سرطان تهاجمی گیرد. سرطان درجه ۳، رشد سریعی دارد و تهاجمی‌تر رفتار می‌کند، اگر در مرحله ابتدایی شناسایی شود، از سرطان درجه ۱، که به بقیه‌ی اعضای بدن دست اندازی کرده است، بهتر درمان می‌شود. در انتخاب نوع شیوه‌های درمان، به تمام موارد توجه می‌شود، ولی مرحله‌ی سرطان از درجه‌ی آن مهم‌تر است.

پس از انجام بررسی‌های میکروسکوپی بر روی نمونه‌ی بافت پستان، مرحله‌ی بدخیمی سرطان مشخص می‌گردد. دکتر آسیب شناس، «مرحله» سرطان را بر اساس ویژگی‌های مانند اندازه، نوع «تومور»، میزان درگیری «غدد» شبکه لنفاوی و «متاستاز» مشخص می‌کند. دسته بندی مرحله بر اساس جدول TNM تومور، گره لنفاوی و متاستاز تعریف می‌گردد. مرحله بر اساس دسته بندی زیر مشخص می‌گردد:

مرحله 0: (مرحله اولیه) DCIS، LCIS یا پاژت بدون تومور در این مرحله هستند. تومور حقیقی گزارش نمی‌شود و هیچ گونه نشانه‌ای مبنی بر گسترش به گره‌های لنفاوی یا بافت اطراف پستان مشاهده نمی‌شود.

مرحله I: (مرحله اولیه) سلول‌های سرطانی در گره‌های لنفاوی مشاهده نشده‌اند و تومور ۲ سانتی‌متر یا کوچک‌تر است.

مرحله II: (مرحله اولیه) سلول‌های سرطانی به گره‌های لنفاوی زیر بغل انتشار یافته‌اند و بزرگی تومور در پستان از ۲ تا ۵ سانتی‌متر است. این مرحله به دو زیر گروه تقسیم می‌شود. مرحله II الف و مرحله II ب. مرحله II الف: در این مرحله ممکن است، هیچ‌گونه توموری دیده نشود یا اینکه اندازه‌ی تومور همانند مرحله I باشد ولی گره‌های لنفاوی نیز درگیر شده باشند. همچنین ممکن است، اندازه‌ی توده‌ی سرطانی بین ۲ تا ۵ سانتی‌متر باشد ولی درگیری با گره‌ها لنفاوی مشاهده نشود. مرحله II ب: در این مرحله اندازه توده‌ی سرطانی ۲ سانتی‌متر یا بزرگ‌تر است و بیماری به گره‌های لنفاوی گسترش یافته است، ولی قفسه صدری و پوست درگیر بیماری نشده‌اند.

مرحله III (مرحله پیشرفته) نام دیگر این مرحله سرطان پیشرفته‌ی منطقه‌ای است. اندازه تومور در داخل پستان معمولاً بزرگ‌تر از ۲ سانتی‌متر است و سرطان در نواحی زیر بغل انتشار یافته است؛

یا حتی به دیگر گره‌های لنفاوی و بافت‌های اطراف پستان نیز سرایت کرده است. سرطان مرحله ۳ دارای دو زیر گروه است. مرحله III الف: سرطان تشخیص داده شده در این مرحله شامل تمامی شرایط بالا است در هر اندازه‌هایی که تومور رشد کرده باشد. مرحله III ب: سرطان در این دسته به قفسه صدری یا پوست انتشار یافته است و علائم بالینی بر روی پوست مانند پوست پرتقالی، التهاب و تورم بروز می‌دهند.

مرحله IV: این نوع سرطان متاستاتیک است و اندازه‌ی تومور و گسترش بیماری در گره‌های لنفاوی اهمیت کمتری دارند، زیرا در این مرحله، سرطان از پستان به اعضای دیگر بدن گسترش یافته است.

ممکن است انجام لامپکتومی و رادیوتراپی برای درمان مبتلایان به سرطان در مرحله‌ی اولیه (۰ تا ۲) کافی باشد. ولی در برخی شرایط ماستکتومی نیز پیشنهاد می‌گردد. روش‌های درمان در مرحله‌های ابتدایی، معمولاً موفقیت آمیز است. انجام لامپکتومی یا ماستکتومی در این مرحله، به محل تومور، اندازه پستان و دیگر نشانه‌های شناسایی شده در ماموگرافی بستگی دارد. عامل تعیین کننده‌ی دیگر این است، که یک خانم تا چه حد علاقه‌مند به حفظ پستان خود باشد. همه‌ی عوامل گفته شده در تصمیم‌گیری برای نوع جراحی تأثیرگذار است. (درباره‌ی ماستکتومی به پرسش ۳۴ مراجعه شود) به جز مرحله‌ی صفر، در بقیه موارد از گره‌های زیر بغل نمونه بردار می‌شود. برخی از خانم‌ها در مرحله‌ی I و غالباً در مرحله‌ی II از سرطان پستان، شیمی درمانی یا هورمون درمانی نیز می‌شوند که به این روش‌ها، درمانی‌های کمکی نیز گفته می‌شود (به پرسش ۵۱ مراجعه شود) این روش‌ها برای جلوگیری از متاستاز یا بازگشت مجدد (عود) بیماری انجام می‌شود.

معمولاً در مرحله III سرطان پستان، بیماران با هر دو روش درمان سیستماتیک و درمان موضعی برای از بین بردن سلول‌های سرطانی و جلوگیری از انتشار سلول‌های سرطانی، درمان می‌شوند. درمان‌های موضعی ممکن است جراحی، رادیوتراپی پستان و زیر بغل باشند؛ شاید روش درمان سیستماتیک، شیمی درمانی، هورمون درمانی یا هر دو باشند که این درمان‌ها ممکن است قبل یا بعد از درمان‌های موضعی انجام شوند.

بیماری که در مرحله IV بیماری سرطان است ممکن است برای کوچک کردن تومور یا از بین بردن سلول‌های سرطانی در سرتاسر بدن، با شیمی درمانی یا هورمون درمانی درمان شود. ممکن است برای کنترل سرطان در پستان نیز رادیوتراپی یا جراحی بشوند. ممکن است، برای کنترل تومور قسمت‌های دیگر بدن نیز رادیوتراپی بشوند. تشخیص سرطان پستان در مرحله IV نسبت به مراحل قبلی، بیماری بسیار جدی‌تر است ولی لزوماً به معنی محکومیت به مرگ فوری نیست. بیماران می‌توانند زندگی عادی خود را داشته باشند و سال‌ها پس از تشخیص سرطان پستان متاستاتیک از

کیفیت زندگی خوبی برخوردار باشند. امروزه درمان‌های مؤثری برای مرحله‌ی پیشرفته سرطان متاستاتیک نیز در دسترس است. (به پرسش ۴۹ مراجعه شود)

۳۰. سرطان و عود سرطان چه تفاوتی دارند؟
عود بیماری چگونه پیشگیری و درمان می‌شود؟

هنگامی بروز سرطان، با هدف کنترل و از بین بردن سلول‌های سرطانی درمان آغاز می‌شود. عود (بازگشت)، علیرغم درمان‌های اولیه، ظهور دوباره‌ی بیماری سرطان است. حتی گاهی اوقات با اینکه تومور کاملاً از بدن خارج شده یا کاملاً از بین رفته است، بیماری باز می‌گردد؛ چرا که تعدادی از سلول‌های سرطانی در محل درمان باقی‌مانده‌اند و اینکه بیماری از قبل در بدن انتشار یافته است. سرطانی که پس از عود، فقط در منطقه پستان و زیر بغل مشاهده شود، بازگشت منطقه‌ای خوانده می‌شود و اگر به دیگر اعضای بدن گسترش یافته باشند سرطان پستان متاستاتیک یا بازگشت دوردست نامیده می‌شود.

بسیاری از بیماران سرطانی، پس از پایان درمان به طور مرتب تحت کنترل هستند تا چنانچه که بیماری بازگشت، بلافاصله تحت درمان قرار بگیرند. حتی اگر بازگشت بیماری سریع تشخیص داده شود، درمان همان روش قبلی نخواهد بود؛ هر چند که ممکن است بیماری در مرحله‌های پیشرفته باشد. همان‌گونه که در شروع درمان، بیمار و پزشک با یکدیگر صحبت کردند، باید برای درمان بازگشت بیماری نیز گفتگو کنند؛ چرا که ممکن است یک روش درمان کاملاً متفاوت، برای مبارزه با بازگشت بیماری انتخاب شود.

۳۱. چرا برای درمان به تیم پزشکی احتیاج است؟ این گروه چه کسانی هستند؟ و چگونه باید اعضای این گروه را انتخاب کرد؟

سرطان بیماری کاملاً پیچیده‌ای است که فهم و درمان این بیماری نیازمند به دانش ژنتیک مولکولی، داروشناسی، تغذیه و جراحی است. هیچ پزشکی توانایی ارائه تمامی این مراقبت‌ها و خدمات مورد نیاز این‌گونه بیماران را ندارد. پس لازم است، گروهی از متخصصان به جنبه‌های متفاوت بیماری توجه کنند. پزشک معالج، سرطان‌شناس است و اطلاعات مختلف جمع‌آوری شده توسط متخصصان دیگر درباره‌ی سرطان را بررسی می‌نماید. با توصیه‌های متخصصان دیگر است که پزشک معالج، از میان روش‌های گوناگون، مناسب‌ترین درمان را برای هر بیمار انتخاب می‌کند. برخی از متخصصان و پزشکانی که ممکن است در گروه درمانی باشند به شرح زیر هستند.

پزشک عمومی اولیه: پزشکی است که وضعیت عمومی بیمار را کنترل می‌کند و برای کنترل سلامت بیمار، انجام آزمایش‌های عمومی را درخواست می‌کند. او ممکن است کسی باشد که به شناسایی بیماری کمک کرده است. اگر این پزشک متخصص زنان و زایمان باشد، احتمالاً کسی خواهد بود که در درمان بیماری، نقش فعالی داشته باشد؛ و در میان گروه معالج منبع اصلی برای

گرفتن اطلاعات لازم در خصوص بیماری باشد. اگر چنین نباشد، بیمار می‌تواند از پزشک درخواست معرفی به پزشک متخصص آشنا بکند. گاهی اوقات شناخت قبلی از پزشک متخصص در درمان بیماران تأثیر گذار است.

متخصص زنان و زایمان: متخصص در سلامتی خانم‌ها. اگر پزشک اولیه متخصص زنان و زایمان نباشد، ممکن است پزشک اولیه، اطلاعات را در اختیار یک متخصص زنان و زایمان قرار بدهد و از این متخصص درخواست کند که با همکاری پزشک اولیه یا به تنهایی سرپرستی هماهنگی درمان بیماری را بر عهده بگیرد. اگر بیمار در نظر داشته باشد که با متخصص زنان و زایمان خود در تماس باشد، بیمار می‌تواند از متخصص خود درخواست کند تا به گروه درمان ملحق بشود.

متخصص تغذیه: کارشناس سلامتی، که متخصص در علم تغذیه است و در مورد انتخاب خوراکی‌های لازم، نظر می‌دهد. از آنجا که عوارض جانبی برخی از درمان‌ها بر روی اشتها و وضعیت تغذیه‌ی بیمار، اثر گذار است؛ دریافت مواد مغذی و مکمل‌ها از طریق رژیم غذایی بیمار، در زمان درمان مهم است.

رادیولوژیست: عموماً همان پزشکی است که گزارش ماموگرافی را تهیه کرده است. رادیولوژی بخشی از درمان است، چرا که تصویربرداری‌های دیگر با اشعه ایکس مانند اسکن استخوان، عکس از قفسه سینه ممکن است برای تعیین سطح بیماری لازم باشد. متخصص رادیولوژی لزوماً درگیر درمان بیماری نمی‌شود و فقط اطلاعات دریافتی از این متخصص در خصوص تصمیم درباره‌ی نحوه درمان مورد نیاز است.

متخصص سرطان شناس: این پزشک متخصص است که تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده درباره‌ی بیماری را بررسی می‌کند و بهترین نوع درمان در خصوص مدت زمان، میزان و گونه شیمی درمانی و هورمون درمانی را انتخاب می‌کند.

جراح سرطان شناس: متخصص سرطان است، که نمونه برداری و دیگر روش‌های جراحی مانند برداشتن توده (لامپکتومی) یا پستان (ماستکتومی) را انجام می‌دهد.

فیزیست: میزان تابش پرتو مورد نیاز برای درمان بیماری را اندازه‌گیری می‌کند. همه‌ی بیماران به رادیوتراپی احتیاج ندارند، پس ممکن است این متخصص در گروه درمانی آن‌ها نباشد.

جراح پلاستیک: متخصص جراحی است که در صورت نیاز، بازسازی پستان را انجام می‌دهد. این متخصص با هماهنگی متخصص سرطان شناس (انکولوژیست) بهترین زمان برای چنین جراحی را مشخص می‌کند.

در بیشتر اوقات، پزشک عمومی یا متخصص زنان و زایمان است که بیمار را به گروه درمانی سرطان معرفی می‌کند و غالباً بیماران با پزشکان مورد تایید پزشک عمومی یا متخصص زنان و زایمان درمان را شروع می‌کنند. در این صورت، اگر بیمار با پزشکان معرفی شده، راضی باشد، برای پیدا کردن تیم دیگری لزومی وجود ندارد. هر چند که مشاوره کردن با پزشک دوم، به ویژه جراح سرطان شناس پیشنهاد می‌گردد. خوب است که از پزشک عمومی درخواست، برای مشاوره‌ی دوم جراحی نیز هماهنگ شود. جراح سرطان شناس مسئول اولین بخش و سخت‌ترین قسمت درمان سرطان است. مهم است که بیمار پیش از شروع درمان با پزشک جراح ملاقات داشته باشد. بهتر است که بیمار از توانایی و صلاحیت پزشک جراح مطمئن شود.

۳۲. درمان موضعی و سیستماتیک چه تفاوتی دارند؟

درمان‌های موضعی مانند جراحی، رادیوتراپی برای برداشتن، از بین بردن یا کنترل سلول‌های سرطانی، در یک منطقه مشخص هستند. درمان سیستمی، مانند شیمی‌درمانی و هورمون‌درمانی برای از بین بردن یا کنترل سلول‌های سرطانی در هر قسمتی از بدن بکار می‌روند. بیمار ممکن است فقط با یک نوع دارو یا ترکیبی از چند دارو درمان شود و این موضوع بستگی دارد که سرطان در چه مرحله‌ای تشخیص داده شود. روش‌های مختلف درمان، ممکن است همزمان یا یکی پس از دیگری تجویز بشوند. به طور مثال معمولاً پس از لامپکتومی رادیوتراپی تجویز می‌شود، چرا که جراح نمی‌تواند کاملاً مطمئن باشد که تمامی سلول‌های سرطانی را از بدن خارج کرده باشد. چنانچه احتمال خطر گسترش سلول‌های سرطانی وجود داشته باشد، شیمی‌درمانی و هورمون‌درمانی نیز ممکن است تجویز شود. برای تومورهای بزرگ‌تر پس از ماستکتومی، رادیوتراپی و شیمی‌درمانی نیز تجویز می‌شود تا اگر چنانچه سلول‌های متاستاتیک در بدن گسترده شده‌اند، قبل از رشد در عضو دیگری از بین بروند. اما همیشه این جراحی نیست، که در ابتدای درمان انجام می‌شود. تومورها می‌توانند قبل از جراحی با شیمی‌درمانی یا هورمون‌درمانی، کنترل یا کوچک شوند.

۳۳. آیا باید، پیش از جراحی پستان، اسکن استخوان انجام داد؟ اسکن استخوان برای چه بررسی لازم است؟

سرطان پستان یکی از چندین نوع سرطان است که به مغز استخوان دست‌اندازی می‌کند. اسکن استخوان، تصویربرداری از مغز استخوان (اسکلت بدن) است که نشانه‌های دست‌اندازی سرطان (متاستاز) را شناسایی می‌کند. این یک سرطان جدید نیست، بلکه در ادامه سرطان پستان اولیه است. اگر متاستاز استخوان پیش آمده باشد ممکن است وضعیتی به صورت افزایش کلسیم در خون محیطی و کاهش کلسیم استخوان پدید بیاید که در بدترین شرایط باعث ایجاد حفره‌هایی در

استخوان می‌شود. این پدیده در تصاویر رادیولوژی اغلب به صورت ضایعات اُستئولیتیک^۱ مشاهده می‌شود و استخوان‌ها را بسیار ضعیف و شکننده می‌کنند به طوری که بیمار بسیار در خطر ایجاد شکستگی و ترک خوردگی استخوان قرار می‌گیرد. به ویژه، در خانم‌های مسن که در اثر افزایش سن، قبلاً دچار پوکی استخوان شده‌اند، مشکلات زیادی پدید می‌آید. البته این نشانه‌ها هیچ‌کدام منجر به ضعف استخوان‌ها نمی‌شوند؛ ولی بیماری را که از یک ناخوشی جدی رنج می‌برد، ضعیف‌تر می‌کنند.

اگر تومور به اندازه‌ای رشد کرده است که احتمال بروز متاستاز افزایش یافته است، پزشک معالج احتمالاً درخواست انجام اسکن استخوان می‌دهد. اما اگر سرطان پستان در مرحله ابتدایی باشد، امکان دارد که اسکن استخوان لزومی نداشته باشد. ولی گاهی اوقات سرطان متاستاتیک در سرطان‌های ابتدایی نیز دیده شده است. اگر سردرد و ناراحتی در استخوان‌ها وجود داشته باشد، بیمار باید سریعاً این نشانه‌ها را با پزشک در میان بگذارد و انجام اسکن استخوان را از پزشک درخواست کند. اگر متاستاز مشاهده شود، احتمالاً با تجویز بیفسُنات به همراه شیمی‌درمانی و هورمون‌درمانی بیماری درمان می‌شود و از صدمه بیشتر به استخوان‌ها جلوگیری می‌شود (برای اطلاعات بیشتر، به پرسش ۴۵ مراجعه شود).

اقدامات جراحی

۳۴. ماستکتومی چیست و چه تفاوتی با لامپکتومی دارد؟ چگونه یکی بر دیگری برتری دارد؟

بیشترین روش‌های جراحی با ارجاع به کلمه ماستکتومی تعریف می‌شوند. ماستکتومی ساده (کامل): در این روش، جراح تمامی پستان را از بدن جدا می‌کند؛ اما گره‌های لنفاوی از بدن خارج نمی‌شوند. ماستکتومی رادیکال تعدیل شده: در این روش، جراح پستان و گره‌های لنفاوی زیر بغل و بافت روی عضلات قفسه صدری را نیز از بدن جدا می‌کند. ماستکتومی رادیکال هالستد^۲: در این روش هر دو عضله‌های قفسه صدری از بدن خارج می‌شود. امروزه به ندرت این روش ماستکتومی انجام می‌شود. فقط در شرایطی که سرطان مستقیماً بر روی دیواره قفسه صدری رشد کرده باشد از روش گفته شده استفاده می‌شود. ماستکتومی ساده برای سرطان‌های غیرمهاجم استفاده می‌شود، در حالی که ماستکتومی رادیکال زمانی استفاده می‌شود که احتمال خطر گسترش سرطان به شبکه لنفاوی وجود داشته باشد

۱- متاستاز استخوانی موجب سائیدگی استخوان و ایجاد حفره‌هایی بنام ضایعات استئولیتیک Osteolytic استخوانی می‌شود. این ضایعات موجب تخریب استخوان و ایجاد سوراخ و حفره در آن می‌شوند که نهایتاً استخوان را ضعیف و شکننده می‌کنند. (م)
۲- بنیانگذار جراحی ماستکتومی. ژان لونیس پتی، جراح فرانسوی و پس از او یک جراح اسکاتلندی به نام بنجامین بل، نخستین پزشکانی بودند که غدد لنفاوی، بافت پستان و عضلات زیر توده‌ی سرطانی پستان را جراحی کردند. در سال ۱۸۸۲ دکتر ویلیام استوارت هالستد با تکمیل روش‌های پیشین، شیوه‌ی نوینی در جراحی پستان ابداع کرد؛ که با نام او مشهور است. (م)

لامپکتومی یا ماستکتومی قطعه‌ای: فقط تومور و بافت کوچکی از اطراف آن تخلیه می‌شود و ظاهر پستان، تقریباً دست نخورده باقی می‌ماند. ماستکتومی هدفمند: روش دیگری است که تقریباً بین لامپکتومی و ماستکتومی است. در این روش، جراح تومور را به همراه مقداری از بافت سالم اطراف آن تا عضله قفسه صدری از بدن خارج می‌کند. گاهی اوقات همزمان با جراحی پستان، غدد لنفاوی نیز جراحی می‌شوند که در طی این جراحی تعدادی از گره‌های لنفاوی زیر بغل از بدن خارج شده و برای بررسی به آزمایشگاه فرستاده می‌شوند تا وضعیت سرایت سلول‌های سرطانی به غدد زیر بغل مشخص شود. جراح می‌تواند از روش سنتینل^۱ نود نیز استفاده کند، به این صورت که با تزریق ماده رادیو اکتیو بسیار ضعیف به پستان بیمار، محل اولین گره لنفاوی در اثر جذب ماده رادیو اکتیو در عکس برداری مشخص می‌گردد و جراح فقط گره پیش‌آهنگ را برای نمونه‌برداری به آزمایشگاه ارسال می‌کند. در هر دو روش لامپکتومی و ماستکتومی هدفمند، جراح کمترین مقدار ممکن از بافت پستان را از بدن خارج می‌کند و پس از هر دو روش، رادیوتراپی نیز انجام می‌گیرد. این‌گونه روش‌های درمان، جراحی با حفظ بافت پستان نامیده می‌شوند. هدف در هر دو روش، جراحی سلول‌های سرطانی با نگهداری بیشترین مقدار بافت پستان است.

هر دو روش کمبودها و برتری‌هایی دارند. هدف اصلی جراحی، از بین بردن سلول‌های سرطانی در بافت پستان است. هنگامی که سلول‌های سرطانی بسیار گسترده شده‌اند یا در شکل‌های نامنظم هستند، بهترین روش جراحی، همان ماستکتومی رادیکال یا ساده است؛ تا بتوان به بهترین نتیجه رسید. هر چند، عقب‌نشینی‌هایی برای انجام این‌گونه جراحی‌ها دیده می‌شود. چرا که این روش‌ها، سلامت روحی بیمار را به خطر می‌اندازند و باعث ایجاد افسردگی و نبود اطمینان در اثر از دست دادن پستان، در شخص می‌گردند (به پرسش‌های ۸۱ تا ۸۵ مراجعه شود). هرگاه تشخیص درمان، امکان جراحی با حفظ بافت پستان باشد، می‌توان از مشکلات احتمالی گفته شده، کاست. چنانچه بیماری، علاقمند به حفظ پستان خود باشد؛ و اگر دارای پستان‌های کوچک، تومور غیرمتاستاتیک با حاشیه منظم باشد، جراحی با حفظ بافت، برای او موثر خواهد بود. زیرا مقدار بسیار کمی از بافت پستان به همراه تومور از بدن خارج می‌شود. انجام رادیوتراپی برای اطمینان از تخریب تمام سلول‌های سرطانی، نیز الزامی است. در این‌گونه درمان، ضروری است که روزانه، مداوای رادیوتراپی سرپایی از شنبه تا پنج‌شنبه به مدت شش هفته و با پیگیری‌های منظم، پس از پایان درمان انجام بگیرد. درمان با حفظ پستان در مقایسه با ماستکتومی، روش درمان طولانی‌تری است.

مشکلاتی در خصوص، جراحی گره‌های لنفاوی زیر بغل، مانند خیز لنف وجود دارد که در پرسش ۳۸ توضیح داده شده است.

با در نظر گرفتن مرحله و درجه بدخیمی تومور، اولویت‌ها و وضعیت سلامتی عمومی بیمار، بهترین درمان انتخاب می‌گردد. اگر برای بیمار بسیار مهم است که پس از جراحی بدن او چگونه به

۱. Sentinel Node گره نگهبان یا پیش‌آهنگ

نظر خواهد آمد، بهتر است که این موضوع، با پزشک معالج در میان گذاشته شود. جراح با در نظر گرفتن این موضوع، بهترین روش درمان را انتخاب خواهد کرد. پزشک درباره‌ی اثرات جراحی بر روی بدن بیمار توضیحات کاملی می‌دهد و برای دستیابی به بهترین نتیجه از جراحی در تصمیم‌گیری به بیمار کمک خواهد کرد. ممکن است، حفظ پستان بهترین انتخاب برای بیمار نباشد، ولی روش‌های دیگری وجود دارند تا پس از انجام جراحی ماستکتومی، شکل ظاهری بدن بازسازی شود. طرح جزییات درباره‌ی موضوع بازسازی پستان در پرسش‌های ۳۶ و ۳۷ آمده است.

روش‌های جدید جراحی، هر روزه گسترده‌تر می‌شوند. روش‌هایی مانند رادیو فرکانسی ابلیشن^۱، اولتراسوند ابلیشن و سیروا بلیشن بر روی تومورهای سرطانی، نتایج بسیار چشمگیری داشته‌اند و تحقیقات همچنان ادامه دارد. در این روش، در اثر تولید جریان الکتریسیته با پروب‌ها، گرما ایجاد می‌شود، و این حرارت باعث تخریب سلول‌های سرطانی می‌شود، بدون اینکه نیازی به تخلیه سلول‌ها با جراحی باشد. هر چند که هنوز استفاده از این روش برای درمان سرطان پستان، تایید نشده است ولی امیدهایی وجود دارد تا روش‌های جراحی ساده‌تر و کم‌تهاجم‌تر ارائه شود.

۳۵. چگونه باید برای جراحی آماده شد؟ زمان بهبود چه مدت است؟

امروزه با پیشرفت و توسعه فوق تخصص‌ها، معمولاً، جراح متخصص سرطان جراحی پستان را انجام می‌دهد. پیش از انجام جراحی، بیمار با پزشک ملاقات کرده و در خصوص مسائل مختلف مانند عوارض جانبی جراحی، خطرات و مراقبت‌های پس از جراحی آگاه می‌گردد. در مقابل، پزشک از جزییات داروهای مصرفی بیمار آگاه می‌شود و با بررسی جواب آزمایش‌ها، مطمئن می‌گردد که انجام جراحی، هیچ‌گونه خطری برای بیمار نخواهد داشت. پس از این ملاقات، بیمار فرمی را برای اعلام موافقت خود با عمل جراحی امضا می‌کند. هر گاه پیش از انجام جراحی، برای بیمار ابهامی در خصوص خطرات و اتفاقات در پیش رو مطرح گردد؛ بهترین روش، پرسش از تیم معالج است و اگر در فهم مطالب پزشکی عنوان شده از طرف تیم معالج دچار مشکل است یا ترس و دلهره بر بیمار غلبه کرده است؛ خوب است که از گروه معالج خواسته شود تا با زبان ساده‌تری مطالب را توضیح بدهند.

زمان بهبودی پس از جراحی به عوامل زیادی مانند وضعیت عمومی سلامتی بیمار و نوع جراحی بستگی دارد. برای شروع فعالیت‌های عادی مانند انجام امور منزل بهتر است تا بهبود کامل صبر کرد. در زمان جراحی، جراح لوله‌هایی را در بدن کار می‌گذارد تا خون و مایع میان‌بافتی از درون زخم‌های بدن به بیرون هدایت شود. این لوله‌ها، معمولاً از جنس پلاستیک هستند که در انتها به

۱. ابلیشن (سوزاندن) رادیوفرکانسی که برخی اوقات به اختصار RFA نامیده می‌شود، روشی است با حداقل تهاجم، که برای درمان سرطان به کار می‌رود. در این روش از تکنیک‌های تصویربرداری مانند سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن یا ام. آر. آی برای هدایت سوزن الکتروود به داخل تومور سرطانی، استفاده می‌شود. (م)

یک پمپ و مخزن کوچک در خارج از بدن وصل هستند. این مخازن باید مرتباً تخلیه شوند و مقدار مایع خارج شده از بدن، اندازه گیری شود. محل ورود لوله‌ها به بدن باید کاملاً تمیز بوده و با باند تمیز پوشانده شوند. هنگامی که خروج مایع از درون بدن قطع شود، این لوله‌ها از بدن خارج می‌شوند. کشیدن لوله‌ها از بدن بسیار ساده و بدون درد است و احتیاج به هیچ‌گونه بی‌حسی یا روش پیچیده‌ای ندارد. پس از این زمان، جراح و گروه معالج، ورزش‌های متناسب با وضعیت بیمار را برای تحرک دست و شانه به منظور جلوگیری از خیز لنف (ادم) به بیمار آموزش می‌دهند (برای اطلاعات بیشتر به پرسش ۳۸ مراجعه شود).

بهبودی کامل پس از جراحی، به وسعت جراحی، سلامت عمومی بیمار یا مشکلات احتمالی پیش‌آمده بستگی دارد.

۳۶. به دلیل اینکه بیمار کاندیدای خوبی برای لامپکتومی نیست، جراح پیشنهاد ما ستکتومی داده است؛ آیا روشی برای بازسازی پستان وجود دارد؟

در گذشته، خانم‌هایی که جراحی ماستکتومی انجام داده بودند، یا اصلاً تن به جراحی بازسازی پستان نمی‌دادند یا مدت‌ها پس از جراحی اولیه، بازسازی پستان انجام می‌شد. با توجه به پیشرفت‌های جدید، جراحی ماستکتومی رادیکال کمتر انجام می‌شود؛ و جراحان معمولاً تلاش می‌کنند با حفظ بافت بدن، بیشترین مقدار بافت سرطانی را تخلیه کنند. اگر با توجه به گسترش بیماری، حفظ بافت اصلی پستان امکان نداشته باشد؛ امروزه بازسازی پستان بلافاصله پس از جراحی ماستکتومی، بسیار رایج است و در حقیقت تبدیل به یک روش استاندارد شده است؛ چرا که نتایج روان شناختی آن، بسیار بارز است و اهمیت زیادی دارد. روبه‌رو شدن با یک پستان بازسازی شده پس از بیهوشی به مراتب، عوارض روحی بسیار کمتری در پی دارد تا زمانی که کاملاً جای عضو جراحی شده، خالی باشد. بازسازی درجا پس از ماستکتومی، از نظر زیبایی در مقایسه با بازسازی با تاخیر، نتایج بهتری داشته و دوران نقاهت کوتاه‌تری دارد. هر چند که در برخی مواقع که رادیوتراپی پس از جراحی الزامی است، بازسازی پستان با تاخیر انجام می‌شود چرا که ممکن است رادیوتراپی درصد موفقیت بازسازی را کم کند. ممکن است، پس از بازسازی در محل ماستکتومی نکرده بافتی ایجاد شود (به ویژه در بیماری‌هایی مانند دیابت، کلاژن، واسکیولار و استفاده از دخانیات) و پزشک معالج تصمیم بگیرد؛ پس از بهبودی کامل جراحات جراحی اول، بازسازی پستان را طی جراحی دیگری انجام بدهد. اگر بازسازی درجا، برای بیمار مهم است باید این موضوع را با تیم معالج در میان بگذارد، تا بررسی لازم بر روی بیمار، قبل از جراحی صورت بگیرد. اگر بیمار به تصمیم مشخصی برای انجام بازسازی نرسیده باشد؛ پیشنهاد می‌شود که بازسازی پستان را برای مرحله دوم گذاشت و با نتیجه بهتری این عمل را انجام داد. روش‌های مختلفی برای انجام بازسازی پستان وجود دارد که هر روش بنا بر وضعیت بیمار پیشنهاد می‌گردد. به عنوان مثال، احتمال خطر گسترش

سرطان در پستان مقابل یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها است، چرا که روش بازسازی دو طرفه پستان، با یک طرفه، کاملاً متفاوت است. مهم است که در هنگام بازسازی، قرینه سازی پستان نیز در نظر گرفته شود. برای اینکه بازسازی پستان با روش‌های کنترل بیماری، در آینده تداخل نداشته باشد؛ باید مناسب‌ترین روش را انتخاب کرد. باید توجه کرد که انجام رادیوتراپی پس از ماستکتومی، نوع روش انتخابی برای بازسازی پستان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیمارانی که از ناراحتی‌های پشت و کتف رنج می‌برند بهتر است برخی از بازسازی‌ها مانند TRAM FLAP انجام ندهند، (به پرسش ۳۷ مراجعه شود) چرا که استفاده از عضلات دیواره شکمی در این نوع جراحی، ممکن است ناراحتی پشت را افزایش بدهد. مهم است که بیماران کاملاً در جریان قرار بگیرند که با در نظر گرفتن ضعف جسمانی موجود، چگونه پستان آن‌ها بازسازی می‌شود.

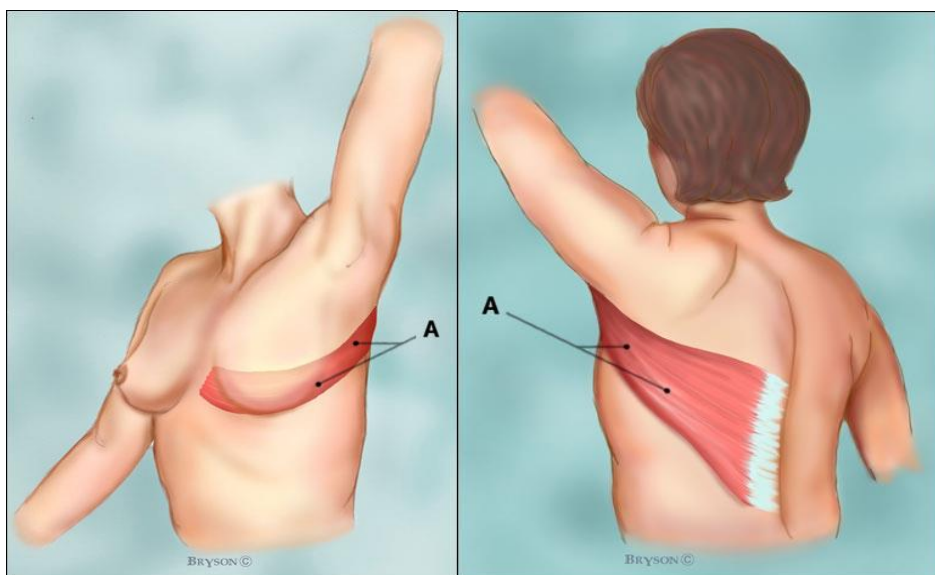
۳۷. چه روش‌هایی برای بازسازی پستان وجود دارد و چگونه بیمار یکی از این روش‌ها را انتخاب می‌کند.

در دهه‌ی گذشته، پیشرفت در بازسازی پستان کمک شایانی به خانم‌ها در تصویرسازی از بدنی سالم و بهبود در کیفیت زندگی آن‌ها کرده است. هدف از جراحی پلاستیک، پس از برداشتن پستان، بازسازی آن به شکل اولیه تا حد امکان است. بازسازی پستان، دست کم با یک جراحی انجام می‌شود که گاهی اوقات ممکن است همزمان با جراحی ماستکتومی انجام شود.

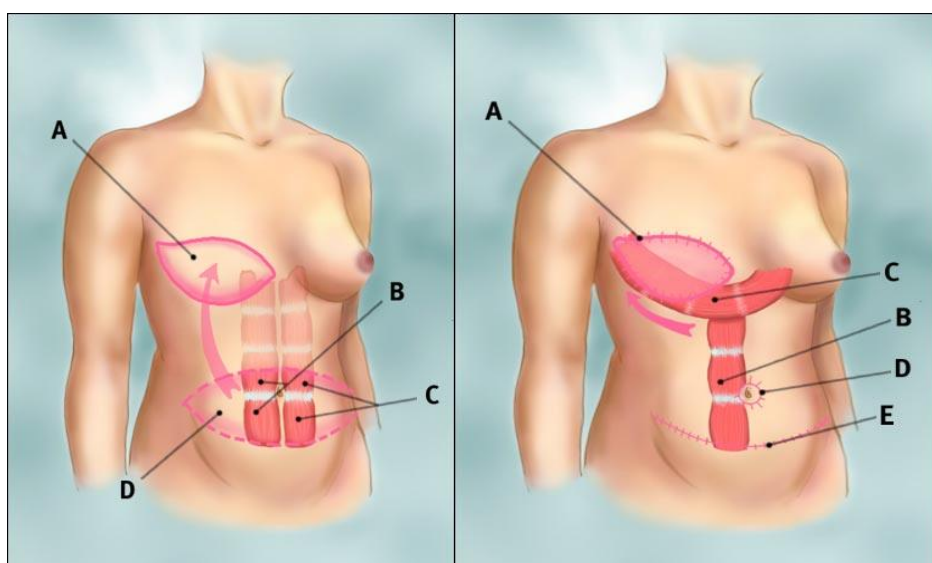
پستان «تازه» ممکن است، فقط کاشت مصنوعی (پروتز داخل نسجی) یا بافتی از بدن باشد که از عضو دیگر بیمار گرفته شده است، یا هر دو روش باشد. هنگامی که بافت جدید جابه‌جا می‌شود، جراح باید از برقراری جریان خون در محل جدید بافت، مطمئن شود. این روش با یکی از دو روش Rotation Flap یا Free Flap انجام شود. در روش اول، عضله به همراه بافت متصل به آن، بدون برش جریان خون اصلی، به محل مورد نظر چرخانده می‌شود. ولی در روش Free Flap بافت پیوندی از محل اصلی و اولیه کاملاً جدا شده و رگ اصلی به محل جریان خون جدید پیوند می‌شود. سه روش وجود دارد که از بافت بدن بیمار برای بازسازی استفاده می‌شود: ۱. بازسازی لاتیس‌موس دورسی ۲. فلپ عرضی رکتوس شکمی ۳. بازسازی با فلپ عضله سُرین. هر کدام از این روش‌ها به تشریح در پی آمده‌اند.

بازسازی با عضله لاتیس‌موس دورسی: لاتیس‌موس یک عضله پهن و به شکل بادبزنی است که در پشت و زیر شانه قرار گرفته است. این عضله در روش بازسازی چرخشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. از آنجا که بیشتر خانم‌ها به اندازه کافی بافت (چربی و عضله) در این فلپ ندارند، یک درون‌کاشت به مقدار بافت برداشته شده در زیر عضله جدید کار گذاشته می‌شود تا بازسازی با پستان مقابل قرینه شود. محل جراحی بر روی پشت بدن و روی پستان بیمار باقی خواهد ماند. این بازسازی بهترین روش خون‌رسانی را دارد.

بازسازی با عضله رکتوس: به این روش ابدومینو پلاستی (تامی تاک) گفته می‌شود و در این روش یکی از دو عضله شکمی به همراه پوست و چربی به محل ماستکتومی انتقال داده می‌شود. این جراحی، به شیوه‌ی بازسازی چرخشی یا فلپ آزاد انجام می‌شود. عضله، پوست و چربی همانند پستان فرم داده می‌شوند. انتقال این بافت، باعث می‌شود که شکم نیز تخت شود. نتیجه جراحی با عضله شکمی بهتر از عضله لاتیسیموس است. اما این روش پیچیده‌تر است و روش خون‌رسانی خیلی اطمینان بخش نیست. خط افقی جراحی بر روی ناحیه پایین شکم و خط جراحی بر روی قفسه صدری به‌جا خواهد ماند و عضلات دیواره شکمی تضعیف می‌شوند.



بازسازی لاتیسیموس دورسی



بازسازی TRAM

بازسازی با عضله‌ی سُرین: روش بازسازی گلوئال یکی از جدیدترین روش‌های جراحی زیبایی است. جراح، بخشی از پوست و چربی سرین را جدا نموده و به محل ماستکتومی بخیه می‌زند. در این روش خطر بیشتری برای نبودِ خون‌رسانی به عضو جدید وجود دارد؛ چرا که رگ خون‌رسان به بخش پیوندی بسیار کوچک است. موفقیت این جراحی به تغذیه‌ی درست بافت از رگِ خون‌رسان بستگی دارد.

چهارمین روش نیز وجود دارد که از سه روش گفته شده در بالا جدیدتر است. این روش DIEP نامیده می‌شود (DIEP مخفف نام رگِ درگیر در این جراحی است Deep Inferior Epigastric Perforator) چربی و پوست از قسمت پایین عضلات شکمی (دقیقاً مانند روش رکتوس) استفاده می‌شود. در این روش به جای اینکه عضله به همراه رگ خون‌رسان جابه‌جا شود، رگ از عضله جدا شده و به همراه شاخه‌های موجود در چربی و بافت جابه‌جا می‌شود و عضله در جای اصلی خود باقی مانده، بافت و رگ‌های خون‌رسان به محل جدید پیوند می‌شوند.

درون کاشت‌های^۱ مصنوعی روش‌های دیگری برای بازسازی هستند. در صورتی که بیمار تمایلی به جابه‌جایی بافت از عضو دیگری نداشته باشد، می‌تواند از این روش استفاده کند. برخلاف باور عموم که این‌گونه درون کاشت‌ها خطرناک هستند، شواهد کمی وجود دارد که بیانگر خطرناک بودن درون کاشت‌ها باشد، هرچند که به تازگی، گزارش‌هایی درباره‌ی سرطان‌زا بودن یک نوع پروتز ساخت فرانسه (PIP) انتشار یافت و باعث وحشتِ استفاده‌کنندگان قبلی شد، به طوری که در اغلب کشورها این نوع پروتزها تعویض شدند و می‌شوند. درون کاشت‌ها این برتری را دارند که احتیاجی به جابه‌جایی بافت در بدن نیست.

نگه‌داری از پستان بازسازی شده، همانند پستان واقعی است چرا که بافت اصلی پستان همچنان در زیر وجود دارد و همان عوامل خطر وجود دارند و باید به ادامه مراقبت از بروز سرطان ادامه داد. تصمیم‌گیری برای نحوه‌ی بازسازی متأثر از روش درمان بیماری است؛ چرا که برای پایین آوردن خطر بازگشت بیماری، بازسازی پستان با درون کاشت را ناموفق می‌سازد. اگر بیمار در نظر دارد از درون کاشت استفاده کند بهتر است که موضوع را با پزشک خود در میان بگذارد.

۳۸. خیز لنف (لِم) چیست و چگونه درمان می‌شود؟

خیز لنف به شرایطی گفته می‌شود که در اثر جراحی، مایع لنف، در بافت زیرین محل صدمه دیده یا در شبکه لنفاوی تجمع پیدا کرده و باعث تورم بدن، در قسمت جراحی می‌گردد. اگر خیز لنف درمان نشود و با جراحی همراه شود؛ ممکن است به عفونت منجر شود. به همین خاطر، مهم است که نشانه‌های خیز لنف مورد دقت قرار بگیرد (نه بلافاصله پس از جراحی). خیز لنف ممکن است

هفته‌ها، ماه‌ها یا شاید سال‌ها پس از جراحی بروز کند. خیز لافی که بلافاصله پس از پایان درمان سرطان بروز کند، ممکن است نشانه برگشت بیماری باشد. به همین علت بروز این نشانه‌ها اهمیت بسیاری دارند. معمولاً خیز لاف در دست و بازوی طرف پستان جراحی شده بروز می‌کند. مایع در بافت چربی زیر پوست تجمع کرده و باعث تورم و درد می‌شود. نشانه‌های بروز خیز لاف شامل احساس سفتی در بازو یا پوست، کاهش تحرک مفاصل به ویژه در مچ و دست است. از دیگر نشانه‌های خیز لاف، احساس تنگی، در هنگام پوشیدن آستین لباس است؛ به ویژه اگر در یک منطقه خاصی، تورم ایجاد شود. در بیماران که دچار خیز لاف می‌شوند، احتمال بروز عفونت نیز افزایش می‌یابد.

خیز لاف بر دو گونه حاد و مزمن است. حاد شرایط موقتی است و کمتر از شش ماه ادامه دارد. در هنگام تماس پوست دست، اثر فرورفتگی بر روی پوست دست باقی می‌ماند و معمولاً، این‌گونه خیز در روزهای پس از جراحی بوجود می‌آید. شرایط ناخوشایندی است ولی دردناک نیست. این‌گونه خیزها معمولاً پس از یک هفته با حرکت دادن عضو مجروح و به‌کارگیری عضله یا عضلات مرتبط از بین می‌رود. نوع جدی‌تر از نوع خیز حاد، بین چهار تا شش هفته پس از جراحی بوجود می‌آید و بسیار دردناک است چرا که رگ‌های خون‌رسان متورم می‌شوند. رایج‌ترین روش درمان همان حرکت عضو است. به علاوه، ممکن است پزشک معالج داروهای ضد تورم برای فروکش کردن تورم، نیز تجویز کند. نوع سوم خیز لاف حاد، ممکن است به آهستگی و بین ۱۸ تا ۲۴ ماه یا سال‌ها پس از جراحی پدیدار شود و معمولاً دردناک نیست ولی مهم است که به این نشانه‌ها توجه کرد، چرا که هنگام آشکار شدن خیز لاف در این مرحله یا سال‌ها پس از بهبودی، ممکن است نشانه رشد تومور یا بروز مشکلی در شبکه لنفاوی باشد.

خیز لاف مزمن (خیز لافی که بیشتر از شش ماه ادامه پیدا کند) هنگامی پدیدار می‌شود که به شبکه لنفاوی صدمه‌ای وارد شود به طوری که جریان مایع لنفاوی افزایش پیدا کند. هنگامی که شبکه لنفاوی، صدمه دیده باشد نمی‌تواند مایع درون شبکه را جابه‌جا کند. عوامل ایجاد کننده خیز لاف مزمن به شرح زیر هستند:

راديوتراپی

نبود پیش‌گیری‌های لازم پس از جراحی؛

عفونت یا جراحی شبکه لنفاوی؛

نبود تحرک در بازو؛

در شرایط استفاده از دارو مانند دیابت، مشکل کلیه، فشار خون بالا، مشکل قلبی یا بیماری کبد؛

بازگشت و رشد تومور در اطراف گره‌های لنفاوی؛

سرطان و درمان سرطان که باعث کاهش اشتها، ایجاد تهوع، استفراغ، افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات متابولیسمی است.

برخی از عوامل گفته شده، دارای مستندات پزشکی بیشتری از بقیه موارد هستند. اما هر چه که باعث بروز خیز لنف مزمن باشد، موضوع بسیار جدی است که به سختی درمان می‌شود. در حال حاضر درمانی برای خیز لنف در آمریکا وجود ندارد. ولی امروزه در برخی مراکز اروپایی خیز لنف را با جراحی لیپوساکسن درمان کرده‌اند که مورد تایید سازمان FDA نیست و فعلاً در مرحله آزمایشی است. در بیشتر مواقع، خیز لنف مزمن یا حاد، هر دو با روش‌های بدنی، مانند بالا گرفتن دست مصدوم، ماساژ یا استفاده از دستکش‌های مخصوص فشار و به ندرت با تجویز آنتی‌بیوتیک (برای به حداقل رساندن عفونت‌ها) کنترل‌شدنی هستند.

۳۹. چگونه مشخص می‌گردد که شخص دچار خیز لنف شده است؟ آیا روشی برای جلوگیری وجود دارد؟

نمی‌توان به هیچ روی پیش‌بینی کرد که چه کسی دچار خیز لنف می‌گردد و چه کسی مبتلا نمی‌شود. ولی بروز برخی از شرایط، مانند عفونت اطراف درن^۱ یا کاتتر^۲ امکان ایجاد خیز لنف را پیش می‌اندازد. اگر کاتتر در همان سمت جراحی شده کار گذاشته شود؛ معمولاً، زخم دچار ادم می‌شود. حتی یک عفونت بسیار جزئی می‌تواند منجر به خیز لنف بشود؛ چرا که شبکه لنفاوی پس از جراحی و تخلیه گره‌های لنفاوی، بسیار تحت فشار است. برخی از بیمارانی که تاموکسیفن مصرف می‌کنند، در پاها نیز دچار خیز لنف می‌شوند. بیمارانی که گره‌های لنفاوی آن‌ها در زیر بغل تخلیه شده است؛ پس از انجام رادیوتراپی در ناحیه زیر بغل، ممکن است دچار خیز لنف بشوند. بیمارانی که بسیار چاق هستند یا آن دسته از بیمارانی که دچار سوء تغذیه هستند نیز ممکن است دچار خیز لنف بشوند. اگر هر یک از موارد گفته شده در بیماری وجود داشته باشد، بهتر است که مراقب بروز نشانه‌های خیز لنف باشد.

جدولی که در زیر آمده است برای جلوگیری از خیز لنف به بیمار کمک می‌کند.

جدول شماره ۲

۱. در صورت امکان کوشش کنید که دست بالاتر از سطح قلب قرار بگیرد. پرهیز از حرکتهای دورانی سریع دست که باعث تجمع خون در بخش خارجی و دست می‌گردد.

۱- Drain لوله‌ای پلاستیکی است که برای خروج خونابه از محل جراحی، در بدن کار گذاشته می‌شود. (م)
۲- Catheter راه ورودی به رگ، توسط یک لوله پلاستیکی باریک بنام کاتتر ایجاد می‌شود که درون وریدهای بزرگ گردنی قرار می‌گیرد. این روش دسترسی موقت است و برای تزریق شیمی درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. (م)

۲. پوست دست را هر روز شسته و تمیز نگه‌داری کنید.

۳. از هر گونه خراش و زخم بر روی دست پرهیز کنید.

از ریش تراش برقی استفاده کنید.

در هنگام باغبانی و آشپزی از دستکش استفاده کنید و هنگام خیاطی از انگشت دانه استفاده کنید.

بهداشت ناخن‌ها را رعایت کنید و پوست انتهای ناخن را نگیرید.

از ضد آفتاب استفاده کنید.

زخم‌ها را تمیز نگه‌داشته و از پمادهای ضد باکتری استفاده کنید.

برای بانداژ بهتر است از گاز استریل به‌جای چسب استفاده کنید.

در صورت بروز هر گونه تورم و خارش به پزشک مراجعه کنید.

هیچ گونه سوزن یا جسم تیز به درون دست مصدوم وارد نکنید.

از استفاده‌ی کیسه‌های آب گرم و بسیار داغ بر روی دست مصدوم پرهیز کنید.

دست مصدوم را با کار زیاد خسته نکنید.

۴. فشار زیاد بر روی دست مصدوم وارد نکنید.

از جواهرات در اندازه‌های آزاد و راحت استفاده کنید.

مچ بند دستگاه فشار خون را به دست غیر مصدوم وصل کنید.

از پیچاندن نوارهای پلاستیکی به دور دست پرهیز کنید.

در هیچ موقعیتی بیش از ۳۰ دقیقه ننشینید.

۵. مراقب نشانه‌های عفونت مانند قرمزی، درد، حرارت، تورم یا تب باشید؛ و در صورت بروز این نشانه‌ها بلافاصله با پزشک تماس بگیرید.

۶. به طور منظم ورزش کنید تا تخلیه مایع شبکه لنفاوی بهتر صورت بگیرد.

۷. پیگیری‌های مداوم و مرتب با پزشک معالج را فراموش نکنید.

۸. روزانه دست‌ها را برای بروز نشانه‌های خیز لنف بررسی کنید.

۹. دست مصدوم ممکن است حساسیت کمتری داشته باشد. برای بررسی گرمای آب حمام یا آب برای پخت و پز بهتر است که از طرف غیر مصدوم استفاده کنید.

گاهی اوقات برخی از بیماران، سال‌ها پس از جراحی هنگامی که با هواپیما مسافرت می‌کنند؛ دچار خیز لنف می‌شوند. ممکن است، علت این پدیده افت فشاری باشد که در هنگام فرود هواپیما بوجود می‌آید. برای جلوگیری از خیز لنف به برخی از بیماران توصیه می‌شود که از دستکش‌های مخصوص استفاده کنند. این دستکش‌ها از تغییر فشار ناگهانی در سمت جراحی شده، هنگام پرواز جلوگیری می‌کنند و همچنین کمک می‌کنند که وسایل سنگین با طرف مصدوم حمل نگردد.

درمان با پرتو

۴۰. رادیوتراپی چیست؟

درمان با پرتو که پرتو درمانی نیز گفته می‌شود، روش استفاده از انرژی پرتو ایکس است که به منظور از بین بردن و توقف رشد سلول‌های سرطانی به کار می‌رود. هر چند که روش‌های متفاوت و متنابهی در انجام رادیوتراپی وجود دارد (به پرسش ۴۱ مراجعه شود)، بیشتر بیماران با رادیوتراپی خارجی درمان می‌شوند. در این روش، پرتوهای ایکس تولید شده از مواد رادیو اکتیو، از دستگاهی خارج از بدن، به عضو بیمار، تابانده می‌شوند و به طرف پستان هدایت می‌شوند. روش‌های غیر رایج دیگری هم وجود دارد که مواد رادیو اکتیو مستقیماً داخل پستان و به درون لوله‌ایی کار گذاشته می‌شوند. از آنجا که روش رادیوتراپی داخلی بسیار کم مورد استفاده قرار می‌گیرد، تمامی توضیحات این کتاب مربوط به رادیوتراپی خارجی است؛ مگر در مواردی که ذکر می‌شود. هر چند که ممکن است در آینده این روش نیز بیشتر مورد استفاده قرار بگیرد. سازمان NSABP^۱ در حال مقایسه‌ی رادیوتراپی موضعی با روش داخلی در مدت پنج روز به روش استاندارد با رادیوتراپی خارجی به مدت ۵ تا ۶ هفته، در بیماران مبتلا به سرطان پستان ابتدایی است که جراحی لامپکتومی انجام داده‌اند. در هر دو مورد برای جلوگیری از صدمه به بافت طبیعی رادیوتراپی با دقت بسیار بالایی انجام می‌گیرد تا تعداد محدودی از سلول‌ها، (هرگونه سلول سرطانی باقیمانده و بخش بسیار کوچکی از سلول‌های بافت سالم) تحت پوشش رادیوتراپی قرار بگیرند. در رادیوتراپی، هدف از بین بردن بافت سرطانی بیمار با حداقل صدمه به بافت سالم است. بنابراین پزشکان متخصص برای اطمینان از این موضوع، درمان را مرحله‌بندی می‌کنند تا فقط منطقه سرطانی تحت درمان قرار بگیرد.

درمان با رادیوتراپی، تحت نظر پزشک متخصص رادیوتراپی انجام می‌گیرد. این متخصص بر اساس محل سرطان، اندازه و شکل پستان مقدار اشعه مورد نیاز را تجویز می‌کند. رادیوتراپی پس از جراحی انجام می‌شود تا سلول‌های سرطانی احتمالی باقیمانده از جراحی را از بین ببرد. رادیوتراپی دو تا سه هفته پس از جراحی انجام می‌شود. اگر شیمی‌درمانی نیز تجویز شده باشد؛ ممکن است رادیوتراپی پیش از شیمی‌درمانی یا همزمان انجام شود؛ یا شاید تا پایان شیمی‌درمانی به تعویق

بیفتد. هر تصمیمی بستگی به شرایط بیمار دارد ولی غالباً رادیوتراپی پس از شیمی‌درمانی انجام می‌شود. برای انجام رادیوتراپی خارجی، معمولاً بیمار پنج روز متوالی در هفته، به مدت ۵ تا ۶ هفته پی‌پی به مرکز درمانی یا بیمارستان مراجعه می‌کند. اگر پستان کاملاً تخلیه شده باشد، در صورت نیاز و صلاح‌دید اشعه به تمام محل جراحی تابانده می‌شوند. در پایان درمان، فقط بر روی محل اولیه تومور، اشعه بیشتری تابانده می‌شود. این تابش می‌تواند خارجی یا داخلی (با استفاده از روش کاشت) انجام شود. برای انجام رادیوتراپی داخلی، بیماران مدت کوتاهی در بیمارستان بستری می‌شوند (برای اطلاعات بیشتر درباره‌ی کاشت رادیوتراپی به پرسش ۴۱ تا ۴۳ مراجعه شود).

دانستن این موضوع مهم است، که در صورت انجام رادیوتراپی خارجی، بیمار به مواد رادیواکتیو آلوده نمی‌شود و خطری برای اطرافیان او وجود ندارد. انرژی رادیواکتیو که وارد سلول‌های بدن بیمار می‌شود توانایی خروج از بدن و تخریب سلول‌های اطرافیان بیمار را ندارد. لزومی ندارد بیمار از بوسیدن و بغل گرفتن و تماس با اطرافیان هراسی داشته باشد، چرا که هیچ خطری برای آن‌ها وجود ندارد. در صورت انجام رادیوتراپی داخلی با پرتوهای انرژی زیاد، ممکن است گاهی اوقات درون کاشت برای اطرافیان بیمار خطرهایی ایجاد کند و به همین خاطر است که بیمار در مدت درمان در بیمارستان بستری می‌شود و محدودیت‌هایی در مورد ملاقات با بیمار اجرا می‌شود؛ مانند اینکه دیگران تا حد مشخصی می‌توانند به بیمار نزدیک شوند و مدت زمان مشخصی می‌توانند در کنار بیمار بمانند. به محض خارج کردن درون کاشت از بدن بیمار و ترخیص از بیمارستان دیگر خطری برای اطرافیان وجود ندارد.

۴۱. روش‌های مختلف رادیوتراپی چگونه انجام می‌شوند؟

روش‌های رادیوتراپی داخلی و خارجی کاملاً در پرسش ۴۳ توضیح داده شده‌اند. نه تنها روش‌های گوناگونی برای انجام رادیوتراپی وجود دارد، بلکه گونه‌های متفاوتی از اشعه نیز وجود دارد. متخصص رادیوتراپیست بر اساس عوامل مختلف در هر بیمار، مناسب‌ترین اشعه را از میان منابع مختلف تشعشع مانند اشعه ایکس، تابش الکترون، اشعه گاما کبالت ۶۰ و در نادرترین حالت اشعه‌های پروتون و نوترون انتخاب می‌کند. اشعه انتخابی از دستگاهی به نام شتاب دهنده خطی^۱ به بیمار تابانده می‌شود. نوع دستگاه و اشعه انتخابی، به اندازه تومور و محل آن بستگی دارد. برخی از پرتوها در عمق بیشتر، بهتر نفوذ کرده و برخی بر روی تومورهای نزدیک به پوست مؤثرتر هستند.

زمان و فرکانس رادیوتراپی و تعداد جلسات درمان نیز متغیر هستند. جلسات روزانه به مدت ۵ تا ۶ هفته با در نظر گرفتن تعطیلات آخر هفته، استاندارد فعلی است. پژوهش‌های جدید در حال بررسی روش‌های دیگر رادیوتراپی هستند. در برخی شرایط، ممکن است یک بیمار در هنگام

جراحی، کاندیدای خوبی برای انجام رادیوتراپی باشد که در این صورت بلافاصله پس از تخلیه تومور، مقدار مشخصی از اشعه مستقیم بر روی محل تومور تابانده می‌شود. امکان دارد، در این روش، پس از بهبود جراحات‌های ناشی از جراحی نیازی به انجام رادیوتراپی خارجی نباشد. برتری این روش به رادیوتراپی خارجی، در بهره‌گیری از تابش مقدار اشعه بیشتر به محل تومور است. از روش دیگری به نام رادیوتراپی هایپرفراکشن نیز گاهی اوقات استفاده می‌گردد. در این روش، مقدار کمی از اشعه در مدت زمان طولانی ۴ تا ۶ ساعت به محل مورد نظر تابانده می‌شود. این روش نیز مشکلاتی دارد، بیمار باید روزانه ۳ تا ۴ بار به بیمارستان مراجعه کند که این مسئله کمی دلهره‌آور و مشکل‌ساز است. هرچند که به نظر می‌رسد، عوارض جانبی این روش کمتر است و در برخی موارد این روش بسیار مؤثرتر است. امروزه این روش رایج نیست ولی به تدریج و در آینده به شکل گسترده‌ای برای برخی از سرطان‌ها مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

برای بسیاری از خانم‌ها با تشخیص سرطان در مراحل ابتدایی، پس از انجام لامپکتومی، برای جلوگیری از بازگشت بیماری؛ روش‌های امیدبخش رادیوتراپی دیگری نیز وجود دارد. مطالعات نشان داده‌اند که پرتو درمانی قطعه‌ای پستان (PBI)^۱ روزانه دو بار به مدت پنج روز؛ به اندازه رادیوتراپی تمام پستان به مدت پنج تا شش هفته، اثر بخش است. ماموسایت روش دیگری است که تقریباً شبیه روش قبلی است. برای مشخص شدن میزان اثر بخشی این روش، مطالعات گسترده‌ای توسط سازمان NSABP و گروه RTOG^۲ بر روی بیماران مناسب برای انجام رادیوتراپی قطعه‌ای، انجام شده است. در هر دو روش، سه هزار خانم به شکل انتخابی توسط روش ماموسایت یا 3-D^۳ رادیوتراپی شده‌اند. در روش ماموسایت یک کاتتر به همراه یک کیسه‌ی آب نمک در محل پستان کار گذاشته می‌شود. هسته رادیو اکتیو روزانه دوباره و به مدت پنج روز پی‌پی درون این کیسه‌ی آب جاگذاری می‌شود. پس از آخرین درمان کیسه خالی می‌شود و کاتتر از بدن خارج می‌شود. براکی‌تراپی^۴ روش استفاده از کاتتر است که در محل جراحی لامپکتومی کار گذاشته می‌شود؛ در این محل جراحی است که هسته‌های رادیو اکتیو روزانه دو بار و به مدت پنج روز متوالی جاگذاری می‌شوند، و در پایان کاتتر از بدن خارج می‌شود. روش دیگر استفاده از پرتوهای هدفمند 3-D است؛ در این روش، رادیوتراپی خارجی است و تمرکز دقیقاً بر اطراف ناحیه لامپکتومی است که روزانه دو بار و به مدت پنج روز انجام می‌شود.

۱- Partial Breast Irradiation

۲- Radiation Therapy Oncology Group

۳- روش سه بعدی، روشی است که ابتدا نقشه تومور، توسط سی تی اسکن از جهات مختلف کشیده می‌شود و زمانی که اشعه به تومور تابانده می‌شود، اشعه دقیقاً به تومور اصابت کرده و حتی زمانی که تومور تغییر جهت می‌دهد، دستگاه نیز جهت خود را عوض می‌کند و باز دقیقاً اشعه به تومور داده می‌شود و اندام‌ها و سلولهای اطراف از آسیب در امان می‌مانند و عوارض جانبی درمان به حداقل می‌رسد. (م)

۴- Brachytherapy نزدیک درمانی

روش‌های دیگر رادیوتراپی هم وجود دارند که در آینده بسیار نزدیک در دسترس عموم خواهند بود. روشی به نام رادیو سرجری^۱ در دست پژوهش است. در این روش یک دستگاه روبات و برنامه نرم افزاری یک منطقه مشخص را با تشعشع زیاد رادیواکتیو هدف قرار می‌دهد. پیش‌تر، فقط دستگاهی برای تومور سر و گردن در دسترس عموم قرار داشت ولی به تازگی سازمان FDA استفاده این دستگاه را برای تمام بدن نیز تایید کرده است. هرچند که این فناوری حتی برای استفاده‌های محدود نیز بسیار جدید است، اما توانایی هدف‌گیری در مناطق بسیار کوچک با تجمع اشعه‌ی زیاد، از ویژگی‌های بسیار مهم این دستگاه است، چرا که تأثیر اشعه بر روی بافت‌های سالم را بسیار کم می‌کند.

۴۲. چگونه باید برای رادیوتراپی آماده شد و هنگام انجام رادیوتراپی چه اتفاقی می‌افتد؟ عوارض جانبی رادیوتراپی چیست و چگونه می‌توان این عوارض را به حداقل رساند؟

درمان رادیوتراپی به سرپرستی متخصص رادیوتراپی و گروه او انجام می‌شود. اعضای گروه که سرپرست را در انجام جلسات درمانی، همراهی می‌کنند معمولاً به شرح زیر هستند: **متخصص فیزیست** که از سلامت و درستی دستگاه مطمئن می‌شود تا مقدار اشعه با میزان مشخص، به هر بیمار تابانده شود. **دُزیمتریست**^۲ این کارشناس به همراه متخصص سرطان شناس و فیزیست میزان اشعه را برای هر بیماری محاسبه می‌کنند. **کارشناس رادیوتراپی** کسی است که بیمار را در شرایط و موقعیت مناسب برای درمان در دستگاه قرار می‌دهد و **پرستار** که در خصوص نحوه‌ی انجام مراحل درمان و عوارض جانبی آن با بیمار در تماس خواهد بود. این پرستار به پرسش‌های احتمالی بیماران و خانواده آن‌ها در خصوص نحوه‌ی درمان نیز، پاسخ لازم را خواهد داد.

بیمار در یک جلسه، پیش از شروع درمان، با اجرای نحوه‌ی درمان آشنا می‌شود. پزشک پرونده بیمار را مطالعه کرده؛ منطقه تمرکز درمان، میزان تابش، نوع اشعه‌هایی لازم و تعداد جلسه‌های لازم برای انجام درمان را مشخص می‌کند. ممکن است تیم درمانی از بیمار درخواست کنند برای مکان‌نمایی دقیق‌تر محل تمرکز اشعه، سی‌تی اسکن انجام دهد. به محض اینکه منطقه‌ی اجرای درمان^۳ مشخص گردید، متخصص رادیوتراپی، منطقه مورد نظر را با مازیک بر روی پوست بیمار علامت‌گذاری می‌کند. از آنجا که در مدت زمان درمان ضروری است که بیمار کاملاً بی‌حرکت بماند، ممکن است تیم درمانی از ابزارها و وسایل‌هایی برای ثابت نگه‌داشتن بیمار کمک بگیرند. مخصوصاً اگر محل درمان سرطان، با دراز کشیدن به روی شکم یا شرایط نامناسبی در دسترس قرار بگیرد،

۱ - Radiosurgery Ablation جراحی رادیویی با تاباندن اشعه با قدرت بسیار زیاد بر توده‌ی سرطانی، باعث نابوده تومورهای سرطانی می‌شود. (م)

۲ - Dosimetrist

۳ - دریچه PORT و یا منطقه FIELD نیز خوانده می‌شود.

گروه از ابزارهای کمکی استفاده خواهند کرد. اولین جلسه معمولاً از سی دقیقه تا دو ساعت طول می‌کشد، پس بیمار باید برای یک جلسه طولانی آماده باشد، درمان واقعی بسیار کوتاه‌تر خواهد بود از یک دقیقه تا حداکثر پنج دقیقه بیشتر به درازا نمی‌کشد.

در زمان جلسات درمانی، ممکن است از بیمار خواسته شود، روپوش بیمارستانی بپوشد تا محل مورد درمان به راحتی در دسترس باشد. کارشناس، بیمار را در موقعیت تعیین شده بر روی تخت قرار می‌دهد و از روکش‌ها یا مسدود کننده‌هایی استفاده می‌کند تا بافت‌های سالم و دیگر اعضا از تشعشع در امان باشند و از وسایل کمکی برای بی‌حرکت نگه‌داشتن بیمار استفاده خواهد کرد.

سپس کارشناس بیمار را در اتاق تنها خواهد گذاشت، ولی از اتاق مجاور جایی که دستور اجرای برنامه توسط دستگاه صادر می‌شود، بیمار را با کمک مونیتور تحت نظر دارد. بیمار مشاهده می‌کند که دستگاه شروع به حرکت در اطراف شانه‌ها می‌کند و این حرکت دستگاه از اتاق مجاور کنترل می‌شود.

انجام درمان از یک دقیقه تا پنج دقیقه طول می‌کشد، چیزی دیده، شنیده یا احساس نمی‌شود و هیچ بویی به مشام نمی‌رسد. درمان کاملاً بدون درد است و همانند انجام عکس‌برداری با اشعه X است. ولی در هر زمانی، بیمار احساس ناخوشایندی یا احساس ضعف کرد، باید بلافاصله موضوع را با کارشناسان در میان بگذارد. ممکن است، چنانچه ضروری باشد درمان متوقف شود. در مدت زمان درمان پرستار به پرسش‌های بیمار در خصوص نحوه‌ی درمان پاسخ می‌دهد. درمان رادیوتراپی هر بیماری با در نظر گرفتن مقدار اشعه، و سلامت عمومی شخص، متفاوت است. گفته می‌شود که عوارض جانبی رادیوتراپی بسیار اندک است و گاهی اوقات در برخی از بیماران هیچ‌گونه عوارض جانبی مشاهده نمی‌شود. متخصص لیستی از عوارض جانبی احتمالی را در اختیار بیمار قرار می‌دهد. مهم است که در مدت زمان درمان، پزشک متخصص رادیوتراپی از تمام داروهای مصرفی بیمار آگاه باشد. ممکن است، پزشکان دیگر این داروها را تجویز شده کرده باشند و داروهای غیرنسخه‌ای مانند مولتی ویتامین‌ها یا حتی ضدآلرژی‌ها باشند؛ در هر صورت پزشک رادیوتراپی باید از تمامی داروهای مصرفی بیمار باخبر باشد. هرگونه نشانه‌های غیرمعمول مانند، تعریق، تب، درد را باید با پزشک متخصص رادیوتراپی در میان گذاشت. بیشتر عوارض جانبی مربوط به رادیوتراپی ناخوشایند هستند؛ ولی جدی نیستند. بیشترین نشانه‌های رایج مانند التهاب و قرمزی و خارش پوست هستند. این نشانه‌ها، موقتی هستند و حداکثر پس از ۶ هفته برطرف می‌شوند. در جدول شماره ۳ روش‌های التیام این عوارض آمده است. ممکن است تغییرات بسیار جزئی ولی ماندگار مانند لکه‌های تیره در منطقه‌ی درمان و کوچک شدن سایز پستان در حال درمان نیز مشاهده شود. این علائم ممکن است برای یک سال یا بیشتر پس از درمان نیز باقی بمانند. ممکن است منطقه قرمز رنگ کوچکی به نام Telangiectasias نیز پدیدار شود. دیلیشن در رگ‌های خونی باعث ایجاد این عارضه

می‌شود، ممکن است این نشانه‌ها در مدت زمان از بین بروند و گاهی اوقات ممکن است ماندگار شوند.

جدول شماره ۳

روش‌های مراقبت از پوست در زمان درمان با رادیوتراپی
قبل از استفاده از هر گونه لوسیون، دئودورانت، ضدآفتاب، دارو، عطر، لوازم آرایشی، پودر تالک یا مواد دیگر در محل درمان از پزشک معالج یا پرستار بپرسید که این مواد باعث تحریک پوست می‌شوند یا خیر.
لباس‌های گشاد، نخی و نرم در محل درمان بپوشید.
محل درمان را نخراشید، نخارانیید و مالش ندهید.
هرگز محل درمان را با چسب نپوشانید. اگر پانسمان محل درمان اجباری است، چسب‌های کاغذی را خارج از محل درمان بچسبانید.
هرگز کیسه‌های آب گرم یا سرد را روی محل درمان نگذارید.
اگر تراشیدن موی زیر بغل اجباری است، از خودتراش برقی استفاده کنید، ولی قبل از اقدام با پزشک یا پرستار خود موضوع را درمیان بگذارید. هرگز از لوسیون‌های قبل از اصلاح یا کرم‌های موبر استفاده نکنید.
محل درمان را از تابش نور محافظت کنید.

برخی از بیماران در زمان رادیوتراپی دچار کم‌اشتهایی یا مشکل در هضم غذا می‌شوند. لاغر شدن در مدت زمان درمان، نشانه غیر معمولی نیست. احساس خستگی نیز بسیار رایج است و با انجام دادن چند توصیه کنترل‌شدنی است. روش اول برای رفع خستگی، تغذیه مناسب است. اگر بیمار اشتهای خود را از دست داده است، خستگی در اثر تغذیه نامناسب نیز به وجود می‌آید. تغذیه مناسب بسیار اهمیت دارد، چرا که انرژی بیمار با تغذیه مناسب تأمین می‌گردد (درباره عوارض جانبی به پرسش ۴۶ مراجعه شود). گاهی اوقات، خستگی مرتبط با تعداد گلبول‌های سفید و قرمز و پلاکت‌های خون است، چرا که ممکن است تعداد این سلول‌ها در مدت زمان رادیوتراپی کاهش پیدا کنند. روش دوم برای مبارزه با خستگی، در کمال تعجب، ورزش است. پیاده روی کوتاه ممکن است خستگی را رفع کند. اگر خستگی بیمار مفرط یا حاد است، بهتر است که بیمار برای انجام کارهای روزمره مانند خرید و انجام امور منزل، برای ذخیره انرژی، از دیگران، کمک بگیرد. گاهی، بیماران از مدیر مسئول خود درخواست می‌کنند تا امور اداره را به شکل پاره وقت انجام بدهند یا دست کم در روز درمان، مرخصی ساعتی بگیرند تا انرژی بیشتری را ذخیره کنند. خستگی می‌تواند از ۴ تا ۶ هفته پس از پایان درمان، باقی بماند. پس مهم است که بیمار از خود به خوبی مراقبت کند. اگر هرگونه

سفتی یا سختی در تحرک بازوی طرف درمان، مشاهده شده از پزشک معالج درخواست شود تا آموزش ورزش‌های لازم را به بیمار بدهد.

۴۳. روش رادیوتراپی خارجی با داخلی چه تفاوتی دارد؟

تفاوت رادیوتراپی داخلی با رادیوتراپی خارجی هم در روش انجام درمان و هم در نحوه تأثیرگذاری بر کل بدن است. رادیوتراپی داخلی از تابش میزان زیادی تشعشع رادیواکتیو به منطقه‌ی هدف (مانند تومور اگر چنانچه جراحی انجام نگرفته باشد یا محل جراحی تومور) بهره می‌گیرد. رادیوتراپی داخلی می‌تواند به تنهایی یا همزمان به شکل ترکیبی همراه با رادیوتراپی خارجی و دیگر درمان‌های کمکی انجام بگیرد.

اگر پزشک متخصص از رادیوتراپی Brachytherapy یا Interstitial صحبت کرد، منظور او یکی از چندین روش رادیوتراپی داخلی است. روش‌های گوناگونی برای انجام رادیوتراپی داخلی وجود دارد. ایزوتوپ رادیواکتیو مانند سزیوم، ایریدیوم، ای دیون، فسفروس، پالادیوم در یک لوله، سیم یا کاتتر قرار داده می‌شود و با جراحی درون بدن کار گذاشته می‌شود. روش انجام این جراحی بستگی به اندازه تومور (اگر چنانچه هنوز تومور با جراحی از بدن خارج نشده است) یا محل تومور دارد. استفاده از درون کاشت موقتی یکی از رایج‌ترین روش‌ها برای درمان سرطان پستان است. با وجود بحث‌های زیاد درباره‌ی رادیوتراپی داخلی به نظر می‌آید که این روش مورد استفاده است.

هنگامی که رادیوتراپی داخلی از طریق کاتتر یا درون کاشت با جراحی انجام می‌شود، بی‌حسی موضعی (بیمار به خواب نمی‌رود) لازم و ضروری است. بیمار در مدت زمان درمان در بیمارستان بستری می‌شود. زمانی که اشعه به جریان می‌افتد، بیمار از دیگران جدا می‌شود و محدودیت‌هایی درباره‌ی مدت ملاقات و رعایت فاصله ملاقات کنندگان با بیمار، اعمال می‌شود و ممکن است پرستاران در هنگام مراقبت از بیمار روپوش‌های مخصوصی برای محافظت از خود بپوشند. ممکن است بیمار سفتی یا نرمی را در پستان تحت درمان احساس کند؛ این حس پس از خارج کردن درون کاشت از بین می‌رود. تخلیه درون کاشت با بی‌حسی موضعی و سرپایی انجام می‌شود. ممکن است، اگر بیمار رادیوتراپی خارجی دریافت نکرده باشد؛ عوارض جانبی مرتبط با رادیوتراپی خارجی اشاره شده در پرسش ۴۲ بروز کند. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، چنانچه عوارض جانبی بیش از ۶ هفته ادامه یافت یا بیمار نشانه‌های جدی‌تری مشاهده کرد، باید حتماً موضوع با پزشک متخصص در میان گذاشته شود.

همان‌گونه که در پرسش ۴۱ توضیح داده شده است، برای خانم‌هایی که سرطان پستان آن‌ها در مراحل ابتدایی تشخیص داده شده است، پس از انجام لامپکتومی، درمان جامع‌تر، کوتاه‌تر (PBI در پنج روز)، در حال مطالعه است. این دو روش در حال مطالعه، بالن کاتتر ماموسایت و کاتتر Interstitial هستند. درمان کوتاه‌تر به معنی کاهش هزینه‌ها و از دست دادن وقت کمی از ساعات

اداری است. بیشتر خانم‌ها، رادیوتراپی تجویز شده را انجام می‌دهند و ناراحتی کمی در آن‌ها دیده می‌شود.

شیمی درمانی و هورمون درمانی

۴۴. شیمی درمانی چیست و چه تفاوتی با هورمون درمانی دارد؟

از نظر فنی، شیمی درمانی روش استفاده از مواد شیمیایی برای درمان دارویی است. هنگامی که برای کنترل سرفه و عطسه از داروی سرماخوردگی استفاده می‌شود، شخص از شیمی درمانی بهره می‌گیرد. ولی بیشتر مردم شیمی درمانی را با درمان سرطان مرتبط می‌دانند و در این مفهوم، شیمی درمانی استفاده از دارو به منظور از بین بردن سلول‌های سرطانی است که در داخل تومور اصلی هستند یا سلول‌هایی که از محل اصلی به جای دیگری از بدن منتقل شده‌اند.

معمولاً، شیمی درمانی برای درمان سرطان پستان، ترکیبی از داروهای مختلف است. داروها غالباً به شیوه‌های خوراکی، سرم یا رگ به بیمار تجویز می‌شوند. روش تزریق در شیمی درمانی اهمیت ویژه‌ای ندارد؛ و از آنجا که داروها از طریق سیستم گردش خون، در سراسر بدن گسترش می‌یابند به این روش، درمان سیستماتیک گفته می‌شود. چندین هدف، از انجام شیمی درمانی وجود دارد: کوچک نمودن تومور پیش از جراحی، کاهش عود بیماری پس از انجام جراحی، جلوگیری از متاستاز با از بین بردن سلول‌های سرطانی باقیمانده در محل جراحی یا ترکیبی از هر سه هدف.

به طور کلی داروهای مورد استفاده در شیمی درمانی سیتوکسین هستند، به این معنی که سلول‌های سرطانی و غیرسرطانی را که غالباً در حال تقسیم هستند مسموم می‌کنند. این داروها با از بین بردن سلول‌ها مانع از تقسیم آن‌ها می‌شوند. تقسیم سلول، روش افزایش سلولی است. این روش درمان، بسیار مهم است زیرا یکی از ویژگی‌های که سرطان را خطرناک می‌کند، همین سرعت زیاد تقسیم سلولی است که باعث تولید توده‌ی سرطان می‌شود. روی دیگر این روش درمان، این است که سلول‌های دیگری که سرطانی نیستند، و غالباً، سرعت رشد زیادی دارند؛ مانند سلول فولیکول مو و مغز استخوان، نیز با داروهای شیمی درمانی صدمه می‌بینند. به همین دلیل، کل درمان به یکباره اجرا نمی‌شود و در زمان تناوب مشخص و پس از دوره‌ی بازسازی، درمان انجام می‌شود. از آنجا که سلول‌های مغز استخوان برای تولید گلبول‌های قرمز و سفید بسیار مهم هستند، دوره بهبود و استراحت به بدن اجازه بازسازی می‌دهد و سلول‌های جدید خون تولید می‌شوند. همچنین در این دوره‌ها بیمار فرصت رهایی پیدا می‌کند، چرا که همان‌گونه که در پرسش ۴۶ به تشریح آمده است شیمی درمانی یک روش درمان ناخوشایند و دشواری است که دوره‌های بازسازی به بیمار کمک می‌کند تا از نظر روحی خسته نشده و دچار افسردگی نشود. هدف دیگری، از دوره‌های بازسازی نیز وجود دارد و آن این است که تزریق داروهای شیمی درمانی در زمان تناوب مشخص اجازه می‌دهد

که سلول‌های طبیعی بدن که صدمه دیده‌اند، نیز قبل از شروع دوره‌ی بعدی شیمی درمانی بازسازی شوند.

اغلب بیماران، در بیمارستان، مطب پزشکان یا در منزل، به شکل سرپایی شیمی درمانی می‌شوند. نوع داروی تزریقی و وضعیت عمومی سلامتی بیمار، در نحوه‌ی اجرای درمان تأثیرگذار است. هرچند که ضروری است برخی از بیماران در بیمارستان بستری شوند.

منظور از هورمون درمانی چیست؟ پیش‌تر درباره‌ی این موضوع گفته شد که برخی از سرطان‌ها در اثر هورمون استروژن تکثیر می‌شوند. این‌گونه سرطان‌ها، گیرنده استروژن مثبت (ER+) نامیده می‌شوند. سرطان‌های مشابهی نیز وجود دارند که به پروژسترن حساس هستند (گیرنده پروژسترون مثبت یا سرطان PR+) و گروه دیگری از سرطان‌ها به هر دو هورمون حساس هستند (ER+ / PR+). برخی دیگر از سرطان‌ها هیچ‌گونه گیرنده هورمونی ندارند (ER- / PR-). پس از تشخیص سرطان، در آزمایشگاه علل هورمونی رشد سرطان بررسی می‌گردند. اگر علل رشد سرطان هورمون‌های نامبرده شده تشخیص داده شوند، چنانچه پس از جراحی و رادیوتراپی، سلول سرطانی در بدن باقیمانده باشد، در اثر وجود این هورمون‌ها در بدن بیمار، سلول‌های سرطانی دوباره شروع به تکثیر و رشد می‌کنند. هدف از هورمون درمانی (این روش به درمان Endocrine نیز شناخته می‌شود)، ایجاد سومین سد دفاعی با مسدود کردن هورمون‌های طبیعی، به منظور جلوگیری از تقسیم سلول‌های سرطانی باقیمانده در بدن است. پژوهش نشان داده است که هورمون درمانی طول عمر بیماران مبتلا به سرطان پستان وابسته به گیرنده‌های هورمونی را افزایش می‌دهد. درمان‌های کمکی، احتمال بازگشت بیماری در همان پستان یا پستان مقابل را کاهش می‌دهد. از آنجا که این داروها برای سرطان‌های پستان غیر وابسته به هورمون اثر بخش نیستند برای درمان این دسته از سرطان‌ها، هورمون درمانی استفاده نمی‌گردد.

روش اثر بخشی داروها چنین است که گیرنده‌ها و هورمون‌های مرتبط همانند تکه‌های پازل با یکدیگر درگیر می‌شوند. فقط هورمون‌هایی که دقیقاً به همان شکل هستند به گیرنده‌ها وصل می‌شوند. پروژسترون نمی‌تواند تومور ER+ را متأثر کند یا برعکس، چرا که شکل شیمیایی هر گیرنده‌ای منحصر به فرد است. برای رشد سریع تومور، لازم است که هر گیرنده‌ای به قطعه‌ی پازل مربوط به خود، متصل شود. (استروژن در مورد تومورهای ER+). هورمون درمانی با دو روش اثر بخش است، یا کاهش میزان استروژن برای پیوستن به گیرنده‌های ER+ که در این صورت گیرنده‌های خالی فراوانی در تومور یافت می‌شود و استروژنی برای پیوستن به آن‌ها وجود ندارد یا اینکه با تقلید از شکل هورمون‌ها به گیرنده‌های هورمونی می‌پیوندند و مانع ترکیب استروژن با گیرنده‌ها می‌شوند.

۴۵. رایج‌ترین داروهای مورد استفاده برای درمان سرطان پستان کدامند؟ چگونه با روش‌های درمانی دیگر ارزیابی می‌شوند؟

داروهای مورد استفاده برای درمان سرطان پستان، به چندین بخش تقسیم می‌شوند. برخی از آن‌ها مانع رشد سلول‌های سرطانی می‌شوند و برخی مانع از تکثیر سلول‌های سرطانی می‌شوند. گروه دیگری به پروتئین در سلول‌های سرطانی حمله کرده و باعث ایجاد واکنش ایمنی می‌شوند. به بیان دیگر سلول‌های سرطانی علامت زده می‌شوند و سیستم ایمنی بدن آن‌ها را ردیابی کرده و از بین می‌برد. هورمون درمانی در پرسش ۴۹ به تشریح توضیح داده می‌شود. داروهای شیمی درمانی به شکل‌های آنتی‌بیوتیک، anthracycline، alkybtng و vinaalkala رشد سلولی را با روش‌های مختلف مختل می‌کنند. محتویات این داروها با نام تاکسنس taxanes شناخته شده است، چرا که از پوست درخت گنه‌گنه گرفته شده‌اند و در هنگام چرخه‌ی تولید سلولی سرطانی، مانع از تکثیر سلول‌ها می‌شود و باعث مرگ سلول می‌شود. در مقابل این ویژگی سلولی، یک درمان هدفمند سرطان نیز وجود دارد. آنتی‌بادی‌های درمانی با بیوتکنولوژی برنامه‌ریزی شده‌اند تا سلول‌های تومور را هدف قرار دهند. آنتی‌بادی‌ها، پروتئین‌هایی هستند که با سیستم دفاعی بدن ساخته می‌شوند. این پروتئین‌ها در مقابل عوامل خارجی و عفونت‌ها عمل می‌کنند. کشف‌های جدیدی در زیست‌شناسی مولکولی سرطان، منجر به تولید هرسپتین گردید. دارویی که مشخصاً فقط پروتئین HER2 را هدف‌گذاری می‌کند.

انتخاب داروها، بستگی بسیار زیادی به نوع سرطان و مرحله‌ی پیشرفت سرطان و وضعیت سلامت عمومی بیمار دارد. ممکن است بیمار جوان و با سلامت، داروی قوی‌تر دریافت کند. به این معنی که داروهای قوی‌تر عوارض جانبی شدیدتری نیز نشان می‌دهند. بیماران کهن‌سال و ناخوش ممکن است توانایی تحمل داروهای قوی را نداشته باشند. غالباً پزشکان برای درمان سرطان از ترکیب داروهای مختلف استفاده می‌کند. تجربه نشان داده است که درمان ترکیبی، امکان بهبود بیشتری دارد. به ویژه هنگامی که سرطان ماهیت مشخص، مانند گروه وابسته به هورمون ندارد. بهره‌گیری از داروهای ترکیبی می‌تواند «به شکل ریشه‌ای» سلول‌های سرطانی را هدف قرار دهد. استفاده از ترکیب داروها احتمال مقاومت سرطان به دیگر درمان‌ها را نیز کاهش می‌دهد. هنگامی که سرطان ویژگی مشخص نداشته باشد، درمان دیگری که تأثیر گذار خواهد بود بررسی می‌گردد: به طور مثال ۲۵٪ از سرطان‌ها در اثر تغییرات ژنتیکی در گیرنده فاکتور رشد، HER2 پدید می‌آیند. در این صورت نسخه‌های زیادی از ژن یاد شده، باعث ایجاد تولید تعداد زیادی پروتئین HER2 در این‌گونه سلول‌ها می‌شوند (تجمع انبوه HER2 نامیده می‌شود). از آنجا که پروتئین HER2 گیرنده فاکتور رشد است، جهش در این ژن منجر به تکثیر سریع سلول‌های سرطانی می‌شود. سرطان متاستاتیک HER2+ با داروی تراستوزامب (هرسپتین) درمان می‌شود که این دارو فقط پروتئین HER2 را هدف قرار می‌دهد.

داروها در ترکیب‌های متفاوتی برای درمان سرطان پستان استفاده می‌شوند. رایج‌ترین، داروها سیکلوفسامید، متوتراکسید، پنج فلوروراسیل (CMF) دو کوروزیدین هستند. چنانچه داروهای نامبرده شده مؤثر واقع نشوند، داروهای دیگری جایگزین می‌شوند. عوارض جانبی همیشه بروز نمی‌کنند، متغیر هستند و بستگی به شرایط هر بیمار و میزان دارو و دیگر عوامل دارد. در صورت بروز عوارض جانبی، باید موضوع را با پزشک معالج در میان گذاشت. (به پرسش ۴۶ مراجعه شود).

پیشرفت‌های بسیار زیادی در درمان سرطان‌های ابتدایی و سرطان‌های پیشرفته، در سال‌های اخیر انجام شده است. یکی از پیشرفت‌ها در درمان‌های کمکی، میزان داروی تجویزی برای سرطان پستان ابتدایی است. میزان داروی فشرده‌ای در مدت زمان هر دو هفته یکبار (به‌جای سه هفته یکبار) تجویز می‌گردد که پژوهش‌ها نشان داده است، با این روش احتمال بازگشت سرطان کمتر می‌گردد.

مطالعات دیگری برای سرطان‌های پستان سه گیرنده منفی (-ER/PR و -HER2)، در حال انجام است. این‌گونه سرطان پستان سخت‌تر، درمان می‌شود. دانشمندان موفق شده‌اند ۲۱ ژن مؤثر در بروز سرطان را شناسایی کنند. این یافته، به بررسی احتمال بازگشت سرطان پستان، کمک شایانی خواهد کرد. از آنجا که این آزمایش (Oncotype DX) امروزه بیشتر در دسترس عموم قرار گرفته است، برای خانم‌های مبتلا به سرطان پستان ابتدایی و پزشکان آنان، بررسی ضرورت دریافت درمان‌های کمکی را میسر ساخته است. داروهایی مانند Gemcitabine و امثال آن برای خانم‌هایی که دچار عود سرطان پستان شده‌اند، نیز امروزه در دسترس است. فرمولاسیون جدید با Paclitaxel مسدود کننده پروتئین است، که امکان تجویز میزان زیادی از دارو را مقدور می‌سازد و داروی بیشتری به درون سلول سرطانی نفوذ می‌کند.

گونه‌های دیگری از داروها به نام Adjuncts در دسترس هستند، که برنامه شیمی درمانی را تکمیل می‌کنند. هرچند که از نظر فنی به این گروه، شیمی درمانی گفته نمی‌شود؛ زیرا که مستقیماً به سرطان حمله نمی‌کنند، ولی بخشی از درمان هستند که باعث تخفیف پیچیدگی‌های سرطان یا درمان می‌شوند (عوامل بیولوژیکی که باعث رشد سلول‌های خون می‌شوند). گروهی مانند leucovorin (مشتق شده از ویتامین فولیک اسید)، به منظور افزایش تأثیر داروهای شیمی درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در صورت استفاده از داروهای Leucovorin تأثیر داروی 5-fu افزایش می‌یابد و عوارض جانبی دارویی methotrexat کاهش می‌یابد. پس این هر سه دارو، با هم استفاده می‌شوند. مورد استفاده دیگر از داروهای Adjuncts برای مبارزه با شرایطی است، که سرطان پستان پیاپی، اتفاق می‌افتد. همان‌گونه که در پرسش ۳۳ اشاره شده است، پیچیده‌ترین و رایج‌ترین شکل متاستاز استخوان و هایپرکلسیما به همراه افزایش سطح کلسیم در خون و کاهش کلسیم در استخوان است. این شرایط باعث ایجاد استخوان درد و افزایش احتمال شکستگی استخوان در بین

خانم‌های میان‌سال می‌گردد. درمان استاندارد برای چنین شرایطی بی‌فسفات، پامیدورونات یا زولودرونیک اسید است.

۴۶. داستان‌های دلهره‌آوری درباره شیمی درمانی گفته شده است. عوارض جانبی شیمی درمانی کدام هستند و چگونه می‌توان آن‌ها را کاهش داد؟

شیمی درمانی عوارض جانبی مختلفی دارد، رایج‌ترین آن‌ها در جدول شماره ۴ آمده است. عموماً سلول‌هایی که تقسیم می‌شوند، هدف داروهای شیمی درمانی هستند. بنابراین مو، مغز استخوان، جداره معده، مخاط دهان و بینی بیشترین تأثیر را می‌بینند. هرچند که عوارض جانبی در دوره شیمی درمانی رایج است، بیماران باید پزشکان و تیم درمانی را در جریان قرار بدهند چرا که بسیاری از عوارض جانبی درمان‌پذیر هستند.

ریزش مو، شناخته‌شده‌ترین عارضه جانبی است. حالت تهوع، استفراغ، خشکی دهان، افزایش وزن و گرگرفتگی، نیز از دیگر عوارض جانبی هستند. یکی از جدی‌ترین و پنهان‌ترین عوارض جانبی، کاهش تعداد گلبول‌های خون است. شیمی درمانی، سلول‌های مغز استخوان که مسئول تولید گلبول‌های خون هستند را از بین می‌برد و این عارضه پدیدار می‌شود. هرچند که این عوارض جانبی آشکار نیستند، اما تأثیر بسزایی بر سلامت بیمار دارند. به طور مثال، کاهش گلبول‌های سفید، امکان عفونت را افزایش می‌دهد؛ پس بسیار مهم است که بیماران در دوره شیمی درمانی از سرماخوردگی یا عفونت محافظت شوند. کاهش تعداد پلاکت‌ها، مانع از انعقاد خون می‌گردد؛ پس هوشیاری برای جلوگیری از بریدگی و خونریزی بسیار مهم است. چنانچه شیمی درمانی، باعث کاهش شدید گلبول‌های خون بشود؛ ممکن است، برای ایجاد مقاومت در برابر عفونت و بازسازی سلول‌ها (گلبول‌های سفید و قرمز) به بیمار فاکتور رشد تجویز گردد. سلامت عمومی بیمار و نوع داروی تجویز شده بر روی شدت عوارض جانبی تأثیرگذار است. پس از پایان شیمی درمانی، تمامی عوارض جانبی از بین می‌روند و موها دوباره رشد می‌کنند.

ممکن است، داروهای شیمی درمانی، در خانم‌هایی که در دوره‌ی پیش‌یائسگی قرار دارند، باعث یائسگی موقت یا همیشگی بشود. هرچند که پیش‌افتادن این یائسگی، رایج نیست، ولی قطع قاعدگی به این معنی نیست که بیمار در دوران شیمی درمانی باردار نشود؛ این موضوع عادی نیست، اما اتفاق می‌افتد. از آنجا که شیمی درمانی تکثیر سلولی را تخریب می‌کند، بی‌نهایت مهم است که بیمار در دوران شیمی درمانی باردار نگردد. بارداری در دوره شیمی درمانی، احتمالاً باعث به دنیا آمدن نوزاد معلول می‌گردد. چنانچه بیمار در زمان شیمی درمانی، تشخیص بدهد که باردار شده است، سلامت جنین بسیار اهمیت دارد و باید این موضوع با پزشک متخصص در میان گذاشته شود تا با در نظر گرفتن سن جنین، کم‌زبان‌ترین شیوه درمان انتخاب گردد. برخی از داروهای شیمی

درمانی بدون افزایش خطر نقص جنین، تجویز می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر به پرسش‌های ۸۹ و ۸۸ درباره سرطان پستان و بارداری مراجعه شود.

آگاهی عمومی درباره شیمی درمانی چنین است که بیماران تحت این‌گونه درمان، از ریزش مو، حالت تهوع شدید، استفراغ و خستگی رنج خواهند برد. حقیقتی در این تصور از شیمی‌درمانی وجود دارد؛ تهوع، استفراغ، ریزش مو و خستگی عوارض جانبی رایج برخی از شیمی‌درمانی‌ها هستند و ممکن است برای خانم‌های مبتلا به سرطان پستان پیشرفته این عوارض جانبی بسیار طاقت فرسا باشد؛ ولی از این عوارض آنچنان با بزرگنمایی صحبت می‌شود که بسیاری از بیماران برای انجام ادامه درمانی که زندگی آن‌ها را نجات خواهد داد، دچار تردید می‌شوند. بله، برخی از بیماران شیمی‌درمانی را بسیار سخت می‌دانند، ولی باید خاطر داشت که تجربیات قبلی از تهوع، در اولین دوره شیمی‌درمانی کمک خواهد کرد تا شدت تهوع کنترل شود؛ به این صورت که ذهن بیمار با پیش‌آگهی نسبت به تهوع، این موضوع را حتی پیش از دریافت دارو، پیش‌بینی کرده و واکنش واقعی را کنترل می‌کند. مهم است که بدانیم بیشتر بیماران واکنش‌های شدیدی به داروهای شیمی‌درمانی نشان نمی‌دهند و برخی اصلاً هیچ‌گونه واکنشی بروز نمی‌دهند.

حالت تهوع و استفراغ

حالت تهوع و استفراغ موضوعی نیست که مردم علاقه به صحبت کردن درباره‌ی آن داشته باشند؛ اما بیماران مبتلا به سرطان باید نحوه‌ی سازگاری با آن را بیاموزند. این نشانه‌ها تقریباً در پنجاه درصد از بیمارانی که شیمی‌درمانی و رادیوتراپی می‌شوند، پدیدار می‌شود. بهترین شیوه‌ی روبه‌رو شدن با این مشکل، شناخت آن است. به این معنی که راه دسته‌بندی کردن نشانه‌ها را دانست. در کتابچه منتشر شده توسط شبکه جامع ملی سرطان، پنج گروه مختلف حالت تهوع و استفراغ دسته‌بندی شده است: بحرانی، تأخیری، پیش‌بینی شونده، غیره منتظره و مقاوم. حالت تهوع و استفراغ بحرانی غالباً از چند دقیقه تا چند ساعت پس از انجام شیمی‌درمانی پدیدار می‌گردد، و در بدترین حالت، پنج تا شش ساعت پس از درمان خواهد بود. نشانه‌ها در ۲۴ ساعت اول فروکش می‌کند. استفراغ تأخیری ۲۴ ساعت پس از دریافت شیمی‌درمانی آغاز می‌گردد و معمولاً با داروهای Cisplatin، cyclophosphamide، carboplatin و coxorubicin بروز می‌کند. اما مدت و زمان آن بستگی به نوع دارو دارد. حالت تهوع و استفراغ پیش‌بینی شونده از تجربیات قبلی استفراغ، به‌دست می‌آید. هنگامی که بیمار برای انجام شیمی‌درمانی بعدی آماده می‌شود، پیش‌بینی می‌کند که حالت تهوع و استفراغ همانند دفعات قبل اتفاق خواهد افتاد، که این موضوع واکنش واقعی را کنترل می‌کند. استفراغ غیر منتظره، علیرغم درمان با ضد تهوع اتفاق می‌افتد و ضروری است که با داروهای بیشتری درمان گردد. در حالی که استفراغ مقاوم پس از یک یا چند دوره درمان پدید می‌آید و در صورتی که بیمار به هیچ‌نوع ضد تهوعی پاسخ ندهد، درمان آن ضروری است.

با توجه به نوع نشانه‌های پدیدار شده، داروهای ضد تهوع مختلفی تجویز می‌گردد. بیشترین داروها در گروه داروهای ضد سروتونین هستند و با اثر گذاری بر روی مرکز احساس تهوع در مغز، این عارضه را کنترل می‌کنند. داروهای ضد تهوع معمولاً پیش از انجام شیمی درمانی یا در یک زمان خاصی در هنگام انجام شیمی درمانی، به بیمار داده می‌شوند. به همین دلیل، آگاهی از زمان بندی درمان بعدی مهم است. بعضی از روش‌های دیگر، مانند طب سوزنی یا همانند آن در کنترل حالت تهوع مؤثر هستند (به پرسش ۵۲ مراجعه شود). با پیشرفت در ساخت داروهای ضد تهوع، امکان جلوگیری از حالت تهوع و استفراغ امکان پذیر است. بسیار مهم است که بیمار، پرستار و پزشک معالج از وقوع حالت تهوع و استفراغ آگاه باشند. ممکن است برای کنترل این عارضه، پزشک نوع داروهای ضد تهوع را تغییر دهد، تا شخص بعد از انجام دوره بعدی، کمتر دچار این عارضه شود.

روش‌های دیگری در زندگی روزمره را می‌توان پیش گرفت تا بروز نشانه‌ها را محدود کرد. توصیه‌های بیمارستان Royal Marsden مرکز مبارزه با سرطان در انگلستان به بیماران سرطانی در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول شماره ۴

اگر احساس خستگی دارید، می‌توانید قبل از غذا خوردن کمی پیاده‌روی کنید و غذا را در اتاقی میل کنید که تهویه خوبی داشته باشد. لباس‌های گشاد و راحت بپوشید.

اگر استفراغ کرده‌اید، ممکن است بهترین زمان برای غذا خوردن مجدد باشد. قرص‌های ضد اسید معده سوزش معده پس از استفراغ را بسیار تسکین می‌دهد.

اگر مدت زمان زیادی است که نتوانسته‌اید غذا بخورید، حتماً موضوع را با پزشک معالج در میان بگذارید. ممکن است لازم باشد تا از داروهای مکمل استفاده شود.

نوشیدن آب فراوان در طول روز از خوردن سه وعده غذا بسیار مهم‌تر است.

چای لیموترش، نعنا و زنجبیل نوشیدنی‌های مناسبی برای تامین آب بدن هستند و تا حدودی حالت تهوع را کاهش می‌دهند. از نوشیدن قهوه خودداری کنید، زیرا رایحه قهوه تا حدودی حالت تهوع را افزایش می‌دهد و باعث تشنگی می‌شود.

مکیدن خرده یخ، تشنگی را کاهش می‌دهد. می‌توانید خرده‌های یخ را با آبمیوه طعم‌دار کنید. برخی اعتقاد دارند یخ با طعم لیمو ترش و نعنا از حالت تهوع می‌کاهد.

بهتر است که تعداد وعده‌های غذا زیاد ولی با حجم کم باشد. غذا را به خوبی بجوید و آهسته غذا بخورید. پس از خوردن غذا به‌جای دراز کشیدن، کمی لم بدهید و استراحت کنید. روز پیش از انجام شیمی‌درمانی غذای سبک بخورید. یک تا دو ساعت پیش و پس از انجام شیمی‌درمانی غذا نخورید.

از خوردن غذاهای بسیار گرم یا سرد پرهیز کنید، اگر حرارت غذا در دمای اتاق باشد، کمتر باعث ایجاد

حالت تهوع می‌شود. از غذاهای شیرین، چرب یا پر ادویه پرهیز کنید خوراکی‌هایی مانند بیسکویت‌های سبوس‌دار، غلات تا حدودی ناراحتی معده را کنترل می‌کند.

ریزش مو

ریزش مو یکی از رایج‌ترین عوارض شیمی درمانی است و از نظر جسمانی دردناک نیست و خطری برای زندگی به شمار نمی‌آید، ولی نگرانی فراوانی در بین خانم‌ها ایجاد می‌کند. چرا که از دست دادن موها باعث می‌شود که آن‌ها احساس کنند زیبایی و جذابیت خود را از دست داده‌اند. خوب است که بیمار قبل از ریزش مو، کلاه گیس تهیه کند. زیرا این کار باعث می‌شود، آسان‌تر با از دست دادن مو سازگار شود. ریزش مو، معمولاً از اوایل هفته دوم تا اواخر هفته سوم پس از شروع درمان آغاز می‌گردد و با از دست دادن موهای کل بدن پایان می‌یابد. چون پوست سر همیشه با مو محافظت می‌شده است، مهم است بیمار بداند، زمانی که موهای خود را از دست می‌دهد، پوست سر بسیار حساس می‌گردد. لازم است که با پوشش‌های ضخیم مانند کلاه‌های پشمی، تا زمان رویش مجدد موها، بیمار از پوست سر در مقابل نور خورشید مراقبت کند. خبر خوب این است، که موها مجدداً رشد می‌کنند، به همان پرپشتی و سلامتی که در آغاز شروع درمان بودند؛ هرچند که ممکن است تغییراتی در بافت مو مشاهده شود. در برخی از خانم‌ها، رویش موها بلافاصله بعد از پایان دوره درمان آغاز می‌گردد و در برخی حتی در زمان انجام شیمی درمانی رویش موها آغاز می‌گردد.

در حال حاضر، هیچ نوع درمانی برای ریزش مو وجود ندارد. برخی پژوهشگران در حال مطالعه بر روی داروهای موضعی برای جلوگیری از ریزش مو هستند. فعلاً درمان‌های آزمایشگاهی، موفقیت‌هایی را نشان داده‌اند ولی برای آزمایش‌های کلینیکی هنوز آماده نیستند. برای گرفتن اطلاعات بیشتر درباره نحوه کنار آمدن با ریزش مو به پرسش ۵۹ مراجعه شود.

درد

درد، یکی از عوارض جانبی درمان سرطان است. درد در هر سه شکل درمان (جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی) ظاهر می‌شود. جراحی با درد همراه است، چرا که برش در اطراف یا درون بافت به اعصاب بافت آسیب می‌رساند؛ به ویژه اگر غدد لنفاوی از بدن خارج شده باشند. درد روشی است که بدن از صدمه‌ی وارد شده آگاه می‌شود. از آنجا که رشته‌های عصبی بازسازی می‌شوند، التهاب فروکش می‌کند و معمولاً درد کم‌کم از بین می‌رود. غالباً، درد در رادیوتراپی و شیمی درمانی، احساس گنگ و ناخوشایندی است ولی گاهی اوقات ممکن است تبدیل به درد فزاینده‌ای شود. درمان درد با داروهای قوی، پیچیدگی‌های خاص دارد. بعضی داروها ممکن است باعث گیجی، یبوست، خواب‌آلودگی و دیگر عوارض جانبی ناخوشایندی باشند. برخی از داروهای بسیار قوی اگر به درستی استفاده نشوند ممکن است، اعتیادآور باشند. وحشت از این‌گونه فرآیندها مبالغه آمیز است؛

ولی مانع از اثر درمانی نمی‌شوند. پس بسیار مهم است که بیمار با آگاهی درد را کنترل کند. برای گرفتن اطلاعات بیشتری درباره کنترل درد به پرسش ۵۴ و ۵۵ مراجعه شود.

خستگی

غالباً بیماران سرطانی خستگی را تجربه می‌کنند. این یکی از رایج‌ترین عوارض جانبی شیمی درمانی و رادیوتراپی است. این یک عارضه جانبی بسیار پیچیده‌ای است؛ چرا که عوامل بسیار زیادی با ایجاد احساس خستگی مرتبط هستند. همان طوری که در جدول شماره ۴ آمده است، این یکی از عارضه‌های شیمی درمانی است و عارضه‌ی شایع رادیوتراپی، نیز محسوب می‌گردد. حتی اگر هیچ‌یک از درمان‌های کمکی انجام نشوند، خستگی خود به خود نیز پدید می‌آید. گاهی اوقات، استراحت کردن که به نظر بهترین راه حل برای رفع خستگی است، زیان بیشتری دارد تا اینکه مفید باشد. زیرا استراحت بیش از حد، سطح واقعی انرژی را کاهش می‌دهد. پس چگونه باید به درستی با خستگی مبارزه کرد.

بر خلاف دیگر نشانه‌ها، خستگی یکی از عوارض جانبی است که درمان دارویی ندارد؛ ولی از طریق تنظیم رژیم غذایی و شیوه‌ی زندگی کنترل شدنی است. علت این مشکل بسیار ساده است. خستگی، نشانه‌ای است که پایدار نیست و ماندگاری آن پیش‌بینی کردنی نیست، و معمولاً نتیجه واکنش بدن، برای تلاش به بهبودی است. بر خلاف حالت تهوع و ریزش مو، خستگی نشانه‌ی کارکرد جسمانی بدن نیست، مگر زمانی که مرتبط با کاهش تعداد گلبول‌های خون باشد. در این صورت یک واکنش طبیعی برای بازسازی سلول‌های صدمه دیده، بهبود جراحی و مبارزه با بیماری است، که تمام این شرایط در مدت زمان درمان پدید می‌آیند. در مدت زمان درمان، سیستم بازسازی بدن با تمام قدرت برای بهبود صدمه‌های ناشی از سرطان و درمان بکار می‌افتد. احساس خستگی در بیمار، علامت هشدار بدن است که شخص احتیاج به استراحت و تغذیه خوب برای پشتیبانی این تلاش دارد. درمان خستگی با دارو در دراز مدت بدن را خسته‌تر کرده و شرایط را برای پیشرفت عفونت‌ها فراهم می‌کند. بنابراین خستگی نشانه‌ای نیست که با دارو درمان گردد، مگر در زمانی که تعداد گلبول‌های خون کاهش می‌یابند (مطلبی است که پزشک معالج در طول دوره‌ی درمان، با دقت بررسی می‌کند). بروز خستگی، بیشتر علامتی است که بیمار باید راه حلی، برای بازیافت انرژی بدن پیدا کند. در پرسش ۴۷ به روش‌های کنترل خستگی اشاره شده است و در پیوست منابع دیگری برای کنترل خستگی آمده است.

عوارض جانبی بی‌شماری وجود دارند که در اینجا فقط به چهار نوع از رایج‌ترین آن‌ها اشاره شده است. برای دسترسی به منابع دیگر، جهت آشنایی با روش‌های مدیریت عوارض جانبی به پیوست مراجعه گردد. عوارض جانبی و کیفیت زندگی بهترین شاخصه‌هایی هستند که بیماران سرطانی با آن روبه‌رو می‌شوند. منابع زیادی وجود دارند که این مشکلات را بیان کرده‌اند توضیحات بیشتر درباره‌ی کیفیت زندگی در ادامه خواهد آمد.

۴۷. هذ گام بروز خستگی چه با ید کرد؟ چرا در برخی از روزها انرژی بیشتر است؟

خستگی، نباید بر زندگی بیمار حکمرانی کند. بیمار باید به سادگی بیاموزد که چگونه انرژی خود را برای انجام وظایف روزانه زندگی تقسیم کند. ممکن است چندین هفته برای مشخص شدن مقدار انرژی مورد نیاز، زمان لازم باشد؛ اما بیمار می‌تواند با محدود کردن فعالیت‌ها به روند بهبود خود کمک کند. نکته ابهام‌آمیز در مورد خستگی این است، که این عارضه از روزی به روز دیگر متغیر است. برخی روزها بیمار، کاملاً از انرژی تخلیه شده تا حدی که تنفس نیز به نظر طاقت فرسا است. بعضی از روزها بیمار همانند دوران پیش از تشخیص بیماری، سر حال است و گاهی اوقات، بیمار تمام روز بی‌حال است. اما به محض ورود به مطب دکتر و انجام معاینات به طرز ناگهانی بیمار سر حال می‌شود. بخشی از دلایل این سطح نوسان انرژی، در عملکرد آدرنالین است. به محض مواجهه با یک موضوع دلهره آور مانند ملاقات با پزشک، بدن با ترشح این هورمون واکنش نشان می‌دهد؛ مهم نیست که این موضوع، خوشایند یا ناخوشایند باشد. هرگونه هیجانی باعث واکنش بدن می‌گردد و ضرر تولید آدرنالین را بیمار بعدها با تضعیف عضلات و خستگی می‌پردازد. این نوسان در سطح انرژی کاملاً طبیعی است. فقط به علت پیش‌بینی‌ناپذیر بودن، بسیار ناامید کننده است.

همان‌گونه که در بالا گفته شد، استراحت و خواب بسیار مهم هستند (بدن بیمار به شدت در حال کار کردن است و احتیاج به زمان، برای بازسازی دارد)، اما استراحت زیاد نتیجه‌ی عکس دارد و بیمار احساس خستگی بیشتری می‌کند، به این حالت «خروج از وضعیت» گفته می‌شود. استراحت بیشتر در رختخواب، باعث از دست دادن آب بدن می‌شود که این باعث خستگی، ضعف و سرگیجه می‌گردد. قلب و سیستم خون‌رسان قلب، بیشترین تأثیر را در این شرایط می‌گیرند و بیمار ممکن است احساس سرگیجه و تنگی نفس در هنگام بیدار شدن از یک دوره استراحت طولانی بکند. آشکار است، که اگر بیمار شروع به تجربه خروج از وضعیت بکند؛ توانایی انجام هیچ نوع فعالیتی را ندارد که او را به وضعیت اول بازگرداند. اما اگر بیمار از بستر یا صندلی خود خارج شود و مایعات فراوان بنوشد، با انجام فعالیت‌های معمولی که باعث جنبش می‌گردد (بافتنی، نوازش حیوانات و ورزش‌های بسیار آرام به شکل نشسته) می‌تواند از عوارض این وضعیت رهایی یابد.

تغذیه، کلید دیگری برای مبارزه با خستگی است؛ به ویژه هنگامی که این موضوع در ارتباط با کاهش تعداد گلبول‌های قرمز خون باشد. پزشک معالج همیشه شمارش گلبول‌های خون را بررسی می‌کند و در صورت لزوم مشاوره با یک متخصص تغذیه تجویز می‌گردد و توصیه‌های لازم برای چگونگی کنترل خستگی با تغذیه ارائه می‌گردد. هرگز مکمل‌های گیاهی و رژیمی بدون آگاهی پزشک معالج نباید مصرف شوند. ممکن است، حتی مکمل‌های بسیار رایج با درمان تداخل پیدا کنند (درباره مکمل‌ها به پرسش ۵۲ مراجعه شود). در مدت زمان درمان، متخصص تغذیه نکته‌های زیادی برای تأمین مواد مغذی به بیمار گوشزد می‌کند. حتی ممکن است، این توصیه‌ها به معنی تغییر رژیم

غذایی نیز باشند. بیشتر مردم بدون اینکه متوجه باشند، کمتر از یک رژیم مطلوب غذایی استفاده می‌کنند. اما بیمار، نباید این موضوع را به یک وضعیت خود انکاری تبدیل کند. این برنامه غذایی، یک رژیم لاغری نیست، بلکه کاملاً برعکس است. اگر برخی از غذاهای ناسالم، به نظر اشتها آور هستند بیمار باید به سراغ آن‌ها برود و آن‌ها را بخورد. فقط باید سعی کرد با کمک متخصص تغذیه، بین غذاهای غیرمغذی، میوه، سبزیجات و دیگر غذاهای توصیه شده توازن برقرار کرد. غذاهایی که حالت تهوع را افزایش می‌دهند، در پرسش ۴۶ نامبرده شده‌اند، بهتر است از این گونه غذاها پرهیز شود و بیشتر از غذاهایی استفاده کرد؛ که ویتامین‌ها و مواد معدنی را تأمین می‌کنند. کربوهیدرات‌ها، مانند نان کامل یا بیسکویت‌های سبوس‌دار از این گروه هستند. به عنوان راهنمای خرید، برای تأمین تنوع غذایی در تنظیم رژیم غذایی به هرم غذایی www.fda.gov مراجعه شود. بهتر است، بیمار در دوران شیمی‌درمانی از کافین، الکل، غذاهای چرب و پر ادویه پرهیز کند و مایعات فراوان بنوشد. اگر حالت تهوع و اسهال مشکل‌ساز بشوند، به روش BRAT (موز، برنج قهوه‌ای، سیب و نان تست) رجوع شود. منابع زیادی برای کمک به تهیه رژیم غذایی وجود دارند که در پیوست آمده است.

خوب است، که بیمار با توزیع فعالیت‌های روزمره در طول روز، انرژی خود را ذخیره کند و در بین انجام هر کاری استراحت کمی در نظر بگیرد. تا حد امکان وظایف خود را به شکل نشسته انجام بدهد. صندلی سبک و تاشو تهیه کند تا هنگامی که برای خرید از منزل خارج می‌شود، این صندلی را همراه خود به فروشگاه ببرد تا اگر چنانچه خستگی، به شکل ناگهانی بر بیمار چیره شد؛ بتواند با نشستن بر روی صندلی بر خود مسلط شود. تا حد امکان فعالیت‌های بدنی را باید کاهش داد؛ و با انجام فعالیت‌های کم‌انرژی، مانند گوش کردن به موسیقی، مطالعه کردن، تماشای پرندگان و عکس و فیلم سرگرم شود. از دوستان و اقوام خود درخواست کند، تا وظایف پرانرژی مانند خانه‌داری، لباس‌شویی یا نگه‌داری از کودکان را برای بیمار انجام دهند.

کم‌کم، بیمار به نبود انرژی سازگاری پیدا می‌کند؛ و می‌تواند از نوسانات بالا و پایین انرژی از روزی به روز بعدی پرهیز کند. هرچند اگر بیمار خواب شبانه کافی نداشته باشد و از خستگی‌های همیشگی رنج ببرد باید این موضوع را با تیم معالج در میان گذاشت. برای گرفتن اطلاعات بیشتر در زمینه چگونگی غلبه بر خستگی به پیوست مراجعه شود.

۴۸. کارآزمایی بالینی چیست و آیا باید در این برنامه‌ها باید شرکت کرد؟

کارآزمایی‌های بالینی مختلفی وجود دارند. هدف برخی از این کارآزمایی‌ها، یافتن بهترین روش بررسی و پیش‌گیری سرطان است. در حالی که گروه دیگری از این کارآزمایی‌ها، در پی یافتن روش‌های درمان جدید هستند و برخی دیگر برای بهتر کردن کیفیت زندگی بیماران سرطانی است. هدف این گفتار، فقط کارآزمایی‌های بالینی است که برای یافتن درمان بهتر صورت می‌گیرند.

کارآزمایی‌های درمانی، برای یافتن تأثیر داروهای جدید، ترکیب جدید از داروهای شناخته شده، روش‌های جدید جراحی و رادیوتراپی انجام می‌گیرند؛ یا حتی تأثیر درمان‌های توأم با روش‌های جدید و متد ژن درمانی را پژوهش می‌کنند. هرچند که این کارآزمایی‌ها گاهی اوقات توسط مراکز تحقیقاتی مستقل همکار با دانشگاه‌ها یا بیمارستان‌ها و بخش تحقیقاتی شرکت‌های دارویی انجام می‌گیرد؛ تمام مراحل کنترل، بر عهده سازمان دارو و تغذیه (FDA) است. غالباً، درمان‌ها پیش از آزمایش بر روی انسان، در محیط‌های آزمایشگاهی بر روی حیوانات انجام می‌گیرد. به این طریق، میزان سودمندی داروهای تولید شده مشخص می‌گردد. روش آزمایش‌های انسانی در مراحل مختلفی صورت می‌گیرد که به این مراحل فاز گفته می‌شود. پیش از این که دارو اجازه ورود به فاز بعدی پیدا کند؛ باید نتیجه‌ی هر فاز را FDA بررسی کند.

در فاز اول کارآزمایی، دارویی که سودمندی آن در کارآزمایی حیوانی تأیید شده است بر روی انسان آزمایش می‌گردد. به تدریج، پژوهش بر روی تعداد بسیار کمی از بیماران با تمرکز بر روی دو پرسش انجام می‌شود: نخست چه روشی بهترین روش استفاده از دارو است. دوم اینکه چه مقدار از دارو بدون ایجاد عوارض جانبی تحمل‌ناپذیر در انسان سودبخش است.

اگر دارو در فاز اول، نتایج خوبی نشان دهد، دارو وارد فاز دوم کارآزمایی می‌شود؛ ورود به این مرحله، به معنی ادامه‌ی روش با تعداد بیمار بیشتری است. کارآزمایی فاز دوم، مشخص می‌کند که دارو تا چه حد مؤثر بوده و بر روی چه نوعی از سرطان اثربخشی بهتری دارد.

در فاز سوم، پس از انجام تمام بررسی‌ها، حتی اگر دارو اثر بخش باشد با روش‌های استاندارد درمانی مقایسه می‌گردد؛ و اگر در مقایسه با داروهای مورد استفاده، اثربخشی آن کمتر باشد و عوارض جانبی بیشتری به همراه آورد؛ دارو به مرحله تولید نمی‌رسد. معمولاً، این‌گونه کارآزمایی‌ها، بر روی تعداد زیادی از بیماران اجرا می‌شود و گاهی اوقات در کلینیک‌ها و مطب‌های پزشکان انجام می‌شود. اگر دارو تمامی فازهای آزمایشی را پشت سر بگذارد، برای تأییدیه نهایی به FDA ارسال می‌گردد.

دلایل ارزشمند زیادی برای مشارکت در این‌گونه کارآزمایی‌ها وجود دارد. شخصی که در این کارآزمایی‌ها مشارکت می‌کند، تحت مراقبت متخصصانی قرار می‌گیرد که از آخرین اطلاعات درمان سرطان آگاه هستند و شرایط بیمار، به دقت بررسی می‌شود. اگر داروهای مورد تأیید، سودمند باشند؛ شخص مورد آزمایش، اولین کسی است که از فواید آن بهره‌مند شده است. مشارکت در این برنامه‌ها باعث می‌شود که دارو در گستره‌ی بیشتری در اختیار بیماران مبتلا به سرطان پستان قرار بگیرد. به ویژه اگر بیماری داوطلب با داروهای موجود در بازار درمان نشده باشد. کارآزمایی بالینی، این امکان را برای داوطلب فراهم می‌کند، تا جدیدترین دارو را دریافت کند.

اما، این بررسی‌ها روی دیگری نیز دارند؛ داروها و روش‌های جدید ممکن است عوارض جانبی و خطرهای ناشناخته‌ای برای پزشکان داشته باشند یا سودمندی بیشتری از روش‌های جدید نداشته باشند. حتی اگر دارو یا روش جدید، برای یک نفر اثربخش نباشد؛ تمامی بیماران به درمان واکنش یکسان نشان نمی‌دهند. هدف از این کار آزمایشی‌ها یافتن روش‌هایی است که برای بیشتر مردم اثربخش است، نه برای همه. این امکان نیز وجود دارد که درمان جدید، شرایط داوطلب را بدتر کند؛ همچنین هیچ نوع تضمینی وجود ندارد که داوطلب درمان جدید را دریافت کند؛ چرا که در بیشتر کارآزمایی‌ها، یک گروه از بیماران آزمایشی، با داروی جدید درمان می‌شوند؛ و گروه مشابه دیگری که «کنترل» نامیده می‌شوند، با روش استاندارد درمان می‌شوند و نتیجه‌ی اثربخشی دارو بین دو گروه مقایسه می‌شود. لازم است که برای بررسی پیشرفت برنامه درمانی، داوطلب مراجعه‌های روزانه به متخصصین داشته باشد، در این صورت، ممکن است شخص از برنامه کارآزمایی حذف گردد. پس، مشارکت در کارآزمای‌های بالینی، زندگی روزانه را برای داوطلب سخت می‌کند؛ و تنها، فرد داوطلب تصمیم‌گیرنده‌ی نهایی برای مشارکت در کارآزمایی‌ها است.

هر نوع تصمیمی برای مشارکت در کارآزمایی بالینی باید با پزشک معالج بیمار در میان گذاشته شود. برخی از کارآزمایی‌های در دسترس بر روی اینترنت وجود دارند: سایت NCI و تحقیقات کتابخانه‌ای بهترین محل برای جمع‌آوری اطلاعات است. اغلب، نتایج کارآزمایی‌ها در مجلات پزشکی چاپ می‌شود، پس آگاهی از نتایج فاز اول و دوم کارآزمایی داروها و روش‌های درمانی، ممکن است داوطلب را به فاز سه هدایت کند. اگر شخصی، کارآزمایی مناسبی برای درمان خود پیدا کند؛ بهتر است تمامی پروتکل‌ها (طرح پژوهشی که چه مقدار دارو و به چه کسی تزریق می‌گردد) را به دقت مطالعه کند و باید مطمئن گردد که شرایط او نیز در این پروتکل لحاظ شده است. به طور مثال اگر پروتکل برای تمام زن‌های یائسه و بیش از ۷۰ سال طراحی شده است؛ ممکن است، هر کسی مناسب این پروتکل نباشد. چنانچه داوطلب برای انجام کارآزمایی پذیرفته شود فرم‌هایی را باید مطالعه کرده و امضا کند. در این فرم‌ها، اطلاعات لازم درباره‌ی آزمایش‌ها، عوارض جانبی شناخته شده، سودمندی و زیان احتمالی را نیز یادآوری می‌کند. نباید سریعاً، فرم را امضاء کرد، پس از بررسی‌های لازم و مشورت با پزشک معالج و اعضا خانواده و دریافت پاسخ تمامی پرسش‌های احتمالی از تیم پژوهشگر، می‌توان فرم را امضاء کرد. کارآزمایی بالینی موضوعی نیست که بتوان به راحتی از آن گذشت. داوطلب، باید درک کاملی از آنچه که قرار است اتفاق بیفتد داشته باشد. باید به خاطر داشت که حتی اگر داوطلب، در کارآزمایی بالینی ثبت نام کرده باشد، همیشه در هر لحظه‌ای می‌تواند منصرف بشود یا آن را متوقف کند.

۴۹. منظور از هورمون درمانی چیست؟

رشد برخی سرطان‌ها به علت حضور هورمون‌های استروژن افزایش می‌یابد؛ در پرسش ۹ و ۴۷ درباره این موضوع صحبت شده است. همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، اگر هورمون، باعث افزایش رشد

سرطان باشد؛ در بررسی آزمایشگاهی نوع هورمون مشخص می‌گردد. آن دسته از سرطان‌هایی که هورمون استروژن آنها مثبت باشد در گروه ER+ دسته بندی می‌شوند و آن دسته که آزمایش هورمون پروژسترون مثبت باشد در گروه PR+ طبقه بندی می‌شوند. برخی از سرطان‌ها به هر دو هورمون واکنش مثبت نشان می‌دهند یعنی ER+/PR+ هستند و گروه دیگری به هر دو هورمون پاسخ منفی نشان می‌دهند، و در گروه ER- و PR- دسته بندی می‌شوند. اولین گامی که پزشک سرطان شناس انجام می‌دهد، درخواست بررسی وضعیت هورمون ER و PR در تومور سرطانی است. با این روش، پزشک می‌تواند بهترین شیوهی درمانی را انتخاب کند. در پرسش ۴۴ توضیح داده شده است که چگونه هورمون درمانی بر روی این‌گونه سرطان‌ها تأثیرگذار است. اما مرور بر آنچه که گفته شده است، در اینجا سودمند است. برخلاف شیمی درمانی استاندارد که هدف، تخریب سلول‌هایی است که از قدرت تکثیر و رشد سریع برخوردار هستند. هورمون درمانی برای درمان تومورهای سرطانی طراحی شده است که فقط با حضور استروژن و پروژسترون واکنش نشان می‌دهند. داروها با مسدود کردن فعالیت هورمون‌ها، اثرگذاری هورمون‌ها بر روی رشد سلول‌های سرطانی را متوقف می‌کنند. این روش درمان مهم است، چرا که حتی پس از پاک‌سازی بدن از تومور پس از انجام جراحی و رادیوتراپی، هیچ ضمانتی وجود ندارد که سلول سرطانی در بدن باقی نمانده باشد. هورمون‌تراپی می‌تواند از رشد سلول احتمالی باقی مانده، گسترش آن و تولید تومور جدید به شکل موضعی یا متاستاتیک پیشگیری کند.

داروهای زیادی برای رسیدن به این هدف وجود دارند. روش‌های رایج برای کاهش تولید هورمون‌ها از طریق داروهای ضد هورمون‌ها انجام می‌گیرد. شناخته‌شده‌ترین، داروی ضد هورمون مورد تأیید تاموکسیفن است و بسیار استفاده می‌شود. معمولاً، اولین گام در هورمون درمانی است (درباره‌ی تاموکسیفن به پرسش ۵۰ مراجعه شود). به علت عوارض جانبی تاموکسیفن بر روی رحم، امروزه داروی ضد هورمونی دیگری به نام Raloxifene در حال پژوهش است ولی هنوز به مرحله‌ای نرسیده است که برای تولید انبوه مورد تأیید FDA قرار بگیرد. داروی Aromatase سطح آنزیم آروماتاز را که برای تولید استروژن ضروری است، پایین می‌آورد. بنابراین روند رشد سلولی، با کاهش تولید سطح استروژن متوقف می‌گردد. در گذشته، درمان با تاموکسیفن همیشه اولین انتخاب درمان بود و Aromatase دومین گام برای دفاع بود. همان‌گونه که تاموکسیفن، گیرنده‌های استروژن مثبت را در سلول‌های پستان مسدود می‌کنند، اطلاعات جدید نشان می‌دهد که AIs مانند Arimidex به جای تاموکسیفن می‌تواند در اولین گام مورد استفاده قرار بگیرد. چرا که مطالعات نشان داده است استفاده از AIs در زنان پیش یائسه تقدم دارد. می‌توانند AIs همانند Femara یا Aromasin شروع درمان در زنان پیش یائسه باشند که به مدت ۲ تا ۵ سال با تاموکسیفن درمان شده‌اند. به محض شروع AIs، درمان تا ۵ سال ادامه خواهد داشت؛ انواع AIs در حال جایگزین شدن با تاموکسیفن برای درمان سرطان پستان است. به علاوه، مطالعات نشان داده است گروه‌های AIs به مقدار کمی از یکدیگر متمایز هستند و چنانچه بیماری به یک نوع از AIs واکنش مثبت نشان ندهد، امکان اثربخشی نوع

دیگری از AIs وجود دارد. در حال حاضر مطالعات، به دنبال بهترین روش استفاده از ترکیب انواع AIs، تاموکسیفن و Fulvestant هستند. AIs نسبت به تاموکسیفن دارای عوارض جانبی کمتری هستند که باعث ایجاد سرطان آندومتر (مخاط جداره داخلی رحم) و ایجاد لخته خون در بدن می‌شوند (این عوارض بسیار اندک هستند). هر چند که انواع AIs بسیار به خوبی استروژن را مسدود می‌کنند ولی باعث پوکی استخوان می‌شوند و خطر شکستگی را افزایش می‌دهند. مطالعات ادامه دارد تا مشخص شود، کدام دارو تا چه مدت زمان، برای گروه‌های مختلف مناسب است. شیمی درمانی نیز سطح استروژن را در بسیاری از خانم‌های پیش یائسه کاهش می‌دهد.

هدف استفاده از داروهای مختلف، دستیابی به روشی برای کاهش سطح استروژن است تا سلول‌های سرطانی از گرفتن استروژن که برای رشد ضروری است، محروم بمانند. اگر این دستیابی میسر گردد، سلول‌های سرطانی از بین می‌روند و رشد تومور کم می‌شود یا از بین می‌رود. در بیمارانی که آهنگ رشد تومور سرطانی بسیار سریع است و به هر دلیل، بلافاصله امکان جراحی وجود ندارد، می‌توان پیش از جراحی، از این روش بهره برد. اما هورمون درمانی، غالباً روشی است که برای جلوگیری از بازگشت بیماری مورد استفاده است و برای بیمارانی که تومور سرطانی را جراحی کرده‌اند، استفاده می‌شود. همچنین می‌توان برای محدود کردن رشد تومور، در بیمارانی که قبلاً به مرحله متاستاز رسیده‌اند، بهره گرفت. به ویژه اگر محل متاستاز، مانند کبد یا استخوان به راحتی با جراحی یا رادیوتراپی، درمان‌پذیر نباشد.

روش دیگر هورمون درمانی برای درمان سرطان پستان متاستاتیک خانم‌های یائسه با گیرنده هورمونی مثبت Fulvestant است که در آوریل ۲۰۰۲ مورد تأیید FDA قرار گرفته است. این دارو در گروه گیرنده استروژن Antagonist دسته‌بندی می‌شود. برخلاف داروهای ضد هورمونی یا Aromatase که هر دو بر سطح تولید استروژن بدن تأثیر می‌گذارند Fulvestant به گیرنده‌های استروژن حمله می‌کند و با تخریب این گیرنده‌ها، دیگر استروژن قابل دریافت نخواهد بود. این تمایز بسیار مهم است چرا که بسیاری از بیماران به روش‌های دیگر هورمون درمانی مقاوم هستند. برای درمان سرطان‌های پیشرفته، این روش دیگری است که با روش‌های استاندارد درمان‌شدنی نیستند. امروزه، پس از شکست AIs، کارآزمایی‌ها بالینی در حال انجام است که استفاده‌ی این دارو به تنهایی یا در ترکیب با Aromatase یا Tamoxifen بررسی شوند تا مؤثرترین اثربخشی مشخص گردد.

درمان‌های دیگر

۵۰ سال‌ها، پس از انجام جراحی ماستکتومی رادیکال، به تازگی، تجویز تاموکسیفن شده است؛ علت چیست؟ آیا تاموکسیفن عوارض جانبی در پی دارد؟

تاموکسیفن یکی از شناخته‌شده‌ترین داروهای هورمون درمانی است که برای مراحل ابتدایی و پیشرفته سرطان پستان تجویز می‌گردد. بیش از سی سال است که بیماران در مرحله پیشرفته سرطان پستان، با این دارو، هم به منظور جلوگیری از رشد سرطان و هم به عنوان درمان کمکی، برای جلوگیری از بازگشت سرطان مداوا می‌شوند.

به طور قابل توجهی، تاموکسیفن در جلوگیری از برگشت بیماری تأثیرگذار است. نتایج کارآزمایی بالینی که سازمان ملی سرطان سرمایه‌گذاری کرده است، نشان داده است که استفاده از تاموکسیفن، باعث کاهش ۵۰٪ بروز سرطان‌های ابتدایی و پیشرفته در زنان با احتمال خطر زیاد است. آن دسته از کسانی که قبلاً هم دچار سرطان پستان شده‌اند، در همین گروه پرخطر دسته‌بندی می‌شوند. شخصی که ۲۰ سال پیش، دچار سرطان شده است^۱ (پیش از ساخت تاموکسیفن در درمان سرطان)، نیز در خطر فراوانی قرار دارد چرا که سن افزایش یافته است. بهره‌گیری از تاموکسیفن در زنان یائسه پرخطر، بسیار بی‌شمار است. باید دقت کرد که استفاده از این دارو با در نظر گرفتن شرایط فردی هر بیمار تجویز می‌گردد. به عنوان مثال، خانم‌هایی که دارای سابقه خانوادگی در سگته‌های منجر به حمله‌های قلبی هستند، شاید نمونه‌های مناسبی برای دریافت تاموکسیفن نباشند. مطالعات در دست اقدام است تا مشخص گردد AIS چه مقدار در پیشگیری سرطان پستان مؤثر هستند. از آنجا که در درمان سرطان و جلوگیری از بازگشت آن، انواع AIS از تاموکسیفن مؤثرتر هستند، این امیدواری وجود دارد که انواع AIS در پیش‌گیری از ابتلا به سرطان نیز مفید واقع شوند. احتمال خطر بازگشت سرطان در مقابل دیگر عوامل تهدید کننده سلامتی، موضوعی است که باید پیش از شروع تاموکسیفن یا دیگر داروهای پیش‌گیرنده، با پزشک متخصص در میان گذاشته شود.

از میان درمان‌های کمکی برای زنان یائسه، AIS نسبت به تاموکسیفن برتری نشان داده‌اند ولی تاموکسیفن نتایج بسیار ارزشمندی در زنان با خطر زیاد نشان داده است (اغلب بیماران جهش ژنی BCRA1 یا BCRA2 داشته‌اند).

این یکی از بهترین کاربردهای تاموکسیفن است، ولی مانند همه‌ی داروهای سیستماتیک، بافت‌های دیگر غیر از پستان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و برخی از این اثرات خوب نیستند. مطالعات نشان داده است که احتمال خطر سرطان رحم به مقدار کمی افزایش می‌یابد. در گروهی از بیماران که همراه شیمی‌درمانی، به آنها تاموکسیفن تزریق می‌شود، لخته‌های خون مشاهده شده است. این خطرات در مقایسه با سودمندی دارو بسیار ناچیز است، گاهی اوقات اثرات مثبت دیگری، به جز اثرات مبارزه با سرطان، نیز با این دارو همراه است. کاهش سطح کلسترول خون و کاهش پوکی استخوان که برای خانم‌های یائسه بسیار مهم است از دیگر اثرات جانبی مثبت استفاده از این دارو است. مؤسسه ملی سرطان، درباره‌ی تاموکسیفن اعلام کرده است: «فایده‌های تاموکسیفن برای

۱. کتاب در سال ۲۰۰۹ میلادی تهیه شده است.

درمان سرطان پستان کاملاً به تأیید رسیده است و خطرهای احتمالی بسیار نادر هستند». اگر برای بیماری، با هدف درمان سرطان پستان یا پیش‌گیری، تاموکسیفن تجویز شده است؛ بهتر است بیمار نگرانی‌های خود را با پزشک معالج سرطان شناس در میان بگذارد؛ و بیمار باید اطمینان حاصل کند تا پزشکان معالج تیم همکار او، از نگرانی‌های بیمار باخبر هستند و علایم احتمالی بروز سرطان رحم و لخته شدن خون، بررسی می‌شود. حتماً، بیمار باید معاینات منظم، انجام سونوگرافی و آندومتر رحم را انجام دهد و هرگونه خونریزی و درد غیرمعمول را با پزشک معالج در میان بگذارد.

۵۱. منظور از درمان کمکی چیست؟ آیا همان درمان جایگزین است؟

درمان کمکی، درمانی است که پس از انجام درمان‌های ابتدایی برای افزایش درصد بهبودی انجام می‌شود. درمان ابتدایی سرطان پستان، غالباً جراحی است و گاهی اوقات با رادیوتراپی ترکیب می‌شود. درمان کمکی ممکن است شامل شیمی درمانی، رادیوتراپی یا هورمون درمانی باشد. گاهی اوقات درمان کمکی پیش از درمان ابتدایی آغاز می‌شود؛ که به این روش درمان نئوآجوانت (شیمی‌درمانی پیش از جراحی) گفته می‌شود. هدف از این نوع درمان، نیز همان درمان کمکی است و به منظور افزایش درصد بهبودی درمان ابتدایی انجام می‌شود. انتخاب نوع درمان کمکی، بستگی به مرحله و درجه‌ی سرطان دارد. درمان‌های کمکی یا درمان‌های کمکی نئوآجوانت تقریباً ترکیبی از روش‌های درمانی استاندارد هستند.

هدف این گفتار از واژه «درمان» فقط روش‌های ذهنی هستند که جایگزین روش‌های فیزیکی می‌شوند. روش‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی، تمرکز، دعا خواندن که در پرسش‌های ۵۲ تا ۵۷ به تشریح آمده‌اند. درمان‌های جایگزین (داروهای جایگزین در روش دارو درمانی استاندارد) و درمان‌های مکمل (داروهای که در راستای دارو درمانی‌های استاندارد بکار می‌روند) مانند انواع گیاهان، آرام‌بخش‌های غذایی، درمان‌های سنتی مانند طب سوزنی و ویتامین‌ها و دیگر مکمل‌ها هستند. این‌گونه درمان‌ها در بین توده‌ی مردم، طرفداران زیادی پیدا کرده است و بسیاری از آن‌ها بر پایه تجربه‌های سنتی شفابخشی تجویز می‌شوند؛ که صدها سال مورد استفاده قرار گرفته‌اند. اثربخشی این روش‌ها بستگی به نوع درمان انتخابی هر شخص دارد. گاهی اوقات برخی از این درمان‌های جایگزین، چیزی جز بیهوده‌گویی نیستند و فقط با بهره‌برداری از ترس بیمار تجویز می‌شوند، چرا که بیمار برای از بین بردن بیماری، به هر چیزی دست می‌اندازد. ممکن است این گروه از درمان‌ها، زبانی نداشته باشند، (هرچند که داروهای گیاهی صدمه می‌رسانند) ولی هیچ استفاده‌ای نیز ندارند؛ پس شخص پول خود را برای هیچ از دست می‌دهد. برخی از این داروهای غیراستاندارد، مؤثر هستند ولی واقعاً به اندازه‌ی داروهای استاندارد اثر بخشی ندارند (برای اطلاعات بیشتر در این خصوص به پرسش ۵۲ مراجعه شود).

۵۲. آیا روش‌های گیاه درمانی برای سرطان پستان عوارض جانبی دارند؟ آیا این داروها واقعاً اثر بخش هستند؟

همه با داروهای جدید غربی آشنا هستند ولی امروزه، بسیاری از مردم که تعداد آن‌ها نیز رو به افزایش است، از فلسفه‌های مراقبه رایج در شرق به ویژه آسیای جنوبی مانند هومیوپاتی^۱ و طبیعت‌درمانی^۲ آگاه می‌شوند. هرچند که گروهی به اثر بخشی این‌گونه درمان‌ها، با شک و شبهه می‌نگرند، اما برخی از داروهای گیاهی خواص شفابخشی دارند. هنوز داروها و روش‌های درمانی بسیاری باید به عنوان روش جدید درمان سرطان بررسی شوند. ولی دانستن اینکه از کجا باید شروع کرد، بسیار دشوار است: از غضروف کوسه تا عصاره چای سبز، ویتامین C تا ملاتونین، همگی به خاصیت‌های شفابخشی معروف شده‌اند. برای یک بیمار سرطانی دلواپس، اسامی داروهای در دسترس برای یافتن یک روش درمان سودمند، یا روش کنار آمدن با عوارض جانبی ناخوشایند، بسیار گیج کننده است. برخی از بیماران سرطانی به امید افزایش تأثیر داروهای استاندارد یا کاهش عوارض جانبی، این‌گونه داروها را همزمان یا پیش از شروع درمان استاندارد مصرف می‌کنند؛ اما مطالعات اخیر نشان داده است، در ۸۰٪ از بیماران سرطانی، سرمنشأ این عوارض جانبی همین داروها بوده‌اند. متأسفانه تعداد بسیاری از بیماران که این‌گونه داروهای جانبی را بدون هماهنگی با پزشک معالج استفاده کرده‌اند از عوارض جانبی این‌گونه داروها یا تداخل دارویی با داروهای شیمی درمانی رنج برده‌اند. به همین علت است که بسیاری از متخصصان استفاده از داروهای جانبی را منع می‌کنند. بخشی از مشکل اینجاست که پزشکان فراموش می‌کنند در خصوص استفاده از داروهای جانبی از بیماران سؤال کنند و بیماران فکر نمی‌کنند که باید به پزشک اطلاع داد. بنابراین مهم‌ترین نکته برای تصمیم در استفاده کردن از داروهای جانبی این است که حتماً موضوع را با پزشک معالج در میان گذاشت.

داروهای سنتی آسیایی برای بسیاری از مردم جذاب است، چرا که تأکید بر مبارزه‌ی کل بدن با بیماری دارند. از این دیدگاه، بیماری محصول عدم تعادل یا تخریب انرژی زندگی است؛ که مرتبط با ذهن، بدن، روح و هیجانات است. برای درمان این عدم توازن، داروهای سنتی شرقی از روش‌هایی مانند طب سوزنی، داروهای گیاهی، ماساژ و کی کونگ (روشی بر اساس کنترل تنفس و تمرکز) بهره می‌گیرند.

۱- در طب هومیوپاتی تلاش می‌شود تا با تقویت سیستم‌های ایمنی، هورمونی، عصبی و مکانیسم‌های فیزیولوژیک، بدن انسان را در شرایط ایده‌آل نگه داشت. هومیوپاتی با تقویت عملکرد سیستم‌های بدن و تنظیماتی که میان آنها وجود دارد باعث می‌شود تا بدن درمان خود را شروع کرده و عامل به وجود آورنده بیماری را از بین ببرد. (م)

۲- طبیعت‌درمانی، نظام درمانی است که منحصراً با کمک درمان‌های طبیعی موجود در اطراف ما، همانند نور خورشید، هوا، آب، رژیم غذایی و به طور کلی نیروی شفابخش طبیعت که در درون ما وجود دارد به درمان بیماری‌ها می‌پردازد. این درمان، بر این باور است که بدن قدرت خود درمانی دارد. چنانچه بدن در محیط و شرایط سالمی قرار گیرد، خود به خود قادر خواهد بود، خود را درمان کرده و از شر بیماری‌ها نجات دهد. (م)

هومیوپاتی و طبیعت‌درمانی از بهترین نمونه‌های روش‌های درمانی جانبی هستند. داروهای هومیوپاتی که بر اساس قانون مشابهت^۱ عمل می‌کنند، مغایر با سیستم غربی هستند. از این قانون، چنین برداشت می‌شود: «همان مقدار ماده که در میزان انبوه، نشانه‌های بیماری را آشکار می‌کند در مقدار بسیار ناچیزی آن را درمان می‌کند»^۲. طبیعت‌درمانی، بروز عدم تعادل بدن را نشانه‌های بیماری می‌شناسد و در روش درمان، بر بازسازی سلامتی از طریق برقراری توازن بدن تأکید دارد؛ که در این فرآیند بدن به طور طبیعی شفا می‌یابد. متخصصان طبیعت‌درمانی با به‌کارگیری مجموعه‌ای از کارشناسان در روش‌های شفابخش مانند رژیم، تغذیه‌های بالینی، هومیوپاتی، طب سوزنی، داروهای گیاهی، آب درمانی (استفاده از آب در دماهای مختلف با کاربردهای متفاوت) بهره می‌گیرند.

تعداد درمان‌های جانبی و تکمیلی بسیار زیاد هستند و نمی‌توان درباره همه آن‌ها صحبت کرد؛ اما تعداد کمی از این درمان‌ها اثرات سودبخشی را در درمان نشانه‌های سرطان و عوارض جانبی نشان داده‌اند که در بخش بعدی درباره آن‌ها صحبت خواهد شد. برای گرفتن اطلاعات بیشتر درباره درمان‌هایی که در اینجا به آن‌ها اشاره نمی‌شود به پیوست مراجعه شود.

طب سوزنی

تعدادی از درمان‌های جانبی، اثرات سودبخشی بر روی عوارض جانبی ناشی از درمان سرطان به ویژه حالت تهوع، خستگی و درد داشته‌اند. یکی از شناخته‌شده‌ترین روش‌ها که یک روش درمانی چینی است و بیش از ۲۵۰۰ سال است که از این روش استفاده می‌گردد؛ طب سوزنی است. در این روش، سوزن‌های نازکی در محل‌های مخصوصی در پوست فرو می‌رود. در سال ۱۹۹۷ پس از پژوهش‌های فراوان بر روی این روش، سازمان ملی سلامتی اعلام کرد که طب سوزنی حالت تهوع و استفراغ دوران شیمی‌درمانی را کاهش می‌دهد و مطالعات بیشتری لازم است تا مشخص گردد که این روش در کنترل درد ناشی از درمان‌گونه‌ای از سرطان نیز اثربخش است یا خیر.

اثر بخشی طب سوزنی در کنترل حالت تهوع کاملاً مستند است و برخی از شرکت‌های بیمه هزینه‌های مربوط به روش‌های طب سوزنی را پرداخت می‌کنند. اگر شخصی علاقه‌مند به درمان حالت تهوع با طب سوزنی است بهتر است که با پزشک معالج این موضوع را در میان بگذارد.

۱- Like cures like

۲- بر اساس نتایج هانمن، یک دارو می‌تواند، نشانه‌هایی در فرد سالم ایجاد کند که نه تنها مشخصه‌ی حیطه‌ی آن دارو است بلکه در صورت تجویز دارو به بیماری که دارای همان علائم است، باعث از بین رفتن آن علائم خواهد شد. برای مثال در زمان پوست‌کندن پیاز دچار سوزش و آبریزش از بینی می‌شویم، پس در سرماخوردگی که علائم سوزش و آبریزش از بینی دارد داروی هومیوپاتی گرفته شده از پیاز (Allium Cepa) می‌تواند سبب درمان شود یعنی مشابه، مشابه را درمان می‌کند. (آفوربسم ۲۶ ارگانون)

روش‌های ذهن- بدن- روح

روش‌های دیگری وجود دارند که با قدرت ذهن و روح بر روی بدن تمرکز می‌کنند؛ و با تمرکز فکر، ایجاد تخیل و دعا به درمان بیماری کمک کنند. این روش‌ها در شکل‌های بی‌شماری هستند و نمی‌توان در اینجا به همه‌ی آن‌ها اشاره کرد. اما کدامیک از روش‌های ذهن- بدن- روح باید استفاده شوند، یک انتخاب کاملاً شخصی است. اثرگذاری این روش‌ها بستگی به انتظار هر شخص از این‌گونه درمان‌ها دارد. مطالعات نشان داده است که روش‌های ذهن- بدن- روح بر روی تمرین‌کنندگان اثربخش بوده است، به ویژه بر روی کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار است. آن‌ها آرامش بیشتری به دست می‌آورند و دیدگاه مثبتی پیدا می‌کنند و سلامت عمومی بیشتری در خود حس می‌کنند. همان‌گونه که در پرسش ۵۷ آمده است این‌گونه احساسات می‌تواند سیستم دفاعی را افزایش بدهد و نهایتاً بهبودی سریع‌تر و سلامتی جسمانی بیشتری را به همراه بیاورند. اما بهترین تأثیر را همزمان با انجام درمان‌های استاندارد مانند شیمی درمانی و رادیوتراپی خواهند داشت. بسیاری از پزشکان، بیماران خود را تشویق می‌کنند که از این‌گونه روش‌ها به عنوان درمان‌های کمکی و نه ابتدائی برای درمان سرطان بهره بگیرند.

درمان‌های گیاهی و مکمل‌ها

تعداد درمان‌های گیاهی و مکمل‌ها بی‌شماری است و گفته شده است که برای درمان سرطان پستان سودمند هستند و گروهی از این درمان‌ها بر روی عوارض جانبی روش‌های درمان استاندارد اثرگذار هستند. بسیاری از این داروها تاریخچه‌ی قدیمی در جوامع سنتی دارند. در حقیقت گیاهان و داروهای سنتی معمولاً، منبع ترکیبات داروهای شیمیایی مدرن هستند. متأسفانه تأثیرگذاری تعدادی از بهترین داروهای گیاهی شناخته شده از نظر علمی مردود است؛ ولی این به معنی بی‌خاصیتی این گیاهان نیست. مطالعات مختصر بر روی گیاهان دارویی نشان داده است که گروهی از این داروها اثرات مثبتی دارند. مشکل اصلی این است که تعداد اندکی از گیاه‌شناسان تعلیم دیده با استعداد ذاتی با خواص گیاهان دارویی محدودی آشنا هستند. نبود شناخت کامل از اثرات این نوع مواد بر بدن و دانش محدود در میان گیاه‌شناسان و پزشکان متخصص، ممکن است باعث بروز تداخل اثرات این داروها با درمان‌های استاندارد بشود. بدتر اینکه دسترسی آسان به مکمل‌ها اجازه می‌دهد که بیماران با ویتامین‌ها، مکمل‌ها و گیاهانی که با خواص آن‌ها آشنا نیستند؛ خود درمانی کنند. در حال حاضر مکمل‌ها تحت نظارت و کنترل FDA نیستند و هیچ‌گونه نظارتی بر فرمول‌های استفاده شده در علائم تجاری مختلف، مقدار و خلوص ترکیبات وجود ندارد. به بیان دیگر، هیچ‌گونه تضمینی وجود ندارد که محتویات موجود در شیشه که از مراکز بهداشتی تهیه می‌گردد، همان چیزی باشد که خریدار انتظار دارد. حتی اگر شخص دارو را با ترکیبات تازه بسازد، اگر روش آماده سازی داروهای گیاهی را آموزش ندیده باشد، مشکل جدیدی ایجاد می‌شود. با نگاه کردن به کتاب‌ها یا مراجعه به وب سایت‌ها نمی‌توان به این دانش دست یافت. استفاده‌ی درست از گیاهان، احتیاج به آشنایی با فن کار دارد و گاهی اوقات استفاده نابه‌جا در میزان یا روش تهیه (به طور مثال خام خواری گیاه در حالی

که باید به شکل جوشانده یا عصاره‌ی برگ استفاده شود) باعث بروز بیماری می‌گردد؛ به ویژه اگر بیمار، شیمی درمانی نیز می‌شود. باید به خاطر داشت که در مدت زمان درمان سرطان، سیستم طبیعی بدن به شدت تحت تقلا است و بیمار باید کوشش کند تا با بهترین تصمیمات بدن را حمایت کند و اگر بیمار مکمل‌ها یا گیاهان را بدون شناخت تداخل و عوارض بشناسد، تلاش بدن را افزایش می‌دهد. هیچ‌وقت نباید هیچ دوره‌ای از دارو را بدون هماهنگی پزشک شروع کرد.

گفته می‌شود که برخی از داروهای گیاهی نتایج امیدوارکننده‌ای را در مطالعات نشان داده‌اند. به طور مثال دو نوع از گیاهان شناخته شده (گل گاوزبان و پامچال معروف به شیر مرغ چتری) از قرون وسطا برای مشکلات یائسگی و دردهای پستان استفاده می‌شود. هر دو گیاه، شامل یک نوع اسید چرب امگا شش، به نام اسیدگامالینولینگ (GLA) هستند؛ که مطالعات نشان داده است با مسدود کردن شبکه خونی تومور از گسترش تومورهای بدخیم جلوگیری می‌کنند. فاز یک مطالعات بر روی GLA در انگلستان نشان داده است که این داروی گیاهی، اثربخشی تاموکسیفن را در گونه‌ای از سرطان پستان افزایش می‌دهد. برخی دیگر از داروهای گیاهی و طبیعی عوارض جانبی مانند حالت تهوع و افسردگی را نیز کاهش می‌دهند. به عنوان مثال ریشه زنجبیل برای درمان حالت تهوع موثر است و چای کوهی به عنوان یک داروی اثر بخش برای افسردگی خفیف پذیرفته شده است. این گیاه اخیر به شدت با داروهای شیمی درمانی مانند Etoposide و Ganetracyclines تداخل دارویی ایجاد می‌کند. درمان‌های گیاهی رایج دیگر برای درمان سرطان، مانند داروآش، اثرات مثبتی نشان داده‌اند. گیاهانی مانند توتیا، عصاره سرخارگل باعث تحریک واکنش‌های سیستم ایمنی می‌شوند و سیر یک آنتی‌بیوتیک طبیعی است، از شناخته شده‌ترین گیاهان هستند. در زمانی که سیستم دفاعی بدن کاهش می‌یابد، این‌گونه گیاهان، برای محافظت بدن در مقابل عفونت‌های احتمالی به مبارزه با سرطان کمک خواهند کرد. از طرف دیگر هر دو گیاه روی دیگری نیز دارند. سرخارگل، فقط در مدت زمان کوتاهی اثربخش است و در دراز مدت سیستم ایمنی بدن را کاهش می‌دهد. سیر تشکیل لخته خون را کاهش می‌دهد و برای شخصی که در خطر تشکیل لخته خون است، بسیار مناسب است و برای کسی که برای شفا یافتن احتیاج به جراحی دارد بسیار نامناسب است. بنابراین بسیار مهم است که درمان‌های گیاهی را قبل از استفاده از آن‌ها در راستای درمان بیمار بررسی کرد.

اگر فردی به طور معمول از داروهای گیاهی آماده، برای درمان بیماری‌های خفیف استفاده می‌کند؛ ضرورتی برای ترک این عادت وجود ندارد. همان‌گونه که در بالا اشاره شد، اغلب این گیاهان اثرات سودمندی دارند. میزان پیشرفت بیماری در بدن، شاخص مهمی است. ولی، هنگام درمان‌های استاندارد، باید بیمار پیش از استفاده از داروهای گیاهی از پزشک معالج، داروشناس و کارشناس گیاه‌شناس کمک بگیرد. برای یافتن گیاه‌شناس حرفه‌ای، باید با متخصص گیاه‌شناس در فروشگاه‌های عطاری مشورت کرد یا به مراکز مخصوص هومیوپاتی مراجعه شود.

۵۳. اگر در مان، مؤثر واقع نشود چه اتفاقی می‌افتد؟ اگر سرطان بازگشت کند چه پیش می‌آید؟

به طور معمول اگر درمان، رشد سرطان را متوقف نکند، تیم معالج از روش دیگری استفاده می‌کنند و در صورت لزوم از روش‌های متفاوت دیگری بهره می‌گیرند. گاهی اوقات اگر سرطان عود کند، به طور معمول تیم معالج درمان را از همان ابتدا آغاز می‌کنند؛ یعنی جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی. اما ممکن است از روش‌های متفاوتی برای انجام این درمان‌ها استفاده کنند. به طور مثال اگر درمان ابتدایی با لامپکتومی و رادیوتراپی خارجی انجام شده است، بازگشت بیماری ممکن است به ماستکتومی و شیمی درمانی احتیاج داشته باشد. اگر در مرحله اول شیمی درمانی انجام شده باشد، در دور دوم درمان از داروهای به مراتب قوی‌تر استفاده می‌شود، نوع درمان بستگی به چگونگی بازگشت بیماری دارد.

هرچند که سرطان پیشرفته یا عود کرده با داروهای استاندارد، با موفقیت درمان می‌شوند، هیچ دلیلی برای کتمان وجود ندارد که با هر بازگشت یا مراحل پیشرفته، مخاطرات نیز بیشتر می‌شوند. پس از تکرار دوره‌های درمان سرطان، لازم است که بیمار از هدف دوره‌های درمان آگاه شود. با تمام جراحات روحی و فیزیکی که این روش‌ها در بیمار و خانواده او به جا می‌گذارند؛ آیا حقیقتاً بیمار خواستار ادامه‌ی درمان با شیمی‌درمانی و رادیوتراپی است. آیا امیدی برای از بین بردن سرطان هست یا بیمار ترجیح می‌دهد که به درمان تسکینی تن دهد و نشانه‌های سرطان را تخفیف دهد و سطح زندگی و امید به زندگی را طولانی‌تر کند.

این‌گونه مباحث در هر دو روش مطرح هستند. برخی احساس می‌کنند هر نوع کوتاهی در «درمان»، به معنی «تسلیم شدن» است و آن‌ها تا آخرین لحظه به مبارزه ادامه می‌دهند. چنین روشی ممکن است به زندگی طولانی‌تر و حتی شاید به درمان منتج شود؛ به ویژه که درمان‌ها و داروهای جدید برای درمان سرطان پیشرفته، به طور پیوسته ادامه دارد. پس گاهی اوقات هنگامی که برخی بیماران به آخر خط درمان رسیده‌اند، یک روش و داروی جدید ممکن است، دری را برای آن‌ها بگشاید. روی دیگر، این است که بیمار و تیم معالج و خانواده‌ی بیمار، موافق با دردهای مداوم ناشی از هر دوره‌ی درمان نیستند. هرچند که روش‌های زیادی برای کاهش این دردها وجود دارد؛ رهایی به طور کامل غیرممکن است و برای حفظ روحیه‌ی مبارزه، انرژی زیادی از تمامی گروه تخلیه می‌کند. برای برخی این تلاش، ارزشمندتر از قبول یک مرگ عاقلانه نیست و در مدت زمان باقیمانده، تمرکز بر روی داشتن کیفیت زندگی بهتر را ترجیح می‌دهند. گاهی اوقات درگذشتن از دلهره‌ی مرگ، رهایی بی‌پایانی را به ارمغان می‌آورد که زندگی بیمار و اطرافیان را غنی می‌کند. اگر مرگ بخشایش است، می‌توان از فکر کردن درباره‌ی آن صرف نظر کرد و به زندگی روز به روز بازگشت. ولی زمانی که شخص از مدت زمان باقیمانده آگاهی دارد، بیشترین استفاده را از روزهای باقیمانده می‌کند و از مسائل بی‌اهمیت در زندگی چشم‌پوشی می‌کند.

این تصمیمی نیست که بیمار به تنهایی بگیرد. این موضوع را باید با خانواده و اطرافیان و مشاوران به ویژه تیم معالج در میان گذاشت. ممکن است آن‌ها راه‌هایی، برای آرامش دردهای ناشی

از درمان در اختیار داشته باشند. روش‌هایی وجود دارد تا بیمار از رسیدن به آخرین مرحله‌ی بیماری اطمینان حاصل کند. برای اطلاعات در خصوص مطالب چگونگی پایان زندگی به پرسش ۶۴ و ۶۵ مراجعه شود.

فصل پنجم

سازگاری با عوارض جانبی بیماری

چگونه می‌توان از دردهای ناشی از درمان رهایی یافت؟

چگونه می‌توان با ریزش مو کنار آمد؟

و بیشتر

۵۴. چگونه می‌توان از دردهای ناشی از درمان رهایی یافت؟

روش کنترل درد، بستگی به نوع و شدت درد دارد و اینکه نظر بیمار درباره‌ی دارو درمانی چیست. درد غالباً به دو گونه حاد و مزمن ظاهر می‌شود؛ درد شدید و کوتاه که از نوع درد حاد است و مزمن یا درد طولانی مدت که معمولاً میزان شدت و ادامه‌ی این‌گونه دردها، در یک آستانه قرار نمی‌گیرد. گاهی اوقات بیماران هر دو درد را تجربه می‌کنند، ممکن است یک درد مزمن خفیف که تحت کنترل است؛ شدت پیدا کند. اما درد حاد در مدت زمان درمان متوقف می‌شود. ممکن است برخی از دردها با منابع غیردارویی درمان بشوند. گروهی از بیماران ترجیح می‌دهند، درد را با منابع غیر دارویی کنترل کنند، چرا که تسکین درد با داروهای شیمیایی با عوارض جانبی داروهای اصلی تداخل پیدا می‌کند. در حالی که گروه دیگری از مسکن‌ها استفاده می‌کنند.

مسکن‌های غیر دارویی

آیا تا به حال زخم یا جراحتی را تجربه کرده‌اید که تا زمان «دیدن» خونریزی، واقعاً درد نداشته‌اند. این موضوع غیرطبیعی نیست و هیچ‌گونه علت فیزیولوژیک برای این پدیده وجود ندارد. پس از یک دقیقه، جراحت یا بیماری بدتر نمی‌شود؛ فقط، زمانی که شخص متوجه آن می‌شود احساس می‌کند جراحت صد برابر دردناک‌تر شده است. تمرکز بر روی جراحت، یک احساس ناخودآگاه ایجاد می‌کند که محل جراحت دردناک است. روش‌های مسدود کردن درد، مانند تصویرسازی ذهنی (در پرسش ۵۷ بررسی می‌شود) و خواب هیپنوتیزم، بر روی شناخت (ادراک) بیمار از درد اثر گذار هستند. آگاهی از مفهوم درد، شناخت رهایی از درد را به همراه می‌آورد. اگر حقیقتاً، بیمار دیگر دردی حس نکند؛ واقعاً مهم نیست که سرچشمه درد هنوز وجود داشته باشد. بیشتر این روش‌ها می‌توانند خودآموز باشند یا به کمک یک مربی آموزش داده شوند. در برخی اوقات از ابزارهای بیوفیدبک^۱ برای کنترل واکنش‌های طبیعی بدن مانند ضربان و تنفس استفاده می‌شود. با این روش، تمرکز و تمدد اعصاب افزایش می‌یابد. خواب هیپنوتیزم، یک حالتی از تمرکز بسیار زیاد است که شخص دیگری، بیمار را در مرحله‌ی بین خواب و بیداری هدایت می‌کند. از شخص هیپنوتیزم کننده به شخص هیپنوتیزم شده، که به یک گیرنده بسیار قوی و مثبت برای دریافت پیشنهادات تبدیل شده است، پیامی القا می‌شود که دردی وجود ندارد و به طور قابل توجهی احساس درد بسیار ناچیز می‌شود یا متوقف می‌شود.

۱- بیوفیدبک، علم اندازه‌گیری و نشان دادن کارکردهای کالبد ناخودآگاه و سپس انتقال آن‌ها به خودآگاهی از طریق صدا، نور و رنگ یا دیگر شیوه‌های نمایش است. بیوفیدبک، با رفتار روانشناختی در ارتباط است (اتصال ذهن- بدن). عموماً یک نماد بیوالکتریک تقویت می‌شود و اطلاعات تغییرات به شخص به شکلی که قابل دید باشد، نمایش داده می‌شود، تا از این طریق شخص بیاموزد که همه چیز را کنترل کند. بیوفیدبک، حقیقتاً هزاران سال است که در حیطه‌های متفاوت، با نام‌های مختلف استفاده می‌شود. یکی از ساده‌ترین و پایه‌ای‌ترین شیوه‌های استفاده از بیوفیدبک، مشاهده‌ی تنفس است. اگر ما هیجان زده، عصبی یا مضطرب شویم، نفس‌های ما سطحی و تندتر از زمانی است که ما آرام و متعادل هستیم. بنابراین، الگوهای تنفسی ما، می‌توانند اطلاعات مفیدی در مورد حالات درونی ما بدهند. (م)

روش‌های دیگر غیر دارویی بر روی عوامل فیزیکی درد اثرگذار هستند. به عنوان مثال، گرما یا سرما درمانی با روش استفاده از کیسه‌های گرم یا سرد در مکان‌هایی که درد احساس می‌شود با منحرف کردن مسیر پیام‌های عصبی به مغز فرمان‌هایی از درد را ایجاد می‌کنند. به ویژه هنگامی که تورم یا انقباض عضلانی در محل درد ایجاد شده باشد، این درمان‌ها علل دست دوم درد ناشی از این نشانه‌ها را آرام می‌کنند. همین‌طور، ماساژ یا درمان‌های شیاتسو، گرفتگی عضلانی و روی هم افتادگی عضلات را کاهش می‌دهند. درمان‌های دیگر شامل طب سوزنی در پرسش ۵۲ توضیح داده شده است. در روش TENS^۱ به پوست محل درد، جریان الکتریسیته خفیفی وارد می‌شود. این جریان برق یک احساس بسیار خوشایندی تولید می‌کند به گونه‌ای که درد تسکین می‌یابد. درمان‌های فیزیکی، مخصوصاً در بازوها و شانه‌ها و در طرفی که ماستکتومی انجام شده است بسیار مفید است و کمک می‌کنند که حرکت و انعطاف در دست مصدوم بازگردد. گاهی اوقات روش‌های ترکیبی برای تخفیف درد در بخش دردناک اعضای بدن و بهبود چرخش جریان خون بسیار مؤثر است.

مدیریت دارویی درد

اولین انتخاب برای دردهای خفیف، داروهای موجود در کابینت منزل هستند. استامینوفن و داروهای از این گروه که به طور گسترده‌ای در دسترس هستند؛ مانند داروهای غیر استروئیدی ضد التهاب (NSAIDs) شامل آسپرین، ایبوپروفن و دیگر داروهای مشابه که بدون نسخه فروخته می‌شوند. حتی اگر از این داروها شناخت کافی وجود داشته باشد، باید قبل از استفاده از این‌گونه داروها با پزشک متخصص مشورت کرد و باید هوشیار بود که از سقف مجاز تعیین شده‌ی روزانه، بیشتر مصرف نشوند، مگر اینکه پزشک متخصص دستور استفاده بیشتر داده باشد. علت این موضوع کاملاً آشکار است؛ استفاده از داروهای بدون نسخه، بر اساس دستورالعمل بروشور است ولی در صورت استفاده‌ی بیش از حد مجاز داروهای رایج و شناخته شده مانند استامینوفن، نیز در مدت زمان طولانی عوارض جانبی بسیار خطرناکی خواهد داشت.

دردهای شدید معمولاً احتیاج به داروهای قوی‌تر دارند که فقط با نسخه پزشک فروخته می‌شوند. معمولاً، مخدرها^۲ داروهایی هستند که از مورفین و دیگر داروهای شیمیایی مشابه استخراج می‌شوند. این داروها فقط با نسخه‌ی پزشک تهیه می‌شوند، چرا که داروهای استخراج شده از تریاک، محصولات کاملاً کنترل شده هستند و تحت نظارت شدید FDA هستند.

شماری از افیون‌های ضعیف‌تر مانند کدئین و هیدروکدین معمولاً با استامینوفن یا NSAIDs ترکیب می‌شوند، داروهای قوی‌تر مانند مورفین یا هیدرومورفین و اکسی کدین و متادون و فنتانیل و

۱- Transcutaneous Electric Nerve Stimulation

۲- ماده مخدر نامی عمومی برای انواع مختلفی از داروها، ترکیبات طبیعی و شیمیایی است که اغلب به دلیل احتمال ایجاد وابستگی به مصرف، جزو مواد اعتیادآور طبقه‌بندی شده و معمولاً خرید و فروش آنها ممنوع است. (م)

لورفانول ممکن است عوارض جانبی داشته باشند که میزان داروی مورد تجویز باید بسیار محدود باشد.

روش‌های دیگر درمان

دردهای موضعی ممکن است با داروها آرامش نگیرند و گاهی اوقات با بی‌حس کننده‌های موضعی رفع بشوند. معمولاً، اگر با استروئیدها همراه شوند برای توقف درد، به عصب، ریشه‌ی عصب یا فضای نخاع تزریق می‌شوند. ممکن است در برخی شرایط دیگر، برای توقف درد، اعصاب با جراحی قطع شوند. در زمانی که امکان مسدود کردن عصب فراهم نباشد با استفاده از یک پمپ مقدار مشخصی از داروی بی‌حس کننده به طور پیوسته از طریق نخاع تزریق می‌شود.

جدول ۵

پرسش‌های مرتبط با درد برای پرسش از پزشک معالج

چگونه درد کنترل می‌شود؟

برای کنترل درد چه روش‌هایی وجود دارد؟

اگر دارو موثر نباشد چه باید کرد؟

آیا داروهای مسکن عوارض جانبی دارند؟

چگونه می‌توان عوارض جانبی را کنترل کرد؟

آیا درمان دردها با مسکن فعالیت‌های روزمره بیمار را محدود خواهد کرد؟

شبکه ملی جامع سرطان با همکاری انجمن سرطان آمریکا کتابچه‌ی تسکین درد برای بیماران سرطانی را منتشر کرده است. این کتابچه را می‌توان خرید یا بر روی سایت مطالعه کرد (به پیوست مراجعه شود). در این کتابچه پیشنهاد می‌شود با استفاده از پرسش‌هایی که در جدول شماره ۵ آمده است، تمامی بیماران درباره‌ی مسکن‌ها با پزشک معالج خود مشورت کنند. این راهنمایی‌ها بخشی از یک منبع کامل‌تر به نام راهنمای کنترل درد، در انجمن سرطان آمریکا است و به نام «روش‌های قدرتمند غلبه بر درد سرطان» در سایت انجمن سرطان آمریکا نیز وجود دارد (به پیوست مراجعه شود).

۵۵. اگر دارویی که بیدار ما صرف می‌کند برای تسکین درد کافی نباشد چه اتفاقی رخ می‌دهد؟ آیا داروهای ضد درد، اعتیاد آور هستند؟

بیشتر دردهای ناشی از سرطان اگر به درستی درمان شوند، تسکین می‌یابند. اما از آنجا که شماری از افسانه‌ها و ترس‌ها درباره‌ی مدیریت درد وجود دارد بسیاری از بیماران معمولاً به سطح

لازم از آرامش نمی‌رسند. ترس از ایجاد ناراحتی بیشتر در اثر عوارض جانبی داروهای ضد درد باعث می‌شود که بیماران از این داروها استفاده نکنند. بیشتر داروهای افیونی، عوارض جانبی مانند یبوست و گاهی اوقات حالت تهوع بروز می‌دهند. اما این نشانه‌ها با تنظیم رژیم غذایی درمان‌پذیر هستند (به عنوان مثال با افزایش نوشیدن مایعات و خوردن مواد فیبردار). بیماران دیگری هستند که در سکوت رنج می‌برند و به نوعی نشان می‌دهند که قدرتمند هستند. بنابراین هرگز پزشک و پرستار را از دردی که می‌کشند، آگاه نمی‌کنند. گروه دیگری تصویر می‌کنند که صحبت کردن درباره‌ی درد با پزشک و پرستار، بسیار کسل کننده است و آن‌ها نمی‌خواهند «مزاحم» کارکنان بیمارستان باشند. ولی سودی در درد کشیدن بیمار برای هیچ کس وجود ندارد. در حقیقت همان‌گونه که در پرسش ۵۴ آمده است، تجربیات منفی مانند درد کشیدن، سیستم دفاعی بدن را پایین می‌آورد و سکوت در هنگام درد کشیدن فقط بیمار را در مبارزه با سرطان خلع سلاح می‌کند. همچنین درد کشیدن حتی مانع از انجام فعالیت‌های مقدور برای بیمار می‌شود و بیمار از هم‌نشینی و همراهی خانواده و انجام کارهای روزمره محروم می‌گردد. اگر بیمار درد خود را با پزشک و پرستار در میان بگذارد، او یک شخص نالان و گله‌مند نیست؛ بلکه در حقیقت، بیمار اطلاعات مورد نیاز پزشک و پرستار را در اختیار آن‌ها می‌گذارد تا تیم معالج از نحوه‌ی درمان آگاه باشد. آن‌ها زمانی می‌توانند به بیمار کمک کنند؛ که خبر از ناراحتی‌های بیمار داشته باشند و قطعاً آن‌ها می‌خواهند که به بیمار کمک کنند. پس هرگز نباید از در میان گذاشتن مشکلات و ملاحظات بیمار با داروهای تجویز شده خجالت زده شد.

به علت وجود ترس بیماران از اعتیاد، در اثر استفاده از داروهای مشتق شده از ترکیبات افیونی؛ پزشکان و پرستاران برای تسکین درد، میزان کمتری از سطح لازم جهت کنترل کامل درد به بیماران تجویز می‌کنند. این‌گونه ترس‌ها قابل درک هستند، تمامی این داروها از مشتقات افیونی هستند که به خودی خود بسیار اعتیاد آور هستند. اما وحشت به اعتیاد، کمی اغراق آمیز است و بیانگر سوء برداشت از روش اثر داروهای اعتیاد آور است. در گروهی، این سوء برداشت از مخلوط شدن بین اعتیاد و افزایش آستانه اثر بخشی دارو است. (شرایطی که میزان داروی تجویز شده در از بین بردن درد بی‌فایده است) آستانه دارویی در بسیاری از داروها رایج است و فقط مختص داروهای مسکن نیست. به این معنی اگر بدن بیمار به دارویی که از ابتدا به مقدار کافی قوی نبوده است، واکنش نشان ندهد یا عوامل دیگری باعث شوند که شدت درد افزایش یابد؛ در چنین شرایطی، در نهایت، میزان بیشتری از دارو اثربخش خواهد بود. در هر صورت بیمار به میزان بیشتری از دارو یا داروی متفاوتی نیازمند است. ولی وقتی که چنین شرایطی حاکم باشد بیمار هرگز به دارو معتاد نمی‌شود.

حقیقت اعتیاد به دارو کاملاً موضوع متفاوتی است؛ کسی می‌تواند معتاد جسمی (تغییرات متابولیک در بدن اتفاق می‌افتد) یا روحی (احساس اثربخشی دارو بدن را فرا می‌گیرد) شود. اعتیاد جسمانی زمانی پدید می‌آید که سیستم بدن، وجود دارو را به عنوان یک «نیاز طبیعی» می‌پذیرد، پس

فقدان دارو، باعث بروز نشانه‌هایی مانند چنگ انداختن، تعریق، درد و لرزش می‌گردد. مشابه نشانه‌هایی که در زمان عدم توازن متابولیکی بدن بروز می‌کند. به دو علت، اعتیاد جسمانی هرگز با داروهای سرطان اتفاق نمی‌افتد. اول اینکه معمولاً نیاز به مسکن در مدت زمان طولانی نیست (به بخش مدیریت پایان زندگی مراجعه شود) و دوم اینکه داروها بر روی دردهای «غیرطبیعی» جسمانی اثرگذار هستند؛ که برای بدن به عنوان ضرورت متابولیکی قابل پذیرش نیستند. این بدان معنی نیست که بدن بیمار بلافاصله پس از پایان درمان به متابولیسم طبیعی باز می‌گردد؛ بیمار باید به تدریج میزان استفاده از داروهای مسکن را کاهش دهد. برخی از عوامل ایجاد کننده درد، پس از پایان درمان نیز ادامه خواهند داشت. ولی این به معنی تبدیل شدن دارو به بخشی از متابولیسم طبیعی بدن نیست. اعتیاد جسمانی به داروهای سرطان غیر معمول است. زیرا، محرکی (درد) که باعث استفاده‌ی بیمار از دارو است؛ اکنون با درمان بیماری ناپدید شده است. عموماً، عده‌ای که روح آن‌ها به دارو معتاد شده است به تدریج دوباره خواستار تجربه احساسی هستند که به همراه استفاده از دارو در آن‌ها ایجاد شده است. آن‌ها به دنبال تسکین درد نیستند، آن‌ها به دنبال حضور «نشگی» هستند. با این وجود، کسانی هستند که باید مراقب تجویز داروهای مسکن برای آن‌ها بود. به ویژه آن عده‌ای که به تازگی اعتیاد خود از داروهای مجاز یا غیرمجاز را ترک کرده‌اند. پس هرگونه ملاحظاتی را در این خصوص باید با پزشک معالج در میان گذاشت.

۵۶. چگونه می‌توان با ریزش مو کنار آمد؟

هر فردی فراخور شخصیت خود با مشکلات روبه‌رو می‌شود. اما روش‌هایی، برای کنترل ناراحتی‌های روحی ناشی از ریزش مو وجود دارد. به طور مثال شخص می‌تواند با کوتاه کردن مو قبل از شروع شیمی درمانی این آمادگی را در خود ایجاد کند. بسیاری از خانم‌ها از این فرصت استفاده می‌کنند و کلاه گیس‌هایی تهیه می‌کنند که می‌توانند جایگزین موی طبیعی در طول دوران شیمی درمانی باشند؛ چرا که مهم است، بیمار برای استفاده از کلاه گیس مناسب، به محض ریزش مو استفاده کند. بعضی از بیمه‌ها هزینه خرید کلاه‌گیس برای بیماران سرطانی را پوشش می‌دهند پس بهتر است، بیمار از نوع بیمه خود آگاه باشد.

اگر کلاه گیس با چهره بیمار هم‌خوانی نداشته باشد، برخی از گروه‌های حمایتی سرطان، برای استفاده از مدل‌های مختلف روسری به جای کلاه‌گیس مشاوره می‌دهند. مسئله قابل توجه، داشتن چهره مناسب و احساس بهتر است. این طرح با همکاری انجمن سرطان آمریکا و دو گروه از بازرگانان صنایع زیبایی، مؤسسه زیبایی شناسی ملی، موسسه عطر و لوازم آرایش بهداشتی برگزار می‌شود. در این طرح، سمینارهایی توسط آرایشگرهای حرفه‌ای و چهره‌پردازان برگزار می‌شود. در این سمینارها به بیماران سرطانی، راه‌های مختلف برای سازگاری با ریزش مو و کنترل اثرات جانبی تأثیر گذار در ظاهر بیماران، ارائه می‌گردد (اطلاعات بیشتر درباره برنامه‌های مشابه در پیوست آمده است).

۵۷. آیا تمرکز و تصویرسازی هدایت شده از بازگشت بیماری جلوگیری می‌کند؟

علل بازگشت سرطان کاملاً شناخته شده نیست؛ پس دشوار است که مشخص کرد چه چیزی می‌تواند مانع بازگشت بیماری شود. در مقابل، ابهام در دامنه‌ی واقعی قدرت ذهن، نیز وجود دارد؛ آن هنگام که ذهن انسان، برای شفا دادن یا جلوگیری از بروز بیماری به کار گرفته می‌شود. همان‌گونه که در صفحات قبل درباره این روش‌ها گفته شد، بهره‌گیری از روش‌های ذهن - بدن - روح در افزایش سیستم دفاعی بدن در مقابل بیماری‌ها بسیار سودمند است. این موضوع مورد تردید است که شخص کاملاً بتواند مانع بازگشت بیماری شود، ولی خوب است که تمرکز و تصویر سازی هدایت شده را آموزش ببیند. در مجموع آنچه که گفته شد، نمی‌توان ادعا کرد که سرطان، به خاطر عدم استفاده از روش‌های تمرکز و مانند آن بازگشت کرده است. اما ممکن است احتمال ابتلا به نوعی از سرطان را کاهش دهد؛ و اگر پس از انجام این‌گونه تکنیک‌ها سرطان دوباره عود کند؛ بیمار، ذهن و روح سالم‌تری دارد پس توانایی مبارزه با بازگشت احتمالی بیماری را دارد. بنابراین با انجام دادن این تمرین‌ها بیمار نه تنها چیزی را از دست نمی‌دهد، بلکه دستاوردهای فراوانی خواهد داشت و با بازگشت یا عدم بازگشت بیماری در هر صورت شخص از این فواید بهره خواهد برد.

۵۸. در کجا از روش‌های فرانگری^۱ برای شفا یافتن استفاده می‌گردد؟

سازمان NCCAM^۲ یکی از منابع یافتن روش‌های سلامتی با رویکرد فرانگری است. انبوهی از اطلاعات و داروهای تکمیلی و جایگزین در سایت آن‌ها موجود است (به پیوست مراجعه شود). در دفترچه‌های تلفن معمولاً اسامی این‌گونه مراکز با عنوان «مریجان رویکرد فرانگری» نوشته شده است. اما برای یافتن چنین مراکزی باید هوشیار بود و در مورد مرکز مورد نظر، تحقیقات کرد، با پزشک و بیماران آن‌ها درباره نحوه تمرین‌ها پرس و جو کرد. باید از توانایی‌های مربی مطمئن شد و مربی انتخابی، باید توانایی کار با تیم پزشکی بیمار را داشته باشد. ممکن است پزشک معالج چنین مربی‌هایی را از قبل بشناسد و ممکن است آن‌ها قبلاً با یکدیگر همکاری کرده باشند و بتوانند مشاوره‌های مناسب‌تری به بیمار بدهند.

۵۹. آیا واقعاً گروه‌های حمایتی سرطان پستان مؤثر هستند؟ آیا صحبت درباره این بیماری ملال‌آور نیست؟

۱- در این روش درمان باید به کل بدن توجه شود به‌جای این‌که اعضای بدن جدا از هم در نظر گرفته شوند.

۲- The national Institutes of Health's National Center for Complementary and Alternative Medicine

صحبت کردن درباره‌ی سرطان، از روبه‌رو شدن با آن در تنهایی افسرده‌کننده‌تر نیست. دقیقاً به همین خاطر است که گروه‌های حمایتی مفید هستند. این گروه‌ها روش‌های زندگی با سرطان را نشان می‌دهند. اعضای این گروه‌ها، می‌توانند احساسات خود را در هنگام مواجه شدن با خبر بروز سرطان با یکدیگر در میان بگذارند؛ و این امکان برای تمامی اعضا فراهم است که از تجربیات یکدیگر بهره‌مند شوند. موضوعی که در بیماران سرطانی از هر چیزی مهم‌تر است، حمایت روانی است. ممکن است بهبود و درمان سرطان، درازمدت، دشوار و از نظر روانی بسیار خسته‌کننده باشد. خانواده و دوستان در صورتی می‌توانند بیمار را درک کنند که خودشان قبلاً چنین تجربه‌ای را پشت سر گذاشته باشند؛ و احساس مشترک با بیمار سرطانی داشته باشند؛ تا از روش‌های جراحی، رادیوتراپی، شیمی درمانی یا ترکیب این سه اقدام درکی داشته باشند. خانم‌ها در گروه حمایتی «آگاه» هستند که همگی آن‌ها این تجربیات را داشته‌اند.

برای عده‌ای، وارد شدن به اتاقی مملو از غریبه‌ها و بیان احساسات درباره‌ی پستان از دست رفته، کار دشواری نیست. ولی اگر شخص، انسان درون‌گرایی باشد، چگونه با این موضوع برخورد می‌کند. ساده است، اصلاً نیازی نیست که شخص صحبت کند، کافی است با شنیدن، یاد بگیرد؛ و اگر کسی از گروه خود راضی نباشد می‌تواند با کس دیگری هم صحبت بشود. هنگامی که احساس خوبی بین اعضا گروه حمایتی ایجاد شد، احساس خواهرخواندگی و پشت گرمی در شخص ایجاد می‌شود. احساساتی که عوامل بسیار مهمی خواهند بود تا شخص در زندگی روزمره از آن‌ها بهره بگیرد.

بله، واقعاً در ابتدا بسیار دشوار است که شخص درباره‌ی تجربیات خود صحبت کند. ولی به مرور و هرچقدر بیشتر راجع به آن‌ها صحبت کند، این احساسات ناراحتی کمتری را به همراه خواهند داشت. گروه‌های حمایتی در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی سرطان وجود دارند (به پیوست مراجعه شود).

۶۰. آیا می‌توان جراحی را به علت مسافرت به تاخیر انداخت؟

ممکن است راجع به دکتر جری نیلسن Jerri Nielsen مطالبی شنیده باشید. این پزشک، داوطلب حضور در تیم اکتشافی قطب جنوب به سرپرستی سازمان علمی ملی بود. او هنگام تشخیص سرطان مهاجم در پستان خود، در قطب بود. موضوع ناراحت‌کننده این بود که او از امکان دسترسی به درمان محروم بود، چرا که انتقال به مرکز جراحی و رادیوتراپی با شرایط سخت قطب جنوب امکان نداشت. در نهایت، این خطر چنان جدی بود؛ که علیرغم تمام خطرات پرواز در زمستان، تیم نجات به قطب جنوب فرستاده شدند، تا او را بازگردانند. تمامی این تلاش‌ها فقط برای یک دلیل ساده انجام شد. تا آنجایی که سرطان موضوع بحث است به ندرت به تأخیر انداختن درمان، نظر خوبی است. موضوع این است که به سرطان نباید زمان گسترش و رشد داد. اگر تشخیص داده شده که سرطان پیشرفته یا تهاجمی است، به سرعت باید درمان را شروع کرد و هرگونه فکری برای

تعطیلات و مسافرت طولانی را باید فراموش کرد. ممکن است اگر پیش پرداختی برای کشتی تفریحی یا بلیت هواپیما پرداخت شده است در صورت بیان ضرورت مسئله بتوان پیش پرداخت را باز پس گرفت (نامه‌ای از طرف پزشک معالج ممکن است راهگشا باشد). هر چند که شخص نتواند پول خود را باز پس بگیرد، مسلماً سلامتی مهم‌تر از پول است. چقدر تفریح بر روی یک کشتی می‌تواند جالب باشد، تا در پایان سفر، شخص با یک درمان سخت‌تر یا شاید مرگ روبه‌رو بشود.

از طرف دیگر اگر سرطان در مراحل ابتدایی و غیرمهاجم است و شخص برنامه‌ریزی برای یک مسافرت طولانی کرده است که سال‌ها در انتظار آن بوده است. ممکن است که بتوان سفر را انجام داد. البته باید یک سفر چند هفته‌ای، کوتاه‌تر بشود. بهتر است که این موضوع با پزشک معالج نیز در میان گذاشته شود تا مشخص شود او درباره‌ی به تأخیر انداختن جراحی چه نظری دارد. اگر احتمال گسترش سرطان به خارج از محل اولیه وجود دارد بهتر است که از سفر منصرف شد. اما اگر تشخیص DCIS است ممکن است پزشک معالج با تأخیر انداختن جراحی مخالفتی نداشته باشد.

۶۱. اگر توانایی مالی انجام شیمی درمانی وجود نداشته باشد آیا می‌توان از نصف دارو‌ها استفاده کرد؟

میزان داروی تجویز شده توسط پزشک هرگز کاهش‌پذیر نیست. مقدار داروی تجویز شده به علت مشخصی انتخاب شده است و باید دقیقاً اجرا شود. اگر در پرداخت هزینه‌های مالی شخص دچار مشکل است، بهتر است که پزشک معالج را در جریان گذاشت. ممکن است او راهکارهای مناسبی در اختیار داشته باشد. اگر بیمار بیمه شده است، حتماً سقف پرداخت هزینه‌های بیماری‌های «دیر درمان» با شرکت بیمه کنترل شود. پیشنهاد می‌گردد که بیمار موارد زیر را پی‌گیری کند:

- ✓ از ارائه نحوه بیمه‌های انفرادی و پوشش‌های آن‌ها آگاهی پیدا کند. اگر احتیاج به بیمه تکمیلی هست، حتماً موضوع پی‌گیری گردد.
- ✓ برای اطمینان از پوشش بیمه، نامه‌ی درخواست به شرکت بیمه ارسال شود.
- ✓ از تمامی نسخه‌های درمانی، و هزینه‌ها مرتبط پرونده‌ای تهیه شود.
- ✓ از تمامی اسناد مربوط به درخواست پرداخت هزینه مانند نامه‌های پزشکی، صورتحساب داروها، مرخصی‌های استعلاجی و مکاتبات با شرکت‌های بیمه کپی تهیه شود.
- ✓ از دفترهای مشاوره در مراکز بیمه در انجام کارهای مربوط به بیمه کمک گرفت. گاهی اوقات مراکز بیمه یا بیمارستان‌ها برای باز پس گرفتن حق بیمه، با بیماران همکاری می‌کنند.
- ✓ تمامی رسیدهای هزینه‌ها مختلف به بیمه ارائه شود.
- ✓ تاریخ سر رسید قرارداد بیمه قبل از شروع درمان کنترل شود.

منبع: انجمن سرطان امریکا

تمامی نکات گفته شده حتی در صورتی که بیمار، بیمه نباشد، راه‌گشا هستند. هرچقدر که اسناد پزشکی و مالی مرتبط دسته بندی شوند، احتمال بیشتری برای گرفتن هزینه‌های مرتبط از مراکز دولتی یا مراکز بیمه‌های خصوصی وجود دارد.

۶۲. آیا داروی ضد تهوع در دوران شیمی درمانی وجود دارد؟ آیا ماری‌جوانا درد ناشی از درمان را بهبود می‌بخشد؟

استفاده از ماری‌جوانا به شکل دارویی، بسیار بحث‌انگیز است ولی در نهایت، به این موضوع ختم می‌شود که آیا باید این داروی غیرقانونی برای تخفیف درد و تهوع در دسترس بیماران سرطانی قرار بگیرد یا خیر. وکلای قانونمندی اهداف دارویی ادعا می‌کنند که اثر بخشی ماری‌جوانا یا تریاک فراتر از داروهای سنتی برای تخفیف نشانه‌های درد است. بیشتر مطالعات بر روی ترکیبات فعال THC در ماری‌جوانا نشان داده است که حتی خالص سازی این ماده شیمیایی، تأثیر بیشتری در مقایسه با داروهای مسکن قانونی ندارد. از آنجا که روش استفاده از تریاک، تمام ترکیبات موجود در دود را از طریق تنفس وارد بدن بیمار می‌کند؛ مشکلات بسیار جدی‌تری، به ویژه در ریه‌ها، ایجاد می‌شود و ممکن است اثرات مخربی به بار آید. باید در نظر داشت که استفاده از این ماده چه سودی برای بیمار خواهد داشت. به همراه داشتن ماری‌جوانا غیرقانونی است و مجازات آن زندان است؛ و خطرات آن، فواید استفاده را مورد تردید قرار می‌دهد.

امروزه، برای کاهش تهوع در زمان انجام شیمی‌درمانی، ترکیبات دارویی در اختیار متخصصین وجود دارد که وزارت بهداشت به بیمارستان‌ها و مراکز دولتی توصیه کرده است که این گونه عوارض را رایگان درمان کنند.

تهوع ناشی از شیمی‌درمانی از طریق تغذیه و استفاده از داروهای پزشکی کنترل‌شدنی است (به پرسش ۴۶ مراجعه شود) بیمار باید برای کنترل تهوع با پزشک معالج خود و تیم تغذیه مشاوره کند.

۶۳. پوشش هزینه‌های بیماری سرطان در ایران چگونه است؟

علاوه بر مراکز دانشگاهی که انواع بیمه‌های درمانی را قبول می‌کنند و بخش عظیمی از هزینه‌ها را شرکت‌های بیمه بر عهده می‌گیرند. موسسات امدادی متعددی نیز وجود دارد که این قبیل بیماران را حمایت می‌کنند، مانند بنیاد بیماری‌های خاص، کمیته امداد امام (ره) و محک. در اغلب شهرستان‌ها موسسات و مراکزی وجود دارد که در حد توان خود بیماران را کمک می‌کنند به عنوان مثال انجمن بیماران سرطانی در استان مازندران، شهر بابل.

۶۴. اگر همه‌ی راه‌کارها برای درمان منفي باشند، چگونه باید بیمار و خانواده بیمار برای مرگ آماده بشوند؟

حتی پس از یک دوره‌ی طولانی و دشوار بیماری، باور کردن این موضوع که شخص در چند هفته یا چند ماه آیند خواهد مرد، بسیار دشوار است. آمادگی برای روبه‌رو شدن با مرگ بزرگ‌ترین لحظه‌ی روحی و روانی برای هر شخصی است. خوب است که از ارگان‌های مربوط، روانکاوها و روانشناس‌ها کمک گرفت. خانواده‌ی بیمار و نزدیکان او باید در برخی از جلسات مشاوره حضور داشته باشند؛ ولی تا حد امکان این شخص بیمار است که باید در جلسات به تنهایی حضور یابد. اگر بیمار بتواند در این جلسات به آرامش دست یابد بسیار به خانواده‌ی او کمک می‌شود تا بتوانند با مرگ بیمار کنار بیایند. شگفت‌آور اینکه، رسیدن به چنین آرامشی به بیمار کمک می‌کند تا بیشتر از آنچه پیش بینی شده است به زندگی ادامه بدهد. باید کوشید تا کیفیت زندگی بیمار را افزایش داد و تا حد ممکن از درد و مشکلات ناشی از بیماری کاست. با امید به تولید داروهای جدید و توکل به خداوند و مشیت الهی به زندگی ادامه داد.

۶۵. آیا در هنگامی که بیمار در پایان زندگی، نمی‌تواند صحبت کند، اقدامات قانونی و جود دارد که خواسته‌های خود را به شکل کتبی اعلام کند؟

در آمریکا شرایطی وجود دارد تا کسی را به عنوان سخنگوی خود انتخاب کند تا درباره نحوه‌ی درمان او تصمیم‌گیری کند ولی در ایران معمولاً ولی بیمار یا فرزندان او درباره‌ی ادامه درمان او تصمیم‌گیری می‌کنند.

فصل ششم

تغییراتی که سرطان به همراه دارد.

چگونه زندگی به جریان عادی خود باز می‌گردد؟

آیا این طبیعی است که در هنگام تشخیص بیماری، رفتار بیمار در تلاطم باشد یا این تغییرات در خُلق، دیرتر

پدیدار می‌شوند؟

چرا مطرح کردن موضوع ابتلا به سرطان پستان با دوستان و عزیزان دشوار است؟

وبیشتر

هیجان‌ات بیمار

۶۶. چگونه زندگی به جریان عادی باز می‌گردد؟

تشخیص سرطان، درمان و بهبود همگی تجربیاتی هستند که زندگی بیمار را به طور موقت دست‌خوش تغییراتی می‌کنند. بیمار می‌تواند وانمود کند که هیچ تغییری اتفاق نیفتاده است و به همان فعالیت‌های قبلی خود، پیش از تشخیص بیماری، بازگردد. ولی، این چیزی را تغییر نمی‌دهد؛ حتی اگر ذهن و قلب بیمار نخواهد این موضوع را قبول کند، بدن بیمار به این موضوع آگاهی دارد. شخص ممکن است دچار هیجان‌ات بنیادی بشود (برای اطلاعات بیشتر به پرسش‌های ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰ مراجعه شود) اما دیر یا زود بیمار متوجه می‌شود که بازگشت به فعالیت‌های طبیعی قبلی امکان ندارد؛ هرچند که این موضوع الزاماً مسئله ناخوشایندی نیست. در کوتاه مدت بازگشت به فعالیت‌های قبلی با محدودیت همراه است ولی به تدریج این شرایط به حالت طبیعی باز می‌گردد. بسیاری از نجات‌یافتگان از سرطان دریافته‌اند که در هنگام درمان، به نوعی «راحتی در زندگی» را از نظر احساسات و بدنی تجربه کرده‌اند. خیلی از مطالبی را که آن‌ها در زندگی فراموش کرده بودند تبدیل به اولویت‌های زندگی شده است و آن‌ها را شادتر کرده است. حتی انجام دادن برخی از سرگرمی‌ها، ارتباط بیمار با اطرافیان را بهبود می‌بخشد. اگر هستی و سلامتی بیمار همانند یک پروژه بزرگ به نظر بیاید، خوب است بدانیم، سازمان‌ها و اشخاصی هستند که به بیماران کمک کنند و الزامی نیست که شخص به تنهایی همه‌ی کارها را انجام بدهد.

پیش از تشخیص بیماری، زندگی شخص چگونه بوده است. حقیقتاً خوشحال بوده است. آیا از بدن، روح و روان خود مراقبت می‌کرده است. واقعاً با شریک زندگی خود و خانواده و دوستان صمیمی بوده است. به علاقمندی‌ها خود مانند مسافرت کردن، به کنسرت موسیقی رفتن، ملاقات خویشاوندان و به این قبیل موضوعات رسیدگی می‌کرده است، یا فقط به خاطر دلیل‌های کوچک این مسائل را به عقب می‌انداخته است.

سرطان، بیمار را مجبور می‌کند که اولویت‌بندی زندگی را دوباره انجام دهد. چرا که نیازهای درمانی در ابتدای این لیست قرار می‌گیرند. ناگهان بیمار متوجه می‌شود که بسیاری از موضوعاتی که قبلاً در اولویت اول قرار می‌گرفتند، باید به کنار گذاشته شوند. شخص باید واقعاً بیندیشد که اساسی‌ترین مسئله در زندگی چیست و مسائل بی‌اهمیت کدامند. ممکن است این ضرب‌الاجل برای بیمار بسیار کسالت‌آور و خسته‌کننده به نظر بیاید؛ ولی می‌تواند فرصتی باشد که جنبه‌های ناخوشایند زندگی قبل از سرطان را تغییر بدهد. زمانی که درمان پایان می‌یابد و بیمار «پاک» می‌شود؛ بهترین زمان است تا بیمار آنچه را که واقعاً می‌پسندد در سرلوحه‌ی کارها قرار دهد. شاید ترجیح بدهد زمان

بیشتری را با خانواده و شریک زندگی خود بگذرانند؛ و این شاید به معنی عوض کردن شرایط کاری است، کاری نیمه وقت یا کارهایی که از طریق کامپیوتر در خانه انجام می‌شوند یا گاهی اوقات بخشی از کارها از طریق تلفن هماهنگ شوند. شاید بهترین زمان برای رفتن به یک مسافرت زیارتی یا تفریحی باشد؛ و شاید وقت انجام یک کار ساده مانند ثبت‌نام در کلاس یوگا، برای یادگیری روش‌های آرامش بخش باشد یا حتی رفتن به مکان‌های مقدس برای تقویت روح باشد. هر آنچه که به بیمار کمک کند تا به «زندگی قبلی و طبیعی» بازگردد و کمک کند تا نگاه به آینده را به بیمار بازگرداند، روش مناسبی است. سرطان تغییراتی را به زندگی بیماران تحمیل می‌کند، و بستگی به شخص دارد که این تغییرات را مثبت ببیند و یک زندگی «طبیعی» و جدید خلق کند.

۶۷. در هنگام تشخیص بیماری، بروز رفتار تلاطمی طبیعی است؟ یا تأخیری در ایجاد چنین واکنشی وجود دارد؟

واکنش هر شخص در هنگام تشخیص بیماری کاملاً متفاوت است. واقعاً هیچ‌گونه واکنش «طبیعی» وجود ندارد. بسیاری از بیماران هنگامی که خبر ابتلا به بیماری را می‌شنوند، رفتارهای متلاطمی از خود نشان می‌دهند. ولی بخش دیگری این‌گونه رفتار نمی‌کنند. این واقعاً بستگی به توانایی فرد برای پذیرش خبرهای بد دارد. واکنش برخی از مردم به شکل نفی موضوع بروز می‌کند، آن‌ها تلاش می‌کنند که تغییرات را نادیده بگیرند. ولی زمانی که شخص در میانه راه شیمی درمانی است و باید با «واقعیت حالت تهوع» کنار بیاید، نفی موضوع بسیار دشوار است. گروه دیگری خشمگین می‌شوند «من چه کاری انجام داده‌ام که دچار این بیماری شدم» وقتی که به آن بیندیشند، جواب کاملاً آشکار است. هیچ کار اشتباهی از کسی سر نزده است که شخص مستحق چنین چیزی باشد؛ و پرسش این نیست که شخص مستحق هست یا نیست بلکه فقط چیزی است که اتفاق افتاده است. دیوانگی کردن در این باره هیچ موضوعی را عوض نمی‌کند. ممکن است، بیمار هیجانات زیادی را در همان لحظه یا کمی دیرتر از خود نشان بدهد. در ابتدا ممکن است هیچ چیزی احساس نکند، احساس بی‌حسی یا عجز و ناتوانی از واکنش‌های هیجانی رایج هستند. اما اگر بیش از مدت کوتاهی (یک یا دو هفته) به دراز بکشد، خوب است که بیمار با یک مشاور یا روانکاو صحبت کند؛ چرا که شخص نباید اجازه دهد زندگی او متوقف شود. فرد دچار بیماری شده است و احتیاج به درمان دارد و تمام بیماران اگر بخواهند که بیماری را شکست بدهند باید فوراً اقدامات درمانی را شروع کنند.

مهم‌ترین مسئله در واکنش به عواطف این است که باید احساسات را مدیریت کرد. عواطف و هیجانات را نباید نادیده گرفت، مبارزه کردن با آن‌ها نیز موضوع را بدتر می‌کند و در نهایت فرد خود را در یک وضعیت غیر منتظره و غیر سالم، خشمگین و ناراحت می‌یابد. لازم نیست که فرد خشم خود را بر روی فرزندان یا همسر تخلیه کند این رفتار به هیچ کس کمکی نمی‌کند و همه را

می‌رنجاند. باید بیمار هر آنچه را که حس می‌کند به گونه‌ای بروز بدهد. مقاله نوشتن در یک مجله یا با همسر، دوست، قوم و خویش یا مشاور صحبت کردن از روش‌های آرامش‌بخش هستند. گروه‌های حمایتی در چنین شرایطی بسیار ارزشمند هستند. چرا که آن‌ها کسانی هستند که این تجربیات را پشت سر گذاشته‌اند یا در حال گذراندن دورانی هستند که بیمار تازه، در ابتدای شروع این دوران است، پس گروه‌های حمایتی نه تنها کاملاً احساس بیماران جدید را درک می‌کنند؛ بلکه واقعاً می‌دانند که موضوع چیست، و می‌توانند بهترین مشاوره‌ها را برای گذر از این دوران بدهند (درباره‌ی گروه‌های حمایتی به پرسش ۵۹ مراجعه شود).

۶۸. دردهای قدیمی، خشم، نگرانی و ترس چه نقشی در این بیماری دارند؟

نقش عواطف منفی بر روی بدن موضوع پیچیده‌ای است. آیا احساسات منفی، شخص را بیمار می‌کنند. بله، به گونه‌ای غیر مستقیم اثرگذار هستند. همان‌گونه که می‌دانیم سرطان، تقسیم سلولی کنترل‌نشده‌ای است که به علت جهش ژنی اتفاق می‌افتد. جهش هیچ ارتباطی به عواطف ندارد. این موضوعی است که فرد با آن متولد شده است یا به طور تصادفی، در گذر زمان رخ داده است. عواطف در سیستم‌های واکنشی بدن، بی‌تاثیر نیستند و می‌توانند باعث گسترش سرطان بشوند. دو سیستم واکنشی مهم بدن، سیستم‌های هورمونی و دفاعی هستند.

هرکسی درباره‌ی گستره‌ی تلاطم احساسات در اثر نوسانات هورمون‌ها در دوران بارداری شنیده است. در برخی از خانم‌ها، این موضوع در دوران قاعدگی نیز اتفاق می‌افتد. این واکنش‌ها، در جهت خلاف و کاملاً به شکل مشابه، نیز ممکن است اتفاق بیفتند. یعنی اینکه عواطف مثبت و منفی بر روی هورمون‌ها اثرگذار هستند. به طور مثال افسردگی یا نگرانی شدید سطح هورمون استروژن یا پروژسترون را تا حدی پایین می‌آورد که قاعدگی یک خانم کاملاً متوقف می‌شود. چنین رفتارهای هیجانی، سطح دیگری از هورمون‌های مرتبط با سیستم ایمنی بدن را نیز کاهش می‌دهند. از طرف دیگر، احساسات مثبت در ارتباط با افزایش سطح هورمون‌هایی هستند که سیستم ایمنی بدن را افزایش می‌دهند. در هنگام وجود احساسات مثبت سیستم دفاعی بدن مؤثرتر و دقیق‌تر عمل می‌کند.

نتایج بسیار درهم آمیخته‌ای از پژوهش‌های دانشمندان، در خصوص میزان ابتلای خانم‌های مضطرب و افسرده به سرطان پستان در مقایسه با خانم‌های مثبت اندیش، به دست آمده است. در برخی از خانم‌ها ارتباط بین تشخیص سرطان پستان و سابقه افسردگی نشان داده شده است؛ در حالی که در گروه دیگری اثری یافت نشده است. آیا این بدان معنی است که افسردگی و غم در گذشته «باعث» بروز سرطان پستان شده است. خیر، این تصور از آنجا ناشی شده است که بسیاری از خانم‌ها احساس گناه می‌کنند از اینکه در گذشته «کاری انجام داده‌اند» که مربوط به وضعیت کنونی آن‌ها است. اگر شخص در افکار منفی غرق شود، منطقی است که بیشتر مستعد ابتلا به سرطان می‌شود، چرا که سیستم ایمنی بدن کاهش می‌یابد. ولی گاهی اوقات در هنگام پایین بودن سیستم

ایمنی، خوشبختانه بدن فقط دچار سرماخوردگی، آنفلوآنزا یا دیگر بیماری‌ها می‌شود. در چنین شرایطی، حقیقت این است: «**سرطان که بیماری دیر درمانی است، از فرصت پایین بودن سیستم دفاعی بدن، بهره‌برداری کرده است**» و چیزی بیشتر از بد شانس نیست.

اگر فرد به زمان پیش از تشخیص بیماری بازگردد، افکار منفی و احساس پشیمانی و ترس پیدا می‌کند که ممکن است، «**علت**» بیماری به نظر بیایند. ولی نباید با این افکار منفی، مبارزه تن به تن کرد. چیزی را نمی‌توان در گذشته تشخیص داد. تنها کاری که فرد می‌تواند انجام بدهد، تغییر زمان حال و آینده است: روش‌هایی را باید انتخاب کرد که به او نگاه مثبت‌تری به دهند. این روش‌ها ساده هستند، کافی است وقت خود را برای انجام کارهای لذت بخش، صرف کرد. می‌توان با مراجعه به مشاور و روانکاو اندیشه‌های منفی را با آن‌ها در میان گذاشت تا راه چاره‌ای برای کنترل این احساسات منفی پیدا کرد. فواید اقدام به چنین کارهایی، نه تنها افزایش سیستم دفاعی بدن است بلکه کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. حتی هنگام بروز مشکلات، در زمان درمان بیماری، روش‌های مثبت‌اندیشی می‌توانند سطح ایمنی بدن را افزایش بدهند و کیفیت زندگی را ارتقا دهند، اطلاعات بیشتری درباره‌ی روش‌های ذهن حاکم بر بدن در پرسش ۵۷ ارائه شده است.

۶۹. چرا پس از تشخیص بیماری، تمرکز کردن بسیار دشوار است. آیا روشی برای کنترل آن وجود دارد؟

جواب یک کلمه است: اضطراب. ضعف در تمرکز، یکی از نشانه‌های اولیه‌ی اضطراب زیاد در هر شخصی است، چه بیماران سرطانی و چه غیر از آن‌ها. این کاملاً قابل درک است که شخص به تازگی با شوک دوران زندگی خود، روبه‌رو شده است و تمام دنیای او واژگون گشته است. در چنین شرایطی، ضعف توانایی تمرکز کاملاً طبیعی است.

روش‌های زیادی برای حل این مشکل وجود دارد. روش قدیمی‌رهایی از اضطراب، ورزش کردن است. این به معنی ثبت نام در کلاس‌های ایروبیک در کلوب‌های ورزشی محله نیست. پیاده روی در پارک کافی است، چرا که هدف اصلی، تحرک بدن، حتی به مقدار بسیار جزیی است. اگر بیمار به علت خستگی مفرط یا حالت تهوع ناشی از درمان در رنج باشد و ورزش کردن سخت باشد؛ بهتر است از روش‌های ذهنی که باعث آرامش می‌شوند، مانند تمرکز (مدیتیشن) و تصویرسازی هدایت شده (در پرسش ۵۷ به اختصار توضیح داده شده است) استفاده کند. بسیاری از مراکز درمانی سرطان، جلساتی را برای آموزش روش‌های آرامش و تمرکز به صورت گروهی ارائه می‌کنند. لازم نیست که شخص در کلاس‌ها حضور پیدا کند، انجام تمرین‌های ساده مدیتیشن، ذهن را از افکار منفی خالی می‌کند. تمرکز ذهن بر روی یک جسم بی‌تحرک، مانند تخته سنگ یا هر جسم دیگری، ترس و نگرانی و هزاران افکار بد را دور می‌کند. همچنین بیمار می‌تواند با تمرکز بر مسائل معنوی و مذهبی، به این آرامش دست یابد، برای هر روز نیایش‌های خاصی در کتاب‌های مقدس وجود دارد.

این روش‌ها احتیاج به تمرین دارند و نباید شخص ناامید شود. با کمی ممارست در روزهای اول، مهارت کافی بدست می‌آید. ترکیبی از فعالیت‌های بدنی به همراه تمرکز مانند کی‌کونگ، تای‌چی یا یوگا نیز روش‌های دیگری برای دستیابی به آرامش هستند. این روش‌ها به شکل گسترده‌ای در دسترس هستند.

بیمار باید با پزشک خود درباره‌ی مشکلات پیش آمده صحبت کند. برخی از مشکلات مرتبط با بی‌نظمی‌های ذهنی، مربوط به پروتکل (برنامه دارویی) شیمی درمانی است؛ و ممکن است بیشتر ناشی از فرآیند دارویی باشند. هرچند که این ناراحتی، پروتکل شیمی درمانی را متأثر نمی‌کند ولی همیشه روش‌هایی وجود دارد تا مشکلات را به حداقل رساند. به طور مثال، با آگاهی از جدول زمان بندی استفاده داروها، بیمار می‌تواند داروها را در پایان شب استفاده کند تا در طول روز از فعالیت بهتری برخوردار باشد. ممکن است بیمار از افسردگی نیز رنج ببرد که این نیز قابل درمان است.

۷۰. چگونه می‌توان مانع فکر کردن درباره‌ی تشخیص سرطان شد؟ چرا تشخیص سرطان در شب‌ها، ترسناک‌تر به نظر می‌آید؟

نمی‌توان به تشخیص سرطان نیندیشید. فراموش کردن این موضوع باعث از بین رفتن آن نمی‌گردد و شخص باید به درمان ادامه بدهد ولی نباید اجازه بدهد که این موضوع بر روی زندگی او سایه بیفکند. زمانی که شخص در بستر بیماری قرار گرفته است و هیچ کاری برای انجام دادن وجود ندارد، بیمار بارها و بارها موضوع بیماری را در ذهن خود مرور می‌کند و در شگفت است که چگونه این «اتفاق» برای او رخ داده است؛ و سر منشأ آن چه بوده است. درمان چگونه زندگی بیمار را دگرگون خواهد کرد. آیا دردناک خواهد بود. اگر بیماری درمان نشود چه اتفاقی می‌افتد. اگر فرد شغل خود را از دست بدهد چه خواهد شد.

نگرانی درباره‌ی تمامی جنبه‌های تشخیص سرطان بسیار عادی است، ولی ممکن است بسیار خسته کننده باشد. این افکار بیشتر از هر موضوعی، انرژی ارزشمند بیمار را به هدر می‌دهد. برقراری ارتباط با اطرافیان، راهی است که می‌تواند به فرد کمک کند تا مدت زمان نگرانی را کوتاه و فقط محدود به ساعاتی از روز بکند. شاید نیم ساعت فقط قبل از ناهار، ولی باید از این‌گونه افکار پیش از خواب شب پرهیز کرد. سپس باید سعی کرد تمام این نگرانی‌ها را به کنار گذاشت و به افکار سازنده روی آورد و اینکه راه حل مسائل مورد نظر را در کجا می‌توان یافت. لیستی از پرسش‌ها و ترس‌ها باید تهیه کرد و آن‌ها را به تیم معالج ارائه کرد و از آن‌ها بهترین راه حل را درخواست کرد؛ و هنگامی که زمان نگرانی برای یک روز سپری شد، نباید اجازه داد تا این افکار تا فردا دوباره بازگشت کنند. بیمار به تنهایی قادر به انجام دادن این روش‌ها نیست و باید حتماً از مشاور یا روانکاو مخصوص بیماران سرطانی کمک بگیرد. برای اطلاعات بیشتر در خصوص روش‌های آرامش بخش به پرسش‌های ۵۷ و ۶۹ مراجعه شود.

۷۱. آیا لازم است در مدت زمان درمان از یک شغل پر اضطراب، مرخصی گرفت؟

مرخصی گرفتن از محل کار، مزایا و معایبی دارد. تشخیص و درمان بیماری بر توانایی فرد، تغییراتی ایجاد می‌کند و باید این موارد را با پزشک متخصص و معالج صادقانه در میان گذاشت؛ و سپس از کارفرما خواست که با نظر گرفتن توانایی و عملکرد شخص تغییراتی در نحوه‌ی کار انجام شود. اگر در مدت زمان درمان ادامه‌ی کار بسیار خسته کننده باشد یا اینکه عملکرد شخص به علت خستگی و دیگر نشانه‌ها مورد نقد قرار می‌گیرد؛ بهتر است که برای چند ماه مرخصی گرفت و بر سلامتی و بهبود تمرکز کرد. بیشتر کارمندان بیمه شده می‌توانند ۱۲ هفته از مرخصی استعلاجی (با در نظر گرفتن مزایای درمانی) استفاده کنند.

حتی اگر درمان، بیمار را بسیار ناتوان نکرده باشد ولی همچنان برای انجام کار تمام وقت، مشکلاتی وجود دارد بهتر است که شخص از مرخصی استفاده کند. در هر صورت، تصمیم‌گیری بستگی به وضعیت هر فرد دارد. بررسی امکان کاهش حجم کار، تنظیم کارها از طریق تلفن، تمرکز کارها فقط در چند روز هفته یا تغییر از کار تمام وقت به نیمه وقت روش‌های مؤثری هستند. این موضوعات را با کارفرما یا مدیر منابع انسانی باید در میان گذاشت. در چنین مواقعی بیشتر آن‌ها هم‌دردی کرده و بسیار معطف هستند.

۷۲. چگونه باید با ترس از بازگشت بیماری کنار آمد؟

روش‌های مختلفی برای غلبه بر ترس وجود دارد. یکی از روش‌ها صحبت کردن با کسانی است که قبلاً این مراحل را گذرانده‌اند. ملحق شدن به گروه‌های حمایتی و مشارکت در گفتگوهای اینترنتی (chat) روش‌هایی هستند که احساسات و نگرانی‌های بیمار از این طریق بازگو می‌شوند و اضطراب فروکش می‌کند. مشاوره با یک روانکاو درباره‌ی ترس‌ها، تا حدود زیادی حمایت روحی و معنوی در شخص ایجاد می‌کند (به پرسش ۵۹ مراجعه شود).

روش دیگر برای غلبه بر ترس، افزایش سلامت عمومی است. به محض رهایی از عوارض جانبی درمان، برای بدست آوردن بدنی قوی‌تر و روانی سالم‌تر باید اقدام کرد. بسیاری از این‌گونه پیشنهادات در پرسش ۶۹ آمده است. با افزایش کیفیت تغذیه‌ی روزانه و تمرین‌های ورزشی، ترک سیگار (اگر شخص سیگاری است)، کاهش مصرف الکل و تمرین‌های افزایش تمرکز، بهتر می‌توان بر ترس‌ها غلبه کرد.

بدن بیمار

۷۳. بدن بیمار پس از ابتلا به بیماری متفاوت می‌گردد و شخص احساس جذابیت را از دست

می‌دهد. برای بازگشت به حالت عادی چه باید کرد؟

در فرهنگ توده‌ی مردم، پستان‌ها به عنوان شاخص اصلی زیبایی زنانگی محسوب می‌شوند. پس از دست دادن یک یا دو پستان بسیار رنج آور خواهد بود. کاملاً طبیعی است که یک خانم با اعتماد به نفس زیاد، نیز پس از انجام ماستکتومی درباره‌ی جذابیت و زیبایی خود، احساس ناامنی داشته باشد.

راه‌کارهای زیادی برای رفع این مشکل وجود دارد؛ بازسازی پستان (پرسش ۳۷) شکل پستان را باز می‌گرداند، هرچند که حس آن مانند یک پستان طبیعی نیست؛ با گذشت زمان، پوست بر روی بخش بازسازی شده حساس می‌گردد؛ ولی هرگز همانند آنچه که قبل از ماستکتومی بوده است، نخواهد شد. بازسازی پستان به خانم‌ها احساس بهتری درباره‌ی بدنشان به آن‌ها می‌دهد و کمک می‌کند تا احساس جذابیت را دوباره بدست بیاورند. امکان بازسازی پس از جراحی نیز میسر است، کافی است که شخص نظر خود را با پزشک معالج در این خصوص در میان بگذارد.

بیمار می‌تواند از درون وجود خود، نیز بر این احساس نبود اطمینان، چیره شود. یک روانکاو می‌تواند به شخص کمک کند تا تغییرات ایجاد شده در بدن خود را بپذیرد، و آگاه بشود که از دست دادن پستان هیچ تأثیری بر زیبایی نخواهد گذاشت. در حقیقت، اگر خانم‌ها بدن خود را با پستان یا بدون پستان بپذیرند، ردی است بر این نظر جامعه که «پستان ضرورت زیبایی خانم‌ها است.»

این راهکارها، برای بازگشت اعتماد به نفس خانم‌ها در جامعه، بسیار اثر گذار است. اما هنگامی که شخص با همسر خود روبه‌رو می‌شود واکنش چیست. در حقیقت اولین بار پس از جراحی، روبه‌رو شدن با این موضوع بسیار دشوار است. به علاوه از طرف دیگر پستان‌ها و نوک پستان‌ها منبع لذت‌های جنسی برای خانم‌ها هستند. لمس کردن پستان‌ها یک روش ایجاد صمیمیت بین زن و شوهر است. پس از جراحی ماستکتومی، تمامی پستان از بین رفته است؛ و موضوعی نیست که بتوان آن را پنهان کرد یا تغییر داد؛ با این موضوع چگونه باید کنار آمد.

راه‌کارهای ویژه‌ای برای این مشکل که پس از جراحی ماستکتومی پیش آمده است، در فصل هفتم ارائه شده است. ولی باید در نظر داشت که تنها روش برای کاهش شرمندگی یا احساس ناخوشایندی، این است که هر دو نفر (زن و شوهر) برای روبه‌رو شدن با این تغییرات آماده‌گی داشته باشند. پیش از روبه‌رو شدن با واقعیت بهتر است درباره‌ی آن با یکدیگر صحبت کرد یا حتی از مشاور ازدواج برای نحوه‌ی بیان این موضوع با همسر، کمک گرفت. در اولین خلوت با همسر، شخص ممکن است با عواطف ناخوشایندی روبه‌رو گردد یا حتی خشم و ترس و پرسش اینکه «چرا من؟» پس باید برای لحظات دشواری آماده شد ولی باید به یاد داشت که این دوران با صبوری هر دو طرف و در مدت زمان از بین خواهد رفت.

۷۴. آیا برای اندازه‌گیری فشار خون نباید از دست مصدوم استفاده کرد؟

هر چند که سال‌ها از انجام ماستکتومی گذشته است، ولی حتماً باید برای اندازه‌گیری فشار خون از طرف غیر مصدوم استفاده شود. برخی از متخصصان معتقد هستند که مچ بند دستگاه فشار خون باعث گرفتگی و فشار به شبکه لنفاوی می‌شود و منجر به خیز لنف می‌گردد. هر چند که تا به امروز چنین ادعایی ثابت نشده است. این واکنش فقط به دوران کوتاه پس از جراحی محدود نمی‌شود بلکه سال‌ها پس از جراحی نیز باید به این موضوع توجه کرد. شخص تا آنجا که امکان دارد باید از هرگونه رفتار مشکل ساز مانند جراحی، فشار (حتی فشار کم با مچ بند دستگاه فشار خون) پرهیز کند. در پرسش ۳۸ توضیحات کاملی درباره‌ی خیز لنف گفته شده است.

۷۵. آیا لیپوساکشن برای بازسازی پستان مؤثر است؟

خیر، در روش لیپوساکشن، چربی‌های زیر پوست از بدن خارج می‌شود. ولی بافت سالم پستان علاوه بر چربی از ترکیبات دیگری مانند عضله، بافت پستان و ساختار بین سلول‌های چربی ساخته شده است. به علاوه لیپوساکشن امکان ایجاد عفونت را افزایش می‌دهد که به سیستم دفاعی بدن، فشار زیادی تحمیل می‌کند. اگر پستان شخص پس از جراحی، به شکل نامعینی فرم گرفته است؛ بهتر است که با پزشک و جراح پلاستیک درباره‌ی بازسازی پستان مشاوره شود. در این روش، نه تنها چربی بلکه بافت اصلی پستان جراحی می‌گردد تا اندازه و شکل پستان به فرم مورد دلخواه و متقارن با پستان مقابل بدست آید. اما باید در نظر داشت هرچند که هزینه‌ی جراحی بازسازی پستان توسط شرکت‌های بیمه پرداخت می‌شود، ممکن است این جراحی زیبایی محسوب گردد و شامل هزینه‌های جراحی درمان نشود.

۷۶. آیا افکار مثبت (مثبت اندیشی) در روند بهبود مؤثر است؟ چگونه می‌توان خود شکوفا شد؟

در پرسش ۶۸ درباره‌ی اثر تفکرات منفی در کاهش سیستم دفاعی بدن و آمادگی بدن برای ابتلا به بیماری‌ها به ویژه سرطان صحبت شده است. روی دوم پرسش این است که آیا خانم‌ها با رفتارهای مثبت (مثبت اندیش) کمتر در معرض ابتلا به سرطان پستان هستند. این‌طور نیست، ولی این گروه واکنش‌های بهتری به درمان نشان می‌دهند. افکار مثبت بر روی روند بهبود تأثیرگذار است و یکی از مهم‌ترین اجزاء در مبارزه با سرطان به حساب می‌آیند. ضرب‌المثل «خنده دواى هر دردی است» سال‌هاست که عملاً در بین مردم دیده می‌شود. آن دسته که شادتر هستند و از زندگی لذت می‌برند، شاداب‌تر و سالم‌تر از آن دسته‌ای هستند که غمگین هستند. نه تنها مردم شاد از خود مراقبت بیشتری می‌کنند بلکه تغذیه بهتری هم دارند. علت کاملاً ساده است: افراد شاد، از سیستم

ایمنی و دفاعی بهتری با شاد بودن برخوردار هستند. قانون سرانگشتی^۱ که توسط پژوهشگران سیستم دفاعی پایه‌گذاری شده است، اعلام می‌کند بر اثر یک واقعه خوشایند سیستم دفاعی بدن تا ۳ روز افزایش می‌یابد در حالی که افکار منفی در یک روز این سیستم را کاهش می‌دهد. اما اینکه چگونه یک واقعه ناخوشایند یا ناخوشایند تلقی شود، کاملاً بستگی به شخصیت و برداشت فرد از زندگی دارد. برای بسیاری از انسان‌های سرخوش، فقط پیاده روی در یک روز زیبا و آفتابی یک تجربه بی‌نهایت مثبت است در حالی که یک فرد افسرده و خشمگین حتی نور خورشید را نیز نمی‌بیند و بنابراین افزایش سیستم دفاعی بدن را از دست می‌دهد. در افراد خوش‌بین بیشتر این اتفاق می‌افتد.

خودآموزی در مثبت‌اندیشی ممکن است برای افرادی که با آن آشنایی ندارند، کمی دشوار به نظر بیاید. نکته مهم این است که چگونه باید به این روش خو گرفت. خوب است که یک زمان مشخصی از روز را برای انجام یک فعالیت خوشایند در نظر گرفت. گوش دادن به موزیک، تماشای عکس، رسیدگی به حیوان خانگی، تماشای یک فیلم یا حتی تمرکز کردن بر روی موضوع دلخواه در یک اتاق ساکت و آرام، بازی با کودکان، مسافرت به مناطق خوش آب‌وهوا، خوردن بستنی و خرید کردن از این‌گونه فعالیت‌ها بشمار می‌آیند. مهم نیست که از چه ابزاری استفاده می‌شود، مهم این است که در مدت زمان فعالیت یا اندیشیدن، شخص احساس خوبی داشته باشد. در رأس همه، فرد نباید این زمان مشخص را فراموش کند، به همان مقدار که خوردن قرص‌های شیمی‌درمانی مهم است، انجام این فعالیت‌ها نیز اهمیت ویژه‌ای دارند چرا که همان نتیجه را در پی خواهند داشت.

داستان‌های شگفت‌انگیزی درباره‌ی روش‌های ذهنی وجود دارد، که فقط با مثبت‌اندیشی به دست آمده‌اند. بسیاری از بیماران سرطانی که مرگ زود هنگام برای آن‌ها پیش‌بینی شده بود، سال‌ها و ده‌ها سال به زندگی خود ادامه داده‌اند. بسیاری از آن‌ها فقط با مثبت‌اندیشی در این مبارزه پیروز شده‌اند پس خوب است که در سرلوحه کار خود این شعار را قرارداد: «من پیروز می‌شوم و انجام دادن آن لذت بخش است». شخص باید خود را مجسم کند که بر بیماری چیره شده است و نه فقط به واژه «پیروزی» بسنده کند بلکه با تمام وجود طعم پیروزی را حس کند. یا حتی یک قدم به پیش رفته، بالش یا عروسکی را «سرطان» بخواند و با یک چوب دستی محکم آن را از اتاق خارج کند. به نظر احمقانه است؟ حتماً این‌طور است ولی چنین روش‌های مشابهی در بیماران سرطانی، مؤثر واقع شده است. این روش، دلهره، خستگی و خشم توأم با تشخیص بیماری و درمان را فروکش می‌کند.

۱- قاعده سرانگشتی به گونه‌ای از قوانین گفته می‌شود که هدف آنها یافتن پاسخی تقریبی و سریع و نه جوابی دقیق و قابل اطمینان برای یک موضوع است. این گونه قوانین غالباً دارای سه ویژگی هستند: الف. رابطه‌ای ساده هستند که به راحتی می‌توان آن را محاسبه نمود. ب. برای کاربردهای گوناگون می‌توان از این گونه روابط استفاده کرد که علت آن ساده‌سازی و حذف پارامترهای با تأثیر کمتر است که باعث می‌شود با حذف جزئیات رابطه بدست آمده عمومیت بیشتری یابد. پ. دقیق و قابل اعتماد نیستند و تنها برای تقریب اولیه بکار می‌روند.

حتی ممکن است فرح بخش باشد! بدترین حالت این است، که به نظر بیمار مضحک باشد ولی بدتر از آنچه که پیش آمده نیست.

خانواده و بیماری سرطان پستان

۷۷. چرا بیان موضوع «ابتلا به سرطان» با دوستان و عزیزان بسیار دشوار است؟

زمانی که تشخیص بیماری از پزشک شنیده می‌شود؛ پذیرفتن ابتلا به بیماری سرطان، خود به تنهایی، کار دشواری است و بیان موضوع با اطرافیان دشوارتر از مرحله‌ی اول است. دلایل زیادی برای این موضوع وجود دارد. اول اینکه صحبت کردن درباره‌ی بیماری، آن را برای بسیاری «واقعی‌تر» می‌کند. درست هنگامی که شخص آرزو می‌کند که این موضوع واقعیت نداشت، پیوسته صدای خود را می‌شنود که برای دوستان و اقوام تکرار می‌کند «من دچار سرطان پستان شده‌ام» و این موضوع همانند میخی به ذهن فرو می‌رود، ذهنی که در درون خود هنوز موضوع را انکار می‌کند.

دوم اینکه صحبت کردن در این باره با دوستان و عزیزان بسیار دردآور است، چرا که واکنش آن‌ها همانند آینه‌ایی، نمایانگر واکنش خود بیمار است: ترس، شوک و وحشت. بسیاری از بیماران تازه مبتلا شده از اینکه باعث ایجاد چنین احساساتی در عزیزان خود شده‌اند احساس گناه می‌کنند و همین احساس بیماران را نسبت به دیدار اقوام و دوستان بی‌میل می‌کند. این موارد، سطح مشخصی از ترس هستند که اطرافیان بیمار با آگاه شده از خبر بیماری از فرد دوری می‌کنند. در سال‌های نه چندان دور، سرطان به طور ناخودآگاه، پایان زندگی قلمداد می‌شد؛ و عدم امنیت شغلی یکی از مشغولیات ذهنی افراد بود (آیا با خبر شدن کارفرما از بیماری به منزله اخراج شدن خواهد بود).

به نظر می‌رسد، کتمان حقیقت، بهترین راه‌کار باشد، ولی واقع بین بودن، مانع از این دیدگاه است. از نظر جسمی غیر ممکن است که بتوان موضوع را از نزدیکان خود پنهان ساخت. مراحل مختلف مانند جراحی، احتمالاً رادیوتراپی یا شیمی درمانی در پیش‌رو خواهد بود. عوارض جانبی این درمان‌ها بسیار آشکار هستند؛ به ویژه اگر بیماری پیشرفته باشد. دیر یا زود اطرافیان متوجه می‌شوند که مشکلی وجود دارد و اگر یکی یا چند نفر از آن‌ها قبلاً بیمار سرطانی داشته‌اند (دانستن اینکه چه تعداد از آن‌ها قبلاً بیمار سرطانی داشته‌اند، شگفت آور خواهد بود)، خیلی زود متوجه می‌شوند که موضوع چیست. پنهان کاری، هیچ برآیند مثبتی نخواهد داشت و فقط به رابطه بیمار با عزیزان و اقوام خدشه وارد می‌کند. اطرافیان بیمار احساس فریب‌خوردگی و بی‌توجهی خواهند کرد و بیمار حمایت و دلگرمی اطرافیان را در طول دوره‌ی درمان از دست خواهد داد.

بهتر است موضوع با نزدیک‌ترین اشخاص مانند همسر، پدر، مادر و صمیمی‌ترین دوست، توسط خود بیمار در میان گذاشته شود؛ و برای اشخاص دورتر، خوب است که دوستان و اقوام این مسئولیت را بر عهده بگیرند. برای احترام به کارفرما، باید بیمار، شخصاً موضوع را با او در میان بگذارد چرا که

ممکن است برای انجام درمان، مرخصی طولانی ضروری باشد. اگر شرایط کار دشوار است ولی از دست دادن کار، نیز یکی از ملاحظات بیمار است، باید مسائل اقتصادی خانواده بازنگری شوند و مشخص گردد که آیا از دست دادن شغل در این مرحله روش منطقی به نظر می‌آید یا خیر (به پرسش ۷۱ مراجعه شود).

خدمات مؤسسه ملی سرطان دلایل رک گویی با عزیزان را به شرح زیر خلاصه کرده است:

سرطان به شکل غیرقابل وصفی ناراحت کننده است. هیچ کس نباید بار آن را به تنهایی بکشد.

بیشتر مردم، تشریک مساعی را بر کتمان ارجحیت می‌دهند. این روش باعث می‌گردد مردم آزادانه از یکدیگر پشتیبانی کنند.

خانواده‌ها اعتقاد دارند، بیمارانی که راز نگه‌دار بوده‌اند، عشق را از آن‌ها ربوده‌اند و امکان ابراز محبت و علاقه را در زمان گرفتاری از خویشاوندان گرفته‌اند.

اعضای خانواده و دوستان نزدیک نیز، هیجانات زیادی را باید تحمل کنند که می‌توانند با یکدیگر در ابراز احساسات شریک بشوند.

حتی به کودکان نیز باید گفت، آن‌ها اتفاق ناگوار را حس می‌کنند و ممکن است شرایط را بسیار بدتر از واقعیت آن، تجسم کنند.

خوب است که بیماران با کودکانشان، مستقیماً صحبت کنند یا از خانواده‌ی نزدیک و دوست صمیمی کمک بگیرند.

سن کودکان و بلوغ احساسات باید راهنمایی باشد تا روش بیان موضوع را اتخاذ کرد. هدف این است که اجازه داد کودکان احساسات خود را بیان کنند و پرسش‌های خود را درباره‌ی سرطان مطرح کنند.

با در میان گذاشتن موضوع بیماری، شخص، خانواده و دوستان، یک تشکیلات بر پایه تفاهم چند جانبه و صداقت را پایه‌ریزی می‌کنند.

کلام آخر اینکه، نزدیک‌ترین افراد به بیمار، کسانی هستند که شخص را در مطب پزشک همراهی می‌کنند و در هنگام بروز ضعف و حالت تهوع، غذای مناسب تهیه می‌کنند؛ داروهای بیمار را به موقع از داروخانه فراهم می‌کنند و زمانی که بیمار نمی‌تواند فرزند خود را به مدرسه ببرد، آن‌ها کودکان را همراهی می‌کنند. اطرافیان بیمار، تنها کسانی هستند که در هنگام ناراحتی با بیمار صحبت می‌کنند و به او روحیه می‌دهند. نباید وظایف آن‌ها را با پنهان کاری از اولین روزهای تشخیص، دشوارتر کرد.

۷۸. چه روش حمایتی برای خانواده بیماران وجود دارد؟

سرطان، بیماری است که فقط بیمار را درگیر نمی‌کند، بلکه تمامی افراد در زندگی شخص، متأثر می‌شوند؛ همسر، بچه‌ها، خویشاوندان نزدیک و دوستان. آن‌ها ممکن است درک خوبی از ماهیت سرطان نداشته باشند و مانند بیمار واکنش‌های بسیار متفاوتی مانند احساس ترس، خشم و انکار نشان بدهند. ممکن است برای آنان نیز پشتیبانی بسیار دشوار باشد، چرا که آنان نیز با احساسات خودشان دست و پنجه نرم می‌کنند. به علاوه ممکن است برای اطرافیان دشوار باشد که انرژی و زمان مورد نیاز بیمار را برآورد کنند. به طور مثال اگر همسر بیمار چهارده ساعت بیرون از منزل کار می‌کند، شاید واقعاً انرژی و توان لازم برای همراهی کردن بیمار به جلسات شیمی درمانی نداشته باشد. راه حل، این است که از اطرافیان کمک گرفت تا بتوان بر این مشکل چیره شد. این به معنی استفاده از هزاران راه حل موجود است:

پیشنهاد برای کمک را نباید رد کرد: ممکن است اقوام و خویشان دورتر، دوستان یا همکاران پشتیبانی بکنند. هنگامی که دوستی نیازمند است، این یک واکنش رایج است: «کاری هست که من انجام بدهم» معمولاً یک رفتار عادی، «نه متشکرم، همه چیز تحت کنترل است» پاسخ این همیاری است. ولی بیمار باید آگاه باشد که این یک فرصت برای کمک به عزیزانی است که برای انجام کارهای بیمار وقت کافی ندارند. با شکستن این عادت همیشه برای رد کردن کمک، باید اطمینان حاصل کرد که پیشنهاد دهنده، نیز توانایی انجام امور واگذار شده را دارد. حتی ممکن است اشخاصی که با آن‌ها آشنایی بسیار نزدیکی وجود ندارد، برای انجام امور منزل مانند تمیز کردن حیاط، عوض کردن روغن ماشین یا پر کردن باک ماشین به بیمار کمک کنند.

با در پیش گرفتن روش‌هایی برای انجام امور روزانه منزل، و جلوگیری از انباشت کارها، می‌توان خستگی اطرافیان را کاهش داد: ممکن است بیمار به علت خستگی و تهوع ناشی از درمان، توانایی انجام امور منزل را نداشته باشد و اعضا خانواده نیز با انجام این کارها خسته شوند. درباره‌ی روش انجام کارها به شکل خلاصه شده باید فکر کرد. به طور مثال اگر تمامی خریدهای مواد اولیه به طور معمول یک‌بار در هفته انجام می‌گردد، بهتر است در این زمان از سرویس‌های «تحویل در منزل» استفاده شود تا کار اضافه‌ای به همسر تحمیل نشود. نظافت منزل، خشک‌شویی و دیگر کارهای مشابه را می‌توان از طریق خدمات منزل انجام داد.

برای نگهداری از کودکان باید کمک گرفت: لازم نیست برای نگهداری از کودکان پرستار استخدام کرد، می‌توان از برنامه‌های فوق‌العاده مدارس، استفاده کرد یا از اقوام درخواست کرد که چند روز در هفته کودکان را از مدرسه به منزل بیاورند.

برای بیمار و همسر بیمار از محل کار مرخصی گرفت: بر اساس قانون مرخصی استعلاجی، بیمار یا همسر بیمار می‌توانند دوازده هفته مرخصی بدون حقوق بگیرند، البته مدت زمان مرخصی به موقعیت کاری شخص نیز بستگی دارد.

از برنامه‌های حمایتی برای بیماران سرطانی باید بهره گرفت: انجمن سرطان آمریکا، برنامه‌هایی با هدف کمک رسانی به بیماران سرطانی به ویژه سرطان پستان طرح‌ریزی کرده است. به طور مثال انتقال بیمار از منزل به محل جلسات شیمی درمانی به صورت رایگان، برگزاری سمینار و جلساتی برای ارائه راه حل به بیماران سرطانی، از این موارد هستند.

۷۹. به دختر نوجوانی که با جراحی ماستکتومی روبه‌رو شده است چه باید گفت؟

اگر بیمار با نوجوانان خود زندگی می‌کند، مطمئناً، آن‌ها متوجه تغییر در ظاهر بیمار خواهند شد و درباره‌ی آن کنجکاوی خواهند کرد؛ حتی اگر به آن‌ها درباره‌ی این تغییرات توضیحات کافی داده شده باشد؛ ممکن است آن‌ها درکی از اینکه «ظاهر مادر متفاوت خواهد شد»، نداشته باشند. یک فرزند خردسال احتمالاً درکی از «واقعیت» تخلیه‌ی پستان ندارد. کودک می‌خواهد بداند که چرا این تغییر اتفاق افتاده است و نگرانی خود را در این باره بروز خواهد داد، بیمار باید برای پرسش‌های کودکان خود آماده باشد.

بهتر است با کودکان همیشه ساده و اطمینان بخش صحبت کرد. کودک کنجکاو است بداند چرا مادر یک و هر دو پستان خود را از دست داده است. خوب است در جواب گفته شود، پستان بیمار شده است و برای درمان به جای دیگر فرستاده شده است. اینکه چگونه با کودک موضوع را در میان گذاشت به برنامه‌ی بیمار بستگی دارد. اگر بازسازی پستان مورد نظر است، می‌توان امید به بازگشت پستان داد و این واقعیت است. در این صورت، هنگامی که بازسازی صورت گرفت؛ کنجکاوی دختر بچه‌ها، اغنا خواهد شد. ولی اگر بازسازی مد نظر نیست، پاسخ می‌تواند متضمن این مفهوم باشد که کسی از پستان ناخوش در حال مراقبت است. باید به کودک اطمینان داد که نبود پستان، موضوع مهمی نیست و انجام این کار درست بوده است؛ حتی اگر پذیرش این مطلب برای خود بیمار بسیار ناخوشایند باشد. این ارتباط با کودک باید در آرامش و با صدایی محکم و کاملاً اطمینان بخش صورت بگیرد. نباید هیچ‌گونه، احساس خطر و بحران در این مکالمه به کودک منتقل شود. لازم نیست که بیمار احساسات خود را پنهان کند اگر شخص به علت از دست دادن پستان غمگین است، کودک غم را درک می‌کند، کافی است که به او اطمینان داد که مادر دل‌تنگ پستان از دست رفته است ولی به تدریج مادر حس بهتری خواهد داشت، چرا که این فقدان ضروری و لازم بوده است. تمام آنچه کودک لازم است بداند این است که همه چیز مرتب است و این تغییر، خبر از وقوع یک تغییر ترسناک و بزرگ‌تر نمی‌دهد. باید به کودک اطمینان داد که بیماری هرگز روی کودک تأثیری

نخواهد داشت. به طور طبیعی شخصیت کودک او را به سمتی هدایت می‌کند که بیمار شود؛ زیرا مادر مریض است. به ویژه دخترها که درکِ زنانگی‌شان را بر اساس خانم‌های بزرگ‌سال در زندگی‌شان می‌سازند. مهم است که کودکان را متقاعد کرد تا متوجه شوند که بیماری پستان، موضوع مهمی نیست که مورد توجه آن‌ها قرار بگیرد (زمان زیادی وجود دارد تا درباره‌ی عوامل خطر با کودکان، وقتی که به دوره نوجوانی می‌رسند صحبت کرد). اگر کودکی، کنجکاوی زیادی از خود نشان داد، بهتر است با عروسک‌های او «دکتر بازی» کرد و عروسک‌های بیمار را به مطب دکتر برد، آن‌ها را بستری کرد و سپس خوشحال از بیمارستان مرخص کرد.

نباید به کنجکاوی کودکان بیش از حد توجه کرد؛ چرا که ممکن است با دیدن ظاهر تغییر یافته مادر دچار وحشت بشوند. اگر چنین موردی مشاهده شود پاسخ مادر فقط در جهت اطمینان بخشی خواهد بود؛ اینکه مادر در امنیت کامل است و آن‌ها نیز در این امنیت قرار دارند. روش دیگر، صحبت کردن درباره‌ی جراحی ماستکتومی با بزرگ‌سال دیگر در حضور کودک است. طریق دیگر این است که می‌توان موضوع را با خود کودک در یک موقعیت بسیار عادی و با رفتاری بسیار دوستانه مطرح کرد: «نمی‌دانم متوجه شده‌ای یا نه، ولی دکتر مجبور بود بخشی از بدن مرا قرض بگیرد. او بسیار به من کمک کرد که بهتر شوم، فکر کردم بهتر است که تو بدانی چه اتفاقی افتاده است و کنجکاوی تو را جواب بدهم». این دعوت نامه‌ای است برای کودک که سؤال‌های خود را در هر لحظه‌ای بپرسد ممکن است او در همان لحظه این کار را نکند اما همین که از سلامت مادر اطمینان داشته باشد بر ترس‌های خود چیره می‌شود.

فصل هفتم

تأثیرات سرطان بر روابط زناشویی، صمیمیت و باروری

چگونه یک زوج می‌توانند با ماستکتومی کنار بیایند؟

و بیشتر...

۸۰. چگونه زن و شوهر با موضوع جراحی ماستکتومی کنار می‌آیند؟

جراحی ماستکتومی به شدت، ظاهر بدن بیمار و احساس بر جذابیت را متأثر می‌کند. (به پرسش ۷۳ مراجعه شود) ولی در رابطه‌ی زناشویی محدودیت ایجاد نمی‌کند. زن و شوهر باید در این مورد با هم صحبت کنند تا از آنچه برای زن ناخوشایند است پرهیز کنند.

اگر در جراحی ماستکتومی، فقط تومور از بدن خارج شده است (ماستکتومی قطعه‌ایی یا لامپکتومی) و پس از آن رادیوتراپی انجام شده است؛ ممکن است خط جراحی در پستان باقی مانده باشد یا شاید اندازه و شکل پستان‌ها با هم متفاوت باشند. ممکن است در هنگام انجام رادیوتراپی، پوست قرمز و متورم شود و پستان هم تا حدی حساس بشود. اما در نوک پستان و پستان احتمالاً حس طبیعی وجود خواهد داشت.

جراحی پستان و رادیوتراپی از نظر جسمی تأثیری بر امیال غریزی خانم‌ها نخواهد داشت. در برخی از مطالعات اخیر، اعلام شده است که پس از یک سال، خانم‌ها با سرطان پستان در مراحل ابتدایی، واکنش‌های مثبت هیجانی و روانی خوبی بروز داده‌اند. در این گزارش، کیفیت زندگی همانند یک روش عادی و مشابه زندگی پیش از ابتلا به بیماری، ارزیابی شده است.

۸۱. چگونه سرطان پستان و درمان آن روابط خصوصی و زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟

تشخیص بیماری، باعث ایجاد ترس و دلهره فراوانی می‌گردد. اینکه ترس و وحشت ناشی از این خبر تا چه حد عمیق و اثرگذار باشد؛ بستگی به سلامت روحی و روانی فرد مبتلا دارد. احتمالاً با در نظر گرفتن موضوع از دست دادن پستان‌ها، یک خانم متأهل درباره‌ی روابط زناشویی دچار نگرانی می‌گردد و یک خانم مجرد، احتمالاً درباره‌ی زیبایی بدن خود دچار دلهره می‌گردد. مطالعات نشان داده‌اند یک سال پس از تشخیص بیماری، ۳۰٪ از خانم‌ها همچنان دلواپس هستند، افسرده می‌شوند و حتی احتیاج به درمان‌های دارویی پیدا می‌کنند.

درمان‌های مختلف، اثرهای متفاوتی بر روابط زناشویی دارند. روش‌های درمانی جراحی مانند ماستکتومی و لامپکتومی، می‌توانند اعصاب پستان را تخریب کنند. جراحی با حفظ پستان (لامپکتومی) هیچ برتری از نظر روابط زناشویی بر ماستکتومی ندارد و هر دو روش در مقایسه با روش‌های درمانی غیر جراحی مانند رادیوتراپی، شیمی درمانی و هورمون درمانی کمترین تأثیر را بر روابط زوجها دارند.

رادیوتراپی درمان موضعی است و به راحتی تحمل می‌شود و بیشترین صدمه به پوست وارد می‌گردد. قرمزی، التهاب و حتی امکان عفونت از عوارض این درمان هستند. کم شدن حساسیت پوست پستان، ممکن است در روابط زناشویی اثرگذار باشد.

روش‌های درمانی غیر جراحی، مانند شیمی درمانی بیشترین تأثیر را بر روابط زناشویی دارد، چرا که بیشترین تأثیر بر روی سطح هورمون‌ها دارد. حتی ۵ تا ۱۰ سال، پس از شیمی درمانی برخی از بیماران از مشکلات زناشویی شکایت می‌کنند. شیمی درمانی عوارض جانبی بسیاری دارد. شایع‌ترین، ریزش مو، حالت تهوع، استفراغ، گُر گرفتگی، عفونت دهان و چاق شدن است. جدی‌ترین و پنهان‌ترین عارضه، کاهش تعداد انواع سلول‌های خون است. هرچند که این عوارض آشکار نیستند ولی اثرات بسیار جدی بر روی سلامت عمومی بیمار دارند. به طور مثال کاهش گلبول‌های سفید، احتمال عفونت را افزایش می‌دهد. درمان سرطان پستان نیز مانند سرطان‌های دیگر شدت عوارض جانبی بسیار متغیری دارد و بستگی به داروهای تجویز شده و وضعیت عمومی سلامتی بیمار دارد. پس از پایان شیمی درمانی تمامی عوارض جانبی برطرف می‌شوند و موها دوباره رشد می‌کنند. در خانم‌های پیش‌یائسه، داروهای شیمی درمانی ممکن است باعث شود که دوران قاعدگی به تأخیر بیفتد یا اینکه دچار یائسگی دائمی یا موقت بشوند.

درمان‌های هورمونی با تأثیر گذاشتن بر روی هورمون‌های رشد، باعث متوقف شدن رشد تومور می‌گردند. این توقف رشد، با استفاده از داروهایی مانند تاموکسیفن برای مسدود کردن اثرات هورمون‌ها یا تخلیه تخمدان‌ها ایجاد می‌گردد. عوارض ناشی از این درمان، همانند دوران یائسگی است که در مقایسه با عوارض شیمی درمانی بسیار خفیف‌تر است.

درمان‌های بیولوژیک هدفمند، روش‌های نوینی در مبارزه با سرطان پستان هستند که با بهره‌گیری از آنتی‌بادی، مستقیماً بر روی سلول‌های سرطانی اثر می‌گذارند. در حال حاضر، این درمان فقط محدود به سرطان‌هایی است که پروتئین HER2 مثبت گزارش شده‌اند. عوارض جانبی این دارو نامنظمی ضربان قلب و در موارد بسیار نادری مشکلات قلبی است.

۸۲. آیا دارویی برای رفع مشکلات زناشویی ناشی از درمان‌های سرطان وجود دارد؟

بسیاری از خانم‌ها پس از انجام درمان‌های سرطان پستان، میل کمتری برای روابط زناشویی نشان می‌دهند و اولین علت آن، شیمی درمانی است. شیمی درمانی باعث می‌شود که تولید تستسترون و همچنین استروژن از تخمدان‌ها متوقف گردد. هورمون تستسترون، حتی در مقدار بسیار کم باعث ایجاد امیال جنسی می‌گردد. سطح هورمون تستسترون افزایش‌پذیر است، هرچند که هورمون درمانی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان توصیه نمی‌شود. توصیه پزشکی دیگری برای افزایش این غریزه در حال حاضر وجود ندارد.

انواع ژل‌ها و کرم‌ها می‌توانند یکی از وسیله‌های کمک آمیزشی باشند که خشکی ناشی از اثرات دارویی را تا حدودی برطرف می‌کنند. بهتر است که از گونه‌های ژل محلول در آب استفاده گردد. ژل Astroglide K-y و Maxilube از این گونه‌ها هستند. هرگز در این موارد، نباید خود درمانی کرد و بیمار باید با نظر پزشک هر نوع درمانی را آغاز کند.

درمان‌های جایگزین (داروهای جایگزین درمان‌های استاندارد) و درمان‌های مکمل (داروهایی که همزمان با داروهای استاندارد استفاده می‌شوند)، گستره‌ای از گیاهان و درمان با مواد غذایی، ویتامین‌ها، مکمل‌های غذایی و درمان‌های سنتی مانند طب سوزنی هستند. چنین درمان‌هایی به طور گسترده‌ای رایج شده‌اند و بسیاری از آن‌ها بر اساس تمرین‌های شفا بخش سنتی هستند که سال‌ها مورد استفاده قرار گرفته‌اند. اثر بخشی این نوع روش‌ها، بستگی به نوع درمان انتخابی دارد. برخی از درمان‌های جایگزین چیزی جز کلاه‌برداری نیستند و با بهره‌برداری از ترس بیمار و پناه بردن او به هر چیزی برای نابود کردن بیماری، انجام می‌شوند. ممکن است که ضرری نداشته باشند، (گروهی از گیاهان بسیار مضر هستند) تخمین زده می‌شود ۳۰٪ از خانم‌ها برای درمان‌های اولیه و تکمیلی، از روش‌های مختلف درمان‌های جایگزین استفاده می‌کنند. تعداد اندکی تحقیقات، بر روی مقایسه هر دو درمان صورت گرفته است و سودمندی بیشتری در درمان‌های جایگزین مشاهده نشده است.

۸۳. از آنجایی که برخی از عوارض کاهش میل جنسی، مربوط به خستگی است آیا روش‌هایی برای از بین بردن خستگی دوران درمان وجود دارد؟

بیماران سرطانی معمولاً دچار خستگی هستند. این یک عارضه جانبی بسیار پیچیده‌ای است، چرا که عوامل زیادی در ایجاد احساس خستگی و بی‌رمقی اثرگذار هستند. گاهی اوقات عارضه جانبی داروهای شیمی درمانی یا رادیوتراپی است و گاهی ممکن است در اثر نبود درمانی‌های کمکی باشد. راه حل آشکار برای رفع خستگی، استراحت کردن است ولی گاهی اوقات به نظر می‌آید، که اثر تخریبی استراحت کردن بیشتر از جنبه سازندگی آن است. استراحت کردن بیش از حد، سطح انرژی را کاهش می‌دهد. برخلاف بیشتر نشانه‌ها، خستگی یک عارضه جانبی است که با دارو درمان نمی‌شود ولی با تنظیم رژیم غذایی و نوع زندگی بهبود می‌یابد. دلیل این مشکل بسیار ساده است: خستگی نشانه‌ای است که پایدار نیست، پیش‌بینی کردنی نیست، مدت زمان آن مشخص نیست و معمولاً تلاش بدن برای شفا یافتن است. نباید خستگی زندگی بیمار را برنامه‌ریزی کند. بیمار باید بداند که چگونه انرژی خود را بین فعالیت‌های روزانه تقسیم کند. پس از گذشت مدت زمانی، بیمار درمی‌یابد که چگونه خود را مطابقت بدهد و انرژی لازم را برای انجام فعالیت‌های روزانه بدست بیاورد.

۸۴. چه روش‌هایی برای حفظ رابطه خصوصی و صمیمیت زناشویی، پس از پایان درمان سرطان وجود دارد؟ از چه مراکزی می‌توان کمک گرفت؟

هر بیماری شرایط خاص خود را دارد. آشکار و واضح درباره‌ی احساسات صحبت کردن بهترین سرآغاز است. بیمار و همسر او ممکن است درباره‌ی دردهای پس از جراحی ملاحظاتی داشته باشند. از تماس محل جراحی باید پرهیز کرد و بیمار باید ظاهر بدن خود و تغییرات آن را بپذیرد. اگر

شخص از این تغییرات عصبانی و نگران است، می‌توان با استفاده از پروتزه‌های مخصوص یا با پوشیدن کلاه‌گیس این تغییرات را بپوشاند. گوش دادن به موسیقی و تمرکز کردن، نوشیدن چای گیاهی نیز در ایجاد آرامش و از بین بردن گرگرفتگی بسیار موثر است.

آشکار است که بهترین منبع در روابط زناشویی و سرطان پستان، دانستنی‌های تخصصی و دارویی است. هرچند، گروه درمانی بیمار، اطلاعات زیادی را در اختیار او خواهند گذاشت؛ روانشناس‌ها و روان‌درمانگران نیز می‌توانند روش‌هایی در اختیار بیماران بگذارند تا ترس‌ها و دلهره‌هایی ناشی از این موارد را کنترل کنند. گروه‌های حمایتی که به سرطان پستان مبتلا شده‌اند نیز می‌توانند کمک‌های ارزشمندی را در اختیار بیماران بگذارند.

۸۵. چرا پس از جراحی ماستکتومی، بیمار با همسر دچار مشکلاتی می‌شود؟ میل به روابط جنسی کمتر می‌شود و بیمار از نزدیک شدن به شریک خود دوری می‌کند؟

مطالعات زیادی نشان داده‌اند، گروهی از بیماران که جراحی پستان انجام داده‌اند با مشکلات روابط زناشویی روبرو شده‌اند. به نظر می‌رسد که این مشکل بخش‌های متفاوتی دارد و این بستگی به نوع جراحی دارد:

ترس از آشکار کردن جراحت محل جراحی،

ترس از نمایان شدن فقط با یک پستان در مقابل همسر،

احساس نبود کشش جنسی برای همسر،

ترس همسر از ایجاد درد برای خانم،

درگیر شدن بیش از حد احساسات در روابط بین زوج،

برای گروهی، «از دست دادن» موضوعی است که هرگز نمی‌توانند بر آن مسلط بشوند. روابط زناشویی به محض آمادگی هر دو طرف بازگشت می‌کند و توانایی بدن برای بهبود یافتن بسیار سریع است. روابط زناشویی به بیمار کمک می‌کند که از نظر جسمی نیز سریع‌تر شفا پیدا کند. یک بالش کوچک برای پوشاندن محل جراحی نیز، در ابتدا کمک شایانی می‌کند و باید تلاش کرد که محل جراحی تحت فشار و موقعیت نامناسب قرار نگیرد. بیمار باید با همسر خود، صادق باشد و هرگونه ترس را با او در میان بگذارد. ممکن است که همسر بیمار نیز ترس‌هایی در وجود خود داشته باشد.

۸۶. آیا فعالیت‌هایی وجود دارند که بیمار با انجام دادن آن‌ها، احساس بهتری از خود داشته باشد؟

ورزش‌هایی مانند: تنیس، شنا، رقص یا تمرین‌های ورزشی بسیار در ایجاد احساس خوشایند شخص از خویشتن اثر بخش است. احساس آرامش و توازن در چنین کلاس‌هایی افزایش می‌یابد. یوگا نیز یکی از روش‌هایی است که برای بدست آوردن احساس یکپارچگی (توازن) در بدن بسیار توصیه شده است. بسیاری از افراد چالش‌های جدیدی مانند کوهنوردی و اسکی را تجربه می‌کنند. فعالیت‌های خلاقانه مانند موزیک، نقاشی، خیاطی، قلاب بافی، نویسندگی زمینه‌های بسیار شگفت‌انگیزی برای بازیافتن توانایی در تصور از خویشتن است. به‌علاوه بیمار ممکن است، نحوه‌ی انجام بازسازی پستان را بررسی کند.

۸۷. آیا نشانه‌های منحصر به فرد در خانم‌های آفریقایی-آمریکایی وجود دارد که روابط زناشویی آن‌ها را تحت تأثیر قرار بدهد؟

پس از جراحی پستان، بیشتر خانم‌ها نسبت به ظاهر بدن، بسیار حساس می‌شوند. اما در خانم‌های آفریقایی-آمریکایی احتمال بیشتری وجود دارد که پس از برش، سوختگی یا صدمات دیگر، کلویید (گوشت اضافی نرم و کلفت) در محل جراحی، تشکیل بشود. اگر بیمار مستعد کلویید باشد، باید این موضوع را پیش از جراحی با پزشک در میان گذاشت. جراح ممکن است با تزریق استروئیدهای ضدتورم پس از جراحی، از تشکیل کلویید جلوگیری کند. از دست دادن مو نیز از ملاحظات خانم‌های آفریقایی-آمریکایی است. استفاده از مواد شیمیایی، بافت مو و رنگ کردن موها باید به حداقل مقدار ممکن برسد.

۸۸. چنانچه در زمان تشخیص بیماری، شخص باردار باشد، باید شروع درمان را به تأخیر انداخت تا جنین تحت تأثیر داروها قرار نگیرد؟ اگر در مدت زمان درمان با رادیوتراپی یا شیمی‌درمانی، بیمار باردار شود چه باید کرد؟

هرچند که سرطان پستان در خانم‌های یائسه شایع است و ابتلای خانم‌ها به سرطان پستان در دوره‌ی بارداری بسیار بعید است. ولی گاهی اوقات در خانم‌های باردار نیز اتفاق می‌افتد و از آنجا که خانم‌ها بارداری خود را تا دهه‌ی چهارم زندگی و ابتدای چهل سالگی به تأخیر می‌اندازند؛ آمار سرطان پستان در دوره‌ی بارداری افزایش یافته است. در حال حاضر یک نفر از سه هزار نفر خانم باردار دچار سرطان پستان می‌شوند.

تشخیص سرطان در دوره‌ی بارداری بسیار پیچیده است و در حقیقت، گاهی اوقات ابزارهای استاندارد تشخیصی، قابل استفاده نیستند. تغییرات در پستان در دوره‌ی بارداری با شناسایی توده‌ها و نشانه‌های مشابه تداخل پیدا می‌کند؛ بنابراین هشدارهایی که به طور طبیعی، نشانه‌ی وجود بیماری هستند، در اثر علائم بارداری پنهان می‌گردند. حتی در زمانی که چنین علائمی مشاهده شود روش‌های پیگیری معمول (ماموگرافی) به علت امنیت و سلامت جنین گاهی به تأخیر می‌افتند. هرچند، سازمان ملی سرطان و مرکز سرطان اندرسون و دیگر منابع معتبر، در صورت استفاده از محافظ مناسب (شیلد)، ماموگرافی استاندارد را برای جنین بی‌ضرر اعلام کرده‌اند. به خاطر خطر احتمالی برای جنین با قرار گرفتن در مقابل کمترین اشعه، بیشتر متخصصان و بیماران برای انجام ماموگرافی تمایلی نشان نمی‌دهند. به همین دلیل خانم‌های باردار و شیرده معمولاً در مرحله بسیار پیشرفته‌ی سرطان پستان به بیماری خود پی می‌برند؛ زیرا به علت تأخیر در تشخیص، بیماری پیشرفت کرده است.

مطالعات نشان داده‌اند که به محض تشخیص ابتلا به سرطان پستان در هر مرحله‌ای، احتمال نجات زنان باردار کمتر از زنان غیرباردار است. این موضوع، حتی بدون در نظر گرفتن بارداری، برای خانم‌های آفریقایی-آمریکایی که قبلاً دچار سرطان‌های تهاجمی شده‌اند یا پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارند؛ بسیار جدی‌تر است. سقط جنین نیز، هیچ‌گونه پیشرفتی در نجات این دسته از بیماران نداشته است. خانم‌هایی که در ریسک زیادی قرار دارند به ویژه آن دسته‌ای که سابقه خانوادگی بارزی دارند، بهتر است قبل از اقدام به بارداری، امکان وجود سرطان پستان را بررسی کنند.

برنامه‌ریزی درمانی برای خانم‌های باردار با دو عامل مشخص می‌گردد. مرحله رشد جنین و مرحله‌ی سرطان، در سه ماه اول بارداری رادیوتراپی و شیمی درمانی انجام شدنی نیستند؛ چرا که هر دو روش باعث معلولیت در جنین می‌گردد و معمولاً جراحی محافظه کارانه پستان در مراحل اولیه سرطان (مرحله ۱ و مرحله ۲) توصیه می‌گردد. پس از سه ماه اول بارداری، برخی از روش‌های شیمی درمانی بدون صدمه و نقص عضو به جنین و با در نظر گرفتن کم‌وزنی نوزاد انجام می‌شوند. ولی رادیوتراپی در هر مرحله‌ای از رشد جنین مضر است و باید تا پایان زایمان به تأخیر بیفتد.

جراحی، اولین اقدام درمانی برای زنان باردار مبتلا به سرطان پستان است. خانم‌های مبتلا به سرطان پیشرفته (به ویژه آن دسته که درمان‌های شدیدتری مانند رادیوتراپی و شیمی درمانی پس از جراحی داشته‌اند) با تصمیم مشکلی روبه‌رو می‌شوند. باید تأخیر درمان را تا زایمان بپذیرند که به معنی بالا رفتن خطر پیشرفت سرطان است؛ تا جایی که ممکن است به مرگ آن‌ها ختم شود. آن‌ها می‌توانند تا پایان سه ماه اول بارداری صبر کنند و سپس شیمی درمانی ساده‌تری که جنین را متأثر نمی‌سازد و همچنین در مقابل سرطان نیز کم‌اثرتر است انجام دهند؛ یا به ناچار، آن‌ها با سقط جنین به بارداری خاتمه داده و با درمان‌های شدید، شیمی درمانی و رادیوتراپی بیماری را درمان کنند. هرچند، چنین پیشنهادی فقط به خانم‌های بارداری داده می‌شود که در سه ماهه اول بارداری هستند.

سقط جنین هیچ‌گونه تأثیر در پیش‌آگهی بیماری ندارد و فقط این امکان را می‌سازد که شیمی‌درمانی و رادیوتراپی شدید، انجام پذیرد که می‌تواند جان آن‌ها را از سرطان پیشرفته نجات دهد. بسیاری از خانم‌ها سقط جنین را به خیلی از دلایل روحی روانی و دیدگاه‌های مذهبی نمی‌پذیرند و مهم است که شخص بپذیرد اگر سقط جنین را نپذیرد و تصمیم به ادامه بارداری بدهد، مؤثرترین روش‌های درمانی اجرائی نیستند. عاقلانه است که در چنین شرایطی با اعضا خانواده، مشاوران روان‌شناس و دوستان نزدیک مشورت کرد. وقتی که بیمار با چنین تصمیم‌هایی روبه‌رو می‌شود در رأس همه‌ی مطالب یاد شده، شخص باید مطمئن باشد که حمایت‌های روحی بی‌شماری دارد و در نهایت این تصمیم بیمار است، نه پزشک و نه هیچ‌کس دیگر که به بارداری او پایان دهد و درمان تهاجمی برای سرطان را انتخاب کند.

۸۹. آیا پس از پایان درمان سرطان می‌توان به نوزاد شیر داد؟ آیا بارداری با عث بازگشت سرطان پستان می‌گردد؟ چه زمانی پس از سرطان پستان برای بارداری مناسب است؟

بچه‌دار شدن برای آن عده‌ای که قبلاً دچار سرطان پستان شده‌اند غیر معمول نیست. حتی برخی می‌توانند با پستان درمان شده به نوزاد شیر بدهند. چنین نتیجه‌ای احتیاج به یک برنامه‌ریزی دقیق در جراحی و درمان‌های کمکی انتخاب شده برای درمان سرطان نیز دارد. مقداری کمی خوش‌شانسی نیز لازم است؛ چرا که حفظ ساختار مورد نیاز برای شیردهی، در جراحی بسیار دشوار است. امکان بازگشت باروری و توانایی شخص برای شیردهی بسیار به تشخیص تومور بستگی دارد. تومورهای کوچک و در مرحله ابتدایی، بیشترین امکان، برای گرفتن نتیجه‌ی خوب دارند؛ اما تومورهای بزرگ‌تر و در مراحل پیشرفته، نتیجه کمتری خواهند داشت.

مطالعات اخیر نشان داده است، هیچ‌گونه افزایشی در بازگشت سرطان پستان در دسته‌ای که پس از سرطان باردار شده‌اند؛ وجود نداشته است. هرچند برای آن عده محدودی که سرطان بازگشت کرده است، رشد سرطان در صورت بروز حاملگی سریع‌تر بوده است؛ چرا که بارداری، سطح استروژن را در بدن افزایش می‌دهد. پس مهم است که خانم‌ها سابقه پزشکی فردی خود، و امنیت حاملگی را با پزشکان در میان بگذارند. به خانم‌ها توصیه می‌شود که ۲ تا ۵ سال (عاری از بیماری) پس از اتمام درمان، باردار شوند (پنج سال اول بیشترین احتمال بازگشت است). خانم‌ها باید درباره‌ی اثرهای حاملگی بر روی سلامت عمومی نیز آگاه شوند، چرا که شیمی‌درمانی گاهی اوقات به ریه و قلب صدمه می‌زند.

مطالعات نشان داده‌اند، پس از درمان سرطان در مادران مبتلا به سرطان، نقص عضو در نوزادان این گروه، بیشتر از نوزادان معمولی نبوده است. به‌علاوه نوزادان این گروه، در خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان نیستند؛ مگر در موارد بسیار نادر از انواع سرطان‌های ژنتیکی.

در بسیاری از خانم‌ها، درمان سرطان باعث می‌گردد که قاعدگی به طور موقت قطع شود. این یک واکنش طبیعی بدن به اضطراب زیاد است. این روشی برای نگه‌داری منابع انرژی بدن در برابر اضطراب شدید است. بدن با اولویت‌بندی، منابع انرژی را برای وظایف مهم مانند بهبود بدن مصرف می‌کند. در بیشتر اوقات دوره‌های قاعدگی در چند ماه پس از پایان درمان باز می‌گردد. ولی به هیچ وجه ضمانتی وجود ندارد که این اتفاق بیفتد. ممکن است زمان‌های قاعدگی با فواصل نامنظم اتفاق بیفتند یا ممکن است هرگز رخ ندهد. هر دو روش شیمی‌درمانی و رادیوتراپی باروری را به طور دائم تحت تأثیر قرار می‌دهند. به ویژه اگر شخص در دوران ۴۰ سالگی، سن طبیعی برای یائسگی، قرار داشته باشد. برخی از داروهای شیمی‌درمانی، حقیقتاً باعث پیش افتادن یائسگی می‌شوند؛ اگر شخص پیش از تشخیص سرطان، تصمیم به بچه‌دار شدن داشته است؛ بهتر است پزشک معالج پیش از شروع درمان، از این موضوع آگاه شود. اگر پزشک معالج در جریان قرار بگیرد که باروری یکی از ملاحظات بیمار است، احتمالاً برنامه درمانی را به گونه‌ای انتخاب می‌کند که یائسگی پیش نیفتد.

با در نظر گرفتن احتمال تأثیرها بر روی تخمدان‌ها، شیمی‌درمانی فقط دوره قاعدگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر روی تخمک‌ها اثری نخواهد گذاشت؛ چرا که تخمک‌ها، سلول‌های در حال تقسیم نیستند پس داروها در بروی تخمک‌ها اثر نمی‌گذارند. برخی از رادیوتراپی‌ها، به ویژه رادیوتراپی‌های داخلی ممکن است بر روی تخمک‌ها اثر بگذارند هرچند که اگر بیماری سرطان، پیشرفته باشد درمان‌های شدیدتر لازم است و بهتر است پیش از شروع درمان، بیمار با یک متخصص ناباروری مشورت کند. این متخصصان، می‌توانند روش‌هایی را پیشنهاد کنند که تأثیرات رادیوتراپی بر روی سیستم تولید مثل به حداقل برسند یا عوارض پس از درمان بی‌اثر شوند. یکی از امکانات، خارج ساختن تخمک از تخمدان‌ها پیش از درمان است. باروری آزمایشگاهی، فریز کردن و انتظار برای درون کاشت پس از پایان درمان، نیز روش دیگری است. در این روش، بافت تولید مثل از تخریب‌های احتمالی در مدت زمان درمان محافظت می‌شود و حتی در صورت از کار افتادن دائمی تخمدان‌ها در اثر داروهای شیمی‌درمانی، امکان باردار شدن میسر است؛ اما بسیار گران است و بیمه تمامی هزینه‌های آن را پرداخت نمی‌کند.

همان‌طوری که پیش‌تر گفته شد، پزشکان پیشنهاد می‌کنند، برای باردار شدن یک دوره ۲ تا ۵ ساله پس از درمان سرطان پستان صبر کرد. بیشتر نشانه‌های بازگشت در این زمان انتظار است و امکان می‌دهد که پیش از شروع بارداری، شخص از سلامتی خود مطمئن شود. این موضوع زمانی اهمیت دارد که سرطان به هورمون حساس باشد و ممکن است در اثر افزایش هورمون، به علت بارداری بازگشت سرطان، خطرناک‌تر شود. اگر شخص احساس می‌کند که به علت افزایش سن، نمی‌تواند این دوره را صبر کند؛ باید پیش از اینکه استرس‌های بارداری را به بدن وارد کند، دست‌کم یک سال یا کمی بیشتر برای بازسازی عوارض جانبی به بدن فرصت بدهد.

با در نظر گرفتن گستردگی تومور و روش‌های درمانی انتخابی، ممکن است، بیمار توانایی بچه‌دار شدن را به‌دست بیاورد، ولی نتواند به نوزاد شیر بدهد. این عارضه ممکن است موقتی باشد، به طور مثال، در خانم‌هایی که بلافاصله پس از حاملگی یا در زمان بارداری مبتلا به سرطان پستان شده‌اند و شیمی درمانی کمکی شده‌اند، لازم است که نوزاد با شیر خشک تغذیه شود. زیرا داروهای مورد استفاده در درمان از طریق شیر به نوزاد منتقل می‌شود و احتمالاً مضر هستند. اما اگر در جراحی، ساختار پستان حفظ شده باشد، کودکان بعدی بیمار، می‌توانند از پستان مادر تغذیه کنند. هرچند که ممکن است جراحی گسترده و رادیوتراپی غدد شیری و مجاری شیری را به طور دائم تخریب کرده باشند و مانع از شیردهی از پستان مصدوم گردد. اگر چنین شرایطی باشد و هنوز پستان غیر مبتلا وجود داشته باشد، ممکن است پستان‌ها از نظر اندازه متقارن نباشند. چرا که پستان سالم در اثر تولید شیر رشد می‌کند ولی پستان درمان شده تغییر نمی‌کند. در هر صورت، بیمار می‌تواند پس از پایان دوره شیردهی پستان خود را با جراحی کوچک کند.

اگر توانایی شیردهی در آینده برای بیمار مهم است، باید پیش از شروع درمان این موضوع را با جراح و پزشک سرطان شناس در میان گذاشت. هرچند که ممکن است آن‌ها نتوانند کاری از پیش ببرند چرا که اولویت اول، رهایی بدن از سرطان است و شیردهی موضوع بعدی است و چنانچه بیمار این موضوع را با آن‌ها در میان بگذارد تیم معالج حداکثر تلاش خود را خواهند کرد.

۹۰. درمان سرطان پستان چه خطراتی را برای باروری خانم‌ها خواهد داشت؟ اگر بیماری پس از درمان، یائسه نشود، چرا بارور نمی‌شود؟

بیشترین خطر، برای باروری بیمار شیمی‌درمانی است. به بیماران مبتلا به سرطان پستان غالباً CMF یا AC تجویز می‌شود. اثر منفی سیکلوفسفامید بر روی کارکرد تخمدان‌ها، شناخته شده است. خانم‌هایی که با سیکلوفسفامید درمان می‌شوند، در مقایسه با کنترل‌ها چهار برابر بیشتر، دچار احتمال از کارافتادگی تخمدان‌ها می‌شوند. احتمال از کار افتادگی بی‌درنگ تخمدان‌ها، با افزایش سن بیشتر می‌شود. برای CMF، حدود ۷۸٪ تخمین زده می‌شود و برای AC حدود ۳۸٪ تخمین زده می‌شود (برای بیماران مبتلا به سرطان پستان بیشتر از چهل سال).

اگر رادیوتراپی و جراحی دستگاه تولید مثل را متأثر کنند، ممکن است بر روی باروری بیمار اثرگذار باشد. هرچند، این اتفاق برای همه‌ی بیماران مبتلا به سرطان پستان رخ نمی‌دهد.

هر دوره‌ی شیمی‌درمانی، باعث تخریب مقداری از تخمک‌های، نهفته در تخمدان‌ها می‌گردد، حتی آن دسته از بیماران که بلافاصله پس از شیمی‌درمانی یائسه نمی‌شوند؛ ممکن است دچار یائسگی زودرس شوند. به علاوه، همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، بیشتر متخصصین، ۲ تا ۵ سال (عاری از بازگشت) پس از تشخیص و درمان سرطان، بارداری را توصیه نمی‌کنند. بسیاری از بیماران که بلافاصله پس از شیمی‌درمانی نابارور نشده‌اند؛ در مدت زمان انتظار به علت افزایش سن به طور

طبیعی ذخیره‌ی تخمک‌ها را از دست می‌دهند. بیماران باید در این باره با پزشک خود به طور مستمر پیگیری کنند.

۹۱. چه امکاناتی برای نگه‌داری تخمک‌های بیمار مبتلا به سرطان پستان وجود دارد؟ آیا این راه‌کارها ایمن هستند؟

روش‌های درمانی گوناگونی برای نگه‌داری تخمک بیمار مبتلا به سرطان پستان وجود دارد. امکان دسترسی و سودمندی این درمان‌ها بر اساس گونه‌های بیومدیكال و عوامل اجتماعی متغیر است. برخی از این روش‌ها بسیار خوب استفاده شده‌اند، در حالی که بخشی هنوز آزمایشگاهی است. عواملی مانند هزینه، شرایط والدین، سن والدین و تشخیص بیماری بر روی انتخاب روش تأثیرگذار است.

انجماد جنین، گسترده‌ترین روش مورد استفاده برای حفظ باروری خانم‌ها است. تخمک‌ها در اثر هورمون درمانی بالغ شده و به روش IVF بارور می‌شوند و در نهایت برای استفاده در آینده، جنین‌ها فریز می‌شوند. در این روش احتیاج به اسپرم همسر است. در تمامی روش‌ها لازم است که جنین‌ها، یخ زده شوند و با در نظر گرفتن نوع محرک‌ها این مدت از ۲ تا ۶ هفته زمان نیاز دارد.

فریز کردن تخمک، یکی از روش‌هایی است که معمولاً مورد توجه خانم‌های مجرد از بیماران قرار می‌گیرد. هرچند که میزان درخواست باروری از طریق تخمک فریز شده پایین است ولی ابزارهای این روش به سرعت در حال رشد هستند. مراحل لازم در روش فریز تخمک همانند فریز کردن جنین است و مدت زمان انتظار از ۲ تا ۶ هفته است.

فریز کردن بافت تخمدان، نیز روش دیگری است. از این روش هنگامی استفاده می‌شود که وقت کمی برای برانگیختن تخمدان‌ها، پیش از شروع درمان وجود دارد. بافت از تخمدان خارج می‌گردد و فریز می‌گردد و بعدها در جای اول کار گذاشته می‌شود. فریز کردن بافت تخمدان، هنوز در مرحله آزمایشگاهی قرار دارد. انتقال برخی از بافت‌ها موفقیت آمیز بوده است و باعث بازگشت کارکرد هورمون در خانم‌ها شده است، ولی تا به امروز فقط یک تولد از این روش اتفاق افتاده است.

گنادوتروپین^۱ یک روش دیگر آزمایشگاهی است که در زمان انجام شیمی درمانی پیشنهاد می‌گردد. در این روش، عملکرد تخمدان‌ها با ایجاد حالت نهفتگی حفظ می‌شود. تحقیقات بیشتری لازم است تا تاثیر و ایمنی روش GnRH-a^۲ مشخص شود.

۱. هورمون حاملگی.

۲. Gonadotropin-releasing hormone analog.

برخی از روش‌های حفظ باروری مانند فریز کردن جنین و تخمک، احتیاج به تحریک هورمون‌ها دارند. این هورمون‌ها سطح تولید استروژن را افزایش می‌دهند و این یکی از ملاحظات در بیماران سرطان پستان با ER+ است. ولی روش‌هایی مانند استفاده از تاموکسیفن-IVF و Letrozle وجود دارد که برای بیماران سرطان پستان ایمن‌تر هستند. به علاوه بسیاری از متخصصین سرطان شناس اعتقاد دارند که فقط یک دور برانگیختگی، پیش از شیمی درمانی، پذیرفتنی است. بیماران باید مخاطرات و سودمندی‌های این روش‌ها را با پزشک معالج خود در میان بگذارند تا دریابند که کدام یکی از روش‌ها برای آن‌ها ایمن است.

۹۲. میانگین هزینه‌ی حفظ باروری چه میزان است؟ چگونه خانم‌ها با محدودیت مالی و کم بود حمایت‌های جامعه می‌توانند از این خدمات بهره‌مند شوند؟

غالباً، هزینه‌ی حفظ باروری بسیار زیاد است و شرکت‌های بیمه هزینه این خدمات را پرداخت نمی‌کنند. میانگین هزینه‌های فریز کردن جنین و تخمک از ۸/۰۰۰ تا ۱۰/۰۰۰ دلار (بدون هزینه داروها) است. فریز کردن بافت تخمدان تقریباً ۱۲/۰۰۰ دلار است. البته هزینه‌ها به سرپرستی گرفتن کودکان نیز تقریباً زیاد است و به نوع قرارداد سرپرستی بستگی دارد که ممکن است از ۲۵/۰۰۰ تا ۳۵/۰۰۰ دلار باشد.

برای خانم‌هایی که با محدودیت منابع مالی روبرو هستند، دشوار است که بتوانند از این‌گونه خدمات بهره‌مند شوند. ممکن است برخی از شرکت‌های بیمه بخشی از هزینه‌ها را بپذیرند. برخی از بیماران نیز می‌توانند با گروه نازایی و ناباروری تیم معالج خود یا شرکت‌های دارویی همکاری کنند تا از تخفیف داروها استفاده کنند.

۹۳. برای باروری آن دسته از بیماران که در مان خود را قبلاً انجام داده‌اند و ممکن است دچار یائسگی زودرس بشوند؛ چه روش‌های درمانی وجود دارد؟

ممکن است آن دسته از خانم‌هایی که شیمی درمانی خود را کامل کرده‌اند و همچنان بارور هستند خواستار حفظ باروری باشند، تا چنانچه در آینده دچار یائسگی زودرس شدند، توانایی بچه‌دار شدن داشته باشند. ممکن است عده‌ای هنوز مجرد باشند، تشکیل خانواده نداده باشند و انتظار دارند که در آینده فرزندی داشته باشند. از آنجا که غیر ممکن است، زمان یائسگی زودرس را پیش بینی کرد می‌توان یکی از روش‌های فریز کردن جنین، تخمک یا بافت تخمدان را انتخاب کنند.

۹۴. برای خانم‌هایی که پس از درمان، نابارور شده‌اند، چه راه‌هایی وجود دارد؟

به خانم‌هایی که به یائسگی زودرس پس از درمان دچار شده‌اند، روش‌های تخمک‌اهدایی و جنین‌اهدایی پیشنهاد می‌گردد. این روش امکان بارداری و بچه‌دار شدن را فراهم می‌کند. در شرایط تخمک‌اهدایی، فرزند از نظر بیولوژیکی می‌تواند همانند خانواده همسر باشد.

رحم اجاره‌ای، روشی است که شخص دیگری، جنین را در رحم خود پرورش می‌دهد. این انتخاب برای بیماران است، که به اعتقاد پزشک معالج، بارداری پس از سرطان پستان، برای بیمار خطرناک است و امکان بارداری وجود ندارد. به سرپرستی گرفتن کودک نیز یکی از بهترین روش‌ها برای پدر و مادر شدن است. سرپرستی می‌تواند خصوصی، عمومی، محلی یا بین‌المللی باشد. نجات‌یافتگان از سرطان می‌توانند با مراجعه به یکی از مراکز معتبر برای این کار اقدام کنند.

فصل هشتم

روابط شخصی

چرا گاهی اوقات، تداخل احساسات برای نیاز به حضور دوستان و گریز از آنها وجود دارد؟

گاهی اوقات، انرژی لازم برای مشارکت در روابط اجتماعی وجود ندارد، چگونه می‌توان به دیگران این

موضوع را انتقال داد؟

چگونه کودکان، خانواده و دوستان می‌توانند احساس بیمار را درک کنند؟

و بیشتر...

۹۵. گاهی اوقات تداخل احساسات برای احتیاج به حضور دوستان و گریز از آن‌ها وجود دارد. چرا؟

این موضوع غیرطبیعی و عجیب نیست. گاهی اوقات، بیمار در عین احتیاج داشتن به تنهایی، خواهان گذراندن اوقات با دوستان و اقوام نیز هست. این احساسات بیانگر تغییرات نیازها در زمان‌های متفاوت هستند. به طور مثال، یک مادر اوقات خود را عاشقانه با کودکان خود سپری می‌کند؛ اما هنگامی که دوستی یا قوم و خویشی پیشنهاد نگهداری از آن‌ها را در آخر هفته می‌کند؛ مادر بسیار خوشحال می‌شود به ویژه اگر هفته سختی را گذرانده باشد.

۹۶. گاهی اوقات انرژی کافی برای روابط اجتماعی وجود ندارد؛ چگونه می‌توان اطرافیان را از این موضوع آگاه کرد؟

بهترین روش این است که احساسات را با اطرافیان در میان گذاشت. با تماس گرفتن با دوستان باید به آن‌ها گوشزد کرد که حضور در بین آن‌ها بسیار لذت بخش است؛ ولی انرژی کافی برای انجام این کار وجود ندارد. باید دیگران را آگاه کرد که حضور در جمع‌های بعدی بستگی به شرایط و موقعیت بیمار دارد. باید به اطرافیان اطمینان داد که اگر دوستان برای حضور بیمار در مهمانی هزینه‌ای کرده‌اند (مانند مراسم عروسی) در لحظه مناسب، بیمار حضور خود را خبر خواهد داد.

۹۷. چگونه کودکان، خانواده و دوستان باید بیمار را درک کنند؟

دوستان و اقوام باید از افکار و احساسات متغیر بیمار در شرایط متفاوت فیزیکی، روحی و روانی در روند بهبود آگاه باشند. بیمار باید احساسات خود را با عزیزان در میان بگذارد. خوب است که بیمار به اطرافیان این اطمینان را بدهد که به بهبودی خود واقف است؛ ولی فقط احتیاج به توجه، صبر و دلگرمی اطرافیان در این سفر سلامتی دارد.

۹۸. گاهی اوقات، بیمار نیاز به کمک دارد اما احساس می‌کند به خاطر ناتوانی ناشی از بیماری، او به اطرافیان تحمیل شده است. چگونه می‌توان بین این دو احساس توازن برقرار کرد؟

برای بیمار و اطرافیان او، کمک گرفتن از دوستان و اقوام هدیه‌ای است. با قدری تأمل، بیمار می‌تواند مشخص کند که چگونه به کمک اطرافیان نیازمند است: انتقال به مطب دکتر، آوردن غذا، نگهداری از کودکان، همراهی کردن بیمار برای یک پیاده‌روی و مانند آن. باید این موارد را با دوستان و اقوام در میان گذاشت تا آن‌ها نیز نحوه‌ی کمک رسانی به بیمار را مشخص کنند. مهم

است که منابع در دسترس در اجتماع را شناخت و از آنها استفاده کرد؛ سپس باقیمانده نیازها را با تهیه کردن لیست، تا حد امکان، در بین دوستان و اقوام توزیع کرد.

۹۹. گاهی اوقات، توصیه به خواندن متون مذهبی و دیگر کتاب‌های مثبت‌اندیشی بیمار را به خشم می‌آورد چگونه می‌توان بر این خشم غلبه کرد؟

با تغییر نگرش به یک موضوع، احساس متفاوتی از آن موقعیت بدست می‌آید. به طور مثال کسانی که متون مذهبی و دیگر مطالب مثبت‌اندیشی را به بیمار توصیه می‌کنند، تلاش می‌کنند که به او «هدیه‌ای» بدهند و این تنها هدیه‌ای است که آن‌ها دارند. این نوع نگاه ممکن است، واکنش را تغییر بدهد. ممکن است که هدیه، مورد علاقه یا نیاز بیمار نباشد؛ ولی باید به خاطر داشت که شخص هدیه‌دهنده وقت، انرژی و پول خود را صرف تهیه آن هدیه کرده است. با بینش و تفکر به هدایای مختلف نگرستن، سرچشمه‌ی عشق و پشتیبانی را گسترش می‌دهد.

۱۰۰. اطلاعات بیشتر را از چه منابعی می‌توان دریافت کرد؟

مطالب این کتاب، اطلاعات ضروری درباره‌ی بیماران مبتلا به سرطان پستان و نیاز خانواده‌ی آن‌ها است. در پیوست به منابع معتبر و موضوعات مرتبط، نیز اشاره شده است.

واژه نامه

انکولوژیست (سرطان شناس): متخصص بیماری‌های سرطان که نوع روش درمان را انتخاب می‌کند.

اولتراسوند (سونوگرافی): روش عکس‌برداری با ایجاد امواج صدا برای تشخیص ماهیت جامد و مایع بودن توده.

آتیپیکال هایپرپلازیا: بیماری غیرسرطانی پستان است. ویژگی آن رشد غیرطبیعی سلول‌ها در مجاری شیری یا غدد شیری است و ممکن است احتمال ابتلا به سرطان پستان را افزایش بدهد.

آدنوسیس: بزرگ شدن غدد شیری در پستان.

آرئول: پوست تیره رنگ اطراف نوک پستان.

آندومتر: جداره داخلی رحم.

بازسازی گلوئال: روشی برای بازسازی پستان که پوسته چربی و عضله گلوئال به محل جراحی ماستکتومی بخیه می‌شود.

بازسازی تیموس دورسی: پس از جراحی ماستکتومی از عضله تیموس دورسی برای بازسازی پستان استفاده می‌شود.

ابلیشن با سونوگرافی: از بین بردن سلول‌های سرطانی با هدایت سونوگرافی و با استفاده از انرژی اشعه ایکس.

ابلیشن رادیوفرکانسی: استفاده از انرژی زیاد، که با ایجاد حرارت در داخل تومور باعث «سوختن» و مرگ سلول‌های سرطانی می‌شود، بدون این که لازم باشد برای تخلیه سلول‌های سرطانی جراحی باز انجام شود.

اپیتلیال: سلول‌های سطحی در بافت.

استروژن: هورمون زنانه که مربوط به باروری است.

استرئوتاکتیک: تصویر برداری با هدایت کامپوتر

استئوپروسیس: کمبود تراکم استخوان

استئولیتیک: به ایجاد حفره‌های کوچک در استخوان گفته می‌شود.

اسکن استخوان: روش استفاده از اشعه ایکس است تا متاستاز سرطان به استخوان مشخص شود.

اِم. آر. آی (تصویربرداری به روش ارتعاش مغناطیسی): روشی که با ایجاد میدان مغناطیسی و فرکانس‌های رادیویی از اندام‌های داخلی بدن تصویر تهیه می‌کند.

بدخیم: سرطانی، رشد سریع و خارج از کنترل سلول.

بیماری پاژت (پاژه): نوعی از سرطان بسیار کمیاب در درون مجاری شیری نوک پستان.

پاتولوژیست (آسیب شناس): متخصصی است که در تشخیص سلول سالم از ناسالم مهارت دارد.

پالپیشن: معاینه بسیار دقیق توده و بافت اطراف آن با دست.

پروژستین: پروژسترون مصنوعی که در قرص‌های ضد بارداری و هورمون‌درمانی استفاده می‌شود.

پزشک عمومی: پزشکی که انجام آزمایش‌های ابتدایی را برای کنترل سلامتی تجویز می‌کند.

پیش‌آگهی: برآورد نتیجه‌ی احتمالی بیماری برپایه وضعیت عمومی بیمار و درمان‌های موجود.

پیش‌گیری اولیه: هر گونه روش درمان یا تغییر در شیوه‌ی زندگی که مانع از تشکیل، رشد و تقسیم سلول‌های سرطانی بشود.

پیشگیری ثانویه: روش‌های درمان یا تغییر در شیوه‌ی زندگی که فرد را در معرض عوامل خطر و احتمال ابتلا به سرطان دور می‌کند، ولی مستقیماً مانع تشکیل سلول‌های سرطانی نمی‌شود.

تغییرات فیروکیستیک پستان: برجستگی، حساسیت یا درد در زمان‌های مشخصی از ماه که در پستان رخ می‌دهد.

تکثیر سلولی: رشد و تقسیم سلولی

تمایز نشدنی: سلول‌هایی که ماهییت تشخیصی از بافت اصلی را از دست می‌دهند.

توده در پستان: تجمع غیرطبیعی بافت در پستان که ممکن است خوش‌خیم یا بدخیم باشد. ممکن است نمونه‌برداری برای تشخیص ماهیت توده لازم باشد.

تومور: توده یا گره در بافت.

جراح پلاستیک: جراحی است که در صورت لزوم مراحل بازسازی پستان را انجام می‌دهد.

جراح سرطان: متخصص جراحی تومورهای سرطانی.

جهش: نسخه ناقص از ژن.

خوش‌خیم: غیر سرطانی.

خیز (ادم): شرایطی است که پس از جراحی و تخلیه یا آسیب به گره‌های لنفاوی، مایع درون لنف در بافت جمع می‌شود و باعث می‌شود که دست متورم شود.

خیز ثانویه: شرایطی که مایع لنف پس از جراحی یا آسیب به گره یا شبکه لنفاوی در بافت جمع می‌شود.

خیز حاد: تورمی که بیش از شش ماه ادامه داشته باشد.

خیز حاد: شرایطی که اثر انگشت در هنگام تماس بر روی پوست مدت زمان طولانی باقی می‌ماند.

سرطان پستان مهاجم: نوعی از سرطان که سلول‌های غرطبیعی از مرزهای بافت طبیعی پستان خارج می‌شوند و به بافت‌های اطراف مهاجم می‌کنند.

سرطان تخمدان: گونه‌ای از سرطان که از تخمدان‌ها آغاز می‌شود و معمولاً با سرطان پستان در ارتباط است.

سرطان جداره داخلی رحم: سرطانی که از جداره داخلی رحم آغاز می‌شود.

سرطان روده بزرگ: سرطانی که از روده بزرگ آغاز می‌شود.

سرطان شناس رادیوتراپی: سرطان شناسی است که میزان اشعه لازم برای درمان را تجویز می‌کند.

سرطان غیرمهاجم: سرطانی که فقط به بافت اصلی محل رشد آن محدود است و به بافت اطراف گسترش نکرده است.

سرطان گیرنده استروژن مثبت: نوعی از سرطان که در اثر هورمون استروژن سریع‌تر رشد می‌کند.

سرطان گیرنده پروژسترون مثبت: نوعی از سرطان که در اثر هورمون پروژسترون سریع‌تر رشد می‌کند.

سلول: واحد اصلی بافت، طاهر و ترکیب سلول‌ها بنا بر نوع بافتی که می‌سازند منحصر به فرد است.

درجه: نشان‌دهنده سرعت رشد سرطان از مرحله‌ای به مرحله دیگر است.

درمان کمکی: درمانی که پس از درمان اولیه، احتمال بهبود را افزایش می‌دهد و کمک می‌کند تا مانع از بازگشت سرطان شود.

درمان هدفمند: در این روش از مولکول‌های خاصی برای جلوگیری از رشد تومور و سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود.

دِرَن: لوله‌های پلاستیکی که درون بدن و در محل جراحی کار گذاشته می‌شوند تا خونابه را از محل جراحی به بیرون تخلیه کنند.

رادیوتراپی: استفاده از اشعه ایکس برای از بین بردن سلول‌های سرطانی.

رادیولوژیست: پزشکی است که در درمان بیماری‌های مختلف با اشعه‌های رادیویی متخصص است.

سارکوم: سرطانی که از بافت‌های همبند سرچشمه می‌گیرد.

سرطان پستان التهابی: نوع بسیار کمیابی از سرطان پستان است که نشانه‌های بالینی آن بسیار مشابه عفونت پوست یا حساسیت است.

سرطان پستان درجا: سرطان پستان غیرمهاجم که سلول‌های غیر طبیعی فقط در مجاری شیری وجود دارند.

سرطان پستان متاستاتیک: رشد سرطان در اندام‌های دیگر بدن.

سیروآلبیشن: روشی برای از بین بردن سلول‌های سرطانی با استفاده از سزما‌ی بسیار زیاد.

شبکه لنفاوی: مجموعه‌ای از رگ‌ها با وظیفه عملکرد انتقال چربی تجزیه شده از جریان خون، تخلیه سموم از بافته و مبارزه با گسترش بیماری در سراسر بدن.

شیمی‌درمانی: روش استفاده از داروها برای درمان سیستمی سلول‌های سرطانی

عضله شکمی رکتوس: عضله شکمی که به همراه پوست و چربی برای باطسازی پستان استفاده می‌شود.

عوامل خطر: هر گونه علتی که باعث احتمال ابتلا به سرطان را ایجاد کند.

عود (بازگشت) سرطان: بیماری سرطان که پس از درمان اولیه دوباره بازگشت کرده است.

عود منطقه‌ای: بیماری سرطان فقط در منطقه پستان و گره‌های لنفاوی زیر بغل بازگشت کرده است.

غدد لنفاوی زیر بغل: تخلیه غدد لنفاوی زیر بغل با عمل جراحی، سپس این غدد برای نمونه‌برداری به آزمایشگاه فرستاده می‌شوند.

غدد لنفاوی: بافت‌های موجود در شبکه لنفاوی که مایع لنف را پاکسازی می‌کند و باعث افزایش سیستم دفاعی بدن می‌شود.

فیروسیس: کلفت شدن بافت فیروکیست به توده جامد.

قاعدگی: شروع دوران خونریزی.

کارآزمایی بالینی: مطالعه اثربخشی دارو در میان داوطلب‌هایی که دارو به آن‌ها تزریق شده است.

کارسنوما: سرطانی که از سلول‌های سطحی بافت‌ها نشأت می‌گیرد.

کارسینوما داخلی مجاری: نک. کارسینوما مجاری شیری.

کارسینوما غدد شیری: سرطانی که از درون غدد شیری منشأ می‌گیرد.

کارسینوما مجاری: سرطانی که از درون مجاری شیری منشأ می‌گیرد.

کلسیفیکیشن: تجمع مواد معدنی در بافت پستان.

کیست: کیسه‌های غیر سرطانی پر از مایع که مانند توده‌های نرمی هستند.

گره سنتینل یا پیشاهنگ: استفاده از ماده رنگی برای یافتن اولین گره لنفی که سلول‌های سرطانی تهاجم کرده‌اند. سپس این گره از بدن خارج می‌شود و برای نمونه برداری به آزمایشگاه فرستاده می‌شود.

گره‌های لنفاوی پستان: شبکه طبیعی مجاری لنفاوی که در داخل بافت پستان وجود دارد.

لامپکتومی: فقط تومور و مقدار کوچکی از بافت سالم اطراف تومور از پستان خارج می‌شود و تقریباً، ظاهر پستان دست‌نخورده باقی می‌ماند.

لوب: مجموعه‌ای از لوبول‌ها در پستان

- لوبول: غدد مجزا درون لوبها که شیر تولید می کنند.
- ماستکتومی پروفیلاکتیک: تخلیه پستان سالم برای جلوگیری از احتمال گسترش سرطان پستان در خانمهایی که احتمال ابتلا به سرطان در آنها زیاد است.
- ماستکتومی تعدیل شده: جراح، پستان و گره های لنفاوی زیر بغل و عضله روی قفسه سینه را تخلیه می کند.
- ماستکتومی رادیکال (ماستکتومی رادیکال هالستد): هر دو پستان، عضلات قفسه سینه و همچنین گره های لنفاوی تخلیه می شوند.
- ماستکتومی ساده: جراح تمام پستان را تخلیه می کند بدون این که گره های لنفاوی را جراحی کند.
- ماستکتومی هدفمند: جراحی تومور به همراه بخشی از بافت سالم اطراف تومور و بخشی از عضله قفسه در زیر تومور.
- ماستکتومی / لامپکتومی: تخلیه بافت سرطانی و مقداری از بافت سالم اطراف با روش عمل جراحی، گاهی اوقات تعدادی از گره های لنفاوی نیز از بدن خارج می شوند.
- ماکروکلسیفیکیشن: تجمع مواد در بافت پستان که در تصویر برداری ماموگرافی به شکل نقاط سفید دیده می شوند.
- ماموگرافی: بررسی پستان با اشعه ایکس.
- متاستاز (دست اندازی): گسترش سرطان به دیگر اندامها.
- متاستاز: گسترش سرطان.
- متخصص تغذیه: کارشناس سلامتی که دانش آموخته در رشته تغذیه است و درباره روش تغذیه، انتخابهایی به افراد پیشنهاد می کند.
- متخصص زنان و زایمان: پزشک متخصص در بیماری های زنان.
- مجاری: مجرای که از درون پستان، شیر را از لوبولها به نوک پستان هدایت می کند.
- مرحله: میزانی که نشانه دهنده پیشرفت سرطان است.
- میزان مرگ و میر: شمارش میزان مرگ بر اساس بیماری یا علت مشخص در یک جمعیت.
- میکروکلسیفیکیشن: نقاط بسیار کوچک کلسیم که در تصویر برداری ماموگرافی مانند نقاط پراکنده دیده می شوند.
- نشانه گر تومور: موادی که به مقادیر زیاد در خون یا ادرار خانم مبتلا به سرطان پستان وجود دارد.
- نمونه برداری با سوزن: با استفاده از یک سوزن کمی بزرگتر، مقدرا کمی از بافت را برای آنالیز از توده خارج می کنند.
- نمونه برداری باز: با عمل جراحی بخشی از توده و یا نام توده برای آزمایش به آزمایشگاه فرستاده می شود.
- نمونه برداری بسته: قسمتی از توده را برای آزمایش دقیق به آزمایشگاه می فرستند.

نمونه‌برداری به روش سوزن ظریف (کششی): با استفاده از یک سوزن بسیار نازک مایع و یا سلول را برای ارزیابی مستقیماً از توده خارج می‌کنند.

نمونه‌برداری: روشی که تعدادی از سلول‌های بدن برای بررسی به آزمایشگاه فرستاده می‌شوند.

هایپرپلازیا اپیتلیال: بیماری که سلول‌های داخل مجاری شیری یا غدد شیری تکثیر می‌یابند.

هایپرکلسیمیا: کمبود کلسیم در استخوان‌ها که باعث افزایش سطح مواد معدنی در جریان خون با نشانه‌های حالت تهوع و سرگیجه می‌شود.

هرتو (HER2): نوعی از سرطان که ژن هرتو باعث تولید مقدار زیادی پروتدین هرتو می‌شود.

هرم غذایی: دستورالعملی که در آمریکا تهیه شده است و میزان لازم از سهم غذاهای متفاوت از گروه‌های مختلف غذا را در یک رژیم غذایی متعادل نشان می‌دهد.

هورمون درمانی: تجویز استروژن و پروژسترون برای تخفیف نشانه‌های یائسگی برای جلوگیری از عوارض ناشی از یائسگی، به‌ویژه پوکی استخوان.

هورمون درمانی: در این روش اثرات هورمون‌ها برای روی سلول‌ها مسدود می‌شود.

یائسگی: پایان دوره باروری

پیوست

www.cancer.org انجمن سرطان آمریکا

www.bcsc.ca انجمن سرطان پستان کانادا

www.asco.org انجمن سرطان شناسی آمریکا

www.cancerresearch.org انیستیتو پژوهش سرطان

www.cancer.gov انیستیتو ملی سرطان

www.medicalacupuncture.org آکادمی طب سوزنی

www.avoncrusade.com بنیاد سرطان پستان آون

www.komen.org بنیاد سوزان کومن

www.medicineworld.org دنیای پزشکی

www.lbbc.org زندگی با سرطان

www.breastcancer.org سازمان سرطان پستان

www.cbcn.ca شبکه سرطان پستان کانادا

www.lymphnet.org شبکه ملی خیز لنف

www.cancercare.org مراقبت سرطان

www.nccam.nih.gov مرکز ملل برای درمان‌های جانبی و تکمیلی

منابع

Fitzpartick T, Johnson R, Polano M, Surmond D, Wolf K. *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology* Second edition, p. 176

Ganz P Demond K, Belin T, Meyerwitz B, Rowland J. Predictors of Sexual Health Women After a breast Cancer Diagnosis.

Gaston M, Porter G. Prime Time: The African American Woman's Complete Guide to Midlife Health and Wellness.

Hodern A. Intimacy and Sexuality for the Woman with Breast Cancer. *Cancer Nursing* 2000; 23(3):230-235.

Kornblith A, Ligibel J. Psychosocial and Sexual Functioning of Survivors of Breast Cancer. *Seminars in Oncology* 30(6):799-813.

Roger M, Kristjanson L. The Impact on Sexual Functioning of Chemotherapy-induced Menopause in Women with Breast Cancer. *Cancer Nursing* 2002; 25:67-63.

Schover L. *Spirit: Sisters Peer Counseling in Reproductive Issues After Treatment Workbook*. A research partnership between the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center and Sisters Network®, Inc.

Stead M. Sexual Dysfunction after Treatment for Gynecologic and Breast Malignancies. *Currnt Opinion in Obstetrics and Gynecology* 15:57-61.

Wilmoth M, Sanders L. *Accept Me for Myself: African Women's Issues After Breast Cancer*. *Oncology Nursing* 2001; 28(5):875-879