	سرطان پروستات **Prostate cancer**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

ماهیت بیماری:

به طور کلی سرطان پروستات نوعی بیماری است که در آن سلولهای بدخیم از بافتهای پروستات نشات میگیرد و به طور نامنظم و فزایندهای تکثیر و منجر به افزایش حجم در هر یک از اجزای سلولی پروستات میشود. کانسر پروستات **شایع ترین** بدخیمی غیر پوستی و پنجمین سرطان شایع و دومین سرطان شایع مردان در سراسر جهان است. تفاوت های بین نژادهای مختلف در زمینه کانسر پروستات بیشتر از اینکه صرفا به ساختار ژنتیکی آنها بستگی داشته باشد به محیط اطراف، رژیم غذایی، سبک زندگی و آگاهی و نگرش افراد به وضع سالمتی بستگی دارد و از آنها میتوان به رژیم غذایی مملو از چربی، سطح بالاتر تستوسترون سرم، مسائل مالی، تفاوت در وضعیت غربالگری و استفاده از درمان های تهاجمی اشاره کرد. سن متوسط ابتلا به سرطان پروستات ۶۸ سالگی و به ندرت در افراد زیر ۵۰ سالگی نیز دیده میشود.

در دهه های اخیر شناسایی کانسر پروستات در stage های پایین تر تا حدزیادی به علت غربالگری به وسیله PSA افزایش یافته است.

- **آدنوکارسینوم پروستات**:

شایعترین محل بروز کانسر پروستات در قسمت پریفرال پروستات است و در موارد کمی تومور محدود به transitional zone می باشد.

گسترش موضعی تومور میتواند باعث درگیری seminal vesicle شود که شایعترین راه درگیری آن به روش مستقیم وخارج شدن تومور از قاعده پروستات و درگیری بافت های نرم اطراف seminal vesicleو نهایتا خود آن است. در موارد پیشرفته تر امکان درگیری رکتوم وجود دارد.

شایعترین محل های متاستاز کانسر پروستات غدد لنفاوی و استخوان است.

سایر پاتولوژی های بدخیم پروستات شامل small cell carcinoma در نیمی از موارد به صورت مختلط وهمراه با آدنو کارسینوما است و متوسط بقای بیمار مبتلا کمتراز یکسال است کارسینوم مجاری پروستات (کمتراز ۱ ٪کانسرها وبا علائم انسدادی وهماچوری همراه است که PSAدر این بیماران نرمال است)، اسکوآموسل کاسینوما، رابدومیوسارکوم، لیومیوسارکوم، کارسینوم اوروتلیال(۱تا۴ %کارسینوم های پروستات را شامل می شود)می باشد.

یک سیستم درجه بندی، استفاده از معیار گلیسون (Gleaso) است. معیار گلیسون(Gleason) از ۲ تا ۱۰ درجه بندی میشود. با بالا رفتن معیار Gleason ،آسیب شناس برای مشاهده نمونه های سلولها در بافت پروستات از میکروسکوپ استفاده میکند. بیشتر الگوها از درجه ۱(شبیه تر به سلولهای عادی تا ۵غیرعادی تر هستند. اگر دومین نمونه وجود داشته باشد، آسیب شناس درجه ۱ تا ۵به آن میدهد و دو درجه معمول را با هم جمع میکند تا معیار Gleason را بسازد. اگر فقط یک نمونه مشاهده شود، آسیب شناس آن را ۲ بار حساب میکند. برای مثال، ۱۰=۵+۵ .

معیار Gleason بالا(مثل ۱۰)به معنی تومور پروستات با درجه بالاست. تومورهای با درجه بالا، نسبت به تومورهای با درجه پایین، تمایل بیشتری برای رشد سریعتر و گسترش دارند.

سیستم درجه بندی دیگر سرطان پروستات از درجه های ۱ تا۴ (G۱تا G٤)استفاده میکند. G٤ بیشتر از G۱ و G۲ و G۳ تمایل به رشد و گسترش دارند.

➢ مرحله بندی سرطان پروستات:

T۱a: کمتراز ۵ ٪چیپس های turp آلوده به تومور هستنداسکور گلیسون زیر۷

T۱B : بیشتراز ۵٪چیپس های turp آلوده به تومور هستند اسکور گلیسون بالای ۷

T۱c : تومور در بیوپسی به دنبال psa بالا کشف شده است.

T۲ : تومور قابل لمس محدود به پروستات.

T۲a : تومور محدود به یک لوپ پروستات .

T۲b: تومور بیش از یک لوب پروستات .

T۳A : تومور با گسترش یک طرفه خارج کپسول

T۳B: تومور با گسترش دوطرفه خارج کپسول

T۳C: درگیری کیسه های منوی

T٤A: تهاجم به گردن مثانه، اسفنگتر، رکتوم

T٤B: تهاجم به عضالت لواتور وجدار لگن

N۱: لنف نود واحد مثبت زیر۲ سانت ی متر

N۲: درگیری متعدد لنفاوی زیر۵ سانتی متر

N۳: غده لنفاوی درگیر بالای ۵ سانتی متر

M۱A: متاستاز لنفاوی غیررژیونال

M۱B:متاستاز به استخوان

M۱C:درگیری سایر ارگان ها

عوامل مستعد کننده:

۱.جنبه های فامیلی : ۱۵٪کانسرهای پروستات ارثی بوده و خطر نسبی ابتلا به کانسر پروستات در صورت درگیری برادر بیمار بیش از پدر وی است و در صورت درگیری بیش از ۲ نفر از اقوام درجه یک بیمار، این میزان خطر نسبی به بیش از ۵ برابر میرسد.

۲.التهاب و عفونت : عفونت مزمن در طول زمان میتواند زمینه ساز کانسر باشد.

۳.آندروژن ها : آندروژن اصلی در بافت پروستات دی هیدروتستوسترون(DHT) است. آندروژن ها در ایجاد، تکامل و تداوم کانسرپروستات نقش ثابت شده ای دارند.

۴.ویتامین D و کلسیم : شواهد متعددی دلالت بر نقش پیشگیری کننده ویتامین D ایجاد کانسر پروستات دارد و متقابلا میزان بالای کلسیم در رژیم غذایی در ایجاد کانسر پروستات نقش موثری دارد.

۵.چاقی و رژیم غذایی : در بیماران چاق احتمال بروز کانسر grade Low کاهش و احتمال بروز کانسر High grade افزایش می یابد.

۶.ژن ها : در تعدادی از مطالعات بروز فامیلی کانسر پروستات و کانسر پستان گزارش شده که ۲ ژنی که در بروز کانسر پستان موثر بوده اند در مواردی از کانسر پروستات نیز دخیل بوده اند.

۷. فیناستراید : مصرف فیناستراید ریسک کانسر پروستات را تا ۲۵ ٪ کاهش میدهد.

۸. استاتین ها : که به صورت گسترده جهت کاهش کلسترول خون تجویز می شوند ثابت شده است که استفاده کنندگان آنها سطح سرمیPSA پایین تری دارند.

۹. تغییر سبک زندگی : تغییر رژیم غذایی، توقف سیگار و ورزش منظم باعث پیشگیری از کانسر می شود.

علائم و نشانه ها:

بخاطر موقعیت قرارگیری پروستات در بدن، سرطان پروستات معمولاً با علائم خاصی همراه است. وقتی پروستات به علت سرطان یا مشکلی دیگر بزرگ میشود، مجرای ادراری در پروستات تنگ تر و تنگ تر میشود. با باریک شدن این لوله، ادرار سخت تر و یا با فشار خارج میشود:

- ✓ تردید (دشواری شروع جریان ادرار)
- ✓ اضطرار در ادرار(حس اینکه باید فورا ادار کرد)
- ✓ مشکل در دفع ادرار
- ✓ تکرر ادرار و بیدار شدن طی شب برای ادرار کردن
- ✓ ادرار با فشار کم
- ✓ مشاهده خون در ادرار یا منی
- ✓ تورم پاها درد و ناراحتی در لگن یا مقعد
- ✓ درد به هنگام انزال
- ✓ ناتوانیهای جنسی

روش های تشخیصی:

۱.معاینه رکتال : ۵۰ ٪ضایعات مشکوک در معاینه رکتال بدخیم هستند. در تمام مردان با معاینه رکتال مشکوک صرف نظر از سطح PSAانجام بیوپسی توصیه میشود زیرا ۲۵ ٪سرطان پروستات PSA طبیعی دارند.

۲. **آزمایش خون PSA : PSA** از سلول های اپی تلیال پروستات ترشح میشود و داخل ترشحات پروستات و سرم موجود است. البته افزایش آن اختصاصی کانسر نیست. هرگونه دستکاری پروستات و درمان های تهاجمی، پروستاتیت، بیوپسی، احتباس و بزرگی خوش خیم پروستات و سرطان، مقدار PSA را بالا می برد. به عنوان مثال در بیماری که سوندژ مثانه میشود بهتر است اندازگیری PSA ۷۲ ساعت بعد و یا یک هفته

بعد از سونداژ انجام پذیرد. ۲۵ ٪سرطان های پروستات PSA طبیعی دارند پس ترکیب این آزمایش با معاینه رکتال از هرکدام به تنهایی بهتر است. در صورت طبیعی بودن آزمایش و غیر عادی بودن معاینه رکتال حتما بیوپسی توصیه میشود.

✓ **مقدار طبیعی PSA:**

- کمتر از ۴ برای افراد پیرتر از۶۰ تا ۶۵ سال
- کمتراز ۵.۲برای افراد جوانتر از ۶۰ تا۶۵
- افزایش بین ۴تا ۱۰ میتواند نشانه BPH یا سرطان پروستات باشد.

۳.سونوگرافی پروستات

۴. **بیوپسی پروستات** : در تمام افرادی که PSA بالا یا معاینه رکتال غیر عادی دارند بیوپسی با گاید سونوگرافی از راه رکتوم لازم است. در مواردی که رکتوم پر باشد از انما هم استفاده میشود. بیمار از نظر علائم پروستاتیت و بیماری دریچه ای بررسی شود. بهتر است بیمار مصرف آسپرین و NSAID را حداقل از ۷ روز قبل قطع کند و نیز دارو های آنتی کوآگولان باید قطع شود. پروفیالکسی آنتی بیوتیک برای همه بیماران انجام میشود. معمولا از بی حسی موضعی استفاده میشود و میزان درد در جوان ها بیشتراز پیرهاست.

بدترین عارضه بیوپسی پروستات عفونت و سپسیس است. **شایعترین عارضه** خونریزی می باشد (۵۰ ٪)و هماتواسپرمی (خون در انزال) در ۰۳%موارد دیده میشود. رتانسیون ادراری (۱ تا ۲)٪ و ۸ ٪واکنش وازووگال(تحریک عصب واگ) و هماتوشزی(خون ریزی از مقعد)که نادراست.

درمان:

درمان جراحی شامل رادیکال پروستاتکتومی میباشد. اکثر صاحب نظران عمل رادیکال را فقط در مردان جوان تر از ۷۵ سال یا آنها که امید به زندگی بیشتر از ۱۰سال دارند، توصیه می کنندپیش از آنکه بیمار کاندید عمل جراحی رادیکال پروستاتکتومی شود باید از نظر سلامتی سایر دستگاههای بدن مورد ارزیابی و تحت معاینه کامل فیزیکی قرار گیرد. سابقه جراحی های قبلی بیمار، بیهوشی، داروهای مصرفی ارزیابی شوند. عوارض کشنده هر عمل جراحی شامل سکته های قلبی، سکته های مغزی، آمبولی پولمونر، آریتمی قلبی، خون ریزی های شدید، و واکنش به داروهای بیهوشی میباشد. عمل جراحی به طور معمول برای۶ تا ۸ هفته پس از بیوپسی ترانس رکتال و ۱۲ هفته پس از TURP به تعویق انداخته میشود و هدف از این فاصله زمانی فروکش کردن التهاب و هماتوم موضعی و چسبندگی های ناشی از بافت فیبروتیک التهابی است تا آناتومی منطقه مورد عمل واضح شده و انجام آن با عوارض کمتری میسر میشود. قبل از عمل جراحی آزمایش های روتین از قبیل :

RH,BG,CBC,A/U,Cr,INR,PTT,PT,BUN,K,N و همینطور دو واحد رزرو خون درخواست می شود. از یک هفته قبل از عمل جراحی داروهایی از قبیل آسپرین، دی پیریدامول وکلوپیدگرول، ویتامین E ،داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و امگا ۳ به دلیل تاثیر بر عملکرد پلاکت ها و انعقادی و افزایش ریسک خونریزی حین عمل از رژیم دارویی بیمار حذف میشوند. طبق صلاحدید پزشک برای بیماران مشاوره بیهوشی درخواست میشود و با صلاحدید متخصص بیهوشی مشاوره قلب و نوار قلب برای بیمار درخواست و انجام می شود.

رادیوتراپی یکی از درمانهای اصلی برای کانسر پروستات لوکالیزه است. براکی تراپی نیز TURBT یکی از درمانهای انتخابی در رادیکال پروستاتکتومی میباشد که عبارت است از گذاشتن و کاشتن مواد رادیواکتیو داخل یا نزدیک تومور. بیماران با عائلم انسداد خروجی مثانه یا سابقه قبلی ،کاندید مناسبی برای رادیو تراپی نیستند.

درمانهای هورمونی همراه با رادیوتراپی نیز به کوچک شدن تومور سرطان پروستات کمک میکند و همینطور متاستازهای میکروسکوپی و رشد خارج پروستات را مهار یا ریشه کن میکند که البته اضافه کردن درمان هورمونی مضراتی نیز دارد مانند افزایش خطر نقص نعوظ. پس از مدتی کانسر پروستات به هورمون درمانی مقاوم شده و باید شیمی درمانی انجام شود.

متاستاز های سرطان پروستات معمولا به استخوانها ست و درمان آنها معمولا در مرحله اول هورمونی و در مرحله دوم رادیوتراپی است .فشار بر طناب نخاعی در این بیماران یک اورژانس پزشکی محسوب می شود و اگر بیمار به پارا پلژی برسد برگشت آن غیر معمول است روش ارجح قبل از تشخیص آسیب نخاعی MRI میباشد. درمان های حمایتی و تسکین دهنده شامل استفاده از مخدرها استروئید ها وNSAID ها میباشد .دوره نقاهت پس از جراحی رادیکال پروستاتکتومی غالبا بدون مشکل بوده و معمولا روز اول پس از عمل جراحی بیمار از تخت خارج شده و حرکت را آغاز میکند و تغذیه دهانی نیز ابتدا با مایعات صاف شده و سپس در صورت تحمل بیمار رژیم عادی شروع میشود .ساکشن درن را یک روز پس از آنکه ترشح کمتر از ۳۰ سی سی شد (معمولا روز دوم یا سوم پس از عمل)خارج میکنیم. روز سوم یا چهارم بیمار با حفظ سوند فولی با آنتی بیوتیک خوراکی و مسکن خوراکی از نوع NSAIDs از بیمارستان مرخص میشود.

➢ عوارض جراحی رادیکال پروستاتکتومی:

عوارض حین عمل جراحی : خونریزی شدید، آسیب اعصاب ناحیه، آسیب رکتوم، آسیب حالب .

عوارض زودرس : خون ریزی تاخیری و ترومبو آمبولی .

عوارض دیررس : تنگی گردن مثانه، بی اختیاری ادراری موقت و مداوم، ناتوانی جنسی، فتق اینگوئینال.

به بیمار آموزش داده شود که پس از جراحی ادرار شما برای چند روزی خونی خواهد بود که یک امر طبیعی میباشد و نگران نباشد .برای جلوگیری از لخته شدن خون(که موجب انسداد ادرار می شود)، از راه سوند فولی(سه راهه)مثانه شستشو داده میشود تا ادرار به راحتی خارج گردد. ویه بیمار آموزش داده شود بعد از عمل مرتبا سرفه کند، تنفس عمیق داشته باشد، هنگام سرفه، تنفس عمیق و تمرینات تنفسی با دست یا با یک بالش کوچک محل جراحی خود را حمایت کند. پس از دستور پزشک با کمک همراه بیمار از تخت خارج شود، با قدم زدن، کمک به خروج ادرار خواهد شد و به مرور هماچوری برطرف میشود.

داروهای مصرفی:

داروهای مصرفی پس از جراحی شامل مسکن مانند آپوتل، داروهای مخدر و آنتی بیوتیک ها مانند سفتریاکسون و در صورت نیاز به همراه مترونیدازول بوده و در صورت صلاحدید پزشک با انجام کشت خون آنتی بیوتیک تجویزی تغییر میکند.

فعالیت مجاز و غیر مجاز:

مطالعات نشان داده که در مردان با فعالیت بدنی منظم، خطر ابتلا به سرطان پروستات کمتر است. فعالیت شدید اثر بیشتری به ویژه در مورد خطر سرطان پروستات پیشرفته دارد. همچنین در مردان مبتلا به سرطان پروستات، فعالیت بدنی با بقای بهتر همراه است و مقدار متوسط فعالیت شدید، حدود سه ساعت در هفته، بطور قابل توجهی بهبود سرطان پروستات را افزایش میدهد .مزایای سلامت فعالیت بدنی مستقیما با میزان فعالیت منظم مرتبط است. به طور کلی، هرچه بیشتر، بهتر است. شدت آن نیز اهمیت دارد، اما نیازی به شدید بودن برای مفید بودن ندارد. فعالیت فیزیکی فقط شامل باشگاه رفتن یا ورزش رفتن نیست، بلکه دوچرخه سواری، باغبانی و نیز انجام کارهای خانگی، بالا رفتن از پله ها و شغلی که فعالیت فیزیکی دارد را نیز شامل میشود.

بهترین ورزش در برای سرطان پروستات:

عضلات کف لگن از استخوان عانه در جلوی کشاله ران تا استخوان دنبالچه در پشت ادامه دارند و درست زیر پروستات هستند و از مثانه، پروستات و راست روده در لگن حمایت میکنند. با جراحی پروستات، با توجه به نزدیکی این عضلات به پروستات، ضعف عضلانی اجتناب ناپذیر است. با شروع به تقویت عضلات لگنی قبل از عمل، میتوان ضعف عضلانی را کاهش داده و همچنین خطر ابتلا به بی اختیاری بعد از عمل پروستات را کاهش داد .با انقباض عضلات کف لگن میتوان جریان ادرار را متوقف کرد. راجع به بلند کردن پرینه، ناحیه بین بافت بیضه ها و راست روده، فکر کنید. برای تعیین این که آیا از عضلات درستی استفاده میکنید، میتوانید به بالا رفتن آلت تناسلی در طول انقباض نگاه کنید. از تحت فشار قرار دادن خود اجتناب کنید. سعی کنید عضلات کف لگن را بدون سفت کردن مقعد یا عضلات شکمی تحریک کنید. هنگام تحت فشار قرار دادن این عضلات برای اولین بار، به پشت دراز بکشید و دستان خود را روی ناحیه تحتانی شکم قرار دهید. هنگام تحت فشار قرار دادن عضلات لگن، نباید حرکاتی زیر دستان خود احساس کنید اگر هنگام اجرای تمرینات کگل نشت ادراری افزایش یابد احتماال نادرست انجام میدهید .برای راحتی تمرینات کگل دراز کشیده یا نشسته روی صندلی انجام دهید . کف لگن را برای ۱۰ ثانیه منقبض کنید و سپس با استراحت ۱۰ ثانیه ای ادامه دهید (پنج بار تکرار کنید) این تمرین را سه بار در روز انجام دهید تا عمل جراحی انجام شود.

✓ ورزش بعد از عمل پروستات:

پس از برداشتن کاتتر، با پرستار یا پزشک خود در مورد اینکه چه زمانی میتوانید تمرینات را شروع کنید، صحبت کنید .با یک انقباض ملایم (کمتر از ۱۰۰ درصد تلاش) شروع کند. انقباض را برای مدت سه ثانیه نگه دارید و سپس ۱۵ ثانیه ریلکس بمانید و این کار را سه بار در روز(در هر مرحله پنج مرتبه)تکرار کنید. هر روز شدت انقباضات را افزایش دهید. همچنین، زمان انقباض را با یک ثانیه افزایش و زمان ریلکسیشن را با یک ثانیه در روز کاهش دهید تا زمانی که به مدت ۱۰ ثانیه نگه داشته و یک استراحت ۱۰ ثانیه ای انجام دهید. پنج بار تکرار و سه بار در روز ادامه دهید .گام بعدی این است که تمرینات را نشسته یا ایستاده انجام دهد. فواصل زمانی مشابه را همانطور که در باال ذکر شد، با یک بازه ۵ثانیه ای انقباض و ۱۵ ثانیه ریلکسیشن ادامه دهید و تا ۱۰ ثانیه انقباض و ۱۰ ثانیه ریلکسیشن پیش برویدکاهش تدریجی نشت ادرار و افزایش بازه های زمانی نیاز به ادرار کردن را متوجه خواهید شد. شما همچنین باید فوریت در ادرار کردن را حداقل ۱۵ دقیقه به تاخیر بیاندازید و بدون نشت ادراری به سرویس بهداشتی بروید. اگر با افزایش دفعات ادرار یا نشت زیاد مشکل دارید، با پزشک مشورت کنید .کالج آمریکایی طب ورزشی توصیه میکند که بزرگساالن سالم حداقل دو و نیم ساعت ورزش های هوازی متوسط در هفته، تمرینات قدرتی دو تا سه روز در هفته؛ و تمرینات تعادل، مهارتی، هماهنگی و انعطاف پذیری دو تا سه روز در هفته انجام دهند. با تیم پزشکی خود در مورد تمرینات مناسب و شدتی که آن را انجام میدهید، و اینکه چقدر باید تمرین کنید، مشورت کنید.

رژیم غذایی مجاز و غیر مجاز:

سرطان پروستات شایع ترین سرطان در بین مردان است و وعده های غذایی کم کالری،کم چربی، مصرف میوه ها و سبزیجات(فیبر و املاح)نقش مفیدی در پیشگیری از ابتلا به بسیاری از سرطان ها دارد. ورزش میتواند سیستم ایمنی شما را تقویت کند. گردش و سرعت هضم را بهتر کند. معاینه سالانه پروستات نمیتواند به اندازه یک رژیم غذایی سالم و ورزش، خطر سرطان پروستات را کاهش دهد .

۱. **آنتی اکسیدان ها :** محققان نقش بسیاری از ویتامین ها و املاح مانند ویتامین های E ، C، سلنیم ، روی و را برروی سرطان پروستات بررسی کرده اند. این ویتامین ها و املا ح جزء آنتی اکسیدان ها (آنتی اکسیدان ها موادی هستند که سلول های شما را از آسیب اساسی مولکول های سمی به نام رادیکال های آزاد محافظت میکنند) هستند. آنتی اکسیدان ها با محافظت سلول ها در برابر مواد سرطان زا،

خطر سرطان پروستات را کاهش میدهند. میوه ها، سبزیجات، غلات کامل و حبوبات بهترین منابع غذایی ویتامین ها و املاح هستند که انواع وسیعی از مواد مغذی شناخته و ناشناخته را تأمین میکنند. بیشتر پزشکان برای کاهش خطرسرطان پروستات مکمل های تکی را توصیه نمیکنند.مانند کپسول هایی که تنها محتوی ویتامین E هستند.

اگر شما مولتی ویتامین میگیرید هوشیارانه آن را مصرف کنید. تنها یک مقدار معین روزانه از ویتامین ها و املاح توصیه میشود و از مقادیر زیاد اجتناب کنید. مقادیر زیاد بعضی از ویتامین ها و املاح سمی هستند. برای مثال دریافت روزانه بیش از ۴۵۰ میلی گرم روی، ممکن است سبب کم خونی سیدروبالستیک (نوعی کم خونی است که در آن بدن توانایی سنتز گلبول های قرمز خون را از دست میدهد)شود

۲. **گوجه فرنگی** : گوجه فرنگی و محصولات گوجه فرنگی، حاوی لیکوپن (آنتی اکسیدانی که به گوجه فرنگی رنگ قرمز را میدهد) هستند. خوردن محصولات گوجه فرنگی یا دیگر غذاهای غنی از لیکوپن مانند هندوانه و گریپ فروت (صورتی رنگ)خطر ابتلا به سرطان پروستات را کم تر میکند. فراوان ترین لیکوپن در فرآورده های گوجه فرنگی پخته شده مانند سوپ گوجه فرنگی و سس گوجه فرنگی میباشد. گوجه فرنگی نپخته مقدار کمتری لیکوپن دارد.

۳. **سویا** : فرآورده های سویا مانند شیر سویا، آجیل سویا، حاوی ایزوفالون ها (ترکیباتی که احتمالا خطر سرطان پروستات شما را کاهش می دهند) هستند.حضور ایزوفلاون ها، پروتئین های اتصالی (گلوبولین ها)بدن شما را تحریک میکند تا هورمون جنسی تستوسترون را در کنترل نگه دارند.

٤. **سیر** : کاهش خطر انواع بسیاری از سرطان ها، به انضمام سرطان پروستات را نشان داده است. نظر بر این است که ترکیبات سولفور موجود در سیر عمل ایمنی را افزایش میدهند و این به مبارزه با رشد تومور کمک میکند .

٥. **چای سبز** : اندکی بعد از درو کردن، از برگ های چای خشک و خرد شده چای سبز به دست میآید. چای سبز حاوی ترکیبی طبیعی به نام اپی گالوکتچین گالات میباشد. حضور این ترکیب فعالیت آنزیم های ضروری برای رشد سرطان را مهار میکند .

٦. از مصرف نوشابه های الکلی و غذا های محرک مثل کافئین(در قهوه، چای و نوشابه های حاوی کوال مثل کوکاکولا)خود داری کنید.

آموزش های خود مراقبتی:

۱.در منزل مرتب راه بروید و تحرک داشته باشد .

۲.از نشستن به مدت طولانی بیش از ۲ ساعت خود داری کند .

۳ ..با رعایت رژیم غذایی نظیر سبزیجات و میوه جات و یا با تجویز مصرف ملین از طرف پزشک از یبوست خود داری کند .از مصرف غذا ها و نوشابه های محرک خود داری کند .

۴.مایعات زیاد بنوشد۸ تا ۱۰ لیوان تا ادرار رقیق شود .

۵.هنگام دفع زور نزند و بار سنگین بلند نکند .

۶.مرتب با ورزش های پرینه مثل جمع کردن و شل کردن خود، ایستادن و نشستن، عضلات ناحیه باسن را تقویت کند .

۷.هنگام دفع، جریان ادرار را قطع و وصل کند. این کار کمک به تقویت اسفنگتر ها و کنترل ادرار مینماید .تا مدتی ممکن است بی ا ختیاری ادرار داشته باشد که امری طبیعی میباشد نگران نباشد، مدتی طول میکشد و به مرور برطرف خواهد شد .

۸.۸ هفته بعداز جراحی مجاز به فعالیت جنسی میباشد .در صورت ناتوانی جنسی از مشاوره کمک بگیرد.

۹.در صورت داشتن سوند ادرار در منزل بایستی کیسه ادرار پائین تر از سطح بدن باشد، کشیده نشود و به محض اینکه دو سوم کیسه پر شد تخلیه گردد .

۱۰.داروهایی که برایشان تجویز شده سر موقع استفاده کنید و مقدار آنرا کم و یا زیاد نکنید. چنانچه دارویی را فراموش کردید بخورید، اگر نزدیک به ساعت بعدی میباشد آنرا نخورد و فقط داروی ساعت بعدی را بخورد .

۱۱.در صورت پیدایش علایم و نشانه هایی مثل بسته شدن راه ادرار، احساس پری در مثانه، احساس نیاز به دفع ادرار، اسپاسم (گرفتگی عضلات)مثانه، نشت ادرار اطراف سوند، کاهش ادرار یا قطع ادرار در کیسه ادرار به مدت ۴ ساعت و علائم عفونت ادرار شامل تب، لرز، گیجی، بی قراری فوراً به جراح خود گزارش دهد.

منابع:

۱. اورولوژی عمومی، تالیف دکتر ناصر سیم فروش(استاد ممتاز اورولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، دکتر اکبر نورعلیزاده و دکتر محمدحسین سلطانی)دانشیاران اورولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید پزشکی)و با همکاری اعضای هیئت علمی منتخب سراسر کشور. ۱۳۹۹

۲. .گایدلاین اورولوژی، تالیف دکتر کامران احمدی . ۱۳۹۵

۳. .برونر سودارث کلیه و مجاری ادراری(پرستاری داخلی جراحی) ترجمه مریم حضرتی و زهرا نسایه)اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز(ویرایش صدیقه سالمی)هیئت عملی دانشگاه علوم پزشکی تهران).۲۰۱۴

٤. www.elmnet.ir.

٥. WWW.MEDSCAPE.COM

	سرطان پروستات **Prostate cancer**	

کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵