مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان /دوره هجدهم / تابستان ۱۳۹۲/۸-۱

برآورد میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان معده و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان توحید سنندج

یوسف ویسانی[۱]، علی دل پیشه[۲]، کورش سایه میری[۳]، عزت الله رحیمی[۴]

۱. کارشناس ارشدگروه اپیدمیولوژی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۲. دانشیار گروه اپیدمیولوژی بالینی، دانشکده پزشکی و مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران (مولف مسوول) تلفن ثابت: ۰۸۴۱-۲۲۲۷۱۰۳، alidelpisheh@yahoo.com

۳. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی و مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۴. استادیار گروه داخلی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: برآورد میزان بقای بیماران سرطانی پس از تشخیص یکی از شاخص‌های مهم درمانی است. هدف از مطالعه حاضر تعیین میزان بقای ۵ ساله و عوامل موثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان معده بوده است.

روش بررسی: در جریان یک مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی از ابتدای سال ۱۳۸۵ تا انتهای سال ۱۳۸۹، پرونده کلیه ۲۳۹ بیمار با تشخیص قطعی سرطان معده در بخش پاتولوژی بیمارستان توحید سنندج مورد مطالعه قرار گرفت و میزان بقای بیماران بصورت دوره ای پیگیری و با استفاده از روش کاپلان میر و بوسیله آماره Log rank برآورد شد.

یافته‌ها: بیماران شامل ۱۷۸ مرد (۷۸/۵٪) و ۶۱ زن (۲۵/۵٪) بودند. میانگین سن تشخیص۱۱/۹۷ ± ۶۸/۸ سال بود. از لحاظ هیستولوژی تومور نوع روده ای (۶۰/۶٪) ۱۴۵ مورد و با میانگین بقای ۱۹/۸۵ ماه (۲۳/۲۴-۱۶/۴۶: CI٪۹۵) میزان بقای بیشتری داشتند. متعاقب آن، بیماران تحت درمان جراحی (۱۰/۳٪) ۲۱ با میانگین زمان بقای ۱۵/۵۷ ماه (۲۲/۵۸-۸/۷۸: CI٪۹۵) از بقای عمر بیشتری برخوردار بودند. متغیرهائی چون جنسیت، محل سکونت، سابقه سرطان معده در فامیل درجه یک، سابقه علایم بیماری معده، مصرف سیگار، بیماری روانی حین درمان تاثیر معنی داری بر میانگین زمان بقا نداشتند. میزان بقای بیمارانی که سرطان آنها در مراحل ابتدایی بیماری تشخیص داده شده بود با میانگین ۱۴/۸۶ ماه (۱۶/۹۴-۱۲/۷۷: CI٪۹۵) در مقایسه با بیمارانی که سرطان آنها در مراحل انتهائی بیماری تشخیص داده شده بود، بصورتی معنی دار بیشتر بود (P=۰/۰۴۹). میزان بقای یک تا پنج ساله به ترتیب ۴۱٪، ۱۷٪، ۱۳٪، ۱۰٪ و ۵/۴٪ برآورد گردید.

نتیجه گیری: تشخیص زود هنگام بیماری منجر به افزایش قابل توجه و معنادار میزان بقای ۵ ساله بیماران مبتلا به سرطان معده می گردد.

واژگان کلیدی: سرطان معده، میزان بقای پنج ساله، کاپلان میر، سنندج

وصول مقاله:۹۰/۱۲/۱۶ اصلاحیه نهایی:۹۱/۹/۱۶ پذیرش:۹۱/۱۱/۳

مقدمه

اثرات و ابعاد زیانبار بروز سرطان، بسیار بیشتر از برآورد صرف تعداد بیماران است و اهمیت این مساله در حال افزایش است (۱). طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی، تعداد موارد جدید سرطان در سال ۲۰۰۰، ۱۰/۵ میلیون و در سال ۲۰۲۰ بالغ بر ۳۰ میلیون مورد خواهد بود. در حال حاضر بیش از ۲۵ میلیون نفر در دنیا با سرطان زندگی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

می‌کنند و سالانه بیش از ۱۱ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می شوند (۲). سرطان به طور فزاینده‌ای فاکتور مهم در بار جهانی بیماری در دهه‌های آینده خواهد بود و از میان تمام سرطان‌ها، سرطان‌های دستگاه گوارش دومین سرطان شایع در تمام دنیا هستند و در بین آنها سرطان معده اگر چه بعد از سرطان ریه، پستان و کولون چهارمین سرطان شایع است، ولی همچنان بعنوان دومین دلیل مرگ ناشی از سرطان خودنمایی می کند (۳). هر سال در کشور بیش از ۷۰ هزار مورد جدید سرطان اتفاق می افتد. سالیانه بیش از ۳۰ هزار نفر از ایرانیان جان خود را در اثر ابتلاء به سرطان از دست می دهند. بر اساس آخرین آمار مرکز تحقیقات سرطان کشور، سرطان معده شایعترین سرطان در مردان و سومین سرطان شایع در زنان پس از سرطان سینه و روده بزرگ است (۴). سرطان معده در طول نیم قرن گذشته در کشورهای صنعتی بطور چشمگیری کاهش پیدا کرده است که علت آن هم بیشتر در ارتباط با استفاده از یخچال‌های خانگی که دارای مزایای زیادی از جمله افزایش مصرف سبزی و میوه‌های تازه، کاهش استفاده از نمک (جهت نگهداری طولانی مدت مواد غذایی در گذشته)، کاهش عفونت هلیکوباکترپیلوری در نتیجه رعایت بهداشت و استفاده گسترده از آنتی بیوتیک ها و نیز افزایش غربالگری این بیماری بوده است. با وجود این کاهش، هنوز هم بیماران با مراحل پیشرفته بیماری در این کشورها وجود دارند و درمان این بیماران حل نشده باقی مانده است (۵). تلاش برای بقای بیماران سرطانی پس از تشخیص و ارتقای کیفیت زندگی آنان بسیار حایز اهمیت است. امروزه میزان بقاء یک شاخص بسیار مهم در ارزشیابی کنترل بیماری به حساب می‌آید. در مطالعه ای که توسط مقیمی دهکردی و همکاران در سال ۱۳۸۴در شیراز بر روی ۴۴۲ بیمار با هدف تعیین بقای ۱ تا ۵ ساله انجام گرفت، این میزان در بیماران به ترتیب ۵۷، ۳۲، ۲۵، ۲۱ و ۱۶ درصد برآورد گردید (۶). در مطالعه‌ای مشابه توسط زوو و همکاران در کشور چین که با شرکت ۱۷۱۵ بیمار انجام شد، میزان بقای ۵ ساله ۵۶ درصد گزارش شده است (۷). از دیگر دلایل که توجه به بحث بقاء در بیماران مبتلا به سرطان معده را بیشتر کرده است، فعال و پیشرونده بودن بیماری و از سوی دیگر افزایش موارد نوع منتشر بیماری نسبت به نوع موضعی آن در سال‌های اخیر بوده است که با وجود کاهش شیوع و بروز بیماری همچنان دومین دلیل مرگ ناشی از سرطان در تمام دنیاست (۸). شیوع بالای این بیماری در مناطق شمال غرب و غرب، بخصوص استان کردستان (۹)، اهمیت روز افزون ارزشیابی روش های جدید درمانی، ماهیت پیشرونده، فعال و کشنده بودن سرطان معده از جمله دلایل توجه به بحث بقای بیماران و لزوم اجرای این مطالعه است. هدف این پژوهش تعیین عوامل موثر بر تغییرات میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان معده پس از تشخیص با توجه به سن تشخیص، جنسیت، نوع هیستولوژیک، نوع درمان، سابقه علایم بیماری معده، سابقه سرطان معده در بستگان درجه یک، سیگاری بودن و سابقه اختلالات روانی حین درمان، و نیز برآورد میزان بقای ۵ ساله برای این دسته از بیماران بوده‌است.

مواد و روش ها

نوع مطالعه توصیفی– تحلیلی بود و بر روی همه ۲۳۹ بیمار تایید شده در بخش پاتولوژی بیمارستان توحید سنندج وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان با تشخیص قطعی سرطان معده در فاصله زمانی ابتدای سال ۱۳۸۵ تا انتهای سال ۱۳۸۹ انجام شد. داده های مورد نیاز از جمله مشخصات دموگرافیک، آدرس بیماران، شماره تلفن، شماره پرونده پاتولوژی و بیمارستانی و نیز تاریخ تشخیص سرطان، نوع هیستولوژیک تومور، درجه تمایز یافتگی تومور و مرحله بیماری با مراجعه به پرونده پاتولوژی بیماران جمع آوری شد و در چک لیست تهیه شده وارد گردید. در مرحله بعد با استفاده از پرونده‌های بیمارستانی، اقدامات انجام شده برای

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

بیماران از قبیل جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی و نوع داروهای مصرفی نیز مشخص شده، سپس با استفاده از آدرس و شماره تلفن های یاداشت شده بصورت دوره ای از طریق تماس تلفنی، بقای بیماران پیگیری شد. از مجموع ۲۳۹ نفر تعداد ۱۷۲ (۷۲٪) بیمار تا انتهای سال ۱۳۸۹ فوت شده بودند. تعداد ۳۰ نفر(۱۲/۶٪) زنده و تعداد ۳۷ نفر (۱۵/۵٪) قابل پی گیری نبودند که بعنوان موارد سنسور شده در نظر گرفته شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با در نظر گرفتن خطای ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. برای مقایسه میزان بقاء در زیر گروه‌های مختلف مورد مطالعه از روش کاپلان میر و از آماره Log rank استفاده شد. زمان بقاء به فاصله‌های یک ساله تقسیم بندی و با استفاده از جدول طول عمر، میزان بقاء و تابع چگالی بقاء در هر فاصله بررسی شد. جهت مقایسه میانه زمان بقا در سه گروه سنی از آماره Breslow (Generalized wilcoxon) استفاده شد. جهت بررسی اثر متغیرهای جنس، سابقه بیماری گوارشی، سابقه خانوادگی سرطان، اختلالات روانی حین درمان، نوع هیستولوژیک تومور و نوع درمان، با حذف اثر متغیر سن از رگرسیون خطرات نسبی کاکس استفاده شد. متناسب بودن فرض خطرات نسبی کاکس با استفاده از روش‌های گرافیکی (رسم نمودار Log(S)t در مقابل زمان) و روش‌های تحلیلی (Time-Varying covariate) بررسی شد (۱۰).

نتایج

تعداد ۲۳۹ بیمار با تشخیص قطعی سرطان معده شامل ۱۷۸ مرد (۷۴/۵ درصد) و ۶۱ زن (۲۵/۵درصد) با نسبت ۲/۹ به ۱، وارد مطالعه شدند. میانگین سن تشخیص ۱۱/۹۷±۶۶/۸ سال با فاصله سنی ۹۷-۳۷ سال بود. بیماران در سه گروه سنی شامل ۹ نفر کمتر از ۴۵ سال (۳/۸ ٪)، تعداد ۹۰ نفر بین ۶۵-۴۵ سال (۳۷/۷ ٪)، و۱۳۹ نفر بیشتر از ۶۵ سال (۵۸/۲ ٪) دسته بندی شدند. سابقه علایم بیماری معده (۲۴/۶٪)، سابقه مثبت خانوادگی سرطان معده (۴۳٪)، سابقه مصرف سیگار (۵۰/۹٪)، اختلالات روانی حین درمان (۱۶/۸٪) گزارش گردیده بود. از لحاظ هیستولوژیک تومور از بین کل موارد سرطان، تعداد ۱۴۵مورد Intestinal type (۶۰/۶ ٪)، تعداد ۳۶ مورد Diffuse type (۱۵/۰٪)، تعداد ۹ مورد Signet Ring Cell (۳/۸٪)، تعداد ۱۵ مورد Squamous Cell Carcinoma (۶/۳٪)، تعداد ۴ مورد MATL lymphoma (۱/۷٪)، تعداد ۱ مورد Mucinous (۰/۴٪) و تعداد ۲۹ مورد ناشناخته (۱۲/۱٪) بودند. از لحاظ نوع درمان، از میان کل ۲۰۲ بیمار قابل پیگیری، ۲۱ مورد (۱۰/۳٪) عمل جراحی، ۶۱ مورد (۳۰/۱٪) شیمی درمانی، ۱۶ مورد (۷/۹٪) رادیوتراپی، ۳۱ مورد (۱۵/۳٪) جراحی و شیمی درمانی، ۱۸ مورد (۸/۹٪) شیمی درمانی و رادیوتراپی، ۶ مورد (۲/۹٪) جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی شده بودند. تعداد ۴۹ مورد (۲۴/۲٪) نیز هیچکدام از درمان‌های فوق را دریافت نکرده بودند (جدول شماره ۱).

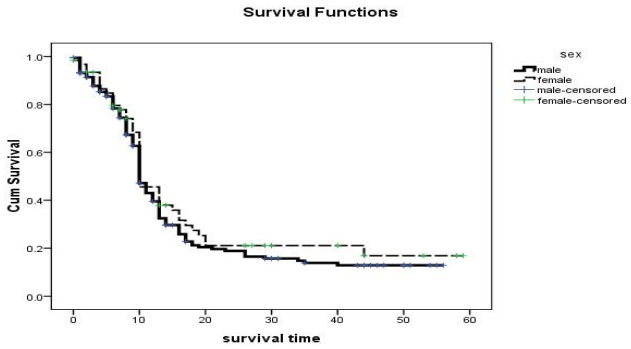
از لحاظ تاثیر متغیرهای مورد مطالعه بر میزان بقا، مقدار آماره Log rank برای سن (۰/ ۲۲۰)، جنسیت (۰/۳۶۱)، محل سکونت (۰/۱۹۸)، نوع هیستولوژیک تومور (۰/۱۳۰)، سابقه بیماری معدی-روده ای (۰/۴۴۴)، سابقه خانوادگی سرطان معدی-روده ای (۰/۵۸۰)، سیگاری بودن (۰/۵۰۰)، اختلالات روانی حین درمان (۰/۵۶۷)، نوع درمان انجام شده (۰/۱۵۴) و درجه تمایز یافتگی تومور (۰/۶۰۸) تاثیری برتغییرات میزان بقا نداشته است. تشخیص در مرحله ابتدایی تومور تنها متغیر مورد بررسی بود که با تغییرات میزان بقا ارتباط معنی داری نشان داد ($p = ۰/۰۴۹$).

بقای مشاهده شده منطبق با جدول عمر در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، در ستون‌های این جدول به ترتیب تعداد افراد زنده در شروع دوره، کسانی که در طول دوره فوت کرده‌اند یا از مطالعه خارج شده‌اند، تعداد افراد در معرض خطر در طول دوره، نسبت کسانی که در طول دوره

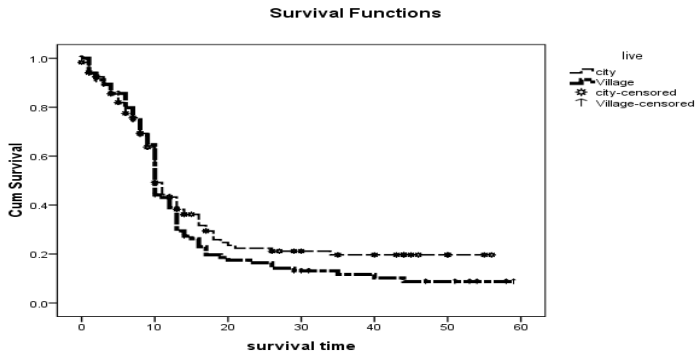
[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

فـوت کـرده انـد، نسـبت کسـانی کـه در طـول دوره زنـده مانده‌اند، نسبت تجمیعی کسـانی کـه از اول تـا آخـر مطالعـه زنده بوده اند و نیزمیزان مخاطره، به تفکیک نشان داده شـده است. میزان بقای یک تا پنج ساله مطابق جـدول ۴۱٪، ۱۷٪، ۱۳٪، ۱۰٪ و ۵/۴٪ برآورد گردید.

نمودارهای ۱ و ۲ احتمال زنده ماندن متعاقب ابتلا به سـرطان معده را در یک بازه زمانی ۵ ساله بـه صـورت رسـم منحنـی نشـان داده اسـت. در نمـودار ۱ منحنـی بقـاء برحسـب محـل سکونت و در نمودار شماره ۲ برحسب جنسیت ترسـیم شـده اسـت. در رسـم ایـن منحنـی هـا از تمـامی داده هـا از جملـه داده‌های سنسور شده استفاده بعمل آمده است.



نمودار ۱- *منحنی بقاء مشاهده شده دربیماران مبتلا به سرطان معده برای زنان و مردان برحسب ماه در سالهای پیگیری شده*



نمودار ۲ - *منحنی بقاء مشاهده شده دربیماران مبتلا به سرطان معده برحسب محل زندگی در سالهای پیگیری شده*

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

جدول شماره ۱ *برآورد میانگین و میانه بقا برای متغیر های مورد مطالعه برحسب ماه*

	متغیر	تعداد	میانگین بقا (CI:٪۹۵)	میانه بقا (CI:٪۹۵)	Log-rank test)
سن (سال)	زیر ۴۵	۹(۳/۸)	۱۱/۳۳(۸/۵۶-۱۴/۱۰)	۱۲(۷/۶۱-۱۶/۳۸)	/۲۲۰
	۶۵-۴۵	۹۰(۳۷/۷)	۱۹/۹۱(۱۵/۸۳-۲۳/۹۹)	۱۱(۹/۳۷-۱۲/۶۲)	
	بالای ۶۵	۱۳۹(۵۸/۸)	۱۶/۵۰(۱۳/۱۶-۱۹/۸۴)	۱۰(۹/۴۶-۱۰/۵۳)	
جنس	مرد	۱۷۸(۷۴/۵)	۱۶/۶۹(۱۳.۹۶-۱۹.۴۳)	۱۰(۹/۱۹-۱۰/۸۰)	/۳۶۱
	زن	۶۱(۲۵/۵)	۱۹/۷۴(۱۴.۳۶-۲۵.۱۲)	۱۰(۸/۲۵-۱۱/۷۴)	
محل سکونت	شهر	۱۲۰(۵۰/۲)	۱۹/۲۳(۱۵/۴۶-۲۳/۱۱)	۱۰(۹/۰۲-۱۰/۹۷)	/۱۹۸
	روستا	۱۱۹(۴۹/۸)	۱۵/۷۷(۱۲/۶۳-۱۸/۹۱)	۱۰(۹/۵۲-۱۰/۴۷)	
هیستولوژی تومور	Intestinal type	۱۴۵(۶۰/۶)	۱۹/۸۵(۱۶/۴۶-۲۳/۲۴)	۱۰(۸/۱۸-۱۱/۱۸)	/۱۳۰
	Diffuse type	۳۶(۱۵)	۹/۵۸(۷/۴۰-۱۱/۷۶)	۱۰(۵/۸۲-۱۱/۱۸)	
	Signet Ring Cell	۹(۳/۷)	۱۵/۰۷(۴/۵۸-۲۵/۵۷)	۱۰(۹/۱۱-۱۰/۸۸)	
	MATL lymphoma	۴(۱/۶)	۱۳/۰۰(۸/۱۲-۱۷/۸۷)	۱۰(۴/۱۲-۱۵/۸۸)	
	Mucinous	۱(./۰۴)	۴۰/۰۰(۴۰-۴۰)	۰	
	بلی	۴۹(۲۴/۶)	۱۰/۵۴(۷/۱۱-۱۳/۹۷)	۸(۷/۰۰-۸/۹۹)	
	خیر	۱۵۳(۷۶/۴)	۱۱/۴۷(۹/۵۳-۱۳/۴۱)	۹(۶/۷۷-۱۱/۲۲)	
سابقه علایم بیماری معده	بلی	۸۷(۴۳)	۱۰/۹۶(۸/۶۳-۱۳/۳۰)	۸(۶/۵۱-۹/۴۹)	/۴۴۴
	خیر	۱۱۵(۵۷)	۱۱/۳۳(۹/۱۱-۱۳/۵۵)	۱۰(۶/۲۳-۱۶/۷۶)	
سابقه خانوادگی سرطان معده درفامیل درجه۱	بلی	۱۰۳(۵۰/۹)	۱۱/۱۷(۹/۲۸-۱۳/۰۵)	۹(۵/۸۷-۱۲/۱۲)	/۵۸۰
	خیر	۹۹(۴۹/۱)	۱۱/۵۱(۸/۵۹-۱۴/۴۴)	۸(۶/۵۲-۹/۴۷)	
سابقه سیگار کشیدن	بلی	۳۴(۱۶/۸)	۱۰/۳۴(۷/۲۴-۱۳/۴۳)	۹(۷/۱۲-۱۰/۸۷)	/۵۰۰
	خیر	۱۶۸(۸۳/۲)	۱۱/۳۶(۹/۴۱-۱۳/۳۱)	۹(۶/۶۰-۱۱/۳۹)	
بیماری روانی حین درمان	جراحی	۲۱(۱۰/۳)	۱۵/۶۷(۸/۷۸-۲۲/۵۸)	۱۲(۸/۹۰-۱۵/۰۹)	/۵۶۷
	شیمی درمانی	۶۱(۳۰/۱)	۹/۶۱(۷/۷۳-۱۱/۴۹)	۸(۶/۶۴-۹/۵۵)	
نوع درمان	رادیوتراپی	۱۶(۷/۹)	۶/۵۰(۴/۸۰-۸/۱۹)	۷(۴/۴۵-۹/۵۴)	/۱۵۴
	جراحی و شیمی درمانی	۳۱(۱۵/۳)	۱۳/۱۸(۹/۶۶-۱۶/۷۱)	۱۶(۱۱/۸۶-۲۰/۱۳)	
	شیمی درمانی و رادیو تراپی	۱۸(۸/۹)	۱۱/۳۸(۶/۲۲-۱۶/۵۳)	۹(./۹۶-۱۷/۰۳)	
	جراحی، شیمی و رادیوتراپی	۶(۲/۹)	۵/۶۶(./۰۰۰-۱۱/۶۶)	۳(./۰۰۰-۶/۲۳)	
	بدون درمان	۴۹(۲۴/۲)	۱۰/۲۶(۷/۱۷-۱۳/۳۵)	۸(۵/۱۹-۱۰/۸۰)	
	ضعیف	۲۸(۳۳/۳)	۱۲/۰۰(۷/۰۸-۱۶/۹۱)	۱۰(۶/۹۵-۱۳/۴۱)	
	متوسط	۲۵(۲۹/۷)	۱۲/۸۳(۹/۸۱-۱۵/۸۵)	۱۵(۱۰/۵۵-۱۹/۴۴)	
تمایز یافتگی تومور	خوب	۳۱(۳۶/۹)	۱۳/۷۲(۷/۶۰-۱۹/۸۴)	۹(۶/۹۱-۱۱/۰۸)	/۱۶۸
	گسترش موضعی و متاستاز	۱۴۲(۹۲/۸)	۱۱/۴۵(۹/۵۵-۱۳/۳۵)	۸(۶/۹۱-۹/۰۸)	
	مرحله ابتدایی	۱۱(۷/۲)	۱۴/۸۶(۱۲/۷۷-۱۶/۹۴)	۱۶(۱۲/۳۲-۱۹/۶۷)	
مرحله بیماری					/۰۴۹

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

جدول شماره ۲ *محاسبه جدول طول عمر بیماران*

فاصله زمانی شروع درمان به ماه	کسانی که در شروع دوره زنده بوده اند	کسانی که در طول دوره فوت کرده اند	کسانی که در طول دوره از مطالعه خارج شده اند	کسانی که در طول مطالعه در معرض خطر بوده اند	نسبت کسانی که در طول دوره مرده اند	نسبت کسانی که در طول دوره نمرده اند	نسبت تجمعی کسانی که از اول تا آخر برنامه زنده بوده اند	میزان مخاطره برای هر دوره
۰	۲۳۹	۱۱۹	۳۴	۲۲۲	۰/۵۴	۰/۴۶	۰/۴۶	۰/۰۶
۱۲	۸۶	۴۵	۷	۸۲/۵	۰/۵۵	۰/۴۵	۰/۲۱	۰/۰۶
۲۴	۳۴	۶	۸	۳۰	۰/۰۲	۰/۸۰	۰/۱۷	۰/۰۲
۳۶	۲۰	۲	۹	۱۵/۵	۰/۱۳	۰/۸۷	۰/۱۵	۰/۰۱
۴۸	۹	۰	۹	۴/۵	۰/۰۰	۱/۰۰	۰/۱۵	۰/۰۱

بحث

در سال ۲۰۱۰ ، یک میلیون مورد جدید سرطان معده در دنیا رخ داده است. با وجود کاهش چشمگیر میزان مرگ و میر و ابتلای سرطان معده در آمریکا و دیگر نقاط جهان در دهه‌های اخیر، این سرطان همچنان بعنوان یک نگرانی اساسی برای بهداشت عمومی مطرح است (۱۱). سرطان معده یکی از چهار سرطان شایع و دومین دلیل مرگ ناشی از سرطان است (۱۲). ایران در ردیف کشورهای با میزان بروز تطبیق شده بیشتر از ۱۴/۶ در صد هزار نفر است که نشان دهنده بروز نسبتا بالای بیماری است (۱۳). تفاوت‌های عمده جغرافیایی در نقاط مختلف دنیا از نظر نوع هیستولوژیک و محل قرارگیری تومور (کاردیا،آنترمعده) به چشم می خورد که سبب تاثیر بالقوه بر میزان بقاء شده است. در این مطالعه ۶۰/۶ ٪ از تومورها از نوع روده‌ای و ۱۵/۰٪ از نوع منتشر بودند و در مجموع ۷۶/۶٪ از نوع آدنوکاسینوما بودند که این مقدار در برخی نقاط تا ۹۰ ٪ هم گزارش شده است (۱۴). میانگین میزان بقا در نوع روده‌ای و منتشر به ترتیب ۱۹/۸۵ و ۹/۵۸ ماه بود که نشان دهنده میزان بقای بیشتر در نوع روده‌ای است. نوع روده‌ای در مردان، نژاد سیاه و در گروه‌های سنی پیر شایعتر است در حالی که نوع منتشر، تمایل به بروز در افراد جوانتر دارد (۱۵). نوع روده ای بطور چشمگیر در شرق آسیا، غرب اروپا، مرکز و جنوب آمریکا شایعتر است و این نشان دهنده تنوع جغرافیایی سرطان معده است. امروزه به دلایل مختلف بروز نوع روده‌ای بیماری در حال کاهش و بروز نوع منتشر و از جمله Signet Ring Type (در این مطالعه ۹ نفر ۳/۷ درصد) در حال افزایش است (۱۶). میانگین سن تشخیص بیماری در این مطالعه ۱۱/۹۷±۶۸/۸ سال بدست آمد. در مطالعه زوو و همکاران در چین این مقدار ۱۰/۹ ±۵۷/۵ سال بوده است که نشان دهنده تشخیص دیر هنگام بیماری در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه چین است (۷). نسبت ابتلای مردان به زنان در مطالعه حاضر ۲/۹ به ۱ بود که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد که طی آنها میزان بروز در مردان و نیز در طبقات اقتصادی و اجتماعی پایین، بیشتر مشاهده شده است (۱۷). در مطالعه مروری کرو و همکاران نسبت ابتلای مرد به زن در سطح جهان ۲ به ۱ تخمین زده شده است (۱۳). این نسبت در آمریکا ۱/۵۴، در شیراز ۲/۲، در تهران ۳/۰۳ و در اردبیل ۲/۳۳ برآورد شده است (۱۸و۱۳و۹و۶). یافته های این مطالعه نشان می دهد که ۵۰/۰۲ بیماران ساکن شهر و ۴۹/۰۸ ساکن روستا بودند که تقریبا" به یک نسبت بوده است. در مطالعه استان فارس، ۳۵ ٪ از کل موارد ساکنین نقاط شهری بوده‌اند. سابقه ابتلا به بیماری معدی – روده ای، ابتلای بستگان نزدیک به سرطان معدی – روده ای و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

مصرف سیگار در بیماران به ترتیب ۲۴/۶ ٪ ، ۴۳ ٪ و ۵۹/۹٪ بود. این نسبت‌ها در مطالعه استان فارس بترتیب ۷/۲٪ ، ۳۷/۷٪ و ۵۲/۸٪ بوده است که نشان می دهد سابقه بیماریهای معدی- روده ای در مطالعه حاضر بیشتر است (۶). در این مطالعه میزان بقای ۱ تا ۵ ساله به ترتیب ۴۱٪، ۱۷٪، ۱۳٪، ۱۰٪و ۵/۴ ٪ حاصل شد. میزان بقای ۵ ساله در مطالعه اردبیل ۱/۴٪ ، در مطالعه فارس ۱۶٪، در مطالعه تهران ۱۷/۲٪ گزارش شده است (۱۲و۹و۶). میزان بقای ۵ ساله ناشی از سرطان معده درآمریکا ۲۱٪ در نیوزیلند ۲۹٪ و در دیگر نقاط دنیا این میزان از ۱۰ تا ۲۱٪ متغیر است (۵و۳). این موضوع نشان دهنده میزان بقای کم بیماران در ایران نسبت به سایر نقاط دنیاست و از مهمترین دلایل آن می توان به نبود برنامه غربالگری برای تشخیص زود هنگام سرطان معده اشاره کرد. براساس نتایج این مطالعه، بین میزان بقا در بیماران و تشخیص زود هنگام بیماری ارتباط مستقیم وجود داشت (p =۰/۰۴۹). مطالعه مارلی و همکاران در سال ۲۰۱۰ برای تعیین ارتباط بروز و میزان بقای ۵ ساله نشان داده است که در شرق آسیا بیشترین بروز درکشور کره و کمترین در کشور فیلیپین مشاهده شده است. میزان بقای ۵ ساله در این دو کشور نیز به ترتیب ۳۷٪ و ۱۲٪ برآورد شده است که نشان دهنده یک ارتباط معنی دار بین میزان بروز بالا و میزان بقای بیشتر بوده است (۱۳).

داده های بیمارستانی به دلیل در دسترس و ارزان بودن، منبع بسیار خوبی برای تحقیقات در علوم پزشکی هستند. اما در مقابل محدودیت‌هایی هم دارند که مطالعه حاضر نیز ازآن رنج می برد که از آن جمله می توان به ناخوانا و ناقص بودن برخی پرونده ها و عدم دقت لازم در تکمیل آنها، تغییر نشانی و شماره تلفن‌های بیماران جهت پیگیری، نتیجه آزمایش پاتولوژی ناقص از نظر اندازه و محل دقیق قرارگیری تومور اشاره کرد، که با پیگیری های مستمر و دوره‌ای در این پروژه سعی شد تا موارد سنسور شده به حداقل ممکن برسد.

نتیجه گیری

تشخیص دیرهنگام، پیشرونده بودن بیماری، افزایش موارد نوع منتشر، درگیری بیشتر ناحیه کاردیا نسبت به آنتر، که خود باعث به تاخیر افتادن زمان تشخیص بیماری می شود، همگی سبب کاهش چشمگیر میزان بقا در افراد مبتلا به سرطان معده شده است. لزوم بکارگیری برنامه های جامع غربالگری در آینده و استفاده از تجربیات موفق بعضی کشورها نظیر ژاپن در این زمینه ضروری به نظر می رسد و نتایج نشان می دهد که اقدامات کنونی جوابگوی مشکل نیست. توصیه می شود که به بحث پاتولوژی تومور در مطالعات آینده توجه بیشتری شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام به خاطر تامین اعتبار مالی پروژه و همچنین از پرسنل بخش پاتولوژی بیمارستان توحید سنندج جهت همکاری بی دریغ با پروژه کمال تشکر و قدردانی بعمل می آید.

Reference

1. Lee H, Yang H, Ahn Y. Gastric cancer in Korea. Gastric Cancer. 2002;5:177-82.
2. Azizi F, Janghorbani M, Hatami H. Epidemiology and control of common disorders in Iran. 3rd ed. Tehran: Khosrovi; 2010:210-85.
3. Terry MS, Candet MM, Cammon MD. The epidemiology gastric cancer. Semin Radiat Oncol. 2002;12:111-27.
4. Mohagheghi MA, Musavi Jarahi A, Shariat Torbaghan S, Zeraati H. Annual report of Tehran university of medical sciences district cancer registry 1997. The cancer institute publication. 1998.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

5. Clough-Gorr KM, Silliman RA. The epidemiology of cancer and aging.In: Management of Cancer in the Older Patient. Philadelphia: W.B. Saunders; 2008. p. 3-17.
6. Biglarian A, Hajizade A, Gohari M, Khodabakhshi R. Survival analysis of patients with gastric cancer and associated risk factors.Kaossar 2007;4:345-55.
7. Hui P Zhu, Xin Xia, Chuan H Yu, Ahmed Adnan, Shun F Liu, Yu K Du. Application of Weibull model for survival of patients with gastric cance. BMC Gastroenterology 2011;11:2-6.
8. Hajiani E, Sarmast Sh, Mohammad H, Masjedizadeh R, Hashemi J, Azmi M, and et al. Clinical profile of gastric cancer in Khuzestan, southwest of Iran. World J Gastroenterol 2006;12:4832-5.
9. Yazdanband A, Samadi F, Malekzadeh R, Babaei M. Four-year survival rate of patients with upper GI cancers Ardabil province. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2005;2:180-4.
10. Daivid G, Klein B. Survival analysis. 2nd ed. New york: Springer; 2005:421-47.
11. John C. The possible prevention of cancer. Cairns Environmental Health 2011;10:513.
12. Mohagheghi MA. Annual report of Tehran cancer registry 1999. The cancer institute publication. 2004.
13. Katherine D Crew, Alfred I Neugut. Epidemiology of gastric cancer. World J Gastroenterol 2006;12:354-62.
14. Parcin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. Eur J Cancer 2001;37:4-66.
15. Daniele M, Corrado P, Franco R. Gastric cancer prognosis:Strong correlation between incidence and survival. Ann Surg Oncol 2010;:340-1.
16. David P W. Re: Extensive inguinal lymphadenectomy improves overall 5-year survival in penile cancer patients: Results from the surveillance, epidemiology, and end results program. The Journal of Urology 2010;185:1282.
17. Khoshnia M, Shakib A. Principles of internal medicine.1ed. Tehran: Samat; 2008:106-27.
18. Roshanay GH, Kazzem nejad A, Sedighi S. Survival of patients with gastric cancer. Journal of Hamadan University of Medical Sciences 2010;17:13-9.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]