

تحقیقی

بقای کوتاه مدت بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی در روستاهای استان گلستان

دکتر شهریار سمناقی^۱، دکتر سیما بشارت*^۲، دکتر عباسعلی کشتکار^۳، دکتر احمد دانش^۴، دکتر نفیسه عبدالهی^۵

دکتر غلامرضا روشندل^۲، دکتر سیداحمد حسینی^۶، دکتر سیدمه‌دی صداقت^۷

۱- فوق تخصص بیماری‌های گوارشی و کبد، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان. ۲- پزشک عمومی، پژوهشگر، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان. ۳- اپیدمیولوژیست، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۴- دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۵- رزیدنت داخلی دانشگاه علوم پزشکی ایران، پژوهشگر، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان. ۶- رزیدنت اطفال دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشگر. ۷- پزشک عمومی، کارشناس معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

چکیده

زمینه و هدف: سرطان دستگاه گوارش فوقانی (مری و معده) معمولاً در مراحل انتهایی تشخیص داده شده و پیش‌آگهی آنها در زمان تشخیص بسیار بد می‌باشد. به دلیل بالا بودن میزان بروز این سرطان در استان گلستان، این مطالعه به منظور بررسی بقای کوتاه مدت (۶ و ۱۲ ماهه) بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی در روستاهای استان گلستان انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، اطلاعات ۱۲۱ نفر از ساکنین مناطق روستایی که سرطان مری و معده آنان براساس گزارش آسیب‌شناسی از فروردین ۱۳۸۲ لغایت شهریور ۱۳۸۳ تشخیص داده شده بود، جمع‌آوری گردید. پس از مصاحبه حضوری با بیماران یا بستگان آنها، ۱۰۸ پرسشنامه تکمیل شده در خصوص زمان تشخیص بیماری، عوامل اجتماعی-فردی و بالینی - آسیب‌شناسی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. میانه بقای بیماران سرطان مری و معده برحسب جنس و گروه‌های سنی با استفاده از روش آماری کاپلان میر با یکدیگر مقایسه شد.

یافته‌ها: نسبت مرد به زن در بیماران مبتلا به سرطان معده ۳/۸ به ۱ و در سرطان مری ۱/۲ به ۱ بود. بقای شش ماهه و یک ساله در بیماران سرطان مری به ترتیب ۵۴/۷۶ درصد و ۲۶/۲ درصد بود. در بیماران مبتلا به سرطان معده بقای شش ماهه ۶۶/۶ درصد و بقای یک‌ساله ۳۷/۵ درصد بود. در آنالیز آماری اختلاف میانه بقای بیماران سرطان مری و معده برحسب گروه‌های سنی و جنس از نظر آماری معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که علی‌رغم بالا بودن میزان بروز و شیوع سرطان‌های گوارش فوقانی در این منطقه هنوز پیش‌آگهی بیماران مبتلا در حد بسیار پائینی بوده و نیازمند مداخله و بازنگری در روش‌های تشخیصی و درمانی بیماران می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: بقاء کوتاه مدت، سرطان مری، سرطان معده

* نویسنده مسؤول: دکتر سیما بشارت، پست الکترونیکی: s_besharat_gp@yahoo.com

نشانی: گرگان، بلوار پنجم آذر، کوچه آذر چهارم، پلی کلینیک شهیدنبوی، طبقه سوم، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، تلفن: ۲۲۴۰۸۳۵ (۱۷۱)، شماره: ۲۲۶۹۲۱۰
وصول مقاله: ۸۵/۵/۱، اصلاح نهایی: ۸۷/۷/۸، پذیرش مقاله: ۸۷/۷/۱۳

مقدمه

سرطان‌های مری و معده شایع‌ترین علل مرگ ناشی از سرطان‌های دستگاه گوارش می‌باشند (۱). در دهه‌های اخیر با استفاده از روش‌های درمانی جراحی و غیرجراحی طول عمر بیماران بهبود یافته است (۶-۱)، ولی بقاء کلی بیماران تغییر قابل توجهی نیافته و بقاء درازمدت این بیماران به‌خصوص در کشورهای شرقی بسیار پایین می‌باشد (۹-۷). معمولاً سرطان‌های مری و معده به علت مبهم و نامشخص بودن علائم اولیه در مراحل پیشرفته تشخیص داده شده (۱۰) و بسیاری از روش‌های درمانی ارائه شده در این مراحل به صورت نگهدارنده می‌باشند. بنابراین اختصاص سرویس‌های درمانی و روش‌های مناسب برای درمان بهتر این بیماران و بهبود پیش‌آگهی آنها ضروری به‌نظر می‌رسد. یکی از روش‌هایی که به دست‌اندرکاران سلامت و بهداشت جامعه در گسترش بهتر خدمات درمانی، اجرای برنامه‌های مربوط به سرطان و ارزیابی تأثیر روش‌های درمانی جدید کمک می‌کند، تعیین میزان بقاء بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد (۱۱). مطالعات مربوط به بقاء نه‌تنها بار بیماری را در جامعه آشکار می‌سازد، بلکه ارتباط بین عوامل مختلف با میزان بقاء را نیز در بیماران مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در مطالعات مربوط به میزان بقاء در سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی به عوامل بالینی - آسیب‌شناسی (مانند تعداد گره‌های لنفاوی درگیر، قطر تومور در زمان تشخیص، تهاجم تومور به عروق و نیز میزان انسداد مجرای مری)، عوامل اجتماعی - فردی و انجام اقدامات درمانی به عنوان عوامل مهم مرتبط با میزان بقاء بیماران اشاره شده است (۱۴-۱۲). در سال‌های اخیر مطالعات مشابهی برای تعیین بار این بیماری‌ها در دو استان شمالی ایران یعنی گلستان و مازندران که از میزان ابتلای بالایی در سطح کشور برخوردار می‌باشند، انجام شده است. از بین این مطالعات می‌توان به مطالعه حاجیان (۱۵) در مرکز رادیوتراپی بابلسر (استان مازندران) اشاره نمود. به دلیل بالا بودن میزان بروز سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی (به‌خصوص سرطان مری) در استان گلستان، این مطالعه به منظور بررسی بقای کوتاه مدت (۶ و ۱۲ ماهه) بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی (مری و معده) در روستاهای استان گلستان انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی تحلیلی تمامی بیماران مبتلا به سرطان مری و معده که در فاصله زمانی ۱۳۸۲/۱/۱ لغایت ۱۳۸۳/۶/۳۱ از طریق بررسی آسیب‌شناسی تشخیص داده شده بودند و در سیستم ثبت سرطان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گرگان موجود بودند، بررسی شدند. از این تعداد ۱۲۱ بیمار که محل سکونت آنها روستاهای استان بود، برای مطالعه انتخاب شدند. علت انتخاب بیماران روستایی دسترسی راحت‌تر به آنها از طریق خانه‌های بهداشت بود.

در این مطالعه بیشتر روی بیمارانی تأکید شد که بیماری آنها اخیراً تشخیص داده شده بود. با این دید بیماران زنده بیشتری وارد مطالعه می‌شدند و دقت اطلاعات کسب شده افزایش می‌یافت. برای اجرای این طرح کارشناسان معاونت بهداشتی، برای مصاحبه حضوری با بیماران در محل سکونتشان انتخاب شدند. با توجه به احتمال فوت بعضی از بیماران در زمان مصاحبه، دو نوع پرسشنامه (برای بیماران زنده و برای فوت شدگان) طراحی شد. در این پرسشنامه‌ها اطلاعات اجتماعی-فردی (سن بیمار در زمان تشخیص، جنس، قومیت/طایفه، محل سکونت فعلی برحسب شرق یا غرب استان، وضعیت تأهل، سطح سواد و درآمد خانوار)، نوع درمان (در صورت دریافت آن) و بافت‌شناسی تومور گنجانده شد. سؤالات مطرح شده درخصوص سطح سواد و درآمد خانوار صرفاً از بیماران زنده پرسیده شد. در بیماران فوت شده سؤالات از بستگان نزدیک که اشراف کامل به وضعیت بیمار داشتند، پرسیده شد. میزان بقاء برای بیماران فوت شده، از زمان تشخیص آسیب‌شناسی تا زمان مرگ و در مورد افراد زنده از زمان تشخیص آسیب‌شناسی تا زمان مصاحبه در نظر گرفته شد. شرکت در این مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و بیماران یا بستگان آنها اجباری به شرکت در مصاحبه نداشتند و یا مختار بودند که صرفاً به برخی از سؤالات پاسخ دهند.

داده‌های به دست آمده ابتدا مورد تجزیه و تحلیل توصیفی قرار گرفت و نتایج حاصله در دو گروه براساس نوع سرطان (مری و معده) ارائه شد. میانه زمان بقای بیماران سرطان مری و معده برحسب جنس و گروه‌های سنی با استفاده از روش آماری کاپلان میر با یکدیگر مقایسه شد. در تجزیه و تحلیل

نظر ابتلاء افراد مذکر معنادار و در سرطان معده بالاتر از سرطان مری بود ($\chi^2=4/64$ ، $P=0/031$)، $(1) \chi^2$.

جدول ۲: میزان بقای افراد مورد مطالعه در یک ماه، ۶ ماه، ۹ ماه و ۱۲ ماه پس از تشخیص

درصد افراد زنده	خطای معیار
روز ۳۰	۹۷/۲
روز ۱۸۰	۵۵/۹
روز ۲۷۰	۳۸/۱
روز ۳۶۵	۲۶/۹

جدول ۳: توزیع فراوانی خصوصیات فردی و بالینی - آسیب‌شناسی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی فوقانی در روستاهای استان گلستان

متغیر	سرطان مری	سرطان معده
وضعیت حیات	زنده	وضعیت حیات
بیمار تعداد (درصد)	۲۳ (۲۷/۴)	۹ (۳۷/۵)
فوت شده	۶۱ (۷۲/۶)	۱۵ (۶۲/۵)
جمع	۸۴ (۱۰۰)	۲۴ (۱۰۰)
سرطان سلول	۶۲ (۷۴/۷)	۰ (۰/۰)
هیستولوژی	آدنوکارسینوم	۲۲ (۹۱/۷)
تومور تعداد (درصد)	۴ (۴/۸)	۱ (۴/۲)
نامعلوم	۹ (۱۰/۸)	۱ (۴/۲)
جمع	۸۳ (۱۰۰)	۲۴ (۱۰۰)
درمان شده	۵۰ (۶۰/۲)	۱۴ (۵۸/۳)
درمان نشده	۳۳ (۳۹/۸)	۱۰ (۴۱/۷)
جمع	۸۳ (۱۰۰)	۲۴ (۱۰۰)
جراحی	۴ (۸/۰)	۴ (۲۸/۶)
غیرجراحی	۳۴ (۶۸/۰)	۷ (۵۰/۰)
تعداد (درصد)	۱۲ (۲۴/۰)	۳ (۲۱/۴)
جمع	۵۰ (۱۰۰)	۱۴ (۱۰۰)
سن در زمان تشخیص	میانگین (SD)	میانگین (SD)
۶۶	۶۶/۶۹ (۱۰/۶۵)	۶۲/۶۳ (۹/۹۸)
میان	۶۶	۶۶

میان‌ه بقای بیماران مبتلا به سرطان مری و معده (برحسب روز) به تفکیک مرحله تومور در جدول ۴ نشان داده شده است. در آنالیز آماری انجام شده با استفاده از $\log \text{rank (mantel-cox)}$ ، اختلاف میان بقای بیماران سرطان مری ($\chi^2=1/296$ ، $P=0/255$)، بین مراحل بالا (مرحله

آماری سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۱۲۱ پرسشنامه توزیع شده، ۱۱۴ مورد به گروه تحقیق بازگردانده شد که میزان پاسخ در این مطالعه ۹۴ درصد برآورد شد. ۶ پرسشنامه فاقد اطلاعات لازم برای انجام تجزیه و تحلیل مربوط به میزان بقا بودند که از مطالعه خارج شدند. بستگان بیماران فوت شده علت دیگری را به غیر از سرطان دستگاه گوارش فوقانی برای مرگ بیماران مطرح نکردند. لذا تمام موارد فوت شده برای تجزیه و تحلیل میزان بقا وارد این مطالعه گردید. اطلاعات به دست آمده براساس محل آناتومیک سرطان به دو گروه سرطان مری و سرطان معده تقسیم شد. خصوصیات اجتماعی - فردی و بالینی - آسیب‌شناسی و نیز میزان بقا در فواصل مختلف در بیماران در دسترس در جداول ۱ تا ۳ آمده است. در مجموع، قومیت ترکمن با ۵۳/۶ درصد در سرطان مری و قومیت فارس با ۴۱/۷ درصد در سرطان معده رتبه اول را داشتند. از نظر طوایف، طایفه گوگلان در سرطان مری (۳۷/۸ درصد) و سایر طوایف کوچک‌تر در سرطان معده (۴۴/۴ درصد) غالب بودند. در زمان انجام مصاحبه فقط ۳۲ بیمار (۲۹/۶ درصد) زنده بودند. بخش عمده (۶۰ درصد) بیماران مورد مطالعه مرد بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران مبتلا به سرطان‌های فوقانی دستگاه گوارش در روستاهای استان گلستان برحسب محل ابتلاء، مرحله بیماری و جنس افراد (موارد ثبت شده سال ۱۳۸۲ تا نیمه اول ۱۳۸۳)

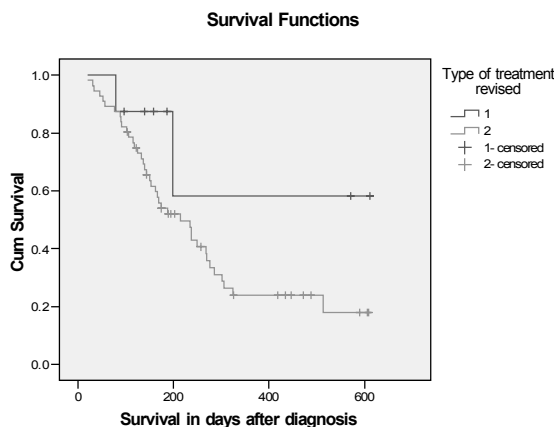
سرطان مری	سرطان معده
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
مرحله ۱ و ۲	۴ (۴/۷۶)
مرحله ۳ و ۴	۲۰ (۸۳/۳۳)
کل	۲۴ (۱۰۰)
مرد	۴۶ (۵۴/۷۶)
زن	۳۸ (۴۵/۲۳)
کل	۸۴ (۱۰۰)

نسبت مرد به زن در بیماران مبتلا به سرطان معده ۳/۸ به ۱ و در سرطان مری ۱/۲ به ۱ بود. اختلاف بین این دو سرطان از

نظر گرفته شده است، ابتدا بیماران به دو گروه زیر ۵۰ سال و بالای ۵۰ سال تقسیم شدند، اما به دلیل کم بودن تعداد بیماران زیر ۵۰ سال (۴ نفر)، cut off سنی ۶۵ سال در نظر گرفته شد. جدول ۵ میان بقای بیماران مبتلا به سرطان مری و معده را در دو گروه سنی تعریف شده با هم مقایسه کرده است که میانها تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند ($P=0/086$)، $\chi^2(1)=2/946$. میان بقا در دو گروه مبتلا به سرطان مری و معده برحسب جنس در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶: میان بقای بیماران مبتلا به سرطان مری و معده (برحسب روز) در روستاهای استان گلستان به تفکیک جنس

جنس	میان	خطای فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
		استاندارد	کرنانه بالا کرنانه پائین
مرد	۱۶۲	۱۷/۰۴۵	۱۹۵/۴۰۸
زنان	۲۳۸	۵۲/۹۰۱	۳۴۱/۶۸۵
کل	۱۷۵	۲۱/۸۰۲	۲۱۷/۷۳۱
مرد	۱۳۹	۱۵/۲۳۵	۱۶۸/۸۶۱
زنان	۲۴۰	۴۶/۰۰۹	۳۳۰/۱۷۷
کل	۱۵۴	۳۷/۳۵۵	۲۲۷/۲۱۵



نمودار ۱: منحنی بقای بیماران مبتلا به سرطان مری و معده (برحسب روز) در روستاهای استان گلستان به تفکیک نوع درمان

آنالیز انجام شده با log rank نشان داد که اختلاف معناداری بین بقای بیماران دو گروه برحسب جنس وجود ندارد ($P>0/005$). نمودار ۲ منحنی بقای بیماران را برحسب جنس نشان داده است.

۴ و ۳) و مراحل پائین (مرحله ۱ و ۲) از نظر آماری معنادار نبود. میان بقای بیماران مبتلا به سرطان معده (برحسب روز) نیز از نظر آماری اختلاف معناداری در مراحل مختلف نداشت. $\chi^2(1)=0/573$ ، $P=0/449$ نمودار یک منحنی بقای بیماران را برحسب درمان انجام شده نشان می دهد که از نظر آماری معنادار نبود.

جدول ۴: میان بقای بیماران مبتلا به سرطان مری و معده (برحسب روز) در روستاهای استان گلستان به تفکیک مرحله تومور

مرحله	میان	خطای فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
		استاندارد	کرنانه بالا کرنانه پائین
۱-۲	۱۵۹	۵۳/۵	۲۶۳/۸۶
۳-۴ مری	۱۷۵	۲۱/۸۰۲	۲۱۷/۷۳۱
کل	۱۷۵	۱۹/۲۴۷	۲۱۲/۷۲۴
۱-۲	۱۳۹	۵۰/۵	۲۳۷/۹۸
۳-۴ معده	۱۵۴	۶۲/۶۱	۲۷۶/۷۱۵
کل	۱۵۴	۳۷/۳۵۵	۲۲۷/۲۱۵

جدول ۵: میان بقای بیماران مبتلا به سرطان مری و معده (برحسب روز) در روستاهای استان گلستان به تفکیک گروه های سنی

گروه سنی	میان	خطای فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
		استاندارد	کرنانه بالا کرنانه پائین
> ۶۵ سال	۲۳۵	۵۴/۷۱۷	۳۴۲/۲۴۵
≤ ۶۵ سال مری	۱۵۱	۲۴/۴۸	۱۹۸/۹۸۱
کل	۱۷۵	۲۱/۸۰۲	۲۱۷/۷۳۱
> ۶۵ سال	۱۳۷	۱۲/۶۶۱	۱۶۱/۸۱۶
≤ ۶۵ سال معده	۲۵۷	۹۱/۰۷	۴۳۵/۴۹۷
کل	۱۵۴	۳۷/۳۵۵	۲۲۷/۲۱۵

میان بقای بیماران در دو گروه سرطان مری و معده با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت. بقای شش ماهه سرطان مری در مجموع ۵۵٪ و میزان بقای یک ساله (۱۲ ماهه) ۲۶٪ بود. در مبتلایان به سرطان معده بقای شش ماهه ۶۷٪ و میزان بقای یک ساله ۳۷٪ بود.

با توجه به این که در مطالعات مختلف سن به عنوان یکی از عوامل موثر در تعیین پیش آگهی بیماران مبتلا به سرطان در

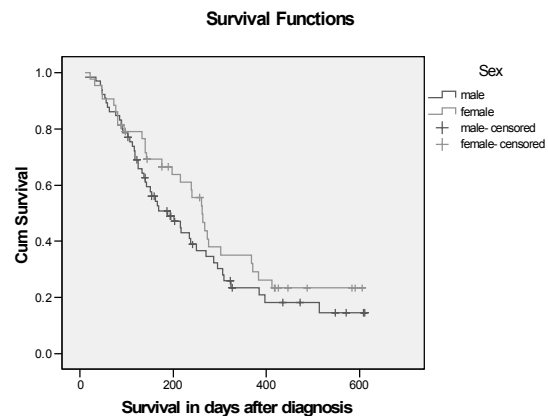
از دیگر نتایج قابل توجه این مطالعه، عدم اختلاف معنی دار بین میانه بقای بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی فوقانی بین مراحل بالاتر (مرحله ۳ و ۴) و پائین تر (مرحله ۱ و ۲) بود. در حالی که با توجه به ماهیت بیماری، به خصوص در سرطان مری که انسداد زودتر اتفاق می‌افتد، مراحل پائین تر بیماری باید پروگنوز بهتری نشان داده و همان گونه که در مطالعات مختلف نشان داده شده (۱۶ و ۵)، انجام جراحی در مراحل ابتدایی تومور باعث بهبود بیشتر پروگنوز گردد. اما در افراد مورد بررسی اکثریت بیماران درمان‌های غیرجراحی دریافت کرده بودند و در مراحل انتهایی بیماری خود به پزشک مراجعه نموده و تحت درمان محافظه کارانه قرار گرفته بودند. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که میزان بقای آنها در حد پائینی گزارش شود.

در مطالعه حاضر هیچ کدام از متغیرهای فردی (مانند سن و جنس) تاثیر معناداری در میزان بقای کوتاه مدت سرطان مری و معده نداشتند. هرچند میانه بقا در بیماران مونث بالاتر از افراد مذکر بود و در گروه سنی کمتر از ۶۵ سال بیشتر از گروه سنی ۶۵ سال و مسن تر گزارش شد، اما اختلاف معناداری مشاهده نگردید.

در مطالعات دیگر نیز نتیجه‌ای مشابه به دست آمده است. بدین معنی که پیش آگهی سرطان‌های گوارشی فوقانی در جنس مونث بهتر از جنس مذکر بوده و نیز در افراد جوان تر به نسبت افراد سالخورده پروگنوز بهتری مشاهده شده است (۸ و ۱۰ و ۱۵).

عدم تفاوت محسوس بین بقای سرطان مری و معده در این منطقه، از جمله نگرانی‌هایی است که بایستی مورد توجه قرار گیرد. در تمامی مطالعات انجام شده دیگر، سرطان معده به دلیل عدم ایجاد انسداد زودرس نسبت به سرطان مری به صورت دیررس تر تشخیص داده می‌شود، اما در مجموع دارای پروگنوز بهتری است. در حالی که در منطقه ما در هر دو مورد (سرطان مری و معده) بیشترین تشخیص‌ها در مراحل نهایی بیماری بوده و پروگنوزها نیز تفاوتی با یکدیگر نداشتند.

در مجموع در این مطالعه میانه بقای سرطان مری ۱۷۵ روز و سرطان معده ۱۵۴ روز گزارش شد. بدین معنی که در منطقه در مدت زمانی حدود ۶ ماه پس از تشخیص سرطان مری و



نمودار ۲: منحنی بقای بیماران مبتلا به سرطان مری و معده (برحسب روز) در روستاهای استان گلستان به تفکیک جنس

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان بقای کوتاه مدت (شش ماه و یک ساله) در روستاهای استان گلستان در مورد سرطان مری در مجموع ۵۴/۷۶ درصد و بقای یک ساله (۱۲ ماهه) ۲۶/۲ درصد بود. در مبتلایان به سرطان معده بقای شش ماهه ۶۶/۶ درصد و بقای یک ساله ۳۷/۵ درصد بود. این مقادیر در مقایسه با سایر مطالعات ایران و دیگر مناطق جهان در حد پائین تری قرار دارد و نشانه پیش آگهی بسیار ضعیف بیماران در منطقه می‌باشد. از جمله در مطالعه‌ای در بابلسر، بقای یک ساله بیماران مبتلا به سرطان مری تحت رادیوتراپی ۴۲ درصد گزارش شده بود (۸). در سری مطالعات انجام شده در اروپا، میزان بقای نسبی یک ساله سرطان مری ۳۳ درصد بود (۱۵). در مطالعه‌ای در پاکستان میانه بقای بیماران سرطان مری ۷ ماه بود (۶). در مورد سرطان معده در مطالعات اروپا بقای نسبی یک ساله ۴۰ درصد گزارش شد (۱۵). در کشور چین بقای یک ساله سرطان معده ۵۴/۲۳ درصد بود (۵).

در مجموع از نتایج مطالعات انجام شده می‌توان نتیجه گرفت که علی‌رغم بهبود روش‌های تشخیصی و انجام مرحله بندی دقیق در این سرطان‌ها هنوز پروگنوز بیماران مبتلا به سطح قابل قبولی نرسیده و همچنان در سطح جهان به عنوان یک معضل باقی مانده است. گرچه در کشورهایی مانند چین به دلیل اجرای برنامه‌های غربالگری و تشخیص زودرس، بقای بیماران مبتلا به سرطان معده بهبود نسبتاً خوبی داشته، اما همچنان جزء مشکلات بهداشتی درمانی است (۹-۱).

سلامت جامعه گام بردارند.

این مطالعه فقط در مناطق روستایی استان انجام گرفت و بیماران ساکن مناطق شهری بررسی نشدند. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای وسیع‌تر با حجم نمونه بیشتر (با در نظر گرفتن مدت طولانی‌تر برای به دست آوردن تعداد بیماران بالاتر) در منطقه انجام شود. گرچه این مطالعه به صورت سرشماری و شامل تمامی بیماران در دسترس بود، اما به دلیل حجم کم نمونه SE نیز پائین بوده و دقت مطالعه را قدری کاهش داده بود.

همچنین باتوجه به این که در مورد مرحله‌بندی تومورهای گوارشی امکاناتی مانند اندوسونوگرافی در منطقه و نیز در کشور موجود نمی‌باشد، نمی‌توان به طور قطع براساس جراحی یا عدم جراحی بیمار مرحله دقیق بیماری را مشخص کرد. بنابراین خطای ارزیابی در بقا افراد وجود دارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به بقای بسیار پائین بیماران مبتلا به سرطان‌های مری و معده در استان گلستان، منطقه نیازمند راه‌اندازی برنامه‌های غربالگری وسیعی می‌باشد تا شاید این بیماری در مراحل ابتدایی شناسایی گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب (شماره ۳۴۲۲) معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. نویسندگان این مقاله خود را موظف به سپاسگزاری از معاونت محترم بهداشتی استان گلستان و تمامی کارشناسانی می‌دانند که در انجام این طرح همکاری صمیمانه‌ای داشتند.

References

- 1) Correa PP, Haenszel W. Epidemiology of gastric cancer. In: Correa P, Haenszel W, editors. Epidemiology of cancer of the digestive tract. Vol. 2. Hague: Martinus-Nijhoff. 1998; pp: 58-84.
- 2) Tachibana M, Dhar DK, Kinugasa S, Yoshimura H, Fujii T, Shibakita M, et al. Esophageal cancer patients surviving 6 years after esophagectomy. *Langenbecks Arch Surg.* 2002;387(2):77-83
- 3) Aoyama N, Koizumi H, Minamide J, Yoneyama K, Isono K. Prognosis of patients with advanced carcinoma of the esophagus with complete response to chemotherapy and/or radiation therapy: a questionnaire survey in Japan. *Int J Clin Oncol.* 2001;6(3):132-7.
- 4) Sundelöf M, Ye W, Dickman PW, Lagergren J. Improved survival in both histologic types of oesophageal cancer in Sweden. *Int J Cancer.* 2002; 99(5):751-4.

معدۀ اکثریت بیماران فوت می‌کنند. این پروگنوز به خصوص در استان گلستان که از نظر جهانی روی کمربند آسیایی سرطان‌های مری و معده قرار دارد، نتیجه بسیار مایوس‌کننده‌ای می‌باشد.

اگر با توجه به نتایج این مطالعه، بقای طولانی مدت (۵ساله) بیماران را تخمین بزنیم، مطمئناً به پروگنوزی حدود صفر درصد خواهیم رسید که عمق فاجعه انسانی ایجاد شده در منطقه را فراروی ما قرار خواهد داد.

با در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات پائین در بسیاری از بیماران مورد بررسی، به نظر می‌رسد که دست‌اندرکاران امر سلامت جامعه علاوه بر در نظر گرفتن تمهیداتی برای اجرای روش‌های غربالگری، تشخیصی و درمانی زودرس در سطح وسیع، بایستی به فکر امکانات و تسهیلات مالی بیشتری برای افراد دارای درآمد پائین باشند تا در صورت تشخیص در مراحل اولیه، هیچ فردی به دلیل نداشتن بودجه از انجام درمان اولیه باز نماند.

پیشنهاد می‌شود با توجه به راه‌اندازی مرکز رادیوتراپی در مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان و جذب نیروهای متخصص در رشته پرتودرمانی (رادیوتراپی) در این منطقه، مسؤولان بهداشت و درمان به سطح پیشگیری اولیه و ثانویه بهای بیشتری داده و با انجام غربالگری‌های وسیع، اندوسکوپی افراد در معرض خطر و دارای سابقه مثبت خانوادگی، آموزش و اطلاع‌رسانی به اقشار جامعه در خصوص علائم هشداردهنده سرطان‌های گوارشی و ایجاد تسهیلات بیشتر تشخیصی و درمانی برای بیماران مبتلا در راستای پیشبرد و ارتقای سطح

- 5) Newnham A, Quinn MJ, Babb P, Kang JY, Majeed A. Trends in oesophageal and gastric cancer incidence, mortality and survival in England and Wales 1971-1998/1999. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003; 17(5):655-64.

- 6) O'connell JB, Maggard MA, Liu JH, Etzioni DA, Ko CY. A report card on outcomes for surgically treated gastrointestinal cancers: are we improving? *J Surg Res.* 2004; 121(2):214-21.

- 7) Tian J, Wang XD, Chen ZC. Survival of patients with stomach cancer in Changle city of China. *World J Gastroenterol.* 2004; 10(11): 1543-6.

- 8) Liu JF, Wang QZ, Hou J. Surgical treatment for cancer of the oesophagus and gastric cardia in Hebei, China. *Br J Surg.* 2004; 91(1):90-8.

- 9) Alidina A, Gaffar A, Hussain F, Islam M, Vaziri I, Burney I, et al. Survival data and prognostic factors seen in Pakistani patients with esophageal cancer. *Ann Oncol.* 2004;15(1):118-22
- 10) Ginsberg GG, Fleischer DE. Esophageal tumors. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. *Gastrointestinal and Liver Disease.* Vol 1. 7th. Pennsylvania. Saunders Company. 2002; pp:647-671.
- 11) Leon Gordis. *Epidemiology.* Vol 5.2nd. Pennsylvania. Saunders Company. 2000; pp: 82-99.
- 12) Watanabe M, Kuwano H, Araki K, Kawaguchi H, Saeki H, Kitamura K, et al. Prognostic factors in patients with submucosal carcinoma of the oesophagus. *Br J Cancer.* 2000; 83(5):609-13.
- 13) Cariati A, Casano A, Campagna A, Cariati E, Pescio G. Prognostic factors influencing morbidity and mortality in esophageal carcinoma. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 2002; 57(5):201-4.
- 14) Bidoli P, Bajetta E, Stani SC, De CD, Santoro A, Valente M, et al. Ten-year survival with chemotherapy and radiotherapy in patients with squamous cell carcinoma of the esophagus. *Cancer.* 2002; 94(2):352-61.
- 15) Hajian-Tilaki KO. Factors affecting the survival of patients with oesophageal carcinoma under radiotherapy in the north of Iran. *Br J Cancer.* 2001;85(11):1671-4.
- 16) Gianotti L, Braga M, Landoni L, Mari G, Scaltrini F, Di Castelnuovo A, et al. Outcome of patients with cancer of the esophagogastric junction in relation to histology and surgical strategy. *Hepatogastroenterology.* 2003;50(54):1948-52.