ORIGINAL ARTICLE

Epidemiology of Lung Cancer Patients Attending Tooba Clinic and Imam Khomeini Hospital, Sari, Iran 2010-2014

Siavosh Abedi[1],
Ghasem Janbabaee[2],
Mahmood Moosazadeh[3],
Masoumeh Rashedi Alashti[4],
Reza Alizadeh-Navaei[5],
Akbar Hedayatizadeh-Omran[5]

[1] Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Department of Internal Medicine, Gastrointestinal Cancer Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Assistant Professor, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] MSc in Psychology, Gastrointestinal Cancer Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] Assistant Professor, Gastrointestinal Cancer Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received Jan 12, 2017 Accepted may 21, 2017)

Abstract

Background and purpose: Lung cancer is a public health problem worldwide. Identifying the epidemiological characteristics of involved patients can play an important role in designing analytical studies. The aim of this study was to identify the epidemiology of patients with lung cancer attending Tooba clinic and Imam Khomeini Hospital in Sari, Iran.

Materials and methods: In this descriptive study, a sample size of 229 patients with lung cancer were chosen using census sampling. SPSS V22 was used for data analysis applying descriptive and analytic tests.

Results: Of 229 patients, 74.2% were males. The mean ages of male and female patients were 63.4±12.6 and 64.6±12.01, respectively, indicating no significant difference between the two groups (P=0.534). The majority of samples (78.6%) had non-small-cell-lung cancer and the method of diagnosis was biopsy in 88.9%. The most and least common sites of involvement were the upper edge of the right lung (22.3%) and the upper lobe of the left lung (18.8%), respectively. Among the patients, 85.1% were in stage IV and chemotherapy was the main treatment in most of the patients (57%).

Conclusion: This study showed that men were more infected with lung cancer. We found that the average age of female patients was slightly more than that of male patients. Most of the patients were diagnosed with non-small cell lung carcinoma. The majority of patients were diagnosed at higher stages that were made at advanced and metastatic stages.

Keywords: neoplasms, lung neoplasms, epidemiology

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (150): 86- 93 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره 151 مرداد سال 1396 (93 -86)

همه گیرشناسی مبتلایان به سرطان ریه مراجعه کننده به کلینیک طوبی و بیمارستان امام خمینی ساری در دوره زمانی 1389الی 1393

سیاوش عابدی[1]
قاسم جان بابایی[2]
محمود موسی زاده[3]
معصومه رشیدی آلاشتی[4]
رضا علیزاده نوایی[5]
اکبر هدایتی زاده عمران[5]

چکیده

سابقه و هدف: سرطان ریه یکی از مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان می‌باشد. توصیف ویژگیهای اپیدمیولوژیکی مبتلایان می تواند نقش ارزنده ای در زمینه‌سازی برای طراحی مطالعات تحلیلی ایفا نماید. لذا مطالعه حاضر با هدف همه‌گیرشناسی مبتلایان به سرطان ریه مراجعه کننده به کلینیک طوبی و بیمارستان امام ساری طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی بوده است. حجم نمونه شامل 229 نفر بیمار مبتلا به سرطان ریه می‌باشد که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. داده‌ها جهت آنالیز وارد نرم افزار SPSS ver. 22 گردید. از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی برای آنالیز استفاده شد.

یافته‌ها: از 229 بیمار، 74/2درصد مرد بوده‌اند. میانگین سن مردان برابر 12/6±63/4 سال و میانگین سن زنان برابر 12/01±64/6 سال بوده است. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبوده است(P=0/534). بیش‌تر نمونه‌ها (78/6 درصد از رده کارسینوم ریه غیر سلول کوچک و روش تشخیص 88/9 درصد بیماران بیوپسی بوده است. همچنین لب فوقانی ریه راست (22/3 درصد) و لب فوقانی ریه چپ (18/8 درصد) به ترتیب بیش‌ترین محل درگیری را تشکیل داده‌اند. مرحله بندی 85/1 درصد بیماران IV و نوع درمان اکثریت بیماران (57 درصد) شیمی‌درمانی بوده است.

استنتاج: این مطالعه نشان داد که بیش‌تر مبتلایان به سرطان ریه را مردان تشکیل داده‌اند و میانگین سن مبتلایان زن اندکی بیش‌تر از مردان بوده است. هم‌چنین اکثریت مبتلایان از رده کارسینوم ریه غیرسلول کوچک بوده‌اند. لازم به ذکر است که اکثریت بیماران در زمان تشخیص در مرحله(Stage) بالا قرار داشتند که حاکی از تشخیص بیماری در مرحله پیشرفته و متاستاز بیماری است.

واژه های کلیدی: سرطان، سرطان ریه، همه‌گیرشناسی

مقدمه

در حال حاضر در گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، کشورهای با درآمد پایین و متوسط همزمان با بار ناشی از بیماری‌های عفونی و مزمن مواجه هستند. کنترل مناسب مرگ در اثر بیماری‌های عفونی منجر به افزایش امید به زندگی می‌شود که عموما نتیجه آن، افزایش بیماری‌های مزمن است که یکی از این پیامدها، روند صعودی بروز سرطان می‌باشد(1). سرطان‌ها در جهان دومین علت مرگ و میر و در ایران بعد از بیماری‌های

مولف مسئول: محمود موسی زاده - مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران Email: mmoosazadeh1351@gmail.com
1. استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
2. دانشیار، گروه داخلی، مرکز تحقیقات سرطان گوارش، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
3. استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
4. فوق لیسانس، مرکز تحقیقات سرطان گوارش، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
5. استادیار، مرکز تحقیقات سرطان گوارش، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : 1395/10/22 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1395/12/25 تاریخ تصویب : 1396/2/31

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

قلبی-عروقی و حوادث، سومین علت مرگ را تشکیل می‌دهند(2). در این بین، سرطان ریه یکی از مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان می‌باشد(3).

مشخصه سرطان ریه، رشد کنترل نشده سلول در بافت‌های ریه است. انواع اصلی سرطان ریه شامل سرطان‌های ریه سلول کوچک (SCLC: small cell lung cancer) و سرطان ریه غیرسلول کوچک (Non-small-cell lung cancer NSCLC:) می‌باشد. شایع‌ترین علائم آن سرفه به ویژه همراه با خلط خونی، کاهش وزن و تنگی نفس می‌باشد. هم‌چنین درمان‌های رایج آن جراحی، شیمی درمانی و پرتودرمانی می‌باشد. شایع‌ترین علت آن قرار گرفتن در معرض دود دخانیات برای یک مدت طولانی است. البته عوامل دیگری مانند آلودگی هوا (از طریق مواجهه‌های محیطی و شغلی با عواملی هم‌چون آرسنیک، ازبستوز، نیکل، کرومیوم ودود پخت و پز)، هم‌ابتلایی با بیماری سل و بیماری‌های تنفسی مزمن ریه در افزایش خطر بروز این بیماری نقش دارند. ضمن اینکه نقش ژنتیک و سابقه خانوادگی هم یک عامل خطر برای برخی سرطان‌ها از جمله سرطان ریه شناخته شده است(9 ،4).

با وجود اینکه در بیشتر کشورهای غربی، مرگ در اثر سرطان ریه روند کاهشی دارد، در کشورهایی مانند ایران میزان آن در حال افزایش است(10 ،3). به طور کلی بار بیماری سرطان در بین کشورهای مختلف متفاوت است. بر اساس داده‌های GLOBOCAN ، بروز اختصاصی سنی کل سرطان در جهان در مردان 187,1 در صدهزار نفر گزارش شده که سرطان ریه رتبه اول را داشته است. هم‌چنین این شاخص در مردان کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، آسیای جنوب شرقی و غرب آقیانوس آرام به ترتیب برابر 92/5، 90/2 و 210/9 در صد هزار نفر جمعیت بوده که در این مناطق هم سرطان ریه رتبه اول بروز را داشته است. میزان بروز مرگ در اثر انواع سرطان‌ها در مردان در جهان 116/2در صد هزار نفر گزارش شده که در همه مناطق سازمان جهانی بهداشت (بجز آفریقا) سرطان ریه بالاترین میزان بروز مرگ را در بین سرطان‌های مختلف در مردان داشته است. لازم به ذکر است بروز مرگ در اثر سرطان ریه در زنان فقط در منطقه آمریکا و غرب اقیانوس بالاتر از دیگر سرطان‌ها گزارش شده است(11). در ایران هم در یکی از مطالعاتی که در استان فارس انجام گرفته است، میزان بروز استاندارد شده سنی سرطان ریه از 1/5 در سال 1380به 5/9 مورد در سال 1387 در صدهزار نفر جمعیت افزایش داشته است(12).

مطالب ذکر شده حاکی از آن است که سرطان ریه از بیماری‌های مهم در بین انواع سرطان‌هاست که بار ناشی از آن به ویژه در مردان بالا است. بررسی و توصیف ویژگی‌های جمعیتی‌شناختی و برخی ویژگی‌های اپیدمیولوژیکی و کلینیکی مبتلایان می تواند نقش ارزنده‌ای در بیان مشکل و زمینه‌سازی برای طراحی مطالعات تحلیلی داشته باشد. تا آنجایی‌که پایگاه‌های ملی و بین‌المللی مورد جستجو قرار گرفت، مطالعات مرتبط منتشر در ایران اندک بوده و در حوزه جمعیتی مازندران موردی مشاهده نشده است. لذا مطالعه حاضر با هدف همه‌گیرشناسی مبتلایان به سرطان ریه مراجعه کننده به کلینیک طوبی و بیمارستان امام ساری طراحی شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی بوده است. جمعیت مورد مطالعه را بیماران مبتلا به سرطان ریه مراجعه کننده به کلینیک طوبی و بیمارستان امام ساری در دوره زمانی 1389 الی 1393 تشکیل داده‌اند. حجم نمونه شامل 229 نفر بیمارمی‌باشد که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. منبع دریافت داده‌ها، مرکز جامع سرطان دانشگاه علوم پزشکی مازندران بوده است. داده‌ها در فرمت اکسل دریافت شد. فایل داده‌ها حاوی متغیرهای سن، جنس، شغل، هموگلوبین، متوسط اندازه سطح بدن (BSA= Body Surface Area)، رده‌بندی نوع سرطان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

ریه، نحوه تشخیص، محل تومور، مرحله تومور، محل متاستاز و نوع اقدامات درمانی بوده است.

داده‌ها جهت آنالیز وارد نرم افزار SPSS ver. 22 گردید. قبل از آنالیز پالایش تمامی متغیرها در دستور کار مولفین بوده است. با توجه به نوع مطالعه که توصیفی بوده، از آزمون‌های درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار برای توزیع متغیرها استفاده شد. مقایسه میانگین سن بر حسب جنسیت و بر حسب رده‌بندی سرطان با استفاده از آزمون تی تست مستقل انجام گرفت. لازم به ذکر است، با آزمون کولموگروف اسمیرنوف وضعیت نرمالیتی متغیر سن مورد بررسی قرار گرفت. همچنین فراوانی مرحله بیماری و رده‌بندی سرطان بر حسب جنس با آزمون کای اسکوئر صورت گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از 0/05 ملاک قضاوت در مورد معنی‌داری بوده است.

یافته ها

تعداد بیماران مبتلا به سرطان ریه بررسی شده برابر 229 نفر بود که 74/2 درصد از آنها مرد بوده‌اند(جدول شماره 1).

جدول شماره 1: ویژگیهای جمعیت مورد مطالعه بر حسب جنس و شغل

متغیر		تعداد	درصد
جنس	مرد	170	74/2
	زن	59	25/8
	کل	229	100
شغل	خانه دار	43	25/6
	کشاورز	25	14/9
	بازنشسته	35	20/8
	آزاد	45	26/8
	کارمند	13	7/7
	سایر	7	4/2
	کل	168	100

میانگین سن جمعیت مورد مطالعه برابر 63/7 سال با انحراف معیار12/4 و به ترتیب حداقل و حداکثر 27 و 91 سال بوده است. هم‌چنین میانگین سن مردان برابر 63/4 سال با انحراف معیار 12/6 و میانگین سن زنان برابر 64/6 سال با انحراف معیار 12/01 بوده است. لازم به ذکر است که بر اساس نتایج آزمون تی تست مستقل این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبوده است(P= 0/534 ، t=-0/623).ضمنا متغیر سن از توزیع نرمال برخوردار بوده است(P=0/249). متوسط اندازه سطح بدن(BSA= Body Surface Area)برابر 1/7 با انحراف معیار0/2 بوده است. متوسط هموگلوبین بیماران برابر 11/3 با انحراف معیار 1/9 بوده است.

در رده‌بندی کارسینوم‌های ریه بر اساس اندازه و شکل سلول‌های بدخیم، بیشتر نمونه‌ها (78/6 درصد) از رده کارسینوم ریه غیرسلول کوچک بوده‌اند. روش تشخیص 88/9 درصد بیماران بیوپسی بوده است. مرحله بندی 85/1 درصد بیماران IV و نوع درمان اکثریت بیماران (57 درصد) شیمی‌درمانی بوده است. بیش‌ترین نواحی متاستاز داده به ترتیب مغز (21/3 درصد)، پلورال افیوژن(17/6 درصد)، استخوان (14/8 درصد مغز و استخوان (13 درصد) و کبد (10/2 درصد) بوده است(جدول شماره 2).

جدول شماره 2: ویژگیهای جمعیت مورد مطالعه بر حسب متغیرهای بالینی

متغیر		تعداد	درصد
مرحله بندی (Stage)	I	3	3/2
سرطان	II	2	2/1
	III	9	9/6
	IV	80	85/1
	کل	94	100
نوع درمان	کموتراپی	106	57
	رادیوتراپی	2	1/1
	جراحی	5	2/7
	کموتراپی و رادیوتراپی	52	28
	کموتراپی و جراحی	15	8/1
	کموتراپی ، رادیوتراپی و جراحی	6	3/2
	کل	186	100
مکان متاستاز	کبد	11	10/2
	مغز	23	21/3
	استخوان	16	14/8
	غده سینه و مدیاستن	5	4/6
	اثنی عشر	3	2/8
	پلورال افیوژن	19	17/6
	کبد و استخوان	8	7/4
	مغز و استخوان	14	13
	سایر	9	8/3
	کل	108	100
رده بندی پاتولوژیک	سرطان ریه سلول کوچک (SCLC)	49	21/4
	سرطان ریه غیرسلول کوچک (NSCLC)	180	78/6
	کل	229	100
روش تشخیص	برونکوسکوپی	7	6/5
	بیوپسی	96	88/9
	سایر	5	4/6
	کل	108	100

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

(جدول شماره 3) نشان می‌دهد که فراوانی کارسینوم ریه سلول کوچک در مردان بیش‌تر از زنان (22/9درصد در برابر 16/9 درصد) بوده است که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. هم‌چنین فراوانی مرحله IV سرطان در مردان بیش‌تر از زنان (87/5درصد در برابر 80درصد) بوده است که از نظر آماری معنی‌دار نبوده است.

جدول شماره 3: وضعیت رده‌بندی سرطان و مرحله بندی آن بر حسب جنس

متغیر		مرد		زن		سطح معنی داری (آزمون کای اسکوئر)
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
رده بندی	SCLC	39	22/9	10	16/9	0/334
پاتولوژیک	NSCLC	131	77/1	49	83/1	
مرحله بندی	I	1	1/6	2	6/7	0/550
سرطان	II	1	1/6	1	3/3	
	III	6	9/4	3	10	
	IV	56	87/5	24	80	

میانگین سن بیماران با رده کارسینوم ریه غیرسلول کوچک و سلول کوچک به ترتیب برابر 12/5±63/8 سال و 12/3±63/2 سال بوده است. نتایج آزمون تی تست مستقل این تفاوت را معنی دار نشان نداده است(p=0/588).

بحث

این مطالعه که با هدف بررسی همه‌گیرشناسی مبتلایان به سرطان ریه انجام شد، نشان داد که بیشتر مبتلایان به سرطان ریه مرد می‌باشند. میانگین سن مبتلایان نزدیک به 64 سال و سن زنان مبتلا به سرطان ریه بیشتر از مردان می‌باشد. هم‌چنین سرطان ریه غیرسلول کوچک حدود 78/6 درصد موارد را تشکیل داده‌اند و فراوانی مردان در رده‌بندی سلول‌های کوچک بیش‌تر از زنان می‌باشد. بیوپسی رایج‌ترین روش تشخیص مورد استفاده بوده که در 88/9 درصد بیماران از این روش برای تشخیص بهره‌گیری شد. حدود 85 درصد بیماران در مرحله‌بندی IV (Stage)قرار داشتند که فراوانی مردان در این مرحله‌بندی بیش‌تر از زنان بوده است. رایج‌ترین نوع درمان فقط شیمیوتراپی و سپس شیمیوتراپی و رادیوتراپی همزمان بوده‌اند.

در مطالعه‌ای در اردبیل که 124 بیمار مبتلا به سرطان ریه مورد بررسی قرار گرفت، 82/3درصد مبتلایان مرد بوده‌اند و میانگین سن انها64/23 سال بوده است که ویژگی نسبت جنسی و سنی این مبتلایان مشابه نمونه‌های مطالعه حاضر می‌باشد(2). در مطالعه‌ای دیگر در کرمانشاه از 637 مورد سرطان، 83/5 درصد آنها مرد بوده‌اند و بیش‌تر مبتلایان در گروه سنی 79-70 سال بوده‌اند که مشابه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این مطالعه می‌باشد(10). در یک مطالعه در استان فارس، 72 درصد از 743 مورد بیمار مبتلا به سرطان ریه را مردان تشکیل داده‌اند و میانگین سن مردان و زنان به ترتیب برابر 64/4 و 62/3 سال گزارش شده است. این نتایج اندکی با یافته‌های مطالعه حاضر اختلاف دارد. بدین ترتیب که میانگین سن زنان در مطالعه حاضر بیش‌تر از مردان بوده است(12). احتمالا یکی از دلایل این مغایرت بازه زمانی مطالعه فارس باشد که یک دوره 8 ساله(1387-1380) را در برگرفته است .

در مطالعه‌ای در کشور چین از 605946 مورد سرطان ریه، تعداد 416333 نفر (65/7 درصد) را مردان و تعداد 189613 نفر (31/3 درصد) را زنان تشکیل داده‌اند و نسبت جنسی مرد به زن برابر 2/2 بوده است. نتایج ذکر شده در مقایسه با یافته‌های مطالعه حاضر از نظر بیش‌تر بودن میزان سرطان ریه در مردان مشابه می‌باشد(3). مطالعه‌ای دیگر در چین نشان داده است که در دوره زمانی 1989 الی 2008 متوسط سن بروز سرطان ریه در مردان از 65/32 سال به 67/87 سال و در زنان از 65/14 سال به 68/05 سال رسیده است. مقایسه نتایج نشان می‌دهد که سن ابتلا در مطالعه حاضر پایین‌تر از یافته‌های ذکر شده می‌باشد(13). در مطالعه‌ای در یک منطقه از کشور جمهوری آذربایجان روی 876 بیمار مبتلا به سرطان ریه گزارش شده است که سن اکثریت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

بیماران بالای 50 سال بوده ولی موارد با سن بالای 70 سال اندک بوده است(14).

مرحله‌بندی (Stage)سرطان طبق TNM که بر اساس اندازه و تعداد تومور اولیه، میزان درگیری بافت‌های اطراف و وقوع یا عدم وقوع متاستاز انجام می‌گیرد، بین صفر الی 4 نمره‌بندی می‌شود. البته این امر یک فرایند پیچیده‌ای است که برنامه درمانی و شانس موفقیت درمان به میزان زیادی بستگی به مرحله‌بندی دارد. هم‌چنین سرطان‌های ریه بر اساس بافت‌شناسی رده‌بندی می‌شوند که برای تعیین نوع مدیریت بیماری و پیش‌بینی نتایج درمان اهمیت به سزایی دارد. اکثریت موارد سرطان ریه کارسینوماها هستند که به دو رده وسیع کارسینوم ریه سلول کوچک و کارسینوم ریه غیرسلول کوچک تقسیم می‌شوند. حدود 20 درصد از سرطان‌های ریه را کارسینوم ریه سلول کوچک تشکیل می‌دهند(19، 15).

در مطالعه‌ای در برزیل 9/6 درصد از مبتلایان به سرطان ریه مرحله یک، 6/6 درصد بیمار مرحله دو، 33/7 درصد بیمار مرحله سه و 36/9 درصد مرحله چهار تشخیص داده شدند. هم‌چنین 199 بیمار(10/5 درصد)در رده سلول کوچک و 1688 بیمار(89/5 درصد) در رده غیرسلول کوچک قرار گرفتند. این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر متفاوت است. به عبارت دیگر وضعیت تشخیص سرطان ریه در این منطقه در مقایسه با برزیل وضعیت مناسبی ندارد و بیماران با تاخیر تشخیص داده می‌شوند(20). بنابراین می‌توان با آموزش به جامعه این شرایط را ارتقا داد. در یکی از مطالعات نشان داده شد که خطر تشخیص سرطان با مرحله بالا در افراد تحصیل کرده و آموزش دیده کم‌تر از افراد با تحصیلات پایین و آموزش ندیده می‌باشد(21).

در مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا، در بین 3318 بیمار سرطان ریه با رده غیرسلول کوچک، میزان استفاده از جراحی در بیماران با مرحله یک و دو بیماری در سال 1996 برابر 78/8 درصد بود که در سال 2010 به 68/5 درصد کاهش یافت. در حالی‌که میزان استفاده از شیمی‌درمانی برای بیماران با مرحله پیشرفته‌تر بیماری در سال 1996 برابر 36/1 درصد بود که در سال 2010 به 51/2 درصد افزایش یافت(22). در مطالعه حاضر اکثریت بیماران تحت شیمی‌درمانی قرار گرفتند که عمده‌ترین دلیل احتمالی آن تشخیص دیررس بیماران می‌باشد که اکثرا در مرحله 4 تشخیص داده می‌شوند. هم‌چنین شاید محدودیت دسترسی به دیگر امکانات درمانی مانند رادیوتراپی هم یکی از دلایل باشد.

از محدودیت‌های این مقاله کامل نبودن داده‌ها برای برخی متغیرها بوده است. به همین دلیل متغیرهایی مانند علایم شروع بیماری، وضعیت مصرف سیگار، وضعیت مصرف اپیوم، ابتلا به سرطان‌های دیگر، سرطان در خانواده و سابقه مواجهه با شیمیایی در جنگ مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. این محدودیت به ساختار جمع آوری داده‌های آن بر می‌گردد که از داده‌های موجود استفاده شده است. محدودیت دیگر این مطالعه به ماهیت طراحی آن بر می‌گردد که از نوع توصیفی بوده و امکان بررسی روابط علیتی میسر نگردید .

این مطالعه نشان داد که بیش‌تر مبتلایان به سرطان ریه را مردان تشکیل داده‌اند و میانگین سن مبتلایان زن اندکی بیش‌تر از مردان بوده است. هم‌چنین اکثر مبتلایان از نظر رده‌بندی کارسینوم‌های ریه بر اساس اندازه و شکل سلول‌های بدخیم از رده کارسینوم ریه غیرسلول کوچک بوده‌اند. لازم به ذکر است که اکثریت بیماران در زمان تشخیص در مرحله(Stage) بالا قرار داشتند که حاکی از تشخیص بیماری در مرحله پیشرفته و متاستاز بیماری است. نکته دیگری که در این مطالعه نیاز به یادآوری است، نقص اطلاعاتی در داده‌های جمع‌آوری شده از بیماران مراجعه کننده به کلینیک می‌باشد که بایستی به طور اساسی مورد توجه قرار گیرد. به نظر می‌رسد راه‌اندازی نظام ثبت بیماری می‌تواند راهکاری موثر در تضمین داده‌های با کیفیت بالا باشد. هم‌چنین این نظام ثبت می‌تواند زمینه انجام

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

مطالعات تحلیلی به منظور شناسایی عوامل خطر و اثبات روابط علیتی فراهم نماید.

سپاسگزاری

پروپوزال این مطالعه با کد 1689 در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد تایید قرار گرفت. مولفین مراتب سپاس و قدردانی خود را از زحمات و همکاری پرسنل حوزه معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات جامع سرطان، کلینیک طوبی و مرکز اموزشی درمانی امام(ره) ساری اعلام می‌نمایند.

References

1. Winkler V, Mangolo NJ, Becher H. Lung cancer in South Africa: a forecast to 2025 based on smoking prevalence data. BMJ Open. 2015; 17;5(3):e006993.
2. 2. Ghobadi H, Sharghi A, Sadat-Kermani J. Epidemiology and Risk Factors for Lung Cancer in Ardabil, Iran. J Ardabil Univ Med Sci 2013, 13(2): 220-228.(Persian)
3. Zhou C. Lung cancer molecular epidemiology in China: recent trends. Transl Lung Cancer Res. 2014;3(5):270-279.
4. Davis VN, Lavender A, Bayakly R, Ray K, Moon T. Using current smoking prevalence to project lung cancer morbidity and mortality in Georgia by 2020. Prev Chronic Dis. 2013; 10:E74.
5. Meza R, Meernik C, Jeon J, Cote ML. Lung cancer incidence trends by gender, race and histology in the United States, 1973-2010. PLoS One. 2015;10(3):e0121323.
6. Mai PL, Wideroff L, Greene MH, Graubard BI. Prevalence of family history of breast, colorectal, prostate, and lung cancer in a population-based study. Public Health Genomics. 2010;13(7-8):495-503.
7. Janbabaee G, Moosazadeh M, Asdaghi Jahrom Z, i Rashedi Alashti M. Epidemiological, Clinical and Pathological Characteristics of Patients with Breast Cancer. J Mazandaran Univ Med Sci. 2016; 25 (134) :43-51 .(Persian)
8. Mong C, Garon EB, Fuller C, Mahtabifard A, Mirocha J, Mosenifar Z, et al. High prevalence of lung cancer in a surgical cohort of lung cancer patients a decade after smoking cessation. J Cardiothorac Surg. 2011;6:19.
9. Winkler V, Ng N, Tesfaye F, Becher H. Predicting lung cancer deaths from smoking prevalence data. Lung Cancer. 2011;74(2):170-177.
10. Najafi F, Jafari R, Mozafari HR. Leghaei Z. Trend in lung cancer incidence in Kermanshah province - Iran(1997-2007). J Kermanshah Univ Med Sci.2010; 14(4): 342-348. (Persian)
11. Kim JL, Cho KH, Park EC, Cho WH. A single measure of cancer burden combining incidence with mortality rates for worldwide application. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(1):433-439.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

12. Almasihashiani A, Frahmand M, Hasanzadeh J, Raei M. Lung cancer incidence: data from Fars Province cancer registry, 2001-2008. Payesh. 2012;11(4):477-483. (Persian)
13. Han R, Zheng RS, Zhang SW, et al. Trend Analyses on the Differences of Lung Cancer Incidence Between Gender, Area and Average Age in China During 1989-2008. Zhongguo Fei Ai Za Zhi 2013;16:445-451.
14. Soltanov AA. Prevalence of lung cancer in "Small Caucasia" region of Azerbaijan Repulic. Georgian Med News. 2009;(172-173):99-103.
15. Manapov F, Klautke G, Fietkau R. Prevalence of brain metastases immediately before prophylactic cranial irradiation in limited disease small cell lung cancer patients with complete remission to chemoradiotherapy: a single institution experience. J Thorac Oncol. 2008 ;3(6):652-655.
16. Zauderer MG, Sima CS, Korc-Grodzicki B, Kris MG, Krug LM. Can we really treat patients older than age 70 with a chemotherapy doublet for non-small cell lung cancer (NSCLC)? J Clin Oncol. 2011;29(15_suppl):7546.
17. Grønberg BH, Lund-Iversen M, Strøm EH, Brustugun OT, Scott H. Associations between biomarkers and outcomes of first-line chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer (NSCLC). J Clin Oncol. 2011;29(15_suppl):7535-7535
18. Roesel C, Terjung S, Weinreich G, Hager T, Chalvatzoulis E, Metzenmacher M, et al. Sarcomatoid carcinoma of the lung: a rare histological subtype of non-small cell lung cancer with a poor prognosis even at earlier tumour stages. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2017;24:407-413
19. Abbasi A, Edhemi S, Javaherzadeh M. Role of Surgery in Treatment of Lung Cancer (review). Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2004;31(1):59-67.(Persian)
20. Ismael G, Coradazzi AL, Cantarelli AV, Abdalla KC, Mattos ER, Oliveira JD, et al. Lung cancer histology in a Brazil: A retrospective study of 1,887 patients. J Clin Oncol. 2011 ;29(15_suppl):e18039.
21. Dalton SO, Frederiksen BL, Jakobsen E, Steding-Jessen M, Oesterlind K, Schuz J, et al. Socioeconomic position, stage of lung cancer, and time between referral and diagnosis in Denmark, 2001-2008. Br J Cancer. 2011; 105(7): 1042–1048.
22. Kaniski F, Enewold L, Thomas A, Malik S, Stevens JL, Harlan LC. Temporal patterns of care and outcomes of non-small cell lung cancer patients in the United States diagnosed in 1996, 2005, and 2010. Lung Cancer. 2017 ;103:66-74.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]