

الله الرحمن الرحيم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
شهید صدوقی یزد

پایان نامه  
برای دریافت درجه دکترای عمومی

موضوع

بررسی میزان بقاء ۵ ساله بیماران مبتلا به سرطان ریه

استاد راهنما

سرکار خانم دکتر شکوه تقی پور

استاد مشاور

جناب آقای دکتر سیدمحمدرضا مرتضوی زاده

نگارش

مریم السادات میرطالبی

۱۳۸۹ / ۴ / ۲۵

تذکره اطلاعات مرکز ملی  
تسبیح بزرگ

سال تحصیلی ۸۹ - ۱۳۸۸

۱۳۹۱۶۱

با تشکر از سرکار خانم دکتر تقی پور که همواره از منهنمودهای

علمی و اخلاقیشان بهره مند شدم و با تشکر از

جناب آقای دکتر مرتضوی نرازه که استادی مهربان و دلسوزی

برایم بودند و با تشکر از جناب آقای دکتر فلاح نرازه که

مشاوره آمار این پایان نامه را بر عهده داشتند.

تقلید به او که انرا پشت پرده های غربت مروزی طلوع خواهد کرد

تقلید به مهربان ترین همسر دنیا محمد عزیزم که تکیه گاهی امن و  
همیشگی است و وجودش برایم بزرگترین نعمت الهی است

تقلید به مادر عزیزم که الهه صبر و مهربانی و آرامش است

تقلید به پدر بی نظیرم که آینه تجلی علم و ایمان است

و

تقلید به رضای عزیزم که تمام امید نرند گیر است

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

الف..... خلاصه

### فصل اول

- ۱..... مقدمه
- ۳..... عوامل خطر برای کانسر ریه
- ۵..... اتیولوژی سرطان زایی ریه
- ۶..... شکلهای مختلف سرطان ریه
- ۸..... الگوهای غربالگری سرطان ریه
- ۹..... بیان مساله و اهمیت موضوع
- ۱۰..... مروری بر مطالعات مشابه
- ۱۲..... اهداف و فرضیات

### فصل دوم

- ۱۴..... جامعه مورد بررسی و خصوصیات افراد مورد مطالعه
- ۱۴..... نوع و روش تحقیق
- ۱۵..... روش نمونه گیری و تعیین حجم نمونه
- ۱۶..... تعریف واژه ها ، متغیرها و پرسشنامه
- ۱۷..... روش اخذ اطلاعات، موتورهای جستجوگر
- ۱۷..... روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
- ۱۸..... مشکلات اجرایی و اخلاقی

### فصل سوم

- ۱۹..... نتایج

### فصل چهارم

- ۳۱..... بحث، پیشنهاد و نتیجه گیری
- ۳۴..... خلاصه انگلیسی
- ۳۶..... منابع و ماخذ

جداول

- جدول ۱- مشخصات بیماران مبتلا به سرطان ریه بین سالهای 83-1376..... ۲۰
- جدول ۲- فراوانی علائم بالینی در بیماران مورد مطالعه مبتلا به سرطان ریه..... ۲۱
- جدول ۳- ارتباط علائم بالینی با میزان بقا..... ۲۲
- جدول ۴- ارتباط جنسیت با میزان بقا در کانسر ریه..... ۲۳
- جدول ۵- میزان بقا یک ساله، دو ساله و سه ساله بیماران مورد مطالعه برحسب جنس..... ۲۳
- جدول ۶- ارتباط میزان سن با میزان بقا در کانسر ریه..... ۲۴
- جدول ۷- فراوانی انواع بدخیمی های ریه در مطالعه و میانگین و میانه بقا هر کدام..... ۲۵
- جدول ۸- فراوانی بیماران سیگاری و غیر سیگاری و ارتباط سیگار با بقا کانسر ریه..... ۲۷
- جدول ۹- فراوانی و درصد فراوانی روش های درمانی به کار گرفته شده در بیماران مورد مطالعه..... ۲۸
- جدول ۱۰- تاثیر روش های درمانی مختلف بر میزان بقا کانسر ریه..... ۲۹
- جدول ۱۱- ارتباط عمل جراحی با میزان بقا کانسر ریه..... ۳۰

نمودارها

- نمودار ۱- فراوانی گروه های مختلف سنی به تفکیک جنس..... ۲۰
- نمودار ۲- مقایسه نمودار میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان ریه بر اساس میزان سن آنها..... ۲۴
- نمودار ۳- فراوانی انواع مختلف بدخیمی های ریه در بیماران مورد مطالعه..... ۲۶
- نمودار ۴- میانگین میزان بقا انواع مختلف بدخیمی های ریه در بیماران مورد مطالعه..... ۲۷
- نمودار ۵- میانگین میزان بقا در روش های مختلف درمانی در مبتلایان به کانسر ریه..... ۲۹
- نمودار ۶- مقایسه نمودار میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان ریه بر حسب میزان سن آنها..... ۳۰

# فهرست

## خلاصه

سرطان ریه هنوز هم شایعترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان را در زنان و مردان در سراسر جهان است و بیش از ۸۰٪ بیماران مبتلا به این سرطان در فاصله ۵ سال از زمان تشخیص بیماری جان خود را از دست می‌دهند. بالا بودن میزان بروز این بدخیمی و پیش آگهی ضعیف آن حتی با وجود درمان‌های جدید در سال‌های گذشته سبب گشته است که سرطان ریه به عنوان یک معضل مهم بهداشتی در چند دهه اخیر باشد. طبق آمارهای موجود در دیگر کشورها در ۲۰ سال گذشته آدنوکارسینوما شایعترین سرطان ریه در تمام نژادها و در هر دو جنس جایگزین سرطان سلول سنگفرشی شده است و در داخل کشور هنوز شایعترین نوع بدخیمی سرطان ریه سلول سنگفرشی می باشد. از جمله علل مهم ایجاد کننده سرطان ریه، مصرف سیگار می باشد اما بیشترین ارتباط را با بروز سرطان سلول سنگفرشی بخصوص در خانمها و سرطان سلول کوچک داراست انواع مختلف سرطان ریه دارای سیر و پاسخ به درمان متفاوت هستند، لذا اولین قدم در درمان، تشخیص بافت شناسی صحیح میباشد و نوع درمان تاثیر بسیار زیادی روی میزان بقاء بیماران دارا می باشد.

کلیه بیماران مراجعه کننده و بستری شده با بدخیمی اولیه ریه ثبت شده در بیمارستانهای شهید صدوقی و شهید رهنمون یزد در فاصله ۱۳۷۶ تا اسفند ۱۳۸۳ در این مطالعه وارد شدند و بر اساس پرسشنامه تهیه شده اطلاعات موجود در پرونده و مصاحبه تلفنی با آنها تکمیل گردید و اطلاعات مزبور در پرسشنامه ای که در آن موارد ذیل در آن در نظر گرفته شده بود، درج شد: سن، جنس، سابقه مصرف سیگار شکایت اصلی بیمار، نوع هیستولوژیک بدخیمی و درمانهای انجام شده برای بیمار. سپس این اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و شاخصهای توصیفی و آزمونهای آماری آنالیز گردیدند.

در مطالعه ما در فاصله سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳ تعداد ۱۴۸ نمونه از بیماران مبتلا به سرطان اولیه ریه از بیمارستانهای شهید صدوقی و شهید رهنمون یزد جمع آوری شد که از این بین ۱۰۹ نفر مذکر (۷۳٪) و ۳۹ نفر (۲۷٪) مونث بودند. میانگین سن بیماران  $۲۱/۸ \pm ۳۶/۰$  سال بود و زنان به



طور متوسط ۳ سال زود تر از مردان مبتلا به سرطان ریه شده بودند. بیشترین علامت بالینی در بین بیماران سرفه و کمترین علامت را تب به خود اختصاص داده بود. در مطالعه ما میزان بقاء با افزایش سن کاهش را نشان میدهد اما جنس، نوع توموروسیگار تأثیری روی میزان بقاء نداشته است. نوع درمان تفاوت واضح روی میزان بقاء داشته به طوری که بیشترین میزان بقاء مربوط به گروهی است که هر سه درمان جراحی، شیمی درمانی و رادیو تراپی را دریافت کرده اند و بعد از آن گروهی که همزمان شیمی درمانی و جراحی شده اند بیشترین میزان بقاء را داشته و در نهایت کمترین میزان بقاء متعلق به گروهی است که شیمی درمانی تنها دریافت کرده اند. نزدیک به ۶۰٪ بیماران (۸۹ نفر) سیگاری بودند و بین میزان بقاء و سیگار کشیدن ارتباطی که از نظر آماری با اهمیت باشد پیدا نشد و در انتها میانگین بقاء کلیه بیماران ۸/۵ ماه بود.

در مطالعه ما شایعترین نوع بدخیمی سرطان سلول سنگفرشی ثبت شده است که اگر چه با مطالعات داخلی هماهنگ می باشد اما هنوز با نتیجه مطالعات سایر کشورها که آدنو کارسینوما را شایعترین نوع بدخیمی می دانند متفاوت است. نوع درمان و سن بر روی میزان بقاء، موثر بوده است که سایر مطالعات نیز این مطلب را تأیید می کند. به طوری که ترکیب سه درمان شیمی درمانی، پرتو درمانی و جراحی بیشترین میزان بقاء را داشته است. از طرفی جنس، نوع پاتولوژی، تأثیری روی میزان بقاء را نشان نمی دهد در حالی که در بسیاری از کشورها رابطه بین این عوامل و میزان بقاء ذکر شده است. اما مهمترین تفاوت، میانگین میزان بقاء در مطالعه حاضر و سایر مطالعات می باشد که جای بررسی بیشتر را می طلبد لیکن از علت آن می توان عدم staging تومور و نوع درمان را نام برد

فصل اول

**Introduction**

کلیات

سرطان ریه هنوز هم شایعترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان را در بین زنان و مردان تشکیل می دهد. سرطان ریه شایعترین سرطان در هر دو جنس در سراسر جهان است و بیش از ۸۰٪ بیماران مبتلا به این سرطان در فاصله ۵ سال از زمان تشخیص بیماری جان خود را از دست می دهند. بالا بودن میزان بروز این بدخیمی و پیش آگهی ضعیف آن (حتی با وجود پیشرفت های جدید در درمان) سبب گشته است که سرطان ریه بعنوان یک معضل مهم بهداشتی در چند دهه اخیر مطرح باشد. سالانه هزاران انسان قربانی این بدخیمی می شوند. امروزه سرطان ریه ۳۲٪ و ۲۰٪ مرگهای ناشی از سرطان را به ترتیب در مردان و زنان تشکیل می دهد که شایعترین علت مرگ ناشی از سرطان ها می باشد. (۱ و ۲). بیشترین میزان بروز این بدخیمی در محدوده سنی ۶۵-۵۵ سالگی مشاهده می شود (۱).

حدود ۹۰ درصد سرطان های ریه براساس پیدایش علائم تشخیص داده می شوند در حالی که ۱۰ درصد آنها بصورت اتفاقی کشف می شوند. دراکثر موارد بعلت حساسیت کم روشهای پاراکلینیک، هزینه بالا و اتلاف وقت درضمن عمل جراحی مشخص می شود که برخلاف پیش بینی های اولیه حاصل شده از اقدامات پاراکلینیکی بدلیل تهاجم و متاستازهای وسیع تومور به اعضاء و احشاء مجاور مثل پریکارد، غدد لنفاوی، مدیاستن و عروق، تومور غیر قابل برداشت بوده و به مرگ بیمار منتهی می شود. انواع مختلف سرطانهای ریه (از نظر نوع سلول) دارای سیر مختلف و پاسخ به درمان متفاوتی هستند، لذا اولین قدم در درمان، تشخیص بافت شناسی صحیح می باشد. بر اساس تقسیم بندی WHO بدخیمی های اولیه ریه به ۸ دسته

کلی تقسیم میشوند (۲)

۸۸ درصد تومورهای اولیه ریه را ۴ نوع سلولی تشکیل می‌دهند که عبارتند از:

- سرطان سلول سنگفرشی (Squamous Cell Carcinoma)
- آدنوکارسینوما (Adenocarcinoma)
- سرطان سلول بزرگ (Large Cell Carcinoma)
- سرطان سلول کوچک (Small Cell Carcinoma)

طبق آمارهای موجود در دیگر کشورها، در ۲۰ سال گذشته آدنوکارسینوما بعنوان شایعترین سرطان ریه در تمام نژادها و در هر دو جنس جایگزین سرطان سلول سنگفرشی شده است و شیوع آن به همراه سرطان سلول کوچک (مخصوصاً در خانمها) رو به افزایش می باشد (۴-۶۱). نکته قابل توجه اینکه در سایر مطالعات انجام شده در داخل کشور شایعترین نوع بدخیمی سرطان ریه سلول سنگفرشی می باشد و آدنوکارسینوما و سرطان سلول کوچک، رتبه های بعدی را بخود اختصاص داده اند (۲۴-۳۳).

این تفاوت در فراوانی نوع بدخیمی در مطالعات داخل کشور در مقایسه با نتایج اخیر در دیگر کشورها قابل توجه است. سرطان سلول سنگفرشی و سرطان سلول کوچک خود را بصورت توده های مرکزی با رشد داخل برونشی نشان می دهند و آدنوکارسینوما و سرطان سلول بزرگ معمولاً بصورت ندول یا توده های محیطی با درگیری پلور مشاهده می شوند (۱).

## عوامل خطر ساز برای کانسر ریه

از میان علل ایجادکننده سرطان ریه، مصرف سیگار بعنوان مهمترین عامل شناخته شده که با بروز تمام انواع سرطانها در ارتباط است ولی بیشترین ارتباط را با بروز سرطان سلول سنگفرشی بخصوص در خانمها و سرطان سلول کوچک داراست (۶-۱). در ۹۰-۸۰٪ موارد ابتلا به سرطان ریه، مصرف سیگار را دخیل می دانند (۳-۱). اکثر کسانی که بر اثر سرطان ریه می میرند، سیگاری هستند (۴۰). مصرف تنباکو و سیگار کشیدن مهم ترین عامل خطر شناخته شده برای این کانسر است. حدود ۹۰٪ مرگ و میرهای وابسته به سرطان ریه در مردان و حدود ۸۰٪ موارد در زنان به علت سیگار کشیدن است. افراد سیگاری ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر از سایرین در معرض خطر ابتلا به این سرطان هستند. این سرطان در همه افراد سیگاری ایجاد نمی شود و راهی هم برای تشخیص افراد مستعد به این کانسر شناسایی نشده است. از هر ۱۰ نفر سیگاری قهار در نهایت تنها یک نفر به این کانسر مبتلا می شود. هر چه میزان مصرف سیگار و تنباکو بیشتر باشد احتمال ابتلا به این کانسر نیز بیشتر است. تعداد مصرف سیگار، سالهای مصرف سیگار، نوع سیگار و زمان شروع مصرف سیگار از موارد مهم در رابطه با سرطان زایی سیگار میباشد (۳-۱) و (۱۱-۷). آلودگیهای محیطی و شغلی (آرسنیک، آزبستوز، کرومیوم، گاز خردل، ترکیبات نیکل، تشعشعات و وینیل کلرید)، عوامل تغذیه ای (ویتامینهای C, E, A) و فاکتورهای مستعدکننده میزبان نیز از دیگر عوامل مهم در بروز سرطان ریه میباشند (۸ و ۳، ۱) و (۲۳-۱۲). همانگونه که ذکر شد مصرف سیگار از مهمترین عوامل ابتلا به سرطان ریه است (۳-۱ و ۲۴). اگر چه مصرف سیگار شانس ابتلا به تمام انواع بدخیمی های ریه را افزایش میدهد ولی مصرف سیگار احتمال ابتلا به سرطان سلول سنگفرشی را در آقایان و

احتمال ابتلا به آدنوکارسینوما وسلول کوچک را در خانمها بطور واضحی افزایش می دهد(۳). در بسیاری از مطالعات بر تاثیر عوامل مختلف در ایجاد سرطان ریه تاکید شده است (۳-۸ و ۱۲-۲۳). از جمله عواملی که به نظر در بیماران ایرانی از اهمیت بیشتری برخوردار هستند میتوان به آلودگی شغلی و محیطی، بیماریهای زمینه ای ریه و استنشاق محیطی دود سیگار (passive smoker) اشاره نمود (۳۴ و ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۱، ۱۰، ۷). جدیداً در مورد همراهی بیماریهای زمینه ای ریه به خصوص برونشیت مزمن، آمفیزم و آسم با بروز سرطان ریه (مخصوصاً سرطان سلول سنگفرشی در سنین بالا) نتایج بدست آمده است که حایز اهمیت می باشد(۵ و ۳۴).

از آنجا که درمان سرطان ریه معمولاً با نتایج دلخواه همراه نیست و پیش آگهی سرطان ریه همچنان ضعیف میباشد، تاکید بر پیشگیری از ابتلا به سرطان ریه از طریق شناخت عوامل زمینه ساز و برنامه ریزی های پیشگیرانه در جهت جلوگیری از آنها موثر و مقرون به صرفه بنظر میرسد. تدابیر پیشگیرانه ای مانند دوری از آلاینده ها و عدم استعمال دخانیات و بررسی محیط خانه از نظر عدم وجود گاز رادون و آریست بهترین روش محافظتی در برابر بیماری مهلك سرطان ریه است. کشف سریع و درمان زود هنگام این بیماری در بقا و بهبود کیفیت زندگی بیمار نقش بسیار مفیدی دارد.

## اتیولوژی سرطان زایی ریه

عامل مستعد و پیشتاز در تظاهر سرطان ریه مانند هر سرطان دیگری به هم خوردن نظم تقسیم سلولی است. منشاء بیش از 90٪ سرطانهای ریه تغییرات دریاخته های بازال اپیتلیوم ریه و لایه پوششی ریه است. این تغییرات شامل افزایش تعداد یاخته ها و تغییرات ساختمانی در اپیتلیال خاصی است که باعث عملکرد غیرطبیعی می شوند. تحقیقات آماری و بالینی، روند بدخیمی سرطان ریه را به این عوامل ارتباط می دهند:

- احتمال به دخانیات - خطر ابتلا به سرطان ریه با افزایش مقدار و مدت تماس با دود تنباکو رابطه مستقیم دارد و هرچه سن شروع استعمال دخانیات پائین تر باشد عامل مستعد کننده و پیشتاز در ابتلای به سرطان ریه افزایش پیدا می کند.
- آلاینده های موجود در هوای محیط زیست و محل کار - موادی چون آزبست ، گاز رادون (گازی بی رنگ و بی بو که از تجزیه طبیعی اورانیوم در آب ، خاک و مصالح ساختمانی قدیمی تولید می شود)، اورانیوم و نیکل عامل مستعد کننده و پیشتاز در ابتلاء به سرطان ریه هستند.
- الستنشاقی دود سیگار در محیط برای افراد غیر سیگاری
- عوامل ژنتیکی - وجود سابقه سرطان ریه بین اعضای نزدیک خانواده احتمال ابتلا به این سرطان را افزایش می دهد.
- عوامل ایمنولوژیک (ایمنی) - نارسایی مکانیسم ایمنی طبیعی بدن
- سن - افراد بالای ۶۰ سال بیشتر در معرض خطر ابتلا به سرطان ریه هستند

## شکلهای مختلف سرطان ریه

سرطان ریه نوعی بیماری است که در آن رشد بافت بدخیم در یک یا هر دو ریه ایجاد می شود. با توجه به سلولی که دچار تراریختی و سرطان شده است اشکال مختلفی از سرطان ریه وجود دارد که هر کدام نشانه ها و عوارض خاص خود را دارند.

شایع ترین اشکال سرطان ریه عبارتند از:

### ۱- سرطان ریه با پاخته های کوچک (Small cell lung cancer) - پاخته های سرطانی نوع

کوچک در زیر میکروسکوپ به شکل جوی دو سر دیده می شود و به آن سرطان جو شکل (Oat-shaped) نیز گفته می شود. روند رشد این نوع سرطان ریه سریع است و در مدت زمان کوتاهی در اندامهای دیگر پراکنده می شود. حدود ۲۰٪ سرطان های ریه از این نوع است.

### ۲- سرطان ریه با پاخته های غیر کوچک (Non-small cell lung cancer) - این نوع

سرطان ریه با توجه به نوع سلول موجود در بافت ریه که دچار تراریختی و سرطان شده است تعریف می شود. اشکال مختلفی از این نوع سرطان وجود دارد که هر کدام نشانه ها و عوارض خاص خود را دارند و عبارتند از:

#### (i) سرطان بافت بصره ای (Squamous cell carcinoma) - این سرطان از شایعترین

انواع سرطان ریه است و شروع آن معمولاً از نایچه ها است و در مقایسه با دیگر اشکال سرطان ریه رشد آهسته تری دارد و مدت ها طول می کشد تا به اندامهای دیگر سرایت کند.



(ii) سرطان غدد مترشحه مخاط و مجاری لنفاوی ( Adenocarcinoma ) - این نوع سرطان ریه معمولاً در زیر بافت پوششی نایچه ها یا در مجاری لنفاوی کناره خارجی ریه رشد می کند.

(iii) سرطان ریه با یاخته های بزرگ ( Large cell carcinoma ) - این نوع سرطان اغلب در شاخه های کوچکتر نایچه ها تظاهر می کند.

### علائم هشدار دهنده سرطان ریه

- افزایش و یا شدت سرفه در فرد سیگاری
- سرفه همراه با خلط خونی, حتی اگر میزان خون اندک باشد
- تنگی نفس در اثر فعالیت
- خس خس سینه به صورت حاد
- درد مبهم و یا مشخص در قفسه سینه
- خشن شدن صدا یا تغییر آن به شکلی که بهبود پیدا نکند
- عفونت های مکرر ریه و مجاری تنفسی
- کاهش وزن
- بی اشتها
- تورم در ناحیه گردن و صورت
- ضعف و خستگی مفرط

علاوه بر نشانه های فوق ممکن است عوارضی در بیمار ظاهر شود که ارتباطی با سرطان ریه نداشته باشد و به سرایت سرطان به اندامهای دیگر بدن مربوط باشد. در چنین مواردی بیمار از سردرد، احساس ضعف عمومی، سهولت شکستگی و آسیب پذیری استخوانها، انواع خونریزی و لخته شدن غیر عادی خون شکایت می کند. سرطان ریه در مراحل ابتدایی هیچ نشانه ای ندارد و بیماران اغلب زمانی به پزشک مراجعه می کنند که بیماری در مراحل پیشرفته قرار دارد و در نتیجه آمار مرگ و میر سرطان ریه رقم بالایی دارد.

### الگوهای غربالگری سرطان ریه

سیتولوژی و هیستوپاتولوژی شایعترین روش جهت تشخیص و مونیتورینگ سرطان ریه به ویژه در درجات بالای آن می باشند. با وجود حساسیت بالای این روش ها در تشخیص تومورها، در برخی موارد جواب های منفی کاذب نیز دیده شده است (۳۶). برونکوسکوپی نیز یک روش استاندارد شاخص جهت بررسی وجود یا عدم وجود سرطان ریه است ولی یک روش تهاجمی می باشد (۳۷). روشهای غیرتهاجمی متعددی جهت تشخیص سرطان ریه مورد مطالعه قرار گرفته است که از آن جمله می توان به CT Scan and MRI, chest X-ray و اندازه گیری سطح سرمی نشانگرهای تومور اشاره کرد (۳۸ و ۳۹).

## بیان مساله و اهمیت موضوع

سرطان ریه روز به روز افراد بیشتری را مبتلا می کند و تعداد زیادی از بیماران در اثر این بیماری فوت می کنند. تعداد مرگ های ناشی از کانسر ریه تا ۱/۳ میلیون نفر در هر سال تخمین زده می شود (۴۱). در حال حاضر، بیش از ۹۰٪ مواردی که در اروپا تشخیص داده می شود، در عرض ۵ سال فوت می کنند (۴۲). ما در صدد بر آمدیم تا بقا ۵ ساله بیماران مبتلا به سرطان ریه را بر حسب نوع تومور، جنس و سن فرد و نیز نحوه درمان آنها مورد بررسی قرار دهیم. مطالعات بررسی بقا ابزارهایی بسیار مناسب برای بررسی ارزیابی نتایج مداخلات انجام شده و عوامل خطر در کاهش بقا است. مطالعات زیادی به بررسی در مورد بقا سرطان ریه پرداخته و این مساله را از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار داده اند. هیچ روش غربالگری قابل اعتمادی برای سرطان ریه وجود ندارد. با پیشرفت درمان های طبی و جراحی بقا این بیماران افزایش یافته است. در سال های اخیر بروز و مرگ و میر سرطان ریه رو به افزایش بوده که تا حد زیادی به خاطر افزایش میزان سیگار کشیدن در چند دهه گذشته بوده است. با توجه به شیوع نسبتا بالای سرطان ریه در هر دو جنس، بررسی میزان بقای ۵ ساله بیماران مبتلا به این کانسر در استان یزد و مقایسه اطلاعات به دست آمده از آن با مطالعات موجود، می تواند در برآورد میزان Mortality سرطان ریه در این جامعه و اتخاذ رویکردهای پیشگیرانه و درمانی مناسب با آن بر اساس استانداردهای جدید کمک کننده باشد. با توجه به اینکه مطالعه ای در مورد میزان بقای بیماران مبتلا به کانسر ریه در این استان انجام نشده است، لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان ریه و ارزیابی تاثیر خصوصیات دموگرافیک، عوامل خطر، نوع هیستوپاتولوژی و درمان انجام شده بر میزان بقای بیماران انجام گرفت.

## مروری بر مطالعات مشابه

سرطان ریه شایعترین علت مرگ ناشی از کانسر در زنان و مردان است و با وجود پیشرفتهای جدید در ارتباط با درک بیولوژی کانسر ریه و معرفی داروهای شیمی درمانی جدید برای درمان، میزان بقای ۵ ساله بیماران مبتلا به کانسر ریه هنوز اندک است (۴۲). مطالعات متعددی بر روی میزان بقا سرطان ریه انجام شده است:

- مطالعه ای توسط Battafarano.RJ و همکاران در سال ۲۰۰۰ بر روی ۴۵۱ بیمار مبتلا به سرطان غیر سلول کوچک ریه (non-small cell lung cancer) که در بین سالهای ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۹ تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند انجام شد، متوسط سن بیماران ۶۴/۴ سال و ۵۵٪ مرد بودند، مشاهده گردید که عمل جراحی میزان مرگ و میر را به مقدار زیادی کاهش داده است. (۴۳)
- در مطالعه دیگری که توسط P.fannschmidt.J و همکارانش در سال ۲۰۰۶ بر روی ۲۳۷۸ بیمار که بین سالهای ۲۰۰۵ - ۱۹۹۶ جراحی شده بودند انجام شد، میزان زنده ماندن به روش آماری Kaplan-Meier مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتیجه گیری کردند که میزان بقا ۵ ساله پس از برداشتن کامل تومور ۵۰/۷٪ است. میزان زنده ماندن در stage IA ۷۲٪، در IB ۵۹/۸٪ و برای stage IIA مشخص نشده بود. ۴۷/۷٪ برای stage IIB، ۴۵٪ برای IIIA و ۳۸/۷٪ برای IIIB و برای مرحله ۴ مشخص نشده بود و نتیجه گیری کردند که stage بندی تومورهای ریه جهت پیشگویی میزان زنده ماندن بسیار مهم است و سن، جنس، هیستولوژی و مرحله بیماری به طور قابل ملاحظه ای بر روی میزان زنده ماندن تاثیر می گذارد. (۴۴)