

پاسداری از تندرستی

دکتر ناصر خادم‌آدم

بدن انسان از حدود صد هزار بیلیون سلول تشکیل شده و هر سلول تجسم جهانی است پیچیده. سوخت و ساز درون سلولی دربرگیرنده کنش‌ها و واکنش‌های بی‌شماری است. در آستانهٔ قرن بیست و یکم کارنامهٔ تاریخی پژوهش‌های درون سلولی و زیست‌شناسی ملکولی درخشان است. ضمن آن‌که در سازوکار حیات همچنان رازهای پنهانی نهفته، که زمینهٔ سؤالات نوبلی را برای پژوهشگران فراهم می‌سازد.

توجه به فهرست برندگان جایزهٔ نوبل در رشته‌های فیزیولوژی - پزشکی، فیزیک و شیمی در سده بیستم از نظر علل اعطای جوایز، گواه محتوای غنی و ارزشمند آگاهی‌های منبعث از یافته‌های پژوهش‌هایی است که افزایش میانگین طول عمر مدیون آنهاست. گونتر بلویل^۱ تازه‌ترین جایزهٔ نوبل فیزیولوژی - پزشکی مربوط به سال ۱۹۹۹ را به خاطر تحقیقاتی دریافت که یافته‌های آن به تشریح سازوکارهای ملکولی مسبب بسیاری از بیماری‌های وراثتی پرداخته است. نتایج حاصل، زمینه‌ای را برای طراحی تغییر برنامه‌های درون سلولی از راه‌های ویژه فراهم آورده و دریچهٔ روشنی بر طراحی روش‌های ژن درمانی^۲ یعنی بکارگیری ژن به منظور تغییر دادن

1. Günter Blobel

2. Gene Therapy

فعل و انفعالات (رفتارهای) داخل سلول با هدف پیشگیری از بیماری، برای آینده گشوده است. برای علم پزشکی سه شاخص در زمینه سلامت انسان دارای اهمیت و قابل بررسی است. یکم، آگاهی از ویژگی‌های وراثتی و شرح حال و وضعیت سلامت اعضای خانواده در نسل‌های گذشته، دیگری توجه به ارتباط تغذیه و تأثیر محیط زیست بر سلامت، و شاخص سوم، افزایش طول عمر است.

زمینه بروز بیماری‌ها از طریق وراثت قابل انتقال بوده و ظرفیت بالقوه تهدیدکننده و تشدیدکننده‌ای برای خطر ظهور بیماری‌های نیاکان به نسل‌های بعدی است. هر اندازه اطلاعات انسان در زمینه سلامت خویشان همخون و دارای ارتباط وراثتی زیادتر باشد، شرایط به کار بردن روش‌های پیشگیری و مقابله با بیماری‌هایی که سابقه در نسل‌های خانوادگی داشته، فراهم‌تر خواهد بود.

نوع و ترکیب عناصر تشکیل‌دهنده مواد مورد تغذیه نیز بر حفظ سلامت تأثیر می‌گذارد و ارتباط غذا و بیماری و توجه به ترکیب تغذیه در وعده‌های غذایی بر حفظ سلامت مؤثر است. پیشرفت‌های حاصل در تمامی علوم بخصوص در زمینه‌های مربوط به علم پزشکی و نیز دستیابی به نوآوری‌ها و فن‌آوری‌ها برای مراقبت از سلامت و روش‌های معالجه بیماری‌ها، گرچه میانگین طول عمر را به مقادیر متفاوت در مناطق مختلف جهان افزایش داده است، در کنار این نعمت، مشکلات تازه‌ای هم برای سلامت انسان به وجود آورده است.

دوران سالمندی، بیماری‌های تازه‌ای را می‌تواند به همراه داشته باشد. یافته‌های علم پزشکی در مورد مقاطع مختلف زندگی، با در نظر گرفتن احتمالات، بیماری‌های خاصی را مورد توجه قرار می‌دهد. آگاهی از علل و آثار بیماری‌ها و دقت در بهداشت و سلامت، روشی در جهت خود پیشگیری است که از فراهم شدن زمینه ایجاد خطر می‌کاهد و ضریب حفظ سلامت را افزایش می‌دهد.

دیدگاه جدید در مورد مراقبت از سلامت انسان بخصوص در کشورهای دارای نظام درمانی پیشرفته، پیشگیری را مقدم بر درمان می‌شمارد و پاسداری از تندرستی را بسیار ارزشمند می‌داند. تشخیص به موقع بیماری‌ها اقبال درمان را بالا می‌برد، از میزان هزینه‌ها در سطوح خانوار و ملی می‌کاهد و ضریب بازگردان سلامت را افزایش می‌دهد.

بدیهی است نظام درمانی تحت تأثیر امکانات مالی و سهمی از اعتبارات است که برای این منظور در نظر گرفته می‌شود.

هدف بهینه آن است که ساختار نظام درمانی، سطح وسیعی از افراد جامعه را زیر پوشش قرار دهد. در عین حال پژوهش‌های علمی در رشته پزشکی، هزینه‌های سنگینی را می‌طلبد. در نتیجه حجم منابع مالی و نحوه توزیع آن در استفاده بهینه از برنامه‌های درمانی نقش با اهمیتی ایفا می‌نماید. علم پزشکی پیشرفته روش‌های پیشگیری را با هدف پاسداری از سلامت انسان در اولویت برنامه‌ها قرار می‌دهد. ارتقای سطح فرهنگ و آگاهی افراد جامعه در زمینه پاسداری از تندرستی، عاملی بسیار مؤثر در توفیق این برنامه‌هاست. جدول بیماری‌های شناخته‌شده، فهرست وسیعی را شامل می‌شود. در میان آن‌ها بعضی چون بیماری‌های بدخیم و قلبی-عروقی بیشترین ضایعات را برای حیات انسان سبب شده‌اند. تشخیص به موقع، معالجه قطعی بسیاری از بیماری‌هایی را که قبلاً برای آن‌ها تصور بهبود وجود نداشت، امکان‌پذیر ساخته است.

به‌علت کم آگاهی از پیشرفت‌های علمی جهان، هنوز از نظر فرهنگی بسیاری از مردم کشور ما بیماری‌های بدخیم (سرطان) را غیرقابل علاج تصور می‌کنند. درحالی‌که به‌عنوان مثال در امریکا حدود پنج میلیون فرد مبتلا به این بیماری پس از معالجه بهبود کامل را باز یافته‌اند. نتیجه آن‌که برای بسیاری از بیماری‌های بدخیم در صورت تشخیص به موقع، امکان بهبود کامل وجود دارد. از طرفی راه قطعی علاج بسیاری از سرطان‌ها جراحی است و جراحی در صورتی با موفقیت توأم خواهد بود که پیشرفت بیماری در مراحل اولیه بوده و بخصوص به دیگر بافت‌ها و اعضای بدن بیمار سرایت نکرده باشد. نظر به این‌که در بیشتر موارد عوارض ظاهری بیماری در مقاطع پیشرفته ظهور می‌کند، اغلب به‌علت تأخیر در تشخیص، فرصت معالجه قطعی از دست می‌رود. بنابراین زودشناسی، تشخیص به موقع و ازدست‌ندادن فرصت در جلوگیری از وخیم‌شدن وضعیت بیماری، از جمله دلایلی هستند که کشورهای پیشرفته برای طراحی برنامه‌های پیشگیری که سلامت سطح وسیع افراد جامعه را پوشش می‌دهند، اولویت قائل شوند. به دلایل مختلف از جمله کاهش هزینه‌ها در بخش درمان و در سطح ملی، کشورهای پیشرفته بر برنامه‌های آگاه‌سازی^۱ مردم جامعه‌شان و هماهنگی، همفکری و همکاری آن‌ها به منظور پاسداری از تندرستی خود تأکید دارند. کوشش می‌کنند وسیله رسانه‌ها و برنامه‌های آموزشی به افراد جامعه آگاهی دهند و با توجه دادن به وضعیت سلامت و چگونگی کنترل سازوکار فیزیولوژیک و راهنمایی به نشانه‌های بیماری‌های خاص حتی در شرایطی که آثار بیماری ظهور

نکرده، زمینه ارتقای سطح دانش آن‌ها برای پیشگیری، پی‌گیری و کنترل سلامت فراهم آید و با روش‌های ساده راه را برای مراجعه به پزشک، انجام آزمایش‌های ضروری از جمله آزمایش کامل خون و ادرار و در صورت ضرورت، پرتونگاری (رادیوگرافی)، صوت‌نگاری (سونوگرافی)، سی.تی.اسکن، کلونوسکوپی و... هموار سازد.

هدف از این بررسی ارائه تصویری کلی از چگونگی کنترل برخی از بیماری‌ها با دو نشانه‌گیری اساسی است. یکم بالابردن سطح دانش عمومی به‌منظور توجه دادن به افراد جامعه برای پاسداری از تندرستی خود و جلوگیری از ضایعات ناشی از شرایط مرضی قابل پیشگیری است. دوم- توجه دادن به ضرورت برنامه‌ریزی برای پیشگیری و گنجاندن آن در نظام بیمه‌ای است. بدیهی است این بررسی می‌تواند تنها باب بحث را در زمینه اهمیت، دامنه پژوهش و چگونگی انتقال نتایج و یافته‌ها برای گروه‌های مختلف جامعه و نیز نظام برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در چارچوب مراقبت‌های درمانی فراهم آورد.

در این راستا تنها برای گشودن بحث و توجه دادن به اهمیت پیشگیری و کنترل به‌موقع به تصویر نمونه‌هایی از بیماری‌های بدخیم می‌پردازیم.

بیماری‌های بدخیم

سرطان‌ها متشکل از حدود بیش از صد نوع بیماری مختلف هستند. سلول سالم یک نظام تقسیم منظم و معیار برای حفظ سلامت بدن دارد. هر آینه تقسیم سلولی و ازدیاد آن از حد متعارف فراتر رود باعث ایجاد شرایط غیرعادی و مرضی خواهد شد. حال ممکن است که این غدد، خوش خیم یا بدخیم (سرطانی) باشند. امکان دارد که سلول‌های سرطانی به قسمت‌های دیگر بدن نیز دست‌اندازی^۱ کنند. نظر به این‌که سلول‌های سرطانی قابلیت دست‌اندازی دارند، تشخیص به‌موقع سرطان در معالجه بیماری بسیار مؤثر خواهد بود.

غدد خوش خیم، سرطانی نیستند، به قسمت‌های دیگر بدن دست‌اندازی نمی‌کنند و اغلب از طریق جراحی قابلیت معالجه قطعی را دارند. غدد بدخیم، سرطانی بوده، به بافت‌ها و دستگاه‌های همجوار دست‌اندازی می‌کنند و ممکن است از مسیر جریان دستگاه‌های لنفاوی و گردش خون به محل دیگر انتقال یابند.

در ردیابی تشخیص سرطان طی آزمایش‌های میکروسکوپی می‌توان شناسایی کرد که آیا بافت مورد بررسی، مربوط به محل اولیه و اصلی بیماری است، یا از محل ثانوی نشأت گرفته و بر اثر دست‌اندازی از مبدأ بافت دیگری به وجود آمده است. که در این صورت با شناسایی سلول‌های سرطانی فرصت تشخیص عضو اولیه مبتلا به بیماری فراهم خواهد شد. پس از شناسایی، بلافاصله معالجه بیماری را می‌توان آغاز کرد. ضمن آن‌که تشخیص به‌موقع در مراحل اولیه، اقبال معالجه را افزایش می‌دهد.

سرطان‌ها و دیگر بیماری‌ها عامل ایجاد مشکلات و بروز آثاری هستند که آشنایی به آنها اختطاری برای مراجعه به‌موقع به پزشک و پی‌گیری جهت تشخیص خواهد بود. بعضی از آنها عبارت‌اند از:

- تغییر در وضعیت ادرار و مدفوع
- بهبودنیافتن زخم
- خون‌ریزی‌ها و ترشح غیرعادی
- سخت‌شدن بافت، ظهور توده و غدد در پستان یا محل دیگر
- سوءهاضمه
- تغییرات در خال‌ها و برآمدگی‌های پوستی
- سرفه‌های خشک

این نشانه‌ها می‌توانند دلیل وجود سرطان یا بسیاری از بیماری‌های دیگر باشند. ولی، ظهور آنها دلیل قطعی بر وجود بیماری‌های بدخیم نیست. در هر حال پس از مشاهده و گذشت حدود دو هفته باید به پزشک برای انجام معاینه و آزمایش‌های لازم جهت تشخیص مراجعه شود و نباید در انتظار ایجاد درد نشست. معمولاً در مورد سرطان آثار درد اغلب در مراحل پیشرفته بیماری ظاهر می‌شود.

اصولاً هر بیماری باید در اسرع وقت شناسایی و مورد معالجه قرار گیرد، ولی تشخیص به‌موقع بخصوص در مورد بیماری سرطان از اهمیت خاصی برخوردار است. هرچه زودتر این بیماری شناسایی و معالجه شود، بهبود قطعی آن امکان‌پذیرتر خواهد شد. برای زنان و مردان آزمایش‌های پزشکی خاصی می‌توان به‌کار برد که به وسیله آن بدون

مشاهده آثار اختاردهنده، امکان شناسایی بیماری سرطان وجود دارد. قبل از ظهور عوارض، پزشک قادر خواهد بود در مورد برخی از سرطان‌ها از جمله روده بزرگ، مقعد، دهان، پوست، پستان، رحم، و بیضه به تشخیص بیماری برسد. بعضی از آزمایش‌های زودشناسی، برای زنان و مردان مشترک بوده، برخی مخصوص زنان است و بعضی دیگر به مردان اختصاص دارد. آزمایش‌های روده بزرگ و مقعد، دهان و پوست برای زنان و مردان مشترک است، آزمایش‌های پستان و دستگاه تناسلی زنانه، مخصوص زنان بوده و آزمایش‌های پروستات و بیضه برای مردان اختصاص دارد. حال به‌عنوان نمونه به تصویر منتخبی از سرطان‌ها پرداخته می‌شود.

سرطان روده بزرگ


آزمایش‌های منظم و زمانبندی‌شده برای روده بزرگ و مقعد ضروری است؛ توصیه می‌شود در شروع پنجاه سالگی هر فرد برای تشخیص وجود احتمالی خون در مدفوع سالانه آزمایش به‌عمل آورد.

پیدایش خون در مدفوع می‌تواند ناشی از سرطان روده بوده، در عین‌حال ممکن است که دلایل دیگری داشته باشد. در صورت وجود خون در مدفوع مراحل دیگر روش‌های تشخیص بیماری را می‌توان پی‌گیری کرد. آزمایش خون جهت اندازه‌گیری مقدار پادگن سرطانی-روییانی^۱ که در خون بیماران سرطانی از حد معمول زیادتر است، نیز راهنمایی کمک‌کننده برای ردیابی بیماری و تشخیص خواهد بود. علاوه بر آن قابل توصیه است که در مورد افراد پنجاه سال به بالا هر سه تا پنج سال یک‌بار کولون بینی (کولونوسکوپی^۲) انجام گیرد.

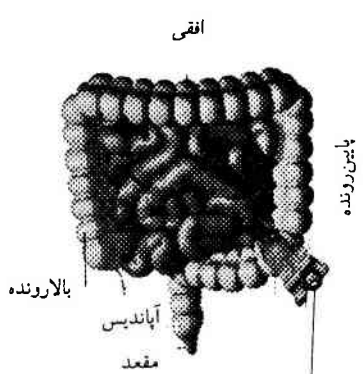
بر اساس آمار انجمن سرطان‌شناسی آمریکا در این کشور سالانه حدود ۱۳۰,۰۰۰ مرد و زن به این بیماری مبتلا می‌شوند. ضمن آن‌که میان آنها افراد جوان نیز دیده می‌شود ولی اکثریت، افراد پنجاه سال به بالا هستند. در سال گذشته حدود ۵۵,۰۰۰ آمریکایی که یک چهارم آنها سن کمتر از پنجاه سال داشته‌اند به‌علت این بیماری جان سپرده‌اند. در این کشور تعداد قربانیان ناشی از سرطان روده در ردیف دوم بعد از سرطان ریه قرار دارد.

1. Carcinoembryonic antigen (CEA)

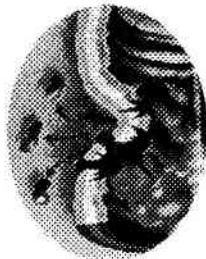
۲. معاینه داخلی روده بزرگ با دستگاهی ویژه به نام کولون‌بین (کولونوسکوپ) که ضایعات این عضو از جمله غدد سرطانی آن را قابل مشاهده می‌کند.

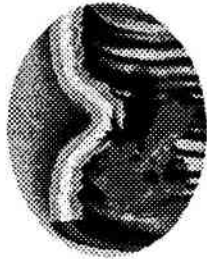


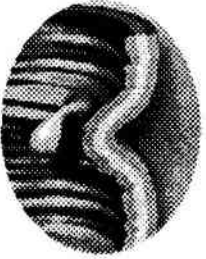
کولونوسکوپ

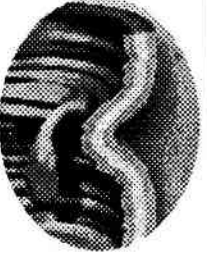


روده بزرگ و روده کوچک









۱. سلول‌هایی که روده بزرگ را می‌پوشاند بسیار فعال و دائم در حال تقسیم بوده و مولد جوانه‌های پولیپ‌ساز هستند. بیشتر پولیپ‌ها کوچک و خوش‌خیم بوده که رشد برخی از آنها متوقف می‌شود.

۲. درصد کمی از پولیپ‌ها حتی برای ۱۰ سال یا بیشتر همچنان به رشد ادامه می‌دهند. جهش‌های مختلف از نظر ژنتیک می‌تواند آنها را به توده‌های سرطانی تبدیل نماید.

۳. زمانی که نئومورها بزرگتر و رشد آنها عمیق‌تر شوند، به ضخامت دیواره عضلانی نفوذ کرده و روده بزرگ را احاطه می‌نمایند.

۴. وقتی که سرطان وارد مسیر خون یا سیستم لنفاری شد سلول‌های سرطانی به اعضای دیگر از قبیل کبد، ریه و معده دست‌اندازی خواهند کرد.

کارولین الدیج^۱ رئیس انجمن تحقیقات سرطان‌شناسی امریکا معتقد است، سرنوشت محتوم افراد مبتلا به سرطان نباید مرگ باشد. زیرا در صورت تشخیص به موقع، امکان معالجه ۹۰ درصد از مبتلایان وجود دارد. در صورت شناسایی بیماری در مراحل اولیه و پیدا کردن غدد کوچک و از میان برداشتن آنها، می‌توان از مرگ ۵۰ تا ۷۵ درصد یا ۳۰,۰۰۰ تا ۴۰,۰۰۰ نفر از مبتلایان به این بیماری جلوگیری کرد.

به منظور پیشگیری و اقدام به موقع برای تشخیص و معالجه این بیماری کسب اطلاعات ضروری، سودمند خواهد بود. تقریباً تمامی سرطان‌های روده بزرگ با نوعی پولیپ (توده کوچکی شبیه دانه انگور) در داخل دیواره شروع می‌شود که بر اثر تکثیر سریع و خارج از حد سلول‌ها به مرور زمان بزرگ خواهد شد.

حدود ۲۵ درصد سرطان‌ها دارای ریشه ارثی بوده که از بدو تولد در ساختار وراثتی افراد حضور دارند. بقیه افراد به علت آسیب‌دیدگی ژن در طول عمر یا بر اثر وجود مواد سمی^۲ در روده ممکن است مبتلا به این بیماری شوند. مناسبترین روش پیشگیری، شناخت پولیپ‌ها و برداشتن به موقع آن است.

بیماری روده بزرگ نشانه‌های متعددی دارد که مشاهده هر یک از آنها دال بر احتمال وجود خطری جدی و تهدیدکننده سلامت است. برخی از آنها عبارت‌اند از:

- اسهال
- وجود خون در مدفوع
- تغییر در اجابت مزاج
- ناراحتی معده
- دردهای متناوب ناشی از گاز معده
- کاهش بدون دلیل وزن بدن
- تخلیه نشدن کامل مدفوع
- خستگی دائم

این آثار ممکن است ناشی از بیماری‌های مختلف از جمله زخم معده، انفلوآنزا، التهاب روده

1. Carolyn Aldige

2. Toxic

بزرگ و یا سرطان باشد. در هر صورت توصیه شده است که پس از دو هفته از پیدایش آثار، جهت تشخیص بیماری به پزشک مراجعه شود.

در صورت مشاهده آثار بیماری و شک در مورد امکان ابتلا به سرطان روده بزرگ، پس از کسب اطلاع از سابقه پزشکی بیمار به معاینه کامل پرداخته خواهد شد که در این مرحله علاوه بر معاینات کلی سنجش حرارت بدن، نبض، فشارخون و...، به وسیله معاینات تخصصی از جمله معاینه محدوده مقعد و سیگموئید (سیگموئیدوسکوپی^۱) به کنترل وضعیت سلامت می‌پردازند. به موازات آن آزمایش مدفوع جهت تشخیص وجود احتمالی خون در آن انجام می‌شود. در صورتیکه پزشک صلاح بداند کلونوسکوپی^۲ برای معاینه تمامی دیواره داخلی روده بزرگ به عمل خواهد آورد. به ضرورت، همزمان از بافت مشکوک جهت آزمایش‌های آسیب‌شناسی و تشخیص بافت سرطانی نمونه‌برداری^۳ و آزمایش آسیب‌شناسی انجام می‌شود. علاوه بر آن در جریان کلونوسکوپی، برداشتن پولیپ‌های موجود از جدار روده، نیز عملی است. در صورتی‌که این آزمایش‌ها نوع بیماری را مشخص نکند، پزشک با استفاده از اشعه X برای تشخیص غدد سرطانی روده بزرگ کمک خواهد گرفت.

گام اول در برنامه‌ریزی معالجه، آزمایش‌های لازم برای شناخت مرحله بیماری^۴ است. آزمایش برای تشخیص مرحله بیماری نشان می‌دهد که آیا سلول‌های سرطانی از محل پیدایش در روده بزرگ یا مقعد به دیگر دستگاه‌های بدن دست‌اندازی کرده‌اند یا نه؟ تشخیص مرحله پیشرفت بیماری، به پزشک جهت انتخاب مطلوب‌ترین روش درمان کمک خواهد کرد. به موازات تشخیص مراحل بیماری اغلب با روش‌های اشعه X یا اسکن از ریه، کبد، کلیه‌ها و مجاری ادرار برای مهار دست‌اندازی بیماری استفاده می‌شود. همچنین با آزمایش‌های مخصوص، مقدار پادگن سرطانی- رویانی (CEA) در خون اندازه‌گیری می‌شود. این آزمایش پس از معالجه نیز برای کنترل وضعیت بیمار به کار می‌رود. پزشک، با توجه به شرح حال پزشکی، سن، وضعیت سلامت عمومی، محل و وسعت بیماری، برنامه معالجه را تنظیم می‌نماید.

۱. Sigmoidoscopy، سیگموئید یکی از بخش‌های انتهایی روده بزرگ است که به دلیل شباهت به حرف یونانی سیگما (Σ) به این نام خوانده شده است.

2. Colonoscopy 3. Biopsy 4. Staging tests

روش‌های معالجه

از سه روش جراحی، پرتودرمانی و شیمی درمانی. برای معالجه سرطان روده بزرگ استفاده می‌شود. پزشک ممکن است برحسب مورد از یک یا تلفیقی از روش‌های نامبرده استفاده کند. تصمیم‌گیری در انتخاب نوع معالجه به شرایط بیمار بستگی دارد. روش متداول برای معالجه سرطان روده بزرگ جراحی است. این روش به‌خصوص برای غده‌های سرطانی کوچک مؤثر است. به‌رحال نوع جراحی بستگی به محل و اندازه غده سرطانی دارد. معمولاً در جراحی، قسمت سرطانی روده بزرگ را برداشته و قسمت‌های سالم را به‌هم وصل می‌کنند. در جریان جراحی، غدد لنفاوی نزدیک به بافت سرطانی نیز برداشته می‌شود. یکی از راه‌های دست‌اندازی بیماری از طریق دستگاه لنفاوی است. به این دلیل غدد لنفاوی نزدیک محل جراحی را برای تشخیص سلول‌های سرطانی جهت آزمایش بافت‌شناسی می‌فرستند. اطلاع از وجود سلول سرطانی در بافت و غدد لنفاوی برای برنامه‌ریزی معالجات بعدی حائز اهمیت است.

روش دیگر، معالجه به‌وسیله پرتودرمانی^۱ است که با استفاده از اشعه X، تشعشع درمانی^۲ و کوبالت درمانی^۳ انجام می‌شود. با این روش از تکثیر سلول و رشد غدد سرطانی جلوگیری می‌شود. پرتودرمانی برحسب مورد ممکن است قبل از عمل جراحی یا بعد از آن به کار رود. شیمی درمانی^۴ برای معالجه اولیه، مکمل جراحی و پرتودرمانی به کار می‌رود و نیز در صورتی که امکان دست‌اندازی سلول سرطانی به قسمت‌های دیگر بدن برود، به‌منظور از بین بردن آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد. شیمی درمانی از طرق مختلف مثل خوردن دارو، تزریق عضلانی یا وریدی انجام می‌شود. با این روش‌ها دارو به قسمت‌های مختلف بدن راه یافته و بر ضد سلول‌های سرطانی عمل می‌کند.

سرطان دستگاه لنفاوی^۵

بیماری هوجکین یک نوع لنفوم است. لنفوم نوعی سرطان است که به‌علت ازدیاد بی‌رویه سلول‌های سیستم لنفاوی به وجود می‌آید. نقش دستگاه لنفاوی مبارزه با بیماری‌ها

1. Radiation Therapy
4. Chemotherapy

2. Radiotherapy
5. Hodgkin's disease

3. Cobalt Treatment

و عفونت هاست. دستگاه لنفاوی مانند دستگاه گردش خون از شبکه‌ای متشکل از لوله‌های کوچک تشکیل شده که در تمامی قسمت‌های بدن پخش است. در رگ‌های لنفاوی مایع بی‌رنگ لنف جریان دارد. لنفوسیت، سلول مبارزه‌کننده با بیماری‌های عفونی است و در مسیر لوله‌ها و غدد لنفاوی قرار دارد. آنها نقش صافی را در جریان عبور مایع لنفاوی از آن، ایفا می‌نمایند. بیشتر غدد لنفاوی در زیر بغل، پشت و شکم قرار دارند. بخش دیگر دستگاه لنفاوی از طحال، تیموس، لوزه و مغز استخوان شامل می‌شوند. بیماری هوچکین بیشتر در جوان‌های بین ۱۵ تا ۳۴ و افراد دارای سن بالای ۵۵ سال دیده می‌شود. نوع دیگر این بیماری لنفوم غیرهوچکینی^۱ است.

از آثار این بیماری بزرگ‌شدن بدون درد غدد لنفاوی در زیربغل و پشت است. همچنین تب، عرق کردن در شب، خستگی، کاهش وزن و خارش پوست از دیگر آثار این بیماری است. گرچه این آثار منحصر به بیماری سرطان هوچکین نمی‌شود، ولی پس از گذشت دو هفته از ظهور نشانه‌ها، باید برای کنترل کلی به پزشک مراجعه شود. پس از تشخیص بیماری هوچکین، و اطلاع از سابقه پزشکی بیمار، پزشک دستور آزمایش‌های لازم از جمله آزمایش خون، پرتونگاری از سینه، استخوان، کبد و طحال را می‌دهد. همچنین از غدد لنفاوی برای رسیدن به تشخیص قطعی نمونه‌برداری شده و زیر میکروسکوپ به تشخیص سلول‌های غیرطبیعی ریداسترنبرگ^۲ که در بیماری هوچکین وجود دارد، می‌پردازد. پس از تشخیص هوچکین، پزشک به بررسی مرحله بیماری می‌پردازد که آگاهی از آن برای تصمیم‌گیری در زمینه برنامه‌ریزی و انتخاب روش معالجه ضروری است. تشخیص مرحله بیماری، شدت و وسعت دست‌اندازی را معلوم می‌کند. در تعیین مرحله بیماری پزشک کنترل می‌کند که بیماری به چه تعدادی از غدد لنفاوی و در کدام محل انتقال یافته است. آیا به غدد لنفاوی بالا یا پائین یا دو طرف حجاب حاجز^۳ سرایت کرده یا اعضای خارج از دستگاه لنفاوی مثل کبد یا استخوان نیز آلوده شده است. در تعیین مرحله پیشرفت بیماری، پزشک نمونه‌برداری‌های متعددی از غدد لنفاوی، کبد، مغز استخوان به عمل می‌آورد. برحسب ضرورت آزمایش‌های دیگری چون رگ‌نگاری لنفاوی^۴، و سی‌تی اسکن از بدن بیمار به عمل می‌آید.

1. Non Hodgkin's disease

2. Reed-Sternberg

3. Diaphragm

4. Lymphangiogram

میلوم متعدد^۱

این سرطان مربوط به گلبول‌های سفید موسوم به سلول‌های پلاسموسیت است. سلول‌های سفید قسمتی از دستگاه ایمنی را تشکیل می‌دهند که بدن را در مقابل بیماری‌های عفونی محافظت می‌کنند. منشأ تمامی گلبول‌های سفید، مغز استخوان بوده و از آن‌جا به قسمت‌های دیگر بدن جریان می‌یابند. بعضی از آن‌ها در شرایط نیاز دفاعی بدن، به سلول‌های پلاسمایی تکامل پیدا می‌کنند تا در مقابل بیماری‌های عفونی به دفاع از بدن پردازند.

اگر سلول‌های پلاسمایی سرطانی شوند، به‌طور غیرعادی تکثیر خواهند شد. سلول‌های اضافی پلاسمایی، غیرطبیعی بوده و به نام سلول‌های میلوم نامیده می‌شوند. این سلول‌ها در مغز استخوان و دیگر قسمت‌های سخت متمرکز می‌شوند، گاهی فقط در یک استخوان جمع شده به‌صورت غده منفرد بوده و به نام پلازما سیتوم^۲ نامیده می‌شود. در بیشتر موارد سلول‌های میلومی به استخوان‌های متعددی دست‌اندازی کرده و غدد زیادی به‌وجود می‌آورند. در این صورت بیماری به نام میلوم متعدد خوانده می‌شود. باید توجه داشت که این نوع سرطان که مبدأ آن از سلول‌های گلبول‌های سفید است، گرچه در مغز استخوان استقرار می‌یابد ولی با سرطان استخوان که بیماری آن از سلول‌های سفت استخوانی است، متفاوت می‌باشد. شناخت مبدأ بیماری برای تشخیص و برنامه‌ریزی معالجه سرطان استخوان قابل اهمیت است.

چون بیماران مبتلا به میلوم متعدد دارای سلول‌های زیاد پلاسمایی غیرعادی و بزرگ هستند، در نتیجه شامل انواع سلول‌های دفاعی می‌باشند. ازدیاد آنها باعث مسائل جدید برای سلامت بدن می‌شوند:

- با ازدیاد سلول‌های میلومی، استخوان دچار آسیب‌دیدگی و ناتوانی می‌شود. همچنین این بیماری باعث درد شده و حرکت بیمار را با مشکل روبه‌رو می‌سازد.
- در صورت صدمه‌رسیدن به استخوان، از آن کلسیم وارد خون می‌شود. نتیجه ازدیاد کلسیم در خون از دست‌دادن اشتها، تهوع، تشنگی، خستگی، ضعف در ماهیچه‌ها، عدم آرامش و حواس‌پرتی است.
- میلوم از ساخته‌شدن سلول‌های پلاسمایی طبیعی و دیگر سلول‌های سفید که برای

1. Multiple Myeloma

2. Plasmacytoma

دستگاه ایمنی بدن بسیار مهم می‌باشند، جلوگیری می‌کند. در نتیجه قدرت دفاعی بدن بیمار کاهش می‌یابد.

● همچنین این سرطان ساخت گلبول‌های قرمز را کاهش داده و باعث کم‌خونی و در نتیجه آن، احساس ضعف و خستگی در بیمار می‌شود.

● بیمار مبتلا به میلوم متعدد با مسئله جدی بیماری کلیه مواجه می‌شود. افزایش پروتئین‌های پادتن^۱ و کلسیم از ایفای نقش کلیه در تصفیه خون جلوگیری می‌کند.

آثار میلوم متعدد بستگی به شدت بیماری دارد. در مراحل اولیه آثاری از بیماری دیده نمی‌شود. در مرحله پیشرفت بیماری، درد استخوان در پشت و دنده‌ها، شکستگی استخوان، ضعف، خستگی، کاهش وزن، و عفونت‌های مکرر، از آثار این بیماری است. همچنین پس از مدتی بیمار با حالت تهوع، استفراغ، یبوست، مشکل ادرارکردن، ضعف و بی‌حسی در ران مواجه خواهد شد. در عین حال این آثار منحصر به سرطان نبوده و برای تشخیص قطعی باید به پزشک مراجعه شود.

تشخیص این سرطان در جریان آزمایش‌های عمومی پزشکی و قبل از ظهور آثار بیماری امکان‌پذیر است. در صورت پیداشدن آثار، پزشک از سابقه پزشکی بیمار اطلاع حاصل کرده و معاینات کلی از او به عمل می‌آورد. مکمل آن در صورت داشتن درد استخوان از آن عکسبرداری می‌شود تا شکستگی احتمالی استخوان یا آسیب‌دیدگی‌های دیگر تشخیص داده شود. همچنین آزمایش خون و پروتئین پادتن انجام می‌شود.

جهت اطلاع از وجود میلوم کمی از مغز استخوان را با سرنگ مخصوص استخراج می‌کنند یا از بافت آن نمونه‌برداری شده و تحت آزمایش‌های میکروسکوپی به تشخیص بیماری می‌پردازند. تعیین مرحله پیشرفت بیماری برای تشخیص دست‌اندازی بیماری به دستگاه‌های دیگر بدن و تصمیم‌گیری در انتخاب روش معالجه ضروری است. آزمایش‌های عمومی، خون و مغز استخوان به مشخص کردن مرحله بیماری کمک می‌کند. همچنین گاهی انجام پرتونگاری و ام.آر.آی (تصویربرداری با طنین مغناطیسی) در تکمیل آزمایش‌ها جهت تشخیص بیماری ضرورت دارد.

سرطان استخوان

سرطان‌هایی که مبدأ آن از استخوان باشد سرطان استخوان نامیده می‌شوند. این سرطان بیشتر در قسمت‌های بازو و ران دیده شده ولی امکان پیدایش آن در تمامی استخوان‌ها وجود دارد. سرطانی که شروع آن از استخوان باشد، سارکوم نامیده شده، آنها چند نوع‌اند که ساخت بافتشان با یکدیگر متفاوت است.

انواع این سرطان عبارت‌اند از سارکوم بافت استخوانی^۱، سارکوم اوینگ^۲ و سارکوم بافت غضروفی^۳.

سارکوم بافت استخوانی نوعی است که بیشتر در جوان‌های بین ۱۰ تا ۲۵ سال شایع بوده و در مردها بیشتر از زن‌ها دیده شده است. این بیماری غالباً از انتهای استخوان در محلی که بافت جدید استخوانی افراد جوان رشد می‌کند، دیده شده و معمولاً در استخوان‌های بلند بازو و ران آغاز می‌شوند.

سارکوم اوینگ نیز نوعی است که جوان‌های ۱۰ تا ۲۵ سال و به‌خصوص در سنین بلوغ به آن مبتلا می‌شوند. رشد این سرطان معمولاً از وسط استخوان‌های بزرگ شروع می‌شود. اکثراً این بیماری در استخوان لگن، ران، بازو و دنده‌ها دیده می‌شود. سارکوم بافت غضروفی، بیشتر مربوط به افراد بزرگسال بوده و در غضروف‌ها دیده می‌شود.

بیشتر، افراد دارای سن بالاتر از سی سال به این سرطان مبتلا می‌شوند. رشد سرطان استخوان بسیار بطئی است. امکان دست‌اندازی سرطان‌های قسمت‌های دیگر بدن به استخوان نیز وجود دارد. این نوع بیماری بدخیم، سرطان استخوان نبوده بلکه نام محل مبدأ سرطانی را به خود می‌گیرد. معالجه این دسته، برحسب بافت اصلی متفاوت خواهد بود. سرطان‌هایی که شروع آنها از بافت ماهیچه‌ای، چربی، اعصاب و رگ‌های خونی نشأت گرفته باشد سارکوم‌های بافت نرم^۴ نامیده شده که معمولاً کودکان و بزرگسالان به آن مبتلا می‌شوند. لوسمی^۵، میلوم متعدد^۶ و لنفوم^۷ سرطان‌هایی هستند که در مغز استخوان ایجاد می‌شوند و با سرطان استخوان متفاوت می‌باشند. آثار سرطان استخوان به‌صورت بطئی نمایان می‌شود و بستگی به نوع و

1. Osteo Sarcoma

2. Ewing's Sarcoma

3. Chondro Sarcoma

4. Soft tissue Sarcomas

5. Leukemia

6. Multiple Myeloma

7. Lymphoma

اندازه غده سرطانی دارد. دردهای متناوب از آثار سرطان استخوان است. گاهی آثار این سرطان به صورت برآمدگی های ناشی از رشد توده بافتی از زیر پوست نمایان می شود. سرطان استخوان ممکن است باعث اختلال حرکت اعضای مبتلا به بیماری و نیز شکستگی استخوان شود. این آثار منحصر به سرطان استخوان نبوده و می تواند دلایل دیگری داشته باشد. ولی اختطاری است برای بیمار جهت مراجعه به پزشک و کنترل سلامت خود. به منظور تشخیص سرطان استخوان. پزشک پس از کسب اطلاع از سابقه پزشکی بیمار از او آزمایش های کامل سنجش حرارت بدن، نبض، فشار خون و دیگر نشانه های سلامت و نیز آزمایش خون و پرتونگاری به عمل می آورد. پرتونگاری می تواند اندازه، محل و حالت غده سرطانی را نشان دهد. در صورت تشخیص سرطان، آزمایش های دیگری مثل سی. تی. اسکن و گت اسکن، ام. آر. آی، و رگ نگاری ضروری است تا مرحله بیماری و محدوده دست اندازی احتمالی آن مشخص شود. انجام نمونه برداری به تشخیص مرحله بیماری، و امکان و دامنه دست اندازی آن کمک می کند.

سرطان حنجره

ظهور آثار این سرطان بستگی به اندازه و محل استقرار غده دارد. اغلب سرطان حنجره از محل تارهای صوتی شروع می شود. به ندرت این بیماری توأم با درد بوده ولی تقریباً همیشه با تغییر صدا همراه است. همچنین می تواند دارای آثاری چون زخم در مجرای تنفسی و گوش درد باشد. سرطان های حنجره ممکن است باعث تنگی نفس شده و صدا را تغییر دهند. سرفه هایی که بهبود نمی یابند یا احساس برآمدگی در مجرای تنفسی اختطاری برای امکان وجود سرطان حنجره است. با رشد غده سرطانی همچنین ممکن است آثاری چون درد، کاهش وزن، سخت شدن تنفس و اختلال در عمل بلعیدن دیده شود.

همچون دیگر بیماری های بدخیم، آثار ذکر شده هم در سرطان دیده می شود و نیز ممکن است به دلایل ناشی از بیماری های دیگر باشد. در هر صورت با مشاهده آثار ذکر شده برای تشخیص قطعی باید به پزشک مراجعه شود.

پس از مشاهده آثار مرتبط با بیماری، پزشک به کسب اطلاعات از سابقه پزشکی اعضای خانواده و به آزمایش های کامل بیمار می پردازد. ضمن معاینات از وضعیت سلامت عمومی، بادقت، گردن بیمار را برای احتمال برجستگی، تجمع توده بافتی یا هر نوع تغییرات دیگر کنترل می کند. پزشک همچنین داخل حنجره را به دو روش مورد معاینه قرار می دهد:

● **حنجره بینی غیرمستقیم^۱**، که پزشک با کمک آینه کوچک مخصوص منطقه غیرعادی حنجره و نیز وضعیت تارهای صوتی را بازبینی و کنترل می‌کند. این آزمایش معمولاً بدون درد بوده در عین حال مناسب است که با استفاده از بی‌حسی موضعی انجام شود.

● **حنجره بینی مستقیم^۲**، تحت این روش پزشک از دستگاه حنجره بین (لارنگوسکوپ) استفاده کرده و با کمک لوله‌ای که از مسیر بینی یا دهان به داخل حنجره فرستاده می‌شود، محدوده‌ای را که کنترل آن با روش ساده مشاهده با آینه مقدور نبود، به معاینه بیمار می‌پردازد. این روش برحسب مورد با کمک بی‌حسی موضعی یا بیهوشی کامل صورت می‌گیرد. در صورت مشاهده محدوده غیرطبیعی با حنجره بینی مستقیم از بافت آن ناحیه نمونه‌برداری خواهد شد و با استفاده از میکروسکوپ به آزمایش آسیب‌شناسی پرداخته می‌شود. در صورت تشخیص سرطان، آسیب‌شناس نوع سلول سرطانی را شناسایی می‌کند. تقریباً همیشه این سلول‌ها به شکل سنگ‌فروش مطابق^۳ در حنجره قرار دارند. این نوع سرطان معمولاً به شکل پوسته‌ای صاف در قسمت غضروفی سرپوش بافت مدخل حنجره، تارهای صوتی و یا قسمت‌های دیگر حنجره دیده می‌شود. در صورت تشخیص بافت سرطانی، درمورد این بیماری پزشک جهت برنامه‌ریزی معالجه به تشخیص مرحله بیماری می‌پردازد. برای تعیین اندازه غده سرطانی و نیز محل دست‌اندازی احتمالی، آزمایش‌های دیگری با استفاده از اشعه X و ام.آر.آی. به عمل می‌آورد.

سرطان مری

در شروع سرطان مری، و در شرایط کوچک بودن غدد معمولاً آثاری از بیماری دیده نمی‌شود. پس از بزرگ‌شدن آنها و ایجاد برآمدگی، عوارض بیماری از جمله فشار و سوزش در زمان عبور غذا از مری احساس می‌شود. به‌نحوی که تصور می‌شود غذا پشت استخوان دنده‌ها متوقف باشد. مشکل ناشی از برآمدگی ممکن است برطرف شده و مجدداً ظاهر گردد. در شروع بیماری برای شخص مبتلا در جریان صرف مواد غذایی سفت چون گوشت، نان و بعضی سبزی‌ها، مشکل بلعیدن وجود دارد. پس از پیشرفت بیماری، بزرگ‌شدن غده‌ها و تنگ‌شدن مجرای مری، بلع غذاهای دیگر و حتی مایعات ممکن است همراه با درد باشد. سرطان مری

1. Indirect Laryngoscopy

2. Direct Laryngoscopy

3. Squamous

می تواند همچنین باعث سوءهاضمه، استفراغ، سوزش قلب، سرفه، قطع متناوب تنفس بر اثر بسته شدن یا فشار بر مجرای تنفسی در زمان بلعیدن غذا شده و همراه با این مشکلات، باعث کاهش وزن بدن و ایجاد درد در ناحیه پشت استخوان قفسه سینه شود. با مشاهده این آثار، بیمار باید به پزشک داخلی متخصص مراجعه نماید.

به منظور تشخیص، پزشک پس از آگاهی از سابقه پزشکی خانواده، از بیمار آزمایش های کامل کرده و در صورت لزوم یک سری عکس یا کمک اشعه¹ X با دادن مایع باریوم¹ به بیمار، جهت کنترل تغییرات احتمالی در وضعیت مری به عمل آورده که مری نگاری² خوانده می شود. یا با استفاده از جریان بین³ ضمن جریان یافتن باریوم از معده به تشخیص بیماری می پردازد. همچنین در صورت ضرورت، آزمایش مری بینی⁴ انجام می شود. با این روش پس از دادن بی حسی موضعی، پزشک با وارد کردن لوله ای متحرک به نام درون بین (اندوسکوپ) از راه دهان، داخل مری را معاینه می کند و تمامی قسمت های آن تا محل ورود به معده را مورد کنترل قرار می دهد. در صورت مشاهده بافت غیرعادی، از آن با درون بین نمونه برداری می شود. آسیب شناس، سلول های بافت نمونه برداری شده را با کمک میکروسکوپ مورد آزمایش قرار داده و نوع آن را مشخص می نماید.

سرطان های قسمت های بالایی و میانی مری با منشأ سنگ فرس مطابق بوده ولیکن موارد کمی نیز به صورت ادنوکارسینوم (سرطان با منشأ غددی) است که به خصوص در قسمت تحتانی بروز می نماید، پس از تشخیص بافت بدخیم، پزشک برای تعیین مرحله پیشرفت و امکان دست اندازی بیماری آزمایش می کند. تصمیم گیری برای نحوه معالجه به درجه شدت و مرحله پیشرفت بیماری بستگی دارد. برای تشخیص بیماری پس از آزمایش کامل، به یک سری از آزمایش های اختصاصی از جمله در محدوده گردن، سینه، آزمایش خون، اشعه⁵ X و در صورت ضرورت سی تی اسکن و ام. آر. آی نیاز خواهد بود. نتیجه باید نشان دهد که آیا بیماری در ناحیه مری محدود مانده یا به قسمت های دیگر بدن دست اندازی کرده است. پزشک با دستگاه های مخصوص مری بین و نایژه بین⁵ و ورود آن به داخل، شش بیمار را هم مورد آزمایش قرار می دهد. در صورت مشاهده غدد لنفاوی یا رشد غیرعادی و یا بافت های مشکوک در اطراف محدوده بافت سرطانی، از آن جهت کنترل دست اندازی بیماری نمونه برداری می شود.

1. Barium Solution

2. Esophagram

3. Fluroscope

4. Esophagoscopy

5. Bronchoscope

سرطان ریه

به طور کلی دو نوع سرطان ریه وجود دارد. نوع سلول کوچک^۱ و نوع سلول غیرکوچک. شدت رشد سلول‌ها، وضعیت دست‌اندازی و نیز معالجه بیماری در این دو نوع، متفاوت است. نوع سلول کوچک سرطان ریه ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد مبتلا به این بیماری را شامل می‌شود. دارای رشد سریع بوده، به قسمت‌های دیگر بدن دست‌اندازی می‌کند و بخصوص در افراد دارای اعتیاد شدید به سیگار دیده می‌شود.

سرطان ریه آثار متعددی دارد. سرفه و سینه‌درد از جمله آثار اخطاردهنده برای امکان وجود این بیماری است. سینه‌درد معمولاً وضعیت ثابت و مداوم دارد. می‌تواند مرتبط یا بدون ارتباط با سرفه باشد. از آثار دیگر، می‌توان از کوتاه‌بودن تنفس، تکرار ذات‌الریه^۲ یا برونشیت^۳، وجود خون در خلط و ورم صورت و پشت نام برد.

علاوه بر آن آثاری به علت دست‌اندازی بیماری به قسمت‌های دیگر بدن می‌تواند ایجاد شود. برحسب این‌که به کدام دستگاه بدن، بیماری دست‌اندازی کرده باشد، در بیماران آثاری چون سردرد، ضعف، دردهای مختلف و خون‌ریزی به درجات متفاوت دیده شده است. سلول‌های سرطانی ریه ممکن است هورمونی ترشح کنند که باعث افزایش سدیم بدن می‌شود. افزایش سدیم در بدن می‌تواند باعث آثاری از جمله رفتن به حالت اغما^۴ در بیمار شود. همچون دیگر سرطان‌ها، بیماری بدخیم ریه با از دست‌دادن اشتها و کاهش وزن همراه خواهد بود.

برای کنترل و تشخیص سرطان ریه آزمایش‌های دیگری ضروری می‌باشد تا پزشک به تشخیص برسد که آیا سلول‌های سرطانی به قسمت‌های دیگر بدن دست‌اندازی کرده‌اند و بیماری تا چه حد پیشرفت کرده و در کدام مرحله است. اولین گام پس از ملاحظه آثار بیماری، انجام معاینات کامل پزشکی می‌باشد. این مرحله شامل آگاهی از مشکلات بهداشتی، تاریخچه وضعیت شغلی و سؤالات دیگری خواهد بود که برای تشخیص بیماری از نظر پزشکی مطرح می‌شود. معاینات عمومی اغلب با عکسبرداری از ریه و نمونه‌برداری از ریه برای آزمایش‌های میکروسکوپی جهت تشخیص موارد مرضی انجام می‌شود. با این آزمایش‌ها شناسایی سلول‌های سرطانی و نوع و مرحله سرطان امکان‌پذیر خواهد بود.

1. Small-Cell Carcinoma

2. Pneumonia

3. Bronchitis

4. Coma

علاوه بر آن تهیه توده‌نگاره^۱ که عبارت از یک سری عکس‌ها از تمامی جوانب ریه می‌باشد باید انجام شود.

سی. تی. اسکن برای تشخیص دست‌اندازی احتمالی بیماری به قسمت‌های دیگر ریه یا سایر اعضای بدن از جمله مغز، کبد و مغز استخوان به کار می‌رود. در صورت ضرورت، آزمایش‌های دیگر از جمله نایژه‌بینی^۲، جریان‌بینی^۳ و میان‌سینه‌بری^۴ می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

سرطان پوست

سرطان پوست یکی از شایع‌ترین انواع بیماری‌های بدخیم در امریکا است. ۴۰ تا ۵۰ درصد افراد امریکایی تا سن ۶۵ سالگی یک‌بار مبتلا به سرطان پوست شده‌اند. اشعه ماورای بنفش خورشیدی می‌تواند باعث سرطان پوست شود. منطقه جغرافیایی زندگی به دلیل شدت اشعه خورشیدی با نسبت بیماران مبتلا به سرطان پوست ارتباط مستقیم دارد. بالاترین نسبت سرطان پوست در سطح بین‌الملل در مناطق آفریقای جنوبی و استرالیا است؛ محدوده‌ای که تحت تأثیر بیشترین تابش اشعه ماورای بنفش قرار دارند. ابتلا به این بیماری بیشتر از سن پنجاه سالگی به بعد بوده ولی اثرات زیانبار آن از سنین پایین شروع می‌شود.

هر نوع تغییرات در پوست به خصوص هر نوع برجستگی و زخم که بهبود نیابد، می‌تواند نشانه خطری از احتمال بروز سرطان باشد.

سرطان‌های پوست همگی یک‌شکل نیستند. می‌توانند از اندازه‌های بسیار کوچک شروع شوند. آغاز سرطان پوست ممکن است از جمله به شکل تخت، با رنگ قرمز، و زبر و خشک باشند. برای قسمت‌هایی از بدن که بیشتر در معرض تابش نور خورشید هستند زیادتر امکان بروز سرطان وجود دارد. ضمن آن‌که احتمال بیماری برای تمامی قسمت‌های پوستی بدن منتفی نیست. بدین ترتیب سطوح پوستی سر، صورت، پشت دست‌ها و بازوها بیشتر در معرض خطر بیماری سرطان پوست قرار دارند.

آثار واکنش‌زا موجد فعالیت شیمیایی^۵ ناشی از پرتوهای نوری ماورای بنفش که در سطوح پوستی به اشکال زبر، قرمز و قهوه‌ای ظاهر می‌شوند ممکن است، اختاردهنده زمینه برای

1. Tomogram
2. Bronchoscopy
3. Fluoroscopy
4. Mediastinotomy
5. Actonic Kreatosis

شروع سرطانی شدن پوست بوده و نشانه منشأ ایجاد و تبدیل سلول‌های بدخیم باشند، در این مرحله نیز مانند سرطان پوست برای سطوحی که بیشتر در برابر تابش نور خورشیدند، امکان خطر بروز بیماری بدخیم وجود دارد.

بهبود برای سرطان پوست در صورت شناسایی به موقع و پیشرفت کم‌بیماری و عدم دست‌اندازی بیماری، صد درصد امکان‌پذیر است. قابل توصیه است که هر کس به طور مرتب پوست بدن را زیر نظر و کنترل داشته باشد و در صورت مشاهده هر نوع تغییرات غیرعادی از جمله در رنگ و برآمدگی‌های پوستی، به پزشک مراجعه کند.

در صورت وجود موارد غیرعادی از پوست بدن نمونه برداری می‌شود و با کمک آزمایش‌های میکروسکوپی به تشخیص بیماری پرداخته خواهد شد. معمولاً پیشرفت سرطان به دو مرحله تفکیک می‌شود. مرحله اول در صورتی است که بیماری به محدوده پوستی منحصر بوده و در مرحله دوم، سلول‌های سرطانی پوست به قسمت‌های دیگر بدن انتشار یافته است. در صورت طولانی بودن بیماری، پزشک غدد لنفاوی نزدیک بافت سرطانی را مورد معاینه قرار خواهد داد. مکمل آن در صورت ضرورت آزمایش‌های اختصاصی با اشعه X برای تشخیص امکان و چگونگی دست‌اندازی بیماری به قسمت‌های دیگر بدن ضروری است. تشخیص مراحل بیماری، به پزشک برای برنامه‌ریزی معالجه کمک خواهد کرد.

سرطان لوزالمعده

سرطان لوزالمعده به دلیل آن‌که آثارش به سادگی ظاهر نمی‌شود به نوعی بیماری ساکت معروف است. اگر بیماری مانع عبور صفرا از مجرای کیسه به داخل روده شود، پوست بدن و سفیدی چشم، زرد و ادرار تیره‌تر خواهد شد. این وضعیت، زردی یا یرقان^۱ نامیده می‌شود. در صورت پیشرفت و دست‌اندازی بیماری در قسمت پائین شکم، درد شدید ایجاد شده و به پشت نیز سرایت می‌کند.

پس از صرف غذا و در حال نشستن، درد شدت بیشتری می‌یابد. از آثار دیگر این سرطان می‌توان از حالت تهوع، از دست دادن اشتها، کاهش وزن و احساس ضعف نام برد. نوعی از سرطان لوزالمعده که سرطان سلول‌های جزیره‌ای^۲ نامیده می‌شود، مبدأ آن از

1. Jaundice

2. Island Cell Carcinoma

سلول‌های تولیدکننده انسولین و هورمون‌های دیگر تشکیل شده است. سلول‌های سرطانی جزیره‌ای می‌توانند عامل ترشح زیاده‌تر از حد انسولین و دیگر هورمون‌ها باشند. بروز این سرطان ممکن است با آتاری چون احساس ضعف یا عدم تعادل، لرز، چنگ‌شدن ماهیچه‌ها^۱ و اسهال، همراه باشد. با توجه به آن‌که این آثار می‌تواند دلیل وجود سرطان لوزالمعده و یا بیماری‌های کمتر جدی باشند، به‌رحال پس از مشاهده آن باید جهت تشخیص به پزشک مراجعه شود.

برای تشخیص، معاینات کامل به‌عمل آمده و سابقه پزشکی بیمار سؤال می‌شود. به‌موازات آن، آزمایش‌های ضروری و نشان‌دهنده سلامت از جمله، سنجش حرارت بدن، نبض، فشار خون و نیز آزمایش‌های کامل خون، ادرار و مدفوع به‌عمل می‌آید. به‌علاوه در صورت ضرورت طی نوشیدن باریوم، از قسمت‌های مختلف لوزالمعده و اطراف آن با اشعه X، دستور تهیه عکس‌های لازم داده می‌شود. علاوه بر آن ممکن است جهت تشخیص از جمله نیاز به آزمایش‌های دیگری به شرح زیر باشد.

- رگ‌نگاری^۲، آزمایش مخصوص X-Ray از رگ‌های خونی،
- سی.تی.اسکن، X-Ray که به‌طور دقیق‌تر در اجزا تصویرهایی از قسمت‌های مختلف لوزالمعده به‌دست می‌دهد.
- فرا صوت‌نگاری جهت رؤیت لوزالمعده. در این آزمایش با استفاده از دستگاه خاص با امواج بالا، وضعیت تصویری پانکراس منعکس می‌شود.
- با استفاده از روشی مخصوص^۳، از لوزالمعده و مجاری صفراوی از طریق درون‌بینی معکوس تصویربرداری شده و لوله صفرا مورد آزمایش قرار می‌گیرد. دستگاهی که وسیله لوله‌دراز متحرک از مسیر معده به داخل روده کوچک فرستاده شده و دریافت تصویر و نیز نمونه‌برداری وسیله آن امکان‌پذیر است. با نمونه‌برداری و آزمایش‌های میکروسکوپی زمینه تشخیص سلول‌های مشکوک فراهم خواهد شد.
- گاهی بازکردن شکم^۴ برای تشخیص مراحل پیشرفته بیماری ضروری است. ممکن است

1. Muscle spasms 2. Angiogram
3. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatogram (ERCP) 4. Laparotomy

جهت تشخیص بیماری سرطان لوزالمعده یک بار نمونه برداری کفایت نکند. در این صورت با روش‌های متفاوت چندین نمونه برداری برای تشخیص بیماری ضرورت می‌یابد.

سرطان کلیه

از آثار متداول سرطان کلیه وجود خون در ادرار است. در بعضی موارد شخص می‌تواند خون را در ادرار مشاهده کند. و به صورت متناوب ممکن است بعضی روزها خون در ادرار دیده شود و یا دیده نشود. آزمایش ادرار جزو آزمایش‌های متداول پزشکی جهت کنترل کلی^۱ خون در ادرار است. از آثار دیگر، تشخیص غده در محدوده کلیه است. سرطان امکان دارد باعث درد پشت و پهلو شود. در مواردی سرطان کلیه با فشارخون و تغییر غیرعادی تعداد گلبول‌های قرمز همراه بوده و مانند دیگر انواع بیماری‌های بدخیم با احساس ضعف، خستگی، از دست دادن اشتها و کاهش وزن بدن توأم باشد. ایجاد تب و قطع متناوب آن از دیگر آثار این بیماری است که با مشاهده آنها باید به پزشک مراجعه شود، گرچه عوامل و بیماری‌های ساده‌تری نیز می‌تواند باعث بروز این آثار باشد.

برای تشخیص، پزشک پس از آگاهی از سابقه پزشکی خانوادگی و سنجش حرارت بدن، نبض و فشارخون و آزمایش‌های دیگر برای کنترل سلامت بیمار، دستور لازم برای آزمایش‌های لازم خون و ادرار می‌دهد. علاوه بر آن برحسب ضرورت آزمایش‌های دیگری به شرح زیر انجام می‌شود:

- آزمایش تزریق وریدی جهت پرتونگاری از لگنچه و میزنای^۲ به منظور آزمایش کلیه‌ها، مجاری ادرار و مثانه وسیله X-Ray.

- سی.تی یا کت. اسکن برای تهیه تصویرهای دقیق از اعضای بدن؛
- فراصوت نگاری از کلیه که به طور عادی قابل شنیدن نیست و برای بافت‌های سالم و سرطانی به تفکیک کلیه نگاری درون وریدی پژواک‌های متفاوت دارد.
- شریان نگاری^۳. تهیه یک سری عکس از رگ‌های خونی وسیله لوله باریکی^۴ که به رگ‌های نازک اطراف کلیه فرستاده می‌شود.
- ام.آر.آی^۵ با استفاده از دستگاه دارای مغناطیس قوی به تهیه تصویر از محدوده کلیه می‌پردازد.

1. Check Up

2. Intravenous Pyelogram (IVP)

3. Arteriogram

4. Catheter

5. Magnetic Resonance Imaging (MRI)، تصویربرداری با طنین مغناطیسی

● برش‌نگاری کلیه^۱ که به وسیلهٔ یک سری X-Ray از کلیه تصویرسازی پرتوشناختی جهت تشخیص انجام می‌شود.

در صورت تشخیص بیماری نمونه‌برداری از بافت سرطانی به عمل می‌آید و آزمایش‌های میکروسکوپی برای آسیب‌شناسی و تعیین مرحلهٔ پیشرفت انجام می‌شود. امکان دست‌اندازی بیماری سرطان کلیه به استخوان، ریه و مغز وجود دارد.

سرطان پروستات

معمولاً در مراحل اولیه سرطان پروستات، آثاری از بیماری نمایان نیست ولی پس از پیشروی، مسائل زیر قابل مشاهده است:

- تکرر ادرار به خصوص در شب‌ها؛
 - ایجاد مشکل در شروع کردن ادرار و قطع مکرر آن؛
 - ناتوانی در ادرارکردن؛
 - درد و سوزش در مجاری ادرار؛
 - وجود خون در ادرار؛
 - احساس درد در زمان انزال؛
 - درد دائم در قسمت پایین کمر، لگن، ران‌ها و بالای زانو.
- آثار فوق منحصر به بیماری پروستات نیست، در عین حال پس از مشاهدهٔ آن معاینات لازم برای تشخیص قطعی در مورد بیمار باید انجام شود. شروع بیماری سرطان همچنین می‌تواند با عفونت، ایجاد سنگ پروستات و بزرگ‌شدن خوش‌خیم پروستات^۲، همراه باشد. بزرگی پروستات نباید حتماً به علت بیماری سرطان باشد. نیمی از مردان پنجاه ساله به بالا به این عارضه مبتلا هستند که به علت وارد آمدن فشار به مثانه و مجاری ادرار در زمان خارج شدن ادرار با مشکل مواجه‌اند.

گام اول برای تشخیص پروستات آزمایش درون مقعد است. پزشک با وارد کردن انگشت به مقعد به معاینهٔ محدوده داخل آن می‌پردازد. با این آزمایش تودهٔ بافت برآمده در پروستات و

1. Nephrotomogram

2. Benign Prostatic hypertrophy

بزرگ شدن آن را لمس می‌کند و در نتیجه امکان تشخیص قبل از پیشرفت بیماری برای پزشک فراهم می‌شود. این آزمایش همچنین برای مردان چهل ساله به بالا به‌طور دائم حتی در شرایط نبود آثار بیماری و به‌منظور کنترل وضعیت سلامت آنها توصیه شده است. در صورتی که آثاری چون سفت شدن و یا توده بافتی دیده شود، آزمایش‌های اشعه X، خون و ادرار به‌طور کامل انجام می‌یابد. برحسب نتیجه آزمایش‌ها در صورت ضرورت، بیمار باید برای استمرار معاینات به پزشک متخصص جراح کلیه، مراجعه کند. نمونه برداری راه مطمئنی برای تشخیص سلول‌های بدخیم است. نخست با این روش نمونه‌ای از بافت مشکوک برداشته شده و وسیله آسیب‌شناسی زیر میکروسکپ جهت تشخیص مورد بررسی قرار می‌گیرد. در صورت مسلم شدن بیماری سرطان، آزمایش‌های دیگری برای مشخص کردن مرحله پیشرفت آن ضرورت دارد. تعیین مرحله پیشرفت و وسعت دست‌اندازی آن به پزشک برای انتخاب روش معالجه کمک می‌کند. از جمله آزمایش‌های تکمیلی عبارتند از:

- گرفتن عکس از سینه، برای کنترل احتمال دست‌اندازی بیماری به ریه
- پرتونگاری از لگنچه و میزنای برای بازبینی وضعیت کلیه‌ها، مثانه و مجاری ادرار
- آزمایش‌های ضروری خون به تشخیص سرطان پروستات کمک می‌کند. و عبارت‌اند از آزمایش تعیین مقدار فسفاتاز اسیدی پروستات^۱ که میزان آن در شرایط بزرگ شدن پروستات در صورت وجود سرطان افزایش می‌یابد. دیگری پادگن اختصاصی پروستات^۲ است که در صورت ابتلا به بیماری سرطان یا بیماری‌های دیگر پروستات، حد آن در خون نسبت به شرایط معیار بالاتر می‌رود.
- از سی. تی. اسکن^۳ و ام. آر. آی نیز برای تشخیص مرحله پیشرفت بیماری استفاده می‌شود. مراحل بیماری پروستات عبارتند از:
 - مرحله ۱. در این مرحله تشخیص بیماری با آزمایش‌های معمولی غیرعملی است بلکه، در جریان جراحی امکان تشخیص آن وجود دارد.
 - مرحله ۲. سرطان با کمک آزمایش مقعد قابل تشخیص خواهد بود. در این مرحله بیماری به قسمت‌های دیگر دست‌اندازی نکرده است.

1. Prostatic Acid Phosphatase (PAP)

2. Prostate Specific Antigen (PSA)

3. Transrectal ultrasound, Computed tomography (CT Scan)

- مرحله ۳. سرطان به بافت‌های اطراف پروستات دست‌اندازی کرده است.
- مرحله ۴. بیماری بدخیم به قسمت‌های دیگر بدن، مثل غدد لنفاوی ناحیه لگن و به خصوص استخوان‌ها دست‌اندازی کرده است.

سرطان بیضه

سرطان بیضه یکی از متداول‌ترین انواع سرطان در میان جوانان بین ۱۵ تا ۳۴ سالگی است. ضمن آن‌که در گروه‌های دیگر سنی نیز دیده می‌شود. بنابراین ظهور آثار بیماری در تمامی مردان امکان‌پذیر است. اغلب بیماری یا توسط خود مردان، یا بر اثر تصادف یا در جریان مورد آزمایش قرارداد بیضه خود، پیدامی شود. در صورت هر نوع احساس تغییر در وضعیت طبیعی و معمول همیشگی بیضه‌ها، باید به پزشک مراجعه شود. آثار مخاطاردهنده سرطان بیضه عبارتند از:

- ظهور توده بافتی در هر یک از بیضه‌ها؛
 - بزرگ‌شدن بیضه‌ها؛
 - احساس سنگینی اسکروتوم؟
 - جمع‌شدن مایعات در داخل اسکروتوم؛
 - درد یا احساس ناراحتی در بیضه‌ها یا اسکروتوم؛
 - بزرگ‌شدن پستان‌ها یا حساسیت غیرمعمول در زمان لمس‌کردن یا فشار بر بیضه‌ها.
- گرچه این آثار منحصر به سرطان بیضه نیست، در عین حال اگر پس از دو هفته هنوز برطرف نشده باشند باید به پزشک مراجعه شود. تشخیص به موقع برای تمامی بیماری‌ها به خصوص برای سرطان بیضه دارای اهمیت بوده و زودشناسی اقبال بهبود بیماری و بازگشت سلامت را افزایش می‌دهد. در صورت احتمال وجود سرطان بیضه و پس از کسب اطلاع از سابقه بیماری‌های خانوادگی، آزمایش پزشکی کامل از شخص به عمل خواهد آمد. و وضعیت او وسیله سنجش حرارت بدن، ضربان قلب و فشار خون کنترل می‌شود. به موازات آن اسکروتوم مورد آزمایش قرار می‌گیرد، از سینه عکسبرداری می‌شود، و آزمایش خون و ادرار از بیمار به عمل می‌آید. در صورتی‌که از نتیجه آزمایش‌ها نشانی از عفونت یا مسائل دیگر دیده نشود احتمال وجود بیماری سرطان شدت می‌یابد زیرا، غده‌های ایجادشده در بیضه اکثراً سرطانی هستند.

طبیعتاً نمونه برداری و آزمایش‌های آسیب‌شناسی امکان تشخیص قطعی بیماری را فراهم می‌سازند. انواع متداول سرطان بیضه عبارتند از: سمینوم^۱ که چهل درصد از سرطان بیضه را شامل می‌شود و سرطان‌های غیر سمینومی^۲ که شامل یک گروه از سرطان‌ها شامل توده کیسه زرد^۳، کوریو کارسینوم^۴، کارسینوم جنینی^۵ و تراتوم^۶ می‌شود. انواع سرطان بیضه به صورت متفاوت رشد و دست‌اندازی کرده و نحوهٔ معالجهٔ آنها نیز غیر یکسان است.

سرطان پستان

پستان زنان دارای اندازه و وضعیت متفاوت است و در دوران زندگی برحسب سن، دوران عادات ماهانه، حاملگی، یائسگی یا مصرف قرص ضد حاملگی و دیگر هورمون‌ها دچار تغییرات می‌شود.

قابل اهمیت است که اگر سرطان پستان در مراحل اولیه شناسایی شود، معالجهٔ سریع و اقبال بهبود قطعی آن افزایش می‌یابد. زنان با معاینه منظم پستان‌های خود می‌توانند نقش مهمی در زودشناسی این سرطان ایفا نمایند.

● زنان می‌توانند هر ماه پستان خود را آزمایش کرده و مورد کنترل قرار دهند.^۷ احساس تغییرات غیرعادی در آنها اعلام خطری است برای موارد بدخیم و در اسرع وقت وضعیت باید به پزشک گزارش شود.

● گام دوم آزمایش پزشکی است که سالانه و به‌طور مرتب توسط پزشک متخصص انجام می‌شود.

● پستان‌نگاری^۸ عکس برداری دوره‌ای از پستان بر اساس دستورالعمل بعد از چهل سالگی است.

● انجام آزمایش‌های شخصی، معاینات منظم توسط پزشک متخصص و پستان‌نگاری، بشدت از میزان مرگ‌های ناشی از سرطان پستان می‌کاهد. آزمایش پستان‌نگاری پس از سن چهل سالگی هر یک یا دو سال یک‌بار و پس از پنجاه سالگی سالانه انجام می‌شود.

آثار اخطار دهنده‌ای برای سرطان پستان وجود دارد که اهم آن عبارتند از:

● ایجاد تودهٔ بافتی در پستان یا زیر بغل؛

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------|----------------------------------|--------------------|
| 1. Seminoma | 2. Nonseminoma | 3. Yolk sac tumors | 4. choriocarcinoma |
| 5. Embryonalcarcinoma | 6. Teratoma | 7. Breast self-examination (BSE) | |
| 8. Mammogram (X-Rays of the Breast) | | | |

- تغییرات در اندازه و وضعیت پستان؛
 - تغییر در رنگ یا حساسیت پوست پستان.
- معمولاً در مراحل اولیه بیماری، درد به عنوان اثر اختطاردهنده ظاهر نمی شود. با مشاهده هر اثری باید به پزشک مراجعه شود. زیرا تشخیص به موقع امکان بهبود را قبل از دست اندازی بیماری فراهم می آورد.
- جهت تشخیص بیماری پس از اطلاع از سابقه پزشکی و انجام آزمایش های کلی سنجش حرارت بدن، نبض و فشارخون، به آزمایش های تخصصی می پردازند:
- لمس^۱، آزمایش از بافت پستان فرصت تشخیص برای پزشک را در مورد توده بافتی، اندازه و وضعیت جابه جایی و یا چسبندگی آن فراهم می آورد.
 - مایع برداری^۲، پزشک به وسیله سوزن نازکی قسمتی از مایع داخل غده یا بافت آن را خارج می کند. آزمایش امکان این تشخیص را می دهد که آیا داخل غده از مایع غیر سرطانی (کیست)^۳ یا بافت جامد است، که امکان دارد سرطانی یا غیر سرطانی باشد.
 - پستان نگاری اطلاع مهم از وضعیت پستان برای پزشک فراهم می کند و امکان تشخیص غدد را حتی در مراحل اولیه و کوچک به وجود می آورد.
 - در صورتی که آزمایش های نامبرده برای تشخیص کافی نباشد، مکمل آن آزمایش فراصوت نگاری، دمانگاری^۴ و آواگذرنگاری^۵ انجام می شود. سرانجام نمونه برداری می تواند به تشخیص قطعی بیانجامد. در جریان نمونه برداری در صورت تشخیص بافت سرطانی بیمار می تواند تصمیم بگیرد که عمل جراحی بلافاصله انجام شود یا این که برای استفاده از فرصت تصمیم گیری، به بعد موکول شود.
 - آزمایش گیرنده هورمون^۶، اگر نتیجه نمونه برداری تشخیص سرطان باشد آزمایش گیرنده هورمون استروژن^۷ و پروژسترون^۸ در سلول های سرطانی انجام می شود. این آزمایش نشان می دهد که آیا هورمون ها در بزرگ شدن غدد سرطانی مؤثر بوده اند. نتیجه این آزمایش در تصمیم گیری برای معالجات هورمونی کمک می کند.

1. Palpation

2. Aspiration

3. Cyst

4. Thermography

5. Diaphonography

6. Hormone receptor tests

7. Estrogen

8. Progesterone

اگر بیماری مربوط به کیست مایعات باشد، آن را خارج می‌کنند. در صورتی که غده سرطانی در مراحل اولیه بیماری باشد به سادگی عمل جراحی امکان‌پذیر است. بعضی غدد نیاز به عمل جراحی ندارند ولی شخص باید زیر کنترل و معاینات دائم بماند. پس از تشخیص سرطان، بیمار نیاز به آزمایش‌های دیگر از جمله عکس از سینه و آزمایش خون دارد، تا مشخص شود که آیا بیماری به قسمت‌های دیگر از جمله استخوان، کبد، ریه و یا مغز دست‌اندازی کرده است؟ این آزمایش‌ها باید به پزشک برای تعیین مرحله پیشرفت و وسعت دست‌اندازی بیماری کمک کند.

مراحل پیشرفت بیماری سرطان پستان عبارتند از:

مرحله ۱. توده رشد یافته بافت بدخیم در شروع بیماری سرطان پستان است. سرطان در یک محدوده کوچک (کمتر از دو سانتیمتر) بوده و به غده‌های لنفاوی و دستگاه‌های دیگر دست‌اندازی نکرده است.

مرحله ۲. غده سرطانی در اندازه بین دو تا پنج سانتیمتر است و به غده‌های لنفاوی زیر بغل دست‌اندازی کرده‌اند.

مرحله ۳. غده سرطانی پنج سانتیمتر می‌باشد و به غده لنفاوی زیر بغل، دیگر غدد لنفاوی و بافت‌های نزدیک پستان دست‌اندازی کرده است.

مرحله ۴. سرطان به دیگر دستگاه‌های بدن، عمدتاً به استخوان، کبد، شش و مغز دست‌اندازی کرده است.

سرطان رحم

اکثر توده‌های رحمی خوش‌خیم بوده و قابلیت تهاجم ندارند و بیشتر شامل توده‌های فیبروئید می‌باشند.

توده فیبروئید بیشتر در زنان بالای ۳۵ سال دیده می‌شود. انواع آن به شکل تک غده‌ای و چند غده‌ای بوده ولی اکثریت آنها چند غده‌ای هستند. تشخیص توده فیبروئید بستگی به اندازه و محل غده دارد. ممکن است با نامنظم بودن قاعدگی همراه باشد. در صورتی که فیروز به دستگاه‌های اطراف فشار وارد کرده و باعث درد شود، جراحی ضرورت خواهد یافت. ضمن

آن که ممکن است فاقد آثار بوده و نیاز به معالجه نداشته باشد. با این حال رحم باید به طور مرتب مورد معاینه قرار گیرد. در دوران یائسگی فیبروم کوچک شده و در بعضی از موارد برطرف می شود. مورد دیگر ناراحتی رحم اندومتروئوزیس^۱ است که دلیل آن رشد غیر عادی اندومتر است. و اغلب در زنان مقاطع سنّی سی و چهل سالگی دیده می شود. از آثار آن دردهای دوران قاعدگی و خونریزی غیرطبیعی است. علاوه بر آن ممکن است باعث نازایی شود. بعضی از این بیماران با استفاده از دارو معالجه شده و بعضی نیاز به عمل جراحی دارند.

هیپرپلازی^۲ عبارت از بزرگ شدن و تکثیر یک گروه از سلول های طبیعی در رحم است که بدخیم نیستند ولی در برخی از زنان ممکن است به سلول های سرطانی مبدل شوند. از آثار این بیماری قاعدگی شدید و خونریزی های پس از دوران آن است. معالجه اش بستگی به وضعیت بیماری و سنّ بیمار دارد. برای معالجه بر حسب مورد از روش هورمون درمانی یا جراحی استفاده می شود.

نوع دیگر غده های بدخیم هستند که در بافت سالم رحم رشد می یابند و امکان دست اندازی آنها به دیگر دستگاه های بدن وجود دارد. چون سلول های سرطانی از مسیر دستگاه گردش خون یا دستگاه لنفاوی می توانند به دیگر بافت های بدن انتشار یابند پس ضروری است که غدد لنفاوی و دستگاه های نزدیک رحم نیز مورد معاینه قرار گیرد تا شرایط تشخیص سریع بیماری فراهم آید.

از آثار مهم اختاردهنده برای سرطان رحم خونریزی های غیرطبیعی مخصوصاً بعد از سنّین قاعدگی است. معمولاً سرطان رحم قبل از دوران یائسگی به وجود نمی آید ولی اغلب در زمان شروع آن سلول های سرطانی ایجاد می شوند. گرچه خونریزی ها همیشه دلیل بر اثبات سلول های سرطانی نیستند، ولی با مشاهده هر نوع وضعیت غیرعادی، بیمار باید به پزشک مراجعه کند.

در صورت تشخیص بیماری سرطان رحم، پس از کسب اطلاعات در مورد سابقه پزشکی، معاینات و آزمایش های متداول به صورت کنترل وضعیت عمومی سلامت بیمار (سنجش حرارت بدن، نبض، فشارخون و...) پزشک به آزمایش های تخصصی زیر می پردازد.

● آزمایش های کلی از دستگاه های داخل لگن بیمار شامل رحم، دستگاه تناسلی، تخمدان، مثانه و مقعد.

- در صورت مشاهده تغییرات غیرعادی برای تشخیص قطعی، نمونه برداری از بافت مشکوک به عمل آمده و آزمایش‌های آسیب‌شناسی انجام می‌شود.
- اتساع و کورتاژ^۱، جراحی کوچک از کانال رحم و داخل رحم است که برای خارج کردن قسمتی از بافت مشکوک و آزمایش کردن آن به کار می‌رود.
- پاپ اسمیر^۲. این آزمایش برای تشخیص سرطان دهانه رحم است ولی برای تشخیص قطعی سرطان رحم کافی نیست. در صورت تشخیص سلول‌های سرطانی در رحم پزشک به آزمایش‌های دیگر از جمله، آزمایش خون، رادیوگرافی سینه، سی تی و کت اسکن و فزاسون نگاری برای کنترل وضعیت دستگاه‌های مختلف بدن از جمله مثانه، روده بزرگ و مقعد می‌پردازد.

نتیجه گیری

کشورهای مختلف جهان برای تأمین خدمات بهداشتی افراد جامعه‌شان روش‌های متفاوتی را تجربه کرده‌اند. کشورهای دارای برنامه‌ریزی متمرکز کوشش داشتند که سطح وسیعی از افراد را زیر پوشش خدمات پزشکی قرار دهند. کشورهای صنعتی دارای اقتصاد بازار روی برنامه‌های پژوهشی تأکید بیشتر کرده‌اند. به‌طور کلی حجم اعتبارات در نظر گرفته شده، تعیین‌کننده ابعاد کمیت و کیفیت برنامه‌های درمانی و بهداشت سلامت است. در مجموع کشورهای دارای برنامه‌ریزی متمرکز پوشش فراگیر اما با کیفیت کمتر و کشورهای پیشرفته صنعتی، خدمات پزشکی با کیفیت بالا ولی توأم با کاستی تعادل در توزیع آن میان گروه‌های اجتماعی داشته‌اند. امروزه بسیاری از کشورهای جهان این هدف را نشانه کرده‌اند که ترکیب بهبود کیفیت را با پوشش فراگیر بهینه کنند.

به‌منظور جلوگیری از بیماری، تشخیص به موقع، و بالابردن اقبال بازگرداندن سلامت و جلوگیری از مرگ به علت بیماری، همچنین کاستن هزینه‌ها در سطح ملی، شرکت‌های بیمه‌ای و شخصی در کشورهای پیشرفته جهان به برنامه‌های آموزش عمومی و آگاه‌سازی به افراد جامعه برای پاسداری از تندرستی توجه خاصی معطوف داشته‌اند. به‌عنوان وسیله‌ای برای دستیابی به این هدف، نظام بیمه درمانی این کشورها زیر پوشش قرارداد انواع کنترل‌های پزشکی را در صدر برنامه‌های خود قرار دادند. آگاهی‌ها برای بیماران این فرصت را فراهم می‌آورد که تحت

1. Dilatation and Curttage (D & C)

2. Pap Smear

برنامه‌های آموزشی، وضعیت سلامت عمومی‌شان را در سنین مختلف زیر نظر داشته‌باشند و با مراجعه به پزشک به کنترل سلامت خود پردازند.

برای دستیابی به این هدف، برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری مناسبی جهت بالابردن سطح دانش عمومی در پاسداری از تندرستی خویش ضروری است. با توجه به این‌که در مواردی هزینه‌های درمانی برخی از بیماری‌ها بیش از صد برابر هزینه‌های کنترل‌های پزشکی است، بنابراین علاوه بر حفظ حیات، از نظر اقتصادی نیز برنامه‌های آموزشی و کنترل سلامت با هدف پیشگیری قابل توجیه خواهد بود. سرنوشت محتوم بیماران سرطانی، برخلاف آن‌چه در تصور افراد جامعه ما نقش بسته، مرگ نیست. ثابت شده که به شرط تشخیص زودهنگام، بسیاری از بیماری‌های بدخیم قابل معالجه می‌باشند. در میان بیش از صد نوع بیماری بدخیم، بسیاری از آن‌ها متداول است. اغلب، شدت آثار آن‌ها زمانی نشان داده می‌شود که بیماری پیشرفت کرده، به دستگاه‌های دیگر بدن دست‌انداخته، و فرصت معالجه از دست رفته است. در عین حال، کنترل‌های زمان‌بندی شده بر اساس دستورالعمل‌های پزشکی به اقبال بازیافتن سلامت کامل بیمار رخصت می‌دهد.

در این بررسی، با هدف طرح و نشان دادن اهمیت مسئله، به‌تصویر آثار و نحوه تشخیص تعدادی از بیماری‌های سرطانی پرداخته شده است. محتوای آن آگاهی‌های مختصر عمومی است از آثار و نشانه‌های بیماری‌های بدخیم خاص و اخطار و راهنمایی برای بیماران که در صورت مشاهده شرایط غیرعادی، برای کنترل به پزشک مراجعه کنند.

باید توجه داشت که بیماری‌های بدخیم به سه عامل وراثت یعنی امکان انتقال منابع ارثی از نسل‌های همخون گذشته به نسل‌های آینده، وضعیت تغذیه، و سن افراد ارتباط دارد. در دوران سالمندی، امکان ابتلا به بیماری‌های بدخیم خاص افزایش می‌یابد. نوع تغذیه با وضعیت سلامت ارتباط دارد. این آگاهی‌ها راهنمایی هستند برای کنترل وضع تغذیه، انجام معاینات پزشکی بر اساس وضعیت خطرپذیری ارثی، و رعایت دستورالعمل‌های انجام معاینات برای بیماری‌های خاص در سنین مختلف.

با این تصویر قابل توصیه است که در برنامه‌ریزی بهداشت و درمان کشور، آگاه‌سازی جامعه و بالابردن سطح دانش آن‌ها در ارتباط با پاسداری از تندرستی خویش مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن در برنامه گنجانده شود.

در این ارتباط، تحول در نظام بیمه و دستورالعمل و قوانین مرتبط با سازوکار تأمین

اجتماعی ضروری است. همچنین قابل بررسی است که طرح‌های انواع کنترل‌های پزشکی که به نحوی نتیجه‌اش به حفظ حیات انسان و نیز کاهش هزینه‌ها منجر می‌شود در ساختار نظام بیمه‌ای کشور ملحوظ شود. این بدان معنی است که، با هزینه‌های کمتر، کیفیت برنامه‌های پاسداری از سلامت افراد جامعه در سطح فراگیر ارتقا یابد.

منابع

کلاتری عیسی و ناصر خادم‌آدم، سیاست اصلاح الگوی تغذیه، فیزیولوژی تغذیه و اقتصاد مواد غذایی، چاپ دوم، ۱۳۷۶.

Gorman, CH., *Colon Cancer*, Time, Mar. 13, 2000, p. 70-76.

U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Health Institutes, *What You Need to Know About Cancers of the Bone*, NIH Publication No. 90-1571, Aug. 1990.

_____. *What You Need to Know About Breast Cancer*, NIH Publication No. 91-1556, Oct. 1990.

_____. *What You Need to Know About Cancer*, NIH Publication No. 90-1566, Nov. 1989.

_____. *What You Need to Know About Cancer of the Colon and Rectum*, NIH Publication No. 90-1552, Nov. 1989.

_____. *What You Need to Know About Cancer of the Esophagus*, NIH Publication No. 92-1557, Des. 1991.

_____. *What You Need to Know About Hodgkin's Disease*, NIH Publication No. 92-1555, Des. 1991.

_____. *What You Need to Know About Kidney Cancer*, NIH Publication No. 91-1569, Nov. 1990.

_____. *What You Need to Know About Cancer of the Larynx*, NIH Publication No. 92-1568, Mar. 1992.

_____. *What You Need to Know About Lung Cancer*, NIH Publication No. 91-1553, Oct. 1990.

_____. *What You Need to Know About Multiple Myeloma*, NIH Publication No. 92-1575, Des. 1991.

_____. *What You Need to Know About Cancer of the Pancreas*, NIH Publication No. 90-1560, Mar. 1990.

_____. *What You Need to Know About Prostate Cancer*, NIH Publication No. 90-1576, Apr. 1990.

_____. *What You Need to Know About Skin Cancer*, NIH Publication No. 92-1564, Mar. 1992.

_____. *What You Need to Know About Testicular Cancer*, NIH Publication No. 88-1565, Jun. 1988.

_____. *What You Need to Know About Cancer of the Uterus*, NIH Publication No. 93-1562, Des. 1992.