بررسی فراوانی انواع توode های دیوایه قفسه صدری جراحی شده و سرانجام درمان آنها در بیمارستان الزهرا(س) اصفهان در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۸

سید عباس طباطبایی، سید مظفر هاشمی، مجتبی احمری نژاد، آرام طولایی، سعیدی افشایری

‌1-دانشیار، گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
2-استادیار، گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
3-دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
4-پزشک عمومی

چکیده

مقیده: تووده‌های دیوایه قفسه صدری طیف وسیعی از ضایعات خوش‌خیم و بد‌خیم هستند. در مطالعات مختلف تأثیراتی بر پیروان ضایعات قفسه صدری گزارش شده است ولی هنوز اطلاعات دقیقی از انواع این ضایعات در بیماران در دست نمی‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی انواع تووده‌های دیوایه قفسه صدری درک و بر اساس سطح فوقانی و درون‌کننده‌ی اپیدموژیک و چگونگی پیش‌بینی آن درمان و همچنین بررسی سرانجام این بیماران است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی بالغ‌سالگی در سال ۱۳۸۸ در مرکز آموزشی دیوایه قفسه صدری اصفهان به انجام رسید. جامعه آماری مورد مطالعه شامل تمامی بیمارانی بود که از ابتدای سال ۱۳۷۸ تا پایان سال ۱۳۸۶ با تشخیص تومور جاری قفسه صدری در بیمارستان تحت عمل قرار گرفتند. در این مطالعه به صورت شرکتی بود و طی آن تعداد ۱۱۰ مورد عمل جراحی که طی مدت زمان مورد انجام گرفته بود مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۱۲۳ مورد تومور بزرگ‌تری که با ۶۴ مورد (۵۲%) خوش‌خیم و ۵۵ مورد (۴۸%) بد‌خیم بودند، از طرف دیگر ۲۵ مورد از تومور‌های مردان و ۳۱ مورد از تومور‌های زنان بد‌خیم بود (۶۵/۴٪ در مقابل ۳۴/۶٪). در عین حال، آزمون رانک اولین گروه از توزیع فراوانی نوع تومور در دور جهان تفاوت معنی‌داری نداشتند (۵۵٪/۴٪). شایع‌ترین علامت در بیمارانی به تومورهای خوش‌خیم (۲۶/۸٪/۲۶/۸٪) در قسمت سینه و همچنین تومورهای بدخیم (۱۹/۲٪/۱۹/۲٪) در قسمت سینه و بدخیم بود. شایع‌ترین نوع بیم شناسی در تومورهای خوش‌خیم ۱۵ مورد (۲۴/۲٪) بود و در تومورهای بد‌خیم ۳۳ مورد (۴۳/۱٪) بود. نتایج نشان داد که تومورهای بد‌خیم بیشتر بود. در نهایت، در تومورهای تومورهای خوش‌خیم، بیشتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری: طبق نتایج به دست آمد، تووده‌های دیوایه قفسه صدری بد‌خیم نسبت به خوش‌خیم پیش‌بینی نمی‌شود. در بیماران بد‌خیم، تومور به سرعت بیشتری رشد می‌کند. همچنین بیمارانی که بعضی از این مطالعه حضور دارند، بیشتر درمانی به موقع و خروج تووده انجام داد.

واژه‌های کلیدی: جدار قفسه صدری، تومور خوش‌خیم، تومور بد‌خیم، تووده سرطانی، پیش‌بینی درمانی، انجام.

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، بیمارستان شهیدان علی‌آباد. بخش آموزش
پست الکترونیک: dr_ts_ahmadinejad@yahoo.com

پایه‌های یافته، دوام سپزشی، تابستان ۹۰
متغیرهای ایمپلورژیک و چگونگی پاسخ به درمان و همچنین پرونده‌سازی این بیماران در بیمارستان الزهراء(س) اصفهان بین سال‌های 74 تا 86 اتست.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی در مرکز آموزشی دماسی الزهراء(س) اصفهان به انجام رسید. جامعه آماری مورد مطالعه شامل بیمارانی است که از ابتدای سال 1379 تا پایان سال 1384 به علت توده‌های دیواره قفسه سینه در بیمارستان الزهراء(س) اصفهان تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. روشن نمودن گیبری به صورت سرشاری بود. چه جمع آوری اطلاعات از چک لیست‌های حاوی سن، جنس، سابقه کارسی بیولیژی و نوع کارسی، پاتولوژی، سابقه ادراک‌سیستم به فیزیک سینه، سابقه جراحی قابی قفسه سینه، سابقه ترموگرافی به فیزیک سینه، بیمارستان هرمز(کارسی‌های مرده) مدت تشخیص تا عمل، علائم هنگام مراجعه، محل زندگی(شهری- روستایی) بیمار، اندازه توده، نوع ضایعه (خوش خیم- بدخیم)، نوع تومور(ولیه- ناولیه، مبتنی- بهبودی) و زمان پیگیری تا عمل و در صورت مرگ و میر(مرتبیت با ضایعه قفسه سینه) وجود زمان مرگ تا عمل از طریق استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بیماران صورت گرفت. از جمع‌آوری، اطلاعات توسط متخصصان SPSS توسط نسخه 17، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مستقل، معنی‌دار و زمانی فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

از 112 بیماری که مورد مطالعه قرار گرفتند، 35.15٪ ترین مرد و 65.00٪ زن بودند که طبق آزمون 2 مستقل نفوذیت نمایندگان سن مردان و زنان جنده نداشت (P=0.78). از میان دارای بین میانگین سن مردان و زنان جنده نداشت (P=0.108). از میانگین میانگین سن ااندکار تومورهای بیو(5.00-10.00) و همچنین میانگین سن اندکار تومورهای بیو(5.00-10.00) در برابر کاهش در متن و نسخه SPSS منفی بود. این داده‌ها در تایپ بیماران وجود ندارد. هدف از این مطالعه تعیین

مقدمه

تومورهای دیواره قفسه سینه طیف وسیعی از ضایعات خوش خیم و بدخیم هستند که حدود 5٪ تومورپلاسم های قفسه سینه و حدود 1٪ تومورهای اولیه بدن را تشکیل می‌دهند. تومورهای دیواره قفسه سینه در 40-45٪ از بیماری‌ها در پی کامی ایجاد می‌شود. بیماری‌های تومورپلاسم های قفسه سینه، اختلالات میکرو‌سکوپیک با گهواره نمی‌باشد. تومورهای دیواره قفسه سینه نادر است. برای دیگر بیماری‌ها در تومورهای اولیه قفسه سینه مشروط بین 5-75٪ گزارش شده است.

تومورهای اولیه در 125-207 مورد از 100 بیمار نشان داد که 23.2٪ تومورپلاسم های و 17٪ تومورهای دیواره قفسه سینه مربوط به کارسی می‌باشد و 12.2٪ ضایعه مبتنی- بهبودی داشتند. در هر دو مطالعه سارکوما شاینات تومورپلاسم های بود. تومورهای جدار قفسه سینه به آرامی رشد می‌کند و اغلب در ابتدا بدون علائمی. تقریباً همه تومورپلاسم به دیگر بیماری‌های ایجاد در دارند و در مقابل این تومورهای خوش خیم ایجاد در می‌کند.

عملات دیگر آنها وجود توده‌های قابل مسح است. نتیجه

لکسمیتوس و اوزمونوژیلی در بعضی از تومورها ممکن است ایجاد شود(38،39). سن متون عیان ضایعات خوش خیم 26 سال و برای ضایعات بدخیم 45 سال است و بسیار ابتلا مرتده به 20٪ از کلیه گزارش شده است(28،20). در مطالعات مختلف تنها متغیری پیروی نمی‌گردد ضایعات قفسه سینه گزارش شده است ولی هنوز اطلاعات دقیقی از انواع این ضایعات در بیماران وجود ندارد. هدف از این مطالعه تعیین

فرآیند ناگار توده‌های دیواره قفسه سینه صورت در کل و بر اساس
بررسی فراوانی انواع توده های دیواره ی قفسه ی صدی در جراحی شده و سرانجام درمان آنها

نمونه برداری و همکاران

بدخیم به طور معمول در بزرگترین بود (۲/۰۰۰) بین نوع تومور در دو جنس تفاوت معنی داری وجود ندارد (۵/۰۰۰). هنگامی زن

مارگین مدت زمان بر علائم تا زمان عمل برای مبتلاان به تومورهای خوش خیم و بدخیم تفاوت معنی داری وجود ندارد (۷/۹۰۰)

بدخیم زن‌ها به فراوانی ارتباط معناداری وجود داشت (۷/۹۰۰). پسکه بعد از عمل ۳۰ درجه (۳/۷۰۰) و تا ۱۱ نفر (۵/۹۰۰) از بیماران متوک فوت کردند و در کل ده ساله این پژوهش ۲۶ نفر (۳/۳۹) از بیماران فوت کردند. ۱۱ بیمار (۸/۹۰) در این سابقه جراحی قبل به دلیل همکاری به نظر بودن نوع توانی

جدول شماره ۱- مقایسه متغیرهای دموگرافیک بیماران بر حسب نوع تومور

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع تومور</th>
<th>تام متغیر</th>
<th>نت‌های متغیر</th>
<th>مقدار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بدخیم</td>
<td>خوش خیم</td>
<td>سن (سال)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰/۰۰۰</td>
<td>۳۳/۰۰ ± ۲۲</td>
<td>۳۹/۰۰ ± ۲۳</td>
<td>۳۹/۰۰ ± ۲۲</td>
</tr>
<tr>
<td>۱/۰۰۰۰</td>
<td>۳۲/۰۰ ± ۲۳</td>
<td>۳۰/۰۰ ± ۲۲</td>
<td>۳۰/۰۰ ± ۲۳</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>مرد</td>
<td>جنس</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰/۰۰۰</td>
<td>۳۵/۰۰ ± ۱۹</td>
<td>۳۴/۰۰ ± ۱۹</td>
<td>۳۴/۰۰ ± ۱۹</td>
</tr>
<tr>
<td>۱/۰۰۰۰</td>
<td>۳۱/۰۰ ± ۱۹</td>
<td>۳۳/۰۰ ± ۱۹</td>
<td>۳۳/۰۰ ± ۱۹</td>
</tr>
<tr>
<td>شهر</td>
<td>روستا</td>
<td>محل سکونت</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰/۰۰۰</td>
<td>۳۰/۰۰ ± ۲۱</td>
<td>۳۱/۰۰ ± ۲۰</td>
<td>۳۱/۰۰ ± ۲۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۱/۰۰۰۰</td>
<td>۲۲/۰۰ ± ۱۸</td>
<td>۲۴/۰۰ ± ۱۹</td>
<td>۲۴/۰۰ ± ۱۹</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| نگاه‌داری تومور (سانتی‌متر) | اندامی تومور (سانتی‌متر) | اندازه
| ۱۰/۰۰۰   | ۲۳/۰۰ ± ۱۹ | ۱۸/۰۰ ± ۱۹ | ۱۸/۰۰ ± ۱۹ |
| ۱/۰۰۰۰   | ۱۸/۰۰ ± ۱۸ | ۱۸/۰۰ ± ۱۷ | ۱۸/۰۰ ± ۱۷ |
| زمان شروع علائم تا نامه عمل جراحی (سال) | بهره‌های | سابقه تومور
| ۱۰/۰۰۰   | ۱/۰۰ ± ۱۰ | ۱/۰۰ ± ۱۰ | ۱/۰۰ ± ۱۰ |
| ۱/۰۰۰۰   | ۰/۰۰ ± ۱۰ | ۰/۰۰ ± ۱۰ | ۰/۰۰ ± ۱۰ |
| مرض و مصرف (نفر) | مرگ و مصرف (نفر) | زنده
| ۱۰/۰۰۰   | ۲۴/۰۰ ± ۱۹ | ۲۲/۰۰ ± ۱۹ | ۲۲/۰۰ ± ۱۹ |
| ۱/۰۰۰۰   | ۲۲/۰۰ ± ۱۸ | ۲۱/۰۰ ± ۱۷ | ۲۱/۰۰ ± ۱۷ |

* ازون محرک کلی ۴، آزمون محرک کلی ۲

نمودار شماره ۱- درصد فراوانی انواع تومورهای بدخیم بر اساس بیماری شناسی

نمودار شماره ۲- درصد فراوانی انواع تومورهای بدخیم بر اساس نوع تومور

۱۳۷ / یافته، دورة سیزروه، تاسمانی ۹۰
بحث و نتیجه‌گیری
تومورهای دیواره قسیمه سینه حداکثر 8% ثانیهای تومورهای اولیه، این را تشکیل می‌دهد. تومورهای استخوانی، قسیمه سینه 7% 8 تومورهای اولیه را تشکیل می‌دهند. تومورهای‌ی ثانیهای قسیمه سینه، حاوی خلاصه‌ای از محققی‌ها از محققی‌ها، سطح می‌باشد. می‌توان از دیواره قسیمه سینه منشا می‌گیرد(19، 20، 21). نتایج(14) نشان داده که درمان سارکوماهای قسیمه سینه، قسیمه سیرین، هنوز ناتمام است.

در این مطالعه، ممکن است تومورهای ثانیهای قسیمه سینه در و جامعه بشریت در قسیمه سینه بوده است. همچنین مراقبه با عامل مختلفی که احتمالاً می‌تواند در بروز وضعیت‌های قسیمه سینه در دخالت داشته باشد مانند سموم جراحی قبلی بر روی قسمه سیرین و سایر علل ارائه‌سازی مورد بررسی قرار گرفته که هیچکدام از این علل شناسی نشان دهنده در مورد قسیمه سیرین 32/40% سر دارند. این در میانگین سن بیماران سارکومهای قسیمه سیرین از دو سال به 80 سال می‌باشد. همچنین در این مطالعه 55% از بیماران مورد مطالعه مرد و 45% زن بودند. این در حالی است که در مطالعات دیگر، نسبت
پرسی فلورا و انتقال توده‌های دیواره‌ی قفسه‌ی صدری جراحی شده و سرنوشت درمان آنها

ادر نیستند و از طرف دیگر پژوهش‌ها در برنامه‌های غربالگری
اقدام به معاینه بهبود نموده و در نتیجه این صورت به دلیل عدم
کشایت بیمار، توجه به این موضوع نداشته و این در حالیست که
طبق نتایج به دست آمده از این مطالعه حداکثر 59% تومورها دیواره
قفسه‌ی بینه‌ای و در صورت شک و وجود توده در جدار
قفسه‌ی بینه‌ای بیشتر اقسام متغیری جهت درمان به موقع و خروج
توده انجام شود و وجود هر گونه توده در دیواره‌ی قفسه‌ی بینه‌ای
ببخش تلقی شود مگر اینکه خلاف آن ثابت شود.

ابتلا مرد به زن تقیبایا ۲/۷ گزارش شده است و این بیانگر شیوع بالاتر
تومورها در قفسه‌ی بهبود نسبت به بیماران نسبت به بیماران نسبت به تومورها است.
میانگین سن بیماران بروز علائم تا زمان عمل در کل
بیماران مطالعه شده ۲۷±۲/۷ بود. این فاصله زمانی برای
بیماران بین‌تلا به تومورها خوش خیم ۱±۴/۵ و برای تومورها
بد خیم ۲/۸±۴ ماه بود. عمل متعددی در تاخیر عمل جراحی در
بیماران بین‌تلا به تومور به ویژه تومورها ببخش وجود دارد از جمله
اینکه تومورها ببخش معمولاً در مراحل اولیه دارای علائمی چون

475/1 باقی، دورة سیزدهم، تابستان 90


