



وزارت تحصیلات عالی
مؤسسه تحصیلات عالی کابورا
پوهنځی فارمسی

مطالعه ادویه مؤثره در تداوی
سرطان های مری و معده
(مونوگراف دوره لیسانس)

ترتیب کننده: وحدت الله درخانی
استاد رهنماً: پوهنیار جاوید احمد انیب
دیپارتمنت: فارمکولوژی

سال تحصیلی: ۱۳۹۴ هـ ش

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پیشگفتار

حمد و ثنا بر خالق لایزال تبارک و تعالی و درود بر روان پاک سرور کائنات، ناجی بشریت حضرت محمد مصطفی (صلی الله علی و سلم)!

اما بعد! امروز بنده با کمال افتخار و مسرت در واپسین سال دانشگاه نظر به رول اکادمیک دانشگاه موضوع بی را به حیث مونوگراف یا پایان نامه تحصیلی ام که از طرف ریاست دانشکده برای بنده جهت تحقیق و پژوهش محول شده بود در اثر زحمات، کوشش و تحقیق و تحلیل اعم از خودم و تمام استادان دانشگاه به ویژه استادان دیپارتمنت فارمکولوژی و خاصاً استاد نهایت مهربان و ورزیده و استاد رهنماء بنده محترم پوهنیار جاوید احمد انیب توانستم در این مدت محدود موضوع را تحقیق، تحلیل و بررسی نمایم و همچنان جهت آگاهی و همکاری به دیگر هم مسلکانم در اخیر این رساله نتیجه گیری و پیشنهادات و راه حل ها را درج نموده ام.

امیدوارم تحقیق هذا بشکل درست و صحیح آن مورد قبول همه دست اندرکاران مسلک فارمسی قرار گرفته و خدمت کوچکی برای هم مسلکان فعلی و آینده که میخواهند در باره این موضوع تحقیق و تحلیل نمایند بوده باشد.

در اخیر از تمام افراد و اشخاص که بنده را به نحوی از انحاء در جهت پیشبرد دروس همکاری های مادی و معنوی نمودند قلباً مشکورم.

همچنان جا دارد که از والدین نهایت مهربان و دلسوزم و همه اعضای خانواده ام که واقعاً در تمام ابعاد زنده گی به ویژه در حیات تحصیلی بنده رنج ها و زحمات خستگی ناپذیر را متقبل شده اند اظهار امتنان و شکران نمایم و از بارگاه ایزد منان سعادت دارین را برای هر یکی شان تمنا دارم.

با احترام

وحدت الله درخانی

محصل سال چهارم دانشکده فارمسی

خلاصه

سرطان‌ها در عموم یک بخش از امراض بسیار خطرناک و معمولاً صعب‌العلاج هستند که به شکل غیرطبیعی و غیر قابل کنترل شده بر هر قسمت و یا ارگان‌های عضویت صدمه وارد کرده و به سرعت تکثیر و انکشاف می‌نمایند.

تحقیق‌ها در مورد تداوی سرطان‌های مشخص (مری و معده) است که از جمله شایع‌ترین سرطان‌ها در سطح دنیا بشمار می‌روند و در مراحل اولیه و یا ابتدایی قابلیت کنترل به واسطه شیموتراپی و یا تداوی با دوا را دارا می‌باشند ولی اگر به مراحل پیشرفته‌تر و مزمن مبدل گردند از تداوی با دوا بعید بوده و به قطع نمودن عضو منجر می‌گردد.

سرطان‌های مری و معده عبارت از سرطان‌های اندک که معمولاً افراد و اشخاص بالاتر از سن 50 سال را مصاب می‌سازند و سرطان‌های مری عموماً به دو شکل عمده یعنی (Squamous Cell Carcinoma) و (Adenocarcinoma) دیده می‌شوند.

تداوی هر دو نوع سرطان مری مشابه همدیگر می‌باشند، اگر سرطان به خارج از مری انتشار یابد ابتداء به عقدهات لمفاوی انتشار پیدا نموده و بعداً از طریق لymph به تمام قسمت‌های بدن مانند کبد، ریه‌ها، مغز و استخوان انتشار می‌یابد.

بطور کلی بروز سرطان‌های مری نزد مردان سه برابر بیشتر از زنان دیده شده است، و همچنان فیصدی بیشتر این سرطان نزد سیاه‌پوستان گزارش داده شده است.

همچنان سرطان معده یا (Gastric Cancer) یک نوع از سرطان است که شایع‌ترین نوع آن ادینوکارسینوما یا سرطان حجرات اپیتلیال در معده می‌باشد.

سرطان معده سالانه باعث مرگ حدود یک میلیون نفر در سرتاسر جهان می‌شود و شیوع این مریضی در مردان دو برابر زنان است و چهارمین سرطان شایع در جهان محسوب می‌گردد، و همچنان این سرطان در افراد با گروپ خون A شایع‌تر است.

از اعراض و علائم سرطان معده می‌توان به کاهش اشتها، کاهش وزن، کم‌خونی، درد معده، علائم مبهم سوء هاضمه مانند آروغ زدن، استفراغ خونی، احساس پری معده حتی پس از خوردن مقادیر اندک غذا، مدفوع سیاه، تهوع و استفراغ، درد بالای شکم، سوزش سر دل و علائم مشابه به زخم معده اشاره کرد.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
1.....	مقدمه
2.....	هدف
2.....	مواد و روش کار
25.....	نتیجه گیری
25	پیشنهادات
26	مآخذ

مقدمه

سرطان عبارت از بیماری است که در آن حشرات بدن به شکل غیر طبیعی بصورت غیر قابل کنترل و بسیار سریع تکثیر و انکشاف می یابد.

حجره واحد ساختمانی و وظیفوی جسم زنده است، بناً بدن انسان از انواع متعدد از حشرات تشکیل یافته است که این حشرات به شکل کنترل شده و منظم رشد و تکثیر میکنند تا حشرات بیشتری را که برای سالم نگهداشتن بدن لازم است تولید نمایند، هنگامیکه این حشرات پیر میشوند و یا آسیب می بینند با حشرات جدید تعویض میگردند. اما گاهی این نظام برهم میخورد و ممکن DNA حجره آسیب ببیند و یا در آن تغییرات وارد گردد که به رشد و تقسیم غیر طبیعی حشرات بیانجامد و وقوع مریضی خطرناک و صعب العلاج سرطان را سبب گردد.

تداوی امراض نیوپلاستیک یا سرطانی نظر به نوع و پیشرفت آن متفاوت بوده تداوی امراض مذکور شامل تداوی جراحی، تداوی شعاعی و تداوی دوابی است که هرکدام از خود موارد استعمال خاص دارد. تداوی امراض مذکور توسط متخصصان امراض نیوپلاستیک صورت میگیرد.

هدف از تداوی در امراض سرطانی شفایابی یعنی تخریب هر یک از حشرات سرطانی است، ولی هرگاه این هدف قابل دسترسی نباشد میتوان بمنظور کاهش اعراض مرض و بطاقت سیر مرض تداوی تسکینی را آغاز کرد. در بعضی تومورها تداوی با یک دوا کافی خواهد بود اما در بیشتر امراض خبیثه استفاده ادویه بصورت اشتراکی پاسخ مناسب را در قبال خواهد داشت.

معمولاً سرطان ها نظر به نوع عضوی که از آن منشأ میگیرد نامگذاری میگردد، مانند سرطان که از معده آغاز میشود به نام سرطان معده، سرطان که از مری آغاز میشود بنام سرطان مری و سرطان که از امعاء آغاز میشود بنام سرطان امعاء وغیره.

سرطان مری یکی از شایعترین سرطان ها نزد انسانها بوده که معمولاً افراد و اشخاص بالاتر از سن 50 سال را مصاب میسازد، و این سرطان در حالات ابتدایی و یا اولیه قابلیت تداوی را دارا بوده، ولی اگر به حالت پیشرفته و مزمن تبدیل گردید تداوی دوابی و یا شیموترپی آن غیر مؤثر واقع میگردد.

سرطان معده یک نوع از سرطان است که شایعترین نوع آن، ادينوكارسينوم یا سرطان حشرات اپیتلیوم در معده است. سرطان معده سالانه باعث مرگ حدود یک میلیون نفر در سرتاسر جهان می شود، و شیوع این بیماری در مردان دو برابر زنان است و چهارمین سرطان شایع در جهان محسوب می گردد.

این مونوگراف در بر گیرنده معلومات در مورد مرور مختصر بر اناتومی و فزیولوژی سیستم هضمی، پتالوژی سرطان و ادویه مؤثره در تداوی سرطان های مری و معده میباشد.

هدف

چون سرطانهای مری و معده امروز تقریباً به یک مرض جهان شمول مبدل گردیده است، بناءً متأسفانه کشور عزیز ما هم افغانستان از این امر مستثنی نیست و شیوع این امراض در بین اقشار مختلف جامعه ما انتشار یافته است و روز بروز در حال انکشاف است، بناءً هدف از این تحقیق و بررسی دریافت راه های حل تداوی و وقایه از این مرض خطرناک و کشنده میباشد. و در لابلای این رساله تمام راه های تداوی و وقایه این مرض به شکل مفصل درج گردیده است.

مواد و روش کار

تحقیق هذا یک تحقیق کتابخانه یی بوده و در قسمت جمع آوری معلومات از کتب مختلف علمی، سایت های معتبر انترنتی، ژورنال ها و مقالات استفاده گردیده است، و در اخیر این رساله مآخذ کتب مذکور نیز درج گردیده است.

مرور مختصری براناتومی و فزیولوژی سیستم هاضمه

سیستم هاضمه خوب و فعال، اساس خوب برای صحتمندی به شمار میرود، در این سیستم مواد غذایی به پارچه ها یا مالیکول های خورد تجزیه گردیده و قابل جذب میگرددند که در نتیجه بعد از جذب مواد مذکور داخل دوران خون گردیده و وجود از آن مستفید میگردد.

اعضای سیستم هضمی به دو گروه عمده تقسیم میشوند که عبارت اند از :

1- کانال هضمی

2- ملحقات سیستم هضمی

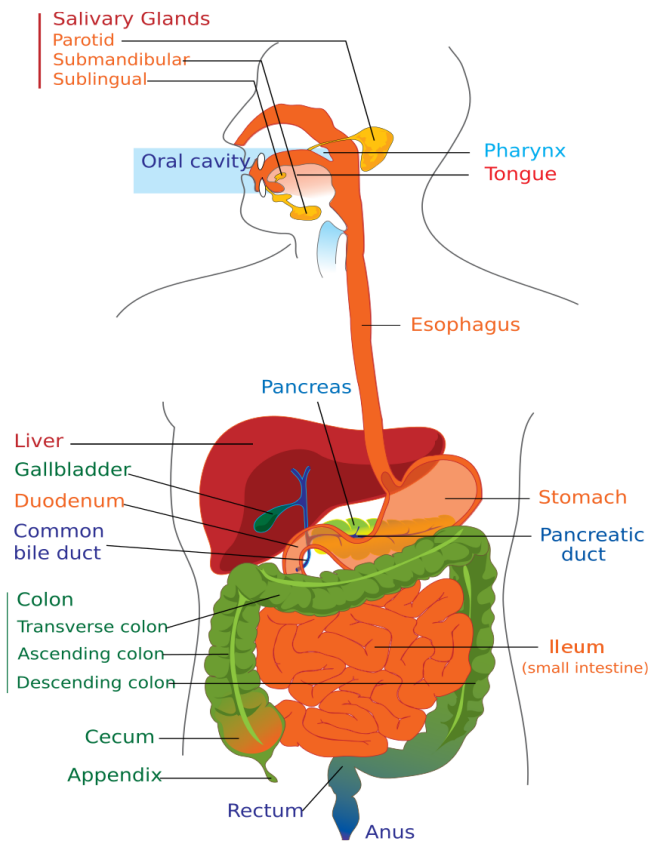
کانال هضمی (Alimentary Canal): کانال هضمی که بنام Gastrointestinal Canal نیز یاد

میگردد، در این کانال غذا هضم گردیده یعنی به پارچه های بسیار خورد تجزیه گردیده و قابل جذب میشوند و داخل دوران خون میشوند، کانال در دو نهایت خود به محیط خارجی باز می باشد و عبارت از یک تیوب نسبتاً صویل عضلی، تاب و پیچ خورده میان خالی میباشد.

این کانال در حدود 9 متر طول دارد، لاکن در اشخاص زنده به نسبت موجودیت مقویت عضلی آن طول آن نسبتاً کمتر اندازه میگردد(1).

اجزای کانال هضمی به ترتیب قرار ذیل است:

- | | |
|-----------------|----------------|
| Oral Cavity | 1- جوف دهن |
| Pharynx | 2- بلعوم |
| Esophagus | 3- مری |
| Stomach | 4- معده |
| Small Intestine | 5- امعای رقیقه |
| large Intestine | 6- امعای غلیظه |



Digestive System

جدار طرق هضمی اساساً در امتداد طول خود ساختمان مشابه داشته و شامل چهار لایه اساسی هستولوژیکی ذیل می باشد:

1- طبقه مصلی (Serosa): عبارت از طبقه بیرونی کانال هضمی می باشد که از مری تا به امعای غلیظه امتداد دارد و باعث تولید نمودن مایع مصلی می گردد، مایع مذکور باعث لغزنده گی، نرم ساختن و سهولت بخشیدن حرکان قسمت های متذکره میگردد.

2- طبقه عضلی خارجی (Muscularies External): این طبقه شامل دو لایه نسج عضلی لشم می باشد، یک لایه نازکتر خارجی که طولاً واقع شده و یک لایه ضخیمتر داخلی که رشته های آن حلقوی شکل می باشد، انقباض این عضلات قوه را جهت حرکت دادن محتویات معدی معایی تأمین می نماید.

3- طبقه تحت مخاطی (Submucosa): یک لایه نسج ارتباطی بوده که شامل برخی از انساج ترشعی می باشد و غنی از اوعیه های دموی و لمفاوی است، همچنان شبکه از حجرات عصبی تحت نام شبکه از اعصاب تحت مخاطی یا Submucose plexus در این لایه واقع گردیده است.

4- طبقه مخاطی (Mucosa): اساساً متشکل از سه لایه است یعنی مخاطی عضلاتی که می تواند تشکل موضعی مخاط را تغییر دهد، یک لایه نسج ارتباطی و بالاخره لایه اپیتلیل می باشد.

مری (Esophagus): مری وسیله ارتباط دهنده جوف دهن با معده بوده و از یک لایه ضخیم عضلی ساخته شده است که حدود 250 میلی متر طول و 25 میلی متر قطر دارد، مری در محل اتصال مری - معدی که بعضاً بنام سوراخ قلبی Cardiac Orifice یاد میشود با معده اتصال می یابد، قسمت انتهایی مری که مشابه با مخاط معده است در سایر قسمت ها از اپیتلیل تشکیل شده است که حجرات آن قابل تکثر نیستند(1).

حجرات اپیتلیل وظیفه اساسی محافظوی را به عهده دارد، غدوات بسیط مخاطی در داخل تیوب باریک هضمی مری جهت لشم ساختن غذا و محافظه قسمت های پائینی مری از اسید معده، مخاط را ترشح میکند، pH مجرای مری معمولاً بین 5 تا 6 می باشد، مواد بوسیله عمل بلع از مری عبور میکند و بعد از بلع توسط حرکات پرستالتیک مواد داخل لومن می گردد، انتقال اشکال دواایی از مری نهایت سریع بوده یعنی حدود 10-14 ثانیه را در بر میگیرد.

چسپیدن دوا در مری: گاهی اوقات دواها در مری یکتعداد مریضان می چسپد و این چسپیدن دوا ممکن سه پیآمد ذیل را در قبال داشته باشد.

- ایجاد قرحه یا زخم در یک قسمت مری
 - تأخیر در تأثیر دوا
 - ایجاد مشکل بلع نمودن دوا و غذا در مری
- وظیفه مری انتقال غذا و دوا از جوف دهن به معده است.

معدۀ (Stomach): قسمت بعدی سیستم هضمی که بعد از مری آغاز میشود، معدۀ میباشد و معدۀ عبارت از

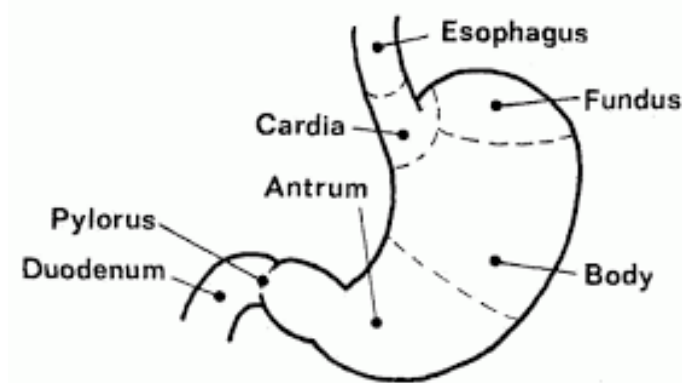
یک عضو میان خالی است که دارای وظایف ذیل می باشد.

- ذخیره گاه مؤقتی غذا و دوا
- تبدیل نمودن غذا و دوا به یک کتله کریم مانند بنام Chyme
- تنظیم رسانیدن دوا و غذا به امعای رقیقه
- تولید تیزاب HCl که میتواند نقش توقف دهنده نشو و نمای باکتری ها را ایفا کند.
- تبدیل نمودن شیوترپسین به شکل فعال آن و محیط مناسب برای فعالیت پپسین.

وظیفه دیگر معدۀ که کمتر به آن توجه صورت میگیرد، رول آن در کاهش خطر مواد مضره است که به امعا میرسد، معدۀ متوسع ترین قسمت از طریق معدی - معایی میباشد که بین نهایت پائین مری و امعای کوچک واقع شده است، باز شدن در معدۀ در دودینوم بوسیله باب المعدۀ (Pyloric Sphincter) کنترل میگردد(1).

معدۀ به چهار قسمت اناتومیکی ذیل تقسیم شده است:

- 1- قاعدۀ Fundus
- 2- جسم Body
- 3- خالیگاه Antrum
- 4- باب المعدۀ Pylorus



Stomach Diagram

جسامت معده، سایز و شکل معده نظر به ایستاده بودن و استراحت بود و خالی و پر بودن معده متفاوت است. معده ظرفیت تقریباً 1.5 لیتر را داشته و در الات گرسنگی معمولاً حاوی بیشتر از 50 میلی لیتر مایع بوده که اغلباً افزایش معدوی می باشد و عبارت اند از:

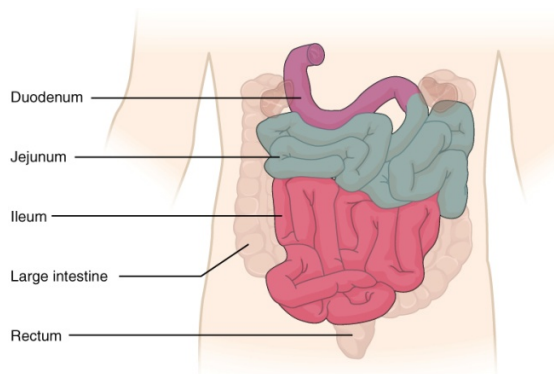
- اسید افزایش شده توسط حجات پاریتال معده که در حالت گرسنگی pH معده را بین 1 و 3.5 حفظ می دارد.
- هورمون گاسترین که خود یک منبه قوی تولید اسیده معده است، آزاد شدن گاسترین بوسیله پپتیدها و انساج معده تنبه میگردد.

- پپسین ها که توسط حجات پپتیدیک به شکل پیشقدم خود یعنی Pepsinogen ترشح میگردند، پپسین ها پپتیدازهای هستند که پروتینها را در pH اسیدی به پپتیدازها پارچه می نمایند، در pH بلندتر از 5 پپسین ها غیر فعال می شوند.

- مخاط Mucosa که توسط حجات سطحی مخاطی ترشح شده و لایه مخاطی معده را می پوشاند، مخاط افزایش شده در معده، مخاط معده را از هضم خودی Auto digestion در اثر اتصال Pepsin- acid محافظه می نماید.

جذب مقدار اندک دوا در معده نظر به مساحت سطحی کوچک آن با مقایسه با امعای کوچک صورت می پذیرد، سرعت تخلیه معدوی می تواند یک فکتور کنترولی در شروع جذب دوا از محل اصلی یعنی امعای کوچک باشد.

امعای کوچک (Small Intestine): امعای کوچک طویل ترین (4-5 متر) و پرپیچ ترین ناحیه طرق معدی معایی بوده که از محل Pyloric Sphencter معده الی Ileocaecal Junction (محل اتصال امعای کوچک با امعای غلیظه) امتداد دارد(1).



وظایف عمده امعای کوچک عبارت است از:

- هضم: پروسه هضم انزایمی که در معده آغاز گردیده بود در امعای کوچک تکمیل میگردد.
- جذب: امعای کوچک محل اصلی جذب مواد غذایی و سایر مواد می باشد.
- امعای کوچک: دودینوم با طول تقریباً 200 میلی متر الی 300 ملی متر، جیجنوم با طول تقریباً 2 متر و ایلیموم با طول 3 متر تقسیم گردیده است.

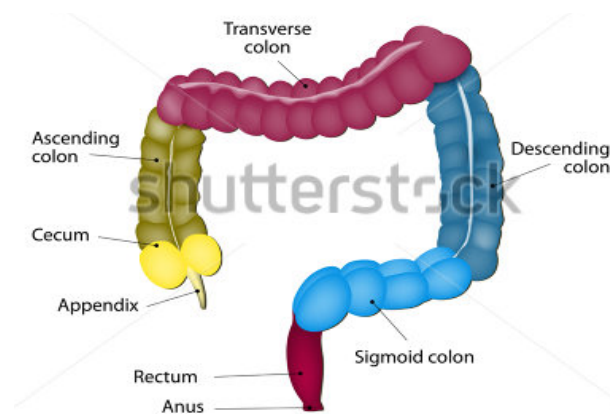
امعای بزرگ (Large Intestine): امعای بزرگ قسمت نهایی طرق معدی معایی را تشکیل میدهد که از

ناحیه Ileocaecal Junction الی مقعد ادامه داشته و 1.5 متر طول دارد.

امعای بزرگ از سیکوم (85 میلی متر)، امعای بزرگ صاعده (200 میلی متر)، خمیده گی کبدی، امعای بزرگ مستقیم (450 میلی متر)، خمیده گی طحالی، امعای بزرگ نازم (300 ملی متر)، کولون سیگموئید (400 میلی متر) و مقعد تشکیل گردیده است.

وظایف امعای بزرگ:

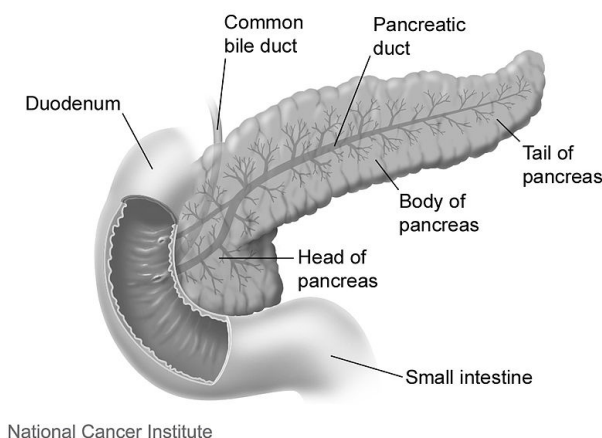
- جذب آیون های سودیم، کلوراید و آب از سطح داخلی امعا در مقابل آیون های بی کاربونات و پوتاشیم، به این اساس امعای بزرگ رول مهم توازنی را در عضویت بازی می کند.
- ذخیره و فشرده ساختن مدفوع(1).



www.shutterstock.com · 234535936

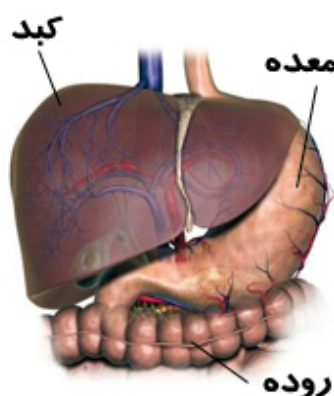
ملحقات سیستم هضمی: ملحقات سیستم هضمی عبارت از یک تعداد غدوات و ساختمانهای می باشند که در عملیه هضم کیمیاوی و هضم میخانیکی غذا حصه میگیرند، غدوات و ساختمانهای مذکور قرار ذیل تشریح میشوند.

1- پانقراس (Pancrease): پانقراس عبارت از یک غده نرم، گلابی رنگ و مثلثی می باشد که در بطن بصورت عرضانی از طحال تا به اثنا عشر امتداد دارد، از اینکه قسمت اعظم پانقراس در خلف پریتون جداری قرار دارد، از این سبب پانقراس به حیث یک عضو خلف پریتوانی Retroperitoneal شناخته شده میشود. پانقراس یک عضو مهم بوده که تعداد زیاد انزایم های هضمی را تولید می نماید که انزایم های مذکور در پارچه نمودن تمام انواع غذاهای قابل هضم حصه میگیرند. این انزایم ها عبارت اند از امیلاز پانقراس، تریپسین، شیموترپسین و لیپاز. همچنان پانقراس باعث تولید هورمون های انسولین (Insuline) و گلوکاگون (Glucagon) میگردد، هورمون های مذکور در استقلال قندها رول مهم و حیاتی دارند(1).



Pancreas Diagram

- 2- کبد (Liver):** کبد بزرگترین غده در بدن بوده که قسمت اعظم آن به طرف راست در تحت حجاب حاجز واقع گردیده است، کبد دارای چهار فص (Lobe) می باشد، کبد یک عضو مهم در بدن بوده و وظایف زیادی را به عهده دارد که مهمترین شان قرار ذیل است.
- کبد نقش مهم را در ساختن کربوات سرخ خون به عهده دارد، چنانچه در مرحله جنین کبد یک مهم تشکیل کربوات سرخ خون می باشد.
 - وظیفه ذخیره پروتئین ها را از قبیل Vit. B12, Vit. A را در خود ذخیره میکند.
 - وظیفه ساختن پروتئین های پلازما و فکتورهای تحثری خون
 - وظیفه تبدیل نمودن قندها از یک شکل به شکل دیگر، مثلاً تبدیل نمودن گلوکوز به گلایکوژن و یا بر عکس آن.
 - وظیفه خنثی ساختن مواد سمی و تغییر دادن شکل یک تعداد ادویه جات تا ادویه جات مذکور از طریق کلیه ها به آسانی اطراح شوند.



- 3- کیسه صفرا (Gall Bladder):** کیسه صفرا در جنب کبد قرار داشته باعث تولید و ذخیره صفرا میگردد که این صفرای تولید شده در قسمت اثنا عشر می ریزد و ساحه ویا محیط اثنا عشر را قلوبی ساخته و جذب مواد غذایی خصوصاً شحمیات را تسریع می بخشد(1).

سرطان

سرطان: عبارت از بیماری است که در آن حجرات بدن به شکل غیر طبیعی بصورت غیر قابل کنترل و بسیار سریع تکثیر و انکشاف می یابد.

که این مریضی میتواند اعضای مجاور را هم درگیر نماید، حجرات سرطانی همچنین میتوانند از طریق جریان خون و یا لmf به سایر قسمت های بدن گسترش یافته منتشر شوند.

حجره واحد ساختمانی و وظیفوی جسم زنده است، بناً بدن انسان از انواع متعدد از حجرات تشکیل یافته است که این حجرات به شکل کنترل شده و منظم رشد و تکثر میکنند تا حجرات بیشتری را که برای سالم نگهداشتن بدن لازم است تولید نمایند، هنگامیکه این حجرات پیر میشوند و یا آسیب می بینند با حجرات جدید تعویض میگردند. اما گاهی این نظام برهم میخورد و ممکن DNA حجره آسیب ببیند و یا در آن تغییرات وارد گردد که به رشد و تقسیم غیر طبیعی حجرات بیانجامد و وقوع مریضی خطرناک و صعب العلاج سرطان را سبب گردد.

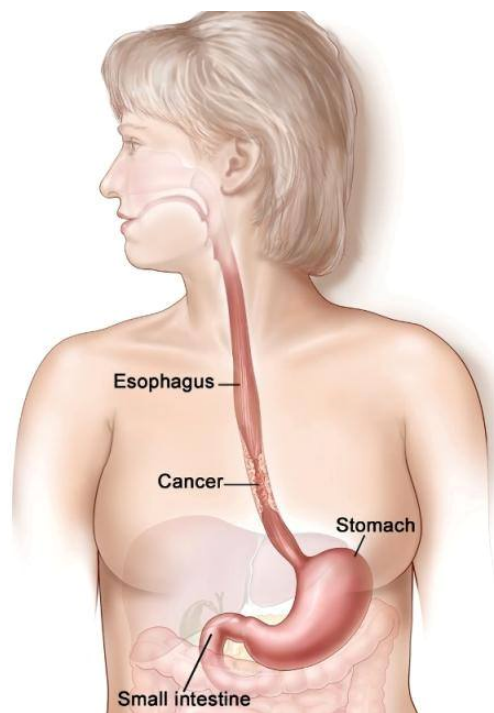
وقتیکه این عمل رخ میدهد، این حجرات زمانیکه باید از بین بروند نمی روند، و در ضمن حجرات جدیدی تشکیل میشود که بدن به آنها نیازی ندارد، این حجرات اضافی ممکن توده و یا غده را تشکیل دهند که تومور نامیده میشود. مگر همه تومور ها سرطانی نیستند، تومور ها ممکن سلیم (Papiloma) و یا خبیث (Carcinoma) باشند.

تومورهای سلیم سرطانی نیستند، آنها را در اکثر موارد می توان برداشت بدون اینکه عود کند و همچنان حجرات مریضی در این نوع تومور به سایر قسمت های عضویت و اعضای مجاور سرایت انتشار نمی کند.

تومورهای خبیث سرطانی هستند، حجرات این تومور ها می توانند به اعضای مجاور و سایر قسمت های عضویت سرایت و انتشار نمایند، که این انتشار و پخش سرطان را از یک قسمت به قسمت های دیگر عضویت بنام (میتاستازس) یاد میکنند.

معمولاً سرطان ها نظر به نوع عضوی که از آن منشأ میگیرد نامگذاری میگردد، مانند سرطان که از معده آغاز میشود به نام سرطان معده، سرطان که از مری آغاز میشود بنام سرطان مری و سرطان که از امعاء آغاز میشود بنام سرطان امعاء وغیره(2).

سرطان مری (Esophageal Carcinoma): سرطان مری یکی از شایع ترین سرطان ها نزد انسانها بوده که معمولاً افراد و اشخاص بالاتر از سن 50 سال را مصاب میسازد، و این سرطان در حالات ابتدایی و یا اولیه قابلیت تداوی را دارا بوده، ولی اگر به حالت پیشرفته و مزمن تبدیل گردید تداوی دوايي و یا شیموتراپی آن غیر مؤثر واقع میگردد.



سرطان مری معمولاً به دو شکل عمده Squamous Cell Carcinomas (سرطان حجرات اپیتلیل خشت فرشی) و Adenocarcinoma (سرطان حجرات اپتلیل) دیده میشود. Squamous Cell Carcinomas در حجرات اپیتلیل غشایی مری ایجاد میشود، این سرطانها معمولاً در قسمت های فوقانی و وسطی مری رخ میدهند. Adenocacinoma معمولاً در قسمت تحتانی مری رخ میدهد(2).

تداوی هر دو نوع سرطان مری مشابه هم میباشد. اگر سرطان به خارج از مری انتشار یابد ابتدا به عقدهات لمفاوی انتشار پیدا میکند. همچنین سرطان مری تقریباً در تمام قسمت های بدن شامل کبد، ریه ها، مغز و استخوان ها انتشار یافته میتواند.

به صورت عموم 90 فیصد سرطان های مری را سرطان های Squamous Cell Carcinoma تشکیل میدهد.

بطور کلی بروز سرطان های مری نزد مردان سه برابر بیشتر از زنان میباشد، و همچنان فیصدی بروز این سرطان ها بیشتر نزد سیاه پوستان گزارش شده است.

سرطان مری به اساس میزان پیشرفت آن دارای مراحل ذیل می باشد:

چهار مرحله بیماری عبارت است از:

مرحله I: سرطان تنها محدود به طبقه سطحی حجرات مخاط مری است.

مرحله II: سرطان طبقه های عمیق تر مخاط مری را در بر گرفته یا به عقدهات لمفاوی مجاور مری انتشار پیدا کرده است. در این مرحله، سرطان به سایر قسمت های بدن انتشار نمی یابد.

مرحله III: سرطان بصورت کامل غشای مری را مورد تهاجم قرار داده و به عقدهات لمفاوی مجاور مری انتشار پیدا نموده است. سرطان هنوز به سایر قسمت های بدن انتشار پیدا نکرده است.

مرحله IV: سرطان به سایر قسمت های بدن انتشار یافته است. سرطان مری تقریباً در هر جای بدن مانند کبد، ریه ها، مغز و استخوان ها می تواند انتشار یابد.

اعراض و علائم کلینیکی (Clinical feature): معمولاً اعراض و علائم سرطان مری در مراحل

ابتدای نامعلوم بوده، ولی به مرور زمان نظر به وخامت مرض اعراض و علائم چون درد در قفس سینه، مشکلات در بلع کردن غذا، از دست دادن وزن به علت مشکلات در بلع که غذای کافی بدن رسیده نمی تواند، سرفه های مزمن، سرفه خونی و استفراغ میباشد.

علل و عوامل: علاوه بر عامل وراثت که احتمال مبتلا شدن به این بیماری را در افراد خانواده فرد مبتلا افزایش

میدهد، مصرف دخانیات، نوشیدن بیش از حد مشروبات الکولی، رژیم غذایی چرب و فقر پروتئین را میتوان از عوامل عمده مساعد کننده زمینه ابتلا به این سرطان را نام برد.

علاوه از این ها نوشیدن مایعات داغ و همچنان مریضی ریفلکس معدی که در نتیجه حجرات مری با اسید معده تماس میکند و آهسته آهسته تخریش بوجود می آید، هم یکی از عوامل مبتلا شدن به این سرطان می باشد(2).

تشخیص: به منظور تشخیص مرض، داکتر تاریخچه مریض را ارزیابی نموده و معاینه فیزیکی انجام میدهد که معمولاً عکس برداری از قفس سینه توسط اشعه ایکس و سایر آزمایشات لازم جهت تشخیص مرض انجام می گیرد. این آزمایشات شامل موارد زیر می باشد:

رادیوگرافی با نوشیدن محلول باریوم: عبارت از عکس برداری توسط اشعه ایکس از مری میباشد. مریض محلول حاوی باریوم را مینوشد تا جدار داخلی مری را بپوشاند. باریوم تغییرات مری را از طریق عکس برداری توسط اشعه ایکس نمایان می کند.

اندوسکوپی: عبارت است از معاینه داخل مری با استفاده از تیوب نورانی و باریکی که اندوسکوپ نام دارد، میباشد. در این عملیه از دواى انستیتیک یا بیهوشی استفاده می گردد.

اگر کدام مورد غیر طبیعی تشخیص داده شود، داکتر میتواند به نمونه برداری یا «بیوپسی» از حجرات زیر میکروسکوپ، اقدام نماید. بیوپسی، سرطان و تغییرات حجروی منجر به بروز سرطان یا سایر وضعیت ها را نشان میدهد.

تداوی: در صورت که در مراحل اولیه قرار داشته باشد با استفاده از شیموتراپی امکان پذیر است.

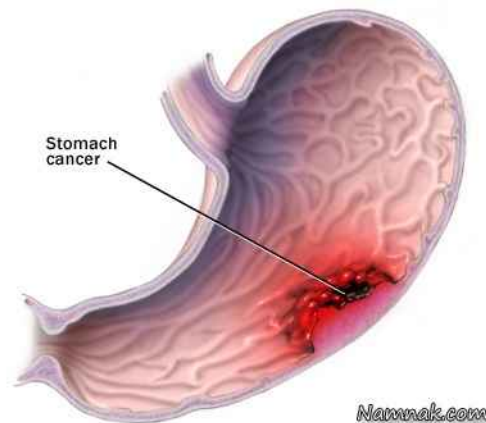
سرطان معده: سرطان معده یا (gastric cancer) یک نوع از سرطان است که شایع ترین نوع آن، اَدینوکارسینوم یا سرطان غددی در معده است.

سرطان معده سالانه باعث مرگ حدود یک میلیون نفر در سرتاسر جهان می شود، و شیوع این بیماری در مردان دو برابر زنان است و چهارمین سرطان شایع در جهان محسوب می گردد. این سرطان در افرادی با گروپ خون A شایعتر است.

سرطان معده در مردان پس از سرطان ریه شایعترین سرطان است علائم و نشانه های اولیه سرطان معده مشابه اختلالات هضمی است به طوریکه افراد کوشش میکنند با پرهیز غذایی و تداوی خودسرانه بهبود پیدا کنند. کاهش وزن و بی اشتهاى علامت مهمی در تشخیص سرطان معده است. در مراحل اولیه اختلالات هضمی چون استفراغ، بی اشتهاى، کاهش وزن، درد ملایم و متناوب و در مراحل پیشرفته وجود خون در مدفوع و مدفوع سیاه رنگ و در مراحل پیشرفته تر استفراغ خونى بروز می کند(2).

افزایش اسید معده، استعمال دخانیات، مصرف غذاهای نمک دار و سرخ شده، و غیره همگی از عوامل پر خطر برای مبتلا شدن به سرطان معده هستند. اندوسکوپی و رادیوگرافی معده از راههای تشخیص سرطان معده هستند. در زخمهای معده احتمال سرطانی شدن وجود دارد از این رو چنانچه اگر زخم معده پس از 3 ماه تداوی با دوا پاسخ

ندهد امکان موجودیت سرطان معده است. افراد با کوچکترین علامت در تغییر وضعیت مزاج، دفع، بی اشتها، تهوع و کاهش وزن باید برای بررسیهای بیشتر به داکتر متخصص مراجعه کنند.



اعراض و علائم: از علائم شایع سرطان معده می توان به کاهش اشتها، کاهش وزن، کم خونی، درد معده، علائم مبهم سوءهاضمه مانند آروغ زدن، استفراغ خونی، احساس پری معده حتی پس از خوردن مقادیر اندک غذا، مدفوع سیاه، تهوع و استفراغ، درد بالای شکم، سوزش سر دل و علائم مشابه به زخم معده اشاره کرد. درد در ناحیه شکم (قسمت فوقانی، میانی شکم و اپی گاستریک) و احساس توده در شکم که از علائم دیررس و پیشرفته این مریضی می باشد، احساس خستگی و ضعف و بیحالی که می تواند این علائم ثانویه کم خونی باشد. گاهی نیز مریضان با علائم میتاستاتیک به داکتر مراجعه می کنند مانند درگیری غدد لنفاوی ناحیه گردن که باعث بزرگی در این ناحیه می شود و یا علائم دیگر متاستاز مانند زردی و برآمدگی شکم که نشانه درگیری کبد است.

تداوی: در مراحل ابتدایی، جراحی و برداشتن تومور اولیه می تواند موثر باشد. زمانی که سرطان گسترش یافته باشد می توان برای جلوگیری از خونریزی های طولانی و انسداد معده از روش جراحی استفاده کرد. شیموتراپی نیز ممکن است در افرادی که سرطان در آنها گسترش یافته باشد، استفاده شود و موثر باشد (2).

استفاده از رادیوتراپی بخصوص همراه با شیموتراپی ممکن است برحسب لزوم دید داکتر متخصص استفاده شود. با وجود این که چانس معالجه این بیماری در مراحل پیشرفته کم است باید توجه داشت که هیچ کس نمی تواند میزان بهبودی و پاسخ هر فرد را به درمان به طور دقیق پیش بینی کند چراکه نوع سرطان و نحوه پاسخ بدن به درمان هر

فرد به فرد دیگر می‌تواند متفاوت باشد. در این بین حالات روحی و روانی مناسب می‌تواند در تداوی سرطان‌ها بسیار موثر واقع گردد.

وقایه

- از کشیدن سیگرت خودداری کنید؛
- به علائم سوءهاضمه که بیش از چند روز طول بکشد، توجه کنید؛
- رژیم غذایی مغذی و متعادل را استفاده کنید؛
- استفاده از ماهی و سبزیجات تازه محتوی ویتامین A و C را که احتمال ابتلا به سرطان معده را کاهش می‌دهند فراموش نکنید؛
- گوشت را به اندازه مصرف کنید. استفاده از گوشت بیش از 13 بار در هفته احتمال سرطان معده را 2 برابر می‌کند بخصوص اگر گوشت به صورت کبابی، پخته شده باشد؛
- مصرف نمک و غذاهای سرخ شده را بسیار محدود کنید و برای پخت غذا از روش‌هایی نظیر بخار پز کردن و پخت در ماکروویو استفاده کنید؛
- از مواد غذایی حاوی آنتی‌اکسیدانت استفاده کنید؛
- مصرف پیاز و سیر، خطر سرطان معده را کاهش می‌دهد.

عوامل سرطان ساز معده: مصرف زیاد و طولانی مدت غذاهای کنسرو شده، غذاهای دودی، غذاهایی که مواد نگهدارنده دارند و نیز غذاهای مانده از عوامل زمینه ساز سرطان معده هستند. پس از مصرف غذاهای بیرون و آماده تا حد ممکن پرهیز کنید.

سرطان معده بیشتر در کدام افراد دیده می‌شود و آیا جینتیک نیز تأثیر دارد؟
سرطان معده بیشتر در افراد میانسال و مسن دیده می‌شود و در آقایان بیشتر از خانم‌ها دیده می‌شود. سابقه عفونت‌های هلیکو باکتر پیلوری می‌تواند علت مهمی در ابتلا این بیماری باشد و همچنین عوامل جینتیکی نیز می‌تواند سبب ایجاد سرطان در افراد جوان و میانسال شود. این سرطان ممکن است همراه سرطان‌هایی مانند سرطان کلیه، مغز و پوست نیز دیده شود(2).

ادویه مؤثره در تداوی سرطان های مری و معده

تداوی امراض نیوپلاستیک یا سرطانی نظر به نوع و پیشرفت آن متفاوت بوده تداوی امراض مذکور شامل تداوی جراحی، تداوی شعاعی و تداوی دوائی است که هر کدام از خود موارد استعمال خاص دارد. تداوی امراض مذکور توسط متخصصان امراض نیوپلاستیک صورت میگیرد.

هدف از تداوی در امراض سرطانی شفایابی یعنی تخریب هر یک از حجرات سرطانی است، ولی هرگاه این هدف قابل دسترسی نباشد میتوان بمنظور کاهش اعراض مرض و بطاقت سیر مرض تداوی تسکینی را آغاز کرد. در بعضی تومورها تداوی با یک دوا کافی خواهد بود اما در بیشتر امراض خبیثه استفاده ادویه بصورت اشتراکی پاسخ مناسب را در قبال خواهد داشت. اکثراً دواهای ضد سرطان اثرات کشنده بر روی حجرات دارند. این اثرات در اکثر موارد به حجرات سرطانی محدود نمی شود و حجرات سالم را نیز شامل می شود. تمام دواهای ضد سرطان عوارض جانبی نسبتاً قابل توجهی دارند و قبل از تجویز آنها، باید منافع تجویز آنها در مقابل عوارض جانبی و خطرات آنها در مریض به خوبی ارزیابی گردد(3).

طبقه بندی دواهای ضد سرطان به اساس میکانیزم تأثیر شان:

Alkylating agents:

- Nitrogen Mustard (mechlorethamine)
- Melphalan
- Cyclophosphamide
- Chlorambucil
- Busulphan
- Bischloroethyl nitrosourea
- Cisplatin
- Carboplatin

Antimetabolites:

- Methotrexate
- 5- Fluorouracil
- Cytosine arabinoside
- 6- Mercaptopurine
- 6- Thioguanine
- Hydroxyurea

Antibiotics:

- Doxorubicin
- Bleomycin
- Mitomycin-C
- Actinomycin- D

Mitotic Inhibitors:

- Vincristine
- Vinblastine

Hormones:

- Prednisone
- Diethylstilbestrol
- Medroxyprogesterone
- Tamoxifen

Miscellaneous:

- Dimethylrtiazeoimidazole carboxamide
- Procarbazine
- L- Asparaginase

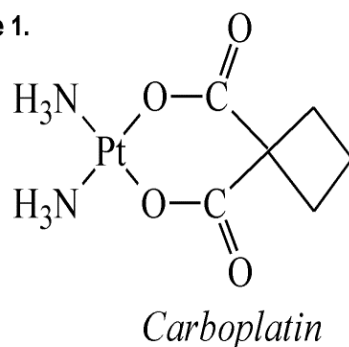
کاربوپلاتین (Carboplatin): کاربوپلاتین از جمله دواهای ضد سرطانی یا ضد کانسر است که در انواع مختلف سرطانها استطاب دارد، این قلم دوايي از جمله دواهای است که در ترکیب خود پلاتین داشته و از همین خاطر بنام کاربوپلاتین یاد میگردد، در بخش تداوی سرطانها میتواند به شکل تنهایی و یا به شکل Combination با دیگر دواهای ضد سرطانی در تداوی سرطانهای مری استفاده گردد، و این دوا باعث توقف و یا کاهش رشد و نموی حجرات سرطانی میگردد.

کاربوپلاتین معمولاً به شکل زرق داخل وریدی تجویز میگردد و تجویز این دواها باید تحت نظر کارکن صحتی در مدت بیشتر از 15 دقیقه به شکل آهسته صورت گیرد.

عوارض جانبی عمده این دوا عبارت است از درد در ناحیه معده، قبضیت، ضعفی، دلبدی و استفراغ میباشد ولی دلبدی و استفراغ در اکثریت مریضان میتواند بعد از 24 ساعت برطرف شود و همچنان بشکل مؤقتی ریزش مویها هم میتواند اتفاق بافتد مگر بعد از ختم دوره تداوی مویها میتواند به شکل نارمل دوباره رشد و نمو کند.

بخاطر داشته باشید که اگر داکتر مؤظف این دوا را با این همه عوارض جانبی که در فوق متذکر شدیم برای شما تجویز میکند به مراتب فایده و مؤثریت آن نسبت به خطرات و عوارض جانبی آن بیشتر میباشد(4).

Figure 1.

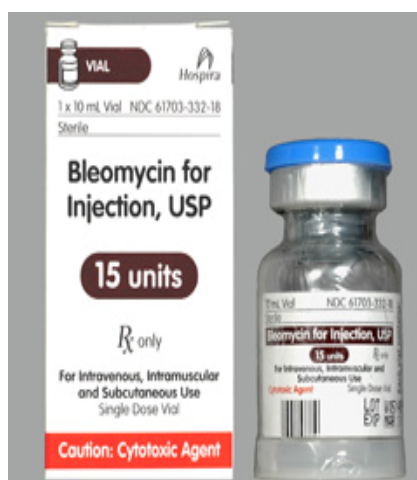


انترکشن یا عمل متقابل کاربوپلاتین با دواهای دیگر مانند بعضی انتی بیوتیک های خانواده امینوگلایکوزید (جتامایسین و نیومایسین)، Amphotericin B، دواهای ضد صرع مانند Phenytoin، دواهای diuretic یا ادرار آور مانند (fursamide, bumetanide, ethacrynic acid) و غیره میباشد که همین انترکشن از نوع انتاگونیستیک بوده که میتواند خاصیت و مؤثریت تداوی کاربوپلاتین در اثر کاهش یافته ویا کاملاً از بین برود. این دوا در خانمهای حامله مضاد استتباب دارد چون میتواند بالای جنین اثرات سوء وارد کند و همچنان در مادران شیرده هم نباید استفاده شود.

قبل از اخذ کاربوپلاتین با داکتر مؤظف ویا فارمسست در مورد حساسیت فردی تان با این دوا مشوره نمائید و همچنان اگر با دواى مشابه این مانند Cisplatin هم اگر حساسیت داشته باشید مشوره کنید. و همچنان در مورد امراض موجوده دیگر نزدتان را هم با داکتر و فارمسست در میان بگذارید مانند مشکلات کلیوی، عدم توازن الکترولیت های بدن (سودیم، پوتاشیم، کلسیم، مگنیزیم)(5).



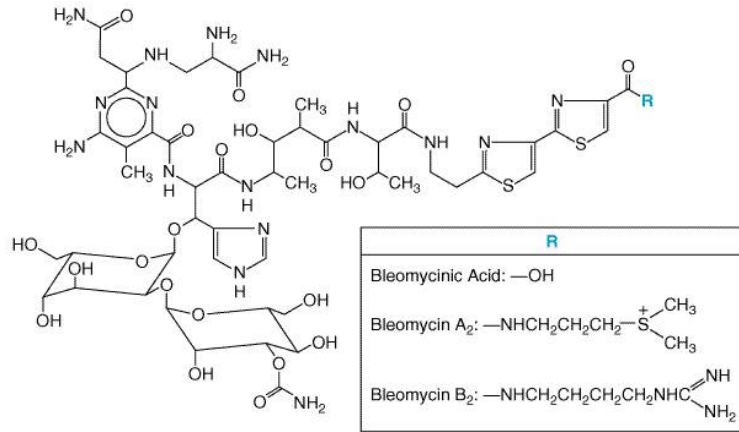
بلیومایسین (Bleomycin): بلیومایسین از جمله انتی بیوتیک های است که دارای تأثیرات سایتوتوکسیک بوده طوریکه بالای DNA حجات اثر نموده و باعث غیر فعال شدن آنها میگردد. و همچنان این دا باعث تولید رادیکالهای آزاد در اطراف حجات مرضی میگردد و این رادیکال های آزاد رادیکالهای فوق العاده فعال اتوم آکسجن هستند که میتوانند DNA را تخریب نمایند. و این دوا به حیث دواى ضد سرطان در تداوى سرطان های مختلف مانند squaose cell carcinoma (سرطان حجات اپیتلیل خشت فرشى)، لمفوما و بعضی تومورهای جامد مورد استفاده دارد.



سمیت جلدی، ازدیاد تصبغات، عکس العمل های فرط حساسیت بشمول تب و لرزه (که با تطبیق هایدروکورتیزون وریدی و یا سایر کورتیکوئیدها قابل جلوگیری است)، همچنان ممکن از اثر استعمال آن فیروز کبدی به وجود آید (معمولاً نزد اشخاص بالاتر از سن 70 سال رخ میدهد). و همچنان ناگفته نباید گذاشت که بلیومایسین به شکل مؤقتی باعث ریزش موی نزد کسانی که از این دوا استفاده میکنند میشود ولی خوشبختانه بعد از ختم دوره تداوی مویهای ریخته شده میتوانند به شکل نورمال دوباره رشد و نمو کنند.

در هنگام حاملگی و شیردهی نباید استفاده شود. در تشوش وظیفوی کلیوی به احتیاط استفاده گردد.

مقدار آن نظر به امراض و مریضان متفاوت است و در نگهداری آن باید احتیاط صورت گیرد. بشکل ویال های حاوی 15 mg پودر بلیومایسین سلفات جهت تهیه محلولات زرقی وجود دارد(5).

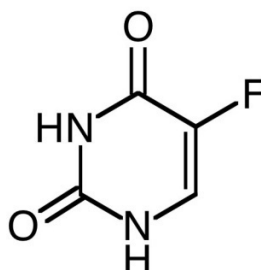


Bleomycin Chemical Structure

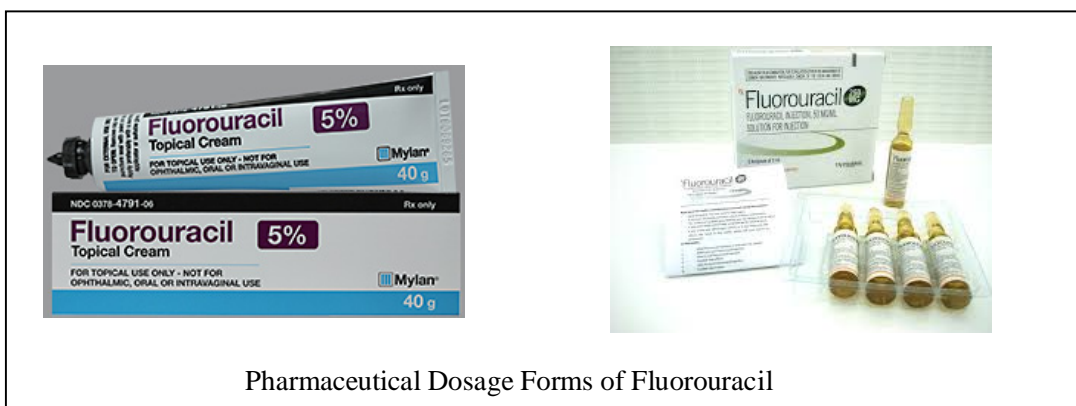
دوکسوروبیسین (Doxorubicin): دوکسوروبیسین از جمله انتی بیوتیک های است که دارای تأثیرات سایتوتوکسیک بالای DNA حجات دارد، طوریکه با مقابل شدن به DNA باعث غیر فعال شدن آنها میگردد و به اینصورت رشد و نموی حجات توقف یافته از انکشاف سرطان جلوگیری بعمل می آید. این دوا در حالات منتشر نیوپلاستیک مانند لوکیمی حاد، کرسینومای معده و مثانه، سارکوم عظام و انساج رخوه، کانسر ثدیه و لمفوما استطباب دارد. در حالات حاملگی و در مادران شیرده مضاد استطباب دارد. در تشوشات وظیفوی کلیوی به احتیاط استفاده گردد. به شکل ویال های حاوی 10 mg، 20 mg، 50 mg و 200 mg پودر دوکسوروبیسین هایدروکلوراید موجود است(6).



فلورو یوراسیل (flourouracil): فلورو یوراسیل از جمله دواهای ضد کانسر یا سرطان میباشد که خاصیت سایتو توکسیک داشته بالای حشرات سرطانی سمی واقع گردیده و بدین طریق باعث از بین رفتن حشرات نیوپلاستیک میگردد. این دوا در امراض مختلف سرطانی استتباب دارد از جمله در سرطان های سیستم هضمی مانند سرطان مری، معده، پانکراس و کولون و همچنان در سرطان های ثدیه نیز استفاده میگردد. عوارض جانبی عمده فلورو یوراسیل عبارت از اسهال، دلبدی، خشکی دهن، کاهش اشتها، التهاب غشای مخاطی و غیره میباشد. در تشوشتات وظیفوی کلیوی باید با احتیاط استفاده گردیده و همچنان در جریان گرفتن فلورو یوراسیل نباید از واکسین ها و ویتامین ها استفاده صورت گیرد. در جریان حاملگی و شیردهی نباید استفاده گردد. مقدار این دوا در افراد و اشخاص مختلف میباشد، بشکل امپول های 5 ملی لیتره حاوی 5 mg فلورو یوراسیل فی ملی لیتر موجود است و همچنان به شکل کریم های موضعی 5 فیصد نیز قابل دسترس میباشد(6).



Fluorouracil Chemical Structure



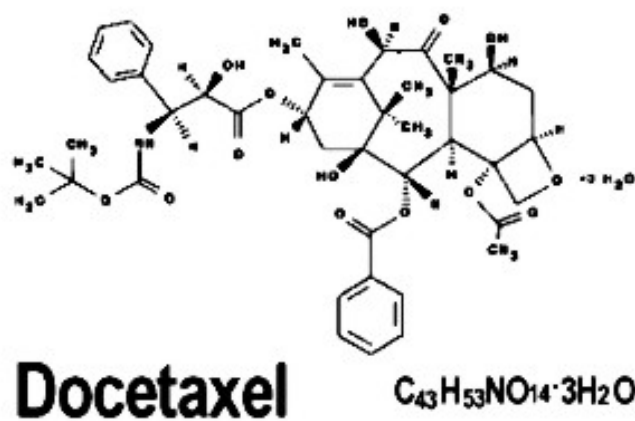
Pharmaceutical Dosage Forms of Fluorouracil

دوسیتکسیل (Docetaxel): دوسیتکسیل عبارت از یک دوی ضد سرطانی است که به منظور تداوی سرطانه‌های مختلف مانند سرطان ثدیة، سرطان پروستات، Adenocarcinoma، سرطان معده، سرطان مری و Squamous cell carcinoma استطباب دارد.

Docetaxel به شکل کمباینیشن در تداوی سرطان های مختلف استفاده میشود و همچنان در تداوی سرطان های مری و معده و Gastro esophageal junction همراه با فلوروپوراسل نتیجه بسیار خوب میدهد.

دوسیتکسیل از طریق زرق داخلی وریدی تطبیق میگردد و سریعاً به تمام انساج بدن توزیع میگردد. این دوا بیشتر از 95 فیصد با پروتین های پلازما وصل گردیده و دارای half-life بیشتر از 11 ساعت می باشد.

این دوا بصورت عموم توسط انزایم های کبدی مانند CYP450 و ایزوانزایم CYP3A4 به میتابولیزم میرسد و بطور عمومی از طریق مدفوع اطراح میگردد و صرف 6 فیصد آن میتواند از طریق ادرار از بدن اطراح گردد.



عوارض جانبی عمده این دوا عبارت است از Neutropenia (کاهش تعداد حجرات سفید خون)، تاثیر بالای مخ عظم، اندفاعات جلدی، کمخونی و غیره میباشد.

در حالات Hypersensitivity، در خانم های حامله و مادران شیرده نباید استفاده گردد.

استفاده از این دوا باید در یک تسهیل صحی تحت نظر داکتر متخصص امراض نیوپلاستیک به شکل درست و بهتر آن صورت گیرد(7).



Docetaxel Pharmaceutical Dosage Form

ایتوپوزید (Etoposide): ایتوپوزید از جمله مشتقات نیمه سنتتیک ماده بنام podophylloxin با خصوصیت انتی نیوپلاستیک می باشد، این دوا در مرحله انقسام حجروی مداخله نموده و باعث نهی سنتیز DNA حجرات گردیده بالاخره باعث از بین بردن حجره سرطانی میگردد. و همچنان در هنگام انقسام حجروی برضد فازهای S و G2 بسیار فعال بوده و میتواند به همین قسم تأثیرات خود را وارد کند.

معمولاً این دوا به شکل Combination با دیگر دواهای انتی نیوپلاستیک برضد تومورهای مختلف مانند سرطانهای شش، سرطان حاد خون و تومورهای جامد مانند سرطان دماغ، سرطان های مری، معده، امعاء، سرطان طحال وغیره استیباب وسیع دارد.

جذب etoposide از طریق فهمی معمولاً متغیر میباشد ولی بصورت عموم از طریق فمی 50 فیصد ایتوپوزید میتواند جذب سیستمیک داشته باشد. جذب، توزیع، میتابولیزم و اطراح etoposide به شکل انفرادی نزد افراد و اشخاص مختلف و متغیر میباشد.

Etoposide تقریباً 94 فیصد با پروتین های پلازما وصل شده و آهسته آهسته تأثیر خود را بالای عضو مورد هدف و یا Target Organ وارد میکند و توسط انزایمهای کبدی CYP450 و ایزوانزایم CYP3aA4 به میتابولیزم میرسد. این دوا از طریق ادرار و مواد غایطه به شکل میتابولیت ها و یا شکل تغییر ناخورده خود به خارج عضویت اطراح میگردد. تقریباً 45 فیصد این دوا از طریق ادرار در مدت 72 ساعت بعد از گرفتن یک دوز دوا اطراح میگردد(8).

Etoposide بشکل بسیار ناچیز و کم میتواند از مانع دموی دماغ یا BBB (Blood Brain Barrier) عبور کند. و همچنان غلظت ایتوپوزید در CSF تقریباً برابر به 1 الی 10 فیصد حجم مجموعی آن در پلازما میباشد. و همچنان در شیر مادر هم میتواند نفوذ کند. بنابراین در مادران شیرده مضاف استتباب است. عوارض جانبی عمده با اخذ etoposide میتوان از کاهش اشتها، اسهال، استفراغ، تشوشات سیستم هضمی نام برد. و همچنان Hypersensitivity، تب، لرزه، افزایش ضربان قلب و سبزم های قصبی نیز گزارش داده شده است اما بسیار عام نمیشود(9).

Etoposide میتواند با سلیسلات ها مانند سلسلیک اسید، سودیم سلیسلات عمل متقابل دوابی داشته باشد طوریکه این دواها مذکور از وصل شدن ایتوپوزید با پروتین های پلازما جلوگیری میکنند، به این خاطر تأثیر فارموکولوژیک این دوا میتواند کاهش یابد.

Etoposide دارای اشکال دوابی فمی و زرقی میباشد و استفاده از این دوا و تمام دواهای انتی نیوپلاستیک باید با مشوره داکتر متخصص امراض نیوپلاستیک استفاده گردد. و اشکال زرقی این دوا باید بشکل بسیار آهسته از طریق زرق داخل وریدی در مدت بیشتر از 30 دقیقه در محول 0,9 فیصد سودیم کلوراید ویا محلول گلوکوز 5 فیصد توسط کارکن صحن صورت گیرد. بشکل عمومی غلظت این دوا در محلول زرقی باید 200 الی 400 میکروگرام فی میلی لیتر باشد چون در غلظت های بالا ممکن رسوب رخ دهد(10).



Pharmaceutical Dosage Forms of Etoposide

نتیجه گیری

از این مطالعه چنین نتیجه بدست می آید که شیوع تمام امراض سرطانی بخصوص سرطانهای مری و معده در این اواخر ازدیاد یافته است بناً اگر شما با چنین اعراض و علایم که در لابلای این رساله یاد آور شدیم روبرو میشوید هرچه زودتر و عاجلتر به داکتر متخصص امراض نیوپلاستیک مراجعه کنید و مشکلات و اعراض علایم که رخ میدهد در میان بگذارید تا باشد قبل از انکشاف و مزمن شدن این امراض تداوی ابتدایی و عرضی صورت گیرد در غیر آن اگر به حالات پیشرفته تر برسد در آن صورت به قطع عضو منجر گردیده و یا از علاج و تداوی بعید میگردد.

پیشنهادات

- برای تداوی و وقایه سرطان مری و معده نکات ذیل در خور یادآوری میباشد:
- از استفاده بیش از حد الکل و دخانیات باید جلوگیری شود.
 - از غذاهای بسیار داغ و غذاهای گندیده شده نباید استفاده گردد.
 - دواهای زرقی ضد سرطان باید در محل خاصی توسط افراد مطلع و آموزش دیده برای تزریق آماده شوند.
 - اکثر دواهای ضد سرطان باعث تضعیف سیستم معافیتی بدن مریض می شوند از این لحاظ در جریان گرفتن این دواها نباید از واکسین ها استفاده گردد.
 - زنان باردار باید از تماس با این دواها اجتناب نمایند.
 - دواهای ضد سرطان باید به شکل منظم گرفته شده و کاملاً از دستورات داکتر متخصص پیروی گردد.
 - در عموم یک دوی ضد سرطان بدون عوارض جانبی نیست، بناً وقتی که به یک مریض توصیه و تجویز میگردد صد در صد فواید آن نسبت به اضرار آن بیشتر میباشد.

مآخذ

- 1- C. Guyton. Arthur. (1972) Medical Physiology (Guyton Physiology), 11th Edition, pp 772, 784, 785, 795
- 2- Robbins. Contran, Robbins Basic Pathology, 7th Edition, pp 553, 554, 555
- 3- فورمولير ملي افغانستان (بخش ادويه اساسي)، طبع سال 1394، ص ص 153، 154
- 4- دانش. احمد فرید، فارمکولوژی سریری و تداوی داوی، چاپ دهم، 1391 هـ ش، کابل، ص ص 553، 554، 555، 556
- 5- Kalant/ Roschlau. (1989) Principle of Medical Pharmacology, 5th Edition, Toranto- Canada, pp 610, 611
- 6- KD Tripathi. (2003) Essentials of Medical Pharmacology, 6th Edition, pp 825, 827, 828
- 7- C. Sweetman. Sean. (2009), Martindale (The Complete Drug Reference), 36th Edition, London, pp 710, 712, 718
- 8- BNF, 61th Edition, March 2011, pp 528, 535, 543
- 9- Katzung BG. (2007), Clinical Pharmacology, 10th Edition, pp 915, 916
- 10-R. Craig. Charles, Modern Pharmacology with Clinical Applications, pp 647, 648, 649