سرطان معده
بررسی ۲۳۰ مورد

مجله نظام پزشکی
سال هشتم ، شماره ۵ ، صفحه ۳۲۰ ، ۱۳۶۱

دکتر محمدعلی راشد محصل* دکتر خلیل شیبانی**

مقدمه :

سرطان معده هنوز از مسائل مهم پزشکی و درعین حال یکی از شایعترین سرطان‌های کشنده میباشد. از آنجا که علائم ابتدائی آن غالباً ناچیز است ، بیمار کمتر درمرحله درمان پذیری به پزشك مراجعه میکند. هدف‌ازتدوین این مقاله بررسی و ارزیابی‌شیوع سرطان معده و ارزش گاسترسکوپی و بیوپسی درتشخیص زودرس آنست و برای این منظور بیمارانیکه در مجتمع بیمارستانی امام خمینی بستری و درمان شده‌اند ، تحت مطالعه قرار داده‌ایم.

چگونگی انتخاب بیماران و روش بررسی :

اززمان افتتاح بخش آندوسکوپی بیمارستان امام خمینی (آذرماه ۱۳۵۶) تاآبانماه سال۱۳۵۹، از۲۵۸۴تن بعلل مختلف آزمایش آندسکوپی فوقانی بعمل آمده است.

پرونده آن گروه ازبیماران که ازنظر پرتونگاری وآسیب‌شناسی کامل بود ، مورد بررسی قرار گرفت . درمجموع ۱۰۷۸ مورد بیوپسی معده انجام گرفت که در ۲۳۰ مورد ابتلا به‌سرطان معده گزارش شده است . از این عده ۱۸۳ مورد مرد و۴۷ تن زن بودند. (جدول شماره ۱ وشماره ۲) و بدین ترتیب درمقابل هر ۳/۸ مرد یك مورد زن مبتلا مشاهده‌گردیده است .

جدول شماره ۱

تعداد موارد آندوسکوپی فوقانی	۲۵۸۴
تعداد موارد بیوپسی شده	۱۰۷۸
درصد موارد بیوپسی شده	۴۷/۷۱
تعداد موارد سرطان معده	۲۳۰
درصد سرطان معده	۲۱/۲۳

جدول شماره ۲

تعداد سرطان معده	۲۳۰
عده مرد	۱۸۳
عده زن	۴۷
درصد مردان مبتلا	٪۷۹/۵۶
درصد زنان مبتلا	۲۰/۴۳

* مرکز پزشکی امام خمینی ـ دانشکده پزشکی دانشگاه تهران .
** بهداری شهرستان سمنان .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

همیشه سعی براین بود که ابتدا از بیماران مشکوك پرتونگاری ازمری، معده و دوازدهه بعمل آید و باتوجه به پرتونگاری، آندسکوپی شوند. لیکن متأسفانه بازهم دراین گروه ۲۳۰ نفری ۶۶ تن‌فاقد پرتونگاری‌بودند. روش کار بخش آندسکوپی‌براین است که هرزخم معده را آندوسکوپی و بیوپسی نماید. روش آندسکوپی‌به‌طریقه‌اسنا نداردبود یعنی بیمار ناشتا به‌بخش‌مراجعه می‌نمود و با ژله گزیلوکائین حلق بیمار بیحس و درصورت لزوم باتزریق داخل وریدی یاعضلانی والیوم آماده میگردید و در وضعیت خوابیده روی پهلوی چپ قرارگرفته و آندسکوپی‌انجام میشد . بیوپسی از هر ضایعه مشکوکی که در معده مشاهده میشد بعمل میآمد و به‌بخش پاتولوژی فرستاده میشد و نتیجه آن مورد مطالعه قرار میگرفت.

بحث :

سرطان‌معده هنوزازمهمترین‌وشایعترین‌سرطان‌های کشنده میباشد (۱و۲و۳). چون علائم بالینی آن درابتدا بقدری ناچیز است که بیمار کمتر درمرحله‌درمان‌پذیری به‌پزشك مراجعه میکند. بدین ترتیب علیرغم توسعه و پیشرفت تکنیکهای تشخیصی و جراحی هنوز زندگی پنج‌ساله این بیماران کمتر از ۱۰٪ میباشد. شیوع سرطان معده درچند دهه گذشته‌درخیلی‌از کشورهای‌اروپای‌غربی وآمریکاکاهش پیدا کرده و از ۱۹/۸ در هرصد هزارنفر درسال ۱۹۳۳ به ۱۱/۲ در ۱۰۰/۰۰۰ درسال ۱۹۵۰ به ۸ تن در صد هزار تن درسال ۱۹۷۰ رسیده‌است(۲). قبل‌ازشروع دراصل بحث نکاتی درباره اتیولوژی عوامل مساعدکننده وعلائم بالینی بیماران یادآور میشویم سپس به‌بحث اصلی خواهیم پرداخت.

۱ - علت :

علت سرطان معده نامعلوم‌است. ولی غذا را موثردانسته‌اند . در بعضی حیوانات به آسانی میتوان با خوراندن N-methyi N1 nitroso Guanidine (۱) و یا باکاشتن ماده کارسینوژنی بنام ۷-۲۱ - دی‌میتل‌بنزآنتراسن کانسر در جدار معده ایجاد گردد (۲ و ۵). گفته میشود که سرطان معده ممکن است ارتباطی با تولید ترکیبات N- nitroso داشته باشد . این ترکیبات از تبدیل نیتراتهای موجود در غذا به نیتریت بوجود میآید سپس ممکن است در معده باآمینهای ثانوی و ثالث واکنش ایجادکند . این واکنش بوسیله اسیداسکوربیك مهارمیشود (۱و ۵). افزایش شیوع سرطان معده را به‌مصرف سیگار. ماهی نمك زده ، روغنهای زیاد حرارت دیده ، آب سنگین ، سیب زمینی و مواد کارسینوژن موجود در خاك نیز نسبت میدهند (۲و۱۳). شیوع سرطان معده در بیماران مبتلا به‌کمبود ایمونوگلوبولینها بخصوص‌هیپوگاماگلبولینمی در بیماران Ataxia telangiectasia و بیمارانیکه مبتلا به بیماری سلیاك هستند بیشتر ازمعمول است (۲و۹).

۲- عوامل مساعدکننده: ازعوامل مساعدکننده میتوان ازعوامل ارثی (شیوع درافراد باگروه خونی O و دوقلوهای یکسان) (۱-۷-۱۱) آتروفی‌مخاط‌معده مخصوصاً اگر بامتاپلازی‌روده‌ای همراه باشد نامبرد (چنانکه تعدادی متاپلازی روده‌ای‌درگروه بیماران مورد مطالعه ما بودندکه سرانجام بعد از بیوپسی‌های مکررسرطان معده درآنان به‌اثبات رسید). درمبتلایان‌به‌پولیپ‌های‌آدنوماتوزبزرگتر از ۲سانتیمتر وپولیپوز منتشرمعده درصد ابتلاء به‌سرطان بیشتراست. مسلم‌نشده‌است‌که زخم‌خوش‌خیم معده بدون انجام‌عمل‌جراحی‌بتواند منشاء سرطان باشد ولیکن بعداز اعمال جراحی که‌بعلت اولسر انجام شده بخصوص گاستر کتومی نوع بیلروت ۲ امکان ابتلاء به سرطان معده افزایش می‌یابد (۱و۲و۳و۴).

۳- آسیب شناسی :

اکثراً سرطان معده ازنوع کارسینوم میباشد (چنانچه درگروه بیماران مورد مطالعه ۲۲۶ مورد انواع کارسینوم و فقط چهار مورد لنفوم‌وجود داشت)(جدول شماره ۳). معتقدندکه کارسینوم معده ندرتاً دوئودنوم را مبتلا میکند ولیکن بامطالعات‌انجام‌شده به‌این‌نتیجه رسیده‌اندکه ۱۰ تا ۳۰٪ کارسینوم‌های معده حداقل ۲ تا ۳ سانتیمتراز دوئودنوم‌را میتواندآغشته نماید (۱و۲و۶و۸). لبه میکروسکوپیك تومور معده در حدود ۳۵ میلیمتر گسترده‌تر ازکناره مشهود تومور است.

جدول شماره ۳
بافته‌های هیستولوژیك

بافته‌های هیستولوژیك	تعداد
آدنوکارسینوم	۱۵۶
کارسینوم انا پلاستیك	۴۴
آدنوکارسینوم موسینوز	۲۶
لنفوم	۴

و این نکته‌ای بسیار ظریف ومهم برای جراح میباشدکه حداقل چهارسانتیمتر دورتر ازلبه ماکروسکوپیك تومور راقطع نماید. نقاطی ازمعده‌که بیشتر مبتلا میشونـد به ترتیب انحنای کوچك عمودی ، انحنای بزرگ عمودی ، ناحیه‌آنتروپیلور ، ناحیه زیر کاردیا و زاویه انحنای‌کوچك میباشند (جدول شماره ۴).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

جدول شماره ۴
نسبت ابتلاء درقسمتهای مختلف معده

ناحیه مبتلا	تعداد موارد
انحنای کوچك عمودی	۹۵
انحنای بزرگ عمودی	۲۵
ناحیه زیر کاردیا وفوندوس	۶۷
ناحیه آنتروپیلور	۲۰
زاویه انحنای کوچك	۱۳
منتشر	۱۰
جمع	۲۳۰

۴- تظاهرات بالینی: مهمترین علائم بالینی که درحقیقت باعث مراجعه بیمار به بیمارستان شده است به ترتیب عبارتند از : درد اپیگاستر ، اختلال در عمل بلع و احساس جسم خارجی در پشت استرنوم، کاهش وزن ، اسنفراغ وتهوع ، بی‌اشتهائی، کمخونی. سوزش‌سردل وترش کردن وآسیت (جدول‌شماره ۵). بایدیادآور شویم که این علائم درحقیقت بعنوان اولین علامت از این نظر قید شده که باعث نخستین مراجعه بیمار به بیمارستان یا پزشك بوده‌است وگرنه اکثر بیماران چندین‌علامت‌را باهم داشته‌اند مثلا کاهش‌وزن دراکثر بیماران کم‌وبیش‌وجود داشته‌است ونیز استفراغ

جدول شماره ۵
شیوع علائم بالینی

نوع علامت	تعداد موارد	درصد
درد اپیگاستر	۱۲۸	۵۵/۶۴
کاهش وزن	۶۸	۲۹/۵۶
اشکال درعمل بلع وحس جسم‌خارجی درپشت‌استرنوم	۶۷	۲۹/۱۳
تهوع و استفراغ	۴۹	۲۱/۳
کمخونی	۱۳	۵/۶۵
اسهال+ آترپاتی اگزوداتیف	۱۳	۵/۶۵
تب	۱۲	۵/۶
هماتزوملنا	۸	۳/۴۷
خیز(ادم) واسیت	۷	۳/۰۴
یرقان وکبد بزرگ	۲	۰/۸۶
آکانتوزیس نیگریکانس	۱	۰/۴۳

و تهوع دربیشتر موارد دیده میشود . دریك مورد بیمار آکانتوزیس نیگری کانس داشته که از علائم پارانئوپلازیك بسیار نادر میباشد.ازدیگرسندرمهای نادری که همراه باسرطان معده‌مشاهده میگردد نورومیوپاتی، سندرم کوشینك و درماتومیوزیت‌را میتوان نام‌برد(۱و۲و۳و۴و۶). از ۲۲۰مورد بیماران ما، ۱۱۹موردآنها دارای متاستاز درنقاط مختلفه بوده‌اند (جدول شماره ۶).

جدول شماره ۶
متاستاز

محل متاستاز	تعداد موارد
آدنوپاتی	۶
آدنوپاتی منطقه‌ای	۷۵
کبد	۱۶
منتشر	۲۲
جمع	۱۱۹

ازنظر شیوع سنی بیشترین ابتلا دردهه‌های پنجم و ششم و هفتم زندگی میباشد .
(جدول شماره ۷).

۵ - یافته‌های آندسکوپی :

چنانچه گفته شد مناطق ابتلاء در معده به ترتیب انحنای کوچك عمودی ، انحنای بزرگ عمودی ، ناحیه فوندوس ، ناحیه آنتروپیلور و زاویه انحنای کوچك‌اند (جدول شماره ۴).
از نظر نمای آندسکوپی همانطورکه در (جدول شماره ۸) نشان داده شده است، ۵۴/۳۴ درصد بیماران دارای ضایعات‌جوانه‌ای (Vegetante) و ۱۹/۵۳٪ ضایعات مختلط و ۱۴/۷۷ دارای ضایعات قرحه‌ای‌و۱۱/۳۰٪ دارای تنگی خالص پیلور بوده‌اند.
یادآوری می‌کنیم که این توزیع آندسکوپیك با یافته‌های‌آماری دیگران تطبیق نمی کند (۱۲) زیرا بیماران درایران خیلی دیرتر به‌پزشك مراجعه می‌نمایند و ازطرف دیگرحتی موقعی هم که مراجعه می کنند درخیلی‌ازشهرستانهاامکانات بررسی‌زودرس موجود نیست و بهمین جهت مناظر سرطان‌های معده در نخستین مراحل پیدایش (Early Cancer) کمتربدست ما رسیده‌است.
اما یادآور میشویم که اهمیت و ارزش مهم آندسکوپی و بیوپسی بخصوص‌درتشخیص‌زودرس‌سرطان میباشد که درآن‌صورت بادرمان جراحی بموقع درصد زندگی‌بیش‌از ۵ سال به‌میزان‌قابل‌توجهی افزایش خواهد یافت.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

جدول شماره۷ شیوع سرطان معده درسنین مختلف

سن برحسب سال	۲۰ تا ۳۰		۳۱ تا ۴۰		۴۱ تا ۵۰		۵۱ تا ۶۰		۶۱ تا ۷۰		۷۱ تا ۸۰		بالاتر از ۸۰	
جنس	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
تعداد	۳	۵	۱۰	۳	۴۰	۱۱	۷۱	۱۹	۴۴	۵	۱۳	۳	۲	۱
جمع	۸		۱۳		۵۱		۹۰		۴۹		۱۶		۳	
درصد	٪۳/۴۷		٪۵/۶۵		٪۲۲/۱۷		٪۳۹/۱۳		٪۲۱/۳۰		٪۶/۹۵		٪۱/۳۰	

جدول شماره ۸
نمای آندسکوپیك ضایعات

نمای آندسکوپیك	تعداد موارد	درصد
ضایعات قرحه‌ای	۳۴	۱۴/۷۷
ضایعات جوانه‌ای	۱۲۵	۵۴/۳۴
تنگی خالص پیلور	۲۶	۱۱/۳۰
ضایعات مختلط	۴۵	۱۹/۵۳

نتیجه :

گرچه هنوز برای یافتن کارسینوم معده رادیوگرافی اولین بررسی است که به علت بیشتر دردسترس بودن آن مورد استفاده قرار میگیرد و درخیلی از موارد ما را به‌تشخیص‌هدایت می کند، بااین حال حتی ماهرترین رادیولوژیست‌ها درنزدیك به ۲۵٪ موارد قادرنیستند ضایعات خوش خیم معده را از ضایعات بدخیم تفکیك نمایند وبخصوص درهیچ حال نمیتوان ماهیت هیستولوژیك ضایعه را باآن‌شناخت وبیوپسی‌یاسیتولوژی‌خراشی(Exfoliative)برای بررسی‌ضایعات‌معده‌ضروراست. این‌مسئله رداستفاده ازرادیولوژی وتائیدآندسکوپی درضایعات‌معده‌نیست بلکه این دوبایدبموازات هم انجام شده ومکمل‌یکدیگر قرارگیرند زیراگرچه‌پیداکردن زخم معده‌کاریست آسان ولی افتراق زخم‌خوش‌خیم اززخم بدخیم بوسیله رادیوگرافی مشکل‌وحتی درخیلی ازموارد غیرممکن‌است (۱و۲و۳).

سرطان ناحیه کاردیاکه به‌شبکه عصبی انتهای مری دست‌اندازی کرده باشد ممکن است بصورت آشالازی تظاهر نماید بعلاوه سرطان ناحیه فوندوس در رادیولوژی ممکن است دیده نشده و طبیعی تلقی گردد ویا بابهم‌زدن نظم طبیعی ناحیه باهرنی هیاتال اشتباه شود . با رادیولوژی امکان تشخیص کارسینوم از لنفوم غیر ممکن است.

همچنین ممکن است سرطان سرپانکراس با نامنظم کردن ناحیه آنتروپیلور نمای رادیولوژیك کارسینوم معده را نشان دهد (۳و۶).

فیبرسکوپی معده همیشه باید با بیوپسی و در موارد ضایعات مبهم ومنتشر با سیتولوژی باخراش (Exfoliative) وشستشوی معده همراه باشد. برای بیوپسی لااقل باید از ۵ تا ۱۰ نقطه‌ازاطراف ضایعه نمونه برداشته شودکه اگر باسیتولوژی همراه‌باشد، میزان دقت تشخیص را تا ۹۵٪ افزایش‌میدهد. سیتولوژی خطر تشخیص کاذب مثبت را اندکی زیاد می کند (۱ و۲و۳). متأسفانه بعلت کثرت مراجعات فقط به بیوپسی اکتفا کرده وسیتولوژی را در سرطان های مری انجام داده اما درمعده ازآن صرفنظر نموده‌ایم ازاین‌نظر مثبت کاذب و یامنفی کاذب کمتر داشته‌ایم . اما اذعان داریم که گاهی اوقات تومورهای انفیلتراتیو منتشر وعودسرطان باآندسکوپی وبیوپسی تنها هم داده نمیشود زیرا احتمال دارد سلولهای بدخیم در بیوپسی انجام شده موجود نباشد دراینگونه موارد علاوه بر بیوپسی باید از شستشوی مخاط معده و جستجوی سلولهای بدخیم درآن و یاسیتولوژی باخراش (Exfoliative) استفاده نمود. دراین‌روش میزان مثبت کاذب کمتر از۱٪ است . این‌روش برای بیماران سالخورده پرخطر است ولی‌درآنهائیکه بیوپسی ناموفق و یابعلت پراکندگی ضایعات محل اصلی برداشت مبهم بوده است بسیار مفید میباشد (۱و۳).

عده‌ای ازهمکاران فکرمیکنندکه اگر نمای آسیب شناسی یك زخم کاملا خوش‌خیم باشد و التیام آن در رادیوگرافی‌سریع و کامل باشد ، دیگر گاستروسکوپی لزومی ندارد (۱و۲).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

به‌عقیده برخی دیگر برای جستجوی ضایعه بدخیم درمـوردتمام بیمارانیکه زخمی در معده دارند ، بیوپسی بـا گاستروسکوپی و سیتولوژی باخراش الزامی است (۱و۳و۴).

در چنـد مورد به بیمـارانـی برخورد کـرده‌ایم کـه نمـای رادیولوژیك مشکوکی نداشته‌اند ولـی پس‌از گاستروسکوپی و بیوپسی کارسینوم معده‌مسلم گردیده‌است. ژاپنی‌ها برای‌بیماریابی درتوده مردم بااستفاده ازگاستروگامرا توانسته‌اند ، سرطانهای زودرس قابل علاج فراوانی را درمعده پیدا کنند(۳). ازاین نظر توصیه می‌کنیم‌که تمام ضایعات زخمی و یـا التهابات نامشخص معده را بلافاصله یاحداکثر بعد از ۳ تا ۴ هفته درمان‌باگاستر- سکوپی و در صورت لزوم بیوپسی کنتـرل نمود . تشخیص لنفوم اولیه معده ارزش زیادی دارد . زیرا بقای پنج ساله این‌بیماران خیلی بیشتر از کارسینوم است(۲).

چهارمورد بیماریکه مبتلا به‌لنفوم معده بوده‌اند تحت درمان بـا شیمی درمانی قرار گرفته‌اند که ۳ مورد آنها هنوز در قید حیات میباشند. قابل‌تذکر است که‌تشخیصهای‌اشتباه رادیولوژیك به‌مراتب بیشتر ازتشخیص‌های اشتباه‌آندوسکوپیك بوده است و برای مثال رادیوگرافی‌های۱۶۴ بیمار که دردست بود و مورد مطالعه قرار گرفت‌و۱۹مورد تشخیص‌های‌رادیولوژیك‌باتشخیص‌ضایعه مطابقت نداشته است (جدول شماره ۹) . درصورتیکه در۲۳۰ مورد فقط چهارمورد تشخیص‌اشتباه آندسکوپیك وجود داشته است. (جدول شماره ۱۰).

جدول شماره ۹
تشخیصهای اشتباه رادیولوژیك

تشخیص پرتونگاری	تعداد	تشخیص آندسکوپیك	نتیجه بیوپسی
اولسر انحنای کوچك	۶ مورد	زخم مشکوك	آدنوکارسینوم
انسداد پیلور	۴ »	کانسر انفیلراتیو	کارسینوم
طبیعی	۲ »	زخم ناحیه فوندوس	—
استاز معدی	۲ »	استنوزپیلور	کارسینوم‌پیلور
تغییرشکل بولب	۱ »	زخم پیلور	آدنو کارسینوم
هیپرتروفی‌مخاط فوندوس	۱ »	بیماری‌منتریه لنفوم	لنفوم معده
گاستریت	۱ »	هیپرتروفی لنفوم‌مخاطی	لنفوم معده
اولسر اثنی‌عشر	۱ »	استنوزپیلور	آدنو کارسینوم
اتصال مری به‌معده	۱ »	محل‌آناستوموزمشکوك	آدنو کارسینوم
جمـع	۱۹ مورد		

جدول شماره ۱۰

تعداد موارد	تشخیص آندسکوپیك	تشخیص رادیولوژیك	نتیجه بیوپسی
۱	زخم خوش خیم	تورم مخاط معده و زخم بدخیم	آدنو کارسینوم
۱	پولیپ خوش‌خیم ناحیه آنتر	سرطان ناحیه‌آنتر	کارسینوم آناپلاستیك
۲	تنگی‌پیلوردراثرزخم	استنوز پیلور	کارسینوم انفیلتراتیو

خلاصه :

این مقاله به بررسی ۲۳۰ موردسرطان معده دربخش اندسکوپی مجتمع بیمارستانی امام خمینی اختصاص دارد.

درمجموع ، پرونده ۲۵۸۴ بیمار راکه درطول سالهای ۱۳۵۶ تا ۱۳۵۹ تحت بررسی آندسکوپی فوقانی دستگاه گوارش قرار گرفته بودند مطالعه نمودیم و از ۱۰۷۸ موردکه پرونده‌آنهااز نظربالینی وآسیب شناسی‌تکمیل‌بود، ۲۳۰ موردآنها (۲۱/۲۳٪) مبتلا به سرطان معده بوده‌اند. نخستین نشانه بالینی که بیماران بدان علت به بیمارستان مراجعه‌کرده‌اند به ترتیب اهمیت ، درد اپی‌گاستر(۵۴/۳۴٪)، کاهش وزن (۲۹/۵۴٪)، اختلال‌دربلع و احساس جسم خارجی درپشت استرنـوم (۲۹/۳۹٪) و استفراغ (۱۹/۱۳٪) بوده است .

یك تن ازبیماران که باکاهش وزن مراجعه کرده دارای ضایعات جلدی وسیع بود که بیوپسی پوستی ابتلا به‌آکانتوزیس‌نیگریکانس را مشخص‌نمود و بیوپسی‌معده این‌بیمار آدنوکارسینوم درانحنای کوچك معده را نشان داد. یادآوری میشودکه‌آکانتوزیس‌نیگر- یکانس ازضایعات پارانئوپلازیك بسیار نادر است . از۲۳۰ مورد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

یاد شده ۲۲۶ مورد مبتلا به کارسینوم بوده‌اند و فقط چهار مورد آنها لنفوم اولیه معده داشته‌اند . شیوع سنی دردهه‌های چهارم تا ششم زندگی بوده است (۸۲/۶۰٪ بین ۴۰ تا ۷۰ سال داشته‌اند).

در ۲۳۰ مورد آندسکوپی فقط ۴ مورد (۱/۱۷٪) اشتباه تشخیص مشاهده گردید.

درصورتیکه در ۱۶۴ بیمار که پرتونگاری آنها موجود بود، ۱۹ مورد اشتباه تشخیصی وجود داشت واین مسئله اهمیت آندسکوپی فوقانی را نشان میدهد .

REFERENCES :

1- Harisson. Principel of Internl Medicine. P. 1208 - 1220, 1980.
2- Spiro. Clinical Gastroenterology. P. 425 - 430, 1975.
3- Sleisenger, Fordtran. Gastrointestinal Disease, Second Edition PP 206 - 209 and 757 - 770, 1978 .
4- Cecil. Text Book of Medicine . 15 th edition , P. 1599 _ 1604, 1979.
5- Acheson, E.D., and Doll, R: Dietary factor in Carcinoma of the Stomach. A Study of 100 Cases and 200 Controls. Gut, 5: 12, 1964.
6- Bush , R.S : Primary Lymphoma of the Gastrointestinal Tract , JAMA, 228: 1291 - 94, 1974.
7- Callender, S., Langman, M., Macleod, ABO Blood Groups in Patients with Gastric Carcinoma Associated with Pernicious Anemia , Gut , 12, 465, 67 , 1971.
8- Culver, G. J.: Bean, B,C., and Berens. D.L : Gastric Lymphoma. Radiology. 65 : 518- 28, 1955.
9- Hermans, P. E. and Huizenga , KA Association of Gastric Carcinoma with Idiopathic Late _ Onset Immunoglobulin Deficiency. Ann. Intern. Med. 76: 605 - 609, 1972.
10- Moertel , C, G.: Clinical Management of Advanced Gastrointestinal Cancer , 36 : 675 - 82, 1975.
11- Morrson , B. C. : Precancerous Lesions of Upper Gastrointestinal Tract . JAMA ; 179 : 311 - 15, 1962.
12- Myren, J. , Serck - Hanssen, A., and Leitao, J.: Gastroscopy with directed Biopsy and Routine X- Ray Examination in the discovery of Malignancies of the Stomach. Scand , J., Gastroenterol , 10 : 193 -97 , 1975.
13- Stocks, P., and Davies , R . I . : Zinc and Copper Content of Soils associated with the Incidence of Cancer of the Stomach and Other Organs. Br. J. Cancer, 18: 14 - 24, 1964.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]