



# કેન્સર

## જનજાગૃતિ અભિયાન

# પાચનતંત્રનું કેન્સર

**ડૉ. ચિરાગ એ. શાહ**

એમ. ડી. મેડિકલ ઓન્કોલોજી (યુએસએ),  
એમ. ડી. હીમેટોલોજી (યુએસએ),  
ડિપ્લોમેટ અમેરિકન બોર્ડ ઓફ મેડિકલ ઓન્કોલોજી  
ડિપ્લોમેટ અમેરિકન બોર્ડ ઓફ હીમેટોલોજી



**પ્રકાશક**

**હેલ્થકેર ઈન્ટરનેશનલ મલ્ટીથેરાપી ઈન્સ્ટિટ્યૂટ**

એ-૧, વિક્રમ એપાર્ટમેન્ટ, શ્રેયસ કોસિંગની પાસે,  
ઓવરબ્રિજ નીચે, ભુદરપુરા, આંબાવાડી, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.  
મો. ૯૮૭૯૫૦૦૧૭૯

## PAACHANTANTRANU CANCER

By Dr. Chirag A. Shah

Published by Healthcare International Multitherapy Institute  
A-1, Vikram Apartment, Near Shreyas Crossing,  
Under Over Bridge, Bhudarpura, Ambawadi, Ahmedabad-15.  
Mo. : 9879500179

© Dr. Chirag A. Shah

ત્રીજી આવૃત્તિ : May, 2023

બીજી આવૃત્તિ : June, 2019

પ્રથમ આવૃત્તિ : April, 2017

પૃષ્ઠ સંખ્યા : 48

નકલ : 1000

કિંમત : રૂ. 70/-

ISBN : 978-81-958940-8-6

## પ્રાપ્તિસ્થાન

પ્રકાશક : હેલ્થકેર ઈન્ટરનેશનલ મલ્ટીથેરાપી ઈન્સ્ટિટ્યૂટ  
એ-૧, વિક્રમ એપાર્ટમેન્ટ, શ્રેયસ ક્રોસિંગની પાસે,  
ઓવરબ્રિજ નીચે, ભુદરપુરા, આંબાવાડી, અમદાવાદ-૧૫.  
મો. ૯૮૭૯૫૦૦૧૭૯

ગૂર્જર સાહિત્ય પ્રકાશન

૧૦૨, લેન્ડમાર્ક બિલ્ડિંગ, સીમાહોલની સામે,  
૧૦૦ ફૂટ રોડ, પ્રહલાદનગર, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.  
ફોન : ૦૭૯-૨૬૯૩૪૩૪૦, મો : ૯૮૨૫૨૬૮૭૫૯

ગૂર્જર સાહિત્ય ભવન

રતનપોળ નાકા સામે, ગાંધીમાર્ગ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૧.  
ફોન : ૦૭૯-૨૨૧૪૪૬૬૩

મુદ્રણ : ભગવતી ઓફસેટ

સી-૧૬, બંસીધર એસ્ટેટ, બારડોલપુરા, અમદાવાદ-૧૬.

## લેખક પરિચય



ડૉ. ચિરાગ એ. શાહે અમેરિકામાં સાત વર્ષ સુધી સતત તાલીમ લીધી છે. સને ૨૦૦૨માં એડલ્ટ હીમેટોલોજી અને મેડિકલ ઓન્કોલોજીમાં અમેરિકન બોર્ડનાં પ્રમાણપત્રો મેળવ્યાં છે. અદ્યતન અને આધારભૂત જાણકારી પ્રત્યેની પ્રતિબદ્ધતાને લીધે વર્ષ ૨૦૧૨માં એમને ફરીથી હીમેટોલોજી અને મેડિકલ ઓન્કોલોજીમાં અમેરિકન બોર્ડનાં પ્રમાણપત્રો આપવામાં આવ્યાં.

આ બંને પરીક્ષાઓમાં ઉત્તીર્ણ થનારા વિશ્વભરના ટોચના નિષ્ણાતોમાં તેઓ ટોપ ૨૦ પરસન્ટાઈલમાં આવ્યા છે.

તેમ છતાં, તેમને ખુશી મળે છે દર્દીઓના સંતોષમાં અને સમાજસેવામાં. એમનો મુખ્ય સિદ્ધાંત છે ‘દર્દી પહેલો’. એમના મતે કામના ત્રણ સ્તંભો છે : ‘ગુણવત્તા’, ‘નીતિમત્તા’ ‘સંભાળ’ (Quality, Ethics, Care). તેઓ ટીમબિલ્ડિંગ દ્વારા ‘પરિણામકારક સાર-સંભાળ’ (Result Oriented Care) આપે છે.

શ્યામ હીમ-ઓન્ક ક્લિનિકના તેઓ ડિરેક્ટર છે, ઉપરાંત અપોલો હોસ્પિટલ, અમદાવાદના કેન્સર-લોહીના રોગો, સ્ટેમ કોશ પ્રત્યારોપણ/બોન મેરો પ્રત્યારોપણ વિભાગના ડિરેક્ટર છે. આ બંને જગ્યાએ પ્રક્રિયા ગોઠવવામાં અને સ્ટાફને તાલીમ આપવા તે ભારે જહેમત ઊઠાવે છે. અને તેથી આજ સુધીમાં તેમણે સારવાર કરેલા હજારો દર્દીઓમાં તેઓ શ્રેષ્ઠ પરિણામ મેળવી શક્યા છે.

ડૉ. ચિરાગ એ. શાહ

શ્યામ હીમ-ઓન્ક ક્લિનિક



૪૦૨, ગેલેક્સી, ઝાંસી કી રાની બીઆરટીએસ બસ સ્ટેન્ડ સામે,  
શિવરંજની અને નહેરુનગર સર્કલ વચ્ચે, સેટેલાઈટ રોડ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫  
ફોન નંબર : ૦૭૯-૨૬૭૫૪૦૦૧, વેબસાઈટ : [www.shyamhemonclicnic.com](http://www.shyamhemonclicnic.com)

## શ્યામ ઓન્કોલોજી ફાઉન્ડેશન અને કરુણાલય કેર સેન્ટર

ડૉ. ચિરાગ એ. શાહે સરખા વિચારો ધરાવતા અન્ય લોકો સાથે મળીને એક બિનસરકારી સંસ્થા ઊભી કરી છે - શ્યામ ઓન્કોલોજી ફાઉન્ડેશન. આ ફાઉન્ડેશન કેન્સર જાગૃતિ માટે નિ:શુલ્ક કેમ્પનું આયોજન કરે છે એમાં કેન્સર ડીટેક્શન ટેસ્ટસ નિ:શુલ્ક કરવામાં આવે છે.

આ ઉપરાંત કરુણાલય નામનું એક અનોખું પેલીએટીવ કેર એટલે કે સહાયક સંભાળ માટેનું કેન્દ્ર પણ તેઓ ચલાવે છે. આ સંભાળ મફત આપવામાં આવે છે.

Website : [www.shyamoncologyfoundation.org](http://www.shyamoncologyfoundation.org)

# પાયનતંત્ર

લાળગ્રંથિઓ  
-સલીવરી ગ્લેન્ડ્સ

ફેરિંગ્સ  
(અન્નળીનો ઉપલો ભાગ)

પેરોટીડ  
સબલિન્ગ્યુઅલ

માઉથ કેવિટી-  
મોઢાનું પોલાણ  
ટંગ-જીભ

એસોફેગસ  
(અન્નળી)

ડાયાફ્રમ-  
ઉદરપટલ

લિવર-યકૃત

ગોલ બ્લેડર-  
પિત્તાશય

ડ્યુઓડીનમ

ટ્રાન્સવર્સ કોલોન

એસેન્ડિંગ કોલોન

સીકમ

એપેન્ડિક્સ

એનસ- ગુદાદ્વાર

સ્ટમક -  
પેટ - જઠર

પેનક્રિઆસ-  
સ્વાદુપિંડ

પેનક્રિઆટિક  
ડક્ટ

કોમન  
બાઇલ ડક્ટ

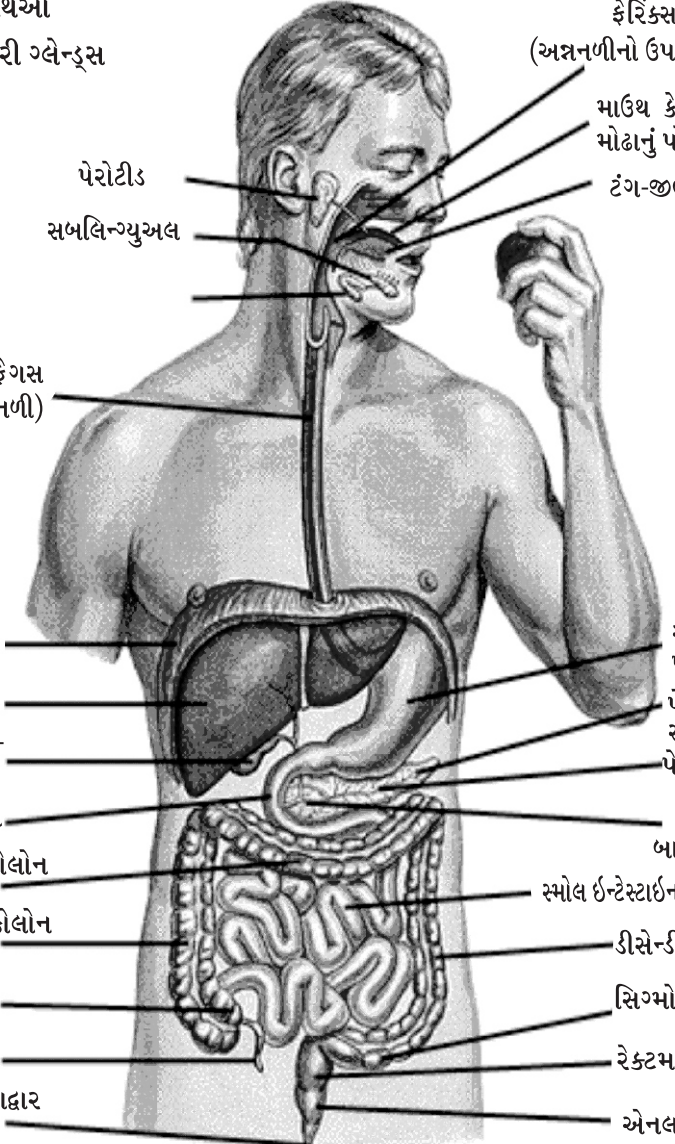
સ્મોલ ઇન્ટેસ્ટાઇન-નાનું આંતરડું

ડીસેન્ડિંગ કોલોન

સિગ્મોઇડ કોલોન

રેક્ટમ- મળાશય

એનલ કેનાલ



# પાયનતંત્ર

એસોફેગસ (અન્નળી)

લિવર-યકૃત

ગોલ બ્લેડર-  
પિત્તાશય

લાર્જ ઇન્ટેસ્ટાઇન -  
મોટું આંતરડું

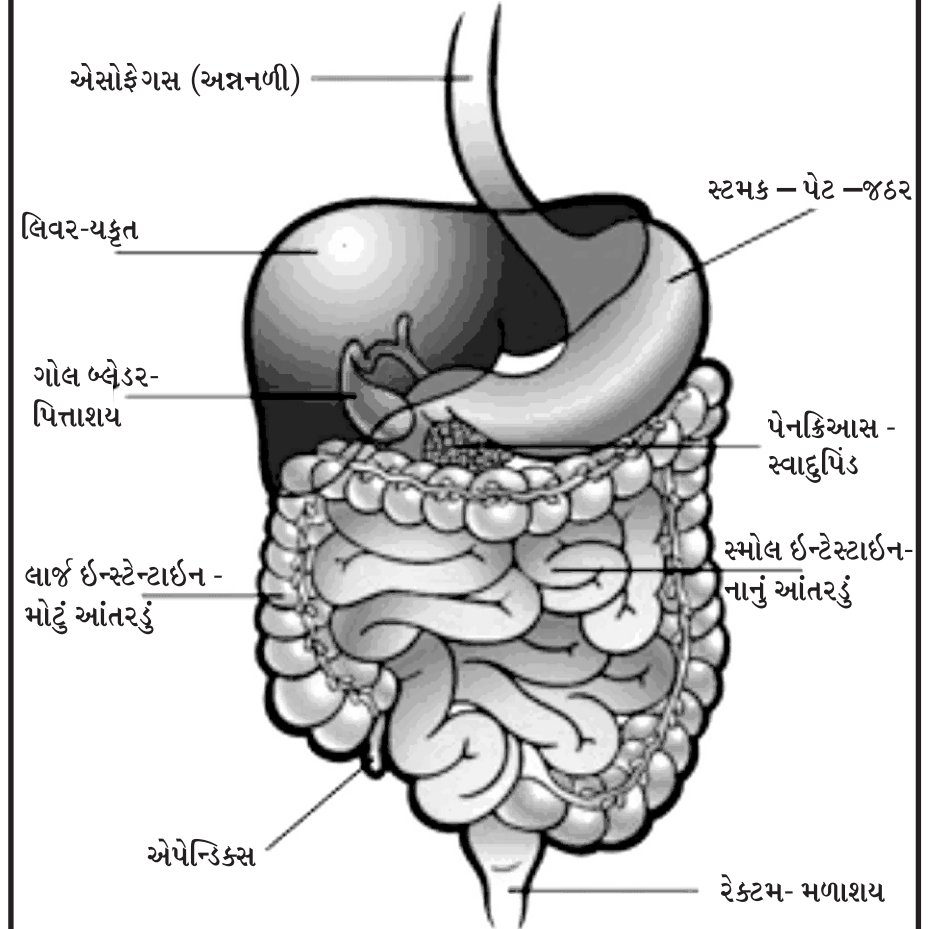
એપેન્ડિક્સ

સ્ટમક - પેટ - જઠર

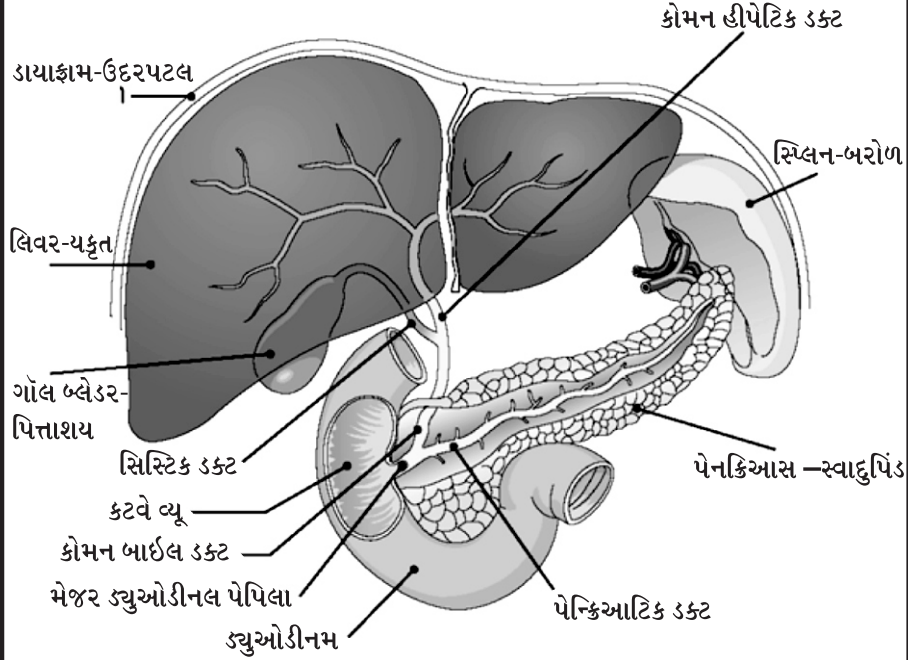
પેનક્રિઆસ -  
સ્વાદુપિંડ

સ્મોલ ઇન્ટેસ્ટાઇન-  
નાનું આંતરડું

રેક્ટમ- મળાશય



## પાયનતંત્ર



## પાયનતંત્રનું કેન્સર (ગેસ્ટ્રોઈન્ટેસ્ટીનલ કેન્સર)



પાયનતંત્ર (ગેસ્ટ્રોઈન્ટેસ્ટીનલ)નું કેન્સર શું છે ?

પાયનતંત્રના કેન્સરમાં અન્નનળી, જઠર, નાનું આંતરડું, મોટું આંતરડું (કોલોન), મળાશય (રેક્ટમ), ગુદાદાર (એનલ કેનાલ), યકૃત (લિવર), પિત્તાશય (ગોલબ્લેડર), સ્વાદુપિંડ (પેન્ક્રિયાસ) નો સમાવેશ થાય છે.

જઠરનું કેન્સર ભારતમાં જોવા મળતા કેન્સરમાં બીજા નંબરનું કેન્સર છે. જો કે દેશના અલગ અલગ ભાગોમાં પ્રમાણમાં ઘણો ફરક છે. જેમકે :

- ગુજરાતમાં અન્નનળીનું કેન્સર એ સ્ત્રીઓ અને પુરુષોમાં પ્રસારેલા કેન્સરમાં પાંચમો નંબર ધરાવે છે.
- નાગપુરમાં પુરુષોમાં અન્નનળીનું કેન્સર પહેલા નંબરે જોવા મળે છે.
- પિત્તાશયનું કેન્સર એ નોંધપાત્ર રીતે ઉત્તર ભારતમાં વધારે જોવા મળે છે.
- દક્ષિણ ભારતમાં જઠરનું કેન્સર વધુ જોવા મળે છે.

આમ, જો પાયનતંત્રના તમામ કેન્સર સાથે ગણીએ તો, સંખ્યા ઘણી મોટી છે. ઉપરાંત, મોટા ભાગના કેન્સરના નિદાન મોડા થાય છે પરિણામે સારવાર કરવામાં તકલીફ પડે છે.

## પાયનતંત્રનું કેન્સર કેમ થાય છે ?

**પાયનતંત્રના કેન્સર થવા પાછળ ક્યાં કારણો છે ?**

પાયનતંત્રમાં મુખ્ય સાત અંગો છે. દરેક અંગનું કેન્સર અલગ પ્રકારનું હોય છે, છતાં થોડી સમાનતાઓ ધરાવે છે. એ જ રીતે, કેન્સર થવાનાં કારણો પણ વિભિન્ન હોય છે. ઘણા કેસમાં કારણો શોધાયાં નથી.

**જાણીતાં કારણો ક્યાં છે ?**

એ નોંધવું બહુ રસપ્રદ થઈ પડશે કે આ કારણો ચેપથી માંડી આદત અને આહારથી માંડી વંશપરંપરા સુધીના હોઈ શકે છે. આપણે દરેક અંગ વિષે અલગથી જોઈશું ત્યારે તેને વિગતે જોઈશું.

- ★ અગ્નનળી - તમાકુ, મદ્યપાન (Alcohol), બેરેટની અગ્નનળી
- ★ જઠર - આહાર, હેલીકોબેક્ટર (Helicobacter) પાયલોરી ચેપ, તમાકુ
- ★ મળાશય તથા મોટું આંતરડું (કોલોરેક્ટલ) - આહાર, વારસાગત
- ★ યકૃત-હિપેટાઈટિસ બી/સી, મદ્યપાન, એફલાટોક્સિન બી૧.

## પાયનતંત્રના કેન્સરનું નિદાન કેમ મોડું થાય છે ?

**પાયનતંત્રના કેન્સરનું નિદાન મોડું થાય છે કારણ કે**

એમાંના ઘણા કેસમાં ખાસ લક્ષણો હોતાં નથી એથી વ્યક્તિ લાંબા ગાળા સુધી એની તપાસ કરાવતી નથી. નિદાન

★ પેન્ક્રિયાઝ: બહુ થોડી જાણકારી છે, ખરેખર ઘણાં અલગ કારણો છે. જો કે, આહાર અને તમાકુ/મદ્યપાન વધારે લાગે છે.

હા, જો આપણે તમાકુ અને મદ્યપાનથી દૂર રહીએ, તો પણ પાયનતંત્રના કેન્સરનું ભારણ ઘણું ઘટી જશે. આ બહુ જોખમી પરિબળો છે અને ટાળી શકાય તેવાં છે. પરંતુ આ આદતો છોડવી ઘણી અઘરી છે. એથી, આપણે આપણાં બાળકો અને યુવાનો પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવું જોઈએ, જેથી તેમને આ વ્યસન લાગે જ નહીં.

કહેવાતી પાશ્ચાત્ય શૈલીનો આહાર પણ એક અગત્યનું જોખમી પરિબળ છે. આપણો પરંપરાગત આહાર એ ઘણા કેન્સરને નાથવા માટે, ઉપરાંત હૃદયરોગના જોખમને ઓછું કરવા માટે વધુ સલામત નીવડ્યો છે - જેમાં રેસાઓ વધારે અને ચરબી ઓછી હોય છે. ફળો પણ મહત્વનાં છે.

માટે સીટી સ્કેન અથવા એન્ડોસ્કોપી મોડાં થાય છે અથવા તો ઉપલબ્ધ જ હોતા નથી અથવા એમનું અર્થઘટન યોગ્ય થયેલું હોતું નથી.

**વહેલું નિદાન થઈ શકે તે માટે**

**ક્યાં પરીક્ષણોની ભલામણ કરવામાં આવે છે ?**

સૌથી મહત્વનું છે આ સાથે દર્શાવેલાં ચિહ્નો/લક્ષણોની ઉપેક્ષા ન કરવી. તે પછી વાત આવે જે તે અવયવોનાં પરીક્ષણોની. તેમ છતાં મારે કહેવું જોઈએ કે સારી સોનોગ્રાફી, અને/અથવા એન્ડોસ્કોપી દ્વારા મોટા ભાગના કેસોમાં નિદાન વહેલું થઈ શકે છે. જો એન્ડોસ્કોપી ઉપલબ્ધ ન હોય તો બેરીયમ અભ્યાસનો ઉપયોગ પ્રારંભિક સાધન તરીકે થઈ શકે છે. જો શક્ય હોય તો, સોનોગ્રાફી કરતાં સીટી સ્કેન વધારે સારું પરીક્ષણ છે. અમુક કેસમાં નવા ઈમેજિંગ મોડેલિટીઝ (નવાં સાધનો) વધારાનો લાભ આપે છે. મહત્વની વાત એ છે કે, પ્રાયમરી યકૃત કેન્સર સિવાય ટ્યૂમર માર્કર્સનો ઉપયોગ પ્રારંભિક નિદાન માટે ન કરવો જોઈએ. માત્ર સોનોગ્રાફી/સીટી સ્કેન અને એન્ડોસ્કોપી યાદ રાખવા જોઈએ.

**વહેલું પરીક્ષણ થઈ શકે તે હેતુથી તંદુરસ્ત લોકો માટે કોઈ પરીક્ષણ છે ખરું ?**

કમભાગ્યે એવું કોઈ પરીક્ષણ નથી. આપણે લક્ષણો કે ચિહ્નોનાં વહેલી તકે થતાં અર્થઘટન પર આધાર રાખવો પડે છે. પશ્ચિમના દેશોમાં મળાશય અને મોટા આંતરડાંના (કોલોરેક્ટલ) કેન્સર માટે ઓકલ્ટ બ્લડ (શૌચમાં લોહી પડવું) માટે મળનું પરીક્ષણ અને સિગ્મોઈડોસ્કોપી

## અગત્યનાં ચિહ્નો/લક્ષણો

- આંતરડાંમાંથી રક્તસ્ત્રાવ
- મેલેના (કાળો ઝાડો)
- સતત (૩-૪ અઠવાડિયાંથી) પેટનો દુખાવો
- ડિસ્કૅજુથા (અન્ન ગળવાની તકલીફ)
- પાયન-ઉત્સર્જનની આદતોમાં બદલાવ આવવો જેમકે નવી કબજિયાત
- સતત કબજિયાત કે મરડો
- કમળો
- વયસ્કોમાં ખાસ તો પુરુષોમાં લોહ (આયર્ન)ની ઊણપ
- મળવિસર્જનમાં લોહી પડવું
- વજનમાં ઘટાડો

આ બધાંને પૂરેપૂરા ચકાસવાં જોઈએ. દરેક વખતે આ લક્ષણોનો અર્થ પાયનતંત્રનું કેન્સર એવો થતો નથી. આમ છતાં જે કંઈ કારણ હોય તેનું વહેલી તકે નિદાન થઈ જવું જોઈએ, જે જિંદગી બચાવવા માટે મહત્વનું છે.

અથવા કોલોનોસ્કોપી પરીક્ષણોની સલાહ આપવામાં આવે છે. એનો ઉપયોગ ભારતમાં પણ થાય છે, પણ અહીં તેની સંખ્યા-પ્રાદેશિક વૈવિધ્ય-અન્ય પરિબળો વગેરે તફાવતોને ધ્યાનમાં લેતાં તેની ઉપયોગિતા માસ સ્ક્રીનિંગ (સમૂહ પરીક્ષણ) માટે સાબિત થઈ શકી નથી.

## અન્નનળીનું કેન્સર

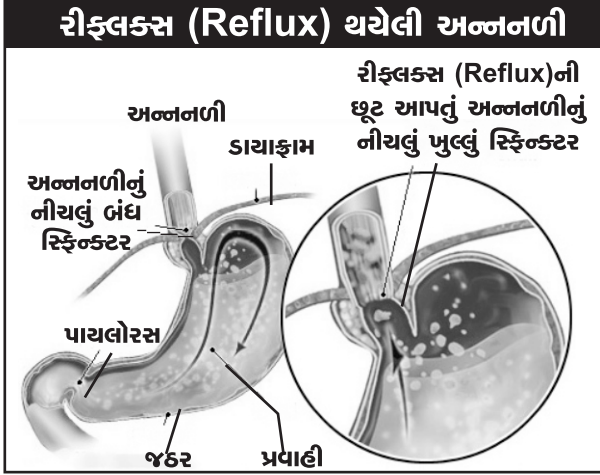
અન્નનળીનું કેન્સર ગુજરાતમાં પુરુષો અને મહિલાઓ બંનેમાં જોવા મળે છે.

**આમાં બે હિસ્ટોલોજી મુખ્ય છે :** (૧) સ્કવેમસ સેલ કાર્સિનોમા (એસસીસી) અને (૨) એડીનોકાર્સિનોમા. (Squamous Cell અને Adeno Carcinoma).

એસસીસી મુખ્યત્વે તમાકુ અને દારૂના ઉપયોગ સાથે સંબંધ ધરાવે છે.

જો કે, બધાં દર્દીઓમાં આ કારણો જોવા મળતાં નથી.

એડીનોકાર્સિનોમા એ મુખ્યત્વે બેરેટની અન્નનળી અને ગેર્ડ (ગેસ્ટ્રો એસોફેગીઅલ રિફ્લક્સ ડિસીઝ - GERD) સાથે સંબંધિત છે. ગેર્ડ રિફ્લક્સ રોગ તરીકે પણ ઓળખાય છે, જે પશ્ચિમમાં સામાન્ય રીતે સ્થૂળતા (Obesity)ના દર્દીઓમાં જોવા મળે છે, પણ ભારતમાં પણ તેનાં લક્ષણો વધતાં જાય છે.



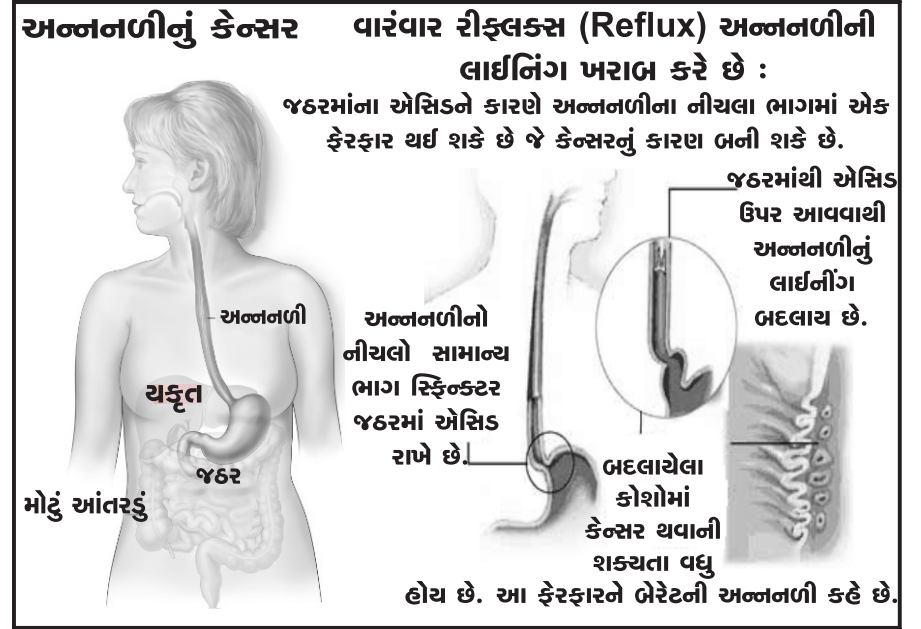
## અન્નનળીના કેન્સરમાં દર્દીમાં જોવા મળતાં ચિહ્નો અને લક્ષણો



## બેરેટની અન્નનળી શું છે ?

**નોર્મન આર. બેરેટ (Norman R Barrett - બ્રિટીશ સર્જન 1903-1979) ના નામ પરથી બેરેટની અન્નનળી તરીકે ઓળખવામાં આવે છે.**

આ એક સ્થિતિ છે કે જેમાં સામાન્ય મ્યુકોસા ગેસ્ટ્રોએસોફેગીઅલ જંકશનમાં સ્કવેમસમાંથી કોલમનર એપીથેલીઅમમાં રૂપાંતર થાય છે. આ મેટાપ્લાસિયા પછી ડિસ્પ્લેસિયામાં અને તે પછી કેન્સરમાં ફેરવાઈ શકે છે.



**આપ બેરેટની અન્નનળીના દર્દીઓમાં કેન્સરના આ જોખમનું નિયંત્રણ કેવી રીતે કરો છો ?**

બેરેટની અન્નનળીના દર્દીઓની પ્રોટોન પંપ ઈન્હીબીટર્સ દવાઓથી સારવાર કરવામાં આવે છે.

રિફ્લક્સના ગંભીર લક્ષણો ધરાવતાં દર્દીઓમાં ઉપલા પાયનતંત્રની

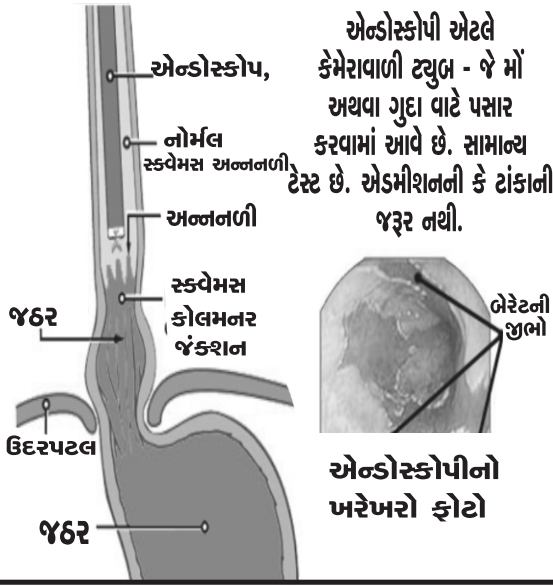
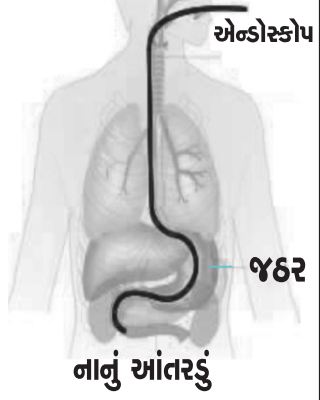
એન્ડોસ્કોપી કરવી જરૂરી છે. દર ૧-૩ વર્ષે એન્ડોસ્કોપી કરવામાં આવે છે.

જેમને નીચલી કક્ષાના ડિસ્પ્લેસિયા (Low Grade Dysplasia) થતો હોય તેમનું ફોલોઅપ એન્ડોસ્કોપી દ્વારા કરવામાં આવે છે.

વધુ ભારે ડિસ્પ્લેસિયાના દર્દીઓમાં એસોફેગેક્ટોમી (ઓપરેશન) જરૂરી છે,

**એન્ડોસ્કોપી**

અહીંથી ટેસ્ટ  
દરમિયાન  
એન્ડોસ્કોપ  
પસાર  
થાય છે.



એન્ડોસ્કોપી એટલે કેમેરાવાળી ટ્યુબ - જે મોં અથવા ગુદા વાટે પસાર કરવામાં આવે છે. સામાન્ય ટેસ્ટ છે. એડમીશનની કે ટાંકાની જરૂર નથી.



એન્ડોસ્કોપીનો ખરેખરો ફોટો

કેમકે આવા ૫૦% દર્દીઓ એડીનો-કાર્સિનોમા ધરાવતા હોય છે.

**અન્ય દર્દીઓ માટે કયા સ્ક્રીનિંગ ટેસ્ટ છે ?**

અન્ય દર્દીઓ માટે કોઈ સારો સ્ક્રીનિંગ ટેસ્ટ નથી. અનકોમ્પ્લિકેટેડ GERDના દર્દીઓને વારંવાર એન્ડોસ્કોપી કરાવવાની જરૂર નથી. જો રિફ્લક્સ લક્ષણોની તીવ્રતામાં વૃદ્ધિ જોવા મળે કે ખોરાક ગળવામાં તકલીફ જણાય કે વજન ઘટતું જણાય તો તરત જ તપાસ કરવી જોઈએ.

જાપાનમાં સ્ક્રીનિંગ એન્ડોસ્કોપી સાથે વ્યાપક મોનીટરિંગ કરવામાં આવે છે, પણ અન્ય દેશોમાં આ અભિગમ બહુ ઉપયોગી જોવા મળ્યો નથી.

**કેન્સરની શંકા ધરાવતા દર્દી માટે કયા પરીક્ષણોની ભલામણ કરવામાં આવે છે ?**

શંકા હોય તેવા ભાગમાંથી એન્ડોસ્કોપી દ્વારા બાયોપ્સી, ઉપરાંત ઇલાતી અને પેટના સીટી સ્કેન વગેરે પાયાનાં પરીક્ષણો છે. શક્ય હોય તો પીઈટી-સીટી ટેસ્ટ કરવો જોઈએ, એનાથી રોગનો વધુ ચોકસાઈથી અને વહેલા પ્રસાર કેટલો થયો છે તે જાણી શકાય છે અને એથી બિનજરૂરી ઓપરેશન કે રેડિયેશન ટાળી શકાય છે. એન્ડોસ્કોપિક અલ્ટ્રાસાઉન્ડ પણ એક ઉપયોગી ટેસ્ટ છે.

પરંતુ PET-CT ને કારણે ફેલાવો જાણવા માટે હવે એનો ઉપયોગ ઘટ્યો છે.

**અન્નનળીના કેન્સરની સારવાર**

પારંપરિક રીતે શસ્ત્રક્રિયા મુખ્ય સારવાર છે. તેમ છતાં, તાજેતરમાં વધુ ને વધુ દર્દીઓને શસ્ત્રક્રિયા સિવાય અથવા તેની સાથે કિમોથેરાપી ઉપરાંત રેડિયેશન થેરાપીની સારવાર આપવામાં આવે છે.

**આપ અમને સારવારના વિકલ્પો પસંદ કરવા અંગે કંઈ વિશેષ જણાવી શકશો ?**

આમ તો ઘણાં પરિબળો સામેલ છે, પરંતુ મહત્વનાં પરિબળો છે :

૧. રોગનું સ્થાન અને તેના પ્રસારસ્થાન
૨. દર્દીની તંદુરસ્તી
૩. દર્દીની પસંદગી
૪. સર્જિકલ અને કિમોથેરાપી નિષ્ણાતની ઉપલબ્ધતા.

સ્થાન : ઉપલા ૧/૩ ભાગ માટે કિમોથેરાપી થાય છે. એમાં ઓપરેશન શક્ય નથી. વચલા ૧/૩ ભાગ માટે શસ્ત્રક્રિયા અથવા કિમોથેરાપી કરી શકાય. નીચલા ૧/૩ ભાગ માટે સામાન્ય રીતે શસ્ત્રક્રિયાની પસંદગી થાય છે.

દર્દીને બંને પ્રકારના અભિગમના લાભાલાભની સમજણ આપવી જોઈએ. જે તે ક્ષેત્રના નિષ્ણાતને પણ ધ્યાનમાં રાખવા જોઈએ, જેમકે અન્નનળીના કેન્સરની શસ્ત્રક્રિયા સહેલી નથી. સર્જનની કુશળતાનું સ્તર અને અનુભવ એ પરિણામ નક્કી કરવામાં મહત્વનાં છે.

૧. ઉપલા ૧/૩ ભાગમાં કિમોથેરાપી-થેરાપી
૨. વચલા ૧/૩ ભાગમાં કિમોથેરાપી-થેરાપી અથવા શસ્ત્રક્રિયા
૩. નીચલા ૧/૩ ભાગમાં શસ્ત્રક્રિયા પહેલાં અને પછી કિમોથેરાપી અથવા શસ્ત્રક્રિયા પછી કિમોથેરાપી
૪. યુવાન, તંદુરસ્ત દર્દીઓમાં કિમોથેરાપી પછી શસ્ત્રક્રિયા (વચલા અથવા નીચલા ૧/૩ ભાગ માટે)

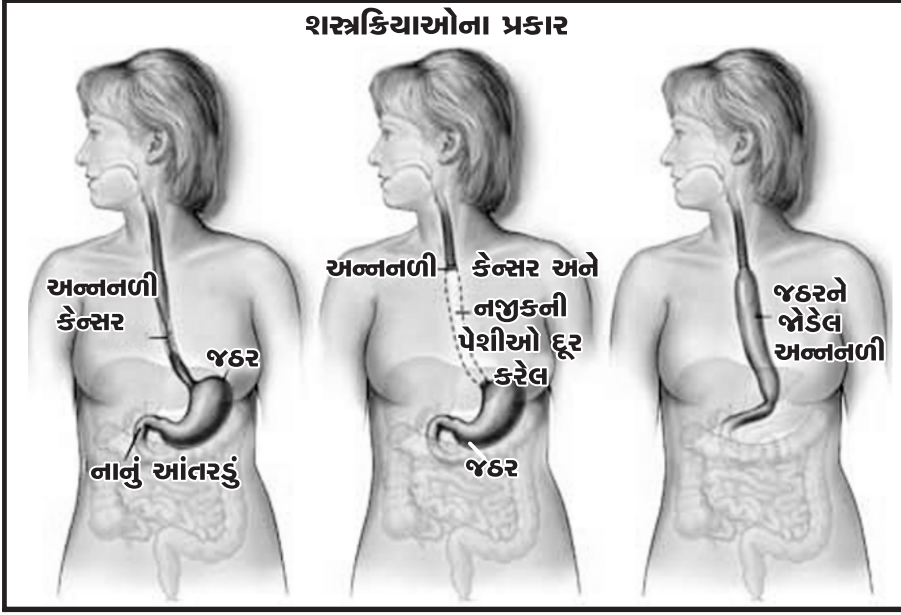
છાતીની આરપાર શસ્ત્રક્રિયા એ ટ્રાન્સથોરાસિક કે ટ્રાન્સહાયેટલ (પેટમાંથી ચીરો મૂક્યો હોય ત્યારે) હોઈ શકે છે, એ બંનેને પોતપોતાના લાભ-ગેરલાભ છે અને સર્જનનો અનુભવ વધારે અગત્યનો છે.

સ્ટેજના દર્દીઓ જેવા કે માર્કોસ્કોપિક કે મેક્રોસ્કોપિક રેસિડ્યુલ રોગ અને અન્ય કેટલાંક પરિબળો હોય તેવા માટે ઓપરેશન પછીની સારવાર પણ ખાસ જરૂરી છે.

**ત્રિપાદીય અથવા ત્રિપાદીય ચિકિત્સા વિશે આપ શું કહેશો ?**

ત્રિપાદીય ચિકિત્સા એટલે કિમોથેરાપી, રેડિયોથેરાપી અને શસ્ત્રક્રિયા એમ ત્રણેનું સંયોજન. કેટલાક અભ્યાસોમાં અને મેટાએનાલિસીસમાં ત્રિપાદીય સારવાર એટલે કે રેડિયોકિમોથેરાપી પછી શસ્ત્રક્રિયામાં વધુ

શસ્ત્રક્રિયાઓના પ્રકાર



સારાં પરિણામો જોવા મળ્યાં છે. છતાં, આ બહુ જ નિષ્ણાત ટુકડીની હાજરીમાં થવું જોઈએ અને દર્દીઓ પણ તંદુરસ્ત હોવા જોઈએ, કેમકે આમાં કોમ્પ્લીકેશનથી મૃત્યુદર ઊંચો હોઈ શકે છે.

**શું અન્નનળીનો નીચલો ૧/૩ ભાગ અથવા ગેસ્ટ્રો-ઇન્ટેસ્ટીનલ જંકશનની ગાંઠોમાં કોઈ તફાવતો છે, કેમકે વારંવાર આમનો જઠરની ગાંઠો તરીકે અભ્યાસ થતો હોય છે ?**

હા, તેમની સારવાર કંઈક જુદી રીતે થતી હોય છે, જેમકે મેકડોનાલ્ડ વગેરેએ કરેલા અભ્યાસને આધારે કહીએ તો, ઓપરેશન પછી આ દર્દીઓને કિમોરેડિયેશન આપવામાં આવે છે. ઉપરાંત, યુરોપમાં થતી પ્રેક્ટિસ જુદી છે, જે મેજિક (MAGIC) ક્લિનિકલ ટ્રાયલ પર

આધારિત છે. એમાં, પેરીઓપરેટિવ થેરાપીનો એટલે કે ઈસીએફ કિમોથેરાપીની ૩ સાયકલો, એ પછી શસ્ત્રક્રિયા, એ પછી ઈસીએફની ૩ વધારે સાયકલોનો સમાવેશ થાય છે.

**રેડિયોથેરાપી વિના ઓપરેશન પહેલાં કિમોથેરાપીની કોઈ ભૂમિકા ખરી ?**

આમાં એમઆરસી જૂથ અને ફેંચ જૂથ અભ્યાસો એ બે તો મોટા હકારાત્મક અભ્યાસો છે જ. બંનેમાં રેડિયોથેરાપી વિના પ્રિઓપરેટિવ કિમોથેરાપી દ્વારા લાભ દર્શાવવામાં આવ્યો છે. પરંતુ આરટીઓજી અભ્યાસમાં કોઈ લાભ દર્શાવ્યો નથી. આમ આ બાબતે હજુ કોઈ ફાઈનલ નિર્ણય નથી.

પાયનતંત્રના માર્ગના કેન્સરમાં વહેલાં નિદાન

લગભગ તમામ કેન્સરોમાં જો વહેલી તકે નિદાન થાય તો બહુ મોટા પ્રમાણમાં દર્દી હવે સાજા થઈ શકે છે. વહેલા ટેસ્ટ કરવા પાછળ આ જ કારણ રહેલું છે.

એકલા અમેરિકામાં લગભગ ૧.૫ કરોડ લોકો વર્ષોથી કેન્સરમુક્ત થઈ ચૂક્યા છે.

આવા દર્દીઓમાં ઘણા જાણીતા નેતાઓ કે વિખ્યાત વ્યક્તિઓ છે, જેઓએ અમેરિકામાં કેન્સર અંગે

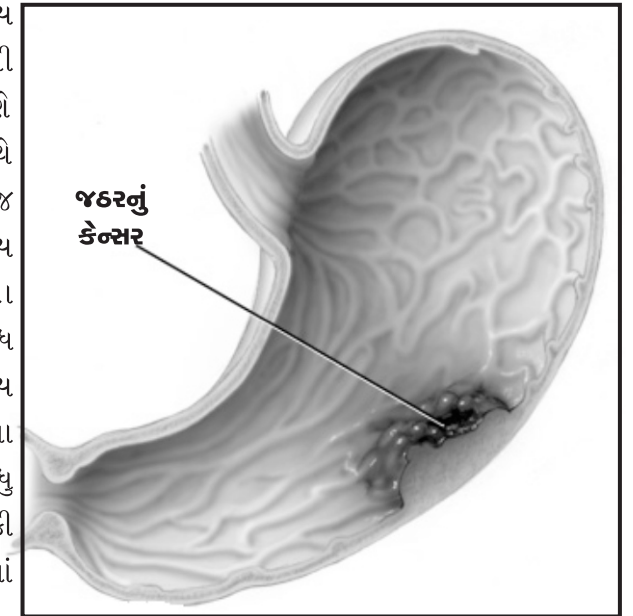
વિચારસરણી બદલવામાં મદદ પણ કરી છે.

ભારતમાં આટલાં મોડાં નિદાન થાય છે તો પણ દરેકને એકાદ વ્યક્તિ તો એવી ચોક્કસ મળી જશે કે જે ઘણાં વર્ષોથી કેન્સરમુક્ત બનીને જીવે છે.

જો આપણે વધુ ને વધુ વહેલાં નિદાનો કરી શકીએ તો આવા કેન્સરમુક્ત દર્દીઓની સંખ્યા ઘણી વધારી શકીએ.

જઠરનું કેન્સર

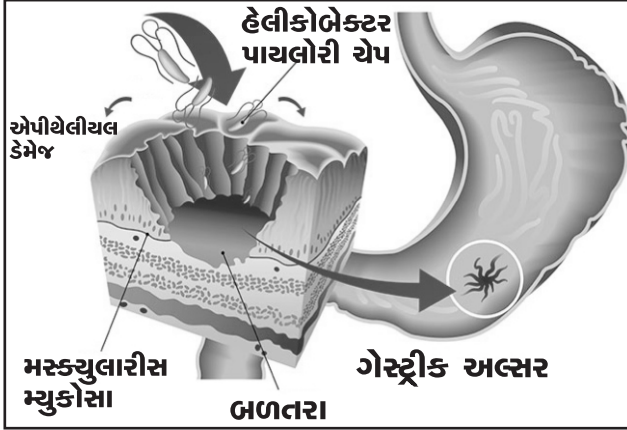
જઠરનું કેન્સર અન્ય પાયનતંત્રના કેન્સરની માફક, પ્રદેશ પ્રમાણે નોંધપાત્ર તફાવત સાથે જોવા મળે છે. એટલું જ નહીં, કોઈ અગમ્ય કારણોસર પાશ્ચિમના દેશોમાં એનું પ્રમાણ નોંધ લેવી પડે એટલું ઘટતું જાય છે. તેમ છતાં બાકીના વિશ્વમાં જો કે, એ સૌથી વધુ જોવા મળતાં કેન્સરો પૈકી ગણાય છે અને જાપાનમાં તો પહેલો ક્રમ ધરાવે છે.



જાણીતાં જોખમી  
કારણો ક્યાં છે ?

જાણીતાં જોખમી  
કારણોમાં નીચેનાનો  
સમાવેશ થાય છે:  
૧. હેલીકોબેક્ટર

પાઈલોરી ઇન્ફેક્શન  
૨. ધૂમપાન  
૩. વધુ પડતું મીઠું ખાવું  
૪. આનુવંશિક-માત્ર  
૧-૩%



જઠરના કેન્સરમાં મૃત્યુદર  
આટલો ઊંચો કેમ છે ?

ફરી વાર કહું તો મોડાં નિદાનને  
કારણે.

જાપાનમાં, જ્યાં સઘન પરીક્ષણને  
કારણે નિદાન વહેલાં થાય છે, એથી અન્ય  
દેશો કરતાં મૃત્યુદર ઘણો નીચો છે. લક્ષણો  
ખાસ નહીં હોવાથી, જેમકે વહેલી તૃપ્તિ,  
ઊબકા, ઊલટી, એનીમીયા અને ક્યારેક  
રક્તસ્રાવ થતો હોય, પણ દર્દીઓ મોડે  
સુધી પરીક્ષણો કરાવતાં નથી.

વહેલા નિદાન માટે શું ધ્યાનમાં  
લેવું જોઈએ ?

આપણે ત્યાં ઉપર જણાવેલાં

લક્ષણો પૈકી ઘણાંમાં નિદાન સિવાય  
ઊંટવૈદ્યાથી સારવાર કરવાનું વલણ જોવા  
મળ્યું છે. એટલું જ નહીં, જ્યારે દર્દીઓને  
એન્ડોસ્કોપી કે સીટી સ્કેન જેવા ટેસ્ટની  
સલાહ સૂચવવામાં આવે ત્યારે ડોક્ટર  
બદલી કાઢે છે. ડોક્ટર બદલવાને બદલે  
દર્દીએ સારી વેબસાઈટ જેમકે, nccn.org,  
AMERICAN CANCER SOCIETY,  
વગેરે જોઈ અથવા પુસ્તક વાંચી ડોક્ટરને  
યોગ્ય સવાલ પૂછવા જોઈએ.

ડોક્ટર અને દર્દી વચ્ચેની વારંવારની  
ચર્ચા, શરીર વિષેની જાગૃતિ તથા  
પરીક્ષણોની વિપુલ ઉપલબ્ધિ આ  
પરિસ્થિતિને બદલવામાં મદદ કરશે.

## એનીમીયા

ઉપર દર્શાવેલ જઠરના કેન્સરના  
ચિહ્નો પૈકી એનીમીયા એ ઘણા  
પાયનતંત્રના કેન્સરનું મહત્વનું  
ચિહ્ન છે.

૪૦ વર્ષથી ઉપરના વયસ્કોમાં (ખાસ  
તો પુરુષોમાં) એનીમીયામાં પૂરેપૂરી  
ચકાસણી થવી જોઈએ, કેમકે એ ઘણા  
ગંભીર રોગો જેમકે પાયનતંત્રના ઉપલા કે

નીચલા માર્ગનું કેન્સર, માયલોમા તેમજ  
અન્ય ભારે રોગો જેવા કે કીડની ખરાબ  
થવી, હાઈપોથાઈરોડિઝમ વગેરેનું પહેલું  
ચિહ્ન હોઈ શકે.

સતત ત્રણ દિવસ સુધી ઝાડાની  
(Stool Occult Blood) તપાસ કરાવવી  
જોઈએ, અને જો એક પણ દિવસનો  
રિપોર્ટ એબનોર્મલ આવે તો પાયનતંત્રની  
એન્ડોસ્કોપી કરાવવી જ જોઈએ.

લોહતત્ત્વની ખામીના કારણે  
એનીમીયા આવે એવા સંજોગોમાં  
(ઝાડામાં લોહી પડવાનો રિપોર્ટ નોર્મલ  
હોય તો પણ) જીઆઈ એન્ડોસ્કોપી  
કરાવવી જ જોઈએ, કેમકે ગાંઠ કે  
ગૂમડાંમાંથી લોહી અટકી અટકીને પડતું  
હોય તેમ બની શકે.

કોઈ દેખીતું કારણ હોય જેમકે બહુ  
ઓછા ખોરાક કે ભારે માસિક, તો કદાચ  
એન્ડોસ્કોપી વિના સારવાર કરી શકાય.

લોહતત્ત્વની ઊણપ થવાનાં  
કારણને શોધવું જોઈએ. તે શોધ્યા વિના,  
માત્ર લોહતત્ત્વ (Iron) આપીને તેની  
સારવાર કરવી એ ખરેખર તો અડધી જ  
સારવાર છે.

આ સમજવું બહુ અગત્યનું છે કેમકે  
લોહતત્ત્વ આપવાથી એનીમીયામાં  
ટેમ્પરરી સુધારો દેખાય પરંતુ કેન્સર અંદર  
વધ્યા કરે.

જેમ તાવનું કારણ શોધ્યા વિના  
પેરાસીટામોલ આપીએ તો ટેમ્પરરી તાવ  
ઘટે પરંતુ ઇન્ફેક્શન અંદર વધ્યા કરે

દેખીતા કારણ વગર થતા  
એનીમીયાનું પૂરેપૂરું મૂલ્યાંકન થવું  
જોઈએ.

કારણ શોધ્યા વિના લોહી  
ચઠાવવું અથવા અન્ય અનુભવ-  
જન્ય કે ઊંટવૈદ્યા જેવી સારવાર  
કરવી એ સંપૂર્ણપણે અપૂરતી અને  
કંગાળ તબીબી સારવાર ગણાય.

મોટા ભાગના પશ્ચિમી  
દેશોમાં, જો આવી સારવારના  
કારણે કેન્સર ચૂકી જવાય તો દર્દી  
કોર્ટમાં જઈ શકે છે.

(મેલેરિયા, ટાઈફોઇડ વગેરે). જો એ  
સમયે ન પકડાય, તો થોડા મહિનામાં  
છેલ્લા તબક્કામાં તો દેખાશે જ.

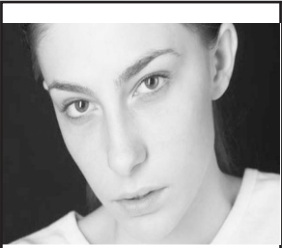
હા, ભારતમાં ઘણી સ્ત્રીઓ અને  
યુવાન લોકો છે, જેમના કેસમાં  
લોહતત્ત્વની ખામી એ પોષણને લગતું કે  
માસિક રક્તસ્રાવને લગતું કારણ હોય છે.  
પણ ઉપર જણાવ્યું તેમ, એ દેખીતું કારણ  
હોવું જોઈએ, નહિ કે ધારણા.

અગત્યની વાત એ કે આ  
સાથેનાં પરીક્ષણો કરાવવાનાં યાદ  
રાખો કારણકે તેમાંના દરેકમાં કેન્સર  
નથી હોતું, પણ કેટલાંકમાં હોઈ શકે.  
જેમકે આપણે છાતીમાં થતા દરેક  
દુઃખાવા માટે પરીક્ષણ કરાવી લઈએ  
છીએ, જેથી હૃદયરોગનો કોઈ કેસ  
ચૂકી ન જવાય. બાકી મોટા ભાગના  
કેસમાં એ દુખાવો અન્ય સાદા  
કારણનો જ હોય છે.

## પેટના કેન્સરના વહેલા નિદાન માટે શું કરવું જોઈએ ?

પેટના કેન્સરના વહેલા નિદાન માટે નીચેનાં લક્ષણોની તપાસ કરાવવી જોઈએ: (ખાસ કરીને અપૂરતા પોષણ કે માસિક રક્તસ્ત્રાવ જેવું કોઈ અન્ય દેખીતું કારણ ન હોય)

૧. ૩૫-૪૦ વર્ષથી ઉપરના પુરુષોને લોહતત્વની ખામી સાથે (Iron Deficiency) એનીમીયા
૨. ૩૫-૪૦ વર્ષથી ઉપરની સ્ત્રીઓને લોહતત્વની ખામી સાથે એનીમીયા હોય
૩. છેલ્લા બે વર્ષમાં હીમોગ્લોબીન નોર્મલ હોય, અને નવો ઘટાડો હોય.
૪. લોહતત્વની ખામી હોય પરંતુ ઝાડાના ટેસ્ટમાં લોહી ન જતું હોય તો પણ તપાસ કરાવવી જ જોઈએ. (Stool Occult Blood નોર્મલ આવે તો પણ)
૫. ઉપરના કે નીચલા પાયનમાર્ગમાંથી રક્તસ્ત્રાવ એક જ વાર થયો હોય તો પણ (પાઈલ્સ જેવા બહુ જ દેખીતા કારણની ગેરહાજરીમાં)
૬. નવાં લક્ષણો જેમકે પેટમાં દુઃખાવો, ઊલટી, ઝાડા, કબજિયાત વગેરે જે ૨-૪ અઠવાડિયાંથી વધુ ચાલે અને કોઈ દેખીતું કારણ ન હોય. પેટના જૂના લક્ષણોમાં ફેરફાર જોવા મળે કે એની તીવ્રતા વધે.
૭. કોઈ દેખીતા કારણ વિના વજનમાં ૫-૧૦% જેટલો ઘટાડો થાય.



એનીમીયા



પેટનો દુખાવો



વજનમાં ઘટાડો

## જે દર્દીને જઠરના કેન્સરનું નિદાન થયું હોય તેનું શું મૂલ્યાંકન કરવાનું રહે ?

આપણે જોયું કે જઠરનું કેન્સર મોટે ભાગે મોડું નિદાન થાય છે. સારવાર શરૂ કરતાં અગાઉ યોગ્ય મૂલ્યાંકન અગત્યનું છે, કેમકે એ ચિકિત્સામાં ધરમૂળથી ફેરફાર કરી શકે છે, જે આપણે આગળ જોઈશું.

નીચેનાં પરીક્ષણોની ભલામણ કરવામાં આવે છે.

૧. સીટી સ્કેન
૨. પીઈટી-સીટી, જે ઉપલબ્ધ હોય તો
૩. ઇયુએસ – થોડા પ્રારંભિક કેસોમાં
૪. લેપ્રોસ્કોપી

ઉપરના પરીક્ષણો પૈકી, સારી ગુણવત્તાનો સીટી સ્કેન અને લેપ્રોસ્કોપી, બંને મોટા ભાગનાં શહેરોમાં ઉપલબ્ધ છે.

### સીટી સ્કેન

સીટી સ્કેન મુખ્યત્વે રોગના સ્થાનીય -Local Spread- પ્રસારને (એન્ડોસ્કોપીનાં તારણો સાથે), લિમ્ફાઇનોપથી-પેરીગેસ્ટ્રીક અને દૂરનાં મેટાસ્ટેસિસ શોધવામાં મદદ કરે છે.

એક અભ્યાસમાં માત્ર સીટી સ્કેનના ૫૩%ની તુલનાએ, ઓપરેશન પહેલાં પીઈટી-સીટીની ચોકસાઈ ૬૮% હતી. તેમ છતાં નવા એમડીસીટી સ્કેન, જેવાં કે ૬૪ સ્લાઈસ સીટી સ્કેનર્સ વધુ બહેતર હોઈ શકે. સદ્ભાગ્યે પીઈટી-સીટી હવે ભારતમાં, ગુજરાતમાં મોટા પાયે ઉપલબ્ધ છે.

### લેપ્રોસ્કોપી

એક અભ્યાસમાં શસ્ત્રક્રિયા અગાઉ જઠરના સંભવિત રિસેક્ટેબલ કેન્સરના ૬૫% દર્દીઓની લેપ્રોસ્કોપી કરવામાં આવી. આ દર્દીઓ પૈકી ૩૧% દર્દીઓમાં પેટની અંદર ફેલાયેલો રોગ જોવા મળ્યો.

આમ લેપ્રોસ્કોપીથી આ દર્દીઓમાં મોટી શસ્ત્રક્રિયા અને એનાથી સંબંધિત મૃત્યુદર ટાળવામાં મદદ મળી. ઉપરાંત, સમયસર બીજી શક્ય સારવાર શરૂ થઈ શકી.

આમ, એક નિયમિત સારો સીટી સ્કેન અને લેપ્રોસ્કોપી ઘણી 'ખોલબંધ' (OPEN CLOSE) શસ્ત્રક્રિયાઓ અને બિનજરૂરી ઓપરેશન ટાળવામાં મદદ કરી શકે. તેમજ યોગ્ય સારવાર માટે દર્દીના મર્યાદિત સ્ત્રોતોનો ઉપયોગ થઈ શકે.

### આપનું હવે પછીનું પગલું કયું હશે ?

શરૂઆતની તપાસ પછી આ રોગને બે ભાગમાં વહેંચી શકાય :

- ૧) રીસેક્ટેબલ (ઓપરેશન શક્ય છે)
- ૨) નોનરીસેક્ટેબલ (ઓપરેશન શક્ય નથી).

પેટની અંદર પ્રસરેલો રોગ અથવા પેટની બહાર બંનેમાં ઓપરેશન શક્ય નથી. જેમકે પેરીટોનિયલ નોડ્યુલ્સ અથવા પેટના બીજા કોઈ મોટા અંગ સાથે ગાંઠ ચોંટેલી હોય.

## જઠરના કેન્સરની મલ્ટીડિસીપ્લીનરી સારવાર

### મલ્ટીડિસીપ્લીનરી મૂલ્યાંકન અને સારવાર

- સર્જન
- મેડિકલ ઓન્કોલોજિસ્ટ
- ગેસ્ટ્રોએન્ટેરોલોજિસ્ટ
- રેડિયેશન ઓન્કોલોજિસ્ટ
- રેડિઓલોજિસ્ટ
- પેથોલોજિસ્ટ

### આપ જઠરના કેન્સરના દર્દીની સંભાળ કઈ રીતે રાખો છો ?

સૌથી અગત્યનું પહેલું ચરણ તે મલ્ટીડિસીપ્લીનરી અથવા તો બહુમુખી મૂલ્યાંકન. મોટા ભાગની પાશ્ચાત્ય સંસ્થાઓમાં એ ફરજિયાત છે તેની નોંધ લેશો. આ પ્રકારનું મૂલ્યાંકન, એક ટીમવર્ક તરીકે કરવામાં આવે છે, જેનાથી દર્દીને શ્રેષ્ઠ પરિણામ મળી શકે.

સારા ટીમવર્કથી પશ્ચિમમાં જોવા મળે છે તેટલા જ લાભો અમારા અનુભવોમાં પણ જોવા મળ્યા છે. ત્યારે આ જીવલેણ રોગમાં દરેક દર્દીને શ્રેષ્ઠ પરિણામ મળી રહે તે માટે તમામ નિષ્ણાતોએ સાથે મળીને કામ કરવું રહ્યું. ઉપરાંત, દર્દીની ઉંમર, બીજી બીમારીઓ, દર્દીની ઇચ્છા વગેરે પણ સારવાર નક્કી કરવામાં જરૂરી છે.

### સારવાર માટે કયા વિકલ્પો છે ?

શસ્ત્રક્રિયા એ સારવારનો મુખ્ય ભાગ છે. આવા કેન્સર સાથે કામ પાડવા માટે વિશિષ્ટ તાલીમ એ અતિશય અગત્યની છે.

નિયમિત રીતે કેન્સર સાથે કામ પાડનારા સર્જન, શક્ય હોય તો જે પેટના જ ઓપરેશન કરતા હોય તેમની પાસે ઓપરેશન કરાવવું જોઈએ.

લગભગ તમામ વિકસિત દેશોમાં કોઈ પણ કેન્સરની શસ્ત્રક્રિયા કરવા સ્થાનિક શસ્ત્રક્રિયા તજજ્ઞો (SITE SPECIFIC CANCER SURGEON) હોય છે એટલે કે એક જ ભાગની શસ્ત્રક્રિયાના નિષ્ણાત જેમકે પેટના સર્જન, છાતીના સર્જન, મોં અને ગળાના સર્જન, સ્તનના સર્જન વગેરે.

આપણા દેશમાં પણ ટાટા કેન્સર હોસ્પિટલ જેવી મોટી સંસ્થાઓમાં ઘણા વર્ષોથી દરેક વિભાગના અલગ કેન્સર સર્જન છે. નવી પ્રાઇવેટ હોસ્પિટલોમાં પણ હવે ઘણા અંશે સ્પેશિયલાઈઝ્ડ કેન્સર સર્જનની નિમાણૂક થઈ રહી છે.

કેન્સરની સારવારનાં પરિણામો સુધારવા માટે આ એક આવશ્યક પગલું છે.

શસ્ત્રક્રિયાના પ્રમાણ બાબતે હજુ કેટલાક વિવાદ છે જેમકે ડી1 વિરુદ્ધ ડી2 વિરુદ્ધ વિસ્તૃત ડી2, તેમજ ટોટલ વિરુદ્ધ સબ ટોટલ ગેસ્ટ્રોક્ટોમી વગેરે. ટૂંકમાં, સારું માર્જિન એટલે કે લગભગ ૪-૫ સેમી અને ઓછામાં ઓછી ૧૫ લિમ્ફનોડ્સ કાઢવી જોઈએ.

### આપ સારવારમાં અન્ય મોડેલિટીઝને સમાવો છો ?

કિમોથેરાપી કે રેડિયેશનનો સમાવેશ કયા સ્ટેજ પર કરવો એ બાબતમાં ઘણી અલગ પદ્ધતિઓ છે. પરંતુ નીચે જણાવેલ રસ્તા સૌથી વધુ વપરાય છે.

### ૧. પેરીઓપરેટિવ કિમોથેરાપી :-

મોટા ભાગના યુરોપ, અને ઘણી અમેરિકન સંસ્થાઓમાં મોટા ભાગના દર્દીઓ માટે શસ્ત્રક્રિયા અગાઉ અને પછી કિમોથેરાપી પસંદ કરવામાં આવે છે (જે મેજિક (MAGIC) અભ્યાસનાં પરિણામો પર આધારિત છે.) આનાથી સાજા થવાનો દર સુધરે છે, સાથે સાથે ગાંઠનું કદ નાનું થવાથી ઓપરેશન સરળ બને છે.

### ૨. પોસ્ટઓપરેટિવ કિમોથેરાપી :

મોટા ભાગના સ્ટેજમાં શસ્ત્રક્રિયા પછી આની સલાહ આપવામાં આવે છે. તેમ છતાં આ સારવાર ઘણા દર્દીઓને સહન કરવી અઘરી પડે છે. ઘણી સારી તંદુરસ્તી

ટૂંકમાં, વહેલું નિદાન, પૂરા ટાઉટકાવાર, બાહુ શાખીય (મલ્ટીડિસીપ્લીનરી) મૂલ્યાંકન, શસ્ત્રક્રિયા થઈ શકે તેવા દર્દીઓમાં પ્રિ અને પોસ્ટ ઓપરેટિવ કિમોથેરાપી, હાઈ વોલ્યુમ સેન્ટરમાં તાલીમી સર્જન, પ્રમાણિત ઉપચારોનો ઉપયોગ વગેરે જઠરના કેન્સરમાં શ્રેષ્ઠતમ પરિણામો આપી શકે છે.

ધરાવતા દર્દીઓ જ ઓપરેશન પછી આવી સારવાર સહન કરી શકે છે.

### ૩. લોકલી એડવાન્સ્ડ-કિમોથેરાપી :

જો તબીબી રીતે તંદુરસ્ત દર્દી હોય તો કિમોથેરાપી અને રેડિયેશનના સંયોજનથી ઘણી રાહત થઈ શકે છે અને ક્યારેક લાંબા ગાળા સુધી કેન્સરને કાબૂમાં રાખી શકાય છે.

### ૪. મેટાસ્ટેટિક :

કિમોથેરાપી અથવા સહાયકારી સંભાળ (Supportive care alone): ફેલાઈ ગયેલા કેન્સરમાં માત્ર કિમોથેરાપી અપાય છે.

રેડિયોથેરાપી અને કિમોથેરાપીના આયોજનમાં ઘણા મહત્વના મુદ્દાનું ધ્યાન રાખવું જરૂરી છે. ઈસીએફ, ડીસીએફ અને હવે કેપસાઈટાબીન અથવા ઓક્સાલીપ્લેટીન બેઝ્ડ કિમોથેરાપી દવાઓ ઘણાં સારાં પરિણામો આપે છે.

## મોટા આંતરડાનું કેન્સર (Colon Cancer)

**મોટા આંતરડાના (Colon) કેન્સરની માહિતી આપશો ?**

મોટા આંતરડાનું કેન્સર બહુ સામાન્ય છે, ખાસ કરીને પશ્ચિમના દેશોમાં. એ કદાચ પાયનતંત્રનું સૌથી વધારે સુવ્યવસ્થિત અભ્યાસ થયેલ કેન્સર છે. એ પ્રારંભિક નિદાન, કૌટુંબિક ઇતિહાસ, બહુશાખીય સારવાર માટે સૌથી અગત્યનું ઉદાહરણ છે અને પ્રસરેલા રોગમાં પણ આશા જીવંત રાખે છે, એટલું જ નહીં, વિશિષ્ટ સારવાર નક્કી કરવા માટે જીન ટેસ્ટ વગેરે પાસાંઓનો પણ અભ્યાસ થયેલો છે.

**મોટા આંતરડાના કેન્સર માટે શું જવાબદાર છે ?**

મોટા આંતરડાનું કેન્સર કૌટુંબિક ઇતિહાસ, જીવનશૈલી સાથે મજબૂત કડી ધરાવે છે.

**જીવનશૈલી :** સ્તન અને પ્રોસ્ટેટ કેન્સરની માફક આ કેન્સર પશ્ચિમના દેશોમાં બહુ સામાન્ય છે અને પાશ્ચાત્ય જીવનશૈલી સાથે સંબંધિત હોવાનું મનાય છે. ભારતમાં એમાંની ઘણી જીવનશૈલી આપણે અપનાવી રહ્યા છીએ. એથી આ કેન્સર પણ વધી રહ્યા છે. આહારમાં ઓછા રેસા ઉપરાંત વધુ પડતી ચરબી પણ કેટલાંક શક્ય કારણ છે.

મોટા આંતરડામાંથી પડતાં લાલચટક લોહીને પૂરતા મૂલ્યાંકન વિના હરસનો રક્તસ્રાવ ગણી ન શકાય.

આવો રક્તસ્રાવ ભલે ને એકવાર થયો હોય તો પણ વિગતવાર મૂલ્યાંકન માગી લે છે, કેમકે દૂષિત ગાંઠ કે પોલીપમાંથી વારંવાર રક્તસ્રાવ થાય એ જરૂરી નથી.

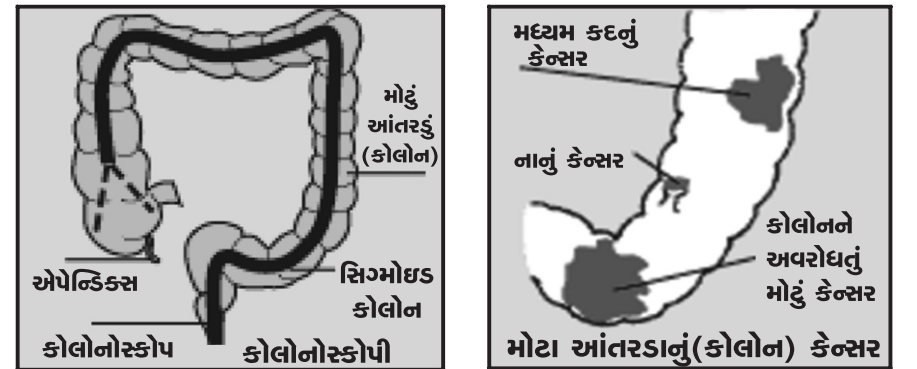
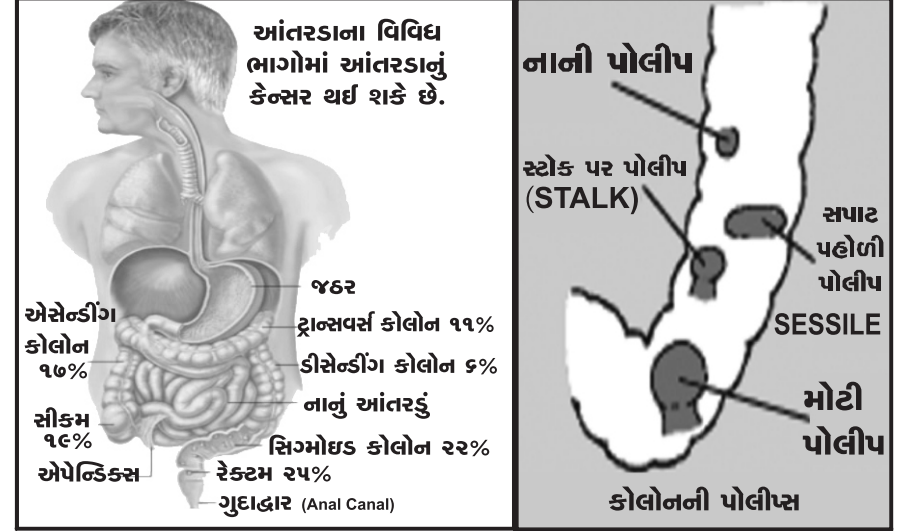
એટલે, જો રક્તસ્રાવ અટકી જાય તો એનો અર્થ એ નથી થતો કે મૂલ્યાંકન અટકાવી દેવું. પણ કુદરતની ચેતવણી છે કે આપણે સાચું કારણ શોધવાની જરૂર છે. આ ભૂલ ઘણા દર્દીઓ અને ડોક્ટરો પણ કરે છે.

**કૌટુંબિક ઇતિહાસ (Family History)**

પાશ્ચાત્ય સમાજમાં કૌટુંબિક ઇતિહાસનો સઘન અભ્યાસ થયો છે. અમુક વ્યક્તિઓ માટે સામાન્ય વ્યક્તિની તુલનાએ જોખમ ઊંચું હોય છે. દા.ત. (૧) એફએપી કે એચએનપીસીસી જેવાં ચિહ્નો વર્તાતાં હોય; (૨) જે લોકોના એકથી વધારે સગાં કેન્સર ધરાવતાં હોય અથવા એક જ સગું જેને ૫૦ વર્ષથી ઓછી વયે કેન્સર થયું હોય, આવા લોકોએ ચોક્કસપણે જિનેટીક કાઉન્સેલિંગ માટે જવું જોઈએ.

**વહેલી તકે નિદાન થઈ શકે તે માટે શું કરવું જોઈએ?**

આપણે ત્યાં પશ્ચિમની તુલનાએ હજુ ઈન્સીડન્સ(દર લાખ વ્યક્તિએ કોલોન



કેન્સરનું પ્રમાણ) ઓછો છે, માટે સ્ક્રીનિંગની ભલામણો શક્ય નથી. પરંતુ ભારતના લોકો માટે શું કરવું જોઈએ એવા કોઈ મોટા અભ્યાસ થયા નથી. એટલે, હાલના સમયમાં, મોટા ભાગના લોકો પાશ્ચાત્ય માર્ગદર્શનસંહિતાને અનુસરે છે, જેમકે, ઓકલ્ટ બ્લડ (માઈસ્કોપિક માત્રામાં પડતું લોહી) માટે સ્ટુલ (ઝાડો) રોજ એક વાર એમ સતત ત્રણ દિવસ (૫૦ વર્ષની ઉંમર પછી દર વર્ષે એકવાર) અથવા દસ વર્ષે એક વાર કોલોનોસ્કોપી કરાવે છે.

આપણે એ યાદ રાખવું સૌથી અગત્યનું છે કે લોહતત્વના ઊણપનો એનીમીયા-(IRON DEFIAENCY

ANEMIA) હોય તો એન્ડોસ્કોપી સહિત સંપૂર્ણ તપાસ કરાવવી જોઈએ. આ તપાસથી અમે અને અન્યોએ ઘણાં વહેલાં નિદાન કર્યાં છે.

**યાદ રાખો કે, છાતીનો દુખાવો ભલે પછી તે થોડી સેકંડો બાદ કે મિનિટો પછી મટી ગયો હોય, તેમાંના બધા હૃદયરોગનો દુખાવો ન હોય, તો પણ આપણે પૂરી તપાસ કરાવીએ છીએ, તેમ પાયનતંત્રના રક્તસ્રાવ (BLEEDING) માટે ગણવું. કુદરતની એક વોર્નિંગ સાર્થન ગણી બીજી વોર્નિંગની રાહ જોયા વિના તપાસ કરાવવી. રક્તસ્રાવનું કારણ શોધવા પરીક્ષણ કરાવવું જોઈએ.**

## મોટા આંતરડાના ૧-૩ સ્ટેજના કેન્સરની સારવાર અને પેથોલોજિસ્ટની ભૂમિકા

**જીવનગાળામાં વધારો (Increment in Absolute Survival)**  
- "હૃદયરોગ" એટલે કે એક્યુટ એમ આઈની સારવાર પછી ૨-૬% છે.  
- મોટા આંતરડાના કેન્સરની પોસ્ટ ઓપરેટિવ કિમોથેરાપી પછી ૧૦-૨૦% છે.

**મોટા આંતરડાના કેન્સરની સારવાર તમે કેવી રીતે કરો છો ?**

સારવાર વહેલા અને મોડા સ્ટેજ મુજબ વિભાજિત કરવામાં આવે છે.

૧થી ૩ સ્ટેજ માટે, પ્રાથમિક સારવાર છે શસ્ત્રક્રિયા, યોગ્ય લિમ્ફનોડ

ડિસેક્શન સહિતની હેમી કોલેક્ટોમી છે. ફરી એક વાર કહીશ કે આ શસ્ત્રક્રિયા એવા તાલીમપ્રાપ્ત ડૉક્ટરના હાથે કરાવવી જોઈએ કે જે નિયમિત રીતે મોટા આંતરડાના કેન્સરની શસ્ત્રક્રિયા કરતા હોય. ઓપરેશન દરમિયાનના મૂલ્યાંકનમાં, ખાસ કરીને યકૃત અને પેરીટોનિયમમાં સિન્કોનસ, પ્રાથમિક અથવા ફેલાયેલા (મેટાસ્ટેટિક) રોગની અથવા આંતરડામાં બીજા કેન્સરની (SYN-CHRONOUS PRIMARY) તપાસ પણ કરવી જોઈએ.

**મોટા આંતરડાના કેન્સરમાં અન્ય મોડેલિટીઝની શી ભૂમિકા છે ?**

કિમોથેરાપીના સ્વરૂપે સહાયક થેરાપી બહુ મહત્વની છે. રેડિયોથેરાપીની ભૂમિકા મર્યાદિત છે, માત્ર મોટા આંતરડાના કેન્સરમાં ભાગ્યે જ જરૂર પડે, તેમ છતાં મળાશયના (Rectum) કેન્સરમાં રેડિયોથેરાપી બહુ અગત્યની છે, જે આપણે પછીથી જોઈશું.

**કિમોથેરાપીમાં કોઈ ખાસ નવાં સંશોધન છે ?**

મોટા આંતરડાના કેન્સરની સારવાર ઘણાં વર્ષોથી ફક્ત ૫-એફ્યુ અને લ્યુકોવરિન દ્વારા થતી હતી. છેલ્લા દાયકામાં ઘણી નવી દવાઓ શોધાઈ છે, તે વધુ અસરકારક, ઓછી આડ અસરવાળી અને વધુ સગવડતાપૂર્વક આપી શકાય છે.

સહાયક એટલે કે એડ્યુવન્ટ કિમોથેરાપી, સ્ટેજ અને પોઝિટીવ નોડ્સના આધારે જીવનગાળામાં લગભગ ૧૦-૨૦% જેટલો વધારો કરે છે. અન્ય સામાન્ય રોગોમાં આપણી જે ઉપલબ્ધિ છે તે જોતાં આ વધારો ઘણો સારો છે. દા.ત. હૃદયરોગમાં સ્ટ્રેપ્ટોકોઈનેઝ અથવા ટી-પીએ (t-PA) જીવનગાળામાં જે વધારો કરે છે તે ૨% જેટલો હોય છે

હજી યે ૫-એફ્યુ/એલવી ઘણા દર્દીઓમાં અગત્યનું છે પણ મોઝેઈક ટ્રાયલમાં જોઈ શકાય છે તેમ

**પેથોલોજિસ્ટની ભૂમિકા**

અત્રે પેથોલોજિસ્ટની બહુ મહત્વની ભૂમિકા નોંધવી રસપ્રદ થઈ પડશે. કેન્સરમાં હિસ્ટોપેથોલોજી તપાસ પણ એટલી જ અગત્યની છે. શસ્ત્રક્રિયાની ગુણવત્તા જાણવા માટે એક સારો પેથોલોજી રિવ્યુ એ પહેલું કદમ છે.

સર્જિકલ રિસેક્શન (શસ્ત્રક્રિયાના કાપાઓની જગ્યાઓ)ના માર્જિન ચકાસવા, કાટેલી નોડ્સની સંખ્યા, ગાંઠની સાર્થઝ, લિમ્ફોવાસ્ક્યુલર ઇન્વેઝન, બાજુની ફેટમાં પ્રસાર જેવાં અન્ય લક્ષણો બરાબર તપાસવાં જરૂરી છે.

મૂલ્યાંકન થયેલી લિમ્ફનોડ્સની સંખ્યા એટલી અગત્યની છે કે, જો ૧૨ કરતાં ઓછી નોડ્સ મળે તો એ અધૂરું ઓપરેશન ગણાય (કાં તો પેથોલોજિસ્ટે પૂરતી મહેનત ન કરી હોય).

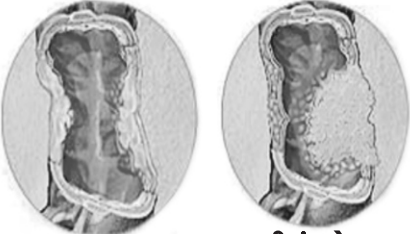
ઓક્સાલિપ્લેટીનનો ઉમેરો કરવાથી પરિણામોમાં ઘણો સુધારો છે.

કેપસાઈટાબીન એ મોઢેથી લેવાની દવા છે, જે ગાંઠમાં જઈને જ ૫-એફ્યુ દવામાં ફેરવાય છે. આ પદ્ધતિને લીધે ઈજેક્શનના બદલે ગોળીથી સારવાર થઈ

શકે છે જે દર્દી માટે બહુ મોટી રાહતરૂપ છે. અમે ૮૦%થી વધારે દર્દીઓમાં આ રીતે જ સારવાર કરીએ છીએ, અને હવે ઈન્ટ્રાવિનસ પ-એફ્યુનો ઉપયોગ ભાગ્યે જ કરીએ છીએ.


હવે બેવાસિજુમાબ અને સિટુક્સીમાબ જેવાં મોનોક્લોનલ એન્ટિબોડીઝે ફેલાયેલા રોગમાં પણ સારાં પરિણામ આપ્યાં છે, પણ તે ટેમ્પરરી છે.

**મોટા આંતરડાનું કેન્સર**

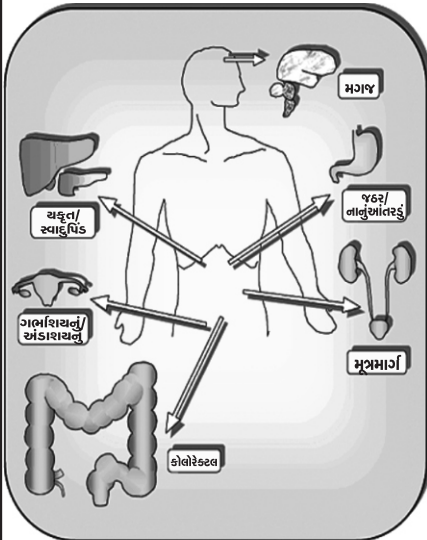


પહેલું સ્ટેજ      બીજું સ્ટેજ

લિમ્ફ નોડ



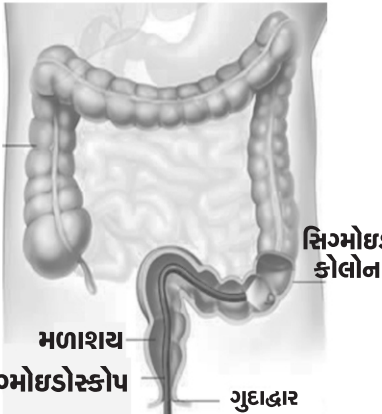
ત્રીજું સ્ટેજ



મગજ  
યકૃત/સ્વાદુપિંડ  
જઠર/નાનુંઆંતરડું  
મૂત્રમાર્ગ  
ગભાશયનું/અંડાશયનું  
કોલોરેક્ટલ

અથએનપીસીસી (HNPCC) સાથે સંકળાયેલ કોલોન અને એકસ્ટ્રા કોલોનિક કેન્સર

**સિગ્મોઇડોસ્કોપી**



મોટું આંતરડું      સિગ્મોઇડ કોલોન

મળાશય      ગુદાદ્વાર

સિગ્મોઇડોસ્કોપ      ગુદાદ્વાર

**મોટા આંતરડાનું અને મળાશયનું કેન્સર**



મોટા આંતરડાનું કેન્સર રચતું વલય (કફ કેન્સર)

પોલીપોઇડ કાર્સીનોમા      મળાશયનું કેન્સર

રક્તસ્રાવ      ગુદાદ્વારનું કેન્સર

## મોટા આંતરડાના ઈયા સ્ટેજના કેન્સરની સારવાર

મોટા આંતરડાના ઈયા સ્ટેજના કેન્સરના ૩૦% જેટલા દર્દીઓ સાજ થઈ શકે છે.

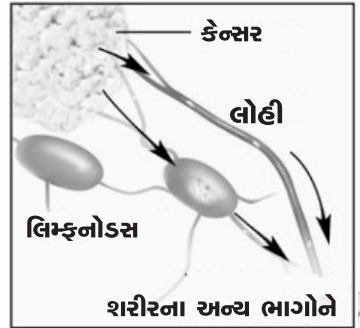
મોટા આંતરડાનું કેન્સર એ પ્રકારના થોડાંક કેન્સર પૈકીનું છે, જેમાં ઘણા, બલ્કે ઈયા તબક્કાના દર્દીઓમાં પણ સાજ થવાની શક્યતા વધારે છે. આવું મોટા ભાગના કેન્સરના અન્ય પ્રકારોમાં અશક્ય છે.

મોટા આંતરડાના કેન્સરમાં ફેલાયેલો (મેટાસ્ટેટિક) રોગ મોટા ભાગે યકૃત, ફેફસાં, પેરીટોનિયમમાં જોવા મળે છે. ખાસ કરીને, ઉથલો મારે, ત્યારે મોટા ભાગના દર્દીઓને યકૃત

(લિવર) મેટાસ્ટેસીસ હોય છે. અને આ એટલે કે યકૃત મેટાસ્ટેસીસ ઘણીવાર ઓપરેશનથી કાઢી શકાય છે.

એટલે, જો દર્દીને મેટાસ્ટેટિક અને મૂળ સ્થળે રિસેક્ટેબલ રોગ હોય તો એકવારના અથવા બે તબક્કાના ઓપરેશનમાં એ બધું દૂર કરાવવું જોઈએ.

**આપ એમ કહેવા માગો છો કે આવા બધા દર્દીઓ શસ્ત્રક્રિયા કરાવી શકે છે અને તેમાંથી કેટલા દર્દીઓ સાજ થઈ શકે છે?**



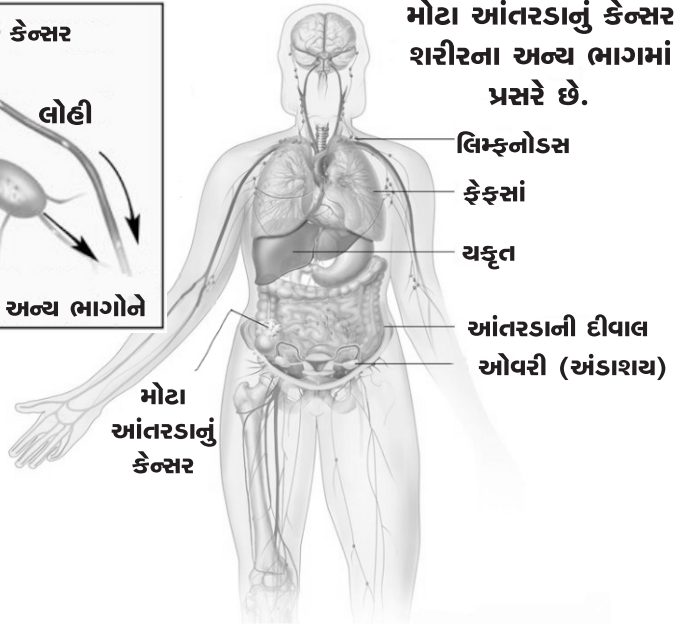
કેન્સર

લોહી

લિમ્ફનોડસ

શરીરના અન્ય ભાગોને

**મોટા આંતરડાનું કેન્સર શરીરના અન્ય ભાગમાં પ્રસારે છે.**



લિમ્ફનોડસ

ફેફસાં

યકૃત

આંતરડાની દીવાલ ઓવરી (અંડાશય)

મોટા આંતરડાનું કેન્સર

અલબત્ત, બધાં દર્દીઓમાં આ શક્ય નથી હોતું. અને આ મોટી શસ્ત્રક્રિયા હોવાને કારણે એમાં પસંદગી માટે કડક માપદંડ છે.

પહેલું તો, આર ઝીરો રિસેક્શન (R0) એટલે કે તમામ રોગિષ્ટ હિસ્સો દૂર કરવાનું શક્ય હોય તો જ ઓપરેશન કરવું જોઈએ. અમુક ભાગ જ કાઢવો (Debulking surgery) એવા ઓપરેશનનો કોઈ જ રોલ નથી. દર્દીની સક્ષમતા (Fitness), યકૃત રિસેક્શન માટેની શસ્ત્રક્રિયાની તજજ્ઞતા અને પોસ્ટઓપરેટિવ કેરની વ્યવસ્થા પણ અગત્યનાં છે. રોગ ઝડપથી વધતો ન હોવો જોઈએ. રોગનાં સ્થાન નક્કી કરવામાં પીઈટી સ્કેન ઉપયોગી છે, જેથી બિનજરૂરી વાઢકાપ નિવારી શકાય.

આ દર્દીઓ પૈકી લગભગ ૩૦% દર્દીઓ આવી શસ્ત્રક્રિયા પછી સાજા થતા જોવા મળ્યા છે, એટલે કે ૫ વર્ષથી વધુ જીવી જાય છે. મોટા ભાગના મેટાસ્ટેટિક કેન્સરમાં ૫ વર્ષથી વધુ જીવી જવાનો દર ૫% થીય ઓછો હોય તેની તુલનામાં આ બહુ સાચું કહેવાય.

બોર્ડરલાઈન ઓપરેટિવ બિલીટી અથવા તો સાવ જ ઓપરેશન ન થઈ શકે તેવા રોગ ધરાવતા દર્દીઓ માટે ક્રિમોથેરાપી, અને આર્થિક રીતે શક્ય હોય તો મોનોક્લોનલ એન્ટીબોડી

(બેવાસીઝુમાબ અથવા સિટુક્સીમાબ) આપવી જોઈએ.

આવા દર્દીઓમાં ૨૦-૪૦%ને ઓપરેશન થઈ શકે તેવા સ્ટેજમાં પરિવર્તિત કરી શકાય છે. આવા દર્દીઓ ઘણી વાર ખાસું લાંબુ જીવી જતા હોય છે.

ખરેખર તો, સિસ્ટેમિક થેરાપી એટલી અસરકારક બની છે અને એટલા બધા વિકલ્પો છે કે ઓપરેશન ન થાય તો પણ સંખ્યાબંધ દર્દીઓ ૩-૪ વર્ષ જેટલું જીવી જાય છે.

**જિનેટિક પરીક્ષણો વિશે કંઈ માહિતી આપી શકો ?**

હા, આ પણ બહુ રસપ્રદ વાત છે, કેમકે હવે આપણે કેટલાંક પરીક્ષણોને આધારે ક્યા દર્દી કે ગાંઠ માટે કઈ દવા કામ કરશે તે કહી શકીએ છીએ. વિવિધ બે કટેરિયા (જીવાણુઓ) માટે એન્ટિબાયોટિક સંસેન્ટિબીલિટી ટેસ્ટ હોય છે એવું જ કંઈક આ કહી શકાય.

એક ઉદાહરણ આપું : સિટુક્સીમાબ એ દવા છે જે દર્દીની ગાંઠમાં જો વાઈલ્ડ પ્રકારનો K-RAS કે-આરએએસ જીન હોય તો જ મોટા આંતરડાંના કેન્સરમાં કામ કરી શકે. એટલે કે જો દર્દીની ગાંઠ (ટ્યૂમર) મ્યુટેશન દર્શાવે તો એમાં આ દવા ન વાપરવી જોઈએ. આવાં અન્ય ઉદાહરણો છે જેના વિષે આપણે અન્ય સમયે વાત કરીશું.

## મળાશયનું (Rectum) કેન્સર

સામાન્ય રીતે પુખ્ત વયના માનવીમાં મોટું આંતરડું ૬.૫ સેમી. પહોળું અને ૧.૫ મીટર લાંબું હોય છે. નાના આંતરડાના છેડાથી ગુદા સુધી લંબાયેલું હોય છે. અને તેની શરૂઆતમાં આંતરડુ ૨૬ (appendix) આવેલું છે.

(૧) સીકમ (અંધાંત્ર)

(૨) એસેન્ડીંગ (ઉપર ચડતું)

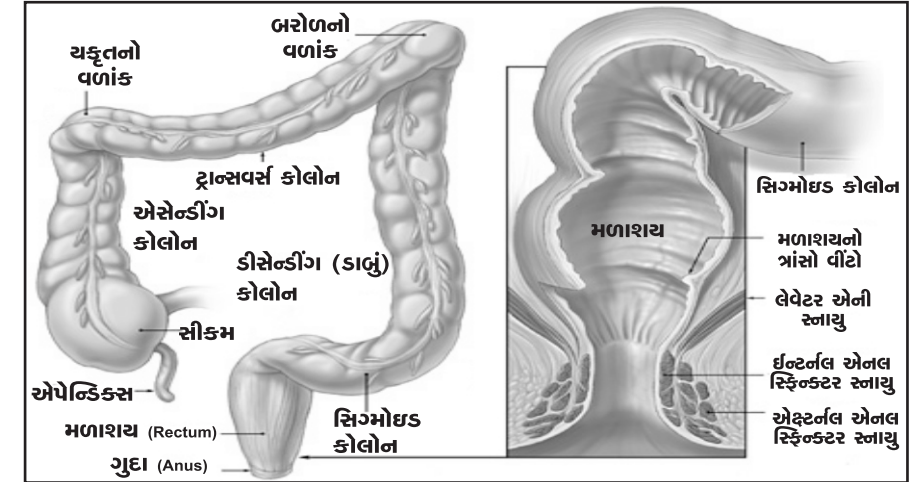
(૩) ટ્રાન્સવર્સ (આડું) અને

(૪) ડીસેન્ડીંગ (નીચે ઉતરતું)

(૫) પેલ્વિક અથવા સિગ્મોઈડ ભાગ તથા

(૬) રેક્ટમ (મળાશય).

મળાશય ૨૦ સેમી લાંબું હોય છે. અને તેના છેલ્લા ૨થી ૩ સેમી ભાગને ગુદા (anus) કહે છે.



## મળાશયના (Rectum) કેન્સરની સારવાર

- સર્જરી -ટીએમઈ
- ક્રિમોરેડિયેશન
- ટી૩એન+પ્રિઓપરેટિવ ક્રિમોરેડિયેશન

**મળાશય (રેક્ટમ)ના કેન્સરની સારવાર શું છે ? એમાં અભિગમમાં કોઈ તફાવત ખરો ?**

હા, તેમ છતાં સારવાર અંગે મોટા ભાગના સિદ્ધાંતો સરખા જ છે. કેટલાક મહત્વના તફાવત છે.

## આ તફાવતો શું છે ?

મળાશયનું શરીરમાં જે સ્થાન છે તે મોટા આતંરડા કરતાં અલગ (Different Anatomy) છે. જેને કારણે અમુક મહત્વના ફેરફાર જરૂરી છે.

### મહત્વના મુદ્દાઓ

૧. રેક્ટમની આસપાસના પેલ્વિક ઓર્ગનસ સાથેની નિકટતા (નજીકમાં મોટી નસો, બ્લેડર વગેરે)
૨. સીરોસાનો અભાવ
૩. વાઈડ સર્જિકલ માર્જિન મળવાની શક્યતા ઓછી.

આ પરિબળોને કારણે માત્ર સિસ્ટેમિક થેરાપી કરતાં લોકોરીજિયોનલ સારવાર બહુ અગત્યની છે. લોકોરીજિયોનલ સારવારમાં થયેલાં સંશોધનોએ પરિણામોમાં નોંધપાત્ર સુધારો કર્યો છે.

### આ સંશોધનો ક્યાં છે?

પહેલો સુધારો છે શસ્ત્રક્રિયાની ટેકનિકમાં એટલે કે ટીએમઈ- ટોટલ મેસોરેક્ટલ એક્સિઝન. એ હવે સ્ટાન્ડર્ડ ઓફ કેર છે અને એ દરેક દર્દીઓમાં ઉપયોગમાં લેવાવી જોઈએ. પરંતુ હજુ પણ ઘણા સર્જનો આ ટેકનિકથી ઓપરેશન કરી શકતા નથી.

બીજું છે, એડ્જુવન્ટ (પોસ્ટ-ઓપરેટિવ-સહાયક) કિમોથેરાપી અને રેડિયોથેરાપી, જેનાથી ઘણા સારાં પરિણામો મળ્યાં છે. બહુ જ વહેલા સ્ટેજના

કેન્સર સિવાય મોટા ભાગના રેક્ટલ કેન્સરમાં આ સારવાર જરૂરી છે.

### સ્કિન્કટરની ખોટ અને કાયમી કોલોસ્ટોમી એટલે શું ? એ શું દરેક દર્દી માટે છે ? એનાથી બચવાની શક્યતા છે?

પહેલું તો દરેક દર્દીને કાયમી કોલોસ્ટોમીની જરૂર નથી. માત્ર સ્કિન્કટરની બહુ જ નજીક ગાંઠ હોય તેવા દર્દી માટે જરૂરી છે. બીજું, કોલોસ્ટોમી કેર વર્ષો વીત્યાં નોંધપાત્ર રીતે સુધારો પામી છે, અને દર્દીઓ ઘણી સારી જિંદગી જીવે છે.

તેમ છતાં પ્રસંગોપાત બને કે દર્દીને લોકલ(જે તે જગ્યાએ) તકલીફ વારંવાર થાય, બેચેન થઈ જવાય. ઉપરાંત, મોટા ભાગના દર્દીઓ માટે શરૂઆતમાં એને સ્વીકારવું અઘરું છે.

પ્રિઓપરેટિવ કિમોરેડિયોથેરાપી હવે ટી૩ ટ્યૂમર્સ માટે અને રેડિયોલોજિકલી પોઝીટીવ નોડ્સવાળા દર્દીઓ માટે સ્ટાન્ડર્ડ ઓફ કેર બની છે. આ કક્ષામાં ભારતના મોટા ભાગના દર્દીઓ આવી જાય છે.

બહેતર સર્જિકલ પરિણામો માટે આ સારવાર મુખ્યત્વે કરવામાં આવે છે, પરંતુ એ ઘણા દર્દીઓમાં કોલોસ્ટોમી ટાળવામાં પણ મદદ કરે છે.

ઓપરેશન પહેલાં આ રીતે કિમોથેરાપી અને રેડિયોથેરાપી આપવાથી ટ્યૂમર ઘણું નાનું થાય છે. જેથી ઓપરેશનનું પ્રમાણ ઘટાડી શકાય છે.

## કેસહિસ્ટ્રી

અમારા તાજેતરના ટી૩એનર રોગવાળા દર્દીઓ પૈકી એકના સગા યુએસએમાં હતા. પોતે ડોક્ટર હતા. તેમણે ત્યાં અનેક સહકાર્યકરોને કન્સલ્ટ કર્યા. રસપ્રદ વાત એ છે કે તે દરેકે તેમને એવું સમજાવીને પ્રિઓપરેટિવ કિમોરેડિયેશન લેવાનું સૂચન કરેલું, કે યુએસએમાં તો હવે આ રીતે જ સારવાર થાય છે.

ભારતમાં એમને ૩ કેન્સર સર્જને પહેલાં ઓપરેશન અને જીવનભર કોલોસ્ટોમીની જરૂર સમજાવી હતી. અમે એમને અહીં પ્રિઓપરેટિવ કિમોરેડિયેશન આપ્યું. દર્દી હવે યુએસએમાં છે. હવે એમનો રોગ સંપૂર્ણ નાબૂદ થઈ ગયો છે.

યુએસએમાં એમની સર્જરી કરવામાં આવી જે બે કરતાં ઓછા કલાકોમાં પૂરી થઈ ગઈ અને સોથી મહત્વની વાત એ છે કે કોલોસ્ટોમી ટાળવામાં આવી. કિમોરેડિયોથેરાપીને સારા પ્રતિસાદ માટે ઘન્યવાદ ઘટે, કેમકે કોલોસ્ટોમી ટાળવા માટે પૂરતું સર્જિકલ માર્જિન એને લીધે મળ્યું હતું.

- ટી૩ અથવા એન + ને સર્જરી પહેલાં કિમોરેડિયેશન મળવું જોઈએ
- કોલોસ્ટોમી અમુક કેસોમાં ટાળી શકાય છે.

### કિમોરેડિયોથેરાપી પછી શસ્ત્રક્રિયા કરવી અઘરી ન પડે ?

એક અગત્યનો પ્રશ્ન પૂછવા બદલ આભાર. શરૂઆતના ખૂબ જ નાના અભ્યાસોમાં આ ચિંતા દર્શાવવામાં આવેલી. તેમ છતાં, મોટા ભાગના કેન્દ્રોમાં લગભગ તમામ મોટા અભ્યાસો અને ક્લિનિકલ એક્સપિરિયન્સ હવે એક સરખા છે. ઉપરના દર્દીમાં જેમ દર્શાવ્યું તેમ એટલે કે કોમ્પ્લિકેશન્સના દરમાં કોઈ વધારો નથી, જેમકે બ્લીડીંગ, શસ્ત્રક્રિયાનો સમયગાળો, પોસ્ટ ઓપરેટિવ રિકવરી સમય વગેરે. કિમોરેડિયેશન પૂરું થયા પછી

શસ્ત્રક્રિયા ૫-૧૦ અઠવારિયામાં થઈ જાય તે ઈચ્છનીય છે. અમારા કેન્દ્રમાં પણ તેવો જ અનુભવ છે.

### નવાં કિમોરેડિયેશન અલગ છે કે જે સારાં પરિણામો આપે ?

હા, એ પણ ઘણી હદે સાચું છે. હવે રેડિયોથેરાપી મશીન્સમાં ઘણા સુધારા થયા છે, બહેતર ટ્રેઈન્ડ રેડિયેશન ઓન્કોલોજિસ્ટ્સ અને ફિઝિસિસ્ટ્સ છે, એથી આડઅસર નોંધપાત્ર રીતે ઘટી છે.

### કેપસાઇટાલીન ગોળીના રૂપમાં કિમોથેરાપી

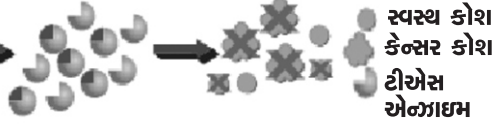
આ દવા ઈન્ફ્યુઝનલ ૫-એફ્યુનો (નસમાં અપાતી દવા) શ્રેષ્ઠ વિકલ્પ છે, જે રેડિયેશન સાથે સતત ૬ અઠવારિયાં સુધી અપાવી જોઈએ. પહેલાં દર્દીએ ૬ અઠવારિયા સુધી ઈન્ફ્યુઝન પંપ ૨૪ કલાક

## પ-એફયુ/કેપસાઈટાબીનનું મિકેનીઝમ

નોર્મલ ડીપીડી એન્જાઇમ  
મેટાબોલિઝમ અંદાજે ૧૫%  
એક્ટિવ ડ્રગમાં પરિણમે છે  
(ઘટ્ટનીય માત્રા)

૧૦૦%  
પ-એફયુ/કેપસાઈટાબીન

એક્ટિવ ડ્રગ ટ્યૂમર અને સ્વસ્થ કોશોમાં  
એન્જાઇમ(ટીએસ)ને ઇન્હીબીટ કરે છે.  
અસરકારક થેરાપ્યુટિક માત્રા



રાખવો પડતો. સારો ઇન્ફ્યુઝન પંપ એકાદ લાખ રૂપિયાથી વધુમાં મળે છે. ઉપરાંત, વ્યવહારુ રીતે એ અઘરું છે, એ જ હવે પ-એફયુની ઓરલ પ્રોડ્રગ એટલે કે કેપસાઈટાબીનમાં સરળતાથી મળી રહે છે, જે સ્વાભાવિક રીતે અનુકૂળ છે અને વધુ સલામત વિકલ્પ છે. ઉપરાંત, અન્ય દવાઓ જેમકે ઓક્સાલિપ્લાટીન, હવે રેડિયોથેરાપી સાથે આપી શકાય છે.

**પ-એફયુ ની પ્રોડ્રગ ? આ તો ઘણી સારી વાત છે.**

હા, તે જ જૂની પ-એફયુ જે ઘણા રોગોમાં સક્રિય છે. હવે એ મૌખિક દવાના રૂપમાં મળે છે. આ દવા કેન્સરના પોતાના એન્ઝાઇમનો ઉપયોગ કરીને ગાંઠમાં પ-એફયુમાં ફેરવાય છે.

### ફોલફોક્સ

મોટું આંતરડું અને મળાશય બંને કેન્સરમાં ઉપયોગમાં લેવાતા પથ્ય કે રેજિમેન પૈકી એક છે ફોલફોક્સ, જેમાં દર બે અઠવાડિયે બે દિવસ હોસ્પિટલમાં રહેવાનું જરૂરી છે. જેમાં ઇન્ફ્યુઝનરૂપે

પ-એફયુ ૪૮ કલાક સુધી આપવામાં આવે છે.

### કેપઓક્સ રેજિમેન

એ જ બાબત સરળતાથી મેળવી શકાય છે કેપઓક્સ રેજિમેનથી, જેમાં દર્દી દર ત્રણ અઠવાડિયે માત્ર બે કલાકના ઇન્ફ્યુઝન માટે આવે છે, એમાં હોસ્પિટલમાં રહેવાની જરૂર નથી અને ઓરલ કેપસાઈટાબીન અપાય છે.

### ફાર્મેકોજિનોમિક્સ

આ પ્રકારના પરીક્ષણથી દવાની આડઅસરો અંગે અગાઉથી કહી શકાય છે, જેથી શરૂઆતથી જ ડોઝ ઘટાડી શકાય છે.

આવાં પરીક્ષણો હવે ભારતમાં પણ ઉપલબ્ધ છે, જેમકે યુજીટી૧એ૧ પોલીમોર્ફિઝમ પરીક્ષણ ઈરીનોટેકન અંગે જાણવામાં મદદ કરે છે. આપણે અગાઉ અસરકારકતા શોધવાનાં પરીક્ષણો વિષે ચર્ચા કરી જ છે જેમ કે KRAS જિન ટેસ્ટ સિટુક્સીમાબ કામ કરશે કે નહીં તે જાણવા જરૂરી છે. નવી માર્ગદર્શનસંહિતા (Guidelines) DPD, TS વગેરે ટેસ્ટ ન કરવાની સલાહ આપે છે.

## ગુદાનું કેન્સર

હવે પછી છે ગુદાના કેન્સરની વાત. આ ઓછું જોવા મળતું કેન્સર છે. એ બે ભાગમાં વહેંચાય છે : એનલ કેનાલ અને એનલ માર્જિન(જે પેરીએનલ રિજિયન તરીકે પણ ઓળખાય છે). એ મોટે ભાગે સ્કવેમસ સેલ પ્રકારનું કેન્સર હોય છે.

મોટા ભાગના કિસ્સાઓમાં એ HPV-16 વાઈરસ ઇન્ફેક્શન સાથે સંકળાયેલું નજરે પડે છે. સર્વિક્સ (ગભાશય)નું કેન્સર પણ આ જ HPV ઇન્ફેક્શન સાથે સંકળાયેલું છે.

આથી ઇમ્યુનોસપ્રેશન, તે પછી દવાઓના રૂપમાં હોય કે એચઆઈવીથી હોય, પણ એનલ કેન્સરનું જોખમ વધારે છે.

હવે જ્યારે આપણી પાસે એચપીવી ઇન્ફેક્શન રોકવા માટે વેક્સિન ઉપલબ્ધ છે ત્યારે આ માહિતી ઘણી અગત્યની બની જાય છે.

## ગુદાના કેન્સરની સારવાર

સર્જરી	×
કિમોથેરાપી + રેડિયેશન	✓

**આપ કઈ રીતે આ રોગની સારવાર કરો છો ?**

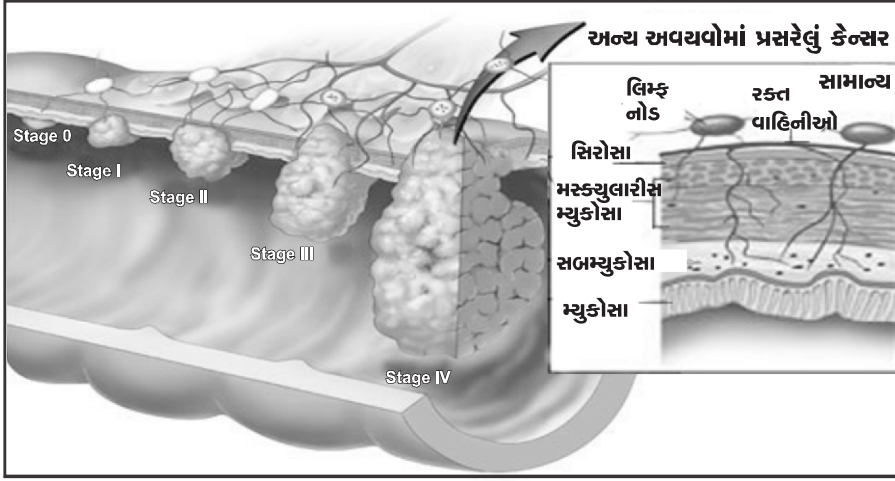
**ગુદા (એનલ)નું કેન્સર કેવી રીતે જણાય છે ?**

મોટા ભાગના દર્દીઓને ગુદામાંથી લોહી પડે છે, કેટલાકને દુખાવો થાય છે, કેટલાકને લોચા પડે છે. મોટા ભાગના દર્દીઓ લોહી પડવાને લીધે પહેલા કે બીજા સ્ટેજમાં આવે છે. તેમ છતાં, મસા (પાઈલ્સ) તરીકે ખોટું નિદાન થવાનો ડર રહેલો છે. એક કાળજીપૂર્વકની ચકાસણી અને બાયોપ્સીથી સાચું નિદાન શક્ય બને છે. સ્ટેજ નક્કી કરવાના કામમાં ઉદર/પેટું (એબ્ડોમન/પેલ્વિક)ના અને છાતીના સીટી સ્કેન અથવા જો શક્ય હોય તો પીઈટી-સીટીનો સમાવેશ થાય છે.

સ્ત્રી દર્દીઓએ પેપસ્મીઅર દ્વારા સર્વિકલ (ગભાશયનું મુખ) કેન્સર છે કે નહીં તે પણ સ્ક્રીનિંગ કરાવી લેવું જોઈએ, કેમકે બંનેનું કોમન રિસ્ક ફેક્ટર છે એચપીવી ઇન્ફેક્શન.

ભૂતકાળમાં શસ્ત્રક્રિયા એટલે કે એપીઆર (APR) એ સારવાર હતી. તેમ છતાં, એ કાયમી કોલોસ્ટોમી સાથે સંકળાયેલ છે અને નિષ્ફળતાનો દર બહુ ઊંચો, લગભગ ૫૦% જેટલો છે.

## ગુદામાર્ગ (એનલ કેનાલ)ના કેન્સરના તબક્કા



૮૦ના દાયકા પછી, એનલ કેન્સરની સ્ટાન્ડર્ડ સારવાર છે કિમોરેડિયેશન, જે કેટલીક રેન્ડોમાઈટ્સ ટ્રાયલ પર આધારિત છે. આ બધા અભ્યાસોએ એમ દર્શાવ્યું કે ૮૦% ક્યોર રેટ સાથે કિમોરેડિયેશન એ સર્જરી કરતાં બહેતર છે. અને આ ૮૦% કેસમાં કોલોસ્ટોમીની જરૂર પડતી નથી. માયટોમાયસિન અને પ-એફ્યુ કિમોથેરાપી દવાઓ રેડિયોથેરાપી સાથે આપવામાં આવે છે.

**એચઆઈવીના દર્દી અને એનલ કેન્સરનું શું ? શું તેઓ આ સારવાર સહન કરી શકે ?**

સારો પ્રશ્ન છે. એચઆઈવી ઈન્ફેક્શનના ભારતમાં ઘણા દર્દીઓ છે એટલે એને લગતા રોગો, કેન્સર સહિત વધુ ને વધુ જોવા મળે છે.

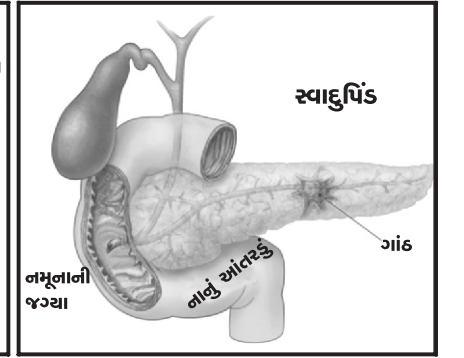
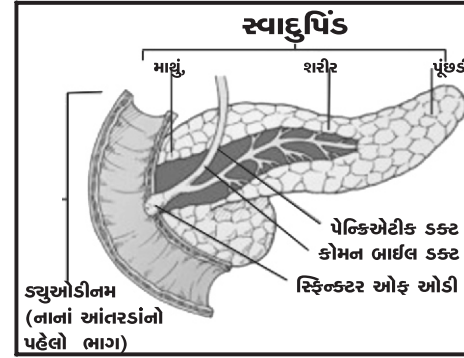
એચઆઈવીગ્રસ્ત દર્દીઓની રોગપ્રતિકારક શક્તિ આમેય ઓછી હોય છે. એટલે કિમોથેરાપી આપવું જોખમી બની શકે. આમ છતાં, ઘણા અભ્યાસમાં જણાયું છે કે સીડી ૪ કાઉન્ટ ૨૦૦થી વધુ હોય એવા દર્દીઓની સારવાર સલામત રીતે કરી શકાય છે. માયટોમાયસિન અન્ય રીતે તંદુરસ્ત દર્દીમાં બહુ ભાગ્યે જ તીવ્ર માયલોસપ્રેશન ઉત્પન્ન કરવા માટે જાણીતું છે. એને બદલે કોઈ સિસ્પ્લાટીનનો ઉપયોગ કરી શકે છે. દર્દીએ પોતાની રોગપ્રતિકારક શક્તિ સુધારવા માટે અત્યંત સક્રિય એવી એન્ટિરેટ્રોવાયરલ થેરાપી હાર્ટ(એચએએઆરટી-HAART) શરૂ કરી દેવી જોઈએ.

એટલે ટૂંકમાં કહીએ તો, આ સરખામણીએ ઓછું જોવા મળતું કેન્સર

છે, વહેલી તકે કાળજીપૂર્વકની તપાસ થવાથી કેટલીય વાર નિદાન વહેલું થઈ જાય છે, એમાં સાજા થવાનો દર ઘણો સારો છે, જીવનની ગુણવત્તા સારી જોવા મળી છે અને શસ્ત્રક્રિયા કરતાં કિમોરેડિયેશનના ઉપયોગ દ્વારા કાયમી

મટવાના ચાન્સ પણ ઘણા વધે છે, એચપીવી (HPV) ઈન્ફેક્શન સાથે રસપ્રદ રીતે સંકળાયેલ છે. એચઆઈવી ઈન્ફેક્શન વધતાં જતા હોવાથી આ કેન્સરનો દર વધતો જોવા મળ્યો છે.

## પેન્ક્રિયાનું કેન્સર



**સ્વાદુપિંડ (પેન્ક્રિયા)ના કેન્સરની સારવાર શું અઘરી છે ?**

આ એવું કેન્સર છે, જે મોટે ભાગે બહુ એડવાન્સ સ્ટેજમાં દેખાય છે, કારણ કે એનાં ચિહ્નો ખાસ કે વિશિષ્ટ હોતાં નથી, જેમકે ઊબકા, ડિસપેપ્સીઆ, ડિપ્રેશન, વજન ઘટી જવું, કમળો. ઉપરાંત, શસ્ત્રક્રિયા સિવાય અન્ય સારવારની અસર ઓછી છે.

**તો પછી તેની સારવાર કેવી રીતે થાય છે ?**

ફરી એક વાર કહું તો, શસ્ત્રક્રિયા

પ્રાથમિક સારવાર છે, પણ એડવાન્સ સ્ટેજના કારણે મોટે ભાગે શક્ય બનતું નથી. એટલે, રિસેક્ટીબિલીટી નક્કી કરવા માટે ઓછામાં ઓછું એક સારા સીટી સ્કેનની અને મલ્ટિરિસિપ્લીનરી મૂલ્યાંકનની જરૂર છે. ઈયુએસ (એક પ્રકારની સોનોગ્રાફી) અને લેપરોસ્કોપી જ્યાં ઉપલબ્ધ હોય ત્યાં કોઈક કિસ્સામાં નિર્ણય લેતી વખતે ઉમેરવા જરૂરી છે.

**કયા પ્રકારની શસ્ત્રક્રિયા કરવામાં આવે છે ?**

વિહપલ પ્રોસીજર અથવા તો

પેન્ક્રીએટિકો ડ્યુઓડેનોક્ટોમી (Pancreaticoduodenectomy) આ બહુ મોટી સર્જરી છે. એમાં મૃત્યુનું અને અન્ય કોમ્પ્લિકેશનનું જોખમ છે.

અભ્યાસોએ દર્શાવ્યું છે કે જે કેન્દ્રોમાં વર્ષે આવી પ થી વધુ શસ્ત્રક્રિયાઓ થાય છે એમાં શ્રેષ્ઠ પરિણામો મળે છે. કેન્દ્રો વચ્ચે મોટાંલિટી (જીવલેણતા) નો તફાવત ૪ ટકાથી માંડી ૨૦ ટકા જેટલો ઊંચો હોઈ શકે છે. એટલે કેન્દ્રની પસંદગી કરતી વખતે આ પ્રશ્ન પર ધ્યાન આપવું જરૂરી છે.

**અન્ય કયા પ્રશ્નોનું મૂલ્યાંકન થવું જોઈએ ?**

કેટલાક દર્દીઓ ‘બોર્ડરલાઈન રિસેક્ટેબલ’ હોય છે. આવા દર્દીઓને માટે પ્રિઓપરેટિવ કિમોથેરાપીનો વિચાર થવો જોઈએ, કેમકે આ દર્દીઓમાંના કેટલાક લોંગ ટર્મ સર્વાઈવલ મળે તેવા સ્ટેજમાં ફેરવાઈ શકે છે.

## અન્ય મોડેલિટીઝની ભૂમિકા

**અન્ય મોડેલિટીઝની ભૂમિકા શી છે?**

કમભાગ્યે અન્ય મોડેલિટીઝની ભૂમિકા અત્યારે તો સીમિત છે. પોસ્ટ-ઓપરેટિવ કિમોથેરાપી અને શક્યતઃ

બીજો અગત્યનો મુદ્દો એ છે કે સીટી ગાઈડેડ થાય કે ઈયુએસ ગાઈડેડ થાય, છતાં બાયોપ્સી ઘણીવાર નોર્મલ આવે છે. ક્લિનિકલી અને રેડિયોલોજિકલી પેન્ક્રિયાલ કેન્સર થયું હોવાની સંભાવના હોય, અને ઓપરેશનના સ્ટેજમાં હોય તો વારંવાર બાયોપ્સી કરાવ્યા વિના શસ્ત્રક્રિયા કરાવી લેવી જોઈએ.

તેમ છતાં, કિમોથેરાપી જેવી નોન-સર્જિકલ થેરાપી માટે બાયોપ્સીનું કન્ફર્મેશન ફરજિયાત છે.

એટલું જ નહીં, બિલિયરી ટ્રેઈનેજ (કમળો ઓછો કરવા) પણ મોટા ભાગના કિસ્સાઓમાં જરૂરી છે. તેમ છતાં, જો દર્દીનો કમળો કે ઈન્ફેક્શન (કોલેન્જાઈટિસ)નાં ચિહ્નો ન હોય તો એ અત્યંત જરૂરી નથી. બિલિયરી ટ્રેઈનેજ ERCP દ્વારા સ્ટેન્ટ મૂકીને કરી શકાય અથવા ઓપરેશનથી કરી શકાય.

કિમોરેડિયોથેરાપી પરિણામોમાં કંઈક વધારો કરી શકે છે અને અન્યથા જીવલેણ એવા આ રોગમાં જીવનગાળો વધારવા માટે આપવી જોઈએ. તેમ છતાં, ઘણા દર્દીઓ આવી મોટી સર્જરી પછી

રેડિયોથેરાપી લેવાની સ્થિતિમાં હોતા નથી. તાજેતરના કેટલાક અભ્યાસ એટલે કે ESPAC-1 (પ-એફ્યુના ઉપયોગ માટે) અને CONCO-001 (જેમસાઈટાબીનના ઉપયોગ માટે)ના આધારે કિમોથેરાપી એકલી કદાચ પૂરતી છે.

આમ તો નવી દવાઓનો ઉમેરો

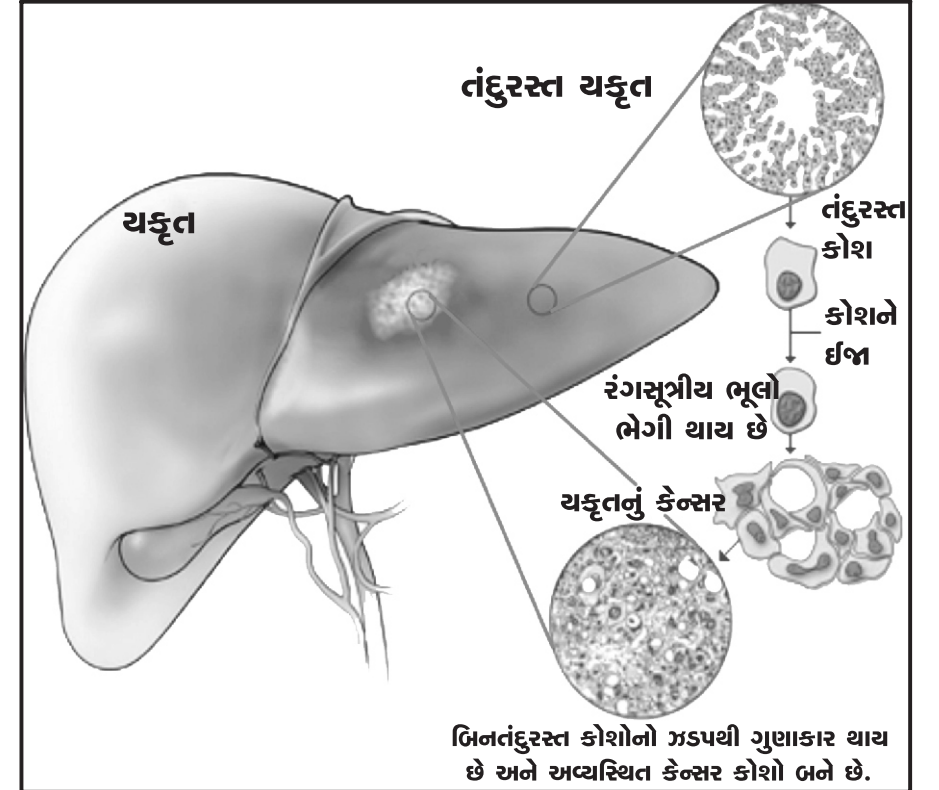
અને ટારગેટેડ થેરાપીઓએ નહિવત્ અથવા સીમિત ધોરણે અસર દર્શાવી છે. પ્રસરી ગયેલા કેન્સરમાં અમુક દવાઓ જે મ કે જે મ સાઈટાબીન અને નેનોપેકલીટેક્સલનું કોમ્બીનેશન અથવા Folforinox તરીકે જાણીતું કોમ્બીનેશન હવે થોડાં સારાં પરિણામ આપે છે.

## યકૃતનું કેન્સર

યકૃત (લિવર)ના કોશોનું કેન્સર વિશ્વભરમાં સામાન્ય રીતે જોવા મળતું એક કેન્સર છે, જેનો સૌથી વધારે વ્યાપ

એશિયામાં છે.

એશિયા અને આફ્રિકામાં, યકૃત કાર્સીનોમા-એચસીસી માટે હીપેટાઈટીસબી



બહુ જ સામાન્ય કારણ છે, જ્યારે અમેરિકામાં હીપેટાઈટીસ સી એવું કારણ છે. હીપેટાઈટીસ બી સામે અસરકારક રોગપ્રતિકારક શક્તિ જ કોનિક હીપેટાઈટીસબી અને એનાથી યકૃતનું કેન્સર થવાનો દર ઘટાડે છે.

તમામ આરોગ્ય સેવા કર્મચારીઓ, ડોક્ટરો, નર્સો સહિતના વગેરેએ ખાસ હીપેટાઈટીસ બી સામે રસી મૂકાવી લેવી જોઈએ. એ હવે ભારતના મોટા ભાગના ભાગોમાં બાળવયના રસીકરણ (Childhood vaccination) કાર્યક્રમમાં સામેલ છે. હોંગકોંગમાં, આ રસીકરણને લીધે યકૃતના કેન્સર કેસોમાં ખાસો ઘટાડો થયો છે.

### જોખમી પરિબલો

- (૧) હીપેટાઈટીસ બી
- (૨) હીપેટાઈટીસ સી
- (૩) સીરોસીસ (Cirrhosis) - કોઈ પણ કારણને લીધે
- (૪) મધપાન
- (૫) ઓટોઈમ્યુન હીપેટાઈટીસ
- (૬) જિનેટીક રોગો જેવા કે હીમોક્રોમેટોસિસ, પ્રાઈમરી બિલીયરી સીરોસિસ વગેરે.

### યકૃતના કેન્સરના ચિહ્નો અને લક્ષણો



### વહેલા નિદાનનું સાધન (સ્ક્રીનિંગ ટૂલ)

સીરોસીસવાળા દર્દીઓ અથવા હીપેટાઈટીસ બી કે સી વાળા દર્દીઓને ખાસ કરીને યકૃતનું કેન્સર થવાનું જોખમ ઘણું ઊંચું હોય છે. એવા સંજોગોમાં કોઈ સ્ક્રીનિંગ ટૂલ ખરું?

હા, એવું છે ખરું. એ આમ તો દરેક વ્યક્તિ માટે ભલામણ યોગ્ય નથી. પરંતુ જેમનું લીવર સીરોસીસના સ્ટેજ સુધી ખરાબ થઈ ચૂક્યું હોય તેમને માટે કેન્સરનું જોખમ વધારે છે. આ વ્યક્તિઓ માટે અમુક સ્ક્રીનિંગ ટેસ્ટની સલાહ આપવામાં આવે છે. ૧૮૦૦૦ દર્દીઓ પર કરવામાં આવેલ વિશાળ પાયાની રેન્ડમાઈઝ્ડ કન્ટ્રોલ ટ્રાયલે એ દર્શાવ્યું છે કે આ ટેસ્ટથી સર્વાઈવલમાં સુધારો થાય છે.

આ પરીક્ષણમાં દર છ મહિને પેટની સોનોગ્રાફી અને લોહીમાં એએફપી-AFP લેવલનો સમાવેશ થાય છે. એનાથી યકૃતના કેન્સરના કેસ વહેલી તકે ખબર પડે છે જેથી સર્જિકલ રિસેક્શન કરી શકાય અને એમજીવનગાળો વધે છે.



યકૃતનું કેન્સર

આ કેન્સર સામાન્ય રીતે મોડું કેમ ડીટેક્ટ થાય છે ?

યકૃતનું કેન્સર એ મોટે ભાગે એડ્વાન્સ સ્ટેજમાં જ પકડાય છે. કેમકે એનાં ચોક્કસ લક્ષણો નથી. જેમ કે ભૂખ મરી જવી, પેટના ઉપરના ભાગમાં દુખાવો, વજન ઘટી જવું, કમળો થવો વગેરે.

એએફપી, ટ્રાયફેસિક હેલીકલ સીટી કે એમઆરઆઈનો ઉપયોગ કરીને નિદાન કરવામાં આવે છે. સીટી પરથી દેખાતાં ક્લાસિક લક્ષણો ૨ સેમીથી મોટા ટ્યૂમર્સનું પૂરતું નિદાન કરે છે. ઈમેજિંગ અને એએફપીમાં ક્લાસિકલ તારણો મળે નહીં ત્યારે બાયોપ્સીની જરૂર પડે છે. ઉપરાંત ક્રિમોથેરાપી જેવી નોન-સર્જિકલ સારવાર માટે પણ બાયોપ્સીની જરૂર પડે છે.

## યકૃતના નવા જ નિદાન થયેલા કેન્સરનું મેનેજમેન્ટ

**આપ નવા જ નિદાન થયેલા યકૃતના કેન્સરને કઈ રીતે મેનેજ કરો છો ?**

પહેલું તો, પેટના સારા સીટી સ્કેન અથવા સીટી ચેસ્ટ (છાતીનો સીટી) જરૂરી છે. જો બોન પેઈન હોય કે લિવર ટ્રાન્સપ્લાન્ટ નક્કી થયું હોય તો બોન સ્કેનની જરૂર પડે.

પછી લિવરની કેપેસિટી (Liver Function Reserve) ની તપાસ થાય છે.

સારવારનો પ્રકાર અને પ્રોગ્નોસિસ માટે આ ચકાસણી જરૂરી છે. ઘણી વિવિધ સિસ્ટમો છે જેવી કે ચાઈલ્ડ-પથ (Child-pugh) સ્કોર, MELD સ્કોર, OKUDA, BCLS વગેરે. તેમાંના કેટલાક જે તે સ્ટેજ અને યકૃત, કિડની ફંક્શનને સાંકળે છે.

## સારવારના શા વિકલ્પો છે ?

સારવારના વિકલ્પોમાં શસ્ત્રક્રિયા, યકૃતનું પ્રત્યારોપણ, અન્ય લોકોરિજી-યોનલ થેરાપીઓ અને સિસ્ટેમિક થેરાપીનો સમાવેશ થાય છે. ઉપર જણાવેલ મૂલ્યાંકનના આધારે, એટલે કે સ્ટેજ અને યકૃતનું ફંક્શન, એમાં દર્દીઓને ૪ પ્રકારમાં મૂકી શકાય:

૧. પોટેન્શિયલી રિસેક્ટેબલ અથવા પ્રત્યારોપણક્ષમ
૨. અનરિસેક્ટેબલ-ઓપરેશન ન થાય એટલી સાઈઝ.
૩. યકૃતનું ઓછું કામ અથવા અન્ય શારીરિક રોગોનો કારણે ઓપરેશન શક્ય ન બને.
૪. મેટાસ્ટેટિક રોગ

ફરી એક વાર કહું કે આ ટીમવર્ક છે અને નક્કી કરેલી સારવાર આપવા માટે સંખ્યાબંધ સ્પેશિયાલિસ્ટોની

જરૂર પડે છે, જેમાં જીઆઈ સર્જન, ગેસ્ટ્રોએન્ટરોલોજિસ્ટ, મેડિકલ ઓન્કોલોજિસ્ટ, રેડિયોલોજિસ્ટ, ઈન્ટરવેન્શનલ રેડિયોલોજિસ્ટ, ઈન્ટેન્સિવિસ્ટ, નેફ્રોલોજિસ્ટ અને અન્યોની જરૂર પડે છે.

દર્દીઓને ઘણી વાર અન્ય સમસ્યાઓ જેમકે સીરોસિસ, સેકંડરી રિનલ ડિસ્ફંક્શન, હીપેટાઈટીસ બી કે સી, પોર્ટલ હાઈપરટેન્શન, બ્લીડિંગ ટેન્ડન્સી (રક્તસ્રાવ થતો હોય), નીચું આલ્બ્યુમીન, એન્સેફેલોપથી વગેરે પૈકી હોઈ શકે છે અને એની અસર નિર્ણય લેવામાં થતી હોય છે.

**આ બહુ જટિલ લાગે છે. કેટલા દર્દીઓ રિસેક્ટેબલ હોય છે ?**

હા, આ તો દેખાય છે તેનાથી પણ

વધુ જટિલ છે એટલે કે યકૃત ફંક્શનનું કે ટ્યૂમરનું એસેસમેન્ટ યકૃતના સંદર્ભમાં કરવું હવે તો વધારે રિફાઈન્ડ થયું છે, પણ હજુ પૂર્ણ ચોક્કસાઈથી દૂર છે. આટલી બધી સ્કોરિંગ સિસ્ટમો હોવા છતાં, એડવાન્સ સ્કેન હોવા છતાં ક્યારેક કુદરત હજુ પણ ઈન્ટ્રાઓપરેટિવ કે પોસ્ટઓપરેટિવમાં અણધાર્યું સર્જે છે. એટલે, અણધાર્યાં અને ખરાબ પરિણામો

ટાળવાં દરેકે મલ્ટિડિસિપ્લનરી મૂલ્યાંકન કે ઈવેલ્યુએશનનો આગ્રહ રાખવો જ જોઈએ.

આ બધાં સિવાય, બહુ ઓછા દર્દીઓ એવાં છે જે અમારી પાસે ઓપરેશન કરી શકીએ એ સ્ટેજ આવે છે અન્ય દર્દીઓ માટે લોકોરિજિયોનલ કે સિસ્ટેમિક થેરાપીઝનો ઉપયોગ કરવામાં આવે છે.

## અનરિસેક્ટેબલ દર્દીઓ

**અનરિસેક્ટેબલ દર્દી જેમકે જેને મોટા અથવા વધારે ટ્યૂમર છે અથવા તો ખરાબ લિવર ફંક્શન છે તેવા માટે સારવારના કયા વિકલ્પો ઉપલબ્ધ છે ?**

કાળજીપૂર્વક પસંદગી કરેલા થોડાક દર્દીઓ માટે ક્યુરેટિવ સારવારની હજુ તક છે એટલે કે યકૃતનું પ્રત્યારોપણ. જો દર્દીના કેટલાક માપદંડ વ્યવસ્થિત હોય, તો લાંબા જીવનગાળાની તક ૭૦-૮૦% જેટલી છે, યકૃતના પ્રત્યારોપણના મોટા લાભો પૈકી એક છે કે એનાથી સીરોટીક યકૃત દૂર થઈ જતાં અન્ય કોમ્પ્લિકેશન્સ પણ રોકી શકાય છે.

**પરંતુ ડોક્ટર, પ્રેક્ટિકલી કયા વિકલ્પો ઉપલબ્ધ છે ?**

મને લાગે છે કે આ મુદ્દે એ નોંધ લેવી

આવશ્યક છે કે ભારતમાં હવે યકૃતનું પ્રત્યારોપણ રિસેક્શન કરી શકે તેવા તાલીમબદ્ધ તબીબોની સંખ્યા વધી છે. ઉપરાંત, દેશભરમાં યકૃતના પ્રત્યારોપણના કેન્દ્રોની સંખ્યા પણ નોંધપાત્ર હદે વધી છે.

આપણે હવે સારવારના જૂના વિકલ્પો પૂરતા સીમિત નથી રહેવાનું અને ઉચ્ચ કક્ષાની સારવારના અભાવોની વાતો પણ ઝાઝી નહીં જોઈએ.

હવે ભારતમાં સંખ્યાબંધ દર્દીઓ પાસે વિદેશ જઈને કે પછી શહેર બહાર, રાજ્ય બહાર જઈને આ સારવાર મેળવવાના સાધનો અને મોટીવેશન ઉપલબ્ધ છે. સડક પરની વૈભવી કારો જોશો તો દેખાશે કે રાષ્ટ્રની ક્ષમતા વધી છે.

હું આપના વિચાર સાથે સંમત છું અને ત્રિસ્તરીય સંભાળ કેન્દ્રોમાં દર્દીઓને મોકલવાથી એ દર્દીઓનું પ્રમાણ વધશે કે જેમને ક્યુરેટિવ સારવારથી ફાયદો થશે. એચસીસી દર્દીઓ માટે ક્યા અન્ય વિકલ્પો છે ?

આરએફએ RFA -રેડિયોફ્રીક્વન્સી સાથે, પીઈએ - ઈથેનોલ ઈન્જેક્શન સાથે, કાયોએબલેશન, માઈક્રોવેવ એબ્લેશન સાથે લોકોરિજિયોનલ (એબ્લેશન અથવા એમ્બોલિઝેશન) કરી શકાય છે.

આ બધું મોટા ઓપરેશન વગર કરી શકાય છે. ૩ સેમી સાઈઝ કરતાં નાના ટ્યૂમર્સમાં મળી શકે છે. ૫૦ % કેસમાં લાંબો સમય કંટ્રોલ થઈ શકે છે.

એમ્બોલિઝેશન સારવાર બ્લેન્ડ બીડ્સ અથવા કિમોએમ્બોલિઝેશનનો ઉપયોગ કરીને થઈ શકે છે. પોર્ટલ વેઈન ઓબસ્ટ્રક્શન, ૩ કરતાં વધુ બિલીડીબીન ધરાવતાં દર્દીઓ બહુ સારા ઉમેદવાર ન ગણાય. રેડિયોએક્ટિવ મટીરીયલ

એમ્બોલિઝેશન એ પણ એક અસરકારક સારવાર છે.

સિસ્ટેમિક થેરાપીમાં ઓરલ (ગોળી) મલ્ટીકાઈનેઝ ઈન્હીબીટર સોરાફેનિબનો સમાવેશ થાય છે જે સર્વાઈવલમાં સૌથી વધુ રિઝલ્ટ આપે છે. એ સિસ્ટેમિક થેરાપી માટે પસંદગીનો વિકલ્પ છે. તેમ છતાં, આ દવા ચાઈલ્ડ-પથ (Child Pugh)ના ક્લાસ A અને ક્લાસ B ના દર્દીમાં પરીક્ષણ થયું છે.

પીઆઈએએફ (PIA-F) એ કિમોથેરાપી કોમ્બીનેશન છે, જેમાં કેટલાક દર્દીઓમાં ખૂબ સારા પરિણામો જોવા મળ્યાં છે. અને ક્યારેક રિસેક્ટેબલ સ્ટેજમાં ફેરવાય છે.

ક્લાસ સીના દર્દીઓ માટે સામાન્યપણે કોઈ દવા શક્ય નથી. શ્રેષ્ઠ સપોર્ટીવ કેરની સલાહ છે.



## આપણે શા માટે કેન્સર જનજાગૃતિ અભિયાનમાં ભાગ લેવો જોઈએ ?

ભારતમાં આજે કેન્સરના દર્દીઓની સંખ્યા ખૂબ ઝડપથી વધતી જાય છે. ઈન્ડિયન કાઉન્સિલ ઓફ મેડિકલ રિસર્ચના એક અહેવાલમાં જણાવ્યા પ્રમાણે દેશમાં આઠમાંથી એક પુરૂષ અને નવમાંથી એક મહિલાને કેન્સર થવાનું જોખમરહેલું છે. ૨૦૨૦ સુધીમાં પ્રતિવર્ષે ૧૭.૩ લાખ વ્યક્તિ કેન્સરગ્રસ્ત થશે

આ ઉપરાંત આર્થિક રીતે જોવા જઈએ તો ખાલી ગુજરાતમાં જ દર વર્ષે આશરે ૧૬૦૦ કરોડ રૂપિયા કેન્સરની સારવાર પાછળ ખર્ચાય છે અને આટલો મોટો ખર્ચ થવામાં કેન્સરનું નિદાન મોડું થાય છે તે મુખ્ય કારણરૂપ છે.

આથી જો આપણે ધ્યાન આપીને આ જનજાગૃતિ અભિયાનમાં ભાગ લઈને, સૌ સાથે મળીને, શરૂઆતના સ્ટેજમાં જ કેન્સરના દર્દીનું નિદાન-સારવાર થઈ જાય તેમ કરીએ, અને આ ખર્ચને ૫૦% ઘટાડીએ તો પણ ખર્ચમાં રૂપિયા ૮૦૦ કરોડ સુધીની બચત થઈ શકશે.

આ ઉપરાંત દર્દી પૂરેપૂરું આયુષ્ય ભોગવી શકશે જેનું મૂલ્ય કરવું શક્ય નથી. આથી કેન્સરને રોકવા જરૂરી પગલાં લેવા અને કેન્સરની જનજાગૃતિ અભિયાનમાં ભાગ લેવો એ આપણા સૌની સામૂહિક જવાબદારી થાય છે.

(૧) કેન્સરનું નિદાન શા માટે બને તેટલું વહેલી તકે થવું જોઈએ ?

કેન્સરને મટાડવા કેન્સરનું નિદાન બને તેટલું વહેલી તકે થવું જોઈએ. જેથી તેની ઝડપી સારવાર વહેલી શક્ય બને. કારણ કે આજની આધુનિક સારવાર દ્વારા લગભગ બધાં જ પ્રકારનાં કેન્સરને તેની પ્રારંભિક અવસ્થામાં મટાડી શકાય તેમ છે.

(૨) કેન્સરનું નિદાન વહેલું થવાથી દર્દીને શું ફાયદો થાય છે ?

શરૂઆતના સ્ટેજમાં કેન્સરનું નિદાન થાય તો તે સંપૂર્ણ મટી શકે છે જેથી દર્દી પૂરું આયુષ્ય ભોગવી શકે છે તેમજ સારવાર માટેનો ખર્ચ પણ ખૂબ ઓછો આવે છે. તેમજ શારીરિક, માનસિક અને આર્થિક ત્રાસમાંથી છુટકારો/રાહત મળે છે.

(૩) કેન્સરનું નિદાન મોડું થવાથી દર્દીને શું નુકસાન થાય છે ?

જો કોઈ દર્દી એડવાન્સ સ્ટેજમાં સારવાર લેવા આવે તો શરૂઆતના સ્ટેજના પ્રમાણમાં અનેકગણો ખર્ચો કરે તો પણ ઘણીવાર અનેક જાતની શારીરિક તકલીફો સાથે રીબાઈ રીબાઈને મોટાભાગે મૃત્યુ તરફ ધકેલાઈ જાય છે. અને આ પરિસ્થિતિ બાદ આર્થિક રીતે પણ અનેક કુટુંબો કેન્સર પાછળ ખુવાર થઈ જતા જોવા મળે છે.



# કેન્સર

## જનજાગૃતિ અભિયાન

### ઉદ્દેશ અને તે પૂર્ણ કરવાના કાર્યક્રમ

#### કેન્સર મટી શકે છે એજ પાયાના સંદેશ સાથે

કેન્સરને થતું અટકાવવા, કાબૂમાં લેવા અને મટાડવા (પ્રિવેન્શન, કંટ્રોલ અને ક્યોર) માટે જન ભાગીદારીથી લોકજાગૃતિ લાવવા માટેનું આ મહાભગીરથ સેવાયજ્ઞનું ક્રાંતિકારી આયોજન કરવામાં આવ્યું છે.

#### કેન્સર જનજાગૃતિ અભિયાનનો ઉદ્દેશ

- (૧) સર્વ સામાન્ય જનતાને કેન્સર અંગે ખૂબ જ સરળ ભાષામાં સચિત્ર તબીબી માહિતી આપવી.
- (૨) કેન્સર પણ હવે મટી શકે છે અને ભારતમાં તેની આધુનિક સારવાર મળી શકે છે તેથી હવે કેન્સરથી ગભરાવાની જરૂર નથી પરંતુ તેની તાત્કાલિક સારવાર કરાવવી જોઈએ તેવું લોકોને સમજાવવું.
- (૩) કેન્સરના ભયસૂચક ચિહ્નો જણાય તો તાત્કાલિક ડૉક્ટરને બતાવવાથી શરૂઆતના સ્ટેજમાં જ કેન્સરનું નિદાન થઈ જાય છે. અને તેની સારવાર થઈ શકે છે. આથી દર્દી સાજો થઈ સંપૂર્ણ આરોગ્ય ભોગવી શકે છે અને ખુશખુશાલ જિંદગી જીવી શકે છે. આ વાત ખાસ ભારપૂર્વક લોકોને જણાવવી.
- (૪) આ માહિતી દ્વારા કેન્સર અંગે સાચી સમજ આપી કેન્સર અંગેનો ભય દૂર કરવો.

#### કેન્સર જનજાગૃતિ અભિયાનથી થનારા ફાયદા

- (પ) આ જાગૃતિને લીધે દર્દી બચી જશે અને તેનું કુટુંબ પણ આર્થિક, સામાજિક રીતે ખુવાર થતું અટકી જશે.
- (દ) કેન્સર જનજાગૃતિ અભિયાનથી કેન્સર પાછળ વપરાતા લાખો / કરોડો રૂપિયા બચી જશે.



# કેન્સર

## જનજાગૃતિ અભિયાન

### વિવિધ કાર્યક્રમો

#### કેન્સર અંગે સાચી સમજ પબ્લિક સ્પીકિંગ કાર્યક્રમ અને મેડિકલ કેમ્પ બેનર્સ, પોસ્ટર્સ, પેમ્ફ્લેટ સાથે

- (૧) આરોગ્ય ક્ષેત્રે બિલકુલ નવીનતમ અને સચોટ જાણકારી આપતો કેન્સર વિશે જાણો, કેન્સર મટી શકે છે, કેન્સરથી હવે ગભરાશો નહીં, જેવી માર્મિક સરળ ગુજરાતી ભાષામાં તદ્દન છેવાડાના નાનામાં નાના માનવીને વિચારતો કરી દે તેવો આ ક્રાંતિકારી અદ્ભુત કાર્યક્રમ છે.
- (૨) નિષ્ણાત વક્તા દ્વારા આ કાર્યક્રમમાં કેન્સરની સાચી સમજ સરળ ભાષામાં સચોટ માહિતી દ્વારા આપવામાં આવશે. કાર્યક્રમમાં બેનર્સ, પોસ્ટર્સ અને પેમ્ફ્લેટ વગેરેનો ઉપયોગ કરવામાં આવશે. જેથી કાર્યક્રમ ખૂબ જ રસપ્રદ અને જીવંત બની રહેશે.
- (૩) આથી જો આવા એક જ પબ્લિક સ્પીકિંગ કાર્યક્રમમાં હાજર રહેલ વ્યક્તિને આ બાબતે અપીલ થઈ જાય અને નિદાન સારવાર મેળવી લે તો આ રીતે અનેક અમૂલ્ય માનવજિંદગી બચી જશે. આ બાબતની પ્રતીતિ આવતીકાલના ગુજરાતમાં તમને ઘેરઘેર દેખાશે તેમાં જરાય નવાઈ નથી.
- (૪) ભારતમાં કેન્સર થાય છે, તેમાંના ૪૦ ટકા લોકોને તમાકુ કે દારૂનું અથવા બંનેનું વ્યસન હોય છે. આથી તમાકુ અને દારૂથી થતા કેન્સર તેમજ બીજા નુકસાન અંગે વિશેષ માહિતી આપવામાં આવશે. આ રીતે આ કાર્યક્રમથી તમાકુ અને દારૂના વ્યસનમુક્તિ અભિયાનને પણ ખૂબ વેગ મળશે. જે આ અભિયાનનો જબરજસ્ત ફાયદો ગણાશે.



## અન્ય કાર્યક્રમો



- (૧) કેન્સર જનજાગૃતિ અભિયાન
- (૨) વ્યસનમુક્ત ભારત જનજાગૃતિ અભિયાન માટે વિવિધ કાર્યક્રમોનું આયોજન કરવામાં આવે છે.

(૧) પેમ્ફલેટ વિતરણ	(૭) મેડિકલ કેમ્પ
(૨) પુસ્તક વિતરણ	(૮) ટોક શો
(૩) પોસ્ટર પ્રેઝન્ટેશન	(૯) નાટક
(૪) બેનર પ્રેઝન્ટેશન	(૧૦) સેમીનાર
(૫) રોડ શો	(૧૧) વર્કશોપ
(૬) મેરેથોન દોડ	(૧૨) કોન્ફરન્સ

ઉપરના કાર્યક્રમોમાં તમે પણ ભાગ લઈ શકો છો અને આ અભિયાનમાં મદદ કરી શકો છો.

**વ્યસનમુક્ત રહેવા માટે ઉત્તમપુસ્તકનું વાંચન કરો.**

રોજ ૧ કલાક પુસ્તક વાંચો અને જ્ઞાનના ભંડાર બનો.

દરેક શાળા, કોલેજ, સંસ્થા, ગામ અને શહેરમાં પુસ્તકોની લાયબ્રેરી હોવી જોઈએ કારણ કે પુસ્તક એ એવો મિત્ર છે જેનાથી સૌ કોઈને ઉત્તમસંસ્કાર મળે છે અને તેને લીધે વ્યસનથી દૂર રહી શકાય છે.

વિવિધ પ્રકારના ઉત્તમગુજરાતી, હિન્દી, અંગ્રેજી પુસ્તકોની લાયબ્રેરી બનાવવા અને ભવ્ય પુસ્તકમેળાનું આયોજન કરવા અમારો સંપર્ક કરો.



## કેન્સર જનજાગૃતિ અભિયાન વિવિધ કાર્યક્રમો

**કેન્સર અંગે સાચી સમજ  
પબ્લિક સ્પીકિંગ કાર્યક્રમ અને મેડિકલ કેમ્પ**  
બેનર્સ, પોસ્ટર્સ, પેમ્ફલેટ સાથે

### કેન્સર અંગેના પુસ્તકોનો અમૂલ્ય ખજાનો

1. કેન્સર વિશે જાણો-પોકેટબુક
2. કેન્સરથી ગભરાશો નહીં
3. લોહીનું કેન્સર
4. પાયનતંત્રનું કેન્સર
5. સ્તન કેન્સર
6. કેન્સર મટી શકે છે
7. મોં અને ગળાનું કેન્સર
8. સ્ત્રીઓને થતાં કેન્સર
9. ફેફસાંનું કેન્સર
10. Know about cancer પોકેટબુક
11. Cancer Can be Cured
12. Cancer No Fear No Worry
13. Cancer Simplified for you
14. Breast Cancer
15. Head and Neck Cancer
16. Blood Cancer
17. Gastrointestinal Cancer
18. Gynecological Cancers
19. Lung Cancer
20. કેન્સર કે बारे में जानिए - પોકેટબુક
21. કેન્સર से डरना कैसा ?
22. पाचनतंत्र का कैंसर
23. रक्त कैंसर
24. मुँह और गले का कैंसर
25. स्तन कैंसर
26. गायनेकोलોજिकल कैंसर



# વ્યસનમુક્ત ભારત

## જનજાગૃતિ અભિયાન

### વિવિધ કાર્યક્રમો

**‘તમાકુ અને દારૂથી થતા નુકસાન અંગે સાચી સમજ’નો પબ્લિક સ્પીકિંગ કાર્યક્રમ અને મેડિકલ કેમ્પ :**

**વ્યસન અંગેના પુસ્તકોનો અમૂલ્ય ખજાનો :**

1. તમાકુ-દારૂનું વ્યસન છોડો અને કરોડપતિ બનો - પોકેટબુક
2. તંબાકૂ-શરાબ કી લત છોડો ઓર કરોડપતિ બનો - પોકેટબુક
3. Quit Tobacco-Alcohol Be Mellionaire - પોકેટબુક
4. સંપૂર્ણ દારૂનિષેધ
5. દારૂનું વ્યસન એટલે વિનાશ જ વિનાશ
6. દારૂનું વ્યસન કરે જિંદગી બરબાદ
7. તમાકુનું વ્યસન એટલે સર્વનાશ
8. કેફીદ્રવ્યોનું વ્યસન એટલે સર્વનાશ
9. વ્યસનમુક્ત થઈ આનંદથી જીવો
10. વ્યસનમુક્ત હો કર આનંદ સે જિયે
11. તંબાકૂ કી લત યાનિ સર્વનાશ
12. શરાબ કી લત કરે જિંદગી બરબાદ
13. નશીલે દ્રવ્યોં કી લત મતલબ સર્વનાશ
14. Tobacco and Alcohol the Silent Killers
15. Drug Addiction means complete destruction
16. Be Free From Addiction And Live Happily

**: સંપર્ક :**

મો. ૯૮૭૯૫૦૦૧૭૯

હેલ્થકેર ઈન્ટરનેશનલ મલ્ટીથેરાપી ઈન્સ્ટિટ્યૂટ  
એ-૧, વિક્રમ એપાર્ટમેન્ટ, શ્રેયસ કોસિંગની પાસે,  
ઓવરબ્રિજ નીચે, ભુદરપુરા, આંબાવાડી, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.



DR P.G.Shah Ahmedabad  
DR P.G.Shah Ahmedabad Cancer  
DR P.G.Shah Ahmedabad Addiction