

بیماری قلبی - عروقی

بیماری های قلبی - عروقی یکی از علل عمده مرگ و میر در سطح جهان بوده و به عنوان اولین عامل مرگ، یک سوم کل مرگ و میرها را در جهان و ایران به خود اختصاص می دهند. عامل زمینه ای اصلی در تقریباً تمامی موارد بیماری های قلبی، **تصلب شریانی (سفت شدن شریانها) یا Atherosclerosis** است. این بیماری ها علاوه بر مرگ و میر بالا، عوارض قابل توجهی را نیز به جا می گذارند و از علل ناتوانی های مشخص به خصوص در سنین بالا هستند. با وجود پیشرفت های وسیع تشخیصی و درمانی هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکته قلبی می شوند، فوت می کنند که نیمی از این افراد در عرض یک ساعت اول سکته قلبی و قبل از رسیدن به بیمارستان فوت می کنند و دو سوم آنها که زنده می مانند، معمولاً بهبودی کامل نخواهند یافت و امکان عوارض غیر قابل برگشت وجود دارد. در عرض ۵ سال بعد از یک حمله قلبی، ۲۳٪ مردان و ۳۱٪ زنان دو مرتبه دچار از کارافتادگی می شوند. مرگ ناگهانی قلبی یکی دیگر از تظاهرات شایع گرفتاری عروق کرونر است و بیش از نیمی از بیمارانی که با مرگ ناگهانی قلبی فوت می کنند، هیچ سابقه ای از علائم قلبی نداشته اند. با این همه بیماری های قلبی - عروقی به سادگی و به صورت کامل و مؤثر قابل پیشگیری هستند. در واقع به غیر از سرطان ریه که با قطع سیگار قابل پیشگیری است، بیماریهای قلبی - عروقی قابل پیشگیری ترین بیماری غیر واگیر (مزم) انسان به شمار می روند.

آمارها نشان می دهد اکثریت ۳۲ میلیون نفری که هر ساله در جهان دچار حملات و شوک های قلبی میشوند، دارای یک یا چند عامل خطر زمینه ساز شامل فشارخون بالا، دیابت، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی، چربی خون بالا و کم تحرکی هستند.

بیماری زایی

آترواسکلروز بیماری پیشرونده ای است که روند آهسته و بی سرو صدایی دارد و از اوایل عمر شروع می شود. در زمان تولد، رگهای خونی قابلیت ارتجاعی یا الاستیسیته خوبی داشته و خون به راحتی از داخل آنها عبور می نماید اما به تدریج رسوب رگه های چربی در لایه شریان ها از دوره نوجوانی نمایان می گردد، این ضایعات در اوایل سنین بزرگسالی به سوی تشکیل پلاک پیشرفت می نماید.

با پیشرفت آترواسکلروز، دیواره شریان ها ضخیم تر و ضعیف تر شده و به تدریج باعث کاهش و حتی قطع عبور جریان خون می شود. این روند می تواند در هر عضوی از بدن ایجاد شود. تغییرات بعدی در این پلاکها، آنها را مستعد پارگی نموده و در نتیجه باعث ترومبوز، گرفتگی سرخرگ و در نهایت بروز علائم بیماری میشود.

عوامل خطر بیماریهای قلبی - عروقی

به طور کلی عوامل خطر بیماریهای قلبی - عروقی به ۴ گروه تقسیم بندی می شوند :

◀ تاثیر تعديل آنها در کاهش خطر اثبات شده است:

♥ سیگار

♥ کلسترول بالا

♥ رژیم پرچربی و مصرف زیاد کلسترول

♥ پرفشاری خون

♥ هیپرتروفی بطن چپ

♥ عوامل مساعدکننده ایجاد لخته (فیبریноژن بالا)

◀ تعديل آنها به احتمال زیاد خطر را پایین می آورد :

♥ دیابت

♥ بی تحرکی

♥ HDL کلسترول پایین (کمتر از ۳۵ میلی گرم در دسی لیتر در آقایان و کمتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر در خانمها)

♥ تری گلیسیرید بالا، LDL متراکم و کوچک

♥ چاقی

♥ یائسگی

◀ تعديل آنها ممکن است خطر را پایین بیاورد :

♥ عوامل اجتماعی - روانی

♥ سطح لیپو پروتئین a بالا

♥ سطح هموسیستئین بالا

◀ غیر قابل تعديل :

♥ سن (بیشتر از ۴۵ سال در مردان و بیشتر از ۵۵ سال در زنان)

♥ جنس (مرد)

♥ سطح اجتماعی - اقتصادی پایین

♥ سابقه خانوادگی بروز زودرس بیماریهای قلبی - عروقی

سن

روند افزایش سن و پیری به طور اجتناب ناپذیری فرد را در معرض خطر تصلب شرائین و عوارض ناشی از آن قرار می دهد. بیش از ۸۰٪ افرادی که به دلیل بیماری های قلبی - عروقی می میرند بیش از ۶۵ سال دارند. با افزایش سن علاوه بر سخت شدن عروق (آترواسکلروز) ابتدا به سایر بیماری ها مانند فشارخون بالا نیز ممکن است مشکل را تشدید کند. پر واضح است که این روند تحت تاثیر شیوه زندگی از جمله رژیم غذایی و فعالیت جسمی است.

افراد مذکر بیش از افراد مونث در معرض خطر تصلب شرائین هستند. زنان قبل از یائسگی به دلیل وجود هورمون های جنسی خود در مقابل بیماری های قلبی - عروقی محافظت نسبی می شوند. با این حال هنوز هم بیماری های قلبی - عروقی علت اصلی مرگ و میر در زنان می باشند. پس از یائسگی، این خطر به سرعت در زنان افزایش می یابد. پس از ۶۵ سالگی خطر ابتلا در زنان مشابه مردان همسن خود بوده و حتی پس از ۷۵ سالگی زنان نسبت به مردان همسن خود در معرض خطر بیشتر ابتلا به بیماری های قلبی- عروقی می باشند.

سابقه خانوادگی

وجود سابقه بیماری های قلبی - عروقی زودرس در فامیل، یک عامل خطرزای مستقل محسوب می گردد و بیشتر در افرادی که در سنین جوانی دچار این قبیل بیماری ها می شوند و شرح حال بیماری قلبی - عروقی زودرس (کمتر از سن ۵۵ سالگی) در خانواده خود دارند از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

* از نظر تعریف، شرح حال بیماریهای قلبی - عروقی زودرس شامل سکته قلبی، سکته مغزی، وجود ضایعات عروق کرونر در آنژیوگرافی، مرگ ناگهانی و بیماری های عروق محیطی در پدر، مادر، برادر، خواهر، پدربزرگ، عمو، عمه، دایی و یا خاله در سن کمتر یا برابر ۵۵ سالگی است.*

بیماری های قلبی - عروقی زودرس

هر چند بیشتر موارد ابتلا به بیماری های قلبی - عروقی از جمله سکته قلبی در افراد دارای سن بیش از ۵۵ سال رخ می دهد، اما بیش از ۵ تا ۱۰ درصد موارد آن را افراد جوان تر تشکیل می دهند. عوامل زیر در بروز این عارضه در سنین کمتر از ۵۵ سالگی نقش دارند :

توارث، اختلالات لیپو پروتئین ها، افزایش انعقادپذیری، بالا بودن سطح هموسیستئین خون، التهاب، نژاد آسیایی جنوبی .

✓ مهم ترین نکته در مورد مبتلایان به بیماریهای قلبی زودرس، تشخیص و درمان به موقع عوامل خطرزای موجود در این قبیل افراد، قبل از بروز علائم بیماری، یعنی پیشگیری است .

اختلال چربی خون

مطالعات گوناگون نشان داده که کلسترول در ایجاد آترواسکلروز نقش بارزی دارد و هم چنین در این مطالعات نشان داده شده که حداقل از کلسترول 160mg/dl به بالا رابطه ای مثبت و قوی بین کلسترول و بروز بیماری قلبی و نیز میزان

مرگ و میر وجود دارد. علاوه بر این، نقش مرکزی کلسترول بالا نیز مورد تاکید قرار گرفته است، به طوری که در جوامعی که در آنها سطح کلسترول پایین است، حتی با شیوع بالای مصرف سیگار یا پرفشاری خون، شیوع بیماریهای قلبی - عروقی نیز پایین است. مطالعات مداخله ای بعدی نشان دادند که با کاهش سطح کلسترول، صرف نظر از روش به کار رفته (تغذیه ای، دارویی یا جراحی) میتوان میزان خطر را کاهش داد. در واقع هر ۱٪ کاهش کلسترول می تواند ۲ تا ۵٪ از خطر بروز بیماری قلبی - عروقی بکاهد.

توصیه می شود در افراد بالای ۲۰ سال، میزان لیپو پروتئین های سرم، هر ۵ سال یک بار اندازه گیری شود.

ابتلا به دیابت

مطالعات نشان داده که دیابت چه نوع وابسته به انسولین و چه غیر وابسته به انسولین عامل خطر اصلی و مهم برای آترواسکلروز است. آترواسکلروز عامل مرگ در ۸۰٪ بیماران دیابتی است. در بیماران دیابتی نوع ۱ احتمال مرگ در اثر تنگی عروق ۳ برابر بیشتر از همسالان غیر دیابتی آنها است. همین طور احتمال مرگ قلبی - عروقی در مردان دیابتی نوع ۲، دو برابر و در زنان ۴ برابر افزایش می یابد.

اختلالات چربی های خون (بیشتر به صورت بالا بودن تری گلیسیرید و پایین بودن HDL کلسترول) که در نوع دوم دیابت شایع تر و شدیدتر است نیز می تواند در ایجاد آترواسکلروز نقش مهمی داشته باشد. شیوع چاقی و پرفشاری خون در افراد دیابتی بیشتر است. بروز بیماری کلیوی نیز با بالا بردن فشار خون و ایجاد اختلال های چربی، خطر بروز بیماری قلبی - عروقی را به شدت بالا می برد.

زنان دیابتی قبل از یائسگی بیش از مردان در معرض بروز بیماری های قلبی - عروقی هستند و در واقع به نظر می رسد دیابت باعث می شود مقاومتی که زنان نسبت به مردان در بروز آترواسکلروز دارند از بین برود.

اندازه گیری و کنترل قند خون برای گروه های زیر توصیه می شود:

۱- کلیه افراد بالای ۳۰ سال که دارای یکی از شرایط زیر باشند:

- چاقی با معیار نمایه توده بدنی بالای ۳۰
- فشارخون بالای 140/90mmHg
- سابقه دیابت در افراد درجه یک خانواده
- وجود ۲ مورد از سه علامت پرخوری، پرنوشی و پرادراری

۲- کلیه زنان سن باروری که دارای یکی از شرایط زیر باشند:

- سابقه تولد نوزاد بالای ۴ کیلوگرم
- سابقه دیابت بارداری
- سابقه دو بار سقط بدون علت
- سابقه مرده زایی

۳- کلیه زنان باردار

طبقه بندی قند خون ناشتا	
کمتر از ۱۰۰	طبیعی
۱۰۰ - ۱۲۶	پره دیابتیک
مساوی و بیشتر از ۱۲۶	دیابت

اضافه وزن و چاقی

چاقی با تعدادی از عوامل خطرزای تصلب شرایین و بیماری های ناشی از آن ارتباط دارد که عبارتند از : بالا بودن فشارخون، مقاومت به انسولین و عدم تحمل گلوکز، بالا بودن سطح تری گلیسیرید سرم و ...

مطالعات نشان داده که اضافه وزن و چاقی دوران کودکی و نوجوانی عامل ایجاد بروز بیماری های عروق کرونر در ۲۳ درصد مردان و ۱۵ درصد زنان میانسال بوده است. چاقی احتمال بروز بیماری قلبی - عروقی را در مردان تا ۲ برابر و در زنان نزدیک به ۲/۵ برابر افزایش می دهد. هم چنین نشان داده شده که اضافه وزن حتی اگر در محدوده طبیعی باقی بماند با افزایش خطر بیماریهای عروق کرونر همراه است. چگونگی توزیع چربی در بدن نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است و خطر چاقی شکمی بیش از سایر انواع چاقی است.

نحوه اندازه گیری شاخص توده بدنی

$$BMI = \frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{قد (متر)} \times \text{قد (متر)}}$$

طبقه بندی نمایه توده بدنی برای سنین ۶۰ - ۱۹ سال	
کمتر از ۱۸/۵	لاغر
۱۸/۵ - ۲۴/۹	طبیعی
۲۵ - ۲۹/۹	اضافه وزن
۳۰ - ۳۴/۹	چاقی درجه ۱
۳۵ - ۳۹/۹	چاقی درجه ۲
مساوی و بیشتر از ۴۰	چاقی درجه ۳

مصرف سیگار و دخانیات

سیگار مهم ترین عامل مرگ زودرس در افراد ۳۵ تا ۶۹ ساله در کشورهای پیشرفته به شمار می رود، به طوری که تخمین زده می شود سیگار عامل ۳۰٪ مرگها در این گروه سنی باشد. سیگار مرگ و میر قلبی - عروقی را تا ۵۰٪ افزایش می دهد. هم چنین رابطه خطی مهمی بین تعداد سیگار مصرفی و خطر قلبی - عروقی وجود دارد.

در ازای کشیدن هر ۱۰ عدد سیگار، خطر مرگ در اثر بیماری قلبی، در مردان ۱۸٪ و در زنان ۳۱٪ بالا می رود. آمار نشان می دهد از هر ۵ مرگی که در اثر سیگار اتفاق می افتد، ۲ مورد آن به علت بیماری قلبی است. مهم تر اینکه ۳۷٪ افراد غیر سیگاری در خانه یا محل کار خود در معرض دود سیگار دیگران قرار دارند و این امر احتمال گرفتاری قلبی - عروقی را در آنها را تا ۳۰٪ افزایش می دهد.

سیگار می تواند آثار مخربی بر جدار عروق بگذارد، جریان خون کرونر را مختل کند و باعث بروز اسپاسم عروق کرونر شود. سطح HDL پایین می آید و LDL بالا می رود. علاوه بر این با افزایش سطح فیبرینوژن و افزایش تجمع پلاکت ها، احتمال ایجاد لخته و بروز رویدادهای قلبی در حد قابل ملاحظه ای بالا می رود. علاوه بر این سیگار موجب آتروم زایی ناشی از CO می شود و هم چنین نیکوتین موجود در سیگار اثر تقویتی بر ترشح آدرنرژیک دارد که هم فشارخون را بالا می برد و هم نیاز میوکارد به اکسیژن را افزایش می دهد.

مصرف سیگار می تواند خطر بروز سکته قلبی را تا ۶ برابر در زنان و تا ۳ برابر در مردان افزایش دهد. قرار گرفتن در معرض دود سیگار (سیگاری ثانویه یا غیر فعال) نیز عوارضی مانند مصرف سیگار در بردارد و هر چه سن فردی که در معرض دود سیگار قرار می گیرد، کمتر باشد، این عوارض شدیدتر خواهند بود.

استرس و فشارهای روانی

استرس باعث افزایش فشارخون می شود. این افزایش در طول زمان به پوشش داخلی رگها آسیب زده و در نتیجه باعث ضخیم شدن رگها می گردد.

شرایط استرس زا باعث افزایش ضربان قلب شده و در نتیجه نیاز قلب به اکسیژن زیادتیر می شود که این مسئله گاهی منجر به درد قفسه سینه می شود.

پیشگیری

✓ دوری از دود سیگار

✓ کاهش مصرف چربی و رعایت رژیم غذایی برای تمام افراد جامعه بعد از سن ۲ سالگی :

- کاهش کل چربی به کمتر از ۲۰٪ کالری مصرفی روزانه، کاهش مصرف چربیهای اشباع تا حد ۸ تا ۱۰٪ کالری روزانه و کاهش مصرف کلسترول به کمتر از ۳۰۰ mg
- ✓ کاهش مصرف نمک
 - ✓ افزایش مصرف میوه و سبزی های تازه (حداقل ۵ وعده در روز)
 - ✓ افزایش فعالیت بدنی تا حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط ، حداقل ۳ بار در هفته
 - ✓ حفظ وزن مناسب (BMI بین ۲۱ تا ۲۵)
 - ✓ اندازه گیری و کنترل فشارخون حداقل هر ۲ سال یکبار برای افراد بالای ۳۰ سال سالم
 - ✓ در افراد بالاتر از ۲۰ سال ، اندازه گیری کلسترول تام و HDL هر ۵ سال یکبار

