

زنان و بیماری کرونری قلب

ترجمه و تلخیص: دکتر سیدمحمد صدر

در این مورد نشان می‌دهند.

عوامل عمومی

کشیدن سیگار:

زنان نیز مانند مردان چنانچه بیش از ۲۰ سیگار در روز بکشند، ۶-۲ برابر بیش از زنانی که سیگار نمی‌کشند در معرض خطر انفارکتوس میوکارد (MI = Myocardial Infarction) قرار می‌گیرند. در صورتیکه خانمی دچار افزایش فشارخون، دیابت قندی و یا افزایش کلسترول خون باشد و یا قرص‌های ضد حاملگی هم مصرف نماید، احتمال خطر پیشرفت بیماری کرونری قلب افزایش پیدا کرده و در صورت ترک سیگار، خطر وقوع MI کاهش می‌یابد و تقریباً بعد از ۲ تا ۳ سال وضعیت بیمار شبیه فردی می‌شود که اصلاً سیگار نکشیده است.

افزایش کلسترول خون

تحقیقات انجام شده در مورد اثر افزایش کلسترول خون عمدتاً بر روی مردان بوده است. با این وجود در مورد زنانی که مبتلا به افزایش

بیماری کرونری قلب CHD = Coronary Heart Disease شایع‌ترین عامل مرگ و میر در انگلستان است و بطور سنتی آنرا بیماری مردان تلقی می‌کنند. به همین جهت تا سن ۶۵ سالگی خطر مرگ ناشی از CHD برای مردان ۲/۵ برابر بیشتر از زنان است. ولی بعد از این سن، خطر بیماری برای هر دو جنس یکسان می‌باشد و هر سال حدود ۶۷۰۰۰ زن و ۸۰۰۰۰ مرد بعلت این بیماری می‌میرند. در این مقاله سعی شده است تا تفاوت‌های جنسی از نظر عوامل خطر، مرگ و میر، شیوع بیماری و درمان آن، مورد ارزیابی قرار گیرد.

عوامل خطر

عوامل مستعد کننده ابتلا به بیماری عروق کرونری، در زنان و مردان مشابه است ولی از نظر کمیت ممکن است اثر آنها نسبت به جنس تفاوت پیدا کند. علاوه بر این در خانمها عوامل هورمونی وجود دارد که دارای اثر منحصر بفرد می‌باشند. زنان نسبت به مردان خطر و گرفتاری کمتری را



فشارخون، وفور CHD همراه با افزایش فشارخون سیستولیک به تنهایی را که زنان بیشتر به آن حساسند ۲۵ درصد کاهش می‌دهد.

دیابت ملیتوس

بیماری دیابت در زنان بیش از مردان دیده می‌شود و در زنان دیابتی خطر احتمال ابتلا به CHD بیشتر است. نشان داده شده است که کنترل دیابت به تنهایی باعث کاهش توسعه خطر CHD نمی‌شود. ولی خطر CHD، در بیماران دیابتی که در معرض سایر عوامل خطرناک قرار دارند افزایش می‌یابد. حتی‌المقدور باید تعداد عوامل خطر را در بیماران دیابتی کاهش داد.

چاقی

بنظر می‌رسد احتمال مرگ ناشی از CHD در زنان چاق چهار برابر زنان لاغر است. معمولاً چاقی با سایر عوامل خطر مثل دیابت، افزایش فشارخون، افزایش چربی خون همراه است، ولی تاکنون مدرکی مبنی بر کم شدن خطر CHD در اثر کاهش وزن به تنهایی منتشر نشده است. مرگ و میر ناشی از حوادث قلبی عروقی بیشتر مربوط به نسبت اندازه قطر خارجی لگن به قطر ران (> 0.8) می‌باشد تا فقط وزن بدن:

ورزش

احتمالاً ورزش باعث کاهش خطر CHD در زنان می‌شود ولی دلیل محکمی در این زمینه

کسترویل خون بوده‌اند شواهد کافی حاکی از آن است که، آنها نیز مانند مردان در این وضعیت مستعد ابتلا به CHD می‌باشند.

عوامل مستعد کننده ابتلا به بیماری

عروق کرونر در زنان و مردان مشابه است، ولی از نظر کمیت ممکن است اثر آنها نسبت به جنس تفاوت پیدا کند. ۶۶

داروهای پائین آورنده چربی خون باعث کمک به کاهش CHD در زنانی می‌شود که افزایش کلاسترول خون داشته و یکبار دچار MI و یا آنژین پایدار شده‌اند. در زنانی که کلاسترول تام و میزان LDL (لیپوپروتئین با دانسیته کم) بالایی داشته باشند بدون اینکه دچار CHD واضح شده باشند در صورت مصرف داروهای پائین آورنده چربی خون منافع چنین درمانی کمتر روشن است. بنظر می‌رسد که زنان بهتر از مردان افزایش سطح کلاسترول خون را تحمل می‌کنند بویژه اگر سایر عوامل خطر مربوط به CHD را نداشته باشند.

افزایش فشارخون:

بالا رفتن فشارخون در زنان اکثراً با CHD همراه است. مفید بودن کنترل افزایش فشارخون شدید در زنان مانند مردان روشن است ولی وضوح این منافع در مورد درمان افزایش فشارخون‌های خفیف مورد بحث است. با این وجود درمان با داروهای ضد افزایش



وجود ندارد.

طبقه اجتماعی

خطر CHD در زنان با گروه اجتماعی پائین‌تر افزایش می‌یابد. با این وجود تفاوت خطر مابین طبقات زنان کمتر از مردان است.

تفاوت‌های نژادی

عوامل خطر و میزان مرگ و میر مربوط به CHD در زنان سفید پوست و سیاه پوست مشابه است، ولی بنظر می‌رسد که زنان آسیایی در این مورد دویار حساس‌ترند و مرگ و میر آنها نسبت به زنان انگلیسی دو برابر است.

خطرهای هورمونی

قرصهای ضد حاملگی خوراکی

بنظر می‌رسد بین زنانی که از قرصهای ضد حاملگی خوراکی ترکیبی نسل سوم «مثل دوز پائین اتینیل استرادیول» به‌همراه gestoden و desogestrel استفاده می‌کنند با زنانی که این قرص‌ها را مصرف نمی‌کنند، از نظر احتمال ابتلا به انفارکتوس میوکارد تفاوتی وجود ندارد. اطلاعات اولیه حاکی از آنستکه نسبت احتمال ابتلا به انفارکتوس میوکارد در این زنان کمتر از خانمهایی است که از قرصهای ضد حاملگی نسل دوم استفاده می‌کنند. البته این کاهش خطر، نیاز به ارائه مدارک مستند دارد و ممکن است بسوسيله افزایش خطر ترومبوآمبولیسم وریدی جبران شود.

یائسگی و درمان جایگزینی با هورمون

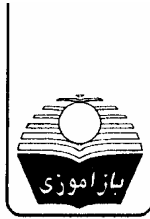
(HRT = Hormone Replacement Therapy)

جدا کردن اثرات قلبی عروقی ناشی از یائسگی از آثاری که همراه با افزایش سن می‌باشد کار مشکلی است. با این وجود میزان CHD بعد از یائسگی افزایش می‌یابد، همچنانکه میزان کلسترول تام و LDL نیز بالا می‌رود. نتایج حاصل از بعضی مشاهدات بالینی پیشنهاد می‌کنند که خطر وقوع CHD در زنانی که فقط از استروژن (بعنوان درمان جایگزینی با هورمون)

❖ بیماری دیابت در زنان بیش از مردان دیده می‌شود و در زنان دیابتی خطر احتمال ابتلا به بیماری عروق کرونر بیشتر است. ❖

استفاده می‌کنند و یا مصرف آن در خانمهای بدون رحم تقریباً نصف می‌شود. این پیشنهاد نیاز به تأیید دارد. استروژن تنها ممکن است باعث بهبود اختلال لیپید و لیپوپروتئین بشود. زنانی که رحم آنها برداشته نشده است در موقع جایگزین درمانی با هورمون، جهت حفاظت در مقابل سرطان آندومتر به پروژسترون اضافی نیاز دارند. پروژسترون‌ها ممکن است اثرات معکوسی بر میزان لیپید خون داشته باشند ولی بنظر نمی‌رسد که در صورت مصرف با استروژن خطر انفارکتوس میوکارد را افزایش دهند.

مطالعات کنترل شده تصادفی منتشر شده‌ای



م تفاوت است. برای مثال در یک مطالعه، تست ورزش غیر طبیعی (ECG مثبت) در مردان شباهت بیشتری با بیماری شریان کرونری ثابت شده با آنژیوگرافی، نسبت به زنان داشت. معلوم نیست در این مورد توموگرافی یا اکوکاردیوگرافی نتیجه بهتری داشته باشد.

آیا تفاوت‌های درمانی وجود دارد؟

زنان مبتلا به CHD که بیماری و خیمی دارند نسبت به مردان مسن‌تر می‌باشند و احتمال ابتلا به دیابت یا افزایش فشارخون در آنها بیشتر است. در صورتیکه بیماری آنژین یک مرتبه توسعه یابد، طول عمر زنان بیش از مردان می‌باشد. این عوامل ممکن است منجر به تفاوت‌های نتایج درمانی در هر جنس بشود.

معمولاً درد قفسه سینه آنژینی در زنان بیشتر از مردان بوده ولی انفارکتوس میوکارد در مردان بیش از زنان اتفاق می‌افتد. 66

انحلال لخته و آسپیرین

ترومبولیتیک درمانی (و آسپیرین) باعث کاهش بیماری و مرگ و میر خانم‌های مظنون به MI می‌شود. بطور کلی در انگلستان زنان بعد از یک MI حاد احتمالاً وضعیت بدتری نسبت به مردان پیدا می‌کنند زیرا احتمال پذیرفته شدن آنها در یک مرکز مراقبت ویژه کمتر است و بنابراین امکان دریافت داروی

برای تأیید این موضوع ضروری است و اینکه آیا خطر ابتلا به سرطان سینه با هورمون درمانی افزایش می‌یابد، تاکنون مشخص نشده است و برای پاسخ به این سؤال مطالعات بلند مدتی لازم

میزان CHD بعد از یائسگی افزایش می‌یابد، همچنانکه میزان کلسترول تام و LDL نیز بالا می‌رود. 66

است. در حالیکه درمان جایگزینی با هورمون برای خانمی که بعد از یائسگی مبتلا به CHD تنها شده توصیه نمی‌گردد ولی این نوع درمان در زنان گرفتار به CHD، افزایش فشارخون، دیابت و یا سگته مغزی که برای موارد دیگری مثل علائم یائسگی یا پوکی استخوان به آن نیاز دارند، ممنوع نشده است.

ارزیابی علائم

معمولاً درد قفسه سینه آنژینی در زنان بیشتر از مردان بوده ولی انفارکتوس میوکارد در مردان بیش از زنان اتفاق می‌افتد. بنظر می‌رسد در زنان مبتلا به درد سینه آنژینی علائم مخصوص و غیر عادی این بیماری بیشتر دیده شده ولی شیوع بیماری شریان کرونر کمتر است. در این رابطه زنان بیش از مردان مبتلا به سندرم X قلبی می‌شوند که احتمالاً درد آنژینی در آنها بیشتر مربوط به اسپاسم عروق کرونری است تا تنگی عروقی ناشی از آترومای پایدار. ارزش بعضی تستهای تشخیصی برای CHD در زنان و مردان



ترومبولیتیک نیز کاهش می‌یابد.

می‌کنند وضعیت بهتری نسبت به مردان دارند. بطور کلی زنانی که یک بار انفارکتوس داشته‌اند کمتر به کار بازگشته‌اند و زمان لازم برای بهبود آنها نسبت به مردان بیشتر بوده‌است. این موضوع ممکن است منعکس کننده فقدان مشاوره مناسب و نیاز به توانبخشی برای زنان باشد که دقیقاً با احتیاجات آنها تطابق دارد و ممکن است بیشتر موفقیت آمیز باشد.

نتیجه

بیماری کرونری قلب در مردان و زنان بویژه بعد از یائسگی در زنان به یک اندازه اتفاق می‌افتد و اصلاح عوامل خطر دارای اهمیت است. درمان جایگزینی با هورمون احتمالاً باعث کاهش خطر بیماری کرونری قلب می‌شود ولی نباید در این شرایط به عنوان تنها درمان مورد استفاده قرار گیرد.

در زنان درد قفسه سینه ناشی از بیماری کرونری قلب شایع است و باید بطور کامل پیگیری شود. بنظر می‌رسد منافع و خطر داروهای حل کننده لخته و یا آسپیرین و آنژیوگرافی کرونر از راه عروق زیر جلدی بطور شفاف در زنان و مردان به یک اندازه باشد ولی مرگ و میر ناشی از پیوند راه فرعی سرخرگ کرونر در زنان بیشتر است.

منبع :

Women and Coronary heart disease . DTB .
1996; 34 : 28 - 29

پیوند شریان کرونر

(CABG) coronary artery bypass grafting

به نظر نمی‌رسد پیوند راه فرعی شریان کرونر در زنان و مردان متفاوت باشد ولی مرگ و میر ناشی از این عمل در زنان تقریباً دو برابر مردان است (۲/۴٪ در مقابل ۱/۲٪).

آنژیوپلاستی کرونر

Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)

به نظر می‌رسد عمل آنژیوپلاستی کرونر از راه عبور شفاف عروق جلدی در زنان و مردان به یک اندازه موفقیت آمیز باشد.

درمان دارویی دیگر

منافع بتابلوکرها و مهارکنندگان آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین (ACEI) در زنان و مردان مشابه است. با این وجود بعضی آثار ناخواسته این داروها متفاوت است (بطور مثال سرفه ایجاد شده توسط ACEI در زنان بیشتر است) و یا اینکه می‌توانند گرفتاری متفاوت داشته باشند (مثل ناتوانی جنسی در مردان)

توانبخشی

بعد از وقوع یک MI یا CABG یا PTCA معمولاً زنان کمتر از مردان در برنامه توانبخشی شرکت می‌کنند ولی آنهایی که اقدام به این کار