

شاخص های بیماریهای عروق قلبی

۱. مقدمه و اهمیت
۲. شیوع CAD در ایالات متحده آمریکا
۳. شیوع CAD در اروپا
۴. شیوع CAD در ایران
۶. شیوع CAD در خاور میانه
۷. میزان بروز بیماری عروق کرونر در کشورهای غربی
۸. میزان بروز CAD در ایران
۹. شیوع عوامل خطر CAD در جمعیت ایرانی
۱۰. شیوع بیماری عروق کرونر بر اساس سن و جنس
۱۱. شیوع بیماری کرونری قلب بر اساس چاقی
۱۲. شیوع بیماری عروق کرونر بر اساس وضعیت اجتماعی- اقتصادی
۱۳. پیش بینی وضعیت آینده

۱. مقدمه و اهمیت:

بیماری شریان کرونر (CAD) به وضعیتی اطلاق می شود که در آن تشکیل پلاک اتر و اسکروتیک در جدار شریانهای کرونری منجر به ایجاد تنگی در این شریانها و بروز تظاهرات بالینی سندرم حاد کرونری شامل آنژین و انفارکتوس قلبی می گردد. بیماریهای قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است و پیش بینی می شود این روند همچنان ادامه داشته باشد. ۸۰٪ از مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ می دهد. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ بیماریهای قلبی عروقی ۱۷/۳ میلیون قربانی داشته است که ۳۰٪ کل مرگ و میر در سراسر جهان را شامل می شود و پیش بینی می شود که این رقم تا سال ۲۰۱۵ به ۲۰ میلیون نفر (عمدتاً ناشی از بیماریهای قلبی و سکته مغزی) و تا سال ۲۰۳۰ به ۲۳ میلیون نفر افزایش یابد. بیماریهای قلبی و سکته مغزی سالانه حدود ۳۱۲/۶ بیلیون دلار هزینه بر سیستم مراقبتهای بهداشتی تحمیل می کند.

در ایران نیز بیماری شریان کرونر اولین علت مرگ و ناتوانی می باشد بطوریکه ۴۶٪ کل علل مرگ و میر را شامل می گردد. بررسیهای انجام شده در سال ۸۳ و در ۲۹ استان ایران نشان می دهد که بیماریهای قلبی - عروقی ۱۳۸ هزار قربانی گرفته است؛ یعنی حدود ۳۷۸ نفر در روز که البته متوسط سن مرگ ناشی از این بیماریها حدود ۶۹ سال بوده است. بر این اساس بررسیها حاکی از آن است که اولین علت مرگ در کشور در سال ۸۳، بیماریهای قلبی - عروقی بوده است.

علت افزایش سریع این بیماری در ایران و بسیاری از کشورهای در حال توسعه افزایش میانه سنی جمعیت، رشد سریع شهرنشینی، توسعه فن آوری و به دنبال آن کاهش فعالیتهای جسمانی و افزایش تنشهای روحی می باشد. تغییرات قابل ملاحظه در سبک زندگی افراد از نظر تغذیه و فعالیت بدنی در سه دهه اخیر که باعث شده است شیوع عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی در این کشورها رو به ازدیاد نهد. به طوریکه در پنجمین بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر در ایران در سال ۱۳۸۸ در گروه سنی ۴۴-۱۵ سال تنها ۴٪ و در گروه سنی ۶۴-۴۵ سال فقط ۱٪ افراد بدون عوامل خطر بودند و حدود ۵۵٪ افراد ۶۵-۱۵ سال کشور دارای حد اقل سه عامل خطر ساز بودند.

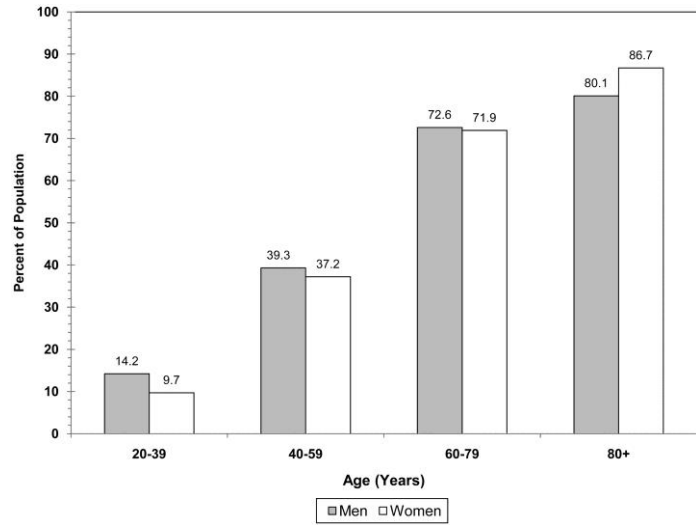
همچنین در کشور ما نسبت سالهای از دست رفته عمر ناشی از بیماری های قلبی عروقی حدود یک چهارم مجموع سال های از دست رفته عمر است و این بیماری ها پس از حوادث و سرطان ها سومین علت از دست رفتن سالهای عمر هستند و به طور کلی بیش از دو سوم سالهای از دست رفته عمر به دلیل بیماری های قلبی عروقی و ناشی از بروز سکته های قلبی و مغزی است.

فشارخون بالا، کلسترول خون بالا، قند خون بالا، مصرف سیگار، مصرف کم میوه و سبزی، اضافه وزن، چاقی و کم تحرکی از مهمترین عوامل خطر بروز بیماری های قلبی هستند و نکته مهم آن است که با کنترل عوامل خطر اصلی که شامل مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم و کم تحرکی هستند، می توان از ۸۰ درصد این مرگ های زودرس جلوگیری کرد.

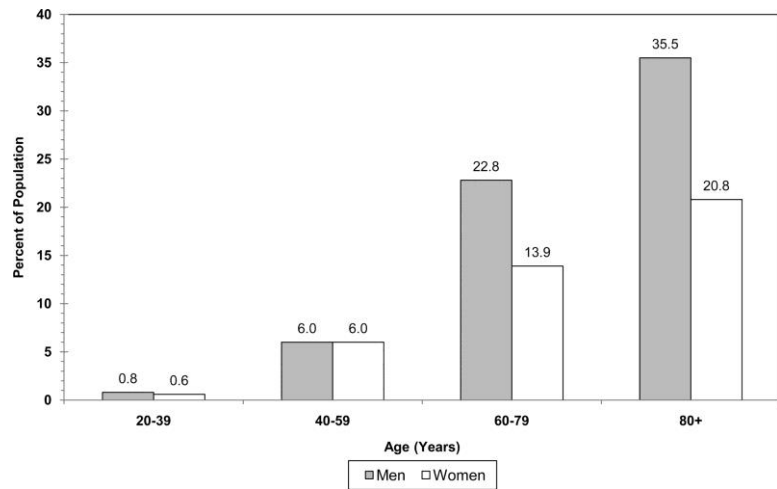
۱. شیوع CAD در ایالات متحده آمریکا:

در مطالعه ای که بوسیله انجمن ملی سلامت آمریکا انجام گرفت ، شیوع بیماری های قلبی عروقی در جمعیت ۶۹-۷۰ ساله حدود ۷۰٪ و در جمعیت بالای ۸۰ سال در زنان و مردان به ترتیب ۸۳٪ و ۸۷٪ برآورد شده است. (نمودار ۱) براساس همین مطالعه شیوع CAD در جمعیت ۶۹-۷۰ ساله در زنان و مردان به ترتیب ۱۳/۹٪ و ۲۲/۸٪ و در جمعیت بالای ۸۰ سال در زنان و مردان به ترتیب ۲۰/۸٪ و ۳۵/۵٪ برآورد شده است. (نمودار ۲)

نمودار ۱: شیوع بیماری های قلبی عروقی در زنان و مردان بزرگسال بزرگتر از ۲۰ سال، ایالات متحده (مطالعه تغذیه و سلامت ملی (NHANES)، ۲۰۱۰-۲۰۰۷)

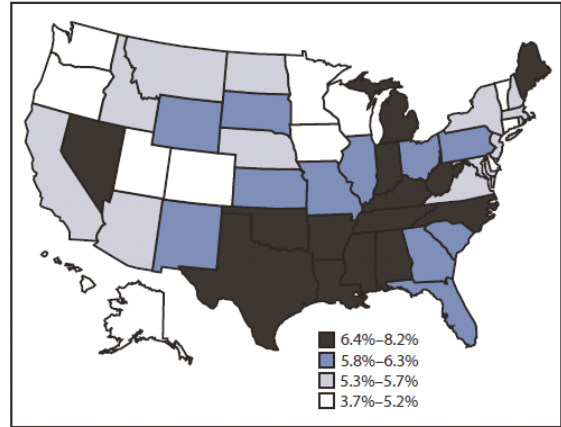


نمودار ۲: شیوع CHD بر اساس سن و جنس، ایالات متحده (مطالعه تغذیه و سلامت ملی (NHANES)، ۲۰۰۵-۲۰۰۸)



شکل ۱ شیوع CAD را در سال ۲۰۱۰ در ایالات متحده نشان می دهد. میزان شیوع از ۳/۷ در هاوایی و ۳/۸ در DC تا ۸/۰ در ویرجینیای غربی و ۸/۲ در کنتاکی متغیر است. بیشترین شیوع در مناطق جنوبی مشاهده می شود.

شکل ۱: شیوع تعدیل شده با سن بیماری عروق کرونر، ایالات متحده، ۲۰۱۰



طبق مطالعه ای که در سالهای ۲۰۱۰-۲۰۰۶ در ۵۰ ایالت آمریکا بر روی افراد بالای ۱۸ سال انجام گرفته است، شیوع CAD در سال ۲۰۱۰ در مردان ۷/۸٪ و در زنان ۴/۶٪ بر آورد شده است. در این مطالعه شیوع تعدیل شده با سن CAD در ایالات متحده از ۶/۷٪ در سال ۲۰۰۶ به ۶٪ در سال ۲۰۱۰ کاهش یافته است که به پیشگیری و کنترل عوامل خطر این بیماری نسبت داده شده است.

جدول ۱: شیوع تعدیل شده با سن بیماری عروق کرونر، ایالات متحده، ۲۰۱۰-۲۰۰۶

سال	۲۰۰۶	۲۰۰۷	۲۰۰۸	۲۰۰۹	۲۰۱۰	درصد تغییرات
گروه سنی (بر حسب سال)						
۱۸-۴۴	۱/۶	۱/۵	۱/۴	۱/۲	۱/۲	-۲۵
۴۵-۶۴	۷/۷	۷/۲	۷/۲	۶/۸	۷/۱	-۷/۸
65≤	۲۱/۱	۱۹/۸	۲۰/۶	۱۸/۷	۱۹/۸	-۶/۲
جنس						
مردان	۸/۵	۸	۸/۲	۷/۵	۷/۸	-۸/۲
زنان	۵/۲	۴/۸	۴/۹	۴/۴	۴/۶	-۱۱/۵
کل	۶/۷	۶/۲	۶/۳	۵/۸	۶	-۱۰/۴

داده ها بر اساس درصد (فاصله اطمینان) ارایه شده اند.

در ایالات متحده بروز سالانه یک حمله قلبی جدید یا راجعه ۱/۲ میلیون برآورد شده است و متوسط سالهای از دست رفته عمر ناشی از ایست قلبی ۱۵ سال است.

۲. شیوع CAD در اروپا:

در اروپا در حدود نیمی از کل مرگها ناشی از بیماریهای قلبی عروقی می باشد (۵۳٪ از موارد مرگ زنان و ۴۲٪ از موارد مرگ مردان) این میزان در کشور های اروپای شرقی و مرکزی بیش از نواحی شمالی، جنوبی و غربی اروپا است. بیماریهای قلبی عروقی هر ساله بیش از ۴ میلیون نفر در اروپا و بیش از ۱/۹ میلیون نفر در اتحادیه اروپا قربانی می گیرد. CHD به تنهایی شایعترین علت مرگ در اروپا است و سالانه حدود ۱/۸ میلیون نفر در اروپا در اثر بیماری جان خود را از دست می دهند. ۲۲٪ از موارد مرگ در زنان و ۲۰٪ از موارد مرگ در مردان ناشی از CHD است. CHD همچنین شایع ترین علت مرگ در اتحادیه اروپا نیز می باشد. هزینه های مراقبت های بهداشتی CHD نیز هنگفت است. به طور کلی در اروپا سالانه حدود ۱۹۶ بلیون یورو صرف هزینه های مراقبت های بهداشتی، از دست دادن نیروی مولد و مراقبت های غیر رسمی مبتلایان به بیماری های قلبی عروقی می گردد که از این مبلغ حدود ۶۰ بلیون یورو به هزینه های ناشی از CHD تعلق دارد. در مطالعه ی مبتنی بر جامعه ای که بر روی ۱۰ هزار نفر در اسپانیا انجام گرفت شیوع CHD در مردان ۷,۳٪ و در زنان ۷,۷٪ بود. در مطالعه ای دیگر در اسکاتلند شیوع CHD در مردان ۶,۳٪ و در زنان ۸,۵٪ گزارش شده است. مطالعه ای در ایرلند شیوع CHD را بر اساس ECG و پرسشنامه ی رز، ۴٪ در گروه سنی ۳۰-۳۴ سال و ۲۳٪ در گروه سنی ۷۴-۷۰ سال برآورد کرده است.

۳. شیوع CAD در ایران:

در تهران در مطالعه ای که بر روی ۸۰۷۱ فرد بالای ۳۰ سال انجام گرفت، ۲۱/۸٪ این جمعیت مبتلا به CHD بودند.

(جدول ۲)

جدول ۲: شیوع خام و تعدیل شده سن بیماری قلبی کرونری (CHD) در جمعیت بالای ۳۰ سال تهران

متغیر	آنزین یا سابقه CHD			آنزین یا CHD تشخیص داده شده با نوار قلب			داشتن سابقه CHD یا CHD تشخیص داده شده با نوار قلب			آنزین یا داشتن سابقه CHD یا CHD تشخیص داده شده با نوار قلب		
	تعداد	درصد خام	درصد تعدیل شده	تعداد	درصد خام	درصد تعدیل شده	تعداد	درصد خام	درصد تعدیل شده	تعداد	درصد خام	درصد تعدیل شده
سن بر حسب سال												
۳۰-۶۴	۶۱۰	۱۲	-	۸۹۳	۱۷/۶	-	۵۹۹	۱۱/۴	-	۹۶۱	-	-
بالای ۶۵ سال	۱۷۸	۲۴/۷	-	۲۵۱	۳۴/۹	-	۲۴۱	۳۳/۵	-	۲۸۳	-	-
جنس												
مردان	۳۲۵	۱۳	۱۲/۴	۴۶۱	۱۸/۴	۱۷/۵	۳۷۵	۱۴/۶	۱۳/۶	۵۱۰	۱۹/۸	۱۸/۸
زنان	۴۶۳	۱۴/۱	۱۴/۵	۶۸۳	۲۰/۷	۲۱/۳	۴۶۵	۱۳/۷	۱۴/۴	۷۳۴	۲۱/۵	۲۲/۳
کل	۷۸۸	۱۳/۶	۱۴/۱	۱۱۴۴	۱۹/۷	۲۰/۵	۸۴۰	۱۴	۱۱۵/۱	۱۲۴۴	۲۰/۸	۲۱/۸

در مطالعه صراف زادگان و همکاران که بر روی ۶۴۷۰ فرد بزرگسال ۳۵-۷۹ ساله در اصفهان انجام گرفت شیوع کلی CAD ۱۹/۴% بود این میزان در زنان به طور قابل ملاحظه ای بیش از مردان بود. (۲۱/۹% در زنان در برابر ۱۶% در مردان)

در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۶ توسط صادقی و همکاران در اصفهان بر روی ۶۴۹۸ فرد بالای ۳۵ سال صورت گرفت شیوع CAD در مردان ۲۲/۲٪ و در زنان ۳۷/۵٪ برآورد شده است که در صورت صحت به وضوح نشان دهنده شیوع بسیار بالای CAD در جمعیت ایرانی است.

در مطالعه حدائق و همکاران که در زنان و مردان بالای ۳۰ سال در سال ۲۰۰۹ به انجام رسیده است، شیوع CAD ۲۱/۸٪ (در زنان و ۱۸/۸٪ در مردان) تخمین زده شده است. خلاصه ای از میزان شیوع CAD در ایران که حاصل مطالعات جمعیت محور مختلف است در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳: شیوع بیماری های قلبی عروقی در مطالعات ایرانیان

نویسندگان	سالهای بررسی	جمعیت انتخاب شده	سن جمعیت انتخاب شده	روش ارزیابی	شیوع
صراف زادگان (۱۹۹۹)	۱۹۹۹-۲۰۰۲	۶,۴۷۰	۳۵-۷۹	ECG و / یا Q رز	۱۹,۴٪
صادقی (۲۰۰۶)	۲۰۰۰-۲۰۰۱	۶۴۹۸	>۳۵	Minnesota coding	۳۰,۲٪
فخرزاده (۲۰۰۸)	۲۰۰۷	۸۴۶	≥25	شیوع ثبت شده انفارکتوس میوکارد ECG تغییرات ایسکمیک، ، آنژین صدری	۴,۲٪
حادقی (۲۰۰۹)	۲۰۰۶-۲۰۰۸	۵۹۸۴	≥30	Minnesota coding	۲۱,۸٪
وحدت (۲۰۰۷)	۲۰۰۳-۲۰۰۴	۱,۷۵۴	۲۵-۶۶	Minnesota coding	۱۲,۶٪
رضایی قله	۲۰۰۳-۲۰۰۴	۵۵۳۹	>30	ECG با توجه به یافته های ، شیوع متناسب با سن از احتمال و امکان CAD	۱,۱٪ ۹,۳٪

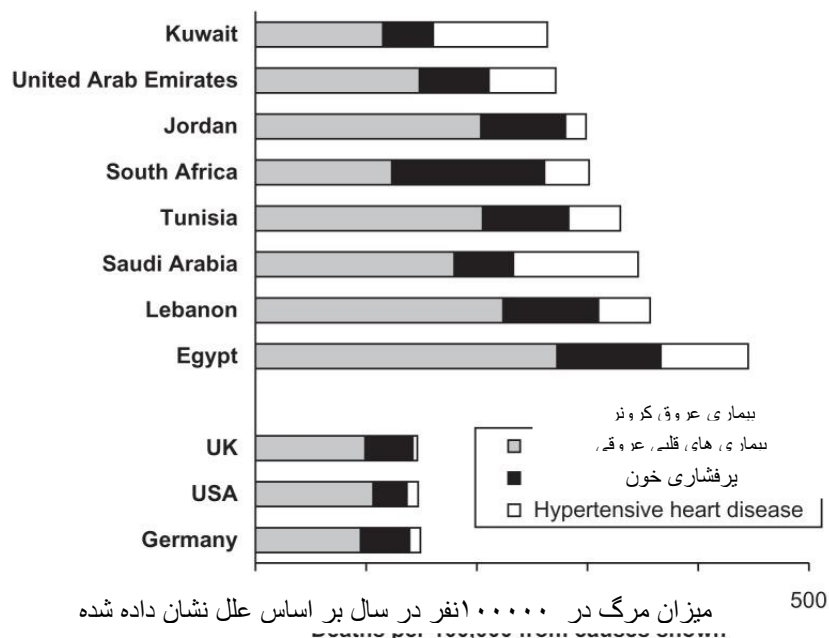
CAD: بیماری عروق کرونر

۴. شیوع CAD در خاور میانه:

بیماری شرایین کرونر در آفریقا و کشورهای خاور میانه از شیوع بالایی برخوردار است. شیوع بالای عوامل خطر قلبی عروقی در این منطقه به ویژه مصرف سیگار، پرفشاری خون، بالابودن چربیهای خون، دیابت و کم تحرکی را در این امر دخیل دانسته اند. در آفریقا و خاور میانه افراد در سنین پایین تری نسبت به سایرکشورها دچار سکته قلبی می گردند(میانگین سنی ابتلا به سکته قلبی در این منطقه ۵۱ سال می باشد که ۱۲ سال نسبت به اروپای غربی پایین تر است) و به علاوه مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی کرونری نیز در این منطقه نسبت به سایر مناطق جغرافیایی دنیا بسیار بیشتر است.(شکل ۲)

شیوع تعدیل شده بیماریهای کرونر در مصر ۸/۳٪ (۸/۸ در مناطق شهری و ۷/۲٪ در مناطق روستایی) و در عربستان ۶٪ برآورد شده است. شواهد اپیدمیولوژیک در سایر کشورهای منطقه اندک است.

شکل ۲: میزان مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی برخی از کشورهای آفریقایی و خاورمیانه



۶. میزان بروز بیماری عروق کرونر در کشورهای غربی

میزان بروز بیماری عروق کرونر در کشورهای غربی بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ در مردان و ۶۰ تا ۱۵۰ در زنان (در ۱۰۰۰۰۰ نفر - سال) گزارش شده است. در یک مطالعه ی کوهورت که در دانمارک بر روی ۱۳۸۲۹۰ نفر صورت گرفته است، میزان بروز خام بیماری کرونری قلب ۲۳۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر-سال (۳۳۱ و ۱۳۷ نفر-سال در مردان و زنان به ترتیب) گزارش شده است. در مطالعه ی جمعیت محوری که در انگلستان (۱۹۹۴-۱۹۹۵) انجام گرفت، میزان بروز سالانه حملات کرونری در جمعیت پایین تر از ۶۵ سال پس از تعدیل سن ۲۷۳ در مردان و ۶۶ در زنان (در ۱۰۰۰۰۰ نفر-سال) برآورد شد. این میزان در گروه سنی ۷۹ - ۶۵ سال ۱۳۵۰ در مردان و ۶۷۷ در زنان (در ۱۰۰۰۰۰ نفر-سال) بود. به علاوه نتایج این مطالعه نشان داد که از میزان حوادث کرونری استاندارد شده با سن در گروه سنی ۶۹-۳۰ سال بین سالهای ۱۹۶۷ تا ۱۹۹۵ به میزان ۳۳٪ در مردان و ۸٪ در مردان کاسته شده است.

۷. میزان بروز CAD در ایران :

بر اساس نتایج مطالعه ی طولی و همکاران میزان بروز بیماری عروق کرونر در کشور ما در مردان دو برابر و در زنان ۶ برابر این میزان در کشورهای غربی است. به علاوه میزان مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونر در ایران بر اساس گزارشات اخیر دو برابر امار ارائه شده ی جدید از کشورهای اتحادیه اروپا و حتی آمار دو دهه ی اخیر این کشور است. بر اساس گزارشات اخیر نرخ بروز سکته ی قلبی در ایران نسبت به انگلستان و ژاپن خیلی بالاتر ولی به هلند و اسپانیا نزدیک تر است. میزان بروز مرگ ناگهانی قلبی در مقایسه با ایالات متحده ی آمریکا، ژاپن، ایرلند و کانادا حداقل ۳ برابر است.

در مطالعه کوهورتی که در اصفهان بر روی ۳۱۶۸ مرد و ۳۳۳۶ زن بالای ۳۵ سال در مناطق شهری و روستایی اصفهان ، نجف آباد و اراک صورت گرفت ، میزان بروز خام بیماریهای قلبی عروقی ۱۴۳۶ در ۱۰۰۰۰۰ نفر - سال در مردان و ۱۱۶۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر - سال در زنان برآورد شد. میزان بروز خام CHD به ترتیب در مردان و زنان ۱۱۵۸ و ۸۸۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر- سال بود. میزان بروز تعدیل شده با سن حوادث قلبی عروقی به ترتیب در مردان و زنان ۱۱۶۸ و ۸۸۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر - سال بود . این میزان با افزایش سن در هر دو جنس از دیاد می یافت. (جدول ۴)

جدول ۴: میزان بروز CHD در ۱۰۰۰۰۰ نفر-سال بتفکیک سن و جنس در جمعیت ایرانی

تعدیل شده	کل		≥۷۵	۶۵-۷۴	۵۵-۶۴	۴۵-۵۴	۳۵-۴۴	جنس	زیر گروه CHD
	خام	کل							
۳۵۱	۳۵۲	۶۰۷	۹۳۶	۴۴۱	۳۰۸	۱۵۹	مرد	سکته قلبی	
۱۸۹	۱۸۰	۲۹۸	۶۲۵	۲۰۲	۱۷۵	۶۷	زن		
۲۶۹	۲۶۶	۴۸۲	۷۸۰	۳۲۱	۲۳۶	۱۱۱	کل		
۵۸۲	۵۷۴	۸۰۸	۱۰۳۹	۶۴۵	۶۹۲	۳۳۲	مرد	آنژین صدری ناپایدار	
۵۸۰	۵۸۴	۵۸۹	۱۱۴۸	۱۱۵۸	۶۴۱	۱۷۶	زن		
۵۸۱	۵۷۹	۷۱۹	۱۰۹۳	۹۰۱	۶۶۵	۲۵۱	کل		
۲۲۱	۲۲۰	۶۰۱	۵۱۳	۴۳۶	۱۵۲	۵۷	مرد	مرگ ناگهانی قلبی	
۱۰۹	۱۰۴	۲۹۳	۶۱۶	۶۷	۲۲	۲۷	زن		
۱۶۵	۱۶۱	۴۷۶	۵۶۴	۲۵۱	۸۲	۴۲	کل		
۱۱۶۸	۱۱۵۸	۲۰۴۲	۲۵۳۰	۱۵۴۳	۱۱۶۶	۵۵۱	مرد	کل موارد CHD	
۸۸۷	۸۸۰	۱۱۹۷	۲۴۳۴	۱۴۴۰	۸۴۲	۲۷۰	زن		
۱۰۲۷	۱۰۱۵	۱۶۹۹	۲۴۸۲	۱۴۹۲	۹۹۱	۴۰۶	کل		

۸. شیوع عوامل خطر CAD در جمعیت ایرانی :

۸, ۱ دیس لیپیدمی: دیس لیپیدمی که به بالا رفتن میزان سرمی یک یا تعدادی از چربیهای خون مانند کلسترول تام یا کلسترول VLDL و LDL و تری گلیسرید یا پایین رفتن کلسترول HDL سرمی اطلاق می شود ، به وفور در جمعیت ایرانی وجود دارد. شیوع دیابت شیرین تیپ ۲ از ۱/۲% تا ۱۴/۶% در کشورهای آسیایی، ۴/۶% تا ۴۰% در خاور میانه و ۱/۳% تا ۱۴/۵% در ایران گزارش شده است.

۸, ۲ دیابت شیرین: دیابت در جمعیت ایرانی مبتلا به CAD نسبت به افراد غیر مبتلا شیوع بالاتری دارد. جانگ هوربام و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که در بیماران دیابتی تیپ ۲ ایرانی، CAD از شیوع بالایی برخوردار است. مطالعه ای که بر روی ۱۰۶۲۲ بیمار تحت عمل پیوند عروق کرونری (CABG) انجام گرفته است، نشان داده شده است که

بیش از یک سوم این بیماران مبتلا به دیابت بوده اند. در مطالعه دیگری که توسط استقامتی و همکاران (۲۰۰۶) به انجام رسیده است، ۳۰٪ بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری در ایران دیابت داشته اند.

۸,۳ پرفشاری خون: قویاً ثابت شده است که به تازگی شیوع پرفشاری خون در کشورهای در حال توسعه و منجمله ایران افزایش سریعی داشته است. در تحقیقی که توسط حق دوست و همکاران (۲۰۰۸) بر روی ۲۹ گزارش منتخب با حجم نمونه کلی ۹۳۶۶۱ و نیز با توجه به نتایج بررسی ملی بسیار بزرگ (که در آن شیوع پرفشاری خون در ۲۷ استان ایران گزارش شده است) انجام شده، پرفشاری خون در جمعیت ۳۰-۵۵ ساله ۲۳٪ و در جمعیت بالای ۵۵ سال ۵۰٪ برآورد شده است. به علاوه نشان داده شده است که این میزان در جمعیت ایرانی مبتلا به CAD تشخیص داده شده نسبت به جمعیت غیر مبتلا به طور قابل ملاحظه ای بالاتر است. قنبریان و همکاران در مطالعه لیپید و گلوکز تهران که بر روی جمعیت مردان و زنان بالای ۳۰ سال انجام داد، شیوع MI (تشخیص داده شده توسط نوار قلب) را در افراد مبتلا به پرفشاری خون ۲ برابر افراد دارای فشار خون طبیعی گزارش نموده است.

۸,۴ مصرف سیگار: در مطالعه گلوکز و لیپید تهران که مطالعه ای در مقیاس وسیع است شیوع مصرف هر روزه سیگار ۱۰/۶٪ برآورد شده است. در مطالعه دیگر نیز شیوع مصرف سیگار در تهران حدود ۱۱٪ تخمین زده شده است. سندرم متابولیک: به مجموعه ای از علائم مقاومت به انسولین، چاقی، دیس لیپیدمی و پرفشاری خون گفته می شود که پیش زمینه بیماریهای قلبی عروقی، سکته و دیابت می باشد. شیوع سندرم متابولیک در جمعیت ایرانی در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: شیوع سندرم متابولیک در جمعیت ایرانی

نویسندگان	شماره جمعیت انتخاب شده	سن جمعیت انتخاب شده	شیوع
عظیمی نژاد (۲۰۰۷)	۲۳۵۳	۱۵-۶۵	ATPIII: 39.9% (male: 29.1% and female: 50.4%) IDF: 40.5% (male: 26% and female: 54.5%) AHA: 40.5% (male: 30% and female: 50.1%)
موسوی (۲۰۰۹)	۶۳۳۳۳	>20	ATP III: 34.2%
کلشادی (۲۰۰۸)	۳۶۹۴	>۱۹	ATP III : 19.8% in females with normal BMI, 48.1% in overweight females and 63.2% in obese females. In males, corresponding values were 3.7%, 18.0% and 40.1%.
حدائق (۲۰۰۷)	۳۴۴۴	>20	ATP III: in normal-weight men and women : 9.9% and 11.0% respectively
میرحسینی (۲۰۰۹)	۶۲۲	۱۵-۱۷	ATP III: 6.5%
ابراهیمی (۲۰۰۹)	۱۷۰۷	۳۳-۸۰	ATP III: 45.5% IDF: 48.4%
شریفی (۲۰۰۹)	۲۹۴۱	>20	ATP-III: 23.7%

۸،۵ چاقی: سیاوش و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود نشان دادن که شیوع بیماری کرونری (اثبات شده با آنژیوگرافی)

در بیماران دچار چاقی شکمی به طور چشمگیری بالاتر است. در مطالعه دیگری که در خراسان رضوی بر روی جمعیت

سالمنند(بالای ۶۰ سال) صورت گرفت ، شیوع اضافه وزن وچاقی به ترتیب ۲۸/۹٪ و ۱۱/۷٪ گزارش شد. مطالع جمعیت محور حاجیان-تیلکی و همکاران(۲۰۰۷) که بر روی ۱۸۰۰ زن . ۱۸۰۰ مرد ۲۰-۷۰ ساله ساکن شمال ایران انجام گرفت شیوع کلی چاقی، چاقی شکمی و اضافه وزن را به ترتیب ۱۸/۸٪، ۲۸/۳٪ و ۳۴/۸٪ نشان داده است.

اخیرا توجه بیشتری به شیوع فرایند چاقی در نوجوانان ایرانی معطوف گشته است. مودب و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کرده اند که از بین ۷۵۴۴ دانش آموز در اصفهان ۹/۳۴٪ دچار اضافه وزن و ۵/۳٪ دچار چاقی بوده اند. به علاوه شیوع افزایش یافته چاقی در زنان ایرانی مبتلا به بیماری های قلبی عروقی در مطالعات مختلف نشان داده شده است. بر اساس مطالعه جمعیت محوری که در تهران صورت گرفته است ، دو سوم زنان میانسال ایرانی دچار اضافه وزن یا چاقی هستند. این امر در مورد زنان متعلق به طبقه پایین اجتماعی صادق تر است.

جدول ۶ : بررسی شیوع عوامل خطر ساز سنتی در جامعه ایران

شیوع	توضیحات کاربردی	سن جمعیت انتخاب شده	شماره جمعیت انتخاب شده	ریسک فاکتور	نویسندگان
۳۱٪	میزان کلسترول بین ۲۰۰-۲۳۵ میلی گم بر دسی لیتر	۲۰-۶۴	۶۲۴۶	دیس لیپیدمی	عزیزی(۲۰۰۳)
۲۴٪	>240 کلسترول توتال mg/dL				
73% (M: 63%; F: 93.3%) 40.6% 35.4%	HDL-C پایین هیپر (>150 mg/dL) گلیسریدی افزایش کلسترول تام (> 200mg/dL) ترکیب HDL-C پایین هیپر گلیسریدی و	>۲۰	۲۹۴۱		شریفی(۲۰۰۸)
۳,۶٪ ۵,۵٪ مناطق شهری ۶,۷٪ مناطق روستایی	گلوکز $\geq 126\text{mg/dL}$ خون ناشتا گلوکز $\geq 126\text{mg/dL}$ خون ناشتا گلوکز $\geq 126\text{mg/dL}$	>30 ۱۵-۶۴ >۱۹	۵۹۵۷۱۷ ۳,۷۸۸ ۱۲,۵۱۴	دیابت ملتوس	عزیزی عظیمی نژاد(۲۰۰۹) صادقی(۲۰۰۷)

۵,۳%	خون ناشتا				
۳۵%	گلوکز $\geq 126\text{mg/dL}$ خون ناشتا	میانگین: 58.75 سال سن ± 9.72	۱۰,۶۲۲		کریمی (۲۰۰۹)
۳۰%	گلوکز $\geq 126\text{mg/dL}$ خون ناشتا	-----	۵۱۴		استقامتی (۲۰۰۶)
۲۳% ۵۰%	مقاله مروری SBP > 140mmHg, DBP > 90mmHg	۳۰-۵۵ >۵۵	۹۳,۶۶۱	پرفشاری خون	حق دوست (۲۰۰۸)
۲۵%	SBP $\geq 140\text{mmHg}$, DBP $\geq 90\text{mmHg}$	۲۵-۴۶	۶,۶ میلیون ایرانی		استقامتی (۲۰۰۸)
مردان (15.6%) و زنان (18.8%)	SBP $\geq 140\text{mmHg}$, DBP $\geq 90\text{mmHg}$	>۱۹	۱۲۴۹۴		صادقی (۲۰۰۴)
سیستولیک، دیاستولیک همچنین سیستولیک و یا دیاستولیک: ۴,۲% ، ۵,۴ و ۷,۷%	سیستولیک، دیاستولیک و همچنین فشار خون سیستولیک و یا دیاستولیک	۶-۱۸	۲۱,۱۱۱		کلشادی (۲۰۰۶)
10.6% (22% مردان زنان 2.1%)	استعمال دخانیات (سیگار)	≥ 15	۱۱,۸۰۱	افراد سیگاری روزانه	امامی (۲۰۰۳)
11.9% [20.6% مردان and 2.9% زنان شرکت کننده (P<0.001)].		≥ 15	۴۵۶۵	افراد سیگاری روزانه	فتوحی (۲۰۰۹)
11% [26.0% از مردان از 1.4% و زنان شرکت کننده (P<0.001)].	سیگاری ها	۱۹-۷۰	۲,۲۰۰		صراف زادگان (۱۹۹۹)
18.7% مردان 1.3% زنان	تکرار سیگار کشیدن سطح نیکوتین سرم	>19	۲۶۲۶		صراف زادگان (۲۰۰۴)

21.2% مردان 6.7% زنان					
14.3% از 18.5% مردان و از 10.1% زنان شرکت کننده (P<0.001).	تکرار سیگار کشیدن	۱۱-۱۸	۱۱,۹۶۶		کلیشادی (۲۰۰۶)

SBP : فشار خون سیستولی ، DBP : فشار خون دیاستولی

۹. شیوع بیماری عروق کرونر براساس سن و جنس:

در مطالعه قند و لیپید تهران که در دو گروه سنی ۳۰-۶۴ و بالای ۶۵ سال انجام گرفت در افراد مسن تر نسبت به افراد ۳۰-۶۴ سال شیوع آنژین ۶۲٪ بیشتر ، شیوع سابقه قبلی IHD بیش از ۴ برابر و شیوع ECG مثبت نزدیک به ۳ برابر بود. اختلاف معنی داری میان زن و مرد در شیوع تعدیل شده CHD بر اساس ECG مثبت دیده نشد ولی هنگامیکه شیوع CHD محتمل بین دو جنس مقایسه شد این نسبت در مردان به میزان معنی داری بیشتر بود (۱/۸ در برابر ۲/۹) ولی زنان شیوع بالاتری از CHD بر اساس وجود آنژین یا ECG مثبت داشتند (۲۱/۳٪ در برابر ۱۷/۵٪)

در مطالعه صراف زادگان و همکاران (۱۹۹۹) که در اصفهان بر روی ۵۷۳۳ زن و مرد ۳۵-۷۹ ساله انجام گرفت میزان شیوع CAD بر اساس پرسشنامه Rose (Rose Q) و یا ECG در زنان به طور قابل ملاحظه ای از مردان بیشتر بود (۲۱/۹٪ در برابر ۱۶٪ ، با فاصله اطمینان ۹۵٪) و همچنین شیوع CAD با افزایش سن در هر دو جنس افزایش یافته بود.

در مطالعه دیگری که به عنوان بخشی از مرحله اول برنامه قلب سالم اصفهان بر روی افراد بالای ۳۵ سال روستایی و شهری اصفهان ، نجف آباد و اراک انجام شد، شیوع CAD بر اساس پرسشنامه Rose یا ECG به طور معنی داری در زنان بیش از مردان بود (۳۷/۵٪ در برابر ۲۲/۲٪) (جدول ۶) . همچنین شیوع آنژین محتمل و قطعی در زنان بیش از مردان بود در حالی که شیوع MI محتمل و قطعی بر اساس ECG در مردان بیش از زنان بود و مانند سایر مطالعات شیوع CAD با افزایش سن در هر دو جنس افزایش دارد.

جدول ۷: توزیع فراوانی شیوع کلی CAD بر اساس Rose Q و ECG سن و جنس

گروه سنی (سال)	مرد تعداد(درصد)	زن تعداد(درصد)	کل تعداد(درصد)
۳۵-۳۹	۶۶۲ (۱۰/۲)	۷۶۱ (۱۱/۷)	۱۴۲۳ (۲۱/۹)
۴۰-۴۹	۱۰۴۰ (۱۶/۰)	۱۱۵۷ (۱۷/۸)	۲۱۹۷ (۳۳/۸)
۵۰-۵۹	۶۵۸ (۱۰/۱)	۶۵۶ (۱۰/۱)	۱۳۱۴ (۲۰/۲)
۶۰-۶۹	۵۳۶ (۸/۲)	۵۷۶ (۸/۹)	۱۱۱۲ (۱۷/۱)
بالای ۷۰	۲۶۴ (۴/۱)	۱۸۸ (۲/۹)	۴۵۲ (۷/۰)

در مطالعه‌ی عباسی و همکاران (۲۰۱۲) که بر روی بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر انجام گرفت، شیوع سندروم $P >$ حد کرونری در مردان بیش از زنان (۷۶,۱٪ در مقابل ۴۸,۶٪)، تری گلیسیرید و قند ناشتای بالاترین نسبت به مردان بودند. سطح تحصیلات در زنان مورد HDL، LDL کلسترول، مطالعه پایین تر از مردان بود. جدول ۸ توزیع فراوانی زیرگروه های بیماری کرونری قلب را بر اساس جنسیت در این مطالعه را نشان می دهد.

جدول ۸: توزیع فراوانی زیرگروه های بیماری کرونری قلب به تفکیک جنس

کل	مرد	زن	جنسیت	
			زیرگروه CHD	
(۳۶۶۱۶)	(۲۴۱۰۸)	(۱۱۵۰۸)	سکته قلبی با صعود قطعه T	سندروم حاد کرونری
(۳۱,۱)۱۱۰۷۹	(۳۶,۵)۸۸۰۱	(۱۹,۸)۲۲۷۸	سکته قلبی بدون صعود قطعه ST	
(۱۲,۵)۴۴۳۸	(۱۳,۰)۳۱۴۱	(۱۱,۳)۱۲۹۷	آنژین ناپایدار	
(۳۰,۱)۱۰۷۲۰	(۲۶,۵)۶۳۹۸	(۳۷,۶)۴۳۲۲	آنژین تنبیدی	آنژین پایدار
(۱۸,۴)۶۵۵۳	(۱۶,۴)۳۹۶۲	(۲۲,۵)۲۵۹۱	آنژین آتیپیک	
(۴,۶)۱۶۴۴	(۴,۵)۱۰۸۴	(۴,۹)۵۶۰	تنگی نفس کوششی	
(۳,۳)۱۱۸۲	(۳,۰)۷۲۲	(۴,۰)۴۶۰		

داده ها به صورت تعداد (درصد) ارائه شده اند.

۱۰. شیوع بیماری کرونری قلب بر اساس چاقی:

در مطالعه سیاوش و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی بیماران تحت عمل آنژیوگرافی به دلیل شک به ایسکمی قلبی انجام شد، شیوع بیماری کرونری در بیماران دچار چاقی شکمی (نسبت دور کمر به قد $\leq ۰,۵۵$) به طور معنی داری از بیماران فاقد چاقی شکمی بیشتر بود (نسبت خطر = ۱,۶۳) اختلاف در شیوع بین بیماران چاق (ضریب توده ی بدنی ≤ ۳۰) و غیر چاق نزدیک به معنی دار بود و ارتباط مثبت معنی داری بین بیماری کرونری و سن، اندازه ی دور کمر و نسبت دور کمر به قد در بیماران مرد وجود داشت. در مطالعه ی دیگری که توسط محمدی فرد و همکاران انجام شد ارتباط مثبت معنی داری بین ضریب توده ی بدنی و اندازه ی دور کمر با متوسط قند خون ناشتا و پس از غذا، فشار خون سیستولی و دیاستولی، میزان چربی های خون به جز وجود داشت. (جدول ۸)

جدول ۸ : مقایسه شیوع عوامل خطر ساز قلبی عروقی در چارک دور کمر بر اساس جنسیت

مردان				زنان				متغیرها
1st quartile WC ≤83	2nd quartile 83 <WC ≤93	3rd quartile 93 <WC ≤102	4th quartile WC >102	1st quartile WC ≤83	2nd quartile 83 <WC ≤93	3rd quartile 93 <WC ≤102	4th quartile WC >102	
26 (1.5%)	30 (2.2%)	92 (6.0%)	146 (10.5%)	30 (1.8%)	72 (4.4%)	116 (7.5%)	176 (11.9%)	دیابت ملتوس
115 (6.7%)	140 (10.0%)	268 (17.3%)	427 (30.4%)	124 (7.4%)	218 (13.3%)	348 (22.4%)	504 (33.9%)	پرفشاری
669 (39.5%)	707 (50.9%)	958 (62.5%)	1,020 (73.1%)	1,045 (63.3%)	1,143 (70.0%)	1,226 (79.4%)	1,229 (83.2%)	دیس لیپیدمی

P<0.001

۱۱. شیوع بیماری عروق کرونر بر اساس وضعیت اجتماعی- اقتصادی:

مطالعات نشان داده اند که در اکثر کشور های در حال توسعه بر خلاف کشور های توسعه یافته میزان شیوع بیماری عروق کرونر در طبقات اجتماع- اقتصادی متوسط و بالا بیشتر از طبقه ی اجتماعی- اقتصادی پایین می باشد. در ایران مطالعات انجام شده در این زمینه اندک است. در مطالعه ی جنتی و همکاران افراد با سطح تحصیلات پایین تر برای ابتلا به بیماری عروق کرونر مستعد تر بودند. در مردان بازنشسته و زنان خانه دار نیز خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر بر بیش از سایرین بود.

در مطالعه ی روح افزا و همکاران بین همه ی عوامل خطر بیماری عروق کرونر به جز سیگار کشیدن و پایین بودن کلسترول با سطح تحصیلات افراد تحت مطالعه ارتباط معکوسی وجود داشت. به علاوه ارتباط معکوس بین عوامل خطر و سطح تحصیلات در زنان قوی تر از مردان بود.

مصرف سیگار	اضافه وزن	پرفشاری خون	دیابت	HDL پایین	LDL بالا	کلسترول بالا	تری گلیسیرید بالا	عوامل خطر	
								سال تحصیلات	
۱,۴	۶۳	۱۵,۴	۳,۱	۵۶,۷	۱۵,۲	۱۸,۳	۲۳,۴	۰-۶	مردان
۱,۳	۵۴	۱۰,۷	۱,۹	۵۸,۱	۱۰,۴	۱۲,۵	۱۷,۴	۶-۱۲	
۲,۸	۴۶	۷	۱,۲	۵۸,۹	۹,۳	۸,۵	۱۱,۷	بالای ۱۲ سال	
۳۲,۶	۴۶,۶	۱۶,۳	۴,۴	۲۹,۷	۱۳,۳	۱۷,۳	۳۲,۱	۰-۶	زنان
۲۴,۹	۴۲,۹	۱۲,۶	۲,۳	۳۰,۴	۱۲,۸	۱۶,۰	۲۸,۷	۶-۱۲	
۲۰,۷۳	۳۹,۱	۹,۰	۱,۵	۳۲,۶	۹,۹	۱۷,۳	۲۷,۴	بالای ۱۲ سال	

در مطالعه قاری پور و همکاران درآمد متوسط و سطح تحصیلات ۶-۱۲ سال به طور معنی داری باعث افزایش خطر ابتلا به پرفشاری خون که از عوامل خطر ساز مهم بیماری عروق کرونر می باشد، می شد.

مطالعه ی دنیوی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که بین متغیر های اجتماعی- اقتصادی منجمله محل سکونت (مناطق فقیرنشین) ، میزان تحصیلات پایین و عدم اشتغال با میزان مرگ پس از سکنه ی قلبی ارتباط مستقیمی وجود دارد.

۱۲. پیش بینی وضعیت آینده:

در دو صده گذشته بیماریهای عفونی و سوء تغذیه عوامل اصلی مرگ در جهان به شمار می رفتند . بیماریهای قلبی عروقی و سرطاناتها به تدریج و ابیدا در کشورهای با درآمد بالا به جای این بیماریها در صدر علل مرگ قرار گرفتند که به عنوان مرحله گذر اپیدمیولوژیک شناخته می شود. با توجه به بار قابل توجه بیماریهای قلبی عروقی و وقوع این بیماریها در سنین پایینتر همانگونه که برای سایرکشورهای خاورمیانه پیش بینی می شود، ایران در مرحله ورود به سومین فاز این مرحله گذر یا در شروع آن می باشد این بدان معنی است که کشور ما احتمالاً حتی با میزان های بالاتری از بروز بیماری مواجه خواهد شد بنابر این در راستای پیشگیری اولیه از بیماری های قلبی عروقی و عوامل خطر آنها و نیز فراهم کردن تسهیلات

تشخیصی و درمانی برای آن نیازمند سرمایه گذاری های اساسی و قابل توجه در بخش نظام سلامت و نیز بخش تحقیقات هستیم. به دلیل این که نظام سلامت فرصت اندکی برای اقدامات درمانی در بیش از نیمی از حوادث قلبی عروقی دارد زیرا این حوادث ناگهانی بوده و در خارج از بیمارستان رخ می دهد، توجه به پیشگیری اولیه در این بیماری ها بسیار حایز اهمیت است. باید به خاطر داشت که سهل انگاری در این زمینه ممکن است هزینه سنگینی به همراه داشته باشد.

بیماری های قلبی عروقی اولین علت مرگ در دنیا هستند و پیش بینی می شود همچنان در این رتبه باقی بمانند. طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵، بیماری های قلبی - عروقی ۱۷,۵ میلیون نفر قربانی داشته است که ۳۰ درصد کل مرگ های دنیا را شامل می شود و پیش بینی می شود این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۲۳ میلیون نفر افزایش یابد .

بررسی های انجام شده در سال ۸۳ و در ۲۹ استان ایران نشان می دهد که بیماری های قلبی - عروقی ۱۳۸ هزار قربانی گرفته است؛ یعنی حدود ۳۷۸ نفر در روز که البته متوسط سن مرگ ناشی از این بیماری ها حدود ۶۹ سال بوده است. بر این اساس بررسی ها حاکی از آن است که اولین علت مرگ در کشور در سال ۸۳، بیماری های قلبی - عروقی بوده است . در حال حاضر بیماری های غیرواگیر مهم ترین علت مرگ و بار بیماری در جهان هستند و تخمین زده می شود ۸۰ درصد از ۳۵ میلیون مرگ ناشی از بیماری های مزمن در سال ۲۰۰۵ در کشورهای با درآمد پایین یا متوسط رخ داده است .

پیش بینی علل عمده مرگ در سراسر جهان در تمام سنین در سال ۲۰۰۵ نشان می دهد که 61 درصد مرگ ها از بیماری های مزمن ناشی می شود که سهم بیماری های قلبی عروقی در این میان، ۳۰ درصد است. همچنین ۴۸ درصد بار بیماری ها ناشی از بیماری های مزمن است که ۱۰ درصد آنها به علت بیماری های قلبی - عروقی است. همچنین پیش بینی می شود تا سال ۲۰۱۵ حدود ۶۴ میلیون مرگ رخ دهد که ۲۰ میلیون آنها به علت بیماری های قلبی - عروقی و عمدتاً ناشی از بیماری قلبی و سکته مغزی خواهد

بود. همچنین در کشور ما نسبت سال‌های از دست رفته عمر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی حدود یک چهارم مجموع سال‌های از دست رفته عمر است و این بیماری‌ها پس از حوادث و سرطان‌ها، سومین علت از دست رفتن سال‌های عمر هستند. در مجموع بیش از دو سوم سال‌های از دست رفته عمر به علت بیماری‌های قلبی عروقی و ناشی از بروز سکته‌های قلبی و مغزی است.

شهرنشینی و شیوع بالای عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی در ایران

مرگ‌های ناشی از بیماری‌های مزمن بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵، ۱۷ درصد یعنی از ۳۵ میلیون مرگ به ۴۱ میلیون افزایش خواهد یافت و لازم است اقدام اساسی برای این بیماری‌ها صورت گیرد.

شیوع عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی در ایران زیاد است، به طوری که در پنجمین دور بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران در سال ۱۳۸۸، در هر دو جنس و در گروه سنی ۱۵ تا ۴۴ سال تنها ۴ درصد و در گروه سنی ۴۵ تا ۶۴ سال فقط یک درصد بدون عامل خطر بودند.

افزایش امید به زندگی و شیوع بالای عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی که ناشی از شیوه زندگی شهرنشینی و تغییرات اقتصادی اجتماعی است، سبب افزایش بروز بیماری‌های قلبی عروقی و به تبع آن افزایش مرگ شده است؛ بطوری که بررسی‌های انجام شده در سال ۸۸ نشان می‌دهد که حدود ۵۵ درصد افراد ۱۵ تا ۶۵ سال کشور دارای حداقل سه عامل خطر زای قلبی عروقی هستند.

اجرای برنامه ثبت سکته‌های قلبی در بیمارستان‌های کشور

براهمیت خدمات پیش بیمارستانی و بیمارستانی فوریت‌های قلبی - عروقی در کاهش مرگ ناشی از این بیماری‌ها تاکید شده است. به همین منظور بر تهیه و اجرای برنامه ثبت سکته‌های قلبی در بیمارستان‌های کشور تاکید شده است تا از اطلاعات آن در ارتقای ارائه خدمات استفاده شود.

فشارخون بالا، کلسترول خون بالا، قند خون بالا، مصرف سیگار، مصرف کم میوه و سبزی، اضافه وزن، چاقی و کم تحرکی را از مهم‌ترین عوامل خطر بروز بیماری‌های قلبی و سکته مغزی عنوان می‌کند و می‌افزاید: نکته مهم آن است که با کنترل عوامل خطر اصلی که شامل مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم و کم تحرکی هستند، می‌توان از ۸۰ درصد این مرگ‌های زودرس جلوگیری کرد.

قلبی سالم، خانه‌ای سالم، دنیایی سالم

برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی و مرگ ناشی از آن راهبردها و راهکارهای زیادی اندیشیده شده است؛ از جمله روز جهانی قلب (آخرین یکشنبه سپتامبر هر سال) که توسط بنیاد جهانی قلب در سال ۲۰۰۰ پیشنهاد شد و هدف از بزرگداشت این روز اطلاع رسانی افراد در مورد بیماری‌های قلبی - عروقی به عنوان بزرگ‌ترین علت مرگ در دنیاست.

با توجه به اهمیت و نقش خانواده در سلامت قلب و عروق، شعار سال ۲۰۱۲ روز جهانی قلب همان موضوع سال گذشته یعنی «قلبی سالم، خانه‌ای سالم، دنیایی سالم» است و البته بر سلامت قلب زنان و کودکان تاکید دارد.

بیماری‌های قلبی در زنان به اندازه مردان خطرآفرین است

برخی تصور می‌کنند بیماری قلبی و سکته مغزی بیماری سالمندان و همچنین بیماری مردان است، اما این یک تصور اشتباه است. بیماری‌های قلبی - عروقی در زنان به اندازه مردان خطر ایجاد می‌کند؛ اما این خطر بطور جدی کمتر تخمین زده شده است. تقریباً نیمی از ۱۷,۵ میلیون مرگ سالانه ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی دنیا در زنان رخ می‌دهد. در حقیقت این بیماری اولین عامل مرگ در زنان است که یک مرگ از هر سه مرگ را شامل می‌شود؛ یعنی حدود یک مرگ در هر دقیقه است. بنابراین لازم

است که زنان در مورد خطر بیماری‌های قلبی - عروقی و اقدامات حفاظتی برای خود و افراد خانواده آگاهی داشته باشند. کودکان هم به طور خاص در معرض خطر هستند؛ چرا که در مورد کنترل محیط خود و انتخاب شیوه‌های زندگی برای قلب سالم تصمیم‌گیرنده نیستند و والدین آن‌ها این مسئولیت را بر عهده دارند. خطر بیماری قلبی قبل از تولد و از دوره جنینی شروع می‌شود و در دوران کودکی با مواجهه با رژیم غذایی ناسالم، کم تحرکی و مصرف دخانیات افزایش می‌یابد. به این ترتیب کودکان با خطر مضاعف ناشی از بیماری قلبی و سکته مغزی روبرو می‌شوند. آن‌ها از یک طرف ممکن است با عواقب احساسی مشاهده بیماری کسانی که دوستشان دارند روبرو شوند و از طرف دیگر در معرض خطر ابتلا و عواقب جسمی بیماری قلبی و سکته مغزی قرار گیرند.

ذکر این نکته مهم است که زندگی مدرن، کودکان را در معرض خطر عوامل خطری مانند رژیم غذایی کم کالری و غنی از چربی‌های مضر غذایی و قند، بازی‌های کامپیوتری که خود مشوق کم تحرکی هستند و همچنین تبلیغات مشوق مصرف دخانیات در برخی کشورها، قرار می‌دهد. بر این اساس با نگاهی به دوران زندگی، کودکان در آینده در معرض افزایش خطر بیماری‌های قلبی عروقی هستند.

پیشگیری از عوامل خطر بیماری‌های قلبی و کاهش ۳۰ درصدی بروز این بیماری‌ها

پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی در سطوح مختلف اعمال می‌شود. انجام مداخلات و فعالیت‌های پیشگیرانه منجر به 20 تا ۳۰ درصد کاهش در وقوع بیماری‌های قلبی - عروقی، سکته مغزی و مرگ و میر و نیز افزایش کیفیت زندگی می‌شود.

برنامه‌های وزارت بهداشت برای «تغییر رفتارهای خطر ساز» و «اصلاح شیوه‌های زندگی»

برای پیشگیری از عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی، ارتقای سلامت جامعه و کاهش بار بیماری‌ها باید راهبردهای مؤثر و قابل قبول به کار گرفته شود تا بتوان عوامل خطر اصلی و اساسی را کنترل کرد، ادامه می‌دهد: مناسب‌ترین اقدامات نظام‌های سلامت برنامه‌هایی هستند که در کنار تمهید و تأمین خدمات بهداشتی درمانی سطح دوم و سوم با تمام توان موجود در راستای «تغییر رفتارهای خطر ساز» و «اصلاح شیوه‌های زندگی» گام بردارند که در این زمینه نیز اداره قلب و عروق وزارت بهداشت به طور جد فعالیت داشته و برنامه‌هایی برای افزایش اطلاعات و آگاهی مردم اجرا کرده و این برنامه‌ها ادامه دارد. توزیع جغرافیایی بیماری‌های قلبی - عروقی تغییر کرده است بر همین اساس است که سازمان جهانی بهداشت پیشگیری از این بیماری‌ها را در کشورهای در حال توسعه جزو اولویت‌های بهداشتی قرار داده است. به همین دلیل لزوم اتخاذ تدابیر و راهکارهای مناسب برای مقابله با این مشکل بهداشتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از طرف دیگر همانطور که از شعار روز جهانی امسال برمی‌آید، اقدامات مربوط به سلامت قلب، همه افراد یک خانواده، جامعه و بویژه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشورها را در برمی‌گیرد تا به این ترتیب افراد برای انجام شیوه‌های برخورداری از قلب سالم بتوانند شوند. بنابراین شایسته است که بیش از پیش به سلامت قلب و عروق به عنوان مهم‌ترین علت مرگ کشور در برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی توجه شود؛ چرا که با توجه و تمرکز بر این بیماری، علاوه بر آنکه گامی جدی در بهره‌مندی از جامعه‌ای سالم برداشته می‌شود، از هزینه‌های سنگین درمان بیماری‌های قلبی - عروقی نیز جلوگیری می‌شود.