

سلامت زنان میانسال

میانسالی یکی از مهم ترین دوره های زندگی است که همراه با تغییرات اندوکرین، سوماتیک و سایکولوژیکی که میتوانند چندین سال طول بکشند، می باشد. بنابراین مراقبت از سلامت در زنان میانسال از اهمیت ویژه ای برخوردار است. زنان در مقایسه با مردان تغییرات و عوارض ناشی از سن بیشتری را تجربه می کنند. برخی معتقدند که ایندوره عوارض متعددی چون بیماری های مزمن جسمی و روانی ناتوان کننده دارد که کیفیت زندگی زنان میانسال را به شدت تحت تاثیر قرار داده و سبب اختلالات خلقی، عاطفی و استرس های بین فردی می شود. شروع یک بیماری یا ناتوانی شدید (و حتی مرگ) در همسر، یکی از دوستان و یا بستگان، بازنشستگی شغلی، عدم امنیت مالی، جدایی از فرزندان و بسیاری از این تجارب منفی در واقع بازتابی از شرایط فردی، اجتماعی و حوادث زندگی است که ممکن است تاثیرات سوئی آنها بر زنان میانسال به غلط به تغییرات اندوکرین دوره یائسگی نسبت داده شود. امروزه اطلاعات (بویژه اطلاعات طولی قابل اعتمادتر مبتنی بر جمعیت) نشان می دهد که مداخلات پزشکی در این مرحله از زندگی، باید به عنوان فرصتی برای فراهم کردن و تقویت برنامه بهداشتی پیشگیرانه در نظر گرفته شود. این مراقبتها شامل: تنظیم خانواده، قطع مصرف دخانیات، کنترل وزن بدن و کنترل مصرف الکل، پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و استئوپروز، حفظ سلامت روانی (از جمله مسائل جنسی) غربالگری سرطان و درمان مشکلات ارولوژیک می باشد.

یکی از مسائل مهم زنان میانسال ورود به مرحله گذر از یائسگی و خود یائسگی است. یائسگی مرحله ای از زمان است که در آن، به دنبال از بین رفتن فعالیت تخمدانها، قطع شدن دائمی قاعدگی رخ می دهد. سالهای قبل از یائسگی که مرحله تغییر از سیکلهای طبیعی تخمک گذاری به قطع قاعدگی را در بر می گیرد، به عنوان سالهای گذر حول و حوش یائسگی (دوره گذر) شناخته می شود و با بی نظمی سیکلهای قاعدگی مشخص می شود.

یائسگی

تعریف: قطع پایدار قاعدگی که در سن ۵۱ سالگی به طور متوسط مشاهده می شود.

✚ سن منوپوز ثابت مانده است (علیرغم ↑ در امید به زندگی در زنان).

✚ یائسگی توسط نژاد، وضعیت اقتصادی اجتماعی، سن منارک یا تعداد تخمک گذاری های قبلی متأثر نمی شود.

✚ عامل مؤثر بر یائسگی ← ژنتیک (مهم).

عوامل مؤثر بر تسریع یائسگی شامل: سیگار، کموتراپی، رادیوتراپی، هیستروکتومی (با وجود حفظ تخمدان)

۱۰٪ قبل از ۴۶ سالگی که منوپوز زودرس می باشد. لازم به ذکر است الکل - سیگار و BMI پایین در کنار عوامل ژنتیک در سن پایین منوپوز مؤثر است.

تعریف نارسایی زودرس تخمدان (POF): شیوع (۱٪)، یائسگی قبل از ۴۰ سالگی، علت (ایدیوپاتیک، موادتوکسیک، اختلالات کروموزومی، اختلالات اتوایمیون)

نارسایی تخمدان سبب کاهش سطح پروژسترون و کوتاه شدن فاز لوتئال می شود بنابراین یکی از نشانه های نارسایی تخمدان کاهش فواصل بین قاعدگی ویا لکه بینی قبل از قاعدگی است.

توجه: منوپوزیک رویداد مرکزی نیست و در واقع یک نارسایی اولیه تخمدان است. محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمدان در طی دوره گذر به یائسگی (transition) دست نخورده می ماند و سطوح FSH در پاسخ به نارسایی تخمدان در غیاب فیدبک منفی تخمدان افزایش می یابد.

شاه علامت یائسگی \uparrow FSH \rightarrow اینهیین \downarrow و استروژن \downarrow \rightarrow آترزی ساختمانهای فولیکول (گرانوزاسل)

نکته: هورمون آنتی مولرین (AMH) نیز \downarrow می شود. ممکن است زمانی به عنوان نشانگر دوره گذر به منوپوز استفاده شود، که در دست بررسی است.

نکته: تولید اندروژن تخمدان بعلت وجود جزء استرومایی بعد از یائسگی ادامه می یابد ولی کمتر از زنان سنین باروری است.

تا ۶۵ سالگی، ۵۰٪ افراد دچار تست تحمل گلوکز غیر طبیعی می شوند لیکن دیابت آشکار ندرتاً ایجاد می شود.

✓ در زمان منوپوز استروژن بمیزان کم در گردش خون وجود دارد که قسمت عمده آن ناشی از آروماتیزاسیون محیطی اندروژنهای آدرنال تخمدان است. بافت چربی محل اصل آروماتیزاسیون اندروژن است.

✓ با افزایش سن فیبروز پیشرونده تیروئید اتفاق می افتد که میزان T_3 (تری یدوتیرونین) ۴۰-۲۵٪ کاهش می یابد.

✓ دوره پس از یائسگی \leftarrow آمنوره بمدت ۱۲ ماه بعد از زمان آخرین دوره قاعدگی (تعریف گذشته نگر)

علائم وازوموتور

آنروفی اوروژنیتال

نگرانی های بهداشتی اصلی

در منوپوز

استئوپروز

علت: کمبود استروژن

بیماری قلب عروقی

سرطان

کاهش عملکرد شناختی

مشکلات جنسی

علائم وازوموتور:

شیوع ۷۵٪ در زنان قبل از منوپوز، علائم برای ۱-۲ سال بعد از یائسگی در اکثریت ولی گاه تا ۱۰ سال یا \uparrow ادامه دارد. گرگرفتگی بر فعالیت های روزانه، خواب و تحریک پذیری هیجانی تأثیر دارد.

✓ اهمیت \leftarrow عامل اصلی مراجعه افراد برای مراقبت

در صورت علائم آتیپیک یا مقاوم به درمان \leftarrow بررسی عملکرد تیروئید (بروز اختلالات تیروئید با افزایش سن، زیاد می شود).

علائم آتیپیک: اختلال تیروئید که در صورت مقاوم به درمان مورد بررسی قرار می گیرد. که علت قطع ناگهانی استروژن است که باعث گرگرفتگی می شود.

✓ مکانیسم گرگرفتگی: یک رویداد مرکزی احتمالاً در هیپوتالاموس شروع می‌شود که ناشی از افزایش درجه حرارت قسمت مرکزی بدن، میزان متابولیسم و درجه حرارت پوست است که منجر به اتساع عروق محیطی و تعریق در برخی زنان می‌شود. علائم در نتیجه قطع ناگهانی استروژن رخ می‌دهند نه صرفاً کمبود استروژن.

درمان علائم وازوموتور:

۱- مداخلات مربوط به شیوه زندگی (↓ علائم)

- محیط خنک

- کاهش وزن

- ترک سیگار

۲- درمان مکمل و جایگزین (CAM) (ایمنی و تأثیر هنوز اثبات نشده است):

- دارونما

- فیتواستروژنها (مشابه دارونما)

- Black cohosh (تمشک سیاه) (مشابه دارونما)

- ویتامین E (↓ کم)

- طب سوزنی

۳- مؤثرترین درمان (FDA): استروژن سیستمیک

✓ گرگرفتگی شدید در دوره گذر (با وجود قاعدگی) ← OCP

✓ دوز کم استروژن ← کونژوگه ۰/۳mgr روزانه

← استرادیول ترانس درمال ۰/۰۲۵mg در هفته

✓ توجه: درمان HRT باید با کمترین دوز مؤثر و کوتاهترین مدت لازم برای اهداف درمانی باشد.

✓ در صورتیکه فرد هیستریکتومی نشده است، درمان با پروژستین به صورت همزمان با استروژن انجام می‌شود.

۴- در صورت ممنوعیت یا عدم تمایل به استروژن ← پروژسترون تنها

۵- کلونیدین (Catapres) ← ↓ گرگرفتگی

۶- مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (نوروترانسمیتر ومیانجی عصبی): پاروکستین، و نلافاکسین، فلوکستین، سیتالوپرام.

۷- گاباپنتین

۸- داروهای درمان بی‌خوابی برای بهبود اختلالات خواب ← بهبود عملکرد روز بعد، خلق و کیفیت زندگی

۸- دیفن هیدرامین هیدروکلراید (آنتی هیستامین) داروی خواب آور

آتروفی اوروژینتال

عوارض شامل: خشکی واژن، خارش، دیسپارونی، سوزش ادرار و فوریت ادرار

درمان مؤثر: استروژن سیستمیک

در صورت عدم وجود علائم وازوموتور: استروژن به صورت واژینال را می‌توان استفاده کرد. جذب سیستمیک اندک ایمنی زیادی دارد. انواع درمان شامل:

الف- کرم پره مارین 0.5mg ← ۱-۳ بار در هفته

ب- قرص واژینال استرادیول (vagifem) ← ۲ بار در هفته

ج- حلقه واژینال Estring ← هر ۳ ماه یکبار

✓ هرگونه خونریزی واژینال حین مصرف بررسی می‌شود.

✓ به طور معمول، درمان همزمان با پروژسترون برای دوز پایین استروژن استفاده نمی‌شود.

✓ درمان غیر هورمونی شامل مرطوب کننده‌های طولی‌الایثر واژینال ← ۲-۳ بار در هفته

✓ درمان با استروژن واژینال ← ↓ علائم ادراری و UTI مکرر

✚ شیوع بی‌اختیاری ادرار ۵۶-۱۶٪.

یائسگی یکی از عوامل بروز بی‌اختیاری ادرار است. سایر عوامل دخیل شامل هیسترکتومی، BMI بالا، سابقه UTI، زایمان طبیعی، افسردگی. در یائسگی طبیعی میزان از دست رفتن توده استخوانی ۱-۲٪ در سال و در صورت اووهورکتومی ۴٪ در سال است.

استئوپروز

شیوع در ایالات متحده: ۵۵٪ در زنان مسن‌تر از ۵۰ سال. از دست رفتن توده استخوانی پیش از FMP شروع می‌شود.

عوامل خطر شامل (غیر قابل تغییر): سن، سابقه خانوادگی، نژاد آسیایی یا قفقازی، سابقه قبلی شکستگی، جثه کوچک بدنی، منوپوز زودرس، افورکتومی قبلی.

عوامل خطر قابل تغییر: کاهش جذب کلسیم، کاهش جذب ویتامین D، شیوه زندگی بدون فعالیت.

بیماریهای مؤثر بر بروز استئوپروز شامل: عدم تخمک‌گذاری در سالهای تولید مثل (ورزش شدید، اختلالات خوردن). بیماری مزمن کلیه، هیپوپاراتیروئیدیسم، هیپرتیروئیدیسم، درمان کورتیکواستروئیدی (پردنیزولون)

✓ وزن هنگام تولد و رشد ضعیف دوره کودکی ارتباط مستقیمی با شکستگی Hip دارد.

تشخیص: اندازه گیری BMD (Bone Mineral Diameter)

- تکنیک اصلی: $D \times A$ (جذب سنجی دوگانه با اشعه X) از هیپ و ستون فقرات
- استئوپنی: Tscore بین ۱- و ۲/۵-
- استئوپروز: Tscore کمتر از ۲/۵-
- اندیکاسیون (تمام زنان ≤ 65 سال صرفنظر از وجود عوامل خطر، زنان جوانتر از ۶۵ سال با یک یا بیشتر عوامل خطر، بغیر از سفید پوست بودن و یائسگی، توصیه می‌شود).

خطرات قابل تغییر:

- رژیم غذایی حاوی Ca و vitD (روزانه 1000-1500 mg و ویتامین D، 400-800_u)
- ترک سیگار، ورزش منظم.

درمان: اساس، داروهای ضد برداشت هستند که از دست رفتن استخوان را کاهش داده و داروهای آنابولیک که تشکیل استخوان جدید را تحریک می‌کنند، درمان شامل:

الف) هورمون درمانی: در صورت شروع بلافاصله بعد از منوپوز، میزان شکستگی مرتبط با استئوپروز ۵۰٪، ↓ می‌یابد.

ب) بیس فسفوناتها:

- آلدرونات (Fosamax) ← 35-70 mg/weekly
- ریزدرونات (Actonel) 35 mg/ weekly خوراکی یا 150mg/w.
- ایباندرونات (Boniva) 150 mg/monthly خوراکی یا 3mg/3month داخل وریدی.
- اسیدزولدرونیک وریدی 5mg/yearly

ج) تعدیل کننده انتخابی رسپتوراستروژن (SERMs)

د) کلسی تونین (Miacalcine) به صورت اسپری داخل بینی

و) تری پاراتید یا هورمون پاراتیروئید (PTH₁₋₃₄ نوترکیب انسانی) بادوز ۲۰ میکروگرم درروز: - تحریک تشکیل استخوان جدید، کاهش چشمگیر در شکستگی مهره‌ای و غیر مهره‌ای.

ر) داروی جدید **(Prolia) denosumab** ← ↓ خطر شکستگی هیپ و مهره در زنان استئوپروتیک پس از یائسگی (زیر جلدی دوبار در سال برای ۳۶ ماه).

بیماری قلبی عروقی یا CVD عامل اصلی مرگ در زنان ← ۴۵٪

- ✓ عوامل خطر غیرقابل تغییر: سابق خانوادگی و سن
- ✓ عوامل خطر قابل تغییر: زندگی بدون فعالیت، چاقی و سیگار
- ✓ بیماری‌های طبی همراه با ↑ خطر: دیابت، فشار خون و هیپرلیپیدمی

- ✓ تأثیر HRT بر کاهش بروز بیماری قلبی ← ناشی از آثار مفید HRT بر لیپیدها و عملکرد و مستقیم آن بر جدار عروق (آترواسکلروتیک در جدار عروق ← ↓ CVD)
- ✓ در کارآزمایی‌های جدید، کاهش حوادث قلبی عروقی با درمان HRT مشاهده نشده است.

سرطان پستان

اهمیت: شایعترین سرطان در زنان و دومین علت مرگ ناشی از سرطان

- ✓ عوامل خطر شامل: سن، سابقه خانوادگی، منارک زودرس، منوپوز دیررس و بیماری پستان قبلی شامل آتی پی اپی تلیال و سرطان
- ✓ در زنانی که افورکتومی دو طرفه یا حاملگی ترم قبل از ۳۰ سال دارند ← ↓ خطر ابتلا
- ✓ استفاده درازمدت از هورمون درمانی، معمولاً به مصرف بیش از ۵ سال اطلاق می‌شود که همراه با افزایش ۱/۳ برابر سرطان پستان بویژه در زنان کم وزن است.
- ✓ مادرانی که حاملگی قبل از ۳۰ سال و شیردهی ← ↓ خطر ابتلا (کانسرپرست)

تاموکسیفن و رالوکسیفن

تاموکسیفن ← آگونیست و آنتاگونیست استروژن که در درمان سرطان پستان استروژن رسپتور مثبت استفاده می‌شود. سبب کاهش خطر ابتلا به کانسر پستان در زنان پرخطر تا ۵۰٪ می‌شود. رالوکسیفن نیز اثری مشابه در پیشگیری از سرطان پستان در افراد پرخطر دارد. با استفاده از این دو دارو، خطر ترومبوآمبولی وریدی تقریباً ۳ برابر افزایش می‌یابد که مشابه هورمون درمانی است. تاموکسیفن به عنوان آگونیست استروژن ← تأثیر بر اندومتر ← ↑ خطر پولیپ اندومتر، هیپرپلازی و سرطان می‌شود. در حالیکه رالوکسیفن تأثیری بر اندومتر ندارد.

نکته: انجام ماموگرافی اسکرین به طور سالیانه در زنان بالای ۵۰ سال ← ↓ مرگ و میر سرطان پستان

نکته: معاینه ماهیانه پستان توسط بیمار توصیه می‌شود.

بیماری آلزایمر

در زنان شایعتر از مردان است، تأثیر HRT بر میزان بروز آن نامشخص است، افزایش احتمال سکته مغزی با مصرف HRT با افزایش احتمال خطر دمانس ناشی از حوادث مغزی شناسایی نشده کوچک همراه است.

کنتراندیکاسیون HRT

مطلق

- کانسر مشکوک یا اثبات شده پستان یا اندومتر
- AUB با علت نامشخص
- بیماری قلبی عروقی (کرونری قلب، عروق مغز و اختلالات ترومبوآمبولیک)

- بیماری کبدی فعال یا کیسه صفرا

نسبی:

- سردرد میگرنی

- سابقه بیماری کبد و کیسه صفرا

- بیماری قلبی بدون درگیری عروقی

- سابقه کانسر اندومتر، حوادث ترومبوآمبولیک

رژیم HRT شامل:

- رژیم متوالی

- رژیم مداوم ترکیبی

- پروژسترون میکروژنیزه خوراکی (پرومتریوم)

- پروژسترون سیکلیک

- IUD حاوی پروژستین

اختلالات عملکرد جنسی

شیوع ۴٪ در ایالات متحده، ۱۲٪ مشکل جنسی را همراه ناراحتی و دیسترس فردی گزارش می‌کنند. گرچه مشکلات جنسی معمولاً با سن افزایش می‌یابند، در زنان میانسال (۴۵-۶۹ سال) به حداکثر می‌رسد و در زنان ۶۵ سال اتیولوژی آن چند عاملی می‌باشد. شامل: افسردگی یا اضطراب، مشکلات در روابط، استرس، خستگی، داروها، مشکلات فیزیکی مانند واژینیت آتروفیک یا اندومتريوز و سوء استفاده قبلی می‌باشد.

نکته: در طی دوره گذر، دیس پارونی ↑ و تمایل جنسی ↓ می‌یابد اما عوامل دیگر مثل برانگیختگی جنسی و لذت متأثر نمی‌شوند. سن، عوامل اجتماعی بهداشتی و روانی با عملکرد جنسی در ارتباط است (طبق مطالعات).

درمان:

✓ استروژن درمانی

✓ درمان با آندروژنها: بهبود عملکرد جنسی در گروه‌های خاص از زنان یائسه با R/O سایر مشکلات

✓ درمان با تستوسترون (خوراکی، IM یا ترانس درمال) ← بهبود تمایل و عملکرد جنسی

به نکات زیر توجه فرمایید:

✓ درمان آتروفی یوروژنیتال ← بهبود دیس پارونی و عملکرد جنسی

✓ مشاوره، تغییر شیوه زندگی، آموزش، توصیه‌های ورزشی و مراجعه به متخصص جنسی

- ✓ سکس درمانی ← ۶۵٪ موفق در رفع مشکلات جنسی
- ✓ درمان افسردگی و اضطراب زمینه‌ای و گاهاً تنظیم دوز داروی ضد افسردگی نیاز است.
- ✓ درمان با بوپروپیون (Bupropion) ← ↑ لذت جنسی، برانگیختگی و ارگاسم در زنان غیر افسرده با تمایل جنسی کم
- ✓ درمان با سیلدنافیل سیترات ← مشابه دارونما و در درمان زنان با مشکلات برانگیختگی و پاسخ ارگاسمی

آشنایی با مراقبتهای سلامتی در زنان میانسال

- برنامه غذایی مناسب: نوشیدن آب کافی تا ۸ لیوان در روز، مصرف غذاهای ابدار، ماهی هفته ای ۲ بار، مصرف سبزیجات با برگ سبز، دریافت کلسیم و ویتامین D کافی
- ورزش روزانه به مدت حداقل ۴۰ دقیقه در روز
- افزایش اکسیژن رسانی با استخر رفتن و شنا
- خواب کافی
- معاشرت با دوستان، تفریح و مسافرت

موفق باشید یزدی زاده