

بررسی ارتباط منوراژی (افزایش میزان خونریزی قاعدگی) و دیابت بارداری

طوبی حیدری^{۱*} (M.Sc)، نورالسادات کریمان^۲ (M.Sc)، دکتر مریم افراخته^۳ (M.D)، دکتر حمید علوی مجد^۴ (Ph.D)

چکیده

سابقه و هدف: دیابت بارداری را به عنوان شدت‌های مختلف عدم تحمل به کربوهیدرات‌ها تعریف می‌کنند که شروع یا اولین تشخیص آن در طول حاملگی بوقوع می‌پیوندد. تقریباً ۴ درصد حاملگی‌ها با دیابت عارضه‌دار می‌شوند که ۹۰ درصد آنها دیابت بارداری هستند. شناسایی عوامل خطر دیابت بارداری، منجر به انجام اقدامات لازم گردیده و عوارض احتمالی مادری و جنینی راکاهش خواهد داد. یکی از عوامل خطر جدید، میزان غیر طبیعی خونریزی قاعدگی می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط منوراژی و دیابت بارداری در مراجعین به مراکز آموزشی - درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۴ انجام گردید.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تحلیلی گذشته نگر (مورد-شاهدی) زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه‌های دیابت بارداری و درمانگاه‌های مراقبت‌های روتین بارداری وابسته به مراکز تحقیقات غدد و متابولیسم بیمارستان شریعتی و بیمارستان طالقانی و مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم ایران در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد ۶۰ خانم باردار با تشخیص قطعی دیابت بارداری (گروه مورد) و هم‌زمان با آن تعداد ۶۰ خانم باردار بدون ابتلا به دیابت بارداری (گروه شاهد) بررسی شدند و خصوصیات دموگرافیک، میزان خونریزی قاعدگی و عوامل موثر بر آن، در دو گروه مقایسه شدند. زنان با سابقه جنین درشت در حاملگی قبلی (وزن بالای ۴۵۰۰ گرم)، دیابت قبل از حاملگی، دیابت در حاملگی قبلی، مرگ و میر نوزادی در فرزندان قبلی، سقط‌های مکرر (سه بار سقط پشت سرهم)، مصرف سیگار قبل و حین بارداری و زایمان قبل از موعد، از مطالعه خارج می‌شدند. همچنین متغیرهای سن، تعداد زایمان، نمایه توده بدنی قبل از بارداری، وجود دیابت در بستگان درجه ۱، مرده‌زایی در بارداری قبلی و جنین یا نوزاد ناهنجار در بارداری قبلی، با یکدیگر همسان شدند.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه بیان‌گر این بود خصوصیات دموگرافیک و عوامل موثر بر میزان خونریزی قاعدگی، در دو گروه مشابه بود. فراوانی نسبی افزایش خونریزی قاعدگی (منوراژی) در گروه مورد برابر با ۴/۷ درصد و در گروه شاهد برابر با ۱۰ درصد بود ($P < 0.001$). OR محاسبه شده برابر ۶/۴۳ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد به صورت (۹/۱۶ و ۲/۴۰) بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، منوراژی ممکن است یک عامل خطر مستقل و پیش‌گویی‌کننده برای ابتلا به دیابت بارداری باشد. به نظر می‌رسد که اگر غربال‌گری انتخابی برای دیابت بارداری مد نظر باشد، این سابقه که به آسانی و با هزینه اندک قابل شناسایی است، بهتر است در تصمیم‌گیری برای انجام آزمایشات قند خون در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: منوراژی، دیابت بارداری، عامل خطر

()

[]

)

(

مواد و روش‌ها

[]

(Vestmid)

/ [] /

[]

[] /

[] /

[]

:

[]

[]

[]

[]

[]

[]

)

[]

: (

(...)

[]

)

(BMI>26) [] (... []

[] (... []

[]

[] (

[]

IUD OCP)

(...

SPSS

t

χ^2

[] (Carpenter & Coustan)

نتایج

()

()

P Value	()	()	
p= /	/ ± /	/ ± /	()
p= /	/ ± /	/ ± /	()
p= /	(/)	(/)	
p= /	(/)	(/)	
p= /	(/)	(/)	
p= /	(/)	(/)	



()

()
 - (/ /)
 (...) (/ /)
 (/ /) -
 (/ /)

of SID

()
 /
 -
 / (P= /)
 /
 /
 χ^2
 (P< /)

(CI = / - /) /
 OR (CI = / - /) /
 /
 (CI = / - /)
 () (CI = / - /)

()

(p< /)

) []
([]
[] []

[]

(/)
(/)
(/)
(/ /)
[]
(/ /) /
[]

[]

منابع

[1] Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw Hill; 2005.

[2] Lowdermik D, Perry S. Maternity and Women's Health Care. 9th ed. United State: Mosby; 2007.

[3] Haver MC, Locksmith GJ, Emmet E. Irregular menses: and independent risk factor for gestational diabetes mellitus. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 1189 – 1191.

[4] Sheffield JS, Casey BM, Lucas MJ. Gestational diabetes: Effects of the degree of hyperglycemia and gestational age at diagnosis. Social Gynecol Invest 1999; 6: 6A.

[5] Thomas A, Buchanan H, Anny H. Gestational diabetes mellitus. J Clin Invest 2005; 115: 485 – 491.

[6] Lowdermik D, Perry S, Piotrowski K. Maternity Nursing. 6th ed. London: Mosby; 2003.

[7] Cheung N.V, Wasmer G, Al-Ali J. Risk factors for Gestational diabetes Among Asian women. Diabetes Care 2001; 24: 955-956.

[8] Akhtar J, Qureshi R, Rahim F, Moosvi S, Rehman A, Jabbar A. Diabetes in pregnancy in pakistani woman :Prevalence and Complications in an indigenou south Asian community. Diabet Med 1996; 13: 189-191.

[9] Larijani B, Azizi F, Bastanhigh MH, Pajouhi M, and Hossein Nezhad A. The prevalence of gestational diabetes mellitus in young women. Iranian J Endocrinol Metab 2001; 4: 23-27 (Persian).

[10] Keshavarz M, and Babaei Gh R. Comparison of pregnancy complications between gestational diabetes mellitus and normal group in Iran: A Cohort study. Iranian J. Endocrinol Metab 2002;5: 331-325(Persian)

[11] Jimenesmoleon J, Buenocavanillas A, Lunadelcastillo J. Prevalence of gestational diabetes melitus: variations related to screening strategy used. J Clin Epidemiol 2002; 149: 831 – 837 (abstract).

[12] Leifer S, Hartson D. Introduction to Maternity and Pediatrics Nursing. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003.

[13] Faster D, Cooper M A. Myles Text Book for Midwives. 14th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003.

[14] Thadhani R, Wolf M, Msublattan K. First trimester sex hormone binding globulin and subsequent gestational diabetes mellitus. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 171 –176.

[15] Nagrath A, Malhotra N, Singh M. Progress in Obstetrics and Gynecology-2. Newdehli: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2004.

[16] Cooper GS, Ephross SA, Sandler DP. Menstrual patterns and risk of adult- onset diabetes melitus. J Clin Epidemiol 2000; 53: 1170 – 1173.

[17] Ryan K, Berkowitz R, Barbierir R, Dunaif A. Kistner's Gynecology and Women's Health. 7th ed. London: Mosby; 1999 .

[18] Berek J. Berek & Novak's Gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2007.

[19] Sadock B J, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry. 17th ed. Philadelfia : Lippinett Williams and Wilkins; 2000.

[20] Mahan LK, Escott-stump S. Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy. 11thed. Philadelphia: W.B Saunders Co; 2004.

[21] Lemcke D, Pattison J, Marshall L. Current Care of Women Diagnosis and Treatment. NewYork: Mcgrow Hill; 2004.

[22] Jalalinia SH, Comparing the complications of two IUDs: Copper T380A and CU-safe300 at women referring to healthcare centers related to Shahid Beheshti University of Medical Science [dissertation]. Faculty of Midwifery and Nursing: Shahid Beheshti Univ ;2000; (Persian).

[23] Weiss DJ, Charles MA, Dunaif A, Prior DE, Lillioja S, Knowler WC. Hyperinsulinemia is associated with menstrual irregularity and altered serum androgenes in Pima Indian women. Metabolism 1994; 43: 803 – 807.

[24] Solomon CG, Hu FB, Dunaif A, Rich-Edwards J, Willett WC, Hunter DJ , et al . Long or highly irregular menstrual cycles

تشکر و قدردانی

[27] Spiroff L, Fritz M Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005.

[28] Coll-Capdevila C. Dysfunctional uterine bleeding and dysmenorrhea. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 229-237.

[29] Camerson IT. Dysfunctional uterine bleeding. *Baillieres Clin Obstet Gynecol* 1989; 3: 315-327.

[30] Brenner PF. Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 766-799.

as a marker for risk of type 2 diabetes melitus. *Obstet and Gynecol Survey* 2001; 57: 356 – 357.

[25] Solomon CG, Rich-Edward JW, Dunaif A, Willett WC. Abnormal menstrual cycle length predicts subsequent non-insuline-dependent diabetes melitus. *Am J Epidemiol* 1998; 147: S60.

[26] Roumain J, Charles MA, DE Courten MPD, Hanson RL, Bordie TD, Pettitt DJ ,et al .The relationship of menstrual irregularity to type 2 diabetes in Pima India women. *Diabetes Care* 2000; 21: 346 – 349.

Archive of SID