

بررسی عوارض مادری در دیابت آشکار و دیابت بارداری

نویسندگان:

زهرا فردی آذر*

استادیار گروه زنان مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

صدیقه عبداللهی فرد

دانشیار گروه زنان مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فرزاد نهمی پور

استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

ایلناز شهر آزاد

دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تاریخ ارائه: ۸۵/۴/۱ تاریخ پذیرش: ۸۵/۹/۱۱

Evaluation of Maternal Complication of Overt and Gestational Diabetes

Abstract

Introduction: Diabetes is the most common medical complication of pregnancy. If it is not controlled, it can cause lots of complications for both mother and fetus. The purpose of this study was evaluation of complications of gestational and overt diabetes in the patient in Clinics of Medical Science of Tabriz University.

Materials and Methods: In this cross-sectional descriptive study done in Al-Zahra and Taleghani Hospitals of Tabriz in the year 2004-2005, 300 patients with overt or gestational diabetes were chosen and studied for 20 month. Data of prenatal care and delivery were documented and then analyzed by SPSS software and statistical methods of t-test, chi-square and compare of ratio.

Result: 126 cases had overt diabetes and 174 cases had gestational diabetes. Mean of age was 30.22 ± 5.71 years. 90% of cases had not any program for pregnancy or preconception counseling. Nephropathy, retinopathy, hypertension and preeclampsia were significantly higher in overt diabetes. Prevalence of polyhydramnios is was 10%, macrosomy 19%, preterm labor 18%, urinary tract infection 30%, candida infection 40%, cesarean section 88.3%, dehiscence 3.3%, thromboembolism 3.3% and still birth 2%. There was no significant difference in these complications between the two groups.

Conclusion: Hypertension, preeclampsia, macrosomy, cesarean section and infection were most common maternal complications of diabetes in pregnancy. Hypertension, preeclampsia, nephropathy and retinopathy were significantly higher in overt diabetes group. Many of the women in two groups had not any program for pregnancy or prenatal care. Education about preconception counseling for women of reproductive age, screening for high risk diabetes group and attention to the complications seems necessary.

Keywords: Gestational diabetes, Overt diabetes, Maternal complication, Pregnancy outcome

آدرس:

تبریز، خیابان آزادی، خیابان گلپاد، کوی ماندانا، کوچه سوسن پلاک ۷۴

کد پستی: ۵۱۶۵۶۵۳۱

تلفن: ۳۳۴۶۳۴۲ (۰۴۱۱)

پست الکترونیک: fardyazar@yahoo.com

مقدمه

دیابت شایعترین عارضه پزشکی در بارداری است و علت عمده نارسائی تعدادی از ارگانها مانند کلیه، چشم، قلب و سیستم عصبی میباشد. دیابت در بارداری باعث ایجاد عوارض متعدد در مادر و جنین می شود (۱).

دیابت به عنوان یک اختلال متابولیسم مزمن موثر بر کربوهیدراتها، پروتئین و چربی ها تعریف می گردد که بواسطه کمبود و یا مقاومت به انسولین ایجاد می گردد. وقتی اولین بار در بارداری شروع یا تشخیص داده شود به عنوان دیابت بارداری نامیده می شود (۲). در حاملگی طبیعی قند خون ناشتا به دلیل انتقال مداوم به جنین پایین می باشد در حالیکه به علت تاخیر تخلیه معده قند خون بعد از غذا بطور طولانی تری بالا باقی می ماند. هیپرتروفی سلولهای بتای پانکراس در حاملگی باعث ترشح دو تا سه برابر انسولین می شود. مجموعاً این تغییرات باعث حالتی شبیه به مقاومت به انسولین در دیابت تیپ دو می گردد (۳).

اختلال در تست تحمل گلوکز در ۵-۳٪ حاملگی ها رخ میدهد و ۹۰٪ تمام بارداریهای عارضه دار با دیابت در اثر دیابت بارداری می باشد. مطالعات نشاندهنده افزایش شیوع آن در سالهای اخیر می باشد که احتمالاً به علت چاقی و تغییر در رژیم غذایی و سبک زندگی می باشد (۴، ۱).

دیابت در حاملگی به علت افزایش عوارض جنینی از قبیل ماکروزومی، ناهنجاریهای جنینی (در نوع آشکار دیابت)، آسیبهای زایمانی، وضع حمل زودرس، مرگ جنین با علت نامشخص و مشکلات بعد از تولد مورد توجه قرار گرفته است. علاوه بر مشکلات جنینی ذکر شده عوارض متعددی سلامت مادر را در دوران بارداری تهدید می کند. امروزه به دلیل کنترل مناسب دوران بارداری مرگ و میر مادران در اثر دیابت نادر است ولی عللی نظیر کتواسیدوز، افزایش فشار خون، مسمومیت بارداری،

بیماری کلیوی و بیماریهای قلب و عروق هنوز باعث افزایش مرگ و میر مادران تا ده برابر نسبت به بارداریهای طبیعی می باشد (۱). شایعترین عوارض گزارش شده به علت دیابت در مادر عبارتند از نفروپاتی، رتینوپاتی، نوروپاتی، هیپر تانسیون، پره اکلامپسی و عفونتها (۴).

در حال حاضر برنامه غربالگری منظمی جز تعیین قند خون ناشتا جهت شناسائی دیابت در درمانگاههای دولتی مراکز کنترل حاملگی در کشور وجود ندارد. از آنجائیکه عوارض ذکر شده سلامتی زن باردار و جنین وی را به طور جدی به مخاطره می اندازد و از طرفی کنترل دیابت و پیشگیری از عوارض مذکور امکان پذیر می باشد، لذا شناسائی وضعیت فعلی از نظر میزان عوارض دیابت ما را در شناخت چالشهای موجود و رفع آنها یاری خواهد نمود.

مطالعه حاضر با هدف بررسی عوارض دیابت در دوران بارداری و زایمان و مقایسه آن در دو نوع دیابت آشکار و بارداری انجام شده است.

روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی در زنان باردار که در فاصله سالهای ۸۴-۱۳۸۳ به مدت ۲۰ ماه به درمانگاههای تخصصی بیمارستانهای دانشگاهی الزهرا (س) و طالقانی تبریز مراجعه نمودند، انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه ۲۴۰۰ نفر بودند. تعداد نمونه ها ۳۰۰ نفر بودند که با تستهای غربالگری دیابت شناخته شده و یا دیابت بارداری آنها شناسایی شده بود مورد مطالعه قرار گرفتند. به بیماران قبل از ورود به مطالعه روش کار توضیح و رضایت آنها گرفته شد. معیار تشخیص دیابت آشکار سابقه قبلی دیابت و دریافت دارو، یا قند خون تصادفی

خانمهای با دیابت تیپ ۲ که تحت رژیم داروی خوراکی قرار داشتند به محض تشخیص بارداری داروی خوراکی قطع و انسولین شروع گردید. تمام بیماران با انجام تستهای سلامت جنین تا زمان شروع زایمان تحت نظر قرار داشتند و مداخله تنها با اندیکاسیونهای مامائی انجام گرفت. در صورت نیاز به ختم انتخابی، زایمان بعد از ۳۸ هفته بارداری انجام گرفت.

بیمارانیکه جهت انجام زایمان به مراکز فوق مراجعه نمودند از مطالعه حذف گردیدند. اطلاعات مربوط به کنترل دوران حاملگی و زمان زایمان با توجه به موارد درج شده در پرونده وارد پرسشنامه گردیده و با استفاده از نرم افزار SPSS و روشهای آماری مقایسه نسبتها، کای اسکور و تی - تست با سطح معنی داری $p < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از ۳۰۰ بیمار دیابتیک (۱/۲۵٪)، ۱۲۶ مورد دیابت آشکار و ۱۷۴ مورد دیابت حاملگی بود. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه 30.22 ± 5.71 سال بود. مشخصات طبی بیماران مطابق جدول شماره ۱ در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

بالای ۲۰۰ میلی گرم همراه با نشانه های پلی اوری، پلی دیپسی و کاهش وزن و یا قند خون ناشتای بالای ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر بود. دیابت بارداری بعنوان عدم تحمل گلوکز که شروع آن در هنگام بارداری بوده تعریف می گردید. از کلیه نمونه ها تست تحمل، ابتدا با ۵۰ گرم گلوکز خوراکی در هفته ۲۸-۲۴ بارداری انجام گردیده و در صورتیکه قند خون ۱ ساعت بعد ازان بیشتر یا مساوی ۱۴۰ میلیگرم در دسی لیتر بود. تست تحمل با ۱۰۰ گرم گلوکز خوراکی تکرار گردید، چنانچه دو نمونه از قند خونهای ناشتا (۱۰۵)، ۱ ساعت (۱۹۰)، ۲ ساعت (۱۶۵) و سه ساعت (۱۴۵) مساوی یا بالاتر از مقادیر فوق بعنوان دیابت بارداری شناخته شد.

بیماران بصورت ماهانه تا هفته ۲۸ و هر دو هفته تا هفته ۳۶ و هر هفته تا زمان ختم بارداری توسط متخصص زنان ویزیت و آزمایشات روتین و سونوگرافی سریال کنترل گردید و جهت کنترل قند خون و دریافت انسولین به متخصص داخلی ارجاع داده می شد. خانمهای با GDM تحت محدودیت ساکاروز در رژیم غذائی قرار گرفتند و در صورتیکه قند خون ناشتا همچنان بالای ۱۰۵ میلی گرم در دسی لیتر و یا گلوکز پلاسمای ۲ ساعت بعد غذا بالای ۱۲۰ میلی گرم در دسی لیتر بود، جهت کنترل قند خون انسولین شروع گردید. در تمام

جدول ۱: مشخصات طبی خانمهای باردار با دیابت آشکار و بارداری

Pv	دیابت آشکار		دیابت باردار		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۱۲۱	۳/۴۲۸	۲/۱۲۰	۲/۸۲۷	۱/۵۱۱	گراویدا
۰/۹۶	۰/۴۰۴	۰/۸۲۸	۰/۷۲۴	۱/۰۷	تعداد سقط
۰/۸۰۸	۳۴/۶۱۰	۵/۹۴۳	۳۴/۸۶	۴/۳۴	BMI
۰/۱۱۶	۳۵/۶۳	۲/۶۶	۳۶/۴۵	۲/۳	سن حاملگی در زمان ختم (هفته)
-	۳/۷۶۲	۳/۱۷۶	-	-	مدت زمان ابتلا به دیابت (سال)

سن بارداری در زمان مراجعه به پزشک در بیماران با دیابت آشکار $7/02 \pm 12/11$ و در دیابت حاملگی $6/51 \pm 14/21$ هفته بود.

۹۰٪ خانمهای مورد مطالعه حاملگی برنامه ریزی شده و یا مراقبت قبل از بارداری نداشتند.

در میان بیماران مورد مطالعه ۳ نفر در گروه دیابت بارداری و ۱۲ نفر در گروه دیابت آشکار رتینوپاتی داشتند. نفروپاتی در ۳ نفر از گروه دیابت حاملگی و ۲۳ نفر از گروه دیابت آشکار مشاهده گردید. مودی از نوروپاتی و بیماری قلبی و عروقی در میان دو گروه مشاهده نگردید.

افزایش فشار خون در ۵۷ نفر از بیماران با دیابت آشکار و ۳۰ نفر از گروه بیماران دیابت حاملگی مشاهده گردید. پره اکلامپسی متوسط تا شدید در ۲۴ نفر از گروه دیابت حاملگی و ۴۸ نفر از خانمهای با دیابت آشکار مشاهده گردید. شیوع این دو عارضه در دیابت آشکار بطور معنی داری بیشتر از دیابت حاملگی بود.

شیوع پلی هیدروآمنیوس 10% ، ماکروزومی 19% ، کاهش رشد داخل رحمی $1/3\%$ ، زایمان زودرس 18% ، عفونت ادراری 30% ، عفونت کاندیدیایی 40% بود. در دو گروه تفاوت معنی داری از نظر میزان این عوارض وجود نداشت.

همچنین میزان خونریزی بعد از زایمان (1%)، تب نقاسی (3%)، باز شدن زخم ($3/3\%$)، ترومبوآمبولی ($2/3\%$)، مرگ داخل رحمی (2%)، مرگ مادر (1 مورد معادل با 3 در 1000) در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

بحث

در این مطالعه شیوع دیابت در بارداری $1/25\%$ بود.

تا کنون مطالعه جامعی در ایران در مورد شیوع دیابت در بارداری انجام نگردیده است. در مطالعه فریدون عزیزی شیوع دیابت در روستاهای استان تهران $7/6\%$ و میانگین سنی افراد $13/3 \pm 47$ بود (۵).

در مطالعه اشرف محمدزاده در شهر مشهد در سال ۱۳۷۹ شیوع دیابت بارداری $0/5\%$ و دیابت آشکار 33% گزارش گردید (۶).

در بررسی دیگری که در شهرستان اردبیل در سال ۱۳۸۲ در مورد شیوع دیابت انجام گردید میزان دیابت حاملگی $1/3\%$ برآورد گردید (۷).

در شهرستان یزد، شریف پور و همکارانش در ۱۴۳۰ بارداری میزان دیابت بارداری را $7/3\%$ گزارش نمودند (۸). دیابت $2/6\%$ از بارداریها را در کشور امریکا دچار عارضه می کند (۱). به گزارش مور و همکاران از دانشگاه کالیفرنیا، $3-10\%$ بارداریها توام با دیابت می باشند که 90% آنها دیابت بارداری، 3% آنها دیابت تیپ ۲ می باشد. شیوع دیابت تیپ ۲ در جامعه امریکا در حال افزایش است و دلایل آن تغییر در سبک زندگی، رژیم غذایی، چاقی در دوران جوانی و مهاجرت افراد مستعد به امریکا ذکر شده است (۹).

با مقایسه شیوع دیابت در جامعه ایران و ممالک غرب می توان نتیجه گرفت که شیوع آنها در محدوده یکسانی می باشد و علت بالابودن آن در پاره ای از مراکز مورد مطالعه در ایران احتمالاً ارجاعی بودن مراکز فوق می باشد که طبیعتاً بیماران پر خطر بیشتری را می پذیرند، لذا تعمیم آنها به کل جامعه نیازمند مطالعات جامعتری می باشد.

میانگین سنی بیماران مورد مطالعه حاضر $28/22 \pm 5/71$ می باشد. در مطالعه شهرکی پور، سن مهمترین عامل در بروز دیابت حاملگی گزارش گردیده است. بطوریکه در گروه سنی $23-15$ سال میزان دیابت حاملگی 1% ، در گروه سنی $24-25$ ، 6% و در گروه سنی 35 سال به بالا 15% بود (۱۰).

همچنین در مطالعه مریم کاشانیان سن بالای 30 سال جزء عوامل خطر ابتلا به دیابت عنوان گردیده است (۱۱). دیابت نوع ۲ در سنین بالا ظاهر میشود و دیابت بارداری در زنان با سن بالا بیشتر از جوانها دیده میشود، بطوری

در مطالعه چاتر ودی و همکاران شیوع رتینوپاتی در زنان مولتی پار کمتر بود، بطوریکه در زنان با دو بار یا بیشتر زایمان ۳۴٪ در خانمهای با یک بار زایمان ۴۵٪ و در زنان نولی پار ۴۸٪ بودو تفاوتها معنی دار بود یکی از دلایل عمده، مراجعه بیشتر زنان حامله به کلینیکهای دیابت و کنترل بهتر قند خون میباشد. و نشان دهنده آنست که حاملگی باعث رتینوپاتی نمی گردد (۱۷).

تامپل و همکاران که اثرات حاملگی را در رتینوپاتی در دیابت تیپ ۱ بررسی کردند، پیشرفت رتینوپاتی در حاملگی را ناشایع گزارش کردند ولی در زنان با طول ابتلای بالای ۱۰ سال دیابت و با سابقه رتینوپاتی متوسط و شدید اثرات بارداری را عامل تشدید کننده اعلام کردند (۱۸).

با توجه به اینکه در خانمهای مورد مطالعه سابقه ابتلا به دیابت بطور متوسط ۳ سال می باشد، شیوع کمتر رتینوپاتی نسبت به موارد اعلام شده قابل توجهی می باشد. نفروپاتی در ۳ نفر از گروه دیابت بارداری و ۲۳ نفر از گروه دیابت آشکار مشاهده گردید. نفروپاتی دیابتی علت اصلی بیماری کلیوی در ایالات متحده امریکا را تشکیل می دهد. ۳۰٪ بیماران با دیابت تیپ ۱ و ۲۰-۳٪ از بیماران تیپ ۲ مبتلا به نفروپاتی می باشند (۱).

در بیماران مورد مطالعه عوارض مشاهده شده در مادر به ترتیب شیوع عبارتند از: هیپر تانسینون (۲۹٪)، پره اکلامپسی (۲۴٪)، پلی هیدروآمניوس (۱۰٪)، ماکروزومی (۱۹٪). در مطالعه اورت و همکاران عوارض حاملگی در بیماران با دیابت تیپ ۱ که مراقبت بارداری مناسب داشتند، عبارت بود از: پره اکلامپسی ۱۲/۷٪، زایمان زودرس ۳۲/۲٪، سزارین ۴۴/۳٪، مرگ مادر ۰/۶٪ و ماکروزومی ۴۵/۱٪. همه موارد ذکر شده در حاملگیهای با دیابت شایعتر از گروه کنترل نرمال بودو نتیجه گیری کردند که علیرغم مراقبت قبل و حین بارداری شیوع عوارض در دیابت همچنان بالاست (۱۴).

در مطالعه دان و همکاران روی ۱۸۲ حامله با دیابت تیپ ۲ ۸۸٪ خانمها زایمان زنده، ۱/۲٪ خانمها جنین

که در زنان بالای ۴۰ سال دیابت بارداری ۱۰ برابر شایعتر از گروه سنی ۲۴-۲۰ می باشد (۱۲).

در این مطالعه میانگین وزن خانمهای با دیابت بارداری $۸۳/۰۳ \pm ۱۱/۳۴$ و میانگین وزن خانمهای با دیابت آشکار $۷۹/۷۴ \pm ۱۱/۷۴$ بود.

رحیمی در بررسی خود رابطه سن و چاقی را با دیابت بارداری مثبت گزارش نمود (۷).

در مطالعه ویرجی و همکاران دیابت بارداری در خانمهای چاق شایعتر می باشد. در شاخص توده بدنی بالای ۳۹-۳۵ میزان آن ۱۶ برابر افراد با شاخص ۲۴-۲۰ می باشد (۱۲).

قد خانمهای مورد مطالعه در دیابت بارداری $۱۵۴/۳۷ \pm ۷/۰۵$ و در دیابت آشکار $۱۵۲/۲۹ \pm ۶/۹۲$ بود.

کوستا و همکاران در مطالعه خود که رابطه قد با ابتلا به دیابت بارداری را بررسی کردند، خانمهای با سابقه دیابت بارداری را کوتاهتر از خانمهای طبیعی گزارش کردندو احتمال پاتوفیزیولوژی مشترکی را در قد و بروز دیابت بارداری گزارش کردند (۱۳).

در بیماران مورد مطالعه حاضر زمان تشکیل پرونده بیمارستان در حدود ماه سوم حاملگی بود و در ۹۰٪ بیماران حاملگی بدون برنامه ریزی داشتند.

در مطالعه تیلور و همکاران میانگین سن بارداری در زمان تشکیل پرونده $۱۰/۲ \pm ۳/۶$ بود (۱۴).

در مطالعه اورت و همکاران در ۸۴٪ از خانمهای باردار با دیابت تیپ ۱، کنترل قبل از بارداری مناسب داشتند و در ۷۰٪ موارد اسید فولیک سه ماهه اول بارداری دریافت گردیده بود (۱۵).

در مطالعه ای که در ایرلند در مورد نحوه کنترل دیابت در بارداری انجام گرفته است مراکز درمانی منطقه ای بهتر از مراکز درمانی مرکزی دیابت را کنترل نموده بودند (۱۶).

در مورد عوارض مادری دیابت در این مطالعه ۱۲ نفر در گروه دیابت آشکار رتینوپاتی داشتند. شیوع رتینوپاتی بستگی به مدت ابتلا به دیابت دارد. پس از ۲۰ سال همه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۶۰٪ بیماران مبتلا به نوع ۲ دچار درجاتی از رتینوپاتی می گردند (۱).

مرده داشتند. ۹/۳٪ جنینها ماکروزوم بوده و ۵۳٪ بیماران سزارین گردیدند. در این بیماران هیپرتانسیون و پره اکلامپسی ۲ برابر، پلی هیدروآمنیوس ۳ برابر، خونریزی بعد از زایمان ۶ برابر بیشتر از زنان غیردیابتیک بود (۱۹).

ماکروزومی اگر چه عارضه عمده جنینی محسوب می شود، اما بدلیل احتمال دخالتهای مامائی و سزارین در این مادران جز موارد پر خطر مادری نیز محسوب میشود. شیوع ماکروزومی در جمعیت عمومی ۱۳/۷٪ گزارش گردیده است (۱). در گروه با دیابت بارداری میزان ماکروزومی ۳۲/۵۸٪ ذکر گردیده است که بطور معنی داری از موارد نرمال بیشتر است. در همین مطالعه میزان ماکروزومی با مقدار قند خون ناشتا بیشتر از قند خون ۱ و ۲ ساعت بعد از غذا ارتباط داشت. در خانمهای با دیابت درمان نشده ماکروزومی بیشتر بوده و با شروع درمان بطور معنی داری از میزان آن کاسته می شود (۱۲). اگر چه اکثریت جنینهای مادران دیابتی دچار ماکروزومی هستند، ولی کاهش رشد داخل رحمی در تعدادی از حاملگی های با دیابت تیپ ۱ دیده می شود که به دلیل مشکلات عروقی بخصوص همراه با رتینوپاتی و نفروپاتی دیده می شود (۱۴). در مطالعه ما در ۱۵ نفر از خانمهای با دیابت آشکار کاهش رشد داخل رحمی وجود داشت. روش ختم بارداری در این مطالعه عمدتاً سزارین با شیوع ۸۲۹۴٪ در دیابت حاملگی و ۶۹/۰۴٪ در گروه دیابت آشکار بود. در مطالعه تیلور و همکاران درموارد اینداکشن زایمانی ۶۸/۵٪ موارد زایمان بطور واژینال انجام شد، در مقابل ۵۵/۵٪ زایمانهای با شروع خود بخود واژینال بودند (۱۴).

در گزارش مور میزان سزارین در خانمهای دیابتیک سه برابر خانمهای نرمال عنوان گردیده است (۹).

در این مطالعه از میان ۱۷۴ مورد دیابت بارداری تعداد ۲۳ نفر با رژیم غذایی و بقیه افراد با انسولین درمان شدند.

در بررسی هادن و همکاران از میان ۹۸۶ خانم باردار دیابتیک ۷۳۵ نفر که از دوره قبل از بارداری با انسولین درمان می شدند در طی بارداری نیز انسولین در آنها ادامه یافت و در بقیه خانمها ۱۳۱ مادر با انسولین و ۱۰۲ نفر با رژیم غذایی کنترل گردیدند (۱۵).

در مطالعه سید هاشم علوی و همکاران اضافه نمودن انسولین به رژیم غذایی محدودیت ساکاروز در دیابت بارداری از افزایش وزن غیر طبیعی مادر و نوزاد در کلاس دیابت می کاهد (۲۰).

نتیجه گیری

پره اکلامپسی در زنان با دیابت شایعتر از زنان طبیعی می باشد (۱۲٪ در مقابل ۸٪) (۹). در این مطالعه نیز دیابت بارداری شایعتر از دیابت آشکار بود.

تشکر و قدردانی

از کلیه پرسنل مراکز آموزشی درمانی الزهرا (س) و طالقانی تبریز که در گردآوری اطلاعات با نویسندگان همکاری نمودند کمال تشکر و امتنان را داریم.

مقدمه: دیابت شایعترین عارضه طبی در حاملگی بوده و در صورت عدم کنترل، عوارض متعدد هم جنینی و هم مادری را بدنبال دارد. هدف از این مطالعه بررسی عوارض دیابت بارداری و آشکار در خانمهای مراجعه کننده به کلینیکهای تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده است.

روش کار: این مطالعه توصیفی در زنان باردار در سال ۸۴-۱۳۸۳ در درمانگاههای تخصصی بیمارستانهای دانشگاهی الزهرا (س) و طالقانی تبریز انجام شده است. ۳۰۰ زن باردار با دیابت آشکار و یادیابت بارداری که طبق آزمایشات تست تحمل گلوکز بیماری آنها تایید شده مورد مطالعه قرار گرفتند. از بیماران قبل از ورود به مطالعه رضایت کسب گردید. مشخصات فردی، نتایج درمان و آزمایشات در پرسشنامه جمع آوری گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی و آزمون کای اسکوئر و تی پردازش شد.

نتایج: در میان بیماران مورد مطالعه ۱۲۶ مورد دیابت آشکار و ۱۷۴ مورد دیابت بارداری وجود داشت. میانگین سنی بیماران $30/22 \pm 5/71$ سال بود. ۹۰٪ بیماران حاملگی برنامه ریزی شده و مشاوره قبل از بارداری نداشتند. میزان عوارض نفروپاتی، رتینوپاتی، هیپرتانسیون و پره اکلامپسی در گروه دیابت آشکار بطور معنی داری بالاتر از گروه دیابت بارداری بود. در بیماران مورد مطالعه شیوع پلی هیدرو امنیوس ۱۰٪، ماکروزومی ۱۹٪، زایمان زودرس ۱۸٪، عفونت ادراری ۳۰٪، عفونت کاندیدیایی ۴۰٪، زایمان سزارین ۸۸٫۳٪، باز شدن زخم ۳٫۳٪، ترومیوآمبولی ۲٫۳٪ و مرگ داخل رحمی جنین ۲٪ بود و شیوع آنها در دو گروه تفاوت معنی داری با هم نداشت.

نتیجه گیری: در میان عوارض مادری دیابت شیوع هیپر تانسیون، پره اکلامپسی، ماکروزومی، سزارین و عفونت بیشتر از بقیه عوارض بود. هیپر تانسیون، پره اکلامپسی، نفروپاتی و رتینو پاتی در گروه با دیابت آشکار بطور معنی داری بالاتر از دیابت بارداری بود. بیشتر بیماران در دو گروه مراقبت قبل از بارداری نداشتند. لذا اجرای برنامه های آموزشی برای زنان سنین بارداری، برنامه غربالگری جهت گروههای پر خطر و توجه به عوارض ذکر شده دیابت در دوران بارداری ضروری به نظر می رسد.

کلمات کلیدی: دیابت بارداری، دیابت آشکار، عوارض مادری دیابت، سرانجام حاملگی

References:

1. Cunningham FG. William's Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill Com; 2005. p:1170-82
2. Decheroney A, Pernoll M. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. 8th ed, Appleton & Lange, Mc Graw Hill Com; 1994. P: 468-70.
3. Scott JA, Gibbs R, karlan B, haney AR. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed, Philadelphia: Williams & Wilkins; 2003. P: 134-135.

4. James D, Weiner C, Steer P, Gonik B. High Risk Pregnancy. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006. P: 986-90.
5. عزیزی فریدون، نوائی لیدا. بررسی شیوع دیابت و عدم تحمل گلوکز در روستاهای استان تهران. مجله پژوهشی حکیم، دوره ۲۲، ش.۲، (۱۳۸۰)، ص ۹۹-۹۲.
6. محمدزاده اشرف. نسبت مرگ و میر و پذیرش درمراقبتهای ویژه نوزادان مادران دیابتی. مجله زنان مامائی ایران، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ش. ۶۰، (۱۳۷۹)، ص ۶۰-۵۷.
7. رحیمی، گیتی. بررسی شیوع دیابت حاملگی در خانمهای باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل در سال ۱۳۸۲. مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل، سال سوم، (تابستان ۱۳۸۳) ص ۵۵-۶۰.
8. شریف پور داوود، محبیبان مهدیه، سرساز یزدی، محمد جواد. بررسی میزان شیوع دیابت حاملگی در زنان حامله مراجعه کننده به مراکز زایمانی افشار، بهمن-محبیبیان سید الشهداء و گودرز یزد. پایان نامه دکترا، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۴.
9. Moore T , Warshak C , Zurawin R, Talavera F, Smith C, Cooper M, Shulman L. Diabetes Mellitus and Pregnancy. eMedicine Specialties, Medicin,Ob/Gyn. 2005, January 27.
10. شهرکی پور مهناز، چهره اسا فاطمه. شناسائی عوامل خطر ساز دیابت حاملگی و اهمیت آنها در زنان باردار. مجله اسرار- دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سال هشتم، ش. ۳، (۱۳۸۰) ص ۶۴-۵۸.
11. فکرت محسن، کاشانیان مریم، جهان پور ژاله. بررسی عوامل خطر ساز در زنان مبتلا به دیابت حاملگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال یازدهم، ش. ۴۳، (۱۳۸۳)، ص ۸۲۰-۸۱۶.
12. Vijee M, Robinson S, Johnston D. Screening for diabetes in pregnancy. J R Soc Med 2001; 94:502-509
13. Kousta E, Lawrence A, Penny A, Millauer B, Robinson S, Johnston D, Mccatthy M.. Women with a history of gestational diabetes of European and South origin are shorter than women with normal glucose tolerance in pregnancy. Diabetes Medicine J 2006; 17: 792-4.
14. Taylor R, Lee C, Grzebalski K, Marshal M, Davison M. Clinical outcomes of pregnancy in women with type 1 diabetes. Obstetrics& Gynecology J 2002; 99: 53-541.
15. Evers M, Harold W, Gerard H. Risk of complications of pregnancy in women with type 1 diabetes: nationwide prospective study in the Netherlands. BMJ 2004; 328: 914
16. Hadden A, Alexander D, Mccance R. Obstetric and diabetic care for pregnancy in diabetic women: 10 years outcome analysis, 1985-1995. Diabetes Medicine J 2001; 18: 546.
17. Chaturvedi N, Stephenson J, Fuller J. The relationship between pregnancy and long- term maternal complications in the EURODIAB IDDM Complication study. Diabetes-Medicine J 1995;12(6):496-9
18. Temple R, Alidge V, Sampson M, Greenwood R, Heyburn P, Glenn A. Impact of pregnancy on the progression of diabetic retinopathy in type 1 diabetes. Diabetes Medicine J 2001;18(7):573-7.
19. Dunne F, Brydon P, Smith K, Gee H. Pregnancy in women with type 2 diabetes: 12 years outcome data 1999-2002. Diabetes Medicine J 2003; 20(9):734-8.
20. علوی محمد هاشم، تبرکی ابراهیم، دادگر سید رضی، معمارزاده محمد تقی، وزیر زهرا. مقایسه اثرات رژیم درمانی و رژیم به اضافه انسولین در درمان دیابت حاملگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ششم، ش. ۱، (۱۳۷۸)، ص ۳۵-۳۰.