

بررسی ارتباط دیابت در دوران بارداری با عواقب نامطلوب حاملگی

ابوالفضل محمدیگی^{*۱}، سید حمیدرضا طباطبایی^۲، مریم یزدانی^۳، نرگس محمد صالحی^۴

خلاصه

سابقه و هدف: دیابت دوران بارداری در بیش از ۸٪ از کل بارداری‌ها اتفاق می‌افتد و با افزایش یک سری پیامدهای نامطلوب بارداری و مرگ و میر حین زایمان همراه می‌باشد. این بررسی با هدف شناخت پیامدهای سوء دیابت بارداری بر مادر و نوزاد در هنگام زایمان به منظور مداخله موثر در پیشگیری از پیدایش عوارض مادری و نوزادی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی هم‌گروهی تاریخی حاضر بر روی ۴۲۰ مادر مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شیراز در اواخر ۱۳۸۴ و اوایل ۱۳۸۵ انجام شد که از این تعداد ۷۰ نفر با دیابت حاملگی مواجهه داشتند و ۳۵۰ نفر در گروه بدون مواجهه بودند. پس از جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ها، داده‌ها با نرم‌افزار spss v.13 و آزمون‌های t-test و دقیق فیشر مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: احتمال عود دوباره‌ی دیابت حاملگی ۷۲/۴٪ به دست آمد. دو گروه تحت مطالعه از لحاظ مرده‌زایی ($RR= ۸/۸۷$)، ماکروزمی ($RR= ۷/۳۸$)، زجر تنفسی ($RR= ۵/۱۶$)، هیپوگلیسمی ($RR= ۱۳/۳۸$)، یرقان نوزادی ($RR= ۳/۲۸$) و ناهنجاری مادرزادی ($RR= ۷/۲۸$) با یکدیگر اختلاف معنی‌داری نشان دادند ($p<۰/۰۵$) اما عوارض تاخیر رشد داخل رحمی، دیستوشی شانه، زایمان بریج و نیاز به انسولین در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که مرده‌زایی، ماکروزمی، زجر تنفسی، هیپوگلیسمی و یرقان نوزادی در زنان مبتلا به دیابت در دوران بارداری بیشتر از سایر زنان می‌باشد. بنابراین اقدامات پیشگیرانه از بیماری دیابت جدا از عوارض شدید عصبی، کلیوی، آناتومیک و... در همه‌ی مردم به ویژه در زنان باردار به دلیل عوارض و پیامدهای نامطلوب آن بر روند زایمان و نوزاد ضروری است.

واژگان کلیدی: آبستنی در دیابت، بیماری‌های نوزادان، مرگ و میر نوزادان

۱- مربی گروه اپیدمیولوژی دانشکده‌ی پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک

۲- مربی گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۳- استاد گروه زنان و زایمان دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۴- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی همدان

* نویسنده مسوول: ابوالفضل محمدیگی، گروه اپیدمیولوژی

آدرس: اراک، سردشت، دانشکده پیراپزشکی

پست الکترونیک: amohamadbeigi@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۸ ۳۶۶ ۲۶۷۳

دورنویس: ۰۸۶۱ ۴۱۷۳۵۲۶

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۰/۳۰

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۶/۲/۵

مقدمه

دیابت دوران بارداری در بیش از ۸٪ از کل بارداری‌ها اتفاق می‌افتد [۱] و با افزایش یک سری پیامدهای نامطلوب بارداری مثل ماکروزمی، دیستوشی شانه، زایمان سزارین و مرگ و میر حین زایمان مرتبط می‌باشد [۲-۴]. مطالعات مختلفی خطر بالایی از سقط آبی و ناهنجاری‌های مادرزادی را با افزایش گلوکز مرتبط می‌دانند [۵-۷]. خطر نسبی ناهنجاری‌های قلبی - عروقی و عصبی در نوزادان مادران دیابتی نوع یک ۷/۹ برابر مادران غیر دیابتی است [۸] که مسبب ۵۰٪ از مرگ‌های نزدیک زایمان در

نوزادان مادران دیابتی است [۹]. دیابت حاد می‌تواند پیدایش ماکروزمی را تا دو برابر افزایش دهد و سایر سنجش‌های آنتروپومتری نوزاد را در مادران دیابتی در مقایسه با نوزادان مادران غیردیابتی افزایش دهد [۱۰]. ماکروزمی خطر طولانی شدن مرحله - ی دوم زایمان، زایمان سخت operative delivery، ضربات حین تولد و مرگ را افزایش می‌دهد [۱۱]. همچنین دیابت مادر شانس دیستوشی شانه را ۶-۲ برابر در مقایسه با مادران غیر دیابتی افزایش می‌دهد [۱۲] و یکی از عوامل ایجاد هیدرامینوس می‌باشد

[۱۳]. به علاوه زنان مبتلا به دیابت سه برابر بیش از سایر زنان سالم زایمان زودرس را تجربه می کنند [۱۴]. دیابت حاملگی با اختلال تحمل گلوکز در بارداری های بعدی و در آینده نیز مرتبط می باشد [۱۵-۱۷] میزان عود بیماری دیابت بارداری در حدود ۳۰٪ تا ۷۰٪ گزارش شده است [۱۵، ۲۷-۱۸] و میزان وقوع دیابت آشکار در افرادی که سابقه دیابت بارداری داشته اند ۳۵/۲٪ تا ۷۳٪ گزارش شده است [۲۸] بنابراین از آنجا که حاملگی های متأثر از دیابت در خطر بالای پیامدهای ناگوار نزدیک زایمان و توسعه ی بیماری دیابت نوع ۲ در آینده می باشند تشخیص زودرس و مداخلات درمانی ضروری است [۲۹]. اما باید متذکر شویم که تمام مطالعات انجام شده حاکی از ارتباط مستقیم بین دیابت بارداری و این گونه پیامدها نیست و در مطالعات مختلف اختلاف نظرهای فراوانی در مورد ارتباط دیابت بارداری و عواقب نامطلوب بارداری و حتی میزان تاثیر دیابت بارداری در ایجاد چنین پیامدهایی از جمله زجر تنفسی، یرقان و ناهنجاری های نوزادی و زایمان سزارین، وجود دارد [۶، ۷، ۱۲، ۱۷]. به همین منظور مطالعه ی حاضر با هدف شناسایی پیامدهای سوء دیابت حاملگی با تاکید بر نوزادان، طراحی و اجرا شد تا زمینه های پیشگیری از این عوارض به ویژه در حین تولد بیشتر مد نظر قرار گیرد.

مواد و روش ها

نوع مطالعه ی حاضر از نوع مطالعات هم گروهی است که بر روی مراجعه کنندگان به بیمارستان های دولتی و خصوصی شیراز (به جز بیمارستان شهید بهشتی) انجام شد. در این مطالعه، گروه مواجهه یافته (مورد) مادرانی هستند که یا از قبل از بارداری به دیابت آشکار مبتلا بوده اند یا این که در طی دوران بارداری به دیابت حاملگی مبتلا شده اند. گروه مواجهه یافته (مبتلا به دیابت در دوران بارداری یا موارد) به دلیل کمیاب بودن بیماری، با نمونه گیری آسان انتخاب شد تا به تعداد مورد نیاز برای مطالعه رسید. گروه مواجهه نیافته (شاهد) به طور همزمان با جمع آوری داده های مربوط به گروه مواجهه یافته با روش نمونه گیری تصادفی ساده از بین سایر خانم های زائوی غیر مبتلا به دیابت در سطح شیراز انتخاب شد. به ازای هر مورد پنج شاهد انتخاب شده است. مادران تحت مطالعه از زمان ورود به بخش زنان و زایمان تا زمان ترخیص از بیمارستان تحت پیگیری بودند. حداقل حجم نمونه لازم برای این طرح در هر گروه ۷۶ نفر بود که به دلیل کمیاب بودن بیماری و جهت ثابت نگه داشتن توان مطالعه (۸۰٪) حجم نمونه بایستی حداقل به ۴۶ مورد و ۲۳۰ کنترل افزایش می یافت که ما در نهایت ۷۰ مورد و ۳۵۰ شاهد را مورد بررسی قرار دادیم.

جمع آوری اطلاعات به وسیله ی پرسشنامه ی ساختاریافته ای سه قسمتی که شامل (اطلاعاتی درباره ی مشخصات دموگرافیک مادر، اطلاعاتی در باره ی مشخصات مربوط به نوزاد، اطلاعاتی درباره ی پیامدهای مربوط به حین زایمان مادر) و در برگیرنده ی متغیرهای تحت بررسی همچون سن، قد، فشار خون، BMI، سن حاملگی، وزن و نمره ی آپگار نوزاد، مرده زایی، ماکروزمی، زجر تنفسی، هیپوگلیسمی، یرقان نوزادی، ناهنجاری مادرزادی، تاخیر رشد، دیستوشی شانه، زایمان بریچ، القای زایمان، اپیزوتومی، روش زایمان بود، انجام گرفت. روایی پرسشنامه توسط متخصصین اپیدمیولوژی، تغذیه و زنان و زایمان به تایید رسیده است و به دلیل مستند بودن اطلاعات مورد نیاز و متغیرهای تحت بررسی در آزمایشات و پرونده های مراقبت مادران و عدم نیاز به یادآوری و یاری حافظه ی فرد، نیازی به سنجش پایایی آن نبود. همچنین جهت به حداقل رساندن تورش اطلاعات در جمع آوری داده ها در هر بیمارستان، از ماماها ی آموزش دیده (در زمینه ی اطلاعات مورد نیاز و نحوه ی ثبت آنها و تعاریف متغیرهای مورد بررسی) همان بیمارستان، استفاده شد. پس از جمع آوری اطلاعات و ورود داده ها به کامپیوتر، تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از آزمون دقیق فیشر به منظور بررسی ارتباط مواجهه با هر کدام از متغیرهای کیفی مورد مطالعه و آزمون استقلال دو گروه t-test به منظور تعیین اختلاف میانگین متغیرهای کمی در دو گروه با نرم افزار SPSS ۷.13 انجام شد.

نتایج

بر اساس حجم نمونه لازم در مطالعه ی حاضر، ۴۲۰ نفر از زنان زائوی مراجعه کننده به بیمارستان های شیراز انتخاب شدند. که از این تعداد ۳۵۰ نفر (۸۳/۳٪) سالم بودند و از ۷۰ نفر گروه مورد ۲۲ نفر (۳۱/۴٪) مبتلا به دیابت آشکار و ۴۸ نفر (۶۸/۶٪) مبتلا به دیابت حاملگی بودند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۲۸ نفر (۴۰٪) از مادرانی که در طی بارداری خود به دیابت حاملگی مبتلا بوده اند (گروه مورد)، سابقه ی دیابت حاملگی در بارداری های قبلی را داشته اند که از این تعداد ۲۰ نفر (۷۲/۴٪) در بارداری فعلی شان نیز مبتلا به دیابت حاملگی شده اند. مادرانی که در طی بارداری به دیابت حاملگی مبتلا بوده اند از لحاظ فاکتورهای سن، فشار خون سیستول، فشار خون دیاستول، BMI بعد از حاملگی و سن حاملگی با گروه بدون مواجهه اختلاف معنی داری را نشان دادند ($p < 0/05$) اما میانگین قندی دو گروه مادران با یکدیگر تفاوتی نداشت ($p > 0/05$). همان گونه که در جدول شماره ی یک نیز، دیده می شود میانگین متغیرهای یاد شده در همه ی فاکتورها به جز سن

حاملگی در گروه مواجهه یافته بیش از گروه بدون مواجهه می- باشد. اما بین نوزادان دو گروه از نظر وزن هنگام تولد، نمره ی آپگار حین تولد نوزاد و نمره ی آپگار پنج دقیقه بعد از تولد نوزاد تفاوت معنی دار آماری دیده نشد ($p>0.05$). نتایج جدول شماره ی دو، پیامدهای ناشی از دیابت مادر را بر روی نوزاد نشان می دهد.

جدول ۱- ارتباط بین مشخصات دموگرافیک مادران شرکت کننده در مطالعه و شاخص های نوزادانشان با مواجهه با دیابت بارداری

متغیرها	گروه مورد (n=70)	گروه شاهد (n=350)	P value
سن (سال)	31/20±7/04	26/32±5/03	<0/001
قد (سانتی متر)	159/96±5/98	160/74±6/85	0/335
فشار خون سیستول (mm Hg)	123/19±12/78	116/47±12/59	<0/001
فشار خون دیاستول (mm Hg)	79/57±8/98	74/29±9/85	<0/001
BMI بعد از حاملگی	29/14±5/15	26/3±3/82	<0/001
سن حاملگی (روز)	262±23	272±12	0/002
وزن نوزاد (گرم)	3324±978	3099±558	0/072
آپگار حین تولد نوزاد	8/52±1/16	8/77±0/73	0/088
آپگار 5 دقیقه بعد از تولد نوزاد	9/69±0/74	9/70±0/56	0/856

جدول ۲- ارتباط بین مواجهه با دیابت بارداری در مادران شرکت کننده در مطالعه و پیامدهای سوء آن در نوزادان آنها

متغیرها	گروه مواجهه (n=70)	گروه بدون مواجهه (n=350)	RR ¹ (CI ²)	P value
تولد مرده	5(7/1)	3(0/9)	8/87(2/07-38/04)	0/004
ماکروزمی	17(25)	15(4/3)	7/38(3/47-15/69)	<0/001
زجر تنفسی	15(22/1)	18(5/2)	5/16(2/45-10/85)	<0/001
هیپوگلیسمی	19(28/4)	10(2/9)	13/38(5/87-30/48)	<0/001
یرقان نوزادی	15(22/4)	28(8/1)	3/28(1/64-6/55)	0/001
نیازمند احیای تنفسی	12(17/6)	22(6/3)	3/17(1/48-6/76)	0/004
ناهنجاری مادرزادی	4(6)	3(0/9)	7/28(1/59-33/32)	0/015
تاخیر رشد داخل رحمی	2(2/9)	10(2/9)	N.S ³	0/614
دستوشی شانه	1(1/5)	4(1/2)	N.S	0/594
زایمان بریچ	6(8/8)	13(3/7)	N.S	0/072
نیاز به انسولین	1(1/5)	1(0/3)	N.S	0/298
مشکل در دفع مکنیوم	3(4/5)	11(3/2)	N.S	0/401

جدول ۳- ارتباط بین مواجهه با دیابت بارداری در مادران شرکت کننده در مطالعه و پیامدهای سوء آن در بین آنها در حین زایمان

متغیرها	گروه مواجهه (n=70)	گروه بدون مواجهه (n=350)	RR (CI)	P value
نیاز به القای زایمان	14(20/3)	105(30)	N.S	0/066
ایپی زوتومی	14(20/3)	92(26/7)	N.S	0/170
زایمان سزارین	55(78/6)	224(65/1)	1/96(1/07-3/62)	0/018
دفع سخت جفت	2(2/9)	13(3/8)	N.S	0/541

1- RR= relative risk

2- CI= confidence interval

3- N.S = Non significant

بر این اساس نوزادان دو گروه تحت مطالعه از لحاظ مرده‌زایی ($RR= ۸/۸۷$)، ماکروزمی ($RR= ۷/۳۸$)، زجر تنفسی ($RR= ۵/۱۶$)، هیپوگلیسمی ($RR= ۱۳/۳۸$)، یرقان نوزادی ($RR= ۳/۲۸$)، نیاز به احیای تنفسی ($RR= ۳/۱۷$) و ناهنجاری مادرزادی ($RR= ۷/۲۸$) با یکدیگر اختلاف معنی‌داری نشان دادند ($p<۰/۰۵$). به طوری که تمامی پیامدهای یاد شده در گروه مواجهه یافته با دیابت بارداری در طی حاملگی بیشتر از گروه بدون مواجهه بوده است. اما عوارض تاخیر رشد داخل رحمی، دیستوشی شانه، زایمان بریج، نیاز به انسولین و اشکال در دفع مکنونیوم در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p>۰/۰۵$). در این مطالعه ارتباط بین ابتلا به دیابت در دوران بارداری با یک سری از پیامدهای مربوط به حین زایمان نیز مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که زنان گروه مواجهه یافته به طور معنی‌داری بیش از زنان گروه بدون مواجهه با زایمان سزارین بارداری خود را خاتمه می‌دهند ($p<۰/۰۵$)، ($RR= ۱/۹۶$)، اما از نظر نیاز به القای زایمان، اپیزوتومی و مشکل در دفع جفت (جفت سر راهی و کنده شدن جفت) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (جدول شماره ۳).

بحث

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که ابتلا به دیابت حاملگی سبب کوتاه‌تر شدن طول دوره حاملگی می‌گردد، اما تاثیر چندانی بر روی میانگین وزن هنگام تولد و نمره‌ی آپگار نوزادان آنها ندارد. در مطالعه‌ی Nohira T. [۲۸] نیز اختلافی بین وزن نوزادان دو گروه دیده نشد. اما در مطالعه‌ی خانم کشاورز در شاهرود [۳۰] در نمره‌ی آپگار نوزادان دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود داشت. در این مطالعه زنان گروه مواجهه به شکل معنی‌داری ۹ برابر بیشتر از گروه بدون مواجهه دچار مرده‌زایی می‌شدند که با نتایج مطالعه‌ی کشاورز در شاهرود ($OR= ۱۷/۱$) مشابهت دارد [۳۰] اما در مطالعه‌ی Stone Ch در ویکتوریا [۳۱] اختلاف بین دو گروه معنی‌دار نبود. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که مواجهه با دیابت حاملگی احتمال تولد نوزاد ماکروزوم (بیش از ۴۰۰۰ گرم) را ۷ برابر افزایش می‌دهد که مشابه این نتایج در مطالعات ویکتوریا (۲) ($OR= ۳/۱$)، مطالعه‌ی Ray j G در کانادا ($OR= ۳/۵$) [۳۲]، کمالی در جنوب تهران [۳۳] و در مطالعه‌ی خانم کشاورز در شاهرود ($OR= ۳/۲$) [۳۰] انجام شده بود، وجود داشت. اما در مطالعه‌ی دکتر مرصوصی و حسینی در تهران [۳۴] رابطه‌ی معنی‌داری به دست نیامد. نوزادان مادران مواجهه یافته در مقایسه با گروه شاهد ۵ برابر بیشتر به زجر تنفسی مبتلا می‌شدند و سه برابر

گروه شاهد به احیای تنفسی بلافاصله بعد از زایمان نیاز دارند که با نتیجه مطالعه‌ی کشاورز ($OR= ۷/۵$) [۳۰] و ویکتوریا (۱/۶) ($OR= ۳/۱$) هم‌خوانی داشت. به علاوه این مطالعه نشان داد که نوزادان مادران مبتلا پس از تولد، ۱۳ برابر بیش از نوزادان گروه شاهد به کاهش قند خون مبتلا می‌شوند اما از لحاظ نیاز به تزریق انسولین تفاوتی بین دو گروه دیده نشد که در مطالعه‌ی کشاورز ($OR= ۱۰$) [۳۰] و دکتر مرصوصی [۳۴] نیز مشابه این نتایج به دست آمده بود. این امر می‌تواند به دلیل گرفتن داروهای پایین‌آورنده‌ی قند خون در هنگام زایمان و قبل از آن به دلیل کاهش عوارض ناشی از هیپرگلیسمی در روند زایمان باشد که سبب می‌شود نوزاد بعد از تولد، هنوز هم دچار این عارضه باشد. در این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر تاخیر رشد داخل رحمی و دیستوشی شانه در نوزاد دیده نشد که با مطالعات دیگر [۳۰، ۳۱، ۳۴] هم‌خوانی داشت. اما با مطالعات Ray j G در کانادا [۳۲]، کمالی در تهران [۳۳] متناقض بود که ممکن است به دلیل تفاوت در طراحی مطالعات و حجم نمونه‌ی آنها بوده باشد. احتمالاً ابتلا به یرقان نوزادی در گروه مواجهه یافته در مقایسه با گروه شاهد سه برابر به دست آمد که با مطالعه‌ی ویکتوریا (۱/۴) ($OR= ۳/۱$) هم‌خوانی داشت. پیدایش ناهنجاری‌های نوزادی در نوزادان گروه مواجهه‌دار ۷ برابر گروه بدون مواجهه به دست آمد که با نتایج مطالعه‌ی کمالی [۳۳] هم‌خوانی داشت اما با نتایج مطالعه‌ی ویکتوریا [۳۱]، کشاورز [۳۰] و مرصوصی در تهران [۳۴] هم‌خوانی ندارد. دلیل اختلاف بین مطالعات مذکور می‌تواند ناشی از حجم نمونه کم و طبیعت سایر مطالعات باشد. بر اساس نتایج این مطالعه مشخص شد که احتمال پیدایش دوباره‌ی دیابت حاملگی در مادرانی که به دیابت بارداری مبتلا می‌شوند برابر ۷۲/۴٪ می‌باشد که یافته‌های سایر مطالعات را تایید می‌کند [۱۵، ۱۷، ۲۸]. همچنین مواجهه با دیابت حاملگی زایمان با روش سزارین را دو برابر افزایش می‌دهد که نتایج مشابهی نیز در مطالعه‌ی کانادا ($OR= ۳/۶$) [۳۲]، ویکتوریا ($OR= ۱/۷$) [۳۱]، Sendag F. و همکارانش در ترکیه [۳۵] و خانم کشاورز [۳۰] دیده شد. مطالعه‌ی حاضر اثر برخی از فاکتورهای مرتبط بیماری دیابت در دوران حاملگی را نیز شناسایی کرد که بر این اساس مشخص شد که سن بالاتر، داشتن فشار خون سیستولی و دیاستولی بالا، چاقی و BMI بالا از عوامل به وجودآورنده‌ی دیابت حاملگی می‌باشند. مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بین مادران دیابتی و غیردیابتی از نظر نیاز به القای اپیزوتومی در حین زایمان اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد ولی در مطالعه‌ی ویکتوریا [۳۱] عکس این مطلب به دست آمد ($OR= ۳$). این

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر به منظور رفع ابهامات موجود به خوبی توانست پیامدهای دیابت بارداری را بدون توجه به سایر مطالعات شناسایی کند. بنابراین اقدامات پیشگیرانه از بیماری دیابت جدا از عوارض شدید عصبی، کلیوی، آناتومیک و... در همه‌ی مردم به ویژه در زنان باردار به دلیل عوارض و پیامدهای نامطلوب آن بر روند زایمان و نوزاد ضروری است و تلاش همه‌جانبه‌ای را در خصوص مدیریت صحیح زایمان در چنین مادرانی می‌طلبد.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با شماره‌ی مصوب ۸۴-۲۷۶۷ و تلاش پیگیرانه خانم همایون سیرت به انجام رسید.

تفاوت را می‌توان به این علت دانست که طبق نتایج این مطالعه بیشتر مادرانی که مبتلا به دیابت هستند با روش سزارین زایمان می‌کنند و از طرفی هم سابقه‌ی سزارین قبلی دارند و این خود دلیلی بر سزارین دوباره‌ی آنها است بنابراین بدون دریافت هیچ گونه تسهیل‌کننده‌ای فارغ می‌شوند اما مادرانی که سالم‌تر هستند و به روش طبیعی زایمان می‌کنند جهت تسهیل روند زایمان القا و ایپی‌زیوتومی می‌گیرند. به همین دلیل روش زایمان سزارین می‌تواند اثر القا و ایپی‌زیوتومی را به نوعی تحت تاثیر قرار دهد و عدم اختلاف بین دو گروه را به وجود آورد. در مطالعات مختلف با روش‌های متفاوت طراحی و آزمون‌های آماری اختلاف نظر زیادی در مورد پیامدهای ناشی از دیابت بارداری وجود دارد و از آنجا که مطالعات هم‌گروهی بهتر از سایر مطالعات جمعیتی می‌تواند رابطه‌ی علت و معلولی بین مواجهه و بیماری را نشان دهد.

References:

- [1] Moore T. Diabetes in pregnancy. In: Creasy RK, Resnik R, Iams JD, editors. Maternal-fetal medicine: principles and practice. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 1023-1061.
- [2] Lucas MJ. Diabetes complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001; 28:513-36.
- [3] Sermer M, Naylor CD, Farine D, Kenshole AB, Ritchie JW, Gare DK, et al. The Toronto tri-hospital gestational diabetes project. A preliminary review. *Diabetes Care* 1998; Suppl; 2: 33-42.
- [4] Beischer NA. Wein P. Sheedy MT. Steen B. Identification and treatment of women with hyperglycemia diagnosed during pregnancy can significantly reduce perinatal mortality rates. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1996; 36: 239-247.
- [5] Vermeulen MJ. Shapiro JL. Preconception care of women with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27 Suppl; S78- S80.
- [6] Greene MF. Hare JW. Cloherty JP. Benacerraf BR. Soeldner JS. First-trimester hemoglobin A and risk for major malformation and spontaneous abortion in diabetic pregnancy. *Teratology* 1989; 39:225.
- [7] Miller E. Hare JW. Cloherty JP. Elevated maternal hemoglobin A1C in early pregnancy and major congenital anomalies in infants of diabetic mothers. *N Engl J Med* 1981; 304: 1331-1334.
- [8] Becerra JE. Khoury MJ. Cordero JF. Diabetes mellitus during pregnancy and the risks for specific birth defects: a population-based case-control study. *Pediatrics* 1990; 85: 1.
- [9] Weintrob N. Karp M. Hod M. Short-and long-range complications in offspring of diabetic mothers. *J. Diabetes Complications* 1996; 10: 294-301.
- [10] Acker DB. Barss VA. Obstetrical complications. In: Diabetes Complication Pregnancy, 2nd edition, Brown, F.M., Hare J.W. (Eds), Wiley-Liss: New York: 1995. p.153.
- [11] Benedetti TJ. Gabbe SG. Shoulder dystocia: A complication of fetal macrosomia and prolonged second stage of labor with mid-pelvic delivery. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 526.
- [12] Langer O. Berkus MD. Huff R.W. Samueloff A. Shoulder dystocia: Should the fetus weighing greater than or equal to 4000 grams be delivered by cesarean section?. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 831-837.
- [13] Dashe JS. Nathan L. McIntire DD, Leveno KJ. Correlation between amniotic fluid glucose concentration and amniotic fluid volume in pregnancy complicated by diabetes. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 901-904.
- [14] Sibai BM. Caritis SN. Hauth JC. MacPherson C. VanDorsten JP. Klebanoff M. Preterm delivery in women with pregestational diabetes mellitus or chronic hypertension relative to women with uncomplicated pregnancies. The National institute of Child Health and Human Development Maternal- Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1520.
- [15] Grant PT. Oats JN. Beisher NA. The long-term follow up of women with gestational diabetes, Aust. *N Z Obstet Gynecol* 1986; 26: 17-22.
- [16] Cheung NW. Walsh M. Wassmer G. High risk of developing abnormal glucose tolerance following gestational diabetes in women of non-English speaking background, Abstract in International Colloquium of Diabetes in Pregnancy Study Groups, 1998.

- [17] Bian X. Gao P. Xiong X Risk factors for development of diabetes mellitus in women with a history of gestational diabetes mellitus. *Chin Med J* 2000; 113: 759-762.
- [18] Coelingh BHJ. Recurrence of gestational diabetes, *Eur J Gynecol Reprod Biol* 1977; 359-363.
- [19] Phillipson EH. Super DM. Gestational diabetes mellitus: does it recur in subsequent pregnancy?. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1324-1331.
- [20] Gaudier FL. Hauth JC. Poist M. Recurrence of gestational diabetes mellitus, *Obstet Gynecol* 1992; 80: 755-758.
- [21] Wein P. Dong ZG. Beischer NA. Factors predictive of recurrent gestational diabetes diagnosed before 24 weeks' gestation. *Am J Perinatol* 1995; 12: 352-356.
- [22] McGuire V. Rauh MJ. Mueller BA. Hickock D. The risk of diabetes in a subsequent pregnancy associated with prior history of gestational diabetes or macrosomic infant. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996; 10: 64-72.
- [23] Moses RG. The recurrence rate of gestational diabetes in subsequent pregnancies. *Diabetes Care* 1996; 19: 1348-1350.
- [24] Spong CY. Guillermo L. Kuboshige J. Cabalum T. Recurrence of gestational diabetes mellitus: identification of risk factors, *Am J Perinatol* 1998; 15: 29-33.
- [25] Major CA. de Vacianna M. Weeks J. Morgan MA. Recurrence of gestational diabetes: who is at risk?. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1038-1042.
- [26] Foster-Powell KA. Cheung NW. Recurrence of gestational diabetes, *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1998; 38: 384-387.
- [27] MacNeil S. Dodds L. Hamilton DC. Armson BA. VandenHof M. Rates and risk factors for recurrence of gestational diabetes, *Diabetes Care* 2001; 24(4): 659-662.
- [28] Nohira N. Seiichi Kim A. Hiromi Nakai A. Recurrence of gestational diabetes mellitus: Rates and risk factors from initial GDM and one abnormal GTT value. *Diabetes Res Clin Pract.* 2006 Jan;71(1):75-81.
- [29] Gabbe SG, Gregory RP, Power ML, Williams SB, Schulkin J. management of diabetes mellitus by obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2004;103(6):1229-34.
- [30] Keshavarz M, Cheung NW, Babae GR, Moghadam HK, Ajami ME, Shariati M. . Gestational diabetes in Iran: incidence, risk factors and pregnancy outcomes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2005; 69(3): 279-286.
- [31] Stone CH. Mclachlan KH. Alliday J. Gestational diabetes in Victoria in 1996: Incidence, risk factors and outcomes. *MJA* 2002; 177: 4.
- [32] Ray J. Vermeulen MJ. Shapiro JL. Maternal and neonatal outcomes in presentational and gestational diabetes mellitus and influence of maternal obesity and weight gain :the DEPOSIT study. *QJM, med* 2001; 94(7): 347-356.
- [۳۳] کمالی صدیقه، شهنام فاطمه، پورمعماری محمدحسین. ارتباط نتیجه آزمون غربالگری دیابت حاملگی با استفاده از ۷۵ گرم گلوکز خوراکی با عوارض نامطلوب دوران بارداری. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان* ۱۳۸۳: شماره ۴۳: صفحات ۱۷ تا ۲۳.
- [۳۴] مرصوسی وجیهه، حسینی دربان مهین. بررسی فراوانی عوارض جنینی در مادران دیابتی و ارتباط آن با نوع دیابت مادران. *مجله بیماریهای کودکان ایران* ۱۳۷۸: شماره ۴۲: صفحات ۱۹-۱۴.
- [35] Sendag F. Terek MC. Itil IM. maternal and prenatal outcomes in women with gestational diabetes mellitus as compared to nondiabetic controls. *J.reprod med* 2001; 46: 1057-1062.