

الحمل والداء السكري

الدكتور مروان زيات*

الملخص

تمت دراسة ٦٤ حاملاً سكرياً راجعت دار التوليد الجامعي بدمشق. توزعت أنماط الداء السكري بالتساوي تقريباً بين الأنماط الثلاثة. تم ضبط السكر بشكل جيد بالحمية (٢٠,٣%) أو بإعطاء الإنسولين (٧٠,٣%) وراجعت ٩,٤% منهن بوقت الولادة وبقيت دون علاج فوجد:

- ١ - البدانة هي عامل الخطورة المشترك بين المريضاات كافة.
- ٢ - التوقيت الأمثل لإنهاء الحمل بين ٣٨-٤٠ أسبوعاً حليماً ويرتفع معدل الوفيات حول الولادة عند تجاوز موعد الولادة المتوقع.
- ٣ - ارتفاع معدل القيصرات ٦٠,٩% في الحمول السكرية (مقابل ١٥,٨% في الحمول طبيعية الاستقلاب).
- ٤ - ارتفاع معدل المراضة والوفيات حول الولادة (١٦% مقابل ٧,٧%) بسبب زيادة معدل التشوهات الجنينية (٧,٨% مقابل ٢%) من جهة، ومن جهة أخرى بسبب العرطلة الجنينية (٢١,٣%) المترافقة بعدم نضج وظيفي يؤدي إلى اضطراب تكيف ولید الأم السكرية مع الحياة خارج الرحم.

Diabetic Pregnancies

* قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Dr. Marwan Zayat *

Abstract

This study examined 64 patients who visited The New Maternity Hospital at Damascus University. Those patients were divided almost equally between the three types of diabetes.

Blood sugar was well controlled by : Diet in 20.3%, insulin in 70.3% and 9.4% of patients reported or came at delivery; So they recieved no treatment.

The results were:

1. Obesity was the major combined risk factor among all patients.
 2. The ideal time to deliver patients was between 38-40 weeks, the rate of stillbirth rises sharply when patients passe their EDD.
 3. The rate of cesarean sections rose to 60.9% in diabetic patients compared to 15.8% in non diabetic patients.
 4. Perinatal Morbidity and mortality rose (16 0% Vs 7.7 0%) due to increase in rate of congenital anomalies (7.8% Vs 2%) also due to macrosomia (21.3%) associated with immaturity leading to failure of the newborn to adapt with extra-uterine life.
-
-

* Dep. of Obstetrics and Gynecology – Fac. of Medicine – Damascus University

الهدف من البحث

(NIDDM) ^٢ (الكهلي سابقاً) يكون إنتاج الإنسولين طبيعياً أو حتى زائداً، لكن مستقبلاته غير كافية. ويترافق مع بدانة في ٨٠% (جسم بشكل التفاحة) [8]. ويمتاز بفرط سكر الدم وبأنه لا يتطلب إنسوليناً خارجياً، البدء بعد سنّ الثلاثين . وأعراضه الرئيسية : تأخر شفاء الجروح أو مرض وعائي.

تقييم الطرق المتبعة في تدبير ومراقبة الحامل السكرية وجنينها في أثناء الحمل في دار التوليد الجامعي بدمشق وصولاً إلى خطة علاجية أفضل.

الدراسة النظرية

تعريف الداء السكري

اضطراب جهازى مزمن، يمتاز بفرط غلوكوز الدم لعدم استعماله كمصدر للطاقة واستعمال الدسم بدلاً عنه، وذلك بسبب نقص الإنسولين المطلق (عدم إنتاج كمية كافية من البنكرياس) أو النسبي (نقص مستقبلات الإنسولين الخلوية، أو زيادة المقاومة تجاهه أو زيادة العوامل الرافعة لسكر الدم).

معدل الحدوث

انتشار الداء السكري في الولايات المتحدة حوالي ٤-٢% ، ويشكل الداء السكري المعتمد على الإنسولين ٧-١٠% من جميع الحالات [7]، وحوالي ١-٢% من الحمول تترافق مع داء سكري [8].

التصنيف

١- النمط الأول Type 1

^١ الداء السكري المعتمد على الإنسولين (IDDM) (الشبابي سابقاً) يتميز بنقص إنتاج الإنسولين في حين تكون مستقبلاته كافية. ويمتاز بفرط سكر الدم ويتطلب إنسوليناً خارجياً، والبدء قبل سنّ الثلاثين . وأعراضه الرئيسية: سهاف ، بوال، ونقص الوزن. ويترافق بحماض خلوني. والسبب الرئيسي مناعي ذاتي مع قصة عائلية. ومعدل حدوثه ٠.٤-٠.٠% من السكان دون ٣٠ سنة [8].

٢- النمط الثاني Type II

الداء السكري غير المعتمد على الإنسولين

^٢ Non-Insulin - Dependent Diabetes Mellitus.

^١ Insulin - Dependent Diabetes Mellitus.

الاستقلاب في الحمل

يترافق الحمل بتبدلات هرمونية تؤدي :

- في النصف الأول إلى انخفاض مستوى الغلوكوز وتحريك الدسم مع زيادة إنتاج الإنسولين وزيادة حساسية الأنسجة له، ويكون أخفض مستوى للغلوكوز على الريق في الأسبوع ١٢ للحمل.
- في النصف الثاني للحمل: تنتج المشيمة اللاكتوجين المشيمي (HPL) المسؤول عن المقاومة تجاه الإنسولين وحل الدسم، وهو يرفع سكر الدم الوالدي ويسهل انتقاله المشيمي وينقص استخدامه الوالدي.

التشخيص

- في تموز ١٩٩٧ وضعت الجمعية السكرية الأمريكية (ADA) معايير جديدة لتشخيص وتصنيف الداء السكري [18] أوصت بالاعتماد على سكر الدم على الريق فقط دون اللجوء إلى اختبار تحمل الغلوكوز الفموي (OGTT) واعتبار القيمة ≤ 126 مغ/١٠٠ مل (بدلاً من ١٤٠ سابقاً) مشخصة للإصابة. والقيمة ١٢٥-١١٠ مغ/١٠٠ مل عياراً شاذاً (IFG) تماشياً مع التسمية القديمة (IGT) بهدف التقليل من خطر تطوّر المضاعفات المتأخرة الوعائية للسكري.
- لاحظت Priscilla White تأثير سن البدء ومدّة الإصابة والمضاعفات (الوعائية والشبكية والكلى والقلبية...) في محصول

الحمل ومعدل البقيا الجنينية ووضعت تصنيفاً عُرف باسمها [8, 1]. وبصورة عامة تفضّل رعاية الحوامل السكرية في مراكز تخصصية حتى الولادة أسبوعياً لمتابعة الداء السكري وكل أسبوعين لمتابعة سير الحمل واستشفاء لـ ٢-٣ أيام شهرياً. الاستشفاء قبل الولادة بين ٣٢-٣٦ أسبوعاً حملياً [11, 19, 8].

تدبير الداء السكري في أثناء الحمل

(أ) ضبط سكر الدم

ضمان سواء سكر الدم بين ٦٠-١٢٠ مغ% (٣٣-٦٧ ممول/ل) [8]، لتحسن الاستجابة للإنسولين في النصف الأول للحمل (تحذير: احتمال صدمة نقص سكر الدم) [8] مع بدء النصف الثاني للحمل يحدث ارتفاع ثابت في الحاجة للإنسولين [19]. وتتقص الحاجة للإنسولين في أثناء الولادة (زيادة في الحاجة للطاقة) [1]. وبعد ولادة المشيمة تتراجع الحاجة للإنسولين فجأة (زوال المواد المضادة للإنسولين) [8]. ويستقرّ الاستقلاب في الأسبوع ٤-٦ بعد الولادة [8].

(ب) مراقبة الحمل

- ١ - مراقبة وضع الجنين داخل الرحم والكشف المبكر عن حالات تشوّه الجنين أو تألمه، والوقاية من موت الجنين داخل الرحم، وتقدير الوقت المناسب لإنهاء الحمل بما يؤمن نضج الجنين الوظيفي. وتشمل تقانات مراقبة الجنين:
 - مراقبة حركات الجنين FMC^٨ - اختبار اللاشدة NST^٩ - اختبار الشدة CST^{١٠} - السيماء الفيزيائي الحيوي BPP^{١١} - التصوير بالصدى US^{١٢} - الدوبلر النابض

^٣ Human Placental Lactogen.

^٤ American Diabetes Association.

^٥ Oral Glucose Tolerance Test.

^٦ Impaired Fasting Glucose.

^٧ Impaired Glucose Tolerance.

^٨ Fetal Movement Count.

^٩ Non-Stress Test.

^{١٠} Contraction - Stress - Test.

^{١١} Biophysical Profile.

^{١٢} Ultrasound.

PD^{١٣}.

٢- من المهمّ الكشف الباكر عن المضاعفات الرئيسية للداء السكري في الحمل (الجدول رقم ١). والأهم هو الوقاية من حدوثها بالتدبير الجيدّ للداء السكري قبل الحمل مباشرة وفي أثناءه.

■ تتطلّب بعض المضاعفات الحملية إنهاء الحمل باكراً (سوء وضع الجنين داخل الرحم، انسمام حملي، انبثاق أغشية باكر...)

■ طريقة الولادة: المهبلية: الهدف الأول؛ يتم تطبيق المحجم أو ملقط الجنين باستطبابات ولادية. ويزداد معدّل حدوث انعقال الكتفين عند الأجنة في الحوامل السكريات ٨٠% [17] بسبب الميزات الخاصة للمرطلة الجنينية السكرية [15, 1].

القيصرية البطنية: أهم استطباباتها: - عدم تناسب حوضي - جنيني أو مرطلة جنينية - مجبئات معيبة - تألم الجنين - وسائل المراقبة غير كافية. إضافة إلى الاستطبابات الولادية المعروفة (سوابق تداخل جراحي على الرحم، ارتكاز مشيمة معيب...)

ومعدّل القيصريات في الدراسات العالمية في الحوامل السكريات بين ٣٠-٥٠% [1, 8, 9, 13, 19].

^{١٣} Pulsated Doppler.

الجدول (١) مضاعفات الداء السكري في أثناء الحمل (٨)

الأم	الطفل
اضطراب استقلاب مع حماض خلوني	إسقاط عفوي
سوء الاعتلال الوعائي	خداج
خمج بولي	قصور المشيمة
انسمام حملي	تشوهات
موه السلى	داء الأغشية الهبالية
	أذيات عصبية متأخرة

أصبح اعتلال الجنين السكري^{١٤} نادراً [1, 8, 19].

يحتاج أطفال الأمهات السكريه لعناية مكثفة خاصة، والمضاعفات المحتملة هي: نقص سكر الدم، فرط بيلروبين الدم، متلازمة الكرب التنفسي، اضطراب التوازن المائي الشاردي، نقص كلسيوم الدم والميل للنزف. يؤدي إلى اضطراب التكيف وصعوبة الرضاعة. وتعد هذه المجموعة من الولدان أقل نضجاً من سن الحمل الفعلي.

إنذار الداء السكري الحملي على الأم

١٠% من الحوامل السكريه تبقى كذلك بعد انتهاء الحمل وتحتاج للإنسولين [8]. و ٤٠% أخرى تصبح سكرية خلال حياتها المستقبلية [8].

الدراسة العملية

تمت دراسة ٦٤ حاملاً شُخص لديهم الداء السكري بوجود ارتفاع عيار سكر الدم على الريق < ٨٥ ممول/ل (< ١٠٥ مغ/دل) وتمت ولادتهن في دار

التحريض بالأوكسيتوسين: عندما لا يكون الجنين عرطلاً والحوض جيداً، والمرأة ليست عديدة الولادة جداً، والعنق ناضجاً، ولا توجد ندبة رحمية، يكون المجيء نظامياً ومنتبهاً جيداً.

يجب ضبط سكر الدم الجيد في أثناء المخاض والحفاظ عليه بين ٤-٧ ممول/ل مما يُقلل خطر نقص سكر الدم على الماخض، كذلك الحفاظ على الحد الأعلى بـ ٨ ممول/ل بحيث لا يزيد خطر نقص سكر الدم عند الوليد [2].

مضاعفات ولدان الأمهات السكريات

الوفيات حول الولادة تبلغ ٢-٦% وترتفع في حالات عدم توافر شروط الرعاية الجيدة (الجدول رقم ١). ومعدل التشوهات الخلقية ٥-٧% في الدراسات العالمية [1, 3, 4, 6, 13]، ومعظمها تشوهات القلب، تشوهات هيكلية، تشوهات بولية وعصبية مركزية والوقاية من حدوثها بضبط السكر الجيد قبل الحمل وحول التعشيش [13, 15].

مع توفر العناية الجيدة بالحوامل السكريه

^{١٤} Diabetic Fetopathy.

التوليد الجامعي بدمشق. معدل الإصابة ٢.٩٪، وهي دون مستوى الإصابة في أوروبا أو أمريكا [7].

بهدف وضع تصنيف للداء السكري تم إجراء استشارة داخلية وعينية لكشف المضاعفات الكلوية أو القلبية أو العينية للداء السكري مع تحديد مدة الإصابة وسن الكشف.

تم ضبط سكر الدم لديهن إما بالحمية أو بالإنسولين وتحقق قيم بين ٦٠-١٢٠ مغ/دل. ثم تخرج المريضة لتراجع المشفى كل أسبوعين لتقييم انضباط سكر الدم ومتابعة وضع الحامل ومراقبة نمو الجنين داخل الرحم بفحوص متابعة بفاصل أسبوعين بفائق الصوت، وتقييم وضع الجنين داخل الرحم بتحديد السيماء الفيزيائي الحيوي BPP^{١٥}

وإجراء اختبار اللاشدة NST^{١٦} بدءاً من الأسبوع ٣٠ للحمل. ويعاير الخضاب الغلوكوزي لتقييم دقة ضبط الغلوكوز الدموي في الأشهر الثلاثة السابقة في الزيارة الأولى.

ويتم استشفاء المريضة السكرية قبل موعد الولادة بثلاثة أسابيع (حوالي الأسبوع ٣٧ للحمل). وقبل ذلك بوجود مضاعفات والدية أو جنينية أو عدم استقرار ضبط السكر أو بوجود سوابق ولادية سيئة. ويسمح باستمرار الحمل حتى الأسبوع ٤٠ في حال غياب أي مضاعفة وكون وضع الجنين جيداً، ولا يُفضل السماح باستمرار الحمل لما بعد الأسبوع ٤٠ من الحمل لكثرة المضاعفات الجنينية (وفاة جنيني مفاجئة داخل الرحم وغير مفسرة) وفاتان من اصل ثلاثة حمول استمرت لـ ٤٢ أسبوعاً وراجعن دار التوليد وقت الولادة. ونلجأ إلى إنهاء الحمل إما بالتحريض بالأوكسيتوسين بعد تقييم عنق الرحم والتناسب الجنيني الحوضي أو باللجوء إلى القيصرية.

بلغ العمر الوسطي للمريضات ٣٤ سنة (الحد الأدنى ١٩ سنة، والحد الأعلى ٤٥ سنة).

^{١٥} Biophysical Profile.

^{١٦} Non-Stress Test.

الجدول (٢) الحالة الولادية

الحالة الولادية	العدد	النسبة المئوية
خروس	٤	٦٣٠ر
ولود	٣٤	٥٣١ر
عديدة ولادة جداً ≤ ٦	٢٦	٤٠٦ر
المجموع	٦٤	١٠٠

يبين الجدول السابق الحالة الولادية لمريضات الدراسة، ويلاحظ قلة نسبة الخروسات المصابات بالداء السكري (٦٣%) وهذا يتوافق أيضاً مع كون العمر الوسطي للإصابة (٣٤ سنة)، إذ أن سن الزواج في بلادنا دون هذا الحد بكثير.

الجدول رقم (٣)

وزن الحامل (كغ)	العدد	النسبة المئوية
(أ) $٧٢ >$	-	صفر %
(ب) $٨٤-٧٢$	٣٢	٥٠%
(ج) $٨٤ <$	٣٢	٥٠%
المجموع	٦٤	١٠٠

[16]. وعندما تقل زيادة الوزن في الحمل ينقص الوزن الولادي [5, 6, 9].

يبين الجدول رقم (٣) أن ٥٠% من مريضات الدراسة ضمن مجموعة الوزن الزائد و ٥٠% الأخرى ضمن مجموعة البدانة.

أي إن زيادة الوزن والبدانة قبل الحمل تشكل عاملاً مرافقاً للداء السكري وعامل خطورة يتطلب النخل بضرورة معايرة سكر الدم على الريق لجميع الحوامل البدينات.

يبين الجدول السابق وزن الحامل في مريضات الدراسة، ويمكن تحديد الوزن قبل الحمل من القاعدة [الوزن قبل الحمل = الوزن الحالي - (سن الحمل - ٢/٢٠)]. ومنه تحديد مشعر كثلة الجسم (BMI) من القاعدة م ك ج = الوزن (كغ)/(الطول)^٢ (م). وإذا كان وسطي الطول = ١٥٥ م فإن م ك ج في المجموعة (ب) هي بين (٣٠-٢٥) أي ضمن مجموعة الوزن الزائد، علي حين في المجموعة (ج) هي بين (٤٠-٣٠) ضمن مجموعة البدانة حسب تصنيف البدانة في الجدول رقم ٤ [16].

لاحظ عدد من الباحثين أن زيادة الوزن في أثناء الحمل أكثر ارتفاعاً في الحمول الطبيعية منها في الحمول السكرية (١٥ مقابل ٨ كغ $P < 0.01$) [9]

^{١٧} Body Mass Index.

الجدول رقم (٤)

الوزن	مشعر كتلة الجسم
وزن صحي	٢٥-٢٠
وزن زائد	٣٠-٢٥
بدانة	٤٠-٣٠
بدانة شديدة	٤٠ <

الجدول رقم (٥)

النسبة المئوية	العدد	عوامل الخطورة
٣٩ر١	٢٥	قصة عائلية
١٢ر٥	٨	سوابق إملاص
٤ر٨	٣	جنين عرطل
١ر٦	١	وفاة وليد
٦ر٢	٤	ارتفاع ضغط شرياني
٣٥ر٩	٢٣	لا يوجد
١٠٠	٦٤	المجموع

الجدول رقم (٦)

المجموع		غير معالج		حمية		إنسولين		التدبير الصف
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
٧ر ٢٩	١٩					١٠٠	١٩	معتمد على الإنسولين IDDM
٣ر ٣١	٢٠	١٠ %	٢	٣٠ %	٦	٦٠%	١٢	غير معتمد على الإنسولين NIDDM
٣٩	٢٥	١٦	٤	٢٨	٧	٥٦	١٤	سكري حملي GDM
٦٤	٩ر٤	٦	٣ ٢٠	١٣	٧٠ر٣	٤٥		المجموع

يبين الجدول السابق تصنيف الداء السكري وطريقة المعالجة. ويلاحظ أن ثلث حالات الداء السكري هي معتمدة على الإنسولين وعولجت جميعها بالإنسولين، في حين الثلث الثاني غير معتمد على الإنسولين وعولج ثلثاها بالإنسولين والثلث الأخير بالحمية وراجعت حالتان وقت الولادة ولم تعالج،

والتثلث الأخير هو سكري حملي عولج ثلثاه أيضاً
بالإنسولين والتثلث الآخر بالحمية وراجعت ٤
حالات وقت الولادة ولم تعالج أي: إن معدل
الحمية فقط. ٢٠% أمكن تحقيق السواء الغلوكوزي باعتماد
الحالات المعالجة بالإنسولين هي ٧٠% وحوالي

الجدول رقم (٧)

النسبة المئوية	العدد	تصنيف وايت
٣٧ر٥	٢٤	A
٤٥ر٣	٢٩	B
٧ر٨	٥	C
٩ر٤	٦	D
١٠٠	٦٤	المجموع

يبين الجدول السابق تصنيف الداء السكري الحملي
حسب وايت. لوحظ غياب المضاعفات الوعائية
والكلوية والقلبية والشبكية، ولم يلاحظ سوى
حالات ارتفاع الضغط الشرياني المرافق للداء
السكري (٩ر٤% تحت صنف D) مما يؤيد ما
لاحظناه من كون نسبة الولدان ناقصي الوزن
(> 2500 غ) ٩ر٧% فقط وهي ترتفع بوجود
المضاعفات الوعائية.

الجدول رقم (٨)

المجموع		أنثى		ذكر		الجنس
وزن الوليد غ						
العدد	%	العدد	%	العدد	%	
٦	٩ر٧	٣	٩ر١	٣	١٠ر٣	(أ) > 2500
٢٥	٤٠ر٣	٦٣	٣٩ر٤	١٢	٤١ر٤	(ب) $2500 > 4000$
٣١	٥٠	١٧	٥١ر٥	١٤	٤٨ر٣	(ج) $4000 \leq$
٦٢	١٠٠	٣	٣٥ر٢	٢٩	٤٦ر٨	المجموع

بين زيادة الوزن وفرط الإنسولينية الجنينية [1, 3, 10, 15] والقياسات الروتينية لتحديد وزن الجنين داخل الرحم لها حساسية ونوعية محدودة في الحمل السكري [13, 14] ولا تتحسن بقياس سماكة النسيج تحت الجلد ونسبتها لطول الفخذ [14]؛ وقد وجد أن معدل العرطلة الجنينية في الدراسات العالمية ار ١٥% [10, 14]. ويمكن خفض وزن الولادة في السكري الحملي بالتابع الحمية والتأثير في كسب الوزن الحملي [9]. وجد

الجدول رقم ٨ يبين توزع أوزان الولدان على مجموعات الأوزان الأولى ناقصي الوزن (> 2500 أو الطبيعية $2500 > 4000$ غ) والثالثة عرطلة ($4000 \leq$) وذلك بحسب جنس المولود. وقد وجد تشوه تناسلي (أعضاء تناسلية مبهمة) في حالتين. ويلاحظ أن نسبة الإناث ٥٣ر٢% ونسبة الولدان الذكور ٤٦ر٨%. ويلاحظ أن ٥٠% من الولدان عرطلة ($4000 \leq$ غ) وهي تشكل مشكلة للمولود وطبيب الأطفال. وربطت دراسات متعدّدة

Dooley ومساعدوه [4] أن وسطي وزن الولادة هو ٤٠٧٥ غ وأن وسطي سن الحمل ٣٨ أسبوعاً في الحمول السكرية غير المعتمد على الإنسولين حملياً.
الجدول رقم (٩)

النسبة المئوية	العدد	سن الحمل (أسبوع)
٢٠	١٢	(أ) خديج > ٣٨
٧٥	٤٥	(ب) ناضج ٤٠-٣٨
٥	٣	(ج) منيد < ٤٠
١٠٠	٦٠	المجموع

١٨
١٢% صغيرة نسبة لسن الحمل (SGA) ،
وأن ٣٨% عرطلة نسبة لسن الحمل (LGA) ^{١٩}
مما يشير إلى زيادة كبيرة في اضطراب نمو الجنين داخل الرحم نقصاً أو زيادة في الحمول السكرية.

في الجدول رقم ٩ تم توزيع مجموعة ولدان مريضات الدراسة إلى خديج (> ٣٨ أسبوعاً حملياً) ، حيث يعدّ طفل الأم السكرية أقلّ نضجاً من سنّ الحمل، فتمّ زيادة سنّ الحمل المعتبر للنضج اسبوعاً (٣٨ بدلاً من ٣٧ أسبوعاً حملياً) وكذلك إلى ناضج (بين ٤٠-٣٨ أسبوعاً حملياً) وتمّ اعتبار الحمل مديداً بدءاً من الأسبوع ٤٠ من الحمل لكثرة الإملاصات بعد تجاوز موعد الولادة المتوقع.

يلاحظ أن نسبة الخداج مرتفعة (٢٠%) بسبب كثرة حالات انبثاق الأغشية الباكر أو المخاض الباكر، وفي هاتين الحالتين يعدّ الاستمرار بالحمل مضاد استطباً خوفاً من خطر الخمج الأميوسي في الأول وخطر إعطاء حالات النقل المرافقة لارتفاع سكر الدم في الثانية، وكذلك زيادة معدل حدوث موه السلي (نكر Thompson ومساعدوه [17] معدل حدوث موه السلي (بُعد أكبر مسافة للسلي < ٨ سم أو مجموع أبعاد أربع مسافات للسلي < ٢٤ سم) ١٠% في المريضات السكريات. ومعدّل الولدان الناضجة بلغت ٧٥% وهي جيدة، في حين بلغت نسبة الحمول المديدة ٥% ، فهي رغم قلتها توافقت بإملاص بنسبة الثلثين (وفاتان من أصل ثلاث ولادات < ٤٠ اسبوعاً).

يُلاحظ عند حساب الأوزان المئوية للولدان أن

^{١٨} Small for Gestational Age.

^{١٩} Large for Gestational Age.

الجدول رقم (١٠)

الوزن المنوي	١٠ >	٩٠-١٠	٩٠ <
معدل الحدوث	%١٢	%٣١٫٧	%٥٦٫٣

الجدول رقم (١١)

طريقة الولادة	العدد	النسبة المئوية
طبيعية (عقوية أو تحريض)	٢٣	٣٥٫٩
تواسط ولادي	٢	٣٫٢
قيصرية	٣٩	٦٠٫٩
المجموع	٦٤	١٠٠

وعند النظر في طريقة الولادة في الحمل السكري نجد الارتفاع الكبير في القيصرات ٦٠٫٩% وهو أعلى من معدلها في الدراسات العالمية ٥٠% (١) ، أضعاف نسبتها في الحوامل سوية الاستقلاب. ٨، ٩، ١٣، ١٩). إن نسبة القيصرات في مشفى

الجدول رقم (١٢)

الدقيقة الخامسة		الدقيقة الأولى		علامة أبغار
العدد	نسبة %	العدد	نسبة %	
٢٩	٩٣٫٥	١٢	٣٨٫٧	١٠ - ٧
١	٣٫٢٥	١٧	٥٤٫٨	٦-٥
١	٣٫٢٥	٢	٦٫٥	٤ ≥
٣١		٣١		المجموع

يلاحظ من الجدول رقم (١٢) أن ٩٣٫٥% من للإنداز المستقبلية كانت جيدة (٧ ≤) مما يشير إلى علامات أبغار في الدقيقة الخامسة التي تعد مؤشراً حسن تدبير المخاض .

الجدول رقم (١٣)

النسبة المئوية	العدد	المضاعفات الحملية
٢١٫٣	١٣	١- عرطلة جنينية
٢٣	١٤	٢- خمج بولي

١٣ر١	٨	٣- انبثاق أغشية باكر
١٦ر٤	١٠	٤- موه السلى
١٨	١١	٥- انسمام حملي
٨ر٢	٥	٦- خداج
١٠٠	٦١	المجموع

مواه السلى فى هذه الدراسة بمعدل ١٦ر٤% أعلى مما هو عليه فى دراسة [17] Thompson et al ١٠ر٤%. ومعدل الخداج ٨ر٢% فهو مرتفع عما هو عليه فى الحمل الطبيعى. ومعدل ارتفاع التوتر الحملى مرتفع ١٨%. وذكر Pearson ومساعدوه [12] كثرة شيوعه فى الحوامل السكرية المكتشف منذ فترة طويلة [13].

هذه المضاعفات الحملية المذكورة قد تحدث منعزلة أو مشتركة والمراقبة الجيدة للحمل تعمل على كشفها فى الوقت المناسب وتديبيرها بالشكل الأمثل.

يلاحظ ارتفاع معدل العرطلة الجنينية وهى قريبة من النسب العالمية (٢١ر٣% مقابل ١٥%) . كثرة حدوث الأخماج البولية ٢٣% وهى تتطلب معالجة فعالة بعد أخذ الزرع والتحسس، كذلك فإن انبثاق الأغشية الباكر بنسبة ١٣ر١% أعلى مما هو عليه فى الحمول غير المتضاعفة بالسكري، وبعدئذ الداء السكري خطورة مرتفعة تمنع من السماح باستمرار الحمل أو إعطاء الكورتيكوستيروئيدات بهدف إنضاج الرئة (إذ يعاكس فرط الإنسولينية الجنينية تأثير الكورتيكوستيروئيدات بتثبيط تركيب السورفاكتانت ولكن يمكن إعطاء هذه الأدوية فى حالات التهديد بالولادة المبكرة).

الجدول رقم (١٤)

النسبة المئوية	العدد	مضاعفات الولدان
١ر٥	١	١- استنشاق العقي
٦ر٣	٤	٢- املاص
٣ر١	٢	٣- نقص النمو داخل الرحم
٦ر٣	٤	٤- داء الأغشية الهياينية
٧ر٨	٥	٥- تشوه جنيني
٢٥	١٦	المجموع

ومساعدوه [17] حدوث تشوهات جنينية بمعدل ٥ر٥%، وإيقاصها يتطلب ضبط السكر قبل حدوث الحمل بثلاثة أشهر [2].

إن معدل الوفيات الوالدية العامة فى مشفانا بلغت ٧٨ بالمئة ألف ولادة وهى مرتفعة جداً عن النسب العالمية، حيث تعد مشفانا مركزاً تحول إليه كل الولادات عالية الخطورة أو المضاعفات، ولا يمكن

يلاحظ من الجدول رقم ١٤ زيادة نسبة الإملاصات ٦ر٣% (الوفيات المفاجئة داخل الرحم وغير المفسرة) وزيادة معدل داء الأغشية الهياينية ٦ر٣% عما هو عليه فى الحمول الطبيعية غير السكرية، وارتفاع معدل التشوهات الجنينية ٧ر٨% أربعة أضعاف عما هو عليه الحال فى الحمول سوية الاستقلاب. ذكر Thompson

الوفيات حول الولادة [6].

وهكذا فإن ارتفاع معدل المراضة والوفيات حول الولادة في الحمل السكري بشكل واضح عنها في الحمل طبيعياً الاستقلاب بسبب زيادة معدل التشوهات الجنينية من جهة، ومن جهة أخرى بسبب اعتلال الجنين السكري الذي يتميز بفرط نمو جنيني وعرطلة مترافق مع عدم نضج وظيفي للأعضاء الهامة

فالحمل السكري رغم ضبطه الجيد يتميز بسيره الخاص ويعدُّ عالي الخطورة على الأم والجنين في أثناء الحمل والولادة، والوليد بعد الولادة [5].

اعتبارها نسبة عامة للوفيات الودية في القطر. وبرغم ذلك لم تحدث أية وفاة والدية لحامل سكرية في هذه الدراسة.

إن معدل الإملاص بلغت في هذه الدراسة ٦٣.٠% وهي ضعفا النسبة عما هو عليه في الحمل سوية الاستقلاب (٣١.٠%) في مشفانا.

إن معدل وفيات الولدان ١٦.٠% وهي ضعفا وفيات الولدان في الحمل سوية الاستقلاب (٧.٧%) في مشفانا. مما يشير إلى أن ولدان الأمهات السكرية هي عالية الخطورة وبحاجة إلى رعاية مكثفة بعد الولادة، والتشوهات مسؤولة عن ٤٠% من

المصادر

1. Alan H., Decherney, Mastin L. Pernoll. Current, Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Appleton and Lange 1994.
2. Carron Brown S., Kyne - Grzeblaski D., Nwangi B., Taylor R. Effect of Management Policy Upon 120 Type. A Diabetic Pregnancies: Policy Decisions in Practice. Diabet Med. 1999 Jul.; 16(7) : 573-8.
3. Cowett RM, Schwatz R. The Infant of The Diabetic Mother. paediatr Clin North Ames. 1982, 29: 1213-31.
4. Dooley JP, Sugamori ME. pregnancy Outcome in Aboriginal Women with NIDDM in The Sioux Lookout Zone. Int J. Circumpolar Health 1998, 57 suppl 1:359-63.
5. Hadden DR. How to Improve prognosis in Type 1 Diabetic pregnancy Old Problems, New Concepts. Diabetes Care 1999 Mar, 22 Suppl 2: B 104-8.
6. Ivarisevic M, Bukovic D, Starcevic V, Djelmis J, Pfeifer D. Influence of Hyperglycemia on Early Embryonal Growth in IDDM Pregnant Women. Coll Antropol 1999 Juhn; 23 (1): 183-8.
7. Jerrold M. Olefsty, Cecil, Text book of medicine. 19th Edition, W.B. Saunders, P.P. 1291-1310, 1992.
8. Kyank M, Schwarz R., Frenzel J. Geburtshilfe. 5. Uberarbeitete Auflage VEB Georg Thieme Leipzig 1987, 156-58.
9. Lauszas FF, Paludan J, Klebe JG. Birthweight in Women with Potential Gestational Diabetes mellitus- An effect of obesity rather than Glucose Intolerance? Acta Obstet Gynecol Scand 1999 Jul; 78(6): 520-5.
10. McFarland MB, Trylovich CG, Langer O. Anthropometric Differences in Macrosomic Infants of Diabetic and Nondiabetic Mothers. J. Matern Fetal Med. 1998 Nov - Dec; 7 (6): 292-5.
11. Nesbitt TS, Bilbert WM, Herrchen B. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic Infants born in California Am J Obstet Gynecol 1998 Aug; 179(2): 476-80.
12. Pearson DW, Copland SA. The management of hypertension in a diabetic pregnancy. Diabetes Metab Res Rev 1999 Mar-Apr; 15(2): 146-51.

13. Reece EA, Sivan E, Francis G, Homko CJ. Pregnancy Outcomes Among Women with and without Diabetic Microvascular Disease (White's Classes B to FR) Versus Non-diabetic Controls. Am J Perinatol 1998; 15 (9): 549-55.
14. Rotemensch S, Celentano C, Liberati M, Malinger G, Sadan O, Bellati U, Glezerman M. Screening Efficacy of The Subcutaneous Tissue with Femur Length Ratio for Fetal Macrosomia in The Non-Diabetic Pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 1999 May, 13(5): 340-4.
15. Schwartz R, Teramo KA. What is The Significance of Macrosomia? Diabetes Care 1999 Jul; 22(7) 1201-5.
16. Sperroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Fifth Edition Williams and Wilkins USA 1994.
17. Thompson O, Brown R, Gunnarson G, Marriagton K. Prevalence of the polyhydramnios in the third trimester in a population screened by first and second trimester Ultrasonography. J. Perinat Med 1998; 26(5) : 371-7.
18. Tillil H, Nick O, Kabberling J. Modern Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. 2 Anztl Fortbild Qualitatssich 1998; 92 (7) : 456-66.
19. Williams Obstetrics. 20th Edition Copyright 1997 by Appleton & Lange Asimon & Schuster Company

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ١٩٩٩/٩/٩.
تاريخ قبوله للنشر: ١٩٩٩/١٢/٦.