بررسی ارتباط مقاومت به انسولین در زنان با سابقه از دست دادن مکرر و زودرس حاملگی با گروه شاهد بیمارستان میرزا کوچک خان، ۳۸-۸۲

۱۳۸۲

چکیده

مقدمه: سطح مکرر (نرسین) در ۲-۴% از زوجها در سنین باروری اتفاق می‌افتد که در حدود یک سبب سمند حاملگی را شامل می‌شود. هدف از انجام این مطالعه مقایسه مقاومت به انسولین در گروه بیماران با سطح مکرر با افراد طبیعی است.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه موردنامه‌ای و آنلاین، ۴۹ بیمار غیرباردار در دِیابیتی با سابقه سطح مکرر و زودرس بنا بر عناوین گروه مورد، ۴۹ بیمار غیرباردار غیر دِیابیتی که سابقه سطح مکرر نداشته‌اند و بدون اختلاف یک پیچ زنده داشته باشند به عنوان گروه شاهد که از لحاظ سنی، غرای و وزن با گروه مورد یکسان شده بودند. مورد بررسی قرار گرفتند. در هر دو گروه قند خون و انسولین ناشتا انداره‌گیری شد و مقاومت به انسولین به صورت سطح انسولین ناشتا بیش از ۲۰ میکروولاید در سلول لیپ‌یا میزان قند خون ناشتا به انسولین کمتر از ۴۵ سنتی‌جهد شد.

یافته‌ها: یافته‌ها: میانگین سن، شاخص توده بدنی، قند خون ناشتا و نسبت قند به انسولین ناشتا بیماران بین گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری نداشتند. انسولین ناشتا در گروه مورد به میزان معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر بود (P=۰/۰۸۵/۶). اسپلیت‌تیت در گروه مورد به میزان معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر بود، Confidence Interval 95%=1/7/1/3۰. Odds Ratio=4/6۲/۱۲۶/۶ در مقابل ۴/۱۲۶/۶. همچنین فراوانی بیماران با مقاومت به انسولین به میزان معنی‌داری از گروه مورد از فراوانی این بیماران در گروه شاهد بیشتر بود (P=۰/۰۴۹) در این مطالعه انسولین ناشتاها با انسولین بیماران با نسبت قند به انسولین ناشتاها در بیماران که در گروه مورد سطح انسولین زیر ۱۲ هفته داشته اند آنالیز سطح انسولین زیر ۱۲ هفته داشته اند به دنیا به دنیا. 

نتیجه‌گیری و توسعه‌ها: در زنان با سطح مکرر، میزان فراوانی مقاومت به انسولین نسبت به گروه شاهد بیشتر است. توسعه‌های مورد نیاز در تیم زنانی که دچار سطح مکرر هستند، اکتشاف گیری سطح قند خون و انسولین ناشتا صورت گیرد.
مواد و روش‌ها

به عنوان تعريف، سطح مكرر ۱ همه سه مورد با یک بستر سقط یا پیوند قبل از هنگام بیستم حامله اعلام می‌شود (۱) و در ۴–۲۰٪ از زوج‌های در سنین باروری اتفاق می‌افتد. عوامل معنی‌دار به سطح‌های مکرر (RPL) معتقدی‌ماند که از آن میانی‌ها حاصل از متغیرین آنها عناصر از اختلالات قلبی کمیک (۳۲.۱٪)، اختلالات اندرکینولپژی (۲۵.۲٪)، میکروبی (۵۲ /۳) و آنالاتریک (۲۱.۷٪) با این حال فقط در ۱۵٪ از موارد هنگام مشخص کردن سقط مکرر احتمال رفتن مادر و یا چهار مورد دلیل یافته نمی‌شود (۲). در بررسی‌های بالینی مربوط به سطح باید پس از دو سقط خوهدی‌یوندا متأسف آغاز گردد.

مقدمه

به عنوان تعريف، سطح مكرر ۱ همه سه مورد با یک بستر سقط یا پیوند قبل از هنگام بیستم حامله اعلام می‌شود (۱) و در ۴–۲۰٪ از زوج‌های در سنین باروری اتفاق می‌افتد. عوامل معنی‌دار به سطح‌های مکرر (RPL) معتقدی‌ماند که از آن میانی‌ها حاصل از متغیرین آنها عناصر از اختلالات قلبی کمیک (۳۲.۱٪)، اختلالات اندرکینولپژی (۲۵.۲٪)، میکروبی (۵۲ /۳) و آنالاتریک (۲۱.۷٪) با این حال فقط در ۱۵٪ از موارد هنگام مشخص کردن سقط مکرر احتمال رفتن مادر و یا چهار مورد دلیل یافته نمی‌شود (۲). در بررسی‌های بالینی مربوط به سطح باید پس از دو سقط خوهدی‌یوندا متأسف آغاز گردد.

مقدمه

به عنوان تعريف، سطح مكرر ۱ همه سه مورد با یک بستر سقط یا پیوند قبل از هنگام بیستم حامله اعلام می‌شود (۱) و در ۴–۲۰٪ از زوج‌های در سنین باروری اتفاق می‌افتد. عوامل معنی‌دار به سطح‌های مکرر (RPL) معتقدی‌ماند که از آن میانی‌ها حاصل از متغیرین آنها عناصر از اختلالات قلبی کمیک (۳۲.۱٪)، اختلالات اندرکینولپژی (۲۵.۲٪)، میکروبی (۵۲ /۳) و آنالاتریک (۲۱.۷٪) با این حال فقط در ۱۵٪ از موارد هنگام مشخص کردن سقط مکرر احتمال رفتن مادر و یا چهار مورد دلیل یافته نمی‌شود (۲). در بررسی‌های بالینی مربوط به سطح باید پس از دو سقط خوهدی‌یوندا متأسف آغاز گردد.

مقدمه

به عنوان تعريف، سطح مكرر ۱ همه سه مورد با یک بستر سقط یا پیوند قبل از هنگام بیستم حامله اعلام می‌شود (۱) و در ۴–۲۰٪ از زوج‌های در سنین باروری اتفاق می‌افتد. عوامل معنی‌دار به سطح‌های مکرر (RPL) معتقدی‌ماند که از آن میانی‌ها حاصل از متغیرین آنها عناصر از اختلالات قلبی کمیک (۳۲.۱٪)، اختلالات اندرکینولپژی (۲۵.۲٪)، میکروبی (۵۲ /۳) و آنالاتریک (۲۱.۷٪) با این حال فقط در ۱۵٪ از موارد هنگام مشخص کردن سقط مکرر احتمال رفتن مادر و یا چهار مورد دلیل یافته نمی‌شود (۲). در بررسی‌های بالینی مربوط به سطح باید پس از دو سقط خوهدی‌یوندا متأسف آغاز گردد.
یافته‌ها

تهیه بیماری از مطالعه خارج تگرگدی و ۹۸ بیمار مورد بررسی نهایی فراگرفته‌اند. میانگین سن شاخه‌سازی و بررسی فوق‌العاده‌ای بیماران بین جنوبی مورد به‌ویژه مورد اختلاف معنی‌داری بین میانگین نسبت قند به انسولین ناشتا در بیماران که در گروه مورد سابقه سطح‌های زیر ۱۲ هفته داشته‌اند از نسبت بیشتر است. 

نتایج این مطالعه نشان داد که در ۲۴/۴% از بیماران ایرانی با سطح متوسط، در مقایسه با ۸/۱۶% در گروه شاهد، مقاومت به انسولین دیده می‌شود که به میزان معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر است.

آزمون استاندارد طلازی برای اندازه‌گیری حساسیت به انسولین تکنیک کلاپ کلوزر است (۷) و لی به دلیل هریز به بالا و زمان طولانی برای انجام آن در این بررسی مشابه و همکارانش (۲)، مقاومت به انسولین به صورت انسولین ناشتا بیشتر سایر میکرووود در میلی لتر به طور نسبی کمتر از انسولین کمتر از ۴/۵ بررسی شد (۸).

جدول شماره ۲ - مقایسه فراوانی بیماران مبتلا به سایر گروه مورد و شاهد. مقادیر بر اساس (عداد) درصد بین شده‌اند

| سطح پایین محدوده اطلاعات | سطح بالای محدوده اطلاعات | نسبت | P | گروه مورد | گروه شاهد |
|--------------------------|--------------------------|-------|----|-----------|-----------|
| انسولین ناشتا بالا (11) | انسولین ناشتا بالا (11) | 0/22 | 0/04 | 0/22 | 0/04 |
| نسبت قند به انسولین ناشتا بالا (21)/2 | نسبت قند به انسولین ناشتا بالا (21)/2 | 0/21 | 0/04 | 0/21 | 0/04 |
| مقاومت به انسولین متغیر (8)/16 | مقاومت به انسولین متغیر (8)/16 | 0/24 | 0/04 | 0/24 | 0/04 |

Odds Ratio: نسبت با
کارگر موکسیس اصل ناحیه تأثیر مقاومت به انسلولین در
ایجاد سطح‌های منجر به فشار‌ها مانند است. اما
مکانیسم‌های مربوط به این رابطه مطرح نشده است. در
بیماران مبتلا به PCO، بیشتر از گروه
انسلولین، مشاهده‌انجِه در بیماران با دیابت دیه
می‌شود. دلیل این مقدار با انسلولین دیگر است (4).
و در مقایسه با انسلولین به آورشک مربوط آورشک
افازیش‌های وارد شده در دمای انرژی، عدم نتایج به گل‌کرنگ، افزایش سطح
گردش در گروه‌های کننده PA
 hvormetformin است. همچنین است (5). بر
داروهای حساس کننده به انسلولین (مانند
thiazolidinedione، انوکو مایاپولیک و هورمون‌های و همی
تخته‌گذاری را در این دسته بیماران به‌مدت یک
نشان داده شد، در صورتی که درمان با یک داروی از یک
بازداری آغاز شود و در سراسر بارداری ادامه می‌تواند
به کاهش میزان سطح انرژی جدید (10).

همچنین برخی محققین معتقدند که مقاومت به انسلولین
با سیستم ایجاد محتیت، مانند می‌تواند که در بیماران دیابتی دیده
می‌شود در اطراف جنین می‌گردد که منجر به افزایش سطح به
ویژه در سه ماهه اول می‌گردد (11).

بر اساس نظریه دیگری در محیط آزمایشگاهی
نشان داده شد که افزایش میزان انسلولین مربوط به
انقلال گلوکز توسط سیترونوفلولاستها، در سه ماهه اول
می‌شود که با سطح گلوکز ارتقاء نمایه از این‌طور
به سیستم انتقال گلوکز رخ
Up-regulation
MI H (11).

همچنین برخی محققین به نباید با انسلولین در
ارتباط مقاومت به انسلولین 0/200
بر اساس یافته‌های این مطالعه مبیانگی سی و مشاهد غلظت
بدنی، بین گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری نداشتند که
با توجه به جفت کردن بیماران از نظر این متفاوت قابل توجیه
است. مشابه، تاکید یک آمید از مطالعه
Craig و همکارانش (21) در این مطالعه نیز بین مبیانگی ضعف خون ناشی و نسبت قند
به انسلولین ناشی بیماران بین گروه مورد و شاهد اختلاف
معنی‌داری مشاهده نشد.

مطالب یافت‌های حاصل از این مطالعه انسلولین ناشی در
گروه مورد به میزان معنی‌داری از گروه شاهد پیشتر است و
اگرچه بین فرآیند بیماران با نسبت قند به انسلولین ناشی
کمتر از 45 در گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری
دیده نشد است. اما فرآیند بیماران با انسلولین ناشی بالا و
مقاومت به انسلولین در گروه مورد به میزان معنی‌داری از گروه
شاهد بیشتر است. این پافته‌های معنی‌داری بسته‌است مطالعه
Craig و همکارانش (21) ناطق. است. آنها نیز نشان دادند که
انسلولین ناشی از گروه مورد به میزان معنی‌داری از گروه
شاهد بیشتر است و نسبت انسلولین‌یاری بالا و مقاومت
به انسلولین در گروه مورد به میزان معنی‌داری از گروه
شاهد بیشتر است.

بر خلاف سایر مطالعات مشارکت کننده PA
A مصرف
مصرف مکرر بدون علت مشخص را مورد بررسی قرار داده‌اند، در
مطالعه Craig و همکارانش (21) معنی‌داری نشان نشان دادند.
بیماران با مصرف مکرر بررسی قرار گرفته‌اند. علت این
انتحاب بود که در بیماران با زمان نیش Bracket برای
سقف یافته نمی‌شود باکه مجموعه‌ای از چند فاکتور در
امر دخیل (7 و 9) به همین دلیل این امکان وجود دارد که در
یک بیمار بیش از یک علت برای سطح وجود داشته باشد که با
یافتن یکی از علت‌ها برجسته برای پاسخ ضعف مصرف
می‌تواند با همین علت ثانویه سایر مطالعات مقاومت به
انسلولین در این دسته از بیماران پاک نشده است. در مطالعه
Craig و همکارانش (21) نشان از سه کر ده که در 11 بیمار از
88% بیش از یک علت (به جز مقاومت
به انسلولین) در هر بیمار مشاهده شده است.

6 Post receptor
7 Plasminogen Activator
8 In vivo
در نهایت اینکه نتایج این مطالعه، نشان داد که فراوانی مقاومت به انسولین در زنان با سطح مکرر در بیماران ایرانی تیز مانند بیماران آمریکایی، بالا رفته، گروه شاهد است. بنابراین این اختلال وجود دارد که در زنان که دچار سطح مکرر می‌شود، در جریان مقاومت به انسولین وجود داشته باشد.

بنابراین توصیه می‌شود در تمام زنانی که دچار سطح مکرر هستند از آن‌ها گریه سطح قند خون و انسولین ناشتا صورت گیرند.

منابع

1. Li TC, Iqbal T, Anstie B, Gillham J, Amer S, Wood K, Laird S. An analysis of the pattern of pregnancy loss in women with recurrent miscarriage. Fertil Steril. 2002 Nov;78(5):1100-6.

2. Craig LB, Ke RW, Kutteh WH. Increased prevalence of insulin resistance in women with a history of recurrent pregnancy loss. Fertil Steril. 2002 Sep;78(3):487-90.

3. Stephenson MD. Frequency of factors associated with habitual abortion in 197 couples. Fertil Steril. 1996 Jul;66(1):24-9.

4. Dhindsa G, Bhatia R, Dhindsa M, Bhatia V. Insulin resistance, insulin sensitization and inflammation in polycystic ovarian syndrome. J Postgrad Med. 2004 Apr-Jun;50(2):140-4.

5. Glueck CJ, Papanne R, Wang P, Goldenberg N, Sieve-Smith L. Incidence and treatment of metabolic syndrome in newly referred women with confirmed polycystic ovarian syndrome. Metabolism. 2003 Jul;52(7):908-15.

6. Carmina E, Lobo RA. Use of fasting blood to assess the prevalence of insulin resistance in women with polycystic ovary syndrome. Fertil Steril. 2004 Sep;82(3):661-5.

7. Legro RS, Finegood D, Dunai A. A fasting glucose to insulin ratio is a useful measure of insulin sensitivity in women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 1998 Aug;83(8):2694-8.

8. An ovulation and the poly cystic ovary. In: Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins. 2005. pp: 465-498.

9. Li TC, Makris M, Tomsu M, Tuckerman E, Laird S. Recurrent miscarriage: aetiology, management and prognosis. Hum Reprod Update. 2002 Sep-Oct;8(5):463-81.

10. Glueck CJ, Phillips H, Cameron D, Sieve-Smith L, Wang P. Continuing metformin throughout pregnancy in women with polycystic ovary syndrome appears to safely reduce first-trimester spontaneous abortion: a pilot study. Fertil Steril. 2001 Jan;75(1):46-52.

11. Gordon MC, Zimmerman PD, Landon MB, Gabbe SG, Kniss DA. Insulin and glucose modulate glucose transporter messenger ribonucleic acid expression and glucose uptake in trophoblasts isolated from first-trimester chorionic villi. Am J Obstet Gynecol. 1995 Oct;173(4):1089-97.

12. Gris JC, Neveu S, Mares P, Biron C, Hedon B, Schved JF. Plasma fibrinolytic activators and their inhibitors in women suffering from early recurrent abortion of unknown etiology. J Lab Clin Med. 1993 Nov;122(2):606-15.

13. Gris JC, Ripart-Neveu S, Maugard C, Thailand ML, Brun S, Courtieu C, Biron C, Hoffet M, Hedon B, Mares P. Respective evaluation of the prevalence of haemostasis abnormalities in unexplained primary early recurrent miscarriages. The Nimes Obstetricians and Haematologists (NOHA) Study. Thromb Haemost. 1997 Jun;77(6):1096-103.
ارتباط مقاومت به آنسولین.../1392

مجله دانشکده پزشکی