

بررسی ارتباط افزایش وزن هنگام بارداری با سرد و کمردرد بعد از بی حسی نخاعی
در بیماران تحت عمل جراحی سزارین در بیمارستان شهید مصطفی خمینی(ره) شهر ایلام
در سال ۱۳۹۱-۹۲

طبیه حیدری زادی^۱، ابراهیم خلیقی^۲، کوروش سایه میری^{۳*}

(۱) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

(۲) گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

(۳) مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۸

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۱۳

چکیده

مقدمه: بی حسی نخاعی نسبت به بیهوشی عمومی روش کم خطرتری می‌باشد. کاهش سرد و کمردرد بعد از بی حسی نخاعی، ممکن است موجب افزایش انتخاب این روش گردد. در این مطالعه ارتباط افزایش وزن هنگام بارداری با سرد و کمردرد بعد از بی حسی نخاعی در بیماران تحت عمل جراحی سزارین بررسی می‌گردد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه بر روی ۱۰۰ بیمار کاندید جراحی سزارین انجام گرفت. سن، قد، وزن قبل از بارداری و وزن هنگام سزارین ثبت شد. شدت سرد و کمردرد بیمار طبق نمره بندی VAS (Visual Analog Scale) که از ۰-۱۰۰ تعریف شده، بالافاصله پس از عمل در ریکاوری و هم چنین ۱،۲۶،۱۲،۲۴،۴۸ ساعت پس از ترخیص از اتاق عمل اندازه گیری شد.

یافته‌های پژوهش: ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین افزایش وزن دوران بارداری و شدت سرد بعد از بی حسی نخاعی در بیماران رابطه معنی دار و مستقیمی وجود دارد ($P=0.047$, $r=0.20$). با افزایش وزن در این بیماران کمردرد کاهش پیدا کرده ولی این کاهش از نظر آماری معنی دار نمی‌باشد ($P=0.25$, $r=-0.11$). در این افراد بین شدت سرد و شدت کمردرد رابطه معنی داری وجود ندارد ($P=0.68$, $r=0.45$). بین سن بیمار و شدت سرد ($P=0.025$, $r=0.80$)، قد بیمار و شدت سرد ($P=0.03$, $r=0.76$) و نیز قد بیمار و شدت کمردرد ($P=0.05$, $r=0.55$) رابطه معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری: افزایش وزن دوران بارداری بر شدت سرد بیمار تاثیر دارد ولی بر شدت کمردرد تاثیر ندارد.

واژه‌های کلیدی: بی حسی نخاعی، سرد، کمردرد

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

Email: sayehmiri@razi.tums.ac.ir

مقدمه

گزارش شده است. از آن جایی که سر درد و کمر درد بعد از بی‌حسی اسپاینال از علل رد انجام بی‌حسی اسپاینال توسط بیمار بوده و با توجه به این که این روش نسبت به بیهوشی عمومی کم خطرتر می‌باشد و هم چنین نبود روش پیشگیری قطعی برای این عوارض، هدف از این مطالعه بررسی ارتباط روش افزایش وزن هنگام بارداری با سر درد و کمر درد بعد از بی‌حسی اسپاینال بوده تا با مشخص شدن این ارتباط، بر اساس نتایجی که به دست می‌آید، با اتخاذ روش‌های مناسب، کوشش‌هایی جهت کم کردن عوارض و آمار آن به عمل آید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع تحلیلی بوده، که بر روی ۱۰۰ بیمار کاندید جراحی سزارین دارای ASA (American Society of Anesthesiologists) کلاس ۱ و ۲ صورت گرفت. روش نمونه گیری به صورت تصادفی ساده از بین بیمارانی است که به بیمارستان شهید مصطفی خمینی(ره) شهر ایلام مراجعه نمودند. سپس نحوه کار برای افراد تشریح و در صورت دارا بودن معیارهای پذیرش انتخاب و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از آن‌ها، وارد مطالعه می‌شوند. شرایط خروج از مطالعه عبارتند از: افرادی که رضایت مبنی بر شرکت در طرح را نداشتند، هرگونه ممنوعیت جهت بی‌حسی اسپاینال، افراد دارای سابقه سردرد میگرن یا هرگونه سردرد مزمن دیگر، افراد دارای سابقه کمردرد یا هرگونه بیماری در ناحیه کمر، بیماران معتاد، افراد سیگاری، کسانی که داروهای ضد افسردگی و مسکن قبل از عمل مصرف کرده بودند، افرادی که چاقی مرضی داشتند و بیمارانی که جهت بی‌حسی اسپاینال دچار پونکسیون‌های مکرر شدند.

قبل از انجام بی‌حسی، از بیماران درباره وزن قبل از بارداری و سن آن‌ها پرسش هایی به عمل آمد و هم چنین وزن هنگام سزارین و قد آن‌ها محاسبه و بر اساس آن وزن هنگام سزارین تعیین شد. برای همه افراد (BMI) ۵-۷ kg/m² مایع پیش از انجام بی‌حسی اسپاینال انفوژیون گردید. سپس بیمار در وضعیت نشسته قرار گرفته، با بتادین ۱۰ درصد پرپ شده و تحت شرایط استریل، سوزن اسپاینال به صورت عمود بر دورا جهت به حداقل رسانیدن آسیب به دورا، وارد دورا شده و پس از خروج مایع مغزی-نخاعی از سوزن اسپاینال، لیدوکائین ۵ درصد با دوز ۱-۱/۲ mg/kg و یا بوپیوکائین ۵/۰ با دوز ۱۰-۱۲ mg تزریق گردید.

سزارین عمل جراحی است که طی آن برای به دنیا آوردن نوزاد بریدگی هایی را در دیواره شکم و رحم مادر ایجاد می‌کنند. تصمیم برای انتخاب نوع بیهوشی به صورت عمومی یا بی‌حسی نخاعی که بی‌دردی را برای جراحی سزارین فراهم می‌کند، به تشخیص متخصص بیهوشی، میل مادر و شرایط جسمی مادر و چنین بستگی دارد. هنگامی که جراحی سزارین انتخاب شود، بی‌حسی منطقه‌ای ارجحیت دارد. هم چنین در بی‌حسی نخاعی، احتمال آسپیراسیون ریوی مادر و وزجر چنینی به حداقل می‌رسد(۳).

بی‌دردی ناحیه ای(اپیدورال، اسپاینال، ترکیب اپیدورال و اسپاینال) شایع ترین تکنیکی است که برای بی‌دردی زایمانی به کار می‌رود. این روش در مقایسه با بیهوشی عمومی روش کم خطرتری بوده و به همین دلیل برای پزشکان جذابیت دارد. اما هر روش، هر چند خوب، بدون عارضه نخواهد بود. عوارض این روش به دو دسته حین بی‌حسی و پس از بی‌حسی تقسیم می‌گردد(۴). عوارض حین بی‌حسی شامل؛ افت فشارخون، تنگی نفس، نارسایی تنفسی، تهوع و استفراغ، ترس، تحریک اعصاب مرکزی شامل؛ تشنجه، اسپاسم عضلانی و حتی مرگ، ایست قلبی، لرز و... می‌باشد. عوارض پس از بی‌حسی شامل؛ سردرد، اختلال بینایی و شنوایی، عفونت، اثر نوروتوکسیک روی اعصاب و... است(۵،۶). در روش اسپاینال لایه‌های دورا و آرکوپید که روی هم قرار دارند، با سوزن سوراخ می‌شوند. فشارطبیعی مایع مغزی نخاعی ۱۵ سانتی متر آب است. به علت بازماندن سوراخ موجود در دورا، نشت مایع(CSF) باعث کاهش فشار CSF تا ۴ سانتی متر آب می‌شود(۷). برای جبران این کاهش فشار، ساختمان های عروقی در مغز متسع می‌شوند و چون این ساختمان های عروقی حساس به درد هستند، سردردی مشابه میگرن ایجاد می‌شود که به سردرد پس از سوراخ شدن دورا، Post Dural Puncture Headache (PDPH) معروف است. سردرد بعد از اسپاینال وضعیتی است؛ یعنی در وضعیت نشسته یا ایستاده تشید می‌یابد و با دراز کشیدن تخفیف یافته یا از بین می‌رود(۸). کمر درد گذرا بعد از بی‌حسی نخاعی و اپیدورال یک عارضه شایع می‌باشد که معمولاً بعد از چند روز برطرف می‌گردد. گاهی برطرف شدن التهاب اطراف استخوان مهره ۲ تا ۳ هفته طول می‌کشد. شیوع سردرد پس از اسپاینال متغیر بوده و رخ داد آن بین ۳۷-۵۰ درصد گزارش شده است(۹). اما در خصوص کمردرد پس از اسپاینال، آمار از این حد فراتر رفته و بین ۵۴-۲/۵ درصد

بارداری از حداقل ۴۲ کیلوگرم تا حداقل ۹۲ کیلوگرم متغیر و میانگین وزن قبل از بارداری در آن ها $62/64$ بوده است. وزن افراد در هنگام سزارین از حداقل ۵۱ کیلوگرم تا حداقل ۱۰۷ کیلوگرم متغیر و میانگین وزن هنگام سزارین در آن ها $76/11$ بوده است. کوتاهترین فرد مورد مطالعه ۱۴۸ و بلندترین فرد 180 سانتی متر و میانگین قد در آن ها $161/07$ بوده است. بر اساس وزن قبل از بارداری و قد افراد، کمترین BMI محاسبه شده قبل از بارداری $15/61$ و بیشترین $33/79$ و میانگین آن $34/09$ بوده است. بر اساس وزن هنگام سزارین و قد افراد، کمترین BMI محاسبه شده هنگام سزارین $18/96$ و بیشترین $40/44$ و میانگین آن $28/99$ بوده است. بر اساس وزن افراد قبل از بارداری و هنگام سزارین، کمترین اختلاف وزن محاسبه شده 5 کیلوگرم و بیشترین 30 کیلوگرم بوده است. بر اساس داده ها و BMI محاسبه شده قبل از بارداری و هنگام سزارین، کمترین اختلاف BMI $1/88$ و بیشترین اختلاف $10/38$ بوده است. با توجه به جدول شماره 1 و در نظر گرفتن ضریب همبستگی پیرسون و درجه خطای کمتر از 5 درصد، این نتیجه حاصل شد که؛ شدت سردد بالا متصفحه پس از عمل و در ریکاوری، با اختلاف وزن و اختلاف BMI رابطه مستقیم داشته؛ ولی این رابطه معنی دار نبوده است. سردد در طول بارداری شدت سردد در این مرحله بیشتر بوده و این رابطه از نظر آماری معنی دار بوده است. سردد در این مرحله با سن فرد رابطه مستقیم و با قد فرد رابطه معکوس داشته؛ ولی این رابطه معنی دار نبوده است. سردد یک ساعت پس از عمل با اختلاف وزن و اختلاف BMI فرد رابطه مستقیم و با سن و قد فرد رابطه عکس داشته؛ ولی معنی دار نبوده است. شدت سردد دو ساعت پس از عمل با اختلاف وزن، اختلاف BMI و قد رابطه مستقیم و با سن فرد رابطه معکوس داشته؛ ولی معنی دار نبوده است. سردد شش ساعت پس از عمل با اختلاف وزن، اختلاف BMI و سن بیمار رابطه مستقیم و با قد رابطه معکوس داشته؛ ولی معنی دار نبوده است. سردد دوازده ساعت پس از عمل با سن فرد رابطه مستقیم داشته و معنی دار بوده است. سردد در این مرحله با اختلاف وزن، اختلاف BMI و قد رابطه مستقیم داشته؛ ولی معنی دار نبوده است. سردد بیست و چهار ساعت پس از عمل با اختلاف وزن و اختلاف BMI رابطه معکوس و با سن و قد بیمار رابطه مستقیم داشته؛ ولی معنی دار نبوده است. سردد چهل و هشت ساعت پس از عمل با اختلاف وزن و اختلاف BMI رابطه معکوس و با سن بیمار رابطه مستقیم داشته؛

سطح L_4-L_5 یا L_3-L_4 به روش خط وسط برای ورود سوزن، یک روش انتخابی بود. در اینجا از هدایت کننده جهت ورود سوزن اسپاینال استفاده نشد. پس از حصول بی حسی و حفظ سطح آن، برای بیماران بر اساس قانون Defecit $4/2/1$ مایع mg/kg ۱-۲ بروز نیاز برای تمام بیماران جهت آرام بخشی تجویز شد. تمام بیماران توسط پایشگر استاندارد تحت مانیتورینگ ECG، فشارخون و پالس اکسیمتری قرار گرفتند. در صورت افت فشارخون به کمتر از 30 درصد حد پایه، $10 mg$ افرین برای بالا بردن فشارخون تجویز می گردید. برای کارهای کمتر از 50 ضربان در دقیقه با تزریق $0/5 mg$ آتروپین وریدی درمان می شد. شدت سر درد و کمر درد بیمار بالا متصفحه پس از عمل و در ریکاوری و همچنین $48, 24, 12, 6$ ساعت پس از ترجیح از اتفاق عمل اندازه گیری شد. اندازه گیری درد به صورت پرسش نامه بود که در آن علاوه بر مشخصات بیمار، Visual Analog Scale (VAS) از $0-10$ تعریف شده و بیمار بر اساس آن میزان درد خود را بیان می کرد. در ریکاوری، پرسش نامه به صورت حضوری و در ساعات پس از آن با تماس تلفنی با فرد و یا حضوری در بخش تکمیل می گردید.

توضیح لازم به بیماران در خصوص چگونگی سردد PDPH داده شد. در صورت پایداری سردد، درمان های لازم شامل استراحت کامل بدون حرکت در بستر، هیدراسیون کافی، تجویز ضد دردهای NSAID، مصرف قهقهه و کافئین و در صورت سردردهای سرکش مقاوم به درمان های طبی Epidural Patch خونی در نظر گرفته و خوشبختانه هیچ کدام از بیماران آن را تجربه نکردند. کمردرد بیماران نیز بر اساس نمره بندی VAS، نمره VAS بیشتر از 2 به عنوان کمردرد در نظر گرفته شده و $VAS > 3$ با مسکن های اپیونیدی درمان می گردید. کلیه اطلاعات با نرم افزار آماری SPSS vol.16 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. برای تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون، تست های آماری T-Test و آزمون آنالیز واریانس استفاده گردید. سطح P کمتر از $0/05$ معنی دار تلقی گردید.

یافته های پژوهش

در این مطالعه جمماً 100 بیمار شرکت داشته اند که سن بیماران از 17 سال تا 43 سال متغیر و میانگین سن جمعیت مورد مطالعه $28/59$ بوده است. وزن افراد در زمان قبل از

و با اختلاف وزن، اختلاف BMI و قد فرد رابطه معکوس داشته ولی این رابطه معنی دار نبوده است. شدت کمردرد دوازده ساعت پس از عمل، با سن فرد رابطه مستقیم داشته و با اختلاف وزن، اختلاف BMI و قد فرد رابطه معکوس داشته ولی این رابطه معنی دار نبوده است. شدت کمردرد بیست و چهار ساعت پس از عمل، با سن فرد رابطه مستقیم و با اختلاف وزن، اختلاف BMI و قد فرد رابطه معکوس داشته ولی این رابطه معنی دار نبوده است. شدت کمردرد چهل و هشت ساعت پس از عمل، با سن و قد فرد رابطه مستقیم و با اختلاف وزن، اختلاف BMI فرد رابطه معکوس داشته ولی این رابطه معنی دار نبوده است.

ولی معنی دار نبوده است. سردرد در این مرحله با قد بیمار رابطه مستقیم داشته و معنی دار بوده است. با توجه به جدول شماره ۲، شدت کمردرد بلافاصله پس از عمل در ریکاوری، با همه متغیرها رابطه معکوس داشته ولی این رابطه معنی دار نبوده است. کمردرد یک ساعت پس از عمل، با قد رابطه مستقیم و با اختلاف وزن، اختلاف BMI و سن رابطه معکوس داشته ولی این رابطه معنی دار نبوده است. کمردرد دو ساعت پس از عمل، با سن فرد رابطه مستقیم و با اختلاف وزن، اختلاف BMI و قد فرد رابطه معکوس داشته ولی این رابطه معنی دار نبوده است. شدت کمردرد شش ساعت پس از عمل، با سن فرد رابطه مستقیم

جدول شماره ۱. بررسی ارتباط شدت سردرد در هفت مرحله تعیین شده با متغیرهای اختلاف وزن، اختلاف BMI. سن و قد براساس ضریب همبستگی

قد	سن	BMI	اختلاف وزن	متغیرها		زمان
				ضریب همبستگی	معیار سنجش	
-۰/۰۲۰	۰/۰۲۵	۰/۰۹	۰/۱۹۹	ضریب همبستگی	P	بلافاصله پس از عمل در ریکاوری
۰/۸۴۱	۰/۸۰۳	۰/۰۳۶	۰/۰۴۷	P	ضریب همبستگی	یک ساعت پس از عمل
-۰/۰۲۷	-۰/۰۵۶	۰/۱۶۱	۰/۱۴۹	ضریب همبستگی	P	دو ساعت پس از عمل
۰/۷۹۲	۰/۵۸۱	۰/۱۰۹	۰/۱۴۰	ضریب همبستگی	P	شش ساعت پس از عمل
۰/۰۳۷	-۰/۰۶۵	۰/۱۷۰	۰/۱۷۹	ضریب همبستگی	P	دوازده ساعت پس از عمل
۰/۷۱۸	۰/۵۱۷	۰/۰۹۱	۰/۰۷۵	ضریب همبستگی	P	بیست و چهار ساعت پس از عمل
-۰/۰۴۹	۰/۱۵۲	۰/۱۴۲	۰/۱۳۱	ضریب همبستگی	P	چهل و هشت ساعت پس از عمل
۰/۶۳۰	۰/۱۳۲	۰/۱۶۰	۰/۱۹۴	ضریب همبستگی	P	چهل و هشت ساعت پس از عمل
۰/۱۹۲	۰/۲۵۶	۰/۰۰۵	۰/۰۴۶	ضریب همبستگی	P	چهل و هشت ساعت پس از عمل
۰/۰۵۶	۰/۰۱۰	۰/۹۵۸	۰/۶۴۹	ضریب همبستگی	P	چهل و هشت ساعت پس از عمل
۰/۰۹۸	۰/۰۸۵	-۰/۰۵۲	-۰/۰۳۰	ضریب همبستگی	P	چهل و هشت ساعت پس از عمل
۰/۳۳۵	۰/۴۰۱	۰/۷۰۷	۰/۷۶۴	ضریب همبستگی	P	چهل و هشت ساعت پس از عمل
۰/۲۲۱	۰/۰۵۸	-۰/۰۷۷	-۰/۰۲۱	ضریب همبستگی	P	چهل و هشت ساعت پس از عمل
۰/۰۲۷	۰/۵۶۳	۰/۴۴۷	۰/۸۳۴	ضریب همبستگی	P	چهل و هشت ساعت پس از عمل

جدول شماره ۲. بررسی ارتباط شدت کمردرد در هفت مرحله تعیین شده با متغیرهای اختلاف وزن، اختلاف BMI، سن و قد بر اساس ضریب همبستگی.

قد	سن	BMI	اختلاف وزن	اختلاف BMI	متغیرها		زمان
					ضریب همبستگی	معیار استنچش	
-۰/۰۱۶	-۰/۰۰۱	-۰/۱۲۲	-۰/۱۱۶	-۰/۱۲۲	ضریب همبستگی	P	بالافصله پس از عمل در ریکاوری
۰/۸۷۱	۰/۹۹۰	۰/۲۲۷	۰/۲۵۲	-	P		
۰/۰۵۹	-۰/۰۰۸	-۰/۱۲۳	-۰/۱۰۰	-	ضریب همبستگی	P	یک ساعت پس از عمل
۰/۰۵۸	۰/۹۳۴	۰/۲۲۳	۰/۳۲۳	-	P		
-۰/۰۵۹	۰/۰۳۱	-۰/۰۷۵	-۰/۰۷۷	-	ضریب همبستگی	P	دو ساعت پس از عمل
۰/۰۵۷	۰/۷۶۲	۰/۴۵۶	۰/۴۴۵	-	P		
-۰/۰۶۸	۰/۰۵۴	-۰/۰۱۵	-۰/۰۲۳	-	ضریب همبستگی	P	شش ساعت پس از عمل
۰/۰۰۱	۰/۵۹۲	۰/۸۸۴	۰/۸۲۲	-	P		
-۰/۰۱۲	۰/۱۷۷	-۰/۱۱۲	-۰/۱۰۹	-	ضریب همبستگی	P	دوازده ساعت پس از عمل
۰/۹۰۹	۰/۰۷۸	۰/۲۶۹	۰/۲۸۱	-	P		
-۰/۰۰۶	۰/۱۳۲	-۰/۱۱۹	-۰/۱۱۵	-	ضریب همبستگی	P	پیست و چهار ساعت پس از عمل
۰/۹۴۹	۰/۱۹۰	۰/۲۳۹	۰/۲۵۳	-	P		
۰/۰۷۰	۰/۰۹۳	-۰/۱۰۷	-۰/۰۸۷	-	ضریب همبستگی	P	چهل و هشت ساعت پس از عمل
۰/۴۹۰	۰/۳۶۰	۰/۲۸۷	۰/۳۸۹	-	P		

بحث و نتیجه گیری

ارتباط است. به گونه ای که هر چه سن کمتر و وزن بیشتر باشد، کمردرد کمتر است(۱۱). در این مطالعه شدت کمردرد در بعضی از موارد با افزایش سن و کاهش وزن رابطه مستقیم داشت اما این رابطه از لحاظ آماری معنی دار نبود. هم چنین در مطالعه ای که در بیمارستان جواهری تهران توسط دکتر هلن همیری و همکاران صورت گرفت، کمردرد با سن و BMI افراد رابطه مستقیم دارد(۱۲). در مطالعه حاضر رابطه معنی داری بین شدت کمردرد و BMI به دست نیامد. در مطالعه سیدحسین ناظمی و همکاران، بین BMI با بروز سردد در هفته اول پس از بی حسی نخاعی از نظر آماری رابطه معناداری وجود داشت. میان عواملی چون سن، قد و وزن در ۲۶ ساعت اول و هفته اول بعد از جراحی با بروز سردد ارتباط معنی داری مشاهده نشد که با نتایج حاصل از مطالعه ما در یک راستا قرار دارد(۱۳). بر اساس مطالعات انجام شده و مطالعه حاضر این نتیجه به دست آمد که؛ افزایش وزن دوران بارداری بر شدت سردد بیمار تاثیر دارد ولی بر شدت کمردرد تاثیر ندارد.

سازارین یکی از فراوان ترین عمل های جراحی است. کاربرد سازارین در موارد ضروری برای حفظ جان مادر و جنین امری لازم و حیاتی است و ارزش پذیرفتن خطرات آن را دارد. یکی از خطرات عمدۀ برای مادر، بیهوشی است. هیچ روش مطلقاً ایده آلی برای بیهوشی در سازارین وجود ندارد. این روش کم خطرتر بیشتر در اعمال جراحی نواحی تحتانی بدن به کار می رود. به دنبال اسپینال و سوراخ شدن دوراً، مایع مغزی نخاعی نشت کرده و فشار آن کاهش می یابد. برای بران این کاهش فشار ساختمان های عروقی در مغز متسع شده و چون این ساختمان ها به درد حساس هستند، سردردی شبیه میگرن ایجاد می شود(۸). طی بارداری و تغییرات هورمونی در مادر، لیگامان ها نرم شده و کمردرد ایجاد می شود. کشش لیگامانی ممکن است به دنبال بلوك حسی ناشی از القاء بیهوشی و شلی عضلات اسکلتی رخ دهد(۱۰). Breen در مطالعه ای عوامل مرتبط با کمردرد پس از زایمان را مورد بررسی قرار داد. طبق یافته های او عواملی چون سابقه کمردرد، سن و وزن افراد با کمردرد در

References

- 1.Haghghi M, Mardani Kivi M, Sedighi nejad A, et al. [Evaluation of correlative factor of backache and headache after spinal anesthesia in orthopedic surgery]. J Guilan Univ Med Sci 2012; 82: 31-8. (Persian)
- 2.Crawford A, Scarlett M, Hambleton IR, NelsonM, Rattray C. Anesthesia for operative deliveries at the University hospital of the West Indies: A change of practice. West India Med J2005; 54:187-91.
- 3.Lam DT, Ngan Kee WD, Khaw KS. Extension of epidural blockade in labour for emergency caesarean section using 2% lidocaine with epinephrine and fentanyl, with or without alkalinisation. Aesthesia J2001;56:790-4.
- 4.Haghbin MA, Moosavi MR. [Propranolol therapeutic effect on post spinal anesthesia headache]. Armaghan Danesh J2005; 9:38-46.(Persian)
- 5.Cramer BG, Stienstra R, Dahan A, Arbous MS, Veering BT, Vankleef JW. Transient neurological symptoms with subarachnoid lidocaine effect of early mobilization. Eur J Anaesth2005;22:35-9.
- 6.Rafique MK, Taqi A. The causes, Prevention and management of post spinal backache: an overview. Anaesth Pain Intens Care 2011;15:65-9.
- 7.Frank RL. Lumbar Puncture and Post dural puncture headaches implications for the emergency physician. J Emerg Med2008; 35:149-57.
- 8.Evans RW. Complications of lumbar puncture. Neurolo Clin1998;16:1.
- 9.Pan PH, Fragneto R, Moore C, Ross V. Incidence of postdural puncture headache and backache, and success rate of dural puncture comparison of two spinal needle designs. South Med J 2004; 97:359-63.
- 10.Pasbannoghabi S, Hamzei A, Nazemi SH, Kamran Bilandy H. [Correlative factors of post dural puncture backache in cesarean section]. J Jahrom Univ Med Sci 2014; 11: 51-8.(Persian)
- 11.Schwabe K, Hopf HB. Persistent back pain after spinal anaesthesia in the non-obstetric setting: incidence and predisposing factors. Br J Anaesth 2001; 86: 535-9.
- 12.Hemyari H, Behpoornia A .[Frequency of low back pain after spinal anesthesia for caesarean section in Javaheri Hospital Tehran].Med Sci J Islam Azad Univ 2005; 15:71-4.(Persian)
- 13.Nazemi SH, Hamzei A, Pasban S, Moslem A, Ghafarzadehnaji BZ. Incidence of headache after spinal anesthesia in cesarean and its related factors. Horizon Med Sci2013;19:111-15.

The Relationship Between Weight Gain During Pregnancy with Headache and Back Pain after Spinal Anesthesia in Patients Undergoing Cesarean Section Martyr Mostafa Khomeini Hospital (RAH) in Ilam 1391-92

Hydarzadi T¹, Khalighi E², Sayehmiri K^{3*}

(Received: May 3, 2014 Accepted: September 30, 2014)

Abstract

Introduction: Spinal anesthesia compared to general anesthesia is a safer method. Reduced headaches and back pain after spinal anesthesia, may cause more Selection of these method. In this study, the relationship between weight gain during pregnancy with headache and back pain after spinal anesthesia in patients undergoing cesarean section is checked.

Materials & Methods: This study was performed on 100 patients for elective cesarean section. age, height, weight before pregnancy and during the cesarean section was recorded. Headache and back pain patients classified according to the score of VAS (Visual Analog Scale) that 0-10 are defined in the immediate postoperative recovery and discharge 1, 2, 6, 12, 24, 48 hours after surgery was measured.

Findings: Pearson correlation coefficients

showed that there was a direct correlation between the weight gain during pregnancy and headache after spinal anesthesia in patients ($p=0.047, r=0.20$). Weight gain causes back pain decreased in patients, but the decrease was not statistically significant. ($p=0.25, r=-0.11$). In these cases there was no significant relationship between headache and back pain ($p=0.68, r=0.45$), between age of patient and severity of headache ($p=0.025, r=0.80$), height of patient and severity of headache ($p=0.03, r=0.71$), patient age and back pain ($p=0.03, r=0.76$), and the patient's height and back pain ($p=0.05, r=0.55$).

Discussion & Conclusion: Weight gain has an effect on the severity of the headache, but no effect on back pain intensity.

Keywords: Spinal anesthesia, Headaches, Back pain.

1. Student Research Committee, Ilam University of Medical Science, Ilam, Iran

2. Dept of Anesthesiology and Intensive Care, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

3. Research Center for Prevention of Psychosocial Injuries, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

* Corresponding author Email: sayehmiri@razi.tums.ac.ir