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

طیبه حیدری زادی[۱] ، ابراهیم خلیقی[۲]، کوروش سایه میری[۳*]

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

2) گروه بیهوشی و مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۳) مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۸

چکیده

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

مواد و روش ها: این مطالعه بر روی ۱۰۰ بیمار کاندید جراحی سزارین انجام گرفت. سن، قد، وزن قبل از بارداری و وزن هنگام سزارین ثبت شد. شدت سردرد و کمردرد بیمار طبق نمره بندی(VAS (Visual Analog Scale که از ۱۰-۰ تعریف شده، بلافاصله پس از عمل در ریکاوری و هم چنین ۱،۲،۶،۱۲،۲۴،۴۸ ساعت پس از ترخیص از اتاق عمل اندازه گیری شد.

یافته های پژوهش: ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین افزایش وزن دوران بارداری و شدت سردرد 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 نمی باشد(P=0.25, r=-0.11). در این افراد بین شدت سردرد و شدت کمردرد رابطه معنی داری وجود ندارد(P=0.68, r=0.45). بین سن بیمار و شدت سردرد(P=0.025, r=0.80)، قد بیمار و شدت سردرد(P=0.03, r=0.71)، سن بیمار و شدت کمردرد(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 نتیجه گیری: افزایش وزن دوران بارداری بر شدت سردرد بیمار تاثیر دارد ولی بر شدت کمردرد تاثیر ندارد.

واژه‌های کلیدی: بی حسی نخاعی، سردرد، کمردرد

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

Email: sayehmiri@razi.tums.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

سزارین عمل جراحی است که طی آن برای به دنیا آوردن نوزاد بریدگی هایی را در دیواره شکم و رحم مادر ایجاد می کنند. تصمیم برای انتخاب نوع بیهوشی به صورت عمومی یا بی حسی نخاعی که بی دردی را برای جراحی سزارین فراهم می کند، به تشخیص متخصص بیهوشی، میل مادر و شرایط جسمی مادر و جنین بستگی دارد. هنگامی که جراحی سزارین انتخاب شود، بی حسی منطقه ای ارجحیت دارد. هم چنین در بی حسی نخاعی، احتمال آسپیراسیون ریوی مادر و و زجر جنینی به حداقل می رسد(۳-۱).

بی‌دردی ناحیه ای(اپیدورال، اسپاینال، ترکیب اپیدورال و اسپاینال) شایع ترین تکنیکی است که برای بی دردی زایمانی به کار می رود. 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 بی حسی و پس از بی حسی تقسیم می گردد(۴). عوارض حین بی حسی شامل؛ افت فشارخون، تنگی نفس، نارسایی تنفسی، تهوع و استفراغ، ترس، تحریک اعصاب مرکزی شامل؛ تشنج، اسپاسم عضلانی و حتی مرگ، ایست قلبی، لرز و... می باشد. عوارض پس از بی حسی شامل؛ سردرد، اختلال بینایی و شنوایی، عفونت، اثر نوروتوکسیک روی اعصاب و... است(۶،۵). در روش اسپاینال لایه های دورا و آراکنویید که روی هم قرار دارند، با سوزن سوراخ می شوند. 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 می شود(۷). برای جبران این کاهش فشار، ساختمان های عروقی در مغز متسع می شوند و چون این ساختمان های عروقی حساس به درد هستند، سردردی مشابه میگرن ایجاد می شود 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 تشدید می یابد و با دراز کشیدن تخفیف یافته یا از بین می رود(۸). کمر درد گذرا بعد از بی حسی نخاعی و اپیدورال یک عارضه شایع می باشد که معمولاً بعد از چند روز برطرف می گردد. گاهی برطرف شدن التهاب اطراف استخوان مهره ۲ تا ۳ هفته طول می کشد. شیوع سردرد پس از اسپاینال متغیر بوده و رخ داد آن بین ۳۷-۰ درصد گزارش شده است(۹). اما در خصوص کمردرد پس از اسپاینال، آمار از این حد فراتر رفته و بین ۵۴-۲/۵ درصد 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 می باشد 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 روش ها

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 آن ها، وارد مطالعه می شدند. شرایط خروج از مطالعه عبارتند از: افرادی که رضایت مبنی بر شرکت در طرح را نداشتند، هرگونه ممنوعیت جهت بی حسی 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 بی حسی اسپاینال دچار پونکسیون های مکرر شدند.

قبل از انجام بی حسی، از بیماران درباره وزن قبل از بارداری و سن آن ها پرسش هایی به عمل آمد و هم چنین وزن هنگام سزارین و قد آن ها محاسبه و بر اساس آن BMI(شاخص توده بدنی) تعیین شد. برای همه افراد ۷-۵ cc/kg مایع پیش از انجام بی حسی اسپاینال انفوزیون 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، لیدوکایین ۵ درصد با دوز ۱/۲-۱ mg/kg و یا بوپیواکایین ۰/۵ با دوز ۱۲-۱۰ mg تزریق گردید.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

سطح L_3-L_4 یا L_4-L_5 به روش خط وسط برای ورود سوزن، یک روش انتخابی بود. در این جا از هدایت کننده جهت ورود سوزن اسپاینال استفاده نشد. پس از حصول بی حسی و حفظ سطح آن، برای بیماران بر اساس قانون ۴/۲/۱ مایع Defecit و نگهدارنده محاسبه شده و جایگزین گردید. میدازولام با دوز mg/kg ۲-۱ بر حسب 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 ۳۰ درصد حد پایه، mg ۱۰ افدرین برای بالا بردن فشارخون تجویز می گردید. برادیکاردی کمتر از ۵۰ ضربان در دقیقه با تزریق mg ۰/۵ آتروپین وریدی درمان می شد.

شدت سر درد و کمر درد بیمار بلافاصله پس از عمل و در ریکاوری و هم چنین ۱،۲،۶،۱۲،۲۴،۴۸ ساعت پس از ترخیص از اتاق عمل اندازه گیری شد. اندازه گیری درد به صورت پرسش نامه بود که در آن علاوه بر مشخصات بیمار، شدت درد طبق نمره بندی VAS(Visual Analog Scale) از ۱۰-۰ 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 سردرد PDPH داده شد. در صورت پایداری سردرد، درمان های لازم شامل استراحت کامل بدون حرکت در بستر، هیدراسیون کافی، تجویز ضد دردهای NSAID، مصرف قهوه 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 ۲ به عنوان کمردرد در نظر گرفته شده و VAS>۳ با مسکن های اپیوئیدی 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 ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته های پژوهش

در این مطالعه جمعاً ۱۰۰ بیمار شرکت داشته اند که سن بیماران از ۱۷ سال تا ۴۳ سال متغیر و میانگین سن جمعیت مورد مطالعه ۲۸/۵۹ بوده است. وزن افراد در زمان قبل از بارداری از حداقل ۴۲ کیلوگرم تا حداکثر ۹۲ کیلوگرم متغیر و میانگین وزن قبل از بارداری در آن ها ۶۲/۶۴ بوده است. وزن افراد در هنگام سزارین از حداقل ۵۱ کیلوگرم تا حداکثر ۱۰۷ کیلوگرم متغیر و میانگین وزن هنگام سزارین در آن ها ۷۶/۱۱ بوده است. کوتاهترین فرد مورد مطالعه ۱۴۸ و بلندترین فرد ۱۸۰ سانتی متر و میانگین قد در آن ها ۱۶۱/۰۷ بوده است. بر اساس وزن قبل از بارداری و قد افراد، کمترین BMI محاسبه شده قبل از بارداری ۱۵/۶۱ و بیشترین ۳۳/۷۹ و میانگین آن ۲۴/۰۹ بوده است. بر اساس وزن هنگام سزارین و قد افراد، کمترین BMI محاسبه شده هنگام سزارین ۱۸/۹۶ و بیشترین ۴۰/۴۴ و میانگین آن ۲۸/۹۹ بوده است. بر اساس وزن افراد قبل از بارداری و هنگام سزارین، کمترین اختلاف وزن محاسبه شده ۵ کیلوگرم و بیشترین ۳۰ کیلوگرم بوده است. بر اساس داده ها و BMI محاسبه شده قبل از بارداری و هنگام سزارین، کمترین اختلاف BMI، ۱/۸۸ و بیشترین اختلاف ۱۰/۳۸ بوده است. با توجه به جدول شماره ۱ و در نظر گرفتن ضریب همبستگی پیرسون و درجه خطای کمتر از ۵ درصد، این نتیجه حاصل شد که؛ شدت سردرد بلافاصله پس از عمل و در ریکاوری، با اختلاف وزن و اختلاف BMI رابطه مستقیم داشته؛ به گونه ای که با افزایش وزن و افزایش BMI در طول بارداری شدت سردرد در این مرحله بیشتر بوده و این رابطه از نظر آماری معنی دار بوده است. سردرد در این مرحله با سن فرد رابطه مستقیم و با قد فرد رابطه معکوس داشته؛ ولی این رابطه معنی دار نبوده است.

سردرد 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 سردرد 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. سردرد 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. سردرد دوازده ساعت پس از عمل با سن فرد رابطه مستقیم داشته و معنی دار بوده است. سردرد در این مرحله با اختلاف وزن، اختلاف BMI و قد رابطه مستقیم داشته؛ ولی معنی دار نبوده است. سردرد 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. سردرد چهل و هشت ساعت پس از عمل با اختلاف وزن و اختلاف BMI رابطه معکوس و با سن بیمار رابطه مستقیم داشته؛

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

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 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.

جدول شماره۱. بررسی ارتباط شدت سردرد در هفت مرحله تعیین شده با متغیرهای اختلاف وزن، اختلاف BMI، سن و قد براساس ضریب همبستگی

زمان	متغیرها / معیارسنجش	اختلاف وزن	اختلاف BMI	سن	قد
بلافاصله پس از عمل در ریکاوری	ضریب همبستگی	۰/۱۹۹	۰/۲۰۹	۰/۰۲۵	-۰/۰۲۰
	P	۰/۰۴۷	۰/۰۳۶	۰/۸۰۳	۰/۸۴۱
یک ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	۰/۱۴۹	۰/۱۶۱	-۰/۰۵۶	-۰/۰۲۷
	P	۰/۱۴۰	۰/۱۰۹	۰/۵۸۱	۰/۷۹۲
دو ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	۰/۱۷۹	۰/۱۷۰	-۰/۰۶۵	۰/۰۳۷
	P	۰/۰۷۵	۰/۰۹۱	۰/۵۱۷	۰/۷۱۸
شش ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	۰/۱۳۱	۰/۱۴۲	۰/۱۵۲	-۰/۰۴۹
	P	۰/۱۹۴	۰/۱۶۰	۰/۱۳۲	۰/۶۳۰
دوازده ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	۰/۰۴۶	۰/۰۰۵	۰/۲۵۶	۰/۱۹۲
	P	۰/۶۴۹	۰/۹۵۸	۰/۰۱۰	۰/۰۵۶
بیست و چهار ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	-۰/۰۳۰	-۰/۰۵۲	۰/۰۸۵	۰/۰۹۸
	P	۰/۷۶۴	۰/۶۰۷	۰/۴۰۱	۰/۳۳۵
چهل و هشت ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	-۰/۰۲۱	-۰/۰۷۷	۰/۰۵۸	۰/۲۲۱
	P	۰/۸۳۴	۰/۴۴۷	۰/۵۶۳	۰/۰۲۷

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

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.

زمان	متغیرها / معیارسنجش	اختلاف وزن	اختلاف BMI	سن	قد
بلافاصله پس از عمل در ریکاوری	ضریب همبستگی	-۰/۱۱۶	-۰/۱۲۲	-۰/۰۰۱	-۰/۰۱۶
	P	۰/۲۵۲	۰/۲۲۷	۰/۹۹۰	۰/۸۷۱
یک ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	-۰/۱۰۰	-۰/۱۲۳	-۰/۰۰۸	۰/۰۵۹
	P	۰/۳۲۳	۰/۲۲۳	۰/۹۳٤	۰/۵۵۸
دو ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	-۰/۰۷۷	-۰/۰۷۵	۰/۰۳۱	-۰/۰۵۹
	P	۰/٤٤٥	۰/٤٥٦	۰/۷٦۲	۰/۵۵۷
شش ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	-۰/۰۲۳	-۰/۰۱۵	۰/۰۵٤	-۰/۰٦۸
	P	۰/۸۲۲	۰/۸۸٤	۰/۵۹۲	۰/۵۰۱
دوازده ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	-۰/۱۰۹	-۰/۱۱۲	۰/۱۷۷	-۰/۰۱۲
	P	۰/۲۸۱	۰/۲٦۹	۰/۰۷۸	۰/۹۰۹
بیست و چهار ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	-۰/۱۱۵	-۰/۱۱۹	۰/۱۳۲	-۰/۰۰٦
	P	۰/۲۵۳	۰/۲۳۹	۰/۱۹۰	۰/۹٤۹
چهل و هشت ساعت پس از عمل	ضریب همبستگی	-۰/۰۸۷	-۰/۱۰۷	۰/۰۹۳	۰/۰۷۰
	P	۰/۳۸۹	۰/۲۸۷	۰/۳٦۰	۰/٤۹۰

بحث و نتیجه گیری

سزارین یکی از فراوان ترین عمل های جراحی است. کاربرد سزارین در موارد ضروری برای حفظ جان مادر و جنین امری لازم و حیاتی است و ارزش پذیرفتن خطرات آن را دارد. یکی از خطرات عمده برای مادر، بیهوشی است. هیچ روش مطلقاً ایده آلی برای بیهوشی در سزارین وجود ندارد. این روش کم خطرتر بیشتر در اعمال جراحی نواحی تحتانی بدن به کار می رود. به دنبال اسپاینال و سوراخ شدن دورا، 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 بلوک 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 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 افزیش 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 سردرد در هفته اول پس از بی حسی نخاعی از نظر آماری رابطه معناداری وجود داشت. میان عواملی چون سن، قد و وزن در ۲۴ ساعت اول و هفته اول بعد از جراحی با بروز سردرد 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 سردرد بیمار تاثیر دارد ولی بر شدت کمردرد تاثیر ندارد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

References

1.Haghighi 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.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

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 T[1], Khalighi E[2], 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
** Correspondin author Email: sayehmiri@razi.tums.ac.ir*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]