

بررسی شیوع کمر درد بدنبال بی حسی نخاعی در اعمال جراحی

سزارین در بیمارستان جواهری تهران، ۱۳۸۳

دکتر هلن همیری، دکتر آزاده بهپورنیا *

* گروه بیهوشی، بیمارستان جواهری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: کمردرد گذرا از عوارض شایع بعد از بی حسی نخاعی است. دوران بارداری و زایمان به علت تغییرات هورمونی و مکانیکی باعث ایجاد کمردرد می شوند. هدف از این مطالعه تعیین شیوع کمردرد بعد از بی حسی نخاعی در بیماران سزارینی می باشد. همچنین عوامل دیگر مانند سن، وزن، تعداد زایمانهای مادر، نوع سوزن و تعداد پونکسیونهای انجام شده جهت خروج مایع مغزی نخاعی در ایجاد کمردرد بعد از سزارین با بی حسی نخاعی بررسی شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، تمام خانمهای حامله که جهت سزارین در شش ماه اول سال ۱۳۸۳ به اطاق عمل بیمارستان جواهری تهران مراجعه نموده و تحت عمل جراحی با بی حسی نخاعی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند. تمامی بیماران تا ۶ هفته بعد از عمل جراحی از نظر کمر درد تحت نظر بودند.

یافته ها: در ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه، شیوع کمردرد بعد از بی حسی نخاعی ۴۶/۵٪ بود. فاکتورهای سن، وزن، تعداد حاملگی و نوع سوزن با ایجاد کمردرد ارتباط معنی دار نشان داد، حال آنکه تعداد پونکسیونهای انجام شده با کمردرد ارتباط معنی داری نداشت. نتیجه گیری: شکایت از کمردرد بعد از بی حسی نخاعی جهت سزارین، یک یافته شایع به حساب می آید. چاقی، سابقه زایمانهای مکرر و سن بالای بارداری احتمال کمردرد را بیشتر می کند، حال آنکه استفاده از سوزنهای باریک این احتمال را کاهش می دهد. واژگان کلیدی: کمر درد، بی حسی نخاعی، سزارین.

مقدمه

کمردرد گذرا بعد از بی حسی نخاعی و اپیدورال یک عارضه شایع می باشد که معمولاً بعد از چند روز بر طرف می گردد. گاهی اوقات بر طرف شدن التهاب اطراف استخوان مهره ۲ تا ۳ هفته طول می کشد (۱). بر اساس مطالعات Bron-Elman بعد از عمل جراحی با هر نوع بیهوشی، ۲۵٪ بیماران دچار کمردرد می شوند و کمردرد بعد از بی حسی نخاعی نباید صرفاً ناشی از سوزن زدن به پشت بیمار تلقی گردد (۲). طبق تحقیقات انجام شده بر روی ۵۰۰ بیمار ۱۶ تا ۶۰ ساله در اصفهان، کمردرد بعد از عمل جراحی را به عواملی همچون

وسیع بودن عمل جراحی، بی حسی نخاعی، طاقباز بودن بیمار حین عمل منوط دانسته اند و فراوانی آن را حدود ۲۷/۴٪ گزارش نموده اند (۳).

بعد از حاملگی و زایمان، کمردرد شایع می باشد. در دوران بارداری تغییرات هورمونی باعث نرم شدن لیگامنتهای مادری می گردد. بزرگ شدن رحم و لوردوز شدید مهره های کمری خود نیز باعث استرس مکانیکی شدید و کشش بر روی لیگامنتهای نرم می شود. بیشترین فشار در دوران بارداری بر روی مفصل ساکروایلیاک می باشد (۱).

Breen احتمال ایجاد کمردرد را بعد از زایمان با بی حسی اپیدورال یا بدون آن حدود ۴۵٪ اعلام نموده است. او در مطالعات خود سابقه کمردرد قبل از حاملگی، تعداد زایمانها، بلند کردن بار سنگین و چاقی را در ایجاد کمردرد بعد از زایمان موثر دانسته است (۴).

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان جواهری، بخش بیهوشی، دکتر هلن همیری
(email: h.hemiyari@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۹/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۲/۱۰

در یک مطالعه دیگر که برای بررسی شیوع عوارض جسمی و روحی بعد از زایمان در مراکز بهداشت درمانی تهران صورت گرفت، میزان کمردرد بعد از زایمان ۴۳/۵٪ گزارش شده است (۵). در بررسی دیگری میزان کمردرد بعد از بی‌حسی نخاعی در اعمال مربوط به بستن لوله با کولپورافی مقایسه شده است که وضعیت بیمار حین عمل و طول مدت عمل در ایجاد کمردرد بیشترین تاثیر را داشتند در حالیکه نوع بی‌حسی در ایجاد کمردرد بی‌تاثیر بود (۶).

سوزن ۲۵ یا ۲۶ تغییر در ایجاد یا شدت کمردرد ندارد (۷). در اعمال جراحی عمومی، کمردرد بعد از بی‌حسی نخاعی بیشتر در افرادی دیده می‌شود که قبل از عمل نیز کمردرد داشته‌اند (۸). طبق تحقیقات Davis در سال ۲۰۰۲، بیمارانی که در وضعیت طاقباز عمل شوند و از لیدوکائین ۵٪ جهت بی‌حسی نخاعی در آنها استفاده می‌شود، احتمال بیشتری برای ابتلا به کمردرد بعد از عمل دارند (۹). همچنین احتمال کمردرد گذرا بعد از بی‌حسی نخاعی بین ۲ تا ۲۹ درصد گزارش شده است (۱۰).

از آنجائیکه بیشترین علت رد انجام بی‌حسی نخاعی توسط بیماران، ترس از کمردرد بعد از عمل می‌باشد و با توجه به شیوع زیاد این عارضه، بررسی دقیق کمردرد و بی‌حسی نخاعی جهت انجام سزارین الزامی است تا اولاً در صورت لزوم با تغییرات روش بیهوشی در موارد خاص در کاهش این عارضه مهم بعد از عمل کوشش بعمل آید و ثانیاً با استدلال کافی به راهنمایی و کاهش ترس بیماران پرداخته شود.

مواد و روشها

این یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که با هدف کلی تعیین فراوانی شکایت از کمردرد بعد از بی‌حسی نخاعی در افراد تحت سزارین صورت گرفت. اهداف فرعی این تحقیق عبارت بودند از: تعیین ارتباط کمردرد با سن، وزن، سابقه کمردرد قبلی، تعداد زایمانهای بیمار، اندازه سوزن بی‌حسی و تعداد دفعات پونکسیون جهت خروج مایع مغزی نخاعی.

در این بررسی، تمامی خانمهای حامله که جهت سزارین در ۶ ماه اول سال ۱۳۸۳ به بیمارستان جواهری مراجعه نموده و سزارین در آنها تحت بی‌حسی نخاعی صورت گرفت، وارد شدند. پس از گرفتن شرح حال و معاینه دقیق، در صورت وجود بیماریهای همراه مانند پرفشاری خون، پره اکلامپسی، دیابت، بیماریهای قلبی و یا وجود بیماریهای بافت همبند، بیمار از مطالعه خارج می‌شد. سپس برای بیمار مراحل انجام بی‌حسی نخاعی بطور کامل شرح داده می‌شد و در صورت

عدم رضایت بیمار به انجام این تکنیک، بیمار از طریق بیهوشی عمومی عمل شده و از مطالعه خارج می‌گردید. همچنین مواردی که بی‌حسی نخاعی به دلایل مختلف بی‌تاثیر بوده و مجبور به انجام بیهوشی عمومی شده بودیم، از مطالعه خارج گردیدند.

قبل از انجام بی‌حسی در مورد وزن قبل از حاملگی سؤال شد و وزن هنگام عمل و قد بیمار اندازه‌گیری گردید و از روی آن نمایه توده بدن (BMI) محاسبه شد. همچنین در مورد سن، تعداد زایمانهای طبیعی و یا سزارین قبلی نیز پرسشهای لازم بعمل آمد. سپس بیمار در حالت نشسته قرار گرفت و در فضای L₄-L₅ و یا L₅-S₁ لیدوکائین ۵٪ و با دوزهای متفاوت بین ۱/۶ تا ۲ سی سی به نسبت قد بیمار تزریق می‌گردید.

گاهی اوقات به علت وضعیت نامناسب بیمار و یا چسبندگی زواید مهره‌های کمر، پونکسیون مکرر جهت پیدا کردن فضای ساب آراکنوئید لازم بود که تعداد دفعات پونکسیون ثبت می‌شد.

سوزنهای اسپینال از نوع Whitcare یکبار مصرف بودند و در دو گروه سوزنهای ۲۵ یا ۲۶ بطور اتفاقی استفاده گردید.

پس از اقدامات روتین، بیمار به حالت خوابیده قرار داده می‌شد و بعد از گذشت ۵-۴ دقیقه اطمینان از بی‌حسی کامل، عمل جراحی شروع می‌شد. در صورت افت فشارخون، آفدرین نیز تزریق می‌گردید. یک روز بعد از عمل، بیمار معاینه شده و در مورد کمردرد، سؤالات مربوطه پرسیده می‌شد. در زمان ترخیص توصیه می‌شد در صورت بروز کمردرد اطلاع داده شود. سپس ۶ هفته بعد از عمل با بیمار تماس تلفنی گرفته می‌شد و مجدداً در مورد کمردرد سؤال می‌شد. در صورتیکه بیمار از کمردرد شکایت داشت، پیشنهاد می‌شد که به بیمارستان مراجعه نموده تا مجدداً معاینه و بررسی شود.

در زمان مراجعه بیمار، درد او از طریق Visual Analog Scale رتبه بندی شده و در صورت وجود درد شدید اقدامات تشخیصی و درمانی لازم صورت می‌گرفت.

اطلاعات بدست آمده بر روی ۲۰۰ مورد با استفاده از نرم افزار SPSS (version 10.0) و آزمونهای آماری Chi-square با سطح معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵ آنالیز گردید.

یافته‌ها

۲۰۰ بیمار در مدت مطالعه از طریق بی‌حسی نخاعی تحت عمل سزارین قرار گرفتند که در مجموع ۴۶/۵٪ از کمردرد شکایت داشتند.

که از سوزن ۲۵ (نوع ضخیمتر) و ۴۷٪ از افرادی که از سوزن ۲۶ استفاده کرده بودند، از کمردرد شکایت داشتند ($p < 0.001$).

بحث

طبق نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر، میزان شیوع کمردرد بعد از بی حسی اسپینال جهت عمل سزارین ۴۶/۵٪ می باشد. در مطالعه Breen کمردرد بعد از زایمان با بی حسی منطقه ای در ۴۵٪ افراد گزارش شد که با نتیجه مطالعه حاضر تفاوت زیادی نداشته است (۴). در این مطالعه عوامل دیگری مانند سن، وزن بیمار و سابقه کمردرد بررسی شده است. بطوریکه هر چه سن بیشتر باشد، احتمال کمردرد بیشتر است. اما در مطالعات دیگر در سنین کمتر احتمال کمردرد بعد از زایمان بیشتر گزارش شده است (۱۰). این امر شاید نشانگر شیوع کمردرد زودرس در خانمهای با سن نسبی بالاتر در جامعه مورد مطالعه ما باشد. در جامعه ما به علت محدودیت فعالیتهای ورزشی خانمها و روش نادرست ایستادن و راه رفتن، با بالا رفتن سن، احتمال بروز کمردرد خیلی سریعتر از جوامع غربی بالا می رود و در نتیجه بعد از عمل جراحی این عارضه بصورت بارزتری خود را نشان می دهد. هر چه نسبت وزن به قد بیمار بیشتر باشد، احتمال کمردرد بیشتر است. این امر با مطالعات دیگر مطابقت داشته است (۴).

در پژوهش حاضر، مواردی که از سوزن باریک استفاده شد با کمردرد کمتری همراه بوده است اما در یک کارآزمایی بالینی که بر روی ۲۲۶ بیمار که برای بستن لوله مراجعه کرده بودند، انجام پذیرفت نوع سوزن در ایجاد کمردرد بی تأثیر بود (۷). علت این تضاد با مطالعه حاضر به علت تفاوت در نوع عمل جراحی بوده است. همچنین در افرادی که زایمانهای مکرر و یا سابقه کمردرد داشته اند، این عارضه بیشتر گزارش شد. با توجه به مطالعات صورت گرفته، وجود کمردرد گذرا تا ۶ هفته بعد از عمل سزارین با بی حسی اسپینال شایع می باشد و این امر عارضه پاتولوژیک به حساب نمی آید (۱۱). البته باید به این نکته توجه داشت که در این تحقیق، کمردرد فقط شکایت بیمار بوده است و هیچگونه بررسی پاراکلینیکی جهت صحت وجود یا عدم وجود ضایعات پاتولوژیک انجام نگرفته است. انجام این گونه اقدامات گرچه الزامی است اما نیاز به همکاری نزدیک بیمار و صرف هزینه و وقت زیاد بیمار و پرسنل دارد. همچنین انجام روشهای تشخیصی تهاجمی خود خطراتی را برای بیمار خواهد داشت و از آنجائیکه بی حسی نخاعی، روش بی خطر، آسان و سریع جهت عمل سزارین می باشد و

افراد از لحاظ سنی در سه گروه قرار گرفتند که طبق بررسیهای آماری، تفاوت معنی داری در ایجاد کمردرد بین آنها وجود داشت ($p < 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱- میزان شیوع کمردرد بر حسب گروه سنی*

گروه سنی (سال)	کمردرد		جمع
	دارد	ندارد	
۱۸-۲۵	۳۱	۵۴	۸۵
۲۶-۳۳	۳۲	۴۱	۷۳
۳۴-۴۱	۳۰	۱۲	۴۲
کل	۹۳	۱۰۷	۲۰۰

* بین گروهها تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$)

در بین ۷۴ نفری که قبل از عمل از کمردرد شاکی بودند، شیوع کمردرد بعد از عمل ۸۰٪ بود. همچنین از ۱۴۶ نفری که هیچ شکایتی از کمردرد قبلی نداشتند، ۳۷٪ بعد از عمل، از کمردرد شاکی بودند ($p < 0.001$). تعداد زایمانهای بیمار با کمردرد ارتباط معنی دار داشت بطوریکه بعد از اولین زایمان ۴۱٪ و پس از دومین زایمان ۷۹٪ از کمردرد شکایت داشتند ($p < 0.002$). بیماران بر اساس نمایه توده بدن (BMI) به سه گروه تقسیم شدند (جدول ۲).

جدول ۲ - میزان شیوع کمردرد بر حسب نمایه توده بدن

(BMI)*

BMI (kg/m ²)	کمردرد		جمع
	دارد	ندارد	
>۲۵	۲۹	۴۴	۷۳
۱۸/۵-۲۵	۶۱	۴۱	۱۱۲
<۱۸/۵	۱۷	۸	۲۵
کل	۱۰۷	۹۳	۲۰۰

* بین گروهها تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0.01$)

در گروهی که BMI بیشتری داشتند، شیوع کمردرد نیز بیشتر بود و در افرادی که BMI کمتری داشتند نیز شیوع کمردرد کمتر بود ($p < 0.01$). تعداد دفعاتی که سوزن اسپینال به کمر وارد شده بود (پونکسیونها)، ارتباط معنی داری با کمردرد نداشت، در حالی که نوع سوزن مصرفی تأثیر داشت. در ۱۰۰ مورد، از سوزن ۲۵ و در ۱۰۰ مورد دیگر از سوزن ۲۶ استفاده شد. ۶۲٪ از افرادی

کمربندهای مناسب جهت کاهش این عارضه مورد مطالعه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه پرسنل محترم اتاق عمل بیمارستان جواهری و بیمارانی که در این طرح شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌داریم.

کمردرد بعد از آن عارضه ای گذرا به حساب می‌آید، بهتر است که با انتخاب صحیح بیماران و نوع سوزن، این عارضه را به حداقل رساند. بهتر است در خانمهای با وزن بالا و سابقه کمردرد و یا سابقه زایمانهای مکرر، بی‌حسی منطقه ای با احتیاط بیشتری انجام پذیرد و بیمار را نسبت به ایجاد این عارضه آگاه نمود. همچنین روش و راهکاری مناسب، همچون انجام ورزشها و یا فیزیوتراپی مناسب و یا استفاده از

REFERENCES

1. Chestnut DH, editor. Obstetric anesthesia principle and practice. 2nd edition, St Louis: Mosby, 1999; p:646.
2. Benum JL, Saidman LJ, editors. Anesthesia and complications. 2nd edition, St Louis: Mosby, 1999; p:50.
3. سقایی م. تعیین فراوانی نسبی کمردرد بعد از عمل و رابطه آن با برخی از عوامل. اولین همایش علمی سالیانه درد. اردیبهشت ۱۳۸۰، تهران.
4. Breen TW, Ransil BJ, Groves PA, et al. Back pain after child birth. Anesthesia 1994;81:29-34.
5. خاجوی شجاعی ک. کمردرد بعنوان یکی از عوارض بعد از زایمان. خلاصه مقالات همایش سراسری کمردرد، آبان ۱۳۸۰، تهران.
6. رسولی س. مقایسه بروز کمردرد پس از بی‌حسی نخاعی در بیماران تحت عمل جراحی کوپورافی قدامی و خلفی و بستن لوله. خلاصه مقالات همایش سراسری کمردرد، آبان ۱۳۸۰، تهران.
7. Pan PH, Fragneto R, Moore C, et al. Incidence of postdural puncture headache and backache, and success rate of dural puncture: comparison of two spinal needle designs. South Med J 2004; 97(4):359-63.
8. Schwabe K, Hopf HB. Persistent back pain after spinal anesthesia in the non-obstetric setting: incidence and predisposing factors. Br J Anaesth 2001;86(4):535-9.
9. Davies MJ, Cook RJ, Quach K. Transient lumbar pain after 5% hyperbaric lignocaine spinal anaesthesia in patients having minor vascular surgery. Anaesth Intensive Care 2002;30(6):782-5.
10. Miller RD, Fleisher LA, Johns RA, editors. Miller's Anesthesia. Pennsylvania: WB Saunders, 2005; p: 1670-71.
11. Eberhart LH, Morin AM, Kranke P, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia. A quantitative systematic overview (meta-analysis) of randomized controlled studies. Anaesthesist 2002;51(8):633.