

میزان بروز سردرد پس از بیحسی نخاعی در بیماران تحت سزارین در بیمارستان

الزهرای رشت

دکتر علی محمد زاده جوربابی* - دکتر محمد حقیقی* - دکتر بهرام نادری نبی*

*استادیار گروه بیهوشی و مراقبتهای ویژه - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

مقدمه

زودرس را بوجود آورده و با کاهش هزینه‌های بیمارستانی همراه می باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی، و جامعه هدف، زنان تحت سزارین با بی حسی نخاعی در مرکز آموزشی درمانی الزهرا رشت بوده است. جامعه مورد مطالعه، زنان تحت سزارین با بی حسی نخاعی توسط داروی لیدوکائین ۰.۵٪ هیپربار شده به میزان ۸۵ mg به همراه 0.2 mg EPT در سه ماهه اول ۱۳۸۰ بوده است. نوع نمونه گیری خوشه‌ای بوده و زنان تحت عمل C/S در هر روز به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شدند. حجم نمونه با توجه به میزان تخمینی بروز ۳۰٪ و خطای قابل قبول ۵٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪، ۳۰۰ نفر تخمین زده شد. روش اندازه گیری متغیرها به صورت مصاحبه می باشد. تمامی بیماران ۲۴ ساعت پس از بیهوشی از نظر وجود سردرد مورد پرسشگری قرار گرفتند.

کارپرسشگری توسط اینترن صورت گرفت با توجه به ماهیت سردرد پس از بی حسی نخاعی، سردردی که بصورت ضرباندار بوده و با تغییر وضعیت ارتباط داشته و

سردرد بعد از بی حسی نخاعی یکی از عوارض بی حسی نخاعی است که بیمار و پزشک همواره با آن دست به گریبان بوده اند، بالطبع دسترسی به مواردی که بتواند در جهت کاهش میزان بروز این معضل ما را یاری دهد نقش مهمی دارد. این سردرد به صورت کلاسیک در روز دوم یا سوم پس از عمل پدیدار می شود و به صورت درد پس سری با ماهیت سنگینی و فشار در سر همراه با سفتی گردن می باشد (۱ و ۲) از دیگر عباراتی که برای شرح سردرد بیان می شود، می توان وجود باند فشاری محکم در دور سر، درد مبهم، سنگینی سر، فشار در سر، احساس ضربان، احساس شناوری در سررا ذکر نمود. محل درد معمولا در پشت یا فرق سر است اما گاهی ترکیبی از این دو بروز می کند (۵، ۶ و ۷). این درد طبیعت وضعیتی دارد، و در وضعیت ایستاده پدیدار می شود و با دراز کشیدن تخفیف می یابد. متغیرهای متعدد و عوامل خاصی در این زمینه وجود دارند. در برخورد با سردردهای پس از بی حسی نخاعی باید سایر مواد ایجادکننده سردرد را رد کنیم. همانند سردرد ترک کافئین (۳). بنابراین، شناخت عوامل مؤثر در بروز سردرد و جلوگیری از ایجاد آن، آرامش لازم را در بیمار فراهم نموده، امکان ترخیص

سردرد با افزایش شماره سوزن به کار رفته کاهش پیدا کرد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ارتباط درجه سوزن به کار رفته و وقوع سردرد بعد از

بی حسی نخاعی

درجه سوزن	تعداد کل	تعداد موارد سردرد	فراوانی نسبی
۲۲	۴۷	۳۰	۶۳/۸٪
۲۳	۱۳۴	۱۵	۱۱/۲٪
۲۴	۱۱۱	۵	۴/۵٪
۲۵	۱۱	۰	۰٪
جمع کل	۳۰۳	۵۱	

بین درجه سوزن بکار رفته و میزان وقوع سردرد ارتباط معنی داری وجود داشت ($P = ۰/۰۱$). و این عارضه با درجه علمی فرد اقدام کننده نیز مرتبط بود ($P = ۰/۰۴$) (جدول شماره ۲).

با خوابیدن بهتر شده و بصورت فرونتو اکسی پوتال بود جزء موارد مثبت تلقی شد. مشخصه‌های دموگرافیک افراد از پرونده افراد استخراج گردید و آنالیز داده‌ها پس از جمع‌آوری تحت نرم‌افزار Epiinfo2000 انجام گرفت. میزان بروز با دامنه اطمینان ۹۵٪ محاسبه شد.

در هیچیک از فرمهای جمع‌آوری داده‌ها، نام فرد یا مشخصه‌های فرد که نشان‌دهنده وی باشد، نوشته نشد.

نتایج

در مدت انجام مطالعه ۳۳۱ بیمار زن بعد از عمل سزارین مورد پرسشگری قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد بررسی $۲۶/۷ \pm ۵/۹$ سال بود.

با توجه به اظهارات بیماران در ۵۱ مورد ($۱۵/۴٪$ با $۱۹/۴٪$ - $۱۱/۴٪$ CI) سردرد بعد از بی حسی نخاعی وجود داشت. شایعترین محل سردرد در این مطالعه قسمت پیشانی، پس سری بوده است (نمودار شماره ۱).



پیشانی ۱۹ پیشانی پس سری ۲۵ پس سری ۷

نمودار ۱: فراوانی محل سردرد پس از بیهوشی نخاعی

در ۸ نفر از مبتلایان به سردرد ($۱۵/۴٪$) تهوع نیز وجود داشته است. میانگین سنی افراد مبتلا به سردرد $۲۹/۶ \pm ۵/۴$ و در غیر مبتلایان $۲۶/۸ \pm ۶/۱$ سال بود که اختلاف معنی داری بین دو گروه به دست نیامد. احتمال وقوع

جدول شماره ۲: بررسی میزان وقوع سردرد بر حسب درجه علمی فرد

تزریق کننده ماده بی حسی

درجه علمی	فراوانی	فراوانی سردرد	فراوانی نسبی
دستیار سال اول	۸۲	۱۹	۲۳/۲٪
دستیار سال دوم	۱۵۴	۲۳	۱۴/۹٪
متخصص بیهوشی	۸۶	۷	۸/۱٪
جمع	۳۲۲	۴۹	

بحث و نتیجه گیری

علی‌رغم این که نزدیک به یک قرن از معرفی سردرد به دنبال سوراخ‌شدگی سخت شامه توسط Bier می‌گذرد (۱) این عارضه همچنان یکی از بارزترین عواملی است که استفاده از بیهوشی نخاعی را محدود می‌سازد. اتیلوژی‌های متعدد برای این عارضه عنوان شده، از جمله: افزایش فشار داخل جمجمه‌ای، نشت و کاهش حجم CSF، دیلاتاسیون عروق اطراف مغز و تحریکات نیروهای احساس کننده درد داخل جمجمه (۳ و ۴). میزان سردرد از ۴۱-۰ درصد بدنبال بیهوشی نخاعی گزارش شده است که به دنبال پارگی دورا حین بلوک اپیدورال تا ۸۵ درصد نیز بوده است (۶ و ۷). این دامنه وسیع تفاوت در میزان گزارش شده، به علت عوامل مختلف که برخی مرتبط با شرایط بیمار و برخی مرتبط با تکنیک تزریق و برخی مرتبط با شرایط طراحی مطالعه می باشد (۸). متغیرهای مرتبط با بیمار عبارت‌اند از: سن، جنس، عادات بدنی، حاملگی و سابقه قبلی سردرد پس از سوراخ شدن دورا می‌باشد. بیماران جوانتر بطور نسبی نسبت به افراد مسن‌تر و زنان نسبت به مردان و زنان باردار نسبت به بقیه زنان در معرض خطر بیشتری در جهت ابتلاء این عارضه هستند. از عوامل مرتبط با تکنیک می‌توان به اندازه سوزن، طرح سوزن و جهت Bevel سرسوزن و نحوه سوراخ کردن اشاره نمود (۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲). مهارت فرد تزریق‌کننده نیز در میزان بروز این عارضه تاثیرگذار است. عوامل مختلفی بر میزان بروز سردرد پس از سوراخ شدن نخاعی (PDPH=Post.Dural Punct.Headache) تاثیرگذار است

که به چند مورد از آنها اشاره می‌کنیم: - در مطالعه Vandome and dripps (۱۱) گزارش شده است.

- یکی از عوامل موثر بر میزان PDPH، اندازه سوزن، شکل، نحوه برش سوزن می باشد. مطالعه Flatten و همکارانش، نشان داد که سوزن نوک مدادی جهت اسپاینال نسبت به سوزن نوع Quinke با میزان PDPH کمتری همراه است. مطالعه Des Ponel بروز کلی PDPH را ۹/۳٪ بیان نمود. در این مطالعه در بین سوزن‌ها اختلافی دیده نشد، اما این میزان در زنان بیشتر از مردان بود. در مطالعه Erikson و همکاران نشان داده شد که سوزن نوع Whitackre، احتمال PDPH را در بیماران جوان کاهش می‌دهد. میزان PDPH در کارهای تشخیصی (LP و میلوگرافی)، ۲۷/۹ درصد و در بی‌حسی نخاعی ۱۸/۳ درصد گزارش شد.

در مطالعه دیگر توسط Flatten زاویه سوراخ شدن سخت شامه در میزان بروز PDPH، تاثیرگذار بوده است.

در مطالعه ما در حدود ۱۶٪ موارد، سردرد بعد از بی‌حسی نخاعی وجود داشت. در مطالعات قبلی، نتیجه این بود که با روش‌ها و تکنیک‌های جدید میزان سردرد بعد از بی‌حسی نخاعی تا کمتر از ۱٪ گزارش می‌شود. آمار به دست آمده از مرکز فوق تا حدی بالا بود و بیش از حد انتظار است. در جهت توجیه مشکل فوق می‌توان به اندازه سوزن اشاره نمود که در واقع میزان سردرد با سوزنهای ۲۵ و ۲۶ بسیار پایین می باشد و در برابر، استفاده از سوزنهای با درجه پایین ۲۲ و ۲۳، سردرد آمار بالاتری را دارد و نتایج نیز موید این مطلب است.

افزایش بروز سردرد پس از بلوک اسپاینال به تجربه علمی فرد اقدام کننده نیز بستگی دارد. در این تحقیق همانگونه که در آمارها ذکر شده است، نیز این بروز سردرد در متخصصین کمتر و در سطوح دستکاری بیشتر است.

منابع

1. Maxson LM. Spinal Anesthesia. Philadelphia: J B Lippincott, 1938: 263.
2. Thorsen G. Neurological Complication after Spinal Anesthesia. Acta Chir Scand 1947: 95: 121.
3. Smith R. Caffeine Withdrawl Headache. J Clin Pharmacol Ther 1987: 53 1.
4. Fennelly M, Galletly D C, Purdie GI. Is Caffein Withdrawal the Mechanism of Postoperative Headache?. Anesth Analg 1991: 72: 449.
5. Dripps R D, Vandame LD. Hazard of Lumbar Puncture. JAMA 1951: 147: 1118.
6. Watson T P. Post Spinal Anesthetic Headache. Can Med Assoc J 1943: 49: 121.
7. Greene HM. Lumbar Puncture and Prevention of Post Puncture Headache. J A M A 1926: 86:341.
8. Flaatten H, Brekke G H, Olmaas C K. Varughese: Effects of Experience with Spinal Anesthesia on the Development of Post-Dural Puncture Complication. Acta Aneaesth Scand 1999: 43:37- 41.
9. Haroldson S. Headache after Spinal Anesthesia; Experiment with a New Spinal Needle. Anesthesiology 1951: 12:321.
10. Cann J E, Wycoff C C. Incidence of Headache with Use of 27- Gauge Spinal Needle. Anesthesiology 1950: 11: 294.
11. Green B A. A 26- Guge Lumbar Puncture Needle its Value in the Prophylaxis of Headache Following Vaginal Delivery. Anesthesiology 1950: 11: 464.
12. Mihic D N. Postspinal Headache and Relationship of Needle Bevel to Longitudinal Fiber. Reg Anesth 1985: 10: 76

Archive of SID