·经验交流·

锁骨骨折横突结节间定位神经阻滞

Nerve blocking positioning in tubercle of transverse process after collarbone fractures

吕 淞,林宏云 (海南省农垦总医院麻醉科,海南 海口 570311)

[关键词] 锁骨骨折;颈椎横突结节;神经阻滞
[中图分类号] R614.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)03-0305-02

锁骨骨折后表现为局部肿胀、皮下瘀血、压痛或有畸形,骨折移位并有重叠,肩峰与胸骨柄间距离变短等[1],导致锁骨中点难以定位,寻找前中斜角肌间沟困难[2]。局部肿胀、皮下瘀血使颈外静脉在颈部的走行变形,也难以作臂丛神经阻滞的定位[3]。我院 2011 年 11 月至 2013 年 11 月对 40 例锁骨骨折患者采用颈椎横突作为骨性标志神经阻滞,本文结合文献分析其疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 2011 年 11 月至 2013 年 11 月收治锁骨骨折患者 40 例,其中男 24 例,女 16 例,年龄 16 ~ 67 岁,体质量 50 ~ 75 kg。ASA 为Ⅰ或Ⅱ级,无心脑血管、肝、肾、精神疾患及臂丛颈丛神经阻滞禁忌。

1.2 定位方法

从颈部侧面向颈椎按压,常可以扪及 3 个突起,从后向前依次为关节突、横突后结节、横突前结节。横突后结节在最外侧,为中斜角肌的起点,中斜角肌止于第一肋中份上面,是胸锁乳突肌和斜方肌之间在外侧最突出的肌肉。锁骨骨折时为缓解疼痛,患者中斜角肌做功增加变得较坚硬易触及。可从外向内延中斜角肌寻找骨性的横突后结节。从颈部的前外侧胸锁乳突肌后,由内向外可触及横突前结节。横突前结节为前斜角肌的起点。前后结节间为斜角肌间沟。位于环状软骨水平较易触及第 6 颈椎横突结节。颈椎横突中最突出者是横突前结节,可以扪及并向头侧移动在喉结至环状软骨下缘连线中点水平寻找 C_5 横突前结节(与 C_6 距离 1.3 ~ 1.5 cm)。在横突前结节外侧、横突后结节前方为穿刺点,指向骶尾,寻找异感穿刺注药。操作完成后将针退至颈浅筋膜,向乳突方向进针 1.5 cm,阻滞颈浅丛。

1.3 麻醉方法

患者入室后,常规监测 BP、ECG、SpO_2,吸氧 2 L/min。咪达唑仑 1 ~ 2 mg。患者去枕仰卧,头偏向健侧,患肢紧贴体旁,按上述方法定位臂丛、颈丛。以输液器前部头皮针接 20 mL 注射器,操作者坐在患者头侧,双手肘固定于手术床上,左手食指、中指两指延肌间沟方向固定穿刺点,右侧拇指食指持针穿刺,左手拇指于右手拇指下方辅助右手,缓慢进针,有异感后,助手持注射器负责回抽和推药换注射器。回抽无血、脑脊液和空气后,再缓慢注入 0.75% 罗哌卡因与 2% 的利多卡因 1∶1 的混合液 20 ~ 25 mL,颈浅丛注入 5 ~ 8 mL。

2 结果

40 例患者臂丛神经阻滞第一针异感率占 92%,同一针眼变换方向可找到异感占 5%,变换穿刺点占 3%。有 36 例追加了芬太尼,其追加量少于 0.1 mg,占 90%,有 4 例追加量多于 0.1 mg,占 10%。40 例患者在麻醉后心率明显下降,血压平稳,无并发症。

3 讨论

经典的颈路臂丛阻滞法在 C_5 横突处注入一定容量麻药,定位方法为患者抬头,暴露胸锁乳突肌,在锁骨上 4 cm 及胸锁乳突肌外缘 2 cm 交叉点,为穿刺点[2]。但因患者颈部长度和颈围不一样,且锁骨移位变形,按习惯在锁骨上 4 cm、胸锁乳突肌后缘 2 cm 交点定位不够准确。钟挺等[4]发现采用于前正中线上喉结至环状软骨下缘连线中点做一水平线,此水平线与患侧胸锁乳突肌后缘交点再向外旁开 1 ~ 2 cm 为穿刺点,定位相对准确。胸锁乳突肌可因骨折移位,但喉结至环状软骨下缘连线中点做一水平线,不会因骨折改变,所以本组患者仍将喉结至环状软骨下缘连线中点的水平线作为参考,为寻找 C_5 的标记线。第 6 颈椎横突结节、颈椎横突中最突出者,位于环状软骨水平较易触及,可以扪及向头侧移动与水平线相交,为 C_5 横突水平[5]。由外向内寻找肌间沟时,因为前斜角肌和中斜角肌都是由几条肌束组成,很多人误把肌束间沟,当成肌间沟,导致穿刺次数增多。鉴别肌束间沟方法为肌束间沟为上宽下窄,而肌间沟为上窄下宽。本文采用先寻找并摸清横突前后结节的方法不会受肌束间沟的影响定位准确率更高。

我们在实践中发现,多数患者会在穿刺发生异感时体动。为防止体动时针刺过深及固定不牢,减少损伤臂丛神经,提高成功率,操作者手臂的肘部分别以手术床为 2 支点,在患者的肌间沟处左手拇指于右手拇指下方辅助为第 3 点,形成一个三角形的稳定结构保证操作者的稳定[6];左手的食指、中指、拇指也为三角形稳定结构,这样即使患者有微动,穿刺针与骨性结构的间

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403034
[收稿日期] 2014-01-05 [修回日期] 2014-01-16

距不会变动,可以把损伤降到最小。本文采取两人合作方式进行,输液器针头易获得,助手回吸注药可减少单人操作时的移位和损伤,也减少了麻药中毒的风险。

回顾文献,我们发现以往多数以最终麻醉结果作为考察定位好坏的标准。本文把记录一针异感率作为评价指标,40 例患者虽然未发现并发症,仍要小心防范。因为在神经阻滞时,往往是患者最恐惧的时刻,多针反复穿刺,改变方向,调整穿刺点,都会给患者造成不适,并增加并发症的发生概率[7],只有准确定位穿刺点才能提高麻醉的成功率。

[参考文献]

[1] 王扬志. 锁骨中外段骨折应用克氏针逆向内固定的治疗[J]. 局解手术学杂志,2010,19(4):293 - 294.

[2] 庄心良,曾因明,陈伯銮. 现代麻醉学[M]. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社,2003:1052 - 1060.

[3] 赵慧琴,肖旺频,姚 明. 颈六水平颈外静脉内侧缘肌间沟臂丛穿刺定位[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(20):3175 - 3176.

[4] 钟 挺,王志力,王庆涛. 一针法颈丛臂丛联合麻醉用于肩部手术的效果观察[J]. 西部医学,2011,23(3):533 - 534.

[5] 朱蔚琳,何并文,张学刚,等. 不同横突定位臂丛神经阻滞在肩上肢手术中的临床应用[J]. 临床麻醉学杂志,2007,23(7):597 - 598.

[6] 黄秋景. 助手固定运用三角形原理在小儿头皮静脉穿刺的应用[J]. 中国医药指南,2012,10(27):668 - 669.

[7] 张友宏,赵 霞,欧阳红,等. 肌间沟臂丛神经阻滞致臂丛神经损伤一例[J]. 临床麻醉学杂志,2009,25(2):99.

(编辑:左艳芳)

经皮腹腔穿刺引流治疗肝外伤胆漏 6 例体会

Percutaneous peritoneal drainage for 6 patients with closed hepatic trauma

廖朝兴 (重庆西南铝医院外一科,重庆 401326)

[关键词] 闭合性肝外伤;腹腔穿刺引流;胆管损伤
[中图分类号] R322.47 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)03-0306-02

以往对于伴有胆管损伤的闭合性肝外伤常以手术治疗为主,经皮腹腔穿刺引流的广泛应用提高了闭合性肝外伤保守治疗的治愈率。2008 ~ 2010 年我科应用经皮腹腔穿刺引流治愈 6 例肝外伤性胆漏患者,疗效较好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 6 例,其中男 4 例,女 2 例,年龄 20 ~ 48 岁。致伤原因:车祸伤 5 例,殴打伤 1 例。1 例合并脾包膜下血肿,1 例肾挫伤,2 例肋骨骨折,均无严重合并伤。5 例在伤后 2 h 入院,1 例在当地医院治疗 1 个月后转入我院。本组患者均有右季肋外伤史,不同程度上腹部疼痛、腹胀。查体:右侧腹部压痛明显伴有肌紧张,6 例穿刺均抽出不凝混有胆汁样血液。CT 及 B 超提示肝周及盆腔积液。按照美国创伤外科学会(AAST)制定的肝外伤标准化分类:肝被膜撕裂深度 1 ~ 3 cm,3 例长度小于 10 cm 伴活动性出血,2 例肝裂伤深度大于 3 cm。

1.2 治疗方法

患者入院后均予以心电监护,生命体征平稳,无休克表现,动态观察血红蛋白、红细胞压积正常,急诊经 B 超引导下,局部麻醉,分别于右上腹部肋缘下锁骨中线及右下腹麦氏点置管,从 2 处引出血性胆汁样液体。

2 结果

5 例穿刺术后 3 d,引流液逐渐减少,1 ~ 2 周引流管无引流液,夹管无症状,复查 CT 及 B 超腹腔无积液后拔管。1 例穿刺引流 1 周出现上腹部胀痛,伴高热,复查腹部 CT 腹盆腔多处包裹积液,在 B 超定位下分别于腹腔积液处穿刺置管,引出大量黄褐色胆汁样液体,同时放置鼻胆管引流,穿刺术后 5 d 引流液逐渐减少,开始闭管,第 7 天复查 B 超及 CT 局部无积液后拔管。2 周后拔除鼻胆管引流管,本院 6 例肝外伤胆漏患者经腹腔穿刺引流治疗均痊愈出院。

3 讨论

对于肝外伤,过去往往认为手术是处理肝外伤的首选措施,但术中常发现部分患者肝损伤程度并无手术必要[1]。对于肝外伤同时伴有胆漏又较单纯性肝外伤处理更加棘手,如果胆漏未及时处理或未在腹腔包裹,可导致全腹膜炎、全身感染中毒症状,严重者出现感染性休克,随着影像诊断、监护、微创介入技术的迅速发展,以及控制损伤概念的提出,肝外伤的诊治理念发生了实质性变化[2]。因此部分肝外伤胆漏患者也并无手术必要,Christmas 等[3]认为 80% ~ 90% 的肝外伤可经非手术治愈。

有学者提出对于Ⅳ ~ Ⅴ级肝脏损伤且生命体征稳定的患者可以使用非手术治疗或血管介入治疗[4]。因此笔者结合对数例患者的处理经验,总结其穿刺指征:①中青年患者无其它

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403035
[收稿日期] 2014-01-10 [修回日期] 2014-01-25