

Rycina 77-16 Blokada nerwu odpiszczelowego/obszernego przyśrodkowego. 1, nerw udowy; 2, tętnica udowa; 3, mięsień krawiecki; 4, nerw udowo-goleniowy; 5, nerw ruchowy zaopatrujący mięsień krawiecki; 6, mięsień obszerny przyśrodkowy.

ścięta igła wprowadzana jest prostopadłe do skóry 0,5 cm bocznie od tętnicy udowej tuż powyżej górnej krawędzi mięśnia krawieckiego aż do momentu pojawienia się skurczów mięśnia obszernego przyśrodkowego. Podaż 0,1–0,2 ml/kg anestetyku miejscowego powoduje wystarczającą blokadę obu nerwów i całkowite zniesienie bólu w obrębie przyśrodkowej powierzchni nogi i stopy.

Dostęp przez mięsień krawiecki ma na celu przeniknięcie do grubej podściółki zlokalizowanej pomiędzy wewnętrzną powierzchnią mięśnia krawieckiego a ścięgnem mięśnia przywodziciela. Miejsce nakłucia znajduje się na wysokości górnej krawędzi rzepek, na przedniej powierzchni mięśnia krawieckiego, co można wyczuć palpacyjnie. Igła blokująca wprowadzana jest nieznacznie ku tyłowi pod kątem 45° doogonowo w stronę kłykcia przyśrodkowego kości udowej aż do momentu pojawienia się spadku oporu, co jest dowodem na przedostanie się jej do podściółki zlokalizowanej pod mięśniem krawieckim (przez którą przebiega nerw udowo-goleniowy). Dostęp okołożylny, pierwotnie opisywany jako technika „ślepej” infiltracji po obu stronach żyły odpiszczelowej w górnej części przyśrodkowej powierzchni nogi, został znacznie udoskonalony dzięki technikom wizualizacji ultrasonograficznej, ponieważ żyła odpiszczelowa jest bardzo łatwa do zlokalizowania. Wprowadzanie igły wzdłuż głównej osi sondy (SAX-IP) pozwala dokładnie uwidocznienie tor igły w stronę żyły i okrężne rozprzestrzenianie się anestetyku miejscowego.

Blokada nerwu skórno-bocznego uda

Typowa blokada nerwu skórno-bocznego uda jest rzadko stosowana u dzieci. Główne wskazanie to technika uzupełniająca blokadę udową. Zalecane jest zastosowanie ultrasonografii.

Blokada nerwu zastawnego

Tę procedurę wykonuje się u dzieci w pozycji leżącej na plecach z lekko odwiedzionym i zrotowanym na zewnątrz udem (jeśli to możliwe). Punktami orientacyjnymi są: bruzda między ścięgnem mięśnia przywodziciela długiego i przyśrodkową krawędzią mięśnia grzebieniowego. Miejsce nakłucia położone jest w tej bruzdzie na wysokości krętarza większego kości udowej.

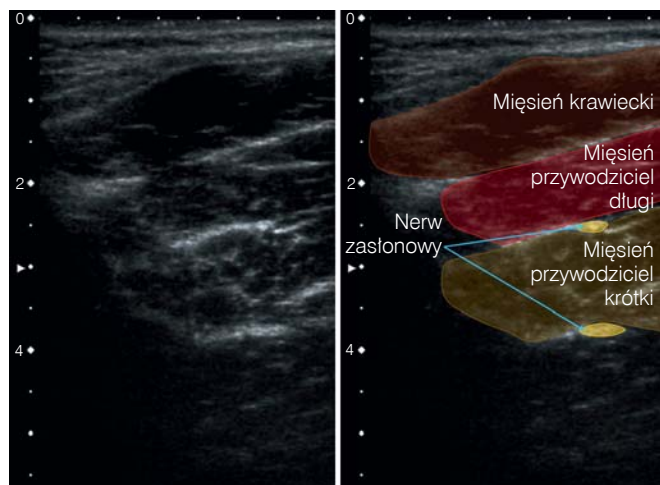
Za pomocą stymulatora nerwów igłę wprowadza się dokładnie w stronę przednio-tylną aż do momentu, kiedy pojawią się skurcze mięśnia przywodziciela długiego i krótkiego (stymulacja przedniej gałęzi nerwu zastawnego). Igłę następnie kieruje się grzbietowo na głębokość 1–2 cm aż do momentu wystąpienia skurczów mięśnia przywodziciela długiego (tylna gałąź). Podaje się wówczas połowę roztworu anestetyku miejscowego (w sumie 0,1 ml/kg do maksymalnie 5 ml na nerw), igłę następnie wycofuje się, a kiedy ponownie pojawi się stymulacja przedniej gałęzi, należy podać drugą połowę dawki anestetyku.

Tę samą blokadę można wykonać pod kontrolą USG. Głowica jest umieszczona poniżej guzka łonowego, z główną osią ustawioną równoległe do więzadła pachwinowego. Rozciągnięta mięśnia krawieckiego oraz mięśni przywodzicieli długiego i krótkiego są łatwe do identyfikacji. Przednią gałąź można łatwo odnaleźć mięśniem przywodzicielem długim i krótkim, podczas gdy gałąź tylna leży pomiędzy przywodzicielem krótkim a wielkim (ryc. 77-17).

Blokady nerwu kulszowego

Rozważania anatomiczne

Splot krzyżowy zaopatruje tylną część kończyny dolnej. Leży on na przedniej powierzchni mięśnia gruszkowatego za tylną ścianą miednicy mniejszej i nie ma do niego bezpośredniego dostępu. Odchodzi od niego 2 nerwy zaopatrujące kończynę dolną: nerw udowy skórny tylny i nerw kulszowy. Nerw kulszowy jest największym mieszanym nerwem w organizmie człowieka. Dzieli się on na 2 odrębne nerwy – nerw strzałkowy wspólny i nerw piszczelowy – zamknięte w tej samej osłonke okołonnerwowej.



Rycina 77-17 Blokada nerwu zastawnego: obraz USG przedniej i przyśrodkowej części uda.