

Wskazania i przeciwwskazania

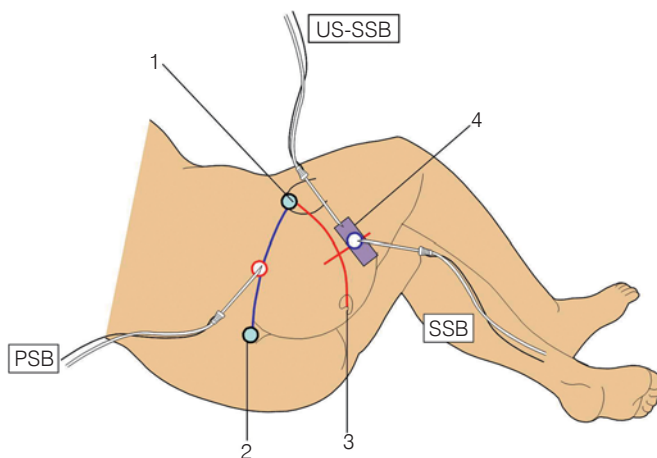
Blokady nerwu kulszowego są zalecane do operacji stopy i nogi (często wymagana jest uzupełniająca blokada nerwu udowo-goleniowego, ponieważ to on jest odpowiedzialny za unerwienie skóry przyśrodkowej części nogi). W zależności od rozległości planowanego zabiegu można próbować dostępu do nerwu kulszowego przez dół podkolanowy lub bardziej proksymalnie. Nie ma specjalnych przeciwwskazań do blokady nerwu kulszowego. Tak jak w przypadku innych blokad nerwów kończyn pacjenci z ryzykiem zespołu uciskowego wymagają ciągłego monitorowania i stosowania rozcieńczonych roztworów, aby uniknąć blokady motorycznej (zob. wcześniej).

Proksymalna blokada nerwu kulszowego

Opisano wiele różnych technik, które zdecydowanie różnią się skutecznością. Kiedy blokada się udaje, zapewnia taki sam zakres znieczulenia jak w przypadku alternatywnych dostępów. Planując wykonanie proksymalnej blokady nerwu kulszowego, anestezjolog musi rozważyć następujące kwestie: (1) skuteczność techniki, (2) ułożenie pacjenta, (3) techniki stosowane w celu lokalizacji nerwu, (4) konieczność założenia cewnika i (5) doświadczenie anestezjologa w wykonywaniu określonej procedury. Zazwyczaj stosowane dawki anestetyków miejscowych przedstawiono w tab. 77-14, a schematy dawkowania w przypadku powtarzanych iniekcji/wlewów ciągłych umieszczono w tab. 77-13.

Dostęp tylny

Jest to dostęp najbardziej klasyczny. Dziecko ułożone jest w pozycji półleżącej na boku nieoperowanym. Miejsce wkłucia znajduje się w połowie odległości między krętarzem większym kości udowej a ogonowym końcem kości guzicznej (ryc. 77-18). Igła jest wprowadzana prostopadłe do skóry, to jest przyśrodkowo i brzusznie, w stronę guzowatości kości kulszowej, aż do momentu wywołania skurczów mięśniowych w obrębie nogi, stopy lub w obu tych obszarach. Diagnostyka ultrasonograficzna na tym poziomie nie jest łatwa ze względu na odległość od skóry, w jakiej przebiega nerw kulszowy.



Rycina 77-18 Blokada bliższa nerwu kulszowego: dostępy tylny i przezpośladkowy. PSB, blokada kulszowa tylna; SSB, blokada kulszowa przezpośladkowa; US-SSB, blokada kulszowa podpośladkowa pod kontrolą USG; 1, krętarz większy kości udowej; 2, kość ogonowa; 3, guzowatość kulszowa; 4, sonda głowica USG.

Dostęp przedni przez trójkąt udowy

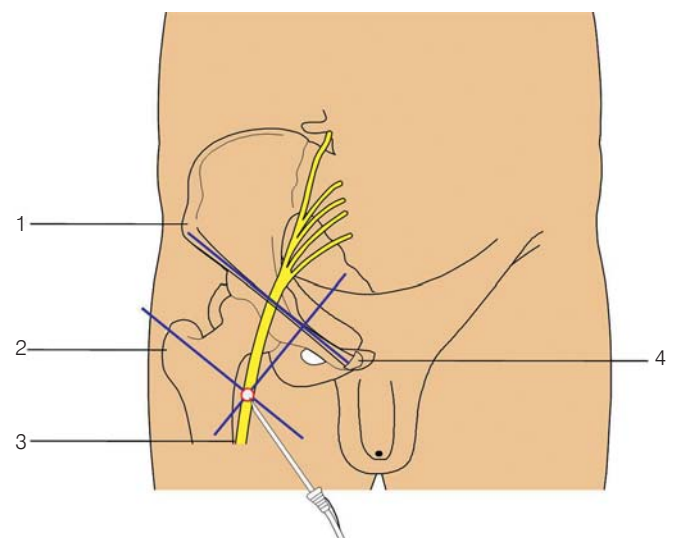
Ten dostęp został opracowany, aby umożliwić wykonanie blokady u pacjentów, którzy muszą pozostać w pozycji leżącej na plecach [232]. Punktami orientacyjnymi są: więzadło pachwinowe i krętarz większy kości udowej. Lokalizacja miejsca wkłucia jest raczej skomplikowana, wymagająca narysowania dwóch linii. Miejsce wkłucia znajduje się na przecięciu tych dwóch linii (ryc. 77-19). Ta technika jest najtrudniejszym i najbardziej ryzykownym dostępem do nerwu kulszowego, zagraża gałęziom nerwu udowego, żyłce udowej i tętnicy udowej. Powinna być ona traktowana jako ostatnia z możliwości, w sytuacji kiedy istnieje konieczność wykonania proksymalnej blokady nerwu kulszowego.

Dostęp podpośladkowy

Dziecko jest ułożone w pozycji półleżącej stroną operowaną ku górze, z udem i nogą kończyny ułożonej niżej zgiętymi pod kątem 90°, a nogą przeciwną wyprostowaną. Punktami orientacyjnymi są: guzowatość kości kulszowej i krętarz większy kości udowej. Przez środek linii łączącej 2 punkty orientacyjne prowadzi się linię prostopadłą i miejsce wkłucia znajduje się na tej linii 2–4 cm poniżej w stronę doogonową (zob. ryc. 77-18). Igłę wprowadza się pod kątem prostym do skóry w stronę kości udowej aż do momentu wywołania skurczów mięśniowych w obrębie stopy. Blokada pod kontrolą USG może być wykonana zamiennie lub w połączeniu z użyciem neurostymulatora.

Dostęp boczny

Dostęp boczny do nerwu kulszowego opisywano u pacjentów leżących na plecach [234] z nogą strony blokowanej lekko zrotowaną w stronę przyśrodkową. Igłę wprowadza się poziomo w stronę dolnej krawędzi kości udowej (ryc. 77-20). Po zetknięciu z kością igłę się wycofuje, a następnie ponownie ją wprowadza nieco bardziej ku tyłowi, aż do momentu pojawienia się skurczów mięśniowych w zakresie nogi i stopy. Głębokość, na jakiej znajduje się nerw kulszowy, zależy od wieku pacjenta (ryc. 77-21) [234].



Rycina 77-19 Proksymalna blokada nerwu kulszowego: dostęp przedni. 1, kość biodrowa przedni górny; 2, krętarz większy kości udowej; 3, nerw kulszowy; 4, guzek łonowy.