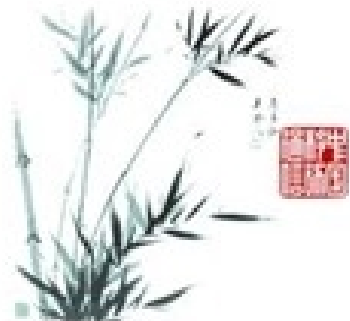
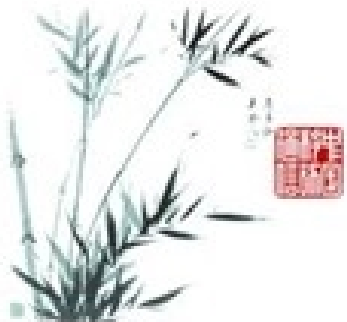


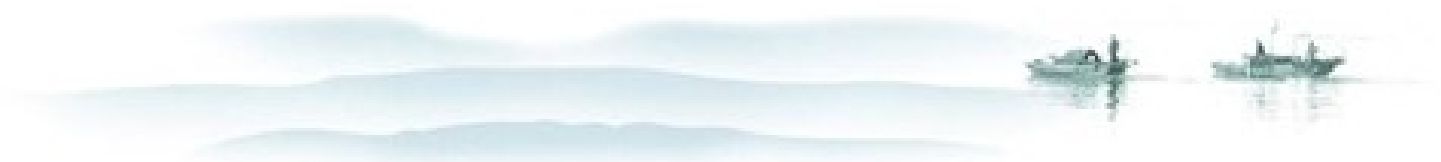
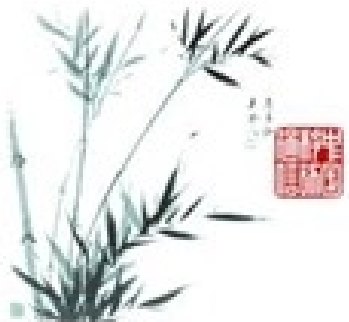
超声引导下胸段椎旁 阻滞



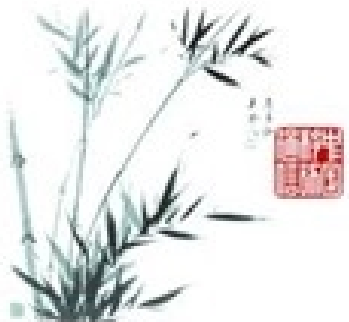
- 椎旁阻滞--似乎被遗忘的胸科术后镇痛方式
- 北医英国皇家麻醉学院麻醉学论坛2023年4月10号已经落下帷幕。Fang Gao Smith教授讲的课题里面提到的椎旁阻滞（paravertebral block, PVB）应用于肺癌术后镇痛，引起了会场上的广泛共鸣，似乎多人未做过，也不是很了解，当初讨论了很长时间。



- 据Gao教授简介，在英国一般肺癌手术事先做好椎旁阻滞，有事先采用单次注射，减轻术中麻醉药用量的方式，也有置管留作术后镇痛的方式。而据说在美国多数麻醉医生的习惯可能是术前先置管，术中不用，术后再给药用来镇痛。（待美国麻醉医生证明）



- PVB与硬膜外阻滞相比，具有只阻滞一侧肢体，用药量低，局麻药毒性小，不影响膈肌运动，对呼吸影响小，低血压发生率低于硬膜外阻滞，局麻药、阿片类镇痛药等药物极少经过硬膜外进入蛛网膜下腔，并发症几率少等优点。



- 椎旁神经阻滞是将局麻药物注射在出椎间孔的脊神经附近(椎旁间隙)从而阻滞该侧的运动、感觉和交感神经，到达同侧躯体麻醉效果的一种措施。
- 【宋建防，周赞宫，王明山，宋力.椎旁神经阻滞对肺癌患者术后镇痛的效果观察.广东医学.2023,8(27):1212-1213.】



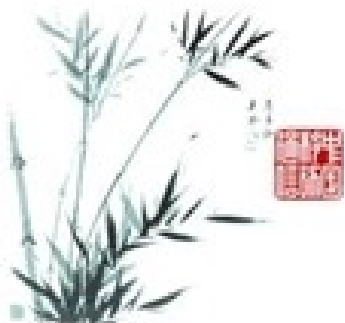
- Thoracic paravertebral block is performed by injecting a local anaesthetic solution into the paravertebral space, which contains the thoracic nerves, their branches, and the sympathetic trunk. 【C. Luyet, U. Eichenberger¹, R. Greif, A. Vogt¹, Z. Szu“cs Farkas and B. Moriggl. Ultrasound-guided paravertebral puncture and placement of catheters in human cadavers: an imaging study. British Journal of Anaesthesia 102 (4): 534–9 (2023)】

- 胸椎旁神经阻滞注射局部麻醉剂溶液进入椎旁间隙进行的，其中包括的胸神经，其分支机构，与交感神经干。
- 美国eichenberger1， R.格瑞夫， A. vogt1， Z. 深圳大学“CS法卡斯和B moriggl。超声引导下椎旁穿刺和导管：尸体解剖成像研究。英国麻醉杂志102（4）： 534 9（2023）】 -



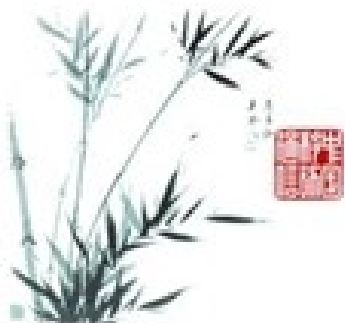
什么是椎旁阻滞？

椎旁神经阻滞：是将局麻药物注射在出椎间孔的脊神经附近(椎旁间隙)从而阻滞该侧的运动、感觉和交感神经，到达同侧躯体麻醉效果的一种措施。



胸椎椎旁阻滞的适应症

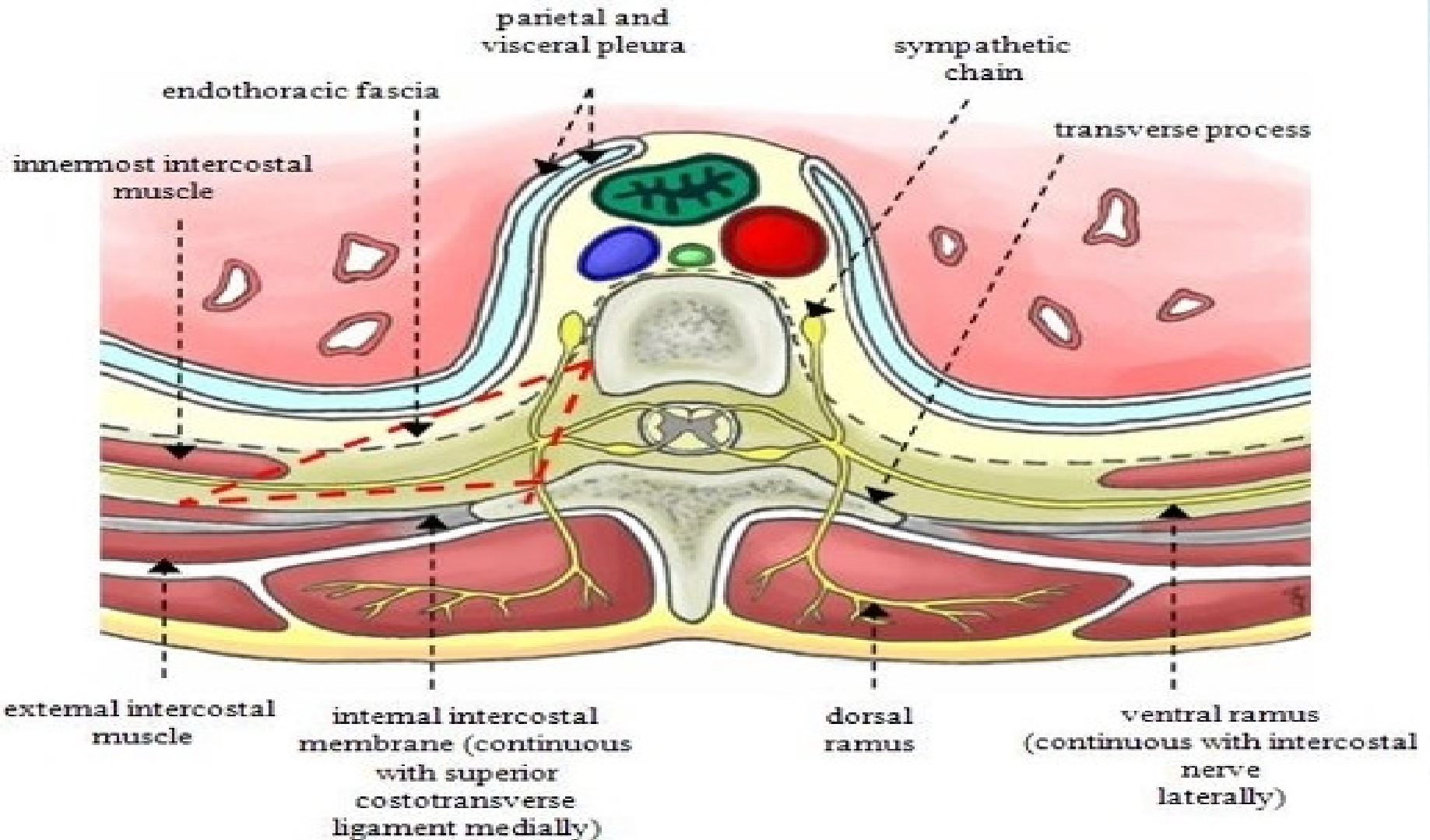
- (1) 用于肋间神经痛、肋骨骨折、带状疱疹、胸部外伤疼痛等症的治疗。
- (2) 可经过阻滞交感神经治疗或缓解心绞痛以及伴随有内脏神经痛症状的交感神经痛、胸椎痛等痛症。
- (3) 开胸手术麻醉以及后镇痛。



PVB与椎管内麻醉的区别

- PVB指用穿刺针经椎板外侧缘刺到椎间孔外口，经穿刺针将局麻药注射到椎间孔外口，让局麻药充分作用在所阻滞的脊神经根的阻滞措施。
- 椎管内麻醉时药物的主要作用部位是脊神经根。蛛网膜下腔阻滞时，局麻药物经脑脊液稀释及扩散后直接作用于脊神经和脊髓表面，而硬膜外阻滞时，药物首先是在硬膜外腔扩散，进而经过不同途径产生麻醉作用。

胸段椎旁阻滞的解剖基础



操作措施:

- 措施一：手术体位(侧卧位)，选择T4棘突向术侧旁开2-2.5cm为穿刺点，用22号腰麻穿刺针垂直皮肤进针，针尖触到横突后，向头侧或尾侧调整针尖方向，针尖滑过横突后继续进针1cm，回抽无血和气体后一次性注入0.5%罗哌卡因，用量0.3 ml/kg。
- 【宋建防，周赞宫，王明山，宋力.椎旁神经阻滞对肺癌患者术后镇痛的效果观察.广东医学.2023,8(27):1212-1213.】

- 措施二：患者在全麻诱导后侧卧位，予以术侧T3~T7椎旁神经阻滞，采用20号套管针，找到胸椎棘突后旁开2.5~3cm，在棘突的最高点垂直皮肤进针，进针2~4 cm可触到下一椎体横突，遇到横突后针尖改向头侧滑过横突上缘1~1.5 cm，单次注入0.5%罗哌卡因，每点5 ml。

- 【徐益萍，吴东进，吴蔚宇，徐美英.胸椎旁神经阻滞对开胸手术患者静脉镇痛效果的影响.临床麻醉学杂志.2023,2(25):133-135.】

(四) 胸部

●1. 胸部椎旁神经阻滞

解剖：参见蛛网膜下腔和硬膜外腔一节的脊柱解剖，在胸椎旁阻滞时，弄清棘突与相应椎体的位置关系十分重要。

方法：中胸部椎旁神经阻滞，病人俯卧位或健侧卧位，俯卧位对单侧和双侧阻滞均适合。胸部垫一大软枕头，摸到被阻滞神经节段的上一个棘突，在此棘突旁开4cm作皮丘，皮丘浸润至下一椎体横突，用8cm长的阻滞针垂直皮肤进入约4cm深碰到横突，将针退至皮下组织，使针头向内、向下再进约2.5cm，就会遇到异感，即可注入5~8mL局麻药。若未碰到异感，则是碰到椎体后外缘，可将针退至皮下组织，改向头侧或尾侧。若反复多次改变方向仍未找到异感，而是碰到骨质，则将针头退离骨膜1~1.5cm，注入局麻药8~10mL，亦可边注边退。

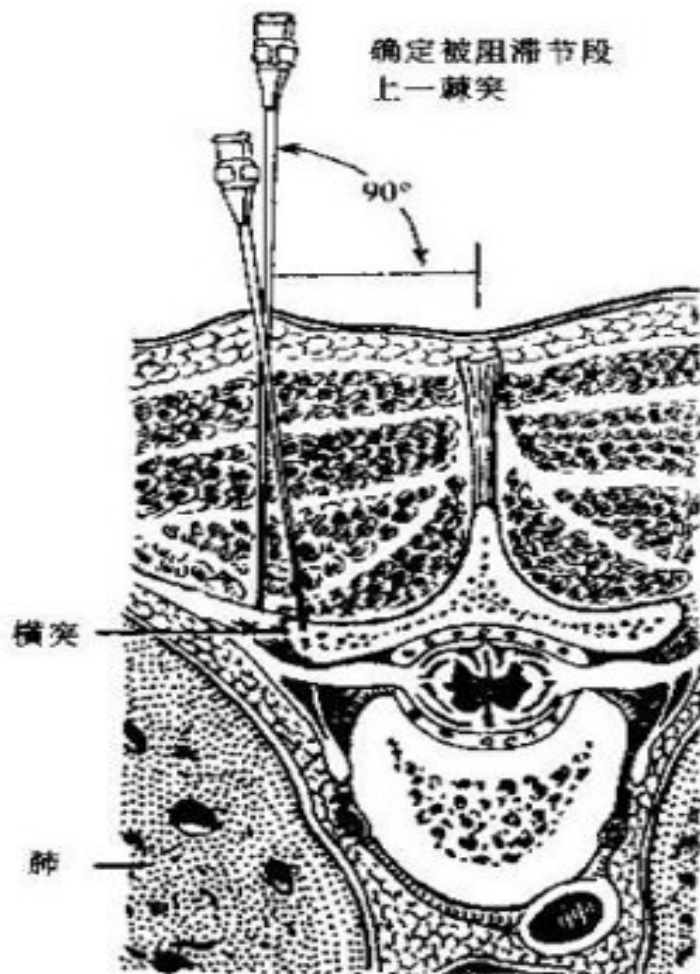
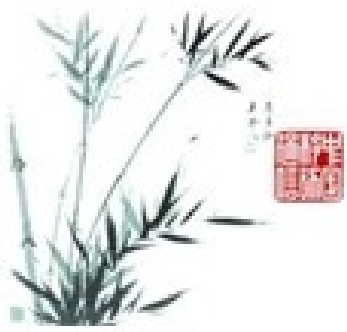
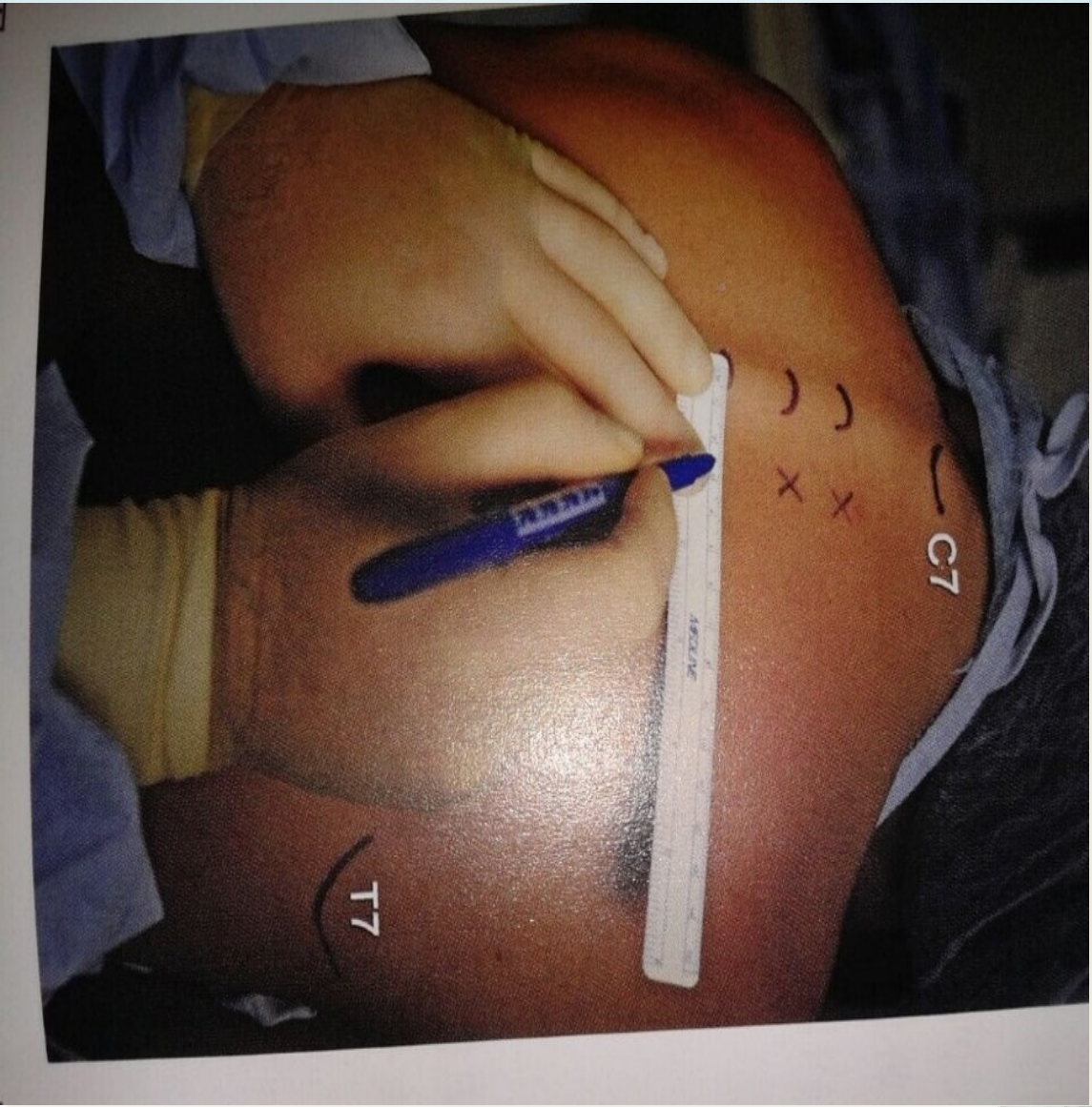


图 68 胸部椎旁神经阻滞



- 详细操作是在手术关胸前，于切口所在肋间相当于肋骨颈处经壁层胸膜，用**18G**硬膜外穿刺针往后往内的椎板方向穿刺，进针约**0.5cm**后出现阻力消失后回抽无血液或脑脊液，注气或注液无阻力感即可判断为椎旁间隙，置一根硬膜外导管**1-2cm**后退针，然后再用硬膜外穿刺针自手术切口后端于壁层胸膜外将导管尾端引出体表稳妥固定，整个过程约需**5min**。

- **【黄燕娟，邹建平，韦涌初，曾建业，陆炳德.经胸膜穿刺置管连续椎旁阻滞用于剖胸术后镇痛的临床研究中国当代医学杂志。2023，5（10）：53-55.】**该文作者以为：



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/025200031233011334>