

· 病例报道 ·

超声联合神经刺激器引导下骶后孔阻滞
行坐骨结节囊肿切除一例

肖静 刘九红 梅伟

骶骨由 5 个骶椎融合而成,各自的椎上、下切迹形成了 4 对骶前孔和 4 对骶后孔。骶后孔在骶骨的背面,分布骶正中嵴的两侧,基本上呈对称分布,有骶神经后支通过。骶后孔的解剖位置对应中医上的八髎穴,可用于一些疾病的推拿、针灸治疗,如盆底疾病,便秘,尿潴留,二便失禁等^[1,2]。经骶后孔的骶神经阻滞或骶管麻醉也有着一定的临床应用价值,然而因其缺乏行之有效、简便又准确的定位方法,可能影响麻醉效果,甚至导致麻醉失败。本文为 1 例超声联合神经刺激器引导下骶后孔阻滞行坐骨结节囊肿切除手术的患者,阻滞完善,麻醉满意,现报道如下。

患者,女,60 岁,身高 156 cm,体重 54 kg,因“发现左侧臀部包块 3 个月”入院。患者 3 个月前坐位时发现左侧臀部包块疼痛不适就诊。查体:左臀部坐骨结节处可扪及 1 包块,约 4 cm×4 cm 大小,质稍硬,轻压痛,边界清,可推动。行超声检查示左臀部异常回声。患者既往有风心病二尖瓣狭窄,于 2008 年在本院心胸外科行二尖瓣机械瓣置换手术。术后恢复好,心功能 I 级,口服华法林抗凝治疗。有高血压病史 6 年,口服珍菊降压片。入院后完善常规术前检查,心脏彩超提示二尖瓣功能正常:PT 24.8 s,APTT 44.3 s,INR 2.29,停用华法林,改低分子肝素抗凝,监测凝血功能,术前凝血功能检测提示正常。术前访视,患者 2008 年行二尖瓣置换手术后出现认知功能受损,甚至不能识别近亲家属,因此强烈拒绝全麻,要求保持清醒。患者已停用华法林 8 d,改用低分子肝素,目前低分子肝素也已停用 1 d,复查凝血功能正常,无椎管内麻醉禁忌,但向患者告知椎管内麻醉风险,告知因术后血栓形成风险需及时恢复抗凝,可能增加椎管内出血的风险,术前评估椎管内麻醉弊大于利。患者坐骨结节囊肿位于臀大肌深面,外科医师表示局部浸润麻醉难以完成。多学科讨论权衡利弊并与患者充分沟通后,拟定在单侧骶后孔阻滞下实施坐骨结节囊肿切除术。

患者右侧卧位,在超声联合神经刺激器引导下进行骶后孔阻滞。在超声下分别识别左侧的 S₁~S₄ 骶后孔,采用神经刺激针(德国 PAJUNK Sonoplex)平面外/内法逐一进行阻滞,分别给予 0.5%罗哌卡因 7~8 ml,观察药液扩散。超声下骶后孔显像如图 1 所示。操作结束后 10 min,检测针刺痛觉减轻及消失平面并标记,阻滞范围循骶神经分布,完全覆盖左侧手术切口范围,而右侧下肢感觉和运动无明显影响。麻醉操作结束后 30 min 手术开始,手术持续 1 h 48 min,患者清醒配合,未

诉疼痛不适。术后 4 h 访视,患者诉伤口无疼痛,术侧下肢肌力已恢复正常,对本次麻醉极为满意。术后 6 h 患者恢复低分子肝素皮下注射,当日晚 8 点恢复口服华法林,未有不适。

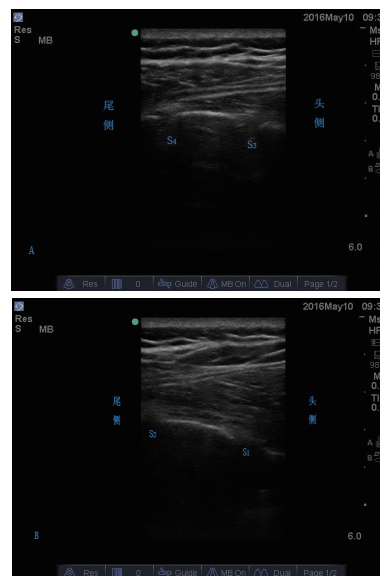


图 1 超声下 S₁~S₄ 骶后孔影像

讨论 本例患者的坐骨结节囊肿正位于坐骨结节与臀大肌之间。手术切口位于坐骨结节上方,手术层次将依次经过皮肤、皮下组织及筋膜、臀大肌。臀区内侧、下侧的皮肤受臀中皮神经、臀下皮神经支配。臀中皮神经为第 1~3 骶神经后支分支,臀下皮神经发至股后皮神经,也来自第 1~3 骶神经后支。臀大肌主要受臀下神经支配,其来源于第 1~3 骶神经。因此行 S₁~S₄ 骶后孔阻滞可以完全阻滞第 1~4 骶神经后支,完成手术。对于本例患者而言,骶后孔阻滞可以满足患者拒绝全麻、清醒手术的要求。而较常规椎管内麻醉而言,骶后孔阻滞相当于椎旁阻滞,骶后孔与骶管、骶前孔相通,其组织间隙远远大于腰段硬膜外间隙,即使因术后抗凝出现少量出血也不会引起严重不良反应,且比较容易观察。此外,在超声联合神经刺激器引导下穿刺可以有效减少穿刺出血,阻滞范围更精准,对患者下肢运动影响更小。

参 考 文 献

- [1] 周惠芬,丁曙晴,丁义江,等. 八髎穴(骶后孔)定位、测量与取穴方法研究. 中国针灸, 2013, 33(8): 703-707.
- [2] 王玲玲,金洵. 重新认识八髎穴. 南京中医药大学学报, 2014, 30(1): 4-7.

作者单位:430030 武汉市,华中科技大学同济医学院附属同济医院麻醉科

通信作者:梅伟,Email: wmei@hust.edu.cn

(收稿日期:2016-05-17)