

文章编号:1005-6947(2004)04-0315-01

· 临床报道 ·

骶管阻滞麻醉在肛门直肠手术中的应用

陈红锦, 曾莉

(南京中医药大学第一临床医学院, 江苏 南京 210029)

摘要:通过在545例肛门直肠疾病手术中选取腰俞穴作骶管阻滞麻醉发现:麻醉显效476例(87.3%),有效50例(9.2%),无效19例(3.5%)。笔者认为要提高麻醉的成功率,准确取穴是前提,掌握穿刺要领为关键,出现麻醉反应应当重视,若有镇痛不全需积极处理。

关键词:肛门/外科学;直肠/外科学;麻醉,骶管

中图分类号:R614.42; R657.1

文献标识码:B

骶管阻滞麻醉亦称腰俞穴麻醉,是将麻醉药经骶裂孔注入骶部硬脊膜外腔的一种麻醉方法。它适用于各种肛门直肠手术,尤其适用于高位深部的肛周脓肿、高位复杂性肛瘘及环状混合痔等。本法操作简单,麻醉效果良好,且无明显不良反应,并发症少,安全可靠。现将近5年来在我院肛门直肠患者手术中采用的骶管阻滞麻醉临床体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组545例中男329例,女216例。年龄15~76岁。

1.2 麻醉方法及效果判断

患者取侧卧位,肢体尽量屈曲,暴露腰骶部,确定穴位,局部消毒。右手持带有7号注射针头的注射器,先于穿刺区作一皮丘,然后垂直或斜向上方(针与皮肤角度为45~75°)刺入。当穿过骶尾韧带时有落空感,回抽无血,有负压感,推药无阻力,证明进入骶管腔。先推入1%利多卡因5ml麻醉药,观察片刻无不良反应后,缓缓注药,用药量为10~24ml,平均16.9ml。注毕静坐3~5min,即可取手术体位。

1.3 效果判断

显效:肛门松弛好,疼痛消失;有效:肛门松弛良好,局部疼痛不能忍受,影响手术,需追加局麻(在某一痛点加局麻);无效:肛门松弛差,疼痛明显,需改行局部麻醉。

2 结果

545例患者中,显效476例,占87.3%;有效50例,占9.2%;无效19例,占3.5%。19例无效中,5例因骶管裂孔

不清未能成功,3例因出现头晕、心慌、目眩、唇麻症状而改行其他麻醉。

3 讨论

(1)正确取穴是前提 腰俞穴位于第4骶骨棘突下骶管裂孔处。骶管裂孔的两侧为骶骨角,是确定骶管裂孔的重要骨性标志。由于局部皮肤、脂肪、韧带等组织的掩盖,加上骶裂孔的变异较多,给定位取穴带来一定的困难。笔者通常采用两种定位方法:先摸准尾骨尖,沿后正中线向上5~6cm可扪及一纵形凹陷,即为骶裂孔处,一般可在其两侧触及骶骨角;以两侧髂后上棘连线为底边,向尾骨尖方向作一等腰三角形,其顶角即为骶裂孔处。对体型肥胖,骶尾部损伤,体表骨性标志不清者,可两法综合使用。

(2)掌握要领为关键 少数患者骶裂孔狭窄甚至闭塞,给麻醉进针带来较大的困难。应在准确定位后,垂直进针于皮下0.5cm,反复调整方向进行穿刺,直至穿刺成功。骶管腔内有丰富的神经和血管,在穿刺时,切忌深插与盲目乱刺,以防损伤神经血管,或误入蛛网膜下腔,导致全脊髓麻醉发生的危险。

(3)麻醉反应当重视 一旦出现麻醉反应,如患者感到头晕、耳鸣、目眩、心慌、唇麻等症,应立即停止给药,并及时对症处理。为了预防毒性反应,可在麻药中加入少量肾上腺素,以减缓麻药的吸收,延长麻醉时间,减少毒性反应。

(4)镇痛不全需及时处理 麻醉时,由于进针后针尖的斜面朝向不同而可能导致麻醉药量不足或分布不均,会引起单侧镇痛不全,故穿刺时针尖的斜面应朝向肛门方向、同时患者取头高足低位,或穿刺后让患者静坐片刻即可避免。由于肛门前侧是由阴部神经发出的肛门神经、会阴神经的肛门分支所支配,它们不从骶裂孔穿出,故骶管阻滞麻醉也常出现会阴部(肛门)前侧镇痛不全的现象,因此对肛门前侧的病灶手术时,可加用局部麻醉,以增强止痛效果。

收稿日期:2003-01-23; 修订日期:2003-10-09。

作者简介:陈红锦(1965-),女,江苏南京人,南京中医药大学第一临床医学院副教授,主要从事中西医结合治疗肛肠疾病的研究。