ΣΥΝΕΧΕΙΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Μπερνάλη Νικολέτα

Αναισθησιολόγος

Βρίσκουν ευρεία εφαρμογή στη μετεγχειρητική αναλγησία και υπερέχουν της εφ' άπαξ χορήγησης. Απαιτείται εξειδίκευση του αναισθησιολόγου, διαθεσιμότητα αντλιών και κάλυψη του κόστους.

Στο άνω άκρο εφαρμόζονται με:

- ✓ Διασκαλινική προσπέλαση (Meier),
- ✓ Υπερκλείδιο προσπέλαση,
- ✓ Υποκλείδια προσπέλαση (Kikka – Geiger) και
- ✓ Μασχαλιαία προσπέλαση (Halsted)

Η διασκαλινική προσπέλαση είναι κατάλληλη μέθοδος για αναισθησία και αναλγησία του ώμου και του άνω άκρου. Ο εξοπλισμός που απαιτείται είναι:

- ✓ Νευροδιεγέρτης stimulplex HNS II
- ✓ Βελόνη Contiplex D 50mm 22G (Brown) + Contiplex καθετήρα ή
- ✓ Contiplex / Tuohy σετ 38 (-52) mm 18 G βελόνη + καθετήρα
- ✓ Σύριγγες 2 / 10 / 20 ml, Τοπικό αναισθητικό / αντισηπτικό / γάζες / γάντια / επιθέματα

Δοσολογικό σχήμα κατά Danillo Jankovic

- 0.2 % ropivacaine 6-14 ml /h (max 37.5 mg /h)
- 0.25% bupivacaine / 0.25mg/kg bw/h
- 0.25% levobupivacaine / 0.25mg/kg bw/h
- 0.125% bupivacaine
- 0.125mg/kg bw/h + opioides
- 0.25% levobupivacaine

ΣΥΝΕΧΗΣ ΥΠΕΡΚΛΕΙΔΙΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Μέθοδος εκλογής για κάθε επέμβαση και μετεγχειρητική αναλγησία στον βραχίονα, αντιβράχιο ή άκρα χείρα. Εναλλακτικά μπορεί να δοκιμασθεί υποκλείδιος προσπέλαση (Kikka Geiger)

Προτινόμενο δοσολογικό σχήμα συνεχούς έκχυσης αντλίας με βασική ροή:

- 0.2% ropivacaine 6-15 ml/h (max 37.5mg /h
- 0.125% bupivacaine 8-18 ml/h (10-14 ml/h)
- 0.125% levobupivacaine ή 0.25% bupivacaine 6-16 ml/h

- Ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία (PCA)
- Βασικός ρυθμός 4 ml/h 0.2% ropivacaine 0.125% bupivacaine / levodupivacaine

Κατ' επίκληση δόση : 3-4 ml 0.2% ropivacaine
0.125% bupivacaine / levodupivacaine

ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ / ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ / HALSTED 1884

Βασική τεχνική περιοχικού αποκλεισμού του βραχιονίου πλέγματος και από τους συχνότερα χρησιμοποιούμενους διεθνώς. Είναι ιδανική τεχνική για επεμβάσεις στην άκρα χείρα.

ΣΥΝΕΧΕΙΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΓΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Αποκλεισμός του οσφυικού πλέγματος

Τεχνική α'
Βουβωνικός περιαγγειακός αποκλεισμός (3:1 Winnie)
Τεχνική β'

Αποκλεισμός του διαμερίσματος του ψοίτη
Προτεινόμενο δοσολογικό σχήμα συνεχούς μετεγχειρητικής αναλγησίας στο οσφυικό πλέγμα.

- Levobupivacaine 0.125% - 0.25% 8-15 ml/h
- Bupivacaine 0.125% 10-14 ml
- Bupivacaine 0.25% 8-10 ml

Συμπληρωματικά χρησιμοποιούμε:

Εφ' άπαξ δόση των 5-10 ml

- ropivacaine 0.5-0.75%
- bupivacaine 0.25-0.5%
- levobupivacaine 0.25%

ΣΥΝΕΧΗΣ ΙΣΧΙΑΚΟΣ ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ .

Το ισχιακό νεύρο μπορεί να αποκλειστεί για όλες τις επεμβάσεις στο κάτω άκρο και κυρίως ποδοκνημική άρθρωση και άκρο πόδα.

Προτεινόμενο δοσολογικό σχήμα για μετεγχειρητική αναλγησία με συνεχή ισχιακό αποκλεισμό.

Συνεχής έκχυση

- Ropivacaine 0.2 – 0.375% 5-15 ml/h (max 37.5 mg/h)
- Ropivacaine o.2-0.375% 10-30 ml Εφ' άπαξ δόση

Έκχυση PCA : Βασική ροή 4 ml/h

- ο.4% ropivacaine
- ο.25% levobupivacaine
- 0.25% bupivacaine

ΣΥΝΕΧΗΣ ΜΗΡΙΑΙΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ.

Αναλγησία σε επεμβάσεις μηρού και γόνατος. Σε συνδυασμό με το ισχιακό παρέχει αναλγησία από τα μέσο του μηρού και περιφερικότερα.

ΣΥΝΕΧΕΙΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΙ ΝΕΥΡΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ

Ο αποκλεισμός του ιγνυακού βόθρου εφαρμόζεται για επεμβάσεις άκρου ποδός και ποδοκνημικής άρθρωσης.

Συνεχής αποκλεισμός κοινού περονιαίου και κνημιαίου νεύρου στον ιγνυακό βόθρο.

Προτεινόμενο δοσολογικό σχήμα ιγνυακού αποκλεισμού.

- Βασική ροή 0.2 – 0.375% ropivacaine 5 – 15 ml/h ή εναλλακτικά
- Εφ’ άπαξ χορήγηση 10 – 20 ml 0.2 – 0.375% ropivacaine

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Regional nerve block & infiltration therapy. Third edition. Danilo Jankovic
2) Mezzasetsta JP, Scott DA, Schwitzer SA, Selander DE. Continuous axillary brachial plexus block for postoperative pain relief. Reg. Anesth. 1997 ; 22: 357-362
3) Sarma VJ. Long-term continuous axillary plexus blockade using 0.25% bupivacaine. A study of three cases. Acta Anaesth. Scand. 1990; 34: 511-513
4) Imberg P, Annila I, Annila P. Double injection method using peripheral nerve stimulator is superior to simple injection in axillary plexus block. Reg Anesth. Pain Med 1999; 24: 509-513
5) Gauman DM, Lennon RL, Wedel DJ, Continuous axillary block for postoperative pain management. Reg Anesth 1988; 13: 77-82
6) Rawal N, Hylander J, Nydhal PA, et al. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. Acta Anesth Scand 1997; 41: 1017-1022
7) Rawal N, Postoperative patient control local anesthetic administration at home. Anesth analg. 1998 ; 86: 86-89
8) Capdevilla X. Continuous postoperative peripheral analgesia at home Anesthesiol 2001; 67:109-116

9) Chelly GE et al. Continuous lombar plexus block for acute postoperative pain management after open reduction and internal fixation of acetabular fractures. J. Orthop. Trauma 2003;17:362-7

10) Continous interscalene brahialplexus block for postoperative pain control at home: a randomized double- blinded placebo-controlled study Brian M Ilfeld md and co. Anesth. Analg 2003, 96: 1089-95

11) Effects of local anesthetic concentration and dose on continous interscalene nerve blocks: A dual center, randomised observered-masked controled study

12) Linda T Le MD and co . Reg anest and pain med 2008:33 (6) 518-25

13) Infraclavicular perineural local anesthetic infusion. A comparizon of three dosing regimers for postoperative analgesia Brian M. Ilfeld MD and co. Anesthesiology 2006, 100: 395-402

14) Analgesia with continous axillary block after surgery for severe hand trauma.

Self administration (PCA) vs continuous injection (CA) Iskandar – Maurette and co. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 1998, 17: 10099 – 103