

13

Baş ve Boyun Blokları

Roderick J. Finlayson

Çeviri: Dr. Didem Tuba Akçali, Dr. Ülgen Öztürk Toyran

I. Havayolu blokları	C. Teknikler
A. Anatomi	D. Komplikasyonlar
B. İlaçlar	Yüz blokları
C. Teknikler	A. Anatomi
D. Komplikasyonlar	B. İlaçlar
II. Servikal pleksus blokları	C. Teknikler
A. Anatomi	D. Komplikasyonlar
B. İlaçlar	

ANAHTAR NOKTALAR

1. Uyanık entübasyon zor havayolu varlığında en güvenli yol olabilir (1).
2. Yeterli bir havayolu anestezisi uygulaması hasta uyumunu ve uyanık entübasyonu büyük oranda kolaylaştıracaktır.
3. Havayolunun duyu innervasyonu trigeminal, glossofaringeal ve vagal sinirler tarafından oluşturulan 3 bölgeye ayrılır.
4. Topikal anestezi birçok vakada yeterlidir. Ancak; zorlayıcı girişimler planlandığında sinir blokları ek analjezi sağlayabilir.
5. Toksisiteden kaçınmak için havayoluna anestezi uygulanması sırasında toplam lokal anestetik dozu yakından takip edilmelidir.
6. Servikal pleksus bloğu yaygın olarak omuz ve klavikula operasyonlarında cerrahi anestezi ve postoperatif analjeziyi sağlamak için brakiyal pleksus bloğu ile birlikte uygulanır.
7. Servikal pleksus bloğu ayrıca karotid endarterektomi uygulamalarının anestezi yönetimi için uygun olabilmektedir. Sadece hastanın nörolojik muayene takibinin yapılmasına izin vermekle kalmayıp daha iyi hemodinamik stabilite sağlar ve genel anestezide kıyasla daha kısa hastanede kalış süresi gerektirir.
8. Derin servikal pleksus blokajına göre yüzeysel ve intermediate servikal pleksus blokajı karotid endarterektomi vakaları için daha güvenli ve etkili olmaktadır.
9. Laserasyon onarımı gibi minör kozmetik işlemlerde, özellikle pediatrik hasta grubunda fasiyal sinir blokları uygun anestezi sağlayabilir.
10. Pterigopalatin fossada proksimal yaklaşımla trigeminal sinirin 3 dalı da bloke edilebilmesine rağmen distal yaklaşım daha az komplikasyon oranına sahiptir.

I. Havayolu blokları

A. Anatomi

1. Nazal mukozanın duyu sinirleri sfenopalatin ganglion aracılığıyla trigeminal sinirin (yani V. kranial sinir) orta bölümünden kaynaklanır (Şek. 13.1). Sfenopalatin gangli-

doğru yönlendirilir (çünkü foramenin açısı sefaliktir). 2 mL lokal anestezi enjekte edilir.

4. **Mental sinir bloğu.** Hasta karşıya bakarken, pupilin doğrultusunda mandibulanın üst ve alt sınırları arasındaki orta noktada mental foramen palpe edilebilir. 22 ya da 25 Gauge bir iğne kullanmak yine uygun olacaktır. Mental sinirin kanalı medial ve inferiora doğru açı yapar. Bu nedenle yaklaşık 0.5 cm (0.25 inç) lateral ve süperior-dan ve foramene doğru açı yaparak cilde girmek daha kolay bir yaklaşım olacaktır. İki mL lokal anestezi enjekte edilir.

KLİNİK İNCİ

Bu bloklar yapılırken foramen içine girmek önemlidir. Çünkü bu hamle forameniden çıkan sinire zarar verebilir ve sinire eşlik eden arteri yaralayarak da hematoma yol açabilir.

D. Komplikasyonlar

1. Sinir hasarı nadir olmakla beraber, özellikle enjeksiyon sırasında iğne foramenin içine ilerletilirse mümkündür. Yüzün yumuşak dokularının vaskülarizasyonu yüksek olduğu için **hematom ve intravasküler enjeksiyon** riski de yüksektir.

TEŞEKKÜR

Yazarlar önceki baskıda "Havayolu, servikal pleksus ve Fasiyal Blok" bölümünün yazarı Michael F. Mulroy, MD'ye katkılarından dolayı teşekkür etmektedirler.

KAYNAKLAR

1. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al. Practice guidelines for management of the difficult airway, an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 2013;118:251–270.
2. Simmons ST, Schleich AR. Airway regional anesthesia for awake fiberoptic intubation. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:180–192.
3. Reasoner DK, Warner DS, Todd MM, et al. A comparison of anesthetic techniques for awake intubation in neurosurgical patients. *J Neurosurg Anesth* 1995;7:94–99.
4. Usui Y, Kobayashi T, Kakinuma H, et al. An anatomical basis for blocking of the deep cervical plexus and cervical sympathetic tract using an ultrasound-guided technique. *Anesth Analg* 2010;110:964–968.
5. Leblanc I, Chterev V, Rekik M, et al. Safety and efficiency of ultrasound-guided intermediate cervical plexus block for carotid surgery. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2016;35:109–114.
6. Tran DQ, Dugani S, Finlayson RJ. A randomized comparison between ultrasound-guided and landmarkbased superficial cervical plexus block. *Reg Anesth Pain Med* 2010;35:539–543.
7. Pandit JJ, Satya-Krishna R, Gratton P. Superficial or deep cervical plexus block for carotid endarterectomy: a systematic review of complications. *Br J Anaesth* 2007;99:159–169.