

b. 後頭下穿刺 (suboccipital puncture)

穿刺法 ① 患者を側臥位とし頸部を正しく正中位に保ち、頭部を軽く前屈し、助手に保持させる。

② 外後頭隆起から下方に向かって正中線を探っていくと、いったん陥没した後、軸椎の棘突起に触れる。これより約 0.5 cm 上方の、指圧により最も深く陥没する部分を刺入点とし、同部を剃毛消毒した後局所麻酔を行う。

③ X 線透視下でこの刺入点より、ストッパーのついている穿刺針を正しく正中矢状方向に皮膚および項靱帯を穿刺し、次いで後頭骨下縁に針尖を突きあてた後、針尖の方向を下方に変えて、大後頭孔の縁をすべらせながら針を進める。直接法 (エイヤー) では、後頭骨に突きあてることなく、針尖を眉間と外聴道上縁とを結合する直線の方向に進める。すると 4~5 cm で硬膜を貫く手応えを感じて小脳延髄槽 (大槽) に達する (図 3-5)。

注意 危険な事故として血管損傷 (出血)、延髄損傷 (痙攣、電撃性疼痛、脈拍微弱、呼吸困難、意識障害など)、大槽閉鎖 (呼吸麻痺) などをきたす。現在はこのように危険な方法を用いずに MRI などによって必要な情報が得られるため、ほとんど施行されない。

禁忌 腰椎穿刺の場合と同様である。天幕下腫瘍の場合には大槽の深程が浅く、延髄損傷の危険が大きい。

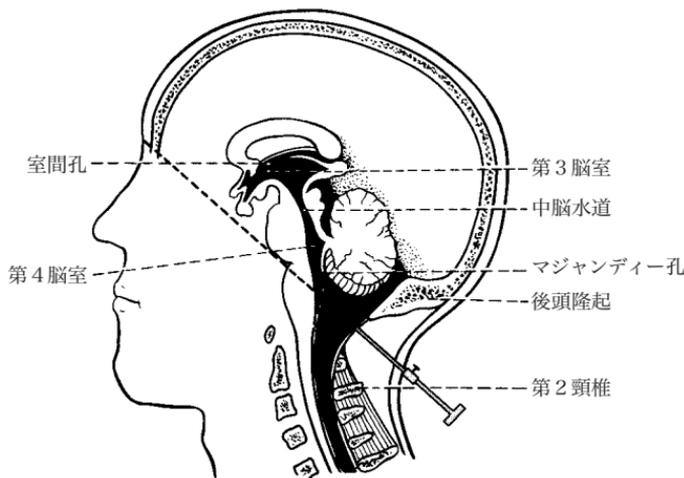


図 3-5 後頭下穿刺部位

c. 頸椎側方穿刺

かつては後頭下穿刺法の代わりに、特に脊椎造影において広く利用されていた。乳様突起先端より 1 cm 後方かつ 1 cm 尾側が穿刺部位で、消毒局所麻酔後頸部に垂直にベッドに水平の方向に針を進める。透視下では第 2 頸椎椎体後縁より約 1 cm 後方の間隙に向かってることを確かめる。

d. 脳室穿刺 (ventricular puncture)

本法は脳室ドレナージとして、クモ膜下出血や水頭症での減圧法として脳神経外科医が手術として施行する手技である。頭蓋骨に穴を開け、脳実質を穿破し、側脳室にドレーン先端を挿入する。前角穿刺 [冠状縫合の直前で、正中線から 2 cm 側方を (上矢状洞をさけて) に骨窓を開け外聴道の方向に向け正中矢状面に平行して進める]、後角穿刺 (外後頭隆起から 3 cm 上方、正中線から 2 cm 側方で穿孔し、穿刺針を上眼窩縁に向け矢状面に平行に進める) がある。小児で大泉門が閉鎖していないときには、大泉門の側後部で穿刺し、前角穿刺と同じ要領で 2~3 cm 徐々に刺入する (大泉門穿刺)。