



図5 頸神経叢ブロックの体位とブロックの様子

- (A) 頸神経叢ブロックの体位：肩枕を入れるとスペースができて行きやすい。  
 (B) 浅頸神経叢ブロックを行っている様子。

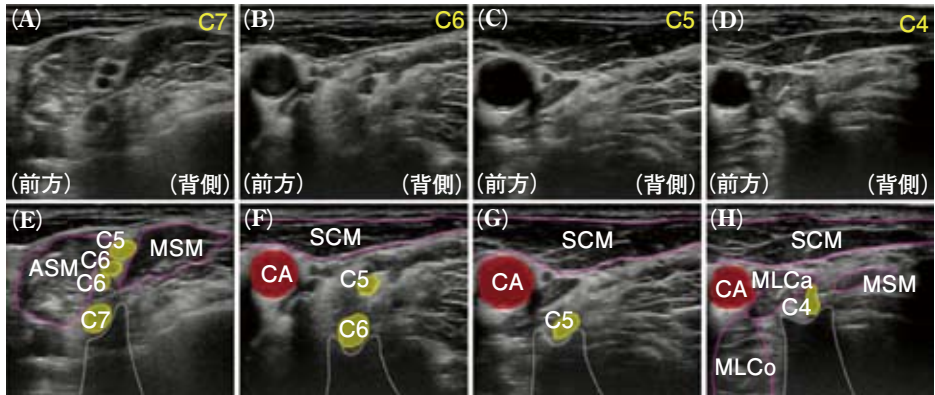


図6 C7からC4へプローブを移動させたときの画像

- (A) (E) C7レベル, (B) (F) C6レベル, (C) (G) C5レベル, (D) (H) C4レベル。  
 MSM：中斜角筋, ASM：前斜角筋, CA：総頸動脈, SCM：胸鎖乳突筋, MLCa：頭長筋, MLCa：頭長筋。

滑り台様の構造をしており、C6より頭側からはいわゆるカニ爪様となる。プローブを頭側へ移動していきC4横突起を確認したら、プローブを患者の背側に少し動かし、胸鎖乳突筋の後縁を描出する。個人差は多いが、このレベルの胸鎖乳突筋はエコーで見ると、表面から目視で確認できる後縁よりも、後方へ薄く伸びていることもある。

エコーガイド下では、C4(-C5)レベルで胸鎖乳突筋後縁から穿刺する。浅頸神経叢ブロックはエコーでは神経を確認することが難しい場合も多く、浅頸筋膜を貫いたら胸鎖乳突筋後縁の背側(図4:Bの位置)まで針を進め、薬液を注入する。薬液が浅頸筋膜と椎前葉の間に広がることを確認する。薬液は5mLもあれば十分である。前述のような胸鎖乳突筋が後方に薄く伸びている患者の場合はスペースが広く比較的安全であるが、過量の薬剤投与や横突起(神経根)に近い位置での薬液注入は中間頸



図 38 鎖骨下アプローチの体位とプローブの置き方

- (A) 鎖骨下近位アプローチ，(B) 鎖骨下遠位アプローチ。  
 (C) 腕を閉じた状態でのプローブの位置：鎖骨の直近で穿刺する必要がある。  
 (D) 腕を広げた状態でのプローブの位置：鎖骨とプローブの間に穿刺スペースが広くとれる。



図 39 鎖骨下アプローチを行っている様子。

アプローチは鎖骨上アプローチと画像がほぼ同じであることが多く，表層の血管が豊富であるならば無理はせず鎖骨上アプローチに切り替える方が安全である。また，同様の理由から鎖骨下遠位アプローチも，より肩に近い側で行うことが動脈などの構造