



Znieczulenie do cięcia cesarskiego



Jedno na pięć dzieci rodzi się poprzez **cięcie cesarskie**. Dwie trzecie cięć cesarskich jest niespodziewanych, dlatego też broszura ta może okazać się użyteczna nawet wtedy, jeżeli sama nie spodziewasz się mieć cięcia cesarskiego.

Urodzenie dziecka to niezapomniane przeżycie

Cięcie cesarskie może dać taką samą satysfakcję jak zwykły poród. Jeżeli okaże się, że potrzebujesz cięcia cesarskiego, to nie powinnaś mieć poczucia, że zawiodłaś siebie lub innych. Najważniejsze jest bezpieczeństwo Twoje i Twojego dziecka. Cięcie cesarskie może być najlepszym sposobem, aby je zapewnić.

Istnieje kilka rodzajów znieczulenia do cięcia cesarskiego. Ta broszura objaśnia je oraz informuje o tym, co dzieje się podczas znieczulenia. Rodzaje znieczulenia można omówić z anestezjologiem. Anestezjolog położniczy to lekarz, który specjalizuje się w podawaniu środków znieczulających kobietom w ciąży.

Wykonanie cięcia cesarskiego można zaplanować wcześniej – jest to wówczas **planowe cięcie cesarskie**. Twój położnik (lekarz współpracujący z położnymi, opiekujący się kobietami w ciąży i przyjmujący porody) może zalecić takie cięcie, jeżeli sądzi, że możesz mieć problemy z prawidłowym porodem. Cięcie cesarskie jest zalecane na przykład w sytuacji, gdy dziecko pod koniec ciąży znajduje się w nietypowej pozycji.

W niektórych przypadkach położnik może zalecić pilne, niezaplanowane cięcie cesarskie, zwykle gdy kobieta zaczęła już rodzić. Nazywa się to **pilnym cięciem cesarskim**. Może ono zostać Ci zalecone ze względu na zbyt wolny postęp porodu, pogarszanie się stanu dziecka, lub gdy obie te sytuacje występują jednocześnie.

Położnik wytłumaczy Ci, dlaczego uważa, że powinnaś mieć wykonane cięcie cesarskie, a przedtem otrzyma Twoją zgodę na operację.

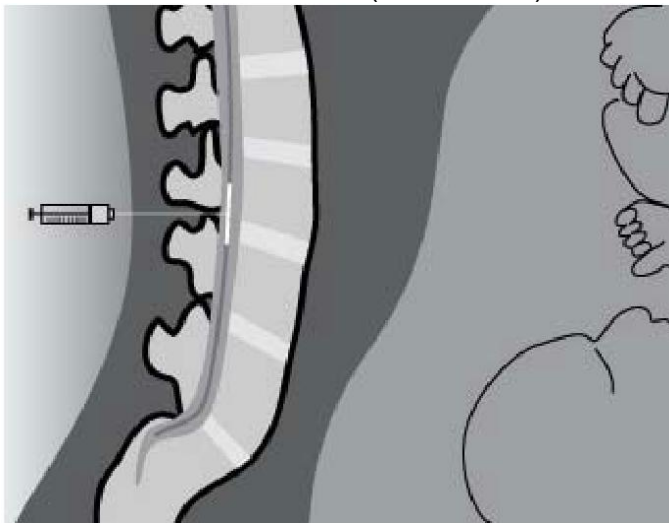
Rodzaje znieczulenia

Wyróżnia się dwa główne rodzaje znieczuleń. Możesz być przytomna (**znieczulenie przewodowe**) lub możesz spać (**znieczulenie ogólne**). Zwykle podczas cięcia cesarskiego wykonuje się znieczulenie przewodowe - takie, podczas którego jest się przytomnym, ale nie czuje żadnych bodźców w dolnej części ciała. Jest ono zwykle bezpieczniejsze dla Ciebie i Twojego dziecka i umożliwia Tobie i Twojemu partnerowi wspólnie uczestniczyć w narodzinach.

Istnieją trzy rodzaje znieczulenia przewodowego:

1 **Rdzeniowe (podpajęczynówkowe)** – to metoda najczęściej stosowana. Można ją stosować do cięć cesarskich pilnych i planowych. Nerwy przewodzące czucie z dolnej połowy ciała mieszczą się w worku z płynem wewnątrz kręgosłupa. Do tego worka z płynem anestezjolog wstrzyknie środek miejscowo znieczulający, używając bardzo cienkiej igły. Ta metoda działa szybko i wymaga jedynie małej dawki środka znieczulającego.

ZNIECZULENIE PRZEWODOWE (REGIONALNE)



2 Zewnątrzoponowe – w pobliżu nerwów wewnątrz kręgosłupa wprowadza się cienką plastikową rurkę lub cewnik. Przez tę rurkę w razie potrzeby można podawać leki, które spowodują odrętwienie nerwów. Znieczulenie zewnątrzoponowe często stosuje się do zniesienia bólu podczas porodu, używając do tego słabych roztworów środka miejscowo znieczulającego. Jeżeli konieczne jest wykonanie cięcia cesarskiego, anestezjolog może uzupełnić znieczulenie zewnątrzoponowe podając silniejszy roztwór środka miejscowo znieczulającego. Do znieczulenia zewnątrzoponowego potrzebna jest większa dawka środka miejscowo znieczulającego, niż do rdzeniowego (podpajęczynówkowego) i zaczyna ono działać po dłuższym czasie.

3 Połączone znieczulenie rdzeniowo (podpajęczynówkowo) - zewnątrzoponowe (CSE) – jest połączeniem obydwu metod. Znieczulenie podpajęczynówkowe szybko powoduje odrętwienie potrzebne do cięcia cesarskiego. Znieczulenie zewnątrzoponowe można wykorzystać do podania większej dawki środka znieczulającego, jeżeli będzie to potrzebne oraz do podawania leków usmierzających ból po operacji.

Znieczulenie ogólne – jeżeli będziesz mieć znieczulenie ogólne, podczas wykonywania cięcia cesarskiego przez położnika będziesz uśpiona. Znieczulenia ogólnego w ostatnich czasach używa się rzadziej. Może być potrzebne w niektórych sytuacjach nagłych, jeżeli istnieje powód, dla którego lek miejscowo znieczulający jest dla Ciebie niewskazany lub jeżeli wolisz być uśpiona.

Zalety i wady każdego z tych znieczuleń omówiono w dalszej części tej broszury. Na początku warto dowiedzieć się, co dzieje się, gdy planowane jest cięcie cesarskie i wyznaczono datę operacji.

Planowe cięcia cesarskie

Badanie

Zwykle przed operacją przychodzi się wcześniej do szpitala. Spotkasz się z położną, która pobierze krew na badania przed operacją. Wyjaśni też, czego się spodziewać. Większość kobiet po badaniu idzie do domu i wraca do szpitala w dniu operacji, ale może być potrzebne pozostanie w szpitalu na noc przed zabiegiem. Położna może dać Ci tabletki, aby zmniejszyć ilość kwasu w żołądku i zapobiec nudnościom. Powinnaś zażyć jedną wieczorem przed operacją i jedną rano, w dniu operacji. O wszystkim dowiesz się na miejscu.

Wizyta u anestezyjologa

Przed cięciem cesarskim powinnaś spotkać się z anestezyjologiem. Anestezyjolog porozmawia z Tobą o twoich przebytych chorobach i wszystkich znieczuleniach, jakie miałaś w przeszłości. Może być potrzebne badanie lub wykonanie dodatkowych testów. Anestezyjolog omówi z Tobą różne rodzaje znieczuleń, które możesz mieć oraz odpowie na Twoje pytania.



W dniu operacji

Położna potwierdzi godzinę operacji i sprawdzi, czy zażyłaś tabletki. Może być konieczna depilacja linii bikini. Na nadgarstek lub na kostkę otrzymasz opaskę z nazwiskiem. Położna może pomóc Ci włożyć specjalne ciasne pończochy (nazywane pończochami uciskowymi), które zapobiegną

tworzeniu się skrzepów w nogach. Otrzymasz do ubrania koszulę operacyjną. Partner towarzyszący Ci podczas porodu, jeżeli jest z Tobą, może wejść z Tobą i z położną na salę operacyjną. Położna da mu specjalne ubranie, które należy mieć na sobie będąc na sali operacyjnej.

Na sali operacyjnej pracuje wiele osób.

- Będzie tam **położna**, która pomoże zaopiekować się Tobą i Twoim dzieckiem.
- **Anestezjolog** będzie pracował z **asystentem**.
- **Położnikowi** pomaga **asystent i pielęgniarka instrumentariuszka**.
- Będzie tam jeszcze jedna **pielęgniarka**, odpowiedzialna za podawanie dodatkowego sprzętu. **Personel** sali operacyjnej liczy co najmniej **siedem osób**.

Na sali operacyjnej podłączą Ci przyrządy do pomiaru ciśnienia krwi, częstości pracy serca i ilości tlenu w krwi. Jest to niebolesne. Anestezjolog założy Ci kaniulę (cienką plastikową rurkę) do żyły na ręce lub przedramieniu i podłączy kroplówkę, żeby podawać Ci płyny. Następnie anestezjolog rozpocznie znieczulenie.

Gdy będziesz mieć znieczulenie przewodowe

Jeżeli będziesz mieć znieczulenie przewodowe, partner towarzyszący Ci przy porodzie będzie mógł być razem z Tobą na sali operacyjnej. Poproszą go, aby usiadł i unikał pewnych miejsc na sali. Służy to temu, żeby zmniejszyć niebezpieczeństwo zakażenia sterylnych narzędzi operacyjnych. (Jeżeli będziesz mieć znieczulenie ogólne, Twój partner zostanie poproszony o czekanie w innym pomieszczeniu.)

Poproszą Cię, żebyś usiadła lub położyła się na boku, zginając plecy w pałąk. Anestezjolog posmaruje Ci plecy roztworem odkażającym. To będzie zimne. Następnie odnajdzie odpowiednie miejsce pośrodku dolnej części pleców i poda niewielki zastrzyk znieczulający, żeby znieczulić Ci skórę. To czasami przez chwilę piecze.

Następnie, przy znieczuleniu rdzeniowym (podpajęczynówkowym), do pleców wkłuta będzie cieniutka igła. Niekiedy podczas wprowadzania igły możesz poczuć łaskotanie (mrowienie) wzdłuż nogi, jakby po nodze przeszedł prąd.



Należy powiedzieć o tym anesteziologowi, ale bardzo ważne jest, aby podczas wykonywania wstrzyknięcia podpajęczynówkowego pozostać nieruchomo. Kiedy igła znajdzie się we właściwym położeniu, wstrzykną Ci lek miejscowo znieczulający i lek przeciwbólowy, a następnie wyjmą igłę. Zwykle zajmuje to tylko kilka minut, ale jeśli trudno jest zlokalizować odpowiednie miejsce do wkłucia igły, może to trwać dłużej.

Do znieczulenia zewnątrzoponowego (lub połączonego znieczulenia podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowego) anesteziolog używa grubszej igły, żeby umieścić cewnik zewnątrzoponowy (rurkę) w przestrzeni obok nerwów w kręgosłupie. Tak jak w przypadku znieczulenia podpajęczynówkowego, powoduje to czasem łaskoczące uczucie przechodzenia niewielkiego prądu wzdłuż nogi. Ważne jest, aby nie poruszać się w chwili, gdy anesteziolog zakłada cewnik zewnątrzoponowy, ale kiedy cewnik już znajdzie się na miejscu, igła zostanie wyjęta i już nie trzeba będzie pozostać w bezruchu.

Będziesz wiedziała, czy znieczulenie podpajęczynówkowe lub zewnątrzoponowe działa, bo Twoje nogi zaczną robić się bardzo ciężkie i ciepłe. Możesz także zacząć odczuwać mrowienie. Stopniowo ciało będzie

drętwieć od stóp w górę. Przed operacją anestezjolog sprawdzi, czy odrętwienie sięga do wysokości połowy klatki piersiowej. Żeby upewnić się, czy znieczulenie działa prawidłowo, czasami trzeba będzie zmienić Twoją pozycję. Personel będzie często mierzył Ci ciśnienie krwi.

Kiedy znieczulenie zacznie działać, położna założy Ci rurkę (cewnik moczowy) do pęcherza, aby podczas zabiegu był on pusty. To nie powinno być nieprzyjemne. Rurka pozostanie w pęcherzu do następnego ranka, więc nie będziesz musiała się martwić o to, czy będziesz mogła oddawać mocz.

Podczas operacji będziesz leżeć na plecach, przechylona na lewy bok. Jeżeli w dowolnym momencie poczujesz mdłości, powinnaś powiedzieć o tym anestezjologowi. Uczucie mdłości często spowodowane jest spadkiem ciśnienia krwi. Anestezjolog poda Ci leki, które złagodzą ten objaw.

Do momentu urodzenia dziecka możesz otrzymywać tlen do oddychania przez przezroczystą plastikową maskę po to, aby zapewnić dziecku dużą ilość tlenu przed urodzeniem.

Operacja

Od dolnej połowy ciała i operacji Ciebie i Twojego partnera towarzyszącego Ci przy porodzie oddzielać będzie ekran (zasłona). Anestezjolog będzie przy Tobie przez cały czas. W tle możesz słyszeć odgłosy przygotowań. Dzieje się tak dlatego, że położnik pracuje z zespołem położnych i personelem bloku operacyjnego.

Skórę zwykle nacina się nieco poniżej linii bikini. Po rozpoczęciu operacji usłyszysz dźwięki narzędzi i odsysania płynów z miejsca wokół dziecka. Możesz odczuwać pchanie i nacisk, ale nie powinnaś czuć bólu. Niektóre kobiety opisują to uczucie jakby „ktoś robił pranie w środku brzucha”. Anestezjolog będzie rozmawiał z Tobą w czasie operacji i w razie potrzeby może podać Ci dodatkowe leki przeciwbólowe. Niekiedy trzeba pacjentce podać znieczulenie ogólne, ale nie zdarza się to często.

Od początku operacji do urodzenia się dziecka upływa zwykle około 10 minut. Natychmiast po urodzeniu się dziecka położna osusza je i bada. Razem z położną dziecko może badać pediatra. Potem Ty i Twój partner będziecie mogli przytulić dziecko i, w niektórych przypadkach, mieć kontakt „skóra do skóry”.



Po narodzinach dziecka do kroplówki dodany będzie lek Syntocinon, pomagający obkurczyć macicę (tono) i usunąć łożysko. Do kroplówki dostaniesz także antybiotyk, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia rany. Dokończenie operacji zajmie położnikowi jeszcze około pół godziny. Po zabiegu możesz mieć zaaplikowany czopek (tabletkę) doodbytniczo, aby uśmierzyć ból pojawiający się po ustąpieniu znieczulenia.



Po zakończeniu operacji

Po operacji zostaniesz przeniesiona do sali pooperacyjnej, gdzie będziesz miała monitorowane ciśnienie krwi. Twój partner i dziecko zwykle mogą tam z Tobą być. Twoje dziecko będzie zważone i wtedy, jeżeli będziesz chciała, będziesz mogła zacząć karmić je piersią. Na sali pooperacyjnej znieczulenie zacznie stopniowo ustępować. Możesz wtedy odczuwać mrowienie i swędzenie. W ciągu kilku godzin znów będziesz mogła ruszać nogami.

Leki uśmierzające ból podane ze znieczuleniem rdzeniowym (podpajęczynówkowym) lub zewnątrzoponowym powinny działać przeciwbólowo jeszcze przez kilka godzin. Lepiej jest zażywać leki przeciwbólowe w regularnych odstępach czasu, gdy zaleca je lekarz lub pielęgniarka, niż czekać, aż pojawi się ból. Leki, które dostaniesz nie będą miały wpływu na dziecko podczas karmienia piersią.

Gdy będziesz mieć znieczulenie ogólne

Istnieje kilka powodów, dla których możesz potrzebować znieczulenia ogólnego.

- W niektórych przypadkach, gdy krew nie może prawidłowo krzepnąć, lepiej nie mieć znieczulenia przewodowego.
- Gdy masz mieć pilne cięcie cesarskie, może nie być dość czasu na to, żeby znieczulenie przewodowe zaczęło działać.

- Nieprawidłowości w obrębie pleców mogą spowodować, że znieczulenie przewodowe będzie bardzo trudne lub niemożliwe do wykonania.
- Czasem znieczulenie rdzeniowe (podpajęczynówkowe) lub zewnątrzoponowe nie może być podane do właściwego miejsca lub może nie działać prawidłowo.

Większość przygotowań do zabiegu jest podobna do tych w przypadku znieczulenia przewodowego. Jednak Twój partner nie będzie mógł zostać z Tobą na sali operacyjnej. Dostaniesz lek zobojętniający treść żołądkową (zmniejszający ilość kwasów w żołądku), a położna może wprowadzić cewnik do pęcherza moczowego przed rozpoczęciem znieczulenia. Anestezjolog będzie przez kilka minut podawał Ci przez maseczkę tlen do oddychania. Gdy położnik i cały zespół będzie już gotowy, anestezjolog poda lek znieczulający do kroplówki, żeby Cię uśpić. Tuż przed zaśnięciem asystent anestezjologa lekko naciśnie Ci na szyję po to, żeby płyn z żołądka nie przedostał się do Twoich płuc. Lek znieczulający zaczyna działać bardzo szybko.



Kiedy zaśniesz, anestezjolog założy rurkę do twoich dróg oddechowych, aby zapobiec przedostaniu się płynów z żołądka do płuc i umożliwić urządzeniu oddychanie za Ciebie. Anestezjolog będzie kontynuował znieczulenie po to, żebyś spała i żeby umożliwić położnikowi bezpieczne wydostanie dziecka. Ale Ty nie będziesz o niczym wiedziała.

Po obudzeniu możesz czuć w gardle drapanie od rurki oraz ból

pooperacyjny. Możesz także być nieco senna i możesz odczuwać nudności, ale szybko powinnaś dojść do siebie. Zostaniesz przeniesiona do sali pooperacyjnej, gdzie spotkasz się z Twoim dzieckiem i partnerem.

Pilne cięcie cesarskie

Operacja pilna to taka, która nie była planowana na dzień lub dwa dni wcześniej. Stopień pilności może być bardzo różny. Operacja mniej pilna wykonywana jest niemal w ten sam sposób, co operacja planowa, jednak będzie czas tylko na podanie jednej tabletki zmniejszającej kwaśność soków żołądkowych. W niektórych przypadkach operację trzeba wykonać bardzo szybko. Operacja może być wykonana w ciągu godziny od podjęcia takiej decyzji lub rzadziej - natychmiast (najwcześniej, jak się da). Najczęstszym powodem dla pilnego cięcia cesarskiego jest nagły problem z dzieckiem (czasami nazywany „stanem zagrożenia płodu”).

Jeżeli będzie wymagane bardzo pilne cięcie cesarskie, zwykle wykonywane przygotowania mogą być zmienione lub całkiem pominięte. Będzie potrzebne wklucie kaniuli (cienkiej plastikowej rurki) do żyły na rękę, o ile jeszcze nie została wkluta. Personel może podać Ci lek zmniejszający ilość kwasów w żołądku przez kaniulę do żyły, a nie w postaci tabletki. Możesz dostać tlen do oddychania przez ściśle przylegającą maskę.

Jeżeli do porodu miałaś już masz założone znieczulenie zewnątrzoponowe i działa ono prawidłowo, wtedy anestezjolog może spróbować podać przez nie wystarczającą ilość środka znieczulającego, żeby wykonać pilne cięcie cesarskie. Podadzą Ci dużą dawkę silnego środka miejscowo znieczulającego po to, żeby blokada przeciwbólowa była wystarczająco silna do operacji.

Anestezjolog będzie musiał zdecydować, czy jest dość czasu, żeby uzupełniać znieczulenie zewnątrzoponowe, czy też wykonać znieczulenie rdzeniowe (podpajęczynówkowe) jeżeli nie masz założonego cewnika zewnątrzoponowego lub jeżeli znieczulenie zewnątrzoponowe nie działa w wystarczający sposób. Jeżeli nie ma czasu na podejmowanie prób znieczulenia przewodowego lub jeśli nie ma czasu, żeby zaczęło właściwie działać, będziesz musiała mieć znieczulenie ogólne. Jeżeli powiedziałaś anestezjologowi, że wolałabyś mieć do cięcia znieczulenie przewodowe, prawdopodobieństwo tego, że będzie musiało być wykonane znieczulenie ogólne do cięcia cesarskiego, są w przypadku większości kobiet bardzo małe. Tylko około jedno na dziesięć cięć cesarskich jest bardzo pilne.

Czasami, gdy wymagane jest bardzo szybkie działanie, personel nie ma czasu szczegółowo wyjaśniać Tobie i Twojemu partnerowi, co się dzieje. Twój partner być może będzie musiał poczekać w sali porodowej, kiedy będziesz miała operację. To może Cię martwić lub zaniepokoić. Jednakże personel po zabiegu zawsze wyjaśni, co się działo i dlaczego.

Uśmierzanie bólu po operacji

Istnieje kilka sposobów na podawanie leków uśmierzających ból po cięciu cesarskim.

- Możesz otrzymać długodziałający środek przeciwbólowy do znieczulenia rdzeniowego lub zewnątrzoponowego.
- W niektórych szpitalach zostawia się cewnik zewnątrzoponowy na czas po zabiegu, po to, aby później móc podawać przez niego więcej leków.
- Położna na zakończenie operacji może podać Ci czopek zawierający lek przeciwbólowy.
- Położna może wstrzyknąć Ci morfinę lub podobny lek przeciwbólowy.
- Zespół może podłączyć Ci kroplówkę zawierającą morfinę lub podobny lek. Możesz sterować ilością leków uśmierzających ból, które otrzymujesz. Nazywa się to analgezą sterowaną przez pacjenta lub PCA.
- Położna poda Ci tabletki takie jak diklofenak, paracetamol lub kodeina.

Zalety znieczulenia przewodowego w porównaniu ze znieczuleniem ogólnym.

- Znieczulenia rdzeniowe (podpajęczynówkowe) i zewnątrzoponowe zwykle są bardziej bezpieczne dla Ciebie i Twojego dziecka.
- Umożliwiają Tobie i Twojemu partnerowi uczestnictwo w narodzinach.
- Nie będziesz senna po operacji.
- Będziesz mogła karmić dziecko i trzymać je przy sobie najwcześniej, jak to możliwe.
- Po zabiegu będziesz miała dobre uśmierzanie bólu.
- Twoje dziecko po urodzeniu będzie bardziej przytomne.

Wady znieczulenia przewodowego w porównaniu ze znieczuleniem ogólnym

- Znieczulenie rdzeniowe i zewnątrzoponowe mogą obniżyć ciśnienie krwi, chociaż stan ten jest łatwy do leczenia.
- Zwykle dłużej trwa, zanim zaczną działać, więc potrzeba więcej czasu na przygotowanie Cię do operacji, niż w przypadku znieczulenia ogólnego.
- Czasami możesz mieć dreszcze.
- W rzadkich przypadkach takie znieczulenie nie działa prawidłowo i trzeba podać znieczulenie ogólne.
- Około cztery na 10 kobiet, które miały znieczulenie zewnątrzoponowe i dwie na 10 ze znieczuleniem rdzeniowym (podpajęczynówkowym) ma tkliwe miejsce w punkcie wkłuwania igły. Ta bolesność miejsca może utrzymywać się przez kilka tygodni lub miesięcy, ale występuje rzadko.

Urodzenie dziecka poprzez cięcie cesarskie jest bezpieczne i może być

bardzo satysfakcjonującym doświadczeniem. Wiele kobiet chce, żeby podczas zabiegu zachować przytomność. Inne mogą musieć być uśpione z powodów omówionych wcześniej. Mamy nadzieję, że ta broszura pomoże Ci dokonać najlepszego wyboru w przypadku, gdyby okazało się, że potrzebujesz cięcia cesarskiego.

Ryzyko związane ze znieczuleniem przewodowym podano w tabeli poniżej. Informacje pochodzą z publikacji podanych poniżej. Liczby przedstawione w tabeli są szacunkowe i mogą być różne w różnych szpitalach.

- Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. British Journal of Anaesthesia 1995 - rozdział 75, strony 522-526.
- Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. Anaesthesia 2003 - rozdział 58, strony 962-984.
- Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. Anaesthesia 2003 - rozdział 58, strony 1114-1118.
- Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. International Journal of Obstetric Anesthesia 2005 - rozdział 14, strony 37-42.
- Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. International Journal of Obstetric Anesthesia 2005 - rozdział 14, strony 183-188.

Ryzyko związane ze znieczuleniem zewnątrzoponowym i rdzeniowym (podpajęczynówkowym) zmniejszającym ból porodowy

Rodzaj ryzyka	Jak często się zdarza	Jak często występuje?
Znaczny spadek ciśnienia krwi	1 na 5 kobiet (znieczulenie podpajęczynówkowe) 1 na 50 kobiet (zewnątrzoponowe)	Często Okazjonalnie
Nie działa wystarczająco dobrze do cięcia cesarskiego i trzeba zrobić znieczulenie ogólne	1 na 20 kobiet (znieczulenie zewnątrzoponowe) 1 na 100 kobiet (podpajęczynówkowe)	Czasami Okazjonalnie
Silny ból głowy	1 na 100 kobiet (znieczulenie zewnątrzoponowe) 1 na 500 kobiet (podpajęczynówkowe)	Nieczęsto Nieczęsto
Uszkodzenie nerwu (drętwe miejsce na nodze lub stopie, lub osłabienie całej nogi) Efekt utrzymuje się powyżej 6 miesięcy	Czasowe – 1 na 1 000 kobiet Stałe – 1 na 13 000 kobiet	Rzadko Rzadko
Ropień zewnątrzoponowy (zakażenie)	1 na 50 000 kobiet	Bardzo rzadko
Zapalenie opon mózgowych	1 na 100 000 kobiet	Bardzo rzadko
Krwiak zewnątrzoponowy (skrzep krwi)	1 na 170 000 kobiet	Bardzo rzadko
Nagła utrata świadomości	1 na 5 000 kobiet	Rzadko
Ciężki uraz, m.in. paraliż	1 na 250 000 kobiet	Niezwykle rzadko

Nie ma w opublikowanej literaturze dokładnych liczb dotyczących wszystkich wymienionych ryzyk. Liczby te są jedynie szacunkowe i mogą być różne w różnych szpitalach.

- Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/ anesthesia. *Anesthesiology* 2006 - rozdział 105, strony 394-399.

Ogólnokrajowe badanie wykazało, że zastosowanie znieczulenia przewodowego u kobiet ciężarnych niesie niższe ryzyko trwałego uszczerbku na zdrowiu niż w innych grupach pacjentów [Cook TM, Counsell D, Wildsmith JAW Major complications of central neuraxial block: report on the third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists. *British Journal of Anaesthesia* 2009; 102: 179-190]

Więcej informacji na temat środków znieczulających i ryzyka związanego ze znieczuleniem można uzyskać w Królewskim Kolegium Anestezjologów na stronie www.youranaesthetic.info lub z OAA: www.oaaformothers.info.

Dodatkowe informacje o standardach opieki podczas cięcia cesarskiego można znaleźć w książce *Caesarean section clinical guideline* (Cięcie cesarskie: poradnik kliniczny) (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; zarządzane przez National Institute for Clinical Excellence. London: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Press, 2004).

Ryzyko znieczulenia ogólnego

Rodzaj ryzyka	Jak często się zdarza	Jak często występuje?
Infekcje w obrębie klatki piersiowej	1 na 5 kobiet	Często (w większości nie są ciężkie)
Ból gardła	1 na 5 kobiet	Częste
Uczucie nudności	1 na 10 kobiet	Częste
Problemy z drogami oddechowymi prowadzące do obniżenia poziomu tlenu we krwi	1 na 300 kobiet	Nieczęsto
Płyn z żołądka przedostaje się do płuc – ciężkie zapalenie płuc	1 na 300 kobiet	Nieczęsto
Owrzodzenie rogówki (Zadrapanie w oku)	1 na 600 kobiet	Nieczęsto
Uszkodzenia zębów	1 na 4 500 kobiet	Rzadko
Zachowanie świadomości (stan przytomności podczas znieczulenia)	1 na 250 do 1000 kobiet	Rzadko
Anafilaksja (ciężka reakcja alergiczna)	1 na 10 000 do 20 000 kobiet	Bardzo rzadko
Zgon lub uszkodzenie mózgu	Zgon: poniżej 1 na 100 000. Uszkodzenie mózgu	Bardzo rzadko (1 lub 2 przypadki rocznie w Wielkiej Brytanii) Bardzo rzadko (nie ma dokładnych liczb)

Broszura ta została przygotowana przez komisję informacji dla matek Stowarzyszenia Anestezjologów Położniczych (Mothers Subcommittee of the Obstetric Anaesthetists' Association).

W skład tej komisji wchodzi następujące osoby: Dr Rosie Jones (przewodnicząca); Charis Beynon (przedstawiciel National Childbirth Trust); Shaheen Chaudry (przedstawiciel konsumentów); Dr Rachel Collis (konsultant anestezjolog); Dr Rhona Hughes (przedstawiciel Royal College of Obstetricians and Gynaecologists); Gail Johnson (przedstawiciel Royal College of Midwives); Dr Michael Kinsella (konsultant anestezjolog); Dr Makani Purva (konsultant anestezjolog); Dr Ratnasabapathy Sashidharan (konsultant anestezjolog).

Chcielibyśmy także złożyć podziękowanie dr Michaelowi Wee (byłemu przewodniczącemu komisji informacji dla matek), dr Roshanowi Fernando i profesor Felicity Reynolds za ich pracę nad poprzednim wydaniem.

- Przygotowaliśmy również broszurę dla matek pod tytułem **Uśmierzenie bólu podczas porodu** oraz dwa filmy na podwójnym DVD pod tytułem **Jak walczyć z bólem porodowym i Znieczulenie do cięcia cesarskiego**.
- Broszury te możesz znaleźć na naszej stronie internetowej wraz z ich tłumaczeniami na język arabski, bengalski, chorwacki, czeski, francuski, grecki, gudżarati, kantoński, hindi, hiszpański, islandzki, japoński, mandaryński, niemiecki, polski, portugalski, pendżabi, rumuński, rosyjski, serbski, somalijski, tamilski, turecki, urdu, walijski i włoski.

Dodatkowe egzemplarze obydwu broszur (w pakietach po 50 lub 750) i podwójne DVD można zamówić wypełniając formularz zamówienia na stronie www.oaformothers.info

Sekretariat OAA

Telefon: +44 (0)20 8741 1311 E-mail: secretariat@oaa-anaes.ac.uk

Strona internetowa: www.oaformothers.info

Organizacja pożytku publicznego zarejestrowana pod nr 1111382

© Obstetric Anaesthetists' Association 2009

Wydanie drugie, październik 2009