

BROSZURA INFORMACYJNA DLA PRZYSZŁYCH MATEK



ZNIECZULENIE DO CIĘCIA CESARSKIEGO

DROGA PACJENTKO!

Jedno na pięćdziesiąt 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 to lekarz, który specjalizuje się w znieczulaniu pacjentów do operacji lub – w razie potrzeby – do innych nieprzyjemnych procedur oraz leczy najciężiej chorych pacjentów w Oddziale Intensywnej Terapii.

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 uczestniczyć w narodzinach.

1. ZNIECZULENIE PRZEWODOWE

Istnieją trzy rodzaje znieczulenia przewodowego:

1) **Rdzeniowe (podpajęczynówkowe)** – to metoda najczęściej stosowana. Można ją stosować do niektórych cięć cesarskich pilnych i większości planowych. Nerwy przewodzące czucie z dolnej połowy ciała mieszczą się w worku z płynem wewnątrz kręgosłupa. Do tego worka z płynem anestezjolog wstrzykuje środek

miejscowo znieczulający, używając bardzo cienkiej igły. Ta metoda działa szybko i wymaga jedynie małej dawki środka znieczulającego.



2) **Zewnątrzoponowe** – w okolicę nerwów znajdujących się wewnątrz kręgosłupa wprowadza się cienki cewnik (tzw. cewnik zewnątrzoponowy). Przez tak umieszczony i pozostawiony cewnik w razie potrzeby można podawać leki, które spowodują znieczulenie 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), a ponadto zaczyna ono działać po dłuższym czasie.

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

2. ZNIECZULENIE OGÓLNE

Jeżeli będziesz mieć znieczulenie ogólne, podczas wykonywania cięcia cesarskiego przez położnika będziesz uśpiona. Znieczulenie ogólne do cięcia cesarskiego w ostatnich latach wykonuje się rzadziej. Może być potrzebne w niektórych nagłych sytuacjach położniczych, jeżeli istnieją przeciwwskazania do wykonania znieczulenia regionalnego 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 wykonuje się planowane cięcie cesarskie i wyznaczono datę operacji.

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. Położna może dać Ci tabletki (lub/i roztwór do wypicia), 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 anestezjologa

Przed cięciem cesarskim powinnaś spotkać się z anestezjologiem. Anestezjolog porozmawia z Tobą o twoich przebytych chorobach i wszystkich znieczuleniach, jakie miałaś w przeszłości. Może być potrzebne wykonanie dodatkowych badań lub konsultacji innych specjalistów. Anestezjolog 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 częściowa depilacja. Na nadgarstek lub na kostkę otrzymasz opaskę z nazwiskiem. Położna może pomóc Ci włożyć specjalne ciasne pończochy (nazywane pończochami uciskowymi), które zapobiegają tworzeniu się zakrzepów w nogach. Otrzymasz do ubrania koszulę operacyjną.

W czasie cięcia cesarskiego, na sali operacyjnej pracuje **zespół operacyjny**, który liczy kilka osób.

- ✓ Będzie tam **położna**, która pomoże zaopiekować się Tobą i Twoim dzieckiem.
- ✓ **Anestezjolog** będzie pracował z **pielęgniarką anestezjologiczną**.
- ✓ **Położnikowi** pomaga **asystent** i **pielęgniarka instrumentariuszka**.
- ✓ Będzie jeszcze jedna **pielęgniarka**, odpowiedzialna za podawanie dodatkowego sprzętu.



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

Gdy będziesz mieć znieczulenie przewodowe

Poproszą Cię, żebyś usiadła lub położyła się na boku, zginając plecy w pałąk. Anestezjolog zdezynfekuje Ci plecy roztworem odkażającym. Będzie to uczucie mycia skóry chłodnym płynem. Następnie odnajdzie odpowiednie miejsce pośrodku dolnej części pleców i poda niewielki zastrzyk znieczulający, żeby znieczulić Ci skórę. Czasem to przez chwilę piecze.

Przy znieczuleniu rdzeniowym (podpajęczynówkowym), do pleców wkłuta będzie cienka igła. Niekiedy podczas wprowadzania igły możesz poczuć łaskotanie (mrowienie) wzdłuż nogi, jakby po nodze przeszedł prąd. Należy powiedzieć o tym anestezjologowi, ale bardzo ważne jest, aby podczas wykonywania

wstrzyknięcia podpajęczynówkowego pozostawać 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 (szczególnie u pacjentek otyłych), może to trwać dłużej.

Do znieczulenia zewnątrzoponowego (lub połączonego znieczulenia podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowego) anestezjolog używa grubszej igły, żeby umieścić cewnik zewnątrzoponowy w okolicy 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 anestezjolog zakłada cewnik zewnątrzoponowy, ale kiedy cewnik już znajdzie się na miejscu a igła zostanie wyjęta już nie trzeba będzie pozostawać w bezruchu.

Będziesz wiedziała, czy znieczulenie podpajęczynówkowe lub zewnątrzoponowe działa, ponieważ 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 znieczulenie 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, położnik założy Ci cewnik moczowy do pęcherza moczowego, aby podczas zabiegu był on pusty. Nie powinno to być nieprzyjemne. Cewnik 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 nudności, powinnaś powiedzieć o tym anestezjologowi. Uczucie nudności 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 widoku operacji będzie oddzielać Ciebie 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 okolicy operowanej. Możesz odczuwać pchanie i ucisk, ale nie powinnaś czuć bólu. 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 będziesz mogła przytulić dziecko i, w niektórych przypadkach, mieć kontakt „skóra do skóry”.

Po narodzinach dziecka do kroplówki dodany będzie lek oksytocyna, pomagający obkurczyć macicę, zmniejszyć krwawienie i usunąć łożysko. Dokończenie operacji zajmie położnikowi jeszcze około pół godziny. Po zabiegu otrzymuje się leki przeciwbólowe aby uśmierzyć ból pojawiający się po ustąpieniu znieczulenia.



Po zakończeniu operacji

Po operacji zostaniesz przeniesiona do sali nadzoru poznieczuleniowego, gdzie będziesz miała monitorowane ciśnienie krwi i inne parametry. Twój partner i dziecko zwykle mogą tam z Tobą być. Twoje dziecko będzie już zbadane i zaopatrzone i wtedy, jeżeli będziesz chciała i będzie to możliwe, będziesz mogła zacząć karmić je piersią. Na sali nadzoru poznieczuleniowego znieczulenie zacznie stopniowo ustępować. Możesz wtedy odczuwać mrowienie i swędzenie. W ciągu kilku godzin znów będziesz mogła poruszać nogami (lecz prosimy o leżenie w łóżku przez 6 godzin po znieczuleniu). Jeżeli zauważysz, że odrętwienie kończyn nie ustępuje w przeciągu 4 godzin od znieczulenia powinnaś poinformować o tym personel szpitala. Leki uśmierzające ból podane ze znieczuleniem rdzeniowym (podpajęczynówkowym) lub zewnątrzoponowym powinny działać przeciwbólowo jeszcze przez kilka godzin. Lepiej jest otrzymywać leki przeciwbólowe w regularnych odstępach czasu, na zlecenie lekarza, niż czekać, aż pojawi się ból. Leki takie są zlecane w naszym szpitalu. Leki, które dostaniesz nie będą miały wpływu na dziecko podczas karmienia piersią.

Gdy będziesz mieć znieczulenie ogólne

Istnieją sytuacje, w których może być konieczne wykonanie znieczulenia ogólnego [1]:

W niektórych przypadkach, gdy krew nie może prawidłowo krzepnąć (np. przy niskim poziomie płytek krwi) może to być przeciwwskazanie do znieczulenia przewodowego. Ocenę w tym zakresie podejmuje anestezjolog.

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 pomimo prawidłowego podania może nie działać prawidłowo.

W przypadku zakażenia w miejscu przewidywanego wkłucia, lub przy objawach ogólnego zakażenia organizmu. Ocenę w tym zakresie podejmuje anestezjolog.

W przypadku posiadania tatuażu w miejscu przewidywanego wkłucia. Ocenę w tym zakresie podejmuje anestezjolog.

W przypadku alergii na leki stosowane do znieczulenia regionalnego. Należy zawsze informować o swoich alergiach.

W przypadku innych zaburzeń związanych ze spadkiem ciśnienia krwi (np. ciężki krwotok).

Przeciwwskazania względne do znieczulenia regionalnego (np. choroby serca, układu nerwowego, przewidywany poważny krwotok, infekcje i inne). Ocenę w tym zakresie podejmuje anestezjolog.

W przypadku braku Twojej zgody na znieczulenie regionalne (rdzeniowe, zewnątrzoponowe lub CSE) także musi być wykonane znieczulenie ogólne.

Większość przygotowań do zabiegu jest podobna do tych w przypadku znieczulenia przewodowego. Dostaniesz do wypicia lek zobojętniający treść żołądkową (zmniejszający kwasowość zawartości żołądka), a położnik 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 żyły (przez założoną wcześniej kaniulę), żeby Cię uspić. Tuż przed zaśnięciem pielęgniarka anestezjologiczna lekko naciśnie Ci na krtań po to, żeby treść z żołądka nie przedostała się do Twoich płuc. Lek znieczulający zaczyna działać bardzo szybko.

Kiedy zaśniesz, anestezjolog założy rurkę (tzw. rurkę intubacyjną) 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 dyskomfort od rurki lub niewielki ból pooperacyjny. Możesz także być nieco senna i możesz odczuwać nudności, ale szybko powinnaś dojść do siebie. Zostaniesz przeniesiona do sali nadzoru poznieczuleniowego, gdzie spotkasz się z Twoim dzieckiem i partnerem.

PILNE CIĘCIE CESARSKIE

Operacja natychmiastowa, pilna, lub przyspieszona to taka, która nie mogła być zaplanowana wcześniej. Stopień pilności może być bardzo różny. Operacja mniej pilna wykonywana jest niemal w ten sam sposób, co operacja planowa. W niektórych przypadkach operację trzeba wykonać bardzo szybko (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 wkłucie kaniuli (cienkiej plastikowej rurki) do żyły na rękę o ile jeszcze nie została wkłuta. Personel może podać Ci lek zmniejszający ilość kwasów w żołądku przez kaniulę do żyły, zamiast płynu do wypicia. Możesz dostać tlen do oddychania przez ściśle przylegającą do twarzy maskę i być poproszona o nabranie kilku bardzo głębokich oddechów.

Jeżeli do porodu miałas już 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, będąc w porozumieniu z położnikiem, 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 poza blokiem porodowym, 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 długo działający środek przeciwbólowy do znieczulenia rdzeniowego lub zewnątrzoponowego.
- ✚ Czasem pozostawia 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.
- ✚ Możesz otrzymywać dożylnie leki przeciwbólowe nieopiodowe.
- ✚ Położna, na zlecenie lekarza może wstrzyknąć Ci morfinę lub podobny silny lek przeciwbólowy.
- ✚ Zespół może podłączyć Ci strzykawkę automatyczną zawierającą morfinę lub podobny, silnie działający lek.
- ✚ Zespół może podłączyć Ci strzykawkę automatyczną programowaną elektronicznie zawierającą morfinę lub podobny, silnie działający lek. Możesz wtedy sterować ilością leków uśmierzających ból, które otrzymujesz. Strzykawka jest programowana dla konkretnej pacjentki. Nazywa się to analgezą sterowaną przez pacjenta lub PCA.
- ✚ Czasem wykonuje się dodatkową blokadę przeciwbólową (tzw. TAP block).
- ✚ Położna poda Ci, jeżeli można, tabletki przeciwbólowe na zlecenie lekarza.
- ✚ Problem bólu pooperacyjnego po cięciu cesarskim jest doceniany i badany przez naukowców na całym świecie. Wciąż poszukuje się najbezpieczniejszych i najskuteczniejszych metod i procedur.

ZALETY I WADY ZNIECZULENIA PRZEWODOWEGO

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 skuteczne łagodzenie bólu pooperacyjnego.
- 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 potrzeba więcej czasu, zanim znieczulenie zacznie 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 wykonać znieczulenie ogólne.
- Około cztery na dziesięć kobiet, które miały znieczulenie zewnątrzoponowe i dwie na dziesięć 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.

RYZIKO ZWIĄZANE ZE ZNIECZULENIEM

Znieczulenie przewodowe

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 [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Ryzyko związane ze znieczuleniem zewnątrzoponowym i rdzeniowym (podpajęczynówkowym)

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

Nie ma w opublikowanej literaturze dokładnych liczb dotyczących wszystkich wymienionych ryzyk.

Ogólnokrajowe badanie (NAP3) [8] w Wielkiej Brytanii wykazało, że zastosowanie znieczulenia przewodowego u kobiet ciężarnych niesie niższe ryzyko trwałego uszczerbku na zdrowiu niż w innych grupach pacjentów.

Znieczulenie ogólne

Ryzyko związane ze znieczuleniem ogólnym

Rodzaj ryzyka	Jak często się zdarza	Jak często występuje?
Infekcje w obrębie klatki piersiowej	1 na 5 kobiet	(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
Owrodzenie rogówki (powierzchnowe uszkodzenie oka)	1 na 600 kobiet	Nieczęsto
Uszkodzenia zębów	1 na 4 500 kobiet	Rzadko
Zachowanie świadomości (stan przytomności podczas znieczulenia ogólnego do jakiegokolwiek operacji u ciężarnej)	1 na 1 200 kobiet	Rzadko
Zachowanie świadomości (stan przytomności podczas znieczulenia ogólnego do cięcia cesarskiego)	1 na 670 kobiet	Nieczęsto
Zachowanie świadomości (stan przytomności podczas znieczulenia do innych procedur)	1 na 4 500 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 kobiet	Bardzo rzadko (1 lub 2 przypadki rocznie w Wielkiej Brytanii)
	Uszkodzenie mózgu	Bardzo rzadko (nie ma dokładnych liczb)

Ogólnokrajowe badanie (NAP5) [9] w Wielkiej Brytanii wykazało, że ryzyko zjawiska zachowania świadomości podczas znieczulenia ogólnego (tzw. przebudzenie) u ciężarnej jest wyższe niż w innych grupach pacjentów.



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.

Broszura ta została przygotowana przez lekarzy II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 we Wrocławiu na podstawie informacji dla matek opracowanych przez Towarzystwo Anestezjologii Położniczej w Wielkiej Brytanii (OAA - Obstetric Anaesthetists' Association)

- Broszury możesz także znaleźć na stronie internetowej OAA www.oaaformothers.info 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.
- Więcej informacji na temat środków znieczulających i ryzyka związanego ze znieczuleniem można uzyskać na stronie www.oaaformothers.info.

Źródła

1. Allman K, Wilson I. Oxford Handbook of Anaesthesia. 2nd Edn. str. 699
2. 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
3. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. Anaesthesia 2003 - rozdział 58, strony 962-984
4. 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
5. 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
6. Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. International Journal of Obstetric Anesthesia 2005 - rozdział 14, strony 183-188
7. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anaesthesia. Anesthesiology 2006 - rozdział 105, strony 394-399
8. 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. Br J Anaesth 2009; 102: 179-190
9. Pandit JJ, Andrade J, Bogod DG. 5th National Audit Project (NAP5) on accidental awareness during general anaesthesia: protocol, methods, and analysis of data. Br J Anaesth. 2014 Oct;113(4):540-8