



# O znieczuleniu w przypadku poważnej operacji

Z późniejszym planowanym pobytem na oddziale intensywnego nadzoru lub intensywnej terapii

Ta broszura adresowana jest do osób oczekujących na poważną operację, które poinformowano, że prawdopodobnie będą musiały przebywać na oddziale intensywnego nadzoru (HDU - high dependency unit) lub intensywnej terapii (ICU - intensive care unit) po operacji. Została ona napisana przez anestezyjologów z pomocą pacjentów oraz ich przedstawicieli.

## Wstęp

Broszura zawiera informacje dotyczące tego, co będzie miało miejsce przed operacją, informacje o różnych środkach znieczulających i sposobach uśmierzania bólu oraz o tym, czego należy oczekiwać na oddziale intensywnego nadzoru (HDU) lub intensywnej terapii (ICU).

## Czym jest znieczulenie?

**Środek znieczulający** zapobiega odczuwaniu bólu i nieprzyjemnych doznań. Podawany jest na różne sposoby i nie zawsze powoduje utratę przytomności.

W zależności od sposobu podania, istnieją różne typy znieczulenia:

- **znieczulenie miejscowe** polega na podaniu zastrzyków, które znieczulają niewielką część ciała. Pacjent pozostaje przytomny, ale nie odczuwa bólu
- **znieczulenie regionalne** (podpajęczynówkowe lub zewnątrzoponowe) polega na podaniu zastrzyków, które znieczulają głębiej lub większą część ciała. Pacjent

pozostaje przytomny lub otrzymuje sedację, ale nie odczuwa bólu, choć może odczuwać nacisk lub szarpanie

- **znieczulenie ogólne** wprowadza pacjenta w stan kontrolowanej nieświadomości. Jest ono niezbędne przy niektórych operacjach i zabiegach. Pacjent jest nieprzytomny i nic nie odczuwa
- **sedacja** wprowadza pacjenta w stan podobny do snu i jest często stosowana wraz ze znieczuleniem miejscowym lub regionalnym. Sedacja może być lekka lub głęboka, a pacjent może potem pamiętać zarówno wszystko, jak i jedynie pewne elementy lub nawet nic.

Więcej informacji na temat sedacji można znaleźć w ulotce pod tytułem *Czym jest sedacja (Sedation explained)*, która dostępna jest na naszej stronie:

[www.rcoa.ac.uk/patientinfo/sedation](http://www.rcoa.ac.uk/patientinfo/sedation)

## Anestezjolodzy

Anestezjolodzy to odpowiednio przeszkoleni lekarze, którzy:

- omawiają z pacjentem typ lub typy znieczulenia, które są odpowiednie dla danej operacji. pomagają wybrać właściwą opcję znieczulenia, jeśli dostępne są różne opcje
- omawiają z pacjentem ryzyko związane ze znieczuleniem
- ustalają z pacjentem plan dotyczący znieczulenia oraz kontroli bólu po zabiegu
- podają pacjentom znieczulenie oraz dbają o ich samopoczucie i bezpieczeństwo podczas operacji, jak i na sali pooperacyjnej.

Pacjent może mieć również do czynienia ze współpracownikami anestezyjologicznymi (Anaesthesia Associates), którzy są wysoko wykwalifikowanymi pracownikami służby zdrowia. Więcej na temat ich roli, jak również na temat ekipy anestezjologów można znaleźć na stronie: [www.rcoa.ac.uk/patientinfo/anaesthesia-team](http://www.rcoa.ac.uk/patientinfo/anaesthesia-team)

## Przed operacją

W przypadku zaplanowanej operacji istnieje wiele rzeczy, które można zrobić, aby się do niej przygotować.

- Jeśli pacjent pali, rzucenie palenia jak najwcześniej przed operacją zmniejszy ryzyko problemów z oddychaniem podczas znieczulenia oraz po operacji.
- Jeśli pacjent ma nadwagę, zrzućcie masy ciała zmniejszy ryzyko wystąpienia wielu zagrożeń związanych ze znieczuleniem i poprawi powrót do zdrowia po operacji. Konieczne może być przejście na specjalną dietę na kilka tygodni przed niektórymi typami operacji.
- Jeśli pacjent ma luźne zęby lub korony, wizyta u dentysty przed operacją może zmniejszyć ryzyko uszkodzenia zębów podczas znieczulenia.
- Jeśli pacjent cierpi na długotrwałe schorzenie, takie jak cukrzyca, astma lub zapalenie oskrzeli, problemy z tarczycą, problemy z sercem lub wysokie ciśnienie krwi, powinien zapytać swojego lekarza rodzinnego, czy jest coś, co należy zrobić, aby polepszyć swój stan zdrowia.

- Zwiększenie aktywności fizycznej na kilka tygodni przed operacją może poprawić pracę serca i poziom sprawności. Badania wykazały, że może to mieć duży wpływ na powrót do zdrowia po poważnej operacji.
- Najlepiej z wyprzedzeniem zaplanować rekonwalescencję w domu oraz poinformować przyjaciół i rodzinę o tym, jak mogą najlepiej pomóc. Warto pomyśleć o tym, czy należy wprowadzić w domu zmiany, które ułatwią powrót do zdrowia.
- Warto zastanowić się na tym, jak spędzić ewentualny czas oczekiwania na operację w dniu, w którym ma się ona odbyć. Czasopisma, łąmigłówki lub słuchanie muzyki przez słuchawki mogą pomóc w zrelaksowaniu się.

Nasze zasoby Fitter Better Sooner (Zdrowiej Lepiej Szybciej) dostarczają informacji, których pacjent potrzebuje, aby stać się sprawniejszym i lepiej przygotowanym do operacji. Więcej informacji znajduje się na naszej stronie: [www.rcoa.ac.uk/fitterbettersooner](http://www.rcoa.ac.uk/fitterbettersooner)

## Klinika oceny przedoperacyjnej (klinika oceny wstępnej)

Pacjenta zwykle prosi się o przyście do kliniki oceny przedoperacyjnej na kilka tygodni przed operacją. Dobrze jest wziąć ze sobą członka rodziny lub przyjaciela jako wsparcie. Co należy ze sobą zabrać:

- aktualną receptę lub leki w ich normalnych opakowaniach
- wszelkie posiadane informacje o badaniach i zabiegach w innych szpitalach
- informacje o jakichkolwiek alergiach lub problemach, które pacjent lub ktoś z rodziny pacjenta mógł mieć w związku z użyciem środków znieczulających
- wszelkie niedawne pomiary ciśnienia krwi.

Pielęgniarka zadaje pacjentowi szczegółowe pytania dotyczące jego stanu zdrowia i poziomu aktywności.

- Badania krwi, EKG (śledzenie serca), a czasami inne badania mogą być wykonane lub zlecone. Pacjent może zostać poproszony o wykonanie testów CPET (testy wysiłkowe sercowo-płucne) na rowerze treningowym, aby sprawdzić, jak dobrze działa jego serce i płuca w spoczynku oraz podczas ćwiczeń. Może to pomóc przewidzieć, jak dobrze ciało poradzi sobie z operacją i rekonwalescencją. Pomoże to lekarzom zdecydować o stopniu ryzyka związanym z operacją oraz o tym, czy pacjent będzie musiał przebywać na oddziale intensywnej terapii (ICU) lub intensywnego nadzoru (HDU).
- Anestezjolog może porozmawiać z pacjentem o znieczuleniu i zagrożeniach specyficznych dla jego stanu zdrowia. Jeśli taka konsultacja nie jest oferowana, a pacjent chce porozmawiać z anestezjologiem, należy poprosić o zorganizowanie takiego spotkania.
- Jeśli pacjent cierpi na inne schorzenia (np. cukrzycę, astmę, nadciśnienie lub epilepsję), zostanie o nie zapytany przez personel kliniki. Jeżeli istnieje szansa na poprawę stanu zdrowia, pacjent może zostać poproszony o skonsultowanie się z lekarzem pierwszego kontaktu lub lekarzem specjalistą. Czasami konieczne może okazać się wprowadzenie zmian w leczeniu. W niektórych przypadkach może zaistnieć konieczność odroczenia operacji do czasu poprawy stanu zdrowia.

- Pielęgniarka informuje pacjenta o tym, co nastąpi przed, w trakcie oraz po zakończeniu operacji. Jest to dobry moment na zadawanie pytań i omówienie jakichkolwiek wątpliwości.
- Podane zostaną jasne instrukcje odnośnie tego, kiedy należy odstawić jedzenie i picie przed operacją. Należy przestrzegać tych zaleceń. Jeżeli podczas znieczulenia w żołądku pacjenta będzie znajdował się pokarm lub płyn, istnieje ryzyko, że przemieści się on do gardła i płuc.
- Pacjent powinien być również poinstruowany odnośnie przyjmowanych leków oraz tego, czy należy kontynuować ich przyjmowanie do dnia operacji.

## Rozważanie ryzyka

Chirurg i lekarz anestezjolog udzielają pacjentowi informacji o rodzajach ryzyka oraz korzyściach wynikających z przeprowadzenia operacji. Mogą także wyjaśnić, na czym polega ryzyko wynikające z nieprzeprowadzenia operacji, jak również z zastosowania alternatywnych metod leczenia. W niektórych przypadkach lekarz może zasugerować, że przeprowadzenie operacji jest zbyt ryzykowne i zbyt mało prawdopodobne, aby zakończyła się ona pomyślnie.

Każdy z nas różni się w tym, jakie ryzyko jest w stanie podjąć. Lekarze wyjaśniają, na czym polega ryzyko operacji, a ostateczna decyzja dotycząca poddania się jej należy do pacjenta. Dopóki pacjent nie zrozumie i nie zaakceptuje wszystkiego, co zostało dla niego zaplanowane, nie zostaną wykonane żadne czynności. Pacjent ma prawo odmówić poddania się operacji.

## W dniu operacji

**Bardzo ważne jest, aby dokładnie przestrzegać zaleceń w zakresie jedzenia, picia i zażywania leków lub tabletek.**

### Spotkanie z anestezjologiem

Przed operacją lekarz anestezjolog spotyka się z pacjentem. Anestezjolog to lekarz, który przeszedł specjalistyczne szkolenie w zakresie znieczuleń, leczenia bólu oraz opieki nad pacjentami na oddziałach intensywnej terapii. Anestezjolog może:

- ponownie zapytać pacjenta o stan zdrowia, wyjaśnić lub potwierdzić informacje udzielone mu podczas wstępnej oceny klinicznej
- przejrzeć wyniki badań pacjenta
- posłuchać bicia serca i oddechu pacjenta
- przyjrzeć się szyi, szczęce, ustom i zębom pacjenta.

Anestezjolog omawia z pacjentem środek znieczulający, wszelkie dodatkowe procedury, które mogą być wymagane w celu zapewnienia opieki nad pacjentem podczas operacji, jak również omawia metody uśmierzania bólu. Lekarz będzie w stanie odpowiedzieć na pytania pacjenta i omówić wszelkie jego obawy.

## Przykładowe pytania do lekarza anestezjologa

- Kto mi poda środek znieczulający?
- Jaki środek przeciwbólowy poleca lekarz anestezjolog?
- Czy istnieją alternatywy dla tego środka przeciwbólowego?
- Jakie rodzaje ryzyka towarzyszą temu znieczuleniu?
- Czy jestem w grupie szczególnego ryzyka?
- Jak będę czuł się po zabiegu?
- Jak długo pozostanę na oddziale intensywnego nadzoru / oddziale intensywnej terapii?
- Jakie metody leczenia specjalistycznego będą wymagane w moim przypadku na oddziale intensywnego nadzoru / oddziale intensywnej terapii?

## Przygotowanie do zabiegu

- Pacjent proszony jest o przebranie się w fartuch operacyjny. Może być również zmierzony pod kątem dobrania odpowiedniego rozmiaru pończoch uciskowych. Pończochy uciskowe pomagają zapobiegać powstawaniu zakrzepów w nogach.
- Być może zostaną wykonane dalsze badania krwi.
- Po wypełnieniu listy kontrolnej, członek personelu medycznego odprowadza pacjenta na salę operacyjną. Pacjent może przejść na salę operacyjną o własnych siłach lub zostać na nią przewieziony na wózku inwalidzkim lub noszach.
- Jeżeli pacjent nosi okulary, aparat słuchowy lub protezę, może je mieć na sobie przy wejściu na salę operacyjną. Należy je jednak zdjąć przed rozpoczęciem podawania środków znieczulających, aby zapobiec ich uszkodzeniu lub przemieszczeniu.

## Sala operacyjna

Po wejściu na salę operacyjną, członkowie personelu medycznego potwierdzają tożsamość pacjenta, typ operacji, której ma się on poddać oraz ewentualne występowanie u niego alergii. O jakichkolwiek pytaniach lub obawach należy poinformować członka personelu medycznego.

- Do zadań lekarza anestezjologa, pracowników służby zdrowia oraz pielęgniarek na sali operacyjnej należy opieka nad pacjentem. W trakcie operacji obecni mogą być też anestezjodzy w trakcie szkolenia oraz studenci medycyny.
- Pacjent podłączony jest do maszyn, które nieustannie monitorują jego tętno, ciśnienie krwi oraz poziom tlenu we krwi. Lepkie podkładki przyłączone do klatki piersiowej pacjenta łączą go z monitorem pracy serca, a mały klips na palcu lub płatku ucha służy do pomiaru poziomu tlenu we krwi.
- Anestezjolog za pomocą igły wprowadzi kaniulę (cienką plastikową rurkę) do żyły na grzbiecie dłoni lub przedramieniu. Dzięki tej rurce pacjentowi można podawać leki oraz kroplówkę podczas operacji.
- W zależności od rodzaju operacji i ogólnego stanu zdrowia pacjenta, anestezjolog może w razie potrzeby wprowadzić dodatkową kaniulę do tętnicy nadgarstka. Aby procedura ta była bardziej komfortowa, zostanie zastosowane znieczulenie miejscowe skóry. Ten rodzaj kaniuli nazywany jest linią tętniczą. Umożliwia ona

nieustanny pomiar ciśnienia krwi oraz może być używana do dalszych badań krwi w trakcie operacji.

- Jeśli w celu uśmierzania bólu stosowany jest środek znieczulenia podpajęczynówkowego lub zewnątrzoponowego, przeważnie podawany jest on przed wykonaniem znieczulenia ogólnego.

Po zakończeniu wszystkich przygotowań anestezjolog podaje pacjentowi tlen do wdychania przez maskę, jednocześnie powoli wstrzykując do kaniuli środki znieczulające. Od tego momentu, aż do zakończenia operacji, pacjent nie będzie niczego świadomy.

W przypadku niektórych operacji po podaniu znieczulenia mogą również zostać zastosowane:

- rurka do oddychania umieszczona w tchawicy pacjenta przez usta
- większa kaniula umieszczana w żyłę na szyi, pod obojczykiem lub w pachwinie. Jest to tak zwana kaniula centralna. Jest ona stosowana do podawania płynów, mierzenia ciśnienia i/lub podawania leków kontrolujących ciśnienie krwi podczas operacji, jak i po niej
- sonda ultradźwiękowa wprowadzana do przełyku przez nos lub usta. Pomaga ona anestezjologowi ocenić, ile płynu należy podać pacjentowi, a także monitorować czynność jego serca
- rurka wprowadzana przez nos do żołądka, która utrzymuje go pustym podczas i po operacji
- rurka wprowadzana do pęcherza moczowego (cewnik), która pozwala utrzymywać pęcherz pustym. Jest ona również używana do pomiaru objętości moczu wytwarzanego przez nerki pacjenta w trakcie operacji i po jej zakończeniu.

## Transfuzja krwi

Podczas poważnych operacji może wystąpić konieczność transfuzji krwi. Krew podaje się tylko wtedy, gdy jest to absolutnie konieczne. W przypadku, kiedy pacjent nie życzy sobie transfuzji krwi, musi omówić to z lekarzem na długo przed planowanym dniem operacji.

Więcej informacji na temat transfuzji krwi i ewentualnych alternatywnych rozwiązań można zawczasu uzyskać od lekarza anestezjologa. Można również odwiedzić stronę internetową NHS Blood services:

[www.nhsbt.nhs.uk/what-we-do/blood-services/blood-transfusion](http://www.nhsbt.nhs.uk/what-we-do/blood-services/blood-transfusion)

## Uśmierzanie bólu

Odpowiednio dobrane środki uśmierzania bólu są bardzo ważne. Poprawiają one samopoczucie pacjenta, pomagają w szybszym powrocie do zdrowia i mogą zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia niektórych powikłań:

- Prawdopodobieństwo wystąpienia infekcji klatki piersiowej jest mniejsze, jeśli po operacji pacjent jest w stanie głęboko oddychać i odkastywać.
- Jeśli pacjent jest w stanie poruszać nogami i chodzić, istnieje mniejsze niebezpieczeństwo powstania zakrzepów krwi (zakrzepicy żył głębokich lub DVT) w nogach lub w innych częściach ciała.

Pacjent regularnie otrzymuje środki przeciwbólowe w postaci tabletek lub płynów, doustnie lub do kaniuli. Czasem wskazane jest zastosowanie jednej lub kilku z wymienionych form uśmierzania bólu, które omówione zostaną przez lekarza anestezjologa.

## **Znieczulenie zewnątrzoponowe**

Lekarz anestezjolog wprowadza cienką plastikową rurkę między kości kręgosłupa za pomocą igły. Procedura ta jest zwykle przeprowadzana przed uśpieniem pacjenta. Znieczulenie miejscowe podawane jest przez tę rurkę podczas operacji oraz przez kilka następujących dni. Podczas stosowania znieczulenia zewnątrzoponowego pacjent może odczuwać odrętwienie klatki piersiowej, brzucha a także nóg, w których może także wystąpić osłabienie siły. Są to typowe objawy występujące podczas działania znieczulenia zewnątrzoponowego i wszystko wraca do normy, gdy znieczulenie miejscowe przestaje działać.

## **Środek znieczulenia podpajęczynówkowego**

Miejscowy środek znieczulający jest wstrzykiwany przez igłę umieszczoną między kręgami w dolnej części pleców w celu znieczulenia nerwów od pasa do palców stóp. Odrętwienie trwa zazwyczaj od dwóch do czterech godzin. Czasami wstrzykiwany jest również dłużej działający lek przeciwbólowy, który może działać przez 12 godzin lub dłużej.

Więcej informacji o skutkach ubocznych i powikłaniach w wyniku znieczulenia zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego znajduje się na naszej stronie internetowej: [www.rcoa.ac.uk/patientinfo](http://www.rcoa.ac.uk/patientinfo) oraz [www.rcoa.ac.uk/patientinfo/risks/risk-leaflets](http://www.rcoa.ac.uk/patientinfo/risks/risk-leaflets)

## **Analgezyja kontrolowana przez pacjenta (PCA)**

Jest to forma uśmierzania bólu kontrolowana przez pacjenta. Do kaniuli podłączona jest pompka ze strzykawką zawierającą morfinę (lub inny podobny środek). Pacjent otrzymuje aparat z przyciskiem, który uruchamia pompkę. Po naciśnięciu przycisku podawana jest niewielka dawka leku. Pompka jest zaopatrzona w system kontrolny zapobiegający przypadkowemu wstrzyknięciu zbyt dużej dawki.

## **Cewniki umieszczone w ranie pooperacyjnej**

Znieczulenie miejscowe jest podawane w okolicę rany za pomocą jednej lub więcej małych plastikowych rurek. Jego zadaniem jest wytworzenie zdrętwiałego obszaru wokół rany. Rurki te zakładane są przez chirurga lub anestezjologa podczas operacji. Są one podłączone do pompki, która nieustannie dostarcza środek do znieczulenia miejscowego. Cewniki te mogą pozostawać na miejscu nawet przez kilka dni po operacji.

W niektórych przypadkach konieczna jest zmiana zaplanowanej formy uśmierzania bólu po operacji.

- Niektórzy pacjenci bardziej odczuwają ból niż inni lub inaczej reagują na leki uśmierzające. Niepokój może zwiększyć nasilenie odczuwanego bólu.
- Jeśli pacjent odczuwa ból, ustaloną dawkę środka przeciwbólowego można zwiększyć, podawać częściej lub w różnych kombinacjach.
- Czasami ból jest sygnałem ostrzegawczym, że nie wszystko jest w porządku, dlatego pacjent powinien o nim powiadomić opiekujący się nim personel.

# Po operacji

Większość pacjentów wybudza się po zabiegu na sali pooperacyjnej. Pacjentem przez cały czas opiekuje się tam pielęgniarka. Niektórzy pacjenci mogą zostać bezpośrednio przewiezieni na OIOM.

Pielęgniarka:

- będzie monitorować ciśnienie krwi, poziom tlenu oraz tętno pacjenta
- podawać tlen przez maskę lub miękkie plastikowe cewniki tlenowe umieszczone w nosie
- oceniać poziom bólu pacjenta i zwiększać dawki środków uśmierzających, jeśli to konieczne
- podawać leki przeciwwymiotne, jeśli pacjent odczuwa mdłości
- przykryje chorego kocem rozgrzewającym, jeśli jest mu zimno
- zwróci protezy, aparaty słuchowe i okulary, kiedy pacjent się wybudzi.

Jeśli pacjent otrzymał znieczulenie zewnątrzoponowe w celu złagodzenia bólu, pielęgniarka upewni się, czy jest ono skuteczne. W przypadku, gdy chory odczuwa zbyt mocny ból, anestezjolog może dostosować poziom znieczulenia zewnątrzoponowego lub podać dodatkowe środki uśmierzające.

## Intensywna opieka i nadzór medyczny (ICU lub HDU)

Jeśli pacjent się wybudzi i czuje się komfortowo, zostaje przeniesiony z sali pooperacyjnej na OIOM lub oddział Intensywnego nadzoru medycznego, gdzie w razie potrzeby poddany będzie dodatkowej, ścisłej kontroli medycznej i specjalistycznemu leczeniu.

Czasami konieczne jest kontynuowanie znieczulenia przez kilka godzin po zakończonej operacji lub do czasu ustabilizowania się stanu pacjenta. Jeśli zaistnieje taka potrzeba, anestezjolog przewozi pacjenta po operacji bezpośrednio na OIOM. Pacjent jest wtedy pod nieustannym znieczuleniem, a podłączony respirator (maszyna do wspomagania oddychania) kontroluje jego oddech. Kiedy stan pacjenta na to pozwoli, zespół OIOMu umożliwi mu samodzielne oddychanie i stopniowe wybudzanie się.

Na oddziale intensywnej opieki medycznej i intensywnej terapii pacjent jest pod opieką lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i dietetyków wyspecjalizowanych w tym kierunku. Wszyscy oni ściśle współpracują z zespołem chirurgicznym w celu zapewnienia prawidłowego przebiegu rekonwalescencji pacjenta. W miarę powrotu do zdrowia, pacjent może zostać przeniesiony z OIOM na OIT.

Tam będzie miał przydzieloną własną pielęgniarkę lub jedną pielęgniarkę opiekującą się dwoma pacjentami. Pielęgniarka dba o komfort pacjenta i podaje przepisane leki kontrolujące mdłości i zapobiegające tworzeniu się zakrzepów krwi. Niektóre z leków, które pacjent przyjmował w domu, mogą być odstawione lub zmienione, aby przyspieszyć rekonwalescencję. Zazwyczaj początkowo konieczne jest podłączenie pacjenta do kroplówki, przez którą podawane są dożylnie płyny, jednak pielęgniarka zachęca do jedzenia i picia tak szybko, jak to możliwe, ponieważ pomaga to w szybszym powrocie do zdrowia.



Na OIOM-ie lub OIT tętno, ciśnienie krwi, oddychanie oraz czynność nerek pacjenta są dokładnie monitorowane. Mogą być również wykonywane badania krwi, prześwietlenia i skany w celu monitorowania postępów lub zdiagnozowania problemów. W miarę poprawy stanu zdrowia pacjent będzie potrzebował mniej obserwacji, a niektóre kroplówki, rurki i urządzenia zostaną odłączone.

Pielęgniarki i fizjoterapeuci uczą pacjentów, jak wykonywać regularne ćwiczenia oddechowe. Bardzo ważne jest, aby pacjent był w stanie głęboko oddychać oraz skutecznie odkastywać podczas całego pobytu na OIOM-ie lub OIT. Pomoże to uniknąć infekcji klatki piersiowej.

Fizjoterapeuci pomagają również pacjentom w jak najszybszym wstaniu z łóżka i poruszaniu się. Jest to przydatne w ćwiczeniach oddechowych. Poruszanie się i chodzenie są szczególnie ważne dla utrzymania siły mięśni, poprawy krążenia w nogach i lepszego samopoczucia.

Podczas pobytu na OIOM-ie lub OIT pacjenci mogą przyjmować gości. Informacje o godzinach odwiedzin i dozwolonej liczby gości można uzyskać od pielęgniarki. Pacjent może przebywać na sali z innymi osobami, które są bardzo chore. Nie wszystkie oddziały są odpowiednim miejscem do wizyt z małymi dziećmi, a jeśli jest tam duży ruch, może zaistnieć potrzeba tymczasowego ograniczenia odwiedzin.

## Powrót na oddział

Kiedy zespół opiekujący się chorym uzna, że wraca on bezpiecznie do zdrowia, zostaje on przeniesiony na oddział chirurgiczny.

Czas pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej lub intensywnej terapii będzie zależał od rodzaju przebytej operacji, wystąpienia ewentualnych komplikacji oraz innych problemów zdrowotnych pacjenta.

## Jaka jest skala ryzyka?

Ludzie w różny sposób interpretują słowa i liczby. Podana skala powinna być w tym pomocna.

### Operacja

Ryzyko związane z operacją zależy od jej rodzaju, ogólnego stanu sprawności pacjenta oraz innych ewentualnych problemów zdrowotnych. Czasami zagrożenia z nią związane mogą budzić pewne obawy u pacjenta, ale ważne jest, aby porównać je z konsekwencjami niepoddania się zabiegowi. Chirurg oraz anestezjolog pomogą rozważyć wszelkie ryzyko w każdym indywidualnym przypadku.

### Znieczulenie

Czasami mogą wystąpić pewne komplikacje lub przypadki związane z samym znieczuleniem. Niektóre z nich występują dość często, ale na ogół nie są one poważne i trwają krótko. Mogą pojawić się poważne powikłania, jednak występują one rzadko lub bardzo rzadko.

- Do najczęstszych przypadków należą: nudności i wymioty, ból gardła, dreszcze, swędzenie, bolesność w miejscach podłączenia kroplówki, rozwój infekcji klatki piersiowej i przejściowe okresy dezorientacji.

- Rzadziej występujące powikłania to: trudności w oddychaniu pod koniec znieczulenia, uszkodzenie zębów, pogorszenie istniejących problemów medycznych oraz utrzymywanie świadomości podczas znieczulenia.
- Rzadkie i bardzo rzadkie komplikacje to: uszkodzenie wzroku, ostre objawy alergiczne na leki bądź uszkodzenie nerwów. Śmierć wywołana bezpośrednio podaniem znieczulenia jest niezwykle rzadka i szacuje się, że w Wielkiej Brytanii występuje w 1 przypadku na 100 000 osób.

## **Dodatkowe informacje**

W razie konieczności lekarz anestezjolog omawia z pacjentem dodatkowe szczegóły w przypadku, kiedy może być on narażony na jakieś dodatkowe ryzyko poza tymi, które zostały tu wymienione.

Więcej informacji na temat indywidualnych zagrożeń związanych ze znieczuleniem oraz opis typowych przypadków i ryzyka można znaleźć na naszej stronie internetowej:

[www.rcoa.ac.uk/patientinfo/risks/risk-leaflets](http://www.rcoa.ac.uk/patientinfo/risks/risk-leaflets)

## **Dodatkowe źródła informacji**

Inne broszury informacyjne można znaleźć na stronie internetowej College'u: [www.rcoa.ac.uk/patientinfo](http://www.rcoa.ac.uk/patientinfo). Broszury mogą być również dostępne na oddziale anestezjologii lub w poradni przedoperacyjnej w szpitalu.

The Intensive Care Society (Towarzystwo Intensywnej Opieki Medycznej) także posiada przydatne zasoby informacyjne dla pacjentów oraz ich opiekunów na temat intensywnej terapii: [www.members.ics.ac.uk/ICS/patients-and-relatives.aspx](http://www.members.ics.ac.uk/ICS/patients-and-relatives.aspx)

Dokładamy wszelkich starań, aby informacje zawarte w niniejszej ulotce były rzetelne i aktualne, jednak nie możemy tego zagwarantować. Zdajemy sobie sprawę z tego, że poniższe informacje ogólne nie odpowiadają na wszystkie Państwa pytania, ani nie obejmują wszystkich ważnych dla Państwa kwestii. Wszelkie Państwa decyzje i problemy powinny być konsultowane z zespołem medycznym, a niniejsza ulotka może posłużyć jako wytyczna. Nie należy traktować niniejszej ulotki jako porady lekarskiej samej w sobie. Ulotka nie może zostać wykorzystana do żadnych celów handlowych lub biznesowych. Pełna wersja zastrzeżeń dostępna jest tutaj ([www.rcoa.ac.uk/patient-information/translations/polish](http://www.rcoa.ac.uk/patient-information/translations/polish)).

Wszystkie tłumaczenia dostarczane są przez społeczność tłumaczy Translators Without Borders. Jakość tłumaczeń jest sprawdzana w celu osiągnięcia jak największej dokładności. Istnieje jednak pewne ryzyko nieścisłości i błędnej interpretacji niektórych informacji.

## Opinie czytelników

Jesteśmy otwarci na wszelkie sugestie dotyczące ulepszenia naszej ulotki.

Wszelkie uwagi i komentarze można przesyłać na adres e-mailowy: [patientinformation@rcoa.ac.uk](mailto:patientinformation@rcoa.ac.uk)

### **Royal College of Anaesthetists**

Churchill House, 35 Red Lion Square, London WC1R 4SG  
020 7092 1500

## **www.rcoa.ac.uk**

Wydanie drugie, luty 2020 roku

Niniejsza ulotka zostanie zweryfikowana w ciągu trzech lat od daty wydania.

### **© 2020 Royal College of Anaesthetists**

Niniejsza ulotka może być kopiowana w celu stworzenia materiałów informacyjnych dla pacjentów. Prosimy zacytować oryginalne źródło. W przypadku użycia fragmentu niniejszej ulotki w innej publikacji należy zamieścić odpowiednią informację, a wszelkie loga, znaki handlowe marki oraz obrazki muszą zostać usunięte. Prosimy skontaktować się z nami w celu uzyskania dalszych informacji.