ZNIECZULENIE

Wszystko, o co chcesz zapytać przed znieczuleniem

PORADNIK DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN



lek. Michał Długaszek

specjalista anestezjologii i intensywnej terapii

przedznieczuleniem.pl

Stan wiedzy: październik 2026

ZNIECZULENIE

Wszystko, o co chcesz zapytać przed znieczuleniem

PORADNIK DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN

lek. Michał Długaszek
specjalista anestezjologii i intensywnej terapii

Znieczulenie. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin
Wszystko, o co chcesz zapytać przed znieczuleniem

Tom podstawowy serii

Wydanie I. Stan wiedzy: październik 2026

ISBN 978-83-984398-0-0 (PDF)

Wydawca: Michał Długaszek

© lek. Michał Długaszek, 2026
Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów książki bez zgody autora jest zabronione.

przedznieczuleniem.pl

Poradnik nie zastępuje konsultacji anestezjologicznej ani porady lekarza. Zasady, które opisuje, mogą się różnić od zasad obowiązujących w twoim szpitalu.

Spis treści

ROZDZIAŁ 0 Zanim zaczniesz czytać 5

ROZDZIAŁ 1 Kto jest kim: zespół i podstawowe pojęcia 13

ROZDZIAŁ 2 Rodzaje znieczulenia: co czujesz, a czego nie 22

ROZDZIAŁ 3 Przygotowanie do operacji 38

ROZDZIAŁ 4 Konsultacja anestezjologiczna 55

ROZDZIAŁ 5 Ostatnie dni przed operacją 72

ROZDZIAŁ 6 Dzień operacji 85

ROZDZIAŁ 7 Sala pooperacyjna i oddział intensywnej terapii 103

ROZDZIAŁ 8 Po operacji na oddziale 118

ROZDZIAŁ 9 Powikłania: co jest normalne, a co zgłosić 133

ROZDZIAŁ 10 Prawa pacjenta 150

Dodatki 158

DODATEK 1 Lista kontrolna przygotowań 159

DODATEK 2 Pytania do anestezjologa 167

DODATEK 3 Słowniczek pojęć i skrótów 169

DODATEK 4 Notatnik 178

O autorze 185

ROZDZIAŁ 2

Rodzaje znieczulenia: co czujesz, a czego nie

SKRÓTY UŻYTE W ROZDZIALE

ASA – Amerykańskie Towarzystwo Anestezjologów (ang. American Society of Anesthesiologists)

EKG – zapis czynności elektrycznej serca (elektrokardiogram)

ERAS – przyspieszony powrót do zdrowia po operacji (ang. Enhanced Recovery After Surgery)

LMZ – lek miejscowo znieczulający

MAC – monitorowany nadzór anestezjologiczny (ang. monitored anesthesia care)

USG – ultrasonografia

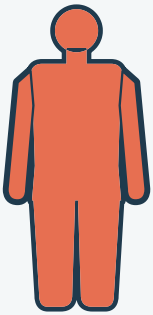
Słowo „znieczulenie" obejmuje kilka bardzo różnych metod. W jednych tracisz przytomność i niczego nie pamiętasz, w innych jesteś przytomny i rozmawiasz z zespołem operacyjnym, a znieczulona jest tylko ta część ciała, którą się operuje. Do wielu operacji można cię znieczulić na więcej niż jeden sposób, dlatego warto wiedzieć, czym te metody się różnią, zanim usiądziesz do rozmowy z anestezjologiem.

Poniżej opisuję każdą z nich tak, jak przeżywa ją pacjent: co się dzieje, co czujesz i jak wygląda czas tuż po zabiegu.

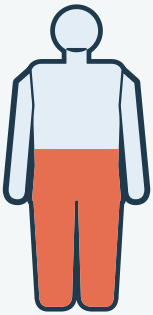
RYCINA 2.1

Obszar znieczulenia w poszczególnych metodach

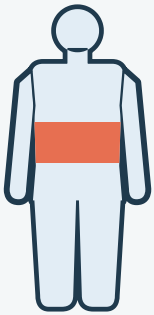
Kolorem zaznaczono część ciała, w której nie czujesz bólu



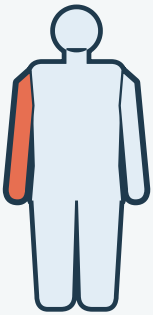
Znieczulenie ogólne
całe ciało; tracisz przytomność



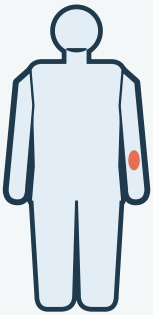
Znieczulenie podpajęczynówkowe
dolna połowa ciała, od pasa w dół



Znieczulenie zewnątrzoponowe
odcinek tułowia w miejscu operacji, na przykład brzuch



Blokada nerwów obwodowych
jedna kończyna lub jej część, na przykład cała ręka



Znieczulenie miejscowe nasiękowe
niewielki obszar skóry i tkanek w miejscu zabiegu

obszar, w którym nie czujesz bólu

W metodach innych niż znieczulenie ogólne jesteś przytomny, chyba że łączy się je z sedacją albo ze znieczuleniem ogólnym.

Znieczulenie ogólne

Znieczulenie ogólne, potocznie nazywane narkozą, to stan wywołany lekami, w którym **tracisz przytomność, nie czujesz bólu i nie pamiętasz operacji**. Nie jest to zwykły sen. Nie da się z niego obudzić głosem ani dotykiem, a oddychanie często trzeba wspomagać.

Na sali operacyjnej pielęgniarka anestezjologiczna podłącza cię do monitorów: elektrod do zapisu czynności elektrycznej serca (EKG), mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego i czujnika na palcu, który mierzy wysycenie krwi tlenem. Przez chwilę oddychasz tlenem przez maskę. Potem anestezjolog podaje lek nasenny przez kaniulę dożylną (potocznie „wenflon"). Niektórzy czują wtedy chłód albo lekkie pieczenie w ręce. Przytomność tracisz w ciągu kilkudziesięciu sekund.

Dopiero po utracie przytomności anestezjolog zabezpiecza drogi oddechowe. Wprowadza do gardła maskę krtaniową, czyli miękkie urządzenie, które przylega do wejścia do krtani, albo rurkę intubacyjną, która sięga do tchawicy. Przez nią oddychasz albo oddycha za ciebie respirator. Przy wielu operacjach podaje się też leki zwiotczające, które rozluźniają mięśnie, ułatwiają wprowadzenie rurki intubacyjnej i chirurgowi pracę. Przez cały zabieg anestezjolog dawkuje leki, obserwując reakcje kliniczne pacjenta i wskazania monitorów. Może wśród nich być monitor głębokości znieczulenia, który ocenia pracę mózgu. Jego stosowanie zalecają wytyczne ERAS (ang. Enhanced Recovery After Surgery), czyli międzynarodowe zalecenia dotyczące przyspieszonego powrotu do zdrowia po operacji.

Budzisz się zwykle już na sali operacyjnej albo w sali pooperacyjnej. Rurkę intubacyjną najczęściej usuwa się jeszcze na sali operacyjnej. W wyjątkowych przypadkach, na przykład po niektórych zabiegach w obrębie szczęki, pozostawia się ją dłużej i usuwa dopiero w sali pooperacyjnej lub w oddziale intensywnej terapii. Przez pierwsze minuty możesz odczuwać senność, chłód i suchość w ustach.

Dolegliwości po przebudzeniu

Po znieczuleniu ogólnym mogą wystąpić ból gardła i chrypka, zwłaszcza po intubacji, a także nudności i wymioty. Podczas konsultacji anestezjolog zapyta o chorobę lokomocyjną i o to, jak znosiłeś wcześniejsze operacje, bo od tego zależy, czy zastosuje leki zapobiegające nudnościom. Jak postępuje się z tymi dolegliwościami, opisuję w rozdziałach 7 i 8. O rzadkich powikłaniach, w tym o wybudzeniu śródoperacyjnym, piszę w rozdziale 9.

FAKT CZY MIT

„Po narkozie można się nie obudzić."

To jedna z częstych obaw. Zgony spowodowane wyłącznie znieczuleniem są dziś bardzo rzadkie, a ryzyko operacji zależy przede wszystkim od twojego stanu zdrowia i rozległości zabiegu. Dlatego tak ważne jest, żeby podczas konsultacji powiedzieć o wszystkich chorobach i lekach. O ryzyku znieczulenia piszę szerzej w rozdziale 9.

Znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe

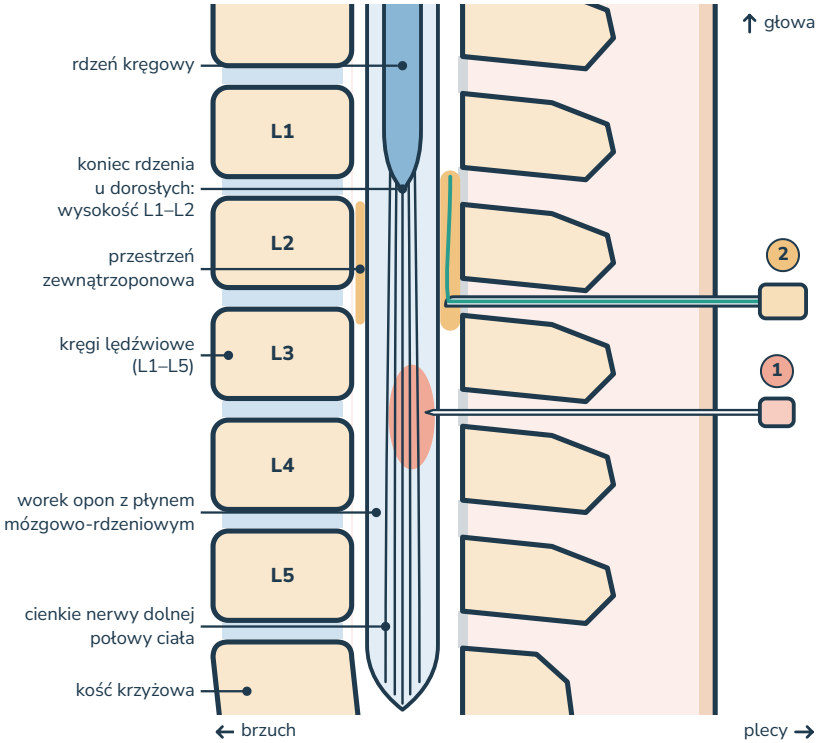
Kręgosłup tworzy kanał, w którym leży rdzeń kręgowy. Rdzeń otaczają błony zwane oponami, a w worku utworzonym przez opony krąży płyn mózgowo-rdzeniowy. Od rdzenia odchodzą nerwy prowadzące czucie i ruch. Nerwy dolnej połowy ciała wychodzą z jego odcinka lędźwiowo-krzyżowego, czyli najniższej części rdzenia, i biegną w dół kanału kręgowego, zanim go opuszczą.

W znieczuleniu podpajęczynówkowym anestezjolog podaje lek do płynu mózgowo-rdzeniowego, czyli pod jedną z opon, zwaną pajęczynówką. Stąd nazwa. W znieczuleniu zewnątrzoponowym lek zostaje na zewnątrz opon, w wąskiej przestrzeni między nimi a ścianą kanału kręgowego. Lekarze nazywają obie metody blokadami centralnymi, bo lek działa na nerwy w kanale kręgowym, zanim go opuszczą.

RYCINA 2.2

Gdzie trafia lek w znieczuleniu podpajęczynówkowym i zewnątrzoponowym

Przekrój dolnego odcinka kręgosłupa widziany z boku



1 Znieczulenie podpajęczynówkowe

Bardzo cienka igła przechodzi przez opony poniżej końca rdzenia. Lek miejscowo znieczulający trafia do płynu mózgowo-rdzeniowego.

2 Znieczulenie zewnątrzoponowe

Igła nie przekłuwa opon. Przez nią wprowadza się cienki cewnik, a igłę się usuwa. Lek podany przez cewnik zostaje na zewnątrz opon.

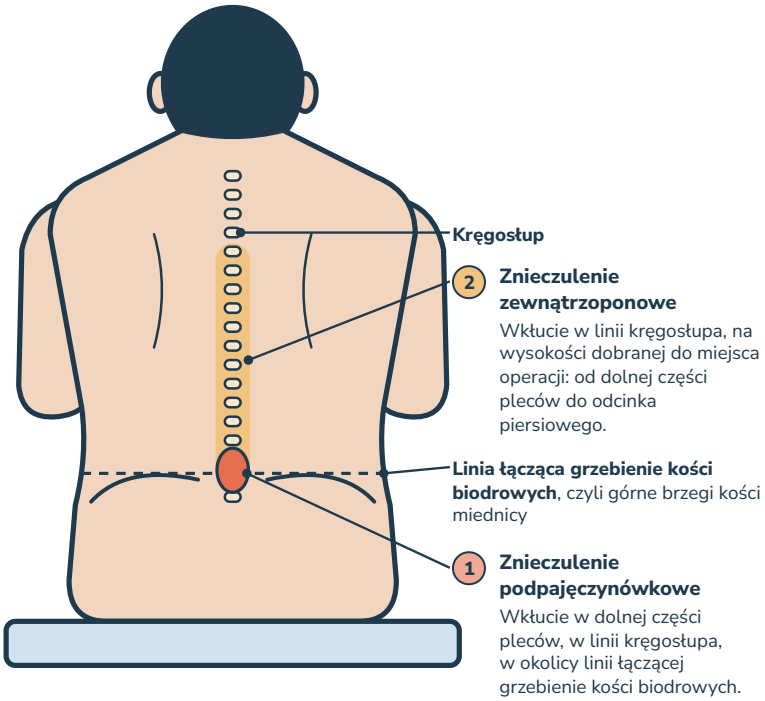
Igła nie wchodzi do kości ani do rdzenia kręgowego.

Skróty: L1–L5 – kręgi lędźwiowe, od pierwszego do piątego.

RYCINA 2.3

Miejsce wkłucia w znieczuleniu podpajęczynówkowym i zewnątrzoponowym

Widok od tyłu: siedzisz pochylony w przód, z plecami wygiętymi w łuk



Pacjenci często mówią o nich „znieczulenie do kręgosłupa". Ta nazwa jest myląca. Igła **nie wchodzi do kości ani do rdzenia kręgowego**. Anestezjolog wprowadza ją w plecach, zwykle w ich dolnej części, w szczelinę między dwoma sąsiednimi kręgami. Wcześniej znieczula skórę i głębiej leżące tkanki w miejscu wkłucia lekiem miejscowo znieczulającym, dlatego wprowadzanie właściwej igły odczuwa się **zwykle jako ucisk, a nie ból**. Znieczulenie

podpajęczynówkowe wykonuje się poniżej miejsca, w którym u dorosłych kończy się rdzeń kręgowy. W worku opon jest tam już tylko płyn i cienkie nerwy, które łatwo odsuwają się od igły.

W obu metodach anestezjolog podaje lek miejscowo znieczulający (LMZ), czyli lek, który na kilka godzin przerywa przewodzenie bodźców w nerwach. Jesteś przytomny, chyba że poprosisz o sedację, o której piszę dalej, albo blokadę łączy się ze znieczuleniem ogólnym.

Znieczulenie podpajęczynówkowe

Siadasz pochylony w przód, z plecami wygiętymi w łuk, albo leżysz na boku z podkurczonymi nogami. Anestezjolog dezynfekuje skórę w okolicy lędźwiowej i najpierw ją znieczula, co czujesz jak krótkie ukłucie. Potem bardzo cienką igłą wstrzykuje LMZ do płynu mózgowo-rdzeniowego. Wielu pacjentów ocenia potem ten etap jako nie gorszy niż zakładanie kaniuli dożylnej.

Po kilku minutach pojawia się uczucie ciepła i mrowienia w nogach, a następnie ich ciężkość. Przestajesz czuć ból i nie możesz nimi poruszać. Czucie dotyku i ucisku może częściowo pozostać, dlatego możesz odczuwać czynności wykonywane przy operowanej kończynie, ale bez bólu. **Ruchomość i czucie wracają stopniowo w ciągu kilku godzin.**

Anestezjolog przez cały czas obserwuje ciśnienie tętnicze, bo blokada może je obniżyć. Spadek ciśnienia leczy się płynami i lekami podawanymi dożylnie. Po zabiegu zdarza się kłopot z oddaniem moczu, bo blokada obejmuje też nerwy pęcherza.

Z PRAKTYKI

Pani Anna, 64 lata, zgłosiła się na zabieg wymiany stawu biodrowego. Bała się jednego: że „zobaczy i usłyszy wszystko". Wybrała znieczulenie podpajęczynówkowe z lekką sedacją. Z operacji pamięta tylko muzykę w słuchawkach. Po południu ruszała już palcami stóp, a wieczorem siedziała na łóżku z pomocą fizjoterapeuty.

W przypadku pani Anny oba wybory byłyby dobre. Wytyczne ERAS dla endoprotezoplastyki biodra i kolana uznają nowoczesne znieczulenie ogólne i blokadę centralną za równie zalecane. O wyborze decydują zdrowie pacjenta, przyjmowane leki i jego własne preferencje.

Niezbyt często po nakłuciu opon pojawia się charakterystyczny ból głowy, który nasila się w pozycji siedzącej lub stojącej i słabnie po położeniu się. **Jeśli wystąpi, zgłoś go personelowi.** Więcej o nim piszę w rozdziale 9.

Znieczulenie zewnątrzoponowe

Przebiega podobnie, ale igła nie przekłuwa opon. Przez nią anestezjolog wprowadza cewnik grubości około milimetra i zostawia go w plecach, przyklejony plastrem. Igłę się usuwa. Cewnik nie przeszkadza w leżeniu na plecach.

Przez cewnik można podawać leki przez wiele godzin, a nawet dni. Dlatego tę metodę stosuje się głównie do leczenia bólu po dużych operacjach. Według wytycznych ERAS z 2025 roku po operacjach jelita grubego wykonywanych z klasycznego cięcia powłok brzusznych warto rozważyć jej zastosowanie. Po operacjach laparoskopowych, czyli wykonywanych przez kilka małych nacięć, wytyczne ją odradzają. Lepiej sprawdzają się wtedy inne sposoby, na przykład blokada nerwów ściany brzucha albo niewielka dawka morfiny podana razem ze znieczuleniem podpajęczynówkowym.

Znieczulenie zewnątrzoponowe obejmuje zwykle tylko ten odcinek ciała, w którym wykonuje się operację, na przykład część klatki piersiowej lub brzucha. Zasięg zależy od miejsca wprowadzenia cewnika i dawki leku. W tym obszarze odczuwasz drętwienie skóry, a nogi zazwyczaj zachowują siłę. Często łączy się je ze znieczuleniem ogólnym: operacja przebiega w znieczuleniu ogólnym, a po przebudzeniu ból jest już opanowany. Znieczulenie rodzącej oraz znieczulenie do cięcia cesarskiego omawiam w tomie poświęconym położnictwu.

Leki przeciwkrzepliwe a blokada centralna

Część leków przeciwkrzepliwych i przeciwpłytkowych trzeba odstawić z odpowiednim wyprzedzeniem, bo zwiększają ryzyko krwiaka w kanale kręgowym. Takie krwawienia są bardzo rzadkie, a wytyczne podają dla każdego leku bezpieczny odstęp czasu. **Nigdy nie odstawiaj leków na własną rękę.** Ustal to podczas konsultacji.

FAKT CZY MIT

„Po znieczuleniu »do kręgosłupa« można zostać sparaliżowanym."

Takie powikłanie jest możliwe, ale wyjątkowo rzadkie. Jak często zdarzają się poważne powikłania blokad centralnych, piszę w rozdziale 9.

ZAPYTAJ ANESTEZJOLOGA

„Które z moich leków muszę odstawić przed znieczuleniem podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym i od kiedy?"

Blokady nerwów obwodowych

W blokadzie obwodowej anestezjolog podaje LMZ nie przy kręgosłupie, lecz w pobliżu nerwu lub splotu nerwowego, który zaopatruje operowaną część ciała. Splot to miejsce, w którym kilka nerwów biegnie obok siebie. W ten sposób można znieczulić całą rękę, bark, kolano albo stopę, a w pozostałych częściach ciała czucie masz zachowane.

Anestezjolog często wykonuje ją pod kontrolą ultrasonografii (USG). Na ekranie widać wtedy nerw i igłę, więc lek trafia precyzyjnie tam, gdzie trzeba. Odczuwasz ukłucie skóry, czasem przejściowe uczucie rozpierania. Po kilkunastu minutach kończyna drętwieje, staje się ciężka i nie możesz nią poruszać.

Blokada może trwać wiele godzin, często także długo po powrocie na oddział. To jej największa zaleta, bo pierwsze godziny po operacji mijają bez bólu i bez dużych dawek silnych leków. Wymaga jednak ostrożności. Znieczulonej kończyny nie czujesz, więc łatwo ją uderzyć, przygnieść albo oparzyć. Po blokadzie nerwu nogi nie wstawaj bez pomocy personelu, bo noga może się pod tobą ugiąć. **Nie próbuj jej samodzielnie przemieszczać, na przykład drugą ręką.** Jeśli trzeba zmienić jej ułożenie, poproś o pomoc personel. Jeśli zalecono temblak, noś w nim rękę.

Gdy blokada ustępuje, ból może narastać szybko. Dlatego **leki przeciwbólowe podaje się z wyprzedzeniem, zanim blokada przestanie działać**, nawet jeśli w danej chwili nic nie boli. Zwykle podaje je personel zgodnie ze zleceniem lekarza. Jeśli czujesz, że czucie wraca, a ból narasta, od razu o tym powiedz.

Z PRAKTYKI

Pan Marek, 52 lata, operacja barku. Anestezjolog wykonał u niego blokadę splotu ramiennego, a samą operację przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym. Po wybudzeniu nie odczuwał bólu, a kończyna pozostawała bez czucia i ruchu do wieczora. Przed snem pielęgniarka podała mu leki przeciwbólowe, choć jeszcze nic go nie bolało. Gdy w nocy blokada ustąpiła, ból był umiarkowany i dobrze kontrolowany.

Po blokadzie obwodowej zdarzają się przejściowe dolegliwości: mrowienie, drętwienie małego obszaru skóry, osłabienie. Zwykle ustępują samoistnie, a trwałe uszkodzenie nerwu jest rzadkie. **Jeśli takie dolegliwości utrzymują się dłużej niż 2 doby, skontaktuj się ze szpitalem, w którym miałeś operację.** Szerzej piszę o tym w rozdziale 9.

Znieczulenie miejscowe nasiękowe

To najprostsza metoda. Lekarz, często sam operator, wstrzykuje LMZ bezpośrednio w skórę i tkanki w miejscu zabiegu. Tak znieczula się na przykład do usunięcia znamienia czy zszycia rany.

Podczas wstrzykiwania przez kilka sekund odczuwasz pieczenie, następnie skóra w tym miejscu drętwieje. W czasie zabiegu nadal czujesz dotyk, ucisk i pociąganie, ale nie ból. Ta różnica zaskakuje wielu pacjentów, więc warto ją znać wcześniej: **ucisk to znak, że znieczulenie działa prawidłowo, a nie że zawodzi**.

Jeśli coś zaczyna boleć, powiedz o tym od razu. Lekarz może podać dodatkową dawkę leku.

Czasem przy zabiegu w znieczuleniu miejscowym czuwa także anestezjolog. Kiedy i po co, wyjaśniam za chwilę.

Sedacja

Sedacja to stan uspokojenia i senności wywołany lekami, zwykle podanymi dożylnie. **Same leki uspokajające nie znoszą bólu.** Dlatego sedację łączy się ze znieczuleniem miejscowym lub blokadą albo prowadzi razem z lekami przeciwbólowymi. Połączenie leków uspokajających i przeciwbólowych nazywa się analgosedacją. Stosuje się ją na przykład podczas kolonoskopii i innych badań endoskopowych.

Amerykańskie Towarzystwo Anestezjologów (ASA, ang. American Society of Anesthesiologists) opisuje sedację jako ciągłą skalę o kilku poziomach:

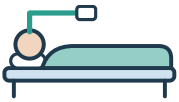
- **sedacja minimalna**: jesteś rozluźniony, ale odpowiadasz na pytania normalnie, a oddech i krążenie działają bez zmian;
- **sedacja umiarkowana**: jesteś senny, możesz przysypiać, ale reagujesz na polecenia, czasem po lekkim dotknięciu, i oddychasz samodzielnie;
- **sedacja głęboka**: trudno cię obudzić, reagujesz dopiero na powtarzane lub bolesne bodźce, a oddech może wymagać wsparcia.

RYCINA 2.4

Poziomy sedacji

Ciągła skala od pełnej przytomności do znieczulenia ogólnego

pełna przytomność → coraz głębszy poziom

	Sedacja minimalna	Sedacja umiarkowana	Sedacja głęboka	Znieczulenie ogólne
				
Twój stan	jesteś rozluźniony	jesteś senny, możesz przysypiać	trudno cię obudzić	tracisz przytomność; to nie jest zwykły sen
Reakcja na głos i dotyk	odpowiadasz na pytania normalnie	reagujesz na polecenia, czasem po lekkim dotknięciu	reagujesz dopiero na powtarzane lub bolesne bodźce	nie budzisz się ani na głos, ani na dotyk
Oddech	bez zmian	samodzielny	może wymagać wsparcia	często trzeba go wspomagać

Granice między poziomami są płynne: sedacja może niezamierzenie przejść w głębszy poziom, nawet w znieczulenie ogólne.

Źródło: American Society of Anesthesiologists, stanowisko w sprawie ciągłości głębokości sedacji i definicji znieczulenia ogólnego (2024).

Kolejnym, najgłębszym stopniem tej skali jest znieczulenie ogólne. Granica bywa płynna, a sedacja może niezamierzenie przejść w znieczulenie ogólne. Dlatego osoba prowadząca sedację musi umieć postępować także w takiej sytuacji. Takie umiejętności ma anestezjolog.

W czasie sedacji oddychasz sam, zwykle z dodatkiem tlenu podawanego przez kaniulę donosową (potocznie „wąsy tlenowe”). Możesz pamiętać fragmenty zabiegu, pojedyncze głosy, dźwięk aparatury. Nie świadczy to o błędzie, lecz wynika z istoty sedacji.

FAKT CZY MIT

„Sedacja to takie małe znieczulenie.”

To nieprawda. Sedacja nie znosi bólu, tylko uspokaja. Ból znoszą dopiero znieczulenie miejscowe, blokada albo leki przeciwbólowe, z którymi się ją łączy. Nie jest też procedurą „mniejszej wagi”: może niezamierzenie przejść w głębszy stopień, dlatego wymaga takiego samego przygotowania i nadzoru jak znieczulenie, włącznie z pozostaniem na czczo. Co to dokładnie oznacza, wyjaśniam w rozdziale 5.

Monitorowany nadzór anestezjologiczny

To pojęcie jest mniej znane pacjentom. W piśmiennictwie używa się angielskiego skrótu MAC (ang. monitored anesthesia care). Oznacza, że przy zabiegu wykonywanym w znieczuleniu miejscowym lub blokadzie przez cały czas **czuwa anestezjolog, który zajmuje się wyłącznie tobą**.

W monitorowanym nadzorze anestezjolog ocenia cię przed zabiegiem, śledzi oddech, ciśnienie i tętno, dobiera głębokość sedacji, leczy problemy, które pojawią się w trakcie, i opiekuje się tobą po zabiegu. Jeśli trzeba, może w każdej chwili przejść do znieczulenia ogólnego.

O takim rozwiązaniu decydują rodzaj zabiegu, twój stan zdrowia albo potrzeba głębszej sedacji. Może to dotyczyć na przykład osób z poważnymi chorobami serca lub płuc, które przechodzą zabieg w znieczuleniu miejscowym.

ZAPYTAJ ANESTEZJOLOGA

„Jaki rodzaj znieczulenia lub sedacji jest przewidziany podczas mojego zabiegu?”

Łączenie metod znieczulenia

Opisane metody rzadko występują w czystej postaci. Anestezjolog łączy je tak, żeby operacja była bezpieczna, a pierwsze godziny po niej możliwie bezbolesne. Najczęstsze połączenia to znieczulenie ogólne z blokadą obwodową, znieczulenie ogólne z zewnątrzoponowym oraz znieczulenie podpajęczynówkowe z sedacją. Wytyczne ERAS opisują takie podejście jako znieczulenie wielokierunkowe: kilka metod i leków działa razem, a każdego z nich potrzeba mniej.

Kto wybiera i od czego to zależy

O rodzaju znieczulenia decydujecie wspólnie ty i anestezjolog. Lekarz bierze pod uwagę rodzaj i rozległość operacji, czas jej trwania, ułożenie na stole, twoje choroby i leki, a także twoje obawy i życzenia. Czasem któraś metoda odpada. Blokady centralnej nie wykona się na przykład przy zakażeniu skóry w miejscu wkłucia czy bez odpowiedniej przerwy w przyjmowaniu niektórych leków przeciwkrzepliwych lub przeciwpłytkowych.

Masz prawo powiedzieć, czego się boisz i co wolisz. Masz też prawo zapytać, dlaczego anestezjolog proponuje akurat tę metodę. Anestezjolog udzieli ci wszelkich informacji o znieczuleniu. **O samej operacji, jej przebiegu i ryzyku informuje zwykle chirurg, dlatego pytania o zabieg kieruj do niego.** Jak przygotować się do tej rozmowy, piszę w rozdziale 4.

Co czujesz, a czego nie

Metoda	Świadomość	Ból w miejscu operacji	Dotyk i ucisk	Ruch operowanej części ciała
Znieczulenie ogólne	brak, nic nie pamiętasz	nie czujesz	nie czujesz	brak
Podpajęczynówkowe	zachowana, chyba że zastosowano sedację	nie czujesz	może być częściowo zachowane	nogi bezwładne przez kilka godzin
Zewnątrzoponowe	zachowana, chyba że łączy się je ze znieczuleniem ogólnym	nie czujesz	zwykle zachowane	zwykle zachowany
Blokada obwodowa	zachowana, chyba że łączy się ją ze znieczuleniem ogólnym lub sedacją	nie czujesz	osłabione lub zniesione	kończyna bezwładna, czasem wiele godzin
Miejscowe nasiękowe	zachowana	nie czujesz	zachowane	zachowany
Sedacja	zależnie od poziomu: od rozluźnienia do głębokiego snu	sama nie znosi bólu, łączy się ją z inną metodą	zależy od metody, z którą jest łączona	zależy od metody, z którą jest łączona

Tabela pokazuje typowy przebieg. Każdy organizm reaguje jednak nieco inaczej. U jednej osoby blokada obejmie szerszy obszar albo będzie działać dłużej, u innej krócej, a podobna dawka leku uspokajającego wywoła różną senność.

Anestezjolog przez cały czas obserwuje, jak reagujesz, i na bieżąco dostosowuje leki i sposób znieczulenia. **Jeśli coś czujesz lub coś cię niepokoi, powiedz o tym**, bo to dla niego cenna informacja.

Źródła

1. Gustafsson UO, Rockall TA, Wexner S i wsp. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society 2025 guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery. Surgery 2025; 184: 109397. doi:10.1016/j.surg.2025.109397
2. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA i wsp. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. Acta Orthop 2020; 91(1): 3–19. doi:10.1080/17453674.2019.1683790
3. 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(2): 179–190. doi:10.1093/bja/aen360
4. Brull R, McCartney CJL, Chan VWS, El-Beheiry H. Neurological complications after regional anesthesia: contemporary estimates of risk. Anesth Analg 2007; 104(4): 965–974. doi:10.1213/01.ane.0000258740.17193.ec
5. Uppal V, Russell R, Sondekoppam RV i wsp. Evidence-based clinical practice guidelines on postdural puncture headache: a consensus report from a multisociety international working group. Reg Anesth Pain Med 2024; 49(7): 471–501. doi:10.1136/rapm-2023-104817
6. Kopp SL, Vandermeulen E, McBane RD i wsp. Regional anesthesia in the patient receiving anti-thrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine evidence-based guidelines (fifth edition). Reg Anesth Pain Med 2025, publikacja online 29.01.2025. doi:10.1136/rapm-2024-105766
7. American Society of Anesthesiologists. Statement on distinguishing monitored anesthesia care (MAC) from moderate sedation/analgesia (conscious sedation). Zatwierdzone 18.10.2023.
8. American Society of Anesthesiologists. Statement on continuum of depth of sedation: definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. Ostatnia zmiana 23.10.2024.
9. Rodzaje znieczulenia. Medycyna Praktyczna dla pacjentów, mp.pl, 01.06.2017.
10. Kietaibl S, Ferrandis R, Godier A i wsp. Regional anaesthesia in patients on antithrombotic drugs: Joint ESAIC/ESRA guidelines. Eur J Anaesthesiol 2022; 39(2): 100–132. doi:10.1097/EJA.0000000000001600

BEZPŁATNA PRÓBKA

To był rozdział 2 z 11

Przeczytałeś bezpłatną próbkę poradnika „Znieczulenie. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin”. Pełna wersja prowadzi cię przez całą drogę do operacji i po niej:

- przygotowanie do operacji i konsultacja anestezjologiczna,
- bycie na czczo i przyjmowanie leków przed zabiegiem,
- dzień operacji, sala pooperacyjna i pierwsze dni na oddziale,
- leczenie bólu, powikłania: co jest normalne, a co trzeba zgłosić,
- prawa pacjenta w szpitalu,
- lista kontrolna, pytania do anestezjologa, słowniczek i notatnik.

PDF w formacie A5, 187 stron, 25 rycin. Stan wiedzy: październik 2026.

Pełna wersja poradnika

naffy.io/przedznieczuleniem/znieczulenie-poradnik-dla-pacjentow-i-ich-rodzin-k73

Artykuły i więcej informacji: **przedznieczuleniem.pl**

Poradnik nie zastępuje konsultacji anestezjologicznej. Dotyczy znieczulenia do planowych operacji. Ostateczną decyzję o rodzaju znieczulenia podejmują anestezjolog i pacjent.

© lek. Michał Długaszek, 2026