

10.

OBRAVNAVA URGENTNIH STANJ

Nena Golob, Maja Ivanetič Pantar, Andrej Žist

Urgentna stanja v paliativni medicini so tista, ki bolniku z neozdravljivo napredovalo boleznijo zmanjšujejo kakovost življenja in/ali izrazito skrajšujejo predvideno preživetje. Med urgentna stanja v paliativni medicini bolnikov z rakom štejemo vsa stanja in zaplete, ki nastanejo zaradi neozdravljive, napredovale bolezni ali njenega zdravljenja. Glede na pogostost pojavljanja so to: delirij, hiperkalcemija, epileptični krči, kompresija hrbtenjače, sindrom zgornje vene kave in akutne krvavitve. Na odločitev o ukrepih in načinu zdravljenja vplivajo številni dejavniki: splošno stanje bolnika, prognoza osnovne bolezni, spremljajoča obolenja, trenutni simptomi, učinkovitost oziroma toksičnost zdravljenja in želje bolnika (bližnjih). Glavni cilj je izboljšanje kakovosti življenja in šele nato podaljševanje preživetja.

DELIRIJ

(glej tudi poglavje 5)

Definicija

To je nespecifična globalna disfunkcija centralnega živčnega sistema, povezana z zmanjšano stopnjo zavesti, pozornosti, zmožnosti razmišljanja, zaznavanja, čustvovanja, motenega spomina in cikla dan/noč. Delirij delimo na hiperaktivni, hipoaktivni in mešani delirij.

Ocena

- Pregledamo laboratorijske izvide krvi (hemogram, biokemija, CRP, prokalcitonin, toksikološke preiskave).
- Preverimo bolnikovo doseganje terapijo in ukinemo nepotrebna zdravila.
- Preverimo bolnikovo telesno prizadetost (sluh, vid, zaprtje, retenca urina, bolečina in podobno).
- Izključimo druge možne diferencialne diagnoze (demenca, depresija, toksičnost opioidov in podobno).

Mehanizem

Najpogostejši vzroki so:

- osnovna (napreduvala) bolezen,
- zdravila (opioidi, antiholinergiki, kortikostereoidi, benzodiazepini, antidepresivi in podobno),
- odtegnitveni sindrom (kajenje, alkohol, mamila, zdravila),
- presnovne in elektrolitske motnje: hipo-/hipernatremija, hipo-/hiperkalcemija, hipoglikemija, hepatopatija/uremija,
- okužbe,
- nenadzorovana bolečina (zaprtje, retenca urina),
- možganski zasevki ali primarni možganski tumor,
- motnje zaznavanja pri slabovidnih ali gluhih ob spremembi okolja – hospitalizacija.

Zdravljenje

Nemedikamentozni ukrepi so:

- pogovor z bolnikom in bližnjimi: obrazložitev narave in zdravljenja delirija,
- izvajanje aktivnosti in pripomočki za boljšo orientacijo v času in prostoru,
- stabilen ritem življenja: bivalno okolje, redno gibanje in ritem spanja.

Med **medikamentoznimi** ukrepi je na prvem mestu uporaba haloperidola: 0,5–3 mg po./sc., po potrebi se odmerki lahko ponovi čez 1 uro. Če je potrebno redno jemanje, svetujemo haloperidol 0,5–3 mg na 8 do 12 ur. Ob potrebi po hitri umiritvi posegamo po haloperidolu 2,5–5 mg na 30 minut sc./iv. do umiritve. Kot vzdrževalni odmerki uporabimo 50 % odmerka, potrebnega za umiritev v prvih 24 urah.

Čeprav imajo novejši atipični nevroleptiki (olanzepin 2,5–7,5 mg po./sc. 1–2-krat/dan; risperidon 0,5–1 mg po 1–2-krat/dan; kventiapin 25–200 mg 1–2-krat/dan) manj neželenih učinkov in so podobno učinkoviti kot haloperidol, slednji zaradi dolgoletnih izkušenj, načina delovanja in številnih uporabnih načinov aplikacije ostaja zdravilo prvega izbora.

Benzodiazepine uporabljamo pri odtegnitvi od alkohola ali sedativov in v kombinaciji z antipsihotiki pri agitanosti (lorazepam 0,5–2 mg/4–8 ur + p.p./1 uro sc./iv./po./sl. ali midazolam 2–5 mg/30 minut sc.). Šibke in starejše bolnike zdravimo z manjšimi odmerki. Ob potrebi po sedaciji posegamo po midazolamu 10–30 mg na 24 ur ali lorazepamu prek podkožne elastomerske črpalke (1–4).

HIPERKALCEMIJA

Definicija

O hiperkalcemiji govorimo, kadar je koncentracija serumskega kalcija višja od 2,6 mmol/l. Hiperkalcemija je znak resne sistemske bolezni in pogost presnovni zaplet bolnikov s solidnimi in hematološkimi raki. Najpogosteje se pojavlja pri bolnikih s tumorji dojke, mielomom, drobnoceličnim karcinomom pljuč in rakom ledvičnih celic.

Mehanizem

V 80 % je vzrok za nastanek hiperkalcemije pri bolnikih z rakom paraneoplastično sproščanje peptida, podobnega parathormonu, v 20 % pa je vzrok bodisi neposredna destrukcija kosti z metastazami bodisi povečano izločanje kalcitriola.

V plazmi je kalcij v treh oblikah, fiziološko dejaven je samo ionizirani kalcij. Ker so metode določanja ioniziranega kalcija zamudne in manj dostopne, običajno laboratorijsko določamo plazemsko koncentracijo celotnega (vezanega in ioniziranega) kalcija, čeprav vemo, da celokupna serumska koncentracija kalcija pri bolnikih z nizkimi ali visokimi vrednostmi albumina pogosto ne odraža zanesljive vrednosti.

V klinični praksi se orientiramo glede na serumsko vrednost kalcija, čeprav bi bilo pravilneje spremljati ionizirani kalcij ali vsaj korigirano vrednost. Za hitro orientacijo lahko računsko »korigiramo« vrednost celokupnega kalcija glede na koncentracijo albumina in govorimo o »korigiranem kalciju«.

Vrednosti korigiranega kalcija v krvi =
 kalcij v serumu + $0,222 \times (40 - \text{albumin v serumu (v g/l)})$

Klinična slika

Ta je bolj odvisna od hitrosti porasta kalcija v krvi kakor od vrednosti. Serumska hiperkalcemija nad 3,7 mmol/l ogroža življenje.

Pogostejši klinični znaki in simptomi so: utrujenost, mišična oslabelost, neješčnost, žeja, slabost, zaprtje, poliurija.

Težja klinična slika je: bruhanje, ileus, zmedenost, nevrološke motnje, srčne aritmije.

Zdravljenje

Cilj zdravljenja je zdraviti simptomatske bolnike z vrednostmi serumskega kalcija nad 3,0 mmol/l in asimptomatske bolnike, ko je vrednost serumskega kalcija večja od 3,5 mmol/l. Ob tem je treba pretehtati smiselnost zdravljenja umirajočega bolnika.

Osnovni ukrep je dobra hidracija z 0,9 % NaCl (vsaj 2000 ml).

Bolnikom s srčnim popuščanjem ali okrnjeno ledvično funkcijo, ki niso izsušeni oziroma po rehidraciji, če je treba, dodamo furosemid intravensko ali oralno (10–20 mg).

Pomembno je, da po dobri hidraciji zdravljenje nadaljujemo tako, da zavremo resorpcijo kosti z bisfosfonati (za bolnike z rakom s kalcijem > 3,0 mmol/l in eGFR > 30 ml/min. je zdravilo izbora zolendronska kislina 4 mg v 100 ml 0,9 % NaCl v 15–30 min.).

Odgovor na zdravljenje pričakujemo v 2 do 4 dneh, normokalcemija traja nekaj tednov, zato je zdravljenje z bisfosfonati treba ponavljati. Ob prejemanju zolendronske kisline moramo biti pozorni na ledvično funkcijo in nastanek osteonekroze čeljustnice.

V času zdravljenja z zolendronsko kislino morajo bolniki opravljati redne preglede pri zobozdravniku. Odsvetujemo jim invazivne posege na zobeh.

Pri bolnikih s hiperkalcemijo zaradi raka in slabo ledvično funkcijo je treba zaradi neželenih učinkov zolendronske kisline dobro pretehtati smiselnost takšnega zdravljenja.

Ob hiperkalciemiji, ki je odporna na zdravljenje z bisfosfonati ali ledvični funkciji z eGFR < 30 ml/minuto hiperkalcemijo zdravimo z monoklonalnim protitelesom denosumabom 120 mg sc. na vsake 4 tedne (*off label use*).

Kalcitonin zmanjša resorbcijo kalcija iz kosti in spodbuja kalciurezo, žal pa je hipokalcemični učinek le kratkotrajen. Uporabimo ga pri izrazitih hiperkalcemijah, ob diagnozi kot premostitev do časa začetka delovanja bisfosfonatov, ker v primerjavi z bisfosfonati izraziteje in predvsem hitreje zniža serumski kalcij. Svetovan odmerek 5–10 IE/kg telesne teže na 24 ur (največ 400 IE na 6 ur).

Kortikosteroidi inhibirajo delovanje osteoklastov in zmanjšajo prevzem kalcija iz prebavil. Prav tako so učinkoviti pri hiperkalcemiji zaradi limfoma, mieloma ali plazmocitoma. Pred uvedbo terapije s kortikosteroidi je smiselna konzultacija z internističnim onkologom, saj kortikosteroidi lahko otežijo diagnostiko morebitnega limfoma.

Pri akutni, življenje ogrožajoči hiperkalcemiji damo glukokortikoide v visokih odmerkih (hidrokortizon 100–300 mg/dan). Pri kroničnih hiperkalciemijah dajemo glukokortikoide v manjših odmerkih (metilprednizolon 40 mg/dan) in v obliki tablet vsaj 10 dni (4-7).

Pri najhujših oblikah hiperkalcemije, ki je ne moremo obvladati z zdravili, in ob akutni ledvični okvari, lahko naredimo hemodializo ali peritonealno dializo z dializno raztopino brez kalcija.

EPILEPTIČNI NAPADI

Definicija

Epileptični napad je nenadna nezavedna električna motnja v možganih, ki lahko privede do sprememb v vedenju, gibanju, čutenju in zavedanju.

Vzroki za epileptične krče so ob možganskih zasevkih še karcinoma mening, primarni tumorji centralnega živčnega sistema, metabolne motnje (hiponatremija, hiperkalcemija, uremija), toksičnost zdravil, akutna krvavitev v centralni živčni sistem in podobno.

Pred dokončno diagnozo izločimo druge vzroke sinkope in krčev: refleksna sinkopa, vazovagalna in situacijska sinkopa, ortostatska hipotenzija, kardialna sinkopa, hipoglikemija, ekstrapiramidalni učinki zdravil in tako dalje. Preverimo tudi, ali je bolnik že kdaj prej imel epileptične krče in stopnjo ogroženosti zanje.

Zdravljenje

Čeprav se epileptični napadi pojavijo pri 10 do 15 % bolnikov v paliativni oskrbi in pri 70 % bolnikov z možganskimi zasevki, se splošna profilaktična terapija proti epileptičnim napadom ne priporoča.

Bolnika ob epileptičnem napadu položimo v položaj nezavestnega in ga zavarujemo. Pridobimo anamnezo in zdravimo v skladu z njo, pri čemer razmišljamo o potencialnih reverzibilnih vzrokih. Odvzamemo kri za laboratorijske izvide in razmislimo glede potrebe po slikovnih preiskavah glave.

Če napad hitro spontano mine, bolnika opazujemo in znova premislimo o potencialnih reverzibilnih vzrokih. Če lahko, prilagodimo bolnikovo redno terapijo. Preverimo že obstoječo antiepileptično terapijo ali jo v skladu s smernicami oziroma konzultacijo uvedemo.

Epileptični napad, ki spontano ne mine po 5 minutah, zdravimo z benzodiazepini (diazepam 5–10 mg iv./rekt., midazolam 5 mg iv./sc., lorazepam 2 mg iv.). Odmerek lahko ponovimo po 10 minutah. Napadi so načeloma kratki.

Preverimo že predpisano antiepileptično terapijo. Če je bolnik še nima, mu jo uvdemo. Levetiracetam ne vpliva na citokromsko pot in starejši bolniki ga dobro prenašajo, treba pa je upoštevati ledvično funkcijo bolnika in odmerek zdravila po potrebi prilagoditi.

Pri bolnikih v fazi aktivnega umiranja uporabljamo midazolam 5 mg sc./buk. ali diazepam 10 mg rekt. Midazolam in levetiracetam lahko apliciramo tudi kontinuirano prek subkutane elastomerske črpalke.

Razmislite glede potrebe po kortikosteroidih.

Bližnje, ki skrbijo za bolnika, je treba pomiriti in poučiti (3-5, 8).

KOMPRESIJA HRBTENJAČE

Definicija

Kompresija hrbtenjače nastane, ko je dura s svojo vsebino stisnjena zaradi neposrednega pritiska, sesutja vretenca ali nestabilnosti hrbtenice. Najpogosteje je hrbtenjača stisnjena v višini torakalne hrbtenice.

Mehanizem

V 20 % je kompresija hrbtenjače prvi znak raka. Najpogosteje se razvije pri bolnikih z rakom pljuč, dojke, prostate, ščitnice, ledvice in pri bolnikih s plazmocitomom. Sicer pa lahko prizadene vsakega bolnika z razsejanim rakom v kosteh.

Klinična slika

Simptomi oziroma znaki, ki opozarjajo na razvijajoče se kompresijo hrbtenjače so:

- bolečina, ki se širi po sprednji ali zadnji strani stegna (in spominja na lumboishialgijo), ali v napredovali obliki radikularne narave, pekoča in zbadajoča,
- občutek zategnenosti v predelu prsnega koša ali trebuha,
- senzorični oziroma motorični nevrološki izpadi (oslabelost okončin, parastezije, paraplegija, inkontinenca za vodo oziroma blato).

Pomembno je zgodnje prepoznavanje simptomov in znakov ter hitro ukrepanje, saj se sčasoma večja verjetnost trajnih nevroloških okvar. Če traja nevrološka okvara več kot 48 ur, je verjetnost za povrnitev nevroloških funkcij majhna.

Bolnik, pri katerem se je nevrološka simptomatika pojavila v zadnjih 24 urah (48 urah), je kandidat za vse ukrepe. Na odločitve glede zdravljenja vpliva čas nastopa simptomov in znakov, bolnikov predhodni nevrološki status in osnovna bolezen.

Zdravljenje

Bolnik potrebuje nevrološki pregled za določitev višine okvare, magnetno resonanco prizadetega predela hrbtenice in nato mnenje multidisciplinarnega tima glede zdravljenja.

Splošni ukrepi, ki veljajo za vse bolnike s kompresijo hrbtenjače so:

- strogo ležanje,
- vstavev urinskega katetra,
- predpisana zdravila: analgetiki, antitrombotična profilaksa, zaviralci protonske črpalke.

Ukrepamo lahko medikamentozno, z radioterapijo, s kemoterapijo in kirurško. Pri uporabi glukokortikoidov konsenza glede višine odmerka še ni. Eno izmed priporočil je, da bolnike, ki so paraparetični ali paraplegični, zdravimo z visokimi odmerki: ob prezentaciji deksametazon 10 mg iv., naslednje 3 dni 6–10 mg/6–8 h iv., odmerek nato naslednjih 10 dni postopoma znižujemo. V klinični praksi uporabljamo manjše odmerke deksametazona: ob prezentaciji bolus deksametazona 8 mg iv., nato 8 mg 2–3-krat dnevno, zadnji odmerek po možnosti apliciramo do 16. ure (zaradi vpliva na nespečnost).

Za operativno dekompresijo hrbtenjače se odločimo če:

- ima bolnik radiorezistenten primarni tumor,
- gre za nestabilno prizadetost hrbtenice,
- gre za utesnitve hrbtenjače zaradi kostnih fragmentov,
- je kompresija hrbtenjače na eni sami višini,
- kadar gre za motorično izgubo, ki traja manj kot 48 ur,
- kadar je čas preživetja ocenjen na tri ali več mesecev.

Pri tem je treba upoštevati obseg bolezni in bolnikov splošni status. Če je bolnik kandidat za kirurško zdravljenje, ima kirurško zdravljenje prednost pred radioterapijo. Raziskave namreč kažejo, da imajo bolniki večjo verjetnost za povrnitev in ohranitev motoričnih funkcij, če so zdravljeni s kombinacijo

kirurške dekompresije in pooperativne radioterapije v primerjavi z radioterapijo brez kirurškega zdravljenja.

Za radioterapijo brez kirurškega zdravljenja pa se odločimo:

- ob slabšem telesnem statusu bolnika,
- pri ocenjenem kratkem preživetju,
- če bolnik ni kandidat za kirurško zdravljenje in
- pri radiosenzitivnih tumorjih (limfomi, plazmocitomi, germinalni tumorji).

Kemoterapija ima postranski pomen, saj je njen učinek nepredvidljiv in zakasnel (3, 5, 9-11).

SINDROM ZGORNJE VENE KAVE

Definicija

Sindrom zgornje vene kave je skupek simptomov in znakov, ki so lahko posledica pritiska iz okolice ali znotrajžilnega vraščanja tumorja v zgornjo veno kavo ali pridruženo žilje.

Večina primerov nastane sekundarno ob napredovanju raka (pljučni rak, limfomi). Kaže se večinoma (sub) akutno.

Klinična slika

Diagnozo postavimo z anamnezo, statusom in slikovno diagnostiko.

Simptomi: težko dihanje, oteklina vratu in obraza, kašelj, glavobol, izkrivljeni vid, hripavost in stridor, zamašen nos, oteklina jezika in slabost, omotica.

Znaki: napetost jungularne vene in podkožne venske kolaterale, oteklina zgornje okončine, pletora obraza in zgornje okončine, kemoza, periorbitalni edem in edem papile, sprememba zavesti (letargija, sopor, koma), sinkopa in cianoza.

Slikovna diagnostika: že rentgenska slika prsnega koša je pogosto spremenjena, a zlati standard za postavitev diagnoze predstavljata magnetna resonanca ali računalniška tomografija, ki natančneje opredelita lokalizacijo in dimenzijo pritiskajoče mase.

Zdravljenje

Način zdravljenja določa osnovni patološki proces. Ob subakutni prezentaciji in sumu na raka je potrebna histološka verifikacija odvzetega vzorca, po možnosti pred uvedbo terapije. Pri bolniku z rakom vrsto zdravljenja določa tip primarnega tumorja.

Učinkoviti nemedikamentozni ukrepi so pokončen položaj glave in podpora trupa z vzglavniki ter sprostitvev tesnih oblačil.

Zdravimo lahko medikamentozno s kortikosteroidi (deksametazon 16 mg ob prezentaciji iv. ali po.). Če ne učinkuje, deksametazon opustimo. Zdravimo tudi z diuretiki, anksiolitiki (benzodiazepini: lorazepam 2,5 mg sl.) in analgetiki (morfinske kapljice 5 mg/4 ure p.p.).

Po kemoterapiji posežemo pri bolnikih s kemosenzitivnimi raki. Kemoterapijo lahko kombiniramo z obsevanjem. Obsevanje je lahko pri nekaterih rakih prvi ukrep ali pa adjuvantno zdravljenje po vstavitvi opornice. Ob obsevanju lahko pride do poslabšanja klinične slike, v skrajnem primeru se lahko zaplete tudi z obstruktivno fibrozo, sicer pa olajšanje pričakujemo v 3 dneh do 1 tedna.

Perkutana vstavitvev opornice v zgornjo veno kavo hitro razreši simptome in znake. Primerna je za bolnike z akutno simptomatiko (hemodinamsko nestabilnostjo, oteklino žrela, možganskim edemom). Poseben pomislek glede vstavitvev opornice je potreben pri bolnikih, pri katerih so ukrepi zelo omejeni, in pri bolnikih s kemosenzitivnimi tumorji, ki se dobro odzovejo na kemoterapijo.

Koristi antikoagulantnega zdravljenja so nejasne. Večinoma ga uvedemo po trombolizi (ob intraluminalni trombozi), da zmanjšamo možnost ponovitve in verjetnost nastanka pljučne embolije.

Acetilsalicilna kislina je priporočena po vstavitvi opornice in ob odsotnosti tromba.

Kirurška resekcija ali kirurški obvod sta smiselna pri bolnikih z rakom ščitnice in timusa (4, 5, 12).

AKUTNE KRVAVITVE

Definicija

Akutna krvavitev je nenadna in nepričakovana zunanja izguba krvi. Prikrita ali odkrita krvavitev doleti 10 % bolnikov z rakom.

Pred odločitvijo glede načina zdravljenja krvavitve moramo oceniti:

- klinično stanje in osnovne ter pridružene bolezni bolnika,
- jakost krvavitve in vzrok/izvor (lokalni ali sistemski),
- laboratorijske izvide s parametri koagulacije,
- potrebo in dostop do krvnih preparatov in derivatov,
- možnost ali smiselnost izvajanja posegov glede na izvor in vzrok krvavitve,
- bolnikovo doseganje terapijo (nizkomolekularni heparin, acetilsalicilna kislina, varfarin, deksametazon, nova oralna antikoagulantna zdravila, nesteroidni antirevmatiki).

Zdravljenje

Klasično zdravljenje akutnih krvavitve temelji na hemodinamski stabilizaciji bolnika. Če je možno, ukrepamo vzročno in podporno. Vzročni ukrepi so ukinitvev zdravil, ki vplivajo na hemostazo, ob pomanjkanju ali disfunkciji trombocitov nadomeščanje le teh, ob pomanjkanju drugih faktorjev pa zdravimo osnovno motnjo. Podporni ukrepi vključujejo nadomeščanje krvnih preparatov in vzdrževanje znotrajžilnega volumna.

Pri krvavečih tumorjih je smiselno razmisliti tudi o paliativnem hemostiptičnem obsevanju (3-5, 13).

Manjše krvavitve

Ob manjši krvavitvi: kjer je mogoče, nastavimo lokalno tamponado (na primer nosu).

Ob manjši krvavitvi iz sluznic in kože:

- traneksaminska kislina v različnih oblikah (najraje v raztopini za injiciranje 500 mg/5 ml) ali adrenalina, aplicirana lokalno prek gaze:
 - iz tablet traneksaminske kisline je mogoče pripraviti tudi 5-odstotno raztopino (traneksaminska kislina 500 mg tbl. razdrobimo v 10 ml fiziološke raztopine) ali pasto (4-krat 500 mg tbl. razdrobimo v 60 g parafina), ki jo apliciramo prek gaze 2-krat dnevno; gazo lahko dalj časa pustimo na mestu krvavitve.

Ob manjši krvavitvi iz prebavil:

- iz ustne votline: 10 ml 4–5 % ustne raztopine traneksaminske kisline, s čimer izpiramo usta 4-krat na dan,
- iz želodca ali dvanajstnika (peptična razjeda):
 - inhibitor protonske črpalke ali H₂-agonist iv. (pantoprazol 40 mg iv.),
 - premisliti glede uporabe fitomenadiona (vitamina K).

Če izključimo diseminirano intravaskularno koagulacijo, lahko uvedemo terapijo s sistemskim antifibrinolitičnim: traneksaminska kislina 1,5 g po. 1-krat na dan, nato 3-krat 1 g na dan. Če ne zadostuje, po 3 dneh povečamo na 3-krat 1,5 g na dan. Terapijo ukinemo 7 dni po prenehanju krvavitve in po potrebi ob ponovni krvavitvi znova uvedemo.

Glede na klinično stanje bolnika in prognozo je smiselna konzultacija gastroenterologa za morebitno endoskopsko zaustavitev krvavitve.

Ob manjši krvavitvi iz dihal:

- nadzorujemo dihalno pot: bolnika bolj kot krvavitev ogroža zadušitev,
- bolnika postavimo bočno na stran, kjer krvavi,
- glede na stanje dodamo kisik, zdravimo osnovno oziroma pridruženo bolezen, ki je privedla do krvavitve (na primer okužba, pljučna embolija), blažimo kašelj,
- zdravimo krvavitev iz sluznic.

Ob manjši krvavitvi iz sečil:

- izključimo in zdravimo okužbo,
- izpiramo mehur brez ali z 0,9-odstotno fiziološko raztopino ali traneksamično kislino (5 g v 50 ml fiziološke raztopine) do 2-krat dnevno, ko peroralna terapija ne učinkuje.

Obilne krvavitve

Predhodni ukrepi: z bolnikom, ki je visoko ogrožen za krvavitev in bližnjimi, se moramo pogovoriti o možnosti nastanka krvavitve in ukrepih ob tem.

Nemedikamentozni ukrepi ob obilni krvavitvi:

- Ostanemo mirni in delujemo pomirjajoče na bolnika in bližnje, predvsem ko gre za masivno krvavitev pri umirajočem bolniku.
- Bolnika postavimo v položaj nezavestnega oziroma primeren položaj in poskusimo najti izvor krvavitve. Na to mesto izvajamo mehanski pritisk.

Medikamentozni ukrepi ob obilni krvavitvi: hitro delujoči benzodiazepini – midazolam 10 mg iv./im. (v veliko mišico)/buk./sl. ali diazepam 10 mg iv. Če bolnik že prejema benzodiazepine, je treba odmerek prilagoditi.

Po dogodku si vzamemo čas, da s sodelavci in bolnikovi bližnjimi spregovorimo o dogodku.

PRIPOROČILO

- Zdravljenje urgentnih stanj v paliativni medicini je pogosto zahtevno. Glavni cilj je izboljšanje kakovosti življenja in šele nato podaljševanje preživetja. Dobro sodelovanje z bolniki in bližnjimi je predpogoj za ustrezno zdravljenje.

Literatura

1. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, Centro C, Lucchesi S et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2018; 29 (suppl 4): iv143–65.
2. ESMO clinical practice guidelines: Supportive and palliative care [spletna stran na internetu]. Pridobljeno 10. 4. 2019 s spletne strani: <https://www.esmo.org/guidelines/supportive-and-palliative-care>.
3. Schrijvers D. Emergencies in palliative care. *Eur J Cancer* 2011; 47 (Suppl 3): S359–61. doi: 10.1016/S0959-8049(11)70203-9. PMID: 21944015.
4. Červek J, Simonič Godič M, Ebert Moltara M, Tavčar P, Benedik J, Ivanetič Pantar M et al. Zdravila za podporno in paliativno zdravljenje. 4.izd. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, 2021.
5. Scottish Palliative Care Guidelines: Palliative emergencies Scotland, NHS Scotland. 2019. [spletna stran na internetu]. Pridobljeno 10. 4. 2019 s spletne strani: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/palliative-emergencies.aspx>.
6. Strijbos M, Punie K. Hypercalcaemia. V: Pulla MP ed. *ESMO Handbook of oncological emergencies*. 2nd ed. ESMO Press, 2016: 95–102.
7. Košnik M, Štajer D. *Interna medicina*. Ljubljana: Buča d.o.o; 2018.
8. De Mattos-Arruda L, Preusser M. Complications of brain metastases. V: Pulla MP ed. *ESMO Handbook of oncological emergencies*. 2nd ed. ESMO Press, 2016: 77–82.
9. Köksoy EB. Spinal cord compression. V: Pulla MP ed. *ESMO Handbook of oncological emergencies*. 2nd ed. ESMO Press, 2016: 71–6.
10. Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF, Payne R, Saris S, Kryscio RJ et al. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomized trial. *Lancet* 2005; 366 (9486): 643–8. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66954-1. PMID: 16112300.
11. Skeoch GD, Tobin MK, Khan S, Linninger AA, Mehta AI. Corticosteroid Treatment for Metastatic Spinal Cord Compression: A Review. *Global Spine J* 2017; 7(3): 272–9. doi: 10.1177/2192568217699189.
12. Foy V, Kurup R. Superior vena cava syndrome. V: Pulla MP ed. *ESMO Handbook of oncological emergencies*. 2nd ed. ESMO Press, 2016: 30–8. Cherny NI, ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical practice guidelines for the management of refractory symptom at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol* 2014; 25 (suppl 3): 43–52.
13. Martinelli E, Sforza V, Cardone C. Bleeding disorders. V: Pulla MP ed. *ESMO Handbook of oncological emergencies*. 2nd ed. ESMO Press, 2016: 233–42.