

Paliativní medicína pro lékárníky

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.^{1,3}

¹Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

²Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

³Masarykův Onkologický ústav, Brno

Paliativní medicína je aktivní komplexní péče poskytovaná nevléčitelně nemocným v pokročilém nebo konečném stadiu choroby (mnohdy na úrovni intenzivní péče, vždy s nutností multidisciplinárního přístupu). Základem paliativního přístupu je holistický model nemoci, součástí životní dráhy člověka, se svými rozměry biologickými, psychologickými, sociálními i spirituálními. Paliativní medicína považuje všechny tyto oblasti z pohledu významu za rovnocenné a akceptuje názor nemocného a jeho relevantních blízkých na to, která z oblastí má být řešena prioritně. Léčebné postupy tedy odpovídají stadiu a charakteru onemocnění, měly by reagovat na preference nemocného a jeho blízkých. Článek se praktickou cestou snaží definovat základní principy farmakologických postupů v péči o nevléčitelně nemocné.

Klíčová slova: léky v paliativní péči, multidisciplinární přístup, bolest, opioidy, off-label (neschválené) užití léku, dušnost, delirium.

Palliative medicine for pharmacists

Palliative medicine is an active multidisciplinary care for incurable patients, with advanced disease state. Holistic model of care and multidisciplinary access are the fundamental principles of care. Methods of treatment must follow patient's and family's opinion and aims about quality of resting life. The article gives a definition for basic principles of pharmacologic methods in specialized palliative care.

Key words: palliative drugs, multidisciplinary palliative care, pain, opioids, off-label, dyspnoe, delirium.

Prakt. lékáren. 2009; 5(5): 270–273

Farmakologické postupy jsou v holistickém (celostním) pojetí nemoci jednou (ne jedinou) součástí léčby – na druhé straně sama psychosociální a spirituální péče u nemocného s neléčenou neuropatickou bolestí nemůže mít naději na úspěch. Jedná se o péči aktivní a minimalizace léčby ve smyslu „její nepotřebnosti“ není obecným principem. Také proto v paliativní péči najdeme většinu léků užívaných v ostatních oborech k symptomatické péči.

Paliativní péče (1, 2):

- usiluje o prodloužení života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný
- respektuje a chrání důstojnost, přání a potřeby nevléčitelně nemocných
- chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk prožívá jeho závěrečnou část se všemi tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty individuálně
- nabízí podporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka

Z pohledu rozhodování o použitých léčebných postupech je zásadní pro pacienta, jeho blízké a samozřejmě zdravotníky **znalost cílů léčby**. Ty jsou závislé na fázi onemocnění (2) a názoru poučeného nemocného, ev. i jeho relevantních blízkých.

Fáze kontrolovaného (kompenzovaného) onemocnění

Kombinací kauzálních a symptomatických léčebných postupů se daří udržet projevy onemocnění pod kontrolou a celkový stav pacienta je na dobrém stupni funkční zdatnosti. **Tato fáze může trvat od stanovení diagnózy několik týdnů (např. karcinom slinivky břišní, ovariální karcinom), měsíců (např. syndrom terminální geriatrické deteriorace), až řadu let (pokročilé srdeční selhání, sclerosis multiplex, syndrom demence apod.).** Obvykle je indikována standardní primární a sekundární prevence kardiovaskulárních chorob, prevence pozdních komplikací diabetu, v případě potřeby je rovněž indikována plná intenzivní a resuscitační léčba. Samozřejmě již v této fázi může nemocný rozhodnout – pokud je tohoto rozhodnutí schopen – o své „living will“ (životní vůle) a v podstatě tak tímto právním aktem směřovat rozhodování zdravotníků. Jednotná precedentní právní vyjádření v českém zdravotnictví dosud nejsou pravidlem, přesto Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP považuje autonomii názoru nemocného za zásadní a doporučuje ji respektovat.

Fáze zlomu

Onemocnění přestává reagovat na kauzální léčbu, dochází k postupnému selhávání jedné nebo více orgánových soustav (často je jedním

z prvních projevů akcelerace kachexie), působí pacientovi nepříjemné symptomy a zhoršuje jeho celkovou funkční zdatnost. **Odhadnout prognózu délky přežití není snadné. Obvykle se pohybuje v řádu týdnů až měsíců, někdy dochází k rychlému nevratnému zhoršení a pacient umírá během několika dní. Je třeba citlivě reagovat na postoje nemocného, ale i jeho relevantních blízkých.** Je třeba přehodnotit indikaci zavedené dlouhodobé léčby (například primární, sekundární a terciární prevence ischemické choroby srdeční, cévního onemocnění mozku, diabetes mellitus atd.). V případě prognostické a terapeutické nejistoty, resp. neshody ve zdravotním týmu (včetně názoru nemocného) je indikována plná léčba.

Terminální fáze

Dochází k postupnému nevratnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhávání jednoho nebo více funkčních systémů (obvykle poslední týdny a dny onemocnění). Cílem léčby v této fázi je minimalizovat dyskomfort, který pacientovi onemocnění působí a umožnit nemocnému klidné a důstojné umírání (ne aktivní přibližování nebo oddalování smrti). Z této perspektivy je třeba přistupovat k veškeré diagnostice a léčbě. Intenzivní a resuscitační péče obvykle nejsou indikovány.

Základní charakteristiky nástupu terminální fáze:

- Narůstající celková slabost a únava, pacient nevstává z lůžka, prodlužují se periody denního spánku, stává se více závislým na cizí pomoci
- Ztrácí zájem o okolí, „vzdaluje“ se od vnějšího světa, dezorientace, někdy halucinace
- Odmítání jídla a pití (někdy nauzea, neschopnost cokoliv polknout)
- Nepravidelnosti dýchání (apnoické pauzy, Cheyne-Stokesovo dýchání)
- Chrčivé dýchání (obvykle projevem kumulace sekretu v dýchacích cestách)
- Oligurie až anurie (může dojít k močové retenci)
- Změny habitu, zřetelně na kůži („zašpičatění nosu“ – facies Hippocratica, periferní cyanóza na končetinách, mramorovaná kůže)

V péči o terminálně nemocného jsou v popředí tyto cíle:

- Zmírnění tělesného a psychického dyskomfortu pacienta a spirituální podpora
- Podpora blízkých nemocného (zároveň příprava pro péči o pozůstalé)

Obecné zásady lékových strategií u pokročile nemocných (2, 3, 8)

Potenciálně ovlivnitelné příčiny zhoršení stavu u pokročile nemocných (jejich případné ovlivnění může zvýšit kvalitu života nemocného) jsou bolest, dehydratace, hyperkalcemie, hypoglykemie, poruchy natremie, anémie, urémie, icterus, infekční komplikace, intrakraniální hypertenze, kardiální dekompenzace, obstrukce dýchacích cest, úzkost, strach, deprese a také nežádoucí účinky léků.

Významným tématem paliativní péče je smysluplnost farmakologické léčby. Zvláště ve stadiích zlomu a terminální fázi onemocnění je pro dobrou paliativní péči imperativem diskuze o strategii léčby v kontextu jejích cílů. Je často nutné přistupovat na kompromisní řešení. V praxi se dobře osvědčuje postup, kdy si lékař (tým) položí tyto otázky:

- Proč pacient užívá daný lék?
- Může tento lék změnit kvalitu života nemocného pozitivním či negativním způsobem?
- Může tento lék být pro nemocného zbytečnou zátěží?
- Je daná farmakologická forma vhodná pro nemocného?
- Jaký je názor nemocného (případně jeho relevantních blízkých) na tuto léčbu?

Pokud si odpovíme na výše uvedené otázky, povětšinou umíme (nejlépe v týmovém konsenzu) přistoupit ke kompromisu. Ten by měl být co nejpřesněji zaznamenán v dokumentaci. Častým výsledkem moudré preskripce ve fázi zlomu či terminální fázi je paradoxní zlepšení stavu nemocného, resp. zřetelné zlepšení kvality jeho života. Často až právě v těchto situacích dochází k rozpoznání nesmyslnosti dosavadní (v praxi velmi časté) polypragmatie. Příkladem těchto postupů může být vysazování antihypertenzní léčby u pacienta s pokročilým imobilizačním syndromem, kdy může dokonce přirozeně po zvýšení mozkové perfuze dojít ke zlepšení stavu vědomí. U nemocných, kteří polykají již téměř jen tekutiny, a to ještě s obtížemi, je drcení tablet běžným jevem. Pro ošetřující personál je nicméně zatěžující provozně a pro celkový smysl léčby velmi diskutabilní, protože většina takto drcených léků má výrazně změněné farmakokinetické vlastnosti. Navíc mnohdy takto dochází ke zneuctění vztahu zdravotníků a nemocného i s rizikem snížení jeho lidské důstojnosti. Dobrou komunikací o cílech léčby lze takto dosáhnout i uvolnění postojů rodiny nemocného.

Několik zásad (3, 5, 8):

- Zvláště ve fázi zlomu a fázi terminální je – jak uvedeno výše – nutné uvážit minimalizaci preventivních léčebných postupů (například statiny u nemocného s pokročilým srdečním selháním ve stadiu D) – je nutné si uvědomit významné změny metabolismu, oběhu a orgánových funkcí u terminálně nemocných, které ovlivní mimo jiné i farmakokinetiku a dynamiku všech léků
- Indikací k užití léku je ovlivnění onemocnění ve smyslu zlepšení kvality života nemocného – lék neindikovaný je kontraindikován, polypragmatie je nepřipustná
- Léková forma (p.o., p.r., i.v., s.c. apod.) musí odpovídat potřebě aktuálního stavu nemocného, je také vhodné respektovat jeho přání. Například intramuskulární podání opioidních analgetik je z pohledu paliativní péče kontraindikováno – plně je nahraditelné subkutánním podáním; má-li nemocný nauzeu či nechutenství, je perorální podání antiemetik dobře nahraditelné s.c. podáním a většinou se tak výrazně zvýší i účinnost
- Hydratace nemocného do 1–1,5 l denně je mnohdy dobře zajistitelná **subkutánní hypodermoklýzou**, nadbytečná hydratace může výrazně snížit kvalitu života

Užití léků „off label“ v paliativní medicíně (2, 9)

Off-label léčba znamená použití léku pro jiné léčebné účely nebo jiným způsobem, než jak je uvedeno ve schváleném souhrnu informací o léku. Neznamená přitom automaticky nesprávné či nepovolené užití léků, pokud je adekvátně zdůvodněno v dokumentaci nemocného. V paliativní medicíně je takto využívána řada léků, zajímavé informace lze najít např. na webové stránce www.palliativedrugs.com (4).

Dotazníkový průzkum ve 182 zařízeních specializované paliativní péče (r. 2001) – Velká Británie (Pavis H. et al, BMJ 2001) – ukázal, že 60% z těchto zařízení užívá některé léky způsobem „off label“, 40% podání léků bylo způsobem „off label“. Nejčastěji se jednalo o ketamin, octerotid, ketorolac, gabapentin, midazolam, butylscopolamin. Pouze v 5% případů byl k dispozici písemný informovaný souhlas pacienta.

Nejčastější neschválené indikace z tohoto průzkumu:

- Ketamin – léčba chronické nádorové bolesti
- Butylscopolamin – podání u maligní střevní obstrukce a chrčivého terminálního dýchání
- Octerotid – paliativní konzervativní léčba maligní střevní obstrukce

Nejčastější neschválené způsoby podání (většinou mnohaletá praktická zkušenost v České republice):

- Degan – s.c. podání
- Torecan – s.c. podání
- Haloperidol – s.c. podání
- Tisercin – s.c. podání
- Tiapridal – s.c. podání
- Dexametazon s.c. podání
- Dormicum – s.c. podání
- Fentanyl – s.c. podání
- Canesten vaginální tbl. p.o.
- Morfin v gelu – lokálně (v ČR dosud málo využíváno – viz www.palliativedrugs.com)
- Clodronát – s.c. podání
- Infúzní roztoky s.c.: FR, G5% – hypodermoklýza

Neschválené dávkování (příklady):

- Morfin (amp.) – nejvyšší jednotlivá dávka 20 mg, nejvyšší denní dávka 60 mg/s.c.
- Butylscopolamin – maximální denní dávka 100 mg (5 amp.). Při léčbě maligní střevní obstrukce se používá až 140 mg/d

Jak podávat léky off label? Lékaři (a také ostatní zdravotničtí pracovníci) by měli vědět,

že jsou na jejich pracovišti z přesně vymezených důvodů léky „off label“ podávány. V dokumentaci je nezbytné zdůvodnit, proč volí lékař způsob „off label“ a pacienta i jeho blízké dobře informovat o těchto důvodech. V některých případech je zapotřebí domluvit úhradu s revizním lékařem ZP nebo lék předepsat v režimu „hradí nemocný“. Odborné společnosti by měly v této věci formulovat doporučení a jasná stanoviska – z užití léku „off label“ se tak může stát „on label“.

Bolest

- Farmakologické postupy užíváme dle žebříčku WHO – v terminální fázi většinou bolest (pokud je přítomna) reaguje spíše na silné opioidy, důležitá je forma podání, která musí odpovídat stavu nemocného (často injektovat s morfinem subkutánně). Morfin je možné v jedné stříkačce kombinovat například s midazolamem (úzkost, neklid), haloperidolem (delirium), metoclopramidem (zvracení, nauzea).
- S výhodou u nemocných ve fázi kontrolovaného onemocnění a fázi zlomu lze užít transdermální náplastové formy derivátů morfinu, v terminální fázi již jejich účinnost nebývá dostatečná a často je nutné přecházet na s.c. podání morfinu.

U silných opioidů (čistých agonistů opioidních receptorů) není formálně stanovena doporučená denní, ani nejvyšší denní dávka. Dávku je třeba titrovat a je vždy individuální v závislosti na:

- Intenzitě bolesti
- Dosavadní analgetické léčbě a jejím efektu
- Výskytu a závažnosti nežádoucích účinků opioidní léčby
- V některých případech závažnosti renální a jaterní insuficience

Vhodná dávka opioidu je taková, při které je bolest zmírněna na snesitelnou míru a nejsou přítomny nezvladatelné nežádoucí účinky.

Dušnost

- V případě plicního městnání uijeme diuretika (furosemid od 20 mg i.m., i.v., dle stavu), dechová rehabilitace, relaxační techniky. Zvláště u dušnosti způsobené nádorovým postižením plic je velmi důležitá psychická stabilizace nemocného – velký význam má psychická podpora, anxiolytika–antidepressiva (trazodon, dosulepin) – otevřené okno a psychická podpora profesionálního týmu a rodiny nicméně dle některých studií při-

Tabulka 1. Ekvivalenční dávky opioidů (2)

Morfin s.c. (i.m.) mg	10	20	30	40	50	60	80	100	200
Morfin p.o. ¹ mg	30	60	90	120	150	180	240	300	600
Morfin i.v. mg	7,5	15	20	25	35	40	55	70	140
TTS fentanyl v mg/24 hod	0,3	0,6		1,2		1,8	2,4	3,0	6,0
TTS fentanyl µg/hod		25		50		75	100	125	250
Oxykodon p.o. mg	20 (15)	40 (30)	60 (45)	80 (60)	100 (75)	120 (90)	160 (120)	200 (150)	400
Buprenorfin i.m. mg	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5	1,8	2,4		
Buprenorfin s.l. mg v mg/24 hod	0,4	0,8	1,2	1,6	2,0	2,4	3,2		
TDS buprenorfin v mg/24 hod		0,84	1,26	1,68	2,10	2,52	3,36		
TDS Buprenorfin µg/hod		35	52,5	70	87,5	105	140		
Hydromorfon p.o. mg	4	8	12	16	20	24	32	40	80
Piritramid i.m./s.c./i.v. mg	15	30	45						
Petidin – meperidin i.m.	100 (75)								
Tramadol p.o. mg	150	300	450	600					
Tramadol i.m./i.v. mg	100	200	300	400					
Dihydrokodein p.o. mg	120	240							
Fentanyl i.v./s.c. mg	0,1								
Alfentanil i.v./s.c. mg	0,75								
Sufentanil i.v./s.c. mg	0,015								

náš podstatně významnější úlevu než léky. Kodein 30–60 mg/noc při dráždivém kašli, morfin 1% roztok 5–10 mg á 4 hod., morfin 1% inj. s.c. 2,5–5 mg á 4 hod. Efekt „čistého“ morfinu na dýchání je ve snížení citlivosti organismu na pCO₂ a ekonomizaci práce dýchacích svalů – tedy ve zmírnění emočních důsledků dušnosti a snížení zátěže.

- Anxiolytika, event. i přes den, anxiolytika působící antidepressivum dosulepin (50–75 mg ve večerní dávce), někdy je výhodný trazodon se svým efektem při nespavosti (většinou dávky 75–150 mg).

Nauzea a zvracení

- Metoclopramid je zapotřebí dávkovat dostatečně (30–120 mg/den s.c.) a nejlépe subkutánní cestou, případně při již zajištěném i.v. přístupu jej využít, efektivní bývá i thiethylperazin (nemá prokinetické účinky jako metoclopramid).
- Setrony jsou efektivní zvláště u zvracení vyvolaného emetogenní chemoterapií, jejich cenové relace stejně jako např. u somatostatinu, prozatím neumožnily širší užití v oblasti následné péče.
- Somatostatin inhibuje ve farmakologicky užívaných dávkách motilitu gastrointestinálního systému a některé jeho funkce (zejména sekreci), snižuje také průtok krve splanch-

nickou oblastí bez současného vzestupu krevního tlaku v systémovém oběhu – zvláště u nemocných s chronickým subileózním stavem (např. u ovariálních tumorů) může být tento postup účinný).

Chrchivé dýchání

- Často je známkou přebytku tekutin a vyžaduje tedy zamyšlení nad smysluplností arteficiální hydratace, ať intravenózně, tak i subkutánně.
- Prakticky při nulovém příjmu per os je možné podávání fyziologického roztoku maximálně v denní dávce 500 ml s.c. – v případě tekutin ve třetím prostoru se raději ojedeme i bez podávání tekutin umělou cestou.
- Ke snížení množství bronchiálního sekretu může napomoci buscopan inj. s.c.

Delirium

- S výhodou užít haloperidol inj. s.c., nutno titrovat, z dalších léků tiaprid. Vždy je důležité se zamyslet nad příčinou deliria – zda není reverzibilní. Dávky viz tabulka 2.

Terminální analgosedace

- Cílem paliativní sedace je minimalizovat utrpení terminálně nemocných, nevede k významnému zkrácení přežití (Hardy 2000, Morita 2001), předpokladem indikace je

správné rozpoznání terminální fáze onemocnění a srozumění nemocného, případně jeho blízkých s tímto postupem.

- Prakticky k většinou již podávaným silným opioidům přidáváme nejčastěji haloperidol (1 amp. 5 mg subkutánně, nejčastěji křídélkem, nejprve ve večerní a noční dávce, postupně dle stavu navyšovat do denních dávek, většinou dostačuje 10–20 mg/den), případně midazolam (1 amp. 5 mg subkutánně, postup obdobně jako u haloperidolu).

Závěr

Problematika léčebných postupů v terminální fázi nevyléčitelných onemocnění je velmi široká a nelze ji postihnout v jednom článku – vydala by na samostatnou knihu. Pokud se umíme dívat na nemocného okem kvality jeho života, mnohdy pak získáváme střízlivější pohled na smysl farmakologické léčby a užíváme ji spíše jako podporu našeho ostatního snažení. Ostatně bylo by iluzí domnívat se, že lze najít „univerzální tabletu a univerzální řešení“ pro lidské utrpení. Na druhé straně ovšem schopnost využít potenciálu farmak ve prospěch nemocného a zlepšení kvality jeho života je základní premisou dobré paliativní péče.

Literatura

1. Vorlíček J, Adam Z, a kol. Paliativní medicína. 2. vydání, Praha: Grada-Publishing, 2005: 480 s.
2. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007: 362 s.
3. Kalvach Z, Zadák Z, Jirák R, Zavázalová H, Sucharda P, a kol. Geriatrie a Gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004: 864 s.
4. Webový portál www.palliativecare.com – bližší informace o portálu na <http://www.palliativecare.com/editorial-staff.html>.
5. Kalvach Z, Kabelka L. Paliativní péče v geriatrii. In: Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J, et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007: 362, 266–272 s.
6. Tomišková M, Skříčková J, Dušnost. In: Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007: 362, 169–175 s.

Tabulka 2. Management delirantních stavů v paliativní péči

Mladší pacienti (< 60 let)	Starší pacienti (> 60 let)
Zmatenost, ospalost a celková utlumenost (hypoaktivní delirium) <i>Sedativní účinek léčby je nežádoucí.</i>	
Nesedativní antipsychotika <ul style="list-style-type: none"> ■ haloperidol (např. Haloperidol) 1,5–3 mg 1–2× denně p.o./s.c./i.v. ■ risperidon (např. Rispen) 0,5–1 mg 2× denně p.o. 	Nesedativní antipsychotika s nižším rizikem extrapyramidových NÚ <ul style="list-style-type: none"> ■ risperidon (např. Rispen) 0,5 mg p.o. na noc, nebo 2× denně ■ tiaprid (např. Tiapridal) 100 mg p.o./i.v./s.c. 1–3× denně ■ haloperidol (např. Haloperidol) 0,5–1 mg p.o./s.c. na noc
Agitované (hyperaktivní) delirium, mírná až střední agitovanost <i>Sedativní účinek léčby je žádoucí.</i>	
Sedativní antipsychotikum <ul style="list-style-type: none"> ■ levomepromazin (např. Tisercin) 25–50 mg p.o./s.c./i.v. 1–3× denně ■ chlorpromazin (např. Plegomazin) 25–50 mg p.o./i.m./i.v. 3–4× denně ■ dále např. haloperidol 10–15 mg/d, tiaprid 400–600 mg/d 	Sedativní antipsychotika s nižším rizikem extrapyramidových NÚ <ul style="list-style-type: none"> ■ levomepromazin (např. Tisercin) 12,5–25 mg na noc nebo 2–3× denně ■ melperon (např. Buronil) 25 mg p.o. 1–3× denně ■ olanzapin (např. Zyprexa) 2,5 mg p.o. na noc ■ dále např. tiaprid 400–600 mg/d
Akutní hyperaktivní delirium s výraznou agitovaností, popř. agresivitou k sobě a okolí <i>Sedativní účinek je žádoucí.</i> <i>Vhodné jsou léky, které lze bezpečně parenterálně aplikovat i ve vysokých dávkách (nutnost titrace dávky).</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ haloperidol 5 mg s.c./i.m./i.v. + diazepam (např. Apaurin, Seduxen) 10 mg i.v./i.m., dávku haloperidolu lze opakovat za 20–30 min. ■ haloperidol 5 mg s.c./i.m./i.v. + midazolam (např. Dormicum) 2 mg s.c./i.v., dávky lze po 20–30 minutách opakovat 	<ul style="list-style-type: none"> ■ haloperidol 2,5 mg s.c./i.m./i.v. + diazepam 5–10 mg i.m./i.v., dávku haloperidolu lze po opakovat po 30 min. ■ tiaprid 100–200 mg i.v./i.m./s.c. + diazepam 5–10 mg i.v./i.m., dávku tiapridu lze opakovat po hodině
Akutní delirium v rámci abstinčního syndromu (alkohol, nikotin, benzodiazepiny)	
<ul style="list-style-type: none"> ■ tiaprid 200–300 mg p.o./i.v./s.c. dle potřeby až 4× denně ■ diazepam 10 mg i.v./i.m./p.r./p.o. 2–4× denně 	
Terminální delirium	
<ul style="list-style-type: none"> ■ midazolam 10–40 mg/24 h formou kontinuální s.c. nebo i.v. infuze. Lze přidat haloperidol 5–10 mg/24 h ■ diazepam 10 mg i.v. nebo p.r. po 8 h 	

7. Kabelka L, Juříčková J, Sláma O. Delirium. In: Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007: 362, 242–247 s.

8. Kabelka L, Vítovec J. Symptomy a syndromy pokročilého neonkologického onemocnění v paliativní péči. *Bolest, Tígis*, 2007; 10(2): 71–75.

9. Volně dle prezentace a se svolením MUDr. Ondřeje Slámy, Ph.D., uvedené na XIV. brněnském dni paliativní medicíny, 30. 10. 2008 FN Brno-Bohunice.

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

vedoucí lékař DLBSH Rajhrad
předseda ČSPM ČLS JEP
Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad
ladislav.kabelka@caritas.cz

