

Doporučené postupy v péči o chronické pacienty – poradenství při nespavosti

PharmDr. Jana Kubišová

Ústavní lékárna IKEM, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Konzultační činnost v lékárně je v současnosti poměrně rychle se rozvíjející oblast poskytované farmaceutické péče. Farmaceut by měl být schopen vést rozhovor s pacientem za účelem získání důležitých informací o nemocech, farmakoterapii, životním stylu atd. a na základě svých odborných znalostí posoudit lékové i jiné problémy a nabídnout jejich vhodná řešení. Tento článek může sloužit jako určitý návod, jak správně provádět konzultaci s pacientem trpícím nespavostí. Součástí sdělení jsou základní informace o insomnii.

Klíčová slova: konzultační formulář, poradenství při nespavosti, kognitivně behaviorální terapie, spánková hygiena.

Recommended practices in care for chronic patients – insomnia consultancy

At present, consultation activity at the chemist's is a quite readily advancing area of interest within provided pharmaceutical care. A pharmacist should be ready to communicate with a patient in order to gain important information about illnesses, pharmacotherapy, life style, etc., and, based on his expert qualification, he should be able to review drug problems and other problems, and to propose their suitable solutions. This paper might represent certain instructions in the way of carrying out a consultation with an insomniac properly. Basic information on insomnia is the part of the paper.

Key words: consultation form, insomnia consultant service, cognitive-behavioral therapy, sleep hygiene.

Prakt. lékáren. 2010; 6(4): 200–206

Nespavost neboli insomnie je nejčastější poruchou spánku. S akutní insomnií se setkal téměř každý z nás, chronickými problémy trpí 10–20% populace. Nespavost se projevuje neschopností usnout, přerušovaným spánkem a předčasným probouzením, spánek je jedincem vnímán jako nekvalitní, neosvěžující a krátký. Nespavost lze tedy definovat jako subjektivně vnímaný úbytek kvality a/nebo kvantity spánku, často doprovázený důsledky při denním bdění (únava, spavost, poruchy koncentrace a paměti, změny nálad či bolesti hlavy), což obvykle vede k výraznému snížení psychické i fyzické výkonnosti (1, 2, 3). Nárůst nespavosti souvisí se zrychlujícím se životním tempem a nepravidelným režimem spánku a bdění. Epidemiologické studie naznačují vyšší výskyt nespavosti u rozvedených, ovdovělých, nezaměstnaných lidí, dále u osob s nižší socioekonomickou úrovní. Ženy uvádějí nespavost 1,2–1,5x častěji než muži. Rovněž u starších lidí je nespavost častější (4, 5). S výskytem nespavosti je často spojován celkový zdravotní stav, duševní choroby, konzumace alkoholu a užívání jiných návykových látek. Z opačného úhlu pohledu může být neléčená či nesprávně léčená dlouhotrvající insomnie příčinou depresí, úzkostí a psychóz, dále rozvoje různých závislostí a zvýšeného rizika sebevraždy (5).

Během každodenní praxe se jistě téměř každý z nás setkává s velkým počtem pacientů užívajících tzv. prášky na spaní. Většina z nich si již život bez např. Stilnoxu® nebo Neurolu® ani

nedokáže představit. Otázkou je, kolik z nich přitom ví, že jim dlouhodobé užívání těchto léků může spíše uškodit než pomoci, že bez zázračné pilulky již spontánně neusnou, že postupně tolerují stále vyšší dávku a stávají se tak na užití hypnotika závislí. V rukách lékařů by nemělo být pouhé vystavení lékařského předpisu na určité hypnotikum, ale zejména odhalení pravé příčiny nespavosti a následně doporučení veškerých nefarmakologických postupů v léčbě insomnie. Úlohou farmaceuta by měla být dostatečná edukace pacienta o nespavosti jako takové, o jejích příčinách a možnostech léčby. Při každém výdeji hypnotika pacienta upozornit na správné načasování užití léku (půl hodinu před ulehnutím), celkovou maximální dobu užívání léku (4 týdny), u chronických pacientů doporučit intermitentní podání léčiv, anebo doporučit výměnu hypnotik (předejít tak rozvoji tolerance a vzniku závislosti). Právě lékaři, odborníci na léčiva, by měli být schopni pacientovi poradit a pomoci při racionalizační terapii nespavosti a zabránit tak zbytečnému užívání hypnotik a s tím spojených rizik. Tzv. konzultační činnost v lékárně umožní farmaceutům poskytování odborných konzultací pacientům. Hlavním cílem této aktivity je přispět k racionalizaci léčby, tzn. podílet se s ostatními zdravotníky na zajištění účinnosti a bezpečnosti léčby, na snížení nákladů na léčbu a na podpoře adherence pacienta ke zvoleným terapeutickým postupům. O každé poskytnuté konzultaci by

měla být vedena řádná dokumentace. Obecně by konzultační činnost mohla zvýšit odbornost farmaceutů v očích laické veřejnosti.

Na základě doporučení projektu PACE 2010 pod záštitou firmy Apotex byl vytvořen tzv. konzultační formulář, který může lékárníkům sloužit jako návod k vedení samotné konzultace. V průběhu konzultace bychom měli od pacienta získat údaje osobní, rodinné i lékové anamnézy (samozřejmě pouze s podepsaným informovaným souhlasem pacienta) a na základě těchto informací zhodnotit osobní farmakoterapii, vyhodnotit potenciální lékové i jiné problémy (lékové interakce, nežádoucí účinky, kontraindikace, načasování užití léku, celková doba a správná aplikace léku apod.) a nabídnout jejich vhodná řešení. Součástí konzultace může být samozřejmě odborná pomoc při samoléčbě nezávažných zdravotních obtíží, podpora zdraví a prevence nemocí. Z pozice farmaceuta by měl být vždy kladen důraz na zdravý životní styl.

Konzultační formulář KF

- Údaje o pacientovi (jméno a příjmení, pohlaví, rok narození, adresa, telefon/e-mail, zaměstnání, sociální zázemí) + informovaný souhlas pacienta
- Rodinná anamnéza (zejména nespavost, nebo závislost na hypnoticích či alkoholu v rodině; dále přítomnost duševních či somatických onemocnění, které s poruchou spánku souvisí)

Příloha 1. Fyziologie spánku

Spánek je rytmický proces, přirozený stav, opačný k stavu bdělosti. Subjektivně je vnímán jako období klidu a regenerace organismu (stav duševního a fyzického odpočinku). Je nedílnou součástí lidského života, udává se, že ve spánku strávíme téměř 1/3 života (1, 2, 3).

Po usnutí se nejprve objeví synchronní spánek (NREM), který je několikrát za noc přerušován paradoxním spánkem (REM). Tyto základní dvě fáze spánku se cyklicky střídají v intervalu 90–120 minut. U mladých lidí je noční spánek tvořen ze 4–6 alternujících cyklů NREM a REM. Střídání jednotlivých spánkových fází souhrnně označujeme jako tzv. architekturu spánku. Po sobě následující spánkové cykly jsou odděleny fázemi krátké bdělosti (1–3 minuty), během nichž měníme polohu a jen velmi zřídka si je pamatujeme (1, 2, 3, 12).

REM spánek

Tato fáze spánku je označována jako paradoxní spánek proto, že jde o hluboký snový spánek, ale pomocí EEG zjistitelná mozková aktivita odpovídá spíše stavu bdění (aktivní forma spánku). Pro REM spánek jsou typické rychlé pohyby očních bulbů (**Rapid Eye Movement**), živé sny, kolísání krevního tlaku, tělesné teploty i srdeční frekvence, nepravidelnost dechu, svalové záškuby, u mužů erekce, u žen prokrvení klitorisu. Dále se dostavuje naprostá svalová ochablost. V REM fázi spánku je rovněž vysoký práh probuzení. REM spánek tvoří přibližně čtvrtinu celkové doby spánku (tj. 25 % celkové doby spánku) (2, 7, 12, 18, 19).

Paradoxní spánek se dostavuje přibližně 80 minut po usnutí a v prvním cyklu trvá fáze paradoxního spánku pouze několik minut, zatímco v posledním cyklu trvá déle než hodinu.

Pozn. Sny se nám mohou zdát kdykoliv v průběhu noci, nejen ve fázi REM! Probudíme-li se ve fázi paradoxního spánku, sny si lépe pamatujeme (12).

NREM spánek

Tento spánek se dle své hloubky dělí do 4 fází. 1. fáze, nejméně hluboký tzv. theta spánek (4 %) – v této fázi usínáme, 2. fáze tzv. sigma spánek (50 %) – v této fázi je velice snadné se probudit, 3. a 4. fáze tzv. delta spánek (20 %) je nejhlubší stadium – k probuzení spícího člověka je třeba daleko větší úsilí. NREM (**Non Rapid Eye Movement**) spánek obecně umožňuje odpočinek celého těla, zejména mozku. Je pro něho charakteristický pokles mozkové aktivity, na EEG lze zaznamenat pomalé vlny (Slow wave sleep). Dále je pro NREM spánek typická pravidelnost dechu, srdeční frekvence a tlaku krve, stabilní tělesná teplota, zvýšený svalový tonus vedoucí k pohybům celého těla.

V textu uvedené procentuální rozdělení spánkových fází platí pro mladého člověka, děti mají vyšší podíl REM spánku a hlubokých stadií NREM, u starších lidí (40+) naopak těchto stadií ubývá a zvyšuje se podíl bdělosti (tedy častých probuzení) a I NREM spánku (2, 7, 12, 18, 19).

Mladý, dospělý a zdravý člověk usíná obvykle 10–20 minut po zalehnutí a zhasnutí světla. Latence usnutí nastupuje s přibývajícím věkem. Do 30 minut je to ještě v normě.

Délka spánku

Jako normální se udává 6–9 hodin denně, ideálně v noci. Kratšího spánku (kolem 4 hod) jsou schopni pouze ti, kteří spí efektivně. Jejich spánek musí splňovat tyto parametry – je v celém svém trvání zastoupen delta spánek (asi 100 min) a alespoň 1/2 celkové doby trvání REM spánku (minimálně 1 hodina). Délka/potřeba spánku s věkem klesá (1, 2).

- Osobní charakteristika (současná onemocnění akutní i chronická, popř. i prodělaná onemocnění; alergie; životní styl – kouření, alkohol, káva, pitný režim, pohybové aktivity, spánkový režim; psychická odolnost)
- Lékový profil pacienta a psychologický vztah pacienta k léčbě (vhodné je vyzvat pacienta, aby přinesl soupis všech užívaných léčiv, dávkování; zjistit názor na užívanou léčbu)
- Údaje zjištěné při konzultaci (výška, váha, body mass index BMI, obvod pasu, glykemie, hladina ketolátek a glukózy v moči, lipidemie atd.)
- Důvod návštěvy
- Identifikované problémy
- Doporučení pacientovi
- Doporučení pro konzultace s ošetřujícím lékařem
- Konzultující lékárník, podpis, adresa lékárny

Povinností každého konzultujícího lékárníka by měl být důvěrný pohovor s pacientem,

vedoucí k získání podrobných informací o pacientovi a jeho problému, tedy v tomto případě nespavosti. Vždy je třeba zhodnotit závažnost dané situace. Vyplněný KF slouží jako dokumentace o provedené konzultaci.

Konzultace vedená s pacientem trpícím nespavostí – cílené dotazy

Spánek/nespavost

- A. Jak dlouho trvají Vaše potíže?
- B. Co si myslíte, že bylo vyvolávající příčinou Vašich potíží se spánkem? Za jakých okolností vznikly tyto potíže? Existují faktory, které přispívají ke zhoršení nebo naopak zlepšení spánku?
- C. Jaké máte konkrétní problémy se spánkem? Máte potíže s usínáním? Je Váš spánek přerušovaný, probouzí se tedy několikrát za noc? Co přesně děláte při probuzení? Budíte se ráno předčasně? Kolik hodin celkem spíte v noci? Spíte i přes den? Kolik hodin? Je Vaše

nespavost již léčena? Jak je léčena? Je tento postup úspěšný či nikoliv? Má Vaše nespavost patrné důsledky na průběh následujícího dne? Obáváte se již během dne, že opět nebudete moci usnout, či že se několikrát za noc vzbudíte? Jak vypadá Vaše ložnice? Sdílette s někým lože? Kdy naposledy jíte, pijete/cvičíte před ulehnutím? Atd.

Ad. A Jak dlouho trvají Vaše potíže?

- **Několik dní–týden** (akutní, krátkodobá nespavost)
- **1–3 týdny** (přechodná nespavost)
- **Déle než 3 týdny** (dlouhodobá nespavost)
- **Více než 6 měsíců** (chronická nespavost) (1, 6) – pacient je již léčen

Mezi nejčastější příčiny **akutní insomnie** (≤ 1 měsíc) patří bolest, kašel, svědění, tréma, problémy, poruchy cirkadiánního rytmu atd. Tzv. **subchronická insomnie** (≤ 6 měsíců) bývá způsobena somatickým a neurologickým onemocněním, nepříznivou životní situací či psychiatrickým onemocněním. Příčinou **chronické insomnie** (≥ 6 měsíců) jsou nevhodné, naučené stereotypy, patologické vzorce chování, dále neadekvátní spánková hygiena, duševní choroby, abúzus či závislost na psychoaktivních látkách, hypnoticích, poruchy respirace a pohybu ve spánku atd. (6).

Ad. B Co by mohlo být vyvolávající příčinou poruch spánku?

- **Psychiatrické onemocnění** (demenze, deprese, úzkost, psychóza)
- **Neurologické onemocnění** (epilepsie, Parkinsonova nemoc, tremor a jiná extrapyramidová onemocnění, nemoci s ložiskovou lézí CNS, neuromuskulární nemoci, speciální poruchy spánku jako syndrom neklidných nohou RLS, periodické pohyby končetin ve spánku PLMS, syndrom spánkové apnoe atd.)
- **Ostatní somatické příčiny** (bolest, svědění, kašel, chrápání, parestezie, renální a hepatální insuficience, DM, onemocnění ŠŽ – tyreotoxikóza, srdeční vada (AP, SS, srdeční arytmie), astma bronchiale, CHOPN, vředová choroba a gastroesofageální reflux, chronické infekce, polyneuropatie, chronická bolest (revmatoidní artritida RA, maligní onkologické onemocnění), alergie, noční pomočování atd.)
- **Vedlejší účinky chemických látek, léčiv**
- **Rebound insomnie po vysazení benzodiazepinů, barbiturátů**

- **Konzumace alkoholu, drog (či jejich vysazení)**
- **Duševní problémy** (úmrtí v rodině, stres, strach např. z vyšetření, zkoušky atd.)
- **Nesprávný životní styl, ignorace zásad spánkové hygieny**
- **Zaměstnání na směnný provoz**
- **Změna prostředí (2, 12)**

Pozn. Příčiny insomnie se často kombinují, u většiny nemocných lze nalézt více příčin, a to zejména při delším trvání nespavosti (5).

Ad. C Jaké máte konkrétní problémy se spánkem? Na co si pacient (případně jeho partner) stěžuje?

- **Obtížné usínání (≥ 30minut)** – časná nespavost, nejčastěji spojená s úzkostí, typická pro mladší pacienty
- **Opakované probouzení v průběhu spánku (≥ 3x za noc)** – střední nespavost, často spojená s výskytem děsivých snů, běžná u starších pacientů
- **Předčasné ranní probuzení a nemožnost opětovného usnutí** – pozdní nespavost, běžná u starších pacientů a depresí
- **Pacient nespí celou noc** – totální nespavost
- **Nezotavující, nedostatečný, neklidný spánek**
- **Hlasité, zejména nepravidelné chrápání; zástavy dechu (≥ 5x za hod)** – mohlo by se jednat o syndrom spánkové apnoe (1, 2, 7)

Pozn. Pokud se vyskytuje minimálně jeden z výše uvedených symptomů a doba trvání obtíží je delší než 1 měsíc při frekvenci minimálně 3x týdně, hovoříme o nespavosti (4).

Pozn. II. Chronická nespavost je obvykle smíšeného typu – vyskytuje se problém s usínáním, fragmentace spánku i předčasné probouzení.

Léčiva

Užíváte nějaká léčiva/over the counter OTC (= volně prodejná léčiva, potravní doplňky, fytofarmaka, čajové směsi)? (8) Jak dlouho daná léčiva/OTC užíváte? Uveďte přesný název, sílu, dávkovací schéma u každého užívaného léčiva/OTC. Pomáhají Vám tyto přípravky? Neumíte si již bez užití léčiva představit usnutí?

Nespavost vyvolaná léčivý, návykovými látkami (vedlejší nežádoucí účinek, nesprávná doba užití léku, náhlé vysazení léčiva atd.)

- **Hypnotika** (po vysazení BZ a barbiturátů – tzv. rebound insomnie)

Příloha 2. Jednotlivé typy nespavosti podle ICSD 2 (Mezinárodní klasifikace poruch spánku) (5)

primární
Insomnie z nepřizpůsobení (= akutní insomnie) – je vázána na specifický stresor (psychologický, fyziologický, externí) – trvá dny, maximálně týdny a odezní s vymizením stresoru
Psychofyziologická insomnie (= chronická nebo naučená insomnie) – příčinou jsou naučené patologické vzorce chování uplatňované při zátěžových situacích, které brání usnutí. Po odeznění stresové situace jedinec i nadále uplatňuje tyto patologické stereotypy, vedoucí k nespavosti (4). Snadné usnutí během monotónní denní aktivity, kdy spánek není plánován (sledování televize, čtení knihy), ale naopak neschopnost usnout v posteli v požadované době. Na lůžku pacient neustále přemýšlí, soustřeďuje se na usnutí, obává se denních důsledků insomnie. Běžně spí lépe mimo domov. Tato insomnie trvá minimálně 1 měsíc (5).
Paradoxní insomnie – Spánek je nesprávně vnímán jako nekvalitní. Doba spánku je normální, avšak pacient má pocit, že nespí, že je stále vzhůru. Údaje od osoby sdílející s dotyčným lože a objektivní záznamy spánku vyvracejí tuto skutečnost.
Idiopatická insomnie – bez zjevné příčiny, vzniká již v raném dětství
Insomnie z nesprávné životosprávy spánku (= neadekvátní spánková hygiena) – běžné denní aktivity provozované v nesprávnou denní dobu, negativně ovlivňující navození spánku (kofein, nikotin a jiné stimulační prostředky; PC hry, televize; noční společenský život atd.)
Dětská behaviorální insomnie – nejčastěji vzniká nesprávnými výchovnými postoji rodičů
sekundární
Insomnie způsobená somatickým onemocněním
Insomnie způsobená duševní nemocí
Insomnie způsobená léky nebo návykovými látkami (NL)
Nespecifikovaná insomnie (= neorganická insomnie) – nezpůsobená léky, NL, známými fyziologickými stavy)
Organická, fyziologická insomnie, specifická
Choroby s insomnií jako symptomem (4,5)
Poruchy dýchání související se spánkem – syndrom spánkové apnoe (centrální, obstrukční atd.)
Poruchy pohybu ve spánku – syndrom neklidných končetin (RLS), periodické pohyby končetinami ve spánku PLM, bruxismus (= skřípání zuby ve spánku) atd. (jedná se o sekundární organické insomnie)
Poruchy cirkadiálního rytmu (směnný provoz, pásmová nemoc (= jet lag syndrom), nepravidelný režim spánku a bdění atd.)
Hypersomnie z centrální příčiny (narkolepsie)
Parasomnie (náměsíčnost, noční můry, spánková obrna, enuréza atd.)

- **Antidepresiva** (aktivující: tricyklická antidepresiva TCA, inhibitory monoaminoxidázy IMAO; selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu SSRI a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu SNRI – stimulují serotoninové 5-HT2 receptory, což vede k poruchám spánku a narušení spánkové architektury)
- **Antihypertenziva** – betablokátory BB; centrálně působící antihypertenziva – rilmenidin, moxonidin, metyldopa; diuretika (zejména pokud jsou nevhodně užitá před spaním, vedou k nucení na močení během spánku)
- **Antiparkinsonika** (bromokriptin, pergolid, L-dopa, amantadin)
- **Antiarytmika** (amiodaron)
- **Antiepiletika** (ethosuximid, topiramát)
- **Antimalarika** (meflochin)
- **Antiastmatika-bronchodilatancia** (xantiny, β-sympatomimetika)
- **Hormonální léčiva** (tyroxin, steroidy, hormonální antikoncepce HAK)
- **Alkohol, nikotin a jiné omamné látky** (zejména amfetaminy a jejich deriváty)
- **Psychostimulancia** (metylfenidát, modafinil, kofein)
- **Dekongestiva** (fenylefrin)
- **Antihistaminika** (cetirizin, loratadin)
- **Nootropika** (piracetam, vinpocetin, nicerogolin)
- **Vazodilatancia** (zejména extrakty z Jínanu dvojhlavého)
- **Antibiotika** (fluorochinolony)
- **Cytostatika** (goserelin, leuprorelin)
- **Analgetika, antipyretika** (zejména kombinované směsi s obsahem kofeinu)
- **Opiody** (morfin, pethidin)
- **Léky prohlubující apnoe** (1, 4, 9)

Komorbidity

Trpíte nějakou další chorobou? Jakou? Jak dlouho již? Myslíte si, že je tato choroba příčinou Vašich obtíží se spánkem? Je tato choroba léčena? A jak?

Na základě získaných informací bychom měli být schopni posoudit, zdali je nespavost léčena

v souladu s doporučenými terapeutickými postupy při insomniích, a pokud ne, snažit se o optimalizaci terapie – tedy naše přímá doporučení pacientovi (zejména nefarmakologické postupy; načasování a maximální doba užívání léčiv) a upozornění na problémy určené ke konzultaci s lékařem. Měli bychom být schopni rozeznat, zdali jde o nespavost jako takovou (primární insomnie), či pouze o symptom jiného onemocnění (sekundární insomnie).

Co může pacient trpící nespavostí od konzultace očekávat, jaké odborné informace mu může poskytnout farmaceut?

Informace o fyziologii spánku. Stanovení, co je pro spánek normální (délka spánku 6–9 hodin denně, s věkem klesá!). Doba trvání usnutí (max. 30 min). Časové umístění (noc). Noční probuzení a opětovné usnutí je fyziologické atd. (příloha 1). Vysvětlení pojmu „nespavost“, klasifikace insomnií (příloha 2). Pomoc při odhalení možné příčiny nespavosti. Možnosti léčby nespavosti, nefarmakologická doporučení – zejména pravidla spánkové hygieny a kontrola stimulů (příloha 3). Odborné poradenství při užívání

hypnotik (načasování, způsob užívání, doporučená doba trvání léčby (minimalizující rizika vzniku závislosti), lékové interakce, nežádoucí účinky, kontraindikace, způsob vysazování atd.) Odeslání k lékaři (odborný lékař – psychoterapie, spánková laboratoř; praktický lékař). Předání informačních materiálů (např. soupis pravidel spánkové hygieny SH/kontrola stimulů), vyplnění spánkových dotazníků a škál (příloha 4), kontakty na spánkové laboratoře atd.

Algoritmus při nespavosti

Doba trvání nespavosti ≤ 1 měsíc

- **Akutní stres** (změna zaměstnání, zkouškové období, osobní či partnerské problémy, tragická událost, úmrtí v rodině apod.) je nejčastější příčinou přechodné či krátkodobé insomnie, nespavost odezní při vymizení stresoru – můžeme doporučit nefarmakologické postupy či podat OTC. Doporučení návštěvy lékaře a předepsání hypnotika je rovněž možné, zabrání se tak přechodu insomnie do chronicity (nemocný se nezačne nespavostí obávat)! Vždy však pouze krátkodobě hypnotika III. generace – max. 4 týdny (10).

- **Směnný provoz** – doporučit OTC, případně změnu zaměstnání, návštěvu lékaře
- **Nově užívaná léčiva** – doporučit záměnu, změnu doby užití léčiva, návštěvu lékaře
- **Děsivé noční můry/sny** – doporučit psychoterapii nebo návštěvu lékaře
- **Bolesti, kašel, svědění** – podat OTC analgetika, antitusika, antihistaminika, případně doporučit návštěvu lékaře

Doba trvání nespavosti ≥ 1 měsíc

- **Zjistit dlouhodobé nevhodné návyky** (psychoaktivní látky – káva, alkohol, nikotin; přejídání se těsně před ulehnutím; nevhodné načasování pohybové aktivity či duševně náročné činnosti atd.) – doporučit nefarmakologické postupy (zejm. pravidla SH) a upozornit na nutnost jejich dodržování
- **Existence onemocnění** (vždy léčit vyvolávající příčinu nespavosti – při depresi podat antidepressiva, při schizofrenii podat neuroleptika apod.) – doporučit návštěvu lékaře
- **Noční bolesti** (bolest léčit kauzálně či symptomaticky) – vždy doporučit návštěvu lékaře

- **Rytmičké pohyby končetin, bolesti a pálení končetin** – mohlo by se jednat o RLS či PLMS, vždy doporučit návštěvu lékaře
- **Dlouhodobé užívání hypnotik, zejména I. a II. generace** – vždy doporučit návštěvu lékaře (s doporučením na postupné vysazení těchto léčiv a převod na III. generaci hypnotik, intermitentní podání) – nižší riziko vzniku tolerance a rozvoje závislosti
- **Chrápání, zástavy dechu v průběhu spánku** (informace od osoby sdílející s nemocným lůžko!) – vždy odeslat do spánkové laboratoře, mohlo by se jednat o syndrom spánkové apnoe (11)

Léčba nespavosti

Léčba nespavosti může být obecně kauzální a symptomatická. V případě kauzální léčby se snažíme odstranit vyvolávající příčinu nespavosti. Nespavost je v tomto případě pouze druhotný příznak. Symptomatická léčba má naopak mírnit/odstraňovat projevy nespavosti jako takové – primární choroby. Dále můžeme léčbu insomnie dělit na vlastní farmakoterapii a nefarmakologická opatření.

Nefarmakologická léčba nespavosti

A. Kognitivně behaviorální terapie

KBT je dnes nejrozšířenější, nejprověřenější a nejpoužívanější komplexní psychologický postup v léčbě insomnie. KBT se zaměřuje na abnormální, problematické chování a jednání člověka („každý večer před spaním polykám hypnotikum ze strachu, že nebudu moci usnout, činím tak již více než 5 let.“ „Když si lehnu bez prášku na spaní, budu se hodiny převalovat v posteli a nezamhouřím celou noc oko“). Cílem KBT je rozpoznat a následně změnou potlačit či odstranit chování či jednání neslučitelné s kvalitním spánkem, a naopak upřednostnit a posílit funkční vzorec (12).

Používané techniky KBT

- **Spánková restrikce** (omezení spánku spočívá ve zkrácení času stráveného na lůžku na dobu, během níž člověk spí. Cílem této techniky je vyvolat mírnou spánkovou deprivaci za účelem pocitu ospalosti v čase, kdy dotyčný chodí spát) (5, 12, 13).
- **Kontrola stimulů/podnětů („vím, co dělám“)** (příloha 3)
- **Spánková hygiena SH** (příloha 3)
- **Kognitivní terapie** (cílem této techniky je zmenšit starosti a opravit mylné úsudky a představy o spánku, nespavosti a jejích denních následcích (např. automatické

Příloha 3. Spánková hygiena a kontrola stimulů

Kontrola stimulů/podnětů („vím, co dělám“)
Do postele uléhat pouze při pocitu ospalosti a únavy, v okamžiku schopnosti usnout.
Nespat během dne, výjimkou může být pouze krátký odpolední spánek na max. 30–45 min.
Každý den uléhat i vstávat pravidelně, ve stejnou denní dobu, a to i o víkendech (bez ohledu na trvání nočního spánku).
Hodinu před spaním přerušit všechny psychicky náročné činnosti. Neuléhat tedy ve stresu, rozrušený, znepokojený (sledování hororu, náročná četba). Snažit se potlačit negativní myšlenky narušující zejména usínání a spánek.
Worry time – kdykoliv během dne zařadit chvilku, při které budete přemýšlet nad problémy, anebo půl hodiny před ulehnutím do postele na papír zaznamenat problémy, které jsou předmětem přemýšlení na lůžku a brání usnutí. Je vhodné zaznamenat i možné eventuality řešení těchto problémů.
Vyvarovat se náročné fyzické aktivity těsně před ulehnutím. Zůstat v klidu alespoň 3 hodiny před spaním.
Při neschopnosti usnout do 30 min, opustit lůžko, odejít do vedlejší místnosti a věnovat se nějaké příjemné, monotónní činnosti (čtení, poslech relaxační hudby, sprcha apod.) Tento postup lze provádět opakovaně, pokud se stále nedostavuje spánek.
Postel využívat výhradně ke spánku nebo sexuální aktivitě, z postele nesledovat televizi; v posteli nejíst, nepít, nečíst si, nepřemýšlet nad problémy atd. (1, 4, 5, 11, 12, 13).
Spánková hygiena
Pro spaní zajistit dobře vyvětranou místnost, optimální teploty (18–21 °C), ticho, tmu a bezpečí.
Z ložnice odstranit veškeré rušící předměty, alergenů (eliminovat tak alergii na roztoče z peří, prach, pokojové rostliny).
Nepít kávu, černý či zelený čaj, kolu ani kakao 4–6 hodin před ulehnutím. Citlivější jedinci by se měli vyvarovat konzumaci těchto nápojů během celého dne (i ráno). Kofein působí stimulačně a ruší spánek.
Nekouřit před spaním ani při nočním probuzení. Nikotin také stimuluje.
Před spaním nepít alkohol. Alkohol sice krátkodobě působí uvolnění organismu a ospalost, pomůže tedy s usínáním, ale často způsobuje předčasné ranní probouzení a únavu během dne (spánek navozený alkoholem je nekvalitní, neosvěžující!).
Vyvarovat se konzumaci těžkých jídel těsně před ulehnutím. Ale pozor na probouzení z hladu – před spaním lze lehce pojest ovoce, či popíjet mléko (vhodné pro obsah tryptofanu, což je prekurzor serotoninu, důležitýho mediátoru pro střídání spánku a bdění) nebo mléko s medem.
Snažte se vystavit expozici jasného světla ihned po probuzení (nežádoucí je tma navozená žaluziemi, závěsy).
Zajistit přiměřenou pohybovou aktivitu během dne, tzn. snažit se unavit (např. procházka po večere).
Zůstávat na lůžku jen po dobu spánku (tedy 6–9 hodin během noci) (1, 4, 5, 11, 12, 13).

negativní myšlenky „určitě bez léku neusnu“, „zítra budu nemožná“). Používá se tzv. **paradoxní záměr** – tedy ulehnutí s aktivní snahou neusnout (5, 12, 13)

- **Relaxační techniky** (postup ke snížení somatického napětí a neodbytných myšlenek; nácvik řízeného dýchání vedoucí k uvolnění svalů celého těla atd.) (5)

B. Přírodní léčba (potravní doplňky, fytofarmaka, čajové směsi)

Nejběžnější obsahové složky: *radix valerianae*, *herba melissae*, *herba hyperici* (pozor na významné LI – viz pozn.), *lupuli strobilus* a *lupuli flos*, *herba passiflorae*, *flos lavandulae*, *herba menthae piperitae*, *avenae fructus*, *sambuci flos*, *crataegi folium cum flore* atd. (14).

Pozn. Sušený normalizovaný extrakt z třezalky tečkované může vyvolávat velice závažné lékové interakce (jako induktor isoenzymu 3A4 cytochromu P-450) s těmito léčivy: cyklosporin; digoxin; warfarin; hormonální antikoncepce;

antiretrovirová (inhibitory reverzní transkriptázy a proteázy); antidepresiva – IMAO, SSRI; cytostatika – tamoxifen, cyklofosfamid aj.; antimigrenika – triptany; antiepileptika – fenytoin, fenobarbital a karbamazepin aj.).

C. Homeopatická léčba

D. Akupunktura, akupresura

Nefarmakologická léčba insomnie je sice zdoluhavá, ale zato nejefektivnější, s dlouhodobými výsledky. Jedná se vždy o kauzální léčbu (odstraňují se nepříznivé vzorce chování, dysfunkční myšlení, osobnostní problematika). Nevzniká žádná závislost na prostředky terapie.

Farmakologická léčba (10, 11, 14, 15)

V současné době je farmakoterapie nejjednodušší a nejčastější metodou používanou k léčbě poruch spánku. Má ovšem řadu úska-

lí. Je nutné pamatovat na vliv léčiv na paměť, vznik tolerance a závislosti, problémy s vysazováním, rebound insomnií po vysazení, změny chování a myšlení, rizika v graviditě.

Hypnotika by měla být rezervována zejména pro léčbu **krátkodobé** (max. 3–4 týdny) a **přechodné** formy insomnie a samozřejmě by měla být jejich kombinace s nefarmakologickými postupy a eliminací příčiny nespavosti. **Dlouhodobé, chronické** formy insomnie bychom měli léčit vždy kauzálně. Tedy insomnie spojené s psychiatrickou poruchou léčit specifickými psychofarmaky (deprese – antidepresiva, schizofrenie – neuroleptika atd.) (1). U somaticky podmíněné insomnie je nutné na prvním místě léčit základní příčinu, tedy somatické onemocnění.

Užívání hypnotik by nemělo přesahovat 4 týdny. Jednou z metod, jak předejít rozvoji tolerance a návyku při dlouhodobém podávání hypnotik, je **intermitentní podávání** (4–5 dní užívat hypnotikum, 2–3 dny pauza nebo podání placebo) či **střídání jednotlivých hypnotik** (1).

Ideální hypnotikum neexistuje.

Všechna hypnotika zkracují spánkovou REM fázi, po několikadenním užívání se poměr fází opět normalizuje. Po vysazení hypnotika však dochází k tzv. rebound REM fázi (spánek s vysokým podílem REM je málo osvěžující vlivem četných živých snů), navrácení do původního stavu je dlouhodobé, obvykle vede k opětovnému užití hypnotika – rozvoj lékové závislosti (1).

Hypnotika

Podat pouze, pokud jsou vyloučeny somatické, psychiatrické či jiné příčiny nespavosti, odstraněny veškeré rušivé vlivy zevního prostředí a pokud nefarmakologická opatření nevedla ke zlepšení.

V současné době jsou k dispozici hypnotika tří generací, nově pak agonisté melatoninových receptorů:

I. generace hypnotik

Jsou to hypnotika s nespecifickým účinkem. Vedou snadno ke vzniku tolerance a závislosti, vykazují vysokou toxicitu a četné interakce s jinými léčivy.

Barbiturátová hypnotika; chloralhydrát, glutethimid jsou dnes již obsoletní.

Nebarbiturátová non-BZ hypnotika mají odlišnou chemickou strukturu než barbituráty, ale téměř shodné nevýhody. Jediným používaným zástupcem je **klozetiazol**. Je vhodný zejména u geriatrických pacientů pro svůj kratší biologický poločas s nepřítomností ranní kocoviny.

II. generace hypnotik

Benzodiazepinová hypnotika (BZ) mají vedle sedativního a hypnotického účinku v různé míře vyjádřený efekt antikonvulzivní a myorelaxační. Benzodiazepiny potlačují REM spánek, zkracují spánkovou latenci, prodlužují celkovou dobu spánku, redukuje množství nočních probuzení. Riziko lékové závislosti je menší než u barbiturátů. Benzodiazepiny by se neměly podávat starším pacientům, kde hrozí zhoršení kognitivních funkcí. Dělíme je na: **krátkodobě působící benzodiazepiny** (např. **midazolam, cinolazepam**), **středně dlouho působící benzodiazepiny** (např. **oxazepam**) a **dlouhodobě působící benzodiazepiny** (např. **diazepam**), kterým je vhodné se v této indikaci raději vyhnout. Ostatní BZ anxiolytika podáváme pouze tehdy, pokud má insomnie úzkostnou etiologii.

III. generace hypnotik

Tzv. „**Z**“ **hypnotika** již mají selektivní hypnotický účinek. Patří sem **zolpidem, zopiclon, zaleplon**; **eszopiclon** – pozn. není v EU registrován).

Zolpidem je popisován jako hypnotikum s rychlým nástupem účinku a krátkou dobou účinnosti. Na rozdíl od BZ nenarušuje spánkovou architekturu. Po podání zolpidemu se ukazuje jako nejzávažnější nežádoucí účinek halucinační syndrom se zrakovými a sluchovými iluzemi a halucinacemi (u 0,3 % pacientů, zejména u žen).

Zopiclon má poněkud širší spektrum účinku než zolpidem (sedativní, antikonvulzivní a mírné myorelaxační účinky).

Obě látky nemocní obvykle dobře snášejí. Jejich výhodou je, že neovlivňují dýchání ve spánku, po probuzení nepřetrvává ospalost a únava, není známa interakce s alkoholem a nenarušují paměť. Zolpidem je dobře snášen i staršími osobami.

IV. agonisté melatoninových receptorů

Melatonin je hormon produkovaný epifyzou, jehož produkce výrazně podléhá cirkadiánní rytmitě. Fyziologická sekrece melatoninu s rostoucím věkem klesá. Jeho nižší koncentrace u starších osob vede ke zhoršenému vnímání rozdílu mezi dnem a nocí, dochází k fragmentaci spánku, spánek je povrchnější a dochází ke snížení denní výkonnosti. Melatonin podávaný před usnutím zkracuje latenci usnutí, snižuje fragmentaci spánku, zvyšuje efektivitu spánku a prodlužuje jeho délku. Léčba má trvat tři týdny. Hlavní indikací je krátkodobá léčba primární nespavosti charakterizovaná špatnou kvalitou spánku u pacientů nad 55 let.

Ramelteon – pozn. není v EU registrován (1, 15).

Ostatní léčiva používaná k léčbě poruch spánku

Kromě hypnotik se při léčbě poruch spánku využívají i léčiva ostatních farmakologických skupin, převážně psychofarmak. U těchto léčiv je často vedlejším účinkem útlum, sedace a navození spánku.

Antidepresiva

Trazodon je antidepresivum ze skupiny SARI s hypnotickým účinkem, které (na rozdíl od většiny antidepresiv) pozitivně ovlivňuje strukturu spánku, zkracuje dobu usínání, prodlužuje celkovou dobu a hloubku spánku a nezkracuje REM fázi spánku, proto se často používá u léčby deprese doprovázené poruchami spánku.

Mirtazapin řadíme do skupiny antidepresiv označovaných jako NaSSA. Je také antagonistou serotoninových receptorů 5-HT₂, současně má silný antihistaminový účinek. Mirtazapin však může zhoršit nebo vyvolat syndrom neklidných nohou, což je často důvodem k ukončení jeho podávání v indikaci nespavosti!

TCA (thymoleptika) mají výrazný antihistaminový účinek v CNS, který vede ke zklidnění a sedaci pacienta. Rovněž mají centrální anticholinergní účinek. Používají se při dlouhodobé léčbě insomnie provázené depresivními stavy nebo pro jejich přímý hypnotický efekt. V této indikaci se nejčastěji používají **amitriptylin, imipramin, klomipramin**.

Rovněž **mianserin** patří mezi antidepresiva s hypnotickým potenciálem, v této indikaci ale nebyl testován.

Neuroleptika

Jsou rezervována pro zvláštní situace, zejména když je insomnie kombinovaná s psychopatií (vyvolaná schizofrenií) nebo s organickým onemocněním mozku a u farmakorezistentní insomnie. Používají se **sedativní neuroleptika** (**chlorprothixen, levomepromazin, chlorpromazin**) a **atypická antipsychotika** (selektivní D₂/D₃ antagonisty **tiaprid**; **MARTA quetiapin** a **olanzapin**).

Antihistaminika

Některá antihistaminika mají tlumivé účinky na CNS, a proto se používají i pro svůj výrazný sedativní účinek. Nejvýraznější sedaci navozují **fenothiazinová H₁ antihistaminika – prometazin**. Používají se i další zástupci H₁ antihista-

minik jako **bisulepin**, **dimetinden**, **embramin**, **difenhydramin**.

Další

Oxybát sodný: působí zřejmě přes $GABA_B$ receptor, konsoliduje spánek (zmenšuje jeho fragmentaci a zlepšuje jeho kvalitu) – v ČR není distribuován (15).

Farmakologická léčba je z dlouhodobého hlediska nejméně vhodná, vzniká na ní tolerance a rozvíjí se závislost. Je-li nesprávně zvolena, může kvalitu spánku zhoršovat (všechna hypnotika zkracují spánkovou REM fázi; BZ hypnotika, po dlouhodobém užívání narušují spánkovou architekturu – spánková latence, fragmentace spánku, spánková stadia se střídají bez zákonitostí a jsou velice krátká) (13). Lékaři a farmaceuti by se vždy měli snažit pacienta poučit o vhodnosti psychoterapie, a naopak nevhodnosti dlouhodobé farmakoterapie.

Kontakty pro pacienty

- Centrum poruch spánku a bdění VFN a 1. LF UK, Neurologická klinika, Kateřinská 30, Praha 2 (prof. MUDr. Karel Šonka, CSc. – tel.: 224 965 518)
- Poradna pro poruchy spánku a spánková laboratoř, Unimedis, s.r.o., Kubelíkova 46, Praha 3 (Ing. Renata Fabelová – tel.: 725 931 112, www.spankovaporadna.cz)
- Psychiatrické centrum Praha – spánková laboratoř, Ústavní 91, Praha 8-Bohnice (tel.: 266 003 111)

- Spánková laboratoř FN Na Homolce, Roentgenova 2, Praha 2
- Spánková laboratoř – poruchy dýchání ve spánku FN Motol, Pneumologická klinika 2. LF UK, V Úvalu 84, Praha 5 (MUDr. Martin Trefný – tel.: 224 436 699)
- Neurologicko psychiatrická poradna pro poruchy spánku a bdění a poruchy paměti, KBT psychoterapie, MUDr. Claudia Vodičková Borzová, Dejvické nám. 12, Praha 6 a P-P klinika Kladno (tel.: 777 733 413)

Závěr

Nespavost je závažným zdravotním i socioekonomickým problémem. Krátkodobá nespavost negativně ovlivňuje pracovní výkon jedince, zvyšuje riziko dopravních nehod, obecně má negativní dopad na psychickou i fyzickou stránku člověka. Dlouhodobá nespavost představuje riziko vzniku závislosti (alkohol, nikotin, kofein, hypnotika), rozvoj obav o vlastní spánek (vyvíjí se úzkost), v neposlední řadě může vyvolat závažné duševní choroby (např. deprese). Farmaceuti by se měli pomoci aktivní konzultační činnosti zapojit do racionalizace terapie nespavosti.

Literatura

1. Moráň M. Farmakologie nespavosti. Praktické lékařství 2008; 4: 166–171.
2. Vašutová K. Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění. Praktické lékařství 2009; 1: 17–20.
3. Vokurka M, Hugo J, et al. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf s.r.o., 2008: 473, 953 s.
4. Smolík P, Pretl M, Konštacký S, Skála B. Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích. Společnost vše-

obecného lékařství ČLS JEP – Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Praha: Nadační fond Praktik, 2007: 1–6 s.

5. Šonka K, Pretl M. Nespavost. Praha: Maxdorf s.r.o., 2009: 109 s.
6. Borzová C, Kozelek P, Kmoch V. Léčba chronické nespavosti – je věk rozhodujícím faktorem? Psychiatrie pro praxi 2006; 1: 20–22.
7. Silbernagl S, Lang F. Atlas patofyziologie člověka. 1. vydání. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2001: 340 s.
8. Švihovec J, Suchopár J. Volně prodejná léčiva. 1.2.1 OTC přípravky. Praha: Panax, 2000: 16 s.
9. Framm J, Plaček D. Profily léčiv do kapsy. 1. vydání. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2002: 269–270 s.
10. Nevšímalová S, Šonka K. Moderní farmakoterapie nespavosti. Psychiatrie pro praxi. 2005; 6: 276–279.
11. Vašutová K. Léčba nespavosti. Praktické lékařství 2009; 2: 70–75.
12. Palazzolo J. Nespavost – zbavte se jí navždy! Praha: Grada Publishing spol. s.r.o. 2007: 128 s.
13. Borzová C. Léčba chronické nespavosti. Psychiatrie pro praxi 2002; 2: 61–63.
14. Spilková J, Dvořáková M. Nespavost. Praktické lékařství 2007; 2: 77–79.
15. Lincová D, Farghali H, et al. Základní a aplikovaná farmakologie. 7.6. Anxiolytika a hypnotika. 1. vydání. Praha: Galén: 154 s.
16. Lüllmann H, Mohr K, Wehling M. Farmakologie a toxikologie. 13.1. Hypnotika. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2000: 694 s.
17. Bouček J, Pidman V. Psychofarmaka v medicíně. 1. vydání. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2005: 37 s.
18. Seidl Z, Obenberger J. Neurologie pro studium i praxi. Spánek a jeho poruchy 5.7. Praha: Grada Publishing a.s., 2004: 259 s.
19. Trojan S, et al. Lékařská fyziologie. 16.7.2.1, 2. 4. vydání. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2003: 676 s.

Příloha 4 na www.praktickelekarenstvi.cz.

PharmDr. Jana Kubišová

Ústavní lékárna IKEM, Institut klinické a experimentální medicíny
Videňská 1958/9, 140 21 Praha 4
jana_kubisova@centrum.cz