

NESPAVOST V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Centrum pro poruchy spánku a bdění, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Nespavost je definována poruchou usínání, přerušovaným spánkem (častým) a časným probouzením. Jedna či všechny uvedené podmínky vedou k nedostatečnému množství spánku, jehož důsledkem jsou denní stesky na neodpočatost a únavu. Výskyt nespavosti v populaci je velmi častý. Klasické dělení rozlišuje primární a sekundární insomnie. Primární nespavost rozdělujeme na 6 hlavních typů: psychofyziologická, paradoxní, akutní, z nesprávné spánkové hygieny, idiopatická, související s jinými onemocněními. V ordinaci praktického lékaře by mělo dojít na základě odběru anamnestických dat ke stanovení typu insomnie. Podání nebenzodiazepinových hypnotik a/nebo edukace ve spánkové hygieně (psychoterapie) jsou často postačující k léčbě nekomplikovaných typů insomnie a lze je uplatnit v ordinaci praktického lékaře. Složitější případy náleží specialistům či spánkovým poradnám.

Klíčová slova: insomnie, psychoterapie, nebenzodiazepinová hypnotika, spánková hygiena, spánkové desatero.

Výskyt insomnie v populaci je velice frekventní. S akutní insomnií se setkal každý člověk, chronickou nespavostí trpí desítky procent populace (obvykle se udává kolem 20%). S věkem výskyt insomnie stoupá. S procentuálním nárůstem nespavosti v populaci souvisí hlavně zrychlující se životní tempo. Nesmíme však zapomínat na podíl zkvalitňování lékařské péče, neboť ještě v posledních desetiletích minulého století byly poruchy spánku spíše roztomilým konverzačním tématem než seriózní medicínskou poruchou.

Zjednodušeně lze nespavost dělit na primární či sekundární tak, jak se tomu děje v celé medicíně. Nejpoužívanější klasifikace vychází z MKN 10, nejmodernější a nejpodrobnější je klasifikace ICSD-2 (International Classification of Sleep Disorders – 2, modifikovaná v roce 2005) (tabulka 1).

Primární nespavost se dělí na 6 základních typů:

1. Nejčastější je **psychofyziologická insomnie**, jejíž příčinou jsou naučené patologické vzorce chování uplatňované při zátěžových situacích, které brání usnutí. Po odeznění stresové situace se jedinec nenavrací ke správným stereotypům chování, ale uplatňuje nadále naučené patologické stereotypy, které vedou k nespavosti.

2. **Paradoxní insomnie** (dříve mispercepce spánku) postihuje asi 5% populace – spánek je nesprávně vnímán jako nekvalitní. Doba spánku je normální, avšak pacient má pocit, že nespí, že je stále vzhůru – souvisí se zvýšeným prahem probuditelnosti.
3. **Akutní insomnie** je vázána na specifický stresor (psychologický, fyziologický, externí) – trvá krátce – dny a maximálně týdny. Mizí s ústupem stresoru.
4. **Insomnie z nesprávné spánkové hygieny** je spojená s běžnými denními aktivitami, které jsou však provozovány v nesprávnou dobu, tzn. že ovlivňují navození spánku.
5. **Idiopatická insomnie** – příčina není známa.
6. **Behaviorální insomnie** v dětství (náleží do pediatrické praxe).

Sekundární insomnie jsou spojeny s jinými onemocněními a léčba závisí na jejich úspěšné kompenzaci (nestačí však vyléčit jen primární příčinu, insomnií musí být rovněž věnována pozornost).

V ambulanci praktického lékaře jde o zhodnocení stavu a následné rozhodnutí, zda pacienta poslat ke specialistovi či zda je problém zvládnutelný v ambulanci. K tomu poslouží anamnéza, která je základem diagnostiky i u odborníka (polysonnografické vyšetření není na prvním místě

v diagnostice insomnií). K diferenciálně diagnostické rozvaze vedou dotazy týkající se:

- spánkové hygieny (denní režim pacienta, hlavně dotazy, co dělá večer, v jakém prostředí – viz spánkové desatero, tabulka 2)
- doby uléhání, latence usnutí, kvality spánku (počtu probuzení, latence opětovného usnutí), pocitu při probuzení a pocitu přes den
- syndromu spánkové apnoe (SAS)(chrápete, zastavuje se vám dech během spánku)
- syndromu neklidných končetin (RLS) (pocítujete nutkání k pohybu končetinami v důsledku nepříjemného pocitu v nich?)

Pokud jsou vyloučeny sekundární (organické) příčiny insomnie (hlavně SAS, RLS či jiné nemoci), je nutné zjistit, zda problém je akutní či chronický. Tomu napomohou základní anamnestické otázky a též dlouhodobá znalost pacienta (jeho sociálního, pracovního i rodinného zázemí), neboť praktický lékař zná nejlépe prostředí, ve kterém se pacient pohybuje. Výše uvedené důvody mohou odhalit příčiny insomnie během několika minut. Některé jdou velice rychle odstranit (mnohdy i selským rozumem) a zabránění v rozvoji chronicity (čekací doby jsou všude dlouhé a ne všechny problémy musí být řešeny ve spánkovém centru). Největší chybou je odeslání pacienta ke specialistovi již po prvním zmínce o nespavosti bez další anamnézy.

Základními terapeutickými metodami v léčbě insomnie jsou podávání nebenzodiazepinových hypnotik a psychoterapie (kognitivně-behaviorální psychoterapie – KBT). Nebenzodiazepinová hypnotika (zolpidem) jsou doporučována ke krátkodobému či intermitentnímu podávání. V době akutních obtíží jsou nejvhodnějším řešením pro praktiky, ale i pro samotné pacienty. Nevhodná je jejich prostá opakovaná preskripce a dlouhodobé užívání. Pokud se stav nedaří zvládnout do několika týdnů, měl by být pacient odeslán k odborníkovi.

Další volbou v léčbě insomnie je psychoterapie. KBT je specializovaná metoda vyhrazená od-

Tabulka 1. Dělení nespavosti podle ICSD – 2

Název	ICD 10
Akutní insomnie	F51.01
Psychofyziologická insomnie	F51.03
Paradoxní insomnie	F51.02
Idiopatická insomnie	F51.04
Insomnie způsobená duševní poruchou	F51.05
Insomnie způsobená nedostatečnou spánkovou hygienou	Z72.821
Behaviorální insomnie v dětství	Z73.81
Insomnie způsobená somatickým onemocněním	G47.03
Insomnie způsobená léky či jinými látkami	G47.02
Insomnie nezpůsobená léky či jinými látkami nebo známými fyziologickými podmínkami, nespecifická (neorganická) insomnie	F51.00
Organická, fyziologická insomnie, nespecifická	G47.00

Tabulka 2. Spánkové desatero

1. Do postele uléhejte až při ospalosti.
2. Postel i ložnici užívejte pouze ke spánku a po hlavnímu životu (odstraňte z ložnice televizi!).
3. Pokud nemůžete usnout do 30 minut, vstaňte z postele, odejděte do jiné místnosti a věnujte se nějaké činnosti (nedívejte se na televizi). Ulehněte opět, až se dostaví ospalost.
4. Vstávejte každý den ve stejnou dobu (i o víkendu).
5. V místnosti na spaní minimalizujte hluk a světlo a zajistěte vhodnou teplotu (nejlépe 18–20°C).
6. Nepijte kávu, černý či zelený čaj a kolu 4–6 hodin před ulehnutím, omezte i jejich požívání přes den. Působí povzbudivě a ruší spánek.
7. Nekuřte, zvláště ne před usnutím a v době nočních probuzení. Nikotin také povzbuzuje.
8. Nepijte večer alkohol, abyste lépe usnuli – alkohol zhoršuje kvalitu spánku.
9. Vynechte večer těžká jídla.
10. Pravidelné cvičení pozdě odpoledne může zlepšit spánek. Naopak cvičení 3–4 hodiny před ulehnutím může spánek rušit.

borníkům. Spánkové desatero jako část behaviorální terapie si však lze osvojit i v praxi praktika. Vysvětlení základních hygienických návyků týkajících se spánku, spánkového desatera (tabulka 2), by mělo patřit ke vzdělání lékaře s jakoukoliv specializací. Dodržování základních pravidel může výrazně ovlivnit spánek. Části pacientů navíc stačí ke spokojenosti. Edukace ve spánkové hygieně spolu s „obecným psychologickým pohovorem“ (kterých praktik vykoná s pacienty denně několik) mnohdy vedou k odstranění nesprávných a desítky let prováděných návyků. Zmíněná psychoterapie spolu s ujištěním, že malá a nezvyšující se dávka prášku na spaní je

často lepší než složitá a mnohdy ne zcela úspěšná psychoterapie, nezřídka postačují a přinášejí překvapivý efekt.

Závěr

Toto krátké shrnutí si klade za cíl pomoci praktickým lékařům v léčbě insomnie v jejich praxích. Pacientů s těmito stesky přibývá a přibývá, bohužel stejně se nedá říci o počtu spánkových center. Insomnici jsou a budou klientelou, která by praktiky měla zajímat. Zvládnutí problematiky na úrovni prvního kontaktu tak pomůže nejen pacientům, ale úspěch v léčbě se odrazí i v následném profitu terapeutů.

Literatura

1. American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding manual, 2nd ed., Westchester, American Academy of Sleep Medicine 2005
2. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and Practice of Sleep Medicine, 4th Ed. Philadelphia, Elsevier 2005.
3. Management of insomnia – NCSDR Working Group. Sleep, 1999; 22 (Suppl 2): S402–S408.
4. National Institutes of Health. State-of-the-Science Conference Statement. Manifestation and Management of Chronic Insomnia in Adults. Bethesda 2005.
5. Pretl M. Insomnie. Practicus 2004; 3 (7): 252–254.