



Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2007

Autoři:

Petr Smolík
Martin Pretl
Stanislav Konštický
Bohumil Skála

Oponenti:

Karel Šonka
Pavel Brejník
Jaroslava Laňková



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY PŘI INSOMNIÍCH

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2007

Autoři:

Doc. MUDr. Petr Smolík, CSc., Fakultní nemocnice Hradec Králové
MUDr. Martin Pretl, CSc., Neurologická klinika1. LF UK, Praha
MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:

Prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc., Neurologická klinika1. LF UK, Praha
MUDr. Pavel Brejník, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Jaroslava Laňková, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. DEFINICE	1
3. EPIDEMIOLOGIE	1
4. ETIOLOGIE A PATOGENEZE	1
4.1. Primární insomnie	1
4.2. Sekundární („organické“) insomnie	1
4.2.1. Syndrom spánkové apnoe (sas)	1
4.2.2. Syndrom neklidných nohou (rls)	1
5. KLINICKÝ OBRAZ	2
6. DIAGNÓZA A KLASIFIKACE	2
7. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	3
8. LÉČBA	3
8.1. Farmakoterapie	3
8.2. Psychoterapeutické metody a pravidla spánkové hygieny	4
9. PROGNÓZA	5
10. PREVENCE	6
11. LITERATURA	6

1. ÚVOD

Problémy s nespavostí (insomnie) patří při kontaktu s praktickým lékařem k nejčastějším subjektivním obtížím pacientů. Za insomnií se může skrývat závažné psychiatrické nebo neurologické onemocnění, jehož další příznaky pacient z různých důvodů nedovede nebo nechce podrobněji uvést, či si je neuvědomuje. Insomnie bývá častým příznakem tělesného onemocnění nebo nežádoucím účinkem nejrůznějších léků. Údaj o nespavosti proto nelze nikdy podcenit. Naopak, je zapotřebí se jím zabývat jako důležitým symptomem, který nás může dovést ke správné diagnóze a zvýšit v pacientovi důvěru v odbornou kompetenci lékaře.

2. DEFINICE

Nespavost je definována poruchou usínání, přerušovaným spánkem a/nebo časným probouzením. Máme-li některý z uvedených typů nespavosti považovat za poruchu, měla by taková nespavost trvat po dobu alespoň jednoho měsíce a vyskytovat se nejméně třikrát týdně. Pacient se v takovém případě obvykle příliš stará o důsledky nespavosti, obává se období spánku a stěžuje si na zhoršení výkonnosti v práci i jiných sociálních aktivitách a na zvýšenou únavu. Nebezpečným důsledkem nespavosti bývá snížený práh bdělosti a opakované usínání v průběhu dne (snížení pozornosti, event. až mikrospánky s nebezpečím úrazu zejm. při řízení motorových vozidel). Mohou se objevit i různé nepříjemné somatické a vegetativní příznaky.

3. EPIDEMIOLOGIE

Nespavost patří mezi nejčastější poruchy v populaci. S přibývajícím věkem je častější. S akutní insomnií (viz dále) se setkal každý člověk, chronickou nespavostí trpí desítky procent populace (obvykle se udává kolem 20 %, současné výzkumy odhadují její výskyt na 5 – 35 %). Nárůst nespavosti v populaci souvisí hlavně se zrychlujícím se životním tempem, zvyšujícím se věkem a nepravidelným režimem spánku a bdění. Se stárnutím populace bude nespavců přibývat.

4. ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Výzkum spánku dosáhl v posledních několika desetiletích pozoruhodných výsledků, nicméně většina otázek týkajících se mechanismů a významu spánku nebyla dosud uspokojivě zodpovězena. Praktické uplatnění našla polysomnografie, mapující elektrofyziologické koreláty spánkového procesu. Také chronobiologický výzkum dospěl k poznatkům, které lze velmi dobře uplatnit v klinické praxi. V posledních letech byly objeveny i genetické koreláty některých poruch spánku. Upozorníme zde pouze na několik klinicky významnějších typů insomnií a známých okolností, souvisejících s jejich etiologií.

4.1. PRIMÁRNÍ INSOMNIE

- **Akutní stres** je pravděpodobně nejčastější příčinou *přechodné a krátkodobé insomnie*.
- **Psychofyziologická insomnie** je definována jako porucha ze *somatizovaného napětí a naučených spojů rušících spánek*.
- **Chybné vnímání spánku** je porucha, při níž *stížností na nespavost nejsou potvrzeny* objektivním nálezem při sledování a vyšetřování spánku.
- **Idiopatická insomnie** zahrnuje případy insomnie se začátkem v dětství, s celoživotním průbě-

hem, s předpokládanou abnormitou neurologické kontroly mechanismu spánek – bdění.

- **Nepřiměřená spánková hygiena** náleží k insomnií vyplývající z *návyků, které zvyšují bdělost nebo ruší organizaci spánku*, např. práce dlouho do noci, příliš časté podřimování v průběhu dne nebo nepravidelné denní doby spánku.

Většina osob s insomnií netrpí tělesnou nebo duševní poruchou, které by bylo možné považovat za příčinu poruch spánku (insomnie může ale být časným signálem rozvíjejícího se tělesného nebo duševního onemocnění).

Rodinné vlivy jsou často patrné z familiární predispozice k lehkému a přerušovanému spánku. **Genetický podklad** byl prokázán u syndromu předcházení spánkové fáze (brzké usínání i probouzení), který může být mylně pokládán za pozdní insomnií. Dědičná anatomická konfigurace horních dýchacích cest může hrát roli při vzniku sekundární insomnie u syndromu obstrukční spánkové apnoe (OSAS).

4.2. SEKUNDÁRNÍ („ORGANICKÉ“) INSOMNIE

Jsou způsobeny jinou chorobou, která postihuje centrální nervovou soustavu – CNS (například sy neklidných nohou – RLS a duševní choroby) a nebo jinou část organismu (např. bolest, OSAS). Pro vznik snů mají největší význam neuronální okruhy mozkový kmen – okcipitální lalok – přední mozek (asociační kůra). Pro hluboký spánek má stěžejní význam thalamus. Poškození uvedených struktur a neuronálních okruhů může být vyvoláno nejrůznějšími afekcemi centrálního nervového systému, ale i somatickým onemocněním (viz níže diferenciální diagnostika). V posledních letech je věnována zvýšená pozornost insomniím spojeným se syndromem spánkové apnoe, syndromem neklidných nohou a syndromem periodických pohybů končetin ve spánku.

4.2.1. SYNDROM SPÁNKOVÉ APNOE (SAS)

Syndrom **centrální** spánkové apnoe (centrální apnoe) je charakteristický přerušením nebo snížením plicní ventilace v průběhu spánku spojeným obvykle se sníženou saturací kyslíkem. Syndrom **obstrukční** spánkové apnoe (OSAS, spánková apnoe) je charakteristický opakovanými epizodami obstrukce horních dýchacích cest, které se objevují v průběhu spánku a jsou obvykle spojené se sníženou oxidací krve. SAS může vést k nočním probuzením, občas při něm dochází ke zvýšené unavitelnosti a ospalosti v průběhu dne.

4.2.2. SYNDROM NEKLIDNÝCH NOHOU (RLS)

RLS je charakterizován nepříjemnými pocity v nohách, obvykle před začátkem spánku. Tyto pocity vyvolávají téměř nepřekonatelnou potřebu pohybovat nohama a brání usnutí. RLS je velmi často spo-

jen s **periodickými pohyby končetinami (PLM)**, rytmickými pohyby podobajícími se trojflexi a Babinského fenomenu během spánku. Tyto pohyby vedou k mikroprobouzecím reakcím a tím k narušení spánkové architektury. Oba syndromy se mohou vyskytovat i při dalších afekcích (nejčastěji neuropatie, anemie, revmatická onemocnění, poruchy metabolismu Fe).

5. KLINICKÝ OBRAZ

Zjednodušeně/obecně lze nespavost dělit na primární či sekundární (symptomatickou).

Primární nespavost se dělí na 6 základních typů:

- 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.
- **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.
- **Akutní insomnie** je vázána na specifický stresor (psychologický, fyziologický, externí) – trvá krátce –

dny a maximálně týdny. Mizí s vymizením stresoru.

- **Insomnie z nesprávné spánkové hygieny** je spojená s běžnými denními aktivitami, které jsou však provozovány v nesprávnou dobu, tzn. že ovlivňují navození spánku.
- **Idiopatická insomnie** – příčina není známa, lze uvažovat o poruše mozkových mechanismů zodpovídajících za usínání, probouzení a jednotlivá stadia spánku.
- **Behaviorální insomnie** v dětství (náleží do pediatrické praxe).

6. DIAGNÓZA A KLASIFIKACE

Základní diagnostická vodítka pro insomni:

- **Obtíže s usínáním (prodloužená doba usnutí)**
 - **Časté nebo dlouhé periody probouzení**
 - **Časně probouzení**
 - **Neklidný spánek nebo neztavující spánek**
- Trvání obtíží delší než jeden měsíc při frekvenci alespoň 3x týdně.**

K stanovení diagnózy insomnie musí být splněno minimálně jedno z uvedených kritérií.

Nejpoužívanější klasifikace insomnií vychází z MKN 10, nejmodernější a nejpodrobnější je klasifikace ICSD – 2 (International Classification of Sleep Disorders – 2, modifikovaná v roce 2005) – viz tabulka č. 1.

Tab. č. 1: Dělení nespavosti podle ICSD–2 s kódy ICD–10

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

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 (polysomnografické vyšetření není na prvním místě v diagnostice insomnií). K diagnostické rozvaze vedou dotazy týkající se:

- spánkové hygieny (viz níže)
- doby uléhání, latence usnutí, kvality spánku (počtu probouzení, latence opětovného usnutí), pocitu při probouzení a pocitu přes den
- syndromu spánkové apnoe (chrápání, zástavy dýchání během spánku)
- syndromu neklidných nohou (RLS) (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. Odpovědi na tyto otázky mohou odhalit příčiny insomnie během několika minut. Některé jdou velice rychle odstranit (mnohdy i selským rozumem) a zabrání v rozvoji chronicity (čekací doby bývají na specializovaných pracovištích dlouhé a jen malá část problémů se spánkem musí být řešena ve spánkových centrech). Největší chybou bývá odeslání pacienta ke specialistovi již po prvním zmínce o nespavosti, bez odebrání alespoň základní relevantní anamnézy.

7. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Krátkodobé problémy se spánkem mohou být výsledkem stresujících životních událostí, akutních tělesných nemocí nebo změn denního rytmu. Dlouhotrvající problémy se spánkem mohou být způsobeny i jinou příčinou. Vysoká **komorbidita insomnií s organickými, resp. psychickými poruchami a abúzem, resp. závislostí na návykových látkách** jednoznačně indikuje nevyhnutelnost věnovat mimořádnou pozornost diagnostickému procesu před začátkem každé léčby, především ve smyslu podchycení organických, případně psychických poruch.

Komorbidita:

- jestliže jsou v popředí snižená nebo smutná nálada a ztráta zájmů o běžné činnosti, je třeba uvažovat o **depresivní epizodě** (MKN – 10, F32).
- jestliže je v popředí denně se objevující úzkost, připadá v úvahu **Generalizovaná úzkostná porucha** (MKN – 10, F41.1).
- Problémy se spánkem mohou být komplikací **užívání alkoholu nebo psychoaktivních látek**.

Ujistěte se, jaká je situace v tomto ohledu.

Zvažujte zdravotní stavy, které mohou způsobit insomnii. Nejdůležitější somatické nemoci s negativním dopadem na kvalitu spánku jsou:

- srdeční vada
- chronické onemocnění plic a trávicí soustavy
- endokrinologická onemocnění
- maligní onemocnění a chronické infekce
- epilepsie
- extrapyramidová onemocnění
- polyneuropatie
- alergie

Uvažujte o chemických látkách, které mohou způsobit insomnii:

- hypnotika (zejm. rebound – insomnie u benzodiazepinů a barbiturátů,)
- antidepresiva (zejména aktivující, např. inhibitory MAO, blokátory zpětného vychytávání serotoninu)
- antihypertenziva (např. β – blokátory)
- antiastmatika (teofylin, β – sympatomimetika)
- hormonální preparáty (např. tyroxin, steroidy, antikonceptiva)
- antibiotika (např. blokátory gyrázy)
- nootropika (např. piracetam)
- diuretika
- alkohol a jiné omamné látky (zejm. stimulující, např. amfetaminy a jejich deriváty)

Jestliže pacient při spánku hlasitě chrápe, je třeba uvažovat o syndromu spánkové apnoe (pomoci může informace od partnera pacienta). Pacienti se spánkovou apnoí si často stěžují na ospalost v průběhu dne, ale nejsou si vědomi, že by se v noci pro-

bouzeli (podobně tomu bývá často také u pacientů s RLS a PLM).

S diagnózou insomnie bychom neměli zaměňovat poruchy spánku způsobené směnným provozem a dalšími poruchami cirkadiánní rytmicity (např. syndromem Jet leg).

KONZULTACE ODBORNÍKA

Zvažte konzultaci:

- **jestliže máte podezření na komplikovanější spánkové poruchy (např. narkolepsii, spánkovou apnoí)**
- **jestliže významná nespavost trvá navzdory opatřením uvedeným v tomto textu.**

8. LÉČBA

8.1. FARMAKOTERAPIE

Při chronických insomniích bývá spíše výjimkou než pravidlem, aby pacient, který přichází k lékaři, neměl žádné zkušenosti s léky. Často je to právě neschopnost samostatně vysadit hypnotika, která přivádí pacienta k lékaři.

V současnosti patří dominantní postavení v běžné lékařské praxi při terapii insomnií hypnotikům III. generace, tzv. „Z“ generace hypnotik (zolpidem, zopiclon), nadále se pak používají hypnotika spadající do II. benzodiazepinové generace (viz tabulka 2). V případě benzodiazepinů je třeba mít vždy na mysli všechny čtyři jejich základní účinky – sedativní/hypnotický, anxiolytický, myorelaxační a antikonvulzivní. Při předpisu uvedených léků je třeba zvažovat, který ze základních účinků těchto léků pro léčení potřebujeme a který je naopak nepříznivý. Dávkování je třeba vždy velmi individuálně nastavit v průběhu několika po sobě jdoucích kontrolních vyšetření. Velmi důležitá je znalost biologického poločasu použitého léku a jeho eventuálních aktivních metabolitů a rozpustnost v tucích (souvisí s propustností hematoencefalickou bariérou). Nežádoucí účinky BZ hypnotik zahrnují pocit únavy, závratě, somnolenci, depresi, pokles krevního tlaku. Pro rizika spojená se vznikem závislosti a tolerance nejsou BZ hypnotika určena k dlouhodobému podávání. U starších pacientů mohou nepříznivě ovlivňovat paměť a ostatní kognitivní funkce. Zvláštností nových, nebenzodiazepinových hypnotik III. generace (zolpidem, zopiclon), je jejich specifický účinek pouze na centrální benzodiazepinové receptory. Hypnotika III. generace patří k nejbezpečnějším léčivům v indikaci poruch spánku s minimálními nežádoucími účinky.

Hypnotika III. generace nevykazují následující den reziduální účinek, nevedou k rebound insomnii po přerušení podávání, nenarušují fyziologickou strukturu spánku. U nespavců zkracují latenci usnutí, zvy-

Tab. č. 2: Příklady benzodiazepinových a nebenzodiazepinových hypnotik a anxiolytik

Dlouhý biologický poločas (> 8 hod.)	Střední biologický poločas	Krátký biologický poločas (< 5 hod.)
diazepam (Diazepam®) flunitrazepam (Rohypnol®) nitrazepam (Nitrazepam®) clonazepam (Rivotril®)	alprazolam (Neuroi®, Xanax®, Frontin®) bromazepam (Lexaurin®)	zolpidem (Stilnox®, Hypnogen®) zopiclon (Zopiclon®) zaleplon (Sonata®) midazolam (Dormicum®) triazolam (Halcion®)

šují efektivitu spánku a osvěžující pocit navozeným nočním spánkem.

Hypnotika III. generace lze považovat z hlediska závislosti za podstatně méně riziková než BZ, nicméně i na ně se může závislost vytvořit.

Benzodiazepinová i nebenzodiazepinová anxiolytika (např. alprazolam, bromazepam) a hypnotika (zejm. zolpidem) jsou doporučována ke krátkodobému či intermitentnímu podávání. Ve většině případů není vhodná jejich prostá opakovaná preskripce a dlouhodobé užívání z následujících důvodů:

- mění fyziologickou strukturu spánku
- náhlé vysazení může vyprovokovat rebound – insomnii (zejm. benzodiazepiny s krátkým a středním biologickým poločasem)
- mohou vést k vzniku biologické nebo psychické závislosti
- zejm. u starších pacientů mohou vyvolat poruchy paměti a stavy noční zmatenosti

Pokud se stav nedaří zvládnout do několika týdnů, měl by být pacient odeslán k odborníkovi.

Vyhýbáme se pokud možno používání „klasických“ neuroleptik (např. fenothiaziny, butyrofenony) vzhledem k nebezpečí vzniku tardivních dyskinez i při nízkém dávkování. Výjimku tvoří dobře snášený promethazin (Prothazin®) a u velmi rezistentních insomnií levomepromazin (Tisercin®). V některých případech můžeme s výhodou zvolit neuroleptikum druhé generace, např. tiaprid (Tiapridal®, Tiapra®)

Velmi často můžeme terapeuticky zvládnout insomnii nasazením antidepresiv, a to nejenom pro jejich sedativní složku (např. amitriptylin v dávce 25 mg na noc), ale zejména pro jejich synchronizační potenciál v oblasti systémových biologických hodin. Stále větší oblibu si na tomto poli získávají nové typy antidepresiv mezi něž především patří mirtazapin (zástupce skupiny NaSSA - noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresiva) a trazodon (zástupce SARI - serotonin antagonist reuptake inhibitors). Účinek těchto antidepresiv je bezprostřední, ale také dlouhodobý. Podávají se v průběhu večera, ovlivňují nespavost s předčasným probouzením. Insomnie, jejichž příčinou je především porucha cirkadiánních rytmů, mohou být úspěšně léčeny melatoninem nebo fototerapií. Tyto případy však patří do péče specialisty v odvětví spánkového lékařství.

Nezanedbatelnou úlohu v terapii insomnií hrají rostlinné preparáty, zejména na bázi valeriány. Pacienti si často tyto preparáty nasazují sami jako první krok léčby. Lehkou sedaci způsobuje na trhu vcelku snadno dostupný L – tryptofan, prekurzor serotoninu. Je obsažen také v mléce nebo v pivu bohatším na chmel (pivo však, vzhledem k obsahu alkoholu, není na noc vhodné). I malá dávka alkoholu může být zrádná („schlaftrunk“) – působí sice rychle anxiolyticky a může tak pomáhat při usnutí, ale ruší fyziologický průběh spánku v dalším průběhu noci.

8.2. PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY A PRAVIDLA SPÁNKOVÉ HYGIENY

K léčbě primárních insomnií je k dispozici řada dobře ověřených terapeutických postupů. Patří sem metody k dosažení tělesného a myšlenkového uvolnění, kontrola stimulů (tab. 3), spánková edukace (zprostředkování informací o spánku, poruchách spánku

a „spánkové hygieně“), spánková restrikce, paradoxní intence, kognitivně – behaviorální terapie, progresivní spánková relaxace, autogenní trénink a další. Většinou se jedná o specializované metody, vyhrazené odborníkům. Jejich nesprávné použití může mít demotivační dopad na důvěru v psychoterapii a může vést k zbytečnému nadužívání farmak. Pravidla spánkové hygieny jako část behaviorální terapie je vhodné osvojit si pro každodenní lékařskou praxi. Vysvětlení základních hygienických návyků týkajících se spánku by mělo patřit ke vzdělání lékaře s jakoukoliv specializací. Dodržování základních pravidel může výrazně ovlivnit spánek. Části pacientů navíc stačí pouze toto ke spokojenosti. Edukace ve spánkové hygieně spolu s „obecným psychoterapeutickým 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 mnohdy lepší než složitá a mnohdy ne zcela úspěšná psychoterapie, nezřídka postačují a přináší překvapivý efekt.

PRAVIDLA SPÁNKOVÉ HYGIENY

Ráno

- Pěstujte návyk pravidelného probouzení v určitou hodinu. Posílí to vnitřní hodiny (cirkadiánní oscilátor) a může vést k pravidelné době usínání.
- Nenaspávejte přespříliš předcházející období zkráceného spánku. Příliš dlouhá doba strávená v lůžku vede k mělkému spánku s častým probouzením.
- Snažte se vystavit expozici jasného světla (nejlépe slunečního) co nejdříve po probuzení. Světlo, podobně jako vaše „probouzení doba“ je mocným synchronizátorem vašeho mozku. Může pomoci správně nastavit vaše vnitřní hodiny pro zbytek dne.

V průběhu dne

- Během dne dodržujte pravidelný časový režim příjmu jídla, cvičení, bdění a spánku. Pomůže vám to udržet rytmus vašich vnitřních hodin.
- Snažte se o každodenní cvičení. Nemusí být nikterak vyčerpávající, aby dokázalo pomoci spát hlubokým spánkem. Necvičte ale příliš těsně před ulehnutím ke spánku (zůstaňte v klidu alespoň 3 hodiny před spaním).
- V případě, že cítíte ospalost v průběhu dne, pokuste se něčím zaměstnat a nepodřimovat. Podřimování v průběhu dne může způsobit významné narušení kvality nočního spánku (nemůže nahradit noční hluboký spánek).
- Buďte opatrní při požívání nápojů s kofeinem (káva, kakao, kola, čaj) a alkoholu. U citlivých jedinců může kofein narušit spánek i při užití v ranních hodinách (pozor na energetické nápoje – RedBull, Semtex apod.).

Ulehnutí ke spánku

- Vypěstujte si pravidelný režim činnosti před spaním. Naleznete pro sebe optimální dobu a způsob předspánkové relaxace. Zkuste se např. sprchovat nebo koupat poslední hodinu před spánkem (vyzkoušejte pro vás optimální teplotu vody). K usnutí může vést příjemná četba, luštění křížovek nebo jiné aktivity, které pomohou odpoutat

se od denních problémů a postupně zpomalovat tok myšlení.

- Považujte lůžko za svůj azyl a útočiště. Nepřenášejte do něho svoje obavy nebo stresy. Používejte svoje lůžko pouze pro spaní a sex. Vyhněte se používání lůžka pro práci, domácí úklid, dohadování se s vaším partnerem nebo sledování televize. Budete-li na lůžku prožívat stavy úzkostí o svůj život, z denních událostí, z práce, nebo i pouhou úzkost z nespavosti, bude s velkou pravděpodobností vaše schopnost usnout narušena. Takové stavy se se spánkem neslučují. Nemůžete současně spát a o něco se strachovat. Nepřemýšlejte v posteli.
- Nalezněte vhodné alternativy pro uvolnění před ulehnutím. Pokuste se zbavit starostí cvičením relaxace nebo hlubokého dýchání. Odvedte myšlenky od starostí četbou, křížovkami, poslechem relaxující hudby. Pomůže vám to odklonit se od činností vzbuzujících obavy nebo burčujících k bdělosti k aktivitám podporujícím usínání.
- Udělejte si pohodlí. Ujistěte se, že v místnosti není ani příliš horko, ani příliš chladno. Nalezněte pro sebe optimální matraci. Používejte povlečení a pyžama, zajišťujících vám pocit optimálního tělesného komfortu.
- Důležité je předejít probouzení z hladu. Před spaním je možné lehce pojíst např. ovoce nebo se napít teplého nápoje bez kofeinu (oblíbené bývá teplé mléko, event. s medem).
- Generujte myšlenky, které jsou se spánkem slučitelné. Např. pomyšlení typu „i když dnes nebudu příliš dobře spát, určitě to do zítřka přežiji“ je rozhodně méně úzkost provokující než „jestli teď neusnu, zítra to pro mě nebude k přežití“. Méně úzkosti = lepší schopnost usnout.
- Nemůžete-li v noci usnout, nepodléhejte panice. I pro dobré spáče je občasné noční bdění normální. Je běžné probudit se jít na WC. Uvědomte si, že noční probuzení není nic mimořádného a použijte případně stejných uvolňujících metod, na které jste navyklí před spaním.
- Ujistěte se, že vás neruší hluk nebo vám nepříjemné zvuky. K odvedení pozornosti od mírných

zvuků, kterým nelze zamezit, nebo naopak od přílišného ticha můžete zkusit použít slabě puštěnou hudbu.

- Před spaním nepožívejte alkohol. Alkohol má na spánek paradoxní účinek. Krátkodobě působí uvolnění a ospalost, může vám pomoci usnout, ale často vede k předčasnému probuzení a pravidelně k nekvalitnímu spánku, po kterém se ráno necítíte osvěženi.
- Nesledujte hodiny. Raději je otočte stranou. Vede to pouze k frustraci, k reakcím provokujícím úzkost a následné nespavosti (viz b. 6, 7).
- Můžete se pokusit praktikovat „kontrolu stimulů“, případně nacvičit některou relaxační techniku (např. autogenní trénink).
- Uvědomte si, že se svojí nespavostí nejste sami. Ve stejnou dobu jí trpí množství lidí. I když nespavost nemůže být léčena stejným způsobem jako řada tělesných onemocnění, existuje velké množství postupů, které vám mohou pomoci překonat ji. Vybraná pravidla spánkové hygieny se používají často jako metoda nazývaná „kontrola stimulů“. Nej důležitější uvádíme v tab. 3. Podle individuálního spánkového profilu a způsobu života pacienta můžeme nalézt i další stimuly, které mají vliv na poruchy spánku a pokusit se vést pacienta k jejich kontrole.

9. PROGNOZA

Prognóza nespavosti úzce souvisí s její základní příčinou. U nespavostí způsobených akutním stresem bývá velmi dobrá, chronická insomnie vyžaduje větší zevrubné vyšetření psychiatricko – psychologické, neurologické a interní (zejm. plicní a kardiologické). Insomnie znamená sama o sobě zátěžovou okolnost, která může přispět k rozvoji depresivní fáze nebo jiného onemocnění. V současnosti máme k dispozici jen málo prospektivních studií, zabývajících se prognózou primárních (neorganických) insomnií. Výsledky různých studií se shodují v závěru, že chronická insomnie výrazně zvyšuje riziko následného vzniku psychické poruchy, zejména deprese, úzkostné poruchy nebo alkoholové závislosti.

Tab. č. 3: Kontrola stimulů

- Do postele uléhejte až při ospalosti. V průběhu dne nepodřimujte, výjimku může tvořit odpolední odpočinek nebo i krátký spánek (do 30 min.) podle individuální potřeby.
- Postel i ložnici užívejte pouze ke spánku. Neměli byste v posteli vykonávat žádné jiné aktivity, jako je čtení, jedení nebo sledování TV. Výjimkou je pohlavní život. Pokud nemůžete usnout do 30 minut, vstaňte z postele, odejděte do jiné místnosti a věnujte se nějaké příjemné činnosti, např. poslechu hudby, oblíbené četbě (nedívejte se na televizi). Ulehněte opět až se dostaví ospalost. Pokud se vám ani potom nechce usnout, zopakujte tento postup znovu, třeba i vícekrát.
- Vstávejte každý den ve stejnou dobu (i o víkendu), nejlépe na budík, nezávisle na trvání nočního spánku.
- V místnosti na spaní minimalizujte hluk a světlo a zajistěte vhodnou teplotu (nejlépe 18 – 20 °C).
- Nepijte kávu, černý či zelený čaj a kolu 4 – 6 hodin před ulehnutím, omezte i jejich požívání přes den. Působí povzbudivě a ruší spánek.
- Nekuřte, zvláště ne před usnutím a v době nočních probuzení. Nikotin také povzbuzuje.
- Nepijte večer alkohol, abyste lépe usnuli - alkohol zhoršuje kvalitu vašeho spánku.
- Vynechejte večer těžká jídla.
- Pravidelné cvičení pozdě odpoledne může zlepšit Váš spánek. Naopak cvičení 3 – 4 hodiny před ulehnutím může Váš spánek rušit.

10. PREVENCE

K zásadám prevence insomnie patří dodržování zásad duševní hygieny a spánkové hygieny stejně tak jako prevence somatických onemocnění. Nespavost patří k civilizačním poruchám, které jsou následkem narušení biologických rytmů organismu člověka a sociálních rytmů. K řešení nespavosti patří vyhodnocení přiměřenosti pracovní zátěže a pracovního zařazení pacienta (zejména směné provozy mohou působit závažné poruchy spánku). Mysleme na správné stravovací návyky. Nespavost mohou často působit alergická onemocnění (eliminujme alergii na roztoče z lůžkovin, prach, peří, pokojové rostliny).

11. 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 M. H., Roth T., Dement W. C., eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. 4th Ed. Philadelphia: Elsevier, 2005.*
3. *Lavie P., Pillar G., Malhotra A.: Sleep Disorders. Londýn: Martin Dunitz, 2002.*
4. *Management of insomnia – NCSDR Working Group. Sleep 1999; 22, Suppl 2: 402 – 5408.*
5. *National Institutes of Health. State – of – the – Science Conference Statement. Manifestation and Management of Chronic Insomnia in Adults. Bethesda 2005.*
6. *Nevšimalová S., Šonka K. a kol.: Poruchy spánku a bdění. Praha: Maxdorf, 1997.*
7. *Pretl M. Insomnie. Practicus 2004; 3 (7): 252 – 254*
8. *Pretl M., Vevera J.: Efektivní léčba nespavosti. Psychiatrie pro praxi 2006; 3 (7): 140 – 142*
9. *Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Praha:, 2. vydání, Maxdorf – Jessenius. 2. vyd. Praha 2002: 322 – 325.*
10. *Szuba M. P., Kloss J. D., Dings D. F.: Insomnia. Principles and Management. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.*

Projekt byl řešen za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN: 80-86998-08-8

ISBN 80-86998-08-8



9 788086 998084