

12 Poruchy spánku ve stáří



Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni

- charakterizovat základní fáze spánku
- vyjmenovat rozdíly mezi spánkem ve starším věku a v mladším věku
- definovat insomnii a charakterizovat její nejčastější příčiny
- nastínit rozdíl mezi akutní a chronickou nespavostí
- vyjmenovat základní nefarmakologická opatření pro řešení insomnie
- pojednat o rizicích podávání hypnotik ve stáří



Klíčová slova: spánek – fáze spánku – insomnie – akutní insomnie – chronická insomnie – nefarmakologická léčba nespavosti

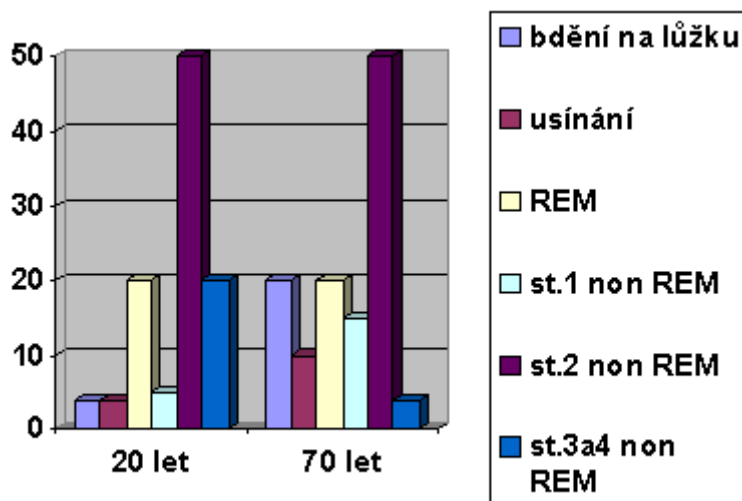
12.1 Změny spánku ve stáří

Charakter spánku se mění s narůstajícím věkem a při individuálním hodnocení je někdy nesnadné diferencovat, které změny jsou „přirozené“ a které již patologické. Obecně platí, že senioři aktivní, zapojení do komunity spí lépe. Kvalitu spánku zhoršují faktory jako zármutek, osamocení, úzkost, nucený odchod do důchodu, potraumatické stavy. Obecně mají starší lidé tendenci chodit dříve spát, ale déle usínají, v noci se častěji probouzejí, ráno dříve vstávají a přes den několikrát zdřímnou.

Odlišnosti spánku ve stáří - patofyziologické poznámky

I ve vyšším věku probíhá spánek ve čtyřech fázích, přičemž hloubka spánku se zvětšuje od první do čtvrté fáze – tedy v 1. a 2. fázi se jedná o spánek lehký, ve třetí a čtvrté fázi o spánek hluboký. V čtvrté fázi je nejnižší svalový tonus, nejnižší krevní tlak a tepová frekvence. Poměr jednotlivých fází se s věkem mění. Například podíl první fáze u mladých jedinců činí 5% celkové délky spánku, zatímco u starších tento podíl narůstá až na 12-15%. Naopak – fáze 3. a 4. mohou u lidí velmi vysokého věku vymizet úplně – viz graf 2.

Graf 2. Zastoupení jednotlivých stadií spánku v různých věkových kategoriích (znázorněno v procentech celkové doby strávené na lůžku)



Dalším parametrem popisovaným v souvislosti s posuzováním kvality spánku je REM fáze spánku (rapid eye movements). Právě v obdobích REM spánku dochází nejčastěji k neadekvátním aktivitám - RBD (REM sleep behavior disorders) a vyskytuje se přibližně u 15% seniorů. Vzhledem k možnosti úrazu jak seniora samotného tak poranění pečovatele je těmto poruchám věnována poměrně značná pozornost.

V souvislosti s hodnocením spánku u starších se vyskytuje několik *sporných tvrzení*. Obecně panuje názor, že potřeba spánku s věkem klesá, tento parametr je však velmi individuální. Literární zdroje celkem jednotně vystupují proti vžitému názoru, že celková kratší délka nočního spánku u starších je způsobena rozdrobením spánku do menších úseků vlivem usínání během dne. Prostý součet intervalů spánku není možno přirovnat k dostatečně dlouhému kvalitnímu spánku v noci.

12.2 Nespavost - insomnie

Definice: subjektivně negativně vnímané zkrácení doby nebo kvality spánku.

Etiopatogeneze: nespavost je vždy nutno považovat za symptom a snažit se vypátrat její příčinu. U krátkodobé nespavosti - hospitalizace, stav po chirurgickém zákroku, u aktivnějších seniorů i časový posun (jet lag), stressové situace. Krátkodobá nespavost odeznívá obvykle do 1 týdne od ukončení vyvolávající příčiny.

Nejobvyklejší příčiny dlouhodobé nespavosti odhalíme většinou anamnesticky – špatné načasování jídla, užití kofeinu, alkoholu, medikace, nedostatek pohybu, nykturie, bolest hlavy, bolest jiného původu – je však nutno cíleně pátrat. Podrobnější vyšetření může odhalit somatické či psychické onemocnění – hypertenze, tyreopatie, demence, Parkinsonova choroba, deprese, spánková apnoe, syndrom hypersomnie, syndrom neklidných nohou, adipozita, kardiovaskulární onemocnění, stressové příčiny, poruchy nálady, požívání psychoaktivních látek.

Příznaky: poruchy usínání, časté probouzení během noci, časné ranní probouzení, následně únava, nesoustředěnost, podrážděnost, krátké pospávání během dne, anxieta, přecitlivělost na nespavost, ale také zvyšování krevního tlaku, zhoršení kardiopulmonální kompenzace, trávicí obtíže apod..

Diagnostika: per exclusionem.

Diff. dg.: psychická zátěž, chronická bolest, deprese, inverze spánku, syndrom neklidných nohou.



12.3 Léčba

Jako první jsou uplatňována opatření nefarmakologická, k medikamentóznímu ovlivnění nespavosti přistupujeme až při neúspěchu metod nefarmakologických. Výčet opatření navrhovaných seniorům ke zlepšení spánku je vypsán v tabulce.

Nefarmakologická opatření ke zlepšení usínání a spánku ve vyšším věku

Pravidelný denní rozvrh i pro spánek	Chodit spát a vstávat denně ve stejnou hodinu
Pravidelný program těsně před spaním	Denně provádět činnosti předcházející spánku (čištění zubů, umývání, natahování budíku) ve stejném pořadí
Vytvořit a udržet prostředí přiměřené pro spánek	Ložnice by měla být klidná, minimálně osvětlená, přiměřeně vytopená
Využívat lůžko jen pro spánek a sex	Pokud jsou na lůžku prováděny činnosti vyžadující pozornost, je nepříznivě ovlivněno usínání i hloubka spánku
Vynechat před spaním látky negativně ovlivňující spánek.	Kofein, alkohol, psychoaktivní látky, těžší strava
Zařadit pohyb do každodenního režimu	Necvičit těsně před spaním – pohyb aktivuje kardiovaskulární a nervový systém a zhoršuje usínání
Snaha o relaxaci před usnutím	Čtení, teplá koupel, „ponechat starosti před dveřmi ložnice“
Neusínat během dne	Snižuje pocit ospalosti večer
Neuléhat příliš brzy, pokud se spánek nedostaví do 30 minut po ulehnutí, opustit lůžko.	Dlouhá doba bdělého stavu na lůžku spíše aktivizuje.

Farmakologická terapie - v současné době jsou pro léčbu nespavosti u seniorů doporučována benzodiazepinová hypnotika, protože jejich nežádoucí účinky jsou předpověditelné a závislé na dávkování - nitrazepam, flurazepam, temazepam. Obecně oblíbený flunitrazepam by starším nemocným neměl být podáván. Benzodiazepiny by měly být podávány krátkodobě a jejich vysazení by mělo být postupné pro možný rebound fenomen. Z nebenzodiazepinových hypnotik lze předepsat pro starší nemocné zopiclon, zolpidem – látky ovlivňující GABA receptory s menší návykovostí a nižším ovlivněním kognitivních funkcí. Obecně by měla být upřednostňována hypnotika s krátkým až středním poločasem vzhledem k omezené vylučovací funkci jater a ledvin ve vyšším věku a také s ohledem na požadavek rychlosti probuzení a kvality vědomí po probuzení – je prokázáno, že senioři nad 65 let užívající dlouhodobě působící hypnotika mají dvojnásobnou pravděpodobnost zlomeniny krčku kosti stehenní. Z dalších skupin je možno využít neuroleptik při snaze o současné ovlivnění nočních poruch chování a dále antidepressiva u nemocných, kde podkladem insomnie je depresivní složka.

Shrnutí kapitoly

nespavost je vždy nutno považovat za symptom a snažit se vypátrat její příčinu.
Akutní nespavost má obvykle příčinu odhalitelnou v časové návaznosti na vznik nespavosti, chronická insomnie obvykle doprovází souběh více možných příčin.
Příčina nespavosti obvykle ovlivňuje i její symptomatologii a časové souvislosti – obtížné



usínání, probouzení během noci, časně probouzení. Nespavost zvláště charakteru časného probouzení může být příznakem deprese. Diagnostika nespavosti je obvykle vylučovací metodou.

Pro léčbu nespavosti je nutno uplatnit nejprve nefarmakologická opatření a teprve při jejich neúspěchu podáváme léčbu farmakologickou. Při jejím dlouhodobém podávání je nutno mít na paměti rizika – tedy zhoršení kognitivních funkcí, riziko závratí a pádů, častější výskyt delirantních stavů.



Otázky a úkoly

charakterizujte základní fáze spánku
vyjmenujte rozdíly mezi spánkem ve starším věku a v mladším věku
definujte insomnii a charakterizovat její nejčastější příčiny
nastiňte rozdíl mezi akutní a chronickou nespavostí
vyjmenujte základní nefarmakologická opatření pro řešení insomnie
pojednejte o rizicích podávání hypnotik ve stáří

Doporučená literatura:

Topinková E. Geriatrie pro praxi. Galén 2005

Kalvach Z et al. Geriatrie a Gerontologie. Grada Avicenum 2004.