

Nespavost u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí: patofyziologie, diagnostika a léčba

Milan Sova, Jaroslav Vejrych, Vladimír Herout, Ondřej Venclíček

Klinika nemocí plicních a TBC, Fakultní nemocnice Brno

Insomnie je samostatná porucha spánku a bdění, která se u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) vyskytuje často a může významně zhoršovat denní fungování, kvalitu života i zvládání základního respiračního onemocnění. Její vznik obvykle nelze vysvětlit jedinou příčinou. Uplatňují se noční dušnost, kašel a produkce sputa, změny ventilace během spánku, hypoxemie nebo hyperkapnie, overlap syndrom CHOPN a obstrukční spánkové apnoe, bolest, refluxní choroba, nykturie, srdeční selhání, úzkost a deprese, užívané léky i behaviorální faktory. Diagnostika je především klinická a musí odlišit subjektivní kvalitu spánku od spánkové efektivity, která je vypočítaným parametrem. Součástí vyšetření má být spánková anamnéza, spánkový deník, zhodnocení závažnosti insomnie a cílený screening dalších poruch spánku. Léčbou první volby je kognitivně-behaviorální terapie nespavosti (KBT-I) spolu s optimalizací léčby CHOPN a souvisejících onemocnění. Účinek samotné spánkové hygieny a plicní rehabilitace na insomnii je omezený nebo nejednotný. Farmakoterapie má být individuální, časově ohraničená a pravidelně přehodnocovaná. Zvláštní opatrnost vyžadují benzodiazepiny a Z-hypnotika, zejména při hyperkapnii, neléčené spánkové apnoe, současném užívání opioidů a u křehkých seniorů. Antagonisté orexinových receptorů mají u vybraných pacientů příznivá krátkodobá respirační data, avšak zkušenosti u těžké CHOPN zůstávají omezené.

Klíčová slova: insomnie, chronická obstrukční plicní nemoc, kognitivně-behaviorální terapie nespavosti, hypnotika, spánková efektivita, obstrukční spánková apnoe.

Insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: pathophysiology, diagnosis and treatment

Insomnia is an independent sleep-wake disorder that is common in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and may substantially impair daytime functioning, quality of life, and coping with the underlying respiratory disease. Its origin is usually multifactorial. Contributing factors include nocturnal dyspnoea, cough and sputum, sleep-related changes in ventilation, hypoxaemia or hypercapnia, COPD-obstructive sleep apnoea overlap, pain, gastro-oesophageal reflux, nocturia, heart failure, anxiety and depression, medication effects, and perpetuating behavioural patterns. Diagnosis is primarily clinical and should distinguish subjective sleep quality from sleep efficiency, which is a calculated parameter. Assessment should include a structured sleep history, sleep diary, an insomnia severity measure, and targeted screening for other sleep disorders. Cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-I), together with optimisation of COPD and comorbid conditions, is the first-line treatment. Sleep hygiene alone and pulmonary rehabilitation have limited or inconsistent effects on insomnia. Pharmacotherapy should be individualised, time-limited, and regularly reassessed. Benzodiazepines and Z-drugs require particular caution in hypercapnia, untreated sleep apnoea, concomitant opioid use, and frail older adults. Orexin receptor antagonists have reassuring short-term respiratory data in selected COPD populations, but evidence in severe disease remains limited.

Key words: insomnia, chronic obstructive pulmonary disease, cognitive behavioural therapy for insomnia, hypnotics, sleep efficiency, obstructive sleep apnoea.