

Unettomuuden diagnostiikka ja hoito

Työterveyslaitoksen perjantailuento 25.8.2023

Vera Viitanen ayl HUS Unihäiriöpoliklinikka

Luennon sisältö

- Unen rakenne ja merkitys
- Unen ja valveen säätely
- Unettomuushäiriö
- Diagnostiikka
- Erotusdiagnostiikka
- Hoito

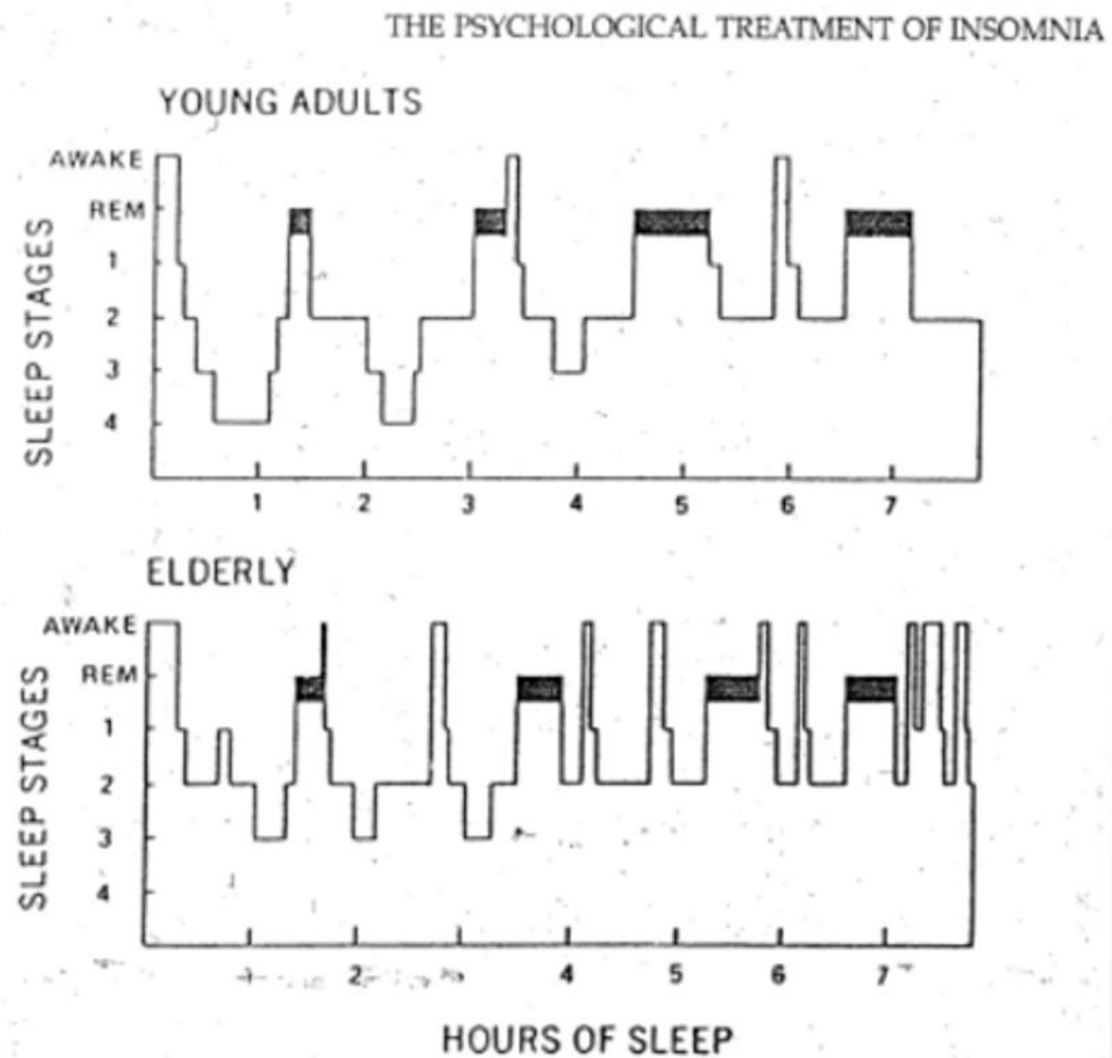
Unen rakenne ja merkitys

- Uni on tarkan säätelyn alainen aivotoiminnan tila, jossa perusuni eli NREM uni ja vilkeuni eli REM uni vuorottelevat.
- Uni ja valvetila vuorottelevat monen biokemiallisen tekijän säätelämänä
- Nukumme kolmasosan elämästämme, suuri merkitys terveydelle
- Unen tehtäviä:
 - Uni virkistää ja palauttaa fyysisen ja psyykkisen rasituksen jälkeen, syvä uni poistaa unipainetta
 - Aivojen aineenvaihdunnan ylläpitäminen, energian varastointi, sekä haitallisten aineenvaihduntatuotteiden poistaminen, aivojen puhdistuminen
 - Muisti ja oppiminen: Plastinen hermosolujen muovautuminen, hermoverkkojen turhien yhteyksien karsiminen, informaation siirtyminen lyhytkestoisesta muistista pitkäkestoiseen muistiin
 - Immunologinen tasapaino
 - Unien näkemisellä mm. tosielämän vaikeiden tilanteiden harjoittelu ja psyykkisen terveyden ylläpito, tunnesäätely.

Ikä ja uni

- Iän myötä unessa tapahtuu paljon muutoksia.
- Vastasyntyneen uni muuttuu lähes täysin ensimmäisten parin kuukauden aikana ja tyypilliset NREM ja REM unen EEG-ilmiöt ilmaantuvat n. 2-3kk iässä.
- Lapsuudessa unen tarve ja syvän unen osuus unen määrästä on suurempi, kuin aikuisilla.
- Murrosiässä melatoniinin eritysviivästyy ja kyky kestää unipainetta kasvaa, mikä yhdessä behavioraalisten tekijöiden kanssa voi johtaa vuorokausirytmin viivästymiseen ja lähes krooniseen univajeeseen.
- Vanhuksilla uni kevenee (syvän unen määrä alkaa laskea 50 ikävuoden jälkeen), muuttuu katkonaiseksi ja osa nukutusta ajasta nukutaan päivällä.

Normaali
unen rakenne
nuorilla
aikuisilla vs
ikääntyneillä



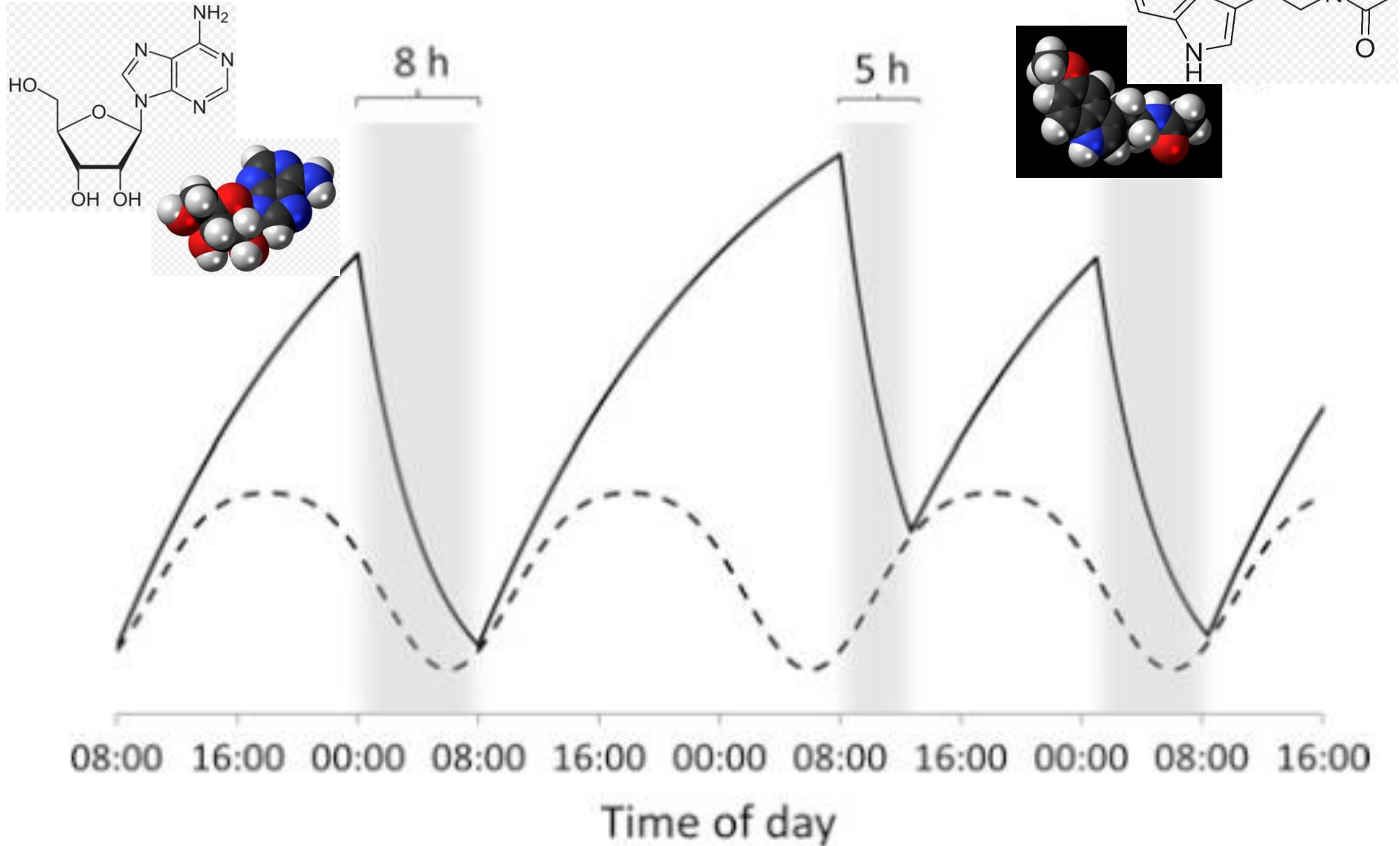
Unen vaiheet

- Aikuisen unen tarve on yksilöllinen n. 7h-9h vuorokaudessa
- Aikuisella normaalisti:
 - Torketta eli N1 unta alle 10%
 - Kevyttä N2 unta n. 45%-55%
 - Syvää N3 unta n. 15%-20%
 - REM unta 20%-25%
- Syvää unta on eniten alkuyöstä (yhteys unipaineeseen)
- REM uni painottuu loppuyöhön.
- Yksi unisykli on n. 90min kestoaltaan, yön aikana on 4-6 unisykliä

Unen säätely

- **Homeostaattinen säätely** (unipaine): Mitä pitempään valvoo, sitä syvempää on uni
- **Sirkadiaaninen säätely** (keskuskello): Vaikutus unen määrään
- -> on tärkeää olla hereillä riittävän pitkään, jotta saa laadukasta unta ja säännöllinen nukkumaanmeno ja heräämisaika, jotta saa riittävästi unta
- Behavioraaliset tekijät voivat ylittää homeostaattisen ja sirkadiaanisen säätelyn: esim. vuorotyöt

Unen fysiologia: homeostaattinen ja sirkadiaaninen säätely

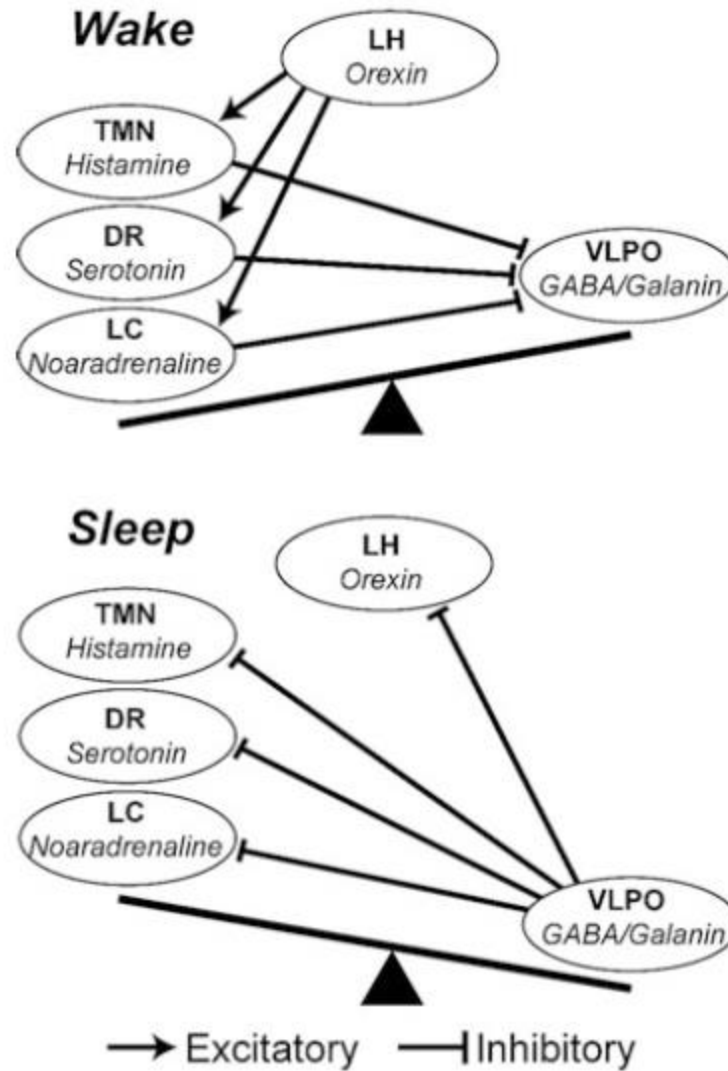


Elimistön kellojärjestelmä

- Elimistön sisäinen keskuskello sijaitsee hypotalamuksen suprakiasmaattisessa tumakkeessa SCN, jonka tahdistinsoluilla on n. 24 tunnin rytmi. Tämä sirkadiaaninen kello osallistuu mm. kehon lämpötilan, kortisolierityksen, ruokahalun ja uni-valverytmin säätelyyn.
- Useimmilla sisäinen kello käy vähän yli 24h rytmissä -> tarvitaan ulkoisia tahdistimia "Zeitgebers", jotta vrk rytmi säilyy. Näitä tahdistimia ovat mm. valo (tärkein), liikunta, sosiaalinen kanssakäyminen

Kiikkulautamalli

–uni ja valvejärjestelmän vuorottelu



Unihäiriöiden jaottelu

1. Diagnoosi luokitus: ICD-10 (2011), ICD-10-CM (2015), ICSD-3 (AASM 2014), DSM-V (2013)
2. ”elimelliset” ja ”ei-elimelliset” ICD-10:ssä G ja F-ryhmä
3. **Oirekuvan perusteella:** unettomuushäiriöt, hypersomniat, unirytmihäiriöt, parasomniat, hengityshäiriöt, liikehäiriöt
4. Erikoisalan perusteella: Psykiatriset, neurologiset, keuhkosairauksien alalla hoidettavat hengityshäiriöt, KNK alan ylähengitystieobstruktiot, hammas- ja leukakir.alan sairaudet

Unihäiriöiden luokittelu ICD-10

- **F45.8 Bruksismi**

G47.63

- **F51.0 Ei elimellinen unettomuus**
- **F51.1 Ei elimellinen hypersomnia**
- [F51.2 Ei-elimellinen uni-valverytmin häiriö]
- **F51.3 Unissakävely**
- **F51.4 Unikauhukohtaus**
- **F51.5 Painajaisunet**

- **G25.8 RLS/PLMD**

RLS G25.81, PLMD G47.61

- **G47.0 Elimellinen unettomuus**
- **G47.1 Elimellinen hypersomnia**
- **G47.2 Elimellinen uni-valverytmin häiriö**
- **G47.3 Uniapnea**
- **G47.4 Narkolepsia**

G47.51 Sekavuushavahtuminen

G47.52 RBD

G47.53 Unihalvaus

- **G47.8 Muu elimellinen unihäiriö**

- **G47.9 Määrittämätön __,,__**

Ei-elimellinen unettomuus F51.0

- Unettomuushäiriö diagnosoidaan, jos unettomuus muodostaa oman hoidollisen kokonaisuuden.
- Unettomuuden Käypä hoito suositus:

Unettomuushäiriö (ICD-10:ssä "Ei-elimellinen unettomuus")	Diagnostiset kriteerit: A. Ilmenee nukahtamisvaikeus tai vaikeus pysyä unessa, tai nukkuminen ei virkistä. B. Univaikeus ilmenee vähintään 3 kertaa viikossa vähintään kuukauden ajan. C. Univaikeus aiheuttaa huolta tai vaikuttaa arkielämän toimiin. D. Häiriötä ei aiheuta elimellinen, esimerkiksi neurologinen, syy tai sisätautiongelma, psyykkisiin toimintoihin vaikuttava lääkitys tai muu lääkitys. Yleisin pitkäaikaisen unettomuuden syy	F51.01 (kesto > 3 kuukautta) F51.02 (kesto 1-3 kuukautta)
---	--	--

Unettomuushäiriön ehkäisy

- Unettomuushäiriön ehkäisyssä keskeistä on normaali hyvästä terveydestä huolehtiminen.
- Hyvää unta voidaan edistää yksilöön itseensä ja ympäristöön kohdistuvilla toimilla, joita ovat
 - terveydentilasta huolehtiminen ja sairauksien hoito
 - elämäntavat
 - ravitsemus ja liikunta
 - nautintoaineiden kohtuukäyttö
 - työn ja levon suhde
 - säännölliset nukkumisajat
 - rentoutuminen
 - sosiaaliset suhteet
 - harrastukset
 - perheen ja ystävien kanssa vietetty aika
 - elämän vaikeuksien kohtaaminen päivällä eikä vuoteessa
 - työaikajärjestelyt epäsäännöllisiä työaikoja noudattavilla
 - tarpeettoman unilääkityksen välttäminen.

Unettomuushäiriön mekanismeja

Editoimaton versio lähteestä Partonen T, Tuisku K, Nikolakaros G, Partinen M: Mistä unettomuushäiriössä on kyse? Duodecim 2020;136:27-34



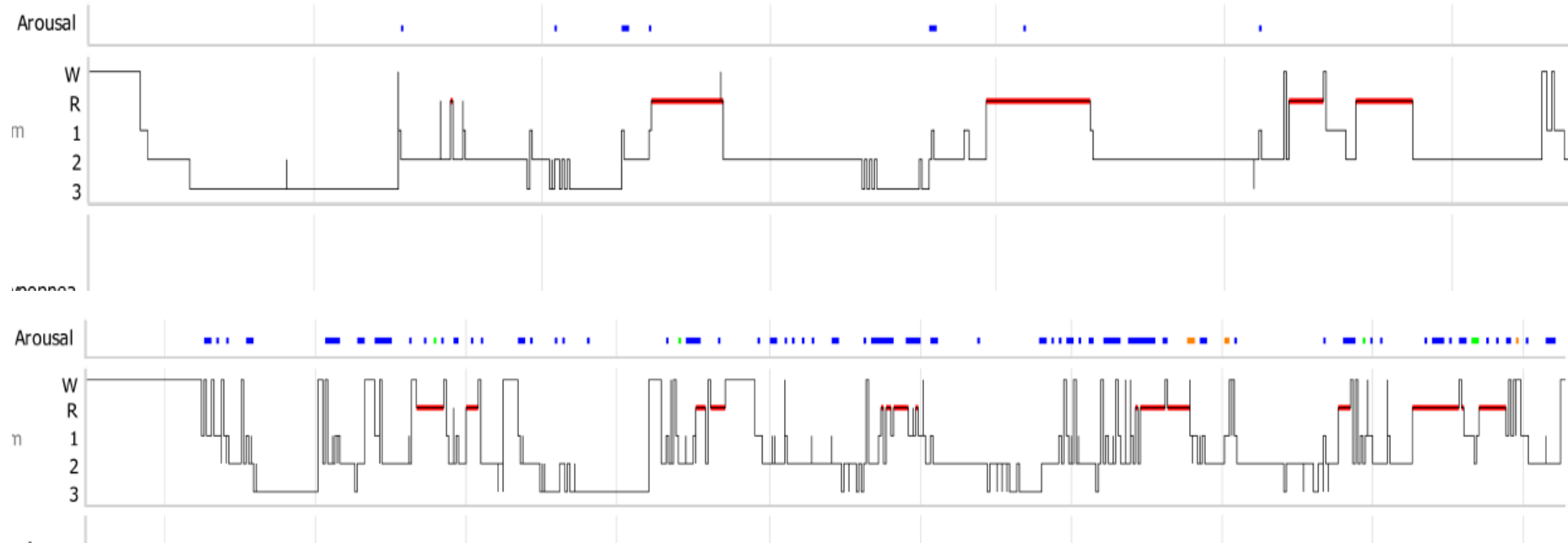
Unettomuutta ylläpitäviä haitallisia käyttäytymismalleja, esimerkkejä

- ”Yritän mennä tänään aikaisin nukkumaan, jotta saan edes vähän unta”-> Yrittämällä ylivireys vain nousee ja vuode ehdollistuu valvomiseen.
- ”Ennen tykkäsin käydä ystävien kanssa kävelyllä tai museoissa ja kahvilla, mutta enää en jaksa, kun minun täytyy levätä päivällä, jotta jaksaisin”-> Unipaine heikkenee, kun päivällä lepää ja viettää paljon aikaa sängyssä

Unen makrorakenne, unisyklit

a. hyvin nukkuva b. unettomuushäiriöstä kärsivä

a. Havahtumisindeksi 4/h, unitehokkuus 95%, nukahtamisviive 14min
N1 5%, N2 53%, N3 23%, REM 19%



b. Havahtumisindeksi 22/h, unitehokkuus 83%, nukahtamisviive 47min
N1 13%, N2 50%, N3 18%, REM 19%

Unettomuuden yleisyys

- Unettomuus on yleisin unihäiriö
- Tilapäinen unettomuus: 30%-35% väestöstä
- Suomalaisista n. 12% krooninen unettomuushäiriö
- Perusterveydenhuollossa noin puolet potilaista kuvaa unettomuusoireita
- Uni-valvehäiriöt ovat vuorotyötä tekevillä yleisempiä kuin päivätyötä tekevillä
- Unettomuus on yleistä kroonisten sairauksien yhteydessä: Kipupotilaista 40%-80%:lla ja syöpäpotilaista 25%-60%:lla on unettomuutta
- 40%:lla unettomuuspotilaista on jokin muu mielenterveydenhäiriö tai alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttöä
- Unettomuus on naisilla yleisempää kuin miehillä
- Unettomuus lisääntyy ikääntyessä

Sairauksia, joissa usein esiintyy unettomuusoireita

- Psykiatriset häiriöt, päihdehäiriöt
- Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt
- Kiputilat
- Uniapnea, levottomat jalat oireyhtymä (RLS)
- Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet
- Keuhkosairaudet
- Endokrinologiset sairaudet
- Parkinsonin tauti ym neurologiset sairaudet
- Muistisairaudet
- Maha-suolikanavan sairaudet
- Pahanlaatuiset kasvaimet

Unettomuushäiriö: Yleisimmät erotusdiagnostiset ja samanaikaiset muut unihäiriöt

- **Uniapnea** (BNSQ, STOPBANG-seula)
- Diagnoosi: **PolAmb** ja haittaavat oireet (vireys, muisti, SV ym)
- **Unessa pysymisen vaikeus**, unen rikkonaisuus varsinkin loppuyöstä, joskus myös nukahtamisvaikeus
- **Levottomat jalat oireyhtymä RLS** (BNSQ, IRLS-seulat)
- Diagnoosi haastatellen, sekundaarisen RLS:n syyt lab ym.
- **Nukahtamisvaikeus**, lisäksi samanaikaiset yölliset raajaliikkeet voi altistaa heräilylle alkuyöstä
- **Viivästynyt unijakso** (unipäiväkirja, MEQ-kysely)
- Diagnoosi haastatellen, **unipäiväkirja** ja **aktigrafia** tarv
- **Nukahtamisvaikeus**

COMISA comorbid insomnia and obstructive sleep apnea

- Uniapnealla ja unettomuudella on huomattava komorbiditeetti
- Jopa 39%-58%:lla uniapneaa sairastavista on unettomuutta. Unettomista ainakin 30%:lla on AHI >5.
- Unettomien uniapneapotilaiden on vaikea sitoutua Cpap hoitoon ja heidän kardiovaskulaarisairastavuutensa on suurempi kuin ei-unettomien uniapneapotilaiden.
- Uniapneapotilaan samanaikaisen (komorbidin) unettomuuden hoitaminen lääkkeettömin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmin (CBTi-menetelmät) parantaa uniapneapotilaan yönun laadua, CPAP-hoitoon sitoutumista ja päiväaikaista toimintakykyä [A](#).

Unihäiriöiden arviointi lääkärin vastaanotolla

- Huolellinen anamneesi: Unihäiriöanamneesi, elintavat, psykiatrinen anamneesi, somaattinen anamneesi, lääkkeet, päihdeanamneesi ja sukuanamneesi
- Kliininen tutkimus ja täydentävät lab. kokeet
- **Unipäiväkirja**: Tärkein vuorokausirytmien arvion työkalu. Antaa tietoa rytmin lisäksi unen määrästä, sekä laadusta ja uneen ja vireyteen vaikuttavista tekijöistä.
- Hyödyllisiä lomakkeita:
- Pohjoismainen unikysely: BNSQ
- Uniapneaseula: STOPBANG
- ISI (insomnia severity index), DBAS, BDI, OASIS, AUDIT
- ESS Eppworth Sleepiness Scale

STOP-BANG seulakysely

(S Snoring, T Tiredness during daytime, O Observed apnea, high blood P Pressure, B Body mass index, A Age, N Neck circumference, G Gender)

- Kuorsaatko äänekkäästi?
- Tunnetko itsesi usein väsyneeksi, uupuneeksi tai uneliaaksi päivisin?
- Onko kukaan havainnut, että lopetat hengittämisen nukkuessasi?
- Onko sinulla korkea verenpaine?
- BMI $> 35 \text{ kg/m}^2$
- Ikä $> 50 \text{ v}$
- Kaulan ympäryys $> 40 \text{ cm}$
- Miessukupuoli

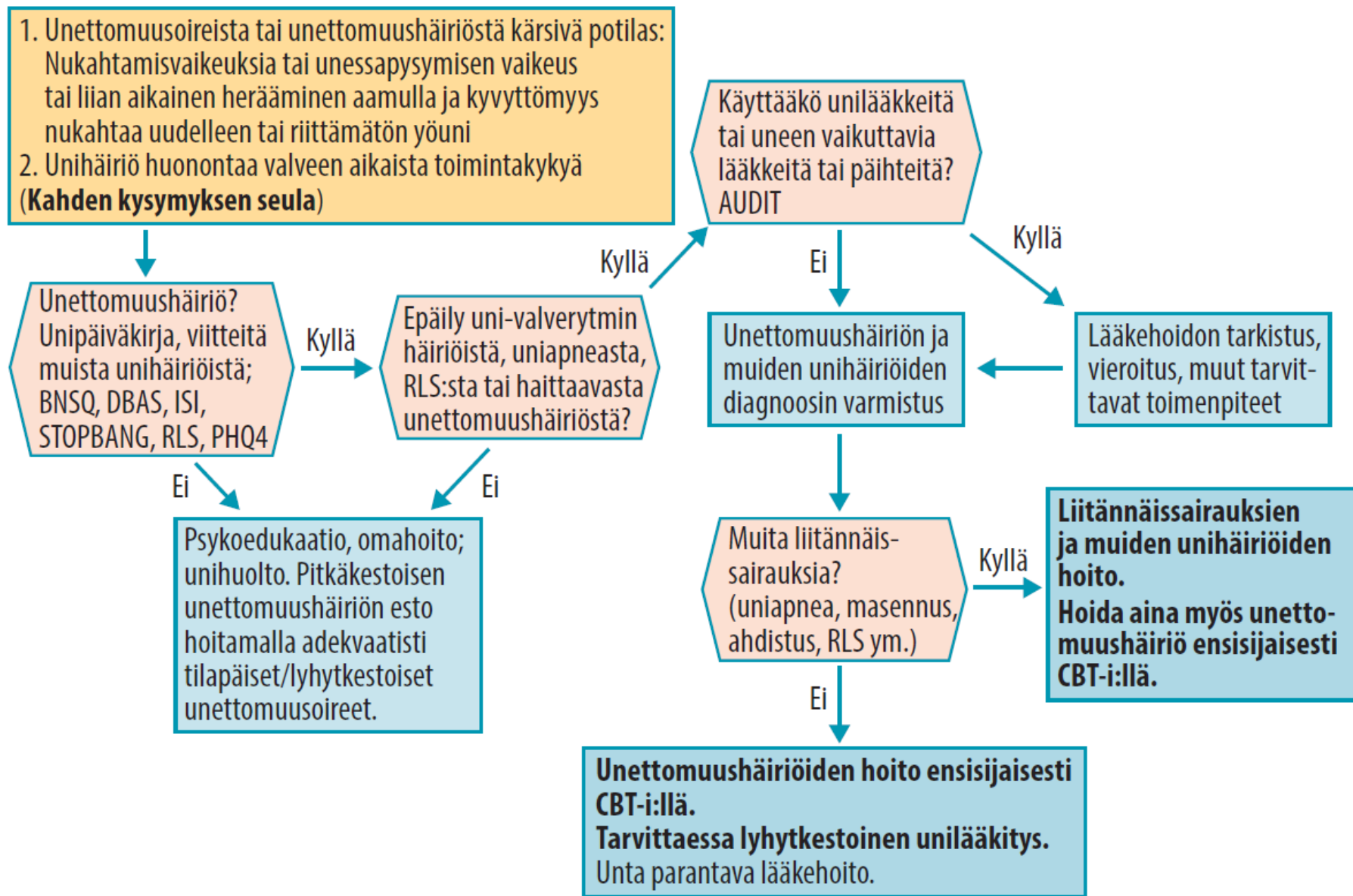
• Tulkinta:

< 3 negatiivinen seulalöydös, ensisijaisesti muu syy väsymykselle

> 5 pistettä, 95 % todennäköisyys obstruktiviseen uniapneaan

Unettomuuden arvio ja hoito

Lähteestä: Partinen M, Tuisku K, Raaska K, Puustinen J, Partonen T. Unettomuushäiriön nykyhoito – unilääkkeitä vai lääkettä? Duodecim 2020;136:2361–70



KNF tutkimukset unihäiriöpotilailla

- KNF tutkimukset **eivät** kuulu rutiinisti unettomuuspotilaan tutkimuksiin.
- **Yöpolygrafia** (Polamb) epäiltäessä uniapneaa. HUOM, ei mittaa unta ts. Ei ole unipolygrafia! Voi pyytää mukaan raajakytkenät, jolloin yölliset periodiset raajaliikkeet tulevat myös tutkittua
- Aktigrafia: Vuorokausirytmien häiriöissä (ei välttämätön, jos unipäiväkirja on selkeästi täytetty)
- Unipolygrafia eli polysomnografia kotona tehtynä PSGamb
 - kun unettomuuden syyksi epäillään muuta unihäiriötä
 - epäillään vakavaa havaintovirhettä (unen kokemisen häiriötä)
 - huono hoitovaste, työturvallisuusriskit
 - antaa tarkkaa tietoa unen rakenteesta
 - Kallis, harvoin perustasolla tarpeen

Äkillisen unettomuuden hoito

- Tilapäinen unettomuus kuuluu normaaliin elämään. Tärkeää tuki, neuvonta ja lohdutus
- Jos unettomuus jatkuu, tulee kiinnittää huomiota unen huoltoon ja unirytmiiin
- Vaikeassa äkillisessä unettomuudessa tilapäinen unilääkitys voi tulla kyseeseen. Mielellään ei yli 2 viikon hoitoa ja annoksen purku asteittain. Kerrottava potilaalle mahdollisesta unettomuudesta vieroitusoireena. Esim. Z-lääke tai pieni annos H1 salpaavaa antidepressanttia.

Krooninen unettomuus

- Puolet unettomuudesta kärsivistä nukkuu normaalin pituisia unia. Näillä potilailla kärsimystä tuottaa unen kokemisen häiriö ja huonolaatuinen uni
- Puolet unettomuudesta kärsivistä nukkuu objektiivisesti lyhentyneitä unia-> ennustaa pitkäkestoista taudinkulkua.
- Unettomuushäiriössä, jossa normaalipituinen uni koetaan lyhentyneeksi, esiintyy useammin emotionaalista ja kognitiivista ylivirittyneisyyttä ja aivokuoren yliaktiivisuutta-> ensisijaisesti psykologinen hoito (KBT-i)
- Objektiivisesti lyhytuninen-> saattaa hyötyä lääkehoidosta

Pitkäaikaisen unettomuuden hoito

- Kognitiivis-behavioraaliset hoito-ohjelmat ovat tehokkaita pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa, ja niiden tulokset näyttävät pysyviltä [A](#).
- Helposti saatavilla esim. unettomuuden nettiterapiana. Ryhmämuotoisena kustannustehokasta (esim. unettomuuden hoitoon koulutetun työterveyshoitajan uniryhmä). Myös itsehoito-ohjelmat (esim. Mielenterveystalon unettomuuden itsehoito-ohjeet)
- KBT-i on unettomuuden ensisijaista hoitoa
- KBT-i kohdentuu haitallisiin ajatus- ja käyttäytymismalleihin, sekä unen ja valveen säätelyjärjestelmään.
- bipolaari, psykoosi ja kohtauspotilailla unirajoite-menetelmällä on riskejä ja uniärsykkeiden hallinta voi olla riskialtis vanhuksilla

Liikuntaharjoittelu (erityisesti kohtuukuormitteinen liikunta, kuten reipas kävely) lisää unen määrää ja parantaa unen laatua erityisesti keski-ikäisillä unettomuudesta kärsivillä [A](#).

- Hyväksyvän tietoisien läsnäolon (mindfulness) menetelmien vaikuttavuudesta unettomuudessa on jonkin verran näyttöä
- Kirkasvalohoito saattaa auttaa pitkäaikaiseen unettomuuteen yli 50-vuotiailla
- Rentoutuksella on saavutettu hyviä tuloksia unettomuuden hoidossa

Unettomuuden KBT-i Unettomuuden Käypä hoito suositus

Menetelmä	Käyttötarkoitus	Vaikutusmekanismi
Unen huolto: elintapojen tarkistaminen (nautintoaineiden käyttö, liikunta ja sen ajoittaminen, ilta-ateria)	Pyritään palauttamaan sekaisin mennyt unirytm. Koska unettomat pyrkivät saamaan mahdollisimman paljon unta, heidän unirytmensä menee usein sekaisin. Muutetaan nukkumisympäristö otolliseksi. Huolehditaan rauhoittumisesta ja rituaaleista.	Säännöllistää unirytm ja vähentää unen tuloa estäviä ärsykeitä
Rentoutus	Rentoutetaan kireät lihakset ja kireä mieli, koska ne estävät unen tulon. Unettomat ovat taipuvaisia jännittämään.	Vähentää psykofysiologista jännitystä, mutta rentoutumisen oppimiseen menee aikaa
Uniärsykkeiden hallinta	Käytetään silloin, kun oma vuode yhdistetään valvomiseen ja kärsimykseen. Kun uni ei tule noin 15 minuutissa, nousestaan vuoteesta. Vuoteessa ei tehdä muuta kuin nukutaan ja rakastellaan.	Katkaisee oman vuoteen ja nukkumisen välisen negatiivisen ehdollistumisen ja vahvistaa oman vuoteen ja nukkumisen välistä yhteyttä
Vuoteessa olon rajoittaminen	Vähennetään vuoteessa vietettyä ylenmääräistä aikaa. Vuoteessa ollaan vain niin pitkään kuin siellä nukkumispäiväkirjan 2 mukaan on nukuttu.	Vahvistaa unta ja vähentää negatiivisia ehdollistumia
Kognitiiviset menetelmät	Tutkitaan ihmisen tapaa käsitellä huolia ja elämän ongelmia. On tärkeää käsitellä huolet päivällä. Liika yrittäminen estää unen tulon.	Vähentävät psykologista ylivireyttä, joka johtuu muun muassa murehtimisesta ja suoritusahdistuksesta

Unettomuuden lääkehoito

- Lääkityksen hyödyistä on eniten näyttöä lähinnä tilapäisen ja lyhytkestoisen unettomuuden hoidossa.
- Bzd pohjaiset ja Z-lääkkeet pidentävät, mutta myös keventävät unta ja niihin liittyy muitakin merkittäviä haittoja
- Tilapäisen unettomuuden hoidossa unilääkettä tulisi tavallisesti määrätä enintään 2 viikoksi, minkä jälkeen lääkkeen lopettaminen tulisi tehdä asteittain muutaman päivän aikana vieroitusoireiden välttämiseksi.
- Ikääntyneiden hoidossa tulisi välttää jatkuvaa unilääkitystä ja annosten tulee joka tapauksessa olla huomattavasti pienempiä kuin keski-ikäisillä.
- Tilapäisen unettomuuden hoidon pitkittynyt hoito unilääkkeellä on yleinen pitkäaikaisen unettomuuden syy.

Bentsodiatsepiinit ja Z-lääkkeet tilapäiseen käyttöön

- Tematsepaami 10mg-20mgx1, T1/2 5h-20h
- Oksatsepaami 7,5mg-15mg, T1/2 4h-24h
- Tzolpideemi, miehillä 10mg, naisilla, ikääntyneillä ja maksan vajaatoiminnassa 5mg, T1/2 1,5h-3h
- Zopikloni 3,75mg-7,5mg , T1/2 3h-6h (huom, voi vaikuttaa ajokykyyn vielä 12h lääkkeen ottamisen jälkeen)
- Z-lääkkeet voivat provosoida unissakävelyä!

Unettomuuden hoidossa käytettyjä lääkkeitä

- **Melatoniini** T_{1/2} 40-60min lyhentää nukahtamisviivettä on hyvin siedetty. Pitkävaikutteinen melatoniini parantaa unen laatua ja aamuvireyttä (>55v).
- **Sedatiivisia depressiolääkkeitä** voidaan käyttää **pienillä** annoksilla unettomuuden hoidossa:
- **Doksepiini** 3-6mg on tehokas yli 3kk kestävä unettomuuden hoidossa aikuisilla, vähentää heräilyä kesken unen ja lisää syvää unta. Yli 65-vuotiaille pieni annos 1-3mg. Antikolinerg. haitat yli 10mg annoksilla. Unettomuuden hoitoannos H1 res. Eniten näyttöä.
- **Trimipramiini** 12.5-25mg T_{1/2} **15-40t**
- **Mirtatsapiini** 3.75-7.5mg T_{1/2} **20-40t ei RLS potilaalle!**
- **Tratsodoni** 50-100mg T_{1/2} **3-14t**
- **Agomelatiini** 25-50mg T_{1/2} **2t**

Muita lääkehoitoja

- **Antihistamiinit:** Lyhytaikaisen unettomuuden (7pv) hoidossa doksylamiini 12,5mg-25mg, H1 ja M1 reseptoreiden salppaus. Hydroksitsiini 25mg-50mgx1 etenkin allergisen oireilun aiheuttamassa unettomuudessa. Huom, antikolinergiset haitat, QT-aika
- **Psykoosilääkkeet:** Puhtaan unettomuuden hoidossa harkittava tarkkaan hyödyt ja haitat (mm. QT-aika, sedaatio, EP-oireet, painon nousu). Ketiapiini masentuneen ja ahdistuneen potilaan unettomuudessa esim. 25mg-100mgx1. Olantsapin 2,5mg-5mgx1 vaikeassa unettomuudessa, antaa enemmän syvää unta. Psykoosipotilaan unettomuuden hoito on erittäin tärkeää
- Muut lääkkeet: **Gabapentinoidit** etenkin kivusta, RLS tai PLMD kärsivillä. Vaikutus jänniteherkkien kalsiumkanavien salppaus. Esim. Gabrion 300mg-900mgx1, Pregabalin aloitus 25mg-75mgx1, optimointi vasteen mukaan. Huom, ei virallista indikaatiota unettomuuden hoitoon. Eivät sovellu päihdeongelmaisille. Heikentävät hieman hengitystä.

Unilääkkeiden käytön lopettaminen (bzd ja Z-lääkkeet)

- Rajaa käyttö vain kahteen viikkoon ja lopeta asteittain.
- Jaksoittainen (intermitttoiva) lääkitys siten, että lääkettä otetaan vain joka toisena iltana tai enintään neljänä iltana viikossa. Jaksoittainen käyttö vähentää fyysistä riippuvuutta, mutta ei välttämättä korjaa psyykkistä riippuvuutta.
- Unilääkettä käyttävät eivät muista yöllä valveilla oloaan, kun taas ilman lääkettä muistikuvat yöllisistä hereilläolajaksoista jäävät helpommin mieleen, jolloin potilas kokee nukkuneensa huonosti ja heränneensä toistuvasti.
- Pitkäaikainen unilääkitys on lopetettava yleensä niin, että annosta pienennetään asteittain.

huom psyykenlääkkeiden unihäiriöitä pahentavat vaikutukset

Unettomuus

- SSRI:t ja aktivoivat mielialalääkkeet usein pahentavat unettomuutta erityisesti 2 ensimmäisen viikon aikana.
- Depressiolääkkeillä myöhäisvaikutuksena REM unen väheneminen, paitsi ei bupropionilla, agomelatiinilla, tratsodonilla ja mirtatsapiinilla

Uniapnea

- BZD heikentää unenaikaista hengitystoimintaa, ja lisää päiväväsymystä vähentämällä syvää unta. Sedatiiviset antipsykootit ja jotkut antiepileptit nostavat painoa ja saattavat heikentää hengitystä.

RLS ja PLM

- SSRI, mirtatsapiini, mianseriini, neuroleptit aktivoi oireistoa

Bruksismi

- SSRI, neuroleptit, stimulantit voi aktivoida oireita

RBD (riski erityisesti Parkinson potilailla)

- SSRI, klomipramiini, mirtatsapiini voivat aktivoida oireita

NREM häiriöt (sekavuushavahtuminen, unissakävely)

- BZD-nukaht.lääkkeet voivat laukaista, erityisesti zolpideemi. Myös muut lääkkeet, esim ketiapiini

Lähteet

- Unettomuuden Käypä hoito suositus
- Uniapnean Käypä hoito suositus
- Kliininen neurofysiologia, Duodecim 2018
- Stubbs B, Vancampfort D, Veronese N ym. The prevalence and predictors of obstructive sleep apnea in major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2016;197:259-67
- Partinen M. et al Unettomuushäiriön nykyhoito- unilääkkeitä vai lääkettä Duodecim 2020; 136:2361-70
- Partonen T. et al Mistä unettomuushäiriössä on kyse? Duodecim 2020;136:2470-7
- Tuisku K. luento "Unihäiriöt arviointi ja hoito" OYS fysiatria 23.3.2021
- Lindberg N. Uni mielenterveyden häiriöissä, Suomen Lääkärilehti 2004;59(34):3039-3044

Luennolla tulleita kysymyksiä ja vastauksia

1. Voidaanko mistään lääkkeestä sanoa sen olevan "unen laatua parantava", vai ovatko kaikki lääkkeet vain "unikokemusta parantavia"?

- Tässä kysymyksessä on ehkä kyse enemmänkin sävyerosta. Ainakin pitkävaikutteinen melatoniini yli 55-vuotiailla voi parantaa yönunen laatua. Myös pieni annos doksepiinia esim. 3mg-6mgx1 lisää syvää unta ja vähentää heräilyä ja näin ollen voinee olla perusteltua sanoa sen parantavan yönunen laatua.

2. Onko tyroksiinin ja melatoniinin yhteiskäyttö kielletty? Mihin perustuisi?

- Ei ole kielletty. Melatoniinin kanssa tulee olla varovainen Marevan hoidon yhteydessä. Se saattaa suurentaa INR arvoa.

3. Doxepiinin haitat tulevat vasta yli 10 mg annoksella. Sisältäkö tämä myös EKG-vaikutukset. Eli jos aloittaa pieniannoksisen doksepiinin, tulisiko ekg tarkastaa?

- Yleensä pieni annos doksepiinia ei edellytä EKG tutkimista. Toki jos potilaalla on jokin sydänsairaus, niin ehkä kuitenkin parempi varmistaa. Doksepiinia voi ex tempore reseptillä määrätä jopa vain 1mg annoksella ja annos 3mg-6mgx1 on tavallisesti käytetty. Näin pienillä annoksilla ei pitäisi tulla esim. antikolinergisiä haittoja, vaan vaikutus välittyy H1 salpauksella.

4. Välillä näkee, että amitriptyliini määrätty unettomuuden hoidoksi (ei kipuindikaatiota). Mitä ajatuksia tästä?

- Amitriptyliiniä ei ole tutkittu pelkän unettomuuden hoidossa. Sillä on pienilläkin annoksilla antikolinergisiä haittoja. Jos potilaalla on esim. hankala migreeni ja unettomuus, on amitriptyliini kuitenkin varteenotettava vaihtoehto, samoin kuin muutenkin kipupotilaan unettomuuden hoidossa.

5. Onko unipäiväkirjasta jotain hyvää valmista pohjaa käytettäväksi?

- Hyvä unipäiväkirja löytyy mm. unettomuuden Käypä hoito- liitteenä (kohta diagnoosi)

6. Miksi doksylamiiniä suositellaan käytettäväksi vain viikon ajan?

- Doksylamiini on tutkittu lyhytvaikutteisen unettomuuden hoitoon. Sillä on melko paljon antikolinergisiä haittavaikutuksia.

7. SSRI lääkkeet haittavat unta, ainakin aluksi. Onko näin myös SNRI lääkkeillä ja uudemmillä esim Brintellix, Duloksetiini?

- Kyllä, sama koskee myös uudempia lääkkeitä

8. Bruksismi, mikä unilääke sopii ja mikä ei?

- Bruksaajan hampaiden suojaksi suositellaan bruksauskiskoa. Lisäksi hyvä arvioida, ettei jokin lääke pahenna/ aiheuta bruksausta (kuten SSRI, stimulantit, neuroleptit). Lääkkeettömät keinot, lihasten rentoutukseen tähtäävät hoidot suositeltavia. Muuten unilääkkeitä voi käyttää, kuten muillakin potilailla. Joskus vaikeaan bruksaukseen voi auttaa gabapentin. Lihaskalvontennojen voi kokeilla. Joskus ahdistusta lievittävä Anksilon pienellä annoksella voi auttaa bruksaukseen, mutta ei luonnollisesti ole unilääke.

9.

Onko oreksiiniantagonisteja Suomessa jo käytössä? Millaisessa tilanteessa niitä voisi käyttää unettomuuden hoitoon?

- Ei ole vielä toistaiseksi

10. Miten tulisi unissakävelyongelmaa hoitaa?

- **Lääkkeetön hoito ensisijaisesti: Unenhuolto, univajeen välttäminen**, unirytmien säännöllistäminen ja laukaisevien tekijöiden välttäminen
- **Tietoa ja ohjausta potilaalle ja läheiselle.**
- Turvalliset, rauhalliset nukkumisolosuhteet ja varotoimet (erillään nukkuminen, ei herätetä kohtausten aikana, kulkuesteet, pehmusteet, ympäristönvaihdos jne)
- **Ajastettu herättäminen** 15min ennen tyypillistä kohtausaikaa, jatketaan ainakin 1kk ajan säännöllisesti (lapsilla 60% vaste)
- **Rentoutus ja stressinhallinta**, mm tietoisuustaitomenetelmät. Hypnoosi x1-2 noin puolella vaste.
- Samanaikaisen havahtumisille altistavan muun häiriön hoito (uniapnea, PLMD, unirytmien häiriö, ahdistushäiriöt)

11.

Onko melatoniinista apua/hyötyä nukahtamiseen yövuoron jälkeen? Mitä suositellaan, jos tarve lääkeshoidolle?

- Melatoniinia en suosittelisi aamulla. Enkä oikeastaan muitakaan unilääkkeitä. Vuorotyössä unen huolto on erityisen tärkeää. Jos on vaikeaa unettomuutta, voisi selvittää onko työnantajalla mahdollisuutta antaa säännöllinen päivätyö. Jos on vuorotyö, niin mielellään säännöllisesti eteenpäin siirtyvä rytmi: Aamu-ilta-yö-vapaa. Vuorotyötä tekevien unettomuuden hoidosta on julkaistu Työterveyslaitoksen toimesta hyviä ohjeita (Järnefelt ym.)

Näihin kysymyksiin saatiin vastaus luennon aikana:

- Miten hyvin nykyiset älykellot osaavat arvioida eri univaiheiden, kuten REM unen määrää?
V: Epäsuorasti (miittavat sykettä, liikettä, lämpötilaa ja hengitystä). Ei voida pitää absoluuttisena totuutena.
- Osa työntekijöistä kertoo aina nukkuvansa eism. klo 03-11 ja että tämä sopii heille. Ovat silti väsymyksen vuoksi vo:lla eikä oikein muuta syytä löydy. Onko väliä, nukkuuko 8h esim. klo22-23 alkaen vai aamuyöstä alkaen (vaikkakin säännöllisesti näin), miten perustella tätä?
V: Jos viivästynyt unijakso pitäisi olla virkeä, eli mahdollinen unihäiriö kuitenkin? Unipäiväkirjan pitäminen.
- Keski- ikäisillä naisilla näkyy unihäiriö, missä herätään valveilla klo 4 tai 5 ja tunnin päästä nukuttaa. Ei nukahtamisvaikeudet. Ei koe stressiä. Doksepiini hieman auttaa. Mitä tehdä? Kun unenhuollon keinot käytössä.
V: Anamneesi, unipäiväkirja, BNSQ-kysely, masennus?, painajaiset?
- Mistä levottomien jalkojen oireyhtymä johtuu (fysiologisesti/biologisesti) ja miten sitä parhaiden hoidetaan?
V: dopamiinijärjestelmän toiminnan häiriö (ei tuho!). Rautavarastojen riittävyys? Dopamiinijärjestelmä tarvitsee rautaa toimakseen optimaalisesti. Ferritiinin tavoitetaso 75 ug. Psyykenlääkkeiden aiheuttama? Folaatti, B12-vitamiinintaso? Raskaus, laskimo insuffisienssi, nivelvaivat, neuropatia, turvotus voivat aiheuttaa. Lääkkeeton hoito: kohtalaista liikuntaa, hierontaa, venyttelyä, kylmä/kuuma suihkuttelu, kipugeelit, gabapentinoidit unta parantamaan.

- Miten tulisi lähestyä esim ADHD ihmisen viivästynyttä unirytmää? Voidaanko henkilöille ajatella nu kahtamislääke pidempiaikaiseen käyttöön (olettaen että kaikki lääkkeettömät keinot on kokeiltu ja että ADHD on hoitotasapainossa)

V: heräämisajan stabiloimisella. Heräämisaika tahdittaa vuorokausirytmää. Aamusta kirkasvalo 30-120 minuuttia. Liikuntaa ja mielekästä tekemistä päivään. Iltaisin rauhalliset rutiinit. Melatoniini (1 mg saattaa riittää) ill alla. Nukkumaan kun unelias olo.

- Kuinka hitaasti pitkäaikainen , yli 10 vuotta kestänyt, säänn. Imovanen ja Opamoxin käytön lopetus tulisi suunnitella?

V: Potilaan kanssa neuvotellen. Annosta voidaan asteittain vähentää parin viikon välein. Mirtatsapiinimurunen tarvittaessa tukena/apuna. Potilas tarvitsee tukea (työterveyshoitaja? KBTI-menetelmät käyttöön viimeistään tässä vaiheessa!)