

Christer Hublin

## Unettomuus

### Keskeistä

- Unettomuuteen ei usein ole yhtä ainoaa syytä, vaan mukana on lääketieteellisten tekijöiden ohella esim. persoonallisuuspiirteiden, tottumusten ja elämäntilanteen merkittävä vaikutus.
- Tavallisinta on elämäntilanteen muutoksen laukaisema akuutti unettomuus.
- Jos unettomuus aiheuttaa huolta, tämä reaktiotapa voi johtaa ylivireystilaan ja muuttua unettomuutta ylläpitäväksi (krooniseksi) tekijäksi (toiminnallinen unettomuus).
- Arvioinnissa on keskeistä huolellinen anamneesi ja unipäiväkirja on sen saamiseksi hyvä apuväline.
- Hyvä hoitosuhde ja lääkkeetöntömät keinot ovat ensisijaisia hoitokeinoja.

### Esiintyvyys

- Suomalaisista aikuisista on tilapäistä unettomuutta n. kolmasosalla ja kroonista vajaalla kymmenesosalla.
- Myös lasten ja nuorten unettomuus on yleistä.
- Unettomuus on naisilla yleisempää ja lisääntyy iän myötä.

### Syyt

- Monitasoiset tekijät johtavat oireiluun:
  - altistavat (”sukurasite”, herkänisyys, persoonallisuus-

piirteet, toimintatavat)

- laukaisevat (kasautuva tai akuutti kuormitus/stressi työssä tai muussa elämäntilanteessa, terveydentilan muutos)
- ylläpitävät (toiminnallisen unettomuuden mekanismit ks. yllä, unettomuuden aiheuttamat nukkumistotumusten muutokset, kuten aikaistunut nukkumaanmeno tai pidentynyt vuoteessaoloaika, tai lisääntynyt piristeiden, esim. kofeiinin, käyttö).
- Unettoman on vaikea tarkasti arvioida katkonaisen ja kevyen unen pituutta (usein arvio keskimääräisestä unen pituudesta on selvästi lyhyempi).
- Nautintoaineet voivat jo pieninä määrinä vaikuttaa uneen.
  - Kofeiini (adenosiinisalpaus) voi huonontaa unta erityisesti siihen herkästi reagoivilla nauttimisajankohdasta riippumatta.
  - Tupakkoijat nukkuvat muita huonommin.
  - Jo pienehkö määrä alkoholia (< 3 annosta) keventää unta ja huonontaa sen virkistävää vaikutusta.
- Unettomuus on yleinen oire kuormittavissa elämäntilanteissa ja lähes kaikissa psykiatrisissa häiriöissä.
- Ikääntyneillä unettomuus on



yhteydessä erityisesti muihin samanaikaisiin sairauksiin (komorbidit unettomuus), kun taas keski-ikäisillä psykososiaaliset tekijät (esim. työhön ja perheeseen liittyvät) ovat vahvemmin vaikuttamassa.

- Unettomuus on yleinen myös monien elimellisten häiriöiden yhteydessä, esim.
  - kipu
  - levottomat jalat -oireyhtymä
  - refluksitauti ja muut vatsa- ja suolistosairauksien syyt
  - hengenahdistusta aiheuttavat syyt, kuten krooniset obstruktiiviset keuhkosairaudet ja sydämen vajaatoiminta
  - eturauhas- ja vaihdevuosi-oireet
  - kilpirauhasen liikatoiminta
  - diabetes
  - Huom. myös uniapnea voi

ilmetä unettomuutena (potilas herää hengityshäiriötahtumiin).

### ■ Psykiatriset syyt

- Masennus
- Ahdistuneisuus
- Psykoosit
- Mania

### ■ Kronobiologiset syyt

- Epäsäännölliset nukkumistotumukset (esim. suuri vaihtelu unijakson ajoittumisessa ja kestossa viikolla ja viikonloppuna)
- Vuorotyö ja muut epätyypilliset tai pitkät työajat
- Viivästynyt unijakso: potilas kykenee nukahtamaan vasta myöhään yöllä, mutta saadessaan olla rauhassa nukkuu normaalisti.

### ■ Myös eräät lääkkeet voivat aiheuttaa unettomuutta, esim.

- anksiolyytit: bentsodiatsepiinit, buspironi
- statiinit
- tulehduskipulääkkeet
- astmalääkkeet: beetasympatomimeetit, aminofylliini, teofylliini
- dementiaalääkkeet: donepetsiili, rivastigmiini
- epilepsialääkkeet: fenytoiini, lamotrigiini, levetirasetami, topiramaatti
- keskushermostostimulantit: amfetamiini, atomoksetiini, bupropioni, buspironi, kofeiini, metyyliifenidaatti, nikotiini, pseudoefedriini, efedriini, modafiniili
- masennuslääkkeet: fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, tratsodoni ja muut SSRI-lääkkeet, MAO-A:n estäjät, duloksetiini, mirtatsapiini (yli 30 mg)
- parkinsonlääkkeet: dopamiiniagonistit, levodopa, MAO-B:n estäjät

- psykoosilääkkeet: klassiset lääkkeet (fentiatsiinin johdokset)
  - glukokortikoidit
  - tyroksiini.
- ### ■ Idiopaattinen unettomuus on harvinainen, alkaa lapsuus- tai nuoruusiässä eikä siihen ole muuta tunnistettavaa syytä. Sukuanamneesi on positiivinen, ja syy on elimellinen, keskushermostoperäinen (luokitus G47.0).

## Diagnostiikka

### ■ Huolellinen anamneesi on arvioinnin perusta.

- Ilmenemismuodot: nukahtamisvaikeus, yöllinen heräily, liian aikainen herääminen ja/ tai virkistämätön uni
- Nukahtamisviive, heräily (syy?), uudelleen nukahtaminen, virkistävyys
- Vuoteessaoloaika vs. unen kesto
- Oireiden alku, kesto ja kehitys, vaihtelu ja sen syyt
- Potilaan oma käsitys oireilun syystä
- Nukkuminen ennen oireiden alkua
- Subjekttiivinen arvio unentarpeesta

### NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ
- C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista

[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Christer Hublin

© 2016 Kustannus Oy Duodecim

- Nukkumisolosuhteet
- Vaikutus seuraavan päivän vointiin ja toimintakykyyn
  - Väsymyksen luonne (onko nukahtamisalttius lisääntynyt eli onko uneliaisuutta)
  - Päiväunet
  - Tarkkaavaisuus, keskittyminen, muisti, tapaturma- ja virhealttius
  - Mieliala (masennusta vai unettomuuden aiheuttamaa dysforiaa)
  - Fyysiset tuntemukset
- Arvioi, onko potilaalla unettomuushäiriötasoinen oireisto:
  - oireita vähintään kolmena päivänä viikossa
  - heikentää päiväaikaista toimintakykyä.
- Kliinisessä tutkimuksessa ja erotusdiagnostiikassa pyritään havaitsemaan tai sulkemaan pois mm. muut unihäiriöt (erityisesti uniapnea ja levottomat jalat -oireyhtymä), psykiatriset sairaudet, lääkkeiden aiheuttama unettomuus ja somaattiset syyt.
- Tavallisessa unettomuudessa ei yleensä tarvita unirekisteröintiä tai laboratoriotestejä.
- Jos on viitteitä mahdollisesta uniapneasta (erityisesti ylipaino, pieni leuka, jokaöinen kuorsaus tai hengityskatkokset), harkitse yöunipolygrafiaa.
  - Uniapneapotilas kärsii tyypillisesti enemmän tahattomasta nukahtelusta ja päiväväsymyksestä kuin unettomuudesta.

## Hoitokeinot

- Keskeistä on hyvä hoitosuhde: monet potilaat hyötyvät jo muutamasta hoito- ja seuranta-käynnistä.
- Omahoito ja ympäristötekijät (unenhuolto = unihygienia)

- Nukkumisympäristö, nukkumistottumukset ja niiden säännöllisyys
- Valveajan toimintatapa ja rytmitys
- Nautintoaineet
- Lääkkeetön hoito
- Kattaa nukkumisen, unettomuutta ylläpitävien tekijöiden kartoittamisen ja toiminnallisia menetelmiä:
  - elintapojen tarkistus
  - liikunta<sup>C</sup>
  - rentoutus
  - uniärsykkeiden hallinta
  - vuoteessaolon rajoittaminen.
- Kognitiivisilla menetelmillä tutkitaan potilaan mielen toimintamalleja, niiden vaikutusta unettomuuteen sekä hoidon myötä tulevien toimintamallien muutosten ja käyttäytymisen vaikutusta hyvinvointiin<sup>C</sup>.
- Uniärsykkeiden hallintamenetelmä on tutkituin ja tehokas, unen rajoittaminen lienee tehokas ja rentoutuksella saavutetaan hyviä tuloksia.
- Lääkehoito
- Enimmäisannosta ei pidä ylittää, ja lääke otetaan kerta-annoksena nukkumaan mennessä.
- Ota huomioon lääkeaineen puoliintumisaika ja huomaata mahdollisesta seuraavan aamun tai päivän jäännösvaiikutuksesta (esim. lisääntynyt tapaturmariski, väsymys ja muut kognitiiviset haitat, liikennekelpoisuus).
- Unilääkkeiden yli 3 kk:n käytöstä on riittämättömästi tutkimuksia, eikä pitkäaikaiskäytön tehoa (tai turvallisuutta) voida arvioida.
- Yli 60-vuotiailla unilääkkeiden

pitkäaikaiskäytön haitat ovat hyötyjä suurempia.

- Bentsodiatsepiinijohdokset (tsolpideemi ja tsopikloni) eivät muuta unen rakennetta yhtä paljon kuin varsinaiset bentsodiatsepiinit.
- Pieni annos sedatiivista masennuslääkettä (doksepiini, trimipramiini, mirtatsapiini, tratsodoni) voi olla käyttökelpoinen vaihtoehto.
- Psykoosilääkkeitä käytetään ensisijaisesti psykoottisiin häiriöihin liittyvän unettomuuden hoitoon.
- Melatoniini on tehokas lääke pitkäaikaiseen primaariin unettomuuteen. Se on syytä ottaa joka ilta samaan kellonaikaan.

## Hoitolinjat

- Tilapäinen (< 1 kk) ja lyhytkestoinen (1–3 kk) unettomuus
- Unettomuuden aiheuttajan selvittäminen ja helpottaminen (esim. elämäntilanteen muutos, tuki ja tarvittaessa lyhytkestoinen sairausloma)
- Lääkkeettömän hoidon periaatteita voi alkaa noudattaa, ellei oireisto ala nopeasti lievittyä.
- Ellei unenhuolto riitä, lyhytkestoinen unta edistävä lääkitys saattaa olla tarpeen.
- Pitkäkestoinen primaari unettomuus (> 3 kk; usein toiminnallinen unettomuus tai mukana sen selviä piirteitä)
- Kognitiiviset menetelmät ovat ensisijaisia, koska vaikutavat ylläpitäviin tekijöihin ja teho säilyy hoidon lopettamisen jälkeen
- Lääkkeetön hoito voidaan toteuttaa tehokkaasti myös perusterveydenhuollossa.

- Mahdollisen perussairauden hoito on myös unettomuuden hoitoa (esim. masennukseen masennuslääkettä, kipuun särkylääkettä tai levottomiin jalkoihin dopamiiniagonistia).

## Kirjallisuutta

1. Kronholm E, Partonen T, Härmä M ym. Prevalence of insomnia-related symptoms continues to increase in the Finnish working-age population. *J Sleep Res* 2016; 25; 454-7.
2. Edinger JD, Carney CE. *Overcoming Insomnia: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach. Workbook.* Toinen painos. Oxford University Press 2014.
3. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al; American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report. *Sleep* 2006 Nov 1;29(11):1415-9.
4. Hakola T, Hublin C, Härmä M, Kandolin I, Laitinen J, Sallinen M (työryhmä). *Toimivat ja terveet työajat. 2. uudistettu painos.* Työterveyslaitos 2007.
5. Järnefelt H, Hublin C (toim.). *Työikäisten unettomuuden hoito.* Työterveyslaitos 2012, s.181
6. Järnefelt H. *Työterveyshuollossa toteutetun ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian tuloksellisuus pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa (väitöskirja).* Helsinki: Työterveyslaitos 2015. Työ ja ihminen, tutkimusraportti 44