

Christer Hublin

Dosentti, neurologian erikoislääkäri
Apulaisylilääkäri
Työn ja työorganisaatioiden
kehittäminen
Työterveyslaitos



Suomalaisessa aikuisväestössä on tilapäistä unettomuutta noin kolmasosalla ja kroonista vajaalla kymmenesosalla, ja se on yleistä myös lapsilla ja nuorilla. Unettomuus – etenkin pitkittyessään – on useimmiten monisyinen ja lääketieteellisten tekijöiden ohella mukana on esim. persoonallisuuspiirteiden, tottumusten ja elämäntilanteen vaikutusta. Koska unettomuuden taustatekijät voivat olla hyvin moninaisia, sen arvioinnissa on keskeistä kattava esitietojen kerääminen. Pelkkä unettomuuden oirenmukainen hoito unilääkkeillä ei ole hyvää hoitoa, vaan etenkin tilanteen pitkittyessä hoidon painopisteen tulisi olla lääkkeettömissä hoitomuodoissa.

Unettomuuden arviointi ja hoitolinjat

Unettomuus voi ilmetä nukah-tamisvaikeutena, yöllisenä heräilyinä, liian aikaisin heräämisinä tai virkistämättömänä unena. Alkuaan ehkä yhdellä tavalla ilmenneeseen unettomuuteen tulee usein mukaan muita ilmene-mismuotoja. Unettomuuden taustalla voi olla monenlaisia syitä. Se voi olla joko primaaria (esiintyä itsenäisenä oireistona) tai sekundaarista (aiheutua muusta häiriöstä, usein käytetään nimitystä komorbidi unettomuus).

Unettomuuden syyt voidaan karkeasti jakaa neljään pääryhmään: puutteelliseen unenhuoltoon (unihygieniaan) sekä toiminnallisiin (psykologisiin), psykiatrisiin ja elimelliisiin syihin. Usein oireiston tausta on monisyinen, ja oireilun pitkittyessä alkuaan muusta syystä johtuneeseen unettomuuteen tulee mukaan myös toiminnallisia piirteitä.

Hyvän nukkumisen edellytykset

Unettomuuden perusmekanismina pidetään elimistön ylivireytymistä, joka estää normaalin nukahtamisen ja unessa pysymisen yhden perusedellytyksen, deaktivaation, riittävän toteutumisen. Valvetta ylläpitävät mekanismit toimivat unen kannalta

liian aktiivisesti ja näin ollen unta tuottavat mekanismit eivät pääse käynnistymään. Kaksi muuta unen perusedellytystä ovat riittävä unipaine (edeltävästi tarpeeksi valvottuja tunteja) ja sirkadiaaninen oikea-aikaisuus (sopiva ajoittuminen suhteessa elimistön vuorokausirytmiiin).

Unettomuuteen on usein monta syytä

Unettomuuden syitä arvioitaessa on yleensä melko helppo tunnistaa laukaiseva tekijä, mutta osalla unettomuus jatkuu vaikka tämä tekijä väistyisi. Silloin on syytä kartoittaa, missä määrin on löydettävissä unettomuudelle altistavia ja sitä ylläpitäviä tekijöitä. Ensiksi mainittuihin viittaavat esimerkiksi sukurasite tai sellaiset luonteenpiirteet tai toimintamallit, jotka myötävaikuttavat elimistön ylivireämiseen. Jälkimmäisiin kuuluu ennen muuta toiminnallisen unettomuuden perusmekanismi, tyypillisesti unettomuusoireilun ymmärrettävästi aiheuttama huolestuminen, joka tuottaa lisää unettomuutta pitkittävää ylivireyttä.

Varmistaakseen unensaantiaan osa unettomista alkaa viettää vuoteessa enemmän aikaa, kuin on pystynyt luontaisestikaan nukkumaan ennen

oireiston alkua. Tämä johtaa kuitenkin yleensä nukahtamisviiveen pitenemiseen ja unen entistä pahempaan fragmentoitumiseen, joka edelleen lisää huolestuneisuutta ja vie potilaan arviota tilanteestaan huonompaan suuntaan.

Unettomuuteen ei ole yhtä ainoa oikeata hoitoa

Kaikkien unettomuuspotilaiden kohdalla on syytä käydä läpi unenholtoon (unihygieniaan) liittyvät näkökohdat. Hoidoksi tämä harvoin riittää, mutta puutteiden korjaaminen parantaa muun hoidon onnistumisen mahdollisuuksia. Sekundaarisessa unettomuudessa perussyyn hoito on keskeistä, esimerkiksi kipupotilaalla jollakin kipulääkkeellä ja levottomissa jaloissa dopamiiniagonistilla, ei siis unilääkkeellä.

Varsinaisten unilääkkeiden (bentsodiatsepiinit ja "z-lääkkeet" tsopikloni ja tsolpideemi) kohdalla on syytä muistaa, että niiden varsinainen käyttöaihe on unettomuuden lyhytaikainen hoito. Melatoniinia voi pitää hyvänä vaihtoehtona näille lääkkeille, ja monilla sen teho on riittävä, kun annoksen muistaa ottaa samaan aikaan joka ilta (ennen keskiyötä). Jos lääkkeen tarve pitkittyy, kannattaa harkita muuta unta edistävää lääkitystä, kuten pienehköjä annoksia jotakin sedatiivista antidepressanttia. Pja antihistamiineilla ei vähäisen tutkimusnäytön perusteella ole juuri tehoa primaarin unettomuuden hoidossa.

Unilääkkeiden käyttö

Varsinaisten unilääkkeiden osalta on viitettä julkaisuharhasta (suuri osa negatiivisista tutkimustuloksista on takavuosina jäänyt julkaisematta), joka on johtanut siihen, että käsitys niiden tehosta on korostunut ja haittoista laimentunut (1). Äskettäisessä katsauksessa arvioitiin, että uni-

lääkkeiden teho yksinään on melko vaatimaton, mutta yhdistyneenä samansuuruiseen lumevaikutukseen kokonaisvaikutus on kliinisesti merkittävää tasoa (2). Unilääkkeet aiheuttavat tunnetusti amnesiaa, ja osalla potilaista subjektiivinen kokemus unta parantavasta vaikutuksesta voi liittyä tähän: he eivät muista unijakson aikaista valvomistaan.

Edelleen on syytä pitää mielessä, että unilääkkeiden puoliintumisajoina on huomattavia yksilöllisiä eroja – ei vain ikään liittyen – ja joillekin voi lyhyen puoliintumisajan omaavien lääkeaineiden oton jälkeen tulla tokkuraisuutta. Potilasta onkin syytä kehottaa lääkkeen ottamista seuraavana aamuna arvioimaan, onko hän autolla-ajokuntoinen; Suomessa eniten käytetyn unilääkeaineen tsopiklonin jälkivaikutus vielä kymmenen tuntia tavanomaisen annoksen jälkeen voi vastata 0,5–0,8 promillen alkoholi-vaikutusta (3). Erään tutkimuksen mukaan ensimmäisellä unilääkkeen käyttöviikolla käyttäjällä on liki kymmenkertainen riski joutua sairaala-hoitoa vaativaan liikenneonnettomuuteen, ja vielä kahden kuukauden kuluttua riski on noin kolminkertainen (4).

Ensisijaiset lääkkeettömät hoidot

Parin viime vuosikymmenen aikana lääkkeettömät hoitokeinot ovat yhä vahvemmin nousseet ensisijaiseksi suositukseksi etenkin pitkittyneen unettomuuden hoidossa. Ne ovat yleensä lähtökohdiltaan kognitiivis-behavioraalisia ja niiden pitkäaikais-teho on unilääkkeitä parempi, minkä katsotaan liittyvän niiden vaikutukseen unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin. Hoitojen saatavuus on ollut varsin rajallista, mutta saatavilla on hyviä suomenkielisiä itsehoito-oppaita sekä opaskirja hoitojen toteuttamisesta avoterveydenhuollossa (tietolaatikko).

Lopuksi

Monet lääkärit kokevat unettomat hankalana potilasryhmänä sekä kliinisen arvioinnin että hoidon kannalta. Tämä liittyyne suurelta osin siihen, että unettomuuspotilas vaatii enemmän aikaa kuin tavanomaisen 15–20 minuuttia. Saatavilla on hyviä ohjeistuksia toimintatavoista sekä potilastyötä helpottavia kyselylomakkeita ja unipäiväkirjoja.

Kirjallisuutta

1. Mattila T, Stoyanova V, Elferink A, Gispens-de Wied C, de Boer A, Wohlfarth T. Insomnia medication: do published studies reflect the complete picture of efficacy and safety? *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:500–7.
2. Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ* 2012;345:e8343. doi: 10.1136/bmj.e8343
3. Vermeeren A. Residual effects of hypnotics: epidemiology and clinical implications. *CNS Drugs* 2004;18:297–328.
4. Neutel CI. Risk of traffic accident injury after a prescription for a benzodiazepine. *Ann Epidemiol* 1995;5:239–44.

Lisätietoa:

Ohjeistoja (www.terveysportti.fi):

Unettomuus (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (suosituksen päivitys on käynnissä). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Hublin C. Unettomuus. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [päivitetty 11.2.2013]. www.terveysportti.fi

Hyvä itsehoito-opas:

Kajaste S, Markkula J. Hyvää yötä – apua univaikeuksiin. Tallinna: Kirjapaja 2011

Opaskirja terveydenhuollossa toimiville:

Järnefelt H, Hublin C, toim. Työikäisten unettomuuden hoito. Tampere: Työterveyslaitos 2012

Tietoa ja lomakkeita kliiniseen työhön:

http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankeet/unettomuuden_arviointi_ja_hoito_tyoterveyshuollossa_hankesivu/sivut/default.aspx