

Hallgrímur Magnússon, öldrunargeðlæknir.

Svefntruflanir í heilabilun.

Svefntruflanir í heilabilun eru algengar.

Með aldrinum breytist svefnmynstur fólks á margan veg. Djúpi svefninn verður styttri og lengri tíma tekur að festa svefn en á yngri árum. Þessar breytingar eru líklegast afleiðingar aldurstengdra breytinga í heilanum. En fleira kemur til. Með aldrinum breytist starfsemi ýmissra annarra líffæra og leiðir það stundum til þess að svefninn truflast oft á nóttunni. Dæmi um það er að eldra fólk þarf að vakna öðru hvoru á nóttuinni til að kasta af sér vatni. Slitbreytingar í liðum og rýrnun á beinmassa getur einnig orðið til þess að trufla nætursvefn vegna verkja. Allt í allt má því segja að með aldrinum verður svefninn styttri og hvíldin minni.

Eldra fólk með heilabilun verður auðvitað fyrir þessum breytingum eins og aðrir, en hjá þeim bætist heilasjúkdómurinn við. Í heilabilun verður heilinn fyrir skemmdum af ýmsum orsökum og geta þessar skemmdir skilað sér í afbrigðilegum svefni.

Það er því ekki að undra þótt svefntruflanir séu algengar hjá fólki með heilabilun. Um það bil 35 af hverjum hundrað sjúklingum með heilabilun sem búa í heimahúsum eru taldir hafa alvarlegar svefntruflanir og á hjúkrunarheimilum er þessi tala hærri. Þessar svefntruflanir geta verið á ýmsa vegu, allt frá því að sofa meira og minna allan sólarhringinn, yfir í það að sofa nánast ekki neitt dögum og vikum saman. Þessar truflanir eru svo margvíslegar að erfitt er að flokka þær niður á einfaldan hátt. Þess vegna verður að meta hvern einstakling fyrir sig.

Hvers eðlis er svefntruflunin?

Þegar meðhöndla á sjúklinga með svefntruflanir er mjög nauðsynlegt að kortleggja einkennin nákvæmlega. Vegna minnistrufana sjúklingsins verður oftast að reiða sig á frásagnir ættingja, maka eða starfsfólks. Best er að fá yfirlit yfir einkennin í tiltekinn tíma t. d. eina viku. Einfaldasta aðferðin við þetta er að fylgjast með svefni sjúklingsins jafnt á nóttu sem degi og skrá niður svefninn frá klukkutíma til klukkutíma. Þetta má til dæmis gera með því að fylla út svefnskrá eins og þá sem sýnd er á mynd 1. Einnig eru til hreyfingarmælir sem setja má á úlnlið sjúklingsins. Mælirinn er hafður á allan sólarhringinn og mælir hreyfingar handleggisins. Hann gefur góðar vísendingar um hvert svefnmynstrið er.

Við mat á svefntruflunum verður að hafa í huga að líkamleg einkenni trufla oft svefn. Verkir halda vöku fyrir fólki og andþyngsli gera það líka. Einnig koma til álitu ýmsir umhverfisþættir svo sem hávaði eða hitastig.

Meðhöndlun með lyfjum.

Þegar kemur að því að meðhöndla svefntruflanir berst talið venjulega fyrst að lyfjameðferð. Til eru margar tegundir svefnlyfja sem flestum er það sammerkt að virka heldur illa á svefntruflanir, en hafa talsverðar aukaverkanir. Í nýlegri samantekt (Glass 2005) á virkni algengustu svefnlyfja kom í ljós að við töku þeirra lengdist svefninn að meðaltali um 25,2

mínútur. Þar kom líka í ljós að til að veita einum sjúklingi aukin svefngæði með hjálp ofangreindra lyfja þarf að meðhöndla þrettán. Þessi niðurstaða er sérstaklega athyglisverð í ljósi þess að sömu rannsóknir sýndu að til að veita einum sjúklingi aukaverkun af þessum lyfjum þurfti aðeins að meðhöndla sex. Með öðrum orðum má segja að af þrettán sjúklingum sem taka algeng svefnlyf lagast svefninn hjá einum, en tveir fá aukaverkun. Svefnlyf ættu þess vegna ekki að vera það fyrsta sem hugsað er um hjá sjúklingum með svefntruflanir þó vissulega eigi þau einstaka sinnum rétt á sér og geri þá talsvert gagn.

Hjá sjúklingum með heilabilun verður einnig að hafa í huga að svefntruflanirnar geta verið vegna heilaskemmda og því er oft ekki víst hvernig þessir sjúklingar bregðast við lyfjunum. Vert er þó að nefna lyf sem inniheldur melantónin dugar stundum ágætlega, en melantónin er hormón sem tekur þátt í að stjórna svefni. Er reiknað með að svefntruflunin sé þá vegna þess að geta heilans til að stjórna magni melantóníns á réttan hátt sé skert og þess vegna verði að handstýra því með því að gefa það inn á heppilegum tímum.

Meðferð án lyfja.

Í raun ætti aldrei að hugsa um svefnlyf fyrr en búíð er að prófa alla mögulega meðferð án lyfja. Þar sem meðferð með svefnlyfjum ber takmarkaðan árangur eins og lýst er hér að ofan er líklegt að meðferð án lyfja sé að meðaltali jafn góð og lyfjameðferð eða ef til vill betri því að þar eru engar aukaverkanir. Þó er rétt að geta þess að meðferð án lyfja hefur verið miklu minna rannsökuð en lyfjameðferð og árangur þannig óvissari.

Það fyrsta sem rétt er að huga að er svefnumhverfið. Furðulega oft er svefnumhverfi sjúklinga með heilabilun óheppilegt, en vegna skerðingar sinnar á vitrænni getu hafa þeir oft ekki möguleika á því að gera réttar ráðstafanir. Huga þarf að hitastigi, hávaða, heppilegum rúmdýnum og sængurfötum. Óskynsamlegt er til dæmis að meðhöndla svefntruflun vegna lélegrar dýnu með svefnlyfjum, í slíku tilfelli er vænlegra til árangurs að skipta um dýnu.

Ljósameðferð hefur verið haldið á lofti sem góðri meðferð við svefntruflunum. Vísbendingar eru um að sterkt hvítt ljós hafi áhrif á melantónín og geti þannig hamlað á móti svefntruflunum af völdum bilunar í þessu kerfi. Því miður hefur þetta ekki verið rannsakað mjög mikið og í yfirlitsgrein þar sem teknar voru saman allar rannsóknir á áhrifum ljósameðferðar á svefntruflanir í heilabilun (Forbes 2009) var ekki talið að þessi meðferð væri nægilega vel rannsökuð til að hægt væri að vera viss um að hún bæri árangur. Þetta þýðir ekki endilega að ljósameðferð sé árangurslaus, heldur eingöngu að vitneskjan um hana er ekki nægilega mikil.

Talið hefur verið að góðar svefnvenjur og mikil hreyfing hafi hagstæð áhrif á svefn. Lítið er til af rannsóknum á áhrifum þessa á svefn hjá sjúklingum með heilabilun. Ein rannsókn hefur þó sýnt veruleg svefnbætandi áhrif hjá fólki með heilabilun sem býr í heimahúsum (McCurry 2005) en þar var notað allt í senn, ljósameðferð, aukin hreyfing og endurskipulagning á svefnvenjum. Bæði sjúklingarnir sjálfir og aðstandendur þeirra sváfu betur á nóttunni.

Seint verður ofmetið gildi hreyfingar á heilsufar og svefn fólks með heilabilun. Framkvæmdin er oftast einföld, hjálpa þarf sjúklingunum í gönguferðir og sníða tímalengd og umhverfi eftir þörfum hvers og eins. Við þetta verður sjúklingurinn þreyttur og við vitum öll að líkamleg þreyta leiðir til betri svefns.

Heimildir.

Forbes D, Culum I, Lischka AR, Morgan DG, Peacock S, Forbes J, Forbes S. Light therapy for managing cognitive, sleep, functional, behavioural, or psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD003946. DOI: 10.1002/14651858.CD003946.pub3.

Glass J, Lanctôt K L, Herrmann N, Sproule B A, Busto U E. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331:1169-1176

Susan M. McCurry, PhD, Laura E. Gibbons, PhD, Rebecca G. Logsdon, PhD, Michael V. Vitiello, PhD, and Linda Teri, PhD. Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 53:793–802, 2005