

# Tyks tutkii ja hoitaa -yleisöluento tammikuu 2020: Uniapnea ja unenaikaiset hengityskatkokset

## Ma. professori Tarja Saaresranta: Avauspuheenvuoro

Uniapnea on viime aikoina noussut paljon näkyviin myös mediassa. Uniapneasta julkaistaan huolestuttavia ja pelottavia uutisia. Iltapäivälehtien lööppijulkisuus vetää kuitenkin usein mutkia hieman suoriksi. Uniapnea on tärkeä ja hoidettava sairaus, mutta kuoleman riskillä on julkisuudessa myös herkuteltu. Jokainen uniapneasta kärsivä tai sitä epäilevä voi tehdä paljon uniapnean riskin vähentämiseksi. Elintaparemontti on monille tärkeä ja se on perusasia myös laitehoidon rinnalla.

Verkosta löytyy paljon tietoa, mutta kaikki siellä julkaistu ei aina ole luotettavaa. Sairaanhoidopiirien yhdessä tuottama Terveyskylä.fi -sivusto tarjoaa luotettavaa tietoa. Kylässä on 32 taloa ja useista taloista löytyy tietoa unesta ja uniapneasta. Toinen luotettava paikka on [Tyksin Uni- ja hengityskeskukseen sivusto](#), jossa on paljon tietoa potilaille. Lisää aineistoa käännetään kevään aikana ruotsiksi.

Sivustolta löytyy myös [uniapneapotilaan hoitopolku](#). Uniapnean diagnoosi ja hoitopolku alkaa terveystieteiden tai työterveyshuollon lääkärin epäillessä uniapneaa. Potilas suorittaa kotonaan yöpolygrafiatutkimuksen, ja mikäli tutkimuksen tulos viittaa uniapneaan, potilas saa lähetteen Tyksin keuhkopoliklinikalle hoidon aloittamiseksi. Potilas tapaa keuhkolääkärin kerran, sen jälkeen laitehoidon aloittavat ja sitä seuraavat sairaanhoitajat etäseurannan avulla.

## Dosentti, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri Ulla Anttalainen: Uniapnean oireet, laitehoito ja kirurginen hoito

Uniapnean muotoja ovat obstruktiivinen, sentraalinen ja näiden sekamuoto. Yleensä uniapneasta puhuttaessa tarkoitetaan pääasiassa obstruktiivista uniapneaa. Siinä ongelma on ylähengitysteiden ahtautumisessa. Sentraalinen uniapnea on keskushermostoperäinen, ja siinä aivojen hengityskeskus ei anna hengityskäskyä. Myös sekamuotoinen uniapnea, jossa on molempien edellisten piirteitä, on mahdollinen.

Uniapneassa voidaan erottaa sekä unen että päiväaikaista oireita.



Kaikilla uniapneaa sairastavilla ei ole kaikkia oireita, vaan oirekuva vaihtelee. Tyypillisenä uniapneapotilaana pidetään henkilöä, joka kuorsaa, ja jolla on eripituisia unenaikaisia hengityskatkoksia, joita vieressä nukuva kumppani jännittää. Katkosten pituus vaihtelee, joskus ne voivat olla pitkiäkin. Elimistö kuitenkin herättää potilaan hengittämään kun katkos on ollut riittävän pitkä.

Osa potilaista kärsii raskaasta päiväväsymyksestä ja neljännes-kolmannes kärsii pakonomaisesta nukahtelusta. Uni saattaa tulla liikennevaloissa tai kesken kahvikupin nauttimisen. Nämä tapaukset ovat kuitenkin harvinaisempia. Tyypillistä on myös levoton uni, pyöriminen ja öiset wc-käynnit, jotka johtuvat siitä, että virtsaa erittyy yöllä hengityskatkoksen vuoksi. Tukehtumisen tunne voi olla aika pelottava, sydän hakkaa ja tuntemus saa pomppaamaan istumaan henkeä haukkoen. Päiväaikaiseen väsymykseen liittyy keskittymisvaikeuksia ja muistiongelmia. Pinna ei ole joustavimmillaan katkonaisen unen ja valvomisen jälkeen, jolloin päiväaikainen ärtymys on yleistä. Aamupäänsärky on monille tuttua huonosti nukutun yön ja katkonaisten unien jälkeen. Särky häviää yleensä 1–2 tunnissa.

Yllättäen myös unettomuus on yleinen oire. Vaikka jotkut uniapneapotilaat nukahtelevat päivällä joskus istuallaan, kaikki eivät kuitenkaan illalla nukahda helposti tai nuku missä vain. Unettomuuskin voi siis olla uniapnean oire. Myös yskä ja närästys ovat tavallisia uniapnean oireita. Monia vaivaavat levottomat jalat eli tunne, ettei pysty pitämään jalkoja paikallaan vaan niitä on liikuteltava. Oire voi esiintyä illalla nukkumaan käydessä tai herättää yöllä. Kädetkin voivat olla levottomia. Kolmasosa uniapneaa sairastavista kertoo seksihalujen heikentymisestä ja oireet ovat hävinneet uniapnean hoidolla.

Uniapneassa kyse on usein rakenteesta, jolloin pitkällään ollessa kielen taakse tulee ylähengitysteiden tukos, joka aiheuttaa hengityskatkoksen ilman kulkemisen estyessä.

**Laitehoito:** CPAP-hoito (= continuous positive air pressure = jatkuva positiivinen ilmanpaine) puhaltaa normaalia hengitysilmaa paineella laitteesta hengitysteihin. Tilannetta voi verrata väärin päin käännettyyn pölynimuriin. Paineella puhallettu happi tukee ylähengitysteiden seinämät niin, etteivät ne mene lyttyyn, jolloin kuorsausta eikä hengityskatkoksia ei ilmaannu. Happi kulkee normaalisti, mikä vaikuttaa unen laatuun ja mahdollistaa syvän ja virkistävän unen.

Laitehoito herättää kaikenlaisia tunteita – hämmentyneisyyttä, pelkoa ja onnistuessaan tyytyväisyyttä. Kaikilla laitehoito ei onnistu heti, vaan siihen tottuminen voi viedä pitkäänkin - viikkoja, joillakin kuukausiakin. Parhaimmillaan voi olla tyytyväinen heti ensimmäisten öiden jälkeen. Laitehoito ei yksistään riitä parantamaan potilaan elämänlaatua. Elämäntapahoidot ovat aina tarpeen – elintapojaan ja niihin tarvittavia muutoksia on tärkeää pohtia ja tehdä tarvittavia muutoksia.

Tarjolla on erilaisia maskeja, joista voidaan etsiä kullekin käyttäjälle paras mahdollinen ja vaihdella tarvittaessa. Hoitajan aloittaessa laitehoidon, ei voida ennakoida kuinka se lähtee sujumaan. Potilaan on ymmärrettävä laitteen/hoidon tarve ja toimintatavat sekä sitoutuminen hoitoon. Hoitajalle kannattaa kertoa hoitoa koskevista ajatuksistaan mahdollisimman avoimesti, jotta hoidossa päästään hyvin alkuun.

**Vain käytetty CPAP auttaa:** Käytä laitetta vähintään neljä tuntia yössä – se on minimi. Näin suojellaan sydäntä ja ehkäistään muita sairauksia. Mitä enemmän CPAP-laitetta käyttää, sitä paremmin siitä hyötyy. Kuusi käyttötuntia yössä olisi tärkeä tavoite. CPAP-hoito onnistuu 70–80 %:lla käyttäjistä.

**CPAP-laitteita on tarjolla erilaisia:** Vakiopaineinen, automaattinen ja kaksipaineinen adaptiivinen servoventilaattori uniapnean erilaisiin muotoihin. Vakiopainelaite on peruslaite, siinä ilmantulo on säädetty ja se hoitaa samalla paineella koko ajan. Automaattinen laite etsii automaattisesti laitteen käyttäjälle sopivaa oikeaa painetasoa. Se tunnistaa, jos hengitys menee ahtaaksi ja muuntaa painettaan sen mukaisesti. Nykyisin hoidot aloitetaan yleensä tällä laitetypillä. Osa potilaista kokee vakiopaineisen mukavammaksi, koska paine ei muutu. On olemassa myös kahden paineen laitteita, joista on hyötyä silloin, kun uniapneaan liittyy myös keuhkohtaumaa tai hengityksen vajaatoimintaa, jolloin hiilidioksidiarvo nousee. Kun hiilidioksidia halutaan tuulettaa pois, on kaksoispaineventilaattori tehokkaampi.

Automaattinen kaksoispainelaite säätelee itse painetasoja, se toimii paremmin esimerkiksi lihavuudesta johtuvalle uniapneapotilaalle, jolla on keuhkoahauma.

Sentraalisessa uniapneassa hengityskäskey puuttuu, se on siis aivoperäinen vaiva. Cheyne-Stokes -hengitys liittyy vaikeaan sydän- tai munuaisperäiseen uniapneaan ja sen hoidossa adaptiivinen servoventilaattori on paras, sillä se tunnistaa tilanteen, jolloin hengitystä täytyy erityisesti tukea.

**Uniapnean diagnosointi ja hoito:** Oma terveyskeskus- tai työterveyslääkäri tekee lähetteen keuhkopoliklinikalle epäillessään uniapneaa tai tehtyään uniapneadiagnoosin yöpolygrafiatutkimuksen jälkeen. Jos yöpolygrafia antaa tulokseksi keskivaikean tai vaikean uniapnean, aloitetaan laitehoito sairaalassa. Potilas tapaa ensin keuhkolääkäriin, sitten hoito on hoitajavetoista. Tyksissä käytetään etäseurainta, jossa avainasiat tulevat CPAP-laitteilta hoitajien tietokoneelle. Uniapnean hoitoa ei aloiteta päivystyksessä. Jonot hoidon aloittamiseen ovat valitettavasti pitkähköt.

Keuhkolääkärien määräämän CPAP-laitehoidon lisäksi uniapnean hoidossa voidaan käyttää kirurgista hoitoa, jossa mukana ovat korva-, nenä- ja kurkkutautilääkäri, suukirurgi tai vatsakirurgi. Jos nenä on kovin tukkoinen, väliseinä vino tai nenässä on runsaasti polyyppettä, on nenä saatava auki, jotta CPAP-hoito olisi mahdollinen. Nielun ahtauden vuoksi leikkauksia tehdään nykyään hyvin harvoin, risojen poisto toimii paremmin lapsilla. Yksi hoitomenetelmä on kurkkukannen kuumennushoito, jossa aiheutetaan palovamma kurkkukannen pehmeään kudokseen, joka parantuessaan kuroutuu pienemmäksi ja avaa hengitystietä. Nämä toimenpiteet ovat hyvin harvinaisia.

Hammas- ja suukirurgit tekevät isoja leikkauksia, joilla voidaan hoitaa esimerkiksi takapainotteista pientä alaleukaa, jossa hampaat ovat kaukana toisistaan. Leuat sahataan poikki ja asetetaan uudelleen parempaan asentoon. Kyseessä on vaativa ja harvinainen toimenpide, johon sisältyy paljon oikomishoitoja. Näitä leikkauksia tehdään Tyksissä ehkä yksi leikkaus viikossa. Helsingissä on kokeiltu myös kielen liikehermon tahdistinhoitoa, sekin on hyvin harvinainen hoitomuoto ja toimenpiteitä on tehty yhteensä vain parisen kymmentä.

**Lihavuuskirurgia:** Ylipainoisten osuus väestöstä on 60–70 % eli vain joka neljäs suomalainen on normaalipainoinen. Lihavuusleikkaushoidosta voisi olla apua jopa 200 000 suomalaiselle, mutta se ei ole mahdollista. Tarve voisi olla ehkä 2000 leikkausta, nykyisin tuosta määrästä leikataan vuosittain vain puolet. Mahalaukkua voidaan pienentää tai ohittaa. Aiemmin mahalaukun kokoa pienennettiin kiristävällä

pannalla, mutta se menetelmä ei ole enää käytössä. Lihavuusleikkaukseen voivat päästä henkilöt, joilla painoindeksi BMI on yli 40 eli heidät luokitellaan sairaalloisen lihaviksi. BMI 35 riittää, jos on muita sairauksia, kuten uniapnea tai diabetes. Lihavuusleikkauksia ei tehdä lapsille eikä yleensä yli 65-vuotiaille. Leikkaukseen tulijoilla ei saa olla muisti- tai syömishäiriöitä tai mielialaongelmia, sillä ne vaikeuttavat potilaan sitoutumista hoitoon ja toipumista leikkauksen jälkeen. Moniammatillinen tiimi valitsee tarkan harkinnan jälkeen leikkaukseen hyväksyttävät potilaat. Leikkauksella pyritään merkittävään painonlaskuun, yleensä noin 40–70 kg. Tämänkään jälkeen leikatut eivät välttämättä ole vielä normaalipainoisia, mutta luvassa on parempi elämänlaatu sekä ainakin liitännäissairauksien lieveneminen.

**Uniapneakisko:** Hammaslääkäri valmistaa kiskon omien hampaiden mukaan. Ylä- ja alahampaisiin kiinnitettävät kiskot tuovat nukkuessa alaleukaa eteenpäin, jolloin kurkkuun jää enemmän hengitystilaa. Uniapneakiskosta voidaan saada hyvä hoitovaste lievemmissä tapauksissa.

## **Keuhkosairauksien erikoislääkäri Miia Aro: Uniapnean elintapahoidot**

Miia Aro tutkii parhaillaan uniapnean ja CPAP-hoidon vaikutuksia painoon. ”En saarnaa enkä syylistä. Tarjoan tietoa miksi suositellaan elintapamuutoksia. Uniapneaa sairastavista kaksi kolmesta on ylipainoisia. Aika moni mietti vuoden vaihteessa elämää taaksepäin – entä jos miettisitkin miltä elämäsi näyttää kymmenen vuoden päästä?”, ehdottaa Miia Aro.

”Tarjolla on paljon pikadieettejä, joiden mukaan painon pudottaminen on helppoa juuri tuolla tietyllä menetelmällä. Mutta jos dieetti lupaa painon putoavan paljon, nopeasti eikä sinun tarvitse muuttaa mitään – älä usko. Suosittelemme normaalia Itämeren ruokavaliota.”

Terveystalon tutkimus työikäisistä osoittaa, että ylipainoisten sairastavuus on isompi kuin vähempipainoisilla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan suomalaisista miehistä yksi neljästä on normaalipainoisia, naisilla vastaava luku on 40 %.

**Uniapnea ja liikapaino:** Kaksi kolmesta uniapneaa sairastavista on ylipainoisia. Ylipaino lisää riskiä sairastua uniapneaan. Jos keskivartalolla on ylimääräistä massaa, selinmakuulla massa nousee ylöspäin ja aiheuttaa painetta rintaonteloon ja tukkii hengitysteitä, estää keuhkoja laajenemasta ja painaa keuhkoputkia.

Ylipainossa on olennaista kylläisyshormoni leptiini, jota erittyy rasvasoluista. Kun sitä on paljon, olemme kylläisiä, kun sitä on vähän, olemme nälkäisiä. Kun rasvakudosta tulee enemmän, myös leptiiniä erittyy enemmän. Aivot eivät kuitenkaan reagoi enää leptiiniin normaalisti ja tarvitsemme aina vain enemmän leptiiniä, jotta tuntisimme kylläisyyttä. Tiedetään, että uniapneapotilailla leptiinipitoisuudet ovat korkeammat. Ongelmia syntyy, kun kylläisyys ei toimi kunnolla. Leptiini piiskaa myös hengitystä ja lisää sen volyymiä. Kun tulee hengityskatkoksia, leptiiniä on enemmän.

Kun uni on rikkonainen – ei päivisin riitä energiaa, eikä jaksaa liikkua. Silloin myös helposti syö huonommin, valitsee helpommin huonommin eli vaikkapa hampurilaisen omenan sijasta.

Ihmisellä on parasympaattinen hermosto, joka toimii kun ollaan rauhassa. Sympaattinen hermosto ("taistele tai pakene" -hermosto) toimii, kun tarvitaan nopeasti energiaa ja toimintaa. Uniapneassa elimistö taistelee hengityskatkoksia vastaan, tällöin päällä on sympaattinen hermosto. Aineenvaihdunta menee sekaisin, paino lisääntyy ja uniapnea pahenee. Syntyy negatiivinen noidankehä.

Vuonna 1981 australialaisen professori Sullivanin kehittäessä CPAP-laitteen, uskottiin negatiivisen noidankehän katkeavan, kun unet saadaan laitehoidolla kuntoon. Uskottiin, että laitehoito laihduttaa ja parantaa uniapnean. Myöhemmin on todettu, ettei tilanne toimikaan niin. CPAP-hoito ei alenna painoa, mutta miksi ei? CPAP-hoito saa sympaattisen hermoston aktivoitumaan, ja kun uniapnea hoidetaan, energiaa kuluu vähemmän. Jos tässä tilanteessa ei tee mitään, paino voi jopa nousta. Elintapa-asiolla on siis todella merkitystä!

**Tupakka** on tunnetusti huono asia elimistölle. Uniapneassa se tekee erityisen huonoa, sillä kaikki tupakan myrkyt lisäävät limakalvoturvotusta ja tukkivat hengitysteitä. Tupakoitsijalla on 2,5-kertainen riski sairastua uniapneaan.

**Alkoholissa** on paljon kaloreita, lisäksi se laiskistaa keskushermostoa. Aivot eivät alkoholin vaikutuksen alaisina reagoi niin hyvin hapenpuutteeseen ja hengityskatkokset ovat pidempiä. Alkoholilla ei kannata nauttia ainakaan juuri ennen nukkumaanmenoa.

**Liikunta** parantaa uniapneaa, vaikkei se laihduttaisikaan. Aluksi liikuntaa ei tarvitse lisätä kovinkaan paljon. Jo puoli tuntia liikkumista joka päivä, niin että hengästyy hieman, tuottaa jo kohtalaisen kunnan, jolloin aineenvaihduntakin toimii paremmin. Tilanne paranee, kun lisätään liikuntaa vähitellen. Lihaskuntoliikkeitä kannattaa lisätä, sillä lihakset kuluttavat enemmän energiaa kuin rasvakudos.

**Suolaa** tulee ruoasta helposti liikaa. Suola kerää nestettä ja aiheuttaa keuhkoihin ja hengitysteihin turvotusta. Pienet päivittäiset valinnat ovat tärkeitä. Valitse vaikka tavallinen kurkku suolakurkun sijasta.

Päivän seisominen turvottaa ja iän myötä laskimot löystyvät. Turvotus siirtyy yöllä ylemmäksi painamaan hengitysteitä. Mekanismi on sama, kun kaataa puolilleen täynnä nestettä olevan pullo lappeelleen - neste siirtyy koko pullon pituudelle, myös suosaan. Kannattaa ottaa avuksi tuki- ja kompressiosukat, jotka auttavat taistelemaan turvotusta vastaan ja virkistävät jalkoja.

**Nenän hoitoon** kannattaa käyttää sarvikuonokannua.

**Selinmakuun välttäminen** helpottaa nukahtamista ja pitkällään oloa.

**Pienistä muruista kertyy iso keko muurahaisillakin:**

- Mikä muutos olisi itselle helppoa toteuttaa alussa? Tukisukat?
- Vähennä suolaa
- Lopeta tupakointi
- Vähennä alkoholia
- Liiku säännöllisesti

Laihduttamalla voi päästä eroon uniapneasta – ainakin sen voi saada lievemmäksi. Jo 10 %:n painonpudotus helpottaa tilannetta paljon. Mahdollisesti kaukana olevasta normaalipainosta ei siis välttämättä tarvitse unelmoida. Hakekaa rohkeasti apua painonhallintaan! Laihdutusryhmiä on terveyskeskuksissa ja uniapneaan on vertaistukiryhmiä. Henkilökohtaisia kuntovalmentajiaakin on tarjolla monissa paikoissa.

**LT, sisätautien erikoislääkäri Karri Utriainen: Uniapnea ja sydän- ja verisuonitaudit**

Uniapnea luokitellaan kansantaudiksi eli vähintään yksi prosentti väestöstä kärsii siitä. Tavanomaisin oirein oireilevaa uniapneaa esiintyy kahdella prosentilla naisista ja neljällä prosentilla miehistä. Uniapnea on yleisempi sydän- ja verisuonisairailta. Joissain väestöryhmissä jopa kolmanneksella esiintyy uniapneaa. Huomattavaa ylipainoa kantavista (BMI yli 40) jo puolella on vähintään keskivaikkea uniapnea.

Uniapnealla on itsenäinen yhteys kaikkiin sydän- ja valtimosairauksiin ja niiden riskitekijöihin. Yhteys verenpainetautiin tunnettiin jo 20 vuotta sitten, kyseessä ei ole vain ylipaino. Sydän hidastaa tahtia, paitsi jos on aktiivatio koholla, verenpaineen

noustaessa syke ei hidastu ja verenpaine nousee edelleen. Uniapnea lisää insuliiniresistenssiä ja riskiä sairastua kakkostyyppin diabetekseen.

Vaikea uniapnea lisää sydän- ja aivoinfarktien sekä äkkikuoleman riskiä. Toistuvien hengityskatkosten aiheuttama hapenpuute lisää sympaattisen hermoston eli stressihermoston aktivaatiota ja huonontaa sydämen toimintaa ja verisuonten palautumiskykyä sekä lisää alttiutta sydämen rytmihäiriöille.

Kun valtimotautien oireita, kuten suonten tukkeutumista, esiintyy sydän- ja aivovaltimojen lisäksi myös alaraajoissa ja koko elimistössä munuaisia myöten, kyseessä on **ääreisverenkierron valtimonkovettumatauti**. Uniapneassa on samat riskitekijät kuin muillakin valtimotaudeilla, tupakointi pahentaa tilannetta aina myös yleistyneessä valtimonkovettumataudissa. Valtimonkovettumataudin oire on katkokävely. Klaukikaatiomatalla tarkoitetaan sitä metrimäärää, jonka potilas voi kävellä ilman, että jalkoja alkaa särkeä ja on pysähdyttävä lepäämään. Vaikeassa valtimonkovettumataudissa jalkoja särkee levossakin ja haavat eivät parane, koska niissä ei ole verenkiertoa ja raaja saattaa mennä amputointiin johtavaan kuolioon.

Perushoitona ääreisverenkierron valtimonkovettumataudissa on hyytymiä estävä lääkitys. Aspiriinia käytettiin aiemmin, nyt on olemassa erilaisia tehokkaampia valmisteita. Hoitona on aina myös kävelyharjoituksia. Vaikka oireita tulee, olisi kuitenkin sitkeästi liikuttava, jolloin piiskataan verenkiertoa mukautumaan tilanteeseen. Elimistö voi kasvattaa uudissuonia tukoksen ohittamiseksi ja se ohjaa verenpainetta sinne missä tarvitaan lisää verta. Tilanteen pahetessa syntyy kuolion uhka, jonka hoitona on leikkaus tai pallolaajennus.

Ääreisverenkierron valtimonkovettumatautiin liittyy korkea kuolleisuus. Nämä potilaat saavat sydäninfarkteja leikkausten jälkeen. Pidemmällä aikavälillä ennuste on huonompi kuin monissa syövässä ja kuolleisuus on jopa 25–40 %. Kuolleisuus johtuu vaikeasta taudista.

Jatkuvat hengityskatkokset eivät ole hyväksi sydämelle ja aivoille. Entä jos valtimotauti on jaloissa? Tätä Karri Utriainen selvitti väitöstutkimuksessaan. Tutkimukseen valikoitiin 300 potilasta, jotka olivat yli 40-vuotiaita ja tulossa suunniteltuun leikkaukseen. Tutkimuksesta suljettiin potilaat, joille oli jo tehty uniapneadiagnoosi.

Vähintään lievä uniapnea todettiin kuudella potilaalla seitsemästä. AHI oli yli 15 vähintään puolella potilaista. He eivät olleet juurikaan ylipainoisia, BMI oli keskimäärin 30. Potilaista, jotka saivat aivoinfarktin tai sydänkuoleman, kolmella



neljästä oli kohtalainen tai vaikea uniapnea. Uniapnea alkaa huonontaa ennustetta heti leikkauksen jälkeen.

Tappaako uniapnea kaikki? Selvinneillä potilailla ei yllättäen ollut väsymystä ja he nukkuivat hyvin. CPAP-laite pikemminkin huononsi heidän yöuntaan. Mistä uniapnea heillä aiheutuu? Entä jos tilanne onkin päinvastoin kuin on totuttu ajattelemaan – jos valtimotauti aiheuttaakin ja pahentaa uniapneaa? Emme siis tiedä minkä asteinen valtimotaudin pitäisi olla, ennen kuin se alkaa heikentää hengityksen säätelyä ja vaikeuttaa uniapneaa.

Oireetonta uniapneaa ei näillä leikkaukseen tulevilla potilailla ollut tunnistettu hyvin. Leikkaukseen meneviltä ja oireisilta valtimotautia sairastavilta potilailta pitäisi tutkia uniapnean mahdollisuus, vaikka he eivät esimerkiksi ulkomuodoltaan olisi tyypillisiä uniapneapotilaita. Yleensä valtimonkovettumatauti on kuihduttava sairaus, siitä kärsivät ovat usein laihoja ja heillä esiintyy lihaskatoa. Tupakointi on joka tapauksessa lopetettava, on liikuttava enemmän ja syötävä vähemmän.

## **Ma. professori Tarja Saaresranta: Uniapnea eri tilanteissa**

**Uniapnea ja raskaus:** Normaali raskaus ei altista uniapnealle. Lihavalla äidillä uniapnean riski on suurempi. 12–23 % odottavista äideistä kuorsaa, mutta kaikilla ei kuitenkaan ole uniapneaa. Lihavien odottavien äitien määrä on lisääntynyt viime aikoina. He voivat sairastaa uniapneaa ja olla CPAP-hoidossa. Heillä on suuri riski raskaudenaikaiseen verenpaineen kohoamiseen ja raskausdiabeteksen kehittymiseen. Lihavilla äideillä raskausmyrkytyksen riski on kohonnut, heille tehdään useammin sektioita ja heillä on ennenaikaisen synnytyksen riski. Lihavien äitien vauvojen riski joutua tehohoitoon on kasvanut.

**Ikääntyvien uni ja uniapnea:** Ikääntyvillä ihmisillä kokonaisuniaika lyhenee ja nukahtamisviive pitenee. Päivällä otetut nokoset lyhentävät yöunta. Monet heräilevät yöllä ja pinnallisen unen määrä lisääntyy. Virkistävän REM-unen ja syvän unen määrä vähenee. Vuorokausirytmä muuttuu, 60 ikävuoden jälkeen jokaista seuraavaa vuosikymmentä kohden noin tunti aiemmin alkaa nukkua. Ihminen on ikääntyessä ”illan torkku aamun virkku”. Sairauksia kertyy enemmän ja niilläkin on vaikutusta uneen.

Myös heräilyä ja unesta havahtumisia on enemmän kuin nuoremmilla. Iän myötä myös uniapnean esiintyvyys lisääntyy ja 65-vuotiailla noin joka kymmenellä on uniapnea. Hauraista vanhuksista jopa kuusi kymmenestä sairastaa uniapneaa. Iäkkäät eivät usein tunne itseään kovin väsyneiksi. Kaikki uniapnea ei ole samanlaista. Onkin kysyttävä, ovatko hengityskatkokset oikea mittari?

Kuuluuko uniapneaa normaaliin vanhenemiseen? Ylähengitystiet muuttuvat iän myötä, sidekudoksessa on muutoksia, rasvakudos jakautuu eri tavalla ja lihakset löystyvät nielun alueella. Lihaksen vaste muuttuu. Muut sairaudet suurentavat unenaikaista riskiä kuolla. Suurin riski on keski-ikäisillä.

CPAP-hoidon toteutumista on tutkittu yli 70-vuotiailla. Uniapneaa oli kaiken asteista; vaikeaa, keskivaikeaa ja lievempää. Kaikilla CPAP-hoidetuilla elämänlaatu parani, väsymyspisteet vähenivät, hoidon kustannukset vähenivät ja tiedonkäsittely parani.

Vaikeassa uniapneassa oli sekä katkoja että päiväväsymystä. Kuuden vuoden seurannassa tutkittavia seurattiin kolmen, kuuden ja kahdentoista kuukauden välein. Hoitopaine oli tavallinen. Yli 80-vuotiailla laitehoitoa aloitettiin vähemmän, 75-vuotiaana aloittavat käyttivät laitetta vähemmän. Mitä enemmän on ikää, sitä erilaisempia olemme monessa suhteessa. Iäkkäillä on tärkeää miettiä parasta hoitoa

Jos henkilöllä on ollut aivohalvaus, merkittävää sydämen vajaatoimintaa ei esiinny ja he sietävät hoitoa, pitäisi hoitaa CPAP-laitteella. Alzheimerin tautia ja Parkinsonin tautia sairastavilla hoitoa voi harkita, jos siitä arvioidaan olevan hyötyä. Jos henkilöllä on uniapnea ja keuhkohtaumatauti, CPAP-laitehoidolla parannetaan hapettumista ja vähennetään tautien pahenemisvaiheita.

On tärkeää kysyä huonontaako uniapnea elämänlaatua ja pahentaako se päiväväsymystä? Pystyykö asianomainen käyttämään laitetta? Onko se vain harminkappale, joka vain huonontaa elämänlaatua.

**Uniapnea ja ajoterveys:** Uniapneaa sairastavilla on 3–7-kertainen kolarivaara verrattuna terveisiin henkilöihin. Se on suurempi kuin sydänpotilailla. Jos uniapnea ei ole hoidossa, ei henkilö voi jatkaa valppautta vaadittavissa töissä. Hoidossa olevat voivat sen sijaan jatkaa. Traficomien määräysten mukaan uniapneaa on seurattava henkilöautokortin haltijalla kolmen vuoden välein esim. terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa. Kuorma-autoa ja taksia ajavien uniapnean hoitotilannetta on arvioitava vuoden välein, samoin jos on ryhmän 2 ajokortti (ns. kuorma-autokortti), vaikkei ajaisi muuta kuin henkilöautoa. On tärkeää selvittää onko ollut vaaratilanteita. Terveysperusteinen ajokyvyn testaus voidaan tehdä tarvittaessa.

## **Kysymyksiä ja vastauksia**

### **Onko uniapnea perinnöllinen?**

Osittain näyttää olevan perinnöllinen. Periytymisen mekanismeja ei kuitenkaan vielä tunneta.

## **Sopiiko uniapnean kiskohoito ylipainoisille?**

Kiskohoito ei toimi suuressa ylipainossa. Ruotsissa kiskohoitoa käytetään yleisesti meitä enemmän. Turun seudulla on paljon hammaslääkäreitä, jotka hoitavat lievää uniapneaa menestyksellisesti kiskohoidolla.

## **Millaisia nielun leikkauksia voidaan tehdä?**

Nielun avarrusleikkauksista ei juurikaan enää tehdä, koska niistä ei ole saatu pitkäaikaista apua aikuisilla. Hyöty on vain noin 6–12 kuukautta.

## **Miten CPAP vaikuttaa elimistöön?**

CPAP-hoito vaikuttaa ainakin veren sokeri- ja verenpaine-arvoihin.

## **Voidaanko sydämen vajaatoiminta- ja aivoinfarktipotilaita hoitaa CPAP-laitteella?**

Sydämen vajaatoimintapotilasta voidaan hoitaa CPAP-laitteella. Jos potilaalla on aivohalvaus ja vaikea sydämen vajaatoiminta, hoidosta ei ole hyötyä. Ei ole yleisesti este kuitenkaan.

## **Kuinka kauan hoitoon pääsy Tyksin keuhkopoliklinikalle kestää?**

Jonoja on, tällä hetkellä jonotusaika on muutama kuukausi.

Yhteenveto: Tuula Vainikainen