

Snorking og søvnapné





**Av lungelege Sverre Lehmann,
tannlege Anders Johansson,
ØNH-lege Shashi Gulati**

© Nasjonalt senter for
søvnmedisin 2023



Nasjonalt senter for søvnmedisin

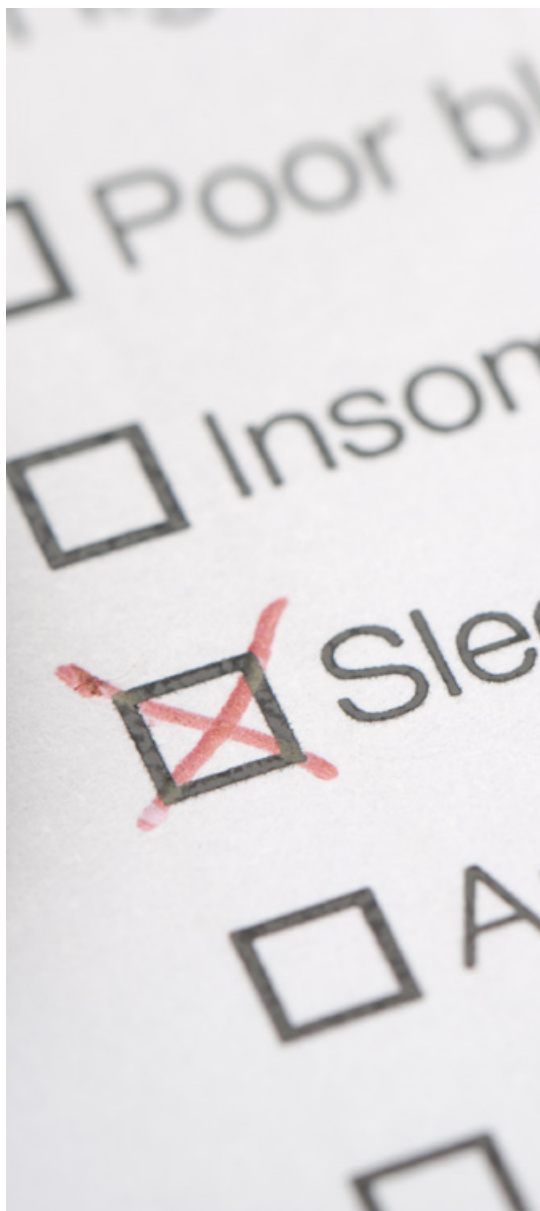
Haukeland universitetssjukehus

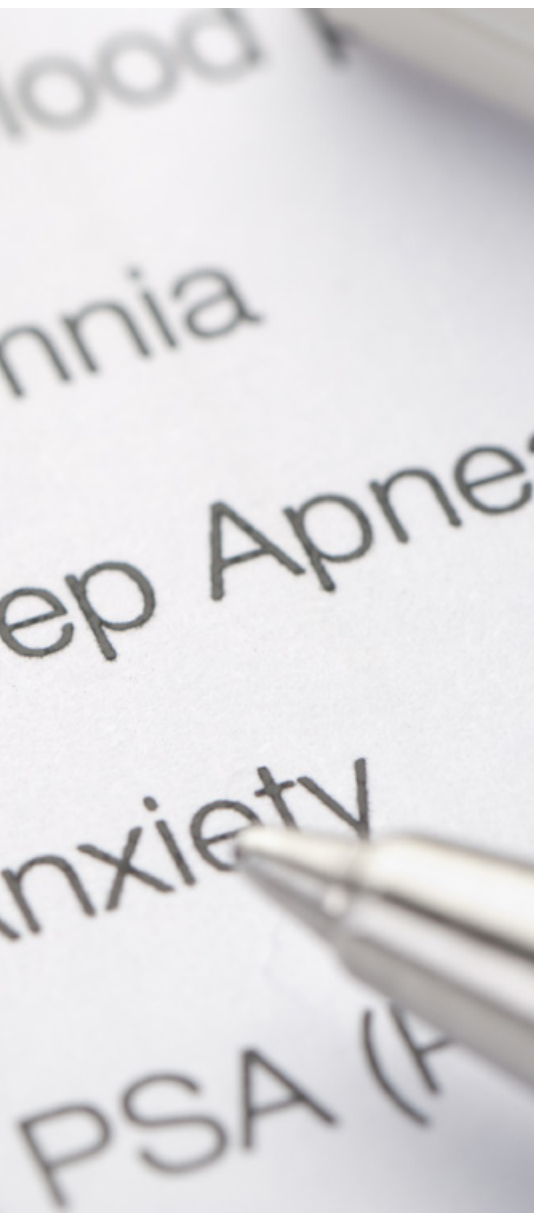
Postboks 1400, 5021 Bergen

Tlf: 55 97 47 07

E-post: sovno@helse-bergen.no

www.sovno.no





Snorking og søvnapné

Ved søvnapné har man episoder der man helt eller delvis slutter å puste mens man sover. Det er ikke unormalt å puste litt uregelmessig under søvn, men dersom pustepausene er langvarige (minst 10 sekunder) og inntreffer hyppig (over 5 ganger per time) kan dette ha helsemessige konsekvenser, særlig hos dem som har mye plager eller lavt oksygennivå i kroppen som følge av sin søvnapné. Det finnes 2 hovedtyper søvnapné: Obstruktiv søvnapné (OSA) og sentral søvnapné (CSA).



“Visste du at: Bilulykker er 2-3 ganger mer vanlig hos personer med OSA enn personer uten OSA. Behandling av pustestopp reduserer risikoen for ulykker!”

Obstruktiv søvnapné (OSA)

OSA forekommer hos 1 av 6 voksne personer i Norge. Personer med OSA snorker ofte mye. Snorkelyden skyldes vibrasjon av bløtvev i svelget, som for eksempel drøvel

og ganebuer. Når bløtvevet stenger helt for luftpassasjen videre ned til lungene oppstår pustestopp/apné, på tross av at pasienten gjør aktive forsøk på å puste. I denne perioden, som kan vare lengre enn ett minutt, reduseres oksygennivået i blodet.

Ved pustestopp våkner man ofte helt eller delvis opp av søvnen, og enkelte hiver etter pusten i oppvåkningsfasen. Personer med OSA er derfor ofte søvnnig og utmattet på dagtid, og har økt risiko for trafikkulykker og arbeidsulykker. Ved uttalt OSA er det funnet økt risiko for utvikling av sykdommer som høyt blodtrykk, hjerneslag og hjerteinfarkt.



OSA finnes hos begge kjønn og i alle aldersgrupper, men er vanligere hos overvektige, menn, røykere og eldre, og hos personer med hjerte-/karsykdom, lavt stoffskifte og diabetes type 2. Hos barn er årsaken vanligvis store mandler, mens årsaken hos voksne bare delvis er kjent.

Sentral søvnapné (csa)

CSA er langt sjeldnere enn OSA. Ved CSA har personene pustestopp uten at han/hun gjør forsøk på å trekke pusten. Årsaken sitter vanligvis i de områdene av sentralnervesystemet som regulerer pusterytmen.

Slike pasienter kan ha sykdom i hjernen, for eksempel tidligere hjerneslag, eller forstyrrelser i hjernens regulering av pusterytmen på grunn av kronisk hjertesvikt.

*”Visste du at:
Ca 50 % av pasienter
med hjertesvikt har
søvnapné? Behandling av
pusteforstyrrelsen kan da
bedre hjertefunksjonen!”*



Nox Medical

Utredning ved mistanke om søvnapné

Diagnosen søvnapné stilles etter måling av pustemønsteret om natten. Registreringsutstyret består av sensorer som er koblet til en liten boks. Disse sensorene måler pustebevegelser i brystkasse og mage, luftstrøm gjennom nese og munn, oksygennivå i blodet, puls, snorkelyd og kroppsposisjon (Se bildet øverst på siden). Riktig bruk av det respiratoriske polygrafiutstyret (RPG) demonstreres av helsepersonell ved utlevering av utstyret. Deretter tar de aller fleste

selv på seg utstyret om kvelden og sover med det hjemme, eventuelt på sykehotell. Av og til ønsker man en fullverdig søvnregistrering, polysomnografi (PSG). Ved PSG brukes de samme sensorene som ved RPG, men i tillegg måles søvn og søvnstadier gjennom sensorer festet til hodet. Det er også vanlig å feste sensorer på leggene, for å måle benbevegelser under søvn. Disse sensorene må kobles på av helsepersonell.



Behandling av søvnapné

I: Generelle råd/livsstilsendring

Alle med OSA bør unngå overvekt, og gå ned i vekt hvis de er overvektige. Sovemedisiner, alkohol og tobakksrøyking forverrer sykdommen og bør derfor unngås. Mange med OSA har størst tendens til snorking og pustestopp når de ligger på ryggen. I slike tilfeller kan tiltak som forhindrer ryggleie gi mindre plager. Dette kan for eksempel gjøres ved å sove med en T- skjorte med et par tennisballer sydd i ryggen.

II: CPAP

CPAP (continuous positive airway pressure - kontinuerlig overtrykk i luftveiene) har solid dokumentasjon for god effekt mot pusteforstyrrelser og søvnighet på dagtid, og for øket livskvalitet. Denne behandlingen er derfor førstevalg for behandling av moderat og alvorlig OSA (minst 15 pustestopp per time). CPAP er en liten maskin som kobles til en komfortabel maske på bruker-

ens nese (eller maske over nese og munn), gjennom en slange (se bilde 8). Maskinen har en vifte som blåser luft gjennom slangen og masken, og denne luftstrømmen holder luftveiene åpne gjennom natten. Oppstarten av CPAP-behandling skjer vanligvis ved god opplæring og tilpasning av maske på sykehus på dagtid. Deretter prøves utstyret hjemme – alternativt på sykehus, før neste oppfølging med justering av utstyret og oppklaring av de spørsmål brukeren skulle ha. Behandlingen er vanligvis livslang, men enkelte pasienter kan bli kvitt sykdommen ved livsstilsendring. Dette kan eventuelt undersøkes ved ny respiratorisk polygrafiundersøkelse.

Vellykket CPAP-behandling er avhengig av at utstyret brukes minst 5 til 6 timer hver natt. En mindre andel av pasienter med OSA har i tillegg hypoventilasjon om natten. Hypoventilasjon betyr «underventilering»



- at man puster for svakt i forhold til kroppens behov, og forekommer særlig hos pasienter med betydelig overvekt (tilstanden kalles da *adipositas hypoventilasjonssyndrom*). Hypoventilasjon kan avdekkes ved å analysere nivået av karbondioksid i en blodprøve. Dette behandles enten med CPAP, eller en noe mer avansert maskin, BiPAP (bilevel positive airway pressure). En BiPAP maskin blåser luft gjennom masken i to trykknivå - et noe høyere blåsetrykk ved innpust enn ved utpust. BiPAP og andre spesialmaskiner kalt servoventilatorer brukes også hos pasienter med sentral søvnapné (CSA).

Både pasient og partner er som regel meget godt fornøyd med CPAP-behandling, blant annet fordi snorkelyden forsvinner og man føler seg mer opplagt på dagtid. Dette

gjelder særlig for dem med moderat og alvorlig søvnapné.

III: Apnéskinne

I gruppen med mindre alvorlig sykdom (mindre enn 15 pustestopp per time) er det en større utfordring å venne seg til CPAP, og da kan annen behandling være nødvendig. Behandling med apnéskinne er undersøkt i vitenskapelige studier, og viser god effekt mot snoring og mild/moderat søvnapné, spesielt hos dem som ikke er altfor overvektige. Skinnen kan noen ganger ha god effekt ved mer alvorlig søvnapné. Slike apnéskinner bør tilpasses hos tannleger med spesialkompetanse, ettersom skinnen må være tilpasset eksakt din tannstilling. Apnéskinnen fungerer slik at den stabiliserer underkjeven og løfter den litt frem. Dette



forhindrer at tungen faller bakover og blokkerer svelget, slik at luftveiene holdes åpne under søvn. Resultatet av behandlingen bør kontrolleres med ny søvnregistrering mens man sover med apnéskinnen for å påse at behandlingen fungerer.

IV: Kirurgisk behandling

En mindre andel av pasienter med OSA har anatomiske avvik i kjeve og øvre luftveier, og disse kan ha nytte av operasjon. Spesielt er fjerning av mandler hos barn effektivt. Nesetetthet behandles ofte effektivt med kortisonspray, mens større skjevheter i nesen, polypper og forstørrede nesemuslinger kan kreve mindre kirurgiske inngrep. Noen ganger kan det være nødvendig med slike inngrep for at behandlingen med CPAP skal fungere, da det kan

bidra til at luftstrømmen kan passere nesehulrommet uten for stor motstand.

Forøvrig gjøres ulike plastiske operasjoner på den bløte ganen med laser eller radiobølgekniv. Effekten slike operasjoner ved OSA er varierende, og ikke godt dokumentert. Det er viktig med høy kompetanse, grundig utvelgelse og oppfølging.

Trakeotomi (hull på luftrøret) eller kirurgisk framflytting av kjeven er store inngrep, men kan løse problemet dersom pasienten har alvorlig OSA og annen behandling ikke har ført fram. Det er svært sjelden at slike tiltak er nødvendig.

Søvnpoliklinikken, Haukeland universitetssykehus

Senterleder: Bjørn Bjorvatn

Senterkoordinator drift: Hilde Kristin Tvedt

Senterkoordinator forskningsdatabase: Ingvild West Saxvig

Søvnpoliklinikken ved Haukeland universitetssykehus
utreder og behandler i hovedsak pasienter med søvnrelaterte
respirasjonssykdommer og alvorlige hypersomnier.

Søvnpoliklinikken drives i et samarbeid mellom flere fagavdelinger
(lungeavdelingen, øre-nese-hals-avdelingen, nevrologisk avdeling og
klinisk nevrofysiologisk avdeling), slik at vi kan tilby alle våre pasienter
best mulig utredning og behandling. I tillegg er det knyttet tannleger og
psykiatere til poliklinikken.

På våre nettsider finner du mye informasjon som kan være nyttig for
deg som pasient, enten du ønsker hjelp til livsstilsendringer eller du har
spørsmål om din CPAP-maskin. Besøk oss på:

www.helse-bergen.no/sovn



Scan QR-kode for mer informasjon

Nasjonalt senter for søvnmedisin

Senterleder: Bjørn Bjorvatn
Senterkoordinator: Siri Waage
Seniorrådgiver: Ingvild West Saxvig
Rådgiver: Tom Willy Aasnæs

Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno) er en videreføring av Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Senteret er lokalisert til Lungeavdelingen på Haukeland universitetssykehus.

SOVno er etablert for å bygge opp og spre forskningsbasert kunnskap om utredning og behandling av ulike typer søvnforstyrrelser. Vi retter oss både mot helsepersonell, pasienter, pårørende og befolkningen generelt.

Vår visjon er «**God helse gjennom bedre søvn**».

SOVno driver ikke pasientbehandling. Informasjon om søvn og søvnsykdommer, søvnrelaterte nyheter, kurs og arrangement og utrednings- og behandlingstilbud i Norge finner du på våre nettsider:

www.sovno.no



Scan QR-kode for mer informasjon



NASJONALT SENTER

for søvnmedisin



Nasjonalt senter for søvnmedisin

Haukeland universitetssjukehus

Postboks 1400, 5021 Bergen

Tlf: 55 97 47 07

E-post: sovno@helse-bergen.no

www.sovno.no