

הרצאה בכנס האגודה הישראלית לגרונטולוגיה 2003

התוויות לצוות הרב מקצועי לגבי גישה מעשית לאבחנה ולטיפול בהפרעות שינה בקשישים בבתי אבות ובמחלקות סיעודיות

ד. גרפינקל

מחלקות אבחון ושיקום, המרכז הגריאטרי המשולב ע"ש שהם, פרדס חנה

מטרת העבודה: בעיות שינה עולות בשכיחותן עם הגיל (AGE RELATED DISORDERS) גם בקהילה ומהוות בעיה שכיחה בקרב קשישים בבתי אבות ומחלקות סיעודיות (באומ"ס). מעבר לסבל הנגרם עקב קשיי הרדמות והתעוררויות בלילה, נפגעת איכות החיים גם עקב פגיעה בערנות ביום, חוסר ריכוז, ירידת תפקוד ועליה בסיכוי לטעויות ותאונות. עם הגיל קיימת עלייה בשכיחות של מחלות כרוניות מחד ושל נטילת תרופות מאידך. אלו ואלו מתבטאות לעתים בתסמינים הפוגעים משנית באיכות השינה בלילה (תעוקת חזה וקוצר נשימה לילי, השתנה לילית עקב ערמונית מוגדלת, סוכרת או משתנים, כאבי פרקים, הפרעות עיכול, גרד, מתח, דיכאון או חרדה). הפסקות נשימה בשינה (SLEEP APNEA) על סיבוכיהם הקשים בלב ובמוח קשורות בגורמי סיכון כהשמנה, חולשת שרירים ומחלות לב-ריאה שגם שכיחותם עולה עם הגיל. בנוסף, קיים בקשישים סיכוי יתר להפרעה בהפרשת הורמון המלטונין הקשור בשינה תקינה ובשמירת המקצב היומי (CIRCADIAN RHYTHM) של שינה - ערנות. פגיעה במחזוריות זו אופיינית בחולי דמנציה ה"הופכים" יום ולילה. שנתם של קשישים המאושפזים בבאומ"ס ובבתי חולים עלולה להיפגע מגורמים נוספים הקשורים באורח החיים המיוחד במוסדות אלו: היגיינת שינה גרועה, העדר פעילות גופנית ושהות ממושכת במיטה, העדר חשיפה לאור בהיר ביום ומאידך, עודף תאורה ורעש בלילה. בנוסף, חלק מהחולים בבאומ"ס מטופל בכדורי שינה ובעיקר בתכשירים מקבוצת הבנזודיאזפינים תקופות ממושכות. הוכח כי מחד, הטיפול אינו משפר משמעותית את איכות השינה ומאידך גורם לתופעות לוואי כישנוניות ביום, הפרעות פסיכומטוריות, אמנזיה, נפילות ואף פגיעה בהפרשת המלטונין האנדוגני. מטרת הצגה זו להציג התוויות ברורות לגבי הגישה האבחנתית והטיפולית בהפרעות שינה בקשישים בבתי אבות או במחלקות סיעודיות בניסיון לתת כלים מעשיים לרופאים, אחיות, עובדות סוציאליות והעוסקים בהפעלה.

שיטות: נסקרה באופן נרחב כל הספרות המקצועית המתייחסת להפרעות שינה בקשישים בבתי חולים ובעיקר במחלקות סיעודיות ובתי אבות. בודדו המשתנים העיקריים בדרך לקביעת האבחנה הנכונה להפרעת השינה ובדרך למציאת טיפול הולם גם במקרים בהם לא ניתן להגיע לאבחנה חדה בנושא. מידע זה בשילוב הניסיון האישי כולל עבודות שלנו בנושא הפרעות שינה בקשישים, שימש לצורך הכנת ההתוויות לצורך הגישה האבחנתית והטיפולית.

תוצאות ומסקנות: מסקירת הספרות ומניסיונו פותח אלגוריתם המאפשר לצוות הרב מקצועי בבאומ"ס, גישה מעשית להתמודד עם חולה קשיש הסובל מהפרעת שינה. ראשית, ניתן לקבוע כי הגישה להפרעות שינה בבאומ"ס חייבת להיות אנליטית כמו לגבי כל תסמין: ראשית, יש לשלול סיבה משנית ואם קיימת כזו, לטפל באופן סגולי במחלת הרקע, במתח או בחרדה. חשיבות מיוחדת ותשומת לב יש לתת לאפשרות של תרופה הפוגעת בשינה וחשוב לנסות ולהפסיק תרופה זו ולהתרשם אם יש שיפור בשינה. במקביל, חשוב לאבחן הפרעת השינה הנגרמת עקב מחלה מסכנת חיים בעיקר דום נשימה. בעבודה שבוצעה במרכז הגריאטרי ע"ש שהם נמצאה שכיחות גבוהה ביותר של הפסקות נשימה בשינה בקשישים תשושים שאינם מודעים כלל לתופעה. גם כאשר הבעיה מאובחנת, רובם מתקשים להיעזר ב-CPAP.

כל הגורמים בצוות הרב מקצועי יכולים לתרום לשיפור איכות השינה בקשישים בבאומ"ס ע"י איתור וטיפול בגורמים סביבתיים והתנהגותיים הפוגעים בשינה והקשורים באורח החיים המיוחד במוסדות בבאומ"ס: שיפור היגיינת שינה גרועה, הקטנת השהות במיטה והקפדה על פעילות גופנית שחשיבותה בהשגת איכות שינה טובה בלילה הוכחה חד משמעית בספרות, הקפדה על חשיפת החולים לאור בהיר ביום ומזעור תאורה ורעש בלילה. התוויות אלו חשובות לקשישים גם בהקשרים אחרים כמו עיכוב איבוד סידן, שימור מסת השרירים ומנגנון החיסון והורדת מתח.

בעבודות שלנו ושל אחרים הוכח כי בקשישים בהם קיימת הפרעה בפרופיל המלטונין ניתן לשפר איכות השינה ע"י מלטונין בשחרור מושהה ואף לגמול מהתלות בבנזודיאזפינים. ניתן לשקול ניסיון טיפולי במלטונין בשחרור מושהה בחולים מסוימים לתקופה של 6 - 8 שבועות. בנזודיאזפינים או תכשירים מקבוצת הציקלופירולינים כזופיקלון או אימידזופירידינים כזולפידם, מהווים אמצעי יעיל לטיפול בחלק מהסובלים מהפרעות שינה. ברם, יש להשתמש בהם בצורה מבוקרת, לתקופות קצרות ולא כתחליף לניסיון אבחנתי או טיפולי סגוליים.