

# اختلالات خواب و بیداری

---

DSMS ده اختلال را به عنوان اختلالات خواب و بیداری فهرست کرده است.

(۱) اختلال بی خوابی

(۲) اختلال پر خوابی

(۳) حمله خواب

(۴) اختلال خواب مرتبط با تنفس

(۵) اختلال ریتم شبانه

(۶) پاراسومنیا

(۷) اختلالات برانگیختگی خواب

(۸) اختلال کابوس

(۹) اختلال رفتاری RFM

(۱۰) سندرم پاهای بی قرار

## بد خوابی ها (پاراسومنیا)

---

مجموعه متنوعی از اختلال خواب هستند که مشخصه آنها پدیده‌های فیزیولوژیک یا رفتاری است، که در خلال خواب ایجاد شده یا بر اثر خواب تقویت می شود.

بر اساس یک چهارچوب مفهومی، بسیاری از بد خوابی ها حاصل نفوذ یک حالت خواب و بیداری به درون یک حالت دیگر است.



## بیداری، خواب NREM و خواب REM

---

۳ حالت پایه را تشکیل می دهند.

در خلال بیداری، بدن و مغز هر دو فعال هستند.

در خواب NREM، بدن و مغز هر دو فعالیت کمتری دارند.

در خواب REM، بی قوامی بدن با فعالیت مغز همراه می شود که می تواند سبب خیال پردازی رویا های پیچیده شود.



## اختلالات انگیختگی خواب NREM

---

در واقع دوره های راجعه بیداری ناکامل از خواب که بویژه در یک سوم ابتدایی دوره اصلی خواب روی می دهد، و با یکی از موارد زیر همراه است:

(۱) خواب گردی

(۲) وحشت خواب



---

**خواب گردی:** دوره های مکرر برخاستن از بستر در طول خواب و راه رفتن

در حین خواب گردی، فرد چهره ای مات و خیره دارد.

در برابر تلاش دیگران برای برقراری ارتباط با او نسبتاً بی پاسخ است.

خواب گردی در شکل کلاسیک، اختلالی است که در آن فرد از بستر برمی خیزد و بدون بیداری کامل

راه می رود. به این حالت گاهی سومنوامبولیسم گفته می شود.



خواب گردی معمولاً در خلال خواب امواج آهسته بروز می کند.

خواب گردی در پایان اولین یا دومین دوره خواب موج آهسته بروز می کند.

به نظر می رسد محرومیت از خواب و انقطاع خواب موج آهسته، خواب گردی را در افراد مستعد تشدید کرده یا بر می انگیزد.



---

افراد خواب گرد اغلب به نحو موفقیت آمیزی با محیط تعامل می کنند (مثلاً به اشیاء برخورد نمی کنند).

در حین خواب گردی، بیدار کردن فرد دشوار است.

بهتر است به آرامی تلاش شود فرد خواب گرد به رختخواب باز گردد، نه اینکه با تکان دادن و فریاد کشیدن تلاش کنیم او را بیدار کنیم.

---

خوابگردی الگوی خانوادگی دارد، در بزرگسالان نادر است، ممکن است به صورت بد خوابی اولیه یا ثانویه به یک اختلال خواب دیگر (مانند وقفه تنفسی خواب) بروز کند.

بالعکس، خواب گردی در کودکان بسیار شایع است، و اوج شیوع آن بین ۴ تا ۸ سالگی است. پس از نوجوانی معمولاً این اختلال به صورت خود به خودی برطرف می شود.

انواع به خصوصی از خواب گردی وجود دارد.

که مشهورترین آنها رفتار خوردن مرتبط با خواب و سکس سومنیا می باشد.

**خوردن مرتبط با خواب:** زمانی بروز می کند که فرد دوره هایی از خوردن را در خلال خواب با درجات متغیری از فراموشی تجربه می کند. فرد ممکن است صبح روز بعد، شواهدی از این دوره خوردن را بیابد.

**سکس سومنیا:** زمانی اطلاق می شود که فرد در خلال خواب و بدون آگاهی، درگیر فعالیت های جنسی می شود.

## وحشت خواب (Night Terror)

انگیختگی در یک سوم اول مرحله ۳ و ۴ خواب NREM است.

این دوره ها با یک جیغ یا گریه شروع می شود و با اضطراب و وحشت زدگی همراه است.

علیرغم شدت این رویداد، معمولاً نسبت به آنها فراموشی وجود دارد.

---

تب و محرومیت از دارو های سرکوب کننده CNS، وحشت خواب را تشدید می کند.

هیچ نشانه ای از صرع لوب گیجگاهی یا سایر اختلالات تشنجی در EEG دیده نمی شود.

بر خلاف کابوس شبانه، وحشت خواب خالی از تصاویر بوده و فرد توضیح واضح و روشنی از وحشت زدگی خود ندارد.



---

محرومیت از خواب می تواند سبب تشدید حملات وحشت خواب شود.

آسیب های روانی بندرت با حملات وحشت خواب در کودکان همراه است.

اما سابقه ای از تجربه سانحه بار یا مشکلات روانپزشکی واضح اغلب در بزرگسالان دچار این اختلال وجود دارد.

## بد خوابی های مرتبط با خواب REM

---

### (۱) اختلال رفتاری خواب REM

فقدان آتونی (فلج خواب) در خلال خواب REM که در نتیجه آن بیمار عملاً رویا هایش را اعمال می کند. در واقع فعالیت فرد با تصویرسازی رویا متناظر است، و برخلاف خواب گردی به نظر می رسد فرد از محیط اطراف واقعی ناآگاه است و در فضای حس رویا عمل می کند.

RBD بر اثر ضایعات منتشر نیمکره ای، ناهنجاری های دوطرفه تالاموس، ضایعات ساقه مغز می تواند ایجاد شود.

کلونازپام به نحو موفقیت آمیزی در درمان RBD به کار رفته است.

## (۲) فلج منفرد تکرار شونده خواب

ناتوانی فرد در انجام فعالیت های ارادی در خلال خواب گفته می شود. یعنی زمانی که فرد نیمه بیدار و نیمه هشیار است و از محیط آگاه است، این عدم توانایی حرکت می تواند ناراحت کننده باشد.

برخلاف نارکولپس، کاتاپلکسی و خواب آلودگی مفرط روزانه در این مورد دیده نمی شود.

---

خواب نامنظم، محرومیت از خوب، استرس روانی و کارشیفتگی احتمال بروز فلج خواب را افزایش می دهد.

فلج خواب در ۸٪ بزرگسالان جوان دیده می شود.

بهبود بهداشت خواب و تضمین خواب کافی، درمان خط اول است.

## اختلال کابوس

---

رویا های وحشتناک و ترساننده هستند که تحت عنوان Dream Anxiety از آنها یاد می شود.

کابوس ها در خواب REM بروز کرده و حاصل یک رویای پیچیده طولانی هستند. معمولاً رویا ها به خاطر آورده می شوند.

کابوس ها در کودکان ۳ الی ۶ ساله شایع هستند (شیوع ۱۰ الی ۵۰ درصدی)، اما در بزرگسالان نادر هستند.



اکثر افراد مبتلا به کابوس فاقد اختلالات روانپزشکی هستند.

با اینحال، کابوس شبانه در اختلالات شخصیت اسکیزوئید، اسکیزوتایپال، مرزی و در بیماری اسکیزوفرنی بیشتر دیده می شود.

رخداد های سانحه بار می تواند سبب بروز کابوس شود (چه به صورت فوری و چه به صورت تأخیری).

برخی داروها نظیر ال دوبا – مهار کننده های بتا آدرنرژیک و محرومیت از دارو های سرکوب کننده خواب REM، سوء مصرف الکل.

درمان:

رعایت بهداشت خواب، شناخت درمانی گزارش شده در بیماران دچار کابوس مرتبط با اختلال استرس حاد پس از سانحه، پرازوسین (آنتاگونیست گیرنده آلفا) و نفازدون (ضد افسردگی آتپیک) می تواند مفید باشد.

پرازوسین بنحو چشمگیری زمان کلی خواب و زمان خواب REM را افزایش داده و به میزان قابل توجهی سبب کاهش کابوس مرتبط با سانحه و بیدار شدن های توأم با ناراحتی می شود.

## توهمات مرتبط با خواب

---

معمولاً تصاویر بصری هستند، که در شروع خواب یا بیدار شدن از خواب بروز می کنند.

این توهمات در بیماران دچار حمله خواب شایع است.

توهمات از نوع پیچیده نادر بوده و معمولاً با بیدار شدن ناگهانی و بدون یادآوری رویا بروز می کنند.

تصاویر معمولاً روشن و بی تحرک هستند، و چندین دقیقه ادامه می یابند.



## اختلالات حرکتی مرتبط با خواب

---

سندرم پا های بی قرار (RLS) که سندرم آلبام نیز نامیده می شود، در واقع احساس ذهنی عذاب آور در اندام هاست، که معمولاً در پا ها به صورت حرکت خزیدن حشرات توصیف می شود، که همراه است با تمایل غیر قابل مقاومت برای حرکت دادن پا ها در حال استراحت.

این حالت شب ها تشدید می شود و حرکت دادن پا ها یا راه رفتن سبب تخفیف این ناراحتی می گردد.



---

اورمی، کمبود آهن، کمبود اسید فولیک و نروپاتی می تواند سبب بروز RLS ثانویه شود.

سطح فریتین در هر بیمار دچار RLS باید کنترل شود.

همبودی های RLS با COPD / RA / دیابت و بیماری های تیروئید دیده شده است.



## درمان:

آگونیست های دوپامینرژیک نظیر پرامی پکسول و روپینیرول از سوی FDA تأیید شده اند.

سایر دارو ها نظیر بنزودیازپین ها / دارو های ضد صرع نظیر گاباپنتین و لوودوپا در درمان RLS کاربرد دارند.

## اختلال حرکت دوره ای اندام (PLMD)

---

قبلاً میوکلونوس شبانه نامیده می شد، و شامل حرکات تکراری گذرا قالبی و غیر صرع گونه اندام هاست.

معمولاً در NREM دیده می شود. و شامل باز شدن انگشت شست پا، فکلسیون نسبی زانو و مچ پا و این حرکات نیم تا ۵ ثانیه طول می کشد، و هر ۲۰ تا ۴۰ ثانیه تکرار می شود.



---

شیوع PMLD با افزایش سن بالا می رود، و همراهی با کمبود فولات، بیماری کلیوی کم خونی و مصرف ضد افسردگی ها دیده می شود.

درمان دارویی PMLD شبیه RLS است.

## کرامپ پا مرتبط با خواب

---

ماهیچه ساق پا را درگیر می کند، و شامل انقباض دردناک عضلات است.

کمبود منیرال ها، اختلالات متابولیک عدم توازن الکترولیتی، دیابت و حاملگی جزء عوامل بروز دهنده هستند.

