

The image shows the cover of the ICD-11 manual. It features a dark blue background with various medical codes in white and light blue, such as 'XC40.3', '8B51.Y', '9A01.3', 'XY20.1', and 'M102.1'. The text 'ICD-11' is prominently displayed in large white letters.

ICD-11

International Classification of Diseases 11th Revision

The global standard for diagnostic health information

KAPITEL 7

DEN FØRSTE (UOFFICIELLE) DANSKE VERSION

udarbejdet af
Camilla Rosendal
ADDspeaker.net

INTRODUKTION

Formålet med dette dokument er, at give dig som læser, en mulighed for at få det første indtryk af den samlede nye ICD-11 - på dansk.

ADDspeaker har forsøgt at være tro mod den originale engelske tekst, men på grund af mængden af tekst der har skulle oversættes, har vi været nødtvunget til at anvende en semi-automatisk oversætter fra Deepl.com.

Denne version er på ingen måde officiel, indeholder ikke hele den originale tekst og har alene et informativt formål.

God fornøjelse,

Camilla Rosendal, ADDspeaker (juni 2023)

Vigtige fakta

Den globale standard for sundhedsdata, klinisk dokumentation og statistisk aggregering.

Mange anvendelsesmuligheder, herunder primær sundhedspleje

Grundigt og videnskabeligt opdateret og designet til brug i en digital verden.

Topmoderne teknologi reducerer omkostningerne til uddannelse og implementering.

Flersproget design letter global brug, mens forslagsplatformen tillader interessenter kan deltage i at holde ICD-11 opdateret.

Landene er allerede begyndt at forberede sig på implementeringen af ICD-11, med både engelske og spanske versioner online.

Hvad er ICD-11?

ICD-11 er den internationale standard for systematisk registrering, rapportering, analyse, fortolkning og sammenligning af mortalitets- og og morbiditetsdata. Denne 11. revision er resultatet af et hidtil uset samarbejde mellem klinikere, statistikere, klassifikations og IT-eksperter fra hele verden, hvilket gør den brugbar for disse grupper såvel som for kodere.

ICD-11 giver lande mulighed for at tælle og identificere deres mest presserende sundhedsproblemer ved hjælp af et opdateret og klinisk relevant klassifikationssystem. Sundhedstilstande og ulykker tildeles ICD-11-koder, hvilket resulterer i data, der kan bruges af regeringer til at designe effektive folkesundhedspolitikker og måle deres effekt, eller bruges til klinisk registrering.

For første gang er ICD fuldt elektronisk og giver i øjeblikket adgang til 17.000 diagnostiske kategorier med over 100.000 medicinske diagnostiske indekstermer. Den indeksbaserede søgealgoritme fortolker mere end 1,6 millioner termer. ICD-11 er nem at installere og bruge online eller offline ved hjælp af gratis 'container'-software.

Forbedringer i ICD-11

ICD-11 er en stor forbedring i forhold til tidligere revisioner. Den afspejler vigtige fremskridt inden for videnskab og medicin, og tilpasser klassifikationen med den nyeste viden om sygdomsbehandling og forebyggelse. Der er mere meningsfuldt klinisk indhold end i ICD-10.

Et væsentligt træk ved ICD-11 er den forbedrede lethed og nøjagtighed ved kodning, der kræver mindre brugertræning end nogensinde før, sammen med tilgængeligheden af online- og offline-funktioner. ICD-11 er klar til digital sundhed, til brug i flere IT-miljøer, med en ny API. Den præsenteres sammen med en række webtjenester, herunder flersproget support og indbygget brugervejledning.

ICD-11 - LÆSEVEJLEDNING

INDHOLDSMODELLEN

Indholdsmodellen er en struktureret ramme, der definerer hver entitet i ICD på en standardiseret måde. Formålet med indholdsmodellen er at præsentere den baggrundsviden, der danner grundlag for beskrivelsen af hver ICD-entitet på en systematisk måde, så den kan bruges på computer. ICD-11 har alt sit indhold i Foundation Component. Her er hver entitet specificeret ved en beskrivelse, maskinlæsbare egenskaber, der har værdier, og et eller flere forældre-barn-forhold. Yderligere links giver information til postkoordinering. Alle disse flerdimensionelle oplysninger kombineres derefter til en liste med gensidigt udelukkende kategorier - tabellisterne. Foundation Component indeholder oplysninger om, hvor og hvordan en bestemt enhed er repræsenteret i en tabel. En entitet kan blive en gruppering, en kategori eller bare en term, der f.eks. er opført i indekset.

Hver ICD-entitet kan ses ud fra forskellige dimensioner. Indholdsmodellen repræsenterer hver af disse dimensioner som en "egenskab". De vigtigste komponenter i sygdomsbeskrivelserne er inkluderet som forskellige egenskaber i indholdsmodellen. De vigtigste egenskaber i indholdsmodellen er:

ICD-begrebets titel

Hierarki, type og anvendelse

Forælder
Type
Anvendelse

Tekstuel(le) definition(er)

Diagnosekrav (kort)
Definition (lang)

Termer

Indeks termer
Synonymer Inklusionstermer
Eksklusionstermer

Kliniske beskrivelser

Kropssystem(er)
Kropsdel(e) (anatomisk(e) sted(er))

Manifestationsegenskaber

Tegn og symptomer

Fund

Kausale egenskaber
Ætologi Type

Infektion (agens)

Skade (mekanismer)

Risikofaktorer
Genomiske karakteristika
Tidsmæssige egenskaber
Alvorlighedsegenskaber
Funktionelle egenskaber
Egenskaber ved specifik tilstand
Behandlingsegenskaber
Diagnostiske kriterier

For hver ICD-enhed kan der gives forskellige egenskaber, hvis det er nødvendigt for at opnå det korrekte kodningsresultat. En koder kan bruge egenskaberne til bedre at forstå en tilstand, og hvordan den skal kodes, og egenskaberne gør det muligt for en koder at bestemme, hvor en tilstand skal placeres. Kun egenskaber, der er absolut nødvendige, er blevet defineret for at undgå behovet for hyppige opdateringer. Tilføjelser af egenskabsværdier på internationalt niveau håndteres gennem den regelmæssige opdateringscyklus, når kodningsproblemer indikerer, at det er nødvendigt at gøre det.

Der er fire niveauer af deskriptorinformation i ICD-11's indholdsmodel:

Fuldt specificeret term - Dette er en entydig titel, der ikke forudsætter kontekst. For eksempel "systemisk sygdom med overvejende gastrointestinale diarrésymptomer, der kan tilskrives vibrio cholera", i modsætning til "cholera" eller "andet" (hvor betydningen af andet ville have været klar ud fra den hierarkiske kontekst).

Kort beskrivelse - Den korte beskrivelse er en karakteristik (maks. 100 ord) af entiteten, som angiver ting, der altid er sande om en sygdom eller tilstand, og som er nødvendige for at forstå rubrikkens anvendelsesområde. Diagnosekrav indeholder ikke nødvendigvis elementer, der er beregnet til brug i almindelig epidemiologi, eller ting, der er kliniske kriterier.

Yderligere oplysninger - Dette er et tekstfelt, der ikke er obligatorisk, men som kan indeholde yderligere oplysninger om eller karakteristika for de sygdomme eller tilstande, der er inkluderet i entiteten. Dette tekstfelt giver mere kontekst til entiteten. For eksempel de mest almindelige epidemiologiske omstændigheder, formodede eller stærkt mistænkte ætiologiske agenser eller andre oplysninger, som måske ikke altid er sande, men som kan være almindelige, typiske eller forventede.

Kliniske eller diagnostiske kriterier - Det er meningen, at den skal indeholde et eller flere scenarier med kliniske kriterier og karakteristika, der er tilstrækkelige til at diagnosticere tilstanden eller syndromet i den givne klasse eller det givne koncept.

GENERELLE TRÆK VED ICD-11

Den vigtigste strukturelle nyskabelse i ICD-11 er, at den er bygget på en grundkomponent, hvorfra tabellisterne (såsom klassifikationen for morbiditets- og mortalitetsstatistikker) er afledt.

1.2.4.1 Kodestruktur

Koderne i ICD-11 er **alfanumeriske** og dækker området fra 1A00.00 til ZZ9Z.ZZ. Disse betegnes som **stamkoder**. Strukturen af stamkoder er beskrevet nedenfor:

Det første tegn i koden relaterer altid til kapitelnummeret. Det kan være et tal eller et bogstav.

Koder, der starter med 'X', angiver en udvidelseskode

Der er altid et bogstav i den anden position for at differentiere ICD-11-koder fra koderne i ICD-10.

Inkluderingen af et tvunget tal i den tredje tegnposition forhindrer stavning af "uønskede ord".

Bogstaverne 'O' og 'I' er udeladt for at forhindre forveksling med tallene '0' og '1'.

For eksempel er 1A00 en kode i kapitel 01, og BA00 er en kode i kapitel 11.

For eksempel: ED1E. EE

E svarer til et 'base 34-tal' (0-9 og A-Z; undtagen O, I);

D svarer til et 'base 24-tal' (A-Z; undtagen O, I); og

1 svarer til 'base 10 heltal' (0-9).

Det første E starter med '1' og er allokeret til kapitlet. (dvs. 1 er for det første kapitel, 2: kapitel 02, ... A kapitel 10, osv.)

Slutbogstavet Y er reserveret til restkategorien 'andet specificeret', og slutbogstavet 'Z' er reserveret til restkategorien 'uspecificeret'. For de kapitler, der har mere end 240 blokke, bruges 'F' ('andet specificeret') og 'G' ('uspecificeret') også til at angive restkategorier (på grund af begrænsninger i kodningspladsen).

1.2.4.2 Ensartede ressourceidentifikatorer

Alle entiteter har en Uniform Resource Identifier (URI), som er en streng af tegn, der entydigt identificerer en bestemt ICD-11-entitet. Hver entitet har en specifik plads i hierarkiet af grupper og kategorier.

1.2.4.3 Blokkoder

Enheder på højere niveau i ICD-11 (kaldet 'blokke') kan bruges til at rapportere aggregerede statistikker. Blokke har dog ikke kategorikoder, da det ikke er meningen, at de skal bruges til kodning. Blokke har deres egne URI'er (f.eks. er URI'en for Neoplasmer <http://id.who.int/icd/entity/1630407678>). Der kan også henvises til blokke med blok-ID'er. Kodestrukturen for blok-ID'er er 11 tegn lang (f.eks. "BlockL1-1A0").

1.2.4.4 Stamkoder

Koder i ICD-11's tabelliste, som kan bruges alene. Stamkoder kan være entiteter eller grupperinger af høj relevans i alle use cases, eller kliniske tilstande, der altid bør beskrives som en enkelt kategori. Stamkoder er designet til at sikre, at der i use cases, der kun kræver én kode pr. case, indsamles meningsfuld information.

1.2.4.5 Udvidelseskoder og postkoordinering

Udvidelseskoderne består af grupper af koder, f.eks. anatomi, agens, histopatologi og andre aspekter, der kan bruges til at tilføje detaljer til en stamkode. Udvidelseskoder må ikke bruges alene i forbindelse med statistisk klassifikation, men skal tilføjes til en stamkode. Udvidelseskoder kan bruges i en anden sammenhæng, f.eks. til dokumentation af udstyr. Ikke alle udvidelseskoder kan bruges sammen med alle stamkoder.

Kapitel 7 - Søvnforstyrrelser

Obs: Der er brugt en semi-automatisk oversætter, **DeepL.com**, grundet den store mængde tekst, som har skulle oversættes - så bær venligst over med eventuelle sproglige forviklinger og små fejl eller mangler i oversættelsen, tak!

Søvnforstyrrelser er kendetegnet ved vanskeligheder med at indlede eller opretholde søvnen (søvnløshed), overdreven søvnighed (hypersomnolens), åndedrætsforstyrrelser under søvnen (søvnrelaterede åndedrætsforstyrrelser), forstyrrelser i søvn-vågn-planen (søvn-vågn-forstyrrelser med cirkadisk rytme), unormale bevægelser under søvnen (søvnrelaterede bevægelsesforstyrrelser) eller problematiske adfærdsmæssige eller fysiologiske hændelser, der opstår, mens man falder i søvn, under søvnen eller ved opvågningen fra søvnen (parasomni-forstyrrelser).

Søvnløshedssygdomme

Diagnosekrav

Søvnløshedslidelser er kendetegnet ved vedvarende vanskeligheder med søvnindledning, varighed, konsolidering eller kvalitet, som opstår på trods af passende muligheder og omstændigheder for søvn, og som resulterer i en eller anden form for forringelse af dagtimerne. Symptomerne i dagtimerne omfatter typisk træthed, nedtrykt humør eller irritabilitet, generel utilpashed og kognitiv svækkelse. Personer, der rapporterer om søvnrelaterede symptomer uden at have nedsat funktionsevne om dagen, anses ikke for at have en søvnløshedssygdom.

7A00 Kronisk søvnløshed

Diagnosekrav

Kronisk søvnløshed er en hyppig og vedvarende vanskelighed med at indlede eller fastholde søvn, der opstår på trods af passende mulighed og omstændigheder for søvn, og som resulterer i generel søvnutilfredshed og en eller anden form for forringelse af dagtimerne. Symptomerne i dagtimerne omfatter typisk træthed, nedtrykt humør eller irritabilitet, generel utilpashed og kognitiv svækkelse. Søvnforstyrrelsen og de tilknyttede symptomer om dagen forekommer mindst flere gange om ugen i mindst 3 måneder. Nogle personer med kronisk søvnløshed kan have et mere episodisk forløb med tilbagevendende episoder af søvn/vågneproblemer, der varer flere uger ad gangen i løbet af flere år. Personer, der rapporterer søvnrelaterede symptomer uden at have problemer i dagtimerne, anses ikke for at have en søvnløshedssygdom. Hvis søvnløsheden skyldes en anden søvn-vågn-forstyrrelse, en psykisk lidelse, en anden medicinsk tilstand eller et stof eller medicin, bør kronisk søvnløshed kun diagnosticeres, hvis søvnløsheden er et selvstændigt fokus for den kliniske opmærksomhed.

7A01 Kortvarig søvnløshed

Diagnosekrav

Kortvarig insomni er karakteriseret ved vanskeligheder med at påbegynde eller opretholde søvn af mindre end 3 måneders varighed, som opstår på trods af tilstrækkelig mulighed og omstændigheder for søvn og resulterer i generel søvnutilfredshed og en eller anden form for forringelse af dagtimerne. Symptomerne i dagtimerne omfatter typisk træthed, nedtrykthed eller irritabilitet, generel utilpashed og kognitiv svækkelse. Personer, der rapporterer søvnrelaterede symptomer uden nedsat funktionsevne i dagtimerne, anses ikke for at have en insomniforstyrrelse. Hvis søvnløsheden skyldes en anden søvn- og vågenhedsforstyrrelse, en psykisk lidelse, en anden medicinsk tilstand, et stof eller medicin, bør kortvarig søvnløshed kun diagnosticeres, hvis søvnløsheden er et uafhængigt fokus for klinisk opmærksomhed.

Lidelser med hypersomnolens

Diagnosekrav

Hypersomnolensforstyrrelser er karakteriseret ved en klage over søvnighed i dagtimerne, som ikke skyldes en anden søvn-vågenhedsforstyrrelse (f.eks. forstyrret nattesøvn, fejljusteret døgnrytme eller vejtrækningsforstyrrelse). Personer med overdreven søvnighed kan udvise irritabilitet, koncentrations- og opmærksomhedsproblemer, nedsat årvågenhed, distraherbarhed, nedsat motivation, energi, dysfori, træthed, rastløshed og manglende koordination.

7A20 Narkolepsi

Diagnosekrav

Narkolepsi er en lidelse, der er karakteriseret ved daglige perioder med uimodståeligt søvnbehov eller døgnrytmer, der forekommer i mindst flere måneder, ledsaget af unormale manifestationer af REM-søvn. Multiple søvnlatensetest (MSLT) viser en gennemsnitlig søvnlatens på < 8 minutter og to eller flere REM-perioder i søvn (SOREMP'er), eller en eller flere SOREMP'er på MSLT og en SOREMP på den forudgående natlige polysomnografi (PSG). Nattesøvnen er ofte forstyrret, og korte lure om dagen er typisk forfriskende.

7A20.0 Narkolepsi, type 1

Diagnosekrav

Narkolepsi type 1 er en lidelse med overdreven søvnighed på grund af en mangel på hypothalamisk hypokretin (orexin) signalering. Ud over daglige perioder med ustyrlig trang til at sove eller søvn i dagtimerne, er type 1 narkolepsi karakteriseret ved symptomer på dissociation af REM-søvn, vigtigst af alt katapleksi. Katapleksi er et pludseligt og ukontrollabelt tab af muskeltonus, der opstår i vågen tilstand, og som typisk udløses af en stærk følelse, f.eks. ophidselse eller latter. Selvom katapleksi er et patognomonisk symptom på type 1 narkolepsi, viser det sig måske ikke før flere år efter, at søvnigheden er begyndt. I sådanne tilfælde kan diagnosen narkolepsi, type 1, stilles på baggrund af cerebrospinalvæske (CSF)-hypocretin-niveauer < 110 picogram per milliliter. Episoder med søvnparalyse og hypnagogiske eller hypnopompiske hallucinationer kan også være til stede. Forstyrrelsen kan ikke tilskrives en sygdom i nervesystemet eller anden medicinsk tilstand. Bemærk: En definitiv diagnose kræver daglige perioder med uimodståelig trang til at sove eller søvn i dagtimerne plus enten: a) katapleksi og MSLT/PSG-fund (multiple sleep latency test/polysomnography), der er karakteristiske for narkolepsi; eller b) påvist hypokretinmangel i CSF.

7A20.1 Narkolepsi, type 2

Diagnosekrav

Narkolepsi type 2 er en lidelse med overdreven søvnighed, der er karakteriseret ved daglige perioder med ustyrligt behov for at sove eller søvn i dagtimerne og unormale manifestationer af REM-søvn som påvist ved multiple søvnlatens-test (MSLT/PSG) i forbindelse med normal hypothalamisk hypokretin (orexin) signalering. Det vil sige, at cerebrospinalvæskens (CSF) hypokretin-bestemmelser er > 110 picogram per milliliter. Katapleksi er ikke til stede. Forstyrrelsen kan ikke tilskrives en sygdom i nervesystemet eller anden medicinsk tilstand. Bemærk: En definitiv diagnose kræver daglige perioder med uimodståeligt behov for at sove eller søvnanfald i dagtimerne og multiple søvnlatens-test/polysomnografifund (MSLT/PSG), der er karakteristiske for narkolepsi. Der bør ikke være tegn på katapleksi eller hypokretinmangel i CSF (hvis der udføres test).

7A21 Idiopatisk hypersomni

Diagnosekrav

Idiopatisk hypersomni er karakteriseret ved daglige perioder med uimodståeligt søvnbehov eller døgnrytmer, der forekommer i mindst flere måneder uden katapleksi eller hypokretinmangel (hvis konstateret). Der bør også ikke være fund af polysomnografi/multiple sleep latency test (MSLT), der er karakteristiske for narkolepsi (dvs. to eller flere REM-perioder med søvnstart (SOREMP'er) eller en eller flere SOREMP'er på MSLT og en SOREMP på den forudgående polysomnografi om natten). Søvnighed om dagen kan ikke bedre forklares af en anden lidelse (f.eks. utilstrækkelig søvn syndrom, obstruktiv søvnåpnø, søvn-vågn-forstyrrelse med cirkadisk rytme), et stof eller en medicin eller en medicinsk tilstand). Objektive beviser for hypersomni er angivet ved en MSLT, der viser en gennemsnitlig søvnlatensetid på ≤ 8 minutter, eller ved polysomnografi eller håndledsaktografi, der viser en samlet søvntid på 11 timer eller mere i døgnet. Der observeres ofte langvarig og alvorlig søvntræghed, som består af vedvarende vanskeligheder med at vågne op med gentagne tilbagevenden til søvnen, irritabilitet, automatisk adfærd og forvirring. I modsætning til narkolepsi er lurene generelt lange, ofte mere end 60 minutter, og ikke genopfriskende. Bemærk: En endelig diagnose kræver daglige perioder med uimodståeligt behov for at sove eller døgnrytmer, objektiv påvisning af overdreven søvnighed og fravær af REM-relaterede fund ved hjælp af multiple søvnlatensitetstest (MSLT/PSG).

7A22 Kleine-Levin syndrom

Diagnosekrav

Kleine-Levin syndrom er karakteriseret ved tilbagevendende episoder med alvorlig søvnighed i forbindelse med kognitive, psykiatriske og adfærdsmæssige forstyrrelser. En typisk episode varer i gennemsnit 10 dage (interval 2,5-80 dage), med sjældne episoder, der varer flere uger til måneder. Under episoderne kan patienterne sove så længe som 16 til 20 timer i døgnnet og kun vågne eller stå op for at spise og lade vandet. Når de er vågne under episoderne, er de fleste patienter udmattede, apatiske, forvirrede og langsomme til at tale og svare. Hyperfagi, hyperseksualitet, barnlig adfærd, depression, angst, hallucinationer og vrangforestillinger ses ofte under episoderne. Patienterne er normale mellem episoderne med hensyn til søvn, kognition, humør og spisning. I sjældne tilfælde kan Kleine Levins syndrom udelukkende forekomme under menstruationsperioder.

7A23 Hypersomni som følge af en medicinsk tilstand

Diagnosekrav

Hypersomni som følge af en medicinsk tilstand er karakteriseret ved overdreven nattesøvn, søvnighed om dagen eller overdreven søvnighed af mindst flere måneders varighed, som kan tilskrives en samtidig eksisterende medicinsk eller neurologisk lidelse (f.eks. hovedtraume, Parkinsons sygdom, visse genetiske tilstande, metaboliske, neurologiske eller endokrine lidelser) og er tilstrækkelig alvorlig til at kræve en selvstændig klinisk opmærksomhed. Hypersomni som følge af en medicinsk tilstand diagnosticeres kun, hvis hypersomni er en direkte fysiologisk konsekvens af den medicinske tilstand. Resterende søvnighed hos patienter med tilstrækkeligt behandlet obstruktiv søvnapnø klassificeres her under den antagelse, at den skyldes skader på centralnervesystemet som følge af tilbagevendende hypoxæmi. Bemærk: En endelig diagnose kræver anvendelse af polysomnografi og MSLT-test (Multiple Sleep Latency Test) for at udelukke andre hypersomnolenslidelser eller andre søvnforstyrrelser (f.eks. obstruktiv søvnapnø), som bedre kan forklare søvnigheden.

7A24 Hypersomni på grund af medicin eller stoffer

Diagnosekrav

Hypersomni på grund af medicin eller stoffer er karakteriseret ved overdreven nattesøvn, søvnighed i dagtimerne eller overdreven søvnighed, som kan tilskrives de sederende virkninger af medicin, alkohol eller andre psykoaktive stoffer, herunder abstinenssyndromer (f.eks. fra stimulanser), og som er tilstrækkelig alvorlig til at udgøre et selvstændigt fokus for klinisk opmærksomhed. Bemærk: En definitiv diagnose kræver brug af polysomnografi og multipel søvnlatens-test (MSLT) for at udelukke andre hypersomnolensforstyrrelser eller andre søvnforstyrrelser (f.eks. obstruktiv søvnapnø), som bedre kan forklare søvnigheden.

7A25 Hypersomni i forbindelse med en psykisk lidelse

Diagnosekrav

Hypersomni i forbindelse med en psykisk lidelse er karakteriseret ved overdreven nattesøvn, søvnighed i dagtimerne eller overdreven søvnighed, der er tilstrækkelig alvorlig til at udgøre et selvstændigt fokus for klinisk opmærksomhed. Dette er mest typisk for depressive lidelser eller den depressive fase af bipolare lidelser. Patienterne føler ofte, at deres søvn er af dårlig kvalitet og ikke restituerende, og de kan være meget fokuserede på deres hypersomnolens. Objektive beviser for overdreven søvnighed på MSLT er ofte fraværende. Bemærk: En endelig diagnose kræver brug af polysomnografi og multipel søvnlatens-test (MSLT) for at udelukke andre hypersomnolensforstyrrelser eller andre søvnforstyrrelser (f.eks. obstruktiv søvnapnø), som bedre kan forklare søvnigheden.

7A26 Utilstrækkeligt søvn-syndrom

Diagnosekrav

Insufficient søvn syndrom opstår, når en person vedvarende ikke får den mængde søvn, der kræves i forhold til deres egne fysiologiske søvnkrav for at opretholde normale niveauer af årvågenhed og vågenhed og dermed er kronisk søvnberøvet. Det begrænsede søvnmønster er til stede de fleste dage i mindst flere måneder. Personens evne til at indlede og vedligeholde søvnen er uændret. Søvnstunden er ofte markant længere i weekenden eller på helligdage sammenlignet med hverdagene. Forlængelse af den samlede søvntid resulterer i, at symptomerne på søvnighed forsvinder.

Søvnrelaterede åndedrætsforstyrrelser

Diagnosekrav

Søvnrelaterede åndedrætsforstyrrelser er kendetegnet ved abnormiteter i vejrtrækningen under søvnen. Ved nogle af disse lidelser er respirationen også unormal under vågen tilstand. Forstyrrelserne er grupperet i centrale søvnapnøer, obstruktiv søvnapnø og søvnrelaterede hypoventilations- eller hypoxæmiforstyrrelser.

7A40 Centrale søvnapnøer

Diagnosekrav

Centrale søvnapnøer er karakteriseret ved reduktion eller ophør af luftstrømmen på grund af manglende eller reduceret vejrtrækningsindsats. Central apnø (ophør af luftstrøm) eller hypopnø (reduktion i luftstrøm) kan forekomme cyklisk eller intermitterende. Patienter med central søvnapnø af forskellige ætiologier kan også udvise obstruktive hændelser, i hvilket tilfælde der kan stilles diagnoser som både central søvnapnø og obstruktiv søvnapnø. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi.

7A40.0 Primær central søvnapnø

Diagnosekrav

Primær central søvnapnø er af ukendt ætiologi (idiopatisk) og er karakteriseret ved tilbagevendende, overvejende centrale apnøer. Luftstrømmen og vejrtrækningen ophører samtidigt på en gentagende måde i løbet af natten. De tilbagevendende episoder med apnø (mere end fem i timen) og tilhørende opvågninger er tilstrækkeligt alvorlige til at forårsage symptomer som søvnighed i dagtimerne, forstyrret søvn, opvågning med dyspnø eller snorken. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi.

7A40.1 Primær central søvnapnø i spædbarnsalderen

Diagnosekrav

Primær central søvnapnø hos spædbørn er karakteriseret ved langvarige (> 20 sekunder), overvejende centrale apnøer eller periodisk vejrtrækning i mere end 5% af den samlede søvntid hos et spædbarn på mindst 37 ugers konceptionsalder. Disse hændelser er typisk forbundet med fysiologiske problemer (hypoxæmi, bradykardi) eller behov for intervention såsom stimulering eller genoplivning. Denne diagnose bør tildeles, når centrale hændelser er det dominerende fund, selv om der også er obstruktive eller blandede apnøer eller hypopnøer. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi eller alternativ monitorering som f.eks. hospitals- eller hjemmemonitorering.

7A40.2 Primær central søvnapnø ved præmaturitet

Diagnosekrav

Primær central søvnapnø hos præmature er karakteriseret ved langvarige (> 20 sekunder), overvejende centrale apnøer eller periodisk vejrtrækning i mere end 5% af den samlede søvntid hos et spædbarn med en konceptionsalder på under 37 uger. Disse hændelser er typisk forbundet med fysiologiske problemer (hypoxæmi, bradykardi) eller behov for intervention såsom stimulering eller genoplivning. Denne diagnose bør tildeles, når centrale hændelser er det dominerende fund, selv om der også er obstruktive eller blandede apnøer eller hypopnøer. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi eller alternativ monitorering som f.eks. hospitals- eller hjemmemonitorering.

7A40.3 Central søvnapnø på grund af en medicinsk tilstand med Cheyne-Stokes vejrtrækning

Diagnosekrav

Central søvnapnø på grund af en medicinsk tilstand med Cheyne-Stokes-åndedræt er karakteriseret ved tilbagevendende, overvejende centrale apnøer eller centrale hypopnøer (mere end fem i timen) vekslende med en åndedrætsfase, der udviser et crescendo-decrescendo-mønster i flow (eller tidalvolumen), der tilskrives en medicinsk tilstand. Den længere cykluslængde (> 40 sekunder) adskiller central søvnapnø med Cheyne-Stokes-vejrtrækning fra andre centrale søvnapnøtyper. Langt de fleste patienter med central søvnapnø på grund af en medicinsk tilstand med Cheyne-Stokes-vejrtrækning har enten systolisk eller diastolisk hjertesvigt. Patienter med central søvnapnø på grund af en sygdomstilstand med Cheyne-Stokes vejrtrækning har normalt eller lavt arterielt partialtryk af kuldioxid (PaCO₂) i dagtimerne. Forstyrrelsen er typisk forbundet med atrieflimren/flutter, kongestiv hjerteinsufficiens eller en neurologisk lidelse og er tilstrækkelig alvorlig til at forårsage symptomer som søvnighed i dagtimerne, forstyrret søvn, opvågning med dyspnø eller snorke. Bemærk: En definitiv diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi i nærvær af en medicinsk tilstand, der vurderes at være årsag til symptomerne.

7A40.4 Central søvnapnø på grund af en medicinsk tilstand uden Cheyne-Stokes-åndedræt

Diagnosekrav

Central søvnapnø på grund af en medicinsk tilstand uden Cheyne-Stokes-åndedræt er karakteriseret ved tilbagevendende, overvejende centrale apnøer eller centrale hypopnøer (mere end fem i timen), der tilskrives en medicinsk tilstand (og ikke har CSB-mønsteret). Størstedelen af disse patienter har hjernestammelæsioner af udviklingsmæssig, vaskulær, neoplastisk, degenerativ, demyeliniserende eller traumatisk oprindelse. Forstyrrelsen er tilstrækkelig alvorlig til at forårsage symptomer som søvnighed i dagtimerne, forstyrret søvn, opvågning med dyspnø eller snorke. Bemærk: En definitiv diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi ved tilstedeværelse af en medicinsk tilstand, der vurderes at forårsage symptomerne.

7A40.5 Central søvnapnø på grund af periodisk vejrtrækning i stor højde

Diagnosekrav

Periodisk vejrtrækning i stor højde er karakteriseret ved skiftende perioder med central apnø og hyperpnø i forbindelse med nylig opstigning til stor højde (typisk > 2500 meter). Mønsteret af periodisk vejrtrækning er en forventet reaktion på opstigning til højder. Forstyrrelsen er tilstrækkelig alvorlig til at forårsage symptomer som søvnighed i dagtimerne, forstyrret søvn, opvågning med dyspnø eller snorke. Cykluslængden for dette åndedrætsmønster er almindeligvis mindre end 40 sekunder og ofte så kort som 12 til 20 sekunder. Bemærk: Denne diagnose kan stilles klinisk baseret på symptomer og nylig opstigning til stor højde.

7A40.6 Central søvnapnø på grund af medicin eller stof

Diagnosekrav

Central søvnapnø på grund af medicin er karakteriseret ved et mønster af tilbagevendende, overvejende central søvnapnø eller hypopnø (mere end fem i timen), som kan tilskrives en medicin eller et stof, oftest langtidsvirkende opioider (f.eks. metadon, langtidsvirkende morfin eller oxycodon, fentanylplastre). Forstyrrelsen er tilstrækkelig alvorlig til at forårsage symptomer som søvnighed i dagtimerne, forstyrret søvn, opvågning med dyspnø eller snorke. Obstruktive apnøer og hypoventilation kan være til stede, men central søvnapnø er det dominerende fund. Bemærk: En definitiv diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi i forbindelse med medicinering eller brug af stoffer, der vurderes at forårsage symptomerne.

7A41 Obstruktiv søvnapnø

Diagnosekrav

Obstruktiv søvnapnø er karakteriseret ved gentagne episoder af apnø eller hypopnø, som skyldes obstruktion af de øvre luftveje under søvn. Disse hændelser resulterer ofte i fald i iltmætningen i blodet og afsluttes som regel med en kort opvågning fra søvnen. Overdreven søvnighed er en vigtig klage i mange, men ikke alle tilfælde. Rapporter om søvnløshed, dårlig søvnkvalitet og træthed er også almindelige. Upper airway resistance syndrome deler den samme patofysiologi og bør klassificeres her. Hos voksne (> 18 år) diagnosticeres obstruktiv søvnapnø, når hyppigheden af obstruktive hændelser (apnøer, hypopnøer eller respiratoriske hændelsesrelaterede arousals) er større end 15 i timen. Lidelsen kan også diagnosticeres, når frekvensen er større end fem i timen, og: a) der er symptomer, der kan tilskrives lidelsen (f.eks. søvnighed eller søvnforstyrrelser); eller b) der rapporteres om natlig åndedrætsbesvær eller observeret apnø/habituel snorken; eller c) når der er hypertension, en stemningsforstyrrelse, kognitiv dysfunktion, koronararteriesygdom, slagtilfælde, kongestiv hjerteinsufficiens, atrieflimren eller type 2-diabetes mellitus. Hos børn diagnosticeres lidelsen, når hyppigheden af obstruktive hændelser er større end én i timen, ledsaget af tegn eller symptomer relateret til vejtrækningsforstyrrelsen. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi.

7A42 Søvnrelaterede hypoventilations- eller hypoxæmiforstyrrelser

Diagnosekrav

Det primære træk ved disse lidelser er utilstrækkelig søvnrelateret ventilation, hvilket resulterer i unormalt forhøjet arterielt partialtryk af kuldioxid (PaCO₂) under søvn. Søvnrelateret hypoxæmi diagnosticeres, når overvågning natten over afslører vedvarende (> 5 minutter) fald i iltmætning til ≤ 88% hos voksne (eller ≤ 90% hos børn) i ≥ 5 minutter. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi samt overvågning af kuldioxid (CO₂) under søvn (ved arterielle, endtidale eller transkutane målinger).

7A42.0 Overvægtigt hypoventilationssyndrom

Diagnosekrav

Fedme hypoventilationssyndrom er karakteriseret ved fedme (hos voksne > 30 kg/m²) og hyperkapni i dagtimerne indikeret ved arterielt partialtryk af kuldioxid (PaCO₂) > 45 mm Hg, som ikke fuldt ud kan tilskrives en underliggende kardiopulmonal eller neurologisk sygdom. Hyperkapni forværres under søvn og er ofte forbundet med alvorlig arteriel ilt desaturation. Obstruktiv søvnapnø er også til stede i de fleste tilfælde og bør diagnosticeres i tillæg til obesitas-hypoventilation. Bemærk: En endelig diagnose kræver påvisning af hyperkapni i dagtimerne og objektive beviser baseret på polysomnografi med overvågning af kuldioxid (CO₂) (ved arterielle, end-tidale eller transkutane målinger).

7A42.1 Medfødt central alveolær søvnrelateret hypoventilation

Diagnosekrav

Medfødt centralt alveolært hypoventilationssyndrom (CCHS) er en lidelse med autonom dysfunktion, primært svigt i den automatiske centrale kontrol af vejtrækningen, forårsaget af en mutation i PHOX2B-genet. CCHS er karakteriseret ved hypoventilation, som er værre under søvn end i vågen tilstand. Sygdommen debuterer normalt ved fødslen, og CCHS viser sig oftest hos et ellers normalt udseende spædbarn, som har cyanose, problemer med at spise, hypotoni eller, sjældnere, central apnø. Sværhedsgraden er relateret til den specifikke mutation, der er til stede. Personer med mildere varianter af lidelsen får måske ikke klinisk opmærksomhed før voksenalderen. Bemærk: En endelig diagnose kræver påvisning af PHOX2B-mutationen og objektive beviser baseret på polysomnografi med kuldioxid (CO₂)-monitorering (ved arterielle, end-tidale eller transkutane målinger).

7A42.2 Ikke-medfødt central hypoventilation med hypothalamiske abnormiteter

Diagnosekrav

Ikke-medfødt central hypoventilation med hypothalamisk dysfunktion er en forstyrrelse i den centrale kontrol af ventilationen. Patienterne er normalt raske indtil den tidlige barndom (ofte 2-3 års alderen), hvor de udvikler hyperfagi og svær fedme, efterfulgt af central hypoventilation, som ofte viser sig som respirationssvigt. Hypotalamisk endokrin dysfunktion kan være karakteriseret ved øgede eller nedsatte hormonniveauer og kan omfatte en eller flere af følgende: diabetes insipidus, uhensigtsmæssig hypersekretion af antidiuretisk hormon, tidlig pubertet, hypogonadisme, hyperprolaktinæmi, hypothyroidisme og nedsat væksthormonsekretion eller tumorer af neural oprindelse. Der er ofte humørsvingninger og adfærdsforstyrrelser, nogle gange alvorlige. Udviklingsforsinkelse eller autistiske træk kan være til stede, men mange patienter er kognitivt normale. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi med overvågning af kuldioxid (CO₂) (ved arterielle, end-tidale eller transkutane målinger).

7A42.3 Idiopatisk central alveolær hypoventilation

Diagnosekrav

Idiopatisk central alveolær hypoventilation er defineret som tilstedeværelsen af nedsat alveolær ventilation, der resulterer i søvnrelateret hyperkapni og hypoxæmi hos personer med formodede normale mekaniske egenskaber af lungerne og respirationspumpen. Kronisk hypoventilation under søvn eksisterer uden nogen let identificerbar svækkelse af respirationen, såsom pulmonale luftveje eller parenkymale tilstande, neurologiske, neuromuskulære eller brystvægsabnormaliteter, svær fedme, andre søvnrelaterede vejrtrækningsforstyrrelser eller brug af respirationsdeprimerende medicin eller stoffer. Døgnetlig såvel som natlig hypoventilation menes primært at skyldes nedsat kemoresponsivitet over for kuldioxid (CO₂) og ilt (O₂). Patienterne kan klage over hovedpine om morgenen, træthed, neurokognitiv tilbagegang og søvnforstyrrelser, eller de kan være helt symptomfrie. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi med overvågning af kuldioxid (CO₂) (ved arterielle, end-tidale eller transkutane målinger).

7A42.4 Søvnrelateret hypoventilation på grund af et lægemiddel eller en substans

Diagnosekrav

Søvnrelateret hypoventilation på grund af medicin eller stoffer er primært karakteriseret ved kronisk hypoventilation og hyperkapni på grund af langvarig brug af medicin eller stoffer, der er kendt for at nedsætte ventilationsdriften og/eller forringe åndedrætsmuskulernes mekanik (f.eks. langtidsvirkende narkotiske midler, anæstetika, sedative forbindelser og muskelafslappende midler). Hypoxæmi er også almindeligt forekommende. Hyperkapni kan også forekomme under vågen tilstand hos nogle patienter. Patienterne kan enten være asymptomatiske eller komme med klager over dyspnø, trykken for brystet eller træthed. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi med kuldioxid (CO₂)-monitorering (ved arterielle, end-tidale eller transkutane målinger) i forbindelse med medicinering eller brug af stoffer, der vurderes at forårsage symptomerne.

7A42.5 Søvnrelateret hypoventilation på grund af medicinsk tilstand

Diagnosekrav

Søvnrelateret hypoventilation på grund af medicinsk tilstand er karakteriseret ved søvnrelateret hypoventilation på grund af sygdom i lungernes luftveje eller parenkym, lidelser i brystvæggen, pulmonal hypertension, neurologiske og neuromuskulære lidelser. Hyperkapni i dagtimerne kan også være til stede. Søvnrelateret hypoxæmi kan være alvorlig. Patienterne kan enten være asymptomatiske eller komme med klager over dyspnø, trykken for brystet eller træthed. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi med kuldioxid (CO₂)-monitorering (ved arterielle, end-tidale eller transkutane målinger) i nærvær af en medicinsk tilstand, der vurderes at være årsag til symptomerne.

7A42.6 Søvnrelateret hypoxæmi på grund af en medicinsk tilstand

Diagnosekrav

Søvnrelateret hypoxæmi på grund af en medicinsk tilstand er karakteriseret ved vedvarende fald i SpO₂ ($\leq 88\%$ hos voksne eller $\leq 90\%$ hos børn) i ≥ 5 minutter) under søvn. Tilstanden kan tilskrives en medicinsk eller neurologisk lidelse. Tilstedeværelsen af hypoxæmi kan ikke bedre forklares med en anden søvnrelateret vejtrækningsforstyrrelse (f.eks. obstruktiv søvnapnø). Selvom der kan være en vis grad af obstruktiv eller central apnø, menes disse lidelser ikke at være hovedårsagen til hypoxæmien under søvn. Nogle patienter med søvnrelateret hypoxæmi udviser også hypoxæmi i vågen tilstand. Hvis der er konstateret hyperkapni, bør man stille diagnosen søvnrelateret hypoventilation i stedet for søvnrelateret hypoxæmi. Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografisk monitorering af iltmætning (SaO₂) ved tilstedeværelse af en medicinsk tilstand, der vurderes at være årsag til faldet i SaO₂.

Døgnrytme forstyrrelser

Diagnosekrav

Søvn-vågn-forstyrrelser med cirkadisk rytme er forstyrrelser i søvn-vågn-cyklussen (typisk manifesteret som søvnløshed, overdreven søvnighed eller begge dele) som følge af ændringer i det cirkadiske tidsstyringssystem, dets medfølgende mekanismer eller en forkert tilpasning af den endogene cirkadiske rytme og det ydre miljø. Der bør anvendes søvnjournaler og om muligt actigrafi i mindst en uge for at definere den specifikke forstyrrelse af søvn- og vågetidsplanen.

7A60 Forsinket søvn-vågenfase-forstyrrelse

Diagnosekrav

Forsinket søvn-vågenfase er et tilbagevendende mønster af forstyrrelser i søvn-vågenrytmen, der er karakteriseret ved en vedvarende forsinkelse i den primære søvnperiode sammenlignet med konventionelle eller ønskede søvntider. Forstyrrelsen resulterer i vanskeligheder med at falde i søvn og vanskeligheder med at vågne på ønskede eller påkrævede tidspunkter. Når søvnen får lov til at finde sted efter det forsinkede skema, er den stort set normal i kvalitet og varighed. Symptomerne skal have stået på i mindst flere måneder og resultere i betydelig lidelse eller mental, fysisk, social, erhvervsmæssig eller akademisk svækkelse.

7A61 Avanceret forstyrrelse af søvn-vågne faser

Diagnosekrav

Fremskreden søvn-vågenfaseforstyrrelse er et tilbagevendende mønster af forstyrrelser i søvn-vågenplanen, der er karakteriseret ved vedvarende fremrykning (til et tidligere tidspunkt) af den primære søvnperiode sammenlignet med konventionelle eller ønskede søvntider. Forstyrrelsen resulterer i søvnighed om aftenen (før det ønskede sengetidspunkt) og opvågning tidligere end de ønskede eller påkrævede tidspunkter. Når søvnen får lov til at finde sted efter det fremskredne skema, er den stort set normal i kvalitet og varighed. Symptomerne skal have stået på i mindst flere måneder og resultere i betydelig lidelse eller mental, fysisk, social, erhvervsmæssig eller akademisk svækkelse.

7A62 Uregelmæssig søvn-vågnrytme-forstyrrelse

Diagnosekrav

Uregelmæssig søvn-vågnrytme-forstyrrelse er karakteriseret ved fravær af en klart defineret cyklus af søvn og vågenhed. Søvnen bliver fordelt i flere episoder af varierende varighed i løbet af døgnet. Patienterne klager typisk over søvnløshed og/eller overdreven døgnsovning som følge af tilstanden. Symptomerne skal have varet i mindst flere måneder og medføre betydelig lidelse eller psykisk, fysisk, social, erhvervsmæssig eller akademisk svækkelse.

7A63 Forstyrrelse af søvn-vågnrytme, der ikke er 24 timer i døgnet

Diagnosekrav

En ikke-24 timers søvn-vågnrytme-forstyrrelse er karakteriseret ved perioder med søvnløshed og/eller søvnighed om dagen, der veksler med perioder med relativt normal søvn, som følge af manglende tilpasning af det cirkadiske ur til den 24-timers miljøcyklus. Perioden for den cirkadiske cyklus/søvn-vågn-cyklus er typisk længere end 24 timer. Symptomerne opstår, når den cirkadisk-kontrollerede søvn-vågn-tilbøjelighed går ind og ud af fase med den miljømæssige dag-nat-cyklus. Forstyrrelsen ses hyppigst hos personer med fuldstændig blindhed. Symptomerne skal have været i mindst flere måneder og medføre betydelig lidelse eller psykisk, fysisk, social, erhvervmæssig eller akademisk svækkelse.

7A64 Døgnrytme-forstyrrelse i søvn og vågen tilstand, skifteholdstype

Diagnosekrav

Døgnrytme-forstyrrelse i søvn og vågentilstand, type skifteholdsarbejde er karakteriseret ved klager over søvnløshed og/eller overdreven søvnighed, der opstår som følge af arbejdsskift, der overlapper med hele eller en del af de konventionelle nattesøvnperioder. Lidelsen er også forbundet med en reduktion i den samlede søvntid. Symptomerne skal have stået på i mindst flere måneder og resultere i betydelig lidelse eller mental, fysisk, social, erhvervmæssig eller akademisk svækkelse.

7A65 Døgnrytme-forstyrrelse i søvn og vågentilstand, jetlag-type

Diagnosekrav

Døgnrytme-forstyrrelse i søvn og vågentilstand, jetlag-type, er karakteriseret ved en midlertidig uoverensstemmelse mellem timingen af søvn- og vågencyklussen, der genereres af det endogene døgnur, og det søvn- og vågenmønster, der kræves ved rejser på tværs af mindst to tidszoner. Personer klager over forstyrret søvn, søvnighed og træthed, somatiske symptomer (f.eks. gastrointestinale gener) eller nedsat funktion i dagtimerne. Symptomernes sværhedsgrad og varighed afhænger af antallet af rejste tidszoner, evnen til at sove under rejsen, eksponering for passende døgnrytmesignaler i det nye miljø, tolerance over for døgnrytme-forskydning, når man er vågen i løbet af den biologiske nat, og rejsens retning. Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller mental, fysisk, social, erhvervmæssig eller akademisk svækkelse.

Søvnrelaterede bevægelsesforstyrrelser

Diagnosekrav

Søvnrelaterede bevægelsesforstyrrelser er primært karakteriseret ved relativt simple, som regel stereotype, bevægelser, der forstyrrer søvnen eller dens begyndelse. En undtagelse er Restless legs syndrom, som primært er en vågen, sensomotorisk oplevelse, men som er inkluderet i søvnrelaterede bevægelsesforstyrrelser, fordi det næsten altid også involverer periodiske bevægelser i lemmerne under søvn.

7A80 Restless legs syndrom

Diagnosekrav

Restless legs syndrom er en sensomotorisk vågen lidelse, der er karakteriseret ved en klage over en stærk, næsten uimodståelig trang til at bevæge lemmerne. Denne trang til at bevæge sig er ofte, men ikke altid, ledsaget af andre ubehagelige fornemmelser, der føles dybt inde i lemmerne. Selv om benene er mest påvirkede, beskriver en betydelig procentdel af personer med Restless legs syndrom nogle fornemmelser i armene. Symptomerne på Restless legs syndrom er værre i hvile, lindres ved bevægelse og er fremherskende om aftenen eller natten. Symptomerne er så alvorlige, at de medfører betydelig lidelse eller forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder (f.eks. på grund af hyppige forstyrrelser i søvnen). Langt de fleste personer med Restless legs syndrom udviser også periodiske bevægelser af lemmerne under søvnen. En særskilt diagnose af periodiske lembevægelser er ikke berettiget i sådanne tilfælde, da lembevægelser under søvn anses for at være en forventet del af Restless legs syndrom.

7A81 Periodisk bevægelsesforstyrrelse i lemmerne

Diagnosekrav

Periodisk bevægelsesforstyrrelse er karakteriseret ved periodiske episoder af gentagne (> 5/time hos børn eller > 15/time hos voksne), meget stereotype bevægelser af lemmerne, der forekommer under søvn, i forbindelse med betydelige vanskeligheder med søvninitiering eller -vedligeholdelse eller træthed, der ikke kan forklares med en anden primær søvnforstyrrelse eller anden ætiologi. Specifikt, når periodiske bevægelser i lemmerne er forbundet med Restless legs syndrom, narkolepsi eller REM-søvn adfærdsforstyrrelse, er en separat diagnose af Periodisk bevægelsesforstyrrelse ikke berettiget, fordi bevægelserne i lemmerne under søvn betragtes som en forventet del af disse lidelser. Periodiske bevægelser i lemmerne forekommer hyppigst i underekstremiteterne, men kan også ses i armene. De kan være forbundet med tilbagevendende opvågner fra søvnen, hvilket giver anledning til søvnforstyrrelser. Symptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at resultere i betydelig lidelse eller forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder (f.eks. på grund af hyppige søvnforstyrrelser). Bemærk: En endelig diagnose kræver objektive beviser baseret på polysomnografi.

7A82 Søvnrelaterede kramper i benene

Diagnosekrav

Søvnrelaterede benkramper er smertefulde fornemmelser i benet eller foden forbundet med pludselig, ufrivillig muskelhårdhed eller stramhed, hvilket indikerer en stærk muskelsammentrækning. De varer typisk fra et par sekunder til flere minutter. Symptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at resultere i betydelig lidelse eller forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder (f.eks. på grund af hyppige forstyrrelser i søvnen).

7A83 Søvnrelateret bruxisme

Diagnosekrav

Søvnrelateret bruxisme er karakteriseret ved gentagne, rytmiske sammentrækninger af kæbemusklerne under søvn. Disse sammentrækninger kan tage form af gentagne fasiske muskelsammentrækninger eller isolerede, vedvarende kæbesammenbidninger (toniske sammentrækninger). Disse sammentrækninger under søvnen frembringer tænderskærende lyde. Symptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at resultere i betydelig lidelse eller forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder (f.eks. på grund af hyppige forstyrrelser i søvnen) eller betydelig skade på tænderne.

7A84 Søvnrelateret rytmisk bevægelsesforstyrrelse

Diagnosekrav

Søvnrelateret rytmisk bevægelsesforstyrrelse er karakteriseret ved gentagende, stereotyp og rytmisk motorisk adfærd, der involverer store muskelgrupper (f.eks. at banke hovedet mod puden eller madrassen, rulle hovedet, vugge kroppen, rulle kroppen). Symptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at medføre betydelig lidelse eller forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder (f.eks. på grund af hyppige søvnforstyrrelser) eller medføre personskade (f.eks. ved at falde ud af sengen).

7A85 Godartet søvnmyoklonus i spædbarnsalderen

Diagnosekrav

Godartet søvnmyoklonus i spædbarnsalderen er karakteriseret ved gentagne myokloniske ryk, der opstår under søvn hos nyfødte og spædbørn. Godartet søvnmyoklonus hos spædbørn forveksles ofte med epilepsi. Men i modsætning til rykkene ved myokloniske anfald og myoklonisk encefalopati, forekommer rykkene ved benign søvnmyoklonus hos spædbørn udelukkende under søvn. Rykkene er ofte bilaterale og massive og involverer typisk store muskelgrupper.

7A86 Propriospinal myoklonus ved søvnens begyndelse

Diagnosekrav

Propriospinal myoklonus ved indsovning består af pludselige myokloniske ryk i torso, hofter og knæ i et fast mønster, der opstår under overgangen fra vågenhed til søvn og, mere sjældent, under natlige opvågninger eller ved opvågning om morgenen. Rykkene opstår hovedsageligt i spinalt innerverede muskler og forplanter sig derefter til rostrale og kaudale muskler med en lav hastighed, som er typisk for propriospinale baner. Bevægelserne resulterer i klinisk signifikante vanskeligheder med at påbegynde eller vedligeholde søvnen.

7A87 Søvnrelateret bevægelsesforstyrrelse på grund af en medicinsk tilstand

Diagnosekrav

Søvnrelateret bevægelsesforstyrrelse på grund af en medicinsk tilstand er karakteriseret ved søvnrelaterede bevægelsesabnormaliteter, der direkte kan tilskrives en underliggende neurologisk eller medicinsk tilstand. Mange medicinske tilstande, især sygdomme i nervesystemet, kan være forbundet med bevægelsesabnormaliteter, der er tydelige i vågen tilstand og i søvn. I nogle tilfælde kan de natlige manifestationer af bevægelsesabnormaliteterne være tydelige, før der er stillet en sikker neurologisk diagnose. Når tilstedeværelsen af en medicinsk eller neurologisk tilstand er klart fastslået, bør denne diagnose kun tildeles, hvis de søvnrelaterede aspekter af bevægelsesabnormaliteten eller dens følgevirkninger er fokus for uafhængig klinisk opmærksomhed.

7A88 Søvnrelateret bevægelsesforstyrrelse på grund af medicin eller stof

Diagnosekrav

Søvnrelaterede bevægelsesforstyrrelser på grund af medicin eller stoffer er karakteriseret ved søvnrelaterede bevægelsesabnormaliteter, som direkte kan tilskrives effekten af medicin eller stoffer. Mange stoffer kan være forbundet med bevægelsesabnormaliteter, der er tydelige i vågen tilstand og i søvn. I det omfang, at bevægelsesabnormaliteten er en forventet komplikation af det eller de involverede stoffer (f.eks. tardiv dyskinesi eller akatisi forbundet med brug af neuroleptika), bør denne diagnose kun tildeles, hvis de søvnrelaterede aspekter af bevægelsesabnormaliteten eller dens følger er fokus for uafhængig klinisk opmærksomhed.

Parasomniske lidelser

Diagnosekrav

Parasomnier er problematiske adfærdsmæssige eller fysiologiske hændelser, der opstår, mens man falder i søvn, under søvn eller ved opvågning fra søvn. Parasomnier kan optræde under søvn uden hurtige øjenbevægelser (NREM), søvn med hurtige øjenbevægelser (REM) eller under overgange til og fra søvn. De omfatter unormale søvnrelaterede komplekse bevægelser, adfærd, følelser, opfattelser, drømme og aktivitet i det autonome nervesystem.

7B00 Forstyrrelser i opvågning fra non-REM-søvn

Diagnosekrav

Opvågningsforstyrrelser fra non-REM-søvn er karakteriseret ved oplevelser eller adfærd som forvirring, vandring, terror eller ekstrem autonom ophidselse, der typisk opstår som et resultat af ufuldstændige opvågninger fra dyb non-REM-søvn (N3). En undtagelse er søvnrelateret spiseforstyrrelse, som er blevet observeret at opstå under alle stadier af non-REM-søvn. Denne gruppe af lidelser er også kendetegnet ved delvis eller fuldstændig hukommelsestab for hændelsen, uhensigtsmæssig eller manglende reaktion på andres forsøg på at gribe ind eller omdirigere personen under episoden og begrænset (f.eks. en enkelt visuel scene) eller ingen associeret kognition eller drømmebilleder. Oplevelserne eller adfærden er tilstrækkelig alvorlig til at resultere i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder eller betydelig risiko for skade på personen selv eller andre (f.eks. at slå eller slå ud som reaktion på forsøg på at fastholde personen).

7B00.0 Forvirrende ophidselse

Diagnosekrav

Konfusionelle arousaler er karakteriseret ved mental forvirring eller forvirret adfærd (f.eks. desorientering, manglende reaktionsevne, nedsat eller langsom tale, dårlig hukommelse) under en delvis opvågning fra dyb søvn. Der er delvis eller fuldstændig amnesi for begivenhederne. Oplevelserne eller adfærden er tilstrækkelig alvorlig til at resultere i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder eller betydelig risiko for skade på personen selv eller andre.

7B00.1 Forstyrrelse i form af søvngænger

Diagnosekrav

Søvngænger er karakteriseret ved gang og anden kompleks adfærd under en delvis opvågning fra dyb søvn.

7B00.2 Søvnterror

Diagnosekrav

Søvnterror er karakteriseret ved episoder med pludselig terror under en delvis opvågning fra dyb søvn, der typisk begynder med en vokalisering som f.eks. et skræmmende skrig. Personen oplever intens frygt ledsaget af tegn på autonom ophidselse, såsom mydriasis, takykardi, takypnø og diaphores.

7B00.3 Søvnrelateret spiseforstyrrelse

Diagnosekrav

Søvnrelateret spiseforstyrrelse er karakteriseret ved tilbagevendende episoder med ufrivillig overdreven eller farlig spising eller drikning, der forekommer i den primære søvnperiode, og som ikke kan tilskrives virkningerne af medicin eller stoffer. Episoderne kan involvere indtagelse af særlige former for eller kombinationer af mad eller uspiselige eller giftige stoffer eller skadelig eller potentielt skadelig adfærd, der udføres i jagten på mad eller under tilberedning af mad. Der kan være negative sundhedsmæssige konsekvenser ved tilbagevendende natlig overspising af mad med højt kalorieindhold. Der er delvist eller fuldstændigt hukommelsestab for begivenhederne.

7B01 Parasomnier relateret til REM-søvn

Diagnosekrav

Parasomnier relateret til REM-søvn er karakteriseret ved oplevelser eller adfærd såsom vokalisering eller kompleks motorisk adfærd, søvnparalyse eller mareridt, der er forbundet med REM-søvn. Oplevelserne er tilstrækkeligt alvorlige til at resultere i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder eller betydelig risiko for skade på personen selv eller andre.

7B01.0 Adfærdsforstyrrelse i forbindelse med REM-søvn

Diagnosekrav

REM-søvn adfærdsforstyrrelse er karakteriseret ved gentagne episoder af søvnrelateret vokalisering eller kompleks motorisk adfærd, som enten er dokumenteret ved polysomnografi til at forekomme under REM-søvn eller formodes at forekomme under REM-søvn på grund af en klinisk historie med drømme. Polysomnografiske optagelser (når de udføres) viser REM-søvn uden atoni. Forstyrrelsen kan forekomme som en isoleret, idiopatisk form, men er ofte forbundet med latent eller manifest sygdom i nervesystemet, især alfa-synucleinopati. Bemærk: En foreløbig diagnose kan stilles på klinisk grundlag, men en endelig diagnose kræver polysomnografisk påvisning af REM-søvn uden atoni.

7B01.1 Tilbagevendende isoleret søvnparalyse

Diagnosekrav

Tilbagevendende isoleret søvnparalyse består af tilbagevendende manglende evne til at bevæge overkroppen og alle lemmer ved søvnens begyndelse (hypnagogisk) eller ved opvågning (hypnopompisk) fra søvnen. Episoderne varer typisk fra et par sekunder til et par minutter og forårsager klinisk signifikant lidelse, herunder angst ved sengetid eller frygt for søvn.

7B01.2 Forstyrrelse af mareridt

Diagnosekrav

Mareridtslidelse er karakteriseret ved tilbagevendende, livagtige og stærkt dysforiske drømme, der ofte involverer trusler mod individet, og som generelt opstår under REM-søvn, og som ofte resulterer i opvågning med angst. Personen er hurtigt orienteret og vågen, når han eller hun vågner.

7B02 Andre parasomnier

Diagnosekrav

Andre parasomnier omfatter hypnagogisk eksploderende hoved-syndrom, søvnrelaterede hallucinationer og unormale søvnrelaterede komplekse bevægelser, adfærd, følelser, opfattelser, drømme eller aktivitet i det autonome nervesystem relateret til en medicinsk tilstand eller på grund af en medicin eller et stof. Oplevelserne er tilstrækkeligt alvorlige til at resultere i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder eller betydelig risiko for skade på personen selv eller andre

7B02.0 Hypnagogisk eksploderende hoved-syndrom

Diagnosekrav

Hypnagogisk eksploderende hoved-syndrom er karakteriseret ved opfattelsen af en pludselig, høj lyd eller følelsen af en voldsom eksplosion i hovedet, der typisk opstår, når personen falder i søvn. Af og til kan disse episoder forekomme, når man vågner i løbet af natten. De er forbundet med en brat opvågning efter hændelsen, ofte med en følelse af forskrækkelse.

7B02.1 Søvnrelaterede hallucinationer

Diagnosekrav

Søvnrelaterede hallucinationer er hallucinatoriske oplevelser, der opstår ved søvnens begyndelse (hypnagogiske hallucinationer) eller ved opvågning fra søvnen (hypnopompiske hallucinationer). Søvnrelaterede hallucinationer er overvejende visuelle, men kan også omfatte auditive, taktile eller kinetiske fænomener.

7B02.2 Parasomni på grund af en medicinsk tilstand

Diagnosekrav

Parasomni på grund af en medicinsk tilstand er karakteriseret ved unormale søvnrelaterede komplekse bevægelser, adfærd, følelser, opfattelser, drømme eller aktivitet i det autonome nervesystem, som direkte kan tilskrives en underliggende neurologisk eller medicinsk tilstand.

7B02.3 Parasomni på grund af medicin eller stoffer

Diagnosekrav

Parasomnier som følge af medicin eller stoffer er karakteriseret ved unormale søvnrelaterede komplekse bevægelser, adfærd, følelser, opfattelser, drømme og aktivitet i det autonome nervesystem, som direkte kan tilskrives virkningen af medicin eller stoffer.

REFERENCER

World Health Organization (WHO) - International Classifications of Diseases (ICD) - Version 11 (2019).
ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int)