



Akupunktur og hetetokter

Mange kvinner opplever plager i overgangsalderen, og den vanligste av dem er hetetokter. Hetetokter er en plutselig bølge av varme i hodet, halsen eller overkroppen. Ofte kan man begynne å svette og bli rød, og mange vil oppleve at søvnen blir avbrutt. Dette rammer opptil 75% av alle kvinner i overgangsalderen. Overgangsalderen er en fase alle kvinner går gjennom og mange er redde for å bruke hormoner på grunn av mulige bivirkninger.

I forbindelse med akupunkturstudiet mitt ved Norges Helsehøyskole Campus Kristiania, ønsket jeg i min bacheloroppgave å undersøke om akupunktur kan være en effektiv behandling for kvinner i overgangsalderen. Oppgaven var et litteraturstudie og problemstillingen var: «I hvilken grad kan akupunktur ha effekt på hetetokter hos kvinner i overgangsalderen?»

Overgangsalderen er i utgangspunktet en normal prosess og ingen sykdom. Symptomer i denne perioden skyldes at eggstokkene gradvis slutter å fungere og det blir en lavere østrogenmengde i kroppen. Hetetokter er det vanligste av symptomene. Hvor ofte kvinner er plaget og hvor intenst dette oppleves, vil variere. En norsk langtidsstudie som fulgte 2002 kvinner viste at 39% av kvinnene hadde daglige hetetokter ved et eller flere tilfeller. 29% hadde ikke hetetokter, mens 30% hadde store plager og ofte over lengre tid (Gjelsvik m.fl. 2011).

Hormonbehandling har vært benyttet av mange fordi det har god effekt på plagene. Det har imidlertid kommet dokumentasjon på at østrogenbehandling medfører økt fare for brystkreft og enkelte alvorlige hjerte-kar sykdommer. Legene anbefaler bruk kun ved uttalte plager og i kortere perioder. Man vet at enkelte kvinner kan ha hetetokter i over 10 år.

På bakgrunn av at hetetokter rammer mange, er plagsomt, og at vestlig medisin ikke tilbyr en trygg behandling, er det viktig å finne ut om akupunktur kan være et effektivt alternativ.

I oppgaven beskriver jeg forskjellige tilnærminger til ubalansen som ligger til grunn for hetetokter både fra et vestlig medisinsk- og tradisjonell kinesisk medisinsk (TKM) synspunkt, og redegjør for de ulike syndromer og punktvalg som er aktuelle ved hetetokter. Jeg presenterer

også fire forskningsartikler av nyere dato, tre randomiserte kontrollerte studier og en systematisk oversikt, som undersøker om akupunktur har effekt på hetetokter. I denne artikkelen gir jeg kun et utdrag av bacheloroppgaven og legger størst vekt på resultatene av forskningsstudiene.

Litteratur

De forfatterne jeg benyttet som kilder i forbindelse med TKM-teorien har alle lang klinisk erfaring innen TKM. Boken *Obstetrics and Gynecology* av Giovanni Maciocia (2011) ble valgt fordi den er om gynekologi og pensum ved skolen. *Menopause & Chinese Medicine* av Bob Flaws (2006) blir gitt mye plass fordi det er en bok som går i dybden på overgangsplager og som beskriver andre organer (spesielt SP) og andre mekanismer enn det Maciocia og Si-tu og Wang gjør. Boken *Menstrual Disorders 2: Premenstrual Syndrome, Dysmenorrhea & Perimenopause* av Si-tu Yi og Wang Xiao-yun (2008) er valgt fordi det er interessant å bruke en bok med bakgrunn fra Kina. Si-tu og Wang er begge to professorer i TKM og gynekologi og har en lang merittliste innenfor forskning, undervisning og klinisk arbeide.

For å finne relevant nyere forskning søkte jeg i databasene MEDLINE, AMED, Embase og COCHRANE. Søkeordene var «menopause», «hot flush (or hot flash)» og «acupuncture therapy (or acupuncture)» i kombinasjon. Kun RCT og Systematic Review fra de siste fem årene ble inkludert. Jeg ønsket å undersøke effekten av tradisjonell kroppsakupunktur som hovedbehandling.

Hetetokter og syndromdifferensiering

De tre kildene jeg benyttet (TKM-teorien) viser til syndromer som kan forekomme ved overgangsplager (tabell 3). Jeg

Tabell 3. Syndromdifferensiering og punktforslag

Maciocia	Flaws	Si-tu og Wang
KI Yin og Yang Xu: KI3, LU7 og KI6, CV7, HT6, CV4, BL23, BL52, SP6	Ki Yin og Yang Xu: SP6, KI3, CV4, CV6, BL23, GV4 + HT6 v/nattesvette	KI Yin og Yang Xu: BL23, ST36, SP6, LR3, GV20, CV17 (standardpunkter)
KI Yang Xu: BL23, BL52, KI3, LU7(h) og KI6(v), CV4, CV15, KI7		
KI og LR Yin Xu med LR Yang rising: KI3, LR8, CV4, LU7 og KI6, LR3, GV24, GB13, GB20, PC7	LR Yang rising eller indre LR Vind: GV20, GB20, TaiYang, LI4, LR3 (eller LR2), SP6, KI3, CV4	
	LR og KI Yin Xu: 1) SP6, KI3, BL17, BL18, BL23 + KI7 og LI4 v/mye svette, HT6 v/nattesvette	LR og KI Yin Xu: BL23, ST36, SP6, LR3, GV20, CV17 (standardpunkter)
KI og HT not harmonized: LU7(h) og KI6(v), KI3, CV4, SP6, KI13, HT6, KI7, HT8, PC7, CV15, GV24	KI og HT not harmonized: Samme punktvalg som 1)	
Blodstase: SP4(h) og PC6(v), KI14, SP10, BL17, CV4, CV6, LR3, PC7	Blodstase: SP10, SP6, LI4 + blø overfylte vener/åreknuter	
KI Yin Xu: LU7(h) og KI6(v), KI3, KI10, CV4, KI13, SP6, HT6, KI7, LI4	Yin xu med indre Hete: Samme punktvalg som 1), men i tillegg PC8, PC6, LR2, GB34 for å fjerne Hete/Illd (ikke LR3, osv.)	
(Maciocia 2011; Flaws 2006; Si-tu og Wang 2008). (v) er venstre, (h) er høyre.		

valgte kun ut de syndromer hvor symptomet hetetokter forekommer, inkludert nattesvette. For eksempel vil en kvinne med overgangsplager kunne ha syndromet Phlegm og Qi stagnasjon, men syndromet inkluderes ikke fordi det ikke inneholder symptomet hetetokter. Av plasshensyn presenteres her kun en oppsummering av teorien i tabellen over.

Forskning

Videre presenteres et utdrag av studiene jeg gjennomgikk, hvor fokus er på drøftingen.

Studie 1 – Dodin m.fl. (2013)

En systematisk oversikt med tittelen *Acupuncture for menopausal hot flushes*, hvor formålet var å finne ut om akupunktur var en effektiv og trygg behandling for å redusere hetetokter og bedre livskvaliteten hos kvinner i overgangsalderen med vasomotoriske symptomer. Søk i databaser ble gjort i januar 2013, og utvalget var 16 RCT som alle var parallelle gruppestudier. Disse inkluderte til sammen 1155 deltagere.

Inklusjonskriterier var RCT-studier hvor man sammenlignet forskjellige typer akupunktur med ingen behandling eller annen behandling for å redusere hetetokter og bedre livskvaliteten i overgangsalderen. Deltagerne skulle være kvinner i eller etter overgangsalder med hetetokter. Studier med kvinner som hadde kommet i overgangsalderen på grunn av kirurgisk fjerning av eggstokker, stråling eller cellegift ble også inkludert. Eksklusjonskriterier gjorde at 46 studier ble ekskludert, de fleste fordi de ikke oppfylte kriterier for å være RCT.

Intervensjon var ulike typer akupunktur som for eksempel TKM, elektroakupunktur, akupressur, laserakupunktur, øreakupunktur, moxa og hodebunnsakupunktur. Varighet på behandlingen kunne variere. Kontrollgruppene fikk enten ingen behandling, placebo-akupunktur, sham-akupunktur, hormonterapi eller annen aktiv terapi. Placebo-akupunktur ble definert som en nål som ble plassert over samme akupunkturpunkter, men som ikke penetrerte huden. Sham-akupunktur var definert som en nål lokalisert utenfor akupunkturpunktene, eller som overfladisk nåling.

Resultatene viste at i de 8 studiene som sammenlignet akupunktur og sham-akupunktur var det ingen forskjell i frekvens eller intensitet på hetetoktene mellom gruppene etter behandling. De 3 studiene som sammenlignet akupunktur med hormonterapi fikk bedre effekt av hormonterapi i forhold til hyppigheten av hetetoktene, mens intensiteten var den samme i begge gruppene. 4 studier fant at akupunktur var mer effektivt enn ingen behandling i både intensitet og frekvens av hetetoktene.

Forskerne konkluderte med at det ikke var tilstrekkelig grunnlag for å avgjøre om akupunktur er effektiv behandling mot vasomotoriske symptomer i overgangsalderen. Funnene må behandles med forsiktighet da bevisene er av lav til meget lav kvalitet. I tillegg var studiene som sammenlignet akupunktur med hormoner, eller ingen behandling, ikke kontrollert mot sham-akupunktur eller placebo hormonterapi.

Studie 2 – Borud m.fl. (2009)

Dette er en norsk multisenterstudie utført i Tromsø, Oslo og Bergen med tittel *The Acupuncture on Hot Flushes Among Menopausal Women (ACUFLASH) study, a randomized controlled trial*. Formålet var å vurdere effekten av tradisjonell kinesisk akupunktur på vasomotoriske symptomer og helserelatert livskvalitet i overgangsalderen. Dette er en RCT med 267 deltakere hvor ønsket var å undersøke individualisert akupunkturbehandling slik den utøves i det virkelige liv.

Resultatet var at hetetoktene ble vesentlig mer redusert i hyppighet og intensitet i akupunkturgruppen enn i kontrollgruppen. De fikk også forbedring i vasomotoriske-, somatiske og søvnsymptomer. Forskerne konkluderte med at akupunktur og egenomsorg kan bidra til reduksjon av hetetokter og bedret helsemessig livskvalitet hos kvinner i overgangsalderen.

Studie 3 – Venzke, Calvert Jr. og Gilbertson (2010)

Denne RCT-studien med tittelen *A randomized trial of acupuncture for vasomotor symptoms in post-menopausal women* er gjennomført i USA. Målet var å finne ut om akupunktur kunne lindre vasomotoriske symptomer hos kvinner etter overgangsalderen. Forskerne ønsket å gjøre et større forsøk med ikke-invasiv sham-akupunktur som kontroll, for å undersøke om TKM-akupunktur var mer effektiv.

Studien konkluderer med at både ekte- og sham akupunktur er effektiv behandling for vasomotoriske symptomer etter overgangsalderen. Kvinnene fikk færre hetetokter og også bedring i andre symptomer. Sham-akupunktur kan ha terapeutisk effekt i seg selv og derfor være uegnet som kontroll for ekte akupunktur.

Studie 4 – Kim m.fl. (2011)

Dette er en RCT med 54 deltagere med tittel *Acupuncture for hot flushes in perimenopausal and postmenopausal women: a randomized, sham-controlled trial*. Formålet var å finne ut om akupunktur har effekt på hetetokter hos kvinner i overgangsalderen.

Resultatet viste ingen forskjell i hyppighet av hetetoktene mellom gruppene. Intensiteten av hetetoktene var signifikant bedre i akupunkturgruppen rett etter behandling, men ikke etter 8 uker. Forskerne konkluderte at

akupunktur sammenlignet med sham-akupunktur ikke hadde større effekt på hetetokter.

Drøfting

Studiene 2-4 ble drøftet mot hverandre med utgangspunkt i STRICTA (*Standards for reporting interventions in controlled trials of acupuncture*), og relatert til teorien i oppgaven. Studie 1 ble drøftet opp mot enkeltstudiene på et overordnet plan. I denne drøftingen inngår metodiske spørsmål (sham-akupunktur som placebo) som er viktige i forhold til oppgavens problemstilling.

TKM-litteratur

Fellestrekket i teorien forfatterne presenterer er at de alle legger vekt på et underskudd i KI. Utover dette presenterer de etiologi og patologi på forskjellig måte. Flaws er den som understreker at andre organer også har innvirkning på utviklingen av overgangsplager. Han hevder at det er en svak SP som starter prosessen i 35-års alder og at dette påvirker KI og LR slik at man får en KI- og LR Yin Xu. På grunn av dette kontrolleres ikke Yang og den stiger, eller Hete utvikles slik at det blir hetetokter. Han mener derfor at det er en svekkelse av SP som er roten, ikke KI. Maciocia nevner ikke SP som årsak til overgangsplager, men hevder derimot at roten alltid er en nedgang i KI-Essens. Han påpeker likevel at det innenfor denne patologien kan finnes mange varianter av ulike syndromer. En svak KI vil ofte medføre tilstander av overskudd (Excess); spesielt Damp, Qi stagnasjon, Blodstase, Tom Hete eller LR Yang rising. Dette sammenfaller med teorien i boken til Si-tu og Wang.

Forfatterne beskriver mange av de samme syndromene som ligger til grunn for overgangsalder og hetetokter. Hvilke symptomer de har definert under hvert syndrom kan imidlertid variere. Maciocia har fokus på at et underskudd i KI-Essens fører til at både KI Yang og KI Yin påvirkes, om enn i forskjellig grad. Han beskriver at hetetokter også kan forekomme ved KI Yang Xu på grunn av at det alltid også er et aspekt av KI Yin xu der. De andre forfatterne definerer ikke hetetokter som et symptom under syndromet KI Yang Xu.

Behandlingsfrekvens beskrives forskjellig i de tre bøkene. Si-tu og Wang skisserer et standard forløp med behandling hver dag med pause en dag, i totalt 4 uker. Flaws hevder også at behandling hver dag eller hver andre dag er å anbefale, men angir ikke total behandlingstid. Maciocia nevner ikke dette tema. Selv om det vil være individuelle variasjoner ut fra symptomer, virker dette som en meget hyppig frekvens. Si-tu og Wang anbefaler totalt 24 behandlinger. Dette er langt over det totale antall behandlinger i forskningsstudiene som er fra 6 til 16 i antall. Hyppigheten varierer i studiene med mindre enn 1 gang pr. uke til 2 ganger ukentlig på det meste.

Forskning

I oppgaven har jeg inkludert nyere forskning fra 2009 og frem til 2013. STRICTA kom i 2010 og mange forskere i akupunktur bruker disse retningslinjene for å sikre kvalitet i rapporteringen. Dette gjelder også studiene i denne oppgaven som vurderes til å ha inkludert de fleste viktige opplysninger. Selv om studie 2 kom før STRICTA i 2009 har det vært skrevet flere rapporter om denne studien og det

har ikke vært vanskelig å finne nødvendig informasjon.

Akupunktur har en lang historie i mange kulturer og det finnes en rekke ulike stiler innenfor denne behandlingstradisjonen. Det er derfor viktig å opplyse om hvilken type akupunktur som er utøvd i studien (MacPherson m.fl. 2010). Studie 4 er en studie gjort i Korea med en behandler som har tradisjonell koreansk medisinsk bakgrunn. Japan, Korea og Vietnam har egne akupunkturtradisjoner og metoder som til en viss grad skiller dem fra de kinesiske. Studien er detaljert og åpen om gjennomføringen og er foretatt på en standardisert måte med kjente TKM-punkter. Den er lik andre TKM-studier på en rekke punkter, som for eksempel behandlingsfrekvens, nåler, punktvalg, osv. Forskerne bak studien mener at forventninger og sosial aksept for teorien bak behandlingen er forskjellig i ulike kulturer og kan påvirke resultatet. I Korea brukes akupunktur på en rekke helseproblemer hos kvinner. Studie 1 inkluderer studier fra flere ulike land med ulike typer akupunktur.

Det er forskjeller mellom studiene når det gjelder hvordan behandlingen er individualisert og variert. Syndromdifferensiering ut fra individuelle symptomer og tegn er essensen i diagnose og patologi innen kinesisk medisin. I studie 4 får alle pasientene samme punkter i alle behandlinger og det er ingen individuell syndromdifferensiering som ligger til grunn. Her er det ikke samsvar med teorien når det gjelder hvordan akupunktur utøves. I studie 2 får pasientene en egen individuell diagnose og behandling som kan variere fra gang til gang. Hver behandler bestemmer diagnose for sine pasienter og denne vil kunne variere mellom behandlerne. Dette samsvarer i stor grad med TKM-teori. I studie 3 er det også individuelle syndromer som ligger til grunn for punktene. Punktvalget gjøres imidlertid med utgangspunkt i en definert gruppe nøkkelpunkter som også er tilpasset et mageleie. Dette er relativt nært slik det er i teorien, fordi det også i klinisk praksis kan være begrensninger i hvordan pasienten kan ligge.

Det er samsvar mellom studie 2 og 3 når det gjelder hvilke syndromer som er lagt til grunn. Man finner også at Maciocia og Flaws presenterer de samme syndromene som i forskningen, mens Si-tu og Wang bare trekker frem to syndrom (tabell 3).

Når det gjelder antall behandlere (akupunktører) i studiene har både studie 3 og 4 kun én behandler som ivaretar alle deltagerne. Studie 2 har hele 10 behandlere lokalisert på tre forskjellige steder. Det er rimelig å tenke at dette også kan påvirke variasjonen i behandlingen da ulike behandlere til tross for samme utdanning og lang erfaring vil ha ulike personlige stiler.

Av alle punkter som er brukt i studie 2-4 er det kun SP6 som er felles i alle, mens det er flere som brukes i to av studiene (KI7, HT6, KI6, CV4, LU7, LI4, LR3, HT7). Studie 3 er alene om å ha med flere punkter egnet for mageleie (BL23, BL20, BL15, BL17, GV9, GV4, GB20). Mageleie brukes i studien for å «blinde» og gjøre det vanskeligere for deltagerne å vite om de får placebo- eller akupunkturbehandling. De andre studiene har ikke disse punktene, og her kan det virke som forskerne i studie 3 har gjort et kompromiss mellom blinding av deltagerne og punktvalg. Studie 4 har ingen syndromdifferensiering i sin studie men har valgt standardpunkter som delvis samsvarer med de mest brukte punktene i studie 2.

De punkter som teorien vektlegger mest er; SP6, KI3, CV4, BL23, HT6, KI6, KI7, LI4, LU7. Flere av disse punktene forekommer ofte i studiene, og SP6 er også det mest brukte punktet i teorien. Det ser ut til at litteratur og forskning sammenfaller i stor grad når det gjelder punktvalg.

I den valgte litteraturen er det fokus på kinesiske urter som hovedbehandling i overgangsalderen. Flaws skriver at årsaken til dette er at gynekologi er en del av indremedisin i Kina og her er urter standard behandling. Kinesisk litteratur vil derfor beskrive kun urter som behandling, eller unntaksvis nevne akupunktur. Dette er tydelig demonstrert i Si-tu og Wang hvor akupunktur bare er en tilleggsbehandling ved overgangsplager. Akupunkturbehandlingen består kun av å regulere Yin og Yang med et standard sett punktforslag som ikke defineres av individuelle syndromer. De nevner imidlertid to syndromer med hetetokter i sin bok (tabell 3), men urter er satt opp som behandling for disse. En slik valgt strategi med standardpunkter ligner på designet i studie 4 hvor man behandler hetetokter med standard punkter som er de samme hver gang. Årsaken kan kanskje være at studien er koreansk, og metoden bygger på samme tradisjoner som de kinesiske. Både litteraturen, konsensus og behandleren i studiet kommer fra tradisjonell koreansk medisin med spesialitet i gynekologi. Kanskje er metodene i moderne klinisk praksis i Kina de samme som i Korea.

Den studien som ligger nærmest virkeligheten i forhold til studiedesign er studie 2. Her undersøker de effekten av TKM slik den utføres i klinisk praksis. Denne studien vil derfor være generaliserbar og ha en høy ekstern validitet. Studie 4 er derimot et eksplanatorisk studie hvor deltagerne får samme punkter alle gangene uavhengige av individualitet, syndromer og utvikling underveis. Det er i liten grad samhandling mellom deltager og behandler. Resultatet av studien blir derfor pålitelig, har en høy intern validitet, men overførbarheten til virkeligheten i klinisk praksis blir lav (*The Cochrane Collaboration* 2014).

Når det gjelder kontrollgruppe er det brukt forskjellige metoder i de valgte studiene og i studie 2 fikk kontrollgruppen ingen behandling. I dette tilfellet valgte forskerne å gjøre studien mest mulig lik en klinisk virkelighet med utgangspunkt i TKM-teori med individuell syndromdifferensiering og punktvalg. Akupunkturgruppen fikk bedre effekt enn kontrollgruppen, som for øvrig ikke var placebo-kontrollert. Det er uvisst om årsaken til effekten var punktvalget og nåleteknikken (spesifikk effekt) eller en ikke-spesifikk placeboeffekt. For å kunne kontrollere for placeboeffekten ble det anvendt ulike typer sham-akupunktur i de to andre studiene. I studie 4 var det brukt nål som penetrerer huden, men uten stimulering og på lokalisasjoner utenom akupunkturpunktene. I studie 3 fikk kontrollgruppen en såkalt «Streitberger-nål» som ikke går gjennom huden og plassert på punkter utenom meridianene. For at metoden skulle ligne den i akupunkturgruppen ble nålen både manipulert og fire nåler koblet til et elektroapparat som ikke fungerte.

Bruk av sham-akupunktur som kontroll er kontroversielt. Det er ønskelig å kontrollere for placeboeffekter som for eksempel kan skapes av forventninger, behandlingssituasjon eller interaksjon med behandler. Tanken er at man ved å bruke nål anvender samme metode som akupunktur, men

unnlater å skape spesifikke effekter ved å bruke punktloksjoner og nåleteknikk (de qi) som virkemiddel. Likevel skaper bruk av nål ikke-spesifikke fysiologiske prosesser i kroppen og har derved en virkning. Selv ved bruk av nål som ikke penetrerer huden skapes ikke-spesifikke effekter i nervesystemet og hormonsystemet (Birch 2003; Lundeberg 2008). Dette kan være forklaringen til at både kontrollgruppen i studie 3 og 4 fikk effekt, mens dette ikke skjedde i studie 2 hvor det ikke var behandling. Den systematiske oversikten (studie 1) viser også en signifikant reduksjon av hetetokter i kontrollgrupper hvor sham-akupunktur er benyttet. Det er med bakgrunn i dette relevant å spørre seg om akupunktur har punktspesifikke effekter slik TCM-teorien hevder.

Studie 1 er en systematisk oversikt om akupunktur og hetetokter. Den representerer naturlig nok et mye større utvalg enn enkeltstudier med sine 16 RCT og 1155 kvinner. Studien baserer seg på nye søk i flere velkjente databaser (18 stykker) av forskjellig nasjonalitet, herunder noen kinesiske. Den inkluderer kun RCT og har tre forfattere som har vurdert studier på selvstendig grunnlag og ut fra gitte kriterier. Disse kriteriene tilsier at det er gjort en grundig evaluering av studiene. Alt dette er viktige argumenter for at studien skal tillegges vekt i denne oppgaven.

Studie 1 har i sine inklusjonskriterier lagt alle typer akupunktur og også inkludert overgangsalder som følge av kirurgi, stråling, osv. Denne oppgaven er derimot avgrenset til TCM-akupunktur og naturlig overgangsalder på grunn av alder. Denne forskjellen i inklusjons- og eksklusjonskriterier kan redusere noe av nytteverdien av studien i denne oppgaven.

Bare 3 av 16 RCT i studie 1 brukte individuell punktutvelgelse i sin gjennomføring. Majoriteten brukte altså standardpunkter på alle og kan således sammenlignes med studie 4. Bruk av standardpunkter er som tidligere diskutert ikke i henhold til TCM-teori, men dette legges ikke vekt på i studie 1. Resultatene i studie 1 viste en effekt av akupunktur sammenlignet med ingen behandling, mens sammenlignet med sham-akupunktur var det ingen effekt. Dette er i hovedsak samme resultat som i enkeltstudiene i denne oppgaven.

Studie 1 definerer placebo-akupunktur som en ikke-invasiv nål plassert over akupunkturpunkter og sham-akupunktur som nåling utenfor akupunkturpunktene eller overfladisk nåling. Som tidligere nevnt kan en slik type kontroll føre til fysiologiske effekter i kroppen og mange vil påstå at den derfor er uegnet (Birch 2003). Konklusjonen i studien er at det ikke finnes tilstrekkelige bevis for at akupunktur er effektiv behandling for hetetokter. Et av argumentene er at de studiene som viste effekt (de som sammenlignet med ingen behandling) ikke var kontrollert mot sham-akupunktur. Studie 1 er en kunnskapsstatus om effekten av en behandlingsform. I slike sammenstillinger er det så strenge krav til kvaliteten på forskningen at man vanligvis kun tar med placebokontrollerte studier. Hvis dette ikke finnes, ender forskerne ofte opp med å ikke konkludere.

Når studie 1 diskuterer om sham-akupunktur egentlig er egnet som kontroll, er det kanskje en indikasjon på at man trenger å tenke nytt i fremtidens studier. Behovet for å sette et kritisk søkelys på sham-akupunktur som kontroll fremheves også i studie 2, 3 og 4. Mange forskere innen

alternativ behandling er imidlertid skeptiske til å undersøke kun ved hjelp av placebokontrollerte studier. Placebokontrollerte studier medfører ofte kunstige behandlingssituasjoner som avviker fra det som er praksis i virkeligheten og vil dermed ikke være klinisk relevante. Forskerne hevder at et bedre alternativ er å måle effekten av en «behandlingspakke». Dette vil i så fall være et studiedesign som ligner studie 2.

Konklusjon

De tre enkeltstudiene i denne oppgaven viser sprikende resultater når det gjelder om akupunktur har effekt. Den pragmatiske studien som sammenligner akupunktur med ingen behandling, viser en klar positiv effekt av akupunktur. De to studiene hvor man sammenligner akupunktur med sham-akupunktur viser i hovedsak ingen forskjell mellom gruppene. Den ene av dem konkluderer med at begge har effekt, både sham-akupunktur og akupunktur. I den andre studien har akupunktur ikke effekt på hyppigheten av hetetoktene, men noe effekt på intensiteten rett etter behandling, uten at dette vedvarte.

Disse hovedtrekkene kommer igjen i den systematiske oversikten hvor man ikke finner tilstrekkelige bevis for at akupunktur har effekt på hetetokter. Denne konklusjon er basert på at det er manglende forskjeller mellom sham-akupunktur og akupunktur. Selv om akupunktur har positiv effekt når det sammenlignes med ingen behandling anses det ikke troverdig når det ikke i tillegg kontrolleres mot sham-akupunktur.

Selv om denne oppgaven ikke gir et klart svar på problemstillingen har den bidratt til å generere en rekke nye spørsmål som kan være aktuelle å undersøke fremover. Det kan være interessant å finne ut om akupunktur har punktspesifikke effekter, slik TCM-teorien hevder. TCM-litteraturen bygger på erfaringsbasert kunnskap og viser at akupunktur har effekt på hetetokter. Hvis man kan finne en løsning på utfordringene ved bruk av sham-akupunktur som placebokontroll, kan kanskje forskningen etter hvert vise bedre resultater ved akupunktur på hetetokter. Det er viktig at forskningen i fremtiden får bedre kvalitet slik at resultatene kan bli troverdige.

Aktuelt

I etterkant av oppgaven min er det publisert en ny metaanalyse. Chiu m.fl. (2014) har vurdert effekten av akupunktur på symptomer relatert til overgangsalder, samt livskvalitet hos kvinner som går gjennom naturlig overgangsalder. Forskerne gjennomførte systematiske litteratursøk i fem databaser (PubMed/Medline, PsychINFO, Web of Science, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL). Av totalt 104 RCT oppfylte bare 12 av dem inklusjonskriteriene for samleanalysen, som inkluderte i alt 869 deltagere.

Resultatet viste at akupunktur reduserte hyppigheten og intensiteten av hetetokter. Denne effekten vedvarte fra 1 til 3 måneder. Akupunktur hadde også positiv effekt på andre overgangsplager, i tillegg til livskvalitet innenfor vasomotorisk område. Man fant imidlertid ikke at effekten i økt livskvalitet og andre overgangsplager vedvarte over tid. Årsaken til dette kan være at punktutvelgelsen i de inkluderte studiene var basert på behandling av hetetokter.

Brorparten av studiene som ligger til grunn for denne metaanalysen er også å finne i metaanalysen fra bacheloroppgaven min (Dodin m.fl. 2013), dvs. 10 av henholdsvis 12 og 16 studier er felles. Likevel er populasjonene i disse to studiene ulike. Denne metaanalysen måler bare effekten av akupunktur på kvinner som er kommet i overgangsalderen på naturlig måte, og ikke som en konsekvens av brystkreft (kirurgi, cellegift, stråling). Den andre store forskjellen er at Dodin m.fl. (2013) tok for seg den totale livskvaliteten, hvor man ikke fant effekt av akupunktur.

Denne metaanalysen deler livskvalitet inn i tre undergrupper; fysisk, psykiatrisk og seksuell. Det er kun innenfor vasomotorisk område man finner effekt av akupunktur.

Ellers kommer begge metaanalysene til samme resultat når det gjelder ekte akupunktur og sham-akupunktur, nemlig at begge har effekt. Mulige årsaker til dette diskuteres i artikkelen. Chiu m.fl. (2014) ønsker seg flere kvalitetsstudier med stram design som kan undersøke effekt og underliggende mekanismer av akupunktur. De foreslår måling av hormonnivå som en mulig tilnærming. □

Litteraturliste

Akupunkturforeningen (2014). *Hva er akupunktur?* <http://www.akupunktur.no/id/211> (lest 26. mars 2014).

Birch, S (2003). *Controlling for non-specific effects of acupuncture in clinical trials*. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*. 4: 59-70.

Borud, E.K. m.fl. (2009a). *The Acupuncture on Hot Flushes Among Menopausal Women (ACUFLASH) study, a randomized controlled trial*. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 16 (3): 484-493.

Borud, E.K. m.fl. (2009b). *The acupuncture treatment for postmenopausal hot flushes (Acuflash) study: Traditional Chinese medicine diagnosis and acupuncture points used, and their relation to the treatment response*. *Acupuncture in Medicine*, 27 (3): 101-108.

Ching, N. (2005). *Akupunktur og sykdomsbehandling: et opslagsverk for akupunktører*. 1. utg. København: Klitrosen.

Chiu, H-Y. m.fl. (2014). *Effects of acupuncture on menopause-related symptoms and quality of life in women in natural menopause: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 16 (2): 234-244.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dodin, S. m.fl. (2013). *Acupuncture for menopausal hot flushes* (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD007410.pub2

Flaws, B. (2006). *Menopause and Chinese Medicine*. 1. utg. Boulder: Blue Poppy Press.

Gjelsvik, B. m.fl. (2011). *Symptom prevalence during menopause and factors associated with symptoms and menopausal age. Results from the Norwegian Hordaland Women's Cohort study*. *Maturitas*, 70 (4): 383-90.

Hem, E. (2006). *Vanskelig behandling av hetetokter*. <http://tidsskriftet.no/article/1410287/> (lest 24. november 2013).

Kim, D. m.fl. (2011). *Acupuncture for hot flushes in perimenopausal and postmenopausal women: a randomized, sham-controlled trial*. *Acupuncture in Medicine*, 29 (4): 249-256.

Lundeberg, T. m.fl. (2008). *The Emperors shamwrong assumption that sham needling is sham*. *Acupuncture in Medicine*, 26 (4): 239-42.

Maciocia, G. (2005). *The Foundations of Chinese Medicine*. 2. utg. London: Churchill Livingstone Elsevier.

Maciocia G. (2011). *Obstetrics and Gynecology in Chinese Medicine*, 2. utg. London: Churchill Livingstone Elsevier.

MacPherson, H. m.fl. (2007). *Acupuncture Research: Strategies for Establishing an Evidence Base*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

MacPherson, H. m.fl. (2010). *Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement*. *PLOS Medicine*, 7(6).

Nesheim, BI (2013). *Hetetokter*. <http://snl.no/hetetokter> (lest 25. november 2013).

Nifab (2014). *Placeboeffekten og alternativ behandling*. http://www.nifab.no/forskning/placeboeffekten_og_alternativ_behandling (lest 6. april 2014).

Norsk Helseinformatikk (2013). *Overgangsalderen*. <http://nhi.no/sykdommer/kvinne/hormonbehandling/overgangsalderen-1398.html> (lest 25. november 2013)

Sand, O. m.fl. (2011). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Si-tu, Y. og Wang, X.Y. (2008). *The Clinical Practice of Chinese Medicine: Menstrual Disorders 2: Premenstrual Syndrome, Dysmenorrhea & Perimenopause*. China: People's Medical Publishing House.

Streitberger, K. og Kleinhenz, J. (1998). *Introducing a placebo needle into acupuncture research*. *The Lancet*, 352: 364-365.

The Cochrane Collaboration (2014). *Glossary*. <http://www.cochrane.org/glossary/5#term121> (lest 31. mars 2014).

Ullern, ÅM. (2008). *Hetetokter til besvær – her er de konkrete rådene*. <http://overgang.no/tema/33/article/item/null> (lest 25. november 2013)

Venzke, L. (2010). *A randomized trial of acupuncture for vasomotor symptoms in post-menopausal women*. *Complementary Therapies in Medicine*, 18: 59-66.