

Norges Helsehøyskole - Campus Kristiania,

Institutt for akupunktur

Bacheloroppgave

Akupunktur mot hetetokter ved antiøstrogenbehandling
av brystkreftopererte



(1)

Studentnummer: 100513

Kull: Bad10

Innlevering: 08.04.2014.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	3
1. Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for valgt tema	3
1.2 Førforståelse av problemstilling	4
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	4
1.4 Avgrensning av problemstilling	4
1.5 Presisering av begreper	5
1.6 Formålet med oppgaven	5
1.7 Oppgavens oppbygning	5
2. Metode.....	5
2.1 Litteratur som er brukt.....	6
2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier	6
2.3 Søkeprosessen.....	7
2.4 Kildekritikk.....	8
3. Resultater.....	8
3.1 Vestlig Medisin.....	8
3.1.1 Det endokrine systemet-kjønns hormonenes rolle og effekt.....	8
3.1.2 Antiøstrogenbehandling ved brystkreft.....	8
3.1.3 Hetetokter.....	8
3.2 Kinesisk Medisin	9
3.2.1 Organer og meridianer som er knyttet til menopausen	9
3.2.2 Menopausen i Kinesisk Medisin	9
3.2.3 Syndromer knyttet til hetetokter, prinsipper for behandling og punktvalg.....	9
3.2.4 Forhold som påvirker resultatet av akupunktur	11
3.3 Forskning	12
3.3.1 Spesifikk og uspesifikk effekt av akupunktur.....	14
4. Drøfting	15
5. Avslutning og konklusjon	19
6. Litteraturliste	20

Forord

Jeg vil rette en stor takk til veileder Anette Sørensen for rask og god veiledning underveis i oppgaven. En takk til alle medstudenter som har bidratt til tips og støtte underveis i prosessen også, og sist og ikke minst en stor takk til mine tålmodige barn, Eivind og Vegard som har forståelse for at mor skriver oppgave.

Sammendrag

Denne oppgaven omhandler akupunktur til kvinner med hetetokter, og problemstillingen er som følgende: ***Hvilke forhold ved akupunkturbehandlingen har betydning for behandlingsresultatet av hetetokter hos kvinner medisinert med antiøstrogener ved brystkreft?***

Tradisjonell Kinesisk Medisin bygger på en holistisk tilnærming, der hver pasient får en individuelt tilpasset behandling (2).

Symptomene danner grunnlaget for syndromdifferensieringen og valg av punkter og nåleteknikken som benyttes (3). Oppgaven fokuserer på hvilke syndromer som er knyttet til hetetokter, og hvilken betydning syndromdifferensiering, punktvalg og nåleteknikk har for behandlingsresultatet

Dette er et litteraturstudie, med utgangspunkt i pensumlitteratur i Tradisjonell Kinesisk Medisin, faglitteratur i vestlig medisin, og nyere forskning innen akupunktur. Tre randomiserte og kontrollerte forskningsartikler er funnet via databaser i Helsebiblioteket.no. og brukes for å belyse problemstillingen min. Disse drøftes opp mot teorier i Tradisjonell Kinesisk Medisin, og noe teori som omhandler faktorer som påvirker uspesifikke effekter av akupunktur.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Personlig begrunnelse

Jeg har bakgrunn som sykepleier og jeg jobber til daglig på et lokalt medisinsk senter med dialysepasienter og noen typer kreftpasienter som får cellegiftbehandling, blant annet brystkreftpasienter. Som ferdig akupunktør har jeg et ønske om å tilby disse kvinnene hjelp for hetetokter, da de har lite tilbud om hjelp for dette i tradisjonell medisin. I mitt lokalmiljø er akupunktur først og fremst kjent for smertelindring i forhold til muskel/skjelett problematikk, og jeg ønsker derfor å sette fokus på andre områder også der akupunktur kan benyttes.

Faglig begrunnelse

Ifølge tall fra kreftregisteret var det i 2011, 3094 nye tilfeller av brystkreft på kvinner, og 605 dødsfall (4). Trenden de siste årene har vært at antall tilfeller av brystkreft har vært stigende, men antall overlevende har også vært økende. Trenden viser:

1957-1961- 942 tilfeller pr år (37,8 pr 100 000)

2007-2011- 2842 tilfeller pr år (73,8 pr 100 000)

5 års relativ overlevelse 1972-1976: 67,1%, og 2007-2011: 88,8% (4).

Ifølge opplysninger fra onkologisk oppslagsverk er gjennomsnittsalderen 59 år (5). Kun 4.4% av nye tilfeller inntraff hos kvinner under 40 år i perioden 2005-2009, men forekomsten er økende i aldersgruppen under 60 år

Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner og 23% av alle krefttilfeller.

Omkring 80% av kvinner som behandles med antiøstrogener etter brystkreftbehandling rapportere vasomotoriske symptomer, deriblant hetetokter (6).

Mange kvinner har effekt av hormontilskudd for hetetokter ved menopausen, men det er et stort problem for kvinner som er brystkreftbehandlet da tilskudd av østrogener er kontraindisert (7).

Noen klinisk- kontrollerte forsøk har vært gjort i forhold til hetetokter ved menopausen, på en del vekster som planteøstrogener og soyaprodukter med noe varierende effekter (7) Vitamin E har også vært forsøkt mot hetetokter hos kvinner som har vært operert for brystkreft, med dårlig effekt.

1.2 Førforståelse av problemstilling

Som student ved Norges Helsehøyskole har jeg tilegnet meg kunnskap i Tradisjonell Kinesisk Medisin og grunnleggende Kinesisk filosofi, meridianlære og punktlære. Jeg har også lært om differensiering av syndromer for å sette rett diagnose og prinsipper for behandling av disse. Jeg har også ferdighetstrening gjennom klinisk erfaring fra studentklinikken og fra en 4 ukers studietur til Kina. Gjennom studiet har vi fått kunnskap om at menopausen og hetetokter er nært knyttet til en eller flere ubalanser i KI. Gjennom klinisk praksis har jeg noe erfaring på behandling av den naturlige menopausen som skyldes aldring, men jeg har ingen erfaring med behandling av menopausale symptomer som skyldes antiøstrogenbehandling eller en kombinasjon av disse. Erfaringer gjennom arbeidet med kreftpasienter er at både kvinner og menn som behandles for en hormonelt betinget kreft ofte sliter med hetetokter og svetting, og dette er en stor pasientgruppe.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På grunn av min bakgrunn som sykepleier, i kombinasjon med akupunkturstudiet har jeg valgt å belyse følgende problemstilling:

Hvilke forhold ved akupunkturbehandlingen har betydning for behandlingsresultatet av hetetokter hos kvinner medisinert med antiøstrogener ved brystkreft?

Jeg ønsker å se på prinsipper for behandling i Tradisjonell Kinesisk Medisin og hvilken betydningen valg av syndromer, punkter og valg av nåleteknikk har for å redusere eller fjerne hetetokter ved antiøstrogenbehandling hos brystkreftopererte.

1.4 Avgrensning av problemstilling.

Jeg begrenser meg til syndromene KI Yin Deficiency, KI Yang Deficiency, KI og LR Yin deficiency med LR Yang rising og KI og HT harmonerer ikke (3,8).

For å begrense oppgavens omfang har jeg utelukket syndromene Blodstagnasjon, akkumulasjon av Plegm og stagnasjon av Qi. Jeg diskuterer ikke betydningen av tunge og puls selv om dette er en viktig del av diagnostiseringen, og jeg utelukker også Moxa og Kopping som kan kombineres med akupunktur.

Jeg fokuserer på hetetokter og svetting, og diskuterer ikke bivirkninger av kreftbehandlingen, eller andre bivirkninger som er knyttet til antiøstrogenbehandling.

Jeg diskuterer ikke forhold som kost, livsstil, arbeid, barnefødsler som kan ha betydning for hetetoktene. Andre forhold som kan påvirke resultatet av behandlingen som skyldes relasjonen i forholdet mellom pasient og behandler, pasientens forventninger og ulike forhold i behandlingsmiljøet blir ikke vurdert.

1.5 Presisering av begreper

Med akupunkturbehandling mener jeg her akupunktur i Tradisjonell Kinesisk medisin, og med behandlingsresultatet mener jeg den reduserende effekten på hetetokter man ønsker å oppnå med behandlingen.

I oppgaven bruker jeg *menopausen* om pre og postmenopausale kvinner som har hetetokter på grunn av medikamentell behandling med antiøstrogener.

Det gjør jeg fordi behandlingen gir symptomer og bivirkninger som kan relateres til en menopausal tilstand (9,10).

Hetetokter beskrives som:

En følelse av varme eller svettebølge som blir etterfulgt av klamhet og kulde. Den varer vanligvis fra noen sekunder til noen minutter. Noen har hetetokter flere ganger om dagen, mens andre er plaget kun et par ganger i uken (11).

Jeg tar utgangspunkt i at leserne av oppgaven har noe kunnskap om faglige begreper innen TKM, men vil presisere at jeg beskriver organene med forkortelsene SP,LU, KI, LR, SI, HT og CV. Jeg vil også bruke forkortelsen TKM for Tradisjonell Kinesisk Medisin, og forkortelsene KA for klassisk akupunktur og NA for Sham akupunktur.

1.6 Formålet med oppgaven

Bacheloroppgaven er obligatorisk for å oppfylle kravene til en Bachelorgrad i akupunktur ved Helsehøgskolen. Mitt personlige og faglige formål med oppgaven er at jeg ønsker økt kunnskap om temaet og dermed kunne gi et kvalitativt godt tilbud til de som ønsker hjelp for dette.

1.7 Oppgavens oppbygning

Oppgaven har fem hoveddeler. Del en beskriver oppgavens problemstilling og min egen forforståelse, personlige og faglige bakgrunn for valg av denne problemstillingen. Del to er metoddelen og der jeg beskriver hvilken litteratur jeg har brukt og fremgangsmåten for å finne litteraturen. Jeg beskriver også søkeprosessen til forskningsartiklene og mitt valg av inklusjons og eksklusjonskriterier til disse. Del tre er resultatdelen som jeg deler opp i en vestlig og en TKM del. Den vestlige delen beskriver den fysiologiske bakgrunnen for hetetokter og hvilke bivirkninger man kan få ved antiøstrogenbehandling. I TKM delen beskriver jeg hvordan hetetokter forstås i Kinesisk medisin, og hvilke syndromer og prinsipper for behandling som er knyttet til disse. Videre presenterer jeg de tre ulike forskningsartiklene i detaljer, og siste delen i dette avsnittet omhandler uspesifikke effekter av akupunkturbehandling.

Del fire er drøftingsdelen der jeg drøfter de ulike teoriene i resultatdelen opp mot forskningsartiklene og resultatene av akupunkturbehandling i disse. Del fem er en oppsummering og konklusjon av problemstillingen.

2. Metode

Ifølge Dalland er metode den fremgangsmåten vi har brukt for å samlet inn data og informasjon til det vi ønsker å undersøke (12).

Min metode bygger på et litteraturstudie, og i den litterære oppgaven er det vurderingen av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet.

Jeg har brukt retningslinjer for oppgaveskriving gitt av Norges Helsehøgskole Campus Kristiania, revidert 30.09.2013.

2.1 Litteratur som er brukt

Jeg har i oppgaven brukt TKM pensumlitteratur og støttelitteratur, med hovedvekt på Maciocia (3,13,14). Det er fordi en stor del av pensumlitteraturen under hele studiet baseres på Maciocias teorier.

I tillegg bruker jeg støttelitteratur av Nigel Ching og punktboka til Deadman (8,15).

I delen om vestlig medisin og diagnoser har jeg brukt ulik faglitteratur og hentet informasjon og kunnskap fra nettstedene til Kreftregisteret og Onkologisk oppslagsverk(4,5).

Jeg bruker litteratur om menopausen, fordi antiøstrogenbehandling gir bivirkninger og fysiologiske forandringer som er forenelig med menopausen(9,10).

Videre har jeg brukt Dalland som veiledning i forhold til den litterære oppgaven, og jeg har brukt ulike artikler av blant annet Birch for å vurdere bruken av sham i randomiserte kontrollerte studier(12,16,17,18,19). Tre forskningsartikler er hentet fra PubMed og Cochrane som omhandler effekten av akupunkturbehandling på hetetokter ved antiøstrogenbehandling (6,20,21).

Forskningsartiklene er vurdert opp mot STRICTA-*Standard for reporting interventions in controlled trials of acupuncture* (22).

Jeg har i min søken etter litteratur også googlet på brystkreftbehandling, kreftforeningen, tamoxifenbehandling, hetetokter, overgangsalder, kreftregisteret, og referer til Onkologisk oppslagsverk og Kreftregisteret i oppgaven (4,5).

Noe av litteraturen til den vestlige delen er fra arbeidsplassen, og noe fra det lokale biblioteket på mitt hjemsted. Jeg har også brukt hovedbiblioteket til Helsehøgskolen i Oslo for lån av litteratur til TKM delen, i tillegg til min egen litteratur.

2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Randomiserte og kontrollerte studier (RCT) har vært gullstandarden i farmakologiske studier, og er mye brukt i akupunkturstudier også, og studier bør ha dette designet (16).

Jeg har derfor bestemt meg for å ha det som et inklusjonskriterie, og jeg har forøkt å finne nyere studier som omhandler problemstillingen. Artiklene er:

Hervik J. og Mjåland O. «*Akupunktur i behandling av hetetokter for brystkreftopererte pasienter – en randomisert og kontrollert studie*» fra 2008 (6).

Liljegren A. og Gunnarsson P. med flere: «*Reducing vasomotor symptoms with acupuncture in breast cancer patients treated with adjuvant tamoxifen: a randomized controlled trial*. fra 2010 (21).

Bokmand S. og Flyger H. med flere «*Acupuncture relieves menopausal discomfort in breast cancer patients: a prospective, double blinded, randomized study*» fra 2013 (20).

Da jeg fant tre nordiske studier valgte jeg å ha det som inklusjonskriterie også. I tillegg var det viktig at alle studiene var på pasienter som ble behandlet med antiøstrogen etter brystkreftbehandling.

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Studiedesign	RCT	Studier som ikke har RCT desgin
År for publisering	Fra 2008	Før 2008
Intervensjon	Kroppsakupunktur	Laserakupunktur, øreakupunktur, elektroakupunktur, kinesiske urter, Moxa, Kopping
Diagnostiske kriterier	Brystkreftpasienter behandlet med antiøstrogener	Brystkreftpasienter som ikke behandles med antiøstrogener
Land	Norge, Sverige, Danmark	Alt utenom Norden.

2.3 Søkeprosessen

For å finne aktuelle forskningsartikler til problemstillingen min har jeg søkt Helsebiblioteket.no og videre til databasene PubMed og Cochrane. Søkene ble utført i perioden 28januar- 10mars 2014. Da jeg fant relevante studier i disse databasene, har jeg ikke gjort søk i andre databaser.

Oversikt over antall treff i søkeprosessen:

Søkeord	Pubmed	Cochrane		
Acupunktur	20 298	131		
Acupunktur, hot flushes	141	2		
Acupunktur, hot flushes, tamoxifen	11	4		
Acupunktur, hot flushes, breast-cancer	44	2		

Søk i PubMed med søkeord *acupunctur, hot flushes og tamoxifen* ga 11 treff, og 2 av disse var aktuelle. Hervik/Mjåland og Liljegren/Gunnarsson, fordi de oppfylte inklusjonskriteriene mine (6,21). Søk i PubMed med søkeordene *acupunctur hot flushes og breast cancer* ga 44 treff, og jeg valgte meg ut Bokmann/Flyger fordi de oppfylte samme inklusjonskriterien (20). Jeg syntes det ville være interessant å bruke disse studiene også fordi alle tre er nordiske, da dette muligens begrenser feilkilder som er kulturelt og språklig betinget.

Studier som ikke ble vurdert var de som ikke var randomiserte og kontrollerte, eller studier som benyttet elektroakupunktur. Asiatiske studier ble heller ikke vurdert. Søk i Cochrane ga få treff, men studien av Liljegren og Gunnarsson ga treff på acupuncture, hot flushes, tamoxifen og breast cancer også her. I tillegg gjorde jeg søk i Akupunkturforeningen.no og fant her Hervik og Mjåland sin studie i fulltekst og på norsk (6).

Studien til Liljegren/Gunnarsson og Bokmann/Flyger ble bestilt på det lokale biblioteket i fulltekst på engelsk (20,21).

2.4 Kildekritikk

Jeg likestiller hetetokter fra den naturlige menopausen, med hetetokter etter antiøstrogenbehandling, og dette kan være en svakhet da like symptomer kan ha sammensatte og forskjellige årsaker. Dette var nødvendig for å få brukt pensumlitteraturen i TKM, som er et krav til oppgaven. I TKM delen har jeg lagt mest vekt på Maciocia da store deler av pensum bygger på teorier av han (3,13,14). Ching bygger igjen sine teorier på Maciocia, slik at teoridelen kan være litt ensidig (8). Personlige forventninger og tolkninger kan påvirker resultatet, og oversettelser fra engelsk til norsk kan være bakgrunn for misforståelser. Forskningsartiklene følger STRICTAS sjekkliste i stor grad, noe som styrker kvaliteten på de (22). De er alle randomiserte og kontrollerte studier som er svært relevante for min problemstilling, noe jeg ser på som en styrke.

3. Resultater

3.1 Vestlig Medisin

3.1.1 Det endokrine systemet-kjønns hormonenes rolle og effekt

Det er ovariene som produserer de kvinnelige kjønns hormonene østrogen og progesteron (23). Østrogenene stimulerer vekst og utvikling av de kvinnelige kjønns karakterer som bryster, fordeling av fettvev som gir de karakteristiske kvinnelige former. Østrogenene påvirker også utviklingen av de kvinnelige kjønnsorganene og kjønnsdriften. Østrogenene og progesteronet styrer og regulerer de ulike fasene i menstruasjonssyklusen i samspill med hormonene FSH og LH som produseres i hypofysens forlapp.

3.1.2 Antiøstrogenbehandling ved brystkreft

Ved brystkreft er det ofte østrogenreseptorer på tumorcellene, og antiøstrogen terapi som adjuvant terapi er en etablert behandling som øker mulighetene for helbredelse og overlevelse (9). Behandlingen brukes både på pre og postmenopausale kvinner og Tamoxifen er det medikamentet som er mest brukt. Ved menopausen reduseres eller stopper produksjonen av østrogen, men de postmenopausale kvinnene har likevel sirkulerende østrogen, noe fra ovariene og noe fra binyrene. Hos postmenopausale kvinner brukes gjerne aromastasehemmere i tillegg til Tamoxifen. Dette preparatet hemmer prosessen ved dannelse av østrogen utenom ovariene. Standardbehandling for postmenopausale kvinner er to år med Tamoxifen og tre år med aromastasehemmere, og fem år med Tamoxifen for premenopausale kvinner.

Rundt 80% av pasientene som mediseres med Tamoxifen rapporterer vasomotoriske symptomer, inkludert hetetokter (6).

3.1.3 Hetetokter

Hvor store plagene med hetetokter er kan være svært individuelt (3)

Under en hetetokt øker puls frekvensen, temperaturen og blodgjennomstrømmingen til hodet. Hver hetetokt varer i gjennomsnitt 2.7 minutter. Hetetokter er en mekanisme for å fjerne overskuddsvarme gjennom dilatasjon av blodårene og svetting. Dette styres gjennom temperaturreguleringssenteret som sitter i hypothalamus, og mekanismen bak hetetoktene er trolig et høyt blodnivå av FSH (follikkelstimulerende hormon) som forsøker å stimulere fram en eggøsning fra ovarier som ikke responderer.

3.2 Kinesisk Medisin

Hetetokter i forbindelse med menopause er i TKM knyttet til en eller flere ubalanser i KI (3,8).

3.2.1 Organer og meridianer som er knyttet til menopausen

Hovedfunksjonen til KI er å lagre Essens som er den organiske substansen som styre vekst, utvikling, reproduksjonen, sexuell energi, fertilitet og graviditet, menopause og aldring (13). Essensens lagres i KI, men sirkulerer også i hele kroppen, spesielt i de 8 ekstrameridianen. KI kan aldri bli annet enn i underskudd, da KI er kilden til alle de andre organene. KI Yin er fundamentet for LR, HT og LU Yin, og KI Yang er fundamentet for SP og LU Yang. Derfor vil KI alltid bli involvert ved kroniske lidelser fra andre organer.

CV meridianen er en av de 8 ekstrameridianene, og kalles «The sea of Yin» (14) Denne meridianen er nært knyttet til det reproduktive systemet, og er egnet til å nære all Yin og blod i kroppen, også i forbindelse med menopausen. Den er derfor aktuell å bruke ved symptomer som for eksempel nattesvette, hetetokter og andre symptomer knyttet til Yin deficiency.

3.2.2 Menopausen i Kinesisk Medisin

I vestlig medisin har vi sett at Tamoxifen er et vanlig preparat som tilleggsbehandling av brystkreftpasienter hos pre og postmenopausale kvinner (9,10)

Tai Lahans beskriver Tamoxifen som toksisk hete som skader Yin og som gir Yin deficiency hete (24). Det skader LR og KI aksene og påvirker ChongMai og CV. Denne påvirkningen kan lede til menopausale symptomer.

Kvinner med menopausale symptomer har ofte symptomer på både KI Yin og Yang deficiency (3,8). Det er viktig å behandle begge aspekter, men det vil være en av underskuddene som dominerer symptom bildet, og behandlingen bør da fokusere mest på dette. Diagnose og behandling vil da være en blanding av disse to mønstrene.

Selv om KI Essens deficiency er den grunnleggende årsaken til menopausale symptomer, vil det være annen patologi i tillegg som har akkumulert over år (3,8). Det kan være Damp, LR Qi stagnasjon, Plegm, LR Yang rising, Stagnasjon av Qi og Blod, og det er nødvendig å differensiere og behandle disse tilstandene også.

3.2.3 Syndromer knyttet til hetetokter, prinsipper for behandling og punktvalg

Tradisjonell Kinesisk Medisin bygger på en holistisk tilnærming, der hver pasient får en individuell behandling som blir bestemt ut fra hvilke symptomer de har (2).

Symptomene er grunnlaget for syndromdifferensieringen, og de ulike syndromene som knyttes til hetetokter i forbindelse med menopausen er som følgende:

KI Yang deficiency (3,8).

Pasienten vil her være svekket av sykdom, arbeid, kuldeskapende kost, invasjon av kulde eller svekkes av andre organers Yang aspekt (8). Det vil ofte være SP Yang deficiency samtidig.

Symptomer: Hetetokter, kalde hender og føtter, nattesvette mot morgenen, blekt ansikt, depresjon, kuldefølelse, korsryggssmerter og tretthetsfølelse i knærne, og ødemer over anklene, hyppig vannlatning, inkontinens, mental sløvhets (3,8).

Tunge: blek

puls: Weak og Deep.

Behandlingsprinsipper: styrke og varme KI, styrke Yang, eventuelt styrke SP

Felles punkter: BL23 KI3 styrker KI Yin og Yang.(3,8).

LU7 høyre side kombinert med KI6 venstre side, åpner og regulerer CV og styrker KI. CV4 møtepunkt for CV, KI og LR meridianene (3,8) Styrker KI Yang og Uterus.

KI7- styrker KI Yang og fjerner ødemer.

Punkter fra Maciocia: BL52 styrker KI Yang og Essens, styrker også det mentale aspektet og lindrer depresjoner (3)

Punkter fra Ching: Ved SP Yang deficiency- BL 20, ST36 og SP3 med styrkende teknikk (8).

KI Yin deficiency (3,8)

Yin skal kontrollere Yang og dermed regulere varme, derfor vil Yin deficiency føre til at varmen stiger oppover i kroppen spesielt om kvelden og natten (8) Den oppadstigende varmen gir hetetokter, og Yang vil drive svetten ut av kroppen enten spontant eller som nattesvette.

Kroppsvæskene er en del av Yin og et underskudd her vil kunne føre til tørr hud og slimhinner. Det vil forverres av en tom hete som igjen tapper kroppsvæske.

Symptomer: svimmelhet, øresus, hetetokter og rødme i ansiktet, nattesvette, korsryggssmerter, tørr hud og hår, tørr i munnen, kløe og forstoppelse (8).

Tunge: delvis eller helt uten belegg, rød hvis det er tom hete (3,8).

Puls: Floating-empty, Fine-Rapid, eller Deep-Weak (3).

Behandlingsprinsipper: nære KI Yin, dempe KI Yang, roe sinnet og fjerne tom hete (3).

Punkter: LU7 høyre side og KI6 venstre side- åpner og regulerer CV.

KI 3 og SP nærer KI.

HT6 og KI7 som kombinasjon, stopper nattesvette.

CV4 og KI13 nærer KI og styrker Uterus.

LI4 roer sinnet og regulerer den stigende og senkende bevegelsen av Qi. Alle punktvalg med styrkende metode, bortsett fra HT6 med balanserende metode.

KI og LR Yin deficiency med LR Yang rising (3,8)

LR og KI Yin har felles rot, derfor vil et underskudd i den ene føre til et underskudd i den andre(8). Ved for eksempel en LR Qi stagnasjon med hetesyntomer som har stått over lang tid, tære på LR Yin. Man kan da få en ytterligere utvikling med LR Yang som stiger, fordi Yin ikke kan forankre Yang, eller at det utvikles en HT Yin deficiency.

LR Yin deficiency vil også innebefatte LR Blod deficiency (3).

Symptomer: Irritabilitet, svimmelhet, tinnitus, tåkesyn, tørr i munnen, halsen, øyne, huden og tørt hår (3,8). Leddsmerter, hodepine og sårhet i ryggen, hetetokter, nattesvette, røde kinnben, forstoppelse, uklart syn, varme såler på hender og føtter, og ulike forstyrrelser i menstruasjonsblødningene

HT Yin xu kan gi: hjertebank, søvnløshet, angst, rastløshet og dårlig hukommelse (8).

Tunge: uten belegg, rød hvis det er tom hete (3,8).

Ved HT Yin xu: rød tungespiss (8).

Puls: Floating Empty, Wiry (3,8).

Behandlingsprinsipper: Nære KI og LR og HT Yin, dempe LR Yang, roe sinnet (3,8).

Felles styrkende punkter:

KI3 nærer og styrker KI,

LR8 nærer LR Yin og Blod,

CV4 nærer KI og styrker Uterus, møtepunkt for CV, SP, KI og LR meridianen (3,8).

Styrkende punkt Ching:

LU7 og KI6, åpningspunkt for CV, styrker Yin (8).

KI 7 styrker Yin og kontrollerer svette sammen med HT 6 (8).
SP 6 møtepunkt for SP, KI, LR meridianen. Styrker Yin
BL23, styrker KI Jing og Yin
BL 52 Styrker Yin og Jing
CV 15 med varme, samt HT 7 og Yintang ved HT Yin deficiency.

Reduserende punkter Maciocia (3).

LR3 og GB20 demper LR Yang.

Reduserende punkter Ching: KI 2 fjerner tom hete (8).

LR 3 og GB 20 ved LR Yin deficiency med LR Yang som stiger

KI og HT harmoniserer ikke (3).

Dette syndromet består av KI Yin deficiency med HT tom hete.

Symptomer: hetetokter, hjertebank, søvnproblemer, nattesvette, tåkesyn, svimmelhet, tinnitus, angst, mental rastløshet, ryggsmertor, følelsen av feber om ettermiddagen, varmfølelse i ansiktet, tørr munn, dårlig hukommelse, tørr avføring.

Tunge: rød tungekropp uten belegg og med rødere tupp.

Puls: Rapid, Fine, Floating, Empty eller Weak-Deep.

Behandlingsprinsipper: Nære KI Yin, roe sinnet og fjerne tom hete.

Punkter: LU7 høyre side og KI6 åpner CV, nærer Yin,

KI3 og SP6 nærer KI Yin,

CV4 og KI13 nærer KI og CV og Chongmai.

KI7 stopper nattesvette,

CV15 og GV24 nærer HT og roer sinnet. Alle disse punktene settes med styrkende metode.

HT6 stopper nattesvette,

HT8 og PC7 fjerner HT hete. Disse tre med reduserende eller balanserende metode.

Det er ingen akupunkturpunkter som nærer Essens spesifikt, men disse punktene nærer Essens mest: CV4, KI6, KI3, SP6 BL23, BL52 KI13, KI7. CV4, KI13 og BL52 (3).

Deadman har sitt punktforslag til disse syndromene: (15)

KI deficinecy: BL23 og KI3

KI tom hete: KI2

KI Yin deficiency: KI 1-3 og BL 23

KI Yang deficiency: BL 23, KI3, GB25.

3.2.4 Forhold som påvirker resultatet av akupunktur

Prinsipper for behandling i TKM:

For å oppnå ønsket effekt av behandlingen må man oppfylle følgende kriterier: (3).

- Korrekt identifisering av sykdomssymptomene
- Korrekt identifisering av mønstre eller syndromer
- Korrekt strategi av behandlingen: dette inkluderer om man skal styrke body Qi eller fjerne patogene faktorer, eller begge deler. Tidspunktet for behandlingen
- Korrekt metoden for behandlingen, dette inkluderer riktig metode for mønsteret, pasientens tilstand og andre faktorer.

Hvis akupunktøren følger de overnevnte punktene vil ønsket resultat av behandling avhenge av disse faktorene: (3).

- korrekt valg av punkter og korrekt plassering
- riktig manipulering av nålene i henhold til styrkende og reduserende metode

Noen akupunkturpunkter kan ha en delt funksjon i å styrke kroppens Qi og fjerne ytre patogene faktorer samtidig som for eksempel CV12 (3). Ulike nåleteknikker skal da brukes i hver tilfelle og det blir da nåleteknikken som blir det avgjørende for om man styrker Qi eller fjerner patogene faktorer. Akupunktur tilfører ikke kroppen noen nye substanser, men påvirker kroppen ved å regulere og harmonisere kanalsystemet, og nettopp derfor er det viktig å velge riktig behandlingsstrategi.

Uavhengig av type manipulering og nåleteknikk, så er opplevelsen av nålefølelsen eller Qi spesielt viktig for å oppnå effekten av akupunkturen (2).

« *In the first chapter of Miraculous Pivot, it is described that acupuncture therapy does not take effect until the arrival of Qi* » (2:345).

Denne nålefølelsen kan kjennes som en sårhet, trykkfølelse, nummenhet, eller press i nåleområdet, og kan kjennes oppover eller nedover i meridianen som er knyttet til punktet (2).

3.3 Forskning

Alle studiene er randomiserte og kontrollerte, og alle pasientene er blindet for hva slags akupunktur de får.

1. Hervik J. og Mjåland O. Akupunktur i behandling av hetetokter for brystkreftopererte pasienter- en randomisert og kontrollert studie (6).

Metode: En randomisert og kontrollert enkeltblindet studie i 2008. 59 postoperative kvinner var med i studiet. Gruppe 1:30 med KA, gruppe 2: 28 med NA. Registreringen på antall hetetokter startet fire uker før selve behandlingen, under behandlingen på 10 og 12 uker etter avsluttet behandling. Kuppermanindeksen ble utfylt ved behandlingsstart, behandlingsslutt og etter oppfølgingsperioden tolv uker senere. Pasienten skulle selv vurdere alvorlighetsgraden av sine symptomer og bruke et poengsystem fra 0-3, der 0 er ingen symptomer og 3 er alvorlige plager.

Målet med studiet var å undersøke effekten av klassisk akupunkturbehandling på kvinner behandlet med antiøstrogener etter brystkreftbehandling.

Inklusjonskriterier: Alle hadde vært medisinerert med Tamoxifen i minst 3 måneder før oppstart. Ingen hadde hatt menstruasjon i 3 måneder før oppstart. De som hadde fått kjemoterapi og stråling var ferdig med behandlingen.

Eksklusjonskriterier: De som hadde fått akupunktur tidligere, eller annen alternativ behandling under studiet. Pasienter medisinerert for hetetokter før, under og i oppfølgingsperioden. Andre som ble ekskludert var pasienter med alvorlige psykiske lidelser, vaskulære og alvorlige endokrine forstyrrelser. Kvinner med hypertensjon- diastolisk trykk over 95mmHg ble også ekskludert.

Akupunktur: Akupunktur og Sham akupunktur ble gitt 30 minutter, to ganger i uken i fem uker, deretter 1 gang i uken i fem uker. Pasientene ble blindet for hvilken type akupunktur de fikk. Det ble benyttet 8 unilaterale akupunkturpunkter som skulle stimulere Yin og redusere for mye hete i kroppen. Punkter som ble benyttet var: LR3, GB20, LU7, KI3, SP6, CV4 PC6, og LR8. Nåler med 0.30mm ble ført til en dybde av 0,5-3.0 cm avhengig av punktets lokalisasjon. Nålene ble manipulert til kvinnene kjente De Qi i starten og ved avslutningen på behandlingen. Sham gruppen fikk identiske nåler 2-3mm under huden på 8 punkter (4 bilateralt) langt fra kjente akupunkturpunkter og triggerpunkter. Disse punktene lå 5-10 og 15 cm over øvre kant av patella, og et akupunkturpunkt på høyeste punkt på Trapezius.

Behandlingen ble gitt i 30 minutter. Stimulering av punktene er ikke nevnt her.

Behandlerne: Behandlingen ble utført av en fysioterapeut med akupunkturutdannelse og 20 års praksis.

Resultater: Oppsummert viste 22 av 30 kvinner i akupunkturgruppen en reduksjon av antall hetetokter på dag med 50%, fra starten og under 10 ukers behandlingen.

Videre en reduksjon på 30% de neste 12 ukene etter endt behandling. 3 av 28 fikk reduksjon av hetetokter i Sham gruppen (6).

På natt hadde KA gruppen en reduksjon på 60% om natten under behandling, og videre en 30% de neste tolv ukene. I NA gruppen ble det registrert en reduksjon på 25% om natten under behandling, men dette gikk nesten helt tilbake de neste 12 ukene. Dette viser en signifikant forskjell mellom gruppene.

Konklusjon: Akupunktur synes å ha effekt både dag og natt hos brystkreftopererte kvinner

2. Bokmand S og Flyger H. Acupuncture relieves menopausal discomfort in breast cancer patients: a prospective, double blinded, randomized study (20).

Metode: En randomisert og dobbelt blindet studie i 2012 med 94 kvinner i aldersgruppen 45-76 år, som ble inndelt i 3 grupper. Gruppe 1: 31 med KA, gruppe 2:29 med NA, og gruppe 3: 34 fikk ingen behandling.

Pasienter i gruppe 1 og 2 var blindet.

Målet med studiet var å se den terapeutiske effekten på hetetokter og søvnforstyrrelser hos brystkreftopererte.

Eksklusjonskriterier: kvinner med metastatisk sykdom, og kvinner som fikk hormonerstattende behandling.

Inklusjonskriterier: Alle var behandlet for brystkreft og hadde plagsomme hetetokter og forstyrret nattesøvn. Ingen andre kriterier ble satt

Alle pasienten var i en postoperativ periode fra 6 måneder til 5 år. Alle gikk på antiøstrogener gjennom hele testperioden. Ingen av deltagerne hadde hatt akupunktur tidligere. Kvinnene loggførte egne opplevelser av symptomene og registrerte disse på et VAS skjema. De startet registreringen to uker før studien, og 3 dager etter hver behandling, samt 6 og 12 uker etter at studien er avsluttet. Gruppen som ikke fikk akupunktur loggførte også sine symptomer i samme periode.

Behandlerne: To erfarne akupunktører utførte akupunktur i begge gruppene.

Akupunktur: Gruppe 1 fikk nåler bilateralt på følgende punkter: HT6, KI3, SP6 og LR3.

Gruppe 2 fikk bilaterale sham akupunktur i samme område som gruppe 1, men utenom meridianene. Disse ble satt med 1cm avstand på den distale delen av tibia i den frontale midtlinjen. Neste punkt ble satt i linjen ved håndleddet 1 cm over det mest ulnare punktet. Det ble brukt samme type nåler på begge gruppene, men gruppe 2 fikk innsatt nålene helt overfladisk i huden.

Begge grupper fikk behandling i 15-20 minutter 1 gang i uken i 5 uker. Gruppe tre fikk ingen behandling.

Resultater:

Gruppe 1: VAS 6.9 før første behandling, 5.8 etter 2.behandling og 4,5 etter 5. behandling.

VAS 6 uker etter avsluttet behandling 4,9 og etter 12 uker 5.

Gruppe 2: VAS 7,4 før første behandling, 7 etter 2. behandling, 6,7 etter 5.behandling. VAS 6 uker etter avsluttet behandling 6,5 og etter 12 uker 6,5.

Gruppe 3: VAS 6,7 før første behandling, 6,5 etter 2. behandling, 6,8 etter 5. behandling.

VAS 6 uker etter avsluttet behandling 6,6 og etter 12 uker 6,7.

Konklusjon: Akupunktur har effekt på hetetokter hos brystkreftopererte som behandles med antiøstrogener.

3. Liljegren A. og Gunnarsson P. med flere. *Reducing vasomotor symptoms with acupuncture in breast cancer patients treated with adjuvant tamoxifen: a randomized controlled trial* (21).

Metode: En randomisert og kontrollert studie fra 2010, med 84 pre og postmenopausale kvinner mellom 36-80 år.

Gruppe 1: 42 med KA, og Gruppe 2: 42 med NA. Hyppigheten og intensiteten av hetetokter ble registrert av pasienten ved første behandling, så i uke 6 og i uke 12.

I tillegg skulle hyppighet og intensitet av hetetokter og svetting registreres i egen dagbok for et døgn. De gjorde dette 1 uke før hver behandling og i uke 18.

Begge gruppene fikk behandlingen 20 minutter 2 ganger i uken i 5 uker.

Målet: Om tradisjonell akupunktur har bedre effekt enn Sham akupunktur.

Inklusjonskriterier: Pre og postmenopausale kvinner som ikke hadde hatt menstruasjon på et år. Kvinnene i studiet måtte også være ferdige med kjemoterapi og strålebehandling. De måtte ha brukt Tamoxifen i minst 2 mnd. Eventuell annen akupunkturbehandling måtte være avsluttet 6 måneder før studiestart.

Akupunkturen: Gruppe 1 fikk 8 nåler i størrelse 0,25x40mm som ble satt inn i en dybde på 5-20mm og manipulert til pasienten fikk nålefølelse eller De Qi. Etter 10 minutter ble nålenes posisjon kontrollert og forsiktig stimulert igjen for De Qi. Unilaterale punkter var LI4, HT6, LR3, ST36. Bilateralt SP6 og KI 7

Gruppe 2 fikk NA 1 cm fra de akupunkturpunktene som KA gruppen fikk, utenom meridianer og klassiske punkter. Disse punktene ble valgt med kunnskapen om at det kan være lavere innervering i huden i noen områder, for eksempel i områder med fettvev. Sham nålene penetrerte ikke huden, men ble stimulert til kvinnene fikk en følelse i huden. Samme prosedyre etter 10 minutter som i gruppen 1.

Behandlerne: Autorisert onkologisk fysioterapeut med 5 års akupunkturpraksis for smertebehandling, hetetokter og svetting.

Resultatene: 38 fullførte i gruppe 1 og 36 i gruppe 2. I gruppe 1 fikk 42% reduksjon av hetetokter og 55% mindre svetting etter 6 uker, sammenlignet med gruppen 2 som hadde 47% reduksjon av både hetetokter og svetting.

24 timers registreringen før behandlingen viste en reduksjon frem til uke 6, og denne reduksjonen holdt seg ganske stabilt også ved registreringer i uke 18.

Konklusjon: Denne studien kan ikke bekrefte at klassisk akupunktur har bedre effekt enn kontrollgruppen i reduksjon av hetetokter.

3.3.1 Spesifikk og uspesifikk effekt av akupunktur

Sham kontrollen har vært mye brukt i studier, og man bruker da tilsvarende teknikk som i den ekte akupunkturgruppen, men setter nåler i områder som ikke har klassiske akupunkturpunkter (19). Placebokontroll metoder har vært utgangspunkt for dette og ideen er basert på at De Qi må være oppnådd for å få effekt, noe som innebærer dypere nåling og mer manipulering. Sham akupunkturen baserer seg på overfladisk nåling i samme punkter, eller punkter utenom klassiske akupunkturpunkter, med og uten manipulering. Det har også vært brukt teknikker som ikke penetrerer huden, der man har blindet klienten og prikket på huden med tannpirker eller andre skarpe gjenstander (16,17,19).

Birch hevder at den spesifikke effekten av akupunktur kun kommer fra akupunkturpunktet og reaksjonen som følger av en nålemanipulering (16).

Generelle og uspesifikke virkninger av nålingseffekten er analgetisk effekt, avslappende effekt, og effekt på mikrosirkulasjonen

Det er gode bevis på at all invasiv nåling selv utenom akupunkturpunkter påvirker fysiologiske prosesser og mikrosirkulasjonen. Sham akupunktur er derfor ikke nøytral, men en form for behandling (16).

International Acupuncture Research Forum (IARF) hevder at både positive og negative resultater kan være falske på grunn av inadekvat akupunktur og uegnede kontrollprosedyrer (25).

Optimal effektiv akupunktur kan man bare få ved å standardisere en behandlingsprotokoll for bruk i kliniske studier (25). Noen forhold som de mener er viktig å gjøre rede for er:

- har utøveren presis nok lokalisasjon på punktet
- nålene har forskjellig tykkelse, lengde og er behandlet forskjellig. Noen er upolerte, noen er polerte og noen behandlet med silikon. Dette er faktorer som har betydning for hvilken påvirkning det har på vev.
- den optimale dybden på akupunkturpunktene er ukjent, og vil variere med klientens alder, allmenntilstand og kroppsvekt
- hver utøver har sin personlige behandlingsstil basert på personlige erfaringer og tro på hva som er viktig. Det kan være valg av punkter og stimuleringsteknikker.
- usikkert om nålefølelsen er nødvendig for effekt av akupunkturen, da forskjellig punkter og vev i kroppen har forskjellig innervering, og denne følelsen er derfor ikke et enkelt fenomen. Andre behandlingstradisjoner bruker lite eller ingen nåleopplevelse i behandlingen, som for eksempel Japan.
- Ulike studier tyder på at hyppigheten av behandlingen og antall punkter har betydning, men at dette er veldig forskjellig med ulike problemer.

En internajonal gruppe med akupunktører og forskere har utarbeidet *STRICTA: Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture*, for å øke presiseringen i forskningen (22).

Hvis man ikke beskriver behandlingen som er gitt vil det være umulig å reprodusere studiet, og gjør det vanskelig å vurdere hvordan man testet og tolker studieresultatet (26).

Man bør i et studie stille spesifikke spørsmål for å få spesifikke svar, og ønsker man å finne ut hva som virker ved akupunktur må man skille mellom de ulike faktorene som inngår i komplekset av akupunkturbehandlingen. Det kan være at en forsker for eksempel ser på enten effekten av nålens plassering eller av manipuleringsteknikk. (17).

4. Drøfting

Disse studiene bryter med grunnleggende prinsipper i TKM, der en holistisk tilnærming med identifisering av symptomer og differensiering av syndromer er helt essensielt for behandlingsgrunnlaget (2,3).

4 ulike syndromer er beskrevet og alle syndromene har hetetokter som et av symptomene (3,8).

For å optimalisere behandlingen er det viktig med tilleggs symptomer for å differensiere mellom syndromene (3,8).

Punktene som er valgt ut til bruk i de tre studiene er forskjellige både i antall, type punkter, innstikksdybde og stimuleringsteknikk.

Studie 1 bruker flest punkter, 8 stykker som settes unilateralt: LR3, GB20, LU7, KI3, SP6, CV4, PC6 og LR8(6).

Studie 2 bruker 4 punkter bilateralt: HT6, KI3, SP6, LR3 (20).

Studie 3 bruker 4 punkter unilateralt: LI4, HT6, LR3, ST36, og 2 punkter bilateralt: SP6 og KI7(21).

Punktene som er felles for alle tre studiene er LR 3 og SP6.(6,20,21).

SP6 er møtepunkt for KI, LR og SP meridianene, og styrker Yin (8). Både Maciocia og Ching anbefaler dette punktet i forhold til KI Yin def og KI og LR Yin def, og Maciocia bruker dette ved KI og HT harmoniserer ikke (3,8). Maciocia nevner også at SP6 er et punkt som også kan nære KI Essens, med stimulerende teknikk (3). Både Ching og Maciocia anbefaler LR3 ved KI og LR Yin deficiency, da dette punktet nærer LR Yin og Blod (3,8).

De fleste kvinnene som får kreft og behandles med antiøstrogener har så høy gjennomsnittsalder at de allerede er i menopausen når de begynner med adjuvant behandling (4)

Tai Lahans hevder også at bruk av Tamoxifen gir Yin deficiency (24).

Man kan derfor ikke utelukke KI Yin deficiency, som også er roten til LR og HT Yin (13)

Disse to punktet er derfor svært sentrale punkt selv om man ikke har en spesifikk diagnose.

Studie 1 og 2 bruker også KI3, som styrker både KI Yin og Yang deficiency (3,6,8,20). Både Maciocia og Ching anbefaler det i alle syndromene (3,8). Deadman anbefaler også dette i forhold til KI Qi deficiency, KI Yin og Yang deficiency (15).

KI3 kan derfor være et godt punkt å bruke når man ikke kan differensiere hver enkelt klient.

I tillegg har studie 2 og 3 HT6 som sitt siste valg (20, 21). Studie 2 ønsker også å se på terapeutisk effekt av både hetetokter og søvnforstyrrelser (20) Maciocia bruker HT6 ved KI og HT harmoniserer ikke, og KI Yin deficiency med balanserende metode (3). Indikasjonen er at det reduserer nattesvette.

Studie 2 har kun 4 punkter, men disse punktene kan brukes i forhold til alle syndromene (3,8).

De resterende punktene i studie 1 er GB20, LU7 CV4, PC6 og LR8 (6).

PC6 er ikke nevnt i det hele tatt av Maciocia eller Ching i forhold til de aktuelle syndromene, men de bruker LU7 som et åpningspunkt for CV meridianene, men da sammen med KI6 som er koblingspunktet (3,8)

Denne kombinasjonen anbefales ved alle syndromene av Maciocia (3).

CV4 er anbefalt som et styrkende punkt i alle fire syndromene (3,8). Det styrker KI og Yang, og er et møtepunkt for CV, LR og KI meridianen. Det er kun studie 1 som har brukt dette (6).

GB 20 er nevnt ved KI og LR Yin deficiency med LR Yang rising, da som et reduserende punkt (3). Det siste punktet i studie 1 er LR8 som Ching og Maciocia anbefaler i forhold til KI og LR Yin deficiency (3,8). Dette punktet nærer LR Yin og blod, og en KI Yin deficiency vil ofte føre til en LR Yin deficiency da disse har samme rot i KI Essens (13).

De resterende punktene i studie 3 er LI4, KI7 ST36 (21).

LI4 anbefaler Maciocia i forhold til KI Yin deficiency for å roe sinnet og styrke den stigende og senkende bevegelsen av Qi (3). Da med styrkende metode.

KI7 er brukt i forhold til KI Yin og Yang deficiency og KI og HT harmoniserer ikke (3,8).

ST36 bruker Ching ved SP Yang deficiency i tillegg til KI Yang deficiency (8).

Alle tre studiene bruker stort sett relevante punkter, men de er ikke individuelt tilpasset.

Det er en svakhet da det finnes mange muligheter for valg av punkter som Maciocia, Ching og Deadman anbefaler i syndromene (3,8,15).

Ingen av studiene har valgt å åpne CV meridianen selv om mye av problematikken til hetetokter er knyttet opp mot deficiency av spesielt KI, som også er roten til LR og HR Yin xu (3,8). CV meridianen er det «Sea of Yin», og både Maciocia. og Ching bruker denne i alle syndromene (3,8,14).

Andre punkter de bruker hyppig er BL23 og CV4 (3,8).

Deadmen anbefaler også BL23 og KI3 ved KI deficiency og er således enig med Maciocia og Ching.

Ved KI tom hete anbefaler Deadman KI2 noe som også Ching anbefaler, og Deadman bruker KI 1-3 ved Ki Yin deficiency i tillegg til BL23 (8,15). Ved KI Yang deficiency bruker Deadman BL23, KI3 og GB25 (15)

I studie 1 brukes LU 7 og PC6 og de er ikke nevnt i noen av syndromene, og de er derfor ikke så relevant (3,6,8,15).

En annen ting som er viktig for resultatet av den terapeutiske effekten er stimuleringsteknikken i forhold til styrkende og reduserende metode (3). Da TKM diagnosen i studiene ikke er satt vil heller ikke grunnlaget for behandlingsprinsippene og type nåleteknikk være tilstede.

Studie 1 manipulerer nålene i KA gruppen til kvinnene kjenner De Qi, både ved starten og avslutningen på behandlingen (6). Vi vet ikke om det er med styrkende eller reduserende teknikk.

Studie 2 beskriver ingen form for nålemanipulering eller forsøk på å oppnå De Qi (20).

Studie 3 manipulerer ved starten til oppnådd De Qi og etter 10minutter (21).

Maciocia hevder at KI bare kan komme i underskudd, slik at behandlingsprinsippet vil være enten å nære KI Yin og KI Essens og styrke KI Yang, eller en kombinasjon av disse (3,13).

Da noen punkter kan brukes både til å styrke å redusere Qi, så blir manipuleringsteknikken helt avgjørende for den terapeutiske effekten (3).

Alle studiene kan vise til effekt av akupunkturen, men vi vet ikke hvilken betydning teknikkene har. Den spesifikke effekten vi kjenner til i studie 1 og 3 er oppnåelsen av De Qi (6,21). Ifølge Kinesisk Medisin er De Qi nødvendig for å oppnå terapeutisk effekt (2). Dette er svært usikkert da andre tradisjoner ikke bruker nåleopplevelse som kriterium for behandling, og at ulikt vev er forskjellig innervert (25). Sham akupunktur har også vist seg å gi terapeutisk effekt (16,17,18,25).

Typen nåler og innstikksdybde er beskrevet i studie 1 og 3, men det er vanskelig å sammenligne og vurdere betydningen av dette da de bruker en del forskjellige punkter (6,21). Innstikksdybde og lokalisasjon er ofte presisert i punkt litteratur (15). Dette kan variere noe med hvilken kilde man bruker.

Dette kan også variere med klientens alder, allmentilstand og kroppsvekt (25).

En vesentlig forskjell på disse tre studiene er antall behandlinger pr uke og i antall uker.

Studie 1 har to behandlinger i uken i 5 uker, deretter 1 behandling i 5 uker (6).

Studie 2 har kun 1 behandling i uken i 5 uker, og studie 3 har to behandlinger i uken i 5 uker (20,21). I tillegg bruker studie 1 flere punkter enn de to andre gruppene (6).

Ulike andre studier tyder på at hyppigheten av behandlingene og antall punkter har betydning for resultatet, men dette varierer med hva slags type problemer som skal behandles (25).

I denne sammenhengen ser det ikke ut til ha noen stor betydning, da det ikke er stor forskjell i reduksjonen på hetetokter i gruppene med KA.

Alle tre studiene har effekt av klassisk akupunktur, men studie 1 er de eneste som ikke har effekt i kontrollgruppen med sham akupunkturen (6). I de to andre studiene er det ingen signifikant forskjell mellom KA og NA gruppene i studiene (20,21) Alle studiene har blindet pasientene for hvilken akupunktur de får, og de forøker å gjøre sham akupunkturen troverdig

ved å bruke samme teknikker og nåler som i KA gruppen, men da utenom klassiske akupunkturpunkter og meridianer (6,20,21).

Studie 1 og 2 bruker sham akupunktur som settes overfladisk i huden, og i 3. studiet penetrerer ikke sham nålene huden, men de stimulerer til pasienten får en slags nålefølelse. Ifølge Birch kan de ulike typene sham teknikker gi fysiologiske reaksjoner (16,17,18).

Sham akupunktur er derfor ikke egnet som kontrollakupunktur, da det egentlig er en annen form for behandling.

Den type akupunktur brukes da også i andre tradisjoner (25). I denne sammenhengen har NA gruppene i studie 2 og 3 hatt betydelig reduserende effekt av hetetokter, og reduksjonen har hatt en varighet helt frem til registreringen i uke 18 i studie 3 (20,21).

Når man ser på plasseringen av sham nålene i disse to studiene, så er de alle plassert i området av de klassiske akupunkturpunktene som er brukt, og dette kan ha betydning for effekten.

I TKM er teorien at oppnåelsen av De QI i punktene er absolutt nødvendig for å oppnå terapeutisk effekt (2). Resultatene i NA gruppene forstudie 2 og 3 bekrefter ikke dette.

Studie 1 skiller seg signifikant fra de to andre gruppene når man sammenlikner KA og NA gruppene (6). Det er noe effekt på natt, med 25% i Na gruppen, men ingen effekt på hetetokter på dagtid.

De har NA som ligger 5-15 cm over patella utenom meridianer og kjente akupunkturpunkter. Disse blir også satt inn 2-3mm i huden. Om nålene også manipuleres vet vi ikke noe om. Men vi ser at studiet 1 er det eneste som har valgt sham punkter langt fra de klassiske akupunkturpunktene i KA gruppen.

De to andre studiene har valgt å sette sham akupunktur i samme område som klassiske akupunkturpunkter, men utenom disse og meridianene (20,21). Man kan derfor spørre seg om det er de ulike plasseringene av Sham akupunktur som gjør den store forskjellen mellom NA gruppene i disse studiene.

Studiene 1 og 3 har ganske god dokumentasjon på valgte punkter, plassering, innstikksdybde og behandlingshyppighet og lengde, og følger STRICTAs anbefalinger i stor grad (6,21,22).

Det vil derfor være mulig å reprodusere studiet, men vi vet ikke nok om manipulerings-teknikkene.

I studie 2 mangler det noe informasjon på instikksdybde, typen nåler og manipulerings-teknikken som er brukt (20).

Vi får også vite at akupunktørene har relevant utdanning og erfaring med akupunktur (6,20,21). Dette gir ikke nødvendigvis en garanti for riktig nåleteknikk og utførelse av akupunkturen, da hver enkelt akupunktør har sin egen stil (25). Dette gjelder da for alle studiene.

Studie 2 er eneste av de tre studiene som har en kontrollgruppe som ikke får akupunktur, og denne gruppen gjør registreringer som de to andre gruppene, men de har ingen endringer i hetetoktene (20). Det er viktig med en slik gruppe for å kontrollere mot placebo ifølge Birch (17,1718).

5. Avslutning og konklusjon

Kvinner operert for brystkreft og som bruker antiøstrogenbehandling som adjuvant behandling har vært økende de siste årene, og de har lite tilbud om hjelp for bivirkninger som hetetokter (4,7). Tre studier som det refereres til viser at klassisk akupunktur har gjennomsnittlig 50% reduksjon av hetetokter, og effekten varer flere uker etter avsluttet behandling (6,20,21). Studiene tar ikke utgangspunkt i individuelt tilpasset akupunktur, og bryter dermed med grunnprinsippene i TKM (2). Alikevel gir akupunktoren effekt og Sham akupunktoren gir også betydelig effekt i studie 2 og 3 (20,21). KI er utgangspunktet for menopausale problemer og hetetokter, og KI kan bare komme i underskudd (3,8,13). Med utgangspunkt i de ulike syndromene og punktforslagene til Maciocia og Ching ser vi at studiene har brukt en del relevante punkter, og punkter som styrker Yin eller Blod i sin behandling (3,6,8,20,21).

Men ikke alle er like relevante og kombinasjonsmulighetene er mange. Det er derfor sannsynlig at man kan optimalisere effekten av behandlingen noe ved å gi en individuell behandling (2,3).

Studiene gir bekreftelse på at klassisk akupunktur har effekt, men ikke at den har mye bedre effekt enn Sham akupunktur i studie 2 og 3 (20,21). Kun studie 1 har signifikant forskjell mellom gruppene med klassisk akupunktur og Sham akupunktur (6).

Det som skiller den studien fra de andre er at Sham punktene er satt i andre områder enn gruppen for klassisk akupunktur. De andre studiene har satt Sham punkter i samme område som klassisk akupunktur, men ikke i kjente akupunkturpunkter eller meridianer (20,21). I mitt akupunkturstudie har jeg tilegnet meg kunnskap om at området fra tærne og opp til knærne, og fingre og opp til albuen er svært energetiske, og jeg stiller spørsmål ved å om dette kan ha vært utslagsgivende for disse sham gruppene i studie 1 og 2. Sham akupunktur er og kjent for å gi fysiologiske reaksjoner, og er ikke egnet som narreakupunktur ifølge Birch (16,17,18).

Alle tre studiene beskriver både typen punkter, plassering og behandlingens varighet for hver behandling i hele perioden (6,20,21). De følger STRICTA sjekkliste noe, men ikke fullt ut (22). Det kan gjøre det vanskelig å tolke og evaluere hva som gir effekt, og det gjør det vanskeligere å reprodusere studiene (26).

Birch mener at studier generelt i akupunktur er for dårlige fordi de ikke skiller mellom de ulike faktorene som samlet gir effekt av akupunktur (16,17,18). Dette er et komplekst bilde, og fremtidige studier bør derfor stille spesifikke studiespørsmålene for om de vil undersøke for eksempel nåleteknikk eller punktvalg for å få tydelige svar på hva som gir effekt.

6. Litteraturliste

1. Kvasir bilde. Tilgjengelig på: <http://www.kvasir.no/bildesok?q=acupuncture> (Lest 28.03.2014).
2. Cheng X. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*. 2.utgave, Beijing China: Foreign Languages Press 1999.
3. Maciocia G. *Obstetrics and Gynecology in Chinese Medicine*. 2. utgave, Nanjing: Churchill Livingstone Elsevier 2011.
4. Krefregisteret. Tilgjengelig på: <http://www.krefregisteret.no> (Lest 23.01.2014).
5. Oncolex. Onkologisk oppslagsverk. Tilgjengelig på: <http://www.oncolex.no/no/Bryst/Prosedyrekatolog/BEHANDLING/Medikamentell%20behandling?lg=procedureGroup> (Lest 23.01.2014)
6. Hervik J., Mjåland O. *Akupunktur i behandling av hetetokter for brystkreftopererte pasienter- en randomisert og kontrollert studie*. Breast Cancer Research and Treatment, oktober 2008. Artikkelen er oversatt av og redigert av forfatterne for Tidsskriftet Fysioterapeuten (Fysioterapeuten 10, 2010).
7. Rud T., Moen M.H., Seeberg T. *Klimakteriehåndboken*. 2. utgave, Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003.
8. Ching N. *Akupunktur sykdomsbehandling*. 1.utgave, København: Forlaget Klitrosen 2008.
9. Dahl O., Lehne G., Baksaas I., Kvaløy S., Christoffersen T. *Medikamentell kreftbehandling*. Cytostatikaboken, 7. utgave, Oslo: Universitetet, Det medisinske fakultetet 2009.
10. Noreng H., Spigset O. *Legemidler og bruke av dem*. 1. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2007.
11. Apotek 1: Tilgjengelig på: <http://www.apotek1.no/intim-og-underliv/hetetokter> (Lest 04.04.2014).
12. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave, Oslo: Gyldendals Norsk Forlag AS 2013.
13. Maciocia G. *The Foundations of Chinese Medicine*. 2. utgave, Nanjing: Churchill Livingstone Elsevier 2005.
14. Maciocia G. *The Channels of Acupuncture*. 1. utgave, Nanjing: Churchill Livingstone Elsevier 2006.

15. Deadman P., Al-Khafaji M., Baker K. *A Manual of Acupuncture*. 2. utgave, England: Journal of Chinese Medicine Publications 2007.
16. Birch S. *Controlling for non-specific effects of acupuncture in clinical trials*. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine* 2003,4, s. 59-70.
17. Birch S., Hammerschlag R., Trinh K., Zaslowski C. *The non-specific effects of acupuncture treatment: When and how to control for them*. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine* 2002, 3, s.20-25.
18. Birch S., Ph.D., Lic.Ac., M.B.Ac.C. *Clinical Research on Acupuncture: Part 2. Controlled Clinical Trials, an Overview of Their Methods*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Volum 10, 2004, s 481-498.
19. MacPherson H., Hammerschlag R., Lewith G., Schnyer R. *Acupuncture Research. Strategies for Establishing an Evidence Base*. China: Elsevier Churchill Livingstone 2008.
20. Bokmand S. & Flyger H. *Acupuncture relieves menopausal discomfort in breast cancer patients: A prospective, double blinded, randomized study*. *The Breast*, 2013 Jun;22(3):320-3. doi: 10.1016/j.breast.2012.07.015. Epub 2012 Aug 18.
21. Liljegren A., Gunnarsson P., Landgren B.M., Robeus N., Johansson H., Rotstein S. *Reducing vasomotor symptoms with acupuncture in breast cancer patients treated with adjuvant tamoxifen: a randomized controlled trial*. *Breast Cancer Res Treat*, 2012 Oct;135(3):791-8. doi: 10.1007/s10549-010-1283-3. Epub 2010 Dec 14.
22. STRICTA-Standard for reporting interventions in controlled trials of acupuncture: Tilgjengelig på: [http://www.stricta.info/uploads/1/7/1/5/17150358/stricta - revised - plos_medicine - macpherson - june_2010.pdf](http://www.stricta.info/uploads/1/7/1/5/17150358/stricta_-_revised_-_plos_medicine_-_macpherson_-_june_2010.pdf) (Lest 04.04.2014).
23. Haug E., Sand O., Sjaastad Ø. *Menneskets fysiologi*. 3. utgave, Oslo: Universitetsforlaget AS 1992.
24. Tai Lahans. *Integrating Conventional and Chinese Medicine in cancer Care*. 1. utgave, China: Churchill Livingstone Elsevier 2007.
25. White A.R., Filshie J. Cummings T.M. *Clinical trials of acupuncture: consensus recommendations for optimal treatment, sham controls and blinding*. *Complementary Therapies in Medicine*, 2002, 9, s.237-245.
26. Birch S. *Issues to consider in determining an adequate treatment in a clinical trial of acupuncture*. *Complementary Therapies in Medicine*, 1997, 5, s 8-12.