

Bacheloroppgave

Hvordan behandles erektil dysfunksjon med akupunktur og hvilken effekt har det?

En litteraturstudie av teori og nyere forskning.

av

101427



(Hentet fra: <http://www.gay-art-history.org>)

Innleveringsfrist: kl 09:00 15. april 2015

AKU 1000 – Bacheloroppgave

Bachelorgrad i akupunktur

Antall ord: 7613

April, 2015 Norges Helsehøyskole – Campus Kristiania

”Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Norges Helsehøyskole Campus Kristiania. Norges Helsehøyskole er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.”

Forord

I 1973 fant arkeologer graven til en adelsmann fra Han dynastiet (ca 206 f.Kr-220 e.Kr) i Ma Wang Dui i Kina. Graven inneholdt mange medisinske tekster blant annet om Yang Sheng (Å Nære Livet). Et gjennomgående tema er mannens seksualitet, som tekstene hevder må reguleres for å nære de svake, styrke de friske og gi de eldre et langt liv.

- Fritt etter *Principles of Chinese Medical Andrology* av Bob Damone (16)

Fra utdraget over fremgår det at mannens seksualitet har vært tema siden begynnelsen av tradisjonell kinesisk medisin. Formålet med denne oppgaven er å belyse dette temaet med teori og forskning, også for å inspirere lesere til å behandle dysfunksjoner i mannens genitalia.

Takk til Merete Lindén Dahle for gode råd om litteratur. Takk til veileder Hilde Skjerve for gode råd om vinkling av oppgaven, samt struktur og tilgjengelighet. Takk til min forlovede Carl-Arne Meyer Melin for tålmodighet og støtte. Takk til Bob Damone for å ha gitt temaet andrologi i TKM en egen bok.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Innholdsfortegnelse.....	2
Sammendrag.....	4
1 Innledning.....	5
1.1 Begrunnelse for valg av oppgave.....	5
1.2 Førforståelse.....	5
1.3 Presentasjon og presisering av problemstilling.....	5
1.4 Avgrensning av problemstilling.....	6
1.5 Definisjoner og avklaring av sentrale begrep.....	6
1.6 Oppgavens disposisjon.....	6
2 Metode.....	7
2.1 Valg av metode.....	7
2.2 Søkeprosess, inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	7
2.3 Valg av litteratur.....	9
2.3.1 Litterære forfattere og valg av syndromer.....	9
2.3.2 Forfattere bak valgte artikler.....	9
2.4 Metodekritikk.....	10
2.5 Kildekritikk.....	10
3 Teori.....	12
3.1 Penis og ED i vestlig medisin.....	12
3.2 Penis og ED i TKM.....	13
3.3 Giovanni Maciocia.....	13
3.3.1 Etiologi.....	13
3.3.2 Syndromer.....	14
3.3.3 Behandling.....	15
3.4 Nigel Ching.....	16
3.4.1 Etiologi.....	16
3.4.2 Syndromer.....	17
3.4.3 Behandling.....	18
3.5 Bob Damone.....	19
3.5.1 Etiologi.....	19
3.5.2 Syndromer.....	19
3.5.3 Behandling.....	21
4 Forskning.....	22
4.1 Suenson 2014.....	22
4.1.1 Vurdering etter STRICTA.....	22
4.2 Khamba et al. 2013.....	23
4.2.1 Vurdering etter STRICTA.....	23
4.3 Lee et al. 2009.....	24
4.3.1 Vurdering.....	24
4.4 Engelhardt et al. 2003 og Daha et al. 2007.....	24
4.4.1 Vurdering etter STRICTA.....	25

4.5 Kho et al. 1999	25
4.5.1 Vurdering etter STRICTA	26
4.6 Samlet vurdering av forskning etter STRICTA	26
5 Drøfting.....	28
5.1 HT og GB Qi Xu hos forfatterne.....	28
5.2 LR Qi Stagnasjon	28
5.3 KI Yin Xu og KI Yang Xu.....	29
5.4 Damp-Hete.....	29
5.5 HT og KI Qi Xu.....	30
5.6 Punktvalg i forskning.....	30
5.7 Effekt.....	31
6 Konklusjon.....	33
Litteraturliste.....	34
Vedlegg 1: Syndromer i litteraturen.....	37
Vedlegg 2: Aydin et al. 1997.....	38
Vurdering etter STRICTA	38
Vedlegg 3: Yaman et al. 1994.....	39
Vurdering etter STRICTA	39
Vedlegg 4: Reseptregisteret (41).....	40

Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven: Det kan være vanskelig for menn å søke hjelp for ED (1,2). Det kan være mange grunner til dette, blant annet manglende støtte og fornektelse av problemet. Menn som knytter sin selvfølelse opp mot seksuell prestasjon kan oppleve depresjon, angst og lav selvtillit (1). Alvorlighetsgraden av depresjonen er direkte koblet til graden av ED. Samtidig vil depresjonen bedres når ereksjonssvikten behandles. Det antydes at ED er involvert i 1/5 av mislykkede ekteskap. DiMeo siterer Laumann et al. på at 31% av menn i alderen 18-59 år lider av seksuell dysfunksjon. Forskjellige norske studier viser tilsvarende tall (2).

Problemstilling: Hvordan behandles erektil dysfunksjon med akupunktur og hvilken effekt har det? En litteraturstudie av teori og nyere forskning.

Metode: Metoden for denne oppgaven er litteraturstudie. Forsberg og Wengström siterer Mulrow og Oxmans definisjon av et litteraturstudie som at den utgår fra en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (5:31). Søkord ble kombinert med Booleske operatører slik: (impotence OR erectile dysfunction) AND acupuncture. Søkene ble gjort i følgende databaser: PubMed, MEDLINE, SweMed+, EMBASE og the Cochrane Library. Det ble også søkt i The Journal of Chinese Medicines arkiv. Syndromer som er omtalt av samtlige forfattere har blitt inkludert i oppgaven. Denne utvelgelsen har vært nødvendig på grunn av oppgavens begrensede omfang, samt at det har gitt best mulighet til drøfting. Ett syndrom har blitt inkludert utover dette kriteriet siden dette er det eneste syndromet som nevnes i forskningen.

Resultater: Forfatterne Ching, Maciocia og Damone omtaler syndromene LR Qi Stagnasjon, Damp-Hete, KI Yang Xu, KI Yin Xu og HT og GB Qi Xu i syndromdifferensieringen for ED (4,15,16). Maciocia omtaler i tillegg HT og KI Qi Xu, som også omtales av Khamba et al (4,21). Khamba et al. er en studie på ED sekundært etter bruk av antidepressiva (21). De 3 andre kliniske studiene fokuserer på psykogen ED (8,10,12). En systematisk review-studie konkluderer med at det ikke er grunnlag for å hevde at akupunktur har effekt på ED (7). Blant forfatterne er det generell enighet om etiologi og syndromene. Etiologiske faktorer som fremheves er emosjoner, for mye sex, kosthold og overbelastning. Det er også stor enighet om behandling. Akupunkturforskningen på ED er små studier, men forskernes punktvalg samsvarer ofte med punktene som beskrives i litteraturen. Studiene med best resultater har til felles at deltakerne har fått fra 11 til 20 behandlinger. Disse studiene viser effekt i opptil 95% av tilfellene. Studiene er små og derfor er generaliserbarheten begrenset.

Konklusjon: ED er en tilstand som påvirker menn fysisk, emosjonelt og sosialt. Behandlingen innen vestlig medisin fokuserer kun på symptomet, ikke årsaken. Derimot tar TKM hensyn til både fysikken og emosjonene under behandling. TKM fremhever individuell behandling gjennom syndromdifferensiering, til forskjell fra vestlig medisin der behandlingen stort sett er lik for de fleste. Det er ikke mulig å konkludere om akupunktur har effekt på ED, men forskningsresultatene bør gi grunnlag for større studier.

1 Innledning

Det kan være vanskelig for menn å søke hjelp for erektil dysfunksjon (ED) (1,2). Det kan være mange grunner til dette, blant annet manglende støtte og fornektelse av problemet. DiMeo tolker Pontin et al (2002) og hevder at menn setter ereksjonsevne øverst på listen over seksuelle tegn på manndom (1). Manglende ereksjonsevne kan derfor påvirke mannens rolle, og gjøre at han mister sin identitet. Særlig menn som knytter sin selvfølelse opp mot seksuell prestasjon kan føle seg mislykket. Dette fører videre til depresjon, angst og lav selvtillit. Alvorlighetsgraden av depresjonen er direkte koblet til graden av ED. Samtidig vil depresjonen bedres når ereksjonssvikten behandles. ED kan få store konsekvenser for menns romantiske forhold. Det kan være en følelse av ydmykelse, skyld og skam som hindrer menn i å snakke med sin partner om problemet. Wespes et al antyder at ED er involvert i 1/5 av mislykkede ekteskap. Partnere som måler sin selvfølelse på mannens seksuelle tiltrekning til dem, kan føle seg avvist. Frykten for at mannen er impotent med dem, men ikke med noen andre kan være stor.

1.1 Begrunnelse for valg av oppgave

DiMeo siterer Laumann et al. på at 31% av menn i alderen 18-59 år lider av seksuell dysfunksjon (1). Videre siterer han the Massachusetts Male Aging Study som viser at 52% av menn i alderen 40-70 år har ED, hvorav 17% mild, 25% moderat og 10% fullstendig. Forskjellige norske studier viser tilsvarende tall (2).

Personlig er jeg interessert i mannens sykdommer fordi jeg opplever at det er et misforhold mellom fokuset på gynekologi og andrologi i tradisjonell kinesisk medisin (TKM). Maciocia har skrevet en akupunkturfagbok om gynekologi og obstetikk på 1067 sider (3). Derimot vier han kun tre kapitler til andrologi (4). Det er en stor gruppe menn som lider av ED, og det er en tilstand som er sterkt koblet til mannens psykoemosjonelle tilstand. TKM skiller seg fra vestlig medisin blant annet ved at TKM ikke skiller mellom psyken og fysikken. Derfor er jeg interessert i hvordan ED behandles innenfor TKM.

1.2 Førforståelse

Min førforståelse for dette temaet baserer seg på emnene AKU1-7, AKU800, MED1-6 og VEKS2 ved bachelorgad i akupunktur ved Norges Helsehøyskole avdeling for akupunktur.

1.3 Presentasjon og presisering av problemstilling

Hvordan behandles erektil dysfunksjon med akupunktur og hvilken effekt har det? En litteraturstudie av teori og nyere forskning.

ED er en tilstand som kan oppstå av psykologiske årsaker, men den kan også gi psykologiske følgetilstander. I forbindelse med en slik tilstand er det interessant å undersøke en behandlingsmetode som tar hensyn til både fysiske og psykiske symptomer.

1.4 Avgrensning av problemstilling

Jeg avgrenser meg til ED som primærtilstand. Jeg avgrenser meg til å presentere og drøfte etiologi, syndromer og behandling med kroppsakupunktur, og syndromer som omtales av alle forfatterne. Dette betyr at jeg også avgrenser meg fra diagnostisering med tunge og puls. Jeg avgrenser meg fra nåleteknikk og til å drøfte og presentere syndromer som alle forfatterne har beskrevet, se Vedlegg 1. Jeg avgrenser meg fra ekstrameridianene. Jeg avgrenser meg fra sham-akupunktur og placebo. Jeg presenterer ikke tilleggsintervensjoner i forskningen. Jeg forutsetter at leseren har TKM-kunnskap tilsvarende en bachelorgrad i akupunktur.

1.5 Definisjoner og avklaring av sentrale begrep

Erekttil dysfunksjon: Erekttil dysfunksjon (ED) er definert som vedvarende manglende evne til å få en ereksjon som er rigid nok til å gjennomføre tilfredsstillende seksuell aktivitet (1).

Effekt: Med effekt mener jeg i denne sammenhengen bedring av symptomer på ED, det vil si økt ereksjonsevne.

Organnavn: Jeg bruker de engelske forkortelser for hvert organ. Eksempel: HT for hjertet.

Punktnavn: Jeg bruker den engelske forkortelsen for organet samt nummer på punktet. Eksempel: LR3.

Lokale og distale punkter: Jeg anser punkter under umbilicus, ved lumbalvirvler, ved sacrum, perineum og lysken som lokale punkter. Alle andre punkter anser jeg som distale.

1.6 Oppgavens disposisjon

I neste kapittel vil jeg presentere metoden jeg har benyttet meg av. Jeg vil også presentere søkeprosess, valg av litteratur og forskning, samt metode- og kildekritikk. I teorikapittelet vil jeg presentere de tre forfatternes gjengivelse av etiologi, syndromer og behandling. I forskningskapittelet presenterer jeg forskningen jeg har valgt og vurderer denne etter STRICTA. Til slutt følger drøfting av litteratur og forskning samt konklusjon.

2 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere oppgavens metode og søkeprosess med inklusjons og eksklusjonskriterier. Videre følger en kort presentasjon av forfatterne av litteraturen og forskningen. Kapittelet avsluttes med metode- og kildekritikk.

2.1 Valg av metode

Opgavens metode er litteraturstudie. Denne metoden tillater meg å belyse problemstillingen ut fra forskning og litteratur. Forsberg og Wengström siterer Mulrow og Oxmans definisjon av et litteraturstudie som at den utgår fra en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (5:31). ”Refleksjon omkring valg av metode må komme klart frem. Slike valg innebærer ofte overveielser mellom det en anser som den ideelle fremgangsmåten, og det som er praktisk gjennomførbart.” (6:114). Det har vært viktig å ta hensyn til den tilgjengelige tiden i valget av metode. Gjennom søkeprosessen har jeg vurdert om jeg skulle bruke en kvalitativ eller kvantitativ metode. Den relative mangelen på forskningsartikler innenfor mitt tema har talt for valg av en intervjubasert metode. Kvalitative metoder har som formål å beskrive, forstå, forklare og tolke (5:54). Forskeren etterstreber en helhetsforståelse av en unik situasjon. Dette hadde gitt ferskere kunnskap, men det er samtidig en mer tidkrevende metode. Et litteraturstudie er en kvantitativt orientert metode som går i bredden fremfor i dybden (5:53,6:113). Kvantitative forskningsmetoder søker allmenngyldig kunnskap (5:53). Etter endt søkeprosess anser jeg funnet av relevante artikler som tilstrekkelig til å velge en kvantitativ metode.

2.2 Søkeprosess, inklusjons- og eksklusjonskriterier

I utgangspunktet ønsket jeg å finne nok forskning som var yngre enn 10 år, på engelsk eller et skandinavisk språk og utført på mennesker. Det var også ønskelig med minst 3 artikler av god kvalitet både akupunkturfaglig og forskningsmessig, som var enten randomiserte, kontrollerte studier (RCT) eller systematiske oversiktsartikler. Dette viste seg å være vanskelig å finne, og derfor har inklusjonskriteriene blitt revidert, særlig med hensyn til tidsaspektet.

Søkeord ble kombinert med Booleske operatorer slik: (impotence OR erectile dysfunction) AND acupuncture. Søkene ble gjort i følgende databaser: PubMed, MEDLINE, SweMed+, EMBASE og the Cochrane Library. Det ble også søkt i The Journal of Chinese Medicines arkiv. For søkematrise og antall treff se Tabell 1 under. Søkene ble avsluttet den 2. mars 2015. Det ble også gjort et nytt søk med samme søkeord i de samme arkivene og databasene den 10. april for å undersøke om det har blitt publisert ny forskning, se Tabell 2. Der det har vært mulig har jeg brukt filtrene 'Humans', 'Last 10 years' og 'English Language'.

Tabell 1: Systematiske søk før 2. Mars 2015.

	PubMed	MEDLINE	Amed	Cochrane	EMBASE	SveMed+
Acupuncture	8412	4834	2917	297	11137	59
Impotence	7532	5255	148	3	3172	45
Erectile dysfunction	7179	6161	86	55	13444	45
Acupuncture AND impotence OR erectile dysfunction	9	7	3	2	82	0
Systematic reviews eller RCT-artikler på engelsk/skandinavisk som er forskning på ED	3	3	0	0	8	0

Jcm.co.uk har 10 artikler om temaet, men bare én publisert innen siste 10 år.

Jeg har valgt å legge til en ekstra rad nederst i Tabell 1 for å synliggjøre at mange treff ikke har vært relevante. Etter manuell filtrering av tittel og sammendrag av treff i EMBASE falt de fleste bort.

Tidlig i søkeprosessen fant jeg review-artikkelen til Lee et al. (7). Gjennom systematiske søk fant forfatterne 80 artikler om temaet. 76 av disse ble ekskludert. Samtlige av de inkluderte artiklene faller utenfor denne oppgavens inklusjonskriterier, men jeg valgte å inkludere dem for å undersøke grunnlaget til Lee et al. De to tidligste artiklene ble senere delvis ekskludert av hensyn til oppgavens begrensninger. De er presentert i vedlegg 2 og 3. Disse fire artiklene er i stor grad forskning på psykogen ED (8,9,10,11). Treffene i databasene er i stor grad overlappende. Et viktig treff er en dansk studie fra 2014 (12). Jeg vurderer denne som en god kilde, siden den er skrevet av en akupunktør. Mens jeg søkte etter informasjon om forfatterne bak artiklene fant jeg en follow-up studie av Engelhardt et al. (13). Jeg har valgt å inkludere denne, og vil kommentere de to artiklene sammen.

Til slutt i Kapittel 4 vil jeg gjengi tabellen jeg brukte for å vurdere forskningsartiklene etter STRICTA (STAndards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture) (14). Det er et sett med retningslinjer med formål å forenkle transparens i publiserte rapporter, for å gi bedre forståelse og tolkning av resultater, samt å synliggjøre detaljer som er nødvendige for reproduksjon.

Tabell 2: Systematiske søk 10. april 2015.

	PubMed	MEDLINE	Amed	Cochrane	EMBASE	SveMed+
Acupuncture	8546	4922	2977	446	11419	59
Impotence	7541	6179	148	55	3202	45
Erectile dysfunction	7194	6235	87	84	13680	45
Acupuncture AND impotence OR erectile dysfunction	9	7	3	5	83	0
Systematic reviews eller RCT-artikler på engelsk/skandinavisk som er forskning på ED	3	3	0	0	8	0

Det er ikke noen nye artikler på Jcm.co.uk, og det er heller ikke publisert nye artikler om akupunkturbehandling av ED mens jeg har skrevet oppgaven.

2.3 Valg av litteratur

2.3.1 Litterære forfattere

Maciocias og Chings bøker om sykdomsbehandling er på pensumlisten fra bachelorgrad i akupunktur ved Norges Helsehøyskole avdeling for akupunktur (4,15). Bob Damones bok Principles of Chinese Medical Andrology ble anbefalt meg av Merete Lindén Dahle (16). Dette er en av få bøker skrevet om temaet. Damone skriver om seg selv i boken at han har over 18 års erfaring som utøver og lærer i TKM. Han har studert i Kina og på Taiwan, har forelest ved Pacific College of Oriental Medicine i 12 år og har tidligere skrevet en TKM-lærebok om gynekologi.

2.3.2 Forfattere bak valgte artikler

Det er utenfor oppgavens omfang å presentere alle artikkelforfattere. Det eksisterer heller ikke noen universelle retningslinjer som kan forklare rekkefølgen av forfattere (17,18). En vanlig praksis er at første forfatter har ledet forskningsprosessen og at siste forfatter er bidragsyteren med mest erfaring (17). Jeg vil presentere første, andre og siste forfatter bak artiklene.

Suenson er forfatter av artikkelen 'A Multidisciplinary Approach Using Auriculotherapy for Erectile Dysfunction: A Qualitative Case Study' fra 2014 (12). Hun er utdannet akupunktør og jordmor og driver akupunkturklinikk i København (19). Hun har en mastergrad i folkehelse, og skrev masteroppgaven om ED (20).

Khamba er første forfatter bak artikkelen 'Efficacy of Acupuncture Treatment of Sexual Dysfunction Secondary to Antidepressants' fra 2013 (21). Hun er naturopatisk lege, har en bachelorgrad i psykologi og en mastergrad i folkehelse (22). Aucoin er naturopatisk lege og

har en bachelorgrad i medisinsk vitenskap (23). Katzman er klinikkleder ved rekruteringsklinikken, han er assisterende professor ved universitetet i Toronto og er en av lederne av 'The Scientific Advisory Board' i 'Anxiety Disorders Association of Canada' (24).

Lee er første forfatter av 'Acupuncture for treating erectile dysfunction: a systematic review' (7). Han er sjefsforsker ved Korea Institute of Oriental Medicine, Sør-Korea (25). Shin er ansatt ved School of Korean Medicine ved Pusan National University og har publisert 85 vitenskapelige artikler (26). Ernst er professor emeritus ved University of Exeter i Storbritannia (27). Han har publisert 48 bøker og over 1000 artikler (28).

Engelhardt, Daha og Pflüger er forfattere av artiklene 'Acupuncture in the treatment of psychogenic erectile dysfunction: first results of a prospective randomized placebo-controlled study' og 'Acupuncture Treatment of Psychogenic Erectile Dysfunction: A Four-Year Follow-Up Study' (10,13). Engelhardt er Co-Chairman ved Department of Urology and Andrology ved Landesklinikum Baden i Østerrike (29). Han har publisert 39 artikler. Daha er ansatt ved University of Innsbruck, Østerrike og har publisert 17 artikler (30). Pflüger er ansatt ved sykehusforeningen i Wien og har publisert 83 artikler (31). Ingen har skrevet andre artikler om akupunktur.

Kho er første forfatter av artikkelen 'The use of acupuncture in the treatment of erectile dysfunction' (8). I artikkelen står det at han var ansatt ved Institute of Anesthesiology ved University Hospital i Nijmegen, men jeg har ikke klart å finne annen informasjon på engelsk om ham. Sweep er endokrinolog og har publisert 320 artikler (32). Meuleman er androlog og urolog og har publisert 85 artikler (33).

2.4 Metodekritikk

Metoden jeg har valgt, og gjennomføringen av denne kan kritiseres på flere punkter. Dette er første gangen jeg har gjennomført et systematisk søk, og det er derfor stor sannsynlighet for at jeg har gjort noe feil. Selv om jeg har mottatt veiledning fra bibliotekar kan jeg ha gjort feil i valg av søkeord og valg av databaser. Jeg er ikke utdannet i statistikk, og jeg har derfor begrensede muligheter til å vurdere metodene som er benyttet i forskningsartiklene. Jeg må derfor godta artiklenes resultater.

Forskerens rolle i kvantitativ forskning er å forholde seg objektiv til forskningsmaterialet og gjennomføre vurderinger eller målinger med standardiserte instrumenter (5:64-5). I virkeligheten må forskere se seg selv som en potensiell faktor som påvirker resultatene, og at å forholde seg fullstendig objektiv til materialet er umulig. Jeg er akupunkturstudent og dette vil i stor grad påvirke oppgavens konklusjon.

2.5 Kildekritikk

Det er første gang jeg gjør et systematisk litteratursøk og mine tekniske ferdigheter rundt litteratursøk kan være mangelfulle. Det er derfor mulig at jeg ikke har funnet artikler som er relevante for min oppgave. Engelsk er ikke mitt morsmål og de fleste av forfatterne av forskningen jeg har valgt er ikke fra engelsktalende land. Det er derfor mulig at jeg har tolket forskningen feil, eller at forfatterne ikke har uttrykt seg tydelig nok. Med andre inklusjonskriterier hadde resultatet sannsynligvis blitt annerledes. Inklusjonskriteriet om forskning publisert innen siste 10 år har jeg måttet revurdere i løpet av søkeprosessen. Jeg har

funnet noen få studier som er yngre enn 10 år, men disse gir et noe tynt grunnlag for en litteraturstudie. Jeg har derfor inkludert to av artiklene fra review-artikkelen til Lee et al. Da jeg undersøkte bakgrunnen til forfatterne fant jeg ut at en av disse artiklene, Engelhardt et al., er utført av et forskerteam som ikke hadde tidligere erfaring med akupunkturforskning. Det er mulig at det samme er tilfelle for flere artikler, men Engelhardts forskningsteam er det eneste jeg har hatt mulighet til å undersøke på denne måten. Dette senker min vurdering av validiteten av denne artikkelen. Jeg vil presentere artiklene og vurdere dem i forhold til STRICTA i kapittel 4: Forskning.

3 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere teorien om penis og ED i vestlig medisin og TKM. Deretter følger en presentasjon av forfatterens forskjellige syn på syndromene og behandlingen av disse. Jeg vil benytte meg av tabeller for å presentere informasjonen på en oversiktlig og ryddig måte.

3.1 Penis og ED i vestlig medisin

Penis er bygget opp av 3 kammerer; 2 corpus cavernosum og corpus spongiosum som urinrøret løper gjennom, i tillegg til penishodet, glans penis (34). Ereksjon er en innviklet prosess som er avhengig av mange faktorer (2). Både det sentrale og det perifere nervesystemet må fungere. Ereksjon er i tillegg avhengig av at anatomien i penis er normalt fungerende, slik at det erektilt vevet kan fylles med blod.

Forekomsten av ED er relativt hyppig, og tallene varierer fra studie til studie; 70% til 33% (2,35). Viktige risikofaktorer er hjerte- og karsykdom, diabetes og hypertensjon (2). Dette gjelder særlig røykere. Andre risikofaktorer inkluderer nervesykdommer og skader, visse medikamenter og det kan forekomme etter kirurgi. Man regner med at årsaken er organisk i 80% av tilfellene, men det er ofte betydelige sekundære psykiske problemer forbundet med tilstanden. Prestasjonsangst er spesielt viktig. Diagnostiseringen bygger på grundig anamnese som ofte vil vise disponerende skader og sykdommer, samt indikere om årsaken er psykogen eller organisk. Videre utredning sammenfaller med primær behandling med utprøving av hvilke medikamenter som er mest effektive.

Det er mange behandlingsmuligheter innen vestlig medisin. Det mest kjente alternativet er kanskje potenspiller som Viagra, Cialis og Levitra, eller sildenafil, tadalafil og vardenafil (36,37). Tall fra reseptregisteret viser at potensmidler ble solgt for nesten 180 millioner kroner i 2013, og at over 78000 menn fikk resept på potensmidler, se vedlegg 4. Dette gir en gjennomsnittskostnad per bruker på omtrent 2300 kroner per år. De vanligste bivirkningene er hodepine, fulgt av svimmelhet, rødming, dyspepsi og synsforstyrrelser (37). Alvorlige bivirkninger omfatter hjerteinfarkt, plutselig hjertedød og hjerneblødning. En annen alvorlig bivirkning er priapisme (36). Dette kan gi varig penisskade hvis ereksjonen varer i mer enn 4 timer.

Alprostadil er et medikament som injiseres i penis eller urinrøret (36). Dette hjelper mange, men kan gi smerter i penis, og å sette en sprøyte i penis kan være både smertefullt og ubehagelig. Samtalerapi og vakuumpumper er andre behandlingsalternativer. I tillegg kommer naturpreparater som ginseng og yohimbin, men disse kan ha uheldige virkninger ved bruk av andre medisiner. Kirurgiske inngrep er også mulig og inkluderer penisprotese, penil arteriell revaskularisering og venøs blokkeringskirurgi (38). Kirurgi er hovedsakelig benyttet ved lokal begrenset skade. Penisprotese har en rekke fordeler, deriblant at den ikke skal hemme verken følsomhet, orgasme, ejakulasjon eller urinering (39). Infeksjon er tilfelle hos en tredjedel. Erosjon er sjeldent, men her vil penisvevet slites slik at protesen stikker ut. Mekanisk svikt kan oppstå i hydrauliske penisproteser. Hos noen typer hydrauliske proteser vil 10-15% oppleve mekanisk svikt innen 5 år etter transplantasjon.

3.2 Penis og ED i TKM

Det kinesiske navnet på penis er 'Zong Jin' (4:1286,15:503,16:27). Dette oversettes med 'ancestral sinew' eller den nedarvede sene. KI er i stor grad involvert i ereksjon (4:1292,15:503,16:67). Flere aspekter ved KI er nødvendige for å erigere penis. KI Yang gir varme og bevegelse, og styrer den funksjonelle aktiviteten i ereksjon. Lyst eller libido er også avhengig av KI Yang (15:503). KI Yin er basis for all Yin i kroppen, og svekket KI Yin kan resultere i ufullstendig ereksjon.

De andre organene som skal sørge for ereksjon har til felles at de produserer, lagrer eller styrer Blod. LR-meridianen omslutter penis (4:1293,15:503,16:49). LR lagrer Blod og kontrollerer sener, og den skal sørge for at det er nok Blod til å nære sener og fylle penis så den erigeres (15:503,4:1292-3,16:65). LR sørger også for at Qi og Blod flyter fritt. Ereksjon er avhengig av HT på flere måter (4:1292,16:58,15:503-4). HT styrer alt Blod i kroppen, og det sender Blod til penis. Maciocia nevner i tillegg HT Qi, mens Damone nevner Shen. Ching nevner både Shen og HT Ild. HT Qi/Ild skal varme penis, mens Shen fokuserer seksuell lyst. De andre organene er avhengige av at SP produserer nok Qi og Blod.

3.3 Giovanni Maciocia

3.3.1 Etiologi

Maciocia nevner 6 årsaker til ED: alder, for mye sex, uregelmessig kosthold og emosjonelt stress, samt fysisk og mental overbelastning (4:1293-4). KI Yang vil svekkes med alderen. Med for mye sex menes å ejakulere for ofte. Dette vil svekke KI. Ugunstig kost er fet og frityrstekt mat samt meieriprodukter. Disse matvarene vil skape Damp i kroppen. Emosjonelt stress er en viktig årsak til ED i Vesten. Alle følelser kan stagnere Qi, men særlig bekymring, sorg og tristhet kan skade HT, frykt og angst påvirker KI og undertrykt sinne og skyldfølelse stagnerer Qi og Blod. Fysisk overbelastning, ofte i form av overdreven trening, svekker KI Yang. Mental overbelastning, eller å overarbeide uten hvile over mange år, ofte i kombinasjon med stress, svekker KI Yin.

3.3.2 Syndromer

Jeg vil presentere HT og KI Qi Xu i tillegg til de andre syndromene, siden dette er det eneste syndromet som benyttes i forskningen (21). Maciocia beskriver to forskjellige syndromer med Damp-Hete (4:1303-4). De behandles med de samme punktene og jeg presenterer dem derfor som ett syndrom. Se Tabell 3 under.

Tabell 3: Maciocias gjengivelse av syndromene (4:1297-1304).

SYNDROM	SEKSUELLE SYMPTOMER	GENERELLE SYMPTOMER
LR QI STAGNASJON	ED hos yngre menn som varierer med emosjonell tilstand Prematur ejakulasjon	Oppblåsthet Irritabilitet Ustabil humør Depresjon
DAMP-HETE	ED Genitalkløe Utfloed fra urinrør Utslett på ytre genitalia	Smertefull og vanskelig vannlating Grumsete urin Irritabilitet
KI YANG XU	ED Lav lyst Prematur ejakulasjon	Verkende korsrygg Svimmelhet Tinnitus Hyppig og klar urin Nocturi Kuldefølelse Kald i korsrygg og knær
KI YIN XU	ED hos eldre menn	Verkende korsrygg Svimmelhet Tinnitus Mørk og sparsom urin Nattesvette Insomni
HT OG GB QI XU	ED Prematur ejakulasjon	Depresjon Sjenerthet Sukking Insomni Palpitasjoner Lettskremt
HT OG KI QI XU	ED Prematur ejakulasjon	Svimmelhet Tinnitus Palpitasjoner Verkende korsrygg Depresjon Blekt ansikt

3.3.3 Behandling

Maciocias punktforslag er gjengitt under i Tabell 4.

Tabell 4: Maciocias punktforslag (4:1297-1304).

SYNDROM	LOKALE PUNKTER	DISTALE PUNKTER
LR QI STAGNASJON	CV6 CV3	LR3 GB34 PC6 LR5 GB13 GV24
DAMP-HETE	BL22 CV2 CV3 BL34	LR5 LR3 LR1 SP9 SP6 CV9
KI YANG XU	BL23 CV6 CV4 CV3	BL20 GV20 KI3
KI YIN XU	BL23 CV6 CV4 CV3	BL18 GV20 KI3
HT OG GB QI XU	CV6 CV3 BL34	HT7 HT5 BL15 GB40 GV20 ST36 SP6
HT OG KI QI XU	BL23 CV4	HT7 HT5 BL15 KI7 KI3 CV14 GV24 GV20

3.4 Nigel Ching

3.4.1 Etiologi

Ching nevner flere etiologiske faktorer for ED (15:504-5). Disse er følelser, for mye sex, medisiner, narkotika, alderdom, medfødt svakhet, kosthold, overbelastning og ytre patogen faktor (YPF). Følelsmessige belastninger som depresjon, stress, frustrasjon og sinne kan stagnere LR Qi og forstyrre HT. Angst og frykt vil påvirke HT og KI, og grubling og bekymring kan svekke HT. Å ha for mye sex kan svekke KI. Dette inkluderer onani. Narkotikum som kokain kan svekke KI. Legemidler som Viagra vil umiddelbart gi ereksjon, men siden det ikke behandler den underliggende årsaken vil bruk av Viagra på lang sikt svekke KI. Andre legemidler kan også påvirke ereksjonsevnen. Svakhet i KI og GB kan være medfødt, og alderdom svekker KI. Kostholdet kan være mangelfullt slik at det ikke er nok grunnlag til å produsere Qi og Blod, og ved inntak av feil kost, som for eksempel alkohol og frityrstekt mat, kan det oppstå Damp-Hete. Overbelastning i form av for mye arbeid, sykdom og stress tærer på Blod og Qi, og over tid vil det svekke KI. YPF som Damp-Hete kan invadere kroppen og gi opphav til ED.

3.4.2 Syndromer

Chings presentasjon av syndromene er presentert i Tabell 5 under.

Tabell 5: Chings gjengivelse av syndromene(15:506-13).

SYNDROM	SEKSUELLE SYMPTOMER	GENERELLE SYMPTOMER
LR QI STAGNASJON	Fullstendig ED eller problemer med å opprettholde ereksjon Muligens problem med å få utløsning Ømme genitalier Manglende lyst	Spentheth i bryst eller hypochondriet Irritabilitet eller humørsvingninger Depresjon Svimmelhet Slitenhet, særlig om morgenen, men mindre etter fysisk aktivitet Oppblåst abdomen Vekslende avføring
DAMP-HETE	Fullstendig ED eller problemer med å opprettholde ereksjonen Fuktige, svette genitalier Sæden kan være tykk og gullig Ømhet eller smerter rundt genitalia Muligens forhistorie med herpes genitalia	Løs avføring som kan være klissete og ha sterk lukt Mørk urin med sterk lukt Tunghet og ømhet i benene Slitenhet
KI YANG XU	Fullstendig ED eller problemer med å opprettholde ereksjonen Tynn eller vannaktig sæd Kalde genitalier	Mental eller fysisk slitenhet Hyppig vannlating Nocturi Kuldefølelse og ømhet i korsrygg og knær Generell aversjon mot kulde Blekt og fuktig ansikt
KI YIN XU	Ereksjon som forsvinner raskt Prematur ejakulasjon Overdreven lyst eller behov for sex Lyst, uten å kunne få eller opprettholde ereksjonen	Alle symptomer er verre i stressede perioder eller ved slitenhet Ømhet og slitenhet i korsrygg og knær Tørr munn og hals Nattesvette Tinnitus Svimmelhet Røde kinnben Feberfølelse om kvelden eller natten Insomni Tørr avføring
HT OG GB QI XU	Fullstendig ED eller problemer med å opprettholde ereksjonen	Lettskremthet, nervøsitet, manglende mot Sjenerthet Ubesluttsomhet Palpitasjoner, som særlig forårsakes av sjokk, forskrekkelse, angst, osv. Våkner tidlig om morgenen Mange mareritt, våkner med angst Drømmeforstyrret søvn Spontan svette Slitenhet Blir lett andpusten

3.4.3 Behandling

Chings punktforslag er gjengitt i Tabell 6 under.

Tabell 6: Chings punktforslag(15:506-13).

SYNDROM	LOKALE PUNKTER	DISTALE PUNKTER
LR QI STAGNASJON	CV3	GB34 PC6 LI4 LR3 LR5 LR8 SP6 BL18 GV20
DAMP-HETE	CV3 GB28	LR8 SP6 SP9 GB34 GB41 TE6 KI10
KI YANG XU	GV4 BL23 CV4	GV20 KI3 KI7 SP6
KI YIN XU	BL23 CV4 KI12	KI3 KI6 SP6
HT OG GB QI XU		HT5 HT7 PC6 GB34 GB40 CV14 YinTang GV20 BL15 BL19

3.5 Bob Damone

3.5.1 Etiologi

Damone nevner 3 kategorier årsaker: emosjoner, Zangfu-svekkelse og YPF (16:225-7). Menn som holder tilbake emosjoner i stedet for å uttrykke dem, som er generelt misfornøyde med livet og som bærer nag kan svekke sin LR. Sjokk skader HT og å bli utsatt for vedvarende frykt skader KI. Menn som har vært i krigssituasjoner, har vært utsatt for tortur eller andre former for misbruk kan ha svekket HT og KI. KI Yang Xu kan også oppstå av aldersforandringer, medfødt svakhet, for stort inntak av kald og rå mat, kronisk sykdom og på bakgrunn av KI Yin Xu. KI Yin Xu kan oppstå fra medfødt svakhet, for mye sex og fra Hetetilstander. Overvekt og mat som er fet, krydret eller søt, samt høyt inntak av alkohol kan skape Damp-Hete. For voldsom sex, å kraftig holde tilbake ejakulasjon og uhygienisk sex kan også gi Damp-Hete. I tillegg kan Damp-Hete komme av annen sykdom som er preget av Damp-Hete der sykdommen ikke er behandlet effektivt og Damp-Hete siver ned til penis.

3.5.2 Syndromer

I Tabell 7 under følger Damones presentasjon av syndromene som diskuteres i denne oppgaven.

Tabell 7: Damones gjengivelse av syndromene (16:228-35).

SYNDROM	SEKSUELLE SYMPTOMER	GENERELLE SYMPTOMER
LR QI STAGNASJON	-Funksjonell ED sammen med en hemmet Shen	-GB-sjenerthet eller irritasjon -Press eller smerter i hypochondriet -Tendens til sukking -Pasienten undertrykker følelsene sine eller er under stort emosjonelt press.
DAMP-HETE	-Enten krympet og slapp penis eller mulig delvis ereksjon som ikke er hard nok for tilfredsstillende seksuell aktivitet -Tilstanden ankom gradvis	-Spenthet i nedre abdomen -Sårhet og spenthet i lysken og perineum -Urinerings som er ukomplett, starter og stopper, og kan avsluttes med drypping -Muligens hyppig hastende urinerings -Gul grumsete urin -Svette genitalier som klør og kan lukte skarpt -Bitter smak i munnen og tørr munn
KI YANG XU	-Fullstendig eller moderat ED	-Hvit ansiktshud -Svimmelhet i hode og øyne -Tinnitus -Verking og svakhet i korsrygg og knær -Kuldefølelse i nedre abdomen -Aversjon mot kulde og kalde ekstremiteter -Nocturi med stort volum og klar farge -Hyppig vannlating med drypping -Blokkert vannlating -'Listlessness of essence-spirit'
KI YIN XU	-Overdreven lyst -Begrenset ereksjonsevne, men ereksjonen er ikke fast nok og forsvinner fort -Muligens nattlig sædavgang	-Insomni -Mye drømmeaktivitet -Varme i håndflater, fotsåler og bryst -Verking og svakhet i korsrygg og knær -Svimmelhet -Tinnitus -Tørr munn -Drikker i små slurker -Rødlig sparsom urin -'Exhaustion of essence-spirit'
FRIGHT AND FEAR DAMAGING HT AND KI	-Fullstendig eller moderat ED -Nattlig sædavgang	-Verkende korsrygg og knær -Hyppig urinerings -Palpitasjoner -Lettskremthet -GB-sjenerthet og usikkerhet -Insomni -Mye drømmeaktivitet -'Distracted essence-spirit'

3.5.3 Behandling

Damones punktforslag er presentert under i Tabell 8.

Tabell 8: Damones punktforslag (16:236-7).

SYNDROM	PUNKTER
GENERELLE PUNKTER	CV4, CV3, BL23, BL32, SP6, KI3, ST36, CV1, GV1
LR QI STAGNASJON	LR3, LI4, BL18
DAMP-HETE	LR5, LR8, SP9, ST40, BL19, BL28
KI YANG XU	BL23, CV4, GV4
KI YIN XU	KI2, KI6
FRIGHT AND FEAR DAMAGING HT AND KI	BL15, HT7, PC6, GV20

4 Forskning

I dette kapittelet vil jeg presentere forskningen jeg har inkludert. Jeg vil løpende vurdere hver artikkel etter STRICTA, og avslutningsvis i kapittelet vil jeg gjøre en totalvurdering av forskningen. STRICTA er et sett med retningslinjer hvis formål er å forenkle transparens i publiserte forskningsrapporter om akupunktur, å gi bedre forståelse og tolkning av resultater, slik at de bedre kan vurderes kritisk, samt å gi detaljer som er nødvendig for reproduksjon (14).

4.1 Suenson 2014

Denne studien er strukturert som en serie med case-studier der flere terapier blir benyttet for å behandle ED (12). Jeg kommer kun til å presentere akupunkturbehandlingen.

Tittel: A Multidisciplinary Approach Using Auriculotherapy for Erectile Dysfunction: A Qualitative Case Study.

Design: Case-studie ble brukt som rammeverk. Datamaterialet besto av selvvurderingsrapporter fra deltakerne sammen med journalnotater fra behandler.

Deltakere: 19 deltakere, 7 i alderen 60-74, 7 i alderen 45-59, 4 i alderen 35-44 og 1 i alderen 20-24.

Intervensjon:

Hovedvariant: HT7, GV24, CV4, CV15

Sekundærvariant: LR8, SP6, CV3, GB34, TE6, LR3, KI6.

Behandlingsforløp (nåler): 20-30 min 1 gang i uken over 20 uker.

Resultat: 18/19 deltakere (95%) opplevde betydelig forbedring i ereksjonsevne, selvrespekt og sosiale forhold. Forbedringen ble ansett som betydelig hvis ereksjonsevnen var fullstendig restituert. Det måtte være flere tegn på bedret selvrespekt og sosial interaksjon i en deltakers selvvurderingsrapporter for at behandlingen skulle anses som vellykket. Deltakeren som ikke hadde betydelig forbedring opplevde forbedret selvrespekt og sosial interaksjon.

Konklusjon: I denne studien var øreakupunktur sammen med andre terapiformer en effektiv behandling for ED. Tolkningen av resultatene indikerer at en multidisiplinær tilnærming forsterker resultatene.

4.1.1 Vurdering etter STRICTA

Denne studien er en god representasjon for klinisk praksis, ettersom den involverer råd og veiledning av deltakerne. Etter STRICTAS kriterier er den generelt god, se Tabell 9 under, men den har noen mangler i rapporteringen. Akupunktørens bakgrunn er ikke gjengitt og forfatteren går ikke i detalj om hvilke punkter som er brukt på forskjellige tidspunkt i behandlingsforløpet. Disse aspektene kan være inkludert i den fullstendige forskningsrapporten.

4.2 Khamba et al. 2013

Dette er en studie på seksuell dysfunksjon hos både kvinner og menn, men jeg vil bare presentere de mannlige deltakernes resultater (21).

Tittel: Efficacy of Acupuncture Treatment of Sexual Dysfunction Secondary to Andidepressants.

Formål: Å undersøke den potensielle nytteverdien av akupunkturbehandling ved seksuell dysfunksjon etter bruk av antidepressiva.

Deltakere: 35 deltakere (18 menn) som hadde bivirkninger i form av nedsatt seksuell funksjon som debuterte etter bruk av antidepressiva. 29 deltakere fullførte studien.

Intervensjon: Standard akupunkturbehandling for diagnosen HT Yin Xu og KI Qi Xu. Dette er ifølge forfatterne det vanligste syndromet bak seksuell dysfunksjon i TKM-teori. Deltakerne ble gitt en TKM-evaluering med puls- og tungediagnose, men resultatene av dette fremgår ikke av artikkelen. Deltakerne ble gitt en behandling hver uke i 12 uker, bestående av KI3(bilateralt), GV4, BL23(bilateralt), HT7(bilateralt) og PC6(bilateralt).

Metode: Deltakerne fylte ut flere spørreskjemaer som målte angst, depresjon og forskjellige aspekter ved seksuell funksjon. I tillegg ble de intervjuet ved hjelp av et kort semi-strukturert diagnoseverktøy: Mini International Neuropsychiatric Interview.

Resultater: Signifikante symptomforbedringer ble observert, særlig blant de mannlige deltakerne. Det ene verktøyet viste signifikant forbedring i samtlige av kategoriene: lyst/libido, ereksjon, forsinket orgasme, orgasmens kvalitet og samleiefrekvens. Det andre verktøyet viste forbedringer i 3 av 5 kategorier: 'drive', ereksjon og evne til orgasme. Signifikante forbedringer i symptomer på angst og depresjon ble også observert. 8 av deltakerne ble evaluert en måned etter avsluttet behandling, og disse resultatene ble sammenlignet med resultatene etter endt behandling. Det ble observert ikke-signifikante forverringer av angst og depresjonssymptomer, men forbedringene i seksuell funksjon en måned etter avsluttet behandling var signifikante.

Konklusjon: Det kan virke som om akupunktur kan være nyttig for å forbedre seksuell dysfunksjon etter bruk av antidepressive medikamenter.

4.2.1 Vurdering etter STRICTA

Denne artikkelen har noen uklare elementer i forhold til STRICTA: innstikksdybde, setting og kontekst, samt akupunktørens bakgrunn. De to siste av disse er delvis beskrevet i artikkelen, noe som kan tyde på at de er inkludert i større omfang i den fullstendige forskningsrapporten. Forfatterne skriver at deltakerne blir diagnostisert i henhold til TKM med intervju og puls- og tungediagnose. Punktene er valgt for syndromet HT Yin Xu og KI Qi Xu, som hevdes å være det vanligste i seksuell dysfunksjon. Muligens var dette også de hyppigste diagnosene i TKM-evalueringen av deltakerne, men det fremgår ikke av artikkelen. Jeg vurderer artikkelen som relativt god, basert på detaljene av studien gjengitt i artikkelen.

4.3 Lee et al. 2009

Tittel: Acupuncture for treating erectile dysfunction: a systematic review (7).

Metode: Litteraturstudie av all litteratur fra begynnelse til august 2008 i de elektroniske database Medline, CINAHL, EMBASE, PsychInfo, The Cochrane Library 2008 (utgave 3), seks koreanske medisinske databaser og fire kinesiske medisinske databaser. Søkeordene inkluderte begreper for akupunktur og ED. Koreanske og kinesiske ord ble brukt i disse databasene.

Alle artikler som var prospektive kliniske studier der menn med ED ble behandlet med kroppsakupunktur eller øreakupunktur, med eller uten elektrostimulering, ble inkludert. Studier som evaluerte moxa, transkutan elektrisk nervestimulering eller laserakupunktur ble ekskludert, i tillegg til studier der to former for akupunktur ble evaluert mot hverandre eller som ikke rapporterte kliniske data.

Resultater: Av 80 treff ble totalt 4 artikler inkludert, 2 randomiserte kontrollerte studier (RCT), og 2 ukontrollerte kliniske studier (UCT). Disse ble evaluert ved hjelp av en modifisert Jadad-score. Engelhardt et al ble gitt 3/5 poeng for randomisering, rapportering av deltakere som trakk seg fra studien og blinding. Aydin et al ble gitt 2/5 poeng for randomisering og blinding. Kho et al og Yaman et al ble gitt 1/5 poeng hver for rapportering av deltakere som trakk seg.

Konklusjon: Det er ikke nok grunnlag for å fastsette om akupunktur har positiv effekt på ED.

4.3.1 Vurdering

Denne systematiske oversiktsartikkelen bruker ikke STRICTA som verktøy, og det er kritikkverdigg. Kriteriene som listes opp i artikkelen for vurderingen av de inkluderte studiene er rettet mot den forskningsmessige gjennomføringen av studiene, ikke mot rapporteringen av akupunkturbehandlingen. STRICTA er et verktøy for å vurdere om en artikkel er transparent i sin rapportering av akupunkturbehandling (14). Jeg stiller spørsmålsteget ved at forfatterne velger å ikke nevne dette verktøyet, og derfor også ved artikkelens konklusjon. Forsberg og Wengström siterer Cullums kriterier for systematiske litteraturstudier: studien forsøker å identifisere alle relevante forskningsstudier på området, den omfatter både publiserte og upubliserte studier, den inneholder en systematisk bedømming av hver studies validitet og statistiske metoder benyttes for å analysere resultater fra liknende studier (5:30). Studien inneholder alle disse elementene bortsett fra det siste. Men det er usikkert om det begrensede antallet studier på feltet vil gi noe valid resultat fra en statistisk sammenligning. Siden forfatterne ikke benyttet STRICTA har jeg gjort det, se underkapitlene 4.4-4.6, samt vedlegg 2 og 3.

4.4 Engelhardt et al. 2003 og Daha et al. 2007

Tittel: Acupuncture in the treatment of psychogenic erectile dysfunction: first results of a prospective randomized placebo-controlled study, Acupuncture Treatment of Psychogenic Erectile Dysfunction: A Four-Year Follow-Up Study (10,13).

Deltakere: 22 pasienter med psykogen ED, randomisert i to grupper.

Intervensjon: 10 deltakere fikk KI6, KI27, CV4, CV6, SP6 og BL23.

Kontroll: 11 deltakere fikk punkter for hodepine hodepine: GB39, ST25, ST41.

Behandlingsforløp: 20 minutter en eller to ganger i uken, totalt mellom 5 og 20 behandlinger. Gjennomsnittet var 11 behandlinger. 20 behandlinger ble ansett som maksimum. Hvis behandlingen viste seg effektiv eller ineffektiv tidligere ble den avsluttet. Akupunkturbehandlingen ble ansett å være effektiv hvis deltakerens ereksjonsevne ble god nok til å gjennomføre penetrering og samleie. Hvis ereksjonsevnen ble bedre, men samleie bare kunne gjennomføres med tilleggsterapi (50mg sildenafil), ble akupunkturbehandlingen ansett som delvis effektiv. Når kontrollbehandlingen viste seg å ikke være effektiv (den var bare effektiv hos en pasient), ble disse pasientene plassert i den andre gruppen og fikk akupunkturbehandling rettet mot ED. Pasientene ble i tillegg evaluert med et spørreskjema, The International Index of Erectile Function (IIEF) 15 Score, før og etter behandling.

Resultater: 13/19 deltakere (68.4%) opplevde god effekt. 4/19 deltakere (21.1%) hadde delvis effekt. 2/19 deltakere (10.5%) hadde ingen effekt. Gjennomsnittlig IIEF 15 Score var 43.7 (variasjon:27-60) før behandling og 62.0 (variasjon:57-69) etter behandling som viser signifikant forbedring.

Konklusjon: Akupunktur er et valid alternativ i behandlingen av psykogen ED.

Follow-Up: Samtlige deltakere ble invitert tilbake til et intervju 4 år etter studien. 15 deltakere aksepterte invitasjonen. Gjennomsnittlig IIEF 15 Score var 56, som viser ingen signifikant endring siden behandlingen ble avsluttet. 7 deltakere (47%) trengte ikke annen behandling og anså seg selv som kurert. 7 deltakere (47%) brukte fosfodiesterase-5-hemmere (potenspillere) og 1 deltaker (7%) mottok psykoterapeutisk behandling.

Konklusjon: Akupunktur kan ansees som et godt terapeutisk alternativ til konvensjonell behandling, og med godt resultat over lang tid. Mer forskning med større populasjon er nødvendig for å bekrefte denne hypotesen.

4.4.1 Vurdering etter STRICTA

Denne artikkelen er publisert etter utgivelsen av STRICTA og dette gir godt grunnlag for kritisk vurdering. En del elementer mangler: bakgrunn for valg av behandling, antall nåler per deltaker, respons på nåling, nålestimuli, setting og kontekst, samt akupunktørens bakgrunn. Forfatterne har i tillegg skrevet punktnavnene på tysk. En senere studie siterer denne studien, men med punktnavnene på engelsk (12). Utelatelsene bærer muligens preg av at forfatterne ikke har gjort annen forskning på akupunktur (29,30,31). Jeg vurderer artikkelen som middelmådig på bakgrunn av manglende rapportering, men det er mulig at disse elementene er inkludert i det komplette forskningsmaterialet.

4.5 Kho et al. 1999

Tittel: The use of acupuncture in the treatment of erectile dysfunction (8).

Deltakere: 13 menn med ED, hvorav 9 uten organisk årsak.

Intervensjon: CV4, GV20 og bilateralt: SP6, KI3, HT7. Elektrostimulering ble brukt på CV4, GV20 og SP6 med lav frekvens (5Hz og opp til 10mA), og ingen stimuli på den andre punktene.

Behandlingsforløp: Behandling 2 ganger i uken over 4 uker, totalt 8 behandlinger.

Resultater: 2 deltakere hadde bedre ereksjon (15%) og 4 deltakere hadde økt seksuell aktivitet (31%). 5 deltakere (39%) hadde fortsatt økt seksuell aktivitet og bedret ereksjonsevne 2 måneder etter første behandling. Totalt hadde 7 deltakere effekt (54%).

Konklusjon: En stor kontrollstudie er nødvendig før man kan konkludere, men denne studien demonstrerer positiv effekt av akupunktur på pasienter med ED.

4.5.1 Vurdering etter STRICTA

Denne artikkelen er utgitt før STRICTA. Begrunnelse for valg av behandling, nåletype, setting og kontekst, og akupunktørens bakgrunn er manglende elementer. Et annet uklart aspekt er gjennomføringen av elektrostimuleringen. Etter samtale med veileder, kan ingen av oss forstå hvordan dette har blitt utført. Har CV4 blitt koblet til GV20 og SP6 til SP6? Eller SP6 til GV20 og SP6 til CV4? Ingen av alternativene er etter veileders kunnskap vanlig i praksis. Min vurdering av denne artikkelen er middelmådig mot dårlig ettersom reproduserbarheten er svært begrenset grunnet den mangelfulle rapporteringen av elektrostimuleringen. Det fullstendige forskningsmaterialet har jeg ikke hatt tilgang til og det er mulig at artikkelens mangler fremgår i den fullstendige forskningsrapporten.

4.6 Samlet vurdering av forskning etter STRICTA

Kvaliteten av rapporteringen av akupunkturbehandlingen blir stadig bedre med tiden. I Tabell 9 under er det en tydelig trend som viser at de nyeste studiene har inkludert flest elementer som STRICTA etterspør (14). De nyeste studiene har tydeligst rapportering. Rapporteringen har blitt mer komplett, men det er fortsatt manglende elementer. Akupunktørens bakgrunn er den eneste utelatelsen i alle artiklene. Er akupunktøren nyutdannet, eller har vedkommende mange års relevant erfaring? I de tidligere studiene mangler også begrunnelse for valg av behandling, samt setting og kontekst. Dette kompliserer reprodusering av studiene, ettersom det vil være nødvendig å undersøke den komplette forskningsrapporten. Resultatene i studiene peker i samme retning, selv om suksessraten varierer. Min vurdering tar bare artiklene i betraktning, og det er mulig at utelatte elementer rapporteres i de fullstendige forskningsrapportene.

Tabell 9: Vurdering av forskning ut i fra STRICTA(15).

KRAV	DETALJER	SUENSON 2014	KHAMBA 2013	ENGELH ARDT 2003	KHO 1999	AYDIN 1997	YAMAN 1994
1	A: STIL	JA	JA	JA	JA	INDIREKTE	INDIREKTE
	B: BEGRUNNELSE FOR VALG AV BEHANDLING	JA	JA	NEI	NEI	FRA BOK	NEI (MEN DE GJORDE DET SELV)
	C: VARIERT BEHANDLING	JA	NEI	NEI	NEI	NEI	NEI
2	A: ANTALL NÅLER/PASIENT	JA	JA	NEI	JA	NEI	NEI
	B: PUNKTNAV N	JA	JA	PÅ TYSK	JA	JA	JA
	C: INNSTIKKSDYBDE	INDIREKTE	NEI	NEI	INDIREKTE	NEI	NEI, MEN DE SIER AT DET VARIERER
	D: RESPONS	JA	JA	NEI	JA	NEI	JA
	E: STIMULI	JA	JA	NEI	JA	DELVIS	JA, TIL PAS FÅR DEQI
	F: VARIGHET PÅ BEHANDLINGEN	JA	JA	JA	JA	JA	JA
	G: NÅLETYPE	JA	JA	JA	NEI	JA	DELVIS
3	A: ANTALL BEHANDLINGER	JA	JA	JA	JA	JA	JA, VARIERER
	B: FREKVEN S	JA	JA	JA	JA	JA	JA
4	A: ANDRE INTERVEN SJONER	JA	IKKE NEVNT	IKKE NEVNT	IKKE NEVNT	IKKE NEVNT	IKKE NEVNT
	B: SETTING OG KONTEKST	JA	DELVIS	NEI	NEI	NEI	NEI
5	AKUPUNKTØREN	NEI	LITT	TJA (KREVER RESEARCH)	NEI	NEI	NEI
6	A: BEGRUNNELSE FOR KONTROLL	N/A	N/A	JA	N/A	JA	N/A
	B: BESKRIVELSE AV KONTROLL	N/A	N/A	LITT	N/A	NEI	N/A

5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte forfatterenes gjengivelse av hvert syndrom, fulgt av en drøfting av forskningen. Til slutt vil jeg drøfte effekt.

5.1 HT og GB Qi Xu

Forfatterne skiller seg mest fra hverandre i presentasjonen av dette syndromet. Damone kaller syndromet 'Fright and Fear Damaging HT and KI', mens de andre omtaler det som HT og GB Qi Xu (4:1300,15:513,16:235). Forfatterne nevner hovedsakelig symptomer fra HT som palpitasjoner, og emosjonelle symptomer utover ED. Maciocia nevner prematur ejakulasjon som et annet seksuelt symptom og Ching nevner ufullstendig ereksjon (4:1300,15:513). I tillegg nevner de symptomer fra GB som usikkerhet og manglende mot. Damone skiller seg fra de andre, og fremhever tilleggssymptomer som stammer fra KI: verkende korsrygg og knær, og hyppig vannlating (16:235). Han er også eneste forfatter som nevner nattlig sædavgang. Derimot beskriver han spesifikt GB-sjenerthet og usikkerhet.

Forfatterne er mer enige om etiologien. Emosjoner blir fremhevet av alle. Maciocia hevder at alle følelser kan stagnere Qi, mens Ching mener det kan skyldes medfødt ustabil Shen, eller at Shen er forstyrret etter et stort sjokk eller langvarig angst (4:1293-4,15:513). Damone skriver om undertrykte følelser, å bære nag og misnøye med livet som sykdomsårsak, og fremhever særlig emosjonelle traumer (16:226). I tillegg skriver han om menn som har vært utsatt for krigssituasjoner, tortur og misbruk.

Behandlingen varierer fra forfatter til forfatter. Damone skiller seg fra de andre ved at han foreslår generelle punkter for alle syndromer og tilleggspunkter til hvert syndrom (16:236-7). De generelle punktene er hovedsakelig lokale, men det er også punkter som styrker KI og som styrker Qi og Blod (40). De syndromspesifikke punktene han foreslår har hovedsakelig effekt på HT og Shen. Maciocia foreslår punkter som påvirker HT, Shen og GB i tillegg til et lokalpunkt og et generelt styrkende punkt (4:1300-1). Ching foreslår verken lokalpunkter eller punkter som er generelt styrkende (15:513). Om mulig kan punktforslagene avsløre forfatterenes egentlige mening om syndromet. Mens Damone og Maciocia mener at en lokal stagnasjon er involvert, tyder Chings punkter på at han mener det motsatte.

5.2 LR Qi Stagnasjon

Forfatterne nevner alle emosjonelle årsaker som primærfaktor til LR Qi Stagnasjon, selv om Ching i tillegg mener at manglende mosjon kan spille en rolle (4:1294,15:506,16:225). De skiller seg i liten grad i presentasjonen av symptomer. Hovedsymptomer for alle er emosjonelle symptomer som irritabilitet og depresjon. I tillegg nevner alle symptomer på stagnert Qi som oppblåsthet hos Maciocia og smerter hos de andre.

Punktene forfatterne foreslår for LR Qi Stagnasjon har stort sett 3 funksjoner: lokale, øke fri flyt og roe shen (4:1303,15:506-7,16:236,40). Det eneste alle har til felles er LR3. Ching og Damone foreslår BL18 (15:507,16:236). De lokale punktene er stort sett CV-punkter under umbilicus, Damone foreslår også punkter på BL-meridianen. Punktene som øker fri flyt varierer mellom forfattere. Maciocia bruker LR3, GB34 og PC6, samt LR5 for å øke fri flyt i genitalia (4:1303). Ching oppgir at samtlige av hans punkter beveger Qi bortsett fra GV20

som roer Shen (15:506-7). Maciocia har også to punkter som spesifikt roer Shen; GB13 og GV24 (4:1303). Damone velger ingen punkter som alene påvirker Shen, men bare lokale punkter og punkter som øker fri flyt eller påvirker LR (16:236,40). Mens det kan virke som om Damone mener at det er nok å øke fri flyt, mener Maciocia og Ching at det er viktig å bruke punkter som behandler Shen direkte.

5.3 KI Yin Xu og KI Yang Xu

Det er stor enighet om etiologien til KI-syndromene. Ching og Damone nevner sykdom, kald mat, medfødt svakhet og alderdom som årsaker til KI Yang Xu, i tillegg nevner Damone KI Yin Xu og Ching nevner for mye sex (15:509,16:226). Ching mener at for mye sex også svekker KI Yin, derfor er forfatterne essensielt enige (15:510). I tillegg nevner Ching årsakene overarbeid, emosjonell overbelastning, sykdom, alderdom, medfødt svakhet og medisiner til KI Yin Xu, mens Damone kun nevner for mye sex og medfødt svakhet (15:510,16:226). De skiller seg altså i større grad for dette syndromet. Maciocia nevner alderdom, for mye sex og emosjonelt stress som svekker KI generelt, mens fysisk overbelastning særlig skader KI Yang og mental overbelastning og mangel på hvile skader KI Yin (4:1293-4).

Det er også generell enighet om hvordan KI-syndromer vil utarte seg hos en pasient. Ved KI Yang Xu presenterer alle symptomer på at KI er involvert, som tinnitus og nocturi, i tillegg til symptomer på Yang Xu, som kuldefølelse (4:1297,15:509,16:233). Maciocia mener i tillegg at det vil være lav sexlyst og prematur ejakulasjon (4:1297). Ching mener derimot at sæden kan være tynn og vannaktig og at pasienten kan være sliten (15:509). Ching og Damone har flere fellestrekk i sine beskrivelser av KI Yin Xu (15:510-1,16:234). De er enige om at det vil være overdreven lyst og problemer med å opprettholde ereksjonen. De beskriver symptomer fra KI og symptomer fra Yin Xu med Hete som insomni og nattesvette. Maciocia er enig i de generelle symptomene, men ikke de seksuelle (4:1298). Han mener dette syndromet primært rammer eldre. Damone mener at det kan være nattlig sædavgang og Ching nevner prematur ejakulasjon (15:510,16:234). Dette er det eneste syndromet Ching mener har prematur ejakulasjon, men bare ett av to der Maciocia ikke nevner det (4:1297-1304,15:506-13).

Det er stor enighet om punktvalg for KI-syndromene. For KI Yang Xu velger alle CV4, GV4 og BL23, i tillegg til KI3 (4:1297,15:510,16:236-7). Alle velger å styrke SP gjennom SP6, ST36 og BL20. Maciocia og Ching er også opptatt av å styrke Yang generelt, de foreslår GV20 (4:1297,15:510). Det er litt større uenighet om KI Yin Xu. Alle foreslår CV4, BL23 og KI3 (4:1298,15:511,16:236-7). Ching velger i tillegg KI6, SP6 og KI12, mens Damone velger KI2, KI6 og SP6 og Maciocia vil bruke BL18 og GV20.

5.4 Damp-Hete

Det er relativ enighet om etiologien. Maciocia fremhever frityrstekt mat, meieriprodukter og Qi Stagnasjon (4:1293-4). Ching legger til alkohol og krydret mat, samt at Damp-Hete kan invadere kroppen som YPF (15:507). Damone fremhever i tillegg for voldsom sex, å kraftig holde tilbake ejakulasjon og uhygienisk sex (16:227). Det er mange lokale symptomer på Damp-Hete som grumsete urin og symptomer fra genitalia som kløe, svette, smerter og ømhet og sterk lukt (4:1303-4,15:507,16:229). Maciocia beskriver i tillegg utslett og utflod fra urinrøret og at pasienten kan være irritabel (4:1303-4). Samtlige forfattere foreslår punktene SP9, SP6 og CV3, og alle velger punkter på LR-meridianen (4:1303-4,15:508,16:236). Ching

og Damone foreslår også punkter som påvirker GB (15:508,16:236). Det er interessant at Ching velger TE6, et punkt i Øvre Jiao (15:508). Han begrunner dette med at punktet fjerner Hete og beveger Qi i Nedre Jiao.

5.5 HT og KI Qi Xu

Khamba et al. er eneste artikkel som nevner syndromer (21). De har evaluert deltakere i henhold til TKM med puls- og tungediagnose, men gir ikke resultatene av denne diagnostiseringen. De går ut ifra at HT Yin og KI Qi Xu er det vanligste syndromet i seksuell dysfunksjon. Siden jeg har definert Damones HT/KI-syndrom som et HT/GB-syndrom, kan denne studien bare sammenlignes med Maciocia. Han presenterer to HT/KI-syndromer: HT/KI Yin eller Qi Xu (4:1301-2). Han hevder at HT og KI Yin Xu er et syndrom man ser hovedsakelig hos eldre, og siden gjennomsnittsalder hos deltakerne i studien er 41.6 år, velger jeg å sammenligne denne artikkelen med syndromet HT og KI Qi Xu (4:1302,21).

Symptomene er ED, prematur ejakulasjon, svimmelhet, tinnitus, palpitasjoner, korsryggsmerter, depresjon og blekt ansikt (4:1301). Maciocia foreslår HT7, HT5 og BL15 for å styrke HT, KI7, KI3, BL23 og CV4 for å styrke KI, CV15 og GV24 for å roe Shen og GV20 for å løfte Qi. Khamba et al. bruker HT7, PC6, KI3, BL23 og GV4 (21). PC6 styrker HT og roer Shen, og GV4 styrker KI, så dette er godt valgte punkter (40).

Etiologien er det større uenighet om. Deltakerne i studien har antidepressiva som sykdomsårsak, mens Maciocia nevner alderdom, for mye sex, emosjonelt stress og fysisk og psykisk overbelastning som svekker KI og emosjonelt stress som svekker HT(4:1293-4,21). Ching nevner medisinbruk som årsak til ED, men ikke antidepressiva spesielt (15:504).

5.6 Punktvalg i forskning

Forskningen fremhever også emosjoner som årsak. Hos 9 av 13 pasienter i studien til Kho et al. ble det ikke funnet organisk årsak til ED (8). Engelhardt et al. har forsket på psykogen ED (10). Suenson målte forbedringen i selvtillit og sosiale forhold hos sine pasienter (12). På denne måten kan Suensons forskning muligens sammenlignes med HT og GB Qi Xu, ettersom usikkerhet og manglende mot er symptomer på dette syndromet (4:1300,15:513,16:235). Khamba et al. skiller seg fra de andre i etiologien (21). Selv om samtlige deltakere har psykiske diagnoser, har ED først oppstått etter medisinbruk.

Punktene valgt i forskningen er like i stor grad. For å forenkle sammenligningen presenteres punktene etter kategori i Tabell 10 under. Punktkategoriene er min egen tolkning basert på Møller (40). Samtlige velger lokale punkter, og CV4, GV4 og BL23 er valgt i mer enn en studie (8,10,12,21). Alle benytter seg av KI-punkter, men det er uenighet om det er best å velge KI3 eller KI6. Punktene som påvirker Shen ligner også; 3 studier har valgt HT7 og to har valgt GV-punkter på hodet. I tillegg har 3 studier valgt det generelt styrkende punktet SP6.

Enkelte studier skiller seg ut. Engelhardt et al. har valgt KI27, et punkt indisert for smerter i thorax, slim, hoste og astma (10,40). Dette virker lite relevant. De har også valgt å avstå fra å bruke punkter som hovedsakelig roer Shen. Dette er underlig siden de behandler psykogen ED. Det er bare Suenson som foreslår to forskjellige behandlinger (12). Den første er mer rettet mot å roe Shen, mens den andre muligens er rettet mot Xu-tilstander i Zang-Fu (40).

Khamba et al. har valgt gode punkter til syndromet de behandler (4:1301,21,40). Kho et al. har den punkt-kombinasjonen som skiller seg minst fra de andre (8). Derimot har de utført behandlingen på en uforståelig måte. De bruker elektrostimulering på GV20, SP6 og CV4. Verken jeg eller veileder forstår hvordan dette kan gjennomføres, og det er ikke beskrevet i artikkelen.

Tabell 10: punktvalg i forskningen (8,10,12,21).

ARTIKKEL	LOKALE	KIDNEY	SHEN	ANDRE	SYNDROMER
SUENSON PUNKTPAKKE 1	CV4		HT7 GV24 CV15		
SUENSON PUNKTPAKKE 2	CV3	KI6		LR8 SP6 GB34 TE6 LR3	
KHAMBA	BL 23 GV 4	KI 3	HT 7 PC 6		HT YIN XU KI QI XU
ENGELHARDT	CV 4 CV 6 GV 4 BL 23	KI 6 KI 27		SP 6	
KHO	CV 4	KI 3	HT 7 GV 20	SP 6	

5.7 Effekt

Ingen av forfatterne har skrevet at akupunktur har dårlig effekt på ED, og jeg regner derfor med at de mener at effekten er god (4,15,16). Samtlige forskningsartikler vurdert i denne oppgaven viser effekt, men den varierer fra 54% til 95% (8,12). Flere av forfatterne konkluderer med at det trengs større studier med langt flere deltakere for å bekrefte resultatene. Khamba et al. presenterer resultatene som endring i parametere i måleverktøyene de benyttet (21). Bare 2 av 5 kategorier i det ene verktøyet, opphisselse og tilfredsstillelse fra orgasme, viste ikke signifikant forbedring. Alle kategoriene i det andre verktøyet viste signifikant forbedring, også kategorien lyst/libido som kan sammenlignes med opphisselse. Det ble observert forbedring i symptomer på angst og depresjon.

Deltakerne i Suensons studie viste også forbedring emosjonelt (12). Dette er muligens studien med best resultat, bare 1/19 deltakere fikk ikke forbedret ereksjonsevne, men denne deltakeren økte selvtilliten. Dette er den eneste studien med individualisert behandling. Hun skriver at punktene i artikkelen er de foretrukne punktene, og dette åpner for at deltakerne har fått andre punkter om nødvendig. Suensons deltakere er også de som har fått mest behandling; alle deltakerne fikk 20 behandlinger.

Deltakerne i Engelhardt et al. fikk også inntil 20 behandlinger, med gjennomsnitt på 11 (10). Behandlingen ble avsluttet etter at den viste seg å være effektiv. Selv om Engelhardt et al. har gjort noen merkelige punktvalg har de hatt god effekt, 89% av deltakerne har hatt effekt og 68% har hatt god effekt. I follow-up studien 4 år etter har 47% av deltakerne fremdeles så god effekt at de ikke trengte annen behandling (13). Endringen totalt sett hos alle deltakerne er ikke signifikant etter 4 år. Forfatterne av artiklene konkluderer med at akupunktur kan være et godt alternativ til konvensjonell behandling og at det har gode resultater også over lengre tid.

De dårligste resultatene er i Kho et al. (8). Her har 54% effekt, og bare 15% har forbedret ereksjonsevnen. Muligens kan dette være resultat av at deltakerne fikk få behandlinger, bare 8. En annen mulighet er at selv om punktvalget er godt, er det stor utydelighet rundt elektrostimuleringen, som muligens har påvirket resultatene negativt.

6 Konklusjon

ED er en tilstand som påvirker menn fysisk, emosjonelt og sosialt. Behandlingen innen vestlig medisin ble bedre etter at potenspillene kom på markedet, men potenspillen behandler kun symptomet, ikke årsaken. Derimot tar TKM hensyn til både fysikken og emosjonene under behandling. TKM fremhever individuell behandling gjennom syndromdifferensiering, til forskjell fra vestlig medisin der behandlingen stort sett er lik for de fleste. Det er generell enighet om de fleste av syndromene blant forfatterne i oppgaven, men spesielt HT og GB Qi Xu skiller seg ut. Akupunkturforskningen på ED er små studier, men forskernes punktvalg samsvarer ofte med punktene som beskrives i litteraturen. Studiene med best resultater har til felles at deltakerne har fått fra 11 til 20 behandlinger. Disse studiene viser svært god effekt hvor opptil 95% av deltakere får fullstendig gjenerobret ereksjonsevne. Studiene er små og derfor er generaliserbarheten begrenset. Det er ikke mulig å konkludere om akupunktur har effekt på ED, men forskningsresultatene bør gi grunnlag for større studier.

Litteraturliste

1. DiMeo PJ. Psychosocial and Relationship Issues in Men With Erectile Dysfunction. *Urol Nurs* [elektronisk artikkel]. 2006 [hentet 2015-03-23];26(6): 442-6. Tilgjengelig fra: http://www.medscape.com/viewarticle/551562_1
2. Svendsen K-OB, Schultz A. Seksuell dysfunksjon hos menn. *Tidsskr Nor Legeforen* [elektronisk artikkel]. 2008 [hentet 2015-03-23]; 128:448 – 52. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1656150>
3. Maciocia G. *Obstetrics and Gynecology in Chinese Medicine*. 2. utgave. Churchill Livingstone Elsevier; 2011. 1067 s.
4. Maciocia G. *The Practice of Chinese Medicine: The Treatment of Diseases with Acupuncture and Chinese Herbs*. 2. utgave. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2008. 1501 s.
5. Forsberg C, Wengström Y. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgave. Stockholm: Natur & Kultur; 2008. 216 s.
6. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012. 257 s.
7. Lee MS, Shin BC, Ernst E. Acupuncture for treating erectile dysfunction: a systematic review. *BJU Int*. 2009 Aug; 104(3): 366-70.
8. Kho HG, Sweep CG, Chen X, Rabsztyrn PR, Meuleman EJ. The use of acupuncture in the treatment of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999 Feb; 11(1): 41-6.
9. Yaman LS, Kilic S, Sarica K, Bayar M, Saygin B. The Place of Acupuncture in the Management of Psychogenic Impotence. *Eur Urol* 1994; 26(1): 52-5.
10. Engelhardt PF, Daha LK, Zilz T, Simak R, König K, Pflüger H. Acupuncture in the treatment of psychogenic erectile dysfunction: first results of a prospective randomized placebo-controlled study. *Int J Impot Res* 2003 Oct; 15(5): 343-6.
11. Aydin S, Ercan M, Caskurlu T, Tasci AI, Karaman I, Odabas Ö, Yilmaz Y, Agargün MY, Kara H, Sevin G. Acupuncture and Hypnotic Suggestions in the Treatment of Non-organic Male Sexual Dysfunction. *Scand J Urol Nephrol* 1997 Jun; 31(3): 271-4.
12. Suenson S. A Multidisciplinary Approach Using Auriculotherapy for Erectile Dysfunction: A Qualitative Case Study. *Medical acupuncture* 2014 Jun; 26(3): 189-96.
13. Daha LK, Lazar D, Engelhardt PF, Simak R, Pflüger H. Acupuncture Treatment of Psychogenic Erectile Dysfunction: A Four-Year Follow-Up Study. *Curr Urol* 2007;1:39-41.
14. MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Youping L, Taixiang W, White A, Moher D. Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement. *PLoS Med* 2010; 7(6): e1000261.

15. Ching N. Akupunktur og sygdomsbehandling: et opslagsværk for akupunktører. 1. udgave. København: Forlaget Klitrosen; 2008. 555 s.
16. Damone B. Principles of Chinese Medical Andrology: An Integrated Approach to Male Reproductive and Urological Health. 1. udgave. Boulder: Blue Poppy Press; 2008. 410 s.
17. Harvard Medical School [Internett]. 1999 Des 17 [hentet 2015-03-16]. Tilgængelig fra: <http://hms.harvard.edu/about-hms/integrity-academic-medicine/hms-policy/faculty-policies-integrity-science/authorship-guidelines>
18. Tschardt T, Hochberg ME, Rand TA, Resh VH, Krauss J. Author Sequence and Credit for Contributions in Multiauthored Publications. PLoS Biol 2007 Jan; 5(1): e18. Tilgængelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1769438/>
19. Noerreport.com [Internett]. København: Susanne Suenson [hentet 2015-03-16]. Tilgængelig fra: <http://www.noerreport.com/praktisk-og-priser.html>
20. Master of Public Health [Internett]. København: Københavns Universitet [hentet 2015-03-16]. Tilgængelig fra: http://mph.ku.dk/uddannelsen/master/afhandlinger/mph_2012/MPH1140_afhandling_f_rdig_tekst_22_4_Tryk.pdf_Susanne.pdf
21. Khamba B, Aucoin M, Lytle M, Vermani M, Maldonado A, Iorio C, Cameron C, Tsirgielis D, D'Ambrosio C, Anand L, Katzman MA. Efficacy of Acupuncture Treatment of Sexual Dysfunction Secondary to Antidepressants. J Altern Complement Med 2013 Nov; 19(11): 862-9.
22. Dr. Baljit Khamba, ND, MPH [Internett]. Edmonton: Chokka Center for integrative health [hentet 2015-03-16]. Tilgængelig fra: <http://www.chokkacenter.com/about/dr-baljit-khamba-nd-mph/>
23. Monique Aucoin, Naturopathic Doctor, About the ND [Internett]. Brampton: Monique Aucoin [hentet 2015-03-16]. Tilgængelig fra: <http://www.moniqueaucoinnd.com/about-monique-aucoin>
24. ADAC/ACTA [Internett]. Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des Troubles Anxieux [hentet 2015-03-16]. Tilgængelig fra: http://www.anxietycanada.ca/english/board_Martin_Katzman.php
25. Elsevier [Internett]. Elsevier [hentet 2015-03-16]. Tilgængelig fra: <http://www.elsevier.com/journals/european-journal-of-integrative-medicine/1876-3820/editorial-board/myeong-soo-lee>
26. Research Gate, Byung-Cheul Shin [Internett]. Research Gate [hentet 2015-03-16]. Tilgængelig fra: http://www.researchgate.net/profile/Byung-Cheul_Shin2
27. Research Gate, Edzard Ernst [Internett]. Research Gate [hentet 2015-03-16]. Tilgængelig fra: http://www.researchgate.net/profile/Edzard_Ernst

28. Edzard Ernst, MD, PhD, FMedSci, FSB, FRCP, FRCPEd [Internett]. Edzard Ernst [hentet 2015-03-16]. Tilgjengelig fra: <http://edzardernst.com/about/edzard-ernst/>
29. Research Gate, Paul F. Engelhardt [Internett]. Research Gate [hentet 2015-03-16]. Tilgjengelig fra: http://www.researchgate.net/profile/Paul_Engelhardt
30. Research Gate, Lukas H Daha [Internett]. Research Gate [hentet 2015-03-16]. Tilgjengelig fra: http://www.researchgate.net/researcher/39291203_L_K_Daha
31. Research Gate, Pflueger Heinz [Internett]. Research Gate [hentet 2015-03-16]. Tilgjengelig fra: http://www.researchgate.net/profile/Pflueger_Heinz
32. NARCIS: Prof. dr. C.G.J. Sweep [Internett]. Den Haag [hentet 2015-03-16]. Tilgjengelig fra: <http://www.narcis.nl/person/RecordID/PRS1247883>
33. NARCIS: Prof.dr. E.J.H. Meuleman [Internett]. Den Haag [hentet 2015-03-16]. Tilgjengelig fra: <http://www.narcis.nl/person/RecordID/PRS1309904>
34. Gilroy AM, MacPherson BR, Ross LM, red. Atlas of Anatomy: Latin Nomenclature. 2. utgave. New York: Thieme; 2013. 656 s.
35. Vaaler S, Lövkvist H, Svendsen K-O B, Furuseth K. Erekttil dysfunksjon hos norske men over 40 år. Tidsskr Nor Lægeforen [elektronisk artikkel]. 2001[hentet 2015-03-16].; 121:28 – 32. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/239976>
36. Impotens – helsenorge.no [Internett]. Helsedirektoratet; 03.08.2012 [hentet 2015-03-23]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/sykdom/underliv/impotens>
37. L13.2.3 Fosfodiesterase 5-hemmere – Norsk Legemiddelhandbok [Internett]. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok. [hentet 2015-03-23]. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/73072?expand=1>
38. Erectile Dysfunction (ED): Surgical Management [Internett]. Urology Care Foundation; 2014 april [hentet 2015-03-23]. Tilgjengelig fra: <http://www.urologyhealth.org/urology/index.cfm?article=28>
39. ED: Penile Prosthesis (Erectile Dysfunction) [Internett]. Urology Care Foundation; 2014 april [hentet 2015-03-23]. Tilgjengelig fra: <http://www.urologyhealth.org/urology/index.cfm?article=11&display=1>
40. Møller F. Akupunkturpunkter: i Tradisjonell Kinesisk Medisin. 5. utgave. Oslo: Akupunkturhøyskolen; 2011. 278 s.
41. Reseptregisteret [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet [hentet 2015-03-25]. Tilgjengelig fra: <http://reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>

Vedlegg 1: Syndromer i litteraturen

	CHING (15)	DAMONE(16)	MACIOCIA(4)
LR QI STAGNASJON	X	X	X
DAMP-HETE	X	X	X
BLOD STASE	X	X	
KI YANG XU	X	X	X
KI YIN XU	X	X	X
HT BLOD OG SP QI XU	X	X	
HT OG GB QI XU	X		X
KULDE I LR-MERIDIANEN		X	
FRIGHT AND FEAR DAMAGING HT AND KI		X	
HT AND KI NOT HARMONIZED			X
LR BLOD OG/ELLER YIN XU			X
HT BLOD XU			X
JING OG PHLEGM STAGNASJON			X

Vedlegg 2: Aydin et al. 1997

Denne studien hadde to intervensjonsgrupper, en som fikk akupunktur og en som fikk hypnose (11). Jeg vil bare presentere akupunkturbehandlingen.

Tittel: Acupuncture and Hypnotic Suggestions in the Treatment of Non-organic Male Sexual Dysfunction

Deltakere: 60 menn med ED uten organisk årsak. 15 menn fikk akupunktur, 16 ble behandlet med hypnose, 14 menn fikk placebo-akupunktur og 15 menn fikk oral placebo.

Intervensjon: Akupunkturgruppen ble behandlet med ST30, ST36, KI6, CV4, CV6, med elektrostimulering på 3Hz.

Kontroll: Andre punkter enn klassiske akupunkturpunkter, med samme elektrostimulering.

Behandlingsforløp: Behandlingen besto av 20 minutters seanser, 2 ganger i uken i 6 uker. Deltakere som rapporterte at de var fornøyd og ikke hadde noen problemer med seksuell aktivitet ble ansett som 'kurert' eller å ha 'gode resultater'. Deltakere som var i stand til å gjennomføre samleie, men fortsatt opplevde at de hadde noen mangler ble ansett som 'moderat resultat'.

Resultat: Etter 4 uker, eller 8 behandlinger, rapporterte 7 deltakere som fikk akupunktur gode resultater. 2 andre deltakere rapporterte gode resultater etter 6 uker. Totalt 9/15 (60%) hadde god effekt. De andre deltakerne rapporterte ingen effekt. I kontrollgruppen som fikk placebo-akupunktur rapporterte 4 deltakere gode resultater og 2 deltakere moderate resultater. 6/14 (43%) hadde effekt, og 4/14 (29%) hadde god effekt.

Konklusjon: Disse resultatene antyder at akupunktur kan i det minste bli brukt som en komplementær terapi i behandlingen av non-endokrin seksuell dysfunksjon hos noen menn.

Vurdering etter STRICTA

Denne artikkelen er skrevet før utgivelsen av STRICTA. Manglende elementer er akupunktørens bakgrunn, beskrivelse av kontrollbehandling, setting og kontekst samt respons. Valg av akupunkturstil og begrunnelse for valg av behandling er uklart. Utelatelsene i artikkelen er muligens i den komplette forskningsrapporten, men dette har jeg ikke mulighet til å vurdere. Basert på innholdet i artikkelen er min vurdering middelmådig mot dårlig.

Vedlegg 3: Yaman et al. 1994

Tittel: The Place of Acupuncture in the Management of Psychogenic Impotence (9).

Deltakere: 29 menn med psykogen ED.

Intervensjon: BL32, LR1, LR11, PC6, ST38, CV2, GV20.

Behandlingsforløp: En behandling varte i gjennomsnitt 20 minutter. 10 standard behandlinger, 3 i den første uken og 2 per uke deretter. Hvis behandlingen ikke hadde gitt resultat etter 10 behandlinger fikk deltakeren ytterligere 10 behandlinger.

Resultat: Behandlingen ble ansett som suksessfull hvis deltakeren hadde 2 eller flere tilfredsstillende seksuelle aktiviteter per uke. Bedret ereksjonskvalitet som ikke var tilstrekkelig til å gi tilfredsstillende samleie ble ansett som mislykket resultat. Totalt hadde 20/29 deltakere (69%) hadde godt resultat, 6 i løpet av de 3 første behandlingene, 8 deltakere etter 3-6 behandlinger, og 6 deltakere fra 6 eller flere behandlinger. 9 deltakere hadde mislykket resultat.

Konklusjon: Akupunktur kan være verdifullt og effektivt i behandlingen av psykogen ED.

Vurdering etter STRICTA

Denne artikkelen er skrevet før utgivelsen av STRICTA, og følgelig er det en del mangler. Valg av akupunkturstil, begrunnelse for valg av behandling, antall nåler per pasient, setting og kontekst, samt akupunktørens bakgrunn er elementer som mangler i artikkelen, men er muligens inkludert i den fullstendige forskningsrapporten. Forfatterne har valgt å benytte ST38, og dette er et punkt som normalt brukes kun på lokale tilstander eller skulderplager (REFERANSE). Forfatterne skriver også at de bruker både punkter på sacrum og i hypogastriet. Dette er utfordrende å gjennomføre i praksis. Fikk deltakerne punkter foran først, og siden i korsryggen? Det fremgår ikke av artikkelen hvordan forfatterne løste denne utfordringen i sin studie. Samtidig er det en del elementer som løfter vurderingen av artikkelen. Forfatterne har valgt stort sett gode punkter for tilstanden, blant annet både lokale og distale punkter. De har også evaluert hvor mange behandlinger den individuelle deltakeren har hatt behov for, og avsluttet behandlingen tidligere eller økt antallet behandlinger. De skriver også at de har brukt nåleteknikk for å fremprovosere DeQi der det har vært nødvendig. Totalt sett er min vurdering av denne artikkelen middelmådig mot dårlig, men det er mulig at forskningsmaterialet inneholder noen av elementene som er utelatt i artikkelen.

Vedlegg 4: Reseptregisteret (41)

Reseptregisteret

Rapport dato: 22.03.2015 17:51

<http://www.reseptregisteret.no>
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Potensmidler	2013	Alle aldre	Mann	Hele landet	Antall brukere	Omsetning i kroner
					78 154	179 750 160

ATC/DDD-versjon: 2014

Merknader:

Blanke felt for måltall betyr at antall brukere er 1, 2, 3 eller 4. Da skjules alle måltall på samme rad unntatt befolkning.

Valgte måltall:

Antall brukere

Omsetning i kroner

Valgte søkekriterier:

Legemiddel: - Potensmidler omfatter "G04BE - Midler mot erektil dysfunksjon".

Periode: 2013

Kjønn: Mann

Ikke valgte søkekriterier:

Alder: tallene i rapporten er for alle aldre

Bosted: tallene i rapporten er for hele landet