

Akupunktur til lænderygsmarter

En patient med lændesmerter kunne ikke tåle NSAID, og der er manglende effekt af træning. Akupunktur vurderes som en relevant smertebehandling

AF BJARNE RITTIG-RASMUSSEN, SPECIALIST I MUSKULOSKELETAL FYSIOTERAPI, MASTER I MEDICAL SCIENCE
FOTO JESPER NØRGAARD SØRENSEN

En 38-årig mand er henvist til behandling for lændesmerter med diffus udstråling til venstre hase. Disse symptomer har været tilbagevendende igennem de sidste fire år. Der er tidligere prøvet forskellige behandlinger, hvor effekten kun er minimal eller kortvarig. Udredning på specialafdeling har ikke verificeret malignitet, inflammation eller tegn på nerverodstryk. Patienten har også været igennem et tre måneders genoptræningsforløb og McKenzie-terapi, som ikke har bedret symptomerne. Der har kun været minimal effekt af paracetamol og han tolerer dårligt NSAID. Eneste analgetica som hjælper rimeligt er centralt virkende analgetica i form af dolol, som han føler at han bliver sløv af. Da manden er meget generet af smerter i sit arbejde som afdelingsleder i et tømrerfirma, vil han gerne vide, om akupunktur kan hjælpe ham med smerterne?

VÆRD AT VIDE

Evidensbaseret klinik er en klinisk proces, hvor der er behov for at kunne svare på konkrete spørgsmål og finde den behandling, der med størst sandsynlighed kan hjælpe den enkelte patient. I den evidensbaserede klinik skal der ikke kun tages beslutning om en behand-

lingsmetode er statistisk signifikant, men også om den er "klinisk signifikant" eller mere korrekt klinisk relevant i forhold til den enkelte patient.

Klinisk relevans er derfor vurderingen af, hvorvidt behandlingsmetodens effekt er stor nok, og om den er meningsfuld for den enkelte patient set i lyset af patientens totale biopsykosociale situation.

Ovenstående kliniske scenarium munder ud i et konkret klinisk spørgsmål, som ønskes besvaret: Er akupunktur en relevant behandlingsform og kan akupunktur anbefales som behandling til denne patient?

LITTERATURSØGNING

En litteratursøgning efter den bedst tilgængelige evidens og vurdering af den fundne litteratur gav følgende resultater: En MTV-rapport, to systematiske litteraturoversigter, en metaanalyse og et klinisk randomiseret studie. Den danske medicinske teknologi vurdering (MTV) "Ondt i ryggen" fra 1999 (1) konkluderer, at akupunktur kan anvendes i særlige tilfælde. En meta-analyse fra 2002 (2) konkluderer, at akupunktur er bedre end de kontrolinterventioner, der sammenlignes med og et systematisk Cochrane review fra 2005 (3) konkluderer blandt andet, at

■ Fysioterapeuten har bedt en række specialister give deres bud på klinisk tænkning. I det kliniske kvarter beskrives centrale dele af anamneseoptagelsen og undersøgelsen i det første møde med patienten. Der gives endvidere et bud på, hvordan patienten videre skal behandles.



når akupunktur supplerer konventionel behandling, lindres smerterne og funktionen bedres mere end når der kun gives konventionel behandling alene, og at akupunktur og "dry-needling" dermed er et brugbart supplement i behandlingen af lændesmerter.

En systematisk litteraturoversigt fra "Statens beredning för medicinsk utvärdering" SBU april 2006 (4) konkluderer: ved langvarige lænderygsmerter giver "vesterlandsk" akupunktur en bedre funktion og har en bedre smertelindrende effekt end placebo. Dette er med evidensstyrke 1, som siger, at der er et stærkt videnskabeligt grundlag for at anvende akupunktur som behandlingsmetode til langvarige lænderygsmerter.

Det klinisk randomiserede studie (5) giver et indtryk af, at 77 procent af patienterne opnår en smertelindring på mere end eller lig med 50 procent (tabel 1), når den konservative behandling suppleres med akupunktur. Beregning af sidstnævnte studies "numbers needed to treat" (NNT) giver et indtryk af, hvor mange patienter der skal behandles, før at én patient kan få udbytte af behandlingen. Denne beregning giver et tal på "1,6", hvilket vil sige at ca. hver anden patient vil kunne forvente en lignende effekt af behandlingen.

BIOPSYKOSOCIAL SMERTEANALYSE

Patienten præsenterer sig med en uspecifik symptomdiagnose, som ud fra ny viden om smerter sandsynligvis kan have baggrund i nervesystemets "neuroplasticitet" og et "sensitiveret" nervesystem (4,8). Normalt mindskes smerter i takt med vævshelingen, men varer smerterne ved, kan det skyldes et sensitiveret nervesystem og ikke manglende vævsheling. I princippet er der ikke tale om "patologiske" forandringer i nervevæv eller perifert væv, men der kan være tale om en "hypersensibilisering" af nervesystemet eller "neuromatrix", som nu selv kan frembringe smerteoplevelser på trods af, at den indledende "vævsskade" ikke mere er den egentlige årsag til smerterne (6,7,8).

TABEL 1. STUDIETS RESULTATER VED FOLLOW-UP TRE MÅNEDER EFTER BEHANDLINGERNE:

Intervention:	Smertelindring \geq 50 % målt på VAS, angivet i procentandel af patienterne i de forskellige grupper
Akupunktur og konservativ behandling	77 % (95 % CI: 62-88 %) p=0.001
Snyde akupunktur og konservativ behandling	29 % (95 % CI: 16-46 %) p=0.001
Konservativ behandling	14 % (95 % CI: 4-30 %)

For både patient og behandler er det essentielt at erkende, at kroniske smerter ikke er en langvarig akut smerte eller blot simpel mekanik. Akutte smertemekanismer kan, men behøver ikke at være fortsat aktive i det kroniske stadie.

Udover de grundlæggende elementer i den kliniske undersøgelse fokuseres der på en biopsykosocial smerteanalyse. Smerteanalysen er vigtig og skal give en differentieret beskrivelse af smerternes karakteristika (intensitet, kvalitet, lokalisering og temporale profil). Smertens sensoriske intensitet og smertens gene/af-fektive komponent registreres på hver sin numeriske rangskala og udbredelsen af smerter registreres ved smertetegning.

I starten af behandlingsforløbet kvantificeres og synliggøres patientens status eller "baseline", som udover smerteintensitet og gene også har fokus på funktionsniveau og sociale aktivitetsbegrænsninger, samt forbrug af analgetica. Herudover er det også vigtigt at registrere ▶

blå bog

Bjarne Rittig-Rasmussen er uddannet fysioterapeut i 1994 fra New Castle Upon Tyne Polytechnic i England og Fysioterapeutskolen i Holstebro. Er efterfølgende klinisk uddannet ved Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin og Michigan State University, College of Osteopathic Medicine i USA og uddannet i akupunktur ved "Sjukgymnasterne Sektion för Smärta och Sensorisk Stimulering" i Sverige.

Sundhedsvidenskabeligt er han uddannet fra Aarhus og Lund Universitet og blev i 2004 "Master in Medical

Science". I forbindelse med disse studier blev der lavet et forskningsprojekt om Mckenzie's undersøgelsesmetodik ved klassificering af patienter med nakkesmerter og et projekt om rygsmerter og evidensbaseret praksis. Siden 2004 har han været aktiv i Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Akupunktur, hvor han er underviser og faglig uddannelseskoordinator. Siden 1994 har han sideløbende været praktiserende fysioterapeut og har i dag en privatklinik i Odder.

- ▶ patientens mestringsstrategi, samt spørge til patientens forventninger til smertelindring og om der er eventuel anden sygdom, misbrug eller psykologiske symptomer, som kan have indflydelse på smerterne.

Diagnostisk og behandlingsmæssigt kategoriseres smerterne overordnet som enten akutte eller kroniske. Herefter kategoriseres det om smerterne er af nociceptiv, neuropatisk, somatoform eller psykisk karakter, hvilket er vigtigt, da smertetyperne kræver vidt forskellige interventioner. Til registrering af patientens fysiske og psykiske formåen anvendes funktionsdelen fra et valideret patientskema til patienter med symptomer fra lænderyggen, som kan downloades fra www.rygdoktor.dk.

Den aktuelle smerteanalyse giver indtryk af, at smerterne er regionale og nociceptivt betingede smerter med sensibilisering i form af primær- og sekundær hyperalgesi. Langvarige smerter med baggrund i nociceptive smertemekanismer er den smertetype, som bedst responderer på akupunkturbehandling.

AKUPUNKTUR

I ovennævnte undersøgelser er der anvendt akupunktur ud fra viden om anatomi og neurofysiologi og på basis af moderne medicinsk diagnostik. I praksis anvendes de kinesiske akupunkturpunkter, da det erfaringsmæssigt er dér, stimuleringen af type II og III mekanoreceptorer lettest opnås. Samtidig fungerer akupunkturpunkternes lokalisering, som et rimeligt eksakt og reproducerbart "koordinatsystem" til registrering af de punkter, der behandles. Man ved i dag, at akupunktur medfører en central hæmning af smerter via en frigørelse af endogene opioider og serotonin. Desuden opstår der en segmental hæmning via frigørelse af enkefalin med reduceret sympaticusaktivitet og muskeltonus til følge. Endvidere er der videnskabeligt belæg for at akupunkturbehandlingen medfører en udskillelse af andre neuropeptider, som medfører en øget blodgennemstrømning i vævet og at disse samtidig har en antiinflammatorisk virkning (4).

I ovennævnte studier er der givet ca. 10 akupunkturbehandlinger, og det menes, at effekten er akkumulerende. Som en del af den evidensbaserede kliniske arbejdsmodel er valg af behandling også betinget af behandlerens kliniske ekspertise, hvilket vil sige, at behandleren bør have den fornødne kompetence til at diagnosticere og behandle med akupunktur ud fra videnskabelige principper.

HVAD GØR VI?

Når vi arbejder efter den evidensbaserede arbejdsmodel, tages der udgangspunkt i konkrete og patientcentrerede spørgsmål. Spørgsmålet søges besvaret med en litteratursøgning efter den bedst tilgængelige evidens, som så kritisk skal vurderes. Efterfølgende skal den fundne evidens, behandlerens kliniske ekspertise og patientens

præferencer for den aktuelle behandling kunne integreres. Den primære opgave er få patienten til at fungere bedst muligt i sine daglige funktioner og aktiviteter. Er der i den fysioterapeutiske proces brug for at supplere med "passiv" behandling, er akupunktur den bedst dokumenterede behandlingsmetode (2,4,9). Ud fra smerteanalysen bestemmes, hvilken smertetype der er tale om, og hvor og hvordan der skal behandles. Der gives ca. 10 behandlinger af relevante akupunkturpunkter i lænd og ben. Ved hjælp af validerede målemetoder registreres smerte- og funktionsniveau før, under og efter behandlingsforløbet. Dette kan virke som motivation for patienten og ikke mindst dokumentere den indsats, der er iværksat.

Svaret til det kliniske spørgsmål er: Ud fra patientens situation og ovennævnte studiers resultater vurderes det, at der både er et signifikant videnskabeligt og et klinisk relevant grundlag for at anvende naturvidenskabelig akupunktur, som behandlingsmetode til ovennævnte patient.

LITTERATUR

1. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering: Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999;1(1).
2. Ernst E, White AR, Wider B. Akupunktur bei Rückenschmerzen: meta-analyse randomisierter kontrollierter Studien und "update" unter Berücksichtigung neuerer Daten. Schmerz 2002;16:129-139.
3. Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane collaboration. Spine 2005; Apr. 15;30(8):944-63.
4. Lundberg D. et al. Metoder för behandling av långvarig smärta – en systematisk litteraturoversigt. Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU nr. 177/1+2. Side 22, 404-405, 400.
5. Molsberger AF, Mau J, Danuta BP, Winkler J. Does acupuncture improve the orthopaedic management of chronic low back pain – a randomized, blinded, controlled trial with 3 months follow-up. Pain 2002; 99:579-587.
6. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. Pain 1999; suppl 6: 121-6.
7. DeLeo JA, Winkelstein BA. Physiology of chronic spinal pain syndromes: from animal models to biomechanics. Spine 2002;27:2526-37.
8. Moseley GL. A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. Manual Therapy (2003) 8(3), 130-140.
9. Rosted P, Andersen C. Anvendelse af stimulationsbehandling i smertebehandlingen. Ugeskr Læger 15. maj 2006;168/20: 1982-1986. ■