



Akupunktura w leczeniu przewlekłego bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej

Artykuł rozpoczyna się od krótkiego opisu przypadku klinicznego. Następnie omówiono problem i korzyści wynikające z przedstawionej formy leczenia. Dalej można znaleźć przegląd badań, informacje na temat klinicznego zastosowania omówionego leczenia i potencjalnych działań niepożądanych. Przedstawiono również wytyczne, jeśli zostały opracowane. Artykuł kończą zalecenia kliniczne autora.

45-letni pracownik budowlany z okresowym bólem pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa od 7 lat w wywiadzie zgłosił się do lekarza rodzinnego. W ciągu ostatnich 4 miesięcy ból stopniowo się nasilał, mimo że mężczyzna stosował leki przeciwbólowe, fizykoterapię, a ponadto dwukrotnie miał wstrzyknięty glikokortykosteroid do przestrzeni nadtwardówkowej. Pacjent odczuwa tępy ból w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, okresowo połączony z bólem w tylnej części obu ud, nasilający się podczas długotrwałego stania i siedzenia. Mężczyzna z jednej strony obawia się, że straci pracę, a z drugiej – że jej kontynuowanie może prowadzić do nasilenia dolegliwości. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono nieprawidłowości, a objaw Lasègue'a był ujemny. W obrazowaniu metodą rezonansu magnetycznego (MRI – *magnetic resonance imaging*) wykazano umiarkowane zmiany zwyrodnieniowe krążków międzykręgowych na poziomie L4-L5 i L5-S1, a także niewielką wypuklinę krążka międzykręgowego na poziomie L5-S1 w linii pośrodkowej ciała, bez widocznego ucisku korzeni nerwowych. Pacjent zastanawia się, czy zastosowanie akupunktury byłoby skuteczne, i prosi o skierowanie do licencjonowanego akupunkturzysty.

Problem kliniczny

Ból pleców pojawia się w którymś momencie życia u 70% osób z uprzemysłowionych krajów Zachodu.¹ W USA ból pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej stanowi jedną z najczęstszych przyczyn wizyty u lekarza.¹⁻³ Około 90% ostrych epizodów ustępuje przed upływem 6 tygodni. Ból nawraca jednak w ciągu następnego roku u co najmniej 25% pacjentów,⁴ a u nawet 7% przechodzi w postać przewlekłą.⁵

W rozpoznaniu różnicowym bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej bierze się pod uwagę wiele przyczyn, ale większość z nich występuje rzadko.⁶ Każda z takich przyczyn, jak nowotwory, zakażenia i choroby zapalne, powoduje <1% przypadków. Strukturalne choroby kręgo-

śłupa, np. złamania kompresyjne, zwężenie kanału kręgowego i wypukliny krążków międzykręgowych, występują nieco częściej i leżą u podłoża 10-15% przypadków. Najczęściej jednak (85% przypadków) mamy do czynienia z nieswoistym lub idiopatycznym bólem pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, i to właśnie ten stan zazwyczaj wywołuje przewlekłe lub nawracające objawy.

Ból pleców tej okolicy jest przyczyną znacznej chorobowości. Jak wynika z szacunkowych danych, w 1999 r. fizyczną niesprawność związaną z bólem pleców stwierdzono u 6,8 mln dorosłych Amerykanów.⁷ W USA wydatki na opiekę zdrowotną nad pacjentami z bólem pleców wynoszą ponad 90 mld dol. rocznie, z czego ok. 26 mld dol. wydaje się bezpośrednio na leczenie tej dolegliwości.⁸

Brian M. Berman, MD,¹
Helene H. Langevin, MD,²
Claudia M. Witt, MD, MBA,³
Ronald Dubner, DDS, PhD⁴

¹ Center for Integrative Medicine, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

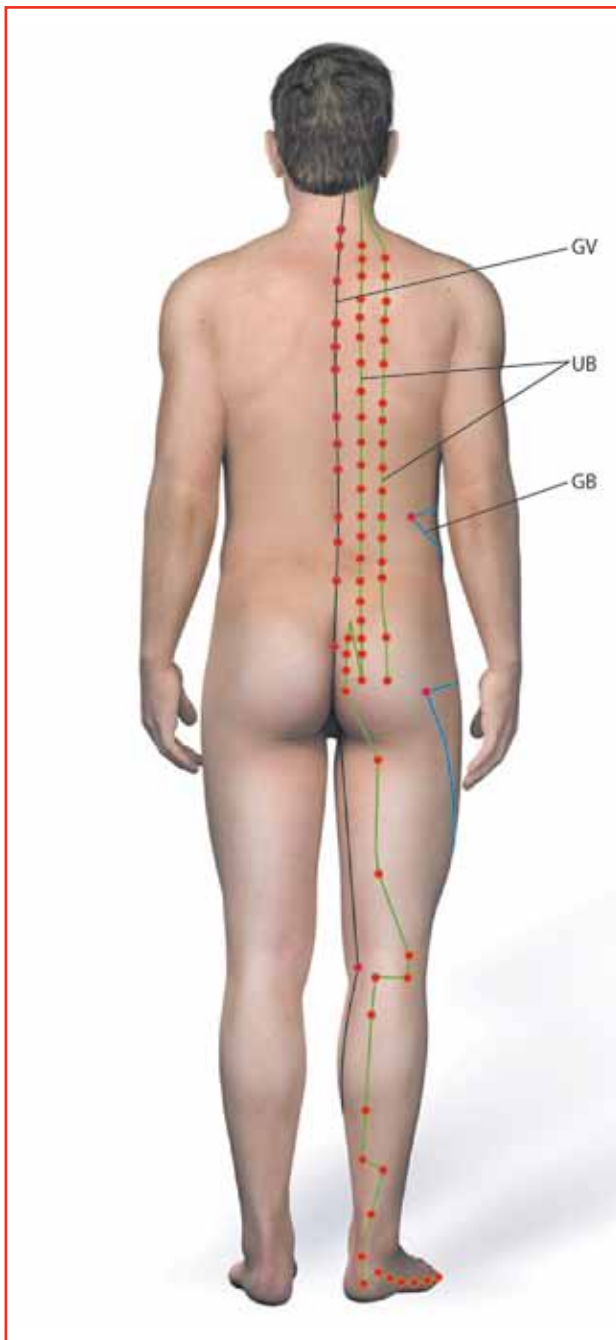
² Department of Neurology and the Program in Integrative Health, University of Vermont College of Medicine, Burlington, Vermont, USA

³ Institute for Social Medicine, Epidemiology, and Health Economics, Charité University Medical Center, Berlin, Niemcy

⁴ University of Maryland Dental School, Baltimore, Maryland, USA

Acupuncture for Chronic Low Back Pain
N Engl J Med 2010;363:454-461

Tłum. dr n. med. Piotr Jędrusik



□ Rycina 1. Meridiany (południki) w akupunkturze

12 głównych meridianów w akupunkturze jest związanych z określonymi narządami wewnętrznymi (np. serce, ptuca lub śledziona), a 8 dodatkowych [cudownych – przyp. tłum.] uważa się za kanały lub zbiorniki energii (*qi*) niezwiązane z narządami wewnętrznymi. Na rycinie przedstawiono meridian zarządzający, zwany również głównym regulatorem tylnym (GV – *governing vessel*; kolor czarny), meridian pęcherza moczowego (UB – *urinary bladder*; kolor zielony) i meridian pęcherzyka żółciowego (GB – *gallbladder*; kolor niebieski).

Patofizjologia i skuteczność leczenia

Patofizjologia przewlekłego bólu pleców w odcinku lędźwiowo-krzyżowym nie została dobrze poznana, ale coraz częściej uważa

się, że jest ona złożona i wieloczynnikowa. Postęp w wyjaśnianiu mechanizmów tej dolegliwości ograniczają trudności w zdefiniowaniu odpowiednich modeli zwierzęcych, które odnosiłyby się jednoznacznie do choroby u człowieka, a także w przeprowadzeniu badań patofizjologicznych, które dostarczyłyby informacji na temat przewlekłego bólu u ludzi.

Niektóre z wyżej wspomnianych nieprawidłowości strukturalnych kręgosłupa są znanymi przyczynami bólu lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa, natomiast inne nie korelują dobrze z objawami.⁶ Takie nieprawidłowości, jak wypuklina krążka międzykręgowego i zwyrodnienie stawów kręgosłupa, kiedy wiążą się ze zwężeniem kanału kręgowego lub uciskiem korzeni nerwów, powodują ból pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, najczęściej w połączeniu z rwą kulszową lub deficytami neurologicznymi. Zmiany te występują jednak często u osób bez objawów,^{9,10} a ponadto są słabymi wskaźnikami predykcyjnymi bólu pleców w badaniach prospektywnych.^{11,12} Opisywano również nieprawidłowości w obrębie mięśni i tkanek miękkich,^{13,14} ale ich rola w patofizjologii bólu pleców w odcinku lędźwiowo-krzyżowym pozostaje niepewna.

Nowsze badania koncentrują się na zmianach w ośrodkowym układzie nerwowym związanych z przewlekłym bólem pleców w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, które są wykrywane za pomocą różnych metod obrazowania.¹⁵ W badaniach z użyciem czynnościowego MRI wykazano zmiany aktywacji mózgu,^{16,17} a w badaniach anatomicznych – zmiany regionalnej objętości i gęstości mózgu.¹⁸⁻²⁰ Mogą one odzwierciedlać zmienione przetwarzanie bodźców czuciowych w ośrodkowym układzie nerwowym lub też się do niego przyczyniać. Wyniki badań nie są jednak zgodne i nie jest jasne, czy obserwowane zmiany są przyczyną czy następstwem przewlekłego bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej.

Czynniki psychologiczne i behawioralne, w tym strach przed poruszeniem się, prawdopodobnie również odgrywają ważną rolę u pacjentów z przewlekłym bólem pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej.²¹⁻²⁴ W tej grupie chorych zaobserwowano zmienione szlaki aktywacji mózgu w obszarach podkorowych i korowych związanych z emocjami i kontrolą pozycji ciała.²⁵⁻²⁸ W badaniach, w których porównywano zmienne psychospołeczne i parametry anatomiczne, wykazano, że te pierwsze mają większą wartość predykcyjną.^{11,12}

Akupunktura jest zabiegiem terapeutycznym polegającym na wprowadzeniu cienkich metalowych igieł w skórę lub przez skórę w określonych punktach ciała.^{29,30} Uważa się, że ma swoje źródło w Chinach, gdzie stanowi jeden z podstawowych elementów systemu teorii i praktyki medycyny nazywanego często „tradycyjną medycyną chińską”. W USA stosuje się najczęściej chińską akupunkturę, mimo iż powstało kilka różnych technik lub szkół akupunktury.³¹

Tradycyjna medycyna chińska bazuje na starożytnym systemie fizjologicznym (nieopartym na zachodnim empiryzmie naukowym), w którym zdrowie postrzega się jako wynik harmonii poszczególnych czynności ciała, a także harmonii między organizmem a naturą. Wewnętrzna dysharmonia blokuje energię

Tabela 1. Punkty akupunktury wykorzystywane często w leczeniu przewlekłego bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej*

Nazwa punktu [†]	Umiejscowienie [‡]
UB 23 (<i>shenshu</i>)	Na wysokości dolnego brzegu wyrostka kolczystego drugiego kręgu lędźwiowego, 1,5 <i>cun</i> w bok od punktu GV 4
UB 25 (<i>dachangshu</i>)	Na wysokości dolnego brzegu wyrostka kolczystego czwartego kręgu lędźwiowego, 1,5 <i>cun</i> w bok od punktu GV 3
GV 3 (<i>yaoyangguan</i>)	Poniżej wyrostka kolczystego czwartego kręgu lędźwiowego, na wysokości grzebienia biodrowego
UB 40 (<i>weizhong</i>)	W połowie długości bruzdy poprzecznej dołu podkolanowego, między ścięgnami mięśnia dwugłowego uda i mięśnia półbłoniastego
GB 30 (<i>huantiao</i>)	Na granicy między boczną jedną trzecią a przyśrodkowymi dwoma trzecimi odległości między krętarzem większym a rozwozem krzyżowym

* Dane zaadaptowane z: Cheng.⁵⁶ GB (*gallbladder*) – pęcherzyk żółciowy, GV (*governing vessel*) – meridian zarządzający (główny regulator tylny), UB (*urinary bladder*) – pęcherz moczowy.

[†] Punkty akupunktury konwencjonalnie definiuje się na dwa sposoby: za pomocą meridianu (południka), na którym się znajdują, oraz numeru danego punktu na meridianie lub za pomocą ich chińskich nazw. W tabeli posłużono się oboma sposobami (np. punkt akupunktury *shenshu* jest 23. punktem na meridianie UB).

[‡] *Cun* to tradycyjna miara służąca do określania położenia punktów akupunktury na ciele danego pacjenta, równa szerokości stawu międzypaliczkowego zgiętego palca środkowego.

zyciową organizmu – *qi*, która przepływa wzdłuż 12 meridianów (południków) głównych i 8 meridianów dodatkowych [zwanymi również cudownymi – przyp. tłum.] (ryc. 1). Zablokowanie *qi* objawia się bolesnością podczas palpacji. Aby przywrócić jej prawidłowy przepływ, należy wprowadzić igły do akupunktury w określone punkty wzdłuż przebiegu meridianów.

Próbowano scharakteryzować skutki akupunktury z punktu widzenia zasad fizjologii, na których oparta jest medycyna Zachodu. Wysiłki te okazały się jednak bezowocne z kilku powodów. Po pierwsze, większość badań przeprowadzono na zwierzętach, a odnoszenie ich wyników do ludzi jest trudne. Po drugie, wykazano, że akupunktura aktywuje każdej wielkości włókna nerwów obwodowych, co powoduje, że systematyczne badanie wywołanych przez nią reakcji staje się skomplikowane. Po trzecie, w praktyce akupunktury duże znaczenie ma silny kontekst psychospołeczny, w tym oczekiwania, przekonania i środowisko terapeutyczne.³²⁻³⁴

Mimo tych ograniczeń zidentyfikowano pewne zjawiska fizjologiczne związane z akupunkturą. Zastosowanie znieczulenia miejscowego w miejscach wprowadzania igieł całkowicie blokuje doraźne przeciwbólowe działanie akupunktury, co wskazuje, że zależy ono od aktywności nerwów.³⁵ Akupunktura indukuje uwalnianie endogennych opioidów w strukturach pnia mózgu, podkorowych i limbicznych.^{36,37} U szczurów powoduje uwalnianie hormonu adrenokortykotropowego z przysadki, a w rezultacie również kortyzolu, co skutkuje systemowym działaniem przeciwpalnym.³⁸ W badaniu u ludzi, w którym zastosowano czynnościowy MRI, wykazano, że akupunktura przynosi natychmiastowe skutki w postaci długotrwałej stymulacji obszarów układu limbicznego i podstawy przodomózgowia związanych z czynnościami somatosensorycznymi i afektywnymi, które uczestniczą w przetwarzaniu bólu.³⁹ Za pomocą pozytronowej tomografii emisyjnej wykazano, że akupunktura zwiększa na kilka dni potencjał wiązania receptorów opioidowych typu μ w niektórych spośród

tych samych obszarów mózgu.⁴⁰ Wpływa ona również na miejscowe tkanki – dochodzi do mechanicznej stymulacji tkanki łącznej,⁴¹ uwolnienia adenozyiny w miejscach stymulacji igłą⁴² i zwiększenia miejscowego przepływu krwi.⁴³ Obserwacje te nie są jednak wystarczające, by móc sformułować jednolitą teorię dotyczącą wpływu akupunktury na mechanizmy przewlekłego bólu.

Dowody z badań naukowych

Skuteczność akupunktury w leczeniu przewlekłego bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej oceniano w wielu badaniach klinicznych. W metaanalizie przeprowadzonej w 2008 r., obejmującej 6359 pacjentów,⁴⁴ wykazano, że prawdziwa akupunktura nie była skuteczniejsza od pozorowanej. Uzyskano jednak dowody wskazujące na to, że zastosowanie zarówno prawdziwej, jak i pozorowanej akupunktury było lepszym rozwiązaniem niż niewdrażanie żadnego leczenia, oraz że akupunktura może być przydatnym uzupełnieniem innych metod konwencjonalnej terapii bólu tej części pleców. Wnioski te potwierdzono w późniejszej metaanalizie przeprowadzonej przez Cochrane Back Review Group.⁴⁵ Szczegóły dotyczące kilku ważnych, zakończonych niedawno badań klinicznych, które zostały uwzględnione w powyższych metaanalizach, przedstawiono w Dodatku Uzupelniającym (Supplementary Appendix) dostępnym razem z pełnym tekstem niniejszego artykułu na stronie internetowej NEJM.org.⁴⁶⁻⁵⁰

W dużym badaniu przeprowadzonym w Niemczech 1162 pacjentów z wywiadami przewlekłego bólu pleców w odcinku lędźwiowo-krzyżowym występującego od średnio 8 lat przypisano losowo do jednej z trzech grup, w których stosowano prawdziwą akupunkturę, pozorowaną akupunkturę lub konwencjonalną terapię (połączenie farmakoterapii, fizykoterapii i ćwiczeń fizycznych).⁴⁷ Zabiegi akupunktury polegały na wprowadzaniu igieł w punktach zgodnych z zasadami akupunktury oraz pewnych dodatkowych punktach wybranych przez osobę wykonującą

zabieg. Igły po wprowadzeniu stymulowano poprzez krótką manipulację. W przypadku pozorowanej akupunktury igły wprowadzano płytko, w punktach niezgodnych z zasadami akupunktury, bez stymulacji. Głównym parametrem oceny końcowej była odpowiedź na leczenie definiowana jako poprawa o 33% w skali nasilenia przewlekłego bólu (Chronic Pain Grade) opracowanej przez Von Korff'a i wsp. lub poprawa o 12% stwierdzona na podstawie Hanowerskiego Kwestionariusza Sprawności Czynnościowej (Hannover Functional Ability Questionnaire, oryg. Funktionsfragebogen Hannover [FFbH]). Po 6 miesiącach nie stwierdzono istotnej różnicy częstości odpowiedzi między akupunkturą prawdziwą (47,6%) a pozorowaną (44,2%; $p=0,39$), ale obie metody postępowania dawały istotnie lepsze efekty niż konwencjonalna terapia (27,4%; $p < 0,001$ w obu porównaniach).

W innym dużym badaniu klinicznym przeprowadzonym w Niemczech⁵⁰ 3093 pacjentów z przewlekłym bólem pleców w odcinku lędźwiowo-krzyżowym występującym od średnio 7 lat przypisano losowo do jednej z dwóch grup – w jednej przeprowadzano zabiegi akupunktury, a w drugiej nie. W obu grupach można było stosować typowe leczenie zachowawcze. Głównym punktem oceny końcowej była sprawność czynnościowa odcinka lędźwiowego kręgosłupa oceniana za pomocą skali FFbH, w której można uzyskać od 0 do 100 punktów, gdzie 100 oznacza idealną sprawność. Po 3 miesiącach średnia sprawność czynnościowa odcinka lędźwiowego kręgosłupa w grupie akupunktury poprawiła się z 61,8 do 74,5 pkt (średni wzrost o 12,1 pkt), natomiast w grupie kontrolnej z 63,3 do 65,1 pkt (średni wzrost o 2,7 pkt). Różnica średniej poprawy między grupami wynosiła 9,4 pkt (95% CI 8,3-10,5; $p < 0,001$).

Zastosowanie

Akupunkturę uważa się za metodę medycyny alternatywnej lub komplementarnej, ale jak wskazano wyżej, w porównaniu z akupunkturą pozorowaną nie jest skuteczniejsza w łagodzeniu bólu pleców w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. W rezultacie nie uznaje się jej za metodę pierwszego wyboru. W wielu badaniach klinicznych wykazano jednak, że może być skuteczniejsza od typowego postępowania terapeutycznego, dlatego można rozważyć jej zastosowanie przed wdrożeniem konwencjonalnych metod leczenia, takich jak fizykoterapia, podawanie leków przeciwbólowych i ćwiczenia fizyczne, lub też w połączeniu z nimi. Wielu specjalistów leczenia bólu wykorzystuje akupunkturę jako element multidyscyplinarnego podejścia do terapii przewlekłego bólu pleców w odcinku lędźwiowo-krzyżowym.

Akupunktura jest metodą regulowaną przez odpowiednie przepisy i pacjenci powinni być kierowani tylko do akupunkturzystów mających licencję. W USA w większości stanów warunkiem uzyskania licencji jest posiadanie certyfikatu wydanego przez National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine. Amerykańscy lekarze mogą wykonywać zabiegi po ukończeniu jednego z kilku programów akupunktury medycznej.

Niezwykle ważne jest, aby wszystkich pacjentów z przewlekłym lub nawracającym bólem pleców w odcinku lędźwiowo-krzyżowym przed wyborem sposobu leczenia poddać dokładnej

diagnostyce. Osoby z poważnymi chorobami kręgosłupa, takimi jak nowotwór lub zakażenie, nie są odpowiednimi kandydatami do akupunktury i wymagają swoistego leczenia zachowawczego lub chirurgicznego w zależności od choroby podstawowej. W wytycznych zwraca się uwagę na alarmowe stany kliniczne, takie jak deficyty neurologiczne, zmniejszenie się masy ciała z nieznaną przyczyną, gorączka i deformacje strukturalne.⁵¹ Wykonanie badania obrazowego zaleca się u osób w wieku > 50 lat, a także u pacjentów z objawami podmiotowymi lub przedmiotowymi wskazującymi na chorobę układową.⁵²

Przeciwwskazania do akupunktury obejmują: zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (np. hemofilia czy w zaawansowanej chorobie wątroby), stosowanie warfaryny [lub innych leków przeciwzakrzepowych – przyp. tłum.], ciężkie choroby psychiczne (np. psychozy) oraz miejscowe zakażenia lub urazy skóry (np. oparzenia).⁵³ Należy ponadto unikać elektroakupunktury w miejscach wszczepienia urządzeń elektrycznych, takich jak stymulatory. Akupunktura nie jest przeciwwskazana w ciąży, choć pewne punkty akupunktury są szczególnie wrażliwe na wprowadzenie igły i dlatego u ciężarnych należy ich unikać; dotyczy to także punktów w obrębie brzucha.⁵⁴

W tradycyjnej akupunkturze wprowadzenie igieł może być połączone z różnymi metodami uzupełniającymi, takimi jak palpacja tętnicy promieniowej i innych części ciała, badanie języka oraz zalecenie stosowania preparatów ziołowych. Wszystkie te działania są oparte na zasadach tradycyjnej medycyny chińskiej, a nie na zachodnich koncepcjach fizjologicznych i medycznych. Nie wiadomo, w jakim stopniu wpływają one na psychologiczny efekt akupunktury, i tylko w nielicznych badaniach oceniano okoliczności, w których prowadzi się leczenie tą metodą.^{32,55}

Podczas sesji akupunktury prowadzonej z powodu bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej pacjent leży na brzuchu z odsłoniętymi miejscami, w których planuje się wkłucie igieł. Zazwyczaj akupunkturzyści u każdego pacjenta podczas każdej sesji na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego indywidualnie wybierają miejsca wprowadzenia igieł. Istnieją jednak pewne punkty akupunktury, które wykorzystuje się często (wymieniono je w tabeli 1 i przedstawiono na rycinie 2).^{56,57} Akupunkturzysta może zmodyfikować protokół leczenia, dodając inne miejsca wkłucia. Wybór głębokości wprowadzenia igieł (6,4-38,1 mm), a także ich średnicy (0,1-0,3 mm), długości (12,7-76,2 mm) i liczby (4-20) zależy od akupunkturzysty i szkoły akupunktury.

Po wprowadzeniu igieł pacjent powinien się odprężyć i pozostać w pozycji leżącej przez 15-30 minut. Akupunkturzysta często stymuluje manualnie igły, aby wywołać tępe, miejscowe pobolewanie nazywane *de qi*, a także by poczuć pociąganie wynikające z mechanicznej interakcji igły z tkanką łączną.⁵⁸ Może też stymulować je prądem elektrycznym (elektroakupunktura) czy paląc zioła bylicy pospolitej (*Artemisia vulgaris*) przy końcu igły (*moxibustion* – moksycucja) lub za pomocą ciepła.

Liczba i częstotliwość zabiegów akupunktury mogą być różne, jednak według większości akupunkturzystów pojedynczy zabieg nie jest wystarczający. W niedawnych badaniach klinicznych

dotyczących wykorzystywania akupunktury w leczeniu bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej stosowano co najmniej 12 sesji akupunktury, często zaczynając od 2 tygodniowo, a po 4 tygodniach zmniejszając ich częstotliwość do jednej tygodniowo.^{46,47,49,50} Niekiedy wdraża się leczenie przypominające raz w miesiącu lub co drugi miesiąc. Jeśli jednak nie widać efektów po 10-12 sesjach, terapię należy przerwać.⁵⁹ Koszt leczenia akupunkturą w USA jest zróżnicowany w obrębie kraju i może wynosić od 65 do 125 dol. za sesję. Programy ubezpieczeniowe Medicare i Medicaid nie pokrywają wydatków na akupunkturę, natomiast odsetek prywatnych programów opieki zdrowotnej, które refundują takie leczenie, zwiększył się z 32% w 2002 r. do 47% w 2004 r.⁶⁰

Działania niepożądane

Poważne działania niepożądane akupunktury występują rzadko. W dwóch prospektywnych badaniach, obejmujących łącznie >60 tys. sesji akupunktury, nie stwierdzono żadnych takich zdarzeń.^{61,62} Istotne drobne zdarzenia niepożądane, każde występujące w mniej niż 0,1% przypadków, obejmowały ból w miejscu wkłucia igły, nudności i wymioty oraz zawroty głowy lub zasłabnięcie. W innym badaniu zebrano dane od 9429 lekarzy, którzy przeprowadzili >760 tys. sesji akupunktury. U ich pacjentów odnotowano dwa przypadki odmy opłucnowej, jedno nasilenie depresji, jeden ostry przełom nadciśnieniowy, reakcję wazowagalną oraz napad astmy z nadciśnieniem tętniczym i dławicą piersiową.⁶³ Do zdarzeń niepożądanych, których nie zaliczono do poważnych, należały ból w miejscu wkłucia igły (3% pacjentów), krwiak (3%), krwawienie (1%) i objawy ortostatyczne (0,5%).

W badaniu przeprowadzonym w Niemczech, które obejmowało >2 mln zabiegów akupunktury wykonanych u 229 230 pacjentów, 8,6% osób zgłosiło co najmniej jedno zdarzenie niepożądane, a 2,2% zdarzenie niepożądane wymagające leczenia.⁶⁴ Najczęściej występowały krwawienia i krwiaki (u 6,1% pacjentów) oraz ból (1,7%). U dwóch pacjentów wystąpiła odma opłucnowa. Jedno zdarzenie niepożądane – uszkodzenie nerwu w kończynie dolnej – utrzymywało się przez 180 dni.

Problemy wymagające wyjaśnienia

W środowisku medycznym trwa dyskusja na temat roli efektu placebo w przypadku akupunktury. Jak wskazano wyżej, w najnowszych badaniach klinicznych nad stosowaniem akupunktury w leczeniu bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, które miały odpowiednią moc statystyczną, wykazano, że pozorowana akupunktura była równie skuteczna jak prawdziwa. Najprostsze wytłumaczenie tych obserwacji jest takie, że swoiste efekty terapeutyczne akupunktury, jeżeli w ogóle występują, są małe, natomiast klinicznie istotne korzyści można przypisywać głównie czynnikom kontekstualnym i psychosocjalnym, takim jak przekonania i oczekiwania pacjentów, uwaga poświęcana pacjentowi przez akupunkturzystę, a także silnie zogniskowana, ukierunkowana przestrzennie uwaga pacjenta.^{34,65,66} Badania te wskazują również na to, że igły nie muszą stymulować tradycyjnych punktów akupunktur



Rycina 2. Punkty akupunktury wykorzystywane w leczeniu przewlekłego bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej

Przedstawiono umiejscowienie punktów akupunktury, które są często wykorzystywane w leczeniu przewlekłego bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, w tym UB 23 (*shenshu*), UB 25 (*dachangshu*), GV 3 (*yaoyangguan*), UB 40 (*weizhong*) i GB 30 (*huantiao*).

GB (*gallbladder*) – pęcherzyk żółciowy, GV (*governing vessel*) – meridian zarządzający (główny regulator tylny), UB (*urinary bladder*) – pęcherz moczowy

ry lub nawet przebijać skóry, aby wywołać przewidywany efekt. Z drugiej strony w badaniach na zwierzętach zaobserwowano, że stymulacja igłami do akupunktury działa przeciwbólowo, a w badaniach obrazowych u ludzi wykazano zmiany w strukturach układu limbicznego po tradycyjnej akupunkturze różniące się od tych następujących po zabiegu pozorowanym, mimo że i aktywne, i bierno leczenie ma takie samo działanie przeciwbólowe.^{32,40,67} Na podstawie tych wyników można dojść do wniosku, że trudno jest zaprojektować taki pozorowany zabieg, który będzie zarówno wiarygodny dla pacjentów, jak i nieaktywny fizjologicznie.

Przyszłe badania powinny koncentrować się na związku między zabiegiem akupunktury a psychosocjalnym kontekstem, w którym się go wykonuje, i polegać np. na porównaniu akupunktury wykonywanej w neutralnym środowisku z akupunkturą łączoną z tradycyjnymi technikami uzupełniającymi. Ważne może być również określenie, jaka osoba jest optymalnym kandydatem do akupunktury na podstawie indywidualnych przekonań, oczekiwań i profilu psychologicznego, a także zbadanie względnej skuteczności akupunktury w porównaniu z innymi metodami niefarmakologicznymi, takimi jak metody poznawczo-behawioralne, terapia relaksacyjna, masaż leczniczy i techniki biologicznego sprzężenia zwrotnego. Dobrze byłoby też przeprowadzić dodatkowe badania w celu dalszej oceny skuteczności pozorowanej

akupunktury bez nakłuwania skóry, ponieważ być może udałoby się przy zastosowaniu nieinwazyjnego zabiegu osiągnąć korzyści, jakie daje akupunktura.

Wytyczne

American College of Physicians oraz American Pain Society wydały wspólne wytyczne dotyczące praktyki klinicznej, w których zalecono, aby lekarze rozważali akupunkturę jako jedną z możliwości leczenia pacjentów z przewlekłym bólem pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej w przypadku braku odpowiedzi na samoleczenie.^{68,69} Poziom dowodów przemawiających za tym zaleceniem określono jako dostateczny, ale wskazano, że może się ono zmienić po uzyskaniu nowych dowodów z badań naukowych.

North American Spine Society stwierdziło ostatnio, że akupunktura zapewnia lepsze krótkoterminowe złagodzenie bólu i poprawę czynnościową niż niestosowanie żadnej terapii, a połączenie akupunktury do innych metod leczenia przynosi większe korzyści niż stosowanie ich samych.⁷⁰ W przeglądzie również wskazano na potrzebę przeprowadzenia dodatkowych kontrolowanych badań klinicznych wysokiej jakości z randomizacją, porównujących akupunkturę z brakiem leczenia i pozorowaną akupunkturą. Brytyjski National Institute for Health and Clinical Excellence uznał akupunkturę za metodę leczenia bólu pleców w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. W rezultacie w Wielkiej Brytanii u osób z bólem utrzymującym się przez ponad 6 tygodni można wykonać w ramach National Health Service maksymalnie 10 sesji akupunktury w ciągu 12 tygodni.⁷¹

Zalecenia

U pacjenta opisanego na początku artykułu występuje przewlekły ból pleców, który nie ustępuje mimo zastosowania różnych metod le-

czenia zachowawczego. Najpierw należałoby uspokoić go, że ocena kliniczna i MRI nie wskazują na żadną poważną chorobę podstawową wymagającą swoistego leczenia, taką jak nowotwór lub zakażenie w okolicy rdzenia kręgowego. Zachęciłibyśmy go również do pozostania aktywnym w celu poprawy czynności odcinka lędźwiowego kręgosłupa, a także rozważenia indywidualnego programu ćwiczeń rozciągających i wzmacniających. Pacjent poprosił o skierowanie na akupunkturę. Zaproponowalibyśmy mu kurs 10 do 12 sesji w ciągu 8 tygodni, wykonywanych przez licencjonowanego akupunkturzystę lub lekarza wyszkolonego w medycznej akupunkturze. W USA wykwalifikowanego lokalnego praktyka można znaleźć za pośrednictwem National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine oraz American Academy of Medical Acupuncture. Na zakończenie ocenilibyśmy odpowiedź pacjenta na leczenie, w tym zwłaszcza nasilenie bólu, nastroj i ogólny poziom aktywności, aby określić, czy należy u niego zastosować dalsze leczenie akupunkturą.

Oświadczenie

Dr Langevin jest członkiem rady dyrektorów firmy Stromatec; otrzymywała od niej granty i fundusze na pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania. Nie zgłoszono żadnych innych potencjalnych konfliktów interesów odnoszących się do tego artykułu. Informacje na temat ujawnienia konfliktu interesów autorów są dostępne wraz z pełną wersją artykułu na stronie NEJM.org.

Eric Manheimer, MS, i Lixing Lao, PhD, z University of Maryland Center for Integrative Medicine, Susan Hartnoll, BA, z Institute for Integrative Health, Gary Kaplan, DO, z Kaplan Clinic oraz James Swyers, MA, otrzymują podziękowania za komentarze i rady dotyczące niniejszej pracy, a Katrina Farber za pomoc administracyjną.

Adres do korespondencji: Brian M. Berman, University of Maryland School of Medicine, 2200 Kernan Dr., Baltimore, MD 21207, USA. E-mail: bberman@comp-med.umm.edu

From The New England Journal of Medicine 2010;363:454-461. Translated and reprinted in its entirety by permission of the Massachusetts Medical Society. Copyright 2010 © Massachusetts Medical Society. All Rights Reserved.

Piśmiennictwo:

1. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999;354:581-5.
2. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain: frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine* 1995;20:11-9.
3. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys, 2002. *Spine* 2006;31:2724-7.
4. Stanton TR, Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. After an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. *Spine* 2008;33:2923-8.
5. Speed C. Low back pain. *BMJ* 2004;328:1119-21.
6. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001;344:363-70.
7. Prevalence of disabilities and associated health conditions among adults – United States, 1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001;50:120-5.
8. Luo X, Pietrobbon R, Sun SX, Liu GG, Hey L. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States. *Spine* 2004;29:79-86.
9. Jarvik JJ, Hollingworth W, Heagerty P, et al. The Longitudinal Assessment of Imaging and Disability of the Back (LAIDBack) Study: baseline data. *Spine* 2001;26:1158-66.
10. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994;331:69-73.
11. Carragee EJ, Alamin TF, Miller JL, Carragee JM. Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain. *Spine J* 2005;5:24-35.
12. Jarvik JG, Hollingworth W, Heagerty PJ, et al. Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: clinical and imaging risk factors. *Spine* 2005;30:1541-8.
13. Demoulin C, Crielaard JM, Vanderthommen M. Spinal muscle evaluation in healthy individuals and low-back-pain patients: a literature review. *Joint Bone Spine* 2007;74:9-13.
14. Langevin HM, Stevens-Tuttle D, Fox JR, et al. Ultrasound evidence of altered lumbar connective tissue structure in human subjects with chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord* 2009;10:151.
15. Borsook D, Moulton EA, Schmidt KF, Becerra LR. Neuroimaging revolutionizes therapeutic approaches to chronic pain. *Mol Pain* 2007;3:25.
16. Giesecke T, Gracely RH, Grant MA, et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum* 2004;50:613-23.
17. Kobayashi Y, Kurata J, Sekiguchi M, et al. Augmented cerebral activation by lumbar mechanical stimulus in chronic low back pain patients: an fMRI study. *Spine* 2009;34:2431-6.
18. Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci* 2004;24:10410-5.
19. Buckalew N, Haut MW, Morrow L, Weiner D. Chronic pain is associated with brain volume loss in older adults: preliminary evidence. *Pain Med* 2008;9:240-8.
20. Schmidt-Wilcke T, Leinisch E, Ganssbauer S, et al. Affective components and intensity of pain correlate with structural differences in gray matter in chronic back pain patients. *Pain* 2006;125:89-97.
21. Hurwitz EL, Morgenstern H, Yu F. Cross-sectional and longitudinal associations of low-back pain and related disability with psychological distress among patients enrolled in the UCLA Low-Back Pain Study. *J Clin Epidemiol* 2003;56:463-71.
22. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002;27(5):E109-E120.
23. Dionne CE. Psychological distress confirmed as predictor of long-term back-related functional limitations in primary care settings. *J Clin Epidemiol* 2005;58:714-8.
24. Woby SR, Watson PJ, Roach NK, Urmston M. Adjustment to chronic low back pain – the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control. *Behav Res Ther* 2004;42:761-74.
25. Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD, Zubieta JK. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain* 2005;9:463-84.
26. Baijki MN, Chialvo DR, Geha PY, et al. Chronic pain and the emotional brain: specific brain activity associated with spontaneous fluctuations of intensity of chronic back pain. *J Neurosci* 2006;26:12165-73.

27. Derbyshire SW. Meta-analysis of thirty-four independent samples studied using PET reveals a significantly attenuated central response to noxious stimulation in clinical pain patients. *Curr Rev Pain* 1999;3:265-80.
28. Tsao H, Galea MP, Hodges PW. Reorganization of the motor cortex is associated with postural control deficits in recurrent low back pain. *Brain* 2008;131:2161-71.
29. White A, Ernst E. A brief history of acupuncture. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43:662-3.
30. Lewis K, Abdi S. Acupuncture for lower back pain: a review. *Clin J Pain* 2010;26:60-9.
31. Cherkin DC, Deyo RA, Sherman KJ, et al. Characteristics of licensed acupuncturists, chiropractors, massage therapists and naturopathic physicians. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:378-90.
32. Kong J, Kaptchuk TJ, Polich G, et al. Expectancy and treatment interactions: a dissociation between acupuncture analgesia and expectancy evoked placebo analgesia. *Neuroimage* 2009;45:940-9.
33. Pariente J, White P, Frackowiak RS, Lewith G. Expectancy and belief modulate the neuronal substrates of pain treated by acupuncture. *Neuroimage* 2005;25:1161-7.
34. Liu T. Acupuncture: what underlies needle administration? *Evid Based Complement Alternat Med* 2008;6:185-93.
35. Wang SM, Kain ZN, White P. Acupuncture analgesia: I. The scientific basis. *Anesth Analg* 2008;106:602-10.
36. Han JS. Acupuncture: neuropeptide release produced by electrical stimulation of different frequencies. *Trends Neurosci* 2003;26:17-22.
37. Pomeranz B. Scientific research into acupuncture for the relief of pain. *J Altern Complement Med* 1996;2:53-60.
38. Li A, Lao L, Wang Y, et al. Electroacupuncture activates corticotrophin-releasing hormone-containing neurons in the paraventricular nucleus of the hypothalamus to alleviate edema in a rat model of inflammation. *BMC Complement Altern Med* 2008;8:20.
39. Dhond RP, Kettner N, Napadow V. Neuroimaging acupuncture effects in the human brain. *J Altern Complement Med* 2007;13:603-16.
40. Harris RE, Zubieta JK, Scott DJ, et al. Traditional Chinese acupuncture and placebo (sham) acupuncture are differentiated by their effects on mu-opioid receptors (MORs). *Neuroimage* 2009;47:1077-85.
41. Langevin HM, Churchill DL, Wu J, et al. Evidence of connective tissue involvement in acupuncture. *FASEB J* 2002;16:872-4.
42. Goldman N, Chen M, Fujita T, et al. Adenosine A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture. *Nat Neurosci* 2010 May 30 (Epub ahead of print).
43. Sandberg M, Lundeberg T, Lindberg LG, Gerde B. Effects of acupuncture on skin and muscle blood flow in healthy subjects. *Eur J Appl Physiol* 2003;90:114-9.
44. Yuan J, Purepong N, Kerr DP, et al. Effectiveness of acupuncture for low back pain: a systematic review. *Spine* 2008;33:E887-E900.
45. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, et al. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J* 2010 March 14 (Epub ahead of print).
46. Brinkhaus B, Witt CM, Jena S, et al. Acupuncture in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006;166:450-7.
47. Haake M, Muller HH, Schade-Britttinger C, et al. German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups. *Arch Intern Med* 2007;167:1892-8. [Erratum, *Arch Intern Med* 2007;167:2072.]
48. Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, et al. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. *Arch Intern Med* 2009;169:858-66.
49. Thomas KJ, MacPherson H, Thorpe L, et al. Randomised controlled trial of a short course of traditional acupuncture compared with usual care for persistent non-specific low back pain. *BMJ* 2006;333:623.
50. Witt CM, Jena S, Selim D, et al. Pragmatic randomized trial evaluating the clinical and economic effectiveness of acupuncture for chronic low back pain. *Am J Epidemiol* 2006;164:487-96.
51. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J* 2010;20:514-29.
52. Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002;137:586-97.
53. Chung A, Bui L, Mills E. Adverse effects of acupuncture. Which are clinically significant? *Can Fam Physician* 2003;49:985-9.
54. Ee CC, Manheimer E, Pirodda MV, White AR. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:254-9.
55. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336:999-1003.
56. Cheng X. Chinese acupuncture and moxibustion. Beijing: Foreign Language Press, 1987:322-9.
57. Sherman KJ, Cherkin DC. Developing methods for acupuncture research: rationale for and design of a pilot study evaluating the efficacy of acupuncture for chronic low back pain. *Altern Ther Health Med* 2003;9:54-60.
58. Langevin HM, Churchill DL, Cipolla MJ. Mechanical signaling through connective tissue: a mechanism for the therapeutic effect of acupuncture. *FASEB J* 2001;15:2275-82.
59. Helms J. Getting to know you: a physician explains how acupuncture helps you be the best you. Berkeley, CA: Medical Acupuncture Publishers, 2007.
60. Employer health benefits 2004 annual survey. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, 2004.
61. MacPherson H, Thomas K, Walters S, Fitter M. The York Acupuncture Safety Study: prospective survey of 34 000 treatments by traditional acupuncturists. *BMJ* 2001;323:486-7.
62. White A, Hayhoe S, Hart A, Ernst E. Adverse events following acupuncture: prospective survey of 32 000 consultations with doctors and physiotherapists. *BMJ* 2001;323:485-6.
63. Melchart D, Weidenhammer W, Streng A, et al. Prospective investigation of adverse effects of acupuncture in 97 733 patients. *Arch Intern Med* 2004;164:104-5.
64. Witt CM, Pach D, Brinkhaus B, et al. Safety of acupuncture: results of a prospective observational study with 229,230 patients and introduction of a medical information and consent form. *Forsch Komplementarmed* 2009;16:91-7.
65. Paterson C, Dieppe P. Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. *BMJ* 2005;330:1202-5.
66. Linde K, Witt CM, Streng A, et al. The impact of patient expectations on outcomes in four randomised controlled trials of acupuncture in patients with chronic pain. *Pain* 2007;128:264-71.
67. Napadow V, Liu J, Li M, et al. Somatosensory cortical plasticity in carpal tunnel syndrome treated by acupuncture. *Hum Brain Mapp* 2007;28:159-71.
68. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478-91.
69. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:492-504. [Erratum, *Ann Intern Med* 2008;148:247-8.]
70. Ammendolia C, Furlan AD, Imamura M, et al. Evidence-informed management of chronic low back pain with needle acupuncture. *Spine J* 2008;8:160-72.
71. Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. Clinical guideline no. 88. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.



Komentarz:

prof. dr hab. med. Adam Stępień
Klinika Neurologii Wojskowego
Instytutu Medycznego,
Warszawa

Niekonwencjonalne metody leczenia zawsze cieszyły się popularnością wśród chorych, zwłaszcza tych, którym tradycyjna medycyna nie miała już wiele do zaoferowania. Obecnie częściej stosuje się je w krajach, w których opieka zdrowotna jest słabiej rozwinięta. Spośród rozmaitych metod najczęściej zaleca się ziołolecznictwo i akupunkturę. Współczesna medycyna oparta na faktach zdecydowanie wypiera stare i archaiczne metody leczenia, jednak w wielu przypadkach nowoczesne sposoby terapii zawodzą. Problem ten dotyczy zwłaszcza pacjentów z przewlekłym bólem, którzy są zmuszeni przez długi czas przyjmować wiele leków. Kiedy zalecona przez lekarza terapia nie przynosi poprawy, pacjenci uciekają się do rozmaitych metod, które mogą im przynieść

ulęgę w cierpieniu, np. korzystają z terapii manualnej, masażu czy terapii ciepłem.

Akupunktura wywodzi się z medycyny chińskiej. Opiera się na teorii pięciu elementów, tj. ognia, ziemi, metalu, wody i drewna, które wzajemnie na siebie oddziałują, tworząc energie jang i jin krążące w ciele człowieka. Nakłucie skóry w określonym punkcie ma pozwolić na upuszczenie jednej z tych energii w celu przywrócenia równowagi w ciele, tj. odzyskania zdrowia. Metoda ta podparta jest zatem filozofią, a według niektórych zawiera też elementy magii. Bez wątpienia akupunktura w dużym stopniu oddziałuje na aspekt psychiczny bólu. Trzeba pamiętać, że w postaci przewlekłej bólu dominuje on w obrazie klinicznym, a walka z nim stanowi wykładnik sukcesu terapeutycznego. Należy też podkreślić, że stosowanie akupunktury nie tylko oddziałuje na psychikę chorego (co według mnie jest najistotniejsze w tej metodzie), lecz także przynosi swoisty skutek biologiczny pod postacią uwalniania endorfin i kortyzolu, stymulacji układu limbicznego, zwiększenia potencjału μ -opiodów oraz stymulacji tkanki łącznej.

W Europie akupunkturę zaczęto stosować stosunkowo późno, bo dopiero w XVII w. Metoda ta największą popularnością cieszyła się w wiekach XVIII i XIX, kiedy w medycynie panowały różne doktryny, i szybko zyskała wielu zwolenników, odpowiadała bowiem na zapotrzebowanie społeczne. Stosuje się ją do dziś niemal we wszystkich krajach, choć liczba jej zwolenników w poszczególnych regionach świata jest różna.

W komentowanym artykule autorzy w sposób rzeczowy przedstawiają miejsce akupunktury we współczesnej medycynie. Nie zaprzeczają, że u niektórych pacjentów jej stosowanie może przynieść korzyści. Przytaczają wyniki dużych wieloosrodnikowych badań przeprowadzonych z udziałem tysięcy pacjentów, które należy uznać za wiarygodne. Wnioski z nich płynące wskazują, że akupunktura pozostaje metodą uzupełniającą konwencjonalne strategie leczenia, którą można zastosować u wybranych pacjentów po wyczerpaniu innych możliwości postępowania leczniczego i po dokładnym ustaleniu przyczyny bólu lub wykonaniu wszystkich badań, które mogłyby w tym

pomóc. Bez wątpienia u osób z bólem przewlekłym zastosowanie akupunktury jest korzystniejsze niż nierozpoczęcie żadnego postępowania terapeutycznego, stanowi bowiem rodzaj stymulacji włókien czuciowych, które aktywują centralne ośrodki układu nocyceptywnego i hamujący układ antynocyceptywny w mechanizmie zależnym od stresu wywołanego bólem. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że zabiegi akupunktury najlepsze wyniki przynoszą u tych chorych, u których stymuluje się obszary spustowe bólu lub odpowiednie segmenty unerwienia czuciowego ciała. Akupunkturę zaleca się w rozmaitych zespołach bólu przewlekłego, szczególnie pochodzenia mięśniowo-powięziowego i kostno-stawowego.

Autorzy artykułu nie przedstawiają wyników badań porównujących skuteczność akupunktury z innymi niekonwencjonalnymi metodami leczniczymi, a to zapewne dlatego, że nie prowadzono ich na szerszą skalę. Na szczególną uwagę zasługuje fragment, w którym mowa o wymaganiach stawianych osobom wykonującym zabiegi akupunktury. Muszą one przejść odpowiednie przeszkolenie i mieć wiedzę na temat akupunktury oraz z zakresu medycyny. Podawana przez autorów liczba zabiegów, które należy wykonać, jest ograniczona – w sumie niewielka. Klóci się to zasadniczo z naszymi krajowymi doświadczeniami, gdyż zabiegi te wykonywane są niejednokrotnie przez osoby bez odpowiedniego przygotowania medycznego.

Chociaż potwierdzono przeciwbólowe działanie akupunktury, powstaje pytanie: czy to wystarczy, by metoda ta znalazła szersze zastosowanie? Mimo wszystko chyba nie. Nie znaczy to jednak, że nie można jej zalecać wybranym chorym jako jednej z alternatywnych metod walki z bólem przewlekłym, w przypadku którego dzisiejsza medycyna jest bezradna. Akupunkturę uważa się za metodę bezpieczną, wzrasta jednak liczba doniesień o powikłaniach, a także zdarzeniach niepożądanych pojawiających się podczas jej stosowania, na szczęście są one rzadkie (1,2/10 000 leczonych).¹

Piśmiennictwo:

1. McMahon S, Koltzenburg M. Wall and Melzack's Textbook of Pain 5th Edition, Elsevier 2006,586-587.