

Nálastungumeðferð í fæðingu

Útdráttur

Nálastungumeðferð hefur til langs tíma verið notuð við ýmsum heilsufarsvandamálum og kvillum, upphaflega í Kína en hefur breiðst út á Vesturlöndum. Í barneignarferlinu hefur notkun nálastungumeðferðar farið vaxandi á síðustu árum. Síðan árið 2002 hefur íslenskum ljósmæðrum verið boðið upp á námskeið í nálastungumeðferð í meðgöngu, fæðingu og sængurlegu og í árslok 2005 höfðu 88 ljósmæður lokið námskeiðinu. Þær hafa látið í ljós ánægju sína með meðferðina í fagrýnivíðtölum. Í þessari grein verður leitast við að finna svör við því hvaða áhrif nálastungumeðferð hefur í fæðingu. Eftirfarandi þættir eru viðfangsefni greinarinnar: áhrif á verki og slökun í fæðingu, áhrif á lengd fæðingar og áhrif á notkun verkjalyfja og deyfinga í fæðingu. Rannsóknir þær sem fundust við leit eru allar meginlegar þar sem í einni þeirra voru viðbótargögn fengin með viðtölum. Þrjár rannsóknanna voru slembivalstílaunir með samanburðarhópum og flestar hinna með samanburðarhópa. Engin eiginleg rannsókn fannst við leit. Niðurstöður eru að marktækt minni notkun er á notkun verkjalyfja og deyfinga hjá konum sem fengu nálastungumeðferð. Í þeim rannsóknum sem skoðuðu slökunaráhrif komu þau fram en misjafnt var hvort verkjastillingaráhrif komu fram í rannsóknunum. Konur voru almennt ánægðar með nálastungumeðferð og myndu flestar velja hana aftur í fæðingu. Niðurstöður yfirlitsins benda til að nálastungumeðferð geti verið gagnlegur valkostur í fæðingu. Meðferð með nálastungum er í samræmi við hugmyndafræði og stefnu ljósmæðra þar sem lögð er áhersla á að styðja við eðlilegt ferli fæðingar.

Lykilorð: fæðing, verki, verkjameðferð, slökun, nálastungur, útkoma fæðingar.



Valgerður Lísá
Sigurðardóttir, ljósmóðir á
fæðingadeild LSH

Umræða um valkosti kvenna í barn eignarþjónustu hefur farið vaxandi og áhersla hefur verið lögð á að konur geti tekið upplýstar ákvarðanir um þá meðferð og þjónustu sem í boði er á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu. Sú kynslóð sem í dag er að eignast börn er alin upp í upplýsingasamfélagi þar sem greiður aðgangur er að upplýsingum og kemur því með ákveðna þekkingu með sér inn í barneignarferlið, m.a. um mismunandi aðferðir til að takast á við verki sem fylgja fæðingarhríðum. Á sama tíma hafa ljósmæður áhyggjur af hvernig fæðingarhjálp hefur þróast og hvað verði um eðlilegar fæðingar í sjúkdómsvæddu samfélagi dagsins í dag. T.d. hefur notkun á hátækniverkjameðferð eins og mænurótardeyfingum aukist á undanförunum áratugum og sýnist sitt hverjum um áhrif þess á eðlilegar fæðingar. Umræða meðal ljósmæðra hefur m.a. snúist um hvernig hægt sé að vernda hina eðlilegu fæðingu. Inn í þá umræðu hafa komið upp raddir um mikilvægi þess að konur geti valið verkjameðferð sem styður við og truflar sem minnst lífeðlislegt ferli fæð-

ingar. Þar eru ýmsir möguleikar í boði og er nálastungumeðferð (acupuncture) meðal þeirra.

Saga nálastungumeðferðar

Nálastungumeðferð (acupuncture) hefur verið notuð í meira en 2.500 ár og er upprunnin í kínverskri lækisfræði (Traditional Chinese Medicine). Hún hefur verið notuð í ýmsum tilgangi, m.a. til verkjastillingar og slökunar. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) og Landsráð heilbrigðismála í Bandaríkjunum (NIH) hafa gefið út yfirlýsingar þar sem kemur fram að nálastungumeðferð geti gagnast við kvillum af ýmsu tagi eins og tannverk, höfuðverk, svefnleysi, ógleði, kvíða o.fl. (WHO, 2002; NIH, 1997). Í yfirlýsingunni frá WHO kemur einnig fram að nálastungumeðferð geti verið gagnleg til verkjastillingar í fæðingu og til hriðaörvunar (WHO, 2002).

Í vestrænum heimi má rekja upphaf nálastungumeðferðar í barneignarferlinu til áttunda áratugarins og hefur notkun hennar farið vaxandi síðustu árin (Carlsson og Anckers, 1997). Í Svíþjóð fengu um 15% kvenna nálastungumeðferð í fæðingu á árunum 1995-2000 (Odland, Haglund, Pakkanen og Olausson, 2003) og árið 2000 var nálastungumeðferð í boði á 78% fæðingastaða í Danmörku (Kirkeby, 2003). Á tímabilinu 1. janúar - 30. apríl 2004 þáðu 25.3% kvenna nálastungur í fæðingu á LSH og 24% fæðandi kvenna í Keflavík (Hildur B. Rúnarsdóttir, 2004). Samkvæmt fæðingarskráningu árið 2005 á Landspítala – háskólasjúkrahúsi fengu tæplega 800 konur eða um 25% nálastungumeðferð í fæðingu.

Fyrsta námskeið í kennslu nálastungumeðferðar fyrir íslenskar ljósmæður var haldið árið 2002 að frumkvæði Guðlaugar Maríu Sigurðardóttur, ljósmóður og nálastungufræðings. Námskeiðið var haldið á vegum Ljós-

mæðrafélags Íslands og náms í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands og var Lilleba Anckers ljósmóðir og nálastungufræðingur frá Svíðjóð fengin til liðs við Guðlaugu (Halla Hersteinsdóttir og Jenný Inga Eiðsdóttir, 2002). Síðan þá hafa námskeið verið haldin reglulega og samkvæmt upplýsingum frá skrifstofu Ljósmaðrafélags Íslands hafa 88 ljósmæður komið víðs vegar að af landinu og lokið námskeiðinu í árslok 2005. (Guðlaug Einarsdóttir, tölvupóstur 20. febrúar, 2006). Síðan nálastungunámskeiðin hófust hafa íslenskar ljósmæður notað nálastungumeðferð í starfi til meðhöndla ýmsa kvilla á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu. Í samantekt Hildar B. Rúnarsdóttur (2004) á nálastungumeðferð á LSH kom fram að helstu ástæður voru; samdráttarverkir (81.5%), streita/kvíði/ótti (73%) og hriðarörvun (10.5%). Samkvæmt Yelland (2005) eru helstu ástæður nálastungumeðferðar á meðgöngu vegna ógleði, grindarverkja, bjúgs, sitjandi-stöðu, gangsetningar, til slökunar og fleira. Í fæðingu eru nálastungur notaðar m.a. við verkjum, ógleði, til hriðarörvunar, til slökunar og til að losa fasta fylgju. Í sængurlegu er meðferðin m.a. notuð við samdráttarverkjum, gyllinæð, brjóstspennu, brjóstastíflu, til að auka mjólkurmyndun og til slökunar.

Vaxandi notkun nálastungumeðferðar í barneignarferlinu hefur orðið þrátt fyrir að til langs tíma hafi skort rannsóknir um áhrif þeirra. Svipað og í öðrum óhefðbundnum meðferðarformum hefur lengi vantað rannsóknir sem sýna fram á árangur af nálastungumeðferð. Hins vegar hefur reynsla bæði meðferðarðila og þeirra sem fá nálastungumeðferð verið jákvæð. Í umræðum ljósmæðra á meðal um meðferðina kemur fram tilfinning þeirra fyrir því að konur sem fengið hafa nálastungumeðferð virðist oft ná betri slökun í fæðingunni og þar með ráði þær betur við verkina sem fylgja hriðunum. Einnig er oft nefnt að fæðingin virðist ganga hraðar eftir meðferð. Þetta kemur m.a. fram í fagrýnivíðtölum Hafðísar H. Birgisdóttur (2005) við sex ljósmæður um reynslu þeirra af nálastungumeðferð. Í víðtölunum kom fram að ljósmæðurnar hafa notað nálastungur við ólíkum vandamálum á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu. Í fæðingunni var nálastungumeðferð helst notuð við hriðaverkjum, ógleði, til að fá slökun, til að fá koll barns betur niður, við hriðarörvun og til að losa fasta fylgju.

Þær voru mjög ánægðar með reynsluna af nálastungunum og töluðu um að þær væru áhrifaríkt úrræði. Auk þess bentu þær á að nálastungumeðferðin hefði ekki í för með sér óæskileg áhrif eða aukaverkanir hvorki á móður né barn. Það er í samræmi við niðurstöður rannsókna á áhættu og aukaverkunum nálastungumeðferðar (White, Hayhoe, Hart og Ernst, 2001; WHO, 2002).

Þessi reynsla ljósmæðra varð til þess að kveikja áhuga höfundar á að skoða hver staða þekkingar væri um nálastungumeðferð í fæðingu. Markmið þessarar greinar er að skoða áhrif nálastungumeðferðar í fæðingu og í þeim tilgangi eru eftirfarandi spurningar settar fram:

Hafa nálastungur áhrif á verki í fæðingu?

Hafa nálastungur slakandi áhrif á konu í fæðingu?

Hafa nálastungur áhrif á lengd fæðingar?

Hafa nálastungur áhrif á notkun verkjalyfja og deyfinga í fæðingu?

Leitað var í gagnagrunnum MIDIRS, Cochrane Database, Medline, Scopus og Cinahl. Leitarorð voru: acupuncture, labor, complementary therapy, pain relief. Einnig var leitað í heimildaskrá greina sem fjölluðu um efnið. Niðurstöður leitar voru: þrjár rannsóknir þar sem notuð voru snið með samanburðarhópum og slembivali í hópa (randomised, controlled trial), eitt kerfisbundið yfirlit (systematic review), tvær afturvirkar rannsóknir og þrjár aðlagðar tilraunir, þar sem ekki var valið með slembivali í hópa. Það vekur athygli að engin rannsókn fannst þar sem notuð var eigindleg aðferð, fyrir utan eina rannsókn þar sem bæði var stuðst við meginlega og eigindlega aðferð við gagnasöfnun. Við leit fundust einnig rannsóknir um áhrif nálastungumeðferðar á meðgöngu og yfirlitgreinar um óhefðbundna meðferð í fæðingu en þessar greinar eru ekki hafðar með í þessari umfjöllun þar sem efni þeirra fellur utan ofangreindra spurninga.

Þar sem útkoma fæðingar er ein af breytunum í flestum rannsóknunum er rétt að skilgreina að þar er aðallega átt við notkun á annarri verkjameðferð (með eða án lyfja), lengd fæðingar og notkun hriðaverkandi lyfja (oxytocin). Nánari upplýsingar um tölfræðipróf sem notuð voru í rannsóknunum má sjá í töflu 1, þar sem einnig er samantekt um rannsóknirnar.

Nálastungumeðferð

Í nálastungumeðferð felst að ákveðnir punktar í líkamanum eru örvaðir með því að stinga fingerðum nálum í þá og örva þá þar til *de qi* finnst. *De qi* er merki um að nálin hafi náð í réttan punkt og lýsir sér með því að viðkomandi fær doða-, þyngsla- eða hitatilfinningu í kringum stungustað og oft sést roði umhverfis nálina. Meðferðaraðili finnur einnig að nálin grípur í, það er eins og verði þétting um hana. Hægt er að örva þessa punkta með öðrum aðferðum, s.s. raförvun, moxibustion (hitun með jurtinni *Artemesia vulgaris*) og með því að þrýsta á þá (acupressure). Ekki er vitað með vissu hvernig nálastungurnar virka lífeðlisfræðilega en nokkrar kenningar eru um það, m.a. sársaukagáttakenningin (gate control theory). Samkvæmt henni skynjum við sársauka í heilanum eftir að sársaukaböðin hafa farið með skyntaugum um ákveðnar gáttir í afturhorni mænunnar, sem stjórnar flæði boðanna og upp í heila. Ef önnur skynboð berast samtímis sársaukanum inn í miðtaugakerfið verður samkeppni í gáttunum um hvaða boð fái forgang til heilans. Þannig geta nálastungurnar truflað sársaukaböðin og lokað sársaukagátt (Carlsson og Anckers, 1997).

Aðrar kenningar snúast um að með örvin á þessum ákveðnu punktum verði örvin á virkni taugaboða í heilastofni og heiladingli sem auki losun taugaboðefna (neurohumoral) s.s. serotonin, noradrenalin, endorfína og hormóna t.d. oxytocin (Carlsson og Anckers, 1997; Yelland, 2005). Niðurstöður rannsókna á dýrum og mönnum benda til að við nálastungur verði líffræðileg svörun á boðefnum í líkamanum, þ.a. deyfandi áhrif megi rekja til losunar ópiatapeptíða í líkamanum (NIH, 1997; Yelland, 2005).

Í kínversku læknisfræðinni er talað um að í líkamanum séu orkubrautir (Meridians) þar sem lífsorkan (Qi) flæðir um. Inn í lífsorkuna koma þeir þættir sem hafa mest áhrif á líf manneskjunnar þ.e. trúarlegir, andlegir, tilfinningalegir og líkamlegir. Qi er talið vera uppspretta lífsins og flæði þess í líkamanum skiptir miklu máli fyrir heilbrigði mannsins. Yin og Yang eru andstæðir kraftar sem vinna saman þegar jafnvægi er á milli þeirra. Ef flæði Qi er truflað hefur það áhrif á jafnvægi Yin og Yang og þá er heilbrigði mannsins ógnað. Nálastungur í ákveðna punkta eru taldar geta leiðrétt flæði lífsork-

unnar og þar með stuðlað að heilbrigði (Carlsson og Anckers, 1997; Yelland, 2005).

Punktarnir sem eru 365–1000 liggja á orkubrautum í líkamanum sem tengjast innri líffærum og draga nöfn sín af þeim (Yelland, 2005). Alþjóða heilbrigðismálastofnunin hefur gefið út alþjóðlegar skilgreiningar á þessum punktum og þeim fjórtán orkubrautum sem þeir fylgja (WHO, 2002).

Áhrif nálastungumeðferðar í fæðingu

Í þeim tilgangi að leita svara við því hvaða áhrif nálastungumeðferð í fæðingu hefur voru skoðaðar nokkrar nýlegar rannsóknir. Í rannsókn Ramnerö, Hanson og Kihlgren (2002) sem gerð var í Svíþjóð, var notað tilraunasnið til að skoða áhrif nálastungumeðferðar á verki, slökun og útkomu fæðingar. Konur í rannsóknarhóp (n = 46) fengu nálastungumeðferð hjá ljósmóður og var val á punktum einstaklingshæft, þ.e. ljósmóðir valdi punkta með hliðsjón af því hvar konan hafði verki og hve langt fæðingin var á veg komin. Samanburðarhópurinn (n = 44) fékk hefðbundna verkjameðferð, með eða án lyfja. Metin var verkjastilling og slökun á númeruðum kvarða 0-10 (NRS - numeric rating scale) fyrir og eftir meðferð. Öllum konunum stóð til boða að fá til viðbótar aðra verkjameðferð sem í boði var á deildinni. Í niðurstöðum kemur fram að marktækt minni notkun var á mænurótardeyfingu hjá nálastunguhópnum (p = 0.03), einnig var minni notkun á annarri verkjameðferð án lyfja (p = 0.04). Það kom fram marktækt meiri slökun hjá rannsóknarhópnum (p = 0.01). Hins vegar var ekki munur milli hópanna á notkun á Pethidini. Það reyndist ekki heldur vera marktækur munur á verkjastillingu á NRS-kvarðanum. Báðir hópar reyndist vera ánægðir með þá meðferð sem veitt var.

Í norski rannsókn Skilnand, Fossen og Heiberg (2002) var einnig notað tilraunasnið til að skoða áhrif nálastungumeðferðar á verki og útkomu fæðingar. Rannsóknarhópurinn (n = 106) fékk nálastungumeðferð hjá ljósmóður og var val á punktum einstaklingshæft. Samanburðarhópurinn (n = 102) fékk „placebo“meðferð þar sem stungið var grunnt á líkamssvæði sem ekki eru þekktir nálastungupunktur á. Áhrifin voru metin annars vegar á VAS-kvarða 0-10 (visual analog scale)

og hins vegar á fjölda kvenna sem fengu pethidin eða mænurótardeyfingu. Einnig var lagður fyrir konurnar spurningalisti fyrir heimferð þar sem spurt var um reynslu þeirra af fæðingunni. Sex til átta vikum eftir fæðingu voru tekin viðtöl við átta konur úr hvorum hóp þar sem rædd var fæðingarreynslan. Viðtölin tók ljósmóðir sem ekki kom að fæðingunni. Það reyndist vera marktækt lægri verkjaskorun hjá nálastunguhópnum ½, 1 og 2 tímum eftir nálastungumeðferðina og einnig 2 tímum eftir fæðingu (p = 0.05) í samanburði við hópinn sem fékk „placebo“meðferð. Verkjaupplifun fyrir meðferð var sambærileg milli hópanna. Einnig var marktækt minni notkun bæði á pethidini (p = 0.0009) og mænurótardeyfingu (p = 0.005) hjá nálastunguhópnum. Notkun á syntocinon til örvunar fæðingar var marktækt minni hjá konum í nálastunguhópnum (p = 0.0009) og einnig reyndust þær vera styttri tíma í fæðingu (p = 0.008) en sá munur á tíma reyndist ekki marktækur eftir að búið var að útiloka konur sem fengu mænurótardeyfingu.

Það styrkir þessa rannsókn að notaðar voru þrjár aðferðir við gagnasöfnun, með því að leggja spurningalista fyrir konurnar og bæta viðtölunum við, þannig að upplýsingar fengust bæði með eigindlegri og meginlegri aðferð. Hins vegar er aðeins lítillega fjallað um viðtölin í niðurstöðum en þó kemur fram að þær konur, sem sögðust hafa upplifað verkjastillingu eftir nálastungur, voru úr tilraunahópnum. Þessi rannsókn var sú eina af rannsóknunum sem sem var blinduð gagnvart konunum en þær vissu ekki hvort þær fengu nálastungur eða „placebo“meðferð.

Í Noregi var gerð önnur rannsókn með tilraunasniði til að athuga hvort nálastungumeðferð drægi úr notkun á pethidini og skoða útkomu fæðingar (Nesheim o.fl., 2003). Nálastunguhópurinn (n = 106) fékk nálastungumeðferð hjá ljósmóður og var val á punktum einstaklingshæft. Samanburðarhópurinn (n = 92) fékk hefðbundna meðferð. Einnig var valinn samanburðarhópur 2 (n = 92) sem var sambærilegur við fyrrnefndan samanburðarhóp, en konurnar í hóp 2 tóku ekki þátt í rannsókn heldur var skoðuð útkoma fæðingar hjá þeim. Í öllum hópunum var skoðuð þörf fyrir aðra verkjameðferð. Það reyndist vera marktækt minni notkun á pethidini (p < 0.0001) og annarri verkjameðferð

(p = 0.01) hjá nálastunguhópnum miðað við báða samanburðarhópana. Ánægja kvenna með meðferð reyndist mikil. Af þeim 103 sem fengu nálastungur myndu 89 eða um 92% velja meðferðina aftur í næstu fæðingu. Útkoma úr öðrum þáttum fæðingar reyndist vera svipuð hjá öllum hópum.

Fant og Strömberg (2000) gerðu samanburðarrannsókn með aðlöguðu tilraunasniði þar sem skoðuð voru áhrif nálastungumeðferðar á útkomu fæðingar, verkjastillingu, hriðar, þörf fyrir aðra verkjameðferð og ánægju kvenna með meðferðina. Einnig mátu ljósmæður árangur meðferðar. Rannsóknarhópurinn (n = 83) fékk nálastungumeðferð hjá ljósmóður og var val á punktum einstaklingshæft. Í samanburðarhóp voru konur sem ekki fengu nálastungur (n = 83) annaðhvort af því að þær vildu það ekki eða ekki var ljósmóðir á vakt sem gat veitt meðferð. Niðurstöðurnar voru settar fram í tíðnigildum og sem hlutfall, en engin marktækniþróf voru sett fram. 58% kvennanna voru ánægðar með meðferðina tveimur tímum eftir fæðinguna. 69% kvenna fannst slökunaráhrif vera meðalgóð eða mjög góð. 66% kvenna fannst þær fá meðalgóða eða mjög góða verkjastillingu. Svipuð niðurstaða reyndist vera í svörum ljósmæðrana um hvernig þeim fannst meðferðin verka á konurnar.

Í afturvirkri rannsókn Spellerberg og Smidt-Jensen (2003) í Danmörku voru skoðuð áhrif nálastungumeðferðar á meðgöngu og í fæðingu (n = 691). Ljósmæður veittu meðferð og var val á punktum einstaklingshæft. Ástæður fyrir nálastungumeðferð í fæðingu voru helst til verkjastillingar, hriðaörvunar og slökunar. Annars vegar mátu konurnar sjálfar og ljósmæður hins vegar virkni meðferðar á kvarða frá 0-3. Ljósmæðurnar vissu ekki hvert mat kvennanna var. Það kom í ljós að mat þeirra á nálastungumeðferð í fæðingu var marktækt mjög svipað (p = 0.0016) þar sem 40% kvenna og ljósmæðra fannst vera full virkni (3 á kvarðanum 0-3) og 33% þeirra fannst virkni nokkuð góð (2 á kvarðanum 0-3). Í þessari rannsókn var enginn samanburðarhópur. Rannsakendur telja nálastungumeðferð eiga fullan rétt á sér, þrátt fyrir þá annmarka rannsókna að hún sé afturvirk og ekki notaður samanburðarhópur, því meðferðin er ódýr og án teljandi aukaverkana.

Afturvirk samanburðarrannsókn

var gerð í Svíþjóð til að skoða þörf fyrir aðra verkjameðferð og útkomu fæðingar (Kvorning Ternov, Nilsson, Löfberg, Algotsson og Ákeson, 1998). Rannsóknarhópur (n = 90) fékk nálastungur þegar útvíkkun legháls var komin í 3 cm eða meira. Ljósmeður veittu meðferðina og var val á punktum einstaklingshæft. Samanburðarhópur virðist hafa fengið hefðbundna verkjameðferð en það kemur ekki skýrt fram. Marktækt minni notkun var á annarskonar verkjameðferð hjá nálastunguhópnum ($p < 0,0001$). Ekki reyndist vera marktækur munur á útkomu fæðingar. 94% kvennanna sögðust myndu velja nálastungumeðferð aftur í fæðingu.

Nálastungumeðferð fyrir fæðingu

Tvær rannsóknir fundust þar sem nálastungumeðferð var beitt fyrir fæðingu í þeim tilgangi að skoða áhrif þeirra í fæðingunni sjálfri. Báðar voru þær gerðar í Austurríki og eru að hluta til sömu rannsakendur í þeim. Markmið rannsóknar Zeisler, Tempfer, Mayerhofer, Barrada og Husslein (1998) var að meta áhrif nálastungumeðferðar á tímalengd fæðingar. Rannsóknarhópur (n = 57), sem í voru frumbyrjur, fékk nálastungumeðferð í ákveðna punkta: GV 20, HT 7 og PC 6 einu sinni í viku, 20 mínútur í senn í fjögur skipti eftir 35 viknameðgöngu. Samanburðarhópurinn (n = 63) var valinn með þörf þannig að frumbyrjur sem fæddu um svipað leyti og konur í rannsóknarhóp voru valdar í hópinn og höfðu þær ekki fengið nálastungumeðferð. Niðurstöður voru þær að tímalengd var marktækt styttri fyrir 1. stig fæðingar í rannsóknarhópnum, að meðaltali 125 mínútum styttra ($p < 0,0001$). Ekki reyndist vera munur á lengd 2. stigs fæðingar milli hópanna. Marktækt fleiri konur í samanburðarhóp fengu syntocinon til hriðaörvunar bæði á 1. og 2. stigi fæðingar ($p = 0,01$ og $p = 0,03$). Það vekur athygli að marktækur munur reyndist vera milli hópanna á fyrirmálsrifnun himna (PROM) þ.e. það voru fleiri í rannsóknarhópnum sem misstu legvatnið áður en hriðar hófust ($p = 0,03$). Ekki er vitað um hugsanlegar ástæður þess en rannsakendur telja það þurfa frekari rannsókna við. Prófað var að taka PROM-hópin út, því við rof á belgjum er þekkt að þroskun leghálsins eykst. Munurinn á tímalengd 1. stigs fæðingar milli hópanna var samt marktækur.

Í rannsókn Tempfer o.fl., (1998) var

verið að skoða hvaða áhrif nálastungumeðferð fyrir fæðingu og tímalengd fæðingar hefðu á IL-8, PGF2alfa og beta-endorfin í sermi. Þessi efni hafa þau líffræðilegu áhrif að leghálsinn mýkist og opnast. Rök rannsakenda voru að ekki hefði verið rannsakað áður hvort einhver líffræðileg áhrif væru af nálastungumeðferð. Rannsóknarhópur (n = 40) fékk nálastungumeðferð í ákveðna punkta: GV 20, HT 7 og PC 6 einu sinni í viku, 20 mínútur í senn í fjögur skipti eftir 35 vikna meðgöngu. Samanburðarhópurinn (n = 40) var valinn með þörf við rannsóknarhóp og fékk enga sérstaka meðferð. Það kemur ekki fram hvort um var að ræða eingöngu frumbyrjur eins og í fyrrnefndri rannsókn eða hvort bæði frumbyrjur og fjölbyrjur voru með. Tímalengd fæðingar í rannsóknarhópnum reyndist marktækt styttri, að meðaltali 136,5 mínútum ($p < 0,001$). Þessi munur gildi aðeins um 1. stig fæðingar en ekki reyndist marktækur munur á tímalengd 2. stigs fæðingar milli hópanna. Þetta eru svipaðar niðurstöður og í rannsókn Zeisler o.fl. (1998). Ekki reyndist vera munur á gildum IL-8, PGF2alfa og beta-endorfin í sermi milli hópanna. Rannsakendur draga þá ályktun að munur á lengd fæðingartíma sé því ekki vegna áhrifa nálastungumeðferðar á þessi efni í sermi.

Ástæðan fyrir að þessar rannsóknir eru með í yfirlitinu þó þær fjalli ekki beinlínis um nálastungur í fæðingu er að útkomubreytur eru að hluta til þær sömu og í hinum rannsóknunum. Í báðar rannsóknirnar vantar upplýsingar um hverjir veittu meðferðina.

Aukaverkanir af nálastungumeðferð

Í þeim rannsóknunum sem skoðuðu aukaverkanir nálastungumeðferðar í fæðingu kom fram að þær voru sjaldgæfar og vægar (Nesheim o.fl., 2003; Skilnand o.fl., 2002; Spellerberg og Smidt-Jensen, 2003). Það er í samræmi við aðrar heimildir (Carlsson og Anckers, 1997; Yelland, 2005; WHO, 2002). Í yfirliti WHO (2002) yfir rannsóknir á nálastungumeðferð var niðurstaðan sú að meðferðin væri almennt séð örugg, svo fremi að hún væri veitt af meðferðaraðila sem hefði þjálfun í því. White, Hayhoe, Hart og Ernst (2001) gerðu úttekt á 30.000 meðferðum með nálastungum þar sem komu fram minniháttar aukaverkanir eins og smáblæðing á stungustað (3,1%) og óþægindi á stungustað (1,1%). Aðrar aukaverkanir

sem getið er um eru þreyta og vanlíðan, þá helst í tengslum við oförvun á punktum (Carlsson og Anckers, 1997). Þegar skoðuð var útkoma fæðingar, var enginn af rannsóknunum sem sýndi fram á verri útkomu í þeim hópnum sem fengu nálastungumeðferð.

Samantekt

Í upphafi þessarar greinar voru settar fram spurningar til að leita svara um hver staða þekkingar væri um áhrif nálastungumeðferðar í fæðingu.

Hafa nálastungur áhrif á verki í fæðingu?

Af þessum átta rannsóknum voru fjórar þeirra að skoða áhrif meðferðar á verki. Í rannsókn Skilnand o.fl (2002) reyndust verkir vera marktækt minni eftir nálastungumeðferð heldur en „placebo“meðferð. Verkjastillingaráhrif komu einnig fram í rannsókn Fant og Strömberg (2000). Í rannsókn Spellerberg og Smidt-Jensen (2003) voru áhrif á verki, slökun og hriðaörvun metin saman, svo ekki er hægt að segja til um hve mikil áhrif meðferðin þar hafði til verkjastillingar, þrátt fyrir að 73% kvenna og ljósmæðra hafi metið áhrif nálastungumeðferðar í fæðingu nokkuð góða eða mjög góða. Það kom ekki fram munur á verkjum í rannsókn Ramnerö o. fl. (2002).

Hafa nálastungur slakandi áhrif á konu í fæðingu?

Í rannsókn Ramnerö o. fl. (2002) reyndist slökun vera marktækt meiri hjá nálastunguhópnum heldur en samanburðarhóp. Slökunaráhrif komu einnig fram í rannsókn Fant og Strömberg (2000). Í rannsókn Spellerberg og Smidt-Jensen (2003) fannst meirihluta ljósmæðra og kvenna að virkni nálastungumeðferðar væri nokkuð góð eða mjög góð en ekki er hægt að segja til um hve mikil áhrif meðferðin hafði eingöngu á slökun. Í hinum rannsóknunum var ekki verið að meta slökunaráhrif.

Hafa nálastungur áhrif á lengd fæðingar?

Í rannsókn Skilnand o.fl. (2002) kom fram marktækt styttri tími í fæðingu hjá þeim konum sem fengu nálastungumeðferð. Einnig kom fram marktækt styttri tími á 1. stigi fæðingar í rannsóknunum Tempfer o.fl (1998) og Zeisler o.fl. (1998) en í báðum þessum rannsóknum var nálastungumeðferð beitt fyrir fæðingu. Í hinum rannsóknunum

reyndist ekki marktækur munur á lengd fæðingar.

Hafa nálastungur áhrif á notkun verkjalyfja og deyfinga í fæðingu?

Í þeim rannsóknum sem athuguðu áhrif nálastungumeðferðar á notkun annarrar verkjameðferðar kom fram marktækt minni notkun á mænurótardeyfingum og pethidini hjá þeim hópum sem fengu nálastungumeðferð í fæðingu (Fant og Strömberg, 2000; Kvorning Ternov o.fl., 1998; Nesheim o.fl., 2003; Ramnerö o.fl., 2002; Skilnand o.fl., 2002). Í þeim tveimur rannsóknum sem ekki kom fram marktækur munur á notkun annarrar verkjameðferðar, var nálastungumeðferð beitt á síðustu vikum meðgöngunnar en ekki í fæðingu (Tempfer o.fl., 1998 og Zeisler o.fl. 1998).

Umræða

Þegar á heildina er lítið virðist nálastungumeðferð í fæðingu geta dregið úr notkun á annarri verkjameðferð, þar með talið lyfjum og deyfingum. Hins vegar virðist rannsóknunum ekki bera saman um hvort meðferðin hafi verkjastillingaráhrif. Það eru vísbendingar um að meðferðin geti stuðlað að slökun og er það áhugavert, því vitað er að spenna getur haft hefur áhrif á verkjaupplifun. Það er spurning hvort nálastungumeðferð geti stuðlað að slökun og hafi þannig áhrif á verkjaupplifun eða hvort góð verkjastilling veldur aukinni slökun og þar með betri upplifun verkja. Það væri einnig athyglivert að skoða betur áhrif nálastungumeðferðar á tímalengd fæðingar því sá þáttur er líklegur til að hafa áhrif á verkjaupplifun kvennanna.

Þær þrjár rannsóknir sem notuðu tilraunasniðmeðslembivali í hópa virtust fullnægja aðferðafræðilegum forsendum nægilega vel til að niðurstöður þeirra séu trúverðugar. Það ber þó alltaf að hafa í huga birtingarskekkju, þ.e. hættu á að gerðar hafi verið fleiri rannsóknir sem hafi ekki sýnt fram á árangur nálastungumeðferðar og því ekki verið birtar í tímaritum. Hinar rannsóknirnar sem voru með í þessu yfirliti gefa allar vísbendingar um jákvæð áhrif meðferðarinnar. Hafa ber þó í huga að aðferðafræðilegar forsendur voru misjafnar í þeim.

Á síðustu árum hefur greinilega verið fyllt verulega upp í það tómarúm sem var um rannsóknir á áhrifum nálastungumeðferðar í fæðingu. Fundist hafa svör að einhverju leyti við spurningunum sem settar voru

fram í upphafi og telur höfundur þau svör nægja til að styðja við áframhaldandi notkun meðferðarinnar. Þeim spurningum sem enn er ósvarað ætti að vera hægt að leita svara við í framtíðinni með fleiri rannsóknum, því að nálastungumeðferð er í vaxandi mæli notuð við fæðingar. Það er mikilvægt að hafa í huga að þarna er um að ræða meðferð sem ljósmæður veita sjálfar og hægt er að veita meðferðina hvar sem er, hvort sem konan fæðir í heimahúsi eða á hátækni sjúkrahúsi. Þessi kostur er því einkar mikilvægur t.d. á minni fæðingarstöðum á landsbyggðinni þar sem hátækni verkjameðferð á borð við mænurótardeyfingar er ekki í boði. Í fagrýnivíðtali við íslenskar ljósmæður kom einmitt fram að þær voru allar mjög ánægðar með að geta boðið konum nálastungumeðferð. Þeim finnst hún vera góður valkostur fyrir konur m.a. af því að meðferðin er án lyfja, gagnast oft vel, hefur engin skaðleg áhrif hvorki á móður né barn og þær hafa fleiri úrræði að bjóða konum en áður. Hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar kemur vel fram í viðhorfi ljósmæðranna til nálastungumeðferðar, þar sem þær vilja styðja konur til að ganga í gegnum meðgöngu og fæðingu á sem náttúrulegastan hátt (Hafðís H. Birgisdóttir, 2005).

Lokaorð

Við gerð þessa yfirlits vöknudu ýmsar spurningar, sem áhugavert væri að gera rannsóknir á í framtíðinni. Það væri athyglivert að skoða upplifun kvenna á nálastungumeðferð, t.d. hvernig þeim finnst að fá stungurnar, hvað liggur að baki því að þær velja meðferðina, skoða betur þátt slökunar á verkjaupplifun o.fl. Þá væri áhugavert að skoða hvernig reynslu stuðningsaðilarnir í fæðingunni hafa af nálastungumeðferð fyrir konurnar. Síðast en ekki síst mætti rýna betur í viðhorf ljósmæðra til þessa meðferðarmöguleika, því eins og fram kom í inngangi þá virðast ljósmæður hafa tilfinningu fyrir árangri og væri áhugavert að rannsaka betur í hverju hún felst.

Þrátt fyrir að rannsóknum beri ekki að öllu leyti saman um áhrif nálastungumeðferðar í fæðingu eru ýmsar vísbendingar um gagnsemi hennar og kemur það skýrast fram í minni notkun á verkjalyfjum og deyfingum. Þar að auki virðast aukaverkanir vera mjög vægar og fátíðar. Í ljósi niðurstaðna þessarar samantektar má því færa rök fyrir að

ljósmæður geti óhikað haldið áfram að veita meðferðina hjá þeim konum sem þörf hafa fyrir verkjameðferð og eru jákvæðar fyrir nálastungumeðferð. Þarna eru ljósmæður komnar með í hendur meðferð í anda hugmyndafræði og stefnu Ljósmæðrafélags Íslands, þar sem barneignarferlið er skilgreint sem „lífeðlislegt ferli sem ekki á að trufla með inngripum og tækni nema nauðsyn beri til“ (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000, bls. 13). Þar sem nálastungur eru lítið inngrip og án teljandi aukaverkana getur meðferð með þeim verið liður í því að sporna við þeirri þróun sem nefnd var í inngangi greinarinnar, um sjúkdóm-svæðingu samfélagsins og áhrifum þess á umönnun kvenna í fæðingu.

Heimildaskrá

- Carlsson, C. og Anckers, L. (1997). *Akupunktur och TENS inom obstetrik*. Studentlitteratur, Lund.
- Fant, L. og Strömberg, M. (2000). Utvärdering av akupunkturbehandling vid förlösning. *Svensk tidsskrift för medicinsk akupunktur*, 3, 5-10.
- Hafðís Hanna Birgisdóttir (2005). „Nýtt vopn“ – reynsla ljósmæðra af notkun nálastungumeðferðar í starfi. Óbirt lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Halla Hersteinsdóttir og Jenný Inga Eiðsdóttir (2002). Námskeið í nálastungum. *Ljósmæðrablaðið*, 80:2, 20-22.
- Hildur Björk Rúnarsdóttir (2004). *Nálastungur í fæðingu*. Óbirt lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Kirkeby, R. (2003). Akupunktur i smertbehandlingen. *Ugeskrift for læger*, 165:12, 1223.
- Kvorning Ternov, N., Nilsson, M., Löfberg, L., Algotsson, L. og Åkeson, J. (1998) Acupuncture for pain relief during childbirth. *Acupuncture & electro-therapeutics research*, 23, 19-26.
- Ljósmæðrafélag Íslands (2000). *Hugmyndafræði og stefna Ljósmæðrafélags Íslands*. National Institute of Health (1997). *Consensus Development Program: Acupuncture*, 1-25. Sótt 22. september 2005 á veraldarvefnum: <http://consensus.nih.gov/1997/1997Acupuncture107html.htm>.
- Nesheim, B.I., Kinge, R., Berg, B., Alfredsson, B., Allgot, E., Hove, G. o.fl. (2003). Acupuncture during labor can reduce the use of meperidine: A controlled clinical study. *The clinical journal of pain*, 19, 187-191.
- Odlind, V., Haglund, B., Pakkanen, M. og Olausson, P.O. (2003). Deliveries, mothers and newborn infants in Sweden, 1973-2000. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, 82, 516-528.
- Ramnerö, A., Hanson, U. og Kihlgren, M. (2002). Acupuncture treatment during labor - a randomised controlled trial. *BJOG*:

An international journal of obstetrics and gynaecology, 109, 637-644.

Skilnand, E., Fossen, D. og Heiberg, E. (2002). Acupuncture in the management of pain in labor. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, 81, 943-948.

Spellerberg, E. og Smidt-Jensen S.L. (2003). En retrospektiv analyse af resultaterne af obstetrisk akupunktur på Frederiksberg Hospital. *Ugeskrift for læger*, 165:10, 1023-1027.

Tempfer, C., Zeisler, H., Heinzl, H., Hefler, L., Husslein, P. og Kainz, CH. (1998). Influence of acupuncture on maternal serum

levels of interleukin-8, prostaglandin F2alpha og beta-endorphin: A matched pair study. *Obstetrics and Gynecology*, 92:2, 245-248.

White, A., Hayhoe, S., Hart, A. og Ernst, E. (2001). Adverse events following acupuncture: prospective survey of 32.000 consultations with doctors and physiotherapists. *BMJ*, 323, 485-486. Sótt 23. september 2005 á veraldarvefinn: http://bmj.bmjournals.com/cgi/search?loct=ehom&andorexactfulltext=and&resourcetype=1&disp_type=&sortspec=relevance&author1=White&fulltext=&volume=323&firstpage=485.

WHO, (2002). *Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials*. Geneva. Sótt 11. maí 2005 á veraldarvefinn: <http://www.who.int/medicines/library/trm/acupuncture/clinicareportascupuncture.shtml>

Yelland, (2005). *Acupuncture in Midwifery* (2. útgáfa). Elsevier Limited.

Zeisler, H., Tempfer, C., Mayerhofer, K., Barrada, M. og Husslein, P. (1998). Influence of acupuncture on duration of labor. *Gynecologic and obstetric investigation*, 46, 22-25.

Tafla 1
Yfirlit yfir rannsóknir

Höfundur Hvar birt	Tilgangur	Aðferð: Snið Úrtak Mælitæki	Meðferð	Breytur	Niðurstöður	Styrkleikar Veikleikar Tölfræðipróf
Nesheim, Kinge, Berg, Alfredsson, Allgot, Hove o.fl. The Clinical Journal of Pain 2003:19. Norsk.	Athuga hvort nálastungu-meðferð minnkaði notkun á pethidini í fæðingu. Skoða útkomu fæðingar.	RCT N = 290 VAS 0-10 eftir fæðingu. Spurningar frá ljósmóður fljótlega e. fæð. um verkjastillingu á skala 0-10.	Nálastungur: punktaval einstaklingshæft. Ljósmóðir veitti meðferð Tveir samanburðarhópar: hefðbundin verkjameðferð.	Útkoma fæðingar: -notkun á pethidini. -notkun á annarri verkjameðferð. Aukaverkanir. Ánægja með meðferð.	Minni notkun á pethidini. Flestir velja aftur nálastungur. Engar aukaverkanir.	RCT Tveir samanburðarhópar Gerð tölfræðipróf með þeim sem dattu út – samt marktækar niðurstöður. Ekki placebo. Ekki blindun. Fisher-Irwin
Spellerberg E. og Smidt-Jensen SL. Ugeskrift for læger. 2003;165 (10). Dönsk	Mat á áhrifum nálastungna á meðgöngu og í fæðingu. Bera saman mat ljósmóður og konu.	Afturvirk, lýsandi analysis Ekki control-hópur N = 691 Áhrif 0-3 Upplýsingar fengnar úr skýrslum	Nálastungur á meðgöngu og í fæðingu. Punktaval einstaklingshæft. Ljósmóðir veitti meðferð.	Áhrif á slökun, verki stífan legháls, lélegar hríðar, gangsetningu, föst fylgja. Mat ljósmóður og konu. Ástæður fyrir nálastungum. Aukaverkanir	73% kvenna og ljósmæðra mátu áhrifin nokkur eða góð. Sambærilegt mat. Mjög litlar aukaverkanir.	Stórt úrtak, gefur gott yfirlit. Afturvirk. Ekki samanburðarhópur. Kí-kvaðrat. Wilcoxon-raðpróf. ANOVA Kruskal - Wallis.
Skilnand, Fossen og Heiberg. Acta Obstet Gynecol Scand 2002: 81. Sænsk.	Skoða áhrif nálastungu-meðferðar á verki í fæðingu og framgang fæðingar.	RCT einblind n = 210 VAS 0-10 Spurningalisti um reynslu af fæðingu. Viðtöl við konur 6-8 vikum eftir fæðingu (n = 16).	Nálastungur: punktaval einstaklingshæft. Ljósmóðir veitti meðferð. De-qui. Samanburðarhópur: placebo (minimal nálastungur)	VAS ½, 1 og 2 klst eftir meðferð og 2 klst e.fæð. Útkoma fæðingar: -notkun á annarri verkjameðferð -lengd fæðingar Reynsla kvenna af fæðingu	Minni verkir -allar mælingar Minni notkun á epidural og pethidine Styttri tími í fæðingu. Minni notkun oxytocins. Viðtöl: þær konur sem tjáðu verkjastillingu tilheyrðu nálastunguhóp. Engar aukaverkanir.	RCT stórt úrtak „Triangulation“ Ekki tvíblind t-próf kí-kvaðrat

Höfundur Hvar birt	Tilgangur	Aðferð: Snið Úrtak Mælitæki	Meðferð	Breytur	Niðurstöður	Styrkleikar Veikleikar Tölfræðiþróf RCT
Ramnerö, Hanson og Kihlgren. BJOG, 2002: 109. Sænsk.	Skoða áhrif nálastungu- meðferðar á verki, slökun og útkomu fæðingar.	RCT n = 90 lagskipt. Verkir: NRS 0-10 Slökun: NRS 0-10	Nálastungur: punktaval einstaklingshæft. Ljósmodir veitti meðferð. De-qui. Samanburðarhópur: hefðbundin verkja- meðferð.	NRS (verkir og slökun) á klst fresti fyrir meðferð og 15 mín eftir meðferð. Útkoma fæðingar. Ánægja með meðferð.	Ekki munur á verkjum. Meiri slökun. Minni notkun á epidural. Ekki munur á útkomu fæðingar. Ánægja með meðferð í báðum hópum.	Ekki placebo. Ekki blindun. t-próf kí-kvaðrat
Fant, L. og Strömberg, M. Svensk Tidskrift för Medicinsk Akupunktur 2000:3. Sænsk.	Áhrif nála- stungna á útkomu fæðingar verkja- stillingu, hríðar, þörf fyrir epidural og ánægja kvenna með nálastungur.	Samanburðar- rannsókn. Samanburðarhópur valinn í samræmi v. rannsóknarhóp n = 166 Verkjastilling og slökun á skala 1-10	Nálastungur: punktaval einstaklings-hæft Ljósmodir veitti meðferð. Samnaburðarhópur: hefðbundin meðferð.	Mat ljósmodur og konu á slökun og verkjastillingu í rannsóknarhóp. Útkoma fæðingar: -notkun á annarri verkjameðferð	Marktækniþróf ekki gerð. Minni notkun á epidural. Verkjastilling og slökun góð.	Ekki slembival í hópa. Ekki placebo Ekki blindun Engin marktækni- þróf
Kvorning Ternov N. o.fl. Acupuncture & electro- therapeutics res., int.j.;23 1998 Sænsk	Skoða áhrif nálastungna á útkomu fæðingar og þörf fyrir aðra verkja- meðferð.	Afturvirk, sam- anburðarrannsókn. Control-hópur N = 180 Upplýsing-ar fengn- ar úr skýrslum.	Nálastungur í fæðingu cx dil 3 cm eða meira. Punktaval einstaklingshæft. Ljósmodir veitti meðferð.	Útkoma fæðingar: -notkun annarra verkjameðferða -lengd fæðingar -notkun osytocins o.fl.	Minni notkun á annarri verkjameðferð. Ekki munur á útkomu fæðingar 94% velja aftur	Ekki slembival í hópa. Ekki mæld verkjastilling eða slökun. Fisher-exact þróf. t-próf óháð.
Zeisler H. o.fl. Gynecol Obstet Invest 1998; 46. Austurrísk.	Skoða áhrif nálastungna á lengd fæðingar.	Aðlöguð tilraun. Þörun í samanburð- arhóp. n = 120 frumbyrjur.	Nálastungur x 1 í viku x 4 eftir 35 vikur í ákveðna punkta (slökunar). ? hver veitti meðferð. Samanburðarhópur: engin meðferð.	Útkoma fæðingar: -lengd fæðingar - notkun verkjalyfja -notkun syntocinons -rifur í fæðingarvegi o.fl.	Styttri tími á 1. stigi. Ekki marktækur munur á notkun verkja lyfja. Ekki munur á annarri útkomu fæðingar.	Ekki slembival í hópa. Ekki blindun. Ekki kynntar allar niður- stöður. Wilcoxon- þróf. Kí-kvaðrat.
Tempfer o.fl. Obstetrics & Gynecology 1998; 92(2) ágúst. Austurrísk.	Skoða áhrif nálastungna og fæðingar- lengdar á serum IL-8, PGF2alfa og beta-endorfin	Aðlöguð tilraun. Þörun í samanburð- arhóp. n = 80 Mælingar á ser- umgild-um IL-8, PGF2alfa og beta- endorfins.	Nálastungur x 1 í viku x 4 eftir 35 vikur í ákveðna punkta (slökunar). ? hver veitti meðferð. Samanburðarhópur: engin meðferð	Serumgildi IL-8, PGF2alfa og beta- endorfins. Útkoma fæðingar: -lengd fæðingar -notkun verkjalyfja -notkun oxytocins o.fl.	Styttri tími á 1. stigi. Ekki breyting á serum mælingum. Ekki munur á annarri útkomu fæðingar.	Ekki slembival í hópa. Ekki blindun t-próf parað. McNemar- þróf.