

Skuteczność leczenia migreny akupunkturą u kobiet z zespołem menopauzalnym stosujących hormonalną terapię zastępczą i niestosujących hormonalnej terapii zastępczej

Effectiveness of acupuncture treatment of women with menopausal syndrome applying and not applying hormonal replacement therapy

Piotr Woźniak¹, Ewa Ziótkowska¹, Tomasz Stetkiewicz², Przemysław Oszukowski³

¹Specjalistyczna Przychodnia Ginekologiczno-Położnicza Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;

kierownik Przychodni: prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Woźniak

²Klinika Ginekologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;

kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Jacek R. Wilczyński

³Klinika Perinatologii i Ginekologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;

kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski

dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski

Przeгляд Menopauzalny 2011; 5: 400–404

Streszczenie

Wstęp: Migrena ze względu na wysoką zachorowalność generuje wysokie koszty dla systemu opieki zdrowotnej i dla samych pacjentów. Powoduje zmniejszenie komfortu życia, a często uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Wszyscy autorzy badań zwracają uwagę na zdecydowaną przewagę zachorowań w grupie kobiet. Nie u wszystkich pacjentek farmakoterapia jest skuteczna, część z nich decyduje się na zabiegi akupunktury. Jednocześnie kobiety przechodzą pomiędzy 48. a 52. r.ż. okres menopauzy. Część z nich stosuje wtedy hormonalną terapię zastępczą (HTZ).

Cel pracy: W pracy poddano retrospektywnej ocenie efekt terapeutyczny zabiegów akupunktury wykonywanych z powodu występowania migreny u kobiet z zespołem menopauzalnym, w dwóch grupach: stosującej HTZ i niestosującej HTZ.

Materiał i metody: Badaniem objęto 48 pacjentek w wieku 49–55 lat z rozpoznaną migreną niereagujących na leczenie farmakologiczne, z których 25 stosowało przezskórną HTZ. Wszystkie pacjentki przeszły cały cykl 10 zabiegów akupunktury. Pacjentki przed pierwszym zabiegiem oraz po całym cyklu zabiegów odpowiadały na pytania z kwestionariusza opracowanego na potrzeby tej pracy. Ponadto w trakcie stosowania akupunktury oceniali jej efekt analgetyczny za pomocą 10-punktowej skali liniowej.

Wyniki: W grupie pacjentek stosującej HTZ dolegliwości bólowe ustępowały szybciej.

Wnioski: 1. Akupunktura jest metodą bezpieczną i polecaną w leczeniu migreny. 2. Stosowanie HTZ przez pacjentki wpływa pozytywnie na wyniki leczenia akupunkturą.

Słowa kluczowe: migrena, akupunktura, menopauza, hormonalna terapia zastępcza.

Summary

Background: Migraine because of a high morbidity rate generates high expenses for the health-care system and also for the patients. It triggers decrease of life comfort and frequently obstructs normal functioning. All authors of studies pay attention to definite higher incidence in women. Not in all patients is pharmacotherapy effective; some of them decide on acupuncture exams. Simultaneously women between 48 and 52 years of life suffer from menopause. Some of them decide to take hormonal replacement therapy.

Adres do korespondencji:

Piotr Woźniak, Specjalistyczna Przychodnia Ginekologiczno-Położnicza, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź

Aim of the study: In the research we retrospectively subjected to evaluation the effect of therapeutic acupuncture exams carried out because of occurrence of migraine in a group of women in menopausal stage, in two groups: applying and not applying hormonal replacement therapy

Materials and methods: Medical examination survey of 48 patients aged 49-55 with migraine not responding to pharmacological treatment; 25 of them administer transdermal hormonal replacement therapy. All of patients undergo a whole cycle of 10 acupuncture treatments. Patients before the first exam and after the whole cycle answered the question in the questionnaire elaborated for the needs of this research. Furthermore, under usage of acupuncture treatment patients rate its analgesic effectiveness with a ten-point scale.

Results: In the group of patients applying HTZ pain ailments regression was faster.

Conclusion: Acupuncture is a safe method and recommended in treating migraine. Usage of HTZ in patients positively influences results of acupuncture therapy.

Key words: migraine, acupuncture, menopause, hormonal replacement therapy.

Wstęp

Migrena jest jedną z najczęstszych chorób neurologicznych. Najnowsze badania epidemiologiczne określają średnią zachorowalność na tę jednostkę chorobową w populacji dorosłych na 14,7% (8% mężczyzn, 17,6% kobiety) [1, 2]. Przewaga zachorowalności kobiet potwierdziła się w badaniach wielu autorów, np. w populacji szwedzkiej, duńskiej czy amerykańskiej [3–5]. Migrena nie jest chorobą niebezpieczną, nie powoduje cięższych następstw, niestety bardzo często z powodu występującego bólu zmniejsza istotnie komfort życia i okresowo uniemożliwia normalne funkcjonowanie (zmniejsza zdolność do pracy, a w ciężkich napadach powoduje całkowitą niezdolność do pracy). Z powodu tak znacznej zachorowalności ponoszone są ogromne nakłady na leczenie pacjentów, np. w Europie szacuje się koszt leczenia 41 mln pacjentów z migreną na 27 mld euro rocznie, a w USA koszt leczenia 22 mln pacjentów wynosi 14,4 mld dolarów [6, 7]. Migrena towarzyszy ludzkości od zarania jej dziejów, ale nadal nie jest znany do końca jej patomechanizm. Najczęściej podawane są trzy mechanizmy-teorie odpowiedzialne za jej występowanie: naczyniowa, neurogenna i biochemiczna.

Postęp w diagnostyce obrazowej [tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (RM), pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa (*positron emission tomography* – PET), tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (*single photon emission computed tomography* – SPECT), w badaniach mikro- i makromolekularnych oraz genetycznych pozwolił na sformułowanie hipotezy, że migrena jest związana z wrodzoną predyspozycją do nadwrażliwych reakcji neuronaczyniowych, które mogą być wyzwalane przez specyficzne czynniki albo mogą wynikać z cyklicznych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) [8, 9]. Najczęściej napady nawracają lub występują cyklicznie, rzadko zdarzają się przypadki wystąpienia pojedynczego napadu bólu migrenowego kilka razy w życiu. Ta właściwość nasuwa podejrzenie o występowaniu czynnika genetycznego w etiologii choroby, np. że istnieje indywidualny, genetycznie uwarunkowany próg wystąpienia napadu migrenowego. Jego podłożem może być nieprawidłowe funkcjonowanie receptorów kanałów jonowych kory mózgowej, neu-

ronów regulujących przepływ mózgowy oraz płytek krwi lub makrofagów, które chemicznie stymulują okołotarczyniowe wewnątrzczaszkowe włókna nerwowe [10].

Istota migreny polega na występowaniu znamiennych napadów bólu głowy (napadów migrenowych), których objawy są bardzo charakterystyczne [11, 12].

Ból, przeważnie tętniący, obejmuje w większości przypadków jedną (na zmianę: prawą lub lewą) stronę głowy (stąd nazwa hemikrania), umiejscawiając się często za okiem, w skroni i czole, ale może też dotyczyć innych okolic lub całej głowy. Jest to zwykle ból silny. Towarzyszą mu szczególne objawy, a mianowicie nudności, często też wymioty, światłowstręt (fotofobia), złe znośenie hałasu (fonofobia) i zapachów. Bardzo typowe jest nasilenie bólu pod wpływem aktywności fizycznej (np. wchodzenie na schody). Zaczyna się zwykle już w wieku młodym, nawet w dzieciństwie albo w wieku dojrzewania, w każdym razie przed 30.–35. r.ż., trwa praktycznie całe życie, jednak ze zmiennym nasileniem (mówi się o „kapryśnym” przebiegu choroby). Napady często łączą się z miesiączką, przeważnie znikają w ciąży, u części pacjentek ustępują z przekwitaniem, jednak u niektórych właśnie wtedy się nasilają.

Rozróżnia się dwie główne postaci napadów migreny:

- migrenę bez aury (zwaną dawniej migreną zwykłą);
- migrenę z aurą.

W napadzie migreny bez aury od początku pojawia się narastający ból głowy. Często bywa on połowiczny (hemikrania), tzn. obejmuje lewą lub prawą połowę głowy, dotyczy zwłaszcza okolicy czoła, oczodołu i skroni, ale może też obejmować całą głowę (holokrania). Ból jest przeważnie tętniący, dość lub bardzo silny, znamienne zwiększa się pod wpływem zwykłej aktywności fizycznej. Bólowi towarzyszą zazwyczaj nudności lub wymioty, światłowstręt (fotofobia), nadwrażliwość na hałas (sonofobia) i zapachy (osmofobia). Obok tych zasadniczych objawów w niektórych napadach dołączają się różne objawy dodatkowe, jak np. zawroty głowy, poty, dreszcze, kołatanie serca, duszność, ziewanie, biegunka, wielomocz, a nawet omdlenia [13]. Aura jest zawsze odwracalna, a po jej ustąpieniu (wyjątkowo utrzymuje się także w okresie bólowym) pojawia się wyżej opisany ból głowy i inne wzmiankowane objawy. U niektórych

osób występują tylko napady bez aury, u innych tylko z aurą. Możliwe jest także naprzemienne występowanie obu rodzajów napadów [13]. Napady migreny trwają od kilku godzin do kilku dni.

W leczeniu na początku powinno się rozpocząć od starannego zebrania wywiadu lekarskiego w celu ustalenia ewentualnych czynników wyzwalających napady oraz wykonać konieczną diagnostykę w celu wykluczenia innej niż migrena przyczyny bólu głowy. Dlatego powinno się pacjenta poinformować o możliwych przyczynach wywołujących napad i zlecić samoobserwację, dzięki czemu będzie mógł je poznać i wyeliminować lub ograniczyć ich wpływ na wyzwalanie napadów. Następnie powinno się rozpocząć leczenie doraźne napadu migrenowego i dopiero później ewentualnie leczenie zapobiegawcze. W leczeniu ostrych napadów migreny stosuje się głównie: zwykłe leki przeciwbólowe, ergotaminę, tryptany, środki przeciwwymiotne i środki uspokajające [14, 15]. Można też stosować metody niekonwencjonalne, jogę, aromaterapię, *biofeedback* lub akupunkturę. Szczególnie akupunktura i jej odmiany są uznaną metodą leczenia w migrenie [16–23]. Wynika to z faktu, że obecnie najlepiej poznane są mechanizmy związane z działaniem analgetycznym akupunktury [24–26]. Mechanizm działania antynocycyptycznego akupunktury jest ściśle związany z mechanizmami neuromodulującymi przewodnictwo bólowe poprzez zstępujące układy antynocycyptyczne [27, 28].

Kobiety w Polsce wchodzi w okres menopauzy w wieku średnio ok. 51 lat. Menopauzę, wg wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Menopauzy (*The North American Menopause Society* – NAMS), rozpoznaje się w chwili ustania krwawienia miesięczkowego u kobiety przez okres kolejnych 12 miesięcy, przy jednoczesnym wykluczeniu innych przyczyn braku miesiączki [29]. Menopauza jest jednym z kolejnych etapów życia kobiet, jednocześnie okresem, w którym występuje wiele schorzeń i dolegliwości mających negatywny wpływ na jakość ich życia. Dlatego kobiety w tym okresie bardzo źle znoszą napady bólu migrenowego. Nasilenie objawów zespołu menopauzalnego można obiektywizować za pomocą różnego rodzaju skal, z których najbardziej znane to skala Blatta-Kuppermana lub skala Greene'a. W leczeniu zaburzeń okresu klimakterium podstawowym sposobem leczenia jest hormonalna terapia zastępcza (HTZ). Trzeba jednak pamiętać o zaleceniach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) w sprawie stosowania HTZ, zgodnie z którymi nie wszystkie kobiety mogą ją stosować [30].

Cel pracy

Celem pracy była ocena skuteczności zabiegów akupunktury w leczeniu napadów bólu migrenowego u kobiet z zespołem menopauzalnym w dwóch grupach: stosującej przezskórną HTZ i jej niestosującej.

Materiał i metody

Retrospektywnemu badaniu poddano wyniki leczenia akupunkturą migreny u 48 kobiet w wieku 49–55 lat ze zdiagnozowanymi napadami bólu migrenowego, średnia wieku wynosiła $52,12 \pm 4,12$ roku. Wszystkie pacjentki miały rozpoznany zespół menopauzalny. Podzielone zostały na dwie grupy, w zależności, czy stosowały przezskórną HTZ, czy jej nie stosowały. Do grupy I zaliczono 25 pacjentek (52,1% z zakwalifikowanej do badania liczby pacjentek) w wieku średnio $53,12 \pm 2,88$ roku, które stosowały przezskórną HTZ. Grupa II składała się z 23 pacjentek (47,9%) w wieku średnio $51,12 \pm 3,12$ roku, niestosujących HTZ.

Z badania wykluczono pacjentki stosujące doustną HTZ.

Pacjentki zostały skierowane na zabiegi akupunktury przez lekarzy specjalistów – ginekologii lub neurologii. Zabiegi odbywały się w Poradni Leczenia Bólu i Akupunktury Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Zabiegi i kwalifikację do nich przeprowadzał lekarz uprawniony do wykonywania zabiegów akupunktury (posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Akupunktury). Przed zabiegami pacjentki informowane były o zasadach działania akupunktury, metodzie wykonywania zabiegów oraz wyrażały świadomą zgodę na ich przeprowadzenie.

Pacjentki wypełniały przed rozpoczęciem cyklu zabiegów i po ich zakończeniu opracowany na potrzeby pracy kwestionariusz zawierający:

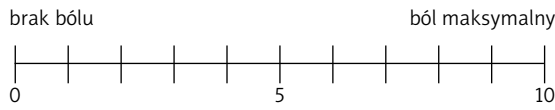
- ocenę nasilenia zespołu menopauzalnego wg skali Greene'a;
- ocenę bólu migrenowego wg 10-punktowej skali liniowej;
- występowanie objawów towarzyszących napadom (światłowstręt, nudności i wymioty).

Objawy towarzyszące przed rozpoczęciem zabiegów przedstawiały się następująco: występowanie światłowstrętu zgłaszało 16 pacjentek (33,3%), w tym: 10 pacjentek (40%) z grupy I i 6 pacjentek (26,1%) z grupy II; nudności i wymioty zgłaszało 20 pacjentek (41,7%), w tym: 11 pacjentek (44,0%) z grupy I i 9 pacjentek (39,1%) z grupy II.

W trakcie leczenia, po każdym zabiegu pacjentki oceniały nasilenie bólu migrenowego wg 10-punktowej skali liniowej (ryc. 1.) oraz oceniały ustępowanie objawów towarzyszących napadom bólu (światłowstręt, nudności i wymioty).

Do zabiegów używano igieł „Ultra-smooth” firmy LUCASMED, stalowych, sterylnych, o wymiarach $0,25 \times 40$ mm. Czas trwania zabiegu wynosił 20 min. Każda pacjentka miała wykonane 10 zabiegów. Ze względu na nasilenie objawów bólowych zabiegi wykonywano codziennie przez 10 dni. Nakłuwania wykonywano w następujących punktach: ST – 8, 36, 44; BL – 2, 7, 60; TE – 3, 23; GB – 1, 8, 14; LI – 4; PC – 6; Liv – 2, 3; ekstra na głowie – 1.

Po wkłuciu igieł nie wykonywano nimi żadnych manipulacji do końca zabiegu.

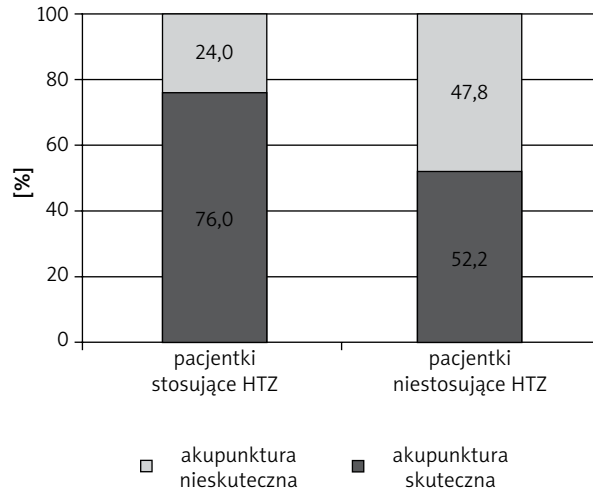


Ryc. 1. Skala do oceny nasilenia bólu migrenowego

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica firmy Statsoft.

Wyniki

Nasilenie bólu migrenowego przed zabiegami akupunktury było podobne w obu grupach. Po wykonaniu zabiegów akupunktury w grupie I dolegliwości bólowe ustąpiły u 19 pacjentek, co stanowiło 76,0% badanej grupy. W grupie II dolegliwości bólowe ustąpiły u 12 pacjentek, co stanowiło 52,2% badanej grupy (ryc. 2.).



Ryc. 2. Skuteczność zabiegów akupunktury w zależności od stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ)

Tab. I. Szybkość ustępowania bólu migrenowego i objawów towarzyszących w zależności od liczby wykonanych zabiegów akupunktury

Zabieg	Grupa I (pacjentki stosujące HTZ)						Grupa II (pacjentki nie stosujące HTZ)					
	ból		światłowstręt		nudności		ból		światłowstręt		nudności	
	liczba pacjentek	średnia	liczba pacjentek	średnia	liczba pacjentek	średnia	liczba pacjentek	średnia	liczba pacjentek	średnia	liczba pacjentek	średnia
zabieg 1.	4		5		5		1		0		3	
zabieg 2.	8		1		3		4		1		2	
zabieg 3.	5		3		3		4		2		3	
zabieg 4.	1		0		0		0		2		0	
zabieg 5.	1		0		0		3		0		0	
zabieg 6.	0	2,31	0	1,77	0	1,81	0	3,0	0	3,2	0	2,0
zabieg 7.	0		0		0		0		0		0	
zabieg 8.	0		0		0		0		0		0	
zabieg 9.	0		0		0		0		0		0	
zabieg 10.	0		0		0		0		0		0	

HTZ – hormonalna terapia zastępcza.

Tab. II. Nasilenie zespołu menopauzalnego u pacjentek przed zabiegami akupunktury i po nich (według skali Greene'a)

Skala Greene'a	Grupa I (pacjentki stosujące HTZ)				Grupa II (pacjentki nie stosujące HTZ)			
	liczba kobiet				liczba kobiet			
	n		odsetek [%]		n		odsetek [%]	
	przed zabiegami	po zabiegach	przed zabiegami	po zabiegach	przed zabiegami	po zabiegach	po zabiegach	po zabiegach
< 21 pkt	18	19	72	76	5	5	50	50
> 21 pkt	7	6	28	24	18	18	50	50

HTZ – hormonalna terapia zastępcza.

Oceniając nasilenie bólu migrenowego w trakcie cyklu zabiegów, zauważono, że w grupie stosującej HTZ ustąpienie bólu wystąpiło o wiele szybciej – średnio po 2,31 zabiegu, w porównaniu z grupą niestosującą HTZ, w której ustąpienie bólu następowało średnio po 3 zabiegach.

Podobne różnice wystąpiły w analizie występowania objawów towarzyszących napadom (światłowstrętowi oraz nudnościom i wymiotom; tab. I).

Nie zauważono wpływu wykonanych zabiegów akupunktury (w zastosowanych punktach akupunkturowych) na nasilenie objawów zespołu menopauzalnego.

W grupie I punktację powyżej 21 pkt wg skali Greene'a przed zabiegami osiągnęło 7 pacjentek (co stanowiło 28% pacjentek w grupie), po zabiegach – 6 pacjentek (co stanowiło 24% pacjentek w grupie). Podobnie w grupie II, w której liczba pacjentek osiągających wg skali Greene'a powyżej 21 pkt była przed zabiegami i po nich taka sama – 18 pacjentek (tab. II).

Wnioski

1. Akupunktura jest metodą bezpieczną, skuteczną w leczeniu migreny.
2. Stosowanie HTZ przez pacjentki wpływa korzystnie na wyniki leczenia akupunkturą.

Piśmiennictwo

1. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain* 2010; 11: 289-99.
2. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992; 267: 64-9.
3. Dahlöf C, Linde M. One-year prevalence of migraine in Sweden: a population-based study in adults. *Cephalalgia* 2001; 21: 664-71.
4. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol* 2005; 20: 243-9.
5. Strine TW, Chapman DP, Balluz LS. Population-based U.S. study of severe headaches in adults: psychological distress and comorbidities. *Headache* 2006; 46: 223-32.
6. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12 Suppl 1: 1-27.
7. Hu XH, Markson LE, Lipton RB, et al. Burden of migraine in the United States: disability and economic costs. *Arch Intern Med* 1999; 159: 813-8.
8. Cutrer FM, O'Donnell A, Sanchez del Rio M. Functional neuroimaging: enhanced understanding of migraine pathophysiology. *Neurology* 2000; 55: 36-45.
9. Hamel E. Current concepts of migraine pathophysiology. *Can J Clin Pharmacol* 1999; 6 Suppl A: 9A-14A.
10. Burstein R. Deconstructing migraine headache into peripheral and central sensitization. *Pain* 2001; 89: 107-10.
11. Prusiński A. Migrena. W: Prusiński A. Bóle głowy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1999; 19-86.
12. Lance JW, Goadsby PJ. Bóle głowy: patofizjologia i leczenie. Nowak S (red.). D.W. Publ. Co. Cleveland 1994; 38-134.
13. Prusiński A. Migrena w praktyce podstawowej opieki zdrowotnej. *Przew Lek* 2001; 4, 11: 118-25.
14. Prusiński A. Migrena – główna przyczyna przewlekłych i nawracających bólów głowy. Część II. Leczenie. *Przew Lek* 2004; 3: 53-65.
15. Prusiński A. Bóle głowy. Krótkie kompendium. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań 2005; 25.
16. Linde K, Streng A, Jürgens S, et al. Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 2118-25.
17. Molsberger AF, Boewing G, Diener HC, et al. Designing an acupuncture study: the nationwide, randomized, controlled, German acupuncture trials on migraine and tension-type headache. *J Altern Complement Med* 2006; 12: 237-45.
18. Facco E, Liguori A, Petti F, et al. Traditional acupuncture in migraine: a controlled, randomized study. *Headache* 2008; 48: 398-407.
19. Dowson DI, Lewith GT, Machin D. The effects of acupuncture versus placebo in the treatment of headache. *Pain* 1985; 21: 35-42.
20. Vincent CA. A controlled trial of the treatment of migraine by acupuncture. *Clin J Pain* 1989; 5: 305-12.
21. Jena S, Witt CM, Brinkhaus B, et al. Acupuncture in patients with headache. *Cephalalgia* 2008; 28: 969-79.
22. Gottschling S, Meyer S, Gribova I, et al. Laser acupuncture in children with headache: a double-blind, randomized, bicenter, placebo-controlled trial. *Pain* 2008; 137: 405-12.
23. Endres HG, Diener HC, Molsberger A. Role of acupuncture in the treatment of migraine. *Expert Rev Neurother* 2007; 7: 1121-34.
24. Wolfson V. The puzzle of acupuncture. *Am J Chin Med* 2003; 31: 983-90.
25. Stux G, Pomeranz B. Basis of Acupuncture. Springer-Verlag. New York 1997.
26. Huihe Y. Fundamentals of Traditional Chinese Medicine. Second Printing. Foreign Languages Press. Beijing, China 1999.
27. Langevin HM, Vaillancourt PD. Acupuncture: does it work and, if so how? *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4: 167-75.
28. Cabýoglu MT, Ergene N, Tan U. The mechanism of acupuncture and clinical applications. *Int J Neurosci* 2006; 116: 115-25.
29. Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of The North American Menopause Society. *Menopause* 2000; 1: 5-13.
30. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie stosowania terapii hormonalnej wieku menopauzalnego. *Problem profilaktyki HT wieku menopauzalnego. Ginekologia po Dyplomie* 2006; 19-20.