

CENTRO COCHRANE DO BRASIL

ACUPUNTURA PARA LOMBALGIA

São Paulo

2005

TÍTULO: ACUPUNTURA PARA LOMBALGIA

REFERÊNCIA: Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuncture and dry-needling for low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1

Esse trabalho consiste na tradução, atualização e adaptação de Revisão Sistemática publicada na Cochrane Library, por solicitação do Ministério da Saúde para seu uso exclusivo

P E R G U N T A

Qual a efetividade da acupuntura no tratamento da lombalgia?

RESUMO

Introdução: Embora a dor lombar seja geralmente uma doença auto-limitante e benigna que tende a melhorar espontaneamente com o tempo, uma grande variedade de intervenções terapêuticas estão disponíveis para seu tratamento.

Objetivos: Avaliar os efeitos da acupuntura para o tratamento da dor lombar não-específica e da terapia com agulhas em trigger points para síndrome da dor miofascial na região lombar.

Estratégia de Busca: Foram realizadas buscas de 1996 a Fevereiro de 2003 na CENTRAL, MEDLINE, EMBASE e na base de dados do Centro Cochrane Chinês de ensaios clínicos e base de dados japonesas até Fevereiro de 2003.

Critério de Seleção: Ensaios randomizados de acupuntura (que envolva agulhagem) para adultos com dor lombar não-específica (sub)aguda ou crônica, ou terapia com agulhas em trigger points para síndrome da dor miofascial na região lombar.

Coleta de dados e análise: Dois revisores avaliaram independentemente a qualidade metodológica (usando o critério recomendado pelo Grupo de Revisão de Coluna Cochrane) e extraíram dados. Os ensaios foram combinados usando métodos de meta análise ou níveis de evidência quando os dados relatados não permitiam uma combinação estatística.

Resultados: Trinta e cinco ECRs foram incluídos; 20 foram publicados em inglês, sete em japonês, cinco em chinês e um de

cada em norueguês, polonês e alemão. Houve apenas três artigos de acupuntura para dor lombar aguda. Eles não chegaram a conclusões firmes, devido ao pequeno tamanho das amostras e baixa qualidade metodológica dos estudos. Para a dor lombar crônica há evidência de alívio de dor e melhora funcional em favor da acupuntura, comparada a nenhum tratamento ou terapia placebo. Estes efeitos foram apenas observados imediatamente após o final das sessões e em um acompanhamento a curto prazo. Há evidência de que a acupuntura, adicionada a outras terapias convencionais, alivia a dor e melhora a função mais do que apenas terapias convencionais. Entretanto os efeitos são pequenos. A terapia com agulhas em trigger points parece ser um adjunto útil a outras terapias para dor lombar crônica. Recomendações claras sobre qual é a técnica de acupuntura é mais efetiva não podem ser feitas.

Conclusões dos autores: Os dados não permitem conclusões firmes sobre a efetividade da acupuntura para dor lombar. Para a dor lombar crônica, a acupuntura é mais efetiva para o alívio de dor e melhora funcional do que nenhum tratamento ou tratamento placebo imediatamente após o tratamento e a curto prazo apenas. A acupuntura é mais efetiva que outros tratamentos convencionais e “alternativos”. Os dados sugerem que a acupuntura e a terapia com agulhas em trigger points podem ser adjuntos úteis a outras terapias para dor lombar crônica. Devida à maioria dos estudos serem de baixa qualidade metodológica, certamente existe uma necessidade de ensaios clínicos de alta qualidade nesta área.

INTRODUÇÃO

A dor lombar é o principal problema de saúde entre os países ocidentais industrializados, e uma das principais causas de despesas médicas, ausência e incapacidade (van Tulder 1995). Pessoas com dor lombar aguda geralmente sentem melhora da dor, incapacidade, e retornam ao trabalho dentro de um mês; melhoras adicionais, porém menores, ocorrem acima de três meses após o qual, os níveis de dor e incapacidade permanecem quase constantes e a maioria das pessoas terão pelo menos uma recorrência dentro de 12 meses (Pengel 2003). Embora a dor lombar seja geralmente uma doença auto-limitante e benigna (Waddell 1987), uma grande variedade de intervenções terapêuticas estão disponíveis para tratá-la (van Tulder 1997). Entretanto, a efetividade da maioria destas intervenções não tem sido convincentemente demonstrada e conseqüentemente, o tratamento terapêutico da dor lombar varia amplamente.

A acupuntura é uma das formas mais antigas de terapia e tem suas raízes na antiga filosofia Chinesa. A acupuntura tradicional é baseada em um número de conceitos filosóficos, um dos quais presume que qualquer manifestação de doença é considerado um sinal de desequilíbrio entre as forças do Yin e do Yang dentro do corpo. Na teoria clássica da acupuntura, acredita-se que todas as desordens são refletidas em pontos específicos, ou na superfície da pele ou exatamente abaixo. A energia vital circula por todo o corpo ao longo dos tão-chamados meridianos, os quais têm as características ou do Yin ou do Yang. Acredita-se que uma escolha apropriada dos 361 pontos clássicos de acupuntura localizados nestes meridianos restauram o equilíbrio corporal. Quando as agulhas são bem posicionadas, o paciente deve experimentar uma sensação conhecida como Teh Chi (em algumas escolas de acupuntura tradicional). O Teh Chi tem sido definido como uma sensação subjetiva de totalidade, entorpecimento, formigamento e calor, com alguns locais doloridos e um sentimento de distensão ao redor do ponto de acupuntura. Não há um consenso entre os acupunturistas sobre a necessidade de alcançar o Teh Chi para a acupuntura ser efetiva.

Desde a disseminação da acupuntura ao ocidente há várias centenas de anos, muitos estilos diferentes de acupuntura desenvolveram-se, incluindo a Terapia Meridiana Japonesa, a Acupuntura Energética Francesa, a Acupuntura Constitucional Coreana e a Acupuntura 5 Elementos de Lemington. Enquanto estes são similares a acupuntura tradicional, cada um deles têm características distintas. Nas décadas recentes, novas formas de acupuntura desenvolveram-se, tais como acupuntura no ouvido (auricular), acupuntura na cabeça (escalpe), acupuntura na mão e no pé (Lao 1996). Os acupunturistas modernos não usam somente os pontos de acupuntura dos meridianos tradicionais, mas também pontos de acupuntura não localizados nos meridianos ou fora dos meridianos, os quais são pontos fixados não necessariamente localizados nos meridianos. A acupuntura comumente inclui estimulação manual das agulhas, mas vários adjuntos são freqüentemente usados, incluindo acupuntura elétrica (na qual um estimulador elétrico é conectado à agulha da acupuntura), acupuntura de injeção (extratos herbais injetados nos pontos de acupuntura), lâmpadas de calor, e acupuntura com moxabustão (a erva moxa, *Artemisia vulgaris*, é queimada no final da agulha) (Lao 1996).

A terapia com agulhas em trigger points é uma técnica que usa agulhas para tratar dor miofascial em qualquer parte do corpo, incluindo a região lombar. A síndrome da dor miofascial é uma doença do músculo que produz dor local e referida. É caracterizada por uma anormalidade motora (uma banda dura dentro do músculo) e por anormalidade sensoriais (dolorimento e dor referida). É classificada como uma síndrome de dor musculoesquelética e pode ser aguda ou crônica, regional ou generalizada. Pode ser uma desordem primária causando síndromes de dor locais ou regionais, ou uma desordem secundária que ocorre como uma consequência de alguma outra condição (Gerwin 2001). Em 1983, Travel e Simons publicaram o livro *Dor Miofascial e Disfunção – o Manual do Ponto Gatilho* (Travel e Simons 83), o qual mostra o padrão de dor dos pontos gatilho em todo músculo do corpo. Os pontos gatilho miofasciais, uma vez cuidadosamente identificados, podem ser desativados por vários métodos incluindo relaxantes musculares sistêmicos, toxina botulínica, antidepressivos, massagem muscular

profunda (por exemplo, Shiatsu), injeção local de substâncias tais como esteróides ou lidocaína, e terapia com agulhas em trigger points. A terapia com agulhas em trigger points envolve a inserção de uma agulha (pode ser uma agulha de acupuntura ou qualquer outra agulha de injeção sem injetar qualquer líquido) nestes pontos gatilho. As agulhas não são deixadas no local, elas são removidas uma vez que o ponto gatilho é desativado. A desativação do ponto gatilho deveria ser seguida por exercícios (geralmente alongamentos) ou ajustes ergonômicos com a proposta de restabelecer a analgesia, a total amplitude de movimento, e evitar recorrências.

Ainda não é claro quais mecanismos exatos fundamentam a ação da acupuntura ou da terapia com agulhas em trigger points. A pesquisa científica ocidental propôs mecanismos para o efeito da acupuntura no alívio da dor. Foi sugerido que a acupuntura pode agir por princípios da teoria das comportas de controle da dor. Um tipo de estímulo sensorial (dor lombar) poderia ser inibido no sistema nervoso central por outro tipo de estímulo (agulhagem). Outra teoria, o controle inibitório nocivo difuso (CIND), sugere que a estimulação nociva de áreas corporais heterotópicas modula a sensação de dor originada em áreas onde um sujeito sente dor. Também há alguma evidência que a acupuntura pode estimular a produção de endorfinas, serotonina e acetilcolina dentro do sistema nervoso central, aumentando a analgesia (Chu 1979; Stux 2003).

A efetividade da acupuntura no tratamento da dor lombar tem sido sistematicamente revisado antes (van Tulder 1999 (a); van Tulder 1999 (b)) com resultados inconclusivos devido a baixa qualidade metodológica dos estudos incluídos. Esta é uma revisão atualizada de todas as evidências científicas, incluindo evidências de ensaios japoneses e chineses, sobre a efetividade da acupuntura para ambas dores lombares aguda e crônica, e sobre a terapia com agulhas em trigger points para a síndrome da dor miofascial na região lombar.

OBJETIVOS

Os objetivos desta revisão sistemática foram determinar os efeitos da acupuntura para dor lombar (sub)aguda e crônica não-específica, e da agulhagem-seca para a síndrome de dor miofascial na região lombar, comparadas a nenhum tratamento, terapias placebo, outras terapias, e a adição de acupuntura a outras terapias.

CRITÉRIOS PARA A CONSIDERAÇÃO DE ESTUDOS PARA ESTA REVISÃO

Tipos de estudos

Foram incluídos apenas ensaios controlados randomizados (ECRs) e sem restrição de linguagem.

Tipos de participantes

Foram incluídos adultos (> 18 anos) com dor lombar não-específica e síndrome da dor miofascial na região lombar. Os ECRs que incluíram sujeitos com dor lombar causada por entidades patológicas específicas tais como infecção, doenças metastáticas, neoplasma, osteoartrite, artrite reumatóide ou fraturas foram excluídos. A dor lombar associada com cialgia como o maior sintoma, gravidez e pós-parto também foram excluídas. Apesar de alguns estudos não terem limitado exclusivamente a população de estudo a pacientes com sintomas não-específicos, estudos foram incluídos se a maioria dos pacientes tinham dor lombar não-específica de acordo com os critérios pré definidos. Pacientes com dor lombar (sub)aguda (12 semanas ou menos) ou crônica (mais de 12 semanas), foram incluídos.

Tipos de intervenção

Artigos avaliando tratamentos de acupuntura ou terapia com agulhas em trigger points que envolvam agulhas foram incluídos nesta revisão. Acupuntura foi definida como “o diagnóstico foi feito usando a teoria tradicional da acupuntura e

as agulhas foram inseridas em pontos meridianos clássicos, pontos extra ou pontos ah-shi (pontos dolorosos)”. A terapia com agulhas em trigger points foi definida como “a causa da dor diagnosticada como “Síndrome da Dor Miofascial”, os pontos foram escolhidos pela palpação muscular, e as agulhas foram inseridas nestes pontos gatilho miofasciais”. Estudos foram incluídos independente da fonte de estimulação (por exemplo, estimulação manual ou elétrica). Estudos nos quais o tratamento de acupuntura não envolvia agulhas, tais como acupressão ou acupuntura laser foram excluídos. As intervenções controle eram a ausência de tratamento, acupuntura placebo ou outro procedimento placebo, e outras intervenções terapêuticas. Ensaios clínicos comparando duas técnicas de acupuntura ou terapia com agulhas em trigger points foram incluídos, mas analisados separadamente.

Tipos de desfechos

Foram incluídos ECRs que usaram pelo menos um dos quatro desfechos considerados importantes no campo da dor lombar: intensidade de dor (por exemplo, escala análogo visual (EAV)), uma medida global (por exemplo, melhora total, proporção de pacientes recuperados, melhora subjetiva dos sintomas), estado funcional específico das costas (por exemplo, Escala de Incapacidade de Roland Morris, Escala de Oswestry) e retorno ao trabalho (por exemplo, retorno a posição de trabalho, número de dias fora do trabalho). Os resultados primários para esta revisão foram dor e estado funcional. Os resultados fisiológicos do exame físico (por exemplo, amplitude de movimento, flexibilidade da coluna, ou força muscular), estado geral da saúde (por exemplo, SF-36, Perfil de Saúde de Nottingham, Perfil de Impacto da Doença) e outros sintomas, tais como uso de medicação e efeitos colaterais foram considerados como resultados secundários.

ESTRATÉGIA DE BUSCA PARA A IDENTIFICAÇÃO DE ESTUDOS

Ver: estratégia de busca do Grupo de Coluna da Cochrane

A revisão anterior pesquisou a literatura de 1966 até 1996. As estratégias de busca a seguir foram usadas para esta revisão atualizada:

1. CENTRAL, A Biblioteca Cochrane 2003, Número 1;
2. MEDLINE (OVID) de 1996 a Fevereiro de 2003 (ver Tabela 05 para estratégia);
3. EMBASE (OVID) de 1996 a Fevereiro de 2003 (ver Tabela 05 para estratégia);
4. LILACS de 1982 a 2005
5. O Registro de Ensaio do Grupo Cochrane de Revisão de Coluna;
6. O Registro de Ensaio do Centro Cochrane Chinês;
7. Uma busca de base de dados de ensaios clínicos controlados publicados no Japão, usando "Igaku Chuo Zasshi" (Centro de Revisão de Medicina Japonês) versão web (entre 1987 - 2003);
8. Listas de referência em artigos de revisão e ensaios acessados;
9. Comunicação pessoal com especialistas na área.

MÉTODOS DE REVISÃO

Seleção do estudo

Para esta revisão atualizada, um revisor (ADF) produziu as estratégias de busca eletrônica na CENTRAL, MEDLINE, e EMBASE e baixou as citações no Reference Manager 9.0. Então, dois revisores (MVT and BK), independentemente, revisaram a informação para identificar ensaios que poderiam potencialmente satisfazer os critérios de inclusão. Artigos completos descrevendo estes ensaios foram obtidos e os mesmos dois revisores aplicaram, independentemente, os critérios de seleção aos estudos. O consenso foi usado para resolver desentendimentos com relação à inclusão final dos ECRs e um terceiro revisor foi consultado se os desentendimentos persistissem. Um revisor (HT) procurou e selecionou os estudos das bases de dados Japonesas. O Centro Cochrane Japonês produziu as buscas em seus Registros de Ensaios e um revisor (LXL) selecionou os estudos. Os autores dos estudos originais foram contactados para obter mais informações quando necessário.

Avaliação da qualidade metodológica

A qualidade metodológica de cada ECR foi avaliada independentemente por dois revisores (nem sempre o mesmo par de revisores). Os revisores não eram cegos em relação aos autores, instituição e revista devido a eles serem familiarizados com a literatura. O consenso foi usado para resolver desentendimentos e um terceiro revisor foi consultado se os desentendimentos persistissem. A qualidade metodológica dos ECRs foi avaliada pelo uso de uma lista de critérios recomendada nas Diretrizes de Métodos Atualizada para revisões sistemáticas no Grupo Cochrane de Revisão de Coluna (van Tulder 2003) (Tabela 06). Cada item foi pontuado como “sim”, “não” ou “não sei” de acordo com as definições dos critérios (Tabela 06).

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi usada com dois objetivos: Primeira, excluir estudos com falhas fatais (tais como taxa de desistência maior

que 50%, diferenças estatisticamente significativa nas características basais entre os grupos, clinicamente importantes que não foram contadas na análise). Estudos que passaram a primeira seleção por falhas fatais foram classificados com baixa ou alta qualidade: Alta qualidade foi definido como um ensaio preenchendo seis ou mais dos 11 critérios de qualidade metodológica e não tendo uma falha fatal. Ensaio de baixa qualidade eram definidos como preenchendo menos de seis critérios e não tendo uma falha fatal. A classificação em alta/baixa qualidade foi usada para classificar a força da evidência.

Extração de dados

Dois revisores extraíram independentemente os dados das características dos estudos, financiamento, ética, população de estudo, intervenções, análise e resultados. Os autores de estudos recentes (publicados nos últimos cinco anos) foram contatados para obter mais informações quando necessário.

Adequação do tratamento

Três revisores, especialistas em acupuntura (AF, LXL and HT), julgaram a adequação do tratamento. Os dados extraídos incluíram 4 questões sobre a adequação do tratamento, que foram derivados das recomendações do STRICTA (MacPherson 2002): 1) Escolha dos pontos de acupuntura, 2) Número de sessões, 3) Técnica de agulhagem 4) Experiência do acupunturista. Os grupos controles foram julgados como 1) intervenção placebo apropriada e 2) adequação do número de sessões/dose. Além disso, uma série de especialistas em acupuntura para dor lombar foram consultados em uma discussão de três horas no qual cada estudo foi apresentado para discussão (apenas a população e as intervenções foram apresentadas, sendo assim os profissionais eram cegos em relação aos autores, jornais, ano, país, desfechos e resultados). Os especialistas consistiram de 6 terapeutas treinados em uma variedade de métodos de acupuntura (medicina tradicional chinesa, Ryodoraku, agulhas secas, injeção em pontos de gatilho, e agulhas de escalpe que trabalham em uma clínica multidisciplinar em São Paulo,

Brasil. Os autores também classificaram cada estudo como acupuntura ou terapia com agulhas em trigger points.

Relevância clínica

Os dois revisores que extraíram os dados também julgaram a relevância clínica de cada ensaio usando cinco questões recomendadas por Shekelle et al (Shekelle 1994) e pelas Diretrizes de Método Atualizadas (van Tulder 2003):

1. Os pacientes estão descritos em detalhes que você pode decidir se eles são comparáveis àqueles que você vê em sua prática?
2. As intervenções e o tratamento são descritos bem o bastante para possibilitar o mesmo tratamento para seus pacientes?
3. Todos os desfechos clinicamente relevantes foram mensurados e relatados?
4. tamanho do efeito é clinicamente importante?
5. Os benefícios do tratamento compensam os danos potenciais?

Análise

As análises primárias, decididas em primeiro lugar, foram:

- Acupuntura comparada a não tratamento, placebo ou terapia placebo
- Acupuntura comparada a outra intervenção
- Acupuntura adicionada a uma intervenção comparada à intervenção sem acupuntura

Quaisquer outras comparações foram consideradas análises secundárias.

Os resultados de cada ECR foram reunidos como estimativas pontuais, isto é, riscos relativos (RR) com intervalo de confiança correspondente a 95% (95% IC)

para desfechos dicotômicos e média e desvio padrão (DP) para dados contínuos, ou outros tipos de dados como relatados pelos autores dos estudos. Quando os resultados não puderam ser reunidos, eles eram descritos na tabela de estudos incluídos ou os dados eram incluídos em “outras tabelas de dados”. Para dados contínuos, os desfechos foram analisados como diferença de médias ponderadas (DMP) devido a estes desfechos serem mais fáceis de interpretar por médicos e outros leitores. Quando isto não era possível, então eram usadas diferenças médias padrão (DMP) ou tamanhos de efeitos. Os estudos eram avaliados primeiro pela homogeneidade clínica com respeito à duração da doença, tipos de acupuntura, grupo controle e resultados. Os estudos clinicamente heterogêneos não eram combinados na análise, mas descritos separadamente. Para estudos julgados como clinicamente homogêneos, a heterogeneidade estatística era testada pelo teste Q (q-quadrado) e I². Os estudos clinicamente e estatisticamente homogêneos eram reunidos usando o modelo de efeito fixo. Os estudos clinicamente homogêneos e estatisticamente heterogêneos eram reunidos usando o modelo de efeitos randômicos. Gráficos de funil foram construídos quando pelo menos 10 estudos estavam disponíveis para a meta-análise (Sutton 2000).

Quando os dados não puderam entrar na metanálise (por exemplo: sem informação sobre desvio padrão das médias) nós realizamos uma análise quantitativa atribuindo vários níveis de evidência a efetividade da acupuntura, levando em conta a qualidade metodológica e o resultado dos estudos originais (van Tulder 2003):

- *Evidência forte: quando os achados fossem*consistentes*** entre múltiplos ECRs de alta qualidade
- *Evidência moderada:* ECRs de baixa qualidade e/ou um ECR de alta qualidade
- *Evidência limitada:* um ECR de baixa qualidade

- *Evidência conflitante*: achados inconsistentes entre ensaios múltiplos (ECRs)
- *Sem evidência*: sem ECRs

* Há um consenso entre a Banca Editorial do Grupo de Revisão de Coluna que a evidência forte só pode ser fornecida por múltiplos ensaios de alta qualidade que replicam achados de outros pesquisadores em outros locais.

** Quando > 75% dos ensaios reportam os mesmos achados

Os resultados foram agrupados de acordo com as seguintes características de estudo:

1) *Tipo de acupuntura*: dois subgrupos foram analisados separadamente:

- a. acupuntura na qual os pontos foram escolhidos pela teoria do meridiano
- b. Terapia com agulhas nos trigger points ou nos pontos gatilho

2) *Duração da dor*: três subgrupos foram analisados separadamente:

- a. dor aguda e subaguda (duração de 12 semanas ou menos)
- b. crônica (duração de mais de 12 semanas)
- c. duração desconhecida ou mista

3) *Grupo controle*:

- a. sem tratamento
- b. placebo ou acupuntura placebo
- c. outras intervenções ou acupuntura em adição a outras intervenções
- d. duas técnicas diferentes de acupuntura

4) *Desfechos*:

- a. Dor

- b. Medida global
- c. Estado funcional
- d. Exame físico
- e. Retorno ao trabalho
- f. Complicações

5) *Tempo de acompanhamento:*

- a. imediatamente após o final das sessões – acima de uma semana após o final das sessões
- b. acompanhamento a curto prazo – entre uma semana e três meses após o final das sessões
- c. acompanhamento intermediário – entre três meses e um ano após o final das sessões
- d. acompanhamento a longo prazo – um ano ou mais após o final das sessões

DESCRIBÇÃO DOS ESTUDOS

A revisão publicada em 1999 incluía 11 estudos (van Tulder 1999 (a)). A revisão atualizada em 2004, incluiu 35 estudos e 2861 pacientes. Vinte foram publicados em inglês, sete em japonês (Araki 2001; Inoue 2000; Inoue 2001; Kurosu 1979(a); Sakai 1998; Sakai 2001; Takeda & Nabeta 2001), cinco em chinês ,(Ding 1998; He 1997; Li & Shang 1997; Wang 1996; Wu (a) 1991), um em norueguês (Kittang 2001), um em polonês Lopacz & Gralewski), e um em alemão (Von Mencke 1988). A maioria da população incluída nestes ensaios tinham dor lombar crônica (24 estudos, 1718 pacientes). Os grupos controle eram os seguintes: sem tratamento, acupuntura placebo, estimulação nervosa elétrica transcutânea placebo (TENS), medicina herbal chinesa, educação, exercício, massagem, moxibustão, drogas anti-inflamatórias não-esteroidais, fisioterapia, manipulação espinal, TENS, injeções nos pontos gatilho, e tratamento habitual por um praticante geral. Seis estudos compararam a efetividade de duas técnicas diferentes de acupuntura.

QUALIDADE METODOLÓGICA

Os resultados da avaliação da qualidade metodológica são mostrados na Tabela Adicional 01. Houve dois estudos com falhas fatais: Giles & Muller 1999 tiveram uma desistência de 52% durante o período de tratamento no grupo de acupuntura e Grant 1999 teve diferenças clinicamente importantes nos desfechos principais. Portanto, estes dois estudos não foram incluídos na análise ou usados para tirar conclusões. Dos 31 ensaios remanescentes, 14 foram julgados com sendo de alta (Araki 2001; Carlsson 2001; Ceccherelli 2002; Cherkin 2001; Garvey 1989; Inoue 2000; Inoue 2001; Kittang 2001; Leibing 2002; Meng 2003; Sakai 2001; Molsberger 2002; Tsukayama 2002; Yeung 2003) e 19 como sendo de baixa qualidade metodológica (Coan 1980; Ding 1998; Edelist 1976; Giles & Muller 2003; Gunn 1980; He 1997; Kerr 2003; Kurosu 1979(a); Kurosu 1979(b); Li & Shang 1997; Lehmann 1986; Lopacz & Gralewski; MacDonald 1983; Mendelson 1983; Sakai 1998; Takeda & Nabeta 2001; Thomas & Lundberg 94; Von Mencke 1988; Wang 1996; Wu (a) 1991). Em nenhum dos 35 estudos o terapeuta era cego; em 28 estudos, o tempo da avaliação do resultado foi similar em todos os grupos. O maior problema foi a qualidade do relato, a qual não nos permite julgar os seguintes itens: método de randomização (15 ensaios), ocultação da distribuição (16 ensaios), diferenças na descrição inicial (18 ensaios), co-intervenções (18 ensaios) e conformidade (17 ensaios). Dos sete estudos publicados em japonês, quatro eram de alta (Araki 2001; Inoue 2000; Inoue 2001; Sakai 2001) e três eram de baixa qualidade metodológica. Todos os cinco estudos publicados em chinês eram de baixa qualidade metodológica.

RESULTADOS

SELEÇÃO DO ESTUDO

Nossas buscas resultaram na identificação de 68 estudos na CENTRAL, 49 na MEDLINE, e 85 na EMBASE. Nós obtivemos cópias de 40 artigos, mas excluímos 17 pois eles não satisfaziam nossos critérios de inclusão. Em adição, nós acessamos 16 cópias de estudos publicados em japonês e 11 publicados em chinês, mas excluímos nove e seis respectivamente, pois eles não satisfaziam nossos critérios de inclusão. As razões para a exclusão destes estudos são explicadas na Tabela de Estudos Excluídos. Nós contatamos os autores primários de oito ensaios para obter informação adicional que não foi relatada no estudo publicado. Seis responderam à nossa solicitação – todos eram ensaios de língua japonesa.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Os resultados da avaliação da relevância clínica de cada estudo incluído são mostrados na Tabela 02. Deveria ser notado que houve uma variação enorme do modo que os revisores julgaram a relevância clínica. Isto ocorreu porque pares diferentes de revisores avaliaram 35 ensaios e cada revisor tinha uma história e treinamento diferentes. Além disso, não houve instruções claras do que deveria constituir uma resposta de “sim” ou “não” para cada questão. Como conseqüência, a avaliação da relevância clínica de cada ensaio individual é subjetiva e difícil de analisar no contexto desta revisão sistemática. A tabela adicional 04 mostra a melhora em dor para cada grupo de tratamento e para cada duração de dor lombar. A melhora média em dor com acupuntura para dor lombar aguda foi de 52% (baseada em dois estudos), 32% para crônica (16 estudos) e 51% para durações de dor desconhecidas ou mistas (oito estudos). A melhora média de dor sem tratamento foi de 6% (seis estudos). A melhora média de dor com placebo ou terapias placebo foi de 22% para durações de dor aguda (um estudo), 23% para dor crônica (seis estudos) e 25% para dor desconhecida ou mista (três estudos).

ADEQUAÇÃO DA ACUPUNTURA

Os resultados são mostrados na Tabela 03. Em todos os ensaios, a acupuntura foi julgada ser adequada para a população que eles incluíram.

ANÁLISES PRIMÁRIAS

1. Acupuntura comparada a nenhum tratamento, placebo ou terapia placebo

(Ver Figura 01)

Figura 01

Acupuntura comparada a nenhum tratamento, placebo ou terapia placebo

	Number of studies (patients)	Pain				Function			
		Immediately after end of all sessions	Short-term < 3 months	Intermediate (3 – 12 months)	Long-term (> 12 months)	Immediately after end of all sessions	Short-term < 3 months	Intermediate (3 – 12 months)	Long-term (> 12 months)
Acute/subacute LBP									
• Acupuncture versus no treatment	0	×	×	×	×	×	×	×	×
• One session of single point (SI 3) acupuncture versus sham therapy	1 (40)	↔↔	×	×	×	↔↔	×	×	×
• Multiple points, various sessions of acupuncture versus sham therapy	0	×	×	×	×	×	×	×	×
Chronic LBP									
• Acupuncture versus no treatment	2 (90)	×	↑↑ SMD -0.73 (-1.19 to -0.28)	↑	×	×	↑↑ ES 0.63 (0.19 to 1.08)	↔	×
• Acupuncture versus sham therapy	6 (596)	↑↑↑ WMD -10.21 (-14.99 to -5.44)	↑↑↑ WMD -17.79 (-25.5 to -10.07)	↔↔↔ WMD -5.74 (-14.72 to 3.25)	↔↔	↔↔	×	↔↔	×

Ac: Acupuncture; SMD: Standardized Mean Difference; WMD: Weighted Mean Difference; ES: Effect Size;
 (↑) Limited, (↑↑) moderate or (↑↑↑) strong evidence that acupuncture is more effective than the control treatment;
 (↔) Limited, (↔↔) moderate or (↔↔↔) strong evidence that there is no difference between acupuncture and the control treatment;
 (↓) Limited, (↓↓) moderate or (↓↓↓) strong evidence that acupuncture is less effective than the control treatment;
 ×: no trial for that comparison was found in this systematic review; ?: contradictory findings

1a. Acupuntura versus nenhum tratamento para dor lombar aguda : Não há evidência porque nós não achamos nenhum ECR para esta comparação.

1b. Acupuntura versus terapia placebo para dor lombar aguda: Nós achamos apenas um ECR e ele usou apenas uma sessão de acupuntura bilateral no ponto agudo SI3. Portanto, há uma evidência moderada (um ensaio de alta qualidade, 40 pessoas) (Araki 2001) de que não há diferença na dor e função, entre uma

sessão de acupuntura no ponto agudo SI3 bilateralmente e terapia com agulhas em trigger points placebo no mesmo ponto imediatamente após a sessão.

1c. Acupuntura versus nenhum tratamento para dor lombar crônica: A análise combinada de dois ensaios de baixa qualidade (90 pessoas) (Coan 1980; Thomas & Lundberg 94) mostra que a acupuntura é mais efetiva do que nenhum tratamento para pacientes com dor lombar crônica para alívio da dor a curto prazo, com um DMP de -0.73 (95% CI -1.19 a -0.28) (Ver comparação 05.01). Há uma evidência limitada (um ensaio de baixa qualidade, 40 pessoas) (Thomas & Lundberg 94) de que a acupuntura é também mais efetiva no acompanhamento intermediário para resultados de dor. A análise reunida de dois ensaios de baixa qualidade (90 pessoas) (Coan 1980; Thomas & Lundberg 94) mostra que a acupuntura é mais efetiva que nenhum tratamento para pacientes com dor lombar crônica em uma melhora funcional a curto prazo, com um tamanho de efeito de 0.63 (95% CI 0.19 a 1.08) (comparação 05.07). Há uma evidência limitada (um ensaio de baixa qualidade, 40 pessoas) (Thomas & Lundberg 94) de que não há diferença no acompanhamento intermediário no resultado funcional, entre acupuntura e nenhum tratamento.

1d. Acupuntura versus terapia placebo para dor lombar crônica: Seis estudos (três de alta e três de baixa qualidade) mensuraram resultados de dor (Carlsson 2001; Kerr 2003; Lehmann 1986; Leibing 2002; Mendelson 1983; Molsberger 2002), e um de alta e dois de baixa qualidade mensuraram resultados funcionais (Lehmann 1986; Leibing 2002; Mendelson 1983). Dos cinco estudos que mensuraram a dor imediatamente após o final das sessões, quatro puderam ser combinados (Mendelson 1983; Leibing 2002; Molsberger 2002; Kerr 2003). A análise reunida (dois ECRs de alta e dois de baixa qualidade, 314 pessoas) mostra que a acupuntura é mais efetiva do que terapia placebo com uma DMP de -10.21 (95% CI -14.99 to -5.44) (comparação 06.01). O estudo não incluído na meta-análise (Lehmann 1986) incluiu 36 pessoas e achou uma tendência de que a acupuntura era melhor que a terapia placebo, mas

não houve significância estatística. Este ensaio não pôde ser reunido com outros estudos devido à escala que eles usaram para mensurar a dor e à maneira que eles analisaram os resultados. Para medidas de dor a curto prazo, há uma evidência forte (dois ensaios de alta qualidade, 138 pessoas) (Carlsson 2001; Molsberger 2002) de que a acupuntura é mais efetiva que a terapia placebo para pacientes com dor lombar crônica, com uma DMP de -17.79 (95% CI -25.5 a -10.07) (Ver comparação 06.01 e outra tabela de dados 06.09). Há três estudos (dois de alta e um de baixa qualidade, 255 pessoas) que avaliaram a dor a médio prazo (Carlsson 2001; Lehmann 1986; Leibing 2002). Todos os três ensaios acharam uma tendência que a acupuntura era melhor que terapia placebo, mas sem significância estatística. Foi possível reunir dois destes estudos, mostrando uma DMP de -5.74 (95% CI -14.72 a 3.25) (Ver comparação 06.01). A única exceção foi a análise ajustada para valores da avaliação inicial conduzida por Carlsson e Sjolund (Ver outra tabela de dados 06.09.03) que mostrou um efeito estatisticamente significativo ($p=0.007$) em favor da acupuntura sobre a terapia placebo. Para desfechos a longo prazo de dor, há uma evidência moderada (um ensaio de alta qualidade, 51 pessoas) (Carlsson 2001) de que não há diferença entre a acupuntura e terapia placebo para dor lombar crônica. Para medidas de função analisadas imediatamente após o final das sessões, há uma evidência moderada (um ensaio de alta e dois de baixa qualidade, 316 pessoas) (Lehmann 1986; Leibing 2002; Mendelson 1983) de que não há diferença entre acupuntura e terapia placebo. Para desfechos de função analisadas no acompanhamento intermediário, há uma evidência moderada (um ensaio de alta e um de baixa qualidade, 204 pessoas) (Lehmann 1986; Leibing 2002) de que não há diferença entre acupuntura e terapia placebo para pacientes com dor lombar crônica. Não há evidência de ECRs da efetividade da acupuntura para pacientes com dor lombar crônica para desfechos funcionais em acompanhamentos a curto e longo prazos.

2. Acupuntura comparada a outra intervenção (Ver Figura 02)

Figura 02

Acupuntura comparada a outra intervenção ou adicionada a outras intervenções

	Number of studies (patients)	Pain				Function			
		Immediately after end of all sessions	Short-term < 3 months	Intermediate (3 – 12 months)	Long-term (> 12 months)	Immediately after end of all sessions	Short-term < 3 months	Intermediate (3 – 12 months)	Long-term (> 12 months)
Acute/subacute LBP									
● Acupuncture versus Naproxen 500mg twice daily for 10 days	1 (57)	↔↔	↔↔	↔↔	×	×	×	×	×
● Acupuncture + moxibustion + Chinese herbal medicine versus Chinese herbal medicine alone	1 (100)	×	×	×	(((((
Chronic LBP									
● Acupuncture versus spinal manipulation	1 (68)	((×	×	↓	×	×	×
● Acupuncture versus massage	1 (72)	↔↔	×	×	↓↓	↓↓	×	×	↓↓
● Acupuncture versus celecoxib, rofecoxib or paracetamol	1 (72)	↔	×	×	×	↔	×	×	×
● Acupuncture versus TENS	2 (56)	?	×	↔	×	↔↔	×	↔	×
● Acupuncture versus self-care education	1 (184)	↔↔	×	×	↔↔	↔↔	×	×	↔↔
● Acupuncture + other therapy* versus other therapy alone	4 (289)	↑↑↑↑ SMD -0.76 (-1.02 to -0.5)	↑↑↑↑ SMD -1.1 (-1.62 to -0.58)	↑↑↑↑ SMD -0.76 (-1.14 to -0.38)	×	↑↑↑↑ SMD -0.95 (-1.27 to -0.63)	↑↑↑↑ SMD -0.95 (-1.37 to -0.54)	↑↑↑↑ SMD -0.55 (-0.92 to -0.18)	×

Ac: Acupuncture; NSAIDs: non-steroidal anti-inflammatory drugs; *other therapy may include exercises, NSAIDs, aspirin, non-narcotic analgesic, mud packs, infrared heat therapy, back care education, ergonomics or behavioral modification; SMD: Standardized Mean Difference;
 (↑) Limited, (↑↑) moderate or (↑↑↑) strong evidence that acupuncture is more effective than the control treatment;
 (↔) Limited, (↔↔) moderate or (↔↔↔) strong evidence that there is no difference between acupuncture and the control treatment;
 (↓) Limited, (↓↓) moderate or (↓↓↓) strong evidence that acupuncture is less effective than the control treatment;
 ×: no trial for that comparison was found in this systematic review; ?: contradictory findings

2a. Acupuntura versus outras intervenções para dor lombar aguda: Há uma evidência moderada (um ensaio de alta qualidade, 57 pessoas) (Kittang 2001) de que não há diferença imediatamente após, nos acompanhamentos a curto, ou a longo prazo entre acupuntura e Naproxen 500 mg, tomado duas vezes por dia por 10 dias, em desfechos de dor (EAV).

2b. Acupuntura versus outras intervenções para dor lombar crônica: Comparada à manipulação espinal, há uma evidência limitada (um ensaio de baixa qualidade, 68 pessoas) (Giles & Muller 2003) de que a acupuntura é menos efetiva para desfechos de dor e função imediatamente após o final das sessões. Comparada à massagem, há uma evidência moderada (um ensaio de alta

qualidade, 172 pessoas) (Cherkin 2001) de que não há diferença imediatamente após o final das sessões em relação a dor entre a acupuntura e a massagem, entretanto há diferença estatisticamente significativa imediatamente após o final das sessões em favor da massagem no acompanhamento a longo prazo. Para desfechos de função, a massagem foi estatisticamente mais efetiva que a acupuntura imediatamente após o final das sessões, mas houve apenas uma diferença ligeiramente estatisticamente significativa em favor da massagem no acompanhamento a longo prazo. Entretanto, diferenças no efeito foram apenas pequenas (evidência moderada). Comparada à celecoxiba, rofecoxiba ou paracetamol, há uma evidência limitada (um ensaio de baixa qualidade, 72 pessoas) (Giles & Muller 2003) de que não há diferença imediatamente após o final das sessões em medidas de dor e função. Há uma evidência conflitante (dois ensaios, 56 pessoas) (Tsukayama 2002; Lehmann 1986) sobre a efetividade da acupuntura comparada ao TENS para pacientes com dor lombar crônica para dor mensurada imediatamente após o final das sessões: um estudo de alta qualidade com um tamanho de amostra pequeno (Tsukayama 2002) achou uma diferença estatisticamente significativa em favor da acupuntura sobre o TENS, enquanto um artigo de baixa qualidade (Lehmann 1986) não encontrou diferença. Há uma evidência limitada (um estudo de baixa qualidade, 36 pessoas) (Lehmann 1986) de que não há diferença no acompanhamento intermediário em dor entre a acupuntura e o TENS para pacientes com dor lombar crônica. Há uma evidência moderada (um ensaio de alta e um de baixa qualidade, 56 pessoas) (Tsukayama 2002; Lehmann 1986) de que não há diferença imediatamente após o final das sessões em habilidade funcional, entre acupuntura e TENS, e há uma evidência limitada de que não há diferença no acompanhamento intermediário (Lehmann 1986). Finalmente, comparada à educação de auto-cuidado, há uma evidência moderada (um ensaio de alta qualidade, 184 pessoas) (Cherkin 2001) de que não há diferença imediatamente após o final dos tratamentos e no acompanhamento a longo prazo em dor e função, entre acupuntura e educação de auto-cuidado.

3. Acupuntura adicionada a uma intervenção comparada à intervenção sem acupuntura (Ver Figura 02)

Figura 02

Acupuntura comparada a outra intervenção ou adicionada a outras intervenções

	Number of studies (patients)	Pain				Function			
		Immediately after end of all sessions	Short-term < 3 months	Intermediate (3 – 12 months)	Long-term (> 12 months)	Immediately after end of all sessions	Short-term < 3 months	Intermediate (3 – 12 months)	Long-term (> 12 months)
Acute/subacute LBP									
● Acupuncture versus Naproxen 500mg twice daily for 10 days	1 (57)	↔↔	↔↔	↔↔	×	×	×	×	×
● Acupuncture + moxibustion + Chinese herbal medicine versus Chinese herbal medicine alone	1 (100)	×	×	×	(((((
Chronic LBP									
● Acupuncture versus spinal manipulation	1 (68)	((×	×	↓	×	×	×
● Acupuncture versus massage	1 (172)	↔↔	×	×	↓↓	↓↓	×	×	↓↓
● Acupuncture versus celecoxib, rofecoxib or paracetamol	1 (72)	↔	×	×	×	↔	×	×	×
● Acupuncture versus TENS	2 (56)	?	×	↔	×	↔↔	×	↔	×
● Acupuncture versus self-care education	1 (184)	↔↔	×	×	↔↔	↔↔	×	×	↔↔
● Acupuncture + other therapy* versus other therapy alone	4 (289)	↑↑↑↑ SMD -0.76 [-1.02 to -0.5]	↑↑↑↑ SMD -1.1 [-1.62 to -0.58]	↑↑↑↑ SMD -0.76 [-1.14 to -0.38]	×	↑↑↑↑ SMD -0.95 [-1.27 to -0.63]	↑↑↑↑ SMD -0.95 [-1.37 to -0.54]	↑↑↑↑ SMD -0.55 [-0.92 to -0.18]	×

Ac: Acupuncture; NSAIDs: non-steroidal anti-inflammatory drugs; *other therapy may include: exercises, NSAIDs, aspirin, non-narcotic analgesic, mud packs, infrared heat therapy, back care education, ergonomics or behavioural modification; SMD: Standardized Mean Difference;

(↑) Limited, (↑↑) moderate or (↑↑↑) strong evidence that acupuncture is more effective than the control treatment;

(↔) Limited, (↔↔) moderate or (↔↔↔) strong evidence that there is no difference between acupuncture and the control treatment;

(↓) Limited, (↓↓) moderate or (↓↓↓) strong evidence that acupuncture is less effective than the control treatment;

×: no trial for that comparison was found in this systematic review; ?: contradictory findings

3a. Adição da acupuntura a outras intervenções para dor lombar aguda:

Apenas um estudo de baixa qualidade (100 pessoas) (He 1997) mostrou que há uma evidência limitada de que a adição da acupuntura à moxabustão para a medicina herbal chinesa é mais efetiva que a medicina herbal chinesa sozinha para uma medida global de dor e função no acompanhamento a longo prazo.

3b. Adição da acupuntura a outras intervenções para dor lombar crônica: Há

quatro estudos de alta qualidade que avaliaram os efeitos da acupuntura adicionada a outras terapias e a comparou a outra terapia sozinha (289 pessoas)

(Leibing 2002; Meng 2003; Molsberger 2002; Yeung 2003). As outras terapias incluíam: exercícios, AINEs, aspirina, analgésicos não-específicos, pacotes de lama, terapia de calor infravermelho, educação de cuidados com a coluna, ergonomia ou modificação comportamental. A análise combinada (comparação 13.01) mostra que a adição da acupuntura a outras intervenções é mais efetivo do que a outra intervenção sozinha para dor, medida imediatamente após o final das sessões (quatro ensaios de alta qualidade, 289 pessoas) com um DMP de -0.76 (95% CI -1.02 a-0.5), no acompanhamento a curto prazo (três ensaios de alta qualidade, 182 pessoas) com um DMP de -1.1 (95% CI -1.62 a-0.58), e no acompanhamento a longo prazo (dois ensaios de alta qualidade, 115 pessoas) com um DMP de -0.76 (95% CI-1.14 a-0.38). Estes efeitos também foram observados para resultados funcionais (comparação 13.07) imediatamente após o final das sessões (três ensaios de alta qualidade, 173 pessoas) com um DMP de -0.95 (95% CI -1.27 a-0.63), no acompanhamento a curto prazo com um DMP de -0.95 (95% CI -1.37 a-0.54), e no acompanhamento a longo prazo com um DMP de -0.55 (95% CI-0.92 a-0.18).

ANÁLISE SECUNDÁRIA

1. Outros desfechos

Outros desfechos foram extraídos com o objetivo de complementar as conclusões baseadas nas medidas de resultado primárias.

1a. Medidas globais de melhora: As medidas de melhora global incluíam escalas categóricas de múltipla-escolha (por exemplo, melhorada – igual – pior) ou opções dicotômicas (por exemplo, melhorada – não melhorada). No caso de escalas categóricas de múltipla-escolha, nós dividimos as categorias de acordo com o princípio de “melhorado” e “não-melhorado”. O número de pacientes melhorados foi dividido pelo número total de pacientes naquele grupo (comparação 03.02, 05.02, 06.02 e 07.02). Estes resultados foram de acordo com o resultado da análise primária, portanto eles não mudam as conclusões e não serão discutidos nesta revisão.

1b. Retorno ao trabalho: Os desfechos de retorno ao trabalho foram basicamente o número de pessoas que retornaram ou não-retornaram ao trabalho no acompanhamento. A análise reunida de dois estudos (um de alta e um de baixa qualidade, 58 pessoas) (Carlsson 2001; Lehmann 1986) que compararam acupuntura ao placebo para pacientes com dor lombar crônica falharam ao mostrar a diferença no acompanhamento intermediário (comparação 06.06). Comparado ao TENS, houve um estudo de baixa qualidade (Lehmann 1986) que não mostrou diferença no retorno ao trabalho no acompanhamento intermediário.

1c. Medidas de exame físico: As medidas de exame físico basicamente incluíram amplitude de movimento mensurada na região lombar, por exemplo, pela distância dedo-chão ou testes de Schober (Araki 2001; Kerr 2003; Kittang 2001; Lehmann 1986; Leibing 2002; Molsberger 2002; Takeda & Nabeta 2001; Thomas & Lundberg 94; Von Mencke 1988) e um desfecho composto baseado no exame físico (Edelist 1976; Wu (a) 1991; Wang 1996). Nós comparamos o acordo entre o resultado do exame físico com os resultados de dor e função nos estudos que relataram estes dados. Houve 16 situações nas quais a dor e o exame físico foram mensurados (por exemplo, mesmo estudo, mesmo grupo de comparação, mesmo acompanhamento, etc). Houve acordo em 13 situações e desacordo em três. Houve nove situações nas quais os resultados funcionais e o exame físico foram mensurados (por exemplo, mesmo grupo de comparação, mesmo acompanhamento, etc). Houve cinco acordos e quatro desacordos.

1d. Complicações: Apenas 14 ensaios relataram qualquer complicação ou efeitos colaterais (Carlsson 2001; Cherkin 2001; Garvey 1989; Giles & Muller 1999; Grant 1999; Kerr 2003; Kittang 2001; Lehmann 1986; Leibing 2002; Meng 2003; Molsberger 2002; Sakai 2001; Tsukayama 2002; Yeung 2003). Os resultados para complicações que aconteceram durante o período de tratamento mostraram que para um total de 245 pacientes que receberam acupuntura, houve apenas 13 complicações mínimas (5%), enquanto para 156 pacientes que receberam terapia placebo, não houve complicações (0%). No grupo de 205 pacientes que receberam outras intervenções, (por exemplo, TENS, AINEs, etc), houve 21

relatos de complicações (10%). Nenhuma das complicações foi fatal ou tão séria que foi necessário hospitalização.

2. Outras comparações

2a. Eficácia e efetividade da terapia com agulhas nos pontos gatilho e pontos motores: (Ver Figura 03) Há uma evidência limitada (um ensaio de baixa qualidade, 17 pacientes) de que a agulhagem superficial (4 mm) inserida nos pontos gatilho é melhor do que o TENS placebo (MacDonald 1983). Dois ensaios randomizados compararam a agulhagem-seca com outras intervenções. Houve uma evidência limitada (um ensaio de baixa qualidade, 56 pessoas) (Gunn 1980) de que poucas sessões de agulhagem-seca, adicionadas a um regime de fisioterapia, terapia ocupacional e avaliações industriais é melhor do que o regime sozinho imediatamente, e nos acompanhamentos a curto e a longo prazo. Há uma evidência moderada (um ensaio de alta qualidade, 34 pessoas) (Garvey 1989) de que não há diferença na melhora global curto prazo entre uma sessão de terapia com agulhas e uma sessão de injeção nos pontos motores com lidocaína e esteróides, uma sessão de injeção dos pontos motores com lidocaína apenas, ou uma sessão de spray gelado sobre a área dos pontos motores seguida de acupressão.

Figura 03

Efeitos da agulhagem-seca nos pontos motores

	Number of studies (patients)	Pain				Function or global improvement			
		Immediately after end of all sessions	Short-term < 3 months	Intermediate (3 – 12 months)	Long-term (> 12 months)	Immediately after end of all sessions	Short-term < 3 months	Intermediate (3 – 12 months)	Long-term (> 12 months)
Acute LBP									
• One session of dry-needling versus one session of trigger point injection with lidocaine	1(33)	×	×	×	×	↔↔	×	×	×
• One session of dry-needling versus one session of trigger point injection with lidocaine and steroid	1(34)	×	×	×	×	↔↔	×	×	×
• One session of dry-needling versus one session of cooling spray over trigger point area followed by acupressure	1(36)	×	×	×	×	↔↔	×	×	×
Chronic LBP									
• Superficial needling (4mm) at trigger points versus placebo TENS	1(17)	↑	×	×	×	↑	×	×	×
• Dry-needling added to a regimen of physiotherapy, occupational therapy and industrial assessments versus the regimen alone	1(56)	×	×	×	×	↑	↑	↑	×

Ac: Acupuncture

(↑) Limited, (↑↑) moderate or (↑↑↑) strong evidence that dry-needling is more effective than the control treatment;

(↔) Limited, (↔↔) moderate or (↔↔↔) strong evidence that there is no difference between dry-needling and the control treatment;

(↓) Limited, (↓↓) moderate or (↓↓↓) strong evidence that dry-needling is less effective than the control treatment;

×: no trial for that comparison was found in this systematic review; ?: contradictory findings

2b. Comparação entre técnicas diferentes de acupuntura: (Ver Figura 04)

- i. Para a dor lombar aguda, uma única sessão de agulhagem bilateral do SI3 é melhor que uma única sessão de agulhagem de Yaotongxue (Extra 29, EX-UE 7) (um ensaio de baixa qualidade, 150 pacientes) (Wu (a) 1991)
- ii. Para dor lombar crônica, estimulação profunda (1.5 cm no músculo ou no ponto gatilho) é melhor que a estimulação superficial (2 mm no tecido subcutâneo) imediatamente após as sessões e no acompanhamento a curto prazo (um ensaio de alta qualidade, 42 pacientes) (Ceccherelli 2002)
- iii. Para dor lombar crônica, a técnica antiga de agulhagem é melhor que a técnica regular de agulhagem no acompanhamento a curto prazo (um ensaio de baixa qualidade, 54 pacientes) (Ding 1998)
- iv. Para dor lombar crônica, acupuntura manual tem os mesmos efeitos da eletroacupuntura, ambas no acompanhamento a curto e a longo prazo (um ensaio de alta qualidade, 34 pacientes) (Carlsson 2001)

- v. Para dor lombar de qualquer duração, a agulhagem do ponto distal não é diferente da agulhagem da área lombar local para desfechos de dor, função e amplitude de movimento (um ensaio de baixa qualidade, 20 pacientes) (Takeda & Nabeta 2001)
- vi. Para dor lombar de qualquer duração, a retenção da agulha por cerca de 10 minutos é melhor que a remoção imediatamente após a inserção (um ensaio de baixa qualidade, 20 pacientes) (Kurosu 1979(b))
- vii. Para dor lombar de qualquer duração, a agulhagem local mais a técnica de ventosa é mais efetiva que o tratamento distal mais estimulação elétrica (um ensaio de baixa qualidade, 492 pacientes) (Wang 1996)
- viii. Para dor lombar de qualquer duração, a acupuntura manual mais a técnica de ventosa é melhor que acupuntura manual sozinha (um ensaio de baixa qualidade, 156 pacientes) (Li & Shang 1997)

Figura 04

Comparação entre duas técnicas diferentes de acupuntura

	Technique 1	Technique 2	Number of studies (patients)	Pain, function or global improvement			
				Immediately after end of all sessions	Short-term < 3 months	Intermediate (3 – 12 months)	Long-term (> 12 months)
For acute low-back pain	One single session of bilateral needling of SI 3	One single session of needling of Yaotongzue (EX 29, EX-UP 7)	1 (150)	↑	×	×	×
For chronic low-back pain	Deep stimulation (1.5 cm)	Superficial stimulation (2mm)	1(42)	↑↑	↑↑	×	×
For chronic low-back pain	Ancient needling technique	Regular needling technique	1 (54)	↑	×	×	×
For chronic low-back pain	Manual acupressure	Electroacupuncture	1(34)	↔↔	↔↔	×	×
Low-back pain of any duration	Distal point needling	Lumbar area needling	1(20)	↔	×	×	×
Low-back pain of any duration	Needle retention for about 10 minutes	Removal immediately after insertion	1(20)	↑	×	×	×
Low-back pain of any duration	Local needling plus cupping	Distal treatment plus electrical stimulation	1 (492)	×	↑	×	×
Low-back pain of any duration	Manual acupuncture plus cupping	Manual acupuncture alone	1 (156)	↑	×	×	×

Ac: Acupuncture

(↑) Limited, (↑↑) moderate or (↑↑↑) strong evidence that technique 1 is more effective than the technique 2;

(↔) Limited, (↔↔) moderate or (↔↔↔) strong evidence that there is no difference between technique 1 and the technique 2;

(↓) Limited, (↓↓) moderate or (↓↓↓) strong evidence that technique 1 is less effective than technique 2;

×: no trial for that comparison was found in this systematic review; ?: contradictory findings

Em resumo, a melhor técnica de acupuntura ainda necessita ser determinada, mas os ensaios randomizados de alta qualidade sugerem que a melhor técnica de acupuntura para dor lombar inclui estimulação profunda (1.5 cm) ao invés de estimulação superficial (2 mm) e parece que a eletroestimulação não adiciona qualquer benefício à estimulação manual das agulhas.

2d. Eficácia e efetividade da acupuntura para populações mistas de dor lombar aguda/crônica: Existem poucos ensaios que não especificaram a duração da dor lombar ou daqueles pacientes com dor mista aguda ou crônica. (Inoue 2000; Inoue 2001; Von Mencke 1988; Sakai 1998; Kurosu 1979(a)). Estes estudos não serão discutidos porque eles não mudam as conclusões desta revisão.

DISCUSSÃO

Trinta e cinco ECRs incluindo 2861 pacientes foram incluídos nesta revisão sistemática. Houve apenas três artigos de acupuntura para dor lombar aguda que não justificam conclusões firmes, devido ao tamanho pequeno das amostras e baixa qualidade metodológica dos estudos. Há alguma evidência de que a acupuntura pode ser melhor do que nenhum tratamento ou tratamento placebo para dor lombar. Entretanto, a maioria dos estudos não encontrou que a acupuntura era mais efetiva que outros tratamentos convencionais (por exemplo, analgésicos, AINHS, TENS, e educação de auto cuidado) ou tratamentos “alternativos” (por exemplo, massagem ou manipulação espinal). Os dados sugerem que tanto a acupuntura quanto a terapia com agulhas podem ser úteis como adjuntos a outras terapias para dor lombar crônica.

Embora as conclusões mostrem alguns resultados positivos da acupuntura, a magnitude dos efeitos foi geralmente pequena. A redução média de dor (medida por escalas contínuas tais como a EAV) no grupo que recebeu a acupuntura para dor lombar crônica foi de 32% comparada a 23% naqueles que receberam terapias placebo e 6% naqueles que não receberam tratamento. Além disso, os termos usados para expressar a força da evidência (forte, moderada e limitada), como um padrão em muitas revisões sistemáticas, podem ser mal interpretados. Estes termos são relativos e são freqüentemente usados para aplicar para um pequeno número de estudos de alta qualidade. Isto pode dar a falsa impressão que evidência “forte” significa evidência “definitiva”, mas este pode não ser o caso.

Embora tenham sido feitos esforços para encontrar todos os ECRs publicados, alguns ensaios relevantes podem ter sido perdidos. Vinte dos 35 ECRs incluídos foram publicados em inglês, sete em japonês, cinco em chinês e um de cada em norueguês, polonês e alemão. Embora não tenha sido excluída nenhuma língua, o número de revistas não escritas em inglês indexadas em bases de dados tais como MEDLINE e EMBASE é limitado. Sendo assim, nesta atualização, incluímos 4 estudos que foram encontrados na base de dados LILACS.

A qualidade metodológica dos ECRs incluídos, embora melhorada nos últimos anos, foi pobre. Houve dois estudos com falhas fatais, 14 estudos com qualidade metodológica alta e 19 estudos com qualidade metodológica baixa. A qualidade metodológica na revisão atual foi definida pelo critério de validade interna, o qual referia-se a características do estudo que poderiam ser relacionadas a vieses de seleção e tendenciosidade. Parece razoável que na síntese qualitativa do autor, a melhor evidência seria fornecida pelos estudos de alta qualidade, que são menos prováveis a terem resultados tendenciosos. Embora os níveis de evidência nesta revisão possam ser considerados arbitrários, parece pouco provável que um sistema de índice diferente teria resultado em diferentes conclusões.

Os estudos incluídos foram muito heterogêneos em termos de população incluída, tipo de acupuntura administrada, grupos controle, medidas de resultado, tempo de acompanhamento, e apresentação dos dados. Portanto, muito poucas meta análises puderam ser realizadas e foi difícil de alcançar conclusões para a maioria dos tipos de tratamentos.

A experiência e o treinamento dos acupunturistas que trataram os pacientes foram mencionadas em poucos estudos. Alguns estudos usaram um protocolo de pontos determinados para todos os pacientes enquanto outros usaram um protocolo flexível onde os pontos eram selecionados para cada indivíduo. Ambos os métodos são considerados válidos e foram analisados juntos nesta revisão sistemática.

Não foram relatados efeitos adversos sérios nos ensaios incluídos nesta revisão. A incidência de efeitos adversos mínimos foi de 5% nos pacientes submetidos a acupuntura. Na literatura, a maioria dos relatos de efeitos adversos sérios relacionados a acupuntura são descritos como relatos de caso. Nos últimos anos, vários estudos prospectivos foram realizados, permitindo a estimação da verdadeira incidência dos maiores e menores efeitos adversos.

Melchart e colegas relataram o maior estudo prospectivo, incluindo cerca de 760.000 tratamentos realizados por 7050 médicos alemães num período de 10

meses. Eles observaram 6936 reações adversas mínimas (incidência de 91 por 10000 tratamentos) e 5 maiores (6 por 1.000.000 de tratamentos), as quais incluíam: exacerbação da depressão (um caso), crise hipertensiva aguda (um caso), reação vasovagal (um caso), ataque de asma com hipertensão e angina (um caso) e dos casos de pneumotórax (Melchart 2004).

Outros estudos prospectivos não observaram reações adversas. Yamashita e colegas observaram 65482 tratamentos realizados por 84 terapeutas num período de 6 anos no Japão. Houve 94 casos de efeitos adversos mínimos, com uma incidência de 14 por 10.000 tratamentos, mas esta incidência foi estimada usando dados de relatos espontâneos de eventos adversos pelo praticante (Yamashita 1999). Em outro estudo similar por Yamashita e colegas, eles insistiram para que os praticantes relatassem as sessões de acupuntura, se havia reações adversas ou não. Então, índices diferentes de incidência de reações adversas foram obtidos. Um total de 391 pacientes foram tratados em 1441 sessões, envolvendo um total de 30338 inserções de agulhas. A incidência de reações sistêmicas registradas foram: cansaço (8.2%); sonolência (2.8%); agravamento de sintomas pré-existentes (2.8%); coceira nas regiões em que as agulhas foram aplicadas(1.0%); tontura ou vertigem (0.8%); sensação de desmaio ou náusea durante o tratamento (0.8%); dor de cabeça (0.5%); e dor no peito (0.3%) (Yamashita 2000).

MacPherson e colegas observaram 34407 tratamentos realizados por 574 Acupunturistas Tradicionais Chineses no Reino Unido, num período de 4 semanas. Houve 43 eventos adversos mínimos (incidência de 12.5 por 10000 tratamentos) (MacPherson 2001). White e colegas observaram 31822 tratamentos realizados por 78 acupunturistas (médicos e fisioterapeutas) no Reino Unido, num período de 21 meses. Houve 43 reações adversas mínimas (incidência de 13.5 por 10000 tratamentos) (White 2001). Odsberg e colegas observaram 9277 tratamentos realizados por 187 fisioterapeutas na Suécia num período de 4 semanas, e verificaram 2108 reações adversas (incidência de 2272 por 10000 tratamentos) (Odsberg 2001). Ernst e colegas observaram 3535 tratamentos

realizados por 29 acupunturistas na Alemanha num período de 13 meses, e gravaram 402 reações adversas mínimas (incidência de 1100 por 10000 tratamentos) (Ernst 2003).

A grande variação na incidência dos eventos adversos mínimos é provavelmente devido às definições de reação adversa, desenhos de pesquisa, ou estilos de acupuntura nos vários estudos.

Devido aos eventos adversos serem raros, eles continuam a ser relatados como relatos de casos. Revisões sistemáticas recentemente publicadas de série de casos mostraram que estas complicações sérias podem incluir infecções (vírus da imunodeficiência humana, hepatite, endocardite bacterial) causadas por agulhas não-esterilizadas, e trauma de tecido fatal (pneumotórax, tamponamento cardíaco, lesão da medula espinal) (Cherkin 2003; Chung 2003; Yamashita 2001). Além disso, nós temos pouca informação a respeito da segurança da acupuntura para dor lombar. Nós precisamos de mais informação sobre a segurança da acupuntura em condições específicas.

CONCLUSÕES DO AUTOR

Implicações para a prática

Houve apenas três ensaios heterogêneos de acupuntura para dor lombar aguda. Portanto, nós não pudemos alcançar conclusões convincentes e há uma necessidade de estudos futuros para uma recomendação nesta área.

Há apenas alguma evidência dos efeitos da acupuntura para dor lombar crônica. Comparada a nenhum tratamento, há evidência para alívio de dor e melhora funcional para acupuntura em acompanhamentos a curto prazo. Comparada a terapias placebo, há evidência para alívio de dor no acompanhamento a curto prazo, mas estes efeitos não foram mantidos em acompanhamentos a longo prazo, nem foram observados para resultados funcionais. Comparada a outros tratamentos “alternativos”, a acupuntura não é melhor para medidas de dor e

função. Há evidência de que a acupuntura, adicionada a outras terapias convencionais, alivia a dor e melhora a função melhor do que terapias convencionais apenas. De acordo com estes resultados, a acupuntura pode ser útil ou como uma terapia única para dor lombar crônica ou como uma terapia adjunta a outras terapias convencionais. Embora as conclusões mostrem alguns resultados positivos da acupuntura, a magnitude dos efeitos foi geralmente pequena.

Embora a terapia com agulhas nos trigger points pareça ser um adjunto útil a outras terapias para dor lombar crônica, não podem ser feitas recomendações claras devido ao tamanho pequeno de amostras e baixa qualidade metodológica dos estudos.

Com respeito as diferentes técnicas de acupuntura, a maioria dos estudos eram pequenos, ou de baixa qualidade metodológica, portanto, não pode ser feita uma recomendação clara.

Implicações para pesquisa

Devido a maioria dos estudos serem de baixa qualidade metodológica, certamente existe uma necessidade de futuros ECRs de alta qualidade. Também, devido aos muitos ensaios serem pobremente relatados, nós recomendamos que os autores usem a declaração de CONSORT como um modelo para relatos de ECRs (www.consort-statement.org) e usem o critério de STRICTA (MacPherson 2002) para relatar as intervenções. Muitos ensaios não puderam ser incluídos na meta-análise devido a maneira que os autores relataram os resultados, portanto nós sugerimos que publicações de ensaios relatem médias com desvios padrão para medidas contínuas, ou número de eventos e total de pacientes analisados para medidas dicotômicas. Futuras pesquisas deveriam ter o foco em áreas onde existam poucos ou nenhum ensaio, por exemplo, acupuntura comparada a nenhum tratamento ou placebo para dor lombar aguda. Futuros estudos deveriam também ter tamanhos de amostras maiores, usar um tratamento válido de

acupuntura, e ter acompanhamentos tanto de curto como de longo prazo (para dor crônica). Dos ensaios de alta qualidade disponíveis nesta revisão, a estimulação profunda parece ser mais promissora que o tratamento de acupuntura. Futuros estudos são necessários para avaliar características superiores da acupuntura. Nós sugerimos que publicações de futuros estudos relatem a proporção de sujeitos que obtiveram uma melhora clinicamente importante nos grupos sendo comparados para facilitar um julgamento sobre as diferenças clinicamente importantes entre os grupos. Embora uma avaliação de custos não tenha sido o objetivo desta revisão, nós sugerimos que uma pesquisa futura avalie o custo-efetividade da acupuntura comparada a outros tratamentos.

POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSE

Três co-autores desta revisão (DC, HT e LXL) são também autores de alguns ensaios incluídos. Para evitar qualquer conflito de interesse, eles não foram envolvidos na avaliação da qualidade metodológica ou extração de dados de seu próprio estudo.

TABELAS

Características dos estudos incluídos

Estudo

Araki 2001

Métodos

- Randomizados (grupos desenhados). Usaram envelopes opacos fechados pelo acupunturista.
- Pacientes e avaliadores de resultado eram cegos.
- Financiamento: não relatado
- Local: clínica privada em Osaka, Japão

-Consentimento informado obtido oralmente dos pacientes

-Aprovação ética: não descrita

-Análise: diferença média entre antes e depois. Medida repetida ANOVA para respostas.

Participantes

40 pacientes com dor lombar aguda (menos que três dias) e sem ciática

Diagnóstico: herniação discal lombar, discopatia e lumbago.

Idade média: 44 anos.

28 homens e 7 mulheres.

Posição de trabalho:?

Tratamentos prévios:?

Co-morbidade:?

Intervenções

1) As agulhas eram inseridas em SI3 (bilateralmente) com a sensação do Teh Chi, em posição supino, e então os pacientes eram requisitados a realizar exercícios de coluna. As agulhas eram deixadas no local durante os exercícios de coluna. A profundidade de inserção era de 2.5 cm com agulhas de aço inoxidável (50 mm comprimento, 0.20 mm diâmetro). O tratamento de acupuntura foi realizado apenas uma vez.

Randomizados para este grupo: 20

Experiência dos acupunturistas: três e seis anos.

2) A agulhagem placebo foi realizada no ponto SI3 (bilateralmente) em posição supina. O acupunturista imitou a inserção da agulha: guia tubular com cabeça da agulha fechada com fita e então os pacientes eram requisitados a realizar o exercício de coluna. O gesto da agulhagem foi realizado durante o exercício de coluna. O tratamento placebo foi realizado apenas uma vez.

Randomizados para este grupo: 20

Resultados

1) Dor: Escala Análogo Visual (EAV 0 de 0 a 100 mm)

2) Função: pontuação da Associação Ortopédica Japonesa (AOJ), variações de 0 a 14 (mais alto é melhor). Usando apenas a categoria de restrição de atividades diárias.

3) Flexão: distância dedo-chão.

Todos os três desfechos foram avaliados antes e imediatamente após a sessão única.

Custss: não relatados.

Complicações: não relatadas.

Anotações

O estudo original foi publicado apenas em resumo. Nós obtivemos informação adicional dos autores.

Língua: Japonesa

Para resultados, ver as comparações:

02.01

02.03

02.04

02.06

02.07

02.08

Conclusão: “Não há diferença entre o efeito da acupuntura e aquele da acupuntura placebo”.

Ocultação da distribuição

A

Carlsson (even)

Métodos

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Carlsson (morn)

Métodos

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Carlsson 2001

Métodos

- Randomizado por lista gerada no computador. Um assistente administrativo que não estava envolvido no estudo realizou as avaliações.

- Pacientes e avaliadores de resultado eram cegos.

- Financiamento: um autor foi ajudado pelo Conselho de Pesquisa Médica da Suécia.
- Local: clínica de dor (pacientes externos) no Hospital Geral de Malmo afiliado à Universidade na Suécia.
- Consentimento informado: sim.
- Aprovação ética: sim. -
- Acompanhamento: 100% no primeiro mês, 62% no terceiro, e 53% no sexto mês.
- Análise: usada "última observação a frente" para valores perdidos.

Diferenças de linha de base em dor (EAV) foram resolvidas pela análise dos percentuais de mudanças nos acompanhamentos. Entretanto, para esta análise, eles usaram o teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Não há informação sobre qual teste eles usaram para analisar as avaliações globais. Mas, quando nós replicamos a análise usando o RevMan, nós conseguimos resultados diferentes dos autores se usarmos riscos relativos, mas não se usarmos razões de probabilidades.

Para licença de doença eles usaram o teste de categorias assinadas de Wilcoxon.

Participantes

51 pacientes com dor lombar por seis meses ou mais (media de 9.5 anos) sem irradiação abaixo do joelho e exame neurológico normal.

Diagnóstico: 39 origem muscular, 11 mudanças estruturais severas no RX.

Excluídos: trauma, doença sistêmica. Gravidez e história de tratamento com acupuntura.

Idade media: 50 anos.

17 homens e 33 mulheres.

Posição de trabalho: 20 de licença de doença, 17 aposentados, 12 tempo integral, um desempregado.

Tratamentos prévios: coletes, bloqueio nervoso, analgésicos, TENS, fisioterapia. Dois tiveram que sofrer cirurgia.

Intervenções

1) Acupuntura manual: pontos locais (BL24, BL25, BL26, Ex Jiaji) e pontos distais (LI11, LI4, BL40, BL57 e BL60). A sensação de "Teh-Chi" foi procurada em todas as instâncias, principalmente a uma profundidade da ponta da agulha de 2 a 3 cm. As agulhas eram estimuladas três vezes durante as

sessões de tratamento de 20 minutos para restaurar as sensações de Teh Chi. As agulhas eram descartáveis, de aço inoxidável, com um diâmetro entre 0.3 e 0.32 mm e um comprimento entre 30 e 70 mm.

Frequência: uma vez por semana por oito semanas; dois tratamentos adicionais eram dados durante o período de avaliações de acompanhamento de seis meses ou mais.

Número de pacientes randomizados: 16

Experiência do acupunturista: anestesiólogista certificado pelo conselho com mais de 10000 tratamentos de acupuntura.

2) Em adição às agulhas como no grupo de acupuntura manual, eles realizaram estimulação elétrica de quatro agulhas (um par por lado na região lombar). Frequência: 2 Hz a cada 2.5 segundos, interrompidos por um trem de 15 Hz por 2.5 segundos.

Randomizados para este grupo: 18

3) Estimulação nervosa elétrica transcutânea de Mock – placebo ativo (TENS) dada por um estimulador GRASS (rechamado-gradiente de aquisição em um estado firme) impressionante, estacionário, mas desconectado, conectado a dois eletrodos grandes de TENS. Os eletrodos eram posicionados na pele sobre a área mais intensamente dolorida na região lombar. Durante a estimulação, lâmpadas iluminadas eram disparadas e visíveis ao paciente. Este grupo foi visto uma vez por semana por 8 semanas.

Randomizados para este grupo: 16

Resultados

1) Dor: Escala Análogo Visual (EAV) de 0 a 100 mm; mensurada de manhã e de noite. Não é claro quantos pacientes preenchem todos os diários de dor diariamente.

2) Avaliação global pelo médico: Subjetiva. Melhora não é definida.

3) Posição atual de trabalho: número de pessoas em licença por doença.

4) Ingestão de analgésicos registrada diariamente.

5) Qualidade do sono registrada diariamente.

Resultados eram colhidos em 1 mês, 3 meses e 6 meses ou mais após o final das 8 sessões.

Os resultados destes resultados em linha de base não são relatados, exceto por dor a qual é levemente diferente entre acupuntura e placebo.

Custos: não relatados.

Complicações: não ocorreram complicações durante o tratamento ou período de acompanhamento.

Anotações

Língua: Inglês

Publicação: trabalho completo.

Informação adicional dos autores: não.

Os autores reuniram os grupos 1 e 2 e compararam com o grupo 3.

Os resultados para dor são similares nas medidas de manhã e de noite.

Para resultados, ver as comparações:

06.01

06.02

06.06

06.08

06.09 (outra tabela de dados)

06.10 (outra tabela de dados)

08.02

Conclusão: “Os autores demonstraram um efeito de alívio de dor a longo prazo de acupuntura com agulhas comparada ao placebo verdadeiro em alguns pacientes com dor lombar”.

Ocultação da distribuição

A

Estudo

Ceccherelli 2002

Métodos

-Randomizado (tabela de números randômicos). Sem descrição de ocultação de alocação.

-Avaliador de resultados era cego.

-Financiamento: AIRAS (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento Scientifico)

-Local: clínica de dor, Universidade de Padova, Itália.

-Consentimento informado e aprovação de ética não relatados.

-Todos os pacientes foram acompanhados.

-Análise: entre os grupos foi inicialmente comparado por medidas repetidas ANOVA. Comparação de Post hoc foi feita pela correção de Bonferroni do teste-t não-pareado.

Participantes

42 pacientes com dor contínua por mais de 3 meses. Exame neurológico normal. Sem sinais de compressão radicular.

Diagnóstico: dor miofascial lombossacral crônica.

Excluídos: lesão da medula espinal, osteoporose, doenças reumáticas, herniação discal, fibromialgia, doenças orgânicas, hipertensão ou obesidade.

Idade: entre 30-50 anos. Média de 42 anos.

30 homens e 12 mulheres.

posição de trabalho: ?

Tratamentos prévios: nenhum tinha sido tratado com acupuntura.

Co-morbidade: ?

Intervenções

1) Acupuntura profunda: 1.5 cm no músculo ou no ponto gatilho. Agulhas: descartáveis Sedatelec 300 um diâmetro de 3 comprimentos diferentes: 10 mm, 29 mm e 49 mm. Pontos: Extra 19, VG6. os seguintes foram inseridos bilateralmente: GB34, UB54, UB62. Mais quatro pontos gatilho ou como segunda opção nos quatro pontos musculares mais dolorosos na área lombar. Total de oito sessões (total 6 semanas), cada sessão durava 20 minutos.

Todas as agulhas eram estimuladas por 1 minuto imediatamente após a inserção e por 20 s. de 5 min em 5, 10 e 15 minutos. A frequência de alternar a rotação para a direita ou esquerda das agulhas era de 2 Hz.

Randomizados para este grupo: não descrito

Experiência do acupunturista: não descrita.

2) O mesmo como descrito para acupuntura, mas a profundidade de inserção era apenas de 2 mm na pele.

Randomizados para este grupo: não descrito

Resultados

1) Dor: verbalmente usando o Questionário de Dor de McGill. Eles usaram o números de palavras escolhidas e o índice de razão de dor. O índice de razão de dor é a soma de valores numéricos que foram designados para cada palavra usada para descrever a dor.

Mensurado imediatamente após o final das sessões e após 3 meses.

Custos: não relatados.

Complicações: não relatadas.

Anotações

Língua: Inglês.

Publicação: trabalho completo.

Informação adicional dos autores: nós contatamos autores, mas não foi recebida nenhuma resposta.

Para resultados, ver as comparações:

08.01

Conclusões: “os resultados clínicos mostram que a estimulação profunda tem um melhor efeito analgésico quando comparada com estimulação superficial”.

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Cherkin 2001

Métodos

-Randomizados (sequencia randômica gerada em computador). Um assistente de pesquisa confirmou a seleção, coleta da avaliação dos dados da avaliação basal e randomização dos estudos selecionados.

- Avaliador de resultados era cego.

-Financiamento: Grupo Cooperativa de Saúde, o Grupo de Fundação da Saúde (Seattle), Instituto de Wash and the John E. Fetzer (Kalamazoo) e Agência para Pesquisa e Qualidade de Cuidados da Saúde, Rockville.

-Local. Organização de Manutenção da Saúde no Estado de Washington, USA

-Consentimento informado: sim.

-Aprovação ética: sim.

-Acompanhamento: 95% em 4 semanas. 95% em 10 semanas e 95% em 52 semanas.

-Análise: intenção de tratar. ANCOVA para variáveis contínuas e regressão Logística para variáveis dicotômicas. Ajustes para valores de linha de base: pontuação de Roland Morris, pontuação da escala de sintomas e incômodo da avaliação inicial, dor abaixo do joelho, mais de 90 dias de dor na coluna, satisfação com cuidado prévio da coluna, sexo e idade.

Participantes

262 pacientes que visitaram um médico de cuidados primários para dor lombar que tiveram dor persistente por pelo menos 6 semanas.

Diagnóstico: dor lombar não-específica.

Excluídos: dor ciática, acupuntura ou massagem para dor na coluna, cuidado na coluna por um especialista ou fornecedor de CAM, desordens de coagulação ou terapia anticoagulante, marca-passo cardíaco, doença sistêmica ou visceral, gravidez, litigação ou compensação, incapacidade de falar Inglês, déficits neurológicos progressivos ou severos, cirurgia lombar prévia, fratura vertebral recente, condições sérias de comorbidade e incômodo de dor na coluna menos de 4 (em uma escala de 0 a 10).

Idade média: 44.9 anos

42% homens e 58% mulheres

Posição do trabalho: 84% empregados ou auto-empregados

Tratamentos sendo recebidos no momento de entrada no estudo: medicações (68%), massagem (16%), acupuntura (3%), narcóticos (10%)

Co-morbidade: ver critérios de exclusão

Intervenções

1) Acupuntura: acupuntura da tradicional Medicina Chinesa por acupunturistas licenciados com pelo menos 3 anos de experiência; técnicas de agulhagem Basic TCM, estimulação elétrica e manipulação manual das agulhas, moxabustão indireta, calor infravermelho, e recomendação de exercícios.

Proscrito: massagem incluindo acupressão, ervas e tratamentos não considerados comuns TCM (terapia Japonesa do meridiano). Número e localização das agulhas foram deixados para o fornecedor. Eles eram permitidos ter acima de 10 visitas por 10 semanas para cada paciente. Todos os pacientes foram agulhados e o "teh chi" foi relatado por 89%. Média de 12 agulhas (variação de 5-16) foram inseridas em cada visita. Os acupunturistas recomendaram exercícios para cerca da metade dos seus pacientes, geralmente alongamentos, caminhadas ou natação. Randomizados para este grupo: 94 (88 receberam acupuntura como foi randomizado).

2) Massagem por um terapeuta licenciado com pelo menos 3 anos de experiência. Manipulação do tecido macio: massagem sueca (71%), reeducação do movimento (70%), tecido profundo (65%), neuromuscular (45%), e pontos gatilho e de pressão (48%), calor úmido ou frio (51%). Proibido: técnicas energéticas (Reiki, toque terapêutico), terapias de meridiano (acupressão e shiatsu) e acessos considerados muito especializados (craniosacral e Rolfing). Os terapeutas de massagem recomendaram exercícios. Eles eram permitidos acima de 10 visitas por 10 semanas por paciente. Randomizados para este grupo: 78 (74 receberam massagem como foi randomizado).

3) Educação de auto cuidado: alta qualidade e material educacional barato desenhado para pessoas com dor lombar crônica: um livro e 2 videotapes produzidos profissionalmente. Randomizados para este grupo: 90

Resultados

1) Dor: incômodo de dor na coluna (0 a10), dor na perna (0 a10) ou parestesias (0 a 10). A pontuação mais alta foi usada.

2) Função: Escala de Incapacidade de Roland

3) Incapacidade: Levantamento de Pesquisa de Saúde Nacional

4) Utilização: visitas do fornecedor, RX, operações, hospitalizações, uso de medicamentos, visitas a outros terapeutas de massagem ou acupunturistas.

5) Custos

6) Satisfação

7) SF-12 Mental e escalas resumidas de Saúde Física

8) Número de dias de exercício

Resultados eram medidos, 4, 10 e 52 semanas após a randomização.

Complicações: não foram relatados efeitos adversos sérios por qualquer participante do estudo.

Anotações

Língua: Inglês

Publicação: trabalho completo

Para resultados, ver comparações:

07.01

07.03

07.08

Entretanto, os resultados mostrados na tabela de comparações são de uma análise desajustada. Nós baseamos nossas conclusões nas análises dos autores.

Portanto, os resultados são apresentados em outra tabela de dados:

07.09

Conclusões: "Massagem é um tratamento a curto prazo efetivo para dor lombar crônica, com benefícios que persistem por pelo menos um ano. Os materiais educacionais de auto cuidado tiveram pouco efeito precoce, mas em um ano foram quase tão efetivos quanto a massagem. Se a acupuntura tem um efeito positivo, parece se concentrado durante as primeiras quatro semanas devido haver uma melhora pequena depois".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Cherkin 2001 (mass)

Métodos

See Cherkin 2001

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Cherkin 2001 (sc)

Métodos

See Cherkin 2001

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Coan 1980

Métodos

-Randomização foi realizada preparando-se uma caixa pequena com 50 pedaços de papel de

tamanhos idênticos, dobrados de maneira que não pudessem ser lidos. 25 tinham A e 25 tinham B escrito neles. A caixa foi sacudida e um dos papéis foi retirado da caixa –Ninguém era cego

-Financiamento: Conselho Nacional de Pesquisa Médica e de Saúde da Austrália.

-Local: Centro de Acupuntura em Maryland, USA

-Consentimento informado: ?

-Aprovação ética:?

-Todos os pacientes foram acompanhados

-Análise: Adherers (ou "análise por protocolo").

Participantes

50 pacientes foram recrutados via jornal com dor lombar por pelo menos 6 meses.

Diagnóstico: RX anormal (38/43), Ciática (27/49), Espasmo muscular (36/46)

Crítérios de inclusão: sem tratamentos prévios de acupuntura, sem história de diabetes, infecção ou câncer, e não mais que 2 cirurgias na coluna.

Idade média: 47 anos variando de (variação 18 a 67)

23 homens e 27 mulheres

Posição de trabalho:?

Tratamentos prévios: cirurgia na coluna (4)

Intervenções

1) Acupuntura: teoria clássica oriental do meridiano. Acupuntura elétrica em alguns pacientes.

Seleção do local de acupuntura variou. 'Conhecimento dos acupunturistas'. 10 ou mais sessões, aproximadamente 10 semanas. Teh chi impreciso.

Randomizados para este grupo: 25

2) Lista de espera, sem tratamento por 25 semanas. Então eles receberam o mesmo tratamento de acupuntura como acima.

Randomizados para este grupo: 25

Resultados

1) Dor: pontuações médias de dor (0=sem dor e 10=pior dor)

2) Função: limitação média de atividade (0=nenhuma e 3=severa)

3) Média de pílulas de dor por semana

4) Melhora global (melhor, o mesmo, pior)

Resultados após 10 semanas no grupo acupuntura e após 15 semanas no grupo lista de espera

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Os autores relataram uma análise por protocolo. Entretanto, devido a haver dados individuais por paciente relatados no artigo, nós fomos capazes de recalculá-los usando o princípio de intenção de tratar.

Língua: Inglês

Publicação: trabalho completo

Informação adicional dos autores: não

Para resultados, ver as comparações:

05.01

05.02

05.04

05.07

Conclusões: "Este estudo demonstrou que a acupuntura foi uma forma superior de tratamento para estas pessoas com dor lombar, apesar de eles terem a condição para uma média de 9 anos".

Ocultação da distribuição

A

Estudo

Ding 1998

Métodos

- Randomização (método não descrito). Sem menção de ocultação da distribuição
- Financiamento: não relatado
- Local: Universidade em GuangZhou, China
- Consentimento informado: não relatado
- aprovação ética: não relatada
- Todos os pacientes foram acompanhados
- Análise: q-quadrado entre os grupos

Participantes

54 pacientes com dor lombar crônica, recorrência freqüente, piora durante o trabalho e alívio com o repouso.

Diagnóstico: dor lombar crônica

Excluídos: entidades patológicas específicas usando testes laboratoriais e RX.

media de idade: 45 anos no grupo da técnica antiga de agulhagem e 42 no grupo da técnica regular de agulhagem (variando de 19-68)

40 homens e 14 mulheres

posição de trabalho: ?

Tratamentos prévios:?

Intervenções

- 1) Técnica de agulhagem antiga .Pontos maiores: GV3, ponto (s) Ashi. Pontos suplementares: BL40. Agulhas 0.38 mm X 75 mm foram usadas para inserção mais profunda e para diferentes direções num ângulo de 45 graus. Forte sensação de Teh chi foi obtida. As agulhas eram mantidas por 40 a 50 minutos. Os tratamentos eram dados diariamente e acima de 10 tratamentos.
Randomizados para este grupo: 35
- 2) Técnica de agulhagem regular. Agulhas 0.38 mm X 75 mm foram usadas para uma inserção mais profunda perpendicular com técnicas de giro e rotação usadas até a sensação forte de Teh Chi ser adquirida. A permanência das agulhas foi de 20 minutos com 3 a 4 vezes de estimulação de giro e rotação entre. Tratamentos eram dados diariamente e acima de 10

dias.

Randomizados para este grupo: 19

Resultados

1. Dor em uma escala de 4 pontos: "cura": sem dor por 2 meses;
"marcado efetivo": melhora significativa da dor;
"melhorada": dor de algum modo aliviada; e "sem mudança".

Medida imediatamente após e 2 meses após o final das sessões.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Língua: Chinês

Publicação: trabalho completo

Sem informação adicional dos autores.

Para resultados, ver outras tabelas de dados:

08.06

Conclusões: "Uma técnica antiga de agulhagem é melhor que a técnica regular de agulhagem no tratamento da dor lombar crônica".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Edelist 1976

Métodos

- Randomização (método não descrito). Sem menção de ocultação da distribuição.
- Avaliador de resultados com mascaramento
- Financiamento: não relatado

-Local: Hospital Universitário em Toronto. Canada

-Consentimento informado: sim

-Aprovação ética: sim

-Sem certeza se o acompanhamento é completo

-Análise: não relatada

Participantes

30 pacientes com dor lombar sem melhora após terapia convencional, incluindo repouso na cama, analgésicos, calor e fisioterapia. Pacientes sentiam ter doença do disco, a qual não poderia ser cirurgicamente melhorada.

Intervenções

1) Acupuntura: inserção manual de 4 agulhas esterilizadas nos pontos tradicionais de acupuntura (BL 60 and BL 25 bilateralmente) até alcançar o Teh Chi, então eletroacupuntura em 3-10 Hz. 30 minutos, 3 tratamentos no máximo 2 semanas. Treinamento e experiência dos acupunturistas desconhecidos.

Randomizados para este grupo: não relatado

2) Acupuntura placebo, 4 agulhas posicionadas em áreas isentas dos pontos clássicos de acupuntura, [sem no Teh Chi](#).

Randomizados para este grupo: não relatado

Resultados

1) Melhora global: melhora subjetiva da dor em coluna/perna

2) Melhora global: melhora objetiva mensurada pelo aumento do arco de movimento espinal, melhora nos testes para tensão da raiz nervosa e melhora objetiva nos sinais neurológicos.

Custos: não relatados.

Complicações: não relatados

Anotações

Número de pacientes randomizados desconhecido. Nós apenas sabemos que 30 foram analisados.

Nós classificamos os pacientes em “dor lombar crônica”.

Língua: Inglês

Publicação: trabalho completo

Sem informação adicional dos autores.

Para resultados, ver as comparações:

06.02

06.05

Conclusões: "Pareceu não haver diferença nas mudanças objetivas e subjetivas entre os dois efeitos e sugerem que muito da melhora das síndromes dolorosas associadas com acupuntura possam ser a base do efeito placebo".

Ocultação da distribuição

C

Estudo

Garvey 1989

Métodos

- Randomizado (lista gerada por computador). Sem menção da ocultação da distribuição.
- Pacientes e avaliadores cegos. Terapeutas eram cegos para o conteúdo das injeções (grupos 2 e 3)
- Financiamento: não relatado
- Local: clínica de pacientes externos em um hospital. EUA
- Consentimento informado: não relatado
- Aprovação ética: não relatada
- Acompanhamento: 51 dos 63 randomizados (81%)
- Análise: Adesão e intenção de tratar (no pior das hipóteses). Q-quadrado contínuo, teste ajustado.

Participantes

63 pacientes com dor lombar aguda sem irradiação, exame neurológico normal, falta de sinais de tensão, RX normal, dor persistente apesar do tratamento inicial de 4 semanas, sendo capaz de localizar um ponto de sensibilidade máxima (ponto gatilho)

Idade: media de 38 anos

Gênero: 41 homens e 22 mulheres

Posição do trabalho: não relatada

Tratamento prévio: drogas anti-inflamatórias não-esteroidais, duchas quentes, evitar atividades que agravem a dor. Não foi iniciado nenhum programa de exercícios.

Intervenções

1) Bastão de agulhagem-seca com uma agulha tamanho 21 após limpeza com álcool isopropil. 1 sessão. Treinamento e experiência dos terapeutas desconhecida.

Randomizados para este grupo: 20

2) Injeção com 1.5 ml de 1% lidocaína usando uma agulha tamanho 21 de 38mm após limpeza com álcool isopropil.

Randomizados para este grupo: 13

3) Injeção com 0.75 ml de 1% lidocaína e 0.75 ml def Aristospan (Triamcinolone Hexacetonide) usando uma agulha tamanho 21 de 38mm após limpeza com álcool isopropil.

Randomizados para este grupo: 14

4) spray de 10 segundos de etilcloride de 15mm de distância, seguida por 20 segundos de acupressão usando a seringa após limpeza com álcool isopropil.

Randomizados para este grupo: 16

Resultados

1) Melhora global: porcentagem de não melhorados e melhorados.

Este resultado foi medido 2 semanas após as intervenções.

Custos: não relatados

Complicações:

Grupo 1) 1 caso de "febre, calafrio e transtorno sistêmico"; 2 casos de dor aumentada devido a hematoma intramuscular.

Grupo 3) "dor aumentada"

Anotações

Intervenção é a "terapia com agulhas em trigger points"

Língua: Inglês

Publicação: trabalho completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

09.01

09.02

Conclusões: "A substância injetada aparentemente não é um fator crítico, já que estímulos mecânicos diretos aos pontos gatilho parecem dar alívio sintomático igual àquele tratamento com vários tipos de medicação injetada".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Garvey 1989 (lidoc)

Métodos

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Garvey 1989 (spray)

Métodos

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Garvey 1989(steroid)

Métodos

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Giles & Muller 1999

Métodos

-Randomizado (método não descrito). Pessoa desenhava um envelope fora de uma caixa com 150 envelopes bem dobrados, cada um contendo um dos três códigos coloridos. (50 envelopes por intervenção)

-Avaliador de resultados e analista de dados cegos

-Financiamento: fundo de Doação de Projetos Green Limitados via Instituto Real de Tecnologia de Melbourne e parcialmente ajudado pelo Hospital Geral de Townsville e Universidade James Cook

-Local: clínica de dor de pacientes externos em um hospital. Townsville Australia.

-Consentimento escrito informado foi obtido.

-Aprovação ética pela Autoridade de Saúde Regional do Norte do Hospital Geral de Townsville

-Acompanhamento: 77 de 130 randomizados (59%)

-Análise: baseada em "adherers only principle", i.e.. descartados aqueles que não cumpriram com o tratamento designado. Analisados para possíveis vieses e interações por regressão múltipla e regressão logística.

Participantes

77 pacientes com dor espinhal por pelo menos 13 semanas (media de 6 anos)

Diagnóstico: 82% dor lombar; 42% dor no pescoço e 34% dor cervical.

Excluídos: envolvimento de raiz nervosa, anormalidade espinhais, patologia outra que osteoartrite leve para moderada, cirurgia espinal prévia e desigualdade de perna > 9 mm.

Idade média: 42 anos

30 homens e 47 mulheres

Posição de trabalho: 56% colar azul, 26% colar branco, 13% acadêmicos, 5% aposentados.

Tratamentos prévios: 77% drogas, 42% manipulação, 40% fisioterapia e 6% acupuntura

Co-morbidade: não descrita

Intervenções

1) O terapeuta decidiu qual forma de acupuntura usar.

Um de quatro médicos acupunturistas experientes usando dispositivos estéreis de acupuntura Chineses HWATO tubo guia, agulhas de 50 mm de comprimento com uma espessura de 0.25mm por 20 minutos. Um número médio de 8 a 10 agulhas foram posicionadas em pontos dolorosos locais e em pontos de acupuntura distantes de acordo com a técnica “perto e longe”, dependendo da condição a ser tratada. Primeiro os pacientes podiam tolerar satisfatoriamente as agulhas por 20 minutos, estimulação elétrica de baixa voltagem era aplicada às agulhas. Seis tratamentos foram aplicados em 3 a 4 semanas.

Randomizados para este grupo: 46

Desistências: 26 (52%). Razões: não relacionadas ao resultado

2) Manipulação espinal foi realizada como julgada a ser segura e apropriada pelo tratamento quiroprático para o nível espinal envolvido apenas. Uma manipulação de alta velocidade e baixa amplitude foi realizada. Seis tratamentos aplicados em um período de 3 a 4 semanas.

Randomizados para este grupo: 49

Desistências: 13 (26%). Razões: mesmas que no grupo de acupuntura

3) Medicação: tenoxicam (20 mg/d) e ranitidina (50 mg x 2/ day). Medicação foi dada aos pacientes por um período de tratamento definido de 3 a 4 semanas. Os tempos de tratamento foram padronizados pelo arranjo de compromissos de 15 a 20 minutos para todas as visitas para eliminar um efeito placebo potencial originado de diferentes tempos de exposição ao clínico.

Randomizados para este grupo: 31

Desistências: 10 (33%). Razões: mesmas que no grupo de acupuntura

Resultados

1) Dor: escala análogo visual (EAV) de 0 a 10 cm.

2) Frequência de dor em 5 categorias ordenadas: 1/mês, 1/semana, 1/dia, frequente e constante. 3)

Função: Índice de Incapacidade de Oswestry

4) Cross over a outra intervenção após o período de estudo.

Todos os resultados foram medidos imediatamente após o final do período de tratamento.

Custos: não relatados

Complicações: não ocorreram efeitos colaterais para acupuntura ou manipulação. Três sujeitos medicamente tratados tiveram sintomas gástricos.

Anotações

Os resultados deste estudo não são usados nesta revisão devido a alta taxa de desistência no grupo acupuntura (52%) que pode invalidar os resultados deste ensaio.

Língua: Inglês

Publicação: trabalho completo

Sem informação adicional dos autores.

Para resultados, ver as comparações:

07.01

07.03

07.08

Conclusões do estudo: "o grupo de manipulação exibiu as melhoras mais substanciais que foram uniformemente achadas como sendo significantes. Nos outros grupos de intervenção, nem uma única melhora significativa pode ser encontrada em quaisquer das medidas de resultado".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Giles & Muller 2003

Métodos

-Randomizado (método não descrito). Pessoa desenhava um envelope fora de uma caixa com 150 envelopes bem dobrados, cada um contendo um dos três códigos coloridos. (50 envelopes por intervenção)

-Analista de dados cego

-Financiamento: Governo do Estado de Queensland. Parcialmente ajudado pelo Hospital Geral de

Townsville. .

-Local: clínica de dor de pacientes externos em um hospital. Townsville Australia.

-Consentimento escrito informado foi obtido.

-Aprovação ética pela Autoridade de Saúde Regional do Norte do Hospital Geral de Townsville

-Acompanhamento: 115 foram randomizados. Seis desistiram antes do tratamento por razões não relacionadas aos resultados. 69/109 (63.3%) foram acompanhados.

-Análise: baseada na análise de “intenção de tratar”. Verificado para possíveis vieses e interações por regressão múltipla ou regressão logística.

Participantes

109 pacientes com dor espinhal não complicada por um mínimo de 13 semanas (duração média foi de 6.4 anos)

Diagnóstico: dor espinhal mecânica

Excluídos: envolvimento de raiz nervosa, anomalias espinais, patologia outra que osteoartrite leve para moderada, espondilolistese excedendo 1 grau, cirurgia espinhal prévia e desigualdade do comprimento das pernas > 9mm.

Idade média: 39 anos

60 homens e 49 mulheres

Posicao no trabalho: 29% estagiario, 20% desempregado, 20% gerente, vendedor, 12% profissionais, 18% outros.

Tratamentos prévios: não descritos

Co-morbidade: não-descrita

Intervenções

1) O clínico determinou a forma da técnica de acupuntura. A técnica de Near e Far consiste de: agulhagem do ponto gatilho e analgesia distal produzindo pontos de acupuntura simpatolíticos abaixo do cotovelo ou joelho.

A acupuntura foi realizada por um dos dois acupunturistas experientes usando agulhas de acupuntura tubo guia esterilizadas descartáveis (comprimento de 50 mm, espessura de 0.25 mm) durante sessoes de 20 minutos.

Para cada paciente, foram posicionadas de 8 a 10 agulhas em áreas de dor máxima intramuscular paraespinal local e aproximadamente 5 agulhas foram posicionadas em pontos distais meridianos de acupuntura dependendo da síndrome de dor espinal sendo tratada. Uma vez que os pacientes pudessem tolerar as agulhas, o movimento da agulha foi realizado girando ou “movimentando rapidamente” as agulhas em intervalos de aproximadamente 5 minutos por 20 minutos. As agulhas estavam inseridas em um comprimento de 20 a 50 mm, na área de dor máxima, e acima de aproximadamente 5 mm nos pontos distais.

Dois tratamentos por semana até o máximo definido de 9 semanas de tratamento.

Randomizados para este grupo: 36. Dois foram perdidos antes do tratamento, 2 durante o tratamento e 10 mudaram o tratamento porque não havia efeito.

2) Manipulação espinal. Sessões de 20 minutos. Manipulação de empurrão espinal de alta velocidade e baixa amplitude a uma articulação foi realizada e julgado a ser seguro e o tratamento freqüente pela quiropraxia para o nível espinal de envolvimento para mobilizar as articulações espinais. Dois tratamentos por semana até um máximo de 9 semanas.

Randomizados para este grupo: 36. Um foi perdido antes do tratamento, 1 durante o tratamento e 8 mudaram os tratamentos porque não havia efeito.

3) Uma medicação pôde ser selecionada que ainda não tinha sido experimentada por um paciente randomizado no grupo de medicação do estudo. Os pacientes normalmente recebiam Celecoxiba (200 a 400 mg/dia) a não ser que tivesse sido previamente tentado. A próxima droga de escolha foi a Rofecoxiba (12.5 a 25 mg/dia) seguido por paracetamol (acima de 4 g/dia). As doses foram relacionadas particularmente ao peso do paciente, com a severidade de sintomas tendo um papel mínimo. Ao médico de esportes também foi dado 20 minutos para visitas de acompanhamento. Randomizados para este grupo: 43. Três foram perdidos antes do tratamento e 18 mudaram o tratamento (11 por “não haver efeito” e 8 por “efeitos colaterais”)

Resultados

1) Dor: escala análogo visual (EAV) de 0 a 10 cm.

2) Frequência de dor em 5 categorias ordenadas: 1/mês, 1/semana, 1/dia, frequente e constante. 3)

Função: Índice de Incapacidade de Oswestry

4) Cross over a outra intervenção após o período de estudo.

5) SF-36 Questionário de Inspeção da Saúde

Todos os resultados foram medidos imediatamente após o final do período de tratamento.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Sem certeza sobre a proporção de pacientes com dor lombar.

Os resultados podem ter sido influenciados pela alta incidência de desistência.

Os resultados são apresentados como médias e 25- 75 foram transformados em médias e desvios padrão.

Língua: Inglês

Publicação: trabalho completo

Sem informação adicionais dos autores

Para resultados, ver as comparações:

07.01

07.03

Resultados do estudo: " a manipulação rendeu os melhores resultados sobre todas as principais medidas de resultado exceto pelo Índice de Incapacidade do Pescoço, pelo qual a acupuntura alcançou um resultado melhor que a manipulação". "Todas as três terapias mostraram resposta positiva de acordo com o SF-36 questionário do estado geral de saúde"

Conclusões: "Em pacientes com dor espinal crônica, a manipulação, se não contra-indicada, resulta em uma maior melhora a curto prazo do que a acupuntura ou medicação".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Giles 1999 (NSAID)

Métodos

See Giles and Muller 1999

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Giles 1999 (manip)

Métodos

See Giles and Muller 1999

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo**Giles 2003 (NSAID)**

Métodos

See Giles and Muller 2003

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo**Giles 2003 (manip)**

Métodos

See Giles and Muller 2003

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Grant 1999

Métodos

- Números randomizados foram usados (método não descrito) para gerar uma sequência de envelopes fechados contendo o código de tratamento, o próximo envelope disponível sendo aberto na entrada do paciente no ensaio.

-Avaliadores de resultado eram cegos

-Financiamento: Trustees of the Liberton Hospital Endowment Funds

-Local: clínica de pacientes externos no Reino Unido

-Consentimento informado: não relatado

-O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa de Lothian

-Acompanhamento: 57 dos 60 randomizados

-Análise: sem intenção de tratar. Testes-U de Mann-Whitney para diferenças entre os grupos

Participantes

60 pacientes de 60 anos ou mais, com uma queixa de dor de pelo menos 6 meses de duração

Diagnóstico: dor lombar crônica

Excluídos: tratamentos com anticoagulante, corticosteróides sistêmicos, demência, tratamentos prévios com acupuntura ou TENS, marca-passo cardíaco, outras doenças severas concomitantes, incapacidade do paciente ou do terapeuta de aplicar o TENS.

Idade média: 73.6 anos

6 homens e 54 mulheres

Tratamentos prévios: não relatados

Intervenções

1) Duas sessões de acupuntura manual semanalmente por 4 semanas, isto é, 8 sessões no total. As agulhas eram de um tamanho padrão (espessura 32, 38mm de comprimento com tubo guia). Os

pontos eram escolhidos para o paciente individual como na prática clínica rotineira, usando apenas pontos nas costas. Seis agulhas eram usadas em média em cada tratamento com um mínimo de duas e um máximo de oito. Dois desistiram durante o estudo. Razões: influenza e problema dental.

2) TENS: máquina padrão (TPN 200, Physio-Med-Services) usando 50 Hz de estimulação com a intensidade ajustada para fazer bem ao paciente, novamente como uma prática clínica rotineira. Foi dado ao paciente sua própria máquina para usar em casa, e instruído para usá-la durante o dia como pedido acima de 30 minutos por sessão a um máximo de 6 horas por dia. Ela/ele também foi visto por 20 minutos, duas vezes semanalmente, pelo fisioterapeuta, assegurando o mesmo contato com ele. A cada visita, os sintomas eram revistos, o tratamento discutido e o uso ideal do TENS assegurado. Randomizados para este grupo: 28. Um desistiu devido a depressão aguda.

Co-intervenções: os pacientes eram avisados a continuar com a medicação mas não dar início a novos analgésico ou quaisquer tratamentos físicos adicionais pela duração do tratamento.

Resultados

- 1) Dor: escala análogo visual (0 a 200 mm)
- 2) Subescala de dor do perfil de saúde de Nottingham de 38 itens parte 1.
- 3) Consumo de analgésicos
- 4) Flexão espinal

Estes resultados foram analisados na descrição inicial, 4 dias e 3 meses após a última sessão de tratamento.

Custos: não relatados

Complicações: 3 pacientes de acupuntura relataram tontura e 3 pacientes de TENS desenvolveram reações de pele. (Compação 07.08)

Anotações

Os dois grupos aparecem diferentes na descrição inicial com respeito a quatro desfechos. Pacientes no grupo acupuntura têm maior pontuações de dor na EAV e NHP, flexão espinal reduzida e menor consumo de comprimidos comparados ao grupo TENS.

Devido aos autores não terem ajustado os valores a descrição, não podem ser feitas conclusões neste estudo.

Nós poderíamos tentar obter dados brutos dos autores e aplicar a ANCOVA, mas como o dado está distorcido, a transformação não é apropriada.

Resultados:

07.01

07.08

Língua: Inglês

Publicação: trabalho completo

Sem informação adicional dos autores.

Conclusões: "Um curso de 4 semanas de se a acupuntura ou o TENS têm efeitos demonstráveis em medidas subjetivas de dor (pontuações de EAV e NHP) e permitia a eles reduzir seu consumo de comprimidos analgésicos. Os benefícios de ambos os tratamento permanecem significantes 3 meses após a conclusão, com uma tendência em direção a uma melhora adicional nos pacientes de acupuntura".

Ocultação da distribuição

A

Estudo

Gunn 1980

Métodos

-Randomizado (blocos randomizados, blocos definidos pela idade e posição de operação; o primeiro sujeito de cada bloco foi designado ao tratamento de acupuntura).

-Sem informação sobre ocultação da alocação

-Ninguém era cego

-Financiamento: quadro de Compensação de Trabalhadores da Columbia Britânica

-Consentimento informado: sim

-Aprovação ética: não relatada

-Acompanhamento: 56 (100%) na alta, 53 (95%) em 12 semanas e 44 (78%) na época da escrita.

-Análise: análise de covariância. Sem intenção de tratar.

Participantes

56 homens com dor lombar crônica de pelo menos 12 semanas de duração, que tiveram 8 semanas

de um regime clínico padrão.

Diagnóstico: doenças discais, tensão lombar, espondilite, espondilolistese, radiculopatia, contusão lombar, pseudoartrose, Protusão discal, disco prolapsado, síndrome discal lombar, síndrome pós-laminectomia, neuropatia, ciática, compressão de raiz nervosa, tensão da faceta, tensão músculo-ligamentar, fratura de compressão, tensão ligamento interespinoso.

Excluídos: dor na coluna psicossomática. Mulheres.

Idade média: 40.6 anos (variando de 20 a 62 anos)

Posição de trabalho: todos sem trabalhar.

Tratamentos prévios: alguns fizeram cirurgia.

Intervenções

1) Terapia com agulhas em trigger points: terapia padrão (fisioterapia, exercícios remediais, terapia ocupacional, avaliação industrial) mais agulhas em trigger points nos pontos motores musculares (não-meridianos), agulhas de 3 to 5 cm, direção da agulha perpendicular à pele, estimulação mecânica por picadas e giros, estimulação elétrica de baixa voltagem uma vez ou duas por semana. Treinamento e experiência desconhecidos.

Randomizados para este grupo: 29

2) Apenas terapia padrão (fisioterapia, exercícios remediais, terapia ocupacional, avaliação industrial)

Randomizados para este grupo: 27

Resultados

1) Melhora global:

0: sem melhora. Ainda incapaz. Incapaz de retornar a qualquer forma de trabalho.

+: alguma melhora. Algum desconforto subjetivo. Capaz de retornar a um trabalho leve.

++: boa melhora. Desconforto leve subjetivo mas capaz de retornar ao trabalho e à função pré-acidente (ou equivalente).

+++ : melhora total. Sem desconforto subjetivo. Retorno ao trabalho prévio (ou equivalente).

O acima foi mensurado após a alta, 12 semanas após a alta e na época de escrita do trabalho. (todos estes variaram).

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Intervenção é a terapia com agulhas em trigger points

Nós dividimos em 0 verso +/++/+++.

Língua: Inglês

Publicação: trabalho completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

09.01

Conclusão: "O grupo que foi tratado com agulhagem foi claramente e significativamente melhor do que o grupo controle com relação ao estado de alta, em 12 semanas, e no final do acompanhamento".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

He 1997

Métodos

- Randomizado (método não relatado). Sem informação sobre ocultação de distribuição
- Pacientes eram cegos
- Financiamento: não relatado
- Local: clínica de pacientes externos em um hospital. Centro Universitário em Sichuan Province, China
- Consentimento informado: não relatado
- Aprovação ética: não relatada
- Acompanhamento: todos os 100 pacientes foram acompanhados

-Análise: não relatada

Participantes

100 pacientes com dor lombar (5 dias a 6 meses de duração), com amplitude de movimento limitada, e sintomas que pioram com o frio e tempo chuvoso.

Excluídos: doença hepático ou óssea confirmada por teste de urina e RX.

Variação de idade: 22 a 79 anos

44 homens e 56 mulheres

Posição de trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatado

Intervenções

1) Acupuntura manual com moxabustão mais medicina herbal Chinesa. Dois grupos de pontos: 1) GV 4, BL 22 , pontos-Ashi. 2) BL23, GV 3 e Extra 9 (L3-L4). Moxibustão foi usada de 2 a 3 vezes no manejo das agulhas e estas foram retidas por 30 minutos. Os tratamentos eram diários até 10 tratamentos. A sensação de Teh Chi foi obtida. A fórmula herbal foi dada diariamente.

Randomizados para este grupo: 50

Experiência: desconhecida

2) Apenas tratamento herbal Chinês.

Randomizados para este grupo: 50

Resultados

1) A avaliação global que incluiu dor, função física, sensibilidade à mudança de tempo e retorno ao trabalho.

De acordo com esta mensuração, os pacientes são classificados em:

a) curados: sem dor, retorno a vida normal e trabalho normal, permanece normal até um ano de acompanhamento;

b) marcado efetivo: a dor geralmente não existe, mas ainda sente-se desconfortável em tempo frio e úmido;

c) melhor: a dor é marcadamente aliviada, ainda sente-se desconfortável em tempo frio e úmido, mas melhor do que no pré-tratamento.

d) sem mudanças: sem mudanças significantes.

A avaliação global foi medida um ano após o final das sessões.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Nós classificamos a duração como aguda/subaguda

Nós dividimos em a/b/c verso d.

Língua: Chinês

Publicação: trabalho completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

03.02

Conclusão: "A acupuntura manual com moxibustão mais medicina herbal Chinesa é melhor ($p < 0.01$) que somente a medicina herbal Chinesa para o tratamento da dor lombar com frio e umidade, baseado no diagnóstico TCM".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Inoue 2000

Métodos

-Randomizado (números gerados por computador). A distribuição foi feita por um escritório centralizado usando a Internet.

-Pacientes e avaliadores de resultado eram cegos.

-Local: Hospital Universitário em Kyoto, Japão

- Foi obtido o consentimento informado escrito dos pacientes.
- O Comitê de Ética aprovou este estudo.
- Acompanhamento: todos os 27 pacientes foram acompanhados (100%)
- Análise: teste U de Mann-Whitney foi usado para a análise entre os grupos.

Participantes

27 pacientes com dor lombar de duração desconhecida que foram à clínica de acupuntura de pacientes externos.

Excluídos: (1) achados neurológicos, dor parestesias na extremidade inferior; (2) malignidade; (3) infecção ou doença inflamatória; (4) fratura; (5) lombalgia devido a problema urológico, ginecológico, digestivo ou cardio-vascular; (6) pacientes que não podem parar outros tratamentos conflitantes ou em andamento; (7) problema de condição geral; (8) demência; (9) gravidez.

Idade média: 59.6 anos

Gênero: sem informação

Posição no trabalho: sem informação

Tratamentos prévios: sem informação

Intervenções

1) Acupuntura real: dois pontos de agulhagem foram escolhidos bilateralmente da área lombar (i.e. 4 pontos no total): BL52 e ponto extra (yao-yan: EX-B7). As agulhas foram inseridas a uma profundidade de 20 mm, manipuladas por um método de bicada de pardal por 20 segundos, e então removidas. Uma sessão de tratamento foi realizada.

Randomizados para este grupo: 15

O acupunturista tinha mais de 10 anos de experiência.

2) Acupuntura placebo: os mesmos dois pontos foram escolhidos. O acupunturista imitou as inserções das agulhas: tubo guia com as cabeças das agulhas cobertas por fitas, então o gesto da agulhagem era realizado por 20 segundos. Uma sessão.

Randomizados para este grupo: 12

Resultados

1) Dor: escala análogo visual (EAV) imediatamente após a única sessão.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Língua: Japonês

Publicação: resumo

Nós obtivemos informação adicional dos autores.

Para resultados, ver as comparações:

10.01

Conclusão: "Não houve diferença entre a agulhagem real e a placebo".

Ocultação da distribuição

A

Estudo

Inoue 2001

Métodos

-Randomizado (números gerados por computador). A distribuição foi feita por um escritório centralizado usando a Internet.

-Pacientes e avaliadores de resultado eram cegos.

-Financiamento: não relatado

-Local: Hospital Universitário em Kyoto, Japão

-Foi obtido o consentimento informado escrito dos pacientes.

-O Comitê de Ética aprovou este estudo.

-Acompanhamento: todos os 21 pacientes foram acompanhados (100%)

-Análise: teste U de Mann-Whitney foi usado para a análise entre os grupos

Participantes

21 pacientes com dor lombar de duração desconhecida que foram à clínica de acupuntura de pacientes externos foram incluídos.

Excluídos: (1) achados neurológicos, dor parestesias na extremidade inferior; (2) malignidade; (3) infecção ou doença inflamatória; (4) fratura; (5) lombalgia devido a problema urológico, ginecológico, digestivo ou cardio-vascular; (6) pacientes que não podem parar outros tratamentos conflitantes ou em andamento; (7) problema de condição geral; (8) demência; (9) gravidez.

Idade média: 55.1 anos

Gênero: sem informação

Posição no trabalho: sem informação

Tratamentos prévios: sem informação

Intervenções

1) Acupuntura real: um ponto de agulhagem da area lombar foi escolhido: foi detectado o local mais doloroso. As agulhas foram inseridas e a técnica da bicada de pardal foi realizada por 20 segundos. Uma sessão.

Randomizados para este grupo: 10

Experiência: não relatada

2) Acupuntura placebo: um ponto de agulhagem da area lombar foi escolhido: foi detectado o local mais doloroso, o mesmo do grupo de agulhagem. O acupunturista imitou a inserção da agulha: tubo guia com as cabeças das agulhas cobertas por fitas, então o gesto da agulhagem era realizado por 20 segundos. Uma sessão.

Randomizados para este grupo: 11

Resultados

1) Dor: escala análogo visual (EAV) na ação mais restrita imediatamente após a única sessão.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Língua: Japonês

Publicação: resumo

Nós obtivemos informação adicional dos autores.

Para resultados, ver as comparações:

10.01

Conclusão: "A agulhagem real é superior à agulhagem placebo".

Ocultação da distribuição

A

Estudo

Kerr 2003

Métodos

- Randomizado (números gerados pelo computador). Sem informação sobre quem realizou a distribuição dos pacientes.
- Pacientes e avaliador de resultados eram cegos.
- Financiamento: Departamento de Saúde e Serviços Sociais da Irlanda do Norte.
- Local: clínica de pacientes externos em um hospital
- Assinaram uma forma de consentimento e foram verbalmente avisados quanto à natureza da intervenção. Os pacientes eram informados que eles iriam receber uma das duas formas diferentes de tratamento sendo investigadas.
- A permissão ética foi obtida do Comitê Ético de Pesquisas da Universidade de Ulster
- 46 dos 60 ácientes randomizados (76%) terminaram o período de estudo e 40/60 (66.7%) foram acompanhados aos 6 meses.
- Análise: apenas aqueles que completaram o estudo (46/60). Testes-t para amostras pareadas e independentes.

Participantes

60 pacientes com dor lombar crônica (> 6 meses) com ou sem dor na perna e com déficits neurológicos. Duração média da dor foi de 75.8 meses.

Excluídos: idade < 18 anos, gravidez, desordens sistêmicas, artrite reumatóide, osteoartrite da coluna ou câncer.

Idade média: 41 anos

28 homens e 32 mulheres

posição do trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatados

Intervenções

1) Mesmos acupontos para todos, sem levar em conta a distribuição de seus sintomas: BI23, BI25, GB 30, BI40, KI3 (todos bilateral) e GV4. Onze agulhas foram usadas em cada sessão (agulhas de acupuntura Seirin N8, 0.30 x 50 mm, c-tipo). As agulhas foram inseridas até a produção do Teh Chi Posição: prono. Duração: 30 minutos. As agulhas foram rodadas manualmente para produzir o Teh Chi inicialmente e em intervalos de 10 a 20 minutos. Sessões: 6 sessões, por um período de 6 semanas.

Pacientes também recebiam um folheto com relação a sua dor na coluna que incluía conselhos padrão e exercícios.

Um fisioterapeuta habilitado e treinado em acupuntura realizou todos os tratamentos.

Randomizados para este grupo: 30

2) Placebo-TENS: Pacientes foram avisados que o tratamento era relativamente novo e que eles não deveriam sentir qualquer desconforto com o procedimento e, de fato, não deveriam estar cientes de qualquer sensação. Eles foram avisados que o tratamento tinha um efeito nas terminações nervosas e que isso deveria aliviar seus sintomas. O paciente ficou deitado na posição prono por 30 minutos. Um TENS não-funcionante foi ligado a 4 eletrodos posicionados sob a coluna lombar e a unidade foi posicionada em uma posição para dificultar a interferência com o aparelho. O investigador monitorou a condição do paciente após 10 e 20 minutos. Sessões: 6 por um período de 6 semanas.

Os pacientes também recebiam o folheto de conselhos e exercícios e o mesmo investigador principal realizou todos os tratamentos.

Randomizados para este grupo: 30

Resultados

1) Dor (EAV)

2) SF-36

3) Exame físico: distância dedo-chão.

Todos estes resultados foram medidos imediatamente após o final da sexta sessão.

4) Melhora global medida aos 6 meses: "Você teve alívio da dor? "Sim" ou "Não". Mas apenas 40 (66.7%) pacientes foram acompanhados acima de 6 meses.

Custos: não relatados

Complicações: no grupo da acupuntura houve 2/23 pacientes que relataram efeitos colaterais e 2/17 no grupo placebo.

Anotações

Língua: Ingles

Publicação: trabalho completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

06.01

06.02

06.04

06.07

Conclusões: "Embora a acupuntura tenha mostrado diferenças significantes em todas os desfechos, as diferenças entre os dois grupos não foram estatisticamente significantes".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Kittang 2001

Métodos

- Randomização em grupos de quatro pacientes (método não descrito). Sem descrição de quem realizou a distribuição dos pacientes.

-Avaliador de resultados era cego

-Financiamento: três fontes governamentais, associação médica e financiamento de ciência do distrito como também financiamento de duas companhias farmacológicas.

-Local: clínica particular em Flora and Kinn, Norway

-Consentimento não descrito, aprovação de ética obtida.

-57/60 pacientes foram acompanhados.

-Análise: teste-t e teste exato de Fishers.

Participantes

60 pacientes com dor lombar aguda (durando menos de 10 dias).

Excluídos: resultados neurológicos, mal reumático, doença maligna, uso sistêmico de drogas anti-inflamatórias ou esteróides antes da inclusão e uso da medicina que pode interagir com drogas anti-inflamatórias.

Entre 18 e 67 anos de idade

Gênero: ambos os sexos

Posição de trabalho: 2/3 de licença por doença na época da inclusão.

Intervenções

1) Primeiro tratamento foi agulhagem no "lumbago 1 e 3" com lumbago medial, e no "lumbago superior" com mais dor lateral. Os tratamentos tardios em 5 agulhas sobre o nível L2, nos "pontos Ashi" (pontos de dor local) e em ambos os tronozelos. A analgesia foi permitida e licença por doença fornecida quando necessário. Quatro tratamentos dentro de duas semanas.

Os pacientes em ambos os grupos receberam conselhos gerais e foram encorajados a atividades físicas diárias.

Randomizados para este grupo: 30

2) Naproxen 500 mg duas vezes diariamente por dez dias.

Randomizados para este grupo: 30

Resultados

1) Dor (EAV) mensurada na avaliação inicial, 1 e 2 semanas e 3 e 6 meses.

2) Uso de outros analgésicos medidos em 1 e 2 semanas

3) Número de episódios de dor na coluna em 6 e 18 meses

4) Efeitos colaterais em 1 e 2 semanas

5) Rigidez medida na avaliação inicial, 1 e 2 semanas e 3 e 6 meses

6) Flexão lateral medida na avaliação inicial, 1 e 2 semanas e 3 e 6 meses

Custos: não relatados

Anotações

Língua: Norwegian

Publicação: texto completo

Pedida informação adicional aos autores: sem resposta

Para resultados, ver as comparações:

03.01

03.04

03.06

Conclusões: "Não há diferença na redução de dor ou rigidez em uma avaliação de 6 meses"

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Kurosu 1979(a)

Métodos

- Randomizado (método não descrito). Sem informação sobre ocultação da alocação.
- Sem informação sobre mascaramento.
- Financiamento: não relatado
- Local: clínica particular em Tokyo, Japão
- Não há descrição sobre consentimento informado e aprovação ética.
- Acompanhamento: 20 dos 20 (100%)
- Análise> intenção de tratar, usado o teste-t para análises entre os grupos.

Participantes

20 pacientes com dor na região lombar ou sacral.

Maioria dos pacientes tinha entre 40 e 50 anos.

10 homens e 10 mulheres.

Posição de trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatado

Intervenções

1) Acupuntura: as agulhas foram inseridas, e deixadas no local por 10 minutos, e então removidas. A profundidade de inserção foi de 2 a 4 cm, dependendo da figura de cada um. As agulhas de acupuntura eram agulhas de aço inoxidável (50 mm comprimento, 0.25 mm diâmetro). Foram escolhidos de seis a oito pontos na parte lombar BL23, 24, 25, 26, 27, 31, 52 e 3 pontos extra de canais por palpação. A agulhagem abdominal foi adicionada: as agulhas foram inseridas a uma profundidade de 1 a 1.5 cm em CV4, 13 e ST25 (bilateralmente). O tratamento de acupuntura foi realizado mais de 4 vezes.

Randomizados para este grupo: 10

Experiência: acupunturista bem conhecido e bem experiente.

2) Moxabustão com alho na região lombar: a Moxa é posicionada em cima de um pedaço de alho. Foram escolhidos seis a oito pontos na area lombar de BL23, 25, 27, 52 e outros pontos por palpação.

Randomizados para este grupo: 10

Resultados

1) Dor: questionário de 10 ítems sobre as ações específicas que causaram dor. O possível alcance deste questionário é de -10 a 20 (se o paciente sentir dor em todas as ações) e pontuações maiores são melhores. Foi mensurada imediatamente antes da segunda e quarta sessões.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Língua: Japonês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores.

Para resultados, ver as comparações:

11.02

Conclusões: "Não há diferença entre a técnica de retenção da agulha e de moxibustão com alho para dor lombar".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Kurosu 1979(b)

Métodos

- Randomizado (método não descrito). Sem informação sobre ocultação da distribuição.
- Sem informação sobre cegueira.
- Financiamento: não relatado
- Local: clínica particular em Tokyo, Japão
- Não há descrição sobre consentimento informado e aprovação ética.
- Acompanhamento: 20 dos 20 (100%)
- Análise: intenção de tratar, usado o teste-t para análises entre os grupos.

Participantes

20 pacientes com dor na região lombar ou sacral.

Maioria dos pacientes tinha entre 40 e 50 anos.

11 homens e 9 mulheres.

Posição de trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatado

Intervenções

1) Acupuntura: as agulhas foram deixadas no local por 10 minutos, e então removidas. Profundidade de 2 a 4 cm. Agulhas de aço inoxidável (50 mm comprimento, 0.25 mm diâmetro). Foram escolhidos de seis a oito pontos na parte lombar BL23, 24, 25, 26, 27, 31, 52 e 3 pontos extra de canais por palpação. A agulhagem abdominal foi adicionada: as agulhas foram inseridas a uma profundidade de

1 a 1.5 cm em CV4,13 e ST25 (bilateralmente). O tratamento de acupuntura foi realizado mais de 4 vezes.

Randomizados para este grupo: 10

Experiência: acupunturista bem conhecido e bem experiente.

2) Outra técnica de acupuntura: as agulhas foram removidas imediatamente após a inserção. A profundidade de inserção foi de 2 a 4 cm, dependendo da figura de cada um. Agulhas de aço inoxidável (50 mm comprimento, 0.25 mm diâmetro). Foram escolhidos de seis a oito pontos na parte lombar BL23, 24, 25, 26, 27, 31, 52 e 3 pontos extra de canais por palpação. A agulhagem abdominal foi adicionada: as agulhas foram inseridas a uma profundidade de 1 a 1.5 cm em CV4,13 e ST25 (bilateralmente). O tratamento de acupuntura foi realizado mais de 3 vezes.

Randomizados para este grupo: 10

Resultados

1) Dor: questionário de 10 ítems sobre as ações específicas que causaram dor. O possível alcance deste questionário é de -10 a 20 (se o paciente sentir dor em todas as ações) e pontuações maiores são melhores. Foi mensurada imediatamente antes da segunda e quarta sessões.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Língua: Japonês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores.

Para resultados, ver as comparações:

11.02

Conclusões: "Os resultados da técnica de retenção da agulha são superiores aos da técnica de inserção simples para dor lombar".

Ocultação da distribuição

B

Estudo**Lehmann 1986****Métodos**

- Randomização em blocos, blocos definidos por cirurgia lombar prévia (método não relatado). Sem informação sobre ocultação da distribuição.
- Os terapeutas eram cegos entre o TENS real e o TENS placebo, mas não entre acupuntura e TENS
- Financiamento: Bolsa NIHR.
- Local: clínica multidisciplinar de pacientes internos em uma Universidade do Hospital de Iowa, EUA
- Consentimento informado e aprovação de ética não relatados
- análise: análise multivariada de covariância (ajustes para pontuações de descrição inicial e para sinais não-orgânicos). Sem análise de intenção de tratar.

Participantes

54 pacientes escolhidos em clínica ortopédica com dor lombar incapacitante crônica (>3 meses) .

Excluídos: candidatos para cirurgia lombar, dor menos do que 3 meses, gravidez, osteomielite da coluna, discite, tumor, espondilite anquilosante, fraturas vertebrais e escoliose estrutural.

Diagnóstico: dor lombar incapacitante (sem trabalhar) crônica . Duração da dor lombar: 48% mais que 18 meses.

Média de idade: 39 anos (variando de 20 a 59)

Gênero: 33% mulheres

93% casadas

posição de trabalho: 1/54 estava trabalhando. 51 estavam recebendo compensação. 33% estavam envolvidos com litigação.

Tratamentos prévios: alguns sofreram cirurgia.

Intervenções

1) Eletroacupuntura com agulhas, onda bifásica em 2 a 4 Hz, meridiano da bexiga interno e externo para dor paravertebral. Meridiano da vesícula para dor lateral (ciática). Pontos LI4 e pontos adicionais

foram estimulados de acordo com o padrão de dor do paciente; acupunturista com certificado e experiente; duas vezes semanalmente por 3 semanas. Sem relato do Teh Chi.

Randomizados para este grupo: 18

2) TENS real, comprimento de pulso de 250/segundo a 60 Hz, 15 tratamentos em 3 semanas, intensidade sub-limiar, pontos de estimulação sobre o centro de dor, fisioterapeuta experiente.

Randomizados para este grupo: 18

3) TENS placebo, mesmo que o TENS mas sem bateria.

Randomizados para este grupo: 18

Resultados

1) Pico de dor e média de dor (EAV)

2) Atividades de vida diária: 15 ítems (sim/não)

3) Percepção de melhora do clínico

4) Amplitude de movimento

Todos estes resultados foram mensurados na descrição inicial, na alta e entre 3 e 6 meses após a alta.

5) Retorno ao trabalho após 6 meses (de sem incapacidade=10 pontos, a não capaz de trabalhar=0 pontos);

Custos: não relatados

Complicações: não houve complicações.

Anotações

Língua: Inglês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

06.06

06.08

06.11 (outra tabela de dados)

07.07

07.08

07.10 (outra tabela de dados)

Conclusões: "Não houve diferenças significantes entre os grupos de tratamento com respeito a sua reabilitação total". "o grupo de eletroacupuntura demonstrou resultados levemente melhores que os outros grupos"

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Leibing 2002

Métodos

- Método de randomização baseado em computador
- Pacientes e avaliadores de resultado eram cegos (Pacientes eram cegos apenas entre os dois tipos de acupuntura)
- Financiamento: Ministério da Educação, Ciência, Pesquisa e Tecnologia, República Federal da Alemanha.
- Local: clínica de pacientes externos. Departamento de ortopedia da Universidade de Goettingen, Alemanha
- Consentimento informado e aprovação ética foram obtidos
- Acompanhamento: 150 pacientes foram randomizados 131 iniciaram o tratamento. 114 (76%) foram acompanhados no final do tratamento e 94 (63%) em 9 meses.
- Análise: ANOVA com comparações de post-hoc usando os testes de alcance de Tukey quando efeitos globais significantes foram observados. Sem análise de intenção de tratar, mas usada a última observação passada a frente dos 131 pacientes que iniciaram o tratamento.

Participantes

150 pacientes com dor lombar crônica (> 6 meses) não-irradiada.

Excluídos: estados neurológicos anormais, doença severa concomitante, mal psiquiátrico, psicoterapia atual, RX Antero-posterior e lateral lombossacral patológico (exceto por mudanças degenerativas mínimas), doença inflamatória reumática, hospitalização planejada e recusa de participação.

Idade média: 48.1 anos

Gênero: 58% mulheres

76% casadas

BMI média: 26.3

Posição de trabalho: 82% empregadas

Tratamentos atuais: 8.4% cirurgia. 50% analgésicos.

Intervenções

1) Todos os pacientes receberam fisioterapia ativa padrão de 26 sessões (cada 30 minutos) por 12 semanas. Foi realizado por fisioterapeutas treinados de acordo com o conceito de Bruegger. Em adição, 20 sessões (cada 30 minutos) por um médico experiente Tailandês por 12 semanas. Nas primeiras 2 semanas, a acupuntura foi feita 5x/semana, e nas próximas 10 semanas, 1x/semana. Acupuntura tradicional combinada de corpo e ouvido. Vinte acupontos corporais fixos (9 bilateral, dois pontos únicos) e seis na orelha (alternadamente em uma orelha) foram selecionados de acordo com sua função na TCM e foram agulhados em todo paciente. Não foi realizado nenhum procedimento diagnóstico para determinar acupontos individuais.

Os pontos corporais foram estimulados manualmente até o Teh Chi e deixados no local por 30 minutos: GV3, GV4, BL23, BL25, BL31, BL32, BL40, BL60, GB34, SP6, Yautungdien (extra meridiano, nas costas da mão).

pontos auriculares (deixados por uma semana): 38, 51, 52, 54, 55, 95

Randomizados para este grupo: 50, mas apenas 40 iniciaram o tratamento. Dez foram perdidos antes da primeira sessão. Razões: consentimento de retirada=3; critérios de exclusão apareceram anterior ao tratamento=5; realocizados=2.

2) Sem tratamento adicional. Apenas fisioterapia ativa (como descrita acima)

Randomizados para este grupo: 50, mas apenas 46 iniciaram o tratamento. Quatro foram perdidos antes do primeiro tratamento. Razões: consentimento de retirada =2; critérios de exclusão =2.

3) Acupuntura placebo mais fisioterapia. Acupuntura placebo recebeu 20 sessões (cada 30 minutos) de acupuntura mínima pelo mesmo clínico por 12 semanas. Acupuntura placebo foi realizada seguindo os padrões da acupuntura mínima. As agulhas foram inseridas superficialmente, de 10 a 20 mm distantes dos acupontos verdadeiros, fora dos meridianos, e não foram estimulados (sem Teh

Chi).

Randomizados para este grupo: 50, mas apenas 45 começaram o tratamento. Razões: consentimento de retirada =1; critérios de exclusão =4.

Resultados

1) Intensidade de dor: 10 cm EAV

2) Incapacidade por dor: pontuação total consiste de 7 áreas de atividade (min 0, max 70) 0=sem incapacidade, 70=total incapacidade.

3) Sofrimento psicológico: Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar, instrumento de 14 itens para uso em pacientes médicos não-psiquiátricos. Pontuação total (0 to 42) é uma medida de sofrimento psicológico.

4) Flexão da coluna, distância dedo-chão (min = 0 cm)

Custos: não relatados

Complicações: mínimas, ocorreram efeitos adversos não sérios em três pacientes do grupo acupuntura.

Anotações

O uso da última observação levada adiante geralmente atenua as diferenças entre os grupos.

Língua: Inglês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

06.01 06.03

06.08 06.12

06.13 06.15

13.01 13.02

13.03 13.05

13.08 13.09

Conclusões: "A acupuntura mais fisioterapia foi superior a somente fisioterapia com relação à intensidade de dor, incapacidade e sofrimento psicológico no final do tratamento. Comparada a

acupuntura placebo mais fisioterapia, a acupuntura (mais fisioterapia) reduziu o sofrimento psicológico apenas. Aos 9 meses, a superioridade da acupuntura mais fisioterapia comparada a somente fisioterapia tornou-se menor e a acupuntura mais fisioterapia não foi diferente do placebo mais fisioterapia".

Ocultação da distribuição

A

Estudo

Li & Shang 1997

Métodos

-Randomizado (método não relatado).

Sem menção da ocultação da distribuição

-Pacientes eram cegos. Comentário: já que ambos os grupos receberam tratamentos ativos, todos os pacientes deveriam saber que eles eram tratados por acupuntura "real". Entretanto, eles provavelmente não poderiam falar em qual grupo de tratamento eles estavam.

-Local: clínica de pacientes externos em um hospital. Província de Hebei, China.

-Consentimento informado e aprovação de ética não foram mencionados.

-Acompanhamento: todos os 156 pacientes foram acompanhados.

-Análise: teste U: entre os grupos.

Participantes

156 pacientes com dor lombar de duração variada (entre 2 dias e 8 anos)

Diagnóstico: não relatado

Excluídos: não relatado

Idade entre 20 e 71 anos.

80 homens e 76 mulheres

posição de trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatado

Intervenções

1) Acupuntura manual mais cupping. A sensação de Teh Chi foi obtida e as agulhas eram retidas por 20 minutos. Pontos mais importantes: BL23, 40. GV 2, 26, LU5. Pontos suplementares: para frio e umidade: GV3, BL31, 34. Para estase sanguínea: BL17, 18. Para deficiência renal: GV4 e KI 3. O tratamento foi dado um dia sim outro não (exceto para dor lombar aguda, a qual foi tratada diariamente) acima de 10 tratamentos.

Randomizados para este grupo: 78

Experiência: adequada

2) Somente acupuntura manual. Pontos mais importantes: BL23, 40 e GV2. Pontos suplementares: os mesmos do grupo de tratamento.

Randomizados para este grupo: 78

Resultados

1) Avaliação global (ver descrição em He 1997). Mensurada imediatamente após o final das sessões.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Língua: Chinês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

12.07 (other data table)

Conclusões: "A acupuntura manual mais a técnica de cupping é melhor que somente acupuntura manual para tratamento da dor lombar"

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Lopacz & Gralewski

Métodos

- Procedimento de randomização não descrito.
- Ninguém era cego.

Participantes

34 pacientes homens de um departamento de neurologia.

Critérios de inclusão: dor lombar por 1 mês ou mais.

Idade: media de 42 anos (variando de 25 a 52).

Intervenções

1) Acupuntura: 4 agulhas perto da coluna, 10 minutos, 4 tratamentos, 8 dias, mais farmacoterapia.

Teh Chi impreciso. Treinamento e experiência dos acupunturistas desconhecida.

Randomizados para este grupo: 18

2) Placebo, sugestão, novo método sueco para alívio de dor, mesmos 4 pontos eco-encefalográficos, 10 minutos, 4 tratamentos, 8 dias, mais farmacoterapia.

Randomizados para este grupo: 16

Resultados

1) Melhora global (escala de 5 pontos): muito bom, bom, duvidoso, igual e pior.

Mensurado após o primeiro tratamento e após 4 tratamentos.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Apenas acompanhamento muito curto. Tamanho das amostras pequeno.

[Autores dividiram em muito bom + bom versus outros.](#)

Nós classificamos os pacientes como dor lombar crônica.

Língua: Polonês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

06.02

Conclusões: "Os resultados terapêuticos foram melhores, ambos imediatamente e após a séire de acupuntura. A diferença nos resultados do tratametro foi estatisticamente significativa nos pacientes com as maiores durações de dor (>3 meses)".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

MacDonald 1983

Métodos

- um processo randômico estratificado para dividir os sexos tão igualmente o quanto for possível entre os dois grupos.
- Pacientes e avaliadores eram cegos.
- Financiamento: Autoridade de Saúde Regional Thames do Noroeste.
- Local: Londres
- Consentimento informado e aprovação de ética não relatados.
- Acompanhamento: não relatado
- Análise: teste de soma de categoria de Wilcoxon.

Participantes

17 pacientes referidos de departamentos ortopédicos e reumatológicos.

Critérios de inclusão: DL crônica por pelo menos um ano, sem alívio de tratamentos convencionais.

Diagnóstico: espondilite, espondilite anquilosante, lesão degenerativa discal, idiopática, reumatismo não-articular, osteoartrite, disco intervertebral prolapsado, aracnoidite, estresse ligamentas e osteocondrite de Scheuermann.

Critérios de exclusão: não relatados

Demográficos: não relatados. Mas diz "os dois grupos eram comparáveis em termos de idade, duração da dor, pontuações de humor, número de sinais físicos e severidade da dor".

Intervenções

1) Agulhagem superficial: subcutânea (4 mm) agulha de espessura-30 inserção nos pontos gatilho. (Número de pontos gatilho desconhecidos). 5 a 20 minutos, máximo de 10 tratamentos em 10 semanas. Impulsos eletricos de 700 μ s a 2 Hz se a estimulação manual falhasse.

Randomizados para este grupo: 8

Experiência: desconhecida

2) Estimulação elétrica transcutânea placebo: eletrodos conectados a aparelhos de imitação, máximo de 10 tratamentos em 10 semanas.

Randomizados para este grupo: 9

Resultados

1) Alívio de dor:

- pior (-1)
- sem mudança (0)
- melhora minima (1% a 24%) (1)
- melhora moderada (25% a 49%) (2)
- bom (50% a 74%) (3)
- excelente (75% a 99%) (4)
- resolução completa (100%) (5)

2) Redução da pontuação de dor

3) Redução da pontuação de atividade de dor

4) Redução dos sinais físicos

5) Redução da severidade e área de dor

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Intervenção é a terapia com agulhas em trigger points

Tamanho de amostra muito pequeno, número de tratamentos desconhecido, e tempo de acompanhamento desconhecido

Língua: Inglês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Resultados:

- 1) alívio de dor: terapia com agulhas em trigger points: 77.36, placebo: 30.14 ($p < 0.01$);
- 2) Pontuação de dor: terapia com agulhas em trigger points: 57.15, placebo 22.71 (p :NS);
- 3) Atividade: terapia com agulhas em trigger points: 52.04, placebo 5.83 ($p < 0.05$);
- 4) Sinais físicos: terapia com agulhas em trigger points: 96.78, placebo: 29.17 ($p < 0.01$);
- 5) Severidade e área de dor: terapia com agulhas em trigger points: 73.75, placebo: 18.89 ($p < 0.01$);

Conclusões: "A agulhagem alcançou melhores respostas que o placebo em todas as cinco medidas. Quatro das cinco diferenças inter-grupo foram estatisticamente significantes".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Mendelson 1983

Métodos

- Randomizado (método não descrito). Impreciso sobre ocultação da distribuição. Estudo cross-over.
- Pacientes e avaliadores de resultado eram cegos.
- Financiamento: Conselho de pesquisa médica e Saúde Nacional da Austrália.
- Local: Hospitais de Prince Henry e Alfred, Melbourne, Austrália.
- Consentimento informado escrito foi obtido. Aprovação de Ética pelo Comitê de Revisão de Ética.
- Acompanhamento: 77 dos 95 pacientes randomizados (81%).
- Análise: testes-t. Sem análise de intenção de tratar

Participantes

95 voluntários com dor lombar crônica, sem compensação ou litigação pendente, sem doença psiquiátrica declarada.

Diagnóstico: osteoartrite, espondilopatia traumática, lesão discal, disordem da articulação sacroilíaca e dor na coluna não especificada.

Idade média: 54 anos

Gênero: 37 homens e 40 mulheres.

Duração de dor: 12 anos

Intervenções

1) Acupuntura tradicional Chinesa por um cirurgião treinado em Pequim; pontos: B23, 25, 36, 40 e 60. Se ciática: GB 30, 34 e 39. Média de 8 agulhas, estimulação manual até alcançar o Teh Chi, 30 minutos sem estimulação adicional, duas vezes semanalmente, 4 semanas.

Randomizados para este grupo: não sabe. 36 completaram o estudo.

2) Acupuntura placebo, injeção intradermal de 2% de lidocaina em locais de não-acupuntura e não-sensíveis, então as agulhas de acupuntura ficavam superficialmente nas áreas infiltradas por 30 minutos sem estimulação, duas vezes semanalmente, 4 semanas. Randomizados para este grupo: não sabe. 41 completaram o estudo.

Resultados

- 1) Dor (EAV) escala de 100 mm
- 2) Alívio de dor
- 3) Questionário de dor de McGill
- 4) Incapacidade (método não descrito)

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Língua: Inglês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações: 06.01

06.02

Conclusões: "Pacientes recebendo acupuntura tiveram uma redução maior mas não significativamente diferente nas pontuações de razão de dor comparadas aqueles recebendo placebo. Similarmente, não foi achada diferença significativa entre os dois grupos baseada na auto-avaliação de incapacidade".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Meng 2003

Métodos

-Randomizado (computador gerou sequencia de distribuição randomizada). Envelopes serialmente numerados, selados e opacos.

-Fnanciamento: Capítulo de Nova York da Fundação de Artrite

-Local: clínicas de cirurgia particulares do Hospital para Cirurgia especial no Hospital Presbiteriano de Nova York. EUA

-Consentimento informado escrito; aprovação pelo Conselho de Revisão Institucional

-Acompanhamento: 47 dos 55 pacientes randomizados (85%)

-Análise: ANOVA para diferenças entre os grupos. Ambas análises de intenção de tratar

Participantes

55 pacientes com dor lombar crônica (> 12 semanas) não específica e mais velho de 60 anos.

Excluídos: causa específica para dor lombar, uso prévio de acupuntura, uso de corticosteróides, relaxantes musculares, narcóticos, anticoagulantes.

Idade média: 71 anos.

Gênero: 22 homens e 33 mulheres

Tratamentos prévios: 27 ASINH, 10 analgésicos, 1 relaxante muscular e 2 aspirinas.

Etnia: 47 Caucasianos, 5 Africanos-Americanos and 3 Hispânicos.

Índice de Comorbidade de Charlson: 1.7 (+/- 2.0)

Intervenções

1) Acupuntura mais terapia padrão: acupuntura duas vezes por semana por 5 semanas. Total de 10 sessões. Agulhas de espessura 30 com estimulação elétrica (4 a 6 Hz) com uma duração de pulso de 0.5 ms. Foi verificada resposta do Teh Chi em todos os pontos. Entre 10 e 14 agulhas foram usadas por sessão. A retenção da agulha foi de 20 minutos. Acupontos fixos: UB23, 24, 25, 28 (bilateral). Du3 e 4. Acupontos suplementares: máximo de 4 agulhas adicionais: UB36, 54, 37, 40, GB 30, 31.

Dois anestesistas certificados em acupuntura

Randomizados para este grupo: 31. Receberam acupuntura: 28. Completaram o acompanhamento: 24.

2) Terapia padrão: clínico primário por um período de intervenção de 5 semanas: AINH, aspirina, analgésicos não-narcóticos. Exercício de coluna contínuo (terapia física) ou regime de exercícios caseiros. Proibido: narcóticos, relaxantes musculares, TENS, injeções esteroidais epidural e injeções nos pontos gatilho.

Randomizados para este grupo: 24. Receberam terapia padrão: 23 Completaram o acompanhamento: 23.

Resultados

1) Estado funcional específico da coluna (Questionário de Incapacidade de Roland modificado)

2) Dor (EAV)

Estes resultados foram mensurados em 0, 2, 6 e 9 semanas durante o período do ensaio, mas nós somente usamos as mensurações de 6 semanas (no final de todas as sessões) e 9 semanas (3 a 4 semanas após o final das sessões) .

Custos: não relatados

Complicações: sem diferença nos efeitos adversos.

Anotações

Língua: Inglês

Publicação: texto completo

Para resultados, ver as comparações:

13.01

13.02

13.05

13.07

Conclusões: "Nossos dados indicam que a acupuntura mais terapia padrão diminui a dor na coluna e incapacidade em pacientes mais idosos comparado com apenas terapia padrão em uma maneira clinicamente e estatisticamente significativa"

Ocultação da distribuição

A

Estudo

Molsberger 2002

Métodos

-Randomizado (gerado em computador) estratificado de acordo com a duração de dor.

Randomização por central telefônica.

-Pacientes e avaliadores de resultado eram cegos.

-Financiamento: Bolsa do Ministério Alemão de Educação, Ciência e Pesquisa

-Local: pacientes internos no Hospital. Dusseldorf, Alemanha

-Todos os pacientes foram informados sobre o estudo e o consentimento escrito foi obtido.

-Acompanhamento: 124 dos 186 pacientes randomizados (66%)

-Análise: Q-quadrado aproximado ou teste de Fisher exato, teste de categoria não-paramétrica de Mann-Whitney-Wilcoxon. Análise por protocolo (n=174) e análise de intenção de tratar (n=186). A análise principal é ajustada por teste múltiplo.

Participantes

186 pacientes com dor lombar durando mais de 6 semanas, com pontuações medias de dor maiores que 50 mm (max 100 mm) durando a última semana. Idade entre 20 e 60 anos.

Excluídos: ciática, disordem neurological, cirurgia da coluna ou disco, disordem articular ou óssea, tratamento prévio com acupuntura, mal psiquiátrico, grvidez, ingestão regular de analgésicos, sem trabalhar por mais de 6 meses, sem litigação.

Idade media: 50 anos.

Gênero: 97 homens e 89 mulheres

Duração media da dor: 9.9 anos

Psicção de trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatados

Intervenções

1) Acupuntura verdadeira mais terapia ortopédica convencional Acupuntura: pontos padrão: BL23, 25, 40 e 60 e GB30 e 34. Em adição, acima de quatro pontos de dor máxima "pontos Ah shi", os quais eram perto mas não necessariamente idênticos a BL 54, 31, 32 foram agulhados. A inserção das agulhas variou de 1 a 10 cm e a manipulação foi de suave a forte. Uma sensação de Teh Chi foi sempre alcançada. Durante o tratamento de acupuntura, não foi administrado tratamento adicional. Todos os pacientes receberam 12 tratamentos de acupuntura verdadeiros, 3/semana, cada um durando por 30 minutos.

Acupuntura foi realizada por um doutor medico experiente, que estudo na China (Beijing).

Randomizados para este grupo: 65. Desistência durante o tratamento: 7. Perda de acompanhamento: 11.

2) Acupuntura placebo mais terapia ortopédica convencional. A acupuntura placebo recebeu 12 tratamentos de acupuntura placebo, 3/semana, cada uma durando 30 minutos. A acupuntura placebo foi padronizada a dez agulhas aplicadas superficialmente (a profundidade de inserção da agulha foi menos de 1 cm) em pontos definidos de não-acupuntura da região lombar, e cinco agulhas em outrolado da coluna.

Randomizados para este grupo: 61. Desistência durante o tratamento: 3. Perda de acompanhamento: 17

3) A terapia ortopédica convencional consistia de: fisioterapia diária, exercícios físicos, escola de coluna, pacotes de lama, terapia de calor infravermelho. A pedidos, eles receberam 50 mg de diclofenaco acima de três vezes ao dia. Injeções ou aplicação de cortisona de qualquer tipo não eram permitidas.

Randomizados para este grupo: 60. Desistência durante o tratamento: 2. Perda de acompanhamento: 22

Resultados

- 1) Intensidade da dor (EAV) durante os últimos 7 dias
- 2) Pelo menos 50% de redução em intensidade de dor
- 3) Efetividade do tratamento: excelente, bom, satisfatório e falho. Dividido em exc+bom versus satisfatório+falho.
- 4) Schober e diatância dedo-chão.

Todos os resultados foram pegos no final do período de tratamento e 3 meses depois.

Custos: não relatados

Complicações: sem efeitos colaterais ou complicações em qualquer grupo de tratamento.

Anotações

Língua: Inglês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações: 06.01

06.02

06.14

13.01

13.04

13.06

Conclusões: "junto com a terapia ortopédica conservadora, a acupuntura ajuda a diminuir a intensidade de dor diretamente após o tratamento, e a razão de pacientes do tratamento de acupuntura é significativamente melhor do que aquela da terapia padrão somente. Os efeitos terapêuticos duram por pelo menos 3 meses após o final do tratamento"

Ocultação da distribuição

A

Estudo

Sakai 1998

Métodos

- Randomizado (método não descrito). Envelopes fechados.
- Não cego.
- Financiamento: Bolsa da Fundação para Treinamento e Investigação em Licenciatura em Anma-Massagem-Acupressão, Acupuntura e Moxibustão.
- Local: pacientes externos em um Hospital Universitário. Tokyo, Japão.
- Consentimento informado foi pego oralmente. Sem descrição de aprovação ética.
- Acompanhamento: sem informação
- Análise: sem teste estatístico

Participantes

26 pacientes com dor lombar não específica de duração variável.

Excluídos: (1) osteoartrite da coluna lombar, osteoporose, escoliose, espondilose, espondilolistese, herniação do disco lombar, estenose da coluna ou fratura; (2) radiculopatia ou neuropatia na extremidade inferior; (3) problema urológico, neurológico, ginecológico, colágeno, diabetes ou malignidade; (4) aumento da CRP ou ESR; (5) medicação de corticosteroide, agente imunossupressor, AINH ou relaxante muscular; (6) problema de condição geral; (7) demência; (8) gravidez; (9) paciente mais idoso; (10) aqueles que foram julgados a serem inapropriados para o estudo segundo os autores.

Média de idade: 51 anos

Gênero: 7 homens e 19 mulheres

Posição de trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatados

Intervenções

1) Pontos de agulhagem na area lombar foram escolhidos de BL23, 25, 32, 52 e 2 pontos de canais extra perto do processo espinhoso de L4 e L5, e na extremidade inferior foram escolhidos de BL37, 40, 57, ST36, GB34 por palpação. A técnica de acupuntura manual tal como a retenção de agulha e técnica de bicar do pardal foram realizadas. Eletroacupuntura foi aplicada em alguns casos. Outros detalhes na técnica não relatados. Pacientes eram tratados duas vezes por semana por 4 semanas, i.e. quatro sessões no total.

Randomizados para este grupo: 14

Experiência: desconhecida

2) Medicação oral, a qual inclui AINH e/ou medicina kampo (ervas Chinesas).

Randomizados para este grupo: 12

Resultados

1) Alívio da dor (EAV) em média no dia prévio, estimado pelo paciente. Valores mais altos são melhores.

2) Pontuação AOJ (Associação Ortopédica do Japão) estimada pelo clínico. Sintomas subjetivos de dor na coluna e restrição das atividades diárias. Máximo de 17 pontos. Valores mais altos são melhores.

Os resultados foram mensurados imediatamente no final das sessões.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Este estudo relata em dois ensaios distintos, mas nós usamos apenas os dados de um ensaio, o qual foi randomizado. O outro ensaio distribuiu pacientes usando alternância, portanto não foi randomizado

Língua: Japonês

Publicação: rsumo (e relato não publicado)

Nós obtivemos informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

11.01

11.04

Conclusões: "Os resultados da acupuntura são os mesmos daqueles da medicação para dor lombar"

Ocultação da distribuição

B

Estudo**Sakai 2001****Métodos**

- Estudo multicêntrico.
- Um controlador independente no escritório central preparou uma tabela de distribuição e envelopes fechados. Uma tabela de distribuição randomizada gerada por computador foi usada para fazer uma sequencia de envelopes fechados opacos contendo o código da intervenção. O envelope designado foi aberto pelo acupunturista na entrada do paciente no ensaio.
- Avaliador de resultado era cego
- Financiamento: Bolsa da Fundação para Treinamento e Investigação em Licenciatura em Anma-Massagem-Acupressão, Acupuntura e Moxibustão.
- Local: pacientes externos em um Hospital Universitário. Tokyo, Osaka, Kyoto e Tsukuba, Japão.
- consentimento informado escrito foi pego dos pacientes. Em dois dos quatro centros, o julgamento do comitê de ética foi requisitado e os comitês aprovaram o protocolo. Os outros dois centros não tiveram comitês de ética.
- Acompanhamento: 64 dos 68 randomizados (94%)
- Análise: 95%CI e medidas repetidas ANOVA.

Participantes

68 pacientes com dor lombar (pelo menos 2 semanas) e idade de 20 anos ou mais.

Diagnóstico: lumbago (22), espondilose lombar (15), discopatia (9), dor lombar aguda (3), espondilólise (3) , espondilolistese (1), sacroilite (1) e não classificado (10).

Excluídos: (1) achados neurológicos, dor ou parestesias na extremidade inferior; (2) malignidade; (3) infecção ou doença inflamatória; (4) fratura; (5) lumbago devido a problema neurológico, ginecológico, digestivo ou cardio-vascular; (6) pacientes que não podem parar outros tratamentos conflitantes ou em andamento; (7) problema de condição geral; (8) demência; (9) gravidez; (10) outros pacientes que foram julgados a serem inapropriados para participar do ensaio.

Média de idade: 37 anos

Gênero: 35 mulheres e 29 homens

Posição de trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatados

Intervenções

1) Pontos de agulhagem foram escolhidos por palpação da parte do quadrado lombar (ao redor de BL52) e/ou eretor da espinha (ao redor de BL23 e BL26) na área lombar. Dois pontos foram usados bilateralmente – no total de quatro pontos – para cada tratamento. Pacientes eram tratados duas vezes por semana por quatro semanas.

Dois tipos de agulhas descartáveis de aço inoxidável foram usadas de acordo com a estatura do paciente e gordura: 0.20 mm em diâmetro e 50 mm em comprimento, e 0.24 mm em diâmetro e 60 mm em comprimento. As agulhas foram inseridas nos músculos. Eletroestimulação na frequência de 1 Hz foi aplicada por 15 minutos. A intensidade foi ajustada para fazer a contração muscular sem dor.

Randomizados para este grupo: 32. Desistências durante o tratamento: 1. Perda no acompanhamento: 0

Experiência: desconhecida:

2) TENS: mesmos pontos que acima. Dois pontos foram usados bilateralmente – no total de quatro pontos – para cada tratamento. Pacientes eram tratados duas vezes por semana por quatro semanas, i.e. quatro sessões no total.

Eletrodos descartáveis do tipo gel de 20 x 30 mm em tamanho foram usados. Estimulação com a frequência de 1 Hz foi aplicada por 15 minutos

Randomizados para este grupo: 36. Desistências durante o tratamento: 2. Perda no acompanhamento: 1

Resultados

1) Pontuação AOJ (Associação Ortopédica do Japão) estimada pelo clínico. Sintomas subjetivos de dor na coluna e restrição das atividades diárias. Máximo de 20 pontos. Valores mais altos são melhores.

2) Alívio da dor (EAV) em média no dia prévio, estimado pelo paciente. Valores mais altos são melhores.

Estes resultados foram pegos no final das 4 sessões.

Custos: não relatados

Complicações: não foi relatado evento adverso no grupo da eletroacupuntura. No grupo TENS: 1 coceira e 1 opacidade após a sessão.

Anotações

Duração da dor lombar mista.

Línguas: inglês e japonês.

Publicação: texto completo

Nós obtivemos informação adicional dos autores.

Para resultados, ver as comparações:

11.01

11.03

11.04

11.07

Conclusões: "Não houve diferença significativa entre os grupos em qualquer parâmetro"

Ocultação da distribuição

A

Estudo

Takeda & Nabeta 2001

Métodos

-Randomizado (usando desenhos). Estratificado por duração de dor e gênero. Usando envelopes fechados e numerados, mas a pessoa fazendo a randomização não era independente.

-Pacientes cegos. .

-Financiamento: não foi recebido financiamento.

-Local: Faculdade de Acupuntura em Osaka, Japão.

-Consentimento informado foi obtido dos participantes e não houve descrição de aprovação ética.

-Acompanhamento: 18 de 20 pacientes randomizados (90%)

-Análise: teste de Mann-Whitney U test para diferenças entre os grupos. Sem análise de intenção de tratar.

Participantes

20 estudantes da faculdade de acupuntura que estavam sofrendo de lumbago.

Excluídos: ciática

Duração da dor: média de 40.4 meses no grupo distal e 81.0 meses no grupo local.

Idade média: 26.4 anos no grupo distal e 35.8 anos no grupo local.

Gênero: 17 homens e 3 mulheres.

Posição de trabalho: todos estudantes

Tratamento prévios: não descritos

Intervenções

1) Técnica do ponto distal: nos pontos de acupuntura na área lombar: BL23, 26 e Yao-yan (ponto-extra: EX-B7), acupunturista imitou a inserção da agulha: tubo guia com a ponta da agulha coberta com fita, então o gesto da agulhagem foi realizado. Os pontos de acupuntura na extremidade inferior: BL37, 40 e 58, foram agulhados por agulha real de acupuntura (40 mm em comprimento e 0.2 mm em diâmetro). Profundidade de inserção foi de 1 a 2 cm. A técnica da bicada do pardal foi realizada 5 vezes, então as agulhas foram removidas. Participantes foram tratados uma vez por semana por 3 semanas.

Experiência: desconhecida

Randomizados para este grupo: 10. Desistências durante o tratamento: 1.

2) Técnica de pontos local: os pontos de acupuntura na área lombar: BL23, 26 e Yo-gan (ponto-extra: EX-B7), foram agulhados por agulha real de acupuntura (40 mm em comprimento e 0.2 mm em diâmetro). A profundidade de inserção foi de 1 a 2 cm. A técnica da bicada do pardal foi realizada 5 vezes, então as agulhas foram removidas. Nos acupontos na extremidade inferior: BL37, 40 e 58, acupunturista imitou a inserção da agulha: tubo guia com a ponta da agulha coberta com fita, então o gesto da agulhagem foi realizado. Participantes foram tratados uma vez por semana por 3 semanas.

Experiência: desconhecida

Randomizados para este grupo: 10. Desistências durante o tratamento: 1.

Resultados

1) Dor (EAV)

2) Função: pontuação de atividade de vida diária. 8 questões sobre dificuldade ações específicas. Máximo de 16 pontos. Valores maiores são melhores.

3) Distância dedo-chão.

Todos estes resultados foram mensurados imediatamente antes e após o tratamento.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Língua: Japonês

Publicação: apenas resumo

Nós obtivemos informação adicional dos autores.

Para resultados, ver as comparações:

12.01

12.04

12.05

Conclusões: "Não há diferença entre os efeitos da agulhagem da área lombar e aqueles da agulhagem do pontos distal"

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Thomas & Lundberg 94

Métodos

- Randomizado (método não descrito). Sem descrição de ocultação de distribuição.
- Avaliadores de resultado eram independentes e não envolvidos no tratamento.
- Financiamento: Fundação Instituto Karolinska, Fundo de aniversário King Gustav Vth 80 anos, Fundação Tore Nilssons para Pesquisa Médica, Fundação Torsten and Ragnar Soderbergs e O Distrito para Pesquisa Médica Sueco.
- Local: clínica de pacientes externos no Hospital Karolinska. Stocolmo, Suécia.
- Consentimento informado oral foi obtido. Sem descrição de aprovação ética.

- Acompanhamento: 40 dos 43 pacientes randomizados (93%)
- Análise: teste-t de Student para amostras independentes e comparações múltiplas ANOVA. Sem análise de intenção de tratar.

Participantes

43 pacientes de 2 clínicas com nociceptivo LBP por 6 meses ou mais, restrição de tronco ou movimento do quadril devido a dor, restrição de ADL, espasmo muscular.

Excluídos: cirurgia prévia, claudicação, depressão, neurose, exame clínico não nociceptivo.

Diagnóstico: osteoartrite, articulação sacroiliaca, ciática, degeneração discal intervertebral, prolapso discal, estresse lombar, osteoporose.

Demográficos e características dos pacientes: não relatados, mas eles dizem que não houve diferenças significantes entre os grupos.

Intervenções

1) Acupuntura: três modos diferentes de acupuntura: a) estimulação manual, b) frequência baixa (2 Hz) e c) frequência alta (80 Hz) estimulação elétrica das agulhas. Seis pontos locais (3 pares de pontos paraespinais: UB 23, 25, 26 ou 32) e 3 a 4 pontos distais (SI 6, UB40 ou 60, GB 30 e/ou 34 ou St36). Inserção de 1 a 5 cm, rotação produzindo o Teh Chi, 10 sessões de 30 minutos; 2 fisioterapeutas registrados e treinados em acupuntura.

Randomizados para este grupo: 33

2) Controle com lista de espera, sem tratamento

Randomizados para este grupo: 10

Resultados

1) Dor: número de palavras do quadro de 83 palavras descrevendo intensidade de dor.

2) Melhora global: escala de 3 pontos (melhor, sem mudança, pior)

3) Estado funcional: EAV em 12 ADL . Resultados são apresentados como números de atividades que causam menos de 50% de dor.

4) Mobilidade: goniometria da coluna lombar.

Resultados foram mensurados após 6 semanas e 6 meses.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Randomização apenas para comparar acupuntura versus WLC, não para modos diferentes de acupuntura.

Língua: Inglês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Resultados ver comparações:

05.01

05.03

05.07

Os resultados para melhora global não puderam entrar nos gráficos.

Os autores acharam diferenças significantes para resultados de dor, entretanto, quando nós colocamos estes dados no RevMan (comparação 05.01) isto não foi significativo. Devido a nós termos feito isto baseado nos dados extraídos da figura, nós decidimos seguir as conclusões dos autores.

Resultados funcionais tiveram que ser transformados em tamanhos de efeito (comparação 05.07 a ser combinada com outro ensaio)

Conclusões: "Após 6 semanas, os pacientes recebendo acupuntura estavam estatisticamente melhores do que o grupo controle em desfechos de dor, melhora global e mobilidade. Os mesmos resultados foram observados em 6 meses, mas apenas para o grupo que recebeu eletroacupuntura de baixa frequência".

Ocultação da distribuição

B

Tsukayama 2002

Métodos

-Randomizado. Números randomizados gerados pelo computador foram usados para fazer uma sequência de envelopes fechados. Uma pessoa independente preparou uma tabela de distribuição e envelopes fechados.

-Avaliadores de resultado eram cegos

-Financiamento: Bolsa da Fundação para Treinamento e Investigação em Licenciatura em Anma-Massagem-Acupressão, Acupuntura e Moxibustão e da Faculdade Tsukuba de Tecnologia.

-Local: clínica particular em Tsukuba, Japão.

-O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Clínica TCT. Consentimento informado foi pego dos pacientes de acordo com o ICH/GCP.

-Acompanhamento: 19 dos 20 pacientes (95%)

-Análise: medidas repetidas ANOVA. Sem análise de intenção de tratar.

Participantes

20 pacientes com dor lombar de pelo menos 2 semanas e com mais de 20 anos de idade.

Excluídos: radiculopatia ou neuropatia, fratura, tumor, infecção ou doença interna, outro problema geral de saúde e tratamentos conflitantes e em andamento.

Duração da dor lombar: grupo acupuntura=2900 dias (+/- 1983) e grupo TENS=3120 dias (+/- 3306).

Idade média: 45 anos

Gênero: 3 homens e 16 mulheres

Posição de trabalho: não descrita

Tratamentos prévios: acupuntura (4)

Intervenções

1) Acupuntura: Pontos selecionados por sensibilidade e bandas musculares palpáveis detectadas na coluna lombar e nádegas. Quatro pontos bilateralmente (8 no total) foram usados para cada tratamento. Pontos mais frequentemente usados foram BL23 e BL26. Dois tipos de agulhas descartáveis de aço inoxidável foram usadas, dependendo da estatura e gordura: 0.20 mm em diâmetro e 50 mm em comprimento e 0.24 mm em diâmetro e 60 mm em comprimento. As agulhas foram inseridas nos músculos. A profundidade média de inserção foi de aproximadamente 20 mm. Eletroestimulação foi aplicada às agulhas inseridas com um estimulador elétrico com uma frequência

de 1 Hz por 15 minutos. Agulhas de pressão foram inseridas após EE em quatro e 3 pontos escolhidos e deixados no local por vários dias, eles tem 1.3 de comprimento projetando-se do lado pegajoso de um pequeno adesivo redondo.

Pacientes foram tratados duas vezes por semana por 2 semanas, 4 sessões no total.

Randomizados para este grupo: 10. Desistências: 1

Experiência: desconhecida

2) TENS: eletrodos descartáveis tipo gel de 20x30 mm foram usados em 8 pontos. Eletroestimulação foi aplicada da mesma maneira que no grupo acupuntura. A intensidade foi ajustada ao nível máximo de conforto, e a contração muscular foi observada. Após cada sessão, um cataplasma contendo ácido metil salicílico, mentol e anti histamina foi prescrito para ser aplicado na região lombar, em casa, entre os tratamentos.

Pacientes foram tratados duas vezes por semana por 2 semanas, 4 sessões no total.

Randomizados para este grupo: 10. Sem desistências.

Resultados

1) Dor (EAV): média do nível de dor no dia prévio.

2) Pontuação AOJ. Ver descrição em Sakai 2001

Estes resultados foram mensurados 3 dias após a última sessão.

Custos: não relatados

Complicações: sem eventos adversos relatados pelo avaliador. Os terapeutas relataram agravação transitória dos sintomas no grupo acupuntura (1), desconforto devido às agulhas de pressão (1), dor na inserção da agulha (1) e pequeno sangramento subcutâneo (1). No grupo TENS: agravação transitória (1), fadiga transitória (1) e coceira (1).

Anotações

Língua: Inglês

Publicação: texto completo

Para resultados, ver as comparações:

07.09 (outra tabela de dados)

07.11

07.08

Conclusões: "Os resultados do presente estudo mostraram uma diferença significativa entre os grupos no alívio de dor em favor da acupuntura"

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Von Mencke 1988

Métodos

- Procedimento de randomização não descrito
- Pacientes e avaliadores cegos
- Local: cuidado secundário

Participantes

65 pacientes de uma clínica ortopédica com lumbago e/ou isquia, sem alívio de dor após tratamento convencional.

Diagnóstico: Lombociatalgia (30), dor lombar (20), Síndrome LWS (10) e isquialgia (5).

Critérios de Exclusão: problemas neurológicos, escoliose, tratamento simultâneo, prolapso ou protusão discal aguda, desordens degenerativas crônicas, infecção.

Idade e gênero: não descritos

População heterogênea com relação ao tipo, localização e duração da desordem.

Intervenções

1) Acupuntura manual, acupuntura meridiana tradicional ou pontos gatilho, rotação, inserção de 0.2 a 3 cm, 6 a 12 needles 5 a 20 minutos, 8 tratamentos. Treinamento e experiência dos acupunturistas desconhecida.

Pontos:

- Posterior: GV20, BL26, 31,33, 35, 48, 50, 54, 57, 58, 60.
- Lateral: GV20, GB 26, 28, 30, 32, 34, 37, 38, 40. BL 26, 31, 33, 48, 60
- Anterior: GV 20, ST 36, 40. BL 31, 33, 48, 60.

Randomizados para este grupo: 35

2) Acupuntura placebo, sem acupuntura tradicional ou pontos gatilho

Randomizados para este grupo: 30

Resultados

- 1) Dor (EAV)
- 2) Melhora global
- 3) Teste de Schober'
- 4) Teste de Lasegue

Anotações

Língua: Alemão

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Resultados:

- 1) Melhora na dor no acompanhamento a curto prazo: acupuntura=55%; acupuntura placebo=37%.
Longo prazo: 44% verso 30%.
- 2) Melhora global: acupuntura =94%, acupuntura placebo =50% (Tabela 10.02).
- 3) Aumento no teste de Shober: curto prazo: acupuntura =6.4, acupuntura placebo =2.7. Longo prazo: 7.8 verso -0.9
- 4) Lasegue: curto prazo: acupuntura =6.0, acupuntura placebo =2.2. Longo prazo: acupuntura =6.7, acupuntura placebo =0.6

Conclusões: "A diferença na melhora entre pacientes tatados tipicamente e atipicamente foi significativa ($p < 0.0001$)."

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Wang 1996

Métodos

-Randomizado (método não relatado). Sem descrição de ocultação de distribuição

- Pacientes eram cegos .
- Financiamento: não relatado
- Local: não relatado. Vanuatu, Sudoeste do Oceano Pacifico
- Consentimento informado e aprovação ética: não mencionados
- Acompanhamento: não descrito mas parece 100%.
- Análise: teste-U. Sem análise de intenção de tratar.

Participantes

492 pacientes com dor lombar de duração desconhecida.

Diagnóstico: dor na coluna

Critérios de exclusão não relatados.

Idade média: 48% eram mais velhos que 40 anos.

Gênero: 231 homens e 261 mulheres.

Posição de trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatados

Intervenções

1) Tratamento local [mais cupping](#). A sensação de Teh Chi foi obtida e as agulhas foram retidas por 20 minutos. Pontos: BL23, 25 e 32. Tratamentos foram dados diariamente até 10 tratamentos.

Randomizados para este grupo: 246

Experiência: desconhecida

2) Tratamento distal mais estimulação elétrica. Pontos: ST36, GB 39, BL60 e LI4.

Randomizados para este grupo: 246

Experiência: desconhecida

Resultados

1) Avaliação global: a) cura: sem dor e amplitude de movimento normal, sem sensibilidade sob palpação, e vida e posição de trabalho normais. b) efetivo: dor marcadamente melhorada, movimento lombar normal, sem sensibilidade óbvia sob palpação, e vida e trabalho não são afetadas c) sem mudança siginificante.

Mensurado 3 meses após as sessões.

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Os autores dividiram em: Cura+efetivo verso sem mudança.

Língua: Chinês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

12.03

Conclusões: "O tratamento de acupuntura local mais [cupping](#) é mais efetivo ($p<0.05$) do que o tratamento distal mais estimulação elétrica".

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Wu (a) 1991

Métodos

-Randomizado (baseada em número ímpar da data de admissão do paciente). Sem menção de ocultação de distribuição

-Pacientes eram cegos

-Financiamento: não relatado

-Local: pacientes externos em um hospital. Morocco.

-Consentimento informado e aprovação ética não mencionados

-Acompanhamento: 100% (sessão única de acupuntura)

-Análise: não relatada

Participantes

150 pacientes com dor lombar aguda

Critérios de exclusão não descritos

Idade entre 20 e 55 anos

Gênero: 105 homens e 45 mulheres

Posição de trabalho: não descrita

Tratamentos prévios: não descritos

Intervenções

1) Tratamento do ponto SI3

Randomizados para este grupo: 75

2) Tratamento Extra 29 (EX-UE7)

Randomizados para este grupo: 75

Técnica de acupuntura manual (sem eletroestimulação) foi usada. Sensação forte de Teh Chi foi obtida combinada com movimento da coluna lombar até o alívio do sintoma. Sem menção da duração do tratamento.

Resultados

1) Avaliação global (dor e amplitude de movimento).

- cura: sem dor e amplitude de movimento normal
- marcada efetiva: a dor geralmente não aparece e ADM marcada melhor
- efetiva: dor é aliviada e ADM é de alguma forma melhorada
- sem mudança

Custos: não relatados

Complicações: não relatadas

Anotações

Os autores dividiram em:

a) cura+marcada efetiva+efetiva verso sem mudança

b) cura+marcada efetiva verso efetiva+sem mudança

Língua: Chinês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

Dicotomização a) 04.02

Dicotomização b) 04.02

Conclusões: "O ponto de acupuntura SI 3 é mais efetivo do que o ponto Yaotongxue."

Ocultação da distribuição

B

Estudo

Wu (b) 1991

Métodos

See Wu (a) 1991

Participantes

Intervenções

Resultados

Anotações

Ocultação da distribuição

D

Estudo

Yeung 2003

Métodos

- Randomizado em blocos (método não descrito). Randomização foi cega
- Avaliadores de resultado cegos
- Financiamento: Fundo de Desenvolvimento de Hong Kong e Fundo do Conselho de Tung Wah Board Fund
- Local: clínica de pacientes externos em um hospital. Hong Kong.
- Os objetivos e procedimentos do estudo foram explicados antes do consentimento escrito ser obtido. Aprovação Ética do Comitê de Ética do Hospital Autoridade de Hong Kong e do Subcomitê de Ética de Sujeitos Humanos da Universidade Politécnica de Hong Kong Polytechnic University foi obtido antes do começo do estudo.
- Acompanhamento: 49 de 52 pacientes randomizados (94%)
- Análise: ANOVA. Análise por intenção de tratar. A razão pela qual os pacientes foram perdidos foram fornecidas. Os pacientes que pararam por razões relacionados ao tratamento tiveram desfecho negativo.

Participantes

52 pacientes com dor lombar crônica (>6 meses) com ou sem radiação. Idade entre 18 e 75 anos.

Diagnóstico: dor lombar não-específica

Excluídos: 1. Deformidade estrutural (espondilite anquilosante, escoliose) 2. Fratura do membro inferior 3. Tumores 4. Infecção da coluna 5. Síndrome da cauda equina 6. Gravidez 7. Compressão da medula espinal 8. Sujeitos que eram incapazes de manter os compromissos 9. Receberam tratamento de acupuntura nos últimos 6 meses 10. Recebendo fisioterapia nos últimos 3 meses

Idade média: 53 anos

Gênero: 9 homens e 43 mulheres

Posição no trabalho: não descrita

Tratamentos prévios: tui na, massagem, quiroprático, estabilizador ósseo ou colete.

Intervenções

1) Eletroacupuntura: 3x/semana por 4 semanas por um fisioterapeuta certificado em acupuntura. Pontos foram escolhidos de acordo com a literatura: BL23, BL25, BL40 e SP6. Acupuntura foi aplicada do lado que os pacientes relataram dor. Se a dor relatada fosse bilateral, a EE era aplicada do lado mais dolorido. Agulhas descartáveis esterilizadas, número 30 (0.3 mm) 40-mm de comprimento foram inseridas e manipuladas até o Teh Chi ser obtido. Estimulação elétrica nas agulhas a uma frequência de 2 Hz por 30 minutos. A intensidade da estimulação foi ajustada ao nível que o paciente tolerasse e frequentemente com contrações musculares visíveis evocadas. A corrente tinha forma de onda bifásica aos quatro acupontos selecionados em dois pares. Em adição, todos os pacientes também receberam terapia com exercícios, os mesmos do grupo controle.

Randomizados para este grupo: 26. Perda no acompanhamento: 1

2) Grupo de programa de exercícios padrão conduzidos pelo mesmo fisioterapeuta

O programa consistia de uma sessão de hora em hora cada semana por 4 semanas consecutivas, e constava de fortalecimento da coluna e exercícios de alongamento.

Em adição, os pacientes eram avisados sobre a anatomia da coluna e mecânica corporal, cuidados com a coluna e correção postural, conselhos para levantar e ergonômicos, e modificação comportamental, como também uma série de exercícios caseiros (15 min/dia).

Randomizados para este grupo: 26. Perda no acompanhamento: 2

Resultados

1) Dor: escala de razão numérica para intensidade de dor "média" e para "pior" durante a última semana onde 0 representa sem dor e 10 representa dor tão ruim quanto poderia ser.

2) Incapacidade: a escala DL de Aberdeen LBP (19 ítems) foi usada para mensurar a incapacidade de dor lombar, porque é a única escala de incapacidade funcional específica de DL validada para sujeitos Chineses. As respostas às questões foram somadas e convertidas a uma porcentagem de pontuação entre 0 e 100, com 0 representando o menos incapaz e 100 a mais severa incapacidade.

Estes resultados foram mensurados imediatamente após, 1 mês e 3 meses após.

Custos: não relatados

Complicações: sem reação adversa ou complicação

Anotações

Língua: Inglês

Publicação: texto completo

Sem informação adicional dos autores

Para resultados, ver as comparações:

13.01

13.07

13.09

Conclusões: "pontuações significativamente melhores na escala NRS e DL de Aberdeen foram achadas no grupo de exercícios mais EE imediatamente após o tratamento, em 1 mês e 3 meses de acompanhamento".

Ocultação da distribuição

B

Chave:

MCA = medicina complementar e alternativa

AVD = atividades de vida diária

LEC = lista de espera controle

Características dos estudos excluídos

Estudo

Razão para exclusão

Cai 1996

Ciática

Duplan 1983

Ciática aguda de origem discal

Fox and Melzack 1976

Não randomizado

Franke 2000

Tratamento de acupuntura não envolveu agulhagem

Fujinuki 1989

Estenose do canal espinal lombar

Galacchi 1981

Porcentagem de dor lombar desconhecida

Gallacchi 1983

Porcentagem de dor lombar desconhecida

Ghia 1976

Causas específicas de dor lombar

Hackett 1988

Tratamento de acupuntura não envolveu agulhagem

Ishimaru 1993

Não randomizado

Junnila 1982

Sem dor lombar

Kinoshita 1965

Ciática

Kinoshita 1971

Ciática

Kinoshita 1981

Ciática

Koike 1975

Não randomizado

Kuramoto 1977

Herniação do disco lombar

Laitinen 1976

Ciática

Li 1994

Tratamento de acupuntura não envolveu agulhagem

Megumi 1979

Não randomizado

Perez, 2000

Os pacientes tinham lombociatalgia

Ren 1996

Não randomizado

Shinohara 2000

Sem menção de dor lombar, apenas dor musculoesquelética

Sodipo 1981

Não randomizado

Sugiyama 1984

Não randomizado

Valdes, 2001

Pacientes tinham osteoartrose

Wang 1997

Não randomizado

Wang 2000

Cirurgia do disco lombar

Wedenberg 2000

Gravidez

Xingsheng 1998

Ciática

Xu 1996

Não randomizado

Yamamura, 2000

Não era dor lombar, apenas cervical.

Yue 1978

Coluna (n=15) e pescoço (n=8) e é um relato preliminar

Zhang 1995

Não randomizado

Zhang 1996

Não randomizado

Zhi 1995

Não randomizado

Características dos estudos em andamento

Estudo

Cherkin

Nome do ensaio ou título

Eficácia da acupuntura para dor lombar crônica

Participantes

Dor lombar

Intervenções

Acupuntura

Resultados

Data de início

Financiament: Centro Nacional para Medicina Alternativa e Complementar
(CNMCA)

Informação para contato

Janet Erro, RN erro.j@ghc.org

Linhas de estudo ou principais investigadores

Daniel Cherkin, PhD, Study Director, Group Health Cooperative Center for Health Studies

Karen J Sherman, PhD, Principal Investigator, Group Health Cooperative Center for Health Studies

Andy Avins, MD, Principal Investigator, Kaiser Foundation Research Institute, Kaiser Permanente Northern California

Número de ID do estudo R01 AT001110-01 A1

Data de início do estudo Abril de 2004

Última revisão da gravação Março de 2004

NLM Identifier NCT00065585

Ensaio clínicos. gov processou esta gravação em 2004-04-16

Anotações

Fonte: www.controlled-trials.com

Este é um ensaio controlado randomizada 4-grupos multi-site para esclarecer o alcance que os vários tipos de acupuntura com agulhas podem diminuir o efeito da dor lombar crônica no funcionamento do paciente e sintomas. As revisões têm notado a qualidade pobre de pesquisa nesta área e necessita urgentemente que estudos cientificamente rigorosos sejam concluídos. Ensaio recentes de alta qualidade sugerem que acupuntura é um tratamento promissor para dor na coluna. Este estudo dirige-se diretamente a deficiências metodológicas que atormentaram estudos prévios. Um total de 640 sujeitos (160 por grupo) com dor lombar durando pelo menos 3 meses serão recrutados do grupo modelo de HMOs em Seattle, WA e Oakland, CA. Eles serão randomizados a um dos três métodos diferentes de

estimulação de acupuntura ou para o cuidado médico habitual contínuo. Dez tratamentos serão fornecidos em 7 semanas. Os resultados primários, disfunção da dor lombar, serão mensurados na linha de base, e após 8, 26, e 52 semanas por entrevistas telefônicas disfarçadas no tratamento. A análise de covariância dentro de um contexto de intenção de tratar serão usadas para analisar os dados. Devido a dor lombar crônica ser um problema muito grande de saúde pública e a razão principal pela qual os pacientes procuram tratamentos de acupuntura, uma avaliação clara, sem ambigüidade é crítica para tomar decisões informadas sobre se a acupuntura deveria ser incluída como parte de uma cuidadosa convencional para dor na coluna ou coberta por seguro. Os resultados deste estudo irão fornecer uma evidência mais clara sobre o valor da acupuntura com agulha como um tratamento para dor lombar crônica.

Estudo**GerAc**

Nome do ensaio ou título

Ensaio Alemão de Acupuntura

Participantes

Intervenções

Resultados

Data de início

Informação para contato

<http://www.gerac.de/index1.html>

Anotações

Estudo

Harvard Med School

Nome do ensaio ou título

Terapias Físicas CAM para Dor Lombar Crônica

Participantes

Dor Lombar Crônica

Intervenções

Procedimento: massagem terapia

Procedimento: quiroprático

Procedimento: acupuntura

Resultados

Desenho do estudo: tratamento, randomizado, selo aberto, controle ativo, trabalho paralelo

Data de início

Financiamento: NIH

Informação para contato

Inscrição total esperada: 120

informação par localização

Massachusetts

Harvard Vanguard Medical Associates, Boston, Massachusetts, 00000, Estados Unidos

Harvard medical school, Boston, Massachusetts, 00000, Estados Unidos

Mais informações

Números de ID dos estudos R01 AT00622-01; EisenbergD

Data de início do estudo Abril de 2002; Data estimada de conclusão Dezembro de 2002

Última gravação revisada Agosto de 2003

NLM Identifier NCT00065975

Ensaio clínico. .gov processou esta gravação em 2004-04-16

Anotações

Fonte: www.controlled-trials.com

Este estudo compara dois acessos à gestão da dor lombar aguda: cuidado habitual (benefício padrão) vs. A escolha de: cuidado habitual, quiroprático, acupuntura ou massagem terapia (benefício expandido). 480 sujeitos com dor lombar aguda, não complicada serão recrutados de uma organização de manutenção da saúde, e randomizados ou ao cuidado habitual (n=160) ou a escolha de benefícios expandidos (n=320). As preferências dos pacientes para terapias individuais e expectativas de melhora serão mensurados na descrição inicial e por todo o estudo. Os sujeitos randomizados ao grupo de benefícios expandidos que escolherem quiroprático, acupuntura ou massagem receberão acima de 10 tratamentos num período de 5 semanas. Tratamentos adicionais serão disponíveis após a quinta semana mas irão requerer um copagamento. Os tratamentos serão fornecidos por fornecedores licenciados que satisfizeram critérios severos de credenciamento. Os tratamentos quiroprático, acupuntura ou massagem começarão dentro de 48 horas. [A oportunidade de linhas de base práticas](#) para os tratamentos quiroprático, acupuntura ou massagem para o tratamento de dor lombar aguda tem sido desenvolvida como os procedimentos dos caminhos dos dados tem sido detalhados para serem usados em cada visita

do paciente. Alívio dos sintomas, estado funcional, atividades diárias restritas, uso de cuidado de saúde, e satisfação do paciente e do fornecedor serão avaliados em 2,5, 12, 26 e 52 semanas após o início do tratamento. Os resultados primários irão incluir: 1) mudança nos sintomas; 2) mudança no estado funcional; 3) satisfação do paciente; 4) utilização total dos serviços associados com cuidado para dor lombar. É hipotetizado que os pacientes receberam sua escolha de benefícios expandidos irão experimentar uma melhora mais rápida dos sintomas, um retorno mais rápido ao estado funcional da linha de base, uma diminuição na utilização dos serviços médicos convencionais, e ficarão mais satisfeitos com seu cuidado. O estudo é um exame direto da efetividade de uma intervenção de elegibilidade segura, não um teste de regimes de tratamentos específicos, não-alopáticos. Os resultados deste estudo irão fornecer informação válida aos médicos, pacientes e pagadores terciários sobre os benefícios relativos e custos de uma opção de tratamento de “benefícios expandidos” que incorpora os serviços quiroprático, acupuntura ou massagem para lombar.

Estudo

Kong

Nome do ensaio ou título

Participantes

Intervenções

Resultados

Data de início

Informação para contato

Anotações

Estudo

Munglani

Nome do ensaio ou título

Ensaio duplo-cego controlado randomizado de estimulação intra-muscular profunda no tratamento da dor lombar mecânica crônica.

Participantes

Pacientes externos entre 18 e 65 anos de idade

Intervenções

Resultados

Data de início

Informação para contato

Dr Rajesh Munglani

detalhes de contato Caixa No 215

Clínica de Dor

Addenbrooke's NHS Trust

CB2 2QQ

Tel: 2346

Anotações

Fonte: www.controlled-trials.com

A estimulação intra-muscular profunda é uma técnica que consiste da agulhagem do corpo de músculos contraturados ou encurtados, e é alegada a aliviar espasmo muscular mais efetivamente que outros tratamentos, mas nenhum ensaio controlado randomizado foi realizado, especialmente para comparar seus efeitos com os efeitos de outras técnicas de agulhagem tais como a acupuntura ou agulhagem de pontos gatilho. Como a Clínica de Dor no momento está apta de fazer uso dos serviços de um praticante altamente experiente desta técnica, nós estamos planejando conduzir um ensaio duplo-cego, controlado, randomizada comparando os benefícios da estimulação intra-muscular profunda com agulhagem superficial dos tecidos subcutâneos em pacientes com dor lombar mecânica crônica. Nós queremos avaliar se a agulhagem de músculos profundos especificamente produz alívio da dor sobre e acima daquele produzido pela agulhagem de estruturas mais superficiais. Nós planejamos tratar dois grupos de 25 pacientes cada, ou um total de 50 pacientes, administrando quatro episódios de tratamento para cada paciente. Os pacientes serão requisitados a aparecer para quatro episódios de tratamento, e preencher dois questionários de auto-relato (SCL-90 e EAV de dor) antes e em 2, 6 e 26 semanas após o tratamento.

Estudo

Thomas

Nome do ensaio ou título

Benefícios clínicos a longo prazo e econômicos da acupuntura oferecida a pacientes com dor lombar crônica

Participantes

pacientes com dor lombar. Idade de 20-65 anos com pacientes com dor lombar ou ciática, com dor maior de 4 semanas e menos de 12 meses

Intervenções

i) acupuntura tradicional Chinesa, até 10 tratamentos ii) cuidado padrão oferecido apenas pela GP

Resultados

Data de início

Financiamento: NHS

Informação para contato

Ms Kate Thomas

Address Medical Care Research Unit

Universidade de Sheffield

ScHARR

Regent Court

30 Regent Street

City/town Sheffield

Zip/Postcode S1 4DA

Reino Unido

Tel +44 0114 222 0753

Fax +44 0114 272 4095

Email k.j.thomas@shef.ac.uk

Patrocinador NHS do Programa de Avaliação Tecnológica de Desenvolvimento da Saúde (HTA)

Anotações

fonte: www.controlled-trials.com

TABELAS ADICIONAIS**Tabela 01 Avaliação da qualidade metodológica**

Estudo
A e B
C
D, E e F
G
H
I
J
K
Comentários, falhas, etc
Araki 2001
Y e Y
Y
Y, N, Y
Y
Y
Y
Y
Y
Pontuação=10 e sem falhas sérias (Alta)
Carlsson 2001
Y e Y
DK
Y, N, Y
DK

DK

Y (1 mês); N (3 e 6 meses)

Y

Y

Pontuação =7 em um mês (acompanhamento=100%), Pontuação =6 em 3 ed 6 meses (acompanhamento=64% e 54% respectivamente) (alto)

Ceccherelli 2002

Y e DK

Y

DK, N, Y

DK

DK

Y

Y

Y

Pontuação =6. sem falhas sérias. (alto)

Cherkin 2001

Y e DK

Y

N, N, Y

Y

Y

Y

Y

Y

Pontuação =8. sem falhas sérias (alto)

Coan 1980

Y e Y

DK

N, N, N

DK

N

N

N

N

Pontuação =2 (baixo)

Ding 1998

DK e N

DK

Y, N, N

DK

DK

Y

Y

N

Pontuação =3 (baixo). Resultado principal é muito subjetivo

Edelist 1976

DK e DK

DK

Y, N, Y

DK

Y

DK

DK

DK

Pontuação =3 (baixo). Resultado principal é muito subjetivo. Métodos pobremente descritos

Garvey 1989

Y e DK

DK

Y, N, Y

Y

Y

Y

Y

Y

Pontuação =8. sem falhas sérias (alto). Características da linha de base não são mostradas. Grupos são muito diferentes em tamanho.

Giles 1999

DK e Y

DK

N, N, Y

DK

N

N

Y

N

Falha fatal= 52% desistência durante o período de tratamento no grupo de acupuntura

Giles 2003

Y e Y

Y

N, N, DK

Y

DK

N

Y

Y

Pontuação =6. 39% desistência em 9 semanas. (baixo). Sem ajuste para comparações múltiplas

Grant 1999

Y e Y

N

N, N, Y

Y

DK

Y

Y

N

Falha fatal= diferenças de linha de base nos resultados principais. EAV (variação de 0-200) na linha de base no grupo acupuntura grupo foi de 140 e no grupo TENS foi de 101.

Gunn 1980

N e DK

DK

N, N, DK

DK

DK

Y

N

N

Pontuação =1 (baixo). Distribuição por alternância e não ocultada. Sem menção de avaliadores cegos. Nós não temos valores de linha de base para dor. Co-intervenções eram permitidas e não padronizadas ou monitoradas. Sem ITT: isto

não é um grande problema para o acompanhamento de 12 semanas, mas pode ser para o acompanhamento mais longo.

He 1997

DK e N

Y

Y, N, N

DK

DK

N

Y

DK

Pontuação =3 (baixo). Sem informação sobre a distribuição dos pacientes. Sem descrição de pacientes perdidos.

Inoue 2000

Y e Y

DK

Y,N, Y

Y

Y

Y

Y

Y

Pontuação =9 (alta). Nós acreditamos não ter havido perdas pois o acompanhamento foi curto após a única sessão.

Inoue 2001

Y e Y

DK

Y,N,Y

Y

Y

Y

Y

Y

Pontuação =9 (alta). Nós acreditamos não ter havido perdas pois o acompanhamento foi curto após a única sessão..

Kerr 2003

Y e DK

DK

Y,N,Y

DK

DK

N

Y

N

Pontuação =4 (baixa). Co-intervenções podem ter influenciado os resultados. Pacientes acompanhados: 76% a curto prazo e 66.7% intermediário.

Kittang 2001

N e DK

N

DK,DK,Y

Y

Y

Y

Y

Y

Pontuação =6. Sem falhas sérias. (alta). Diferenças na descrição inicial em três fatores (dias de licença por doença no ano anterior, atendimento prévio em escolas

de coluna e uso de analgésicos)

Kurosu 1979 (a) and (b)

DK e DK

DK

N, N, DK

DK

Y

DK

Y

DK

Pontuação =2 (baixa)

Lehmann 1983

DK e DK

DK

N, N, N

Y

DK

N

Y

N

Pontuação =2 (baixa). Acompanhamento: 77% imediatamente após e 61% após 6 meses.

Leibing 2002

Y e Y

Y

Y,N, Y

Y

DK

N

Y

DK

Pontuação =7 (alta). Entretanto, razão de desistência: 24% a curto prazo e 37% a longo prazo.

Li 1997

DK e N

DK

Y, N, N

DK

DK

N

Y

DK

Pontuação =2 (baixa) Sem informação sobre distribuição dos pacientes. Sem descrição de pacientes perdidos.

Lopacz and Gralewski 1979

DK e DK

DK

N, N, N

Y

DK

Y

Y

Y

Pontuação =4 (baixa). Sem informação sobre randomização e não cego.

Macdonald 1983

DK e DK

Y

Y, N, DK

DK

DK

Y

DK

Y

Pontuação =4 (baixa). Sem informação sobre randomização e tempo de medidas de acompanhamento.

Mendelson 1983

DK e DK

Y

Y, N, Y

DK

DK

Y

Y

N

Pontuação =5 (baixa). Estudo Cross over

Meng 2003

Y e Y

Y (dor); N (Roland)

N, N, N

Y

DK

Y

Y

Y

Pontuação =7 (diferença pequena nos resultados de dor na linha de base).

Pontuação = 6 (diferença importante na linha de base em RDQ (grupo de acupuntura: 9.8 e grupo controle: 11.8). (alta)

Molsberger 2002

Y e Y

Y

Y, N, Y

DK

Y

Y (immed), N (curto)

Y

Y

Pontuação =9 (imediatamente após) e Pontuação =8 (curto prazo: razão de desistência em 3 meses foi de 34%) (alta). Cegueira foi entre acupuntura verdadeira e placebo, mas não entre verdadeira e nada.

Sakai 1998

DK e DK

N

N,N,DK

DK

DK

N

N

DK

Pontuação =0 (baixa). Métodos pobremente descritos. Uma diferença estatisticamente significativa foi observada na pontuação de incapacidade na linha de base. ADL foi de 7.6 no grupo acupuntura e 10.3 no grupo medicação. Outros parâmetros tais como sintoma subjetivo de dor, pontuação de AOJ, duração da dor, gênero não foram estatisticamente diferentes na descrição inicial.

Sakai 2001

Y e Y

Y

N,N, Y

Y

Y

Y

Y

N

Pontuação =8. Sem falhas sérias. (alta)

Takeda & Nabeta 2001

Y e DK

DK

Y,N,N

DK

Y

Y

Y

DK

Pontuação =5 (baixa)

Thomas and Lundberg 1994

DK e DK

Y

N,N, DK

N

Y

DK

Y

Y

Pontuação =4 (baixa). Nós conseguimos resultados diferentes quando nós re-

analisamos usando os dados das figures.

Tsukayama 2002

Y e Y

Y

N, N, Y

Y

Y

Y

Y

Y

Pontuação =9. Sem falhas sérias. (alta). O avaliador de resultado era cego, mas o paciente não. Então, é possível que o mascaramento tenha sido falho, especialmente porque os resultados são subjetivos.

Von Mencke 1988

DK e DK

DK

Y, N, Y

N

N

N

N

N

Pontuação =2 (baixa)

Wang 1996

DK e N

DK

Y, N, N

DK

N

N

DK

DK

Pontuação =1 (baixa). Não randomizado adequadamente. Dúvidas sobre a confiabilidade das medidas de resultados.

Wu 1991

N e N

DK

Y,N,N

DK

Y

N

Y

DK

Pontuação =3 (baixa). Não randomizado adequadamente. Dúvidas sobre a confiabilidade das medidas de resultados.

Yeung 2003

DK e Y

Y

N, N, Y

Y

Y

Y

Y

Y

Pontuação =8. Sem falhas sérias. (alta). O avaliador de resultado era cego, mas o paciente não. Então, é possível que o mascaramento tenha sido falho, especialmente porque os resultados são subjetivos. [Um dos poucos estudos que](#)

ajustaram os dados na análise, mas tamanho das amostras pequeno e não contaram para atenção dos efeitos.

Total "Yes"

17 14

14

18, 0, 19

15

15

20

28

16

Total "No"

3 5

3

15, 34, 10

2

3

12

4

10

Total "DK"

15 16

18

2, 1, 6

18

17

3
3
9

Tabela 02 Avaliação da relevância clínica

Estudo

Pacientes

Intervenções

Resultados relevantes

Tamanho do efeito

Benefícios e danos

Deficiências sérias?

Araki 2001

N

Y

Y

DK

DK

População é descrita pobremente. Poder de detectar a diferença (alpha 0.05, 2-tailed) em dor é de 12% e em função é de 5.1%.

Carlsson 2001

Y

Y

Y

Y

Y

Ceccherelli 2002

Y

Y

N

DK

DK

Cherkin 2001

Y

N

Y

DK

Y

Intervenção é individualizada para cada paciente. Ensaio pragmático.

Coan 1980

Y

N

Y

Y

DK

Intervenção é descrita pobremente.

Ding 1998

Y

N

Y

Y

Y

A técnica de agulhagem forte e profunda pode não ser prática para todos os locais de acupuntura.

Edelist 1976

N

Y

N

N

DK

Resultaos irrelevantes.

Garvey 1989

N

Y

N

Y

N

Benefícios não parecem valer os danos.

Giles 1999

N

N

Y

Y

DK

Pacientes e intervenções são descritos pobremente.

Giles 2003

N

Y

Y

DK

DK

Difícil de apresentar os resultados devido à natureza de apresentação dos dados.
Sem acompanhamento além de 9 semanas.

Grant 1999

N

N

Y

N

N

População e intervenções são descritos pobremente.

Gunn 1980

Y

N

N

Y

DK

Nós não sabemos como as co-intervenções foram aplicadas. Nós não temos uma medida separada para dor.

He 1997

Y

N

Y

Y

DK

Sem descrição dos pontos de acupuntura usados. Não há certeza sobre a validade/confiabilidade da medida de resultado.

Inoue 2000

N

Y

DK

N

DK

Inoue 2001

N

Y

DK

Y

Y

Kerr 2003

N

Y

Y

N

DK

Não foram detectados efeitos clinicamente importantes neste estudo.

Kittang 2001

Y

N

Y

N

DK

Kurosu 1979 (a) and (b)

N

Y

N

DK

DK

Li 1997

Y

N

Y

Y

DK

Sem descrição dos pontos de acupuntura usados. Não há certeza sobre a validade/confiabilidade da medida de resultado.

Lehmann 1983

N

N

N

DK

Y

Sem descrição dos pontos de acupuntura usados. Teh Chi impreciso.

Leibing 2002

Y

Y

Y

DK

N

Lopacz and Gralewski 1979

N

N

N

DK

DK

Descrição pobre de pacientes e intervenções

Macdonald 1983

Y

Y

Y

Y

DK

Não é acupuntura meridiana e a profundidade é muito superficial. Tamanho de amostra muito pequeno.

Mendelson 1983

Y

Y

Y

N

DK

Meng 2003

Y

Y

Y

DK

DK

Tamanho do efeito pode ser parcial pelo tamanho pequeno da amostra. Danos foram avaliados, mas deveriam ser avaliados em uma amostra maior.

Molsberger 2002

Y

Y

Y

Y

DK

Sakai 1998

Y

N

Y

DK

DK

Não há certeza sobre a validade da pontuação da AOJ. Número de pontos e sessões muito pequeno.

Sakai 2001

Y

Y

Y

N

DK

Não há certeza sobre a validade da pontuação da AOJ. Número de pontos e

sessões muito pequeno.

Takeda 2001

N

Y

Y

N

DK

Thomas and Lundberg 1994

N

Y

Y

N

DK

Tsukayama 2002

Y

Y

Y

DK

N

Von Mencke 1988

Y

Y

Y

Y

DK

Teh Chi impreciso.

Wang 1996

Y

Y

Y

Y

Y

Wu 1991

Y

Y

Y

Y

Y

Yeung 2003

Y

Y

Y

Y

Y

Tabela 03 Adequação da acupuntura

Estudo

Escolha dos pontos de acupuntura

Número de sessões**Técnica de agulhagem****Experiência****Grupo controle****Comentários**

Araki 2001

Adequada pois esta é dor lombar aguda

Adequada pois esta é dor lombar aguda

Adequada

Adequada

Acupuntura placebo apropriada

Mas não há descrição sobre credibilidade da acupuntura placebo

Carlsson 2001

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Adequado TENS placebo

Os autores também compararam acupuntura com agulha com eletroacupuntura.

Ceccherelli 2002

Adequada

Adequada

Adequada para a proposta do estudo, a qual foi comparar duas técnicas de acupuntura

Não relatada

Outra técnica de acupuntura

Cherkin 2001

Pontos individualizados

Adequada

TCM tipicamente com Teh Chi

Adequate

Outras terapias comuns

Coan 1980

Não relatada

Adequada

Não relatada

Não relatada

Lista de espera. Sem tratamento

Pobremente relatada, mas parece OK (publicada em 1980).

Ding 1998

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Outra técnica de acupuntura

Edelist 1976

Adequada

Poucas sessões

Adequada

Não relatada

Acupuntura placebo (mas pode ter algum efeito analgésico)

O grupo controle usou agulhas posicionadas em áreas desprovidas de pontos clássicos de acupuntura.

Garvey 1989 (dry needling)

Adequada (agulhagem-seca)

Adequada

Não relatada

Não relatada

Três tratamentos comuns

Giles 1999

Não relatada

Adequada

Não relatada

Adequada

Dois tratamentos comuns: manipulação e drogas

Giles 2003

Não relatada

Adequada

Não relatada

Adequada

Dois tratamentos comuns: manipulação e drogas

Grant 1999

Pontos individualizados

Adequada

Não relatada

Não relatada

Outro tratamento comum: TENS

Gunn 1980 (dry needling)

Pontos motores musculares: não adequados para agulhagem-seca

Adequada

Adequada

Não relatada

Terapia padrão: fisioterapia, exercícios remediais, terapia ocupacional, avaliação industrial

He 1997

Adequada

Adequada

Adequada

Não relatada

Chinese herbs.

Sem informação sobre quais ervas foram usadas

Inoue 2000

Adequada

Adequada para a proposta deste estudo

Não relatada

Adequate

Acupuntura placebo

Mas não há descrição sobre a credibilidade da acupuntura placebo

Inoue 2001

Adequada (não meridiano)

Adequada para a proposta deste estudo

Não relatada

Não relatada

Acupuntura placebo

Mas não há descrição sobre a credibilidade da acupuntura placebo

Kerr 2003

Adequada

Adequada

Adequada

Não relatada

TENS placebo

Kittang 2001

Parece adequada

Não relatada

Não relatada

Não relatada

Naproxen: dose adequada e duração do tratamento

Kurosu 1979 (a)

Adequada

Adequada para a proposta deste estudo

Adequada

Não relatada

Moxibustão com alho pode ser um tratamento adequado para DL em alguns casos.

Kurosu 1979 (b)

Adequada

Adequada para a proposta deste estudo

Adequada

Não relatada

Outra técnica de acupuntura (inserção da agulha sem retenção)

Lehmann 1983

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

TENS placebo

Leibing 2002

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Acupuntura placebo

Li 1997

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Acupuntura manual sem cupping.

Lopacz and Gralewski 1979

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Placebo: controlar para atenção ao efeito

Macdonald 1983

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

TENS placebo

É fácil para os pacientes perceberem que eles estavam recebendo tratamentos diferentes..

Mendelson 1983

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Talvez um placebo não adequado. Pode ter algum efeito analgésico..

Meng 2003

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Terapia padrão

Molsberger 2002

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Acupuntura placebo: bom placebo.

Sakai 1998

Adequada

Adequada para a proposta deste estudo

Não relatada

Não relatada

Medicação

Sakai 2001

Adequate (not meridian)

Adequada para a proposta deste estudo

Não relatada

Não relatada

TENS: parece adequado

Mas número de sessões muito pequeno

Takeda 2001

Adequate for the purpose of the study

Adequate

Não relatada

Não relatada

Outra técnica de acupuntura: pontos locais vs. distais

Mas não há descrição sobre a credibilidade da acupuntura placebo

Thomas and Lundberg 1994

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Sem tratamento

Tsukayama 2002

Adequada

Adequada para a proposta deste estudo

Adequada

Não relatada

TENS

Mas número de sessões muito pequeno

Von Mencke 1988

Adequada

Adequada

Adequada

Não relatada

Acupuntura placebo

Wang 1996

Adequada

Adequada

Adequada

Adequada

Acupuntura ativa: pontos distais

Wu 1991

Adequate (para DL aguda)

Adequate (única sessão para DL aguda)

Adequada

Adequada

Outro tratamento de acupuntura ativa

Yeung 2003

Adequada

Adequada para a proposta deste estudo

Adequada

Adequada

Fisioterapia (exercícios padrão)

Pacientes no grupo de exercícios não receberam a mesma atenção como no grupo de acupuntura.

Tabela 04 Melhora na dor

Comparação de grupo

Agudo

Crônico

Desconhecido/misto

Acupuntura

Número de estudos

2

16

8

Melhora na media

52%

32%

51%

Desvio padrão

39%

24%

19%

Mínimo

25%

-17%

22%

Máximo

80%

62%

77%

Sem tratamento

Número de estudos

6

Melhora na media

6%

Desvio padrão

25%

Mínimo

-33%

Máximo

42%

Placebo

Número de estudos

1

6

3

Melhora na media

22%

23%

25%

Desvio padrão

22%

17%

Mínimo

-19%

6%

Máximo

44%

37%

Outros tratamentos

Número de estudos

1

6

3

Melhora na media

79%

25%

99%

Desvio padrão

19%

73%

Mínimo

0%

41%

Máximo

50%

181%

Tabela 05 Estratégias de busca**MEDLINE****EMBASE**

- 1 ensaio controlado randomizado.pt. (72769)
- 2 ensaio clínico controlado.pt. (16977)
- 3 ensaios controlados randomizados / (17706)
- 4 Randomização da Distribuição / (11879)
- 5 Método duplo-cego/ (26902)
- 6 Método duplo-cego / (4389)
- 7 ou/1-6 (120640)
- 8 Animal/ não Humano/ (583159)
- 9 7 não 8 (112795)
- 10 ensaio clínico.pt. (144571)
- 11 exp Ensaios Clínicos/ (45063)
- 12 ((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj (mask\$ or blind\$)).tw. (24652)
- 13 Placebos/ (4548)
- 14 placebo\$.tw. (30921)
- 15 random\$.tw. (123481)
- 16 Desenho de Pesquisa/ (12824)
- 17 (latin adj square).tw. (663)
- 18 (clinic\$ adj25 trial\$).tw. (43883)
- 19 ou/10-18 (275600)
- 20 19 não 8 (256926)
- 21 20 não 9 (147773)
- 22 Estudo Comparativo/ (298320)
- 23 exp Estudos de Avaliação/ (155611)
- 24 Estudos de Acompanhamento/ (95462)
- 25 Estudos Prospectivos/ (77754)

- 26 (control\$ or prospective\$ or volunteer\$).tw. (521438)
- 27 Estudos Cross-Over / (9791)
- 28 ou/22-27 (917800)
- 29 28 não 8 (737443)
- 30 29 não (9 ou 21) (559548)
- 31 9 ou 21 ou 30 (820116)
- 32 Disco Intervertebral / (1230)
- 33 Vértebra Lombar / (6673)
- 34 Dor Lombar / (3418)
- 35 Ciática/ (544)
- 36 Dor Lombar.tw. (2796)
- 37 Dor na Coluna.tw. (276)
- 38 lumbago.tw. (174)
- 39 ou/32-38 (11150)
- 40 ACUPUNTURA/ (114)
- 41 exp ACUPUNTURA ANALGESIA/ (185)
- 42 exp ACUPUNTURA, ORELHA/ (31)
- 43 exp ACUPUNTURA PONTOS/ (403)
- 44 exp ACUPUNTURA TERAPIA/ (1918)
- 45 acupuntura.tw. (1655)
- 46 eletro-acupuntura.tw. (62)
- 47 acupressão.tw. (84)
- 48 ou/40-47 (2324)
- 49 31 e 39 e 48 (49)
- 1 artigo clínico/ (299265)
- 2 estudo clínico/ (2230)
- 3 ensaio clínico/ (184343)
- 4 estudo controlado/ (953915)
- 5 ensaio controlado randomizado / (58211)
- 6 estudo clínico maior/ (352156)
- 7 procedimento duplocego/ (27710)

- 8 estudo multicêntrico/ (19950)
- 9 procedimento duplocego / (3090)
- 10 procedimento crossover / (9288)
- 11 placebo/ (23129)
- 12 ou/1-11 (1350338)
- 13 allocat\$.ti,ab. (10381)
- 14 assign\$.ti,ab. (34017)
- 15 blind\$.ti,ab. (39706)
- 16 (clinic\$ adj25 (study or trial)).ti,ab. (103723)
- 17 compar\$.ti,ab. (592128)
- 18 control\$.ti,ab. (435060)
- 19 cross?over.ti,ab. (7854)
- 20 factorial\$.ti,ab. (2463)
- 21 follow?up.ti,ab. (3710)
- 22 placebo\$.ti,ab. (32609)
- 23 prospectiv\$.ti,ab. (81230)
- 24 random\$.ti,ab. (119291)
- 25 ((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj25 (blind\$ or mask\$)).ti,ab. (27455)
- 26 trial.ti,ab. (57298)
- 27 (verso ou vs).ti,ab. (144304)
- 28 ou/13-27 (1052880)
- 29 12 ou 28 (1707121)
- 30 humano/ (1767116)
- 31 não humano/ (855690)
- 32 animal/ (592)
- 33 experimento animal / (266367)
- 34 31 ou 32 ou 33 (857723)
- 35 30 e 34 (145063)
- 36 29 não 34 (1118616)
- 37 29 e 35 (85582)
- 38 36 ou 37 (1204198)

- 39 Coluna Lombar/ (4963)
- 40 Coluna Lombossacral/ (629)
- 41 Dico Intervertebral/ (710)
- 42 Doença do Disco Intervertebrl/ (295)
- 43 Hérnia Discal Lombar/ (835)
- 44 Dor Lombar / (5403)
- 45 Ciatica / (743)
- 46 Dor Lombar.tw. (3184)
- 47 Dor na Coluna.tw. (270)
- 48 lumbago.tw. (162)
- 49 or/39-48 (12240)
- 50 exp ACUPUNTURA / (2907)
- 51 exp ACUPUNTURA ANALGESIA/ (143)
- 52 acupuntura.tw. (1775)
- 53 eletro-acupuntura.tw. (56)
- 54 acupressão.tw. (71)
- 55 ou/50-54 (3014)
- 56 38 e 49 e 55 (85)

Tabela 06 Critérios de validade interna

Critérios

Operacionalização

A. O método de randomização foi adequado?

A. Uma sequencia de trabalho randomizada (imprevisível). Exemplos de métodos adequados são tabelas numéricas randomizadas geradas por computador e o uso de envelopes opacos fechados. Métodos de distribuição usando datas de nascimento, data de admissão, números hospitalares, ou alternção não deveriam ser reconhecidos como apropriados.

B. A distribuição do tratamento foi ocultada?

B. A distribuição foi gerada por uma pessoa independente não responsável por determinar a elegibilidade dos pacientes. Esta pessoa não tem informação sobre as pessoas incluídas no ensaio e não tem influência na sequência de trabalho ou na decisão sobre a elegibilidade do paciente.

C. Os grupos eram similares na linha de base com relação aos indicadores prognósticos mais importantes?

C. Para receber um “sim”, os grupos tinham que ser similares na linha de base com relação a fatores demográficos, duração de severidade das queixas, porcentagem de pacientes com sintomas neurológicos, e valor da principal medida (s) de resultado.

D. O paciente era cego para a intervenção?

D. O revisor determina se é dada informação o bastante sobre a cegueira para pontuar um “sim”.

E. O cuidador era cego para a intervenção?

E. O revisor determina se é dada informação o bastante sobre a cegueira para pontuar um “sim”.

F. O avaliador era cego para a intervenção?

F. O revisor determina se é dada informação o bastante sobre a cegueira para pontuar um “sim”.

G. As cointervenções eram evitadas ou similares?

G. As cointervenções deveriam ou serem evitadas no desenho do ensaio ou similares entre o índice e grupos controle.

H. A conformidade era aceitável em todos os grupos?

H. O revisor determina se a conformidade para as intervenções é aceitável, baseado na intensidade relatada, duração, número e frequência das sessões para ambas intervenções índice e controle.

I. A razão de desistência foi descrita e aceitável?

I. O número de participantes que foram incluídos no estudo mas não completaram o período de observação ou não foram incluídos na análise deve ser descrito e as razões dadas. Se a porcentagem de desistências e retiradas não exceder 20% para acompanhamentos imediato e a curto prazo, 30% para acompanhamentos imediato e a longo prazo e não levar a parcialidade substancial um “sim” é pontuado.

J. O tempo da avaliação de resultados em todos os grupos foi similar?

J. O tempo da avaliação de resultados deveria ser idêntico para todos os grupos de intervenção e para todas as avaliações de resultados importantes.

K. A análise incluiu uma análise de intenção de tratar?

K. Todos os pacientes randomizados são relatados/analizados no grupo em que foram distribuídos pela randomização para os momentos mais importantes da medida do efeito (valores mínimos faltando) independente de não conformidade e cointervenções.

REFERÊNCIAS

Referências aos estudos incluídos nesta revisão

Araki 2001{dados publicados e não publicados}

Araki S, Kawamura O, Mataka T, Fujioka H, et al. Randomized controlled trial comparing the effect of manual acupuncture with sham acupuncture for acute low back pain [RCT ni yoru kyusei yotsu-sho ni taisuru shishin-gun to gishin-gun no

tiryou koka]. Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion 2001;51(3):382.

Carlsson (even){ apenas dados publicados }

..

Carlsson (morn){ apenas dados publicados }

..

Carlsson 2001{ apenas dados publicados }

Carlsson CP, Sjolund BH. Acupuncture for chronic low back pain: a randomized placebo-controlled study with long-term follow-up. Clin J Pain 2001;17(4):296-305. 915.

Ceccherelli 2002{ apenas dados publicados }

Ceccherelli F, Rigoni MT, Gagliardi G, Ruzzante L. Comparison of superficial and deep acupuncture in the treatment of lumbar myofascial pain: a double-blind randomized controlled study. Clin J Pain 2002;18(3):149-153. 1045.

Cherkin 2001{ apenas dados publicados }

Cherkin DC, Eisenberg D, Sherman KJ, Barlow W, Kaptchuk TJ, Street J, et al. Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self-care education for chronic low back pain. Archives of Internal Medicine 2001;161(8):1081-1088. 886.

Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ, Koepsell TD, Deyo RA. Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. Spine 2001;26(13):1418-1424.

Cherkin 2001 (mass){ apenas dados publicados }

..

Cherkin 2001 (sc){ apenas dados publicados }

..

Coan 1980{ apenas dados publicados }

Coan RM, Wong G, Ku SL, Chan YC, Wang L, Ozer FT, et al. The acupuncture treatment of low back pain: a randomized controlled study. *Am J Chinese Med* 1980;8:181-189.

Ding 1998{ apenas dados publicados }

Ding YD. Fly-probing-acupoint manipulation as a main treatment for lumbago. *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion* 1998;17(5):25-26. 4.

Edelist 1976{ apenas dados publicados }

Edelist G, Gross AE, Langer F. Treatment of low back pain with acupuncture. *Canad Anaesth Soc J* 1976;23:303-306.

Garvey 1989{ apenas dados publicados }

Garvey TA, Marks MR, Wiesel SW. A prospective, randomized, double-blind evaluation of trigger-point injection therapy for low-back pain. *Spine* 1989;14:962-964.

Garvey 1989 (lidoc){ apenas dados publicados }

..

Garvey 1989 (spray){ apenas dados publicados }

..

Garvey 1989(steroid){ apenas dados publicados }

..

Giles & Muller 1999{ apenas dados publicados }

Giles LG, Muller R. Chronic spinal pain syndromes: a clinical pilot trial comparing acupuncture, a nonsteroidal anti-inflammatory drug, and spinal manipulation. 1999;22(6):376-381. 807.

Giles & Muller 2003{ apenas dados publicados }

Giles LGF, Muller R. Chronic spinal pain. A randomized clinical trial comparing medication, acupuncture and spinal manipulation. *Spine* 2003;28(14):1490-1503.

Giles 1999 (manip){ apenas dados publicados }

..

Giles 1999 (NSAID){ apenas dados publicados }

..

Giles 2003 (manip){ apenas dados publicados }

..

Giles 2003 (NSAID){ apenas dados publicados }

..

Grant 1999{ apenas dados publicados }

Grant DJ, Bishop-Miller J, Winchester DM, Anderson M, Faulkner S. A randomized comparative trial of acupuncture versus transcutaneous electrical nerve stimulation for chronic back pain in the elderly. *Pain* 1999;82(1):9-13. 1081.

Gunn 1980{ apenas dados publicados }

Gunn CC, Milbrandt WE, Little AS, Mason KE. Dry needling of muscle motor points for chronic low-back pain: a randomized clinical trial with long-term follow-up. *Spine* 1980;5:279-291.

He 1997{ apenas dados publicados }

He RY. Clinical Observation on Treatment of Lumbago due to Cold-Dampness By Warm-Acupuncture Plus Chinese Medicine. *Chinese Acupuncture & Moxibustion* 1997;17(5):279-80. 1753.

Inoue 2000{ apenas dados publicados }

Inoue M, Kitakouji H, Ikeuchi R, Katayama K, Ochi H, et al. Randomized controlled pilot study comparing acupuncture with sham acupuncture for lumbago [Yotsu ni taisuru gishin wo mochiita randamuka hikaku-shiken no kokoromi]. *Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion* 2000;50(2):356. 1771.

Inoue 2001{dados publicados e não publicados }

Inoue M, Kitakouji H, Ikeuchi R, Katayama K, Ochi H, et al. Randomized controlled pilot study comparing manual acupuncture with sham acupuncture for lumbago (2nd report) [Yotsu ni taisuru gishin wo mochiita randamuka hikaku-shiken no kokoromi]. Journal of The Japan Society of Acupuncture and Moxibustion 2001;51(3):412.

Kerr 2003{ apenas dados publicados }

Kerr DP, Walsh DM, Baxter D. Acupuncture in the management of chronic low back pain: a blinded randomized controlled trial. The Clinical Journal of Pain 2003;19:364-370.

Kittang 2001{ apenas dados publicados }

Kittang G, Melvaer T, Baerheim A. [Acupuncture contra antiphlogistics in acute lumbago]. Tidsskr Nor Laegeforen 2001;121(10):1207-1210. 1101.

Kurosu 1979(a){published data only}

Kurosu Y. Acupuncture and Moxibustion for Lumbago (II) - Comparative Experiment of the Therapeutic Effectiveness of Acupuncture and Garlic Moxibustion. The Journal of the Japan Acupuncture & Moxibustion Association 1979;28(2):31-34. 1765.

Kurosu 1979(b){published data only}

..

Lehmann 1986{published data only}

Lehmann TR, Russell DW, Spratt KF. The impact of patients with nonorganic physical findings on a controlled trial of transcutaneous electrical nerve stimulation and electroacupuncture. Spine 1983;8:625-634.

*Lehmann TR, Russell DW, Spratt KF, Colby H, Liu YK, Fairchild ML, Christensen S. Efficacy of electroacupuncture and TENS in the rehabilitation of chronic low back pain patients. Pain 1986;26:277-290.

Leibing 2002{published data only}

Leibing E, Leonhardt U, Koster G, Goerlitz A, Rosenfeldt JA, Hilgers R, et al. Acupuncture treatment of chronic low-back pain - a randomized, blinded, placebo-controlled trial with 9-month follow-up. *Pain* 2002;96(1-2):189-196. 1113.

Li & Shang 1997{published data only}

Li Q, Shang WM. The effect of acupuncture plus cupping on 78 cases with lumbago. *Hebei Chinese Traditional Medicine* 1997;19(5):28. 1754.

Lopacz & Gralewski{published data only}

Lopacz S, Gralewski Z. A trial of assessment of the results of acupuncture or suggestion in the treatment of low back pain. *Neur Neurochir Pol* 1979;8:405-409.

MacDonald 1983{published data only}

MacDonald AJ, Macrae KD, Master BR, Rubin AP. Superficial acupuncture in the relief of chronic low back pain. *Ann Royal Coll Surg Engl* 1983;65:44-46.

Mendelson 1983{published data only}

Mendelson G, Kidson MA, Loh ST, Scott DF, Selwood TS, Kranz H. Acupuncture analgesia for chronic low back pain. *Clin Exp Neurol* 1978;15:182-185.

*Mendelson G, Selwood TS, Kranz H, Loh TS, Kidson MA, Scott DS. Acupuncture treatment of chronic back pain.: a double-blind placebo-controlled trial. *Am J Med* 1983;74:49-55.

Meng 2003{published data only}

Meng CF, Wang D, Ngeow J, Lao L, Peterson M, Paget S. Acupuncture for chronic low back pain in older patients: a randomized, controlled trial. *Rheumatology* 2003;42:1-10.

Molsberger 2002{published data only}

Molsberger A, Winkler J, Schneider S, Mau J. Acupuncture and conventional orthopedic pain treatment in the management of chronic low back pain - a prospective randomised and controlled clinical trial. *ISSLS*. 1998:87.

Molsberger AF, Mau J, Pawelec DB, Winkler J. Does acupuncture improve the orthopedic management of chronic low back pain--a randomized, blinded, controlled trial with 3 months follow up. *Pain* 2002;99(3):579-587. 1760.

Sakai 1998{published and unpublished data}

Sakai T, Tsukayama H, Amagai H, Kawamoto M, Masuda K, et al. Controlled trial on acupuncture for lumbago [Yotsu ni taisuru hari no hikaku-taisyo-shiken]. *Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion* 1998;48(1):110. 1773.

Sakai 2001{published data only}

Sakai T, Tsutani K, Tsukayama H, Nakamura T, Ikeuchi T, Kawamoto M, et al. Multi-center randomized controlled trial of acupuncture with electric stimulation and acupuncture-like transcutaneous electrical nerve stimulation for lumbago. *Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion* 2001;51:175-84.

Yamashita H. Are the Effects of Electro-Acupuncture on Low Back Pain Equal to those of TENS?. *Focus on Alternative and Complementary Therapies* 2001;6(4):254-255. 1752.

Takeda & Nabeta 2001{published and unpublished data}

Takeda H, Nabeta T. Randomized controlled trial comparing the effect of distal point needling with local point needling for low back pain [RCT ni yoru yotsu-sho ni taisuru enkakubu-sisin to kyokusho-sisin no koka hikaku]. *Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion* 2001;51(3):411.

Thomas & Lundberg 94{published data only}

*Thomas M, Lundberg T. Importance of modes of acupuncture in the treatment of chronic nociceptive low back pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 1994;38:63-69.

Tsukayama 2002{published data only}

Tsukayama H, Yamashita H, Amagai H, Tanno Y. Randomised controlled trial comparing the effectiveness of electroacupuncture and TENS for low back pain: a

preliminary study for a pragmatic trial. *Acupuncture in Medicine* 2002;20(4):175-180. 1758.

Von Mencke 1988{published data only}

Von Mencke M, Wieden TE, Hoppe M, Porschke W, Hoffmann O, Herget HF. Akupunktur des Schulter-Arm-Syndroms und der Lumbagie/Ischialgie - zwei prosepktive Doppelblind-Studien (Teil I). *Akupunktur* 1988;4:204-215.

Von Mencke M, Wieden TE, Hoppe M, Porschke W, Hoffmann O, Herget HF. Akupunktur des Schulter-Arm-Syndroms und der Lumbagie/Ischialgie - zwei prosepktive Doppelblind-Studien* (Teil II). *Akupunktur* 1989;5:5-13.

Wang 1996{published data only}

Wang JX. The effect of acupuncture on 492 cases with lumbago. *Shanghai Acupuncture Journal* 1996;15(5):28. 1755.

Wu (a) 1991{published data only}

Wu YC ea. Acupuncture for 150 cases of acute lumbago. *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion* 1991;10(2):18-19. 3.

Wu (b) 1991{published data only}

..

Yeung 2003{published data only}

Yeung CKN, Leung MCP, Chow DHK. The use of electro-acupuncture in conjunction with exercise for the treatment of chronic low-back pain. *The journal of alternative and complementary medicine* 2003;9(4):479-490.

Referências aos estudos excluídos desta revisão

Cai 1996

Cai Gw ZDLL. Clinic research in treatment of acute sciatica by needling YaoYangKuan (DU3) deep. *Shangai J of Acupuncture* 1996;15(2):8-9.

Duplan 1983

Duplan B, Cabanel G, Piton JL, Grauer JI, Phelip X. Acupuncture et lombosciatique a la phase aiguë: etude en double aveugle de trente cas. Sem Hop Paris 1983;59:3109-3114.

Fox and Melzack 1976

Fox EJ, Melzack R. Transcutaneous electrical stimulation and acupuncture: comparison of treatment for low-back pain. Pain 1976;2(141-148).

Franke 2000

Franke A, Gebauer S, Franke K, Brockow T. [Acupuncture massage vs Swedish massage and individual exercise vs group exercise in low back pain sufferers--a randomized controlled clinical trial in a 2 x 2 factorial design]. Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd 2000;7(6):286-293. 958.

Fujinuki 1989

Fujinuki R. Yobu sekityukan kyosakusyo no shinkyu tiryō ni kansuru kenkyū (2). The study of acupuncture & moxibustion for lumbar spinal canal stenosis (2). Journal of the Japan Acupuncture and Moxibustion 1989;48(11):6-13. 1769.

Gallacchi 1981

Gallacchi G, Muller W, Plattner GR, Schnorrenberger CC. [Akupunktur - und Laserstrahlbehandlung beim Zervikal - and Lumbalsyndrom]. Schweiz Med Wschr 1981;111:1360-66.

Gallacchi 1983

Gallacchi G, Muller W. [Akupunktur - bringt sie etwas?]. Schweiz Rundschau Med 1983;72(22):778-82.

Ghia 1976

Guia JN, Mao W, Toomey T, Gregg JM. Acupuncture and chronic pain mechanisms. Pain 1976;2(285-99).

Hackett 1988

Hackett GI, Seddon D, Kaminski D. Electroacupuncture compared with paracetamol for acute low back pain. *Practitioner* 1988;232:163-164.

Ishimaru 1993

Ishimaru K, Shinohara S, Kitade T, Yhodo M. Clinical efficacy of electrical heat acupuncture (First report): effect on low-back pain. *American Journal of Acupuncture* 1993;21(1):13-18.

Junnila 1982

Junnila SYT. Acupuncture therapy for chronic pain. *American Journal of Acupuncture* 1982;10(3):259-62.

Kinoshita 1965

Kinoshita H. Comparative observation in Goshin-ho and Hinaishin-po. *The Journal of the Japan Acupuncture & Moxibustion Association* 1965;18(2):5-9. 1763.

Kinoshita 1971

Kinoshita H. Consideration of tonification and dispersion based upon clinical experiment. *The Journal of the Japan Acupuncture & Moxibustion Association* 1971;20(3):6-13. 1762.

Kinoshita 1981

Kinoshita H, Kinoshita N. Clinical Research in the Use of Paraneural Acupuncture for Sciatica. *The Journal of the Japan Acupuncture & Moxibustion Association* 1981;30(1):4-13. 1767.

Koike 1975

Koike Y. Quantity of stimulation in the treatment of lumbago. Acupuncture treatment for lumbago. *The Journal of the Japan Acupuncture & Moxibustion Association* 1975;24(3):8-13. 1761.

Kuramoto 1977

Kuramoto S. A clinical study of the effects of electrical acupuncture on protrusions of the intervertebral discs. *The Journal of the Japan Acupuncture & Moxibustion Association* 1977;26(2):45-48. 1764.

Laitinen 1976

Laitinen J. Acupuncture and transcutaneous electric stimulation in the treatment of chronic sacrolumbalgia and ischialgia. *American Journal of Chinese Medicine* 1976;4(2):169-175.

Li 1994

Li J, Chenard JR, Marchand S, Charest J, Lavignolle B. Points d'acupuncture et zones-gachettes: réponse a la pression et résistance cutanée chez des lombalgies chroniques. *Rhumatologie* 1994;46:11-19. 437.

Megumi 1979

Megumi N. Acupuncture-moxibustion Therapy for the Lumbago known as Colic. *The Journal of the Japan Acupuncture & Moxibustion Association* 1979;28(2):35-44. 1766.

Ren 1996

..

Shinohara 2000

Shinohara S, Kitade K, Tanzawa S. Effect of acupuncture based on Jingjin (channel sinews) theory for musculoskeletal conditions [Undoki-kei shojo ni keikin no gainen wo katsuyo-shita rinsyo-hoho to sono koka]. *Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion* 2000;50(2):340. 1770.

Sodipo 1981

Sodipo JOA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) and acupuncture: comparison of therapy for low-back pain. *Pain*. 1981:S277.

Sugiyama 1984

Sugiyama N, Ito F, Takagi T. The effect of acupuncture and mobilization on lumbago. *Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion* 1984;33(4):402-9. 1768.

Wang 1997

Wang RY. The effect of acupuncture with moxibustion or acupuncture with cupping on 167 cases with lumbago. *Anhui Chinese Traditional Medicine Clinical Journal* 1997;9:272-3. 1756.

Wang 2000

Wang RR and Tronnier V. Effect of acupuncture on pain management in patients before and after lumbar disc protrusion surgery - a randomized control study. *American Journal of Chinese Medicine* 2000;28(1):25-33.

Wedenberg 2000

Wedenberg K. A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:331-335.

Xingsheng 1998

Xingsheng C. Comparative study on acupuncture needling methods for sciatica: routine needling vs point-to-point penetration and deep puncture. *American Journal of Acupuncture* 1998;26(1):37-41.

Xu 1996

Xu L, Zhi-xiang Z, Xian-ming L, Guang-zhan L, Cheng-xuan Q. Acupuncture plus massage versus massage alone in treating acute lumbar sprain. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1996;7(3):365-67.

Yue 1978

Yue SJ. Acupuncture for chronic back and neck pain. *Acupuncture & Electro-Therapeut Res Int J* 1978;3:323-24.

Zhang 1995

Zhang ZT, Zhang QZ. The effect of acupuncture plus chiropractic on 57 cases with waist protrusion of the intervertebral disk. Neck pain and Lumbago Journal 1995;16(2):97-8. 1757.

Zhang 1996

Zhang HP, Du SP, u LJ. [Observation on therapeutic effects of 110 cases with sciatica treated by electro-acupuncture deeply at Yaoyangguan]. Chinese Acupuncture & Moxibustion 1996;16(8):19-20. 2.

Zhi 1995

Zhi L, Jing S. Clinical comparison between scalp acupuncture combined with a single body acupoint and body acupuncture alone for the treatment of sciatica. American Journal of Acupuncture 1995;23(4):305-7.

Referências aos estudos em andamento

Cherkin

Janet Erro, RN erro.j@ghc.org Study chairs or principal investigators Daniel Cherkin, PhD, Study Director, Group Health Cooperative Center for Health Studies Karen J Sherman, PhD, Principal Investigator, Group Health Cooperative Center for Health Studies Andy Avins, MD, Principal Investigator, Kaiser Foundation Research Institute, Kaiser Permanente Northern California Study ID Numbers R01 AT001110-01 A1 Study Start Date April 2004 Record last reviewed March 2004 NLM Identifier NCT00065585 ClinicalTrials.gov processed this record on 2004-04-16. Efficacy of Acupuncture for Chronic Low Back Pain. Ongoing study. Funding: National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM).

GerAc

<http://www.gerac.de/index1.html>. German Acupuncture Trials. Ongoing study. Starting date of trial not provided. Contact author for more information.

Harvard Med School

Expected Total Enrollment: 120 Location Information Massachusetts Harvard Vanguard Medical Associates, Boston, Massachusetts, 00000, United States Harvard medical school, Boston, Massachusetts, 00000, United States More Information Study ID Numbers 1 R01 AT00622-01; EisenbergD Study Start Date April 2002; Estimated Completion Date December 2002 Record last reviewed August 2003 NLM Identifier NCT00065975 ClinicalTrials.gov processed this record on 2004-04-16. Physical CAM Therapies for Chronic Low Back Pain. Ongoing study. Funding: NIH.

Kong

Study contact information not provided. Contact author for more information. Ongoing study. Starting date of trial not provided. Contact author for more information.

Munglani

Dr Rajesh Munglani Contact details Box No 215 Pain Clinic Addenbrooke's NHS Trust CB2 2QQ Tel: 2346. Randomised controlled single-blinded trial of deep intramuscular stimulation in the treatment of chronic mechanical low back pain.. Ongoing study. Starting date of trial not provided. Contact author for more information.

Thomas

Ms Kate Thomas Address Medical Care Research Unit University of Sheffield SCHARR Regent Court 30 Regent Street City/town Sheffield Zip/Postcode S1 4DA Country United Kingdom Tel +44 0114 222 0753 Fax +44 0114 272 4095 Email k.j.thomas@shef.ac.uk Sponsor NHS Research and Development Health Technology Assessment Programme (HTA). Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture to patients with chronic low back pain.. Ongoing study. Funding: NHS.

Referências adicionais

Cherkin 2003

Cherkin DC, Sherman KJ, Deyo RA, Shekelle PG. A review of the evidence for the effectiveness, safety and costs of acupuncture, massage therapy and spinal manipulation for back pain. *Ann Int Med* 2003;138:898-906.

Chu 1979

Chu LSW, Yeh SDJ, Wood DD. *Acupuncture manual: a western approach*. New York: Marcel Dekker Inc, .

Chung 2003

Chung A, Bui L, Mills E. Adverse effects of acupuncture. Which are clinically significant?. *Canadian Family Physician* 2003;49:985-89.

Ernst & White 1997

Ernst E, White A. Life-threatening adverse reactions after acupuncture? A systematic review. *Pain* 1997;71:123-126.

Ernst 2003

Ernst G, Strzyz H, Hagmeister H. Incidence of adverse effects during acupuncture therapy- a multicentre survey. *Complementary Therapies in Medicine* 2003;11:93-97.

Gerwin 2001

Gerwin RD. Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. *Current Pain and Headache Reports* 2001;5(5):412-20.

Lao 1996

Lao L. Acupuncture techniques and devices. *J Alternative Complementary Med* 1996;2:23-5.

MacPherson 2001

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).

MacPherson 2002

MacPherson H, White A, Cummings M, Jobst KA, Rose K, Niemtow RC; STRICTA Group. Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture: the STRICTA recommendations. *J Altern Complement Med* 2002;8(1):85-9.

Melchart 2004

Melchart D, Weidenhammer W, Streng A, Reitmayr S, Hoppe A, Ernst E, et al. Prospective investigation of adverse effects of acupuncture in 97,733 patients. *Arch Intern Med* 2004;164:104-5.

Odsberg 2001

Odsberg A, Schill U, Haker E. Acupuncture treatment: side effects and complications reported by Swedish physiotherapists. *Comp Ther Med* 2001;9:17-20.

Pengel 2003

Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low-back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003;327(323-327).

Shekelle 1994

Shekelle PG, Andersson G, Bombardier C, et al. A brief introduction to the critical reading of the clinical literature. *Spine* 1994;19:2028S-31S.

Stux 2003

Stux G, Berman B, Pomeranz B. *Basics of acupuncture*. 5th Edition. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2003.

Sutton 2000

Sutton AJ, Duval SJ, Tweedie RL, Abrams KR, Jones DR. Empirical assessment of effect of publication bias on meta-analyses. *BMJ* 2000 June 10;320(7249):1574-7.

Travel and Simons 83

Travell JG, Simons DG. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. Williams & Wilkins, 1983.

van Tulder 1995

van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. *Pain* 1995;62:233-40.

van Tulder 1997

van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997;22(18):2128-56.

van Tulder 1999 (a)

van Tulder MW, Cherkin D, Berman B, Lao L, Koes BW. Acupuncture for low back pain. In: *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2, 1999. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD001351.

van Tulder 1999 (b)

van Tulder MW, Cherkin DC, Berman B, Lao L, Koes BW. The effectiveness of acupuncture in the management of acute and chronic low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 1999;24(11):1113-23.

van Tulder 2003

van Tulder M, Furlan A, Bombardier C, Bouter L, The Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2003;28(12):1290-9.

Verhagen 1998

Verhagen AP, De Vet HCW, De Bie RA, Kessels AGH, Boers M, Knipschild PG. Balneotherapy and quality assessment: interobserver reliability of the Maastricht criteria list and the need for blinded quality assessment. Clin Epidemiol 1998;51:335-341.

Waddell 1987

Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. Spine 1987;12:632-644.

White 2001

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.

Yamashita 1999

Yamashita H, Tsukayama H, Tanno Y, Nishijo K. Adverse events in acupuncture and moxibustion treatment: a six-year survey at a national clinic in Japan. J Altern Complement Med 1999;5(3):229-36.

Yamashita 2000

Yamashita H, Tsukayama H, Hori N, Kimura T, Tanno Y. Incidence of adverse reactions associated with acupuncture. J Altern Complement Med 2000;6(4):345-50.

Yamashita 2001

Yamashita H, Tsukayama H, White AR, Tanno Y, Sugishita C, Ernst E. Systematic review of adverse events following acupuncture: the Japanese literature. Comp Ther Med 2001;9:98-104.

- *Indicates the major publication for the study*

S I N O P S E

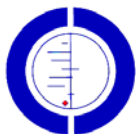
Trinta e cinco ECRs envolvendo 2861 pacientes foram incluídos nesta revisão sistemática. Há evidência insuficiente para fazer quaisquer recomendações sobre a acupuntura ou sobre a agulhagem-seca para dor lombar aguda. Para dor lombar crônica, os resultados mostram que a acupuntura é mais efetiva para alívio de dor do que nenhum tratamento ou tratamento placebo, em medidas obtidas aos três meses. Os resultados também mostram que para dor lombar crônica, a acupuntura é mais efetiva para melhora da função do que nenhum tratamento, a curto prazo. A acupuntura é mais efetiva que outros tratamentos convencionais e “alternativos”. Quando a acupuntura é adicionada a outras terapias convencionais, alivia a dor e melhora a função mais do que somente as terapias convencionais. Entretanto, os efeitos são pequenos. A agulhagem-seca parece ser um adjunto útil a outras terapias para dor lombar crônica.

Termos Indexados

Medical Subject Headings (MeSH)

Acupuncture Terapa; Dor Lombar [terapia]

Mesh check words: Human



**CENTRO COCHRANE
DO BRASIL**

*Auxiliar, Realizar
e Divulgar
Revisões Sistemáticas
de Terapêutica
em Saúde*

CENTRO COCHRANE DO BRASIL

Data: 29.07.2005

Título da Revisão Sistemática: ACUPUNTURA PARA LOMBALGIA

**Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM.
Acupuncture and dry-needling for low back pain. *The Cochrane Database of
Systematic Reviews* 2005, Issue 1**

Pergunta: Qual a efetividade da acupuntura no tratamento da lombalgia?

Parecer dos Revisores Cochrane

1. Estratégia de Busca

A última busca eletrônica desta revisão foi realizada em 2004, dessa forma foi necessário realizar uma nova busca nas bases de dados:

LILACS

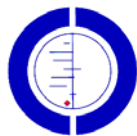
1.1 Estratégia de Busca para Situação Clínica:

((TI dorsalgia) OR (AB dorsalgia) OR (Back Pain) OR (TI backache) OR (AB backache) OR (lumbar and pain) OR (TI coccyx) OR (AB coccyx) OR (TI coccydynia) OR (AB coccydynia) OR (TI sciatica) OR (AB sciatica) OR (sciatica) OR (TI spondylosis) OR (AB spondylosis) OR (TI lumbago) OR (AB lumbago)) AND ((Sh neck muscles) OR (Neck) OR (whiplash injuries) OR (TI neck) OR (AB neck)) AND ((Spine) OR (TI discitis) OR (AB discitis) OR (Spinal Diseases) OR (disc degeneration) OR (disc prolapse) OR (disc herniation) OR (Sh spinal fusion) OR spinal neoplasms[sh] OR (facet adj joints) OR intervertebral disk[sh] OR (postlaminectomy) OR (arachnoiditis) OR (failed back)) [Words]

1.2 Estratégia de Busca para Intervenção:

(ACUPRESSURE) OR (eletro-acupuncuture) OR (ELECTRO-ACUPUNCTURE) OR (Mh ELECTRO-ACUPUNCTURE) OR (ACUPUNCTURE) OR (acupuncture) OR (Mh ACUPUNCTURE) OR (ACUPUNCTURE,EAR) OR (ACUPUNCTURE POINTS) AO (acupuncture points) OR (ACUPUNCTURE ANALGESIA) OR (acupuncture analagesia) [Words]

1.3 Estratégia de Busca para Tipo de Estudo:



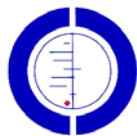
**CENTRO COCHRANE
DO BRASIL**

*Auxiliar, Realizar
e Divulgar
Revisões Sistemáticas
de Terapêutica
em Saúde*

Randomized controlled trial OR Controlled study OR Randomization OR (Double blind procedure) OR (Single blind procedure) OR (Clinical trial) OR (clinical adj5 trial\$) OR (doubl\$ or singl\$ or tripl\$ or trebl\$) OR (blind\$ or mask\$) OR Placebo\$ OR Random\$ OR Methodology OR (latin square) OR crossover OR (cross-over) OR (Crossover Procedure) OR (Drug comparison) OR (Comparative study) OR (comparative adj5 trial\$) OR (control\$ OR prospectiv\$ OR volunteer\$) OR (exp Evaluation and Follow Up) OR (Prospective study)

MEDLINE

- 1 randomized controlled trial.pt. (72769)
- 2 controlled clinical trial.pt. (16977)
- 3 Randomized Controlled Trials/ (17706)
- 4 Random Allocation/ (11879)
- 5 Double-Blind Method/ (26902)
- 6 Single-Blind Method/ (4389)
- 7 or/1-6 (120640)
- 8 Animal/ not Human/ (583159)
- 9 7 not 8 (112795)
- 10 clinical trial.pt. (144571)
- 11 exp Clinical Trials/ (45063)
- 12 ((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj (mask\$ or blind\$)).tw. (24652)
- 13 Placebos/ (4548)
- 14 placebo\$.tw. (30921)
- 15 random\$.tw. (123481)
- 16 Research Design/ (12824)
- 17 (latin adj square).tw. (663)
- 18 (clinic\$ adj25 trial\$).tw. (43883)
- 19 or/10-18 (275600)
- 20 19 not 8 (256926)
- 21 20 not 9 (147773)
- 22 Comparative Study/ (298320)



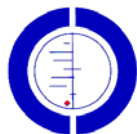
**CENTRO COCHRANE
DO BRASIL**

*Auxiliar, Realizar
e Divulgar
Revisões Sistemáticas
de Terapêutica
em Saúde*

- 23 exp Evaluation Studies/ (155611)
- 24 Follow-Up Studies/ (95462)
- 25 Prospective Studies/ (77754)
- 26 (control\$ or prospective\$ or volunteer\$.tw. (521438)
- 27 Cross-Over Studies/ (9791)
- 28 or/22-27 (917800)
- 29 28 not 8 (737443)
- 30 29 not (9 or 21) (559548)
- 31 9 or 21 or 30 (820116)
- 32 Intervertebral disk/ (1230)
- 33 Lumbar vertebrae/ (6673)
- 34 Low-back pain/ (3418)
- 35 Sciatica/ (544)
- 36 low back pain.tw. (2796)
- 37 backache.tw. (276)
- 38 lumbago.tw. (174)
- 39 or/32-38 (11150)
- 40 ACUPUNCTURE/ (114)
- 41 exp ACUPUNCTURE ANALGESIA/ (185)
- 42 exp ACUPUNCTURE, EAR/ (31)
- 43 exp ACUPUNCTURE POINTS/ (403)
- 44 exp ACUPUNCTURE THERAPY/ (1918)
- 45 acupuncture.tw. (1655)
- 46 electro-acupuncture.tw. (62)
- 47 acupressure.tw. (84)
- 48 or/40-47 (2324)
- 49 31 and 39 and 48 (49)

EMBASE

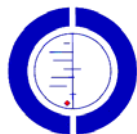
- 1 clinical article/ (299265)
- 2 clinical study/ (2230)



**CENTRO COCHRANE
DO BRASIL**

*Auxiliar, Realizar
e Divulgar
Revisões Sistemáticas
de Terapêutica
em Saúde*

- 3 clinical trial/ (184343)
- 4 controlled study/ (953915)
- 5 randomized controlled trial/ (58211)
- 6 major clinical study/ (352156)
- 7 double blind procedure/ (27710)
- 8 multicenter study/ (19950)
- 9 single blind procedure/ (3090)
- 10 crossover procedure/ (9288)
- 11 placebo/ (23129)
- 12 or/1-11 (1350338)
- 13 allocat\$.ti,ab. (10381)
- 14 assign\$.ti,ab. (34017)
- 15 blind\$.ti,ab. (39706)
- 16 (clinic\$ adj25 (study or trial)).ti,ab. (103723)
- 17 compar\$.ti,ab. (592128)
- 18 control\$.ti,ab. (435060)
- 19 cross?over.ti,ab. (7854)
- 20 factorial\$.ti,ab. (2463)
- 21 follow?up.ti,ab. (3710)
- 22 placebo\$.ti,ab. (32609)
- 23 prospectiv\$.ti,ab. (81230)
- 24 random\$.ti,ab. (119291)
- 25 ((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj25 (blind\$ or mask\$)).ti,ab. (27455)
- 26 trial.ti,ab. (57298)
- 27 (versus or vs).ti,ab. (144304)
- 28 or/13-27 (1052880)
- 29 12 or 28 (1707121)
- 30 human/ (1767116)
- 31 nonhuman/ (855690)
- 32 animal/ (592)
- 33 animal experiment/ (266367)



**CENTRO COCHRANE
DO BRASIL**

*Auxiliar, Realizar
e Divulgar
Revisões Sistemáticas
de Terapêutica
em Saúde*

- 34 31 or 32 or 33 (857723)
- 35 30 and 34 (145063)
- 36 29 not 34 (1118616)
- 37 29 and 35 (85582)
- 38 36 or 37 (1204198)
- 39 Lumbar Spine/ (4963)
- 40 Lumbosacral Spine/ (629)
- 41 Intervertebral Disk/ (710)
- 42 Intervertebral Disk Disease/ (295)
- 43 Lumbar Disk Hernia/ (835)
- 44 Low back pain/ (5403)
- 45 Ischialgia/ (743)
- 46 low back pain.tw. (3184)
- 47 backache.tw. (270)
- 48 lumbago.tw. (162)
- 49 or/39-48 (12240)
- 50 exp ACUPUNCTURE/ (2907)
- 51 exp ACUPUNCTURE ANALGESIA/ (143)
- 52 acupuncture.tw. (1775)
- 53 electro-acupuncture.tw. (56)
- 54 acupressure.tw. (71)
- 55 or/50-54 (3014)
- 56 38 and 49 and 55 (85)

Artigos localizados através da estratégia de busca:

Nesta atualização de 2005 foi realizada uma nova busca eletrônica onde incluímos a base de dados LILACS (1982-2005). Não houve novos estudos na EMBASE. Na MEDLINE foi identificado um novo estudo (Tsui, 2004), porém não foi incluído. Entretanto na base de dados LILACS foram identificados 12 estudos, sendo cinco avaliados e destes, dois foram incluídos.

1.2 Artigos Incluídos:

Os estudos identificados e incluídos nesta revisão foram analisados a parte, visto que as intervenções do grupo controle não foram analisadas na revisão anterior. Esta atualização, incluiu 2 estudos publicados em espanhol (Roig, 1990 e Baglans, 1991). Um estudo (Roig, 1990) comparou a Acupuntura ao Laser e à Diatermia por ondas curtas. Baglans, 1991, também fez a comparação entre acupuntura e diatermia por ondas curtas.

QUALIDADE METODOLÓGICA:

Os 2 estudos incluídos nesta última atualização, são de baixa qualidade metodológica. Os principais problemas metodológicos foram: a) método de randomização (2 estudos), ocultação de alocação (2 estudos), mascaramento do terapeuta, do avaliador e do paciente (2 estudos).

1.3 Artigos Excluídos: apenas 1 estudo.

1.4 Metanálises de Revisão original com os artigos acrescentados pela atualização:

ANÁLISE PRIMÁRIA

Acupuntura versus outras intervenções para dor lombar crônica

Comparada ao uso de diatermia por ondas curtas, existe evidência limitada (2 estudos de baixa qualidade, 180 pessoas) (Roig, 1990 e Baglans, 1991) a favor da acupuntura em relação a ausência de melhora, ao não alívio da dor nas primeiras 5 sessões (RR 0,34; IC 95% 0,20 a 0,57), ao não desaparecimento da dor entre a 4 e 9 sessão e em relação ao número de recidivas (RR 0,67; IC 95% 0,55 a 0,80). Comparada ao laser, existe evidência limitada (um estudo de baixa qualidade) (Roig, 1990) de nenhuma diferença significativa em relação a ausência de melhora, ao não alívio da dor em 5 sessões e em relação ao número de recidivas.

2. Discussão:

Para a seleção e avaliação da qualidade metodológica dos estudos, optou-se por utilizar os mesmos critérios pré definidos na revisão sistemática da Cochrane. Além disso, os critérios para avaliação da relevância clínica e adequação da acupuntura adotadas na revisão anterior também foram utilizados nesta revisão. Entretanto, vale ressaltar que não concordamos com a forma da avaliação da qualidade metodológica realizada pelos

autores da revisão, visto que todos os aspectos de uma avaliação crítica da literatura (randomização, seleção dos participantes, descrição da intervenção, etc) tem a mesma importância .

Para a análise estatística, optou-se quando possível pela conversão dos dados contínuos em dados dicotômicos para maior clareza na interpretação dos dados. Os métodos estatísticos tanto para dados contínuos quanto dicotômicos seguiram os utilizados na revisão anterior.

3. Conclusão da Equipe do Centro Cochrane do Brasil

3.1 Implicações para a Prática Clínica:

As conclusões a seguir serão baseadas nos estudos de alta qualidade, a qual foi estabelecida segundo os autores da revisão (existência ou não de evidência). Quando a conclusão for baseada em estudo de baixa qualidade, será utilizado o termo (não existe evidência suficiente). Para uma melhor compreensão a conclusão para a dor lombar aguda e crônica será relatada separadamente.

Dor lombar aguda:

Devido a heterogeneidade dos estudos, para a dor lombar aguda, não há evidência suficiente para se optar pela acupuntura quando esta é comparada ao placebo e não foi possível tirar qualquer conclusão para a opção pela acupuntura ou a não realização de tratamento (não foram encontrados estudos fazendo esta comparação).

Dor Lombar crônica:

A curto prazo (> 3 meses):

Há evidência que uso da acupuntura para alívio da dor a curto prazo é mais efetiva quando comparada a nenhum tratamento e ao placebo.

Terapia com agulhas: Há evidência de nenhuma diferença na melhora global a curto prazo entre uma sessão de agulhas e uma injeção de lidocaína e esteróides nos pontos motores, apenas lidocaína ou uma sessão de spray gelado sobre a área dos pontos motores seguida de acupressão.

Dor Lombar crônica:

A longo prazo(> 3 meses):

Há evidência que a acupuntura não traz alívio da dor e melhora nos resultados funcionais a longo prazo comparada ao placebo.

- ***Acupuntura e auto cuidado do paciente:***

Há evidência que não existe diferença a longo prazo nas medidas de dor e função entre a educação e o auto-cuidado do paciente.

Dor lombar crônica:

A Curto e Longo prazo:

- *Acupuntura e o Naprozen:* Há evidência de que não há diferença entre a acupuntura e Naproxen 500mg, tomado 2x/dia na dor a curto e a longo prazo.
- *Adição de acupuntura a outras intervenções versus outras intervenções isoladas:* Há evidência que a adição da acupuntura a outras intervenções como: exercícios, antiinflamatórios, aspirina, analgésicos não específicos, pacotes de lama, terapia de calor infravermelho, educação de cuidados com a coluna, ergonomia é mais efetiva que a realização destas intervenções de forma isolada a curto e a longo prazo.
- *Diferentes técnicas de acupuntura:* Há evidência que a acupuntura manual tem os mesmos efeitos da eletroacupuntura, no acompanhamento a curto e a longo prazo.
- *Diferentes tratamento alternativos:* Não há evidência suficiente para se optar pela a acupuntura quando comparada a outros métodos alternativos na análise dos níveis de dor e função.

3.2 Implicações para a Pesquisa Científica

São necessários ensaios clínicos de melhor qualidade com amostra maiores, com ocultação de alocação, descrição da técnica e desfechos homogêneos.

4. Notas

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Baglans (1991)

Métodos

- Randomizado por seleção natural aleatória
- Não relatam mascaramento no estudo
- Local: pacientes fora do Hospital de Reabilitação Julio Diaz, da cidade de Havana
- Participantes
160 pacientes de ambos os sexos com dor lombar crônica com e sem cialgia.
Diagnóstico: 39 de origem muscular, 11 mudanças estruturais severas no Raio-X.
Excluídos: hérnia discal.
Idade media: 15-79 anos.
N = 50 (17 homens e 33 mulheres)
- Intervenções
 - 1) Acupuntura, 10 sessões, 3x/semana. As agulhas eram colocadas por 20 minutos e a cada 5 minutos se realizavam estimulação manual.
 - 2) Diatermia por Ondas Curtas: 15 minutos na região lombo-sacra e tração lombar intermitente (15 minutos) com peso de 15 a 30 kg em sessões diárias (até 10).
- Resultados
 - 1) Bons resultados e Maus resultados.
 - 2) Alívio da dor: 1-2 sessões; 3 a 4 sessões e 5 sessões.
 - 3) Sessão em que desaparece a dor: 4 sessões; 5-8 sessão e 9 sessões.
- Custos: não relatados
- Complicações: não ocorreram complicações durante o tratamento ou período de acompanhamento
- Anotações
Língua: ESPANHOL
Publicação: trabalho completo
Informação adicional dos autores: não
- Conclusão: 87% dos pacientes melhoraram com o tratamento da acupuntura. Houve resolução total dos sintomas dolorosos em 65% dos pacientes; a maior parte começou

a sentir alívio dos sintomas dolorosos entre a primeira e a segunda sessão. O desaparecimento dos sintomas, na maioria dos pacientes, aconteceu antes da 5ª sessão. Não houve complicações durante o tratamento.

A acupuntura é um método econômico devido à quantidade mínima de recursos utilizados.

Roig, 1990

Métodos

- randomizado por alternância

- Mascaramento não relatado

- Local: Hospital de reabilitação Julio Diaz, cidade de Havana.

- Participantes:

300 pacientes com dor lombar crônica

Excluídos: pacientes com hérnia discal

Idade: entre 16 e 81 anos, 60 pacientes entre 16 e 40 anos; 142 pacientes entre 41 e 60 anos e 89 pacientes maiores de 60 anos.

Sexo: 154 mulheres e 146 homens.

Posição de trabalho: não relatada

Tratamentos prévios: não relatados

- Intervenções

1) Acupuntura com 10 sessões de tratamento, 3x/semana. As agulhas eram mantidas por 20 minutos e a cada 5 minutos era realizada uma estimulação manual.

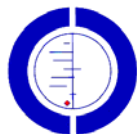
2) tratamento com Laser (He-Ne), durante 15 minutos. Diariamente, de segunda a sexta, 3x/semana, potência de 12 mW.

3) terapia com diatermia por ondas curtas, por 15 minutos, 3x/semana; a intensidade foi ajustada de acordo com a sensação subjetiva de calor do paciente.

- Resultados

1) Bom – quando desaparecesse a dor; regular quando diminuísse a dor e ruim quando o tratamento falhasse.

- Os resultados foram mensurados imediatamente ao final das sessões.



**CENTRO COCHRANE
DO BRASIL**

*Auxiliar, Realizar
e Divulgar
Revisões Sistemáticas
de Terapêutica
em Saúde*

- Conclusão

Houve uma melhora significativa nos grupos 1 e 2 em comparação com os 3 grupos, o que permitiu aos pacientes aumentar a sua independência ao aumentar a sua independência nas atividades de vida diária, eliminar ou diminuir a necessidade de medicamentos e melhorar tanto a sua disposição como a sua capacidade para o trabalho. Não houve recidivas da dor na maioria dos pacientes tratados com acupuntura ou laser em um período de 3 meses após a finalização do tratamento.

- Custos: não relatados

- Complicações: não relatadas

- Ocultação da alocação: D