

Bilag 3 Evidenstabel – inkluderede studier.

Forfatter År	Studietype / -kvalitet Befolknings type	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentare
Lee & Fan 2011	<p>Metaanalyse ++</p> <p>4858 postoperative patienter, inkl. børn.</p> <p>40 studier inkluderet (RCT) heraf 7 kun med børn og 1 blandet børn og voksne</p> <p>De fleste deltagere fik foretaget elektiv kirurgi og var i fuld anæstesi. 4 studier med kvinder i spinalanæstesi, der fik foretaget sectio.</p> <p>Der er foretaget</p>	<p>1) P6 stimulation versus placebo i forhold til forebyggelse af kvalme, opkastning og behov for antiemetika</p> <p>2) P6 stimulation versus antiemetika i forhold til forebyggelse af kvalme, opkastning og pn. antiemetika</p> <p>3) Kombinationen af P6 stimulation og antiemetika versus placebo.</p> <p>Desuden afdækkes om der er forskel på effekten af P6 stimulation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hos børn og voksne - patienter med lav eller høj risiko for PONV <p>De forskellige teknikker til P6 stimulation (nåle-akupunktur,</p>	<p>1) Stimulation af P6 reducerer både kvalme (27 RCT) og opkastning (32 RCT). Behovet for antiemetika er reduceret sammenlignet med placebogruppen.</p> <p>2) Der er ingen forskel på, om man udvikler kvalme (9 RCT) (RR 0,82, 95% CI 0,60-1,13) eller opkastning (14 RCT) (RR 1,01, 95% CI 0,77-1,31), uanset om man får P6 stimulation eller antiemetisk behandling. Der er ingen forskel i behovet for ekstra antiemetika uanset P6 stimulation eller antiemetisk behandling (RR 0,82, 95% CI 0,59-1,13) .</p> <p>Patienter i højrisiko for at udvikle PONV har større gavn af P6 stimulation end patienter med lav risiko.</p> <p>Der ses ingen klar forskel i resultaterne for børn og voksne.</p>	<p>Stor population</p> <p>Studier omhandlende P6 stimulation til patienter, der allerede har PONV er ekskluderet. Det samme gælder studier med henblik på at forebygge intraoperativ PONV.</p> <p>Forfatterne har ikke forholdt sig til, om P6 stimulationen er påbegyndt præ-, peri- eller postoperativt, ligesom de heller ikke har forholdt sig til længden af stimulationen eller hvor lang virkningstiden er.</p>

	pooling af resultaterne.	elektroakupunktur, infiltration af dextrose, laser akupunktur, transkutan elektrostimulation, anden akustimulationsudstyr (ReliefBand), akupressur og capsicumpulster) kan sidestilles, da stimulation af det korrekte akupunkturpunkt betragtes som mere væsentlig end metoden hertil.	Der ses ingen klar forskel i resultaterne mellem invasiv eller noninvasiv P6 stimulation. P6 stimulation har minimale bivirkninger.	
El-Deeb 2011	RCT + 450 gravide til elektiv kejsersnit i spinal anæstesi Randomiseret til 3 grupper med 150 patienter i hver gruppe.	Gruppe 1) Kontrolgruppe 2 ml. isotonisk natriumklorid intravenøst og elektro-akustimulation på sham punkter bilateralt. Gruppe 2) 4 mg. ondansetron intravenøst og elektro-akustimulation bilateralt på sham punkter 30 min. før spinal anæstesi. Gruppe 3) Elektro-akustimulation på P6 bilateralt i 30 min. før spinal anæstesi og 2 ml. isotonisk natriumklorid intravenøst.	Forekomsten af kvalme og opkastning var signifikant lavere i både ondansetron og elektro-akustimulationsgruppen versus kontrolgruppen 0-6 timer postoperativt. 6-24 timer postoperativt fandtes ingen forskel blandt grupperne i forekomsten af kvalme og opkastning. Ingen signifikant forskel mellem ondansetron gruppen og elektro-akustimulationsgruppen I forhold til forekomsten af PONV. Patient tilfredsheden var højere i gruppe 2 og 3., ligeledes senere debut for opkastning sammenlign. Med kontrolgruppen. Ikke rapporteret nogen bivirkninger ved elektro-akustimulation	Kildepopulation er ikke beskrevet. Ingen statistisk udregning der underbygger, at der ikke er signifikant forskel mellem gruppe 2 og 3 På baggrund af dette nedgraderes studiet. Forfatteren kontaktet ude held med henblik på uddybning af statistiske udregninger.
Soltani ARE	RCT ++	Gruppe 1) Kontrol 1 ml. isotonisk natriumklorid intravenøst før	Forekomst af kvalme og opkastning i opvågningsafsnit var signifikant lavere i akupressur, metoclopramid og	Kildepopulation er ikke beskrevet.

2010	<p>200 patienter</p> <p>10-60 år,</p> <p>strabismus kirurgi</p> <p>Randomiseret til 4 grupper af 50 patienter.</p>	<p>anæstesiinduktion og akupressur armbånd med perle displaceret 30 min. før induktion.</p> <p>Gruppe 2) 0,2 mg/kg metoclopramid intravenøst lige før anæstesiinduktion og akupressur armbånd med perle displaceret 30 min. før induktion.</p> <p>Gruppe 3) 0,15 mg/kg ondansetron intravenøst lige før anæstesiinduktion og akupressur armbånd med perle displaceret 30 min. før induktion.</p> <p>Gruppe 4) 1 ml. isotonisk natriumklorid intravenøst før anæstesiinduktion og akupressur armbånd placeret på P6 bilateralt 30 min. før induktion.</p> <p>Armbåndene blev fjernet 6 timer postoperativt.</p>	<p>ondansetron grupperne versus kontrolgruppen.</p> <p>Forekomst af kvalme og opkastning på sengeafsnit var også signifikant lavere i grupperne 2,3,4 sammenlignet med kontrolgruppen.</p> <p>Ingen signifikant forskel mellem akupressur, metoclopramid og ondansetron gruppe i forhold til reduktion af PONV på opvågningsafsnit og sengeafsnit.</p>	<p>Populationen består af både børn og voksne, gennemsnitsalder 17,7-22,0 år.</p>
Sadigh ha A 2008	<p>RCT ++</p> <p>156 patienter</p> <p>Elektiv laparoskopisk cholecystectomi.</p>	<p>Gruppe 1) Akupressur armbånd placeret på P6 før anæstesiinduktion indtil udskrivelse fra opvågningsafsnit.</p> <p>Gruppe 2) Metoclopramid 0,2 mg/kg intravenøst under afslutning af operationen samt displaceret akupressur armbånd.</p>	<p>Både 2 og 6 timer postoperativt var akupressur effektiv i reduktion af kvalme og opkastning.</p> <p>Den maksimale effekt sammenlignet med kontrol og metoclopramid gruppen var 2 timer postoperativt.</p>	

	<p>Randomiseret til 3 grupper med henholdsvis 51 patienter i gruppe 1, 53 patienter i gruppe 2 og 52 patienter i kontrolgruppen</p>	<p>Gruppe 3) Kontrol gruppen fik ingen medicinsk behandling men et displaceret akupressur armbånd.</p>	<p>24 timer postoperativt var der ingen forskel i antal patienter med kvalme i grupperne.</p> <p>Forfatterne pointerer at P6-stimulering skal starte før kvalme stimulus.</p>	
<p>Coloma M. 2002</p>	<p>RCT ++</p> <p>268 dagkirurgiske patienter, laparoskopisk kirurgi</p> <p>90 patienter udviklede PONV og blev randomiseret til 3 grupper, med 30 patienter i hver.</p>	<p>Gruppe 1) 4 mg ondansetron intravenøst og sham akupressurarmbånd Relief-band (uden transkutan elektrisk stimulation) på P6.</p> <p>Gruppe 2) 2 ml. isotonisk natriumklorid intravenøst og Relief-band (med transkutan elektrisk stimulation) på P6.</p> <p>Gruppe 3) Kombination med 4 mg ondansetron intravenøst og Relief-Band (med transkutan elektrisk stimulation) på P6.</p> <p>Alle patienter fik droperidol eller metoclopramid efter anæstesi induktion.</p>	<p>Ingen signifikant forskel mellem gruppe 1 og 2 i forhold til kvalme og opkastning postoperativt.</p> <p>Kombinationsgruppe 3 havde mindre kvalme og opkastning end akustimulationsgruppe 2 efter 2 timer.</p> <p>Færre patienter i kombinationsgruppe 3 oplevede episoder med opkastning i forhold til gruppe 2 umiddelbart inden udskrivelse.</p> <p>Ingen signifikant forskel på grupperne med hensyn til patienttilfredshed og kvaliteten af opvågningsforløb 24 og 72 timer postoperativt.</p> <p>Ingen fund af bivirkninger i de tre grupper.</p>	<p>Der findes en højere forekomst af patienter med køresyge i kombinationsgruppe 3 ellers er grupperne sammenlignelige.</p>

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE



Side 4

www.cfkr.dk

kontakt@cfkr.dk

Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi,
Aalborg Universitet
Frederik Bajers Vej 7 E4
DK-9220 Aalborg

