

re

habilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

J. MIKLÁNEK — R. RŮŽIČKA

Základy praktické akupunktury



SUPPLEMENTUM 17 1978

ROČNÍK XI/1978

CENA Kčs 12,—



habilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave



Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 893 36 Bratislava



*Vedúci redaktor: MUDr. Miroslav Palát
Zástupca vedúceho redaktora: MUDr. Štefan Litomerický*



*Redakčná rada:
Marta Bartovicová, Bohumil Chrást, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Květa Pochopová, Jilina Štefanová, Marie Večeřová*



Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 8, 809 46 Bratislava



Tlačia: Nitrianske tlačiarne, n. p., 919 50 Nitra, ul. R. Jašíka 26



Vychádza štvrtročne, cena jednotlivého čísla Kčs 6,—



Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov, ul. Čs. armády 35, 893 36 Bratislava



*Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SÚTI 10/9*

Rehabilitácia

ROČNÍK XI/1978

SUPPLEMENTUM 17

J. MIKLÁNEK
R. RŮŽIČKA



Základy praktické akupunktury

■
Státní rehabilitační ústav,
Kladruhy u Vlašimi
Ředitel: V. Kríž

Recenzenti: MUDr. Miroslav Palát, CSc.
Doc. MUDr. Vladimír Janda, CSc.

Úvodem	5
Praktické zkušenosti	7
Víra tvá tě uzdraví a akupunktura	9
Neskutečnost nebo fakt	11
Stručně o historii akupunktury	11
Akupunktura v rámci reflexních léčebných metod	13
Morfologické základy akupunktury	16
Mechanismy působení akupunktury	18
Soudobé teorie akupunktury	21
Staré čínské teorie akupunktury	22
Staré teorie je nutné zbavit zatížení	23
Technika a metodika akupunktury	24
Druhy jehel	24
Skladba akupunkturní jehly	25
Lokální dezinfekce místa vpichu	26
Sterilizace a uskladňování akupunkturních jehel	27
Pocity pacienta při aplikaci jehly	28
Jaká je bolest při vpichu akupunkturní jehly	28
Komplikace akupunktury	28
Postupy při aplikaci jehel	29
Vyjmutí jehly	30
Hloubka vpichu	30
Doba aplikace, počet sezení, jednotlivé kursy	50
Varianty aplikace	31
Poloha nemocného při akupunktuře a ignipunktuře	32
Podmínky pro úspěšné provádění akupunktury	
a ignipunktury	34
Požehování — moxa — ignipunktura	35
Kontraindikace požehování	36
Základní faktory určující efekt léčby	37
Místo podráždění	37
Vyhledávání aktivních bodů	37
Kvalita podráždění	38
Výchozí stav organismu	40
Volba jednotlivých bodů	40
Rozdělení aktivních bodů	45
Základní vhodné kombinace aktivních bodů	46
Klasické čínské dráhy	49
Spojené dráhy	55
Indikační seznam jednotlivých aktivních bodů	
akupunktury	56
Pulzová diagnostika	66
Akabaného testovací metoda	68
Indikace a kontraindikace akupunktury	69
Akupunktura v denní praxi	70
Hodnocení praktických efektů akupunktury	73
Indikace skupin aktivních bodů u jednotlivých	
symptomů	75
Neurovegetativní dystonie	75

Zvýšená psychická labilita	76
Hemikranie — migrenózní stavy	77
Cefalgie	78
Hysterie	79
Blepharospasmus	79
Morbus Meniéři	80
Neuralgie nervi trigemini	81
Paresis nervi facialis	82
Interkostální neuralgie	83
Poruchy v oblasti sexuální	84
Nespavost	84
Poruchy prokrvení dolních končetin	85
Ulcus cruris	86
Kožní choroby	86
Rhinitis allergica	88
Asthma bronchiale	88
Arteriální hypertenze a hypotenze	90
Raynaudova nemoc	91
Hyperemesis gravidarum	92
Poruchy menstruace, bolestivá menstruace	92
Gastritis chronica	93
Ulcus ventriculi et duodeni	93
Colitis mucosa et spastica	94
Fantomové bolesti	95
Algie v oblasti horní končetiny	96
Algie v oblasti dolní končetiny	96
Paréza horní končetiny	97
Paréza dolní končetiny	98
Bolesti zubů v horní a dolní čelisti	99
Glaukoma	99
Cervikokraniální syndrom	100
Lumboischadický syndrom	101
Syndrom bolestivého ramene	102
Periostální akupunktura	103
Akupunktura ušního boltce	107
Cerebrální akupunktura	111
Elektroakupunktura	112
Analgezie pomocí akupunktury	115
Psychologické aspekty	118
Výsledky léčby akupunkturou	119
Souhrn	121
Literatura	121

ÚVODEM

Přetechizovaná dnešní doba se zvýšením životního tempa má i své negativní stránky. Mezi jednu z nich patří také vzestup funkčních poruch nervové soustavy, které mohou vyústit později v organické poruchy. Moderní medicína se snaží tyto poruchy a potíže léčit moderními farmakologickými prostředky, a tak se dostáváme v praxi k jakémusi uzavřenému bludnému kruhu: čím více má člověk potíží, tím více užívá léků, z nichž mnohé mají navíc i nepříznivé vedlejší účinky na další tkáň a orgány.

V posledních letech se dostává do popředí zájmu veřejnosti akupunktura. Tato reflexní léčebná metoda dokáže v mnoha případech odstranit potíže nemocného bez vedlejších nežádoucích účinků a v mnoha případech svými dobrými výsledky přímo překvapí. Překvapí zejména tam, kde nemocný po dlouhou dobu odolával klasické medicíně a po akupunktuře došlo k podstatnému jak subjektivnímu, tak i objektivnímu zlepšení jeho zdravotního stavu. A takových případů je mnoho. A tak i když se někteří lékaři ještě i dnes dívají na akupunkturu s jistou dávkou skepse, přece si akupunktura již v mnoha případech našla přístup do lékařské evropské praxe při léčbě určitých nemocí. Navíc je akupunktura v rukou zkušeného lékaře bezpečná, nemocného nezatěžující a velmi ekonomická léčebná metoda. Mnohdy zkracuje dobu pracovní neschopnosti. Provádí-li lékař ambulančně akupunkturu denně u většího počtu pacientů, např. může-li aplikovat jehly současně čtyřem až šesti lidem, a předpokládáme-li, že jedno sezení v akupunktuře trvá 20 minut, pak za 60 minut projde ambulancí tohoto lékaře 12—18 nemocných. Toto může běžně v praxi lékař-akupunktér zvládnout, má-li k dispozici všechna potřebná vyšetření a nálezy nemocného. Věříme, že v rámci racionalizace a ekonomizace, zejména v oblasti farmaceutických přípravků, bude akupunktura přínosem i našemu socialistickému zdravotnictví.

To vše byly důvody, které nás přivedly k tomu, abychom se touto léčebnou metodou již po řadu let zabývali. Poněvadž v Československu zatím nedošlo k vytvoření výukového střediska pro akupunkturu, obrací se celá řada lékařů na zkušenější kolegy v akupunktuře, aby se s nimi podělili o své zkušenosti, nebo ke škodě celé věci začínají sami, bez jakéhokoliv vzdělání a výuky. Toto jejich tápání zhoršuje i ten fakt, že dostupná akupunkturistická literatura je velmi řídká a česká je prakticky nedostupná, neboť jediná obsáhlejší práce o akupunktuře od prof. dr. J. Vymazala, DrSc. a doc. dr. M. Tuháčka, CSc. je již desítku let rozebrána. Na všech fórech o akupunktuře se tedy ozývá volání po nějaké novější české práci. Tomuto volání jsme se snažili alespoň zčásti vyhovět touto drobnou prací. Pokusili jsme se akupunkturu a ignipunkturu ukázat ve světle reflexních léčebných metod. Musíme předeslat, že celá akupunktura je postavena na empirii (z řečtiny empiria — zkušenost jakožto pramen poznání) a chybí jí ještě vědecké zdůvodnění ve smyslu moderní medicíny. Toto nebylo v naší moci ani naším úkolem. Akupunktura dále je zatížena filosofickými názory staré Číny, kde vznikala. Snažili jsme se tyto názory poněkud uvést v soulad s moderní medicínou, zejména s neurofyziologií, avšak někde k pochopení některých klasických

pravidel akupunktury, při jejichž zachování se dosahuje překvapivých výsledků, jsme je musili alespoň ve stručné formě ponechat.

Celá práce má být jen zvrubnou informací a popudem k další rozsáhlejší práci. Také připojené tabulky a praktická pojednání s výběrem jednotlivých aktivních bodů, vhodných pro léčbu některých stavů, nelze pojímat jako léčebná schémata, ale toliko jako návody k možnosti volby aktivních bodů. Nic neškodí v akupunkturu více (stejně tak jako v ostatní medicíně), než šablonovitý přístup k nemocnému člověku. Uvědomujeme si také, že jsme nemohli popsat vše; jednak by publikace byla značně obsažná a nepřehledná, jednak proto, že vše ještě kolem akupunktury a ignipunktury dosud neznáme. Pokusili jsme se shrnout pouze základy a dát praktické návody pro denní praxi lékařů, který se zanímá pro tento medicínský obor. Věříme, že dobré zkušenosti s aplikací akupunktury, event. ignipunktury či manipulativní akupunktury povedou naše lékaře k hlubšímu studiu další literatury o akupunkturu, kterou uvádíme na konci této publikace.

Soudobí akupunktéři chtějí docílit toho, aby akupunkturu mohl provádět každý lékař, který dosáhl atestace I. stupně z jakéhokoliv medicínského oboru. Již probíhají první kurzy akupunktury, které seznamují zájemce se základními teoretickými a praktickými znalostmi jak akupunktury tak i ignipunktury. První kurzy proběhly při Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze. T. č. platí, že může provádět akupunkturu v praxi pouze ten lékař, který absolvoval patřičné kurzy v akupunkturu a má na toto potvrzení od ředitelství ILF (Praha a Bratislava).

Ministerstvo zdravotnictví ČSR ve věstníku č. 25 z roku 1973 zařazuje akupunkturu vedle dalších reflexních léčebných metod jako jeden z terapeutických prostředků oboru fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace.

Těm, kteří si najdou na praktické provádění akupunktury čas, přejeme i v začátcích mnoho úspěchů.

Závěrem tohoto úvodu bychom chtěli poděkovat všem spolupracovníkům na poli akupunktury, všem těm, kteří nám svým kladným postojem v této práci byli nápomocní, kteří nám předali svými publikacemi, slovem i prakticky své dosavadní zkušenosti. Jmenujme alespoň některé, jimž patří náš dík: prim. dr. R. Vít, dr. J. Hovorka, dr. V. Kajdoš, prim. dr. L. Moučka, doc. dr. J. Vacek, CSc., doc. dr. J. Pfejffer, CSc., dr. J. Votava, dr. V. Volák, prim. dr. V. Kříž a prof. dr. O. Starý, DrSc. Děkujeme i recenzentům za cenné připomínky. V neposlední řadě bychom chtěli poděkovat s. Rudolfovi Maurerovi z Dačic, který nám pilně a obětavě pomáhal při překladech ze soudobé světové literatury z oblasti akupunktury.

PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI

Nikdo se dnes vůbec nepodiví, že když je člověk nachlazen, trpí počínajícím zánětem průdušek, či prvními příznaky chřipkového onemocnění, že mu lékař předepíše na vypocení acylpyrin. Nemocný tento acylpyrin využívá, cítí se lépe nebo je dokonce uzdraven.

Na jakém principu účinkuje lék zvaný acylpyrin? Dodnes se již ví, že acylpyrin má v lidském těle přes deset druhů účinků. Například jej nesmí užívat lidé trpící žaludečním nebo dvanásterníkovým vředem, protože naleptává svou kyselou pH reakcí ještě více ulkusový terén. Acylpyrin snižuje krevní srážlivost, působí antipyreticky, analgeticky, antirevmaticky, atd., atd. Není zde účelem diskutovat o různých vlivech kyseliny acetylsalicylové na lidský organismus, ale zdůraznit, že právě empiricky bylo poznáno, že výtažek z vrbové kůry — salicylové látky — vedou k profúznímu pocení. Podobně empiricky bylo prokázáno, že správná kombinace dráždění patřičných aktivních bodů vede k ovlivnění určitých druhů onemocnění.

Dnes se již žádný lékař nepodiví zajímavým poznatkům z oblasti trigeminovagového reflexu. Tohoto okulokardiálního reflexu využíváme v dnešní interní medicíně při paroxysmální tachykardii: prsty zatlačíme na oční bulby a ihned se zpomaluje akce srdeční.

Nikoho také vůbec nepřekvapí, že píchnutí špendlíku pod nehtovou plátníkem velmi silně bolí. Toho fašisté zneužívali za války, týrali takto vězně. Takovouto bolestí se dá vyprovokovat i selhání vegetativního systému v cévní oblasti, jež končí i kolapsovým stavem.

Když člověk prochladne, buď na velké ploše organismu, nebo především od plošek nohou, pak dochází k snadnějším reflektorickým změnám v oblasti horních dýchacích cest, vzniká v nejednom případě stav akutní bronchitidy, spojený s vykašláváním hlenu. V podstatě jde o vazomotorickou reflexní reakci.

Člověk v bezvědomí může za určitých okolností projevovat známky života. Například při štipnutí do špičky nosu, při silném podráždění jehlou nebo ostrým předmětem plosky nohy, či při jiném nociceptivním podnětu se může ukázat buď v oblasti obličeje či jinde na těle projev, jenž nás může vést správným směrem a k závěrům, proč toto bezvědomí nastalo. Uvedme pro názornost konkrétní příběh. V severních Čechách jsem sloužil pohotovostní lékařskou službu. Byl letní den, něco k 24. hodině. V ordinaci zvonil telefon. Sestra mi oznamuje, co slyšela ze sluchátka. V určité obci našli dva muži ve škarpě stařenku, prý ještě dýchá, proto volají ihned lékaře. Jeli jsme okamžitě sanitním vozem na popsané místo. Opravdu u silnice ležela na boku stařenka, asi 75-letá, zrychleně dýchala. V okolí tma. Sanitář a zároveň řidič sanitky mi svítil na stařenku. Žádné známky úrazu jsem neshledával. Vzal jsem injekční jehlu na jedno použití a stařence subkutánní jehlu aplikoval do alarmujícího bodu. Babička jakoby na několik vteřin procítila a vyslovila jediné slovo, jež nás uvedlo na správnou stopu: „inzulín...“. To stačilo, abychom pochopili, že si tento den pravděpodobně nevstříkla inzulín a že bude pravděpodobně v diabetickém komatu. Ihned byla převezena na interní oddělení, kde laboratoř u této stařenky zjistila glykémii 560 mg %. Léčba byla ihned od prvých chvil správná, protože byla správná diagnóza. V podstatě provedená akupunktura posloužila v tomto mělkém stadiu bezvědomí tzv. soporu jako

diagnostická metoda. Je důležité zde zdůraznit, že v případě hlubokého bezvědomí, kdy vymizí v nejhlubším stadiu komatu i nociceptivní reflexy, nemůžeme s úspěchem provádět akupunkturu.

Uvedme si další fakt, který má k akupunktuře dosti blízko. Chce-li se ve společnosti někomu kýchnout, například v divadle, v kině, či při jiné nevhodné příležitosti, dá se tomuto kýchnutí snadno zabránit. Stačí se štípnout v centrální partii nazolabiální rýhy — akupunkturisticky řečeno: aktivovat bod Shui-gou (LG 26), a nastupující kýchnutí neboli trigeminový reflex je ihned buď částečně, nebo zcela otupen.

Zajímavý je úkaz, jenž byl objeven při léčbě koktavosti akupunkturou. Tento úkaz může vyprovokovat nechtěně i zkušený akupunktér. V oblasti bodu zvaného Wue-pen (M 12), jenž se nachází v oblasti centra nadklíčkové jamky, asi 1 cm laterálně od úponu musculus sternocleidomastoideus, proniká-li aplikovaná jehla do aktivního bodu M 12 vpravo hlouběji než 11 až 12 cm, dochází pak k vyprovokování suchého zakašlání až kašle. V tomto bodě podráždíme vlastně n. phrenicus, jenž křečovitě stáhne bránici jakožto hlavní dýchací sval. Opět nacházíme důkaz, že je něco v tom, když zavedeme správně „suchou jehlu“ do určitého místa lidského nebo zvířecího organismu.

Jiný fakt: Když je člověk unaven, chce se mu usnout, klímá a nesmí usnout, například sedí ve společnosti, na židli, snaží se zabránit usnutí většinou tak, že se opakovaně pevně chytá stolu prsty. Takto vlastně stlačuje aktivní body nacházející se v břišcích jednotlivých prstů, a tak zůstává při vědomí. V podstatě jde o nociceptivní dráždění vycházející z patřičných bodů, jež akupunktura po tisíciletí dobře zná.

Při akutně vzniklém infarktu myokardu se ozývá ve většině případů i krutá šokující bolest, již je možno zaměnit i s poruchou zcela jiného orgánu. Nejčastěji však vyvažuje tato bolest zcela typicky podél ulnární strany paže, předloktí, až k malíku levé ruky. Jestliže toto promítneme do mluvy akupunktury, tak v podstatě jde o dráhu neboli meridián srdce. Jestliže aktivujeme jehlou na této dráze patřičné body, ustává i krutá bolest a účinek v nejjednom případě předčí účinek Dolsinu či Morfia.

Při prokázáných žlučnickových kamenech v období žlučnickového záchvatu doporučujeme nemocnému dát si do oblasti žlučníku či podjaterní krajiny teplý obklad či cokoliv, co vyvolá pocit příjemného tepla u takto postiženého člověka. Často se však již od nemocného dovíme, že si teplé obklady dává již měsíce nebo léta v podobných situacích. A opravdu se nemocnému uleví, protože reflexně vyvolává myorelaxaci hladkého svalstva v oblasti žlučovoodu i žlučníku; eventuálně i takto může povolit Oddiho svěrač, kameny buď projdou, nebo se vrátí do žlučníku a nemocnému žlučnicková kolika odeznívá. V podstatě nejde o nic jiného nežli o nedokonale provedenou ignipunkturu, při níž se také při takovýchto typech abdominální koliky doporučuje nahřívát určité body v oblasti podjaterní krajiny.

Existují mnohé, zdánlivě nahodilé souvislosti, některé z nich však nejsou dodnes všeobecně známé. Např. citlivé body v jiu-jitsu, obdobně je tomu u karate, prudký úder do brady vede ke knock-outu, prudký náhly tlak do oblasti plexus solaris a i do dalších určitých oblastí lidského těla může vést až k selhání ať již vegetativní soustavy, nebo cirkulačního aparátu. Rovněž tak i indické body Chakras a Nadír odpovídají akupunkturním bodům. I zvířata reagují na vpich jehly. Bežně se akupunkturou léčí psi, krávy a jiná zvířata. Akupunkturní body indického slona se stimulují bodáním ostré tyče do aktivních bodů, slon reaguje podle toho, které body dráždíme, zatímco

u afrického slona akupunkturní body nejsou dosud známé. Snad i proto africký slon nemůže být tak vycvičen jako slon indický.

Mnohé domorodé způsoby léčení v různých částech světa pravděpodobně odpovídají jednoduché formě akupunktury. Například Arabové spalují (kau-terizují) nemocnému člověku část ucha při léčbě ischiasu, zatímco Bantusové z Jižní Afriky si rozškrábou malý okresek pokožky v oblasti ušního boltce, do kterého si pak vtírají domorodé bylinné extrakty.

Empiricky a dlouhodobým pozorováním lidé vypozerovali, co jim dělá dobře. Léčebná metoda, jež vydrží být účinná i po celá tisíciletí a přenáší se z generace na generaci, zaručuje, že na ní něco asi bude. Mezi takovéto léčebné metody patří mimo jiné jak akupunktura, tak i ignipunktura.

VÍRA TVÁ TĚ UZDRAVÍ A AKUPUNKTURA

Často lidé uvádějí, že slyšeli nebo četli, že akupunktura je lék na všechny druhy nemocí, jakými jenom člověk může trpět. Na druhé straně někteří lidé nevěří, že jedna léčebná metoda může úspěšně léčit všechny nemoci.

Předem bychom proto chtěli ujistit každého lékaře, že nejde o žádný elixír života, ale o účinnou reflexní léčebnou metodu, jež je vhodná též k zesílení účinků jiných léčebných metod nebo k zesílení účinků medikamentózní terapie. V některých případech aplikace akupunktury vyléčí některé syndromy či dokonce určité nemoci.

Nedůvěru vzbudzuje především akupunktura a moxa většinou mysticky podávaným výkladem, který Evropanu není zákonitě srozumitelný a je mu zcela cizí. Zejména soudobý lékař má tendenci odvrátit se od něčeho, co na něho působí podobně jako šarlatánství a empirie nepodložené vědeckými fakty. Když však na druhé straně vezmeme v úvahu práci našich lékařů, zejména těch, kteří stereotypně napíší např. acylpyrin u mnoha nemocí jako počáteční medikaci léčby, tak si přiznáme, že jde v podstatě také o empirii, kde se čeká, co vlastně acylpyrin s průběhem onemocnění udělá a jak organismus bude reagovat, ubrání-li se vlastními silami.

Vedle nedůvěry existuje druhý extrém v oblasti akupunktury. Tímto extrémem je naprostá důvěra v tuto léčbu. Je pravdou, že kdo silně věří, ať je to čemukoliv, a je to dobrá myšlenka, jistě mu to i v případě ztraceného zdraví napomáhá. Zdravá víra je tou největší berlou, jakou nemocnému můžeme vždy hned dát, a proto bychom takovému člověku neměli takovouto silnou berlu brát. Je pravda, že když podám nemocnému tabletu acylpyrinu a jako lékař mu řeknu, že je to dobrý a účinný lék na jeho nemoc, může se v oblasti psyché dostavit pozitivní výsledek. Obdobně tomu může být i v oblasti akupunktury, kdy správný postoj lékaře, povzbudivá slova, dále vycítění nemocného, že to s ním myslíme dobře a hlavně pacientem kladně pocíťovaný léčebný efekt, ať jde o jakoukoliv léčebnou metodu, vzbudují u nemocného naprostou důvěru ve správně prováděnou léčbu.

Ve švýcarské televizi před několika léty proběhl takovýto šot. Přijde paní se svým psíkem ke zvěrolékaři, který léčí zvířata při vhodných indikacích akupunkturou. Pes kulhal na zadní pravou nohu. Je vidět aplikace jehel do těla zvířete, potom vyjímání jehel a pes odchází se svou paní, ale co je nejzajímavější — již nekulhá!

A tak se ptám: jakou řečí musel zvěrolékař mluvit se psem, když pes se zvěrolékařem se mimochodem vůbec neznal, aby mu toto kulhání zvěrolékař rozmluvil. Tak tolik na okraj pro ty, kteří tvrdí, že akupunktura je pouze věc psychiky člověka, a někteří dokonce akupunkturu přirovnávají k sugesci, hypnoze, psychoterapii a dalším nereflexním léčebným metodám.

* A vlastně proč odsoudit to, co jsme si vůbec nevyzkoušeli. Příklad mi to stejně absurdní diskutovat o akupunkturu s někým, kdo ji neprovádí, jako diskutovat s někým o knize, kterou nečetl, či o filmu, který vůbec neviděl. Představte si dva lidi, kteří neviděli onen film a diskutují o něm.

Proč nevyzkoušet aplikaci akupunktury? Vždyť jde o metodu ekonomickou a navíc nealergizující lidský nebo zvířecí organismus. Dnes v ordinaci praktických lékařů najdeme velké procento lidí, kteří mají své potíže pramenící v podstatě neurózy. Proč v takovýchto případech nevyzkoušet akupunkturu? Vždyť lékař nechce nemocného léčit proto, aby mu dal nějaký lék a čekal, jestli se pacientovi alespoň trochu uleví, ale lékař jej chce jistě léčit v podstatě cíleně na jeho potíže — ulevit mu — pomoci člověku. A o to bychom se měli pokusit akupunkturou.

Je nevratnou skutečností jeden důležitý fakt, se kterým se setkáváme v praxi. V podstatě řečeno: kdo neprodělá, neuvěří. Stal se mi tento příběh. Měl jsem lékařskou přednášku o akupunkturu, jež jako obvykle končila diskusí. Měl jsem tam mnoho odpůrců jako obvykle, ale jedna lékařka byla tvrdošijná, zastávala tvrdé stanovisko k akupunkturu — a to jasně negativní. Během diskuse se přiznala, že jí bolí zub v pravé dolní čelisti a že již nemá sílu k další diskusi. Jehly nosím, pokud mohu, s sebou, a tak jsem se nabídl před plným sálem lékařů, že jí provedu akupunkturu na zmírnění bolesti, abychom v této zajímavé diskusi mohli pokračovat. Byla svolná v přesvědčení, že nic přece nemůže zabrat. Po aplikaci jedné jehly do jejího obličejového a druhé jehly do druhého prstu pravé ruky po půl minutě přede všemi řekla, že se jí nápadně ulevilo, dále po třech minutách přede všemi doznala, že jí již žádný zub nebolí, i když jí před tím opravdu bolel. Upozornil jsem ji, že však musí do dvanácti hodin vyhledat zubního lékaře a dát si zub ošetřit, protože podle popsanych příznaků šlo o pulpiditu IV. zubu pravé dolní čelisti. Ihned od chvíle zmírnění a vymizení bolesti jejího bolavého zubu jsem vyvolal důvěru v akupunkturu, později se stala zanícenou akupunkturistkou ve svém oboru.

Akupunktura, je-li správně indikována a hlavně správně aplikována, a ne bojím se říci, provedena v pravý čas, má dobré účinky a výsledky. Nejde tedy o elixír života, jde o reflexní léčebnou metodu, jež jistě bude stát za to dále zkoumat, přesvědčovat se o jejích efektech, pokusit se léčit v různých oborech právě to, co jsme dosud nemohli alespoň trochu zlepšit, ať jde o jakékoliv onemocnění. Vždyť tato snaha stojí za to. Ať jde o jakoukoliv práci, je-li činěna dobře a je-li korunována úspěchem, máme pak z ní mnohonásobnou radost, a taková práce přece stojí za to. Tajemné pole akupunktury toto vše každému lékaři, který se chce opravdu zabývat akupunkturou a igrupunkturou, poskytuje velké pole výzkumného působení a hledání vysvětlení zajímavých vztahů mezi periferií, různými etážními centry, vnitřními orgány živého organismu.

Před zahájením svých prvních pokusů v oblasti akupunktury raději tomu neříkejme „*vira tuá tē uzdraví...*“. Jestliže budeme mít pouze negativní zkušenosti, teprve pak jsme oprávněni toto říci.

NEKUTEČNOST NEBO FAKT

Lékaři odborníci, když se dovědí o nové léčebné metodě, většinou zpozorní. Akupunktura není vlastně novou léčebnou metodou, jde o vzkříšenou asijskou medicínu exportovanou do zemí celého světa. Neznalí problematiky akupunktury vidí v této disciplíně lékařství senzaci. Dnes i u nás mnozí lékaři, aniž léčebnou metodu vyzkoušeli, raději ji někdy i zavrhnou, zvláště tehdy, je-li opředená mystikou a senzačními novinářskými zprávami.

Doslova senzací na poli akupunktury byla zpráva, že za pomoci dvou až čtyř jehliček lze umrtvit patřičně tkáně a orgány nejenom lidského, ale i zvířecího organismu. Novináři, zejména v západních státech, udělali v minulých letech akupunkturu velkou reklamou. Zasloužili se o to především operativní výkony provedené v akupunkturové anestezii.

V americkém časopisu News week ze září 1972 byly v článku věnovaném akupunkturu mimo jiné uveřejněny dojmy skupiny amerických lékařů ze složité operace plicního laloku, kterou měli možnost pozorovat na pekingské lékařské fakultě. Newyorský ušní chirurg doktor Samuel Rosen, který spolu s bostonským srdečním specialistou doktorem P. Dudleyem vedl tuto delegaci, ve zprávě uvádí: „Pacientovi byla injkována malá dávka morfia do akupunkturního bodu blízko čelisti, která měla působit jako uklidňující prostředek před operací. Akupunkturista pak pečlivě potřel pacientovo předloktí alkoholem a zavedl jedinou jehlu doprostřed mezi loket a zápěstí a začal ji pohybovat nahoru a dolů a na stranu všemi směry. Zhruba asi po čtraceti minutách pacient sám oznámil, že v okolí vpichu jehly má typické pocity tíže a strnulosti. V tomto okamžiku dal akupunkturista pokyn chirurgům k zahájení operace. Operatér pak provedl rázně asi 35 cm dlouhý řez, vedoucí do páteře napříč levé strany hrudníku až k pacientově hrudní kosti. Pak odřízl chirurgickým nástrojem dvě žebra a do otvoru zavedl hrudní rozvěrač, čímž udržel mezeru v hrudním koši a obnažil plíce. Pacient, který byl shodou okolností sám hrudním chirurgem evropského typu, se začal s chirurgy bavit a žertovat. V jednu chvíli byla operace na krátko přerušena, takže pacient mohl sníst trochu ovoce. Během celé dvouhodinové operace akupunkturista neustále manipuloval s jehlou v pacientově předloktí. Pacient sebou netřbal, nepotil se a nedělal nic, co by ukazovalo na bolesti nebo pocity nepohodlí.“

Podobné fantasticky znějící zprávy se ozývají i z jiných států. Uvedme ještě několik číselných údajů, které sdělili čínští akupunkturisté dvěma výše uvedeným americkým lékařům: „Od roku 1968 do roku 1972 bylo s akupunkturní anestezii v Číně uskutečněno na 400 000 chirurgických zákroků různého stupně a obtížnosti a z nich bylo plných 90 % zcela úspěšných...“

Tato fakta, jež zní poměrně senzačně, jsou podnětem k další práci tisíců akupunktérů celého světa. Jedině houževnatou, nejlépe týmovou prací, lze dosáhnout dalších úspěchů i nových objevů také na poli akupunktury. S dalšími novými znalostmi se nám pozvolna otvírají nová tajemství.

STRUČNĚ O HISTORII AKUPUNKTURY

Terapie zvaná čžen-czju, která je jednou z nejstarších a nejoblíbenějších metod asijského lidového léčitelství, se skládá ze dvou rovnocenných léčebných metod, t. j. akupunktury a požeňování — ignipunktury neboli moxy.

Akupunktura a ignipunktura jsou pouze částmi tradiční čínské medicíny, do níž patří dále různé druhy masáže, fyzioterapie, respirační terapie, herbální medicína (ku příkladu známý kořen žen-šeň a jiné). Asiáté též po tisíciletí znají sluneční léčbu a hydroterapii. Všechny uvedené jsou vlastně několik tisíciletí staré léčebné metody.

Přesné datum vzniku uvedených léčebných metod se nedá určit. V Číně byly užívány již od doby kamenné. Některé z nejstarších nalezených akupunkturových jehel jsou staré asi 6000 let a jsou zhotoveny z kostí. Již ve starém čínském díle *Kniha o přírodě a životě*, napsaném v roce 191 před n. l. je podrobně tato metoda popisována a její stáří je již zde odhadováno na více než 2000 let. V tomto díle je také uváděno již 9 druhů kovových jehel, jsou popisovány způsoby použití akupunktury a ignipunktury v léčbě různých nemocí a je uvedeno 365 léčebných bodů na lidském tělesném povrchu.

Ze 3. století před n. l. pochází také práce znamenitého akupunktéra Čhuan-Fu-Mi, v níž uvádí metodiku akupunktury. Jsou zde zakresleny obrázky s vyznačením jednotlivých akupunkturálních bodů. Tato práce slouží ještě dodnes jako klasická učebnice akupunktury. Autor zde také poprvé uvádí čžen-czju, kde pojem „čžen“ v čínštině znamená píchání a pojem „czju“ můžeme přeložit jako pozhovávání nebo hrát.

V 6. století n. l. se objevují učebnice již s popisem prvních akupunkturálních drah.

Největšího rozkvětu doznala akupunktura v Číně v 7. století, kdy se stala samostatným oborem čínského lékařství vedle vnitřní medicíny, chirurgie, pediatrie a farmakologie. Byly vydávány příručky se schémata rozložení aktivních bodů, popsání techniky akupunktury a moxy a výsledky léčby různých chorob a syndromů.

V roce 1026 bylo popsáno a systemizováno již okolo 600 bodů spjatých s určitými vnitřními orgány. V roce 1027 byly odlity první dve bronzové sochy člověka s vyznačením jednotlivých akupunkturálních bodů. Tyto sochy sloužily k výuce akupunktury a ignipunktury.

I když na začátku našeho století byla akupunktura reakční protilidovou vládou Číny potlačena, přesto se udržela a dokonce v letech 1933—1934 přinesla významnou pomoc při ošetřování raněných a nemocných za Velkého severního pochodu Národně osvobozené armády. Po osvobození Číny došlo k opětné renesanci akupunktury v celé Číně. Byla zřízena akademie čínské lidové medicíny, do níž patří i institut akupunktury se sídlem v Pekingu.

Rozšiřováním hospodářských a obchodních styků Číny s ostatními zeměmi se začala akupunktura šířit již v 6. století do Japonska, později Koreje, Vietnamu, Mongolska, Indie a dalších okolních i zámořských států.

V 17. století se dostaly zprávy o akupunktuře i do Evropy. Tak v roce 1671 uveřejnil R. P. Harvieu pojednání o čínské medicíně a o dvanáct let později podal holandský lékař Východoindické společnosti W. ten Rhyn první soustavný a podrobný popis této léčebné metody v Evropě.

Začátkem 18. století se akupunkturou zabývali četní lékaři, mezi nimi i Valsalva a Sydenham, později Berlioz, Cloquet, Sarlandier a jiní. Avšak akupunktura v této době ještě nezapustila v Evropě hlubší kořeny.

Teprve v první polovině 20. století dochází k rozvoji akupunktury i zde, a to hlavně zásluhou de Moranta a R. de la Fuye, který vydal v roce 1947 obsáhle dílo o akupunktuře. Fuye také v roce 1943 založil Societé française d'acupuncture a v roce 1945 Societé internationale de médecine orientale

a začal vydávat také časopis *Revue d'acupuncture*. Z Francie se akupunktura velmi rychle rozšířila do Německa, Rakouska, Itálie a do ostatních zemí Evropy.

V Rusku se první zprávy o akupunktuře objevují již v roce 1828. Velký rozmach akupunktury v SSSR nastal v letech 1955 — 1956, kdy skupina sovětských lékařů studovala tuto metodu v ČLR. Po jejich návratu byly založeny v SSSR pracoviště, na nichž se akupunktura provádí.

U nás se mezi prvními zabýval akupunkturou počátkem dvacátého století prof. dr. Cmunt, zejména u revmatických nemocí.

Dokonaleji se naši lékaři seznámili s akupunkturou a ignipunkturou za svého pobytu v Číně a při své práci v Koreji, kde se jí naučili a od té doby ji u nás provádějí. U nás se akupunktura provádí např. ve Státním ústavu rehabilitačním v Kladrubech u Vlašimi, na neurologické klinice Praha 2, v Prostějově, Brně, Karlových Varech a na Slovensku v Ružomberku, Popradě a jinde. I českoslovenští lékaři se aktivně podílejí na rozvoji a výzkumu akupunktury. Zúčastňují se mezinárodních setkání a sami také od roku 1965 pořádají pracovní konference o akupunktuře. Poslední z nich byla v roce 1975 v Třinci za účasti 150 lékařů zajímajících se o akupunkturu a asi 48 lékařů, kteří v ČSSR velmi úspěšně akupunkturu provádějí.

Akupunktura se dnes provádí v podstatě ve všech socialistických státech. Pozoruhodných výsledků dosahují na poli akupunktury a ignipunktury sovětsí lékaři jako kupříkladu: prof. dr. Vogralik — Gorkij, prof. dr. Tykočanskaja — Leníngrad, dr. Usova a dr. Ruseckij — Moskva, dr. Ingamandžanov — Alma-Ata. Pěkných výsledků docílili bulharští akupunkturisté, polští lékaři, jugoslávští, mongolští, korejští, rakouští a západoněmečtí kolegové.

AKUPUNKTURA V RÁMCI REFLEXNÍCH LÉČEBNÝCH METOD

Akupunktura patří k reflexní léčbě. V podstatě jde o dráždění přesně určených bodů na lidském či zvířecím těle. Vhodným podrážděním určitých míst na těle lze totiž podle dlouholetých zkušeností ovlivnit příznivě funkci nemocných orgánů a tím zmírnit, případně odstranit potíže nemocných.

Co odlišuje akupunkturu od ostatních reflexních léčebných metod:

1. malé podráždění co do rozsahu místa dráždění;
2. speciální charakter dráždění s minimálními bolestivými komponentami;
3. dráždění nepůsobí jen na kůži, ale i na receptory hlubších tkání;
4. výsledný efekt léčby působí často vzdáleně od místa podráždění.

Abychom lépe pochopili zařazení akupunktury jako léčebné metody do rámce reflexních léčebných metod, uvedme si dosud známá fakta na poli neurofyzologie.

Nervový systém sa skládá z nesčíselného množství zpětně vazebných okruhů činných na nejrůznějších úrovních (etážích) od nejnižších spinálních až po kmenové vestibulární, cerebelární, hypothalamické a thalamické, extrapyramidové a kortikální. Je nejsložitější informací a současně i efektorickou strukturou, jakou známe. Energie specifických zevních i vnitřních podnětů je senzorickým i senzitivním receptory transformována v energii nervového signálu (vzruchu, akčního potenciálu), který je vyvolán depolarizací neuronů (nervové buňky se všemi axony a dendrity) a příslušné membrány neuronů. V klidu je nervová buňka nabitá záporně, převahou

velkých aniontů kyselých aminokyselin nad malými kationty kalia. Membrána je pak nabitá kladně s převahou velkých kationtů natria nad malými anionty chloru. Při podráždění neuronů dochází k depolarizaci, do buňky vstupují velké anionty natria [tzv. natriová pumpa], mizí rozdíl mezi negativně nabitým neutronem a pozitivně nabitou membránou. Depolarizace se šíří po nervových vláknech až na synapse, to je místa dotyku neuronu s příslušnou presynaptickou a postsynaptickou membránou a mezi nimi se nacházející membránovou štěrbinou. Na synapsích dochází k uvolňování mediátoru do synaptické štěrbiny. Depolarizace presynaptické membrány výrazně zvýší množství receptivních míst pro mediátor a vede k otevření průduchů presynaptické a postsynaptické membrány pro velké kationty natria. V klidu jsou neuronové membrány semipermeabilní, propustné jen pro malé kationty kalia, eventuálně malé anionty chloru. Proto v klidu je převaha velkých negativně nabitých aniontů v buňce a velkých kationtů na membránách. Při podráždění neuronů proudí velké anionty natria do vnitřní buňky souhlasně podle osmotického tlaku a elektrostatického potenciálu.

Rozeznáváme synapse axosomatické, axodendritické, axoaxonické a neuromuskulární spojení. Akční potenciál po podráždění excitačních synapsí vzniká depolarizací, u inhibičních synapsí naopak hyperpolarizací. Dále byly prokázány inhibiční presynaptické potenciály, excitační postsynaptické potenciály a inhibiční postsynaptické potenciály. Excitační presynaptické akční potenciály byly prokázány například v thalamu, v corpus geniculatum laterale a na aferentních vláknech.

Jeden neuron může mít až několik tisíc synapsí. Zpětné vazebné systémy většinou polysynaptické informují postupně centra vyšších nervových struktur až po kůru mozkovou o stavu dráždivosti na receptorech a nižších neuronech. Podle této informace velice citlivě nejvyšší i vyšší nervová centra modulují dráždivost center nižších.

Jako mediátor byl prokázán acetylcholin na neuromuskulárních spojeních (nervosvalová ploténka), na synapsích parasymptiku i některých synapsí centrálního nervového systému. Při podráždění neuronu prostřednictvím fermentu cholinacetylázy je z cholinu a kyseliny acetylsalicylové vytvořen acetylcholin, který se ihned v nejkratších časových intervalech odbourává fermentem cholinesterázou. Na presynaptických strukturách sympatiku byl prokázán adrenalin a noradrenalin. Chemická struktura inhibičního mediátoru je zatím hypotetická, nejpravděpodobněji však jde o kyselinu gama-aminomáselnou (GABA).

Cerebellum podle výzkumu Ecclese funguje jako grandiozní počítač, který vypočítává nejlepší způsob provedení pohybu z několika daných možností a uplatňuje se tak při řízení pohybové koordinace.

Veškerá činnost nervového systému je reflexní povahy (Sečenov). Reflex můžeme definovat jako přechod vzruchových vln, signálů, akčních potenciálů z receptorů nervovým systémem na efektor. Podle složitosti rozeznáváme nejrůznější typy reflexů od nejjednoduššího monosynaptického na příklad patallárního až po různé složité polysynaptické reflexy.

Zpětné vazební systémy byly prokázány nejenom v nervovém systému, ale i v endokrinním systému osa: hypothalamická jádra — hypofýza — endokrinní orgány — zpětná informace.

Příklad nervové regulace motorické činnosti je tak zvaná klička gama. V retikulární formaci kmene mozkového, kromě ascendentního retikulárního systému nespecifického, kde jedna gangliová buňka může přijímat vzruchy z nejrůznějších senzoričtých a senzitivních analyzátorů, existují tak zvané descendentní retikulární systémy. Gangliové buňky tak zvaného facilitálního descendentního retikulárního systému jsou lokalizovány laterálně v mesencefalu, centra inhibičního descendentního retikulárního systému jsou lokalizována mediálně v oblongátě. Z těchto center jdou retikulospinální dráhy zkráceně, většinou polysynapticky tzv. malými buňkami gama, jež se nacházejí v předních rozích míšních. Z těchto buněk vycházejí tak zvaná vlákna gama, která inervují intrafusální vlákna svalových vřetének. Při podráždění vláken gama dojde ke kontrakci těchto intrafusálních vláken lokalizovaných polárně ve svalovém vře-

těnku a tím současně k podráždění vlastního receptoru vřeténka anulospirálního čidla ve střední části vřeténka. Odtud vycházejí aferentní vlákna I a k alfa-buňkám předního rohů míšních, inervující příslušné agonisty, odkud vychází motorický neuron, který teprve vyvolá vlastní kontrakci svalových vláken. Z přechodné zony svalového vřeténka vycházejí aferentní vlákna typu II, která mají synapse s motorickými buňkami míšními inervující antagonisty a jsou inhibiční povahy. Aferentní vlákna typu I a b jsou inhibiční povahy a patří k systému šlachových Golgiho receptorů.

Kůra hemisfér přes vegetativní parasympatická a sympatická vlákna eferentně inervuje vnitřní orgány, aferentními vegetativními vlákny dostává zpětné informace o stavu činnosti vnitřních orgánů. Jde o kortikoviscerální zpětné vazby.

Při akupunktuře a ignipunktuře zřejmě se vyvolá činnost těchto kortikoviscerálních zpětně vazebných systémů, v jiných případech však různých složitých sensorických a senzitivních reflexů v různých etážích centrálního nervového systému a možná že v jiných případech jde o axonické reflexy.

Pro výklad dálkového působení akupunktury jsou k dispozici tyto reflexní systémy:

- a) segmentální,
- b) krátké intersegmentální spoje,
- c) reflexy v rámci jader jednotlivých hlavových nervů, respektive mezi jádry různých hlavových nervů,
- d) dlouhé propriospinální reflexní dráhy,
- e) některá další dosud neprobádaná spojení.

Při akupunktuře se uplatňuje hlavně systém trigemino-vagový, trigemino-retikulární, systém aferentních inhibicí v rámci nucleus spinalis nervi trigemini a dlouhé reflexní spojení mezi segmenty L 5 a S 1 až S 2, podmiňující efekt akupunktury v aktivních bodech na dolních končetinách na orgány dutiny hrudní, břišní a hlavy. Segmentální reflexy jsou velmi významnou složkou akupunktury a ignipunktury, hlavně v oblasti segmentů C 8 až Th 4, na nichž se podílejí i krátké intersegmentální spoje. Podmiňují účinek akupunktury v bodech na horních končetinách na algické symptomy, vazomotorické reakce či na jiné nemoci lokalizované i do oblasti hlavy. Mechanismus působení akupunktury vyvolané aferentní aktivity lze v mnoha případech pochopit na základě již výše uvedených vztahů presynaptických a postsynaptických útlumů.

V závislosti na charakteru aktivního bodu a na použité technice akupunktury dochází k selektivnímu dráždění určitých senzitivních zakončení nebo nervových vláken, což se v centrálních regulačních procesech projeví mimo jiné jako aktivace útlm vegetativních funkcí. Přiseáá topicita projekcí periferních aktivních bodů je zachována i v zadních rozích míšních ve směru mediolaterálním prakticky ve všech laminách, souvisejících se somatickou aferentní aktivitou. Laminární organizace ve směru dorso-ventrálním je pak rozhodující pro určení povahy účinku aktivních bodů.

Velkým problémem stále zůstává otázka receptorů při akupunktuře a ignipunktuře. Snad jde o volná nervová zakončení (bolestivé body) a receptory hlubokého tlaku — viz kapitolu o morfologických podkladech akupunktury. Celá tato problematika potřebuje týmový neurofyziologický výzkum pomocí mikroelektrod, s použitím mikroneurochemických metod etc. Empiricky jsou prokázány facilitační a inhibiční body na příklad u neuralgie trigeminu, u paréz nervi facialis atd.

MORFOLOGICKÉ ZÁKLADY AKUPUNKTURY

V celém akupunkturním světě je snaha objevit specifické receptory v aktivních bodech.

Například kolem roku 1965 publikoval své histologicko-anatomické práce severokorejský badatel Kim Bong Han o systému klasických čínských drah. V této práci popsal tzv. „malé váčky“, které jsou navzájem spojeny jednotlivými „trubičkami — kanálky“ a jsou naplněny tekutinou, která obsahuje deoxyribonukleovou kyselinu. Kim Bong Han udává, že tyto jemné kanálky odpovídají průběhům jednotlivých akupunkturních drah. V souvislosti s těmito poznatky provedl tento badatel mnohé histologicko-anatomické studie. Injekcemi určitých látek prý tyto kanálky a tělíška prokázal. Tento systém byl podle něho nazván systémem Bong-Hanovým. Tím by údajně nalezen materiální podklad akupunktury, který byl tím významnější, že šlo o systém, v němž hrála velkou roli deoxyribonukleová kyselina, která se prakticky nalézá pouze v chromozomech. Na tomto objevu bylo potom vypracováno mnoho hypotéz.

V minulých letech byl akupunkturní svět zklamán pracemi vídeňského histologa Kellnera, který prokázal asi na 12 000 histologických preparátech, že tvrzení Kim Bong Hana se nezakládá na pravdě. Kellnerovy histologicko-anatomické výzkumy přinesly jiné důkazy. Tento histolog zjistil, že v aktivních bodech je zvýšení, v některých případech i snížení počtu hmatových tělísek a dalších tělísek patřících k senzoriu. Takto byla otevřena nová cesta pro další hypotézy.

Soudobé hypotézy vysvětlující mechanismus akupunktury vycházejí z názoru, že jde o podnět přicházející z vnějšího prostředí v předem stanovených, empiricky zjištěných místech, který ovlivňuje neurohumorální regulační mechanismy.

Morfologické studie mohou k tomuto procesu přispět těmito způsoby:

1. analýzou místa vstupu informace,
2. topicitou centrální projekce vstupních informací,
3. analýzou nervových drah, které připadají v úvahu při ovlivnění různých systémů centrální nervové soustavy..

ANALÝZA MÍSTA VSTUPU INFORMACE

Jak již jsme se v předešlých kapitolách zmínili, aplikace jehly v aktivním bodě vyvolá rozmanité, přitom specifické fyziologické odezvy, k nimž nedochází při aplikaci jehly mimo tyto body. Aktivní bod má specifické vlastnosti a měl by se tedy od ostatních míst těla lišit i morfologicky.

Specifita aktivních bodů z hlediska nervových struktur může být:

- a) v přítomnosti zvláštních nebo nových přijímačů informací ze zevního prostředí,
- b) v hustotě známých receptorů,
- c) ve výběru a zastoupení různých druhů receptorů (receptorový vzorek) a jejich prostorovém uspořádání,
- d) v ovlivnění prvních senzitivních neuronů za průběhu do centrálního nervového systému.

Novotný vyšetřil za účelem objasnění výše uvedené problematiky celkem 23 histologicky zpracovaných vzorků. Jde o preparáty lidské kůže s podkožím o průměru 1 cm. Všechny vzorky zpracoval metodou impregnací stříbrem podle Bielschowského-Grossové-Lavrentěva. Histologicky zpracoval tyto aktivní body na končetinách: Lu 8, Lu 11, KS 8, H 8, 3 E3, Dd 4, Dd 10. Na dolní končetině podrobil histologickým vyšetřením tyto aktivní body: Le 1, Le 2,

Le 3, MP 5, N 9, M 35, M 36, M 43, M 44, B 66, G 35, G 40, G 41, G 42, G 43, G 44. Jde vesměs o tzv. vzdálené aktivní body. Tento anatom srovnával nálezy s topografickým umístěním bodů a s předepsanou hloubkou vpichů.

Novotný došel při této velmi záslužné práci k těmto zajímavým závěrům: Ve skupině 17 vzorků bylo nalezeno 653 receptorů (zakončení Ruffiniho 5, Golgi-Mazzoniho 15, Meissnerovo 66, Vater-Paciniho tělíska 27 a Krauseho tělíska 540). Žádné dosud neznámé anatomické struktury nebyly pozorovány. Novotný takto zjistil rozdíly v receptorovém vybavení jednotlivých zkoumaných aktivních bodů, zjistil takto především rozdíly v počtu receptorů a v receptorovém vzorku, což může ovlivňovat i různý fyziologický význam různých aktivních bodů lidského těla. Body, které se vyznačují přítomností většího počtu mechanoreceptorů, se vyskytují jen na distálních částech končetin; jejich rozložení v koriaálních papírách a retikulární vrstvě odpovídá i průměrné hloubce vpichů, to je 3 až 15 milimetrů. Body nacházející se v proximálnějších krajinách končetin jsou charakterizovány přítomností svazků nervových vláken, obalených perineurotejem o síle až jednoho milimetru; uložení v těle subcutanea odpovídá i větší hloubce vpichu, která se pohybuje od 15 do 65 mm.

Tento vědec nepodal přímý důkaz o nahromadění receptorů v aktivních bodech proti neutrální kůži. U takového srovnání je nutno uvažovat o dalších faktorech, jež nesporně hrají svou roli:

1. Faktor věkový. Je zjištěn zajímavý fakt, že počet mechanoreceptorů s přibývajícím věkem klesá. Například na špičkách prstů, kde se předpokládá velká přítomnost mechanoreceptorů, byla zjištěna tato skutečnost: u šestiletého chlapce na ukazováku pravé ruky bylo zjištěno celkem 70 mechanoreceptorů v aktivním bodě, u třicetiletého muže již v tomtéž aktivním bodě 30 mechanoreceptorů. Dnes se předpokládá průměrně na jeden krychlový centimetr u člověka kolem 38 mechanoreceptorů [Kellner, Novotný].

2. Faktor regionální. Rozdílné krajiny lidského těla mají podle svého funkčního významu rozdílný receptorový vzorek. Kvantitativní srovnávání receptorů je možné jen na materiálu stejného věku, nejlépe na jednom individu a v rozsahu stejné hodnotné krajiny, zahrnujících několik aktivních bodů a větší plochu neutrální kůže.

Konkrétní závěry lze vyvodit až po zpracování většího počtu prvků. Nahromadění receptorů v některých aktivních bodech, ku příkladu bod B 25 (Ba-chang-shu), jenom předpokládáme.

TOPICITA CENTRÁLNÍ PROJEKCE VSTUPNÍ INFORMACE

Problémem ovlivnění prvních senzitivních neuronů na cestě k centrálnímu nervovému systému se zabýval v letech 1970—1973 brněnský anatom Novotný. Analyzoval kalibrová spektra určitých větví kožních nervů a studoval zatížené kalibry nejužívanějších aktivních bodů.

Kalibry prvního internodia u typických receptorů aktivních bodů se pohybovaly v těchto dimenzích:

- volná zakončení 0,75 až 3 mikrony,
- Krauseho tělíska 3,5 až 5,5 mikronu,
- Vater-Paciniho tělíska 6,5 až 9,5 mikronu

Teoretické spektrum kalibru pro senzorické jednotky těchto druhů receptorů jsou:

- volná zakončení 0,75 až 6 mikronů,
- Krauseho tělíska 3,5 až 13,5 mikronů,
- Vater-Paciniho tělíska 6,5 až 21 mikronů.

Novotný provedl srovnání s konkrétním kalibrovým spektrem kožních větví n. radialis, což je oblast významného bodu He-gu (Dd 4), podle Nisimoto (1938). Zjistil tato fakta: Vlákna pod 4 mikrony patří jen volným zakončením (receptory bolesti) a vlákna 6 až 13 mikronů jen mechanoreceptorům, které co do složitosti odpovídají Krauseho tělískům. Jehla v bodech obsahujících svazky nervových vláken s podobným spektrem diametrů dráždí pravděpodobně nejprve vlákna s nižším prahem, t. j. silnější, která odpovídají strukturálně složitějším mechanoreceptorům. Je možné předpokládat podobný efekt jako současné podráždění terminál těchto vláken v celé inervační oblasti příslušného nervu.

Proč je možno dosáhnout příslušného efektu jen v určitém místě (tzv. topografická specifita) snad pomohou hypoteticky osvětlit některé údaje: v nervových plexech a proximálních částech nervových kmenů probíhají vlákna směřující do určitých oblastí zcela promísená. Před odštěpením nervové větve však dochází k seskupení vláken, která opouštějí nervový kmen. Po odstupu probíhají určitý úsek pohromadě, ale záhy se nervy rozdělují a vlákna se rozptylují. Jestliže je úsek nervu po odstupu ze smíšeného kmene jediným místem, kde probíhají vlákna určená pro určitou oblast pohromadě a uvažujeme-li o možnosti maximální stimulace nervového zásobení takové oblasti, pak je toto místo předilekční k senzitivnímu dráždění. Vzhledem k tomu, že se nervy rychle větví, mohlo by být i místem maximální efektivity mechanické stimulace s výhodou synchronnosti.

ANALÝZA NERVOVÝCH DRAH, KTERÉ PŘIPADAJÍ V ÚVAHU PŘI OVLIVŇOVÁNÍ RŮZNÝCH SYSTÉMŮ CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY

K ilustraci topicity centrální projekce uveďme jednoduchý případ míšní projekce z aktivních bodů používaných při léčení cervikobrachiálního syndromu. Uvedené body (He-gu — D 4, Wal-guan — 3E 5, Shou-san-li — D 10, Bi-nao — Dd 14, Thian-zhu — B 10) a další, jež se nacházejí v různých krajích horní končetiny a šíje, se projikují postupně do míšních segmentů C 2, event. C 3, C 4, C 5, C 6, C 7, C 8. Například při analgetickému účinku akupunktury je zde morfologický podklad pro polysegmentární působení „afferent pain blocking“.

MECHANISMY PŮSOBNÍ AKUPUNKTURY

Je ještě mnoho sporných otázek v mechanickém působení akupunktury. Dosud nejsou zcela známy mechanismy a cesty jejího působení. Sledování porušené senzitivní funkce při onemocněních vnitřních orgánů přineslo mnoho cenných poznatků o vzájemných vztazích mezi vnitřními orgány a povrchem těla. Tyto poznatky hovoří o teritoriálních změnách povrchového citění, vznikajících při onemocnění vnitřních orgánů. Kožní senzitivní poruchy při těchto onemocněních byly zovšeobecněny znalostmi o kožních zónách Zacharina-Heada. Mackenzie pak poukázal na to, že změny dráždivosti vedou v těchto zónách k narušení cévní inervace, dochází k místním spazmům nebo dilataci cév, k reflektorickým svalovým kontrakturám apod., změnám v rezistenci kůže a prostupnosti kapilár, změnám kožních elektropotenciálů a k řadě jiných změn. Zajímavá je práce A. K. Podšibjakina o stanovení určitých okrs-

ků kůže s odlišným vysokým elektrickým potenciálem proti ostatní kůži a o jejich vztahu k vnitřním orgánům. Tento lékař ukázal na změny elektrického potenciálu kůže při poruše funkce vnitřních orgánů. Této skutečnosti nyní využíváme při rozpracování elektroakupunktury a zejména její diagnostické části.

Že nejde jen o jednostranné spoje a zobrazení funkce vnitřních orgánů na povrch těla, ale že lze odsud recipročně ovlivnit porušenou funkci vnitřních orgánů, je známo už dlouhou dobu. Svedčí o tom používání derivačních a jiných prostředků (hořčičných placek, pijavic, baněk aj.). Stejně působí například i injekce novokainu a hypertonických roztoků do určitých oblastí. Je dávno známo, že například poklepem na processus spinosus Th 6—8 lze vyvolat zvýšení krevního tlaku, dilataci bronchu, atd.

Také hlavní podstata akupunktury vychází ze vzájemného vztahu mezi povrchem těla a vnitřními orgány a možností působit z těchto míst na povrchu těla na patologicky změněnou činnost organismu. Existuje totiž zákonitě spojení mezi vnitřními orgány a kožními metamorami. Tyto zóny odpovídají mozkově míšním segmentům, ve kterých se nachází vegetativní inervace jim odpovídajících orgánů. Tak například:

srdce C 3 — C 5
plíce C 3 — C 4
žaludek Th 6 — Th 9
játra Th 7 — Th 8
žlučník Th 8 — Th 9
tenké střevo Th 10 — L 1
ledviny Th 10 — L 1
močový měchýř Th 11 — Th 12
tlusté střevo S 2 — S 4

Metamerní reflex představuje místní trvalou strukturálně dynamickou složku celistvé reakce organismu. Jedním z jevů, vznikajících při onemocnění vnitřních orgánů, jak bylo vzpomenuáno, jsou bolesti a hyperestezie v těchto dermatomech — zónách Zacharina-Heada. Kromě hyperestezie v těchto dermatomech mohou být i vazomotorické, pilomotorické i sekreční změny. Mezi zónou Zacharina-Heada a onemocnělým orgánem je určitý anatomicko-fyziologický spoj — viscerosenzitivní reflex. Kůže je tak zrcadlem viscerální bolesti. Při podráždění těchto zón lze obdržet zákonitou odpověď ze strany porušeného orgánu — kožně viscerální reflex. Názory na tento děj jsou rozličné. Většina autorů soudí na reflexní spinální a axonové mechanismy. Lavrentěv prokázal větvení vegetativních vláken a senzitivních zakončení jednoho a téhož vlákna na různých orgánech (například v srdečním svalu a koronární cévě). Podle tohoto autora aferentní impulsy, které nedosáhly k nervové buňce, se odvětvují na jiná nervová vlákna ve smyslu aferentních nervových impulsů. Kiričinskij (1959) potom ukazuje na shodu mezi jednotlivými akupunkturálními drahami a na nich rozloženými aktivními body se zónami Zacharina-Heada.

Nervová zásobení jednotlivých útrobních orgánů podle míšních úseků jsou patrná z následujícího přehledu, sestaveného na základě prací Hansena, Staa a jiných.

ORGÁN	SEGMENTOVÉ ZÁSOBENÍ	STRANA
srdce, aorta	Th 1 — Th 8	vlevo
píče a průduškový kmen	Th 3 — Th 9	bilaterálně
jícen	Th 3 — Th 5	bilaterálně
žaludek	Th 5 — Th 9	vlevo
duodenum, játra a žlučník	Th 6 — Th 10	vpravo
slinivka břišní	Th 7 — Th 9	vlevo
slézina	Th 8 — Th 9	vlevo
tenké střevo	Th 9 — Th 11	bilaterálně
stěpé střevo a colon ascedens	Th 10 — L 1	vpravo
ledviny	Th 10 — L 12	bilaterálně
močovod	Th 11 — L 3	bilaterálně
močový měchýř	S 2 — S 3	bilaterálně
appendix	Th 11 — L 2	vpravo
colon transversum	Th 11	vlevo
colon descendens	Th 11 — Th 12	vlevo
sigmoideum a rectum	L 1 — L 2	vlevo
pohlavní ústrojí jako celek Th 11 — L 5	S 2 — S 3	bilaterálně

Dosud chybí anatomický průkaz kořenových okrsků. Přesto je dosti klinických pozorování, která opravňují k závěru, že takovéto segmentově stejně inervované povrchní a útrobní okrsky tvoří „funkční jednotku“. Uvnitř takové nervové a v dalším i humorálně a hormonálně spjaté oblasti může docházet k vzájemnému působení. Přitom pojem povrch těla představuje kůži, podkoží, svalstvo, vazivo a v jistém smyslu i periost. Do segmentového okrsku je třeba zahrnovat i příslušný úsek cévního systému až po kapiláry i všechny orgány jednotlivých tkání (v kůži například potní žlázy, mazové žlázy, muscoli arrectores pilorum). Právě tak do segmentu přísluší jako celek i útrobní orgán.

Velkou podporou pro zdůvodnění vzájemných vztahů mezi vnitřními orgány a tělesným povrchem jsou anatomicko-embryologická pozorování při ontogenetickém a fylogenetickém vývoji jednotlivých oddílů nervového systému. Například v procesu embryonálního vývoje se vnitřní pohlavní orgány dostávají z hrudního oddílu směrem kaudálním. Proto také u nemocných například po operacích pro záněty vaječníků vznikají bolesti v levé polovině hrudníku, lopatce či levé ruce. Z tohoto také vyplývá původně nepochopitelné vbodávání jehel do bodů vzdálených od ovládaného orgánu.

V SSSR se otázkami teoretického působení akupunktury zabývá celá řada pracovníků a pracovišť. Tak například hypotéza podle prof. dr. Vogralika (1961) předpokládá, že jehla zavedená do kůže působí především mechanické děje a podráždí nervová zakončení. Při rozrušení tkáňových elementů a aktivaci biologických procesů se objevují biotoky řádově desítek milivoltů, udržované elektrolytickým procesem vznikajícím mezi kovem jehly a elektrolytem tkáně. Morfologické změny v oblasti kanálu vpichu vedou k uvolnění biologicky aktivních látek. Akupunktura má tedy normalizační vliv na vegetativní nervový systém, zvyšuje reaktivitu organismu a jeho imunobiologické děje.

Ruseckij (1959) přikládá značnou důležitost somatickým nervovým impulsům vznikajícím při akupunktuře, které představují prvotní základ podráždění. Podle Kassilije (1959) jsou při akupunktuře vtaženy do děje všechny fyziologické systémy mající normalizující vliv na organismus, jehož reakce mohou být rozličné v závislosti na výchozím stavu organismu.

Rozdělíme-li fyziologické děje při akupunktuře na oddělené složky, lze říci, že zavedení jehly zprvu působí místní reakci. Je to především mechanické podráždění exteroceptorů kůže. Tato reakce je zprvu snad jen mechanicky vyvolaný podnět, jen tlakem bez poškození buněk a na něj navazuje chemická depolarizace z receptorů nebo membrán neuronů.

Otázka je, jaké dráždění má největší léčebné účinky, zda dráždění povrchních nebo hlubokých receptorů. Tato otázka je pravděpodobně rozřešena. Povrchní receptory jsou jemně diferencované aparáty, a tak impulsy v nich vznikající nehrají velkou roli v akupunktuře. Podráždění kožních receptorů má pravděpodobně hlavní význam v počáteční spouštěcí fázi kórových mechanismů. Naproti tomu čím hlouběji se jehla zavádí, tím více vstupují do děje podráždění méně diferencované receptory. Podráždění hluboké tkáně dává difúznější charakter počítku, což je spojeno s drážděním proprioceptorů. Difúznost a inertnost dráždění spolu se sumací impulsů je právě adekvátní pro podráždění vnitřních orgánů. Dráždění vegetativních vláken periferních nervových pletení a drobných vegetativních útvarů podmiňuje vegetativní komponentu reakce. Podráždění vegetativních vláken vede k ovlivnění činnosti žírných buněk liberujících histamin. V závislosti od stavu tonusu kapilár se mění jejich průsvit a krevní průtok, barva kůže, její teplota a elektrický odpor. Mezi tkáněmi a jehlou se vytváří rozdíl elektrického potenciálu, změna v iontech. Jehla způsobí mechanické poškození značné masy buněk, což vede k vytvoření nekrohormonů, stimulačních biologické procesy (biologické stimulatory). Tato místní reakce v okolí jehly nastává ihned po jejím zavedení. Tato místní reakce je stereotypní, nezávislá na místě vpichu jehly. Je, jak uvedeno, způsobena podrážděním řady receptorů-termoreceptorů, baroreceptorů, receptorů ve stěnách cév. Uvolnění aktivních chemických látek (histamin, acetylcholin, sympatin) působí pak na chemoreceptory. Vpich mimo akupunkturální bod nevede k tak významným změnám.

Následující komponenta reakce — vzájemného dění mezi povrchem těla a vnitřními orgány — vzniká aferencí vzruchů do míšních segmentů (segmentární reakce). Tyto reakce vznikají především v těch orgánech a tkáních té viscerálně segmentární zóny, ze které vzešlo dráždění. Objektivně pak lze sledovat snížení peristaltiky žaludku (byla-li zvýšena nebo opačně její zvýšení), změny tonu arterií středního kalibru a arteriol, vymizení bronchiálních spasmů atd. Rozšířením impulsů až do podkorových center a do kory mozku vzniká celková povšechná reakce. Děje se zhruba třemi hlavními cestami: neurogenní, humorální a hormonální.

Neurogenní cestou se impulsy, vznikající při podráždění jehlou, vedou specifickými i nespecifickými cestami nervového systému až do diencefala. Potvrzuje to generalizovaný, symetrický charakter změn na EEG.

Podstatnou složkou celkové reakce jsou hormonální změny jdoucí přes hypotalamus — hypofýzu — koru nadledvinek. Zvyšuje se tvorba ACTH, dochází tím k aktivaci steroidů ovládacích protizánětlivé a desenzibilizační děje. Hormonální změny pak závisí od výchozího stavu. Dochází k jejich normalizaci. Neurohumorální faktory jsou dnes intenzivně zkoumány (endorfiny a jiné).

SOUDOBÉ TEORIE AKUPUNKTURY

Celkem existuje celá řada teoretických koncepcí akupunktury. Z nich uvádíme pouze některé základní koncepce.

1. **ELEKTRICKÁ TEORIE.** Pod vlivem akupunktury vznikají v těle člověka elektrické proudy, které působí léčebně je-li jejich vlnová délka a frekvence souhlasná s ději nemocného organismu. Posud, bohužel, nebyly konány pokusy s mikroelektrodami, které by více objasnilly tuto teorii.
2. **KAPILÁRNÍ TEORIE.** Akupunktura vede k reflektorické změně kapilárních průtoků a její normalizaci, byla-li narušena. To zlepšuje výměnu látkovou mezi kapilárami a tkáněmi, a tak tyto děje vedou k odstranění patologických dějů.
3. **TKÁŇOVÁ TEORIE.** {Nespecifická proteinoterapie podle Filatova.} Při poranění buňky se vytvářejí látky stimulující biologické procesy (nekrohormony, biogená stimulanty). Buňčné aktivátory působí stimulačně na onemocnělý orgán.
4. **HISTAMINOVÁ TEORIE.** V tkáních vzniká histidin jako reakce na jejich podráždění. Histidin a z něho vznikající histamin mají vliv na kapilární překrvení tkání a tím i ovlivňují [zvyšují] transudaci z kapilár. Při akupunktuře pak dochází reflexně přes sympatická ganglia, segmentová spojení s orgány k vyrovnání hladiny histaminu a histidinu v tkáních.
5. **GATE CONTROL (VRÁTKOVÁ) TEORIE.** Vysvětluje analgetický účinek akupunktury podle soudobých poznatků neurofyzologie (viz kapitulu o analgesii).

STARÉ ČÍNSKÉ TEORIE AKUPUNKTURY A IGNIPUNKTURY

Akupunktura vznikla dlouhodobým vývojem na empirickém podkladě. Podle četných pozorování a experimentů byla stanovena přesná pravidla, podle nichž se provádí. Interpretace empiricky získaných poznatků byla v čínské tradiční medicíně ovlivněna tehdejšími filosofickými myšlenkami Dálného východu. Proto pro pochopení tradičních principů akupunktury je dobré si všimnout důležitých pojmů z její filosoficko-teoretické základny. Tak předně je to pohled na člověka jako celek. Dále je to princip polarity, neboli učení o dvou principech Yang a Yin. Jimi je vysvětlována podstata všech věcí a jevů. Jsou to dva protichůdné, ale vzájemně se podmínující prvky, existující ve všech procesech v přírodě. Mezi nimi existuje stále soupeření, ale v kterýkoliv čas jeden nemůže existovat bez druhého. V každém Yin je část Yang a opačně, jeden vychází z druhého. {Zákon jednoty a boje protikladů?} Vnitřní boj těchto sil se pak projevuje formou životní energie. Narušení této rovnováhy vede ke vzniku patologických procesů.

Na principu Yang a Yin čínští lékaři zakládají vzájemný vztah orgánů mezi sebou a jejich vztah ke kůži. Oba pojmy jsou obvykle znázorňovány symbolem tzv. čínské monády, t. j. kruhem rozděleným sinusoidou na dvě stejné poloviny rozličných barev — obvykle červené pro Yang a modré nebo zelené pro Yin. V každé polovině kruhu je malý kroužek opačné barvy jako symbol

zárodku Yangu v oblasti Yinu a opačně. Jindy jsou znázorňovány rudým a zeleným drakem, kteří spolu zápasí, ale jsou celým tělem navzájem spletení k jednotě.

Dále je učení o vzájemné stimulaci a inhibici mezi pěti základními prvky, jimiž jsou:

dřevo, oheň, země, kov, voda.

Jde o čistě filosofické pojmy, podle nichž jsou klasifikovány všechny věci a jevy v přírodě. Z hlediska akupunktury nás však zajímá, že každý z těchto prvků má vliv na dva orgány. Později byly k těmto deseti orgánům přidány ještě dva další (tři ohřivače a obal srdce).

Abý i zde byla zachována teorie o dvou principech, i tyto orgány se dělí na orgány patřící k systému Yang (žaludek, tenké a tlusté střevo, žlučový a močový měchýř a tzv. 3 ohřivače) a k systému Yin (srdce, plíce, játra, slezina-slinivka, ledviny a tzv. obal srdce).

Toto učení je zcela v rozporu s dnešními medicínskými poznatky a má dnes pouze historickou cenu. Přesto však v klasické akupunkturu se jí přidržují i západní akupunkturisté, a to zejména v té části, která mluví o vzájemné inhibici nebo stimulaci. Totiž ve směru pohybu hodinových ručiček dochází údajně ke stimulaci jednotlivých za sebou jdoucích orgánů, v opačném smyslu k jejich oslabení, eventuálně jsou udány i zcela protichůdné vztahy. V praxi podle těchto pravidel vyhledávají vhodné dráhy a zavádění jehel.

A konečně posledním pojmem v čínské tradiční medicíně je představa o tzv. životní síte, opět pro moderní medicínu zcela nepřijatelný pojem. Podle tradičních představ tato životní energie proudí v přesně vymezených „drahách“ neboli „meridiánech“ různými orgány. V přesně stanovených časových intervalech tak, aby prošla tato životní síla všemi drahami (12) během 24 hodin. Ortodoxní akupunkisté využívají této teorie k tomu, že právě v této době maxima nebo minima energie se dá porušený orgán nejlépe ovlivnit. Předpokladem životní pohody úplného zdraví je právě pravidelné, rozměrné proudění této energie tělem. Při jejím nedostatku nebo nadbytku v některém orgánu vzniká jeho porucha a účelem akupunktury je tuto rovnováhu obnovit. My bychom mohli spíše nazývat tento stav periodicky se měnící jak v místní, tak v časové funkci jako „stav energie“. Moderní věda mluví v těchto případech o biologických rytmech a věnuje jim mnoho pozornosti. Maďarští vědci měřením akupunkturních aktivních bodů a jejich vyhodnocením na počítačích dospěli k závěrům, že jednotlivé orgány vykonávají také maximum práce v určitém období a tato období jsou si nápadně blízká s poznatky starých čínských akupunktérů. Růžička měl možnost měřit u větší skupiny lidí tyto biorytmy za extrémních podmínek posunu času a změny v těchto jednotlivých „drahách“ předcházely funkčním poruchám k nim náležejících orgánů.

Autoři, kteří se vážně zabývali akupunkturou, např. Vogralik, Tykočinskaja, Ruseckij, Usova, Bachman, Mann, Bischko a jiní se snažili uvést do jakéhosi souladu některé z filosofických podkladů akupunktury s dnešními vědomostmi a názory. Např. Vogralik se snažil vysvětlit představu o cirkulaci „životní energie“ v jednotlivých drahách ve čtyřiašedesátihodinovém cyklu s problémem biologických rytmů člověka. Také dělení na princip Yang a Yin má anatomický a fyziologický podklad. V systému Yin jsou totiž nervy bohatší vegetativními vlákny, v systému Yang jsou nervy na vegetativní vlákna méně bohaté. A tak Yang nám velmi připomíná sympatikus a Yin parasympatikus vegetativního nervstva.

STARĚ TEORIE JE NUTNĚ ZBAVIT ZATÍŽENÍ

Po tisíciletých zkušenostech s akupunkturou a vzhledem k rozsáhlému materiálu i dosavadním výzkumům a zkušenostem dospíváme k tomu, že některá stará učení, zejména o akupunkturních bodech a snad i drahách, mají přece jen své racionální jádro, které je třeba zbavit nevědeckého a idealistického zatížení a nelze je tudíž předem paušálně odmítat.

Musíme zde podotknout, že světový názor našich akupunktérů je jasně dialekticko-materialistický, nehledá v akupunkturu nějaké mystické kořeny a nepřipouští agnosticizmus. Naopak za pomoci našich teoretiků se snaží vysvětlit obecně i specifické mechanismy účinků akupunktury na podkladě anatomických a fyziologických znalostí dnešní vědy a požadují od ní odpovědi na otázky vyvolané tradicí i nepopíratelnými úspěchy empirie.

TECHNIKA A METODIKA AKUPUNKTURY

Podstata akupunktury tedy spočívá v diferencovaném dráždění určitých míst na povrchu těla, čímž se vyvolává reakce organismu buď místní, přímá, protože podrážděný bod je v blízkosti nemocného orgánu, nebo povšechná, nepřímá, jestliže je tento bod vzdálen od nemocného místa. Zároveň může být drážděno i více bodů — podle diagnózy a léčebného plánu. Některé z těchto bodů jsou body hlavními, jiné jen pomocnými.

Dráždění se provádí buď mechanicky, nejčastěji vbodnutím tenkých jehel (akus — jehla, pungere — píchati) nebo termicky — ignipunktura (— požehování, moxibusce, moxa).

V nejstarší době se používalo k provádění mechanického dráždění kamených nástrojů, zprvu snad pazourkového střepu, později hlazené jehly zhotovené z rybí kosti, trnů a nástrojů z tvrdého dřeva a bambusu.

Druhy jehel

Akupunktura se nejčastěji provádí tenkými jehlami, které prodělaly ve svém vývoji značné změny. I když mají své specifické uplatnění zlaté a stříbrné jehly (sledování elektrických potenciálů ukázalo největší potenciály u zlaté jehly, zatímco štříbrná jehla má velmi nízké). Tak tedy zlato má podle čínských akupunkturistů dráždivý a stříbro sedativní účinek.

Asi před dvěma tisíci lety začaly se vyrábět jehly pro akupunkturu na Dálném východě, jež byly zhotoveny z ryzího zlata, dále obsahovaly i další drahé kovy, jako stříbro a platinu. Ukázalo se, že jehly z ryzího zlata samy o sobě nemají dostatečnou pružnost, které je zapotřebí při pronikání akupunkturní jehly do tkáně. Tyto jehly se při propíchování pokožky prohýbaly, po aplikaci skrze jednotlivé vrstvy kůže a v další manipulaci, zvláště při setkání s fascií, šlachou či jinou tkání tvrdší konzistence, se nejen prohýbaly, ale což bylo nejvíce na závalu, dokonce měnily svůj zamýšlený původní směr vpichu. Pro tyto nevýhody a zvláště proto, že byly příliš drahé, bylo upuštěno od používání jehel pro akupunkturu z ryzího zlata.

Potom nastala éra jehel z čistého stříbra. Stříbro jako kov má v tomto směru mnoho výhod ve srovnání s jehlami z ryzího zlata. Jehly pro akupunkturu zhotovené ze stříbra se tak snadno neohýbají, můžeme jimi velmi lehce propíchnout fascii i jinou tužší tkáň, aniž mění svůj původní směr. Zlaté jehly se dodnes doporučují pro povrchní aplikaci; můžeme jich použít pouze při aplikaci jehel do kůže, nejvíce do vrstev podkožního tuku, tedy do hloubky kolem 6 mm.

V posledních letech byly vyvinuty jehly pro akupunkturu zhotovené ze zlata, stříbra a nerezavějící ocele. V daném období se připravují jehly obsahující patřičné slitiny kovu, které svou tvrdostí a pružností připomínají stříbro. Jehly zhotovené z tohoto

materiálu jsou prakticky velmi výhodné, protože bez jakýchkoliv komplikací se zvolna aplikují jak do pokožky, tak do svalstva, fascií, šlach atd. Jehly zhotovené ze slitin stříbra jsou křehčí a nejsou tak elastické. Stříbrné jehly se snadno brousí, neoxidují a jsou samozřejmě mnohem lacinější než jehly zhotovené z ryzího zlata. Jako nejvhodnější pro aplikaci akupunktury se ukázaly jehly zhotovené z 10 % ryzího zlata a z 80 až 90 % slitin stříbra. U nás se dává přednost používání akupunkturních jehel vyrobených z různých slitin s charakterem nerezavějící ocele.

Chirana, n. p., Stará Turá, vyrábí u nás v ČSSR jehly pro akupunkturu zhotovené z patřičné slitiny kovů. Svou kvalitou jsou vhodné pro aplikaci; jsou pružné, při zavádění nemění svůj směr a obsahují stopy stříbra, takže tento kov napomáhá k důkladnější dezinfekci jehel. Pro klasickou akupunkturu vyrábějí se u nás jehly pod číslem 19 R a jehly pro dlouhodobé zavedení jsou označeny jako 19 Ra. V jedné kazetě, zhotovené z umělé hmoty, je obsaženo 20 jehel pro akupunkturu:

- 4 kusy o průměru 0,2 mm a délky 15 mm,
- 7 kusů o průměru 0,3 mm a délky 35 mm,
- 7 kusů o průměru 0,3 mm a délky 50 mm,
- 2 kusy o průměru 0,35 mm a délky 65 mm.

Každá jehla má vhodně upravené držadlo pro manipulaci, jež je přičně vroubkované a 35 mm dlouhé. Jehly se dají dobře brousit, takže mohou být používány ke kvalitní aplikaci po řadu let.

Dlouhých jehel se používá ke vpichům do oblastí s bohatou muskulaturou (například na hyždích) a všude tam, kde se předpokládá větší hloubka vpichu. Středních jehel se užívá obvykle ke vpichům na končetinách a trupu a krátkých hlavně na obličeji a konečných částech končetin. Do symetrických bodů používáme zásadně jehly stejné délky.

V některých případech se k vyvolání tlaku do místa aktivního bodu používá tupých jehel se zaobleným koncem. V Itálii a Francii je rozšířeno také složité popíchování jakýmsi ozubeným kolečkem. U dětí a oslabených osob se někdy používá k podráždění aktivního bodu úderu svazčkem jehel ve formě speciálního kladívka. Podráždění aktivních bodů lze dosáhnout také tlakem konečky prstů, galvanickým proudem, diatermií, ultrazvukem, laserem nebo elektrickým proudem vůbec. Z jiných způsobů dráždění aktivních bodů bychom chtěli vzpomenout ještě toho, že někteří čínští akupunkturisté používají jehel až 50 cm dlouhých, kterými dráždí současně několik aktivních bodů. Zajímavá je také tzv. „šící akupunktura“, při níž se jehla (chirurgická) s Katgutem zavede z jednoho aktivního bodu do druhého a ponechá se tak dlouho, dokud se Katgut nezresorbuje a působí tak stimulaci po dobu několika týdnů. Další možnost dráždění aktivních bodů je i přikládáním baněk nad aktivní body. V podstatě jde o aktivaci akupunkturního bodu jakýmkoliv možným způsobem, aby takto bylo docíleno obdobného léčebného efektu jako při samotné aplikaci jehel do aktivního bodu. Například v posledních letech se rychle rozvíjí tzv. sonopunktura, čímž rozumíme cílené působení na oblast aktivního bodu ultrazvuku.

Skladba akupunkturní jehly

Klasická jehla pro akupunkturu se skládá z těchto částí: rukojeť, tělo (— dřík) a hrot. Podle konce jehly rozeznáváme několik druhů dnes ve světě používaných jehel pro akupunkturu. Nejčastější se používají ostro konečné jehly, v některých případech tzv. tupokonečné jehly.

V různých zemích světa používají různé tvary i délky akupunkturních jehel. Níže uvedené druhy jsou běžně používány v SSSR, Číně, Vietnamu, USA, Mexiku, Velké

Británii, Francii a NSR. V Japonsku dnes zcela běžně aplikují speciální akupunkturní jehly na jedno použití. To se zdá perspektivně být neoptimálnějším řešením.

Podle délky rozeznáváme jehly:

a) dlouhé — mající délku 8 až 15 cm. Tyto jehly se používají pro hluboké vpichy, například při léčbě ischiasu;

b) střední — střednědlouhé jehly dosahují délky 5 až 6 cm. Používají se k aplikaci bodů ležících v hloubce 2 až 3 cm;

c) krátké — jehly dosahující nejvýše 2,5 cm délky. Používají se k aplikaci bodů ležících v hloubce kolem 1 až 1,5 cm. Prakticky to znamená: při propichování pokožky, podkožního vaziva, zvláště ve vlasové části hlavy, vnitřní partie bérce atd.

Tloušťka jehel se průměrně pohybuje od 0,25 až do 1,00 mm. Tlustší jehly při vpichu působí mnohem větší bolest, a proto jsou méně používány. Mimoto i silně rozrušují takto postiženou tkáň, což není léčebným principem akupunktury jako léčebné metody. Podle tloušťky rozeznáváme dva základní typy běžně používaných jehel pro aplikaci akupunktury:

a) jehly velmi tenké — mají mírně zaoblený konec. Jsou vhodné pro všechny způsoby aplikace. Takovéto jehly makroskopicky netraumatizují tkáň, nevyvolávají hematomy;

b) jehly tenké — s ostrým koncem. Jsou vhodné pro kožní a podkožní vpichy, vpichují se v praxi mnohem rychleji než jehly se zaobleným koncem. V některých státech se používají tzv. T-jehly. K těmto jehlám je rukojeť připojena nikoliv vertikálně, ale horizontálně. U nás se vyrábějí jehly s rukojetí ve tvaru horizontálně položeného kroužku. Oba tyto posledně zmíněné druhy jehel jsou vhodné pro tzv. dlouhodobou aplikaci akupunkturní jehly (u nás jehly 19 Ra, výrobce Chirana, n. p., Stará Turá), což se provádí u některých, zejména chronických bolestivých stavů i po dobu 24 až 36 hodin. Výhodná je stálost vpichu takto tvarované jehly.

V krajních případech, kdy nejsou k dispozici ihned klasické jehly pro akupunkturu, je možno použít injekčních jehel, nejlépe takových, které jsou zhotoveny pro jednorázovou aplikaci. V nouzových případech lze použít i jehel značky Medicor (čs. výrobce), čísel Nr 18, Nr 17, Nr 12. Jde vesměs o jehly velmi ostré, silného kalibru, a proto je při jejich použití zapotřebí velké opatnosti.

Lokální dezinfekce místa vpichu

Před aplikací jehly je nutné dodržet lokální asepse. Zvolené místo aktivního bodu, ať se nalézá kdekoli na těle, to znamená i na sliznici dutiny ústní i jinde, důkladně očistíme dezinfekčním prostředkem, nejlépe ajatinem, amoseptem, 70 % líhem, septonexem či jinými účinnými dezinficiencemi, které máme běžně k dispozici v ambulanci.

Běžně to činíme tak, jako před aplikací jakékoliv subkutánní či intramuskulární injekce. Na vatový tampónek nanese dezinfekční roztok, místo aplikace alespoň třikrát potřeme, a to i jeho okolí. S oblibou používáme Lugolův roztok, pokud není pacient alergický na jód, protože místo bodů zamýšlené aplikace se zbarví žlutohnědě, takže zvláště začátečník má přehledné a dezinfekčně velmi účinné místo.

Tam, kde nechceme zanechat barevné změny na pokožce, volíme bezbarvé dezinfekční roztoky, například bezbarvý ajatinový roztok. Důležité je neopomenout opět vydezinfikovat místo vpichu po vynětí jehly z aktivního bodu.

Sterilizace a uskladňování akupunkturních jehel — péče o ně

Ještě před několika desítkami let a zvláště v dřívějších dobách se jehly pro akupunkturu nijak zvlášť neočistovaly. O patřičné dezinfekci či sterilizaci nebylo tehdy ještě nic známé. Akupunktéři-specialisté si povšimli, že lze zabránit přenosu různých hnisavých zánětů a komplikací kůže i podkoží patřičným ožehnutím jehly v plamenu, tedy obdobně jak se dosud činí s bakteriální kličkou. Většinou se však jehly pro akupunkturu ukládaly sice do speciálních pouzder, ale bez většího očištění.

Dnes je na čistotu a sterilizaci jehel přísně dbáno. Každá jehla pro akupunkturu se musí po aplikaci pečlivě umýt ve studené vodě, potom gázou očistit od eventuálního nánosu nějaké tkáně, vytrít do sucha. Vždy je nutno zkontrolovat ostrost jehly, a to po každém jejím použití, protože může dojít k jejímu otupení, zejména v těch případech, kdy se pronikne na tkáň tvrdé konzistence. Tupé jehly se pro další aplikaci akupunktury ve většině případů nehodí, především proto, že mohou silně narušit strukturu jemné tkáně. U velmi ztupělé jehly se v nejednom případě může stát, že se během aplikace na jejím konci vytvoří i jemně naznačený háček. Takováto jehla se může během aplikace zlomit, zejména v oblasti konce, nebo při jejím vynětí může vytrhnout takto zasaženou tkáň. Otupělé jehly je nutno pečlivě vyrovnat, zaostřit a řádně vybrousit.

Jak jehly pro akupunkturu, tak i používané pinzety a kádinky, ve kterých jsou uchovávány jehly, je nutné po použití řádně vysterilizovat. Dnes sterilizaci jehel varem nedoporučujeme, protože ani čtyřicetiminutový var akupunkturních jehel nám nemůže zaručit, že zabráníme přenosu některých virových substancí, zejména viru sérové hepatitidy. Nejúčinnější se ukázala sterilizace v horkovzdušném sterilizátoru po dobu 60 minut při teplotě 180 °C anebo po dobu 120 minut při 160 °C. Tento způsob sterilizace nám zaručuje zničení všech choroboplodných zárodků, tedy i usmrcení virů. Vysterilizované jehly a pinzety ukládáme do dezinfekčně působících roztoků. Můžeme použít pouze takový dezinfekční roztok, který odpovídá soudobým hygienickým požadavkům na dezinfekci chirurgických nástrojů.

Nečistějí používáme roztoku na nástroje v tomto složení:

Rp. Natrii nitrosi	5,0
Supertamospiti	20,0
Aqua destill. ad	1000,0
M. f. sol.	
D. S. Roztok na nástroje	

Tento dezinfekční roztok je výborným dezinficiencem obsahujícím chemikálii natrium nitrosum. Protože v akupunkturní jehle je obsaženo určité procento stříbra, dochází k reakci mezi stříbrem a dusičnatou sloučeninou, čímž vzniká dusičnan stříbrný, jenž se projevuje postupným černáním akupunkturních jehel. Kvalita takto uchovávaných jehel se pozvolna zhoršuje, jehly jsou naleptávány a mohou se snaže zlomit při zavádění do aktivního bodu. Protibakteriálně dobře působí 70% roztok lihu, ale nevyhovuje soudobým požadavkům, protože neusmrcuje viry. Používání lihobenzinu v praxi nedoporučujeme, protože lihobenzin (složení benzín a lih ana partes) má v podstatě pouze bakteriostatický účinek.

V současné době se hledají možnosti najít takový dezinfekční roztok, který by jehly pro akupunkturu nenaleptával a byl vysoce dezinfekčně účinný. V zahraničí se t. č. zkouší preparát zvaný tetergicid, jehož chemická báze

je blízká našemu ajatinu. I výzkumy s touto chemikálií ukazují, že nejde o optimální řešení tohoto problému. Dokonalý dezinfekční prostředek pro uchování akupunkturních jehel pro každodenní akupunkturní praxi zůstává tedy i nadále velkým problémem.

Použité jehly je možno ukládat po omytí vodou do pouzdra pro tyto jehly. Sovětští akupunktéři doporučují akupunktérům uchovávat jehly v tenké chemické zkoumavce, na jejímž dně je sterilní gáza a zkoumavka je uzavřena korkem. Je to praktické, akupunktér může mít kdekoliv a kdykoliv připraveny tyto jehly i pro poskytnutí první pomoci v terénu akupunkturou.

Pocity pacienta při aplikaci jehly

I když se zdá, že zavedení jehly by nemělo být pro lékaře problémem, přesto bychom chtěli připomenout při provádění akupunktury starou čínskou moudrost: přístupuj k akupunktúře tak obezřetně a pozorně, jak pozorně a obezřetně by ses přibližoval při honu k tygroví.

Důležitým znamením správného zavedení jehly do aktivního bodu je vyvolání charakteristického pocitu u nemocného. Projevuje se jako pocit rozpětí tkáně, tíže, tlaku, chladu, tepla, pálení, projeví elektrického proudu, pocit, jakoby se uhodil do „brňavky“ apod., obyčejně s iradiací. Jakmile dosáhneme při zavádění jehly tohoto pocitu, dále jehlu již nezavádíme. Jestli v předpokládané hloubce nedošlo k vyvolání tohoto charakteristického pocitu, je nutné jehlu poněkud povytáhnout a lehce změnit směr a opět zavádět až do dosažení charakteristického pocitu. Podstatnou roli při vzniku tohoto pocitu hraje individualita nemocného a jeho citlivost. Při narůstání síly dráždění je možné u nemocných pozorovat zesílení nebo změnu těchto pocitů. Pocity mají značný význam, ale neodpovídají síle dosaženého léčebného efektu. Již pocit rozpínání či tepla obyčejně stačí k získání kladného léčebného efektu. Součet účinků způsobených jehlou je pak různého stupně podle četnosti a velikosti dráždění a podle délky jeho trvání. Konečné rozhodnutí těchto otázek je značně složitě.

Jaká je bolest při vpichu akupunkturní jehly

Při správném zavádění jehel nebývá obyčejně pocítována větší bolest. Vzhledem k tomu, že jehly jsou značně slabé, je bolest při vpichu celkem zanedbatelná. Po proniknutí kůže je potom vpich zcela bezbolestivý. Teprve při dosažení aktivního bodu dojde k charakteristickým pocitům, jak byly uvedeny výše. V rukou zkušeného akupunktéra je tato metoda téměř bez rizika.

Jestliže aplikujeme jehlu do maximální bolestivosti, pak zpočátku nemocný pocítuje vpich dosti bolestivě. Tato reakce však během několika desítek vteřin spontánně zmizí, vzácněji pozvolně odeznívá během několika minut. Ve většině případů je nemocný již po třech až pěti minutách v této oblasti palpačně hypestetický.

Komplikace akupunktury

Přesto bychom se chtěli zmínit o některých možných komplikacích akupunktury.

1. U některých nemocných při zavádění jehel a jejich manipulaci v tkáni vznikají výrazné vegetativní reakce, projevující se zblednutím, chladnutím

končetin, změnami pulsu a poklesem krevního tlaku, zejména systolického. V tomto případě je vhodné ihned vytáhnout jehly, postiženého uvést do horizontální polohy a eventuálně poskytnout první pomoc.

2. Při nesprávné technice může dojít ke zkřivení jehly, stejně tak při jejím naražení na kost či při svalových kontrakturách. Nerovná jehla pak nedoručuje správný směr k dosažení aktivního bodu.

3. Při špatném stavu jehly, svalovém napětí nebo neštrném zavádění může dojít k zalomení jehly. Jestliže je úlomek vidět, odstraníme jej pinzetou. V opačném případě je nutné jeho operativní odstranění.

4. Konečně může dojít k nabadnutí cévy nebo nervu, nebo i k vytvoření pneumotoraxu. Proto je nutné dbát na přesnou lokalizaci místa aktivního bodu a jeho předepsanou hloubku.

5. Z jiných komplikací může dojít ke krvácení a vzniku hematomu, event. až tamponádě (pozor na body v 5 mžž), k infekci, zejména sérové hepatitidě, eventuálně i k peritonitidě, k poranění míchy (při léčbě hluchoněmoty z bodů mezi 1. a 2. cervikálním obratlem), poranění ucha nebo oka, či penetraci těhotné dělohy nebo močového měchýře. U elektrické stimulace z bodů na hrudníku a bříše může dojít k srdeční arytmii. Konečně by mohlo dojít k zanedbání ostatní léčby při nevhodných indikacích nebo nepřesné diagnostice.

Postupy při aplikaci jehel

Při zavádění lze jehlu zavést:

1. Kolmo ke kůži. Tohoto způsobu používáme u všech bodů, kde je nutno dosáhnout hlubokého vpichu.

2. Šikmo, obvykle pod úhlem 35 až 45 stupňů. Používáme všude tam, kde je kontraindikován hluboký vpich (zejména na bříše).

3. Horizontálně, t. j. asi pod 15stupňovým úhlem ke kůži. Těchto bodů používáme na hlavě, hrudi, obličejí i jinde, kde se nacházejí důležité anatomické objekty, a také v oblastech s tenkou podkožní a svalovou vrstvou. Při tomto způsobu lze z jednoho vpichu zasáhnout i více bodů ležících blízko sebe.

Jehla se při tom zavádí tak, že ji držíme za rukojeť dvěma prsty (palcem a ukazovákem) nebo třemi prsty (palcem, ukazovákem a prostředníkem) s dlaní obrácenou dolů. Hrotu jehly se zásadně nedotýkáme, ta zůstává sterilní. Jehla se zavádí pozvolna. Palcem a ukazovákem druhé ruky se snažíme vypnout pokožku v okolí aplikovaného bodu. Před aplikací jehly se nesmíme dotknout prsty vydezinfikovaného místa aktivního bodu. Použití masáže nebo tlaku v okolí bodu před vpichem je někdy vhodné, poněvadž odkrvení místa vpichu snižuje jeho citlivost.

Klasický postup při zavádění jehly

Při nejčastěji používaném způsobu zavádění jehel držíme rukojeť jehly obvykle dvěma prsty, jak uvedeno výše, a to v konečcích prstů. Jehlu nasadíme do středu aktivního bodu, rychle pronikneme povrchní vrstvou pokožky a pomocí lehkého tlaku šroubovitým pohybem ji zavádíme. Pro začátečníka je vhodné toto předem vyzkoušet například na bramboru, který má přibližně stejný odpor, jaký klade jehle lidská tkáň. Jehly nesmíme zavádět násilně, poněvadž by se mohly ohnout. Při jiném způsobu provádíme tlak jednou rukou v okolí bodu a druhou zavádíme jehlu. Tlačíme obvykle jedním nebo

dvěma prsty. Tento způsob je značně oblíben zejména u začínajících a tam, kde je nutno fixovat místo vpichu (u dětí a nemocných s hyperkinézami).

Při metodě rychlého povrchového vpichu používáme jehel s ostrou špičkou. Tento způsob je vhodný zejména při první pomoci, při šoku a kolapsu a u dětí. Stejně je tomu i při vpichu do konečků prstů. Jehlu přidržíme třemi prsty, druhou rukou fixujeme místo vpichu a vpich provedeme rychle a silou do hloubky 3 až 6 mm. Kromě uvedených způsobů zavádění jehel lze mimo jiné použít i způsobu, při němž se jehla zavede do určité hloubky, potom se lehce povytáhne a opět se zavede do předepsané hloubky (jehla se nesmí zcela vyjmout!)—, To lze i několikrát opakovat k dosažení silnějšího účinku (sedativní varianta). Obzvláště silného účinku se dosáhne etážovým zaváděním jehly do různých hloubek výše uvedeným způsobem až do dosažení správné hloubky vpichu. I vytažování jehel se pak provádí na několikrát. K dosažení silného budivého účinku se naproti tomu zavedou jehly do určité hloubky, potom se povytáhnou a zabodávají znovu různými směry. Jindy se po zavedení jehly přejíždí nehtem palce po její rukojeti.

Vyjmutí jehly

Také pro vytažení jehel existuje několik způsobů:

1. s nevelkým otáčivým pohybem ji zvolna „vyšroubováváme“ ven,
2. bez rotačního pohybu prostým vytažením,
3. přerušované, pozvolné vytahování.

Jindy při ztíženém vytažování jehly si pomáháme přidržováním okolní tkáně jedním až dvěma prsty. Po vytažení jehel je nutné opět místo vpichu přetřít dezinfekčním roztokem. Někdy se provádí k zesílení účinku ještě masáž akupunkturního bodu po vytažení jehly. S výjimkou několika bodů u nichž vyžadujeme, aby se objevila na kůži kapička krve. U správně zavedené jehly nedojde ke krvácení z místa vpichu.

Hloubka vpichu

Hloubka vpichu závisí na řadě faktorů: vzrůstu nemocného, síle jeho svalstva a podkožního tuku, charakteru onemocnění a místě vpichu. Do některých bodů je kontraindikován hluboký vpich. Jsou to například body ležící v okolí očí, na bříše apod. Hloubka každého vpichu je udána u jeho charakteristiky. Tak například v nepárovém bodu Su-ljao (TM 25), který se nachází na špičce nosu, je maximální hloubka vpichu 0,3 až 0,6 cm. Naproti tomu v bodu Huan-tiao (G 30) je 3,5 až 7,5 cm, u silných lidí 10 až 12 cm i více, podle tukové vrstvy podkoží. Při tonizačním způsobu léčení, při šoku, kolapsu, periferních parézách s motorickým výpadkem vedeme jehly povrchně. Při bolestivých stavech, onemocnění kloubů a všude tam, kde používáme sedativního způsobu léčby, používáme hlubokých vpichů.

Doba aplikace, počet sezení, jednotlivé kursy

V dřívějších dobách staré Číny se léčilo akupunkturou v určitém denním období, které záleželo na mnoha dalších faktorech. Den byl rozdělen po dvouhodinových intervalech na dvanáct dvouhodin, kdy určitá dvouhodina odpovídala maximálnímu soustředění „životní energie“ v patřičné dráze. Aplikace do aktivního bodu patřičné dráhy v určenou hodinu měla docílit nej-

větší léčebný efekt. V soudobé medicíně bychom to mohli přirovnat biorytmům. Tyto tzv. maximální časy pro jednotlivé dráhy nebyly dosud vědecky potvrzeny.

Dnes je doba aplikace jehel určována podle charakteru a druhu onemocnění. Záleží především na počtu použitých bodů, jejich vzájemném seskupení a potencujících se účincích. Proto je u některých onemocněních zapotřebí pouze několika procedur, obvykle čtyř procedur, aby se ukázala alespoň částečná účinnost této léčebné metody. U některých onemocnění je zapotřebí i dvou až tří celých kursů, u chronického a obtížného onemocnění je v některých případech zapotřebí do úplného vymizení chorobných příznaků i celých desítek kursů, rozložených do několika let.

Při některých onemocněních, zvláště pak jmenovitě u algických stavů, je možno akupunkturu provádět i dvakrát denně. Můžeme říci, že deset až dvanáct sezení (procedur), výjimečně až dvacet sezení vytváří jeden kurs. Podle závažnosti, druhu a charakteru stadia určitého onemocnění je kurs ve většině případů ukončen během deseti až dvaceti dnů, potom následuje přerušení, které je potřebné, aby se projevil latentní účinky akupunktury. Přerušení je různě dlouhé podle indikované nemoci a pohybuje se v průměru od dvou do deseti i čtrnásti dnů, zřídka déle. Při některých onemocněních a příznacích, například asthma bronchiale, hypertonická choroba, ischemická choroba srdeční, stenokardie a další, lze provádět v podobě jednotlivých kursů preventivní léčbu těchto onemocnění. V podstatě se dá říci, že i akupunkturou se dá pomoci v prevenci těchto ryze moderních a velmi rozšířených nemocí, které t. č. zaplavují masově i naši populaci.

Pravidelná aplikace akupunktury a požehování závisí i na samotném nemocném, jak tuto metodu i subjektivně snáší, od jaké míry chce s lékařem, provádějícím tyto léčebné procedury, spolupracovat, aktivně se podílet na úspěchu léčby pravidelným docházením na jednotlivé procedury podle objednání, jak plní případné domácí úkoly a rady dané ošetřujícím lékařem.

V každém případě závisí úspěšná léčba především na lékaři, aby dokázal taktně přinutit pacienta vzorně spolupracovat, aby vybral ty nejsprávnější léčebné body a jejich dobu, pravidelnost jednotlivých sezení a kursů, aby se pacient snažil vše vzorně plnit za každých okolností a tak maximálně spolupracoval s lékařem.

Doba jednotlivých vpichů do aktivních bodů při akupunktuře i požehování je různá. Doba ponechání zavedených jehel závisí na léčebném cíli a kolísá od třiceti vteřin do dvaceti až třiceti minut. V průměru lze říci, že se doba aplikované jehly pohybuje od tří do deseti minut. Jsou i kratší intervaly doby aplikace, ale ve většině případů jsou delší, nejčastěji kolem patnácti až třiceti, šedesáti minut, vzácně i několik hodin, vzácněji několik dní. Patřičné časy při aplikaci aktivních bodů akupunktury jsou vždy uvedeny v popisu v pasáži o jednotlivých bodech akupunktury spolu s hloubkou vpichu. Požehování, je-li pacient inteligentní, a má-li zájem o tuto léčbu, je možno provádět v určitých případech i doma, jestliže lékař jej zaučí a patřičně poučí i o nebezpečí libovolného dávkování požehování. Obdobně může být prováděna i tlaková akupunktura v bodech, kam si nemocný dobře dosáhne.

Variety aplikace

Podle čínského lidového léčitelství jsou dva protichůdné patologické stavy, a to stav slabosti, snížení funkcí organismu atd. a stav zvýšení jejich funkcí.

I moderní akupunktura má v zásadě za úkol buď povzbudit — tonizovat tam, kde je snížena motorická, senzitivní nebo sekreční funkce orgánu, například při šoku, kolapsu, chabých obrnách (n. facialis) atd., nebo utlumit, působit sedativně při bolestivých stavech, křečích, hypersekreci, hyperestezii, při spastických obrnách a všude tam, kde se žádá uklidnění, desenzibilizace, zmírnění některé funkce nebo povšechné uklidnění. V souhlasu s teorií Arndta — Schulze, že slabé dráždění podněcuje a silné uklidňuje a tlumí nervová centra, dosahujeme tlumivého účinku silnou stimulací (nadhraniční útlum podle Vveděnského). Ponecháme-li stranou to, že při zavedení zlaté jehly mají vznikat v tkáni vysoké elektrické potenciály, má docházet k dilataci kapilár, ke zvýšenému prokrvení tkáně a naopak při zavedení stříbrné jehly ke kontrakci kapilár, snížení teploty okolí vpichu a útlumu odtoku, dosahujeme tlumivého účinku pomalejším, hlubším zavedením jehel, jejich rotací a delší dobou působení v tkáni. Naproti tomu tonizačního efektu dosáhneme rychlým, povrchnějším, krátkodobým zavedením jehel. Podle tradičních předpisů má vliv také směr zavádění jehel, eventuálně i směr jejich rotace při zavádění. Při sedativním způsobu zavádíme jehly proti směru dráhy, při tonizačním způsobu naopak ve směru dráhy. V těchto případech vedeme jehlu v úhlu asi 45 stupňů ke kůži.

Dnes mluvíme o dvou variantech tonizačního a dvou variantech sedativního způsobu. Bude o nich pojednáno dále.

Avšak vzniká otázka, je-li možné rozdělit patologické stavy na stavy nedostatku a nadbytku. Sestávají chorobné stavy pouze ze symptomů podráždění nebo pouze z příznaků výpadku? Nejčastějšími jsou smíšené syndromy, kde jsou na jedné straně příznaky výpadku (např. různé parézy), na druhé straně symptomy dráždění (například hypertonus svalů). Obraz nemoci mnohdy sestává ze zánikových a vedle nich z kompenzačních symptomů, které nejednou jsou provázeny příznaky podráždění, iritace funkce. Obvyčně obraz nemoci může být pak charakterizován jako iritačně zánikový stav. Například u lumboischiadických syndromů nevznikají pouze příznaky zániku funkce — snížení reflexů, tonu, citlivosti, ale i iritační příznaky, svalové kontraktury, obranná skolióza, změny cévní inervace apod. Smíšené iritačně-zánikové stavy, kombinace příznaků zánikových a iritačních, představují složitou strukturu nedostatku nebo nadbytku. A z toho také vyplývá, že vždy nelze použít jen jednostranného způsobu sedativní nebo tonizační léčby.

Další otázka tedy je, může-li být použito pouze sedativního nebo pouze tonizačního způsobu či jejich kombinace. Patologicko-fyziologický substrát, na který působí dráždění, je složitým, jak bylo připomenuto. Kromě toho podráždění nervového systému působí podle pravidel parabiologických fázových stavů. V této souvislosti slabé podráždění může dát silnou odpověď a silné nemusí vyvolat reakce (Vveděnskij). Podráždění může dát i protikladný ultraparadoxní efekt. Proto je nutné ještě připomenout, že dodatečně doplňující povzbuzení předem oslabeného orgánu může vést k jeho dalšímu oslabení a to se může těžce odrazit i v procesu nemoci. Nakonec je nutné ještě připomenout, že jsou zde dva extrémy: silná varianta tonizační a sedativní. Mezi nimi je plynulý přechod ve formě slabých variantů, ať sedativních či tonizačních.

POLOHA NEMOCNÉHO PŘI AKUPUNKTUŘE A IGNIPUNKTUŘE

Správná poloha nemocného je velmi důležitá pro správnou aplikaci každé akupunkturální jehly i pro správné určení jednotlivých bodů, ať jde o vpicho-

vání či požehování. Velmi těžce nemocným, kteří si nemohou ani sednout, se akupunktura nebo požehování provádí v poloze vleže. Provádět akupunkturu vstoje je nepřipustné, protože v této poloze dojde snadno i k nepředvídané komplikaci.

Při aplikaci akupunktury či požehování se používají tyto polohy nemocných:

1. Poloha vsedě se zakloněnou hlavou

Používá se při zákrocích na bodech lokalizovaných v oblasti předních linií hlavy, v oblasti oční, v oblasti úst a nosu, v oblasti přední krční páteře. Nejlépe je hlavu fixovat na podhlavníku.

2. Poloha vsedě se svěřenou hlavou

Používá se při zákrocích na bodech v oblasti temene, týlu a zadní krční oblasti. Podbradek je nejlépe fixovat na kulatém válci, ležícím na stole lebo si pacient podbradek přidržuje sám rukama.

3. Příčná poloha vsedě

Ruce jsou uloženy v klíně, ramena jsou vzpřímená. Této polohy se používá při zákrocích na zádočných bodech, zvláště v oblasti křížové krajiny, v oblasti lopatek, v oblasti zevních částí ramene, předního a vnitřního povrchu lýtky nohy a chodidla.

4. Poloha vsedě s hlavou, ukloněnou na stranu

Hlava se fixuje na kulatém válečku ležícím na stole nebo dlaněmi nemocného. Používá se velmi výhodně při zákrocích v hodech nacházejících se v oblasti jedné poloviny obličeje a spánku. Při oboustranném zákroku je nejvhodnější poloha s hlavou zakloněnou dozadu s fixací ku kulatému válečku.

5. Ruka ležící na stole dlaní nahoru s extendovaným předloktím

Používá se při aplikaci bodů v oblasti dlaně ruky a volární části předloktí (dráha srdce, dráha perikardu, dráha plic).

6. Ruka na stole, dlaň ležící na desce stolu

Této polohy se používá pro body dorzální části předloktí, zvláště pro bod zvaný He-gu [Dd 4]. Při oboustranném zákroku jsou obě ruce na stole a konce prstů se dotýkají.

7. Poloha vleže na zádech, nohy mírně flektovány v kolenou

Jde o polohu, ve které se výborně uvolňuje svalstvo. Flexi možno zvýraznit v kolenou podložením válečku do oblasti fossa poplitea. Této polohy se používá při zákrocích v bodech přední partie obličeje i vlasaté části hlavy, v oblasti přední krční, v oblasti hrudníku, břicha, dlaní, vnitřního povrchu rukou, předního a vnitřního povrchu nohou. Této poloze dáváme přednost u jedinců, kteří po vpichu jehlou snadno kolabují.

8. Poloha vleže na břiše

Používá se při zákrocích v bodech na lopatkách, zádech a zadních prostorách nohou. Jestliže leží nemocný obličejem směrem dolů, ruce mají být složeny pod hrudníkem, čelo má být fixováno na válečku. V této poloze se dají provádět zákroky v oblasti temene hlavy, v zadní krční oblasti šíje. Poloha na břiše ztěžuje dýchání, zvláště u pacientů se srdečními nebo plicními chorobami, proto se u takto nemocných snažíme pokud možno této poloze vyhnout.

9. Poloha vleže na boku

Používá se při zákrocích v bodech bočního povrchu těla. Využíváme této polohy při aplikaci vpichů v oblasti dolní končetiny, zejména v oblasti stehna, bérce a nohy.

10. Gynekologická poloha

Jde o dobře známou polohu, kdy pacient leží na zádech se zvednutými koleny a dolní končetiny jsou flektovány v kyčelních kloubech. Možno využít aplikace jehel v oblasti hypogastria, stehén, bérců, prstů dolní končetiny.

Je nutné mít na paměti, že je zapotřebí vzhledem k místu a zdravotnímu stavu pacienta najít optimální polohu. V každém případě se musí pro akupunkturu najít taková poloha, která by byla vhodná a neúnavná pro nemocného po celou dobu aplikace a co nejvhodnější pro určení bodů a provádění procedur.

PODMÍNKY PRO ÚSPĚŠNÉ PROVÁDĚNÍ AKUPUNKTURY A POŽEHOVÁNÍ

— Akupunktura a požehování, jako každá léčebná metoda, vyžadují určité podmínky. K úspěšnému provádění akupunktury a ignipunktury musí být splněny tyto podmínky:

1. Ordinace

Místnost určená nejlépe pouze pro akupunkturu, musí být světlá, prostorná, čistá, teplá a tichá. Do základního vybavení patří stůl, židle s opěradlem, pohovka, zástěna, umyvadlo, stolek s léky pro event. první pomoc.

2. Instrumentária

Musí být předem zkontrolována, nachystána a hlavně řádně vysterilizována. Jehly pro akupunkturu uchováváme ve skleněných kádinkách nebo v Petriho miskách, uložené do dezinfekčního roztoku. Jehlu vždy vyjímáme z kádinky nebo z Petriho misky sterilní pinzetou. Z dalších instrumentálií nesmí chybět horkovzdušný sterilizátor, alespoň dvě sady jehel po dvaceti kusech, jehly pro dlouhodobé zavádění. Při aplikaci elektroakupunktury též přístroj pro provádění elektroakupunktury.

3. Měřidlo

Nejlépe krejčovský metr, aby se vše dalo pomocí proporcionálního cunu dobře a rychle adekvátně přepočítat při určování aktivního bodu.

4. Dezinfekční roztoky

Nejlépe na speciálním pojízdném stolku. Připravené štětičky, pouzdra pro opotřebované jehly.

5. Potřeby pro moxu

Klasická pelyňková svíčka pro moxu, zápalky event. přístroj pro aplikaci stejnosměrného proudu, jenž působí přes aplikované jehly do aktivního bodu tepelně. Takto lze docílit obdobného účinku jako při ožehování neboli ignipunktuře.

6. Dokumentaristika

Předem zhotovené patřičné formuláře pro elektroakupunkturu se záznamem základních dat, rubriky pro anamnestické údaje, pro diagnózu, pro subjektivní i objektivní nálezy, pro zapisování počtu aplikovaných bodů a jejich čas, dále grafické znázornění jednotlivých aplikovaných bodů.

7. Důstojné chování

jak lékaře, tak všeho personálu odpovídajícího za zdárný průběh celého léčebného procesu. Lékař má být trpělivý. Nervozní chování či uspěchanost vyvolává u nemocného nedůvěru, zvláště k neznámé léčebné metodě. Ve většině případů mají hlavně zpočátku pacienti i strach, protože představa vrážením nějakých jehel do těla jistě není při prvním pomyslení nijak sympatická. Je nutné pacienta předem patřičně poučit, mít k dispozici letáček o akupunktuře, který by si měl pacient v klidu prostudovat a lékař by mu měl adekvátně k jeho chápání zodpovědět všechny položené dotazy.

8. Neustálá kontrola pacienta

Při nepozorném dohledu mohou pacienti měnit polohu, vykonat nepřipustné pohyby, při kterých se může jehla ohnout nebo zlomit. Nutné je, aby před započítím zaujal nemocný takovou polohu, ve které může setrvat po celou zamýšlenou dobu aplikace akupunktury nebo ignipunktury. Musíme myslet hlavně na to, že nevhodná poloha nemocného záhy unavuje, vede k provádění zbytečných pohybů, takže jehla se může zasunout nechtěně hlouběji, což může ovlivnit i výsledek celého sezení.

9. Správné postavení lékaře

Ruka, která drží jehlu nebo tyčinku pro ignipunkturu se musí pevně opírat o podložku, aby tak bylo učiněno vše pro zamezení vzniku nežádané bolesti nebo event. i popálení.

10. Vzájemná spolupráce

Je dobré přesvědčit pacienta k maximální spolupráci s lékařem a k vzájemné důvěře. U pacienta, který nedodrжуje opakovaně nařízení lékaře a všechny jeho pokyny, je nutné ihned s prováděním této léčebné metody přestat a upustit i od dalších plánovaných sezení.

11. Správná indikace akupunktury a ignipunktury

Jedině správná indikace, správné body, patřičná doba a hlavně důkladné anatomické a akupunkturistické znalosti vedou k léčebnému úspěchu i na tomto poli medicíny.

POŽEHOVÁNÍ — MOXA — IGNIPUNKTURA

Působení lokálního tepla na různá místa lidského těla je v lidovém léčitelství dávno známé. Také v čínském lidovém léčitelství má metoda čžen-czju vlastně dvě složky, a to akupunkturu a požehování (moxa), které doplňují jedna druhou a často se společně kombinují, což vyplývá již ze samého názvu této léčebné metody. Kromě toho jak v Číně, tak v Japonsku jsou v lidovém léčitelství způsoby, které používají jako hlavní složku svého působení tepelný účinek.

Při požehování se nejlépe osvědčily pelyňkové cigarety, asi 20 cm dlouhé s vyznačenými dílky podle doby hoření. Dále používají pelyňkové konusy. Hořící moxi se přikládají na takovou vzdálenost od kůže, aby docházelo k pocitu intenzivního tepla. Nesmí dojít k dotyku kůže a popálení. Zdroj tepla je možno také přiložit na rukojeť jehel.

1. Tzv. teplé czju,

při němž se dá konec cigarety nad aktivní bod 1,5 až 3 cm od kožního povrchu, přičemž nemocný pocítí přijatelné teplo. Působení takového tepla se aplikuje nad místem aktivního bodu po dobu 5–10 minut. Tohoto sedativního způsobu se používá při neuralgiích, onemocnění gastrointestinálního traktu, při kožních onemocněních apod.

2. Metoda nepřerušovaného tepla

je aplikace tlejícího konce cigarety těsně nad kůží. Při tomto způsobu je značná účast kůže, ale nevzniká spálenina. Používá se zejména při kožních chorobách. Doba aplikace je individuální podle snášenlivosti, v průměru 3 až 7 minut.

3. Tlejícím koncem cigarety

se dělájí nad aktivním bodem pohyby podobné ptačímu zobání. Cigarety se přibližují k bodu na kůži a opět oddalují. Bolestivost, která vzniká při přibližování cigarety, rychle mizí po jejím oddálení. Tato metoda má tonizační účinek. Procedura trvá v průměru kolem dvou až pěti minut na jeden bod. Používá se zejména v pediatrii, při kolapsu, komatozních stavech, parézách a tam, kde je třeba tonizovat. Velmi výhodné je naučit pacienta aplikovat teplo do dosažitelného aktivního bodu hořící cigaretou, poučít jej, nechat si vše od něho předvést a nechat jej pokračovat v takto započaté léčbě i doma. To se ukázalo velmi vhodné u exacerbujícího chronického stavu asthma bronchiale, u kožních chorob a dalších. Je velmi vhodné používat moxy v domácím ošetřování rodičů i u malých dětí, které se jehly bojí.

Jiné způsoby moxy

1. Příkladní pelyňkových konusů

Vytvoří se zvláštní masy a jejich velikost je různá podle potřeby délky hoření. Buď se přikládají přímo na kůži, kde vedou k tepelnému poškození, nebo se dávají na různé podklady, např. z česneku apod.

2. Použití speciálních přípravků

Zejména v Japonsku se používají speciální kovové nebo keramické přípravky rozličné konstrukce. V nich se dá hoření regulovat.

3. Směsi z různých léčivých trav

4. Mikropájka s regulovanou teplotou

5. Světelně-tepelný zdroj koncentrovaný do malé plošky.

Indikace požehování jsou stejné jako u akupunktury. Čiňané mu dávají přednost zejména u zesláblých, u dětí, u neurasteniků a tam, kde z jakýchkoliv příčin nelze provést akupunkturu. Akupunktura má sedativní, moxa spíše tonizační účinek. Ale i zde je možno podle způsobu použití moxy dosáhnout jak tonizačního, tak i sedativního účinku léčby. Při hlubokém prohrívání má tonizační, při povrchním, na velké ploše působícím prohrívání, sedativní účinek.

Kontraindikace požehování

1. u nemocných, u nichž je kontraindikována i akupunktura,
2. u nemocných s horečnatým onemocněním s vysokou teplotou,
3. při provádění na obličeji pro možnost vzniku spáleniny,
4. při těhotenství v bodech oblastí mesogastria a hypogastria,
5. v okolí očí a nad velkými cévami.

ZÁKLADNÍ FAKTORY URČUJÍCÍ EFEKT LĚČBY

Efekt akupunktury a ignipunktury záleží na třech faktorech:

1. místu podráždění,
2. kvalitě podráždění,
3. výchozím stavu organismu, funkčním fondu nemocného.

Efektivnost závisí na správném výběru aktivních bodů, na síle a charakteru jejich podráždění, na kombinaci jednotlivých bodů, metodě dráždění, individualitě nemocného a jeho reaktivnosti.

Místo podráždění

V evropské literatuře se místa vpichu na kůži nazývají aktivními, účinnými nebo životními body. Otázka specifčnosti těchto bodů je stále středem velkého zájmu jak po stránce anatomické, tak i fyziologické. Bylo prokázáno, že tato místa odpovídají vstupu nervových vláken do kůže nebo cévně nervovému svazečku. V těchto místech se nachází nejvíce senzitivních zakončení, maximální bolestivost a vyšší hladina metabolických procesů. Dnes je prokázáno, že aktivní body se liší od ostatní kůže nízkým kožním odporem a vyšším elektrickým potenciálem. Část aktivních bodů souhlasí s maximálními body Zacharin-Headových zón.

Rabisong, Niboyet a spolupracovníci ve své poslední práci z roku 1975 poukazují na morfológický charakter aktivních bodů, projevující se ztenčením epidermis i změnami kolaterálních vláken škráry, točnými cévními pletenými obklopenými svazky bezmyelinových vláken cholinergního typu.

Poslední studie v Číně ukázaly, že okolo 50 % aktivních bodů leží přímo na nervových kmenech nebo nervových vláčkách a zbývajících 50 % leží v jejich těsné blízkosti.

Již začátkem 20. století Bonnier ukázal na možnost reflexně působit z určitých bodů na nosní sliznici, na vnitřní orgány. Tak galvanokauterizací přední třetiny dolní skořepy dostal příznivý efekt při onemocnění plic, zejména při bronchiálním astmatu. Požehováním na hranici střední a zadní třetiny dolní skořepy pak u onemocnění ledvin. Přes senzitivní vlákna trigeminová se pravděpodobně dostaly impulsy do bulbárních center. V šedesátých letech pak Nogier vypracoval metodu reflexního ovlivnění orgánů z bodů na ušním boltci (viz zvláštní kapitola).

Po empirickém zjištění, že podrážděním určitých účinných bodů lidského těla lze ovlivnit funkci orgánů, byly objevovány stále další účinné body, z nichž mohly být ovlivněny určité choroby nebo jednotlivé symptomy onemocnění. Dnes současná věda uznává asi 692 účinných bodů, z nichž zhruba 360 má větší význam. Pojmenováno je asi 371 aktivních bodů. Zpravidla se nejčastěji používá kolem 150 aktivních bodů.

Vyhledávání aktivních bodů

Pomocí speciálních detektorů bylo odhaleno asi 870 bodů na lidském těle. Vyhledávání aktivních bodů na lidském těle je určeno jejich polohou k důležitým anatomickým bodům či liniím a pomocí tzv.

a) *individuálního neboli proporcionálního cunu*. Je to čínská stará míra, pomocí které se povrch lidského těla, podle čínských akupunktérů, dělí na stejně dlouhé vzdálenosti. Výpočet jednoho proporcionálního cunu závisí na

růstu, konstituci, stupni výživy i na dalších faktorech stavby lidského organismu. Míru jednoho individuálního cunu získáme tak, že zjistíme u pacienta vzdálenost mezi kožními řasami nad prvním a druhým interfalangeálním kloubem druhého prstu; u mužů levé ruky, u žen pravé ruky. Vysvětlení proporcionálního cunu není vědecky podloženo, v praxi však usnadní tato míra vyhledávat lokalizaci jednotlivých aktivních bodů.

Jednotlivé tělesné krajiny jsou rozděleny na určitý počet těchto proporcionálních cunů. Tak mezi bodem Yin-tang (samostatný bod), ležícím na košeni nosu, je k bodu Da-zhu (B 11), nacházejícímu se mezi processu spinosi C7 a Th 1, myšleno po vlasaté části lebky, vzdálenost 18 proporcionálních cunů. Na bříše, od konce processu enciformis k pupku je 7 proporcionálních cunů, od středu pupku k hornímu okraji symfýzy 5 proporcionálních cunů. Na zádech pak od uvedeného bodu B 11 k bodu Xiao-chang-šu (B 27) v úrovni křížové kosti je 31 proporcionálních cunů.

Na horních končetinách:

na dlaňové straně od zápěstního ohybu k loketnímu ohybu	12 cunů
od loketního ohybu do úrovně axilly	9 cunů

Na dolních končetinách:

od horního okraje vnitřního kotníku k hornímu okraji patelly	13 cunů
od zevního kotníku k hornímu okraji patelly	14 cunů
od horního okraje vnitřního kotníku do podkolenní jamky	14 cunů
od horního okraje zevního kotníku do podkolenní jamky	15 cunů
od horního okraje patelly k symphyse	12 cunů
od podkolenní jamky k hýždové rýze	13 cunů

Na obličejí se užívá vzdálenosti od vnitřního k zevnímu očnímu koutku, která se rovná jednomu proporcionálnímu cunu.

K udávání hloubky zavedení jehel slouží také tzv. *absolutní cun*, který se rovná 3,2 cm a dělí se na 10 fenů. Tedy 1 fen — 3,2 mm. Další možnost upřesnit určení aktivního bodu je

b) pomocí palpáce. V místě jeho uložení můžeme obyčejně nahmátnout mělkou jamku, která bývá i palpačně citlivá. O správném zavedení jehly do aktivních bodů nás přesvědčí také vyvolání charakteristických pocitů, jak bylo již vzpomenuo výše.

c) Detektor aktivních bodů. V současnosti se v různých zemích používá k detekci aktivních bodů různých detektorů založených většinou na principu měření kožního elektrického odporu. Podobné body s nízkým ohmickým odporem najdeme nejen u lidí, ale i u zvířat a rostlin. Při detekci tímto přístrojem si musíme být vědomi toho, že body na stejné dráze, nebo i symetrické body, mohou mít rozličnou hodnotu kožního odporu. Tohoto poznatku se dá využít i ke způsobu volby metody, buď sedativní, nebo tonizující, ale lze ho využít též i k diagnostice poruch různých „drah“ či jim náležejících orgánů. Tyto přístroje jsou cenným pomocníkem zejména při aurikuloterapii. Podobný přístroj vyrábí u nás v současnosti Prema ve Staré Turé, jenž je v podstatě megaohmmetr, označení přístroje je ADK 401.

Kvalita podráždění

Podle síly dráždění, jeho délky a vjemu nemocného se dělí na dvě metody, a to sedativní a tonizační. Vychází z výše uvedených poznatků, že čím silnější je dráždění, tím větší je útlum.

I. Sedativní způsob. Metoda silného dráždění.

Užíváme hlubších vpichů s delším ponecháním zavedených jehel v tkáni. U nemocného vznikají silné vjemy jako tíže, pálení apod., iradiující na velkou plochu. Tato metoda dává uklidňující, sedativní účinek při zvýšené motorické a sekreční i senzitivní funkci. Má sedativní, hypotenzivní, bolest tlumící a desenzibilizační účinek. Proti se používá při bolestivých syndromech, křečích a spazmech, hysterických nebo epileptických stavech. V praktickém použití se dělí na dvě varianty:

a) *První varianta* — A — silná je použitelná jen u dospělých. Hloubka vpichu při ní kolísá podle jednotlivých bodů od 1,5 do 8 cm, až do vyvolání charakteristických pocitů. V jedné proceduře se vybírá jen ohraničené množství bodů od dvou do tří, jehla se zavádí pomalu, točivými pohyby, obvykle hluboko. Často se provádí šroubovitě dráždění s postupným narůstáním síly dráždění. Při značně bolestivých stavech lze ponechat zavedenou jehlu i několik hodin i dní. (Tyto speciální jehly vyrábí Chirana, n. p., pod číslem 19 Ra.) Také lze použít elektrostimulace zavedených jehel. Tohoto způsobu se používá v poslední době často při peroperační analgezií.

Požehování v těchto případech trvá dvacet až šedesát minut a provádí se buď současně, nebo po akupunktuře. Má stejné indikace jako akupunktura — spasmus, křeče, bolestivé syndromy (například neuralgie trigeminu apod.).

b) *Druhá varianta* — B — slabá je použitelná nejen u dospělých, ale i u starých lidí, dětí a oslabených. Hloubka vpichu odpovídá jeho místu. Použije se dvou až čtyř bodů. Pocity nemocného jsou slabší než u první varianty, více místní s nepříliš velkou iradiací. U dospělých ponecháme jehly deset až dvacet minut, u dětí okolo pěti minut. Požehování je možné provést současně nebo každé zvlášť, po stejnou dobu jako u akupunktury. Používáme jí u bolestí s dlouhotrvajícím průběhem, neurastenie, hypertonické choroby, u sklonů ke kontrakturám, zejména obličejových svalů apod.

II. Tonizační metoda — metoda slabého dráždění

Při této metodě jde o krátké, rychlé podráždění řady aktivních bodů s vyvoláním lehkého bolestivého pocitu. Síla podráždění je celkem malá. Používá se zejména při kolapsových stavech, šoku, u chabých paréz a depresivních stavů. Vybírají se nejbolestivější body, které se krátkodobě podráždí. Tato metoda má stimulační vliv při snížené motorické, senzitivní a sekreční funkci. Také ona má dvě varianty:

a) *První varianta* — A — silná je použitelná u dospělých i u dětí. Používá se většího množství bodů (od 5 do 10) s povrchním vpichem do hloubky asi 3 až 6 mm. Vyvolá rychlé, krátké podráždění s krátkodobým pocitem. Jehly se ponechávají zavedené od třiceti vteřin do jedné až dvou minut, stejnou dobu trvá i požehování.

b) *Druhá varianta* — B — slabá. Používáme při ní rovněž povrchních vpichů do hloubky 3 až 10 mm do velkého počtu bodů. Jde o silné rychlé podráždění s vyvoláním bolestí. Jehly ponecháme v tkáni jednu až šest minut. Požehujeme po dobu tří až pěti minut. Této metody se používá při chabých parézách, pozůstatcích po poliomyelitidě, při snížení tonu cév, při chronické zácpě a pod.).

Také směr zaváděných jehel má tonizační nebo sedativní účinek, eventuálně i směr jejich rotace. Stejně tak i různé způsoby, jak již byly vzpomenuty. Zavádění jehel ve směru dráhy je tonizační, proti směru sedativní. I rychlost vytažení jehel má vliv na tonizační nebo sedativní účinek léčby. Rychlé vytažení jehly působí tonizačně, pomalé vynětí jehly působí sedativně.

V ý c h o z í s t a v o r g a n i s m u

Tak zvaný fázový faktor dle Veděnského je při akupunkturu velmi důležitý, tak jako při každé jiné terapeutické metodě. Na výchozím stavu nemocného značně závisí efekt akupunktury. Je nutno individuálně dbát na osobnost nemocného, na jeho reaktivitu, funkční stav jeho nervového systému, provést důkladně vyšetření před akupunkturou. Při výběru bodů dbát také na fyziologické cykly, jako je menstruace, klimakterium či eventuální těhotenství, předchozí léčbu, charakter symptomů.

Nemocný má být řádně poučen o možnostech a způsobu provádění akupunktury, musí být poučen o vzniku charakteristických pocitů, které u něho vzniknou. Nemocný se nesmí procedury bát, musí být sledována jeho celková reaktivita jak na začátku léčby, tak v jejím průběhu. Má být bedlivě sledována reakce bezprostředně při vpíchu i po dobu ponechání jehly. U onemocnění s periodickým průběhem je vhodné provést akupunkturu před aktivací nemoci nebo v období jejího zhoršování. Zpravidla jedna kúra má deset až patnáct sezení, a to obvykle denně nebo ob den, výjimečně za den. Léčebnou kúru lze opakovat minimálně po sedmidenní až desetidenní přestávce. Jestliže ani při třetí kúře nedošlo ke zlepšení, nelze již od akupunktury očekávat kladný výsledek.

V O L B A J E D N O T L I V Ý C H B O D Ů

spočívá ve volbě:

1. lokálních bodů,
2. regionálních bodů z těch „drah“, které probíhají v oblasti nemocného orgánu,
3. vzdálených bodů drah příslušejících postiženému orgánu nebo probíhajících přes postiženou oblast.

Lokální body jsou indikovány u nemocí kloubních, svalových, kožních a u různých bolestivých syndromů, periferních obrn a poruch citlivosti. U vzdálených bodů je nutno mít na zřeteli, že se některé z drah ve střední linii vzájemně kříží, proto při bolestech levé poloviny obličeje provádíme vpíchy do bodů Dd 4 i na opačné straně, chceme-li dosáhnout účinku.

Většinou používáme symetrických bodů. Nejdříve zavádíme jehly do horní části těla, potom do dolní; nejdříve na zádech, potom na hrudníku a břiše. Na končetinách nejdříve na zevní, potom na vnitřní straně. Obvykle používáme standardních bodů, buď sedativního, nebo tonizačního, ke kterému někdy přidáváme tzv. bod pramene k zesílení jejich účinků. U chronických nemocí navíc ještě přidáme tzv. souhlasný bod, který leží na dráze močového měchýře.

Jindy používáme tzv. hodů pěti přehrad, či pěti prvků (viz výše).

Tabulka 1. Nejčastěji používané body jednotlivých akupunkturních drah

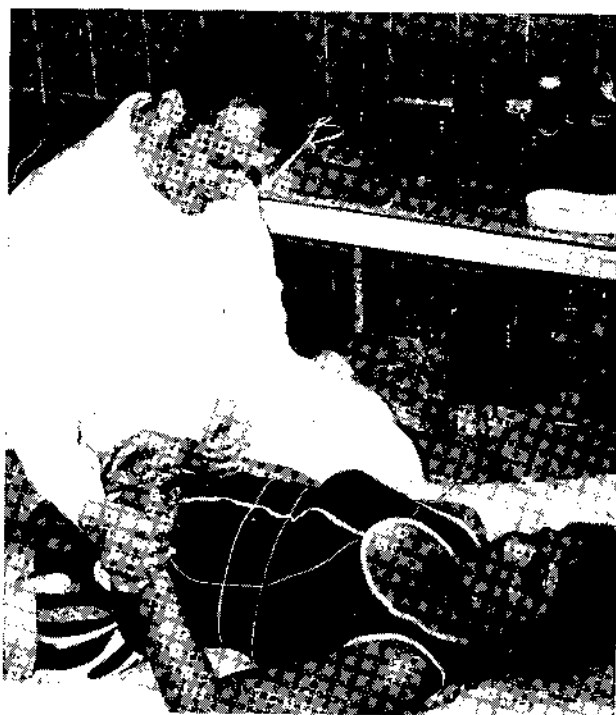
Dráha	Aktivní body
Plíc	1, 5, 6, 7, 8, 11
Tlustého střeva	1, 4, 10, 11, 15
Žaludku	4, 5, 27, 26, 44, 45
Sleziny	1, 5, 6, 10, 11
Srdce	3, 7, 9
Střeva	1, 11, 19
Močového měchýře	2, 10, 13, 15, 18, 22, 23, 25, 32, 40, 52, 57, 58, 60, 63, 67
Ledvin	1, 7, 16
Perikardu	6, 8, 9
Tří ohřivačů	1, 5, 7, 9, 15, 21
Žlučníku	12, 20, 21, 25, 29, 30, 34, 41, 43
Jater	4, 8, 10
Přední střední	4, 12, 17, 22, 23
Zadní střední	12, 14, 20, 23



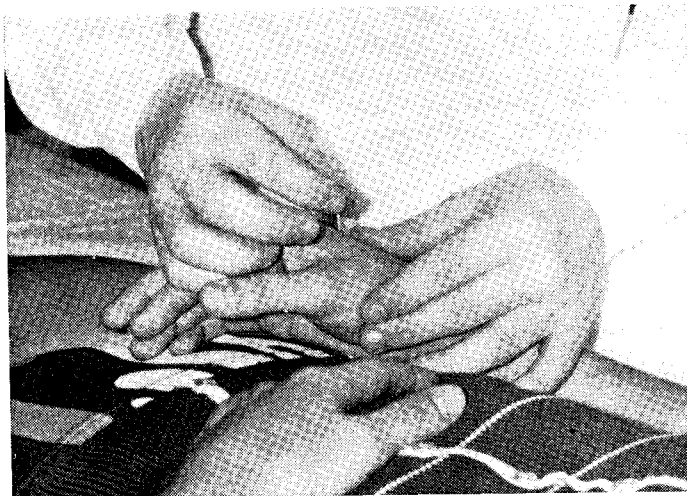
Obr. 1. Názorná ukázka hledání aktivního bodu Che-gu (Dd 4) pomocí detektoru ADK 401.

Jsou uloženy v okolí kloubů nohy a ruky přibližně v soubežných řadách od špiček prstů až k loktům nebo ke kolenům. Bodů na špičkách prstů, ať rukou či nohou, se užívá hlavně u onemocnění srdečních a nervových, bodů u základních článků prstů zejména u horečnatých onemocnění. Bodů na hřbetě ruky či nohy při revmatických a bolestivých stavech, bodů v okolí zápěstí a kotníků při onemocnění dýchadel, zejména spojených s kašlem, a bodů v blízkosti loktů nebo kolen pro poruchy gastrointestinální. Ve francouzské literatuře se popisují tzv. speciální body, které mají léčebný účinek na určité syndromy. Tak například při onemocnění:

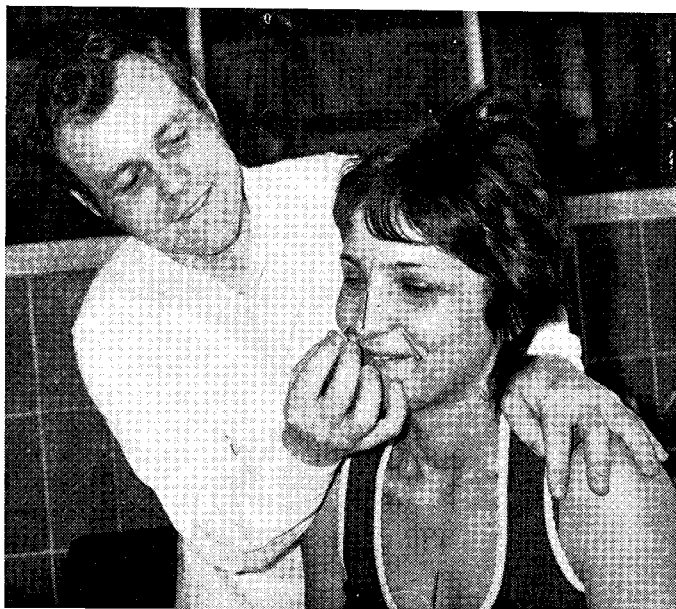
srdce	B 17, KS 7
arterií	Lu 9
vén	B 31, G 38
krve	B 17
anemie	B 38
zažívacích orgánů	M 30
dýchacích orgánů	B 13, JM 17
kostí	B 11,
svalů	G 34
kožních	B 54
ušních	Dd 4
sympat. nervstva	B 10, N 2, G 20



Obr. 2. Aplikace jehel do bodu Dd 4 bilaterálně, s připevněním speciálních svorek pro elektroakupunkturu.



Obr. 3. Detailní záběr při aplikaci aktivního bodu Dd 4.



Obr. 4. Názorná aplikace jehel do aktivních bodů při senné rýmě a bronchiálním astmatu.

Následující pravidla pak usnadní výběr aktivních bodů.

1. U celé řady onemocnění pro zesílení léčebného efektu se používá symetricky stejných bodů. Například při onemocnění žaludku symetricky oba body M 36.

2. Současně kombinujeme místní, blízko ohniska ležící body se vzdálenými (například u onemocnění žaludku JM 13 a vzdálený M 36).
3. Při bolestech současně ve více krajinách je vhodné použít jejich segmentárních bodů v kombinaci se vzdálenými body.
4. Při mnoha patologických stavech je možné v oblasti patologického ohniska popovolat bolestivé body, tzv. poplašné body. Vpíchy do těchto bodů se dosahuje výborného léčebného účinku.
5. Metoda výběru bodů v závislosti na symptomech. Například při neurastenii s bolestmi hlavy, nespavostí, bušení srdce, se použijí kombinace bodů odpovídající těmto symptomům.
6. Křížová kombinace bodů. Neuralgie trigeminu: body v obličeji na straně ohniska, na druhé straně pak body na horních a dolních končetinách.
7. Kombinace hlavních bodů s body sedativního působení. Na doporučení rumunských autorů však není vhodné brát body z mnoha drah, ale raději jen z jedné.
8. Sami měříme elektrický odpor kůže ve všech počátečních či koncových bodech i poplašných, a pak použijeme té dráhy, kde je kožní odpor proti ostatním změnám.
9. Jsou-li bolesti v rozsahu jedné dráhy, nabodáváme obvykle dva body těže dráhy, které jsou nejbližší bolestivému místu tak, aby bolestivé místo zůstalo uprostřed. Navíc pak ještě nabodáváme do místa maximální bolestivosti, i když není aktivním bodem.
10. Mezi archaická pravidla patří ještě pravidla vycházející z pulsové diagnostiky jako pravidla manžel — manželka, matka — syn a z hypotézy o časovém úseku energie pravidlo půlnoc — poledne a další [Kajdoš].
11. Kromě toho existují dále pravidla:
 - a) při ohnisku nahoře vybrat dolní body,
 - b) při ohnisku dole vybrat body nahoře,
 - c) při syndromu Yin vybrat body Yang a opačně, což všechno zvyšuje léčebný efekt. Je to metoda kombinace hlavních bodů s doplňujícími.

DRÁHA	HLAVNÍ BODY	DOPLŇUJÍCÍ BODY
plic	Lu 9	Dd 6
tlustého střeva	Dd 4	Lu 7
žaludku	M 42	MP 4
sleziny	MP 3	M 40
srdce	H 7	Dú 7
tenkého střeva	Dú 4	H 5
močového měchýře	B 64	N 4
ledvin	N 5	B 58
perikardu	KS 7	3E 5
tří ohřivačů	3E 4	KS 6
žlučníku	G 40	Le 5
jater	Le 3	G 37

Při konečném zhodnocení a výběru míst vpichu je nutné:

1. stanovit plán jejich střídání,
2. měnit body v závislosti na dynamice jednotlivých symptomů a podle adaptace nemocného,
3. neuchýlit se k přílišnému počtu bodů při jednom sezení, prostě z nemocného neudělat řešeto,
4. individuálně řešit situaci právě nastalou u pacienta, v nejednom případě to v praxi znamená nehledět na lékařův čas.

ROZDĚLENÍ AKTIVNÍCH BODŮ

Jednotlivé aktivní body mají přesnou anatomickou lokalizaci. Již na lehký stisk, vzácněji při hluboké palpaci, je většina těchto aktivních bodů citlivá u zdravých jedinců. Svým rozměrem v průměru bod nepřesahuje velikost dva až tři čtvereční milimetry. Uložení v hloubce je empiricky zjištěno a je pro každý aktivní bod charakteristické.

V podstatě podle empirických dlouholetých zkušeností čínských akupunkturistů rozeznáváme tyto základní druhy aktivních bodů:

1. *Body nestálé* — tyto aktivní body nemají své přesné umístění, objevují se jako značně citlivé body při střední palpaci, a to jen u některých onemocnění. Z běžné praxe tyto body známe jako bod běžně zvaný punctum dolorosum maximum. Aplikace do těchto zjištěných bodů přináší nemocnému ve většině případů značný léčebný efekt již po prvním sezení.
2. *Body mimořádné* — leží mimo uvedené meridiány, ale mají své přesné umístění. Počet těchto aktivních bodů udávají různí autoři co do počtu různě, a to podle osobních zkušeností jejich aplikace. Ku příkladu Nquen van Chi popsal těchto bodů celkem 171.
3. *Body klasické* — leží na vyobrazených meridiánech; v podstatě jde o základní body seřazené do určité dráhy. Sem počítáme i aktivní body nacházející se na ušním boltci.

Klasická akupunktura nepoužívá k léčbě všech aktivních bodů najednou. Také nedoporučujeme použít hned napoprvé u jedince mnoha aplikací, dokonce všech uvedených, aktivních bodů při určitém onemocnění, i když těchto bodů je uveden v učebnici větší počet. V praxi se vyplácí používat malý počet bodů, respektive používat co nejmenší počet jehel, neoptimálnější je vystačit s jednou jehlou. (Tab. 2.)

Činští akupunkturisté rozeznávají na každé dráze šest podstatných nejdůležitějších bodů, ať již je celkový počet bodů na patřičné dráze jakýkoliv.

Podle zamýšleného použití — aplikace rozlišujeme body jednotlivých meridiánů:

1. *bod tlumivý* neboli sedativní, v praxi se jej využívá k tlumení této dráhy je-li zjištěn její „nadbytek“, a tím k tlumení patřičných funkcí určitého orgánu, nebo působí sedativně na celý organismus jako celek;
2. *bod budivý* neboli tonizující, využívá se ho k tonizaci ať již samé dráhy anebo celého organismu či pouze určitých orgánů;
3. *bod pramene* aplikuje se tehdy, chceme-li zesílit účinek jakéhokoliv z předchozích uvedených aktivních bodů;
4. *bod přechodu*, jde o body, jež se přednostně zúčastňují na vyrovnávání funkce neurovegetativního nervstva;

5. *bod souhlasný* nachází se vždy paravertebrálně, akupunkturisticky řečeno na dráze močového měchýře. K jeho použití se přistupuje zvláště u chronicky probíhajících onemocnění. Tento bod ve své podstatě podporuje účinnost aplikovaných bodů, převážně má však účinek sedativní;
6. *bod poplašný* neboli alarmující neleží na příslušné dráze, ale většinou se nachází na jiných drahách, nejčastěji pak na střední přední dráze. Tyto poslední body jsou bolestivé při onemocnění určitých orgánů, a to již při jejich hlubší palpacii. Doporučuje se zkusmo aplikovat jehlu do tohoto poplašného bodu a jestliže se po aplikaci jehly do několika minut bolest zmírní nebo dokonce zcela vymizí, pak v oblasti orgánu, nad kterým se tento bod nalézá, nacházíme vlastně patřičnou narušenou dráhu.

Tabulka 2. Standardní body jednotlivých meridiánů

Meridián	Tonizující b.	Sedat. b.	Bod pramene	Bod přechodu	Bod souhl.	Alarm. bod
Lu	9	5	9	7 (k Dd)	B 13	1
Dd	11	1, 2, 3	4	6 (k Lu)	B 25	M 25
M	41	45	42	40 (k MP)	B 21	JM 12
MP	2	5	3	4 (k M)	B 20	Le 13
H	9	7	7	5 (k Dů)	B 15	JM 14
Dů	3	8	4	7 (k H)	B 27	JM 4
B	67	65	64	58 (k N)	B 28	JM 3
N	7	1, 2	3	4 (k B)	B 25	G 25
KS	9	7	7	6 (k Dů 5)	B 14	1
3E	3	10	4	5 (k KS)	B 22	JM 5, 17, 7
G	43	38	40	37 (k Le)	B 19	23, 24
Le	9	2	3	6 (k G)	B 18	14

Vysvětlení k bodu přechodu: je to stabilizující bod, jenž leží na přechodu hlavní a sousední dráhy. Tlumí více aktivní sousední dráhu, resp. tonizuje velmi slabou sousední dráhu.

Základní vhodné kombinace aktivních bodů

I přesně zjištěná diagnóza nám ještě nevyřeší otázku racionální kombinace aktivních bodů. Tradičně asijská medicína vycházela ze zcela jiných principů a náhledů na etiopatogenezu nemocí a vycházela více ze syndromů a symptomů určitého onemocnění. Ještě dnes „tajemný“ úspěch dobrého akupunkturisty stále tkví ve správném výběru aktivních bodů při patřičném onemocnění.

Empiricky bylo zjištěno, že úspěchy použití akupunktury mimo jiné také tkví ve výběru aktivních bodů podle teorie o pěti prvcích neboli elementech. Jak již bylo výše uvedeno, každý prvek a jemu přiřazený orgán jsou v těsné závislosti jako články řetězu a zřídlem energie pro další článek řetězu. Ve zdravém organismu je vzájemná harmonie všech orgánů. Když se tato rovnováha poruší — vzniká onemocnění. Nemoc, to je v podstatě projev nerovnováhy. Podle čínské tradiční medicíny k vyrovnání této nerovnováhy lze působit nejen na samotný orgán, který je poškozen, ale i na s ním vzájemně spjaté orgány — meridiány. Při tom k zesílení tonizačního účinku se působí na předcházející článek řetězu, k zesílení tlumivého vlivu na následující článek. A právě na tomto principu stojí jedno ze základních pravidel kombinace aktivních bodů při akupunktuře.

Značný léčebný efekt mají zejména body uložené na předloktí a v oblasti bérce, říkáme jim vzdálené body. Používají se buď spolu s lokálními aktivními body, anebo samostatně. Nezřídka pouze z těchto vzdálených bodů lze dosáhnout výborného léčebného efektu, ku příkladu při léčbě neuralgie trojklanného nervu. Těmto vzdáleným bodům se také říká důležité body. Každý z nich patří k některému výše uvedenému prvoelementu a vpichy do nich jsou v soulase s teorií o pěti prvcích neboli elementech. (Tab. 3.)

V tabulce 4 jsou uvedeny aktivní body, které mají vliv na uvedené orgány. Jde v podstatě o vzdálené body. Výběr aktivních bodů vychází z dráhy, na které nebo blízko které se nacházejí ložiska poruchy, v soulase s teoriemi tradiční medicíny. Například bolesti hlavy mohou být při různých onemocněních a mohou mít i různou lokalizaci. V tomto konkrétním případě se používají vedle místních bodů i vzdálené body z té dráhy, v jejímž průběhu

Tabulka 3. Důležité body podle staročínské teorie o pěti prvcích na jednotlivých akupunkturních drahách

Dráha	Aktivní body				
Plic	11	10	9	8	5
Sleziny	1	2	3	5	9
Srdce	9	8	7	4	3
Ledviny	1	2	3	7	10
Perikardu	9	8	7	5	3
Jater	1	2	3	4	8
Žaludku	45	44	43+42	41	36
Tlustého střeva	1	2	4	5	11
Tenkého střeva	1	2	3+4	5	8
Močového měchýře	67	66	65+64	60	54
Tří ohřivačů	1	2	3+4	6	10
Žlučníku	44	43	41+40	38	34

jsou uvedené bolesti, a to nejlépe z těch aktivních bodů, jež jsou uloženy na předloktí nebo bérce. V těchto vzdálených bodech se provádí sedativní nebo tonizační způsob léčby.

Tabulka 4. Tonzace a inhibice meridiánů aktivními body

Orgán a jemu odpovídající meridián	Při sníž. dráždit	Funkci tlumit	Při zvýš. tlumit	Funkci dráždit
Plice	Lu 9, MP 3	Lu 10, H 8	Lu 5, N 10	Lu 10, H 8
Ledviny	N 7, N 8	N 3, MP 3	N 1, Le 1	N 3, MP 3
Játra	Le 8, N 10	Le 4, Lu 8	Le 2, H 8	Le 4, Le 8
Srdce	H 9, Le 1	Le 13, N 10	H 7, MP 3	H 3, N 10
Slezina	MP 2, H 8	MP 1, Le 1	MP 5, Lu 8	MP 1, Le 1
Tlusté střevo	Dd 11, M 36	Dd 5, Dü 5	Dd 2, B 66	Dd 5, Dü 5
Močový měchýř	B 67, Dd 11	B 40, M 36	B 65, G 41	B 40, M 36
Žlučník	G 43, B 66	B 40, M 36 G 44, Dd 1	B 65, G 41 G 38, Dü 5	B 40, M 36 G 44, Dd 1
Tenké střevo	Dü 3, G 41	Dü 2, B 66	Dü 8, M 36	Dü 2, B 66
Žaludek	M 41, Dü 5	M 43, G 41	M 45, Dd 1	M 43, G 41
Perikard	KS 9, Le 1	KS 3, N 10	KS 7, MP 3	KS 3, N 10
Tři ohřivače	3E 3, G 41	3E 2, B 66	3E 10, M 36	3E 2, B 60

Felix Mann (1962) uvádí ve své práci body v souladu s teorií pěti prvků, které je nutno tonizovat nebo tlumit při onemocnění jim odpovídajících dráh. (Použito německé nomenklatury).

Čínská tradiční medicína považuje uvedené orgány a s nimi spojené meridiány za jeden celek funkčního významu. Tak ku příkladu srdce není jen orgánem cévního aparátu, ale je i zdrojem psychického dění člověka. Proto čínští akupunkturisté nepoužívají aktivních bodů z meridiánu srdce jen k léčbě srdečních a cévních poruch, ale i při léčbě neurastenie, depresivních stavů, melancholie, úzkosti, při stavech různých strachů, slabosti a únavy. Dále Asiáté přidávají k plicím i další orgány, jež v podstatě vlastně souvisejí funkčně s respiračním ústrojím, ku příkladu sem počítají nos, hrtan i kůži. Podle tradiční čínské medicíny jsou játra orgánem metabolismu a depotu krve, a prý játra mají spojitost s pohybovým ústrojím a zrakem. Dále Asiáté před tisíci lety vypozerovali zajímavá fakta, jež jsou dnes evropským lékařům dobře známá: člověk, který trpí častým strachem, má častěji postiženy glomeruly ledvin, dále, trpící úzkostmi a bolestmi, má častěji postižená játra. Člověk požitkář, jenž vede nevyrovnaný až stressový život, trpívá mnohem častěji chorobami myokardu, člověk s pocity vnitřního napětí trpívá potřížemi v oblasti páteře, atd.

KLASICKÉ ČÍNSKÉ DRÁHY

Číňané podle své filosofie rozeznávají podle dvanácti vnitřních orgánů celkem dvanáct párových pomyslných drah neboli meridiánů. Tyto meridiány probíhají bilaterálně symetricky na lidském organismu. K těmto dvanácti párovým drahám jsou ještě přiřazovány dvě nepárové dráhy, jež probíhají v sagitální rovině středem těla, vpředu zvaná dráha zrození, podle páteře dráha zvaná vládnoucí. Všechny párové dráhy mají podle čínské akupunkturistické filosofie souvislost s těmito vnitřními orgány: srdcem, tenkým střevem, močovým měchýřem, ledvinami, perikardem, žlučníkem, játry, plicemi, tlustým střevem, žaludkem, slezinou. Podle těchto uvedených orgánů se vesměs dráhy také tak nazývají. Jde o označení prastaré, sahající do počátků akupunktury. Dnes se nám lékařům tato označení zdají být až nesmyslná, ale v praxi mají svůj kladný význam. I zde se snažili Číňané odvodnit filosoficky podstatu akupunktury, především najít nějaké zákonitosti v empirii této léčebné metody.

Uvědomujeme si také, že v označení jednotlivých meridiánů, a to jak jejich průběhu, tak i lokalizaci jednotlivých aktivních bodů je dosti nesrovnalostí co se týče mezinárodního označení. Jako základ naší práce v označení jednotlivých meridiánů i aktivních bodů jsme použili práci Vymazala a Ťuháčka z monografie Akupunktura, jež vyšla jako jediná dosud odborná kniha u nás v oblasti akupunktury v r. 1965. Pokusili jsme se najít kompromis, sjednotit některé nesrovnalosti. Chceme takto najít jednotnou akupunkturistickou řeč na našem území, a to všech lékařů, kteří se zabývají anebo ještě budou akupunkturou či igrupunkturou zabývat. Uvědomujeme si také, že nelze přesně popsat průběh jednotlivých aktivních bodů. Klasické lokalizace jednotlivých aktivních bodů se striktně drží vedle čínských akupunkturistů sovětských lékařů a angličtí akupunkturisté. Západoevropští akupunkturisté se v některých bodech týkajících se lokalizace odlišují. V této práci vycházíme převážně z prací sovětských autorů. K názorné představě lokalizace aktivních bodů jsou v příloze vyobrazeny jednotlivé klasické čínské dráhy s anatomickým popisem lokalizace jednotlivých bodů. Je zde uveden také časový údaj o optimální době aplikace jehel, dále údaj o době aplikace v minutách a hloubka vpichu jehly v milimetrech.

Nyní si probereme průběh jednotlivých čínských drah na lidském organismu.

Tabulka 5. Přehled jednotlivých akupunkturních drah (meridiánů) v mezinárodní nomenklatuře

Česky	Francouzsky	Německy	Anglicky	No
Srdce	coeur C	Herz H	Heart H	I.
Tenké střevo	intestin grele IG	Dünndarm Dü	Small Intest. SI	II.
Močový měchýř	vesie V	Blase B	Bladder B	III.
Ledviny	reine R	Niere N	Kidney K	IV.
Perikard	pericard-sexualite MC	Kreislauf-sexual. KS	Cirkulation-sex CX	V.
Tři části těla neboli tři ohrivače	triple-reachau-fleur TR	Drei Holzer 3E	Triple warmer T	VI.

Česky	Francouzsky	Německy	Anglicky	No
Žlučník	vesic. biliere VB	Gallenblase G	Gall bladder GB	VII.
Játra	foix F	Leber Le	Liver Liv	VIII.
Plice	poumona P.	Lunge Lu	Lunge L	IX.
Tlusté střevo	gastrointestin GI	Dickerdarm Di	Large Intest. Li	X.
Žaludek	estomace E	Magen M	Stomach S	XI.
Slezina	rate pancreas RP (RS)	Milch pancreas MP	Spleen SP	XII.
Přední střední	Jean-Mo J(Con)	Conzeption JM (KG)-Con.	Vessel of conzeption	XIII.
Zadní střední	Tou-Mo T(VG)	Gouverneur TM GV — LG	Govering vessel GV	XIV.
Samostatné body			Xue	XV.

I. *Dráha srdce* — SCHA O YIN — směřující na horní končetiny. Jde o párovou dráhu. Podle čínské teorie lidového léčitelství je řídicím orgánem této dráhy myokard. Tato dráha je v úzkem spojení s meridiánem tenkého střeva.

Dráha srdce začíná v bodě Ji-quan (H 1), jež se nachází v axille, probíhá po mediální části brachia směrem k mediální části loketního kloubu a dále pokračuje po ulnární straně antebrachia přes os pisiforme k radiální části konce malíku, kde končí asi 3 milimetry pod nehtovou ploténkou.

Dráha srdce patří mezi yinové dráhy, obsahuje celkem 9 bodů. Tonizační účinek má aktivní bod dráhy srdce 9 — Shao-Shong, sedativní účinek docílíme v bodu 7 — Chen — Men.

Z této dráhy se dají ovlivnit bolesti zejména v oblasti myokardu, především neurogenní palpitace, bolesti v oblasti hrudníku při lehčí ischemii rázu působící stenokardie, stavy předrážděnosti, poruchy spánku, deprese.

II. *Dráha tenkého střeva* — TAI YANG — na horní končetině. Řídicím orgánem této párové dráhy je tenké střevo. Tato dráha má vztah k meridiánu srdce a žaludku.

Dráha tenkého střeva začíná na ulnární straně malíku ruky v bodě Shao — ze (Dü 1), pokračuje ulnárně po předloktí přímo k sulcus nervi ulnaris, v oblasti brachia probíhá po jeho dorzální části a přechází do dorzální oblasti lopatky. Odtud pokračuje směrem kraniiálním přes rameno a šíjí k zevnímu očnímu koutku. Zde se ohybá a končí v oblasti mandibulárního kloubu.

Tato dráha obsahuje celkem devatenáct aktivních bodů. Tonizačně působí bod 3 — Hou — xi, sedativně účinkuje aplikace bodu 8 — Xiao — hai.

Z dráhy tenkého střeva lze příznivě ovlivnit svalové a kloubní bolesti, napomáhat při adekvátní moderní léčbě u určitých chorob v oblasti ucha a oka, tlumit bolesti zejména v horní čelisti.

III. *Dráha močového měchýře* — TAI YANG — směřující na dolní končetiny.

Též jako dráha tenkého střeva tak i tato dráha je drahou yangovou. Podle teorie čínského lidového léčitelství je řídicím orgánem vesica urinaria. Dráha močového měchýře je v úzkém spojení s meridiánem ledviny.

Dráha močového měchýře je párová, začíná v oblasti vnitřního očního koutku v bodě Jing — ming (B 1), pak směřuje po kalvě 1 cun a 2 cuny laterálně od myšlené sagitální střední osy páteře, paralelně probíhá podél páteře, přes hýždí a zadní plochu stehna až k fossa poplitea, kde se spojuje v jednu linii. Od kolenního kloubu v dorsální jeho oblasti pokračuje tento meridián po zadní ploše bérce, kolem zevního kotníku, dále po hřebenů nohy a končí na vnějším okraji malíku nohy.

Dráha močového měchýře obsahuje největší počet seřazených aktivních bodů v jeden meridián, celkem 67. Z těchto bodů lze ovlivnit veškeré bolestivé a křečové stavy, jež se nacházejí v místech, kudy tento meridián probíhá. Jde o ovlivnění syndromů, lokalizovaných především v oblasti páteře: cervikální, torakální, lumbální i sakrální, včetně sakroiliakální oblasti, různé lokální neuralgie. Vhodná kombinace bodů zlepšuje určité dráhy exantémů, bronchiální astma, neurastenii.

Tonizačně působí na dráze močového měchýře aktivní bod 67 — Zhi — yin, sedativně ovlivňuje člověka bod 65 — Shu — Gu.

IV. *Dráha ledvin* — SHAO YIN — na dolních končetinách.

Je to opět párová dráha, řídicím orgánem tohoto meridiánu jsou prý ledviny. Dráha ledvin je v úzkém funkčním spojení s drahou močového měchýře, s drahou plic a s drahou srdce. Jde o yinový meridián.

Z dráhy ledvin lze ovlivnit menstruační potíže, napomoci při adekvátní léčbě gynekologických onemocnění, z této dráhy lze ovlivnit pokles pohlavní činnosti zejména u mužů. Vhodných bodů lze použít u některých gastrointestinálních potíží, též i u stavů spojených s městnáním tekutin v dolních končetinách a v oblastech malé pánve.

Začátek této dráhy je na plosce nohy v bodě Jong — quan (N 1). Odtud dráha běží proximálně kolem vnitřního kotníku, pokračuje po vnitřní a zadní ploše dolní končetiny, pak přebíhá na přední stěnu břišní, probíhá jeden cun laterálně od střední dráhy, a to paralelně směrem k hrudníku až pod mediální partii klavikuly, kde končí v bodě Shu — fu, což je 2 proporcionální cuny od střední čáry laterálně.

Na dráze ledvin leží celkem 27 aktivních bodů. Tonizaci docílíme aplikací jehly do aktivního bodu 7 — Fu — liu, sedativní účinek do bodu 1 — Yong — quan.

V. *Dráha perikardu* — JUE YIN — směřující na horní končetiny.

Dráha perikardu je párová dráha, jejímž řídicím orgánem podle teorie čínského léčitelství je perikard neboli obal srdce. Tato dráha má úzký vztah k meridiánu tří částí těla.

Dráha perikardu začíná v bodě Tian — chi (KS 1), jenž leží 1 cun laterálně od prsní bradavky, pokračuje na volární části horní končetiny, probíhá středem dlaně a končí pod nehtovou ploténkou radiálně na prostředním prstu ruky v bodě Zhong — chong.

Dráha perikardu neboli osrdečníku obsahuje celkem devět bodů. Tonizačním bodem je bod 9 — Zhong — chong, sedativního účinku docílíme z bodu 7 — Da — liang. Tato dráha bývá v literatuře označována též jako dráha obalu či pána srdce jako meridián sexuality.

Aktivní body z dráhy perikardu ovlivňují prokrvení v orgánech uložených v hrudníku, v oblasti dutiny břišní a orgány malé pánve. Z této dráhy můžeme také ovlivnit i celkové křeče, duševní rovnováhu, zejména při anxiózních stavech a celkové podrážděnosti.

VI. *Dráha „Tři části těla“* — SHAO YANG — na horních končetinách.

Dalšími synonymy této dráhy jsou: dráha tří ohřivačů, dráhy tří ohňů.

Tento kuriózní název má vysvětlit tradiční představy lidového čínského léčitelství o jakémsi orgánu, jenž bdí nad dýcháním, krevním oběhem a nad příjmem potravy. Jakékoliv moderní vysvětlení soudobé medicíny pro tento meridián neexistuje.

Je to párové yangová dráha. Začátek dráhy tří částí těla leží v dorzální partii prsténku ruky (IV. prstu), asi 3 mm od ulnárního okraje nehtové ploténky v bodě Guan — chong (3E 1). Dráha pak jde proximálně po hřbetu ruky, zápěstím, předloktím, směrem na dorsum brachia, dále běží po rameni a šíjí směrem k ušním boltcům, kde se dorzálně obloukovitě ohýbá a končí v bodě Si — ZHU — KONG u vnějšího okraje obočí.

Dráha tří částí těla obsahuje celkem 23 aktivních bodů. Tonizační účinek má bod 3 — Zhong — zhu, sedativně působí bod 10 — Tian — jing.

Tato dráha reguluje dýchání, zažívání a pohlavní funkce. Body této dráhy příznivě ovlivňují některé oční a ušní choroby, zejména centrální typ nedoslýchavosti, ušní šelesty, morbus Menieri. Vhodné aktivní body zmírňují i zubní bolesti.

VII. *Dráha žlučníku* — SHAO YANG — směřující na dolní končetiny.

Řídicím orgánem této dráhy podle čínského lidového léčitelství je vesica fellea. Dráha žlučníku je v úzkém spojení s dráhou jater. Je to dráha párová.

Dráha žlučníku začíná u zevního koutku očního v bodě Tong — zi — liao (G 1). Odtud směřuje k dolnímu úponu ušního boltce, pak ventrokranálně k hranici četulí a spánkové krajiny, pak se vrací zpět do dorzální části ušního boltce, směřuje do záhlaví za processus mastoideus. Dále pokračuje tato dráha dvěma paralelními oblouky přes vlasatou část hlavy, vrací se zpět na čelo až k bodu 14 — Yang — bai, nad středem obočí se opět vrací do záhlaví, dále běží po vnitřní partii ramenního kloubu, směřuje na hrudník, běží po boční stěně břišní, pokračuje přes hýždovou krajinu, přechází na přední plochu dolní končetiny, pokračuje kaudálním směrem k přednímu okraji vnějšího kotníku, dále po hřbetu nohy do svého konečného bodu 44 — Zu — qiao — yin, jenž leží zevně asi 3 milimetry od nehtové ploténky čtvrtého prstu nohy.

Dráha žlučníku má tedy celkem 44 aktivních bodů. Tonizačně působí bod 43 — Xia — xi, sedativní účinek docílíme z bodu 38 — Jang — fu.

Z této dráhy se tlumí bolesti hlavy, zmírňují se kloubní potíže, zejména nacházející se v oblasti dolní končetiny, v ramenních kloubech a v oblasti šíje. Dají se odtud také ovlivnit některé oční choroby, ušní nemoci, gynekologické symptomy, určité svědivé exantémy, žaludeční a žlučnickové potíže.

VIII. *Dráha jater* — JUE YIN — na dolních končetinách.

Je to yinová dráha párová, jejímž řídicím orgánem podle čínského lékařství mají být játra. Tato dráha má úzký vztah k dráze žlučníku a k dráze plic.

Dráha jater začíná v bodě Da — dun [Le 1] nad nehtovou ploténkou palce nohy, jde směrem proximálním po hřbetu přední plochy tibie, přes mediální plochu stehna do tříselné krajiny. Dále tato dráha pokračuje kranálně po přední stěně břišní a končí v oblasti hrudníku v bodě 14 — Qi — men, jež leží v šestém mezižebří na medioklavikulární čáře.

Dráha jater obsahuje celkem 14 aktivních bodů. Tonizačně působí bod 9 — Yin-bao, sedativně bod 2 — Xing-jian.

Z aktivních bodů této dráhy lze ovlivnit činnost jaterní tkáně, různé stavy spojené s nechutenstvím, únavností, nauzeou, některé kožní choroby zejména psoriázu, určité alergické stavy. Ustupují po vhodné kombinaci aktivních bodů této dráhy i nejasné bolesti hlavy a zvláště očí, dochází k ovlivnění menstruace.

IX. *Dráha plic* — TAI YIN — směřující na horní končetiny

Jde o párovou yinovou dráhu. Podle teorie čínského lidového léčitelství je funkčně spojena s plicemi, jež jsou údajně jejím řídícím orgánem. Tato dráha má úzký vztah ke kardiální části žaludku a k tlustému střevu.

Dráha plic začíná v bodě Zhong — fu [Lu 1], který leží pod klíční kostí poněkud vnitřně od processus coracoides ve výši dolního okraje druhého žebra. Odtud dráha pokračuje přes rameno ke středu ventrální části paže, prochází centrem lokte, na antebrachiu přechází na volární a radiální stranu předloktí a končí u radiálního okraje nehtu.

Dráha plic má celkem jedenáct aktivních bodů. Tonizační účinek má bod 9 — Tai-juan, sedativní účinek má bod 5 — Chi-zei.

Tato dráha ovlivňuje choroby dýchacích cest, plic a určité chronické choroby pokožky.

X. *Dráha tlustého střeva* — YANG MIN — na horních končetinách

Tato dráha má funkční vztah k tlustému střevu, je ve funkčním spojení s dráhou plic. Jde o yangovou párovou dráhu.

Dráha tlustého střeva začíná na radiální straně ukazováku ruky (Dd 1), pokračuje mezi první a druhou kostí zápěstí směrem do fossa la tabatiere. Na předloktí probíhá po jeho dorzální a radiální straně k radiálnímu okraji loketního kloubu, odtud běží po zevní ploše brachia k ramennímu kloubu poněkud dovnitř od akromionu a fossa supraclavicularis. Dále tato dráha probíhá přes šiji k obličejové části, kde končí na laterální straně nosního křídla.

Na dráze tlustého střeva najdeme celkem dvacet aktivních bodů. Tonizační účinek má bod 11 — Gu-chi, mezi sedativní body počítáme především bod 1 — Shang-yang, bod 2 — Er-jian, bod 3 — San-jiang a bod 4 — Hegu.

Z této dráhy se dá jehlou ovlivňovat sliznice i hladká svalovina tlustého střeva. Lze také odtud působit i na jiné sliznice, zejména nacházející se v oblasti nosu a úst. Určité body, zvláště bod 4 — mají především celkový hypalgetický až analgetický účinek.

XI. *Dráha žaludku* — YANG MIN — směřující na dolní končetiny

Řídícím orgánem má být žaludek. Tato párová dráha je v úzkém funkčním spojení s dráhou sleziny. Je to yangová dráha.

Dráha žaludku začíná v bodě Cheng-gi (M 1), jež leží na dolním okraji orbity, pokračuje kaudálně po tváři, kolem ústního koutku přechází k mandibule. Dále běží ventrálně od ucha směrem kranálním k bodu 8 — Tou-wei, který je uložen přibližně

na švu mezi os frontale a os temporale. Z bodu 5 — Da-ying směřuje dráha žaludku kaudálně přes musculus sternocleidomastoideus k medioklavikulární linii na hrudníku a tuďy běží až do výše pátého mezižebří. Na stěně břišní je dráha žaludku uložena mediálněji a je zde ve vzdálenosti dvou proporcionálních cunů od střední sagitální čáry, tuďy běží až k bodu 30 — Qi-chong, který leží na normím okraji symfýzy. Pak tato dráha přechází na zevní plochu stehna, kaudálně postupně na koleno, bérce, arbet nohy a končí na zevní části druhého prstu nohy.

Na dráze žaludku leží celkem 45 aktivních bodů. Tonizační účinek má především bod 41 — Jie-xi, sedativní účinek má bod 45 — Li-dui. Nejdůležitějším bodem této dráhy je bod 36 — Czu-san-li, lze jej používat jak k tonizaci asteniků, tak i k vyvolání sedativního účinku. Aktivních bodů dráhy žaludku se používá k podpoře léčby nejrůznějších zažívacích poruch spolu s moderní medikamentózní terapií. Své uplatnění nachází aplikace bodů z této dráhy při bolestech hlavy, u chronických chorob horních dýchacích cest a cest močových.

XII. *Dráha sleziny* — TAI YIN — na dolních končetinách

Rídícím orgánem podle čínskélio lidového léčitelství je v tomto případě slezina a pankreas. Dráha je párová, yinového charakteru. Tato dráha je v spojení s kraniálními partii zažívacího traktu.

Dráha sleziny začíná na palci nohy v bodě Yin-bai (MP 1), pokračuje proximálně po hřbetu nohy po předním okraji vnitřního kotníku, po vnitřní ploše bérce, kolena a stehna. Tato dráha dále přechází na přední stěně břišní a končí na hrudníku pod axillou v bodě 21 — Dao-bao.

Dráha sleziny obsahuje celkem 21 aktivních bodů. Sedativně působí bod 3 — Tai-bai, tonizačně působí bod 2 — Da-du.

Body z dráhy sleziny a pankreatu ovlivňují jednak poruchy nervové, částečně také i určité choroby duševní, jednak choroby střevní, poruchy mikce, lze odtud ovlivnit gynekologické afekce.

XIII. *Dráha přední střední* — REN MAI — probíhající na přední střední čáře trupu

Je to dráha nepárová, zvaná též dráha zrození.

Dráha přední střední začíná v bodě Hui-yin (JM 1), jenž se nachází přímo uprostřed perinea. Táhne se po linea alba na přední stěnu hrudníku, prochází v sagitální rovině středem sternu a končí v bodě Cheng-jiao, jenž leží na bradě.

Dráha REN MAI obsahuje celkem 24 aktivních bodů. Z těchto bodů lze působit na zlepšení při onemocnění močových a pohlavních orgánů, zažívacích potíží, při chorobách dýchacích cest.

XIV. *Dráha zadní střední* — DU MAI — probíhá po zadní střední čáře trupu a hlavy

Je to dráha nepárová, též zvaná dráha vládnoucí.

Tato dráha začíná v prostoru mezi kostrčí a análním otvorem v bodě Chang-sian (TM 1). Dále probíhá směrem kraniálním přes jednotlivé obratlové trny podél celé páteře, v zátylí přechází po jeho střední sagitální linii po kalvě přes parientální střední část, pokračuje do střední frontální sagitální krajiny, dále po hřbetu nosu a končí v bodě Jin-jiao, jenž leží na uzdičce jazyka.

Dráha Du MAI obsahuje celkem 28 aktivních bodů. Určité aktivní body se uplatňují při vertebrogenních poruchách, napomáhají upravovat menstruační cyklus, zažívací poruchy, napomáhají v léčbě chronických onemocnění dýchacího ústrojí, též u onemocnění ušních a očních, odstraňují i dlouhodobé bolesti hlavy.

XV. Samostatné aktivní body

Jde o celou řadu aktivních bodů, jež nejsou zařazeny do žádné z vyjmenovaných klasických čínských drah. V přehledném schématu v obrazové příloze uvádíme základních 9 mimodráhových aktivních bodů. Jeden z nejdůležitějších těchto samostatných bodů je bod Lan-wei-xue, jenž se nachází jeden proporcionální cun laterálně od tibie, v oblasti 4 až 5 cunů pod zevním dolním okrajem pately. Tento uvedený bod je typický tím, že je palpačně značně citlivý, a to na té straně, na které se u nemocného nachází právě zanícený appendix, prakticky to znamená ve většině případů vpravo. Je-li appendix v klidu, tento bod není na běžnou palpaci citlivý. Palpace tohoto bodu jsou doporučovány zvláště u dětí, u nichž je důvodné podezření na akutní apendicitidu, kdy diagnostika tohoto onemocnění může být i sporná se všemi dnes dostupnými vyšetřovacími metodami. Důležité je tento nález hodnotit objektivně, prakticky to znamená sledovat tvář dítěte při palpaci tohoto bodu.

SPOJENÉ DRÁHY

Pro doplnění uvádíme stručný popis spojených drah. Jde opět o pomyslné dráhy, jež již nejsou v přímé souvislosti s vnitřními orgány podle teorie čínské tradiční medicíny. Spojené dráhy se také nazývají zázračné dráhy. Patří k nim níže následujících šest drah, jež se liší od předchozích tím, že nemají vlastních bodů, ale používají bodů, které leží na předchozích drahách, jen jejich spojení je jiné. Uvádíme je pouze pro úplnost, a to heslovitě.

1. Dráha probíhající mezi přední a zadní střední dráhou. Ovlivňuje metabolické děje v organismu.
2. Kruhová dráha běží kolem pasu v břišní a bederní krajině a spojuje všechny ostatní dráhy. Ovlivňuje příznivě křečovitě a bolestivé stavy, zejména bolestivost v oblasti šíje a hlavy.
3. Dráha vnitřního kotníku je kolaterální s dráhou ledvin. Má vliv na arůzné dyspeptické potíže, na nespavost, impotenci a poruchy činnosti pohlavních orgánů u obou pohlaví.
4. Dráha zevního kotníku je kolaterální s dráhou močového měchýře, pomáhá při kloubních bolestech, ischiassu, při bolestech hlavy a zubů.
5. Dráha spojující dráhy yinové. Její účinek je především u gastrointestinálních poruch a při bolestech v oblasti přední hrudní krajiny.
6. Dráha spojující všechny yangové dráhy pomáhá zejména při bolestech v oblasti šíje, při nejrůznějších kožních afekcích.

Přední střední dráha spojuje všechny yinové dráhy, zadní střední dráha spojuje všechny dráhy yangové.

Průběh jednotlivých drah po povrchu těla je velmi neočekávaný, nepravidelný a doslova často spletitý. Dráhy se často křížují. Čiňané se na rozdíl od Evropanů domnívají, že dráha probíhá svou určitou částí pod kůží, pak se zanořuje do hloubky těla, v níž jde od patřičného orgánu k dalšímu or-

gánu tak, jak je to v jejich názvech, a znova se opět vynořuje na povrch. Představa čínských akupunkturistů je o meridiánu asi taková, jako by dráha byla jakýs kanálek uložený při povrchu lidského či zvířecího těla.

Důležité je zdůraznit, že jak klasické, tak i spojené dráhy nemají anatomický podklad. I když části jejich průběhu po končetinách sledují místy projekci cév nebo nervů, nepodařilo se zatím vědecky vysvětlit a objektivizovat jejich průběh. Nejsou v žádném případě ve vztahu k těmto anatomickým útvarům. Avšak o jejich jsoucnosti svědčí i iradiace pocitů vznikajících při zavedení jehly. Tyto pocity jsou vesměs ve směru předpokládané dráhy. Japonci popisují člověka, který se stal po předchozím zásahu blesku tak senzitivním na akupunkturu, že pocit při zavedení akupunkturní jehly proběhl celou drahou. Také Akabaneho metoda svědčí pro akupunkturní klasické čínské dráhy. Vogralík se domnívá, že dráhy jsou nervovými vodiči jdoucími v tělesných pokrývkách, oplétají lymfatické a krevní cévy, potom přecházejí v nervové pleteně a s nimi se dostávají do míchy a mozku a potom přecházejí v nervové pleteně jdoucí k vnitřním orgánům. Pravděpodobně jde o různé sympatické dráhy.

INDIKAČNÍ SEZNAM JEDNOTLIVÝCH AKTIVNÍCH BODŮ AKUPUNKTURY

Uvádíme velmi stručný indikační seznam jednotlivých aktivních bodů akupunktury. Aktivní body jsou seřazeny za sebou tak, jak byly empiricky zjištěny a zařazeny do patřičné dráhy.

Výrazy syndromů či onemocnění jsou převzaty z překladů, nejde tedy o přesné latinsky vyjádřené diagnózy, nýbrž ve většině případů jde o příznaky onemocnění uvedených tak, jak je chápali asijsí akupunkturisté. Autoři, například Ingamdzanov, Vogralík, Mann a jiní přinášejí ve svých pracích podrobnější přehledy indikací jednotlivých aktivních bodů.

Pro přehlednost uvádíme pouze základní indikace jednotlivých aktivních bodů seřazených do klasických akupunkturních drah. Zároveň u patřičných bodů je upozorněno na možnost vzniku komplikací, jsou uvedeny základní život ohrožující kontraindikace, event. i anatomická upozornění.

I. BODY Z DRÁHY SRDCE

1. bolesti u srdce, místní bolesti;
2. místní bolesti, bolesti hlavy, poruchy senzitivní i motoricky horních končetin;
3. psychózy, bolesti hlavy, točení hlavy, bolesti zubů, otoky lokte, neuralgia n. trigeminální, bolesti u srdce a na hrudníku, poruchy citlivosti na horní končetině;
4. bolesti v horních končetinách, srdeční oprese, jinak jako u b. 2;
5. bušení u srdce, bolesti hlavy, točení hlavy, paréza n. radialis, psychózy, místní bolesti;
6. akutní bolesti v srdeční krajině, bušení srdce, krvácení z nosu, bolesti hlavy, angina, žaludeční vředy;
7. hlavní bod pro srdeční a duševní nemoci, bolesti u srdce, záchvaty celkových křečí, stavy podrážděnosti, poruchy spánku, celkově sedativní účinek;
8. oprese, bušení srdce, neuralgie v horních končetinách, interkostální neuralgie;
9. bod první pomoci, bolesti u srdce, poruchy spánku, neurogení tachykardie.

II. DRÁHA TENKÉHO STŘEVA

1. bod první pomoci, bolesti hlavy, hypogalaktie, onemocnění srdce;
2. tinnitus, hypogalaktia, mastitida, epilepsie, bolesti v záhlaví, bolesti v krku, bolesti v oblasti ramenního kloubu;
3. záchvaty celkových křečí, napětí a bolestivost šijového svalstva, keratitis, tonsilitis, hluchota, epilepsie;
4. žloutenka, bolesti hlavy, ušní šelesty, bolesti v ramenou;
5. šelesty ušní, nedoslýchavost, místní bolesti, bolesti zubů, stomatitis;
6. nemoci oční, místní bolesti;
7. stavy podrážděnosti, bolestivost a napětí šijového svalstva, bolesti hlavy;
8. bolesti zubů, šelesty ušní, bolesti v oblasti ramene, chorea, motorické a senzitivní poruchy horních končetin;
9. bolesti zubů, šelesty ušní, bolesti v oblasti ramenního kloubu, chorea, motorické a senzitivní poruchy horních končetin;
10. bolesti v oblasti ramenního kloubu;
11. bolesti v oblasti ramenního kloubu;
12. bolesti v oblasti ramenního kloubu;
13. místní bolesti;
14. bolesti v oblasti ramene;
15. bolesti, bronchitida, bronchiální astma;
16. místní bolesti, interkostální neuralgie, oslabený sluch, tinnitus;
17. pleuritida, interkostální neuralgie, gingivitis, tik, ušní nemoci, struma, místní obtíže;
18. bolesti zubů v oblasti dolní čelisti, obrny svalů obličejce, paresis n. facialis;
19. nemoci ušní, chraptot, afonia.

III. BODY Z DRÁHY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

1. oční nemoci, obrny svalů obličejce, neuralgie n. trigemini;
2. bolesti v krajině čelní, tik víček, záněty spojivek, neuralgie n. trigemini;
3. bolesti hlavy, nemoci oční a nosní;
4. bolesti hlavy, nemoci oční a nosní, paresa n. VII., neuralgie n. V.;
5. bolesti hlavy, nemoci oční a nosní, paresa n. VII., neuralgie n. V.;
6. bolesti hlavy, nemoci oční a nosní, paresa n. VII., neuralgie n. V.;
7. rhinitis, ztížení nosního dýchání, krvácení z nosu, chronická bronchitis, neuralgie n. trigemini, bolesti a napětí šijového svalstva;
8. bolesti hlavy, závratě, oční nemoci;
9. bolesti hlavy, závratě neuralgie n. trigemini;
10. bolesti hlavy, rýma, bolest a napětí šijového svalstva;
11. obtíže při nachlazení, místní bolesti;
12. obtíže při nachlazení, místní bolesti;
13. obtíže při chronických plicních onemocněních;
14. onemocnění srdce, kašel, bolesti na hrudníku;
15. onemocnění srdce;
16. onemocnění srdce;
17. žaludeční obtíže;
18. žloutenka, jaterní choroby, oční nemoci, stavy podrážděnosti, nemoci se záchvaty celkových křečí;
19. onemocnění žaludku, žloutenka, akutní bolesti v pravém epigastriu;
20. žloutenka, průjem, cukrovka;
21. bolesti žaludku;
22. onemocnění žaludeční a střevní, cukrovka;
23. impotence, poruchy menstruačního cyklu, fluor, bolesti v bederní krajině, diabetes mellitus;
24. bolesti v bederní krajině, hemoroidy;
25. průjem, zácpa, meteorismus, bolesti v bederní krajině;
26. poruchy mikce, místní bolesti;

27. bolesti v podbřišku, onemocnění tenkého a tlustého střeva, poruchy mikce;
28. onemocnění močového měchýře;
29. bolesti v kříži, průjemy;
30. bolesti v podbřišku, bolesti v sakrální krajině, fluor;
31. nemoci orgánů malé pánve;
32. fluor, průjem, obrny dolních končetin;
33. fluor, průjem, obrny dolních končetin;
34. bolesti v podbřišku, onemocnění močové soustavy, zácpa, průjem;
35. bolesti při menstruaci, fluor, frigidita;
36. místní bolesti;
37. místní bolesti, obtíže při plicních onemocněních;
38. celkově tonizační účinek, obtíže při plicních onemocněních;
39. místní obtíže, bolesti v kříži vystřelující do dolních končetin;
40. místní obtíže, kožní choroby, bolesti při ledvinových chorobách, bolesti hlavy, záněty spojivek;
41. žaludeční obtíže;
42. průjem, zvracení, bolesti v zádech;
43. průjem, zvracení, žloutenka, bolesti v zádech, celkový tonizační účinek;
44. průjem, zvracení, žloutenka, bolesti v zádech;
45. žaludeční bolesti;
46. zažívací poruchy;
47. poruchy mikce, místní bolesti, průjem, zvracení;
48. onemocnění orgánů malé pánve;
49. onemocnění orgánů malé pánve;
50. místní bolesti;
51. místní bolesti, zažívací poruchy;
52. místní bolesti, poruchy mikce;
53. bolesti v kříži, vystřelující do dolních končetin;
54. bolesti v kříži, vystřelující do dolních končetin;
55. bolesti v kolenním kloubu, bolesti při onemocnění ledvin, průjem se zvracením, bolesti hlavy, záněty spojivek;
56. onemocnění dělohy, fluor, hypermenorrhoea, bolesti v kolenních kloubech;
57. onemocnění dělohy, fluor, hypermenorrhoea, bolesti v kolenních kloubech;
58. bolesti v kříži, vystřelující do dolních končetin;
59. bolesti v kříži, vystřelující do dolních končetin, bolesti hlavy;
60. bolesti v kříži, vystřelující do dolních končetin, slabá porodní činnost, nemoci oční a nosní, bolesti hlavy;
61. místní bolesti;
62. bolesti hlavy, závratě, záchvaty celkových křečí, bolesti nohou;
63. bolesti hlavy, závratě, záchvaty celkových křečí, bolesti nohou;
64. bolesti hlavy, závratě, záchvaty celkových křečí, bolesti nohou, bolesti v kříži;
65. bolesti hlavy, závratě, záchvaty celkových křečí, bolesti nohou, bolesti v kříži, bolesti, horečnaté průjemy;
66. bolesti hlavy, zejména záhlaví, závratě, krvácení z nosu;
67. bod první pomoci, slabost porodních sil, bolesti hlavy, oční a nosní nemoci.

IV. DRÁHA LEDVIN

1. bod první pomoci, zvláště při poruchách vědomí, křečovitě bolesti v podbřišku, poruchy mikce, afazie, hysterie, nespavost;
2. poruchy menstruačního cyklu, zažívací potíže, laryngitis, pharyngitis;
3. onemocnění dýchacích orgánů, místní bolesti, poruchy menstruačního cyklu, bolesti zubů;
4. onemocnění dýchacích orgánů, poruchy mikce, bolesti v zádech;
5. obtíže při menstruaci;

6. noční pomočování, mikční poruchy;
7. diuretický účinek;
8. poruchy menstruačního cyklu, horečnaté průjmy;
9. místní bolesti, psychózy;
10. místní bolesti;
11. potíže ze strany urogenitálních orgánů;
12. chronická colpitis, impotence;
13. poruchy menstruačního cyklu,
14. bolesti v podbřišku, impotence, retence moče;
15. poruchy menstruačního cyklu, zácpa, onemocnění střev;
16. poruchy menstruačního cyklu, zácpa, onemocnění střev, meteorismus;
17. bolesti břicha se zvracením, keratitis;
18. bolesti břicha se zvracením, keratitis, onemocnění dělohy;
19. onemocnění žaludku, glaukom;
20. zažívací poruchy;
21. zvracení, bolesti na hrudníku, bronchitis;
22. kašel, obtíže při dýchání;
23. kašel, obtíže při dýchání;
24. kašel, obtíže při dýchání;
25. kašel, obtíže při dýchání;
26. kašel, obtíže při dýchání;
27. kašel, obtíže při dýchání, astma bronchiale.

V. BODY Z DRÁHY PERIKARDU

1. mezižební neuralgie, onemocnění dýchacích orgánů;
2. mezižební neuralgie, onemocnění srdce a žaludku;
3. bolesti u srdce, průjem se zvracením, vyrážka;
4. bolesti srdce, krvácení z nosu, psychózy;
5. bolesti u srdce, anxiózní stavy, záchvaty celkových křečí, onemocnění žaludku a dělohy;
6. bolesti u srdce, zvýšení krevního tlaku, zvracení, neklid, nespavost, záchvaty celkových křečí;
7. bolesti u srdce, záchvaty celkových křečí, podrážděnost, bolesti hlavy, nespavost, gastritida, paréza n. mediani;
8. bolesti v srdeční krajině, záchvaty celkových křečí, stavy podrážděnosti, zvracení těhotných, psychózy, hysterické křeče, parestzie prstů rukou;
9. bod první pomoci u onemocnění myokardu, stavy neklidu.

VI BODY Z DRÁHY TŘI OHŘÍVAČŮ NEBO TŘI ČÁSTÍ TĚLA

1. bod první pomoci, bolest hlavy;
2. bolesti hlavy, záněty spojivek, nedoslýchavost, tinnitus;
3. bolesti hlavy, nemoci oční, nedoslýchavost, bolesti v rameni a zádech;
4. celkový tonizační účinek, bolesti v krku, nedoslýchavost, poruchy, motor. i senzitivní horních končetin;
5. bolesti horních končetin, nemoci oční, zubů, nespavost, hlavní bod při nedoslýchavosti, šelesty ušní, bolesti hlavy;
6. bolesti na hrudníku, u srdce, žaludeční potíže, bolesti;
7. nedoslýchavost, záchvaty celkových křečí, motorické a senzitivní poruchy v oblasti horních končetin;
8. nedoslýchavost, místní bolesti, bolesti zubů, oční nemoci;
9. nedoslýchavost, místní bolesti, bolesti zubů, oční nemoci;
10. nedoslýchavost, bolesti hlavy, místní potíže, bronchitis, laryngitis;
11. místní bolesti;
12. místní bolesti;
13. místní bolesti;

14. místní bolesti;
15. místní bolesti;
16. místní bolesti, nedoslýchavost, tinnitus;
17. nedoslýchavost, obrny svalů obličeje, bolesti a otok okolo ušní krajiny (parotitis), stomatitis, poruchy řeči;
18. bolesti hlavy, ušní nemoci;
19. bolesti hlavy, ušní nemoci;
20. bolesti hlavy, ušní nemoci;
21. bolesti hlavy, ušní nemoci;
22. bolesti hlavy, ušní nemoci;
23. bolesti hlavy, ušní nemoci.

VII. BODY Z DRÁHY ZLUČNÍKU

1. nemoci oční, bolesti hlavy, migréna n. VII., neuralgie n. V.;
2. nedoslýchavost, ušní nemoci, bolesti hlavy, bolesti zubů, tiky;
3. nedoslýchavost, ušní nemoci, bolesti hlavy, bolesti zubů, tiky;
4. nedoslýchavost, ušní nemoci, bolesti hlavy, bolesti zubů, tiky;
5. nedoslýchavost, ušní nemoci, bolesti hlavy, bolesti zubů, tiky, neurasthenia, rhinitis;
6. neurasthenia, migréna, bolesti zubů;
7. bolesti hlavy, migréna, onemocnění oční;
8. místní bolesti hlavy;
9. místní bolesti hlavy, epilepsie;
10. ušní nemoci, bolesti v záhlaví, parézy končetin (horních i dolních);
11. neuralgie n. trigemini, bolesti v záhlaví, tinnitus;
12. migréna, nespavost, gingivitis;
13. bolesti hlavy, šije, epilepsie;
14. bolesti v čelní krajině, obrny svalů obličeje, oční nemoci, neuralgie n. trigemini, paresis n. facialis, tiky, zvracení;
15. oční nemoci, mozkové krvácení, místní bolesti hlavy;
16. oční nemoci, místní bolesti;
17. bolesti hlavy, bolesti zubů;
18. bolesti hlavy, krvácení z nosu, bronchiální astma, vyrážka;
19. bolesti hlavy, místní svalové kontraktury;
20. bolesti hlavy v krajině čelní a spánkové, závratě se zvracením, hučení v uších, místní obtíže;
21. napětí a bolesti šíjového a ramenního svalstva;
22. neurasthenia, místní bolesti;
23. neurasthenia, místní bolesti;
24. gastrointestinální potíže, onemocnění jater, žloutenka, místní potíže;
25. místní bolesti;
26. místní bolesti, menstruační potíže, fluor;
27. bolesti v podbřišku, obtíže při nemocech orgánů malé pánve;
28. bolesti v podbřišku, obtíže při nemocech orgánů malé pánve;
29. onemocnění urogenitálního traktu;
30. bolesti v kříži, vystřelující do dolních končetin;
31. místní bolesti, svědivé kožní vyrážky na dolních končetinách, motorické a senzitivní poruchy dolních končetin;
32. motorické a senzitivní poruchy dolních končetin;
33. bolesti v kolenním kloubu;
34. bolesti kloubů dolních končetin, žaludeční potíže, zácpa, prudké bolesti v nadbřišku;
35. místní bolesti;
36. bolesti v záhlaví, bolesti v krku, stavy se záchvaty celkových křečí;
37. místní bolesti, oční nemoci;
38. bolesti hlavy ve spánkové krajině, bolesti v kříži, bolesti v kolenním kloubu, oční nemoci, tonsillitis;

39. bolesti a napětí šijového svalstva, bolesti a obrny dolních končetin, bolesti v krku;
40. místní bolesti, oční nemoci;
41. nemoci oční, kožní vyrážky, poruchy menstruace, onemocnění dýchacích orgánů, bolesti v nadbřišku a boční části hrudníku;
42. nemoci oční, kožní vyrážky, poruchy menstruace, onemocnění dýchacích orgánů, bolesti v nadbřišku a boční části hrudníku;
43. závratě, hučení v uších, oční nemoci, motorické poruchy nohy, bolesti podél celého průběhu dráhy;
44. bolesti hlavy ve spánkové krajině, nemoci dýchadel, nemoci srdce, tinnitus, bod první pomoci.

VIII. DRÁHA JATER

1. Hypermenorrhoea, impotence, žaludeční a střevní onemocnění, onemocnění močového systému;
2. onemocnění gastrointestinálního traktu, močových orgánů, noční pomočování, onemocnění zevních pohlavních orgánů, poruchy spánku, obrny svalů obličeje, bolesti zubů;
3. bolesti hlavy na temeni, obrny svalů obličeje, bolesti v podbřišku, onemocnění urogenitálního systému;
4. onemocnění urogenitálního systému, bolesti v hlezenném kloubu;
5. onemocnění urogenitálního systému, bolesti v hlezenném kloubu, poruchy menstruačního cyklu, retence moče, vnitřní bolesti;
6. hypermenorrhoea, bolesti v dolních končetinách;
7. místní bolesti;
8. bolesti v podbřišku, hypermenorrhoea;
9. bolesti v podbřišku, hypermenorrhoea, poruchy menstruačního cyklu;
10. retence moče, nespavost, bolesti břicha;
11. poruchy menstruačního cyklu;
12. zánětlivé procesy zevních pohlavních orgánů;
13. zaživací poruchy se zvracením a průjem, bolesti na hrudníku a v bederní krajině, asthma bronchiale;
14. zaživací poruchy, onemocnění dýchacích orgánů, pleuritida, asthma bronchiale, místní bolesti;

IX. BODY Z DRÁHY PLIC

1. bolesti hrudníku, astma, počínající plicní tuberkulóza;
2. bolesti v oblasti hrudníku, interkostální neuralgie, kašel, asthma bronchiale;
3. onemocnění dýchacích orgánů, bolesti hrudníku, točení hlavy, neurózy;
4. bušení srdce nervového původu, bolesti hrudníku;
5. pleuritida, bronchitida, asthma bronchiale, poruchy citlivosti i pohyblivosti horních končetin, psychastenie, neurastenie, enuresis nocturna;
6. kašel, zvýšená teplota, pharyngitis, afonie, bolesti hrudníku;
7. chronická plicní onemocnění, svědivá kožní onemocnění, obrny svalů obličeje, bolesti v týlní krajině, bolesti hlavy a zubů, onemocnění lícního nervu;
8. kašel, horečka při nachlazení, tonsilitida, onemocnění n. facialis;
9. kašel, horečky při nachlazení, tonsilitida, onemocnění n. facialis, interkostální neuralgie;
10. bolesti a točení hlavy, hyperhydróza, zvýšená teplota, angína;
11. bod první pomoci při ztrátě vědomí, obtíže při akutních katarrech horních dýchacích cest.

X. BODY Z DRÁHY TLUSTÉHO STŘEVA

1. bod první pomoci, poruchy vědomí, bolesti v krku při nachlazení, bolesti zubů, tinnitus;

2. zánětlivé onemocnění v krku, bolesti hlavy a zubů, obrny svalů obličeje;
3. bolesti zubů v obvodu dolní čelisti, zánětlivé onemocnění v krku, bolesti hlavy a zubů, obrny svalů obličeje;
4. jeden z nejdůležitějších a nejvíce používaných bodů. Při bolestech hlavy, neuralgii trigeminu, obrny svalů obličeje, poruchy menstruačního cyklu, slabá porodní činnost, neurastenie, migrény, bronchiální astma, laryngitidy, rhinitidy, sinusitidy, chřipka, snížená ostrost sluchu a šum v uších, kontraindikován při graviditě!
5. bolesti hlavy, poruchy sluchu a tinnitus, angina, bolesti zubů;
6. bolesti na předloktí, krvácení z nosu;
7. místní bolesti a bolesti v krku;
8. počínající tuberkulóza plic, pleuritida, asthma bronchiale, hemiplegie, neurózy, poruchy mikce;
9. počínající tuberkulóza plic, pleuritida, asthma bronchiale, hemiplegie, neurózy, poruchy mikce;
10. bolesti zubů, stomatitis, lymfadenitidy, mastitis, parotitis, průjem se zvracením, bolesti a slabost v horních končetinách;
11. bolesti v břiše, svědivá kožní onemocnění, angina, motorické a senzitivní poruchy horních končetin, interkostální neuralgie, amenorrhoea;
12. místní bolesti, poruchy senzitivní a motorické funkce horních končetin;
13. senzitivní a motorické poruchy horních končetin, revmatické potíže;
14. senzitivní a motorické poruchy horních končetin, revmatické potíže;
15. hemiparéza, hemiplegie, zvýšený krevní tlak, místní bolesti;
16. bolesti zubů, místní bolesti;
17. tonsillitis, laryngitis, místní bolesti;
18. kašel, astma, hypotenze, místní potíže;
19. rýma, krvácení z nosu, paresa n. facialis, tik a kontraktura obličejového svalstva, parotitis;
20. obrny svalů obličeje, ztížené dýchání nosem, krvácení z nosu, bronchiální astma.

XI. BODY Z DRÁHY ŽALUDKU

1. neuralgie první větve n. V., migréna, conjunctivitis, periferní paréza lícního nervu, bolesti hlavy, oční nemoci;
2. bolesti zubů v oblasti horní čelisti, paréza n. facialis, točení hlavy, ušní nemoci, obrny svalů obličeje;
3. periferní paréza n. facialis, neuralgie trigeminu, chrapot, stomatitis, bolesti zubů, obrny svalů obličeje;
4. obrny svalů obličeje, tiky, oční nemoci;
5. obrny svalů obličeje, tiky, oční nemoci, neuralgie 2. větve n. trigeminu, bolest hlavy, sinusitidy, rýmy, poruchy řeči;
6. paréza n. facialis, neuralgie trigeminu, sinusitis, bolesti zubů;
7. paréza n. facialis, neuralgie trigeminu, sinusitis, bolesti zubů;
8. bolesti v oblasti dolní čelisti, parotitis, svalové kontraktury v oblasti obličeje;
9. laryngitida, tonsilitida; pozor — jde o uložení aktivního bodu nad art. carotis interna!
10. laryngitis, tonsillitis, bronchitis, asthma bronchiale;
11. laryngitis, tonsillitis, bronchitis, asthma bronchiale;
12. laryngitis, tonsillitis, bronchitis, asthma bronchiale, místní potíže;
13. astma, bolesti na hrudníku;
14. kašel, bolesti v oblasti mléčné žlázy;
15. bronch. astma, dušnost, místní potíže;
16. bronch. astma, dušnost, místní potíže;
17. neprovádí se ani ignipunktura;
18. hypogalaktie, místní obtíže;
19. při onemocnění orgánů epigastria, bronchiální a srdeční astma;
20. při onemocnění orgánů epigastria, bronchiální a srdeční astma;

21. při žaludečních potížích, zejména akutní gastritidě, vředové nemoci, nechut k jídlu;
22. při gastrointestinálních potížích, zejména žaludečních;
23. při gastrointestinálních potížích, zejména žaludečních;
24. endometritis, dysmenorrhoea;
25. akutní nemoci střevní, žaludeční a močové potíže, ileus;
26. místní potíže;
27. střevní potíže, zácpa, nespavost, místní bolesti;
28. urologické onemocnění, onemocnění urogenitálního traktu, střevní kolika;
29. zánět nadvarlat, výhrzež dělohy, zánět vaječníků, amenorrhoea;
30. onemocnění ženských i mužských pohlavních orgánů, místní obtíže;
31. místní bolesti, senzitivní i motorické poruchy dolních končetin;
32. místní bolesti, senzitivní i motorické poruchy dolních končetin;
33. místní bolesti, senzitivní i motorické poruchy dolních končetin;
34. místní bolesti, senzitivní i motorické poruchy dolních končetin, bolesti v kolenním kloubu, žaludeční potíže;
35. bolesti v kolenním kloubu;
36. jeden z nejdůležitějších a nejvíce používaných bodů. Hlavní indikace při nemocech trávicích orgánů, zvláště žaludku, při paralytickém ileu. Dále k celkové tonizaci u astenií. Poruchy senzitivní a motorické v oblasti dolních končetin, bolesti hlavy, nespavost, zvýšený krevní tlak, oční potíže, při mastitidách;
27. onemocnění gastrointestinálního traktu, bolesti v kříži;
38. místní potíže, gastrointestinální potíže;
39. průjem, zácpa, meteorismus, bolesti hlavy, epilepsie;
40. průjem, zácpa, meteorismus, bolesti hlavy, bronchitis, epilepsie;
41. bolesti v oblasti hlezenného kloubu, meteorismus, zvracení, nechutenství, otoky obličeje;
42. bolesti v oblasti hlezenného kloubu, meteorismus, zvracení, nechutenství, obrny svalů obličeje;
43. bolesti břicha, meteorismus, noční pocení, zvýšení teploty;
44. místní obtíže, bolesti zubů, obrny svalů obličeje;
45. žaludeční bolesti, poruchy spánku, psychózy.

XII. DRÁHA SLEZINY

1. hypermenorrhoea, bolesti břicha, průjmy;
2. žaludeční potíže, meteorismus;
3. žaludeční potíže, meteorismus;
4. žaludeční a střevní potíže;
5. místní bolesti;
6. poruchy menstruačního cyklu, hypermenorrhoea, fluor, slabá porodní činnost, poruchy zažívání, mikční potíže, nespavost, bolesti hlavy, neurastenie, zvýšený krevní tlak, stavy krvácení, hlavní bod při močových potížích,
7. gastrointestinální potíže;
8. poruchy menstruačního cyklu, bolestivé menses, fluor, poruchy mikce;
9. nemoci močového měchýře, horečnaté průjmy, retence moče, místní bolesti lumago, bolesti hlavy, gonorrhoea;
10. hlavní bod pro poruchy menstruačního cyklu, kožní vyrážky na dolní končetině;
11. poruchy mikce, místní bolesti;
12. záněty nadvarlete, endometritis, spasmus žaludku, meteorismus, mastitida, poruchy mikce;
13. zácpa, zažívací potíže;
14. střevní kolika, impotence;
15. střevní kolika, impotence;
16. gastrointestinální potíže, vředová choroba žaludeční, změny žaludeční sekrece;
17. svírání v hrudi, místní bolesti;

18. mastitis, singultus, bronchitis, interkostální neuralgie;
19. místní obtíže;
20. místní obtíže;
21. interkostální neuralgie, onemocnění jater.

XIII. BODY Z PŘEDNÍ STŘEDNÍ DRÁHY

1. obtíže při nemocech orgánů malé pánve;
2. fluor, pooperační retence moče;
3. poruchy menstruačního cyklu, poruchy mikce;
4. celkově tonizující účinek, poruchy vědomí, retence moče;
5. poruchy menstruace, krvácení po porodu, kontraindikace při těhotenství;
6. celkově tonizující účinek při poruchách vědomí, retence moče;
7. retence moče, onemocnění pohlavních orgánů;
8. bod první pomoci při kolapsu a jiných poruchách vědomí, průjem, porodní krvácení;
9. ascites, celkový edematózní stav, chronické gastrointestinální potíže;
10. ascites, celkový edematózní stav, chronické gastrointestinální potíže (zvracení, bolesti v břiše);
11. ascites, celkový edematózní stav, chronické gastrointestinální potíže;
12. ascites, celkový edematózní stav, chronické gastrointestinální potíže;
13. ascites, celkový edematózní stav, chronické gastrointestinální potíže, polyryspasmus, zažívací potíže, bolesti v břiše;
14. bolesti v srdeční krajině, bušení srdce, záchvaty celkových křečí;
15. nemoci se záchvaty celkových křečí, poruchy emotivity;
16. spasmus stěvní, zvracení, poruchy polykání, místní bolesti;
17. kardiospasmus, hypogalaktie, asthma bronchiale;
18. asthma bronchiale, místní potíže;
19. asthma bronchiale, místní potíže;
20. bronchitis, laryngospasmy, místní potíže;
21. interkostální neuralgie, bronchitis, bronchiální astma, otok hrtanu;
22. kardiospasmus, asthma bronchiale, laryngitis, poruchy řeči, zvracení, angina;
23. bronchitis, asthma bronchiale, zvracení, glossitis, poruchy řeči;
24. krvácení do mozku, paresa n. facialis, obrny svalů obličeje, bolesti zubů.

XIV. BODY ZE ZADNÍ STŘEDNÍ DRÁHY

1. bolesti v kříži zejména při menstruaci;
2. poruchy menstruačního cyklu;
3. poruchy hybnosti a citlivosti dolních končetin;
4. poruchy menstruace, impotence, fluor, bolesti v kříži;
5. zažívací poruchy, místní bolesti;
6. zažívací poruchy, místní bolesti;
7. zažívací poruchy, místní bolesti;
8. zažívací poruchy, místní bolesti, opistotonus (tetanický nebo hysterický);
9. poruchy zažívání, žloutenka, místní bolesti;
10. obtíže při onemocnění dýchacích orgánů;
11. onemocnění srdce, neurasthenia;
12. poruchy zažívání, obrny horních končetin, místní bolesti, kašel;
13. obtíže z nachlazení, obrny horních končetin, místní bolesti;
14. obtíže při nachlazení, asthma bronchiale, místní bolesti, obrny horních končetin;
15. stavy podrážděnosti, poruchy emotivity, poruchy řeči, obtíže při nachlazení;
16. bolesti hlavy, krvácení z nosu, laryngitis, žloutenka, mozkové krvácení;
17. bolesti hlavy, neurastenie, bolesti očí;
18. bolesti hlavy, zvracení, točení hlavy, nespavost, neurastenie;

19. točení hlavy, migréna, epilepsie;
20. bolesti hlavy, mozková mrtvice, záchvaty celkových křečí;
21. bolesti hlavy, závratě, rýma;
22. bolesti a točení hlavy;
23. bolesti hlavy, nemoci oční a nosní;
24. bolesti hlavy, nemoci oční a nosní;
25. krvácení z nosu, rýma;
26. bod první pomoci při všech poruchách vědomí, při náhlém poklesu krevního tlaku;
27. rýma, krvácení z nosu, tiky svalstva kolem úst;
28. nemoci dásní, rýma, neuralgie trigeminu, paréza n. facialis.

V SOUHRNU LZE ŘÍCI:

DRÁHA	OVLIVŇUJE
srdce	bolesti při srdečních potížích, duševní poruchy;
tenkého střeva	příznaky nervové a kloubní, poruchy v horní části trávicího traktu (ústní dutina, zuby, horní čelisti), některé ušní poruchy, závratě, tinnitus;
močového měchýře	působí na křeče v oblasti kudy prochází, taktéž na bolesti, vliv na metabolismus, kožní choroby, asthma bronchiale;
ledviny	vliv na žlázy s vnitřní sekrecí. Při gynekologických potížích, sexuální potíže u mužů, menstruační potíže, zažívací poruchy, meteorismus, varixy, lehké otoky;
perikardu	ovlivňuje prokrvení hrudníku, v dutině břišní i pánevní orgány;
tří ohnívačů	udržuje krevní tlak v rovnováze, upravuje křečové stavy, ušní, nosní a zubní choroby, revmatické bolesti;
žlučníku	bolesti hlavy a končetin, nemoci žlučníku a jater;
jater	nechutenství, únava, nauzea, hemeroidy, poruchy jaterní exkrece, alergické choroby, kožní choroby, bolesti hlavy;
plíce	nemoci dýchacích cest včetně asthma bronchiale, oční nemoci;
tlustého střeva	ovlivňuje sliznice, alergické choroby, bolesti v těle;
žaludku	žaludeční nemoci, bolesti hlavy, procesy v zažívacím traktu;
sleziny	poruchy střevní, chronické stavy, alergie;
zadní střední	onemocnění páté;
přední střední	dolní body: choroby močového měchýře a pohlavních orgánů, v okolí pupku: činnost střev, v oblasti hrudníku a žaludku: žaludek, plíce a horní dýchací cesty. Zde je uloženo celkem 5 poplašných bodů, a to na drahách: B, Dů, M, H, Lu.

PULSOVÁ DIAGNOSTIKA

Zkušeni akupunktéři podle tradičního čínského lidového léčitelství se snaží určit onemocnění v lidském organismu pomocí vyšetření pohmatu pulsu na arteria radialis obou horních končetin — tzv. pulsovou diagnostikou.

Ať již se jako Evropané na tento způsob diagnostiky díváme jakkoliv, stále zůstane pravdou, že v Evropě vyšetření pulsu nastalo na zcela jiných principech, a to až v sedmáctém století našeho letopočtu, jak víme až po objevu krevního oběhu Harveyem. Číňané věděli o pulsaci tepen tisíc let před naším letopočtem a nejenom věděli, ale již tehdy začali propracovávat zákony pulsové diagnostiky.

Čínští akupunkturisté tvrdí, že pulsová diagnostika je úsek akupunkturního učení, který si lze nejobtížněji osvojit a lze mu nejhůře z celé akupunktury porozumět. Mnohému evropskému lékaři, který zná nejnovější poznatky patofyziologie, případnou dále uvedenou myšlenku čínských zkušených akupunktérů jako čistá mystika nebo alespoň přinejmenším velká subjektivnost a nadsazenost, možná že až přímo troufalost.

Jak jsme se již zmínili, puls při diagnostice syndromů se nahmatává bilaterálně na arteria radialis, na přesně vymezeném místě vždy třemi prsty. Prostřední prst lékaře palpuje apofýzu radia. IV. prst neboli prsteník leží na proximální apofýze. II. prst čili ukazovák se nachází naproti tomu distálně. Takto jsme palpačně vymezili tři sousedící samostatné areály, na nichž jsou položeny pulsující prsty. Tyto jednotlivé areály nazýváme pozicemi. Pod ukazovákem leží tedy pozice I., pod prsteníkem pozice III. a pod prostředníkem pozice II. (viz schéma). Na těchto třech pozicích palpačně sledujeme náraz pulsové vlny, břišky prstů vnímáme intenzitu pulsu. Dále zde na každé ruce ještě zjišťujeme hluboké a povrchní kvality pulsu. Srovnává se zároveň kvalita pulsu jak vlevo, tak i vpravo. Takto získáme palpačně celkem dvanáct pozic, jež podle dlouholetých empirických zkušeností patřičně odpovídají nám již dobře známým dvanácti párovým meridiánům. Určité pozice jsou přehledně znázorněny na schématu.

Již při prvním pohmatovém pokusu můžeme pozorovat, že náraz tepové vlny lze pocítit na pozici prostředníku mnohem silněji, než-li je tomu na ostatních příslušných prstech. V tomto případě nejde o využitelný příznak, ale o fyziologický vysvětlitelný úkaz, jenž říká, že pod prsteníkem je uložena apofýza radia, kterou neuměle palpujeme. Většinou potřebujeme dlouhodobý zácvik, abychom se naučili vnímat rozdíly v intenzitě pulsu na arteria radialis. Nejde však o běžné evropské rozlišování druhů pulsů (pulsus celer, p. altus, p. accelerans atd.). Zkušený asijský akupunkturista usuzuje pomocí palpáce pulsující arteria radialis na převahu yinu nebo yangu v organismu a podle toho se rozhoduje k další aplikaci jehel do patřičných aktivních bodů. Takto je možné, že yinový meridián se nachází v yangovém stavu nebo naopak yangový meridián v yinovém stavu. Yangový stav ukazuje na plnost a mohutnost pulsu, yinový stav ukazuje prázdnotu až lehkou potlačitelnost pulsu této arterie i při lehkém dotyku jejího povrchu prsty. Zkušeni čínští akupunkturisté doporučují, abychom nejprve uvedenými prsty silně stiskli obě arterie, a to natolik, až tep ve všech hmataných místech zcela potlačíme. Potom pozvolna tlak prstů povolujeme do takové míry, až pocítujeme náhle na všech šesti polohách pulsové vlny — toto odpovídá hluboké tepové kvalitě. V této poloze nacházíme lokalitu pohmatu pro yinové meridiány. Potom uvolníme tlak prstů tak dalece, aby na žádné z uvedených poloh nebyl zjis-

titelný ráz pulsové vlny; pak se tlak prstů pozvolna zesílí do takové míry, aby tepové vlny byly na všech pohmatových místech jen málo citelné. Takto jsme nahmatali povrchovou kvalitu pulsu, jež odpovídá yangovým meridiánům.

V podstatě bychom si mohli pro začátek u pulsové diagnostiky zapamatovat toto: všechny yinové meridiány probíhají vždy na vnitřní straně končetiny a místa pohmatu tepu jsou uložena vždy hluboce. Všechny yangové meridiány probíhají vždy po vnější straně končetiny a jejich místa pohmatu pulsu jsou uložena vždy povrchně. Jasně lokality odpovídají yinovým meridiánům a temně yangovým drahám.

Podle kvality pulsů potom léčebně používáme standardních bodů toho či jiného postiženého meridiánu (viz tabulka 4), jež vedou k vyrovnání vnitřní harmonie organismu.

Dnes si vysvětlujeme pulsovou diagnostiku jako projekci stavu vegetativní rovnováhy či nerovnováhy na úsek arteria radialis a na možnosti ovlivnit tento neurovegetativní systém akupunkturou.

Začátečník v pulsové diagnostice, jak tvrdí asiljší akupunkturisté, nachází vždy příliš mnoho. Proto je dobré cvičit pulsovou diagnostiku z počátku na zcela zdravých osobách. U nemocných samozřejmě využijeme k získání diagnózy především anamnestických údajů a potom si zjistíme, zda-li i naše vyšetření pulsu odpovídá diagnostickému status presens. Musíme přiznat, že v této době i u nás je málo lékařů — akupunktérů, kteří dobře ovládají pulsovou diagnostiku.

Je pravda, že v dnešní moderně vyvinuté civilizované době máme k dispozici řadu odborných vyšetření, rentgenový snímek, nejrůznější laboratorní vyšetření, jež nás vedou urychleně a správně na patřičnou diagnostickou cestu, alespoň ve většině případů. Z pilnosti, podle časových možností, si můžeme také ověřovat, zda-li by nás tímto směrem uvedla či neuviedla stará čínská pulsová diagnostika. Pokyn získaný z vyšetření pulsu arteria radialis nemůže být samozřejmě precizní diagnózou. Také nelze v dnešní medicíně z jednoho nálezu dělat definitivní závěry, a když již ano, tak pouze ve výjimečných případech.

Zkušený rakouský akupunktér Bischof, který dobře ovládá pulsovou diagnostiku, popisuje tuto jistě zajímavou zkušenost ze své praxe: „Pulsová diagnostika vyšetřujícího lékaře může přivést k postiženému příslušnému orgánu, což může být velmi cenné, například při řešení akutního břicha. Jak mi byla pulsová diagnostika užitečná, načrtnu na jednom osobním příkladě. Na dětskou chirurgii se dostal desetiletý chlapec, u kterého podle anamnézy i podle status presens vše svědčilo na klasické příznaky ileu. Nad to ještě doprovázející otec tvrdil, že chlapec byl před dvěma léty se stejnými potížemi již náhle operován pro volvulus. Čistě zvykově jsem také u tohoto zdánlivě jasného případu přezkoušel pulsy podle shora uvedených údajů. Přitom v oblasti tlustého i tenkého střeva nebyla žádná podstatná změna, objevila se však změna na pohmatovém místě odpovídajícím meridiánu sleziny a slinivky břišní. Přes protesty otce a přes pochyby několika kolegů jsem upustil od okamžité operace a nechal jsem provést různá patřičná vyšetření. Při tom se náhle ukázala glykémie 832 mg %. Šlo tedy o vzácný obraz diabetického komatu bez ztráty vědomí. Po odpovídající interní terapii tato hodnota klesla a také symptomy ileu rychle odezněly. Jestliže by byl tento chlapec tehdy ihned bez těchto vyšetření operován, měl by s největší pravděpodobností nadějí na exitus in tabula. Bez znalosti pulsové diagnostiky bych to nevěděl, a podle jednoznačných symptomů i na základě předchozího průběhu bych chlapce jistě operoval. A na poprvé zde nebyla žádná stopa po diabetes mellitus...“

AKABANEHO TESTOVACÍ METODA

Mezi modernější akupunkturistické vyšetřovací metody patří zejména Akabaneho testovací metoda. Toto testování je založeno na vyšetření rozdílů ve vnímání tepelného podnětu na koncových nebo počátečních bodech jednotlivých meridiánů. Akupunkturní klasické dráhy totiž začínají nebo končí v nejbližším sousedství nehtového lůžka prstů rukou nebo nohou, v průměru asi 3 milimetry od nehtového lůžka.

V roce 1951 si všiml japonský lékař Akabane sám na sobě, že při tonsilitidě zjistil rozdílnou vnímavost tepelného podnětu mezi malíčky obou nohou. Na straně angíny byla vnímavost na teplo podstatně snížena. V období rekonvalescence po prodělané angíně zjistil, že došlo k vyrovnávání vnímaných pocitů tepla mezi oběma stranami. Podle některých čínských a zejména japonských akupunkturů v této oblasti začíná meridián ledvin, který má svůj vztah k tonsilám. Na malíčku nohy onemocnění tonsil vyvolalo snížení vnímání tepla, tedy v oblasti koncového bodu tohoto meridiánu, a to na té straně, kde byla tonsila postižena. Tato dráha pak byla „prázdná“ a bylo nutno ji během léčby posílit. Akabane pak k ověření svého poznatku začal vyšetřovat nemocné tím způsobem, že se speciálně zhotovenou zapálenou tyčinkou, kterou umístil do zvláštního držátka, přejížděl nad uvedenými koncovými body jednotlivých meridiánů a sledoval dobu, kdy vyšetřovaný ucítí v místě aktivního bodu palčivý pocit. Tento čas pak zaznamenal, a to u všech koncových bodů. Za diagnosticky významné považoval pak výchylky, které přesáhly nejméně jedenkrát hodnotu opačné strany. Při nahřívání aktivního bodu pozoroval vyšetřovaný nejprve pocit narůstajícího tepla, které se později změnilo v palčivost.

Dochází-li k číselně vyjádřeným změnám na více drahách, považují se za léčebně důležité jen největší změny. V léčbě se pak použije tonizačního bodu uvedené dráhy na stejné straně, eventuálně souhlasného bodu uvedené dráhy (z dráhy močového měchýře — viz příslušná stať) nebo sedativního bodu na opačné straně stejnojmenné dráhy. Je možná kombinace uvedených bodů. Tato metoda má především tu výhodu, že při aplikaci jedné, eventuálně několika málo akupunkturních jehel se docíluje maximálního léčebného efektu. Růžička vyšetřoval touto léčebnou metodou celou řadu svých pacientů a oceňuje její výhody. Praktický případ z praxe:

Klasickým případem byl pacient s levostrannou ledvinovou kolikou, trvající již třetí den, než se dostavil k akupunkturóvi. Při Akabaneho testu byly největší změny nad levým meridiánem močového měchýře, kde byly hodnoty téměř šestkrát vyšší nežli vpravo. Po vymočení kaménku se snížily hodnoty zhruba na dvojnásobek druhé strany a během dvou dnů byly tyto hodnoty zcela vyrovnány.

Také u některých bolestí v oblasti hlavy a záhlaví se vyplatilo vyšetřit nemocné tímto způsobem a tonizovat příslušnou dráhu spolu s použitím souhlasného bodu.

Nutno je však podotknout, že není dosud objasněna podstata této metody. Musíme si uvědomit, že i zde můžeme někdy najít falešně pozitivní výsledky. Navíc jde o metodu velmi pracnou a dosti náročnou na čas lékaře. Růžička se pokouší tuto Akabaneho testovací metodu nahradit elektrometrickým měřením konečných aktivních bodů jednotlivých meridiánů a důležitý je fakt, že dochází k téměř shodným výsledkům jako při použití Akabaneho testovací metody.

INDIKACE A KONTRAINDIKACE AKUPUNKTURY

Ve své podstatě, je-li akupunktura prováděna odpovědně v akupunkturuře školeným lékařem, nepřináší nějaké zvláštní riziko nemocnému a sama o sobě nezhoršuje daný zdravotní stav.

Akupunktura je reflexní léčebná metoda, která se hodí k léčbě celé řady onemocnění, a to buď ke zlepšení určitých syndromů či symptomů choroby, anebo lze akupunkturu vhodně kombinovat s moderní farmakologickou či jinou léčbou nejen u člověka, ale také v oblasti veterinární medicíny. U mnoha onemocnění je akupunktura metodou volby, u některých je dokonce nadřazenou ověřenou léčebnou metodou.

Před léčbou akupunkturou je nutné provést kompletní klinické vyšetření a podle daných možností vyzkoušet všechny dostupné soudobé léčebné metody. Je-li to vhodné, nezapomínat ani na léčbu akupunkturou či ignipunkturou. Akupunktura je zásadně jako léčebná metoda nevhodná všude tam, kde jde o akutní stavy, které rozhodně vyžadují patřičný chirurgický zákrok, extrakci zubů či níže uvedenou kontraindikaci. Výhodou akupunktury je, že lze její aplikovat nemocnému v podstatě v každé fázi choroby, ať již v klidovém stadiu na počátku nemoci či potíží, nebo při jejích postupném narůstání, dokonce i v období vrcholného stavu choroby, ku příkladu při astmatickém záchvatu i ve stavu status asthmaticus. Akupunkturu lze provádět i při hysterických křečích, u vegetativních cévních krizí včetně kolapsu či šoku, a to buď samostatně, anebo i v komplexu s ostatní soudobou adekvátní léčbou daného stavu.

Nejllepších léčebných výsledků bylo dosaženo v kombinaci s medikamentózní a fyzikální léčbou u mnoha níže vyjmenovaných indikovaných chorob či syndromů. Při medikamentózní léčbě s akupunkturou nesmíme zapomínat ani na snižování dávek farmak jak podle subjektivních údajů, tak i podle objektivních fakt.

V Sovětském svazu byla dne 10. března 1959 vydána vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 106, která uvádí hlavní a vedlejší indikace akupunktury i její kontraindikace. Naše vyhláška ministerstva zdravotnictví zahrnuje akupunkturu do fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace. Plně se obě vyhlášky co do indikací a kontraindikací shodují.

V hlavních rysech uvádíme indikace a kontraindikace akupunktury.

I. HLAVNÍ INDIKACE

1. Onemocnění periferní nervové soustavy se senzitivními a motorickými poruchami [radikulitidy, neuritidy, neuralgie, plexitidy]. Periferní obrna n. facialis a neuralgie trojklanného nervu.
2. Neurózy: neurastenie, hysterie, logoneurózy, enuresis nocturna, profesionální dyskinezy, pohlavní poruchy u mužů při neurastenii, funkční hyperkinézy, tiky, blefarospasmy.
3. Vegetativní cévní poruchy jak hypertonického, tak i hypotonického typu.
4. Počáteční projevy arteriosklerózy, revmatické vaskulitidy.
5. Vegetativní cévní paroxysmy periferního původu, migrenózní stavy, morbus menieri a jiné.
6. Vegetativně cévní poruchy hypothalamického původu.
7. Endokrinní poruchy: lehké stupně tyreotoxikózy, počáteční stav diabetes mellitus, klimakterické poruchy.
8. Alergické stavy: urtikarie, atopický ekzém, neurodermatitis, počáteční Quinckeho edém, vazomotorická rýma, asthma bronchiale.

9. Dyskinézy gastrointestinálního traktu a žlučových cest.
10. Onemocnění svalově kloubního aparátu, jednotlivých i mnohočetných velkých i malých kloubů, revmatické a traumatické stavy.

II. VEDLEJŠÍ INDIKACE

1. Vedlejší poruchy prokrvení mozku.
2. Hypotalamický syndrom s neuroendokrinními a trofickými poruchami.
3. Epilepsie.
4. Roztroušená mozkomíšň skleróza.
5. Parkinsonismy.
6. Progresivní svalová dystrofie.
7. Čerstvé periferní parézy až plegie po poliomyelitidě.

III. KONTRAINDIKACE

1. Neznalost akupunktury.
2. Dekompenzované respirační a kardiální choroby, otoky jakékoliv geneze a lokalizace.
3. Akutní infekční onemocnění a horečnaté stavy, u nichž není stanovena přesná diagnóza.
4. Jakékoliv chronické infekce (brucelóza, tuberkulóza) ve stadiu zhoršování.
5. Hemofilie, přepelentanzování, krvácivé stavy neznámé etiologie, akutní leukémie.
6. Organické onemocnění, především myokardu a ledvin.
7. Těžká kachexie, akutní vyčerpanost po těžké tělesné práci, po delším běhu, po horké koupeli, po sauně.
8. Stařecká astenie u lidí starších 75 let.
9. Akutní psychózy, stavy akutních psychických vzrušení, farmakologické stavy oblužení až těžké narkomanie, alkoholické opojení.
10. Akutní bolestivé syndromy nejasného původu.
11. U gravidity do pátého měsíce.
12. U simulantů.

AKUPUNKTURA V DENNÍ PRAXI

Po seznámení se s teoretickými a teoreticko-praktickými základy akupunktury přistupme ke konkrétnímu seznamu indikací empiricky ověřených aktivních bodů u jednotlivých syndromů. V tomto pojednání, kde chceme poukázat na praktické základy akupunktury, jsme vybrali takové chorobné stavy, které dávají především dobré vyhlídky na úspěch zejména začátečníkoví v tomto oboru.

Z počátku je nejučelnější zabývat se zcela jednoduchými syndromy, jednoduchými poruchami. Ve většině případů tomu v praxi bývá právě naopak, kdy začátečník se snaží akupunkturou ihned řešit takový syndrom, který nebyl dosud zvládnutelný ani zkušenými lékaři svého oboru. Je pravda, že právě takovéto stavy jsou plně indikovány i pro akupunkturu, ale raději tyto složité případy přenecháme akupunktérovi s dlouholetou praxí.

Nejlépe je začínat s aplikací jednotlivých aktivních bodů — sám na sobě. Zde sám lékař na sobě pocítí ony popisované pocity při sezení v akupunktuře, může sám nejlépe sledovat i objektivizovat svůj zdravotní stav. Většinou se vyplácí začít s aplikací pouze jedné akupunkturní jehly a vše kolem již aktivně se zápisy sledovat.

ELEKTRO - AKUPUNKTURA

Pracoviště:

Navrh:

Důvod:

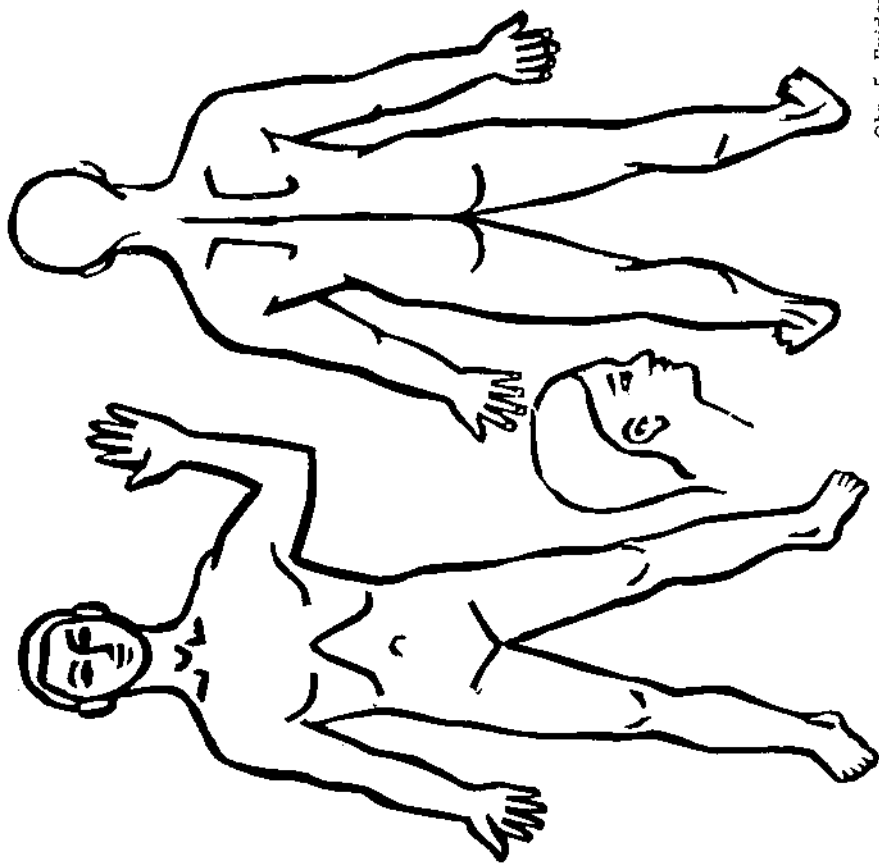
Jméno:

Dat. nar.:

Bydliště:

Počet sezení:

Snášlivost:



RA:

OA:

NO:

Dg:

Th:

Celkové zhodnocení:

Subj.:

Obj.:

PA:

Obr. 5. Evidenční karta pro elektroakupunkturu

Datum	Čas	Voltáž	Proud	Pocity	Efekt

Z počátku si vybereme nějaký zcela jednoduchý syndrom, například cervikokraniální syndrom, lépe u mladého jedince. Diagnózu musíme mít potvrzenou všemi dnešními diagnostickými prostředky, tedy včetně rentgenového snímku krční páteře v obou jejích projekcích, i lékařem specialistou v příslušném oboru. Při aplikaci jehel si necháme popsat pocity, jež nemocný prožívá a pamatujeme na to, že nemocní asi v 5 % nesnášejí psychicky vpích jehly, proto akupunkturu provádíme nejprve vleže. Nemocného pravidelně během akupunkturního výkonu sledujeme, provádíme pravidelné kontroly, z počátku nejlépe denně. Vše si zapisujeme do založené karty, a to včetně rodinné anamnézy, status presens; subjektivní potíže, objektivní hodnoty, užívané léky — jejich množství, dosud použitá terapie. Musíme myslet na to, že v případě účinnosti akupunktury pravidelně užívané léky mohou vést i k předávkování. Proto určité léky, zvláště pak analgetika, úměrně snižujeme za spolupráce ošetřujícího lékaře. Například u cervikokraniálního syndromu můžeme docílit výborný efekt po jedné i někdy dvou aplikacích akupunktury, takže člověk, který léta pojídal analgetika pro bolesti v záhlaví, dokáže vidět v akupunktuře něco mystického, něco kouzelného, co jej zbavilo bolesti. Akupunktura je výborně účinná všude tam, kde napomáhá odstranit příčinu onemocnění, například u cervikokraniálního syndromu odstraňuje i dlouholetou blokádu cervikálních obratlů, a to ve většině případů i bez následné manipulační léčby.

Důležité je dodržovat přísné zásady sterility jehel, dezinfekce určeného místa k aplikaci jehel. V založené kartě je důležité si vést přesné indikace jednotlivých bodů a tak vytvářet nejvhodnější kód aktivních bodů u individuua. Po každé aplikaci si zapsat subjektivní hodnocení pacientem, ale i přesvědčit se objektivně o účinku akupunktury. Pacient musí docházet na aplikaci jehel v pravidelných určených intervalech, musí plnit všechna poučení akupunktera, eventuálně i plnit dané domácí úkoly, především v oblasti životosprávy.

Dostí lidí, se kterými se setkáváme v denní praxi, kteří rádi docházejí na akupunkturu, jsou ve většině případů labilní a nevyrovnaní neurotici. V některých případech může jít i o masochistické tendence — snad lze takový stav nazvat „akupunkturofilie“. Naproti tomu existují lidé, kteří se vpichu tenkých jehel i po opakovaném vysvětlení celé věci přehnaně bojí — tento stav lze nazvat „akupunkturofobie“.

Jednotlivé syndromy, jež uvádíme, lze postupně zvládnout akupunkturou. Nejde o léčebné schéma, nýbrž jde pouze o návod. V aplikaci jehel se musí postupovat přísně individuálně. U kontraindikací zásadně akupunkturu neprovádět. Vyplatí se upozornit pacienta, že akupunktura není všelék.

HODNOCENÍ PRAKTICKÝCH EFEKTŮ AKUPUNKTURY

Velkým problémem stále zůstává objektivizace účinků akupunktury. Například když někoho bolí hlava a po pěti aplikacích akupunktury nám začne tvrdit, že jej již hlava vůbec nebolí, zůstává zde problémem, jak to vlastně objektivizovat, když jde vlastně o subjektivní údaj nemocného.

Kupříkladu dobře lze zobjektivizovat stav, kdy pacient po amputaci levé nohy má v paňýlu fantomové bolesti řezavého charakteru a pro tuto krutou bolest nemůže chodit o protéze. Jestliže odstráníme fantomové bolesti apli-

kací jehel, pak můžeme zobjektivizovat výkon tohoto nemocného při chůzi o protéze. Zde můžeme jasně vidět rozdíl před aplikací akupunktury a po ní. Obdobně tomu je například u diagnózy periarthritís humeroskapularis. Zde můžeme hodnotit především pasivní rozsah pohybů v oblasti postiženého ramenního kloubu, eventuálně koordinaci svalovou, někdy dokonce i svalovou aktivní sílu. U Meniérovovy choroby poznáváme, že po aplikaci jehel postižený již nevrávorá při chůzi pro závrať atd.

Ke klasifikaci léčebného efektu akupunktury musíme brát v úvahu jak subjektivní pocity pacienta, tak i objektivní nález a tyto dvě důležité hodnoty, dané dohromady, vyjádřit procentuálním ohodnocením úspěšné léčby.

Pravá dvojitá slepá zkouška lege artis (double blind) nebyla dělána. Klinicky jsme však opakovaně sledovali, že kladný efekt měl jen indikované body a body neindikované na libovolně volené místo byly bez léčebného efektu.

Uvědomujeme si, že hodnotit léčebný efekt akupunktury je velmi obtížné zejména z objektivního hlediska. Uvědomujeme si také, že níže uvedené rozdělení není absolutně přesné a vychází převážně ze subjektivních údajů léčeného pacienta. Pro snažší klasifikaci jednotlivých léčebných efektů při léčbě akupunkturou se budeme nadále přidržovat níže navrženého hodnocení, jež sme rozdělili do pěti skupin léčebného úspěchu:

1. SKUPINA ÚSPĚCHU

zahrnuje zlepšení zdravotního stavu resp. léčebného syndromu o 90 až 100 %. V podstatě jde o patologické stavy, kde je akupunktura nadřazenou léčebnou metodou. Do této skupiny patří léčba cervikokraniálního syndromu, coxitis mucosa, lumboischialický syndrom funkčního charakteru s typickou reflexní projekcí, asthma bronchiale bez emfyzematické složky atd.

2. SKUPINA ÚSPĚCHU

je zlepšení jak ze subjektivního hlediska, tak i objektivně kolem 60 až 90 %, efekt léčby je dlouhodobější (alespoň 14 i více dní). Do této skupiny lze zahrnout diagnózy: migrenózní stavy vertebrogenního původu, poruchy prokrvení dolních končetin, poruchy menstruace atd.

3. SKUPINA ÚSPĚCHU

Po aplikaci jehel se dostaví léčebný efekt krátkodobý (od 3 do 14 dnů), subjektivní úleva pacienta je i dlouhodobá (30 až 60 %).

4. SKUPINA ÚSPĚCHU

Zlepšení o 10 až 30 % původního stavu, a to jak subjektivně, tak i objektivně na dobu kolem tří dnů.

5. SKUPINA ÚSPĚCHU

Procento efektu léčby akupunkturou se pohybuje kolem 0 %. Jde o indikace nevhodné pro akupunkturu. Jmenujme například: paraparéza dolních končetin po míšní lézi, emphysema pulmonum, všude tam, kde jsou těžké destruktivní nebo anatomické změny a další.

Samozřejmě neuspějeme akupunkturou u všech stavů jež jsou kontraindikací akupunktury. V níže uvedených návodech prakticky tohoto stupně hodnocení vlastně nepoužíváme, protože jsou zde vybrány syndromy a nemoci, kde je akupunktura alespoň z 30 % účinnou léčebnou metodou.

INDIKACE SKUPIN AKTIVNÍCH BODŮ U JEDNOTLIVÝCH SYNDROMŮ

Ke zvládnutí určitého syndromu vzácně stačí aplikace jednoho aktivního bodu, a to v několika pravidelných sezeních, aby tento syndrom zcela odezněl. Například při nadměrné duševní únavě stačí denně jedenkrát po pět dní aplikovat jehlu do bodu Dd 4 [He-gu], aby nastalo celkové uvolnění a pocit vnitřního vyrovnaní v organismu. Častěji však aplikujeme určitý počet bodů po určitou časovou jednotku v pravidelných sezeních.

V našem následujícím textu je použito označení jednotlivých aktivních bodů ve zkratkách německé nomenklatury meridiánů. Zvolili jsme tyto německé zkratky proto, že literatura v německém jazyce je bohatá co se týče akupunktury, a hlavně proto, že i sovětští autoři vždy po azbukovém bodu v jeho plném fonetickém znění z čínštiny, používají vždy v závorce právě této německé nomenklatury. Vždy vedle zkratky meridiánu je uvedeno číslo. Toto číslo udává číselnou lokalizaci aktivního bodu na uvedeném klasické dráze. Chtěli jsme takto docílit stručný a jasný zápis aplikovaného bodu.

V příložených schématech jednotlivých meridiánů uvádíme plné znění aktivního bodu v jazyce anglickém, jenž je fonetickým zachycením čínské výslovnosti, francouzské zkrácené označení meridiánu, německé označení a též anglické označení patřičných meridiánů. Zvláštní body označujeme písmenem X. Pomocí těchto schémat můžeme vlastně akupunkturu a iglupunkturu studovat ve všech uvedených jazycích.

Uveďme si nyní jednoduchý praktický návod v hledání aktivního bodu z příložených schémat. Například chceme najít nejvíce používaný bod v akupunktuře: Dd 4. značí zkratku pro dráhu tlustého střeva, 4 značí bod čtvrtý na této dráze. Ze schématu dráhy tlustého střeva se nyní dovídáme tato fakta: bod se označuje anglicky HE-GU, rusky che-gu. Uložen je v hloubce 10 až 15 milimetrů, jeho optimální aplikace je po dobu 20 minut. Ve francouzské literatuře jej najdeme pod zkratkou GI 4, v anglickém jazyce jako bod Li 4. Jeho přesná lokalizace je: uložen mezi prvním a druhým metakarpem ve výši středu první kosti zápěstní.

Aktivní body z boltce ušního jsou popsány zvlášť. Kombinaci aktivních bodů z meridiánů a z ušního boltce doporučujeme raději pokročilým akupunktérům, a proto je zde neuvádíme.

NEUROVEGETATIVNÍ DYSTONIE

Neurovegetativní dystonie je nepřesný termín, ale budeme se ho v naší práci přidržovat, protože je obecně užívaný, zvláště prakticky. Lépe než neurovegetativní dystonie tento pojem nahrazuje označení neurastenie i když také nevystihuje přesně podstatu tohoto onemocnění. Vegetativní dystonie je často průvodnou reakcí nebo následkem jiných typů neuróz. U neuróz je vědecky zdůvodněna kauzální léčba, to jest analýza různých konfliktních situací a z ní vyvozena psychoterapie. Např. řešit konfliktovou situaci nemocného nebo naučit pacienta adaptovat se na zevní prostředí anebo neučit jej adaptovat se na konfliktogenní prostředí. Farmakoterapie má být pouze pomocnou metodou. Může ale někdy významně pomoci psychické analýze a terapii. Hloubková analýza psychického stavu pacienta a z ní vycházející léčba je

tak časově a lidsky nesmírně náročná, že lékaři často utíkají k různým typům psychofarmak, trankvilizérů, hypnotik, sedativ etc. Ovšem příčinně odvodněná farmakoterapie může velmi příznivě ovlivnit reaktivitu složitých zpětně vazebných kortiko-subkortiko-retikulárních okruhů a vegetativně endokrinních reakcí.

Při léčbě si musíme stále uvědomovat, že jde o neurotické pacienty. Zpravidla tyto pacienti ve většině případů špatně spolupracují. Z počátku nechodí pravidelně a včas na procedury, mají četné nevyřízené konfliktové situace, častěji prožívají nakumulované stresové momenty.

V některých případech se neurotičtí lidé i jehel bojí a dosti radikálně odmítají jejich aplikaci (akupunkturofobie). Mnozí jsou překvapeni, že nedostali nějaké tablety, jak si také někdy i vynucují jejich předpis na lékaři.

Z praxe dobře známe, že rozladěný neurovegetativní systém může vést k nejružnějším subjektivním potížím taktó nemocného. Ve většině případů jde o různé fobické stavy, třesy prstů rukou, návaly horka do hlavy, stavy předrážděnosti a náhlé únavy, návaly celkového pocení, nejružnější bolesti hlavy, či v jiných lokalitách, aniž mají objektivní podklad, atd. Některé potíže mohou dokonce po určité době vyústit i v somatické objektivizovatelné změny na přírodních orgánech. Někteří pacienti s touto diagnózou se léčí i na psychiatrickém oddělení, proto je důležité přesně vědět o užívání jednotlivých druhů léků, o jejich denní dávce, o pocitech pacienta během akupunktury i po ní. Nevyhýbáme se, zvláště v počáteční léčbě, aplikovat individuálně psychofarmaka. Důležité je u těchto pacientů nejenom aplikovat jehly do aktivních bodů, ale také působit na ně ve smyslu vyřešení konfliktové situace, a to právě v tom období, kdy budou mít akupunkturou svůj neurovegetativní systém vyvážen. Když se těmto nemocným alespoň trochu uleví, potom rádi spolupracují.

U neurovegetativní dystonie, neurastenie a dalších synonym této diagnózy aplikujeme tyto aktivní body:

Dd 4, M 36, H 3, H 5, H 6,
H 7, KS 6, KG 15, LG 16, LG 19

Výsledky se v některých případech dostaví rychle; záleží především na aktivní spolupráci nemocného, v jiných případech se výsledky dostaví později. Body vybíráme podle jednotlivých syndromů eventuálně symptomů a podle stavu nemocného. Obyčejně používáme druhou variantu sedativní. Při hyperstenické formě neurastenie jsou lepší výsledky než-li při hypostenické.

U neurovegetativní dystonie můžeme počítat s úspěchem řazených naší klasifikací do 2. skupiny.

ZVÝŠENÁ PSYCHICKÁ LABILITA

Nejčastěji se lékař setkává se zvýšenou psychickou labilitou u lidí v podobě trémy. Tréma lehkého stupně je zdravá, avšak může být i silnějšího stupně, a to u lidí exponovaných, kteří musí i často mluvit před publikem. I zde se opakovaně podařilo trému zmírnit aplikací akupunktury. Nejlepší výsledky byly dosaženy aplikací jehel do níže uvedených bodů asi jednu hodinu před vystoupením řečníka. Uvedené body můžeme také aplikovat u lidí trpících vnitřním psychogenním neklidem.

U zvýšené psychické lability úspěšně používáme aplikaci těchto aktivních bodů:

H 3, H 5 a H 7.

K podpoře můžeme použít i další body:

B 15, KS 6, Dd 4, KG 15 a LG 19.

Doslova vzpružuje unaveného člověka aplikace bodu B 10, který doporučujeme kombinovat ještě s aktivními body:

KS 6, KS 9 a LG 19.

Při nočním děsu dítěte, při častém nočním pomočování můžeme i u dítěte aplikovat jehlu do bodu KS 9 bilater. Osvědčila se preventivně aplikace u těchto stavů, a to do bodu M 44.

Používáme druhé varianty sedativní, skupina úspěchu 1, vzácněji skupina 2.

HEMIKRANIE — MIGRENÓZNÍ STAVY

Migréna je velmi časté onemocnění vyskytující se v naší populaci. Migréna (hemikranie) má velice složitou a různou etiopatogenezi. Patogeneticky u migrenózního paroxysmu ve stadiu aury jde o vazospasmy v oblasti art. carotis interna. Ve vlastní bolestivé fázi jde jednak o vazodilataci větví art. carotis externa (H. G. Wolf), jednak o vazospasmy arteriál s následnou vazodilatací a zvýšenou transudací kapilár i intrakraniálních cév. Humorálně jde o složité účinky liberovaných biogenních aminů jako serotoninu, histaminu vyvolávajícího vazodilataci a zvýšenou transudaci kapilár a kininu zvláště bradykininu, který společně s histaminem výrazně snižuje prah bolestivého čítí.

Etiologicky není migréna jednotnou nosologickou jednotkou, mohou zde působit faktor: alergické, genetické, (nejhůře ovlivnitelné farmakoterapií), faktory hormonální (např. menstruační migrény), faktory neurotické (hůře adaptibilní typy), cervikální migrény vyvolané vertebrogenními faktory etc. Různé typy migrény se nám podařilo příznivě ovlivnit i přerušit bolestivý záchvat akupunkturou, zejména v začátku paroxysmu.

Aplikací jehel můžeme zvládnout určité migrenózní stavy správně volenými aktivními body. Použití aktivních bodů vychází ze zajímavých prací Abeleho. Jeho údaje spočívají na druhu a místě výskytu záchvatu migrény. Migrenózní stavy lze takto rozdělit v podstatě do tří základních skupin:

a) Pravá hemikranie — zde nám dobře napomáhá pulsová diagnostika. Tento klasický projev migrény ve většině případů vykazuje změny kvality pulsu v oblasti dráhy žlučníku a meridiánu močového měchýře, a to ve smyslu yin, zatímco dráha ledvin a jater se nachází v yangovém stavu.

Doporučujeme aplikovat tyto aktivní body při pravostranné hemikranii:

G 43, G 40, B 64, B 67,

B 2, G 4, N 1 — vpravo.

b) Bolesti probíhající ve směru occipitální krajiny — přes parietální oblast — směřující k oku, kde bolesti mohou být buď jednostranné, nebo i oboustranné. Pulsová diagnostika říká, že meridián tlustého střeva je pozměněn ve smyslu yin a meridián ledviny na postižené straně ve smyslu yang. Při takovéto bolesti aplikujeme tyto aktivní body:

Dd 4, M 36, H 3, M 40 a N 1 — na postižené straně.

N 3 a N 6 na postižené straně.

c) Bolest udávaná do obou temporálních krajín — kdy změny pulsové diagnostiky jsou na meridiánu žaludku a tlustého střeva ve smyslu yin, yangové pulsy na meridiánu srdce.

Nejčastěji v těchto případech používáme tyto aktivní body:

Dd 4, M 36, H 3, M 40 a N 1 — na postižené straně.

Ve všech případech můžeme připojit aktivní bod B 60.

V případech, kdy jsme plně neuspěli, doporučujeme ještě připojit další body, jež je však nutné kombinovat podle teoreticky uváděných schémat:

Lu 7, KS 6, M 41, G 12, G 20,

G 38, G 39, TM 19, JM 4.

Volbu aktivních bodů volíme podle převažující etiologie migrény.

Grahl doporučuje u migrény tyto aktivní body: Le 5 bilat., M 36, M 5.

Bischko doporučuje své osvědčené body: KS 6, G 20, MP 6.

Francouzové doporučují kombinaci bodů: Lu 7, Dd 4, B 60.

Skupina úspěchu je ve většině případů skupina 1, event. skupina 2. Skupina úspěchu 3 je u geneticky podmíněných migrén. Aplikaci provádíme druhou variantou sedativní. U akutního záchvatu mízí bolest do 5 až 7 minut. U akutního migrenózního stavu doporučujeme provést akupunkturu dvakrát za den. Po první aplikaci v záchvatu se pacientovi velmi uleví, pak se mu chce spát — necháme jej prospat a pak provedeme druhou aplikaci jehel. Ve většině případů se cítí takto zcela bez obtíží. Pacient je schopen ještě též den vytvořit svůj maximální výkon. Akupunkturu doporučujeme provést celkem pětkrát, nejlépe ob den. U torpidních stavů provádíme prvou variantu sedativní.

CEFALGIE

Bolest je často důležitým ukazovatelem lokalizace patologických změn v lidském organismu. Je-li bolest v diagnostice vodícím syndromem, pak se nesnažíme za každou cenu „odstranit“ tuto bolest akupunkturou. Konkrétní příklad: například u tuberkulózní meningitidy nebudeme aplikací akupunktury zakrývat příznaky této choroby, ale budeme ji léčit adekvátně patřičnými antituberkulotiky. V naší praxi dáváme důraz na zjištění etiologie cefalgie. Každý nemocný musí mít i neurologické vyšetření.

Nemocní často udávají, že bolest hlavy trvá již řadu let, že užívají denně mnoho tablet analgetik, jiní si navykli užívat „tablety“, a to buď ze zvyku nebo dokonce jako „rituální obřad“.

Nejednou pozornou palpací najdeme u nemocného v oblasti hlavy jeho punctum dolorosum maximum. V takovémto případě můžeme využít aplikaci tohoto místa, a to po předchozí aplikaci jehel do vzdálených aktivních bodů s analgetickým celkovým účinkem. Nemusí jít lokálně ani o aktivní bod uvedený v této knize, musíme však respektovat plně anatomickou skladbu terénu při aplikaci jehly. Někdy i pouhým tlakem v tomto bodě se zmírňuje bolest hlavy, na nemocném je přímo vidět jak se mu ulevuje. Hloubka vpichu v takovémto bodě se řídí i pocity nemocného, zásadně se nesnažíme vyvolat maximální bolest, protože akupunktura není bolestivá léčebná metoda a také proto, že krutá a náhle vzniklá bolest u neurovegetabilně labilnějších lidí může vést ke vzniku kolapsového stavu.

V diferenciální diagnostice mimo jiné nesmíme zapomínat, že bolest hlavy je častým příznakem neurastenie, nevyřešených konfliktových situací, jindy

může jít o hypertonie, poalkoholový abúzus, arteriální hypertenzi, atd. Vzácněji může jít o nádor nebo absces mozku, chronický subdurální hematom etc. Proto je absolutně indikováno pečlivé neurologické vyšetření u každé bolesti hlavy včetně vyšetření očního pozadí, rtg. hlavy etc.

Je-li nám příčina bolesti hlavy známa, ovlivníme ji individuálně vhodnou kombinací aktivních bodů. Při cefalgii nepoužíváme zpravidla více jak osmi bodů v jednom sezení. Nejprve začínáme vzdálenými body, pak postupně přidáváme lokální body podle místa bolesti. Ve vzácnějších případech torpidních bolestí hlavy se osvědčuje dlouhodobé zavedení jehly v bodě 3E 21.

Při bolestech hlavy ve frontální krajině aplikujeme tyto aktivní body:

Dd 4, M 36, TM 22.

Při bolestech v okcipitální krajině:

TM 20, B 63, Le 2, B 7.

Při bolestech v temporální krajině:

M 8, 3E 5, G 11, Dd 4.

Skupina úspěchu 2 až 1. Používáme první nebo druhé sedativní varianty — až do dosažení silného pocitu úlevy a iradiace.

HYSTERIE

V ordinaci, v terénu i v nemocnici se lékař setkává s hystericky reagujícími osobami. Nejúčinnější léčbou hysterie stále zůstává ve většině případů ponechání pacienta osamotě. Hysterie v podstatě je podvědomou účelovou reakcí. Existují ovšem některé individuální i kolektivní psychologické metody, které u některých hysterií mají nesporný léčebný efekt. Prožil jsem ve své praxi tento konkrétní případ:

Byl jsem ve službě v rehabilitačním ústavu, ve 24 hodin mne volá sestra k mladému muži. Pacient byl celý křečovitě stažen, lapal po dechu, vyvaloval oči, barva tváře fyziologická, pokousán ani posliněn nebyl. Hodnoty krevního tlaku i pulsu byly v normě. Podle záznamu v chorobopisu měl podobné záchvaty v posledním týdnu celkem čtyřikrát. Orientační interní i neurologické vyšetření bylo v normě. Stanovil jsem diagnózu: hysterický záchvat. Aplikoval jsem akupunkturu, po pěti minutách byl nemocný zcela v pořádku.

Felix Mann doporučuje tyto aktivní body v léčbě hysterie:

B 13, B 15, B 22, B 32,

JM 12, JM 4, MP 6.

Při těžkých křečových stavech ještě přidat:

JM 17, JM 6, KS 7.

Provádíme druhou variantu tonizující, skupina úspěchu 1 až 2.

BLEPHAROSPASMUS

Nejlepších výsledků akupunktura dosahuje u těch blepharospasmů, jejichž podkladem je rozlada neurovegetativního systému. Nejvíce užívanými jsou lokální body. Ve většině případů používáme ty aktivní body, které jsou při jemné palpací citlivé a ukazují zvýšené napětí patřičných areálů tkáně. Tito pacienti by měli být snadno dosažitelní, protože aplikace jehel se provádí třikrát v týdnu nejlépe ob den, v šesti až osmi sezeních první sedativní varian-

tou. Lokální aktivní body v oblasti oka působí antiflogisticky i na zánětlivé procesy probíhající v oblasti spojivky. Skupina úspěchu 2 až 3. I u léčby blepharospasmu lze dobře využít především vzdálených bodů, zejména v prvních sezeních.

U blepharospasmu doporučujeme aplikovat tyto aktivní body:
G 1, B 1, 3E 21, M 36, MP 4.

MORBUS MENIERI

Toto onemocnění přichází nejčastěji ve čtvrtém až šestém deceniu. Patogeneticky jde o vazomotorické poruchy sekrece endolymfy v periferní části vestibulárního analyzátoru. Etiologie je různá, například alergická, vazoneurotická, cervikálně vertebrogenní, při začínajících organických afekcích VIII. nervu, například neurinomu akustiku atd.

Jde v podstatě o syndrom provázený nejčastěji těmito symptomy: rotační závrať vestibulárního původu, nauzea až zvracení [vestibulovagový reflex], často nystagmus prvního stupně, úchyly paží [Hautant] kontralaterálně vzhledem k rychlé složce nystagmu, úchyly deviace vstoje a chůze souhlasně s Hautantovým příznakem, někdy vzniká hučení v postiženém uchu až přechodné snížení sluchu z poruchy kochleární.

K aplikaci akupunktury přistupujeme až po opakovaném vyšetření neurologem, protože v diferenciální diagnostice se podobnými příznaky může především ohlašovat neurinom akustiku, i jiné afekce n. vestibularis a n. cochlearis.

Klasická terapie se snaží dekompromitovat endolymfatický systém pomocí léků i chirurgickými metodami, anebo trvale vyřadit z činnosti vestibulární část, případně celé ucho. Akupunkturou se v tomto případě snažíme navodit reflexogenní děje, jež normalizují činnost endolymfatického systému Cortyho orgánu.

Uvedme si příklad z praxe. Zdravotní sestra ve věku padesátí let, sloužící na obvodě, trpěla přes 5 let Menierovou chorobou. Byla pod pravidelnou kontrolou neurologického a otorinolaryngologického okresního oddělení nemocnice, kam pravidelně docházela podle objednání. I přes úsilivou terapii záchvaty této choroby recidivovaly. V zoufalství si vyžádala provedení akupunktury, byla uvědoměna odbornými lékaři, že ani tato léčba zázrak neudělá. Hned po prvním sezení v akupunktuře pocítila značnou úlevu, potíže se objevily po třech dnech. Akupunktura byla prováděna dvakrát v týdnu po dobu jednoho měsíce. Zdravotní stav se upravil k normě. Subjektivně se cítila dobře, dokonce začala pracovat s manželem na zahrádce, což prý nečinila plyných pět let. Kontrola po půl roce: bez záchvatu, občas pocítovala bolesti v záhlaví, zvláště při změně počasí.

U Meniérovoy choroby doporučujeme aplikaci těchto aktivních bodů:
V období akutního záchvatu:

Dd 4, M 36, MP 6, Lu 7, Dd 11.

Individuálně možno v průběhu léčby přidávat body:

Dü 19, M 30, KS 6, G 20, B 11, B 43, JM 12.

Používáme první varianty sedativní, u torpidnějších stavů doporučujeme ponechat dlouhé zavedení jehel [i několik hodin]. Skupina úspěchu 1 krátkodobě, 2 až 3 dlouhodobě.

NEURALGIE NERVI TRIGEMINI

Pro praktika je velmi důležité rozeznat tzv. esenciální neuralgii trigeminu od neuralgie sekundární. Esenciální neuralgie trigeminu se projevuje krátkými šlehy nesnesitelných bolestí, v některé ze tří větví trojklanného nervu.

Etiologie je zatím nejasná, novější výzkumy ukazují snad na možnost virusové etiologie v některých případech. Neuralgie sekundární se naopak projevuje trvalou bolestí různé intenzity a je způsobena organickými lézemi komprimujícími nervus trigeminus v různých částech jeho anatomického průběhu. Může například jít o nádor báze lebni, stlačující trojklanný nerv, o vzácný neurinom nervi trigemini, bývají objektivní neurologické příznaky jako poruchy trigeminových reflexů, hypesthesie či hyperesthesie, motorické poruchy třetí větve a v dalším průběhu objektivními příznaky sousedních mozkových nervů, atd. Objektivní poruchy jsou vždy trvalého rázu. V každém případě je absolutně nutná konzultace neurologa.

Do ordinace akupunktéra přicházejí lidé s postiženým trojklanným nervem ve většině případů až ve fázi, kdy je již navržen operativní zákrok. Převážně jde o jedince, kteří jsou bolestí vyčerpáni, zoufalí, nešťastní. Často vidí poslední naději v provedení akupunktury. Aplikace akupunktury je vhodná u této diagnózy i těmi lékaři, kteří se prakticky začínají s touto léčebnou metodou zaměstnávat. Začátečníkovi doporučujeme volbu vzdálených aktivních bodů; až po získání určité praxe možno aplikovat jehly i do bodů, jež se nacházejí v blízkosti ohniska bolesti, jinak hrozí nebezpečí paradoxní fáze léčby. Prakticky to znamená, že nedocílíme utlumení bolesti v oblasti n. trigemini, ale ještě naopak bolest rozjítíme do nesnesitelné intenzity. Proto dáváme přednost při léčbě neuralgie n. trigemini vzdáleným bodům, jež můžeme aplikovat v pravidelných tří denních intervalech až do vyléčení. Důležité jsou pravidelné kontroly u neurologa, zejména je důležitá diferenciální diagnostika v této oblasti. Nesmíme zapomínat ani na konzilium zubního lékaře a otorinolaryngologa.

Aplikace jehel je u neuralgie trigeminu velmi efektivní, často již po prvních sezeních nastává zlepšení. Používá se nejčastěji první, event. druhé varianty sedativní. U těžkých až nesnesitelných bolestí lze ponechat jehly zavedeny i po dobu 48 hodin event. i déle (k tomu jsou určeny speciální T-jehly).

Z počátku doporučujeme aplikaci těchto aktivních bodů u neuralgie nervi trigemini:

vzdálené body: Dd 4, M 36, B 60.

V léčebném schématu se různí autoři v detailech liší. Většinou však také doporučují začínat s aplikací vzdálených bodů, jež mají především celkový účinek na reaktivnost organismu jako celku, z počátku raději na straně zdravé.

Dále se postupuje zcela individuálně podle postižení určité větve nervu trigemini.

Při neuralgii I. větve trigeminu aplikujeme tyto aktivní body:

G 14, B 2, 3E 21, G 1, TM 22.

U neuralgie II. větve trojklanného nervu aplikujeme body:

M 2, M 6, M 7, Dd 20, Dd 19.

U neuralgie III. větve trigeminu použijeme body:

3E 17, M 2, M 7, G 20.

Jiní autoři vybírají body přechodu nebo sedativní body drah, na nichž je buď subjektivní, nebo palpační největší bolestivost. Ze vzdálených bodů je

možno si vzít na pomoc ještě body Lu 7 a G 41. Tonizačního účinku dosáhneme z protilehlého bodu M 40 a na straně bolesti Lu 7. Nedojde-li ani tentokrát ke zlepšení, pak můžeme přidat bod G 38 na protilehlé straně.

Teprve až po několika sezeních, alespoň po třech, kdy dojde v tomto období k přeladění organismu, lze použít místních bodů v oblasti obličeje:

pro I. větev n. trigemini: G 14 a G 20

pro II. větev n. V.: Dd 20, M 2, Dů 19, M 7

pro III. větev n. V.: JM 24, M 5, Dů 17, 3E 17

Místní aktivní body lze přesně zjistit velmi jemnou palpací tak, že přejíždíme prsty pozvolna pokožku v oblasti citlivé větve trojklanného nervu. Po aplikaci vzdálených bodů pak provádíme ve vyznačených citlivých bodech šetrnou, ale ráznou aplikaci nejkratší akupunkturní jehly. Z počátku jenom 2 až 3 milimetry hluboko. I v období latentně probíhající neuralgie trigeminu může vzniknout i krutá bolest, na to raději upozorníme pacienta předem. Tato ataka bolesti však ve většině případů během několika vteřin rychle odeznívá a u pacienta nastává okamžik velké úlevy, často provázený příjemným pocitem rozlévání tepla, což se objektivně může znázornit jako rudá okrouhlá makula kolem aplikované jehly.

Skupina úspěchu efektu léčby akupunkturou u trojklanného nervu je 1–2. U esenciální neuralgie trigeminu dochází k častým recidivám, i když po akupunktuře bolest nedosahuje původní intenzity.

Nyní konkrétní případ. Obrátila se na mne o pomoc čtyřicetiletá zdravotní sestra z chirurgického oddělení okresní nemocnice pro stálé kruté bolesti v oblasti I. a II. větve pravého trojklanného nervu. Bolesti byly nejsilnější v noci, nemohla pro bolest nosit na hlavě ani sesterský čepček, nesla dokonce ve vlasech ani jednu sponku. Byla zoufalá, měla jít do invalidního důchodu. Podstoupila dvě operace pro tuto bolest, ale bolest se nezmírnila. Diagnóza byla opakovaně neurologem i zubním lékařem potvrzena. Začal jsem s aplikací vzdálených bodů, pacientka zejména po třetím sezení pocítila značnou úlevu, což se projevilo i objektivně: snesla již vlasovou sponku, sesterský čepček jí přestal dělat problémy. Bolesti však ještě záchvatovitě přicházely zejména v nočním období, protože se dala zařadit i do nočních služeb a jak sama přiznala, hodně jí tyto služby vyčerpávaly. Po osmi sezeních udávala, že se cítí výborně, zcela bez bolesti v oblasti postiženého trigeminu, noční služby slouží již bez potíží. Kolegyně v tom vidí doslova zázrak, protože prý po pěti letech opět dokáže bavit se ne o svých potížích, ale dokonce o radostech a starostech buď svých, nebo druhých lidí. Je tomu nyní přes dva roky, bolesti zcela ztratila, cítí se dobře. Od té doby nedošlo ani jednou k recidivě ani k náznaku záchvatu trigeminové bolesti. Stále pracuje v původním povolání.

PAREISIS NERVI FACIALIS

Zásadně u obrn n. facialis rozeznáváme periferní formu, projevující se obrnami svalů inervovanými první větví [pacient nemůže sraštit čelo, zavřít horní víčko etc.]. Při centrální obrně je inervace celé prvé větve lícního nervu neporušena v důsledku bilaterální korové reprezentace a obrna postihuje jen dolní větev [dolní koutek ústní je níže na postižené straně, obrna lícních svalů, m. platysma etc.]. Centrální obrna n. facialis je vždy kontralaterálně vzhledem k místu patologického ložiska, nejčastěji v důsledku cévních mozkových poruch provázených spastickou hemiparézou atd.

Parézu n. facialis musí vždy diagnosticky potvrdit neurolog. Dále se také

neurolog vyjadřuje k léčbě tohto stavu. Akupunktura není vhodná tam, kde jde o totální lézi nervus facialis, a také ne tam, kde paréza n. facialis trvá déle jak dva roky, i když vzácně i v těchto pozdních případech může dojít ke zlepšení postižené oblasti n. facialis.

V akutní fázi doporučujeme začít vzdálenými body. Lokálně vždy na straně zdravé — takto reflexně působíme analgeticky i protiedematózně přes CNS na stranu postiženou. Při třetím až čtvrtém sezení cíleně aplikujeme i lokální body postižené tváře. Z počátku používáme druhou variantu tonizační metody, později při objektivizovatelném zlepšení druhou variantu sedativní metody. Doporučujeme každé tři minuty každou jehlu pootočit, aplikaci jehel provádět v akutním stadiu nejlépe ob den. Nejvhodnější pro aplikaci akupunktury jsou zcela čerstvé případy, nejlépe ne starší jak sedm dní. Ve většině případů nastává objektivní zlepšení již po prvním sezení. Doporučujeme minimálně deset sezení.

Stimulační reflexní metodický postup akupunktury vede ve většine případů ke zlepšení hybnosti všude tam, kde je zachována alespoň částečná inervace mimických svalů. Patologické synkinézy svalstva v oblasti mímiky se mohou přechodně v průběhu léčby akupunkturou i zhoršit. U tvrdošijných patologických souhybů a vzniklých již kontraktur v oblasti mímického svalstva je akupunktura velmi málo účinná.

Úspěch u akutních případů periferní obrny lícního nervu se pohybuje ve skupině 2—1. (Byly objektivizovány i elektromyograficky — Vymazal, Tuháček). U chronických lézí n. facialis skupina úspěchu 2—3. U centrálních obrn lícního nervu jsou výsledky daleko horší.

Podle individuálního výběru doporučujeme tyto aktivní body:

G 41, G 14, G 1, B 2, 3E 21, 3E 1, 3E 3,

M 5, Lu 10, M 7, 3E 23, M 3, M 2, M 1,

Dü 18, Dü 19, 3E 23, 3E 17, G 2.

INTERKOSTÁLNÍ NEURALGIE

Interkostální neuralgie není vzácností. Často jde o blokády interkostálních kloubů, které léčíme cílenou manipulační terapií, někdy o stavy po herpes zooster, vzácněji z esenciální příčiny. Mezižební neuralgie jsou typické svou krutou bolestí, zabraňují v rozvíjení se dýchací vlny v oblastí postižených žebor. Postižený tuto oblast hrudní reflexně šetří, opatrně ulehá na postiženou stranu. Léčebně jsou v nejednom případě tyto mezižební neuralgie tvrdošijné vůči soudobým analgetikům.

Hlavním bodem pro aplikaci akupunktury při neurologicky ověřené diagnóze interkostální neuralgie je bod KS 7 na postižené straně. Výhodné je tento bod aplikovat hned od počátku dlouhodobě, a to alespoň na dvě i více hodin, nejlépe jehlou pro dlouhodobé zavedení. Vždy v oblasti postiženého interkostálního nervu se aplikují body místní s maximální palpační bolestivostí, a všechny přilehlé aktivní body v postižené oblasti, dále body ležící v oblasti přechodu chrupavky ventrální části žebra a v oblasti na dorzálním zakončení žebor. Ze vzdálených bodů aplikujeme bod 3E 5 bilaterálně a bod B 60 též bilaterálně.

Časové intervaly aplikace jehly aplikujeme pro dlouhodobé zavedení nejlépe po dobu dvou až šesti hodin, vždy po dvanácti hodinách, tedy dvakrát denně až do celkového vymizení bolestí, optimálně po sedm dní.

Efekt skupiny úspěchu 2—1.

Konkrétní případ

Pro herpes zoster v oblasti pátého až sedmého žebra vpravo v oblasti medioklavikulární čáry byla hospitalizována šedesátiletá pacientka. Krevní obraz s diferencíálem a další laboratorní výsledky potvrdily, že nejde o žádný začínající záhadný proces v organismu. Byla indikována akupunktura. Po šesti sezeních pacientka necítila žádnou bolest v oblasti postiženého mezižeberního nervu, i morfologicky došlo k ústupu zoosteriformních eflorescencí. Tato nemocná se během sedmi dnů zcela normalizovala, objektivně bylo vidět rozvinuté pravidelné dýchání, subjektivně bez potíží, zcela spokojená. Současně nebyla nasazena žádná jiná medikace.

PORUCHY V OBLASTI SEXUÁLNÍ

Sexuální poruchy nejsou dnes vzácné co do výskytu, zejména u mužů. Anamnesticky zjistíme ve většině případů neurovegetativní nesoulad v organismu, nadměrné kouření, sklon k většímu konzumování alkoholických nápojů. Nejednou spolu běží i jiné onemocnění, jako ku příkladu migréna, chronická gastritida, mukózní kolitida či jiná nemoc.

Další příčiny impotentia coeundi mohou být: nedostatek chuti k souloži, celková vyčerpanost, nedostatek erekce na neurotickém podkladě, hypogonitismus, homosexuální založení atd.

Z nejčastějších sexuologických potíží, které lze ovládnout akupunkturou, je ejakulatio praecox, nedostatečné nebo nadměrné libido, neurevegetativní impotence.

U obou pohlaví humorálně působící body jsou: B 31 a LG 16. Dále možno doporučit body uvedené u neurovegetativní dystonie, plus KG 15 a LG 19.

Sexuální poruchy by měl především posoudit sexuolog a vyjádřit se k léčbě i akupunkturou. Pokud lze kauzálně uvést poruchu ve vztahu s jinou základní chorobou, pak je nutné adekvátně léčit primární chorobu.

U sexuálních poruch vzniklých na neurovegetativním podkladě doporučujeme tyto aktivní body:

M 30, M 36, N 6, KG 4, KG 6, LG 4, KS 6, N 11.

Používáme druhou variantu sedativní, skupina úspěchu 2. Důležité je dodržovat střídou životosprávu, nekouřit. Odstranit konfliktové situace.

NESPAVOST

Nespavost je příznak, který často ještě s jinými projevy doprovází neurovegetativní dystonii. V případech inverzního spánku je zapotřebí především neurologického vyšetření (EEG, REM) a interního vyšetření se zaměřením na játra. Jestliže chceme přistoupit k léčbě nespavosti akupunkturou, pak je nutné diferenciatně diagnosticky rozlišit, zda-li podkladem této nespavosti není patřičné organické onemocnění. Proto vedle interního vyšetření žádáme vždy neurologické konzilium, event. vyšetření u psychiatra.

V léčbě nespavosti používáme tyto aktivní body:

N 6, B 62, LG 19

Při nespavosti vzniklé z celkové slabosti, únavy a přepracování doporučujeme aplikovat ještě body: M 36, MP 2.

Narušení funkce žaludku spojené s nespavostí při negativním interním závěru vyžaduje aplikaci bodu KG 13.

Při nespavosti dostavující se při náhlých změnách počasí s bolestmi hlavy, doporučujeme vyzkoušet body MP 5 a N 8 bilaterálně.

Všechny uvedené aktivní body jsou dobře dostupné i samému lékaři, který provádí akupunkturu, jinými slovy může být akupunkturista i sám sobě léčitelem.

Provádíme druhou variantu sedativní, nejlépe ve večerních hodinách, a to denně. Dobrý efekt se dostavuje většinou až při čtvrtém až šestém sezení. Doporučujeme alespoň dvanáct sezení, event. po týdenní pauze celý cyklus sezení zopakovat.

Dobré výsledky také dáva moxa aplikovaná do bodů:

M 36 a Dd 4

Skupina úspěchu 2—1.

Při započaté léčbě akupunkturou je nutné odstranit všechna hypnotika, protože vlivem akupunktury se může jejich vliv potencovat, a také z důvodu ověřitelnosti účinku akupunktury musíme všechny sedativně působící medikamenty vynechat.

PORUCHY PROKRVENÍ DOLNÍCH KONČETIN

Na dolních končetinách ve většině případů jde o kombinované změny prokrvení, a to jak o arteriální obliterace, tak i změny v oblasti žilního systému. Zcela jednotné změny žilního systému v oblasti dolních končetin jsou vzácné. K aplikaci akupunktury přistupujeme až po konzultaci s chirurgem, dermatologem, event. internistou (cévním odborníkem) a neurologem.

Při arteriální obliteraci nejdůležitějším bodem je bod MP 6. Dále bilaterálně přidáváme body N 8 a Le 5. U torpidnějších stavů, komplikovaných zejména poruchami na žilním systému, přidáváme ještě individuálně tyto aktivní body:

B 40, B 58, B 60, G 34, G 40, M 36, Le 2, Le 3

Vyhýbáme se aplikaci místních bodů ležících v oblasti rozsáhlého varikózního komplexu, v oblasti exkoriací či počínajícího bércevého vředu. Opatrně aplikujeme jehly na trofickém terénu kůže a podkoží. Diabetici by měli mít kompenzovaný diabetes při aplikaci akupunktury na dolních končetinách. Aplikovat jehly v období rozvíjející se diabetické gangrény je přísně kontraindikováno.

Používáme druhou variantu sedativní, skupina úspěchu u počínajících poruch prokrvení na dolních končetinách 1—2, u chronických stavů, které nejsou ještě v dekompenzaci, 2—3. Důležité je dodržovat šetřící životosprávu, protisklerotickou dietu, přestat kouřit, být pod kontrolou odborného lékaře.

Uvedené body velmi zlepšují i stavy claudicatio intermitens.

Konkrétní příklad z praxe. Ambulantně se léčil akupunkturou u mne 59-letý ředitel jednoho závodu. Interně byl zdrav, občas trpěl kolísavou hypertenzí. Asi po čtyři roky trpěl krutými až křečovitými bolestmi v oblasti obou lýtek, více vlevo. Po ujiti padesáti metrů se musel vždy zastavit pro šokující bolesti v lýtkách. Při aplikaci osmého sezení akupunktury, která byla aplikována jedenkrát týdně, došlo během dvou měsíců k následujícímu zlepšení: ušel po rovině i dvě stě metrů, než se musel zastavit k odpočinku pro počínající bolest v lýtkách. Již nikdy nedošlo k původně subjektivně prožívané bolesti. Po půlroční kontrole se zastavoval přibližně kolem tisíce metrů. V noci jej bolesti neprobouzejí, nemívá křeče v lýtkách ani po dvouhodinovém sezení na poradě, psychicky je čilejší a subjektivně spokojen. Jak sám udával, žádná jiná léčebná metoda mu nepomohla tolik jako akupunktura.

ULCUS CRURIS

Vše o čem jsme se zmínili o oblasti poruch prokrvení na dolních končetinách v podstatě platí i u léčby bércevého vředu akupunkturou. V podstatě lze říci, že venózní bércevé vředy zabírají mnohem lépe na akupunkturu než vředy arteriálního původu.

Ulcus cruris varicosum bývá nejčastěji komplikací varikózního komplexu a superficiálních i hlubokých tromboflebitid. Vyvíjí se někdy prohlubováním mokvajících ložisek, kapilaritid, jindy pod drobným pevně lpícím stroupkem, nebo navazuje na malou ranku či exkoriaci nacházející se v oblasti kotníků, bérce event. nártu. Šíření ulcerace a její prohlubování je někdy pozvolné, jindy rychlé až bouřlivé. V podstatě lze říci, že povrchnější vřed bolí nemocného většinou mnohem více než hluboký bércevý vřed. Bolestivost se zvyšuje zejména tehdy, přidává-li se arteriosklerotické obliterace tepen takto postižené dolní končetiny. Komplikací bércevého vředu bývá erysipel, mikrobiální ekzem, vzácně spinocelulární karcinom.

I zde léčbu zhodnotí nejdříve dermatolog, cévní odborník — internista event. cévní chirurg.

Hlavním bodem u bércevého vředu je aktivní bod N 8, který kombinujeme s bodem MP 5 jako doplňující bod používáme Le 9. V bezprostřední blízkosti (asi 1 cm od okrajů) bércevého vředu aplikujeme 4 až 6 jehel do nejbližší se nacházejících aktivních bodů. Jsou-li okraje kalózní, musíme takovéto okraje chirurgicky snést. Při aplikaci akupunktury i nadále probíhá lokální adekvátní terapie pod dohledem dermatologa.

Používáme z počátku asi po tři až čtyři sezení druhou variantu tonizující, potom druhou variantu sedativní. Celkem 8 až 12 sezení, po šestitýdení pauze můžeme léčbu zopakovat.

Skupina úspěchu 2.

Praktický příklad: 55letá obézní žena s vyšším krevním tlakem trpěla po dva roky bérceovým vředem velikosti 3×3 cm oválného tvaru, v centru hlubokého asi 4 mm, povrch čistý, s klidným okolím. Přes vyčerpávající lokální i celkovou léčbu dermatologa zůstával vřed stacionární. Po aplikaci šesti sezení akupunktury došlo ke zmenšení vředu na 1×1 cm, za další čtyři týdny bez bolesti, vřed se zcela zahojil pevnou jizvou. Po jednoroční kontrole přetrvává klidná jizva, bércevý vřed nerecidivoval. Subjektivně pocítuje pacientka v oblasti jizvy zvýšené kožní napětí.

KOŽNÍ CHOROBY

U kožních chorob není akupunktura hlavní léčebnou metodou, ale může se stát podpůrnou pomocnou reflexní léčebnou metodou při mnoha kožních onemocněních, zvláště tam, kde je příčina kožních nemocí stále dosud neznáma.

Mnohé kožní nemoci před érou antibiotik, antimalarik a kortikoidních preparátů byly velmi odolné vůči terapii, zlepšování kožního onemocnění probíhalo velmi zvolna. Pokožka je v dnešní moderní době vystavena účinku nejrůznějších preparátů, a to ať již v chemické formě ku příkladu pracích prostředků nebo kosmetik. Nutno zdůraznit, že kůže netvoří pouze obal organismu, ale vytváří s organismem harmonický celek, kůže je samostatný orgán. Pokožka v případech celkové či místní alergie dokáže velmi rychle

reagovat na alergen, který se v některých případech velmi obtížně indentifikuje. Akupunktura dokáže obdobně jako antihistaminika ovlivňovat alergickou reakci v lidském organismu jako celku. Nejlépe to vidíme u atopického ekzému, kdy aplikace jehel vede již během sezení ke zmírnění především pruritu, po několika sezeních ložiska blednou a postupně se zmenšují. U mnohé kožní nemoci touto nespecifickou cestou můžeme zlepšit nebo urychlit průběh onemocnění. Je zcela samozřejmé, že nemůžeme akupunkturou léčit taková onemocnění, jako je lues, lepra, kožní tuberkulóza, melanosarkom či jiné druhy karcinomů, keratoakanthom, hereditární choroby, atd.

Při léčbě kožních chorob používáme především bodů, jež napomáhají při látkové výměně (viz Johannes Bischo):

B 40, B 58, N 2, N 6, Le 13, Dd 2, Dd 4

U chronických dermatóz je žádoucí, aby při aplikaci bodu B 40 vystoupilo několik kapek krve, takto se vytvoří v podkoží mikrohematom, který působí v tomto poli tlakově po celou dobu svým tlakem, než-li se zcela vstřebá.

Silně svědící a mokvajcí dermatózy, především mokravé stadium atopického ekzému, doporučujeme ošetřit z aktivního bodu B 47. U chronického ekzému přidáváme bod Dd 11 v kombinaci s výše uvedenými body látkové výměny. U kožních chorob se snažíme vystačit s použitím minimálního počtu jehel. Vždy na začátku léčení kombinujeme jeden bod jednoho meridiánu s dalším bodem jiného meridiánu, nejlépe podle pulsové diagnostiky. Praktický příklad:

Kombinujeme body Dd 4 s B 40, B 40 s N 2, nikoliv však body Dd 2 a Dd 3 nebo N 2 a N 6. Pokud existuje silný pruritus aplikujeme body: Le 6, Dd 11 a B 13. Při pruritu v oblasti ušní krajiny doporučujeme body: N 3, B 35, B 40, B 57, Le 2 a TM 2. U ekzematických změn v oblasti zevních pohlavních orgánů doporučujeme aplikovat body: MF 4, Le 2, Le 3, Le 8. Úspěšné je použít aktivních bodů látkové výměny spolu s lokální soudobou terapií u psoriasis vulgaris. Při furunkulóze se doporučuje aplikace bodů: B 62, Dd 11 a N 2. Při akute juvenilis tyto aktivní body: Dd 11, N 2 nebo D 1 a N 2. U herpes zooster hlavním léčebným bodem je bod KS 7 a B 60. U torpidnějších případů přidáváme bod H 3. Do středu ložiska dáváme jednu až dvě akupunkturní jehly, nikoliv však do vlastní eflorescence! Do okolí ložiska, do aktivních bodů nacházejících se v jeho okolí asi jeden až dva centimetry, aplikujeme čtyři až pět jehel. Dosáhneme takto urychlený průběh hojení s minimální bolestivostí herpetického ložiska.

U eflorescencí, nacházejících se v oblasti lebky, používáme tyto aktivní body: Dd 4, Dd 11, Lu 5. V oblasti nosu a nosní přepážky bod M 45. Oblast krku a šíje bod Dd 8. V podpaží body G 38 a G 40, vzácněji G 43. Patologické kožní procesy nacházející se na horní končetině lze pozvolna ovládat z bodu Dd 11, na dolních končetinách z bodu G 30.

Používáme z počátku druhou variantu tonizační, po třetím až čtvrtém sezení druhou variantu sedativní.

Skupina úspěchu u atopického ekzému a neurodermatidy u psoriasis vulgaris 2—3, u pruriga 3, u ostatních uvedených dermatóz 2—3. U lichen ruber planus (použití bodů látkové výměny) se zmírnil pruritus. Vitiligo, lupus erythematoses disseminatus — diskoidní forma, sklerodermia circumscripta a další zde neuvedené kolagenózní choroby či choroby s neznámou etiologií se nepodařilo dosud výrazně ovlivnit akupunkturou.

RHINITIS ALLERGICA

Alergická rýma, zejména senná rýma, se v současné době velmi těžce ovlivňuje medikamentózními preparáty. K provedení akupunktury přistupujeme až po vyčerpání všech možností včetně desenzibilizace autovakcínou pacienta.

Rhinitis vasomotorica je projev alergické reakce organismu s labilním vegetativním nervstvem na různé podněty: náhlá změna teploty, různé druhy prachů, potraviny, léky, bakterie a podobně. Vzniká náhle, tento záchvat se prozrazuje kýcháním, vodnatým sekretem. Ve většině případů záhy přechází ve svou chronickou formu. Sliznice je zduřelá, nabývá bleděružové barvy, pacient nemůže dobře dýchat nosem.

Nutno předeslat, že úspěch v léčbě chronické alergické rýmy se nedostává ihned, je zde zapotřebí trpělivosti. Nejednou prvé známky úspěšného léčení akupunkturou přicházejí až u šestého nebo sedmého sezení. Bezprostředně po aplikaci jehel pacient ve většině případů pocituje úlevu při dýchání, zejména v oblasti nosní sliznice, objektivně se sníží sekrece nosní sliznice, která je-li prokrvena postupně, během dalších sezení bledne. Z počátku tento efekt trvá krátce, několik hodin až dní. I toto je velkým povzbuzením pro pacienta, který podobnými potížemi trpí ku příkladu patnáct až dvacet let. Je třeba o takovémto průběhu léčení nemocného poučit již před počátečním akupunkturou.

Vhodné je tuto léčbu započít asi osm až dvanáct týdnů před začátkem pylové sezóny, nejdéle však alespoň tři týdny před předpokládanými potížemi, což víme z anamnézy. V příštím roce je nutno léčbu zopakovat alespoň čtyřmi až šesti sezeními. V akutním záchvatu aplikace akupunktury není tak účinná jako v klidové fázi alergického onemocnění.

Všeobecně protialergického účinku dosahujeme aplikací těchto aktivních bodů:

Dd 4, Dd 11, B 13, B 40

Při senné rýmě aplikujeme ještě tyto další body:

Dd 19, M 4, G 20, B 1, B 2, TM 26

K odstranění neurovegetativního rozladění možno použít body: B 10 a M 36.

Provedení: prvé a druhé sezení provádíme prvou variantou tonizující, třetí a čtvrté sezení druhou variantou tonizující, další aplikace jehel provádíme druhou variantu sedativní.

Skupina úspěchu léčby: jestliže vezmeme jako kritérium okamžité uvolnění nosní sliznice a zlepšení dýchání — 1—2, postoperativní záněty vazomotorické povahy v oblasti dutiny nosní jsou většinou řazeny do skupiny úspěchu 3.

Léčbou této nemoci může si úspěšně i začátečník akupunkturista ověřit vliv akupunktury na lidský organismus a očividně se přesvědčit o jejich okamžitých účincích.

ASTHMA BRONCHIALE

Hlavní pole akupunktury v oblasti respiračního traktu představuje asthma bronchiale. Právě zde jsou očividné úspěchy, zejména u dětí, a tak se musí akupunkturista právem divit, proč právě při tomto onemocnění se nestala akupunktura pravidelnou léčebnou metodou.

Při výběru jednotlivých aktivních bodů u asthma bronchiale je zapotřebí brát zřetel na tyto uvedené složky bronchiálního astmatu:

1. spasmus hladké svaloviny v oblasti bronchiálního kmene a bronchiolů.
2. alergický faktor,
3. psychický faktor, respektive strach ze záchvatu.

Dále musíme brát v úvahu především klimatické podmínky, povolání nemocného, hereditární vliv — toto však akupunkturou ovlivnit nemůžeme. Ten z faktorů, který je v popředí, musíme cíleně léčit jako první.

Uvedeme nyní rozličné specifické účinky aktivních bodů, které je možno mezi sebou individuálně kombinovat, a to především podle rozvoje astmatického záchvatu.

Hlavním bodem pro všechna dění v oblasti thoraxu je bod KC 17. Hlavním bodem pro oblast plicního parenchymu je bod B 13. K potlačení, event. zastavení každého čerstvého rozeběhlého astmatického záchvatu používáme bod Lu 7. Můžeme dále postupně připojit tyto aktivní body: Lu 1, Lu 2, M 13, N 27. Při snížené expiraci nebo inspiraci aplikujeme též bod B 17. Tento bod je hlavním bodem pro ovládnutí činnosti bránice. Těmito aktivními body dosáhneme rychlého a dlouhotrvajícího ulehčení při dýchání. Pokud k astmatickým záchvatům dochází za určitých okolností, ku příkladu v mlze, v období bouřky a podobně, přidáváme ještě bod 3E 15. Při purulentním sputu můžeme k patřičné soudobé moderní medikaci v případě astmatického terénu ještě přidat hlavní bod tlumící všechny zánětlivé procesy nacházející se kdekoli v našem organismu. Jde o aktivní bod 3E 5. V praxi se ukázalo, že je dobré jej kombinovat s bodem B 11.

Uvedené aktivní body a jejich individuální kombinace se osvědčují především u juvenilního typu astmatu. Jak udává J. Bischko ve svých pracích, výsledky jsou až 100 %. U dospělých jsou výsledky řazeny do skupiny úspěchu léčby 1—2. Výsledky u dospělých jsou v přímé závislosti na velikosti a funkčním vlivu současně existujícího emphysema pulmonum. V podstatě zde platí poznatek, že čím je plicní emfyzém větší, tím bude menší úspěch při aplikaci akupunktury. Jestliže se kdekoli nacházejí již mechanické změny, tam zákonitě nemůže akupunktura uspět. Silné deformace thoraxu, pokročilé skoliózy, gibbus, ptačí typ hrudníku a jiné patologické stavy též hrají svou negativní roli při aplikaci akupunktury.

Uvedené dosažitelné body v oblasti sternu lze ovlivnit akupunkturou. Je důležité patřičně poučit inteligentního nemocného, aby nedošlo především k popálení ohřívané oblasti pokožky. Ignipunkturu v domácích podmínkách docílíme hořící cigaretou. Nemocný si vezme cigaretu do ruky hořícím směrem ke sternu, dá ji do určité vzdálenosti nad předem lékařem vyznačené místo (aktivní bod), a to do takové vzdálenosti, aby pocíval příjemné horké teplo. V průměru jde o vzdálenost čtyři až šest centimetrů od pokožky sternu. Takovéto teplo ponecháme zpočátku působit pět minut, přidáváme denně po jedné minutě až do deseti minut. Provádíme po dobu sedmi dnů, nejlépe jedenkrát denně. Potom je důležitá zotavovací pauza po dobu tří až sedmi dnů. Toto může pacient v domácích podmínkách i mnohokrát opakovat. Nejlépe je začít dráždit aktivní bod u nemocného akupunkturou a pak přejít na ignipunkturu. Po dobu doma prováděné ignipunktury jsou nutné pravidelné kontroly u akupunktéra.

Ke tlumení strachu u nastávajícího astmatického záchvatu používáme aplikaci jehel do těch aktivních bodů, které se osvědčily u pacienta při zvýšené psychické labilitě. Jde o tyto aktivní body: H 3, H 5, H 7, M 36, KG 5 a LG 19.

Zajímavé jsou vztahy mezi onemocněním asthma bronchiale a dalšími určitými chorobami. Například je znám vztah mezi atopickým ekzémem dětí a astmatem bronchiale. Jestliže je v popředí tento ekzém, pak ustupuje asthma bronchiale, ale neustupuje infantilní ekzém. Obdobný vztah vidíme u dospělých mezi obstipací a astmatem bronchiale. Bischko popisuje tuto zkušenost: „Měl jsem zajímavý případ asthma bronchiale u mladého zemědělce. Tento muž trpěl již od dětství těžkými astmatickými záchvaty a kromě toho trvale trpěl obstipací. Záchvaty astmatu nebylo možné medikamentózně téměř vůbec ovlivnit. Už při první aplikaci jehel se dostavila u tohoto pacienta prudká diarrhoe. V tomto období údajné astmatické záchvaty, jež se měly zákonitě dostavovat, se náhle nedostavily. Po týdnu jsem zastavil dlouhotrvající průjem aplikací jehly do bodu MP 4, což ihned zabralo. V následujících dnech se však náhle opět projevilo jeho asthma bronchiale. Po aplikaci protiastmatických bodů se opět dostavil průjem. Tak se další léčba odehrávala mezi astmatem a diarrhoeou, oboje se však od sezení k sezení projevovalo v menší intenzitě. Až konečně byly odstráněny obě poruchy, výsledek dlouhodobě přetrvál.

Alergickou složku astmatu léčíme použitím bodů látkové výměny:

B 40, B 58, N 2, Le 13, Dd 2, Dd 3, Dd 4.

Provádíme druhou variantu sedativní, nejméně v osmi sezeních. Podle potřeby jednotlivé kúry zopakujeme, musí však mezi nimi být vždy alespoň čtrnáctidenní přestávka. V akutním období aplikujeme jehly i denně. Výjimečně můžeme i dvakrát denně. Postupně přecházíme na třídnenní až pětidenní intervaly.

Nesmíme zapomenout ani na nosní sliznici, jež má velký význam jako reflexogenní zóna při vzniku astmatického záchvatu. Můžeme zde ještě připojit lokální body v oblasti nosu: Dd 19, Dd 20 a B 2. Neměli bychom zapomenout ani na bod B 44, který kromě svého účinku na erythropoesu má také široký vliv na děje probíhající v oblasti thoraxu. Jako podpurné body přicházejí ještě v úvahu: bod KG 21, a bod KG 22, které můžeme využít při současném pálení záhy. Při dráždění ke kašli, zejména k suchému kašli, přidáváme bod Lu 5 bilaterálně.

Když porovnáme heroické dávky chemických léčiv, které naši astmatici denně konzumují a jejich konečný efekt, potom si uvědomíme, kolik předností skýtá akupunktura. Léčba i při astmatu bronchiale probíhá individuálně, vždy raději aplikujeme ty body, které si pacient sám vyzoroval, že mu působily značnou úlevu. Pomocí akupunktury a ignipunktury se dají zvládnout i zastaralé astmatické projevy, nesmí však být přítomen plicní emfyzém.

ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE A HYPOTENZE

Hypertenzní choroba patří mezi řadu onemocnění, které dáváme do rámce civilizačních chorob. Nejvhodnější pro léčbu akupunkturou jsou počáteční stadia arteriální hypertenze. Tedy stadium I (WHO) nebo Ia až Ib podle Vančury, kdy ještě nenacházíme orgánových změn [v těchto fázích arteriální hypertenze nedochází ke snížení krevního tlaku pouze klidem na lůžku]. Normalizace krevního tlaku ve stadiu I. arteriální hypertenze se dá docílit buď medikamentózně (saluretika, sedativa, ataraktika), nebo výhodnější je aplikovat akupunkturu. Vycházíme z těch poznatků, že při hypertenzním sta-

diu I jde o poruchy v oblasti neurovegetativní regulace. Při rozsáhlejších změnách na cévách nemůžeme očekávat velký efekt od akupunktury.

Hypotenze ovlivněná akupunkturou vede většinou ke krátkodobému zvýšení jak systolického, tak diastolického krevního tlaku, zřídka je léčebný efekt trvalý. Ani medikamentózně nelze u hypotenze docílit déletrvajícího léčebného efektu.

Během několika sezení, nejčastěji pěti až šesti, se vyšší krevní tlak normalizuje, pacient se i subjektivně cítí mnohem lépe, pokud však již jeho organismus nebyl přizpůsoben na dlouhodobé hodnoty vyššího krevního tlaku.

Názorný příklad z praxe:

Šedesátileté pacientce s chronickou ischemickou chorobou srdeční a asi po dvacet let trpící hypertenzí, kdy opakovaně v období krutých bolestí v týlní krajině a ve spáncích byl naměřen TK 230/110, jsme přímo na lůžku aplikovali akupunkturu. Po dvacetiminutové aplikaci jehel byl změněn krevní tlak, jehož hodnota se pohybovala kolem 130/90. V poloze vleže se pacientka cítila velmi dobře, pokusila se proto vstát. Jakmile vstala, spadla zpět na lůžko. Tato hodnota krevního tlaku vyvolala u ní v podstatě kolapsový stav. Po dvou hodinách odpočinku na lůžku se TK upravil na 150/90. Tato hodnota přetrvávala při dobré celkové výkonnosti u této nemocné po dva dny. Během jednoho týdne opět TK byl kolem jejích ustálených hodnot v období klidu — 180/100. Po pěti sezeních se držel řadu týdnů TK 155/95.

Při hypertenzní chorobě typu I a i I b se osvědčuje aplikace těchto aktivních bodů:

KS 6, KS 7, MP 6, Lu 10, N 1, Lu 5, G 20,

TM 19, M 36, Dů 5, Dů 15, M 9 (podle Vogralika).

Používáme druhou variantu sedativní. Skupina úspěchu 2—3.

Kde je mechanická překážka v oblasti arteria renalis a zákonitě dochází k vytvoření fixované diastolické hypertenze, tam samozřejmě akupunktura není indikována.

Při hypotenzii aplikujeme tyto aktivní body:

KS 6, KS 9, H 9, B 43, M 36, Le 13.

Používáme druhou variantu sedativní. Skupina úspěchu 3.

RAYNAUDOVA NEMOC

V podstatě jde o primárně funkční vazospastické onemocnění cév z neznámých etiologických příčin. Většinou touto nemocí bývají i v naší populaci postiženy ženy. Projevy probíhají ve formě paroxysmálních akrálních vazospasmů na horních končetinách ve třech fázích:

1. zblednutí prstů až do voskového charakteru, což je vyvoláno spasmem lokálních arterií,

2. cyanóza v oblasti rukou — způsobená spasmem venul,

3. zčervánání aker, kdy dochází k výrazné dilataci tepének, žilek a krevních vlásečnic.

Postižení obou rukou bývá symetrické. Na vyvolání Raynaudovy nemoci se zúčastňují především chlad a stressové emocionální vlivy.

K léčbě této nemoci přistupujeme až po vyšetření interním lékařem, event. neurologem. Akupunktura bývá nejefektivnější v první fázi Raynaudovy nemoci, při níž je narušena inervace kapilár a arterií projevujícími se angiospasmy.

Používáme první variantu sedativní metody.

Skupina úspěchu: léčba prvé fáze nemoci 2, pokročilejší fáze 3

U Raynaudovy nemoci aplikujeme tyto aktivní body:

Lu 9, H 5, KS 7, KS 9, 3E 6,

B 11, B 12, B 13, B 14, B 15.

HYPEREMESIS GRAVIDARUM

K tomuto onemocnění inklinují především ženy se slabší nervovou soustavou. Takto nemocná žena trpívá neurózou, nesprávnou životosprávou, může jít o poruchy činnosti žláz s vnitřní sekrecí a podobně. Bylo prokázáno, že jde začasť o snížení činnosti mozkové kůry, přičemž bývají narušeny některé kortikoviscerální děje a nabývají potom převahy vegetativní projevy. Z těhotenských toxikóz je nejvhodnější pro aplikaci akupunktury stadium rané gestózy zvané hyperemesis gravidarum: nemocná zvrací často a to i nezávisle na jídle, je celkově slabá, vyhublá, dostávají se i zvýšené teploty, kůže je vyschlá až mírně nažloutlá. V moči najdeme i žlučová barviva, aceton. Celkový stav ukazuje někdy již na poruchu jaterní činnosti.

Hyperemesis gravidarum je indikací, kterou můžeme zvládnout velmi rychle a dobře bez vedlejších komplikací akupunkturou. Níže uvedené aktivní body lze též použít preventivně u lidí, kteří nesnášejí jízdu autobusem, letadlem nebo lodí — pak aplikujeme jehly jednu až dvě hodiny před odjezdem.

Používáme druhou variantu sedativní metody.

Skupina úspěchu 1. Tato indikace je též vhodná pro začínající akupunktéry, zejména porodníky.

Při hyperemesis gravidarum aplikujeme tyto body:

Le 13, Le 14, N 21, B 21, M 21.

Je-li současně pálení žáhy, přidáváme bod KG 21. Tento bod lze stlačit nehtem ruky, takže si postižená může kdykoliv ulevit manupunkturou. U stavu pyrosis torpidního charakteru přidáváme aplikaci jehly do bodu B 12.

Často se vyskytující singultus může být dobře zvládnut aplikací těchto aktivních bodů:

B 17, B 39, M 12, M 21.

PORUCHY MENSTRUACE, BOLESTIVÉ MENSTRUACE

Poruchy v oblasti rodidel zůstávají doménou gynekologů. V některých případech jsou i tyto poruchy obtížně řešitelné, zejména tam, kde svou největší úlohu hraje rozlada v oblasti neurovegetativního systému.

Zajímavý je tento praktický příklad. Mladá žena ve věku 23 let, pracující jako administrativní pracovnice, trpěla po narození dítěte čtyři roky krutými bolestmi v období menstruace. Po celou dobu pěti dnů byla v pracovní neschopnosti. V tomto období všechny práce i doma zastával její manžel. Jak pacientka sama doznala, užívala nejčastěji k tlumení bolesti Spasmoveralgin, a to až dvacet tablet denně! Gynekologové opakovaně neshledali žádnou zá vadu, pouze subjektivně měla pacientka v období menstruace a premenstruační tenze kruté bolesti v hypogastriu. U této nemocné byla provedena akupunktura tak, že byla vždy aplikována tři dny před menstruací. Kontrola pacientky po dalším půl roce: pacientka zcela bez potíží, nechyběla od první

aplikace akupunktury pro tyto bolesti ani jeden den v roce v práci, doma
stávala všechnu práci i v období menstruačního cyklu.

Aplikace aktivních bodů při níže uvedených diagnózach:

Dysmenorrhoea: B 31, N 13, N 14, N 15

G 26, G 27, G 28, KG 3

Amenorrhoea: B 31, M 30, N 8, KG 2,

KG 3, KG 4, LG 4, LG 16

Menometrorrhagie: G 3, MP 6, KG 6

Používáme druhou variantu tonizující metody, po čtvrtém sezení přecházíme
na druhou variantu sedativní.

Skupina úspěchu: 1—2.

GASTRITIS CHRONICA

Velké pole působnosti aplikace akupunktury představuje zažívací trakt.
Hlavním bodem pro všechny křečové stavy v oblasti abdomina je aktivní bod
KG 13, event. přidáváme bod B 21. Pro příznivé ovlivnění psychiky přidáváme
bod H 3.

U chronické gastritidy se kromě výše uvedených aktivních bodů přidávají
individuálně další body:

KG 12, KG 14, KG 15, M 21, M 23, B 17

Aktivní bod B 17 je hlavním bodem pro ovlivnění činnosti bránice. Indiku-
jeme jej také při všech stavech, při nichž dochází ke zvýšenému meteorismu
nebo ke křečovitému stažení diafragmy.

Při hyperaciditě přidáváme bod M 45. Aplikace tohoto bodu je dosti boles-
tivá, proto musíme na tuto okolnost nemocného předem upozornit. Pálení
žáhy tlumí bod B 12.

U hypofunkce žaludeční sliznice aplikujeme body M 41 a M 42. Samozřejmě,
že současně stále používáme per os vhodných substitučních preparátů. V pří-
padě zlepšení adekvátně ubíráme substituční preparát.

Provedení: druhá varianta sedativní.

Skupina úspěchu: 2.

ULCUS VENTRICULI ET DUODENI

Jsou desítky teorií o příčině vzniku vředové choroby. Vřed duodena a ža-
ludku představuje podle kortikoviscerální teorie lokální projev celkového
onemocnění organismu. Tato onemocnění často recidivují zejména na jaře
a na podzim, dochází nejednou i k závažnějším komplikacím, jako je krvácení
do zažívacího traktu, perforace, pylorostenóza a jiné. Vředovou nemocí trpí
v naší populaci asi 10 % lidí. Nesporným faktem je genetická vloha pro toto
onemocnění, stressové faktory, špatná životospráva, zejména kouření. Ulcus
duodeni sa vyskytuje většinou u mladších individuí, velmi zřídka u dětí. Ve
starších věkových skupinách převládá žaludeční vřed nad duodenální loka-
lizací. O aplikaci akupunktury u vředové choroby vždy rozhodne internista.

Při vředové chorobě žaludku i duodena se v podstatě používá v akupunktu-
ře stejných bodů jako při léčbě chronické gastritidy. V období krvácejících
vředů je lépe se aplikací jehel vyhnout, protože dnes známe promptnější me-
dikamentózně působící prostředky. Akupunktura neléčí především stavy, kde
hrozí nebezpečí z prodlení!

Vogralík doporučuje u žaludečního i duodenálního vředu aplikaci těchto aktivních bodů:

MP 4, JM 13, JM 15, M 21, M 22,

M 23, M 42, M 45, TM 19, B 21

Používáme druhou sedativní variantu metody akupunktury.

U začínajícího žaludečního nebo duodenálního vředu aplikujeme jehly třikrát v týdnu, nejlépe ob den, a to do doby, dokud se subjektivně neodstraní všechny potíže v oblasti epigastria a mesogastria. Velmi pěkných výsledků se docílí zahřátou jehlou (elektroakupunktura). Vředová choroba by se měla vždy léčit pod kontrolou interního lékaře a pokud možno i opakovaným rentgenovým kontrastním vyšetřením žaludku a duodena. Jedině takto můžeme dobře objektivizovat i subjektivní údaje nemocného.

Za předpokladu správné životosprávy, odstranění stressových situací, vydatného pravidelného spánku, zanechání kouření a dodržování adekvátní diety se skupina úspěchu pohybuje 2—1.

COLITIS MUCOSA ET SPASTICA

Colitis, zánětlivé onemocnění sliznice a dalších struktur tlustého střeva, je onemocnění nejasné etiologie. Nejčastěji bývá postiženo tlusté střevo, ne vzácně je však postižena i sliznice tenkého střeva event. sliznice žaludku. Izolované postižení tlustého střeva se projevuje hojnou hnilobně páchnoucí stolicí s příměsí hlenu. Při převážném postižení colon sigmoideum a rekta se dostávají často tenesmy s nutkaním na stolicí.

Rozeznáváme formu spastickou, mukózní a ulcerózní kolitidy. Kolitis se nejčastěji vyskytuje na začátku dospělosti, ale může se náhle objevit v jakémkoliv věku. Průjmy jsou časté, někdy i dvacetkrát za den le-ti stolice zbarvena nejenom hlenem, ale i krví, pak o další léčbě nemocného vždy rozhoduje internista. Důležité je před započetím léčby akupunkturou mít k dispozici u takto nemocného negativní výsledky rektoskopického, irigoskopického vyšetření, negativní kultivaci a citlivost stolice, event. další doporučené vyšetření interním lékařem.

Počínající kolitidy mukózního nebo spastického charakteru jsou plně indikovány k léčbě akupunkturou. Dá se říci, že léčba touto reflexní metodou je doslova nadřazenou léčebnou metodou v dnešní soudobé medicíně.

V praxi se nejčastěji setkáváme s colitis mucosa a colitis spastica. Nebezpečnější forma colitis ulcerosa patří na lůžkové interní oddělení. U této formy o indikaci akupunktury rozhodne interní lékař.

Obě uvedené formy kolitidy se léčí akupunkturou stejným způsobem. U colitis mucosa seu spastica aplikujeme tyto aktivní body:

Dü 3, Le 13, Dd 4, M 21, M 25, KG 13, KG 15

Provádíme druhou variantu sedativní. K normalizaci dochází již po čtvrtém sezení, zatímco po druhém až třetím sezení dochází k reaktivnímu přechodnému zhoršení onemocnění. Nutno o tomto průběhu předem pacienta patřičně poučit. Protože colitis jako jiná onemocnění, ku příkladu asthma bronchiale, migréna a jiné, vykazuje tendenci k recidivám, jež se vyskytují nejčastěji v určitých ročních obdobích, za určitých stressových situací či velkých životních změn, doporučujeme u těchto pacientů z jara a na podzim zopakovat léčbu. Musíme pomýšlet na to, že recidivu mohou vyprovokovat i různé psychické vlivy, proto nezapomínáme též přidávat individuálně body určené při zvýšené psychické labilitě či při neurovegetativní dystonii.

Velmi vzácně se vyskytuje stav colitis ulcerosa acuta. Jde o průběh choroby, který může ohrozit lidský život. Léčbu tohoto stavu ponecháváme vždy internímu lékaři. Můžeme event. se snažit zasáhnout spolu se soudobou medikamentózní léčbou, především v zastavení krvácení do střev aplikací těchto aktivních bodů:

B 44, MP 4, MP 5, KS 6

U těžkých stavů je dnes samozřejmě, že se musí přistoupit ke transfúzím.

Zhodnocení: léčbu spastické či mukózní kolitidy akupunkturou můžeme zahrnout do skupiny úspěchu 1. Tyto formy kolitidy vřele doporučujeme i začínajícímu akupunkterovi. Často udávaný vliv chladu na zhoršování této choroby se můžeme pokusit ovládat z aktivního bodu MP 4, psychická běžná drobná traumata se snažíme ovlivnit z bodu LG 19, u žen, je-li souvislost zhoršení kolitidy za menstruace, přidáváme ještě aktivní bod N 8.

FANTOMOVÉ BOLESTI

Fantomové pocity jsou zcela běžným pooperačním syndromem po amputaci jak horní, tak i dolní končetiny. Tyto pocity se projevují různou intenzitou i kvalitou od prostého vnímání chýbějící končetiny, přes pocity mravenčení, píchání až k pocitům ostré, řezavé a pálivé kruté bolesti, jež nemocný udává v určité části chýbějící končetiny. Někdy jsou tyto pocity nesnesitelné a neztíšíme je ani silnými analgetiky.

Pokud má amputovaný pouze pocit přítomnosti chýbějící části končetiny, pak se nesnažíme tento počitek za každou cenu odstraňovat, naopak se snažíme ho využít při výcviku chůze o protéze ať u stehenní či bércové amputace. Naše zkušenosti jsou především ze Státního ústavu rehabilitačního v Kladrubech, kde máme již velký soubor akupunkturou léčených takovýchto pacientů. Akupunkturu jsme aplikovali u všech těchto nemocných z počátku dvakrát týdně, v průměru celkem osmkrát, maximálně dvanáctkrát. Od třetího týdne byla akupunktura aplikována jedenkrát v týdnu. Byl pozorován nejedou zajímavý případ, kdy po jedné aplikaci jehel zcela vymizely kruté fantomové bolesti, častěji po amputaci ve stehně. U jednoho nemocného trvaly tyto bolesti dokonce přes půl roku a nebyly zvládnutelné ani nejnovějšími analgetiky, včetně Fortralu.

Fantomové bolesti přicházejí častěji na dolní končetině. Vzácně nemocní, zvláště v oblasti pahýlu na dolní končetině, jež je zasažena fantomovými bolestmi, nesou aní dotyk čehokoliv v oblasti kaudálního pahýlu. V takovýchto případech začínáme s aplikací akupunktury se vzdálenými body: bod Dd 4 bilaterálně, M 36 a B 60 na zachovalé končetině, často stačí k vymizení fantomové bolesti aplikovat bod B 26 bilaterálně. Až při třetím event. čtvrtém sezení aplikujeme aktivní lokální body, tedy do oblastí, kde nemocný pociťuje bolesti:

M 32, M 33, M 36, B 36, B 37, B 40

u bércových amputací: B 58, M 37.

Od čtvrtého sezení jsme vždy aplikovali jehlu do místa s největší palpační bolestivostí, jež bylo uloženo nejkaudálněji na amputačním pahýlu, nazvali jsme je jako tzv. apexový bod, který po femorální amputaci označujeme AF, pro oblast cruris AC. Jehlu aplikujeme tak hluboko, až pacient ucítí typické pocity event. vyprovokování fantomové bolesti. Lokalizace bodů AF i AC kolísá individuálně, záleží také na tvaru amputačního pahýlu.

Provedení: druhá varianta tonizující, místní body druhou variantou sedativní.

Skupina úspěchu: krátkodobě 1—2, dlouhodobě 2.

Pro horní končetinu při fantomových bolestech Vogralik doporučuje aplikaci těchto aktivních bodů:

KS 6, 3E 5, Lu 5, Lu 7, Lu 9, Dů 10, Dů 11, Dů 15

Provedení jako u dolní končetiny, skupina úspěchu 2—3.

ALGIE V OBLASTI HORNÍ KONČETINY

Algie v oblasti horní končetiny se mohou vyskytnout na několika etážích. Důležité zde je ortopedické vyšetření, doplněné patřičnými rentgenovými snímky, neurologické vyšetření. Je tedy důležité zjistit příčinu bolesti. Neopomeneme vyšetřit ani oblast krční páteře, odkud mohou vyzařovat nejrůznější pocity bolesti projikované do horní končetiny.

Při bolestech ramenního kloubu a loketního kloubu volíme tyto aktivní body:

Dd 4, Dd 10, Dd 11, Dd 15, Dů 4, Dů 9, 3E 5, Lu 5

Při bolestech prstů horní končetiny používáme tyto body:

Dů 4, 3E 3, 3E 5

Při postižení kloubů i revmatického charakteru u horní končetiny aplikujeme body:

3E 5, B 58, G 38, MP 5, event. B 23

I při bolestech v oblasti kloubů neopomináme patřičně horní končetinu zatěžovat a rehabilitovat.

Provádíme: druhou variantu sedativní.

Skupina úspěchu 2.

U drobných kloubů ruky, zvláště při krutých jejích bolestech, se často používají nejenom výše uvedené aktivní body, ale Bischko doporučuje provádět metodu označenou jako Ou-Roulz. Provedení je toto: u nemocného kloubu propichujeme kůži vždy na konci kloubních vrásek laterálně i mediálně v oblasti interfalangeálního kloubu bolestivého prstu ruky. Jehla nezůstává při této metodě vpichnutá, ale ihned se po vpichu vytahuje. I když tato forma akupunktury způsobuje zpočátku pacientovi značnou bolest v oblasti vpichu, po skončené proceduře (asi 3 až 5 minut) přináší nemocnému značnou úlevu po dobu několika hodin i dnů. Bezprostředně po takovémto výkonu se zlepšuje objektivně pohyblivost v postiženém kloubu. Nutné je vyhnout se během aplikace jehel průběhu i drobných věn, jež jsou bohatě uloženy na konci kožních vrásek, protože by při této proceduře nemělo docházet ke krvácení.

ALGIE V OBLASTI DOLNÍ KONČETINY

Pro zlepšení jakékoliv zánětlivého procesu nacházejícího se v oblasti dolní končetiny (ovšem ne specifického), používáme úspěšně vzdálených bodů, konkrétně bodu 3E 5 a MP 5. Bod MP 5 se aplikuje i u chorob probíhajících v oblasti vazivové tkáně. Pro posílení protizánětlivého efektu můžeme přidat body B 58 a G 38. Při bolestech v oblasti velkých i drobných kloubů dolní končetiny, jež se zvětšují co do intenzity při změnách počasí, aplikujeme bod 3E 15.

Při bolestech kýčelného kloubu aplikujeme tyto aktivní body v oblasti postižené dolní končetiny: G 30 a B 54. Bolesti vzniklé na podkladě koxartrózy jsou těžko ovlivnitelné.

Při bolestech v oblasti kolenního kloubu, vzniklých na podkladě artrótických změn v oblasti tohoto kloubu, dokáže akupunktura ulevit alespoň po dobu několika hodin až dní od těchto bolestí, a to i u tzv. rezistentních případů.

Aktivní body při bolestech v oblasti kolenního kloubu na postižené straně jsou:

B 40, Le 9, G 34, G 30, G 32, M 36

Provádíme druhou variantu sedativní, skupina úspěchu 2—1. Bachman uvádí ještě lokální body, které se mu velmi osvědčily a nejsou uloženy na meridiánech a nejsou nikde v knihách o akupunktuře uváděny. Tyto body se nacházejí v oblasti kolem pately. První bod se nachází jeden a půl cunu kraniálně nad horním okrajem pately v myšlené sagitální ose kolenního kloubu, dále na distálním mediálním a laterálním okraji pately, a poslední čtvrtý bod se nachází v centru pately. Efekt je možné rozpoznat i u rigidního kloubu kolenního, kde postižení je lokalizováno do vazů nacházejících se kolem kolenního pouzdra. Bolesti v oblasti kolenního kloubu zmírňuje i bod MP 9.

Aktivní body při bolestech v oblasti paty a plosky nohy:

B 40, B 58, B 60, B 62, M 41, N 6

Provedení i skupina úspěchu jako u bolestí v oblasti kolenního kloubu.

Při bolestech v oblasti palce nohy používáme jako hlavní aktivní body: Le 2 a Le 3. Zejména u bolesti paty se osvědčila akupunktura ušního boltce. Jak u bolestí v oblasti palce, tak i dalších prstů nohy lze použít již zmíněné metody zvané Ou-Roulz, uvedené u algí v oblasti horní končetiny.

PARÉZA HORNÍ KONČETINY

Paréza horní končetiny může být periferního nebo centrálního typu. U centrálního typu dáváme přednost cerebrální akupunktuře. U periferního typu parézy aplikujeme jehly o něco hlouběji v uváděných bodech, a to tak hluboko, až nemocný pocítí jakoby elektrický náraz či silné vyzařování tepla z aplikovaného bodu. Nejednou se dostaneme s jehlou až na periost, takže vlastně provádíme periostální akupunkturu. Jedině takovéto senzací mohou ukazovat úspěšnou prognózu léčby parézy končetiny.

Jako hlavní bod při paréze horní končetiny je používán bod Dd 15, a to jak u paréz spastických, tak i chabých. U hemiparéz starších než dva roky nemůžeme docílit zlepšení ani akupunkturou.

Při paréze v oblasti horní končetiny doporučujeme aplikovat tyto aktivní body:

Dd 10, Dd 11, Dů 4, KS 7, N 7

U paréz periferních nervů v distální části horní končetiny doporučujeme aplikovat body:

Dd 4, Dů 4, Dů 7, 3E 3, 3E 5,

Dd 5, Dd 10, Dd 11, Lu 7

Velmi zajímavou a ne vzácnou formu pohybového omezení z hypotrofie svalstva v oblasti kloubů ruky zjišťujeme po fixaci sádrovým obvazem po Collesově fraktuře. Jestliže bezprostředně po sundání sádrového obvazu začneme aplikovat jehly do bodu 3E 4 a následuje-li pravidelné aktivní cvičení, urychlíme takto rehabilitaci celé horní končetiny. Pokud je paretický proces koncentrován na palec a ukazovák ruky, pak přidáváme ještě bod Dd 6.

Některí lidé při dlouhodobější flexi v loketním kloubu a při špetce prstů ruky dostávají křeče do prstů této ruky; většinou jde o pravou ruku, tuto křeč nazýváme „pisařská křeč“. Tento stav lze příznivě ovlivnit akupunkturou z bodů: Dū 4 a 3E 5, jakožto i lokálními aktivními body uloženými pod klouby prstů.

Důležité je věnovat pozornost stížnostem na chlad rukou a na jejich nadměrné pocení. Nejdůležitější body při chladu a pocení rukou jsou: Lu 9, KS 6, KS 7, KS 9, Le 3. Dále jsou ještě tři body na každé dlani, které nejsou umístěny na klasických meridiánech a není obtížné najít jejich lokalizaci. Tyto body jsou umístěny na volární partii ruky, vždy mezi hlavičkami metakarpálních kůstek a to 2 a 3, 3 a 4, 5 a 4. Musíme nemocného předem upozornit na to, že aplikace těchto bodů je bolestivá. Jehly aplikujeme mělce, do hloubky 3 až 5 mm a ponecháváme je dvacet minut. Záhy se ukáže intenzivní zarudnutí až zčervenání v okolí aplikované jehly, které rychle přechází v bledost, jež se opět po individuálně dlouhé době promění v začervenání. Prsty dístálně od místa vpichu mívají zprvu namodrale lidvidní tón, který se později mění ve zdravou růžovou barvu lidské pokožky. Zdá se, že se takto vyprovokuje maximální reflexní cévní spojení anastomózních oblouků. I po prvé aplikaci je často úspěch velmi dobrý.

Provedení. Můžeme začít několik prvních sezení první variantou sedativní, podle individuálního průběhu a snášenlivosti přejdeme na druhou variantu tonizační, u paréz starších než rok provádíme první variantu sedativní.

Skupina úspěchu: u paréz horní končetiny 2—3, u chladných a potivých rukou 2.

PARÉZA DOLNÍ KONČETINY

U všech paréz dolní končetiny platí tytéž zásady, jež byly uvedeny při parézách horní končetiny.

Též při paréze dolní končetiny vedeme vpich tak hluboko, až nemocný pocítí elektrický náraz nebo vznik horké vlny v oblasti aplikované jehly. Vznik takového jevu vlastně také dává prognosticky indikaci akupunktury u těchto stavů.

Při periferních chabých parézách dolní končetiny můžeme aplikovat tyto body:

B 40, B 58, G 34, G 37, G 38, M 36

Sekundárně přicházejí v úvahu ještě body:

G 43, N 3, N 7, B 62

Také zde platí zásada, že případ starší než dva roky nám nedává naději na úspěšnou léčbu akupunkturou. U těžších případů, ku příkladu v počínající fázi poliomyelitis acuta anterior, jak prokázali především sovětsí lékaři, se akupunktura provádí denně, a to tak dlouho, až nastane objektivní i sebe-menší zlepšení. Obdobně je tomu i u hemiparéz, kdy po zlepšení přecházíme na jednotýdenní, event. i ambulantní aplikaci jehel. U centrálních hemiparéz s postižením i dolní končetiny se můžeme pokusit využít kontralaterálně uložených aktivních bodů v oblasti lebky — cerebrální akupunkturu.

U pokročilejší ranné dětské obrny, u těžkých zastaralých spastických hemiparéz, akupunkturou ani ignipunkturou již nedocílíme zlepšení. Je-li léze v oblasti míchy takového rázu, že je přerušeno spojení s CNS, námi „vytočený telefonní kód“ aplikací jehel, který je určen do mozkové kory, zabloudí,

proto ani efekt se nemůže dostavit. Toto platí zejména u quadraparéz, quadruplegií, paraparéz a paraplegií (Miklánek). Jde-li o spastický typ paraparézy, pak vpich jehly je vnímán jako nociceptivní podnět, který vlastně spasticitu ještě zvyšuje. Akupunktura u těchto stavů působí facilitací svalových skupin na dolní končetině, nepůsobí tedy na spastické svaly inhibičně.

Provedení akupunktury: druhá varianta tonizující.

Skupina úspěchu: 2—3.

BOLESTI ZUBŮ V HORNÍ A DOLNÍ ČELISTI

Akupunktura neléčí poškozenou zubní tkáň, ale dokáže tlumit bolest zubů po mnoho hodin, event. vyvolá anestezii zubu, takže může být provedena i jeho bezbolestná extrakce.

Často se v praxi setkáváme s tím, že náhle nás rozbolí zub, zejména je to nepříjemné v nočních hodinách. I manupunkturou, kdy tlakem působíme opakovaně po dobu sedmi až deseti minut do aktivního bodu, např. při bolesti zubu v dolní čelisti do bodu Dd 1, bolest polevuje, stává se snesitelnou na několik hodin, nebo dokonce poškozený zub zcela necítíme několik hodin. Musíme si však být vědomi toho, že takto poškozený zub neléčíme, ale pouze tlumíme jeho bolest. Proto musíme co nejdříve vyhledat zubního lékaře, který adekvátně celou problematiku vyřeší.

Pro srozumitelnost uvádíme tento příklad z praxe.

Dvacetiletý muž přišel v jednu hodinu ráno za mnou, abych mu dal nějakou tabletu proti bolesti, že nemůže vydržet krutou bolest zubu v pravé dolní čelisti. Prý všechny tablety proti bolesti co měl doma již využíval a nyní nemůže pro bolest dospát rána. Analgetika jsem doma neměl a tak jsem tomuto nemocnému nahádl aplikaci jehel. Byl svolný se vším, co by mu aspoň trochu ulevilo od bolesti. Již po třech minutách jehel se začal tento mladík divit jak se mu ulevilo. Během dalších tří minut bolest zcela vymizela. Nebylo mu stále jasné, kam jsem mu prý tu bolest začaroval. Pacienta jsem poučil, že nejde o léčbu zubu, ale vyvolal jsem pomocí akupunkturálních jehel pouze utlumení bolesti a vyzval jsem jej, aby neprodleně hned ráno navštívil zubního lékaře. Zubní lékař nemocného svědomite vyšetřil, působil i teplou a studenou vodou na jednotlivé zuby v pravé dolní čelisti, ale opakovaně neshledával reakci pacienta. Byl odeslán domů jako simulant. Přišel si mi postěžovat jak dopadl. Zatelefonoval jsem zubnímu lékaři a řekl mu vše včetně aplikace jehel. Druhý den, kdy pacienta opět již začal zub pobolívat, se dostavil k opětnému vyšetření k zubnímu lékaři. Nyní bylo jasné, že šlo o pulpitidu premoláru v pravé dolní čelisti. Zub byl ošetřen a vše bylo v pořádku.

Bolest zubů v mandibule: doporučujeme aplikaci těchto aktivních bodů:

Dd 1, Dd 2, Dd 3, Dd 4, Dd 10, M 3, G 12

Při bolestech zubů v maxile doporučujeme aplikovat aktivní body:

G 2, G 3, Dd 5, Dd 8, Dd 18, 3E 20,

3E 23, B 60, TM 15—27

Provedení: druhá varianta sedativní.

Skupina úspěchu: 1

GLAUKOMA

Podstatou zeleného očního zákalu je zvýšený nitrooční tlak. Toto nitrooční napětí je způsobeno nepoměrem mezi tvorbou a odtokem komorové tekutiny.

Velkou roli zde hraje ztížení odtoku skrze Schlemmův kanál. Na vznik primárního glaukomu mají mimo jiné vliv faktory nervové a humorální. Sekundární glaukom mohou způsobit v podstatě všechny ať již akutně či chronicky probíhající oční choroby. K indikaci akupunktury v této oblasti medicíny se musí vždy předem vyjádřit oftalmolog.

Akupunkturu subjektivně nemocní velmi dobře snášejí. Uvádají sezení od sezení, že se jim značně ulevuje, pozvolna se snižuje intenzita bolestí na straně postiženého oka, mírní se zvracení, zlepšuje se vidění.

Z praxe opět jeden případ. Léčil jsem akupunkturou pro sekundární glaukom 65-letého muže. Trpěl již po 18 let zeleným zákalem obou očí. Na pravé oko temně neviděl, vlevo viděl jakoby v mlze prsty ruky na vzdálenost 30 cm, obtížně na vzdálenost dvou metrů rozeznával světlo a tmu. Typické glaukomové záchvaty přicházely zhruba v období jedenkrát za deset až čtrnáct dnů. Po aplikaci jehel se mu vždy značně ulevilo. Sám tvrdil, že se mu dosud neulevilo tak po žádném dosud užívaném i lokálním léku. Během léčby akupunkturou sám pozoroval, že si lokální léky musí snižovat; kapal si protiglaukomový lék již jen jedenkrát za tři dny a zrak byl podstatně zlepšen. Oční kontrola ukázala snížení nitroočního tlaku o 20 %, po dvanácti sezeních akupunktury začal rozeznávat opět lidské tváře, vnímat barvy květin, odvážil se na vycházce ujít 3 km bez doprovodu psa.

U primárního i sekundárního glaukomu doporučujeme aplikovat tyto aktivní body:

3E 5, G 1, G 14, G 20, KS 6, 3E 20,
B 1, B 40, N 12, Le 3, G 37, Dů 4

Provádíme druhou variantu sedativní. Prvé aplikace akupunktury provádíme nejlépe po tři dny denně po sobě, pak třikrát za tři dny, potom dokončime do dvanácti sezení á jeden týden.

Skupina úspěchu: 2—1.

CERVIKOKRANIÁLNÍ SYNDROM

Cervikokraniální syndrom může být vyvolán bloádou meziobratlových kloubů s následnými reflexními nebo projekčními cervikokraniálními symptomy, osteochondrózou meziobratlových destiček s průvodními osteofyty a následnou kompresí arteria et nervus vertebralis či vlastním výhřezem meziobratlové destičky. Symptomatologicky se může projevovat nejrozličnějšími příznaky: například cervikální migrénou, vertebrogenním Menierským syndromem, bolestmi v oblasti trojklanného nervu, bolestmi v šíji s bloádou pohybu krční páteře a reflexními kontrakturami šíjních svalů. Někdy nacházíme poruchy cervikálních reflexů, hypesthesii nebo hyperesthesii v odpovídajících zónách, někdy i následnou periartritidu humeroskapulární. Cervikokraniální syndrom vždy vyžaduje konzultaci neurologa, aby diferenciatně diagnosticky vyloučil reflexní bolesti z afekcí zadní jámy lební, například i u nádoru mozečku. Rentgenologicky se relativně nejčastěji tyto změny projevují poruchami dynamiky krční páteře, vymizením krční lordózy, či bloádou některého úseku krční páteře a teprve relativně pozdě vzniká zúžení meziobratlového prostoru, projevy osteoporózy etc. Rozhodující je vždy neurologický nále z a ne nále z rentgenologický, poněvadž z druhé strany mohou existovat rentgenologicky velmi průkazné osteochondrózy cervikální páteře bez příznaků neurologických, např. cervikokraniálních. Často vedle popsaných příznaků vznikají i symptomy vegetativní, někdy i ztuhlost horních fixátorů

lopatky, především m. trapezius a m. levator scapulae a u lidí, kteří mívají delší dobu hlavu v předklonu (školní děti, písáčky na stroji a pod.), mohou vzniknout anteflexní bolesti hlavy. Často cervikokraniálním syndromem trpí neuroticí, vegetativně labilní, kteří mají reflexní zvýšení tonu i kontraktury paravertebrálních krčních svalů. Vyšetřujeme vždy celou páteř včetně sakroiliakálních kloubů, poněvadž původ cervikokraniálního syndromu může být i v poruše statiky a dynamiky jiných úseků páteře, v šikmé pánvi, kratší jedné dolní končetině etc.

V nejednom případě k vyšetření recidivujících bolestí v oblasti krční páteře je zapotřebí kompenzujících ortopedických pomůcek, preventivní pravidelné léčebné tělesné výchovy, event. cílené manipulační léčby.

Při blokádě hlavových kloubů doporučujeme provést patřičnou manipulační terapii. U cervikokraniálního syndromu horního typu (C1—C2) a středního typu (C3—C5) doporučujeme při blokádě aplikovat tyto aktivní body:

Dd 4, B 10, G 20, B 11, TM 19.

Při blokádě nebo cervikokraniálního syndromu dolního typu (C6—Th1) doporučujeme aplikaci těchto aktivních bodů:

Dd 4, B 11, B 12, 3E 15, G 43.

Můžeme eventuálně aplikovat i periostální akupunkturu.

Retroflexní bolest hlavy se akupunkturou velmi obtížně ovlivňuje. Mírné subjektivní zlepšení zaznamenáváme i u stavů insuficience vertebroaziálního povodí. Dobré léčebné úspěchy byly dosaženy u anteflexního držení hlavy, u drobných blokad nacházejících se na kterékoliv etáži krční páteře — zde je skupina úspěchu I.

Provedení akupunktury doporučujeme druhou sedativní variantou.

Optimální počet sezení: šest až osm.

Ve většině případů, jde-li o blokádu v oblasti krční páteře, není již po aplikaci jehel potřebná manipulační léčba.

LUMBOISCHIADICKÝ SYNDROM

Pro aplikaci akupunktury je nejvhodnější unilaterální funkční blokáda nacházející se v lumboischiadické oblasti páteře.

V patogenezi lumboischiadických syndromů, většinou kořenových, převládá nefyziologické zatížení páteře, slabost břišního a paravertebrálního svalstva, viscerální chronické choroby ovlivňující reflexními změnami především hlubokou vrstvou paravertebrálně uloženého svalstva, především mm. erectores trunci. U starších individuí nejsou vzácností degenerativní procesy na jednotlivých obratlích, a to jak hrudní, tak i bederní páteře. U bolestí, jež se objevují při statickém zatěžování, musíme pomýšlet na ligamentovou bolest. Provokujícím momentem bývá neadekvátní statické nebo dynamické přetížení páteře. Bolesti se zvyšují při kýchnutí, tlaku při stolici zvýšením tlaku li-
quoru a tím i zvýšením komprese postiženého kořene, etc.

Nejčastější blok se nachází mezi L4—5 a L5—S1. Při motorickém postižení kořenu L5 z výhřezu destičky L4 je často slabost dorzální flexe palce, při postižení kořene S1 vyvolaném diskopatií L5 slabost flexorů prstů. Auto-dermogram bolesti určí dosti přesně postižený segment, nacházíme zde i vazomotorické vegetativní změny, trofické, pilomotorické a potné poruchy. Objektivně dále zjišťujeme pozitivitu Laséquova manévru, Meneleho, Thomayerova a dalších příznaků — podle fáze a postižení. Při chůzi nemocný šetří

postiženou končetinu, na lůžku si hledá úlevovou polohu. Často můžeme paravertebrálně palpativně bolestivá místa, kterých můžeme při aplikaci jehel využít jako locus dolorosus maximum.

Lumbago vzniká buď náhle, nebo pozvolna zablokováním obratlů v oblasti lumbální páteře nebo posunem či blokem v některém sakroiliakálním kloubu. Tento posun nastává nejčastěji při prudkém rotačním pohybu trupu. Iritace bolesti směřuje od hypogastria přes inquina do dolní končetiny, nastává hypotonie gluteálního svalstva. Důležité je si uvědomit, že bolest v oblasti LS krajiny může být i při patologických procesech sakrokocygeálního kloubu, při koxartróze, při spazmu m. psoas, u strukturálních změn na úseku LS kokcygis. I v případě lumboischiadického syndromu je nutná konzultace s neurologem, ortopedem, rehabilitačním lékařem. Vždy dáváme zhotovit rentgenový snímek.

Při mechanické změně v oblasti LS páteře, u pouperačních stavů, u rtg viditelně vyběhlé meziobratlové ploténky není akupunktura indikována. Indikace v těchto uvedených případech nevede k úspěšnému efektu akupunktury. Skupina úspěchu u funkčních bloků lumboischiadické partie páteře je 2.—1. I zde můžeme aplikovat periostální akupunkturu nebo vpichy aktivních patřičných bodů ušního boltece.

Metoda provedení: druhá sedativní varianta, počet sezení šest až osm.

Doporučené aktivní body u lumboischiadického syndromu:

B 62, B 60, B 58, B 31, B 24—27,

B 32, B 33, G 30, G 34.

SYNDROM BOLESTIVÉHO RAMENE

Příčin bolestivého ramene je mnoho. Ramenní kloub není nosným kloubem, proto se zde artróza nevyskytuje. Ztuhlé rameno se často objevuje i po menším traumatu v oblasti ramenního kloubu, záněty probíhající, ať již přímo v periostu humeru či v pouzdru kloubním, eventuálně ve šlachách upínajících se svalů, či záněty lokalizované přímo do přilehlých burz. Bolest v oblasti ramene může nemocný pociťovat i při postižení cervikokraniálního přechodu, u akromioklavikulárního, sternoklavikulárního kloubu, při epikondylitidě, u karpálního tunelu či ze vzdálených orgánů (například tumor plic). Proto při celkovém vyšetření potřebujeme rentgenové snímky nejenom z oblasti postiženého ramenního kloubu, ale i z oblasti cervikokraniálního přechodu, hrudní páteře a plic. Před aplikací akupunktury je zapotřebí znát názory ortopeda, neurologa a rehabilitačního lékaře. Nejčastěji jde o ztuhlé rameno, dále periarthritis humero scapularis, postižení rotátorů ramene, subakromiální burzitidu, dystrofické procesy v oblasti pouzdra ramenního kloubu. U starších lidí nacházíme často degenerativní procesy na akcesorních kloubech podílejících se na bolestech v ramenním kloubu.

Vznik periarthritis humeroscapularis se dává do souvislosti s drobnými i opakovanými mikrotraumaty postiženého ramenního kloubu, dále ke vzniku tohoto onemocnění přispívají dlouhodobější imobilizace horní končetiny, toxickoinfekční vlivy, degenerativní procesy především v oblasti cervikotorakální páteře, psychická traumata; stress často vede k recidivě tohoto onemocnění.

Ne vzácně příčinou humeroskapulární periartitidy bývá diskopatie na cervikotorakálním úseku. Často při diskopatii C5 po trakci či cílené mani-

pulační terapii nastává okamžitá úleva objektivizovatelná i pletysmograficky, polyrheograficky, etc.

Akupunkturu můžeme aplikovat jak v akutním stadiu ztuhlého ramenního kloubu, tak i u chronického průběhu periarthrititis humeroscapularis. U akutního syndromu bolestivého ramene je horní končetina v antalgickém držení, bolestivé jsou jak pasivní, tak i aktivní pohyby v ramenním kloubu, vzniká hypotrofie m. deltoideus a dalších brachiálních svalů především z inaktivity. V pokročilejším stadiu choroby přistupuje retrakce kloubního pouzdra, přetrvává určitý stupeň bolestivosti a omezená hybnost v ramenním kloubu všemi směry.

Aplikací akupunktury v těchto případech, provádíme-li ji lege artis, nic nezkazíme. Především docílíme zmírnění edematózního prosáknutí, bezprostředně po vynětí jehel dojde k nápadnému zvětšení pohyblivosti v ramenním kloubu, zlepši se i svalové koordinace ramenního pletence. Provádíme-li akupunkturu pravidelně za vydatné komplexní rehabilitační péče, dochází k rychlému zlepšování aktivní svalové síly, což si můžeme objektivizovat svalovým testem.

Při bolestivém syndromu ramenního kloubu aplikujeme tyto aktivní body: 3E 5, 3E 15, B 11, B 13, G 21, G 41, Dd 9,

Dd 10, Dd 11, Dd 4, Dd 14, Dd 15.

Provádění: druhá varianta sedativní, šest až osm sezení.

Skupina úspěchu: 2—1. U burzitid skupina úspěchu 3.

Také se nám osvědčila aplikace bodu KS 2, kdy jsme takto ovlivňovali průtok krve arteria brachialis. Efekt se dočasně zvýšil tehdy, když jsme do tohoto bodu aplikovali 0,5 % roztoku mezokainu, jedenkrát za tři dny 10 mililitrů.

Konkrétně jsme se v SÚR Kladruby setkali se zajímavým případem u čtyřicetileté vysokoškoláčky, která byla přijata na komplexní rehabilitační léčbu pro diagnózu periarthrititis humeroscapularis chronica bilateralis. Potíže se vleklý přes třináct měsíců, nabývaly postupně větší intenzity, nemocná nemohla pro bolesti spát, pasivní pohyby byly silně omezeny v oblasti obou ramenních kloubů, svalová síla byla bilaterálně podle svalového testu 3. Těto nemocné hrozilo převedení do invalidního důchodu. Po akupunkturovém zásahu došlo z počátku k výraznému útlumu bolestivosti v klidu i při cvičení, později po opakované aplikaci jehel, když pasivní i aktivní pohyby byly téměř nebolestivé, nastalo bezprostředně po akupunktuře objektivizované zlepšení pasivního pohybu i aktivní svalové síly. Vzhledem k tomu, že si posud hypoteticky představujeme, že příčinou omezeného pasivního rozsahu pohybu v tomto případě bylo smrštění a zkrácení kloubního pouzdra, nedovedeme si zatím tento okamžitý účinek akupunktury vysvětlit. Patrně byla ovlivněna elasticita vazivových vláken obou ramenních kloubů.

PERIOSTÁLNÍ AKUPUNKTURA

V posledních letech vyvinul Felix Mann techniku akupunktury, kterou nazval periostální akupunkturou. Tato metoda je zaměřena především na chorobné procesy odehrávající se v kloubech lidského organismu.

Technika je jednoduchá, i když v jednotlivých případech vyžaduje důkladnou znalost anatomie. K aplikaci periostální akupunktury lze použít akupunkturní jehly. Nachází-li se periost maximálně 2 cm pod pokožku, pak můžeme

použít nouzově i subkutánní jehlu — nejlépe na jedno použití. Jehla proniká na příslušném místě měkkou tkání až k vlastnímu periostu, který mechanicky stimuluje. Periost jehlou dráždíme tak dlouho, až docílíme žádaného stupně stimulace. Když se očekává, že takováto procedura bude značně bolestivá, je možno úvodem použít nejprve ušní akupunktury event. pouze subkutánně aplikovat maximálně 1 ml anestetika (0,5% prokain, 0,5% mezokain). Již po první minutě lze aplikovat i subkutánní jehlu s cíleným zavedením.

Pouhá suchá jehla při cervikální osteoartritidě (jež vedla k brachiální neuralgii), která stimuluje periost příčného výběžku cervikálního obratle, snižuje lokálně bolesti v místě vpichu, zmírňuje příznaky. Dále F. Mann zjistil, že pronikne-li jehla až do nervového svazku a zde stimuluje, nevzbudíme nemocnému takovou úlevu, jako když stimuluje přímo okostici ve správném místě. Na druhé straně, když je stimulována pokožka event. pokoží akupunkturou jehlou, vede to k úlevě bolesti i v oblasti periostu. Pravděpodobně v takovýchto případech dochází ke změně tlaku a tahu upínajících se svalů, což ulehčuje dočasně, v některých případech i trvale, udávané potíže nemocného.

Nyní si poukážeme na nejčastěji postižené a dobře ovlivnitelné oblasti lidského organismu periostální akupunkturou.

a) *Transverzální výběžek dolního úseku krční páteře* (blízko aktivního bodu D0 16) Ambulanci praktického lékaře denně navštíví i několik pacientů, kteří dlouhodobě trpí bolestmi v oblasti dolní krční páteře, jež se propagují i do okcipitální krajiny, vzácněji směrem kaudálním do brachiální krajiny; bolesti mohou vystřelovat až k jednotlivým prstům ruky. Po určité době těchto potíží dochází zákonitě ke snížení aktivní svalové síly bolestí zasažených svalů, k omezení pasivní hybnosti i v oblasti krčního svalstva dochází k vytváření paravertebrálních kontraktur, především m. trapezius na postižené straně.

Periostální akupunkturou může být značný počet takto postižených buď zlepšen, nebo zcela vyléčen za předpokladu, že hlavním symptomem je právě bolest. Když je zde přítomno více objektivních příznaků, jako jsou parestzie, hypestezie, snížení reflexů, ztráta svalové síly s vyvíjející se svalovou hypotrofií, pak naděje na úspěch periostální akupunkturou je značně menší, i když ne beznadějná. V takovýchto případech záleží především na klinickém zhodnocení zdravotního stavu pacienta.

F. Mann si představuje, že bolest se snáze odstraňuje než-li skutečné objektivní příznaky. Tato bolest nastává i při menším tlaku na nervový výstup kořene postižené oblasti, často je patologie méně vyznačena. Po aplikaci jehly až na periost dochází k uvolnění svalové rigidity, k uvolnění jednotlivých svalových snopců, k lepšímu prokrvení, tudíž i k vydatnější oxidaci těchto svalů, zlepšuje se jejich metabolismus.

Transverzální výběžky krčních obratlů palpujeme v oblasti přiléhajících svalů pevně proti kostní tkáni. Největší citlivost obvykle nacházíme na úrovni páteře a šestého krčního obratle. K aplikaci jehly vybíráme příčný výběžek s maximální palpační bolestivostí. Jehlu vedeme tak, aby propíchovala pokožku a svalovou tkáň s fasciemi horizontálně, v pravém úhlu směrem ke krku. Překvapivě je těžké napoprvé najít tento příčný výběžek; jsme-li mimo, pak musíme jehlu vyjmout a aplikovat sterilní jehlu. Jehlu nesmíme aplikovat s příliš velkou silou. Jehla musí pronikat s citem, nesmíme pacientovi provokovat více bolesti, než je jenom nutné.

Všechny výše se nacházející i níže uložené obratle v hrudní oblasti mohou být stimulovány v oblasti periostu výše uvedeným způsobem. Stimulace horní krční páteře patří do rukou zkušeného akupunktéra.

Často obtížiky hydrokortisonem nebo pouhé podání prednisonu ovlivní sekundární edém, a tím přetne obdobně jako akupunktura patogenetický circulus vitiosus.

b) *Velký trochanter* (oblast bodu G 30)

Mírný stupeň bolestivé koxartrózy může být zmírňován i po dobu několika let pra-

videlnou aplikaci jehly do periostu velkého trochanteru. Totální kovová endoprotéza postiženého kyčelního kloubu u pokročilejší koxartrózy může být jedinou správnou odpovědí na vzniklé těžké změny v oblasti acetabula a hlavice femuru.

Existují však nemocní, kteří trpí bolestmi v oblasti kyčelního kloubu, i když opakovaně ortopedické vyšetření i rentgenové snímky jsou negativní. U takovýchto koxalgii je periostální akupunktura plně indikována. U této indikace se dobře osvědčila i dutá jehla a přinesla stejný výsledek jako jehla akupunkturní. Abychom zamezili teoreticky možný přenos pozitivitu australského antigenu, doporučujeme subkutánní či intramuskulární jehly určené na jedno použití. U obézních pacientů musí tato jehla dosahovat až 8 cm délky, abychom se dostali až na periost velkého trochanteru. V praxi provádíme aplikaci jehly tak, že si položíme pacienta na zdravý bok, resp. na méně postižený bok. V takovéto poloze se velký trochanter femuru viditelně přibližuje k povrchu, takže tato poloha usnadní pronikání jehly do hlubších vrstev této oblasti.

Akupunktura až na periost se aplikuje v oblasti velkého trochanteru v aktivním bodě G 30. Můžeme přidat aktivní body N 5 a G 40 na postižené straně.

c) *Processus coracoideus* (v blízkosti bodu Lu 1)

Z denní praxe známe ztuhlé rameno, jež může být velmi zlepšeno, event. po určitém počtu sezení i vyléčeno stimulací periostu v oblasti korakoidálního výběžku. Tato metoda je účinná především u lehčích, resp. počátečních stadiích humeroskapulární periartritidy.

Periost korakoidálního výběžku dráždíme buď akupunkturou, nebo subkutánní jehlou. Při aplikaci jehly je nutné z počátku jehlu držet v horizontální poloze a takto pronikat skrze pokožku. Jestliže tento pokus nemá okamžitý efekt, pak je nutné se pokusit o vpichování jehly do periostu příčného výběžku, jenž je palpačně citlivý a nachází se v oblasti cervikotorakálního přechodu. V nejednom případě nahmatáme maximální bolestivý bod v oblasti sulcus bicipitis brachii, kam na postižené straně aplikujeme akupunkturou jehlu. Ke zvýšení protibolestivého efektu v oblasti processus coracoideus můžeme přidat tyto klasické aktivní body:

Dd 15, Dd 9, Dd 10, Lu 5.

I v tomto případě je třeba nezapomínat na důležitou složku další adekvátní terapie, a to je léčebná tělesná výchova. Nutné je rehabilitovat ramenní kloub nejen pasívními pohyby všemi směry, ale především aktivní svalovou silou. Důležité je po aplikaci akupunktury cvičit právě ty pohyby, kterým se pacient pro bolest vždy vyhýbal. Bolest totiž patologickými nociceptivními reflexy vyvolává reflexní spasmus svalové: patologické vazomotorické reflexy nepříznivě ovlivňují trofiku, a proto je třeba veškeré bolestivé manévry z terapie vyloučit. Bolestivost se právě po aplikaci jehel do výše uvedených bodů snižuje, někdy i po opakované aplikaci jehel bolest zcela vymizí. Cviky nemají být z počátku prudké, spíše mají být švihové. Aktivní cviky doporučujeme provádět nejméně třikrát denně po dobu třiceti šedesáti minut, resp. podle snášenlivosti. Periostální akupunkturu aplikujeme z počátku denně po deseti minut, nejlépe denně po pět dní, potom ob den do znatelného zlepšení, event. uzdravení.

d) *Laterální epikondylus humeru* (blízko bodu Dd 12)

Asi 60 až 70 % nemocných s tenisovým loktem může být zlepšeno event. i zcela vyléčeno napichováním periostu laterálního epikondylu humeru. Tento epikondyl nejšněze vypalpujeme, je-li loket v pravém úhlu. Nejlépe je použití nejkratší akupunkturou jehly, event. subkutánní jehly. V případě neúspěchu doporučujeme aplikovat aktivní bod TM 14, jenž zmírňuje bolestivost v oblasti loketního kloubu. Dále na postižené straně můžeme zvýšit efekt akupunktury aplikací těchto aktivních bodů: Dd 4, Dd 14 a Dd 15. U torpidních případů může být i účinná lokální aplikace hydrokortizonového preparátu do oblastí bodu Dd 12. F. Mann má za to, že se tak děje díky jeho silným iritačním vlastnostem. Nemocný po aplikaci hydrokortizonového preparátu má často následující dva dny značné bolesti v místě jeho aplikace, zatím co po aplikaci akupunkturou jehly mizí bolest již během několika minut event. i vteřin. V podstatě lze říci, že kortikoidní preparát aplikovaný do aktivního akupunkturálního není účinnější

než aplikace samotné suché jehly. Kortizonový preparát má tu nevýhodu, že může způsobit v určité oblasti tkáně ložisko nekrózy, což akupunktura nikdy nedělá.

Lokální anestezii lze porovnat s akupunkturou při laterální epikondylitidě humeru. Injekce lokálního anestetika na příslušném místě přinese větší užitek po dobu, po kterou anestetikum působí, ale později nemá větší účinek než aplikovaná suchá jehla.

Zjistíme-li palpačně maximální bolestivost v oblasti mediálního epikondylu nebo i v oblasti olekranonu, pak dobrý efekt přináší aplikace jehly do punctum dolorosum maximum. Perioast v oblasti loketního kloubu můžeme stimulovat i z dalších aktivních bodů uložených na zde probíhajících drahách, především aplikací jehel do aktivních bodů meridiánů; srdce, tlustého a tenkého střeva, event. tří ohňvačů.

Jestliže tenisový loket či jiné změny v oblasti laterálního epikondylu nastaly po traumatu, pak organické změny z rentgenového snímku zhodnotí ortopéd a vyjádří se k operabilitě event. k další adekvátní léčbě. Rehabilitaci loketního kloubu sleduje rehabilitační lékař.

e) Ostruha kosti patní

Bolest, jež je způsobena v dolní končetině ostruhou kalkanea nebo svráštěním plantární fascie, může být zcela odstraněna u velkého počtu pacientů aplikací perioastální akupunktury.

Postižená pata je značně citlivá i na digitální tlak. F. Mann doporučuje aplikovat subkutánní event. intramuskulární jehlou do maximálně bolestivého bodu 1 ml 1% mezokainu nebo prokainu. Obsah stříkačky vystříknout až tehdy, když jehlou narazíme přímo na perioast kosti patní. Takto je povrch kosti patní silně podrážděn a touto cestou je i ovlivněna plantární fascie. Často i po této proceduře mívá nemocný bolesti větší intenzity v postižené oblasti, zvláště tehdy, chodí-li na postižené patě.

Z klasických akupunkturních bodů F. Mann doporučuje použít body:

N 3, N 4, B 62, B 61.

Dobře se osvědčila aplikace jehel do ušního boltce.

f) Sakroiliakální kloub (oblast bodu B 26)

Mnozí pacienti, kteří mají bolesti v oblasti lumboischiadické krajiny mohou být úspěšně léčeni vpichy jehel do oblasti sakroiliakálního skloubení.

Nejvhodnější je poloha vsedě, kdy pacienta vyzveme, aby si sedl obkročmo na židli s čelem k opěradlu a naklonil se 30 stupňů kupředu. Další akupunkturní jehlu aplikujeme do jamky nad sakroiliakálním kloubem. Jehlu lehkým tlakem vtačujeme směrem do kloubu mezi sacrum a os ilicum, což z počátku vyžaduje dotyk kosti jehlou na každé straně, a to v případě potřeby i opakovaně, dokud takto nenalezneme prostor mezi těmito kostmi.

Tato technika je dosti účinná, obdobně jako manipulace sakroiliakálního kloubu, pokud nejde o hrubější traumatický posun. Po aplikaci jehly, event. jehel, nastává částečné uvolnění vazů spojujících tyto dvě kosti, dochází takto k spontánní úpravě poměrů v této oblasti, snižuje se stuhlost okolního svalstva, takže v podstatě zde dojde k automanipulaci. Výhled na úspěch touto metodou jsou značně menší v případech již vzniklých parestezií a hypestezie, dále u pokročilé svalové hypotrofie, při snížených patřičných reflexech, zejména tvořili se již trofické změny. F. Mann předpokládá, že aktivace uvedeného akupunkturního bodu mění tonus paravertebrálně uložených svalů, mizejí reflexní i projekční bolesti, tím se též mění linie držení páteře a takto se uvolňuje tlak na kořeny patřičných nervů v LS úseku.

Fyziologického zlepšení poměrů v oblasti iliosakrálního kloubu můžeme také docílit aplikací těchto aktivních bodů: Le 3, B 62. Dále můžeme aplikovat body nacházející se paravertebrálně v oblasti LS, jež jsou uloženy na meridiánu močového měchýře.

U maligních procesů, zejména při metastázách v oblasti lumboischiadické krajiny a pánve či pánevních orgánů není ve většině případů perioastální akupunktura účinná. V takovýchto případech k utlumení bolesti v LS krajíně je nutné stimulovat i vzdálené body, především body B 61, B 60 a B 62. Velmi vhodný se ukazuje i aktivní bod B 2 jenž leží na opačné straně tohoto meridiánu.

g) Mediální kondyl tibie (oblast bodu MP 9)

Většina žen v oblasti pod mediálním kondylem tibie má malou palpačně citlivou endematózní oblast, jež se nachází právě v oblasti aktivního bodu MP 9. Je to v podstatě na úponu mediálního ligamenta kolenního kloubu. Palpovaná oblast bodu MP 9 většinou nemá větších rozměrů než 2×2 cm a je oválného tvaru.

Periost na tomto místě stimuluje jemně nebo silně podle závažnosti stavu. Raději používáme tenké akupunkturní jehly.

Tato metoda je překvapivě efektivní při bolestech lokalizovaných do mediální části kolenního kloubu. Většinou z tohoto bodu se dá tlumit dočasně, většinou na několik dní, bolest v oblasti celého kolenního kloubu.

Můžeme dále připojit i další aktivní body: G 33, B 54, event. body patelární a peripatelární [Bauchmann].

h) Ostatní klouby

Při postižení temperomandibulárního kloubu aplikujeme aktivní bod M 7 nejlépe akupunkturní jehlou střední velikosti.

Při osteoartritidě bazální části palce ruky aktivujeme nejbližše se nacházející aktivní body. Dále připojujeme body na dráze TM, a aktivní bod Dú 16 na postižené straně.

U Heberdenových uzlů zmírníme značně bolestivost tím, že do nich aplikujeme nejkratší akupunkturní jehly, nejlépe pět až sedm minut.

Výše uvedené principy periostální akupunktury mohou být aplikovány u nejrůznějších onemocnění kloubů, pokud samozřejmě nejde o proces maligní nebo specifický. V podstatě platí to poznání, že je nutné především stimulovat periost postiženého kloubu a když je třeba, pak aplikovat klasické vzdálené aktivní body akupunktury.

AKUPUNKTURA UŠNÍHO BOLTCE

Ušní boltce dlouho odolával akupunktérům, i když již za dob starověkých faraonů byly údajně používány některé body na něm k tomu, aby zabránily častému otěhotnění. Jak se zmiňuje Nogier, také staří Francouzi a Italové poželovali určitá místa na ušním boltci, aby odstranili ischiatické bolesti. Nogier pak vypracoval metodiku této léčby, která se v posledních letech stala středem pozornosti velké řady akupunktérů a také se jí používá při operačních analgeziích. Její doménou však není jen analgezie. Dá se použít i v prevenci, diagnostice a terapii různých poruch.

Na ušním boltci, jeho přední straně obrácené ke zvukovodu, se projevují jednotlivé orgány člověka v pozici jakoby intrauterinní, tedy hlavou dolů. Rozsah topografických zón jednotlivých částí těla nebo orgánů neodpovídá však velikosti orgánu, ale velikosti jeho funkce. Zajímavé je, že za normálních okolností jsou body na ušním boltci nebolestivé, teprve při onemocnění některého orgánu se, objevuje určitá bolest na ušním boltci, citlivá až bolestivá při palpací. Poněvadž jsou to celkem malé plochy, užíváme k detekci jemnou sondu, eventuálně zvláště upravenou. Tohoto faktu místní bolesti při poruše orgánů lze dobře využít i k diagnostice. Po úspěšném zavedení jehly do příslušného místa obyčejně vymizí s ústupem potíží i jeho palpační citlivost. Jak bylo výše uvedeno, dá se jí využít:

1. při prevenci — například u epidemii parotitidy (vbod do bodu 30, 55), k prevenci kinetózy před cestou podrážděním bodu 29,
2. při diagnostice,
3. při léčbě, a to zejména u funkčních poruch na příklad při neurastenii, nespavosti, některých onemocněních kloubů a páteře, neuralgií, migrén, menstruačních potíží a u celé řady onemocnění,
4. v analgezií — akupunkturální analgezie spočívá v selektivním přerušení vnímání bolesti.

Tabulka 6. Aurikuloterapie (názvy bodů k číselné mapce ušního boltce)

1. bod analg. k extr. zubů	54. bod bederní bolesti
2. podnebí (patro)	55. „brána bohů“ (tíší bolesti, protizánětl.)
3. dno úst	56. pánevní dutina
4. jazyk	57. kyčel
5. maxilla	58. uterus
6. mandibula	59. bod snižující krevní tlak
7. analgezie při extr. zubů	60. dyspnoe
7a. neurastenie	61. hepatitis
8. oči	62. prsty
9. vnitřní ucho	63. klavikula
10. tonzily	64. rameno
11. tváře	65. paže
12. vrcholek tragu	66. loket
13. nadledvinky	67. zápěstí
14. zevní nos	68. appendix I.
15. larynx a pharynx	69. appendix II.
16. vnitřní nos	70. appendix III.
16a. n. auriculotemporalis	71. okrsek kopřivky
17. bod žízně	72. (1—6) helix
18. bod hlady	73. tonzily I.
19. bod vysokého tlaku	74. tonzily II.
20. zevní ucho	75. tonzily III.
21. srdeční bod	76. játra I.
22. endokrinium	77. játra II.
23. vaječníky	78. vrchol ucha
24a. oko I.	79. zevní genitál
24b. oko II.	80. uretra
25. mozkový kmen	81. rectum
26. bod zubní bolesti	82. bránice [zero]
26a. mozkový přívěšek	83. bod rozvětvení
27. larynx a zuby	84. ústa
28. hypofyzární bod	85. esophagus
29. polštář (occiput)	86. srdce
30. parotis	87. žaludek
31. asthma	88. duodenum
32. varlata	89. tlusté střevo
33. čelo	90. appendix IV.
34. šedá hmota	91. kolon
35. „slunce“ (skráň, spánky)	92. močový měchýř
36. „sířecha“ (vrchol lbi)	93. prostata
37. krční páteř	94. ureter
38. křížová páteř a kostrč	95. ledviny
39. hrudní páteř	96. „břišní žlázy“ a žlučník
40. bederní páteř	97. játra
41. krk	98. slezina
42. hrudník	99. ascites
43. břicho	100. srdce
44. mamma	101. plíce
45. thyreoidea	102. bronchy
46. prsty u nohy	103. trachea
47. pata	104. trojitý ohývač
48. kotník	105. krevní tlak
49. koleno	106. dolní část zad
50. kyčel	107. horní část zad
51. vegetativní bod	108. střední část zad
52. nerv. ischiadicus	109. podbříšek
53. hýždě	110. nadbříšek

Nejvhodnější je kombinace klasické akupunktury s ušní akupunkturou. Tato kombinace přináší lepší výsledky, než když se provádí každá zvlášť. Klasická akupunktura způsobí lepší vegetativní harmonii než ušní akupunktura. Nejprve vbodáváme jehly do těla, pak do ušního boltce. V praxi se při ní řídíme pravidly:

1. použít jen málo, ale zato dobře účinných bodů,
 2. použít vždy hlavní bod, vedlejší ho pak podporují,
 3. u praváků obvykle vbodáváme do levého boltce, u leváků naopak (u apendicitidy a žlučnickových obtíží pícháme do pravého ušního boltce).
- Na ušním boltci vyhledáme odpovídající bod zprvu podle anamnézy, vyšetření příslušné krajiny ucha a podle tlakové citlivosti. Velikost bodu má

Tabulka 7. Aplikace aktivních bodů ušního boltce u vybraných nemocí či symptomů

Onemocnění	Hlavní body	Vedlejší body
Artrózy	odpovídající body a 22, 13, 34	101, 29, 22, 60
Astma bronch.	51, 55, 31, 13	95, 55
CB syndrom	37, 41, 55	—
Dyspepsie	89, 87, 86, 51, 98	91, 104, 55
Ejaculatio praecox	58, 79, 32, 22, 55	—
Ekzém	101, 22, 13, 29, 91	—
Hypertenze	59, 51, 100, 55	105, 19
Hypotonie	51, 100, 29, 13	—
Impotence	58, 79, 32, 22, 95	—
ischias	52, 55, 53, 29	13
Menstr. potíže	58, 22, 51, 55	—
Neuralgie trigeminu	11, 5, 6, 55, 29	20
Neurodyssept. sy.	87, 97, 51, 55	88
Nespavost	55, 100, 95, 29	—
Neurastenie	100, 95, 55, 29, 87	34
Paréza facialisu	11, 29, 8, 84	2, 3, 97
Periarthritis humerosc.	64, 65, 55	63, 13
Ulcus duodeni	88, 51, 55	34, 87
Ulcus ventric.	87, 51, 55	34, 88
Žaludeční křeče	87, 51, 55	109, 110

zhruba průměr okolo 0,2 mm, proto je velmi obtížné jeho určení. Z toho důvodu je vhodné k jeho určení použít elektrických přístrojů, které nám určí i vhodný druh použitých jehel (zlaté nebo stříbrné). Možné je však použít i jehly z nerezavějící oceli. Před zavedením jehel kůži důkladně dezinfikujeme a pak do určeného místa zavedeme jehly a ponecháme 20 až 30 minut. Při velkých oblastech je můžeme ponechat hodinu i déle. Speciální jehly můžeme nechat zavedeny tři až pět dnů. Vhodné je každých 5—10 minut jehlu lehce povytáhnout a znovu zavést. Akupunkturu provádíme denně nebo obden, celkem asi deset sezení. Při ušní akupunktuře nastává obvykle rychlejší úprava, která je často srovnávána s Huneckovým vteřinovým fenomenem. Kritériem úspěchu je vymizení potíží do pěti až deseti minut po sezení.

Nogier ve své práci udává několik zvláště důležitých bodů: je to zejména bod Zero (nula), ležící na kořeni ucha. Je to místo, kde se sbíhají spojnice projekcí bolestivých bodů, dále body X, A, B, C atd. König s Wanzurovou, kteří se vážně zabývají akupunkturou, používají ve své práci číselného označení bodů, tak jako většina ušních akupunktérů.

Použití ušní akupunktury k analgezií při některých zákrocích:
Tonsillektomie: 55, 26 a šikmé nabodnutí z 13 do 15. Body je nutné elektricky dráždit. Analgezie nastane po patnácti až dvaceti minutách. Tyto body je vhodné kombinovat s klasickými body Dd 4 a Dd 15, event. Dd 1.

Zubní analgezie: vedle klasických bodů ušní body: 1, 7, 5, 6, 26, 55, 26A, 27.
Cystoskopie: 94, 51, 55, 79, 80.

Jak již bylo uvedeno dříve, tab. 4 je pouze návodem, není v žádném případě schématem. I jinak platí ostatní pravidla pro akupunkturu, jak byla uvedena dříve. V tab. 7 je uvedeno jen několik chorobných stavů, namátkou vybraných.

Snad ještě jedna kuriózní připomínka. Někteří ušní akupunkturisté používají ušní akupunktury při různých odvykacích kúrách, např. proti kouření apod., jindy pak se zvláštními skobičkami zaváděnými do Nogierova tukového bodu nebo bodů 17, 18 při léčbě obezity.

CEREBRÁLNÍ AKUPUNKTURA

Akupunktéři hledají odpovědi na spoustu nejasných otázek o působení akupunktury, morfologické struktury aktivních bodů, snaží se o objektivizování existence klasických meridiánů. Také hledají stále nové účinné body (Ngyen van Nghí jich popsal již celou řadu) a formy akupunktury. K těmto novým formám patří od roku 1972 tak zvaná akupunktura mozku nebo i cerebrální akupunktura. Cerebrální akupunkturu propracoval Roustan. Podle tohoto autora má pokožka v oblasti kalvy stejné aktivní body jako kůže celého těla. Tyto body jsou zde uloženy ve zvláštních liniích či zónách. Dále se autor domnívá toto: „Jestliže nemoc má své centrum v mozku, potom se léčba musí také dotýkat přímo mozku, a nejlépe k mozkové části mají právě aktivní body s povrchu hlavy, a to její mozkové části.“ Projekce jednotlivých Roustanových zón pak odpovídá vesměs projekci jednotlivých Rolandových zón, jak to známe z klasické anatomie.

Roustan topograficky hlavu dělí na:

1. anteroposteriorní linii — ta odpovídá klasické střední zadní dráze akupunktury;

2. linií obočí — protuberantia occipitalis externa — jež jde od vrcholu obočí kolem uší k protuberantia occipitalis externa.

Z těchto dvou linií se potom dá odvodit celkem třináct zón:

1. MOTORICKÁ ZÓNA — začíná půl centimetru za středem linie jdoucí od kořene nosu k zadní hranici vlasů nebo k místu vzdálenému půl centimetru od spojnice os zygomaticum.

Horní pětina této linie odpovídá motorické zóně dolní končetiny a pánevnímu pletenci, následující dvě pětiny odpovídají horní končetině a dolní dvě pětiny ovlivňují hybnost obličeje a mají vliv na řeč. V této zóně leží pět bodů. Na jejím počátku leží první bod: z něho lze ovlivnit dolní končetiny a pánevní pletenec. Druhý bod leží o pětinu níže, z toho bodu lze ovlivnit hybnost paže. Ze třetího bodu, ležícího o pětinu délky linie za druhým bodem, lze ovlivnit hybnost prstů rukou. Ze čtvrtého a pátého bodu, každý leží o pětinu za následujícím bodem, lze ovlivnit hybnost, zde se také nalézá řečová zóna 1, z níž se dá ovlivnit porucha řeči, hlasivek, dysarthrie, ale i sialorrhoea.

2. SENZITIVNÍ ZÓNA — nachází se jeden a půl centimetru za motorickou linií a dosahuje až k zadní hranici vlasů. Její horní pětina ovlivňuje senzitivitu dolních končetin a bederní páteře, ale i záhlaví, eventuálně bolesti v oblasti krku a uší. Další dvě pětiny této zóny ovlivňují horní končetiny, dolní dvě pětiny ovlivňují senzitivně oblast tváří, a to u všech na kontralaterální straně.

3. ZÓNA TREMORU A CHOREY — jde o motorickou zónu koordinace. Leží jeden a půl centimetru před motorickou zónou. Z této zóny lze ovlivnit třesy při Sydenhamově a Parkinsonově chorobě.

4. ZÓNA CÉVNÍCH KONTRAKTUR — nachází se jeden a půl centimetru před třetí zónou tremoru a chorey. Tato zóna má vliv na edém mozku a na perivaskulární otok vůbec. Z její horní poloviny lze ovlivnit edém mozku a cévní poruchy horních končetin, z její dolní poloviny se dají ovlivnit poruchy cévní v oblasti dolních končetin.

5. ZÓNA ZÁVRATĚ — odtud se dají ovlivnit pouze závratě středoušního původu. Tato zóna se nachází v horizontální linii ležící jeden a půl centimetru od vrcholku ušního boltce a odtud dva centimetry dopředu a dva centimetry dozadu. Její indikací jsou závratě ušního původu, zejména Meniérského charakteru.

6. ZÓNA ŘEČI Č. 2 — je to tři centimetry dlouhá linie paralelně uložená s mediální linií a jde bilaterálně a pomyslně částečně jsoucí od processus mastoideus směrem vzhůru a její okraj je dva centimetry pod lambdovým švem. Odtud se dají ovlivnit různé poruchy výslovnosti a afázie.

7. ZÓNA ŘEČI Č. 3 — je vlastně pokračováním zóny závratě o další dva centimetry vzad. Její přední polovina odpovídá tónové, zadní polovina slovní složce řeči.

8. ZÓNA KOORDINACE HYBNOSTI — vychází ze senzibilní zóny horní končetiny, asi o jeden centimetr vzad v rozsahu asi tři centimetrů pod úhlem asi 45 stupňů. Z této zóny lze ovlivnit poruchy hybnosti protilehlých končetin, bolesti a centrální obrny, zejména dolních končetin, choroby páteře, ale je také ústředím pro polyurii a diabetes insipidus. Dá se tedy odtud příznivě ovlivnit i enuréza u malých dětí, u žen i ptosa uteru.

9. OPTICKÁ ZÓNA — leží podél střední linie od dolního pólu protuberantia occipitalis externa jeden centimetr laterálně od mediální čáry. Je dlouhá čtyři centimetry. Z této zóny lze příznivě ovlivnit poruchy vidění.

10. ZÓNA ROVNOVÁHY — nachází se 3,5 centimetru od střední dráhy, na každé straně je dlouhá čtyři centimetry. Její začátek je ve výši processus mastoideus a směřuje sagitálně kaudálně. Ovlivňuje poruchy rovnováhy způsobené poškozením mozečku.

11. ZÓNA ŽALUDKU — nachází se nad středem pupily, dva centimetry nad přední hranicí vlasů, nejsou-li vlasy, pak najdeme její dolní pól šest centimetrů nad středem obočí. Aplikace jehel ovlivňuje veškeré druhy bolesti odehrávající se v žaludeční krajině.

12. ZÓNA HRUDNÍKU — nachází se mezi linií žaludku a střední linií, dva centimetry nad a dva centimetry pod přední hranicí vlasů. Aktivních bodů v této oblasti se používá k ovlivnění těžké dyspepie, při onemocněních v oblasti hrudního koše, při paroxysmální tachykardii.

13. GENITÁLNÍ ZÓNA — je ve stejné výši s linií žaludku, zevně od linie hrudníku dva centimetry nad hranicí vlasů. Význam má hlavně při krvácení z rodidel.

Praktické provedení cerebrální akupunktury

Při vpichu pacient sedí nebo leží. Je nutná pečlivá dezinfekce pokožky a okolí. Hrot akupunkturní jehly vždy směřuje kolmo k baze lebeční, zavedená jehla musí vždy zůstat v této poloze. Účinek je možné ještě zesílit, zavedeme-li do akupunkturní jehly patřičnou elektrickou stimulaci, eventuálně ji opět povytáhneme. Jehly ponecháváme zavedené pět až sedm ba až deset minut postupně při každém dalším sezení prodlužujeme čas od základní hodnoty pěti minut) a v této době se alespoň dvakrát jehly povytáhnou a opět zavedou na původní locus. Po vytažení jehel se pokožka opět potře dezinfekčním roztokem. Léčba se provádí každodenně, celkem desetkrát. Je-li nutno tuto léčbu opakovat, pak se provede po tři až pětidenní přestávce opět celá sada deseti sezení. V některých případech je léčba i kratší než desetidenní aplikace jehel, někdy je nutné i několikrát zopakovat léčbu až do úplného vymizení potíží. V některých případech i u cerebrální akupunktury může u citlivých jedinců dojít ke vzniku závratí, nevolnosti a podobně. V takových případech necháme nemocného odpočinout na lůžku alespoň dvacet až třicet minut, event. aplikujeme protibody známé z klasické akupunktury. Vždy pacienta dlouhodobě sledujeme a vedeme si o průběhu léčby podrobné záznamy.

ELEKTROAKUPUNKTURA

Již začátkem 19. století byly činěny pokusy posílit účinky jehel zavedených při akupunktuře elektrickým proudem. Mezi prvními, kdo tyto pokusy prováděl, byl napoleonský vojenský lékař Sarlandier, který v roce 1815 zveřejnil své první zkušenosti. Ovšem jeho fyzikální znalosti nebyly takové, aby mohl svou metodu rozpracovat. Teprve v tomto století se opět začala objevovat myšlenka obnovit pokusy s použitím elektrického proudu při akupunktuře. Zabýval se jí známý francouzský akupunktér De la Fuye a od té doby celá řada jiných.

Jde v zásadě o dvě možnosti. Buď přivést proud do zavedených akupunkturních jehel, což zesílí jejich účinek, nebo dráždit aktivní bod elektrodou přiloženou na kůži. Při prvním způsobu lze dále využít několika možností, buď nechat elektrický proud působit jen krátce, přičemž jehly zůstanou zavedeny deset až patnáct minut a působení proudu se několikrát opakuje, nebo je možné nechat působit elektrický proud po celou dobu akupunktury. Této metody lze s výhodou použít u značně bolestivých stavů, kde běžnou akupunkturou nebylo dosaženo žádoucího účinku a výsledků. Elektroakupunktéři používají při své léčbě obvykle zvláště upravených jehel, ale jde ji provádět i běžnými akupunkturními jehlami. Je též možností použít jehel pro dlouhodobé zavedení a do nich pak denně zavádět elektrický proud.

Již Podšibjakin ukázal na změny elektrického potenciálu na rozličných místech kůže a jeho vztahy při onemocněních vnitřních orgánů. V roce 1948 Niboyet při vyšetřování kožních odporů zjistil, že v určitých místech je také značně nižší kožní odpor než na okolní pokožce. Většinou se tato místa shodovala s aktivními body. Tím byla dána možnost objektivní detekce těchto bodů. Poslední práce Šalanského a spol. ukázaly, že aktivní body, správněji řečeno, odpor určitého místa kožního povrchu, není fixně určen, ale v průběhu dne jeho topografické uložení kolísá, i když v malém rozmezí. Také velikost naměřených hodnot není pro daný bod fixní a v průběhu se mění.

Voll si všiml poznatků Akabanových a Podšibjakinových, že za různých patologických stavů dochází ke změněnému vnímání tepelných předmětů na počátečních nebo koncových bodech té dráhy, v jejíž oblasti, nebo do jejíhož řízení postižený orgán přináležel, a toho, že úpravou postižené funkce dochází k normalizaci těchto vjemů a pokusil se provádět elektrická měření nad stejnými body. V průběhu času vypracoval svou teorii. Považuje akupunkturální dráhy za přenašeče elektrické energie ve smyslu tekutého sloupce elektrolytu, jehož vodivost by se dala ovlivnit nabitím nebo vybitím. Tato metoda není zajímavá jen tím, že jí lze použít k terapii, ale zejména tím, že jí lze využít k diagnostice. Vychází zde opět ze starých akupunkturálních pravidel, že v soustavě akupunkturálních drah proudí jakási energie, která za normálních okolností musí být v rovnováze. Jestliže dochází za určitých stavů na některých místech k jejímu nahromadění, potom protéká jakýmsi zkratou, které slouží jako bezpečnostní ventil. Zkratou dovolují, aby se energie znovu dostala do orgánů a zásobovala je, dokud nebude její proudění možné obvyklými cestami. Jestliže se však porucha neodstraní a trvá příliš dlouho, je ohrožen i zkratový oběh a dochází k nerovnoměrnému rozdělení energie. Tento stav se již projevuje nenápadnými změnami, zejména v oblasti duševní sféry a dochází k tomu, co nazýváme neurotickými steskami. Tento stav nemocný celkem dobře snáší. Při dalším zhoršování distribuce energie dochází k jejímu anarchickému rozdělení a nakonec tento stav vyúsťuje v místních bunečních poruchách, tedy již v organických změnách a dochází k prvním potížím a při jejich určitém stupni k příznakům organické nemoci, jak jsme již zvyklí vidět. Elektroakupunktéři však prohlašují, že dovedou určit funkční stav poruchy již v období počátečních změn rozdělování energie, to znamená na počátku neurastenických stesků.

Voll se svými spolupracovníky určili celou řadu bodů, jejichž měřením se dá určit porucha dotyčného orgánu. Každý aktivní bod či skupiny aktivních bodů odpovídají přesně určeným orgánům, funkcím a jejich metabolismu. Přístrojem je potom možné určit přesnou funkční bilanci příslušného metabolismu či orgánu. V praxi to vypadá tak, že změříme nejprve distální body drah [z každé dráhy 4—5 bodů] a ty nás upozorní na energetický stav měřené dráhy, tedy na funkci orgánu, který je na ní závislý. Na dolních končetinách jsou to tyto aktivní body: MP 1, 2, 4, 5, Le 1, 2, 3, 4, M 45, 44, 43, 41, G 44, 43, 41, 40, B 67, 65, 63 a symetrický bod na vnitřní straně kořene malíku [bod B 67], který odpovídá dráze močového měchýře a pak N 2, 5. Na horních končetinách jde o tyto body: Dů 1, 2, 4, 5, H 9, 8, 7, 6, KS 9, 8, 7, Dd 1, 2, 4, 5, Lu 11, 10, 9.

Vedle toho měříme speciální body. Z nich uvedeme jen některé [viz tab. 8]. V diagnostice záleží na:

1. konečné hodnotě bodu,
2. způsobu, jakým ručička dosahuje maxima této hodnoty,
3. poklesu ručičky,
4. konečné hodnotě, jaké pokles ručičky dosahuje.

Za normálních okolností je výchylka na ohmmetru ve středu stupnice. Jestliže ručička nedosáhne této hodnoty, jde o snížení funkce orgánu, jeho

Tabuška 8. Aplikace základních bodů elektroakupunktury

Aktivní bod pro	Označení
Krev	MP 6
Periferní nervový systém	B 60
Cévy dolní končetiny	Le 8
Cévy malé pánve	MP 10
Cévy v oblasti epigastria	M 32
Svaly	G 34
Klouby	G 33
Kostní dřev	G 39
Frontální sinus	B 2
Maxilární sinus	M 5
Zuby horní čelisti	JM 25, M 7
Zuby dolní čelisti	JM 24, M 8
Oko	3E 21, G 1
Ucho	G 17
Thyreoidea	M 10
Jícen	M 14, 15
Hrtan	JM 21
Bronchy	JM 17
Trachea	JM 19
Mícha	TM 13
Páteř	B 11
Nadledvinky	B 22

organické poškození, degenerativní proces. Při dosáhnutí této hodnoty pak může jít o intoxikaci eventuálně autointoxikaci nebo jiné dráždění. Za normálních okolností dosáhne ručička tohoto bodu celkem rychle a plynule. Jestli konečně hodnoty dosahuje pomalu, je to známkou poklesu funkce měřeného orgánu nebo nepřesného místa měření. Jestliže po dosažení maxima ručička klesá, je také měřený orgán poškozen. Čím je tento pokles větší, tím je také poškození orgánu větší.

Dosud u nás nebyl sestrojen oficiální přístroj určený pouze pro elektroakupunkturu, který by plně vyhovoval v praxi. K praktickému provedení

elektroakupunktury se používá ve většině případů amatersky sestrojených elektrostimulátorů upravených k provedení elektroakupunktury. V Československu nesmí být v praxi použit žádný přístroj pro elektroakupunkturu, pokud neprošel bezpečnostní kontrolou v Elektrotechnickém zkušebním ústavu v Praze-Troji.

Soudobí elektroakupunkturisté nejsou ještě plně sjednoceni na přesně udaných hodnotách napětí, intenzity elektrického proudu, na druhu impulsů a jejich frekvenci. V budoucnu, až budou všechny parametry přístroje pro elektroakupunkturu pevně stanoveny, může být zahájena jeho výroba.

ANALGEZIE POMOCÍ AKUPUNKTURY

Jakkoliv je akupunktura stará, dějiny akupunkturní analgezie jsou překvapivě mladé. Teprve v roce 1958 byly provedeny operace v akupunkturní analgezi. Od té doby jí bylo provedeno na statisíce. I když zprvu byly v 50–60 proc. prováděny operace v tomto způsobu znecitlivění, bylo průběhem času zjištěno, že není vhodné pro každého nemocného a každý druh operativního zákroku a tak se dnes používá asi u 15–20 % nemocných v Čínské lidové republice.

Je známé, že stimulace tělesného povrchu utlumí na nějaký čas bolest. Jedna bolest může zvýšit práh pro vnímání druhé bolesti (horčičné náplasti, horké nebo studené obklady). Často ovlivní úporné cervikobrachiální syndromy injekce 1% mezokainu do nejbolestivějšího místa interdigitální řasy postižené ruky (Gullain), která vyvolá novou dominantu bolesti a tím negativní indukci utlumí dominantu původní (podle Uchtomského). I velcí odpůrci akupunktury se shodují v tom, že akupunktura má vliv na odstranění bolesti. A to nejen na odstranění již trvajících bolestí, ale i v jejich prevenci, jak je tomu při operativních zákrocích. Akupunktura způsobuje specifický vzestup práhu pro vnímání bolesti, ponechávajíc nedotčeny ostatní smyslové modality. Vzhledem k tomu, že nelze přesně obdržet úplnou analgezi, bylo by vhodnější mluvit o hypalgezi.

JEJÍ VÝHODY JSOU:

1. bezpečnost (nebyla dosud popsána smrt nebo vážnější komplikace);
2. spolupráce pacienta během operace (proto je obzvlášť výhodná zejména při operacích strabismu, operativních výkonech na štítné žláze, sect. Caesarea aj.);
3. méně pooperačních komplikací (při operacích je jen malý rozdíl od předoperačních funkcí, jako jsou cirkulační, respirační, digestivní nebo vodní a elektrolytické poruchy rovnováhy. Také je méně pooperačních komplikací, jako je nauzea a zvracení či respirační infekce, retence moče či abdominálních komplikací);
4. v některých případech je příjemnější, lacinější, jednoduchá a všude a vždy dosažitelná;
5. hodí se i tam, kde ostatní způsoby medikamentózní analgezie nebo narkózy jsou kontraindikovány. Akupunkturní analgezie je vhodná u zesláblých, u pacientů s jaterními, renálními nebo plicními poruchami;
6. poněvadž přetrvává dlouho po provedeném zákroku, bývá také pooperační průběh lepší.

JEJÍ NEVÝHODY JSOU:

1. nevede k úplné analgezi. Proto nelze při těchto zákrocích užít ke stavění krvácení elektrokoagulace, suturu je nutno provádět rychle a ostrými jehlami, operační výkon nemá trvat dlouho;

- nedosáhne se při ní úplné relaxace svalstva;
- její výsledky jsou rozdílné podle tělesných krajin. Nejlepších výsledků lze při ní dosáhnout při zákrocích na hlavě, krku a hrudníku, naproti tomu v abdominální krajině a končetinové je její analgetický výsledek slabý;
- je nutný pečlivý výběr pacientů. Tato metoda není vhodná u všech nemocných. Jen velmi těžko se s ní dosáhnou kladné výsledky u přestrašených pacientů. I když si uvědomujeme, že výsledky čínských lékařů jsou nevědecké a nekritické, kladného efektu hypalgezie až analgezie lze dosáhnout u těchto indikací:

Thyreoectomia	v 98—100 %
Kraniotomie	v 90—95 %
Hrudní chirurgie	v 80—95 %
Laparotomie	okolo 70 %

Den před operací je vhodné provést k rozhodnutí o její vhodnosti tzv. „akupunkturní test“. Při něm se zavádí jehla až do vyvolání charakteristických pocitů. Čím je tento pocit intenzivnější a rozšířenější do plochy, tím lepší lze očekávat analgetický efekt.

Vzhledem k tomu, že akupunktura sama nedovede vždy uspokojujivě dosáhnout patřičné hloubky analgezie, používá se při ní ještě často (s výjimkou očních zákroků nebo zubních extrakcí) medikamentózní premedikace, a to buď večer před operací, nebo nejpozději dvě hodiny před ní 100 mg fenobarbitalu perorálně. Asi půl hodiny před operací pak ještě 50 mg pethidinu v injekci. Někdy se přidává ještě 25—50 mg pethidinu během operace. Někdy před incízí nebo suturou peritonea používá k doplnění analgezie obstříku novokainem. Při výběru vhodných pacientů k analgezií akupunkturou se přiblíží k následujícím faktorům.

- Věk. U dětí a starších lidí není tento způsob analgezie považován za vhodný (i když je tento faktor pouze relativní).
- Typ operace. Není vhodná (i s premedikací) u těch operací, které vyžadují hlubokou analgezií a odpovídající svalovou relaxaci, eventuálně u operací trvajících déle než dvě až tři hodiny (i když byla úspěšně použita i u operací trvajících šest hodin).
- Fyzický stav pacienta. Zde opět záleží na metodě volby. Někteří ji nepoužívají při těžkých krevních ztrátách, v hypovolemickém šoku nebo v komatu (ačkoliv se používá k léčbě šoku).
- Duševní stav pacienta. Ustrašení nemocní nejsou vhodní. Z toho důvodu je také nutné před plánovaným užitím akupunktury promluvit s nemocným, vysvětlit mu její účinky.

akupunkturní analgezie je možné dosáhnout:

- tlakem prstu na aktivní bod,
- stimulací jehlami,
- elektroakupunkturou — stejný efekt je dosažen, když použijeme místo jehel i povrchní elektrody,
- tzv. injekční akupunkturou — při ní do aktivního bodu vstříkneme 3—10 ml roztoku (do ušních bodů 0,1—0,2 ml). Podle posledních předpokladů, že akupunkturní efekt spočívá hlavně v podráždění hlubokých tlakových receptorů se zdá, že takto vyvolaný tlak injekčním roztokem dráždí mechanicky tyto receptory.

Pro dosažení efektu je velmi vhodné zavedení jehly stimulovat. Stimulace

se provádí buď ručně často rotací jehly, nebo pomocí elektrického proudu. Dráždění, ať jakýmkoliv způsobem, začínáme obvykle dvacet až třicet minut před končí incisi. Tato „doba indukce“ odpovídá času, během něhož dostaneme analgetický účinek.

Zprvu se používalo k akupunkturální analgezi velké řady vpíchů, postupem času byli akupunkturisté vedeni snahou tento počet redukovat. Po rozsáhlých experimentech je dnes používáno dvou až čtyř aktivních bodů, často kombinovaných s body na ušních boltci.

Body jsou obvykle vybírány podle odpovídajících aktivních drah. Nejlepší se však zdá použít bodů podle segmentární inervace, odpovídající operačnímu poli. Práh pro vnímání bolesti se všeobecně zvýšil ze všech aktivních bodů na těle, avšak z některých více, což ukazuje na jejich relativní specifictu. Tak například z D₄ odpovídající dermatomu C₆—7 byl zvýšen práh bolesti v trigeminových a cervikálních okrcích více než v torakálních nebo abdominálních. Z toho vyplývá, že ač je analgetický efekt téměř všeobecný, je nejvyšší ze stimulovaných nebo jim nejbližších sousedních segmentů. Také z ušních bodů má největší efekt bod sympatiku Sen — men. Použitím ušních bodů se zvýší analgetický efekt a svalová relaxace (zejména při laparatomích).

Dnes nejlépe účinek akupunktury v analgetickém účinku vysvětluje neurofyzilogická teorie, která počítá s následujícími faktory:

1. **Humorální faktory.** Dlouhá doba indukce (od patnácti do třiceti minut) k obdržení analgetického efektu při dráždění a stejně tak i dlouhá doba přetrvávání analgetického efektu ukazuje, že alespoň částečně se mohou na ni podílet i humorální faktory (endorfiny). Čínští akupunkturisté na experimentu prokázali, že v krvi a mozkomíšním moku pokusných zvířat vznikají při akupunktuře určité neznámé humorální látky, které přeneseny do jiného jedince vyvolají analgetický efekt. Tyto pokusy by svědčily o tom, že na akupunkturální analgezi má vliv nějaký humorální faktor, nějaká specifická bolest odstraňující substance.
2. **Periferní aferentní impulsy.** Akupunkturální analgezie závisí na aferentních impulsích z drážděné krajiny. Prokazuje to skutečnost, že po znečtivění aktivního bodu nebo po blokadě nervu z oblasti aktivního bodu nelze vyvolat akupunkturou analgetický efekt. Injekce placebo do stejného bodu tento efekt nemá. Nervová vlákna aktivovaná akupunkturou náleží většinou k II. skupině aferentních vláken. Největší odpověď je z místa výstupu nervu ze svalu. Tato místa odpovídají také většinou aktivním bodům s maximálním analgetickým účinkem.
3. **Akupunkturou způsobená inhibice bolestivých impulsů na míšní úrovni, tzv. míšní „gate control“** neboli vrátkový mechanismus. Zájem o neurální mechanismy vnímání a potlačování bolesti se zaostřil na teorii gate control vytvořenou Melzackem a Wallem (1965). Byla vytvořena jako všeobecná teorie bez jakéholiv vztahu k akupunktuře. Podle ní vzruchy způsobené bolestivou nociceptivní stimulací jdoucí do míchy vlákny o malém průměru C a A delta vlákna jsou blokována v jejich synapsích v dorzálních rozcích současnou stimulací velkých myelinizovaných vláken (A), a tak zabraňují impulsům dosáhnout vyšších etáží nervového systému. Vzestup aktivity ve velkých vláknech způsobí uzavření vrátkového mechanismu pro přenos bolestivých impulsů, zatímco vzestup aktivity z malých vláken jej otevírá. Detaily tohoto děje nejsou zatím známy, ač se předpokládá, že malé buňky v substancia gelatinosa dorzálních rohů mají zvláštní úlohu v přenosu smyslových informací.

Tato míšní gate control je také ovlivňována descendentními vlákny. Z každodenní zkušenosti je známo, že různé stimulace mohou odstranit jsoucí bolest (horké či ledové obklady, derivantia apod., eventuálně i transkutánní elektrická stimulace).

Nejlepších výsledků se dosahuje drážděním stejných segmentů, z nichž je vyvolána bolest. Tímto způsobem lze odstranit nejen somatickou, ale i viscerální bolest. Zatímco efekt při stimulaci velkých vláken je okamžitý, analgezie vyvolaná akupunkturou dosáhne svého maxima až za několik minut. Tento prolongovaný a generalizovaný efekt je nejlépe vysvětlitelný snad humorálními faktory a míšň segmentární inhibicí. Celkový analgetický efekt akupunktury je tedy snad výsledkem sumace humorálních a neurálních mechanismů. Nutno dodat, že v poslední době se již od teorie „gate control“ upouští a pravděpodobně tato teorie bude vbrzku nahrazena novou teorií, která bude lépe vysvětlovat hypalgické a analgetické působení akupunktury.

4. Inhibice na talamických a vyšších úrovních. Centrální cesty bolesti a mechanismy její modulační jsou nesmírně složité a zatím ve svých detailech ne zcela objasněné. Zdá se, že jsou zde dvě aferentní cesty: neo-spino-talamická projekce k protilehlým ventroposter. jádrům later. části talamu. Tyto slouží nekritickému cití. Druhá oboustranná projekce je v intralaminárních snad i mediálních jádrech talamu. Nеспецифické dráhy vedoucí protopatickou tzv. pomalou bolest se projikují snad do gyrus cinguli, podle jiných autorů do frontální kůry. Tato nespecifická talamická jádra pravděpodobně dodávají bolesti emoční náboj. Přerušeni ascendentního retikulárního systému nespecifického (mechanické, chemické etc.) vede ke komatu, dráždění naopak vyvolává tzv. arousal reaction, to je reakci probuzení (Magoun, Moruzzi a jiní prokázali experimentálně). Z toho vyplývá (dlouhá latence), že akupunktura pravděpodobně působí přes multisynaptické protopatické dráhy pomalé bolesti (C— vlákna etc.).
5. Inhibice descendentními cestami. Bolestivé signály mohou být blokovány pomocí vláken sestupujících z oblasti mozku, predominantně z kory. Naše zkušenosti o roli descendentní inhibice v akupunktuře jsou zatím velmi omezené.

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY

I když analgetický efekt akupunktury může být vysvětlen alespoň částečně na základě neurálních mechanismů, hrají důležitou roli také psychogenní faktory. To vyplývá z toho, že nedokážeme dosáhnout akupunkturální analgezie u všech nemocných. Zde má roli obava nemocného před zákrokem, kulturní, edukační a etnické faktory a podmíněně reflexní stereotypy. Je dobře známo, že strach, šok a nervová nevyrovnanost (psychická) mají hluboký vliv na vnímání bolesti. Stav, který snižují hladinu strachu taktéž snižují hladinu vnímání bolesti.

Některí autoři přikládají vliv i hypnóze, ale tato hypotéza je celkem nepřijatelná, protože hypnóza vyžaduje delšího tréninku a určitou proceduru. Také její úspěch je ve velké chirurgii asi 20 %, u akupunktury asi 90 %. A konečně je rozdíl mezi jednáním hypnotizovaného a akupunkturovaného pacienta (zájem, spontánní výpověď, možnost jíst během operace atd.). A také analgezie akupunkturou je proveditelná s úspěchem i u zvířat. Testy akupunkturální analgezie závisí na impulsích hlavně z hlubokých receptorů. Tyto receptory jsou vedeny do míšňích provazců hlavně myelinizovanými vlákny druhé skupiny. Počet impulsů přicházejících za jednotku času je určen poměrem aktivity ve velkých a malých vláknech, které mají přerušit inhibici. To vysvětluje, že i mírný stimulus, který je za normálních okolností nebolestivý, vyvolá analgezi. Akupunktura inhibuje míšňí přenos bolestivých impulsů a snižuje množství bolestivých vzruchů přicházejících k buňkám středního talamu a retikulární formace (gate mechanismus druhého a dalšího řádu). Zajímavý je také v poslední době objevený antinociceptivní nebo analgetický

serotoninový systém, jehož efekt zvyšuje reserpin. Podstata inhibitorů serotoninu není ještě dosud objasněna. V neposlední řadě mají vliv i psychické faktory.

VÝSLEDKY LÉČBY AKUPUNKTUROU

Dnešní léčbu nemocí člověka převážně ovládla farmakologie. Lidé si doslova ve většině případů navykli na denní užívání i několika druhů tablet, jež požívají i v dosti velkých kvantech, zvláště pak analgetika.

Akupunktura nepatří mezi chemické léčebné metody. V denní praxi lékaře přináší dobré léčebné efekty. K tomu, aby akupunktura přinášela dobré výsledky, je nutně, aby každý lékař, který se jí zabývá, měl o této reflexní léčebné metodě dostatečné znalosti, zvláště aby znal metodiku a techniku jejího provádění a aby nepracoval šablonovitě podle doporučených receptur. Jedině na základě hluboké analýzy onemocnění, jejich syndromů a symptomů musí zásadně individuálně řešit otázku výběru aktivních bodů i formu provedení akupunktury. Důležité je, aby lékař sledoval průběh nemocí a léčby s pravidelnými zápisy, podle změny průběhu nemocí aby přizpůsoboval další terapii. Ve většině případů, když se nepostupuje šablonovitě, ale individuálně, můžeme počítat s úspěchem i u takového onemocnění, jež dosud nebylo řešitelné žádnou soudobou léčebnou metodou.

Výsledky léčby akupunkturou jsou u různých lékařů uváděny různě. Především závisí na znalostech a zkušenostech této léčby, ovládnutí techniky, výběru nemocných a také na kombinaci akupunktury s ostatní soudobou terapií. Musíme opět zdůraznit, že akupunktura není všemocná léčebná metoda, ale již mnohokrát se ukázala jako cenná zejména v kombinaci s moderními terapeutickými prostředky.

Akupunktéři Dálného východu vykazují při své léčbě úspěchy až v 92,5 %. Sovětští autoři a mnoho evropských akupunkturistů jsou opatrnější a ve svých pracích udávají výsledky, jež se pohybují v rozmezí 70 až 75 % úspěchu léčby. Britský akupunkturista doktor Felix Mann ve svých pracích udává tyto procentuální údaje léčebného účinku akupunktury:

1. U kostního a kloubního aparátu (lumbago ischias, cervikokraniální syndrom, gonarthrosis, revmaticky postižené klouby, bolestivé rameno, bolesti v patách, u artritických změn velkých kloubů atd.) udává zlepšení až v 80 %.
2. U plicních nemocí, asthma bronchiale, úspěch léčby až úplné vyhojení též u 80 %.
3. U chorob uropoetického traktu, u renální koliky, cystitidy, udává zlepšení v 72 %.
4. U chronických onemocnění horních dýchacích cest, jako je chronická faryngitida, chr. sinusitida, chr. tracheitida et laryngitida a podobně, udává tento autor zlepšení v 66 % svých léčených pacientů.
5. U poruch menstruačního cyklu, u bolestivé menstruace docílil dokonce 100 % léčebného efektu pomocí akupunktury.
6. U poruch prokrvení, zejména na dolních končetinách, bylo docíleno pravidelnou aplikací akupunktury celkem 66 % zlepšení, a to jak objektivně, tak i subjektivně.
7. U chronických kardiálních chorob, u paroxysmální tachykardie byl léčebný efekt kolem 33 %.
8. U zažívacích poruch, esenciálních průjmů, žaludečního a duodenálního vředu, u chronické gastritidy i enteritidy, u cholecystitidy léčebný efekt byl 84 %.
9. U neurologických diagnóz, zvláště u parézy nervi facialis uspěl kolem 52 %.
10. U endokrinních chorob, jako je diabetes mellitus, diabetes insipidus, nadledvinová insuficience, uspěl u 62 % léčených.

11. U neurovegetativní dystonie v různých jejích projevech, jako je neurastenie, počínající ischemická choroba srdeční, reflexogenní podmíněná angina pectoris, arteriální hypertenzní choroba v počátečních stadiích, hysterie, nadměrná potivost, uspěl autor v 84 %.

12. U kožních chorob jako je neurodermatitida, atopický ekzém, pruritus ani, psoriasis, uspěl v 84 %.

13. U léčby celkové postupné vyčerpanosti a únavy, spojené s anemií, úspěch léčby byl kolem 84 %.

14. U ostatních diagnóz, jako je oftalmický herpes zooster, aftózní stomatitis, akné juvenilis, bolesti hlavy z neznámé příčiny, migrény, neuralgie trigeminu a jiné — celkový úspěch léčby byl v průměru až 84 % léčených pacientů.

S těmito uvedenými výsledky se ztotožňují většinou i naši akupunkturisté. Vzhledem k tomu, že léčbu akupunkturou vyhledávají chroničtí nemocní, u nichž byla před aplikací akupunkturálních jehel vyzkoušena bez valných úspěchů celá řada klasických způsobů léčby, jsou tyto výsledky doslova až překvapivě vysoké.

Bezesporně překvapivě dobrých léčebných výsledků lze akupunkturou dosáhnout při různých neuralgiích, migrenách, cefalgích, u vertebrogenních a kloubních algii, u bolestivých stavů vůbec, pokud nejsou způsobeny větší anatomickou poruchou. V některých případech dochází často k ústupu bolesti i u přetrvávajících anatomických změn, ale ve většině případů tato úleva je přechodná. Z praxe známe případ, kdy nemocný trpěl těžkým cervikokraniálním syndromem pro pravostranný ostcofyt lokalizovaný na dorzální části třetího cervikálního obratle. Po pěti sezeních akupunktury tvrdí i po roce aplikace, že je téměř bez bolesti a podobné pocity naposledy měl před osmnácti lety.

Výborných výsledků lze dosáhnout u všech vegetativních rozlad, stavu se změněným tonusem cévním a podobně.

Nutné je si uvědomit, že tak jako po jedné tabletě, tak i po jedné aplikaci akupunktury, i když nastane bezprostřední úleva, nedochází k vymizení syndromu onemocnění. K potlačení potíží nebo k eventuálnímu vyléčení je zapotřebí předepsaný počet sezení v akupunktuře, prováděný v pravidelných časových intervalech.

Kritériem k dosažení pozitivního výsledku léčby není ani tak samo onemocnění, jako je vytvoření patřičné regulační rovnováhy v organismu. Psychická komponenta však nemá větší význam než při jakékoliv jiné léčbě. Pro tuto svědčí i ta okolnost, že vpích provedený mimo aktivní body nevede ke stejným léčebným efektům. Placebo léčba provedena po této stránce silně mluví ve prospěch akupunktury.

Vliv akupunktury jak na člověka, tak i na zvířata byl sledován elektrodermatricky, kapilaroskopicky, pletysmagraficky, chronaximetry, elektroencefalograficky, elektrokardiograficky, rentgenologicky, gastrokopicky, ventilometricky. Byly též sledovány i imunobiologické ukazatele reaktivnosti organismu, změny v krevním obraze, kolísání hladin biologicky aktivních látek i mnohé další.

Velký počet pozorování potvrzuje normalizující účinek akupunktury, zejména mezi procesy útlumu a podráždění v mozkové kůře. Akupunktura inhibuje patologickou dominantu bolesti, normalizuje především tonus a reaktivnost celého vegetativního systému. Odstraňuje různé dystonie vegetativní soustavy a má vliv na fyziologickou a patologickou činnost orgánů.

SOUHRN

V této publikaci zařazujeme akupunkturu i ignipunkturu do rámce reflexních léčebných metod. Poukazujeme na správnou aplikaci jehel i moxy, dáváme praktický návod na provádění tonizačního a sedativního způsobu metodiky akupunktury, upozorňujeme na komplikace akupunktury, podrobně rozvádíme indikace a kontraindikace akupunktury a ignipunktury. Stručně je zde probrána pulsová diagnostika, Akabaneho testovací metoda, jsou zde uvedeny nevhodnější kombinace aktivních bodů podle čínské teorie pěti prvků. Vedle starých teorií akupunktury jsou zde uvedeny i nové teorie včetně Theory gate control. Publikace obsahuje praktický návod na provádění akupunktury u 35 v praxi zcela běžných indikací, jež nejčastěji přicházejí v našich podmínkách a jsou s nimi dobré zkušenosti. Vedle peristální akupunktury je dále uvedena cerebrální akupunktura, akupunktura ušního boltce, elektroakupunktura a analgesie pomocí akupunktury. Jsou podrobně probrány indikace jednotlivých aktivních bodů, průběhy základních klasických meridiánů. Ve zvláštní příloze jsou vyobrazeny jednotlivé body akupunktury, seřazené do klasických meridiánů, s cizojazyčným označením. Je zde také vyznačena optimální doba aplikace jednotlivých aktivních bodů i hloubka jejich vpichu. Kniha je doprovázena kresbami a fotografiemi. Na závěr této práce jsou uvedeny procentuálně vyjádřené výsledky u vybraných indikací a literatura doporučená k dalšímu studiu akupunktury a ignipunktury.

LITERATURA

1. ANOCHIN P. K.: Metodologičeskij analiz uziovyh prelem uslovnovo reflexa. Sb. Filosofskije voprosy fiziologii vyššej nervnoj dějatelnosti i psihologii. J. A. N. SSSR, Moskva 1963.
2. BACHMANN G.: Akupunktur, eine Ordnungstherapie, Heidelberg 1959.
3. BACHMANN G.: Leitfaden der Akupunktur, Heidelberg 1961.
4. BARUCH G.: Les applications thérapeutiques IU DITS points assensial d'acupuncture Rev. inter. d'acup. No. 14 X—XII, 1969.
5. BISCHKO J.: Einführung in die Akupunktur, Heidelberg 1972, 1973.
6. BISCHKO J.: Grundzüge der Akupunktur, Wiener Mediz. Wochenschrift. 124: 1974, 5, 59—62.
7. BISCHKO J.: Die Haut im Rahmen der unspezifischen Regulation, Dtsch. Z. Akup. 1969, 3: 65.
8. BOJEVA E. M. — VEJN E. M. — NOVINSKIJ G. D., KAMENECKAJA B. I., MALCINA V. S. — MELNIKOVA E. M.: Igloukalyvanie i prižiganie, Moskva 1962.
9. BONICA J. J.: Therapeutic. Akupuncture in Peoples Republic of China. Implication for American Medicine. JAMA 17, 1974, 12: 1544—1551.
10. BROWN M. L. — ULETT G. A. — STERN J. A.: Acupuncture Loci: Techniques For Location. The Am. J. of Clinial Med. 2, 1974, 1: 67—74.
11. ČŽU-LIAŇ: Rukovodstvo po sovremennoj čžeň-czju tĕrapii, Moskva, 1959.
12. DENNY — BROWN D.: The Cerebral Control of Movement. Liverpool Univ., Press 1966.
13. ECCLES J. C.: The Physiology of Synapses, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1964.
14. ECCLES J. C. — ITO M. — SZENTAGOTHAJ J.: The Cerebellum as a Neuronal Machine. Springer, Heidelberg — New York 1967.
15. FUYE DE LA, SCHMIDT: Die moderne Akupunktur, Stuttgart 1952.
16. FUYE DE LA: Traitĕ d'Acupuncture, Paris 1956.
17. GRIŠČENKO: Čžen-czju tĕrapija ditĕj chorich na bronch. astmu i viddaleni rezultati ukalivanija, Pĕdiatria akus i ğin., Kijev 1964.

18. HERGET H. F. — KAWAIT K.: Klinische Erfahrungen mit Akupunktur-analgesie an der Abteilung für Anaesthesiologie in Zentrum Chirurgie der Justus-Liebig-Universität Giessen, Akup. Theorie und Praxis 3, 1974, 93—103.
19. CHANG H. T.: Intergrative Action of Thalamus in the Process of Acupuncture for Analgesia, Scientia Sinica 1973, 1 : 28—52.
20. CHENG S. B. — DING L. K.: The Practical Application of Akup. Analgesia, Nature Vol. 242, No 5400, April 27 — 1973.
21. INGAMDŽANOV N. I.: Praktičeskoe rukovodstvo po iglotěrapiji, Taškent 1960.
22. JEDLIČKA P. — KREJČÍ F. — VÉLE F.: Vybrané kapitoly z neurofyziologie pro kliniku, Avicenum, Praha 1972.
23. KAMPING G.: Beitrag zu Veroffizierung der Akupunktur, Ak. Th. und Praxis 3, 1975, 2 : 66—74.
24. KAJDOŠ V.: Akupunktura a čínská pulsová diagnostika, Prakt. lékař. Praha 50, 1970, 8 : 285—287.
25. KAJDOŠ V.: Kovem a ohněm — akupunktura, Praha 1974.
26. KAROFF: Akupunktur, Punktemessung in China, Akup. und P. 1 1973, 9—12.
27. KARSKÝ E.: Čžen-czju, čínská léč. metoda akupunktura a ignipunktura. Souborný referát, Prakt. lék. 42, 15—16, 1962 : 716—726.
28. KLAR H.: On the Technic of One Prick. Acup. Med. Bouhringer 1964, 3 : 68—74.
29. KOLLMER E. P.: Bericht über 12 Jährige Erfahrungen in der Praxis mit Auriculotherapie, Akup. Th. und Praxis, 2, 1974, 1 : 37—40.
30. KÖNIG G. — WANCURA I.: Einführung in die chin. Ohrakupunktur, Heidelberg 1973.
31. KÖNIG G. — WANCURA I.: Neue chinesische Akupunktur, Maudrich-Verlag, 1975.
32. KÖNIG G.: Zur Systematisierung der Ohrakupunktur, Ak. Th. und Praxis 3, 1975, 3 : 141—143.
33. KVĚTENSKÝ J. — UMLAUF R. — ZORÁLEK A.: Akupunktura u některých revmatických chorob, Prakt. lékař 47, 1967 4 : 138—140.
34. LANG W.: Acupuncture and Neural-system, Ulm 1957.
35. LAURIA A. R.: Mozg člověka i psichičeskije processy. IAPN, Moskva 1963.
36. MAN L. P. — CHEN C. H.: Acupuncture „anesthesia“ — a New Theory and Clinical Study, Current Therap., Research Vol. 14, No 7, July 1972.
37. MAN L. P. — CHEN C. H.: Mechanism of Acupuncture Anaesthesia, The Two Gate Control Theory. Dis. od the nerv. syst. Vol. 33, 1972 : 730—735.
38. MANN F.: Acupuncture the Ancient Chinese Art of Healing. London 1970.
39. MANN F.: Acupuncture Cure of Many Diseases, London 1973.
40. MANN F.: The Meridians of Acupuncture, London 1970.
41. MANN F.: The Treatment of Diseases by Acupuncture, London 1970.
42. MELZAC R. — WALL P. D.: Gate Control Theory of Pain. Pain, New York Academic Press 1968, 11—31.
43. MELZAC R.: How Acupuncture Can Block Pain, Science on Society 23, 1973, 1.
44. MELZAC R. — WALL P. D.: Pain Mechanismus a New Theory, Science 1950, 1965, 1971.
45. MELZAC R. — CHAPMAN C. R.: Psychologic Aspects of Pain, Postgrad. Med. 53, 1973, 6.
46. MENJAJLOV N. — MARTENS A. A. SPOL.: Postoperative Schmerzbe-kämpfung durch Akupunktur in der Traumat. und Orthop., Akup. Th. und Praxis. 3, 1975, 87—88.
47. MIKLÁNEK J.: Akupunktura, Zdravotnická pracovnice 26, leden 1976, 47—50.
48. MIKLÁNEK J. — KRÍŽ V.: Akupunktura a fantomové bolesti, Rehabilitácia 3, 1976, 143—150.
49. MOLDENHAUER J. M.: Meridiane, Akup. Th. und Praxis, 2, 1974, 3 : 116—118.
50. NGUYEN VAN CHI: Punkte ausserhalb der Meridiane — Zusätzliche Punkte, Akup. Th. und Praxis 2, 1974, 73—77.
51. NGHI VAN N.: Die Ohrpunkte, Akup. Th. und Praxis 3, 1974, 156—161.
52. NIBOYET J. E. H.: L'anesthésie par l'acupuncture, Paris 1973.

53. NIBOYET J. E. H.: *Traité d'acupuncture*, Paris 1970.
54. NOGIER P.: *Traité auriculo therapie*, Paris 1969.
55. NERWEGIAN MED. STUDY GROUP: *Acup. Analgesia in the People's Republic of China*, T. Norske Laegeforen 1974, 94, 417—442.
56. NOVOTNÝ V.: *Morfol. podklady akup.* III. prac. konf. o akup., Brno 1973.
57. PAVLOV I. P.: *Sebrané spisy*, sv. 4. Přednášky o činnosti mozkových hemisfér, SZdN, Praha 1952.
58. PURPURA DOMINICK P. — YAHR MELVIN D. [edit.]: *The Thalamus*. Columbia Univ. Press, New York and London 1966.
59. PEKING ACUP. ANEST. COORDINATING GROUP: *Preliminary Study on the Mechanismus of Acup. Anesthesia*, Scientia Sinica 16, 1973, 447—456.
60. PODŠIBIAKIN A. K.: *Ob izměněnii elektrických potenciálů vo vnutrenních organach i v svjazanných s nimi aktivních točkach*. Fiziol. žurnal SSSR 3, 1955, 351—362.
61. RABISHONG P. — NIBOYET J. E. H. a spol.: *Bases expérimentales de l'algésis acupuncturale*, La Nouvelle Presse médicale 4, 1975, 2021—2026.
62. RESEARCH GROUP OF ACUP. ANESTHESIA PEKING: *Effect of Acupuncture on Pain Treshold of Human Skin*, Chin. Med. No 3, 1973 : 151—157.
63. RESEARCH INSTIT. OF ACUP. AND MOBIX, PEKING: *Chinese Therapeutical Methods of Acupuncture and Moxibustion*, Foreign Languages, Press, Peking 1960.
64. ROUSTAN C.: *Cerebrale Akupunktur*, Akup. Th. und Praxis 4, 1974, 138—149.
65. RUSECKIJ I. I. — TĚREGUBOV A. CH.: *Kratkoje rukovodstvo po kitajskomu ignoukalyvaniju*, Kazan 1962.
66. RŮŽIČKA R.: *Akupunktura*, Žel. zdrav. 9, 1966, 261—270.
67. SCHIFFTER R.: *Akupunktur aus der Sicht eines kritischen Neurologen*, Akup. Th. und Praxis 2, 1974 10—19.
68. ŠALANSKÝ I. — RŮŽIČKA R. a spol.: *Nové poznatky o detekci a měření aktivních bodů*, IV. pracovní konference o akup., Třinec 1975.
69. TYKOČINSKAJA E. D.: *Igloukalyvanije i prižiganije*, Moskva 1960.
70. TYKOČINSKAJA E. D.: *Ignoukalyvanije v lečebnoj praktike*, Sborník Prací stát. vědeckovýzkum. ústavu psychoneurolog., Leningrad, sv. 26, 1961.
71. UMLAUF R.: *Filosof. podklady akupunktury*, III. pracovní konference o akupunktuře, Brno 1973.
72. UMLAUF R. — NOVOTNÝ V.: *Mechanismus působení akupunktury u algických stavů*. Voj. zdr. listy, 43, 1974, 157—162.
73. UMLAUF R. — PREČ A.: *Naše zkušenosti s použitím akupunktury v soudobé komplex. léčbě*, Prakt. lékař, 43, 1963, 371—374.
74. UMLAUF R. — ŠALANSKÝ I.: *Některé kožní a tkáňové projevy odezvy organismu na akupunkturu*, Prakt. lékař, 47, 1967, 126—128.
75. USOVA M. K. — MOROCHOV S. A.: *Kratkoje rukovodstvo po igloukalyvaniju a prižiganiju*, Moskva 1974.
76. VOGRALIK V. G.: *Osnovy kitajskovo lečebnovo metoda čžen-czju*, Gorkij 1961.
77. VOGRALIK V. G. — VJAZMĚNSKIJ E. S.: *Očerki kitajskoj mediciny*. Moskva 1961.
78. VOLL R.: *Elektroakupunktur*, Uelzen 1971.
79. VOLL R.: *Die topographische Lage der Messpunkte der Elektroakupunktur*, Uelzen 1968.
80. VYMAZAL J. — TUHÁČEK M.: *Akupunktura*, SZdN Praha 1965, Thomayerova sbírka, sb. č. 433.
81. WANCURA I.: *Neurophysiologische Grundlagen der Akupunktur*, Ak. Th. und Praxis 3, 1975, 107—111.
82. WANCURA I. — KÖNIG G.: *Zur neuro-psychologischen Erklärung der Akupunktur Analgesie*, Wiener Med. Wochenschrift 124, 1974, 5 : 62—65.
83. WELHOWER E. S.: *Projectionspunkte der Ohrmuschel und ihre Bedeutung in der Diagnose von Erkrankungen*, Akup. Th. und Praxis 2, 1974, 41—42.
84. ŽALOUDEK K.: *Masáž*, SZdN Avicenum, Praha 1975.

Резюме

И. Микланек, Р. Ружичка:

ОСНОВЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ АКУПУНКТУРЫ

Акупунктура и игнипунктура в этой книге относятся к методам рефлексотерапии. Описывается правильный способ введения игл, даются практические указания осуществления токизирующего и седативного способа методики акупунктуры, обращается внимание на осложнения акупунктуры, приводятся подробные показания и противопоказания к акупунктуре и игнипунктуре. Сжато описывается пульсовая диагностика, тестирующий метод Акабана, приведены наиболее удобные комбинации активных пунктов по китайской теории пяти элементов. Наряду с древними теориями акупунктуры приведены и новейшие теории включая Theory gate control. В публикации имеются практические указания для осуществления акупунктуры у 35 на практике весьма частых показаний, которые в наших условиях чаще всего встречаются и которые дают хорошие результаты. Кроме периостальной акупунктуры приводится церебральная акупунктура, акупунктура ушной мочки, электроакупунктура и анальгезия при помощи акупунктуры. Подробно рассматриваются показания отдельных активных точек, прохождения классических меридианов. В особом приложении изображены отдельные точки акупунктуры, собранные в классические меридианы с международным обозначением.

Здесь указывается также оптимальное время аппликации отдельных активных точек и глубина укола. Книга дополнена рисунками и фотографиями. В заключении этой работы приведены результаты у избранных аппликаций в процентах и рекомендуемая литература для дальнейшего изучения акупунктуры и игнипунктуры.

J. Miklánek, R. Ružička:

GRUNDLAGEN DER PRAKTISCHEN AKUPUNKTUR

Zusammenfassung

In dieser Publikation reihen wir sowohl die Akupunktur als auch die Ignipunktur in den Rahmen der auf den Reflexen beruhenden Heilmethoden. Wir weisen auf die richtige Anwendung der Nadeln und der Moxa hin, geben eine praktische Anleitung zur Durchführung des tonisierenden und des sedativen Verfahrens der Akupunkturmethodik, machen aufmerksam auf etwaige, mit der Akupunktur verbundene Komplikationen, eingehend behandeln wir Indikationen und Kontraindikationen der Akupunktur und der Ignipunktur. In knapper Form wird die Pulsdiagnostik und die Testmethode nach Akabane erörtert und weiters werden die günstigsten Kombinationsmöglichkeiten der aktiven Punkte im Sinne der chinesischen Theorie der Fünf Elemente angeführt. Ausser den alten Akupunkturtheorien werden auch neue, die Gate Control Theory inbegriffen, behandelt. Die Publikation enthält im ganzen eine praktische Anleitung zur Durchführung der Akupunktur bei 35 Indikationen, die in der Praxis in unseren Bedingungen am häufigsten vorkommen und mit deren Behandlung gute Erfahrungen gesammelt werden konnten. Ausser der periostalen Akupunktur werden erörtert: die zerebrale Akupunktur, die Akupunktur der Ohrmuschel, die Elektroakupunktur und die Akupunkturanalgesie. Ausführlich werden die Indikationen der einzelnen aktiven Punkte und der Verlauf der klassischen Meridiane behandelt. In einer Sonderbeilage sind die Akupunkturpunkte, eingereiht nach den klassischen Meridianen, abgebildet und mit den internationalen Bezeichnungen versehen. Eingezeichnet ist auch die optimale Dauer der Applikation der einzelnen Akupunkturpunkte, sowie die Tiefe des Einstiches. Das Buch ist mit Zeichnungen und Fotografien ausgestattet. Den Abschluss der Arbeit bildet eine Zusammenstellung Prozentual ausgedrückter Ergebnisse bei einigen ausgewählten Indikationen und ein Verzeichnis der zum weiteren Studium bei Akupunktur und Ignipunktur empfohlenen Literatur.

J. Mikláneek, R. Růžička:
BASIC PRACTICAL ACUPUNCTURE

Summary

The presented paper included acupuncture and ignipuncture into facilitory therapeutical methods. It brings correct application of needles and moxa, and presents practical instructions for the application of tonizing and sedative methods of acupuncture, analyses in detail indications and contraindications of acupuncture and ignipuncture. Briefly, the pulse diagnosis, Akabane test method are discussed and the most suitable combination of active items according to the Chinese method of 5 elements are mentioned. Next to the old methods of acupuncture, there are presented also new theories including the theory of gate control. The publication contains practical instruction for the performance of acupuncture in 35, in practice common indications most frequently occurring in our conditions and with which there are good experiences. Besides periosteal acupuncture, cerebral acupuncture, acupuncture of the ear lobe, electroacupuncture and analgesia by acupuncture are mentioned. Discussed in detail are indications of individual active parts, the courses of basic classical meridians. In a special annex are illustrated the individual points of acupuncture, marked with international symbols. The optimal time of application of the individual active points and depth of pricks are indicated. The book is illustrated with drawings and photographs. The percentual expression of results in selected indications are brought forward and literature for further study of acupuncture and ignipuncture are recommended.

J. Mikláneek, R. Růžička:
LES PRINCIPES de L'ACUPUNCTURE PRATIQUE

Résumé

Dans cette publication on classe l'acupuncture et l'ignipuncture dans le cadre des procédés thérapeutiques réflexis. On démontre l'application juste des aiguilles et des moxas, on donne un mode pratique d'application de procédés tonifiants et sédatifs de la méthode d'acupuncture, on fixe l'attention sur les complications de l'acupuncture, on développe en détail les indications et contreindications de l'acupuncture et l'ignipuncture. Très brièvement sont étudiés le diagnostic pulsatif, les tests d'Akabane, sont mentionnées ici les plus convenables combinaisons des points actifs selon la théorie chinoise des cinq éléments. A part les théories anciennes d'acupuncture s'y trouvent aussi les théories nouvelles comme la Theory gate control. La publication comprend un mode pratique d'application de l'acupuncture chez 35 indications tout à fait courantes dans la pratique, se manifestant le plus souvent dans nos conditions et donnant de bonnes expériences. A part l'acupuncture périostale on mentionne aussi l'acupuncture cérébrale, l'acupuncture du pavillon de l'oreille, l'électroacupuncture et l'angalgésie par l'acupuncture. Sont développées en détail les indications des différents points actifs, les cours des méridiens de base classiques. Dans une annexe spéciale sont représentés les différents points de l'acupuncture rangés méridiens classiques, portant la marque internationale. Là, se trouve mentionner aussi la durée optimale d'application des différents points actifs et la profondeur de leurs enfoncements. Le livre est accompagné de dessinset photographes. En conclusion de ce travail se trouvent les résultats exprimés en pourcentage chez des indications choisies et la littérature recommandée pour une étude suivie de l'acupuncture et l'ignipuncture.

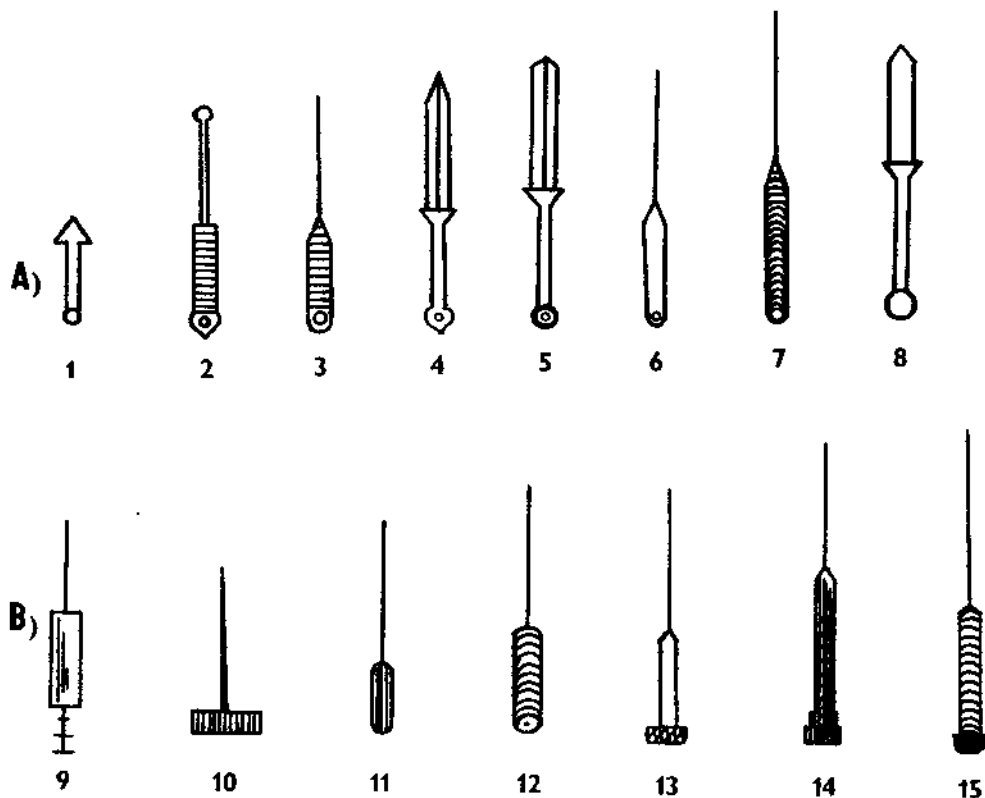
Základy praktické akupunktury



J. MIKLÁNEK



Obrazová část

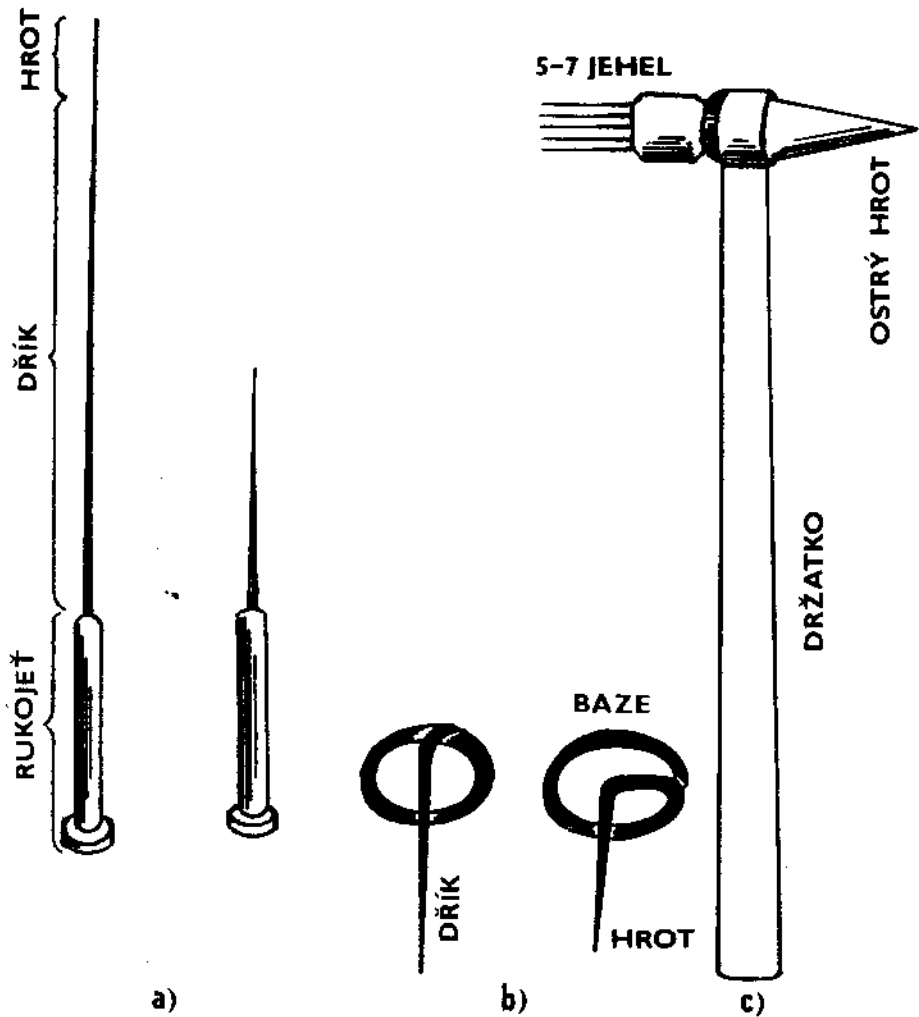


A. Tvary jehel z dřívějších dob.

B. Soudobé tvary jehel.

- 1 — ostrá střelovitá jehla pro vypouštění abscesu
- 2 — zaokrouhlená jehla pro masáž prohlubní mezi jednotlivými svaly
- 3 — tenká jehla s tupým koncem
- 4 — trojhranná jehla používaná k léčbě některých chronicky probíhajících nemocí
- 5 — mečí podobná jehla užívaná při léčbě furunklů a karbunklů
- 6 — kulatá jehla s ostrým koncem
- 7 — tenká jehla používaná při léčbě reumatických onemocnění
- 8 — obrovská jehla pro incizi furunklů
- 9 — kožní, neboli dětská jehla
- 10 — písmenu „T“ podobná jehla
- 11 — tenká a krátká jehla pro akupunkturu
- 12 — zaokrouhlená jehla s ostrým koncem
- 13 — soudobá jehla pro akupunkturu střední velikosti
- 14 — soudobá jehla s pevnou rukojetí
- 15 — soudobá tenká dlouhá jehla pro akupunkturu vyráběna v ČSSR, n. p. Chirana, Stará Turá

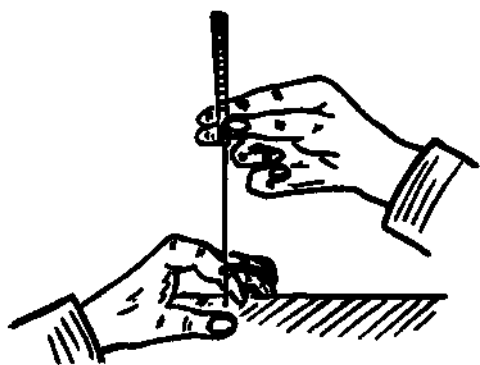
Obr. 6. Akupunkturní jehly



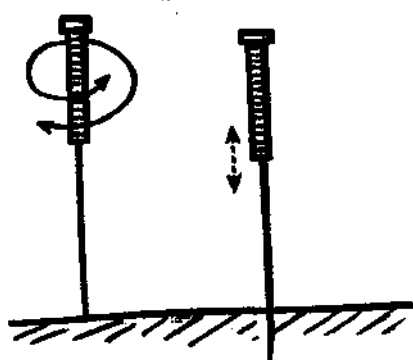
Obr. 7. Druhy a skladba soudobých akupunkturních jehel

- a) klasické akupunkturní jehly
- b) T – jehly
- c) akupunkturistické kladívko

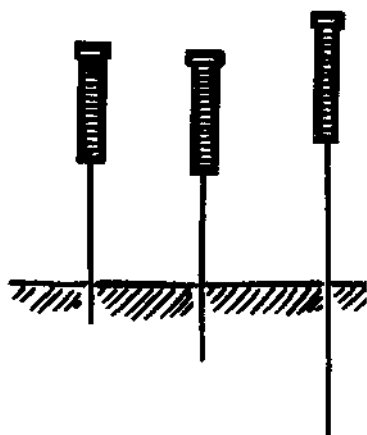
Obr. 9. Technika a aplikace ignipunktury [FYN-LI-DA. Čína. D. L. Parmenkov, SSSR, J. Lavier, Francie]. Postup při provádění moxy v aktivním bodě označeným „x“.



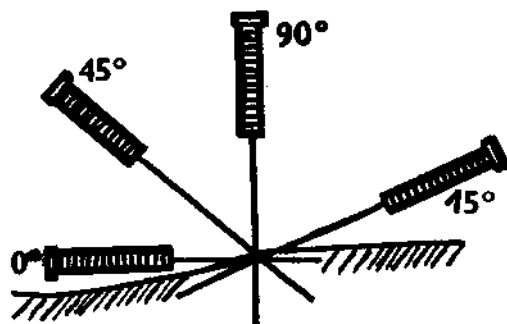
Základní držení jehly



Směry aplikace jehel

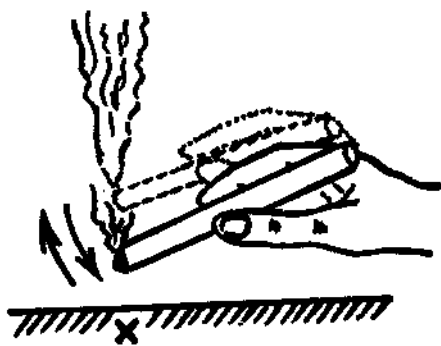
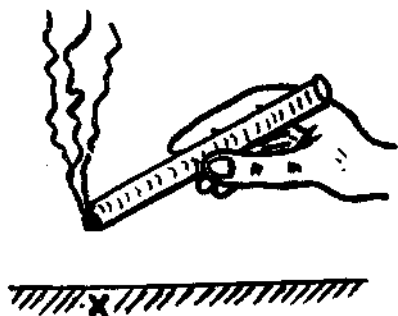


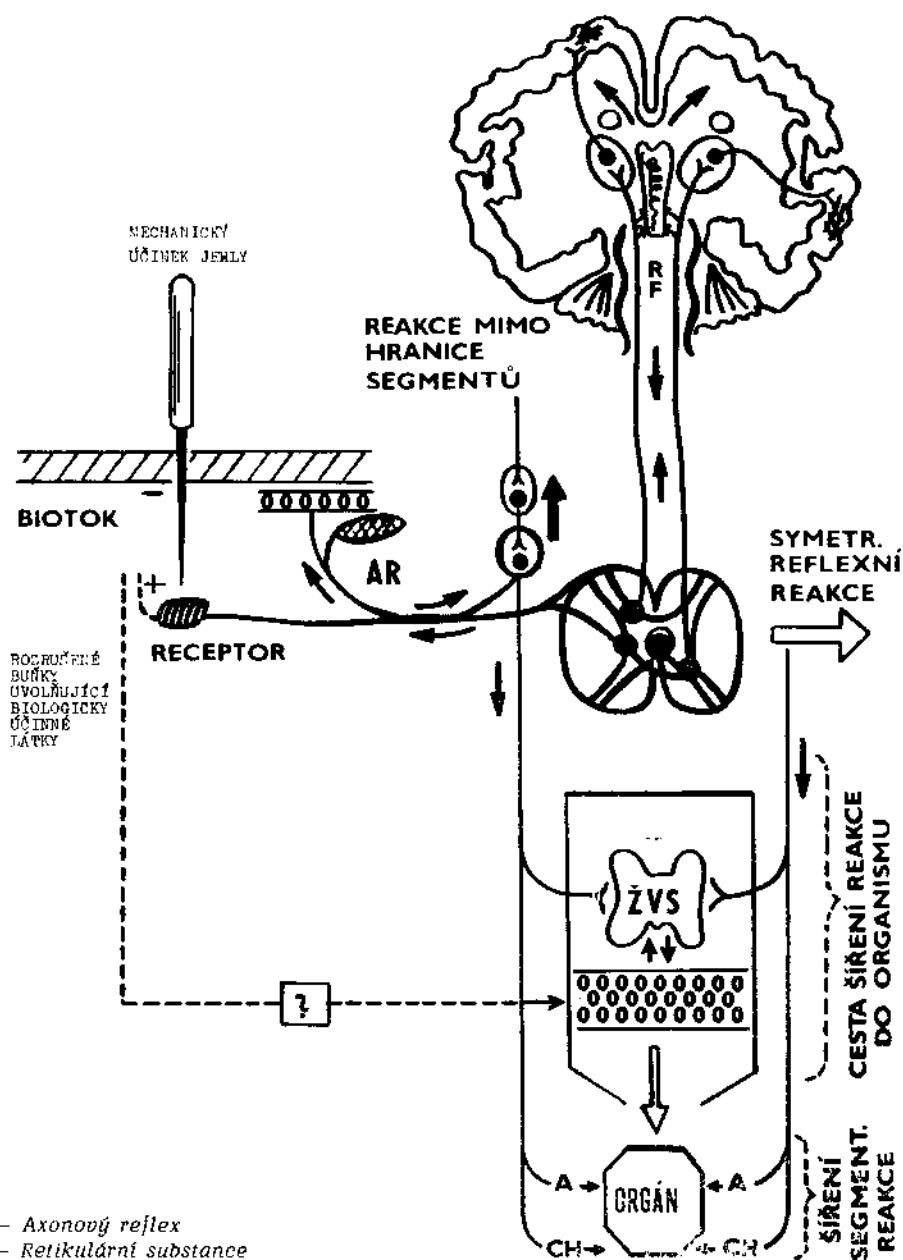
Různá hloubka vpichu



Různé druhy sklonu zavedené akupunkturní jehly

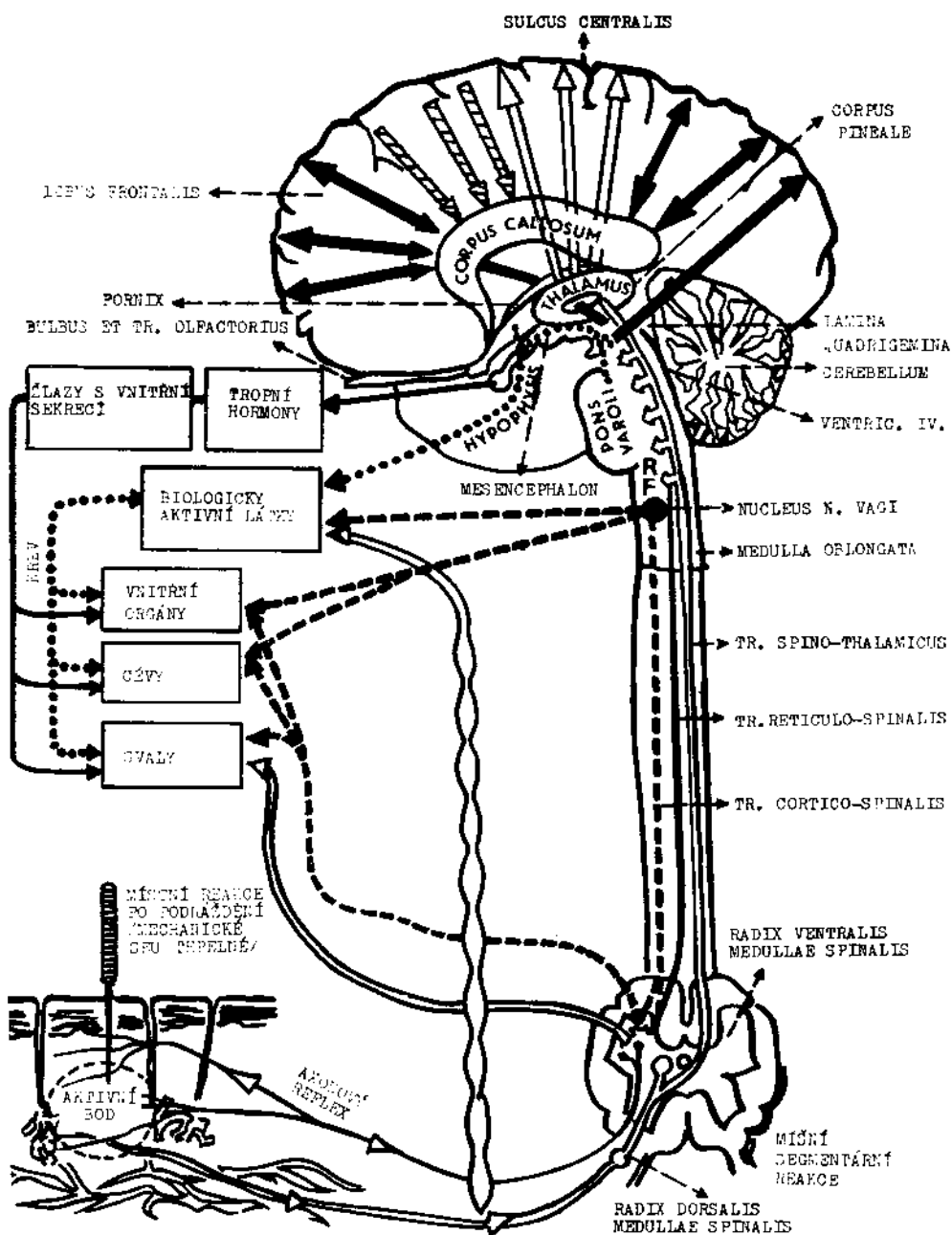
Obr. 8. Technika a aplikace akupunktury (FYN-LI-DA, Čína, D. I. Parmenenkov, SSSR, J. Lavier, Francie).



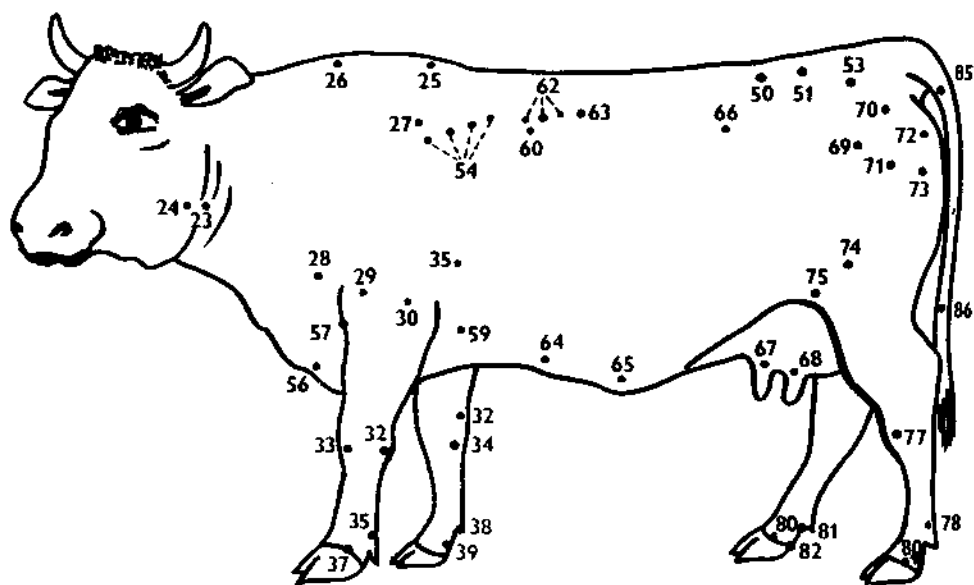


- AR — Axonový reflex
 RF — Retikulární substance
 ŽVS — Žlázy s vnitřní sekrecí
 A — Vlivy podporující vylučování adrenalinu
 CH — Vlivy podporující vylučování cholinu

Obr. 10. Schéma mechanismu účinku akupunktury (dle profesora Dr. V. G. Vogralika — SSSR).

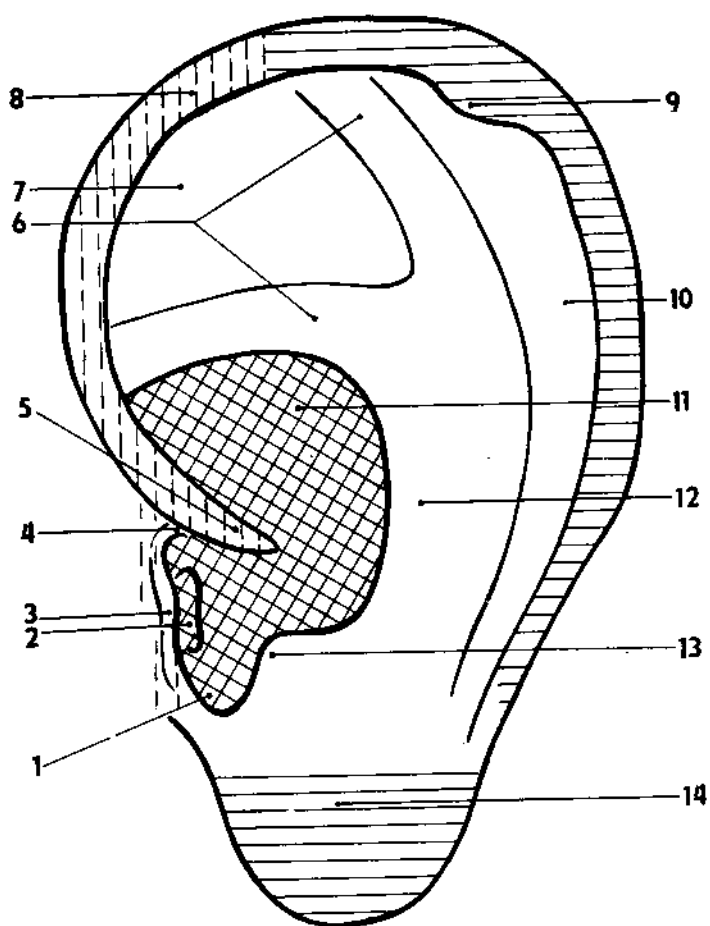


Obr. 11. Schéma mechanismu účinku akupunktury a ignipunktury (Vogralik G. V. — SSSR.)

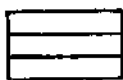


- 23 — „Horká choroba“ = horko, chlad, povětrí, vlhko (tradiční čínské pojmy)
 24 — oteklý krk, choroba krku z povětrí a prochlazení
 26 — 29 onemocnění předních nohou ze skupiny chorob z povětrí a vlhka
 30 — oteklé ohbí přední nohy
 32 — otok a bolestivost přední části ohbí
 38 — 34 — otok a bolestivost přední a střední části ohbí
 38 — otok ostruhy, ze skupiny chorob z povětrí a vlhka
 50 — otok beder
 51 — „Chladná choroba ledvin“, choroba lumbální oblasti a zadních nohou
 55 — choroby jater a žlučníku, otok sleziny
 57 — srdeční a plicní choroby
 59 — bolest a svírání v žaludku a v břiše
 60 — nechutenství
 62 — bolestivost v oblasti žaludku a sleziny
 68 — otok vemene, znemožněné dojení
 70 až 73 — choroby zadních nohou z povětrí a vlhka

Obr. 12. Schéma akupunkturních bodů u krávy (Felix Mann).



a) r. auricularis nervi vagi



c) n. auricularis magnus



b) n. auriculotemporalis

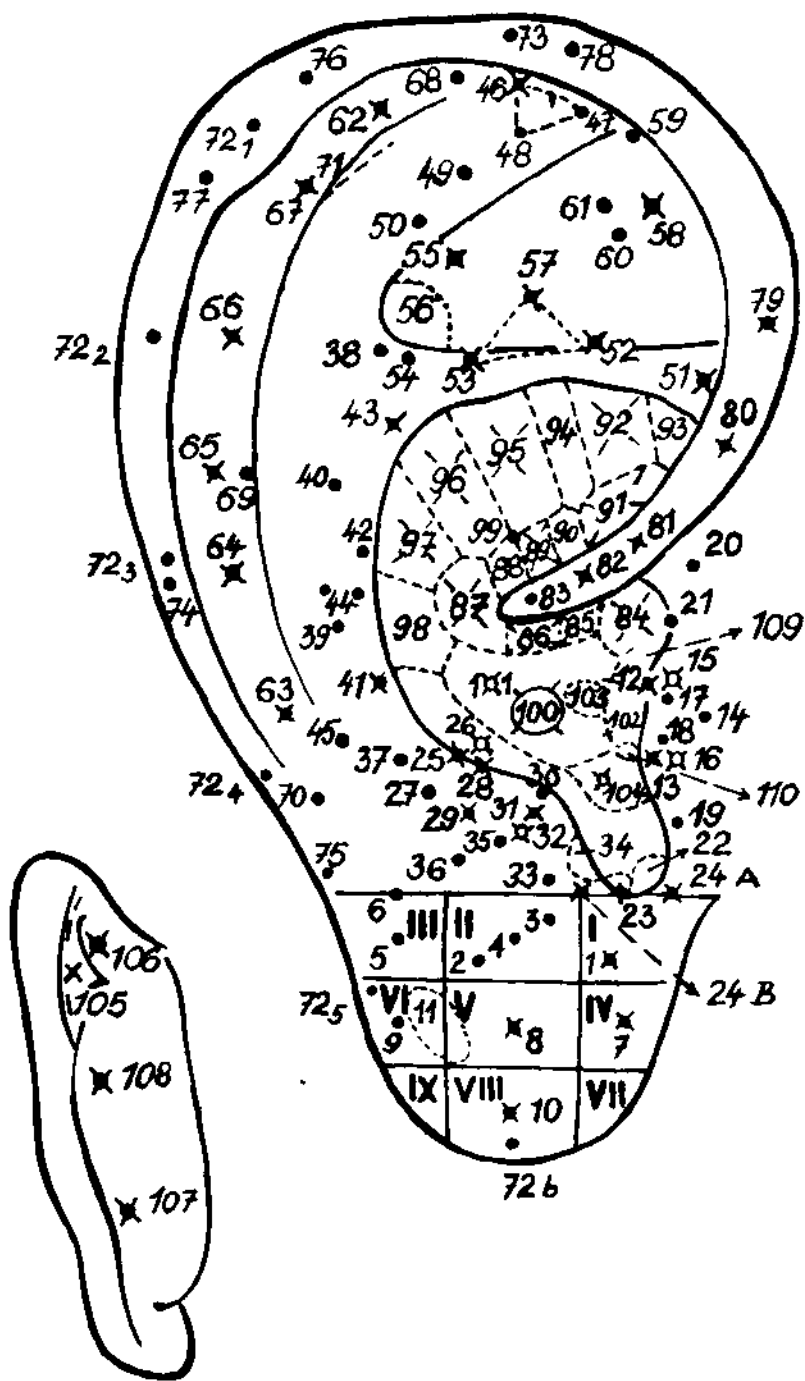


d) smíšená inervace b + c.

- 1 — incisura intertragica
- 2 — meatus acusticus externus
- 3 — tragus
- 4 — incisura supratragica
- 5 — crus helix
- 6 — crura antihelics super et infer.
- 7 — fossa triangularis

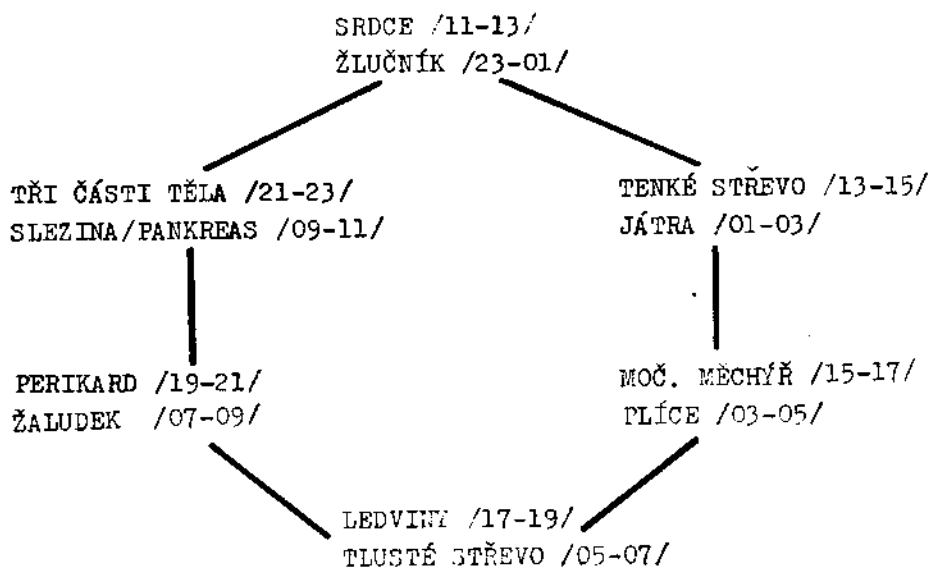
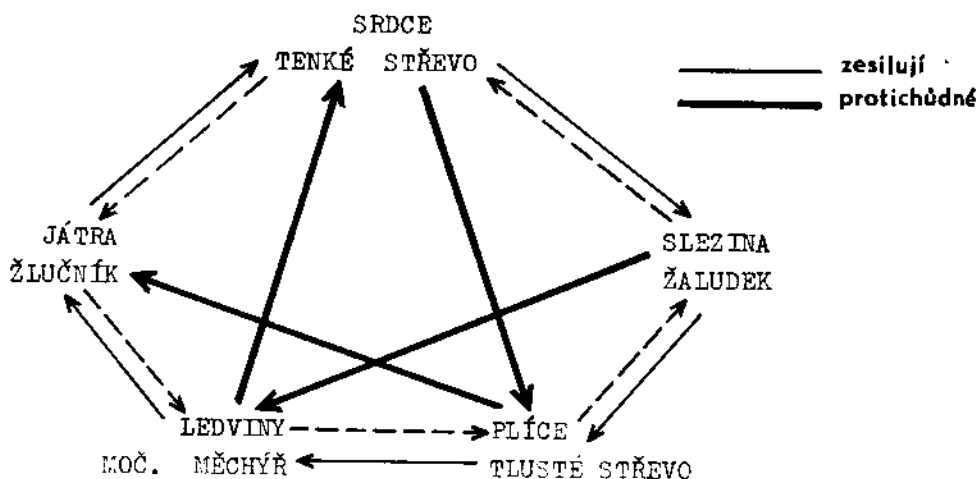
- 8 — helix
- 9 — tuberculum auriculae Darwini
- 10 — scaphae
- 11 — cavum conchae sup. (cymba)
- 12 — antihelix
- 13 — antitragus
- 14 — lobulus auriculae

Obr. 13. Anatomie a inervace ušního boltce.

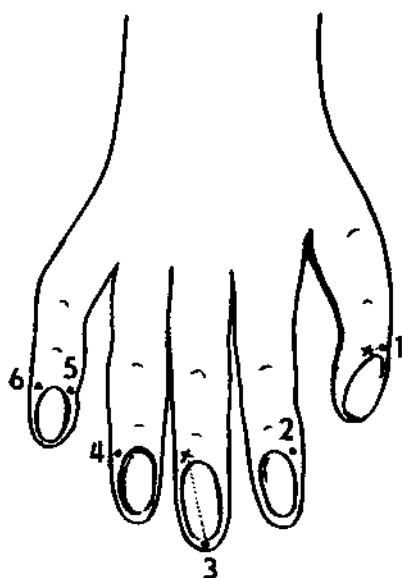


Obr. 14. AURICULO — AKUPUNKTURA (Shangai).

- 1 — bod k analgezií zubů
 2 — měkké a tvrdé patro
 3 — dno dutiny ústní
 4 — jazyk a dásně
 5 — maxilla
 6 — mandibula
 7a — k zubní analgezií
 7a — neurastenie
 8 — oční oblast
 9 — vnitřní ucho
 10 — tonsily
 11 — pokožka tváře
 12 — traguse a špička nosu
 13 — nadledviny
 14 — zevní část nosu
 15 — larynx a larynx
 16 — vnitřní část nosu
 16a — n. auriculotemporalis
 17 — bod žízně
 18 — bod hladu
 19 — bod vysokého krevního tlaku
 20 — zevní ucho
 21 — srdeční bod
 22 — endokrinium
 23 — vaječníky
 24 a + b = oko
 26 — a) bod zubní bolesti
 b) mozkový přívěšek
 27 — zuby a larynx
 28 — hypofyzární bod
 29 — okcipitální krajina
 30 — glandula parotis
 31 — asthma bronchiale
 32 — varlata
 33 — frontální krajina
 34 — šedá hmota mozku a míchy
 35 — oblast tempor. krajiny
 36 — vrchol lebky
 37 — krční páteř
 38 — sakrum a kostrč
 39 — oblast hrudní páteře
 40 — lumbální páteř
 41 — oblast krku
 42 — hrudník
 43 — břicho
 44 — mamma
 45 — gl. thyroidea
 46 — prsty nohy
 47 — oblast paty
 48 — kotník
 49 — koleno
 50 — kyčelní klouby
 51 — neurovegetativní systém
 52 — n. ischiadicus
 53 — oblast rekta a žyzdí
 54 — bod bederní bolesti
 55 — tíšící bolesti, protizánětlivý,
 zvaný „Brána bohů (Shen-men)
 56 — pánevní dutina
 57 — kyčelní klouby
 58 — uterus
 59 — krevní tlak snižující bod
 60 — dyspnoe
 61 — hepatitis
 62 — prsty ruky
 63 — oblast klavikuly
 64 — rameno
 65 — paže
 66 — loketní kloub
 67 — zápěstí
 68 — appendix I.
 69 — appendix II.
 70 — appendix III.
 71 — okresek pro kopřivku
 72 — 1.—6. oblast helixu
 73 — tonsily I.
 74 — tonsily II.
 75 — tonsily III.
 76 — játra
 77 — játra a žlučník
 78 — vrcholek ucha — analg. účinek
 79 — zevní genitál
 80 — urethra
 81 — rektum
 82 — diaphragma
 83 — bod rozvětvení
 84 — ústa a rty
 85 — jícen
 86 — kardié žaludku
 87 — žaludek
 88 — duodenum
 89 — tenké střevo
 90 — appendix IV.
 91 — colon
 92 — močový měchýř
 93 — prostata
 94 — ureter
 95 — ledviny
 96 — žlučník a pankreas
 97 — játra
 98 — slezina
 99 — ascites
 100 — myokard
 101 — plicní tkáň a bronchy
 102 — bronchy
 103 — trachea
 104 — trojitý ohňvač
 105 — krevní tlak snižující bod
 106 — oblast Th — L svalstva
 107 — horní část Th a lopatek
 108 — střední část zádového svalstva
 109 — podbřišek
 110 — epigastrium



Obr. 15. Vztahy mezi orgány podle principu 5 prvků (maximální časy pro jednotlivé dráhy).



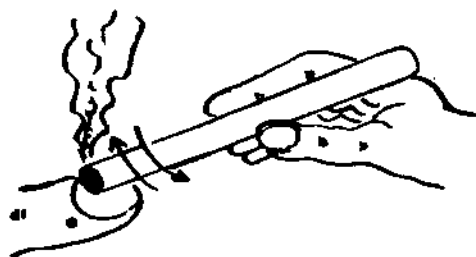
- 1 — dráha plic
- 2 — dráha tlustého střeva
- 3 — dráha perikardu
- 4 — dráha tří ohřivačů
- 5 — dráha srdce
- 6 — dráha tenkého střeva



- 7 — dráha sleziny
- 8 — dráha jater
- 9 — dráha žaludku
- 10 — dráha žlučníku
- 11 — dráha ledvin
- 12 — dráha močového měchýře



Lokalizace bodu na horní končetině.



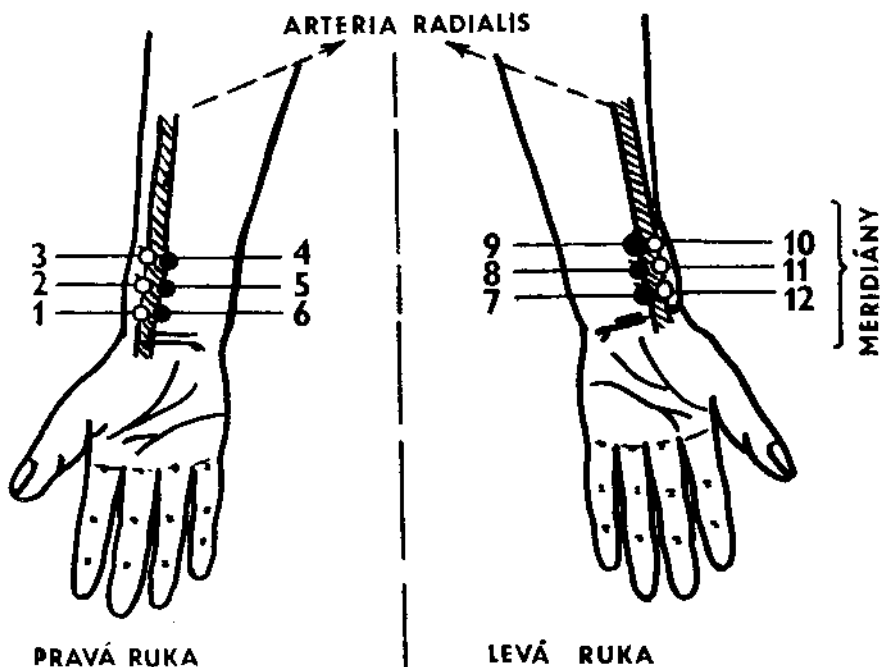
Lokální působení tepla na aktivní bod patřičného meridiánu.

HORNÍ KONČETINA	Mezinárodní označení drah				dx.	sin.	dx.	sin.
	Číselné	franc.	nem.					
			angl.					
1	IX.	P	Lu	L				
2	X.	GI	Di	Lj				
3	V.	MC	KS	CX				
4	VI.	TR	3E	T				
5	I.	C	H	H				
6	II.	IG	Dü	Si				

1—dráha plic, 2—dráha tlustého střeva, 3—dráha perikardu, 4—dráha tří ohříváčů těla, 5—dráha srdce, 6—dráha tenkého střeva.

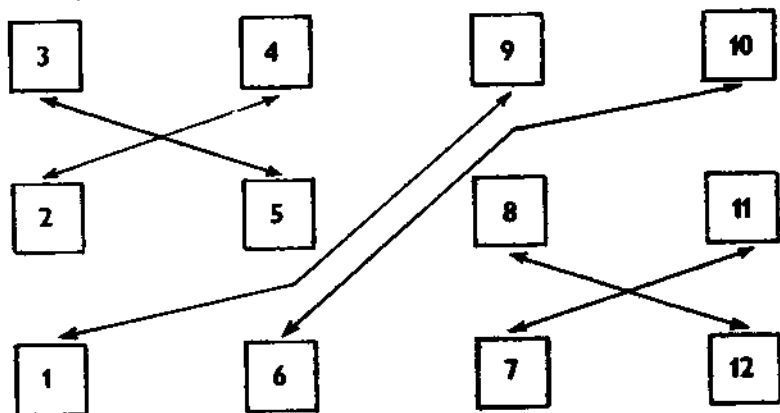
DOLNÍ KONČETINA	Mezinárodní označení drah				dx.	sin.	dx.	sin.
	Číselné	franc.	nem.					
			angl.					
7	XII.	RS	MP	Sp				
8	VIII.	F	Le	Ljv				
9	XI.	E	M	S				
10	IV.	R	N	K				
11	VII.	VB	G	GB				
12	III.	V	B	B				

7—dráha sleziny, 8—dráha jater, 9—dráha žaludku, 10—dráha ledviny 11—dráha žlučníku, 12—dráha močového měchýře.



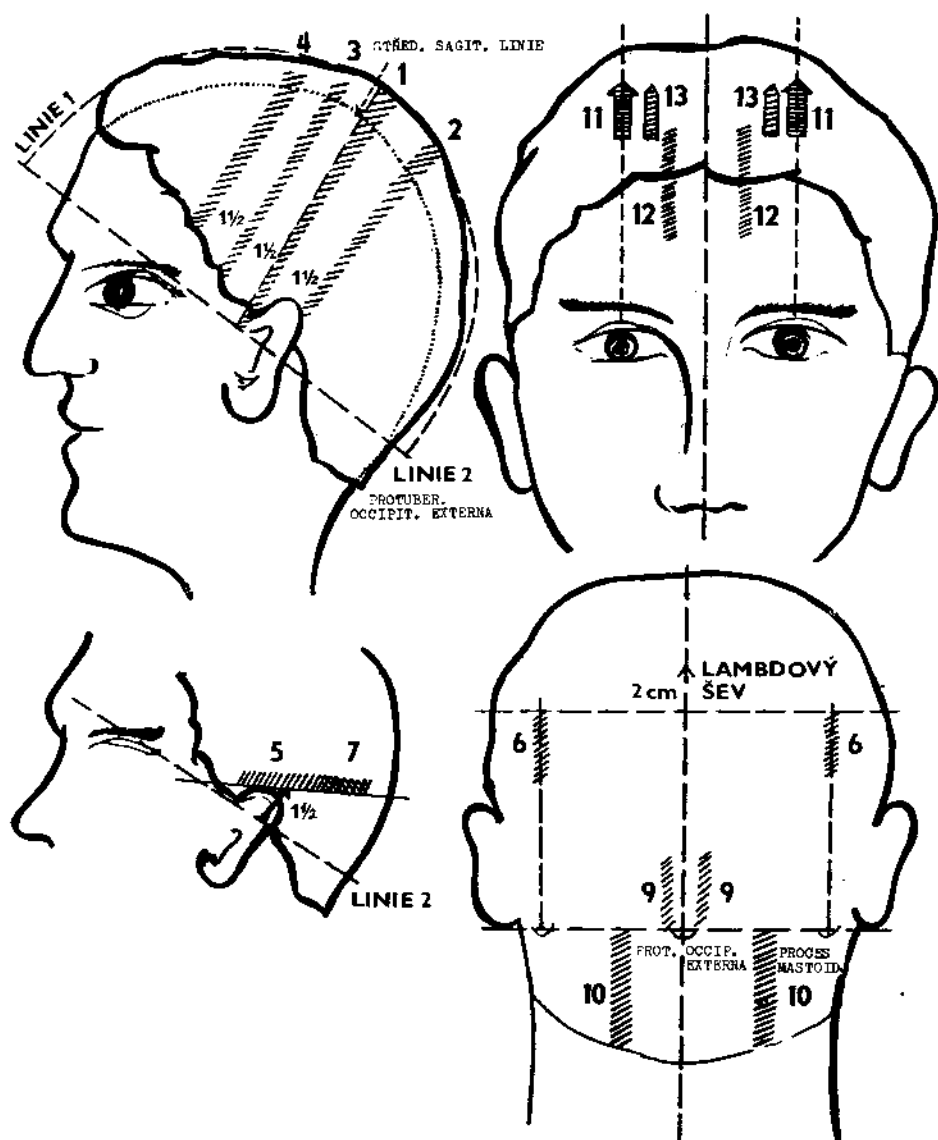
- POVRCHNÍ PULSACE – YANG
 ● HLUBOKÁ PULSACE – YIN

VZÁJEMNÁ INHIBICE MERIDIÁNŮ



1—Tlusté střevo, 2—Žaludek, 3—Tři ohřivače, 4—Perikard, 5—Slezina—Pankreas, 6—Plíce, 7—Srdce, 8—Játra, 9—Ledviny, 10—Močový měchýř, 11—Žlučník, 12—Tenké střevo.

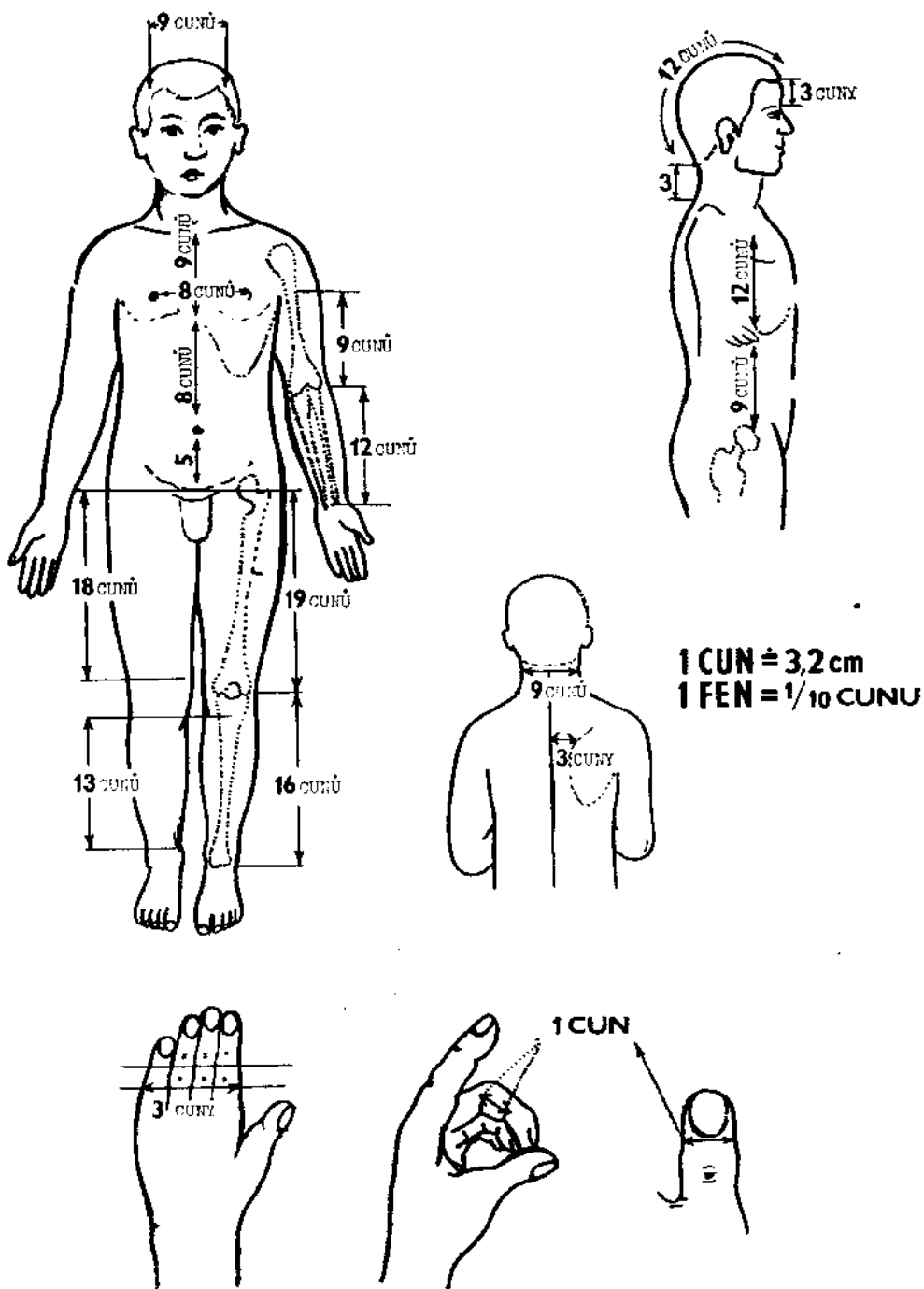
Obr. 18. Pulsová diagnostika [zpracováno podle F. Manna a J. Bisčka]



JEDNOTLIVÉ AKTIVNÍ ZÓNY

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Motorická zóna | 8. Zóna koordinace hybnosti |
| 2. Senzorická zóna | 9. Optická zóna |
| 3. Tremoru a chórey zóna | 10. Zóna rovnováhy |
| 4. Cévních kontraktur zóna | 11. Zóna žaludku |
| 5. Závratová zóna | 12. Zóna hrudníku |
| 6. Zóna řeči č. 2 | 13. Genitální zóna |
| 7. Zóna řeči č. 3 | |

Obr. 19. Cerebrální akupunktura (podle Dr. C. Roustana)

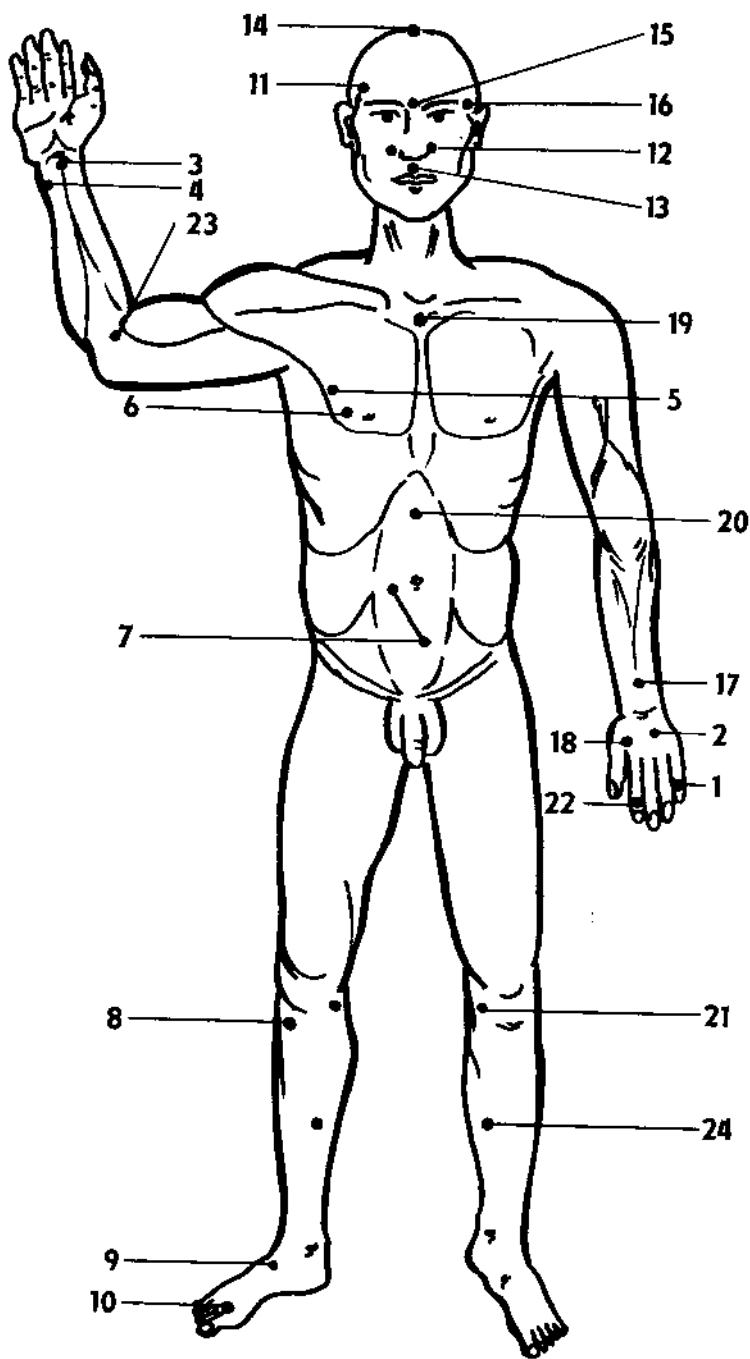


Obr. 20. Schemata cunu na lidském těle.

Většina aktivních akupunkturních bodů je na lidském těle dosažitelná. Tlak na vypalovaný bod se provádí bříškem prstu nebo ještě lépe nehtem ruky proti periostu či proti tkáním tužší konzistence a to pozvolna se zvyšující intenzitou. Vhodné je tento tlak přerušovat v jedno až dvouvteřinových intervalech a to po dobu, která je nutná, aby nastala alespoň částečná úleva od určité potíže, nejčastěji to bývá 3 — 5 — 7 — 10 minut. Nejlépe je tlak provádět na straně subjektivní potíže, event. podle indikace i bilaterálně. Z počátku nejlépe alespoň 2-krát denně (nejlépe z rána a na večer), v případě nutnosti i několikrát denně a to v pravidelných časových odstupech. Pro prevenci vzniku obtíží je vhodné tlak na aktivní body provádět 2-krát v týdnu, nejlépe ob den (např. u migreniků, astmatiků, atd.). Ideální je nejprve symptomatickou léčbu započít akupunkturou, pak pacient pokračuje aktivací již stimulovaného bodu jehlou, tlakem a to doma. Nutné je každého pacienta řádně poučit a nechat si předvést zda je schopen si správně napalovat aktivní bod a zda-li nejenom tento způsob masáže pochopil, ale zda prakticky vše dobře zvládá. Nutné jsou pravidelné kontroly akupunktérem, který si vede záznam o této léčbě.

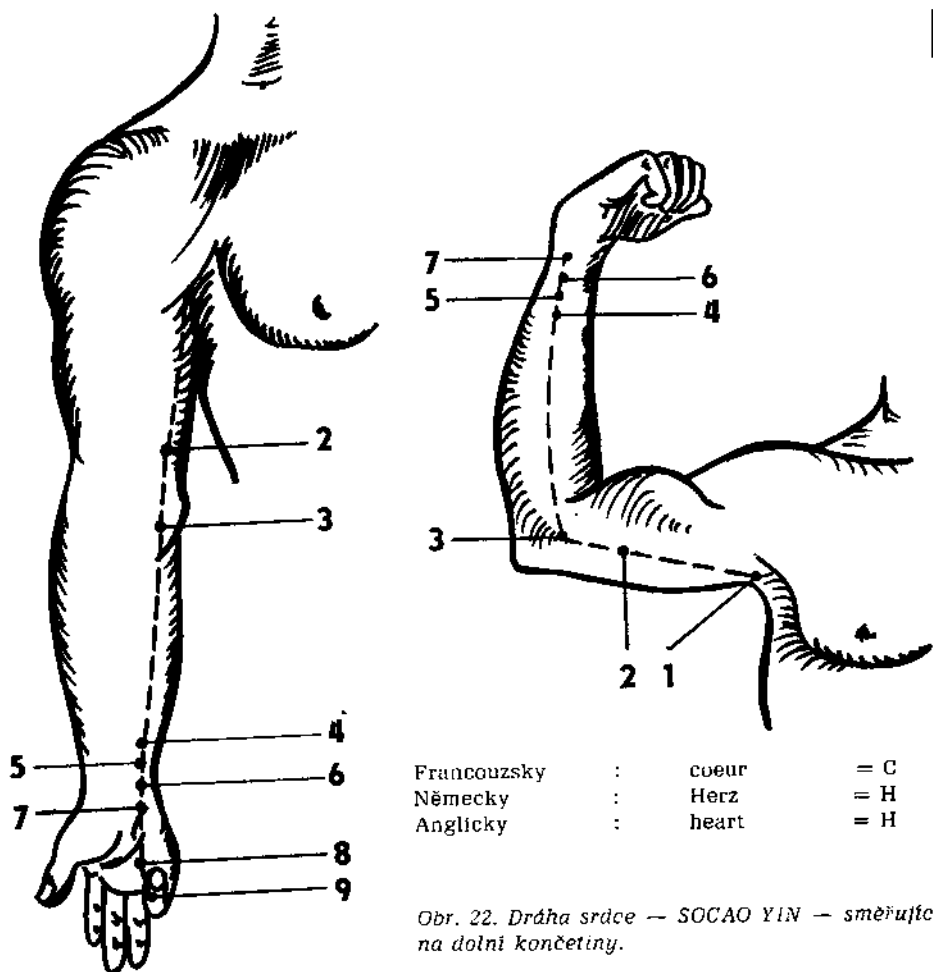
VYBRANÉ AKTIVNÍ BODY K AKUPRESSUŘE:

Německé označení bodu	Název bodu: česky a anglicky	Lokalizace	Indikace
1 — H 9	Extremní pramen Shao SHONG	3 mm prox. od radiál okraje neht. ploténky malíku ruky, tlak kolmo k periostu	deprese, únava, pochřipkový stav
2 — 3E 4	Rybník Yang YANG CHI	nad ulnokaprálním skloubením, nad zápěstím na ulnár. okraji šlachy m. extensor digitorum communis	angína, bolest hlavy, vertebrog. potíže
3 — KS 7	Velký val DA LING	uprostřed zápěstí mezi šlachami m. palmaris longus a m. flexor carpi radialis, tlak na periost.	duš. únava, rekonvalescence
4 — H 6	Prosakující dovnitř YIN XI	půl proporc. cunu nad zápěstím na radiál. okraji šlachy m. flx. carpi ulnaris, tlak směřován na tuto šlachu	bolest při zranění kdekoliv na těle
5 — MP 19	Střed vesnice XIONG XIANG	Ve 3. mezižebří 3 proporcion. cuny od mamily laterálně, tlak směrem na periost třetího žebra	poruchy spánku, různé fobie
6 — G 23	Slabina svalu ZHE JING	Kolem 2 cunů laterálně od mamily ve 4. mezižebří, působíme tlakem na periost 4. žebra	vertebrogenní bolesti v Th oblasti
7 — MP 13	Obytná chata FU SHE	Z bodu B 26 [1 cun pod pupkem a 2 cuny laterálně] směrem kaudolaterálním nad levostř. střední inquitnu]	chronická obstrukce
8 — MS 6	Božský klid ZU SAN LI	3 cuny pod dolním okrajem pately, 1 prst od crista tibiae, tlak směrem na periost tible	deprese, neuroza, strachy, přechodné zažív. potíže



Obr. 21. Akupressura = manupunktura (podle Dr. J. Miklánka).

Německé označenie bodu	Název bodu: česky a anglicky	Lokalizace	Indikace
9 -- M 41	Rozpojený proud JIE XI	ve středu zevního nártu, mezi m. extensor digit. longus a extenzor hallucis longus	úzkost, deprese, bolesti kloubů
10 -- Le 2	Mezisloupi XING JIAN	Před metatarsofalangeálním spojením 1. a 2. prstce nohy	tlumí pocit hladu k zlepšení potence
11 -- G 13	Duch kořene BEN SHEN	Za předním okrajem růstu vlasů, 3 cuny laterálně od střední přední čáry, dorsokraniálně od zevního oka	bolesti podbříšku, celková nervozita
12 -- M 3	Velká kost JU LIAO	V nasofaciální rýze, 3/4 cunu od kořene středu křídla nosu, nutno vyvinout silný tlak	nervozita, chrn. rýma
13 -- TM 26	Střed člověka SHUI GOU	V horní třetině vzdálenosti mezi horním rtem a nosní přepážkou (tlak dvěma prsty jako při štípnutí)	prekolapsový stav, zabránění kýchnutí
14 -- TM 20	Pozdější vyvrcholení HOU DING	5 1/2 proporcionálních cunů nad zevní hranicí vlasaté části hlavy	bolest hlavy, rekonvalescence
15 -- B 2	Vrtající bambus ZAN ZHU	Ve středu mezi obočím, spíše tlak vedeme k horní mediálně uložené orbitě jakoby ke křídlu nosu (tlak dvěma prsty)	bolest unavených očí, zvýšená potlivost
16 -- XUE 3	Nejvyšší Jang TAI YANG	1 cun laterálně od středu obočí, pod spánkovou kostí, tlak kolmo na periost směrem na spánkovou kost	migrenozní bolesti hlavy
17 -- 3E 5	Vnější brána WAI GUAN	2 propor. cuny nad zápěstím, uprostřed mezi radiem a ulnou dorsálně, tlak směrem k membrana interossea	bolesti kloubů v těle
18 -- Dd 4	Klid z údolí HE GU	Uprostřed mezi 1. a 2. karpální kůstku ve výši 1. kosti záprstní, tlak směřuje více k periostu volární strany 2. metakarpu	bolesti kdekoliv v těle, zklidňuje
19 -- KG 20	Krycí nádhra HUA GAI	Na sternu ve výši 1. mezižebří, směr tlaku na periost sternu	asthma bronchiale
20 -- KG 13	Vrchní kanálek SHANG WAN	Pět proporcionálních cunů ve střední čáře nad pupkem	žaludeční neuroza
21 -- MP 7	Děravé údolí LOU GU	Za vnitřním okrajem tibie, 6 cunů nad středem vnitřního kotníku	migréna při menstruaci, bolesti dol. konč.
22 -- Dd 1	Obchodník Jang SHANG YANG	Na radiálním okraji ukazováku 3 mm proximálně od dolního okraje nehtové ploténky, tlak proti periostu	bolesti v krku, bolest zubů v dolní čelisti
23 -- KS 3	Nebezpečné bahniště QU ZE	Na ulárním okraji šlachy m. biceps brachii v loketním švybu	duševní únava a vyčerpání
24 -- MP 9	Pramenitý val Jin YIN LING QUAN	V úhlu mezi vnitřním okrajem tibie a mediálním kotníkem tibie, proti periostu	gonarthroza



Obr. 22. Dráha srdce — SOCAO YIN — směřující na dolní končetiny.

- 1 — JI QUAN
14—16 mm/5—10'
- 2 — QIN LIANG
10 mm/10—12'
- 3 — SHAO HAI
6—10 mm/10—30'
- 4 — LING DAO
10 mm/7—20'
- 5 — TONG LI
10 mm/10—20'
- 6 — YIN XI
10 mm/10—20'
- 7 — CHEN MEN
10 mm/10—20'
- 8 — SHAO FU
10 mm/5—10'
9. SHAO SHONG
3 mm/3—5'

V podpažní jamce přímo nad arterií

3 proporcionální cuny nad loketním sbybem na vnitřním okraji m. biceps brachii při flektovaném předloktí na vnitřním okraji loketního ohybu

1 ½ cunu nad zápěstím na radiálním okraji šlachy m. flexor carpi ulnaris

1 proporcionální cun nad zápěstím na radiálním okraji šlachy m. flexor carpi ulnaris

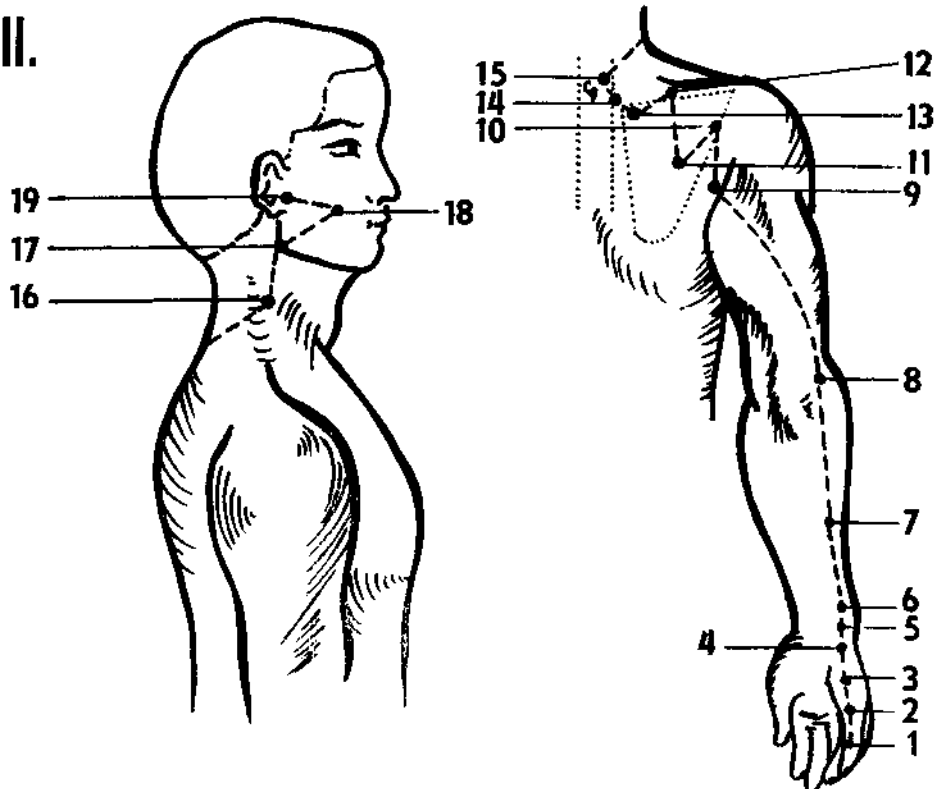
půl proporcionálního cunu nad zápěstím na radiálním okraji šlachy m. flexor carpi ulnaris

na zápěstí na radiálním okraji šlachy m. flexor carpi ulnaris

mezi 4. a 5. kostí záprstní, proximálně od jejich hlaviček

3 mm proximálně od radiálního okraje nehtové ploténky malíku ruky

II.



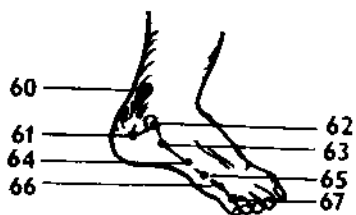
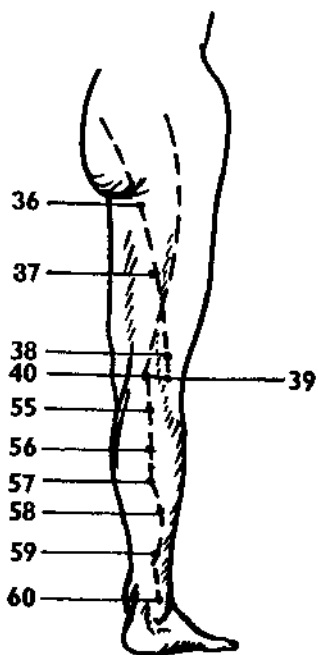
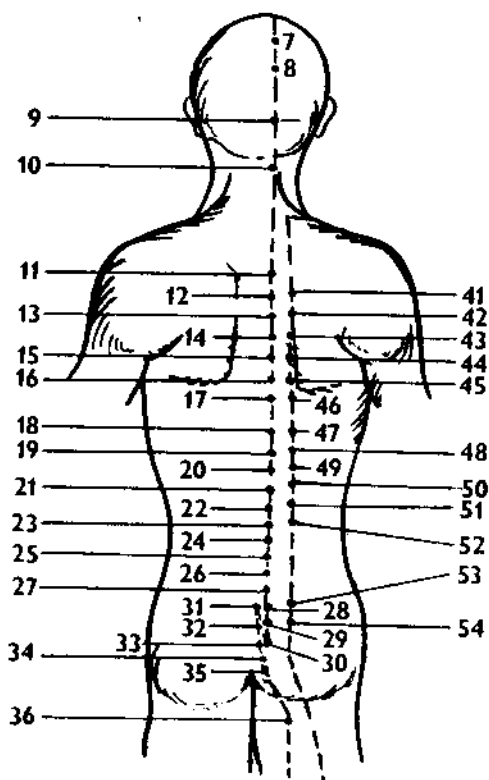
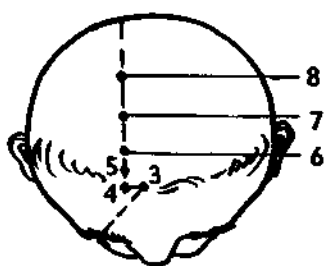
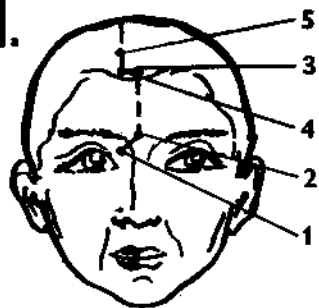
Francouzsky : intestin grele = IG
 Německy : Dünndarm = DÜ
 Anglicky : small intestine = SI

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1 — SHAO ZE
3 mm/3—5' | 1 fen prox od ulnárního kraje nehtu malíku |
| 2 — QUN GU
3 mm/3—5' | ulárně, distálně od metakarpofalangeálního kloubu malíku |
| 3 — HOU XI
6 mm/5—10' | prox. od hlavičky pátého metakarpu |
| 4 — WAN GU
9 mm/5—20' | v jamce mezi bási pátého metakarpu a kostí karpální |
| 5 — YANG GU
6 mm/5—20' | v jamce mezi processus styloideus ulnae a os triangularis |
| 6 — YANG LAO
9 mm/5—20' | při ruce přitisknuté k hrudi v jamce, která vznikne mediálně od proc. styloideus ulnae |
| 7 — ZHI ZHENG
9—10 mm/5—20' | 5 prop. cunů nad zápěstím na čáře mezi bodem 5 a epicondylus medialis humeri |

Obr. 23. Dráha tenkého střeva — TAI YANG — na horních končetinách.

- 8 — XIAO HAI při flektovanému předloktí přímo nad sulcus nervi ulnaris
6 mm/5—10'
- 9 — JIAN ZHEN při pevně abdukované paži 1 prop. cun nad kožním záhybem
15—22 mm/10—20' axily
- 10 — NAO SHU v jamce za zadním okrajem akromionu
18—25 mm/5—20'
- 11 — TIAN ZONG mezi vnitřním krajem lopatky a středem mezi body 9 a 10
9 mm/5—10'
- 12 — BING FEN 1 prop. cun nad hřebenem lopatky kolmo nad bodem 11
12—15 mm/10—20'
- 13 — GU YUAN v jamce, která vznikne při úplném vzpažení, na medioklavik-
15—19 mm/5—20' kulární čáře o 2 cuny nazad od horního okraje ramene
- 14 — JIAN WAI SHU 3 prop. cuny vedle štěrbin mezi 1. a 2. hrudním obratlem
15—20 mm/3—10'
- 15 — JIAN ZHONG SHU 2 prop. cuny vedle štěrbin mezi trny 7. krčního a 1. hrud-
12—18 mm/10—30' ního obratle
- 16 — TIAN CHUANG na zadním okraji sternocleidomastoideus na úrovni horního
10 mm/10—15' okraje štítné chrupavky
- 17 — TIAN RONG mezi úhlem dolní čelisti a úponem m. sternocleidomastoideus
12—16 mm/5—15'
- 18 — QUAN LIAO pod dolním okrajem jáhrového oblouku přímo pod zevním
10 mm/3—5' koutkem očním
- 19 — TING GONG před horním okrajem lalůčku ušního
7—9 mm/5—15'

III.



Francouzsky	:	vessie	= V
Německy	:	Blase	= B
Anglicky	:	Bladder	= B

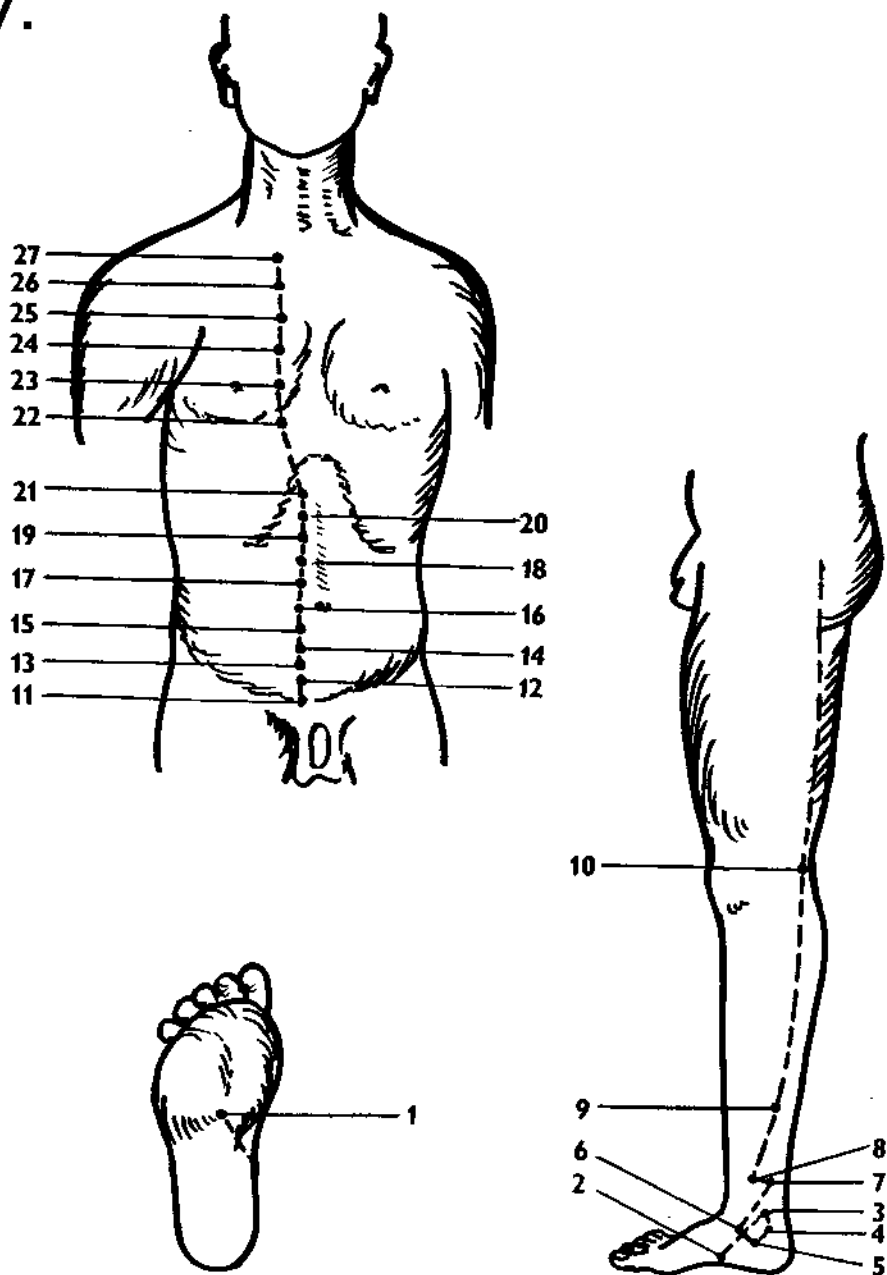
Obr. 24. Dráha močového měchýře — TAI YANG — směřující na dolní končetiny.

1 — JING MING 6 mm/3'	přimo ve vnitřním koutku očním
2 — ZAN ZHU 6 mm/3—8'	u vnitřního konce obočí
3 — MEI CHONG 6 mm/3—5'	$\frac{3}{4}$ cunu od střední čáry, 5 fenů nad hranicí růstu vlasů
4 — QU CHEI 6 mm/5—15'	$\frac{3}{4}$ cunu laterálně od bodu 3
5 — WU CHU 7—10 mm/5—15'	1 cun nad hranicí růstu vlasů, 1 $\frac{1}{2}$ cunu vedle střední čáry
6 — CHENG GUANG 7—10 mm/2—5'	1 $\frac{1}{2}$ cunu dorsálně od bodu 5
7 — TONG TIAN 8—10 mm/5—15'	4 cuny nad hranicí růstu vlasů, 1 $\frac{1}{2}$ cunu laterálně od střední čáry
8 — LOU GUE 7—10 mm/5—15'	1 $\frac{1}{2}$ cunu dorsálně od bodu 7
9 — YU ZHEN 7—10 mm/5—10'	1 $\frac{1}{2}$ cunu za bodem 8, 1 $\frac{1}{3}$ cunu vedle střední čáry
10 — TIAN ZHU 12—15 mm/5—15'	1 $\frac{1}{2}$ cunu za bodem 9, v jamce u vnějšího okraje m. trapezius
11 — DA ZHU 12—15 mm/10—20'	1 $\frac{1}{2}$ cunu vedle mezery mezi trny 1. a 2. hrudního obratle
12 — FEN MEN 14—15 mm/10—20'	pod bodem 11 ve výši mezery mezi trny 2. a 3. hrudního obratle
13 — FEI SHU 12—15 mm/10—50'	pod bodem 12 ve výši mezery mezi trny 3. a 4. hrudního obratle
14 — JUE YIN SHU 10 mm/10—20'	pod bodem 13 ve výši mezery mezi trny 4. a 5. hrudního obratle
15 — XIN SHU 10 mm/3—5'	pod bodem 14 ve výši mezery mezi trny 5. a 6. hrudního obratle
16 — DA SHU 10 mm/5—10'	pod bodem 15 ve výši mezery mezi trny 6. a 7. hrudního obratle
17 — GE SHU 12 mm/20—30'	pod bodem 16 ve výši mezery mezi trny 7. a 8. hrudního obratle
18 — GAN SHU 12 mm/10—20'	pod bodem 17 ve výši mezery mezi trny 9. a 10. hrudního obratle
19 — DAN SHU 12—15 mm/10—20'	pod bodem 18 ve výši mezery mezi trny 10. a 11. hrudního obratle
20 — PI SHU 12—15 mm/20—30'	pod bodem 19 vedle mezery mezi 11. a 12. hrudním obratlem
21 — WEI SHU 12—15 mm/20—30'	pod bodem 20 vedle mezery mezi trny 12. hrudního a 1. bederního obratle
22 — SAN JIAO SHU 12—15 mm/20—30'	pod bodem 21 ve výši mezery mezi trny 1. a 2. bederního obratle
23 — SHEN SHU 15—25 mm/10—25'	pod bodem 22 ve výši mezery mezi trny 2. a 3. bederního obratle

- 24 — ZI HAI SHU pod bodem 23. ve výši mezery mezi trny 3. a 4. bederního obratle
15 mm/10—20'
- 25 — DA CHANG SHU pod bodem ve výši mezi trny 4. a 5. bederního obratle
25—32 mm/20—30'
- 26 — GUAN YUAN SHU pod bodem 25 vedle mezery mezi trny 5. bederního a 1. křížového obratle
25—32 mm/5—10'
- 27 — XIAO CHANG SHU pod bodem 26 ve výši 1. otvoru kosti křížové
25—32 mm/20—30'
- 28 — PANG QUANG SHU pod bodem 27 ve výši 2. otvoru kosti křížové
25—32 mm/20—30'
- 29 — ZHONG LU SHU pod bodem 28 ve výši 3. otvoru kosti křížové
15 mm/20—30'
- 30 — BAI HUAH SHU pod bodem 29 ve výši 4. otvoru kosti křížové
10—18 mm/5—10'
- 31 — DHANG LIAO ve výši 1. otvoru kosti křížové mezi bodem 27 a střední čarou
30 mm/20—30'
- 32 CI LIAO pod bodem 31 ve výši 2. otvoru kosti křížové
25—32 mm/20—25'
- 33 — CHONG LIAO pod bodem 32 ve výši 3. otvoru kosti křížové
25—32 mm/20—30'
- 34 — XIA LIAO pod bodem 33 ve výši 4. otvoru kosti křížové
19—25 mm/20—30'
- 35 — HUI YANG 5 prop. feuů od poloviny vzdálenosti mezi kostrčí a análním otvorem
12 mm/10—20'
- 36 — CHENG FU ve středu plica glutealis
25—32 mm/5—10'
- 37 — YIN MEN 6 prop. cunů pod bodem 36 na spojnici mezi tímto bodem a bodem 40
20—22 mm/5—10'
- 38 — FU SHI na vnitřním okraji m. biceps femoris 1 prop. cun nad plica poplitea
15—21 mm/5—20'
- 39 — WEI JANG na vnitřním okraji šlachy m. biceps femoris přímo ve výši plica poplitea
20 mm/3—5'
- 40 — WEI JUNG uprostřed fossa poplitea
10—15 mm/3—4'
- 41 — FU FEN 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 12
12—16 mm/10—20'
- 42 — PO HU 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 13
12—16 mm/20—30'
- 43 — GAU HUANG SHU 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 14
12—16 mm/15—20'
- 4 — SHEN TAN 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 15
12—15 mm/10—30'
- 45 — YI XI 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 16
12—16 mm/10—30'

- 46 — GE GUAN 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 17
12—16 mm/5—20'
- 47 — HUN MEN 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 18
12—16 mm/5—20'
- 48 — YANG GANG 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 19
12—16 mm/5—20'
- 49 — YI SHE 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 20
15—21 mm/5—20'
- 50 — WEI CANG 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 21
15—21 mm/10—30'
- 51 — HUANG MEN 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 22
15—21 mm/10—30'
- 52 — ZHI SHI 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 23
21—30 mm/10—30'
- 53 — BAO HUANG 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 28
15—21 mm/10—30'
- 54 — ZHI BIANG 1 ½ prop. cunu laterálně od bodu 29
16—38 mm/20—50'
- 55 — HE YANG 2 prop. cuny pod středem fossa poplitea
16 mm/10—20'
- 56 — CHENG JIN uprostřed mezi body 55 a 57
16 mm/5—20'
- 57 — CHONG SHAN v úhlu mezi bříšky m. gastrocnemius
21 mm/5—15'
- 58 — FEI YANG 7 pro. cunů nad zevním kotníkem kolmo nad bodem 60
16—21 mm/5—20'
- 59 — FU YANG 3 pro. cuny nad zevním kotníkem kolmo nad bodem 60
15—16 mm/5—7'
- 60 — KUN LUN mezi zevním kotníkem a šlachou Achillovou
12—16 mm/6—20'
- 61 — PU SHEN v jamce na vnější straně kosti patní
10 mm/5—20'
- 62 — SHEN MAI v jamce, 5 fenů pod zevním kotníkem
10 mm/3—5'
- 63 — ZU JIN MEN 5 pro. fenů pod bodem 62
12—16 mm/5—20'
- 64 — JING GU proximálně od klenby base 5. metatarsu
12—16 mm/5—20'
- 65 — SHU GU přímo proximálně a pod hlavičkou 5. metatarsu
10 mm/3—5'
- 66 — ZU TONG GU před 5. metatarsofalangeálním skloubením a poněkud laterálně od něho
6 mm/5—20'
- 67 — ZHI YIN na zevní straně kořene nehtu malíku nohy
5 mm/3'

IV.

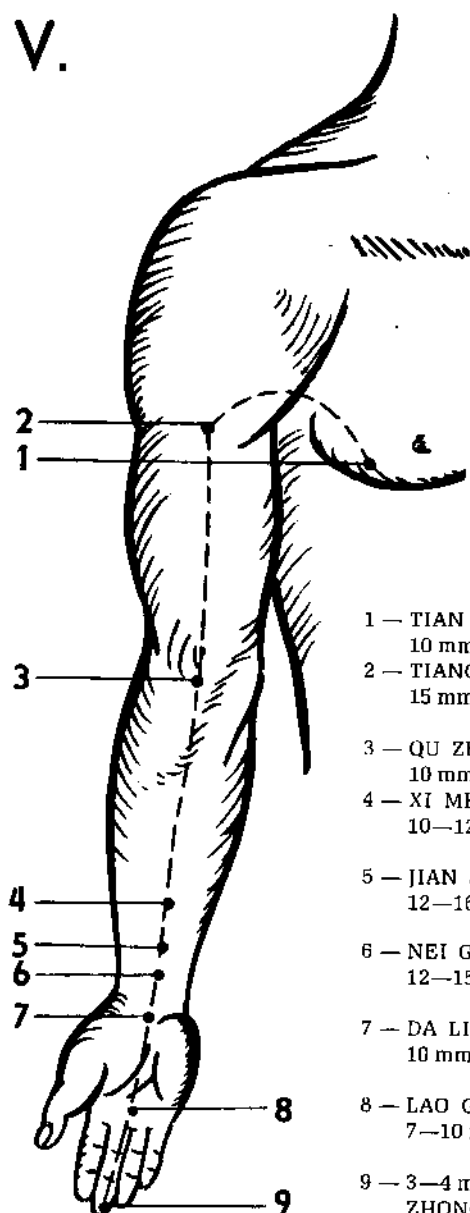


Obr. 25. Dráha ledvin — SHAO YIN — na dolních končetinách.

1 — YONG QUAN 16 mm/3—7'	uprostřed přední třetiny plosky nohy
2 — RAN GU 13—16 mm/5—10'	v jamce na předním okraji kosti člunkovité
3 — TAI XI 10 mm/5—10'	mezi vnitřním kotníkem a šlachou Achillovou
4 — DA ZHONG 10 mm/5—20'	5 prop. fenâ pod bodem 3 na zadním okraji vnitřního kotníku
5 — SHUI CHUAN 12 mm/5—10'	1 pro. cun pod bodem 3 nad vnitřní plochou kosti patní
6 — ZHAO HAI 10 mm/5—10'	4 pro. feny pod dolním okrajem vnitřního kotníku
7 — FU LIU 9—10 mm/5—10'	2 prop. cuny nad bodem 3 na vnitřním okraji šlachy Achillovy
8 — JIAO HSIN 12 mm/10—30'	na vnitřním okraji tibie vedle bodu 7
9 — JU BIN 14—16 mm/3—5'	5 prop. cunâ nad vnitřním kotníkem na čáře spojující bod 3 a 10
10 — YIN GU 12 mm/3—5'	při flektovaném kolenně mezi šlachami m. semimembranaceus a m. semitendineus
11 — HENG GU 15 mm/10—30'	nad horním okrajem symfysy, 0,5 prop. cunu od střední čáry
12 — DA HE 16—32 mm/10—30'	1 prop. cun nad bodem 11
13 CHI SHUE 16—32 mm/10—30'	1 prop. cun nad bodem 12
14 — SI MAN 22—32 mm/20—30'	1 prop. cun nad bodem 13
15 — JUNG GU 22—32 mm/20—30'	1 prop. cun nad bodem 14
16 — HUANG SHU 30 mm/20—30'	0,5 prop. cunu vedle pupku
17 — SHANG CHU 22—32 mm/20—30'	2 prop. cuny nad bodem 16
18 — SHI GUAN 30 mm/20—30'	1 prop. cun nad bodem 17
19 — YIN DA 22—32 mm/20—30'	1 pro. cun nad bodem 18
20 — TUNG GU 15—16 mm/20—30'	1 prop. cun nad bodem 19
21 — YONG MEN 15 mm/20—30'	1 prop. cun nad bodem 20
22 — BU LANG 10 mm/5—20'	v 5. mezižebří 2 prop. cuny od střední čáry
23 — SHENG FENG 10 mm/5—20'	nad bodem 22 ve 4. mezižebří
24 — LING SHU 10 mm/5—20'	nad bodem 23 ve 3. mezižebří
25 — SHENG GANG 9—10 mm/5—20'	nad bodem 24 ve 2. mezižebří
26 — YU JUNG 10 mm/5—20'	nad bodem 25 v 1. mezižebří
27 — SHU FU 10 mm/5—20'	na dolním okraji klíční kosti 2 prop. cuny laterálně od střední čáry, nad bodem 26

Francouzsky:	:	reine	= R
Německy	:	Niere	= N
Anglicky	:	kidney	= K

V.



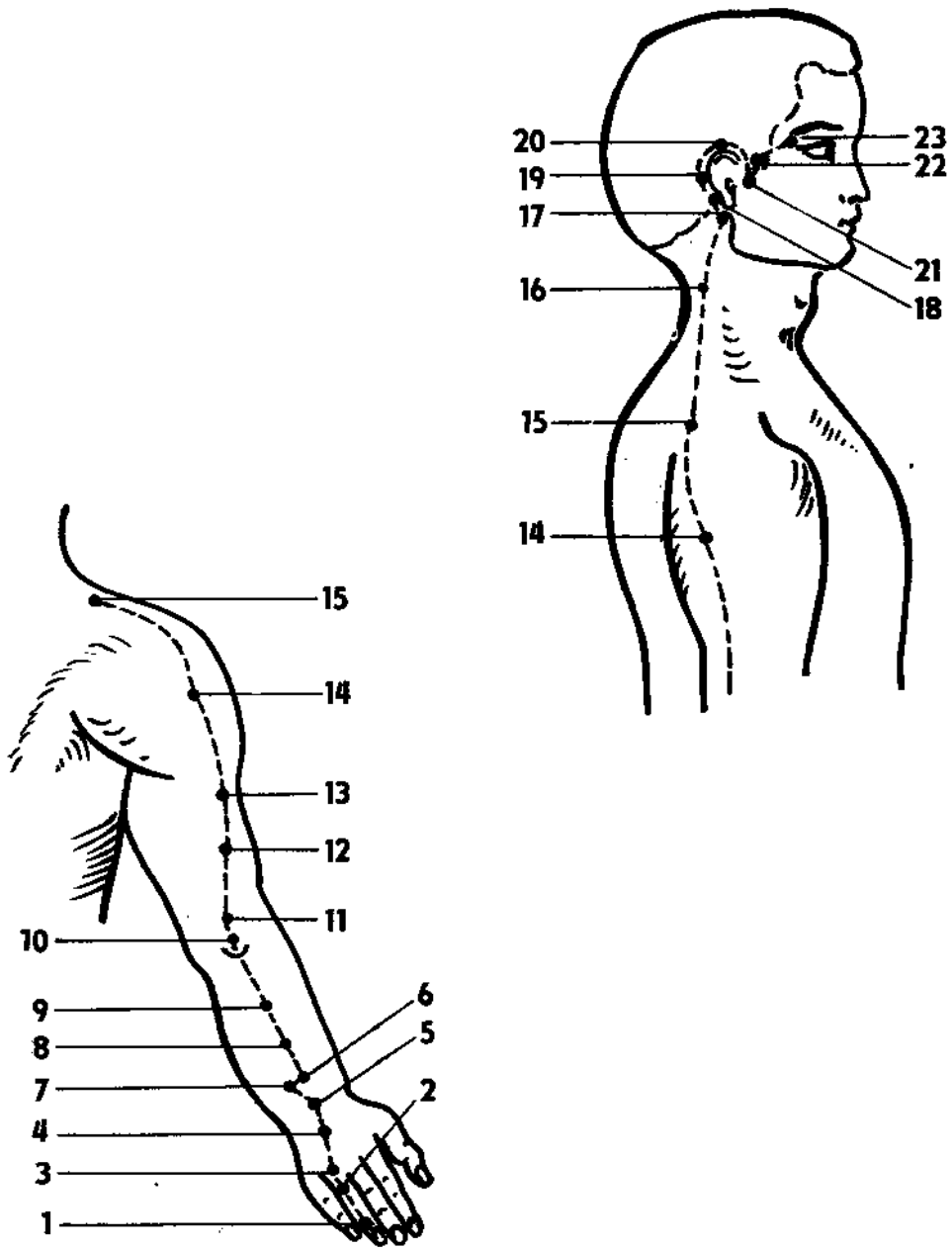
- 1 — TIAN CHI
10 mm/5—20'
- 2 — TIANG QUAN
15 mm/3—5'
- 3 — QU ZE
10 mm/5—10'
- 4 — XI MEN
10—12 mm/5—10'
- 5 — JIAN SHI
12—16 mm/5—10'
- 6 — NEI GUAN
12—15 mm/5—10'
- 7 — DA LING
10 mm/10—20'
- 8 — LAO GONG
7—10 mm/3—5'
- 9 — 3—4 mm/3—5'
ZHONG CHONG

ve 4. mezižebří 1 pro. cun laterálně od mamily
2 prop. cuny pod předním okrajem plicia axialis na bříšku m. biceps
na ulnárním okraji šlachy m. bicepsu v loketním shybu
5 prop. cunů nad zápěstím mezi šlachami m. palmaris longus a m. flexor carpi radialis
3 prop. cuny nad zápěstím mezi šlachami m. palmaris longus a m. flx. carpi radialis
2 prop. cuny nad zápěstím mezi šlachami m. palmaris longus a m. flx. carpi radialis
uprostřed zápěstí mezi šlachami m. palmaris longus a m. flx. carpi radialis
na dlaní prox. a mezi hlavičkami 3. a 4. kosti zápěstí
pod nehtovou ploténkou 3 mm (k palci) na III. prstu ruky dorsálně

Francouzsky: : perikard — sexua lite = MC
Německy : Kreislaut — sexus = KS
Anglicky : circulation — sex = CX

Obr. 26. Dráha perikardu — JUE YIN — směřující na horní končetiny.

VI.

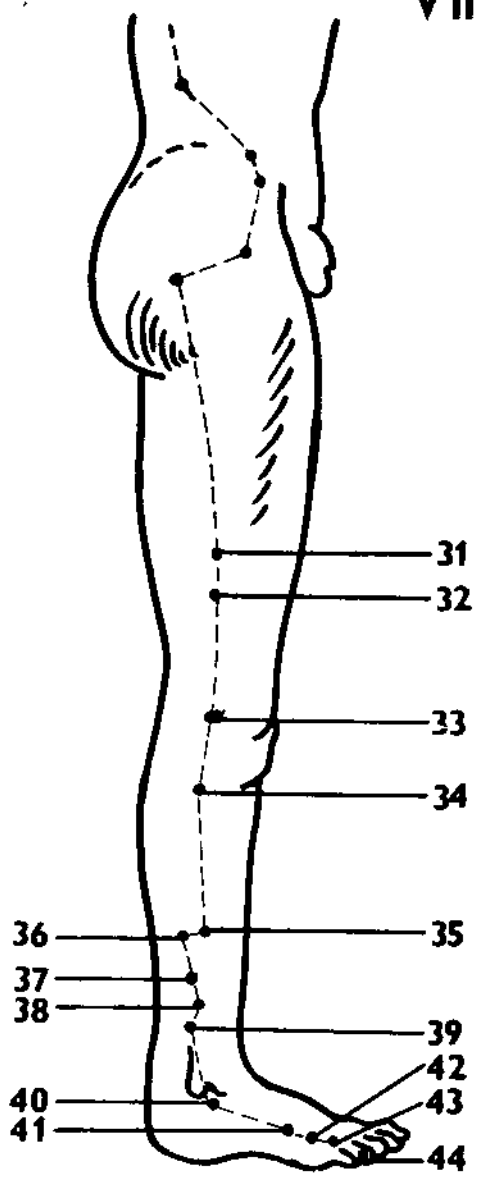
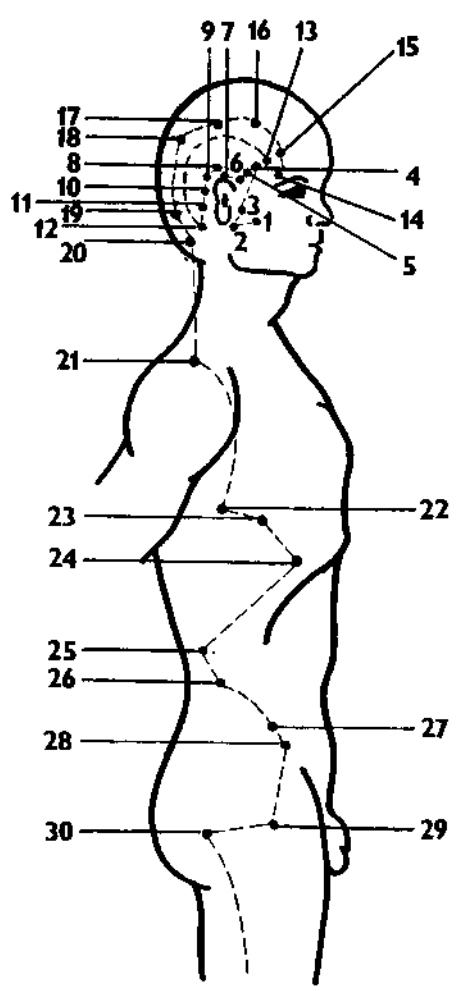


Obr. 27. Dráha tří částí těla — SHAO YANG — na horních končetinách.

1 — GUAN CHONG 3 mm/3—5'	3 mm prox. od ulnár. okraje nehtu 4. prstu
2 — YE MEN 4 mm/3—5'	uprostř. distálně před MCF skloubením 4. a 5. prstu
3 — ZHONG ZHU 10 mm/5—10'	prox. od metacarpofalang. skloubení 4. a 5. prstu
4 — YANG CHI 10 mm/5—10'	nad ulnokarpálním skloub., nad zápěstím na uln. okraji šlachy m. ext. dig. communis
5 — WAI GUAN 15—21 mm/10—30'	2 prop. cuny nad zápěstím uprostřed mezi kostní loketní a vřetení
6 — ZHI GOU 15—21 mm/10—30'	3 prop. cuny nad zápěstím, jako u bodu 5
7 — HUI ZONG 9—15 mm/5—20'	o šíři 1 prstu ulnárně od bodu 6
8 — SAN YANG LUO 10—15 mm/5—20'	4 prop. cuny prox. od zápěstí uprostřed mezi ulnou a radiem
9 — SI DU 15—21 mm/5—20'	5 prop. cunů dist. od konce olecran. mezi ulnou a radiem
10 — TIAN JING 10—16 mm/5—20'	při natažené ruce přímo nad koncem olecranonu
11 — GING LENG YUAN 9 mm/20'	1 prox. cun nad olecranonem ve stř. čáře
12 — XIAO LUO 10—16 mm/5—20'	uprostřed mezi bodem 10 a bodem 14
13 — NAO HUI 15—21 mm/5—20'	3 prop. cuny dist. od bodu 14, na zadním okraji musk. del- toideus
14 — JIAN LIAO 16—20 mm/10—20'	přímo laterálně a dorsálně od aeromionu
15 — TIAN LIAO 12—25 mm/10—20'	na nejvyšším bodě ramene, na prodloužené medioklavikulární čáře
16 — TIAN YOU 10—15 mm/5—15'	u úponu m. sternocleidomastoideus
17 — YI FENG 10 mm/5—20'	mezi processus mastoideus a úhlem mandibuly
18 — QI MAI 9—10 mm/5—20'	na oblouku mezi proc. mastoid. asi v $\frac{1}{3}$ ušního boltce distálně
19 — LU SI 6 mm/10—20'	1 cm od úponu ucha dorsálně ve 2—3 jeho výše kranálně
20 — JIAO SUN 6 mm/10—20'	přímo za nejvyšším bodem ušního boltce na hranici růstu vlasů
21 — ER MEN 10 mm/3—5'	před horním okrajem úponu ušního boltce
22 — ER HE LIAO 12—21 mm/3—5'	3 mm nad art. tempor. superf. 2 cm od ucha ventrálně
23 — SI ZHU KONG 8—10 mm/3—8'	u zevního okraje obočí v jamce

Německy	:	Drei Hezer	= 3E
Francouzsky	:	triple rechauffeur	= TR
Anglicky	:	triple warmer	= T

VII.



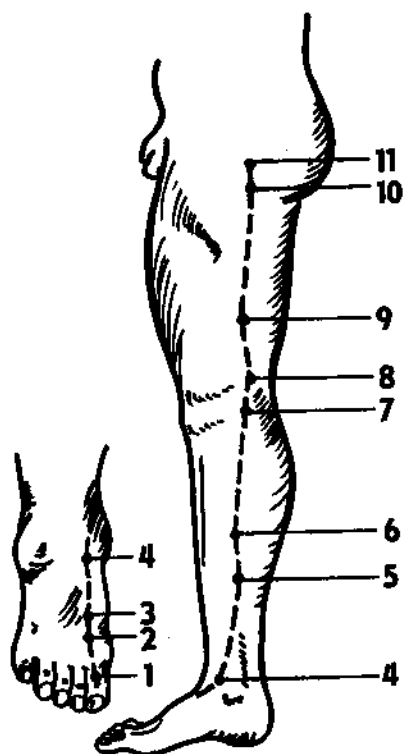
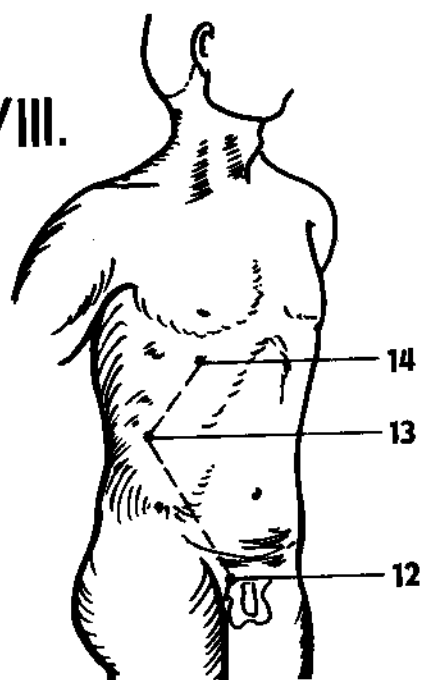
Obr. 28. Dráha žlučníku — SHAO YANG — směřující na dolní končetiny.

- 1 — TONG ZI LIAO 10 mm/5—10' v centru os zygomaticum
- 2 — TING HUI 15 mm/5—10' v jamce vzniklé při otevření úst před antitragem
- 3 — SHANG QUAN 10 mm/3—5' nad pons zygomaticus, v příčiné stě. části ucha
- 4 — HAN YAN 6 mm/5—10' 1 cun pod bodem TOU WEI, za hranicí růstu vlasů
- 5 — XUAN LU 6 mm/3—5' 1 cun nad úponem ventrokraniální partie ucha
- 6 — XUAN LI 6 mm/3—10' ½ cunu ventrokran. nad ventrokran. úponem ucha
- 7 — QU BIN 10 mm/3—5' v linii centrální části nejvyššího bodu boltce nad jařmovým obloukem
- 8 — SHUAI JIAO 9 mm/5—15' 1 ½ cunu nad nejvyšším bodem přitřknutého ušního boltce
- 9 — TIAN CHONG 9 mm/5—15' 1 cun laterálně kraniální od úponu ucha
- 10 — FU BAI 10 mm/5—15' v horní třetině boltce 1 cun laterálně
- 11 — TOU QIAO YIN 10 mm/5—20' 1 cun laterálně od příčné střední linie ušního boltce
- 12 — TOU WAN GU 15 mm/5—10' v jamce na zadním okraji processus mastoideus
- 13 — BEN SHEN 9 mm/5—20' za předním okrajem růstu vlasů, 3 cuny laterálně od středné části, kolmo nad zevním očním koutkem
- 14 — YANG BAI 6 mm/3—5' 1 cun nad středním obočím
- 15 — TOU LIN QI 10 mm/5' nad středem obočí, ½ cunu nad přední hranicí růstu vlasů
- 16 — MU CHUANG 10 mm/5—15' 1,5 cunu za bodem 15, 2 ¼ cunu laterálně od střední čáry
- 17 — ZHEN YING 10 mm/5—15' 3 cuny za bodem 15, 2 ¼ cunu laterálně od střední čáry
- 18 — CHEN LING 9 mm/5—15' 4 ½ cunu za bodem 15, 2 ¼ cunu laterálně od střední čáry
- 19 — NAO KONG 10 mm/5—10' 2 prop. cuny kolmo nad bodem 20
- 20 — FEN CHI 12—20 mm/5—20' na dolním okraji kosti týlní v jamce mezi úpony m. SKM a okrajem m. trapezius
- 21 — JIAN JING 15—19 mm/10—30' na místě, kde čára medioklavikulární dosahuje nejvyššího bodu ramene
- 22 — YUAN YE 12—16 mm/3—5' pod axilou ve 4. mž, 4 cuny od medioklavikulární čáry
- 23 — ZHE JING 12—15 mm/10—20' 3 cuny laterálně od mamily ve 4. mezižebří
- 24 — RI YUE 15 mm/10—20' v 7. mezižebří na čáře medioklavikulární
- 25 — JING MEN 21 mm/20—30' u volného okraje 12. žebra
- 26 — DAI MAI 25 mm/10—30' 1,8 cunu kolmo pod volným okrajem 11. a 12. žebra ve výši pupku
- 27 — WU SHU 20 mm/10—30' 3 cuny před bodem 26 nad crista illica
- 28 — WEI DAO 25 mm/10—30' ½ cunu pod bodem 27 na crista illica

- 29 — JU LIAO v jamce mezi trochanterem a spina illica anter. superior
25 mm/10—30'
- 30 — HUAN TIAO v poloze na boku při fléktované vrchní dolní končetině v $\frac{1}{3}$
32—75 mm/20—50' vzdál. od středu trochanteru k hiatus sacralis
- 31 — FEN SHI 7 cunů nad horním okrajem pately ne zevním okraji m. vas-
15—19 mm/5—20' tus laterali
- 32 — ZHONG DU 5 cunů nad horním okrajem pately mezi m. vastus lateralis
16—16 mm/5—20' a m. biceps femoris
- 33 — XI YANG GUAN $\frac{1}{3}$ cunu dorsokraniálně nad epicondylus femoris lateralis
15—18 mm/5—10'
- 34 — YANG LING QUAN v jamce před capitulum fibulae a pod ním
12—26 mm/10—20'
- 35 — JANG JIAO 7 cunů nad zevním kotníkem na linii mezi kotníkem a bo-
12—20 mm/5—10' dem 34
- 36 — WEI QIU 1 cun dorsálně od bodu 35 na zadním okraji fibuly
12—20 mm/3—5'
- 37 — GUANG MING 5 cunů nad středním zevního kotníku na předním okraji fi-
18—23 mm/5—10' buly
- 38 — JANG FU 4 cuny nad zevním kotníkem, 4 feny před předním okrajem
12—20 mm/10—20' fibuly
- 39 — XUAN ZHONG 3 cuny nad zevním kotníkem na zadním okraji fibuly
12—20 mm/10—20'
- 40 — QIU XU v jamce mezi zevním kotníkem a os kuboïdes
13—15 mm/5—20'
- 41 — ZU LIN QI v proximální části šterbiny mezi 4. a 5. metatarsem
9 mm/3—5'
- 42 — DI WU HUI 6 mm/5—10'
- 43 — XIA XI před 4. a 5. metatarsofalangeálním skloubením
7—8 mm/3—5'
- 44 — ZU QIAO YIN 1 fen laterálně od zevního a dolního okraje nehtu čtvrtého
3 mm/3—5' prstce nohy

Francouzsky	:	vesicule biliaire	= VB
Německy	:	Gallenblase	= G
Anglicky	:	gall Bladder	= GB

VIII.

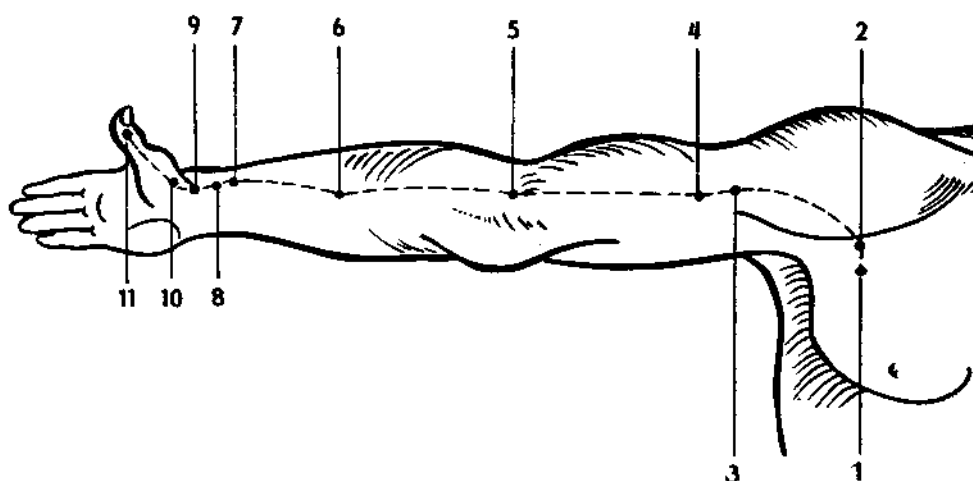


Francouzsky	:	foix	= F
Německy	:	Leber	= Le
Anglicky	:	liver	= Liv

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1 — DA DUN
3 mm/5—7' | 7 mm proximálně od zevní poloviny nehtového lůžka palce nohy |
| 2 — XING JIAN
8—9 mm/5—15' | před metatarsofalang. skloubením 1. a 2. prstce nohy |
| 3 — TAI CHONG
9 mm/3—7' | 2 cuny nad bodem 2 mezi 1. a 2. metatarsální kostí |
| 4 — ZHONG FEN
12—13 mm/5—15' | nad tuber os navicularis na vnitřním okraji šlachy m. tibialis anterior |
| 5 — LI GOU
9 mm/5—10' | 5 cunů nad středem vnitřního kotníku přímo na přední ploše tibie |
| 6 — ZHONG DU
12—16 mm/5—10' | 7 cunů nad stř. vnitř. kotníku na přední ploše tibie |
| 7 — XI GUAN
12 mm/5—20' | pod mediálním kondylem tibie nad začátkem úponu m. triceps surae |
| 8 — QU QUAN
12—19 mm/5—20' | na vnitř. okraji plica poplitea při flektovaném koleni |
| 9 — YIN BAO
15 mm/5—10' | 4 cuny nad horním okrajem epikondylu med. femoris přední okraj m. semimembranaceus |
| 10 — ZU WU LI
15—22 mm/5—10' | 3 cuny pod bodem 12 nad art. femoralis |
| 11 — YIN LIAN
9—10 mm/3—5' | 2 cuny nad bodem 10, 1 cun pod inčquinou |
| 12 — JI MAI
3 mm/3—10' | 2 ½ cunu vedle středu symfýzy přímo v inčquině |
| 13 — ZHANG MEN
19—25 mm/20—50' | na volném okraji 11. žebra |
| 14 — QI MEN
12—13 mm/10—15' | v 6. mezižebří na medioklavikulární čáře |

Obr. 29. Dráha jater — JUE YIN — na dolních končetinách.

IX.

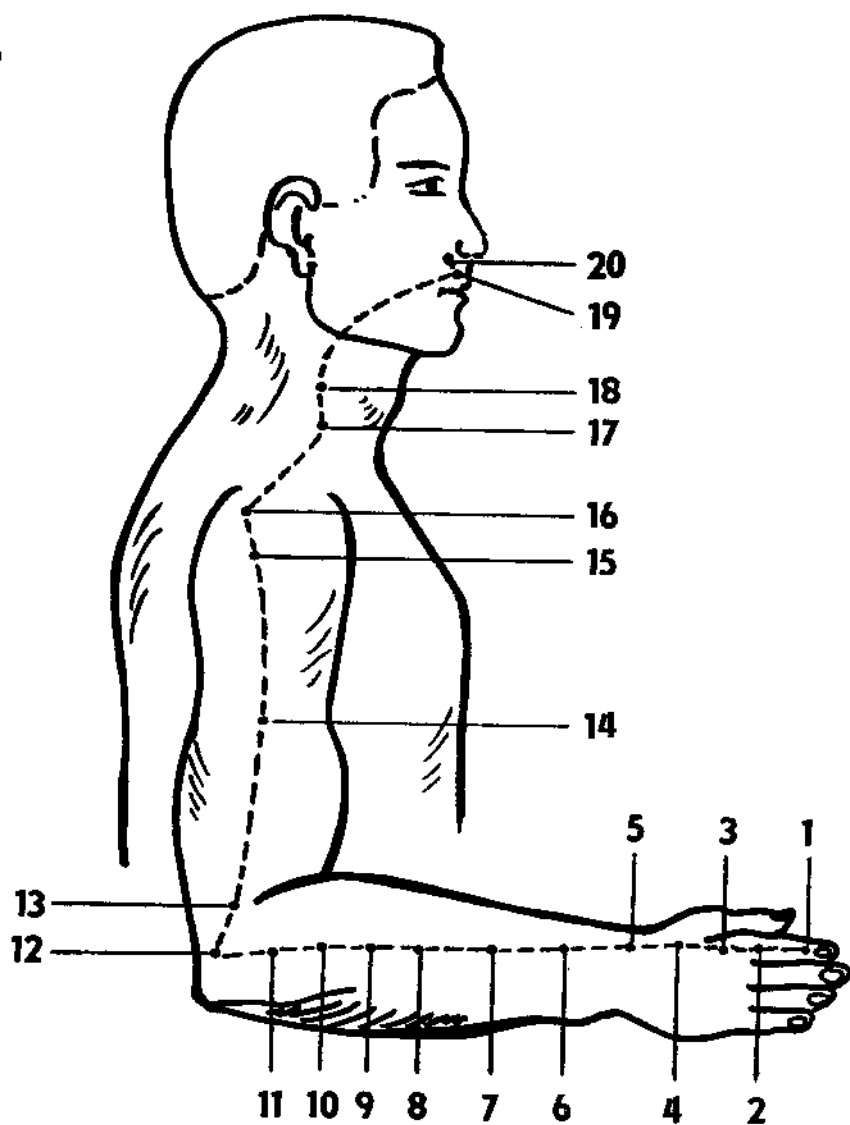


Francouzsky	:	poumons	= P
Německy	:	Lunge	= Lu
Anglicky	:	lungs	= L

1 — ZHONG FU 10 mm/5—20'	ve výši dolního okraje 2. žebra šikmo dovnitř pod processus coracoïdes
2 — YUN MEN 10 mm/15—20'	v jamce, dovnitř od coracoides pod klavikulou
3 — TAIN FU 12 mm/5—10'	mezi bříšky m. biceps 3 prop. cuny pod axilou
4 — XIA BAI 10 mm/10—20'	1 prop. cun pod bodem 3, mezi bříšky m. biceps br.
5 — CHI ZEI 10—15 mm/5—10'	✓ loketním ohybu zevně od šlachy m. biceps brachii
6 — KONG ZUI 13—15 mm/5—10'	7 prop. cunů nad zápěstím na čáře mezi body 5 a 9
7 — LIE QUE 6—7 mm/5—10'	1,5 prop. cunů nad zápěstím na radiální straně kosti vřetenní
8 — JING QU 5—8 mm/1—3'	1 prop. cun nad zápěstím nad art. radialis
9 — TAI JUAN 5—6 mm/1—3'	na zevním okraji šlachy m. abd. pollic. long. přímo nad zápěstím
10 — JU JI 10 mm/3—5'	mediálně od středu první kosti zápěstní
11 — SHAO SHANG 3 mm/3—5'	šikmo radiálně a proxim. od radiálního okraje nehtu palce 3 mm

Obr. 30. Dráha plic — TAI YIN — směřující na horní končetiny.

X.

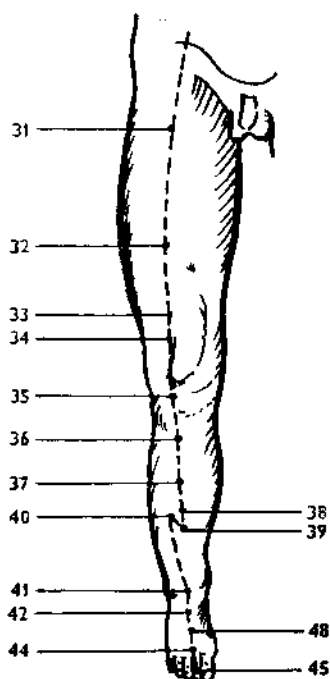
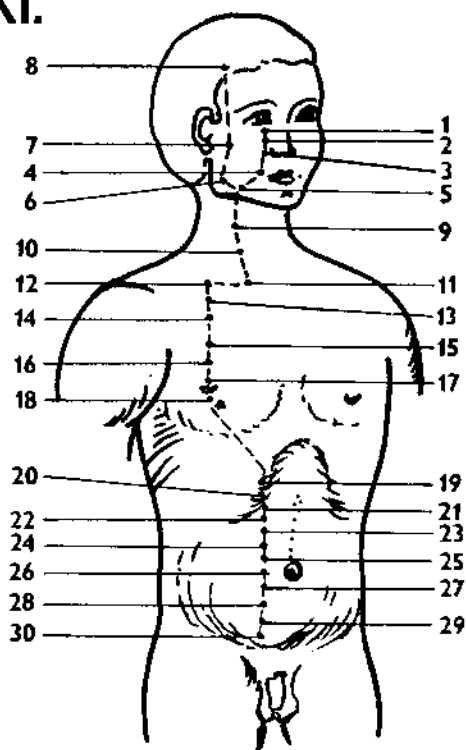


Francouzsky	:	grosintestin = GI
Anglicky	:	large intenstin = Li
Německy	:	Dickdarm = Dč (Di)

Obr. 31. Dráha tlustého stěva — YANG MIN — na horních končetinách.

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1 — SHANG YANG
9 mm/3—5' | na radjál. okraji ukazováku 3 mm prox. od dol. okraje neh-
tové ploténky |
| 2 — ER JIAN
9—11 mm/3—3' | na rad. straně ukazováku před hlavičkou prvního článku |
| 3 — SAN JIAN
9 mm/5—10' | prox. od hlavičky 1. článku ukaz. radiálně od 2. metakarpu |
| 4 — HE GU
10—15 mm/20' | uprostřed mezi 1. a 2. kostí zápěstí ve výši středu 1. kosti
zápěstí |
| 5 — JANG XI
9 mm/5—20' | ve fossa tabatiere |
| 6 — PIAN LI
9—10 mm/5—20' | 3 prop. cuny proximálně nad fossa tabatiere |
| 7 — WEN LIU
6—12 mm/5—30' | 9 prop. cunu od fossa tabatiere, nad začátkem m. ext. carpi
radialis |
| 8 — XIA LIANG
6—15 mm/5—20' | 4 prop. cuny pod bodem 11 |
| 9 — SHANG LIAN
6—15 mm/5—20' | 3 prop. cuny pod bodem 11 |
| 10 — SHOU SAN LI
10—18 mm/5—20' | 2 prop. cuny pod bodem 11 |
| 11 — GU CHI
16—25 mm/5—30' | mezi epicondal. rad. a koncem loketního ohybu při flektov.
předloktí |
| 12 — ZHOU LIAO
10—15 mm/5—10' | 1 prop. cun nad bodem 11, na okraji tricepsu |
| 13 — SHOU WU LI
moxa 5—20' | 3 prop. cuny nad epicondyi. radialis na čáře mezi body 11
a 16 |
| 14 — BI NAO
9—15 mm/5—20' | 7 prop. cunů nad loktem nad začátkem m. deltoideus |
| 15 — JIAN YU
18—24 mm/5—20' | v jamce deltov. svalu při zvednuté paži před akromionem |
| 16 — JU GU
12—20 mm/5—20' | v jamce mezi akrom. částí klavikuly a hřebenem lopatky |
| 17 — TEIN DIN
10 mm/5—20' | 1 prop. cun pod bodem 18 na zadním okraji m. SKM |
| 18 — FU DU
12—15 mm/5—10' | ve výši horního okraje št. žlázy chrupavky, uprostřed m.
SKM |
| 19 — KOU HE LIAO
8 mm/2—3' | 1,5 cm pod křídlem nosu |
| 20 — YING XIANG
10 mm/3—7' | na rýze nosolící 1,5 cm vedle středu křídla nosu |

XI.

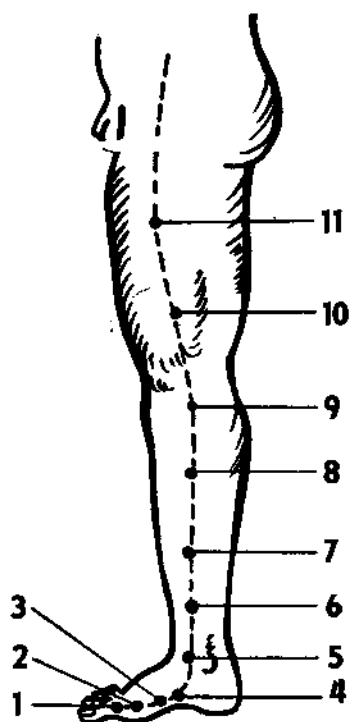
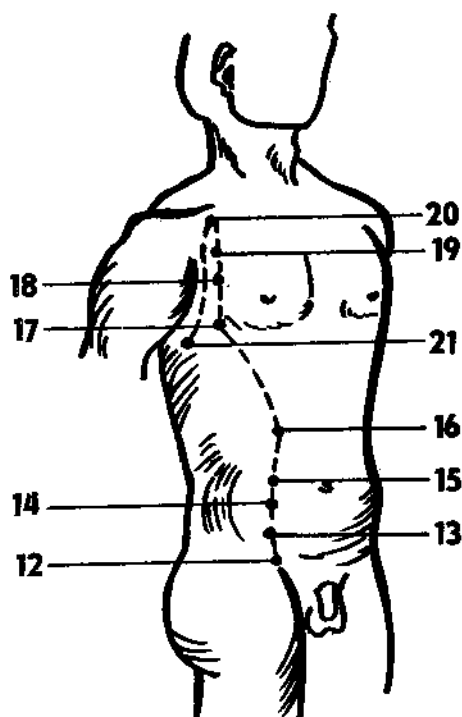


Francouzsky	:	estomace	= E
Německy	:	Magen	= M
Anglicky	:	stomach	= S

Obr. 32. Dráha žaludku — YANG MIN — směřující na dolní končetiny.

1 — CHENG GI 6 mm/3—6'	7 fenů pod pupilou na dolním okraji orbity
2 — SI BAI 7—9 mm/2—6'	3 feny pod bodem 1
3 — JU LIAO 10 mm/5'	kolmo pod bodem 2, 8 prop. fenů vedle středu křídla nosu
4 — DI GANG 10 mm/5'	4 prop. feny vedle koutku ústního
5 — DA YING 16 mm/5—15'	1,3 prop. cuny pod úhlem dolní čelisti v jamce třetího molárního zubu
6 — JIA CHE 12—15 mm/3—10'	v jamce šikmo vpřed a nad úhel dolní čelisti
7 — XIA GUAN 10 mm/10—20'	nad středem processus articularis dolní čelisti bezprostředně pod arcus zygomaticus
8 — TON WEI 7—9 mm/5—15'	4,5 prop. cunu vedle bodu SHEN TIN, který leží na střední čáře 0,5 cunu nad hranicí růstu vlasů
9 — REN YING 5 mm/3—10'	na předním okraji m. sternocleidomastoideus ve výši horního okraje štítné chrupavky
10 — SHUI TU 8—10 mm/5—10'	uprostřed mezi bodem 9 a 11 na předním okraji m. sternocleidomastoideus
11 — GI SHE 10 mm/5—10'	mezi oběma začátky m. sternocleidomastoideus
12 — QUE PEN	nad středem klíční kosti
13 — GI HU 10 mm/5—20'	v prvním mezižebří na medioklavikulární čáře
14 — KU FANG 10 mm/5—20'	ve 2. mezižebří na medioklavikulární čáře
15 — WU YI 10 mm/5—10'	pod středem klíční kosti
16 — YING CHUANG 10 mm/5—20'	ve třetím mezižebří na medioklavikulární čáře
17 — RU ZHONG 7—10 mm/3—5'	v centru mamily
18 — RU GEN 10 mm/10—20'	v 5. mezižebří na medioklavikulární čáře
19 — BU RONG 15 mm/10—30'	6 prop. cunů nad pupkem, 2 prop. cuny vedle střední čáry
20 — CHENG MAN 15 mm/10—30'	1 prop. cun pod bodem 19
21 — LIANG MEN 21 mm/10—30'	1 prop. cun pod bodem 20
22 — GUAN MEN 25 mm/10—35'	1 prop. cun pod bodem 21
23 — TAI YI 21—25 mm/10—30'	1 prop. cun pod bodem 22
24 — HUA ROU MEN 25 mm/15—30'	1 prop. cun pod bodem 23
25 — TIAN SHU 16—32 mm/20—30'	2 prop. cuny vedle pupku
26 — WIA LING 25—32 mm/10—30'	1 prop. cun pod bodem 25
27 — DA JU 25—32 mm/10—30'	1 prop. cun pod bodem 26
28 — SHUI DAO 25 mm/10—30'	1 prop. cun pod bodem 27
29 — GUI LAI 16—25 mm/10—30'	1 prop. cun pod bodem 28

- 30 — QI CHONG
10 mm/10—20' 1 prop. cun pod bodem 29
- 31 — BI GUAN
18—20 mm/10—20' v jamce pod začátkem m. sartorius ve výši trochanteru
- 32 — FU TU
19—20 mm/10—20' 6 prop. cunů nad patelou nad středem m. vastus femoris
- 33 — YIN SHI
12 mm/10—20' 3 prop. cuny nad patelou na čáře mezi horním okrajem a bodem 32
- 34 — LIANG QIU
12—13 mm/10—20' 1 prop. cun pod bodem 33
- 35 — DU BI
9 mm/10—20' při flektovaném koleně v jamce na zevním okraji pately
- 36 — ZU SAN LI
16—25 mm/5—20' 3 prop. cuny pod dolním okrajem pately o šfti prstu laterálně od crista tibiae
- 37 — SHANG JU XU
14—16 mm/5—20' 6 prop. cunů pod patelou mezi bodem 36 a 39
- 38 — TIAO KOU
16 mm/5—20' 8 prop. cunů pod patelou
- 39 — XIA JU XU
14—16 mm/5—20' 6 pro. cunů pod bodem 37
- 40 — FENG LONG
12—16 mm/5—20' 1 prop. cun dorsálně pod bodem 38
- 41 — JIE XI
15—16 mm/5—10' ve výši středu zevního kotníku mezi šlachami m. ext. digitorum longus a ext. hallucis longus
- 42 — CHONG YANG
9 mm/5—10' na nejvyšším bodu hřbetu nohy nad art. dorsalis pedis
- 43 — XIAN GU
9 mm/3—7' v jamce mezi basí 2. a 3. metatarsu
- 44 — NEI TING
9 mm/5—7' mezi základními články 2. a 3. prstce
- 45 — LI DUI
3 mm/5—7' 1 fen prox. od zevního a dolního okraje nehtu 2. prstce

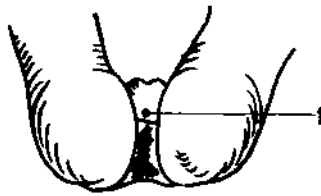
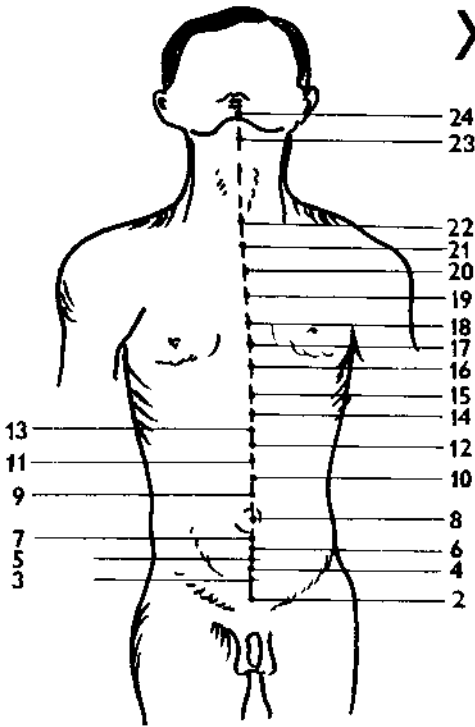


Francouzsky: rate pancreas RP (RS)
 Anglicky: spleen = Sp
 Německy: Milch pancreas MP

Obr. 33. Dráha sleziny — TAI YIN — na horních a dolních končetinách.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1 — YIN BAI
3 mm/3—5' | 4—5 mm nad dolním mediálním okrajem nehtové ploténky |
| 2 — DA DU
10 mm/5—20' | na mediál. straně palce přímo před metatarsofalangeálním skloubením |
| 3 — TAI BAI
9—10 mm/5—10' | mediálně a vzadu od hlavičky prvního metatarsu |
| 4 — GONG SUN
10 mm/3—5' | přímo pod bází 1. metatarsu |
| 5 — SHANG QIN
10 mm/5—10' | v jamce mezi kostí člunkovitou a vnitřním kotníkem |
| 6 — SAN YIN JIAO
12—19 mm/10—30' | za zadním okrajem tibie, 3 cuny nad středem vnitřního kotníku |
| 7 — LOU GU
12 mm/3—10' | nachází se 3 cuny nad bodem 6 |
| 8 — DI JI
12—20 mm/5—20' | 5 prop. cuní pod dolním okrajem pately vedle vnitřního okraje tibie |
| 9 — YIN LING QUAN
16—19 mm/5—20' | v úhlu mezi vnitřním okrajem tibie a mediál. kotníkem tibie |
| 10 — XUE HAI
12—16 mm/5—20' | 2 cuny nad horním okrajem pately mezi m. vastus femor a m. sartorius |
| 11 — JI MEN
15 mm/3—5' | 6 prop. cuní nad bodem 10 nad středem m. vastus femoris |
| 12 — CHONG MEN
21 mm/10—20' | v inguině ve výši horního okraje symfýzy 3,5 cunu vedle stř. čáry |
| 13 — FU SHE
20 mm/10—30' | 2,5 cm nad bodem 12, 1/2 cunu laterálně |
| 14 — FU JIE
17—20 mm/10—30' | 3 cuny nad bodem 13, 4 cuny vedle stř. čáry |
| 15 — DA HENG
32 mm/10—30' | 4 prop. cuny vedle pupku |
| 16 — FU AI
18—20 mm/10—30' | pod 10. žebrem na medioklavikulární čáře |
| 17 — SHI DOU
12—16 mm/5—20' | v 5. mezižebří, 2 cuny laterálně od medioklavikulární čáry |
| 18 — TIAN XI
10 mm/5—20' | ve 4. mezižebří, 2 prop. cuny laterálně od mamily |
| 19 — XIONG XIANG
10 mm/5—20' | ve 3. mezižebří kolmo nad bodem 18 |
| 20 — ZHOU RUNG
10 mm/5—20' | ve 2. mezižebří 2 cuny laterálně od mamily a kolmo nad bodem 19 |
| 21 — DAO BAO
10 mm/10—20' | v 6. mezižebří mezi axilou a volným koncem 11. žebra |

XIII.

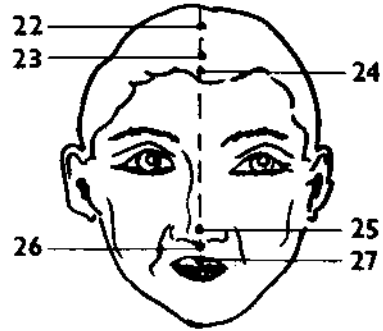
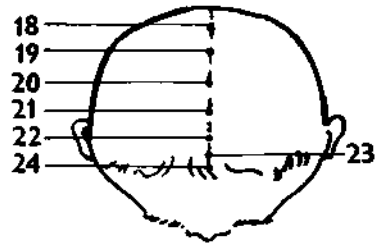
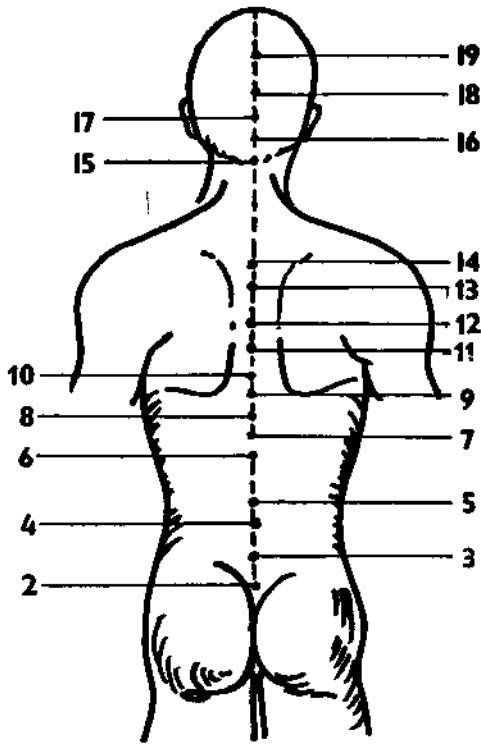


- | | | |
|-------------|---|-----------------------------|
| Francouzsky | : | Conception = JM (Con.) = KG |
| Anglicky | : | Jen Mo = J (Con) |
| Německy | : | vassel of conception = C V |

Obr. 34. Dráha — REN MAI — na přední čáře trupu.

1 — HUI YIN 12—15 mm/10—20'	ve středu perinea
2 — QU GU 15 mm/10—20'	přímo ve středu horního okraje symfysy
3 — ZHONG JI 25 mm/10—20'	1 prop. cun nad bodem 2
4 — GUAN YUAN 25—48 mm/20—30'	1 prop. cun nad centrem symfysy
5 — CHI MEN 17—25 mm/20—30'	1 prop. cun nad centrem symfysy
6 — QI HAI 25 mm/20—30'	½ cunu nad bodem 5, 1 ½ prop. cunu pod pupkem
7 — YIN JIAO 25 mm/20—30'	1 prop. cun pod pupkem
8 — SHEN QUE 15 mm/10—20'	v centru pupku
9 — SHUI FEN 15 mm/10—20'	1 prop. cun nad pupkem
10 — XIA WAN 25 mm/20—30'	2 prop. cuny nad pupkem
11 — JIAN LI 16—25 mm/20—30'	3 prop. cuny nad pupkem
12 — ZHONG WAN 16—25 mm/20—30'	4 prop. cuny nad pupkem
13 — SHANG WAN 16—25 mm/20—30'	5 prop. cunů nad pupkem
14 — JU QUE 16—25 mm/20—30'	6 prop. cunů nad pupkem
15 — JIU WAI 10 mm/10—30'	7 prop. cunů nad pupkem
16 — ZHONG TING 9—10 mm/5—20'	na spojení processus ensiformis se sternem
17 — SHANG ZHONG 6 mm/3—5'	uprostřed ve výši prsních bradavek (4. mezižebří)
18 — YU TANG 10 mm/5—20'	na sternu ve výši 3. mezižebří
19 — ZI GONG 10 mm/5—20'	na sternu ve výši 2. mezižebří
20 — HUA GAI 10 mm/5—20'	na sternu ve výši 1. mezižebří
21 — XUAN JI 10 mm/5—20'	uprostřed mezi bodem 20 a bodem 21
22 — TIAN TU 10 mm/5—20'	v incisura jugularis manubrii sterni
23 — LIAN GUAN 10 mm/5—20'	uprostřed krku na os hyoides
24 — CHENG JIANG 6—9 mm/5—20'	uprostřed brady

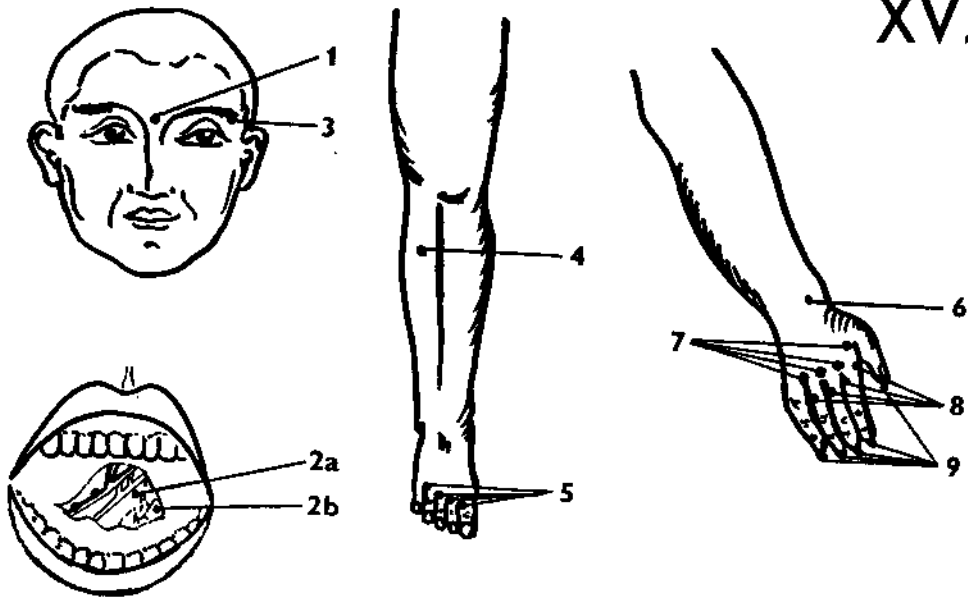
XIV.



Francouzsky : Gouverneur = (GV) LG
 Anglicky : Tou-mo = T (VG)
 Německy : governing vassel = GV

Obr. 35. Dráha — DU MAI — probíhající po zadní střední čáře hlavy a trupu.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1 — CHANG SIAN
10 mm/10—30' | uprostřed vzdálenosti mezi kostrčí a análním otvorem |
| 2 — YAO SHU
17—25 mm/10—20' | ve výši hiatus sacralis |
| 3 — YAO YANG QUAN
10—25 mm/15—30' | mezi trny 4. a 5. bederního obratle |
| 4 — MING MEN
10 mm/20—30' | mezi trny 2. a 3. bederního obratle |
| 5 — XUAN SHU
10 mm/20—30' | mezi trny 1. a 2. bederního obratle |
| 6 — QIN ZHONG
12 mm/3—5' | mezi trny 11. a 12. hrudního obratle |
| 7 — ZHONG QU
15 mm/5—10' | mezi trny 10. a 11. hrudního obratle |
| 8 — QIN XO
12 mm/5—10' | mezi trny 9. a 10. hrudního obratle |
| 9 — ZHI YANG
13—15 mm/10—20' | mezi trny 7. a 8. hrudního obratle |
| 10 — LIN TAI
10 mm/10—20' | mezi trny 6. a 7. hrudního obratle |
| 11 — SHEN DAO
10 mm/5—10' | mezi trny 5. a 6. hrudního obratle |
| 12 — SHEN ZHU
12—13 mm/20—50' | mezi trny 3. a 4. hrudního obratle |
| 13 — TAO DAO
10—12 mm/10—20' | mezi trny 1. a 2. hrudního obratle |
| 14 — DA ZHUI
12—15 mm/15—30' | mezi trny 7. krčného a 1. hrudního obratle |
| 15 — YA MEN
10 mm/3—8' | 5 fenů nad hranicí růstu vlasů |
| 16 — FEN FU
10 mm/3—5' | 1 prop. cun nad hranicí růstu vlasů |
| 17 — NAO HU
7—9 mm/5—10' | 1 ½ prop. cunu nad bodem 16 |
| 18 — QIANG JIANG
6 mm/5—15' | 1 ½ prop. cunu nad bodem 17 |
| 19 — HOU DING
9 mm/5—15' | 1 ½ prop. cunu nad bodem 18 |
| 20 — BAI HUI
7—10 mm/5—20' | 7 prop. cunů nad zadní hranicí růstu vlasů, na temeni mezi nejvyššími body ušních boltců |
| 21 — QIAN DING
6 mm/5—10' | 1 ½ prop. cunu před bodem 20 |
| 22 — XIN HUI
3 mm/5—10' | 1 ½ prop. cunu před bodem 21 |
| 23 — SHANG SIN
6 mm/5—10' | 1 prop. cun nad přední hranicí růstu vlasů |
| 24 — SHEN TING
6 mm/5' | 5 prop. fenů za přední hranicí růstu vlasů |
| 25 — SU LIAO
3—6 mm/3—5' | na špičce nosu |
| 26 — SHUI GOU
7—9 mm/5—10' | v horní třetině vzdálenosti mezi horním rtem a nosní přepážkou |
| 27 — DUI DUAN
6—9 mm/5—10' | ve středu horního okraje horního rtu |
| 28 — YIN JIAO
3—5 mm/2—9' | na uzdičce horního rtu |



- | | |
|--|--|
| 1 — YIN TANG
9—10 mm/5—15' | uprostřed mezi vnitřními konci obočí — glabella |
| 2 — JIU JIU a)
YU YE b)
3 mm/1—12' | vpravo od jazykové uzdičky
vlevo dtto |
| 3 — TAI YANG
5—10 mm/3—5' | 1 cun laterálně od středu mezi zevním koncem obočí a zevním koutkem očním |
| 4 — LAN WEI XUE
25—45 mm/10—30' | 1 cun laterálně od tibie, 4—5 cunů pod dolním okrajem paty |
| 5 — BA FENG XUE
3 mm/3—5' | 8 bodů v meziprstních štěrbinách prstů nohy |
| 6 — ZHONG QUAN XUE
10—16 mm/5—20' | v jamce na dors. straně zápěstí mezi bodem 3E 4 a bodem Dd 6 |
| 7 — SI FEN XUE | na kožních řasách před metakarpofalangeálními klouby 2. až 5. prstu (8 bodů) |
| 8 — BA SE XUE
10—16 mm/3—5' | 8 bodů v meziprstních štěrbinách prstů rukou |
| 9 — SHI XUAN XUE
3 mm/3—5' | na špičkách všech prstů ruky |

Obr. 36. Samostatné body XUE.