

# **VYBRANÉ KAPITOLY Z TRADIČNÍ AKUPUNKTURY**

**MUDR. PETR KUNDRÁT**

Úpravu a doplnění tohoto textu, který jsem měl hotový v r. 2005, provádím v r. 2016 za účelem jeho volného stažení z internetu. Tím, že dávám svou práci volně zdarma k dispozici, plním slib dědicům MUDr. Václava Kajdoše (1922-1990) jako poděkování za to, že oni souhlasili s volnou internetovou prezentací jeho učebnice Základy tradiční akupunktury, knihy, kterou pokládám za to nejlepší, co o akupunkturu vyšlo. Dvanáctá kapitola této práce je moje předmluva k výše uvedené knize. Adept akupunktury si může (ale nemusí) z mého textu přečíst nejprve tuto dvanáctou kapitulu, hlavně by ale měl prostudovat učebnici Dr. Kajdoše, a potom teprve číst zbytek mé práce.

# OBSAH

<b>1. Intrada a Preludium</b> .....	4
1.1. Intrada .....	4
1.2. Preludium.....	4
<b>2. Akupunktura chápaná jako převody čchi</b> .....	10
<b>4. Pět elementů v praktické akupunkturu</b> .....	12
4.1. Důležitá úvodní poznámka .....	12
4.2. Pět elementů a orgány cang – regulace čchi orgánů cang .....	12
4.3. Pět elementů a orgány fu.....	21
<b>6. Pulsová diagnostika</b> .....	26
<b>7. Velká punktura</b> .....	31
<b>8. Akupunktura osmi mimořádných drah</b> .....	33
8.1. Úvod.....	33
8.2. Všeobecná teorie .....	33
8.3. Specifikovaná teorie .....	39
8.4. Závěr .....	43
<b>9. Některé technické problémy akupunktury</b> .....	44
9.1. Lokisace akupunkturního bodu .....	44
9.2. Výchozí místo k nalezení bodů na bérce.....	44
9.3. Sporné body .....	44
9.4. Jak si zapamatovat body na zádech na dráze močového měchýře: .....	45
9.5. Topografie obratlových trnů .....	46
<b>10. Průběh a efekty akupunkturní terapie</b> .....	47
<b>11. Integrace akupunktury do léčebné praxe</b> .....	48
11.1. Bolesti hlavy.....	48
11.2. Neuralgie trigeminu jednostranná .....	48
11.3. Neuralgie trigeminu oboustranná .....	49
11.4. Bolesti zubů.....	49
11.5. Pollinosa .....	49
11.6. Tinnitus.....	50
11.7. Bolesti páteře (kteréhokoliv úseku) nekořenové, bez iradiace dokončetin. Pohybová aktivita, prevence bolestí páteře a pohybového aparátu. ....	50
11.8. Bolesti ramene .....	55
11.9. Epicondylitis lateralis et medialis humeri .....	57
11.10. Cervikobrachiální syndrom .....	58
11.11. Syndrom karpálního tunelu .....	58

11.12. Potíže lokalizované na hrudník a břicho .....	59
11.13. Coxarthrosa.....	60
11.14. Gonarthrosa .....	60
11.15. Arthrosa hlezna .....	60
11.16. Lumboischiadický syndrom s pravým kořenovým drážděním .....	60
11.17. Pseudoradikulární bolesti na dolních končetinách .....	60
11.18. Bolesti nohy .....	61
11.19. Prstenčité bolesti .....	61
11.20. Polysymptomatické potíže .....	61
12. Předmluva k učebnici MUDr. Václava Kajdoše Základy tradiční akupunktury.....	63
13. Závěr.....	64
14. Dodatky:Literatura, seznam zkratek.....	65
14.1. Literatura: .....	65
14.2. Seznam zkratek .....	67

# 1. INTRADA A PRELUDIUM

## 1.1. INTRADA

Proč jsem nazval prvou kapitolu mého pojednání hudebními názvy? Jednoduše proto, že kapitolu s názvem „Úvod“ skoro nikdo nečte. V literatuře neznám vhodný název pro počáteční kapitolu, která by jen uvádí do problematiky, tak je stejně významná jako ostatní, ne-li nejdůležitější. Pokud ale prvá část vícevěté hudební skladby má název „Preludium“, tak si můžeme být jisti, že to není jen pouhá předehra, ale stěžejní věta celé skladby. Z poslechu Bachových Anglických Suit nám v paměti utkví především jejich Preludia. A pokud máme vybrat deset nejslavnějších houslových skladeb, tak mezi nimi bude prvá věta Bachovy Partity E dur pro sólové housle s názvem Preludium. A mohli bychom uvádět další jména, Chopin, Debussy... Prvou kapitolu mého pojednání nazývám Preludiem proto, že ji pokládám za velmi důležitou. Budu považovat za větší úspěch, když lékaři utkví v paměti informace z této kapitoly, než když se po přečtení mé práce nechá zlákat k tomu, aby se z něj stal akupunkturista. A tomuto úvodnímu vysvětlujícímu odstavci dávám název „Intrada“. V hudbě to znamená jen stručné uvedení, z kterého je jasné, že to hlavní přichází právě poté, co Intrada dozní...

## 1.2. PRELUDIUM

*Poznámka: Na některých místech této práce je v zájmu komplexního vysvětlení probíraného tématu anticipován problém, který je podrobněji vysvětlen až v následném textu. Takováto místa slovně označuji na začátku (Anticipace.) i na konci (Konec anticipace.)*

Když jsem se počátkem roku 1994 ocitl na prvé hodině základního kursu akupunktury, nevěděl jsem o této léčebné metodě nic. Domníval jsem se, že se jedná o systém reflexní terapie, jehož poznání mi umožní rozšířit si spektrum léčebných metod, zejména funkčních poruch. Po návratu z prvé části kursu jsem začal akupunkturu provozovat a okamžitě jsem zaznamenal úspěchy. Nad výraznými terapeutickými efekty jsem zůstal v úžasu stát, jelikož odporovaly veškeré logice universitně vzdělaného lékaře. Již za několik dnů po mých prvních zkušenostech mi bylo jasné, že se začínám seznamovat s účinným, rozsáhlým medicínským systémem, který rozhodně stojí za to poznat a používat ho. A nyní nastalo dilema: Jak na to?

Dostupná literatura nabízí pokusy o vědecké vysvětlení účinků akupunktury (např. reflexní teorie, vrátková teorie, endorfiny). Těchto teorií je však příliš mnoho. To samo o sobě vždy svědčí o tom, že podstatu toho, co se snaží vysvětlit, ve skutečnosti nevysvětlují. Navíc sebedetailnější prostudování západních teorií o účinku akupunktury nedají lékařům konkrétní logický návod, které body u konkrétního pacienta použít (snad kromě LI4 a ST36). Logická úvaha mi napověděla, že jestliže existuje tolik západních teorií, jak akupunktura funguje, musel autory těchto teorií vést k jejich vzniku fakt, že akupunktura funguje. Akupunktura tudíž fungovala i předtím, než západní teorie, proč akupunktura funguje, vznikly. Z toho vyplývá, že při praktikování akupunktury nemusíme vycházet z moderních teorií o mechanismu jejího účinku.

Je všeobecně známo, že pravidla o tom, které body se mají používat, vznikla již ve starověku.

V této době, navíc na druhém konci světa, lidé s největší pravděpodobností neznali anatomii, fyziologii a patologii tak, jak ji známe my. Léčebný systém vznikl na základě tehdejšího pohledu na svět. To, že byl tento systém účinný, svědčí o tom, že se v prakticky neměnné podobě dochoval do dneška. V učebnicích akupunktury bývají tyto teorie tradiční medicíny s větší či menší přesností uvedeny. Jakožto praktický návod k léčbě se však velmi často přechází jakoby skokem od těchto teorií k recepturám. Vysvětlení vztahů těchto receptur k tradičním teoriím pravidelně chybí.

Recepturní akupunktura je poněkud zvláštní medicínský fenomén. Snad proto, že teorie akupunktury by se mohla zdát tak náročná a pro Evropana cizí, byly vybrány určité body, které frekvenčně odpovídají účinnosti u různých symptomů a syndromů, a v jistých sestavách se pro dané stavy používají. Naopak k jednotlivým akupunkturám bodům jsou potom přiřazovány různé choroby, u kterých se tyto body mají používat. Západně vzdělaný lékař je však zvyklý při terapii postupovat podle logických zákonitostí. Využívá při tom znalostí z fyziologie, patofyziologie a všech medicínských oborů, se kterými se během dlouhých let studia seznámil. Každý terapeutický zákrok, který kdy provedl, může logicky vysvětlit, počínaje nasazením Penicilinu u angíny a konče třeba složitou neurochirurgickou operací. A najednou ho má uspokojit tvrzení, že určitý chorobný stav má léčit sestavou bodů, která pokud vůbec nějakou logiku má, tak je vysvětlována funkcí bodů typu: účinný na psychiku, účinný na bolesti horní poloviny těla, pán bolesti, tlumí kašel, na zklidnění, ev. módněji jsou receptury zakamuflovány do pojmů, které vycházejí z tradiční čínské medicíny (TCM) - harmonisuje čchi trojitého zářiče, reguluje esenci, zklidňuje játra, pročišťuje hleny, a podobně. Jakožto vysvětlení takovéto účinnosti jednotlivých bodů je uváděno, že je to prověřeno tisíciletými jejich aplikace u daných stavů. V praxi se potom jedná vesměs o recepturní akupunkturu, přestože se akupunkturista hlásí verbálně k akupunktuře tradiční.

Výše jsem se zmínil o jakémsi skoku od teorie tradiční medicíny k recepturám, kterého si můžeme v učebnicích často všimnout. Čili v teoretické části se sice mluví o jin-jangu a pěti elementech, ale v praktické již máme jen uvedené body, které nabodávat, bez uvedení vztahu k těmto teoriím. Pokusil jsem se tyto vztahy zpětně najít. Nalezl jsem si například společné body, které byly uváděny u pollinosy asi v pěti recepturách a zkusil jsem je dosadit do teorií tradiční medicíny, konkrétně do pěti elementů. S uspokojením jsem zjistil, že se mi to podařilo, což jsem si ověřil v praxi. Tyto zkušenosti mne vedly k tomu, že jsem se od receptur odklonil a body jsem vybíral dle zákonitostí tradičních teorií. Narůstající počet klinických efektů mne přesvědčil o správnosti tohoto postupu, takže zatím (po více než dvaceti letech praxe) receptury vůbec nepoužívám. Výběr konkrétních bodů je možno odvodit přímo ze zákonitostí jin-jangových proměn, pěti elementů a dalších. Tisíciletými jsou prověřené zákonitosti tradiční medicíny a nikoliv receptury. Pouze logika těchto zákonitostí nám napoví, zda u bolestí zadní části stehna použít bod UB60 nebo raději jeden či několik z následujících, konkrétně které, a navíc na které straně: UB66, UB65, UB64, KI3, KI2, KI1, LR8, HT3, PC3, IT2, TE2, IT3, UB62, UB58 a další. *(V předchozí větě uvedené body mohou čtenáři posloužit jako malý test znalostí tradičních teorií tím, že si zkusí zpětně odvodit z funkce uvedených bodů situace, za jakých byly příslušné body při bolestech zadní strany stehna použity.)* Podobných příkladů je možno uvést bezpočet, a to bez znalosti jediné receptury, pouze na základě znalostí tradičních teorií.

Při studiu tradiční akupunktury (TA) jsem vycházel hlavně z učebnice MUDr. Václava Kajdoše „Základy tradiční akupunktury“. O tomto díle, vydaném knižně v nákladu 500 výtisků pouze jednou v r. 1985, a nyní od r. 2016 již volně k dispozici ke stažení na internetu, jsem se na kursu akupunktury od lektorky prim. MUDr. Ludmily Kučerové dověděl, že je to nejlepší práce o TA u nás. Klinické efekty, jichž jsem na základě studia této učebnice dosáhl, mi to potvrdily. Každý nový poznatek jsem ihned použil v praxi, a to zejména v počátku s úspěchem. S přibývajícím počtem pacientů se pochopitelně dostavily i neúspěchy.

Při studiu literatury jsem se snažil z informací vyvozovat logické důsledky a nacházet vztahy, které zde jsou popsány jakoby „mezi řádky“. (Zejména Dr. Kajdoš je přímo ukázkový „meziřádkový“ autor.). Nalezl jsem také určité rozporné údaje, podotýkám, že i u Dr. Kajdoše, z nichž jsem si musel udělat vlastní závěry a ověřit si je klinickou praxí.

V předkládané práci nabízím čtenáři to, co momentálně o tradiční akupunktuře vím a jak ji v současnosti používám. Nejedná se o učebnici akupunktury. Jsem přesvědčen, že pro každého lékaře bude nejlepší, bude-li vycházet z Dr. Kajdoše. Spíše bych rád čtenáře, u kterého již jisté znalosti o akupunktuře předpokládám, seznámil s oním „čtením mezi řádky“, o důsledcích, ke kterým je možno se dopátrat různým dopracováním a domýšlením literárně získaných informací. Srovnáním s prací Dr. Kajdoše je možno míru mého vlastního přínosu snadno odhadnout. Z dalších literárních pramenů bych rád vyzdvihl práci Mgr. Anda „Klasická čínská medicína“ a dílo známého čínského lékaře z 16. století Li Š'-čena o pulsové diagnostice.

Jelikož vycházím z TCM, musím akceptovat její pravidla. Zde bych rád uvedl, že od prvních měsíců, kdy jsem začal akupunktuuru používat, jsem se ke čchi choval jako by skutečně existovala. Jedině tak bylo možno nalézt v soustavě bodů a drah systém, který umožňoval výběr bodů bez závislosti na recepturách. To, že tento systém byl v naprostém rozporu s logikou evropské medicíny, mne příliš netrápilo. Věřil jsem tisícileté empirii a terapeutické efekty, kterých jsem vyrovnáváním hladin čchi dosáhl, jsem si zpočátku vysvětloval doposud nepoznanými neurofyziologickými mechanismy. Tento názor jsem byl nucen opustit po několika týdnech, a to proto, že jsem na sobě začal pozorovat naprosto inadekvátní, do té doby neznámou fyzickou vyčerpanost. O této vyčerpanosti jsem nikdy dříve neslyšel a v prvních dnech akupunkturního kursu mne na ni nikdo neupozornil. Tento můj subjektivní stav rozhodně nebyl neurofyziologickými mechanismy vysvětlitelný. Napadlo mne, co kdyby přece jen ta čchi existovala a při akupunktuře docházelo k jisté interakci mezi čchi mou a pacientovou. Odpověď na tyto problémy jsem našel v knize Bioterapie prim. MUDr. Teodora Rosinského, CSc.. Po prostudování této učebnice jsem začal používat zde doporučené hygienické zásady a únava zmizela. Na základě kompilátu těchto a dalších zkušeností jsem s překvapením byl nucen konstatovat, že mimo té medicíny, kterou jsem doposud studoval a provozoval (a stále provozuji), a kterou zde budu označovat termínem morfologicko-fyziologická medicína (MFM) skutečně existuje i oblast energoinformační medicíny (EIM). Důsledkem akceptování že EIM funguje, je pro akupunktuuru tato teze: Ke čchi je možno se chovat jakoby skutečně existovala. Jedná se o fiktivní substanci, která představuje materialisování energoinformačního (EI) programu TCM na trojrozměrné hmotné tělo. TA řadím k metodám EIM.

Při studiu EIM (zde TA) si musíme uvědomit, že neznáme mechanismus jejího působení. Nevíme, proč tyto metody fungují. Výše uvedené teorie (reflexní, vrátková, endorfiny) se týkají výhradně reflexní akupunktury – a vlastně i jiných druhů reflexní terapie. Pokusy o vědecké vysvětlení tradiční akupunktury ve smyslu dokazování, že tato metoda je součástí MFM, jsou mírně řečeno neúspěšné. Čili pokud máme TA nastudovat, musíme si uvědomit, že nestudujeme exaktní biologickou vědu. *(Dávejme si například pozor, abychom neztotožňovali orgán TCM s orgánem MFM. Slezina TCM je něčím zcela jiným než slezina MFM. V TCM se jedná spíše o jakýsi souhrn funkcí, jakéhosi subsystému, který staří Číňané přisoudili slezině, aniž znali její skutečnou funkci tak, jak ji známe my. Funkce, které jsou v TCM slezině přisouzeny, však v organismu skutečně existují. Pojem „slezina“ je tradičně zaveden vlastně pro souhrn těchto funkcí. Přestože některé orgány TCM zhruba funkčně odpovídají skutečné funkci těchto orgánů v MFM – konkrétně žaludek, plíce a v jistém ohledu hlavně stran jeho důležitosti pro život i srdce – tak student TCM udělá podstatně lépe, když stejně pojmenované orgány TCM a MFM neztotožní.)* Studujeme jakési vztahy, které mají svou vnitřní logiku, zcela odporující MFM, jako např. že moč vzniká tak, že prosakuje z tenkého střeva do močového měchýře. Tyto všechny záležitosti bychom jistě mohli odvrhnout. Problém je ale v tom, že když se podle nich začne akupunktura aplikovat, tak někdy fungují. (K tomu „někdy“ se vyjádřím v následujícím odstavci). Fungují tak krásně, že např. pacientovi s laterální hemikranií zabere dle těchto teorií punktura bodu LI3, a to pouze tohoto jediného bodu, a navíc bezprostřední reakcí sekundovým fenoménem. Kolegové, kteří studujete reflexní akupunktuuru, nezaznamenávejte si tento bod. Podle těchto pravidel je totiž žádoucí za zdánlivě stejné situace nepoužít bod LI3, ale použít např. GB41, UB62, IT2 nebo četné jiné. Znalost vysoce nevědeckých teorií tradiční akupunktury šetří čas a jehly. Volba vhodných bodů dle pravidel TA je otázkou krátké doby. Efektů můžeme dosáhnout minimálním počtem jehel, dosti často jen jednou nebo dvěma.

Problém je ale v tom, že TA funguje jen někomu. Budeme mít dva pacienty se stejnými potížemi, metodami zde uvedenými dospějeme k indikaci stejných bodů. Jeden pacient bude mít výborný efekt, druhý žádný. Při zaujímání stanoviska vůči EIM hrozí dva extrémy, které se týkají právě oné úspěšnosti či neúspěšnosti. Stručně řečeno: první extrém nevidí ty úspěchy, druhý nevidí ty neúspěchy.

Ten první je všeobecně známý. Prostě ty úspěchy EIM odmítneme vidět, tvrdíme o nich, že neexistují, bagatelisujeme je neurčitými pojmy (psychika, placebo), prohlásíme o nich, že jsou nesmyslné, vesměs z důvodů, že si je nedokážeme vysvětlit mechanismy MFM. Tak to činí např. členové klubu Sisyfos.

Nás musí zajímat ten druhý krajní extrém, který je velmi nebezpečný. Opětovně zdůrazňuji, že každý, kdo studuje jakoukoliv metodu EIM (v tomto případě TA) si musí uvědomit, že opravdu nestuduje exaktní vědu. Když se tento systém ale použije k léčbě, tak funguje. Pozoruhodné je, že mnohdy funguje i naprostým začátečníkům. Zejména těmito začátečnickými úspěchy bývá akupunkturista překvapen a fascinován. Bývá jimi pohlcen. Asi nejcharakterističtější vystižení té situace je, jakoby ten systém EIM byl přímo jakousi silou, která se snaží člověka vtáhnout ho do sebe a podmanit si ho. Je snadné tomu podlehnout. Úspěchy jednotlivých kasuistik bývají totiž mnohdy neuvěřitelné a ohromující. Sám jsem u prvních deseti případů bolestí hlavy, které jsem léčil akupunkturou, zaznamenal stoprocentní úspěšnost (!) ověřenou po dobu několika týdnů. *(Je tomu již přes dvacet let a celou tuto dobu jsem rád, že jsem si tehdy nepřipadal jako génius, ale jako blázen.)* Zejména tyto začátečnické úspěchy nám jakoby ten systém sám nabízel, či dokonce jakoby se jimi podbízel. Ani si neuvědomíme, že tato nabídka připomíná známou lidovou moudrost: „Když ptáčka lapají, hezky mu zpívají“. Ono totiž po oněch prvních úspěších přijdou neúspěchy. Třeba zpočátku i nenápadně. Napadne nás: Jak je to možné, že to nefunguje? Vždyť to až doposud báječně zabíralo. To bude tím, že jsem to špatně nastudoval, je třeba podrobněji si probrat pravidla TCM. A začnu více studovat, ale pozor, nikoliv exaktní reprodukovatelnou vědu, ale systém, který si začnu doplňovat o další subsystemy, které stále a stále více nemají s exaktní vědou nic společného. Když podle toho léčím, úspěchy se třeba dostaví, třeba ne. Navíc úspěšnost či neúspěšnost nebývá jednoznačná. Takže to studuji dál a dál a vůbec si při tom neuvědomím, že se stále více zamotávám do více či méně vykonstruovaných fikcí, které už s realitou nemají co dělat. Systém mě dostane, přestanu vidět neúspěchy, jen náznak úspěchu pokládám za skutečný úspěch, mám pocit, že vše zvládám. Ani si neuvědomuji, že mi už nejde o pacienta, ale o další důkaz dokonalosti systému. V zaujatosti metodou potom nevidím neúspěchy, chovám se jako zaslepený. Pro tento stav existuje termín „**fenomén zbožštění**“. Jedná se dle mého názoru o jednu z nejnebezpečnějších pastí, které číhají na každého člověka, který podlehe kouzlu nejen TA či TCM, ale i všech ostatních metod EIM (homeopatie) nebo i medicíny na hranici MFM (dietetika, různé cvičební metody, a další).

Pokusím se zde tuto situaci popsat řečí smyšlené fiktivní kasuistiky (skutečně jsem si ji vymyslel, nejedná se o reálný případ), která je tak absurdní, že je zde minimální pravděpodobnost, že by se lékaři, který vystudoval naši medicínu (MFM) mohla stát. Nicméně důkladným do hloubky jdoucím studiem TCM a TA by si pomyslný český Honzík mohl tento způsob uvažování ke škodě pacientů vypěstovat:

*Dělám akupunkturu a tradiční čínskou medicínu (říká si onen český Honzík). Ted' se mi perfektně povedla zvládnout levostranná migréna sedací žlučníku, to je paráda. Včera bylo něco podobného s bolestmi v zádech na dráze močového měchýře. Ted' tu máme cervicothoracalgie, takže jdu do toho. Nějak se to nedaří, to bude tím, že jsem špatně vyhodnotil stav větrné horkosti ve vrstvě tchaj-jang, že ono to už přešlo do šao-jangu, takže posílíme jang-ming ať to nejde ještě hlouběji, ono to ale zabralo jen částečně, takže je třeba se podívat na sdružené orgány šao-jangu z vrstvy t'üe-jin, ty se zdají dobré, no jasně, ta teplota co se objevuje je příznivá, to znamená, že hluboké symptomy se stávají opět povrchními, odpovídají tomu i ty bolesti v zádech, máme to zpátky v tchaj-jangu, to se to báječně daří, pacienta mezitím odvezla rychlá na infekční se septickou meningitidou, ale to je tím, že se přece jen k té větrné horkosti přidal ještě uvolněný jaterní oheň nedostatkem jaterní jin, kterou spotřebovala ta horkost když byla v šao-jangu, takže to je jasně, jenom jsem nevyhodnotil správně tu*



*vrstvu t'üe-jin, příště bude třeba zhodnotit kovový a vodní element abych poznal odkud doplnit tu jaterní jin a jdeme dál studovat čínské symptomy, TCM přece nabízí báječná řešení a ...*

Kolegové, na toto pozor, toto ne!!! Když se to nedaří, nechte toho!!! Nejedná se o žádnou exaktní vědu, pouze o systém TCM a TA, který prostě tomuto pacientovi nefunguje. Nenechte se tímto systémem ovládat a raději pacienta pořádně vyšetřete metodami MFM.

Nicméně vraťme se k akupunktuře. Smyslem této práce není od akupunktury odradit, ale právě seznámit lékaře s nejelementárnějšími zákonitostmi fungování systému TA. Tento systém je třeba uhlídat, být nad ním, stát pevně na zemi, nepodlehnout mu a nepřipustit aby došlo k fenoménu zbožštění. Za dané situace se do TA můžeme klidně pustit a využívat ji. Za důležité pokládám se řídit níže uvedenými dvěma zásadami, z nichž ta prvá představuje významnou prevenci fenoménu zbožštění:

1. Používáte-li TA, nezapomeňte nic z toho, co znáte z lékařských fakult. Jedině po zhodnocení stavu z hlediska MFM budete schopni poznat, co od akupunktury můžete a nemůžete očekávat, někdy též zda má význam akupunkturu indikovat nebo ne. *(U laických léčitelů, kteří nemají medicínské vzdělání, a proto se nemohou touto zásadou řídit, je fenomén zbožštění velmi častý.)*

2. Při praktickém použití TA zapomeňte téměř na vše, co znáte z lékařských fakult. Pro volbu konkrétního bodu nemají znalosti MFM (kromě anatomie – musíte vědět, do čeho pícháte) skoro žádný význam. Jedině oproštěním se od nich budete schopni plně akceptovat pravidla TA a překvapivé klinické efekty budou odměnou pacientovi i vám.

Jak si čtenář mohl povšimnout, kalí estetickou jednoznačnost druhé zásady slova „téměř“ a „skoro“. Existuje totiž několik stavů, jasně definovaných západní diagnostikou, kdy akupunkturou můžeme ublížit. Uvádím je již nyní. Kromě bodu 1 je mám ověřené ve vlastní praxi. *(Anticipace.)*

1. Body kontraindikované v těhotenství: LI4, SP6, KI9, LR5, GB21, SP4, CV5. Jelikož se jedná většinou o body, které mají význam pro pohyb čchi, a já provádím akupunkturu prakticky vždy tak, aby se hýbala čchi, rozhodl jsem se akupunkturu v graviditě neprovádět vůbec. EI systém těhotné ženy je podřízen potřebě plodu a těžko můžeme odhadnout, zda akupunkturální zákrok bude v souladu s touto potřebou.
2. Při záchvatu bronchiálního astmatu nesesedovat ledviny. Mám to ověřeno u pacientky, kdy po sedaci ledvin dle zásad regulace čchi cangů v letním období došlo k sekundovému zhoršení stavu.
3. Trpí-li pacient srdečními arytmiemi, byť kompenzovanými, nikdy nesesedovat srdce, ani v případech dysregulace čchi dle zákonitostí ročních období (sedace srdce je indikována při jeho plnosti v zimě, viz kapitulu 4.2). Několikrát jsem po takovém zákroku zaznamenal vymizení sinusového rytmu a nástup arytmií. Nebezpečná může být někdy i sedace nepřímá, např. globální vyprázdnění všech cangů jangisující mimořádnou drahou nebo tonisací syna srdce v cyklu šeng pěti elementů – sleziny. U pacientů s onemocněním srdce je všeobecně nutno potřeby ostatních orgánů podříditi srdci. Zdraví srdce má před nimi přednost.
4. Za relativně kontraindikovanou pokládám akupunkturu u pravých kořenových syndromů na dolních končetinách, zejména v akutním stadiu. Opakovaně jsem zde zaznamenal dobrý bezprostřední analgetický efekt, vystřídáný po několika hodinách návratem bolestí, mnohdy daleko výraznějších. Nicméně ojedinělé efekty zde mám, vesměs to ale dělám na naléhání pacientů, sám to neindikuji.
5. Některá onemocnění, definovaná evropskou medicínou, sama o sobě hůře reagují na akupunkturu. To, že zde akupunktura nepomůže, potom zbytečně prodlužuje pacientovy

útrapy, které by jinak mohly dobře odeznít prostředky MFM. Na tomto místě bych se zmínil o capsulitidě ramenního kloubu, tzv. syndromu zmrzlého ramene. Blíže je o tom pojednáno v kapitole o terapii jednotlivých stavů. (*Konec anticipace.*)

Při řešení otázky kdy a u jakých onemocnění akupunkturu indikovat nám může pomoci sledování dějin čínského lékařství. Mnohé významné osobnosti se ke studiu medicíny v čínských dějinách dostaly poté, co jim spousta příbuzných umřela na epidemická onemocnění. Bylo tomu tak již v dobách rozvinutého čínského lékařství. Jednoznačně na těchto příkladech vidíme, že tradiční čínská medicína byla často neúspěšná. (Kdyby byla tak úspěšná, nebyly by tam ty epidemie.) Když do tohoto prostředí náhle pronikla rychle a úspěšně se vyvíjející evropská medicína druhé poloviny devatenáctého a začátku dvacátého století, muselo to na tisíciletou poněkud stagnující pětielementovou společnost působit jako šok. Není divu, že efektní úspěchy evropské medicíny přímo chirurgicky rozkrájely čínských pět elementů natolik, že to vedlo v Číně k dočasnému zákazu akupunktury. Nepochybně tomu tak bylo proto, že Číňané najednou poznali systém, kterým mohli léčit organická onemocnění, kde tradiční medicína selhávala. Při objektivním hodnocení však nemůžeme nevidět také v evropské medicíně spousty neúspěchů. Jsou to ony známé, tak časté případy, kdy se sebedetailnějším analytickým vyšetřením nejsme schopni dopátrat příčiny pacientových potíží. Nabízí se otázka: Neudržela se tradiční čínská medicína tak dlouho právě proto, že si dokázala poradit s těmito stavy? Odpověď „ano“ se může nabídnout každému, kdo se pokusí tyto stavy diagnostikovat a léčit dle tradičních principů. Střídavě se zde setkáváme s terapeutickými efekty, i když často špatně objektivisovatelnými, tak jak nejsou objektivisovány pacientovy potíže.

Otázku indikace akupunktury bychom mohli řešit takto: Čím více jsou pacientovy potíže funkčního charakteru, resp. jsou inadekvátní nálezu na morfologicko-fyziologické úrovni, tím více bychom se mohli obracet k akupunktuře. Čím více jsou potíže organického charakteru, resp. jsou objektivisovány nálezem na morfologicko-fyziologické úrovni, tím více bychom mohli očekávat neúspěchy a akupunktura by zde mohla mít jen doplňkový význam. Z neurčitosti předchozích dvou vět ale vyplývá, že se k nim nemůžeme chovat jako k pravidlu. Mám pacienty, kteří jsou dobře analgetisováni pouhou akupunkturou ve velmi pokročilých stádiích coxarthros.

Na druhé straně mám pacienty, kdy při víceméně negativním nálezem na morfologicko-fyziologické úrovni akupunktura nepomohla. Neúspěch akupunktury v těchto případech by mohl být jedním z kritérií podezření na primární EI patologii, která je v literatuře dobře popsána v knize prim. MUDr. Teodora Rosinského, CSc. „Choroby z nenávisťi (urieknutie, porobenie, prekliatie) Energoinformačný systém človeka v zdraví a v chorobe“. (*Viz seznam literatury. Kniha vyšla ve stejném nakladatelství i v českém překladu, českým čtenářům ale doporučuji slovenský originál. Český překlad není dobrý, překladatel ignoroval to, že stejně znějící věta má někdy v obou jazycích odlišný význam. Překladatel ponechal slovenský text, který je zdánlivě český, ve skutečnosti nesmyslný. Uvádím příklad: Špatný vydaný český překlad: Svoje si nedám a cizí nepřijmu. Slovenský originál: Svoje si nedám a cudzie neprijmem. Správnější nevydaný český překlad: Svoje si nenechám vzít a cizí nepřijmu.*) Přestože tato problematika je již mimo rámec mého sdělení o akupunktuře, představuje velmi závažnou medicínskou oblast a pokládám za nutné se o ní zmínit. Jedná se totiž o onemocnění, která jsou diagnostikovatelná pouze přímým vstupem do EI systému člověka a léčitelná jedině přímým psychoregulačním zásahem do tohoto systému. MFM tato onemocnění nezná. Pacienti trpící těmito problémy se jeví vesměs jako s negativním nálezem nebo potížemi neadekvátními morfologickému nálezem. Tuto problematiku bohužel většinou nezná nebo ji ignoruje i velké množství (po pravdě řečeno naprostá většina) lidí, kteří se věnují některému oboru EIM. V praxi dochází k tomu, že pacient s některým z těchto onemocnění, které se projevuje např. jako nekořenové spondylalgie s negativním neurologickým i ortopedickým nálezem nereagující na rehabilitační metody (které by měly běžná funkční onemocnění pozitivně ovlivnit) se obrací třeba na akupunkturistu, který začne stav rozebírat a léčit. Neúspěšně. Akupunkturista zkouší vše možné a opět neúspěšně. „Fenomén zbožštění“ se v těchto případech dostává do jiných, velmi smutných dimenzí. Fiktivní případ septické meningitidy, který jsem výše uvedl, by totiž byl jednoznačným medicínským omylem velmi rychle

překvalifikovaným na trestný čin z nedbalosti. Ale zde se jedná o něco, co MFM a většina představitelů metod EIM nezná. Pacient se od představitelů MFM obrací se svými problémy k problematice neznalým představitelům EIM, kteří, zejména z okruhu medicínsky nevzdělaných léčitelů, velmi často trpí fenoménem zbožštění. Se značnou suverenitou jsou pacientovi doporučovány různé diety, potravinové doplňky, ten či onen způsob cvičení, bylinky, homeopatika, ajurvédika, léčivé prostředky TCM atd. Důsledky kromě pacientova utrpení nejsou žádné – bylo přece prokázáno (metodami MFM), že pacientovi nic není. Uvedené léčivé prostředky nemají pro tyto případy ani hodnotu placebo, jsou zcela neúčinné. Tím důležitější je pro lékaře či terapeuta, který se některou z metod EIM (v tomto případě akupunkturou) zabývá, umět zavčas vystihnout meze své metody, poznat, že metoda pacientovi nezabírá.

Následně v kapitolách 2.-8. se věnuji výhradně problematice TA. Do přílišných detailů TCM nejdu. Dr. Kajdoš je mi v tom vzorem. Pozorný čtenář si na jeho učebnici může všimnout, že čím více jsou zmiňovány detailnější symptomy, tím více je text méně zřetelný, stává se nekonkrétním a věty často končí třemi tečkami...

Co se týče čínské terminologie, snažím se v maximální míře používat český standardní přepis, tak jak je uveden Mgr. Andem v jeho dílech. Pchin-jin (pinyin) používám výjimečně jako doplněk. V označení bodů respektuji mezinárodní terminologii, vycházející z angličtiny. Pokud v českém překladu některého názvu pociťuji nedostatek, netvořím vlastní terminologii (jedinou výjimkou je výklad slova „čchiao“ v označení dvou mimořádných drah - viz příslušnou kapitolu). Nechci přispívat k již tak značné terminologické nejednotě. Českou terminologii Mgr. Anda pokládám za výstižnou a občas ji zde s odkazem používám. Slovo „jin“ jsem si zvykl již od svých akupunkturních počátků používat jako nesklonné podstatné jméno ženského rodu.

## 2. AKUPUNKTURA CHÁPANÁ JAKO PŘEVODY ČCHI

Pro pochopení této koncepce akupunktury použiji sice nedokonalého, ale přece jen výstižného příkladu. Představme si lidský organismus jako budovu, v níž je vybudována soustava nádrží, které jsou navzájem propojeny potrubím. Touto soustavou teče voda, která je potrubím do jednotlivých nádrží rozváděna systémem čerpadel. Každé z čerpadel je schopno vodu přemístit pouze do určitého předem stanoveného místa, pouze do konkrétní nádrže, jinam ne. Tato čerpadla představují některé akupunkturální body, konkrétně body pěti přehrad, luó body a propojovací (kardinální) body mimořádných drah. Voda představuje čchi. Potrubí, a zde trochu předbílám, nepředstavuje (jak by se mohlo očekávat) systém akupunkturálních drah, nýbrž linie mezi jednotlivými pěti elementy v cyklu šeng a kche a luó dráhy. Nádrže představují jednotlivé orgány a jejich dráhy - ťingy. Akupunkturální dráhu (meridián, ťing) pokládám tudíž spíše za projekci příslušného orgánu na povrch těla než vyloženě za dráhu, vedoucí čchi. Nabodnutí některého z uvedených akupunkturálních bodů potom představuje zapojení čerpadla, které vodu (čchi) přemístí přesně z určité konkrétní nádrže (orgánu, ťingu) do požadované jiné nádrže (do jiného orgánu, ťingu). Toto se stane ale jen tehdy, je-li voda (čchi) původně na takovém místě, aby ji bylo možno zapojeným čerpadlem (akupunkturálním bodem) přečerpat. Na tomto modelu si můžeme demonstrovat rozdíl mezi prací s převody čchi a recepturní reflexní akupunkturou. Recepturní akupunkturista si zapamatuje kterým čerpadlem nejčastěji přemístí vodu do požadovaného místa, a aniž by zjišťoval ve které části systému voda je a ve které není, zapne toto čerpadlo automaticky. Pokud však není na patřičném místě voda přítomna, nedocílí žádného efektu. Proto mnohdy zapne čerpadel více, s tím, že některé snad bude fungovat. Někdy to vyjde, někdy se voda dostane jinam, než se dostat měla. Při práci s převody čchi nejprve zjistíme, kde je voda (čchi) přítomna, a potom při znalostech systému potrubí a čerpadel použijeme to správné, mnohdy stačí jen jedno nebo dvě. Efekt je zde daleko jistější, rychlejší a trvalejší. Z uvedeného příkladu je též vidět určitá nesmyslnost otázky, často kladené akupunkturistovi: „Prosím tě, kam jsi to píchal?“ Správná odpověď je, že tam, kam to dle momentálního stavu bylo zapotřebí, nikoliv jmenování konkrétního bodu. Kromě rychlosti a větší efektivity této koncepce akupunktury zde

existuje ještě jedna výhoda, a sice značná nezávislost akupunkturisty na recepturách. Příklad je sice nedokonalý, ignoruje např. jemné nyance jin-jangových proměn, vztah čchi a krve, kvalitativní vlastnosti čchi, ovlivňované např. body pramene (původu dle terminologie Mgr. Anda) i jinými, pro hrubou představu však výstižný je.

### 3. Mentální specifikace, sebeprogramování

Všechny obecné zákonitosti EIM není třeba pro účely TA probírat. Stačí si uvědomit, že akupunkturní zákrok je třeba mentálně specifikovat. Ve své učebnici to naznačuje již Dr. Kajdoš. Při popisu tonisační techniky se zmiňuje, že krouživými pohyby jehlou doprava a doleva jakoby chtěl přivolat z okolí čchi, která bodu schází. Řečeno naplno to znamená, že tonisační punktuře musíme doprovázet mentální představou, že čchi skutečně do příslušného orgánu přivoláváme.

Akupunkturní bod ale má více funkcí. Zde je třeba při provádění TA mentálně specifikovat tu funkci, kterou chceme při punktuře příslušného bodu využít. Např. známý bod LI4 je možno použít jako bod vyústění transversální luo dráhy do tlustého střeva nebo jakožto bod původu (správnější název pro bod pramene dle Mgr. Anda) k zapojení kongenitální složky čchi tlustého střeva, sloužící k optimalisaci čchi tlustého střeva dle konkrétní aktuální potřeby systému. Při akupunkuře si vybereme příslušnou funkci a při zavádění jehly si v duchu říkáme např.: „Nyní píchám bod LI4 jakožto bod vyústění transversální luo dráhy do tlustého střeva, do které doplňuji čchi z plic, kde transversální luo dráha začíná.“ Pochopitelně to nemusí být takto verbálně, stačí mentální představa o této funkci. Informační zákrok je stručný a jasný. Znalost zákonitostí TA, funkcí akupunkturních bodů a příslušná mentální představa při jejich punktuře, čeho chceme docílit, potom představuje jakýsi náš vlastní program, (sebeprogram), kterým naši vlastní psychoregulační cestou zasáhneme do EI systému pacienta. Jsou body, u kterých je tato mentální specifikace velmi žádoucí až nutná. Nejnápadnější je to na bodu HT7 (*Anticipace*.) Bod HT7 je zemským bodem na ohnivém orgánu srdce, proto jeho punktura vede k vypuštění čchi srdce v cyklu šeng ke slezině. Takto je i v učebnicích označen jako sedativní. Zároveň je však bodem pramene (původu), což má dvojitý význam: buďto zapojení kongenitální čchi srdce jak ve smyslu tonisace či sedace, nebo to představuje vyústění transversální luo dráhy z tenkého střeva do srdce, což vede k doplnění čchi srdce z tenkého střeva, čili nikoliv k sedaci, ale tonisaci srdce. Vidíme, že tímto bodem můžeme jak tonizovat (doplnit čchi), tak sedovat (vypustit čchi). Proto punktuře zejména tohoto bodu bychom měli vždy přesně provázet mentální specifikací, čeho vlastně chceme docílit. (*Konec anticipace*.)

V oblasti TA je vhodné si cíleným sebeprogramováním upravit některá pravidla, která jsou z různých zdrojů podávána odlišně. Např. dle Dr. Kajdoše je tonisační punktura prováděna vždy vlevo a sedativní vpravo. Dle jiných zdrojů to platí jen u muže, u ženy je tomu naopak. S těmito rozpornými údaji se nejlépe vyrovnáme tak, že si uvědomíme, že se nejedná o žádné přírodní, fyzikální či biologické zákonitosti, ale pouze o pravidla EIM. A jelikož do EI systému zasahujeme psychoregulační cestou, potom záleží jen na rozhodnutí a sebeprogramu terapeuta, který způsob bude používat. Takže pokud se například rozhodneme, že jako tonisační stranu použijeme levou pouze u muže a u ženy pravou, potom jako sebeprogram použijeme mentálně jednorázovou větu v přítomném čase s určitým závěrečným potvrzením, že to tak skutečně je (podobně jako něco potvrzujeme na počítači klávesou Enter) např. takto: Tonisuji u muže vlevo, u ženy vpravo. Tečka. (Nebo: Enter. Amen. Budiž. Staniž se, a podobně.) V TA ale není třeba každou položku takto konkretisovat. Většinou stačí, když se s naučenými teoretickými znalostmi ztotožníme. Tím je vlastně akceptujeme a jako sebeprogram i ukládáme.

Je ale žádoucí při studiu a případném doplnění sebeprogramování dávat pozor, aby tyto sebeprogramy byly v souladu s pravidly TA. Všeobecná zafixovanost zákonitostí jin-jangu a pěti elementů prakticky ve všem, co se v přírodě a pravděpodobně i v celém vesmíru nachází, posiluje

účinnost těchto jevů natolik, že použity jako terapeutické programy jsou v rámci EIM pravděpodobně jedny z neúčinnějších prostředků léčby vůbec. (*Anticipace.*) S narušováním těchto programů se můžeme totiž setkat. V oblasti informace jin-jangu se jedná o záměnu některých vlastností obou jevů, což činí makrobiotika. (Podrobně viz kapitolu 6. o pulsově diagnostice a kapitolu 8. o mimořádných drahách.) V oblasti wu-sing (pět elementů) se jedná o pravidlo matka-syn, které použito na orgánových hodinách dává v některých případech naprosto opačný efekt, než použije-li se na pěti elementech. Každý akupunkturista by se s tím měl individuálně vyrovnat. Můj způsob řešení nabízím vsamostatné kapitole (kapitola 5.). (*Konec anticipace.*)

**Závěrem této kapitoly bych rád zdůraznil, že je opravdu velmi důležitá.**

## **4. PĚT ELEMENTŮ V PRAKTICKÉ AKUPUNKTUŘE**

### **4.1. DŮLEŽITÁ ÚVODNÍ POZNÁMKA**

Doporučuji čtenáři, ať si před přečtením této kapitoly dobře přečte kapitolu předchozí.

### **4.2. PĚT ELEMENTŮ A ORGÁNY CANG – REGULACE ČCHI ORGÁNŮ CANG**

Nauka o pěti elementech vyjadřuje v nejobecnějším slova smyslu průběh existence čehokoliv na světě a s největší pravděpodobností i v celém vesmíru. V širokém nadhledu představuje element dřevo zrození, oheň narůstání a vyvrcholení, země jakousi konečnou část vyvrcholení s vydáním plodů, dle jiného názoru střed, kolem kterého se jakoby celý cyklus otáčí, ale který sám je do cyklu zapojen, kov zklidnění a voda zánik, či (chceme-li) určitou koncentraci, usnutí s přípravou na nové zrození. Toto vidíme na průběhu existence každého živého tvora během jeho života, ale též i v průběhu dne či roku. Zákonitosti pěti elementů se týkají i neživých předmětů, přírodních jevů, plodů lidské práce, prostě čehokoliv, lidským, zvířecím či rostlinným životem počínaje a třeba poryvem větru nebo příbojovou vlnou na mořském pobřeží konče.

Vztahy mezi jednotlivými elementy v cyklech rození (šeng), ovládnutí (kche), jejich patologické modalitě a další detaily zde nebudu rozvádět. Genese celé teorie o pěti elementech (wu-sing) je dobře popsána v učebnici Dr. Kajdoše „Základy tradiční akupunktury“. Detailní vědomosti o této problematice je možno obdržet studiem prvního dílu knihy Mgr. Ande „Klasická čínská medicína“.

Pro praktickou aplikaci akupunktury má největší význam biorytmus roku. Uvedení čchi organismu do souladu se stavem ročních období je naprostým základem akupunktury ať již pacient přichází s jakýmikoliv potížemi. Týká se to čchi orgánů cang, čili plných orgánů - jater, srdce, perikardu, sleziny, plic a ledvin. Každý z těchto orgánů odpovídá určitému elementu, stejně tak jako roční období a příslušné zevní škodliviny. Stav čchi jednotlivých cangů rovněž odpovídá cyklu pěti elementů. Má tudíž svůj okamžik zrození, narůstání, vyvrcholení, zklidnění a usnutí. V každém ročním období má stav cangu odpovídat příslušnému elementu tak, aby vyvrcholení bylo v tom období, které odpovídá elementu dotyčného cangu. Např. ledviny odpovídají vodě, mají mít tudíž svou maximální plnost v zimě, která rovněž odpovídá vodě. V dalších obdobích potom pokračují ve svém cyklu. Na jaře jejich činnost usíná, v létě je minimální, na podzim se probouzí. U srdce je situace opačná, toto spí v zimě a vrcholí v létě.

Plnost čchi cangu ve svém ročním období zabrání proniknutí příslušné zevní škodliviny, která se sem může dostat v případě prázdnoty. Takže játra mají mít svůj vrchol na jaře, tehdy mají být maximálně naplněna svou čchi a tudíž sem nemůže proniknout typická škodlivina jara - vítr. Srdce má svůj vrchol v létě. Plnost srdce zdravou čchi zajistí v letním období ochranu srdce před proniknutím typické letní škodliviny - horkosti (ekvivalentem tohoto stavu v západní medicíně by mohly být známé

infarkty v letních vedrech). Plíce mají svůj vrchol na podzim, plnost plic zdravou čchi v tomto období zabrání proniknutí sucha. Ledviny jsou na vrcholu v zimě a jejich plnost v tomto období nejlépe zabrání jejich poškození chladem. Slezina sama je trochu problematickým orgánem. Úroveň její čchi má zůstat stále stejná, ani ne silná ani ne slabá. Někdy se jí ale přisuzuje pozdní léto, což je z hlediska akupunktury výhodné, jak ještě poukáží. Kromě sleziny tudíž všechny cangy prodělávají svůj vlastní roční biorytmus zrození, vrcholu, zklidnění a usnutí.

Roční období je však nutno chápat trochu jinak než jsme zvyklí. Vrchol jin, elementu vody, čili zimy, je v nejkratším dni v roce, 21. prosince. Od tohoto okamžiku se rodí jang, narůstá čchi dřeva, čili zrození, která vrcholí o jarní rovnodennosti 21. března, kterýžto den chápeme jako vrchol jara a náplně čchi jater. Tímto dnem počínaje přechází aktivita postupně na oheň, čili léto, které vrcholí v nejdelší den roku, 21.6. Tento den též představuje vrchol jangu, kdy je na maximu náplň čchi srdce a perikardu. V dalším období je z hlediska praktické akupunktury vhodné, necháme-li v pozdním létě, čili srpnu lehce aktivovat slezinu nad její obvyklou střední úroveň. Jedině tak totiž můžeme akceptovat skutečnost, že oheň rodí zemi a taví kov. Pokud bychom plynule přešli z léta do podzimu bez této aktivace sleziny, museli bychom zcela nelogicky připustit zrození kovu z ohně, což teorii pěti elementů odporuje. Vrcholem podzimu je potom podzimní rovnodennost 23. září, kdy vrcholí element kovu a s ním i náplň čchi plic. Od tohoto dne narůstá aktivita elementu vody spolu s ledvinami až do 21. prosince, kdy se celý cyklus opakuje.

Trochu odlišný pohled na slezinu představuje teorie, že v průběhu roku stále stejná aktivita sleziny vyniká v obdobích zhruba šestnáctidenních, kdy se aktivita vzrůstajícího elementu a klesajícího elementu dostala na stejnou úroveň, v této době dostatečně nízkou k tomu, aby jinak stále stejná aktivita sleziny oba elementy překonala. Například mezi 28. dubnem a 16. květnem již element dřeva usíná, ale neusnul natolik, aby ho stoupající element ohně překonal. Oba elementy mají v tomto období zhruba stejnou aktivitu, o něco nižší než je normální stále stejná aktivita sleziny, která v tomto krátkém mezidobí vynikne, než jí stačí narůstající element ohně překonat. Držíme-li se však striktně této teorie mezidobí aktivity sleziny (28.4.-16.5., 27.7.-14.8., 25.10.-12.11., 23.1.-10.2.), máme problém při regulaci čchi v podzimním a zimním období, kdy např. při přílišné aktivitě jater a prázdnosti plic na podzim nemůžeme tuto dysregulaci dosti dobře vyrovnat. Posílit plíce je totiž možno v tomto případě pouze posílením její matky - sleziny. To se však neobejde bez zvýšení aktivity sleziny, což je při snaze o udržení stále stejné hladiny problematické. Budeme-li akceptovat teorii pozdního léta, není zde problém, slezinu posílíme kombinací sedativní punkturny zemského bodu jater LR3 a tonisační punkturny dřevěného bodu sleziny SP1, přičemž tonisovaná matka (slezina), předá čchi synovi (plicím). V praxi však situace sleziny není tak složitá, jak by se mohlo z uvedených údajů zdát. Stačí hlídat její aktivitu na pulsu, aby nebyl ani slabý, ani příliš silný a v případě, že tomu tak je provést akupunkturu na příslušných antických bodech. Poměrně často zde není třeba provádět přesuny z jiných orgánů. Slezina vesměs velmi dobře optimalisuje svou činnost po nabodnutí zemských bodů (bodů biorytmu) obou zemských orgánů ST36 a SP3. Jak již ale bylo naznačeno v 1. kapitole, při práci se slezinou je třeba opatrnosti u pacientů s tendencemi k srdečním arytmiím. U těchto pacientů slezinu netonisují z důvodu oslabení její matky v cyklu šeng – srdce. To se může projevit objevením se srdečních arytmií.

Roční biorytmus můžeme shrnout do tohoto přehledu:

1. jaro: únor, březen, duben, vrcholí náplň čchi jater
2. léto: květen, červen, červenec, vrcholí náplň čchi srdce a perikardu
3. pozdní léto: srpen, vrcholí náplň čchi sleziny
4. podzim: září, říjen, vrcholí náplň čchi plic
5. zima: listopad, prosinec, leden, vrcholí náplň čchi ledvin

Diagnostickými a terapeutickými postupy tradiční akupunktury lze uvedené stavy dobře a rychle diagnostikovat a většinou i léčit. V diagnostice se nejlépe uplatní pulsová diagnostika, v terapii použití příslušných antických bodů, neboli bodů pěti přehrad.

Jelikož problematika pulsové diagnostiky je dost rozsáhlá, budu se jí věnovat ve zvláštní kapitole. Na tomto místě uvedu pouze ty údaje, které mají význam pro hodnocení stavu čchi z pohledu teorie pěti elementů.

Význam pulsových posic pro zhodnocení stavu čchi jednotlivých orgánů je popsán v každé učebnici akupunktury a nebudu to znovu uvádět. Rád bych zde zdůraznil to, co je dobře uvedeno v učebnici Dr. Kajdoše, a sice že polohy, kde vyšetřujeme jednotlivé orgány, vycházejí rovněž z teorie pěti elementů. Levá ruka je jang a směrem nahoru na této elevované končetině (poloha loktem k zemi, prstama k obloze) jang stoupá. Tři posice pulsu při takto postavené končetině odpovídají nárůstu jangu, elementům voda - dřevo - oheň. Proto na posici čch' která je nejnižší vyšetřujeme element vody čili ledviny, na posici kuan uprostřed element dřeva čili játra a na posici cchun nejvýše element ohně čili srdce. Pravá ruka je jin, tudíž směrem nahoru stoupá jin. Chceme-li zakreslit celý cyklus pěti elementů do kruhu, aby odpovídal postupnému narůstání jangu na levé ruce (elementy voda - dřevo - oheň) jeho úbytku (narůstání jin) na pravé (elementy oheň - země - kov), musíme pravou ruku otočit dolů (loktem k obloze, prstama k zemi). Potom se poloha čch' octne nejvíce nahoře a odpovídá nejvíce jangovému ohnivému orgánu - perikardu, resp. dle Li Š'-čena ming-menu, směrem dolů zemi, čili slezině a nejnižší na poloze cchun kovu neboli plicím. Vidíme tudíž, že jak se postupně mění roční období, postupuje plynule maximum pulsové vlny po a. radialis z distální na proximální polohu nejprve vlevo, potom vpravo. Na zdánlivou absurditu umístění orgánů na pulsových posicích je nutno se dívat pohledem logiky teorie pěti elementů, potom zde nejsou problémy.

Při diagnostice a terapii stavu čchi dle ročních období si všímáme pulsů orgánů cang. Pulsy orgánů fu vlivu ročních období nepodléhají, odrážejí spíše momentální stav zevní jangové aktivity organismu. Pulsy jednotlivých ročních období tudíž vyšetřujeme stiskem tepny asi do poloviny jejího průměru. Na této úrovni rozlišujeme čtyři základní druhy pulsů, podle toho, jak náplň čchi postupně narůstá a opět klesá, a sice puls jarní, letní, podzimní a zimní. Jelikož aktivita jednotlivých orgánů se během roku mění, měli bychom při každém vyšetření nalézt všechny tyto pulsy, každý na jiném orgánu.

Tyto čtyři druhy pulsů však nelze plně chápat jako popis absolutního stavu. Každý orgán má totiž navíc svou vlastní charakteristiku pulsu. Základní charakteristikou pulsu jater je, že je poněkud napjatý, odpovídá elementu dřeva, rození. Puls srdce silný a přetékačící, odpovídá elementu ohně, čili vrcholu. Puls plic je lehký a dobře stlačitelný, odpovídá elementu kovu. Puls ledvin tvrdý a hmatný až ve větší hloubce, odpovídá elementu vody.

Níže uvedené 4 pulsy, t.j. jarní, letní, podzimní a zimní modifikují základní orgánovou charakteristiku. Tak například puls ledvin v zimě sice bude letní, jak je níže popsáno, ale ne stejného charakteru jako puls srdce v létě. Základní charakteristika ledvinového pulsu, totiž hlubokost a určitá tvrdost mu zůstane i v období jeho vrcholu. Puls ledvin v zimě tudíž nebude zcela tak přetékačící, jako puls srdce v létě. Naopak puls srdce v zimě nebude vyloženě tvrdý a hluboký jak bychom ho našli na ledvinách v létě. V nejjistší podobě nalézáme puls ročního období na tom orgánu, jehož funkce v daném období nejvíce odpovídá jeho typickému pulsu. Např. puls ledvin v létě, protože v létě ledviny skutečně spí, proto hluboký špatně stlačitelný puls je na této pozici v tomto období nejtypičtější. Na všech ostatních orgánech zimní puls pouze modifikuje jiný druh pulsu, a tudíž se nevyskytne v čisté podobě.

**1. Puls zimní.** Odpovídá elementu vodě, čili spánku. Je hmatný až ve velké hloubce, k jeho zachycení je třeba použít velkého tlaku prstu. Na této úrovni je však špatně stlačitelný, přirovnává se ke kameni obalenému bavlnou. Tato modifikace základního orgánového pulsu se vyskytuje na jaře na poloze plic, na podzim na játrech a v zimě na srdci. V typické podobě ho nalezneme v létě na

ledvinách. Ledviny, hlavní orgán jin, čili koncentrace, spánku a nízké jangové aktivity v tomto období skutečně spí.

**2. Puls jarní.** Odpovídá elementu dřeva, čili zrození. Značí narůstání náplně čchi. Je hmatný ve střední hloubce a je napjatý. Pulsová vlna se objevuje a mizí víceméně náhle, na stlačení prstem klade odpor. Z hlediska množství čchi je podobný podzimnímu pulsu, liší se od něj však právě narůstajícím nábojem, tudíž horší stlačitelností. Takto jarní puls modifikuje na jaře puls srdce, v létě, resp. v pozdním létě plic, na podzim ledvin. V typické podobě ho nalezneme v zimě na játrech, jelikož čchi jater, čili dřeva, se v tomto období skutečně rodí.

**3. Puls letní.** Odpovídá elementu ohně čili narůstání a vyvrcholení. Znamená vyvrcholení náplně čchi příslušného orgánu. Je hmatný nejen ve střední hloubce, ale i na povrchu. Odpovídá přetékajícímu pulsu (flooding, chung-maj). Li Š'-čen ho přirovnává k příbojové vlně, která přichází s velkou silou, ale hned se ztrácí. Na rozdíl od jarního pulsu je letní sice silnější, ale dobře stlačitelný. Tímto způsobem modifikuje na jaře puls jater, na podzim plic, a v zimě ledvin. V typické podobě se nalézá v létě na srdci a perikardu. Srdce a perikard jsou jediné orgány, které mají svůj typický puls ve svém vrcholném ročním období.

**4. Puls podzimní.** Odpovídá elementu kovu, čili zklidnění. Je hmatný ve střední hloubce, trochu i na povrchu. Úroveň náplně čchi je stejný jako jarní, jeho klesající tendence však způsobuje to, že je velmi dobře stlačitelný. Připomíná proto trochu puls plynoucí (floating, fu-maj), tento z hlediska TCM patologický puls však nacházíme na rozdíl od podzimního již na povrchu tepny. Podzimní puls modifikuje orgánové pulsy na jaře na ledvinách, v létě na játrech a na podzim na srdci. V zimě ho nalezneme v typické podobě na plicích. Plíce coby orgán elementu kovu v zimě skutečně usínají poté, co na podzim vrcholily.

Dle příslušných elementů bývají výše uvedené pulsy též označovány barevně. Jarnímu pulsu se říká zelený, letnímu červený, podzimnímu bílý a zimnímu černý. Čtenáři jistě neušlo, že do pěti elementů chybí puls sleziny, čili žlutý. Něco bylo již řečeno výše. Tento puls má mít v průběhu roku stále stejnou, neměnnou zhruba střední aktivitu, nemá být ani silný, ani slabý, stlačením nesmí hned zmizet a musí být dobře naleznitelný. Je výhodné, nechá-li se v srpnu poněkud více zaktivizovat jakoby do letního pulsu. Takto umožníme v cyklu pěti elementů plynulou funkci jak cyklu šeng tak kche. Proto je u jarního pulsu poznámka, že ho na plicích nacházíme spíše až v pozdním létě, aby aktivita ohně (srdce a perikardu) mohla zrodit zemi (slezinu) a teprve tato kov (plíce).

Při praktickém provádění akupunktury tudíž v první řadě musíme upravit stav čchi pacienta tak, aby odpovídal ročnímu období. Každý orgán cang má mít na své pozici příslušný puls tak jak je popsán výše. Na jaře má být puls jater letní (probuzený), srdce a perikardu jarní (probouzí se), sleziny střední hodnoty, plic zimní (spí), ledvin podzimní (usíná). V létě má být puls jater podzimní (usíná poté, co byl na jaře vzbuzený), srdce a perikardu letní (již se po jarním probouzení probudil), plic jarní (probouzí se poté, co na jaře spal, ale jeho aktivita nemusí být příliš výrazná, jelikož je ovládán aktivním letním ohněm v cyklu kche a jeho výrazné probuzení se do jarního můžeme očekávat až v pozdním létě mírně aktivovanou slezinou), puls ledvin zimní (spí poté, co na jaře usínal). Na podzim má být puls jater zimní (po letním usínání již usnul), srdce a perikardu podzimní (usíná), sleziny opět střední, plic letní (již se probudil) a ledvin jarní (po letním spánku se probouzí). V zimě má být puls jater jarní (po podzimním spánku se probouzí aby mohl být na jaře probuzený), srdce a perikardu zimní (spí poté co na podzim usínal), plic podzimní (usíná po podzimní bdělosti) a ledvin letní (plně probuzený s vrcholem aktivity).

Takovýto stav pulsu je podle tradiční medicíny obrazem zdraví. Udržení takového stavu je pochopitelně možné vícerym způsobem, ne pouze akupunkturou. V první řadě to záleží na fyzické a psychické aktivitě člověka. Chování člověka tak, aby to bylo v souladu s ročním obdobím je popsáno již v kánonu Žlutého císaře Su-wen. V knize Mgr. Anda „Klasická čínská medicína“ se s tímto textem můžeme seznámit doslova, v autorově krásném překladu:



*Tři jarní měsíce se zvou „rozvíjení nového a odstraňování starého“. V tomto období všude v přírodě raší výhonky nového života a vše začíná bujet a rozkvétat. Na jaře lidé mají chodit spávat s příchodem noci a časněji vstávat. S rozpuštěnými vlasy a uvolněným oděvem se často mají pozvolnými kroky procházet po dvoře, aby se cítili příjemně a spokojeně. Je třeba, aby chránili život a neničili jej, aby byli velkorysí a ne hašteriví, uznalí a ne trestuchtiví, neboť tak to odpovídá atmosféře jarní čchi a taková je cesta pěstování života v jarním období. Kdo se jí protiví, poškozuje si játra a v létě u něj může dojít k chorobným změnám chladné povahy, neboť si nevytvořil dostatečné podmínky pro nárůst letní čchi.*

*Tři letní měsíce se nazývají „bujnost a nádhera“. Je to období, kdy všechno bují a krásní, čchi nebes se promíchává s čchi země, rostliny rozkvétají a jsou v plné síle. Lidé mají v létě chodit spát později a vstávat časně zrána a nesmí jim vadit, že dni jsou dlouhé a slunečné. V myslích nesmějí přechovávat hněv a jejich duševní nálada má odpovídat rozjásané letní atmosféře, aby i duch v nich rozkvétal a čchi mohla volně vystupovat z těla ven. Pozornost mají orientovat navenek a mají se zajímat o okolní svět. Toto odpovídá atmosféře letní čchi a taková je cesta pěstování čchi v létě. Kdo se jí protiví, poškozuje si srdce a na podzim se proto může stát, že bude churavět na horečnatá onemocnění. Jelikož si nevytvoří podmínky pro dostatečné shromažďování podzimní čchi, budou se nemoci opětovně vracet i v zimě.*

*Tři podzimní měsíce se nazývají „naplňování a dozrávání“. Příroda už nebují, ale dozrává a utiňuje se, čchi nebes se stává ostřejší, čchi země se projasňuje. V tomto období má člověk chodit spávat časněji, vstávat má zároveň se slepicemi aby si zabezpečil duševní klid a zmírnil vliv ostrého podzimního vzduchu. Má shromažďovat duševní energii, což je v souladu s charakterem podzimu a pozornost už nemá obracet na vnější svět, aby si zachoval čistou čchi plic. Tak to odpovídá podzimní atmosféře a takový je způsob shromažďování čchi na podzim. Kdo se mu protiví, poškozuje si plíce. Jelikož si nevytvoří dostatečné zásoby energie, v zimě může trpět na průjemová onemocnění.*

*Tři zimní měsíce se nazývají „uzavírání a uschovávání“. V zimě voda zamrzá na led, země puká a otevírá se. Člověk nesmí zbytečně plýtvat jangovou energií, má chodit brzy spát a se vstáváním počkat až na východ slunce. Ducha si má uschovávat hluboko jako nějaké tajemství a musí si ho chránit jako nějakou s námahou získanou vytoženou věc. Je třeba chránit se před zimou a vyhledávat teplo a nesmí se dovolit aby se tělo potilo, neboť tím je poškozována jangová čchi. Takovéto chování odpovídá zimní atmosféře a je to správný způsob pěstování a uschovávání čchi v zimě. Kdo se mu protiví, poškozuje si ledviny a na jaře se bude cítit ochablý a sláb, poněvadž si nevytvořil dostatečné podmínky pro rození jarní čchi.*

Tento text, jehož vznik nejstřízlivější odhady kladou do období asi 300 let před Kristem, je pozoruhodný z mnoha hledisek. Pro západního člověka například tím, že dodržování biorytmu v souladu s ročním obdobím je u nás neznámé. Západní člověk nejenže o biorytmu roku neví, tudíž ho ignoruje, ale navíc se často chová opačně. Na jedné straně fyzicky náročné zimní sporty v období, které by mělo znamenat spíše zklidnění, na druhé straně pasivita ležením na plážích v létě, v období, které by naopak mělo být charakteristické velkou aktivitou. Je sice otázka, zda uvedené zásady mají skutečně preventivní medicínský význam, každopádně uvedený text představuje určitý pohled na některé velmi rozšířené zdravotní problémy. Za všechny je vhodné uvést ty nejnápadnější: kardiovaskulární choroby (důsledek útoku horkosti v létě při prázdnosti srdce v období, kdy by srdce mělo být plné) a nesčetné chronické spondylalgie (důsledek útoku chladu v zimě při prázdnosti ledvin v období, kdy by ledviny měly být plné). Dostí významnou funkční patologii nacházíme u lidí, kteří nevědomky určitý biorytmus udržují, ale z hlediska pohledu tradiční čínské medicíny zcela špatný. Jedná se o učitele a učitelky, pro které rok začíná 1. září. Pojem "loni" chápe 100% našich pedagogů jako minulý školní rok. 1. září tudíž aktivita učitelů narůstá v rozporu s biorytmem roku, kdy v tomto období má vrcholit podzimní příprava na zimní zklidnění a koncentraci. Poněkud neempatické tvrzení lékařů, že učitelka není povolání ale diagnosa, se dostává ve světle teorie tradiční čínské medicíny do jiného postavení, které nejrůznější často funkční potíže učitelek a učitelů může vysvětlit. Další pozoruhodností starého čínského textu je, jak logicky vysvětluje vznik jarní únavy, nehledě k

úžasnému faktu, že ji vůbec již 300 let před Kristem popisuje. Stojí za úvahu, zda by se při léčbě nejen jarní únavy ale i chronického únavového syndromu neměly vzít v potaz otázky ročního biorytmu a korekce pulsu některým z postupů východní medicíny, mimo jiné akupunkturou. Pohled tradiční čínské medicíny na jarní únavu rozhodně stojí za studium, mimo jiné i proto, že jarní únavu nalzáme opakovaně i u konzumentů velkých dávek vitamínů (medikamentosní léčba vitamíny je jedna z mála léčebných metod tohoto stavu v západní medicíně). Další zajímavost z uvedeného textu je pacientům tak dobře známé absurdní nachlazení v teplých letních měsících. Při prázdnotě ohnivých orgánů v létě chybí jak odolnost vůči horku, tak chladu. Pokud si pacient za tohoto stavu subjektivní pocit horka kompenzuje chladnými („ledově svěžími“) nápoji, průvanem a podobně, je za tohoto stavu nachlazení vysoce pravděpodobné.

Technické provedení regulace čchi cangů akupunkturou je dobrým klíčem k pochopení celé čínské patologie a představuje vynikající základ, na kterém můžeme stavět pestrou mozaiku dalších akupunkturálních technik.

Základní podmínkou pro to, aby níže popsané postupy mohly být účinné, je dostatečně silný „hnací motor“ pro převody čchi mezi jednotlivými orgány. Tímto "motorem" je alespoň minimální náplň čchi (čili přítomnost pulsu) perikardu, což je však pouze konvenční označení orgánu, který na posici čch' vpravo vyšetřujeme. Za vhodnější pokládám respektovat tvrzení Li Š'-čena, že na této poloze se vyšetřuje puls ming-menu čili jangové ledviny. Náplň tohoto orgánu představuje kongenitální jangovou složku čchi, jakýsi „oheň života“. Najdeme-li na posici čch' pravé ruky naprostou prázdnotu pulsu na hluboké úrovni, nemá cenu akupunkturou vůbec provádět, jelikož přesuny čchi nefungují. V tomto případě aplikujeme některou z forem získávání čchi, nejčastěji moxu na CV6 nebo CV8. Pacienta instruujeme, aby si moxu prováděl sám. Většinou po tomto postupu se puls ming-menu objeví a přesuny čchi akupunkturou můžeme provádět.

Princip praktického provádění přesunů čchi mezi jednotlivými orgány spočívá ve správném pochopení funkce bodů pěti přehrad, též zvaných starodávné nebo dle francouzského překladu antické body. Mgr. Ando je výstižně nazývá „přepravní body“. Pomocí těchto bodů můžeme skutečně čchi přepravovat z místa na místo. V prvním vydání knihy "Kovem a ohněm" píše Dr. Kajdoš o těchto bodech, že akupunkturisté, kteří s nimi pracují ani jiných bodů nepoužívají. Tyto body se nalzájí distálně od loktů a kolen, na jinových drahách je jich 5, na jangových 6. Každý z nich odpovídá určitému elementu, neboli jak výstižně píše Dr. Kajdoš, jsou jakýmiisí vyslanci svého elementu na dané dráze. Body počítáme vždy od koncového či počátečního bodu dráhy na prstu ruky či prstci nohy. Směr oběhu čchi dle orgánových hodin pro tento způsob aplikace akupunktury nemá význam. Na jinových drahách odpovídá první bod vždy elementu dřeva, na jangových kovu. Třetí bod jinových drah a čtvrtý bod jangových vždy odpovídá bodu pramene. Třetí bod jinových drah má funkci třetího i čtvrtého bodu drah jangových. Proto je např. bod HT7 jak bodem pramene (původu), protože je třetím antickým bodem, tak tzv. bodem sedativním, jelikož odpovídá synovi na dráze srdce, což bude níže vysvětleno. Funkce bodu pramene bude blíže popsána v další kapitole o pěti elementech a orgánech fu.

Věnujme se nyní jinovým drahám, čili ťingům orgánů cang. Antické body na těchto drahách odpovídají od prstu postupně elementům dřevo, oheň, země, kov, voda. Mluvíme tudíž o bodu dřevěném, ohnivém, zemském, kovovém a vodním. Jelikož každý orgán odpovídá určitému elementu, najdeme na dráze jeden bod stejného elementu jako je příslušný orgán. Například na dráze srdce (ohně) je to ohnivý bod HT8, na dráze jater (dřevo) je to dřevěný bod LR1 a podobně. Tento bod se nazývá bodem biorytmu. Bod, který se v cyklu šeng (rození) na pěti elementech nalzá před bodem biorytmu (první bod před bodem biorytmu proti směru hodinových ručiček) se nazývá matka. Bod, který se v cyklu šeng nalzá za bodem biorytmu (první bod za bodem biorytmu ve směru hodinových ručiček) se nazývá syn. Takže např. na dráze srdce je matkou bod HT9 (dřevěný bod), následuje bod biorytmu HT8 (ohnivý bod) a syn HT7 (zemský bod). Na dráze jater je matkou bod LR8 (vodní bod), bodem biorytmu bod LR1 (dřevěný bod) a synem bod LR2 (ohnivý bod). Provedeme-li tonisační akupunkturou bodu matka, přivoláme tím čchi z orgánu elementu odpovídajícímu matce do orgánu, na

jehož dráze akupunkturu provádíme. Sedativní akupunkturou bodu syn odesíláme čchi z orgánu, na jehož dráze nabodnutí provádíme do orgánu, jehož elementu bod syn odpovídá. Musíme se však vždy předem vyšetřením pulsu přesvědčit, zda čchi v příslušných orgánech je nebo není. V konkrétním příkladu: Při prázdnotě srdce (element oheň) a plnosti jater (element dřevo), chceme-li srdce tonisovat, provedeme tonisační akupunkturu dřevěného bodu na dráze srdce HT9 (matky), čímž čchi jater do srdce přitáhneme. Po punktuře se vyšetřením pulsu přesvědčíme, zda k převodu čchi skutečně došlo. Naopak při plnosti srdce, které chceme sedovat, a současně prázdnotě sleziny (země), provedeme sedativní punktuře zemského bodu srdce HT7 (syna), čímž čchi srdce (ohně) posíláme do elementu země (sleziny). Vyšetřením pulsu se přesvědčíme, zda k sedaci srdce a posílení sleziny došlo.

Matka odpovídá vždy tzv. „tonisačnímu bodu“ a syn „sedativnímu bodu“ tak jak je známe ze studia akupunktury v základních kursech. Vidíme tudíž, že tzv. „tonisační“ a „sedativní“ body jsou odvozeny z cyklu pěti elementů. Má to stěžejní význam pro implikaci těchto bodů do systému orgánových hodin. Vztah mezi systémem pěti elementů a orgánovými hodinami je dle mého názoru natolik závažný, že ho samostatně probírám v kapitole 5.

Pro zbývající dva body, které jsou vůči bodu biorytmu ve vztahu cyklu kche (ovládání), se někdy používají termíny babička a vnuk. Není to však tak obvyklé, postačí, když bod označíme příslušným elementem. Na dráze srdce je potom babičkou bod HT3 (vodní bod) a vnukem bod HT4 (kovový bod). Rovněž těmito body je možno převádět čchi z orgánu do orgánu, jak ještě bude uvedeno.

Tonisujeme či sedujeme orgány ve směru šipek mezi jednotlivými elementy jak v cyklu šeng, tak cyklu kche. Cyklus kche, by nás neměl mýlit v tom slova smyslu, že by ve směru šipek docházelo pouze k sedaci. Sedace ve směru šipky v cyklu kche je dána silou elementu na počátku šipky. Například silné ledviny (voda) ovládají oheň (srdce) a proto je srdce při silných ledvinách slabší. Pokud však v tomto směru šipky v cyklu kche provedeme akupunkturu na příslušných antických bodech, docílíme posílení srdce a oslabení ledvin. Jinými slovy: chceme-li „zalít oheň vodou“, čili oslabit srdce pomocí ledvin, provedeme to tonisací ledvin (doplnění čchi ledvin). Posílené ledviny potom samy utlumí srdce - voda ovládá oheň.

Doplnění (tonisaci) příslušného orgánu provádíme tonisační technikou punktuře, vypuštění (sedaci) orgánu technikou sedativní. Oba druhy aplikace jehel jsou odlišné. Sedativní punktuře provádíme rychlým proniknutím přes kůži (pokud se nám to ovšem podaří, v praxi to bývá často problém) a po vyvolání charakteristického pocitu jehlu pustíme a necháváme ji zabodnutou asi čtvrt hodiny i déle. Zavedení jehly doplňujeme příslušným mentálním příkazem o vypuštění čchi (viz kapitolu o sebeprogramování). Po celou tuto dobu se jehly již nedotýkáme ani s ní nijak nemanipulujeme. Po ukončení punktuře by měla jehla jít zcela snadno vytáhnout. Naopak tonisační (doplňující) punktuře provedeme tak, že jehlou přes kůži pronikáme pomalu a po dosažení charakteristických pocitů s ní začínáme mezi prsty otáčet střídavě doprava a doleva, zpočátku pomalu, posléze stále rychleji. Při tom si představujeme, že čchi do orgánu přivoláváme. Přítomnost čchi se projeví tím, že se kůže okolo jehly sevře. Ustaneme s otáčením, zlomek vteřiny vyčkáme a jehlu z rány prudce vytrhneme, při tom bychom měli rovněž cítit odpor. Doporučuje se bod ihned krátce pomasírovat, jako bychom chtěli zabránit úniku shromážděné čchi. Tento způsob akupunktury je velmi rychlý, trvá jen několik vteřin, je však nepříjemný, mnohdy značně bolestivý. (Pokud se s ním z jakýchkoliv důvodů neztotožníme, můžeme si ho obvyklým způsobem sebeprogramováním upravit. Neměli bychom ale zapomenout, že náš sebeprogram by měl obsahovat ony prvky přivolání – krátkost, rychlost, intenzitu, vytržení z klidu, zabránění útěku a určitou míru nepříjemnosti pro toho, koho se přivolávání týká). Sedativní i tonisační akupunkturu provádíme pouze na jedné straně, na které se prameny různí. Jedná se ale o nepodstatný problém řešitelný sebeprogramováním. Dle učebnice Dr. Kajdoše je tonisační stranou levá, sedativní pravá. Dle jiných zdrojů toto platí jen pro muže, u žen je tomu naopak. Osobně lateralitu tonisační a sedativní strany dle pohlaví dodržuji, u muže tonisuji vlevo, seduji vpravo, u ženy tonisuji vpravo, seduji vlevo.

Vlastní převody čchi se provádějí tonisační či sedativní punkturou příslušných antických bodů. Něco již bylo výše uvedeno. Směr, kudy čchi může procházet je dán šipkami mezi jednotlivými elementy jak v cyklu rození (šeng), tak ovládání (kche). Pro konkrétní příklad zůstaňme u orgánu srdce. V cyklu šeng k němu směřuje šipka od elementu dřeva (jater), v cyklu kche od elementu vody (ledvin). Doplnit (tonisovat) srdce tudíž můžeme z těchto dvou orgánů. Tonisační akupunkturou dřevěného bodu na dráze srdce HT9 přivoláme čchi z elementu dřeva (z jater) do srdce (do ohně). Tonisační akupunkturou vodního bodu na dráze srdce HT3 přivoláme do srdce čchi z ledvin (z vody). Naopak vypouštět čchi (sedovat) ze srdce můžeme v cyklu šeng do elementu země (do sleziny) sedativní punkturou zemského bodu HT7 nebo v cyklu kche sedativní punkturou kovového bodu HT4 do elementu kovu (do plic). Který konkrétní bod zvolíme, záleží na stavu pulsu. Všeobecně platí, že čchi musíme vzít odtud kde je a poslat ji tam kde není. Je výhodné využívat pravidla matka - syn a nechávat orgány, ať si trochu pomohou samy. Například zjistíme-li koncem jara a začátkem léta pulsovou plnost plic a ledvin a prázdnotu jater a srdce, můžeme dysregulaci upravit převodem čchi z plic do jater v cyklu kche. Játra se naplní z plic, tím se probudí, jakožto syn ledvin odeberou plným ledvinám čchi a jakožto matka srdce jí část předají srdci. Tonisaci a sedaci (lépe doplnění a vypuštění) je možno kombinovat. V uvedeném příkladě mezi játry a plicemi nabodneme sedativně dřevěný bod na dráze plic LU11 (tím odesíláme čchi plic – kovu k játrům – dřevu) a tonisačně kovový bod na dráze jater LR4 (doplňujeme čchi dřeva – jater z kovu – plic). Údaje o tom, zda se má nejprve tonisovat (doplňovat) nebo sedovat (vypouštět) se různí. Dr. Kajdoš doporučuje nejprve tonisovat, potom sedovat, jiní doporučují postup opačný. Osobně používám obou způsobů.

Často můžeme využít prosté akupunktury v cyklu šeng. Zůstaneme-li u srdce, tak v létě při prázdnotě srdce a plnosti jater můžeme čchi odeslat v cyklu šeng přímo z jater do srdce. Nabodneme sedativně ohnivý bod jater LR2 a tonisačně dřevěný bod srdce HT9. Výsledek akupunktury je žádoucí kontrolovat na pulsu po zavedení každé jehly. Pulsy se mění v naprosté většině případů prakticky okamžitě.

Na jaře a v létě nebývají s regulací cangů akupunkturou problémy, jelikož je možno provádět přesuny čchi v cyklu šeng i kche přímo. Problémy nastávají na podzim a v zimě, jak jsem se již zmínil, a to kvůli slezině. Je nemožné provést přímý přesun čchi z jater do plic a ze srdce do ledvin, což velmi často vyžaduje pulsový nález v těchto obdobích. V obou popsanych případech je totiž nutno postupovat přes dva elementy, nenabízí se nám zde přímá šipka cyklu šeng nebo kche, která by tento přesun umožnila. V cestě nám v obou případech stojí slezina. Budeme-li akceptovat skutečnost, že musíme mít na slezině stále stejnou aktivitu, je náš úkol provést čchi obtížnější, slezině se musíme vyhnout. Při plnosti jater a prázdnotě plic na podzim musíme nejprve odeslat čchi jater v cyklu šeng do srdce a odtud v cyklu kche do plic. Takže nabodneme sedativně ohnivý bod jater LR2 a rovněž sedativně kovový bod srdce HT4. Závěrečná tonisační punktura se potom bude týkat ohnivého bodu plic LU10. Jednodušší je ale akceptovat teorii pozdního léta, což znamená, že přece jenom může slezina svou aktivitu v tomto období zvýšit. Sedativním nabodnutím zemského bodu jater LR3 odešleme čchi jater v cyklu kche do sleziny, tato pak ji předá svému synovi - plicím v cyklu šeng. Okamžitě po nabodnutí bodu LR3 zkontrolujeme puls a dle jeho stavu se rozhodneme, jak postupovat dál. Pokud zjistíme silný puls plic, znamená to, že slezina již plicím předala dostatek čchi. Je-li potom puls sleziny přiměřený, to znamená v plném podzimu opět na své střední aktivitě, můžeme s akupunkturou skončit. Pokud zjistíme silné plíce, slabou slezinu i játra, byly plíce silně aktivní a vzaly si ze sleziny její čchi trochu moc. V tom případě je vhodné harmonisovat slezinu jejím bodem biorytmu SP3, popřípadě v kombinaci s bodem biorytmu žaludku ST36 (použití bodu biorytmu je popsáno v následujícím odstavci). Po počátečním nabodnutí bodu LR3 však můžeme také zjistit, že puls zůstal stejný (stává se to ale dle mých zkušeností jen výjimečně). Musíme tedy nabodnout tonisačně dřevěný bod sleziny SP1. Po tomto zákroku by již slezina měla být dostatečně aktivovaná a dále postupujeme dle toho, zda předala nebo nepředala čchi plicím. V případě, že ne, použijeme opět cyklu šeng, čili kombinaci sedativní punkтуры kovového body sleziny SP5 a tonisační punkтуры zemského bodu plic LU9. Zimní převod čchi ze srdce do ledvin je již jednodušší, provedeme aktivaci plic ze srdce v cyklu kche sedativní punkturou kovového bodu srdce HT4 a dále se opět chováme dle stavu pulsu

podobně, jako v případě mezi játry a plícemi na podzim. Výhoda je zde v tom, že nemusíme udržovat na matce ledvin (plicích) žlutý puls, ale můžeme plíce nechat klidně usínat pulsem podzimním (bílým).

Bod biorytmu má trochu zvláštní postavení. Je ho možno totiž napichovat jak tonisačně, tak sedativně a podle toho docílíme na orgánu nespecificky tonisace nebo sedace. Akupunktura tohoto bodu příslušnou technikou na příslušné straně dokáže tudíž sama o sobě čchi orgánu dle aktuálního ročního období upravit. Každopádně použití bodu biorytmu tonisačním způsobem na orgánu, jehož náplň čchi má zrovna vrcholit je výhodná v případech, kdy si akupunkturista není jist pulsovou diagnostikou. Použití příslušného bodu biorytmu by rovněž mělo být standardním doplňkem recepturní akupunktury.

Úprava stavu čchi orgánů cang tak, aby odpovídal ročnímu období, je naprostým základem akupunktury, ať již pacient přichází s jakýmikoliv potížemi (kromě několika výjimek popsanych v úvodu). Čili cílem našeho akupunkturního zákroku by měla být nejen úprava subjektivních potíží (např. bolestí), ale souběžně tento zákrok nasměrovat tak, aby došlo k regulaci čchi cangů. Například bolest laterální strany hlavy z přetlaku čchi na dráze žlučníku sice můžeme řešit prostou sedací žlučníku, efekt však bude daleko výraznější, jestliže sedaci žlučníku přímo zapojíme do regulace cangů. Například pokud u těchto potíží v jarním období pulsovou diagnostikou najdeme silný puls plic a ledvin, silný žlučníku a slabý jater, převedeme čchi plic dřevěným bodem plic LU11 sedativně do jater. Posílená játra převezmou čchi ledvin v cyklu šeng a dosti často i tu část části čchi žlučníku, jejíž přetlak způsobuje bolest hlavy transversální luo drahou což můžeme podpořit punkturou bodu pramene jater LR3 na tonizační straně. Okamžité zlepšení laterální hemikranie není za tohoto stavu ničím vzácným. Podobných příkladů je možno uvést desítky. Pěkných terapeutických efektů můžeme docílit tehdy, kdy regulací orgánů cang upravíme symptomatologii, která je přímo touto dysregulací způsobena. Například bolesti plosek nohou v letním období, zhoršených chůzí. Puls ukáže nadbytek na ledvinách a nedostatek na srdci. Akupunkturní léčbou je regulace čchi vyprázdněním ledvin a doplnění srdce (bod KI2 sedativně a Ht3 tonisačně – přesně v souladu s výše uvedenými principy).

Co má přednost před regulací čchi cangů je indikovaný zákrok na mimořádné dráze. Patologie mimořádných drah se totiž týká přímo jin-jangu, což jsou základní formy čchi, které jsou pěti elementům nadřazené. Dále je třeba postupovat opatrně u astmatiků při sedaci ledvin a kardiaků při sedaci srdce. Tyto stavy jsem popsal již v úvodu.

Uvedené postupy akupunktury se mohou zdát lékaři, který se s nimi seznamuje složitě, je to však jen zdání. Ve skutečnosti jsou velmi jednoduché. Jakmile pronikneme do cyklu pěti elementů, zjistíme, že z něj nelze nic ubrat ani do něj nic přidat a že se stále točíme v jednom kruhu, který se nám poměrně záhy a snadno zautomatizuje, takže nakonec v praxi je regulace čchi orgánů cang stejně rutinní záležitostí jako pro recepturního akupunkturistu nabodnutí bodu LI4 při bolestech od pupku nahoru.

<b>Antické body jinových drah</b>						
dráha	element	dřevo	ohně	země	kov	voda
játra	dřevo	1	2	3	4	8
srdce	ohně	9	8	7	4	3
perikard	ohně	9	8	7	5	3
slezina	země	1	2	3	5	9
plíce	kov	11	10	9	8	5
ledviny	voda	1	2	3	7	10

### 4.3. PĚT ELEMENTŮ A ORGÁNY FU

Jedná se o dle mně dostupných literárních pramenů ne zcela probíranou oblast. Antické body se vyskytují i na jangových drahách. Je jich zde šest, počítají se rovněž od koncových bodů na prstech a prstcích (t'ingů), první však odpovídá nikoliv dřevu jako na jinových drahách, nýbrž kovu. Dřevěné body jsou zde dva. Takže postup bodů od t'ingu je kov, voda, dřevo, dřevo, oheň, země. Funkce třetího bodu jinových drah je zde rozdělena mezi bod třetí a čtvrtý. Čtvrtý bod na jangových drahách vždy odpovídá bodu pramene. Přesuny čchi z elementu do elementu tímto bodem neuskutečňujeme, rovněž na orgánu dřeva (žlučníku) nemá tento bod význam bodu biorytmu.

Bod pramene je bodem vyústění transversální luo dráhy, což je dráha spojující sdružené orgány. Správné pochopení principu transversálních luo drah má pro práci s jangovými drahami značný význam, proto se o nich zmíním nyní podrobněji.

Transversální luo dráhy spojují obě sdružené dráhy stejného elementu (např. srdce a tenké střevo, plíce a tlusté střevo etc.). Dráha začíná bodem luo jedné a končí bodem pramene druhé dráhy. Dráhy jsou vždy 2, jedna má počátek v luo bodu jinové dráhy a konec na jangové, u druhé je tomu naopak. Nabodnutím bodu pramene způsobíme, že do dráhy, na níž nabodnutý bod pramene leží, začne přitékat čchi transversální luo drahou ze sdružené dráhy, nikoliv však zpět. Nabodnutím bodu luo otevřeme spojku mezi oběma sdruženými drahami tak, že čchi může volně protékat oběma směry, tudíž hladiny se vyrovnají. Celou situaci si můžeme demonstrovat trochu mechanisticky, když si představíme, že nabodnutím luo bodu otevřeme mezi oběma drahami jakousi cévu, kterou protéká čchi v obou směrech. Nabodnutím bodu pramene spolu s luo bodem sdružené dráhy nasadíme do této cévy chlopně, která čchi zpět do dráhy sdružené s drahou, kde je bod pramene nabodnut, již nepustí. Stejný efekt má samotné nabodnutí bodu pramene. Jelikož mezi sdruženými drahami jdou dvě transversální luo dráhy, máme k dispozici celkem 4 body, kterými hladinu čchi sdružených drah můžeme ovlivnit. Může se ale též stát, že neuváženou aplikací "pro jistotu" si můžeme také efekt akupunktury oslabit, ne-li zcela zrušit. Nejlépe je ukázat si to na konkrétním příkladě. Např. mezi vodními drahami ledvin a močového měchýře začíná jedna transversální luo dráha v luo bodu ledvin KI4 a končí v bodu pramene močového měchýře UB64. Druhá transversální luo dráha začíná v luo bodu močového měchýře UB58 a končí v bodu pramene ledvin KI3. Nabodneme-li kterýkoliv z uvedených luo bodů, způsobíme tím vyrovnání hladiny čchi mezi oběma drahami. Je tudíž nabodávání obou luo bodů zbytečné (ledaže bychom zároveň s vyrovnáním hladin čchi chtěli ovlivnit některou longitudinální luo dráhu). Pokud chceme, aby nám čchi tekla pouze jedním směrem, např. do močového měchýře, stačí nabodnout pramen močového měchýře UB64. Současná punktura luo ledvin KI4 tento efekt pouze pojistí, nijak významně ho již neovlivní. Pokud k tomuto stavu přidáme punkтуру druhé transversální luo dráhy celý efekt zrušíme. Punkтурой luo močového měchýře UB58 otevřeme mezi oběma drahami nový kanál, kterým čchi močového měchýře posíláme do ledvin zpět. Stejného efektu docílíme současným nabodnutím pramene ledvin KI3. Vidíme tudíž, že k vyrovnání hladin čchi stačí nabodnout jediný bod luo (kterýkoliv z obou), ke zvýšení hladiny pouze bod pramene dráhy, u které toho chceme docílit. Jinými vlastnostmi bodu pramene je, že potencuje efekt jak tonisačního bodu (matky), tak sedativního (syna). Tonisační efekt je logicky vysvětlitelný popsanou funkcí transversální luo dráhy, sedativní však ne. Bod pramene má totiž sám o sobě určitou vlastnost, kterou je schopen optimalisovat stav čchi v dráze dle aktuální potřeby pacienta. Je to dáno jeho přímým vztahem k vrozené (původní) čchi příslušného orgánu, souvisejícího s danou drahou. Proto je též velmi výstižné jeho pojmenování "bod původu", uvedený Mgr. Andem, který vychází přímo z originálního významu znaku pro tuto čchi. Při punktuře bodu pramene bychom tudíž měli mentálně odlišit, zda ho nabodáváme jakožto vyústění transversální luo dráhy nebo jako bod, zapojující do terapeutického procesu vrozenou (původní) čchi.

Vraťme se nyní k antickým bodům jangových drah. Jelikož i zde tyto body odpovídají pěti elementům, bylo by logické, že rovněž těmito body lze čchi převádět mezi jednotlivými orgány dle stejných pravidel jako na drahách jinových. V cyklu šeng bychom takto mohli převést čchi např. ze

žaludku do tlustého střeva (země-kov), ze žlučníku do tenkého střeva (dřevo-ohně). V cyklu kche by se mohlo jednat např. o přesun z močového měchýře do tenkého střeva (voda-ohně), ze žlučníku do žaludku (dřevo-země) a podobně. V literatuře se však k této problematice přistupuje velmi neurčitě až negativně. Dr. Kajdoš udává, že cyklu pěti elementů na orgánech fu se běžně neužívá, Dr. Šmirala píše, že to jde, ale těžko. Konkrétní návod, jak provést převod čchi z jednoho orgánu fu do druhého uvádí Dr. Šmirala. Využívá k tomu právě transversální luo dráhy a orgánů cang. Například chceme-li převést čchi žlučníku do tenkého střeva (elementy dřevo - ohně), provedeme to tak, že otevřeme transversální luo dráhu do jater, dále převedeme čchi z jater do srdce a odtud transversální luo drahou do tenkého střeva. Prakticky to provedeme nabodnutím luo žlučníku GB37 sedativně, pramene jater LR3 tonisačně, ohnivého bodu jater LR2 sedativně, dřevěného bodu srdce HT9 tonisačně, luo srdce HT5 sedativně a pramene tenkého střeva SI4 tonisačně. Tímto způsobem je čchi dostatečně usměrněna tak, aby se skutečně dostala do tenkého střeva. Je to způsob trochu komplikovaný, jednodušeji to lze provést tak, že použijeme pouze luo žlučníku GB37 sedativně, ohnivý bod jater LR2 sedativně a pramene tenkého střeva SI4 tonisačně. Prvé dva body tvoří sice na rozdíl od prvního způsobu pouze „kanál bez chlopní“, síla tonisační punkturní pramene tenkého střeva (pochopitelně spolu s naší mentální představou) by však měla být natolik dostačující, že čchi vytáhne tímto kanálem až ze žlučníku. Oba popsané způsoby jsou dostatečně jisté, je možno s nimi dosahovat pěkných efektů.

Nicméně navzdory literárním údajům zde máme jangové dráhy a na nich antické body. Jsou zde body biorytmu a body matka a syn, které jsou zcela samozřejmě popisovány v učebnicích jakožto tonisační a sedativní. Vnucuje se otázka: Jestliže nejsou možné přesuny čchi mezi jednotlivými jangovými drahami, jakto, že zde vůbec existují tonisační a sedativní body? Odpověď na tuto otázku nám nejlépe dá opět praxe. Cyklus pěti elementů na jangových drahách (drahách orgánů fu) jsem si opakovaně vyzkoušel jak v cyklu šeng, tak v cyklu kche. Závěr je, že funguje dobře při bolestech hlavy. Situaci si vysvětluji tím, že na hlavě jsou pouze jangové dráhy. Na jiných místech těla se můžeme o to pokusit, i zde se můžeme dočkat velmi překvapivých úspěchů. Podařilo se mi docílit několikátýdenní analgetisace jedním sezením u pacienta s třetím stupněm coxarthrosy, která se klinicky projevovala jakožto pseudoradikulární syndrom L4 bolestmi přední strany stehna. Z akupunkturního hlediska se jednalo o přetlak čchi na dráze žaludku. Puls žaludku byl silný, tlustého střeva slabý. Po tonisační punktuře zemského bodu tlustého střeva LI11 následoval sekundový fenomen analgetisace, úprava pulsu s útlumem žaludku a posílením tlustého střeva.

Nejčastěji však budeme tohoto způsobu používat při bolestech hlavy. Je pozoruhodné, jak často bolesti hlavy odpovídají průběhu akupunkturních drah. Vezmeme-li v úvahu průběh drah jak po bodech, tak drah muskulotendinosních, zjistíme, že vesměs je za bolesti zodpovědná některá z dlouhých drah, jdoucích z hlavy na dolní končetinu. Při bolestech v ose hlavy zezadu dopředu se vesměs jedná o nadbytek čchi na dráze močového měchýře, při bolestech po stranách kolem ucha o dráhu žlučníku, při bolestech tváře (např. neuralgie 2. větve trigeminu) o dráhu žaludku. Máme-li hotové anamnestické stanovení dráhy, která je za bolest zodpovědná, palpujeme její puls. Ten je prakticky vždy zvýšený. Dále palpujeme puls následujících dvou jangových drah, které jsou vůči postižené dráze ve vztahu cyklu šeng a kche. Skoro vždy lze zde nalézt oslabený puls, kam nadbytečnou čchi postižené dráhy poslat. Příslušnými antickými body jangových drah zde docílíme vesměs velmi pěkných výsledků, analgetisace nastupuje okamžitě po úpravě pulsu, což je vesměs během několika vteřin. U prostých bolestí hlavy bývají efekty několikátýdenní i delší.

Efekt bude pochopitelně lepší, když před tím provedeme regulaci čchi orgánů cang nebo ještě lépe, pokud se nám podaří terapeutický zákrok na orgánech fu s touto regulací cangů zkoordinovat. Například u bolestí z nadbytku u dráhy žlučníku (bývá to u bolestí laterálních stran hlavy, někdy též čela) můžeme poměrně často nalézt pod silným pulsem žlučníku slabý puls jater. Nalezneme-li tento puls na jaře, kdy mají být játra plná, postačí k terapii samotná tonisační punktura pramene jater LR3. Paralelně s analgetisací vyprázdněním žlučníku docílíme naplnění jater a tím i regulaci cangů. V ostatních ročních obdobích potom takto naplněná játra můžeme příslušnými antickými body upravit do

optima. Pokud při výrazné lateralisaci bolestí není efekt převodu čchi z elementu do elementu dostačující, dá se dobře terapie doplnit velkou punkturou (probráno dále v samostatné kapitole).

Prakticky tedy můžeme provést akupunkturu při bolestech hlavy po obou stranách kolem uší takto: Po provedené regulaci čchi orgánů cang při přetrvávajících bolestech zkontrolujeme puls orgánů fu. Vesměs najdeme zvýšený puls žlučníku. Palpujeme tedy puls jangových drah, které jsou vůči žlučníku ve vztahu šeng a kche. V úvahu připadá tenké střevo, trojitý zářič a žaludek. Nalezneme oslabený puls tenkého střeva. Je zde tudíž místo pro nadbytečnou čchi žlučníku, která způsobuje bolesti hlavy. Jelikož se jedná o bolesti hlavy, můžeme čchi převést přímo mezi orgány fu, nemusíme k tomu využívat cangů a transversálních luo drah. Nabodneme sedativně ohnivý bod na dráze žlučníku GB38. Tím čchi žlučníku odešleme do ohnivého orgánu tenkého střeva. Dále nabodneme tonisačně dřevěný bod na dráze tenkého střeva SI3. Tenkému střevu tím dáváme pokyn, aby bralo čchi žlučníku. V případě časové nouze postačí pouze bod SI3. Jeho tonisační několikasekundovou punkturou můžeme docílit spousty překvapivých terapeutických efektů těchto potíží. Pulsem zkontrolujeme, zda akupunktura byla úspěšná, vesměs se naplní tenké střevo a vyprázdní žlučník. Analgetisace nastupuje pravidelně paralelně s úpravou pulsu, což znamená během několika vteřin.

To, že cyklus pěti elementů na orgánech fu funguje, navíc i na ostatních částech těla mimo hlavu, si můžeme doložit i příkladem z recepturní akupunktury. Bod BL60 je v recepturách nazýván "pán bolesti" a je doporučován při bolestech od pupku dolů. Při paušálním použití tohoto bodu tímto způsobem se setkáme s četnými neúspěchy. Správným pochopením cyklu pěti elementů si toto značně zjednodušené tvrzení můžeme upřesnit a s bodem se naučit zacházet tak, že nám skutečně bude velmi dobré terapeutické efekty přinášet. V indikovaných stavech je tento bod skutečně neobyčejně účinný. Plně si zaslouží svůj čínský název Kchun-lun, což neznámá "pán bolesti", ale "Opora nebes". Jde o název velkého tibetského pohoří (opravdu velkého, neznámému doporučuji nahlédnout do mapy). Bodu BL60 budeme tedy používat takto: Jedná se o ohnivý bod na dráze močového měchýře. Jeho punkturou tudíž v cyklu kche přeneseme čchi močového měchýře někam k ohnivým orgánům, domnívejme se, že pouze k jangovým. Tyto jsou dva, tenké střevo a trojitý zářič. Probuzené ohnivé orgány potom jakožto synové odčerpají čchi dřevěného jangového orgánu - žlučníku. Dojde tudíž k vyprázdnění čchi dráhy močového měchýře a žlučníku. Obrovskou plochu, kterou tyto dvě dráhy pokrývají, můžeme proto pouhým sedativním nabodnutím bodu BL60 analgetisovat. Nejedná se však o "bolesti dolní poloviny těla", ale bolesti prakticky celé zadní a obou laterálních polovin těla. Přední stranu těla, byť na dolní polovině, tímto bodem zasáhneme jen v těch oblastech, kam sahají příslušné šlachosvalové dráhy. Co je však nejdůležitější, bolestem musí odpovídat pulsový nález. Efekt lze očekávat, když nalezneme zvýšený puls močového měchýře a žlučníku a oslabený puls tenkého střeva nebo trojitého zářiče, případně obojí. Punkтуру tohoto bodu můžeme v cyklu pěti elementů na orgánech fu v cyklu kche doplnit tonisační punkturou vodního bodu tenkého střeva SI2 a (nebo) trojitého zářiče TE2 dle stavu pulsu, podle toho, který z obou orgánů má puls slabší.

Závěrem kapitoly o cyklu pěti elementů na jangových drahách bych rád uvedl, že pro málokterý druh akupunktury platí v takové míře jako zde, že je nutno si to osobně vyzkoušet. Setkal jsem se i s názorem, že množství úspěšnosti při použití cyklu pěti elementů na jangových orgánech je úměrné léčitelským schopnostem akupunkturisty. Poučený čtenář však ví, že to není otázka léčitelských schopností, ale sebeprogramování.

<b>Antické body jangových drah</b>							
dráha	element	kov	voda	dřevo	dřevo	ohně	země
tlust. stř.	kov	1	2	3	4	5	11
moč. měch.	voda	67	66	65	64	60	40
žlučník	dřevo	44	43	41	40	38	34
tenk. stř.	ohně	1	2	3	4	5	8
troj. zář.	ohně	1	2	3	4	6	9
žaludek	země	45	44	43	42	41	36



## 5. Pět elementů a orgánové hodiny

Každý akupunkturista, který se trochu hlouběji zabýval akupunkturním ovlivňováním čchi si nemohl nevšimnout značných rozporů, vyskytujících se v aplikaci pravidla matka-syn na orgánových hodinách a pěti elementech. Dle mého názoru se jedná o jedno z největších narušení programu tradiční medicíny, které je tak výrazné, že působí až dojmem záměru. V této kapitole se pokusím toto narušení objasnit a pokusím se též dát návod, jak tuto situaci řešit.

Povšimněme si pravidla matka-syn trochu podrobněji. Jednoduché pravidlo matka-syn bývá kupodivu v různých učebnicích různě vykládáno. Jsou zde poměrně značné zmatky, které dle mého mínění mají tři příčiny:

1. Zaměňování bodu matka a bodu syn za orgány.
2. Implikace tohoto pravidla do orgánových hodin.
3. Kombinace první a druhé příčiny.

Ad 1. Bylo již řečeno výše, že antické body, které v cyklu šeng předcházejí a následují bod biorytmu mají název matka a syn. Pravidlo matka-syn, tak jak se mu učíme, zní: PŘI NEDOSTATKU TONISUJ MATKU, PŘI NADBYTKU SEDUJ SYNA. Je nutné si uvědomit, že pravidlo takto chápané se vztahuje k příslušným antickým bodům matka a syn, nikoliv k orgánům které v cyklu šeng samotnému orgánu, který chceme tonisovat či sedovat, předcházejí a následují.

Vezměme si příklad (musíme zůstat u pěti elementů, orgánové hodiny budou diskutovány níže): Elementy voda - dřevo - oheň za sebou následují v cyklu šeng. Představují orgány ledviny, játra, srdce. Pokud bychom pravidlo matka-syn aplikovali na orgány, potom s matkou to bude v pořádku, tonisací ledvin skutečně posílíme játra, jelikož tonisované ledviny předají část čchi játrům. Se synem však není situace tak jednoznačná. Sedací srdce játra primárně neoslabíme, ale posílíme. Uspané srdce totiž přestane chtít po své matce - játrech - čchi, což povede k jejich posílení. (Stav však není tak jednoduchý, viz poznámku v závorce na konci tohoto odstavce). Situace bude jasná až tehdy, když si uvědomíme, že se jedná o body matka a syn. Tonisační punkturou vodního bodu na dráze jater LR8 (matky) přitáhneme čchi z ledvin do jater a játra tím posílíme. Sedativní punkturou ohnivého bodu na dráze jater LR2 (syna) odešleme čchi jater k srdci a perikardu a játra tím sedujeme. (Tonisovat orgán sedací synovského orgánu není vhodné, posílíme tím totiž dva následující orgány, z nichž druhý cyklem kche tonisací ruší. V konkrétním příkladě: Máme záměr tonisovat játra sedací jeho syna - srdce. V cyklu šeng odešleme čchi srdce zemským bodem HT7 slezině. Uspané srdce přestane odebírat čchi játrům a tyto se tím posílí. Posílená slezina však automaticky začne čchi předávat svému synovi - plicím, a tyto v cyklu kche začnou tlumit původně sedací srdce posílená játra - kov řeže dřevo. Toto nebezpečí však nehrozí, provedeme-li sedací bez posílení následných dvou orgánů, např. bodem biorytmu nebo čchi odešleme do orgánů fu transversální luu drahou.)

Máme-li formulovat pravidlo matka-syn tak, aby bylo použitelné na orgánech, dá se to vyslovit nejlépe větou: MATKA KOJÍ SVÉHO SYNA. Obrazně řečeno, matka nevezme odněkud láhev a dá synovi napít, ale dá mu napít přímo ze sebe, tudíž se tím oslabí. Syn potom bere čchi přímo z matky, tudíž posílí se přímo na její úkor, paralelně s jejím oslabením. Takto chápané pravidlo matka-syn ve výše uvedeném příkladu ledviny - játra - srdce potom vyznívá opět stejně ve vztahu matky jater - ledvin. Jejich tonisací se skutečně požadovaný orgán (játra) tonisují. Chceme-li však dle pravidla matka-syn aplikované na orgány játra oslabit, musíme jejich syna - srdce - posílit. Tonisované srdce začne automaticky odebírat čchi své matce - játrům - čímž docílíme požadovaného stavu sedace jater. Tonisace srdce při tom nemusí být pouze "tonisačním bodem" (matkou, rozuměj na dráze srdce) HT9, kdy tímto bodem sedujeme játra přímo v cyklu šeng. Můžeme tonisovat srdce z ledvin v cyklu kche tonisační punkturou vodního bodu HT3, tonisační punkturou bodu biorytmu HT8, transversální

luo drahou z tenkého střeva, tonisační punkturou pramene srdce HT7 (zde pozor, respektovat lateralitu tonisace dle sebeprogramování, v mém případě u muže vlevo, u ženy vpravo a tonisačně, jediné takto použijeme bod HT7 jakožto pramen doplňující čchi do srdce z tenkého střeva, jinak tímto bodem budeme srdce sedovat, jedná se o syna na dráze srdce, zemský bod, který čchi odesílá do sleziny!!). Všechny tyto způsoby tonisace srdce způsobí jeho probuzení a následné odčerpávání čchi srdcem z jater.

Ad 2. Upozorňuji čtenáře, že v následujícím textu budu popírat tvrzení i takových autorit, jako jsou Dr. Kajdoš a Dr. Růžička. Obcházet však tuto problematiku nelze a klinické efekty mi jednoznačně potvrzují následující tezi: **POUŽÍVÁNÍ PRAVIDLA MATKA-SYN NA ORGÁNOVÝCH HODINÁCH JE OMYLEM AŽ NESMYSLEM.**

Jakožto nejlapidárnější příklad na podporu tohoto tvrzení si vezměme orgány srdce a slezinu. Na pěti elementech je vztah obou orgánů dán cyklem šeng oheň - země. Je tudíž slezina synem srdce. V orgánových hodinách vrcholí slezina v době 9-11 hodin a srdce 11-13 hodin. Používáme-li pravidlo matka-syn na orgánových hodinách musíme připustit vztah opačný, a sice že srdce je synem sleziny. Zůstaňme na orgánových hodinách. Tonisačním bodem sleziny tak, jak je uveden v učebnicích je bod SP2. Tudíž na orgánových hodinách by při tonisační punktuře tohoto bodu mělo dojít k tonisaci sleziny a dle pravidla matka-syn k posílení srdce. Vrátime-li se však k pěti elementům, vidíme, že bod SP2 je ohnivým bodem, tudíž jeho tonisační punkturou přitáhneme do elementu země (sleziny) čchi ohně (srdce), čímž slezinu na úkor srdce posílíme. Vidíme tudíž, že punkturou jediného bodu, stejnou technikou, dochází v obou cyklech k naprosto rozdílnému efektu. Bodem, kterým bychom měli na orgánových hodinách srdce posílit ho při stejném způsobu punkтуры v cyklu pěti elementů doslova vysáváme.

Jak se s tím vyrovnat? Studiem, logikou a klinickými efekty. Při studiu pěti elementů jednoznačně vidíme spoustu jemných nyancí, vztahů a možností vzájemného ovlivňování, jak to vynikajícím způsobem popsal Mgr. Ando v prvním díle knihy "Klasická čínská medicína". Vidíme, že tzv. „tonisační“ a „sedativní“ body jsou ve skutečnosti odvozeny z cyklu pěti elementů, zde mají svou funkci, jsou zapojeny do cyklu šeng. V cyklu pěti elementů můžeme tonisovat (raději doplňovat) a sedovat (raději vypouštět) vícero způsobem. Můžeme použít cyklu šeng a kche jak k převodům čchi tak k vzájemnému ovlivňování jednotlivých orgánů, využít transversálních luo drah, kontrolovat si efekty pulsovou diagnostikou, která rovněž vychází z pěti elementů a podobně. Použijeme-li bodu matky v cyklu pěti elementů, učiníme tak až poté, co zjistíme na pulsu, že matefský orgán skutečně čchi má. Pokud čchi nemá, najdeme ji na pulsu jinde a použijeme jiných bodů. Oproti tomu na orgánových hodinách máme bod tonisační, sedativní a dost. To, že tyto body jsou uměle do orgánových hodin implikovány, vytrženy z pěti elementů, není nikde napsáno, musíme to pracně vyluštit. Logika aplikace tak zřejmá v cyklu pěti elementů není na orgánových hodinách žádná. Body se mechanicky naučíme. Původní dokonale sladěný systém pěti elementů systémem matka-syn na orgánových hodinách zcela rozházíme.

Argumentem pro použití pravidla matka-syn na pěti elementech jsou klinické efekty. Opakovaně jsem u pacientů s tendencí k srdeční arytmii zaznamenal dekompenzaci s ústupem sinusového rytmu a nástupem arytmii poté, co jsem „harmonisoval“ slabou slezinu. Posílená slezina okamžitě odebrala čchi srdci, což se projevilo vznikem arytmii.

Uveďme si další příklad: Ledviny s perikardem jsou v cyklu pěti elementů ve vztahu kche, tudíž tonisací ledvin (vody) se oslabí perikard (oheň). Na orgánových hodinách ovšem následují za sebou, tudíž tonisací ledvin by se měl perikard posílit, což je navíc nesmysl z hlediska pravidla manžel-manželka. Podobné vztahy najdeme i na orgánech fu mezi žaludkem a tlustým střevem, žlučníkem a trojitým zářičem.

Od předního odborníka na energoinformatiku prim. MUDr. Teodora Rosinského, CSc. se mi dostalo uspokojivého vysvětlení tohoto stavu. Prim. Rosinský argumentoval mnohofunkčností

jednotlivých akupunkturních bodů a jejich reakci na individuální naprogramování se akupunkturisty na ten či onen systém. Čili prim. Rosinský připustil možnost existence obou systémů, záleží na sebeprogramu terapeuta. Dvojznačnost výkladu pravidla matka-syn mne však utvrzuje v případě pravidla matka-syn ve správnosti mého názoru. Tato dvojznačnost představuje jednoznačné narušení programu, čímž do značné míry ruší jeho efekt. Zakodovaný program EI terapie je účinný tehdy, pokud je jednoznačný. A jednoznačný, logický, jednoduchý a integrovaný program zde nabízí pouze teorie pěti elementů.

Ad 3. Kombinaci prvé a druhé výše uvedené příčiny nalezneme v prvním vydání učebnice Dr. Růžičky na str. 230. Jsou zde zaměněny body matka a syn za orgány, tyto navíc implikovány do orgánových hodin.

Akupunkturista, který tvrdí, že se zabývá tradiční akupunkturou, by měl k této problematice zaujmout jednoznačné stanovisko, resp. řečeno řečí energoinformatiky, uvědomit si tento problém a dle toho upravit své sebeprogramování.

## 6. PULSOVÁ DIAGNOSTIKA

Pulsová diagnostika je jednou z nejpozoruhodnějších metod tradiční čínské diagnostiky. O její diskutabilitě a neschopnosti objektivisace bylo již dost řečeno i napsáno. Pro její použití však svědčí fakt, že vede k velmi dobrým terapeutickým efektům. Dr. Kajdoš se o pulsové diagnostice vyjadřuje jednoznačně v tom slova smyslu, že její ovládnutí je naprostou nezbytností pro každého, kdo se chce tradiční akupunkturou zabývat. Sám jsem měl možnost srovnat sporné efekty receptur s akupunkturou dle pulsové diagnostiky. Obrovský recepturní jehelníček se nevyrovnal efektu jedné nebo dvou jehel, nabodnutých podle pravidel vyrovnání čchi dle stavu pulsu. Oproti jiným způsobům zjišťování stavu (Akabane, Akudias) má pulsová diagnostika jednoznačnou výhodu ve své rychlosti. S vyšetřením je akupunkturista hotov řádově během desítek vteřin. Výhody ostatních způsobů diagnostiky, které jsem uvedl výše, nejsem schopen posoudit, jelikož je nepoužívám.

Akupunkturistovi, který má pocit, že pulsová diagnostika je naprostý nesmysl doporučuji, ať ji zkusí, a hlavně ať podle ní zkusí akupunkturu provádět. Může se potom dostat zhruba do jednoho ze tří stavů:

1. Zjistí, že to funguje. Tento stav pokládám za optimální. Dobré klinické efekty budou odměnou lékaři i pacientovi.
2. Zjistí, že to je něco, co absolutně nemůže zvládnout, že to snad jde, ale co je mimo jeho schopnosti. V tomto případě doporučuji vytrvat, hlavně se snažit z domněnek, že by to snad mohlo být takto a ne jinak vyvodit terapeutický závěr a použít ho. Dobrý klinický efekt, ověřitelný stavem pulsu po zákroku potom lékaře přesvědčí, že jeho domněnka byla ve skutečnosti dobrým diagnostickým závěrem. Učiní-li to opakovaně, jsem přesvědčen, že se dostane do stavu č. 1.
3. Utvrdí se v názoru, že pulsová diagnostika je nesmysl. V tom případě doporučuji pokusit se dostat do stavu č. 2 a chovat se tak, jak je to tam doporučeno. Těm, kterým se to nepodaří nebo nejsou ochotni to zkusit, již poradit nedovedu.

Vyzkoušel jsem několik způsobů vyšetřování pulsu. Poté, co jsem viděl v televizním pořadu o čínské medicíně vyšetřovat čínského lékaře puls tak, že přes stůl sáhl pacientovi naprosto přirozeným způsobem pouze na jednu ruku, již nevyšetřuji puls na obou rukách současně. Pokud to provádíme, musíme být k sedícímu pacientovi obráceni čelem. Za této situace docílíme relativně přirozené polohy vlastních horních končetin pouze tak, že vyšetřujeme v dřepu. Pokud vyšetřujeme vsedě, musíme provést abdukci v ramenu, hyperpronaci předloktí a značnou radiální dukci zápěstí. Tyto polohy jsou

pro vyšetřujícího značně dyskomfortní a jsem přesvědčen, že to může výsledek zkreslit. Vyšetřuji proto nyní pacienta ležícího, nejprve jednu a potom teprve druhou a. radialis. Vyšetřovaný musí končetinu uvolnit. Vyšetřovat mohu dvojím způsobem:

1. Stojím vedle lůžka, svou rukou, která je více vzdálená od pacientovy hlavy uchopím pacienta za ruku a zvednu si ji k své druhé ruce. Touto potom palpuji puls. Přesné místo odhaduji až během palpáce. Pacientův loket je lehce flektovaný a předloktí zhruba ve střední poloze mezi supinací a pronací.

2. Popsaný způsob ad 1. má bohužel tu nevýhodu, že valná většina pacientů nedokáže relaxovat. V okamžiku, kdy uchopím jejich končetinu a zvednu si ji do své optimální polohy, vycházejí mi pacienti pohybem ruky naproti, jakoby mi ji podávali. Relaxace je tím zrušená a výsledky vyšetření zkreslené. Výhodnější proto je používat zvedací lehátko a pacienta si vleže zvednout tak, abych mohl pohodlně vyšetřovat vestoje a pacientovy ruce ležely na lehátku. Není-li zvedací lehátko dostupné, je nutno se v tomto případě k pacientovi sklonit nebo raději vyšetřovat při nízkém lehátku v dřepu či vsedě na židli vedle lehátka..

Dále nebudu již rozebírat obecně známá pravidla o přesném postavení prstů na tepně s tím, že se musí respektovat její zakřivení a podobně. Popíši však určitý detail techniky vyšetření, na který jsem přišel asi půl roku poté, co jsem začal puls vyšetřovat, a který se mi dost osvědčuje.

Stručně řečeno se jedná o velikost izometrické síly s jakou palpaci provádím. Pokud při vyšetření proniknu konečky prstů do poloviny průsvitu tepny a palpuji, mohu na této poloze sám vyvinout libovolnou izometrickou sílu aniž se poloha prstů změní. Pokud bude tato síla větší, než tlak tepu, prsty zůstávají na svém místě. Bude-li izometrická síla prstů menší, než tlak tepu, tepna je zvedne. Velmi se mi osvědčuje, když vyvinu právě takový tlak, který umožní udržet prsty přesně uprostřed průsvitu tepny. Dále již izometrickou sílu ve své končetině nezvětšuji, v požadované poloze nechávám prsty jakoby plavat. Obrazně mohu své prsty přirovnat ke třem lodím, které mají trochu odlišnou tonáž. Ta, která ji má větší plave však v hustější tekutině a je tudíž stejně ponořená, jako ta, která má tonáž menší, ale plave v řidší tekutině. Onou hustotou tekutiny míním úroveň náplně pulsu pod prstem ve smyslu pulsové diagnostiky. Abych prstem pronikl do poloviny průsvitu tepny, musím jím při vyšší náplni čchi příslušného orgánu cang vyvinout větší sílu než u méně naplněného orgánu. Při hodnocení vjemu pulsu tedy nakonec vnímám nejen náraz pulsové vlny ale i mou vlastní rozdílnou sílu jednotlivých prstů, kterou puls vyšetřuji. Termín „plavání prstů“ mi připadá dosti výstižný. Jinými slovy, proti pacientově čchi se snažím působit stejným množstvím čchi své vlastní. Zdá se mi, že palpační vjem pulsu orgánů cang je za této situace nejlépe hodnotitelný. Výhodou tohoto způsobu vyšetřování je také to, že se dá poměrně dobře určit stlačitelnost tepu, čili odlišení jarního (zeleného) od podzimního (bílého) tepu. Zvýšíme-li nepatrně tlak prstu ve smyslu "zvýšení lodní tonáže", potom jarní puls bude tomuto tlaku klást odpor a „lod“ bude nadnášena“ i ve větší hloubce. Provedeme-li totéž u podzimního pulsu, náraz tepové vlny slábně, „lod“ se potápí“..

Tímto způsobem se snažím vyšetřovat puls orgánů cang. I když to neplatí stoprocentně, mám dojem, že takto je vyšetření přesnější, než při prostém rigidním držení prstů, byť ve správné poloze.

Na druhé straně puls orgánů fu se vyšetřuje pouhým povrchním dotykem, prakticky při nulovém tlaku prstů. Zde se mi více osvědčuje rigidní držení. Přirovnal bych to k dotyku hladiny vody rukou při stání na břehu. Ruka je zde pevně spojena se zemí na které stojím, neplave. Takto je potom možno vnímat i takové změny, jako „pěna na povrchu vody“. Rovněž se mi zdá v tomto případě vhodné srovnání s pohledem. Pohledem vidíme na hladině řeky spoustu detailů. Podobně je možno se snažit prsty „vidět“ co se děje na povrchu tepny. „Plující lod“ v tomto případě požadované informace nezachytí, vnímá změny tlaku z hloubky.

Pochopitelně se nejedná o dogmatické doporučení. Dle individuálního stavu je možno vyšetření měnit, zkusit u jednoho pacienta vyšetřit orgány cang jak rigidním držením, tak technikou

plavání prstů. Rigidní držení budeme volit zejména tam, kde je hloubka tepny pod kůží na každé pozici jiná, tudíž k samotnému překonání odporu kůže musíme překonat každým prstem různě velký tlak. Je-li však tepna uložena v celém úseku ve stejné hloubce pod kůží, můžeme být až překvapeni, jak nám při technice plavání prstů náplň cangů přímo vychází vstříc.

Náročnost pulsové diagnostiky nespočívá ani tak ve schopnosti rozlišit hmatově jednotlivé kvality tepu, jako spíše správně tyto tepey interpretovat. Kompletní ovládnutí této metody vyžaduje kompletní znalosti čínské patologie. Proto dále proberu pouze tu problematiku pulsové diagnostiky, se kterou mám vlastní zkušenosti.

Při vyšetřování tepu hledám odpověď na několik otázek, tyto by však s určitým nadhledem šly sumarizovat do tří okruhů:

1. Diagnostika jin-jangového stavu
2. Diagnostika náplně čchi orgánů
3. Diagnostické upřesnění patologického stavu pacienta z hlediska výběru akupunkturních bodů pro terapii. Třetí okruh úzce souvisí s prvním a druhým.

#### **Ad 1. Diagnostika jin-jangového stavu.**

Akupunktura představuje hledání společného. Čím lépe se nám podaří převádět nejrozmanitější projevy nemocí na společné jmenovatele zákonitostí tradiční medicíny, tím lepší budou naše terapeutické úspěchy. Ve čtvrté kapitole byly probrány zákonitosti pěti elementů. Přestože správné zařazení pacientových potíží do systému pěti elementů představuje jeden z klíčových momentů terapie, existuje systém, který je pěti elementům jednoznačně nadřazen, a tím je jin-jang. Nalezneme-li u pacienta poruchu v celkové distribuci jin-jangu, musí pět elementů počkat, až docílíme jin-jangového vyrovnání. O jin-jangu toho bylo napsáno dostatečně mnoho a není třeba tuto problematiku teoreticky rozvádět. Musím však upozornit na varování Mgr. Anda, že v některých u nás publikovaných pracích jsou vlastnosti jin-jangu uvedeny opačně nebo, což je horší, smíšeně. Pouhá záměna termínů jin za jang by tolik nevadila, jednalo by se totiž o pouze terminologické záležitosti, které kromě zmatku v domluvě by ještě nemusely přinést tolik škody. Záměna pouze některých vlastností však již ničí samotné principy a představuje narušení programu v samých základech s jeho praktickou likvidací. Nejčastějším mylným údajem takto propagovaným například v dietetice a makrobiotice je to, že jang koncentruje a jin expanduje. Stran tepla a chladu však jsou správné vlastnosti ponechány - čili jang je teplý a jin chladná. Každý, kdo se touto problematikou zabývá si tyto záležitosti musí přesně ujasnit. Správné hodnocení je, že jang je vše, co je lehčí, teplejší, pohyblivější, světlejší, má tendenci stoupat a rozpínat se do prostoru. Jin je vše, co je těžší, chladnější, statictější, tmavší, má tendenci klesat a formovat se do tvarů. Důležitou vlastností jin-jangu je to, že jakýkoliv prvek, zařazený k jin či jangu můžeme dále ještě na jin a jang dělit. Dostí to ztěžuje základní diagnostiku. Symptom zdánlivě jangový může být jangový druhotně, v rámci primárně jinového onemocnění. Výhoda pulsové diagnostiky spočívá právě v tom, že nám ukáže primární jin-jangový stav. Tato problematika bude blíže probrána v kapitole o mimořádných drahách.

Z hlediska pulsové diagnostiky je důležité si uvědomit, že kompletní porucha jin-jangového stavu se projeví na pulsu na všech pulsových posicích zhruba stejným typem pulsu. Zhruba proto, že jisté lokální odchylky je zde možno nalézat. Dle nich potom můžeme usuzovat na terapeutický zákrok, který provádíme v naprosté většině případů na mimořádných drahách. Při vyšetřování tepu nám stav jin ukazuje krev, stav jangu čchi. Obě tyto složky se chovají tak, jak je výše uvedeno. Při nadbytku jangu (čchi), ať již absolutním nebo relativním, ho insuficientní jin (krev) nedokáže udržet. Jang podle své přirozenosti prchá do exteriérů. Projeví se to většinou povrchním, typickým, z hlediska TCM patologickým, tzv. **plovoucím, resp. plynoucím pulsem (floating, fu-maj)**. Tento puls, který Li Š'-čen přirovnává ke dřevu plovoucímu na povrchu vody, hmatáme hned na povrchu tepny. Zde je velmi

výrazný, jedná se prakticky o záchvěvy stěny tepny. Jakmile však tepnu stiskneme, tep zmizí. (Dr. Kajdoš používá pro tento puls český termín „plynulý“, což se mi nezdá nejšťastnější, termín „plovoucí“ ev. „plynoucí“ je výstižný.) Při globální jin-jangové poruše z nadbytku jangu a insuficienci jin nalézáme tento puls na všech nebo skoro na všech posicích. Tento tepový nález představuje základní indikaci akupunktury zadní střední dráhy - mimořádné dráhy tu-maj (dumai). Extrémem tohoto pulsu je **puls slabý a plynoucí (soft, čou-maj)**. Je přirovnáván k pění na povrchu vody. Relativní nadbytek jangu při primární insuficienci jin zde vyniká ještě nápadněji. Rovněž u tohoto pulsu můžeme být překvapivě terapeuticky úspěšní při akupunktuře mimořádné dráhy tu-maj. Opakem plovoucího pulsu je puls při insuficienci jangu a nadbytku jin. V tomto případě jin nedrží nic nahoře, tato dle své přirozenosti klesá. Výsledkem je některá forma hlubokého pulsu, nejčastěji **puls hluboký (sinking, čchen-maj)**. Český termín „hluboký“ je od Dr. Kajdoše, anglický se mi zdá výstižnější, vyjadřuje dobře protiklad k pulsu plovoucímu (floating - plynoucí, plovoucí, sinking - potopený). Tento puls je na povrchu tepny nehmatný. Nalezneme ho až v hloubce, k jeho vyhledání je třeba použít značného tlaku prstů. Na této úrovni je však poměrně tvrdý a obtížně stlačitelný, přirovnává se ke kameni obaleném bavlnou (jin se formuje do tvaru). Nalezneme-li tento puls na všech úrovních, potom je zřejmé, že se jedná o celkový nadbytek jin a insuficienci jangu. Za této situace je indikována akupunktura některé z mimořádných drah, stimulujících jang, nejčastěji přední střední dráha - žen-maj (renmai). (Přední střední dráha žen-maj skutečně stimuluje jang, nejedná se o překlep, viz kapitulu o mimořádných drahách). Hluboký puls je nutno odlišit od **pulsu tvrdého (firm, lao-maj)**. Tento puls je velmi tvrdý, hmatný pouze na hluboké úrovni. Jeho odlišení od hlubokého pulsu je nutné proto, že není známkou nadbytku jin ale naopak jangu, a sice hlubokého jangového rozvraceče, např. vnitřního větru. Znamená též zablokování čchi v orgánech cang, odkud se tato nemůže dostat. Tento puls nalézáme občas u brunátných pykniků. Jeho přítomnost indikuje akupunkturu mimořádné dráhy čchung-maj (chongmai). Tvrdý puls mívá někdy ještě jednu charakteristiku, společnou s následujícími dvěma pulsy, a sice to, že pulsová vlna často začíná a končí náhle, na prst dosti prudce naráží, zatímco normální puls přichází a odchází měkce. Graficky tyto stavy znázorníme jako cimbuří oproti vlnovce u normálních pulsů. Pokud prudké narážení a ukončení pulsové vlny typu cimbuří nalézáme zhruba uprostřed tepny, hovoří se o **pulsu napjatém (tight, čchin-maj)**, v případě, že je tento rychlejší o **pulsu jako tětíva luku (wiry, t'ien-maj)**. Najdeme-li úder tepové vlny typu cimbuří na povrchu, mluví se o **pulsu koženém (leather, ke-maj)**, zde se rozumí napjatá kůže natažená na bubnu. Posledně uvedené tři pulsy značí patologické čchi různého charakteru v různých vrstvách.

Pro správnost jin-jangové diagnostiky je žádoucí rozpoznat puls plynoucí, hluboký a tvrdý. Pro úplnost dodávám, že výše popsaných 7 typů pulsu je vyňato z 27 pulsů dle Li Š'-čena (27 je jich uvedeno v anglickém překladu Li Š'-čena díla, Dr. Kajdoš jich udává v prvním vydání knihy Kovem a ohněm 28). Popsal jsem zde pouze ty typy, s jejichž diagnostikou jednak nemám větší problémy, ale hlavně které mají význam pro diagnostiku jin-jangového stavu.

## **Ad 2. Diagnostika náplně čchi orgánů.**

Podstatná část této problematiky byla probrána v kapitole o pěti elementech a regulaci čchi cangů. Kromě toho bychom měli poznat patologické změny na pulsu jednotlivých orgánů. Souvisí to se znalostí čínské patologie a je zde přímá návaznost na výběr akupunkturálních bodů k terapii.

## **Ad 3. Diagnostické upřesnění patologického stavu pacienta z hlediska výběru akupunkturálních bodů pro terapii.**

Zmíním se o **vztahu pulsové diagnostiky k bolesti**.

Bolest z hlediska akupunktury může být z nadbytku čchi nebo nedostatku. V naprosté většině se setkáváme s bolestmi z nadbytku. Anamnesticky musíme přesně lokalizovat místo bolesti a podle toho stanovit příslušnou akupunkturální dráhu, jejíž přeplněností bolest vznikla. Je nutno brát v úvahu i průběh drah muskolotendinosních (např. bolest dorsa nohy, přestože je zde lokalizováno drah více,

bývá často způsobena přetlakem čchi v muskulotendinosní dráze žaludku). Klinicky je pro bolest z nadbytku charakteristická pacientova snaha držet postižené místo v klidu. Pacient se bolestivého místa nedotýká a brání se jeho palpaci, která subjektivní stav zhoršuje. (Zde pozor, v našich podmínkách panuje všeobecně nesprávný názor, že bolest je třeba rozhybat. Takto se mnoho pacientů vědomě trýzní a zhoršuje svůj stav „rozcvičováním“ něčeho bolestivého co má zůstat v klidu. Cvičení zde vede ke zhoršování bolestí, pacient u něj trpí, i v tomto případě se jedná o bolest z nadbytku.) Puls nad příslušným místem tepny bývá zvýšený. Je-li postižen jangový orgán (fu), často do prstu nad příslušným místem jakoby tečkovitě naráží (typické je to u laterální hemikranie na povrchním pulsu polohy kuan vlevo – žlučníku). Terapeutickým postupem bude v tomto případě sedace, přesněji řečeno vypuštění čchi z postižené dráhy. Nejlépe to provedeme tak, jak je to popsáno v kapitole o pěti elementech - na pulsu zjistíme orgán s prázdnotou (velmi často patologickou prázdnotou cangu pro příslušné roční období) a příslušnými antickými body nebo transversálními luo drahami do něho čchi z přeplněného orgánu zodpovědného za bolest převedeme.

Bolest z nedostatku čchi je poměrně vzácná. Bývá provázena parestesiami, spíše se jedná vyloženě o parestesie. Typickou klinickou známkou těchto bolestí je, že jim ulevuje pohyb, pacient si postižené místo tře, palpaci bolestivého místa potíží ulevuje. Typické zde je škrábání se při svědění – svědění je rovněž příznak nedostatku. (Pokud pacient v tomto případě např. bolestivou končetinou pohybuje, není to proto, že se má „bolest rozcvičit“, ale vyloženě proto, že pohyb potíží ulevuje.) Puls nad příslušným orgánem bývá oslabený. Terapeuticky vybereme některou s tonisačních, resp. doplňujících metod. Pulsovou diagnostikou zjistíme, na kterém orgánu je čchi přítomna a příslušnými antickými body či transversálními luo drahami ji do postiženého orgánu převedeme.

U jednostranných bolestí je vhodné ještě posoudit pulsový flank, čili postranní fenomen. Jedná se o jeden z nejabsurdnějších fenomenů TA a je velmi pravděpodobné, že skepticky zaměřený čtenář, který vydržel číst až do tohoto místa, ukončí četbu definitivně po přečtení právě tohoto odstavce. U bolestí z nadbytku nad pravou větví párové dráhy bývá tep silnější na pravé straně tepny, u jednostranných bolestí je tomu naopak. U bolestí či parestesí z nedostatku je postranní tepový fenomen (flank) opačný. Tyto bolesti korigujeme velkou punkturou luo body příslušných drah na opačné straně, než je bolest. Detailně to popisují v následující kapitole o velké punktuře.

Jak jsem již několikrát uvedl, při léčbě bolestivých stavů je vhodné, podaří-li se do analgetisace zapojit regulaci čchi cangů. Uvedu další příklad: Pacient v letním období trpí bolestí laterální strany stehna vpravo z nadbytku čchi na dráze žlučníku. Zjistíme silný puls ledvin, středně silný puls jater, prázdňový puls srdce a silný puls žlučníku. V letním období má být puls srdce silný (letní), ledvin slabý (zimní), jater usínající (podzimní). Ošetření provedeme nejlépe převedením čchi žlučníku transversální luo drahou do jater (punktura bodů GB37 sedativně, LR3 tonisačně), dále v cyklu kche převedením čchi ledvin do srdce (punktura bodů KI2 sedativně a HT3 tonisačně). Ledvinami probuzené srdce upraví žlučníkem posílená játra do normy. Paralelně s poklesem pulsu žlučníku a analgetisaci dojde k regulaci cangů, čímž je efekt daleko výraznější. Zákrok můžeme při přetrvávajících bolestech doplnit velkou punkturou.

Závěrem této kapitoly je třeba dodat, že pulsovou diagnostikou nelze diagnostikovat onemocnění MFM. Pulsová diagnostika je záležitostí a nedílnou součástí čistě TCM. Konkrétně: Já sám si trůfám zhodnocením pulsu diagnostikovat jin-jangový stav. Pokud mi lékař, zabývající se TCM sdělí, že pulsovou diagnostikou rozpoznal vlhký chlad ve vrstvě tchaj-jin, budou mé pocity oscilovat mezi uznáním (je dobrý, že to tak zná a pozná) a obavami (co když se do toho jen vemlouvá a ve skutečnosti se jedná o fenomen zbožštění), v hodnocení mi může pomoci osobní znalost dotyčného včetně znalosti jeho předchozí práce. Ale pokud mi bude někdo tvrdit, že pulsovou diagnostikou pozná borreliosu nebo maligní onemocnění, tak buďto lže vědomě (málo pravděpodobné), nebo se jedná o extrémní případ fenoménu zbožštění (vysoce pravděpodobné). Tito experti nejen pulsové diagnostiky, ale i jiných EI metod, s oblibou tvrdí, že jsou schopni rozpoznat organické onemocnění MFM dříve, než ji zachytí běžně používané vyšetřovací např. laboratorní metody. Čili oni vědí, že se jedná (zcela typicky) o borreliosu, přestože laboratorní vyšetření borreliosu vyloučilo. Léčba takovéto „borreliosity“ je

u nich potom pochopitelně stoprocentně úspěšná. Jelikož jsem se s takovými případy občas setkal, musel jsem se s tím nějak vyrovnat. Můj způsob řešení je tento: Pokud někdo tvrdí, že diagnostickou metodou EIM je schopen rozpoznat onemocnění MFM, tak musí být toto onemocnění MFM následně potvrzeno diagnostickou metodou MFM, jinak se jedná (velmi mírně řečeno) o omyl.

## 7. VELKÁ PUNKTURA

Velká punktura představuje jeden ze způsobů, jak docílovat analgetisace pomocí akupunktury. Postup při jejím provádění je detailně popsán v učebnici Dr. Kajdoše "Základy tradiční akupunktury" v rámci kapitoly o léčbě bolestivých stavů.

Princip spočívá v tom, že pomocí bodu luo lze vyrovnat nerovnováhu čchi mezi oběma větvemi párové dráhy. Tato nerovnováha se v praxi projevuje jednostrannými bolestmi více či méně přesně lokalizovanými nad akupunkturální dráhu. Je vhodné počítat i s průběhem drah muskulotendinosních. Punktura se provádí na straně opačné, než je bolest, a to tonisačně a sedativně, technika je však jiná, než bylo popsáno v předchozích kapitolách. Při bolesti z nadbytku provedeme kontralaterálně na luo bodu postižené dráhy tonisační punktu tak, že po vyvolání te-čchi jehlou pomalu rotujeme ve směru hodinových ručiček, čímž čchi přitahujeme do prázdné kontralaterální dráhy. Při bolesti z nedostatku provedeme kontralaterálně na příslušném luo bodu sedativní punktu tak, že jehlou rotujeme proti směru hodinových ručiček, čímž čchi do prázdné větve postižené dráhy doplňujeme. Při tonisační punktuře jehlu jakoby do tkáně zanořujeme (šroubujeme směrem dovnitř), při sedativní punktuře jehlu jakoby ze tkáně vytahujeme (šroubujeme směrem ven). Rychlost rotace se mi osvědčuje asi taková, že během 3-4 vteřin otočím jehlou o 360 stupňů.

V případě, že analgetisace takto není dostatečná, použijeme u nadbytku čchi ještě tonisaci luo bodu dráhy dle pravidla půlnoc-poledne na straně opačné od bolesti. U nedostatku čchi použijeme na straně opačné od bolesti nejprve tonisačního bodu manželka či manželky tonisačně, potom tlumivě rovněž na opačné straně sedativní bod dráhy sdružené s bolestivou drahou.

**V případě, že je bolest lokalizována nad více drahami stejného charakteru (jang či jin), používáme skupinové luo body:**

- SP6 - skupinové luo pro jinové dráhy dolních končetin,
- GB39 - skupinové luo pro jangové dráhy dolních končetin,
- PC5 - skupinové luo pro jinové dráhy horních končetin,
- TE8 - skupinové luo pro jangové dráhy horních končetin.

**U bolestí z nadbytku postupujeme v těchto případech víceméně v libovolném pořadí níže uvedených bodů:**

1. skupinové luo postižených drah stejnostranně tlumivě
2. skupinové luo sdružených drah stejnostranně budivě
3. skupinové luo postižených drah druhostranně budivě
4. skupinové luo sdružených drah druhostranně tlumivě.



### **U bolestí z nedostatku postupujeme obdobně, ale opačně:**

1. skupinové luo postižených drah stejnostranně budivě
2. skupinové luo sdružených drah stejnostranně tlumivě
3. skupinové luo postižených drah druhostranně tlumivě
4. skupinové luo sdružených drah druhostranně budivě.

Diagnostika bolestí z nedostatku nebo nadbytku příslušné větve dráhy je pro velkou punkтуру zásadní záležitostí. Opačným způsobem ošetření můžeme totiž stav zhoršit. Nejsnadněji, ale ne zcela spolehlivě, je to možno odhadnout podle charakteru bolestí. Vyslovená bolest je většinou z nadbytku, bolest provázená parestesiami bývá spíše z nedostatku. Většinou se setkáváme s bolestmi z nadbytku, pro nedostatek jsou charakteristické spíše parestesie než bolesti. Dostí spolehlivý je palpační test: palpujeme-li bolestivé místo, potom při nedostatku pociťuje pacient úlevu (typické je škrábání se u svědění), při nadbytku se tímto bolesti zhoršují. Sám se snažím dle doporučení z učebnice Dr. Kajdoše vyšetřovat pulsový flank, neboli postranní fenomen tepu. Při bolestí z nadbytku na pravé straně je možno na příslušném místě tepny palpovat na její pravé straně silnější puls než na straně levé a opačně. Do očí bijící fantastičnost tohoto vyšetření vyniká o to více, když si stále uvědomuji, že nikde ve mně dostupné literatuře jsem se nedočel co je to pravá a levá strana tepny. Supinací a pronací předloktí se levá strana mění v pravou a opačně. Sám vycházím ze supinované polohy, tudíž na pravé ruce pokládám za pravou stranu radiální stranu tepny, na levé ulnární. Vycházím při tom z evropských anatomických pravidel. Odpověď na tuto otázku je stejná, jako u ostatních zde uvedených sporných fenoménů – sebestimování.

Zmíním se ještě o technice píchání jehel, resp. o problémech, se kterými se opakovaně setkávám. Jedná se hlavně o otáčení jehly. Skoro vždy se po velmi krátké době otáčení na jehlu začne navíjet tkáň, což je pacientem vnímáno jako bolest. Za této okolnosti se mi osvědčilo, že jehlou již dále neotáčím, ale také ji nepouštím a udržuji okolní tkáň pod určitým dosaženým rotačním napětím. Je třeba správně odhadnout velikost tohoto rotačního napětí. Pokud se to přežene, bývá velká bolest vpichu, pokud naopak je rotační napětí slabé, nebyvá analgetisace tak účinná. Pacienta se za dané situace tážím, zda ošetřované bolesti (nikoliv bolesti kolem jehly) ustupují. Jestli ano, upozorním ho, že je důležitá právě tato dynamika ustupování bolestí. V případě, že bolesti ustoupí zcela, pustím jehlu a nechám ji zabodnutou asi 10 až 30 minut. Pokud bolesti zcela neustanou a dále se při udržovaném rotačním napětí tkání nemění tak jehlu pustím, nechám ji zabodnutou a použiji dalších bodů dle výše uvedených pravidel.

Bezprostřední efekt velké punkтуры bývá obvykle dobrý. Někdy však samotnou velkou punkтурой trvalejších výsledků nedosáhneme, bolesti se mohou po několika hodinách vracet. K zabezpečení delšího trvání analgetisace je vhodné dle mých zkušeností dodržet i jiná pravidla, zejména v první řadě celkovou kompensaci pulsu ve smyslu regulace čchi orgánů cang. Jako další krok se mi někdy osvědčuje postiženou dráhu všeobecně tonisovat nebo sedovat podle toho, zda jde o bolest z nedostatku nebo nadbytku. (Nebo raději oba uvedené body spojit, zapojit do regulace cangů i ošetření dráhy zodpovědné za bolest.) Teprve jako třetí krok používám velkou punkтуру, tudíž víceméně jako konečný doplněk celého sezení. Pokud takto postupuji u bolestí z nadbytku, což je naprostá většina případů, bývají efekty lepší, většinou několikadenní. Stav se potom při dalších sezeních dále zlepšuje. Často to závisí na tíži organického postižení. Na tomto místě bych rád zopakoval to, co bylo řečeno již v úvodu, a sice relativní kontraindikaci akupunktury pravých kořenových syndromů na dolních končetinách, zejména v akutním stádiu. Právě použitím velké punkтуры na drahách močového měchýře nebo žlučníku, případně skupinovými luo body zde můžeme docílit dobrého bezprostředního efektu analgetisace, a právě po použití velké punkтуры se mi zdají recidivy bolestí po několika hodinách u těchto stavů vůbec nejhorší. Kde se mi velká punkтура celkem dobře osvědčuje, jsou ony vzácnější stavy nedostatku. Častěji se s nimi setkáváme na horních

končetinách, kde při cervikobrachiálních syndromech nebývá kořenová symptomatologie příliš vyjádřena (a i když je, nejsou zde recidivy tak prudké a efekty akupunktury jsou zde lepší) a kde bývá často značná složka parestesí na klinické symptomatologii, což samo značí symptomatologii nedostatku.

## 8. AKUPUNKTURA OSMI MIMOŘÁDNÝCH DRAH

### 8.1. Úvod

Akupunktura osmi mimořádných drah (čchi-ťing pa-maj, quijing bamai, eight extraordinary meridians, eight curious channels) patří k vrcholným fenomenům TCM. Představuje zákroky přímo na prvotní úrovni dělení čchi - totiž práci s jin-jangem. Přesná diagnostika jin-jangu je tudíž pro tento druh akupunktury nezbytností. Proto bude v teoretické části tato problematika probrána komplexně, přestože v knize je mnoho z toho již na jiných místech uvedeno. Duplicita určitých údajů je však vyvážena integritou této kapitoly s možností jejího samostatného studia.

Mnohé z toho, co je zde uvedeno, vzniklo kompilátem literárních údajů, praxe a mých vlastních logických závěrů. Proto zde čtenář najde i popsán způsob, jak jsem k těmto závěrům došel.

Základním literárním pramenem, z něhož jsem čerpal, je opět učebnice Dr. Kajdoše „Základy tradiční akupunktury“, dále bych rád zdůraznil práci Li Š'-čena o pulsové diagnostice.

Stran terminologie: Termín „kardinální bod“ je nahrazen výstižným termínem „propojovací bod“ Mgr. Anda. Termín „mimořádné dráhy“ Mgr. Ando nepoužívá, ale připouští ho. Jeho vlastní termín „zvláštní dráhy“ zde použit není. V dosavadní terminologii byl totiž vyhrazen tomu, co Mgr. Ando nazývá „boční větve dráhy“.

### 8.2. VŠEOBECNÁ TEORIE

Tradiční názory hodnotí veškeré jevy podle jin-jangových proměn. Fakta o mimořádných drahách zjištěná v literatuře se dají seřadit tak, že do tohoto zákona zapadají. Výsledkem je následně uvedené desatero, které je téměř vyčerpávajícím souhrnem pravidel o používání mimořádných drah:

1. Mimořádné dráhy slouží k vyrovnání celkového nadbytku jin a nedostatku jangu a naopak. Do terapeutického zákroku je více či méně zapojena kongenitální čchi.
2. Dráhy označené "wej" svůj princip podporují.
3. Dráhy označené "čchiao" podporují princip protilehlý.
4. Sdružené dráhy mají z hlediska vyrovnání jin-jangu stejnou funkci.
5. Rozhodujícím faktorem, zda se jedná o nadbytek nebo nedostatek jangu či jin je pulsová diagnostika. Většinou nadbytečný povrchní a insuficientní hluboký puls odpovídá nadbytku jangu a insuficienci jin a naopak.
6. K vyrovnání nadměrné jin a insuficientního jangu slouží dráhy žen-maj, jin-čchiao-maj, jang-wej-maj, taj-maj.
7. K vyrovnání nadměrného jangu a insuficientní jin slouží dráhy tu-maj, jang-čchiao-maj, jin-wej-maj, čchung-maj.

8. Záměnou výše uvedených dvou skupin se stav pacienta může zhoršit.

9. Každá mimořádná dráha má kromě již uvedené převahy jinového či jangového pulsu svůj vlastní typický pulsový nález. Tento bližší typ pulsu souvisí s orgánem, na jehož dráze leží příslušný kardinální bod. Vyjimku z tohoto pravidla představuje dráha čchung-maj.

10. Dojde-li k rozporu mezi symptomatologií a pulsovým nálezem, má v indikaci konkrétní dráhy přednost pulsový nález.

Žádoucí je objasnění genese tohoto desatera. V prvé řadě se to týká významu pulsové diagnostiky. V knize Dr. Kajdoše „Základy tradiční akupunktury“, která představuje hlavní literární pramen o mimořádných drahách v České republice, je v kapitole, týkající se této tematiky, uvedeno, že zásah volíme podle symptomatologie, a že pulsová diagnostika nám moc nepomůže. Naproti tomu je význam tepu pro mimořádné dráhy zdůrazněn v téže knize v kapitole o léčbě bolestivých stavů. V prvním vydání knihy „Kovem a ohněm“ uvádí stejný autor, že při používání mimořádných drah je třeba zkušenosti v pohmatu tepu, jinak se zásahem může pacientovi uškodit. Rovněž Dr. Růžička se zmiňuje o orientačním významu pulsové diagnostiky pro mimořádné dráhy. Vogralikové píší, že mimořádnými drahami se koriguje nadměrný hluboký nebo povrchní puls. Li Š'-čen, známý čínský polyhistor z 16. století, udává pro každou mimořádnou dráhu specifický puls.

Opakovaným používáním mimořádných drah dle pulsu a hodnocením pulsu před zásahem a po něm jsem utvrzen v názoru, že pulsová diagnostika má pro akupunkturu mimořádných drah naprosto prvořadý význam. Je tomu tak proto, že stav tepu je stěžejní diagnostickou známkou příslušnosti pacienta k jin či jangu. Zjistíme-li jednoznačnou převahu jin nebo jangu, je indikován zásah na mimořádné dráze. Není-li tomu tak, použijeme jiného způsobu ošetření. Na tomto místě je vhodné si připomenout varování Mgr. Anda, že vlastnosti jin-jangu jsou bohužel v několika našich publikacích uvedeny opačně. Správné hodnocení je, že jang je vše, co je lehčí, teplejší, pohyblivější, aktivnější, má tendenci se rozpínat do prostoru. Jin je vše co je těžší, chladnější, statičtější, pasivnější, má tendenci se formovat do tvarů. Jelikož přesná diagnostika jin-jangového stavu je pro akupunkturu mimořádných drah *conditio sine qua non*, je na místě si této problematice spolu s pulsovou diagnostikou všimnout blíže.

Globální porucha jin-jangu s převahou jedné či druhé polarity se většinou projeví poruchou pulsu na všech posicích oboustranně. Zjistíme tudíž kompletní převahu povrchního či hlubokého pulsu na úrovních cchun, kuan i čch' na obou stranách. Čchi je jang, krev je jin. Při nadbytku čchi (jangu) ji nedokáže nedostatečná krev (jin) udržet v hloubce. Jang dle své přirozenosti prchá do exteriéru. Projeví se to některou z forem povrchního pulsu (nejčastěji plovoucím pulsem, floating, fu-maj). Při nadbytku krve (jin) nedokáže insuficientní jang tuto udržet v exteriéru. Jin dle své přirozenosti klesá, což se projeví některou formou hlubokého pulsu (např. ponořený puls, sinking, čchen-maj). Kromě toho je třeba brát v úvahu přítomnost tachykardie (rychlý puls, rapid, šuo-maj) či bradykardie (pomalý puls, slow, čch'-maj). Převaha povrchního pulsu provázena tachykardií potvrzuje nadměrný jang. Převaha hlubokého pulsu provázena bradykardií potvrzuje nadměrnou jin. Při převaze povrchního pulsu s bradykardií se může jednat o všeobecnou prázdnotu. Při převaze hlubokého pulsu s tachykardií je nutné pomýšlet na vnitřního jangového rozvraceče. (Pozor, nepřítomnost tachykardie ho nevyklučuje.) Správná diagnostika vnitřního jangového rozvraceče je velmi důležitá. Insuficience povrchního pulsu by totiž mohla svěst k indikaci stimulace jangu, např. jangisující mimořádnou drahou, s následným zhoršením stavu. Proto je třeba posuzovat opatrně hluboký puls, zejména u brunátných pykniků. Na přítomnost jangového patogenního činitele nám může napovědět uvědomění si všeobecného chování jangu. Jang je lehký, útočný, pohyblivý, ale jeho rychlost se může též projevit v rychlém ústupu, pocítí-li větší sílu odporu. Často tudíž jangový puls je povrchní, po mírném stlačení zjistíme, že je napjatý (vůči slabší síle agresivita jangu stoupne), a posléze po dalším stlačení náhle zmizí (jang uteče před větší silou, než má on sám) a puls se ztratí. S napjatostí pulsu se můžeme setkat nejen na povrchní úrovni, ale i v hloubce. I zde potom většinou jangový puls pod větším tlakem ustoupí (uteče). Jinový puls se na stlačení chová spíše podle zásady: „Přikrč se synku, ono to přejde.“

Čili pod stlačením se stáhne, skoro ho jakoby přestaneme cítit. Když ale necháme prsty chvíli ve stejné úrovni, jinový puls opět ucítíme, je slabší, někdy tvrdší, ale není napjatý. Po opětovném stlačení se opět ztratí, a po chvíli je opět cítit. Ustupuje před naším tlakem, krčí se, ale neutíká, nemizí zcela. (Pochopitelně dostatečnou silou prstů stlačíme jakýkoliv puls, zde je nutno si uvědomit, že pracujeme s tlakem prstů adekvátnímu k pulsovému protitlaku.)

Jin-jangový stav je třeba posuzovat na jedné straně přesně, na druhé straně v celé široké komplexnosti. Důležitá je zde zejména ta vlastnost, že jakýkoliv prvek, zařazený k jin či jangu, lze ještě dál na jin a jang dělit. Toto dosti ztěžňuje základní diagnostiku, která je pouze zdánlivě snadná. Symptomy, které se nám zdají jangové mohou být jangové pouze druhotně. Za prvotní rozlišení jin-jangu je vhodné pokládat častěji rozmístění ve smyslu hloubka-povrch, analogicky jako rozlišení cang-fu na tepu. Rozlišení nahoře-dole bývá spíše druhotné, většinou již v rámci např. hlubokých orgánů cang, které jsou všechny prvotně jinové. (Není to však pravidlo, o prvotním rozdělení ve smyslu nahoře-dole je níže pojednáno.) Takto jsou např. plíce oproti ledvinám druhotně jangové, protože leží výše. V konkrétním příkladě: astmatický záchvat z přetlaku čchi na plicích je na prvý pohled záležitostí jangovou (dramatický stav, obtížné vykašlávání, dušnost, orthopnoe). Při současné prázdnotě povrchního pulsu je tento jang ale druhotný, jelikož podstata onemocnění se týká zablokování nadbytku čchi v hloubce, v orgánu cang. Jedná se proto prvotně o onemocnění jinové a uvolnění čchi do exteriéru například bodem LU7 (luo bodem, též propojovacím bodem mimořádné dráhy žen-maj) odpovídá ve skutečnosti jangisaci. Terapeutický zákrok však můžeme provést i v rámci orgánů cang, mezi nimiž jsou plíce stejně jako astmatický záchvat jangové. Akupunkturou vodního bodu plic LU5 ženeme čchi plic k ledvinám, čili dolů. V rámci orgánů cang takto provádíme jinisaci, v tomto případě druhotnou. Naopak u astmatického stavu z nedostatku čchi na plicích se na prvý pohled jedná o jinové onemocnění (suché, tiché, málo nápadné pokašlávání). Pokud však zjistíme plnost povrchního pulsu, jedná se ve skutečnosti o primárně jangové onemocnění. Ošetření zde provedeme přesunem čchi z povrchu do hloubky, tudíž jinisací. Rozhodneme-li se však pro terapeutický zákrok v rámci orgánů cang, například při prázdnotě povrchního pulsu, musíme provést přesun čchi do plic do horní poloviny těla, čili druhotnou jangisaci. Akupunkturu lze v obou případech provést jediným bodem, a sice LU9. Tento bod zajistí jak primární jinisaci převodem čchi z povrchu do hloubky, jelikož je bodem pramene (resp. bodem původu dle terminologie Mgr. Anda) plicní dráhy, tak sekundární jangisaci, jelikož je zemským bodem a přitáhne do plic čchi ze sleziny. Pro zákrok na úrovni jin-jang, a tudíž na mimořádné dráze, je třeba si tyto vztahy přesně ujasnit. Mimořádná dráha provádí jangisaci či jinisaci prvotní, což bývá většinou ve smyslu povrch-nitro. Stav, kdy ovlivníme jin-jang mimořádnou drahou ve smyslu dole-nahoře jsou ale rovněž možné. Zjistíme-li například u pacienta chladné bledé nohy a cephaléu, je možné, že stav byl způsoben z hlediska tradiční patologie únikem jangu nahoru, jelikož ho nemůže insuficientní jin udržet dole. Chceme-li docílit úpravy stavu za účelem zlepšení cephaléy (což většinou jde) a oteplení dolních končetin (což jde méně často, nicméně někdy rovněž), je vhodné, pokud tak puls ukáže, vybrat jinisující mimořádnou dráhu. Stimulovaná jin stáhne jang dolů, což se může projevit ústupem cephaléy a oteplením nohou se zlepšeným prokrvením. To však neznamená, že oteplení dolních končetin je možno docílit pouze stimulací jin. Jsou-li chladná a bledá akra dolních končetin způsobena deficitem povrchní jangové čchi při nadbytku jin v hloubce, použijeme k jejich oteplení stimulaci jangu ve smyslu přesunutí čchi z hloubky do exteriéru. Rozhodující je správné zhodnocení tepu.

Pro diagnostiku jin-jangového stavu je možno mimo pulsu použít spousty dalších známých symptomů, např. barvu tváře, hovornost, oblibu tepla či chladu, zavřeného či otevřeného okna, a podobně. Značný klinický význam má již zmíněné zhodnocení teploty aker dolních končetin. Většinou tyto parametry odpovídají pulsovému nálezu. Pokud tomu tak není, musíme pečlivě zvážit, zda jsme některý příznak nepřecenili či neohodnotili špatně. Priorita pulsové diagnostiky spočívá právě v tom, že ukazuje primární jin-jangový stav. Klinický symptom může být druhotnou, a tudíž zavádějící známkou.

Jedním z nejdůležitějších parametrů je rozdělení osmi mimořádných drah na dvě skupiny po čtyřech. Prvá skupina, kam patří dráhy žen-maj, jin-čchiao-maj, jang-wej-maj a taj-maj upravuje

nadbytek jin a nedostatek jangu. V užším slova smyslu to můžeme specifikovat jako přemístění čchi z nitra na povrch, což se většinou projevuje jako obnovení povrchního pulsu. Druhá skupina, kam patří dráhy tu-maj, jang-čchiao-maj, jin-wej-maj a čchung-maj upravuje nadbytek jangu a nedostatek jin. Obnovení hlubokého pulsu potom odpovídá přemístění čchi z povrchu do nitra. (U dráhy jin-wej-maj je to však trochu zjednodušený pohled, princip jinisace drahou čchung-maj nelze takto vysvětlit vůbec, stav bude vyloženo ve speciální části.)

Toto rozdělení je stěžejní záležitostí. Dospějeme k němu prostým uspořádáním literárně dostupných údajů. Ve čtyřech dvojicích sdružených drah najdeme vždy jednu, která má v názvu slova „wej“ nebo „čchiao“. Slovo „wej“ se překládá jako „zachovatel“ (Dr. Kajdoš) nebo „propojit, spojit, tvořit pojivo“ (Mgr. Ando). (Znak pro toto „wej“ není totožný se znakem „wej“ pro ochrannou wej-čchi). Tato slova svědčí o určité stabilisaci svého principu (jin či jang). Proto dráha jang-wej-maj je zachovatelem či spojovatelem jangu a jangový princip udržuje. Slovo „čchiao“ bývá překládáno jako „urychlovač, povzbuzovatel“ (Dr. Kajdoš) nebo „svižná chůze, zvednout patu, postavit se na špičky“ (Mgr. Ando). Tato slova svědčí o určitém uvedení svého principu (jin či jang) do pohybu. Vzhledem k tomu, že na příslušném místě v učebnici Dr. Kajdoše je u dráhy jang-čchiao-maj uvedeno, že vyvažuje nedostatek jin a nadbytek jangu a u dráhy jin-čchiao-maj je tomu naopak, dovoluji si zde pro praxi vyložit slovo „čchiao“ slovem „zahaněč“. Z hlediska jin-jangových proměn zde máme čtyři dráhy s jednoznačně definovanou funkcí:

1. jang-wej-maj, zachovatel jangu, jangisující dráha.
2. jang-čchiao-maj, zahaněč jangu, jinisující dráha.
3. jin-wej-maj, zachovatel jin, jinisující dráha.
4. jin-čchiao-maj, zahaněč jin, jangisující dráha.

Sdružené dráhy mají z hlediska jin-jangových proměn stejnou funkci. Vyplývá to z funkcí propojovacích bodů, a zejména z hodnocení stavu tepu před zákrokem a po něm. Tak například akupunkturou dráhy žen-maj a jin-čchiao-maj dochází k utlumení hlubokého a obnovení povrchního pulsu, u drah tu-maj a jang-čchiao-maj je tomu naopak. Když si proto doplníme uvedené dráhy typu „wej“ a „čchiao“ o dráhy s nimi sdružené, dostaneme 2 skupiny drah po čtyřech, z nichž jedna zahrnuje jangisující a jedna jinisující dráhy.

1. jangisující dráhy: jang-wej-maj, taj-maj, jin-čchiao-maj, žen-maj
2. jinisující dráhy: jang-čchiao-maj, tu-maj, jin-wej-maj, čchung-maj.

Zaměníme-li dráhu uvnitř uvedených dvou skupin, např. žen-maj za jang-wej-maj, obvykle se nedopustíme velké chyby. Naopak, při složitosti hodnocení symptomatologie a pulsu můžeme takto metodou pokusu a omylu někdy nevhodnější dráhu i vybrat. Provedeme-li ale záměnu jedné skupiny za druhou, např. zaměníme-li dráhu jang-čchiao-maj za jang-wej-maj, může dojít ke zhoršení stavu. Dopustíme se tím totiž klasické akupunkturální chyby, a sice doplňování plnosti a vyprazdňování prázdnoty. Sám mám v mé praxi dva takové případy. Prevencí je pečlivé zhodnocení pulsu a respektování uvedeného rozdělení na jangisující a jinisující dráhy.

To, že každá mimořádná dráha má svůj vlastní specifický pulsový nálezní, vyplývá rovněž z literárně dostupných fakt. Čili kromě již uvedené všeobecné převahy povrchního (resp. jangového) či hlubokého (resp. jinového) pulsu, nacházíme na tepu drobné změny, kterými upřesňujeme indikaci té či oné mimořádné dráhy. Jestliže Dr. Kajdoš udává, že dráha taj-maj sbírá čchi z dráhy žlučníku, je potom logické, že terapeutický zásah bude neúčinnější, když čchi ve dráze žlučníku je, tudíž když zde je zvýšený puls. Na téže dráze leží propojovací bod. Podobná je dle stejného pramene situace na dráze žen-maj, přičemž jako rezerva čchi zde figurují plíce. Propojovací bod zde nalézáme na dráze plic. Jestliže si tyto údaje doplníme o tradiční názor, publikovaný Dr. Kajdošem a Dr. Changem, že

mimořádné dráhy jsou analogické zemědělským bezpečnostním prázdným odvodňovacím kanálům, které se otevírají při přeplněnosti základních kanálů zavodňovacích, musí nás nutně napadnout analogie mezi propojovacím bodem mimořádné dráhy a brankou odvodňovacího kanálu. Tak, jako těsně za touto zavřenou brankou leží přeplněný zavodňovací kanál, tak také za zavřeným propojovacím bodem leží přeplněná oblast čchi. Zcela logicky tato oblast souvisí s drahou, na níž leží propojovací bod nebo s drahou s ní sdruženou. Nabodnutí propojovacího bodu mimořádné dráhy potom odpovídá otevření branky bezpečnostního odvodňovacího kanálu. K tomuto chápání funkce mimořádných drah nás může dovést již samotná čínská nomenklatura. Řádné dráhy se nazývají „ting“, což dle výkladu Dr. Kajdoše znamená „neviditelné proudění, jemné jako hedvábí, velice účinné“. Naproti tomu mimořádné dráhy toto označení nemají, na konci názvu každé z nich stojí slovo „maj“. Překlad tohoto je dle Mgr. Anda prosaičtější: „céva“, v tomto případě spíše „kanál“, čili něco předem připraveného na odvod přebytku. A kde má ten přebytek být nám napoví funkce dráhy (jangisující či jinisující) spolu s lokalizací a funkcí propojovacího bodu. Z výše uvedeného již nyní vyplývá výstižná funkčnost a praktičnost termínu Mgr. Anda „propojovací bod“, oproti předchozímu termínu „kardinální bod“. A jak čtenář dále uvidí, výhody tohoto termínu budou patrné ještě více.

U většiny mimořádných drah můžeme z funkce propojovacího bodu, tak jak ho známe z akupunktury drah řádných, specifický puls přímo odvodit. Např. dráha žen-maj je jangisující, jejím propojovacím bodem je luo plic, tudíž specifickým pulsem je hluboký jinový puls, z něho navíc puls plic. Plné plíce totiž vytvářejí nejlepší předpoklad pro správnou funkci luo bodu jakožto jangisačního bodu (otevře se transversální luo dráha do tlustého střeva). Jiným příkladem je dráha jang-wej-maj. Zde je propojovacím bodem luo trojitého zářiče. Má-li tato dráha jangisovat, potom musí být převaha hlubokého jinového pulsu a z něho navíc pulsu perikardu, jelikož k jangisaci luo bodem trojitého zářiče je nutná rezerva čchi na druhém konci této transversální luo dráhy - na perikardu (raději ming-menu, viz níže). Dále si uvedme dráhu tu-maj. Tato dráha je jinisující, vyžaduje proto převahu povrchního, případně ještě i napjatého pulsu. Jelikož však kardinálním bodem je tonisační bod tenkého střeva, je navíc výhodné, když všeobecná plnost povrchního pulsu vynechává tenké střevo. Prázdnota tenkého střeva je nejlepším předpokladem k zapojení funkce jeho nabodnutého tonisačního bodu. A můžeme jít ve specifikaci tohoto pulsu ještě dále. Bod SI3 je bodem dřevěným, tudíž k hladkému zapojení dráhy tu-maj je výhodný přítomný puls na dutém orgánu dřeva - žlučníku. Propojovacím bodem dráhy taj-maj je bod biorytmu žlučníku, tudíž jeho hodinové nabodnutí bude mít na žlučník sedativní účinek. Pouze propojovací body drah jin-čchiao-maj a jang-čchiao-maj nemají v akupunkturu řádných drah konkrétní funkci z hlediska distribuce čchi. Pulsový nález dráhy čchung-maj nelze pravděpodobně pomocí samotného elementu země (kde leží propojovací bod) určit. Specifický pulsový nález pro každou mimořádnou dráhu uvádí sám Li Š'-čen. Neudává při tom souvislost s orgány, na jejichž drahách leží propojovací bod, nicméně u drah žen-maj, taj-maj, jin-čchiao-maj, jang-wej-maj a jin-wej-maj je možno tuto souvislost s jeho údaji nalézt.

Pracujeme-li s jin-jangem (v tomto případě v systému mimořádných drah), nelze si nepovšimnout ještě jednoho systému, který má jin-jang rovněž ve svých názvech. Jedná se o systém vrstev čchi. Uvědomíme-li si opětovně funkci propojovacích bodů v systému řádných drah, vyplynou nám ze systému mimořádných drah a vrstev čchi pozoruhodné a klinicky významné vztahy. Je zde proto namístě se o vrstvách čchi alespoň částečně zmínit. Jedná se sice o pohled poněkud zjednodušený, ale na druhé straně toto zjednodušení je natolik lapidární, že má informačně pravděpodobně důležitější význam, než detailnější rozpracování.

Vrstva **tchaj-jang**, presentovaná močovým měchýřem a tenkým střevem, má význam převážně ochranný a detoxikační.

Vrstva **šao-jang**, presentovaná žlučníkem a trojitým zářičem, má význam zprůchodňovací, a to značně aktivně, jangově.

Vrstva **jang-ming**, presentovaná žaludkem a tlustým střevem, má význam pro tvorbu postnatální čchi ve své jangové složce, a k tomu nezbytnou funkci očišťovací, o kteroužto funkci se

dělí s vrstvou tchaj-jang. Vrstva jang-ming je nejcennějším jangem.

Vrstva **tchaj-jin**, presentovaná slezinou a plícemi, má význam pro tvorbu postnatální čchi ve své jinové složce. Svým sdružením s vrstvou jang-ming je zdrojem pro její čchi, obě vrstvy se funkčně významně doplňují. Kromě toho má význam i pro vrstvu tchaj-jang jelikož plíce generují ochrannou wej-čchi.

Vrstva **t'üe-jin**, presentovaná játry a perikardem, má význam zprůchodňovací, a to ve své jinové složce, coby zdroj pro zprůchodňovací čchi jangu vrstvy šao-jang, se kterou je sdružena transversálními luo drahami. Li Š'-čen udává, že na pulsové posici čch' vpravo se vyšetřuje puls ming-menu, nikoliv perikardu. Přijmout koncepci ming-menu místo perikardu je značně výhodné, zejména v systému mimořádných drah. Jang může být buďto ve své aktivní formě v trojitěm zářiči nebo ve svém jinovém zdroji, ming-menu.

Vrstva **šao-jin**, presentovaná ledvinami a srdcem, představuje bazi základní, kongenitální čchi organismu, ze které vše vyrůstá, a to v ledvinách spíše složku materiální, jinovou, v srdci složku duchovní. Sdružení této vrstvy s vrstvou nejzevnější (tchaj-jang) je pouze zdánlivě nelogické. Podle Su-wen je srdce císař. A i v životě jsou k císaři nejbližší nikoliv ministři či kuchaři, ale tělesní strážci.

Všimněme si nyní, ve kterých vrstvách leží propojovací body. Mimořádné dráhy, mající propojovací a sdružené body ve vrstvách jang, je mají vždy jen v jedné vrstvě. Ve vrstvě tchaj-jang jsou body drah tu-maj a jang-čchiao-maj. Ve vrstvě šao-jang jsou body drah taj-maj a jang-wej-maj. Ve vrstvě jang-ming nejsou propojovací body vůbec. Naproti tomu mimořádné dráhy, mající propojovací a sdružené body ve vrstvách jin mají východisko vždy ve dvou vrstvách. Žen-maj a jin-čchiao-maj ve vrstvách tchaj-jin a šao-jin, čchung-maj a jin-wej-maj ve vrstvách tchaj-jin a t'üe-jin. Propojovací body nevynechávají tudíž žádnou z jinových vrstev, nejsou na drahách orgánů srdce a jater.

Z uvedeného vyplývá, že systém mimořádných drah v maximální možné míře šetří orgány, na kterých propojovací body nejsou. Globálně zákrokem sice ovlivníme celý systém jin-jang, ale ve výchozím stavu a prvotním nasměrování jsou rozdíly. Výchozí informační stav čchi vhodně usměrněný příslušným propojovacím bodem je více nasměrován k určité vrstvě čchi, kterou primárně ovlivní spolu s její funkcí. Přestože přirozeným důsledkem je potom ovlivnění celého systému jin-jang, lze v tomto primárním ovlivnění jisté funkční rozdíly pozorovat a také jich využívat. Blíže bude tato problematika probrána ve specifikované teorii - v kapitole o jednotlivých mimořádných drahách.

Pro vztah mimořádných drah ke kongenitální čchi je vhodné si uvědomit tvrzení Li Š'-čena, které jsem uvedl již výše v odstavci o vrstvě t'üe-jin, a sice že na poloze čch' vpravo vyšetřujeme puls ming-menu. Jelikož my na tomto místě vyšetřujeme puls perikardu, dejme si pro účel vysvětlení tohoto odstavce (a asi i nejen tohoto) mezi pojmy perikard a ming-men rovnítko. Ledviny a ming-men jsou sídlem kongenitální čchi, a sice v ledvinách spíše jinová složka, v ming-menu jangová. Při akupunktuře jakékoliv mimořádné dráhy s těmito dvěma orgány pracujeme propojovacím nebo sdruženým bodem, ať již přímo, nebo nepřímo pomocí jejich sdružených jangových drah močového měchýře nebo trojitěho zářiče. Tímto si tradiční tvrzení, že mimořádné dráhy slouží k rozvádění kongenitální čchi, můžeme logicky vysvětlit. Proto také k terapeutickému zásahu, ať již jangisaci nebo jinisaci, používáme při akupunktuře mimořádné dráhy více či méně právě tuto nejcennější složku čchi, kterou je člověk vybaven. Z toho vyplývá vysoká účinnost, ale také nutnost správné diagnostiky, při použití takového zákroku.

Technický popis akupunktury mimořádné dráhy je tento: Každou mimořádnou dráhu otevřeme jediným bodem, kterému se říká propojovací (kardinální dle Dr. Kajdoše). Tento bod nabodáváme pouze na jedné straně, u muže vlevo, u ženy vpravo. Dále nabodneme kontralaterálně propojovací bod sdružené dráhy (tzv. sdružený bod). Rozhodneme-li se k nabodnutí některých vlastních bodů, ležících na mimořádné dráze, provedeme jejich akupunktuře ještě před nabodnutím sdruženého bodu (já sám jsem to zatím provedl pouze několikrát). Jehly se zavádějí kolmo do hloubky a po zavedení se

s nimi nijak nemanipuluje, ani se nevyčkává na dosažení charakteristických pocitů te-čchi. Ponecháme je zabodnuty minimálně půl hodiny, nejraději hodinu. Odstraňujeme je tak, že nejprve zrušíme punkтуру sdruženého bodu, potom teprve propojovacího. Udává se, že je vhodné na závěr nabodnout na několik minut sdruženou dráhu jako hlavní, čili přepíchnout jehly z levé strany na pravou a opačně. (Toto přepíchování já sám již nedělám. Důvodem je to, že pacient, ležící hodinu se dvěma zapíchnutými jehlami nemá strach z dalšího píchání na závěr sezení, což připívá k jeho pohodě. Klinický efekt je dle mých zkušeností stejný.)

Zmiňovat se o symptomatologii jednotlivých drah je zavádějící. Zákrok na konkrétní dráze indikujeme po komplexním zhodnocení stavu - symptomů, jejich charakteru, lokalisace (existuje jistý vztah mezi průběhem dráhy a lokalisační potíží), pulsu, toto vše převést na společného jmenovatele jin-jangu.

Tak, jako při jiných způsobech TA, i u akupunktury osmi mimořádných drah stačí dlouhé intervaly mezi jednotlivými sezeními, zpočátku 1x týdně. Klinický efekt je většinou zřejmý po třetím sezení. To je také počet sezení, do kterých by měl být jasný případný neúspěch. Stav se po čtyřech až šesti sezeních většinou stabilisuje natolik, že je možno hledat postupným prodlužováním intervalu interval mezi jednotlivými sezeními co nejdéle. Za ideální stav (bohužel se vždy nedaří) je možno pokládat ten, kdy pacient s chronickými potížemi je natolik kompenzován, že dochází k sezení 1x za 3 měsíce.

### 8.3. SPECIFIKOVANÁ TEORIE

#### 1. Mimořádná dráha žen-maj (renmai)

propojovací bod LU7  
sdružený bod KI6

Je jednou z hlavních drah uvolňujících přebytek jin a nedostatek jangu. Tím, že je umístěna v ose těla zepředu je také dána její symptomatologie, která je převážně orgánová. V učebnici Dr. Kajdoše je uvedeno, že 3 z jejích bodů (9, 12 a 17) představují sběrnou síť, kterou je odčerpávána nadměrná čchi z plic. Z toho logicky vyplývá bližší pulsový nález: kromě všeobecné převahy hlubokého pulsu by měl být navíc silnější puls plic. Detailnější funkce vyplyne ze vztahu propojovacího bodu k vrstvám čchi. Propojovací bod je bodem luo plic. Nadměrná čchi plic je tudíž tímto bodem uvolněna primárně do orgánu tlustého střeva - tudíž právě do vrstvy jang-ming, na které samotné není jediný propojovací bod a jejíž čchi je tím před zapojením do systému mimořádných drah jakožto základního zdroje oddělena a ochráněna. Uvolněním čchi plic se začne uvolňovat též směrem k tomuto orgánu čchi její matky - sleziny, čili dochází k primárnímu uvolnění vrstvy tchaj-jin a posílení jang-ming, čili subsystému, majícímu základní vliv na tvorbu postnatální čchi. Tím, že jangisace směřuje primárně do tlustého střeva a sekundárně do jeho syna v cyklu šeng orgánů fu - močového měchýře, je dána další funkce probuzeného jangu dráhou žen-maj - detoxikační a ochranná, tato navíc potencovaná tím, že plíce po uvolnění zablokované čchi mohou sloužit lépe jakožto zdroj wej-čchi.

Při respektování základního pulsového nálezu je možno dráhou žen-maj zkusit ovlivnit četné orgánové potíže, např. průjmy, bronchiální asthma a další. Dráhu je možno použít u stavů povrchního nedostatku čchi. Tito pacienti mají někdy mírnou i vážnější formu diabetes mellitus s projevy polyneuropathie. Projevuje se to často hypesthesiemi a parestesiemi - čili symptomy nedostatku povrchní jangové čchi. Z hlediska čistě ortopedického se specifickým pulsem, indikujícím akupunkturu dráhy žen-maj, setkávám nejčastěji u lumbagií a coxarthros. Může se však jednat o zcela jiné potíže. Stěžejní je pulsový nález, symptomatologie druhotná. Mimořádná dráha žen-maj je jangisujícím subsystémem s reservoárem čchi v hloubce.



## 2. Mimořádná dráha jin-čchiao-maj (yinqiaomai)

propojovací bod KI6  
sdužený bod LU7

Je drahou sduženou s žen-maj. Na těle probíhá poměrně blízko dráhy žen-maj, navíc je typická svým průběhem po vnitřní straně dolních končetin. Kromě všeobecné převahy hlubokého pulsu by měl být trochu silnější puls ledvin. Indikační schéma můžeme stručně shrnout takto: příznaky i puls jin s koncentrací potíží pacienta na vnitřní stranu dolních končetin, navíc převaha pulsu ledvin. Propojovací bod je ve vrstvě šao-jin. Přestože nemá žádnou funkci v systému řádných drah, je vhodné pokládat za jeho funkci nasměrování jangisace do sduženého orgánu s ledvinami - močového měchýře (na druhé straně se nejedná o bod lu, tudíž nedojde k vyslovenému propojení ledvin s močovým měchýřem, což chrání čchi ledvin před přílišným uvolněním). Je tím zvýrazněna funkce detoxikační, a následným přenesením čchi močového měchýře na jeho syna v cyklu šeng na orgánech fu - žlučníku, funkce zprůchodňovací.

## 3. Mimořádná dráha taj-maj (daimai)

propojovací bod GB41  
sdužený bod TE5

V indikovaných případech vynikající terapeutický prostředek k léčbě bolestivých stavů lokalizovaných převážně na laterální část těla. Klíčem k pochopení funkce této dráhy jsou dvě zmínky v učebnici Dr. Kajdoše. Prvá se týká indikace - a sice stavy, u kterých bolest tvoří dominující příznak. Druhou, která pro mne osobně znamenala stěžejní podnět ke studiu a využívání mimořádných drah, cituji doslova: „Stabilisuje čchi ve všech drahách tím, že ji sbírá z dráhy žlučníku.“ Z této věty vyplývá, že puls žlučníku by měl být výraznější. Dráha má jangisující efekt, přičemž reservoár čchi tvoří jangová dráha žlučníku. Svým pásovým průběhem dráha posbírání čchi žlučníku a rozloží ji tam, kde má být, převážně do jangových drah. Na vlastní dráhu žlučníku působí sedativně. Pulsový nález je tudíž tento: převaha hlubokého pulsu a z povrchního plnost převážně či spíše pouze na žlučníku. Odpovídá to částečně i tvrzení Li Š'-čena, který jakožto specifický puls pro dráhu taj-maj udává napružený puls (tight, řin-maj) na posici kuan. Oslabením čchi žlučníku dojde dle pravidla manžel - manželka k posílení čchi žaludku. Opět se tudíž jedná o primární posílení vrstvy jang-ming. Jangisace touto drahou je značně šetrná - přestože dráha taj-maj jang uchovává, posiluje primárně čchi hlubší vrstvy (z šao-jang do jang-ming). Otevření transversální lu dráhy ming-menu do trojitého zářiče sduženým bodem vede mimo posílení zprůchodňovací funkce rovněž k posílení žaludku jakožto syna trojitého zářiče v cyklu šeng na orgánech fu - tudíž další posílení vrstvy jang-ming. Po ukončení akupunktury mimořádné dráhy taj-maj nalezneme dobře rozložený rovnoměrný puls orgánu fu a lehké změkčení hlubokého pulsu. Při dostatečném množství čchi v dráze žlučníku tudíž dráha taj-maj dokáže doplnit nedostatek čchi na jiných potřebných místech. Osvědčuje se proto při již uvedené indikaci akroparestesíí podobně jako dráha žen-maj, někdy v následujících sezeních po dráze žen-maj. Základem indikace však zůstávají bolestivé stavy, např. dekompenzované coxarthrosy i těžšího stupně, hemikranie a jiné. (Někdy se dá i usoudit na somatotyp těchto pacientů. Jsou spíše bledí, s lehkou nebo i větší nadváhou. Bolest je unavuje, boj s ní vzdávají. Jakoby jim z celého jangu zůstala jen bolest. Toto ale neabsolutisovat, důležitý je pulsový nález.) Vcelku se jedná spíše o bolesti laterální strany těla z nadbytku čchi (častěji) nebo bolesti jiných, spíše jangových částí těla z nedostatku čchi (méně často, jde o analogii k již zmíněným parestesíím). Možnost ovlivnění lumbagií touto drahou vyplývá nejen z její funkce a jejího průběhu, ale též z její možnosti optimalisovat čchi žlučníku. Šlachosvalová dráha žlučníku má totiž svou odbočku z trochanterické krajiny přes horní část m. gluteus maximus až k SI skloubení.

Přes svou oblibu mimořádné dráhy taj-maj však varuji před její paušální aplikací. Záměna hlubokého jangového rozvraceče za hluboký jinový puls se mi u jednoho pacienta stala právě při akupunktuře této dráhy a jangisační efekt se projevil celkovým zhoršením stavu, objevením se

kardiálních příznaků, pro které byl pacient po neúspěchu Nitroglycerinu hospitalisován na interním oddělení. Tam se sice neprokázalo zhoršení ICHS ani hypertense, jako akupunkturista však musím hodnotit takovýto zásah do EI úrovně pacienta jako nebezpečný neúspěch. Mimořádná dráha taj-maj je jangisujícím subsystémem s reservoárem čchi na povrchu.

#### **4. Mimořádná dráha jang-wej-maj (yangweimai)**

propojovací bod TE5  
sdružený bod GB41

Představuje pravděpodobně nejúčinnější jangisující mimořádnou dráhu. Proto je vhodná při její indikaci opatrnost. Zejména se to týká bolestivých stavů, které často bývají z nadbytku čchi a jangisací by se mohly zhoršit. Principem jangisace je uvolnění jangové čchi z jejího jinového rezervoáru ming-menu do trojitého zářiče propojovacím bodem, kterým je luo trojitého zářiče. Převedení čchi na trojitý zářič vede ke zprůchodnění organismu, což je i funkce posílené vrstvy šao-jang. Částečné zmírnění této silné jangisace je dáno tím, že trojitý zářič převádí část čchi svému synu v cyklu šeng na orgánech fu - žaludku, s posílením vrstvy jang-ming. Čili podobná funkce, jako u dráhy taj-maj, jenže zde se jedná o primární funkci zprůchodnění, zatímco u dráhy taj-maj je primárně posílena vrstva jang-ming. Dráhu je vhodné indikovat tehdy, když se potíže vysloveně koncentrují na nedostatek jangu - parestesie končetin, slabosti. Její indikace u zánětlivých onemocnění vyplývá z celkového posílení jangu včetně ochranné wej-čchi - další indikace, vyplývající z povrchního nedostatku. Specifickým pulsem této dráhy je výraznější puls perikardu, resp. ming-menu. I toto odpovídá částečně tvrzení částečně Li Š'-čena. Ten uvádí pro dráhu jang-wej-maj mimo jiné puls na posici čch' plovoucí (floating, fu-maj) a plný (full, š'-maj). O lateralitě se Li Š'-čen nezmiňuje.

#### **5. Mimořádná dráha jang-čchiao-maj (yangqiaomai)**

propojovací bod BL62  
sdružený bod SI3

O této dráze je vhodné se zmínit hned po dráze jang-wej-maj. Průběhem jsou si tyto dvě dráhy velmi podobné, symptomatologií a indikací však odlišné a vzájemně protikladné. Z hlediska funkce je dráha jang-čchiao-maj zahaněč jangu, má tudíž jinisující efekt. K její indikaci je zapotřebí kromě symptomatologie insuficience hlubokého a přebytek povrchního pulsu, navíc je vhodný přebytek pulsu močového měchýře. Z hlediska vrstev čchi se jedná o utlumení nadbytku čchi ve vrstvě tchaj-jang. Tato vrstva je sdružena s vrstvou šao-jin, k jejímuž posílení při akupunktuře této dráhy dochází. Na druhé straně propojovacím bodem této dráhy (a rovněž s ní sdružené dráhy tu-maj) není luo bod, tudíž nedochází k bezprostřednímu přenosu nahromaděné jangové čchi z vrstvy tchaj-jang do nejcennější vrstvy šao-jin. Má-li pacient bolesti, které zhruba odpovídají místům, kudy dráha jang-čchiao-maj prochází, můžeme se za respektování pulsového nálezu pokusit o analgetisaci touto drahou. Takto se dají utlumit např. pseudoradikulární bolesti dolních končetin, bolesti ramene, neuralgie druhé větve trigeminu, coxarthrosy, občas i pravé kořenové bolesti horních končetin, dle mých zkušeností ale nikoliv dolních. (Somatotypicky se tyto pacienti dost shodují s typem, popsaným níže u mimořádné dráhy tu-maj.) Nebezpečná může být záměna dráhy jang-čchiao-maj za dráhu jang-wej-maj, k čemuž by mohl vést podobný průběh, nebo taj-maj, vzhledem k bolestivým stavům. Prevencí těchto chyb je pečlivé zhodnocení úrovně hlubokého pulsu. Dráhy jang-wej-maj a taj-maj vyžadují na rozdíl od dráhy jang-čchiao-maj výraznější hluboký puls.

Setkávám se občas s pulsovým nálezem, který je přítomen u různých bolestí, většinou hlavy, vysoce resistentních na jakoukoliv léčbu, včetně akupunktury. Nazval jsem si ho „manželská hádka“. Manželská hádka je charakteristická slabým hlubokým pulsem a silnějším povrchním, z něj mimořádně silným pulsem žaludku a žlučníku. Dráha jang-čchiao-maj tyto stavy řeší poměrně velice dobře.

#### **6. Mimořádná dráha tu-maj (dumai)**

propojovací bod SI3  
sdružený bod BL62

Je hlavním regulátorem jangu, to znamená, že je schopna nadměrný jang ovládnout, utlumit, poslat ho tam, kde má být a vyvážit ho druhotnou stimulací jin. Celkově je dráha tudíž jinisující. Svým průběhem přes páteř je také dána její symptomatologie a to jsou v podmínkách ortopedické ambulance hlavně bolesti v zádech. Její záběr je však podstatně širší. Je jí možno použít v nejrůznějších případech např. polytopních bolestí lokalizovaných na jangové oblasti těla, různých funkčních neurologických stavů, např. závratí bez prokázané organické příčiny. K její indikaci je zapotřebí převaha povrchního a insuficience hlubokého pulsu. Odpovídá tomu i údaj Li Š'-čena, který uvádí, že typickým pro dráhu tu-maj je plovoucí puls (floating, fu-maj) na všech úrovních. Může být rovněž strunovitý (wiry, sien-maj) a dlouhý (long, čchang-maj). (Tyto údaje mají pro indikaci dráhy tu-maj značný význam - Li Š'-čen zde popisuje puls na všech třech pozicích. Kromě dráhy tu-maj tak činí pouze u dráhy čchung-maj. U ostatních mimořádných drah popisuje puls pouze jedné pozice.) Tento pulsový nález spolu s odpovídající uvedenou symptomatologií dokáže mimořádná dráha tu-maj často dobře zvládnout. (I u této dráhy se setkáváme se somatotypem pacientů. Jedná se obvykle o aktivní, štíhlé jedince, mnohdy sportovce, občas s hypermobilní bederní páteří. Je možno vystihnout určitou psychickou tensi, s jakou se tito pacienti snaží o udržení zevnějšku. Ženy bývají namalované, s pečlivě udržovanými účesy. Zmíněná psychická tense se odráží v somatických potížích, které bývají polytopní, často se lokalizují na jangové oblasti těla - bolesti zad, hlavy, funkční cervikobrachiální syndromy. I zde je žádoucí posuzovat somatotyp druhotně, prioritu má pulsový nález.) Vzhledem k tomu, že propojovacím bodem je tonisační (dřevěný) bod tenkého střeva, je možno jako bližší pulsový nález specifikovat zároveň slabost pulsu tenkého střeva. Nejedná se ale o podstatný symptom, důležitý je výše uvedený údaj Li Š'-čena. Stejně jako v případě dráhy jang-čchiao-maj, se v případě akupunkturního zákroku na dráze tu-maj jedná o primární utlumení vrstvy tchaj-jang a posílení vrstvy šao-jin. Rovněž zde je ale vrstva šao-jin ochráněna před přímým přestupem čchi z vrstvy tchaj-jang tím, že propojovacím bodem není bod lu. Tonisací tenkého střeva propojovacím bodem je dáno zdůraznění očištné funkce, jelikož jednou z hlavních funkcí tenkého střeva je oddělení čistého od nečistého. Tím je logicky vysvětleno působení v četných neurologických indikacích. Právě nervová tkáň je velmi citlivá na toxické působení, což se projevuje například rozmanitou symptomatologií při polyneuropatiích. V učebnici Dr. Kajdoše je uvedeno, že tato dráha je indikována u pocitů mrtvění v akrálních částech končetin. Zdánlivě to odporuje logice, jelikož parestesie jsou projevem nedostatku. Na příkladu dráhy tu-maj je možno si ale dobře ukázat jak zcestná může být indikace dle symptomatologie. Některé parestesie mohou být totiž i z nadbytku. Tento nadbytek však v tomto případě představuje stagnaci nadbytku se zablokováním pohybu čchi. Čchi je v akrech skutečně v nadbytku, nehýbe se však, čímž způsobí příznaky nedostatku. Nabízí se zde analogie s varikositami, kdy stagnující krev ve varixech nezajistí dostatečnou výživu tkání, čímž je v důsledku hypoxie zahájen circulus vitiosus směřující k bércovému vředu, přestože krev je zde v nadbytku. Takovéto parestesie potom řešíme drahou tu-maj. Stagnující povrchní nadbytek je převeden do prázdnoty hloubky, uvolní se blokáda čchi, dojde k cirkulaci čchi a parestesie mohou ustát. Diagnosticky odlišíme stagnaci nadbytečné čchi a nedostatek čchi správným zhodnocením pulsu. Mimořádná dráha tu-maj je jinisujícím subsystémem s reservoárem čchi na povrchu.

## **7. Mimořádná dráha jin-wej-maj (yinweimai)**

propojovací bod PC6  
sdružený bod SP4

Patří rovněž do skupiny drah upravujících nedostatek jin a nadbytek jangu. Specifickým pulsovým nálezem je výraznější puls trojitého zářiče. Akupunkturním zákrokem přejde čchi otevřením transversální lu dráhy propojovacím bodem do ming-menu, čímž dojde ke stimulaci jin umístěním jangové aktivity do jinového rezervoáru. Čili jedná se o primární přesun čchi z vrstvy šao-jang do t'üe-jin. Puls by měl být spíše povrchní. U této dráhy udává ale Li Š'-čen puls nikoliv povrchní, ale mimo jiné ponořený (sinking, čchen-maj) a plný (full, š'-maj) na pozici čch', také zde bez udání laterality.

Souvisí to pravděpodobně se sdružením dráhy jin-wej-maj s drahou čchung-maj a možností ovlivnit oběma drahami hlubokého jangového rozvraceče. Každopádně je zde pro diagnostiku dráhy jin-wej-maj uveden význam pozice čch'.

Z klinické praxe zjišťuji, že přestože se řídím spíše pulsem než symptomatologií, vychází mi tato dráha relativně nejčastěji jakožto terapeutický zákrok v těch případech, kdy je třeba stáhnout jang shora dolů pomocí jin, aby došlo k odeznění příznaků nedostatku v dolních končetinách. Může se jednat o chlad, kauzalgie, křeče, též známý „syndrom neklidných nohou“, který jinisující mimořádná dráha (přesněji indikovaná pochopitelně až po zhodnocení tepu, stejnou symptomatologií principiálně podobně můžeme ovlivnit drahou tu-maj nebo jang-čchiao-maj) dokáže někdy zmírnit.

Mimořádná dráha jin-wej-maj má někdy svou specifickou symptomatologii spočívající v různých intenzitách bolestí na hrudníku sdruženými s bolestmi hlavy. EKG nález bývá negativní. S těmito stavy jsem se setkal dvakrát, vždy byl dobře stlačitelný hluboký puls a výraznější povrchní. V obou případech vedla punktura této dráhy k dobrému terapeutickému efektu.

Z čistě ortopedického hlediska se mi tato dráha osvědčuje u stavů s nadbytkem jangu u coxarthros s bolestmi v inguinách, což odpovídá průběhu dráhy.

## 8. Mimořádná dráha čchung-maj (chongmai)

propojovací bod SP4  
sdružený bod PC6

Dle Dr. Kajdoše má tato dráha má vliv na orgány cang, usnadňuje pohyb blokové čchi v drahách a působí jakožto distributor čchi. Dle Mgr. Anda má kontakt se všemi dvanácti drahami, navíc i žen-maj a tu-maj. Dokáže tudíž zablokovanou čchi cangů uvolnit a rozložit do celého těla. Li Š'-čen uvádí, že typickým pulsem této dráhy je puls pevný (firm, lao-maj), strunovitý (wiry, sien-maj) a plný (full, š'-maj) na všech úrovních. Z toho vyplývá možnost přítomnosti jangového patogenního činitele v orgánech cang, případně zablokovaný jang v orgánech cang stlačený tam zevním jinovým rozvracečem - chladem. Princip jinisace drahou čchung-maj spočívá ve zvládnutí tohoto hlubokého zablokovaného jangu v orgánech cang a jeho (již ovládnutého) rozprostření do celého organismu. Indikovat tuto dráhu proto vyžaduje zkušenosti v hodnocení pulsu, zejména schopnost rozlišit jin-jangové proměny na úrovni hlubokého tepu. Nelze zde spoléhat na prosté rozlišení povrchního a hlubokého tepu. Každopádně uvedený pulsový nález tvrdosti a napjatosti ve velké hloubce značí velkou jangovou potenci. Vzhledem k tomu, že propojovacím bodem této dráhy je luo sleziny, je jedním z mechanismů jejího efektu propojení cangů s žaludkem, což v akupunktúře představuje jeden ze základních principů jejich léčby. Opět zde vidíme uvolnění čchi do vrstvy jang-ming, tentokrát luo bodem sleziny, což je propojovací bod dráhy čchung-maj. Primárním ovlivněním vrstvy jang-ming dochází k obnově harmonisace tvorby postnatální čchi se zpětným ovlivněním výživy cangů. Další vlastností této dráhy je, že uvolněním čchi sleziny dochází k odstranění blokády cangů nejprve na tomto orgánu. Uvolní se tudíž přetlak čchi cangů nejprve do sleziny, a to z jeho matky - srdce. Do uvolněného srdce potom může plynout čchi jeho matky, jater. Vidíme tudíž, že uvolnění blokády čchi cangů mimořádnou drahou čchung-maj vede k harmonisaci čchi obou jinových orgánů, které nemají na svých drahách propojovací body - srdce a jater. Z hlediska ovlivnění dolních končetin je důležitý údaj Mgr. Anda o větvi dráhy čchung-maj, která sestupuje po vnitřní straně stehna a lýtka za kotníkem k chodidlu a palci nohy. Podobně, jako sdruženou drahou jin-wej-maj je možno tudíž i drahou čchung-maj při respektování uvedeného pulsového nálezu někdy docílit zlepšení prokrvení dolních končetin. Jinak je symptomatologie dráhy převážně orgánová. Mimořádná dráha čchung-maj se jinisujícím subsystémem s reservoárem čchi v hloubce.

## 8.4. ZÁVĚR

Akupunktura mimořádných drah představuje nesmírně širokou terapeutickou oblast. Jiné druhy akupunktury tvoří často určitý okruh, do kterého nelze již nic vložit a nic z něj ubrat. Týká se to např. regulace čchi cangů, velké punkтуры a podobně. Oproti tomu se stoupajícími znalostmi a zkušenostmi se nám bude spektrum použití mimořádných drah stále více rozšiřovat. Diagnostika je

zde sice náročná, ale spíše na vědomosti lékaře než na časový faktor. Samotné technické provedení akupunktury mimořádné dráhy je jednoduché, na časové zatížení akupunkturisty klade minimální nároky. Lékaři to umožňuje plně se i při provádění akupunktury věnovat svému základnímu oboru evropské medicíny. Používání mimořádných drah je v pravém slova smyslu celostní léčebnou metodou. Potvrzují to léčebné efekty těch symptomů, o kterých se pacient pro své základní potíže nezmínil, např. zlepšení dysurie u léčby spondylalgií drahou tu-maj, průjmů u léčby akroparestesí drahou žen-maj a podobně. Z toho vyplývá možnost využití tohoto způsobu terapie v nejrůznějších lékařských oborech. Ze zorného pole svého oboru bude pochopitelně pohled každého specialisty na pacienta jiný. Celostní akupunkturní nazírání však povede všechny k podobným závěrům, které jsou prací přímo s jin-jangem vyjádřeny ve své nejlapidárnější podobě právě mimořádnými drahami.

## 9. NĚKTERÉ TECHNICKÉ PROBLÉMY AKUPUNKTURY

V této kapitole uvedu své názory na některé problémy, které nejsou v učebnicích dostatečně rozvedeny. Sám jsem si na ně kladl otázky a nabízím čtenáři své odpovědi na ně.

### 9.1. LOKALISACE AKUPUNKTURNÍHO BODU

Za nejlepší charakteristiku palpačního vjemu akupunkturního bodu pokládám toto: Kůže nad akupunkturním bodem je palpačně jiná než v jeho okolí. Bod nalézám takto: podle šířky pacientova palce si na své ruce najdu analogický rozměr (např. šířku svého malíku v DIP kloubu u subtilních žen etc.) a odpočítávám takto jednotlivé cuny. V nalezeném místě potom hledám bod jemnou palpací. Pro spolehlivější palpační vjem se mi někdy vyplácí při orientačním nalezení místa v rozsahu cca 2-3 cm k přesné lokalizaci v této oblasti zavřít oči. Při nejistotě používám hlubší palpaci a orientuji se podle bolestivosti.

### 9.2. VÝCHOZÍ MÍSTO K NALEZENÍ BODŮ NA BÉRCI.

V učebnicích je vesměs uvedeno, že bod se nalézá příslušný počet cunů nad kotníkem. Není však uvedeno, nad kterou částí kotníku. Osvědčuje se mi, když jako výchozí bod používám nejvíce prominující místo kotníku, tudíž ani bazi, ani hrot. Lokalizace bodů takto vychází poměrně dosti nízko, palpační vjemy, te-čchi a klinické efekty mi tento způsob ale potvrzují. Důležité je to zejména na distálním bérce na mediální straně, která je topograficky z hlediska akupunkturních bodů dosti náročná.

### 9.3. SPORNÉ BODY

V různých učebnicích jsou body uváděny na jiných lokalizacích. Nejnápadnější to je, když použijeme lokalizaci bodů dle Bachmanna, ze které vychází Dr. Kajdoš. Lokalizace některých bodů je zde uváděna na podstatně jiných místech, než např. v učebnici Dr. Růžičky. Studujeme-li další prameny, musíme spíše dát za pravdu systému, který uvádí Dr. Růžička. Podobné detailnější problémy nalézáme i mezi jinými literárními údaji o lokalizaci. Uvedu zde lokalizaci některých sporných bodů tak, jak se mi osvědčují.

**PC5** - skupinové luo jinových drah horních končetin. Používám lokalizaci dle Dr. Růžičky, 3cuny nad středem zápěstí volárně mezi šlachami m. flexor carpi radialis a m. palmaris longus. Dr. Kajdoš uvádí 4 cuny.

**TE8** - skupinové luo jangových drah horních končetin. Lokalizace je 4 cuny nad středem zápěstí dorsálně uprostřed předloktí, ale pozor, pouze v supinaci. Pronací se tento bod posunuje značně ulárně, což je dobře znázorněno na akupunkturním modelu Seirin.

**TE5** - luo trojitého zářiče, kardinální bod mimoř. dráhy jang-wej-maj. 2 cuny nad středem zápěstí na dorsu předloktí dle všech pramenů. Platí ale v menší míře totéž, co u bodu TE8, pronací se posunuje poněkud ulnárně.

**PC3** - vodní bod perikardu. Nutno píchat opravdu těsně ulnárně od šlachy m. biceps brachii. Píchneme-li ho více ulnárněji, hrozí zejména při tonisační punktuře poranění n. medianus.

**PC8** – bod biorytmu perikardu. Jeho lokalizace je udávána na dvou odlišných místech. Dle Dr. Růžičky je mezi 3. a 4. metacarpem, dle Dr. Kajdoše a čínských map mezi 2. a 3. metacarpem. Používám obě varianty, spíše Kajdošovu.

**LR4** - dle Dr. Růžičky a čínských map je hlezenném ohbí ventrálně na vnitřním okraji šlachy m. tibialis anterior. Dle Dr. Tykočinské se nachází mezi šlachami m. extensor hallucis longus a m. tibialis anterior. Dr. Kajdoš uvádí tento bod zřejmě omylem stejně jako bod ST41, t. j. mediálně od m. extensor digitorum. Dle mých zkušeností s poměrně častým pícháním bodu LR4 v jarním období tonisačním způsobem (kovový bod jater, přitahuje do jater čchi plic) je nevhodnější píchat tento bod dle Dr. Tykočinské, t.j. na přední stranu hlezenného ohybu mezi šlachy m. extensor hallucis longus a m. tibialis anterior. Píchání mediálně od šlachy m. tibialis anterior je silně bolestivé. Topografie bodů je tudíž z mediální na laterální stranu na předním ohbí hlezna takto: M. tibialis anterior, bod LR4, m. extensor hallucis longus, bod ST41, m. extensor digitorum longus.

**LR5** - luo jater. Tento bod se nachází na kosti trochu ve předu od zadní mediální hrany tibie na mediální straně tibie 5 cunů nad vnitřním kotníkem. Pokud bychom píchli za kost nabodneme spíše bod KI 9, i když tento je až 1 cun za hranou kosti.

**SP9** - vodní bod sleziny. Osvědčuje se mi ho vyhledávat dle literárního pramene, který jsem již zapomněl. Vyhledáme poměrně snadno nalezitelný bod GB34 na laterální straně bérce. Bod SP9 se nachází přesně proti němu na mediální straně bérce na vnitřní straně tibie.

**KI1** - dřevěný bod ledvin. Je snadno nalezitelný. Zmiňuji se o něm pouze proto, že kolem tohoto bodu je rozšířena pověst extrémní bolestivosti a obtížné píchatelnosti. Vzhledem k tomu, že při regulaci čchi cangů v jarním a letním období jsem ho byl nucen opakovaně píchat, rád bych tuto nit hrůzy a obav na základě svých zkušeností přestříhl. Silnější jehlou je bod nabodnutelný zcela snadno, bolestivost je při zavádění jehly poněkud větší vzhledem k tloušťce kůže. Po zavedení jehly je vjem stejný, jako u jiných bodů, t.j. již bez bolestí. S vyloženou bolestivostí tohoto bodu jsem se setkal jenom jednou.

**SI3** – dřevěný bod tenkého střeva, propojovací bod mimořádné dráhy tu-maj. Snadno nalezitelný. Zmiňuji se o něm proto, že dle mých zkušeností patří k nejbolestivějším bodům, což na rozdíl od bodu KI1 nebývá uvedeno v literatuře.

## **9.4. JAK SI ZAPAMATOVAT BODY NA ZÁDECH NA DRÁZE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE:**

**Body UB11 až UB17:** Prvá číslice z uvedeného dvojciferného čísla určí, o který trn se jedná, druhá příslušný obratel:

Bod UB12: 1.(prvý) trn je z obratle Th2 – bod se tudíž nalézá 1,5 cunu laterálně mezi trny Th2 a Th3.

Bod UB15: 1. (prvý) trn je z obratle Th5 – bod se tudíž nalézá 1,5 cunu laterálně mezi trny Th5 a Th6

**Body UB20 až 26:** Opět prvá číslice z uvedeného dvojčíslí určí trn obratle, druhá o který obratel se jedná:

Bod UB22: 2. (druhý) trn je z obratle L2, bod se tudíž nalézá 1,5 cunu laterálně mezi trny L1 a L2.

Bod UB24: 2. trn je z obratle L4, bod se tudíž nalézá 1,5 cunu laterálně mezi trny L3 a L4

Bod UB20: 2. trn je z obratle L0, čili Th12, bod se tudíž nalézá 1,5 cunu laterálně mezi trny Th11 a Th12.

**Body UB41-46:** pravidlo 1-2-3: Ke druhé číslici z dvojčíslí dodáme další 2 číslice z posloupnosti přirozených čísel po jedné a máme trny příslušných obratlů:

Bod UB41 je 3 cuny laterálně mezi trny Th2 a Th3 (41-2-3)

Bod UB43 je 3 cuny laterálně mezi trny Th4 a Th5 (43-4-5)

**Body UB50-52:** zde stejné pravidlo jako UB11-17, pouze místo první číslice 1 je číslice 5 (v češtině se obě řadové číslice vysloví stejnou souhláskou – první, pátý.)

Bod UB51: první trn je L1, bod se nachází 3 cuny laterálně mezi trny L1 a L2

Bod UB50: první trn je L0 – čili Th12, bod se nalézá 3 cuny laterálně mezi trny Th12 a L1

**Body UB31-UB34:** druhá číslice značí příslušný sakrální otvor, nad kterým se bod nalézá

Bod UB31 je nad prvním foramen sacrale dorsale

Bod UB33 je nad třetím foramen sacrale dorsale

**Body UB27-UB30:** nacházejí se 1,5 cunu laterálně od středu sakra vždy laterálně od bodu, který je v pořadí o 4 čísla dál:

Bod UB30 se nachází 1,5 cunu laterálně od středu sakra laterálně od bodu UB34 – čili laterálně od 4. foramen sacrale dorsale.

**Samostatně se je třeba se naučit těchto 7 bodů: UB18, UB19, UB47, UB48, UB49, UB53 a UB54**

## 9.5. TOPOGRAFIE OBRATLOVÝCH TRNŮ

Th1 - na spojnici obou acromií

Th3 - při addukci paží k němu směřují obě spiny scapulae

Th5 - na spojnici horních okrajů zadních axilárních řas

Th8 - mezi koncem dolních úhlů lopatek při addukci paží.

L1-2 - na spojnici dolních okrajů distálních žeber (costae spuriae i fluctuantes - většinou stejná transversální rovina), u štíhlých je zde úhel tajlí

L4 - na spojnici horních krajů obou cristae iliacaе – tyto jsou na pánvi dorsolaterálně

S2 - na spojnici dolních okrajů obou spina iliaca posterior superior

S3 - v úrovni horního okraje crena ani

## 10. PRŮBĚH A EFEKTY AKUPUNKTURNÍ TERAPIE

V následujícím textu popisují nejčastější průběh akupunkturní terapie jak z hlediska krátkodobého, tak dlouhodobého. Týká se to nejčastější indikace akupunktury – bolestí, tudíž hlavně stran průběhu při léčbě algických syndromů.

1. Akupunktura funguje pouze někomu. Neúspěch lze na 90% poznat tak, že po třech sezeních v intervalu jednoho týdne nezaznamená pacient analgetisaci.
2. Úspěšnost léčby se projeví pro pacienta významným stupněm analgetisace. V případě arthrosy nosných kloubů reagují nejlépe na akupunkturu noční bolesti, nejhůře startovací bolesti.
3. Úspěch či neúspěch akupunktury není závislý na pacientově víře v akupunkturu, ani na věku a pohlaví pacienta. Rovněž nezáleží na tom, jak těžké je organické onemocnění, které potíže pacienta způsobuje. S efektem či selháním akupunktury se můžeme setkat např. jak u druhého, tak čtvrtého stupně coxarthrosy.
4. Efekt prvního sezení, ať je jakýkoliv, nemá pro odhadnutí dlouhodobé úspěšnosti či neúspěšnosti praktický význam.
5. Za ideální intervaly sezení pokládám následující postup: Počáteční intervaly sezení 1x týdně do celkového počtu 6 sezení, potom vesměs ke zlepšení již nedojde. K udržení tohoto stavu prodlužovat intervaly na dvojnásobek, konečný interval je u chronických onemocnění 1x za měsíc nebo za 3 měsíce. Tyto intervaly nejlépe odpovídají ročnímu biorytmu – tříměsíční se týká střídání ročních období, měsíční své vlastní charakteristice dle příslušných měsíců. (Pokládám zde za vhodné poděkovat našim předkům v českém národě, kteří jako jedni z mála národů Evropy dokázali krásně pojmenovat měsíce v roce podle typického chování přírody a lidí.) Dvouměsíční interval nepoužívám – nemá žádnou biorytmovou charakteristiku.
6. Efekty akupunktury bývají rozmanité. Například pacient nadšený z analgetisace po prvních čtyřech sezeních se již nikdy nedostaví. Jiný pacient udává po čtyřech sezeních jen sporný efekt, na páté sezení přichází ne dle objednání po týdnu, ale po roce s tím, že se bolesti již opět objevily. Jiný pacient pocítí jen spornou úlevu např. analgetisace coxarthrosy, pro kterou se přišel léčit, ale udá výraznou úlevu na migrénu, o které se původně vůbec nezmínil. Tyto a jiné stavy velmi znesnadňují tvorbu signifikantního statistického souboru, o to důležitější je prezentace kazuistik.

Přes rozmanitost efektů akupunktury se nejčastěji se setkáváme s následujícími stavy:

1. Jednoznačný úspěch. Doba analgetisace se počítá na měsíce až léta. Při intervalech mezi sezeními jednoho až třech měsíců má pacient výraznou úlevu od bolestí a podstatně menší spotřebu analgetik. V předdůchodovém věku probíhá terapie při aptabilitě.
2. Nejednoznačný úspěch. Úspěšnost analgetisace mohou potvrdit po dobu několika týdnů. Jedná se o pacienty, kteří se po několika sezeních již k dalšímu sezení nedostavují. Během těchto prvních sezení ale potvrzují výrazný úspěch.



3. Jednoznačný neúspěch. Během 3-4 týdnů od prvního sezení nezaznamenal pacient žádný nebo skoro žádný efekt. Po třech sezeních je akupunktura ukončena.
4. Nejednoznačný neúspěch. Pacienti se akupunktury dožadují, ale nejsou schopni sdělit, v čem jim akupunktura pomáhá. Udávají různá nepřesvědčivá zlepšení, potíže se v různé formě vracejí. Já sám jakmile tento stav zjistím tak s akupunkturou končím a nevelhávám pacienta i sebe do údajného úspěchu. Nejstručněji je možno tyto pacienty vystihnout větou: „Touha po placebo.“ Právě tito pacienti jsou ale dokladem toho, že akupunktura není placebem. Kdyby byla placebem, byli by tito pacienti úspěšní.

Z uvedených čtyř stavů je vidět, jak obtížné až nemožné bývá sestavit relevantní statistické zhodnocení velkého počtu případů. Pokud bychom připustili, že každý z těchto stavů se týká asi jedné čtvrtiny pacientů (připustíme to, i když dle mých zkušeností poslední skupina nejednoznačných neúspěchů bývá méně početná), tak vidíme, že u druhé skupiny (nejednoznačný úspěch) a čtvrté skupiny (nejednoznačný neúspěch) záleží na tom, jak si to sám akupunkturista vyhodnotí. Copak to není úspěch, pokud mi pacient měsíc tvrdí, že mu to pomáhá, i když potom nepřijde (druhá skupina)? Copak to není úspěch, když se pacient akupunktury dožaduje (čtvrtá skupina)? A tak se můžeme setkat s tím, že stejný soubor by mohl být presentován jako 25% úspěšnost i 75% úspěšnost.

Na tomto místě je žádoucí si opět připomenout ono nebezpečí „fenomenu zbožštění“, které jsem popsal v úvodu.

## 11. INTEGRACE AKUPUNKTURY DO LÉČEBNÉ PRAXE

V této kapitole popíši, jak postupuji při akupunkturální terapii jednotlivých stavů, s nimiž se v praxi ambulantního ortopeda setkávám. Nebudu se zde zmiňovat pouze o akupunkturu. Tam, kde to pokládám za vhodné, se zmíním i o jiném způsobu. Uvádím rovněž stavy, které dle jiných zdrojů akupunkturou léčit lze, ale já sám s nimi nemám dobré zkušenosti. Z důvodů přehlednosti postupuji anatomicky od hlavy k nohám.

### 11.1. BOLESTI HLAVY

Postup je popsán v kapitole o pěti elementech na orgánech fu. Zde bych jen doplnil, že při adekvátním tepovém nálezu je možno použít mimořádné dráhy. Při bolestech v ose při povrchném tepu lze použít dráhu tu-maj, při bolestech na laterální straně a povrchním tepu jang-čchiao-maj, při bolestech na laterální straně a hlubokém tepu (bývá zde ale pravidlem zvýšený tep žlučníku) dráhu taj-maj. Není-li jednoznačně vyjádřena převaha povrchního nebo hlubokého tepu, je indikován zákrok na řádných drahách, vesměs sedací, resp. vypuštěním čchi postižené dráhy v případě její pulsové plnosti. Ve většině případů se jedná o dráhy močového měchýře nebo žlučníku. Častým tepovým nálezem u bolestí hlavy na laterální straně je plnost žlučníku a prázdnota jater.

S etiologickou příčinou funkčních poruch krční páteře na bolestech hlavy a jejich adekvátní léčbou se většinou počítá.

### 11.2. NEURALGIE TRIGEMINU JEDNOSTRANNÁ

Dosti vděčná kapitola akupunktury, přestože to mohu potvrdit pouze jednociferným počtem pacientů. Setkal jsem se hlavně s neuralgií druhé větve. Jednalo se vesměs o přetlak čchi v dráze žaludku. Toto je možno vypustit dle výše uvedených pravidel, nejraději paralelně s regulací čchi cangů. S efektem je možno použít cyklu pěti elementů na jangových drahách. Velmi účinné bývá doplnit sedací žaludku velkou punkturou lu bodem žaludku tonisačně na druhé straně. Při jednoznačné difusní převaze povrchního pulsu a deficitu hlubokého se mi osvědčilo použít mimořádnou dráhu jang-

čchiao-maj. Oproti doporučení Dr. Kajdoše bych asi měl obavy použít mimořádnou dráhu žen-maj vzhledem k jejímu jangisačnímu účinku, a také proto, že její terminální větve probíhají přes obě tváře k očím. Jangisace by se mohla projevit právě na této oblasti, postižené při neuralgii trigeminu právě nadbytkem jangu.

### **11.3. NEURALGIE TRIGEMINU OBOUSTRANNÁ**

Mám ojedinělou zkušenost - sedace dráhy žaludku dle pulsové diagnostiky u jednoho pacienta opakovaně, v mezidobích. Při záchvatu se pacient nedostavil nikdy, záchvaty byly poměrně krátké (několik minut). Účinek byl nulový, preventivní akupunktura zde byla bez efektu.

### **11.4. BOLESTI ZUBŮ**

V mé praxi víceméně náhodná ošetření, ale velmi vděčná. Je nutno pacientovi zdůraznit důležitost následného stomatologického ošetření. Principiálně se vždy jednalo o sedaci (vypuštění čchi) dráhy tlustého střeva, zakomponované do regulace cangů a někdy doplněné velkou punkturou. Výběr správné strany luo bodu pro velkou punkтуру je zde dosti obtížný. Samotná dráha končí druhostranně na horní čelisti, šlachosvalová dráha stejnostranně na horní čelisti a druhostranně na dolní čelisti. Často nezbyvá, než hledat pomoc v již zmíněném problematickém pulsovém flanku. Vesměs však není velká punktura nutná, analgetisace se dostavuje již po prosté sedaci tlustého střeva, doplněné bodem pramene (známý bod LI4 na sedativní straně). Zajímavé je, že lidové léčení bolestí zubů ovázáním hlavy šátkem pod bradou přes tváře a s uzlem na temeni hlavy odpovídá do značné míry průběhu šlachosvalové dráhy tlustého střeva.

### **11.5. POLLINOSA**

V mé praxi pouze jednociferný počet případů, jeden s nulovým, ostatní s poměrně dobrým až velmi dobrým efektem.

Principem terapie je, aby v době, kdy přichází hlavní náraz pylů, t.j. v květnu (z akupunkturního hlediska konec jara, začátek léta) bylo dostatečně tonisováno tlusté střevo, nejraději narůstající čchi, projevující se napjatým jarním pulsem. Tato plnost zdravou narůstající čchi potom zabrání škodlivině usadit se v orgánu tlustému střevu příslušící - sliznici.

Tlusté střevo patří k elementu kovu. Jeho náplň vrcholí na podzim, usíná v zimě, spí na jaře a probouzí se v létě (pomiňme nyní teorii sleziny jakožto pozdního léta, pro tyto případy je vhodné probudit plíce dřívě). Základní podmínkou pro to, aby se plíce mohly probouzet je to, že musí usnout (oslabovat se) jejich syn - ledviny. Pokud dovolíme ledvinám, aby si podržely svou zimní aktivitu i na jaře, budou tyto odčerpávat čchi z plic, tím způsobí jejich přetrvávající spánek až do pozdních jarních a počínajících letních dnů. Slabé plíce nejsou schopny posílit svůj sdružený jangový orgán - tlusté střevo. Alergeny se potom s tímto orgánem setkají ve stavu jeho prázdnoty, zaujmou zde své místo namísto zdravé rodící se čchi a pollinosa je v plné aktivitě. Proto je třeba při akupunktuře na jaře sedovat ledviny (pochopitelně pokud na pulsu zjistíme jejich plnost) - v cyklu šeng pícheme sedativně dřevěný bod ledvin KI1 a tonisačně vodní bod jater LR8. Zkontrolujeme si na pulsu, zda při sedaci ledvin se začaly plnit plíce. Je-li tomu tak, okamžitě tuto čchi začínáme převádět transversální luo dráhou do tlustého střeva (body LU7 sed., LI4 tonisačně), případně tonisujeme tlusté střevo z jiných zdrojů čchi (LI11 z elementu země). Tonisované tlusté střevo dle pravidla půlnoc-poledne podpoří sedaci ledvin a tím se okruh uzavře. Při správném stavu cangů není práce s ledvinou nutná, v tomto případě stačí tonisovat tlusté střevo bodem LI4 z plic, případně jinými (LI11 nebo LI5 dle stavu tepu). Význam ostatních bodů, které nemají na pohyb čchi vliv (LI20, KI9 etc.), pokládám spíše za podpůrný.

S terapií je vhodné začít každoročně kolem vánoc (ideální den je 21.12. – nejkratší den v roce), kdy regulací cangů zajistíme plnost ledvin. Následně za měsíc až 2 měsíce kontrolujeme průběžné usínání ledvin a rození plic dle výše uvedených zásad. Punkturu je třeba dělat celou sezónu, kdy se pollinosa vyskytuje, v intervalech 1x týdně až 1x za 14 dnů. Hlavní nápor alergenů přichází většinou v období od dubna do července – čili z hlediska čínského biorytmu v pozdním jaře a v létě – v období, kdy má čchi plic a tlustého střeva narůstat.

## 11.6. TINNITUS

Mám zkušenost pouze s několika pacienty, a to ne zcela dobrou. Jednalo se vždy se o tinnitus z nadbytku. U muže středního věku se mi podařilo sedací drah žlučníku, tenkého středa a trojitého zářiče spolu s regulací cangů a velkou punkturou docílit odeznění tinnitu na 2 hodiny. Další akupunktura byla bez efektu, pokusy o terapii jsem ukončil po třech sezeních. Dobrého efektu se mi podařilo docílit náhodně u muže středního věku, kdy k ústupu tinnitu došlo paralelně s terapií cephaley, přičemž o tinnitu se pacient primárně vůbec nezmiňoval. Cephaleu jsem léčil mimořádnou drahou taj-maj dle příslušného pulsového nálezu. V kuloárech jsem se setkal s názorem, že terapie tinnitu je akupunkturistickou iluzí. Mé zkušenosti, byť skromné, tento názor potvrzují. Přesto se musím zmínit o údajných dobrých efektech aurikuloterapie na tinnitus.

## 11.7. BOLESTI PÁTEŘE (KTERÉHOKOLIV ÚSEKU) NEKOŘENOVÉ, BEZ IRADIACE DOKONČETIN. POHYBOVÁ AKTIVITA, PREVENCE BOLESTÍ PÁTEŘE A POHYBOVÉHO APARÁTU.

*Jelikož v této kapitole narazím na jisté problémy, které sice nesouvisí s akupunkturou, ale pokládám je za velmi důležité, zmíním se o nich v závěru kapitoly. Jedná se o mé názory na pohybovou aktivitu. Při probírání otázky hypermobility totiž řeknu A, a proto musím říci i B, jinak by něco z toho A mohlo být špatně chápáno.*

Nejprve ale k akupunktuře. Je-li diagnostická otázka stran MFM úrovně jasná, můžeme zvážít terapeutický postup, zahrnující i akupunkturu. Na tzv. „degenerativní změny“ je nutno se dívat z funkčního hlediska. Mnohé osteofyty jsou ve skutečnosti spíše změnami reparativními, jimiž si organismus sobě vlastní cestou zvyšuje stabilitu přetěžovaných segmentů (typické je to zejména v segmentu C5-6). Není tudíž zcela správné svádět algický stav na přítomnost spondylosy. V praxi každý lékař jistě viděl dost stavů, kdy obrovská spondylosa nepůsobila potíže a naopak kdy nositel zcela negativního rtg nálezu na páteři měl výrazné bolesti.

Z hlediska postižení akupunkturálních drah se nejčastěji jedná o přeplněnost močového měchýře, prázdnotu ledvin nebo naopak zablokování čchi ledvin projevující se zde některým druhem tvrdšího pulsu. Terapeutický akupunkturální zákrok volíme dle stavu pulsu.

Dobré efekty zde v indikovaných stavech dosahujeme mimořádnými drahami, nejčastěji tu-maj, taj-maj ale i čchung-maj, někdy i žen-maj. Dráha jang-čchiao-maj se může uplatnit u těch spondylalgií, které jsou poněkud lateralisovány (např. dysfunkce SI skloubení). Dráhu jang-wej-maj jsem v těchto případech nepoužil, spíše byla indikována její sdružená dráha taj-maj. Průběh zbývajících dvou mimořádných drah jin-wej-maj a jin-čchiao-maj na ventrálních stranách těla jejich využití v případě spondylalgií dost vylučuje.

Je-li puls orgánů cang a fu na zhruba stejné náplni, uplatní se nejčastěji sedace močového měchýře v kombinaci s regulací čchi cangů.

Neměli bychom rovněž zapomínat na to, že do lumbální krajiny přes horní část hýždí k sakru

má svůj výběžek muskulotendinosní dráha žlučníku a do oblasti lopatky muskulotendinosní dráha tenkého a tlustého střeva a žaludku. Dle mých zkušeností je možno nedostatky či nadbytky v šlachosvalových drahách ovlivňovat akupunkturou dle tradičních pravidel vzdálenými, např. antickými body, tudíž nikoliv pouze lokálními body nebo masážemi (viz sebeprogramování).

Je zde vhodné rovněž zkusit použít tzv. longitudinálních luo drah. Jsou to poměrně málo známé dráhy, které mají svůj specifický průběh i symptomatologii. Vesměs se dají diagnostikovat pouze terapeutickým pokusem. V případě spondylalgií se můžeme setkat se syndromy longitudinálního luo ledvin nebo močového měchýře. Longitudinální luo ledvin můžeme zkusit použít oboustrannou sedativní punkturou bodu KI4 v případě čistých lumbalgií bez iradiací, longitudinální luo močového měchýře BL58 v případě spondylalgií sdružených s cephaleou.

Poměrně vděčnou kapitolou v terapii lumbalgií bývají sakroiliakální dysfunkce. Zde obvykle využívám manuální medicínu. Pokud se rozhodnu použít zároveň akupunkturu, tak nejprve akupunkturu a potom (již v terénu kompenzace akupunkturního systému) mechanoterapii. Oproti tvrzením z učebnic manuální medicíny nacházím SI posun s blokádou často současně, tak jak mne na tuto skutečnost upozornil MUDr. Milan Kocián, nyní již zesnulý vynikající ostravský odborník na manipulační léčbu. Z hlediska manuální medicíny zde bývá v naprosté většině případů nutný mechanoterapeutický zákrok na hlavových kloubech, nejčastěji na segmentu C1-2, méně často C0-1, případně obojí. Nemusí se jednat o manipulaci s nárazem, stačí (zejména v segmentu C1-2) cílená mobilisace tohoto segmentu pouze měkkými technikami. Zákrok na SI skloubení provádím téměř výhradně Stoddardovou mobilisací.

Stojí zde za zmínku vysvětlit, jak se chovat v případě akutního nekořenového lumbaga. Nekořenové bolesti dospělého člověka zlepšující se klidem na lůžku není třeba hned podrobně vyšetřovat. RTG vyšetření je možno odložit. Takto postižený pacient by měl týden až 10 dnů ležet, brát analgetika a potom 2-3 týdny postupně zatěžovat. Tyto potíže vesměs do 3-4 týdnů odezníjí. Odeslání k odbornému vyšetření je indikováno, pokud tyto potíže neodezní do 3-4 týdnů.

Velmi častým problémem spondylalgií je hypermobilita. Přestože bývá občas konstituční, setkáváme se spíše s rozcvičenými oběťmi pověr, že čím pohyblivější páteř, tím zdravější tělo. Nejčastěji se vyskytuje na lumbosakrálním přechodu. Za normální předklon při extendovaných dolních končetinách pokládáme u muže Thomayerovu vzdálenost cca 5-10 cm, u ženy pokud se špičky prstů dotýkají země. O hypermobilitě hovoříme, pokud se pacient či pacientka při předklonu dokáže dotknout při extendovaných dolních končetinách dlaněmi podlahy. Tento stav rozvolnění páteřního vaziva vážně narušuje statiku páteře. Typickými potížemi hypermobilních pacientů jsou chronické nekořenové lumbalgie, které se zlepšují cvičením. Hypermobilní pacienti jsou nuceni stále cvičit. Facilitačním principem a vyplavením endorfinů u nich dochází k analgetisaci. Navíc cvičením udržují vertebrální svalstvo v posíleném stavu, což jim v ten okamžik nahrazuje uvolněné vazy a statika se přechodně zlepší. Takto cvičením (které je vesměs spojeno s dalším rozcvičováním do stále větší hypermobility) u nich dochází ke zlepšení bolestí. Pokud cvičit přestanou, svaly ochabnou, endorfiny se přestanou vyplavovat, ustane facilitace, uvolněné vazy nechráněné posílenými svaly nezvládnou statickou zátěž a objeví se bolesti. Opět se začne cvičit a bolesti nejsou, přestane a bolesti jsou. Logickým závěrem je masově se šířící propagace: „Musíte cvičit, aby vás nebolela záda!“ Důsledkem je potom velké množství lidí, kteří jsou vzorně rozcvičeni, chronicky bolaví, pravidelným cvičením dočasně zbavení bolesti a zároveň přesvědčení, že cvičením toho hodně dělají pro své zdraví. Na druhé straně frustrovaní jedinci, kteří nejsou rozcvičeni, trpící zbytečným pocitem méněcennosti protože se nedokážou předklonit. To, že nemají bolesti v zádech, se jaksí pomíjí. Tělo hypermobilních jedinců si časem pokouší nalézat ztracenou stabilitu tvorbou spondylotických osteofytů. Rovněž meziobratlové ploténky jsou zde velmi namáhány a záhy podléhají degenerativním změnám. Typickým RTG nálezem hypermobilního seniora (vesměs si stěžujícího na chronické lumbalgie a hrdě předvádějícího hypermobilní předklon, neboť on pravidelně cvičí) je difusní diskopatie všech meziobratlových plotének bederní páteře s různě pokročilou spondylosou. Tento stav bývá poměrně často provázen Forrestierovou přemostující spondylosou hrudní páteře, což ještě více přetěžuje již tak

přetížené bederní segmenty. Základem terapie bolestivých páteří hypermobilních pacientů jsou trvale celoživotně prováděná izomerická posilování břišního a zádového svalstva, čili tvorba svalového korzetu bez pohybové aktivity zad. Občas se můžeme setkat s dobrým efektem akupunktury dle výše uvedených zásad. Poměrně často zde používám mimořádnou dráhu tu-maj, neboť plovoucí jangový puls u hypermobilních jedinců není výjimkou. I zde bývají sakrolilakální dysfunkce u kterých je třeba manuálními technikami uvolnit hlavové klouby, které navzdory distální hypermobilitě jsou zablokovány.

S problematikou hypermobility a cvičení souvisí můj názor na prevenci degenerativních kloubních změn a pohybovou aktivitu, proto ho zde uvedu, přestože nesouvisí s akupunkturou.

Pohybová aktivita je celoživotně velmi důležitá jako jedna ze základních složek prevence kardiovaskulárních onemocnění a osteoporózy. Je jí třeba ale provádět tak, aby bylo minimální riziko vzniku degenerativních kloubních změn. A to je bohužel v přímém protikladu se způsobem současné propagace pohybu, která se týká prakticky výhradně sportu. Hýbat se znamená sportovat, kdo nesportuje, ten se nehýbe. Přitom právě soutěživé sporty představují jedno z největších rizik vzniku a progresu degenerativních kloubních změn. Soutěživý sport totiž nelze dělat tzv. rekreačně. Kontaktní souboj o míč znamená vesměs švihové maximální nasazení všech sil bez ohledu na to, zda se jedná o mezinárodní mistrovství nebo zápas Dolní Lhoty proti Horní Lhotě. Právě při těchto aktivitách dochází k poškozování pohybového aparátu s následným vznikem a zhoršováním arthrosy, zejména gonarthrosy. Kloubní chrupavky není možno vycvičit ani rozcvičit. Dají se pouze zničit. Pokračující degenerativní změny bolí. Bolaví sportovci vesměs řeší jen to, jak zvládnout další zápas za týden, nějak se to podaří a degenerativní změny progredují. Časem dostoupí do takové úrovně, že nejen že sport již není možno dál provozovat, ale dělá to potíže i při běžné chůzi. A stává se to typicky v páté dekádě věku, kdy zejména muži jsou ohroženi pomalu nastupující arteriosklerosou s rizikem vzniku a zhoršování kardiovaskulárních onemocnění – tedy přesně ve věku, kdy právě je pohybová aktivita velmi žádoucí. Jenže on ten pohyb bolí, takže se hýbat přestaneme. Navíc takto postižení jedinci velmi často nedokáží upravit své stravovací návyky, které byly přizpůsobeny obrovskému energetickému výdeji při sportovní činnosti, takže se k tomu ještě přidruží obezita. Ta nadále zhoršuje arthrotické bolesti, což dále snižuje pohybovou aktivitu. Prevence kardiovaskulárních onemocnění nejenže jde vniveč, ale stav se obrací o stoosmdesát stupňů a riziko vzniku těchto onemocnění naopak narůstá. U hmotně nezajištěných nyní již bývalých amatérských sportovců se navíc přidávají intenzivně prožívané sociální problémy. Typickým pacientem je pomyslný fotbalista Franta z Vlachova Březí, který pracuje jako zedník. Progredující gonarthrosa, na jejímž počátku byl utržený meniskus před třiceti lety při velmi důležitém fotbalovém zápase proti Čkyni, mu postupně omezuje hybnost a stále zhoršuje jeho bolesti. Od věku 25 do 40 let řeší, jak s bolestivým kolenem hrát fotbal. Ve 42 letech pro bolesti konečně fotbalu nechá, ale fyzicky pracuje dál. V 52 letech věku je z něj sociální případ. Koleně bolí tak, že není schopen pracovat, sedavé zaměstnání nesežene a do důchodu má daleko. V praxi jsem viděl takto postižených lidí stovky. Totální endoprotéza je pouze částečným řešením – je pro běžnou nebolestivou chůzi, nikoliv pro fyzickou zátěž. Zmíním se zde ještě o dvou sportech: Přinejmenším stejné výsledky jako box s mozkem dělá sportovní gymnastika s páteří tím, že požaduje švihovou hypermobilitu a doskoky do extenze páteře. Známa bonmotová fráze „Sportem k trvalé invaliditě“, je bohužel tvrdá realita, kterou by si měl každý amatérský sportovec, a zejména ten, který se žije fyzickou prací, zavčas uvědomit.

Řešení je velmi jednoduché – nesoutěživá běžná pohybová aktivita, která se při se arthrosou nezničených zdravých kloubech dá provozovat do pozdního věku. Život nabízí spousty možností. Stačí jakákoliv pohybová či fyzická aktivita: např. chůze, houbaření, plavání, cyklistika, práce na zahradě, turistika a četné další. Pouze je třeba se při těchto činnostech nesnažit být rychlejší než ten druhý. Vůbec není nutno svou fyzickou aktivitu ritualisovat do cvičení. Navíc člověk žijící se fyzickou prací má vesměs pohybu dost. Ale může se i cvičit, tančit, záleží na tom, co člověka baví. Všeobecně je třeba při cvičení a pohybové aktivitě využívat takového rozsahu pohybů, který nám byl darován přírodou. Úplně to stačí. Rozcvičování kloubů do větší hybnosti (což je standard jakéhokoliv sportovního tréninku) může vést k podráždění měkkých tkání, vzniku enthesopatií, reaktivních

synovitid a degenerativních změn.

Dále je třeba si uvědomit, co znamená bolest. Je to v základě jednoznačně nepříjemný signál z těla, které takto dává najevo, že toto ne. Se správným vyhodnocením tohoto signálu všechny živočišné druhy mimo člověka nemají problémy. Psa s bolestivou nohou ani tím nejkrásnějším kusem šunky nepřesvědčíme, aby tu nohu začal rozcvičovat. Jeho prvsignální soustava ho za této okolnosti nutí držet bolestivou nohu ve vzduchu v klidu v nebolestivé poloze, nešlapat na ni, v tomto stavu nemít bolesti a plně se soustředit na to, jak se dostat k té šunce. Pokyn: „Azore, když začneš tu nohu rozcvičovat, dám ti tu šunku.“ nemáme šanci do jeho prvsignálně reagujícího mozku dostat. Na šunku bude hledět velmi dychtivě, ale na nohu šlápne, až přestane bolet.

Člověk si pro tyto situace vymyslel pravidlo, které pokládám za jeden z jeho nejméně šťastných vynálezů. Ono pravidlo zní: „To se musí rozhýbat.“ A tak se rozhýbávají bolestivé klouby, entesopathie, pericapsulitidy ramene atd., s vesměs se dostavivším důsledkem zhoršení potíží a přechodu bolestí do chronického stadia.

Přičemž stačí málo. Stačí jen poslouchat přirozeně ty lehké signály většinou mírných počátečních bolestí, nedělat co bolí, a tělo nás po čase překvapí tím, že když bolestivý pohyb omylem po dvou měsících uděláme, tak najednou zjistíme, že nebolí. (Pokud se za této situace ovšem zachováme jako typický homo sapiens tak si to, že pohyb nebolí, ověříme tím, že ho padesátkrát provedeme, abychom po padesáté prvé zjistili, že už to zase bolí.) Prostě mírně bolestivý člověk např. s lehkou arthrosou nosných kloubů by si měl umět odříkat. Pokud si dokáže za těchto okolností odříct 5%, zatěžovat na 95% a zjistit, že v mezích těchto 95% nemá potíže, potom je vesměs značná pravděpodobnost, že těch 95% mu vystačí dlouhá léta. A bude zírat, co všechno v rámci těchto 95% dokáže, jak najednou zvládne spoustu činností, které při předchozí snaze o stoprocentní zátěž (vesměs charakteru soutěživého sportu) bolely. Pokud bude ale trvat na tom, že musí mít zátěž na 100% („Fotbal je pro mne vším!“), tak realita je taková, že po několika letech nebo i měsících si nemůže jen dobrovolně odříct 5%, ale je nucen si pro progredující potíže odříct 50%.

Bohužel tato velmi snadná řešení jsou vyloženě proti celospolečenskému světovému trendu, který zbožštil sportovní výkon a dělá z něj smysl života. Lidé si ztotožnili pohybovou aktivitu se sportem a takto se velhali do přesvědčení, že právě sport je ta správná (ne-li jediná) cesta k fyzické kondici a ke zdraví. Důsledkem je fenomén masového sportu, což je vysoce žádoucí stav pro management vrcholového sportu. V podmínkách masového sportu se totiž nejlépe projeví a vyhledávají špičkové sportovní talenty. Je dokonce velmi pravděpodobné, že vrcholový sport v rozsahu v jakém je v současnosti provozován by bez masového sportu vůbec nebyl možný. Je mimo účel tohoto pojednání psát o četných jiných důsledcích tohoto jevu než jsou zničené klouby všech sportovců a následný tristní sociální stav skutečné masy amatérských sportovců.

Trochu smutně se musím věnovat i fyzické aktivitě dětí a mládeže, podléhající povinnému tělocviku, nad jejíž pasivitou a hrbením se nad počítači krvácí starostlivá srdce úspěšně blahobytnějších politiků natolik, že jim přidávají hodinu tělesné výchovy týdně navíc. Jistě by to mohlo mít svůj význam, ale je to jen jiná sloka stále stejné písničky: Školní tělocvik není o pohybu, ale o sportu. Jedná se o základní způsob šíření masového sportu, čili o způsob jak vyrobit světovou sportovní hvězdu. Školní tělesná výchova představuje kromě soutěživých sportů celý souhrn výuky ne zcela obvykle dělaných pohybů, které bývají normovány. Musí se skočit tolik a tolik centimetrů, přes to či přes ono, udělat výmik a podobně. Pochopitelně sportovní talenty, pro něž jsou typické výjimečné pohybové schopnosti a rychlé reakce, toto zvládnou hladce a bývají za těchto podmínek snadno podchyceny.

Buďme konkrétnější: Např. sportovní talent známého brankáře se projevil v dětství tak, že dotyčný nikdy nedostal facku. Vždy dokázal uhnout, tím se odhalil. Profackování mládeže za účelem vyhledávání sportovních talentů by mohlo být účinné, ale narazilo by to na aktivity jistého druhu sociálních institucí. Lepší je to udělat rafinovaněji v tělocviku. Vymyslí se nějaký neobvyklý

pohyb a ten se zavede jako součást vzdělání. Nebýt mých služeb na traumatologii nikdy bych se nedověděl, že je možno provozovat běh přes švihadlo směrem dozadu. Trvalo mi nějaký čas, než mi došlo, jaký má tento pro mne zpočátku zcela nepochopitelný pohyb smysl. To je tak: Když nařídíte třem stovkám jedinců, že musí běžet přes švihadlo směrem dozadu a podáte jim to jako součást standardní pohybové aktivity, tak v atmosféře celospolečenského zbožštění sportu rozvrstvíte těchto 300 lidí do pomyslné Gaussovy křivky, kdy 294 z nich bude více či méně přesvědčeno, že to je normální a polovina z nich se to dokonce s určitým rizikem jakž takž naučí. A máte přiloženou další cihličku do vybudování mohutné stavby zvané masový sport. (Třetina z té poloviny, která se ten pohyb naučí, dopadne časem podobně jako zedník Franta z Vlachova Březí.) Jeden z těch konců Gaussovy křivky budou tři extravagantní pořouchlá individua, která hned od počátku prohlásí, že běhat přes švihadlo směrem dozadu je nesmysl. Na druhém konci té Gaussovy křivky ale najdete tři jedince, kteří to okamžitě dokáží. A dokáží běhat přes švihadlo směrem dozadu lépe, než mnozí bez švihadla směrem dopředu. Sportovní talenty jsou nalezeny, začnou se s příslušnou morální a krátce nato i finanční podporou celosvětově rozvinutého masového sportu rozvíjet. *Laskavý čtenáři, pokud máte pocit, že pouze třem jedincům z tří set je běh přes švihadlo směrem dozadu nepochopitelný, že by jich mělo být více, nedejte se mýlit. V tomto případě snad. Ale jsou i jiné pohyby, stejně nesmyslné, které již jsou přijaty zcela obecně jako normální standard. Nesmyslnost těchto pohybů si uvědomíme, až si položíme dotaz, k čemu a kdy je vlastně potřebujeme. Kdy Vás, čtenáři jakéhokoliv dospělého věku, napadlo naposled udělat onen pohyb, který je nezbytnou součástí vzdělání každého dítěte, pohyb zvaný kotoul? Odpovím za Vás. V dospělosti nikdy, a to ani s dvěma promile alkoholu v krvi.*

Tělesná cvičení mládeže a pohybová aktivita jsou žádoucí – mladý člověk roste převážně kostně, svalstvo se opožďuje a přiměřenou fyzickou zátěží toto opožďování dohání a dochází tak k vyrovnanému rozvoji organismu. Kdyby ale mělo skutečně jít o zdravý tělesný vývoj tak učitelé tělesné výchovy by měli mít vzdělání nikoliv sportovce (mimo jiné se snažícího rozcvičit dětem páteř do hypermobility), ale středního zdravotnického personálu charakteru rehabilitačního pracovníka. Takovýto učitel tělesné výchovy by si mohl vystihnout tu či onu potřebu přiměřené fyzické zátěže jednotlivých dětí a adekvátně jejich tělesné konstituci jim utvořit program individuální fyzické aktivity. Nepochybuji, že by se to podařilo. Částečně se to již i dlouhodobě daří zavedením výuky plavání v rámci školní tělesné výchovy. Zde je opravdu smyslem naučit člověka plavat a nikoliv z něho udělat plaveckého rekordmana. Plavání, kromě toho, že se jedná o potřebnou a účelnou činnost, je ideální způsob pohybové aktivity.

V medicínské praxi se setkávám poměrně často s mírně bolestivým mladým člověkem, který má povinnou tělesnou výchovu. On by se měl nějak hýbat. Spolupráce s učitelem tělesné výchovy, který by měl výše popsané vzdělání a zkušenosti, by v rámci povinné tělesné výchovy pro tyto děti byla tím nejlepším, co bych si mohl přát. Vždyť co by mohlo být lepšího pro mladého člověka např. s lehkou formou Scheuermannovy nemoci než mu vytvořit během školního roku individuální, několikrát týdně kontrolovaný desetiměsíční pohybový cvičební program, který by byl nedílnou součástí cíleně soustavně prováděné rehabilitace? Bohužel, když ho pošlu do tělocviku, tak tam bude rozcvičovat předklon do hypermobity, poskakovat předepsaný počet centimetrů a bude dělat kotoul...

Několik poznámek pro profesionální sportovce: Měli by si být vědomi toho, že jejich profese je vysoce riziková stran možnosti vzniku bolestí pohybového aparátu. Již během tréninku a přípravy by si měli oni a jejich trenéři dobře zvážít, zda k jejich sportu je opravdu nutné si např. vycvičit hypermobilitní předklon. Osobně jsem přesvědčen, že cvičení páteře v rozsahu fyziologické hybnosti (ženy do Thomayerovy vzdálenosti 0 cm a muži 5 cm) a nikoliv její rozcvičování do hypermobility by jim umožnilo léta úspěšné kariéry profesionálního sportovce navíc. Tam, kde je hypermobilitní páteř žádoucí (spíše než o soutěživé sportovce se zde jedná o akrobaty a tanečníky, zejména tanečnice) je třeba tento trénink doplnit soustavným izometrickým cvičením břišního a zádového svalstva. Pokud dojde k úrazu nebo zjevně bolestivému stavu, tak by se takto postižení sportovci měli plně soustředit na co možná nejlepší (nikoliv nejrychlejší) vyléčení. To chce ale klid a čas s tím, že se vyléčení obětuje většinou hodně týdnů nebo málo měsíců bez sportů a tréninků. Zraněný sportovec by měl

myslet na utkání za půl roku a za rok, ne na to za měsíc. Zúčastnit se měsíc po úraze kolena sportovního utkání sice může znamenat, že sportovec bude hodnocen novináři a fanoušky jako hrdinská mediální hvězda, hlavně se tím ale udělá obrovská radost soupeři, který momentálně bolavý není. Ten nebolavý totiž vyhraje. Navíc žádný novinář už nebude psát oslavné články na to, jak to koleno vypadá za měsíc po takovémto výkonu.

Závěrem si dovoluji si zde uvést **genesi slova sport**, tak jak ji na lékařských kursech objasnil vynikající lingvista, již zmíněný autor knih o EIM prim. MUDr. Teodor Rosinský, CSc.. Základem slova **sport** je latinské sloveso **portare**, což znamená nosit, přinášet, čili provádět nějakou činnost za nějakým účelem. V Anglii v 18. století z tohoto slova vzniklo přidáním předpony **dis** slovo **disport**. Předponou **dis** došlo k negování oné účelnosti. Tímto slovem se v 18. století v Anglii označovala činnost hmotně zabezpečených lidí, kteří nemuseli pracovat, resp. provádět účelnou činnost k vlastní obživě. Čili činnost, která nemá žádný účel. Znamenalo to rozsáhlou oblast aktivit, např. golf, hon na lišku, ale i návštěva hospod i jiných domů. A jelikož angličtina má snahu slova zkracovat do jednoslabičnosti, tak to počáteční **di** ze slova **disport** časem vymizelo.

## 11.8. BOLESTI RAMENE

Bolesti ramene patří ke stavům, které zkouším léčit akupunkturou většinou až poté, co neuspějí způsoby MFM. Primárně se pokouším léčit bolesti ramene nebo obou ramen akupunkturou tehdy, jsou-li tyto součástí polysymptomatických potíží.

Ke správné terapii bolestí ramene je nutné se alespoň stručně zmínit o onemocnění ramene z ortopedického hlediska. Pomineme-li jednoznačné nosologické jednotky typu tumorů, purulentních zánětů, postižení v rámci revmatoidní artritidy a podobných závažných stavů, týkají se bolesti ramene většinou okruhu problémů, které se nazývají enthesopathie nebo též mimokloubní revmatismus. Z hlediska terapie zde rozlišujeme stavy, u kterých se onemocnění týká přímo kloubního pouzdra a stavy, kdy jsou postiženy kolemkloubní tkáně. Vzácněji se mohou tato postižení vyskytovat společně. Zahrnování obou těchto nosologických jednotek pod název periartrosis humeroscapularis je chybou která přináší mnohdy bolestivou, prolongovanou a málo efektivní terapii.

Pod pojmem **periartrosis humeroscapularis** (správněji **pericapsulitishumeroscapularis**) rozumíme postižení kolemkloubních struktur, týkajících se hlavně tzv. **rotátorové manžety**. Jedná se o aponeurotické rozšíření šlach lopatkového svalstva, které se z přední, horní a zadní strany lopatky sbíhají k velkému hrbolu humeru. Tyto šlachy navzájem splývají a tvoří skutečnou manžetu, či čepičku, která hlavici humeru obklopuje. Vzadu dole tvoří tuto manžetu m. teres minor, nad ním m. infraspinatus, zhora m. supraspinatus a zepředu m. subscapularis. Tento sval se sice upíná na tuberculum minus humeri, jeho další vlákna však pokračují přes sulcus intertubercularis a směřují až k velkému hrbolu humeru. V rámci pericapsulitidy se může jednat též o postižení šlachy dlouhé hlavy bicepsu v sulcus intertubercularis humeri. Celá rotátorová manžeta leží pod klenbou klíčku s lopatkou, spojujících se v akromioklavikulární kloub, a mohutným korakoakromiálním vazem. Od této rozsáhlé kostně vazivové struktury odstupuje deltový sval, který kryje celou hlavici humeru s rotátorovou manžetou a upíná se značně distálně na tuberositas deltoidea humeru. Mezi akromioklavikulárním skloubením a deltovým svalem a rotátorovou manžetou jsou velké bursy - subdeltoideální a subakromiální, které zabezpečují hladké klouzání hlavice humeru pod akromioklavikulární struktury při abdukci humeru. Obě bursy většinou splývají v jeden celek, s čímž můžeme v klinické praxi při opichu počítat.

Při vlastní periartritidě bývají postižené různé z výše uvedených struktur. Onemocnění se projevuje bolestmi při určitém pohybu (typicky při elevaci a zapažení paže, např. při oblékání se do kabátu), pacient dovede nalézt úlevovou polohu. Charakteristickým příznakem je zde tzv. bolestivý oblouk (painful arc), kdy bolest se objevuje zhruba kolem abdukce 70-90 stupňů a mizí při další



elevaci (někdy bývá tento bolestivý úsek posunut značně výše, např. mezi elevaci od 120 do 160 st. nebo naopak níže). Je to způsobeno stisknutím postižené rotátorové manžety v subakromiálním prostoru velkým hrbolem humeru k akromiu. Při pokračující elevaci končetiny sklouzne velký hrbol pod akromion a bolest se ztrácí. Pokud se bolestivost při dotažení do plné elevace neztrácí, jedná se většinou o vážnější postižení subakromiálních tkání degenerativně fibroproduktivními, resp. chronickými zánětlivými procesy v proliferativní fázi, pro které je subakromiální prostor malý. Všechny tyto stavy se vesměs označují anglickým termínem **impingement syndrom**. Cyriax a Barbor doporučují testovat postiženou část rotátorové manžety tzv. odporovými testy. Izometrickým napětím příslušné části manžety se má vyvolat bolestivost, pokud je tato část postižena. Tak abdukci proti odporu máme vyšetřovat postižení m. supraspinatus, zevní rotací proti odporu m. infraspinatus a teres minor, vnitřní rotací proti odporu m. subscapularis a flexí lokte proti odporu dlouhou hlavu bicepsu. Odporové testy vyšetřují u každého bolavého ramene. Výše uvedené tvrzení o specifčnosti jednotlivých testů však nemohu potvrdit, pacienti udávají bolestivost většinou do více směrů. Pro postižení rotátorové manžety je více signifikantní spíše než bolest slabost síly odporového testu.

Základním znamením, která odlišuje periarthritidu (pericapsulitidu) od druhé, níže probírané skupiny, je volná hybnost ramenního kloubu. Nejlépe to poznáme vyšetřením zevní rotace při addukované paži, která normálně dosahuje skoro 90 st.. Nutné je srovnání s druhou stranou. Můžeme se totiž setkat s konstitučním omezením zevní rotace. V těchto případech je omezená zevní rotace oboustranně stejná, vesměs ale omezení nedosahuje tak výrazných hodnot, jako u capsulitidy (o ní je pojednáváno dále). Při vyšetření abdukce musíme fixovat zhora lopatku, abychom vyšetřili jen abdukci skapulohumerální. Souhybem s lopatkou je upažení podstatně větší. Složitější stavy je nutno dovýšetřit s ohledem na možné ruptury rotátorové manžety. Nejběžněji se to provádí ultrazvukem, validita tohoto vyšetření je závislá na zkušenosti vyšetřujícího lékaře. Spolehlivější je nukleární magnetická resonance.

*Je vhodné se zmínit i o bolestech ramene neurogenní etiologie. Stručně řečeno – moc se na to nespolehat. Jistěže jsou neurologická onemocnění, která dělají bolesti ramene, např. neuropathie n. axillaris, n. suprascapularis a n. thoracicus longus, ale podstatně méně chyb se dopustíme, pokud budeme počítat s tím, že rameno bolí z ramene, než pokud budeme bolesti ramene svádět na cervikobrachiální syndrom.*

Periarthritidy léčíme v MFM nejraději aplikací kortikoidu k postižené struktuře. Nejčastěji aplikujeme kortikoid spolu s lokálním anestetikem (bezprostřední úleva má potom diagnostickou hodnotu - jednak potvrzuje správnost našeho podezření, jednak potvrzuje to, že kortikoid byl aplikován skutečně tam, kde má působit) přímo do subakromiální bursy. Tím postihneme prakticky celou rotátorovou manžetu. Méně často aplikujeme kortikoid přímo k postižené části manžety, resp. do bursy jednotlivé šlachy. Následující doporučení je paušální pro veškeré stavy, kdy lokální kortikoid aplikujeme do vazivové struktury nebo bursy - je jím klidový režim aspoň na 14 dní. V případě injekce do bursy by měl stačit zákaz fyzické práce a omezit elevaci nad horizontálu na nejnutnější minimum. Aplikujeme-li kortikoid přímo do vazivové či šlachové struktury, toto nestačí, měli bychom dát končetinu na závěs. Klidový režim je pro dokonalé zhojení vazivové struktury nutný, analgetický efekt kortikoidu by při oslabené, bolestí nechráněné vazivové či šlachové struktuře mohl vést k její ruptuře. Pokud indikujeme fyzikální terapii, tak až s měsíčním odstupem od obštíku. V podrobnostech odkazují na příslušnou literaturu, v českém písemnictví je patofyziologie vaziva u těchto stavů a jeho reakce na místně aplikované kortikoidy dobře popsána v revmatologii Rejholce a Šusty. Závažnější stavy jsou indikovány k operační léčbě - uvolnění subakromiálního prostoru např. operací dle Neera. V současnosti se to vesměs provádí arthroskopicky.

Do skupiny periarthritid zařazujeme rovněž **bursitis subacromialis calcarea**, kdy se v subakromiální bursě nebo rotátorové manžetě objevují kalcifikáty. Toto onemocnění se vesměs projevuje akutním začátkem velmi výrazných bolestí a téměř nemožností pohnout ramenem, v čemž se od klasické periarthritidy liší. Diagnosa bývá zřejmá z RTG vyšetření, které vesměs odhalí kalcifikáty poblíž velkého hrbolu humeru. Je třeba si u stavů perakutních výrazných bolestí ramene

udělat k odhalení kalcifikátů snímky ve více projekcích, občas se stane, že ve standardní AP projekci se kalcifikát skryje za stín hlavice humeru. Tento vysoce bolestivý stav vyžaduje energický zásah – instilaci kortikoidu do subacromiálního prostoru, případně před tím ještě proplach subacromiální bursy lokálním anestetikem za pomoci dvou jehel. Dochází vesměs k rychlé a účinné analgetisaci.

Druhá skupina onemocnění ramene je principiálně od periarthritidy (pericapsulitidy) odlišná - jedná se o **capsulitis**, neboli **syndrom zmrzlého ramene (frozen shoulder)** čili postižení přímo ramenního kloubu. Výše popsané kolemkloubní struktury bývají zdravé, což se může (ale nemusí) projevit negativitou odporových testů. Klinický nález je typický omezením hybnosti dle tzv. kloubního vzorce (capsular pattern), který stanovuje, že pokud dojde k omezení skapulohumerální abdukce na 1/2 normálního rozsahu (norma cca 90 st.), musí dojít k omezení zevní rotace na jednu pětinu normálního rozsahu (norma rovněž cca 90 st.) Volná zevní rotace, vyšetřovaná v addukci paže toto onemocnění tudíž vylučuje, na druhé straně omezená zevní rotace např. jen na 10 st. ho do značné míry podporuje. Vnitřní rotace bývá postižena obvykle méně a její vyšetřování nemá pro diagnostiku tak velký význam. Onemocnění je to bolestivé. V typickém případě probíhá rok. Tři měsíce se zhoršují bolesti a omezuje se hybnost, další tři měsíce trvají bolesti a je omezená hybnost, další tři měsíce se zlepšují bolesti při přetrvávání omezené hybnosti a další tři měsíce až půl roku se zlepšuje hybnost při již relativně nebolestivém stavu. Základní patologicko anatomickou lezí je zde iritace synovialis s tvorbou nitrokloubních adhezí, tvořících se z neznámých příčin. Terapie vyplývá z patologie - nitrokloubně aplikovaným kortikoidem (asepse!) se pokusit kloub, když ne uvolnit, tak aspoň analgetisovat. Interval jednotlivých aplikací stačí měsíc. Zátěž se zde doporučuje do míry únosné bolestivosti. Rehabilitace či fyzikální léčba je metodou volby, dobu nemoci ale nijak výrazně nezkracuje. Význam má tam, kde nelze instalovat kortikoidy (alergie, juvenilní diabetes mellitus). Občas se s tímto onemocněním setkáváme u posttraumatických stavů, stačí drobná traumata, např. mírné zhmoždění. Na rozdíl od typického zmrzlého ramene mají tyto posttraumatické stavy lepší prognosu co do délky trvání, onemocnění se dá počítat na týdny, není to však pravidlo.

O akupunkturu má význam se dle mých zkušeností pokoušet pouze u periarthritidy (pericapsulitidy). Efekty zde bývají relativně méně výrazné. Terapii provádíme dle všeobecných zásad, nejčastěji na drahách tlustého střeva, trojitého zářiče nebo tenkého střeva, dle typu bolestí a pulsu spíše sedací. Pěkné efekty může občas přinést velká punktura, provedená buď na luo příslušné dráhy nebo (častěji) na skupinovém luo. V případě převahy povrchního pulsu a palpačně bolestivého ramene v bodě LI15 se mi podařilo dvakrát docílit dlouhodobého efektu (několik měsíců) po jednorázové akupunktuře mimořádné dráhy jang-čchiao-maj spolu s tímto bodem technikou popsanou v kapitole o mimořádných drahách. V případě capsulitidy je terapie akupunkturou dle mých zkušeností naprosto zbytečná a pokusy o ni jen prodlužují již tak značné pacientovy potíže. Bolesti ramene nebo obou ramen, které jsou součástí polysymptomatických stavů, bývají ovlivnitelné akupunkturou relativně lépe dle všeobecných zásad, nejčastěji zásahem na mimořádných drahách.

Závěrem podkapitoly o bolestivém rameni opětovně zdůrazňuji **nutnost odlišení periarthritidy (pericapsulitidy) od capsulitidy**. Bolestivá ramena s RTG negativním nálezem označená paušálně termínem periarthritis humeroscapularis bolí většinou více, než ta ramena, kde se toto rozlišení provede.

## 11.9. EPICONDYLITIS LATERALIS ET MEDIALIS HUMERI

Až na ojedinělé efekty, kdy jehlování u těchto onemocnění provádím na naléhání pacientů, mám s akupunkturou vesměs negativní zkušenosti. Vyzkoušel jsem nejrůznější druhy akupunktury (s výjimkou aurikuloterapie) - akupunkturu na drahách, malou punktuuru, velkou punktuuru symetrickým bodem i luo bodem, sedativní cirkulární opich i jiné. Kromě akupunktury jsem paralelně prováděl manipulační terapii krční páteře a doporučoval jsem následné měkké techniky krční páteře. Efekty, pokud se dostavily, byly přechodné, vesměs jsem terapii akupunkturou po několika týdnech ukončil jednorázovým opichem kortikoidem, k tomu někdy vysokou sádrovou dlahou. Dlaha musí být ke konci

mírně flektovaných prstů, zejména v MCP kloubech. Palec zůstává volný.

## 11.10. CERVIKOBRACHIÁLNÍ SYNDROM

Na rozdíl od typického lumboischiadického syndromu mám u syndromu cervikobrachiálního s akupunkturou nepoměrně lepší zkušenosti a výsledky.

Diagnosa CBS bývá stanovována dosti často u různých více či méně přesně lokalisovatelných algoparestesíí horních končetin, které jen někdy bývají rozpoznány jako pravé kořenové syndromy. Existují práce, které popisují spousty kompresivních neuropathií na horní končetině, je ovšem otázka jak reálná tato onemocnění skutečně jsou. Důsledkem parere k neurologickému vyšetření k vyloučení kompresivní neuropathie horní končetiny (kromě sy canalis carpi) je totiž vesměs pouze reflexní stimulace n. III s kontrakcí m. rectus superior neurologa.

Je však pozoruhodné, že relativně často je možno tyto neurčité bolesti dosti dobře rozlišit dle průběhu akupunkturních drah. Vyptáme-li se pacienta na přesný průběh a charakter bolestí, můžeme obvykle identifikované meridiány dobře zařadit dle zákonitostí pěti elementů. Toto je potom klíčem k terapii - zakomponovat ošetření postižených meridiánů tak, aby zapadly do regulace cangů dle ročních období.

Například: v letním období udá pacient bolesti předloktí na volární i dorsální straně, volárně ulárně a dorsálně laterálně. Laterální bolesti se dotykem zhoršují, volárněmediální naopak třením zlepšují. Na pulsu najdeme silný puls plic, tlustého střeva a ledvin, slabý srdce a jater. Celá situace je z hlediska akupunkturistické patologie odpovídá nedostatku na dráze srdce a nadbytku na dráze tlustého střeva. Kořen potíží tkví v dysregulaci cangů. Silné plíce (v létě předčasně) přenášejí část své čchi na sdružený orgán tlustého střeva, což se projeví na jeho meridiánu bolestmi z nadbytku. Prázdnota srdce se projeví na předloktí bolestmi z nedostatku v průběhu jeho dráhy. Klíčem k terapii je převedení čchi plic na srdce - můžeme to provést přes element dřeva nabodnutím dřevěného bodu plic P11 sedativně - dojde k posílení jater na úkor plic a druhotně k posílení srdce jakožto syna jater. Nebo převedením čchi ledvin do srdce sedativní punkturou ohnivého bodu ledvin KI2 s tím, že očekáváme utlumení plic posíleným srdcem v cyklu kche, resp. dle pravidla manžel - manželka (což je totéž jako cyklus kche). S oslabením plic se často oslabí i sdružené tlusté střevo, takže zásah na meridiánu tlustého střeva již nemusí být nutný. K překvapení pacienta a vesměs i lékaře dochází k úlevě, residuální bolesti je možno ošetřit velkou punkturou opozičním luo bodem příslušné dráhy.

Podají-li se identifikovat postižené meridiány a nalézt souvislost s cyklem pěti elementů, představuje to polovinu úspěchu.

Ošetření je možno doplnit velkou punkturou, vzhledem k přítomnosti parestesíí zde budeme často zasahovat na opozičním luo bodu sedativní technikou s cílem kontralaterálně na postiženou stranu čchi doplnit. Obecně je zde ještě možno uvést: čím periferněji se problémy vyskytují, tím více budeme zasahovat na jednotlivých drahách než na více drahách, čím jsou proximálnější, tím je pravděpodobnější zákrok na více drahách současně skupinovými luo body. Osvědčuje se mi doplnit velkou punkturou nabodnutím bodu pramene příslušné dráhy, při použití skupinového luo bodu bodů pramene (původu) všech tří postižených jinových či jangových drah.

## 11.11. SYNDROM KARPÁLNÍHO TUNELU

Teoreticky je možno ho řešit akupunkturou, nejčastěji velkou punkturou, případně stimulací jangu či uvolněním blokády čchi, dle stavu pulsu i na mimořádné dráze. Vlastní zkušenosti s akupunkturou terapií těchto stavů mám, ale vesměs špatné, proto ji již neprovádím. Ojediněle jsem na cílenou žádost pacientky po její předchozí dobré zkušenosti u jiného akupunkturisty s přechodným

efektem použil recepturně místní bod PC7.

## 11.12. POTÍŽE LOKALISOVANÉ NA HRUDNÍK A BŘICHO

S těmito problémy mám většinou druhotné zkušenosti, k efektům u mne dochází vesměs jako vedlejší fenomén při léčbě bolestí pohybového aparátu. Nicméně určitá doporučení stran akupunktury si u břišních a hrudních potíží, včetně urologických a gynekologických, dát mohou:

1. Více než kdekoliv jinde zde platí, že stav musí být řádně zhodnocen z hlediska evropské medicíny, a to i v případě subjektivního úspěchu po akupunktuře.
2. Posuzování potíží dle průběhu akupunkturních drah je zde téměř nemožné.
3. Jen někdy můžeme ztotožnit orgány a dráhy akupunktury s orgány tak, jak je známe z evropské medicíny. Dle mých zkušeností je to možno udělat v případě dráhy žaludku a plic, snad i žlučníku, kdy na těchto meridiánech můžeme nalézat hlavní patologickou dysregulaci skutečně v případě žaludečních, žlučnickových a dýchacích potíží. Ostatní orgány čínské medicíny je žádoucí vnímat spíše jako pojmenování akupunkturních subsystémů než jako vyložene naše evropské orgány („slezina“ a „játra“ tradiční čínské medicíny nemají se skutečnou slezinou a játry prakticky nic společného). Stran srdce viz zde odstavec 8.
4. Při terapii je prioritní záležitostí pulsová kompensace. Dle aktuálního stavu ji provádíme jak na řádných tak mimořádných drahách.
5. Rozhodneme - li se použít akupunkturu, musíme zde více než kdykoliv jinde provést celkovou regulaci čchi. Například v případě žlučnickových potíží nestačí pouze kompenzovat puls žlučníku, nutno je upravit celkový stav cangů.
6. Nejlepší úspěchy je možno docilovat u tzv. neurastenii, kdy porucha nemá organický podklad ve smyslu evropské medicíny.
7. Akupunkturu je možno u některých potíží doplnit manipulační léčbou, nejčastěji na hrudní páteři nebo ThL přechodu. I v případě manipulační léčby je nutné vyšetření příslušných orgánů, platí to zejména pro bolesti na hrudníku a vyšetření srdce.
8. Při onemocnění srdce ve smyslu MFM podřídít veškerou akupunkturu dostatečné náplni čchi subsystému srdce a oběhu tradiční čínské medicíny. Kardiologická onemocnění pochopitelně akupunkturou neléčím, ale když vím, že akupunkturou léčený člověk má srdeční onemocnění, tak v první řadě hlídám, abych akupunkturou nesesedoval srdce, ev. abych srdeční prázdnotu doplnil. Dle teorií TCM je srdce je císař a zahyne-li císař zanikne celý stát. Potřebám srdce je nutno podřídít potřebu jakéhokoliv jiného orgánu. Nejčastěji zde budeme stimulovat jin, tudíž onu zásobní složku, z které samotná jangová aktivita vyrůstá. Stimulovat jang u kardiaka, jehož srdce vesměs již tak pracuje s minimálními možnostmi na maximální výkon, pokládám za dost riskantní. Opětovně zdůrazňuji nutnost zhodnotit jin-jangový stav pulsovou diagnostikou.
9. Poměrně často a se značnými subjektivními efekty můžeme využívat akupunkturu mimořádných drah. Přesné zhodnocení pulsu tak, jak je popsáno v kapitole o mimořádných drahách, je zde nutné.
10. Tak jako jinde, nebudu ani zde uvádět, které konkrétní body používat. Výběr bodů je dán stavem tepu. Například stran biliární dyspepsie je nutno zhodnotit, zda kromě přetlaku čchi na žlučníku je také přetlak na játrech, jakým způsobem se toto projevuje na slezině (např. její slabostí) a dle toho do kompensace zapojit či nezapojit cangy etc. Stran bronchiálního astmatu je situace popsána v kapitole o mimořádných drahách.

### **11.13. COXARTHROSA**

Z arthrosy nosných kloubů dolních končetin (kyčle, kolena, hlezna) se u coxarthros setkávám s relativně dobrými efekty, i když asi jen v 50% případů. Těchto 50% však zahrnuje i těžké stavy arthros III-IV. stupně, kdy sice nedochází po akupunktuře ke zlepšení hybnosti, ale k více či méně výraznému omezení bolestí. Asi u 25% pacientů při tom trvá podstatná analgetisace asi 2-3 roky při intervalech akupunktury mezi 1-3 měsíci. Akupunktura tak může být velmi užitečným pomocníkem k překonání někdy dosti dlouhého období, kdy objednaný pacient očekává vyzvání k dostavení se k operační léčbě totální endoprotézou. V naprosté většině provádím zákroky na mimořádných drahách a z nich na taj-maj a jang-čchiao-maj, u bolestí v tříselech většinou jin-wej-maj. Takto to velmi často ukazuje pulsový nález. Pokud však puls ukáže na jinou dráhu, s efektem ji neváhám použít. Hodně zde napoví kromě pulsu také lokalizace bolestí. V akupunktuře na řádných drahách se nejčastěji uplatní sedace žlučníku, žaludku, méně často močového měchýře, toto vše pochopitelně spolu s regulací čchi cangů.

### **11.14. GONARTHROSA**

Na rozdíl od coxarthrosy mám u gonarthros mizivé procento úspěchů, takže většinou gonarthrosu akupunkturou většinou neléčím. Na základě svých zkušeností si dovoluji tvrdit, že koleno je kloubem, reagujícím na akupunkturu z veškerých kloubů nejhůře.

### **11.15. ARTHROSA HLEZNA**

Dle svých zkušeností reagují bolesti hlezna na akupunkturu vůbec nejlépe ze všech kloubů. S dobrými efekty se zde setkávám až v 70 (sedmdesáti) procentech, přičemž většinou nezáleží na stupni arthrosy. Je to pozoruhodné o to více, že běžně zde již velmi nízké stupně arthrosy jsou výrazně bolestivé a jiné metody terapie, včetně lokálních kortikoidů a nejrůznějších druhů fyzikální terapie, bývají minimálně účinné. Princip spočívá v pulsové kompensaci - opět nejčastěji mimořádnými drahami, z nich nejvíce taj-maj a jang-čchiao-maj, méně často jin-wej-maj a tu-maj. Hlezno často dobře reaguje na akupunkturu extrameridiálních bodů lan-men. Tyto body jsou umístěny na nejvíce prominujících místech obou kotníků, píchají se kolmo s tím, že se zde jehla dotkne periostu. Někdy tyto body přidám i k akupunktuře mimořádné dráhy.

### **11.16. LUMBOISCHIADICKÝ SYNDROM S PRAVÝM KOŘENOVÝM DRÁŽDĚNÍM**

Již jsem uvedl, že akupunkturu pokládám u této nosologické jednotky za relativně kontraindikovanou. Efekty jakéhokoliv jehlování, které jsem zde dělal, jak na řádných tak mimořádných drahách, měly většinou pouze dočasný efekt a maximálně po dvou hodinách byly vystřídány výrazným zhoršením stavu. Vůbec nejhorší nástup zhoršení jsem zaznamenával po velké punktuře. Akupunkturu bych snad indikoval pouze v rámci komplexní konservativní klidové terapie při hospitalisaci u zabezpečeného klidu na lůžku. Zkušenosti s tímto postupem však nemám žádné, je to pouze moje domněnka. Ojediněle jsem na naléhání dvou pacientek s kořenovým syndromem na dolních končetinách akupunkturu s efektem provedl, vždy byla použita dráha jang-čchiao-maj.

### **11.17. PSEUDORADIKULÁRNÍ BOLESTI NA DOLNÍCH KONČETINÁCH**

Z hlediska evropské medicíny je většinou možno je identifikovat jako provázející dobře diagnostikovatelná onemocnění - např. arthrosy, sakroiliakální dysfunkce, dosti často trochanterické entesopathie. Většinou nedosahují až do prstců, končí maximálně na hlezně, někdy jen na koleně. Rozpaky by zde snad mohl přinést kořenový syndrom L4, který nemusí dosahovat až do palce nohy.

Většinou můžeme dle průběhu bolestí rozpoznat příslušný akupunkturní meridián a adekvátním zásahem jehlami dle výše popsaných pravidel stav upravit. Efekty zde spíše bývají.

## 11.18. BOLESTI NOHY

Platí zde to, co bylo již řečeno na horních končetinách. Čím jsou potíže více periferně, tím více můžeme přesně identifikovat příslušnou akupunkturní dráhu a zásah koncentrovat na ni. Je vhodné z hlediska akupunktury zvážit, zda se nejedná o některé z těchto stavů:

1. Syndrom longitudinálního luo dráhy žlučníku. V tomto případě má pacient bolesti jdoucí od later. strany distálního bérce na dorsum nohy, vyloženě nesnáší na noze pokrývku, spí s nepříkrytou nohou. Terapií je punktura stejnostranného luo žlučníku GB37 sedativně.
2. Při bolestech na dorsu nohy se dosti často jedná o přetlak čchi v muskulotendinosní dráze žaludku. Puls žaludku je v tomto případě zvýšený. Muskulotendinosní dráha žaludku zaujímá prakticky celé dorsum nohy (s výjimkou 1. prstu). Terapií je sedace dráhy žaludku zakomponovaná do regulace čchi cangů. Možno též použít velkou punkтуру, rovněž na dráze žaludku.
3. Při bolestech plosky nohy se někdy jedná o přetlak čchi na dráze ledvin, zejména v letním období. Terapií je sedace ledvin, doplněná někdy o velkou punkтуру.
4. Bolesti z patní ostruhy léčím většinou metodami MFM.

Bolesti nohou žen jsou samostatným problémem, neboť pseudoestetika, která ženám provedla pomyslnou amputaci prstů u nohou a za ideál krásy ustanovila patologický stav získaného příčného plochonoží, udělala z dámské obuvi nefyziologickým zvýšení podpatku a zúžením špiček vpravdě mučící nástroje. Výsledky nošení takovéto obuvi si můžeme prohlédnout na internetu po zadání slova „bunion“. I ty nejhorší deformity, které je možno zadáním tohoto slova prohlížet, jsou běžným stavem vídaným na ortopedických ambulancích. Tyto deformity je třeba v první řadě správně obout (do obuvi tvaru pánské polobotky s nízkým podpatkem a širokou špičkou, v případě neúspěchu stejným typem obuvi doplněným individuálně zhotovenými ortopedickými vložkami) a nikoliv tyto stavy např. pomocí akupunktury „zachraňovat“ pro vysoké podpatky. Jedná se o složitější ortopedickou problematiku, která přesahuje rámec tohoto sdělení. Pro účely akupunktury by mělo být dostačující to, co je zde uvedeno.

## 11.19. PRSTENČITÉ BOLESTI

Tyto bolesti obemykají končetinu na různých místech jako prstenec, vesměs silný několik centimetrů. Jsou poměrně vzácné a je třeba se na ně k jejich odhalení cíleně ptát, pacient sám je málokdy takto popisuje. Pokud se s těmito bolestmi setkám, léčím je dle návodu Dr. Kajdoše sedativní oboustrannou punkturou bodu UB30 paj-chuan-šu, souhlasný bod svěračů. Pokud jsem tento stav zaznamenal, zatím jsem se vždy setkal s efektem.

## 11.20. POLYSYMPATOMATICKÉ POTÍŽE

V akupunkturu se je budeme snažit řešit metodou hledání společného. Měli bychom se pokusit si odpovědět na tyto otázky:

A. Udělal jsem skutečně vše proto, abych vyloučil organické onemocnění MFM, konkrétně revmatologické nebo endokrinologické onemocnění?

B. Můžeme pacientovy potíže identifikovat jakožto jednoznačnou převahu jin nebo jangu?

C. Dají se pacientovy potíže vysvětlit dysregulací čchi orgánů cang?

D. Dají se pacientovy potíže identifikovat dle některého syndromu čínské patologie?

E. Dají se pacientovy potíže identifikovat dle průběhu akupunkturních drah a mají tyto dráhy nějaký vztah v rámci pěti elementů?

Byl bych rád, kdyby lékař zjistil, že k řešení uvedených otázek mu pomohl text tohoto pojednání.

## 12. PŘEDMLUVA K UČEBNICI MUDR. VÁCLAVA KAJDOŠE ZÁKLADY TRADIČNÍ AKUPUNKTURY

Internetové vydání učebnice akupunktury českého klasika této léčebné metody MUDr. Václava Kajdoše (1922 – 1990) bylo ponecháno v nezměněné podobě. Dodatečné korektury (např. úprava nomenklatury) by narušily nadčasovost knihy, zbavily by jí osobité pečeti jejího autora. Kniha se řadí k čelným dílům o dané problematice, a to nejen v českém jazyce.

Je snadné krátce charakterizovat jedinečnost této knihy:

1. Autor stručně, přehledně a výstižně předkládá teorie tradiční medicíny tak, že je může akceptovat a zahrnout do léčebného programu i evropsky vzdělaný lékař.
2. Z textu je jednoznačně patrné, že údaje zde uvedené nejsou pouze opsané, ale že vycházejí z autorových hlubokých teoretických znalostí a bohatých praktických zkušeností.
3. Kniha učí lékaře být nezávislým na recepturách. Na teoretické kapitoly o tradičních pravidlech přímo navazují texty o tom, jak konkrétně tato pravidla využívat v praxi. Krásným příkladem jsou např. kapitoly o regulaci čchi orgánů cang (zde nazvané „Energetická regulace“) a antických bodech. Přitom Dr. Kajdoš receptury uvádí, a to poměrně rozsáhlé. Jako červená nit se ale jeho dílem táhne upozorňování, že tyto receptury jsou podstatně účinnější poté, co jsou nejprve využita tradiční pravidla.
4. Kniha zbavuje pulsovou diagnostiku mýtu nenaučitelnosti a ezoterické nedostupnosti. Autor poukazuje na nesporné výhody této pozoruhodné diagnostické metody. V žádném jiném díle se nesetkáme s tak konkrétním návodem, jak pulsovou diagnostiku provádět, vybírat s její pomocí akupunkturní body a ověřovat si efekt akupunkturního zákroku.
5. Kapitola o mimořádných drahách je pro danou problematiku nenahraditelným základním dílem.
6. Kapitola o léčbě bolestivých stavů akupunkturou je nejlepší prezentací tohoto tématu vůbec.

Je vhodné čtenáře upozornit, že nomenklatura Dr. Kajdoše neodpovídá současnému trendu používat buďto český standardní přepis nebo pinyin. Dr. Kajdoš uvádí lokalisaci a pořadí bodů na drahách dle Bachmanna, což vždy neodpovídá v současnosti užívanému systému. Podstatných rozdílů je minimum: důležité je jiné pořadí číslování počátečních bodů na dráze ledvin (prvých 7 bodů uvedených Dr. Kajdošem pod čísla 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 se nyní používá pod čísla 1, 2, 6, 5, 3, 4, 7, přičemž bod tchaj-si je v tabulce antických bodů uveden jako třetí, což je současné číslování, v zobrazení všech bodů jako pátý, což je číslování dle Bachmanna) a lokalizaci bodu PC5 (skupinového luo jinových drah horních končetin – běžně se používá umístění 3 cuny nad středem zápěstí volárně mezi šlachami m. flexor carpi radialis a m. palmaris longus, Dr. Kajdoš udává 4 cuny).

Sám za sebe mohu sdělit: MUDr. Václava Kajdoše jsem osobně neznal, akupunkturu jsem začal studovat čtyři roky po jeho smrti. Zodpovědně zde mohu prohlásit, že nebýt této jeho učebnice, nebyl by ze mne akupunkturista.

MUDr. Petr Kundrát



## **13. ZÁVĚR**

V tomto textu téměř není údaj, který by byl pouze odněkud opsán a mou praxí neověřen. Pokud nemám údaj ověřen, vždy to na příslušném místě uvádím. Lékaři, který použije tento text ke své práci, přeji hodně úspěchů a aby se ve svých vědomostech stále vyvíjel. Totéž přeji i sám sobě.

V Ostravě 30.4.2016

MUDr. Petr Kundrát

## 14. DODATKY: LITERATURA, SEZNAM ZKRATEK.

### 14.1. LITERATURA:

1. Ando, V.:

Klasická čínská medicína - základy teorie I

Svítání, Hradec Králové, 1995

2. Ando, V.:

Klasická čínská medicína - základy teorie II

Svítání, Hradec Králové, 1996

3. Ando, V

Klasická čínská medicína - základy teorie III

Svítání, Hradec Králové, 1997

4. Ando, V.:

Klasická čínská medicína - základy teorie IV

Svítání, Hradec Králové, 1999

5. Ando, V.

Klasická čínská medicína – základy teorie V

Svítání, Hradec Králové, 2001

6. Chang, S. T.:

The complete book of acupuncture

Celestial Arts, Berkeley California USA, 1976

7. Kajdoš, V.: Kovem a ohněm

Pressfoto, Praha, 1974

8. Kajdoš, V.:

Základy tradiční akupunktury

Knižnice ILF, Praha, 1985

9. Li Shi Zhen:

Pulse diagnosis

Paradigm Publications, Brookline Massachusetts USA, 1985

10. Rosinský, T.:

Bioterapia, príručka pre liečiteľov

Flash channel, Bratislava 1991

11. Rosinský, T.:

Človek, bytie a umenie

Teleflash, Bratislava 1993

12. Rosinský, T.:

Choroby z nenávisťi (urieknutie, porobenie, prekliatie)

Energoinformačný systém človeka v zdraví a chorobe

CAD PRESS, Bratislava 2007

13. Růžička, R.:

Akupunktura v teorii a praxi

NADAS, Praha, 1990

14. Šmirala, J a kolektiv:

Praktická akupunktura

Vydavatelství Osveta, Martin 1991

15. Vogralik, V. G., Vogralik, M. V.:

Akupunktura, bodová reflexní terapie

Avicenum, Praha, 1992

## 14.2. SEZNAM ZKRATEK

EI..... Energoinformační

EIM..... Energoinformační medicína

MFM..... Morfologicko-fyziologická medicína

TA..... Tradiční akupunktura

TCM.....Tradiční čínká medicína