

AKUPUNKTURA V NEUROLOGICKÉ PRAXI

MUDr. Vladko BYDŽOVSKÝ

Oddělení pro nemoci nervové vojenské nemocnice, České Budějovice

(náčelník: plk. MUDr. Josef Mazánek, CSc.)

Úvod

Akupunktura představuje starodávnou klasickou léčebnou metodu, která se v posledních letech rozšířila prakticky do všech oblastí celého světa. Oficiální medicína začala tuto metodu akceptovat díky univerzitním laboratorům a výzkumným pracovištím, ze kterých začínají proudit seriózní vědecké informace o jejím mechanismu účinku (9, 10, 22). Její výsledky zvláště u řady funkčních stavů jsou nepopíratelné, a tak náš přechemizovaný svět začíná k této metodě upírat svou pozornost. Metoda má svá přesná pravidla využívání „místních“ i „vzdálených“ bodů a jejich kombinací. Ač dosud zcela není objasněna její podstata, výsledky jsou nepopíratelné (8, 11, 16, 18, 20). Není to ale žádná zázračná metoda, která by byla indikována pro všechna onemocnění. Je třeba přistupovat ke každému pacientovi přísně individuálně, před začátkem terapie je nutné kvalitní klinické vyšetření pacienta s použitím nutných a dostupných vyšetřovacích metod.

V našem písemnictví jsme kromě 2 výjimek (5, 24) nenašli práci zabývající se podrobnějším rozбором terapie akupunkturou u neurologicky nemocných. Vzhledem k tomu, že tuto terapii provádíme na našem oddělení od roku 1978, chtěli bychom se v tomto sdělení zamyslet nad jejími výsledky a přispět do diskuse o výhodách či nevýhodách této léčby (8, 11, 12, 18, 23).

Materiál a metodika

Do námi sledovaného souboru jsme zařadili pacienty, kteří u nás v době od 1. září 1978 do 31. 8. 1983 byli léčeni klasickou jehlovou akupunkturou (AKU) a od 1. září 1983 do 31. srpna 1984 elektropunkturou přístrojem Akudias 1 firmy Metra Blansko (E-AKU).

AKU jsme prováděli v době od 1. září 1983 do 31. srpna 1984 jen u těch pacientů, u kterých jsme nedosáhli efektu E-AKU. Výsledky této terapie budou předmětem jiného sdělení.

V tomto období jsme léčili AKU i E-AKU celkem 638 pacientů v 4692 sezeních, z toho AKU prodělalo 355 pacientů v 3214 sezeních, E-AKU 283 pacientů v 1478 sezeních. Z těchto nemocných s neurologickými i neneurologickými onemocněními jsme vybrali 10 skupin neurologických onemocnění, kde jak AKU i E-AKU prodělali více jak 3 pacienti. Získali jsme takto skupinu 286 pacientů léčených AKU a 212 pacientů léčených E-AKU.

Pacienti byli vybíráni jednak z ambulantních i hospitalizovaných pacientů našeho oddělení, jednak k této terapii byli doporučováni lékaři jiných zdravotnických zařízení Jihočeského kraje. 80 % představovali ambulantní pacienti, 20 % nemocní hospitalizovaní na našem oddělení. Pacienti měli vesměs mnohaleté potíže, předchozí terapie neměla buď žádoucí efekt, nebo ji prostě nesnášeli. Pravidlem bylo vyčerpání možností klasických způsobů léčby v naší neurologii obvykle používaných.

Vzhledem k tomu, že tato léčba byla prováděna u pacientů jako poslední pokus možností konzervativní terapie, nevytvářeli jsme kontrolní skupinu. Všichni pacienti byli vyšetřeni před zahájením této terapie neurologicky, dle charakteru potíží používána obvyklá pomocná vyšetření laboratorní, rentgenologická a elektrofyzilogická. Dle charakteru onemocnění jsme vysazovali medikamentózní terapii u AKU do 5. sezení, u E-AKU do 3. sezení. Pro provádění AKU byla vyčleněna speciální místnost, ve které nemocní podle povahy onemocnění buď leželi na nemocničních lehátkách, nebo seděli v pohodlných křeslech. Najednou jsme tuto terapii prováděli u 5—7 pacientů. U E-AKU jsme tuto metodu prováděli v obvyklých podmínkách našich ambulantních či lůžkových vyšetřoven. Počet sezení u AKU se pohyboval mezi 8—10 sezeními v jednom kursu, doba jednoho sezení trvala cca 20 minut, jehly jsme používali jak naší výroby (Chirana Stará Turá), tak především originální čínské. E-AKU jsme prováděli většinou v 5 sezeních 1—2krát týdně — dle výsledků měření kožního odporu a subjektivního stavu pacienta.

U jednotlivých onemocnění se postupovalo dle běžně doporučovaných metodik (1, 2, 8, 10, 11, 14, 18, 19, 20, 21, 25), striktně jsme dodržovali nařízené kontraindikace (5, 10). Každý pacient má zavedenu kartu pro provádění AKU či E-AKU, kde vedle personálií se zaznamenávají veškeré reakce pacienta na léčbu, efekt terapie, vedlejší účinky či nepříznivé reakce. Efekt léčby jsme hodnotili jednak po skončení kursu AKU či E-AKU, jednak, a to definitivně, po uplynutí jednoho měsíce od jeho skončení. U onemocnění jako třeba migrény, neuralgie trojklanného nervu a dalších, kde potíže mohou být občasné, byli pacienti instruováni, aby v případě recidivy potíží do jednoho roku toto zhoršení telefonicky, písemně či osobní domluvou oznámili. U onemocnění vertebrogenních jsme efekt hodnotili do jednoho měsíce od skončení léčby a také onemocnění po této době jsme brali jako novou recidivu.

Hodnocení jsme prováděli na základě především subjektivních údajů pacientů, kteří měli za úkol při závěrečném hodnocení svůj stav zařadit do některé ze 4 skupin:

1. skupina — stav plného zdraví, nemá původní zdravotní potíže.
2. skupina — potíže jsou zcela minimální, subjektivně dobře snesitelné, neobtěžující pacienta.
3. skupina — jen minimální zlepšení ve srovnání s výchozím stavem.
4. skupina — stav stejný jako před zahájením terapie.

Rozbor objektivních nálezů před a po skončení terapie u pacientů s afekcemi pohybového ústrojí bude předmětem jiného sdělení.

Výsledky léčby

Přehledné výsledky léčby jsou uvedeny v tabulce 1 a v tabulce 2. Z 286 pacientů léčených jehlovou akupunkturou jsme dosáhli výtečného efektu u 68 pacientů, což představuje 23,8 %. Dobrého efektu u 155 pacientů, což je 54,2 %. Celkový příznivý efekt léčby činí 78 %. Ve skupině elektropunktury z 212 pacientů bylo dosaženo výtečného efektu u 28 pacientů (13,2 %), solidního u 129 pacientů (60,9 procenta). Celkově příznivý efekt terapie je u 74,1 % pacientů.

Příznivý efekt terapie LI syndromů byl u AKU v 62,5 % (tedy skupina 1 a 2), u E-AKU v 61,6 procenta. U migrén u skupiny AKU v 85,6 %, u E-AKU v 92,9 % případů. Úspěšnost terapie cervikálních syndromů byla 91 % (AKU), respektive 77,7 % (E-AKU), cervikokraniálních syndromů 75 %, respektive 66,6 %, cervikobrachálních syndromů 100 %, respektive 62,5 %. Ve skupině pacientů s tinnitem byla úspěšnost léčby u jehlové akupunktury v 62,5 %, u elektropunktury v 54,5 %. Efekt u pacientů s dg. epikondylitis radialis byl v 75 % (AKU), respektive v 83,3 % (E-AKU), u parézy lícního nervu v 63,6 % (AKU), respektive v 53,3 % (E-AKU), u neuralgií trojklanného nervu v 84,3 % (AKU), respektive v 90 % (E-AKU). Terapie pacientů se syndromem karpálního tunelu byla příznivá u jehlové akupunktury v 66,7 % případů, u elektropunktury v 61,6 % případů.

Zajímali jsme se také o to, kdo akupunkturu indikoval. Celkem v obou skupinách bylo léčeno 498 pacientů, z toho akupunkturu navrhol 16krát obvodní lékař, ve 121 případě neurolog některého z jihočeských OÚNZ, ve 100 případech shodně neurolog vojenské nemocnice i ostatní lékaři vojenské nemocnice, v 13 případech jiný odborný lékař OÚNZ (otorinolaryngolog, ortopéd a podobně). Celkem ve 44,4 % tuto metodu indikoval neurolog.

Kasuistiky

42letý dělník J. F., odeslán pro chronický recidivující LI syndrom pravostranný iritační L 5

Tab. 1

Výsledky léčby akupunkturou září 1978 – srpen 1983

Diagnóza	Celkem pacientů	Výsledný efekt			
		1.	2.	3.	4.
LI-sy	56	14	21	16	5
migréna	104	31	58	14	1
C-sy	33	8	22	2	1
CK-sy	12	1	8	3	0
CB-sy	9	3	6	0	0
tinnitus	16	2	8	4	2
epikondyl. radialis	12	1	8	1	2
obrna n. VII.	22	3	11	8	0
neuralgie n. V.	19	5	11	2	1
syndrom karp. tunelu	3	0	2	0	1
Celkem	286	68	155	50	13
Procenta	100	23,8	54,2	17,5	4,5

Tab. 2

Výsledky léčby elektropunkturou září 1983 – srpen 1984

Diagnóza	Celkem pacientů	Výsledný efekt			
		1.	2.	3.	4.
LI-sy	39	2	21	13	3
migréna	70	17	48	4	1
C-sy	18	1	13	4	0
CK-sy	6	0	4	0	2
CB-sy	8	0	5	3	0
tinnitus	22	1	11	4	6
epikondyl. radialis	12	4	5	2	1
obrna n. VII.	15	1	7	6	1
neuralgie n. V.	10	1	8	1	2
syndrom karp. tunelu	12	1	7	2	2
Celkem	212	28	129	39	18
Procenta	100	13,2	60,9	18,4	8,5

obvodním lékařem, který pacienta neúspěšně v nynější recidivě potíží léčil již třetí měsíc ve spolupráci s rehabilitačním oddělením OÚNZ, byl v pracovní neschopnosti. Po denním provádění akupunktury celkem v deseti sezeních byl na konci léčby prakticky bez potíží (používány především B 23, 40, 57, 60, 62, M 36, TM 4), upravena porucha dynamiky bederní páteře, ustoupily i kontraktury PV svalů. Pacient pak byl přes rok bez jakýchkoli potíží, až po 14 měsících přišel pro recidivující potíže s pravostrannou pseudoradikulární symptomatologií S1 (potíže vzniklé po předchozím uklouznutí). Rovněž recidivu potíží se podařilo zvládnout bez medikace v kombinaci s LTV.

48letá zdravotní sestra V. L. přišla pro migrenózní bolesti hlavy trvající od dětských let, zpočátku jednou za několik měsíců, později potíže měsíčně, až 2–3 roky před zahájením léčby bolesti 1–3krát týdně. Opakovaně vyšetřována neurologicky v OÚNZ, vyzkoušena veškerá dostupná antimigrenika. Vzhledem k jejím neúspěchu řešila potíže užíváním Algeny před záchvatem, v jeho průběhu i po záchvatu, takže v den potíží požila až 10 tablet Algeny, které bolesti zmírnily. Opět v deseti sezeních denně (Di 36, 8, 7, B 60, 2, 1, Di 4, G 10, 14, 20) proveden kurs akupunktury. Pacientka po druhém sezení měla celkem snesitelné potíže, v dalším průběhu již zcela bez bolestí. Po 6 letech udává, že migrenózní bolesti od provedené léčby již neměla.

56letý právník K. H. s dvouletou anamnézou bolestí v šíji. Neurologicky jen porušena dynamika šíje ve středním a dolním úseku, kde na rtg zjištěny drobné počínající spondylotické změny. Po 10 sezeních prováděných 3krát týdně (Di 4, 11, Dů 3, 3 E 5, B 60, 10, M 36, GB 20) bolesti vymizely, k další recidivě došlo po 23 měsících. Tato opět zvládnuta pomocí jehlové akupunktury.

48letá kuchařka L. B. s 3letou anamnézou bolestí v šíji vystřelující do týlní oblasti a někdy až za oči léčena na neurologickém a rehabilitačním oddělení OÚNZ. Dosavadní terapie neměla efekt, klinicky vedle porušené dynamiky šíje lehčího stupně dominovaly kontraktury horních trapézů se zkrácenými skalenovými skupinami oboustranně. Po 10 sezeních prováděných opět 3krát týdně (B 60, Di 2, 4, B 11, 2, M 36, 3E 23, G 14) společně s automobilizací a vytahováním zkrácených svalových skupin jsme vedle úpravy klinického nálezu dosáhli i vymizení potíží pacientky.

47letá úřednice Z. Č. s 5letou anamnézou bolestí v šíji vystřelujících do zevních stran obou paží více vpravo léčena několik měsíců na neurologickém a rehabilitačním oddělení OÚNZ. Objektivní nález ukázal poruchu dynamiky šíje, dle rtg lehké spondylotické změny, bez alterace reflexů šlachových a kosticových, síla jednotlivých segmentů HK byla přiměřená. 10 sezení akupunktury opět 3krát týdně (Di 4, 11, 14, 3E 5, 15, TM 14) společně s LTV a automobilizací odstranilo objektivní nález i subjektivní potíže.

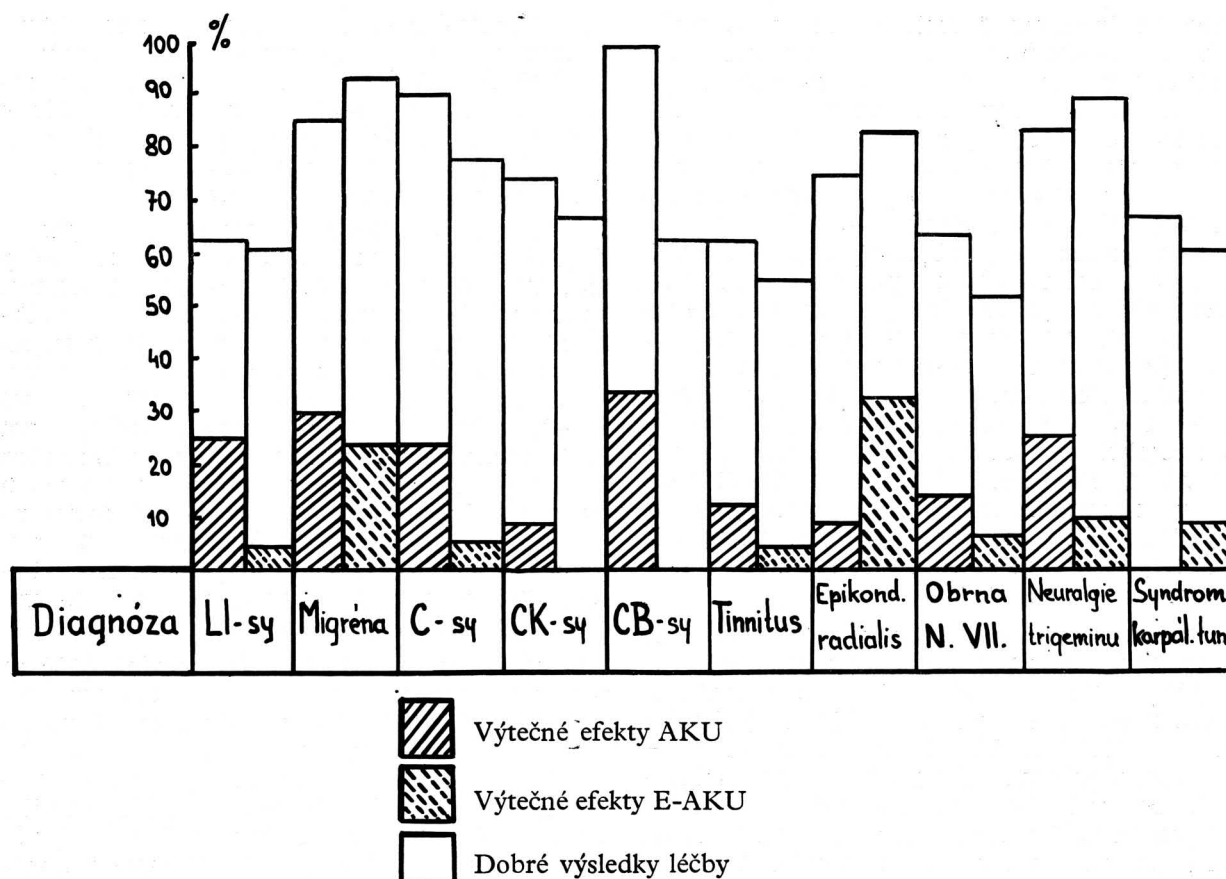
44letá pacientka Z. H. (v domácnosti) přišla pro úporné roční potíže vzniklé po meningoencefalitidě. Vedle tinnitu si stěžovala i na úporné bolesti hlavy. V objektivním nálezu vedle obezity jen známky neurovegetativní lability (vyjádřené výrazným akrovasálním syndromem, zvýšeným červeným dermografismem). Audio neprokázalo výraznější postižení sluchu. Opět jsme provedli 10 sezení 3krát týdně (Dů 2, 5, 3E 3, 5, 7, 10, 17, 19, G 2, 10, 11, PaM 110, 111). Během sezení dosažena nejen vasodilatace v boltcích, ale i v celém obličejí, pacientka výrazně zlepšena.

42letá úřednice léčena v jiném zdravotnickém zařízení. Stěžovala si na bolesti v oblasti radiálního epikondylu vpravo vystřelující někdy až do 2.–4. prstu pravé ruky. Provedena operace radiální epikondylitidy, po které byly potíže prakticky stejné. Pacientka u nás nebyla neurologicky vyšetřována před zahájením léčby. Po zahájení obvyklé terapie (G 41, H 3, Di 4, 10, 11, 3E 4) s prováděním postizometrické relaxace jsme během týdne nedosáhli zlepšování. Proto jsme pacientku přešetřili, charakter potíží nás nutil uvažovat o pravostranném kořenovém postižení C7. Zjištěny kontraktury horních trapézů, porucha dynamiky středního a dolního krčního úseku, hyporeflexie C7 vpravo, vážné extenze v pravém loketním kloubu proti odporu, hypestésie v C7 vpravo. Rtg zjistilo osteochondrosu ploténky C5–6, dorzální osteofyty prominují 2 mm do pravostranného foramen intervertebrale C5–6. Pacientku jsme hospitalizovali, dále prováděna rehabilitační léčba s akupunkturou zaměřenou na potíže ve smyslu CB syndromu; po 13 dnech propuštěna prakticky bez subjektivních potíží, při dalších kontrolách po 2 a 3 měsících přetrvávala jen hyporeflexie C7 vpravo jako následek prodělané kořenové léze. Tuto kasuistiku uvádíme proto, že bychom takto chtěli zdůraznit nutnost odebrání anamnézy a klinického vyšetření každým vyšetřujícím lékařem, nelze spoléhat na předchozí vyšetření jinými lékaři.

39letý rehabilitační lékař 6 týdnů neúspěšně léčen pro parézu lícního nervu vlevo (kortikoidy celkově, lokálně Celestone Chronodose, KC1, B1, B 12, vitamín E, rehabilitace), stav se ale nelepšil, objektivně přetrvávala plegie horní i dolní větve. Po této době pacient svolil k akupunktuře prováděné denně (M 2, 5, 6, 7, 36; Di 4, 3E 5, JE 24, B 2). Již po prvním sezení se v odpoledních hodinách objevila hybnost v dolní větvi, v následujících 2 týdnech se stav upravil k normě.

70letý pacient F. S. odeslán okresním neurologem pro 3 roky trvající neuralgii 2. větve trojklanného nervu vpravo. Tyto potíže se dařilo po 2 roky tlumit medikací Tegretolu, diadynamikem a dalšími procedurami. Provedena léčba akupunkturou v denních sezeních (M 44, 36, 7, 4, 3, 2, Di 4, 5, 19, 20, 3E 5), po 7. sezení pacient zcela bez potíží, mohl se bez obav ohlířet, terapie zcela vynechána. Po další 3 léta je zcela bez potíží.

44letá úřednice H. K. odeslána okresním neurologem pro oboustrannou paresteticko-paretickou formu syndromu karpálního tunelu verifikovanou i EMG vyšetřením. Opakované obštriky karpálního tunelu Kenalogem již bez efektu, přetrvávaly typické noční potíže. Navrhovanou operaci odmítla. Proto provedeno léčení pomocí elektropunktury, při které zjištěna dle měřených hodnot i jistá spoluúčast krční páteře na potížích. Po prvním kursu měla celkem snesitelné potíže, které ji neprobouze-



Graf 1. Úspěšnost léčby

ly, další zhoršení opět elektropunkturou odstraněno po půl roce.

Diskuse

Jak výše uvedeno, 80 % pacientů představovali ambulantní pacienti. Hospitalizace má sice své výhody, umožní pacientovi klid i potřebná vyšetření, ale v našich případech se jednalo o pacienty, u kterých byly již vyzkoušené obvyklé léčebné metody včetně hospitalizací. Navíc sama hospitalizace s klidovým režimem pacienta často odstraní řadu pohybových potíží. Potíže činilo především velké množství pacientů, kteří se dostavovali se žádostí o provedení této terapie. Tak velké množství bylo možno zvládnout jedině díky pochopení předností oddělení. I tak to ovšem znamenalo, že tuto terapii provádějící lékař musel řadu obvyklých pracovních povinností přesunout do pozdních odpoledních hodin.

Provádění terapie klasickou akupunkturou najednou u 5–7 pacientů bylo podmíněno právě výše uvedenými časovými problémy. Výhodu tohoto provádění jsme viděli v tom, že jsme tímto způsobem šetřili čas nutný pro svléknutí a oblékání pacientů. Než se jeden pacient svlékl, měl jiný napíchnuto potřebné množství jehel. Nevýhodu tohoto počínání vidíme v poněkud neosobním kontaktu pacienta a lékaře.

Do skupiny lumboischiadických syndromů jsme řadili především ty pacienty, kteří měli postižení charakteru vertebrogenní lumbalgie, eventuálně pseudoradikulární iritaci. Kde byly známky jasněho kořenového postižení, léčili jsme pacienty obvyklými způsoby včetně i operační terapie na našem chirurgickém oddělení. Příznivý efekt léčby v 62,5 %, respektive 61,6 % dokazuje, že tato metoda má v terapeutickém arzenálu neurologických oddělení své místo. Drobný et al. [8] uvádí skupinu 40 pacientů s průměrným věkem 44,5 roku, z toho 29 mužů a 11 žen. Řídili se všeobecně platnými zásadami provádění akupunktury. Používali příslušných bodů na dráze močového měchýře, žlučníku a zadní střední dráze, medikamentózní terapii během této léčby přerušili, navíc používali manipulace, obstríků apod. Příznivý efekt terapie měli v 70 % (28 pacientů se zlepšilo statisticky významně, 12 statisticky nevýznamně). V porovnání s medikamentózní terapií, kde se z 54 pacientů statisticky významně zlepšilo 23 (42,7 %), statisticky nevýznamně 26 (42,8 procenta) a nezlepšilo se 5 pacientů (9,2), hovoří výsledky jasně pro akupunkturu. Rovněž porovnání se souborem 58 chirurgicky léčných pacientů vyznívá pro akupunkturu (chirurgicky významně zlepšeno 70,7 %, nevýznamně 22,4 %, nezlepšeno 6,9 %). V souhlase se zkušenostmi Drobného et al. [8] jsme rovněž

zjišťovali dramatický efekt v prvních 3 sezeních, hlavně ale po 4. a 5. sezení akupunktury, u elektropunktury tento efekt se dostavoval zpravidla po 3. sezení. Akupunkturu proto považujeme za léčebný prostředek, jehož uplatnění je především u reflexních dynamických poruch s projevy PV spazmů, provázených výraznými bolestmi. Metodikou léčení LI-syndromů se podrobně zabývá Kajdoš [11], Véle et al. [23]. Srovnáním léčby akupunkturou a fyziatrickou léčbou (elektroterapie, reflexní masáže a hydrokinezioterapie) se zabývali Tildyová et al. [20]. Zjistili signifikantní zlepšení subjektivního i objektivního stavu u obou skupin pacientů. V subjektivním hodnocení i v některých objektivních ukazatelích (Stiborův a Schöberův test) zjistili statisticky významnější zlepšení v souboru pacientů léčených akupunkturou. Upozorňují na to, že akupunktura by neměla být rezervovaná pouze na ty případy, kdy ostatní terapie selhává.

Skupina pacientů s migrenózními potížemi představuje naši nejpočetnější skupinu. Výsledky léčby u tohoto často terapeuticky svízelného onemocnění jsou radostné. Marek [14] zdůrazňuje důležitost další léčby (prokainové obstríčky, manipulace atd.) u tzv. cervikální migrény, kterou vyčleňuje jako samostatnou klinickou jednotku. I v naší sestavě jsme se setkávali s pacienty s výraznou spoluúčastí složky vertebrogenní (70 %). Rychlejší nástup účinku byl vždy po nejprve provedené manipulační či mobilizační terapii s využitím i ostatních fyziotrických procedur. Pravidlem je trvalejší efekt u klasické migrenózní cefalee, zatímco při vertebrogenní spoluúčasti dochází k recidivám obvykle do 1–1,5 roku. Umlauf [24] má ve své skupině 26 pacientů s bolestmi hlavy asi 77% efekt (20 pacientů zlepšeno ve skupině 1 a 2 obdobně členěné jako naše skupiny).

Ve skupinách pacientů s postižením krční páteře (C-sy, CK-sy, CB-sy) převažovaly lepší výsledky u klasické jehlové akupunktury než u elektropunktury. Předpokládáme větší význam i lokálního působení zapíchnutých jehel než stimulace elektrickým proudem. Opět jsme používali běžně uváděnou metodiku (1, 2, 10, 25). Do skupiny cervikálních syndromů jsme řadili pacienty s obvyklou bolestivou formou, bez propagace. Ve skupině CK-syndromů jsou jak pacienti s klasickým kořenovým syndromem, tak i tzv. vertebrogenní bolesti hlavy. Ve skupině CB-syndromů pak hodnotíme pacienty s propagací bolestí do jedné či obou HK. Opět zdůrazňujeme nutnost obvyklé a často banální terapie — automobilizace, vytahování zkrácených skalenových skupin, lokální aplikaci tepla a léčebný tělocvik. Tato léčba pak udrží výsledky dosažené akupunkturou po delší dobu.

Skupina pacientů s tinnitem představuje soubor nemocných, kteří kromě 5 měli potíže doprovázené i nitroušní nedoslýchavostí. Její hodnocení ale není předmětem tohoto sdělení. Jako předpoklad úspěšného provádění považuje-

me současné zčervenání ušního boltce, které představuje dosažení úspěšné vazodilatace v cílené oblasti. Kde se podařilo tohoto efektu dosahovat, měla i terapie efekt a naopak. Pícek [10] uvádí v 50 % efekt léčby významný, v 15 až 20 % je terapie bez efektu. Naše výsledky jsou s těmito údaji srovnatelné.

Metodiku a výsledky léčení radiální epikondylitidy jsme popsali jinde [6]. Výsledky léčby skupiny pacientů léčených elektropunkturou potvrzují, že je nutné spojení této terapie s běžnými rehabilitačními metodami, v tomto případě se cvičením postižených svalových skupin technikou postizometrické relaxace. Zvláště u této skupiny diagnóz, které neurolog musí řešit každodenně při diferenciální diagnostice bolestí v horních končetinách, se potvrzují jisté výhody elektropunktury — její kratší trvání umožňuje provádět kontrolu správnosti provádění cviků při jednotlivých sezeních. Výhodnější je začít s cvičením asi po 2. sezení, kdy je již zmírněna bolestivost.

V souhlase s údaji Kajdoše i jiných [10] se pacienti s obrnou lícního nervu dostavují poměrně pozdě k této terapii. My ovšem jsme toho názoru, že akutní onemocnění se má řešit obvyklými způsoby, které jsme popsali v samostatném sdělení [7]. Umlauf et al. [24] uvádějí skupinu 23 nemocných, kde v 78 % případů měli dobrý efekt. My jsme tohoto efektu nedosáhli, příčinu vidíme ve velice dlouhé době trvání potíží. Ve skupině pacientů řazených jako minimální efekt (tedy skupina 3) jsme ale pravidelně dosahovali celkem příznivého zlepšení klidové mimiky.

Devátou skupinu představují pacienti s velice svízelným onemocněním — neuralgií trojklaného nervu. Umlauf et al. [24] udávají z 22 pacientů 10 pacientů se solidním efektem (tedy asi 45 %). Peng et al. [citace] referuje o skupině 11 nemocných s neuralgií trojklaného nervu, z nichž 6 vyléčil, 4 zlepšil, 1 pacient měl relaps po počátečním dobrém efektu. Naše výrazné výsledky si vysvětlujeme zvolenou metodikou. V tomto případě provádíme akupunkturu zásadně denně, první 4 sezení u jehlové akupunktury a dvě sezení u elektropunktury stimulujeme jenom vzdálené body [jehly ponecháváme 30 i více minut, maximálně používáme 8 jehel v jednom sezení]. Netřeba zdůrazňovat nutnost kvalitní diagnostiky, odlišení jak sekundárních neuralgií, tak i tzv. centrálních bolestí.

Poslední skupinu představují pacienti se syndromem karpálního tunelu. Zpočátku jsme odmítali tuto terapii, doporučovali jsme obstríčky Kenalogem a další obvyklou medikamentózní léčbu. Když jsme se na vlastní oči mohli při operacích přesvědčovat o škodlivých účincích Kenalogu na měkké tkáně (viz též [6]), začali jsme zkoušet (a to hlavně díky zlepšující se spolupráci s OÚNZ) provádění elektropunktury u parestetických a paresteticko-paretických forem nemoci, tedy tam, kde o operační terapii

neuvažujeme. Jako ve výše uvedených skupinách i zde byly možnosti farmakoterapie i rehabilitace vyčerpány, diagnóza potvrzena EMG. Výsledky jsou povzbudivé, soubor pacientek je ale zatím malý.

Porovnáním celkových výsledků našeho pracoviště s jinými údaji, především Umlaufa et al. [24], (zde též další literární citace), můžeme konstatovat, že terapie akupunkturou na našem oddělení je srovnatelná s výsledky jiných pracovišť. Umlauf et al. [24] udávají ve své skupině 376 neurologicky nemocných pacientů 9,8 % výtečného efektu, 60,6 % solidního efektu, 21,7 % malého efektu a 7,9 % bez efektu terapie. Zvážíme-li naše výsledky s tím, že tato terapie představuje jistou poslední naději pacientů, dokazují výsledky oprávněnost jejího zavedení na neurologickém pracovišti.

Katz et al. [citace 16] referuje o skupině 125 pacientů léčených jednak pro bolesti v zádech (31 pacient), pro bolesti v ramenním kloubu (23 pacientů), bolesti hlavy (20 pacientů) a jiné bolestivé stavy jako tenisový loket, neuralgii trigeminu, bolesti krční páteře. Výsledky se pohybovaly od 80 % úspěšnosti u pacientů s bolestmi hlavy k 36 % úspěšnosti s bolestmi v zádech. Autoři také určovali hypnabilitu nemocných — hypnabilní pacienti měli lepší výsledky, slabě hypnabilní neměli žádnou úlevu od bolestí kromě jedné výjimky. Mann et al. [citace 16] referuje o 18 pacientech s chronickými bolestmi, kde v 10 případech bolest ustoupila, ve 3 případech jen částečné zlepšení. Umístění jehly určováno pomocí pulsově diagnostiky, léčba prováděna za přítomnosti pozorovatelů. Mendelson [16] cituje i Leunga, jež udává skupinu 298 pacientů, kteří trpěli bolestí: v 16 % dosaženo úplné úlevy, částečné úlevy dosaženo v 75 % — u skupin pacientů s ortopedickými potížemi, u neuralgií v 54 % efekt.

V současné době je málo studií o akupunkční analgezií, které by dosahovaly Lionelova a Herxheimerova kritéria validity [16]. Přímé srovnávání výsledků v uváděných studiích je obtížné pro použití různých metodik, hodnocení terapeutického efektu a různé celkové zaměření prací. Pokusy, které jsou metodologicky odpovídající, ukazují, že tradiční akupunktura a „sham“ technika přináší úlevu od bolestí v 20–70 % [16]. Všeobecně se ukazuje, že placebová odpověď je asi 35 %, někdy může dosáhnout až 50 % [16]. Soudí se [16], že základy teorie akupunkturistické analgezie budou vycházet jak z fyziologických, tak z psychologických mechanismů. Akupunkturistická analgezie nebude všeobecně přijata lékařskou veřejností jako validní terapeutická metoda, dokud neprojde obvyklým procesem zhodnocení, ve kterém se vyvinou předpokládané nové terapeutické techniky [16].

Výsledky prokázaly značnou nejednotnost v odesílání pacientů, na doporučování terapie se podílejí lékaři prakticky všech stupňů lé-

čebně preventivní péče. Tento systém vedl k tomu, že lékaři provádějící akupunkturu musel mnohdy provádět řadu vyšetření nutných ke stanovení diagnózy. Soudíme, že tam, kde u neurologického onemocnění přichází v úvahu terapie akupunkturou, že by ji měl po řádném vyšetření doporučit neurolog.

Jasně je to, že metoda vyžaduje především nadšení terapeuta. Příznivé ovlivnění stavů do té doby neovlivnitelných jinými dostupnými prostředky je dobrou pohnutkou pro to, aby se této terapii věnovalo více lékařů a především neurologů. Z jejich pracovišť by pak mohly vznikat validní práce prosté i subjektivních chyb řady současných nadšených výzkumníků, prosté používání i neefektivních technik. Spojením s cílenou rehabilitační terapií by pak metoda mohla obohatit terapeutický arzenál každého neurologického pracoviště.

Souhrn

Autor se v krátkém sdělení zabývá vyhodnocením výsledků provádění jehlové akupunktury u 10 skupin neurologicky nemocných pacientů v průběhu 5 let a výsledky srovnává s ročním prováděním elektropunktury přístrojem Akudias 1. Celkový efekt léčby jehlovou akupunkturou se 78% úspěšností a elektropunkturou se 74% úspěšností dokazuje oprávněnost existence této metody na neurologických pracovištích, zvláště ve správně indikovaných případech s preferencí funkčních poruch. Nevýhodou metody je její časová náročnost. Mezi nejoblíbenější a nejúspěšnější indikační oblasti neurologie patří migrenózní bolesti hlavy, vertebrogenní poruchy, obrny lícního nervu a neuralgie trigeminu.

Literatura

1. BACHMANN, G.: Die Akupunktur — eine Ordnungstherapie. 1. vyd. Heidelberg, Karl F. Haug Verlag 1976.
2. BISCHKO, J.: Einführung in die Akupunktur. 1. vyd. Heidelberg, Karl F. Haug Verlag 1970.
3. BYDŽOVSKÝ, V.: Akupunktura v neurologii — naše dosavadní výsledky. Přednáška na oborové konferenci neurologů jihočeského kraje. České Budějovice 1979.
4. BYDŽOVSKÝ, V.: Naše zkušenosti s použitím akupunktury, Analgoniku a Akudiasu. Přednáška na oborové konferenci jihočeských neurologů. České Budějovice 1984.
5. BYDŽOVSKÝ, V. - MAZÁNEK, J.: Akupunktura v praxi nervového oddělení vojenské nemocnice. Voj. zdrav. Listy, 53, 1984, č. 4, s. 143–146.
6. BYDŽOVSKÝ, V. - MAZÁNEK, J.: Příspěvek k léčbě radiální epikondylitidy humeru. Voj. zdrav. Listy, 53, 1984, č. 3, s. 87–89.
7. BYDŽOVSKÝ, V. - MAZÁNEK, J.: Léčba periferní obrny lícního nervu. Voj. zdrav. Listy, 52, 1983, č. 3, s. 108–113.
8. DROBNÝ, M. et al.: Výsledky liečenia lumboischiaického koreňového syndromu. Čs. Neurol. Neurochir., 44/77, 1981, č. 6, s. 354–362.
9. DUARTE, A. M.: La acupuntura y su efecto prin-

- cipal sobre el sistema nervioso. Arch. venez. Psiquiat. Neurol., 24, 1978, č. 50, s. 66—70.
10. JANDA, V. et al.: Kurs akupunktury ILF. Praha 1978.
 11. KAJDOŠ, V.: Léčení lumboischialgií akupunkturou. Prakt. Lék., 48, 1968, č. 10, s. 373—376.
 12. KAJDOŠ, V.: Neurální terapie a její možnosti v dnešní praxi. Prakt. Lék., 51, 1971, č. 3, s. 104—107.
 13. KAJDOŠ, V.: Asthma bronchiale a některé tradiční postupy akupunktury. Prakt. Lék., 53, 1973, č. 19, s. 725—727.
 14. MAREK, J.: Reflexní terapie cervikální migrény. Voj. zdrav. Listy, 43, 1974, č. 4, s. 130—134.
 15. MELZACK, R. - WALL, P. D.: Pain Mechanismus: A New Theory. Science, 150, 1965, s. 971—979.
 16. MENDELSON, G.: Acupuncture Analgesia. I. Review of Clinical Studies. Aust. N. Z. J. Med., 7, 1977, č. 6, s. 642—648.
 17. MENDELSON, G.: Acupuncture Analgesia. II. Review of Current Theories. Aust. N. Z. J. Med., 8, 1978, č. 1, s. 100—105.
 18. PREČ, A. - UMLAUF, R.: Akupunktúra v liečení lumboischialgií. Prakt. Lék., 42, 1962, č. 15—16, s. 704 až 707.
 19. RŮŽIČKA, R.: Příručka praktické akupunktury. 1. vyd. Praha, Ústřední ústav železničního zdravotnictví 1978.
 20. TILDYOVÁ, K. - ĎURIANOVÁ, J. - BAKŠOVÁ, S.: Liečba chronických vertebrogénnych algických syndrómov akupunktúrou. Fysiat. Věst., 60, 1982, č. 5, s. 297—302.
 21. TYKOČINSKAJA, E. D.: Osnovy iglorefleksoterapii. 1. vyd. Moskva, Medicina, 1979.
 22. UMLAUF, R.: Vrátkové mechanizmy ve vztahu k analgetickému působení akupunktury. Čas. Lék. čes., 115, 1976, č. 23, s. 681—686.
 23. UMLAUF, R.: Mezinárodní kongres o akupunktúře v klinice. Čas. Lék. čes., 121, 1982, č. 14, s. 441—445.
 24. UMLAUF, R. et al.: Akupunktúra a její léčebný význam. Voj. zdrav. Listy, 34, 1967, č. 2, s. 70—74.
 25. VÉLE, F. et al.: Akupunktúra v rámci reflexní terapie. Rehabilitácia, 10, 1977, č. 1, s. 217—231.
 26. VYMAZAL, J. - TUHÁČEK, M.: Akupunktúra. 1. vyd. Praha, Státní zdrav. nakl. 1965.
- Klíčová slova: Akupunktúra v neurologii; Léčebné metody; Výsledky akupunktury.